

آبستنی و بیماریهای قلبی

نگارش

دکتر جلال مجیبیان

یکی از مسائل مهم و مشکل که متخصص مامائی و بیماریهای زنان پیوسته با آن مواجه است مسئله آبستنی در بیماران قلبی است. در این موارد نه تنها درمان عوارض قلبی اینگونه بیماران مورد توجه است بلکه تصمیم بر اینکه آیا بیمار میتواند آبستنی خود را به پایان رساند و یا با بستنی با خاتمه داد بسی مشکل و گاهی غیرممکن میباشد. گذشته از اینکه هنگام مراجعه بیماری پیشرفت بیماری قلبی و زمان آبستنی او در این مورد اهمیت دارد اطلاع دقیق متخصص از فیزیولوژی قلب، ریه و تاثیر آبستنی بر جریان خون و شناسائی عوامل دیگری که در جریان وارد میشود برای پیش بینی دقیق درمان مناسب بسیار لازم میباشد.

با توجه بنکات فوق است که مقاله زیر با مراجعه به منابع مختلف و تاحدی از روی مشاهدات شخصی برشته تحریر در آمده است.

بیماریهای قلبی تاچه اندازه در آبستنی و زایمان دخالت دارد؟ برای جواب دادن به این سؤال کافی است متذکر شد که با آنکه بیش از دو درصد از تمام زنان آبستن دچار به بیماریهای قلبی نمیباشند ولی تعداد مرگ و میر آنها پنج برابر بیش از دیگران است یا بعبارت دیگر از هر چهار مرگ در هنگام آبستنی یکی بعالت بیماری قلبی است.

۹۵ درصد بیماریهای قلبی زنان آبستن از دسته بیماریهای قلبی روماتیسمی هستند و از این دسته بیش از همه بیماری دریچه میترال سپس دریچه میترال و آئورت و در درجه سوم دریچه آئورت تنها دیده میشود. در حدود دو درصد از بیماران مبتلا با مرض مادر زادی قلب بوده و بقیه امراض قلبی رویهمرفته رقم سه درصد را تشکیل میدهند که بترتیب اهمیت عبارتند از: فشار خون، سیفیالیس، اسکلروز شرایین (۱)، تیروتوکسیکوز (۲)

۱ — arterio sclerotic

۲ — tyrotoxicose

عفونت ، بیماریهای تغذیه مانند بری بری (۱) و در درجه آخر سرطان (۲) .
 يك مسئله مهم - بیماری اسلار یا اندوکاردیت تحت حاد میکروبی (۳) بشکل
 فعال یا بشکل خفته و نهان است .

مسئله دیگری که در ایران هنوز اهمیتی ندارد مسئله بیماری است که تحت عمل
 جراحی قلب قرار گرفته اند .

فیزیوپاتولوژی قلب و ریه در زمان آبستنی - بطور طبیعی و در زنان سالم
 بر اثر آبستنی در عمل دستگاہ گردش خون و ریه تغییرات محسوسی پیدا میشود که از همه
 مشخص تر ازدیاد حجم خون است . حجم خون بعلاوه زیاد شدن حجم پلاسما از ابتدای
 آبستنی تا ماه سوم بتدریج رو با افزایش گذاشته و سپس تا اواسط ماه هشتم به سرعت رو
 باز دیاد میگذارد و از آن پس بتدریج کم شده و تا نصف مقدار اخیر میرسد بطوریکه
 یکماه قبل از زایمان در حدود ۴۵ در صد به حجم خون اضافه شده ولی در هنگام شروع
 زایمان بیش از ۳۰ در صد افزایش نشان نمیدهد بالاخره چندی پس از زایمان حجم
 خون بوضع طبیعی خود بر میگردد . علت افزایش حجم خون بطور تحقق معلوم نیست
 چنانکه میدانیم تا ماههای آخر آبستنی نسبت بین املاح خون ثابت مانده و از ماههای
 آخر است که این نسبت بهم میخورد همچنین احتباس مایع در انساج بدن پایبای تغییر
 نسبت املاح ایجاد میشود .

مقدار هموگلوبین و تعداد گلبولهای خون در واحد حجم خون کم شده و بعلاوه
 این نقصان غلظت (۴) و مقدار مواد جامد (۵) خون نیز کم میگردد .
 سرعت جریان خون افزایش مییابد و بعبارت دیگر زمان جریان خون کوتاه
 میگردد. سوخت و ساز اکسیژن به نسبت ۱۵ تا ۲۵ درصد اضافه شده ولی شدت خروج
 خون از قلب (۶) به نسبت بیشتری افزایش مییابد همچنین نسبت اکسیژن خون شریانی
 ورودی از دیاد مییابد .

۱— Beri beri

۲—neoplastic

۳— Subacute bacterial endocarditis .

۴—viscosity

۵— hematocrit

۶—Cardiac out put .

چنانکه متذکر شدیم شدت خروج خون قلب افزایش یافته و با ازدیاد حجم خون توأماً باعث زیاد شدن کار قلب در هنگام حاملگی میگردد. افزایش شدت خروج خون قلب از ماه چهارم شروع و در ماههای ششم تا نهم بطور قابل ملاحظه‌ای افزون میگردد بطوریکه تا ۹۰ درصد اضافه بار هم مشاهده میشود ولی از اواخر آبستنی شروع بنقصان نموده و چندین هفته پس از زایمان بوضع طبیعی بر میگردد. در فشار شریانی تغییر قابل توجهی پیدا نمیشود ولی بین ماههای چهارم و نهم فشار سیستولیک و دیاستولیک هر دو مختصری کم میشود و این نقصان در فشار دیاستولیک واضح تر بوده. در نتیجه فشار نبض افزایش مییابد (۱)

فشار خون وریدی در ورید رانی زیان میشود ولی در وریدهای اعضای فوقانی تغییری مشاهده نمیشود.

بر مقدار تهویه ریوی تا حدود ۵۰ درصد افزوده میشود در صورتیکه ظرفیت حیاتی (۲) ریه‌ها بمقدار مختصری افزایش مییابد. علت افزایش ظرفیت حیاتی زیاد شدن قطر عرضی ریه‌ها بعلت وسیع شدن قسمت تحتانی قفسه صدری است (حجم رحم باعث از هم باز شدن دنده‌ها در پائین میشود) چون ظرفیت حیاتی در آبستنی افزایش مییابد نقصان آن علامت خوب نارسائی قلب در بیمار از قلبی است. ظرفیت حیاتی پس از خالی شدن رحم فوراً کم میشود.

عوامل دیگری غیر از آنچه در بالا گفته شد با اضافه شدن کار قلب کمک میکنند مثلاً زیاد شدن وزن بدن احتیاج انساج را بخون بیشتر کرده و بهمین علت نیز فعالیت عضلانی بیشتری برای حرکت لازم مییابد. با تغییر حدود بدن که بعلت آبستنی و افزایش وزن بدن پیدا میشود در مرکز ثقل بدن انحراف پیدا شده و بالنتیجه بردستگاه عضلانی بدن که مجبور بحفظ تعادل در وضع جدید است فشار اضافی وارد میشود. چسب بسازنان آبستن که از ناراحتیهای قلبی شکایت داشته و دلیل این عوارض فقط تغییر شکل و تغییر وضع بدن و بهم خوردن تعادل عادی مییابد. ساده تر از همه تحت فشار قرار گرفتن

۱ - Puls pressure

۲ - Vital capacity

قلب بواسطه بالا رفتن دیافراگم بوسیله رحم بزرگ می‌باشد.

جنین نیز با اضافه شدن کار قلب مادر مؤثر است از یکطرف ازدیاد گردش خون رحم آبهستن و از طرف دیگر جریان سریع خون جفت در حقیقت بمنزله فیستولهای وریدی شریانی بازدیاد گردش خون و در نتیجه زیاد شدن کار قلب کمک می‌کند.

پس میتوان بار آبهستنی بر روی قلب را بطریق زیر خلاصه نمود:

۱ - اضافه شدن حجم خون ۲ - ازدیاد سرعت جریان خون ۳ - ازدیاد شدت خروج خون از قلب.

در ماههای هشتم و نهم این تغییرات بعداعلی خود میرسد و بلافاصله قبل از شروع زایمان بتدریج رو بنقصان میگذارد.

عوامل فوق برای يك قلب سالم كاملا و بخوبی قابل تحمل است ولی برعکس در مورد بیماران قلبی دلایل محکمی برای ایجاد نارسائی قلب می‌باشد در حقیقت میتوان گفت که مقدمات نارسائی قلب در ماههای هشتم و نهم تهیه شده و این خطر باکم شدن بار قلب بلافاصله قبل از زایمان کم میشود. با این توضیح بخوبی روشن است که خطر بیماران قلبی بیشتر در ماههای هشتم تا نهم بوده و برخلاف در ماه آخر بهستنی محیط برای «قلب بیمار» مساعدتر می‌باشد و همچنین در بیمارانی که در سه ماه اول آبهستنی دچار نارسائی قلب باشند بایستی انتظار شدت بیماری را در ماههای هشتم و نهم داشته باشیم.

در دوره اول زایمان یعنی دوره دیلاتاسیون تغییرات مهمی رخ نمیدهد بعضی تحقیقات نشان داده است که در این دوره فشار خون وریدی مختصری نقصان یافته و چند روز بعد از زایمان بر خلاف تا اندازه از میزان معمول نیز بالاتر میرود و متعاقب این افزایش فشار خون وریدی بتدریج بمیزان عادی بر میگردد. این برگشت نتیجه دیورز (۱) در دوره نفاس است.

آیا این حوادث نتیجه تغییراتی است که درستگاه گردش خون و بعالت بسته شدن شریان - وریدی که تا این هنگام در رحم وجود داشته است پیدا میشود؟

ظرفیت حیاتی بلافاصله پس از خالی شدن رحم کم شده در نتیجه ایجاد نارسائی

قلب مینماید بنابراین میتوان نتیجه گرفت که عمل زایمان بخودی خود برای قلب قابل تحمل بوده و کمتر دیده شده است که قلبی که تا هنگام زایمان دچار نارسائی نشده و توانسته دوره خطرناک ماههای هشت و نه را طی کند در هنگام عمل یا بلافاصله پس از آن دچار نارسائی گردد.

اثر آبستنی بر روی قلب

بزرگ شدن قلب - ظاهراً بنظر میرسد که با اضافه شدن حجم خون و ازدیاد مقدار خروج خون از قلب و همچنین ازدیاد کار قلب عضله قلب نیز هیپرتروفی پیدا کرده بزرگ میشود ولی در حقیقت چنین نبوده و عضله قلب در آبستنی معمولاً بزرگ نمیشود. گاهی تصویر نیمرخ قلب بزرگتر از عادی نشان میدهد ولی علت آن اتساع مختصر قلب بوده و برای تطابق یافتن قلب با ازدیاد حجم خون میباشد ابعاد قلب مختصری افزایش مییابند ولی این افزایش همراه با بزرگ شدن فضای کلی سینه است.

گاهی از اوقات نیز بعلت بالا آمدن دیافراگم قلب متوجه بالا میشود در عین حال در اثر فشار کمی عریض شده و این تغییر با بزرگ شدن آن اشتباه میشود از نظر کاردیو گرافی و مخصوصاً الکتروکاردیو گرافی نیز موضوع ثابت شده است.

ذخیره قلبی - از اینکه آبستنی بر روی ذخیره قلب اثر میکند بحثی نیست ولی وسیله تعیین این نیرو و مقداریکه آبستنی از آن میکاهد امروزه معلوم نیست در صورتیکه عملاً لازم داشتن چنین وسیلهای برای اندازه گرفتن نیروی ذخیره قلبی واضح و آشکار است زیرا با اندازه گرفتن دقیق این نیروست که میتوان در هنگام آبستنی و زایمان از کم شدن آن باخبر شد و تا حد امکان از کم شدن آن جلوگیری نمود.

نارسائی قلب - بعضی از دانشمندان تاکید میکنند که ممکن است قلب پس از خروج بیچه ناگهان دچار نارسائی حاد و کشنده شود و علت آنرا تغییرات دژنراتیو (۱) عضله قلب بعلت وجود آبستنی میدانند از طرف دیگر بسیاری از متخصصین با سابقه معتقدند که چنین سندرمی نادر و غیر مشخص میباشد. مانیز در بیمارستان با آنکه انواع

بیماران قلبی را تحت نظر داشته‌ایم به‌چنین عارضه‌ای برخورد نکرده‌ایم .
گاهی بیمار در تمام مدت آبستنی دچار نارسائی قلبی بوده پس از زایمان کاملاً
بهبود مییابد بدون اینکه ضایعه‌ای عضوی که بتواند دلیل بر نارسائی هنگام آبستنی وی
باشد در قلب او پیدا شود .

**اختلالات نظم ضربان قلب - اختلالات نظم ضربان قلب که معمولاً زائیده عدم
تعادل اعصاب قلب میباشند مخصوصاً اکسترسیستول و تاکیکاردی (۱) پاروکسیستیک (۲)
زیاد دیده میشود ولی نمیتوان گفت که دلیل پیدایش آنها آبستنی تنهاست از این گذشته
اهمیت آنها ناچیز و درمان مخصوصی لازم ندارد برخلاف فیبریلاسیون دهلیزی که بعلت
آبستن بودن بیمار ایجاد شده باشد تا بحال دیده نشده است .**

علائم و نشانه‌های قلبی - هر وقتی در آبستنی

بعضی از علائم بین زنان آبستن سالم و بیماران قلبی غیر آبستن بطور مشترک
وجود دارد که تشخیص علت پیدایش این علائم بسیار لازم است زیرا در غیر این صورت
ممکن است بغلط زنان سالم را جزو بیماران قلبی بحساب آورد .

**تنگی نفس - تنگی نفس هنگام فعالیت مورد شکایت بسیاری از زنان آبستن میباشند
و این عارضه مخصوصاً در سه ماه آخر آبستنی فراوانتر بوده و علت آن ازدیاد تهوید کلی
ریه‌ها و افزایش ظرفیت حیاتی میباشند . ارتوپنه (۳) نیز نزد زنان آبستن گاهی بطور
طبیعی دیده میشود .**

پالپیتاسیون قلبی نیز زیاد بوده ممکن است تنها و یا با اختلالات نظم ضربان (مخصوصاً
اکسترسیستول) توأم باشد .

بسیاری از زنان آبستن هنگام شب دچار عارضه مخصوصی بنام ادراک قلبی (۴) میگردند
بدین معنی که ناگهان از خواب پریده و ضربان قلب خود را احساس میکنند . تنگی نفس

۱ - tachycardia ۲ - paroxysmal atrial

۳ - orttopnea ۴ - heart consciousness

شبانه پاروکسیستیک (۱) را نیز میتوان جزو این عارضه محسوب داشت. البته چنین تنگی نفسی فاقد علائم مخصوصی که در نارسائی قلب دیده میشود - یعنی تنگی نفس صدادار (۲) سرفه و خلط خون‌آلود (۳) فراوان میباشد در صورتیکه چنین علائمی وجود داشته باشد بایستی متوجه نارسائی شدید قلبی بود.

ضربان قلب - تاکیکاردی مختصر در حدود ۱۰ تا ۲۰ ضربان اضافی در دقیقه توأم باخفیف شدن صدای اول قلب در ناحیه دریاچه میترال اغلب وجود داشته و تشخیص را بغلط متوجه تیر و توکسیکوز مینماید. از طرف دیگر قلب‌عصبانی را (۴) گاهی میتوان با تاکیکاردی اشتباه نمود. اکستراسیستول نیز فراوان دیده میشود.

صدای دوم تنفسی P₂ اغلب تغییر کرده و منقطع (۵) میگردد. سوفل سیستولی ریوی بعقیده بعضی در ۱۰٪ موارد مشاهده میگردد. همچنین سوفل سیستولیک میترال نسبتاً زیاد شنیده میشود ولی سوفلهای دیاستولیک بهیچ وجه غیرعضوی نبوده و نبایستی آنها را مربوط بابستنی دانست. صدای سوم ممکن است در هنگام آبستنی شنیده شود ولی پس از ختم زایمان از بین میرود.

تمام این سوفلها کاملاً محدود بوده شدت آنها کم، درجه یک یا دو، و با تغییر وضع بیمار و تنفس تغییر مینماید.

تغییرات عروقی - اتساع سیاهرگهای سینه و شکم در سه ماه آخر آبستنی زیاد دیده میشود نبض کلاپسه (۶) و حتی نبض مویرگی نیز بطور طبیعی دیده میشود.

۵ - م - (۷) بزرگ شدن رحم باعث ازدیاد فشار سیاهرگهای لکن و در نتیجه عروق پاها میشود، نتیجه این فشار ورم پاهاست ولی ازدیاد فشار عروق اعضای فوقانی که نشانه آن برجسته شدن آورده گردن است در حال عادی دیده نشده چنانچه در بیماری دیده شود بایستی آنرا مربوط بنارسائی قلب دانست همچنین رالهای قاعده ریه‌ها و یا

۱ - pseudo paroxysmal nocturnal dyspnea

۲ - wheezing respiration

۳ - frothy sputum ۴ - hyperkinetic ۵ - accentuated.

۶ - collapsed ۷ - oedema

رالهای بعد از سرفه مربوط با بستنی نبوده و عات مرضی دیگری دارد .

نشانه‌های آزمایشگاهی آبستنی

الکتروکاردیوگرافی - در الکتروکاردیوگرافی غالباً از حراف به محور چپ (۱۵ درجه) توأم با پیدایش واضح مخصوصاً در ماههای آخر آبستنی مشاهده میگردد .
وارو شدن موج T در اشتقاقهای جلو قلبی (۱) نیز دیده شده و غالباً پس از ختم آبستنی بحال عادی بر میگردد و بنظر میرسد دارای اهمیت تشخیصی نباشد . دانستن این تغییرات برای احتراز از تشخیص غلط بیماری قلبی در زنان آبستن لازم است .

هماتولوژی - شماره گلبولهای سفید مختصراً افزایش یافته برعکس گلبولهای قرمز بطور دایم نقصان مییابد . هموگلوبین و هماتوکریت نیز نقصان مییابد . سرعت ته نشین شدن گویچه‌های قرمز نیز بطور قابل ملاحظه افزایش مییابد .

تشخیص بیماریهای قلبی در زنان آبستن

با توجه بنکات بالا مشاهده میشود که تشخیص بیماری قلبی در زن آبستن بایستی با کمال دقت و احتیاط باشد . زیرا علائمی که در شخص ما را بوجود ضایعه قلبی هدایت میکند ممکن است در زنان آبستن بدون ضایعه قلبی وجود داشته باشد .

در زن آبستن مهمترین نشانه قلبی وجود سوفل دیاستولیک است . مخصوصاً اگر توأم با بزرگ شدن قلب باشد . اگر بزرگی قلب منحصر بیک حفره باشد تشخیص قطعی است و دلایل بوجود ضایعه عضوی یا مادر زادی یک دریچه است .

باید در نظر داشت برای تشخیص بیماریهای قلبی تنها متکی شدن بتغییراتی که در کار دستگاه گردش خون پیدا میشود اغلب منتهی به اشتباه در تشخیص میگردد . و حتی صلاح است که باشنیدن سوفل سیستولیک که از هر حیث نیز عضوی بنظر میرسد تشخیص قطعی را برای بعد از ختم دوره آبستنی باقی گذاریم .

پیش بینی در بیماران قلبی آبستن

تعیین اینکه آیا کدام بیمار قلبی میتواند بار آبستنی خود را با خر رساند و کدام بیمار بایستی تحت درمان دقیق و شدید قرار گیرد یکی از مشکلاتین مسائلی است که

نمی‌توان بسادگی آنرا حل نمود. چنانکه قبلاً گفتیم دانستن نیروی ذخیره قلبی برای پیش بینی بسیار لازم است زیرا آبستنی باین نیروی ذخیره‌ای دست اندازی میکند ولی متأسفانه باید اذعان کرد که تعیین نیرو برای ما غیرممکن است و بنا براین درحقیقت ما با مجهول مطلق سروکار داریم فقط بکار بردن دستورات کلی که متخصصین پس از سالها تجربه بدست ما داده‌اند میتواند تا اندازه‌ای جهل ما را درمورد این سؤال « آیا این بیمار چه سرنوشتی خواهد داشت؟ » بپوشاند.

درسه ماه اول آبستنی با تقسیم بندی که مجمع قلب شناسان نیویورک برای بیماری قلبی نموده‌اند (از نظر کار قلب) میتوان تا اندازه‌ای وضع بیمار را پیش بینی نمود تقسیم بندی مزبور از این قرار است.

۱ - بیمار مبتلا بضایعه قلبی است ولی این بضایعه بهیچ وجه فعالیت فیزیکی بدن را محدود نکرده است.

۲ - بیمار مبتلا بضایعه قلبی است و بعلت بیماری قلبی از فعالیت فیزیکی بدن مختصری کاسته شده است.

۳ - بیمار دچار بضایعه قلبی است و کار فیزیکی او کاملاً محدود شده است.

۴ - بیمار بهیچوجه قدرت انجام کار فیزیکی بدون ناراحتی ندارد.

چنانکه بیماران را از روی طبقه بندی فوق تقسیم بندی نمائیم مشاهده میشود که بیشتر مرگ و میرها در بین طبقه سوم و چهارم بوده و مرگ و میر طبقه اول و دوم نسبتاً کمتر میباشد.

واضح است که گذشته از طبقه بندی فوق برای تعیین پیش بینی لازم است عوامل دیگری را نیز در نظر داشت. مثلاً بزرگی قلب و وجود آریتمی؛ وجود روماتیسم فعال و یا مدت بیماری قلبی در سرنوشت بیماری تأثیر کلی دارد و نمیتوان آنها را نادیده گرفت از اینرو هامیلتون (۱) تقسیم بندی دیگری پیشنهاد میکند از اینقرار:

دسته بیمارانی که بانها «بیماران مساعد (۲)» نام نهاده است در این بیماران وجود

۱ - Hamiltun .

۲ - favorable .

سوفل دیاستولیک و بزرگی قاب وجود ضایعه قلبی را محرز میدارد بدون اینکه عارضه دیگری وجود داشته باشد. دسته دوم بیمارانی که بانها «بیماران نامساعد (۱)» مینامند و دارای یکی از این نشانهها میباشند - سابقه نارسائی قلبی واضح یا وجود نارسائی توأم با حاملگی ۲ - اریتمی ۳ - بیماری بزرگ دیگری توأم با حاملگی و بیماری قلبی (دیابت نفریت سل).

از مقایسه دودسته فوق دیده میشود که تعداد مرگ و میر در دسته اول بیش از ۲/۳ در صد نبوده در حالیکه در دسته دوم مرگ و میر در حدود ۱۶/۷ درصد است. از همه خطرناکتر فیبریلاسیون قلبی است که رقم مرگ و میر آن به ۳۳/۳ درصد میرسد. البته بیماران دسته نامساعد بایستی تحت مراقبت شدیدتری قرار گیرند.

۱ - سابقه وجود نارسائی قلبی - هر گاه بیماری سابقه نارسائی قلبی داشته باشد احتمال دارد که بار آبهستنی فعلی باعث برگشت نارسائی شود. از طرف دیگر اگر بیمار قلبی در آبهستنی قبلی خود دچار نارسائی نشده باشد دلیلی ندارد که در زایمان فعلی این نارسائی ظاهر نشود. ولی تکرر زایمان بخودی خود در این موارد تأثیری ندارد.

۲ - نارسائی قلب و یا کم شدن ظرفیت کاری قلب در ابتدای آبهستنی علامت خطرناکی بوده و در این موارد مرگ و میر خیلی فراوان است.

۳ - درجه ضایعه عضوی - بزرگ شدن قلب خود بخود بتهنهایی دلیل بروخامت بیماری است در مورد اهمیت توأم بودن ضایعه میترال و آئورت از نظر پیش بینی عقاید مختلف است.

۴ - اختلال در نظم قلب - فیبریلاسیون دهلیزی خیلی خطرناک بوده متعاقب آن نارسائی و سپس مرگ پیش میآید.

۵ - مدت بیماری روماتیسمی - هر قدر مدت بیماری روماتیسمی بیشتر باشد خطر بیمار زیادتر است زیرا بیمار به انتهای دوره بیماری خود نزدیکتر میشود.

اگر قبل از ماه ششم آبستنی زن دچار روماتیسم قلبی شود و این تشخیص ثابت شود بایستی بچه را سقط نمود.

۶ - سن بیمار - با ازدیاد سن بیمار خطر بروز نارسائی قلب بیشتر میشود بطوریکه هر گاه سن بیمار از ۳۵ بیشتر باشد معمولاً باید او را جزو دسته بد عاقبت قرار داد.

۷ - بیماریهای دیگر - دیابت، سل، فشار خون و نفریت پیش بینی را بسیار وخیم می کند.

عوامل فوق که در تعیین پیش بینی مؤثرند بر روی آبستنی اثری نداشته و یا اثر آنها جزئی است بلکه وجود این علائم نشان میدهد که بیماری قلبی در مراحل آخری خود میباشد و در حقیقت آبستنی فقط بر روی نیروی ذخیره قلب تأثیر میکند. چنانچه زنی بدون آنکه دچار نارسائی قلب شود بتواند دوره آبستنی و زایمان و نفاس خود را پایان رساند در وضع بیماری قلبی او تغییری پیدا نمیشود. تا هنگامیکه نارسائی قلبی پیدا نشود آبستنی بر روی بیمار تأثیری ندارد. البته بیمارانی هم از این قانون مستثنی میباشند.

۸ - اندوکاردیت تحت حاد میکروبی - اندوکاردیت اغلب ۲ تا ۳ هفته پس از ختم زایمان پیدا شده و عاقبت آن اغلب بد است.

زیرا با آنکه بر اثر استعمال آنتی بیوتیکها جریان خطرناک بیماری تغییر میکند ولی نارسائی قلبی که اغلب دنبال آن پیدا میشود پیش بینی را وخیم مینماید. از نظر درمان استعمال شدید و طولانی آنتی بیوتیکها لازم بوده و دست زدن با آبستنی چنین بیماری بسیار خطرناک است. با آنکه اتفاق میافتد که دوره آبستنی و زایمان و نفاس اینگونه بیماران بدون حادثه ای پایان می یابد ولی بایستی از نظر آبستنی آینده دقت کافی مبذول شود. از نظر پیش گیری تزریق پنسیلین در بیمارانی مبتلا به ضایعه قلبی از چند روز قبل از زایمان و در جریان آن کاملاً منطقی بنظر می آید.

۹ - امبولی - امبولی غالباً با نارسائی قلبی توأم بوده و عارضه خطرناکی بشمار میرود. این عارضه بیشتر در دسته «بیماران نامساعد» پیدا میشود.

۱۰ - مرگ و میر نوزادان - در حدود نصف نوزادان بیماران دسته «مساعد» تلف میشوند هر چقدر آ بستنی پایان نزدیکتر شود امکان بدست آوردن نوزاد سالم بیشتر است. مخصوصاً اگر زایمان از راه مهبل انجام شده عمل سزارین در این موارد فراموش گردد.

مواردی که ادامه آ بستنی بعلت وجود ضایعه قلبی مناسب نیست

وجود نشانه‌های بالادریک بیمار کافی است که مجوزی برای جلوگیری از حاملگی یا خاتمه دادن بآن بدست طبیب بدهد البته در هر مورد بایستی عوامل مختلف را در نظر داشته و از روی آنها قضاوت نمود؛ مثلاً وضع شخصی بیمار، وضع اجتماعی، در آمد و مذهب او در این موارد مورد توجه میباشد. ولی هنگامیکه دلیل طبیی قطعی بر ضد آ بستنی و یا ادامه آن وجود داشته باشد البته عوامل دیگر تحت الشعاع آن قرار خواهد گرفت. بر طبیب است راه را نشان دهد خود بیمار تصمیم خواهد گرفت. ولی مسئله ای که نباید فراموش شود آنست که در چنین قضاوتی تا آنجا که ممکن است باید راهی پیدا کرد که آ بستنی بدون خطر و با موفقیت پایان برسد.

بیماران دسته «مساعد» اغلب آ بستنی را بخوبی پایان رسانده و نبایستی بآ بستنی آنها دست زد زیرا آ بستنی در وضع قلبی آنها تأثیری نمیکند. معذالک بیماران فوق هرچه در سالهای اولیه بیماری حامله شوند امکان سلامت جستن آنها زیادتر است زیرا هنوز بیماری قلبی پیشرفت زیادی نکرده است. بیمارانی که چند شکم زائیده‌اند با آنکه جزو این دسته «مساعد» قرار دارند بایستی بانها نصیحت کرد که دیگر حامله نشوند و هرگاه در سه ماه اول حاملگی میباشند بهتر است بآ بستنی آنها خاتمه بخشید.

نازا کردن بیماران در درجه دوم اهمیت قرار دارد زیرا معمولاً توأم با عملی که برای خالی کردن رحم انجام میگردد لوله‌های بیماران را نیز میندند ولی این عمل در بعضی بیماران گاهی متضمن خطر میباشد.

نازا کردن در مواردی که علت بیماری زودگذر بوده و یا در آ بستنی بعدی با شدت کمتری ظاهر شود جایز نیست و این موضوع مخصوصاً در نخست زایمان اهمیت زیادتری دارد.

نارسائی قلبی هنگام آبستنی، زایمان و نفاس

شیوع - نارسائی قلبی خطرناکترین عارضه آبستنی بوده و فراوانترین علت مرگ و میر زنان حامله میباشد بیشتر در هنگامیکه بار آبستنی بحد اعلی خود رسیده است یعنی بین ماههای هفتم و نهم آبستنی دیده میشود. بندرت اتفاق میافتد که نارسائی قبل از ماه ششم دیده شود همچنین کمتر دیده شده است که نارسائی ابتدا بساکن هنگام زایمان و یا در دوره نفاس پیدا شود ولی در صورت بروز خطر مرگ و میر خیلی زیادتر است.

اضافه کاری که بعلا زحمت زایمان بقلب تحمیل میشود توأم با قطع شدن جریان شدید خون شریانی و ریدی رحم و کم شدن ناگهانی ظرفیت حیاتی ریهها دلیل واضح ایجاد نارسائی قلب در هنگام زایمان میباشد. البته علل نامعلوم دیگری نیز وجود دارد که در این امر دخالت میکنند.

نشانه شناسی - یکعده علائم بین زنان آبستن سالم و بیمار ان قلبی وجود دارد از اینرو گاهی تشخیص انواع خفیف نارسائی قلب در هنگام مختلفه آبستنی باشکال بر میخورد تنگ نفس هنگام کار، ارتوپنه، راههای زود گذر قاعده ریهها، احتباس مایع در بدن و ورم علائمی هستند که غالباً در زنان آبستن سالم نیز دیده میشود. از طرف دیگر ممکن است همین علائم دلیل نارسائی قلب باشد بنابراین تعبیر این علائم و ارتباط دادن آنها با بیماری قلبی تجربه و مهارت زیادی لازم دارد.

تنگی نفس بیش از آنچه قاعدتاً بایستی در آبستنی وجود داشته باشد دلیل نارسائی قلب است همچنین سرفه بشرط آنکه مربوط بهفونت دستگاه تنفس نباشد و یا مخصوصاً هرگاه باحرکت شدیدتر شود دلیل قانع کننده بر وجود نارسائی قلب است.

ممکن است تنگی نفس پارکسیستیک توأم با ورم حاد ریه اولین علامت نارسائی قلب باشد. معمولاً این عارضه خطرناک مربوط بنارسائی حاد بطن چپ بوده و بیشتر در نارسائی در ریچه آئورت پیدا میشود.

کم شدن ظرفیت حیاتی ریه دلیل بر وجود نارسائی قلب است زیرا چنانکه میدانیم در آبستنی ظرفیت حیاتی ریهها مختصری افزایش مییابد. از همه مهمتر وجود راههای دایم

قاعده ریدهاست که از نظر تشخیص دارای اهمیت فراوان می باشد. در هنگام آبستنی زیاد شدن حجم خون باعث نارسائی قلب و در نتیجه احتقان قاعده ریه ها شده و علامت آن پیدا شدن رالهای قاعده ریه است، که اولین علامت نارسائی قلب می باشد. اضافه شدن وزن بیش از حد معمول اغلب مقدمه نارسائی قلب است.

کبد بزرگ و دردناک نیز از نشانه های نارسائی قلب می باشد. تاکیکاردی (۱۱۰) و تند شدن تنفس (۲۴) علامت مهم نارسائی در هنگام زایمان بوده و با پیدا شدن این علامت بایستی زایمان را هر چه زودتر تسریع نموده درد و ناراحتی بیمار را آرام نمود. عوامل مستعد کننده نارسائی قلب - :

۱- خستگی و فرسودگی در پیدایش نارسائی در بیماران مبتلا بضايعه قلبی خیلی اهمیت دارد.

۲- عفونت دستگاه تنفس مخصوصاً وجود يك «سرماخوردگی» کافی است که در زن مبتلا به بیماری قلبی روماتیسمی نارسائی شدید و خطرناکی بوجود بیاورد.

۳- آشامیدن مقدار زیاد مایع و یا تزریق بدون جهت سرم در این گونه بیماران مقدمات نارسائی را کاملاً فراهم مینمایند.

پیش گیری نارسائی قلب

برای پیش گیری نارسائی تمام عللی را که ممکن است باعث پیدا شدن آن شود از بین برده و یا تا حد امکان کم نمود.

محدود کردن فعالیت روزانه - زن آبستنی که مبتلا بعارضه قلبی است بایستی حتی الامکان از نظر روحی و بدنی استراحت داشته باشد لا اقل ده ساعت خواب در شب و چند ساعت وسط روز لازم است همچنین کارهای سنگین را بایستی بکلی قدغن نمود. بسته بوضع قلب بیمار میتوان کارهای سبک را اجازه داد و ای شستشو، اطو کردن، گردگیری و غیره بکلی بایستی قدغن شود. بهر جهت بیمار بایستی از خستگی پرهیز کند. باید به بیمار آموخت که هراتفاق تازه را بطیب خود گذارش دهد. مثلاً سرماخوردگی، هموپتیزی، سرفه و غیره را بایستی فوراً اطلاع داد.

جلوگیری از عوامل مستعدکننده - زن آبستن نباید بیش از ۷ تا ۸ کیلو در تمام مدت آبستنی چاق شود برای جلوگیری از زیاد شدن وزن رژیم شامل مواد پروتیدی بدون چربی و کم قند مفید است.

البته ویتامینها و کلسیوم و آهن مورد احتیاج بدن را باید بیمار رساند. از ماه ششم ببعد باید مقدار نمک غذا را تا حد امکان کم نمود ولی بایستی بی اشتهائی را که در این قبیل موارد پیدا میشود در نظر داشت در این صورت لازم است انواعی از نمکها که یون سدیم آنها عوض شده است استعمال نمود.

درمان نارسائی - درمان کاملاً شبیه به درمان بیماران غیر آبستن است استراحت مطلق محدود کردن نمک غذا به یک گرم در روز دیتالیزاسیون قلب و استعمال داروهای مدر جیوه ای یارزینی.

از استعمال زیاد مایعات در زنان آبستن بایستی جلوگیری شود.

درمان ادم حاد رییه عبارتست از تزریق مرفین توأم با اکسیژن دیتالیزاسیون فوری و تزریق امینوفیلین داخل وریدی. در مواردی که درمانهای بالا مؤثر نباشد خون گرفتن شاید تنها راه نجات بیمار باشد.

تذکره پزشکی (۱) در بیماران قلبی آبستن

بهترین راه برای موفقیت در مبارزه با بیماران قلبی در هنگام آبستنی همکاری متخصص بیماریهای زنان و متخصص بیماریهای قلبی است. در هر دوره آبستنی بیماری قلبی را بایستی بطریق خاصی مورد توجه قرار داد از این قرار:

در سه ماه نخست آبستنی اگر نارسائی وجود داشته باشد خیلی خطرناک و بد عاقبت است در این موارد بایستی حتماً با آبستنی خاتمه داد بهترین راه در این دوره کورتاژ رحم است.

سه ماه دوم - در بین ماههای سوم و پنجم برای ختم آبستنی بهترین راه باز کردن رحم و خارج نمودن جنین از آنرا توأم با بستن اولههاست در صورتیکه در این مدت نارسائی

قلبی وجود نداشته باشد بایستی با در نظر گرفتن شرایط لازم آبستنی را به پایان رسانید ولی اگر در این دوره نارسائی در مقابل درمان مقاومت کند عاقبت بیمار بسیار خطرناک خواهد بود. سه ماه سوم - در سه ماه سوم حاملگی دست زدن با آبستنی نه تنها بحال بیمار مفید نیست بلکه باعث شدت نارسائی قلب خواهد شد. بین ماه ششم تا نهم که خطرناکترین دوره آبستنی از نظر بیماری قلبی میباشد هر گاه نارسائی ایجاد شود بایستی با کمال شدت درمان پرداخت و منتظر فرارسیدن هنگام زایمان شد.

هنگام زایمان - در هنگام زایمان باید تا آنجا که ممکن است با داروهای مسکن از درد بیمار کاسته و مخصوصاً در مرحله دوم مانع از زور زدن بیمار شد. هنگام دستکاری بسته بوضع بیمار و قضاوت طیب است. باید در نظر داشت که هر گاه در جریان زایمان تعداد نبض از ۱۱۰ و تنفس از ۲۴ در دقیقه زیادتر شود خطر نارسائی حاد وجود داشته و باید بطریق مقتضی با مر زایمان خاتمه داد.

وضع خوابیدن بیمار دارای اهمیت است این بیماران را نباید بهیچ وجه در وضع ترندلنبورگ (۱) خوابانید بلکه بهترین وضع وضع نیم نشسته است. در مورد بیهوشی آنچه اهمیت دارد مهارت بیهوش کننده است، نه نوع بیهوشی. دوره نفاس - در دوره نفاس باید متوجه نارسائی بوده و بیمار را بشدت تحت مراقبت قرار داد.

مسئله مهم در این بیماران استراحت ممتد پس از زایمان است که بهتر است در بیمارستان باشد.

شیر دادن - بنظر میرسد در اثر شیر دادن بر بار دستگاه گردش خون اضافه شود ولی این مسئله هنوز ثابت نشده. تجربه نشان داده است که بیماران که در وضع بد قلبی قرار دارند نباید بکودکان خود شیر بدهند.

نوع زایمان - تا اواخر عقیده بر این بود که بیماران قلبی را بایستی سزارین نمود ولی پس از آنکه چندین آمار مقایسه‌ای نشان داد که خطر زایمان از پائین بمراتب کمتر از سزارین میباشد فعلاً تا آنجا که ممکن است دست بعمل سزارین نمیزنند بطوریکه

میتوان گفت بعلت بیماری قلبی عمل سزارین نباید بشود و عمل سزارین در بیماران قلبی تابع شرایط مامائی است نه شرایطی که در اثر بیماری قلبی ایجاد شده است. از این قانون دومورد مستثنی است فشار خون شدید و اکلامپسی غیر قابل درمان بطرق دیگر.

مسائل مخصوص در مورد بیماریهای قلبی فیرو و ما تیسمی

بیماریهای قلبی مادرزادی - بیش از دو درصد از ضایعات قلبی زنان آبستن را تشکیل نمیدهد.

وجود سیانوز دلیل بروخامت و شدت ضایعه قلبی بوده و آبستنی بر خطر بیماری میافزاید ولی اگر سیانوز وجود نداشته باشد اصولاً خطر کمتر است و اما باز هم پیش بینی بستگی بعوامل دیگر از قبیل درجه بزرگی قلب و ظرفیت عملی آن دارد بزرگی قلب و کم شدن قابل ملاحظه ظرفیت عملی آن دلیل بر بدی پیش بینی بیماری است.

کوارکتو آسیون آئورت - خطر این عارضه پاره شدن آئورت در هنگام زایمان است از اینرو بایستی این بیماران راسزارین نمود.

ضایعات دیگر قلبی - از قبیل بیماری برژه (۱) و وجود مجرای شریانی (۲) نیز خطرناک میباشد. در هنگام زایمان ناگهان بیمار دچار حالت شك باتنگ نفس نبض تند و تنفس سریع میشود در حالیکه نارسائی قلب زیاد واضح نیست این فاجعه بنظر میرسد مربوط به تغییر جریان خون از سوراخهای غیر طبیعی قلب میباشد. که بعلت کم شدن ناگهانی فشار خون وریدی در اثر خالی شدن رحم اتفاق میافتد. و از اینرو قاعدتاً در عمل سزارین این اتفاق بیشتر رخ میدهد. برخی برای جلوگیری از این اتفاق بلافاصله پس از زایمان دست و پای بیمار را محکم بانداز میکنند.

اندوکاردیت میکروبی. از عوارض خطرناکی است که پیوسته بیمار مبتلا به ضایعه قلبی مادرزادی را تهدید میکند. برای جلوگیری از آن استعمال آنتی بیوتیکها در جریان زایمان و بعد از آن لازم است.

بیماریهای دستگاه گردش خون توأم با ازدیاد فشار خون. - اثر آبستنی بر فشار خون بدون علت معلوم نیست اینکه آیا آبستنی بتنهائی بر فشار

خون اثر دارد و یا اینکه بعزت پیدایش زهر آگینی های حاملگی این خطر زیاد میشود هنوز واضح نشده است ولی آنچه مورد قبول همه است آنست که در بیماران مبتلابفشار خون خطرا کلامپسی و زهر آگینی های دیگر زیادتر است .

بعقیده ها میلتون (۱) بیماران با ازدیاد فشار خون مختصر را میتوان مانند بیماران قلبی نیک خیم جزو «دسته مساعد» قرار داد در صورتیکه بیمارانی که دچار ازدیاد فشار خون شدید میباشند خطرناکتر بوده و مرگ و میر بیشتری دارند . هر گاه در هنگام حاملگی فشار خون رو باز دیاد گذارد با وجود خطرانی که برای بیمار از نظر دستکاری وجود دارد بایستی با بستنی بیمار خاتمه داد .

زهر آگینی های آبستنی . - زهر آگینی های بدون تشنج توأم با ازدیاد فشار خون ، خیز (۲) و البومین اوری گاهی ایجاد ورم حاد ریه مینماید . با آنکه گاهی بهیچ وجه علامت قلبی یا کلیوی در بیماران وجود ندارد ولی این عارضه بیشتر در بیمارانی اتفاق میافتد که قبل از آبستنی دچار ازدیاد فشار خون بوده اند .

بهر جهت اگر در جریان پیدایش ورم حاد ریه توأم با کلامپسی ثابت گردد که دلیل ورم حاد ریه نارسائی قلبی است دیزیتالیزاسیون قلب لازم است . درمانهای دیگر عبارتند از مرفین یا دمرول (۳) گرفتن خون کم کردن مایعات بدن و تسریع در عمل زایمان عمل کمیسورتومی (۴) در زنان آبستن . بنظر میرسد عمل در زنان آبستن در صورتیکه شرایط دیگر نامساعد نباشد اشکالی ندارد همچنین تعداد محدودی از بیماران که با روش بایلی (۵) تحت عمل کمیسورتومی قرار گرفته اند آبستن شده و بدون خطر و اتفاق سوئی آبستنی و زایمان خود را پایان رسانیده اند .

۱—Hamilton . ۲—oedema ۳—Demerol

۴— commissuro tomy . ۵— Baily .