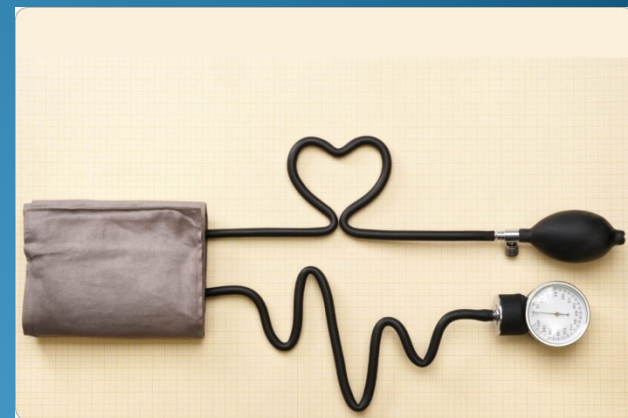


فشار خون در بارداری

ارائه دهنده: دکتر شهرزاد نجفی



نحوه ارزیابی فشارخون

از یک تکنیک استاندارد و مناسب برای اندازه گیری فشار خون استفاده کنید.
● بیماران باید در عرض 30 دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون از مصرف کافئین و نیکوتین خودداری کنند زیرا هر دو می توانند میزان فشار خون را افزایش دهند.

● فشار خون را پس از پنج دقیقه استراحت، در حالتی که بیمار در حالت نشسته یا نیمه خوابیده با تکیه گاه پشت، پاها روی زمین و پاهای روی هم قرار نگرفته و بازو در سطح قلب قرار دارد، اندازه گیری کنید. اندازه گیری فشار خون در حالت خوابیده به پهلوی چپ، روی بازوی چپ، تفاوت عمده ای با فشار خونی که در حالت نشسته ثبت می شود، ندارد و در صورتی که فشار خون نشسته امکان پذیر نباشد، ممکن است مورد استفاده قرار گیرد

● از یک کاف با اندازه مناسب استفاده کنید - یک کاف بزرگ بزرگسالان برای خانم ها با دور بازو 35 تا 44 سانتی متر و کاف ران اگر دور بازو 45 تا 52 سانتی متر باشد. وقتی کاف اندازه مناسبی داشته باشد، عرض تیوب داخل فشارسنج 40 درصد محیط است و 80 درصد بازو را احاطه می کند.
● فشارسنج جیوه ای از دیرباز به عنوان استاندارد طلایی برای اندازه گیری فشار خون در نظر گرفته شده است، اما بسیاری از دستگاه های خودکار مختلف نیز برای این منظور استفاده می شوند و قابل قبول هستند.

اختلالات هیپرتنسیو یکی از علل مازور موربیدیتی و مورتالیتی مادر و جنین به شمار می رود و عامل 25 درصد تولد پیش از موعد است
براساس گایدلاین های زنان آمریکا 4 زیر گروه برای این اختلالات تعریف شده است :

1) پره اکلامپسی

Gestational HTN (2

3) سوار شدن پره اکلامپسی روی فشارخون مزمن

4) HTN مزمن

پره اکلامپسی

پره اکلامپسی یک اختلال مولتی سیستم پیشرونده است که با فشارخون و یکی از موارد زیر تظاهر می کند :

پروتئینوری

ترومبوسیتوپنی

اختلال عملکرد کبدی

اختلال پیشرونده کلیه

ادم پولمونری

اختلالات جدید مغزی و بینایی


TABLE 40-1

Classification and Diagnosis of Pregnancy-Associated Hypertension

Condition	Criteria Required
Gestational hypertension	BP >140/90 mm Hg after 20 weeks in previously normotensive women
Preeclampsia: Hypertension plus	
Proteinuria	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 300 mg/24 h, or • Urine protein: creatinine ratio ≥ 0.3, or • Dipstick 1+ persistent^a
<i>or</i>	
Thrombocytopenia	<ul style="list-style-type: none"> • Platelet count $<100,000/\mu\text{L}$
Renal insufficiency	<ul style="list-style-type: none"> • Creatinine level >1.1 mg/dL or doubling of baseline^b
Liver involvement Cerebral symptoms	<ul style="list-style-type: none"> • Serum transaminase levels^c twice normal • Headache, visual disturbances, convulsions
Pulmonary edema	—

^aRecommended only if sole available test.^bNo prior renal disease.^cAST (aspartate transaminase) or ALT (alanine transaminase).

بروز پره اکلامپسی در سفیدپوستان 5 درصد، در اسپانیایی تبارها 9 درصد و در زنان آفریقایی-آمریکایی 11 درصد بود
علاوه بر این، زنان سیاهپوست عوارض بیشتری دارند .
در چندین مطالعه جهانی ، بروز پره اکلامپسی در جمعیت های نخست زا بین 3 تا 10 درصد بود. بروز پره اکلامپسی در مولتی پارها نیز متفاوت است و از 1.4 تا 4 درصد متغیر است.



Young and nulliparous women are particularly vulnerable to developing preeclampsia, whereas older women are at greater risk for chronic hypertension with superimposed preeclampsia

پره اکلامپسی علت 15 درصد مرگ های
مادری است

preeclampsia is identified in 4 to 5 percent of all
pregnancies

مشخص نیست اما از GH هر چند اتیولوژی پره اکلامپسی و جمله ریسک فاکتورها می توان به سن مادری کمتر از 20 و GH و بالای 35 سال , سابقه شخصی و فامیلی مثبت برای سابقه قبلی فشارخون, دیابت , چاقی و وجود آنتی بادی های آنتی فسفولیپید اشاره کرد

TABLE 40-3

Selected Clinical Risk Factors for Preeclampsia

Risk Factor	Pregnancies (millions)	Pooled Unadjusted Relative Risk (95% CI)
SLE	2.43	2.5 (1.0–6.3)
Nulliparity	2.98	2.1 (1.9–2.4)
Age >35	5.24	1.2 (1.1–1.3)
Prior stillbirth	0.063	2.4 (1.7–3.4)
CKD	0.97	1.8 (1.5–2.1)
ART	1.46	1.8 (1.6–2.1)
BMI >30	5.92	2.8 (2.6–3.1)
Multifetal	7.31	2.9 (2.6–3.1)
Prior abruption	0.29	2.0 (1.4–2.7)
Diabetes	2.55	3.7 (3.1–4.3)
Prior preeclampsia	3.72	8.4 (7.1–9.9)
CHTN	6.59	5.1 (4.0–6.5)
APA	0.22	2.8 (1.8–4.3)

APA = antiphospholipid antibody; ART = assisted reproductive technology; BMI = body mass index; CHTN = chronic hypertension; CKD = chronic kidney disease; SLE = systemic lupus erythematosus.

پس از به تاخیر انداختن سن حاملگی به پس از سنین نوجوانی و مراقبت های بهتر پریناتال آسپرین با دوز پایین تنها استراتژی جلوگیری از پره اکلامپسی است.

برای ایجاد یک پایان مناسب تمام زنان حامله باید غربالگری شده و موارد پیشرفته پره اکلامپسی در بیمارستان بستری شوند .

آسپرین 60-80 میلی گرم روزانه با شروع
در سه ماهه اول به نظر می رسد در کاهش
عود پره اکلامپسی تا حدودی موثر باشد

پره اکلامپسی ریسک فاکتور کاردیومیوپاتی حوالی زایمان
است

اکلامپسی به وقوع یک تشنج بزرگ در یک زن مبتلا به
پره اکلامپسی در غیاب سایر شرایط عصبی که می تواند
عامل تشنج باشد، اشاره دارد.

سندرم HELLP (همولیز، افزایش آنزیم‌های کبدی، پلاکت‌های پایین) احتمالاً نشان‌دهنده یک زیرگروه از پره اکلامپسی با ویژگی‌های شدید است که در آن همولیز، افزایش آنزیم‌های کبدی و ترومبوسیتوپنی به جای فشار خون بالا یا اختلال عملکرد سیستم عصبی مرکزی یا کلیه، ویژگی‌های غالب هستند.

اکثر بیماران، اما نه همه، فشار خون بالا (82 تا 88 درصد) و/یا پروتئینوری (86 تا 100 درصد) دارند. بیماران نادر هیچ کدام را ندارند. سایر تشخیص‌های مرتبط با ناهنجاری‌های آزمایشگاهی مشابه باید قبل از تشخیص HELLP در این بیماران غیر معمول کنار گذاشته شوند. از آنجا که برخی از بیماران مبتلا به پرفشاری خون یا پروتئینوری همزمان ندارند، برخی معتقدند که سندرم HELLP یک اختلال جدا از پره اکلامپسی است.

مکانیسم های زیادی برای توضیح علت پره اکلامپسی پیشنهاد شده است.
مواردی که در حال حاضر مهم تلقی می شوند عبارتند از:

1. لانه گزینی جفت با تهاجم تروفوبلاستیک غیرطبیعی به عروق رحم
2. تحمل ناسازگاری ایمونولوژیک بین بافت های مادر، پدر و جنین
3. ناسازگاری مادر با تغییرات قلبی عروقی یا التهابی بارداری طبیعی
4. عوامل ژنتیکی شامل ژن های مستعد ارثی و تأثیرات اپی ژنتیکی

لابتالول به عنوان داروی خط اول جایگزین هیدرالازین برای
درمان اکلامپسی و پره اکلامپسی شدید شده است .

لابتالول

کمتر overshoot HTN

و تاکی کاردی رفلکسی می دهد .



Antihypertensive agents used for urgent blood pressure control in pregnancy

Drug	Initial dose	Follow-up
Labetalol	20 mg IV gradually over 2 minutes.	<p>Repeat BP measurement at 10-minute intervals:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If BP remains above target level at 10 minutes, give 40 mg IV over 2 minutes. ▪ If BP remains above target level at 20 minutes, give 80 mg IV over 2 minutes. ▪ If BP remains above target level at 30 minutes, give 80 mg IV over 2 minutes. ▪ If BP remains above target level at 40 minutes, give 80 mg IV over 2 minutes. <p>Cumulative maximum dose is 300 mg. If target BP is not achieved, switch to another class of agent.</p>
	<p>A continuous IV infusion of 1 to 2 mg/minute can be used instead of intermittent therapy or started after 20 mg IV dose.</p> <p>Requires use of programmable infusion pump and continuous noninvasive monitoring of blood pressure and heart rate.</p>	<p>Adjust dose within this range to achieve target blood pressure.</p> <p>Cumulative maximum dose is 300 mg. If target BP is not achieved, switch to another class of agent.</p>
Hydralazine	<p>5 mg IV gradually over 1 to 2 minutes.*</p> <p>Adequate reduction of blood pressure is less predictable than with IV labetalol.</p>	<p>Repeat BP measurement at 20-minute intervals:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If BP remains above target level at 20 minutes, give 5 or 10 mg IV over 2 minutes, depending on the initial response. ▪ If BP remains above target level at 40 minutes, give 10 mg IV over 2 minutes, depending on the previous response. <p>Cumulative maximum dose is 30 mg. If target BP is not achieved, switch to another class of agent.</p>
Nifedipine extended release	30 mg orally.	<p>If target BP is not achieved in 1 to 2 hours, another dose can be administered.</p> <p>If target BP is not achieved, switch to another class of agent.</p>
Nicardipine (parenteral)	<p>The initial dose is 5 mg/hour IV by infusion pump and can be increased to a maximum of 15 mg/hour.</p> <p>Onset of action is delayed by 5 to 15 minutes; in general, rapid titration is avoided to minimize risk of overshooting dose.</p> <p>Requires use of a programmable infusion pump and continuous noninvasive monitoring of blood pressure and heart rate.</p>	Adjust dose within this range to achieve target BP.
Nifedipine immediate release*	<p>10 mg orally.</p> <p>May be associated with precipitous drops in BP in some women, with associated FHR decelerations for which emergency cesarean delivery may be indicated. As such, this regimen is not typically used as a first-line option and is usually reserved only for women without IV access. If used, FHR should be monitored while administering short-acting nifedipine.</p>	<p>Repeat BP measurement at 20-minute intervals:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If BP remains above target at 20 minutes, give 10 or 20 mg orally, depending on the initial response. ▪ If BP remains above target at 40 minutes, give 10 or 20 mg orally, depending on the previous response. <p>If target BP is not achieved, switch to another class of agent.</p>

در صورت ایجاد پره اکلامپسی زایمان در موارد زیر بدون توجه به سن حاملگی انجام می شود :

غیر قابل کنترل HTN

اکلامپسی

ادم پوLMونری

DIC

جداشدگی جفت و دیسترس جنینی

درمان انتخابی ادم ریه در پره اکلامپسی (مهم ترین علت مرگ مادر) نیتروگلیسیرین وریدی است.

Gestational HTN (GH)

بالا رفتن فشارخون پس از هفته 20 حاملگی است در حالی که هیچ یک از پارامترهای تشخیصی پره اکلامپسی وجود ندارد

در واقع پرفشاری خون بارداری به پرفشاری خون بدون پروتئینوری یا سایر علائم/نشانه های اختلال عملکرد اندام انتهایی مرتبط با پره اکلامپسی اشاره دارد که پس از هفته 20 بارداری ایجاد می شود

در مواردی که پره اکلامپسی و GH رخ می دهد چک مجدد
فشارخون 72 ساعت پس از زایمان و 7-10 روز بعد توصیه
می شود

فشار خون مزمن

فشار خون مزمن به فشار خونی گفته می شود که قبل از بارداری یا حداقل در دو نوبت قبل از هفته بیستم بارداری وجود داشته باشد یا بیش از 12 هفته پس از زایمان ادامه یابد . این بیماری می تواند اولیه یا ثانویه به بیماری مزمن کلیوی، تومورهای آدرنال (هیپرآلدوسترونیزم اولیه، فنوکروموسیتوم)، یا فشار خون رنواسکولار باشد.

در زنان بارداری که برای اولین بار در سه ماهه دوم بدون اندازه گیری فشار خون قبل از بارداری اخیر برای مقایسه مراجعه می کنند، تشخیص فشار خون مزمن ممکن است به دلیل کاهش فیزیولوژیک طبیعی فشار خون بین هفته های 12 تا 19 بارداری نادیده گرفته شود فشار خون در این زمان تقریباً 5 تا 10 میلی متر جیوه کمتر از سطح پایه است.

ارزیابی فشار خون مزمن ها

ارزیابی بالینی باید شامل فشار خون پایه و ضربان قلب و یک معاینه فیزیکی کلی، از جمله سمع قلبی ریوی و ارزیابی هرگونه نشانه ای از اختلال عملکرد قلبی (به عنوان مثال، سیانوز، هپاتومگالی، اتساع ورید ژوگولار، ادم ریوی) باشد.

● علاوه بر آزمایشات معمول آزمایشگاهی قبل از تولد، در صورت عدم انجام آزمایشات آزمایشگاهی زیر در شش ماه قبل از بارداری، توصیه می شود: ● کراتینین ● نسبت پروتئین ادرار به کراتینین یا پروتئین ادرار 24 ساعته ما همچنین ترانس آمینازهای کبدی (آسپارات آمینوترانسفراز و آلانین آمینوترانسفراز) و شمارش پلاکت ها را به عنوان پایه دریافت می کنیم، زیرا این اطلاعات در صورتی مفید است که بیمار در اواخر بارداری علائم/نشانه های پره اکلامپسی را نشان دهد. ما الکترولیت ها را در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد کلیه به دست می آوریم.

● اگر یک سال قبل از لقاح ارزیابی نشود، اکوکاردیوگرافی ترانس قفسه سینه یا الکتروکاردیوگرام دوازده لید برای زنان مبتلا به فشار خون طولانی مدت، بر اساس سن یا فشار خون ضعیف کنترل شده برای بیش از چهار سال، پیشنهاد می با توجه به افزایش برون ده قلبی و استرس قلبی، اختلال عملکرد قلب باعث افزایش عوارض در بارداری و شود. زایمان می شود. با توجه به افزایش خطرات محدودیت رشد و زایمان زودرس در بیماران مبتلا به فشار خون مزمن، تعیین تاریخ دقیق بارداری اهمیت ویژه ای دارد

سوار شدن پره اکلامپسی روی فشار خون مزمن

پره اکلامپسی زمانی که در زنان مبتلا به فشار خون مزمن رخ می دهد، روی هم قرار می گیرد. مشخصه آن بدتر شدن یا مقاوم شدن فشار خون (به ویژه به صورت حاد)، شروع جدید پروتئینوری یا افزایش ناگهانی پروتئینوری، و/یا اختلال عملکرد اندام انتهایی جدید پس از 20 هفته بارداری در یک زن مبتلا به فشار خون مزمن است

in the context of hypertension, features include:

Heart - evidence on electrocardiogram screening of the heart muscle thickening (but may also be seen on chest X-ray) suggesting left ventricular hypertrophy or by echocardiography of less efficient function (left ventricular failure).

Brain- hypertensive encephalopathy, hemorrhagic stroke, subarachnoid hemorrhage, confusion, loss of consciousness, eclampsia, seizures, or transient ischemic attack.

Kidney - leakage of protein into the urine (albuminuria or proteinuria), or reduced renal function, hypertensive nephropathy, acute renal failure, or glomerulonephritis.

Eye - evidence upon fundoscopic examination of hypertensive retinopathy, retinal hemorrhage, papilledema and blindness.

Peripheral arteries - peripheral vascular disease and chronic lower limb ischemia

معیارهای فشار خون برای فشار خون بالا در بارداری عبارتند از فشار خون سیستولیک ≤ 140 میلی متر جیوه، فشار خون دیاستولیک ≤ 90 میلی متر جیوه یا هر دو.

فشار خون شدید به عنوان فشار خون سیستولیک ≥ 160 میلی متر جیوه، فشار خون دیاستولیک ≥ 110 میلی متر جیوه یا هر دو تعریف می شود

هنگام تصمیم گیری برای درمان پرفشاری خون خفیف (تعریف شده به عنوان فشار خون سیستولیک 140 تا 150 میلی متر جیوه و/یا فشار خون دیاستولیک 90 تا 100 میلی متر جیوه) یا فشار خون متوسط (به عنوان فشار خون سیستولیک 150 تا 159 میلی متر جیوه و/یا فشار خون دیاستولیک 100 تا 109 mmHg) رویکرد ما خطر بالقوه ابتلا به فشار خون شدید، مزایای بالقوه جلوگیری از فشار خون شدید، و بیماری‌ها و علائم همراه بیمار (مانند سردرد، اختلالات بینایی) را در نظر می‌گیرد.

● برای زنانی که فشار خون سیستولیک ≤ 150 میلی‌متر جیوه یا فشار خون دیاستولیک ≤ 100 میلی‌متر جیوه دارند که بیش از 15 دقیقه باقی می‌ماند، درمان ضد فشار خون موجود را شروع می‌کنیم (یا افزایش می‌دهیم).

فشار خون شدید

توافق نظر وجود دارد که زنان مبتلا به فشار خون شدید (که به عنوان فشار خون سیستولیک ≤ 160 میلی‌متر جیوه و/یا فشار خون دیاستولیک ≤ 110 میلی‌متر جیوه تعریف می‌شود) که به مدت ≤ 15 دقیقه ادامه می‌یابد، باید برای کاهش خطر سکته مغزی و نارسایی قلبی مادر و سایر موارد جدی مادر تحت درمان قرار گیرند.

درمان باید در اسرع وقت و در عرض 30 تا 60 دقیقه شروع شود

لازم به ذکر است که به نظر می‌رسد فشار خون سیستولیک شدید بیشتر از فشار خون دیاستولیک شدید پیش‌بینی‌کننده حوادث نامطلوب مغزی است

باید مدنظر داشت درمان دارویی در مرحله یک، عاقبت پریناتال را بهبود نمی بخشد و سبب محدودیت در رشد جنین می گردد و گایدلاین ها ریسک طولانی مدت را برای مادران با استیج یک فشارخون طی حاملگی قابل توجه نمی دانند

درمان فشارخون

انتخاب دارو به شدت فشار خون بالا و اینکه آیا درمان تزریقی یا خوراکی مناسب است بستگی دارد. پاسخ به داروهای ضد فشار خون متغیر است و تعمیم در مورد اثربخشی نسبی در جمعیت های پرفشاری خون کلی یا خاص دشوار است. مسدود کننده های بتا - مسدود کننده های بتا به طور گسترده در بارداری استفاده می شوند. آسم یک منع مصرف رایج است زیرا برونکواسپاسم ممکن است رخ دهد

● لابتالول دارای فعالیت مسدودکننده آلفا و بتا آدرنرژیک است. این داروی ارجح در این کلاس است زیرا مطالعات اولیه در مدل های تجربی نشان می دهد که ممکن است جریان خون رحم جفتی را تا حد بیشتری نسبت به مسدود کننده های بتا سنتی حفظ کند. لابتالول با سمیت کبدی مادر مرتبط است، که اگرچه نادر است، اما تشخیص آن مهم است زیرا ممکن است با افزایش آنزیم کبدی با سندرم HELLP اشتباه گرفته شود. اکثر موارد برگشت پذیر هستند

گرچه در زنان باردار کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است، متوپرولول و پیندولول داروهای

جایگزین قابل قبولی هستند 0

بلوک کننده های بتا آدرنرژیک که فاقد خاصیت مسدودکننده آلفا هستند (مثلا آنتولول) در هنگام استفاده در اوایل بارداری با وزن جفت و جنین کمتر در هنگام زایمان همراه بوده و به طور کلی در صورت وجود یک داروی موثر با مشخصات ایمنی بهتر از آنها اجتناب می شود

علاوه بر این، شل شدن میومتر رحم حاملگی یک فرآیند با واسطه گیرنده بتا-2 است و مسدود کننده های غیرانتخابی بتا-آدرنرژیک (مانند پروپرانولول) ممکن است اثر تحریک بتا-2 را خنثی کنند.

شواهدی مبنی بر ایمنی بتابلوکرها - علیرغم استفاده گسترده از لابتالول در بارداری، ایمنی بتا بلوکرها به دلیل گزارش های متناقض در مورد زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین/کوچک بودن برای نوزادان در سن حاملگی، مرگ و میر پری ناتال، و آینه نوزادی تا حدودی بحث برانگیز است. ، برادی کاردی و هیپوگلیسمی و همچنین گزارش های متناقض از افزایش خطر ناهنجاری های مادرزادی. با توجه به محدودیت های داده های موجود، از جمله ناتوانی در تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس نوع مسدود کننده بتا، تحقیقات بیشتری لازم است

انتخاب مسدود کننده کانال کلسیم

نیفدیبین پرمصرف ترین داروی این دسته در بارداری است. این دارو در فرمول‌های رهش سریع، میان‌اثر و رهش طولانی‌مدت در دسترس است. ما معمولاً ترجیح می‌دهیم از فرمول انتشار متوسط یا طولانی مدت استفاده کنیم.

- اگرچه آملودیپین به طور گسترده در افراد غیرباردار مبتلا به فشار خون بالا استفاده می‌شود، اطلاعات کمی در مورد استفاده از آن در بارداری وجود دارد

بزرگترین گزارش از پیامدهای ثبت شده تولد در میان 231 زن ژاپنی بود که 48 نفر از آنها در سه ماهه اول آملودیپین قرار گرفتند، 54 نفر در معرض سایر داروهای ضد فشار خون قرار گرفتند و 129 نفر فشار خون داشتند اما در معرض هیچ دارویی قرار نگرفتند میزان ناهنجاری‌های مورفولوژیک جنین در سه گروه مشابه بود (محدوده 4.2 تا 5.6 درصد) که نشان می‌دهد آملودیپین ممکن است با افزایش خطر ناهنجاری‌ها مرتبط نباشد.

- آنتاگونیست‌های کلسیم غیر دی‌هیدروپیریدین، مانند وراپامیل و دیلتیازم نیز استفاده شده است، اگرچه اکثر گزارشات در مقالات تنها تعداد کمی از زنان را شامل می‌شوند.

متیل دوپا

گروه دارویی: آلفا آدرنرژیک با اثر مرکزی (کاهش تون سمپاتیک)

متیل دوپا به طور گسترده در زنان باردار استفاده شده است و ایمنی طولانی مدت آن برای جنین نشان داده شده است، اما فقط یک عامل ضد فشار خون خفیف است و شروع اثر آهسته (سه تا شش ساعت) دارد. بسیاری از زنان با استفاده از این ماده خوراکی به اهداف فشار خون نخواهند رسید یا اثر آرام بخش آن در دوزهای بالا آزارشان می دهد. اگرچه متیل دوپا به طور گسترده در خارج از بارداری استفاده نمی شود، اما در این شرایط مفید است، به ویژه در زنانی که عوارض جانبی ایجاد می کنند یا نسبت به سایر داروهای پرمصرف تر تحمل نمی کنند. متیل دوپا برای چندین دهه مورد استفاده قرار گرفته است و ایمنی آن به طور گسترده تری نسبت به سایر داروهای ضد فشار خون ثبت شده است.

هیدرالازین

هیدرالازین داخل وریدی سال ها است که به طور گسترده برای درمان فشار خون حاد حاد در بارداری استفاده می شود و در این شرایط یک داروی ضد فشار خون قابل قبول است

با این حال، پاسخ کاهش فشار خون به هیدرالازین داخل وریدی نسبت به لابتالول کمتر قابل پیش بینی است. اگر چه هیدرالازین را می توان به صورت خوراکی مصرف کرد، اما باعث تاکی کاردی رفلکس و احتباس مایعات می شود که مفید بودن آن در بارداری را محدود می کند

دیورتیک های تیازیدی

- معمولاً از دیورتیک ها در بارداری به جز برای درمان ادم ریوی استفاده نمی شود. نقش دیورتیک های تیازیدی برای دهه ها منبع بحث بوده است، اگرچه برخی دستورالعمل ها نشان می دهند که این داروها می توانند در زنان مبتلا به فشار خون مزمن که قبل از بارداری از آنها استفاده می کردند ادامه یابند 0 کاهش قابل توجه حجم در این شرایط محتمل نیست زیرا بیشتر از دست دادن مایعات در دو هفته اول استفاده رخ می دهد، با فرض اینکه دوز دارو و مصرف سدیم رژیم غذایی نسبتاً ثابت باشد.

کلونیدین

کلونیدین مکانیسم اثری مشابه متیل دوپا دارد و می تواند دارویی موثر برای درمان فشار خون غیر شدید در بارداری باشد. با این حال، عوارض جانبی آزاردهنده ای دارد و در صورت قطع ناگهانی، احتمال بازگشت فشار خون بالا را دارد، بنابراین داروهای دیگر ترجیح داده می شوند. از آنجایی که کلونیدین به عنوان یک چسب ترانس در مال در دسترس است، به ویژه برای بیمارانی که نمی توانند داروی ضد فشار خون خوراکی مصرف کنند مفید است.

دارویی که در بارداری باید اجتناب شود

- ما مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE)، مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین (ARB) II، یا مهارکننده‌های مستقیم رنین را در دوران بارداری شروع نمی‌کنیم و در زنانی که قصد بارداری دارند مصرف آن‌ها را قطع می‌کنیم و به داروی دیگری تغییر می‌دهیم
- استفاده از آنتاگونیست‌های گیرنده مینرالوکورتیکوئید (MRA)؛ به عنوان مثال، اسپایرونولاکتون، اپلرنون) برای درمان فشار خون بالا در بارداری به طور کلی توصیه نمی‌شود.
- اسپایرونولاکتون از جفت عبور می‌کند و بی‌خطر بودن آن در بارداری هرگز ثابت نشده است. فعالیت ضد آندروژنی اسپایرونولاکتون به ویژه در جنین‌های پسر همیشه یک نگرانی بوده است.
- تجربه بالینی محدود و احتمال مسمومیت با سیانید جنین، استفاده از نیتروپروساید را در بارداری محدود کرده است. نیتروپروساید آخرین راه حل برای کنترل فوری فشار خون شدید مقاوم به درمان است. استفاده از آن باید به مدت کوتاهی در شرایط اضطراری محدود شود

زنان با فشار خون مزمن یا GH باید به صورت دقیق با اندازه گیری فشارخون دوبار در هفته و اندازه گیری هفتگی پلاکت، آنزیم کبدی و پروتئینوری مانیتور شوند.

کاهش وزن و محدودیت نمک توصیه نمی شود

