أمراض القلب في الحمل

Heart Disease in Pregnancy

التغيرات الفيزيولوجية في الحمل :

- **تمدد حجم البلازما بمقدار ٥٠%**
- زيادة الحصيل القلبي بمعدل ٤٠%، ويصل إلى قمته في منتصف الثلث الثاني من الحمل.
- توسع وعائي محيطي وهبوط في المقاومة الوعائية الرئوية والجهازية.
- يترافق المخاض والولادة بزيادة أخرى في حصيل القلب؛ فالألم يزيد سرعة القلب وضغط الدم إضافة إلى دفع حوالي ٥٠٠مل من البلازما إلى داخل الأوعية مع كل تقلصة رحمية.
- ينقص التخدير الناحي الحصيل القلبي وضغط الدم
- تسرع القلب الجيبي والخفقان وخوارج الانقباض والنفخات الانقباضية ejection systolic murmurs؛ شائعة في الحمل ونادراً ما تمثل مرضاً.
- يترافق الحمل الطبيعي بتغيرات تخطيطية تشمل خوارج الانقباض الأذينية والبطينية، انحراف محور QRS إلى اليسار، موجة Q صغيرة وانقلاب موجة T في المسرى الثالث، وانخفاض قطعة ST وانقلاب موجة T في المساري السفلية والجانبية.

نسبة حدوث أمراض القلب في الحمل

إن حوالي ١% من الحوامل لديها مرض قلبي. لكن خفت النسبة هذه الأيام بسبب انخفاض نسب الحمى الرثوية وأمراض القلب الرثوية. في حين أن التقدم في جراحات القلب التصحيحية زاد نسبة النساء المصابات بمرض قلب خلقي اللواتي يصلن سن الانجاب

مبادئ عامة:

ترتبط نتائج وسلامة الحمل في الحوامل المقلوبات بارتفاع الضغط الرئوي وشدته، والزرقة، والأهمية الديناميكية الدموية للآفة، والطبقة الوظيفية حسب تصنيف(NYHA)؛

يتم تحديد الطبقة الوظيفية حسب مستوى النشاط الذي يؤدي إلى ضيق التنفس.

الدرجة		
Class I	لا أعراض ولا تحديد للفعالية الفيزيائية العادية	غير معرضة للخطر
Class II	أعراض خفيفة وهناك تحدد ضئيل في الفعالية الجسدية الاعتيادية	ضعيفة الخطر
Class III	تحدد ملحوظ في الفعالية الجسدية بسبب الأعراض، حتى خلال النشاطات الأقل من العادية؛ ترتاح فقط بالرحة	خطرة بشكل ملموس
Class IV	تحدد شديد؛ توجد الأعراض حتى عند الراحة	خطرة

المعرضات للخطر في الحمل هن اللواتي عانين من حوادث قلبية سابقة (هجمات نقص تروية عابرة أو عدم انتظام ضربات القلب، أو وذمة رئوية، أو قصور القلب)؛ و اللواتي يعانين من آفات في الجانب الأيسر (مثل تضيق الأبهر أو التاجي)؛ أو اختلال عضلة القلب myocardial dysfunction

يزداد خطر اصابة الذرية بأمراض القلب الخلقية في المصابات بأمراض القلب الخلقية، ولذلك ينبغي القيام بمسح تفصيلي للجنين تجاه تشوهات القلب.
تتطلب رعاية الحامل المقلوبة فريقاً متعدد التخصصات، مع زيارات منتظمة لرصد وعلاج أي فقر الدم، أو خمج، أو فرط ضغط الدم؛ ويجب وضع خطة موثقة بعناية للولادة.

الاختلاطات :

لدى المصابات بمرض قلبي شديد خطر عالي لاختلاطات حملية تشمل الإجهاض وتحدد النمو داخل الرحم والولادة الباكرة وموت الجنين داخل الرحم.

تعتمد **وفيات الأمهات** في الحمل على طبيعة الآفة. ويجب أن تراجع المصابات بمرض قلبي أخصائيي القلبية و النسائية قبل الحمل.

يرافق **الخطر العالي** (قد تصل نسبة وفيات الأمهات حتى ٥٠%) حالات فرط التوتر الرئوي، ومتلازمة مارفان مع اصابة أبهرية، ومتلازمة تورنر مع اصابة أبهرية، وتضيق برزخ أبهر مختلط complicated coarctation of the aorta، ومتلازمة أزمنجر Eisenmenger syndrome

الخطر المعتدل (نسبة وفيات الأمهات ٥-١٥%) التضيق التاجي (NYHA grad III and IV)تناذر مارفان (الأبهر طبيعي)، رباعي فالوت غير المصحح، التضيق التاجي مع رجفان أذيني والصمامات الصنعية.

أما **الخطر المنخفض** (< ١%) فيرافق رباعي فالوت المصحح والفتحات الصغيرة بين البطينات وبين الأذينات وبقاء القناة الشريانية patent ductus arteriosus والتضيق التاجي (NYHA grad I and II)

تشخيص أمراض القلب أثناء الحمل

١- قد تشكل التغيرات الفيزيولوجية التي ترافق الحمل الطبيعي عبئاً على المصابات بمرض قلبي.

٢- قد تقلد أعراض الحمل الطبيعي أعراض مرض القلب مثل النفخات الانقباضية الوظيفية والتعب والزلة والخفقان والوذمة وضخامة ظل القلب على صورة الصدر الشعاعية.

٣- أما الأعراض والعلامات التي تثير الشك بوجود مرض قلبي :

- تحدد حركة فيزيائي مترقي Progressive limitation of physical activity
- ألم الصدر
- الإغماء عند الجهد Syncope with exertion
- الزلة التنفسية الشديدة

- النفخات الانبساطية
- النفخات الانقباضية العالية
- الزرقة أو Cyanosis or clubbing
- اضطراب نظم القلب على تخطيط كهربائية القلب
- الايكو القلبي غير الطبيعي

العوامل المسؤولة عن قصور القلب

١. تقدم عمر المريضة
٢. اللانظميات أو ضخامة البطين الأيسر
٣. قصة قصور قلب سابق
٤. ظهور عوامل خطر في الحمل كالخمج أو فقر الدم أو ارتفاع التوتر الشرياني أو كسب وزن زائد أو الحمل المتعدد
٥. المراقبة غير الجيدة

تدبير أمراض القلب أثناء الحمل

قبل الحمل :

١. مراجعة طبيب القلبية لدراسة المخاطر والعلاجات
٢. تجنب الوذمة وزيادة الوزن

خلال الحمل:

١. مراقبة حثيثة مع طبيب القلبية
٢. ايكو متكرر لقلب الحامل
٣. ايكو لقلب الجنين في الأسبوع ٢٠-٢٢
٤. تقييم دقيق لأي تغير في أعراض الأم
٥. تقييم وعلاج فقر الدم وأي خمج كيلا تسوء حالة الأم
٦. التمييع بالهيبارين أو الهيبارين منخفض الجزيئات إن لزم (مرضى الصمامات الصنعية والرجفان الأذيني)
٧. الاستشفاء إذا حدث تدهور بحالة الأم.

أثناء المخاض وبعد الولادة :

١) يتكون فريق التدبير من أطباء التوليد والقلب والتخدير وطاقم تمريضي جيد

٢) **تفضل الولادة المهبلية**

- تتمخض بوضعية الاضجاع الجانبي
- تقييم متكرر للعلامات الحيوية والصبيب البولي والأكسجة
- تسكين الألم هام جداً

- تجنب الحزق خلال الطور الثاني للمخاض لأنه يؤدي إلى زيادة في الضغط داخل البطن مما يزيد من العود الوريدي ومن نتاج القلب، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى انكسار حاد في المعاوضة القلبية، ومساعدة المرحلة الثانية من المخاض بتطبيق الملقط السفلي أو المحجم.

٣) **تجنب التغيرات السريعة في ضغط الدم وسرعة القلب** فالفترة التالية للولادة مباشرة خطرة على المريضة القلبية. تنكمش الرحم بعد ولادة المشيمة فتضيف حوالي ٥٠٠ مل من الدم إلى حجم الدم الفعال؛ **يزداد نتاج القلب بمقدار ٨٠ % مقارنة بالقيم ما قبل المخاض في الساعات القليلة الأولى التالية للولادة المهبلية و ٥٠% بعد الولادة القيصرية**. وللإقلال من المخاطر المرافقة لفرط الحِمل الدوارني نبقي الطرفين السفليين بمستوى الجسم عن طريق خفض مستوى الطاولة، ولا نجري تمسيد الرحم الروتيني لتحريض انفكاك المشيمة، ويجب تحاشي Methylergobrevin (مترجين) لتأثيراته المقبضة للأوعية.

٤) **الوقاية بالصادات**

- **مرضى الصمامات الصنعية**
- **العيوب القلبية الخلقية غير المصححة أو المصححة جزئياً**
- **سوابق التهاب الشغاف الانتاني**
- **عند الشك بانتان أمينوسي)**
- أما الولادة الطبيعية فلا تزيد خطورة التهاب الشغاف.

٥) استمرار المراقبة اللصيقة في فترة النفاس

مع تمنياتي بالتوفيق للجميع

الدكتور محمد العجمي

mohamed.abajami@yahoo.com