

«گزارش مورد»

معرفی یک مورد خون ریزی مغزی در خانم باردار مبتلا به پره اکلامپسی میترا حکمت افشار^{۱*}، لیلا جویباری^۲، عصمت سعیدی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری - مراقبت های ویژه و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

چکیده

خونریزی داخل مغزی یک عارضه ی نادر ولی شدید در زنان حامله ای است که مبتلا به فشار خون می باشند. اغلب اطلاعات موجود حاکی از آن است که پره اکلامپسی و اکلامپسی مهم ترین عامل خطر خون ریزی داخل مغزی ناشی از حاملگی است.

بیمار خانم نولی پار و ۲۶ ساله ای است که با تشخیص پره اکلامپسی و ادم اندام تحتانی در هفته ی ۳۵ بارداری اول بر اساس سونوگرافی، در مرکز تخصصی آموزشی درمانی زنان و زایمان بستری و سزارین شد. نوزاد وی سالم متولد گردید و ۴ روز بعد با تشنج و هماتوم مغزی به مرکز آموزشی درمانی آورده شد. بیمار ده روز پس از تخلیه ی هماتوم، بدنبال عمل جراحی کرانیوتومی، با حال عمومی مناسب از بیمارستان مرخص گردید.

درمان فشار خون در دوران حاملگی از بروز عوارض جدی از قبیل خون ریزی داخل مغزی جلوگیری می کند. زنان مبتلا به پره اکلامپسی و یا اکلامپسی بیشتر در معرض خطر سکتة مغزی در طی دوران حاملگی و سال اول پس از حاملگی هستند. این افراد باید حتی پس از زایمان تحت نظارت دقیق قرار گیرند.

واژگان کلیدی: پره اکلامپسی، خون ریزی داخل مغزی، حاملگی، پر فشاری خون

*نویسنده مسئول: میترا حکمت افشار، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری - مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

m.hekmetafshar@yahoo.com
تلفن: ۰۹۱۵۳۰۳۱۷۳۰

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۱۳

ریزی داخل مغزی غیر تروماتیک یا خود بخودی به خون ریزی داخل پارانشیم مغزی اطلاق می شود که ممکن است درون بطن ها و ندرتاً به فضای زیر عنكبوتیه نیز گسترش پیدا کند(۲). میزان وقوع خونریزی داخل مغزی

مقدمه
خونریزی داخل مغزی (Intracerebral Hemorrhage) یک عارضه شدید اما نه چندان شایع در زنان حامله ی مبتلا به فشار خون است(۱). خون

RBC: 3/47
 WBC: 10300
 PLT: 139000
 HB: 10.3
 HCT: 31.7
 MCV: 91
 MCH: 29
 MCHC: 32
 BUN: 21
 Cr: 0.8
 SGPT: 10
 AST: 21
 U/A:
 RBC: 1-2
 WBC: 6-8
 PH=6

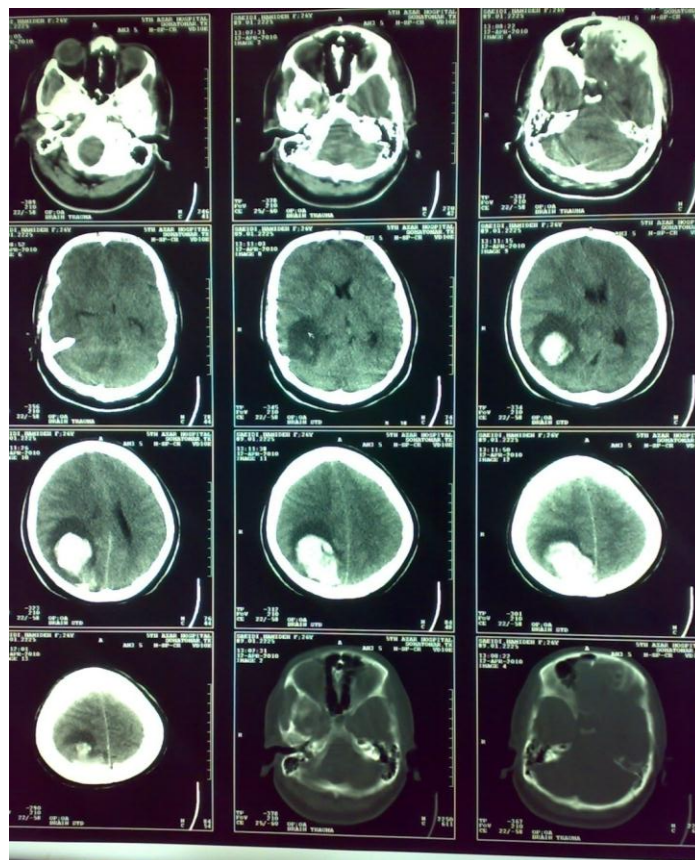
سولفات منیزیم پروفیلاکسی تجویز گردید. بیمار در طی دوران حاملگی افزایش فشار خون نداشت ولی از حدود پنج الی شش روز قبلاز مراجعه، شاهد افزایش فشارخون و نوسان آن در خود بود. نامبرده چند روز قبل از بستری دچار تاری دید شده بود. فشارخون بیمار به مدت پنج روز در بخش کنترل شد به طوری که در این مدت فشار خون بیمار در چند نوبت به بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه بر ۸۰ میلیمتر جیوه می رسید. در روز پنجم، بیمار القای زایمان انجام شد و در حین القای زایمان سرم سولفات منیزیم پروفیلاکسی انفوزیون گردید. به علت عدم پاسخ بیمار به القای زایمانی سزارین انجام و نوزاد با آپگار ۸ متولد شد. بیمار یک هفته بعد از پذیرش با علائم حیاتی ثابت، بدون مشکل مرخص گردید، اما چهار روز پس از ترخیص به دلیل تشنج (با حرکات تونیک) به مرکز آموزشی درمانی منتقل شد. برای درمان تشنج از فنی توئین و سولفات منیزیم استفاده گردید. در سی تی اسکن، شیفت خط وسط، هماتوم وسیع در ناحیه اکسی پوت و بخشی از پاریتال و تمپورال و ادم نسبی مشهود بود (شکل شماره یک). نمره سطح هوشیاری بیمار ۶ بود.

۸-۶ مورد در هر صد هزار زایمان برآورد شده است (۳). از جمله مهمترین عوامل خطر خون ریزی داخل مغزی حاملگی سن بالای ۳۵ سال مادر، نژاد آفریقایی و آمریکایی، سابقه ی فشارخون قبلی، فشار خون حاملگی، پره اکلامپسی یا اکلامپسی و همچنین اختلالات انعقادی و مصرف دخانیات می باشد. برخی از شواهد موجود حاکی از آن است که پره اکلامپسی مهم ترین عامل خطر خون ریزی درون مغزی ناشی از حاملگی است (۴، ۱). پره اکلامپسی عبارت است از ایجاد فشارخون جدید همراه با پروتئین اوری از هفته بیستم حاملگی به بعد رخ می دهد (۵). مرگ و میر داخل بیمارستانی ناشی از خون ریزی داخل مغزی به دنبال حاملگی در یک مطالعه، ۲۰.۳ درصد بود (۴).

با توجه به این که خونریزی داخل مغزی یک عارضه ی تهدید کننده ی حیات در افراد می باشد و زنان باردار مبتلا به فشار خون مستعد ابتلا به این مشکل هستند، هدف از این مطالعه معرفی یک مورد خون ریزی مغزی در خانم باردار مبتلا به پره اکلامپسی بستری در یکی از مراکز آموزشی درمانی گرگان می باشد.

معرفی مورد

بیمار خانمی نولی پار و ۲۶ ساله است که در تاریخ دهم فروردین ۱۳۸۹ با تشخیص پره اکلامپسی در هفته ی ۳۵ بارداری بر اساس سونوگرافی، جهت کنترل فشارخون به مرکز تخصصی آموزشی درمانی زنان و زایمان مراجعه کرد (G1, P0, Ab0). در بدو پذیرش فشارخون سیستول وی ۱۴۰ میلی متر جیوه بر روی ۸۰ میلی متر جیوه بود. در آزمایش ادرار بدو پذیرش، پروتئین اوری ۲ پلاس (۷۸۰ میلی گرم) مشاهده گردید. حجم ادرار ۲۴ ساعته ۲۶۰۰ میلی لیتر بود. سایر آزمایشات بیمار به شرح ذیل بود:

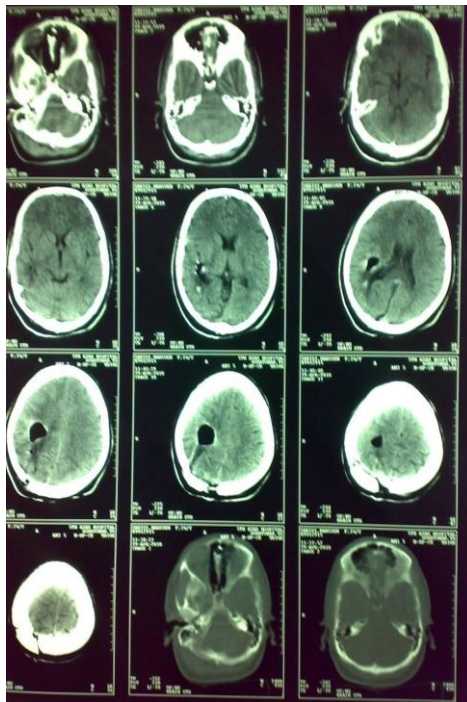


شکل شماره یک. خونریزی داخل مغزی در بیمار قبل از عمل جراحی

خون سیستول بالاتر از ۱۷۰ میلی متر جیوه سرم نیتروگلیسیرین شروع و تدریجاً پس از رسیدن فشار خون به حدود سیستول ۱۳۰ میلی متر جیوه و دیاستول ۷۰ میلی متر جیوه قطع شد. دو روز پس از عمل جراحی با سطح هوشیاری ۱۳ لوله تراشه بیمار خارج می شود. روز بعد بیمار کاملاً هوشیار بود و حال عمومی مناسب داشت. در سی تی اسکن، کنترل بطن ها نرمال بود و اثر فشاری بر روی آنها دیده نشد (تصویر شماره دو).

بیمار در بخش مراقبت های ویژه بستری شد. روز بعد در معاینه، اندازه ی مردمک راست ۳ میلی متر و مردمک چپ ۲ میلی متر بود. در معاینه ته چشم، علائم فشار داخل مغزی گزارش نشد. در معاینه کف پا، بابنسکی مثبت و نمره سطح هوشیاری ۶-۷ بود. در آزمایشات، نکته قابل توجه مقدار هموگلوبین ۹.۳، هماتوکریت ۲۸.۴ و پلاکت ۴۸۰۰۰ بود. بیمار با نظر جراح مغز و اعصاب جهت تخلیه ی هماتوم به اتاق عمل برده شد و حدود ۱۵۰ میلی لیتر هماتوم تخلیه و ده واحد پلاکت انفوزیون گردید. همچنین بیمار خونریزی خفیف واژینال نیز داشت که در مدت دو روز جمعاً مقدار هشت واحد پلاسمای تازه منجمد به وی تزریق گردید. بیمار پس از عمل در حالی که لوله تراشه داشته، به آی سی یو منتقل شد و تحت تهویه ی مکانیکی قرار گرفت. به علت فشار

شکل شماره ۲. سی تی اسکن پس از عمل جراحی



بیمار ده روز پس از بستری، با توانایی برقراری ارتباط کلامی، هوشیاری مناسب و فشار خون ۱۱۰ بر ۶۰ میلی متر و دستور دارویی مصرف روزانه ۳ بار کاربامازپین ترخیص شد. بیمار در دوران نقاهت ترجیحاً با نظر پزشک مربوط و تمایل شخصی خود از تغذیه نوزاد با شیر مادر خودداری نمود. بیمار حدوداً یک ماه بعد به دلیل افسردگی به پزشک مربوط مراجعه نمود. سیتالوپرام روزانه دو نوبت برای وی شروع شد اما نامبرده از خوردن آن امتناع ورزید. با راهنمایی پزشک برای بهبود حال روحی مسافرت پیشنهاد شد. رفتن به مسافرت در روند بهبودی بیمار موثر واقع شد.

بحث

یکی از عوارض مهم ولی نادر حاملگی خون ریزی داخل مغزی است که ۱۲-۵ درصد مرگ و میر مادران ناشی از آن می باشد (۱). خون ریزی داخل مغزی غیر تروماتیک یا خود بخودی به خون ریزی داخل پارانشیم مغزی

اطلاق می شود که ممکن است به درون بطن ها و ندرتاً به فضای زیر عنکبوتیه نیز گسترش پیدا کند (۲). مطالعات نشان داده است که پره اکلامپسی با افزایش فشار خون رسانی مغزی (cerebral perfusion pressure) همراه است و اکلامپسی همراه با از بین رفتن خود تنظیمی (cerebral perfusion pressure) جریان خون مغزی است و به دنبال آن افزایش خون رسانی مغزی ایجاد می شود. همچنین در دوران پس از زایمان تغییرات سریع در وضعیت همودینامیک و هورمونی ایجاد می شود و علت احتمالی خون ریزی داخل مغزی تغییرات در دیواره ی عروق و انعقاد پذیری است (۴). بروز نتایج نامطلوب در حاملگی همراه با پره اکلامپسی از علل اصلی نیاز به انجام زایمان زودرس است (۵). در یک بررسی، خانمی در هفته ی ۳۴ حاملگی مبتلا به پره اکلامپسی و هایپر تانسیون، با فشار خون سیستول ۲۱۰ و دیاستول ۱۴۰ میلی متر جیوه، دچار تشنج و ضعف

اندامهای انتهایی چپ گردید و در سی تی اسکن بیمار تشخیص خون ریزی داخل داده شد. بیمار ابتدا تحت عمل سزارین قرار گرفت و پس از تولد نوزاد دختر سالم، تخلیه هماتوم مغزی انجام شد. در این بیمار پس از عمل، همی پلژی نسبی و تکلم مبهم گزارش شد (۱). البته پس از عمل جراحی عارضه ای ایجاد نشد و بیمار با هوشیاری کامل از بیمارستان مرخص گردید. در مطالعه ای دیگر نیز خانمی در هفته ۳۶ حاملگی با فشارخون سیستول ۱۴۹ و دیاستول ۹۲ به خون ریزی مغزی ناشی از شریان مغزی میانی راست مبتلا شده بود. این بیمار در هفته ی اول پس از عمل جراحی، تشنج و سردرد داشت که از مشکلات خون ریزی داخل مغزی به شما می آید. در آنژیو گرافی انجام شده پس از عمل در لوب فرونتال راست در عروق مغزی اختلال مشاهده شد و جهت درمان تشنج های بیمار فنی توئین تجویز گردید؛ و پس از ترخیص بیمار عود اختلال عروق مغزی مشاهده نشد (۶). در بیمار مورد مطالعه ی ما بروز تشنج پس از عمل جراحی گزارش نگردید.

شواهد حاکی از آن است که خون ریزی مغزی در دوره ی پس از زایمان بیشتر اتفاق می افتد. اگر چه تعدادی از مطالعات نشان داده اند که خون ریزی مغزی عمدتاً در دوره پس از زایمان بیشتر اتفاق می افتد و مطالعه ای که در ۶۳ مرکز عمومی زایمان انجام شد این یافته را تأیید می نماید، اما نباید از خطر خونریزی مغزی ناشی از حاملگی در طی قبل از زایمان غافل شد؛ مطالعه ای در تایوان نیز نشان داد که ۵۸ درصد از خون ریزی های مغزی ناشی از حاملگی مربوط به قبل از زایمان بوده است (۴). بیماران مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی بیشتر به انواع سکنه های مغزی شامل سکنه های ایسکیمیک و هموراژیک مبتلا میشوند و ارتباط معنی داری بین وجود پره اکلامپسی و اکلامپسی و ابتلا به انواع سکنه ی مغزی

وجود دارد. در یک مطالعه از میان ۱,۱۳۲,۰۱۹ حاملگی، ۲۴۳ بیمار سکنه مغزی مشاهده شد. این میزان سکنه در طی سه ماه قبل از زایمان و یک سال پس از زایمان ایجاد شد. از این تعداد سکنه مغزی، ۱۳۹ مورد سکنه ی هموراژیک و ۱۰۷ مورد سکنه ی ایسکیمیک بود (۷). در بررسی دیگری که بر روی ۶,۹۶۹,۵۵۳ زایمان صورت گرفت، ۴۲۳ بیمار ۴۴-۱۵ ساله به خون ریزی داخل مغزی مبتلا شدند، به عبارت دیگر میزان ابتلا به خون ریزی داخل مغزی ۶.۱ درصد در هر ۱۰۰,۰۰۰ زایمان بوده است (۴). Bateman و همکارانش مرگ و میر بیمارستانی ناشی از خون ریزی داخل مغزی را ۲۰.۳ درصد گزارش کردند که در مجموع ۷.۱ درصد کلیه مرگ های ناشی از حاملگی می باشد. (۱) ابر اساس شواهد موجود زنان مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی احتمال خطر بالاتری از سکنه ی مغزی را در طی دوران حاملگی و سال اول پس از حاملگی دارند. در نتیجه این افراد باید در طی دوران حاملگی و حتی پس از آن تحت نظارت دقیق قرار گیرند. به عنوان نتیجه در بیمار مورد مطالعه، درمان فشار خون و توجه به آن در دوران حاملگی و پس از آن جهت پیشگیری از مشکلات بالقوه مانند خون ریزی داخل مغزی از اهمیت خاصی برخوردار بود. در صورت بروز این مشکل، اقدام سریع و به موقع جراحی می تواند از آسیب های ماندگار عصبی جلوگیری کرده و یا از شدت آن بکاهد. هم چنین هم آنطور که در سایر مطالعات نیز اشاره شده است، کنترل و توجه به فشارخون در دوران اولیه پس از زایمان و در طی یک سال اول پس از زایمان در بیمار مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی مهم بوده و می تواند از بروز خون ریزی داخل مغزی جلوگیری کند.

1. Dai X, Diamond JA. Intracerebral hemorrhage: a life-threatening complication of hypertension during pregnancy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2007; 9(11):897-900. Review.
2. Shah QA, Ezzeddine MA, Qureshi AI. Acute hypertension in intracerebral hemorrhage: Pathophysiology and treatment. *J Neurological Sciences*. 2007; 261: 74-79.
3. Tanguay JJ, Allegretti PJ. Postpartum intracranial hemorrhage disguised as preeclampsia. *Am J of Emergency Medicine* 2008; 26: 247.e5-6.
4. Bateman BT, Schumacher HC, Bushnell CD, Pile-Spellman J, Simpson LL, et al. Intracerebral hemorrhage in pregnancy Frequency, risk factors, and outcome. *J Neurology* 2006; 67: 424-429.
5. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008; 78(1):93-100. Review.
6. Wei HY, Lien YS, Tee YT, Shih YT, Wang PH, et al. Intracerebral Hemorrhage with cerebral arteriovenous malformation rupture during pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47 (4): 460-462.
7. Tang CH, Wu CS, Lee TH, Hung ST, Charlie Yang CY, et al. Preeclampsia-eclampsia and the risk of stroke among peripartum in Taiwan. *J Stroke* 2009; 40:1162-1168.

Intracerebral Hemorrhage in Pregnant woman with preeclampsia

Mitra Hekmat-afshar^{1*}, Leila M Jouybari², Smat Saeedi³

1- Master student of Nursing and member of Student Research Committee, Faculty of Nursing & Midwifery, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2- Assistant professor, Faculty of Nursing & Midwifery, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3- Nurse, Faculty of Nursing & Midwifery, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Intracerebral hemorrhage (ICH) is an uncommon but severe complication in pregnant women suffering from hypertension. Most published data support the view that preeclampsia and eclampsia are important risk factors for pregnancy-related ICH .

A 26-year-old pregnant, with preeclampsia and lower limb extremities edema on 35-week of first pregnancy admitted in an obstetrician clinical and educational center based on the sonographic finding and underwent cesarean section. She delivered a healthy baby and admitted in emergency room with seizures and intracerebral hemorrhage after four days. The patient was discharged in a healthy condition ten days after drainage of intracerebral hemorrhage by craniotomy.

Hypertension treatment during pregnancy prevents serious complications such as ICH. Women with preeclampsia or eclampsia are at higher risk of stroke during pregnancy and in the first postpartum year, in which should be closely monitored even after pregnancy.

Corresponding author: Mitra Hekmat-afshar, Faculty of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail: m.hekmatafshar@yahoo.com

Received: September 04, 2010

Accepted: October 25, 2010