

فشار خون دوران بارداری: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد

مقدمه

اختلالات فشار خون در بارداری یکی از علل اصلی مرگ و میر مادران و نوزادان در سراسر جهان محسوب می‌شود و حدود ۱۳ تا ۱۵ درصد از کل بارداری‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلالات شامل طیف وسیعی از شرایط از فشار خون مزمن تا پره‌اکلامپسی و اکلامپسی می‌شوند که هر یک نیازمند رویکرد مراقبتی خاص خود هستند. پرستاران و ماماها به عنوان اولین خط مواجهه با این بیماران، نقشی حیاتی در تشخیص سریع، پایش دقیق، اجرای پروتکل‌های درمانی و آموزش به مادران ایفا می‌کنند.

طبقه‌بندی و تشخیص

انواع اختلالات فشار خون در بارداری

تعریف و ویژگی‌ها	نوع
فشار خون بالا که قبل از بارداری یا قبل از هفته ۲۰ بارداری وجود داشته است	فشار خون مزمن
فشار خون بالا که پس از هفته ۲۰ بارداری تشخیص داده می‌شود، بدون وجود پروتئینوری یا سایر علائم شدید	فشار خون بارداری
فشار خون بالا همراه با پروتئینوری و/یا درگیری سایر ارگان‌ها پس از هفته ۲۰ بارداری	پره‌اکلامپسی

اکلامپسی	پایش دقیق خونریزی و علائم حیاتی، ماساژ رحم در صورت نیاز، همکاری در تجویز اکسی‌توسین وقوع تشنج در بیمار مبتلا به پره‌اکلامپسی که یک اورژانس تهدیدکننده حیات محسوب می‌شود
پره‌اکلامپسی با ویژگی‌های شدید	فشار خون $\leq 110/160$ میلی‌متر جیوه همراه با ترومبوسیتوپنی، نارسایی کلیوی، درگیری کبد، ادم ریوی یا علائم مغزی

معیارهای تشخیصی کلیدی

هدف فشار خون در دوران بارداری: بین ۹۰-۸۵ / ۱۴۰-۱۳۵ میلی‌متر جیوه .

پایش ادرار: در هر ویزیت مراقبت‌های دوران بارداری، بررسی ادرار با دیپاستیک برای تشخیص پروتئینوری الزامی است .

در صورت فشار خون $\leq 140/90$ در محیط جامعه، مادر باید برای ارزیابی بیشتر به بخش بستری ارجاع داده شود .

مراقبت‌های پرستاری: از پیشگیری تا پس از زایمان

۱. مراقبت‌های قبل از زایمان

پایش و آموزش (نقش کلیدی پرستار):

پایش فشار خون: در هر ویزیت، اندازه‌گیری دقیق فشار خون و ثبت آن . در موارد خفیف، ۲-۳ بار در روز و در موارد شدید، پایش ۲۴ ساعته توصیه می‌شود . استفاده از دستگاه‌های دیجیتال تأییدشده برای بارداری، به دلیل دقت بالاتر، بر دستگاه‌های آنروئید ارجحیت دارد .

آموزش پایش در منزل: بسیاری از مادران نیاز به اندازه‌گیری فشار خون در منزل دارند. پرستار باید آموزش استفاده صحیح از دستگاه، اهمیت کاف مناسب و ثبت دقیق مقادیر را ارائه دهد. بررسی صحت دستگاه با دستگاه کلینیک نیز توصیه می‌شود.

آزمایشات دوره‌ای: انجام شمارش کامل خون (CBC)، آزمایشات عملکرد کبد (LFTs)، کراتینین و پلاکت‌ها هر ۴۸-۷۲ ساعت در موارد نیاز. سونوگرافی رشد جنین در زمان تشخیص و سپس هر ۲ هفته یکبار توصیه می‌شود.

مدیریت سبک زندگی: تشویق به استراحت کافی (۲ ساعت چرت بعدازظهر و ۸ ساعت خواب شبانه) بدون توصیه به استراحت مطلق در بستر (به دلیل خطر ترومبوآمبولی). رژیم غذایی با پروتئین بالا، کلسیم و ویتامین کافی و محدودیت نمک و چربی توصیه می‌شود.

مدیریت دارویی:

در صورت نیاز به کنترل فشار خون، داروهای خط اول شامل لابتالول، نیفدیپین و متیل‌دوپا هستند. متیل‌دوپا باید تا روز دوم پس از زایمان به داروی مناسب‌تر تغییر داده شود.

در موارد پره‌اکلامپسی با خطر زایمان قبل از هفته ۳۴، تجویز کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه جنین توصیه می‌شود. همچنین سولفات منیزیم برای نوروپروتکشن جنین در موارد زایمان قبل از هفته ۳۰ به شدت توصیه می‌شود.

۲. مراقبت‌های حین زایمان (اینترپارتم)

محل زایمان: در مرکز مشاوره زنان و زایمان با مانیتورینگ مداوم ضربان قلب جنین. (CTG)

پایش فشار خون: اندازه‌گیری فشار خون هر ساعت در طول مرحله فعال زایمان.

مدیریت مرحله سوم زایمان: استفاده از سینتوسینون (اکسی‌توسین) برای مدیریت مرحله سوم توصیه می‌شود. ارگومترین باید اجتناب شود زیرا باعث افزایش فشار خون می‌شود.

مدیریت مایعات: محدودیت مایعات به ۸۵ میلی‌لیتر در ساعت یا ۱ میلی‌لیتر/کیلوگرم در ساعت تا زمان شروع دیورز پس از زایمان. در صورت نیاز به بولوس مایع، از بولوس‌های ۲۵۰ میلی‌لیتری استفاده شود و از انفوزیون کنترل‌نشده خودداری شود.

مدیریت کاهش خروجی ادرار (کمتر از ۲۵ میلی لیتر/ساعت):

بررسی باز بودن کاتتر فولی

معاینه شکم (بررسی خونریزی) و قاعده ریه ها (ادم ریوی)

بررسی سایر از دست دادن مایعات (استفراغ، خونریزی)

پایش روند کراتینین (نارسایی کلیوی یک عارضه پره اکلامپسی است)

۳. مراقبت های پس از زایمان (پست پارتوم)

دوره بحرانی: حدود ۸۰ درصد از مرگ های مرتبط با فشار خون بارداری در هفته اول پس از زایمان رخ می دهد. بنابراین، پایش دقیق در این دوره حیاتی است.

پایش فشار خون:

بستری: هر ۴ ساعت یکبار در بیمارستان .

منزل: روزهای ۱ و ۲ پس از زایمان، یک بار بین روزهای ۳ تا ۵ و در هر ویزیت ماما در منزل .

پزشک عمومی: بررسی فشار خون در هفته ۲ پس از زایمان .

هدف فشار خون: کمتر از ۸۵/۱۳۵ میلی متر جیوه. در صورت $\geq 120/70$ ، کاهش داروها توصیه می شود .

مدیریت دارویی:

خط اول: انالاپریل ۲.۵ میلی گرم یکبار در روز تا ۲۰ میلی گرم دو بار در روز .

آملودیپین ۵ میلی گرم تا ۱۰ میلی گرم یکبار در روز .

آتنولول ۵۰ میلی گرم یکبار در روز (خط دوم) .

مشاوره پیشگیری از بارداری: از روش های پروژسترون تنها (قرص، ایمپلنت، UD) می توان استفاده کرد. از روش های حاوی استروژن باید اجتناب شود .

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس یک کارآزمایی بالینی (۲۰۲۵)، مداخلات پرستاری هدفمند می‌تواند به طور معنی‌داری پیامدهای بارداری را بهبود بخشد :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
خطر عوارض مادری-جنینی	پایش دقیق فشار خون و علائم حیاتی، پایش ضربان قلب جنین، پایش علائم پره‌اکلامپسی (سردرد، اختلالات بینایی، درد اپی‌گاستر)
اضطراب	ارائه اطلاعات دقیق و قابل فهم، حمایت عاطفی و حضور مداوم. مداخلات پرستاری هدفمند، اضطراب و افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد
کمبود دانش	آموزش در مورد بیماری، اهمیت پایش فشار خون، علائم هشداردهنده و پایبندی به درمان. این مداخلات باعث افزایش آگاهی و خودمراقبتی می‌شود
خطر خونریزی پس از زایمان	پایش دقیق خونریزی و علائم حیاتی، ماساژ رحم در صورت نیاز، همکاری در تجویز اکسی‌توسین

نقش کلیدی پرستار

پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی زیر، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان فشار خون بارداری هستند:

ارزیاب بالینی: تشخیص سریع علائم هشداردهنده (افزایش فشار خون، پروتئینوری، سردرد، اختلالات بینایی) و پایش دقیق علائم حیاتی و آزمایشات .

آموزنده و توانمندساز: آموزش به مادر در مورد پایش فشار خون در منزل، علائم هشداردهنده و پایبندی به درمان. این مداخلات تأثیر قابل توجهی در کاهش پیامدهای نامطلوب بارداری دارد .

مدیر مراقبت :هماهنگی با تیم چندتخصصی (متخصص زنان، پزشک عمومی، ماما) و پیگیری منظم وضعیت مادر در دوران بارداری و پس از زایمان .

حمایت کننده روانی :کاهش اضطراب و استرس مادر با ارائه حمایت عاطفی و اطلاعات دقیق .

جمع بندی

فشار خون دوران بارداری یک چالش جدی سلامتی است که نیازمند رویکردی جامع، مبتنی بر شواهد و تیمی در تمام مراحل بارداری تا پس از زایمان است. پرستاران با ایفای نقش های خود به عنوان ارزیاب، مربی و هماهنگ کننده، نقشی حیاتی در تشخیص زودهنگام، مدیریت مؤثر و پیشگیری از عوارض جبران ناپذیر ایفا می کنند.

منابع

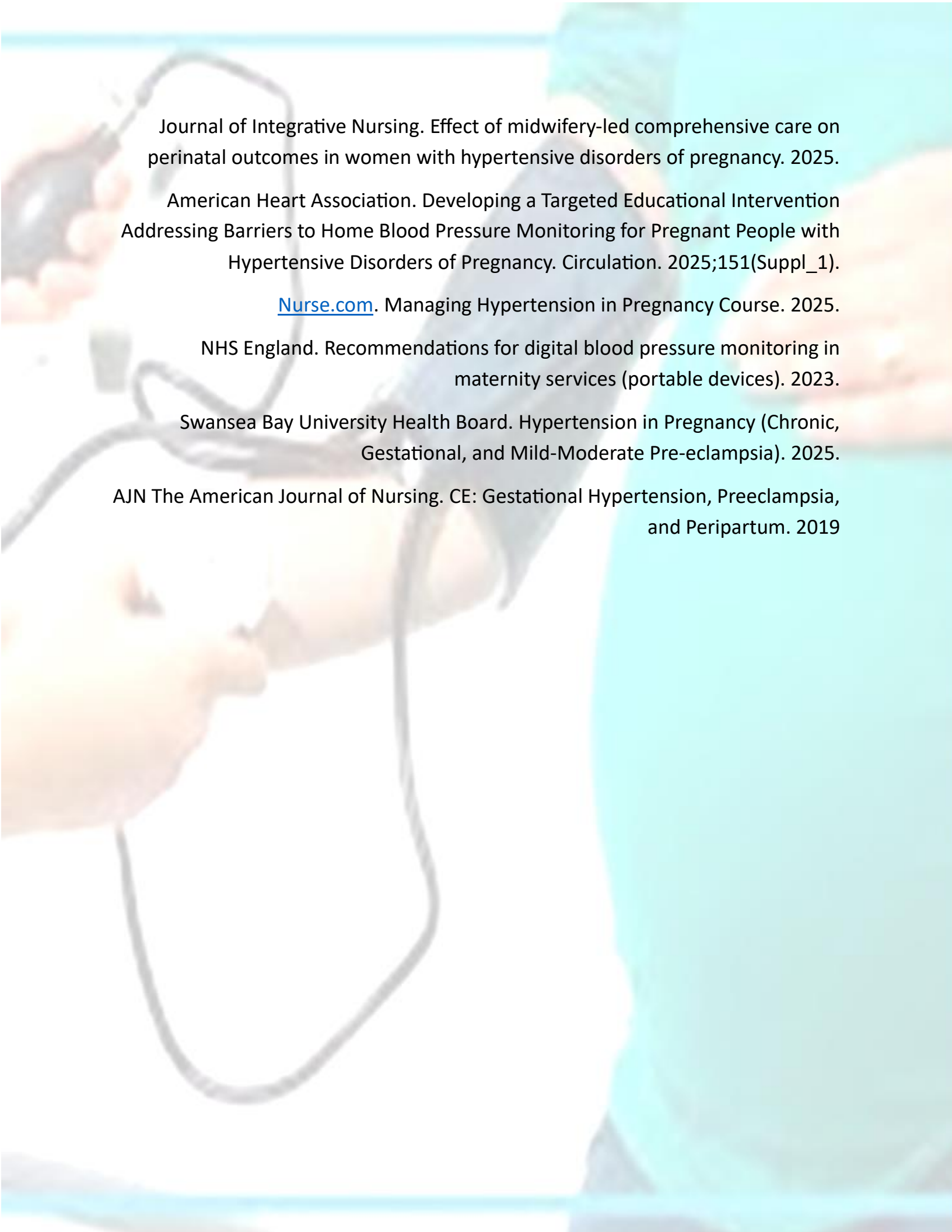
Milton Keynes University Hospital NHS Foundation Trust. Hypertensive Disorders of Pregnancy Guideline. 2025 [cited 2026 Aug 29].

Hao J, Bai Y, Xiong D, et al. Effect of comprehensive targeted nursing intervention for women with hypertension in pregnancy. International Medicine and Health Guidance News. 2025;31(16):2789-2793.

Health Ecology Theory-Based Nursing Strategies for Gestational Hypertension. International Medicine and Health Guidance News. 2025.

New Hampshire Medical Society. Managing Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Case for Team-Based Care. 2026.

Egyptian Health Council. Prevention and Treatment of Hypertension in Pregnancy. 2025.



Journal of Integrative Nursing. Effect of midwifery-led comprehensive care on perinatal outcomes in women with hypertensive disorders of pregnancy. 2025.

American Heart Association. Developing a Targeted Educational Intervention Addressing Barriers to Home Blood Pressure Monitoring for Pregnant People with Hypertensive Disorders of Pregnancy. Circulation. 2025;151(Suppl_1).

[Nurse.com](https://www.nurse.com). Managing Hypertension in Pregnancy Course. 2025.

NHS England. Recommendations for digital blood pressure monitoring in maternity services (portable devices). 2023.

Swansea Bay University Health Board. Hypertension in Pregnancy (Chronic, Gestational, and Mild-Moderate Pre-eclampsia). 2025.

AJN The American Journal of Nursing. CE: Gestational Hypertension, Preeclampsia, and Peripartum. 2019