

هیپرامیز گراویداروم (Hyperemesis Gravidarum): راهنمای جامع

مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد

مقدمه

هیپرامیز گراویداروم (HG) شکل شدید تهوع و استفراغ دوران بارداری است که بر اساس تعریف اجماع بین‌المللی وینزر (۲۰۲۱)، به تهوع و استفراغ شدید قبل از هفته ۱۶ بارداری گفته می‌شود که توانایی خوردن و آشامیدن طبیعی را مختل کرده و فعالیت‌های روزمره زندگی را به شدت محدود می‌کند. این وضعیت حدود ۰.۳ تا ۳.۶ درصد از بارداری‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یکی از شایع‌ترین علل بستری در دوران بارداری محسوب می‌شود. برخلاف تصور رایج که تهوع و استفراغ بارداری را یک وضعیت خفیف و خودمحدودشونده می‌داند، HG می‌تواند منجر به عوارض جدی مانند دهیدراتاسیون، اختلالات الکترولیتی، کمبود تغذیه‌ای، و حتی عوارض روانی قابل توجه شود.

نکته بسیار مهم: کتونوری (وجود کتون در ادرار) شاخص معتبری برای ارزیابی شدت دهیدراتاسیون نیست و نباید برای تعیین شدت HG استفاده شود.

پاتوفیزیولوژی و عوامل خطر

مکانیسم بیماری

بر اساس جدیدترین شواهد، فاکتور رشد و تمایز ۱۵ (GDF15) نقش کلیدی در پاتوژنز HG ایفا می‌کند. این فاکتور توسط جفت تولید می‌شود و سطح آن در نیمه اول بارداری به اوج می‌رسد. حساسیت مادر به GDF15 و سطح بالای آن، عامل تعیین‌کننده اصلی در بروز تهوع و استفراغ شدید بارداری است.

برخلاف باور قبلی، (hCG گنادوتروپین جفتی انسانی) به عنوان عامل اصلی HG مطرح نیست، زیرا شواهد ژنتیکی ارتباط قطعی بین واریانت‌های hCG و HG را نشان نداده‌اند.

عوامل خطر

عوامل	دسته
بارداری چندقلویی، مول هیداتیفورم (باید رد شوند)	بارداری
سابقه HG در بارداری قبلی	سابقه
واریانتهای ژن GDF15	ژنتیکی

تشخیص و ارزیابی شدت

معیارهای تشخیصی (تعریف وینزر)

HG زمانی تشخیص داده می شود که:

تهوع و/یا استفراغ شدید قبل از هفته ۱۶ بارداری شروع شده باشد

منجر به ناتوانی در خوردن و آشامیدن طبیعی شود

فعالیت های روزمره زندگی را به شدت محدود کند

علائم دهیدراتاسیون به تشخیص کمک می کند

ابزارهای ارزیابی استاندارد

استفاده از ابزارهای معتبر برای طبقه بندی شدت تهوع و استفراغ توصیه می شود:

ابزار	کاربرد
PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis)	ارزیابی شدت علائم در ۲۴ ساعت گذشته. نمره > 6 خفیف، ۱۲-۷ متوسط، ≤ 13 شدید
HELP (HyperEmesis Level Prediction)	برای تعیین پاسخ به درمان در HG شدید

ارزیابی بالینی

پرستار باید ارزیابی جامعی شامل موارد زیر انجام دهد:

علائم حیاتی: تاکی کاردی (نشانه دهیدراتاسیون)، افت فشار خون، تعداد تنفس

علائم دهیدراتاسیون: چشم‌های گودرفته، خشکی لب و دهان، الیگوری یا آنوری

وزن: کاهش وزن سریع (بیش از ۵ درصد وزن قبل از بارداری)

آزمایشات: الکترولیت‌ها، عملکرد کلیه و کبد، در صورت نیاز تست‌های تیروئید

مراقبت‌های پرستاری و مدیریت درمان

۱. احیای مایعات و اصلاح الکترولیت‌ها (اولویت اول)

بر اساس راهنمای RCOG، نرمال سالین ۰.۹٪ با افزودن کلرید پتاسیم مناسب‌ترین مایع برای احیای وریدی است که با پایش روزانه الکترولیت‌ها تنظیم می‌شود.

شرح	اقدام
تعبیه کانول وریدی و شروع مایعات	دست‌رسی وریدی
پایش دقیق ورودی و خروجی، وزن روزانه، و الکترولیت‌ها	پایش
قبل از تجویز دکستروز یا تغذیه تزریقی، تیامین تجویز شود. دوز خوراکی ۱۰۰ میلی‌گرم (B1 ویتامین) (Pabrinex) سه بار در روز یا وریدی	تجویز تیامین

۲. درمان دارویی ضدتهوع (رویکرد گام به گام)

بر اساس راهنمای RCOG و شواهد بالینی، انتخاب دارو بر اساس شدت علائم و پاسخ بیمار انجام می‌شود:

خط اول درمان

دارو	دوز
دوکسیلامین + پیریدوکسین (ویتامین B6)	۲۰/۲۰ میلی گرم شب، در صورت نیاز ۱۰/۱۰ میلی گرم صبح و ۱۰/۱۰ میلی گرم ظهر
سیکلایزین	۵۰ میلی گرم خوراکی، عضلانی یا وریدی هر ۸ ساعت
پروکلپرازین	۵-۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۸-۶ ساعت
پرومتازین	۱۲.۵-۲۵ میلی گرم هر ۸-۴ ساعت

خط دوم درمان

دارو	دوز و نکات
متوکلوپرامید	۵-۱۰ میلی گرم هر ۸ ساعت. به دلیل خطر عوارض خارج هرمی، به عنوان خط دوم استفاده شود. تزریق وریدی باید طی حداقل ۳ دقیقه به صورت آهسته انجام شود
اندانسترون	۴ میلی گرم هر ۸ ساعت خوراکی یا ۸ میلی گرم وریدی هر ۱۲ ساعت. شواهد ایمنی و اثربخشی آن تأیید شده است. خطر بسیار اندک شکاف دهانی در سه ماهه اول باید در برابر خطرات HG کنترل نشده سنجیده شود

خط سوم درمان

دارو	دوز و نکات
هیدروکورتیزون	۱۰۰ میلی گرم وریدی دو بار در روز، سپس تبدیل به پردنیزولون ۴۰-۵۰ میلی گرم خوراکی روزانه با کاهش تدریجی (۱۰-۵ میلی گرم در هفته)
اولانزاپین	در موارد مقاوم به درمان استاندارد، به ویژه در صورت وجود علائم افسردگی همراه، ممکن است مفید باشد

نکته مهم: در صورت بروز عوارض جانبی داروها، باید مصرف فوری قطع شده و به پزشک اطلاع داده شود.

۳. مراقبت های تغذیه ای

اصول	شرح
وعده های کوچک و مکرر	هر ۲-۳ ساعت مقدار کمی غذا بخورید و منتظر گرسنگی نمانید
جداسازی مایعات از غذا	مایعات و سوپ را بین وعده ها مصرف کنید تا معده پر نشود و استفراغ تحریک نشود
غذاهای تحمل پذیر	غذاهای کربوهیدرات دار و کم چرب مانند سیب زمینی، برنج، ماکارونی، بیسکویت ساده
پرهیز از محرک ها	از غذاهای چرب، پر ادویه و بوهای محرک (عطر، بوی غذا) دوری کنید
مکمل تغذیه ای	در موارد شدید، تغذیه تزریقی (TPN) ممکن است ضروری باشد

۴. پیشگیری از ترومبوز

زنان بارداری که دچار HG و دهیدراتاسیون هستند، در معرض خطر بالای ترومبوز وریدی عمقی (DVT) و آمبولی ریه قرار دارند. اقدامات پیشگیرانه شامل:

جوراب‌های فشاری (Graduated Elastic Compression Stockings)

تجویز هپارین (با وزن مولکولی پایین) تا زمان ترخیص و در برخی موارد پس از آن

تحرك زودهنگام در صورت امکان

۵. تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
کاهش حجم مایعات (دهیدراتاسیون)	پایش دقیق ورودی و خروجی، وزن روزانه، علائم حیاتی، اجرای احیای وریدی، پایش الکترولیت‌ها
عدم تعادل تغذیه‌ای (کمتر از نیاز بدن)	مشاوره تغذیه، وعده‌های کوچک و مکرر، پایش وزن و دریافت کالری
اضطراب / اختلال در سلامت روان	استفاده از مداخلات روانی-عاطفی مانند همدلی، گوش دادن فعال و مدل روان‌درمانی موریتا (پذیرش "به همان شکلی که هست" و کاهش مقاومت در برابر علائم) به طور معنی‌داری اضطراب را کاهش داده و پیامدهای بارداری را بهبود می‌بخشد
خطر ترومبوز	استفاده از جوراب‌های فشاری، تجویز هپارین، تشویق به تحرك

نقش کلیدی پرستار

پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی زیر، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان HG هستند:

ارزیاب بالینی: تشخیص سریع علائم، پایش دقیق دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی. استفاده صحیح از ابزارهای استاندارد مانند PUQE و اجتناب از تکیه بر کتونوری برای ارزیابی شدت.

مدیر دارویی: تجویز دقیق داروهای ضدتهوع بر اساس پروتکل گام به گام، پایش عوارض جانبی (به ویژه عوارض خارج هرمی متوکلوپرامید).

آموزنده و مشاور: آموزش به مادر در مورد مدیریت علائم در منزل، اهمیت مصرف داروها و علائم هشداردهنده.

حمایت کننده روانی: ارائه مداخلات روانی-عاطفی مبتنی بر شواهد برای کاهش اضطراب و افسردگی که تأثیر قابل توجهی بر پیامدهای بارداری دارد.

هماهنگ کننده مراقبت: همکاری با تیم چندتخصصی (متخصص زنان، متخصص تغذیه، روانشناس) و پیگیری منظم وضعیت مادر.

نقش مداخلات پرستاری نوین

مطالعات جدید نشان می دهند که مداخلات پرستاری نوین مانند ماساژ لرزشی (Vibratory Emesis Massage) با اعمال تحریک لرزشی و طب فشاری روی نقطه P6 (پرکاردیوم ۶) می تواند به عنوان یک روش غیرتهاجمی، ایمن و مقرون به صرفه توسط پرستاران اجرا شود و به کاهش علائم تهوع و استفراغ در HG کمک کند.

جمع بندی

هیپرامیز گراویداروم یک وضعیت جدی و بالقوه ناتوان کننده است که نیازمند تشخیص دقیق، ارزیابی استاندارد (با استفاده از ابزارهایی مانند PUQE و نه کتونوری) و مدیریت جامع شامل احیای مایعات و الکترولیت ها، درمان ضدتهوع گام به گام، حمایت تغذیه ای، پیشگیری از ترومبوز و مداخلات روانی-عاطفی است. پرستاران با ایفای نقش های خود به عنوان ارزیاب، مدیر دارویی، آموزنده و حمایت کننده، نقشی حیاتی در بهبود پیامدهای مادری و جنینی ایفا می کنند.

Gpnotebook. Hyperemesis of pregnancy: Management of pregnancy associated emesis. 2026. [cited 2026 Sep 10]. Available from: <https://gpnotebook.com/en-AU/pages/gynaecology/hyperemesis-of-pregnancy/management-of-pregnancy-associated-emesis>

ICHGCP. Development of a Management Model for Hyperemesis in Pregnant Women Through the "Vibratory Emesis Massage" (VEM). 2026. [cited 2026 Sep 10]. Available from: <https://ichgcp.net/clinical-trials-registry/NCT07613814>

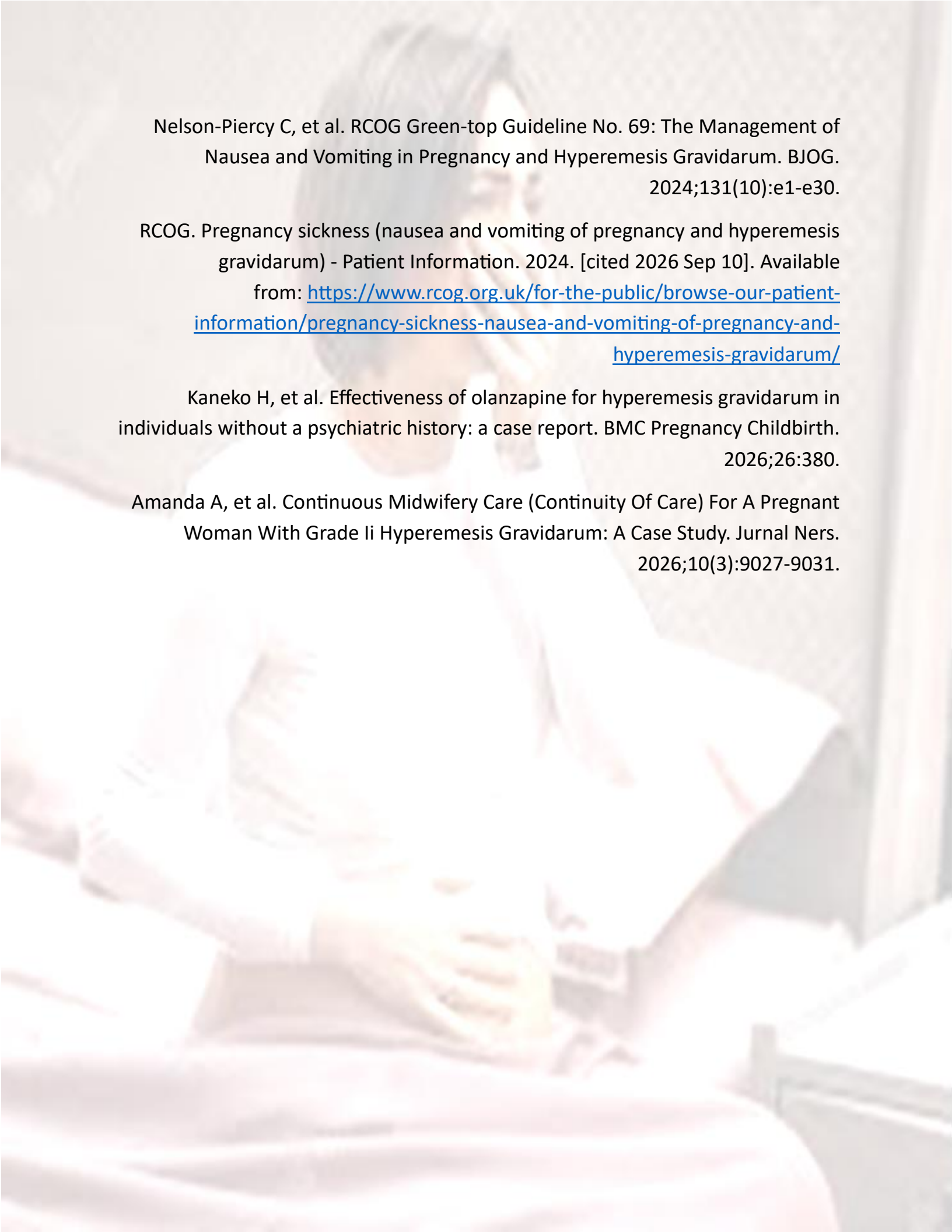
RCOG. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No.69). 2024. [cited 2026 Sep 10]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/the-management-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy-and-hyperemesis-gravidarum-green-top-guideline-no-69/>

Budd S, et al. Expert consensus-based treatment approaches in acupuncture for Hyperemesis Gravidarum: A modified Delphi study. Explore (NY). 2026 Jul-Aug;22(4):103448.

Nelson-Piercy C, et al. The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No. 69). BJOG. 2024;131(10):e1-e30.

RCOG. Updated RCOG Green-Top Guideline on The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum published. 2024. [cited 2026 Sep 10]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/news/updated-rcog-green-top-guideline-on-the-management-of-nausea-and-vomiting-in-pregnancy-and-hyperemesis-gravidarum-published/>

Kaneko H, et al. Effectiveness of olanzapine for hyperemesis gravidarum in individuals without a psychiatric history: a case report. BMC Pregnancy Childbirth. 2026;26:380.



Nelson-Piercy C, et al. RCOG Green-top Guideline No. 69: The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. BJOG. 2024;131(10):e1-e30.

RCOG. Pregnancy sickness (nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum) - Patient Information. 2024. [cited 2026 Sep 10]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/pregnancy-sickness-nausea-and-vomiting-of-pregnancy-and-hyperemesis-gravidarum/>

Kaneko H, et al. Effectiveness of olanzapine for hyperemesis gravidarum in individuals without a psychiatric history: a case report. BMC Pregnancy Childbirth. 2026;26:380.

Amanda A, et al. Continuous Midwifery Care (Continuity Of Care) For A Pregnant Woman With Grade Ii Hyperemesis Gravidarum: A Case Study. Jurnal Ners. 2026;10(3):9027-9031.