

GEBELİKTE HİPERTANSİYON

Neriman TATAR*

ÖZET

Gebeliğin hipertansif bozuklukları oldukça sık bir komplikasyondur. Bütün gebelerin % 6-7'sinde görülmektedir. Gebelikte hipertansiyon ya önceden normatansif olan bir kadında gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkar (% 80), ya da zaten mevcut olan bir hipertansiyonun şiddetlenmesi biçiminde ortaya çıkar (% 20).

Gebelikte hipertansiyon, sıklıkla ödemin eşlik ettiği proteinüri ve hipertansiyon ile karakterize bir sendromdur. Gebelikte sadece 20-24. gebelik haftaları arasında ve postpartum erken dönemde görülüp, 42 gün içinde kaybolur (3, 8). Gebeliğe bağlı hipertansiyon durumu ile gebelikten önce var olan kronik hipertansiyon durumunu birbirinden ayırmak zordur. Genelde kesin tanı gebenin kan basıncının doğumdan sonra normale dönüp dönmemesi ile belirlenir (3).

Tanımı ise; Gebelik süresince sistolik ve diastolik kan basıncının eşit oranda yükselmesi ya da 140/90 mmHg üzerinde olması şeklindedir (2, 3, 4, 6, 7, 10).

ETYOLOJİ : Dolaşımda yer alan toksik maddenin hipertansiyon oluşturduğu görüşü daha önceleri kabul edilmekteydi. O zaman da kullanılan ifade toksemi idi. Bunun yerine bugün Preeklamsi ve Eklamsi deyimleri kullanılmaktadır (3, 8, 10).

Gebelikte hipertansiyonun nedenini açıklamaya çalışan bir çok teori olmakla birlikte kesin nedeni henüz bilinmemektedir. Fakat gebelik hipertansiyonu arteriyel vazostrüksiyon ile vazospazm, bir

de periferik basınç artışı ile karakterlidir (9, 10). Ayrıca toksisite, gerginlik, endokrin teorileri, bir de immünolojik teori ile diyet eksikliği dikkat çekmektedir. Ancak en çok gerginlik teorisinin hipertansiyon ve preeklamsi nedeni olduğu düşünülmektedir (6, 11). Gerçekten de uterus'ta aşırı gerilmeye neden olan Plasental, Hydramnion, Hydrops fetüs ve ikiz gebelikte istatistiksel olarak da saptandığı gibi Hipertansiyon preeklamsi ve Eklamsi çok sık görülmekte olması bunun bir kanıtıdır (5).

Hipertansiyonlu Bir Gebe'de Semptomlar :

Kan basıncında yükselme ana kriter'dir. Diğer semptomlar; kilo'da artış, reflexlerde artma, şiddetli baş ağrısı, epigastriumda ağrı, görme bozuklukları, proteini miktarında artma, saatte 30 ml'nin altında diürez, uyuklama hali ve dalgınlıktır (3).

Hipertansiyon'un Fetal-Maternal Morbidite ve Mortalite'ye Etkileri :

Hipertansiyon tüm gebelerde % 6-7 oranında görülmekle birlikte, bazı özel gruplarda, örneğin genç gebelerle, sosyo-ekonomik düzeyi düşük gebelerde bu rakam % 10-30'a kadar yükselir (4, 8, 9, 10).

Gebelikte hipertansiyon anne ölümlerinden en fazla oranda sorumlulu olan üç büyük komplikasyon arasındadır. ABD'de, her yıl 250 anne ölüm nedenidir. Fetal ölüm için ise daha fazla bir ölüm nedeni olarak bilinir (8, 10). Yine ABD'de gebeliğin hipertansif hastalığına bağlı olarak her yıl 25.000 yenidoğan ile neonatal ölümü görülmektedir. Perinatal ölümlerinde ise neden bu durumda genelde prematürelikle ilgilidir (8).

Yapılan bir çalışma sonucuna göre; hipertansiyonun bazı formları ile birlikte olan annelerden doğan bebeklerde perinatal mortalite % 25.4 iken, normotansif gebelerde bu oran % 11.5'tir (7).

Hipertansiyon'un eşlik ettiği preeklamsinin de esas tehlikeleri fetüs üzerinedir. Bu durumda, intra-uterin gelişme geriliği (IUGR), düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ile yetersiz placentar dolaşım ile fetal ölümler olasıdır. Anne ise böbrek, karaciğer tahribatı nedeniyle risk altındadır (1).

Gebelikte Hipertansiyon Açısından

RISK FAKTÖRLERİ :

1. **Primarite : Hipertansiyon görülen olguların % 65'inin ilk gebelikleridir.**
2. **Uterus duvarının aşırı gerilmesine neden olan durumlar: çoğul gebelikler, Mole Hydatiforme, Büyük fetüs, Hidroamnios vb.**
3. **Esansiyel hipertansiyon ile özellikle vasküler hastalıklar, hipertansif böbrek hastalığı, Diabetes Mellitus.**
4. **Beslenme Yetersizlikleri, şiddetli malnütrisyon, protein yetersizliği, suda eriyen vitaminlerin yetersizliği.**
5. **Ailesel yaticınlığı olanlar, daha önceden preeklamsi öyküsü olanlar.**
6. **Zayıf ya da şişman beden yapısında olanlar (1, 2, 3. 5. 6. 9. 10. 11).**

Gebelikte Hipertansiyonu!' Sınıflandırılması :

Durumların kompleksliği nedeni ile standart bir sınıflama tam olarak bulunamamakla birlikte Welt ve Crcn tarafından yapılan sınıflandırmaya göre;

1. **Hipertansif hastalıklarla birlikte gebelik**
 - A) **Preeklamsi ve Eklamsi**
 - B) **Gestasyonel Hipertansiyon**
 - C) **Süperimpoze preeklamsi ile eklamsi (Preeklamsi ile Eklamsiye ilave durum).**
2. **Gebelikte birlikte hipertansiyon**
3. **Hipertansif bozukluklar (7. 8).**

(I)

A. Preeklamsi ve Eklamsi

Gebeliğin 20. haftasından sonra hipertansiyon, ödem, proteinürlü yada ikisi ile karakterli duruma preeklamsi denir. Preeklamsi hastada konvülsiyon, koma, yada diğer serebral durumlarla ilgili olmayan belirtiler olunca o zaman Eklamsi terimi kullanılır (1, 6, 8, 9. 10).

B.Gestasyonel Hipertansiyon :

Eğer gebelikte ya da postpartum ilk 10 gün içinde ödem ile proteinürisiz sadece hipertansiyon olursa o zaman bu duruma gestasyonel hipertansiyon denir.

C. Süperimpoze Preeklamsi ve Eklamsi :

Hastada daha önceden renal yada vasküler nedenli hipertansiyon var olup, kan basıncında önemli oranda yükselme, ödem yada proteinüri'nin ortaya çıkması ile Preeklamsi ve Eklamsi gelişirse bunada süperimpoze preeklamsi ve Eklamsi denir.

(2) Gebelle Birlikte Hipertansiyon :

Gebelik ile hipertansif hastalık, birbiriyle herhangi bir neclensel bağlantı olmadan aynı kişide, aynı anda oluşursa buna gebelle birlikte hipertansiyon (Katılımcı Hipertansiyon) denir.

(3) Hipertansif Bozukluklar :

Fizyolojik streslerin bir sonucu olarak hipertansiyonu hazırlayıcı bir faktör olarak isimlendirilir (7, 8).

Gebelikte Preeklamsi ile Eklamsi'nin diğer durumlardan ayırd edilebilmesi İçin gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel proteinüri, gestasyonel ödem'in bilinmesi gerekmektedir.

Gestasyonel Proteinüri : Gebelik ile erken puerperium döneminde 24 saatlik idrarda 300 mg/lt. proteinüri olması yada idrarda 1 gr./lt'den fazla olmayan proteinüri görülmesidir.

Gestasyonel ödem : İntertitiel alanda sıvı birikiminin yaygınlığıdır. Şu sınıflama gebelikte ödem için yararlıdır.

Bir müspet = Ayakta ve pretibial bölgede az miktarda ödem

iki müspet = Alt ekstremiteelerde belirgin ödem

üç müspet = Karın alt duvarı, sacrum, el ve yüzde ödem olması

dört müspet = Anazarka denen tüm vücutta yaygın ödem olması

Altı ve dokuzuncu gebelik aylarında bir müspet olan ödem normal kabul edilir (3. 4).

ESANSİYEL HİPERTANSİYON - PREEKLAMSI'NIN AYIRIMI

ÖZELLİKLER	ESANSİYEL HİPERTANSİYON	PREEKLAMSI
Hipertansiyonun başlangıcı	Gebelikten önce yada 20.gebelik haftasından önce.	Gebelğin 20 .11 haftası; dan sonra başlar
Hipertansiyonun süresi	Doğumdan üç ay sonrasına kadar kan basıncı en az 140/90 olarak devam eder.	Doğumdan sonra altı haftada kaybolur.
Aile anamnezi	Genelde bu anamnezde hipertansif olgu vardır.	Olgu olmayabilir.
Geçmiş öykü	Daha önceki doğumlarında toksemi oluşmuştur.	Özel bir problem olmayabilir.
Yaş	İleriki yaşlar	Adölasan yada 20 yaş altında
Doğum sayısı	Genelde multiparlarda	Genelde primiparlarda
Proteinüri (2, 3, 4).	Genelde yoktur.	Genelde var olup, postpartum 10 günde kaybolur.

Gebelikte Hipertansiyon'un Sistemlerde Oluşturduğu Etkiler :

Böbreklere Görülen Değişiklikler : Renal kan akımı ve glomerül filtrasyon hızı gebelik öncesine göre yüksek olmakla birlikte normal bir gebelikteki değerlerin çok altında bulunur. Serum ürik asit düzeyi, kreatinin ve üre düzeyi hipovolemiye bağlı proximal tubuler reabsorbsiyon azlığına bağlı olarak kanda yükselir. Proteinüri genelde geç ortaya çıkar, şiddeti de böbrekteki lezyona bağlıdır (17, 9, 10).

Hematolojik Değişiklikler : Gebelikte hipertansiyon olgularında normal bir gebeliğin aksine trombosit sayısında devamlı bir düşme, fibrinolitik aktivite de artma vardır (Trombosit sayısında azalma dissemine intravasküler koagülasyon patolojisine (DİC) bağlanmaktadır). Postpartum dönemde normal olarak fibrinolitik aktivitenin artması

beklenirken, gebelikte hipertansiyon olgularında fibrinolitik aktivite yetersizdir. Karaciğer'de periportal hemoroji vardır (10).

Uteroplacental ve Fetal Değişiklikler : Gebelikte hipertansiyon olgularında normalin dışında radial arterler ile intervillöz aralarda konstrüksiyon vardır. Vazospazm ile azalan kan akımı placental dolaşımın bozulmasına neden olup, placenta'nın solunum ve beslenme fonksiyonlarını yetersiz hale getirir. Beslenme yetersizliği ile fetüs uterus içinde ölür yada gelişme geriliği içinde olan bir yenidoğan olur (7, 10).

Merkezi Sinir Sisteminde Görülen Değişiklikler : Görmede bozulmalar, diplopi, baş ağrısı, reflexlerde anma oluşur. Daha ciddi semptomlar ise konvülziyon ve beyin kanamasıdır (5, 9, 10).

Gebelikte Hipertansiyonu Değerlendirme Yöntemleri :

Gebelikte hipertansiyon genellikle son trimesterde ortaya çıkar. Eğer ilk iki trimesterde ortaya çıkarsa önceden ya bir kronik hipertansiyon vardır, ya da inolar gebelik, çoğul gebelik sözkonusudur (9). Hipertansiyonun tanımlanması için aynı pozisyonda, altı saat ara ile yapılan iki ölçümde diastolik kan basıncının 90 mmHg'dan daha yüksek olduğu vakalar hipertansiyonlu gebe olarak düşünülmalıdır (6).

Gebede kan basıncının baz değerinin bilinmemesi ve normal olarak ikinci trimesterde kan basınç değerlerinin düşmesi nedeni ile önemli yükselmeler büyük görülmeyebilir (7, 11).

Fetal Değerlendirme : Burada ilk amaç yeterli fetal oksijenizasyonu araştırmadır. Değerlendirme sırasında placenta ve fetüste beslenme bozukluğu ile anoksi, hipovolerni, vazospazma'nın etkileri gözlenir. Gebelikte hipertansiyon fetal aktiviteyi azaltır (10).

Bu amaçla kullanılan yöntemler; Non stress testi, Kontraksiyon stress testi, Ultrasonografi, Amniosentez, östriol/Kreatinin düzeyi incelenmesi yöntemleridir (9, 10)_

Hipertansiyonun Erken Tanıdaki Önemi ve Tedavisi :

Hipertansiyon; Hemşire tarafından belirli bir sağlık bakımı ile önlenebilen bir sağlık problemidir. Bu nedenle erken tanıya yardımcı olan prenatal ziyaretlerde, hemşire her antenatal kontrolde gebe'nin kan basıncı, pretibial ve ellerde ödem kontrolü ile icrarda protein için idrar analizlerini yapmalıdır. Tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımında

ise; yatak istirahati, gerekli ise ilaç tedavisi ile ilerlemeyi önleme ve semptomları azaltma amaçlanır (I. 10).

Bu konuda belirtilen diğer bir erken tanı yöntemi de 28-32. gebelik haftalarında tüm gebelere uygulanmasında büyük yarar görülen "Rol over" yada "Angiotensin II" testidir. Bu test ile ileride gebelikte hipertansiyon gelişme olasılığı % 70-90 oranında saptanır (7, 9).

Gebelikte Hipertansiyonun Yönetilmesi :

Gebeliğin yönetilmesi, fetüs'ün gelişimi ile hastalığın şiddetini bağıdır. Bu nedenlerle annenin retina damarlarının düzenli aralarla kontrolü şarttır. Ayrıca intra-uterin fetal ölümden kaçınmak için fetüs'ün büyüme durumu, placenta fonksiyonu sık sık kontrol edilmelidir. En erken dönemde patolojik süreçlerin tanımı için iyi bir araştırma yapılmış olmalıdır (6. 10).

Gebelikte hipertansiyon için en temel yaklaşım medikal bir merkez tarafından izleme, iyi bir diyet ve sedasyon ile hipertansiyon, kilo alımı kontrol edilebilir (4).

Gebelik süresince devam eden bir hipertansiyon olgusunda, doğum hem anne hem de fetüs için kesin bir tedavidir. Fakat fetüs açısından doğum ağır durumlar dışında 37. haftaya kadar geciktirilir (10).

Hafif Olgular : Gebe gözetim altında tutulur, mümkün olduğunca yan yatması sağlanır. Aldığı ve çıkardığı mayı takibi, günlük kilo kontrolü ve çocuk hareketleri açısından gebe izlenir. Kronik hipertansiyon yoksa tuz kısıtlaması gerekmez (9, 10).

Ağır olgularda ise tedavide amaç; M.S.S'de irritabilite'nin azaltılması, hipertansiyonunun düzeltilmesi. sıvı-elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi, eğer varsa konvülsiyonların durdurulması. fetüs yada placenta ile ilgili komplikasyonların önlenmesidir.

istirahat ve sedasyona rağmen hipertansiyon düzelmeyorsa antihipertansiyon başlanır. Diüretikler tedavide yer almaz. Eklamsisi olan, IUGR içinde fetüsü olan. şiddetli hipertansiyonu olan, kan basıncı ani olarak yükselen gebelerde MgSO₄ kullanılır (9).

Hospitalize Edilme Kriterleri :

- **Kan** basıncının 140-150/90/95 mmHg üzerinde olduğu gebeler, kronik hipertansiyon yada preeklamsi'nin subjektif semptomlarının görüldüğü vakalar ile proteinürisi olanlar.

- Sistolik kan basıncının 30 mmHg, Diastolik kan basıncının ise 15 mmHg kadar yükseldiği adolesan gebeler.

- Fetüs'ün 36-37. haftaya ulaştığı hipertansiyonlu gebeler doğum için kliniğe alınır.

Proteinürisiz, asemptomatik hipertansiyonlu olguların evde de tedavisi yapılabilir. Evde iken: yatak istirahat!, protein için idrar kontrolü, kan basınç ve kilo kontrolü yapılmalıdır.

İnmat fi re fetüslü gebelerde, gebelik hipertansiyonu gebeliğin haftasma uygun biçimde ele alınmalıdır. Etyoloji ne olursu olsun tedavi aynıdır (10).

SUMMARY

Hypertension in Pregnancy

The hypertensive disorders is one of the frequently seen complication in pregnancy it appears at the rate of 6-7 percent in all pregnancies. The hypertension may occur either due to pregnancy (80 %) in all normotensive women or an existing hypertension gets severe forms as a result of pregnancy (20 %).

KAYNAKLAR

1. Ball. H.; Beacroft, M.; Davies-Johns, E.: Maternity and Neonatal Cam. 2th. Ed. Macmillan Education LTD, Hong Kong, 1987, ss.13.
2. Görgük, C.A.: Doğum Bilgisi. Altıncı Basım, Yargıçoğlu Kitabevi, Ankara, 1986, ss : 242-268.
3. Jensen. M.D.; Bobak, M.I. : Maternity and Gynecologic care. Third Editlon. The C.V. Mosby Compnay, St.Louis. Toronto. Princeton, 1985. ss : 946-947.
4. Kadın Doğum Ders Notları : Hacettepelfter Yayın Birliği. Ankara, 1988. ss : 60-63.
5. Keçecioğlu. Y.: Pratik Doğum Bilgisi. 3. Basım. Bayrak Matbaacılık, İstanbul, 1988. ss : 100-101.
- 6 Matlew, M.G.: A.D.T. Gavon.; Hodge C.H.; Callender. R. : Resimli Doğum Bilgisi. Çev. Aykut Kazancıgil. Güven Kitabevi Yayınları. 2. Basım. Ankara, 1979, ss : 176-177.

7. Mayberry, J.F.: Bond, A.P.: Morris, J.S. : Medical Problems in Pregnancy Their Diagnosis and Managment. Edward Arnold (Publishers) LTD, London, 1986, pp : 1-12.
8. Reeder, S.: Mastrolanni. L.; Martin, L.; Fitzpatrick, E. : Maternity Nursing. 14 th. Ed.J.B.Lippincott Comp., Philadelphia, 1980, ss : 516-517.
9. Saraçođlu. Ö.F. • Edi : Özet Temel ve Klinik Bilinler. Cilt : II, Güneş Kitabevi, LTD. Şti.Ankara, 1989, ss : 627-628.
10. Wills, E.S. : "Hypertension in Pregnancy". American Journal of Nursing. 52 : 5, 791-808, 1982.
11. Yılmaz, D. : "Preeklamsi'de Erken Tanı ve Önemi", Ege Ünt.Hemş.Yük.Ok.Dergisi. 2 : 2, ss : 65-68. 1978.