



## اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه:

- ◀ سندرم هلمپ را تعریف کنند.
- ◀ تدابیر بهداشتی درمانی لازم در برخورد با سندرم هلمپ را بشناسند.

## مقدمه

در هر جامعه‌ای مادران نقش اساسی و بنیادین در حفظ سلامت خانواده داشته و در نتیجه حافظ سلامت جامعه هستند. مرگ یک مادر، مرگ یک نفر نیست بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است. شاخص مرگ و میر مادران باردار به علت عوارض بارداری و زایمان از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان دهنده توسعه کشورهاست. این شاخص تابعی از وضعیت سواد زنان، شبکه راه‌های روستایی، دسترسی به فوریت‌های مامایی و زنان و... است. شناخت عوامل مؤثر بر این شاخص مهم ما را در اتخاذ راهکارهایی جهت پیشگیری از بروز مرگ‌های مشابه و بهبود آن یاری می‌کند. طبق آخرین گزارش وزارت بهداشت در سال ۲۰۱۳ تعداد ۲۸۹ هزار مرگ مادر در دنیا رخ داده است که نسبت به سال ۱۹۹۰ میلادی ۴۵ درصد کمتر شده است. نسبت مرگ و میر مناطق در حال توسعه ۱۴ برابر مناطق توسعه یافته است. طبق آخرین گزارش وزارت بهداشت کشورمان شاخص مرگ مادر ۱۹,۷ است. گرچه روند شاخص مرگ مادر در کشور روند روبه کاهش است ولی باتوجه به هدفگذاری کمی شورای سیاستگذاری مبنی بر کاهش مرگ و میر مادران به ۱۵ درصد هزار تولد زنده تا پایان سال ۱۳۹۴، مسؤولیت وزارت بهداشت را برای برنامه‌ریزی در جهت بهبود این شاخص سنگین‌تر کرده است. شایع‌ترین علل مرگ و میر مادران در کشور به ترتیب پره‌اکلامیسی، خونریزی، آمبولی و بیماری‌های قلبی است.

**تعریف:** مرگ دوران بارداری، حین زایمان و تا ۴۲ روز پس از زایمان همه موارد مرگ مادر را در بر می‌گیرند. مرگ ناشی از عوارض بارداری و زایمان شامل هر مرگ به دلیل مرتبط با بارداری، تشدید شده در بارداری یا به علت مراقبت‌های ارایه شده طی آن به جز حوادث و تصادف را شامل می‌شود که در برنامه نظام مراقبت مرگ مادری بررسی می‌شود. در هر دانشگاه پرونده‌های بهداشت درمان بررسی شده و مشکلات قابل پیشگیری استخراج و مداخله‌های مورد نیاز جهت پیشگیری از بروز موارد مشابه انجام می‌شود.

از آنجایی که مرور سناریوهای مرگ مادر می‌تواند باعث ارتقای حساسیت و آگاهی کارکنان ارایه‌دهنده خدمت شود، در ذیل به



## «سندرم هلمپ» را جدی بگیرید!

### سناریوی مرگ مادر



ترتیب نویسندگان از راست به چپ

#### ◀ دکتر خدیجه کردی

مدیر گروه سلامت خانواده  
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

#### ◀ مژگان باشقره

کارشناس سلامت خانواده  
دانشگاه علوم پزشکی گلستان

بررسی شرح حال یک مورد مرگ مادر و علل و راه‌های پیشگیری از آن پرداخته شده است.

سناریوی یک مورد مرگ مادر: مادر متوفی ۲۴ ساله، بارداری دوم، ساکن منطقه روستایی، سطح سواد: ابتدایی | مقطع فوت: پس از زایمان

### علت فوت: سندرم هِلپ (HELLP)<sup>۱</sup>

مادر در بارداری قبلی به دلیل پره اکلامپسی در سن حاملگی ۳۵ هفته، ختم بارداری به روش سزارین شده بود. طی مراقبت‌های این بارداری فشارخون مادر طبیعی ثبت شده ولی افزایش وزن ناگهانی مشاهده شده بود. در مراقبت پیش از بارداری دوم به دلیل سابقه پره اکلامپسی به متخصص زنان ارجاع شده و در پسخوراند متخصص زنان به ارجاع مادر در صورت بارداری تاکید شده بود. پس از وقوع بارداری با توجه به سابقه پره اکلامپسی فواصل مراقبتی طبق نظر تیم سلامت نصف شد و با توجه به شرایط مادر مراقبت‌های بیشتری برای او در نظر گرفته شد. فشارخون مادر طی بارداری در محدوده طبیعی ثبت شده بود. از هفته ۱۶ تا ۲۶ بارداری مادر ۶/۵ کیلو افزایش وزن داشته (یعنی در عرض ۱۰ هفته طبق BMI مادر که در محدوده طبیعی بوده است باید ۵ کیلو افزایش وزن می داشت) آزمایش ادرار انجام و طبیعی گزارش شد.

با توجه به سابقه سزارین قبلی، مادر حدود ۱۰ روز قبل از تاریخ زایمان به یکی از بیمارستان‌های شهرستان دیگر مراجعه کرده ولی از پذیرش وی خودداری شده بود. سه روز بعد به یک بیمارستان در شهر دیگری مراجعه می کند ولی به دلیل این که شاید بتواند زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی داشته باشد، پذیرش نشده و گفته شده که به محض شروع دردهایش مراجعه کند. مادر چند روز بعد دوباره به همان بیمارستان مراجعه کرده ولی باز هم پذیرش نشده، تا این که بالاخره با شروع دردهای زایمانی یک روز قبل از موعد زایمان به بیمارستان مراجعه کرده و در نهایت به دلیل زجرچینی سزارین می شود. آزمایش‌های انجام شده در زمان بستری مادر پلاکت ۹۰ هزار و پروتئین ادرار +۱ بوده است ولی به بررسی پره اکلامپسی پرداخته نشده است. متأسفانه مادر دچار پروسه اختلال انعقادی داخل عروقی شده و در نهایت پس از چند روز بستری فوت می کند.

### به نظر شما چه عواملی در مرگ این مادر مؤثر بوده است؟

پیشگیری نکردن نتیجه ارجاع مادر در هفته آخر بارداری جهت ختم بارداری

مطلع نبودن تیم سلامت از مراجعات مکرر مادر به

بیمارستان‌های مختلف جهت اطلاع رسانی به ستاد شهرستان و مداخله لازم

تاکید مراکز درمانی محل مراجعه مادر بر انجام زایمان طبیعی متعاقب سزارین برخلاف شرایط مادر

عدم تشخیص و درمان به موقع مادر در هنگام بستری

توجه ناکافی به سابقه پره اکلامپسی مادر به دلیل پره اکلامپسی

دربارداری قبلی

کنترل نکردن نشانه‌های حیاتی به ویژه فشارخون و بررسی نشانه‌های خطر مادر در موارد ارجاع و مراقبت در مرکز

بهداشتی درمانی با توجه به سابقه پره اکلامپسی قبل

سندرم هِلپ: سندرم هِلپ در یک تا دو مورد در هزار حاملگی رخ می دهد؛ اما این میزان در حاملگی‌های همراه با پره اکلامپسی

به ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می یابد. سندرم هِلپ گونه‌ای از پره اکلامپسی شدید را توصیف می کند که با افزایش آنزیم‌های

کبدی و کاهش پلاکت‌ها تظاهر می کند. تظاهر بالینی این سندرم کاملاً متنوع است. شکایات مطرح شده شامل درد

ایبگاستریا ربع فوقانی راست شکم، تهوع و استفراغ است، برخی نیز نشانه‌های پره اکلامپسی شدید مانند سردرد و اختلال‌های

بینایی را بروز می دهند. اختلال شدید انعقادی ممکن است سبب هم‌چوری یا خونریزی گوارشی شود. یافته‌های بالینی

شامل درد و حساسیت ربع راست فوقانی شکم است. نکته: از آنجایی که ۱۲ تا ۱۸ درصد زنان با سندرم هِلپ فشارخون

طبیعی دارند و ۱۳ درصد پروتئین اوری ندارند، باید سندرم هِلپ را در مادرانی که فاقد نشانه‌های کلاسیک پره اکلامپسی

هستند، نیز در نظر داشت.

### تدابیر بهداشتی درمانی سندرم هِلپ

تدابیر بهداشتی: پرسیدن شکایات مادر و معاینه مادر، بررسی درد و حساسیت ناحیه ربع فوقانی راست شکم مادر، بررسی

سابقه پره اکلامپسی و توجه بیشتر به این نشانه‌ها، مدنظر قراردادن این موضوع که در دایبگاسترحتی در صورت فشارخون

طبیعی و عدم پروتئین اوری نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

تدابیر درمانی: اجرای دستورالعمل‌های مدیریت پره اکلامپسی و شروع سولفات منیزیم از زمان بستری مادر در بیمارستان به مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از زایمان

نکته: ختم بارداری در زنان مبتلا به سندرم هِلپ باید زودتر از زنان مبتلا به پره اکلامپسی شدید انجام شود.

### پانوشته:

سطح: Low Platelet Count: آنزیم‌های کبدی: Elevated Liver Enzymes: همولیز گلوبول قرمز: HELP. ۱. پایین پلاکت