



ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ UYGULAMA ÖDEVİ

KONU: GEBELİK VE HİPERTANSİYON

AD: EMİNE

SOYAD: AKTEKE

NUMARA: 190301094


SORUMLU ÖĞRETİM ÜYESİ: PROF. DR. GÜLCİHAN AKKUZU



# GEBELİK HİPERTANSİYONU VE BAKIM

# SUNUM PLANI

- Gebelikte KVS fizyolojisindeki deęişiklikler
- Gebelikte hipertansiyon, tanımlar, önemi
- Gebelikte hipertansiyon tipleri, tedavi
- Bakım

- 
- Gebelik diğer sistemlerde olduğu gibi kardiyovasküler sistemde de birçok değişikliğe yol açar.
  - Kan hacmi ARTAR
  - Kalp debisi ARTAR
  - Kalp hızı ARTAR
  - Nabız basıncı ARTAR
  - Sistolik kan basıncı AZALIR
  - Sistemik vasküler direnç AZALIR



Gebelikte hipertansiyon; sistolik kan basıncınının 140 mmHg ya da üzerinde, diastolik kan basıncı ise 90 mmHg ya da üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır.

Esas değerlerinden, 30 mmHg üzerine yükselmiş sistolik kan basıncı veya 15 mmHg üstüne yükselmiş diastolik kan basıncı da bu durumu tanımlar.


## **Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları (GHH)**

- Gebelikte en çok görülen medikal komplikasyon
- Tüm dünyada yılda 50.000' den fazla maternal ölüme neden olur
- İnsidans: %8 – 15
- Maternal ve perinatal mortaliteyi anlamlı olarak arttırır.

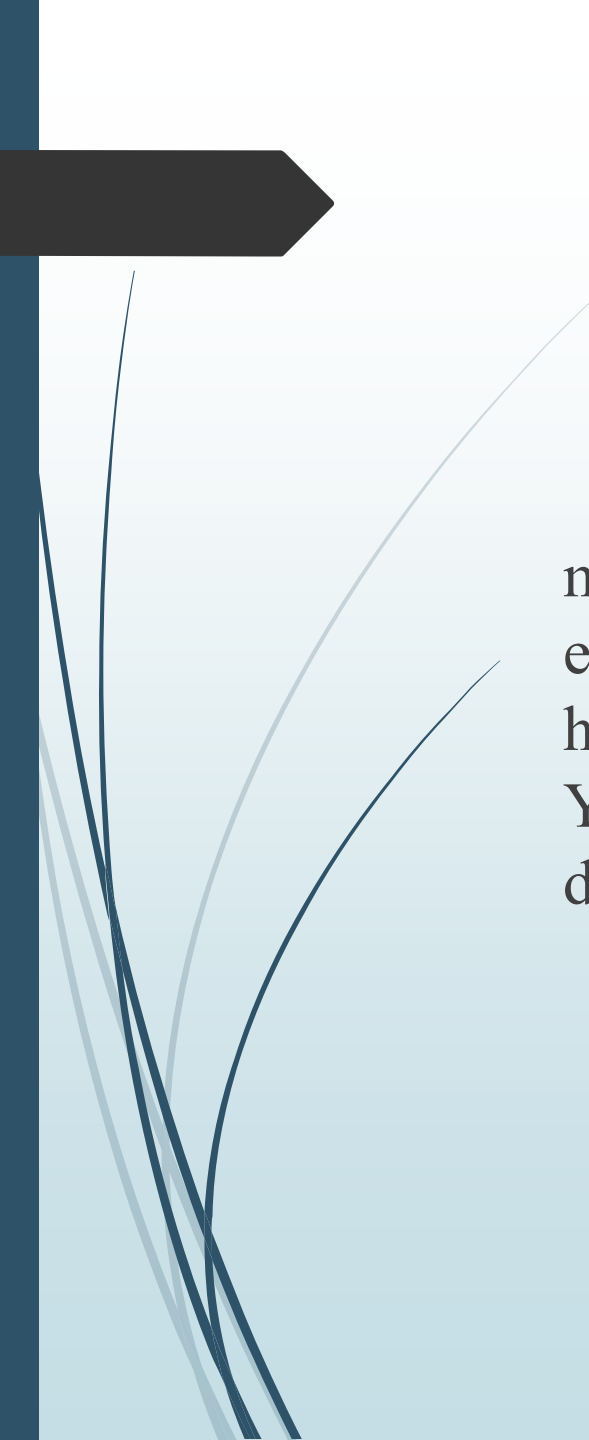
## ► Risk Faktörleri

Etnik ve sosyal karakteristikler gebelikte hipertansiyon sıklığını arttırabilmektedir.

- önceden preeklampsi hikayesi
- çoğul gebelik
- hiç doğum yapmamış olma
- diyabet

- 
- gebelik öncesi yüksek vücut kile indeksi
  - 40 yaş üzeri anne yaşı
  - renal hastalık
  - kollajen doku hastalıkları
  - hipertansiyon
  - daha önceki gebeliğin 10 yıldan önce olması





Hipertansiyon gebelikte görülen en yaygın hastalıktır ve yılda 4 milyon doğumun olduğu Amerika'da her yıl 240.000 gebenin etkilendiği tanımlanmaktadır. Dünyada ise gebelikte görülen hipertansiyon 2. en sık anne ölümüne sebep olan hastalıktır. Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı (NHLBI) gebelikte hipertansif durumları:


1. Kronik Hipertansiyon
2. Preeklampsi Eklampsi
3. Önceden Varolan Hipertansiyon Üzerine Binmiş Preeklampsi
4. Gestasyonel Hipertansiyon olarak sınıflandırmaktadır.

# Kronik Hipertansiyon

Gebelikten önce olan veya gebeliğin 20.haftasından önce gelişen ve gebeliğin 42. gününden sonra da devam eden yüksek kan basıncıdır. Gebelikte şiddetlenerek preeklampsi ve eklampsi tablosunun oluşmasına yol açar. Gebelik sona erdikten sonra da devam eder. Doğurganlık çağındaki yaklaşık %20 kadında meydana gelir ve görülme sıklığı yaş, etnik köken, diyabet ve obezite gibi faktörlere bağlıdır. Daha çok obez ve 40 yaşın üzerindeki gebelerde görülür.


## **Tedavi**

Hafif-orta düzeyde hipertansiyon, hedef organ hasarı olmayan doğurgan kadınlarda gebelik için prognozu değiştirmemektedir. Üstelik kan basıncı gebelik ile fizyolojik olarak düşmektedir. Antihipertansif ilaç ihtiyacı azalmaktadır. Kan basıncı tedavisinde amaç kardiyovasküler ve serebrovasküler riski azaltmaktır. Hipertansif gebe kadınlar, gebe olmayanlardan farklıdır. Gebe olmayanlarda kilo azaltılması, egzersiz faydalı olabilir. Gebelerde önerilmez.



Aktivite kısıtlaması gerekirse, yatak istirahati önerilir. İstirahat kan basıncını azaltır, diürezisi arttırır, prematüre doğumu azaltır. Şiddetli hipertansiyonlu bireyler hastaneye yatırılmalı, gerekirse ilaç verilmelidir.

Gebelerde kilo azaltılması önerilmez. Daha önce yapılan çalışmalarda; diyetle kalsiyum verilmesi ile kan basıncının azaltıldığı gösterilmesine rağmen hipertansiyon tedavisinde kullanılmaları için henüz yeterli çalışmalar yoktur. Tütün ve alkol kullanımını şiddetle yasaklanmalıdır.




Yapılan alışmalar, sistolik kan basıncı 160 mmHg diyastolik kan basıncı 110 mmHg veya üzerinde ise antihipertansif tedavi önermektedir. Diyastolik kan basıncı 90-100 mmHg'nin üzerine çıktığı zaman tedaviye başlanmalıdır.

Gebelikte antihipertansif tedavinin, plasenta kan akımını azaltması veya fetüs üzerine aksi etki etmesi nedeni ile tedavide dikkatli olmalı, fayda ve risk düşünölmelidir.

## Kan Basıncını Azaltan İlaçlarda Aranılan Özellikler:

1. Hızlı etki etmeli
2. Kan basıncını kontrollü azaltmalı
3. Kardiyak debiyi düşürmemeli
4. Uteroplental vasküler kontraksiyonu korumalı
5. Anne ve çocuğa yan etki yapmamalı



Gebelik sırasında hipertansiyonda tercih edilebilecek ilaçlar beta blokerler (özellikle oxyprenolol, pindolol ve labetolol), metildopa, prazosin, hidralazin, nifedipin ve isradipin'dir.

ACE inhibitörleri ve angiotensin II antagonistleri gebelikte kontrendikedirler.

# Gestasyonel Hipertansiyon

Gestasyonel hipertansiyon önceden normotansif olan kadınlarda 20. gebelik haftasından sonra gelişen proteinüri olmadan yükselen kan basıncıdır. Kan basıncı postpartum 12. haftadan önce normale döner. Epigastrik hassasiyet ve trombositopeni gibi preeklampsinin diğer belirtileri bulunabilir. Tüm gebeliklerin % 6' sını komplike hale getirmektedir. Preeklampsi gelişimi açısından yüksek risk faktürüdür. Yakın takip gerektirir. Yaklaşık % 15-45'inde preeklampsi gelişir. Gestasyonel hipertansiyonun patofizyolojisi bilinmemektedir fakat muhtemelen gebe olmayan kadınlardaki hipertansiyonla aynıdır.



## **Tedavi**

Gestasyonel hipertansiyon nonspesifik bir tanıdır. Preeklampsi olarak devam edebilir veya kronik hipertansiyonun gebelikteki ilk başvuru şekli olabilir. Kesin tanı postpartum dönemde koyulur. Gebelikteki hipertansiyon derecesine göre antihipertansif tedavi şekillendirilir. Gestasyonel hipertansiyonun ileride gelişebilecek hipertansiyon ve kardiyovasküler olaylar açısından risk faktörü olduğu unutulmamalıdır.

# Preeklampsi - Eklampsi

Preeklampsi (gebelik zehirlenmesi) bir anne sendromu, bir bebek sendromu ya da hem anne hem bebeğe olumsuz etkileri olan bir hastalık olarak tanımlanabilir. Proteinüri, ödem ve sıklıkla diğer organ ve sistem bozukluklarının eşlik ettiği bir hipertansiyon sendromudur. Normal gebeliklerin % 80'inde hafif ödem görülmektedir. Preeklampsideki ödem patolojiktir. Özelliği generalize olması, yüz ve elleride tutması ve sabah kalktıktan sonra da kaybolmamasıdır. Parmaktaki yüzüğün parmağı sıkılaşmaya başlaması patolojik ödem için iyi bir göstergedir. Baş ağrısı, bulanık görme, ödem, oligüri, reflekslerde artma, bulantı, kusma ve epigastrik ağrı belirtileridir.

# PREEKLAMPSİ

%75


%25

## HAFİF PREEKLAMPSİ

Tansiyon 140/90 mmHg veya üzerinde seyreder. İdrarda protein atılımı günde 300 mg'dan fazladır.

## ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ

Şiddetli preeklampside tansiyon 160/110 mmHg' nin üzerindedir. Günde 2 gramdan fazla protein idrarla atılır.



Şiddetli preeklampsi, ağır proteinüri (5 g/gün) veya serebral ödem gibi çoklu organ tutulumu, oligüri, pulmoner ödem veya HELLP sendromunun özelliklerine sahiptir.

# Tablo 1. Preeklampsi Sınıflandırma Kriterleri

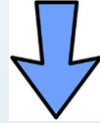
Bulgu	Hafif	Ağır
Sistolik kan basıncı	≥140 mmHg	≥160 mmHg
Diastolik kan basıncı	≥90 mmHg	≥110 mmHg
Proteinüri	++	+++, ++++
Ödem	++	+++, ++++
Baş ağrısı	Yok	Var
Görme bozukluğu	Yok	Var
Epigastrik ağrı	Yok	Var
Kusma	Yok	Var
Serum kreatinin	Normal	Yüksek
Pulmoner ödem ve siyanoz	Yok	Var

### Şiddetli Preeklampsi Tanısı koymak için Kriterler:

- \*Sistolik kan basıncının 160 mmHg ve üzerinde olması
- \*Diastolik kan basıncının 110 mmHg ve üzerinde olması
- \*Pulmoner ödem
- \*Oligüri (<500 ml/24sa)
- \*Kalıcı baş veya karın ağrısı
- \*Trombositopeni <100.000 mm<sup>3</sup>
- \*Kalıcı sağ üst kadrın ağrısı ya da epigastik ağrı
- \*İntauterin gelişme geriliği

## ► HAFİF PREEKLAMPSİ

KB: <140/90 mmHg ve proteinüri yoksa



Yatak istirahati ve önerilerle takip

12 saatlik uyku, sınırlandırılmış aktivite, en az 60-70 gr protein, 1200 mg kalsiyum, yeterli çinko ve sodyum içeren diyet, 4-6 saat aralarla uyanıkken kan basıncı ölçümü, sabah ilk idrarda protein ölçümü, günlük aynı saatte ağırlık ölçümü

!!!Durumun kötüleşmesi, baş ağrısı, görme bozuklukları, ödemde artma, vajinal kanama, şiddetli abdominal ağrı!!!

## ► ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ

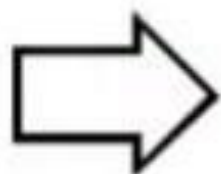
### HOSPİTALİZASYON

- Uyaranlar engellenir
- Yatak istirahati
- Sol lateral pozisyonu
- ANTA x 4
- Ödem kontrolü
- Günlük ağırlık ölçümü
- Üriner katater
- AÇT
- Yüksek proteinli, posalı, tuzdan kısıtlı diyet
- MgSO4 ün toksik etkileri ?
- Perine bakımı
- Vajinal kanama ?
- Bilinç düzeyi ?
- Baş ağrısı, epigastrik ağrı ?
- Görme bozukluğu, bulantı-kusma ?
- Hiperrefleks ?
- Fetüs değerlendirmesi



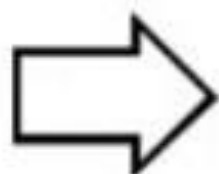
## Şiddetli Preeklampsi

Gebelik > 34 hafta ya da  
Şiddetli gelişme geriliği,  
Maternal veya fetal distress



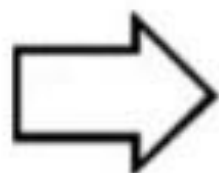
Gebe doğurtulur

33-34 hafta arası  
Akciğerler immatür ise



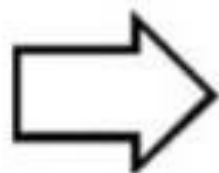
Betametazon başla.  
Maternal-fetal kötüleşmede  
son dozdan 24 saat sonra doğurt

28-32 hafta arası




MgSO<sub>4</sub>  
Betametazon  
Antihipertansif

< 24 hafta

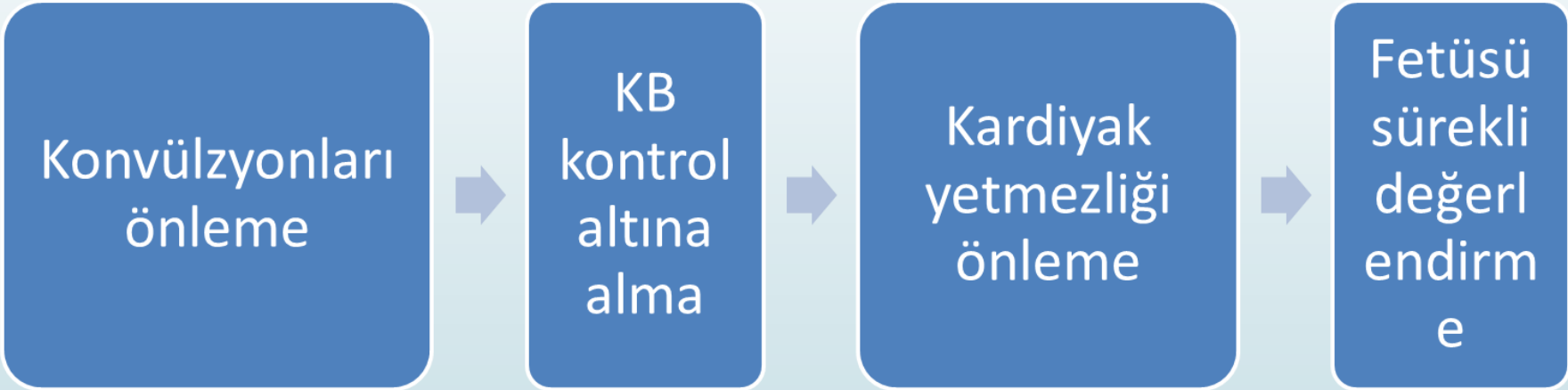


Gebeliğin sonlandırılmasını öner



**EKLAMPSİ** preeklampsili kadında yaşamı tehdit eden nöbetlerin gelişmesidir, prognozu ağırdır ancak nadir görülür. Genel konvülsiyon veya koma ile sonuçlanır. Eklampsi preeklampsi öncesinde veya proteinüri olmadan minimal kan basıncı artışı olan kadında beklenmedik biçimde ortaya çıkabilir.

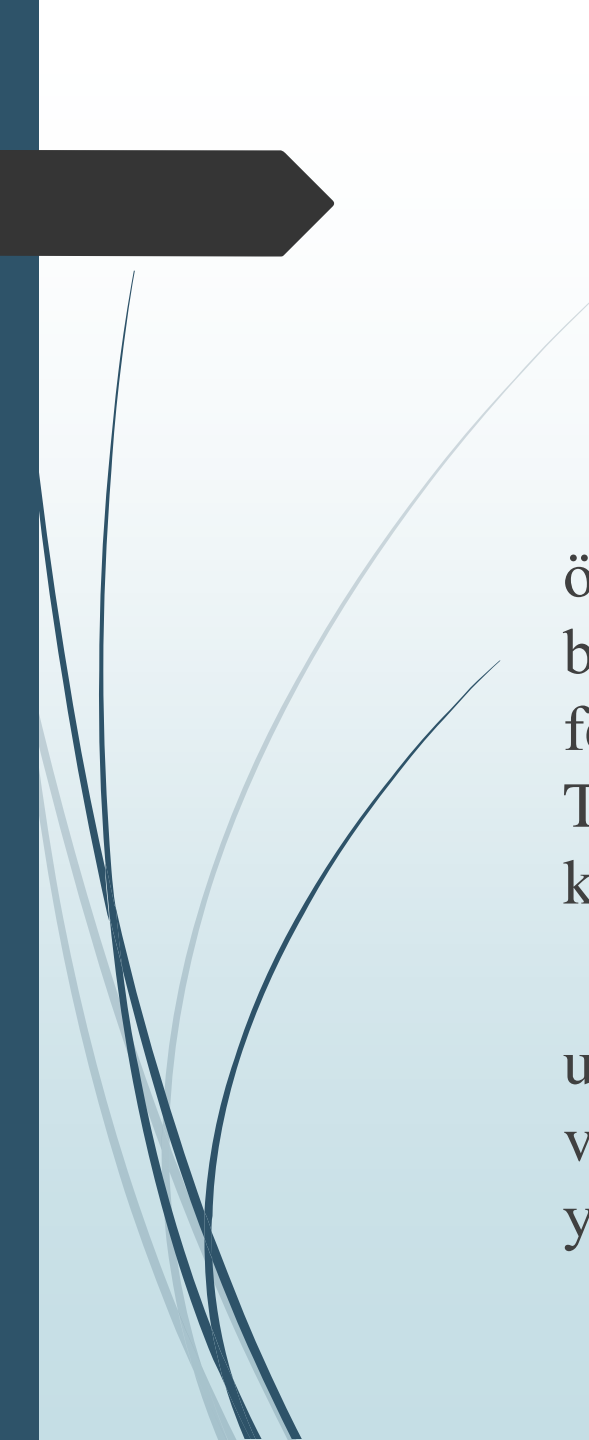
# EKLAMPSİLİ KADININ BAKIMINDA TEMEL HEDEFLER



## Tedavi

Tedavi prensipleri, konvülsiyonların ve anne fetüs için ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Hem anne hem de fetüs için yararlı olabilecek tam bir tedavi yoktur. Fakat fetüse en az düzeyde zarar vererek anneye yararlı olabilecek olan ilaç  $MgSO_4$ 'tır.

$MgSO_4$  temel olarak böbreklerden atılır. Dolayısıyla idrar çıkışı yakın takip edilmelidir. Yüksek doz  $MgSO_4$  verildiğinde antidot kalsiyumdur.



MgSO<sub>4</sub> mynral kavşaktaki aktiviteyi düşürür ve konvülsiyonları önler. Fakat antihipertansif bir ilaç değildir. Buna rağmen kan basıncının stabilize olmasında da rol oynar. Mg, plasentayı geçer ve fetüste de aynı oranda bulunur. Mg'un 2 yararlı etkisi daha vardır. Trombosit agresyonunu azaltır ve uterin kan akımını arttırarak fetüsü korur.

MgSO<sub>4</sub> IV olarak hızlı verildiğinde tehlikeli bir ilaçtır. Eğer IV uygulamaya karar verilirse 4-6 gr'lık IV yükleme dozu da 3-5 dk da verilir ve daha sonra saatte 1-2 gr IV gidecek Şekilde idame ettirilir. Bu yönteme zuspan metodu denir.



MgSO<sub>4</sub> verilirken etki Őu üç faktörle belirlenir:

1. Refleksler mevcuttur fakat hipoaktiftir.
2. Solunum belirgin olarak deprese olmamıŐtır.
3. İdrar çıkışı 4 saatte en az 100 cc'dir.

MgSO<sub>4</sub> uygulaması sonrası doğan bebeklerde apgar skorlaması genellikle iyidir. Yenidoğanda MgSO<sub>4</sub> 48 saatte vücuttan atılır.

## **MgSO4 tedavisinde izlem:**

- Kan basıncı, nabız ve solunum ilaç uygulanmadan önce ve sonra bakılır. Tedaviden sonra 15 dk da bir ölçülür. Kan basıncında düşme ve solunumun 14'ün altında olması toksisite belirtisidir.
- Patella refleksine bakılır. Refleksin olmaması yine toksisite belirtisidir.
- MgSO4 idrarla atıldığı için idrar miktarı saatte 30 cc altında ise yapılmamalıdır.
- Toksik etki görüldüğünde MgSO4 antidotu olan kalium kullanılır.

## **Risk Faktörleri**

### Maternal risk faktörleri

- 40 yaşın üzerinde anne olma
- Diğer gruplarla kıyaslandığında siyah etnik köken
- Doğum aralığının 2 yıldan az ya da 10 yıldan uzun olması
- Nulliparite
- Genç yaşta gebe kalmak

### Paternal risk faktörleri

- Sınırlı sperm ya da inseminasyonun ardından gerçekleşen gebelikler



### Tıbbi risk faktörleri

- Bir önceki gebelikte preeklampsi veya gestasyonel hipertansiyon varlığı
- Kronik hipertansiyon
- Obezite ve/veya insülin direnci
- Gebelik diyabeti
- Kronik böbrek hastalığı
- Trombofili
- Sistemik lupus eritomatozus
- Migren öyküsü
- 1.trimestirda SSRI(Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörü) kullanma
- Anneye ait enfeksiyonlar



## Fetal risk faktörleri

- Multiparite
- Gestasyonel trofoloblastik hastalık
- Hidrops fetalis

## **Etyolojisi**

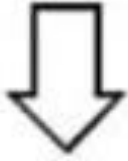
Preeklampsinin kesin nedeni hala bilinmemektedir. Preeklampsinin olası nedenleri:

- \*Beslenme bozukluğu
- \*İmmünolojik yetmezlik
- \*Genetik yatkınlık
- \*Plazma kan volümü bozukluğu
- \*Sıvı dengesizliği
- \*Vazopressör ve vazodilatör denge bozukluğu
- \*Anjiyotensin denge bozukluğu
- \*Vasküler direnç bozukluğu
- \*Vücut sıvısının yer değiştirmesi

# Preeklampsinin Patofizyolojisi

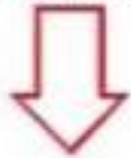
## VAZOSPAZM

Uterus ve diğer dokulara giden kan akımı



Anjiyotensin sistem etkilenir.

Kan Basıncı



Mayi, vasküler bölümden intrasellüler aralığa geçer.



İntravasküler koagülasyon  
(Tüm organlara kan akımı azalır)

Kalp Yetmezliği



Kalp çok çalışır.  
(İş gücünde artış)



Periferel rezistans



Uterin ve plasental kan akımında azalma

Böbrek bütünlüğü bozulur.




Protein idrara dökülmesi ve  
Oligüri

Serebral Vazokonstriksiyon  
Serebral ve retinal ödem  
Baş ağrısı  
Görmede bozukluk  
Kör nokta

Fetal büyümede gecikme  
Fetal Hipoksi  
Fetal Ölüm

## **Patofizyolojisi ve Patofizyolojik Değişikliklerin İlerlemesi**

Preeklampsinin patofizyolojisi belirsiz kalmaktadır ancak yaygın olarak plasental endotel disfonksiyonu vazospazma neden olan kışkırtıcı bir yapı olarak kabul edilmektedir. Erken gebelik sırasında uterin duvarla temas halinde olan fetal koryonik villiler sitotrofoblastik sütunlar oluştururlar. Bir dış tabaka olan sinsityotrofoblastlar aktif biçimde uterus duvarına nüfuz ederek endoteli bozarlar. Spiral arterler besin dağıtımını için yüksek kan akımı, düşük damar direnci içinde düzenlenir.




Sitotrofoblastik invazyon 2 aşamada gerçekleşir: Başlangıç aşamasında 10 ile 12. gebelik haftasında spiral arterlerin desidual bölümlerine ardından 15 ile 16. haftalarda myometriumdaki derin invazyonlara sebep olur. Plasantanın ekstravillöz trofoblastik hücreleri normalde preeklampside myometriumu istila etmede başarısız olurlar ve plasantal hipoperfüzyona sebep olur. Bu da plasantanın yeterince gelişmemesi ve bebeğin gerekli ihtiyaçlarının anneden sağlayamaması ile sonuçlanır. Anneden daha fazla faydalanmak için vazospazma neden olacak mediatörler salgılanır. Bu mediatörler sistemik dolaşıma geçmesi ile annede preeklampsi görülür.



Plasentanın doğumu ile preeklampsinin akut klinik semptomlarının çözünürlüğünü başlatması plasentanın preeklampsinin patogenezinde merkezi bir rol oynadığı iddialarını güçlendirmektedir.

Şiddetli hipertansiyon maternal intraserebral hemoraji ve zayıf fetal sonuç riskine sebep olmasına rağmen kronik ve gestasyonel hipertansiyon genellikle iyi maternal ve fetal sonuçlarla ilişkilidir. Kronik hipertansiyon üzerine binmiş preeklampsi artışı ile birlikte kronik hipertansiyonu olan kadınların dörtte biri gebelik sırasında preeklampsiye ilerler. Tıpkı gestasyonel diyabet ileride hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskini arttırabilir. 20. gebelik haftasından önce hipertansiyon varlığı aynı zamanda gestasyonel diyabet gelişimi riski ile ilişkilidir.



Preeklampsi tanısı konulan kadınlar için preeklampsinin tekrarlama olasılığı düşük olmasına rağmen eğer hastalık erken gebelik döneminde başladıysa ya da HELLP Sendromu veya eklampsi tanısı konulduysa tekrarlama olasılığı yüksektir. Gelecekteki gebeliklerde tekrarlama olasılığı %16 ancak 34. haftadan önce doğum gerektiren şiddetli preeklampsi varlığında %25 ve 28. haftadan önce doğum gerektiren durumlarda %55 olmaktadır. Gebelikte şiddetli hipertansiyon daha sonra iskemik kalp hastalığı gelişimi açısından hafif hipertansiyona oranla daha fazla ilişkilidir.

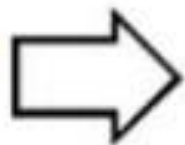


## **Preeklampsi İlerledikçe Prognozun Olumsuz Oluęunu Gösteren Belirtiler:**

- Pulmoner belirtiler (pulmoner ödem)
- Merkezi sinir sistemi belirtileri
- Oftalmik belirtiler
- Hemodinamik belirtiler
- Koagölasyon belirtileri
- Karaciğer belirtileri
- HELLP Sendromunun gelişimi

# PREEKLAMPSİ TEDAVİSİ

*Hafif preeklamtik ve fetüs İmmatür ise*



*Miada kadar bekle*

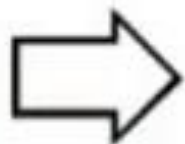
*Hipertansiyonun ilerlemesi*

*Trombositopeni*

*Hepatik disfonksiyon*

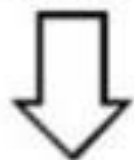
*Eklamsi*

*Fetal kalp seslerinin iyi olmaması*



*Fetüs immatür olsa bile doğurt*

*Kesin Tedavi*



*Doğumun gerçekleştirilmesi ve  
Plasentanın tamamen çıkartılması*

*Hemodinamiyi Sağla*

*Nöbetleri önle*

*Koagülopatiyi düzelt*



# HELLP SENDROMU

1982 yılında Dr. Weinstein tarafından tanımlanan HELLP Sendromu(Hemolysis of red cell elevated liver enzyme low plateletes, Hemoliz yükselmiş karaciğer enzimleri düşük trombosit) gebelikte görülen en ağır tablo olarak tarif edilmektedir. Bir laboratuvar teşhisidir ve preeklampsinin sonuçlarını temsil eder.

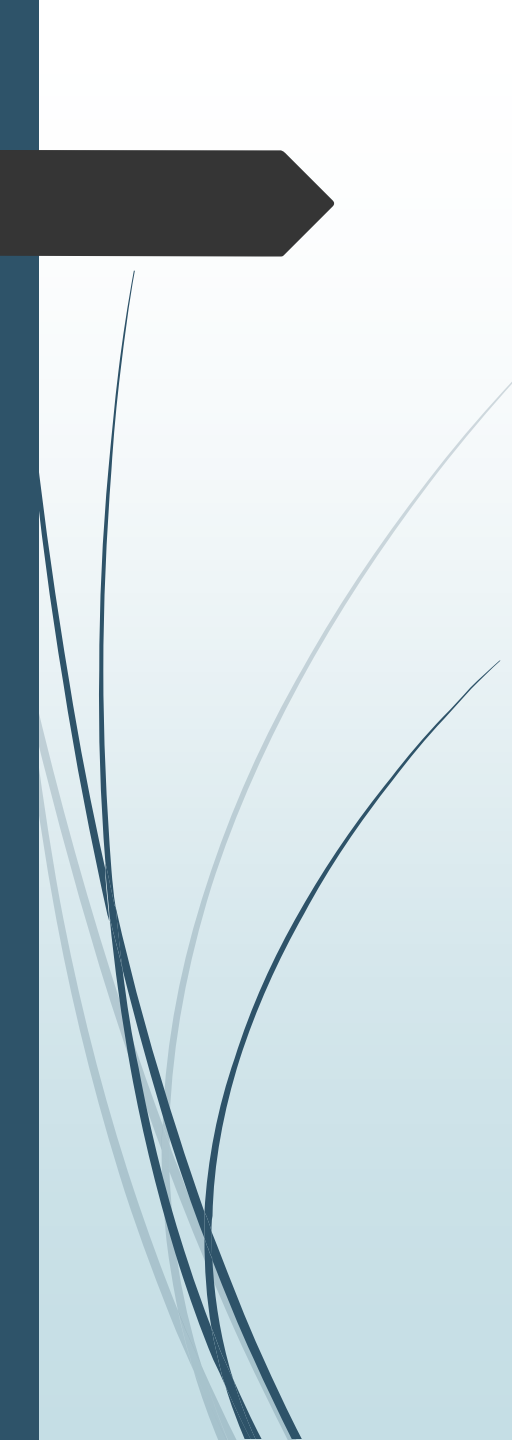
**Hemoliz:** Kırmızı kan hücrelerinin parçalanması anlamına gelir. Hemoliz hastalarında, kırmızı kan hücreleri çok çabuk ve çok hızlı bir şekilde parçalanır. Bu, düşük alyuvar hücresi düzeylerine yol açabilir ve sonunda kanın vücudunuzun geri kalanı için yeterli oksijen taşımadığı bir duruma yol açabilir.



**Yüksek karaciğer enzimleri:** Karaciğerinizin düzgün çalışmadığını gösterir. Enflamasyonlu veya yaralanmış karaciğer hücreleri, enzimler dahil olmak üzere belirli kimyasalların yüksek miktarlarda kanınıza sızmasını sağlar.

**Düşük trombosit sayısı:** Trombositler pıhtılaşmaya yardımcı olan kanınızın bileşenleridir. Trombosit seviyesi düşük olduğunda, aşırı kanama riski artar.

Zamanında müdahale edilmezse hem annenin hemde bebeğin hayati tehlikede olduğu bir sendromdur.



Epigastrik ağrı ya da sağ üst kadranda hassasiyet,  
bulantı,  
kusma,  
baş ağrısı,  
halsizlik,  
sarılık  
hematüri belirtileridir.

# Kronik Hipertansiyonun Üzerine Binmiş Preeklampsi

- 20. Gebelik haftasından sonra hipertansif gebede yeni başlangıçlı proteinüri. (24 saatte en az 300 mg proteinüri)
- 20. Gebelik haftasından önce hipertansiyonu ve proteinürisi olan gebede proteinüri ya da kan basıncında ani artma ya da trombosit sayısının 100.000' in altına inmesi.


## Kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi arasındaki farklılıklar

Klinik bulgular	Kronik hipertansiyon	Gestasyonel hipertansiyon	preeklampsi
Başlangıç zamanı	20. haftadan önce	3. trimesterde	20. haftadan sonra
Hipertansiyon derecesi	Hafif yada ciddi	Hafif	Orta ya da şiddetli
Proteinüri(300mg/24s)	Yok	Yok	Mevcut
Ürik asit (5,5mg/dl)	Yok ya da nadir	Yok	Mevcut
Hemokonsatrasyon	Yok	Yok	Mevcut
Trombositopeni	Yok	Yok	Mevcut
Transaminaz yüksekliği	Yok	Yok	Mevcut

# GEBELİK HİPERTANSİYONUNDA BAKIM

- Hızlı kilo artışı, epigastrik ağrı, görme bozukluğu, baş ağrısı gibi klinik bulgular için günlük takip yapılır.
- Proteinüri analizi için, başlangıcından itibaren hergün idrar tahlili yapılır.
- Uygun oturma pozisyonu ile sabah ve gece hariç 4 saatte bir hastanın kan basıncına bakılır.
- Plazma ya da serum kreatinin, ürik asit, hemotokrit, trombosit, karaciğer enzimleri ölçümleri yapılır.



- 
- Az tuzlu ve yüksek kalsiyumlu diyet verilir.
  - Fetüs hastane ortamında 30-32. gebelik haftasından itibaren NST, fetal biofizikprofil ve duruma göre kontaksiyon stres testi ile değerlendirilir.
  - Hasta magnezyum sülfat tedavisi görüyorsa toksisitenin erken belirtileri yönünden izlenmelidir.
  - Ayrıca gebelik öcesi kontrol altına alınsa bile hipertansiyonun anneye ve bebeği olası etkileri konusunda bilgi verilmelidir.

# KAYNAKÇA

- ❖ [http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/14\\_KONGRE\\_Sunular/19052012/Gebede\\_HT\\_Tedavisi\\_Rahmi\\_Yilmaz.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/14_KONGRE_Sunular/19052012/Gebede_HT_Tedavisi_Rahmi_Yilmaz.pdf)(10.06.2021)
- ❖ <https://www.sozcu.com.tr/2018/saglik/hellp-sendromu-nedir-hellp-sendromu-nedenleri-belirtileri-ve-tedavisi-oub2-2777099/>(10.06.2021)
- ❖ Vize yayıncılık hipertansiyonda bakım
- ❖ <https://slideplayer.biz.tr/slide/3694137/>(10.06.2021)
- ❖ <https://gunceltipdernegei.org/pdf/125-sunum/16-11-2020/19.20-21.05/19.20-19.35-Celeddin-Demircan.pdf>(12.06.2021)
- ❖ [https://file.atuder.org.tr/\\_atuder.org/fileUpload/rU3W7gp1WhMA.pdf](https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/rU3W7gp1WhMA.pdf)(12.06.2021)
- ❖ <https://www.acibadem.com.tr/ilgi-alani/gebelik-zehirlenmesi/#tedavi-yontemleri>(12.06.2021)

Teşekkürler...

