

فهرست

فصل ۱: اختلالات مربوط به پرفشاری در دوران بارداری ۷

بخش یک: مقدمه ۷

بخش دو: تعریف و مشخصات بالینی و مراقبت در انواع پرفشاری در دوران بارداری ۱۴

فصل ۲: پره اکلامپسی با یا بدون مشخصات شدت عارضه ۲۷

بخش یک: تعریف و طبقه‌بندی ۲۷

بخش دو: علت‌شناسی و بیماری‌زایی: Etiology & Pathogenesis ۳۹

بخش سه: فیزیولوژی مرضی Pathophysiology، خطرات مادری Maternal Risks مشخصات اعضاء مادری Maternal Organ Features ۵۵

بخش چهار: تظاهرات بالینی عصبی ۷۲

بخش پنج: مراقبت دوران بارداری و اصول عمومی مدیریت ۹۱

بخش شش: تشخیص افتراقی پراکلامپسی ۱۰۸

فصل ۳: اکلامپسی ۱۴۱

بخش یک: تعریف ۱۴۱

بخش دو: اصول مراقبت ۱۵۰

بخش سه: مدیریت پرفشاری شدید ۱۵۷

فصل ۴: سندرم هلیپ ۱۶۹

بخش یک: تعریف ۱۶۹

بخش دو: مراقبت حین درد زایمان و زایمان ۱۷۷

بخش سه: مراقبت بعد از زایمان ۱۷۸

بخش چهار: خلاصه مراقبت در اکلامپسی و سندرم هلیپ ۱۹۲

بخش پنج: عواقب درازمدت ۱۹۷

بخش شش: ترومبوپروفیلاکسی در دوران بارداری ۲۱۱

فصل ۵: پرفشاری مزمن در دوران بارداری ۲۳۳

بخش یک: کلیات ۲۳۳

بخش دو: مراقبت (مدیریت) ۲۵۲

بخش سه: درد زایمان و زایمان ۲۷۴

منابع ۲۹۲

فصل

اختلالات مربوط به پرفشاری در بارداری

بخش یک: مقدمه

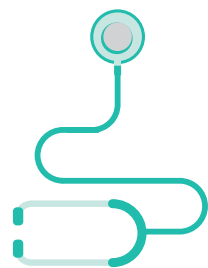
Hypertensive Disorders In (of) Pregnancy (HDPS) یا پرفشاری بارداری یا پرفشاری در دوران بارداری Pregnancy Hypertention. HDPS شامل طیفی از اختلالات می‌گردند که با فشارخون بالا، پروتئینوری و گاهی با عوارض چند عضو از بدن multisystemic disease و برای مدت کوتاهی بعد از بارداری همراه می‌باشند. عوارضی شایع هستند و انتظار می‌رود که هر متخصص مامایی قادر باشد از چنین بیمارانی بر اساس یک‌رویه مشخص و متقن مراقبت نماید. اهمیت این اختلالات باتوجه به میزان بالای عوارض و مرگ مادر و جنین مشخص می‌شود.

این اختلالات به همراه خونریزی و عفونت و ترومبوآمبولی پایه‌های چهارپایه tetrad مرگ و عوارض مادران را تشکیل می‌دهند. (تتراد خونریزی، پرفشاری، عفونت و ترومبوآمبولی). علی‌رغم قرن‌ها تحقیق و تفحص وسیع هنوز مسئله چگونگی ایجاد پرفشاری یا تشدید آن توسط حاملگی حل نشده است. در حقیقت اختلالات مربوط به پرفشاری همچنان به‌صورت یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل حل نشده مامائی باقی‌مانده است. در حضور پرفشاری، سندرم پره‌اکلامپسی به تنهایی یا سوار بر پرفشاری مزمن خطرناک‌ترین عارضه به‌حساب می‌آید.

به نظر می‌رسد افزایش فشارخون به طریقی یک پدیده انطباقی از نظر توانائی درونی ادامه زندگی محسوب می‌گردد که در بعضی از بیماران دچار اختلال می‌شود (از هم می‌پاشد) و در نتیجه، یک پدیده فیزیولوژیک به نوع پاتولوژیک یا مرضی یعنی پره‌اکلامپسی بدل می‌گردد. تظاهرات بالینی در این‌گونه بیماران می‌توانند مشابه باشند (مثلاً پرفشاری، پروتئینوری) اما علت زمینه‌ای آن‌ها ممکن است متفاوت باشد (مانند: پرفشاری مزمن، بیماری کلیوی، یا پراکلامپسی خالص) سه نوع شایع پرفشاری که در دوران بارداری پیش می‌آیند، عبارت‌اند از: GH یا پرفشاری ویژه یا مربوط به بارداری، PE یا پره‌اکلامپسی و پرفشاری اساسی مزمن.

شیوع یا خطر بروز incidence یا risk

HDPS در میان شایع‌ترین عوارض طبی دوران بارداری قرار دارند. ۲۲-۱۲٪ حاملگی‌ها با پرفشاری همراه هستند. شیوع HDP در منابع مختلف بین ۵ تا ۱۲، ۶ تا ۱۰، ۷ تا ۱۰، ۵ تا ۱۰، ۱۵ تا ۲۰ و ۷-۳٪ آمده است. در کشورهای پیشرفته این عارضه بزرگ‌ترین عامل مرگ مادران باردار را تشکیل می‌دهد (در مقایسه با خونریزی، سقط و سپسیس که به ترتیب باعث ۱۳٪، ۸٪ و ۳٪ مرگ مادران به‌حساب می‌آیند). پرفشاری نوظهور بدون پروتئینوری (یا GH) تقریباً در نیمی از موارد،



علائم و یافته‌های پره‌اکلامپسی را به دنبال خواهد داشت. بعضی هم HDP را شایع‌ترین عارضه طبی دوران بارداری و علت مستقیم مرگ مادران در ۱۷/۶-۱۵٪ موارد می‌دانند (دومین علت مرگ بعد از آمبولی) این عارضه همچنین مسئول عوارض قابل‌توجه و مرگ جنین و نوزاد perinatal محسوب می‌گردد.

بنا به گزارش WHO علت ۱۶٪ مرگ مادران در کشورهای پیشرفته، GDP بوده و یکی از علل عمده عوارض عمده جنین و نوزاد نیز همین عارضه است. در کشورهای پیشرفته پرفشاری بدون پروتئینوری با بروز در اواخر بارداری با عوارض، مرگ جنین و کم وزنی نوزادان همراه نیست. در بعضی از منابع، اکلامپسی (با شیوع ۸-۳٪ بارداری‌ها) را مسئول مرگ ۲۰-۱۵٪ مادران، زایمان زودرس، IUGR و مرگ جنین و نوزاد، در کشورهای پیشرفته (که اغلب یا تروژنیک است) می‌دانند. گفته می‌شود بیش از نیمی از مرگ‌های ناشی از HDP قابل پیشگیری می‌باشند. در آمریکا، بین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۳ علت ۴/۷٪ مرگ مادران در نتیجه پراکلامپسی-اکلامپسی، گزارش شده است (و در فرانسه بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۷ این رقم ده درصد بوده است) تخمین زده می‌شود که در دنیا، پره‌اکلامپسی ۸-۲٪ بارداری‌ها پیش می‌آید. در کشورهای آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب، HDPS مسئول حدود ۲۶٪ مرگ مادران است، درحالی‌که این رقم در آفریقا و آسیا ۹٪ می‌باشد. هرچند که میزان مرگ مادران در کشورهای پیشرفته نسبت به کشورها کم‌درآمد بسیار کمتر است، اما ۱۶٪ مرگ مادران در این کشورها را می‌توان به HDPS نسبت داد. در آمریکا میزان بروز پره‌اکلامپسی بین سال‌های ۱۹۸۷ و ۲۰۰۴ به میزان ۲۵٪ افزایش نشان داده است.

مرگ مادران بعد از TE (بیماری‌های ترومبوآمبولیک)، سپسیس (Sepsis) اندام تناسلی و خونریزی، کاهش نشان داده است. میزان مرگ‌ومیر مادران علی‌رغم افزایش میزان عوارضی همچون: چاقی، پرفشاری مزمن و افزایش سن مادران در بارداری، ممکن است در اثر تغییر در طبقه‌بندی عارضه باشد، اما به احتمال بیشتر در نتیجه دخالت‌های طبی است که موجب کاهش خطر ابتلا و/یا پیشرفت بیماری می‌باشند. خطر بالای پره‌اکلامپسی برای جنین و نوزاد را می‌توان باتوجه به اینکه یک بیستم (۵٪) تمام مرده‌زائی‌های بدون ارتباط به ناهنجاری‌های مادرزادی در انگلستان، در اثر این عارضه است، درک نمود. دریک در ۲۵۰ (۴/۰٪) تمام نولپارها در کشور انگلستان، زایمان به دلیل پره‌اکلامپسی قبل از هفته ۳۴ انجام می‌شود. در کشورهای با درآمد متوسط و کم، میزان مطلق عارضه مطمئناً بالاتر و اثرات آن از همه نظر (شامل: مرگ‌ومیر و عوارض زیاد برای مادر، جنین و نوزاد) بیشتر خواهد بود. در این کشورها بیماران دیرتر مراجعه کرده و در نتیجه از دخالت‌های طبی کمتر بهره خواهند برد. در آفریقای جنوبی در سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰، GDPS مسئول ۱۴٪ مرگ مادران بوده است (دومین علت بعد از خونریزی در بین علت‌های مستقیم مرگ مادر)

تعریف، نام‌گذاری و طبقه‌بندی Definition. Terminology & Classification

پرفشاری ممکن است از قبل از بارداری عارض شده باشد، یا حین بارداری بیمار را مبتلا کند. بعلاوه در بعضی از بیماران، ممکن است عارضه فقط حین درد زایمان، یا بعد از زایمان پیش آید. در طبقه‌بندی HDP ممکن است روی اهمیت پرفشاری و یا پاتوفیزیولوژی عارضه تاکید بیش از حد گردد و در نتیجه از بیماران با سایر علائم پراکلامپسی، اما بدون پرفشاری، مراقبت نامطلوب به عمل آید. طیف وسیع انواع تعاریف و طبقه‌بندی‌ها موجب سرگردانی پزشکان و محققین شده است. در سال‌های اخیر سعی شده است، تعاریف و طبقه‌بندی ساده‌تر و درعین‌حال جامع‌تری ارائه گردد. تعیین حدود طبیعی فشارخون امری کاملاً تصنعی artificial است که با مشخص کردن یک آستانه قراردادی، یک متغیر مستمر مختل را به دو بخش ساختگی (فشارخون طبیعی) و (پرفشاری) تقسیم کرده‌اند. مرز عرفی تقسیم عبارت است از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه. هرگونه طبقه‌بندی پرفشاری به طور غیر قابل اجتنابی ساختگی و قراردادی خواهد بود. اما استفاده از ۹۰ میلی‌متر جیوه به عنوان حد فشارخون دیاستولی در دوران بارداری (یا بیشتر) به عنوان پرفشاری، همان‌طور که اولین بار

توسط نلسون پیشنهاد گردید، دارای مزایای زیر است:

- (۱) ارقام بالاتر از این حد بیش از دو انحراف از معیار در حاملگی، طبیعی هستند.
- (۲) این حد، با انحراف منحنی ارتباط بین فشارخون دیاستولی و مرگ جنین و نوزاد که با فشارخون دیاستولی بیش از ۸۵ میلی‌متر جیوه، به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد، مطابقت دارد. برای تشخیص وجود اختلال در فشارخون در دوران بارداری لازم است با تطابق فیزیولوژیک طبیعی فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در این دوران به درستی آشنا باشیم. در یک بارداری طبیعی فشارخون میانگین (mean یا متوسط) از هفته‌های ۵ تا ۷، شروع به کاهش می‌نماید که شاید به دلیل نزول مقاومت عروقی عمومی با واسطه پروژسترون و پروستاگلاندین باشد (که تا حدی با افزایش بازده قلبی CO جبران می‌گردد). این کاهش در طول سه ماهه اول تا سه ماهه دوم ادامه می‌یابد. کاهش در فشارخون دیاستولیک بیشتر از فشارخون سیستولیک دیده می‌شود (حداکثر ۱۵-۱۰ میلی‌متر جیوه کمتر از حد دوران غیر بارداری در DBP و ۱۰-۵ در SBP) بعد از هفته ۲۸ بارداری، فشارخون رو به افزایش می‌گذارد، طوری که هر دو شکل فشارخون در ترم به حد دوران غیر بارداری خواهند رسید.

تعریف پرفشاری در دوران بارداری عبارت است از:

- (SBP) (فشارخون سیستولی systolic) ≥ 140 میلی‌متر جیوه و/یا:
 - (DBP) (فشارخون دیاستولی diastolic) ≥ 90 میلی‌متر جیوه (Korotkoff 5 یا k5)
- این ارقام باید با اندازه‌گیری مجدد در عرض ۴-۶ ساعت (در بعضی منابع، حداقل ۴ ساعت ذکر شده است) تأیید شوند (اما نه بیشتر از یک هفته). اگر k5 وجود نداشته باشد از k4 (صدای خفه شدن muffling) می‌توان سود برد. نوع شدید پرفشاری تعریف زیر را دارد:
- SBP = 170 $\geq$ میلی‌متر جیوه (در بعضی از منابع ≥ 160) و DBP ≥ 110 میلی‌متر جیوه. اندازه‌گیری باید دو بار به فاصله ۴-۶ ساعت (یا حداقل ۴ ساعت)، و یا یک‌بار، (اگر قبل از این فاصله، داروی ضد پرفشاری IV دریافت کرده باشد) انجام گردد.

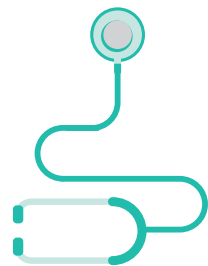
تعریف نوع خفیف:

- SBP = در حدود ۱۴۹-۱۴۰ میلی‌متر جیوه و DBP در حدود ۹۹-۹۰ میلی‌متر جیوه

و بالاخره تعریف نوع متوسط:

- SBP = مابین ۱۵۹-۱۵۰ میلی‌متر جیوه و DBP مابین ۱۰۹-۱۰۰ میلی‌متر جیوه

این ارقام نمایانگر حدی از فشارخون هستند که خود تنظیمی مغزی autoregulation با مقادیر بیش از آن‌ها از بین می‌رود و خطر خونریزی مغزی و آنسفالوپاتی مربوط به پرفشاری پیش می‌آید. باید دانست که پرفشاری سیستولی و دیاستولی هر دو خطر خونریزی مغزی را افزایش می‌دهند. امروزه به جای واژه PIH (پرفشاری القائی توسط حاملگی pregnancy induced) برای تشریح هر نوع افزایش فشارخون بدون عارضه و بدون شاهدی از وجود سندرم پره‌اکلامپسی که برای اولین بار (new onset) در دوران بارداری (pregnancy related) رخ می‌دهد، اصطلاح پرفشاری مربوط به حاملگی -gestational یا GH بکار گرفته می‌شود. این واژه به منظور تأکید بر ارتباط علت و معلولی cause-and-effect بین بارداری و نوع منحصربه‌فرد پرفشاری آن یعنی پراکلامپسی-اکلامپسی انتخاب شده است. این اصطلاح همچنین به عنوان یک راهنمای کاری برگزیده شده که عمداً مبهم باشد ولی نشان دهد که پرفشاری در زنی باردار بدون سابقه پرفشاری (با فشارخون طبیعی) پیش آمده و می‌بایستی برای خود او و جنینش بالقوه خطرناک تلقی شود. بعضی واژه GH را برای پرفشاری مربوط به بارداری و پراکلامپسی (یعنی هر دو عارضه) بکار می‌برند.



□ تقسیم‌بندی

الف. بعضی عوارض مربوط به پرفشاری را به پنج قسمت تقسیم می‌کنند:

- ۱) پرفشاری حاملگی GH که قبلاً به آن PIH گفته می‌شد و شامل پرفشاری گذرا transient نیز می‌شود.
- ۲) پراکلامپسی preeclampsia که به دو نوع خفیف و شدید تقسیم می‌گردد (نه در همه مکاتب)
- ۳) اکلامپسی
- ۴) پراکلامپسی سوار شده یا افزوده superimposed (خفیف و شدید)
- ۵) پرفشاری مزمن با یا بدون پره‌اکلامپسی یا اکلامپسی

ب. عده‌ای HDPS را به چهار دسته قسمت می‌نمایند:

- ۱) GH (یا PIH سابق) که اگر سندرم پراکلامپسی-اکلامپسی پیش نیاید و پرفشاری در عرض ۱۲ هفته بعد از زایمان بهبود یابد آن را پرفشاری گذرا نام‌گذاری می‌کنند.
- ۲) سندرم پره‌اکلامپسی - اکلامپسی
- ۳) سندرم پراکلامپسی-اکلامپسی سوار شده
- ۴) پرفشاری مزمن

ج. یک نوع طبقه‌بندی دیگر هم عبارت است از:

- ۱) GH
- ۲) پراکلامپسی (اکلامپسی)
- ۳) پرفشاری مزمن:
 - اساسی essential
 - ثانوی secondary

- ۴) پراکلامپسی (اکلامپسی) سوار شده بر پرفشاری مزمن

یک مشخصه مهم این نوع طبقه‌بندی (ها) عبارت است از تفاوت گذاشتن بین سندرم پراکلامپسی-اکلامپسی و سایر انواع پرفشاری در دوران بارداری. چه این سندرم در مقایسه با سایر عوارض پرفشاری، خطرناک‌تر است. در سال ۲۰۱۳ ACOG توصیه‌هایی بالینی بر اساس شواهد ارائه داد و ضمن حفظ اساس طبقه‌بندی‌های سابق، چهار نوع عارضه مربوط به HDPS را به‌صورت زیر بیان داشت:

- ۱) سندرم پراکلامپسی-اکلامپسی
- ۲) پرفشاری مزمن به هر علت
- ۳) پراکلامپسی افزوده بر پرفشاری مزمن

- ۴) GH که در آن شواهد مشخص پره‌اکلامپسی وجود ندارد و پرفشاری تا هفته ۱۲ بعد از زایمان بهبود می‌یابد.

در سال ۲۰۱۴ انجمن مطالعه پرفشاری در دوران بارداری ISSHP بیانیه سال ۲۰۰۰ خود را به‌روز نمود که در آن مطالب زیر لحاظ شده بودند:

- ۱) استفاده بیشتر از وسائل اوتوماتیزه اندازه‌گیری فشارخون (بیشتر به دلائل ایمنی) که اغلب، به‌کارگیری آن‌ها در دوردن بارداری ارزش‌گذاری نشده بودند.
- ۲) بحث‌های روزافزون درباره نادرست بودن اندازه‌گیری پروتئینوری و پذیرش امکان وجود بیماری شدید بدون پروتئینوری در زنی با پرفشاری نوظهور در بارداری.
- ۳) تأیید تحقیقات روزافزون در مورد پرفشاری: "روپوش سفید white – coat hypertesion" بعد از بیانیه قبل
- ۴) توجه بیشتر به مطالعات فراوان و باکیفیت انجام شده در مورد علل پره‌اکلامپسی و احتمال اینکه تشخیص

پره‌اکلامپسی را می‌توان محدود به یک مورد بالینی خاص ننموده در شناسائی آن بیومارکرها، به‌ویژه عوامل آنژیوژنیک angiogenic را بیشتر مورد استفاده قرار داد. تقسیم‌بندی ISSHP چنین بود:

۱) پرفشاری مزمن

۲) GH

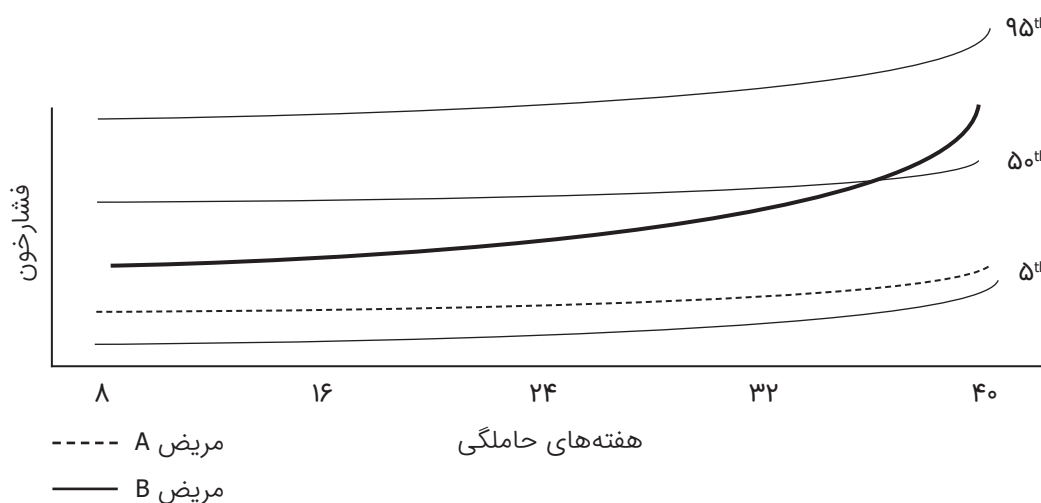
۳) پراکلامپسی تنها Denovo یا سوار شده

۴) پرفشاری روپوش سفید

جدول ۱-۱: یک تقسیم‌بندی مفید

یافته‌های بالینی	پرفشاری مزمن	GH	پره‌اکلامپسی (PE)
زمان شروع پرفشاری	۲۰ هفتگی <	۲۰ هفتگی >	معمولاً در سه‌ماهه سوم
شدت پرفشاری	خفیف یا شدید	خفیف	خفیف یا شدید
پروتئینوری	-	-	معمولاً +
علائم مغزی	ممکن است وجود داشته باشند	-	+ در ۳۰ درصد موارد
تغلیظ خون	-	-	در موارد شدید +
ترومبوسایتوپنی	-	-	در موارد شدید +
اختلالات کبدی	-	-	در موارد شدید +

مسئله پرفشاری دلتا Delta: از سال ۱۹۵۰ برای نشان‌دادن پرفشاری در افراد غیر باردار، به طور قراردادی ارقام ۱۴۰ و ۹۰ جهت فشارخون‌های سیستولیک و دیاستولیک مورد استفاده قرار گرفته‌اند اما این ارقام توسط کمپانی‌های بیمه به‌منظور مشخص نمودن گروهی از مردان میان‌سال انتخاب شده‌اند. به نظر می‌رسد واقعی‌تر آن باشد که طیفی از فشارخون را مابین محدوده‌های حداکثر و حداقل برای جمعیتی خاص مانند زنان جوان سالم حامله مشخص نمود.



شکل ۱-۱: منحنی طیف تغییرات فشارخون میانگین در دوران بارداری

در شکل بالا به طور شماتیک تغییرات فشارخون میانگین دو بیمار در دوران بارداری نشان داده شده است. تا هفته ۳۲ فشارخون در هر دو بیمار در حد ۲۵ صدک یا ۲۵th percentile اندازه‌گیری شده‌اند. اما در ترم فشارخون در بیمار a نسبت به بیمار b به طور قابل توجهی بالاتر است، اما فشارخون او همچنان کمتر از ۱۴۰/۹۰ می‌باشد و بنابراین او پرفشار تلقی نمی‌شود. به چنین افزایش تا حدی ناگهانی فشارخون Delta hypertension اطلاق می‌کنیم. بعضی از این بیماران به



پره‌اکلامپسی واضح obvious مبتلا خواهند شد و در عده‌ای از آن‌ها با وجود فشارخون طبیعی حتی تشنجات اکلامپتیک یا سندرم HELLP بروز خواهد نمود. افزایش ناگهانی فشار میانگین خون، هرچند در محدوده طبیعی (پرفشاری دلتا) ممکن است دلالت بر پره‌اکلامپسی داشته باشد.

جدول طبقه‌بندی و تعریف HDPS:

- ۱) **پرفشاری مزمن:** $BP \geq 140/90$ میلی‌متر جیوه از قبل از حاملگی یا پیش از هفته ۲۰ بارداری، یا پابرجا سه ماه بعد از بارداری (۱۲ هفته، در بعضی منابع، ۶ هفته).
- ۲) GH: $BP \geq 140/90$ میلی‌متر جیوه بعد از هفته ۲۰ بارداری و بدون پروتئینوری قابل‌توجه.
- ۳) پراکلامپسی Denovo: $BP \geq 140/90$ میلی‌متر جیوه بعد از هفته ۲۰ بارداری همراه پروتئینوری قابل‌توجه significant و/یا اختلال اعضاء مادر و/یا اختلال عملی رحمی - جفتی.
- ۴) **پراکلامپسی افزوده بر پرفشاری مزمن Superimposed on chronic hypertension:** سابقه پرفشاری مزمن همراه بروز پروتئینوری قابل‌توجه و/یا اختلال اعضاء مادر و/یا اختلال عملی رحمی جفتی.
- ۵) **پرفشاری روپوش سفید:** فشارخون $\geq 140/90$ به طور بالینی و فشارخون ۲۴ ساعته کمتر از $130/80$ میلی‌متر جیوه تا هفته ۲۰ بارداری.

آستانه پرفشاری برای دوران بارداری عبارت است از $SBP \geq 140$ و $DBP \geq 90$ یا هر دو. هرچند که این حد از طرف بعضی قراردادی یا دل‌خواه تلقی می‌شود، اما بر مبنای طبقه‌بندی یا تعریف جدید پرفشاری این حد عبارت است از مرحله اول پرفشاری (Stage one hypertension) در جمعیت عمومی غیر باردار (فشارخون به طور بالینی $\geq 140/90$ و فشارخون متوسط با کنترل سریائی روزانه $\geq 135/85$ میلی‌متر جیوه). بعلاوه نشان داده شده است که در جمعیت باردار در نیوزیلند، فشارخون $\geq 140/90$ بیش از دو انحراف از متوسط در تمام دوران بارداری (تا هفته ۳۵ ≥ 2 standard deviations from the mean) بوده و مرگ و میر جنین و نوزاد با فشارخون دیاستولی بیش از ۹۰ میلی‌متر جیوه نیز افزایش نشان می‌دهد. برای برقراری تشخیص پرفشاری نوظهور در دوران بارداری در حدی که ارزیابی دقیق‌تر بیمار را الزامی نماید، توصیه می‌شود فشارخون دو بار و به فاصله حداقل ۴ ساعت اندازه‌گیری گردد. اما در حضور پرفشاری شدید ($DBP \geq 110$ و/یا $SBP \geq 160$) تشخیص پرفشاری فقط با یکبار اندازه‌گیری به اثبات خواهد رسید. اندازه‌گیری دقیق فشارخون از نظر تشخیص و مدیریت عارضه امری اساسی است. به طور بین‌المللی حین استفاده از دستگاه‌های غیر اتوماتیک از روش صد ساله کوروتکوف استفاده می‌شود.

در طبقه‌بندی‌های جدید سه تغییر دیده می‌شوند:

- ۱) حذف ادم به‌عنوان یک پایه تشخیصی پراکلامپسی. چه این یافته آن‌قدر در حاملگی شایع است که نمی‌تواند پایه افتراق قرار گیرد. تعریف ادم: اضافه وزن بیش از حد (بیش از ۴ پوند یا $1/8$ کیلوگرم در هفته)، درسه ماهه دوم یا سوم که ممکن است اولین یافته بروز بالقوه PE باشد، اما ۳۹٪ بیماران مبتلا به PE، ادم ندارند.
- ۲) حذف تغییر در فشارخون (افزایش فشار سیستولی در حد ۳۰ میلی‌متر جیوه و. دیاستولی در حد ۱۵ میلی‌متر جیوه، یا قانون ۳۰-۱۵) نسبت به اندازه‌های قبلی از اواسط بارداری به‌عنوان معیار تشخیصی، حتی اگر مقدار مطلق فشارخون کمتر از $140/90$ بوده باشد. درگذشته این معیارها یکی از پایه‌های تشخیص پرفشاری در دوران بارداری محسوب می‌شدند. امروزه مشخص شده است که این مسئله غیر قابل اتکاء می‌باشد، چه در اغلب بیماران با فشارخون طبیعی از اواسط بارداری تا ترم، افزایش تدریجی فشارخون وجود دارد و از طرفی احتمال عواقب نامطلوب حاملگی در این بیماران بسیار کمست اما توصیه می‌شود بیمارانی که در آن‌ها افزایش فشارخون در حد $30/15$ میلی‌متر جیوه می‌باشد، بیشتر ویزیت شوند و تحت کنترل دقیق‌تری قرار گیرند. شکی نیست که تشنجات اکلامپتیک در بعضی از بیمارانی که فشارخون کمتر از $140/90$ دارند هم بروز می‌کند (پرفشاری دلتا).