

راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان

(بازنگری دوم)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران

نکاتی در خصوص استفاده از فایل کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان"

کاربر گرامی:

فایل کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان" با فرمت PDF ارائه شده که برای اجرا و استفاده از آن لازم است که برنامه‌ی **Adobe Reader** روی رایانه‌ی شما نصب شده باشد.

در فایل مذکور در قسمت راهنماها و الگوریتم‌ها، گزینه‌هایی مانند "اقدام مطابق راهنمای ..."، یا "مراجعه به الگوریتم ..." مشاهده می‌شود. در این گونه موارد نام راهنما یا الگوریتم ارجاعی به صورت "فرا پیوند" (hyperlink) * مشخص شده است. فرا پیوندها در سراسر کتاب به صورت **رنگ آبی زیر خط دار** نمایش داده شده‌اند. با قرار گرفتن اشاره‌گر موس (☞) بر روی هر یک از فرا پیوندها، شمایل اشاره‌گر از حالت فلش به شمایل دست در حال اشاره (☞) تغییر شکل داده و با کلیک روی گزینه‌ی هر فرا پیوند، پرش به صفحه‌ی مورد نظر انجام و مطلب مورد نظر نمایش داده می‌شود.

توصیه مهم: همواره به خاطر داشته باشید که برای اجرا و استفاده‌ی این فایل فقط از برنامه‌ی **Adobe Reader** استفاده کنید؛ چرا که ممکن است در برنامه‌هایی نظیر **Foxit Reader** و ... ، فرا پیوندها غیر فعال شوند.

برای پیمایش بین صفحات کتاب با استفاده از "صفحه کلید" (Keyboard) در برنامه‌ی **Adobe Reader**، به برخی از "کلیدهای میان‌بر" (Keyboard shortcuts) اشاره می‌شود:

الف): مرور صفحات با "کلیدهای جهت" (Arrow Keys):

۱. [↓]: کلید "جهت پائین" (Down Arrow) برای مرور هر صفحه به پائین (scroll down).
۲. [↑]: کلید "جهت بالا" (Up Arrow) برای مرور هر صفحه به بالا (scroll up).
۳. [←]: کلید "جهت چپ" (Left Arrow) برای رفتن به صفحه پیشین (previous page).
۴. [→]: کلید "جهت راست" (Right Arrow) برای رفتن به صفحه پسین (next page).

ب): مرور صفحات با کلیدهای جهت و "دگرساز" (ALT):

توضیح ۱: همان طور که در بالا اشاره شد، با کلیک روی فراپیوندها، پرش برای نمایش مطلب مورد نظر انجام می‌شود. پس از نمایش مطلب مورد نظر، برای برگشتن دوباره به الگوریتم از کلید ترکیبی زیر استفاده می‌شود:

۵. [Alt+←]: استفاده از دو کلید "Alt" و جهت چپ " (Alt+ left Arrow) برای نمایش پیشین (previous view).

توضیح ۲: برای نمایش مطلبی که با استفاده از کلیدهای [Alt+←] از آن برگشته‌ایم، از کلید ترکیبی زیر استفاده می‌شود:

۶. [Alt+→]: استفاده از دو کلید "Alt" و جهت راست " (Alt+ Right Arrow) برای نمایش پسین (next view).

توضیح ۳: هنگام مطالعه‌ی یک راهنما یا الگوریتم، اگر روی فرا پیوندی کلیک شود، پس از آن روی فرا پیوند دیگری کلیک شود و این کار چندین مرتبه تکرار شده به طوری که صفحات متعددی از کتاب نمایش داده شود، برای نمایش و بازگشت به راهنما یا الگوریتم نخست، باید به همان تعداد از کلیدهای ترکیبی "Alt" و جهت راست " (Alt+→) استفاده کرد.

* قسمتی از متن که به جایی دیگر پیوند داده شده باشد.

** برای آگاهی بیشتر می‌توانید در قسمت Help برنامه، Keys for navigating a PDF را جست‌وجو کنید.

راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران

عنوان و نام پدیدآور : راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان /تالیف گروه مولفین : [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.

مشخصات نشر : تهران: چار سوی هنر ، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری : ۱۱۲ ص.

شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۹۲۷۵۷-۲-۴ : ۱۳۸۰۰۰ ریال

وضعیت فهرست نویسی : فیبا

یادداشت : کتاب حاضر اولین بار با عنوان "راهنمای کشوری ارائه خدمت مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر" توسط انتشارات چار سوی هنر در سال ۱۳۸۵ به چاپ رسیده است.

عنوان دیگر : راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر.

موضوع : مادر -- خدمات پزشکی

موضوع : مراقبت‌های پس از زایمان

موضوع : مراقبت‌های پیش از زایمان

شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت خانواده و جمعیت. اداره سلامت مادران

رده بندی کنگره : ۱۳۹۱ ۲/۹۴۰RG

رده بندی دیویی : ۶۱۳/۰۴۲۴۴



راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان تألیف: گروه مولفین

ناشر : چار سوی هنر

چاپ اول : ۱۳۸۵

چاپ دوم : ۱۳۹۰

چاپ سوم: ۱۳۹۱

شمارگان : ۲۵۰۰

طراحی و صفحه‌آرایی: چار سو گرافیک

لیتوگرافی : سایان گرافیک

چاپ و صحافی : امیر نقش

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۹۷۵۷-۲-۴

قیمت: ۱۳۸۰۰ تومان

آدرس : تهران، ضلع شمال غرب پل سیدخندان، خیابان شقایق، شماره ۲۴.

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

تهیه کنندگان مجموعه

عزیزانی که در تهیه کتاب حاضر همکاری داشتند:

➤ مسئول طراحی و اجرا:

- اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت

➤ اعضای گروه طراحی و اجرا (به ترتیب حروف الفبا):

- امامی افشار، نهضت. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- جلیوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی
- حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
- رادپویان، لاله. کارشناس مامایی
- رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی
- والافر، شهرزاد. کارشناس مامایی
- هادی‌پور چهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی

➤ با تشکر از همکاری:

- اعضای محترم گروه پریناتالوژیست دانشگاه علوم پزشکی تهران
- اعضای محترم گروه بیهوشی
- توگه، دکتر غلامرضا. متخصص هماتولوژی
- جعفری، دکتر نوشین. متخصص زنان و زایمان
- چنگیزی، دکتر نسرين. متخصص زنان و زایمان
- خوشبیده، دکتر مریم. متخصص زنان و زایمان
- عابدینی، دکتر مهراندخت. متخصص زنان و زایمان
- عرب، دکتر ملیحه. متخصص زنان و زایمان
- مدیران محترم گروه زنان و زایمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور
- اعضای محترم گروه مامایی

➤ اعضای گروه پریناتالوژی (متخصصین زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران): (به ترتیب الفبا)

- اسلامیان، دکتر لاله.
- برنا، دکتر صدیقه.
- جمال، دکتر اشرف السادات.
- حنطوش زاده، دکتر صدیقه.
- خظردوست، دکتر صغری.
- رحیمی شهرباف، دکتر فاطمه.
- مرصوصی، دکتر و جیهه.

➤ متخصصین زنان و زایمان (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی): (به ترتیب الفبا)

- اکبریان، دکتر عبدالرسول. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- بها صدری، شهره. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- تقوی، دکتر سیمین. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- چاپچیان، دکتر شهلا. دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
- کاشانیان، دکتر مریم. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مسیبی، دکتر الهه. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مهدی زاده، دکتر ابوالفضل. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- مؤید محسنی، دکتر سکینه. دانشگاه علوم پزشکی شاهد

➤ گروه مامایی: (به ترتیب الفبا)

- ازگلی، گیتی عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بابایی، فرح کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- ترک زهرانی، شهناز عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- تعاونی سیمین عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- تقی زاده، زیبا عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- خداکرمی، ناهید عضو هیئت علمی مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- روستا، فیروزه کارشناس ارشد مامایی از فرانسه

➤ گروه بیهوشی:

- فریدی، دکتر نسرين. متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

➤ زیر نظر دکتر فرحناز ترکستانی و دکتر محمد اسماعیل مطلق

عزیزانی که در تهیه چاپ اول کتاب همکاری داشتند:

اعضای کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران (متخصصین زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی): (به ترتیب الفبا)

- آرام، دکتر شهناز. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 - اکبریان، دکتر عبدالرسول. دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - برکاتی، دکتر سیدحامد. متخصص کودکان. کارشناس اداره نوزادان
 - بصیر، دکتر فاطمه مهتا. فوق تخصص نوزادان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 - افراخته، دکتر مریم. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 - بهنیا، دکتر حمید. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 - ظفرقندی، دکتر آمنه (شیرین). دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 - جهانیان، دکتر منیره. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 - توسلی، دکتر فاطمه. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 - چاپچیان، دکتر شهلا. دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
 - حیدرزاده، دکتر محمد. فوق تخصص نوزادان. رئیس اداره نوزادان
 - خشتی، دکتر فاطمه. دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - رازی، دکتر تقی. دانشگاه علوم پزشکی اهواز
 - سیاح ملی، دکتر منیژه. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 - صراف، دکتر زهرا. دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 - عبدالمهدی، دکتر فرید. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 - عرب محمدحسینی، دکتر عبدالله. فوق تخصص نوزادان. دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - علامه، دکتر زهرا. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 - علوی، دکتر قدسیه سیدی. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 - فریور، دکتر خلیل. متخصص کودکان. رئیس اداره ترویج تغذیه با شیر مادر
 - قاضی زاده، دکتر شیرین. دانشگاه علوم پزشکی تهران
 - قهیری، دکتر عطاالله. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 - کدیور، دکتر ملیحه. فوق تخصص نوزادان. دانشگاه علوم پزشکی تهران
 - کریم زاده میدی، دکتر محمد علی. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
 - محبوبی، دکتر مرجان. دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
 - محقق، دکتر پرینا. فوق تخصص نوزادان. دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - معتضدیان، دکتر شهذخت. دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 - موسوی، دکتر اعظم السادات. دانشگاه علوم پزشکی تهران
 - مهدی زاده، دکتر ابوالفضل. دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - مؤید محسنی، دکتر سکینه. دانشگاه علوم پزشکی شاهد
 - نیری، دکتر فاطمه سادات. فوق تخصص نوزادان. دانشگاه علوم پزشکی تهران
- گروه پری ناتالوژی از اعضای کمیته اعتلای سلامت مادران نیز هستند.

گروه بیهوشی

- آگاه، دکتر مهوش. متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- عموشاهی، دکتر علی. متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- فریدی، دکتر نسرین. متخصص بیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مسئول طراحی و اجرا:

- اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اعضای گروه طراحی و اجرا (به ترتیب حروف الفبا):

- امامی افشار، نهضت. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- جعفری، دکتر نوشین. متخصص زنان و زایمان
- جلیوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی
- چنگیزی، دکتر نسرین. متخصص زنان و زایمان
- حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
- دلاور، دکتر بهرام. متخصص کودکان
- مطلق، دکتر محمد اسماعیل. متخصص کودکان
- رادپویان، لاله. کارشناس مامایی
- رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی
- عازمی خواه، دکتر آرش.
- والاقر، شهرزاد. کارشناس مامایی
- هادی پور چهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی
- یمانی، دکتر سید تقی. کارشناس دفتر سلامت خانواده و جمعیت

با تشکر از همکاری:

- اعضای محترم گروه پری ناتالوژیست دانشگاه علوم پزشکی تهران
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی سلامت مادران
- اعضای محترم انجمن پزشکان نوزادان ایران
- اعضای محترم گروه بیهوشی
- دکتر شیرین کاویانپور، متخصص زنان و زایمان
- دکتر فریبا نبی، متخصص زنان و زایمان (نماینده مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
- دکتر عباس حبیب الهی، متخصص کودکان
- دکتر ناصر افضلیان، متخصص کودکان
- مصومه شاه محمدی، کارشناس مامایی

اعضای گروه پری ناتالوژی (متخصصین زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران) که در طراحی اولیه پروتکل ها فعالیت داشتند: (به ترتیب الفبا)

- اسلامیان، دکتر لاله.
- برنا، دکتر صدیقه.
- بیگی، دکتر ابوطالب.
- جمال، دکتر اشرف السادات.
- حنطوش زاده، دکتر صدیقه.
- خظردوست، دکتر صغری.
- رحیمی شعریاف، دکتر فاطمه.
- مرصوصی، دکتر وجیهه.
- نیرومنش، دکتر شیرین.

فهرست مطالب

۸۰	درد شکمی (نیمه اول بارداری)	○
۸۲	درد شکمی (نیمه دوم بارداری)	○
۸۵	درمان ضد انعقادی با هپارین	○
۸۷	دیابت قبل و حین بارداری	○
۹۰	رحم بزرگتر از سن حاملگی	○
۹۲	رحم کوچکتر از سن حاملگی	○
۹۵	سرخجه	○
۹۶	سقط عفونی	○
۹۹	شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون	○
۱۰۱	عفونت‌های ادراری	○
۱۰۵	فشارخون بالا	○
۱۰۷	فشارخون مزمن	○
۱۱۰	کاهش حرکت جنین بدون بیماری زمینه ای مادر	○
۱۱۲	کیست تخمدان	○
۱۱۴	گرفتاری پوستی	○
۱۱۶	مول	○
۱۱۹	IUFD	○
۱۲۱	STI	○
۱۲۲	سایر موارد خطر در بارداری فعلی	●
۱۲۴	بیماری و ناهنجاری‌ها	●
۱۲۸	سوابق بارداری و زایمان	●
۱۳۰	مشاوره و توصیه‌های تنظیم خانواده	●
۱۳۱	مکمل‌های دارویی	●
۱۳۱	داروهای روان‌پزشکی در بارداری	●
۱۳۳	بخش زایمان	
۱۳۵	اداره زایمان طبیعی	●
۱۳۶	مرحله اول زایمان (فاز نهفته)	◆
۱۳۷	مرحله اول زایمان (فاز فعال)	◆
۱۳۸	مرحله دوم زایمان	◆
۱۳۹	مرحله سوم زایمان	◆
۱۴۰	مرحله چهارم زایمان	◆
۱۴۰	مرحله چهارم زایمان	◆
۱۴۱	مرحله پس از زایمان تا ترخیص	◆
۱۴۲	راهنما	●
۱۶۵	زایمان بی‌درد	●

۹	مقدمه	●
۱۹	آشنایی با مجموعه	●
۲۳	بخش پیش از بارداری و بارداری	●
۲۵	جدول مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری	●
۲۷	راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری	●
۲۸	راهنمای مراقبت‌های معمول بارداری	●
۲۹	مراقبت‌های ویژه بارداری	●
۳۱	اختلال هوشیاری و تشنج	○
۳۲	ادم	○
۳۴	آبله مرغان	○
۳۶	آنمی	○
۳۷	بیماری قلبی (قبل و حین بارداری)	○
۳۸	پارگی زودرس کیسه آب	○
۴۲	پره اکلامپسی	○
۴۵	پره اکلامپسی شدید - اکلامپسی HELLP	○
۴۸	پرولاپس بند ناف	○
۵۰	پلی هیدرامنیوس	○
۵۲	تب	○
۵۴	تروما	○
۵۶	تست‌های بررسی سلامت جنین - بیوفیزیکال پروفایل	○
	تست‌های بررسی سلامت جنین - مانیتورینگ الکترونیکی	○
۵۸	قلب جنین	○
۵۹	تست‌های بررسی سلامت جنین - OCT	○
۶۰	تنگی نفس	○
۶۲	تهوع و استفراغ	○
۶۵	حاملگی Post term	○
۶۷	حاملگی چند قلبویی	○
۷۰	حاملگی خارج از رحم	○
۷۲	خارش	○
۷۴	خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)	○
۷۷	خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)	○

●	مراقبت‌های ویژه زایمان	۱۸۱
○	القای زایمان	۱۸۳
○	بیماری قلبی حین زایمان	۱۸۵
◆	SBE پروفیلاکسی	۱۸۶
○	زایمان چند قلبی	۱۸۷
○	خونریزی بلافاصله پس از زایمان	۱۸۹
○	دیستوشی شانه	۱۹۲
○	زایمان زودرس	۱۹۳
◆	توکولیتیک	۱۹۴
○	عدم خروج کامل جفت	۱۹۶
○	نمایش غیر سفالیک	۱۹۸
○	وارونگی رحم	۱۹۹
	بخش پس از زایمان	۲۰۱
●	جدول مراقبت‌های پس از زایمان	۲۰۳
●	راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان	۲۰۴
●	مراقبت‌های ویژه پس از زایمان	۲۰۵
○	تب	۲۰۶
	منابع	۲۰۷

مقدمه

از ابتدای سال ۱۳۷۸ بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به مادران در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت. بعد از ۴ سال تلاش و برنامه ریزی در این زمینه، استانداردهای مراقبت‌های روتین و ویژه دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای غیر پزشکان و پزشکان عمومی انجام شد. از شهریور تا اسفند ۱۳۸۲ اجرای آزمایشی این پروتکل‌ها در ۱۴ دانشگاه کشور شروع و در پائیز سال ۱۳۸۵ پس از ارزشیابی نهایی اجرای آزمایشی، هسته‌های آموزشی کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور طی ۵ دوره کارگاه، آموزش‌های لازم را دریافت نمودند و مقرر شد که برنامه مراقبت‌های ادغام یافته مادری ایمن تا پایان سال ۱۳۸۷ به کلیه شهرستان‌های کشور تعمیم یابد.

همزمان با استاندارد سازی خدمات خارج بیمارستانی و نظام مراقبت (Surveillance system) مرگ مادری برای جمع آوری اطلاعات مرگ، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ، طراحی و از سال ۱۳۸۰ اجرای آن به صورت کشوری به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ گردید.

نتایج حاصل از اطلاعات سال اول اجرای برنامه (۱۳۸۰) برای ما آشکار کرد که عمده مرگ‌ها در بیمارستان‌های کشور اتفاق می‌افتد و بررسی موردی مرگ‌ها نیز حاکی از درصد بالای miss-management و malpractice به عنوان عامل اصلی مرگ مادران به خصوص در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی بود. از سوی دیگر نتایج مطالعه *DHS در سال ۱۳۷۹ نشان می‌داد که حدود ۸۷ درصد زایمان‌های کشور در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی و توسط افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند انجام می‌گیرد. همچنین این بررسی مشخص کرد که میزان سزارین در کشور بسیار بالاتر از کشورهای اروپایی و بالاتر از محدوده قابل قبول اعلام شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۵ تا ۱۵ درصد) است. بررسی علل این میزان بالا حاکی از تعامل عوامل متعددی بود که طی بیش از ۴ دهه یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث تمایل عمومی چه در بین مردم و چه در بین ارائه دهندگان خدمت به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی شده است. از طرفی مقایسه کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در بخش‌های مامایی و زایمان کشور با بسیاری از کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که ساختار و نوع این خدمات تفاوت‌های قابل توجهی با کشور ما دارد و در نهایت بررسی اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ نیز نشان دهنده یکسان نبودن کیفیت خدمات ارائه شده در مناطق مختلف کشور است. لذا اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهایی که منجر به تحول در کیفیت و کمیت خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌ها و سطوح تخصصی کشور گردد ضرورت داشت.

برای آنکه از تجربیات جهانی در این زمینه بهره گرفته شود در سال ۱۳۸۱ مطالعه تطبیقی در اداره سلامت مادران انجام شد. بررسی این تجربه‌ها در زمینه کاهش مشکلات پیشگفت ما را با مفهوم بیمارستان دوستدار مادر و خدمات سلامتی دوستدار مادر آشنا ** نمود. این اصطلاح که قدمتی بیش از ۱۰ سال دارد برای اولین بار در کشورهای توسعه یافته مطرح گردیده است و بررسی متون در اختیار نشان می‌دهد که این استراتژی با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمان طبیعی، کاهش هزینه‌ها و توجه به حقوق مادر و نوزاد مورد توجه قرار گرفته است.

همسویی فلسفه بیمارستان‌های دوستدار مادر با مشکلاتی که در کشور ما در زمینه بارداری و زایمان وجود دارد و زیبایی عنوان آن طراحان این مجموعه را بر آن داشت که از همین نام استفاده نموده و فلسفه و محتوای آن را با توجه به شرایط، امکانات و نوع مشکلات خود تدوین نمایند. لذا الگوی ارائه شده برای بیمارستان‌های دوستدار مادر در ایران گرچه نگاهی جامع به اصول و اجزای جهانی داشته است اما بر اساس شرایط و نیازهای کشور اقتباس، تطبیق و بازنگری گردیده است.

از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی محتوای ارائه خدمات بیمارستان‌های دوستدار مادر را آغاز نمود. هدف از این امر کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان و کاهش ابتلا به عوارض دوران بارداری و زایمان در این دو گروه با راهکارهای زیر بود:

الف. بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی

ب. کاهش هزینه‌های غیر ضروری

پ. احترام بیش از پیش به حقوق مادران و نوزادان

در ابتدا گروهی متشکل از ۹ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران که فلوشیپ پریناتولوژی بودند به مدت حدود یک سال طراحی اولیه پروتکل‌های بالینی را انجام دادند. به موازات این گروه، ۲ گروه دیگر نیز شامل متخصصین بیهوشی (برای تدوین پروتکل‌های انجام زایمان بی درد دارویی) و گروه کارشناسان ارشد مامایی (برای تدوین استانداردهای انجام زایمان طبیعی و کم درد غیر دارویی) به مدت حدود یکسال (تا بهمن ماه ۱۳۸۲) پروتکل‌های اولیه را تدوین نمودند.

* Demographic and Health Surve.

** Mother Friendly Hospital, Mother Friendly Health Services.

در اسفند ماه ۱۳۸۲ جلسه ای با حضور اساتید منتخب متخصص زنان و زایمان ۱۲ دانشگاه بزرگ کشور به همراه نمایندگان گروه زنان و زایمان دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه شاهد، ۱۰ نفر از فوق تخصص های نوزادان برجسته کشور، ۵ نفر از متخصصین بیهوشی منتخب و تعدادی از نمایندگان مامایی کشور تحت عنوان کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران با هدف بررسی دقیق و علمی پروتکل های تهیه شده تشکیل شد. این کتاب در سال ۱۳۸۵ در اختیار دانشگاه های کشور قرار گرفت. دو سال بعد مجدداً نظرات اصلاحی مدیران محترم گروه زنان و زایمان کل کشور جمع آوری شد و در جلسات متعدد گروه پریناتولوژیست ها نهایی و در سال ۱۳۹۰ به چاپ رسید.

مجموعه حاضر اولین تلاش رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تدوین راهنمای بالینی ارائه خدمات بیمارستانی در چنین حجمی است. تعمق در محتوای این مجموعه نشان می دهد که از آن به عنوان یک مرجع بالینی سریع (quick reference) برای متخصصین و دستیاران زنان و زایمان در بیمارستان های آموزشی و درمانی می توان استفاده نمود. اداره سلامت مادران ادعان دارد که نظرات صائب و علمی کلیه اساتید کشور در ارتقاء و تکامل این مجموعه در چاپ های بعدی کمک کننده خواهد بود.

ضرورت تدوین راهنماهای بالینی در نظام ارائه خدمات

راهنماهای بالینی به دو منظور تدوین می گردد:

۱- بهبود کیفیت خدمات و افزایش اثربخشی

۲- کاهش هزینه های خدمات و اجتناب از گران شدن غیر ضروری خدمات که پوشش آنها را تحت الشعاع قرار می دهد.

تدوین راهنماهای بالینی باعث کارایی فنی Technical Efficiency می گردد. امروزه نظام های ارائه خدمات در کشورهای توسعه یافته بدون وجود راهنماهای بالینی تدوین شده توسط مراجع علمی و مورد تأیید سازمان هایی که بر سلامت حاکمیت دارند، امکان نظارت و تنظیم بازار سلامت در بخش های بالینی را نداشته و در بسیاری از کشورها اجرای گایدلاین های بالینی مرجع پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و یا بررسی فعالیت آنان در مجامع قضایی است. همچنین تأیید بسیاری از سازمان های ارائه دهنده خدمت منوط به ارائه خدمات مبتنی بر گایدلاین های رسمی است و نظام های کنترل و بهبود کیفیت ارائه خدمات مبتنی بر استانداردهای ارائه شده در راهنماهای بالینی رسمی را مرجع تأیید یا رد کیفیتی خدمات می دانند. به عبارتی برخورداری از راهنماهای بالینی یکی از اصول تضمین کیفیت خدمات بالینی است.

یک راهنمای مفید بالینی باید دو نیاز را برآورده کند، الف: باید اطلاعاتی را به پزشک دهد که چگونه نتیجه یا پی آمد یک روش درمانی توصیه شده با خصوصیات متفاوت بیماران تغییر می کند و ب: پی آمد باید به گونه ای ارائه گردد که رجحان بیمار برای انتخاب آن در نظر گرفته شود. راهنماهای بالینی انواع مختلفی دارند و بسته به اینکه با چه درجه ای دو نیاز بالا را برآورده می کنند متفاوت هستند.

شایع ترین راهنماها بخش مدیریت بیماری است که در کتاب های مرجع بالینی ارائه شده اند. در این کتاب ها امکان استفاده از روش های جایگزین در تشخیص یا درمان برای تصمیم گیری بالینی ارائه شده اند و برای پاسخ به دو نیاز بالا نوشته نشده اند.

نوع دیگر راهنماهای بالینی، الگوریتم های بالینی شامل سوالات سازماندهی شده ترتیب دار و اقدامات پیشنهادی برای پاسخ به این سوالات است. به این الگوریتم ها بسته به شکل تهیه، پروتکل های بالینی مسیرهای بالینی یا فلچارت هم گفته می شود. در این راهنماها بیماران به زیر گروه هایی بر اساس ویژگی هایی همانند شدت بیماری، عوارض بیماری های دیگر و ... تقسیم شده و سپس ترتیبی از اقدامات شامل ارزیابی های تشخیصی یا درمانی برای هر گروه ارائه می گردد. این الگوریتم ها معمولاً به شکل درختی از سوالات و اقدامات ارائه می شوند.

الگوریتم ها به طرق مختلفی طراحی و تدوین می گردند. از استفاده از نظرات و توصیه های فردی کارشناسان یا کمیته های گایدلاین نویسی بیمارستان گرفته تا توافق در کمیته های مشورتی و علمی در سطح ملی (National Consensus group). فرآیند طراحی ممکن است رسمی یا غیر رسمی باشد. الگوریتم های بالینی به خصوص زمانی که نیاز به تصمیم گیری سریع و دقیق است و ترجیح بیمار برای انتخاب نوع تشخیص یا درمان اهمیت نداشته باشد، کمک کننده است.

اهداف، اصول و اقدامات بیمارستان های دوستدار مادر

اصطلاح خدمات دوستدار مادر یا بیمارستان های دوستدار مادر در دهه ۱۹۹۰ میلادی در جهان رواج یافته است. در سال ۱۹۹۶ ائتلافی در آمریکا تحت عنوان (CIMS) Coalition for Improving Maternity Services اولین توافق خود را برای بهبود خدمات زایمان طبیعی به ثبت رساند. بررسی سایت این سازمان www.motherfriendly.org نشان می دهد که فعالیت های آنان از سال ۲۰۰۱ جدی شده است. در این سایت نظرات خود را در مورد اصول و اقدامات بیمارستان های دوستدار مادر ارائه کرده اند و سازمان های ملی و بین المللی را به همکاری دعوت می نمایند. در کنار این تلاش ها در سال ۱۹۹۹ اجلاسی در مکزیک برگزار شد که طی آن ۱۶ کشور شرکت کننده گزارش های خود را در راستای استقرار خدمات دوستدار مادر ارائه نمودند. بررسی گزارش های ارائه شده در اجلاس نشان می دهد که حرکت های انجام گرفته در کشورها هنوز منجر به یک تحول جدی در ارائه خدمات با توجه به اصول و فلسفه ارائه شده تحت عنوان «دوستدار مادر» نگردیده است.

با توجه به آنچه در مقدمه آمد اداره سلامت مادران تصمیم گرفت از این عنوان برای برنامه‌ها و فعالیتهایی که در راستای اعتدالی خدمات بیمارستانی مرتبط دارد استفاده نماید. در این طرح احداث بیمارستان‌های جدید مد نظر نبوده بلکه اصلاح گردش کارها و تغییر محتوای ارائه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش‌های موجود زایمان و مامایی بیمارستان‌های فعلی کشور مد نظر است به گونه‌ای که:

۱. زایمان طبیعی کم درد یا بی درد با استفاده از کلیه روش‌های دارویی و غیر دارویی علمی و بی‌عارضه ترویج و خدمات مورد نیاز در این راستا به شکلی مطلوب ارائه گردد.

۲. خدمات بیمارستانی در فوریت‌ها و اورژانس‌های مامایی و زایمان که می‌تواند جان مادر، جنین و نوزاد را نجات دهد با کیفیت مطلوب و به صورت استاندارد ارائه گردد.

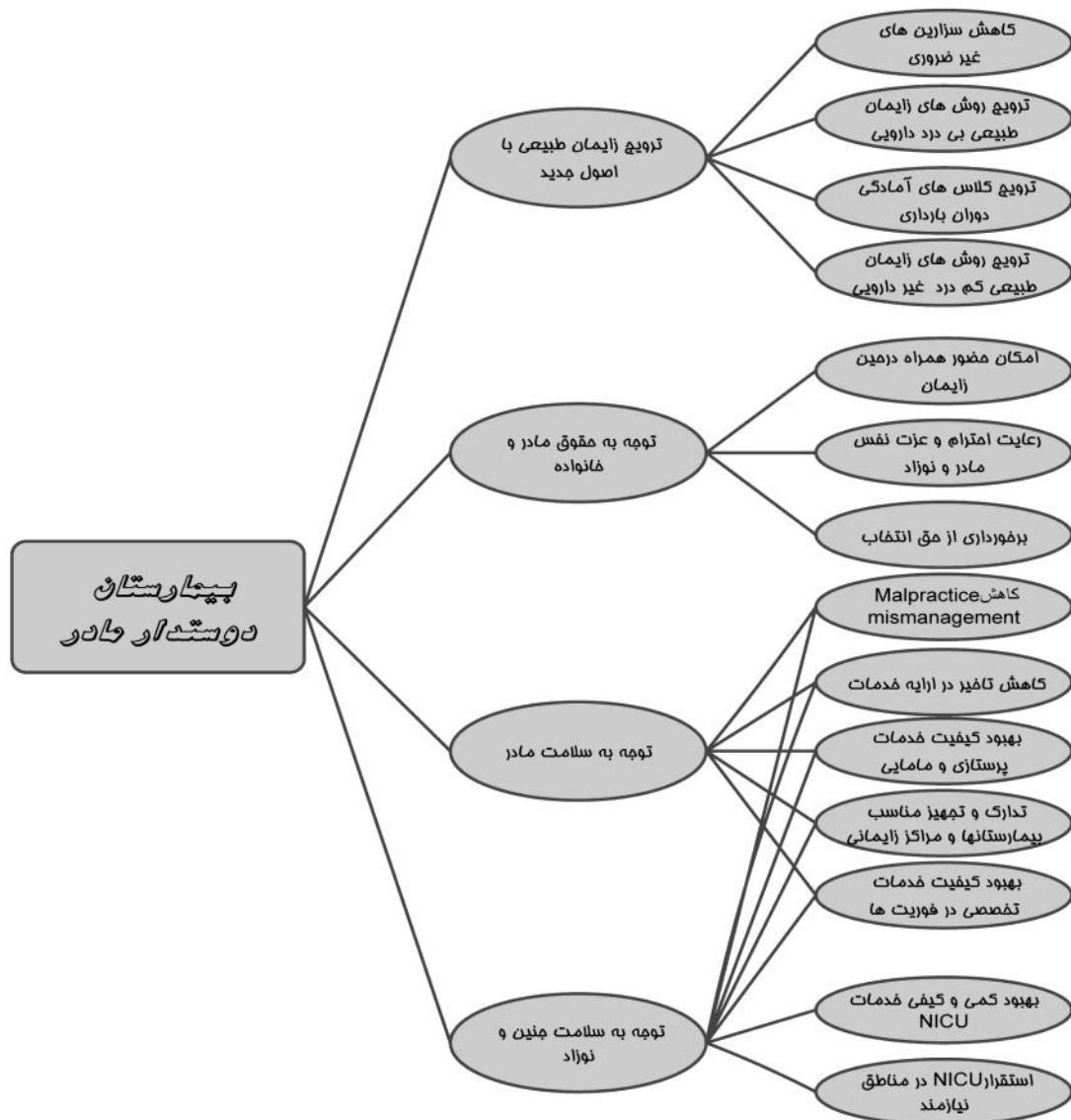
۳. کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای مادر و همراه وی در دوران بارداری برگزار شود تا مادر برای انجام زایمان آماده گردد.

۴. امکان پایش و ارزشیابی ارائه خدمات برای اطمینان از تحقق آنچه باید انجام گیرد فراهم گردد.

۵. رضایت خاطر مادر و همراهان وی از خدمات بیمارستانی تامین گردیده و در کنار سلامت جسمی به آرامش و سلامت روحی روانی مادر توجه گردد.

۶. حقوق مادر جهت مشارکت در انتخاب آگاهانه روش‌های توصیه شده به وی تامین گردد.

در شکل زیر چهارچوب منطقی که در بیمارستان دوستدار مادر باید مورد توجه قرار گیرد نشان داده شده است



رسالت بیمارستان دوستاندار مادر:

ارائه یک الگوی جدید مراقبت به مادران به منظور تامین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و بهبود شرایط زایمانی، توجه به رضایت مادران از خدمات ارائه شده و تلاش جهت منطقی کردن هزینه های تشخیصی و درمانی. این الگو باید مبتنی بر شواهد (Evidence Based) بوده و در آن برنامه های پیشگیری و ارتقای سلامت به برنامه های پرهزینه تشخیصی و درمانی ترجیح داده شود.

پشم انداز بیمارستان دوستاندار مادر:

بیمارستان دوستاندار مادر مکانی است که در آن هر مادری، در هر زمانی از بارداری، زایمان و تا ۶ هفته پس از زایمان با هر وضعیتی از سلامتی مراجعه کرد خدمت اثربخش و کارآمد دریافت کند به صورتی که علاوه بر سلامت وی سلامت جنین و نوزاد او نیز در این مکان تامین گردیده و این حضور برای او خاطره ای خوشایند از فرایند بارداری و زایمان باقی گذارد.

اهداف کلی بیمارستان دوستاندار مادر:

۱. کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان بر اثر عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان
۲. کاهش موربیدیته ناشی از بارداری و زایمان در مادران و نوزادان

اهداف اختصاصی بیمارستان دوستاندار مادر:

۱. کاهش میزان سزارین های غیر ضروری
۲. ترویج روش های مختلف زایمان طبیعی کم درد یا بی درد به گونه ای که مادران حق انتخاب داشته باشند
۳. بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی در فوریت های مامایی و زایمان
۴. کاهش تاخیر در شروع درمان مادران در معرض خطر

اصول بیمارستان دوستاندار مادر:

۱. طبیعی بودن روند زایمان

- زایمان یک فرآیند طبیعی و سرشتی است که با حداقل مداخلات پزشکی باید انجام پذیرد.
- مداخلات پزشکی باید تنها در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر است انجام شوند.
- مادر و نوزاد شعور فطری لازم برای شناخت زایمان و تولد را دارند.
- نوزادان موجوداتی حساس و آگاه در زمان تولد هستند و به همین علت باید محترم شمرده شوند.
- تغذیه کودک با شیر مادر حداکثر مواد مغذی را برای شیرخوار فراهم می کند و باید در اولین زمان ممکن پس از تولد آغاز گردد.
- امکان انجام زایمان به شکلی طبیعی در بیمارستان ها و مراکز زایمانی باید فراهم گردد.
- الگوهای مامایی برای مراقبت های قبل و حین تولد که موجب ترویج روند زایمان طبیعی و سالم و حمایت از آن می گردد برای اکثر مادران مناسب ترین روش های شناخته شده است.

۲. توانمند سازی مادر

- اعتماد به نفس و توانایی یک زن برای انجام زایمان و نگهداری از کودکش تحت تاثیر افرادی است که از او مراقبت می کنند و محیطی که در آن زایمان می کند.
- مادر و کودک در طی بارداری، تولد و شیرخوارگی کاملاً به هم وابسته اند و این وابستگی بسیار حیاتی است و باید محترم شمرده شود.
- بارداری، زایمان و دوره پس از زایمان نقطه عطفی در ادامه زندگی است. این تجربه به طور عمیقی زنان، کودکان، پدران و خانواده ها را تحت تاثیر قرار می دهد و تاثیر مهم و طولانی مدتی بر جامعه دارد.

۳. آزادی عمل و استقلال

به هر زن باید این فرصت داده شود که:

- در کنار خانواده اش یک زایمان سالم و لذت بخش را صرف نظر از مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تجربه کند.
- در مراکز زایمانی احساس امنیت و آسایش کند و سلامت روانی، مسائل خصوصی و خواسته های شخصی اش مورد احترام قرار گیرد.
- امکان دسترسی به کلیه روش های زایمانی را برای خود و کودکش داشته باشد.
- به اطلاعات دقیق درباره مزایا و معایب روش ها و اعمال پزشکی، داروها و آزمایش هایی که به او در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان پیشنهاد می گردد دسترسی داشته باشد و این اطلاعات را به صورت دقیق دریافت دارد و این حق را داشته باشد که بدون رضایت وی هیچ روشی برای وی اجرا نگردد و در صورت عدم تمایل، از پذیرفتن آن خودداری کند.
- برای انتخاب آگاهانه در مورد اینکه بر اساس ارزش ها و اعتقاداتش چه چیز برای او و کودکش بهتر است، مورد حمایت قرار گیرد.

۴. انجام مداخلات بر اساس اندیکاسیون های مشخص و نه به صورت روتین

مداخلات نباید به صورت روتین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان ارائه گردد. بسیاری از آزمایش های پزشکی، روش ها، فنآوری ها و داروها برای مادر و نوزاد خطرناک است و در نبود اندیکاسیون های مشخص علمی، نباید ارائه گردد. اگر عارضه ای در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بروز کرد، درمان های پزشکی باید مبتنی بر شواهد بوده و در اسرع وقت ارائه گردد.

۵. مسئولیت پذیری

- هر ارائه کننده خدمت مسئول کیفیت مراقبتی است که ارائه می دهد.
 - ارائه خدمات بارداری و زایمان نباید مبتنی بر نیازهای ارائه دهنده خدمت باشد بلکه باید مبتنی بر نیازهای مادر و نوزاد باشد.
 - هر بیمارستان و واحد ارائه دهنده خدمت مسئول بررسی و ارزشیابی دوره ای مبتنی بر یافته های علمی موجود در زمینه کیفیت و اثربخشی خدمات ارائه شده، خطرات و میزان استفاده از روش های بالینی است که به بیمارانش ارائه می دهد.
 - جامعه از طریق دولت و سایر سازمان های اجتماعی و مدنی مسئول اطمینان از دسترسی مردم به خدمات بارداری و زایمان و پایش کیفیت خدمات است که در این راستا ارائه می گردد.
 - هر مادری مسئول انتخاب آگاهانه مراقبت هایی است که باید برای خود و کودکش ارائه گردد.
- اصول فوق منجر به تدوین ۱۰ اقدام بیمارستان دوستدار مادر به شرح زیر گردیده است:

• ده اقدام بیمارستان دوستدار مادر

- ۱- ارائه مراقبت های معمول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بر اساس پروتکل های وزارت بهداشت و شواهد علمی موجود در کتب معتبر
- ۲- ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی مامایی برای مادران در هنگام زایمان، ارتباط با سطوح بالاتر و پائین تر بیمارستانی و سطوح خارج بیمارستانی
- ۳- امکان ارائه خدمات مراقبتی و پاراکلینیکی در فوریت های مامایی و زایمان مانند تزریق خون، آزمایش های تخصصی، حضور متخصص نوزادان در زایمان های پر خطر
- ۴- آموزش به کارکنان در مورد روش های زایمان بی درد دارویی و کاهش درد غیر دارویی
- ۵- ارائه آموزش های آمادگی برای زایمان به مادران و همراهان با تاکید بر افزایش آگاهی و استفاده از تکنیک های تنفس، تن آرامی، تمرینات اسکلتی و عضلانی
- ۶- ارائه خدمات با توجه به باورها و ارزش های مذهبی مادر و رعایت حریم خصوصی مادر
- ۷- خودداری از اعمالی که به صورت روتین کاربردی ندارد مانند: ناشتا بودن مادر، رگ گرفتن، شیو، انما، محدود کردن حرکت مادر در لیبر، انجام زایمان به روش لیبتاتومی، اینداکشن، استیمولیشن، اپی زیاتومی
- ۸- انجام زایمان فیزیولوژیک و ارائه روش های دارویی و غیر دارویی کاهش درد زایمان
- ۹- امکان وجود همراه آموزش دیده در کنار مادر در هنگام لیبر و زایمان
- ۱۰- پیاده سازی ۱۰ اقدام بیمارستان های دوستدار کودک مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نظام سطح بندی خدمات پری ناتال بیمارستانی

مقدمه و بیان مسأله:

همانطور که گفته شد، کاهش مرگ مادران و نوزادان، از اهداف و سیاست های استراتژیک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. این دو هدف از اهداف توسعه هزاره نیز بوده و دستیابی به آن مورد تعهد دولت جمهوری اسلامی ایران قرار گرفته است. اطلاعات به دست آمده از نظام کشوری مراقبت مرگ مادری از سال ۱۳۸۰ نشان داد که بیشترین علت مرگ مادران در کشور خطاهای پزشکی در بیمارستان ها و مراکز زایمانی و خدمات پیش بیمارستانی در فوریت های مامایی و زایمان است به همین علت توجه به کیفیت خدمات بیمارستانی و بهبود دسترسی به فوریت های مامایی و زایمان در بیمارستان ها و مراکز زایمانی باید یک استراتژی اصلی در جهت کاهش مرگ مادران باشد. اطلاعات به دست آمده از بررسی ها و داده های ثبتی هم چنین نشان می دهد که با توجه به انجام بیش از ۹۵ درصد زایمان ها در بیمارستان ها و همچنین وقوع اکثر مرگ های نوزادان در بیمارستان های کشور به خصوص در نوزادان در معرض خطر، توجه به خدمات تخصصی و فوق تخصصی برای نوزادان کشور از اولویت های استراتژیک است. از آنجا که سلامت مادر و نوزاد ارتباط تنگاتنگی با هم دارند توجه به خدمات بیمارستانی برای این دو گروه باید همزمان انجام شود. بررسی تجربه های جهانی نشان می دهد که در کنار طراحی راهنماهای بالینی برای ارائه خدمات، تأمین و به کارگیری نیروهای ماهر و دلسوز به تعداد کافی، تجهیز بیمارستان ها به وسایل، داروها و آزمایش های مورد نیاز، سطح بندی خدمات پری ناتال (*Regionalization of perinatal services*) نیز از مهمترین اقداماتی است که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید انجام دهد. این استراتژی که بیش از سه دهه قبل در کشورهای توسعه یافته تعریف و در برخی از آنها به اجرا گذارده شده است، اثربخشی و کارآمدی خود را به اثبات رسانده و به نظر می رسد جهت تحقق اهداف توسعه هزاره باید در کشور ما نیز اجرا شود.

تعریف سطح بندی خدمات پری ناتال :

سطح بندی خدمات پری ناتال عبارت است از طراحی یک شبکه هماهنگ ارائه خدمات پری ناتال که با هدف بهبود دسترسی و تضمین کیفیت خدمات به کارآمدترین شکل ممکن انجام می شود. در فرآیند سطح بندی، خدمات سرپایی و بستری از سطوح غیر تخصصی تا فوق تخصصی تعریف و سطح بندی شده و شیوه ارتباط این سطوح با هم برای ارائه خدمات مشخص می گردد.

هدف کلی:

اعتلای سلامت مادران و نوزادان کشور

استراتژی:

طراحی شبکه هماهنگ ارائه خدمات ضروری پری ناتال در بیمارستان های کشور

اهداف اختصاصی سطح بندی خدمات پری ناتال:

۱. بهبود دسترسی به خدمات تخصصی مادر و نوزاد در زمان بارداری، زایمان و پس از زایمان.
۲. ساماندهی منابع انسانی و غیر انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات.
۳. بهبود کارآیی خدمات.
۴. تضمین کیفیت خدمات.
۵. فراهم کردن خدمات به خصوص در فوریتها در نزدیکترین زمان و مناسبترین مکان ممکن.
۶. تعیین مسیر مناسب برای ارجاع.
۷. گسترش عدالت در استفاده از خدمات مادر و نوزاد و کاهش نابرابریها.

سیاستها و اصول سطح بندی خدمات پری ناتال:

۱. هدف اصلی از سطح بندی خدمات پری ناتال، اعتلای سلامت مادر و نوزاد از طریق تسهیل دسترسی به واحدهای تخصصی ارائه دهنده خدمات است. لذا طراحی برنامه باید به صورتی باشد که تمامی مادران و نوزادان فارغ از جنس، نژاد، ملیت، محل سکونت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی امکان بهرمندی اثر بخش، کارا و نظام مند از خدمات مراقبتی مورد نیاز خود را داشته باشند.
۲. در راستای سیاست فوق الذکر و با تاکید مجدد در خصوص لزوم تلاش برای حفظ سلامت مادر و نوزاد، در مواقعی که برای انتخاب یکی از این دو نفر به هر دلیل الزام وجود داشته باشد با توجه به بار قابل توجه و غیر قابل جبران بودن مرگ مادر در مقایسه با مرگ نوزاد، سلامت مادر به هیچ وجه نباید فدای سلامت نوزاد شود.
۳. با توجه به تفاوت های محسوس در الگوی مراقبت مادر باردار، محل زایمان، مرگ و میر مادران و نوزادان و علل و عوامل مؤثر بر آن، امکانات و تجهیزات، نیروی متخصص موجود و نیز دسترسی به خدمات در مناطق مختلف کشور، نمی توان نسخه واحدی برای کل کشور تجویز کرد و باید با تکیه بر شناخت این تفاوتها، متناسب با شرایط بومی نسبت به طراحی و پیاده سازی سطح بندی اقدام نمود.
۴. با توجه به لزوم استاندارد شدن خدمات و بهبود کیفیت آنها لازم است به منظور دستیابی به حداکثر *Technical efficiency*، برای کلیه سطوح پروتکلها و راهنماهای استاندارد ارائه خدمات بالینی طراحی و ابلاغ شود.
۵. طراحی برگزاری دوره های آموزشی مبتنی بر پروتکلها و راهنمای های بالینی، بدو و حین خدمت برای کلیه افرادی که قرار است به نحوی در هر یک از سطوح ارائه مراقبت های پری ناتال مشغول فعالیت باشند، الزامی است. البته جهت حرکت، ادغام این عناوین در کوریکولوم گروه های آموزشی مرتبط دانشگاهی کشور خواهد بود.
۶. سطوح ارائه خدمات مادر و نوزاد به دو بخش خارج و داخل بیمارستانی تفکیک می شود که در بخش خارج بیمارستانی مراقبت ها برای دو سطح غیر پزشک (بهورز، کاردان بهداشت خانواده) و پزشک و ماما تعریف شده و خدمات در بخش بیمارستانی بسته به شرایط خاص مناطق مختلف کشور چند سطح قابل ارائه خواهد بود.
۷. پس از استقرار نظام سطح بندی خدمات پری ناتال، اقدام به اطلاع رسانی عمومی و آگاه سازی آحاد جامعه از حقوق خود در این نظام جدید از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.
۸. نظام سطح بندی خدمات پری ناتال پس از گذراندن مرحله اجرای آزمایشی و رفع مشکلات و کاستی های احتمالی برای تبدیل به یک برنامه کشوری مورد ارزیابی نهائی قرار خواهد گرفت.
۹. طراحی نظام پایش و ارزشیابی برنامه، پیش از اجرای مرحله آزمایشی و پس از طراحی دیگر اجزای برنامه الزامی است. لازم به ذکر است پس از طی مرحله اجرای آزمایشی باید نسبت به ادغام آن در نظام ارزشیابی بیمارستان های کشور اقدام کرد.
۱۰. پس از طراحی نظام سطح بندی خدمات پری ناتال و نظام پایش و ارزشیابی آن، تدوین قوانین پیشنهادی به منظور نظام مند شدن ارائه خدمات و امکان پیشگیری از بروز تخلفات اقدامی مؤثر و ضروری به شمار می رود.
۱۱. با توجه به لزوم انتقال صحیح و سریع مادر و نوزاد در معرض خطر از سطوح پائین به سطوح تخصصی و بالاتر ارائه خدمت، طراحی نظام کارآمد انتقال مادر و نوزاد اهمیت ویژه ای دارد.

۱۲. پیش بینی و تأمین منابع لازم (مالی و غیر مالی) برای اجرا و پیاده سازی نظام سطح بندی خدمات پری ناتال از تعهدات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

۱۳. هماهنگی با سازمان های بیمه گر، تعیین تعرفه ها و تأثیر و ارتباط این نظام بر سیستم کارانه بیمارستان و دیگر نظام های تشویق و تنبیه موجود از الزامات تحقق سطح بندی است.

واحدهای موجود ارایه دهنده خدمات زایمانی در کشور:

۱. واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطق روستایی یا مناطقی که به تازگی شهر شده اند اما کماکان امکانات روستایی دارند. زایمان توسط ماما انجام می شود و برای انتقال مادر و نوزاد آمبولانس به صورت ۲۴ ساعته وجود دارد. این مراکز در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی ساخته شده اند و یک پزشک عمومی در مواقع اضطراری می تواند به کمک بیاید.

۲. بیمارستان های کمتر از ۱۰۰ تختخوابی در شهرهای کوچک که دارای ۵ بخش اصلی داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، اطفال و اورژانس بوده و از هر کدام از تخصص های فوق حداقل یک متخصص به همراه متخصص بیهوشی دارند.

۳. زایشگاه های شهرهای کوچک که درمانی بوده و توسط ماماها و متخصصین زنان و زایمان غیر هیأت علمی به ارایه خدمات مشغولند. در این زایشگاه ها معمولاً متخصصین دیگری غیر از متخصصین اطفال و به صورت غیر مقیم حضور ندارند.

۴. زایشگاه های شهرهای بزرگ یا مراکز دانشگاهی که عمدتاً آموزشی بوده و رزیدنت و انترن دارند. این مراکز در برخی مناطق به عنوان واحد ریفرال زنان و مامایی شناخته شده و ممکن است دارای NICU باشند. این بیمارستان عمدتاً تک تخصصی هستند و فاقد امکانات CCU و ICU برای مادران در معرض خطر هستند.

۵. بیمارستان های چند تخصصی شهرهای بزرگ که در کنار بخش زنان و زایمان، تخصص های متنوع دیگری هم وجود دارد. این مراکز هم درمانی بوده و هم می توانند آموزشی باشند. از نظر بخش های NICU، CCU و ICU، متنوع بوده و بدون ضابطه خاصی برخی از این بخش ها در آنها فعال یا غیر فعال است.

۶. بیمارستان های خصوصی، خیریه، وابسته به سازمان ها یا وزارتخانه های مختلف که عمدتاً ساختاری مشابه بیمارستان های گروه پنجم دارند.

۷. بیمارستان های فوق تخصصی که به صورت موردی در برخی شهرهای بزرگ وجود دارند و به سبب حضور فوق تخصص های خاص در رشته های مختلف اقدام به راه اندازی واحدها یا خدمات فوق تخصصی نموده اند.

۸. بیمارستان های تک تخصصی کودکان در شهرهای بزرگ یا مراکز دانشگاهی که عمدتاً آموزشی بوده و بدون آنکه زایشگاه داشته باشند واحد NICU دارند.

واحدهای پیش بینی شده برای انجام سطح بندی خدمات پری ناتال بیمارستانی در صورتی که نقشه سطح بندی خدمات تهیه گردد.***

برای انجام سطح بندی خدمات ۵ سطح به شرح زیر تعریف گردیده است:

- سطح صفر
- سطح اول (الف)
- سطح اول (ب)
- سطح دوم (الف)
- سطح دوم (ب)
- سطح سوم

تعریف مرکز سطح صفر ارایه خدمات

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطق روستایی یا نقاط شهری هستند. زایمان توسط ماما انجام می شود، متخصص زنان و زایمان ندارد و برای انتقال مادر و نوزاد آمبولانس به صورت ۲۴ ساعته وجود دارد. این مراکز در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی ساخته شده اند و یک پزشک عمومی در مواقع اضطراری می تواند به کمک بیاید.

تعریف مرکز سطح اول (الف) ارایه خدمات

این مراکز یا بیمارستان های زیر ۱۰۰ تختخواب درمانی است که دارای حداقل ۵ تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی است. اتاق عمل و بخش های بستری برای تخصص های فوق دارد. متخصصین در شیفت صبح در بیمارستان حضور دارند و در بقیه ساعات آنکال هستند. زایمان طبیعی بدون خطر، توسط ماما انجام می شود. انجام سزارین و زایمان های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. امکان اعزام بیمار به بیمارستان های سطح دوم یا سوم از طریق آمبولانس بیمارستان وجود دارد. یا زایشگاه های شهرهای کوچک است که تک تخصصی محسوب شده، متخصص زنان و زایمان دارد. زایمان طبیعی توسط ماما انجام و سزارین توسط متخصص زنان و زایمان انجام می شود. متخصص کودکان در یک شیفت حضور داشته، در بقیه ساعات آنکال است.

*** آنچه در این قسمت ارایه می گردد حاصل نشست های اولیه ای است که با متخصصین بالینی کشور و براساس بررسی متون تدوین گردیده است. این احتمال وجود دارد که در تمرین واقعی و زمانی که نتایج مطالعه پژوهشی سفارش داده شده منتشر گردد، تعداد و تعریف این سطوح مورد بازنگری قرار گیرد.

تعریف مرکز سطح اول (ب) ارایه خدمات

از آنجا که شرایط جغرافیایی و دسترسی به خدمات سطوح بالاتر در کل کشور یکسان نیست، این سطح که علاوه بر امکان ارایه خدمات سطح اول (الف)، می‌تواند برخی اقدامات اولیه نجات دهنده جان مادر و نوزاد نیازمند ارجاع را تا تأمین شدن ارجاع فراهم کند، تعریف شده است. لذا این سطح همان مراکز یا بیمارستان‌های زیر ۱۰۰ تختخواب درمانی یا زایشگاه‌های شهرهای کوچک است که اجازه می‌یابد خدمات اضافه‌تری را ارایه دهد و برای آن تجهیز می‌گردد.

تعریف مرکز سطح دوم (الف) ارایه خدمات

مراکز که علاوه بر امکانات سطح اول و علاوه بر تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی دارای متخصصین رشته‌های دیگر از جمله مغز و اعصاب، عفونی، رادیولوژی، پاتولوژی و علوم آزمایشگاهی است. همچنین مجهز به حداقل یک واحد مراقبت‌های شدید (*ICU intermediate*) و ونتیلاتور نوزاد است و اتاق عمل دارد. متخصصین زنان، کودکان و بیهوشی در بیمارستان مقیم هستند و بقیه متخصصین حداقل در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته و در بقیه ساعات آنکال هستند. متخصص جراحی عمومی در ساعات آنکالی حداکثر ظرف مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دسترس خواهد بود. در بیمارستان‌های درمانی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان و زایمان قابل انجام است. سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان یا دستیاران تحت نظر متخصصین انجام می‌شود. در بیمارستان‌های درمانی ویزیت روتین نوزاد بلافاصله بعد از زایمان و ویزیت نوزاد بدحال توسط متخصص کودکان در اسرع وقت انجام می‌گیرد. در بیمارستان‌های آموزشی ویزیت روتین نوزاد وظیفه دستیار کودکان بوده و نامبرده باید در صورت مشاهده هر مورد غیر طبیعی در نوزاد مشکل را به اطلاع متخصص کودکان مقیم برساند. مراقبت از نوزاد بدحال دچار مشکل اورژانسی در این بیمارستان‌ها توسط متخصص مقیم کودکان با همراهی دستیار مربوطه انجام می‌گیرد و در مورد نوزادان بدحال غیر اورژانسی، نوزاد توسط دستیار کودکان تحت نظر بوده و با اطلاع متخصص کودکان مقیم معاینه می‌شود.

تعریف مرکز سطح دوم (ب) ارایه خدمات

ممکن است در برخی مناطق که خدمات سطح دوم وجود دارد، ارجاع نوزاد به سطح سوم که بخش NICU دارد، به عللی در برخی فصول سال با مشکل مواجه باشد و یا مرکز سطح سوم به هر دلیلی برای مدتی محدود امکان پذیرش نداشته باشد، لازم است تا زمانی که امکان ارجاع نوزاد فراهم می‌گردد، برخی مراقبت‌های ویژه نوزادان در این بیمارستان‌ها قابل انجام باشد. لذا این بیمارستان‌ها همان سطح دوم تلقی شده و تعریف آنها مشابه آن چیزی است که در قسمت قبل ارایه گردید به همراه امکان ارایه برخی خدمات ویژه بیشتر برای نوزادان نیازمند ارجاع.

تعریف مرکز سطح سوم ارایه خدمات

مراکز که علاوه بر امکانات سطح دوم، مجهز به ICU پیشرفته، CCU، NICU و MICU علاوه بر متخصصین موجود در سطح دوم دارای فوق تخصص پری‌ناتولوژی و فوق تخصص نوزادان و فوق تخصص جراحی کودکان است. بقیه تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها نیز بسته به نیاز جهت مشاوره فوری حضوری یا غیرحضوری در دسترس می‌باشند. فوق تخصص پری‌ناتولوژی و فوق تخصص نوزادان در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته در بقیه شیفت‌ها برای انجام مشاوره فوری در دسترس می‌باشند. این مراکز دارای اتاق عمل و بخش‌های بستری برای تخصص‌های فوق است. متخصص زنان و زایمان، متخصص بیهوشی و متخصص کودکان دوره دیده و یا فلوی نوزادان در این بیمارستان مقیم هستند و جراح اطفال در دسترس دائم قرار دارد. زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما، سزارین و زایمان‌های همراه با خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان تحت نظارت پری‌ناتولوژیست یا منحصراً توسط پری‌ناتولوژیست بسته به مورد انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط ماما یا دانشجویان پزشکی یا مامائی یا دستیاران زنان زیر نظر مربیان مربوطه و متخصصین زنان قابل انجام است. انجام سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد مانند بیمارستان‌های غیر آموزشی است. ویزیت نوزاد بدحال در بیمارستان‌های سطح سوم در موارد اورژانسی در شیفت صبح توسط متخصص کودکان دوره دیده یا فلوی نوزادان به همراهی فوق تخصص نوزادان و در بقیه شیفت‌ها تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان انجام می‌شود. نوزاد بدحال غیر اورژانسی توسط متخصص کودکان دوره دیده یا فلوی نوزادان تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان ویزیت می‌شود. ویزیت نوزاد بلافاصله پس از تولد نیز مانند مورد اخیر انجام می‌گیرد با این تفاوت که تنها موارد دارای مشکل باید به فوق تخصص نوزادان اطلاع داده شوند. به دلیل محدودیت تعداد و تجهیزات موجود در این سطح بیمارستانی و لزوم پرداختن این سطح به موارد فوق تخصصی می‌توان پس از بررسی‌های لازم، در صورت صلاحدید، مادر و یا نوزاد را پس از بهبودی اولیه برای ادامه اقدامات لازم به سطوح پائین‌تر ارجاع داد.



آشنایی با مجموعه

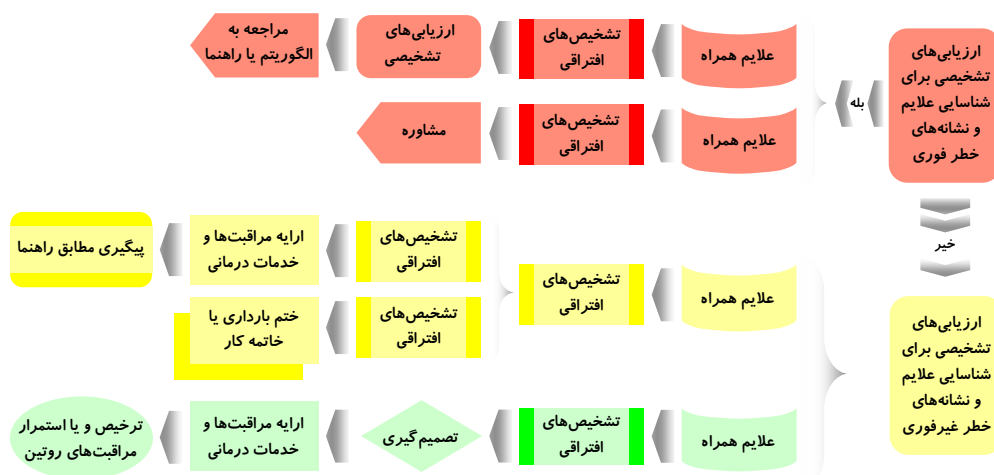
این مجموعه با هدف استاندارد سازی خدمات تخصصی مامایی و زایمان در سه بخش کلی بارداری، زایمان و پس از زایمان به تفکیک مراقبت روتین و ویژه تدوین شده است. به طور مثال بخش بارداری با جدول مراقبت های روتین پیش از بارداری و بارداری شروع می شود. ستون اول این جدول مربوط به نوع مراقبت ها و ستون های بعدی مربوط به پیش از بارداری و دفعات و زمان مراقبت های بارداری است. در اکثر خانم های باردار که خدمات معمول دوره ای را دریافت می کنند، بارداری خود را به سلامت طی می کنند ولی گاهی مادر نیازمند مراقبت ویژه است یا اینکه با یک عارضه مشخص به بیمارستان ارجاع می شود. در این مجموعه پروتکل های مراقبت ویژه بر حسب نوع برخورد با عارضه به صورت الگوریتم یا راهنما (متنی، چارتی) نمایش داده شده است. در بخش زایمان علاوه بر مراقبت های معمول و ویژه حین زایمان به مباحثی در مورد روش های بی درد دارویی و کاهش درد غیر دارویی اشاره شده است. در این بخش اقدامات برخی خانه ها به راهنما ارجاع شده است (مثلاً انجام مانورهای خروج جفت- راهنمای ۱۶) که بعد از مباحث اداره زایمان آورده شده است. راهنماها شامل گرفتن شرح حال، توجه به حالات مادر، معاینه، مادران پرخطر، ملاحظات هنگام بستری، کنترل علائم حیاتی، کنترل صدای قلب جنین، ... می باشد.

ویژگی های الگوریتم و راهنما

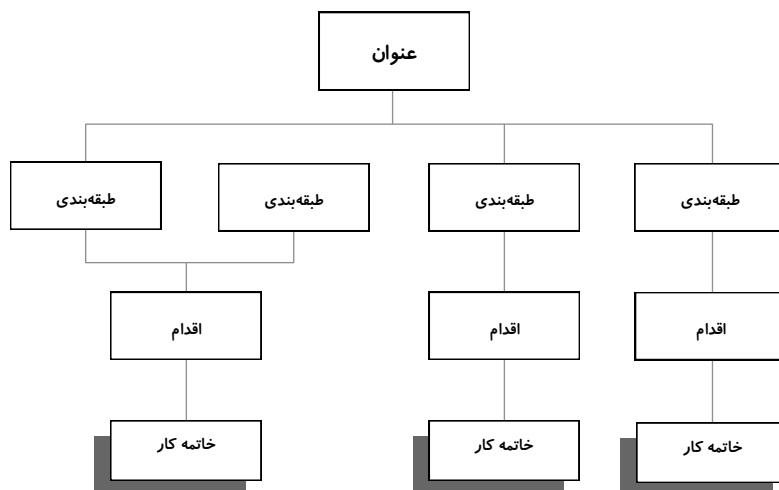
- نماد های متفاوتی در الگوریتم وجود دارد که هر یک مفهوم خاصی دارد.
- سه رنگ قرمز، زرد و سبز با مفاهیم متفاوت در الگوریتم ها دیده می شود.
- جداول ضمیمه هر الگوریتم که شرح کلی اقدامات، داروهای مورد نیاز، آزمایش ها، اندیکاسیون های بستری، درمان دارویی و جراحی، ختم بارداری و ... مورد نیاز برای مقابله با عارضه است.

تعریف رنگ ها

رنگ قرمز: مادر باید به فوریت و بدون از دست دادن وقت بستری و اقدامات لازم انجام شود.
رنگ زرد: مادر باید بستری شود ولی زمان برای انجام اقدامات اولیه، گرفتن شرح حال، انجام آزمایش ها و ... وجود دارد. در مواردی که به دنبال بررسی ها احتمال بستری مادر وجود دارد از رنگ زرد استفاده می شود.
رنگ سبز: مادر نیاز به بستری ندارد و عارضه به صورت سرپایی درمان می شود.



راهنماها به دو شکل متن و چارت است و چارت ها به صورت آبهشاری طراحی شده است.



اصول کلی

- همیشه رنگ قرمز بر رنگ زرد و رنگ زرد بر رنگ سبز مقدم است. یعنی باید هر مادر ابتدا ارزیابی شده و سپس بر اساس رنگ گروه بندی و اقدامات متناسب با اولویت رنگ انجام شود.
- در صورت وجود چند علامت همزمان در مادر، پروتکل های مربوطه را مرور کنید و اقدامات مورد نظر را بر اساس اولویت رنگ انجام دهید. به طور مثال: برای مادری که تب دارد و در زمان بررسی متوجه دیابت بارداری وی شده اید، هر دو پروتکل را مرور کرده و با توجه به علائم همراه، علت تب را تعیین و بر اساس رنگ در مورد بستری و یا درمان آن تصمیم گیری کنید. همچنین سلامت مادر و جنین را بر اساس راهنمای دیابت بارداری در کنار درمان علت تب بررسی نمایید.
- اگر مادر high risk به دلیل کمبود وقت و یا مشکلات انتقال، در بیمارستانی با امکانات کمتر (از نظر سطح خدمت)، بستری گردد، می بایست در مورد شرایط بیمارستان با مادر و خانواده وی مشاوره شود.
- پس از زایمان در صورتی که نوزاد نیاز به ارجاع دارد، متعاقب انجام عملیات احیا و تثبیت شرایط نوزاد طبق دستور عمل سطح بندی خدمت، انتقال انجام شود.
- در صورت ابتلا مادر به بیماری عفونی در زمان زایمان با مرکز کنترل عفونت بیمارستان مشاوره و به متخصص کودکان اطلاع داده شود.
- در بخش زایمان چگونگی ارائه خدمات مانند کنترل علائم حیاتی، معاینه واژینال، کنترل انقباضات و قلب جنین و ... بر اساس راهنماها ارائه گردد.
- پس از بستری مادر کم خطر (low risk) حین زایمان، شیو، انما، گرفتن رگ و وصل کردن سرم، القای زایمانی (اینداکشن یا استیمولیشن)، خواباندن مادر و ... به صورت معمول انجام نمی شود. مگر مادر شرایط استفاده از موارد گفته شده را داشته باشد. حمایت مادر از طریق معرفی پرسنل، رفتار محبت آمیز، آگاه کردن از روند لیبر و زایمان، پاسخ به سئوالات در مراحل مختلف و ... از نکات مهم در ارائه خدمت است. به راهنمای ملاحظات هنگام بستری توجه شود.
- مادر می تواند در لیبر راه برود و در هر وضعیتی که احساس راحتی می کند، قرار گیرد. تمریناتی که در دوران بارداری آموزش دیده (آرام سازی، تمرینات اسکلتی-عضلانی، تجسم مثبت، تمرکز و تکنیک های تنفس برای کاهش درد) را با کمک همراه آموزش دیده انجام دهد.
- همراه آموزش دیده می تواند در تمام مراحل زایمان، مادر را همراهی کرده و با راهنمایی عامل زایمان به وی کمک کند.

پیش از بارداری و بارداری

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۴ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۴ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> مشخصات و شرح حال، نسبت خویشاوندی با همسر سابقه بارداری و زایمان قبلی و قاعدگی بیماری و ناهنجاری / اختلالات ژنتیکی اختلالات روانی / همسرآزاری رفتارهای پرخطر اعتیاد، مصرف سیگار، الکل مصرف یا حساسیت دارویی رژیم غذایی خاص 	<ul style="list-style-type: none"> مشخصات و شرح حال، وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، مصرف مکمل ها و گروه های غذایی سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی / اختلالات ژنتیکی، همسرآزاری، رفتارهای پرخطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل شکایات های شایع و علائم خطر، تروما آخرین روش پیشگیری از بارداری تعیین LMP و EDC و انجام سونوگرافی در صورت نیاز 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایات های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی حرکت جنین، تروما
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی (BMI) علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (قلب، تیروئید، ریه، پستان و...) معاینه دهان و دندان معاینه واژن و لگن 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی (BMI) و ترسیم منحنی وزن گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاینه فیزیکی (قلب، تیروئید، ریه، پستان و...) دهان و دندان معاینه واژن و لگن 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه گیری وزن و ترسیم منحنی وزن گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی معاینه چشم، اندام ها و صورت و پوست (از نظر وجود ادم، آنمی، بثورات پوستی) / معاینه دهان و دندان شنیدن صدای قلب جنین
آزمایشها یا بررسی های تکمیلی	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, HBsAg, TSH, پاپ اسمیر، تیترا آنتی بادی ضد سرخچه و واریسلا (در صورت نیاز)، HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)	VDRL, HIV, CBC, BG, Rh, U/A, U/C, Crea, (در رفتارهای پرخطر)، HBsAg (در صورت نیاز)، توبت اول کومبس غیر مستقیم، GCT (در مادر در معرض خطر دیابت، فشار خون مزمن و PCO)، پیشنهاد برای غربالگری تریزومی	سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری (ترجیحاً هفته ۱۸ بارداری) - پیشنهاد برای آزمایش quadruple در هفته های ۱۵ تا ۲۰ بارداری برای تشخیص سندرم داون و نقص لوله عصبی
آموزش و مشاوره	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی و روان / جنسی / دهان و دندان / تغذیه / مکمل های دارویی / شغل سخت و سنگین عدم مصرف خودسرانه داروها، مواد مخدر، سیگار و دخانیات / الکل تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز) زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن ثبت دقیق تاریخ قاعدگی ها 	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی و روان / بهداشت جنسی / بهداشت دهان و دندان / تغذیه / مکمل های دارویی عدم مصرف سر خود داروها / مواد مخدر / داروی مخدر، سیگار و دخانیات / الکل علائم خطر / شکایات های شایع مشاوره و توصیه برای غربالگری بیماری های کروموزومی تاریخ مراجعه بعدی معرفی کلاسهای آمادگی برای زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی / دهان و دندان تغذیه / مکمل های دارویی علائم خطر / شکایات های شایع شیردهی عدم مصرف مواد مخدر / داروی مخدر، سیگار و دخانیات / الکل توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان تاریخ مراجعه بعدی
مکمل دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری) روزانه به میزان ۴۰۰ میکروگرم و در بارداری های با سابقه ناهنجاری عصبی روزانه به میزان ۴ میلی گرم		از شروع هفته ۱۶ بارداری، آهن (۶۰ میلی گرم) و مولتی ویتامین روزانه یک قرص تا پایان بارداری و ادامه اسید فولیک
ایمنسازی	توأم / سرخچه / هپاتیت ب در صورت نیاز	توأم و واکسن آنفلوآنزا در صورت نیاز	

مراقبت ۴ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تعیین سن بارداری/ توجه به تاریخ تقریبی زایمان - اختلالات روانی / همسرآزاری - مصرف مکمل ها و گروه های غذایی - حرکت جنین، تروما 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تعیین سن بارداری/ توجه به تاریخ تقریبی زایمان - اختلالات روانی / همسرآزاری - مصرف مکمل ها و گروه های غذایی - حرکت جنین، تروما - علائم PTL, PIH 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر/ شکایت های شایع (با تاکید بر سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط) - تعیین سن بارداری - اختلالات روانی / همسرآزاری - مصرف مکمل ها و گروه های غذایی - حرکت جنین، تروما - علائم PTL 	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین - اندازه گیری وزن، ترسیم منحنی وزن گیری - علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی - معاینه شکم (لئوپولد) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین - اندازه گیری وزن، ترسیم منحنی وزن گیری - علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی - معاینه شکم (لئوپولد) 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی از نظر ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین - اندازه گیری وزن، ترسیم منحنی وزن گیری - علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی - معاینه دهان و دندان 	معاینه بالینی
	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری در صورت نیاز و بر اساس اندیکاسیون	CBC, GCT, U/A, نوبت دوم کومیس غیر مستقیم در مادر RH منفی با همسر RH مثبت	آزمایشها یا بررسی های تکمیلی
<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر، شکایت های شایع - تغذیه / مکمل های غذایی - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ مسافرت/ فعالیت جنسی - علائم زایمانی - فواید زایمان ایمن، آمادگی برای زایمان و تعیین محل آن - شیردهی / تنظیم خانواده/ مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر، شکایت های شایع - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ اشتغال و فعالیت/ تغذیه/ مکمل های دارویی - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/ تنظیم خانواده/ مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد - عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر/ شکایت های شایع - تغذیه/ مکمل های دارویی - بهداشت فردی/ دهان و دندان/ شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - عدم مصرف خودسرانه دارو، مواد مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل - تاریخ مراجعه بعدی 	آموزش و مشاوره
از شروع هفته ۱۶ بارداری، آهن و مولتی ویتامین روزانه یک قرص تا پایان بارداری و ادامه اسید فولیک			مکمل دارویی
توأم و واکسن آنفلوآنزا در صورت نیاز			ایمنسازی

راهنمای مراقبت های پیش از بارداری

در صورتی که خانمی جهت بررسی سلامت قبل از بارداری خود مراجعه کند اقدام زیر برای وی باید انجام شود:

مصاحبه و تشکیل پرونده:

شرح حال و مشخصات، وضعیت سلامتی، وضعیت خونریزی قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه ابتلا به STI، سابقه رفتارهای پرخطر در زن و یا همسر، سابقه بیماری زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، بیماری تیروئید، سابقه بیماری ژنتیک در خانواده، نسبت خویشاوندی با همسر، سابقه بیماری های روانی در زن یا همسر، همسر آزاری، مصرف دارو و حساسیت دارویی، تماس با مواد شیمیایی و عفونی، وضعیت تغذیه مادر و سابقه بارداری ها و زایمان های قبلی، بررسی شود. ریسک فاکتورهای زایمان زودرس بررسی شود تا بتوان مداخله لازم قبل از بارداری انجام داد.

نکته ۱: - فاکتورهای خطر همسرآزاری و اعتیاد: سابقه همسرآزاری (هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد)، مشکلات زناشویی، مصرف مواد در همسر، افسردگی در فرد یا همسر

- فاکتورهای خطر وابستگی به مواد افیونی: دوره نوجوانی، افراد با شخصیت وابسته و ضعیف و ناسازگار، خانواده های آشفته، سابقه مصرف مواد در خانواده

نکته ۲: اختلالات روانی: (نیازمند مشاوره با روانپزشک)

- علائم خطر فوری: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

- علائم در معرض خطر: روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

- فاکتورهای خطر بیماری روانی شدید: سابقه افسردگی ماژور و سایکوز در فامیل و فرد، حوادث ناگوار متعدد اخیر و نارضایتی زناشویی

- فاکتورهای خطر بیماری روانی خفیف: مشکلات زناشویی، حوادث ناگوار زندگی (مرگ عزیزان، مشکلات مالی)، حاملگی زیر ۱۸ سال، سابقه قبلی بیماری روانی خفیف

معاینه بالینی:

معایناتی که در این مراقبت انجام می شود شامل: کنترل علائم حیاتی، اندازه گیری وزن و قد و تعیین BMI، معاینه کامل فیزیکی شامل بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی، بررسی پوست از نظر بثورات، لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید، سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال، معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح از پستان در خانم های بالای ۲۵ سال، لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده، بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

معاینه لگن و واژن: وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکلهای محسوس مانند راشییتسم، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می شود. معاینه واژینال به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمامم آن، وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات، انجام می شود.

آزمایش ها:

شمارش کامل خون، گروه خون، ارهاش، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، TSH، HbsAg و تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه و آنتی بادی واریسلا در کسانی که واکسینه نشده اند. در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در خانم یا همسرش تست VDRL و HIV انجام و فرد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود. پاپ اسمیر نیز لازم است قبل از بارداری طبق دستورالعمل انجام شود.

نکته: در صورتی که مادر high risk (سیگاری، مبتلا به بیماریهای مزمن ریوی قلبی و سابقه استفاده از کورتیکو استروئیدها در طی سه هفته گذشته و شاغل در بیمارستان، NICU، مهد کودک و مدارس) است و واکسن آبله مرغان در دسترس می باشد، واکسن تزریق شود.

آموزش ها:

ثبت تاریخ شروع سیکل های قاعدگی بسیار مهم است که باید به مادر یادآوری شود. تغذیه صحیح برای رسیدن به وزن ایده آل، بهداشت فردی، روانی و جنسی، بهداشت دهان و دندان، بهداشت محیط کار، مصرف دارو، منع استعمال دخانیات و کشیدن سیگار به مادر آموزش داده شود.

مصرف مکمل ها:

مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک ترجیحاً سه ماه قبل از بارداری توصیه می شود.

ایمنسازی:

واکسن توأم با توجه به جدول واکسیناسیون تزریق شود. واکسن سرخچه در صورت تیتراژ منفی آنتی بادی ضد سرخچه تزریق گردد که بهتر است در زمان قاعدگی فرد واکسینه شود و تا یک ماه بعد باردار نشود. در صورت بارداری نیاز به ختم بارداری نیست. واکسن هپاتیت نیز در صورت منفی بودن HbsAg تزریق شود.

* اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است مگر اینکه خانم مورد خاصی را بیان کرده باشد.

نکته مهم: در صورت وجود سابقه ابتلا به بیماری های زمینه ای و یا اختلال در نتیجه آزمایش ها مطابق با الگوریتم و راهنمای موجود در مراقبت های ویژه اقدام شود.

تعداد مراقبت ها:

در صورتی که مادر از سلامت کافی برخوردار است، پس از اولین ملاقات که معمولاً در هفته ۱۰ بارداری انجام می شود، ملاقات های بعدی می تواند به ترتیب بین هفته های ۲۰-۱۶، ۳۰-۲۶، ۳۴-۳۱، ۳۷-۳۵ و از هفته ۳۸ بارداری به بعد هر هفته انجام شود.

مصاحبه و تشکیل پرونده:

در اولین ملاقات: در صورت نبود علائم خطر فوری، شرح حال و مشخصات مادر، وضعیت خونریزی قاعدگی، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، سابقه بیماری زمینه ای مادر، سابقه بارداری ها و زایمان های قبلی، سابقه بیماری ژنتیک، سابقه رفتارهای پرخطر در زن و یا همسر، سابقه بیماری های روانی در زن یا همسر، مصرف دارو و حساسیت دارویی بررسی شود.
نکته: تعاریف همسرآزاری و علائم بیماری روانی در راهنمای مراقبت پیش از بارداری آمده است.

معاینه بالینی:

معایناتی که در هر بار مراقبت انجام می شود شامل کنترل علائم حیاتی، اندازه گیری وزن، اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری، شنیدن صدای قلب جنین، بررسی آنمی و ادم در اندام ها، لمس حرکات جنین. در اولین ملاقات: معاینه فیزیکی شامل بررسی اسکلازا از نظر زردی و ملتحمة چشم از نظر کم خونی، بررسی پوست از نظر وجود بثورات، لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول های تیروئید، سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال، معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان، لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده، بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو، اندازه گیری قد و تعیین BMI (تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری اعتبار دارد). انجام معاینه لگن و واژن در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری معاینه نشده است.

آزمایش ها:

در اولین ملاقات انجام آزمایش شمارش کامل سلولهای خون، گروه خون، ارهاش، کراتینین، کامل و کشت ادرار، کومبس غیر مستقیم مادر ضروری است. HbsAg در صورت نیاز انجام شود. در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم یا همسرش تست VDRL و HIV انجام شود و فرد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع شود.

در خانمی که سابقه مرده زایی، حداقل دو بار سقط خود به خود، دیابت در افراد درجه یک خانواده، تولد نوزاد ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه فشارخون مزمن، تخمدان پلی کیستیک، نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ در پیش از بارداری را دارد، باید آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز انجام شود. (اگر پیش از بارداری FBS کنترل نشده بود در اولین مراجعه بارداری BS کنترل شود).

انجام آزمایش **quadruple** در هفته های ۱۵ تا ۲۰ بارداری برای تشخیص سندرم داون و نقص لوله عصبی به مادران **پیشنهاد** می شود. انجام آمینوسنتز بستگی به شرایط بارداری دارد.

آزمایش های لازم در هفته ۲۸-۲۴ بارداری شامل: شمارش کامل سلولهای خون، کامل ادرار، GCT، نوبت دوم کومبس غیر مستقیم ترجیحاً در هفته ۲۸ بارداری انجام شود.

آموزش ها:

در ملاقات های مختلف در مورد بهداشت فردی، روانی و جنسی، بهداشت دهان و دندان، بهداشت محیط کار، مصرف دارو، منع استعمال دخانیات و کشیدن سیگار، اهمیت مراقبت های دوران بارداری، شکایت های شایع و علائم خطر بارداری، فواید زایمان طبیعی، شیردهی و آمادگی برای زایمان به مادر آموزش داده شود.

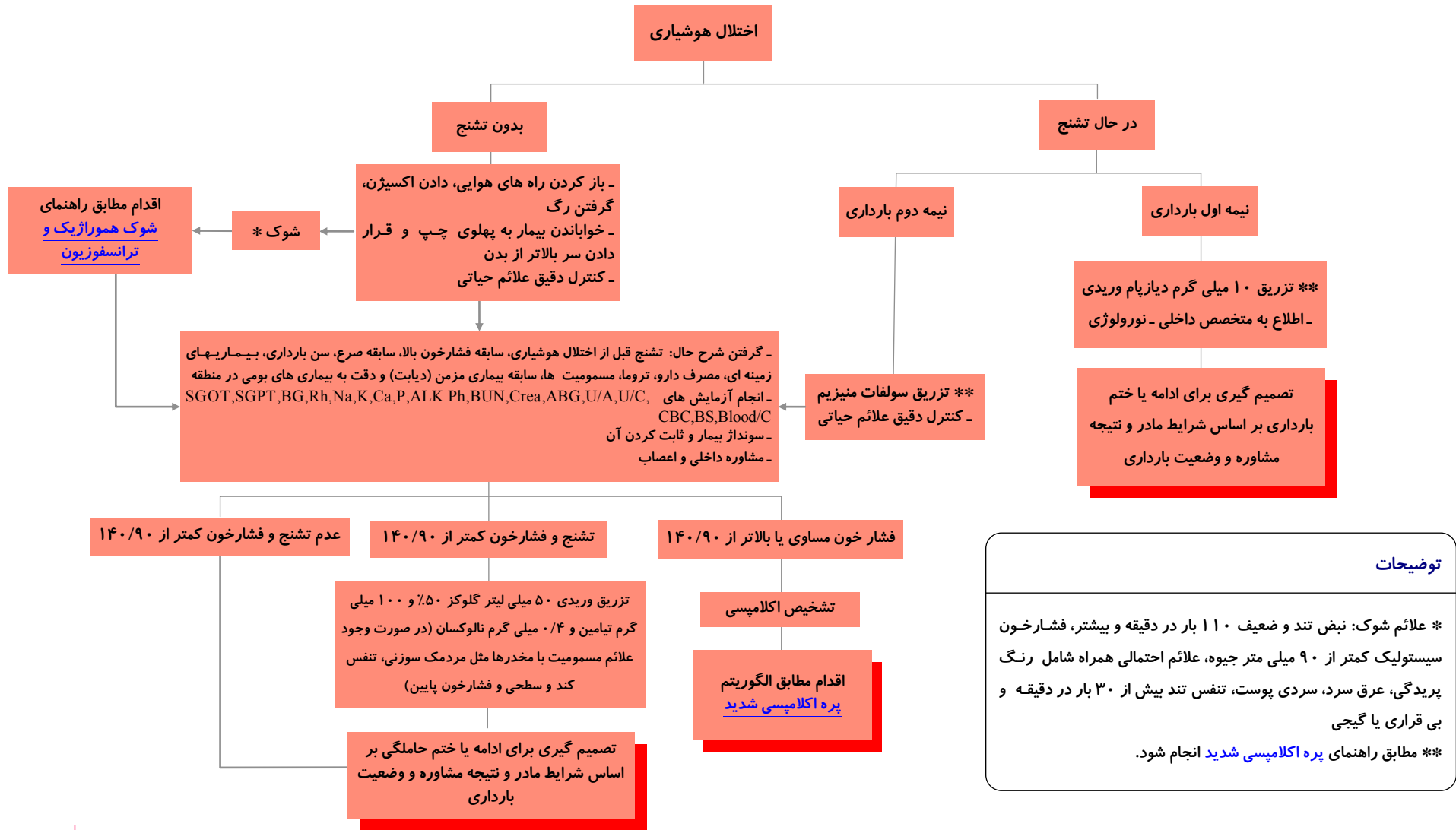
مصرف مکمل ها:

مادر باید از ابتدا تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص اسید فولیک مصرف نماید. از شروع هفته ۱۶ بارداری نیز روزانه قرص آهن (۶۰ میلی گرم) و مولتی ویتامین مورد نیاز است.

ایمنسازی: تزریق واکسن توأم طبق جدول واکسیناسیون انجام شود و آمپول روگام از هفته ۳۰ تا ۳۶ بارداری (ترجیحاً هفته ۲۸ بارداری) در صورت نیاز تزریق شود.

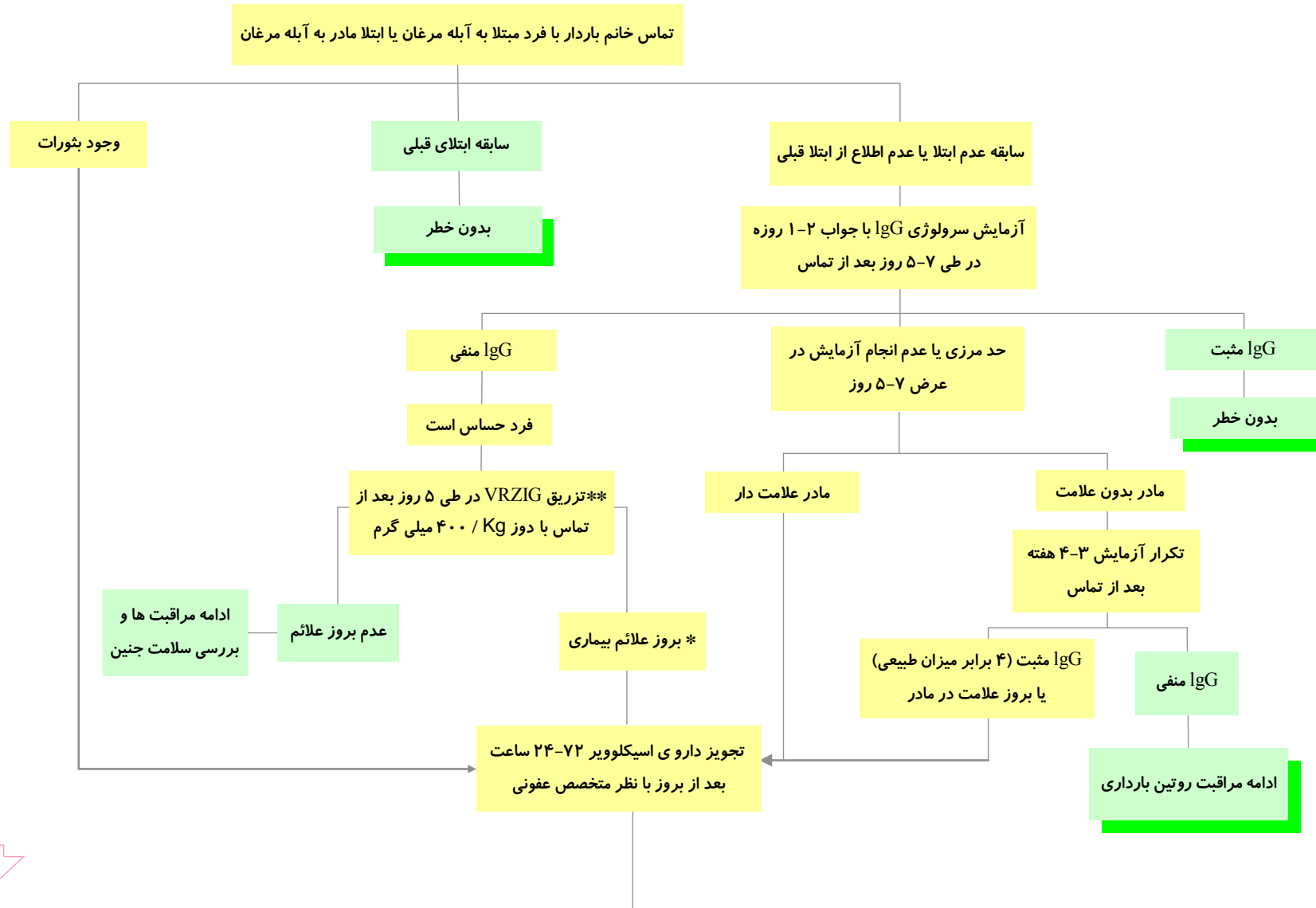
نکته مهم: در صورت وجود علائم خطر مادری یا جنینی در بارداری و یا اختلال در نتیجه آزمایش ها مطابق با الگوریتم و راهنماهای موجود در مراقبت های ویژه اقدام شود.

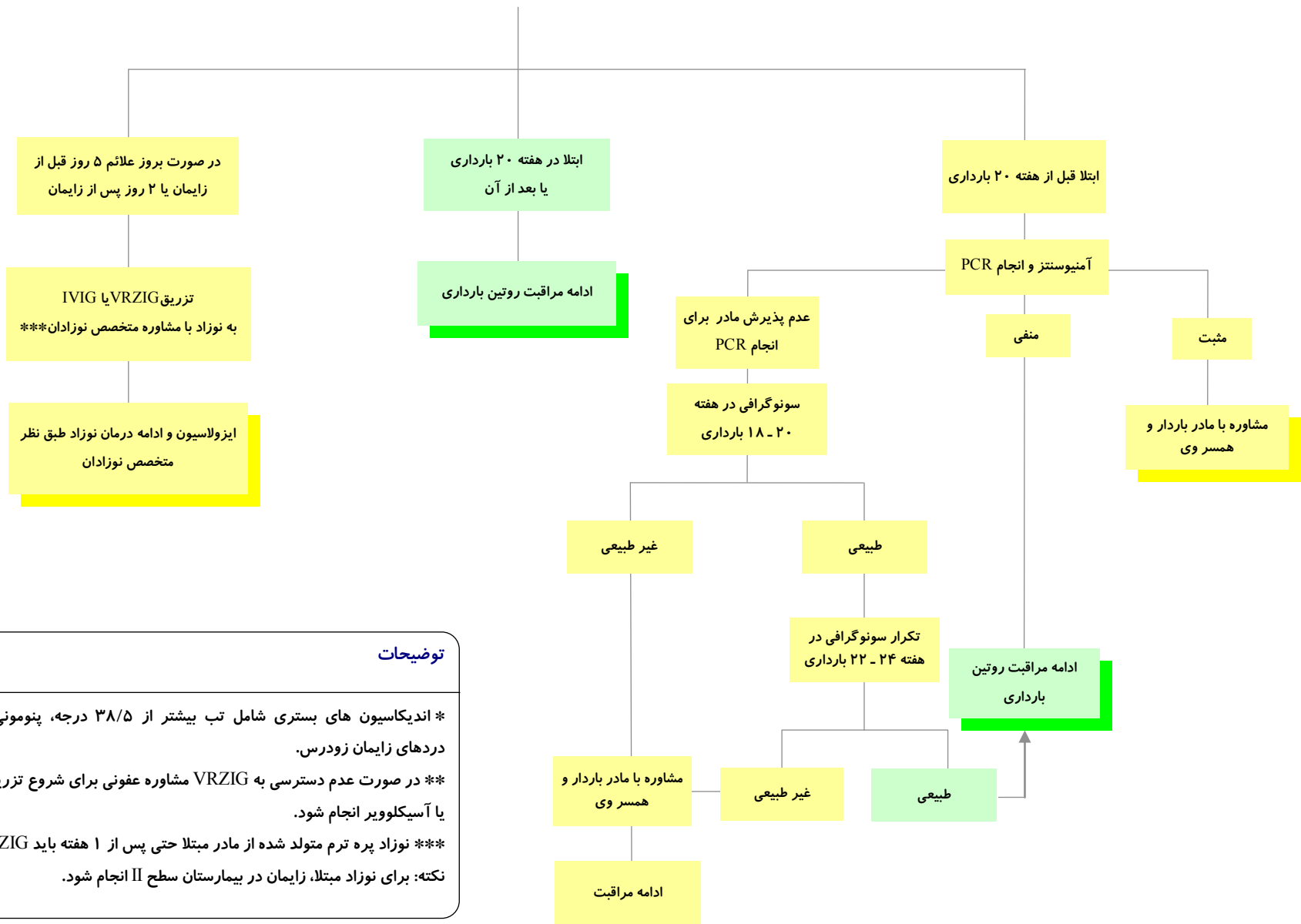
مراقبت‌های ویژه بارداری





شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی سوابق بیماری های قلبی، کبدی و کلیوی مادر	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی (فشارخون)، اندازه گیری وزن و مقایسه با وزن قبلی، معاینه قلب و ریه (نارسایی قلبی)، تیروئید (علائم هیپوتیروئیدی)، معاینه شکم (ادم در شکم)، بررسی اندام (ادم، درد، نبض و تغییر رنگ اندام)، زردی	معاینه
پره اکلامپسی، ترومبوز ورید عمقی، بیماری زمینه ای با نظر پزشک متخصص مربوطه	اندیکاسیون بستری
CBC، پروتئین ادرار، آزمایش های بررسی عملکرد کلیه، تیروئید و تست های کبدی (با نظر پزشک متخصص مربوطه)	پاراکلینیک
مطابق الگوریتم مربوطه	تصویربرداری
مطابق الگوریتم مربوطه	سایر تست های تشخیصی
مطابق با تشخیص	درمان دارویی
مطابق با تشخیص	انديکاسيون
مطابق با تشخیص	انديکاسيون
مطابق با تشخیص	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
مطابق با تشخیص	انديکاسيون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
با توجه به وضعیت بیمار و مطابق تشخیص	انديکاسيون ترخيص
مطابق با تشخیص	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، قلب، گوارش	سایر اقدامات





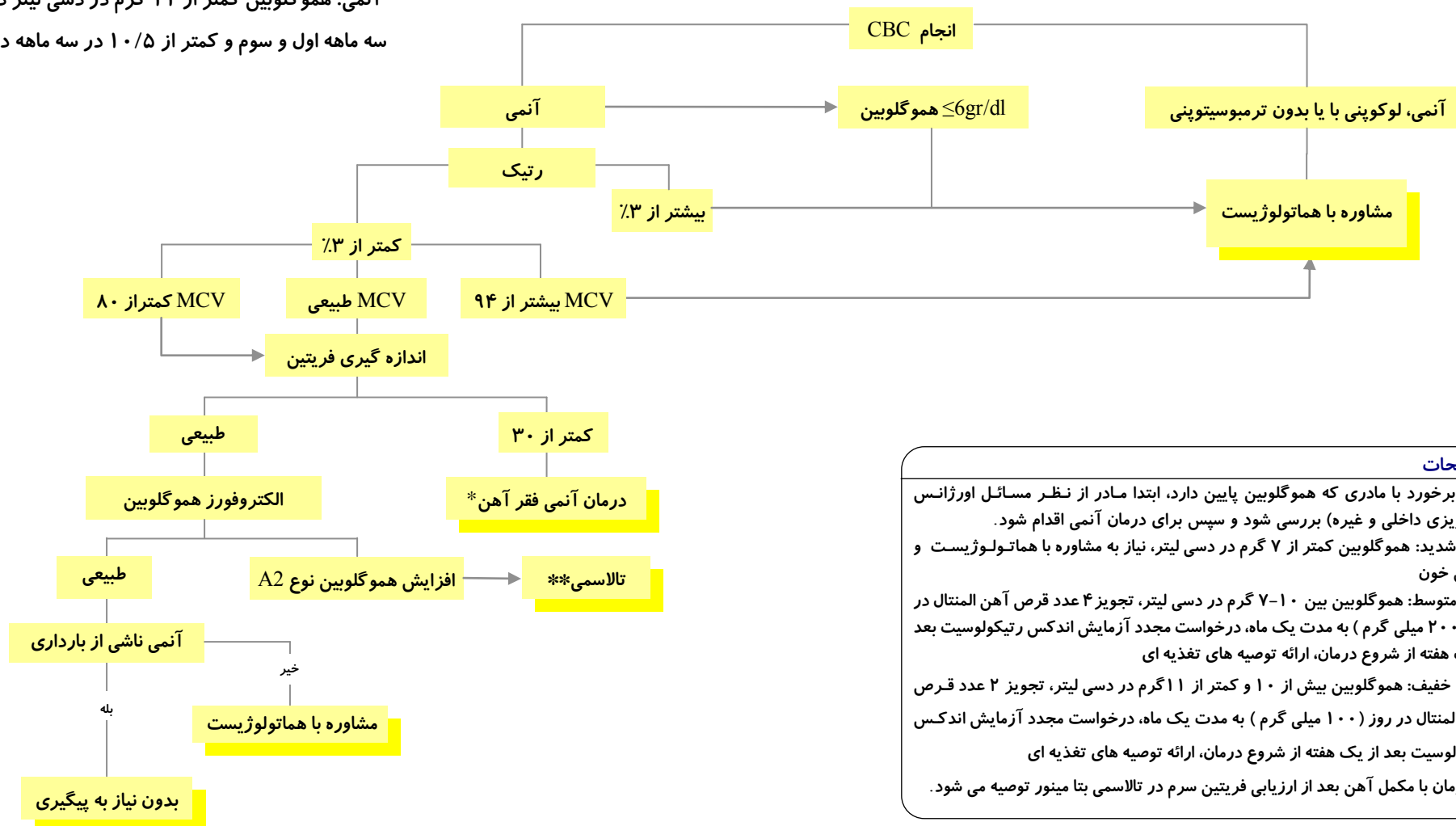
توضیحات

* اندیکاسیون های بستری شامل تب بیشتر از ۳۸/۵ درجه، پنومونی، آنسفالیت، دردهای زایمان زودرس.

** در صورت عدم دسترسی به VRZIG مشاوره عفونی برای شروع تزریق IVIG یا آسیکلوویر انجام شود.

*** نوزاد پره ترم متولد شده از مادر مبتلا حتی پس از ۱ هفته باید VRZIG بگیرد. نکته: برای نوزاد مبتلا، زایمان در بیمارستان سطح II انجام شود.

آنمی: هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر در سه ماهه اول و سوم و کمتر از ۱۰/۵ در سه ماهه دوم



توضیحات

* در برخورد با مادری که هموگلوبین پایین دارد، ابتدا مادر از نظر مسائل اورژانس (خونریزی داخلی و غیره) بررسی شود و سپس برای درمان آنمی اقدام شود.
 آنمی شدید: هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر، نیاز به مشاوره با هماتولوژیست و تزریق خون
 آنمی متوسط: هموگلوبین بین ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر، تجویز ۴ عدد قرص آهن المنتال در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه، درخواست مجدد آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان، ارائه توصیه های تغذیه ای
 آنمی خفیف: هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر، تجویز ۲ عدد قرص آهن المنتال در روز (۱۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه، درخواست مجدد آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان، ارائه توصیه های تغذیه ای
 **درمان با مکمل آهن بعد از ارزیابی فریتین سرم در تالاسمی بتا مینور توصیه می شود.

قبل از بارداری

- مادر به متخصص قلب جهت مشاوره و اخذ مجوز بارداری ارجاع شود.
- در صورت امکان بهبودی کامل یا نسبی، بیمار قبل از بارداری درمان شود و از روش های پیشگیری از بارداری مناسب تا زمان بهبودی استفاده نماید.
- توصیه به عدم بارداری در بیماران قلبی که بارداری برای آنها خطر جانی دارد.

در دوران بارداری

- مشاوره با متخصص قلب در مورد ادامه بارداری، درمان های مربوطه و یا نیاز به جراحی در زمان بارداری
- ویزیت مرتب بیمار بر اساس نظر کاردیولوژیست و متخصص زنان
- انجام سونوگرافی سه ماهه اول برای پی بردن به سن دقیق حاملگی
- توصیه به اکوکاردیوگرافی جنین در سن حاملگی ۲۲ - ۲۰ هفته. در موارد ابتلای مادر به بیماریهای مادرزادی قلبی یا بیماری های کلاژن واسکولار در صورت وجود امکانات بارداری حفظ شود.
- بررسی سونوگرافی سریال جنین از نظر IUGR و حجم مایع آمنیوتیک (پس از هفته ۲۶ در بیماران کلاس ۳ و ۴ قلبی و یا بیماری قلبی سیانوتیک)

سایر اقدامات لازم:

- توجه به علائم خطر مانند سر درد، تنگی نفس همراه با سرفه و خلط، توصیه به محدود کردن فعالیت بدنی، استراحت بعد از هر وعده غذا و حداقل ۱۰ - ۸ ساعت خواب شبانه، تنظیم رژیم غذایی کم نمک و پرهیز از چاقی، ترک سیگار (در معتادان به مواد مخدر به ویژه کوکائین امکان بروز حوادث قلبی بیشتر است).
- توصیه به مصرف منظم و صحیح دارو های قلبی و عروقی تجویز شده
- کنترل عفونت ها (به خصوص عفونت ادراری و عفونت تنفسی)
- پروفیلاکسی تب روماتیسمی و اندوکاردیت باکتریال در صورت لزوم
- تجویز واکسن پنوموکوک و آنفلونزا ترجیحاً قبل از بروز فصلی بیماری و بدون توجه به سن حاملگی
- تجویز استروئید و توکولیتیک با توجه به شرایط مادر و جنین
- کنترل فشار خون مزمن و بررسی از نظر بروز فشارخون ایجاد شده در حاملگی و کنترل و درمان آن
- درمان بیماری های زمینه ای مثل آنمی، بیماری تیروئید و...
- بستری در صورت بروز نارسایی قلبی (رال های مداوم در قاعده ریه همراه با سرفه، کاهش توانایی در انجام کارها، افزایش تنگی نفس در فعالیت ها، خلط خونی، تاکیکاردی و ادم پیشرونده) یا بیماری های عفونی
- تغییر روش درمان ضد انعقادی با نظر متخصص قلب (در صورت مصرف وارفارین). حداقل در هفته ۱۲ تا ۶ و بعد از هفته ۳۶ بارداری باید هپارین جایگزین وارفارین شود.
- مشاوره با کاردیولوژیست و متخصص بیهوشی جهت زمان ختم بارداری و محل زایمان
- تأکید به مادر در مورد انجام دستورات پزشک معالج و مراجعات مرتب برای دریافت مراقبت در ۴ هفته آخر بارداری و زایمان در بیمارستان مجهز (سطح III)
- آموزش برای پرهیز از تماس با افراد مبتلا به عفونت های تنفسی
- توجه به سابقه نارسایی قلبی، حمله ایسکمیک گذرا، آریتمی یا سگته مغزی، بیماری قلبی کلاس III یا IV و یا سیانوز، انسداد قلب چپ (سطح درجه میترال کمتر از ۲ سانتی متر، سطح درجه آئورت کمتر از ۱/۵ سانتی متر مربع و حداکثر گرادیان بطن چپ بیشتر از ۳۰ میلی متر جیوه)، Ejection fraction کمتر از ۴۰٪ در کنترل ادم ریه، ایست قلبی و مرگ اهمیت دارد.**

ارزیابی علائم اورژانس:

- ✓ علائم شوک
- ✓ تب
- ✓ خونریزی شدید واژینال
- ✓ تدرنس رحمی
- ✓ دیسترس جنینی

۱



بله

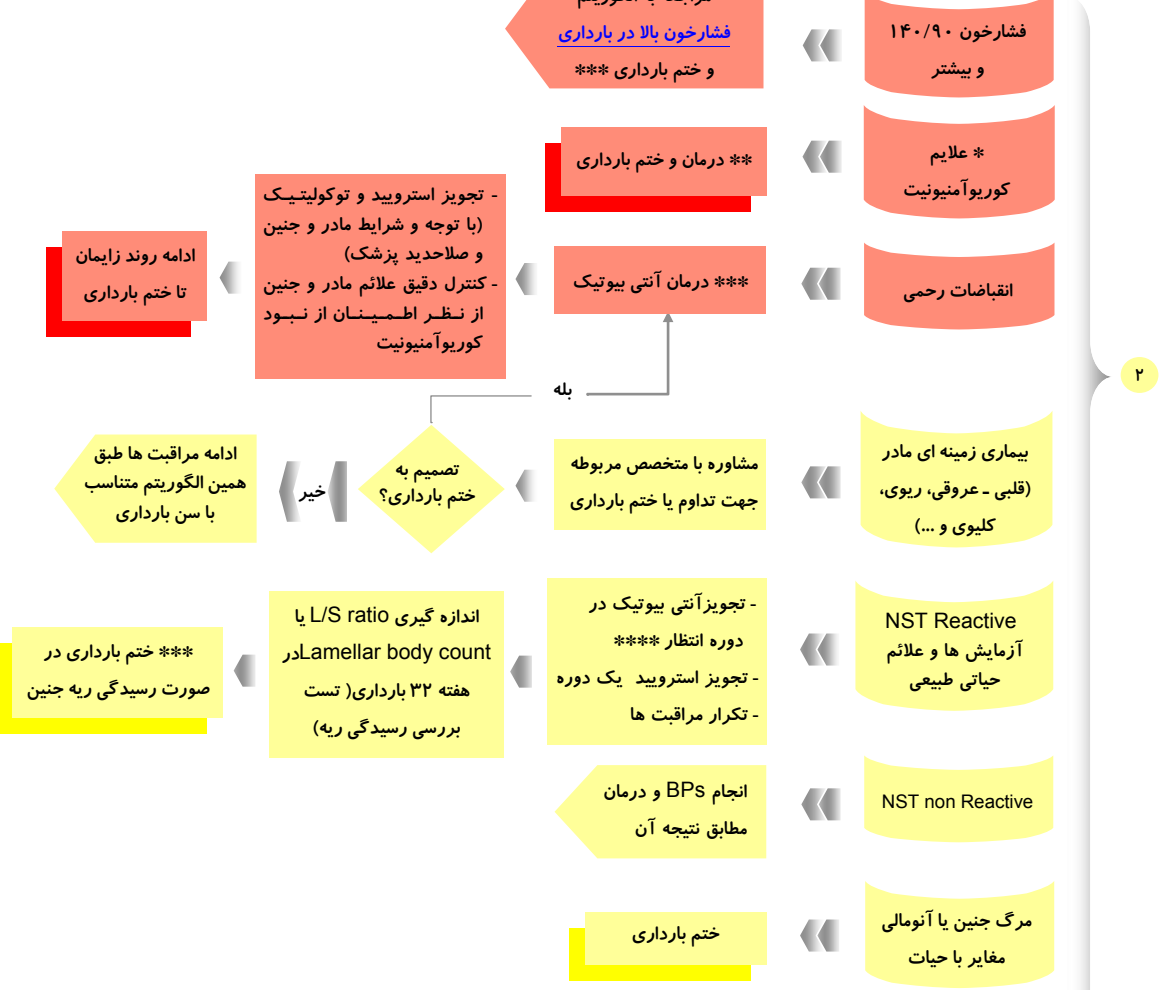


- ✓ اخذ شرح حال و سابقه بیماری های مادر
- ✓ تعیین سن حاملگی
- ✓ معاینه واژینال با اسپکولوم جهت مشاهده بند ناف و کیفیت مایع دفع شده
- ✓ بررسی سونوگرافی قبلی مادر جهت تایید سن حاملگی و وجود آنومالی

۲

توجه: زیر ۲۵ هفته بارداری در صورت وجود مایع و نبود عفونت و آنومالی در جنین، ۴۸ ساعت مهلت داده می شود. اگر مایع جمع نشد، ختم بارداری داده می شود.

ادامه



توضیحات

*** علائم کوریوآمیونیت:**

پارگی کیسه آب به همراه حداقل دو علامت زیر، کوریوآمیونیت محسوب می شود:
ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه، تندرns رحمی، نبض مادر بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه، حرارت بدن بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد، ترشحات بدبو و تعداد گلبول های سفید بیش از ۱۵۰۰۰ یا Rising آن.

*** * درمان کوریوآمیونیت:**

در موارد ختم بارداری به طریق زایمان واژینال: تزریق آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۲ mg/kg وریدی دوز اولیه و سپس ۱/۵ mg/kg هر ۸ ساعت در موارد ختم بارداری به طریق سزارین: کلیندامایسین با دوز اولیه ۹۰۰ میلی گرم و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۲ mg/kg دوز اولیه و سپس ۱ mg/kg هر ۸ ساعت درمان آنتی بیوتیکی تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب و بهبود علائم بالینی ادامه یابد.
در صورت حساسیت مادر به پنی سیلین، از وانکومایسین استفاده شود.

*** * * درمان آنتی بیوتیکی در زمان ختم بارداری:**

زیر هفته ۳۷ بارداری تجویز ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت (۴۸ ساعت اول وریدی و ۵ روز بعد خوراکی)
از هفته ۳۷ بارداری به بعد تجویز ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت تا زمان زایمان در صورتی که بیش از ۱۸ ساعت از پارگی کیسه آب گذشته باشد.

*** * * * درمان آنتی بیوتیکی در دوره انتظار:**

در ۴۸ ساعت اول تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی هر ۶ ساعت تا دو روز و سپس آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی هر ۸ ساعت و اریترومایسین به میزان ۴۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت تا پایان هفته اول.

نکته ۱: NST در هفته های ۲۵ تا ۲۸ بارداری قابل تفسیر نیست.

نکته ۲: در صورت نیاز به تجویز کورتیکواستروئید مطابق راهنمای [توکولیتیک](#)

نکته ۳: در صورت القا زایمانی مادر، اگر بیش از ۱۲ ساعت در فاز نهفته باقی ماند ختم بارداری به روش سزارین انجام شود.

شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه بیماری های زمینه ای مادر (قلبی، ریوی، دیابت، ...)، بررسی سونوگرافی های قبلی جهت تایید سن بارداری و وجود آنومالی، تعیین سن بارداری	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی و علائم شوک، معاینه واژینال با اسپکولوم جهت کیفیت مایع دفع شده و مشاهده بند ناف، بررسی ترشحات بدبو و چرکی رحمی، معاینه شکم از نظر تندرns و انقباضات رحمی، شنیدن صدای قلب جنین	معاینه
تمام موارد	اندیکاسیون بستری
U/A، U/C، CBC، CRP، کشت ترشحات سرویکس و L/S ratio و lamellar body count	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویربرداری
NST , BPS	سایر تست های تشخیصی
آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت، جنتامایسین ۱ mg/kg هر ۸ ساعت، استروئید (۲ دوز بتامتازون ۱۲ میلی گرم عضلانی به فاصله ۲۴ ساعت) و توکولیتیک، کلیندامایسین با دوز اولیه ۹۰۰ میلی گرم و سپس ۶۰۰ میلی گرم، اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت، آموکسی سیلین هر ۸ ساعت ۵۰۰ میلی گرم خوراکی	درمان دارویی
متناسب با سن بارداری و وضعیت جنین توقف دردهای زایمانی، درمان کوریوآمنیونیت	اندیکاسیون
ختم بارداری	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل
اکسیژن تراپی، دادن مایعات فراوان، آگاه نمودن زوجین از عوارض ادامه بارداری، آموزش علائم عفونت	درمان غیر دارویی و آموزش ها
دیسترس جنینی، سن حاملگی، عفونت	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
Stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
بررسی بهبود علائم کوریوآمنیونیت	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، مشاوره با زوجین	سایر اقدامات

پره اکلامپسی

پره اکلامپسی: فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ به همراه پروتئین اوری .
پروتئینوری ممکن است دیرتر از هیپرتانسیون بروز کند.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:

- ✓ تشنج
- ✓ افزایش فشارخون به میزان ۱۶۰/۱۱۰ و بیشتر
- با یا بدون:
 - ✓ سردرد مداوم
 - ✓ تاری دید مداوم
 - ✓ درد اپیگاستر مداوم
 - ✓ رال در سمع ریه (ادم ریه)



خیر

پره اکلامپسی خفیف



- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
- ✓ شنیدن صدای قلب جنین
- ✓ اندازه گیری وزن

بله

پره اکلامپسی شدید
یا اکلامپسی

مراجعه به راهنمای
پره اکلامپسی شدید

(الف)

- ✓ بررسی دقیق فشارخون هر ۴ ساعت یک بار (به جز نیمه شب تا صبح)
- ✓ کنترل حرکت جنین (روزانه)
- ✓ جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته (یک بار در هفته)
- ✓ اندازه گیری پروتئینوری حداقل یک روز در میان
- ✓ اندازه گیری CBC، کراتینین، آنزیم های کبدی، LDH (دو بار در هفته)
- ✓ سونوگرافی سریال برای رشد جنین (هر ۲ هفته یک بار)
- ✓ بررسی سلامت جنین با BPS یا AFI و NST ۱-۲ بار در هفته (فاصله انجام تست بستگی به سن حاملگی، شدت بیماری، شدت FGR، حجم مایع آمنیوتیک و تغییرات داپلر دارد).
- ✓ توزین روزانه *

- افزایش فشارخون به میزان ۱۶۰/۱۱۰ یا بیشتر
- بروز پروتئینوری به میزان ۲ گرم یا بیشتر
- کراتینین بیش از ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر
- ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰
- افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین **

۱

۲

۳

۴

۵

۶

۷

پروتئینوری +۱ یا بیشتر

نتیجه غیرطبیعی BPS یا NST

کاهش حرکت جنین

کاهش رشد جنین

فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ به همراه نتیجه طبیعی آزمایش ها و رشد مناسب جنین

نتیجه طبیعی آزمایش ها و جنین مرده

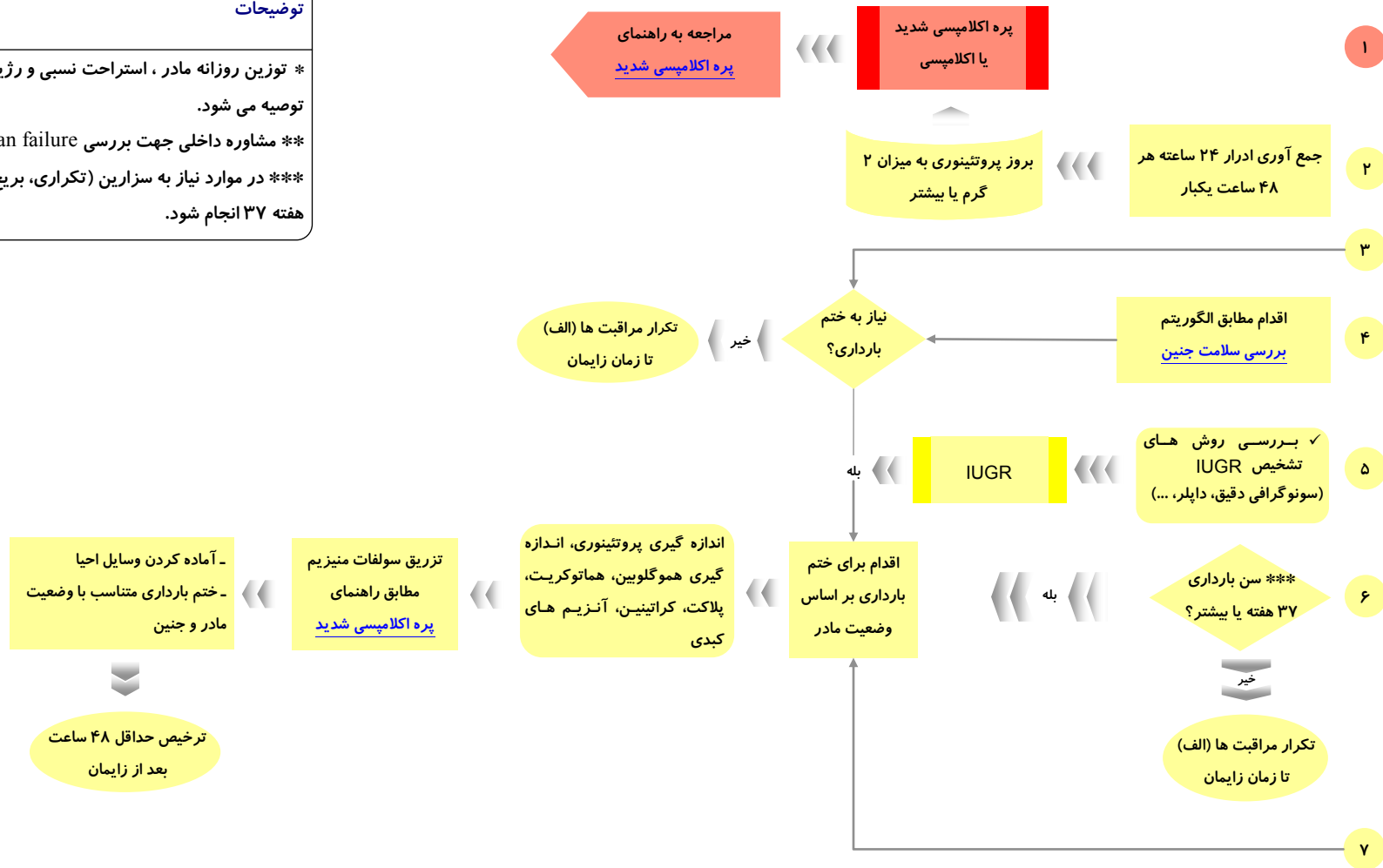
ادامه

توضیحات

* توزین روزانه مادر، استراحت نسبی و رژیم پر پروتئین توصیه می شود.

** مشاوره داخلی جهت بررسی end organ failure

*** در موارد نیاز به سزارین (تکراری، بریج، ...) پس از هفته ۳۷ انجام شود.



شرح اقدام	نوع اقدام
تشنج، سر درد، تاری دید، درد اپی گاستر	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی، معاینه کبد، سمع قلب و ریه، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، بررسی رشد جنین و تعیین سن بارداری، فشار خون نیمه نشستگه گرفته شود	معاینه
پره اکلامپسی	اندیکاسیون بستری
پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته، اوره، کراتینین، CBC، آنزیم های کبدی، LDH	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
بررسی سلامت جنین با NST، AFI، BPS، داپلر	سایر تست های تشخیصی
مطابق با راهنمای پره اکلامپسی شدید	درمان دارویی
پره اکلامپسی شدید	اندیکاسیون
ختم بارداری	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل
رژیم غذایی پر پروتئین، افزایش میزان استراحت، آموزش علائم خطر پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی	درمان غیر دارویی و آموزش ها
به خطر افتادن سلامت جنین، تاخیر رشد داخل رحمی، سن بارداری ۳۷ هفته یا بیشتر، پره اکلامپسی شدید، جنین مرده و از همه مهمتر نجات جان مادر	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
حداقل ۴۸ ساعت پس از زایمان و اطمینان از stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
اندازه گیری فشارخون در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ۴۲ تا ۶۰ روز پس از زایمان	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید ختم بارداری است

امکانات و تجهیزات:

تمامی وسایل احیا و اقدامات اورژانس شامل: کپسول اکسیژن، ماسک و بگ، وسایل انتوباسیون، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد فشارخون، گلوکونات کلسیم، air way و Tongue depressor بر بالین مادر آماده کنید.

وضعیت قرارگیری مادر:

مادر را در تخت مناسبی قرار دهید که در صورت تشنج سقوط نکند. وی را به پهلوئی چپ خوابانیده و سر او را به منظور جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

گرفتن رگ و تزریق سرم:

مادر را NPO کرده و دو رگ مناسب از طریق کاتتر گرفته و از یکی از رگها سرم رینگر لاکتات به میزان ۶۰ تا ۱۲۰ سی سی در ساعت تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید. حداکثر سرم تزریقی ۱۲۰ سی سی در ساعت است (در صورتی که خونریزی فعال ندارد). سوند ادراری را ثابت کرده و دریافت و دفع مایعات را کنترل و ثبت کنید.

آزمایش های لازم:

هماتوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، تست های انعقادی، قند خون و پروتئین ادرار را اندازه گیری کنید. اختلال در نتیجه آزمایش های کبدی و انعقادی، ترومبوسیتوپنی و تغییرات همولیتیک در لام خون محیطی احتمال سندرم HELLP را مطرح می کند.

درمان دارویی:

سولفات منیزیم

- تزریق سولفات منیزیم ۴ تا ۶ گرم وریدی در ۱۰۰ سی سی سرم و با سرعت حداکثر ۱ گرم در دقیقه و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:

(الف) ۱۰ گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق ۵ گرمی در هر باتوک) از محلول ۵۰٪ همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر ۴ ساعت یکبار ۵ گرم عضلانی تزریق شود. نکته: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمی شود.

(ب) انفوزیون ۲ گرم سولفات منیزیم در ۱۰۰ سی سی سرم رینگر رقیق شده و در طی یک ساعت ترجیحاً از طریق پمپ انفوزیون. (باید توجه داشته باشید که میزان سرم دریافتی از دو رگ نباید بیشتر از ۱۲۵ سی سی در ساعت باشد)

- ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان از شرایط زیر می باشد:

- وجود رفلکس پتالار

- نبود دپرسیون تنفسی

- وجود برون ده ادراری به میزان بیش از ۱۰۰ سی سی در مدت ۴ ساعت

در صورت over dose شدن با سولفات منیزیم (وجود آبه، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ سی سی (۱ گرم) گلوکونات کلسیم در مدت ۲ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ نیاز به ونتیلاسیون مکانیکی می باشد.

در صورت کاهش رفلکس ها و افزایش کراتینین، سطح منیزیم را اندازه گیری کنید. نگهداری سطح منیزیم در حد $0.7 - 1.0 \text{ mEq/l}$ ($1.6 - 2.4 \text{ mg/dl}$) توصیه می شود.

نکته: در صورت کراتینین بالاتر از ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر، دوز سولفات منیزیم اولیه تجویز شده و دوزهای بعدی نصف می گردد، ولی بهتر است سطح سرمی منیزیم اندازه گیری و در میزان فوق الذکر حفظ شود.

تزریق سولفات منیزیم تا ۲۴ ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا ۲۴ ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از ۲۴ ساعت و سندرم HELLP، تا ۴۸ ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیم را ادامه داد.

داروهای کاهش دهنده فشارخون

- در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود: باید توجه داشت که فشارخون به کمتر از ۱۵۰/۹۰ نزول نکند.
(الف) هیدرالازین ۱۰ - ۵ میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۳۰ میلی گرم می توان تکرار کرد.
(ب) لابتالول وریدی ۲۰ میلی گرم در فواصل ۱۰ دقیقه ای تا ماکزیمم ۲۲۰ میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است. (افزایش دوز به صورت ۲۰، ۴۰، ۸۰ و ...)
(ج) نیفدیپین ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و حداکثر تا ۳۰ میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروقی کرونری و توجه به اثر سینرژیک مصرف هم زمان با سولفات منیزیم روی مادر و جنین).

داروهای جایگزین سولفات منیزیم

داروی اصلی در درمان پره اکلامپسی - اکلامپسی سولفات منیزیم است ولی در صورت عدم دسترسی می توان از فنی توین یا دیازپام به شرح زیر استفاده کرد:
(الف) فنی توین: انفوزیون فنی توین به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در صد میلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی) در یک ساعت و سپس ۱۰ ساعت بعد ۵۰۰ میلی گرم فنی توین خوراکی در صورت هوشیاری مادر تجویز کنید.
(ب) دیازپام: در موارد عدم دسترسی به سولفات منیزیم و فنی توین می توان از آمپول دیازپام استفاده کرد. دیازپام به میزان ۱۰ میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت ۲ دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه ۱۰ میلی گرم وریدی تکرار کنید. در حدی که مادر را آرام ولی بیدار نگهدارد. اگر میزان دریافتی بیش از ۳۰ میلی گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است. نکته: مادر نباید در ۲۴ ساعت بیش از ۱۰۰ میلی گرم دیازپام دریافت نماید.
اگر تزریق وریدی امکان پذیر نباشد، دیازپام به صورت رکتال تجویز می شود. یک سرنگ ۱۰ سی سی بدون سر سوزن حاوی ۲۰ میلی گرم دیازپام را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت ۱۰ دقیقه در حالی که باتوک ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می کند. اگر تشنج مادر کنترل نشد می توان ۱۰ میلی گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.
به علت امکان ایست قلبی در حین تزریق دیازپام، وسایل احیا و انفوزیون در دسترس باشد.

معاینات ضروری:

هر یک ساعت علائم حیاتی و رفلکس ها را اندازه گیری و قاعده ریه های مادر را سمع و ثبت کنید.
صدای قلب جنین را در ابتدا شنیده و سپس در زمان اینداکشن مادر هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.
در صورت بروز آنوری، ادم حاد ریه و تشنج بهتر است از Invasive homodynamic monitoring استفاده کنید.
در صورت بروز الیگوری طولانی و شدید fluid challenge test با ۵۰۰ سی سی مایع انجام می شود. اگر حجم ادرار اصلاح نشد از CVP استفاده شود.
در صورت عدم هوشیاری مادر انجام سی تی اسکن و مشاوره اعصاب توصیه می شود.

اقدام در زمان تشنج:

- تجویز اکسیژن به میزان ۶ - ۴ لیتر در هر دقیقه
- گذاشتن ابروی و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ
- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج
- تجویز داروها (سولفات منیزیم و داروهای ضد تشنج دیگر) سولفات منیزیم ۲ گرم به صورت وریدی از محلول ۲۰ درصد و در مادران درشت اندام تا ۴ گرم می توان تزریق کرد. در صورت عدم کنترل، تزریق سولفات منیزیم تکرار شود. اگر تشنج کنترل نشد، تزریق بعدی با فنی توین در داخل سرم (مطابق بند "الف" داروهای جایگزین) و در صورت تداوم تشنج، دیازپام (مطابق بند "ب" داروهای جایگزین) تزریق شود.
- اطلاع به متخصص بیهوشی در زمان اولین تشنج
- در صورت تشنج آنتیبیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود.

ختم بارداری:

ختم بارداری با حداقل تروما به مادر و جنین اساس درمان در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی است.

(الف) در صورت مناسب بودن سرویکس القای زایمانی (مطابق راهنمای مربوطه) انجام شود.

(ب) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین زنده: انجام سزارین

(ج) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین مرده یا عدم دسترسی به شرایط مناسب سزارین: استفاده از پروستاگلاندین برای آمادگی سرویکس بلامانع است ولی استفاده از آن نباید منجر به تأخیر در ختم بارداری شود.

(د) سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی یا بدتر شدن وضعیت مادر انجام شود.

نکته: در مورد نحوه ختم بارداری بر اساس سن بارداری وضعیت مادر، جنین و وضعیت سرویکس تصمیم گیری شود.

نکته: اینداکشن باید حداکثر در مدت ۶ - ۳ ساعت پس از stable نمودن مادر آغاز و بارداری در مدت ۱۲ ساعت ختم شود.

در مواقع نیاز به بی حسی، استفاده از روش بی حسی اپیدورال در این بیماران ایمن تر است.

کسب نظر متخصص اطفال در مورد نیاز به NICU ضروری است.

در بارداری ۲۲ - ۲۸ هفته در پره اکلامپسی شدید و نبود end organ damage، در مراکز مجهز سطح III و دارای NICU با آگاه نمودن مادر و خانواده از عوارض این بیماری، پس از کسب رضایت می توان درمان انتظاری انجام داد. این نوع درمان نیاز به مراقبت بسیار دقیق دارد. جهت تسریع در مجوریتی ریه می توان به مادر کورتیکواستروئید تجویز نمود و سولفات منیزیم طبق راهنما تجویز شده و پس از ۲۴ ساعت برای مادر مجدداً تصمیم گیری نمود.

پس از زایمان:

تزریق سولفات منیزیم تا ۲۴ ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا ۲۴ ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از ۲۴ ساعت و سندرم HELLP تا ۴۸ ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیم را ادامه داد.

شرایط ترخیص مادر:

در صورت وجود شرایط زیر مادر می تواند حداقل ۷۲ - ۴۸ ساعت پس از پایان تزریق سولفات منیزیم، ترخیص شود:

- پس از کنترل فشارخون

- برقرار شدن ادرار به میزان کافی

- عدم احتمال تشنج مجدد

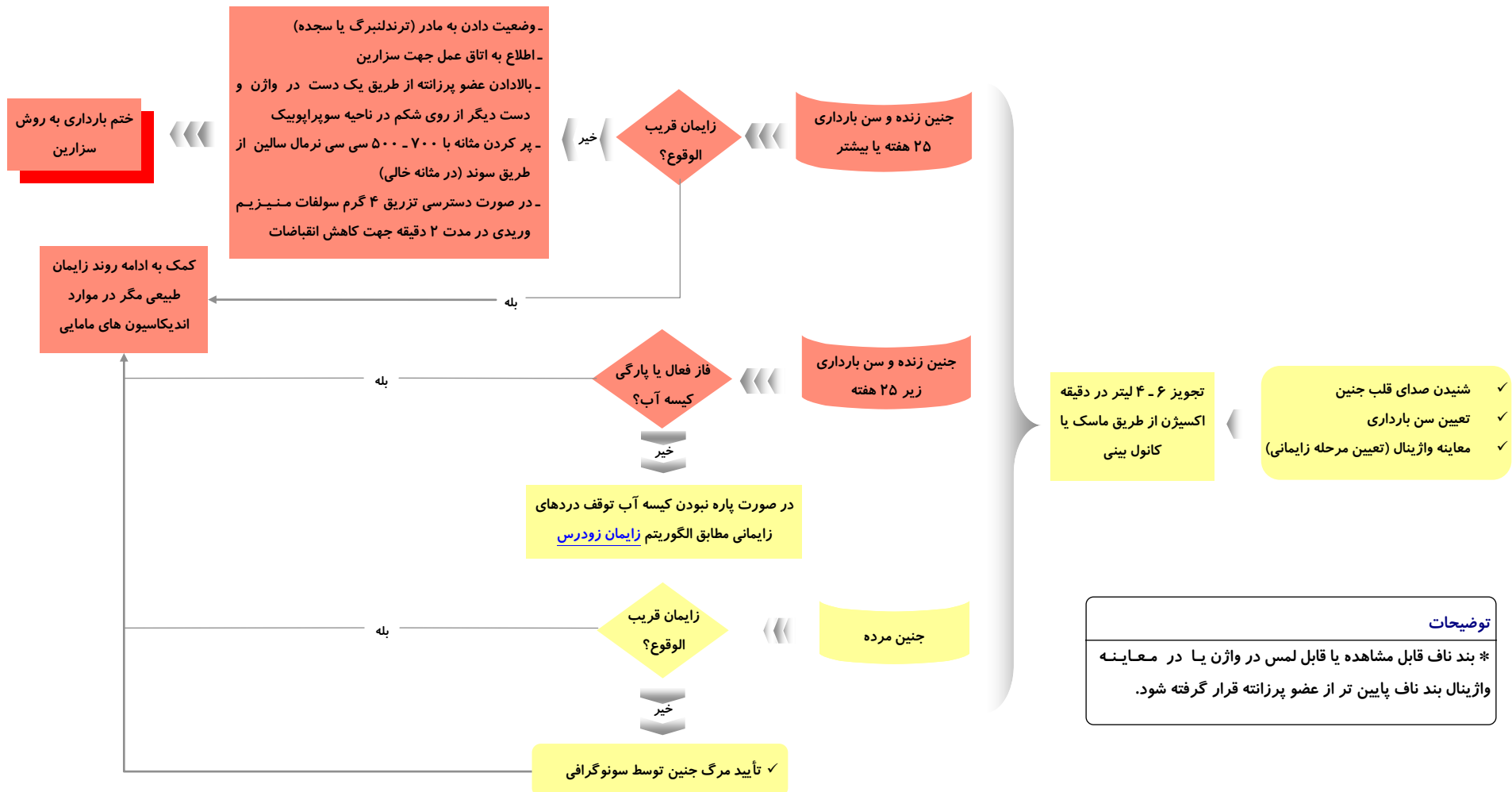
- نداشتن عوارضی مانند تاری دید، سر درد، درد اپی گاستر

در صورتی که مادر با داروهای کاهشنده فشارخون مرخص شده است باید هر هفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نماید. در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئینوری پس از ۶ هفته مادر به متخصص داخلی ارجاع شود.

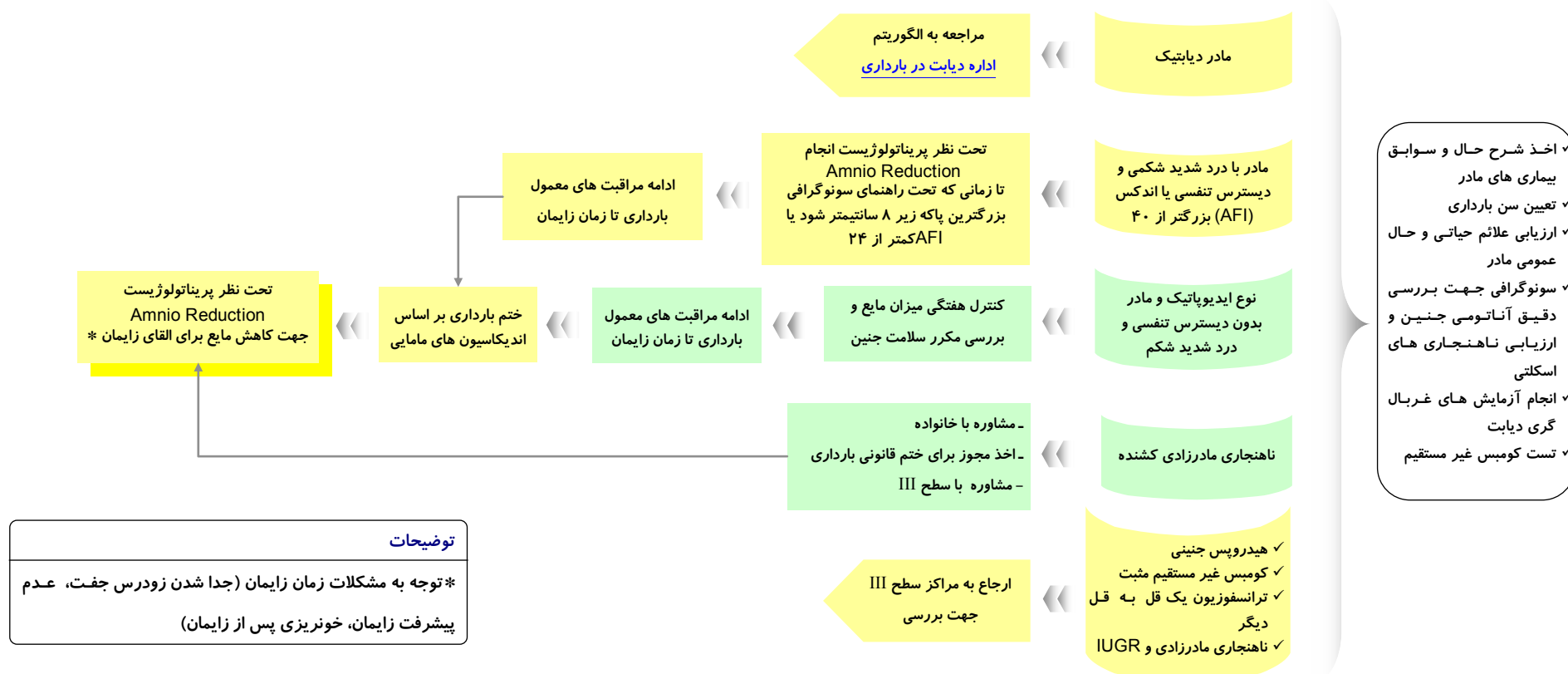
سندرم HELLP

شامل همولیز، اختلال در آزمایش های کبدی و ترومبوسیتوپنی در مادران فشارخون بالاست. برای درمان افراد مبتلا باید تمامی موارد مربوط به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی رعایت شود و ضمن مشاوره با متخصص داخلی ابتدا ۱۰ میلی گرم بتامتازون به صورت وریدی و سپس ۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا طبیعی شدن تعداد پلاکت تجویز شود. معمولاً در این سندرم تا ۴۸ ساعت پس از زایمان، با نظارت دقیق می توان سولفات منیزیم را ادامه داد. یعنی تا زمانی که sub side علائم سندرم HELLP کنترل شود.

توجه: در مواردی که اختلال انعقادی وجود دارد تزریق عضلانی مجاز نمی باشد.



شرح اقدام	نوع اقدام	
تعیین سن حاملگی	اخذ شرح حال و سابقه	
شنیدن صدای قلب جنین، معاینه واژینال (تعیین مرحله زایمانی)	معاینه	
تمام موارد	اندیکاسیون بستری	
	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی در صورت نیاز	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
سولفات منیزیم ۴ گرم وریدی، داروهای توکولیتیک (مطابق الگوریتم زایمان زودرس)	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
کاهش انقباضات رحمی، توقف دردهای زایمانی	اندیکاسیون	
ختم بارداری	اندیکاسیون	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل	
وضعیت دادن به مادر، پر کردن مثانه با نرمال سالین	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
همه موارد به جز سن بارداری کمتر از ۲۵ هفته در فاز نهفته	اندیکاسیون ختم بارداری	
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable بودن وضعیت مادر (علائم حیاتی طبیعی)	اندیکاسیون ترخیص	
	دستورات Follow up	
	سایر اقدامات	



- ✓ اخذ شرح حال و سوابق
- ✓ بیماری های مادر
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ ارزیابی علائم حیاتی و حال عمومی مادر
- ✓ سونوگرافی جهت بررسی دقیق آناتومی جنین و ارزیابی ناهنجاری های اسکلتی
- ✓ انجام آزمایش های غربالگری دیابت
- ✓ تست کومیس غیر مستقیم

توضیحات

*توجه به مشکلات زمان زایمان (جدا شدن زودرس جفت، عدم پیشرفت زایمان، خونریزی پس از زایمان)

توضیحات

- در پلی هیدرآمنیوس خفیف احتیاج به هیچگونه مداخله درمانی نیست.

- در پلی هیدرآمنیوس متوسط و شدید در صورت علامت دار بودن مادر (تنگی نفس، ادم اندام های تحتانی، اتساع شدید شکم و ... در هفته های ۳۲ تا ۳۴ بارداری، مشاوره با پرناتولوژیست برای درمان با ایندومتاسین با دوز ۳mg/kg تا ۱/۵mg/kg روزانه به مدت ۲ هفته پیشنهاد می گردد.

شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه بیماری مادر(دیابت)، درد شدید شکم، دیسترس تنفسی مادر، سابقه ناهنجاری مادرزادی جنین یا وجود ناهنجاری کشنده در جنین، سوء مصرف مواد توسط مادر	اخذ شرح حال و سابقه
تعیین سن بارداری، ارزیابی علائم حیاتی، حال عمومی مادر، بررسی سلامت جنین	معاینه
مادر دیابتیک، مادر علامت دار (اندکس بزرگتر از ۴۰)، ختم بارداری	اندیکاسیون بستری
غربالگری دیابت، تست کومبس غیر مستقیم	پاراکلینیک
سونوگرافی جهت تعیین ناهنجاری ها و آناتومی جنین	تصویر برداری
بررسی کاریوتایپ در صورت مشاهده آنومالی یا IUGR	سایر تست های تشخیصی
مشاوره با سطح III برای استفاده از ایندومتاسین	درمان دارویی
	اندیکاسیون
	اندیکاسیون
	نوع عمل
Amnio reduction	درمان غیر دارویی و آموزش ها
حاملگی ترم، ناهنجاری مادرزادی کشنده	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به نظر پزشک	مدت بستری
Stable بودن وضعیت مادر و اطمینان از جمع بودن رحم	اندیکاسیون ترخیص
	دستورات Follow up
مشاوره با خانواده جهت احتمال عوارض نوزادی و بقای نوزاد	سایر اقدامات

تب دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر است که از راه دهان اندازه گیری شده است.

ارزیابی علایم اورژانس شامل:

- ✓ علایم شوک، اختلال هوشیاری
- ✓ سابقه پارگی کیسه آب یا سابقه دستکاری محصولات حاملگی
- ✓ شکم حاد (حساسیت شکمی)
- ✓ مشکلات تنفسی

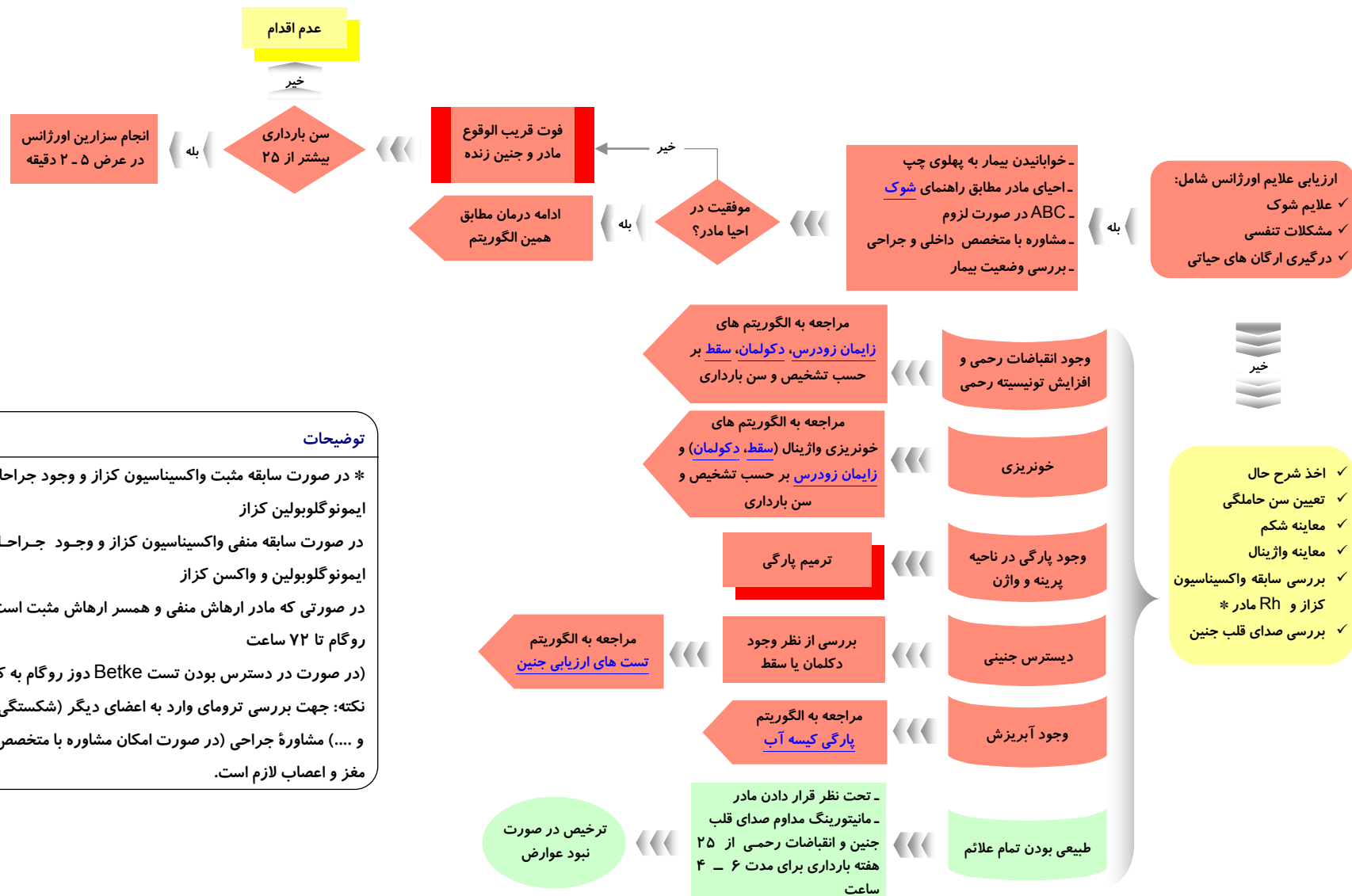
خیر

- ✓ شرح حال و تعیین سن حاملگی
- ✓ سابقه بیماری های زمینه ای
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ معاینه رحم
- ✓ سمع صدای قلب جنین
- ✓ معاینه شکم و پهلوها
- ✓ وجود انقباضات رحمی
- ✓ بررسی علایم ادراری
- ✓ بررسی علایم گوارشی، اسهال خونی، تهوع و استفراغ و زردی
- ✓ وجود بثورات پوستی

به



شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه دستکاری ماحصل بارداری، آبریزش، علائم گوارشی (بی اشتها، اسهال خونی)، سابقه بیماری قلبی، آبریزش بینی، آگزودای حلق، تغییر رنگ ادرار و مدفوع، سر درد شدید، مصرف فرآورده های محلی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم شوک، ارزیابی علائم حیاتی (تب، تنفس سخت)، معاینه شکم (تندرنس رحمی)، تندرنس پهلوها، سفتی گردن، علائم نارسایی قلبی، زردی، بثورات پوستی، علائم Flu like syndrome	معاینه
شوک، کوریوآمنیونیت، سقط عفونی، مننژیت، پنومونی، آندوکاردیت، هپاتیت، FUI	اندیکاسیون بستری
کشت و کامل ادرار، CBC	آزمایشگاه
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
با توجه به هر تشخیص، درمان مطابق الگوریتم مربوطه	نوع دارو با ذکر دوز
	اندیکاسیون
با توجه به هر تشخیص، درمان مطابق الگوریتم مربوطه	اندیکاسیون
	نوع عمل
با توجه به هر تشخیص درمان مطابق الگوریتم مربوطه و آموزش PTL	درمان غیر دارویی و آموزش ها
کوریوآمنیونیت، سقط عفونی و در موارد مشاوره با نظر متخصص مربوطه	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
در موارد ادامه بارداری بررسی سلامت رشد جنین و بررسی سلامت مادر طبق نظر متخصص مربوطه	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، قلب	سایر اقدامات



توضیحات

* در صورت سابقه مثبت واکسیناسیون کزاز و وجود جراحات آلوده: تزریق ایمونوگلوبولین کزاز

در صورت سابقه منفی واکسیناسیون کزاز و وجود جراحات آلوده: تزریق ایمونوگلوبولین و واکسن کزاز

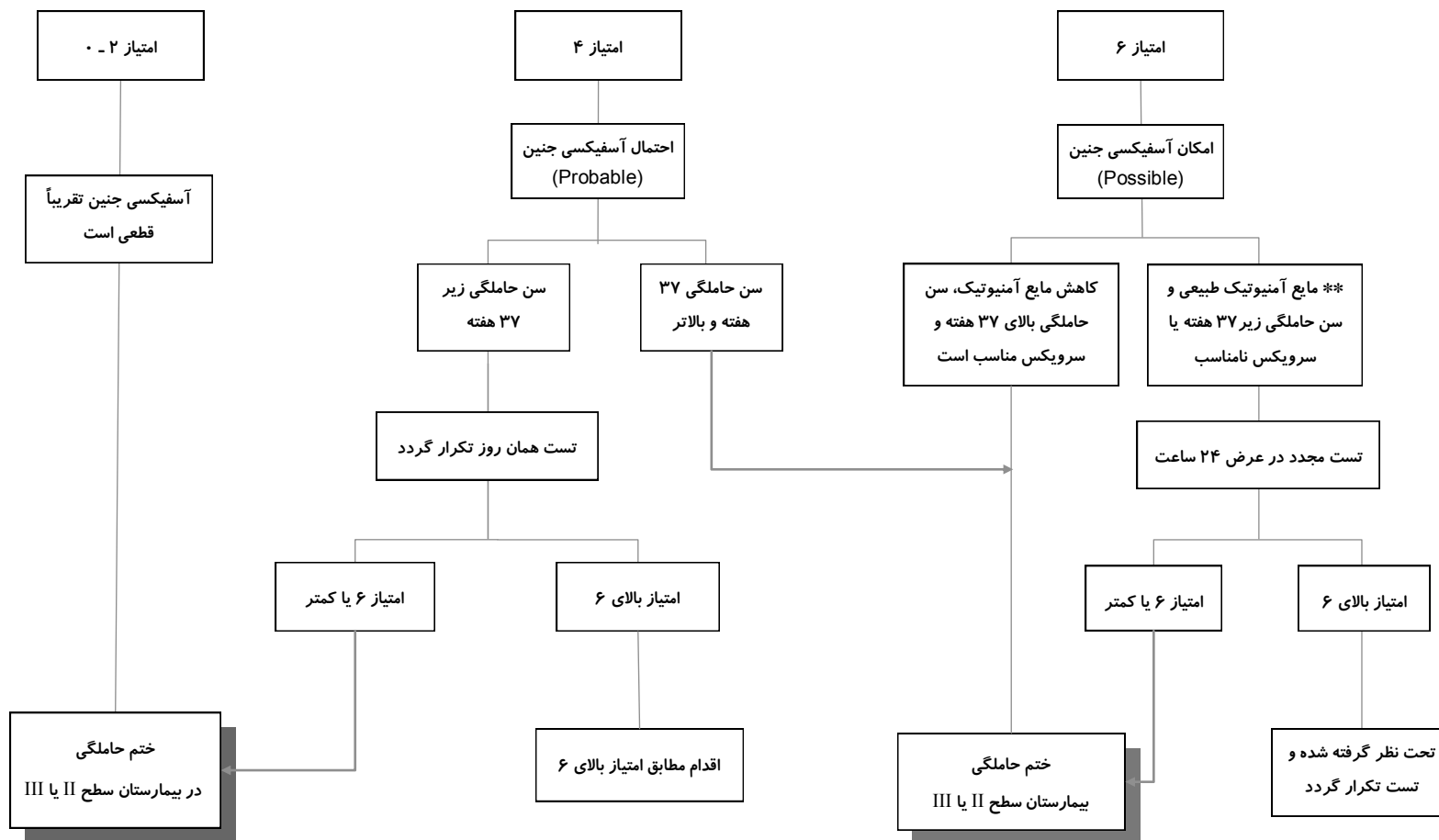
در صورتی که مادر اره‌اش منفی و همسر اره‌اش مثبت است: تزریق آمپول روگام تا ۷۲ ساعت

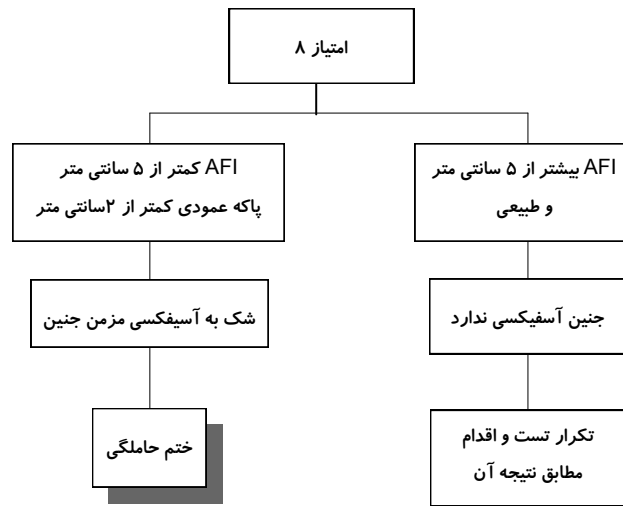
(در صورت در دسترس بودن تست Betke دوز روگام به کمک آن تعیین شود)

نکته: جهت بررسی ترومای وارد به اعضای دیگر (شکستگی ها، پارگی احشاء و) مشاوره جراحی (در صورت امکان مشاوره با متخصص تروما)، ارتوپدی، مغز و اعصاب لازم است.

شرح اقدام	نوع اقدام	
تعیین سن بارداری، مشکلات تنفسی، آبریزش، خونریزی، درد و نحوه تروما	اخذ شرح حال و سابقه	
بررسی علائم شوک، بررسی علائم حیاتی، مشکلات تنفسی، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، افزایش تونسیته رحم)، معاینه واژینال (خونریزی، پارگی در ناحیه پرینه و واژن، وجود آبریزش)، شنیدن صدای قلب جنین، بررسی سابقه واکسیناسیون	معاینه	
تمامی موارد	اندیکاسیون بستری	
تعیین گروه خون CBC, Rh	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری	
تست Betke	سایر تست های تشخیصی	
ایمونوگلوبولین و واکسن کزاز در صورت وجود زخم، آمپول رگام در تروما های منجر به خونریزی، آنتی بیوتیک در صورت نیاز	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
تروما	اندیکاسیون	درمان جراحی
پارگی پرینه، ختم بارداری (به دلیل دکلمان جفت یا مرگ قریب الوقوع مادر یا دیسترس جنینی)	اندیکاسیون	
ترمیم پارگی، سزارین	نوع عمل	
استراحت در بستر و به پهلو چپ	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
دکلمان، پارگی کیسه آب، دیسترس جنینی مداوم، فوت قریب الوقوع مادر	اندیکاسیون ختم بارداری	
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable بودن وضعیت مادر و نبود عارضه، در موارد تحت نظر پس از اطمینان از نبود انقباضات رحمی و دیسترس جنین	اندیکاسیون ترخیص	
بررسی سلامت جنین در موارد تداوم بارداری	دستورات Follow up	
مشاوره جراحی - ارتوپدی - مغز و اعصاب و	سایر اقدامات	

تست های بررسی سلامت جنین - راهنمای تفسیر بیوفیزیکال پروفایل*





توضیحات

لازم است حجم مایع آمنیوتیک توسط فرد مجرب و به درستی اندازه گیری شود.
 * در BPP با رادیولوژیست در مورد انجام روش، پروسه و نوع دستگاه مشاوره شود.
 ** منظور از مایع آمنیوتیک غیرطبیعی AFI کمتر از ۵ سانتی متر و پاکه عمودی کمتر از ۲ سانتی متر است.

اندیکاسیون:

- ارزیابی سلامت جنین

کنتراندیکاسیون:

- پارگی کیسه آب، چندقلویی، ریسک بالای زایمان پره ترم، نارسایی سرویکس، جفت سرراهی، سابقه سزارین کلاسیک، جراحی قبلی روی رحم

روش انجام:

- مادر در بخش زایمان یا مجاور آن بستری شود.
- مادر در وضعیت نیمه نشسته (۴۰ - ۳۰ درجه) بر روی تخت قرار گیرد و یا روی پهلوئی چپ بخوابد.
- فشارخون هر ۱۰ دقیقه یکبار کنترل شود.
- در ابتدا صدای قلب جنین و انقباضات رحمی به مدت ۲۰ - ۱۰ دقیقه مانیتور شود. با شروع تست مانیتورینگ الکترونیک ادامه یابد.
- ۱۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم ترجیحاً حاوی الکترولیت ریخته شود و با سرعت ۱ ml/min - ۰/۵ شروع و هر ۲۰ دقیقه ۲ برابر شود تا زمانی که انقباضات ایده آل (سه انقباض ۶۰ - ۴۰ ثانیه ای در ۱۰ دقیقه) ایجاد شود.
- پس از تکمیل تست، مادر تا رسیدن وضعیت رحم به حالت اولیه کنترل شود.
- روش دیگر انقباضات رحمی تحریک nipple است که روش آن مالش nipple از روی لباس برای ۲ دقیقه است. در صورت عدم ایجاد انقباضات کافی (سه بار در ۱۰ دقیقه) این عمل ۵ دقیقه بعد تکرار شود.

با اکسی توسین و تحریک nipple شرایط زیر بوجود می آید:

الف) نتیجه منفی: در حضور انقباضات کافی late deceleration or significant variable deceleration وجود ندارد.

ب) نتیجه مثبت: وجود late deceleration در ۵۰ درصد یا بیشتر از ۵۰ درصد انقباضات وجود دارد.

ج) نتیجه: Equivocal

- مشکوک: وجود intermittent late deceleration or significant variable deceleration در کمتر از ۵۰ درصد انقباضات، تکرار OCT در ۲۴ ساعت بعد.

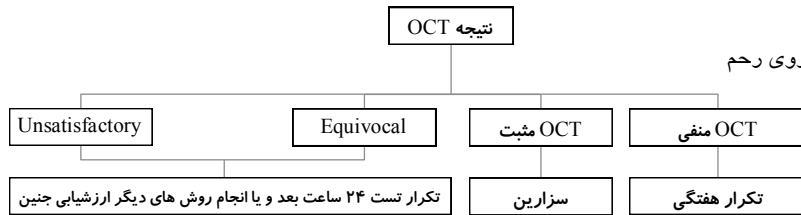
- تحریک بیش از حد: افت صدای قلب جنین در حضور انقباضات طولانی تر از ۹۰ ثانیه یا با فاصله کمتر از ۲ دقیقه.

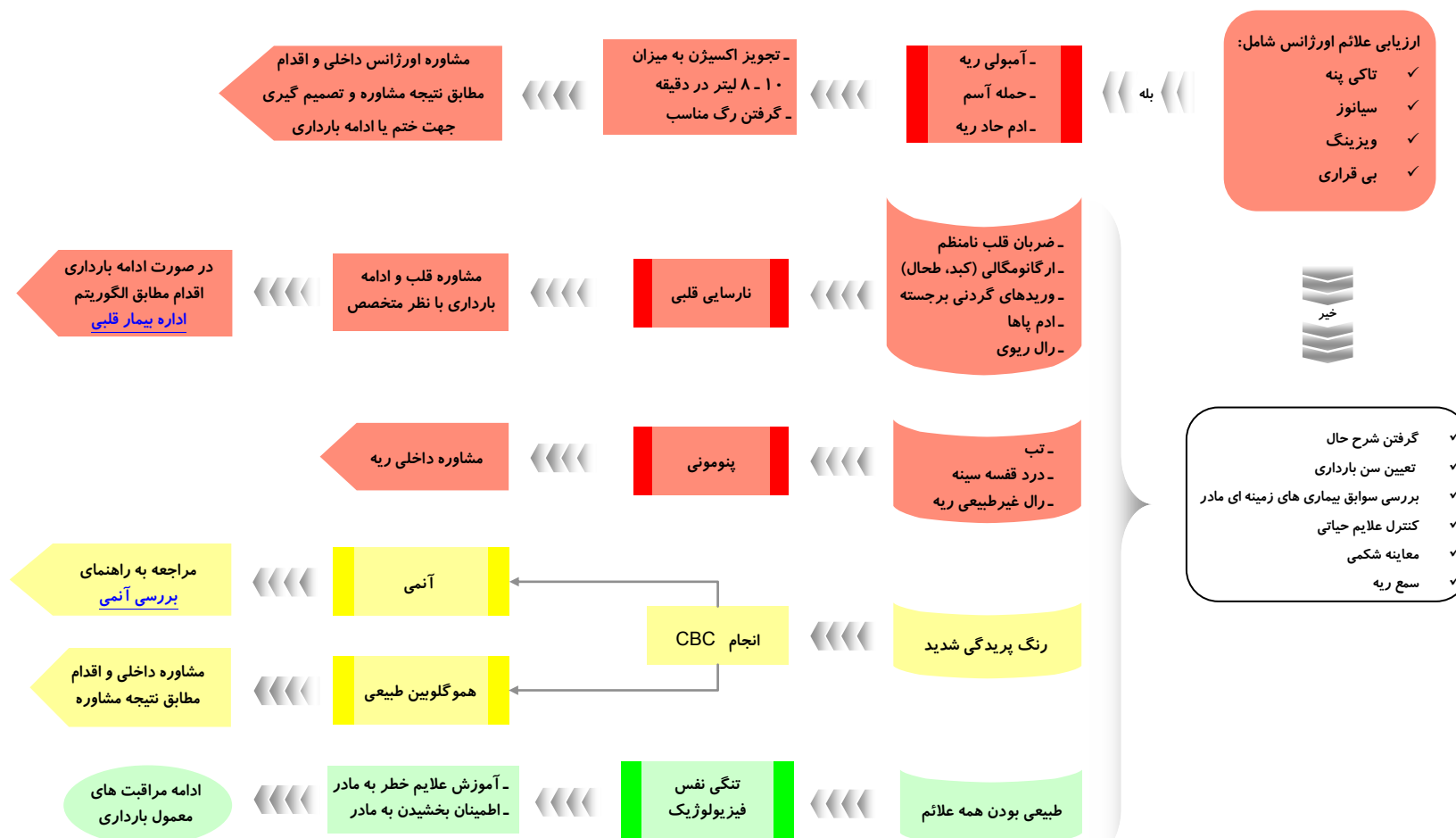
د) Unsatisfactory

کمتر از سه انقباض در ده دقیقه یا عدم توانایی در تفسیر آن

در صورتی که نتیجه OCT مثبت است، مادر باید سزارین شود. در صورت پاسخ Equivocal و Unsatisfactory تست ۲۴ ساعت بعد تکرار شود یا از روش های دیگری برای ارزیابی جنین استفاده شود. در موارد پاسخ منفی، پس از از بین رفتن انقباضات و حال عمومی خوب، مادر ترخیص شود.

- نکته: OCT را فقط در مراکزی که دسترسی به BPS نمی باشد، در موارد non reactive NST در بارداری های پره ترم (هفته ۳۷-۳۴) می توان انجام داد.





شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، بررسی سوابق بیماری های زمینه ای مادر، درد قفسه سینه، مشکلات تنفسی	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی، رنگ ملتحمه، معاینه شکم (بزرگی کبد، طحال،...)، سمع ریه (رال، ویزینگ، تاکی پنه)، ورید گردنی برجسته	معاینه
ادم حاد ریه، آمبولی ریه، حمله آسم، نارسایی قلبی، پنومونی	اندیکاسیون بستری
CBC، سایر آزمایشات با نظر متخصص مربوطه	پاراکلینیک
با نظر متخصص	تصویر برداری
بررسی علل آن	سایر تست های تشخیصی
با توجه به تشخیص	درمان دارویی
با توجه به تشخیص	اندیکاسیون
با توجه به تشخیص	اندیکاسیون
با توجه به تشخیص	نوع عمل
آموزش موارد خطر تنگی نفس و اطمینان بخشیدن به مادر، آموزش علائم خطر	درمان غیر دارویی و آموزش ها
با توجه به نظر مشاوره ای در موارد نارسایی قلبی، آمبولی ریه، ...	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
Stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
بررسی سلامت جنین در صورت تداوم بارداری	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، قلب	سایر اقدامات

تهوع و استفراغ در بارداری



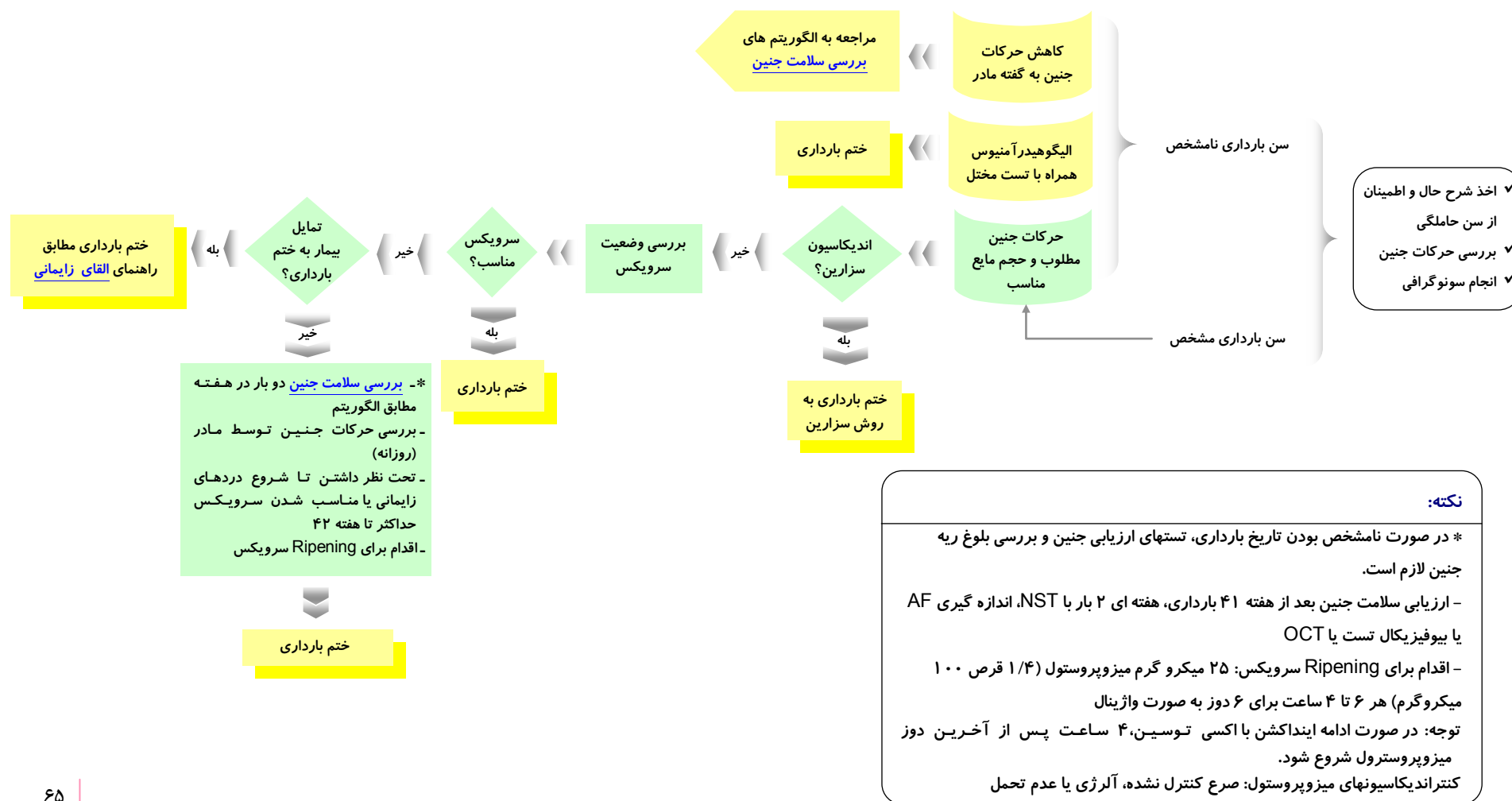
توضیحات

*در صورتی که استفراغ خونی به دنبال استفراغ های شدید و مداوم است، درمان Hyperemesis نیز انجام شود.
**این مادران در معرض سپسیس، نارسایی کلیه، خونریزی دستگاه گوارش، پانکراتیت و آسیب راسیون هستند.
***در استفراغ های شدید همواره بیماری های کبدی، پانکراتیت، پیلونفریت، بیماری های تیروئیدی، کتواسیدوز دیابتیک و مسایل روانی - اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

ادامه

شرح اقدام	نوع اقدام
زمان شروع و نوع استفراغ، تعداد دفعات آن، درد شکم و علائم گوارشی، درد اپی گاستر، ضعف و بی حالی، کاهش وزن، سردرد	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریباند شکم)، سفتی گردن، کاهش وزن واضح، ایکتر، بررسی دهیدراتاسیون	معاینه
EP، شکم حاد، پارگی مری، زخم دستگاه گوارش، عفونت CNS، ایکتر، استفراغ شدید و مداوم، مول، کتون ادرار مثبت	اندیکاسیون بستری
آزمایش ادرار، اندازه گیری الکترولیت ها و قند خون	پاراکلینیک
سونوگرافی حاملگی	تصویر برداری
تست های کبدی، در صورت علامت دار بودن تست های تیرویدی	سایر تست های تشخیصی
ویتامین B _۶ (پیریدوکسین)، آنتی هیستامین ها: دیفن هیدرامین ۵۰ - ۲۵ میلی گرم، فنوتیازین ها: پرومتازین ۲۵ میلی گرم، کلرپرومازین ۲۵ - ۱۰ میلی گرم و متوکلوپروماید ۲۵ - ۱۰ میلی گرم، انواع کریستالوئیدهای وریدی، متیل پردنیزولون، ویتامین B _۱ ، فراورده های خونی (خون کامل، FFP، کرایوپرسیپیتیسیت و پلاکت)	درمان دارویی
استفراغ شدید و مکرر، درمان تهوع و استفراغ حاملگی، کبد چرب بارداری، گاستروآنتریت	اندیکاسیون
شکم حاد، مول، EP	اندیکاسیون
لاپاراتومی، تخلیه مول	نوع عمل
حمایت روانی، توصیه های بهداشتی برای کاهش تهوع، مصرف زنجبیل و توصیه مطابق با هر تشخیص	درمان غیر دارویی و آموزش ها
کبد چرب بارداری، حاملگی مولار، استفراغ شدید و مقاوم به درمان پس از مشاوره	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
بهبودی نسبی، تحمل مواد غذایی، رفع دهیدراتاسیون	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری مراقبت های بارداری	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص جراحی، داخلی، مغز و اعصاب، عفونی	سایر اقدامات

دخالت و ارزیابی از سن ۴۱ هفته بارداری شروع می شود.



شرح اقدام	نوع اقدام
وضعیت نظم قاعدگی ها، بررسی دقیق LMP، تعیین سن دقیق حاملگی (با بررسی سونوگرافی هفته های اول بارداری و زمان مثبت شدن گراویندکس تست)، وضعیت حرکت جنین	اخذ شرح حال و سابقه
بررسی حرکات جنین، صدای قلب جنین، وضعیت سرویکس	معاینه
الیگوهیدرآمنیوس، کاهش حرکت جنین، سن بارداری ۴۲ هفته و بیشتر، اختلال تست های سلامت جنین	اندیکاسیون بستری
	پاراکلینیک
	آزمایشگاه
سونوگرافی	تصویر برداری
NST، بیوفیزیکال پروفایل	سایر تست های تشخیصی
تجویز ۲۵ میکرو گرم میزوپروستول (۱/۴ قرص ۱۰۰ میکروگرم) هر ۶ تا ۴ ساعت برای ۶ دوز به صورت واژینال، اکسی توسین به صورت انفوزیون فقط با سرم قندی - نمکی یا رینگر (۱۰ واحد در ۱۰۰۰ سی سی سرم از ۸-۴ قطره در دقیقه شروع و سپس هر ۱۵ دقیقه ۴ قطره اضافه کرده تا رحم انقباضات مناسب بدست آورد یا به تعداد حداکثر به ۶۴ قطره در دقیقه برسد).	نوع دارو با ذکر دوز
	انديکاسيون
اندیکاسیون های سزارین	انديکاسيون
سزارین	نوع عمل
بررسی روزانه حرکت جنین	درمان غیر دارویی و آموزش ها
اولیگوهیدروآمنیوس، گذشت ۴۲ هفته از بارداری، تمایل مادر پس از ۴۱ هفته	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

شرح اقدام	نوع اقدام	
بررسی سابقه بارداری های قبلی	اخذ شرح حال و سابقه	
اندازه گیری فشارخون، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین، وزن گیری مادر	معاینه	
مونو کوریون- مونو آمنیون با پیچ خوردگی بند ناف	اندیکاسیون بستری	
مطابق بارداری یک قلو	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی جهت بررسی کیسه آب و پرده های جنینی، حجم مایع آمنیوتیک، تعیین رشد جنین	تصویر برداری	
سونوگرافی داپلر، NST, BPS	سایر تست های تشخیصی	
تجویز ۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک ۱ میلی گرم، تجویز کورتیکواستروئید	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
مراقبت های معمول بارداری، احتمال زایمان زودرس	اندیکاسیون	درمان جراحی
مطابق پروتکل زایمان چند قلو	اندیکاسیون	
سزارین	نوع عمل	
توصیه های تغذیه ای و استراحت مناسب، آموزش علائم زایمان زودرس، پارگی کیسه آب و کاهش حرکات جنین، فواصل مراقبتها با توجه به نظر پزشک	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
مرگ یک قل و سن حاملگی بالای ۳۴ هفته، حاملگی مولار در یک قل، بروز عوارض و رسیدگی ریه جنین، ختم بارداری در ۳۸ هفته	اندیکاسیون ختم بارداری	
مطابق نظر پزشک	مدت بستری	
مطابق نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص	
متناسب با هر عارضه	دستورات Follow up	
مشاوره با انکولوژیست و پریناتولوژیست	سایر اقدامات	

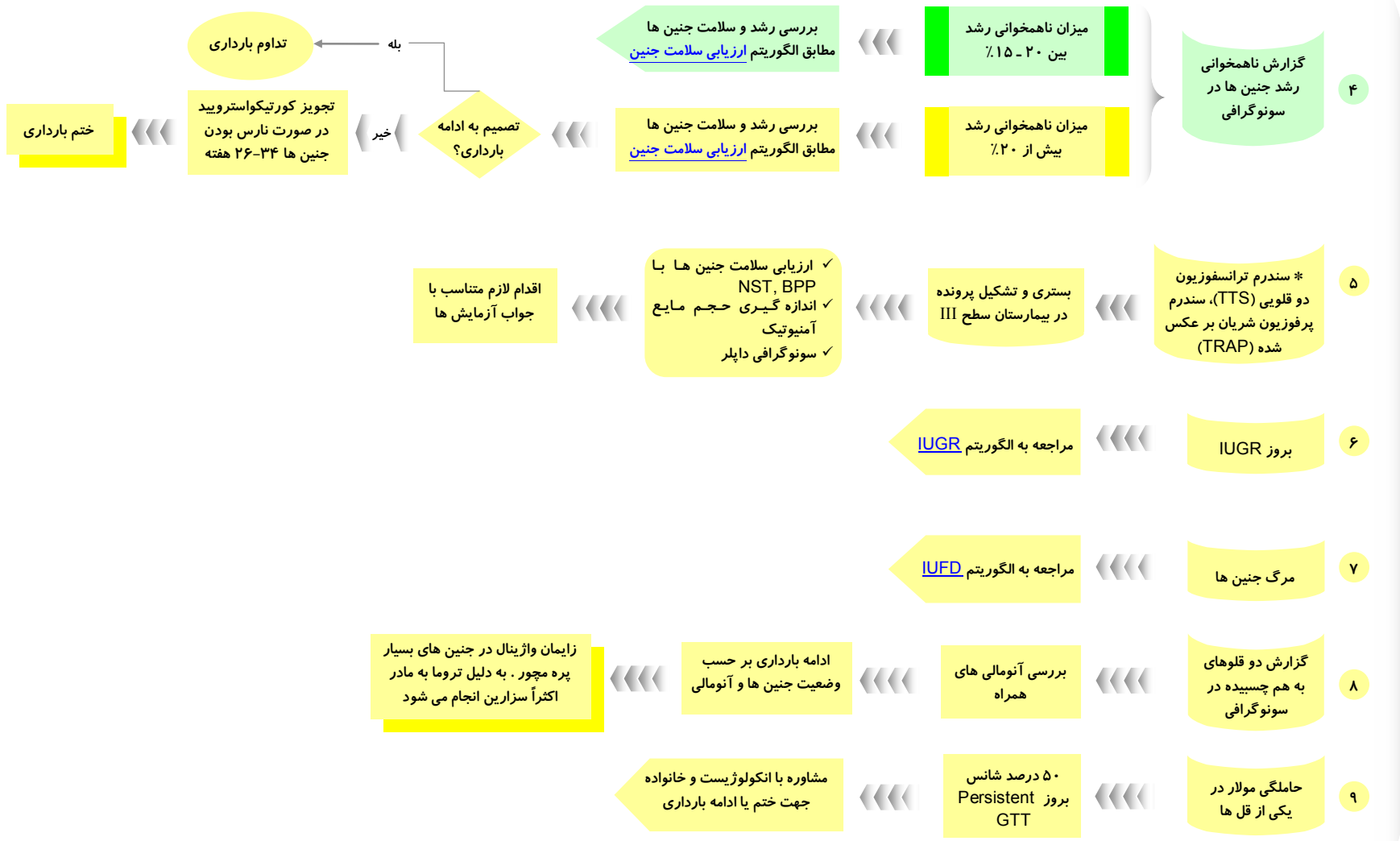
حاملگی چند قلوبی

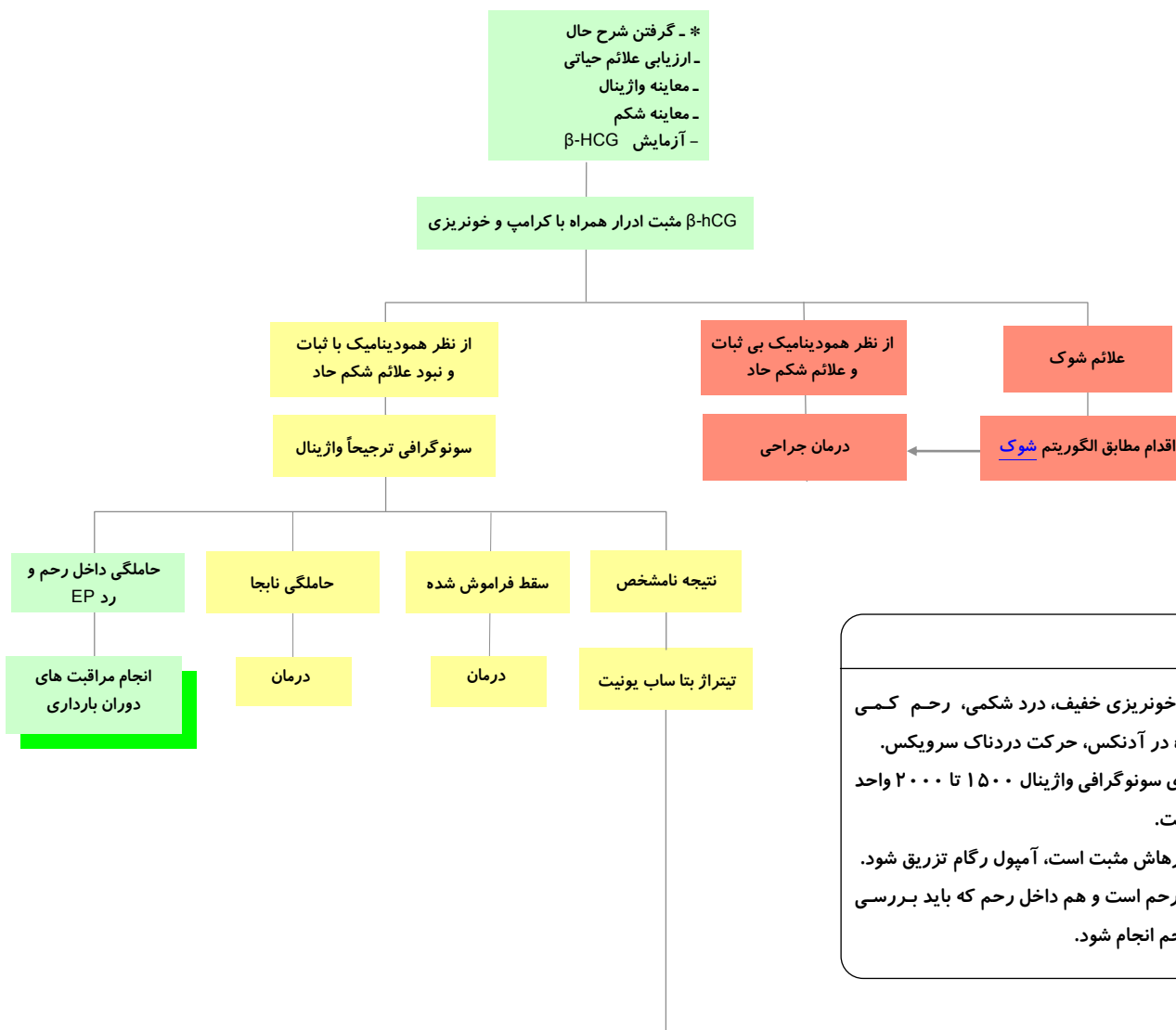


توضیحات

در موارد دوقلوبی مونوکوریون - منو آمیون (بسیار نادر است) و بروز سندرم TTS و TRAP می بایست مراقبت های مادر در بیمارستان مجهز (سطح III) انجام شود.

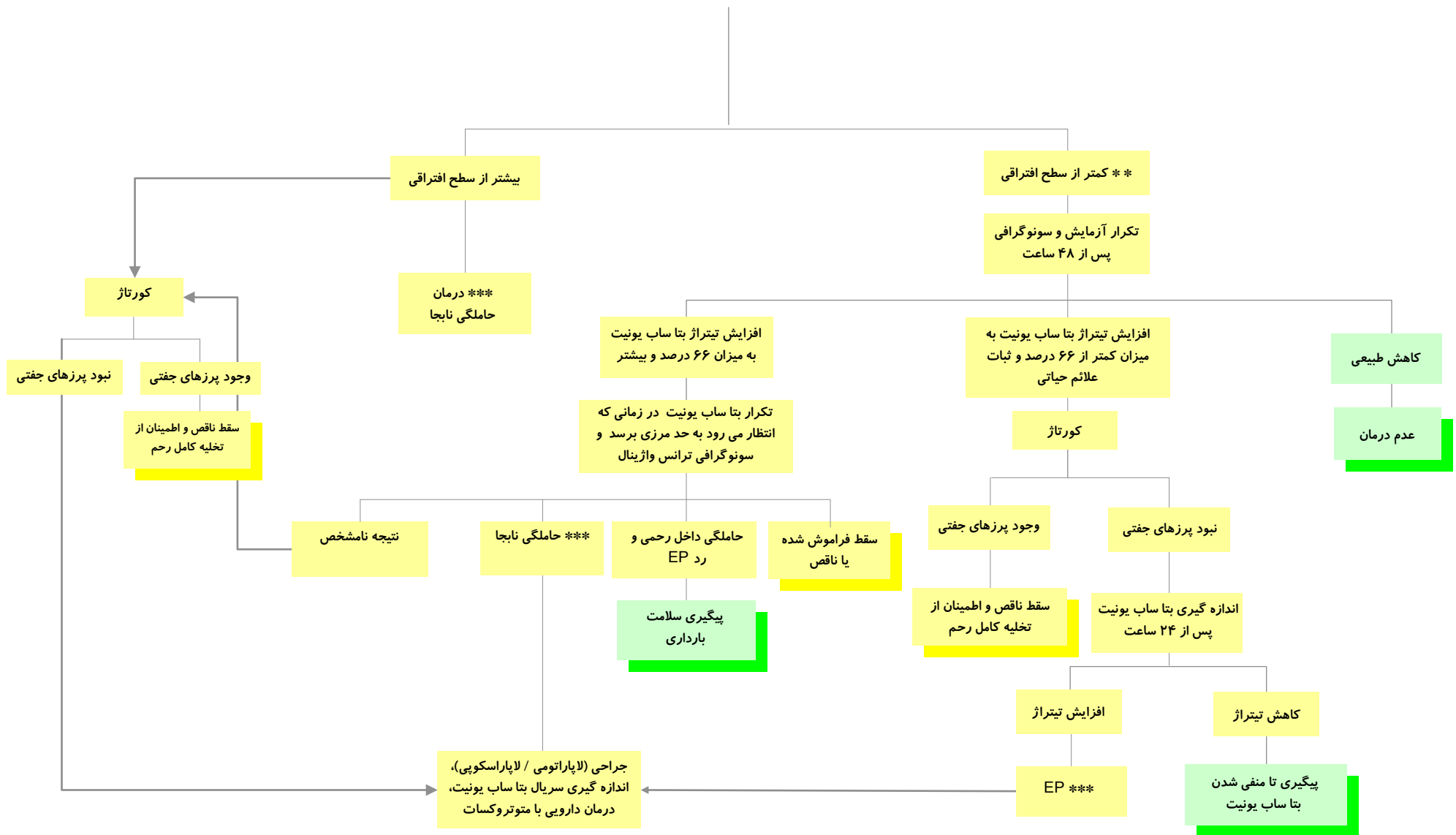


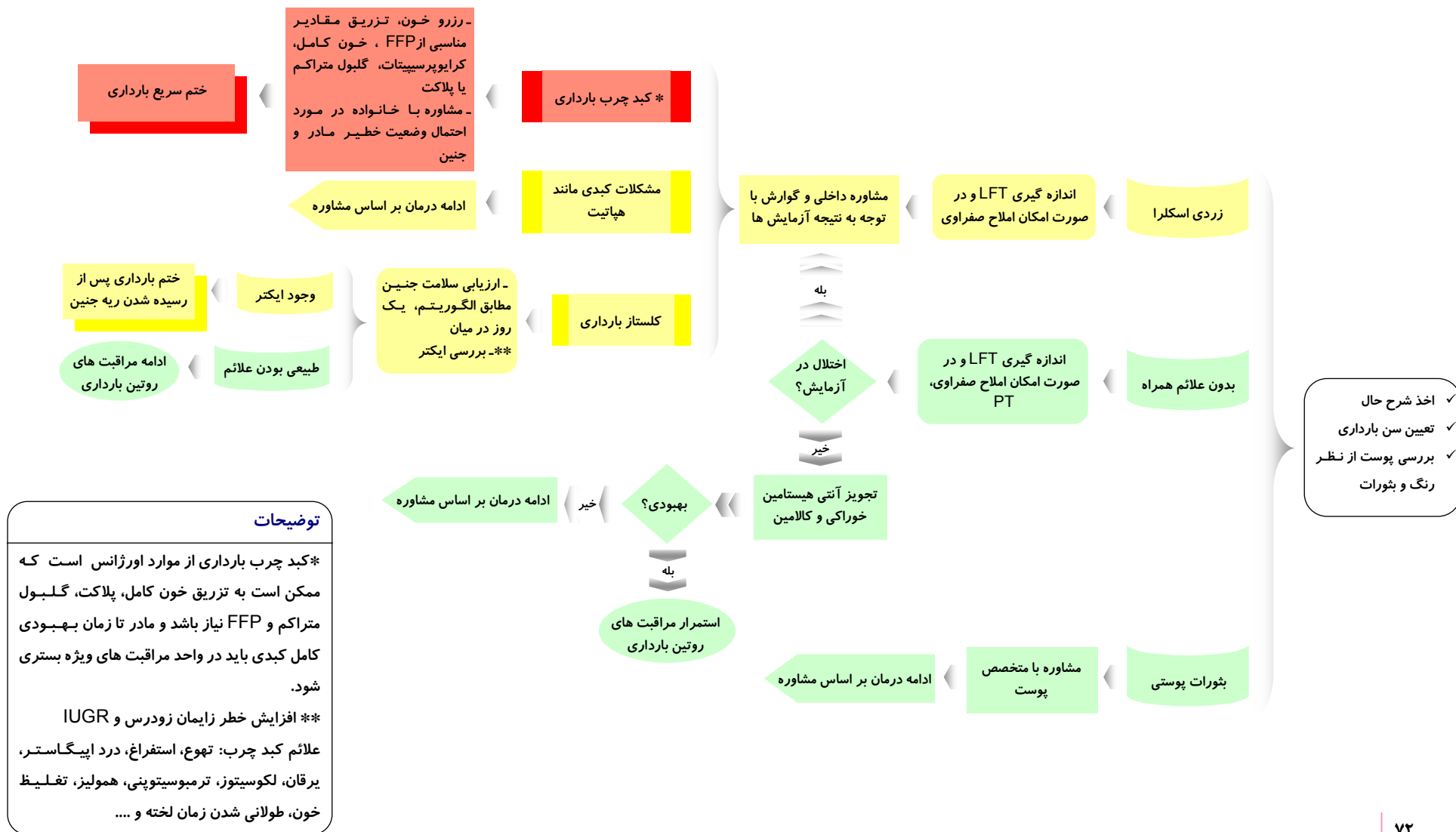




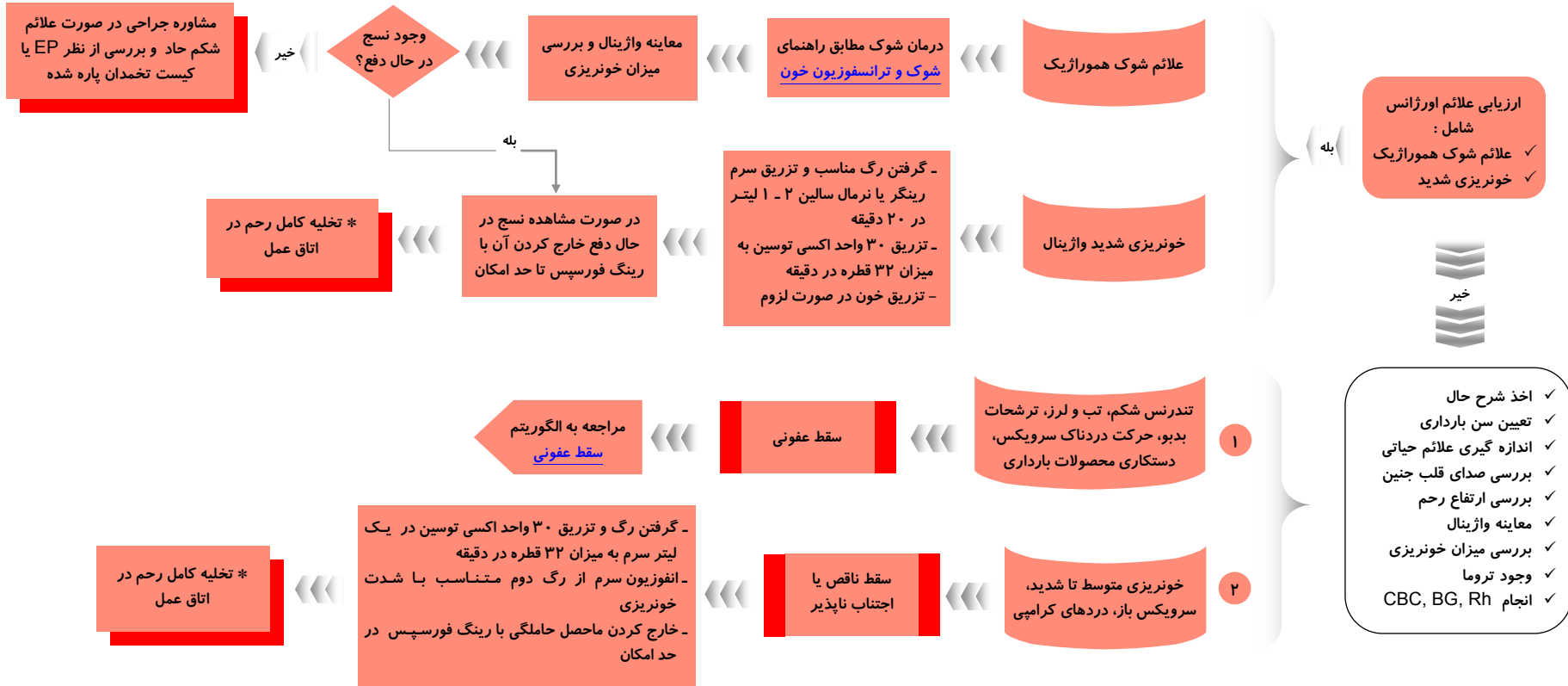
توضیحات

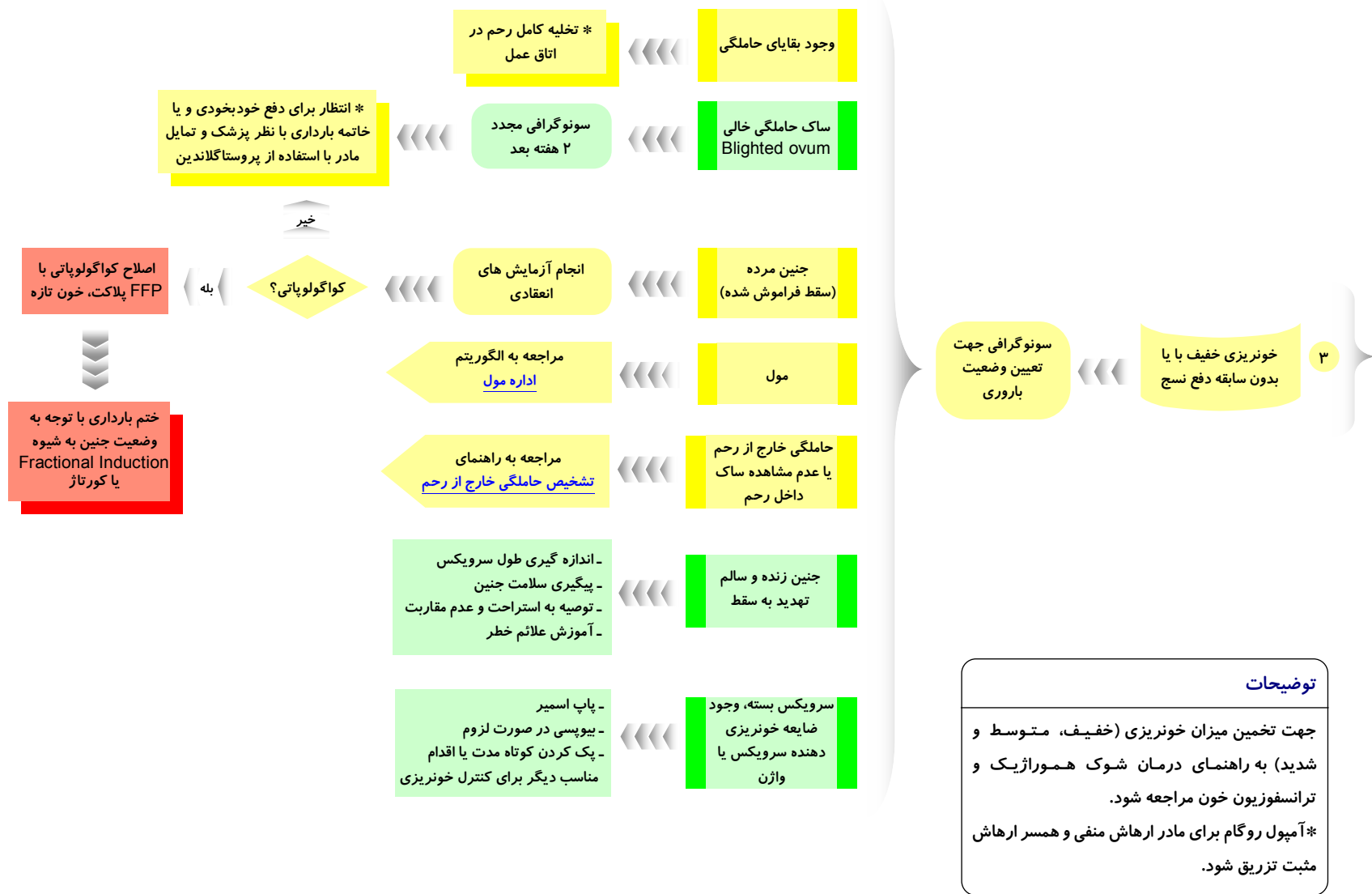
* علائم حاملگی خارج از رحم: لکه بینی یا خونریزی خفیف، درد شکمی، رحم کمی بزرگتر از حد طبیعی، تندرنس و لمس توده در آدنکس، حرکت دردناک سرویکس.
 ** حد مرزی یا افتراقی بتاساب یونیت برای سونوگرافی واژینال ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد و برای سونوگرافی شکمی ۶۰۰۰ واحد است.
 در مواردی که مادر ارهاش منفی و همسر ارهاش مثبت است، آمپول رگام تزریق شود.
 *** در برخی موارد هم حاملگی خارج از رحم است و هم داخل رحم که باید بررسی کافی در مورد زنده بودن جنین در داخل رحم انجام شود.





شرح اقدام	نوع اقدام	
تعیین سن بارداری، زمان شروع خارش، علائم همراه	اخذ شرح حال و سابقه	
بررسی پوست (رنگ، ضایعات)، ارزیابی سلامت جنین	معاینه	
زردی اسکرا و افزایش آنزیمها	اندیکاسیون بستری	
اندازه گیری Lft، در صورت امکان املاح صفراوی	آزمایشگاه	پاراکلینیک
با توجه به نظر مشاور	تصویر برداری	
با توجه به نظر مشاور	سایر تست های تشخیصی	
خون تازه، پلاکت، گلبول متراکم، FFP، کرایوپرسیپیتیت، آنتی هیستامین خوراکی و کالامین، استفاده از داروی اسید اورسودواکسی کولیک خارش را به سرعت بهبود می بخشد پس از مشاوره با متخصص داخلی یا گوارش می توان از آن استفاده نمود	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
کبد چرب بارداری، خارش پوستی، کلستاز بارداری	اندیکاسیون	درمان جراحی
	اندیکاسیون	
	نوع عمل	
آموزش بهداشت، بروز زردی	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
کبد چرب بارداری، کلستاز بارداری، مادر ۳۸ تا ۳۷ هفته و رسیدگی ریه جنین	اندیکاسیون ختم بارداری	
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص	
بررسی سلامت جنین در موارد کلستاز بارداری، بررسی سلامت مادر پس از ختم بارداری در کبد چرب	دستورات Follow up	
مشاوره با متخصص داخلی، گوارش، پوست و مشاوره با خانواده	سایر اقدامات	





شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه دفع نسج، دستکاری محصولات بارداری، دردهای کرامپی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (تب و لرز)، معاینه واژینال (دفع نسج یا وزیکول، میزان خونریزی، باز یا بسته بودن سرویکس، حرکت دردناک سرویکس، ترشحات بدبو) و معاینه شکم (تندرنس شکم)	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، سقط عفونی، مول، وجود بقایای بارداری و یا EP	اندیکاسیون بستری
سوناگرافی پاپ اسمیر و بیوپسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس	آزمایشگاه
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن	پاراکلینیک
Oxytocin ۳۰ واحد در لیتر (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر) در سه ماهه اول بارداری: میزوپروستول ۸۰۰ میکرو گرم واژینال (قرص های ۲۰۰ میکرو گرمی) هر ۲۴ ساعت تا ۳ دوز در هفته های ۲۴-۱۴ بارداری: میزوپروستول ۴۰۰-۱۰۰ میکرو گرم واژینال هر ۱۲-۶ ساعت تا ۶ دوز (کنتراندیکاسیون های میزوپروستول همانند کنتراندیکاسیون های اکسی توسین است.) سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	درمان دارویی
PG ها در Missed Abortion: (Oxytocin در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر)	اندیکاسیون
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده	درمان جراحی
تخلیه کامل رحم (کورتاژ)، لاپاراتومی	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی و یا دردهای کولیکی یا دفع نسج) توصیه به تزریق آمپول رگام	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده، ساک خالی حاملگی، وجود بقایای حاملگی	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
پس از توقف خونریزی و پاک شدن رحم از محصولات حاملگی و Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری سلامت جنین، اندازه گیری سرویکس در موارد تهدید به سقط، بررسی آنمی در موارد خونریزی شدید یا شوک	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

شرح اقدام	نوع اقدام
زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جنین آنومال، دقت در سونوگرافی انجام شده در خصوص محل جفت	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک)، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، تندرns شکم)، صدای قلب جنین، میزان خونریزی، بررسی ضایعات سرویکس پس از رد جفت سرراهی	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تندرns رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی، کنده شدن زودرس جفت	اندیکاسیون بستری
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, BUN, Cr, Na, K, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن و در صورت دسترسی FDP در زمان شک به DIC	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
NST, BPS, مانیتورینگ مادر و جنین	سایر تست های تشخیصی
آمپول روگام، آمپول استروئید، توکولیتیک (استفاده از توکولیتیک مورد بحث است) سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	درمان دارویی
شوک هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی	اندیکاسیون
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی) توصیه به تزریق آمپول روگام در جفت سرراهی، دکلمان	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی یا کنده شدن زودرس جفت (در دو مورد آخر بستگی به میزان خونریزی و سن حاملگی دارد)	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی	اندیکاسیون ترخیص
-بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال بعد از ۲۴ هفته -بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال ۴ تا ۶ ماه پس از زایمان بعد از خونریزی های شدید	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی (ترجیحاً هماتولوژیست) در صورت خونریزی شدید	سایر اقدامات

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 ✓ علائم شوک هموراژیک
 ✓ خونریزی شدید

اقدام مطابق راهنمای شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون و ادامه مراقبت ها مطابق همین الگوریتم

بله



- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ بررسی صدای قلب جنین
- ✓ معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی
- (در صورت ندانستن محل جفت معاینه واژینال ممنوع)
- ✓ بررسی میزان خونریزی
- ✓ انجام آزمایش CBC, Hb, Hct, BG Rh, platelet count, BUN, Cross match, PT, PTT, Crea, Na, K, Fibrinogen و در صورت دسترسی انجام FDP* در زمان شک به DIC

- گرفتن دو رگ مناسب
 - تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین
 - رزرو خون

۱

- مرگ جنین
 - دیسترس جنینی
 - آسیب به کلیه
 - خونریزی شدید
 - تدرنس رحمی
 - آنومالی مغایر با حیات در سونوگرافی قبلی

- کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یک بار
 - ثابت کردن سوند ادراری (حجم مناسب ادرار $1\text{h} / 30 - 60\text{cc}$)
 - ترانسفوزیون خون در صورت لزوم

ختم بارداری به روش واژینال (در صورت خونریزی شدید، دیسترس جنینی و جفت سر راهی تایید شده سزارین شود)

در صورت تشخیص کننده شدن زودرس جفت در زمان زایمان:
 - اطمینان از جمع بودن رحم
 - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت

- بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال ۶ - ۴ ماه پس از زایمان
 - انجام زودتر تست ها در صورت جاری نشدن شیر و یا بروز نشانه های دیگر

۲

کواگولوپاتی آشکار

- مشاوره اورژانس داخلی
 - تزریق خون تازه، پلاکت، FFP

ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین

۳

خونریزی خفیف واژینال سن جنین ۳۷ هفته و بیشتر

بررسی سونوگرافی های قبلی و در صورت نیاز انجام سونوگرافی

جفت سر راهی؟
 خیر

- آمنیوتومی زودرس و القای زایمان با اکسی توسین
 - زایمان واژینال با مانیوتورینگ دقیق مادر و جنین

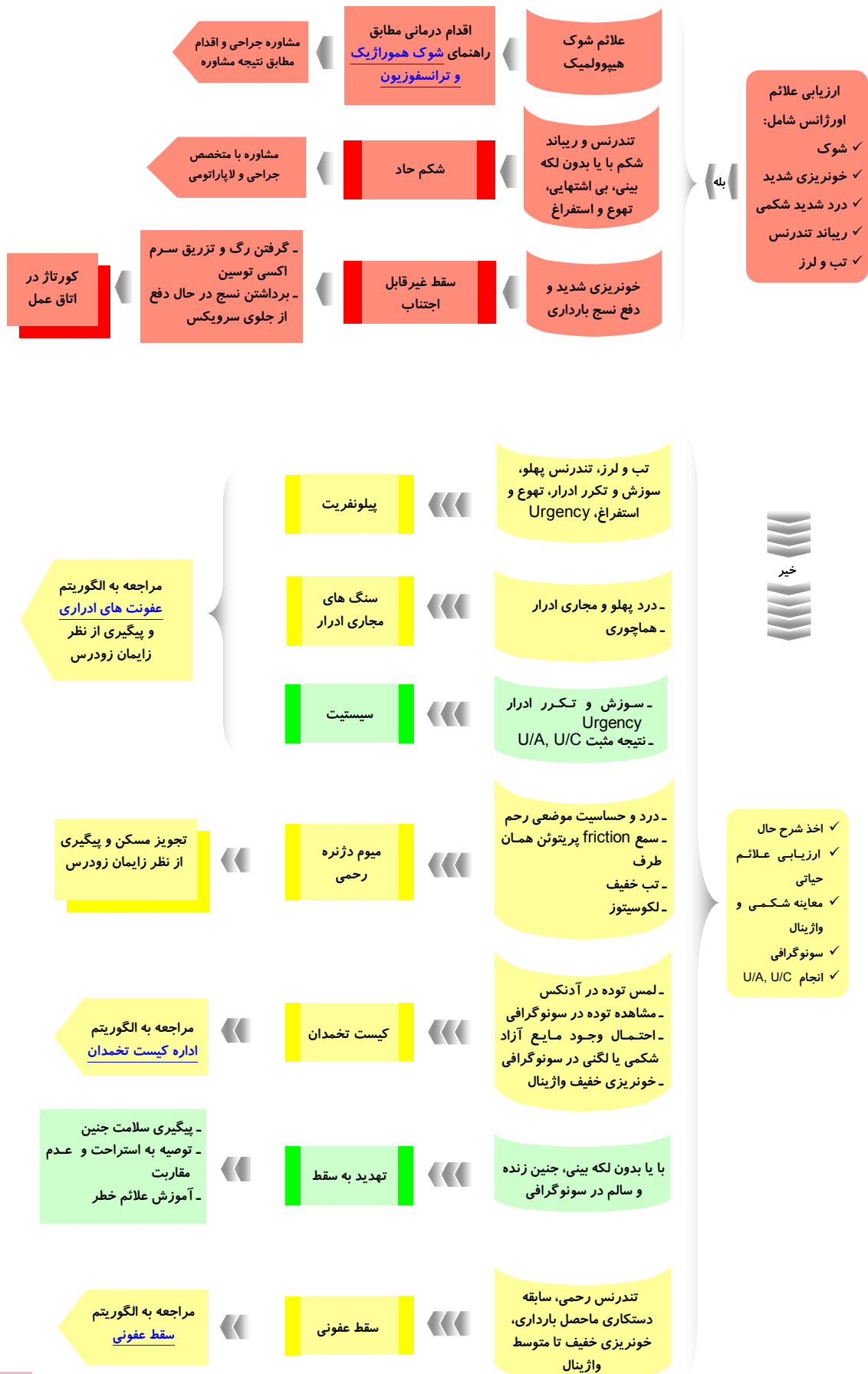
ختم بارداری به روش سزارین

*FDP: Fibrin Degradation Product

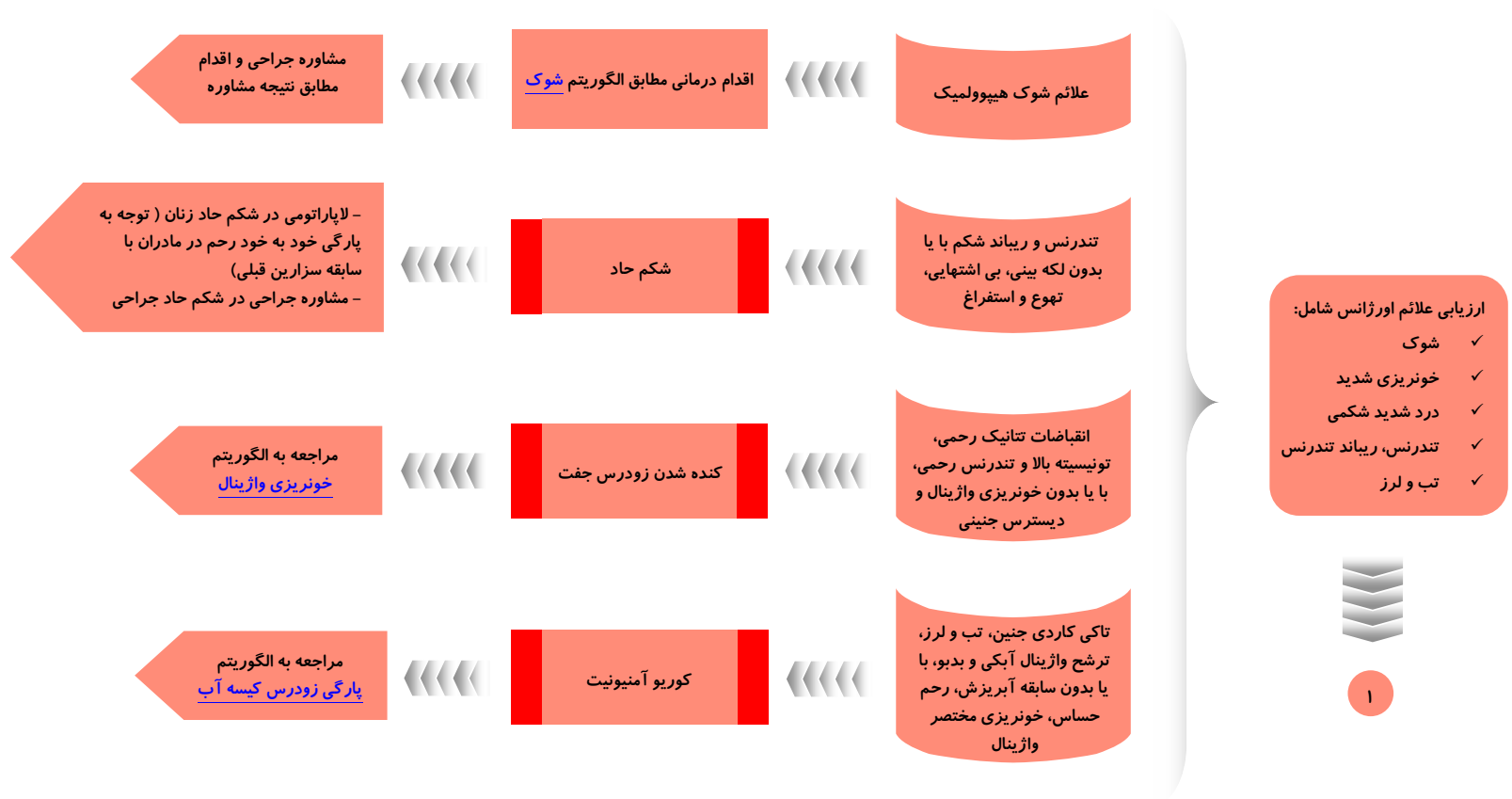


توضیحات

- ✓ علل خونریزی نیمه دوم در ۵۰٪ موارد دکلمان یا جفت سرراهی است و ۵۰٪ دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، وازوپروپیا، چسبندگی غیرطبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.
- ✓ جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای **شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون** مراجعه شود.
- ✓ معاینه با اسپکولوم می تواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد. بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پروپیا معاینه انجام شود ولی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.
- ✓ امروزه با دسترسی به دستگاه های سونوگرافی با رزولوشن بالا در مراکز درمانی، به double set up کمتر نیاز می شود. در صورت عدم دسترسی به سونوگرافی، پس از آمادگی جهت ختم بارداری double set up انجام شود.
- ✓ در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته ۳۴ بارداری، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر و جنین امکان پذیر است.
- ✓ در صورتیکه مادر خطرات را به خوبی بشناسد و اهمیت محدودیت فعالیت در منزل را درک کند و انگیزه بالا در جهت حفظ جنین داشته باشد. حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی می تواند بیمارستان را ترک نماید.
- ✓ در مورد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سر راهی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مد نظر قرار گیرد.



شرح اقدام	نوع اقدام	
محل و نحوه درد، علائم ادراری همراه، وجود خونریزی و میزان آن، سابقه دستکاری ماحصل بارداری، تهوع و استفراغ، بی اشتها	اخذ شرح حال و سابقه	
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک، تب و لرز)، معاینه واژینال (میزان خونریزی، نسج در حال دفع، لمس توده در ادنکس) معاینه شکم و پهلوها (تندرنس رحمی، ریباند و تندرنس شکم، درد پهلوها)، میزان خونریزی، سمع friction rub پریتوئن و لکوسیتوز	معاینه	
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، شکم حاد، پیلونفریت، سنگ های ادراری، سقط عفونی	اندیکاسیون بستری	
U/A, U/C, CBC و آزمایش متناسب با هر الگوریتم	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
اکسی توسین، مسکن، سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون و آنتی بیوتیک مطابق با هر الگوریتم	نوع دارو با ذکر دوز	درمان
شوک هموراژیک، سقط غیر قابل اجتناب، میوم دژنره، پیلونفریت، سنگ های ادراری، سیستیت، سقط عفونی	اندیکاسیون	دارویی
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط عفونی، کیست تخمدان	اندیکاسیون	درمان
لاپاراتومی، کورتاژ	نوع عمل	جراحی
آموزش علائم زایمان زودرس، سونوگرافی سریال	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
خونریزی شدید، سقط عفونی	اندیکاسیون ختم بارداری	
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص	
از نظر زایمان زودرس، پیگیری در تهدید به سقط	دستورات Follow up	
مشاوره با متخصص جراحی	سایر اقدامات	



۱



- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ ارزیابی علائم حیاتی
- ✓ معاینه شکمی و واژینال
- ✓ سونوگرافی
- ✓ انجام U/A, U/C

تب و لرز، تندرns پهلوی، سوزش و تکرر ادرار، تهوع و استفراغ، Urgency

پیلونفریت

- درد پهلو و مجاری ادرار
- هماچوری

سنگ های مجاری ادرار

- سوزش و تکرر ادرار
Urgency
- نتیجه مثبت U/A, U/C

سیستیت

- درد و حساسیت موضعی رحم
- سمع friction پریتون همان طرف
- تب خفیف
- لکوسیتوز

میوم دژنره رحمی

تجویز مسکن و پیگیری از نظر زایمان زودرس

- لمس توده در آدنکس
- مشاهده توده در سونوگرافی
- احتمال وجود مایع آزاد شکمی یا لگنی در سونوگرافی
- خونریزی خفیف واژینال

کیست تخمدان

مراجعه به الگوریتم اداره کیست تخمدان

انقباضات رحمی با تغییرات پیشرونده سرویکس با یا بدون ترشحات خون آلود

سن بارداری مساوی یا بیشتر از ۳۷ هفته؟

زایمان زودرس

مراجعه به الگوریتم زایمان زودرس

زایمان ترم

مراجعه به مبحث زایمان

انقباضات نامنظم رحمی بدون تغییرات پیشرونده سرویکس، تونسیته پایه رحم طبیعی

انقباضات براکستون هیکس

توصیه به استراحت آموزش علائم شروع زایمان

مراجعه به الگوریتم عفونت ادراری و پیگیری از نظر زایمان زودرس - افزایش احتمال عفونت نوزادی و اطلاع به متخصص نوزادان در زمان زایمان

شرح اقدام	نوع اقدام	
محل و نوع درد، وجود خونریزی واژینال، آبریزش، علائم گوارشی همراه، علائم ادراری	اخذ شرح حال و سابقه	
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک، تب و لرز)، معاینه واژینال (میزان خونریزی، تغییرات سرویکس)، معاینه شکم (تندرنس رحمی، ریپاند و تندرنس شکم، انقباضات رحمی)، میزان خونریزی، سمع friction rub پریتوئن، صدای قلب جنین	معاینه	
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، شکم حاد، کوریوآمنیونیت، کنده شدن زودرس جفت، پیلوفنریت و سنگ های ادراری، زایمان زودرس	اندیکاسیون بستری	
U/A, U/C, CBC و متناسب با هر الگوریتم	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری	
مطابق با هر الگوریتم	سایر تست های تشخیصی	
مسکن، سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون، آنتی بیوتیک	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
شوک هموراژیک، میوم دژنره	اندیکاسیون	درمان جراحی
خونریزی شدید، شکم حاد، کیست تخمدان	اندیکاسیون	
لاپاراتومی، سزارین	نوع عمل	
توصیه به استراحت و آموزش علائم شروع زایمان، علائم زایمان زودرس	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
کنده شدن زودرس جفت، کوریوآمنیونیت، سن بارداری بالای ۳۷ هفته طبق الگوریتم مربوطه	اندیکاسیون ختم بارداری	
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص	
از نظر زایمان زودرس، سایز کیست تخمدان	دستورات Follow up	
مشاوره با متخصص جراحی	سایر اقدامات	

راهنمای درمان ضد انعقادی با هپارین

دوران بارداری

آزمایش های اولیه:

- انجام CBC و شمارش پلاکت، کامل ادرار PT, PTT

درمان دارویی:

بر اساس مشاوره با متخصص قلب یا داخلی:

- تجویز دوز اولیه هپارین به میزان (۸۰ IU/Kg) حداقل ۵۰۰۰ واحد و سپس انفوزیون (۱۵ - ۲۵ IU/Kg/h) حداقل ۳۰۰۰۰ واحد در ۲۴ ساعت
- ادامه تجویز وریدی به مدت ۷-۵ روز و یا رفع علائم (در PE حداقل ۱۰-۷ روز)
- تبدیل به هپارین زیر جلدی (در ۳-۲ دوز هر ۱۲-۸ ساعت یک بار)
- ادامه درمان با دوز درمانی ۳-۴ ماه برای DVT و ۴-۶ ماه برای PE یا DVT مکرر یا درگیری ایلیوفمورال و بالاتر
- نکته: در مواردی که فرد ۶ ماه یا بیشتر تحت درمان با هپارین است به میزان ۱۵۰۰۰ واحد روزانه و یا بیشتر هپارین دریافت می کند، باید مقادیر کافی کلسیم (۱۵۰۰ میلی گرم) و ویتامین D به مادر تجویز نمود.
- تبدیل به هپارین پروفیلاکتیک (mini dose) هر ۱۲ ساعت ۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ واحد زیر جلدی تا پایان بارداری
- تجویز وارفارین در بیمارانی که درجه مصنوعی قلب دارند.
- قطع هپارین ۴-۶ ساعت قبل از زایمان
- نکته: در زمانی که مادر تحت درمان با هپارین Low molecular weight است، بهتر است از هفته ۳۶ بارداری به هپارین تبدیل شود.

آزمایش های بعدی:

- اندازه گیری aPTT پس از ۴ ساعت از تزریق دوز اولیه (میزان موردنظر ۲/۵ - ۱/۵ برابر کنترل است) و سپس اندازه گیری روزانه تا تثبیت وضعیت
- نکته: در صورت ضرورت می توان اثر هپارین را با پروتامین سولفات ۱ میلی گرم به ازای ۱۰۰ واحد هپارین خنثی کرد.
- نکته: در موارد تزریق زیر جلدی ۵۰۰۰ واحد روزانه نیازی به اندازه گیری aPTT نیست. در هنگام ترخیص با متخصص قلب مشاوره شود.
- شمارش پلاکت ۵ روز بعد و از روز ۵ تا دو هفته بطور متناوب بعد از شروع درمان (در صورت بروز ترومبوسیتوپنی مشاوره با متخصص داخلی جهت قطع یا تغییر نوع هپارین و درمان های جانبی)
- نکته ۳: برای بیماران سندرم آنتی فسفولیپید سطح آنتی فاکتور Xa اندازه گیری شود.

زایمان

درمان دارویی:

- در زمان زایمان درمان با هپارین قطع می شود. در زایمان واژینال بدون عارضه ۶ ساعت بعد و در سزارین ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد شروع می شود.
- در زمان زایمان در فاز فعال DVT یا PE درمان هپارین وریدی (۱۵ - ۲۵ IU/Kg/h) با کنترل aPTT به میزان ۱/۵ تا ۲/۵ یا سطح فعالیت آنتی فاکتور Xa به میزان ۱-۰/۵ U/ml نگهداری می شود. در درمان پروفیلاکسی سطح فعالیت آنتی فاکتور Xa به میزان ۰/۲-۰/۱ نگهداری می شود.
- در کسانی که درجه مصنوعی قلب دارند و وارفارین مصرف می کنند در زمان زایمان وارفارین باید به هپارین تبدیل شود.
- استفاده از آنالژزی اسپینال و اپیدورال انجام پذیر است.
- اگر به دلیل خونریزی مادر، نمی توان هپارین را سریعاً شروع کرد، می توان شروع آن را تا کنترل خونریزی به تأخیر انداخت.
- در مواردی که خطر PE بالاست، مشاوره جراحی جهت کارگذاری فیلتر در vena cava انجام شود.
- قطع هپارین ۷-۵ روز بعد، زمانی که INR به حد ۳-۲ برابر می رسد و ادامه وارفارین به طوری که حداقل مدت درمان بیمار برای DVT و آمبولی ریوی ۶ ماه باشد.
- اطلاع به متخصص نوزادان و کودکان در مورد استفاده مادر از داروی ضد انعقادی.
- نکته: در زمان بستری مادر، برای جلوگیری از آمبولی از جورابه های مخصوص (پمپ دار) استفاده شود.

پس از زایمان

- اگر پس از زایمان DVT اتفاق افتاد، حداقل مدت زمان برای درمان ۶ ماه است. نکته مهم: استفاده از هپارین Low molecular weight در موارد تجویز هپارین پروفیلاکتیک انجام پذیر است. در مواردی که نیاز به انجام بی حسی اپیدورال باشد، حداقل ۱۲-۱۰ ساعت قبل از بیهوشی تجویز هپارین باید قطع شود.

تعریف:

- ❖ **SVT ترمیوفلبیت سطحی:** درد و قرمزی موضعی اندام بدون تغییر در قطر که معمولاً در اندام فوقانی و در محل تزریق وریدی بخصوص تزریق آنتی بیوتیک مشاهده می شود. درمان آن شامل: آنالژژیک، بانداژ الاستیک و استراحت، در صورت برطرف نشدن علائم یا شک به DVT باید روشهای تشخیصی را بررسی کرد.
- ❖ **DVT ترمیوفلبیت عمقی:** شایعترین علائم آن درد، تورم و حساسیت در لمس است و در معاینه بالینی اختلاف در قطر ساقها و رانها و قرمزی دیده می شود. روش انتخابی برای تشخیص سونوگرافی داپلر می باشد. اگر علائم بالینی با یافته های داپلر مغایرت داشته باشد می توان ونوگرافی را در نظر داشت. درمان شامل: بانداژ الاستیک، استراحت و بالا قرار دادن عضو درگیر و گرم نگه داشتن آن و مصرف داروهای ضد انعقادی است. با کم شدن علائم به راه رفتن تشویق شوند. روش تجویز هپارین متناسب با راهنمای درمان هپارین است.
- ❖ **آمیولی ریه (PE):** درمان با ضد انعقادها است. در صورت وجود DVT همزمان باید بانداژ پا و بالا قرار دادن پاها در نظر گرفته شود. در P.E به علت خطر هیپوکسی PaO₂ باید بالای ۷۰ میلی متر جیوه یا پالس اکسی متری بالای ۹۵٪ حفظ شود و در صورت ادم ریه، تهویه با فشار مثبت و استفاده از پتدین یا مورفین انجام پذیر است. روش تجویز هپارین متناسب با راهنمای مربوطه اجرا شود.

در بارداری فعلی:

- ❖ **سابقه یک بار DVT:** هپارین پروفیلاکتیک (۱۰۰۰۰ - ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی و هر ۱۲ ساعت) و سپس درمان ضد انعقادی خوراکی تا ۶ هفته پس از زایمان.
- ❖ **عدم سابقه DVT ولی ترمیوفیلی تأیید شده توسط آزمایشگاه:** هپارین پروفیلاکتیک (۱۰۰۰۰ - ۵۰۰۰ واحد زیر جلدی و هر ۱۲ ساعت) و درمان ضد انعقادی تا پایان دوره پس از زایمان.
- ❖ **سابقه حملات مکرر DVT یا خانمی که بر روی درمان ضد انعقادی طولانی مدت است:** تجویز هپارین مطابق راهنما و سپس درمان دراز مدت با داروی ضد انعقادی تا پایان دوره پس از زایمان. در صورت مشاوره زمان قبل از بارداری باید عوامل خطر ترومبوآمبولی در بارداری بررسی شود.
- ❖ **سابقه PE در حاملگی قبلی:** مشاوره با متخصص قلب و عروق جهت ختم یا ادامه بارداری

mini dose = هپارین پروفیلاکتیک

راهنمای اداره دیابت قبل و حین بارداری

تعریف

دیابت آشکار یا پیش از بارداری: قبل از بارداری فرد به آن مبتلا است و قبل یا در شروع بارداری تشخیص داده شده است.
دیابت حاملگی: تشخیص دیابت را طی حاملگی دیابت حاملگی می گویند و معمولاً در هفته ۲۸ - ۲۴ بارداری تشخیص داده می شود.
دیابت کلاس A1 - گلوکز پلاسمای ناشتا زیر ۹۵ میلی گرم در دسی لیتر و گلوکز ۲ ساعت پس از غذا زیر ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر است. با رژیم غذایی کنترل می شود و مراقبت بارداری آن همان مراقبت های معمول است.
دیابت کلاس A2 - گلوکز پلاسمای ناشتا بالای ۹۵ میلی گرم در دسی لیتر و یا گلوکز ۲ ساعت پس از غذا بیش از ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر است. در مراقبت های بارداری همانند دیابت آشکار برخورد می شود. درمان با انسولین توصیه می شود.

قبل از بارداری

- کنترل قند خون و اجازه بارداری حداقل سه ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و HbA_{1c} (کمتر از ۶ درصد)؛
- در صورت مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون، قطع این داروها از سه ماه قبل از بارداری و کنترل قند خون با انسولین؛
- تأکید بر مصرف اسید فولیک؛
- مشاوره چشم پزشکی و بررسی تیروئید و کلیه و قلب در تمام بیماران مبتلا به دیابت و دارای علائم بالینی؛
در صورت وجود هرگونه آسیب در End organ با متخصص مربوطه مشورت شود.

بارداری

نیمه اول بارداری

- بستری در بیمارستان و کنترل نمودن قند خون با تجویز انسولین تحت نظارت پزشک متخصص غدد؛
- مشاوره تغذیه؛
- ارزیابی عملکرد کلیه با اندازه گیری Cr, BUN و کلیرانس کراتینین، پروتئینوری ۲۴ ساعته و در صورت لزوم تکرار آن در طول بارداری؛
- سونوگرافی و تعیین سن بارداری؛
- کنترل آلفا فتو پروتئین در ۱۸ - ۱۶ هفته بارداری، در صورت اثبات افزایش سطح AFP سرم، ارزیابی جنین توسط سونوگرافی هدف دار جهت بررسی نقایص لوله عصبی انجام می شود؛
- انجام سایر مراقبتهای دوران بارداری.

نیمه دوم بارداری

- در مبتلایان دیابت آشکار یا دیابت بارداری که در نیمه اول تشخیص داده نشده است سونوگرافی دقیق از جهت نقص لوله عصبی و سایر آنومالی های جنینی و اگر شک به آنومالی قلبی وجود دارد یا در سونوگرافی عروق بزرگ دیده نشود اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته ۲۲ - ۲۰ بارداری؛
- ارزیابی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری با شمارش حرکات جنین؛
- ویزیت هفتگی برای مانیتورینگ غلظت گلوکز و بررسی از نظر احتمال بروز پره اکلامپسی از هفته ۲۸ بارداری؛
- سونوگرافی جهت ارزیابی رشد جنین از هفته ۳۲ بارداری و تکرار آن هر ۳ - ۲ هفته یکبار؛
- ارزیابی سلامت جنین مطابق پروتکل های ارزیابی سلامت جنین؛
- بستری در بیمارستان از هفته ۳۶ بارداری و بر حسب شرایط مادر و جنین.

ختم بارداری

در صورت بروز فشارخون بالا و یا عوارض دیگر مادر در بیمارستان بستری شود و با توجه به شرایط وی و جنین بارداری ختم شود (نیاز به NICU بر اساس سن بارداری و وضعیت جنین متفاوت است). اگر سن بارداری نامشخص است پس از بررسی تست های رسیدگی ریه در حدود هفته ۳۸ ختم شود. در صورت اطمینان از سن بارداری، در هفته ۳۸ یا بیشتر بارداری ختم شود.

زایمان

در صورت بروز زایمان زودرس در مادر دیابتیک از بتامیمتیک ها به علت اثرات منفی آنها روی قند خون نباید استفاده کرد. در زایمان زودرس در بیماران بستری برای تسریع رسیدگی ریه جنین در صورت تحت کنترل بودن قند خون مادر، می توان با احتیاط از کورتیکواستروئیدها مطابق پروتکل استفاده کرد و تا ۷۲ - ۴۸ ساعت پس از تجویز آن قند خون بطور مرتب کنترل شود. دوز انسولین NPH قبل از خواب تزریق می شود و تزریق دوز صبح حذف می شود. - محل زایمان بر اساس دستورعمل سطح بندی خدمت مادر و نوزاد تعیین شود. به متخصص نوزادان - کودکان برای بررسی وضعیت نوزاد اطلاع داده شود.

پس از زایمان

- توجه به هرگونه علائم دال بر بروز عفونت در مادر در دوران پس از زایمان و درمان سریع آن
- ترخیص بیمار با مشاوره متخصص داخلی - غدد و با توجه به کنترل قند خون بیمار

آزمایش ها و تست های تشخیصی

- هر روز قند خون در چهار نوبت با گلوکومتر اندازه گیری شود: صبح ناشتا، ۲ ساعت بعد از صبحانه، ۲ ساعت بعد از ناهار و ۲ ساعت بعد از شام (لازم است هر ۲-۳ هفته یکبار در آزمایشگاه با خون وریدی قند خون کنترل شود).
- HbA1c هر سه ماه اندازه گیری شود.
- در بیماری که مبتلا به فشار خون بالا بوده و یا سابقه جنین IUGR و یا مرده زایی دارد، ارزیابی سلامت جنین از ۲۶ هفتگی شروع شده و از سونوگرافی داپلر برای بررسی مقاومت عروقی جفت استفاده شود.
- اگر دیابت با رژیم غذایی تحت کنترل است (کلاس A1)، ارزیابی سلامت جنین را می توان از ۳۶ هفتگی شروع کرد.
- برای تشخیص رسیدگی ریه جنین قبل از ۳۸ هفته می توان آمینوسنتز نمود و لاملار بادی را اندازه گیری نمود که امکان انجام آن در همه آزمایشگاه ها میسر است.
- اگر در طول بارداری قند خون کنترل نباشد، بیمار باید بستری شده و با مشاوره متخصص غدد، نوع تغذیه و انسولین دریافتی تنظیم گردد. دقت شود بیمار حداقل وزنگیری را در طول بارداری داشته و کاهش وزن پیدا نکند.
- اگر بیمار آسیب عروقی ندارد هر ۲ - ۱ هفته یکبار تا ۲۸ هفته و سپس هفته ای یکبار تا انتهای حاملگی ویزیت شده و در هر ویزیت علاوه بر مراقبتهای معمول بارداری، بیمار از جهت کتونوری و گلوکزوری چک شود.

نحوه Screening دیابت در طول بارداری

- از تمام خانم های باردار در سن حاملگی ۲۸ - ۲۴ هفته (Glucose challenge test) GCT به عمل می آید و اگر جواب غیر طبیعی ($BS \geq 140 \text{ mg/dl}$) بود، (Glucose tolerance test) GTT انجام شود.
- در خانمهای در معرض خطر (سابقه نوزاد ماکروزوم، سابقه IJFD، افراد چاق با نمایه توده بدنی بالاتر یا مساوی ۳۰، سابقه فشار خون بالا، سن بالای ۳۰ سال، سابقه دیابت در فامیل درجه یک، سابقه آنومالی جنینی و گلوکزوری مکرر) GCT در اولین ویزیت انجام می شود:
اگر جواب طبیعی باشد، GCT در هفته ۲۸ - ۲۴ حاملگی تکرار می شود.
اگر جواب غیر طبیعی باشد، GTT انجام می شود، که در اینصورت اگر GTT طبیعی باشد، GTT فقط برای موارد خانمهای در معرض خطر یا وقوع ماکروزومی یا پلی هیدرآمنیوس در هفته ۳۲ تکرار می شود.

GCT: گلوکز پلاسما یک ساعت پس از مصرف ۵۰ گرم گلوکز خوراکی بدون توجه به ساعت شبانه روز و یا آخرین وعده غذایی مصرف شده، اندازه گیری می شود.
GTT: تست تحمل ۲ ساعته ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی پس از ۱۴-۸ ساعت ناشتا بودن.
نکته: بجای تست تحمل ۲ ساعته ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی می توان از تست ۲ ساعته ۷۵ گرم گلوکز خوراکی استفاده کرد

نحوه تفسیر آزمایشات:

نوع آزمایش	حد طبیعی (در خانم باردار)
FBS	$< 95 \text{ Mg/dl}$
GCT (BS یک ساعت پس از تجویز گلوکز)	$= < 140 \text{ Mg/dl}$
GTT (BS یک ساعت پس از تجویز گلوکز)	$< 180 \text{ Mg/dl}$
GTT (BS دو ساعت پس از تجویز گلوکز)	$< 155 \text{ Mg/dl}$
GTT (BS سه ساعت پس از تجویز گلوکز)	$< 140 \text{ Mg/dl}$

GTT وقتی مختل است که از بین FBS و سه نمونه خون دریافتی پس از تجویز گلوکز، دو جواب غیر طبیعی وجود داشته باشد.
نکته: در صورت بروز پلی هیدرآمنیوس و ماکروزومی به کنترل قند خون توجه بیشتری شود.

اندازه رحم حداقل ۳ - ۲ هفته بیشتر از سن حاملگی

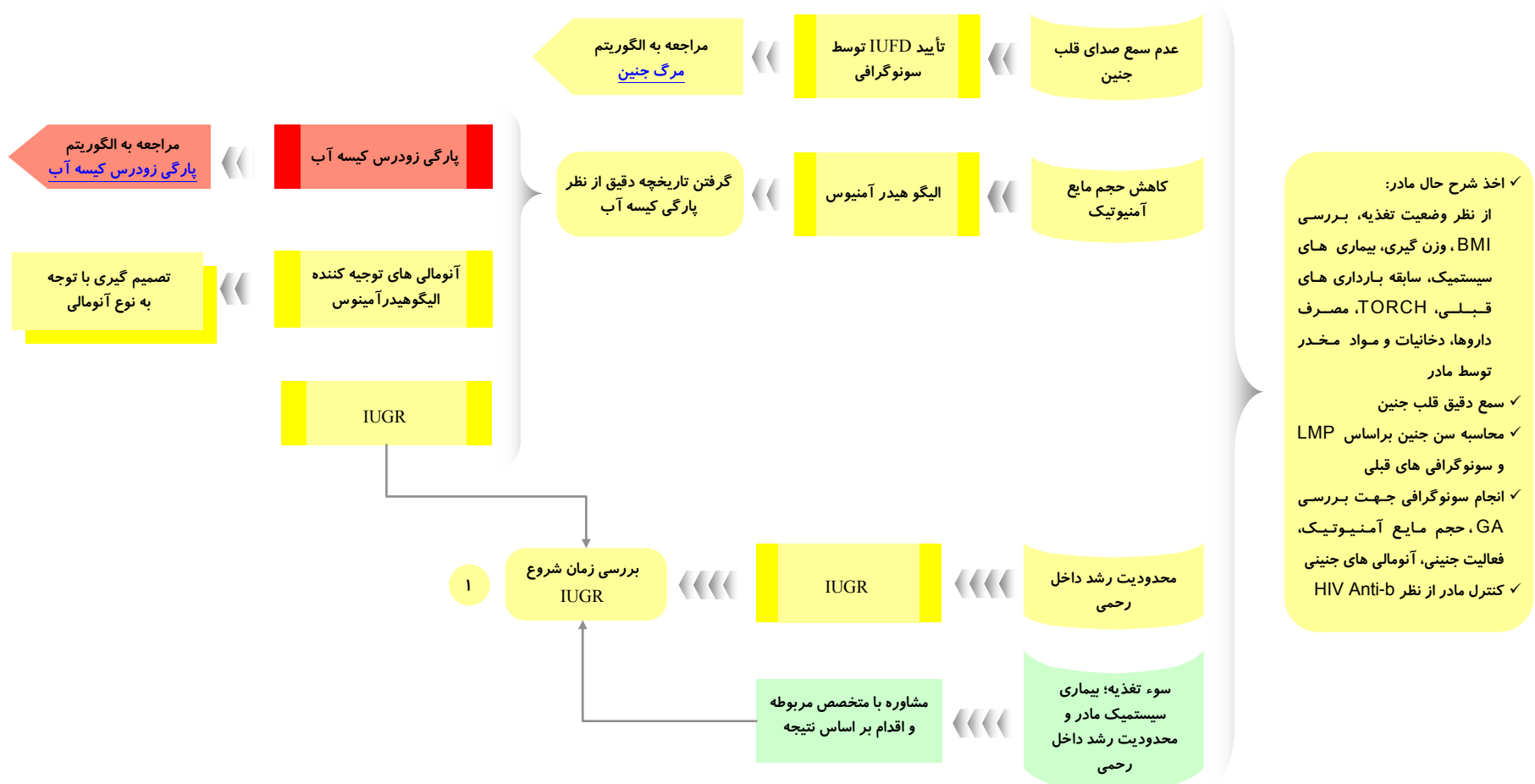


✓ * محاسبه سن جنینی بر اساس LMP
✓ انجام سونوگرافی جهت:
- تخمین سن جنین اندازه گیری BPD, HC, FL, AC
- تخمین وزن جنین، حجم مایع آمنیوتیک، آنومالی جنینی و رحمی (با توجه به خالی بودن مثانه مادر)
- و مقایسه آن با سونوگرافی قبلی

توضیحات

* گرفتن شرح حال دقیق برای بررسی LMP (نظم آن، مصرف OCP و وجود لکه بینی).
** این مادران در معرض خطر افزایش خونریزی پس از زایمان، دکولمان، زایمان زودرس و PROM هستند.

شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی LMP (نظم قاعدگی، مصرف قرص پیشگیری از بارداری، و وجود لکه بینی)	اخذ شرح حال و سابقه
اندازه رحم حداقل ۲ تا ۳ هفته بیشتر از سن حاملگی	معاینه
مول، میوم رحمی، توده آدنکسال	اندیکاسیون بستری
آنتی بادی در مورد هیدروپس ناشناخته	پاراکلینیک
سونوگرافی جهت تخمین سن و وزن جنین، حجم مایع آمنیوتیک، آنومالی جنین و رحم	تصویر برداری
مطابق با هر الگوریتم	سایر تست های تشخیصی
مطابق با تشخیص	درمان دارویی
مطابق با تشخیص	اندیکاسیون
مطابق با تشخیص	اندیکاسیون
مطابق با تشخیص	نوع عمل
آموزش علائم زایمان زودرس در صورت وجود میوم دژنره، پیگیری سایز توده آدنکسال	درمان غیر دارویی و آموزش ها
مول و مطابق با هر الگوریتم	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به نظر پزشک	مدت بستری
با توجه به نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص
بررسی مادر از نظر دیابت در جنین درشت، سایز توده تخمدانی، وضعیت میوم، حاملگی چند قلو	دستورات Follow up
با توجه به هر پروتکل	سایر اقدامات





توضیحات

* تست غیر طبیعی:
 ✓ الیگو هیدرآمینوس از هفته ۳۴ بارداری به بعد، شواهد هیپوکسی جنین و اطمینان از مچوریتی ریه، BPS کمتر از ۶ و یا افت دیپرس و مکرر FHR، داپلر غیر طبیعی وریدی
 **در صورت وجود شواهد اسیدمی جنین سزارین توصیه می گردد.
 (افت دیپرس و مکرر FHR، وجود فلوی برگشتی در داپلر یا اسیدمی در کوردوستنتر)
 در غیر این صورت زایمان واژینال ارجح است.

توجه

با توجه به پر خطر بودن جنین IUGR ادامه بارداری همراه شرایط زیر، بیش از ۳۷ هفته توصیه نمی شود.
 - بروز Brain sparing
 - سن بالای ۳۵ سال مادر
 - چاقی مادر (BMI ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع یا بیشتر)
 - کاهش حرکات جنین
 - سابقه بد مایمی در مادر شامل: مرده زایی، دکولمان، CP و ...

شرح اقدام	نوع اقدام
وضعیت تغذیه، بیماری های سیستمیک، سابقه بارداری های قبلی، ابتلا به Torch، مصرف داروها، محاسبه دقیق سن جنین، وضعیت کیسه آب	اخذ شرح حال و سابقه
سمع قلب جنین، معاینه عمومی مادر	معاینه
تمام موارد بجز مشکل سوء تغذیه	اندیکاسیون بستری
با توجه به هر الگوریتم	آزمایشگاه
سونوگرافی از نظر حجم مایع آمنیوتیک، فعالیت جنینی، آنومالی های جنینی و تعیین سن جنین، مرگ جنین	تصویر برداری
BPS، داپلر	سایر تست های تشخیصی
استروئید و با توجه به هر الگوریتم	نوع دارو با ذکر دوز
تصمیم به ختم بارداری در جنین پره ترم	اندیکاسیون
شواهد اسیدمی جنین	اندیکاسیون
سزارین	نوع عمل
استراحت در بستر، بهبود تغذیه مادر، قطع سیگار در صورت مصرف	درمان غیر دارویی و آموزش ها
اسیدمی جنین، مرگ جنین، آنومالی کشنده، داپلر غیر طبیعی	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
Stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
در موارد ادامه بارداری آموزش شمارش حرکات جنین به مادر	دستورات Follow up
ارجاع به مراکز فوق تخصصی برای بررسی کاریوتایپ، مشاوره با متخصص تغذیه	سایر اقدامات



سقط عفونی



توضیحات

* انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr, PT, PTT کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی، بتاساب یونیت

** تزریق آنتی بیوتیک فوراً در محل پذیرش انجام شود: آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم stat و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت

در مواردی که مادر بد حال است از سه آنتی بیوتیک آمپی سیلین+ جنتامایسین+ کلیندامایسین و یا آمپی سیلین+ جنتامایسین+ مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود.

ادامه



شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی از نظر دستکاری محصولات بارداری، بارداری با IUD، یا پارگی کیسه آب، تعیین سن حاملگی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم شوک سپتیک (هیپوتانسیون، اختلال هوشیاری، الیگوری با یا بدون تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریباند شکمی، rigidity همراه با درد شانه)، کنترل علائم حیاتی، معاینه واژینال (تندرنس رحمی، حرکت درد ناک سرویکس و لمس توده)	معاینه
تشخیص سقط عفونی	اندیکاسیون بستری
چک الکترولیت، PT، PTT، CBC، BUN، Cr، Rh، BG، β HCG کشت خون، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی	آزمایشگاه
راديوگرافي شکم در حالت خوابیده و ایستاده، انجام سونوگرافی	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
سرم کریستالوئید و اکسی توسین، تزریق آنتی بیوتیک فوراً در محل پذیرش آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم stat و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت در صورتی که حال مادر بد است از هر سه آنتی بیوتیک آمپی سیلین و جنتامایسین و کلیندامایسین یا آمپی سیلین، جنتامایسین و مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود، هپارین، توکسوئید کزاز ۰/۰ml و در صورت وجود سابقه واکسیناسیون و یا ایمن بودن ایمنوگلوبولین ۲۵۰ واحد IM	نوع دارو با ذکر دوز
در تمام موارد سقط عفونی	اندیکاسیون
احتمال تروما به روده ها، علائم پریتونیت، همولیز و عفونت کلسترییدیایی، آبنه در کلدوساک	اندیکاسیون
کورتاژ، لاپاراتومی، هیستریکتومی، تخلیه آبنه	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص
در صورت وجود آبنه غیر قابل جراحی	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، جراح عمومی	سایر اقدامات

راهنمای شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون

(در موارد خونریزی حاد مانند کنده شدن زودرس جفت، خونریزی پس از زایمان خونریزی منجر به هیپوولمی، آنمی شدید و جراحی و ...)

آزمایش های اولیه:

- BG, Rh, CBC, Hb, Hct, Cross match, PT, PTT به صورت اورژانس

اقدام:

- در خواست کمک
- گرفتن دو رگ مناسب و تزریق محلول کریستالوئیدی (ترجیحاً رینگر لاکتات)، به ازای یک لیتر خونریزی ۳ لیتر کریستالوئید و فشار خون سیستولیک حدود ۹۰ حفظ شود اگر بعد از دادن ۳-۲ لیتر نرمال سالین همودینامیک بهتر نشد خون ۲ واحد تزریق شود. لازم است به ازای هر ۲-۱ واحد RBC، ۲-۱ واحد FFP تزریق شود تا زمانی که وضعیت Stable شود و یا جواب تست ها طبیعی شود.
- (می توان از فرمول ۶ واحد RBC، ۴ واحد پلاسما و یک واحد پلاکت استفاده کرد.)
- تجویز اکسیژن و بالا بردن پاها
- گرم نگهداشتن بیمار و اطمینان از باز بودن راه های هوایی
- شناسایی محل خونریزی و علت آن و اقدام متناسب با تشخیص با توجه به الگوریتم مربوطه - اطلاع به متخصص بیهوشی
- ثابت کردن سوند ادراری و حفظ برون ده ادراری (حد اقل ۳۰ سی سی در ساعت)
- در صورت کاهش میزان هماتوکریت به کمتر از ۲۵ درصد، ادامه خونریزی و یا مختل بودن علائم حیاتی :
 - تزریق packed cell و نرمال سالین، در صورتی که اختلال همو دینامیک همچنان ادامه دارد، تا زمان آماده شدن خون می توان همان مقدار انفوزیون را بار دیگر تکرار کرد.
 - مانیتورینگ بیمار در ۱۵ دقیقه اول جهت کنترل بروز عوارض ترانسفوزیون و سپس ادامه آن هر ۱۵ دقیقه یک بار - در صورت بروز عوارض اطلاع به متخصص بیهوشی و برخورد با عوارض نکته: فرآورده های خونی قبل از تجویز باید گرم شوند. برای این منظور بهتر است از دستگاه گرم کننده خون (blood warmer) و در موارد اورژانس از گرمای زیر بغل استفاده شود.

آزمایش های بعدی:

- در صورت تداوم خونریزی و یا تزریق بیش از ۵ واحد packed cell :
 - کنترل فاکتورهای انعقادی، فیبرینوژن، پلاکت، PTT, PT
- نکته: در صورت وجود خونریزی از سایر محل ها به ازای هر ۳-۲ واحد packed cell یک واحد FFP تزریق شود.
- در صورت شمارش پلاکت زیر ۵۰۰۰۰ و تداوم خونریزی :
 - تزریق ۱۰ - ۵ واحد پلاکت و شمارش مجدد پلاکت در ۷۲ ساعت بعد
- نکته: در صورت تزریق پلاکت و cryoprecipitate ناسازگار در فرد ارهش منفی، آمپول روگام تزریق شود.
- در صورت فیبرینوژن کمتر از ۱۰۰ mg/dl یا aPTT, PT و INR بیشتر از ۱/۵ برابر :
 - ۱-۲ ویال فیبرینوژن به صورت وریدی آهسته تزریق شود.
- CBC بعد از ۶ ساعت کنترل شود.
- حداقل ۲۴ ساعت پس از دریافت خون با نظر متخصص ترخیص شود.

در مواردی که مادر خونریزی شدید ندارد ولی به شدت آنمیک است، اقدامات زیر انجام شود:

- BG, Rh, Hb, Hct, Cross match
- تزریق packed cell و نرمال سالین
- مانیتورینگ بیمار در ۱۵ دقیقه اول جهت کنترل بروز عوارض ترانسفوزیون و سپس ادامه آن هر ۱۵ دقیقه یک بار - در صورت بروز عوارض اطلاع به متخصص بیهوشی و برخورد با عوارض
- CBC بعد از ۶ ساعت کنترل شود.

طبقه بندی شدت خونریزی

طبقه بندی شدت خونریزی	I خفیف	II متوسط	III شدید	IV مهلک
میزان خونریزی از دست رفته	۷۵۰ سی سی	۷۵۰-۱۵۰۰ سی سی	۱۵۰۰-۲۰۰۰ سی سی	بیش از ۲۰۰۰ سی سی
تعداد ضربان قلب	< ۱۰۰	۱۰۰-۱۱۹	۱۲۰-۱۳۰	>= ۱۴۰
فشار خون	طبیعی	طبیعی	کاهش	کاهش
فشار نبض	طبیعی	کاهش	کاهش	کاهش
برون ده ادراری (ml/hr)	طبیعی (۳۰ تا ۵۰)	۲۰-۳۰	۵-۱۵	آنوری یا بسیار جزئی
تعداد تنفس در دقیقه	طبیعی (۱۴-۲۰)	۲۰-۳۰	۳۰-۴۰	> ۳۵
وضعیت هوشیاری	کمی مضطرب	مضطرب (anxious)	گیج (confused)	گیج و لتارژیک
مایع جایگزین جبرانی مورد نیاز	کریستالوئید	کریستالوئید	کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون

نکات ضروری

- ✓ بهترین محل برای رگ گیری قسمت انتهایی دست ها از آرنج به پایین است و در صورت عدم امکان می توان از ورید فمورال کمک گرفت و با اینکه اقدام به کات داون نمود استفاده از وریدهای مرکزی برای این منظور مناسب نبوده و توصیه نمی شود
- ✓ انفوزیون سرم باید به میزان ۳ برابر خون از دست رفته باشد یعنی به ازای ۱۰۰۰ سی سی خون از دست رفته ۳۰۰۰ سی سی کریستالوئید باید انفوزیون گردد
- ✓ برای تزریق خون باید از خون هم گروه یا گروه خون O منفی کراس مچ شده استفاده شود اما در موارد حیاتی و عدم دسترسی می توان از گروه خونی O منفی کراس مچ نشده نیز استفاده کرد.
- ✓ در بیماران هیپوولمیک تا زمانیکه مایعات بدن و حجم خون به حد طبیعی نرسیده است نبایستی از داروهای وازوپرسور بیکرنات سدیم و کلسیم استفاده نمود.
- ✓ اطلاع به متخصص کودکان و نوزادان در مورد دریافت خون توسط مادر

عوارض ترانسفوزیون

✓ واکنش های آلرژیک غیر همولیتیک :

این عوارض در اثر واکنش با آنتی ژن های موجود بر روی گلبول های سفید یا پلاکت (واکنش تب دار) و یا سرم خون تزریقی بروز کرده و خود را به صورت تب (معمولاً بالا) و لرز ظرف نیم تا یک ساعت و گاهی خارش، کهیر و در موارد شدید واکنش آنافیلاکتیک (خصوصاً برونکواسپاسم، آنژیوادم و یا شوک) تظاهر می کند. در صورت کوچکترین شک به ناسازگاری خونی (واکنش همولیتیک) ترانسفوزیون بایستی قطع شود و به متخصص بیهوشی اطلاع داده شود.

تدابیر درمانی: درمان این حالت شامل کنترل تب با استفاده از استامینوفن و واکنش های آلرژیک با استفاده از آنتی هیستامین (نظیر ۵ تا ۱۰ میلی گرم دیفن هیدرامین خوراکی یا وریدی) و در صورت لزوم استروئید (نظیر ۱۰۰ میلی گرم هیدرو کورتیزون وریدی) و اپی نفرین است.

✓ عوارضی که به طور نادر ممکن است ایجاد شود :

احساس درد یا سوزش در محل تزریق، تنگی نفس، اضطراب، درد قفسه سینه یا پشت، برافروختگی، لرز، تب، تاکیکاردی، تهوع، استفراغ و در موارد پیشرفته هیپوتانسیون و بالاخره شوک ظاهر می شود.

تدابیر درمانی:

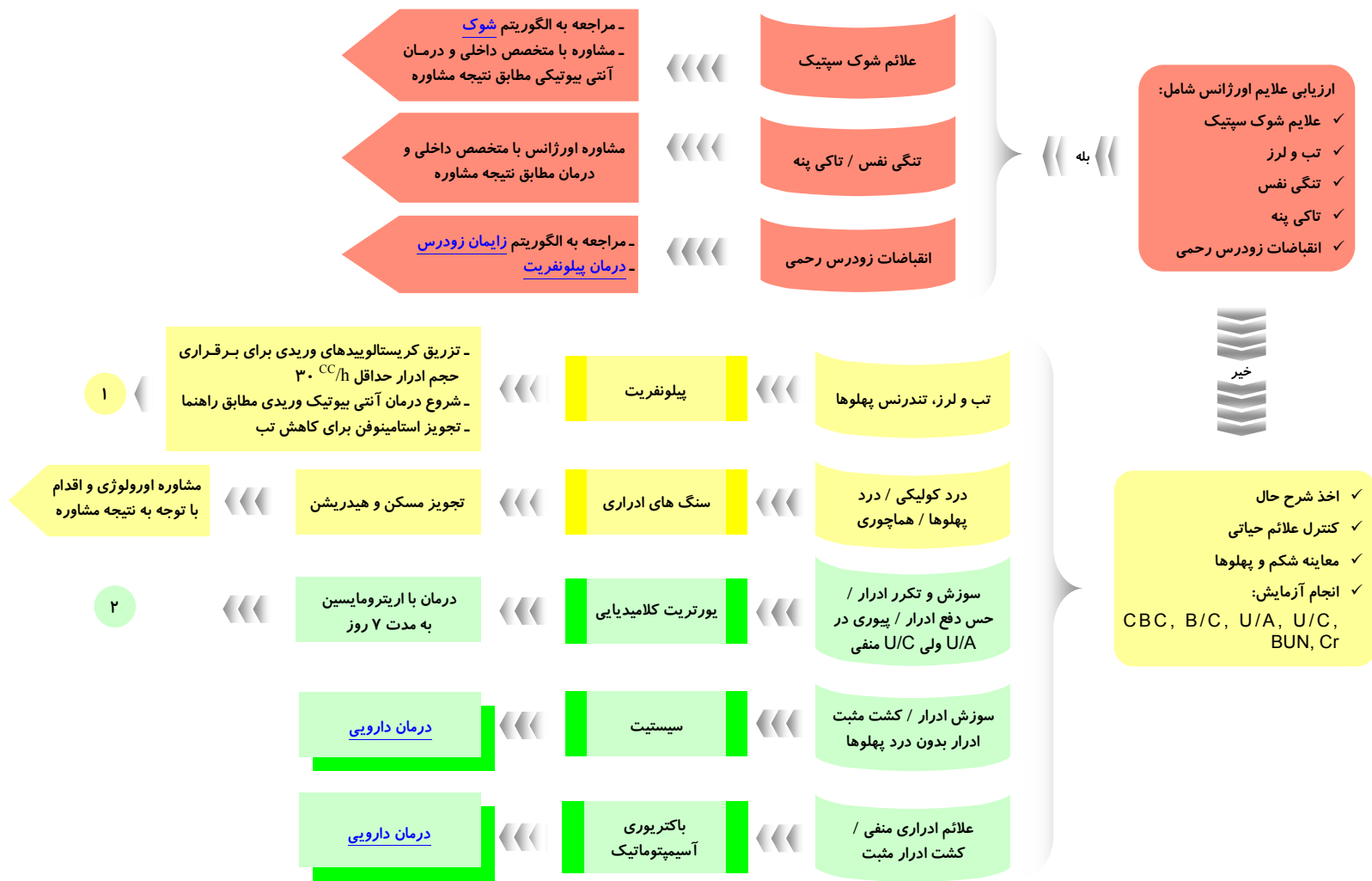
- ۱) در صورت کوچکترین شک به واکنش همولیتیک بایستی بلافاصله ترانسفوزیون قطع شود. به متخصص بیهوشی یا داخلی اطلاع داده شود.
- ۲) نمونه خون بیمار و خون تزریقی جهت تعیین گروه خون به آزمایشگاه فرستاده شود.
- ۳) وضعیت همودینامیک با استفاده از نرمال سالین یا رینگر اصلاح شود.
- ۴) کلرفنیرامین به میزان ۱۰ میلی گرم به طور وریدی و آهسته تجویز شود.

مشخصات فرآورده های خونی مصرفی شایع

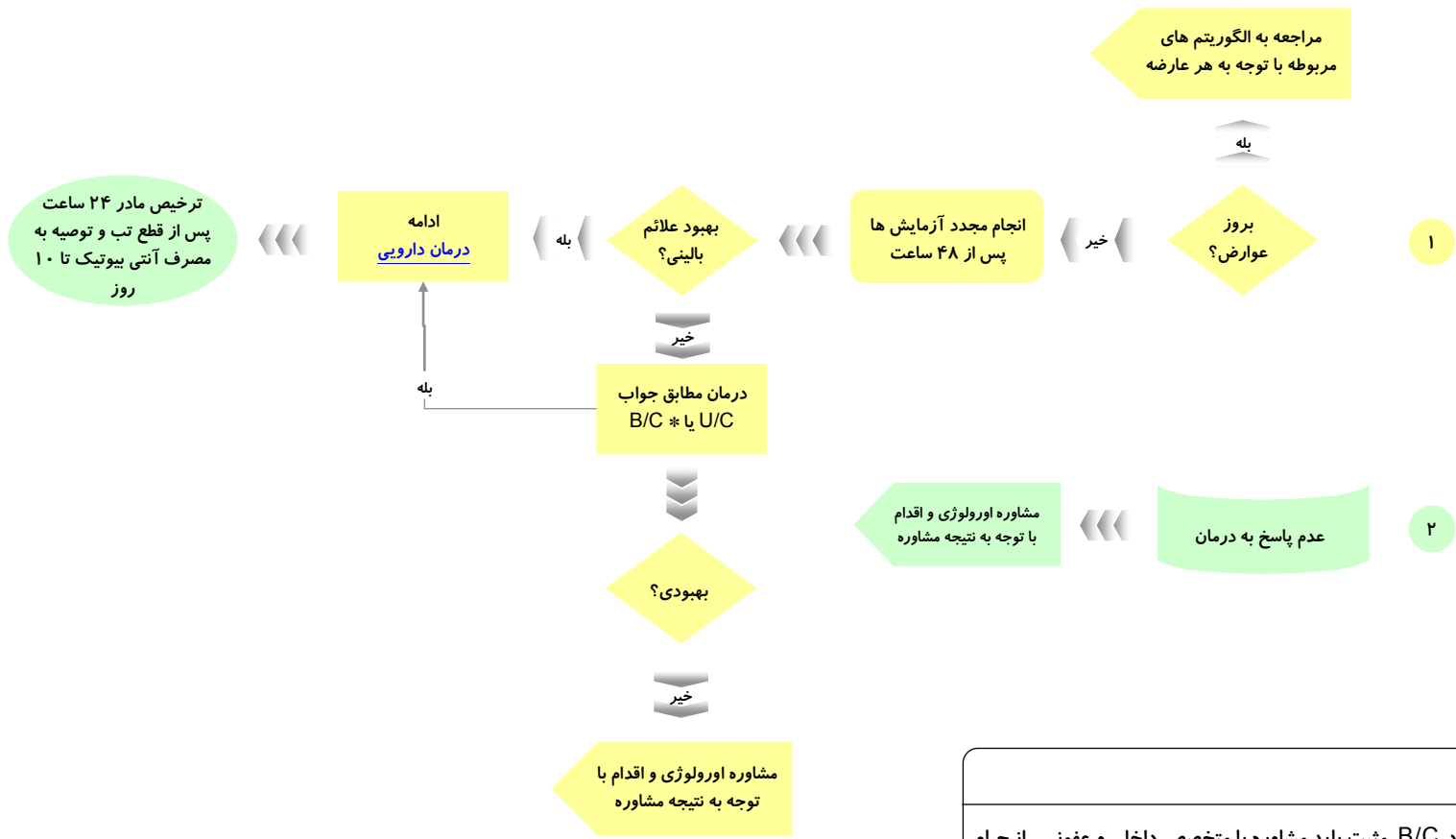
نوع فرآورده	محتویات	حجم هر واحد	اثرات
Whole blood	WBC, RBC, پلاکت و فاکتورهای انعقادی	۴۵۰ - ۵۰۰	افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Packed RBC	تقریباً فقط RBC	۲۵۰ - ۳۰۰	افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Platelets	پلاکت و کمی RBC و WBC	۵۰	افزایش شمارش پلاکت ها به میزان ۱۰۰۰۰-۸۰۰۰۰ به ازای هر یک واحد
Fresh Frozen Plasma	فاکتورهای انعقادی و فیبرینوژن معادل	۲۵۰	افزایش فاکتورهای انعقادی به میزان ۳٪ و فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد
Cryoprecipitate	فاکتورهای VIII و XIII و فون ویلبراند و فیبرینوژن	هر واحد ۱۰ میلی لیتر (کیسه های ۵۰ میلی لیتری)	افزایش فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد

شرح اقدام	نوع اقدام	
تب و لرز، سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع ادرار، دردهای کولیکی	اخذ شرح حال و سابقه	
علائم شوک، کنترل علائم حیاتی(تب)، معاینه شکم و پهلوها (تندرنس پهلوها)، انقباضات رحمی، سمع قلب و ریه	معاینه	
شوک، تنگی نفس و تاکی پنه، تب، انقباضهای رحمی، پیلونفریت، سنگهای ادراری	اندیکاسیون بستری	
سونوگرافی با توجه به هر پروتکل	آزمایشگاه	پاراکلینیک
	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
سرم کریستالوئید، استامینوفن، مسکن، اریترومايسين، آموکسی سیلین، آمپی سیلین، سفالوسپورین ها، نیتروفورانتویین به مدت ۱۰ - ۳ روز، آنتی بیوتیک های وریدی سفازولین یا سفتریاکسون، آمپی سیلین و جنتامایسین	درمان دارویی	
علائم شوک، پیلونفریت، سنگهای ادراری، یورتريت کلامیدیایی، سیستیت، باکتریوری آسیمپتوماتیک	اندیکاسیون	درمان جراحی
	اندیکاسیون	
	نوع عمل	
توصیه به مصرف دارو تا ۱۰ روز	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
	اندیکاسیون ختم بارداری	
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
۲۴ ساعت پس از قطع تب	اندیکاسیون ترخیص	
انجام U/A, U/C در فواصل مناسب	دستورات Follow up	
مشاوره با متخصص داخلی، اورولوژی	سایر اقدامات	

عفونت ادراری در بارداری



ادامه



توضیحات

* در موارد B/C مثبت باید مشاوره با متخصص داخلی و عفونی انجام شود.
 به متخصص کودکان - نوزادان در مورد ابتلای مادر به UTI در طی بارداری اطلاع داده شود.

سیستیت:

پس از آنکه نمونه جهت کشت ادرار گرفته شد، درمان آنتی‌بیوتیکی با یک آنتی‌بیوتیک مناسب مانند آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز، آمپی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز، سفالوسپورین‌ها و یا نیتروفورانتویین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۱۰ - ۳ روز تجویز می‌شود. در صورت عدم پاسخ به درمان، درمان جدید باید بر اساس نتیجه کشت ادرار بیمار انجام شود. یک تا دو هفته پس از درمان بیمار، کشت ادرار مجدداً گرفته می‌شود. اگر جواب کشت مجدداً مثبت باشد یا عفونت ادراری عود کند، آنتی‌بیوتیک مناسب با جواب کشت برای مدت سه هفته تجویز شود. در صورت عود مجدد، پس از درمان عفونت، به عنوان پروفیلاکسی، نیتروفورانتویین ۱۰۰ میلی‌گرم و یا آموکسی‌سیلین ۲۵۰ میلی‌گرم یا سفالکسین ۲۵۰ میلی‌گرم یک دوز در هنگام خواب در تمام مدت بارداری تجویز شود. نکته: در صورت عود مجدد جهت بررسی سنگ، سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری انجام شود.

پیلونفریت:

درمان آنتی‌بیوتیکی وریدی شامل سفازولین یا سفتریاکسون ۱ گرم ۲ بار در روز و یا آمپی‌سیلین به علاوه جنتامایسین است. درمان خوراکی با قطع تب شروع و حداقل ۱۰ روز و حداکثر ۳ هفته ادامه دارد. ۱ تا ۲ هفته بعد مجدداً کشت ادرار انجام می‌شود. در صورت مثبت شدن مجدد کشت، درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب با جواب کشت برای مدت ۵ هفته تجویز می‌شود. درمان پروفیلاکسی در تمام مدت بارداری نیز مانند درمان سیستیت انجام می‌شود.

باکتریوری آسیمپتوماتیک:

درمان سه روزه یا تک دوز و پیگیری آن همانند سیستیت است.

نکته: در صورت عدم قبول درمان پروفیلاکسی از طرف بیمار، هر دو هفته باید U/A, U/C انجام شود.

فشارخون بالا در بارداری



توضیحات

* فشارخون بارداری تا ۱۲ هفته پس از زایمان به حالت طبیعی باز می گردد و تشخیص نهایی پس از زایمان است.

** فشارخون مزمن ۱۲ هفته پس از زایمان همچنان باقی می ماند.

شرح اقدام	نوع اقدام	
بررسی سوابق بیماری های کلیوی مادر و فشار خون بالا، تاری دید، سردرد، درد اپی گاستر	اخذ شرح حال و سابقه	
کنترل علائم حیاتی، فشارخون، اندازه گیری ارتفاع رحم، تعیین سن بارداری، سمع ریه (رال)، صدای قلب جنین	معاینه	
اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید، پره اکلامپسی خفیف، حاملگی مولار	اندیکاسیون بستری	
پروتئین ادرار، CBC، آنزیم های کبدی و تست های کلیوی در صورت وجود علائم یا شک به پره اکلامپسی، مریض با سابقه IUGR و دکلمان تست بررسی سلامت جنین دو هفته قبل از بروز در حاملگی قبلی	آزمایشگاه	پاراکلینیک
	سونوگرافی	
	تصویر برداری	
بر اساس هر پروتکل	سایر تست های تشخیصی	
درمان با توجه به تشخیص	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
درمان با توجه به تشخیص	اندیکاسیون	
مول	اندیکاسیون	درمان جراحی
ساکشن و تخلیه رحم	نوع عمل	
در پره اکلامپسی خفیف و فشارخون مزمن مطابق پروتکل های مربوطه	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید، مول، سندرم HELLP، End organ failure، IUGR، ختم حاملگی، پره اکلامپسی خفیف زایمان بعد از ۳۷ هفته کامل	اندیکاسیون ختم بارداری	
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
با توجه به وضعیت بیمار	اندیکاسیون ترخیص	
اندازه گیری فشارخون ۱۲ هفته پس از زایمان	دستورات Follow up	
	سایر اقدامات	

شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی سوابق بیماری های کلیوی مادر و فشار خون بالا، مصرف داروی فشارخون، دکلمان، سابقه IUFD	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی (فشارخون، بررسی رشد جنین، عملکرد کبد و کلیه، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، تعیین سن بارداری، بررسی end organ damage (کارکرد کلیه، ته چشم، قلب و عروق)، تشنج	معاینه
اکلامپسی، پره اکلامپسی، IUFD، ختم بارداری	اندیکاسیون بستری
پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته، اوره و کراتینین، CBC، تست های کبدی و LDH	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
BPs و رسیدگی ریه جنین	سایر تست های تشخیصی
متیل دوپا حداکثر ۲ گرم در ۲۴ ساعت یا نیفدیپین حداکثر ۴۰ میلی گرم روزانه، آسپرین با دوز کم	درمان دارویی
فشار خون بالاتر از ۱۵۰/۱۰۰ بدون end organ damage یا ۱۴۰/۹۰ و بیشتر به همراهی end organ damage	اندیکاسیون
	اندیکاسیون
	نوع عمل
محدودیت مصرف نمک و استراحت بیشتر، انجام مراقبت با فواصل تعیین شده توسط پزشک	درمان غیر دارویی و آموزش ها
ختم در بارداری بدون عارضه ۳۸ هفته، در بارداری پر خطر حداکثر ۳۷ هفته و در پره اکلامپسی شدید حداکثر ۳۴ هفته	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
با توجه به وضعیت بیمار	اندیکاسیون ترخیص
توجه به احتمال بروز کریز فشار خون ۶ ساعت پس از زایمان، ادم مغزی، نارسایی قلبی، ادم ریه، اختلال عملکرد کلیه در ۲۴ تا ۳۶ ساعت پس از زایمان	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، قلب	سایر اقدامات

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
✓ تشنج

اکلامپسی

مراجعه به راهنمای
پره اکلامپسی شدید



خبر

- ✓ اخذ شرح حال و بررسی وضعیت فشارخون مادر قبل از بارداری فعلی
- ✓ تعیین داروهای مصرفی
- ✓ مشاوره با متخصص قلب، داخلی
- ✓ بررسی End organ damage (کارکرد کلیه، ته چشم، قلب و عروق)
- ✓ ارزیابی علت و شدت فشارخون

(الف) *

- ✓ اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
- ✓ بررسی رشد جنین
- ✓ شنیدن صدای قلب جنین
- ✓ بررسی فشارخون و پروتئینوری در هر ملاقات
- ✓ سونوگرافی جهت بررسی رشد جنین هر ۲-۳ هفته یکبار (از هفته ۲۸ بارداری به بعد)
- ✓ انجام آزمایش های زیر و تکرار آنها در صورت نیاز طبق نظر پزشک:
- بررسی عملکرد کلیه (کراتینین، اوره)
- بررسی پروتئینوری ۲۴ ساعته
- بررسی عملکرد کبد
- اندازه گیری CBC

۱

بروز پروتئینوری بیش از ۳۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت بدون سابقه قبلی، یا افزایش میزان پروتئینوری، علائم همولیز، اختلال کارکرد کبدی یا اضافه شدن هر یک از علائم پره اکلامپسی

پره اکلامپسی اضافه شده
به فشارخون مزمن

تصمیم گیری برای ختم یا ادامه بارداری با توجه به شرایط مادر، سن بارداری و مراجعه به الگوریتم پره اکلامپسی

۲

IUFD

مراجعه به الگوریتم
IUFD

۳

- افزایش فشارخون به میزان ۱۵۰/۱۰۰ و بیشتر
- فشارخون ۱۴۰/۹۰ به همراه End organ damage

**درمان دارویی

عدم تنظیم فشارخون

- مشاوره داخلی و درمان مطابق نتیجه مشاوره
- استمرار مراقبت های بارداری (الف)

تنظیم فشارخون

استمرار مراقبت های بارداری (الف)

توضیحات

کنتراندیکاسیون های بارداری: فشار خون دیاستولیک علیرغم درمان بطور پایدار ۱۱۰ یا بیشتر، نیاز به چند دارو جهت کنترل فشار خون، کراتی نین سرم بیشتر از ۲ میلی گرم در دسی لیتر، کنتراندیکاسیون های قوی تر سابقه ترمبوز یا خونریزی مغزی عروقی، انفارکتوس میوکارد، بیماری احتقانی قلب.

ادامه



توضیحات

* فواصل ملاقات ها تا ۲۸ هفتگی هر ۲ هفته یکبار و سپس تا ۳۷ هفته هر هفته است. محدودیت مصرف نمک و استراحت بیشتر توصیه می شود.

** انتخاب اول در درمان دارویی متیل دوپا، حداکثر ۲ گرم در ۲۴ ساعت و انتخاب دوم نیفدیپین حداکثر ۴۰ میلی گرم روزانه.

*** در شرایط ختم بارداری در موارد اورژانس و حاملگی پره ترم، در صورت نبود عوارض قلبی عروقی می توان از کورتیکواستروئید زیر هفته ۳۷ بارداری جهت بلوغ ریوی استفاده کرد.

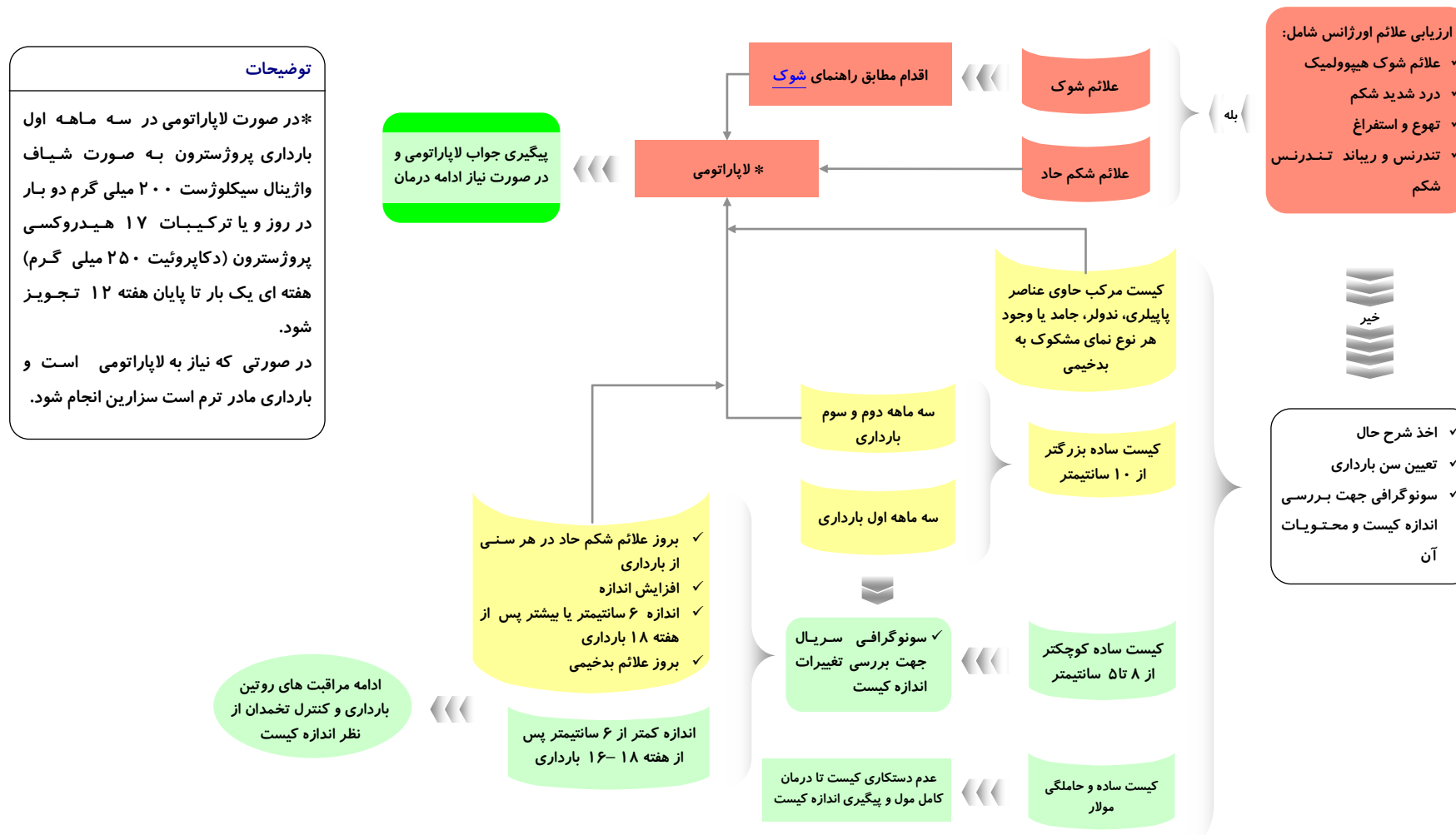
نکته: محل زایمان بر اساس دستورعمل سطح بندی خدمات مادر و نوزاد مشخص می شود.



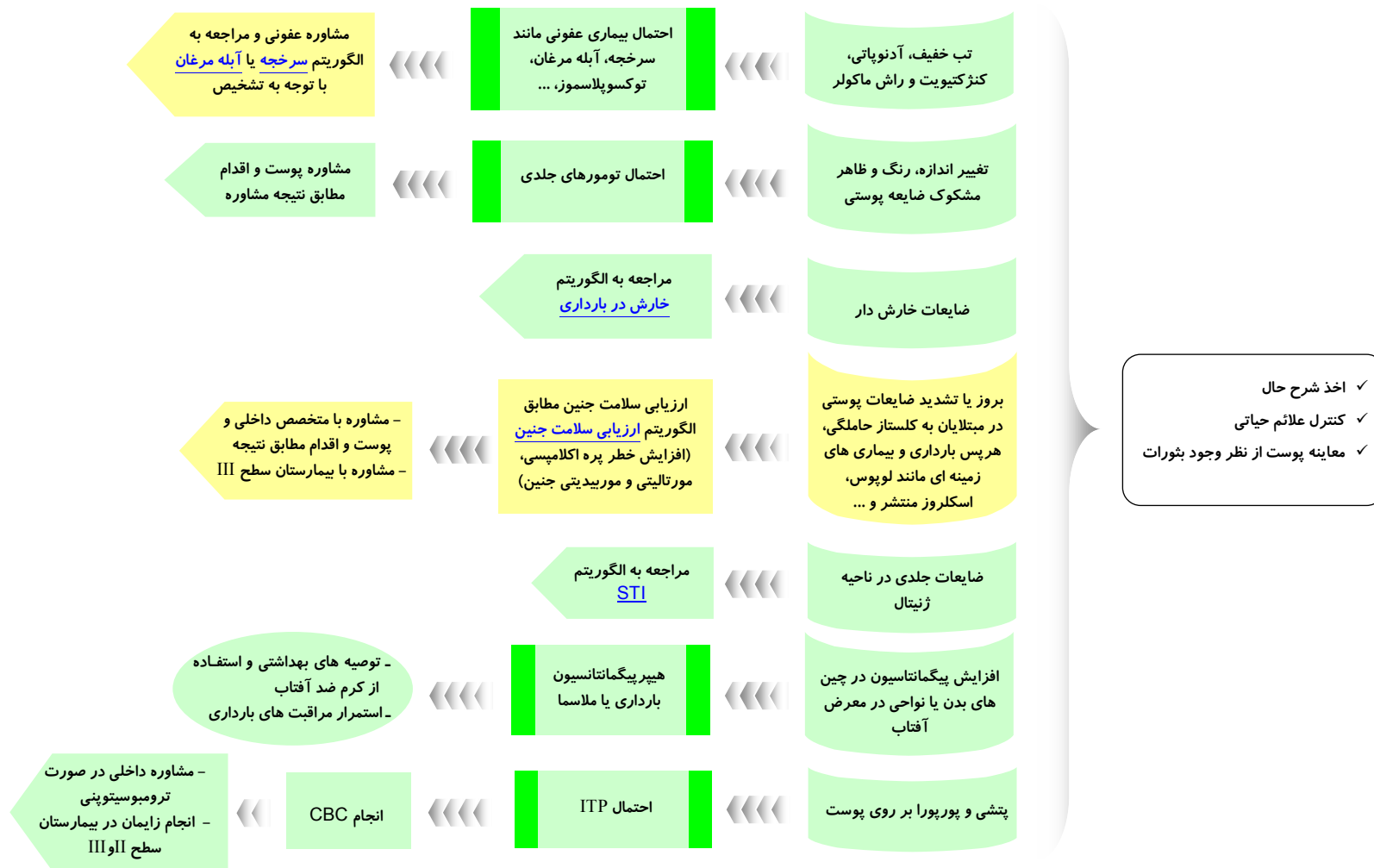
توضیحات

* کنترل حرکات جنین از هفته ۲۸ به بعد به مادر آموزش داده می شود. اگر مادر احساس کند حرکت جنین کاهش یافته، پس از خوردن غذا وی را به پهلو چپ خوابانده و اگر در عرض ۲ ساعت ۱۰ حرکت احساس نشد کاهش حرکت تأیید می شود. در این صورت مادر برای تشخیص علت بستری می شود و اگر علت مشخص نشد، زیر هفته ۳۶ بارداری با NST و سونوگرافی مانیتور شود.

شرح اقدام	نوع اقدام
تعداد حرکات جنین و فواصل آن	اخذ شرح حال و سابقه
سمع صدای قلب جنین	معاینه
کاهش حجم مایع و NST منفی	اندیکاسیون بستری
	پاراکلینیک
سونوگرافی از نظر حجم مایع آمنیوتیک، آنومالی های جنینی	آزمایشگاه
	تصویر برداری
BPs و NST	سایر تست های تشخیصی
	درمان دارویی
	نوع دارو با ذکر دوز
	اندیکاسیون
	درمان جراحی
	اندیکاسیون
	نوع عمل
کنترل حرکات جنین از هفته ۲۴ بارداری به بعد	درمان غیر دارویی و آموزش ها
جنین در ارزیابی BPs نمره کافی نیاورد	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به شرایط مادر و سن جنین	مدت بستری
با توجه به شرایط مادر و سن جنین	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری سلامت بارداری در مورد NST نرمال و سونوگرافی نرمال	دستورات Follow up
مشاوره با خانواده جهت ختم بارداری در آنومالی جنین	سایر اقدامات



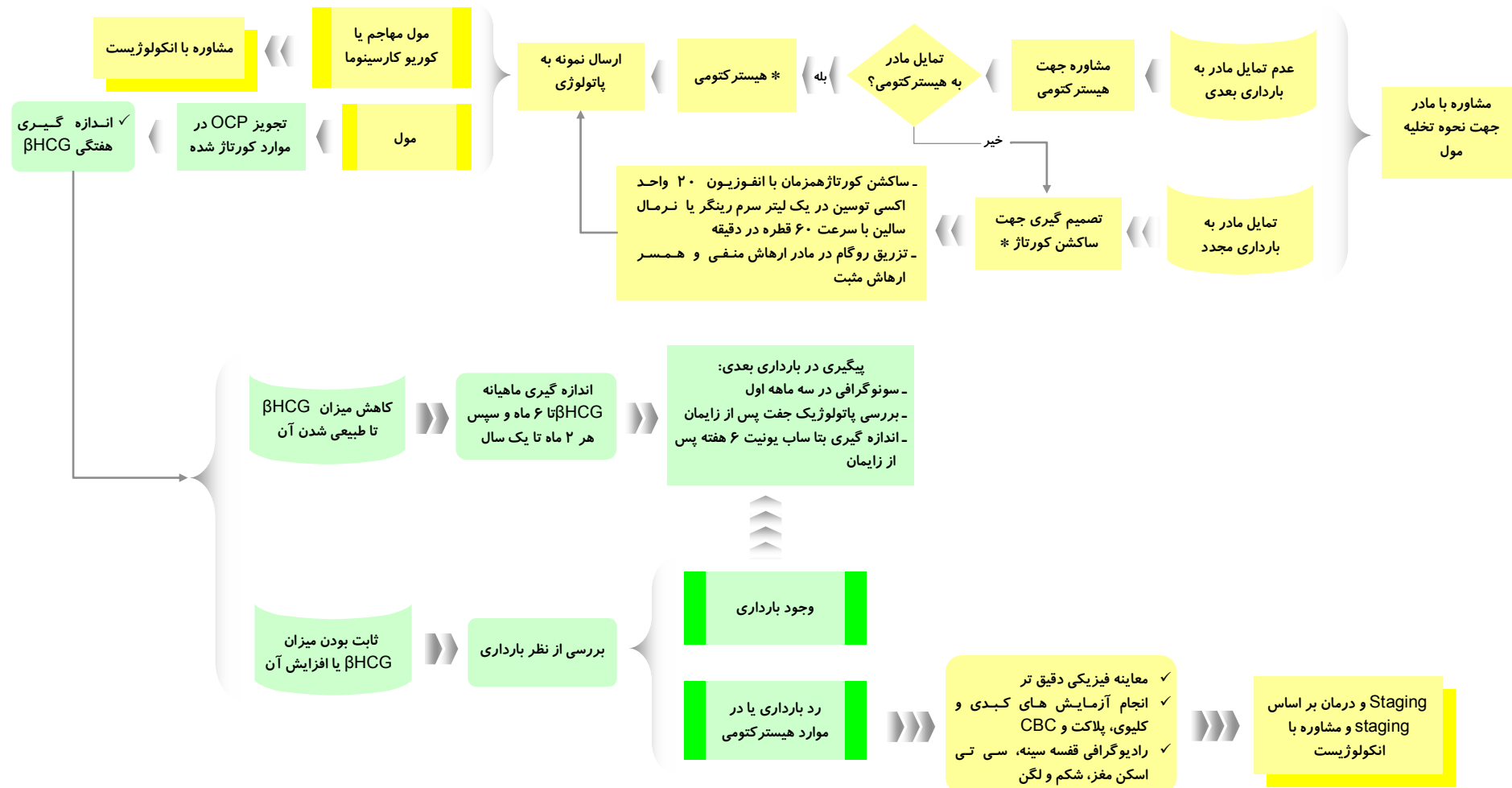
شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، محل و نحوه درد، علائم گوارشی همراه	اخذ شرح حال و سابقه
علائم شوک، معاینه شکم (تندرنس و ریباند تندرنس)	معاینه
شکم حاد، علائم شوک همراه با کیست تخمدان، کیست با نمای بدخیم یا بزرگتر از ۶ سانتیمتر پس از هفته ۱۸ بارداری	اندیکاسیون بستری
	پاراکلینیک
سونوگرافی از نظر اندازه کیست و محتویات آن	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
پروژسترون به صورت شیاف واژینال سیکلوژست ۲۰۰ میلی گرمی ۲ بار در روز یا ترکیبات ۱۷ هیدروکسی پروژسترون (دکاپروئیت ۲۵۰ میلی گرمی) هفته ای یکبار تا پایان هفته ۱۲ بارداری (درمان با پروژسترون قبل از هفته ۸ تا ۱۰ بارداری، ۱۰۰-۵۰ میلی گرم هر ۸-۱۲ ساعت واژینال یا روزانه ۵۰ میلی گرم پروژسترون روغنی)	نوع دارو با ذکر دوز
پس از لاپاراتومی	اندیکاسیون
مطابق اندیکاسیون های بستری	اندیکاسیون
لاپاراتومی	نوع عمل
کنترل تخمدان از نظر اندازه کیست، آموزش علائم زایمان زودرس	درمان غیر دارویی و آموزش ها
علائم شکم حاد یا کیست با شرایط لاپاراتومی در زمان ترم	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
STABLE بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری جواب لاپاراتومی	دستورات Follow up
مشاوره با انکولوژی زنان	سایر اقدامات



شرح اقدام	نوع اقدام
ابتلا به بیماری های زمینه ای مانند لوپوس، اسکروز منتشر و ...، وجود ضایعه خارش دار، زمان بروز یا تشدید ضایعه	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی، معاینه پوست (راش ماکولر پاپولر، تغییر اندازه و رنگ ضایعه پوستی، ضایعه جلدی در واژن، افزایش پیگمانتاسیون در چین های بدن)، کنژکتیویت، آدنوپاتی، ارزیابی سلامت جنین	معاینه
تشدید علائم بیماران لوپوسی یا اسکروز منتشر	اندیکاسیون بستری
مطابق با تشخیص	آزمایشگاه
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
درمان مطابق تشخیص	نوع دارو با ذکر دوز
مطابق تشخیص	اندیکاسیون
	اندیکاسیون
	نوع عمل
توصیه های بهداشتی، مصرف کرم ضدآفتاب	درمان غیر دارویی و آموزش ها
مطابق تشخیص	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
STABLE بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
با توجه به نظر مشاور	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص پوست، داخلی	سایر اقدامات



توضیحات
 * خانم هایی که امکان دسترسی برای پیگیری بعدی ندارند کموتراپی پروفیلاکتیک انجام شود



شرح اقدام	نوع اقدام
تهوع و استفراغ شدید، تمایل مادر به بارداری مجدد، تپش قلب، علائم تنفسی، سردرد	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (فشارخون بالا)، معاینه فیزیکی (کبد، طحال)، سمع ریه و اندازه رحم	معاینه
تشخیص مول	اندیکاسیون بستری
β HCG , BG, Rh, Het, Hb, CBC انجام آزمایش های کبدی و کلیوی، تست های تیروئیدی در افراد علامت دار، پروتئین ادرار در صورت افزایش فشار خون	آزمایشگاه
سونوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه، سی تی اسکن (در صورت درگیری ریه در Chest X ray یا شک به متاستاز یا بالا باقی ماندن β HCG)	تصویر برداری
بیوپسی (پاتولوژی)	سایر تست های تشخیصی
سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون آمپول رگام، اکسی توسین OCP سولفات منیزیم	نوع دارو با ذکر دوز
تهوع و استفراغ شدید، فشارخون بالا، کموتراپی، در زمان تخلیه مول	اندیکاسیون
تخلیه مول	اندیکاسیون
ساکشن کورتاژ، هیستریکتومی	نوع عمل
توصیه به عدم بارداری حداقل ۶ ماه برای حاملگی مولار، برای نئوپلازی تروفوبلاستی یک سال مول	درمان غیر دارویی و آموزش ها
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	اندیکاسیون ختم بارداری
Stable شدن شرایط بیمار	مدت بستری
اندازه گیری β HCG ماهانه تا ۶ ماه ، در بارداری بعدی سونوگرافی سه ماه اول بارداری و اندازه گیری β HCG ۶ هفته پس از زایمان	اندیکاسیون ترخیص
مشاوره با متخصص داخلی، انکولوژیست	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، سابقه سقط مکرر، خونریزی از بینی، لته ها و خونریزی واژینال	اخذ شرح حال و سابقه
اندازه رحم، معاینه واژینال، بررسی علائم زایمانی	معاینه
بروز اختلالات خونریزی دهنده، تمایل مادر به ختم بارداری، شروع علائم زایمانی	اندیکاسیون بستری
فیبریونژن، BS, CBC و در صورت نیاز CT و BT	پاراکلینیک
X-Ray از جنین در صورت لزوم و فتوگرافی	تصویربرداری
اتوپسی جنین، پاتولوژی جفت	سایر تست های تشخیصی
خون تازه، پلاکت، FFP	درمان دارویی
اصلاح اختلال انعقادی	اندیکاسیون
ختم بارداری با اندیکاسیون مامایی (مانند سزارین تکراری، جفت سرراهی، ...)	درمان جراحی
	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
جنین مرده، خونریزی شدید واژینال	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری علت مرگ جنین	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص مربوطه، مشاوره با خانواده	سایر اقدامات

علائم بالینی	ضایعات ژنیتال	دوره نهفتگی	درد	وضعیت غدد لنفاوی	پاراکلینیک	درمان
زخم‌های نرم با لبه برجسته	سیفلیس (انجام مشاوره)	۹۰ - ۱۰ روز	نادر	دو طرفه، غیر حساس و سفت	VDRL FTA-ABS *	- بنزاتین پنی سیلین براساس مشاوره - بررسی تیتراژ سرولوژی، ماهیانه و در زمان زایمان - ** انجام سونوگرافی و بررسی سلامت جنین طبق پروتکل - درمان همسر
وجود وزیکول یا زخم‌های ملتهب و سطحی	هریس ***	۶ - ۳ روز	شایع	دو طرفه، غیر حساس و سفت	آزمایش سیتولوژی، کشت از وزیکول یا ظاهر ضایعات یا PCR	*** آسیکلوویر در صورت لزوم
زخم‌هایی با لبه نامرتب و عمیق	شانکروئید	۱۴ - ۱ روز	بسیار دردناک	دردناک، معمولاً یکطرفه، چرکی	براساس علائم بالینی و رد کردن ضایعات دیگر، تست darkfield منفی	آزیترومایسین - اریترومایسین یا سفتریاکسون - مشاوره با متخصص عفونی
زخم‌های گذرا قبل از درگیری غدد لنفاوی	لنفوگرانولوم و نروم	۳ روز تا ۶ هفته	متفاوت	حساس و چرکی	براساس علائم بالینی - مشاوره با متخصص عفونی	اریترومایسین - مشاوره با متخصص عفونی
زگیل در نواحی واژن، ولو، سرویکس	زگیل تناسلی ****	—	اکثراً بدون درد	—	براساس ظاهر ضایعات	در صورت لزوم تری کلرواستیک اسید

STI همراه با ترشحات

تشخیص	نوع ترشحات	پاراکلینیک	علائم بالینی	درمان
کلامیدیا	موکوسی چرکی	PCR یا کشت ترشحات سرویکس	اکثراً بدون علامت است ولی می‌تواند موجب اورتریت یا سرویسیت موکوسی چرکی شود	- اریترومایسین یا آموکسی سیلین - درمان همسر
گنوره	موکوسی چرکی	کشت ترشحات سرویکس	سرویسیت موکوسی چرکی و عفونت غدد وستیبولار - در باکتریی علائم پوستی مانند پتشی و علائم سیستمیک مانند آرترالژی اضافه می‌شود	- سفتریاکسون یا سفیکسیم - در ادامه درمان عفونت کلامیدیایی انجام شود - در عفونت منتشر و سیستمیک : مشاوره عفونی - درمان همسر
تریکومونا	زرد رنگ - کف آلود	تهیه گستره از ترشحات یا کشت روی محیط دیاموند	ترشح زرد رنگ بدبو و و خارش ولو، اریتم ولو و واژن	- مترونیدازول (منع مصرف در سه ماهه اول) - درمان همسر

توضیحات

در مادران مبتلا به STI انجام تست‌های HBSAg، HIV توصیه می‌شود.
* مثبت شدن VDRL به معنای ابتلای مادر نیست و باید با تست دیگری مانند FTA-ABS یا MHA-TP یا TPP-PA تأیید شود. با تأیید تشخیص سیفلیس، سونوگرافی سریال از نظر بررسی سلامت جنین توصیه می‌شود.
** در صورت هیدروپس جنینی ارجاع به مراکز فوق تخصصی
*** در این بیماران اخذ شرح حال و سابقه مثبت مهم است و فقط در صورت وجود ضایعات فعال Visible (چه اولیه و چه عود شونده) در زمان زایمان، اندیکاسیون سزارین وجود دارد (بدون توجه به زمان پارگی کیسه آب).
**** طبق نظر FDA در گروه C قرار دارد - ادامه درمان سرکوب گرانه در خانم‌هایی که طی بارداری ضایعه داشته‌اند از هفته ۳۶ تا پایان بارداری توصیه می‌شود - در صورت عفونت ثانویه ضایعات یا علائم ابتلاء ارگان‌های دیگر یا احتباس ادراری بیمار بستری گردد.
**** پس از پایان بارداری مادر در فواصل مناسب از نظر وجود ضایعات بررسی و پاپ اسمیر انجام شود.
نکته: به مادر آموزش داده شود تا در مورد نوع بیماری خود، جهت آگاهی متخصص کودکان در بدو تولد نوزاد، به عامل زایمان اطلاع دهد.

توضیحات

شانکروئید: آزیترومایسین ۱ گرم تک دوز یا اریترومایسین به میزان ۸۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت یک هفته یا سفتریاکسون به میزان ۲۵۰ میلی گرم یک دوز عضلانی
لنفوگرانولوم: اریترومایسین به میزان ۸۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۲۱ روز
زگیل تناسلی: تری کلرواستیک ۸۰٪ هفته‌ای یک بار
کلامیدیا: اریترومایسین به میزان ۸۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت یک هفته
آموکسی سیلین به میزان ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت یک هفته
گنوره: سفتریاکسون به میزان ۱۲۵ میلی گرم یک دوز عضلانی
سفیکسیم به میزان ۴۰۰ میلی گرم یک دوز خوراکی
تریکومونا: مترونیدازول به میزان ۲۵۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت یک هفته یا ۲ گرم یک دوز خوراکی

کاندیدا: با ترشحات سفید پنیری و خارش و اریتم ولو و واژن در صورت علامت‌دار بودن می‌بایست با ترکیبات موضعی آزول درمان شود.

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر، سیگار، دخانیات	<p>- افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هیپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی</p> <p>- تأثیر بر نوزاد: سیتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت</p>	<p>- جلب مشارکت مادر برای شروع درمان</p> <p>- آموزش سبک زندگی سالم و توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>در صورت اعتیاد به مواد مخدر:</p> <p>- ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها</p> <p>- بررسی علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی همزمان</p> <p>- توجه به تداخل دارویی</p> <p>- در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم: برقراری راه وریدی، باز کردن راه های هوایی، درمان مسمومیت مانند زمان غیربارداری انجام می شود.</p> <p>- عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری و ارجاع به روان پزشکی برای درمان جایگزین با متادون</p> <p>- ارزیابی سلامت جنین اگر مادر شخصاً اقدام به ترک نموده است</p> <p>- انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی</p>
۲	بارداری اول	<p>در سنین زیر ۱۸ سال: افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، زایمان زودرس، نوزاد کم وزن</p> <p>در سنین بالای ۳۵ سال: افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی</p>	<p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر، رژیم غذایی پرکالری و پروتئین، بهداشت فردی، مراجعه توصیه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>
۳	بارداری پنجم و بالاتر	احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی، پارگی رحم	<p>- در بارداری بالای ۳۵ سال: تأکید به غربالگری دیابت بارداری بررسی دقیق فشارخون در هر ملاقات بررسی دقیق سلامت مادر، انجام آزمایش های غربالگری سه گانه در هفته ۱۸ - ۱۶ بارداری و در صورت لزوم آمنیوسنتز</p>
۴	بارداری زیر ۱۸ سال	احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، نوزاد کم وزن	
۵	بارداری بالای ۳۵ سال	احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی	
۶	بارداری با IUD	افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم	<p>- در صورت مشاهده نخ در نیمه اول بارداری: خارج کردن IUD</p> <p>- در صورت عدم خروج IUD و عدم مشاهده نخ: ختم بارداری متناسب با سن بارداری</p> <p>در صورتی که مادر با وجود آگاهی به خطرات خواهان حفظ بارداری بود: آموزش علائم خطر (خونریزی، تب، درد شکم) و توصیه به مراجعه در اولین فرصت در صورت بروز علائم جهت ختم بارداری</p>
۷	بارداری با قرص لاینسترونول (POP)، قرص ها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	<p>- در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری</p> <p>- در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین</p>	<p>- در صورت تأیید بارداری: درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری</p> <p>- در صورت استفاده از آمپول: توجه به رشد جنین</p> <p>- قطع مصرف قرص لاینسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی</p> <p>- خارج کردن کاشتنی ها</p>
۸	بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	<p>- درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم در هفته های اول بارداری و اقدام مطابق راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم</p>

سایر موارد خطر در بارداری فعلی

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۹	حاملگی ناخواسته	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	- حمایت روانی مادر ، توجه به مبحث اختلالات روانی - توصیه برای مراجعه و دریافت مراقبت های دوران بارداری - آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری : توجه به علائم سقط عفونی در مادر
۱۰	سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	- گرفتن شرح حال دقیق و تعیین سن بارداری با سونوگرافی دقیق در ابتدای نیمه دوم و مطابقت آن با ارتفاع رحم
۱۱	شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر، پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر
۱۲	چاقی (BMI بیشتر از ۳۵)	احتمال دیابت بارداری، پره اکلامپسی، حاملگی پست ترم، سزارین اورژانسی، خونریزی پس از زایمان، ماکروزومی، مرده زایی	- برنامه ریزی دقیق برای افزایش محدود وزن در بارداری - ارزیابی سریال سلامت جنین - تأکید بر انجام آزمایش های بارداری و دریافت مراقبت های بارداری - تزریق پروفیلاکسی هپارین در هنگام سزارین در صورت نیاز و انجام مراقبت های لازم
۱۳	شیردهی همزمان با بارداری	افزایش احتمال آئمی و فقر مواد غذایی	- ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۲۰ بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای نوزاد) و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی - تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده - در موارد تهدید به سقط: قطع موقت شیردهی تا رفع علائم - تأکید بیشتر به مادر در مورد رژیم غذایی پر کالری و پروتئین، مصرف ۴-۳ لیوان شیر در روز، رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف آهن - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره
۱۴	فاصله بارداری تا آخرین زایمان کمتر از ۳ سال	افزایش احتمال آئمی و فقر مواد غذایی	- بررسی وضعیت لگن مادر و اندازه جنین در ماه آخر بارداری و تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۱۵	قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر	افزایش احتمال زایمان سخت	- آموزش عدم مصرف الکل، در صورت الکی بودن مادر : بررسی سلامت جنین در سونوگرافی های سریال و مشاوره با خانواده
۱۶	مصرف الکل	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم جنین الکی	- پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیرمستقیم در اولین ملاقات در صورت مثبت بودن جواب آزمایش : قبل از هفته ۲۷ بارداری ارجاع به مراکز فوق تخصصی - پس از هفته ۲۷ بارداری در صورت وجود شرایط آمنیوسنتز و اندازه گیری OD و تعیین Zone در صورتی که OD و Zone دو و سه قرار داشت، ارجاع به مراکز فوق تخصصی و در مواردی که در Zone یک قرار دارد. آمنیوسنتز در فواصل ۳ - ۲ هفته انجام شود. در صورت عدم امکان آمنیوسنتز در مراکز فوق تخصصی ارجاع شود. - در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیرمستقیم : تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته ۲۸ بارداری - تأکید بر تزریق آمپول رگام در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، تروماهای منجر به خونریزی و بررسی های تشخیصی (آمنیوسنتز) - در صورت مثبت بودن ارهش نوزاد : تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان
۱۷	ناسازگاری های خونی (ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر)	احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی	

تمامی مادران مبتلا به بیماری مزمن باید در ابتدای بارداری با متخصص مربوط به آن بیماری مشاوره شود و در زمان زایمان نیز نوع بیماری و درمان آن به متخصص اطفال اطلاع داده شود.

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	آرتریت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	مراجعه به متخصص داخلی - روماتولوژی
۲	آسم	- تشدید بیماری در یک سوم بیماران - افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم‌وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس - در حمله آسم، جنین زودتر از مادر دچار هیپوکسی می‌شود.	- مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص داخلی - ریه - مشاوره با متخصص داخلی
۳	اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	- توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - مشاوره با متخصص داخلی جهت تعیین نوع اختلال و درمان لازم در زمان شروع دردهای زایمانی
۴	ایدز	افزایش احتمال سقط، مرده‌زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- مشاوره با متخصص عفونی در ابتدای بارداری جهت تصمیم‌گیری در مورد ادامه بارداری - تزریق واکسن هیپاتیت و آنفلوآنزا در موارد تداوم بارداری - درمان مادر در طول بارداری، زایمان و پس از آن طبق نظر متخصص عفونی - سزارین در هفته ۳۸ بارداری (در مواردی که تعداد ویروس بیش از ۱۰۰۰ copies/ml خون باشد)
۵	بیماری‌های گوارشی	بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از زایمان	- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H ₂ بلوکر - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع به متخصص داخلی - گوارش
۶	بیماری‌های مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	- ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه‌گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار زیر نظر متخصص مربوط - افزایش زمان دیالیز در مادر تحت درمان - مشاوره با متخصص داخلی - کلیه در اولین فرصت
۷	پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده‌زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی‌مازول و ید رادیو اکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۸	پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۹	پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری‌های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه‌ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- مشاوره با متخصص داخلی - نفرولوژی جهت ختم یا ادامه بارداری - ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک‌بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه‌گیری فشارخون، بررسی پروتئین و باکتری و کراتینین ادرار، درخواست تست تحمل گلوکز (طبق برنامه) - توجه به بروز عفونت‌های مختلف و درمان مناسب عفونت - مشاوره با متخصص در زمان ترم جهت تعیین نحوه زایمان
۱۰	تالاسمی مینور - میزان هموگلوبین بین ۸ تا ۱۰ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و یا - میزان هموگلوبین بین ۹ تا ۱۱ گرم درصد نزدیک ترم	بارداری بدون عارضه خاصی طی می‌شود	- تجویز مکمل‌های دارویی مطابق راهنمای تشخیص آئمی - در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم درصد نزدیک ترم باشد: ارجاع به متخصص داخلی - خون
۱۱	ترومبو آمبولی (سابقه)	احتمال عود و افزایش مورتالیته مادر	ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی و مراجعه به راهنمای درمان ضد انعقادی با هپارین
۱۲	تورچ	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- مشاوره با متخصص عفونی در موارد ابتلای فعلی - درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم‌گیری برای ادامه بارداری
۱۳	دیابت	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری‌های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت مرگ جنین، پلی‌هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط	- مراجعه به راهنمای اداره دیابت در بارداری - مشاوره با مادر در دوران بارداری برای بستن لوله‌ها پس از زایمان
۱۴	سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری‌ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات	مشاوره با متخصص عفونی
۱۵	صرع	افزایش احتمال ناهنجاری‌های مادرزادی	- مشاوره در اولین فرصت به متخصص مربوط برای تنظیم نوع و میزان دارو - تأکید بر تداوم درمان در بارداری - در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیربارداری انجام می‌شود
۱۶	کم‌کاری تیروئید	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم‌وزن، مرده زایی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۷	لوپوس	- لوپوس نوزادی - تشدید لوپوس - نفريت لوپوسی - افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری‌ناتال، تأخیر رشد جنین، افزایش سزارین، افزایش خونریزی بعد از زایمان و ترمبوآمبولی	- مشاوره با متخصص مربوط در مورد ادامه یا ختم بارداری - بررسی سلامت جنین با انجام سونوگرافی‌های سریال - ارجاع مادر به بیمارستان تخصصی جهت بررسی بیشتر مادر و جنین (توسط پریناتولوژیست)، پیگیری نوزاد و کنترل فونکسیون کلیوی
۱۸	مالتیپل اسکلروزیس	حاملگی نقش حمایتی در برابر عود بیماری دارد اما احتمال بدتر شدن آن پس از زایمان وجود دارد. هیچ دلالی مبنی بر تأثیر در زایمان و حاملگی ندارد	- مشاوره با متخصص مربوط در مورد ادامه یا ختم بارداری - بررسی سلامت جنین با انجام سونوگرافی
۱۹	میگرن	احتمال بهبود در بارداری، عود پس از زایمان شایع است، در زنان شیرده شیوع کمتر می‌باشد.	- درمان پروفیلاکتیک میگرن شامل: استامینوفن، در صورت عدم پاسخ استامینوفن با متوکلوپرامید یا استامینوفن کدئین
۲۰	ناهنجاری‌های اسکلتی (لگن و ستون فقرات)	- افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی - افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین	- مشاوره با متخصص ریه از نظر وضعیت تنفسی در صورت ناهنجاری اسکلتی در قفسه سینه و گردن و تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا ختم بارداری - در موارد ناهنجاری اسکلتی: معاینه دقیق لگن در زمان ترم برای تعیین نوع زایمان
۲۱	ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم‌دار، ...)	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	- بررسی طول سرویکس توسط سونوگرافی پس از سه ماهه اول بارداری - سونوگرافی سریال از هفته ۲۶ بارداری به جهت تشخیص احتمالی زایمان زودرس و تزریق بتامتازون در صورت در معرض خطر بودن - در صورت سابقه زایمان زودرس و یا سقط‌های پس از سه ماهه اول تصمیم‌گیری برای انجام عمل سرکولاژ - آموزش دقیق علائم زایمان زودرس
۲۲	هیپاتیت	اثرات متفاوت مانند: سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هیپاتیت ب - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - عفونی - رعایت نکات ایمنی در زمان زایمان (استفاده از دستکش، گان، عینک، ماسک)
۲۳	بیماری روانی خفیف (افسردگی، اضطراب، وسواس)	افزایش احتمال نوزاد کم‌وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس	- درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) مطابق برنامه کشوری بهداشت روان - در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع به روان‌پزشک

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۲۴	بیماری روانی شدید (اختلال افسردگی عمده، اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا)	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس	<p>- ارزیابی علائم بیماری :</p> <p>۱- در صورت وجود علائم خطر فوری : ارجاع فوری به روان‌پزشک اقدامات پیش از ارجاع :</p> <p>- در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی : آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار</p> <p>- در صورت پرخاشگری و تحریک‌پذیری شدید : تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی‌گرم و در صورت عدم کنترل بیمار پس از ۲۰ دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند.</p> <p>یک آمپول بی‌پریدین به صورت عضلانی تزریق شود.</p> <p>۲- در صورت نبود علائم خطر فوری و یا اینکه مادر تحت درمان دارویی باردار شده باشد : ارجاع غیر فوری به روان‌پزشک</p> <p>۳- در صورتی که مادر سابقه اختلال روانی شدید دارد ولی در حال حاضر علائم ندارد :</p> <p>- ویزیت ماهانه از نظر عود بیماری</p> <p>- آموزش علائم خطر به مادر و همراهان و مراجعه فوری در صورت بروز علائم</p> <p>- ارجاع به روان‌پزشک در هفته ۳۶ بارداری به منظور شروع درمان پروفیلاکسی</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان و لزوم بررسی نوزاد از نظر عوارض دارویی</p>
۲۵	سابقه یا وقوع همسر آزاری	افزایش احتمال تکرار در بارداری فعلی، آسیب‌های جسمی به مادر و جنین، استرس، سقط، تغذیه ناکافی، مرده‌زایی، نوزاد کم‌وزن	<p>۱- اگر صرفاً سابقه وجود دارد : ارزیابی میزان تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، و ...) و توصیه به مشاوره با روان‌پزشک</p> <p>۲- اگر خشونت اتفاق افتاده است :</p> <p>- بررسی سلامت جسمی مادر و جنین از نظر تروما</p> <p>- بررسی وضعیت روانی مادر از نظر علائم خطر فوری طبق دستورالعمل برنامه کشوری بهداشت روان</p> <p>- گوش دادن به دقت به صحبت و شکایت‌های مادر و ذکر این مطلب که او را درک می‌کنید.</p> <p>- خودداری از سرزنش کردن و ترحم</p> <p>- به مادر توصیه کنید که از افراد مورد اعتماد برای کنترل رفتار پرخاشگرانه کمک بخواهد</p> <p>- تشکیل جلسه گفتگو با زوجین برای توضیح این مطلب که مشکل آنها قابل درمان است. نگرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه نسبت به طرفین داشته باشید، متهم نکنید، انگ نزنید و برخورد اهانت‌آمیز و جانب‌دارانه نداشته باشید.</p> <p>- علل زمینه‌ای را بررسی و در صورت وجود بیماری روانی با مشورت روان‌پزشک درمان کنید.</p> <p>- به مادر اطمینان دهید که اسرار او محرمانه می‌ماند.</p> <p>- آموزش مهارت‌های زندگی و مشاوره به زوجین در صورت اطلاع از این مهارت‌ها</p>

نکته : در صورتی که مادر از داروهای روان‌پزشکی استفاده می‌کند، توصیه‌های راهنمای داروهای روان‌پزشکی ارایه شود.

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- توصیه به استراحت کافی و به پهلو - مصرف مقادیر کلسیم و آسپیرین با دوز پایین در برخی افراد نتیجه خوبی جهت پیشگیری داشته است. در صورت تجویز و استفاده توسط مادر چک PT,PTT - تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر
۲	چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه‌گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۲۰-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین و تعیین کوریونوسیتی و آمنیوسیتی
۳	دکلمان / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت وجود سابقه دکلمان: اندازه‌گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه‌ای مانند دیابت و فشارخون بالا، بررسی سلامت جنین دو هفته قبل از سن دکلمان قبلی (در صورت سابقه IUD یا سابقه بیش از دو بار دکلمان)، تشخیص چندقلویی و پلی‌هیدرآمنیوس - در صورت وجود سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۰-۲۶ بارداری و توجه به احتمال اکرتا
۴	سزارین	تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - آموزش علائم زایمانی به مادر و تعیین زمان سزارین با توجه به شرایط مادر و جنین و سن بارداری - توجه به احتمال جفت سر راهی در بارداری اخیر
۵	سقط مکرر، سقط دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- بررسی آنومالی رحم و طول سرویکس از طریق سونوگرافی - بررسی آنتی فسفولیپیدها و بیماری‌های زمینه‌ای مادر - در موارد مشکلات ژنتیکی، آمنیوسنتز جهت تعیین کاریوتایپ جنین
۶	مرده‌زایی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- اطلاع از زمان و علت وقوع مرگ جنین قبلی (هیدروپس جنینی بیماری‌های ارثی، بیماری‌های زمینه‌ای مادر) - درخواست GCT در اولین مراجعه، بررسی قندخون ناشتا، تکرار تست تحمل گلوکز در هفته ۲۸-۲۴ بارداری و بررسی از نظر بیماری زمینه‌ای - بررسی دقیق وضعیت حرکت و صدای قلب جنین و تناسب رشد جنین با سن بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (کاهش حرکت جنین، لکه‌بینی) - انجام آزمایش‌های بررسی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری به بعد و یا دو هفته زودتر از زمان IUD قبلی و مداخله زایمانی در صورت بروز مشکل در سلامت جنین

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۷	مول، حاملگی نابجا	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<p>- درخواست سونوگرافی در هفته ۱۰-۶ بارداری برای تعیین سلامت جنین، وضعیت و محل محصول بارداری به دلیل احتمال عود</p> <p>- تأکید به مصرف قرص اسیدفولیک به خصوص در سه ماهه اول بارداری</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (خونریزی، لکه‌بینی و ...)</p> <p>- ادامه مراقبت‌ها در صورت گزارش طبیعی سونوگرافی</p> <p>- در صورت هر گزارش غیرطبیعی یا دیده نشدن ساک حاملگی: بررسی مطابق راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم و در سابقه مول ارسال جفت پس از زایمان برای بررسی پاتولوژی به آزمایشگاه</p>
۸	نازایی	_____	<p>- در موارد استفاده از داروها و روش‌های کمک باروری: تأکید به انجام سونوگرافی در هفته ۱۴-۸ بارداری برای تعیین دقیق سن بارداری و تعداد جنین</p> <p>- بررسی رشد و سلامت جنین و تعیین نحوه زایمان</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>
۹	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<p>- تعیین دقیق سن بارداری</p> <p>- بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه‌ای</p> <p>- توصیه به مادر برای رژیم غذایی مناسب و استراحت کافی</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه‌بینی و خونریزی، آبریزش)</p> <p>- در صورت تشخیص بیماری زمینه‌ای و یا اختلال رشد جنین: مراجعه به الگوریتم رحم کوچکتر از حد طبیعی</p>
۱۰	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<p>- تعیین دقیق سن بارداری</p> <p>- بررسی مادر از نظر دیابت بارداری</p> <p>- تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>- در صورت ابتلای مادر به دیابت: مراجعه به راهنمای اداره دیابت</p>
۱۱	نوزاد ناهنجار	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<p>- در صورت وجود سابقه نقص لوله عصبی مانند آنانسفالی و مننگومیلوسل: تأکید به مصرف روزانه ۴ میلی‌گرم اسید فولیک (۴ قرص) پیش از بارداری تا هفته ۱۶ بارداری</p> <p>- تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۲۰-۱۶ بارداری برای بررسی وضعیت سلامت جنین و تکرار آن برای بررسی روند رشد جنین</p> <p>- در صورت گزارش طبیعی سونوگرافی: ادامه مراقبت‌ها</p> <p>- در صورت گزارش ناهنجاری یا اختلال رشد جنین: تصمیم‌گیری جهت ادامه یا ختم بارداری براساس وجود آنومالی</p> <p>- مشاوره با خانواده و در صورت لزوم کسب مجوز قانونی جهت ختم بارداری</p> <p>- بررسی نوزاد پس از تولد از نظر وجود آنومالی</p>

<p>در صورت تمایل، مادر باردار و همسر می‌توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.</p> <p>به مادر تأکید کنید در صورت عدم تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، تماس‌های جنسی پس از گذشت ۴ هفته از زایمان می‌توانند منجر به بارداری گردد. بنابراین باید در سریع‌ترین زمان، روشی را برای پیشگیری از بارداری انتخاب کند.</p> <p>در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، رعایت فاصله حداقل ۳ سال بین بارداری‌ها را تأکید کنید.</p> <p>زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری پس از زایمان، به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر) بستگی دارد.</p> <p>نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک بجز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگرچه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی‌شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برنگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان مؤثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می‌کند.</p> <p>برای واژکتومی همسر مادر باردار محدودیت زمانی (به جز محدودیت‌های مربوط به عمل Non Scalpel Vasectomy) وجود ندارد.</p> <p>در مادر بارداری که احتمال ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بالاست، توصیه کنید همواره و با روش درست از کاندوم استفاده کند.</p>	
<p>توصیه‌های لازم در مورد بستن لوله‌های رحمی (TL)</p> <p>مادر بلافاصله پس از زایمان و در صورت نبود علائم عفونت می‌تواند برای بستن لوله‌های رحمی اقدام کند. بهترین زمان طی هفته اول پس از زایمان یا پس از ۶ هفته است.</p> <p>در محلی که زایمان کند که امکان TL وجود داشته باشد.</p> <p>وجود رضایت‌نامه برای انجام TL ضروری است.</p>	
<p>روش‌های قابل استفاده برای مادران غیرشیرده</p> <p>بلافاصله پس از زایمان: کاندوم، DMPA و TL (تا یک هفته پس از زایمان)</p> <p>از هفته ۳ پس از زایمان: قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری، کاندوم و DMPA</p> <p>از هفته ۶ پس از زایمان: IUD یا روش‌های فوق</p>	<p>روش‌های قابل استفاده برای مادران شیرده</p> <p>بلافاصله پس از زایمان: کاندوم و TL (تا یک هفته پس از زایمان)</p> <p>۶ هفته پس از زایمان: لاینسترونول، TL، DMPA، IUD</p> <p>از ۶ ماه پس از زایمان: قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری یا روش‌های فوق بجز لاینسترونول</p>
<p>نکته ۱: استفاده از قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری تا ۶ ماه پس از زایمان در مادر شیرده منع مصرف مطلق دارد.</p> <p>نکته ۲: با توجه به اینکه زنان مبتلا به HIV به هیچ وجه نباید به نوزاد خود شیر دهند (حتی اگر تحت درمان با داروهای ضد رتروویروس باشند)، بنابراین از تغذیه انحصاری با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری نمی‌توان استفاده کرد و باید بلافاصله پس از زایمان روش پیشگیری مطمئن معرفی گردد. استفاده همزمان از دو روش (کاندوم + روش دیگر) در این افراد برای به حداقل رساندن بارداری ناخواسته اهمیت دارد.</p> <p>برخی از روش‌ها در افراد مبتلا به HIV توصیه نمی‌شود:</p> <p>استفاده از IUD مگر در صورت عدم امکان استفاده از سایر روش‌ها</p> <p>مصرف قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)</p>	

بارداری

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص اسید فولیک با دوز ۴۰۰ میکروگرم تجویز شود. مصرف این قرص ترجیحاً از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه می‌شود. آهن: از هفته ۱۶ بارداری (ماه چهارم) تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود. مولتی ویتامین: از هفته ۱۶ بارداری (ماه چهارم) تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تجویز شود. نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای اسید فولیک است نیاز به دادن قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان

روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

داروهای روانپزشکی در بارداری

چند توصیه کلی

- بسیاری از موارد خطر ناشی از اختلال‌های روانی افسردگی و جنون برای مادر و جنین بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روانپزشکی است.
- اگر زن تحت درمان با داروهای روانگردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روانپزشک مراجعه کند. در این موارد، لازم نیست در مادر احساس گناه ایجاد کنید و یا او را وادار به سقط نمایید.
- پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روانگردان در بارداری بی‌خطر است، غیرممکن است.
- در موارد خفیف تا متوسط اختلال‌های روانی، روش‌های درمانی ارجح به ترتیب شامل روان‌درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرس‌های زن باردار است.
- در موارد شدید اختلال‌های روانی که احتمال آسیب به مادر جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روانپزشک درمان می‌شود. برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی -بهتر است در بارداری برنامه‌ریزی شده، قطع داروهای روانگردان از قبل و تحت نظارت روانپزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو، ضروری است.
- با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی **با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روانپزشک**، داروی روانگردان تجویز نمایند.
- تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک‌پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص بلامانع است.

داروهای ضد جنون

- هیچ شاهد قطعی دال بر تراوتونیک بودن این دارو وجود ندارد، با این حال در سه ماهه اول بارداری به جز در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند.
- و در سه ماهه دوم و سوم ایجاد آنومالی‌های جنینی غیرممکن است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.
- با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای ضد جنون کم‌قدرت تیوریدازین و کلروپرومازین تجویز داروهای ضد جنون پرقدردت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
- در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنوتیازینی (پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.

داروهای ضد افسردگی

دوران بارداری و شیردهی

- افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود. ولی در صورت تمایل مادر به خودکشی، علائم نباتی شدید (خواب، اشتها) و غیرقابل تحمل و یا همراه بودن با علائم پسیکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
- داروهای سه حلقه‌ای: اگر چه تراوتونیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با دردهای زایمان، سندرم ترک در نوزاد، سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون‌رسانی جنینی است. بنابراین اگر زن باردار به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.

- داروهای مهارکننده مونواکسیداز : تجویز در بارداری ممنوع است.

- داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین : برای درمان علائم نباتی شدید افسردگی در سه ماهه اول و دوم بارداری مجاز است. فلوکسیتین در سه ماهه سوم بارداری به دلیل افزایش آنومالی اندام جنین نباید تجویز شود.

- در درمان افسردگی بعد از زایمان، ابتدا درمان حمایتی (روان درمانی حمایتی) برای سازگاری بیشتر مادر با استرس‌های جدید زندگی صورت می‌گیرد، ولی بسته به شدت علائم باید درمان دارویی نیز مورد توجه قرار گیرد.

- با توجه به این که بسیاری از زنان از مصرف دارو اجتناب می‌کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه‌ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و بینش درستی از اثرات مفید این نوع درمان بر روی تعامل با کودکش به دست آورد.

- در مورد بیمارانی که علائم پسیکوز با افسردگی ندارند، مادر می‌تواند در مورد نوع درمان تصمیم بگیرد.

- در کسانی که سابقه افسردگی پس از زایمان دارند، اگر طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می‌شود.

داروهای ضد مانیا و لیتیم

- در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است.

- در درمان مانیا، داروهای آنتی‌پسیکوتیک خط اول درمان است.

- اگر به هر دلیل ضرورت تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، قبل از تولد، با انجام سونوگرافی وضعیت جنین از نظر گواتر بررسی شود، هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، القاء زایمان موردنظر قرار گیرد، نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.

- مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال اسپینا بیفیدا در ۱ تا ۵ درصد موارد همراه است.

- در دوران شیردهی، اگر ضرورت تجویز لیتیم وجود دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب‌تری در شیردهی است.

بنزودیازپین‌ها

- در سه ماهه اول بارداری، از تجویز دیازپام اجتناب شود.

- در سه ماهه دوم و سوم، استفاده کوتاه‌مدت و دفعه‌ای بنزودیازپین‌ها برای کنترل حملات اضطرابی، اقدامات درمانی و جراحی‌های کوچک و بی‌خوابی شدید منعی ندارد. در مادر شیرده نباید تجویز شود.

زایمان

- ارزیابی علائم اورژانس:
- ✓ تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
 - ✓ اختلال هوشیاری
 - ✓ شوک
 - ✓ خونریزی
 - ✓ تنفس مشکل، تنگی نفس
 - ✓ پرولاپس بند ناف



- ✓ اخذ ارزیابی صدای قلب جنین (راهنمای ۶)
- ✓ توجه به حالات مادر طبق راهنمای ۱
- ✓ اخذ شرح حال مختصر: شکایت اصلی و زمان شروع آن، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، سابقه لکه بینی در ماه های آخر بارداری، سوال در مورد سر راهی بودن جفت، سابقه سزارین
- ✓ ارزیابی فشار خون (راهنمای ۵)

اقدام برحسب مورد، طبق الگوریتم

بله

- بستری و معاینه واژینال
- خواباندن مادر به پهلو و تجویز اکسیژن
- بازکردن رگ و تزریق سرم
- **بررسی سلامت جنین**
- در صورت **پرولاپس بند ناف**، اقدام طبق الگوریتم
- تشکیل پرونده

ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰ (دیبترس جنینی)

- خودداری از معاینه واژینال
- اقدام طبق الگوریتم **خونریزی واژینال** (نیمه دوم بارداری)
- تشکیل پرونده

در صورت لکه بینی و یا سابقه لکه بینی بدون سونوگرافی در اواخر بارداری

بستری و اقدام طبق الگوریتم **فشار خون بالا** و تشکیل پرونده

فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر

معاینه واژینال و بر اساس نتیجه معاینه: بستری، تعیین فاز زایمانی، ارائه خدمات زایمانی بر حسب مرحله زایمان، تصمیم گیری برای ختم بارداری و تشکیل پرونده

- سابقه سزارین
- نبود لکه بینی وجفت سر راهی
- زایمان قریب الوقوع (راهنمای ۱)

بستری و برحسب مورد، ارائه مراقبت های زایمانی طبق الگوریتم

موارد پرخطر (راهنمای ۴)

تعیین فاز زایمانی و ارائه مراقبت های معمول زایمان طبیعی بر اساس هر فاز

مادر هیچیک از موارد پرخطر (راهنمای ۴) را ندارد

✓ اخذ شرح حال کامل و تکمیل فرم های زایمان
✓ ارزیابی انقباضات رحم (مدت، شدت، فاصله) طبق راهنمای ۷
✓ ارزیابی علایم حیاتی (راهنمای ۵)
✓ بررسی نتایج سونوگرافی و آزمایشات و تستهای سلامت جنین
✓ معاینه (راهنمای ۳)

نبود هیچ یک از علائم بالا

توجه: رعایت ملاحظات بستری مطابق راهنمای ۳ در تمام مراحل بستری ضروری است

فاز نهفته: شروع انقباضات منظم رحم تا دیلاتاسیون ۴ سانتی متر

فاز نهفته غیر بستری

مراقبت از مادر به مدت ۲-۸ ساعت

- ارزیابی علائم حیاتی (راهنمای ۵)
- ارزیابی انقباضات رحم (راهنمای ۷)
- ارزیابی صدای قلب جنین (راهنمای ۶)

شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰، خونریزی، تنفس مشکل، تب، فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر

بر حسب مورد اقدام طبق الگوریتم

انجام Admission test-NST به مدت ۲۰ دقیقه، بستری مادر و ادامه مراقبت ها

در صورت انقباضات منظم رحمی و ضربان طبیعی قلب جنین

- انجام Admission test-NST به مدت ۲۰ دقیقه

- اجازه به مادر برای ترک بیمارستان: پس از ثبت دقیق انقباضات رحم و صدای قلب جنین (مشروط بر اینکه بتواند به موقع خود را به بیمارستان برساند).

- آموزش علائم خطر زایمانی به مادر و همراه قبل از ترخیص

* در صورت انقباضات نامنظم رحمی و ضربان طبیعی قلب جنین

فاز نهفته بستری

- ارزیابی علائم حیاتی (راهنمای ۵)
- ارزیابی پیشرفت زایمان (راهنمای ۸)
- ارزیابی انقباضات رحم (راهنمای ۷)
- ارزیابی صدای قلب جنین (راهنمای ۶)

شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰، خونریزی، تنفس مشکل، تب، فشارخون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر

بر حسب مورد اقدام طبق الگوریتم

- در صورت عدم شروع فاز فعال با احتساب ساعات تحت نظر) در مادر مولتی پار حداکثر تا ۱۴ ساعت و در مادر نولی پار حداکثر تا ۲۰ ساعت: [القای زایمان](#)

- در صورت گذشت بیش از ۲ تا ۶ ساعت از پارگی کیسه آب و پیشرفت نامناسب زایمان: [القای زایمان](#)

وجود انقباضات منظم رحمی و پیشرفت نامناسب زایمانی

ادامه مراقبت تا شروع فاز فعال زایمان با استفاده از روشهای کاهش درد (راهنمای ۹)

وجود انقباضات منظم رحمی و پیشرفت زایمان در مادران کم خطر

توضیحات

* کلیه مراکز زایمانی باید محلی برای تحت نظر گرفتن مادران فاز نهفته غیر بستری فراهم نمایند. مدت زمان تحت نظر گرفتن مادر در فاز نهفته (۲ تا ۸ ساعت) به تعداد مراجعین، فاصله محل سکونت مادر تا بیمارستان و مکان تحت نظر بستگی دارد.

فاز فعال: دیلاتاسیون ۴ سانتی متر تا دیلاتاسیون کامل



مرحله دوم: دیلاتاسیون کامل تا خروج جنین



مرحله سوم: خروج جنین تا خروج جفت



مرحله چهارم: از خروج جفت تا ۲ ساعت پس از زایمان





راهنمای ۱: توجه به قریب الوقوع بودن زایمان هنگام ورود و مراحل مختلف زایمان

حالات مادر شامل:

- ❖ ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهاها
 - ❖ افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: دیگر نمی توانم ادامه دهم
 - ❖ تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپورادیک در این مرحله طبیعی است. استفراغ مداوم و پشت سر هم علامت خطر است).
 - ❖ احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن پرینه و احساس سوزش پرینه
- توجه: در صورت وجود هریک از حالات فوق، قبل از هر اقدامی، کنترل صدای قلب جنین و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان صورت گیرد.
- نکته مهم: به تعداد بارداری مادر (شکم اول یا بالاتر) و ترم بودن بارداری بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی توجه شود.

راهنمای ۲: معاینه

- ❖ مانورهای لئوپولد(مثانه خالی باشد): بررسی تعداد قل، نمایش، قرار، پوزیشن جنین، تخمین وزن جنین، ارتفاع رحم
 - ❖ معاینه واژینال: مواردی که باید در معاینه واژینال مورد توجه قرار گیرد، عبارت است از:
 - وضعیت ظاهری دستگاه تناسلی از نظر ادم، واریس، زخم، ختنه، اسکارهای قبلی، زگیل، هریس، شپش،...
 - وضعیت واژن از نظر وجود زگیل، زخم و اسکار، سیستوسل و رکتوسل در مولتی پارها. (به طور معمول واژن باید گرم و مرطوب و دیواره ها صاف و قابل کشش باشد).
 - نکته: در صورت وجود اسکار در واژن یا پرینه (مانند ترمیم سیستوسل و رکتوسل، سوختگی های شدید، چسبندگی ها و ...)، برای نحوه ختم بارداری تصمیم گیری شود.
 - وضعیت سرویکس: بررسی فورنیکس ها، طول و نرمی سرویکس (دیلاتاسیون و افاسمان)، نحوه قرار گرفتن سرویکس (قدامی، خلفی، میانی)
 - وضعیت ترشحات و خونریزی
 - وضعیت کیسه آب: سالم، پاره و یا بمبه بودن. در صورت پارگی باید به مقدار، رنگ و بوی مایع توجه شود.
 - وضعیت جنین: عضو پرزائنه، ایستگاه (station)، نمایش جنین، وضعیت (position)، تغییر شکل سر جنین (molding, caput succedaneum)
 - وضعیت لگن: وضعیت خارهای ایسکیال، دیواره های لگن، تحرک دنبالچه و تطابق سر جنین با لگن، تقعر ساکروم، زاویه قوس پوییس، فاصله بین دو برجستگی ایسکیال
- نکته مهم: چنانچه شک به جفت سر راهی وجود دارد (مراجعه مادر با خونریزی، سابقه لکه بینی در اواخر بارداری و یا نداشتن سونوگرافی همراه با این علائم) از معاینه واژینال خودداری کنید. اقدامات بعدی مطابق الگوریتم خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری) انجام شود.

نکات مربوط به معاینه واژینال:

- ۱- شستن دستها (ناخن ها باید کوتاه بوده و زیر آنها تمیز باشد)
 - ۲- پوشیدن دستکش لاتکس (استفاده از دستکش استریل در صورت وجود هر نوع ضایعات ولو و واژن و احتمال پارگی کیسه آب)
 - ۳- استفاده از ماده آنتی سپتیک (طبق پروتوکل کنترل عفونت بیمارستان)، ژل محلول در آب، نرمال سالین
 - ۴- برقراری ارتباط کلامی با مادر در همه موارد
 - ۵- توضیح به مادر و اخذ اجازه برای انجام معاینه و انجام معاینه به آرامی
 - ۶- اطمینان از خالی بودن مثانه
 - ۷- آموزش مادر به تنفس آرام و راحت هنگام معاینه
 - ۸- حفظ حریم شخصی (privacy)
- نکته: برای معاینه واژینال نیازی به دراز کشیدن مادر به پشت نمی باشد در تمام وضعیت های upright می توان معاینه واژینال را انجام داد.

راهنمای ۳: ملاحظات هنگام بستری

- ❖ خوشامدگویی به مادر، معرفی فرد یا افراد مراقبت کننده حین لیبر و زایمان
- ❖ آشنا نمودن مادر به فضای فیزیکی بخش زایمان
- ❖ توجه به سلیقه و علاقه مادر در استفاده از وسایل شخصی مانند رنگ لباس، پوشش، ملحفه و بالش، آوا و موسیقی، وسایلی برای تزیین اتاق در صورت امکان
- ❖ تحویل وسایل شخصی و زیورآلات به فرد مورد اعتماد خانواده
- ❖ اخذ رضایت نامه کتبی برای انجام روش کاهش درد و سایر مداخلات
- ❖ توجه به باورها، هنجارهای فرهنگی و مذهبی
- ❖ حفظ حریم شخصی مادر و رعایت privacy، جداکردن تخت ها (حداقل با پاراوان، پرده یا دیواربندی)
- ❖ برقراری ارتباط چشمی، کلامی و عاطفی مناسب
- ❖ آگاه کردن مادر و کسب اجازه از وی برای انجام هر اقدامی
- ❖ ارزیابی مادر و ثبت نتایج ارزیابی در پرونده (فرم مراقبت) مادر (تشکیل پرونده)
- ❖ گرفتن نمونه خون برای تعیین هموگلوبین و هماتوکریت
- ❖ تعیین گروه خونی و اره‌اش (در صورت نیاز)
- ❖ آموزش مختصر به مادر در مورد روند زایمان و روش کاهش درد زایمان و تشویق وی به مشارکت در زایمان با رعایت حق انتخاب
- ❖ تشویق و ترغیب به راه رفتن و تغییر وضعیت
- ❖ استفاده از همراه آموزش دیده طی لیبر و زایمان (همراه باید لباس خود را تعویض کند و با مادر وارد اتاق زایمان گردد و مراقب وضعیت مادر باشد)
- ❖ اجازه دیدار با همسر بنا به درخواست مادر (در صورتی که همراه همسر نباشد)
- ❖ پوشاندن وسایل استرس زا از دید مادر مانند کپسول اکسیژن، وسایل زایمان، ترالی اورژانس
- ❖ فراهم کردن امکان استفاده از دوش برای ایجاد آرامش، انحراف فکر، تن آرامی و استفاده از وضعیت upright
- ❖ نکته: مادر حتماً کلاه پلاستیکی استفاده کند تا از خیس شدن موها جلوگیری شود.
- ❖ پرهیز از انجام مداخلات (شیو، انما، رگ گرفتن، اینداکشن، فشار روی رحم، پاره کردن کیسه آب، اپی زیاتومی، سوند زدن مکرر مثانه، NPO) بدون اندیکاسیون.

اندیکاسیون این مداخلات به شرح زیر است:

■ شیو

در مواردی که احتمال پارگی و یا اپی زیاتومی وجود دارد، موهای نیمه خلفی پریینه با قیچی کوتاه می شود.

■ انما

در صورت نگرانی مادر از دفع حین زایمان، انما انجام شود.

نکته: در صورت بالا بودن عضو پرزائنه، پارگی کیسه آب، خونریزی، پره ترم لیبر، نمایش بریج و پره اکلامپسی شدید انما انجام نشود.

■ رگ گرفتن و برقراری IV Line:

- ۱- شکم پنجم یا بالاتر
 - ۲- اندیکاسیون های اینداکشن
 - ۳- سابقه خونریزی بعد از زایمان در زایمان قبلی
 - ۴- مادر خسته، دهیدراته، کاهش انرژی شدید و واضح، عدم توانایی در نوشیدن مایعات (از سرم رینگر لاکتات یا قندی - نمکی به میزان ۶۰-۱۲۰ سی سی در ساعت استفاده شود)
- نکته: خشکی دهان یا گلو از علائم کم آبی است. گاهی خشکی دهان می تواند به علت تکنیک اشتباه تنفس باشد.
- ۵- سابقه آتونی، زایمان سریع، مرگ نوزاد، مرده زایی، نازایی

■ اینداکشن

زایمان و لیبر خود به خودی نیاز به اینداکشن ندارد.

سوند زدن مکرر ممانه:

برای جلوگیری از سوند زدن ممانه و رفع احتباس ادرار چنانچه مادر منع حرکت ندارد، به توالی راهنمایی شود، در صورت احتباس ادرار موارد زیر را به ترتیب انجام دهید:

- ۱- گوش دادن به صدای آب
- ۲- خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب
- ۳- ریختن آب ولرم روی پرینه
- ۴- ریختن عصاره نعنا در لگن آب
- ۵- فشار آرام روی سوپراپوبیک
- ۶- ریلکس کردن پرینه توسط مادر

■ NPO ناشتا بودن

در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادر و صدای قلب جنین، نیازی به NPO بودن نمی باشد. مادر می تواند مایعات و غذاهای نیمه جامد و مقوی بدون تفاله (سوپ صاف شده) مصرف کند. در مرحله دوم زایمان بهتر است فقط از مایعات استفاده شود.

■ راهنمای ۴: مادران پر خطر

موارد پرخطر برای انجام زایمان طبیعی:

سابقه و یا ابتلا فعلی به بیماری قلبی، کلیوی (پیلونفریت،...،) ریوی (آسم، پنومونی،...،) گوارشی (کبد چرب بارداری،...،) تیروئید، خونی (آنمی سیکل سل،...،) فشارخون (پره اکلامپسی،...،) دیابت، بیماری های انعقادی، بیماری عفونی (سل، آبله مرغان، مقاربتی، هرپس، هپاتیت ویروسی با Organ Failure،...،) بیماری اعصاب و روان (صرع،...،) بیماری اتوایمیون (لوپوس،...،) بیماری های اسکلتی، تب، کیست تخمدان، دیابت بارداری

ابتلا به ناهنجاری: ناهنجاری اسکلتی، ناهنجاری تناسلی

سایر موارد خطر: اعتیاد و مصرف الکل، نمایه توده بدنی بیش از ۴۰، چندقلویی، مرگ جنین داخل شکمی، تست های غیر طبیعی سلامت جنین، سن بارداری کمتر از ۳۷ و بیش از ۴۲ هفته، اولیگوهایدرآمنیوس، پلی هیدرآمنیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، جفت سر راهی، نمایش غیر سفالیک، پرولاپس بندناف، سزارین قبلی، پارگی کیسه آب (در فاز نهفته و یا بیش از ۱۲ ساعت)، تروما، مادر ارهش منفی با کومبس غیر مستقیم مثبت، بارداری بیش از ۵ بار، سابقه ناهنجاری جنینی و نداشتن سونوگرافی و مراقبت طی بارداری، هموگلوبین کمتر از ۸ میلی گرم در دسی لیتر

سوابق بارداری و زایمان قبلی: پره اکلامپسی - دکلمان و جفت سر راهی - مرده زایی / مرگ نوزاد - سزارین - زایمان سخت - زایمان سریع - دیابت بارداری

نکته ۱: در صورت وجود ضایعه فعال هرپس ژنیتال صرف نظر از سالم یا پاره بودن کیسه آب، سزارین انجام شود.

نکته ۲: در مواردی که اسکار یا ضایعه ولو مانع خروج سر جنین می شود، باید سزارین انجام شود.

راهنمای ۵: کنترل علائم حیاتی

تا زمان ترخیص	مرحله چهارم (۲ ساعت اول پس از زایمان)	مرحله دوم	مرحله اول		
			فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت ۱بار تا چهار ساعت، سپس هر ۶ ساعت ۱ بار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر ۱۵ دقیقه ۱بار و درجه حرارت ۱بار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر ۳۰ دقیقه ۱بار	حداقل ۱بار*	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت ۱بار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت ۱بار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۴ ساعت ۱بار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت ۱بار)	هر ۴ ساعت ۱بار

*در مرحله دوم زایمان، وضعیت علائم حیاتی به شرح زیر تغییر می کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان ۱۵ تا ۲۵ میلی متر جیوه. افزایش آن تا ۱۰ میلی متر جیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.
- افزایش تعداد نبض. تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است و باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود.
- افزایش درجه حرارت به میزان ۰/۵ تا ۱ درجه سانتیگراد.
- تعداد تنفس تغییری نمی کند.

❖ معیارهای ارزیابی علائم حیاتی:

- فشار خون ۹۰/۱۴۰ و بالاتر «فشارخون بالا» در نظر گرفته می شود. (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود)
- تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است. (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود)
- درجه حرارت بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد «تب» است. (درجه حرارت به مدت ۳ تا ۵ دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود.)
- تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است. (تعداد تنفس به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود.)

راهنمای ۶: کنترل صدای قلب جنین

مرحله دوم	مرحله اول		
	فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
هر ۱۵ دقیقه ۱ بار	هر ۳۰ دقیقه ۱ بار	هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ۱ بار	هر ۴ ساعت ۱ بار

نکته ۱: باید صدای قلب جنین را به مدت یک دقیقه کامل به ویژه پس از پایان انقباض شنید و در هنگام شنیدن به الگوی طبیعی ضربان قلب نیز توجه شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. اگر مادر در وان آب قرار دارد از سونیکدهای مخصوص ضد آب استفاده شود. چنانچه در دسترس نبود می توان با استفاده از یک پوشش پلاستیکی روی پروپ سونیکید، به صدای قلب جنین گوش داد.

نکته ۲: در بارداریهای پرخطر صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۳۰ دقیقه و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه کنترل شود.

نکته ۳: در صورت دسترسی به مانیتورینگ الکترونیکی، کنترل صدای قلب جنین در بارداریهای پرخطر در مرحله دوم به طور مداوم انجام شود. در صورت نبود امکان مانیتورینگ دائم در فاز فعال هر ۲ ساعت یک بار یک تراسه ۲۰ دقیقه ای گرفته شود. در صورت وجود تغییرات غیر طبیعی به الگوریتم مانیتورینگ الکترونیکی صدای قلب جنین مراجعه شود.

راهنمای ۷: کنترل وضعیت انقباضات رحم

وضعیت انقباضات رحم:

- تکرار (Frequency): از قله انقباض تا قله انقباض بعدی یا از شروع انقباض تا شروع انقباض بعدی
- شدت (Intensity): قدرت انقباض (تعیین میزان سفت شدن رحم، به عبارتی در اوج انقباض موثر، انگشت شست به سادگی در قله رحم فرو نمی رود)
- طول مدت هر انقباض (Duration): فاصله شروع تا خاتمه هر انقباض
- استراحت (Rest): فاصله بین انقباض ها، فاصله خاتمه یک انقباض تا شروع انقباض بعدی

مرحله دوم	مرحله اول		
	فاز فعال	فاز نهفته بستری	فاز نهفته غیر بستری
هر ۱۵ دقیقه ۱ بار	هر ۳۰ دقیقه ۱ بار	هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ۱ بار	هر ۴ ساعت ۱ بار

راهنمای ۸: بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال

مرحله اول	مرحله دوم	
	فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت یکبار	هر ۲ ساعت یکبار	هر ۳۰ دقیقه یکبار

نکته ۱: به طور کلی کنترل پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال، بستگی به وضعیت مادر و توانمندی ماما دارد. تغییر رفتار مادر، الگوی انقباضات، احساس زور به مادر، تغییر شدت کمردرد، تغییر محل شنیدن صدای قلب جنین از مواردی است که در تشخیص پیشرفت لیبر کمک کننده است.

نکته ۲: در فاز فعال زایمان، میزان پیشرفت از طریق ترسیم نمودار پارتوگراف بررسی شود.

نکته ۳: بهتر است معاینه واژینال در موارد زیر انجام شود:

- پیش از انجام هر نوع مداخله (دارویی و غیر دارویی)

- اطمینان از پیشرفت دیلاتاسیون و افسمان

- پس از پارگی خود به خودی کیسه آب

- در صورت ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰

نکته ۴: اگر مادر به بیماری عفونی مانند HBsAg مثبت یا HIV مثبت و ... مبتلاست در هنگام معاینه حتماً اصول حفاظتی (پوشیدن گان، دستکش، ماسک و عینک) رعایت شود و به متخصص اطفال اطلاع داده شود.

■ یافته های پیشرفت رضایت بخش فاز نهفته زایمان:

- افزایش تدریجی شدت و تکرار انقباضات رحمی و منظم شدن انقباضات

- تغییر پیشرونده در دیلاتاسیون و افسمان سرویکس

■ یافته های پیشرفت رضایت بخش فاز فعال زایمان:

- قرارگیری مناسب عضو پرزائنه روی سرویکس (Well applied)

- افزایش تدریجی شدت و تکرار انقباضات رحمی و منظم شدن انقباضات

- بررسی پیشرفت طبیعی لیبر در فاز فعال زایمان (طبق پارتوگراف)

نکته: چنانچه اندازه جنین خیلی بزرگ و یا لگن مادر خیلی کوچک باشد عدم تطابق سر جنین با لگن مادر مطرح است که بر اساس معاینه واژینال و تخمین وزن جنین توسط فرد معاینه کننده مشخص می گردد. پلویمتری نیز یکی از راههای تشخیص تنگی لگن می باشد.

در صورت تشخیص عدم تطابق سر جنین با لگن مادر و پیشرفت نامناسب زایمان باید هر چه سریعتر برای ختم حاملگی اقدام نمود.

■ یافته های پیشرفت رضایت بخش مرحله دوم زایمان:

- نزول مداوم عضو پرزائنه در کانال زایمان
- خروج جنین

نکته:

- توجه به پر بودن مثانه و تشویق مادر به تخلیه آن (در صورتی که پر بودن مثانه مانع پیشرفت موثر شده است و مادر توانایی تخلیه مثانه با اقدامات اشاره شده در مرحله اول را ندارد، سوندگذاری توصیه می شود)
- توجه به وضعیت مایع آمنیوتیک (آمنیوتومی در صورت سالم بودن کیسه آب)
- توجه به اینکه مادر انرژی کافی برای ادامه زایمان را داشته باشد (مادر دهیدره نباشد).
- پاسخ به احساس مادر (حمایت عاطفی مادر)
- توجه به وضعیت نزول جنین
- دادن وضعیتهای مناسب به مادر با نظر مادر و ارائه دهنده خدمت

نحوه استفاده از پارتوگراف

پارتوگراف ابزاری است که پیشرفت زایمان را نشان می دهد و در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین و اقدامات دارویی انجام شده برای مادر قابل ثبت است. هر مادر برکه پارتوگراف مخصوص خود دارد و کنترل کننده لیبر و عامل زایمان موظف است سیر زایمان را از زمان شروع فاز فعال تا پایان مرحله سوم تکمیل کند. در هر پارتوگراف موارد زیر وجود دارد که به ترتیب توضیح داده خواهد شد:

وضعیت جنین: ضربان قلب جنین، پرده های جنینی و مایع آمنیوتیک

پیشرفت زایمان: دیلاتاسیون سرویکس، نزول سر جنین، انقباضات رحم

وضعیت مادر: نبض، فشارخون و درجه حرارت، استفاده از اکسی توسین و داروهای دیگر

۱- وضعیت جنین

ضربان قلب جنین: مطابق راهنمای ۶ اقدام شود. ضربان طبیعی بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است که در نمودار این دو خط تیره تر کشیده شده تا محدوده طبیعی مشخص گردد. در صورتی که منحنی از بین این خطوط خارج شد بر اساس الگوریتم تست های ارزیابی سلامت جنین اقدام شود.

کیسه آب و مایع آمنیوتیک: وضعیت کیسه آب در هر معاینه مطابق علائم زیر ثبت می شود:

I (Intact): اگر پرده ها سالم است. R (Rapture): اگر کیسه آب پاره است. C (Clear): اگر مایع آمنیوتیک شفاف است. M (Meconium): در صورتی که مایع آمنیوتیک به مکنونیم آغشته است. B (Bloody): در صورتی که مایع آمنیوتیک به خون آغشته است.

۲- پیشرفت زایمان

دیلاتاسیون سرویکس: از زمانی بر روی پارتوگراف ثبت می شود که فاز نهفته پایان یافته و دیلاتاسیون به ۴ سانتی متر رسیده است. اولین معاینه را در زمان صفر نمودار علامت گذاری (X) کرده و سپس مطابق راهنمای ۸ نتایج معاینه را ثبت می شود. دو خط با نام های احتیاط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد.

خط احتیاط (Alert): از ۴ سانتی متر شروع و به ۱۰ سانتی متر ختم می شود. متوسط پیشرفت دیلاتاسیون ۱ سانتی متر در یک ساعت در نظر گرفته شده است. خط اقدام (Action): خطی موازی خط احتیاط به فاصله ۴ ساعت از خط احتیاط می باشد.

تا زمانی که علامت ها در سمت چپ خط احتیاط و یا روی آن قرار دارد، پیشرفت زایمان رضایت بخش است. زمانی که منحنی بین خطوط احتیاط و اقدام باشد نیاز است تا علل پیشرفت نامناسب زایمان مورد توجه قرار گرفته و بررسی شود. در این مرحله در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و علائم حیاتی مادر، به مادر ۴ ساعت زمان داده و با دقت پیشرفت زایمان را بررسی می شود، اگر منحنی از خط اقدام بگذرد باید تصمیم گیری سریع برای ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین انجام شود.

نکته ۱: در پارتوگراف هر مربع کوچک نشانه نیم ساعت (۳۰ دقیقه) است.

نکته ۲: علامت گذاری ها باید بر روی خطوط انجام شود.

نزول سر جنین: منحنی نزول سر جنین در پارتوگراف WHO بر روی نمودار دیلاتاسیون کشیده می شود. نزول سر با معاینه شکمی تعیین می شود و از معیار ۵/۰ تا ۵/۵ استفاده می شود. از آنجایی که در کشور ما تعیین نزول سر با معاینه واژینال و بر اساس فاصله سر جنین تا خار ایسکیال سنجیده می شود، جدولی مطابق با معیار ۳- تا ۳+ در زیر جدول دیلاتاسیون طراحی شده تا نزول سر جنین در آن ثبت شود.

انقباضات: انقباضات رحم را در ۱۰ دقیقه کنترل می شود. مطابق راهنمای ۷ برای ثبت انقباضات رحم اقدام شود. به منظور ثبت آن، مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقیقه باید به صورت زیر نوشته شود: مثلاً چنانچه مادر سه انقباض در ده دقیقه دارد و هر انقباض ۴۰ ثانیه طول می کشد به صورت ۳×۴۰ نوشته می شود.

۳- وضعیت مادر

علائم حیاتی مادر مطابق راهنمای ۵ ثبت می گردد.

* در صورت استفاده از اکسی توسین، تعداد قطره در دقیقه را با توجه به زمان ثبت شود. در صورت استفاده از داروهای دیگر حتماً تاریخ و مقدار مصرف دارو ذکر گردد.

پس از انجام زایمان، شرح مختصری شامل تاریخ و ساعت زایمان، جنس نوزاد، اپی زیاتومی (در صورت انجام)، ذکر پارگی و درجه آن (در صورت وقوع) نوشته می شود. چنانچه اپی زیاتومی منجر به پارگی درجه سه یا بیشتر شده حتماً در قسمت اپی زیاتومی "بلی" را انتخاب نموده و سپس درجه پارگی علامت گذاری شود. اگر پارگی بدون اپی زیاتومی بوده "خیر" را علامت زده و میزان پارگی بر اساس راهنمای شماره ۲۲ از درجه یک تا چهار علامت گذاری شود. زمان خروج جفت، خروج ناکامل پرده ها و جفت، نام عامل زایمان، در صورت ارجاع به اتاق عمل (در طول مدت لیبر و پس از زایمان)، علت و ساعت انتقال به بخش در فرم پارتوگراف ثبت شود. به طور مثال علت ارجاع: سزارین یا ترمیم پارگی یا غیره. در صورت نیاز به توضیح بیشتر در ادامه آن ذکر شود.

راهنمای ۹: روش های کاهش درد

مرحله دوم	مرحله اول	
	فاز فعال	فاز نهفته بستری
<p>- وضعیت های upright: standing, walking, swaying, lateral (side lying), rocking, kneeling, lunging, squatting, forward leaning (semi-recumbent), ۲- کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم ۳- تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت ۴- تزریق داخل جلدی آب مقطر استریل ۵- استفاده از دستگاه TENS ۶- ماساژ: کمر ۷- رایچه درمانی ۸- موسیقی و آوا ۹- تنفس مناسب این مرحله بر اساس آموزشهای داده شده ۱۲- قرار گرفتن در وان آب برای انجام زایمان در صورت تمایل مادر</p>	<p>۱- برقراری محیط ساکت، نور طبیعی روز، حریم شخصی مادر ۲- حمام کردن و دوش گرفتن (چنانچه مادر مایل به خیس کردن موهای خود نمی باشد از کلاه پلاستیکی استفاده شود) ۳- وضعیت های upright: standing, walking, swaying, lunging, forward leaning (semi-recumbent), lateral (side lying), rocking, squatting kneeling ۴- ماساژ: کمر، شکم، پاها ۵- استفاده از دستگاه TENS ۶- رایچه درمانی: گل سرخ، بهار نارنج، یاسمین یا اسطوخودوس به شکل استنشاقی، دستگاه بخور و اسپری داخل اتاق یا ماساژ ۷- گرما و سرما درمانی ۸- تن آرامی و تنفس: بر اساس تکنیکهای آموزش داده شده در طی بارداری (شل و رها سازی عضلات از ناحیه سر تا پا و توجه به دم و بازدم) ۹- تزریق داخل جلدی آب مقطر استریل ۱۰- تصویر سازی و تجسم مثبت ۱۱- موسیقی و آوا ۱۲- قرار گرفتن در وان آب برای زایمان</p>	<p>۱- وضعیت های upright: standing, walking, sitting, lateral, squatting (side lying) ۲- ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه ۳- تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی با آگاهی به تعداد ۶-۹ تنفس در دقیقه ۴- آموزش و یاد آوری تکنیکهای تنفس، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت در مراحل مختلف زایمان ۵- تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی و یا موسیقی مورد علاقه و یا خواندن کتاب ۶- استفاده از آب: حمام کردن و دوش گرفتن ۷- گرما و سرما درمانی سطحی</p>

نکته: برای استفاده از روشهای بی درد دارویی به الگوریتم زایمان بی درد دارویی مراجعه شود.

■ ماساژ

- ماساژ کمر: در صورت وجود کمردرد، ماساژ چرخشی، محکم و ریتمیک ناحیه لومبوساکرال و یا ماساژ چرخشی با دو دست، دو طرف ساکروایلیاک کمک کننده است.
- ماساژ شکم: ماساژ آرام با نوک انگشت یا ماساژ تماسی منطقه خار ایلیاک قدامی خلفی (ناحیه زیر شکم) از یک طرف به طرف دیگر
- ماساژ پاها: ماساژ افلورج (ورز دهنده) با دو دست روی رانها و کف پا
- ماساژ پرینه: در صورتی که مادر در دوران بارداری ماساژ پرینه را انجام داده است می تواند در این مرحله ادامه دهد.

■ گرما و سرما درمانی

- گذاردن کیسه یخ اطراف ساکروم
- استفاده از پارچه مرطوب و خنک روی پیشانی، پشت گردن و بالای سینه
- استفاده از کیسه آب گرم اطراف ساکروم و پایین شکم با رعایت حفاظت پوست از سوختگی

■ موسیقی و آوا

- اجازه استفاده از آوا یا موسیقی دلخواه مادر
- عدم نفوذ صداهای مداخله گر (در صورتی که امکان کنترل صداهای خارجی نیست مادر می تواند از گوشی برای شنیدن استفاده کند).

■ وضعیت (Position)

- انتخاب وضعیت بر طبق تمایل مادر است. لازم است مادر از قرار گرفتن در یک وضعیت خاص بطور مداوم خودداری کرده و هر ۳۰-۲۰ دقیقه آن را تغییر دهد.
- استفاده از وضعیت های Upright اقطار خروجی لگن را ۳۰-۲۸ درصد افزایش می دهد.
- وضعیت Supine در مرحله دوم به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.
- وضعیت لیٹاتومی فقط در موارد وجود عوارض مامایی مانند نمایش غیر طبیعی، چندقلوئی، دیستوشی شانه، بهترین وضعیت است و نباید برای همه مادران از این وضعیت استفاده شود.
- در واریکوز شدید پاهای مادر، وضعیت Dorsal (بدون قرار گرفتن در حالت لیٹاتومی) توصیه می شود.
- در صورت تشخیص وضعیت اکسی پوت خلفی در جنین، مادر هرگز در وضعیت چمباتمه قرار نگیرد.

راهنمای ۱۰: علایم ورود به مرحله دوم زایمان (از دیلاتاسیون و افاسمان کامل تا خروج جنین)

طول مدت این مرحله به طور متوسط در زنان نخست زا ۵۰ دقیقه و در زنان چندزا ۲۰ دقیقه است. طول مدت بیشتر از ۲ ساعت برای زنان نخست زا و بیشتر از ۱ ساعت برای زنان چندزا نیاز به بررسی دارد. در صورت طبیعی بودن وضعیت مادر و جنین، گذشت بیش از ۲ ساعت از مرحله دوم زایمان به معنای غیرطبیعی بودن نیست.

■ علائم ورود به مرحله دوم زایمان (دیلاتاسیون کامل)

- افزایش نمایش خونی
- ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهاها
- افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: دیگر نمی توانم ادامه دهم
- تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپورادیک در این مرحله طبیعی است. استفراغ مداوم و پشت سرهم از علایم خطر است و نیاز به بررسی دارد).
- احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن و احساس سوزش پرینه
- طول مدت انقباضات می تواند تا ۱/۵ دقیقه باشد.

نکته: در افرادی که بی حسی اپیدورال شده اند، این علائم ممکن است مشخص نشود.

راهنمای ۱۱: اداره مرحله دوم زایمان

- باید به مادر اجازه داده شود تا در هر وضعیتی که راحت است قرار گیرد. (تشویق مادر به وضعیتهای upright: چمباتمه یا نشسته روی صندلی یا چهار پایه زایمان، ایستاده، خوابیده به پهلو، نیمه نشسته)
- نکته ۱:** وضعیت سوپاین در این مرحله به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.
- نکته ۲:** در موارد نمایش غیر طبیعی، چندقلویی، دیستوشی شانه، وضعیت لیلتاتومی بهترین وضعیت است. در واریکوز شدید پاهای مادر، پوزیشن دورسال (بدون قرار گرفتن در حالت لیلتاتومی) توصیه می شود.
- نکته ۳:** چنانچه CPD وجود ندارد، با توجه به شرایط مادر، در هر وضعیت غیر طبیعی مانند OP یا آسنکلیتیسم و...، قرار گرفتن مادر در وضعیت lunging، تکیه به جلو و یا تکیه به عقب را باید تشویق کرد. همچنین در نبود CPD، چنانچه انقباضات رحم بر اساس راهنمای شماره ۸ مناسب نباشد، القای زایمانی باید انجام شود.
- یک قطعه پارچه تمیز زیر مادر بیاندازید.
- مادر را به زور زدن در هر زمانی که احساس زور می کند، تشویق کنید. به مادر توصیه کنید تا نفس خود را طولانی مدت حبس نکند.
- نکته ۱:** در هر زور زدن، تنفس نباید بیش از ۶ ثانیه حبس گردد. مادر نباید در هر انقباض بیش از ۳ بار زور بزند.
- نکته ۲:** در صورت احساس زور به مادر و کامل نبودن دیلاتاسیون سرویکس، با تغییر وضعیت (چهار دست و پا) استفاده از تکنیک های تنفسی زور زدن مادر کاهش داده شود.
- از دستکاری پرینه پرهیز گردد.
- به مادر به شکل کلامی و غیر کلامی اطمینان دهید و از نظر روحی و روانی او را حمایت کنید. وجود همراه برای حمایت روحی و روانی بسیار کمک کننده است.
- از فشار مستقیم بر روی رحم (Fundal pressure) خودداری شود.
- تنها در موارد زیر اپی زیاتومی انجام شود:
 - علل جنینی (دیسترس جنینی، احتمال دیستوشی شانه)
- نکته:** اپی زیاتومی در زایمان زودرس و مقاومت زیاد واژن ممکن است لازم باشد.
 - استفاده از فورسپس و واکیوم
 - نمایش اکسی پوت خلفی، نمایش صورت، نمایش ته
 - امکان زایمان با عارضه (بافت با مقاومت کم، بزرگی سر یا تنه جنین، کوتاهی پرینه، امکان پارگی وسیع و نامنظم پرینه)
- نکته:** در صورت نیاز به اپی زیاتومی در مادران مبتلا به ضایعات ولو، واریس، سوختگی و کیست بارتولن، برش در محلی زده شود که امکان کمتری آسیب را دارد.
- مانور ریتگن اصلاح شده برای خروج سر را انجام دهید.
- دور گردن جنین را برای وجود بند ناف کنترل کنید: در صورت شل بودن، بند ناف از دور گردن آزاد گردد و در صورت محکم بودن، با دو کلامپ به فاصله ۲ سانتی متر از هم بند ناف را کلامپ و سپس قطع کرده و از دور گردن آزاد کنید.
- با شروع انقباض بعدی با فشار ملایم به طرف پایین شانه قدامی را آزاد کنید و سپس با فشار ملایم رو به بالا شانه خلفی با حمایت و اداره پرینه خارج شود. در انتها نوزاد را با دو دست نگه دارید و آن را روی شکم یا در آغوش مادر بگذارید. در صورت بروز مشکل در خروج شانه به الگوریتم دیستوشی شانه مراجعه شود.
- نکته:** در وضعیت های Upright نیاز به مانور خروج سر نمی باشد و تنها نظارت دقیق عامل زایمان کافیست.
- نکته:** از معاینه داخلی رحم بعد از خروج جنین به صورت روتین اجتناب شود.
- نکته:** اگر مادربه به بیماری عفونی مانند HBS Ag مثبت و یا HIV مثبت و ... مبتلاست، پس از زایمان، اتاق و وسایل باید ضدعفونی شود.

راهنمای ۱۲: آمادگی برای زایمان (مادر، عامل زایمان، وسایل)

آماده شدن مادر:

- انتقال به اتاق زایمان: زمان انتقال مادر در نوبت پارها وقتی است که قطری از عضو نمایش (سر جنین) در هر انقباض در حدود ۴-۳ سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتی پارها، وقتی است که دیلاتاسیون سرویکس به میزان ۹-۷ سانتیمتر برسد.

نکته: اگر اتاق لیبر و زایمان یکی است، نیازی به انتقال مادر به اتاق زایمان نمی باشد.

- تمیز کردن پرینه و ولو: در صورت تمیز نبودن، پرینه و ولو با محلول آب و صابون و در صورت نیاز به اپی زیاتومی با یک دترژن غیر محرک (بتادین یا کلرهگزیدین) شسته می شود. در صورت انجام اپی زیاتومی، موهای نیمه خلفی پرینه کوتاه و با سه گاز آغشته به بتادین یا کلرهگزیدین از مدخل واژن به طرف مقعد شستشو داده می شود.

- آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان

آماده کردن وسایل:

- ست زایمان (حداکثر اندازه ست ۳۰ x ۳۰ x ۵۰ سانتیمتر با وزن حدود ۶ کیلوگرم است) ست زایمان باید در داخل پارچه دولایه تافته (جمعاً ۴ لایه) استریل شود. تاریخ انقضای استریلیتی هر ست داخل کمد در بسته حداکثر یک ماه و در قفسه باز حداکثر سه هفته می باشد. در صورت استفاده از پارچه های معمولی و سالم، ست زایمان حداکثر دو هفته استریل می ماند.

- گرم کننده تابشی

- دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد

- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

- پوار

وسایل و تجهیزات احیاء نوزاد:

- وسایل ساکشن

- سرنگ

- ساکشن مکانیکی و لوله آن

- کاتترهای ساکشن به شماره ۵F یا ۶F ، ۸F ، ۱۰F یا ۱۲F

- لوله تغذیه به شماره ۸F و سرنگ ۲۰ میلی لیتری

- مکنده مکنیوم

- وسایل بگ و ماسک

▪ وسیله تهویه با فشار مثبت (بگ باید قادر به رساندن اکسیژن ۹۰ تا ۱۰۰ درصد باشد).

▪ ماسکهای صورت، با اندازه های نوزاد ترم و نارس (ترجیحاً ماسکهای با لبه نرم)

▪ منبع اکسیژن با جریان سنج (جریان حداکثر تا ده لیتر در دقیقه) و لوله های مربوط

- وسایل لوله گذاری

■ لارنگوسکوپ با تیغه های صاف به شماره های صفر(نوزادنارس)، یک (نوزادترم) همراه با لامپ و باتری اضافی

■ لوله های تراشه با قطر داخلی ۲/۵، ۳، ۳/۵، ۴ میلی لیتر

■ استیلت (میله راهنما) اختیاری

■ قیچی

■ نوار چسب با وسایل نگهداشتن لوله تراشه

■ پنبه آغشته به الکل

■ آشکارکننده CO₂ (اختیاری)

■ ماسک حنجره ای (اختیاری)

- داروها

■ اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰ آمپولهای ۳ یا ۱۰ میلی لیتری

■ سرم کریستالوئید ایزوتونیک (نرمال سالین یا رینگر لاکتات) برای افزایش حجم داخل عروقی، ۱۰۰ یا ۲۵۰ میلی لیتر

■ بی کربنات سدیم ۴/۲٪ (۵ میلی اکی والان در ۱۰ میلی لیتر) آمپولهای ۱۰ میلی لیتری

■ نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی گرم در میلی لیتر، آمپولهای یک میلی لیتری یا یک میلی گرم در میلی لیتر، آمپولهای دو میلی لیتر

■ سرم دکستروز ۱۰٪، ۲۵۰ میلی لیتر

■ نرمال سالین برای تزریق سریع

- وسایل کاتتریزاسیون عروق نافی

دستکش استریل، اسکالپل یا قیچی، محلول ضد عفونی، نوار نافی، کاتتر نافی شماره های ۳/۵F و ۵F، سه راهی مخصوص، سرنگهای ۵،۱۰،۲۰،۳۰،۴۰،۵۰ میلی لیتر و سرسوزنهای شماره ۱۸،۲۱،۲۵ با تجهیزات خون گیری در سیستم های

بدون سوزن

- متفرقه

دستکش و وسایل حفاظتی پرسنل، گرم کننده تابشی یا سایر منابع حرارتی، ساعت، کورنومتر(اختیاری)، ملافه گرم، استتوسکوپ (ترجیحاً با سر مخصوص نوزاد)، نوار چسب ۱/۲ یا ۳/۴ اینچی، مانیتور قلبی و الکترودهای آن یا

پالس اکسی متر(دستگاه اندازه گیری درصد اشباع اکسیژن) و پروب آن (اختیاری برای اتاق زایمان)، راه هوایی دهانی-حلقی: اندازه های صفر، دو صفر، سه صفر یا به طولهای ۴۰، ۵۰، ۶۰ میلی متر

■ آماده شدن عامل زایمان:

- شستن دستها

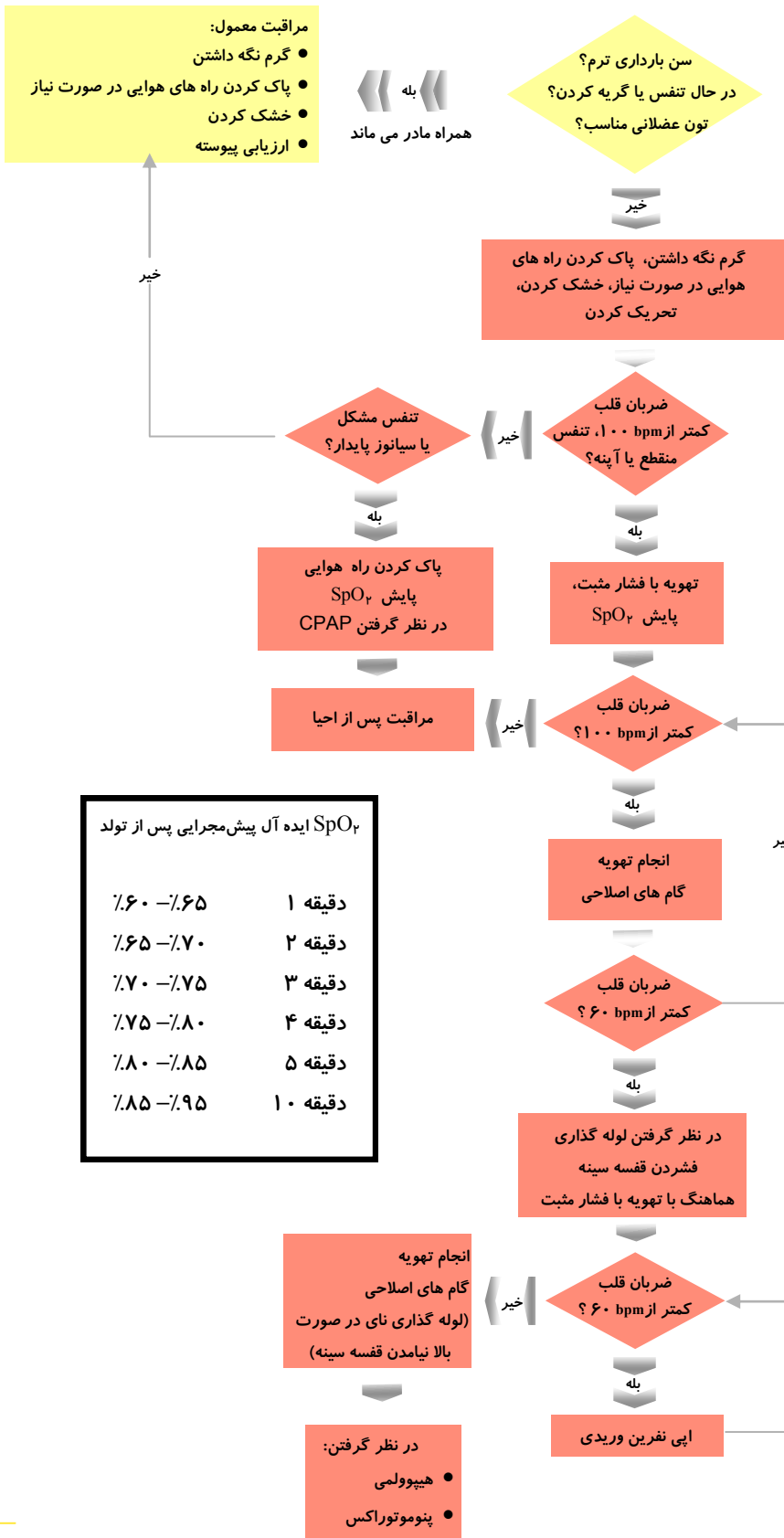
- پوشیدن گان، پیش بند، دستکش، چکمه، ماسک، عینک برای محافظت عامل زایمان

- صبوری، تشویق و راهنمایی مادر به همکاری

تولد

ثانیه ۳۰

ثانیه ۶۰



راهنمای ۱۴: اداره نوزاد

به محض خروج سر نوزاد، نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن برای پاک کردن راه های هوایی نیست. در صورت نیاز به پوار ابتدا دهان و سپس بینی پوار شود. پس از خروج کامل نوزاد، نوزاد را روی سینه مادر گذاشته تا تماس پوست با پوست برقرار شود، حوله از قبل گرم شده را روی نوزاد قرار دهید. در صورت عدم تمایل مادر، از همراه یا فرد دیگری کمک گرفته شود و نوزاد را روی حوله از قبل گرم شده منتقل کنید.

نکته: در هنگام گذاردن نوزاد بر روی سینه مادر، باید به کشیده شدن بدن ناف توجه شود.

ارزیابی سریع نوزاد از نظر ترم بودن سن بارداری، آغشته بودن به مکنیوم، تنفس یا گریه کردن، تون عضلانی مناسب انجام شود. نتیجه ارزیابی، نیاز یا عدم نیاز به احیاء را مشخص می کند.

در صورت طبیعی بودن ارزیابی سریع مراقبت عادی نوزاد به شرح زیر انجام شود:

- فراهم کردن گرما (قرار دادن نوزاد روی سینه مادر و پوشاندن با حوله گرم). به دمای مناسب اتاق (۲۸-۲۵ درجه سانتیگراد) توجه شود.

- پاک کردن راه های هوایی با پوار در صورت نیاز پس از خروج کامل نوزاد

- خشک کردن بدن نوزاد با حوله گرم

- ارزیابی رنگ نوزاد

- تعیین آپگار

- کلامپ و بریدن بدن ناف: بند ناف در فاصله ۳ و ۵ سانتی متر از قاعده شکم نوزاد کلامپ شود و سپس بین دو کلامپ بریده شود. در صورت بد حال بودن نوزاد، بند ناف بلندتر بریده شود.

در صورت عدم نیاز به احیا عجله ای برای قطع کردن بند ناف نیست و حدود ۱۲۰-۳۰ ثانیه پس از تولد قطع گردد.

نکته ۱: نوزاد مادران HbsAg و HIV مثبت پوار نشود.

نکته ۲: بلافاصله پس از زایمان مادر به شیردهی تشویق شود.

نکته ۳: از تمامی نوزادان خون بند ناف برای تعیین گروه خون و ارهاس گرفته شود.

نکته ۴: در نوزادان با آپگار کمتر از ۷، خون بند ناف برای اندازه گیری ABG به آزمایشگاه ارسال شود.

راهنمای ۱۵: اداره فعال مرحله سوم زایمان

پس از قطع بند ناف، با لمس شکم مادر و اطمینان از نبود قل دیگر، اداره فعال مرحله سوم شروع می شود. به نکات زیر توجه شود:

- هرگز مادر را تنها رها نکنید.
- با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید.
- در صورتی که مادر با وضعیت چمباتمه یا نشسته زایمان نموده است، می توانید مرحله سوم زایمان را در همان وضعیت ادامه دهید. در غیر اینصورت مادر باید در وضعیت خوابیده به پشت و کف پا روی زمین (Dorsal یا Supine) قرار گیرد. دقت کنید در وضعیت خوابیده به پهلو برای پیشگیری از آمبولی حتماً دو پا را با هم به خط وسط برگردانده و سپس از همدیگر باز کنید تا جفت بتواند خارج شود.
- حتماً تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول برقرار گردد و مادر را به شیر دادن نوزاد بلافاصله پس از تولد تشویق کنید. از همراه برای شیردهی و تماس پوستی کمک بخواهید.

تزریق اکسی توسین:

بلافاصله پس از خروج کامل نوزاد، ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی به مادر تزریق کنید. در مورد مادرانی که رگ باز دارند، ۲۰ واحد اکسی توسین در داخل ۱۰۰۰ سی سی سرم ریخته شود. سرعت تنظیم قطرات سرم ۱۰ سی سی در دقیقه تا زمانی که تون رحم به حالت عادی برگردد و پس از آن ۲ سی سی در دقیقه تا انتقال مادر به بخش پس از زایمان می باشد.

نکته ۱: در صورتی که اکسی توسین در دسترس نیست، ۰/۲mg ارگومترین IM یا پروستاگلاندین تزریق می شود یا ۶۰۰ میکروگرم میزوپروستول خوراکی به مادر داده می شود.

نکته ۲: در مادرانی که فشار خون بالا دارند، تجویز ارگومترین و پروستاگلاندین توصیه نمی شود.

راهنمای ۱۶: بررسی روند جدا شدن جفت

برای زایمان جفت، به علائم جدا شدن آن باید توجه کرد. این علائم شامل:

- سفت و کروی شدن رحم (نخستین نشانه)
- خروج فورانی و ناگهانی خون از واژن
- بالاتر رفتن رحم در شکم به دلیل قرار گرفتن جفت در سگمان تحتانی
- نزول بندناف و بلند تر شدن طول آن

راهنمای ۱۷: انجام مانورهای خروج جفت

- طی دقیقه اول بعد از زایمان نوزاد، بند ناف در نزدیکی پرینه با استفاده از رینگ فورسپس، کلامپ شود.
 - بند ناف کلامپ شده و انتهای فورسپس را با یک دست نگه داشته شده و دست دیگر در بالای سمفیز پوبیس قرار گیرد.
 - با فشار ملایم و در جهت مخالف کشش بند ناف، رحم به سمت بالا رانده شود.
 - فشار مختصری روی بند ناف وارد شده و تا انقباض قوی بعدی رحم، به مدت ۲ تا ۳ دقیقه باید صبر شود.
 - با ورود جفت به مدخل واژن، خیلی آرام بند ناف باید به سمت پایین کشیده شود تا زایمان جفت صورت گیرد. تشویق مادر به افزایش فشار داخل شکمی می تواند در خروج جفت موثر باشد.
- نکته: اگر طی ۳۰ تا ۴۰ ثانیه کشش کنترل شده بند ناف، جفت خارج نشود، کشش و فشار بیشتری نباید به بند ناف وارد کرد. به آرامی بند ناف را نگه داشته شده و باید منتظر انقباض بعدی رحم ماند. اگر طول بند ناف بلندتر شد، فورسپس گرد در محلی نزدیک تر به پرینه، کلامپ می شود. با انقباض بعدی، بند ناف با کششی کنترل شده درخلاف جهت فشار به رحم، کشیده می شود.
- پس از خروج جفت، پرده های نازک آن ممکن است پاره شود. در اینصورت اقدامات زیر را انجام دهید:
- جفت را باید با دو دست نگه داشته و به آرامی چرخاند تا پرده ها به دور جفت بپیچد.
 - سپس به آرامی جفت را کشیده تا زایمان تکمیل شود. بهتر است با یک رینگ فورسپس پرده ها کلامپ شود تا خروج کامل و کنترل آن با اطمینان صورت گیرد.
 - اگر پرده ها پاره شد، با تعویض دستکش و پوشیدن دستکش استریل دیگری، قسمت فوقانی واژن و سرویکس معاینه می شود و با استفاده از رینگ فورسپس یا دست، هر تکه ای از پرده ها را که باقی مانده، باید خارج نمود.
 - پس از خروج جفت، باید فوندوس لمس شود و از سفت بودن و انقباض رحم و عدم خونریزی اطمینان پیدا کرد.
- در صورت عدم خروج جفت طی ۳۰ دقیقه تا یک ساعت پس از زایمان و نبود خونریزی و علائم شوک:
- تجویز مجدد ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی
 - تشویق به شیر دادن نوزاد
 - تشویق مادر به تخلیه ادرار (در صورت پر بودن مثانه) و سونداژ مثانه (در صورت عدم توانایی تخلیه ادرار)
 - تکرار کشش کنترل شده بندناف
 - انتظار برای شروع انقباضات
- نکته ۱: قبل از مشاهده و اطمینان از جدا شدن جفت، هرگز نباید به زور اقدام به کشش بندناف و خارج کردن جفت کرد. (خطر وارونگی رحم)
- نکته ۲: در صورت عدم خروج کامل و یا باقی ماندن قسمتی از جفت و پرده ها و یا پاره شدن بندناف، از دستکاری بیشتر اجتناب کرده و طبق الگوریتم عدم خروج کامل جفت اقدام شود.

راهنمای ۱۸: بررسی جفت، پرده ها و بندناف

جفت را باید به دقت معاینه کرد تا مطمئن شد که هیچ تکه ای از آن باقی نمانده است. جفت طبیعی عدسی شکل بوده، بزرگترین قطر آن ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر، بیشترین ضخامت آن ۲ تا ۳ سانتی متر و وزن آن ۴۰۰ تا ۶۰۰ گرم است.

نکاتی که باید در معاینه جفت دقت شود، شامل:

- مشاهده سطح جنینی برای بررسی محل بندناف (مرکزی، کناری، ولاننتوز) و بررسی از نظر وجود لب فرعی (در صورت ادامه عروق نافی از کناره آزاد جفت تا پرده ها)
- مشاهده سطح مادری برای بررسی کامل بودن، بزرگ بودن و رنگ پریدگی کوتیلدون ها، کلسیفیکاسیون و انفارکتوس جفتی. برای معاینه پرده ها، می توان جفت را آویزان نگه داشت و با داخل بردن دست درون آن از کامل و سالم بودن آن مطمئن شد.

- مشاهده بندناف از نظر تعداد شریان (۲ شریان) و ورید (۱ ورید)، طول بندناف (به طور متوسط ۵۰ تا ۷۰ سانتی متر)، گره های حقیقی و کاذب

ملاحظات

- هرگز بند ناف را قبل از جدا شدن جفت نکشید.

- به دقت مادر را معاینه کنید در صورت وجود پارگی خونریزی دهنده یا بیش از یک سانتی متر در سرویکس، واژن و پرینه، آن را ترمیم کنید.

- چنانچه مادر در وضعیت غیر خوابیده زایمان کرده است، باید مراقب کشیده شدن بندناف پس از خروج نوزاد باشید.

- در صورت بزرگ بودن و رنگ پریدگی جفت، حتماً آزمایش VDRL را درخواست کنید.

راهنمای ۱۹: اطمینان از جمع بودن رحم و ماساژ فوندوس رحم

بلافاصله پس از خروج کامل جفت، فوندوس رحم ماساژ داده شود و از جمع بودن آن اطمینان حاصل گردد. در ۲ ساعت اول زایمان، هر ۱۵ دقیقه و سپس تا ۶ ساعت، هر یک ساعت ماساژ رحم باید تکرار شود. بعد از اتمام هر بار ماساژ

رحم، باید مطمئن شد که رحم نرم و شل نیست. خونریزی طبیعی باید به صورت جریان آهسته خون مخلوط با بافت دسیدوا و لخته های کوچک به رنگ قرمز روشن باشد.

اقدامات برای جلوگیری از خونریزی شامل:

- شیر دادن سریع به نوزاد

- تشویق مادر به تخلیه مثانه

- خارج کردن لخته ها از رحم

تکنیک ماساژ فوندوس رحم

ماساژ فوندوس رحم بلافاصله پس از زایمان، موجب تحریک میومتر برای انقباض و ایجاد هموستاز و خروج لخته ها می شود. این روش با استفاده از دو دست به شرح زیر است:

یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان،

لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن

عضله سهیم باشد.

نکاتی که باید به مادر توضیح داده شود: ضرورت انجام ماساژ، احساس ناراحتی و درد کرامپی ناشی از انقباض، تشویق مادر برای انجام ماساژ (به مادرآموزش داده شود که قله رحم را در حد ناف یا پایین تر لمس نماید، ماساژ دهد و سفتی

آنها حس کند و یاد بگیرد که اگر پس از تخلیه ادرار قله رحم همچنان بالا بود یا حالت سفت نداشت و یا احساس خونریزی و خیس شدن داشت، ماما یا پزشک را مطلع نماید.)

راهنمای ۲۰: اقدامات پس از خروج جفت

- ۱- پرینه را با آب گرم یا پارچه تمیز پاک کنید و یک پد تمیز بر روی ولو بگذارید.
 - ۲- شان ها و لباس های خیس را تعویض کنید.
 - ۳- مادر و نوزاد را گرم نگه دارید. اگر مادر لرز دارد از پتوی گرم و اقدامات حمایتی استفاده کنید.
 - ۴- به مادر (نوشیدنی سرد یا گرم برحسب تمایل مادر) بدهید.
 - ۵- نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
 - ۶- از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید.
 - ۷- به مادر و همراهان درمورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.
- نکته: اگر زایمان مادر با بی حسی اپیدورال بوده در این مرحله باید کاملاً هوشیار بوده و به راحتی نفس بکشد. در پایان یک ساعت باید حس گزگز از پای وی برطرف شده و بتواند پای خود را از تخت بلند کند.

راهنمای ۲۱: تخمین خونریزی پس از زایمان

تخمین چشمی حجم خونریزی ممکن است ۳۰ تا ۵۰ درصد کمتر از مقدار واقعی باشد، ولی بهترین روش برای تخمین حجم تقریبی است. اندازه گیری حجم خون نشان داده است که مقدار واقعی خون از دست رفته در زایمان طبیعی بدون عارضه ۵۰۰ سی سی است.

معیار های خونریزی پس از زایمان براساس میزان خونریزی:

- Scant: میزان خون و لوشیا حدود ۱۰ سی سی و یا کمتر از ۵ سانتی متر از پد آغشته به خون است.
 - Light: میزان خون و لوشیا از ۱۰ تا ۲۵ سی سی و یا کمتر از ۱۰ سانتی متر از پد آغشته به خون است.
 - Moderate: میزان خون و لوشیا از ۲۵ تا ۵۰ سی سی و یا کمتر از ۱۵ سانتی متر از پد آغشته به خون است.
 - Urge/ Heavy/Profuse: میزان خون و لوشیا از ۵۰ تا ۸۰ سی سی و یا یک پد در مدت ۲ ساعت کاملاً به خون آغشته می شود.
 - Excessive: یک پد در مدت ۱۵ دقیقه کاملاً به خون آغشته می شود و یا خون در زیر باسن مادر جمع شده است.
- لخته بزرگتر از یک لیمو و خروج ناگهانی حجم زیاد خون نیز نشانه خونریزی زیاد می باشد.

سایر معیارهای تشخیص خونریزی پس از زایمان

- تغییر در برون ده ادراری (میزان ادرار ۶۰ سی سی در ساعت و یا حداقل ۳۰ سی سی در ساعت)
- تغییر در شرایط پوست (تعریق، سردشدن، خاکستری یا رنگ پریدگی بخصوص اطراف دهان)
- تغییر هماتوکریت به میزان ۱۰٪ نسبت به میزان هماتوکریت در زمان پذیرش (از دست دادن ۱۰۰۰ سی سی خون در مدت یک ساعت باعث کاهش هماتوکریت به میزان ۱۰٪ می شود).
- تغییر سطح هوشیاری و گیجی
- عطش به آب و هوا و حالت خمیازه

- نکته ۱:** خونریزی شدید مداوم طی ۱۵ دقیقه می تواند بدون علایم بالینی باعث شوک شود. وجود علایم (احساس ضعف، سبکی سر، حالت مگس پرانی جلوی چشم، اضطراب و عطش هوا) نیاز به بررسی دارد.
- نکته ۲:** لرز بعد از زایمان و لرزش چانه طبیعی است. این حالت بعد از مدت کوتاهی با گرم نگه داشتن مادر با پتو و اطمینان دادن به او از بین می رود.
- نکته ۳:** در صورت جریان خون مداوم، احتمال پارگی وجود دارد.
- نکته ۴:** در صورت دفع بافت، احتمال باقی ماندن جفت و پرده ها وجود دارد.
- در صورت وجود خونریزی مطابق الگوریتم خونریزی در بخش پس از زایمان اقدام شود.

راهنمای ۲۲: بررسی محل ترمیم برش یا پارگی

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود. تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

- پارگی درجه ۱:** پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن
- پارگی درجه ۲:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه
- پارگی درجه ۳:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی
- پارگی درجه ۴:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم
- نکته:** درد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

معیار های تشخیص هماتوم:

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم
- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم
- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم
- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم
- احساس فشار به رکتوم
- کیبودی محل درد

نکته: در صورت بروز هماتوم اندازه آن بررسی شود. اگر اندازه بتدریج افزایش یافت و یا بیشتر از ۵ سانتی متر بود لازم است، هماتوم در اتاق عمل تخلیه شود. در غیر اینصورت مادر با کمپرس یخ، تجویز مسکن و کنترل علائم حیاتی تحت نظر گرفته شود.

راهنمای ۲۳: اطمینان از دفع ادرار

قبل از ترخیص مادر باید از دفع ادرار مطمئن شد. میزان مورد انتظار تخلیه ادرار ۱۵۰ سی سی است. مادر را تشویق به تخلیه مثانه کنید. چنانچه مادر تا ۴ ساعت پس از زایمان قادر به تخلیه مثانه نبود، ابتدا وضعیت مثانه، واژن و ولو از نظر هماتوم بررسی شود. در صورت نبود هماتوم اقدامات زیر انجام گیرد:

۱- اگر مادر منع حرکت ندارد، به توالت راهنمایی شود.

۲- گوش دادن به صدای آب

۳- خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب

۴- ریختن آب ولرم روی پرینه

۵- ریختن عصاره نعنا در لگن آب

۶- فشار آرام روی سوپراپوبیک

۷- شل کردن پرینه توسط مادر

۸- استفاده از سوند مثانه برای تخلیه ادرار

نکته: در صورت دهیداسیون و نبود ادرار، ۴۰۰ سی سی سرم در مدت ۲ ساعت تزریق شود و مادر مجدداً به تخلیه ادرار تشویق شود.

اگر با انجام اقدامات فوق، مادر قادر به تخلیه ادرار نبود پس از بررسی دقیق کانال زایمانی، وضعیت رحم و میزان خونریزی اقدامات زیر به ترتیب انجام شود:

۱- میزان باقیمانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود

۲- در صورت وجود حجم ادرار باقیمانده بیش از ۲۰۰ سی سی، سوند ادراری برای ۲۴ ساعت ثابت شود.

۳- سوند پس از ۲۴ ساعت خارج شود.

۴- اگر بعد از کشیدن سوند مجدداً مادر نتواند بعد از ۴ ساعت دفع ادرار داشته باشد حجم باقیمانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود.

۵- با حجم ادرار بیش از ۲۰۰ سی سی مجدداً سوند ثابت به مدت ۲۴ ساعت دیگر گذاشته شود هر ۲ ساعت سوند کلامپ شود و نیم ساعت آزاد باشد و سپس سوند خارج شود.

راهنمای ۲۴: توجه به علائم خطر

- خونریزی شدید یا افزایش ناگهانی خونریزی

- تب یا احساس داغی

- سردرد شدید و تازی دید

- ترشح بودار

- احتباس ادرار

- درد شدید ناحیه پرینه یا محل اپی زیاتومی

- تنفس مشکل

- درد شدید شکم

- تشنج

- درد پشت زانو (Calf) با یا بدون تورم

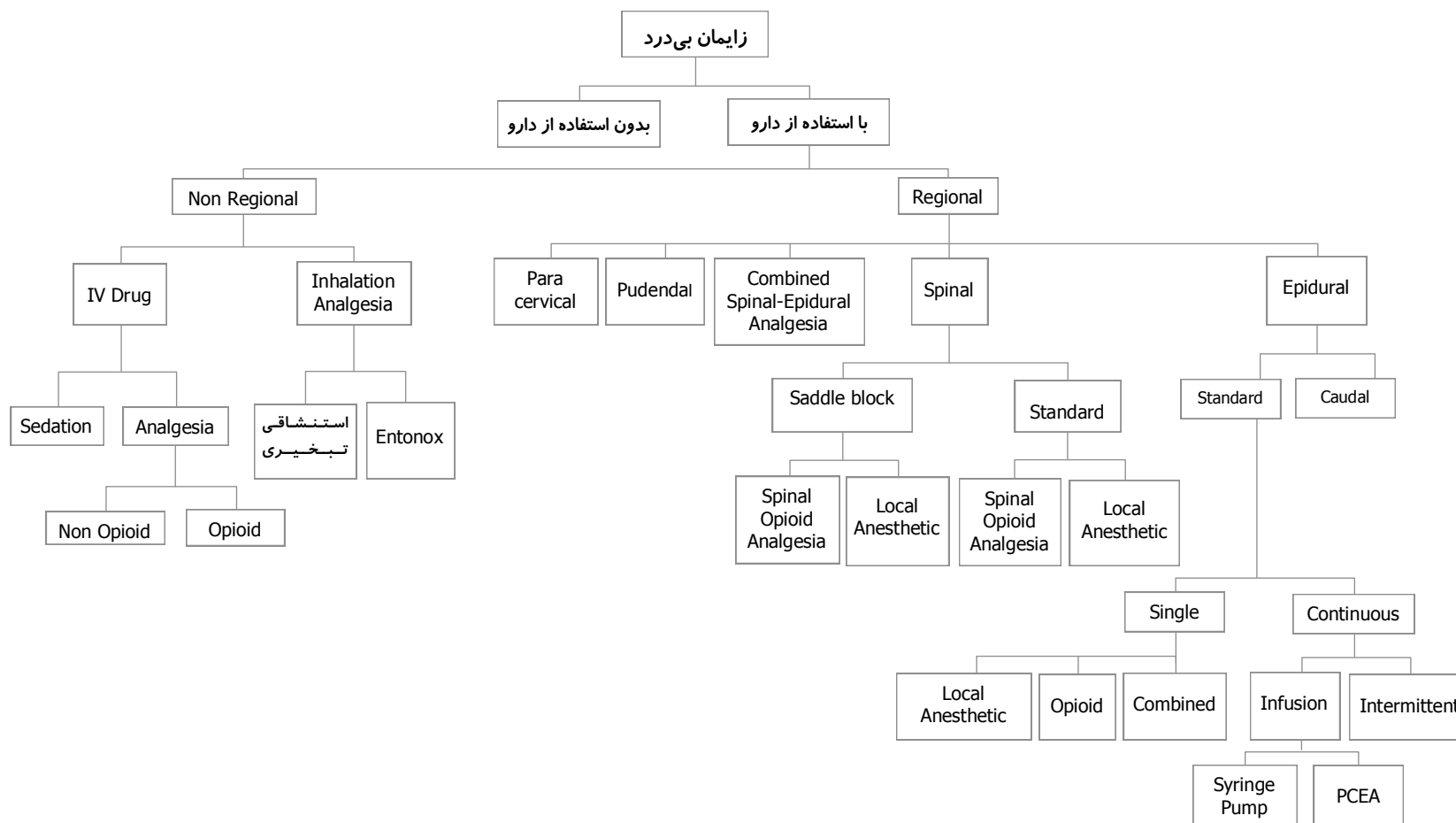
- احساس فشار به رکتوم

- شناسایی مادرانی که ممکن است به نوزاد یا خودشان آسیب برسانند.

راهنمای ۲۵: ملاحظات زایمان در آب

مرحله دوم و سوم	مرحله اول
<p>۱- در صورت تمایل مادر و پیشرفت طبیعی، زایمان را در آب انجام دهید.</p> <p>۲- در صورت استفاده از جت (جکوزی)، بهتر است برای دید بهتر جکوزی را خاموش کنید.</p> <p>۳- درجه حرارت آب را هر ۳۰ دقیقه (درجه حرارت آب بسته به تمایل مادر بین ۳۶ تا ۴۰ درجه سانتیگراد باشد) کنترل کنید.</p> <p>۴- در تمام مراحل مادر را تنها رها نکنید.</p> <p>۵- وضعیت هیدراسیون مادر (تأمین نوشیدنی های خنک) را کنترل کنید.</p> <p>نکته ۱: دقت کنید مکنیوم در آب رقیق تر به نظر می رسد.</p> <p>۶- بندناف را بلافاصله پس از خروج سر بررسی کنید:</p> <p>الف- اگر شل است به آرامی از دور سر آزاد کنید. نوزاد را به آرامی به سطح آب آورده و درآغوش مادر قرار دهید. بند ناف را پس از قطع نبض ببرید.</p> <p>ب- اگر بندناف محکم است، مادر باید در وضعیت upright قرار گیرد. آب استخر خالی شود و مادر در لبه استخر قرار دهید، پس از قطع بندناف نوزاد را خارج کنید.</p> <p>۷- در موارد دیستوشی شانه نیز، مطابق موردی که «بندناف محکم است» باید اقدام شود.</p> <p>نکته: توجه شود هرگز بند ناف داخل آب کلامپ یا قطع نگردد.</p> <p>۸- پس از خروج جنین، آب وان سریعاً تخلیه گردد. مرحله سوم زایمان حتماً باید در خارج از آب انجام شود و مادر با حوله از قبل گرم شده پوشانده شود.</p> <p>۹- در صورت بروز پارگی یا انجام اپی زیاتومی پس از خروج جفت، در محل زخم یک گازاستریل بگذارید.</p> <p>نکته: ترمیم پارگی یا اپی زیاتومی حتماً یک ساعت پس از خروج از آب صورت گیرد.</p>	<p>شرایط انجام زایمان در آب:</p> <p>۱- تمایل مادر</p> <p>۲- فاز فعال زایمان (حداقل ۵-۴ سانتی متر دیلاتاسیون)</p> <p>۳- الگوی انقباضات مناسب (راهنمای ۷)</p> <p>۴- عدم دریافت داروی بی دردی یا بی حسی توسط مادر طی ۴ ساعت قبل</p> <p>۵- ترجیحاً زایمان دوم به بعد</p> <p>۶- مادر در گروه پر خطر (راهنمای ۴) نباشد.</p> <p>ملاحظات:</p> <p>۱- درجه حرارت آب حداکثر هر یک ساعت کنترل شود (درجه حرارت آب باتوجه به تمایل مادر بین ۳۶ تا ۴۰ درجه سانتیگراد باشد).</p> <p>۲- در تمام مراحل زایمان مادر را تنها رها نکنید.</p> <p>۳- وضعیت هیدراسیون مادر و خودتان (تأمین نوشیدنی های خنک) را کنترل کنید.</p> <p>۴- وسایل حمایتی (احیاء نوزاد، حوله گرم برای مادر و نوزاد، پک زایمان، پنکه یا بادبزن، دستگاه تأمین آب خنک و آب داغ) را فراهم کنید.</p> <p>۵- در صورت وجود درد می توانید از جت وان (جکوزی) استفاده کنید.</p> <p>۶- به عوارض احتمالی مانند: خونریزی، دفع مکنیوم، افت ضربان قلب جنین، افزایش درجه حرارت مادر و بی قراری وی توجه کنید.</p> <p>نکته: دقت کنید مکنیوم در آب رقیق تر به نظر می رسد.</p> <p>توجه کنید در هر مرحله ای از زایمان چنانچه مادر تمایل نداشته باشد او را از آب خارج کرده و ادامه مراقبتها را خارج از آب انجام دهید.</p>

وجود همراه در تمام مراحل زایمان در آب لازم و کمک کننده است.



شرایط لازم برای زایمان بدون درد :

۱. امکان انجام زایمان طبیعی وجود داشته باشد.
۲. درد زایمان وجود داشته باشد و زایمان وارد فاز فعال شده باشد.
۳. مادر باردار خود خواهان کاهش درد زایمان باشد.
۴. شکم اول یا دوم باشد (مولتی پار نباشد).

توجه: در موارد زیر به دلیل شرایط مادر، زایمان بدون درد پیشنهاد می‌شود:

- در مادرانی که به بیماری زمینه‌ای (قلبی عروقی، ریوی، هیپرتانسیون، دیابت، ...) مبتلا هستند و درد و تحریک بیش از حد سمپاتیک و استرس، بیماری آنان را تشدید می‌کند.
- مواردی که جنین در داخل رحم فوت نموده (IUFD) و دفع آن با درد زیاد همراه است.

کنتراندیکاسیونهای مطلق زایمان بدون درد :

۱. عدم رضایت مادر باردار با انجام آن (در انتخاب زایمان بی‌درد مانند سایر اعمال جراحی، باید رضایت همسر اخذ گردد)
۲. مواردی که بطور اورژانس نیاز به سزارین دارند مانند پرولاپس بند ناف
۳. به کنتراندیکاسیون‌های استفاده از هر روش توجه شود.

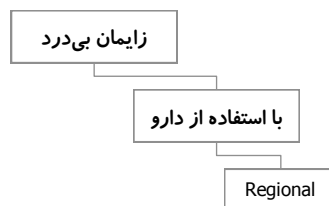
استفاده از روش‌های رژیونال جهت زایمان بدون درد، پس از شروع فاز اکتیو زایمان (دیلاتاسیون ۶-۴ cm) انجام می‌گیرد.

اندیکاسیون‌های بی‌دردی رژیونال در زایمان :

۱. استرس و اضطراب مادر
۲. بیماریهای سیستمیک مثل بیماری‌های افزایش فشار خون حین حاملگی، برخی از انواع بیماری‌های قلبی* و ریوی
۳. اختلالات زایمان مثل انقباضات ناموزون رحمی و امکان زیاد استفاده از وسایل حین زایمان
۴. در مادرانی که ریسک سزارین بالاست مانند سزارین قبلی، پره اکلامپسی و اکلامپسی، دیابت، جنین درشت و

* توضیح :

بطور کلی حاملگی خطر عمده برای بیمار قلبی محسوب می‌شود. عمده ترین اثر بی‌دردی ناحیه ای، کاهش مقاومت عروق سیستمیک و افت فشار خون است. طی حاملگی مقاومت عروق سیستمیک (SVR) کاهش می‌یابد که با استفاده از بی‌حس‌کننده‌های موضعی با بلوک ناحیه‌ای افت SVR به دلیل بلوک سمپاتیک تشدید می‌شود. (ادامه در صفحه بعد)



اثرات بی‌دردی و بی‌حسی ناحیه‌ای قابل‌پیش‌بینی است و برخی بیماری‌های قلبی از این اثرات سود می‌برند مثلاً در نارسایی دریچه‌ای میترال و آئورت و یا نارسایی بطن چپ، کاهش افت‌رلود ناشی از بی‌دردی ناحیه‌ای مفید است هر چند که باید مواظب بود تا از مایع درمانی بیش از حد اجتناب شود. در بیمارانی که مقاومت عروق ریوی آنها بالاست (مخصوصاً آنهایی که هیپرتانسیون ریوی اولیه دارند) یا آنهایی که بازده قلبی ثابت دارند. (مثل AS یا کاردیومیوپاتی انسدادی) کاهش فشار شریانی سیستمیک یا مقاومت سیستمیک تحمل نمی‌شود. با وجود این هیپوکسی، هیپرکاری و اسیدوز همه منجر به افزایش فشار شریان ریوی و مقاومت عروق ریوی می‌شود. زایمان طولانی بدون تسکین درد کافی، استفاده از مخدرهای سیستمیک و هیدرتاسیون ناکافی همه از عوامل خطر برای این بیماران به شمار می‌روند. استفاده از مخدرهای نخاعی به تنهایی بی‌دردی ایجاد می‌کند بدون آنکه تغییر واضحی در SVR بوجود آورد ولی بی‌دردی کافی در اواخر مرحله اول و مرحله دوم زایمان فراهم نمی‌کند. بی‌دردی اپیدورال با بی‌حس‌کننده‌های موضعی، پاسخ‌های استرس زایمان را کاهش می‌دهد و در صورتی که با دقت زیاد تیتره شود ایمن است. از غلظت‌های پایین بی‌حس‌کننده موضعی به همراه یک مخدر می‌توان استفاده نمود تا به این ترتیب اثرات بی‌دردی به حداکثر و اثرات قلبی - عروقی به حداقل برسد. روش رژیونال دیگر برای بیماران قلبی، استفاده از بی‌دردی اپیدورال - نخاعی ترکیبی است که ثبات قلبی عروقی در این روش بیشتر بوده و بی‌دردی مؤثری ایجاد می‌کند. در بیماران قلبی با ریسک بالاتر می‌توان از بی‌دردی نخاعی مداوم با استفاده از اپیوئیدها سود جست.

کنتراندیکاسیون‌های مطلق رژیونال :

۱. عدم رضایت خانم باردار
۲. عدم توانایی خانم باردار برای حفظ بی‌حرکتی حین انجام کار (مثلاً بیماری پارکینسون)
۳. وجود اختلال انعقادی و نقائص هموستاز
۴. افزایش فشار داخل جمجمه به هر علت (ضایعات فضاگیر و...)
۵. عفونت موضعی محل انجام تزریق و باکتری

کنتراندیکاسیون‌های نسبی رژیونال :

با توجه به شرایط بیمار و تجربیات متخصص بیهوشی درباره انجام یا عدم انجام آن تصمیم‌گیری می‌شود:

۱. سابقه حساسیت به داروهای بی‌حس‌کننده یا سایر داروهای مصرفی در این روش‌ها
۲. ضایعات حاد سیستم عصبی مرکزی
۳. اختلال همودینامیک در مادر (هیپوولمی - هیپوتانسیون)
۴. بیماری‌های قلبی که بازده قلبی را شدیداً محدود کرده باشد.
۵. وجود دیسترس جنینی
۶. عدم مهارت متخصص بیهوشی

عوارض بی دردی رژیونال:

۱. هیپوتانسیون
۲. خارش
۳. تهوع
۴. سردرد به دنبال سوراخ شدن دورا (بصورت خواسته در اسپانیال و بصورت ناخواسته در اپیدورال)
۵. اختلال کار کرد مثانه پس از زایمان
۶. کمر درد
۷. تضعیف تنفسی با استفاده از مخدرها به هر روشی که تجویز شوند.
۸. عوارض نادر شامل: بلوک نخاعی کامل، منژیوت و منژیسم، آراکتوئیدیت، آبسه و هماتوم اپیدورال، آسیب عصبی (Transient Neurological Defect) که بیشتر ناشی از Position خانم باردار است.

شرایط لازم برای انجام روش بی دردی رژیونال:

۱. اخذ رضایت‌نامه از بیمار مطابق قوانین
۲. حضور تکنسین بیهوشی
۳. مهیا کردن ست احیاء
۴. برقراری راه وریدی و مایع درمانی مناسب قبل از انجام بلوک
۵. مانیتورینگ قلب جنین
۶. مانیتورینگ ضربان قلب، فشار خون مادر و ساچوریشن اکسیژن و الکترو کاردیوگرافی
۷. توجه به خالی بودن مثانه
۸. توجه به داروهای تجویز شده طی مدت بستری (به ویژه مخدرها)
۹. در دسترس بودن داروهای ضروری برای مقابله با عوارض احتمالی (افدرین... و آنتی کولینرژیک تازه در سرنگ کشیده و نام دارو نوشته شده باشد). وجود داروهای لازم دیگر مثل تیوپنتال یا دیازپام برای درمان تشنج احتمالی، نالوکسان برای درمان دپرسیون تنفسی و ...

روش انجام آنالژزی اپیدورال لومبار:

پس از هیدراته کردن خانم باردار و حفظ ارتباط مداوم کلامی با وی به ترتیب زیر روش اپیدورال اعمال می گردد:

۱- پوزیشن خانم خوابیده به پهلو چپ یا نشسته (ترجیحاً پهلو چپ) باشد.

پس از prep & drep با انجام بی حسی لوکال، سوزن اپیدورال Tuohy با شماره ۱۸ یا ۱۹ در فضای اپیدورال لومبار L۴ - L۳ یا L۵ - L۴ قرار داده می شود.

(با ارجحیت تکنیک (Loss of Resistance)

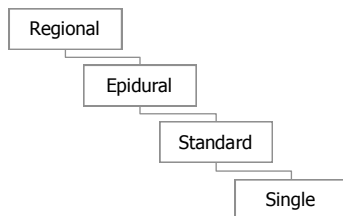


- ۲- قبل از تزریق، از قرار داشتن کاتتر اپیدورال در محل صحیح اطمینان حاصل شود. (تست دوز یا آسپیره کردن)
- تزریق تست دوز (۳ ml از لیدوکائین ۲٪ همراه با ۱۵ میکروگرم اپی نفرین ۱ در ۲۰۰ هزار) تا عدم ورود اشتباهی کاتتر به فضای ساب آراکنوئید یا داخل عروقی تایید گردد.
- اگر در عرض ۵ دقیقه بی حسی نخاعی ایجاد گردد، نمایانگر آن است که کاتتر در ساب آراکنوئید قرار دارد و می توان به صورت بی دردی اسپانیال مداوم کار را دنبال کرد.
- افزایش ضربان قلب مادر به میزان ۲۰ بار در دقیقه و یا بروز علائم عمومی بی حس کننده های موضعی نظیر گز گز دور دهان و احساس سنگینی سر نشانه آن است که کاتتر در داخل عروق قرار دارد و باید کاتتر را خارج کرده و در فضای دیگری اقدام به اپیدورال نمود. تست حساس تر تغییر شکل موج T بر روی ECG است که معمولاً پس از ده ثانیه ظاهر می شود. افزایش HR را باید پس از ۱۸۰ ثانیه جستجو کرد تا دلیل تزریق داخل عروقی باشد.
- ۳- اگر پس از تزریق یک یا دو دوز ۵ میلی لیتر از بوپیواکائین ، پس از ۲۰-۱۵ دقیقه تسکین درد رخ ندهد باید جای کاتتر تعویض گردد.
- ۴- اگر بی حسی یک طرفه است با تغییر پوزیشن (چرخاندن به پهلوئی مقابل) یا بیرون کشیدن کاتتر (۱-۰/۵ cm) تزریق مجدد انجام شود.
- ۵- فشار خون و ضربان قلب مادر و ضربان قلب جنین هر ۱۰-۵ دقیقه کنترل شود.
- تذکر: در پوزیشن لترال معمولاً فشارخون در سمت Non dependent از مقدار واقعی کمتر است.
- ۶- در صورتی که کاهش فشارخون بیش از ۲۰ میلی متر جیوه و یا ضربان قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه شود، انجام اقدامات زیر ضروری است :
- ❖ قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلوئی چپ و ترندلنبرگ و بالا آوردن قسمت پایین تخت
 - ❖ تجویز اکسیژن
 - ❖ هیدراتاسیون کافی
 - ❖ قطع انفوزیون اپیدورال
 - ❖ در صورت عدم کفایت اقدامات بالا ، تجویز افدرین
 - ❖ تجویز آتروپین ۰/۵ mg در صورت برادیکاردی همراه با افت BP
- ۷- کنترل و چارت سطح بلوک هر یک ساعت (تحرک پاها باید حفظ شود) و اقدام بر طبق ضوابط زیر:
- ❖ بلوک در حد T۴ یا بالاتر باشد ← توقف انفوزیون و حضور پزشک متخصص بیهوشی
 - ❖ بلوک تغییر نداشته و بیمار درد ندارد ← هیچ اقدامی لازم نیست.
 - ❖ بلوک به طرف پایین بدن مثلاً از T۴ به T۱۰ رفته ولی بیمار درد ندارد ← هیچ اقدامی لازم نیست.
 - ❖ بلوک به طرف پایین بدن زیر T۱۰ رفته و یا بیمار درد دارد ← تزریق یک دوز Top-UP

توجه: اگر بیمار در هر زمان درد داشته باشد، قبل از تزریق هر دارویی ابتدا باید سطح بلوک حسی و حرکتی کنترل گردد.

تذکر: دوز Top-UP: تزریق اپیدورال متناوب بی حس کننده موضعی از طریق کاتتر با غلظت های مختلف بوپیواکائین از ۰/۰۶۲۵ تا حداکثر ۰/۵٪ می تواند انجام شود. حداکثر دوز Top-UP در حد یک تست دوز است (۱۵ mg بوپیواکائین) بطور مثال ۳ cc از بوپیواکائین ۰/۵ ، ۶ cc از محلول ۰/۲۵٪ یا ۱۲ cc از محلول ۰/۱۲۵٪.

۸- پس از اتمام زایمان و انتهای کار، کاتتر را از پشت بیمار خارج کرده و کامل و سالم بودن کاتتر خارج شده باید در پرونده یادداشت و نوک کاتتر با چسب به صفحه گزارش ضمیمه شود. در صورتی که کاتتر کامل خارج نشده و تکه‌هایی از آن کنده شده و باقی بماند توسط بررسی‌های رادیوگرافیک مشخص شده و با عمل جراحی بیرون آورده می‌شود (در صورتی که کاتتر در نسج نرم خارج از فضای اپیدورال باقی بماند).



اپیدورال استاندارد

اپیدورال Single*: در مواردی که زایمان در فاصله زمانی کوتاه (۱/۵-۱ ساعت) رخ می‌دهد این روش را بکار می‌برند.

تکنیک اپیدورال بدون گذاشتن کاتتر انجام و پس از تزریق تک دوز دارو از طریق سوزن اپیدورال، سوزن بیرون کشیده می‌شود.

داروهای مصرفی:

الف - Local Anesthetic: ۱۰-۱۵ میلی لیتر بوپیواکائین ۰/۱۲۵ تا ۰/۲۵٪ یا ۱۰-۱۵ میلی لیتر لیدوکائین ۱٪ به صورت تک دوز منفرد در فضای اپیدورال تزریق می‌گردد.

ب - Opioid: در زمان استفاده از اپیوئیدها باید احتمال دپرسیون تنفسی مادر و نوزاد در نظر گرفته شده و دقیقاً مانیتور شود. احتمال دپرسیون تنفسی با مورفین بیشتر از بقیه اپیوئیدها است.

طول اثر	شروع اثر	دوز	Opioid
۲/۵-۶ ساعت	۵ دقیقه	۲۰-۶۰ میلی گرم	پتیدین
۲-۴ ساعت	۵-۱۰ دقیقه	۵۰-۱۰۰ میکروگرم	فنتانیل
۱-۲ ساعت	۵-۱۰ دقیقه	۱۰-۲۵ میکروگرم	سوفنتانیل

ج - افزودن اپیوئیدها به بی‌حس‌کننده‌های موضعی، باعث تشدید اثر بی‌دردی و همچنین کاهش دوز مورد نیاز بی‌حس‌کننده‌های موضعی و احتمال بلوک حرکتی ناشی از آنها را کاهش می‌دهد. نوع و مقدار هر یک از داروها براساس طول مدت نیاز به بی‌دردی و وضعیت جنین تعیین می‌گردد. (بطور مثال اگر جنین پره ترم است، بدلیل حساسیت بیشتر به اثرات دپرسیون تنفسی مخدرها بهتر است در صورت امکان از مخدرها استفاده نشود و یا در صورت استفاده داروی مورفین انتخاب نگردد).

*: بلوک اپیدورال به شکل single injection امروزه کمتر توصیه می‌شود و بهتر است تا حد امکان از اپیدورال مداوم استفاده گردد.

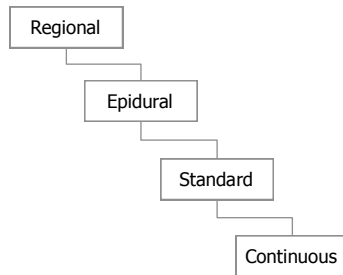
اپیدورال Continuous :

۱. بلوک اولیه: به یکی از روشهای زیر انجام می پذیرد:

- a. بوپیواکائین ۰/۲۵-۰/۱۲۵ درصد ۸-۱۵ میلی لیتر
- b. سوفنتانیل ۱۰-۱۵ میکروگرم در حجم ۱۰ میلی لیتر نرمال سالین
- c. بوپیواکائین ۰/۰۶۲۵-۰/۱۲۵ درصد + فنتانیل ۵۰ میکروگرم
- d. بوپیواکائین ۰/۰۶۲۵-۰/۱۲۵ درصد + سوفنتانیل ۱۰ میکروگرم

۲. ادامه آنالژزی: به یکی از روشهای زیر انجام می پذیرد:

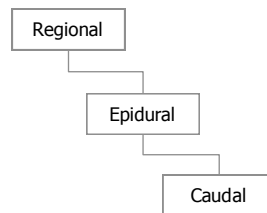
- a. تزریق متناوب intermittent* : همان داروی فوق را با همان دوز تکرار کنید تا آنجایی که نیاز است و راحتی مادر فراهم شود.
- b. تزریق مداوم Continuous : سرعت تزریق: ۸-۱۵ ml/h
 - i. بوپیواکائین ۱۲٪ و ۰/۰۴-۰/۰۴ + فنتانیل ۱-۲ μ/ml
 - ii. بوپیواکائین ۱۲٪ و ۰/۰۴-۰/۰۴ + سوفنتانیل ۰/۰۳-۰/۰۵ μ/ml
 - iii. بوپیواکائین ۱۲٪ بدون مخدر
- c. PCEA : یکی از رژیمهای دارویی مداوم continuous (قسمت b) را انتخاب کنید:
 - i. انفوزیون پایه (مداوم) ۴-۶ ml/h
 - ii. دوزهای بولوس ۳-۴ ml
 - iii. فاصله‌های زمانی (lock-out interval) ۱۰-۳۰ min



: Caudal

روش انجام: پس از Prep & Drep

۱. سوراخ انتهایی استخوان خاجی (ساکرال هیاتوس) شناسایی و سوزن باید حدود ۲ cm وارد مجرای کودال شود.
 ۲. تأیید ورود درست سوزن به مجرای کودال با تزریق سریع ۵ ml هوا و لمس همزمان پوست آن ناحیه برای کشف کریپیتاسیون است.
 ۳. قبل از تزریق باید با معاینه واژینال مراقب سر جنین بود.
 ۴. با تزریق ۲۰-۱۰ میلی لیتر بوپیواکائین ۱۲٪ می‌توان تا سطح T۱۰ بی‌دردی ایجاد نمود.
- این روش به دلیل failer، خطر توکسیسیته سیستمیک (به علت احتمال عفونت محل تزریق) و ناکافی بودن بی‌دردی معمولاً کمتر بکار می رود.



تجهیزات:

- پالس اکسی متر
- ست مخصوص اپیدورال (سوزن و کاتتر اپیدورال)
- پمپ انفوزیون
- سونی کیت (مانیتورینگ الکترونیکی پایش جنین)
- کپسول اکسیژن
- ست کامل احیا و حفظ راه هوایی
- الکتروکاردیوگرافی
- ست مخصوص اسپینال با سوزنهای ترجیحاً با قطر کمتر
- دستگاه PCEA (Patient- Controlled Epidural Analgesia)
- دستگاه فشارسنج و گوشی پزشکی
- دستکش استریل، سرنگ‌های ۲، ۵ و ۱۰ سی‌سی، آنژیوکت
- ساکشن

داروها:

تیوپنتال، دیازپام، افدرین، نالوکسان، آتروپین، مخدرها، بوپیواکاین با غلظت‌های مختلف، میدازولام، مواد ضد عفونی‌کننده پوست

اسپینال:

روش انجام آنالژزی اسپینال: پس از Prep & Drep:

روش midline: با سوزن اسپینال ۲۵ تا ۲۸ از خط میانی به موازات زائده خاری وارد و پس از عبور سوزن از سخت شامه (دورا) یک احساس مشخص «Pop» حس شود.

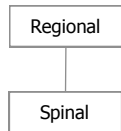
❖ با خروج CSF قرار گرفتن سوزن در فضای زیر عنکبوتیه تأیید می‌شود که می‌توان دارو را در عرض ۳-۵ ثانیه تزریق نمود.

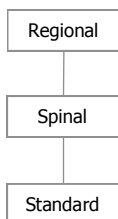
❖ خارج نمودن سرنگ و سوزن به صورت متصل به هم انجام می‌پذیرد.

روش Para median: در صورتی که خانم باردار قادر به خم کردن پشت نباشد، روش پارامدین (ورود سوزن در فاصله ۱-۲ سانتیمتری روبروی فضای بین مهره‌ای انتخاب شده) انجام می‌شود. ۱ سانتیمتر پایین‌تر و ۱ سانتیمتر خارج‌تر از محلی که در روش میدلاین تعیین شده است محل مناسب برای فرو بردن سوزن با زاویه ۲۰-۱۵ درجه رو به بالا و خط وسط است. روش جانبی در مقایسه با شیوه میانی وابستگی کمتری به قابلیت خم شدن پشت خانم دارد.

تجهیزات:

- تجهیزات گفته شده در اپیدورال
- ست مخصوص اسپینال با سوزن‌های ۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹
- سرنگ ۲ CC





اسپاینال Single :

LA اسپاینال : لیدوکائین ۳۰-۵۰ mg یا بوپروکائین ۸-۶ mg بلوک S_۵ - T_{۱۰} می‌دهد. باید کنترل لازم به عمل آید چون ممکن است سطح بی‌حسی بالاتر رود. در جدول زیر دوز و طول اثر داروهای مخدر در اسپاینال اپیوئید مشخص شده است.

طول اثر	دوز	Opioid اسپاینال
۳۰-۱۲۰ دقیقه	۱۵-۲۵ میکروگرم	فنتانیل
۶۰-۱۸۰ دقیقه	۵-۱۰ میکروگرم	سوفتتانیل
در مراحل پیشرفته زایمان مؤثر است	۱۰-۲۰ mg	مپردین

با افزودن دوز کم بوپروکائین (۲/۵ mg) به مخدرهای داخل نخاعی کیفیت بی‌دردی و نیز مدت زمان بی‌دردی افزایش می‌یابد. (مخلوط مخدر و بی‌حسی)

مزیت اپیوئید اسپاینال :

این روش به ویژه در خانم‌هایی که می‌خواهند در اوایل مراحل زایمان قدم بزنند و نیز در بیماران قلبی که کوچکترین تغییرات SVR و فشار خون ناشی از بی‌حسی کننده‌های موضعی اپیدورال را تحمل نمی‌کنند، کاربرد دارد.

عوارض اپیوئید اسپاینال :

- خارش
- هیپوتانسیون
- احتباس ادرار
- تهوع
- دپرسیون تنفسی
- تغییرات FHR به صورت خفیف و گذرا
- گیجی و منگی
- ❖ مانیتورینگ تنفسی در این روش با توجه به نوع دارو، زمان اثر دارو تا حذف سیستمیک دارو باید ادامه یابد.
- ❖ کلیه داروهایی که داخل فضای ساب آراکنوئید تزریق می‌گردد باید مجاز برای مصرف اینترتکال باشد.

اسپانیال Continuous :

در این روش کاتتر در فضای زیر عنکبوتیه‌ای جهت امکان تزریق مکرر دارو برای حفظ سطح و مدت بلوک حسی قرار داده می‌شود. پس از ورود سوزن (بطور رایج سوزن اپیدورال ۱۸ تا ۲۰) و برقراری جریان CSF، کاتتر به اندازه ۲-۳ cm به داخل فضای زیر عنکبوتیه‌ای رانده می‌شود.

اندیکاسیون :

۱. در مواردی که مصرف مخدر به تنهایی مورد نظر باشد (مانند بیماران قلبی یا آنهایی که به LA حساسیت دارند).
۲. اپیدورال بطور ناخواسته اسپانیال شود.
۳. انجام اپیدورال از نظر تکنیکی مشکل باشد مثلاً در بیماران بسیار چاق.

مزیت اسپانیال Continuous نسبت به اپیدورال :

۱. کیفیت بی‌دردی بهتر است.
۲. دوز داروی استفاده شده کمتر است.

معایب اسپانیال Continuous :

۱. انسیدانس بالای سردرد
۲. مشکل تکنیکی
۳. احتمال بالا رفتن سطح بی‌حسی (high level)
۴. ایجاد سندرم دم اسبی که در صورت استفاده از کاتترهای کوچک و تزریقی آهسته محلول بی‌حس‌کننده موضعی احتمال آن افزایش می‌یابد.

Saddle block :

در مرحله دوم زایمان با تزریق دوزهای کم LA هیپر بار (۲۰-۱۵ mg لیدوکائین یا ۵ mg بوپیواکائین) در فضای ساب‌دورال انجام می‌گیرد. مادر به مدت چند دقیقه در وضعیت نشسته قرار می‌گیرد تا بلوک ناحیه ساکرال رخ دهد. می‌توان مخدر به تنهایی و یا همراه با LA استفاده کرد (دوزهای گفته شده در اسپانیال).

(CSEA) :

: Combined Spinal - Epidural Analgesia

روش انجام CSEA :

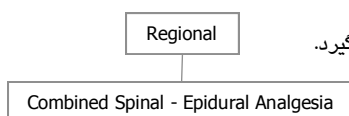
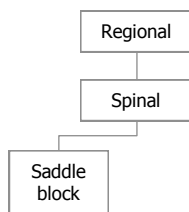
الف :

❖ سوزن Touhy در فضای اپیدورال قرار داده می‌شود.

❖ سوزن بلند اسپانیال از میان سوزن اپیدورال (که در پشت آن سوراخ وجود دارد) عبور و وارد فضای CSF شده و تزریق داخل نخاعی مخدر به صورت تک دوز انجام می‌گیرد.

❖ سوزن اسپانیال خارج و کاتتر اپیدورال در فضای اپیدورال قرار داده می‌شود و بی‌دردی با روش اپیدورال مداوم از طریق کاتتر ادامه می‌یابد.

ب: روش دیگر قرار دادن کاتتر اپیدورال در یک فضا و انجام اسپانیال از فضای دیگر است (در صورتی که ست مخصوص اپیدورال - اسپانیال ترکیبی موجود نباشد)



مزایا CSEA :

- تسکین سریعتر درد
- کاهش دوز مورد نیاز LA تزریقی در فضای اپیدورال
- آنالژزی بهتر پرینه
- امکان حرکت بیشتر مادر
- رضایت بیشتر مادر

معایب CSEA :

سرگرد (که با سوزن‌های اسپانیال جدید انسیدانس سردرد کاهش یافته است)

تجهیزات :

علاوه بر موارد مشترک بین اسپانیال و اپیدورال گفته شده ست مخصوص اپیدورال - اسپانیال ترکیبی

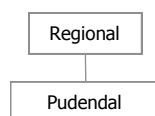
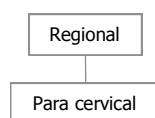
پاراسرویکال :

از این روش در مرحله اول زایمان استفاده می‌شود. ۱۰ cc لیدوکائین ۱٪ که نیمی از آن در ساعت ۳ و نیم دیگر در ساعت ۹ (کمی پایین‌تر از ساعت ۳ و ۹ بعلت نزدیکی عروق رحمی) تزریق می‌شود.

معایب : برادیکاردی جنین که در عرض ۲ تا ۱۰ دقیقه پس از بلوک رخ داده و تا ۳۰ دقیقه می‌تواند ادامه یابد. نظر به اهمیت این موضوع معمولاً انجام آن توصیه نمی‌شود.

پودندال :

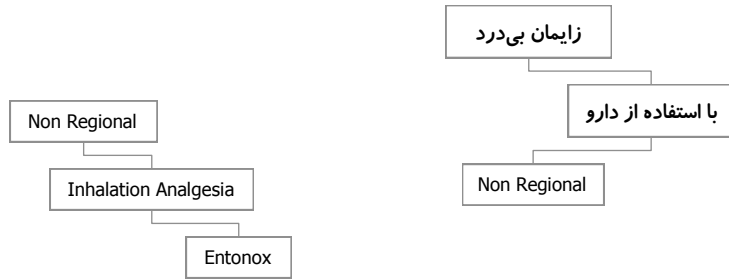
معمولاً درست قبل از زایمان توسط متخصص زنان و زایمان و از طریق واژن انجام می‌گیرد. پزشک پس از لمس خارایسکیال، سوزن شماره ۲۰ را با راهنمایی خار حدود ۱/۵ سانتیمتر وارد می‌کند تا از لیگامان ساکرو اسپاینوس عبور کند و مقدار ۱۰ ml لیدوکائین ۱٪ تزریق شود. این تکنیک را می‌توان در سمت مقابل نیز تکرار کرد.



غیر رژیونال

بی‌دردی استنشاقی :

استنشاقی‌ها به صورت Patient - Controlled Intermittent Inhalational Analgesia (PCIIA) و یا مداوم استفاده می‌شود.



: Entonox

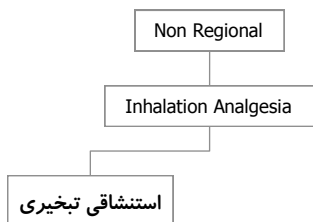
آنتونکس مخلوطی از گاز اکسید نیترو و اکسیژن با غلظت ۵۰٪ از هر کدام است که در کیسول‌های ۲۲ لیتری نگهداری می‌شود. در تمام مراحل زایمان قابل استفاده است. آسان و ایمن است. سریعاً اثر می‌کند و با قطع مصرف اثرات آن سریع از بین می‌رود. با توجه به شدت درد زایمان اثر بخشی این روش در حال حاضر مورد تردید است.

روش انجام :

۱. باید خانم باردار را با روش کار آشنا نموده و او را از بروز عوارض گذرا و بی‌خطر آن آگاه کرد تا از ترس و اضطراب وی کاسته شود. این عوارض شامل: سرگیجه، خواب‌آلودگی، احساس سبکی سر، رخوت و سستی، گزگز و مور مور نوک انگشتان و دور لبها، خشکی دهان و تهوع است.
۲. باید از برقراری تهویه اتاق مطمئن شد و دمای اتاق را بالای ۱۰ درجه سانتیگراد نگهداشت.
۳. استنشاق گاز باید ۳۰ ثانیه قبل از انقباض (اگر انقباضات منظم باشد) یا بلافاصله با شروع انقباضات آغاز شود و تا زمانی که انقباض شروع به کاهش می‌کند ادامه یابد. خانم باردار را باید به تمرکز روی تنفس‌های تشویق کرد و مدل تنفسی « دم عمیق - مکث در پایان دم - بازدم آهسته - استراحت» را به او یادآوری نمود. دم و بازدم هردو درون ماسک انجام می‌شود. نکته: مادر در کلاس‌های آمادگی برای زایمان نحوه تنفس صحیح را آموزش می‌بیند.
۴. زمانی که درد (انقباض رحم) به پایان رسید خانم باردار باید ماسک را از روی صورت خود برداشته و از هوای اتاق استنشاق نماید. (تنفس معمولی)
۵. در صورتی که همکاری خانم باردار مختل شود یا هوشیاری او کاهش یابد، تجویز گاز را قطع نموده و به جای آن اکسیژن داده شود.
۶. در مرحله دوم زایمان خانم باردار باید قبل از هر زور زدن ۳-۲ نفس عمیق بکشد.
۷. به منظور آنالژزی بیشتر عامل زایمان می‌تواند از بلوک پودندال یا انفیلتراسیون پربینه با بی‌حس‌کننده‌های موضعی بهره گیرد.

استنشاقی تبخیری:

با غلظت کم از استنشاقی های تبخیری مثل ایزوفلوران و انفلوران استفاده می شود. باید غلظت در حدی باشد که هوشیاری و رفلکس های حفاظتی راه هوایی از بین نرود.



روش انجام:

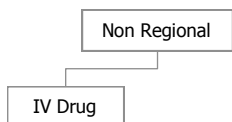
۱. باید خانم باردار را نسبت به این روش و عوارضی مثل گیجی، خواب آلودگی و تهوع آگاه کرد.
۲. انفوزیون داخل وریدی با سرم ایزوتونیک (نرمال سالین یا رینگر) شروع شود.
۳. فشار خون هر ۱۰-۵ دقیقه یکبار چک شود.
۴. اکسیژن ساچوریشن بطور مداوم با پالس اکسی متر چک شود.
۵. اگر انقباضات منظم است استنشاق ۳۰ ثانیه قبل از هر انقباض و اگر نامنظم است بلافاصله قبل از هر انقباض شروع شود و تا سیر نزولی انقباض استنشاق ادامه یابد.
۶. درصد داروی استنشاقی باید تدریجی افزایش یابد، تنفس ها باید آهسته و عمیق باشد و ارتباط کلامی مداوم و اطمینان بخشی به خانم باردار باید حفظ شود.
۷. کار با ایزوفلوران ۳/۰٪ یا نیتروس اکساید ۳۰٪ در اکسیژن شروع می شود و غلظت آن بتدریج زیاد می شود. هر بار پس از چند انقباض غلظت گازها تنظیم شود تا اثر رضایت بخش مورد نظر بدست آید. ایزوفلوران را می توان تا ۵/۰٪ و نیتروس اکساید را تا ۷۰-۵۰٪ افزایش داد. اگر ایزوفلوران و نیتروس اکساید همزمان تجویز شوند غلظت هر دو را باید کاهش داد (مثلاً ایزوفلوران ۲/۰٪ و نیتروس اکساید ۳۰٪) در صورتی که کاهش هوشیاری غیر قابل قبول یا افت اشباع شریانی اکسیژن روی دهد، باید تجویز هوشبرها را قطع کرده و اکسیژن ۱۰۰٪ داده شود.
۸. خانم باردار در طی مرحله دوم زایمان، باید قبل از هر زور زدن ۳-۲ نفس عمیق بکشد.
۹. عامل زایمان می تواند برای ایجاد آنالژزی بیشتر از بلوک پودندال یا انفیلتراسیون پرینه با تزریق بی حس کننده های موضعی استفاده نماید.

تجهیزات:

- ماشین بیهوشی
- دستگاه اندازه گیری فشار خون
- اکسیژن
- وسایل کامل احیاء
- بیهوش کننده تبخیری
- پالس اکسی متر
- ساکشن

عوارض استنشاقی ها:

۱. احتمال ازدیاد بیش از حد دوز (Over dosage) و کاهش هوشیاری
 ۲. احتمال کاهش رفلکس های راه هوایی و خطر هیپوکسی در مادر و جنین
 ۳. احساس سبکی سر و تهوع در استفاده از N₂O (نیتروس اکساید) در برخی از خانم های باردار
 ۴. شلی رحم در صورت Over dosage
 ۵. آلودگی محیط اتاق زایمان
- ❖ روش اینهالیشن در اکثر مادران بی دردی کافی جهت زایمان را ایجاد نمی نماید.



بی‌دردی با استفاده از داروهای وریدی :

شامل اپیوئیدها، آرامبخش‌ها و گاهی کتامین است.

- میدان‌ولام: با دوز کم ۰/۵-۱ mg بیشتر جهت رفع اضطراب خانم باردار بکار می‌رود.

- کتامین: استفاده از کتامین در زایمان رایج نیست و دوز پائینی از آن می‌تواند همراه با هوشبرهای استنشاقی تبخیری در دستکاری‌های حین زایمان، بی‌دردی ایجاد نماید. (۰/۵-۱ mg/kg).

اپیوئیدهای سیستمیک:

به صورت تزریق عضلانی یا داخل وریدی استفاده می‌شود. باید توجه داشت که اپیوئیدها به صورت وابسته به دوز دپرسیون تنفسی در نوزاد ایجاد می‌کنند.

نام دارو	دوز	شروع بی‌دردی	طول اثر
مپریدین IM	۰-۱۰۰ میلی‌گرم	۴۰-۵۰ دقیقه	۳-۴ ساعت
مپریدین IV	۲۵-۵۰ میلی‌گرم	۵-۱۵ دقیقه	۳-۴ ساعت
فنتانیل IM	۵۰-۱۰۰ میکروگرم	۳-۵ دقیقه	۳۰-۶۰ دقیقه
فنتانیل IV	۲۵-۵۰ میکروگرم	۳-۵ دقیقه	۳۰-۶۰ دقیقه
رمی فنتانیل IV (متناوب)	۲۰-۲۵ میکروگرم هر ۵ دقیقه	بلافاصله تا ۱ دقیقه	۵-۸ دقیقه
رمی فنتانیل IV (مداوم)	۰/۰۵ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه	بلافاصله تا ۱ دقیقه	۵-۱۰ دقیقه پس از قطع انفوزیون

- پس از تزریق عضلانی مپریدین به مادر، اگر نوزاد در فاصله ۲-۳ ساعت به دنیا بیاید بیشترین دپرسیون تنفسی را دارد ولی در فاصله زمانی ۱ ساعت و یا پس از ۴ ساعت این احتمال حداقل است.

پرومتازین ۲۵-۵۰ mg برای پیشگیری از تهوع ناشی از مپریدین استفاده می‌شود.

- با تجویز طولانی مدت رمی فنتانیل تجمع دارو رخ نمی‌دهد. این دارو یک تضعیف‌کننده قوی تنفسی است بنابراین باید حتماً با مراقبت کامل و تنظیم دقیق دوز تجویز گردد و بهتر است با استفاده از پمپ‌های انفوزیون دارای lockout تنظیم شود.

عوارض اپیوئیدهای سیستمیک :

- تهوع و استفراغ

- احتمال دپرسیون تنفسی در مادر و نوزاد

تجهیزات :

- وسایل لازم جهت IV line

- مخدرها و نالوکسان

- اکسیژن

- سرنگ‌های مختلف

- پالس اکسی‌متر

- وسایل کامل احیاء



مراقبت‌های ویژه زایمان

Induction : تحریک انقباضات رحم برای آغاز فرایند زایمان همراه با مانیتورینگ دائم (الکترونیک یا غیر الکترونیک)

Augmentation : تحریک انقباضات رحم پس از آغاز زایمان که موجب افزایش مدت، دامنه و شدت هر انقباض شود.

انقباضات مناسب یعنی رخداد حداقل سه انقباض مناسب (انگشت شست به سادگی در قله رحم فرو نمی رود) در ده دقیقه که هر کدام ۴۰ ثانیه طول بکشد.

نکته: انجام admission test- NST قبل از القای زایمان بصورت روتین انجام شود.

نکته: در صورت نبود امکان مانیتورینگ دائم هر ۲ ساعت در فاز فعال یک تراسه ۲۰ دقیقه ای گرفته شود.

اندیکاسیون : در زمانی که لازم است بارداری قبل از شروع دردهای زایمانی خاتمه داده شود و در صورت وجود اندیکاسیون های مامایی و نبود کنترااندیکاسیون ها، القای زایمانی انجام می شود.

کنترااندیکاسیون :

کنترااندیکاسیون های مادری: انسزیون کلاسیک یا جراحی بر روی رحم، جفت یا رگ سرراهی، ناهنجاری لگنی، هرپس فعال ژنیتال، کانسر سرویکس و رحم بزرگتر از حد معمول.

کنترااندیکاسیون های جنینی: ماکرونومی (۴۵۰۰ گرمی)، پرزانتاسیون های غیر طبیعی، وضعیت نگران کننده جنین و برخی از آنومالی ها که مغایرت با زایمان طبیعی دارد.

* در بیماریهای مزمن و شدید با توجه به نتیجه مشاوره با متخصص مربوطه و نظر متخصص زنان تصمیم گیری شود.

* توجه: در چند زا ها (۵ یا بیشتر)، سابقه سقط با وسیله (ایجاد) در این موارد با دقت بیشتری اینداکشن شود.

روش های قابل استفاده :

الف - کاتتر فولی :

- کاتتر فولی جانشین خوبی برای پروستاگلاندین ها جهت ripe کردن سرویکس و القای زایمانی است.

- در صورت جفت سر راهی، پارگی کیسه آب یا عفونت واضح واژن از کاتتر فولی نباید استفاده کرد.

- ابتدا اسپکولوم استریل را به داخل واژن وارد کرده، پس از شستشوی سرویکس با بتادین، کاتتر فولی را با فورسپس استریل در داخل سرویکس قرار داده در این روش بادکنک فولی بایستی بالاتر از سوراخ داخلی باشد.

- بادکنک را با ۳۰ سی سی آب مقطر پر کرده و تا شروع انقباضات رحمی یا حد اکثر ۲۴ ساعت پس از کارگذاری در همین وضعیت باقی بگذارید.

- قبل از خروج فولی بادکنک آن را خالی کنید و سپس اکسی توسین شروع شود.

جهت ایجاد انقباضات رحمی می توان همزمان انفوزیون نرمال سالین ۴۰-۳۰ میلی لیتر در ساعت (حدود ۱۰ قطره در دقیقه) را هم انجام داد.

ب - پروستاگلاندین ها

- پروستاگلاندین ها در ripe کردن سرویکس جهت القای زایمانی بسیار مؤثر هستند. Bishop score مساوی یا کمتر از ۴، اندیکاسیونی برای استفاده از پروستاگلاندینهاست که در حاملگی ترم با شرایط زیر توصیه می شود :

- پروستاگلاندین E₁ (میزوپروستول): به میزان ۲۵ میکرو گرم در فورنیکس خلفی کار گذارده می شود یا ۵۰ میکرو گرم خوراکی استفاده می شود. این دوز را در صورت عدم تغییر وضعیت سرویکس و عدم شروع انقباضات می توان ۶ ساعت بعد نیز تکرار کرد.

- می توان از پروستاگلاندین E₂ به میزان ۵۰ میکرو گرم اینتراسرویکال استفاده کرد. این دوز را می توان حداکثر تا ۱/۵ میلی گرم در ۲۴ ساعت - در صورت عدم تغییر وضعیت سرویکس و عدم شروع انقباضات - هر ۶ ساعت تکرار کرد.

- کنترل صدای قلب جنین به مدت ۲ ساعت در طی استفاده از پروستاگلاندین ها ضروری است که توصیه می شود در ساعت اول کنترل هر ۱۵ دقیقه انجام شود.

در شرایط زیر تکرار دوز پروستاگلاندین انجام نمی شود :

سرویکس نرم (ripe) است.

دردهای زایمانی به خوبی شروع شده است.

در خانمی که اختلال شدید عملکرد کلیه یا کبد، بیماری قلبی، آسم و یا گلوکوم دارد مصرف پروستاگلاندین E2 و F2α توصیه نمی شود. در مورد بیماری های زمینه ای، پس از انجام مشاوره، E1 (میزوپروستول) مصرف شود. از اکسی توسین حداقل ۸ ساعت پس از کارگذاری میزوپروستول (E1) می توان استفاده کرد.

ج - اکسی توسین:

- مادری که اکسی توسین دریافت می دارد باید توسط فرد آموزش دیده تحت نظر باشد و صدای قلب جنین و میزان انقباضات رحمی مشابه حاملگی پر خطر هر ۱۵ دقیقه در مرحله اول و هر ۵ دقیقه در مرحله دوم کنترل و ثبت شود.

- انفوزیون اکسی توسین فقط با سرم قندی - نمکی یا رینگ انجام شود. ۱۰ واحد در ۱۰۰۰ سی سی سرم از ۸-۴ قطره در دقیقه شروع کرده و سپس هر ۱۵ دقیقه تعداد قطرات را ۴ قطره اضافه کرده تا رحم انقباضات مناسب بدست آورد یا تعداد قطرات حداکثر به ۶۴ قطره در دقیقه برسد.

- در صورتی که انقباضات مناسبی از میزان اکسی توسین داریم (سه انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام ۶۰ - ۴۰ ثانیه) تزریق در همان سرعت حفظ شود.

در زمان القای زایمان، حداقل یک فرد برای کنترل دو مادر برای مانیتورینگ الکترونیک اینترنیت، تعیین انقباضات و قطرات دارو لازم است. در صورت استفاده از مانیتورینگ هر ۱۵ دقیقه یکبار تفسیر شود.

د - پاره کردن کیسه آب (Artificial Rupture of Membrane (ARM):

- این روش ممکن است جهت اینداکشن استفاده شود ولی زمانی که دهانه رحم مناسب و عضو پرزائنه فیکس باشد استفاده می گردد.

- صدای قلب جنین را گوش کنید و مادر در وضعیت مناسب معاینه قرار گیرد.

- دستکش استریل پوشیده پس از معاینه سرویکس و صلاحدید عامل زایمان به کمک hook یا سر سوزن استریل، کیسه آب را پاره کنید.

- به رنگ مایع (شفاف، سبز و خونی) دقت کنید. در صورت مکنونی یا خونی بودن مایع با توجه به مرحله زایمان در مورد نحوه ختم بارداری تصمیم گیری شود.

- پس از ARM صدای قلب جنین را گوش کنید.

- در صورت عدم زایمان در عرض ۱۸ ساعت ۲ گرم آمپی سیلین وریدی هر ۶ ساعت تا زمان زایمان تزریق شود.

- در صورتی که ۱ ساعت پس از ARM انقباضات خوبی شروع نشد از اکسی توسین باید استفاده کرد.

- در صورتی که به دلایل مامایی باید زایمان سریعتر انجام شود (مانند اکلامپسی یا Sepsis یا ...) همزمان می توان اکسی توسین را تجویز نمود.

کنتراندیکاسیون پاره کردن کیسه آب: مادر مبتلا به هیپاتیت B و C، HIV، فیکس نبودن سر جنین، هرپس فعال

روش زایمان

- روش زایمان در بیماران قلبی به صورت واژینال است. در صورت وجود اندیکاسیون های مامایی سزارین انجام گردد.

اداره زایمان

- با متخصص قلب و بیهوشی با توجه به بیماری قلبی مادر مشاوره شود.
- زایمان مطابق با الگوریتم زایمان طبیعی انجام پذیرد.

وضعیت بیمار

- در فاز نهفته و فعال به صورت نیمه نشسته و متمایل به پهلو چپ باشد.

قبل و حین زایمان

- بیمار در بیمارستانی بستری شود که به متخصص قلب و اتاق CCU دسترسی داشته باشد.
- توصیه به انجام کاتتریزاسیون شریان ریوی در بیماران قلبی کلاس ۳ و ۴.
- علائم حیاتی در فواصل انقباض ها به طور مکرر کنترل شود. در صورت بروز تنگی نفس بیشتر از ۲۴ بار، تعداد نبض بالاتر از ۱۰۰ و سمع رال در ریه احتمال نارسایی قلبی وجود دارد و باید مشاوره اورژانس قلب یا داخلی انجام گردد و مطابق جواب مشاوره اقدامات لازم انجام و روند زایمان ادامه یابد. در صورت نداشتن علائم فوق روند زایمانی ادامه یابد.
- برای تسکین درد زائو از مسکن تزریقی استفاده شود و یا آنالژزی اپیدورال انجام شود (توجه به اهمیت حفظ فشارخون در میزان مناسب و جلوگیری از افت فشارخون در بیماران قلبی). در بیماران قلبی آنالژزی اسپینال و بلوک زین اسبی saddle توصیه نمی شود.
- برای تزریق SBE پروفیلاکسی با شروع اکتیو فاز و سپس ۶ ساعت بعد مطابق پروتکل اقدام شود.
- اقدام لازم برای کوتاه کردن مرحله دوم زایمان مانند استفاده از فورسپس یا واکيوم صورت پذیرد.

پس از زایمان

- مادر پس از زایمان به طور دقیق تحت نظر قرار گیرد زیرا ممکن است در این مرحله وارد فاز نارسایی قلبی شود. کنترل دقیق I/O، تعداد تنفس، تعداد نبض و سمع قلب و ریه هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت.
- به علائم خونریزی، آنمی، عفونت، تب، نارسایی قلبی، وقوع ترومبوآمبولی پس از زایمان توجه شود و در صورت بروز علائم درمان مناسب انجام شود.
- ترخیص مادر حداقل ۴۸ ساعت پس از زایمان با نظر مشترک متخصص زنان و زایمان و کاردیولوژیست انجام گیرد.
- با مادر جهت استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری مشاوره شود.
- در تجویز مایعات پس از زایمان دقت کافی شود.

آموزش و توصیه ها:

- احتمال افزایش کلاس بیماری قلبی در بارداری بعدی بیشتر است.
- در صورت نیاز به انجام سزارین با مادر جهت توبکتومی مشاوره شود در غیر این صورت با همسر مشاوره جهت واکتومی انجام پذیرد.

بیماران پر خطر: آمپی سیلین + جنتامایسین

در فاز فعال: ۲ گرم آمپی سیلین داخل وریدی یا عضلانی به علاوه ۱/۵ mg/kg جنتامایسین داخل وریدی یا عضلانی (از ۱۲۰ میلی گرم تجاوز نکند).
دوم ۶ ساعت پس از دوز اولیه ۱ گرم آموکسی سیلین خوراکی یا ۱ گرم آمپی سیلین تزریقی.

بیماران با حساسیت آلرژیک به پنی سیلین: وانکومایسین و جنتامایسین

وانکومایسین داخل وریدی ۱ گرم در عرض ۲-۱ ساعت + ۱/۵ mg/kg جنتامایسین (از ۱۲۰ میلی گرم تجاوز نکند) به طوری که ۳۰ دقیقه پیش از زایمان، انفوزیون تمام شود.

بیماران با خطر متوسط: آموکسی سیلین یا آمپی سیلین

۲ گرم آموکسی سیلین خوراکی ۱ ساعت پیش از اقدام یا ۲ گرم آمپی سیلین تزریقی در فاز فعال.

بر آورد خطر نسبی آندوکاردیت با انواع ضایعات قلبی

توصیه نمی شود	خطر متوسط	پر خطر
ASD - ضایعات تصحیح شده بدون پروتز (ASD, VSD, PDA) - بیماری شریان کرونری با جراحی بای پس قلبی - پرولاپس دریچه میترال بدون رگورژیتانسیون - سوفل های فیزیولوژیک - سابقه تب روماتیسمی بدون اختلال عملکرد دریچه ای - پیس میکرها	- اکثر ضایعات مادرزادی دیگر که در دو گروه کم یا پر خطر نیستند اختلال اکتسابی عملکرد دریچه مانند: - بیماری روماتیسمی قلب - کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک - پرولاپس دریچه میترال همراه با رگورژیتانسیون دریچه ای و یا ضخیم شدن لتها	- دریچه مصنوعی قلب - سابقه آندوکاردیت - بیماری کمپلکس سیانوتیک مادرزادی - شانت های سیستمیک پولمونی که به روش جراحی تصحیح شده اند

وجود مانیتورینگ قلب جنین و سونوگرافی در اتاق زایمان ضروری است



شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری	اخذ شرح حال و سابقه
بررسی انقباضات رحمی، آبریزش، خونریزی، سمع صدای قلب جنین، معاینه واژینال (بررسی وضعیت زایمانی و نمایش قل اول)، کنترل علائم حیاتی	معاینه
زایمان	اندیکاسیون بستری
	آزمایشگاه
سونوگرافی یا رادیو لوژی جهت تعیین تعداد و نمایش قل ها	تصویر برداری
مانیتورینگ قلب جنین	سایر تست های تشخیصی
تجویز اکسی توسین	نوع دارو با ذکر دوز
پیشرفت نامناسب زایمان و کافی نبودن انقباضات رحمی	اندیکاسیون
ختم بارداری، افت صدای قلب یا خونریزی، دوقلوبی مونوکوریون و منوآمنیون، عدم پیشرفت، سه قلوبی و بیشتر سزارین	اندیکاسیون
	نوع عمل
آمنیوتومی	درمان غیر دارویی و آموزش ها
	اندیکاسیون ختم بارداری
	مدت بستری
STABLE بودن وضعیت مادر و اطمینان از جمع بودن رحم	اندیکاسیون ترخیص
	دستورات Follow up
مشاوره با خانواده جهت احتمال عوارض نوزادی و بقای نوزادان در سن بارداری ۲۸ - ۲۵ هفته	سایر اقدامات

شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه زایمان (نوع و زمان آن)	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی و علائم شوک، معاینه واژینال جهت بررسی میزان خونریزی، و مشاهده بقایای جفت، معاینه رحم (سفتی و نرمی، اندازه رحم)	معاینه
تمام موارد	اندیکاسیون بستری
CBC, BG, Rh, کومبس غیرمستقیم، پلاکت (فیبرینوژن و PT, PTT در صورت شک به DIC)	آزمایشگاه
	تصویربرداری
	سایر تست های تشخیصی
سرم رینگر، نرمال سالین، اکسی توسین، مترژن، PGF2a ۲۵۰ میکرو گرم عضلانی که می توان آن را هر ۱۵ دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا ۸ دوز. میزوپرستول ۵ قرص دویست میکرو گرمی (۱۰۰۰ میکرو گرم) رکتال، پلاکت، خون تازه و FFP	نوع دارو با ذکر دوز
کواگولوپاتی، رحم نرم خمیری	اندیکاسیون
ادامه خونریزی بعد از انجام اقدامات	اندیکاسیون
کوراژ، بستن شریانهای رحمی، تخمدان و هیپوگاستر، هیستریکتومی سوپرا سرویکال انجام شود	نوع عمل
ماساژ دو دستی، فشار روی آئورت شکمی، تامپون رحم، دادن اکسیژن	درمان غیر دارویی و آموزش ها
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
بررسی آنمی پس از زایمان	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی	سایر اقدامات

خونریزی بلافاصله پس از زایمان

سرعت در تصمیم گیری و تخمین میزان خونریزی نجات دهنده است.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 ✓ علائم شوک هموراژیک
 ✓ خونریزی شدید واژینال

اقدام درمانی مطابق راهنمای شوک و ترانسفوزیون خون و درمان خونریزی

- ✓ اخذ شرح حال (نوع زایمان و زمان آن)
- ✓ کنترل علائم حیاتی و برون ده ادراری
- ✓ معاینه رحم و بررسی میزان خونریزی
- ✓ گرفتن رگ
- ✓ انجام آزمایش CBC, BG, Rh و رزرو خون
- ✓ کومبس غیرمستقیم، پلاکت (فیبرینوژن و PT, PTT در صورت شک به دکلمان و DIC)
- ✓ تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین حاوی ۲۰ واحد اکسی توسین با سرعت ۱۰ ml/min (بجز وارونگی رحم)
- ✓ دادن اکسیژن و گذاشتن سوند ادراری ثابت و تخلیه مثانه

۱
رحم نرم خمیری

تجویز دارو های یوتروتونیک به ترتیب اولویت:
 تجویز اکسی توسین
 تجویز مترژن *
 میزوپروستول **
 PGf₂^α ***

درخواست کمک
 - گرفتن یک رگ دیگر
 - ماساژ دو دستی رحم و فشار روی آنورت شکمی
 - جستجوی رحم با دست برای یافتن قطعات باقی مانده جفت یا پارگی ها و بررسی کانال زایمان
 - گذاشتن سند فولی و پایش برونده ادراری
 - ترانسفوزیون خون

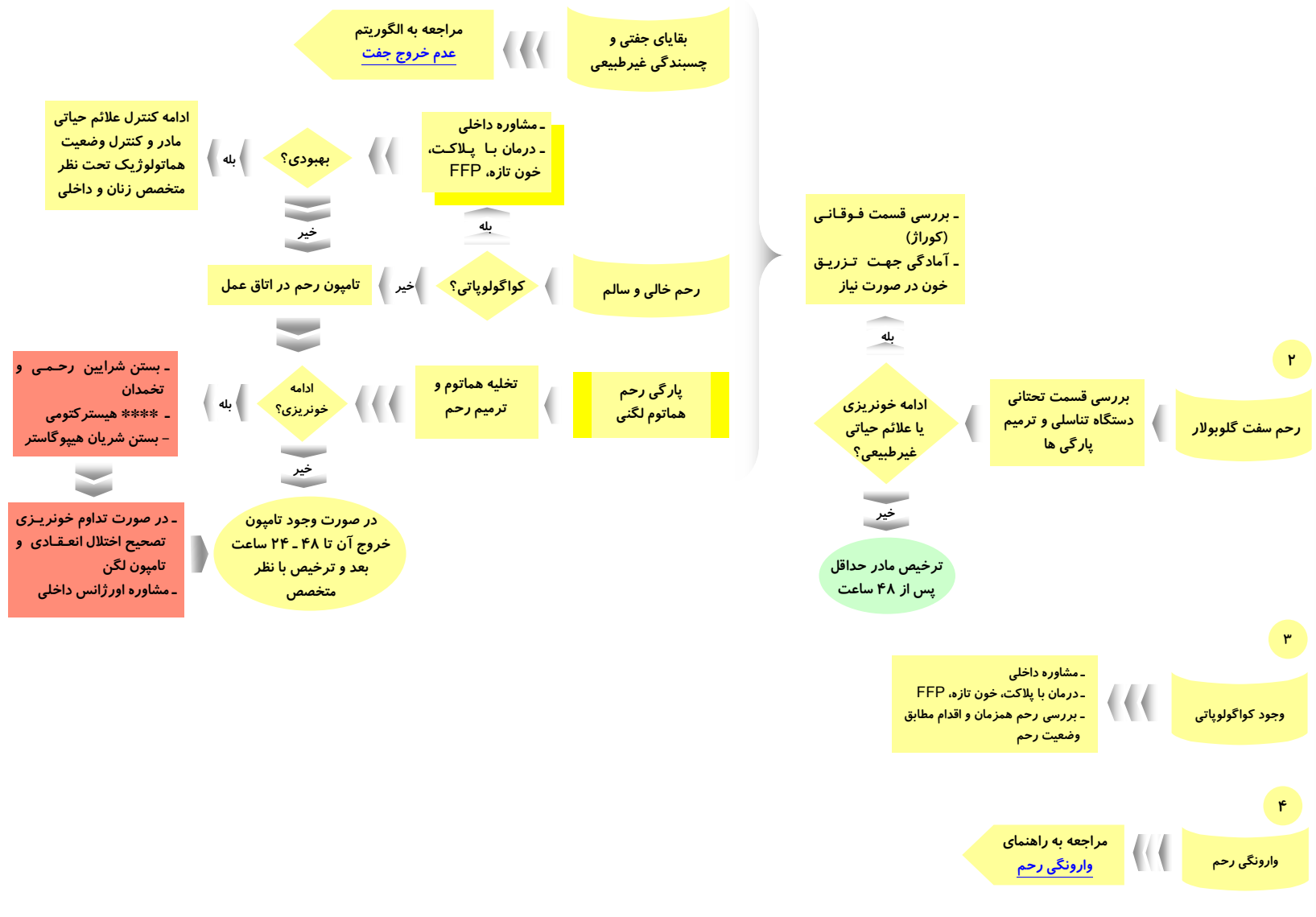
- کنترل علائم حیاتی و برون ده ادراری هر ساعت
 - خونریزی واژینال هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت سپس هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت و هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت
 - تداوم سرم حاوی اکسی توسین ۱ - ۲ ml/min

بررسی علل دیگر خونریزی مانند اختلال انعقادی و هماتوم لگنی و یا بقایای جفتی با سرعت بیشتر

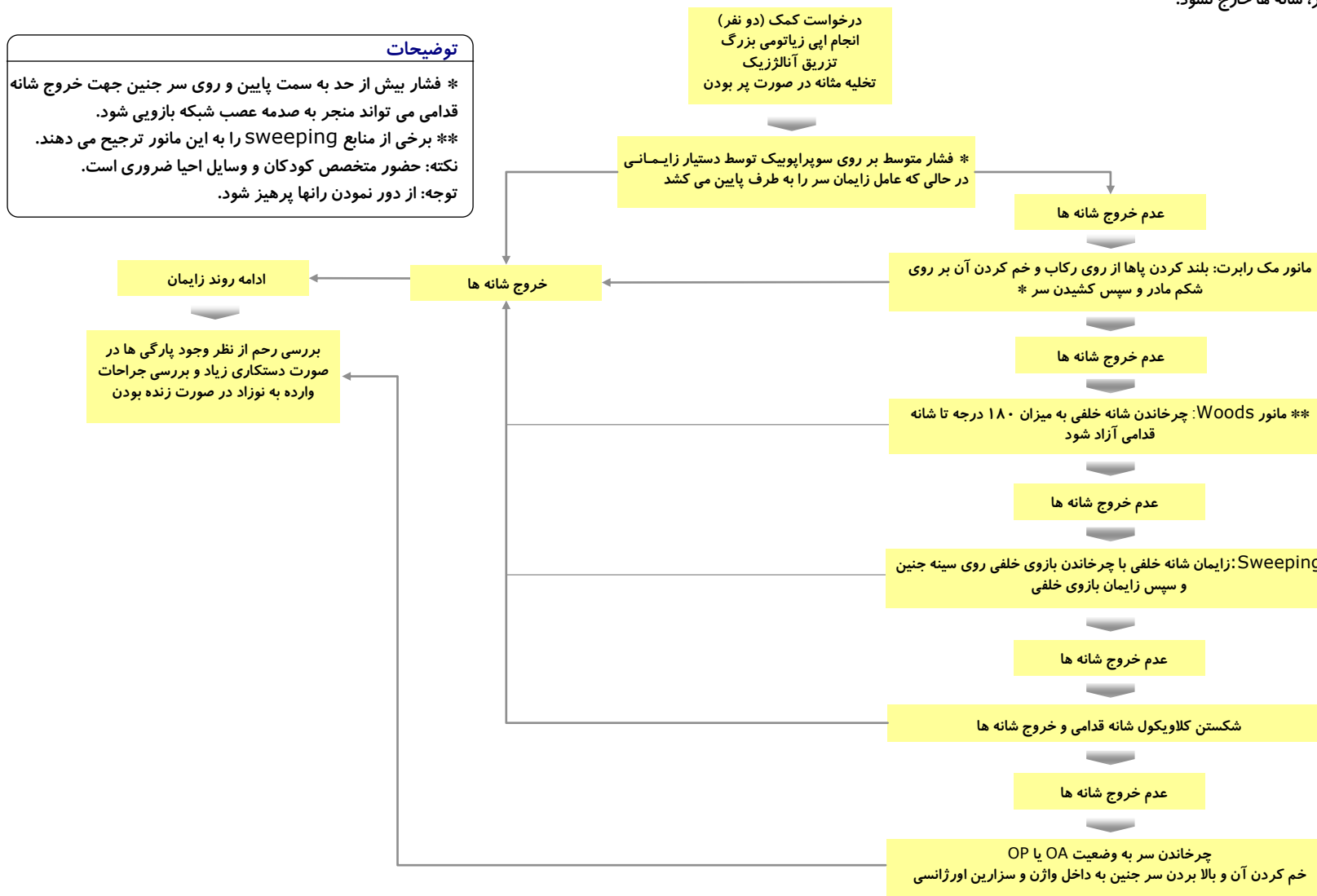
لاپاراتومی
 - پیک کردن رحم با سوند فولی یا بالن رحمی
 - بستن شریان های رحمی و تخمدان
 - استفاده از تکنیک B-lynch
 - *** هیسترکتومی (بسته به وضعیت بیمار)
 - بستن شریان هیپوگاستر

توضیحات
 جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.
 برای کنترل خونریزی در صورتی که اکسی توسین موثر واقع نشد به ترتیب از دارو های زیر استفاده شود:
 * در مورد فشارخون بالا و بیماری قلبی مصرف متیل ارگونوین منع دارد.
 ** ۵ قرص دوپیست میکرو گرمی (۱۰۰۰ میکرو گرم) رکتال
 *** ۲۵۰ میکرو گرم پروستاگلاندین عضلانی که در صورت لزوم میتوان آن را هر ۱۵ دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا ۸ دوز.
 **** در مواردی که مادر تعداد فرزندان کافی دارد هیسترکتومی می تواند اولین انتخاب باشد.

ادامه



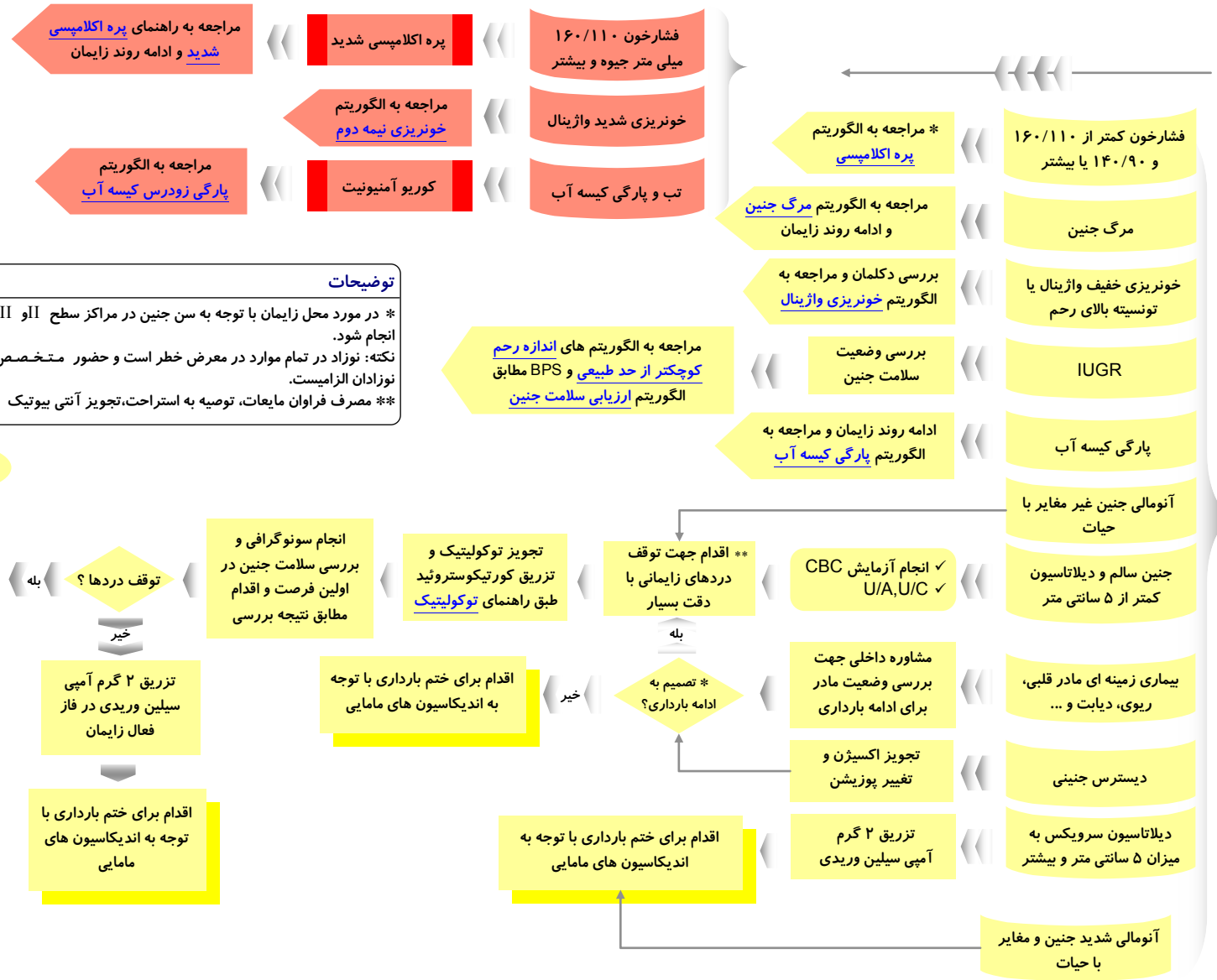
تعریف: ۶۰ ثانیه پس از خروج سر، شانه ها خارج نشود.



- ارزیابی علائم اورژانس شامل:
- ✓ فشارخون بالا
 - ✓ خونریزی شدید
 - ✓ تب و پارگی کیسه آب



- ✓ اخذ شرح حال و بررسی سوابق بیماری و بارداری قبلی مادر
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ بررسی سونوگرافی های قبلی
- ✓ ارزیابی علائم حیاتی
- ✓ معاینه واژینال
- ✓ معاینه شکم (تونسیته رحم)
- ✓ شنیدن صدای قلب جنین



توضیحات

* در مورد محل زایمان با توجه به سن جنین در مراکز سطح II و III انجام شود.

نکته: نوزاد در تمام موارد در معرض خطر است و حضور متخصص نوزادان الزامیست.

** مصرف فراوان مایعات، توصیه به استراحت، تجویز آنتی بیوتیک

استمرار بارداری

راهنمای تجویز داروهای توکولیتیک و استروئید در انقباضات زودرس رحمی

الف) تجویز کورتیکواستروئیدها به منظور تسریع در مجوریتی ریه جنین :

در هفته ۲۶ - ۲۶ بارداری ۱۲ میلی‌گرم بتامتازون به صورت عضلانی و تکرار آن به فاصله ۲۴ ساعت و یا ۶ میلی‌گرم دکزامتازون به صورت عضلانی چهار دوز به فاصله ۱۲ ساعت می‌باشد.

ب) تجویز سولفات منیزیم جهت حفاظت عصبی نوزاد

جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته ۳۲-۲۳ بارداری در صورت که وقت کافی وجود دارد، تزریق ۶ گرم سولفات منیزیم اولیه و بعد هر ساعت ۲ گرم حداقل تا ۱۲ ساعت تجویز شود.

ج) داروهای توکولیتیک قابل استفاده :

- ❖ **بلوک کننده‌های کانال کلسیمی** مانند نیفدیپین با دوز اولیه ۱۰ میلی‌گرم تجویز شده و در صورت لزوم، دوز بعدی به فاصله ۲۰ دقیقه خوراکی تکرار شود. در صورت مشاهده پاسخ، با کنترل فشار خون مادر هر ۶-۴ ساعت یک دوز ۱۰ میلی‌گرم تجویز شود. (عدم مصرف هم زمان با سولفات منیزیم)
 - ❖ **مهار کننده‌های پروستاگلاندین** مانند ایندومتاسین که تا پایان هفته ۳۲ بارداری قابل استفاده است. ایندومتاسین ۱۰۰-۵۰ میلی‌گرم و تکرار هر ۸ ساعت (نباید از ۲۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت بیشتر شود).
 - ❖ **سولفات منیزیم** به میزان ۴ گرم دوز اولیه و سپس ۲ گرم در ساعت به صورت انفوزیون وریدی شروع و حداقل تا ۱۲ ساعت پس از قطع انقباضات ادامه یابد. رفلکس پتلا، تعداد تنفس، حجم ادراری و ادم ریوی باید کنترل شود. (عدم مصرف هم زمان با نیفدیپین)
- این دارو را حداکثر تا ۴۸ ساعت می‌توان به مادر تجویز کرد.

کنتراندیکاسیون‌های توکولین:

- مطلق: پره اکلامپسی شدید، دکولمان شدید، خونریزی شدید، کوریو آمیونیوت، مرگ جنین، آنومالی مغایر با حیات جنین، دیسترس جنین و IUGR شدید.
 - نسبی: فشار خون مزمن خفیف، دکولمان خفیف، بیماری قلبی مادر، هیپر تیروئیدیسم، دیابت کنترل نشده، دیسترس جنینی، دیلاتاسیون سرویکس بیش از ۵ سانتی متر
- نکته: تهیه سورفاکتانت قبل از زایمان در حاملگی های زیر ۳۴ هفته مد نظر قرار گیرد.

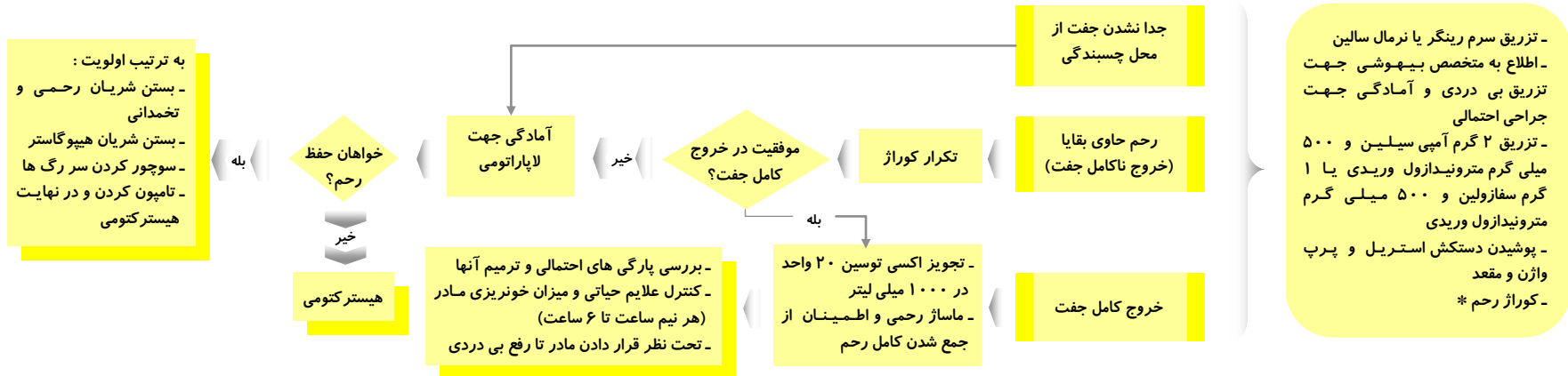
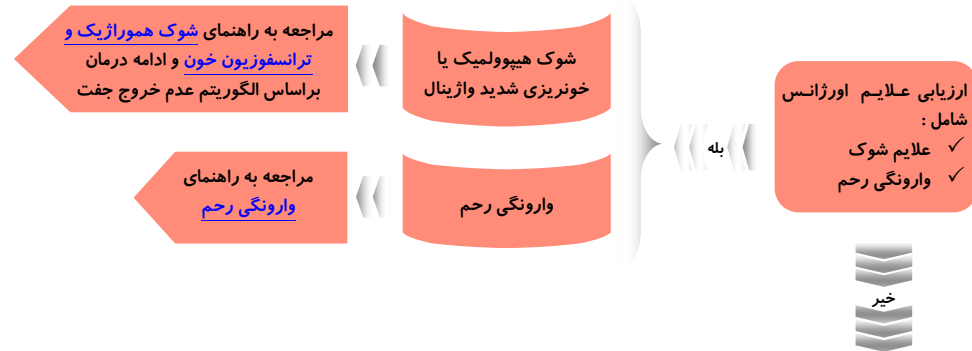
شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه بیماری های زمینه ای مادر (قلبی، ریوی، دیابت، ...) و سوابق بارداری های قبلی، تعیین سن بارداری، بررسی سونوگرافی های قبلی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (فشارخون، درجه حرارت)، معاینه واژینال (خونریزی، کیسه آب، دیلاتاسیون سرویکس)، شنیدن صدای قلب جنین	معاینه
تمام موارد انقباضات زودرس رحمی	اندیکاسیون بستری
CBC, U/A, U/C	آزمایشگاه
	پاراکلینیک
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
بتامتازون ۱۲ میلی گرم عضلانی و تکرار آن ۲۴ ساعت بعد در صورت عدم دسترسی به بتا متازون ۶ میلی گرم دکزامتازون به صورت عضلانی ۴ دوز به فاصله ۱۲ ساعت، سولفات منیزیوم به میزان ۴ گرم دوز اولیه و سپس ۲ گرم در ساعت، نیفدیپین با دوز اولیه ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۲۰ دقیقه تا ۴ دوز، ایندومتاسین ۱۰۰-۵۰ میلی گرم و تکرار هر ۸ ساعت (نباید از ۲۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت بیشتر شود)، آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت تا ۴۸ ساعت	درمان دارویی
توقف دردهای زایمانی	اندیکاسیون
سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی	اندیکاسیون
	درمان جراحی
	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
STABLE بودن وضعیت مادر (رفع انقباضات رحمی) و تأیید سلامت جنین توسط سونوگرافی و تست های ارزیابی سلامت جنین	اندیکاسیون ترخیص
	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی	سایر اقدامات

توضیحات

در عدم خروج کامل جفت حتماً خون رزرو شود.

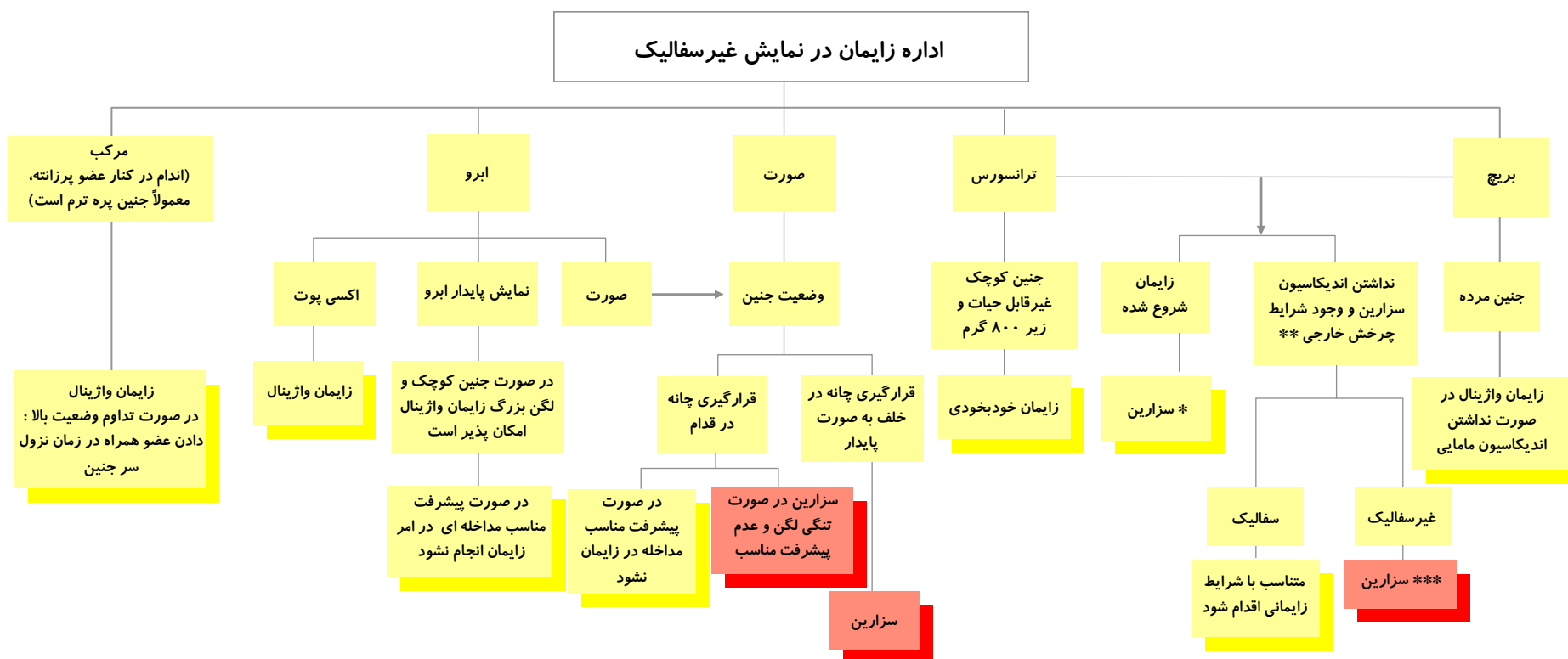
* در حالی که یک دست از روی شکم فوندوس رحم را نگه می دارد دست دیگر با کمک بندناف به رحم می رسد و محل جفت را مشخص می کند.

جفت را از محل چسبندگی دیواره به رحم به کمک کناره دست در حالی که انگشتان به هم چسبیده و پشت دست در تماس با رحم قرار دارد به آرامی جدا کنید تا همه جفت جدا شود. در صورت اینورژن رحم آن را سر جای خود برگردانید و سپس برای خروج جفت اقدام کنید.



نکته: برای تشخیص احتباس جفت و جفت اکرتا انجام سونوگرافی کمک کننده است. در احتباس جفت، میومتر در تمام قسمتها ضخیم و لایه جدا کننده میومتر و جفت دیده می شود. در جفت اکرتا، میومتر در تمام قسمتها ضخیم است بجز در قسمتی که جفت چسبیده و لایه بسیار نازک یا نامرئی است.

شرح اقدام	نوع اقدام
شرح حال زایمان	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی و علائم شوک، معاینه واژینال جهت بررسی وضعیت سرویکس، میزان خونریزی	معاینه
تمام موارد	اندیکاسیون بستری
	آزمایشگاه
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
سرم رینگر، نرمال سالین، اکسی توسین، آمپی سیلین ۲ گرم وریدی، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی یا ۱ گرم سفازولین، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی	نوع دارو با ذکر دوز
باقی ماندن جفت	اندیکاسیون
باقی ماندن جفت	اندیکاسیون
کوراژ، بستن شریانهای رحمی، تخمدان و هیپوگاستر، هیسترکتومی	نوع عمل
ماساژ دو دستی، فشار روی آئورت شکمی، تامپون رحم	درمان غیر دارویی و آموزش ها
	اندیکاسیون ختم بارداری
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص
	دستورات Follow up
	سایر اقدامات



توضیحات

* در زایمان قریب الوقوع با پرزانتاسیون بریچ و مهارت کامل عامل زایمان و نداشتن کنترانندیکاسیون، زایمان واژینال بلامانع است.

** شرایط بارداری سن حاملگی حداقل ۳۶ هفته، تطابق اندازه لگن و جنین، نبودن جفت سرراهی، میزان کافی آمنیوتیک، آمادگی جهت سزارین و دسترسی به مانیترینگ است.

*** سزارین در تمام مواردی که اندیکاسیون دارد، در هفته ۳۹ کامل بارداری انجام شود. پس از انجام سزارین در پرزانتاسیون بریچ سونوگرافی لگن از نظر وجود DDH (Developmental dysplasia of the hip) انجام شود.

در نمایش ترانسورس به مادر توصیه شود به علت خطر پارگی کیسه آب و پرولاپس بند ناف در هفته ۳۷ بارداری بستری و در هفته ۳۸ سزارین شود.

حضور متخصص کودکان در زمان زایمان ضروری است.

عوامل مستعد کننده وارونگی رحم : وجود میوم رحمی یا عفونت رحمی، مصرف سولفات منیزیوم و کشش نابجای بند ناف، چسبندگی غیر طبیعی جفت

اقدام اولیه :

- درمان شوک و یا هیپوولمی مادر با آنژیوکت بزرگ
 - قطع اکسی توسین - تزریق پتیدین ۱ میلی گرم/ کیلوگرم وریدی و آهسته
 - تمیز کردن رحم با محلول بتادین و پوشاندن رحم با یک حوله یا پارچه استریل مرطوب و گرم تا زمان جا اندازی
 - اطلاع به متخصص بیهوشی و حضور وی در اتاق عمل
 - جا اندازی رحم در طول محور واژن در حالی که دست دیگر از روی شکم رحم را حفظ می کند و در صورت عدم موفقیت در برگشت رحم، تزریق ۲ گرم سولفات منیزیوم در مدت ۱۰ - ۵ دقیقه. سایر روش ها را به ترتیب زیر بکار بگیرید.
- نکته: در صورت جدانشدن جفت اقدامی برای خروج جفت نشود و انفوزیون برقرار و مایعات کافی داده شود.

روش های جا اندازی رحم :

۱. دادن وضعیت ترندلنترگ به مادر
۲. استفاده از بیهوشی و تلاش برای جا انداختن مجدد رحم
۳. لاپاراتومی و استفاده از روشهای جراحی
۴. روش هانتینگتون: لیگامان راند و فوندوس رحم کشیده می شود تا آناتومی رحم حفظ شود. این مانور در حالی که یک دستیار رحم را از واژن به طرف بالا می راند، انجام می شود.
۵. روش Haultain در این روش برشی در سگمان تحتانی خلفی رحم ایجاد کرده و فوندوس از آنجا بالا کشیده می شود. سپس برش ترمیم می شود.

اقدام نهایی :

پس از موفقیت در برگرداندن رحم

- کوراژ جفت و بررسی رحم با دست (پس از اطمینان از خالی بودن مثانه)
- قطع هالوتان و داروهای بیهوشی با نظر متخصص بیهوشی و قطع توکولیتیک ها
- ماساژ دو دستی رحم و اطمینان از جمع شدن آن و کنترل مکرر رحم از طریق واژن برای اطمینان از عدم وارونگی مجدد
- تجویز اکسی توسین ۲۰ واحد در ۵۰۰ سی سی سرم
- تجویز آنتی بیوتیک ۲ گرم آمپی سیلین و ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول وریدی یا تجویز ۱ گرم سفازولین و ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول وریدی
- ترخیص با نظر پزشک

پس از زایمان

جدول مراقبت‌های پس از زایمان

زمان مراقبت	نوع مراقبت	مراقبت اول در بخش زایمان قبل از ترخیص	مراقبت دوه روز ۱۰ تا ۱۵	مراقبت سهه روز ۱۴ تا ۲۰
	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد خونریزی، مشکلات ادراری / تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت روحی - روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، شکایات شایع	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد خونریزی، مشکلات ادراری / تناسلی و اجابت مزاج، مقاربت، وضعیت شیردهی، وضعیت روحی - روانی، شکایات شایع
	معاینه بالینی	- کنترل علائم حیاتی، لمس رحم، بررسی میزان خونریزی، بررسی محل بخیه ها، وضعیت مثانه	- اندازه گیری وزن، بررسی مخاط (آئمی)، معاینه پستان، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی	- اندازه گیری وزن، بررسی مخاط (آئمی)، پستان، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها، معاینه واژن و رحم - کنترل علائم حیاتی
	آزمایشها	اندازه گیری هموگلوبین قبل از ترخیص	_____	پاپ اسمیر
	آموزش و مشاوره	تشویق مادر به شیردهی و آموزش شیردهی و زمان خروج شیر، علائم خطر، Locia، کاهش وزن، بهداشت فردی، مراقبت از نوزاد	بهداشت فردی، تغذیه / مکمل های غذایی، شکایات شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در هفته ۶ پس از زایمان، مقاربت، فعالیت، تاریخ مراجعه بعدی	تغذیه / مکمل های غذایی، شکایات شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر، تنظیم خانواده
	مکمل دارویی	آهن و مولتی ویتامین	آهن و مولتی ویتامین	
	ایمنسازی	روگام در صورت لزوم، واکسن سرخچه اگر تیتراژ آنتی بادی منفی باشد	_____	

تعداد مراقبت‌ها :

اولین مراقبت پس از زایمان قبل از ترخیص است که در مبحث زایمان (اداره پس از زایمان) به آن اشاره شده است. در صورتی که مادر زایمان طبیعی را به خوبی پشت سر گذاشته باشد و در زمان ترخیص آموزش‌های کافی دیده باشد، دومین مراقبت بین روزهای ۱۵ - ۱۰ پس از زایمان و مراقبت بعدی بین روزهای ۶۰ - ۴۲ انجام خواهد شد.

مصاحبه و تشکیل پرونده :

در اولین ملاقات: گرفتن شرح حال و مشخصات مادر (در صورتی که پرونده بارداری وجود نداشته باشد)، سؤال در مورد وضعیت خونریزی واژینال، شیردهی به نوزاد، علائم ادراری و اجابت مزاج و وضعیت روحی - روانی مادر. در صورتی که مادر بیماری مزمن دارد، از شرایط بیماری وی (بروز یا فروکشی علائم) و مصرف داروهای وی سؤال شود.

معاینه بالینی :

کنترل علائم حیاتی، اندازه‌گیری وزن، معاینه شکم (وضعیت رحم)، وجود ادم در اندام‌ها، بررسی مخاط از نظر آنمی. در صورتی که مادر در ملاقات سوم (۶۰ - ۴۲ روز پس از زایمان) خونریزی واژینال نداشت، معاینه واژینال به منظور بررسی سرویکس، رحم و ضمائم انجام شود. در ملاقات سوم به مادر برای معاینه دهان و دندان توصیه شود. در صورت انجام اپی‌زیاتومی و یا سزارین، محل برش از نظر ترمیم برش و خروج ترشح از آن بررسی شود. پستان‌ها از نظر وجود احتقان و شقاق نوک پستان بررسی شود.

آزمایش‌ها :

انجام پاپ اسمیر در ملاقات سوم در صورت نداشتن خونریزی. آزمایش‌های دیگر با توجه به وضعیت مادر درخواست می‌شود. در صورت وجود مخاط pale و یا تداوم خونریزی، انجام CBC توصیه می‌شود.

آموزش‌ها:

در ملاقات‌ها در مورد بهداشت فردی (مراقبت از پرینه، زمان مقاربت)، نحوه شیردهی، تغذیه، فعالیت و علائم خطر مادر و نوزاد، به مادر آموزش داده شود. زمان استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با توجه به وضعیت شیردهی مادر مشخص شود. در مورد شکایات شایع به مادر اطلاعات کافی داده شود.

مصرف مکمل‌ها:

مادر باید حداقل تا سه ماه پس از زایمان روزی یک عدد قرص مولتی‌ویتامین و یک عدد قرص آهن مصرف کند. در صورت مصرف ناکافی لبنیات در طول روز یک قرص ۵۰۰ میلی‌گرمی کلسیم توصیه می‌شود.

نکته مهم: در صورت وجود علائم خطر در مادر و یا اختلال در نتیجه آزمایش‌ها مطابق با الگوریتم و راهنما‌های موجود در مراقبت‌های ویژه اقدام شود.

مراقبت‌های ویژه پس از زایمان

تب پس از زایمان

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
✓ علائم شوک

شوک سپتیک

مراجعه به راهنمای شوک و ادامه درمان مطابق همین الگوریتم



درد شکم یا پایین شکم و حساسیت پارامترها در معاینه شکم یا معاینه دودستی، لوشیای چرکی و بدبو، رحم حساس با یا بدون خونریزی غیرطبیعی و لرز

متریت

علائم خفیف و حال عمومی خوب به دنبال زایمان واژینال

درمان سرپایی

حال عمومی بد یا به دنبال سزارین

بستری و درمان دارویی

- ✓ اخذ شرح حال بررسی زمان پارگی کیسه آب، طول مدت زایمان و نحوه آن
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ سمع ریه
- ✓ معاینه سر، گردن و حلق، شکم و پهلوها، اندام تحتانی، پستانها
- ✓ بررسی محل برش سزارین یا اپی زیاتومی
- ✓ معاینه واژینال و بررسی اندازه رحم و حساسیت آن
- ✓ انجام آزمایش های CBC, U/A, U/C
- ✓ انجام کشت خون در صورت حال عمومی بد

ادامه درمان تا ۲۴ ساعت پس از قطع تب و ترخیص

بهبودی علائم در ۷۲ تا ۴۸ ساعت؟

خیر

بررسی بیشتر (معاینه واژینال و بررسی آدنکسها و خلف سرویکس، دیدن مجدد محل زخم)، انجام سونوگرافی و تغییر درمان بر اساس جواب کشتها

بهبودی علائم

ادامه درمان و ترخیص

تشخیص DVT (با استفاده از CT یا MRI)

مراجعه به راهنمای درمان ضد انعقادی و ادامه درمان با آنتی بیوتیک

آبسه لگن

درمان دارویی و در صورت عدم بهبود؛ تخلیه آبسه زیر بیهوشی یا آسپیراسیون با راهنمای سونوگرافی

پریتونیت جراحی، نکروز انسزیون رحم در سزارین (آسیب احشا به دنبال سزارین و یا آپاندیسیت پرفوره)

لاپاراتومی

درد شکم، حساسیت و ریباند با یا بدون تهوع و استفراغ و نفخ شدید و حال عمومی بد

درد شکم، حساسیت و ریباند با یا بدون تهوع و استفراغ و نفخ شدید و حال عمومی خوب

پریتونیت عفونی

درمان دارویی

بهبودی علائم؟

خیر

در صورت نیاز لاپاراتومی برای شستشوی پریتون و یا هیستریکتومی ساب توتال در عفونت کلتسردیایی یا رحم نکروزه

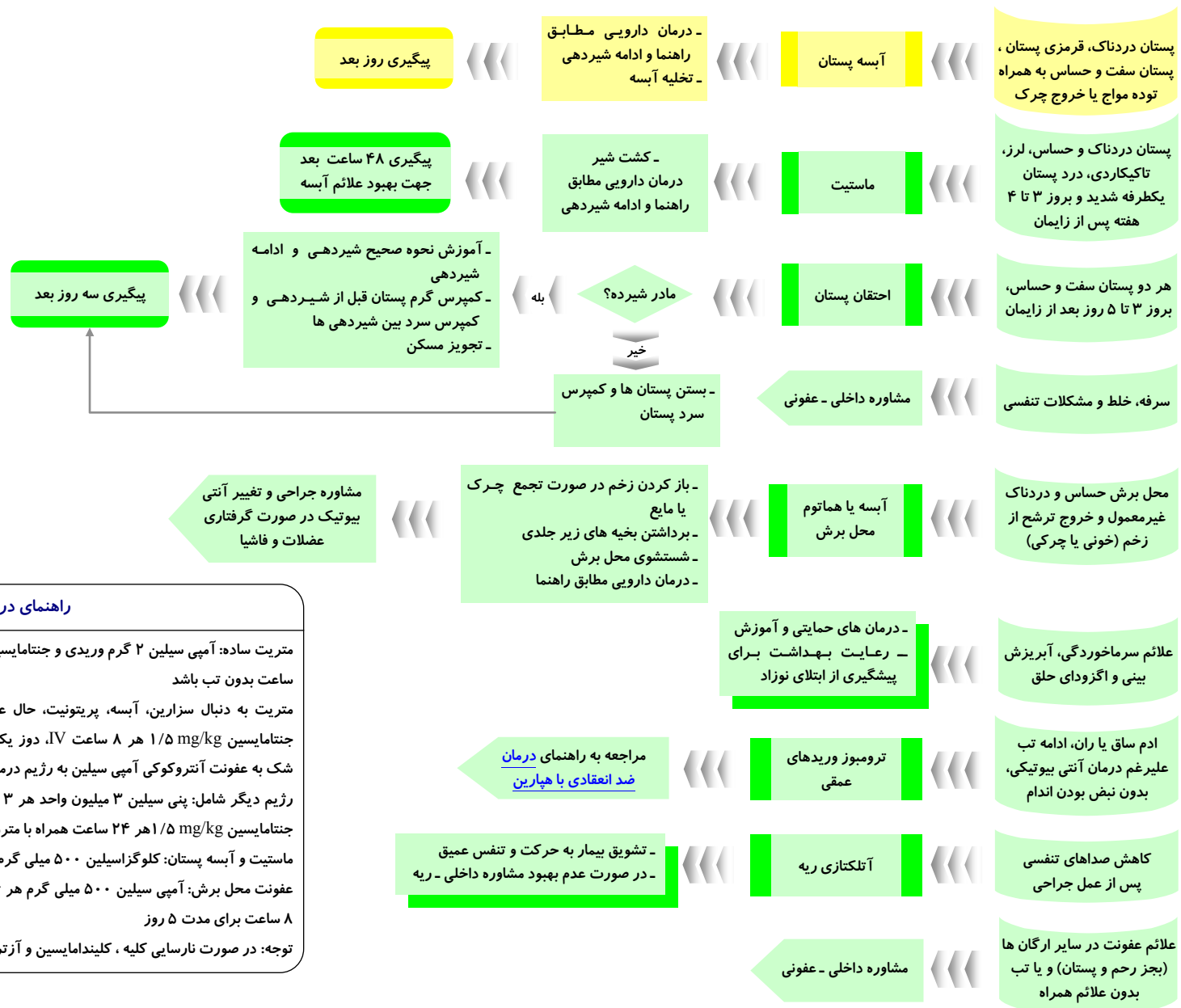
ادامه درمان تا ۲۴ ساعت پس از قطع تب

پیلونفریت

مراجعه به الگوریتم عفونت ادراری

تندرنس پهلوها با یا بدون علائم ادراری، تهوع و استفراغ

ادامه



راهنمای درمان دارویی

متریت ساده: آمپی سیلین ۲ گرم وریدی و جنتامایسین ۵ mg/kg / ۱ هر ۲۴ ساعت تا زمانی که بیمار ۲۴ ساعت بدون تب باشد

متریت به دنبال سزارین، آبسه، پریتونیت، حال عمومی بد: کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم به اضافه جنتامایسین ۱/۵ mg/kg هر ۸ ساعت IV، دوز یکبار در روز جنتامایسین قابل قبول است، در صورت شک به عفونت آنتروکوکمی آمپی سیلین به رژیم درمانی فوق اضافه می شود.

رژیم دیگر شامل: پنی سیلین ۳ میلیون واحد هر ۳ ساعت یا آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۱/۵ mg/kg هر ۲۴ ساعت همراه با مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی هر ۸ ساعت

ماستیت و آبسه پستان: کلوگزاسیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت برای ۱۰ - ۷ روز

عفونت محل برش: آمپی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت خوراکی و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت برای مدت ۵ روز

توجه: در صورت نارسایی کلیه، کلیندامایسین و آرترونام جایگزین جنتامایسین می شود.

شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی زمان پارگی کیسه آب، طول مدت زایمان و نحوه انجام آن، درد شکم و تهوع و استفراغ، علائم سرماخوردگی، علائم تنفسی، وضعیت شیردهی، علائم ادراری، میزان خونریزی و نوع ترشحات	اخذ شرح حال و سابقه
کنترل علائم حیاتی، علائم شوک، سمع ریه، معاینه سر، گردن، حلق، شکم و پهلوها (تندرns و ریپاند)، اندام تحتانی (ادم ساق و ران) و پستانها (سفتی، حساسیت، قرمزی، لمس توده مواج)، معاینه واژینال از نظر ترشحات چرکی و بد بو و رحم حساس (با یا بدون خونریزی)، بررسی محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	معاینه
شوک سپتیک، متریت بدحال، پریتونیت، پیلونفریت، DVT، متریت به دنبال سزارین، ترشحات چرکی از محل برش	اندیکاسیون بستری
CBC, U/A, U/C, کشت ترشحات، کشت خون	آزمایشگاه
سونوگرافی، در صورت عدم پاسخ به درمان MRI یا CT اسکن	تصویر برداری
با توجه به نوع تشخیص	سایر تست های تشخیصی
آمپی سیلین ۲ گرم وریدی و ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، جنتامایسین ۵ mg/kg، پنی سلین ۳ میلیون واحد، کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم، کلوگزاسیلین ۵۰۰ میلی گرم	نوع دارو با ذکر دوز
متریت ساده، آبسه، متریت به دنبال سزارین، ماستیت، آبسه پستان، پریتونیت، DVT	اندیکاسیون
آبسه لگن، عدم بهبودی علائم در پریتونیت عفونی، آبسه پستان، پریتونیت جراحی	اندیکاسیون
تخلیه آبسه، هیستریکتومی ساب توتال، لاپاراتومی	نوع عمل
درمان های حمایتی برای سرماخوردگی و آموزش رعایت بهداشت، تشویق بیمار به حرکت و تنفس عمیق، شستشوی محل برش، بهداشت فردی، توصیه های شیردهی	درمان غیر دارویی و آموزش ها
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
stable بودن وضعیت مادر و نوع درمان	اندیکاسیون ترخیص
ادامه درمان آنتی بیوتیکی	دستورات Follow up
مشاوره داخلی، عفونی، جراحی	سایر اقدامات

- 1- F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno: Williams Obstetrics 2011
- 2- Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi: Novak's Gynecology 2007
- 3-James. David, Steer. Philip: High Risk Pregnancy ;2011, fourth edition
- 4-Compendium of selection publication, ACOG 2009
- 5- WHO. The Partograph, part I,II,III,IV. Genova, 2007
- 6- WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, A guide for midwives and doctors, 2007
- 7- Miller's Anesthesia, Ronald D. Miller: Churchill Livingstone; 2005, sixth edition.
- 8- Lowdermilk; Maternity & Women Health Care, 8th ed., Mosby 2004
- 9- Enkin, Murray; A guide to effective care in pregnancy and child birth, 3th ed., Oxford University Press,
- 10- Klossner et al; Introductory Maternity Nursing, Lippincot 2006
- 11- Mc Kinney et al; Maternal & child Nursing, Elsevier 2005
- 12- Lowdermilk; Maternity Nursing,6th ed.: Mosby,2003
- 13- Simkin, Penny "The Labor Progress Handbook Early Intervention and Treat Dystocia",2000
- 14- Hodnett ED, et al, "Continuous Support for Women during Childbirth, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003
- 15- Nichols Francine H. Humenick Sharon S. Childbirth Education,2th Position ed., Saunders,2000
- 16- Fraser Diane M.,Cooper Margaret A., Myles' Textbook for Midwives,4th ed., Churchill Livingstone,2003
- 17- Pillitteri Adele, Maternal & Child Health Nursing, Lippincott,2003
- 18- Lesley Ann Page, The New Midwifery, Churchill Livingstone,2000
- 19- Johnson Ruth.Taylor Wendy, Skills for Midwifery Practice, Harcourt publisher,2000
- 20- Marsh, Michael E. Rennie Janet M. Groves Phillipa A., Clinical Protocols in Labour, Parthenon Publishing Group,2002
- 21- Scott James R. Gibbs Ronalds. Karlan Beth & et al, Danforth's Obstetric & Gynecology,9th ed. Lippincott Williams & Wilkins,2003
- 22- Bobak. Lowdermilk, Maternity Nursing,4th ed., Mosby,1995
- 23- Mantle Jill, Haslam Jeanette, Barton sue, Physiotherapy in Obstetrics & Gynecology, Elsevier Science, 2004
- 24- Wickham. Sara, Midwifery Best Practice, Elsevier Science,2005
- 25- Gorrie, Mckinney, Murray, Maternal Newborn Nursing, Saunders,1994
- 26- Henderson, Christian, Essential of Midwifery, Mosby,1997
- 27- Beishar, NA.Mackay Ev, Colditz pb. Obstetric & The Newborn,3th ed., Saunders Company,1997
- 28- May, Kathany. A. Mablmeister, laura R., Maternal & Neonatal Nursing Family Centered Care, 3th ed., Lippincott Company,1994
- 29- Bennet v. Ruth, Brown, Linda, Myles' Textbook for Midwives, Churchill Livingstone,2000
- 30- Margaret Yellby, Pain in childbearing,2000, Bailliere Tindal
- 31- WWW. ActiveBirthCenter.com.Water birth pools
- 32- Francine H. Nichols, Sharon Smith Humenick, Childbirth Education,2000, Nichols Humenick
- 33- Denise. Tiran. Sue Mack, Complementary Therapies for Pregnancy & Childbirth, Bailliere Tindal,2000
- 34- Maternity Lowdermilk, The Therapy of Yoga,2004
- 35- Reeder & Martin, Honiak, Griffin, Maternity Nursing, 18th ed., Lippincott,1997
- 36- Dorothy Stables, Physiology in Childbearing, Bailliere Tindal,2000
- 37- Sherman& Scoloveno, Weingarten, Maternity Nursing, Appleton& lange,1999
- 38- Henderson, Macdonald, May's Midwifery, Bailliere Tindal,2004
- 39- WWW.Tens Labour Pain Relief ,2006
- 40-Royal College of Obstetricians & Gynaecologist & Royal College of Midwives Joint Statement
- 41- U. Ruth Benett, Linda k. Brown, Myles' Textbook for Midwives, Churchill Livingstone,2000
- 42- Ohlsson. Buchhave, Leandersson, Nordstrom, Rydhstromand Sojolin Warm tub, bathing during delivery. Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavia,2001
- 43- Rush, Burlock, Lambert, Loosley- Millman, Hutchinson, Enkin, The Effect of Whirpool Baths in Labor. A Randomized, Controlled Trial. Birth. 1996
- 44- Jhonson, P. Birth Under Water- To breath or not breath, British Journal of Obstetrics & Gynecology, 1996
- 45-Burns,E & Kitzinger. S, Midwifery Guidline for the use of water in Labour. Oxford brooks university, Oxford,2000
- 46- Rosser,J, Is Water Birth Safe? The Facts behind The Controversary, Midiris Midwifery Digest, 1994
- 47- Mentel et al, Physiotherapy in Obstetric & Gynecology, Butterworth pub. Helnemann,2004
- 48- Bobak, Maternity & Gynecology,2002
- 49- Gibbs R. Karlan B.Y., Haney A. F. Danforth's Obstetric & Gynecology. Lippincott, 2003
- 50- Piotrowsld Karen A., Maternity & Women's Health, 8th ed., 2004
- 51- Terns K.E.Y., Maternal & Child Health, 4th ed. 2003
- 52- Nichols Francine H. Maternal- Newborn Nursing, Saunders,1994
- 53- Burroughs. Arlene,Maternity Nursing, 7thed. Saunders,1997
- 54- Chalmera. B. & Wolman, W., Social Support in Labour- A Selective Review, J Psychosom. Obstet & gynaecol.1993

۵۵- اصغر ساداتیان و دیگران: اورژانس‌های جراحی - اورولوژی و ارتوپدی و تکنیک‌های عملی

۵۶- دچرنی و پرنول. بیماران زنان و مامایی کارنت، ترجمه اباندر حبیبی نیا، انتشارات چهر، ۱۳۷۶

۵۷- سیمکین پنی. آنشتر روت، پیشرفت زایمان، معصومه کردی- آذر گلکانی- دکتر قدسیه سیدی علوی، انتشارات دانشگاه

علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۳

مفهوم بیمارستان‌های دوستدار مادر که قدمتی بیش از ۱۰ سال دارد برای اولین بار در کشورهای توسعه یافته مطرح گردیده است و بررسی متون در اختیار نشان می‌دهد که این استراتژی با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌های زایمان طبیعی، کاهش هزینه‌ها و توجه به حقوق مادر و نوزاد مورد توجه قرار گرفته است.

همسویی فلسفه بیمارستان‌های دوستدار مادر با مشکلاتی که در کشور در زمینه بارداری و زایمان وجود دارد و زیبایی عنوان آن، ما را بر آن داشت که از همین نام استفاده نموده و فلسفه و محتوای آن را با توجه به شرایط، امکانات و نوع مشکلات خود تدوین نماییم. لذا الگوی ارائه شده برای بیمارستان‌های دوستدار مادر در ایران گرچه نگاهی جامع به اصول و اجزای جهانی داشته است اما بر اساس شرایط و نیازهای کشور اقتباس، تطبیق و بازنگری شده است.



صندوق جمعیت سازمان ملل

ISBN 978-600-92757-2-4



9 786000 927572 4



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران