



# COVID – 19 PREGNANCY & VACCINATION



Dr. Taghavi S.



• آموزش علائم بیماری کووید به مادران

• در مراجعه به مراکز بهداشتی سابقه تماس نزدیک در 14 روز اخیر با فرد مبتلا پرسیده شود

• تماس چهره به چهره در فاصله کمتر از 2 متر بمدت حداقل 15 دقیقه بدون استفاده از ماسک در طی 14 روز گذشته، و در اینصورت **PCR** ضروریست.

• تشخیص قطعی با تایید آزمایشگاهی ویروس است.

## فلوچارت تشخیص و درمان بیماری کووید - ۱۹

همه مادران باردار هنگام مراجعه ماسک طبی داشته باشند.

علت مراجعه (مشکلات مامایی یا غیر مامایی شامل: تب، سرفه، گلودرد، خستگی، سردرد و تنگی نفس، درد عضلانی، اختلال بویایی و چشایی، اسهال، تهوع و استفراغ) سوال  
شود.

متوسط:

مشکلات غیر مامایی  
تب، سرفه، گلو درد،  
خستگی، سردرد با تنگی  
نفس، علایم گوارشی  
درصد اشباع اکسیژن  
بیشتر یا مساوی ۹۵٪

ارجاع به بیمارستان  
و بستری با نظر تیم  
چند تخصصی  
درمان سرپایی

مرحله بدون علامت با پی سی آر  
مثبت یا مرحله خفیف با سرفه، گلو  
درد، خستگی، سردرد بدون تنگی  
نفس، علایم گوارشی درصد اشباع  
اکسیژن مساوی یا بیش از ۹۵٪

تب یا بیماری  
زمینه ای\*

\*\*اقدام مطابق هماهنگی  
تیم چند تخصصی درمان  
سرپایی

بدون بیماری  
زمینه ای

مراقبت در  
منزل و  
پیگیری

مشکلات  
مامایی

ارجاع به تریاژ  
مطابق دستور  
عمل راهنمای  
کشوری خدمات  
مامایی و  
زایمان\*\*\*\*

بحرانی:

مشکلات غیر مامایی  
دیسترس  
تنفسی، نارسایی تنفسی،  
شوک، نارسایی چند  
ارگان، اختلال سطح  
هوشیاری

اعزام و بستری در آی  
سی یو بیمارستان فوق  
تخصصی کرونا مرجع  
کرونا\*\*\*

شدید: مشکلات غیر  
مامایی

علائم بالا با تنگی  
نفس، علائم گوارشی  
تعداد تنفس مساوی  
یا بیشتر ۲۴ اشباع  
اکسیژن کمتر از ۹۵٪

بستری در بیمارستان  
سطح ۳ فوق  
تخصصی\*\*\* مرجع  
کرونا

•\*بیماری زمینه ای: فشار خون کنترل نشده، دیابت و دیابت بارداری،بیماری مزمن کلیوی، قلبی عروقی و ریوی، ضعف سیستم ایمنی، آنمی سیکل سل و پیوند اعضا،چاقی ...

•\*\* لزوم هماهنگی با تیم چند تخصصی . در صورت مراقبت در منزل پیگیری تلفنی روزانه رابط پرخطر، اگر پاسخگو نشدند حتما پیگیری درب منزل

•\*\*\* تعیین محل بستری با هماهنگی تیم چندتخصصی درمان سرپایی دانشگاه و ترجیحا مرکز دارای بخش زنان باشد



در صورت وجود علایم زیر با یا بدون علایم تنفسی اعزام به بیمارستان الزامی است:

تب ۳۸ درجه یا بیشتر که با سه روز مصرف استامینوفن بهبود نیافته است، عدم تحمل خوراکی مایعات و داروها  
درد پایدار قفسه سینه، گیجی، خواب آلودگی، اختلال هوشیاری، سیانوز  
عوارض مامایی مانند پارگی کیسه آب، علائم زایمان زودرس، خونریزی و کاهش حرکات جنین

• **موارد سرپایی (خفیف)** فقط پیگیری و درمان های نگهدارنده، توصیه های بهداشتی، تغذیه ای و قرنطینه

• **در موارد مراقبت در منزل یا ترخیص از بیمارستان برای ادامه مراقبتها در منزل:**  
اطلاع به رابط پر خطر بهداشت، پیگیری ها و ارجاع به بیمارستان در صورت نیاز.  
ارتباط **تلفنی** در 24 ساعت اول ، روز **4-7-10** و قبل از خروج از قرنطینه (**تنگی نفس**، افزایش تعداد تنفس ، دمای بدن ، اختلال هوشیاری و گیجی). در حضور **بیماری زمینه ای** و اقامت در منزل ، **تلفن روزانه** تا خروج از قرنطینه و مراجعه به **درب منزل روز 4 و 7**

**نکته:** مراقبت مادر باردار در منزل بهتر است توسط افراد زیر ۶۵ سال و بدون بیماری زمینه ای انجام شود.



## ادامه : موارد سرپایی (خفیف)

درمان علامتی/ تسکینی: تب بر، مسکن و هیدریشن

(درمان آنتی ویرال توصیه نمی شود)

مصرف مایعات در حد تحمل با دفع ادرار 6 تا 8 بار در روز.

استامینوفن ساده 500 میلی گرم هر 8 ساعت حداکثر تا 3 روز،

در صورت عدم پاسخ تا 3 روز ارجاع به بیمارستان

نحوه تریاژ در پیگیری تلفنی :

توجه به :

✓ مشکل در تکلم راحت و نیاز به قطع کلام برای نفس گیری  
استعلام از :

✓ تنگی نفس

✓ سرفه شدید

✓ خلط خونی

✓ درد قفسه سینه یا فشار

✓ سختی بلع مایعات

✓ سرگیجه وضعیتی

✓ گیجی

✓ تب 38c و بیشتر

✓ تشدید ضعف و بی حالی

✓ اسهال ، تهوع و استفراغ

✓ در صورت دسترسی به پالس اکسی متر، سطح اکسیژن خون کمتر از ۹۵٪

شرایط ارجاع به مرکز  
مراقبت سرپایی در  
موارد مراقبت در  
منزل

• در صورت مثبت بودن  
یکی از پاسخ ها بایستی  
به مرکز مراقبت  
سرپایی ارجاع داده شود

## شرایط اعزام/ارجاع به بیمارستان

- ✓ تنگی نفس
- ✓ تاکی پنه بیش از ۲۴ بار در دقیقه
- ✓ تب ۳۸ درجه یا بیشتر که با مصرف استامینوفن بهبود نمی یابد
- ✓ عدم تحمل خوراکی مایعات و داروها
- ✓ درد پایدار قفسه سینه
- ✓ گجی
- ✓ بی حالی شدید
- ✓ هیپرامزیس
- ✓ خواب آلودگی
- ✓ اختلال هوشیاری
- ✓ سیانوز
- ✓ علائم هشدار مامایی مانند: خونریزی، آبریزش، سر دل درد و کاهش حرکت جنین ...

در موارد مراقبت در منزل دارای علائم  
بیماری قطعی، محتمل، مشکوک

اجازه خروج از جدا سازی،

حداقل ۱۰ روز \*\*بعد از شروع  
علائم و ۱ روز بدون علامت  
بدون مصرف داروهای تب  
بر (مانند تب و تنگی نفس) \*

\*برای خروج زودتر از  
قرنطینه می بایست دو  
نتیجه آزمایش منفی با  
فاصله حداقل 24  
ساعت داشته باشد.

\*\* مادران بستری در  
مراحل شدید یا بحرانی  
پس از 20 روز از  
شروع علایم می توانند  
از قرنطینه خارج شوند.

\*\*\*مادران دارای ضعف  
ایمنی یا بیماری زمینه  
ای ، خروج از قرنطینه  
بر طبق نظر کمیته  
چندتخصصی است

بدون علائم بیماری و با نتیجه  
آزمایش مثبت

جدا سازی مادر به مدت ۱۰  
روز از زمان تست مثبت \*

## گروه دوم: مادر باردار و بیماری کووید-۱۹ در موارد بستری

### اندیکاسیونهای

### بستری

بیماران مشکوک/مبتلا به بیماری کووید در بیمارستان شامل موارد زیر است:

۱. تب بیش از ۳۹ درجه یا بیشتر در زمان ارزیابی اولیه یا تداوم تب ۳۸ درجه علیرغم سه روز استفاده از استامینوفن

۲. وجود یک بیماری زمینه ای در موارد خفیف کووید در صورت صلاحدید تیم متخصص زنان و متخصص عفونی (صفحه ۲)

۳. علائم و نشانه بیماری متوسط یا شدید (سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵٪، تعداد تنفس بیشتر از ۲۴، دیسترس تنفسی، نیاز به حمایت تنفسی شامل اکسیژن درمانی)

۴. بیماری بحرانی (نارسایی تنفسی، افت فشار خون علیرغم هیدریشن مناسب، اختلالات هوشیاری، اختلالات کبدی یا کلیوی، اختلالات قلبی)

## نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان

مادر باردار ارجاع شده باید هر چه سریعتر تعیین تکلیف شود مسئولیت تعیین تکلیف مادر باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان ابتدا به عهده متخصص زنان می باشد. ترجیحاً محل تریاژ موارد مشکوک/ مبتلا به بیماری متفاوت از ورود سایر مادران باردار باشد. معاینه مادر باردار توسط متخصص زنان در بیمارستانهای درمانی و توسط دستیار زنان سال آخر، تا زمان حضور متخصص زنان در بیمارستانهای آموزشی از نظر شرایط بیماری کووید و مامایی حداکثر در طی ۳۰ دقیقه اول انجام شود، در صورت عدم وجود مشکل مامایی با توجه به مشکل زمینه ای اصلی، با حضور متخصص سرویس مربوطه به درخواست متخصص زنان و با نظارت سوپروایزر کشیک، بستری در سرویس مربوطه در اسرع وقت صورت پذیرد.



## نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان

حداکثر طی ۶ ساعت اول پس از پذیرش توسط تیم چند تخصصی (شامل متخصص بیماریهای عفونی، متخصص بیماریهای داخلی/ریه) درمان برای ادامه بستری و اقدامات لازم تعیین تکلیف شود. تشکیل اولین تیم چند تخصصی با درخواست کتبی متخصص زنان و ثبت در پرونده و پیگیری توسط سوپروایزر کشیک لازم است.

بدیهی است در صورت بستری در بخش خارج از گروه زنان و زایمان، برنامه ویزیت و نظارت بر اساس شرایط مامایی مادر مشخص شود.



## شرایط بستری در بخش مراقبت ویژه

در صورت تداوم علائم زیر و با تشخیص و صلاحدید پزشک معالج، بیمار ممکن است نیازمند مراقبت در بخش ویژه باشد:

- هیپوکسمی مقاوم به حمایت تنفسی غیر تهاجمی

- کاهش یا اختلال سطح هوشیاری

- ناپایداری همودینامیک

- دیسترس تنفسی

- هیپرکپنیا- خستگی تنفسی

در بیماران فوق فاصله پایش عملکرد ارگانها باید کمتر شده و اقدامات حمایتی و درمان اختصاصی تر انجام شود.

در بخش مراقبت ویژه: مدیریت بیماری با ایتنسیویست خواهد بود و در صورت عدم حضور

ایتنسیویست، مسئول مدیریت بیماری، مسئول بخش مراقبت ویژه خواهد بود و سرویس زنان

مسئول ویزیت حداقل یک بار در روز می باشد.

در مادران با شرایط بیماری شدید یا بحرانی، تیم معالج چند تخصصی بایستی تیمی ثابت و متشکل  
از زبده ترین افراد در زمینه مدیریت بیماری مذکور باشند.

**آزمایش های  
توصیه شده برای  
موارد بستری**

روز اول بستری (درخواست این آزمایشات و تکرار آن می تواند بر اساس نیاز فرد و به صلاحدید پزشک و متناسب با بیماری زمینه ای فرد نیز باشد):

• CBC,diff

• ESR

• Quantitative CRP

• BUN/Cr, ALP, SGPT, CPK, SGOT

• P, K, Na, Mg, Ca, BS

• LDH

• Ferritin (در صورت دسترسی)

ECG (اولیه به عنوان پایه تا در مورد ادامه سیر بیماری یا عوارض دارویی بتوان قضاوت کرد-اندازه

QT در پرونده بیمار ثبت شود)

## \* نتایج آزمایشگاهی غیر طبیعی همراه با مرحله شدید بیماری

### افزایش

D.Dimer	>1000ng/ml
LDH	>2xupper limit normal
Troponin	>2× the upper limit of normal (normal range for troponin T high sensitivity: females 0 to 9 ng/L) elevated
Ferritin	>500 mcg/L (normal range: females 10 to 200 mcg/L
CPK	2× the upper limit of normal (normal range: 40 to 150 units/L)
PT, PTT-INR	>ULN
CRP	>2xULN

### کاهش

<u>Absolute lymphocyte count</u>	<800/microL (normal range for age ≥21 years: 1800 to 7700/microL)
----------------------------------	---

سی تی اسکن با دوز پایین، در صورت لزوم باید انجام شود و دوز اشعه با توجه به اندازه آن باعث آسیب به جنین نخواهد شد و برای انجام آن، نیازی به اخذ رضایت کتبی از مادر و همسر نیست .

**برای کنترل سیر بهبودی سی تی اسکن هفتگی سریال درخواست نمیکنیم**

## ❖ اقدامات مراقبت و درمان مرحله شدید :

- اکسیژن درمانی مهمترین اقدام است و باید هریکساعت ارزیابی و در صورت عدم پاسخ، تصمیم گیری شود. ارجحیت با **High flow nasal Canula and NIV** می باشد
- اصلاح آب و الکترولیت
- پایش دقیق تشدید علائم و درمان های حمایتی
- آنتی بیوتیک ضرورتی ندارد مگر با شک به عفونت باکتریال
- بهداشت فردی و جداسازی
- مشاوره کاردیولوژی برای تمام مادران بستری و درخواست اکو طبق مشاوره یا جدول پروتکل (ص ۱۷)

## درمان دارویی: کورتیکواستروئید

(در صورت عدم پاسخ به دوزهای زیر، با نظر تیم پزشکی پالس متیل پردنیزولون داده میشود)

● اگر اندیکاسیون بلوغ ریه جنین دارد: (۲۶ تا ۳۴ هفته بارداری)

دگزامتازون ۶ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا ۴ دژ و سپس ۶ میلی گرم روزانه به مدت ۱۰ روز یا  
تا زمان ترخیص ( البته در ادامه ۴۸ ساعت می توان پردنیزولون خوراکی ۴۰ میلی گرم روزانه  
یا هیدروکورتیزون ۵۰ وریدی سه بار در روز ب مدت ۱۰ روز یا تا زمان ترخیص را هم جایگزین  
کرد. )

## درمان دارویی: کورتیکواستروئید

• اگر اندیکاسیون بلوغ ریه جنین ندارد:

پردنیزولون خوراکی ۴۰ میلی گرم روزانه یا هیدروکورتیزون ۵۰ میلی گرم وریدی سه بار در روز بمدت ۱۰ روز یا تا زمان ترخیص

در بیماران باردار مبتلا به کووید برای مدیریت طوفان سیتوکینی، قبل از ختم بارداری یا هر مداخله جراحی، علاوه بر دوز کورتون ذکر شده استرس دوز اولیه ۲۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون و سپس ۲۰۰ mg هیدروکورتیزون بلافاصله پس از عمل و روز بعد توصیه می شود.

در صورت استفاده از کورتیکواستروئیدها قند خون به دقت مانیتور گردد.

تبصره ۴: در سن بارداری کمتر از ۲۶ هفته و بعد از ۳۴ هفته به استثنای دگزامتازون هر نوع کورتونی را می توان تجویز نمود.

## TOCILIZUMAB = ACTEMRA

- با توجه به عبور این دارو از جفت (که با افزایش سن بارداری میزان آن افزایش می یابد) و احتمال عوارض مامایی ، تجویز فقط در موارد حیاتی و به منظور مداخله ای برای حفظ حیات مادر توصیه می شود.

عوارض جدی و موارد منع مصرف توسیلیزومب (بیماران با نقص ایمنی، پلاکت زیر ۵۰۰۰۰، شمارش نوتروفیل کمتر از ۵۰۰، نارسایی شدید کبدی، عفونتهای فعال باکتریایی/قارچی/ویروسی/انگلی و خطر پارگی احشای داخلی) توجه شود.



توجه: هیچگونه شواهدی مبنی بر تاثیر قطعی داروهای آنتی ویرال وجود ندارد  
(تجویز در صورت تائید در کمیته چند رشته ای)

## ✓ رمدزیویر:

• برای مادران بستری در بیمارستان (در صورت دسترسی، با هماهنگی فوکل پوینت درمان)

• دوز: ۲۰۰ میلی گرم روز اول **IV** و سپس ۱۰۰ میلی گرم روزانه **IV** برای ۵ روز

• در صورت ترخیص بیمار قبل از اتمام دوره درمانی، دارو قطع شود

✓ کنتراندیکاسیون: **ALT** مساوی یا بیشتر از ۵ برابر نرمال یا سایر اسیب های کبدی

# آنتی کواگولانت در بیماران کووید-۱۹

✓ در تمام مبتلایان باردار بستری در بیمارستان

✓ توجه به میزان خطر خونریزی، عملکرد کلیوی، شمارش پلاکتی و وزن

✓ زنان باردار نزدیک به زایمان که در مرحله شدید یا بحرانی بیماری نیستند:

**UFH 5000u/SQ BD در بیماران با BMI  $\geq 40$ : Heparin 7500 IU SC BD**

✓ در زنان باردار با فاصله چندین روزه تا زایمان و یا پس از زایمان:

**Enoxaparin 40 mg/d و در بیمار BMI  $\geq 40$ : Enoxaparin 60 mg/d**

# آنتی کواگولانت در بیماران کووید-۱۹

✓ در بیماران بستری ICU ، پروفیلاکسی با دوز متوسط انوکسپارین 60 mg/d یا هپارین 7500 U/bid زیر جلدی توصیه میشود.

✓ تغییر دوز آنتی کواگولانت پروفیلاکسی صرفا بر اساس عدد دی دایمر توصیه نمی شود

**\*\*در بیمارانی که تست های انعقادی مختل دارند تصمیم گیری در مورد آنتی کواگولانت در تیم چند رشته ای بیمارستان /دانشگاه انجام شود.\*\***

# آنتی کواگولانت در بیماران کووید-۱۹

✓ در صورت منع مصرف داروهای آنتی کواگولانت، پروفیلاکسی مکانیکال مانند **compression stocking** توصیه میشود.

✓ در صورت شک به ترومبوآمبولی: تشخیص و درمان مطابق دستور عمل

✓ در بیمارانی که به علل دیگری تحت درمان با آسپیرین هستند ، تصمیم ادامه آسپیرین با مشاوره پریناتولوژیست / **intensivist** است. با پلاکت زیر ۵۰۰۰۰ قطع گردد.

## • ارزیابی سلامت جنین :

✓ لزوم مانیتور دائم جنین در صورت ناپایدار بودن  $V/S$ ، از نظر نیاز به ختم بارداری

✓ ممکن است تراسه غیر طبیعی با اصلاح حجم داخل عروقی و اکسیژناسیون مادر، بهتر شود.

✓ در مادران با سطح اشباع اکسیژن خون پایدار ، سونوگرافی (جهت ارزیابی اولیه رشد و قرار گیری جنین، حجم مایع و جفت)، NST (یک تا دو بار در روز) توصیه می شود.

## • مانیتور مادر از نظر احتمال زایمان زودرس

## حمایت تنفسی مادران باردار

- بایستی  $SPaO_2 \geq 95\%$  و  $PaO_2 > 70\text{mmHg}$  حفظ شود.
- با پایدار شدن شرایط مادر  $SPaO_2 = 92-95\%$  مناسب است (WHO).
- عوارض شایع شامل نارسایی حاد کلیه، افزایش آنزیم های کبدی، آسیب قلبی (کاردیومیوپاتی، پریکاردیت، افیوژن پریکارد، آریتمی، مرگ ناگهانی قلبی) است.
- در صورت وجود اندیکاسیون پرون در  $< 24$  هفته: قرار دادن بالش بالا و پایین رحم
- در صورت وجود اندیکاسیون استراتژیهای ECMO، قابل انجام است؟.

# مراقبت مامایی:

- در موارد ابتلای قطعی ، ۱۴ روز پس از بهبود علائم یا ترخیص، جهت بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک و احتمال IUGR ، سونوگرافی انجام می شود. ( NST و BPP طبق راهنمای کشوری)
- در موارد عفونت کووید در سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم، سونوگرافی سلامت جنین با جزییات در ۱۸-۲۳ هفته توصیه می شود و در صورت وجود تب ، اکوی قلب جنین انجام شود



# زمان ختم بارداری در زنان مبتلا: بیماری غیر شدید

• کووید -۱۹ غیر شدید، اندیکاسیون ختم بارداری ندارد

• در بارداری پره ترم که اندیکاسیون طبی یا مامایی ختم بارداری وجود ندارد، زمان ختم بر اساس دستور عمل های سلامت مادران تعیین شود.

• نکته: در صورت سن بارداری ۳۹ هفته یا بیشتر زایمان می تواند به کاهش خطرات در صورت بدتر شدن وضعیت مادر کمک کند.

# زمان ختم بارداری در زنان مبتلا: بیماری شدید / بحرانی

• زمان زایمان بر اساس شرایط فردی تعیین می شود.

✓ در مادران بستری که پنومونی دارند ولی اینتوبه نیستند، **بعضی** ختم بارداری بعد از هفته ۳۲-۳۴ بارداری را اگر حال مادر رو به بدتر شدن باشد، توصیه می کنند.

✓ در مادران باردار اینتوبه با وضعیت بحرانی: بعد از ۳۲-۳۴ هفته در صورت نارسایی تنفسی هیپوکسمی مقاوم به درمان یا وضعیت بحرانی رو به بدتر شدن، توصیه به ختم بارداری می شود.

✓ در فاصله بین وایابلیتی و کمتر از ۳۲ هفته، تا زمانی که شرایط مادر تثبیت یا رو به بهبود باشد، حمایت مادر با مونیتورینگ جنینی ادامه می یابد.

## روش زایمان در مادر مبتلا/ مشکوک به کووید - ۱۹ (اتاق با فشار منفی و با ماسک طبی)

- آنالژزی نورآکزیال ممنوع نیست (کاهش استرس قلبی ریوی ناشی از درد و اضطراب و کاهش احتمال انتقال بیماری)
- استفاده از نیتروس اکساید و آنالژزی با کنترل بیمار (خطر دپرسیون تنفسی) توصیه نمی شود
- لزوم استفاده از ماسک N95 توسط تیم درمان در اینتوباسیون / اکستوباسیون بیهوشی
- اینتوباسیون توسط ماهرترین فرد حاضر
- در موارد اینتوبه اگرچه میتوان اینداکشن کرد ولی نباید طولانی شود

## روند زایمان :منیزیم سولفات

در مورد استفاده از منیزیم سولفات به منظور پروفیلاکسی تشنج یا نوروپروتکشن جنینی ، بایستی به دلیل احتمال

دپرسیون تنفسی، بر اساس شرایط بیمار تصمیم گیری شود و مشورت با

پریناتولوژیست و فوق تخصص ریه یا ایتنسیویست (تیم متخصصین) توصیه می شود.

نکته: نارسایی کلیه- عدم تشخیص علامت دپرسیون تنفسی ناشی از مسمومیت سولفات در مادران زیر ونتیلاتور

در روند زایمان مانیتورینگ مداوم جنینی توصیه می شود

مصرف مایعات و حجم ادرار بایستی مانیتور شود

خودداری از هیدراسیون شدید ( خطر ادم ریوی ) حجم توتال مایعات  $75 \text{ ml/h}$  مناسب است

# روند زایمان

- دفع مدفوع و هشدار انتشار ویروس / محدودیت استفاده از توپ زایمان (انتقال ویروس) / استاندارد تماس با کانول بینی یا ماسک مادر.

- مدیریت زایمان طبق دستور عمل . تسریع مرحله دوم زایمان برای مادران خسته یا هیپوکسیک
- آمادگی برای مدیریت PPH احتمالی در مادران هیپوکسیک بعلت کاهش قدرت انقباض میومتر
- در صورت تائیکاردی مادر ، علاوه بر مشکلات قلبی ریوی ، از احتمال خونریزی مامایی و پارگی رحم غفلت نشود.

- ذخیره خون بند ناف ؟ با ملاحظات حفاظتی قابل انجام است .
- تاخیر کلامپ بند ناف ( ۳۰-۶۰ ثانیه ) قابل انجام است ، مگر نیاز به احیای نوزاد باشد.
- تماس پوست با پوست را در صورت تحمل مادر ، با رعایت استاندارد پوشش و بهداشت دستها می توان توصیه کرد.

## مدیریت پس از زایمان

در بیماران مرحله شدید /بحرانی استفاده از ترانس اگزامیک اسید و متیل ارگونوین توصیه نمی شود

تشخیص افتراقی کووید و تب نفاسی خصوصاً همراهی با علائم تنفسی و کاهش اکسیژناسیون

تمام نوزادان متولد از مادر مبتلا یا مشکوک تا اعلام نتیجه PCR، مشکوک تلقی شود (۲٪ مثبت)  
لزوم حضور تیم و تجهیزات احیای پیشرفته نوزاد در اتاق مجاور مادر زائو با امکانات حفاظتی و یا حداقل با دو متر فاصله و ترجیحاً پرده پلاستیک شفاف بین مادر و نوزاد باشد.  
نوزاد در صورت پایدار بودن ، ضمن پیشگیری از هیپوترمی ، شسته شود

## مدیریت پس از زایمان

### ❖ پروفیلاکسی ترومبوآمبولی وریدی پس از زایمان :

✓ در بیمارانی که قبل از زایمان پروفیلاکسی را دریافت نکرده اند ، در صورتی که بدون علامت و یا دارای علائم خفیف ابتلا باشند و زایمان بدون مشکل باشد و بر اساس دستور عمل ها اندیکاسیون تجویز پروفیلاکسی را ندارد، لزومی بر تجویز نیست .

✓ در سایر موارد ( بیماری متوسط /شدید یا بحرانی ) که پروفیلاکسی را از قبل از زایمان دریافت میکردند، در صورت تداوم اندیکاسیون پروفیلاکسی ،بی حرکتی، جراحی اخیر ، توصیه میشود پروفیلاکسی ادامه یابد .



## مدیریت پس از زایمان

✓ برای بیماران با ابتلای خفیف، چک علائم حیاتی، مایعات مصرفی و دفعی و ثبت آن هر ۴ ساعت لازم است.

• برای بیماران با بیماری متوسط: پالس اکسیمتری مداوم در ۲۴ ساعت اول زایمان تا بهبود علائم و بر اساس شرایط بیمار آزمایشات خاص و بررسی های رادیولوژیک انجام شود.

• برای بیماری شدید/بحرانی: مونیتورینگ در ICU و انجام بررسی های آزمایشگاهی / رادیولوژیک بر اساس شرایط مادر لازم است.

## واکسیناسیون

• ممنوعیتی برای واکسن در 12 هفته اول بارداری نیست

• اگر دوز اول قبل بارداری برکت یا بهارات بوده ، نوبت دوم سینوفارم زده شود

• اگر دوز اول استرازنیکا بوده دوز دوم 2 ماه بعد تزریق شود

• اگر نوبت اول قبل بارداری اسپوتنیک یا استرازنیکا بوده ، نوبت دوم استرازنیکا توصیه میشود

• اگر واکسن قبل بارداری جانسون بوده ، نیازی به دوز دوم نیست چون جانسون تک دوز است

• حداکثر زمان بین دو نوبت معلوم نیست ولی در اولین فرصت مقرر دوز دوم تزریق شود

• دوز بوستر طبق دستور وزارت/اگر دو دوز قبل بارداری اسپوتنیک بوده دوز بوستر در بارداری استرازنیکا توصیه میشود

- اگر با استرازنیکا در بارداری ترومبوز ایجاد شده، دوز دوم سینوفارم باشد
- اخذ رضایت کتبی برای استرازنیکا فقط در صورت درخواست مادر برای دوز اول در بارداری است
- در حضور ترومبوسیتوپنی شدید تزریق باید با احتیاط و عمقی باشد
- در مادران پرخطر طبق بند 10 ابلاغیه وزارتی، سینوفارم توصیه میشود

- مراقب باشیم ایجاد شبهه در ذهن مادر و یا عدم یادآوری واکسیناسیونی که وزارت بهداشت ابلاغ کرده است، میتواند پیگرد قانونی داشته باشد.
- اختلاف مورتالیتی بین واکسینه ها و غیرواکسینه ها ، هرگونه تشکیکی را نابخشودنی میکند
- ضامن دستورالعمل ها و ابلاغیه های وزارتی در سراسر ایران ، وزارت بهداشت است و نه پزشکان

با تشكر

