

راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت مادران

عنوان و پدیدآور	راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر/ نویسندگان گروه مؤلفین: [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.
مشخصات نشر	تهران: چارسوی هنر، ۱۳۸۵.
مشخصات ظاهری	۲۴۰ ص. : جدول، نمودار.
شابک	964-96856-4-2
یادداشت	فیبیا :
یادداشت	کتابنامه : ص. ۲۴۰.
موضوع	مادر -- خدمات پزشکی.
موضوع	مراقبت‌های پس از زایمان.
موضوع	مراقبت‌های پیش از زایمان.
شناخته‌شده	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران.
رده‌بندی کنگره	RG ۹۴۰/۷
رده‌بندی دیویی	۶۱۳/۰۴۷۴۴
شماره کتابخانه ملی	۳۸۵-۴۳۶۰۴ م



راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار مادر تألیف: گروه مؤلفین

ناشر : چارسوی هنر
 چاپ اول : ۱۳۸۵
 شمارگان : ۱۴۰۰۰
 طراحی و صفحه‌آرایی: چارسو گرافیک (معصومه ششدهی)
 لیتوگرافی : سایان گرافیک/ چاپ متن: آزاده
 چاپ جلد: داد / صحافی : فاروس
 شابک: ۲-۴-۹۶۸۵۶-۹۴۶

آدرس : تهران، ضلع شمال غرب پل سیدخندان، خیابان شقایق، شماره ۳۸.
 کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

تهیه کنندگان مجموعه

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

- آرم، دکتر شهزاد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- اکبریان، دکتر عبدالرسول، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- برکاتی، دکتر سیاحمد، متخصص کودکان، کارشناس اداره نوزادان
- بصیر، دکتر فاطمه مهتا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بهنیا، دکتر حمید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- جهانیان، دکتر منیره، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- چاپچیان، دکتر شهلا، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
- حیدرزاده، دکتر محمد فوق تخصص نوزادان، رئیس اداره نوزادان
- خشبی، دکتر فاطمه، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- رازی، دکتر تقی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
- سیاح ملی، دکتر سیده، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- صراف، دکتر زهرا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- عبدالعلی فرد، دکتر صدیقه، 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
- قهری، دکتر عطاءالله، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- کدیور، دکتر ملیحه، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کریم زاده سیمیری، دکتر محمد علی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی بزد
- محجویی، دکتر مرجان، دانشکده پزشکی دانشگاه اراک
- محقق، دکتر پریسا، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
- منتضیان، 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
- نبوی، دکتر فاطمه سادات، فوق تخصص نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

گروه بری ناناژوری از اعضای کمیته اعتلای سلامت مادران نیز هستند.

➤ گروه نیهوشی

- آگاه، دکتر مهوش، متخصص نیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- عموشاهی، دکتر علی، متخصص نیهوشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- فریدی، دکتر نسرن، متخصص نیهوشی 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، بهجت، کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- چغری، دکتر نوشین، متخصص زنان و زایمان
- چلبوند بوران، کارشناس بهداشت عمومی
- چنگیزی، دکتر نسرن، متخصص زنان و زایمان
- حجازی، معینده، کارشناس مامایی
- راندهیوان، لاله، کارشناس مامایی
- رحیمی، سوسن، کارشناس مامایی
- عازمی خواه، دکتر آرش، رئیس اداره سلامت مادران
- والا فر، شهزاد، کارشناس مامایی
- هادی پور، جهمی، لایلا، کارشناس ارشد مامایی
- یمانی، دکتر سید تقی، کارشناس دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر بهرام دلایور، متخصص کودکان
- دکتر محمد اسماعیل مطلق، متخصص کودکان

➤ با تشکر از همکاری :

- اعضای محترم گروه پریناتالوژیست دانشگاه علوم پزشکی تهران
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی سلامت مادران
- اعضای محترم انجمن پزشکان نوزادان ایران
- اعضای محترم گروه نیهوشی
- دکتر شیرین کاویانپور، متخصص زنان و زایمان
- دکتر فریبا نبی، متخصص زنان و زایمان (مانند مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان)
- دکتر عباس حبیب الهی، متخصص کودکان
- دکتر ناصر اصفهلیان، متخصص کودکان
- مضمومه شاه محسنی، کارشناس مامایی

➤ اعضای گروه پریناتالوژی (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 ابوالطوب
- جمال، دکتر اشرف السادات
- خنلوش زاده، دکتر صدیقه
- خنلوردوست، دکتر صغری
- رحیمی شبراف، دکتر فاطمه
- مروضی، دکتر وحیده
- نیرووش، دکتر نسرن

فهرست مطالب

۶۰	تست‌های بررسی سلامت چین - مایتوبریک الکترونیکی قلب چین ..	۷	مقدمه
۶۱	تست‌های بررسی سلامت چین - OCT	۱۹	آشنایی با مجموعه
۶۲	تنگی نفس	۲۳	بخش پیش از بارداری و بارداری
۶۴	تبوع و استفراغ	۲۷	جدول مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری
۶۷	حاملگی Post term	۲۹	راه‌نمای مراقبت‌های پیش از بارداری
۶۹	حاملگی چند قلبی	۳۰	راه‌نمای مراقبت‌های معمول بارداری
۷۲	حاملگی خارج از رحم	۳۱	مراقبت‌های ویژه بارداری
۷۴	خارش	۳۳	اختلال هوشیاری و تشنج
۷۶	خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)	۳۴	ادم
۷۹	خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)	۳۶	آبله مرغان
۸۲	درد شکمی (نیمه اول بارداری)	۳۸	انمی
۸۴	درد شکمی (نیمه دوم بارداری)	۳۹	بیماری قلبی (قبل و حین بارداری)
۸۷	درمان ضد انعقادی با هپارین	۴۰	پارگی زودرس کیسه آب
۸۹	دلبت قبل و حین بارداری	۴۴	پره اکلامپسی
۹۲	رحم بزرگتر از سن حاملگی	۴۷	پره اکلامپسی شدید - اکلامپسی - HELLP
۹۴	رحم کوچکتر از سن حاملگی	۵۰	پرولاپس بند ناف
۹۷	سرخچه	۵۱	پلی هیدرامنیوس
۹۸	سقط عفونی	۵۴	تب
۱۰۱	شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون	۵۶	تروما
۱۰۴	عفونت‌های ادراری	۵۸	تست‌های بررسی سلامت چین - بررسی بیوفیزیکال پروفایل
۱۰۷	فشارخون بالا		
۱۰۹	فشارخون مزمن		
۱۱۲	کاهش حرکت جنین		
۱۱۴	کیست تخمدان		
۱۱۶	گرفتاری پوسپی		
۱۱۸	مول		
۱۲۱	IUFD		
۱۲۳	STI		

- مراقبت‌های ویژه پس از زایمان ۱۹۱
- تب ۱۹۲
- خونریزی ۱۹۵
- پیوست ۱۹۹
- پیوست ۱: شرح وظایف افراد بر اساس الگوریتم‌ها
- پیوست ۲: لیست داروهای مورد نیاز در بیمارستان ۲۰۳
- پیوست ۳: لیست آزمایش‌های مورد نیاز در بیمارستان ۲۰۴
- پیوست ۴: لیست تجهیزات مورد نیاز در بیمارستان ۲۰۵
- پیوست ۵: فرم‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان ۲۰۶
- پیوست ۶: نحوه تکمیل فرم‌های مراقبت دوران بارداری.
- زایمان، پس از زایمان ۲۲۰
- منابع ۲۴۰

- سایر موارد خطر در بارداری قلبی ۱۳۴
- بیماری و ناهنجاری‌ها ۱۳۶
- سوابق بارداری و زایمان ۱۳۰
- مشاوره و توصیه‌های تنظیم خانواده ۱۳۳
- مکمل‌های دارویی ۱۳۳
- داروهای روان‌پزشکی در بارداری ۱۳۳

بخش زایمان ۱۳۵

- اداره زایمان طبیعی ۱۳۹
- فرم پارِتوگراف ۱۴۸
- زایمان بی‌درد ۱۵۳
- رژیم‌تول ۱۵۵
- ◆ اپیدوریال ۱۵۸
- ◆ اسپینال ۱۶۲
- ◆ اسپینال - اپیدوریال ۱۶۵
- ◆ پاراسرویکال ۱۶۶
- ◆ پودندال ۱۶۶
- غیر رژیم‌تول ۱۶۶
- ◆ بی‌دردی استنشاقی ۱۶۶
- ◆ داروهای وریدی ۱۶۹
- مراقبت‌های ویژه زایمان ۱۷۱
- القای زایمان ۱۷۳
- بیماری قلبی حین زایمان ۱۷۵
- ◆ SBE پروفیلاکسی ۱۷۶
- زایمان چند قلوئی ۱۷۷
- دیستوتی شانه ۱۷۹
- زایمان زودرس ۱۸۰
- ◆ توکولیتیک ۱۸۲
- عدم خروج کامل جنین ۱۸۳
- نمایش غیر سفالیک ۱۸۵
- وارونگی رحم ۱۸۶

بخش پس از زایمان ۱۸۷

- جدول مراقبت‌های پس از زایمان ۱۸۹
- راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان ۱۹۰

مقدمه

نهضت بیمارستان‌های دوستدار مادر

مقدمه و تاریخچه:

از ابتدای سال ۱۳۷۸ تلاش برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به مادران در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت. این تلاش با استانداردسازی مراقبت‌های روتین و ویژه به مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان در سطوح خارج بیمارستانی برای غیر پزشکان و پزشکان عمومی طی ۴ سال به انجام رسید. 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 به شکلی برنامه‌ریزی نمایند که برنامه مراقبت‌های ادغام یافته مادری اینم تا پایان سال ۱۳۷۸ به کلیه شهرستان‌های کشور تعمیم یابد.

همزمان با استانداردسازی خدمات خارج بیمارستانی و به دنبال بررسی پرسشنامه‌های نظام جمع آوری اطلاعات مرگ و میر مادران که از سال ۱۳۷۶ پس از انجام مطالعه *RAMOS* در کشور اجرا می‌شد به این نتیجه رسیدیم که روال جمع آوری اطلاعات باید تبدیل به یک نظام مراقبت (*surveillance system*)، برای جمع آوری اطلاعات مرگ، شناسایی عوامل قابل اجتناب در هر مرگ و طراحی مداخله‌های ضروری برای پیشگیری از وقوع مرگ‌های مشابه گردد. طراحی و آزمون میانی چنین نظامی در سال ۱۳۷۹ انجام شد 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 نشان از درصد بالای *miss-management* و *malpractice* به عنوان علت اصلی مرگ مادران به خصوص در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی می‌داد. از سوی دیگر نتایج مطالعه *DHS** که در سال ۱۳۷۹ در کشور اجرا شده بود و در سال ۱۳۸۰ نتایج اولیه آن منتشر گردید، نشان می‌داد که ۸۵ 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 (ه تا ۱۵ درصد) است. بررسی علل این میزان بالا حاکی از وجود تعامل عوامل متعددی بود که طی بیش از ۴ دهه یک اثر افزایشی ایجاد کرده و باعث شمول عمومی چه در بین مردم و چه در بین ارائه دهندگان خدمت به انجام سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی گشته است. از طرفی مقایسه کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در بخش‌های ماماگی 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 نشان‌دهنده یکسان نبودن کیفیت خدمات ارائه شده در مناطق مختلف کشور داشت. لذا لزوم اتخاذ سیاست‌ها و راهکارهایی که منجر به تحول در کیفیت و کمیت خدمات ماماگی و زایمان در بیمارستان‌ها و سطوح تخصصی کشور گردد منطقی بود.

برای آنکه از تجربیات جهانی در این زمینه بهره گرفته شود در سال ۱۳۸۱ مطالعه بیمارستان دوستدار مادر و خدمات سلامت‌محلی دوستدار بررسی این تجربه‌ها در زمینه کاهش مشکلات پیشگفت ما را با مفهوم بیمارستان دوستدار مادر و خدمات سلامت‌محلی 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 مفهومی که در کشور ما 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 اجرای جهانی داشته است اما براساس شرایط و نیازهای کشور اقتباس، تطبیق و بازنگری شده است.

* Demographic and Health Surve.

*** Mother Friendly Hospital, Mother Friendly Health Services.

از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی محتوای رایج 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 الف) بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، ب) کاهش هزینه‌های غیر ضروری و پ) احترام بیش از پیش به حقوق مادران و نوزادان بود.

در ابتدا گروهی متشکل از ۹ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران که فلو شیب پریناتولوژی بودند تشکیل شد و حدود یک سال طراحی محتوای کلاس‌های آمادگی برای زایمان در مدت حدود یکسال (تا بهمن ماه ۱۳۸۲) پروتکل‌های اولیه را تدوین نمودند. در اسفند ماه ۱۳۸۲ جلسه‌ای 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 تخصص‌های نوزادان برجسته کشور، ۵ نفر از متخصصین بیوشیمی منتخب و تعدادی از نمایندگان مامایی کشور تحت عنوان کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران با هدف بررسی دقیق و علمی پروتکل‌های تهیه شده، تشکیل شد. در این جلسه یک نسخه از هر آنچه آماده شده بود به شرکت کنندگان ارایه شد و از آنان خواسته شد طی مدت ۲ ماه نظرات مکتوب خود را برای اداره سلامت مادران ارسال نمایند تا پس از بررسی و طبقه بندی نظرات، جلسات مرتب کمیته برای توافق در موارد اختلاف و اعمال نظرات علمی از ابتدای تابستان تا پایان سال ۱۳۸۳ تشکیل گردد و پروتکل‌ها برای نهایی سازی، چاپ و اجرای آزمایشی در بیمارستان‌های کشور طی نیمه دوم سال ۱۳۸۴ آماده گردد. متأسفانه به علت مشغله کاری اساتید دریافت نظرات ۶ ماه به طول انجامید و در اواخر تابستان ۱۳۸۴ جلسات مشترک کمیته مشورتی اعتلای سلامت مادران آغاز و تا بهار سال ۱۳۸۴ طی حدود ۲۰ جلسه بحث و بررسی، نظرات شرکت‌کنندگان در مورد محتوای پروتکل‌ها اخذ گردید. نتایج نشان داد که فرمت رایج پروتکل‌ها باید تغییر کند و در صورت امکان از ۳ رنگ قرمز، زرد و سبز (همانند پروتکل‌های خارج بیمارستانی) برای تمایز موارد پرخطر از موارد کم‌خطر استفاده گردد. در عین حال که حسب نظر اساتید شرکت‌کننده، محتوا نیز نیازمند اصلاح و کامل شدن بود. روند تغییر فرمت و اصلاح محتوا ۶ ماه به طول انجامید و در این بین هر زمان که لازم بود جلساتی با منتخبین کمیته مشورتی برگزار می‌شد تا ابهامات احتمالی برطرف گردد. در زمستان سال ۱۳۸۴، محتوا برای چاپ آماده شد و با توجه به محتوای پروژه مشترک با صندوق جمعیت سازمان ملل متحد مقرر شد که هزینه‌های چاپ نسخه اول توسط آن سازمان تامین و نسبت به عقد قرارداد با چاپخانه اقدام گردد که مراحل قانونی آن نیز در بهمن ماه ۱۳۸۴ انجام شد و پس از انتخاب چاپخانه نسبت به عقد قرارداد اقدام گردید. متأسفانه تنها دو هفته پس از عقد قرارداد به علت فشارهای انجمن پزشکان نوزادان کشور و تأکید آنان بر مقدم بودن انجام سطح بندی خدمات پریناتال بیمارستانی بر تدوین و چاپ پروتکل‌های بیمارستانی جهت کاهش مرگ نوزادان و مادران کشور به دستور مدیران ارشد وزارت بهداشت روند چاپ تا مرداد ماه ۱۳۸۵ متوقف گردید. در طی این مدت اداره سلامت مادران به صورت فعال برگیر برگزاری جلسات کمیته کشوری اعتلای سلامت مادران و نوزادان با هدف تدوین الگوی سطح بندی خدمات پریناتال بیمارستانی شد. در مرداد ماه ۱۳۸۵ اداره سلامت مادران به این نتیجه رسید که تعیین و تدوین متدولوژی سطح بندی خدمات بیمارستانی تنها با حضور متخصصین بالینی ممکن نیست و لازم است گروهی متدولوژیست (تکنرای سیاست گذاری در سلامت، دکترای مدیریت خدمات سلامتی، اپیدمیولوژیست، اقتصاد سلامت و ...) به تیم اصلی اضافه شده تا مبنای سطح بندی به شکلی علمی طراحی و نقشه سطح بندی خدمات پریناتال بیمارستانی برای تمامی استان‌های کشور تدوین گردد. پس از مطرح کردن این موضوع با جناب آقای دکتر علویان و ذکر این نکته که بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی جهت کاهش مرگ مادران ناشی از خطاهای پزشکی در صورت بروز عوارض بارداری و زایمان صورت گرفته است، و به دستور ایشان مجدداً صفحه آرائی مجموعه‌ها آغاز گردید. در مهرماه ۱۳۸۵ در حالی که کار صفحه آرائی شده بود و برای چاپ آماده می گردید، طی شناسایی با پریناتولوژیست‌های ایران مقرر شد که جلسات فوری و مشترکی با حضور متخصصین زنان و زایمان و متخصصین نوزادان کشور گذاشته شود تا متن تهیه شده در بیش از ۱۰ سال قبل با کتب مرجع چاپ جدید مطابقت داده شده و در صورتی که نیازمند روز آمد شدن باشد، تغییرات ضروری اعمال گردد. این جلسات در نیمه دوم آبانماه ۱۳۸۵ برگزار گردید و تغییرات و توافق حاصل شده مجدداً به چاپخانه داده شد تا در چاپ اول حدالمقدور اعمال گردد. امید می‌رود که تا بهمن ماه ۱۳۸۵ کتاب حاضر چاپ گردیده و آماده ارایه به دانشگاه های علوم پزشکی کشور گردد.

مجموعه حاضر اولین تلاش رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای تدوین راهنماهای بالینی ارایه خدمات بیمارستانی در چنین حجمی است. برای آنکه این مجموعه مبتنی بر شواهد (*evidence-based*) گردد، باید مطالعات تعیین اثربخشی و کارآیی برای آن در بیمارستان‌های کشور اجرا گردیده و براساس نتایج به دست آمده نسبت به اصلاح محتوا و تجدید چاپ آن طی ۲ سال آینده اقدام گردد. تحقق در محتوای این مجموعه نشان می‌دهد که از آن به عنوان یک مرجع بالینی سریع (*quick reference*) برای متخصصین و دستیاران زنان و زایمان در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی می‌توان استفاده نمود. اداره سلامت مادران اذعان دارد که نظرات صائب و علمی تمامی اساتید کشور به اصلاح این چاپ کمک خواهد نمود.

ضرورت تدوین راهنماهای بالینی در نظام ارایه خدمات

راهنماهای بالینی به دو منظور تدوین می‌گردد:

بهبود کیفیت خدمات و افزایش اثربخشی

کاهش هزینه‌های خدمات و اجتناب از گران شدن غیرضروری خدمات که پوشش آنها را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

به عبارتی تدوین راهنماهای بالینی باعث کارآیی فنی (*Technical Efficiency*) می‌گردد. امروزه نظام‌های ارایه خدمات در کشورهای توسعه یافته بدون وجود راهنماهای بالینی تدوین شده توسط مراجع علمی و مورد تأیید سازمان‌هایی که بر سلامت حاکمیت دارند، امکان نظارت و تنظیم بازار سلامت در بخش‌های بالینی را نداشته و در بسیاری از کشورها اجرای گایدلاین‌های بالینی، مرجع پرداخت به ارایه دهندگان خدمات و یا بررسی فعالیت آنان در مجامع قضایی است. هم چنین تأیید بسیاری از سازمان‌های ارایه دهنده خدمت منوط به ارایه خدمات مبتنی بر گایدلاین‌های رسمی است و نظام‌های کنترل و بهبود کیفیت، ارایه خدمات مبتنی بر استانداردهای ارایه شده در راهنماهای بالینی رسمی را مرجع تأیید یا رد کیفیت خدمات می‌دانند. به عبارتی برخورداری از راهنماهای بالینی یکی از اصول تضمین کیفیت خدمات بالینی است.

یک راهنمای مفید بالینی باید دو نیاز را برآورده کند، اول (باید اطلاعاتی را به پزشک دهد که چگونه نتیجه به‌یابی‌آمد یک روش درمانی توصیه شده یا خصوصیات متفاوت بیماران تغییر می‌کند و ب) بی‌آمد باید به گونه‌ای ارایه گردد که رجحان بیمار برای انتخاب آن در نظر گرفته شود. راهنماهای بالینی انواع مختلفی دارند و بسته به اینکه با چه درجه‌ای دو نیاز بالا را برآورده می‌کنند متفاوت هستند.

شایع‌ترین راهنماها بخش اداره یا مدیریت بیماری در کتاب‌های مرجع بالینی است. گرچه در این کتاب‌ها امکان استفاده از روش‌های جایگزین در تشخیص یا درمان و برای تصمیم‌گیری بالینی ارایه شده‌اند یا عباراتی که خط اول تشخیص و درمان باشند این کتاب‌ها برای پاسخ به دو نیاز بالا نوشته نشده‌اند.

نوع دیگر راهنماهای بالینی الگوریتم‌های بالینی یا پروتکل‌های ارایه خدمت هستند. یک الگوریتم بالینی شامل سوالات ساختاریافته یا سازماندهی شده ترتیب‌دار و اقدامات پیشنهادی برای پاسخ به این سوالات است. به این الگوریتم‌ها بسته به شکل تهیه، پروتکل‌های بالینی مسیرهای بالینی یا فلوجارت هم گفته می‌شود. در این راهنماها بیماران به زیر گروه‌هایی براساس ویژگی‌هایی همانند شدت بیماری، آلرژی بیماری‌های دیگر و ... تقسیم شده و سپس ترتیبی از اقدامات شامل ارزیابی‌های تشخیصی یا درمانی برای هر گروه ارایه می‌گردد. این الگوریتم‌ها معمولاً به شکل فرآیندی از سوالات و اقدامات ارایه می‌شوند.

الگوریتم‌های به طرق مختلفی طراحی و تدوین می‌گردند. از استفاده از نظرات و توصیه‌های فردی کارشناسان یا کمیته‌های گایدلاین‌نویسی بیمارستان گرفته تا توافق در کمیته‌های مشورتی و علمی در سطح ملی (*National consensus*).

فرایند طراحی ممکن است رسمی یا غیر رسمی باشد. الگوریتم‌های بالینی به خصوص زمانی که نیاز به تصمیم‌گیری سریع و دقیق است و ترجیح بیمار برای انتخاب نوع تشخیص یا درمان اهمیت نداشته باشد، کمک‌کننده است.

اهداف، اصول و اقدامات بیمارستان‌های دوستدار مادر

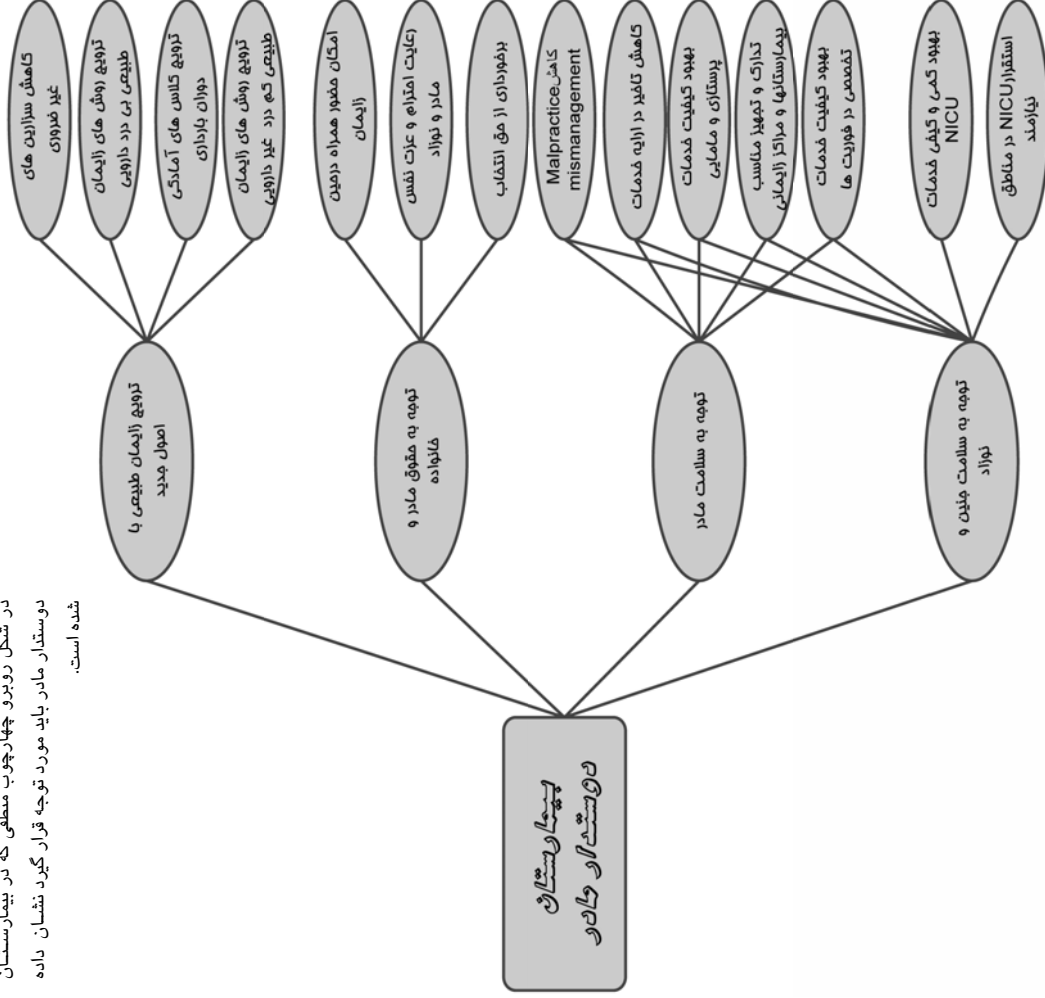
اصطلاح خدمات دوستدار مادر یا بیمارستان‌های دوستدار مادر در دهه ۱۹۹۰ میلادی در جهان رواج یافته است. در سال ۱۹۹۶ ائتلافی امریکا تحت عنوان (*Coalition for Improving Maternity Services*) نشان می‌دهد که فعالیت‌های آنان از سال ۲۰۰۱ جدی شده است. در این رساله بررسی سایت این سازمان www.motherfriendly.org نشان می‌دهد که فعالیت‌های آنان از سال ۲۰۰۱ جدی شده است. در این سایت نظرات خود را در مورد اصول و اقدامات بیمارستان‌های دوستدار مادر ارایه کرده‌اند و سازمان‌های ملی و بین‌المللی را به همکاری دعوت می‌نمایند. در کنار این تلاش‌ها در سال ۱۹۹۹ اجلاس در مکزیک برگزار شد که طی آن ۱۶ کشور شرکت‌کننده گزارش‌های خود را در راستای استقرار خدمات دوستدار مادر ارائه نمودند. بررسی گزارش‌های ارایه شده در اجلاس نشان می‌دهد که حرکت‌های انجام گرفته در کشورها هنوز منجر به یک تحول جدی در ارایه خدمات با توجه به اصول و فلسفه ارایه 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 اعتلای خدمات بیمارستانی مرتبط دارد استفاده نماید. در این طرح احداث بیمارستان‌های جدید مدنظر نبوده بلکه اصلاح روش کارها و تغییر محتوای آرایه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش‌های موجود زایمان و مامایی بیمارستان‌های فعلی کشور مد نظر است به گونه‌ای که:

۱. زایمان طبیعی کم‌درد یا بی‌درد با استفاده از کلیه روش‌های دارویی و غیردارویی علمی و بی‌عارضه ترویج و خدمات مورد نیاز در این راستا به شکلی مطلوب ارائه گردد.
۲. خدمات بیمارستانی در فوریت‌ها و اورژانس‌های ماساژی 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 پیش و ارزشیابی آرایه خدمات برای اطمینان از تحقق آنچه باید انجام گیرد فراهم گردد.
۵. رضایت‌خاطر مادر و همراهان وی از خدمات بیمارستانی تأمین گردیده و در کنار سلامت جسمی به آرامش و سلامت روحی روانی مادر توجه گردد.

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

در شکل روبرو چهارچوب منطقی که در بیمارستان دوسنتار مادر باید مورد توجه قرار گیرد نشان داده شده است.



رسالت بیمارستان دواستار مادر:

ارايه يك الكوي جديد مراقبت به مادران به منظور آامين، حفظ و ارتقاي سلامت مادران و بهبود شرايط زايماي، توجه به رضايات مادران از خدمات ارايه شده و تلاش جهت منطقي كرن هزينه‌هاي تشخيصي و درماني.

اين الكوي دواستار مادر بايد منبتي بر شواهد (Evidence Based) بوده و در آن برنامه‌هاي پيشگيري و ارتقاي سلامت بر برنامه‌هاي پرهزينه تشخيصي و درماني ترجيح داده شود.

چشم انداز بيمارستان دواستار مادر:

بيمارستان دواستار مادر مكاني است كه در آن هرمادري، درهر زماني از بارداري، زايماي و تا 6 هفته پس از زايماي با هر وضعيتي از سلامتي مراجعه كرد خدمت اثر بخش و كارآمد دريافت كند به صورتي كه سلامت جنين و نوزاد او نيز در اين مكان آامين گرديده و اين حضور براي او خاطره‌اي خوشايند از فرآيند بارداري و زايماي باقي گذارد.

اهداف كلي بيمارستان دواستار مادر:

- کاهش مرگ و مير مادران و نوزادان بر اثر عوارض بارداري، زايماي و پس از زايماي

- کاهش موربيديتي ناشي از بارداري و زايماي در مادران و نوزادان

اهداف اختصاصي بيمارستان دواستار مادر:

- کاهش ميزان سزارين‌هاي غير ضروري،

- ترويج روش‌هاي مختلف زايماي طبيعي كمر در يا بي درد به گونه اي كه مادران حق انتخاب داشته باشند.

- بهبود كيفيت خدمات بيمارستاني در فوريته‌هاي مامائي و زايماي.

- کاهش تاخير در شروع درمان مادران در معرض خطر.

اصول بيمارستان دواستار مادر:

طبيعي بودن روند زايماي

- زايماي يك فرآيند طبيعي و سرشني است كه با حداقل مداخلات پزشكي بايد انجام پذيرد.

- مداخلات پزشكي بايد تنها درمواردى كه جان مادر يا جنين در خطر است، انجام شوند.

- مادر و نوزاد شعور فطري لازم براي شناخت زايماي و تولد را دارند.

- نوزادان موجوداتي حساس و آگاه از زمان تولد هستند و به همين علت بايد محترم شمرده شوند.

- تغذيه كورك با شير مادر حداكثر مواد مغذي را براي شيرخوار فراهم مي‌كند و بايد در اولين زمان ممكن پس از تولد آغاز گردد.

- امكان انجام زايماي به شكلي طبيعي در بيمارستان‌ها و مراكز زايماي بايد فراهم گردد.

- الكورهاي مامائي براي مراقبت‌هاي قبل و حين تولد كه موجب ترويج روند زايماي طبيعي و سلام و حمايت از آن مي‌گردد، براي اكثر مادران مناسب‌ترين روش‌هاي شناخته شده است.

توانمند سازي مادر

- اعتماد به نفس و توانايي يك زن براي انجام زايماي و نگهداري از كودكش تحت تاثير افزايندني كه از او مراقبت مي‌كنند و محيطي كه در آن

زايماي مي‌كند قرار دارد.

- مادر و كورك در طي بارداري، تولد و شيرخوارگي كاملاً به هم وابسته اند و اين وابستگي بسيار حياتي است و بايد محترم شمرده شود.

- بارداري، زايماي و دوره پس از زايماي نقطه عطفي در ادامه زندگي است. اين تجربه به طور عميقي زنان كودكان، پدران و خانواده‌ها را تحت تاثير قرار مي‌دهد و تاثير مهم و طولاني مدتي بر جامعه دارد.

آزادي عمل و استقلال

به هر زن بايد اين فرصت داده شود كه،

- در كنار خانواده‌هاش يك زايماي سالم و لذت بخش را صرف نظر از مسايل اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي تجربه كند.

در مراكز زايماياني احساس امنيت و آسايش كند و سلامت رواني، مسايل خصوصي و خواسته‌الهاي شخصي‌اش مورد احترام قرار گيرد.

- امكان دسترسي به تمامي روش‌هاي زايماي را براي خود و كودكش داشته باشد.

- دسترسی به اطلاعات دقیق درباره مزایا و معایب روش‌ها و اعمال پزشکی، داروها و آزمایش‌هایی که به او در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان پیشنهاد می‌گردد را 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 خودداری کند.
- برای انتخاب آگاهانه در مورد اینکه چه چیز برای او و کودکش براساس ارزش‌ها و اعتقاداتش بهتر است، مورد حمایت قرار گیرد.

انجام مداخلات براساس اندیکاسیون‌های مشخص و نه به صورت روتین

مداخلات نباید به صورت روتین در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان ارایه گردد. بسیاری از آزمایش‌های پزشکی، روش‌ها، فن‌آوری‌ها و داروها برای مادر و کودک ریسک دارند و در غیاب اندیکاسیون‌های مشخص علمی نباید ارایه گردد.
اگر عارضه‌ای در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بروز کرده، درمان‌های پزشکی باید مبتنی بر شواهد بوده و در اسرع وقت ارایه گردد.

مسئولیت‌پذیری

هر ارایه کننده خدمت مسئول کیفیت مراقبتی است که ارایه می‌کند.

ارایه خدمات بارداری و زایمان نباید مبتنی بر نیازهای ارایه‌دهنده خدمت باشد بلکه باید مبتنی بر نیازهای مادر و کودک باشد.

هر بیمارستان و واحد ارایه دهنده خدمت مسئول بررسی و ارزشیابی دوره‌های مبتنی بر یافته‌های علمی موجود در زمینه کیفیت و اثربخشی خدمات ارایه شده، ریسک‌ها و میزان استفاده از روش‌های بالینی است که به بیمارانش ارایه می‌دهد.

جامعه از طریق دولت و سایر سازمان‌های اجتماعی و مدنی مسئول اطمینان از دسترسی مردم به خدمات بارداری و زایمان و پایش کیفیت خدماتی است که در این راستا ارایه می‌گردد.

هر مادری مسئول انتخاب آگاهانه مراقبت‌هایی است که باید برای خود و کودکش ارایه گردد.

اصول فوق منجر به تدوین ۱۰ اقدام بیمارستان دوستدار مادر به شرح زیر گردیده است.

ده اقدام بیمارستان دوستدار مادر

یک بیمارستان یا مرکز زایمانی دوستدار مادر، مرکزی است که در آن:

مراقبت‌های روتین بارداری و پس از زایمان برای مادران مراجعه‌کننده فراهم بوده و مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه می‌گردد.

کلاس‌های آملگی برای زایمان در دوران بارداری فراهم بوده و به مادران و همراهان آنان مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی آموزش‌های لازم ارایه می‌گردد.

امکان ارایه روش‌های متنوع انجام زایمان طبیعی شامل طیف روش‌های بی‌دردی دارویی تا روش‌های کم‌درد غیر دارویی فراهم گردیده و چنانچه منع پزشکی برای هر روش وجود نداشته باشد، مادر آگاهانه روش انجام زایمان خود را انتخاب می‌نماید.

امکان ارایه خدمات مراقبتی بالینی و پاراکلینیکی در فورتی‌ها و اورژانس‌های مامایی و زایمان مطابق پروتکل‌های رسمی یا مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای مادران و نوزادان در معرض خطر در همان محل یا از طریق ارجاع مناسب و به موقع مادر فراهم شده باشد. این خدمات شامل: امکان تزریق خون، خدمات جراحی، آزمایش‌های پاراکلینیک، خدمات مراقبت ویژه برای مادران و نوزادان و ... می‌باشد.

مادران با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی خود طی فرآیندی رسمی در مورد روش‌هایی که برای آنان ارایه می‌شود اطلاعات کافی را کسب نموده و رضایت آنان علاوه بر رضایت همسرانشان برای اجرای روش‌های بالینی اخذ می‌گردد. همچنین ارایه هر روش با توجه به باورها و اعتقادات مذهبی و فرهنگی مادر صورت می‌گیرد.

شرایط برای حضور بیمارستانی بالاتر و پایین‌تر حتی سطوح خارج بیمارستانی به شکلی برقرار گردیده که پذیرش مادران از سطوح پایین‌تر

به راحتی انجام شده و ارجاع مادران به سطوح بالاتر در صورت نیاز به شکلی کارآمد و در زمان مناسب انجام می‌پذیرد. همچنین با ارایه پس‌خوراندن به سطوح پایین‌تر امکان پیگیری مادران نیازمند در سطح جامعه فراهم گردیده است.
در طی انجام زایمان طبیعی مادر باید امکان برخوردار شدن از شرایط زیر را داشته باشد:

الف. مادر در زمان لیبر تشویق به راه رفتن شود.

ب. مادر در صورتی که منع پزشکی نداشته باشد در هر وضعیتی که راحت‌تر است زایمان می‌کند و همه مادران را مجبور به انجام زایمان در وضعیت خوابیده به پشت (لیتوتومی) نمی‌نمایند.

ج. روش‌های زیر تنها در موارد دارای اندیکاسیون ارایه می‌گردد و از انجام روتین آنها خودداری می‌شود:

- اینداکشن
- ای‌زیاتومی
- رگ‌گیری
- منع مصرف غذا
- تراشیدن موهای ناحیه تناسلی
- استراحت مطلق

در طی مدت ۳ سال از اجرای اقدامات فوق شاخص‌های بی‌آمد بیمارستان به میزان‌های زیر برسد:

الف. میزان سزارین در بیمارستان‌های ریفرال به ۲۰ تا ۲۵ درصد و در بیمارستان‌های سطح اول به ۱۰ تا ۱۵ درصد کل زایمان‌های انجام شده در بیمارستان کاهش یابد.

ب. اینداکشن در کمتر از ۳۰ درصد کل زایمان‌های طبیعی بیمارستان انجام شود.

ج. ای‌زیاتومی در کمتر از ۳۰ درصد کل زایمان‌های طبیعی بیمارستان انجام شود.

د. روش‌های بی‌مردی دارویی یا کم‌مردی غیر دارویی حداقل در ۸۰ درصد موارد زایمان طبیعی ارایه گردد.
پایه‌سازی ۱۰ اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک مطابق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در آن انجام شده است.

نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی

مقدمه و بیان مسأله:

همانطور که گفته شد، کاهش مرگ مادران و نوزادان، از اهداف و سیاست‌های 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 بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی و خدمات پیش بیمارستانی در فوریت‌های مامایی و نوزادان است به همین علت توجه به کیفیت خدمات بیمارستانی و بهبود دسترسی به فوریت‌های مامایی و زایمان در بیمارستان‌ها و مراکز زایمانی باید یک استراتژی اصلی در جهت کاهش مرگ مادران باشد. اطلاعات به دست آمده از بررسی‌ها و داده‌های ثبتی هم‌چنین نشان می‌دهد که با توجه به انجام بیش از ۹۰ درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌ها و همچنین وقوع اکثر مرگ‌های نوزادان در بیمارستان‌های کشور به خصوص در نوزادان در معرض خطر، توجه به خدمات تخصصی و فوق تخصصی برای نوزادان کشور از اولویت‌های 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 تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که در کنار طراحی راهنماهای بالینی برای ارایه خدمات، تأمین و به کارگیری نیروهای ماهر و دلسوز به تعداد کافی، تجهیز بیمارستان‌ها به وسایل، داروها و آزمایش‌های مورد نیاز، سطح بندی خدمات پری‌ناتال (*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 می‌رسد جهت تحقق اهداف توسعه هزاره باید در کشور ما نیز به مورد اجرا گذاشته شود. انجمن پزشکان نوزادان کشور از ۳ سال قبل پس از انجام مطالعات کافی در زمینه کاهش مرگ نوزادان کشور، نسخه اولیه این طرح را به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه نمود که متأسفانه فعالیت جدی در این زمینه در سطح ستادی انجام نشد. از زمستان سال گذشته با استقرار مدیریت جدید در عرصه بهداشت و درمان کشور، طرح سطح‌بندی خدمات بیمارستانی در دستور کار دفتر سلامت خانواده و جمعیت قرار گرفت و با تشکیل کمیته اعتلای سلامت مادر و نوزاد در ستاد کشوری کار به صورت جدی و رسمی آغاز گردید. از آنجا که طراحی یک نظام سطح بندی برای خدمات بیمارستانی نیازمند برخورداری از علومی همچون سیاست گذاری در سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اپیدمیولوژی در کنار علوم بالینی است، اداره سلامت مادران پس از ۳ ماه نشست با کمیته کشوری اعتلای سلامت مادر و نوزاد به این نتیجه رسید که طراحی الگوی سطح بندی خدمات باید در قالب یک طرح پژوهشی اجرایی به مرکزی دانشگاهی و معتبر سفارش داده شود. این مهم با هماهنگی به عمل آمده با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های آن دانشگاه انجام گرفت و کار به صورت رسمی به آنان سفارش داده شد. امید می‌رود که تا پایان بهار سال ۱۳۸۰ نتایج اولیه طرح آماده و جهت برنامه‌ریزی برای پیاده‌سازی در کشور مورد استفاده قرار گیرد. در ادامه برای آشنایی اولیه یا مفاهیم پایه در سطح‌بندی خدمات توضیحاتی ارایه می‌گردد.

تعریف سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال عبارت است از طراحی یک شبکه هماهنگ ارایه خدمات پری‌ناتال که با هدف بهبود دسترسی و تضمین کیفیت خدمات به کارمندترین شکل ممکن انجام می‌شود. در فرآیند سطح‌بندی، خدمات سرپایی و بستری از سطوح غیر تخصصی تا فوق تخصصی تعریف و سطح‌بندی شده و شیوه ارتباط این سطوح با هم برای ارایه خدمات مشخص می‌گردد.

هدف کلی:

اعتلای سلامت مادران و نوزادان کشور

استراتژی:

طراحی شبکه هماهنگ ارایه خدمات ضروری پری‌ناتال در سطوح بیمارستانی در سطح کشور

اهداف اختصاصی سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

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 ارایه خدمات.
۳. بهبود کارایی 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 سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال:

۱. هدف اصلی از سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال، اعتلای سلامت مادر و نوزاد از طریق تسهیل دسترسی به واحدهای تخصصی ارائه‌دهنده 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 بهره‌مندی اثر بخش، کارا و نظام‌مند از خدمات مراقبتی مورد نیاز خود را داشته باشند.
۲. در راستای سیاست فوق‌الذکر و با تاکید مجدد در خصوص لزوم تلاش برای حفظ سلامت مادر و نوزاد (هر دو) 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 تفاوت‌های 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 مناطق مختلف کشور، نمی‌توان نسخه واحدی برای کل کشور تجویز کرد و باید با تکیه بر شناخت این تفاوت‌ها، متناسب با شرایط بومی نسبت به طراحی و پیاده‌سازی سطح‌بندی اقدام نمود.
۴. با توجه به لزوم استاندارد شدن خدمات و بهبود کیفیت آنها لازم است به منظور دسترسی به حداکثر *Technical efficiency*، برای کلیه سطوح پروتکل‌ها و راهنماهای استاندارد ارائه خدمات بالینی طراحی و ابلاغ شود.
۵. طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی مبتنی بر پروتکل‌ها و راهنمای‌های بالینی، بنوی و حین خدمت برای کلیه افرادی که قرار است به نحوی در هر یک از سطوح ارائه مراقبت‌های پری‌ناتال مشغول فعالیت باشند، الزامی است. البته جهت حرکت، ادغام این عناوین در کورس‌کولوم گروه‌های آموزشی مرتبط دانشگاهی کشور خواهد بود.
۶. سطوح ارائه خدمات مادر و نوزاد به دو بخش خارج و داخل بیمارستانی تفکیک می‌شود که در بخش خارج بیمارستانی مراقبت‌ها برای دو سطح غیر پزشکی (بهورز، کاربان بهداشت خانواده) و پزشکی 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 سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال، اقدام به اطلاع‌رسانی عمومی و آگاه‌سازی آحاد جامعه از حقوق خود در این نظام جدید از وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.
۸. نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال پس از گذراندن مرحله اجرای آزمایشی و رفع مشکلات و کاستی‌های 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 بیمارستان‌های کشور اقدام کرد.
۱۰. پس از طراحی نظام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال و نظام پایش و ارزشیابی آن، تدوین قوانین پیشنهادی به منظور نظام‌مند شدن ارائه خدمات و امکان پیشگیری از بروز تخلفات اقدامی مؤثر و ضروری به شمار می‌رود.
۱۱. با توجه به لزوم انتقال صحیح و سریع مادر و نوزاد در معرض خطر از سطوح پایین به سطوح تخصصی و بالاتر ارائه خدمت، طراحی نظام کارآمد انتقال مادر و نوزاد دارای اهمیت ویژه‌ای است.

۱۲. پیش بینی و تأمین منابع لازم (مالی و غیر مالی) برای اجرا و پیاده سازی نظام سطح‌بندی خدمات پری ناتال از تعهدات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است.
۱۳. هماهنگی با سازمان‌های بیه‌گر، تعیین تعرفه‌ها و تأثیر و ارتباط این نظام بر سیستم کارانه بیمارستان و دیگر نظام‌های تشویقی و تنبیهی موجود از الزامات تحقق سطح‌بندی است.

واحدهای موجود-ارایه دهنده خدمات زایمانی در کشور:

۱. مراکز تسهیلات زایمانی در مناطق روستایی یا مناطقی که به تازگی شهر شده‌اند اما امکانات روستایی دارند. زایمان توسط ماما انجام می‌شود و برای انتقال مادر و نوزاد آمبولانس به صورت ۲۴ ساعته وجود دارد. این مراکز در کنار مراکز بهداشتی درمانی روستایی ساخته شده‌اند و یک پزشک عمومی در مواقع اضطراری می‌تواند به کمک بیاید.
 ۲. بیمارستان‌های کمتر از ۱۰۰ تختخوابی در شهرهای کوچک که دارای بخش اصلی داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان، اطفال و اورژانس بوده و از هر کدام از تخصص‌های فوق حداقل یک متخصص به همراه متخصص بیهوشی دارند.
 ۳. زایشگاه‌های شهرهای کوچک که درمانی بوده و توسط ماماها و متخصصین زنان و زایمان غیر هیأت علمی به ارایه خدمات مشغولند. در این زایشگاه‌ها معمولاً متخصصین دیگری غیر از متخصصین اطفال و به صورت غیر مقیم حضور ندارند.
 ۴. زایشگاه‌های 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 ماماها شناخته شده و ممکن است دارای NICU باشند. عمدتاً بیمارستان‌های تک تخصصی هستند و فاقد امکانات CCU و ICU برای مادران در معرض خطر هستند.
 ۵. بیمارستان‌های چند تخصصی شهرهای بزرگ که در کنار بخش زنان و زایمان، تخصص‌های متنوع دیگری هم وجود دارد. این مراکز هم درمانی بوده و هم می‌توانند آموزشی باشند. از نظر بخش‌های NICU، CCU، متنوع بوده و بدون ضابطه خاصی برخی از این بخش‌ها در آنها فعال یا غیر فعال است.
 ۶. بیمارستان‌های خصوصی، خیریه، وابسته به سازمان‌ها یا وزارخانه‌های مختلف که عمدتاً ساختاری مشابه بیمارستان‌های گروه پنج دارند.
 ۷. بیمارستان‌های فوق تخصصی که به صورت موردی در برخی شهرهای بزرگ وجود دارند و به سبب حضور فوق تخصص‌های خاص در رشته‌های مختلف اقدام به راه‌اندازی واحدها یا خدمات فوق تخصصی نموده‌اند.
- بیمارستان‌های تک تخصصی کودکان در شهرهای بزرگ یا مراکز دانشگاهی که عمدتاً آموزشی بوده و بدون آنکه زایشگاه داشته باشند واحد NICU دارند.

واحدهای پیش‌بینی شده برای انجام سطح‌بندی خدمات پری‌ناتال بیمارستانی در صورتی که نقشه سطح‌بندی خدمات تهیه گردد:***

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

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

تعریف مرکز سطح اول (الف) ارایه خدمات

این مراکز یا بیمارستان‌های زیر ۱۰۰ تختخواب درمانی است که دارای حداقل ه تخصص جراحی، داخلی، زنان و زایمان، اطفال و بیهوشی است. اتاق عمل و بخش‌های بستری برای تخصص‌های فوق دارد. متخصصین در شیفت صبح در بیمارستان حضور دارند و در بقیه ساعات آنکال هستند. زایمان طبیعی بدون خطر، توسط ماما انجام می‌شود. انجام سزارین و زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می‌شود. امکان اعزام بیمار به بیمارستان‌های سطح دوم یا سوم از طریق آمبولانس بیمارستان وجود دارد. یا زایشگاه‌های 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 می‌شود. متخصص کودکان در یک شیفت حضور داشته، در بقیه ساعات آنکال است.

*** آنچه در این قسمت ارایه می‌گردد حاصل نشست‌های ارایانه است که با متخصصین بالینی کشور و پراساس 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 نجات‌دهنده 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
مراکزی 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 متخصصین حداقل در شیفت صبح در بیمارستان حضور داشته و در بقیه ساعات آنکال هستند. متخصص جراحی عمومی در ساعات آنکالی حداقل ظرف مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در دسترس خواهد بود. در بیمارستان‌های درمانی زایمان طبیعی بدون خطر طبیعی ماما، زایمان‌های در معرض خطر برای مادر یا نوزاد توسط متخصص زنان و زایمان انجام می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی زایمان طبیعی بدون خطر توسط 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 یا 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 یا 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
مراکزی که علاوه بر امکانات سطح دوم، مجهز به ICU پیشرفته و CCU و NICU و 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 و 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 بیوهوشی و متخصص کودکان دوره دیده و یا فلوئید 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 مختصراً 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 فلوئید نوزادان به همراهی فوق تخصص نوزادان و در بقیه شیفت‌ها تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان ویزیت می‌شود. نوزاد بدحال غیر اورژانسی توسط متخصص کودکان دوره دیده یا فلوئید نوزادان تحت نظر و با اطلاع فوق تخصص نوزادان ویزیت می‌شود. ویزیت نوزاد بلافاصله پس از تولد نیز مانند مورد اخیر انجام می‌گیرد یا 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 برای ادامه اقدامات لازم به سطوح پایین‌تر ارجاع داد.

آشنایی با مجموعه



این مجموعه با هدف استاندارد سازی خدمات تخصصی مامایی و زایمان تدوین و از سه بخش کلی بارداری، زایمان و پس از زایمان تشکیل شده است:

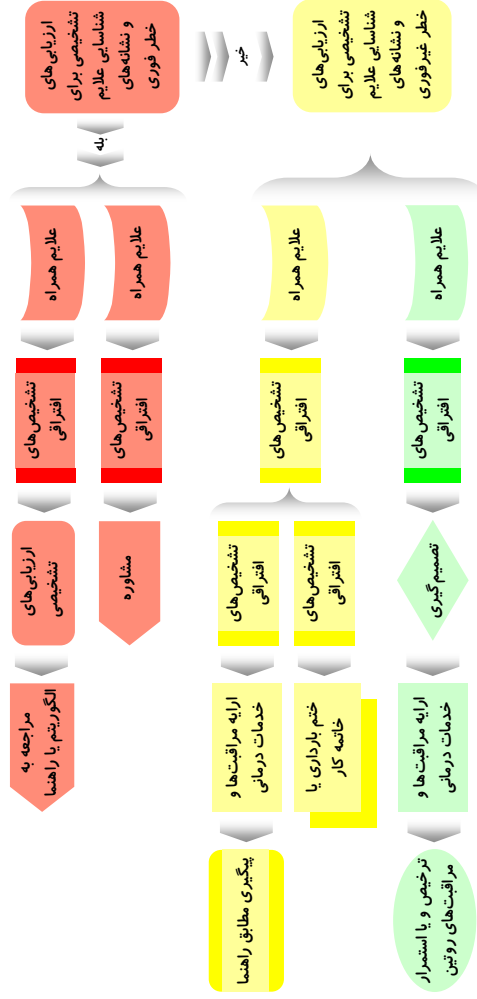
در هر بخش مراقبت های روتین و ویژه به تفکیک دیده شده است. به طور مثال بخش بارداری با جدول مراقبت های روتین پیش از بارداری و بارداری شروع می شود، ستون اول این جدول مربوط به مراقبت هایی است که لازم است برای خانمی که تصمیم به بارداری دارد انجام شود و در راهنمای آن نیز مختصر شرح داده شده است. ستون های بعد مربوط به دفعات و زمان مراقبت های بارداری است. اقداماتی مانند مصاحبه با مادر، معاینات بالینی لازم، آزمایش های مورد نیاز در که هر مراقبت با توجه به هفته بارداری انجام می شود مشخص شده است.

اکثر خانم هایی که خدمات روتین را دریافت می کنند، بارداری خود را به سلامت طی می کنند ولی گاهی با توجه به مراقبت انجام شده مواردی مشاهده می شود که نیازمند مراقبت ویژه است یا اینکه مادر با یک عارضه مشخص به بیمارستان ارجاع داده می شود. پروتکل های مراقبت های 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 روتین و ویژه حین زایمان به مبحثی تحت عنوان روشهای زایمان بی درد دارویی اشاره شده است. زایمان بی درد به دو دسته کلی غیر دارویی و دارویی تقسیم می شود. زایمان بی درد غیر دارویی در دوران بارداری طی کلاس هایی به مادران باردار آموزش داده می شود و مادر در زمان زایمان آموخته های خود را با کمک عامل زایمان دوره دیده به کار می گیرد. روش های زایمان بی درد دارویی نیز در حضور متخصصین بیهوشی انجام می شود که در این کتاب به آن اشاره شده است.

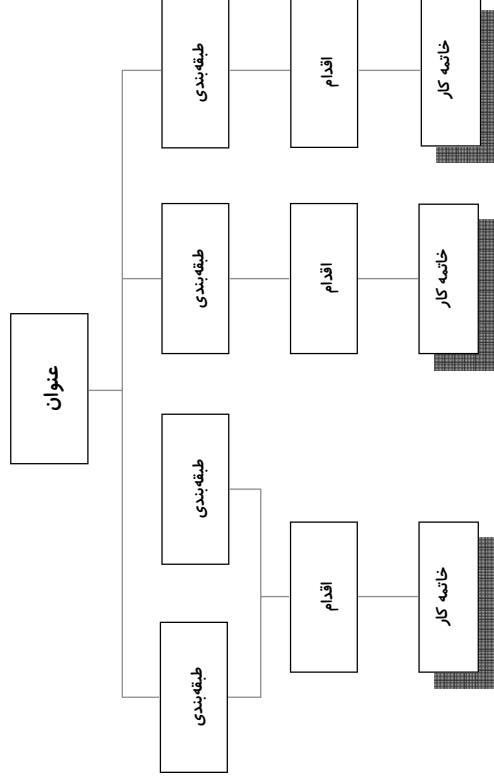
بخش پیوست که در آخر کتاب آمده است شامل شرح وظایف افراد فنی بر اساس الگوریتم ها (بر اتاق اورژانس، زایمان و بخش) تجهیزات، دارو و آزمایش های مورد نیاز ارائه خدمت و نیز نمونه فرم‌های بیمارستان و دستورعمل تکمیل آن هاست.

ویژگی های الگوریتم و راهنما

- نماد های متفاوتی در الگوریتم وجود دارد که هر یک مفهوم خاصی دارد که در زیر به آن اشاره شده است.
- سه رنگ قرمز، زرد و سبز در الگوریتم ها دیده می شود که مفهوم آن توضیح داده خواهد شد.
- جدول ضمیمه هر الگوریتم در واقع 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.



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



تعریف رنگ ها

رنگ قرمز: مفهوم کلی آن بستری فوری مادر بدون از دست دادن وقت است.

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.

اصول کلی

- همیشه رنگ قرمز بر رنگ زرد و رنگ زرد بر رنگ سبز مقدم است. یعنی باید برای هر مادر ابتدا اقدامات مربوط به رنگ قرمز و سپس زرد و سبز 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: مادری که تب دارد و در زمان بررسی متوجه دیابت بارداری وی شده آید. 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. سلامت مادر و جنین را بر اساس راهنمای دیابت بارداری در کتاب درمان علت تب بررسی کنید.
- اگر مادر high risk به دلیل کمبود وقت و یا مشکلات انتقال، در بیمارستانی با امکانات کمتر (از نظر سطح خدمت) بستری کرده، می بایست در مورد شرایط بیمارستان با مادر و خانواده وی مشاوره شود.
- پس از زایمان در صورتی که نوزاد نیاز به ارجاع دارد، پس از انجام عملیات احیا و تثبیت شرایط نوزاد طبق دستور عمل سطح بندی خدمت انتقال انجام شود.
- در هر زمان که نیاز به بررسی رسیدگی ریه جنین باشد می توان آزمایش L/S Ratio یا Lamellar body count را از طریق آمنیوسنتز و با توجه به شرایط بیمارستان انجام داد. در این موارد که ختم بارداری زودتر از زمان ترم مد نظر است، آمپول سورفاکتانت تهیه و در دسترس باشد.
- در بارداری هایی که در معرض خطر زایمان زودرس هستند و یا طبق الگوریتم ها ختم بارداری زودتر از زمان ترم مد نظر است، ۱۲ میلی گرم آمپول بتامتازون در ۲ روز به فاصله ۲۴ ساعت تزریق گردد. زمان اثر بخشی آمپول پس از ۷۲ ساعت می باشد. انتظار در این مدت به شرایط مادر و جنین بستگی دارد.
- اگر مادر نیاز به تزریق سولفات منیزیم دارد، دارو طبق راهنمای پرهاکلامیسی شدید - اکلامیسی و سندرم HELLP تجویز می شود. به دلیل اهمیت وضعیت مادر در زمان تزریق، لازم است فرم تزریق سولفات منیزیم به پرونده اضافه و تکمیل شود.
- در صورت ابتلا مادر به بیماری عفونی در زمان زایمان با مرکز کنترل عفونت بیمارستان مشاوره و به متخصص کودکان اطلاع داده شود.

پیش از یادداری و یادداری

فهرست بخش بارداری

۲۷	جدول مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری	●
۲۹	راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری	●
۳۰	راهنمای مراقبت‌های بارداری	●
۳۱	مراقبت‌های ویژه بارداری	●
۳۳	اختلال هوشیاری و تشنج	○
۳۴	ادم	○
۳۶	آبله مرغان	○
۳۸	آنمی	○
۳۹	بیماری قلبی (قبل و حین بارداری)	○
۴۰	پارگی زودرس کیسه آب	○
۴۴	پره اکلامپسی	○
۴۷	پره اکلامپسی شدید - اکلامپسی - HELLP	○
۵۰	پرولاپس بند ناف	○
۵۲	پلی هیدرامنیوس	○
۵۴	تب	○
۵۶	تروما	○
۵۸	تست‌های بررسی سلامت جنین - بررسی بیوفیزیکال پروفایل	○
۶۰	تست‌های بررسی سلامت جنین - مایتورینگ الکترونیکی قلب جنین	○
۶۱	تست‌های بررسی سلامت جنین - OCT	○
۶۲	تنگی نفس	○
۶۴	تهوع و استفراغ	○
۶۷	حاملگی Post term	○
۶۹	حاملگی چندقلویی	○
۷۲	حاملگی خارج از رحم	○

۷۴	..... خارش	0
۷۶	..... خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)	0
۷۹	..... خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)	0
۸۲	..... درد شکمی (نیمه اول بارداری)	0
۸۴	..... درد شکمی (نیمه دوم بارداری)	0
۸۷	..... درمان ضد انعقادی با هپارین	0
۸۹	..... دیابت قبل و حین بارداری	0
۹۲	..... رحم بزرگتر از سن حاملگی	0
۹۴	..... رحم کوچکتر از سن حاملگی	0
۹۷	..... سرخچه	0
۹۸	..... سقط عفونی	0
۱۰۱	..... شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون	0
۱۰۴	..... عفونت‌های ادراری	0
۱۰۷	..... فشارخون بالا	0
۱۰۹	..... فشارخون مزمن	0
۱۱۲	..... کاهش حرکت جنین	0
۱۱۴	..... کیست تخمدان	0
۱۱۶	..... گرفتاری پستی	0
۱۱۸	..... مول	0
۱۲۱	..... IUF/D	0
۱۲۳	..... STI	0
۱۲۴	..... سایر موارد خطر در بارداری فعلی	●
۱۲۶	..... بیماری و ناهنجاری‌ها	●
۱۳۰	..... سوابق بارداری و زایمان	●
۱۳۲	..... مشاوره و توصیه‌های تنظیم خانواده	●
۱۳۳	..... مکمل‌های دارویی	●
۱۳۳	..... داروهای روان پزشکی در بارداری	●

زمان مراقبت	نوع مراقبت		
	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> - مشخصات و شرح حال - سابقه بارداری، زایمان قبلی و قاعدگی - بیماری/ اختلالات روانی/ همسرآزاری - رفتارهای پرخطر - وضعیت تغذیه، شغل - مصرف یا حساسیت دارویی 	<ul style="list-style-type: none"> - مشخصات و شرح حال - سابقه بارداری و زایمان قبلی - بیماری/ همسرآزاری/ اختلالات روانی - رفتارهای پرخطر - شکایات شایع و علائم خطر - تعیین EDC, LMP 	<ul style="list-style-type: none"> - شکایات شایع و علائم خطر - تعیین سن بارداری
	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری قد و وزن - تعیین BMI - علائم حیاتی - معاینه کامل فیزیکی 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری قد و وزن، - تعیین BMI - علائم حیاتی - معاینه کامل فیزیکی 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر وجود ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین
آزمایشها یا بررسی های تکمیلی	Hb, Hct, BG, Rh, U/A, U/C, HBsAg, BUN, Crea, VDRL و HIV (در صورت نیاز)، کوئیم غیر مستقیم در مادر RH منفی پس از اطلاع از مثبت بودن RH همسر	Hb, Hct, BG, Rh, FBS, U/A, HBsAg, VDRL و HIV (در صورت نیاز)، تیتر آنتی بادی ضد سرخجه، پاپ اسمیر	سونوگرافی تستهای سه گانه برای بررسی وضعیت جنین در صورت نیاز
آموزش و مشاوره	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های غذایی - مصرف دارو / مواد مخدر/ سیگار و دخانیات - علائم خطر / شکایات شایع - اهمیت دریافت مراقبتها - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های غذایی - مصرف دارو / مواد مخدر/ سیگار و دخانیات - بهداشت محیط کار - ثبت دقیق تاریخ قاعدگی ها 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - تغذیه / مکمل های غذایی - بهداشت دهان و دندان - شکایات شایع - فیزیولوژی بارداری - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل دارویی	اسید فولیک از ۳ ماه قبل از بارداری تا پایان بارداری		از پایان هفته ۱۶ بارداری، آهن و مولتی ویتامین روزانه یک قرص تا پایان بارداری
ایمنسازی	توأم / سرخجه/ هپاتیت ب در صورت نیاز	توأم 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"> - شکایات شایع و علائم خطر - تعیین سن بارداری - توجه به تاریخ زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> - شکایات شایع و علائم خطر - تعیین سن بارداری - توجه به تاریخ زایمان - علائم PTL, PIH 	<ul style="list-style-type: none"> - شکایات شایع و علائم خطر - تعیین سن بارداری - علائم PTL 	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر وجود ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر وجود ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم - بررسی از نظر وجود ادم، آنمی، بثورات پوستی - شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین، رشد جنین 	معاینه بالینی
<p>_____</p>	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری	Hb, Hct, GCT, U/A کرمیس غیر مستقیم در مادر RH منفی یا همسر RH مثبت	آزمایشها یا بررسی های تکمیلی
<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - تغذیه / مکمل های غذایی - مسافرت، فعالیت جنسی - علائم زایمانی - فواید زایمان ایمن، آمادگی برای زایمان و تعیین محل آن - شیردهی / تنظیم خانواده - بهداشت دهان و دندان - مراقبت از نوزاد، دهان و دندان کودک و علائم خطر نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - تغذیه / مکمل های غذایی - اشتغال و فعالیت - فواید زایمان ایمن، آمادگی برای زایمان و تعیین محل آن - شیردهی / تنظیم خانواده - شکایات شایع - بهداشت دهان و دندان - مراقبت از نوزاد، دهان نوزاد و علائم خطر نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - شکایات شایع - تغذیه / مکمل های غذایی - بهداشت دهان و دندان - تاریخ مراجعه بعدی 	آموزش و مشاوره
از پایان هفته ۱۶ بارداری، آهن و مولتی ویتامین روزانه یک قرص تا پایان بارداری			مکمل دارویی
توأم در صورت نیاز			ایمنسازی

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

مصاحبه و تشکیل پرونده :

گرفتن شرح حال و مشخصات مادر، وضعیت سلامتی، وضعیت خونریزی قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه ابتلا به STI، سابقه بیماری زمینه ای مادر، سابقه بارداری ها و زایمان های قبلی، سابقه بیماری ژنتیک در خانواده، سابقه رفتارهای پرخطر در زن و یا 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 بررسی شود. ریسک فاکتورهای زایمان زودرس بررسی شود تا بتوان مداخله لازم قبل از بارداری انجام داد.

نکته ۱:

- انجام تست سرولوژی به مادر توصیه شود. در صورتی که مادر high risk است و واکسن آبله مرغان در دسترس، واکسن تزریق شود.

نکته ۲:

- فاکتورهای خطر همسر آزاری و اعتیاد: سابقه همسر آزاری، 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 ۳: 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، انزوی 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 (قلب، ریه، تیروئید، لگن، پستان، ...)

آزمایش ها :

انجام آزمایش هموگلوبین، هماتوکریت، گروه خون، ارهاش، قندخون ناشتا، کامل ادرار، HbsAg و تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه 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 یک بار انجام 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 یک عدد قرص اسید فولیک از 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 تا ۳ ماه فرد باردار نشود. واکسن هیپاتیت نیز در صورت منفی بودن HbsAg

تزریق شود.

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

تعداد مراقبت ها :

مراقبت ها از ابتدا تا هفته ۲۸ بارداری هر ۴ هفته یک بار، سپس تا هفته ۳۶ هر ۲-۳ هفته یک بار و از آن پس تا پایان بارداری هر هفته انجام شود. در صورتی که مادر از سلامت کافی برخوردار است، پس از اولین ملاقات که معمولاً در هفته ۱۰ انجام می شود، ملاقات های بعدی می تواند به ترتیب بین هفته های ۲۰-۱۶، ۳۰-۲۶، ۳۴-۳۱، ۳۷-۳۵ و از هفته ۲۸ بارداری به بعد هر هفته انجام شود.

مصاحبه و تشکیل پرونده :

در اولین ملاقات: گرفتن 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 در خانواده، سابقه رفتارهای پرخطر در زن و یا همسر، سابقه بیماری های روانی در زن یا همسر، مصرف دارو و حساسیت دارویی 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 بخصوص معاینه شکم و لگن برای ارزیابی دستگاه تناسلی و معاینه پستان، اندازه گیری قد و تعیین BMI.

آزمایش ها :

در اولین ملاقات انجام آزمایش هموگلوبین، هماتوکریت، گروه خون، ارهاس، کراتینین، BUN، کامل و کشت ادرار، کومیس غیر مستقیم در مادر ارهاس منفی و همسر ارهاس مثبت HbsAg ضروری است. در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر 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، نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ در پیش از بارداری را دارد، باید آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز انجام شود.

آزمایش های لازم در هفته ۲۸ - ۲۴ بارداری شامل: هموگلوبین، هماتوکریت، کامل ادرار، قند خون ناشتا و GCT. کومیس غیر مستقیم در مادر ارهاس منفی و همسر ارهاس مثبت ترجیحاً در هفته ۲۸ بارداری انجام شود. انجام آزمایش سه گانه مادر بین هفته های ۲۰ - ۱۵ بارداری در مادرانی با سابقه تولد نوزاد با نقص سیستم عصبی، سن بالای ۳۵ سال، دارای سابقه ناهنجاری در جنین قبلی، اختلالات ژنتیکی در خانواده توصیه می شود. انجام آمنیوسنتز بستگی به شرایط بارداری دارد.

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 و آمادگی برای زایمان به مادر آموزش داده شود.

مصرف مکمل ها :

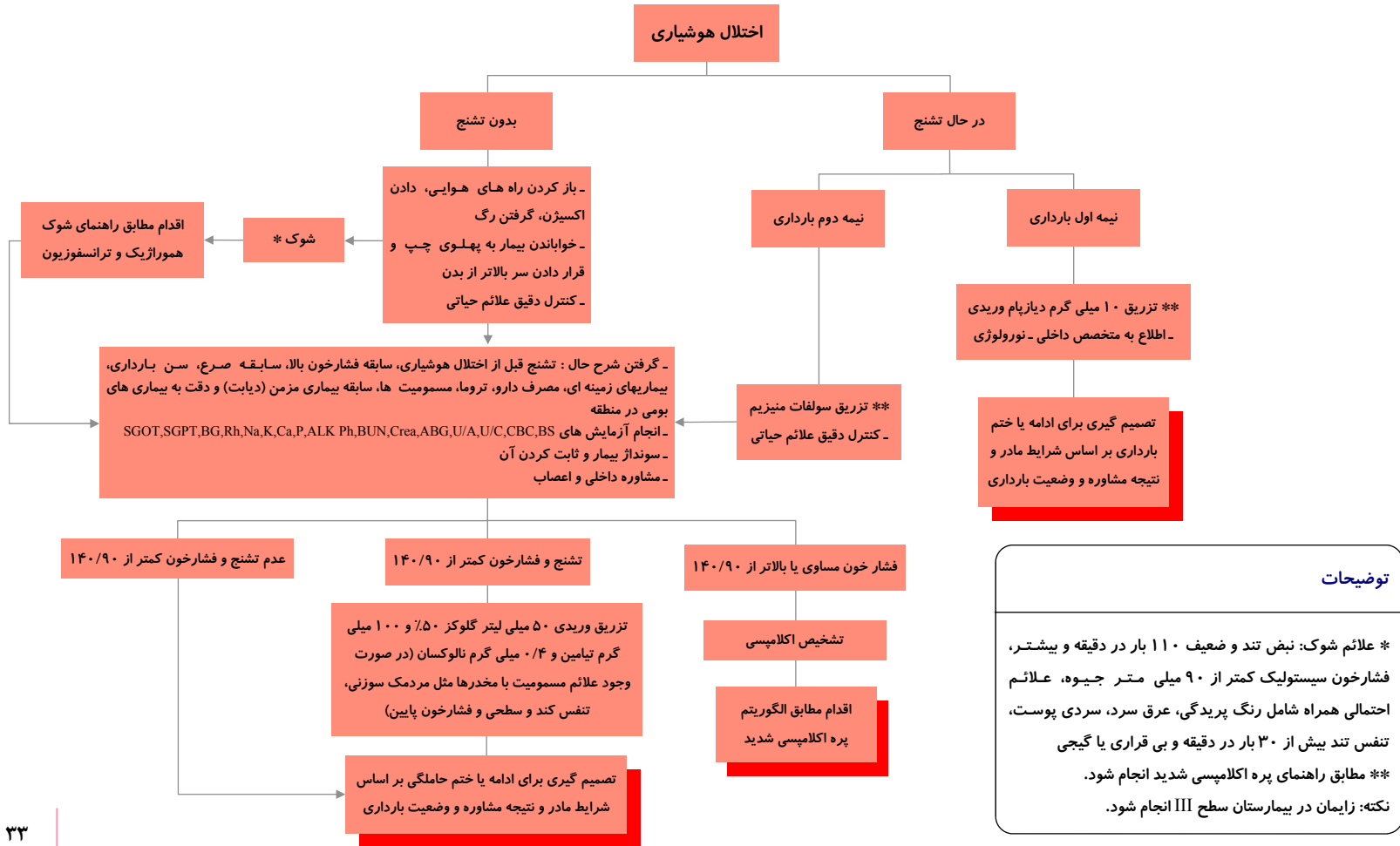
مادر باید از ابتدا تا پایان بارداری روزانه یک عدد قرص اسید فولیک مصرف نماید. از پایان هفته ۱۶ بارداری نیز روزانه قرص آهن و مولتی ویتامین مورد نیاز است.

ایمنسازی :

تزریق واکسن توأم طبق جدول واکسیناسیون انجام شود و آمپول روگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ 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.

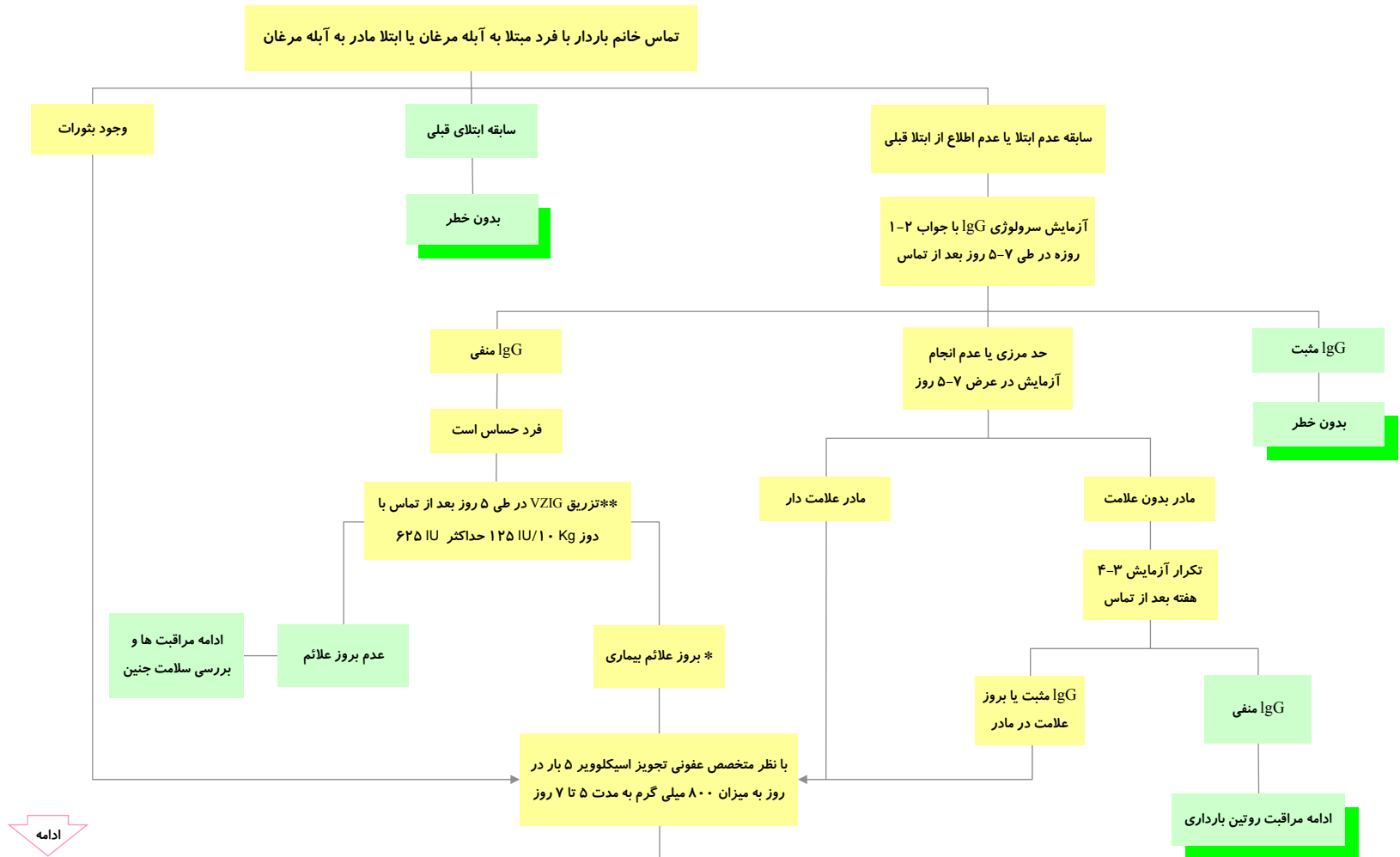
مراقبت‌های ویژه بارداری





نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		بررسی سوابق بیماری های قلبی، کبدی و کلیوی مادر
معاینه		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
اندیکاسیون بستری		پره اکلامپسی، ترومبوز ورید عمقی، بیماری کبدی، نارسایی قلبی
پاراکلینیک	آزمایشگاه	پروتئین ادرار، آزمایش های بررسی عملکرد تیروئید، تست های کبدی
	تصویربرداری	مطابق الگوریتم مربوطه
	سایر تست های تشخیصی	مطابق الگوریتم مربوطه
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	مطابق با تشخیص
	اندیکاسیون	مطابق با تشخیص
درمان جراحی	اندیکاسیون	مطابق با تشخیص
	نوع عمل	مطابق با تشخیص
درمان غیر دارویی و آموزش ها		
اندیکاسیون ختم بارداری		مطابق با تشخیص
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		با توجه به وضعیت بیمار و مطابق تشخیص
دستورات Follow up		مطابق با تشخیص
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی، قلب، گوارش

راهنمای تماس خانم باردار با فرد مبتلا به آبله مرغان یا ابتلا مادر به آبله مرغان



ادامه

زایمان در طی ۵ روز پس از
ابتلا و یا ۲ روز پس از تولد

تزریق VZIG یا IVIG
به نوزاد با مشاوره متخصص
نوزادان***

ایزولاسیون و ادامه درمان نوزاد
طبق نظر متخصص نوزادان

ابتلا در هفته ۲۰ بارداری
یا بعد از آن

ادامه مراقبت روتین بارداری

ابتلا قبل از هفته ۲۰ بارداری

سونوگرافی در هفته
۲۰ - ۱۸ بارداری

غیر طبیعی

مشاوره با مادر باردار و
همسر وی

طبیعی

تکرار سونوگرافی در
هفته ۲۲ - ۲۴ بارداری

غیر طبیعی

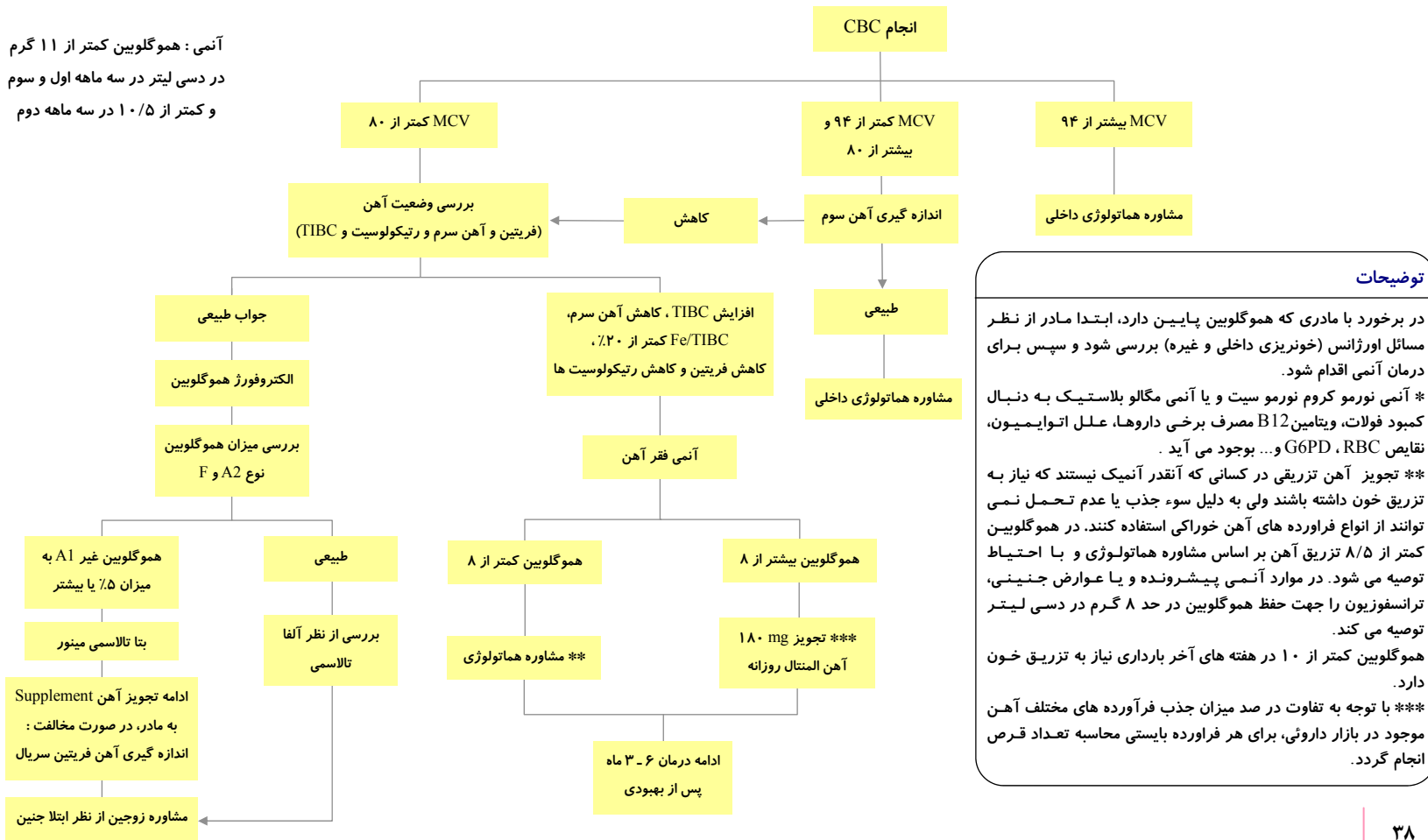
طبیعی

ادامه مراقبت روتین بارداری

توضیحات

* اندیکاسیون های بستری شامل تب بیشتر از ۳۸/۵ درجه، پنومونی، آنسفالیت، دردهای زایمان زودرس.
** در صورت عدم دسترسی به VZIG مشاوره عفونی برای شروع تزریق IVIG یا آسیکلوویر انجام شود.
*** نوزاد پره ترم متولد شده از مادر مبتلا حتی پس از ۱ هفته باید VZIG 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



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.
- 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 کلان و اسکولار 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:

- 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 کوکابین 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 ترجیحا قبل از بروز فصلی بیماری و بدون توجه به سن حاملگی
- 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 یا بیماری های عفونی (علائم 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)
- تغییر روش درمان ضد انعقادی با نظر متخصص قلب (در صورت مصرف وارفارین)
- مشاوره با کاردیولوژیست جهت زمان ختم بارداری و محل زایمان
- تأکید به مادر در مورد زایمان در بیمارستان مجهز

پارگی زودرس کیسه آب

ارزیابی علائم اورژانس شامل:

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

۱

به

مراجعه به الگوریتم
پرولاپس بند ناف

پرولاپس بند ناف

***ختم بارداری ۱۲-۶ ساعت بعد از
پارگی کیسه آب و براساس وضعیت مادر
و اطلاع به متخصص کودکان و نوزادان

در مدت بستری:
- دریافت مایعات فراوان
- کنترل علائم حیاتی مادر و صدای قلب جنین هر ۴ ساعت
- معاینه شکمی از نظر تندرینس و انقباضات رحمی
- بررسی ترشحات چرکی و بدوی رحمی
- انجام آزمایش CRP/IL6/IL8 و سپس CBC هفته ای دوبار
- کشت سرویکس از نظر STI یک بار
- NST روزانه و سونوگرافی هفته ای یک بار
- شروع آنتی بیوتیک در دوره انتظار
- مشاوره با متخصص کودکان و نوزادان

۲

مشاهده بند ناف در
چلوی عضو پرزائنه

سن بارداری ۳۴
هفته یا بیشتر

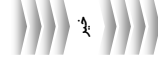
سن بارداری
۲۵-۳۴ هفته
(ارجاع مادر به
سطوح II و III
بیمارستانی)

سن بارداری زیر
۲۵ هفته

بستری در بیمارستان
مشاوره با زوجین جهت
ختم بارداری و آگاه نمودن
از عوارض ادامه بارداری

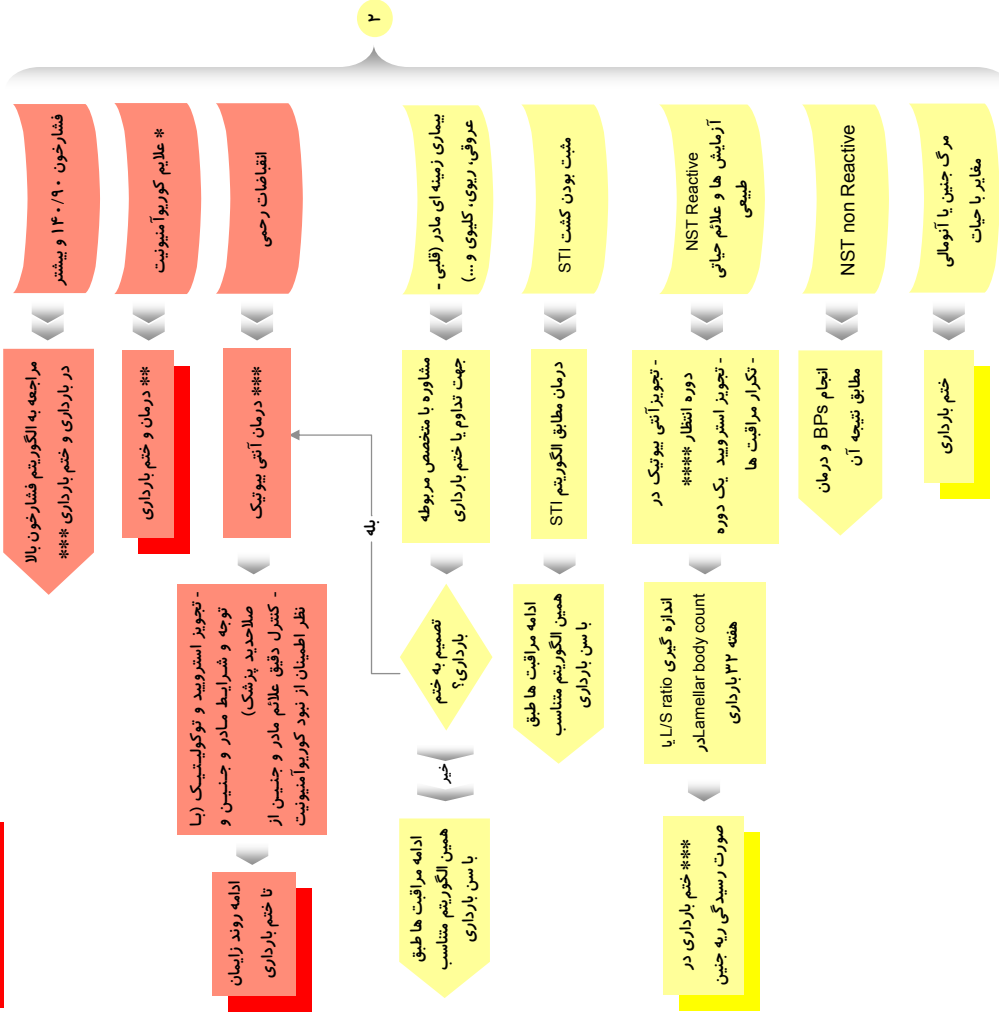
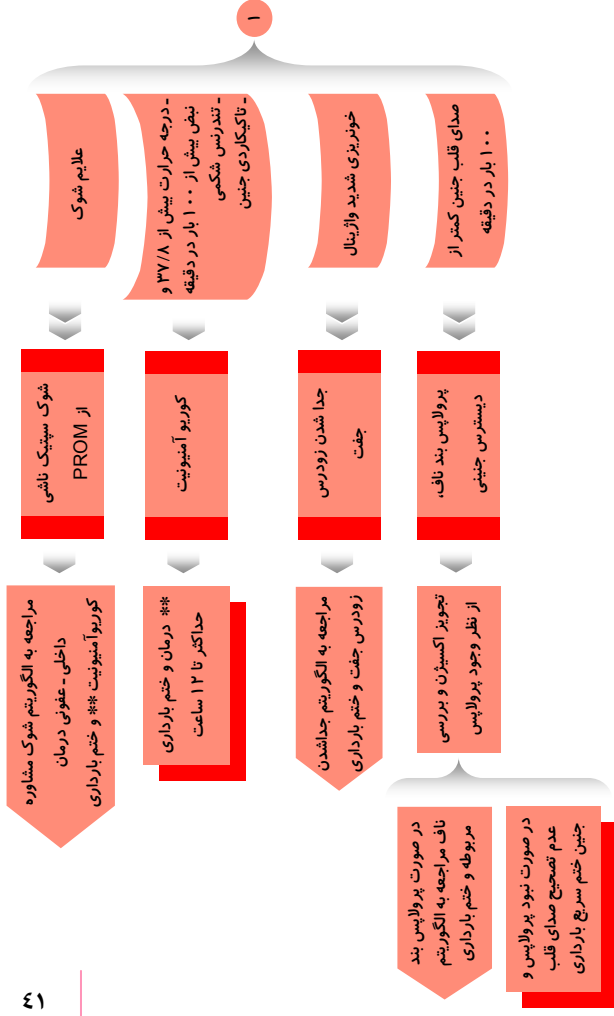
تعیین مادر به
ختم بارداری؟

مراجعه به الگوریتم
القای زایمانی



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

ادامه



توضیحات

*** علائم کوریوآمنیونیت:**

پارگی کیسه آب به همراه دو علامت زیر، کوریوآمنیونیت محسوب می شود:

ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه، تندرنس رحمی، نبض مادر بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه، حرارت بدن بیش از ۳۷/۸ درجه سانتی گراد، ترشحات بدبو و تعداد گلبول های سفید بیش از ۱۱۰۰۰.

*** * درمان کوریوآمنیونیت:**

درموارد ختم بارداری به طریق زایمان واژینال: تزریق آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۴ ساعت و جنتامایسین ۲ mg/kg دوز اولیه و سپس ۱ 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 ۳۶ بارداری تجویز ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت

از هفته ۳۶ بارداری به بعد تجویز ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت 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 هر ۸ ساعت تا پایان هفته اول. در این یک هفته اریترومایسین به میزان ۴۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت

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

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		سابقه بیماری های زمینه ای مادر (قلبی، ریوی، دیابت، ...)، بررسی سونوگرافی های قبلی جهت تایید سن بارداری و وجود آنومالی، تعیین سن بارداری
معاینه		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 تندرست و انقباضات رحمی، شنیدن صدای قلب جنین
اندیکاسیون بستری		تمام موارد
پاراکلینیک	آزمایشگاه	U/A, U/C, CRP, CBC, کشت ترشحات سرویکس و L/S ratio و lamellar body count
	تصویربرداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	NST, BPS
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	آمپی سیلین ۲ گرم وریدی، ۲ mg/kg، استروئید و توکولیتیک، کلیندامایسین با دوز اولیه ۹۰۰ میلی گرم و سپس ۶۰۰ میلی گرم، اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
	اندیکاسیون	توقف دردهای زایمانی، درمان کوریوآمنیونیت
درمان جراحی	اندیکاسیون	ختم بارداری در روش غیر واژینال
	نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها		اکسیژن تراپی، دادن مایعات فراوان، آگاه نمودن زوجین از عوارض ادامه بارداری
اندیکاسیون ختم بارداری		همه موارد
مدت بستری		با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		Stable بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up		بررسی بهبود علائم کوریوآمنیونیت
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، مشاوره با زوجین

ارزیابی علائم اورژانس شامل:

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

پره اکلامپسی شدید
یا اکلامپسی

مراجعه به الگوریتم مربوطه

به

(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)
- ✓ اندازه گیری پروتئینوری یک روز در میان
- ✓ اندازه گیری هموگلوبین، هماتوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، (دو بار در هفته)
- ✓ سونوگرافی سریال برای رشد جنین (هر ۲ هفته یک بار)
- ✓ بررسی سلامت جنین با BPS هفتگی یا AFI و NST هفته ای دو بار

- 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

توضیحات

* توزین روزانه مادر 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	معاینه
پره اکلامپسی	اندیکاسیون بستری
پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته، اوره، کراتنین، هموگلوبین و هماتوکریت، آنزیم های کبدی، تست های انعقادی	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	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	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 ۶ هفته 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 پهروی چپ خوابانیده و سر او را به منظور جلوگیری از آسیب‌راسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

گرفتن رگ و تزریق سرم :

مادر را NPO کرده و دو رگ مناسب از طریق کانتور گرفته و از یکی از رگها سرم رینگر لاکتات حاوی ۵٪ دکستروز به میزان ۱۰۰ سی سی در ساعت تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید. حداکثر سرم تزریقی ۱۲۵ سی سی در ساعت است (در صورتی که خونریزی فعال ندارد). سوئند اندراری 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 از محلول ۲۰٪ 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 در ساعت ترجیحا 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 پتلار

- 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 آپنه، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ سی سی 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 $(\frac{4}{8} - \frac{4}{4} \text{ mg/dl})$ یا 7 mEq/l - ۴ توصیه می شود.

نکته: در صورت کراتینین بالاتر از $\frac{1}{3}$ 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 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.
(ج) نیفدیپین ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۴ - ۳ ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (به اثر سینرژیسیم مصرف هم زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین توجه شود).

داروهای جایگزین سولفات منیزیوم

داروی اصلی در درمان پره اکلامپسی - اکلامپسی سولفات منیزیوم است ولی در صورت عدم دسترسی می توان از فنی توپین یا دیازپام به شرح زیر استفاده کرد:
(الف) فنی توپین: انفوزیون فنی توپین به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در صدمیلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی) در یک ساعت و سپس ۱۰ ساعت بعد ۵۰۰ میلی گرم فنی توپین خوراکی در صورت هوشیاری مادر تجویز کنید.

(ب) دیازپام: در موارد عدم دسترسی به سولفات منیزیوم و فنی توپین می توان از آمپول دیازپام استفاده کرد. دیازپام به میزان ۱۰ میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت ۲ دقیقه تزریق و سپس ۴۰ میلی گرم دیگر در ۵۰۰ سی سی سرم نرمال سالین یا رینگر لاکتات انفوزیون کنید در حدی که مادر را آرام ولی بیدار نگاهدارد. 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. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه ۱۰ میلی گرم وریدی تکرار کنید.

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 ایروی و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ
- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج
- تجویز داروها (سولفات منیزیوم و داروهای ضد تشنج دیگر) سولفات منیزیوم 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 منیزیوم تکرار شود. اگر تشنج کنترل نشد، تزریق بعدی با فنی توپین 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 آتیپیک یا کمی 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.

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

(د) سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی یا بدتر شدن وضعیت مادر انجام 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 مچوریتی ریه می توان به مادر کورتیکواستروئید تجویز نمود و سولفات منیزیوم 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 منیزیوم را ادامه داد.

شرایط ترخیص مادر:

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

- پس از کنترل فشارخون

- برقرار شدن ادرار به میزان کافی

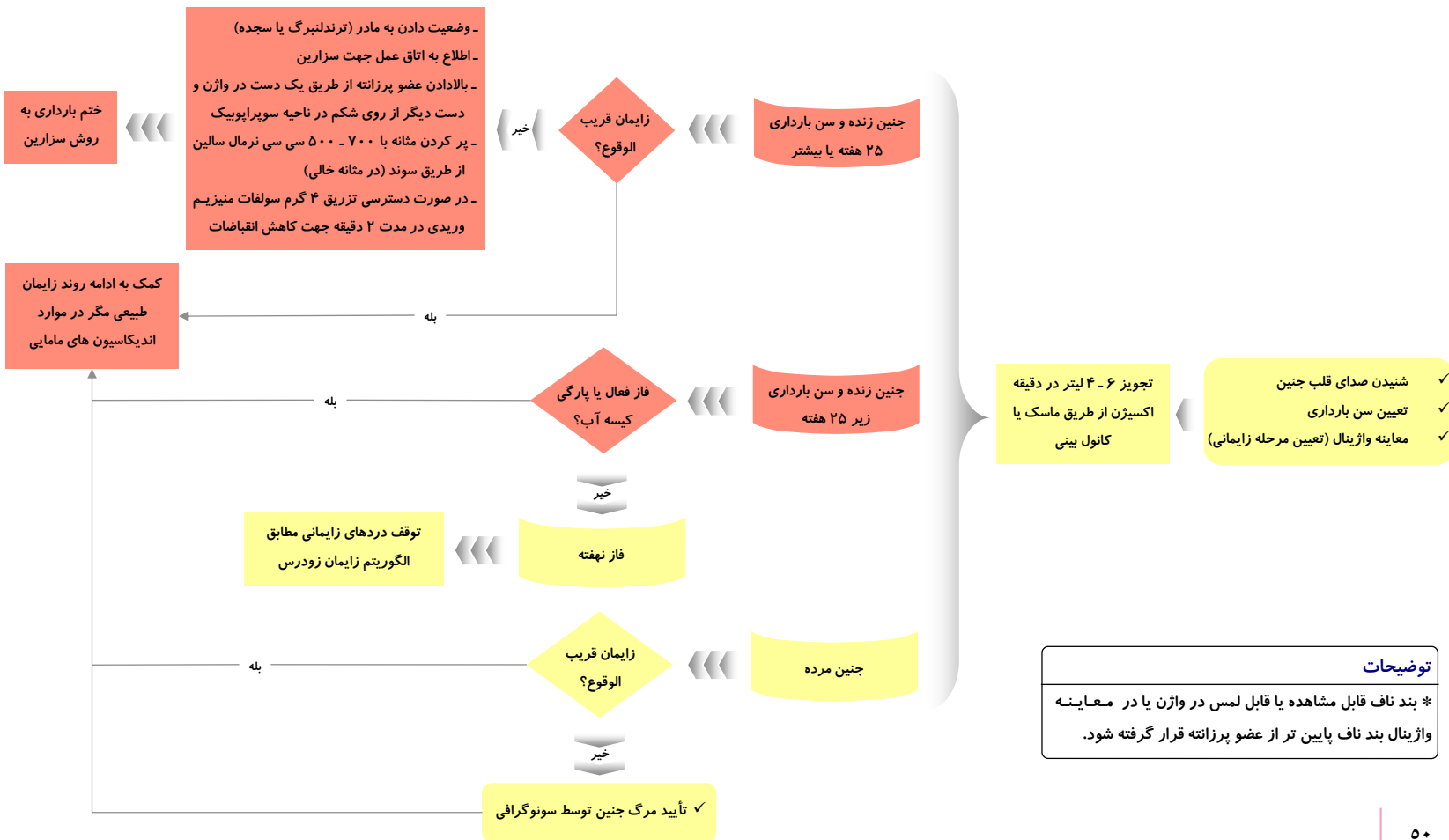
- عدم احتمال تشنج مجدد

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

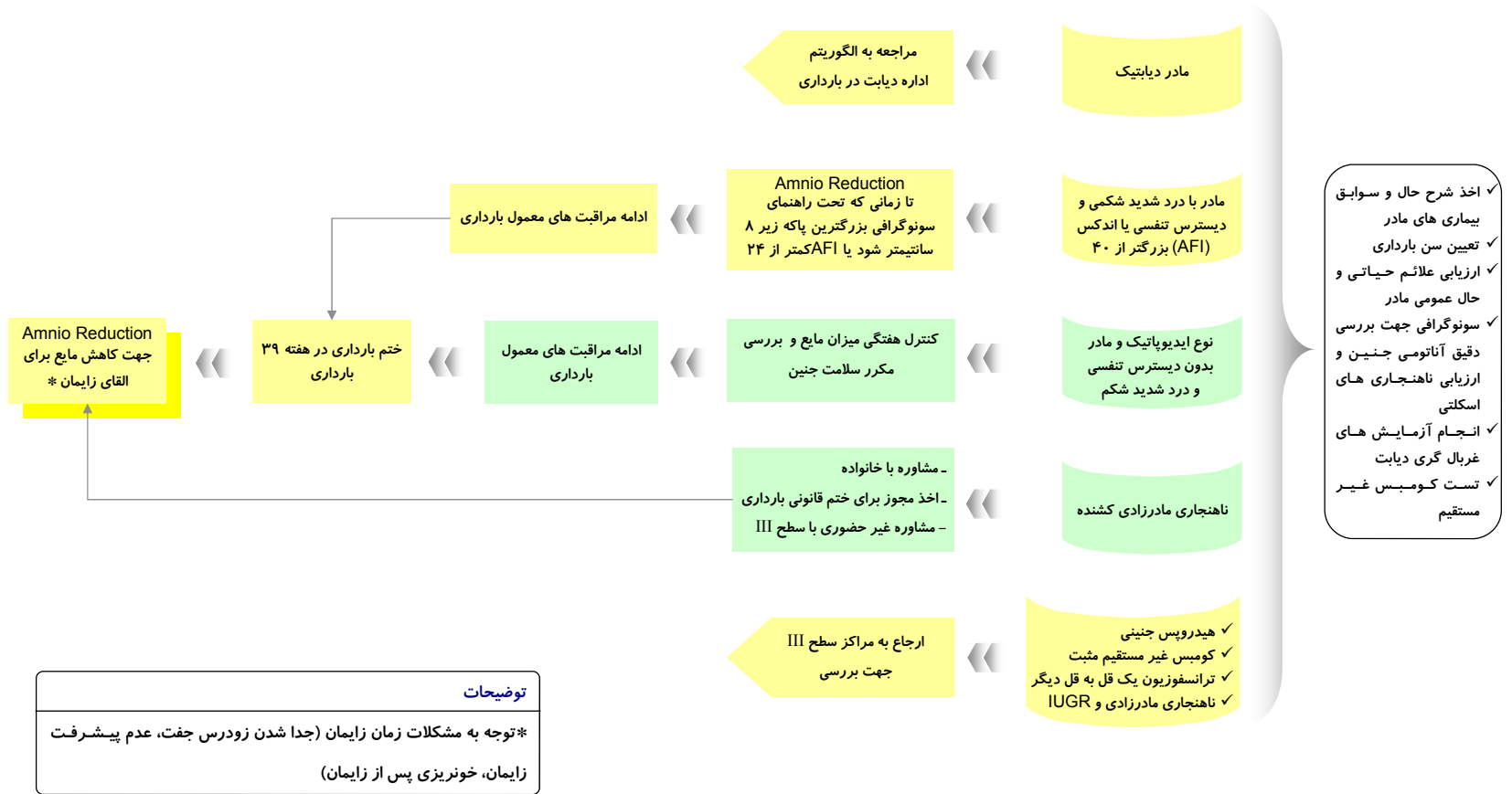
در صورتی که مادر با داروهای کاهشنده فشارخون مرخص شده است باید هر هفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نماید. در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئینوری پس از ۶ هفته مادر به متخصص داخلی ارجاع شود.

سندرم HELLP

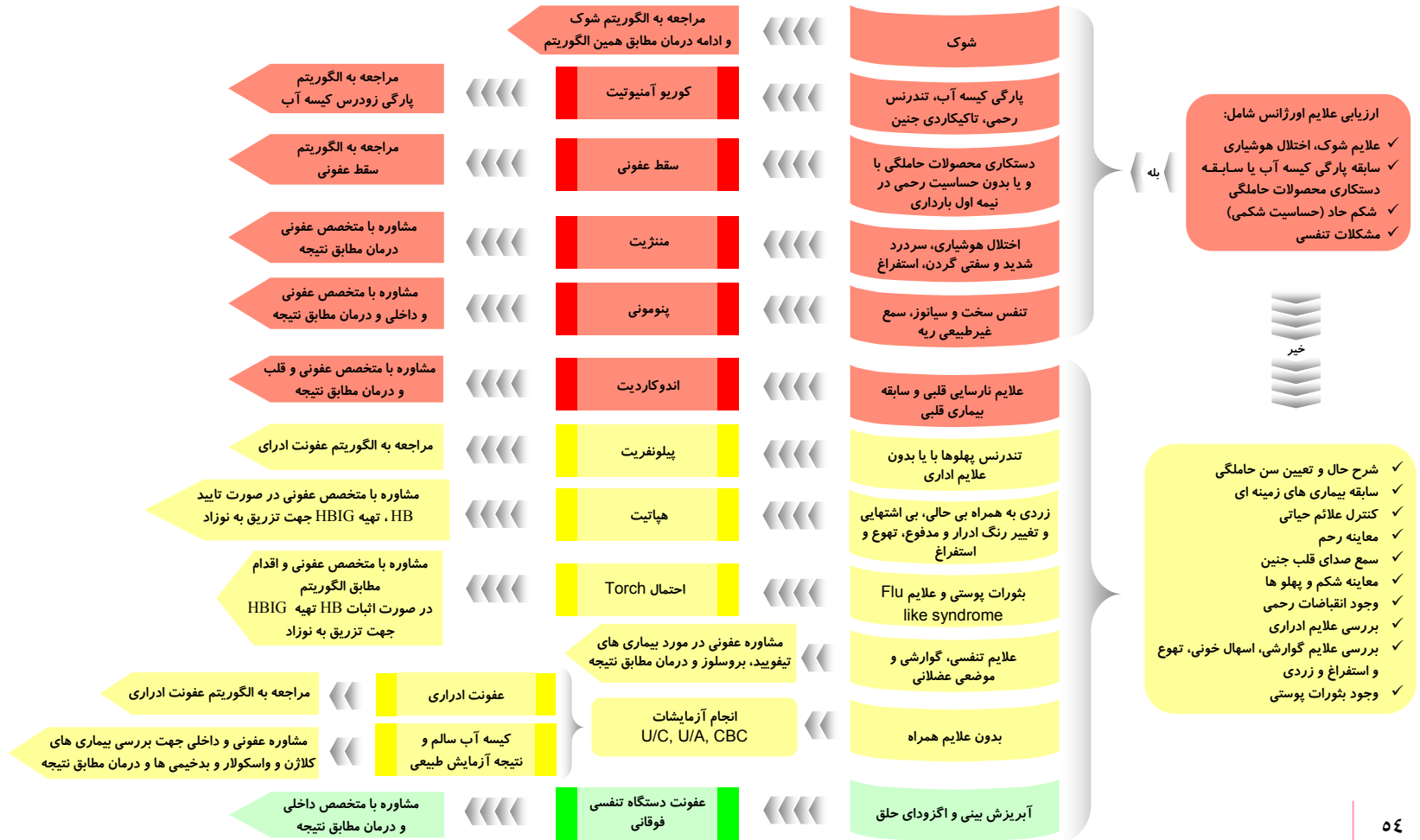
شامل همولیز، اختلال در آزمایش ها و ترومبوسیتوپنی در مادران فشارخون بالاست. برای درمان افراد مبتلا باید تمامی موارد مربوط به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی رعایت شود و ضمن مشاوره با متخصص داخلی ابتدا ۱۰ میلی گرم بتامتازون به صورت عضلانی و سپس ۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا طبیعی شدن تعداد پلاکت تجویز شود. معمولاً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



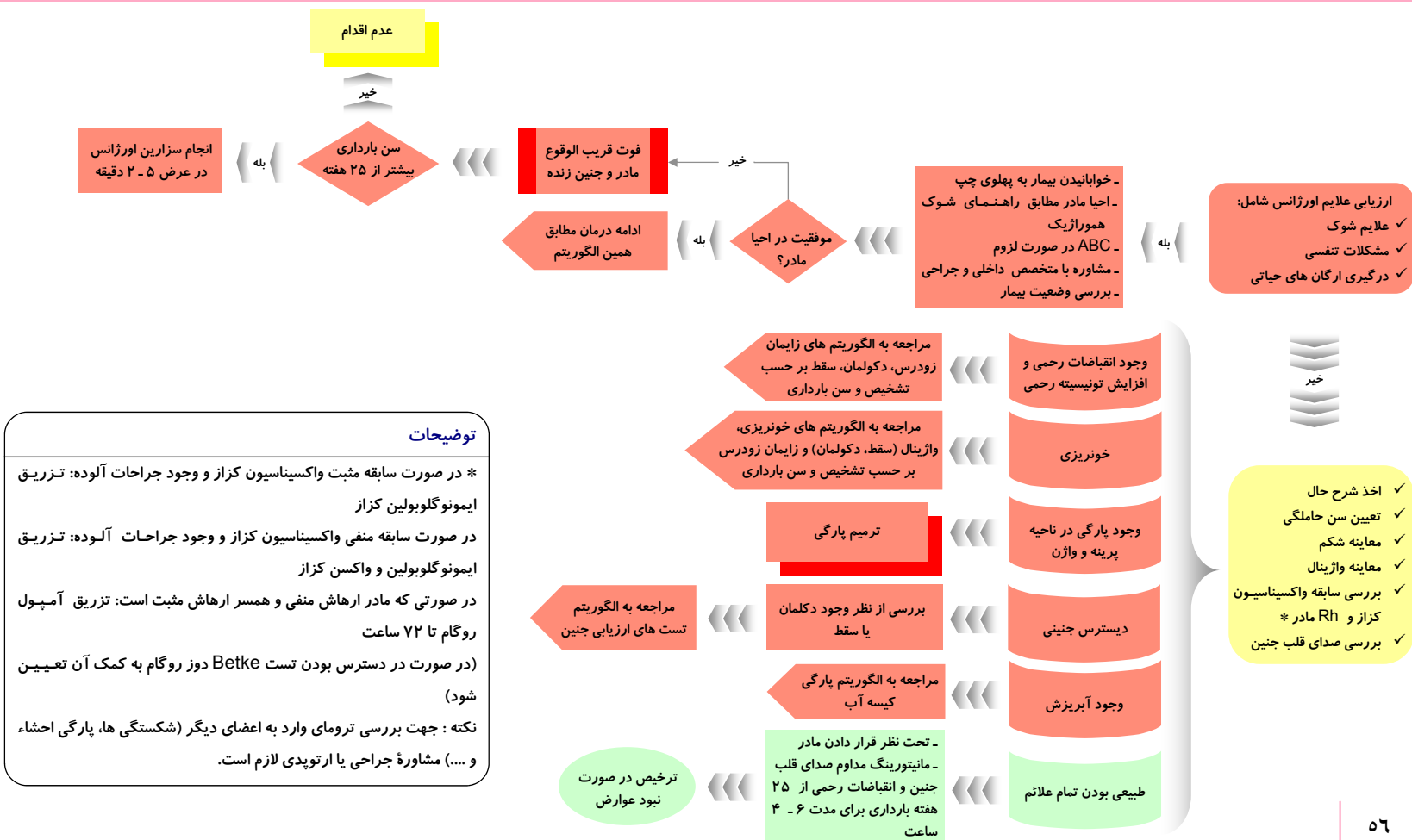
شرح اقدام	نوع اقدام	
تعیین سن حاملگی	اخذ شرح حال و سابقه	
شنیدن صدای قلب جنین، معاینه واژینال (تعیین مرحله زایمانی)	معاینه	
تمام موارد	اندیکاسیون بستری	
	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
سولفات منیزیم ۴ گرم وریدی، داروهای توکولیتیک	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
کاهش 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	



شرح اقدام	نوع اقدام
سابقه بیماری مادر(دیابت)، درد شدید شکم، دیسترس تنفسی مادر، سابقه ناهنجاری مادرزادی جنین یا وجود ناهنجاری کشنده در جنین	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	سایر تست های تشخیصی
	درمان دارویی
	نوع دارو با ذکر دوز
	اندیکاسیون
	درمان جراحی
	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 بقایای نوزادان	سایر اقدامات

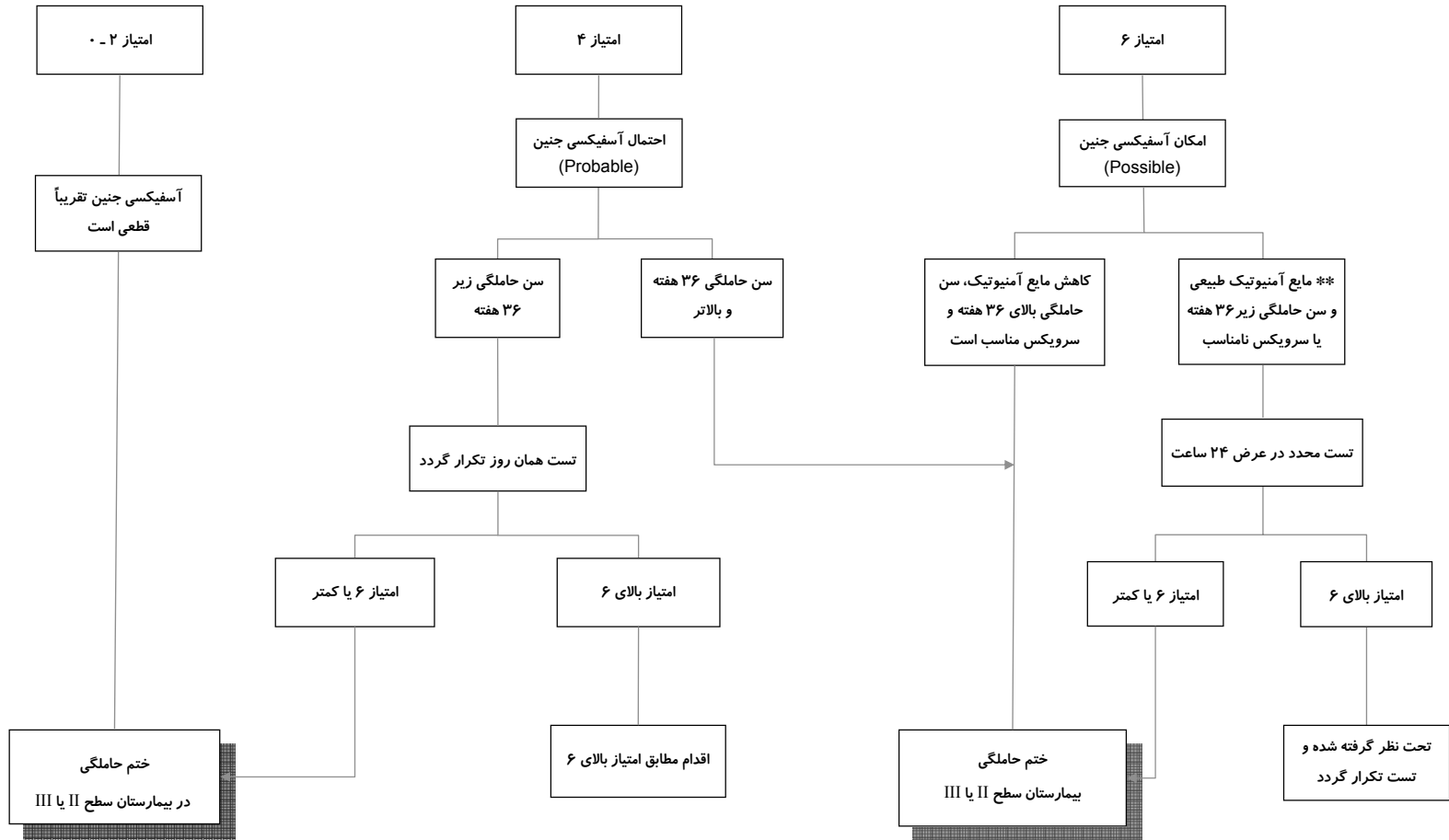


نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		سابقه دستکاری ماحصل بارداری، آبریزش، علائم گوارشی (بی اشتهایی، اسهال خونی)، سابقه بیماری قلبی، آبریزش بینی، آگزودای حلق، تغییر رنگ ادرار و مدفوع، سر درد شدید، مصرف فرآورده های محلی
معاینه		ارزیابی علائم شوک، ارزیابی علائم حیاتی (تب، تنفس سخت)، معاینه شکم (تندرنس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

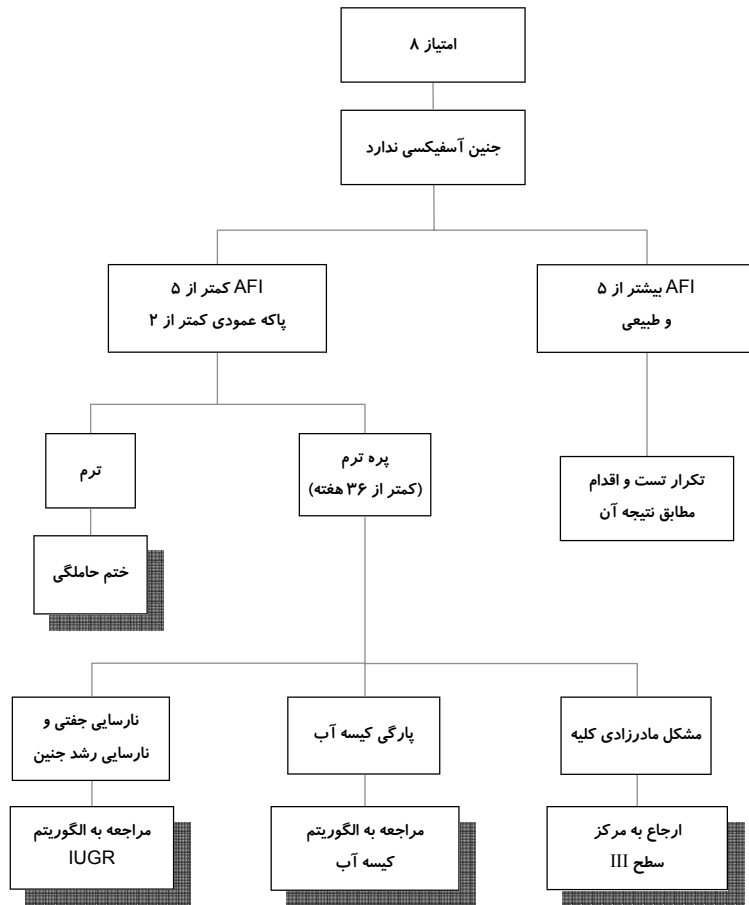


شرح اقدام	نوع اقدام	
تعیین سن بارداری، مشکلات تنفسی، آبریزش، خونریزی، درد و نحوه تروما	اخذ شرح حال و سابقه	
بررسی علائم شوک، بررسی علائم حیاتی، مشکلات تنفسی، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، افزایش تونسیته رحم) ، معاینه واژینال (خونریزی، پارگی در ناحیه پرینه و واژن، وجود آبریزش)، شنیدن صدای قلب جنین، 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، آمپول رگام، آنتی بیوتیک	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
تروما	اندیکاسیون	
پارگی پرینه، ختم بارداری (به دلیل دکلمان جفت یا مرگ قریب الوقوع مادر یا دیسترس جنینی)	اندیکاسیون	درمان جراحی
ترمیم پارگی، سزارین	نوع عمل	
استراحت در بستر و به پهروی 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	سایر اقدامات	

تست های بررسی سلامت جنین - راهنمای تفسیر بیوفیزیkal پروفایل*

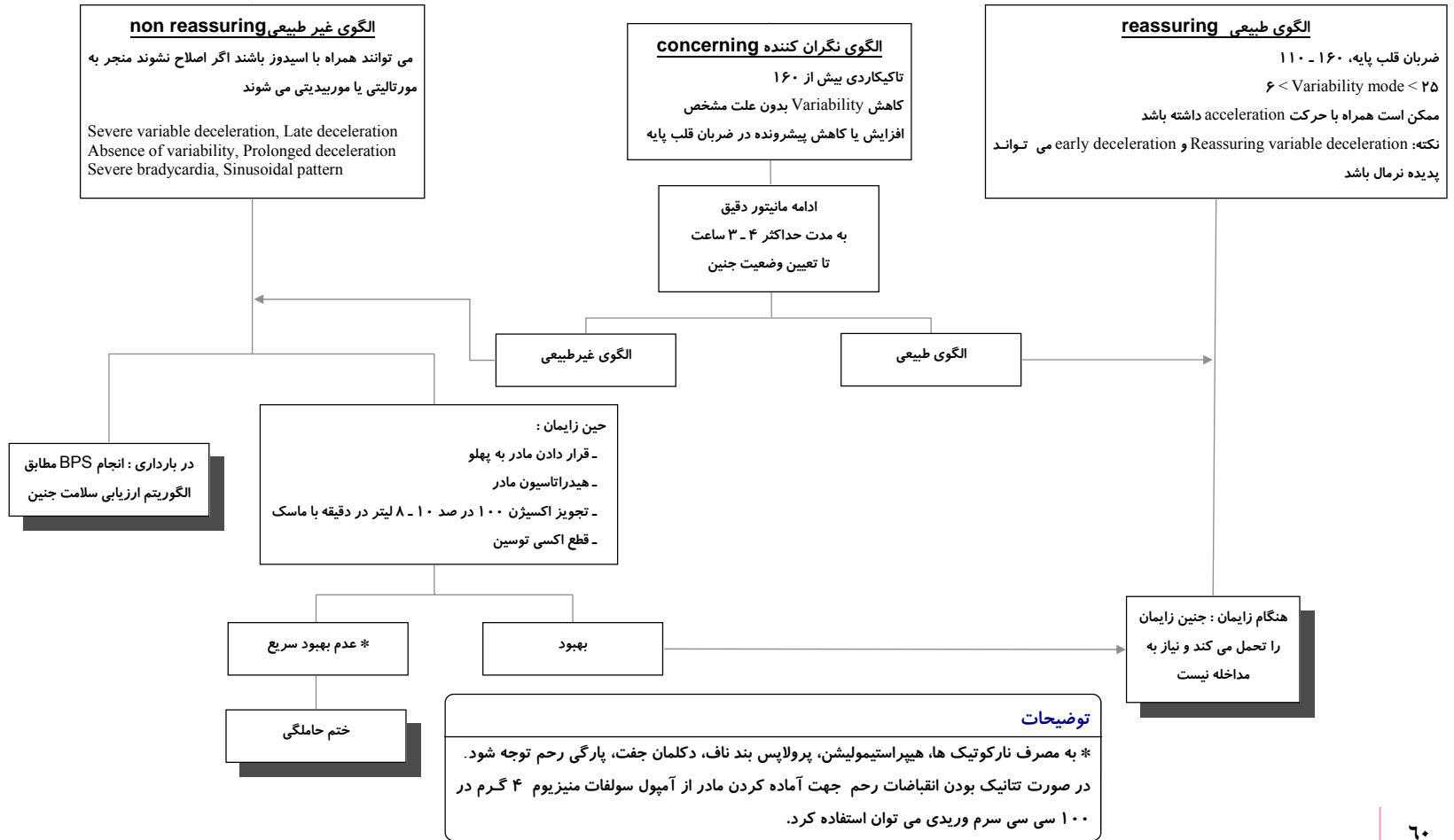


ادامه



توضیحات

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



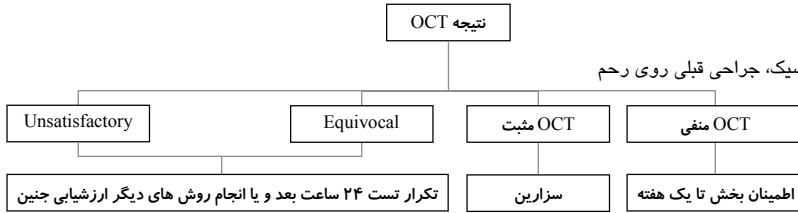
اندیکاسیون:

- ارزیابی سلامت جنین

کنترل اندیکاسیون:

روش انجام:

- پارگی کیسه آب، چندقلویی، ریسک بالای زایمان پره ترم، نارسایی سرویکس، جفت سرراهی، سابقه سزارین کلاسیک، جراحی قبلی روی رحم
- 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 ۱۰ ml/min - ۵ شروع و هر ۲ 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: فقط در مراکز که دسترسی به BPS نمی باشد، در موارد non reactive NST در بارداری های پره ترم (۳۷-۳۴) و در مراکز سطح II و III طبق برنامه سطح بندی خدمات می توان OCT را انجام داد.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:

- ✓ تاکی پنه
- ✓ سیانوز
- ✓ ویزینگ
- ✓ بی قراری

بله

- آمبولی ریه
- حمله آسم
- ادم حاد ریه

- تجویز اکسیژن به میزان ۱۰ - ۸ لیتر در دقیقه
- گرفتن رگ مناسب

- مشاوره اورژانس داخلی و اقدام مطابق نتیجه مشاوره و تصمیم گیری جهت ختم یا ادامه بارداری

خیر

- ضربان قلب نامنظم
- ارگاتومگالی (کبد، طحال)
- وریدهای گردنی برجسته
- ادم پاها
- رال ریوی

نارسایی قلبی

مشاوره قلب و ادامه بارداری با نظر متخصص

در صورت ادامه بارداری اقدام مطابق الگوریتم اداره بیمار قلبی

- تب
- درد قفسه سینه
- رال غیر طبیعی ریه

پنومونی

مشاوره داخلی ریه

- ✓ گرفتن شرح حال
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ بررسی سوابق بیماری های زمینه ای مادر
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ معاینه شکمی
- ✓ سمع ریه

رنگ پریدگی شدید

انجام CBC

آنمی

مراجعه به راهنمای بررسی آنمی

هموگلوبین طبیعی

مشاوره داخلی و اقدام مطابق نتیجه مشاوره

طبیعی بودن همه علائم

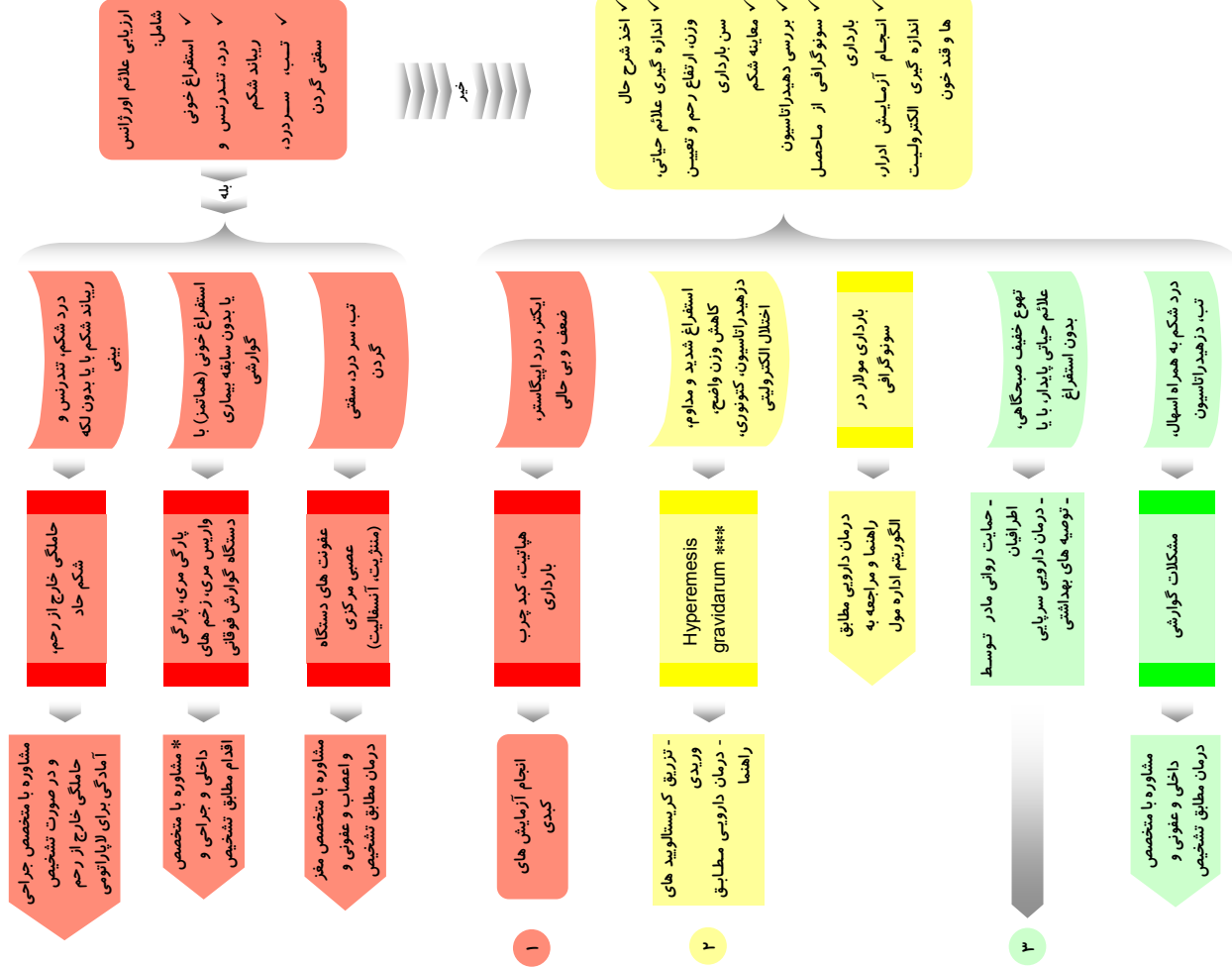
تنگی نفس فیزیولوژیک

- آموزش علائم خطر به مادر
- اطمینان بخشیدن به مادر

ادامه مراقبت های معمول بارداری

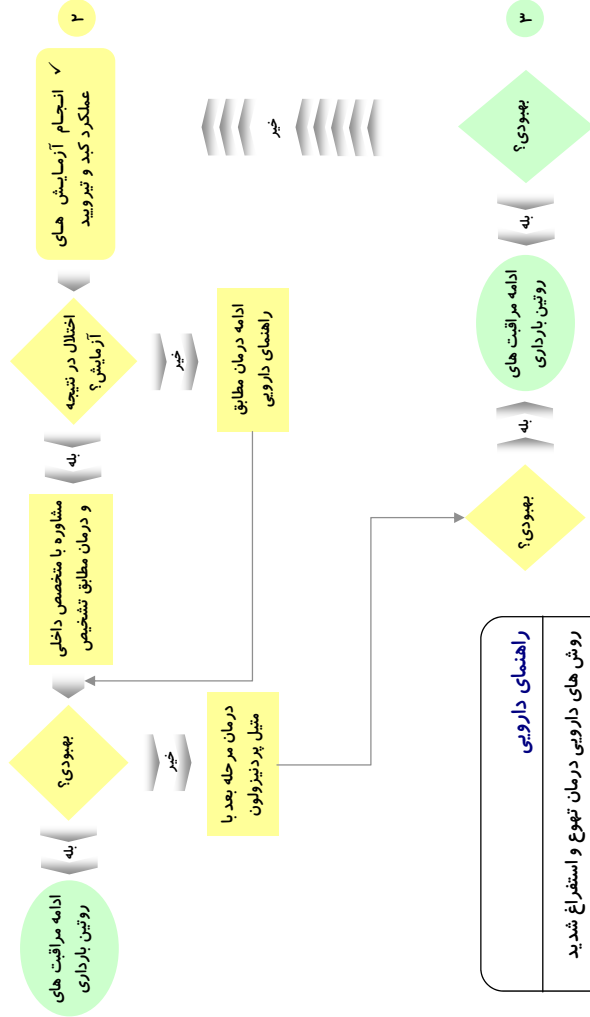
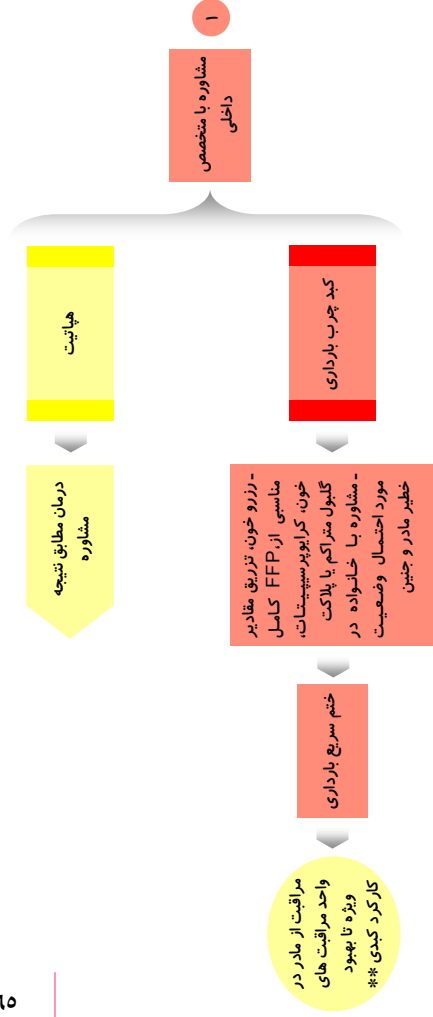
نوع اقدام	شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه	تعیین سن بارداری، بررسی سوابق بیماری های زمینه ای مادر، درد قفسه سینه، مشکلات تنفسی
معاینه	کنترل علائم حیاتی، رنگ ملتحمه، معاینه شکم (بزرگی کبد، طحال،...،) سمع ریه (رال، ویزینگ، تاکی پنه)، ورید گردنی برجسته
اندیکاسیون بستری	ادم حاد ریه، آمبولی ریه، حمله آسم، نارسایی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

تپوع 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 آسپیراسیون هستند.
- *** در استفراغ های شدید همواره بیماری های کبدی، پانکراتیت، پیلونفریت، بیماری های تیزرینوئیدی، کتوز اسیدوز دیابتیک و مسائل روانی - اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.



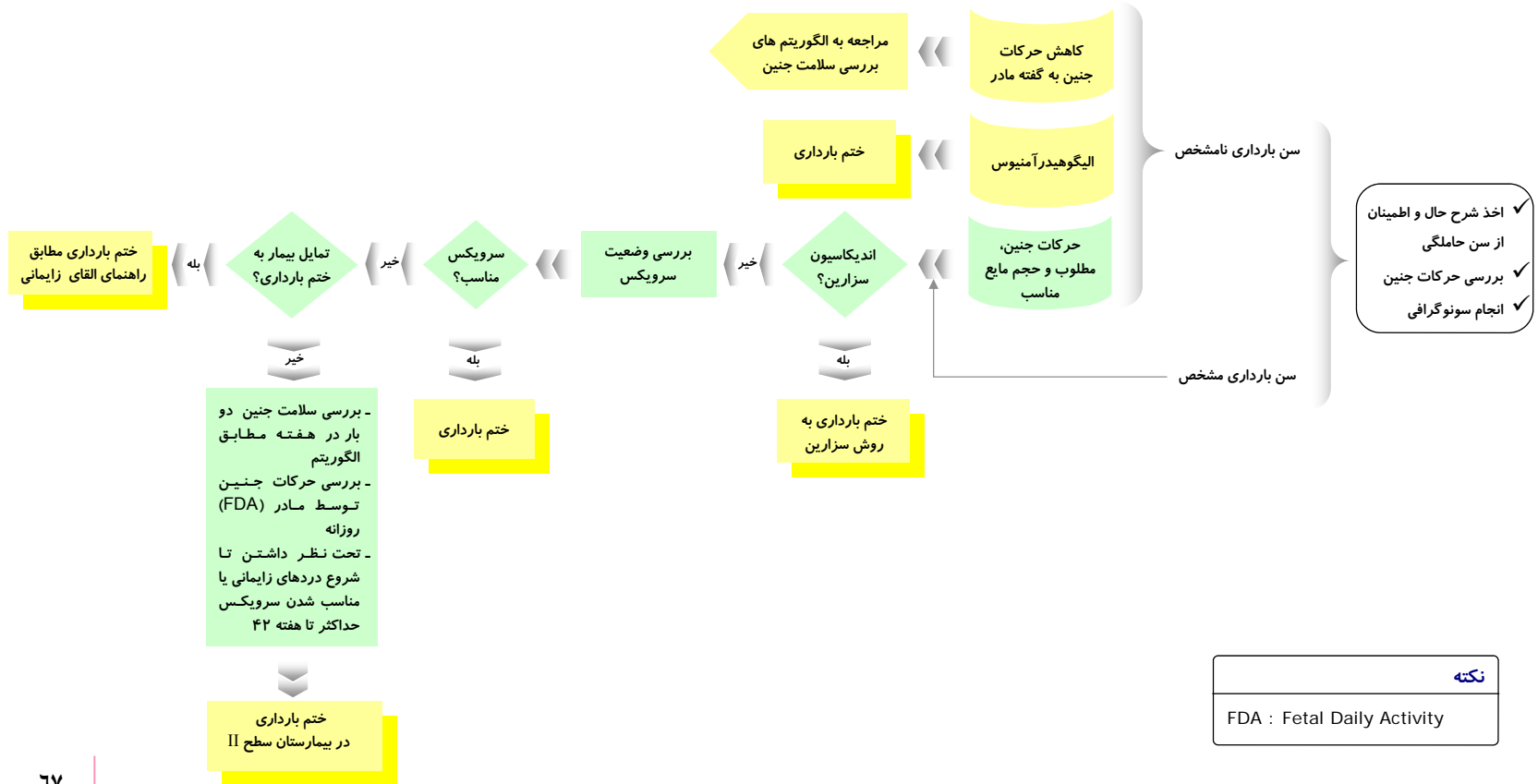
راهنمای دارویی

روش‌های دارویی درمان تنوع و استفرغ شدید عبارتند از:

۱. ویتامین B6 (پیریدوکسین) ۲۰ mg/TDS در صورت استفاده از ویتامین B6 به تشخیص نوزادی پس از اطمینان توجه شود.
۲. آنتی هیستامین ها: دیفن هیدرامین ۵۰-۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت
۳. فنوتازین ها: پرومتازین ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت، کلرپرمتازین ۲۵-۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و یا ۲۵ میلی گرم عضلانی هر ۶ ساعت
۴. متوکلوپروماید ۲۵-۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت یا ۱۰ میلی گرم عضلانی هر ۶ ساعت

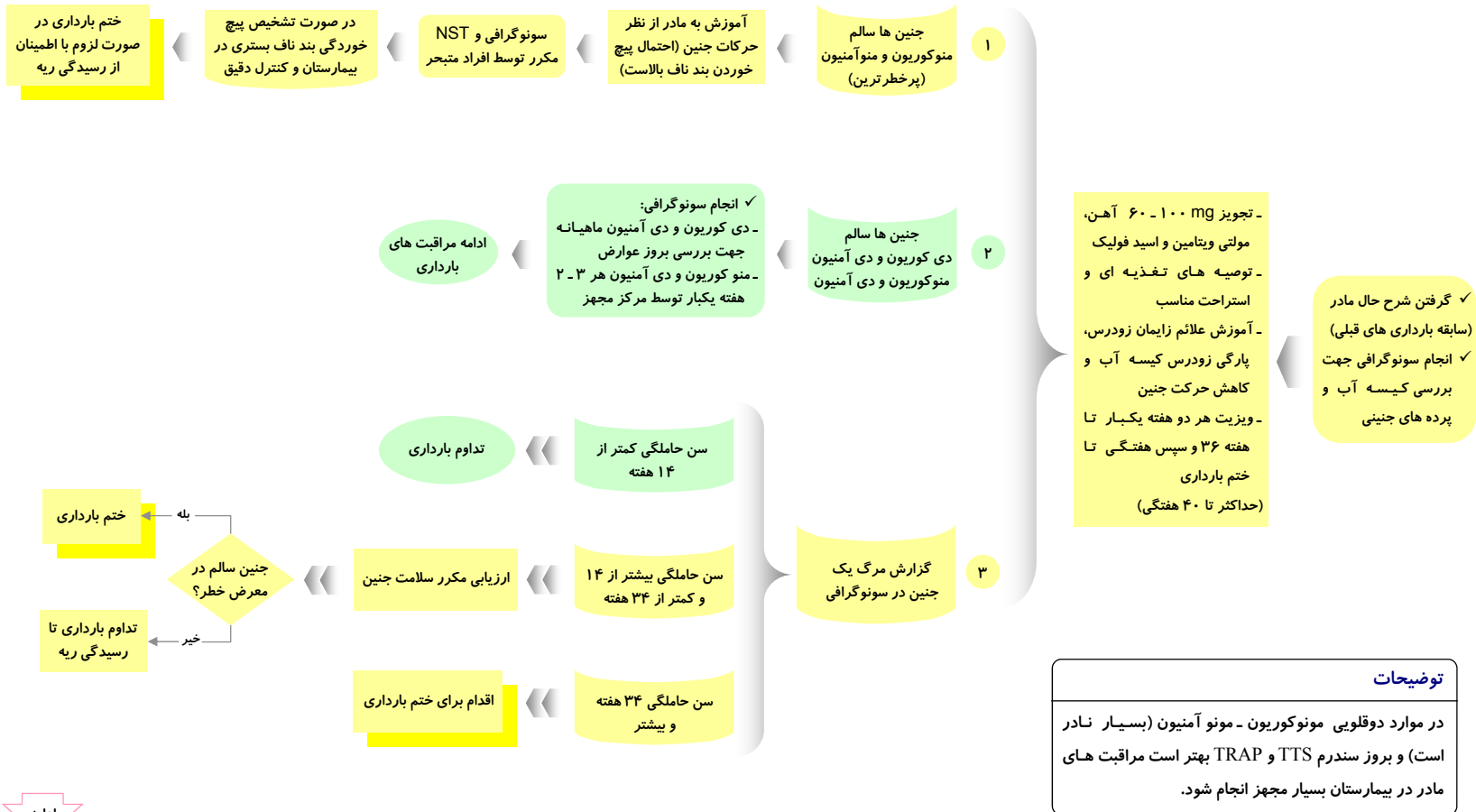
نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		زمان شروع و نوع استفراغ، تعداد دفعات آن، درد شکم و علائم گوارشی، درد اپی گاستر، ضعف و بی حالی، کاهش وزن، سردرد
معاینه		ارزیابی علائم حیاتی (تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریباند شکم)، سفتی گردن، کاهش وزن واضح، ایکتر، بررسی دهیدراتاسیون
اندیکاسیون بستری		EP، شکم حاد، پارگی مری، زخم دستگاه گوارش، عفونت CNS، ایکتر، استفراغ شدید و مداوم، مول
پاراکلینیک	آزمایشگاه	آزمایش ادرار، اندازه گیری الکترولیت ها و قند خون
	تصویر برداری	سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی	تست های کبدی، تست های تیرویدی
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	ویتامین B ₆ (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، فرآورده های خونی (خون کامل، FFP، کرایوپرسیپتیت و پلاکت)
	اندیکاسیون	استفراغ شدید و مکرر، درمان تهوع و استفراغ حاملگی، کبد چرب بارداری، گاستروآنتریت
درمان جراحی	اندیکاسیون	شکم حاد، مول، EP
	نوع عمل	لاپاراتومی، تخلیه مول
درمان غیر دارویی و آموزش ها		حمایت روانی، توصیه های بهداشتی برای کاهش تهوع، مصرف زنجبیل و توصیه مطابق با هر تشخیص
اندیکاسیون ختم بارداری		کبد چرب بارداری، حاملگی مولار، استفراغ شدید و مقاوم به درمان با نظر مشاوره ای
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		بهبودی نسبی، تحمل مواد غذایی، رفع دهیدراتاسیون
دستورات Follow up		پیگیری مراقبت های بارداری
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص جراحی، داخلی، مغز و اعصاب، عفونی

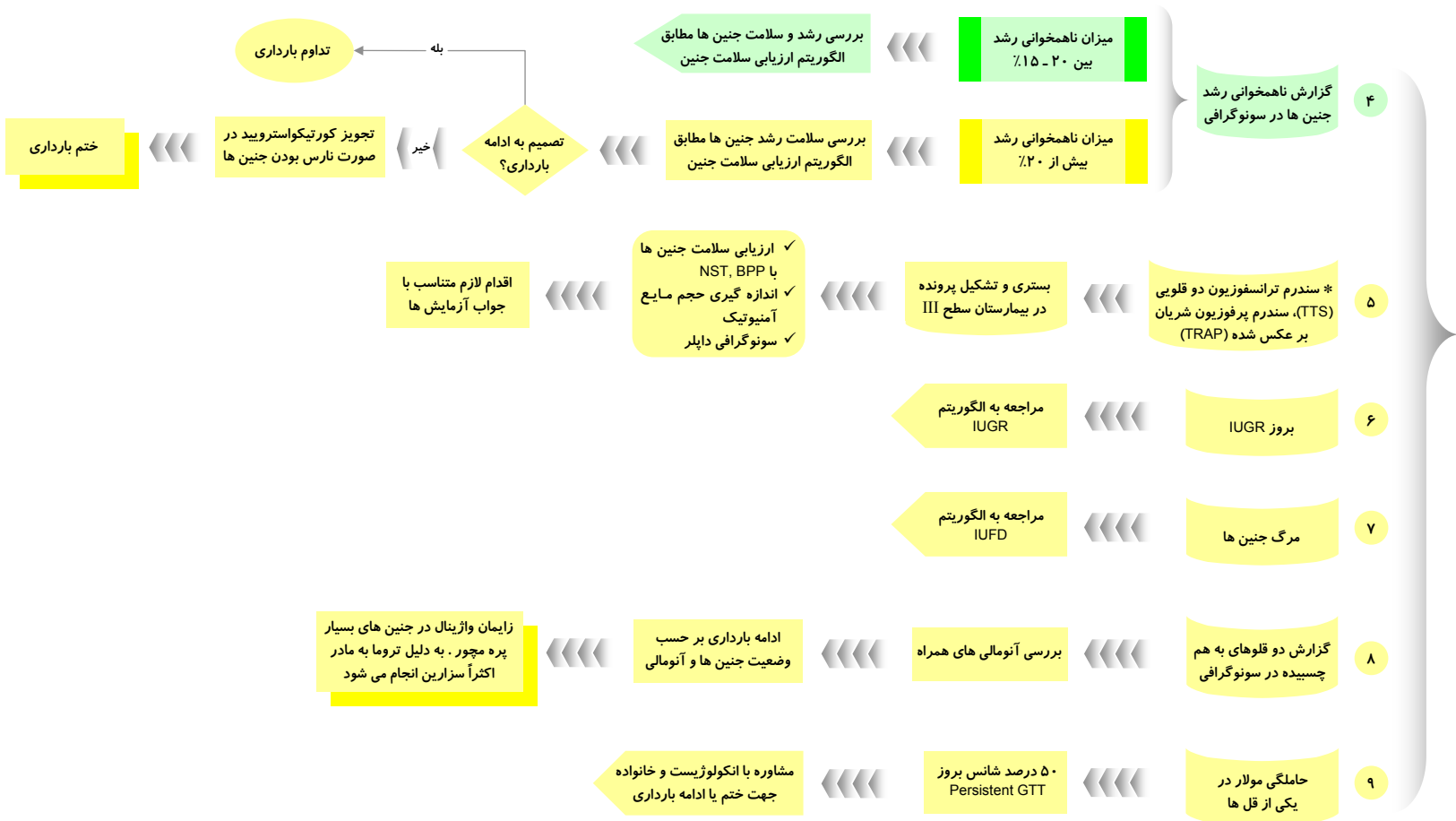
دخالت و ارزیابی از سن ۴۱ هفته بارداری شروع می شود.



شرح اقدام		نوع اقدام	
بررسی دقیق LMP، وضعیت نظم قاعدگی ها (تعیین سن دقیق حاملگی)، وضعیت حرکت جنین		اخذ شرح حال و سابقه	
بررسی حرکات جنین، صدای قلب جنین، وضعیت سرویکس		معاینه	
الیگوهایدرآمنیوس، کاهش حرکت جنین، سن بارداری ۴۲ هفته و بیشتر، اختلال تست های سلامت جنین		اندیکاسیون بستری	
		آزمایشگاه	پاراکلینیک
	سونوگرافی	تصویر برداری	
	NST، بیوفیزیکال پروفایل	سایر تست های تشخیصی	
		نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
		اندیکاسیون	
	اندیکاسیون های سزارین	اندیکاسیون	درمان جراحی
	سزارین	نوع عمل	
بررسی روزانه حرکت جنین		درمان غیر دارویی و آموزش ها	
اولیگوهایدرآمنیوس، 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 بیماری های و بارداری های قبلی	اخذ شرح حال و سابقه
اندازه گیری فشارخون، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین، وزن گیری مادر	معاینه
مونو کوریون- مونو آمنیون، پیچ خوردگی بند ناف	اندیکاسیون بستری
مطابق بارداری یک قلو	پاراکلینیک
سونوگرافی جهت بررسی کیسه آب و پرده های جنینی، حجم مایع آمنیوتیک	تصویر برداری
سونوگرافی داپلر، NST, BPS	سایر تست های تشخیصی
تجویز ۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک، تجویز کورتیکواستروئید	نوع دارو با ذکر دوز
مراقبت های معمول بارداری، احتمال زایمان زودرس	اندیکاسیون
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 بالای ۳۴ هفته و یا رسیدگی ریه در قل زنده، حاملگی مولار در یک قل، بروز عوارض و رسیدگی ریه جنین	اندیکاسیون ختم بارداری
مطابق نظر پزشک	مدت بستری
مطابق نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص
متناسب با هر عارضه	دستورات Follow up
مشاوره با انکولوژیست	سایر اقدامات





* - گرفتن شرح حال
- ارزیابی علائم حیاتی
- معاینه واژینال
- معاینه شکم

HB, Hct, BG, Cross match

علائم حیاتی Stable
و نبود علائم شکم حاد

علائم حیاتی Unstable
و علائم شکم حاد

علائم شوک

سونوگرافی ترجیحاً واژینال

بررسی جراحی

اقدام مطابق الگوریتم شوک

حاملگی داخل رحم ورد EP

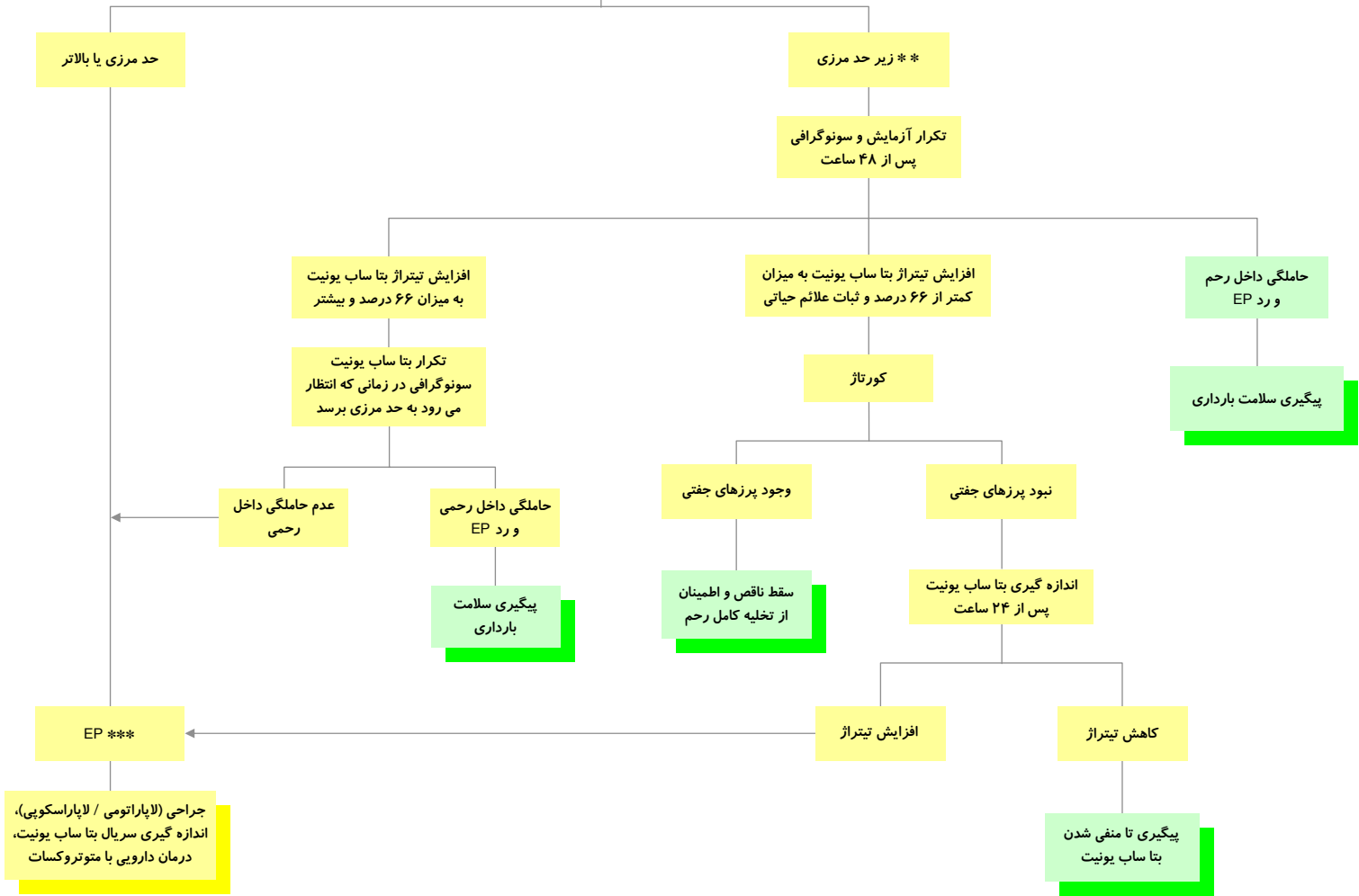
عدم مشاهده حاملگی در داخل رحم

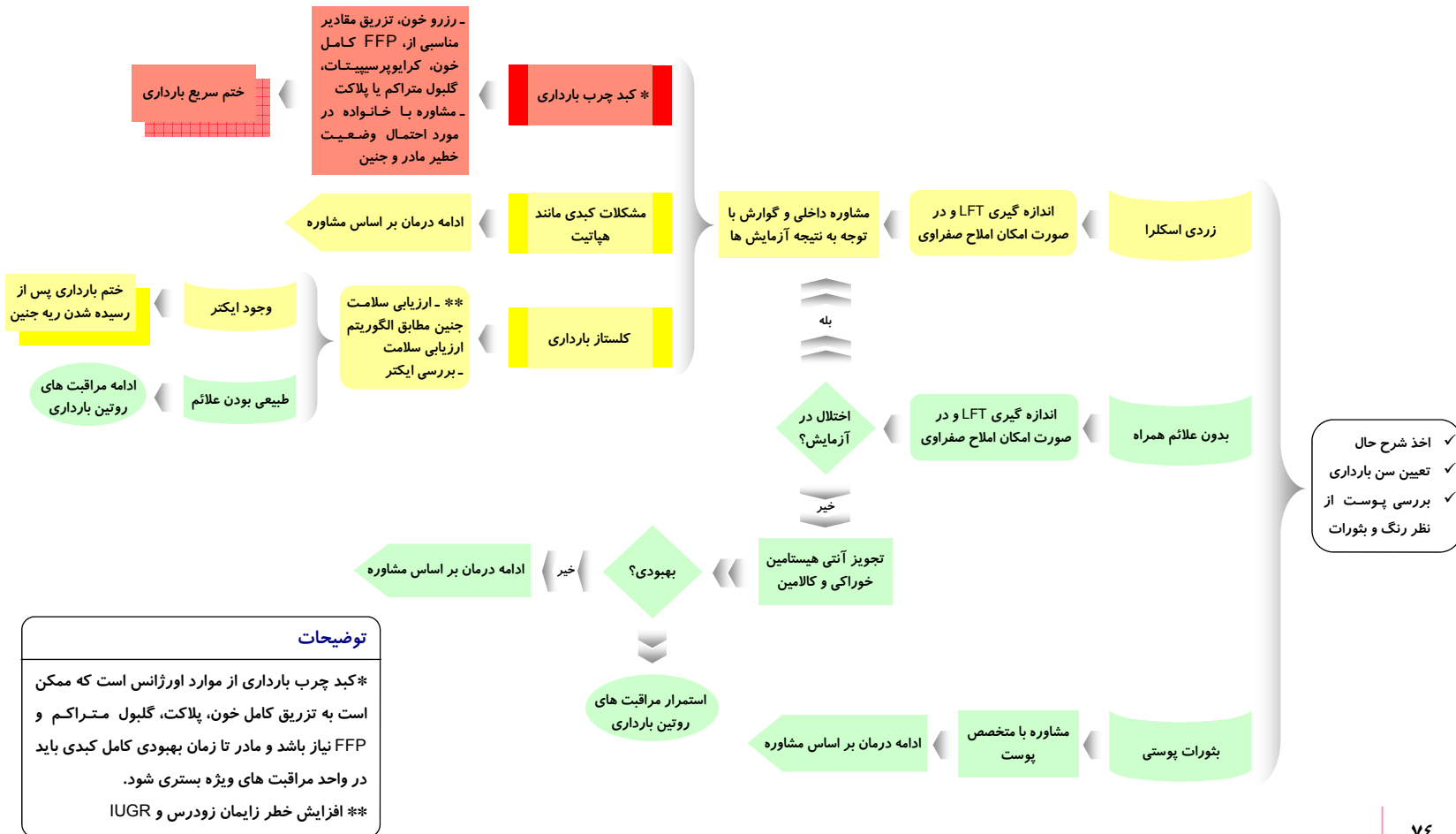
پیگیری سلامت بارداری در صورت وجود علائم تهدید به سقط مراجعه به الگوریتم خونریزی نیمه اول

تیتراژ بتا ساب یونیت

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 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 سلامت جنین داخل رحم انجام شود.

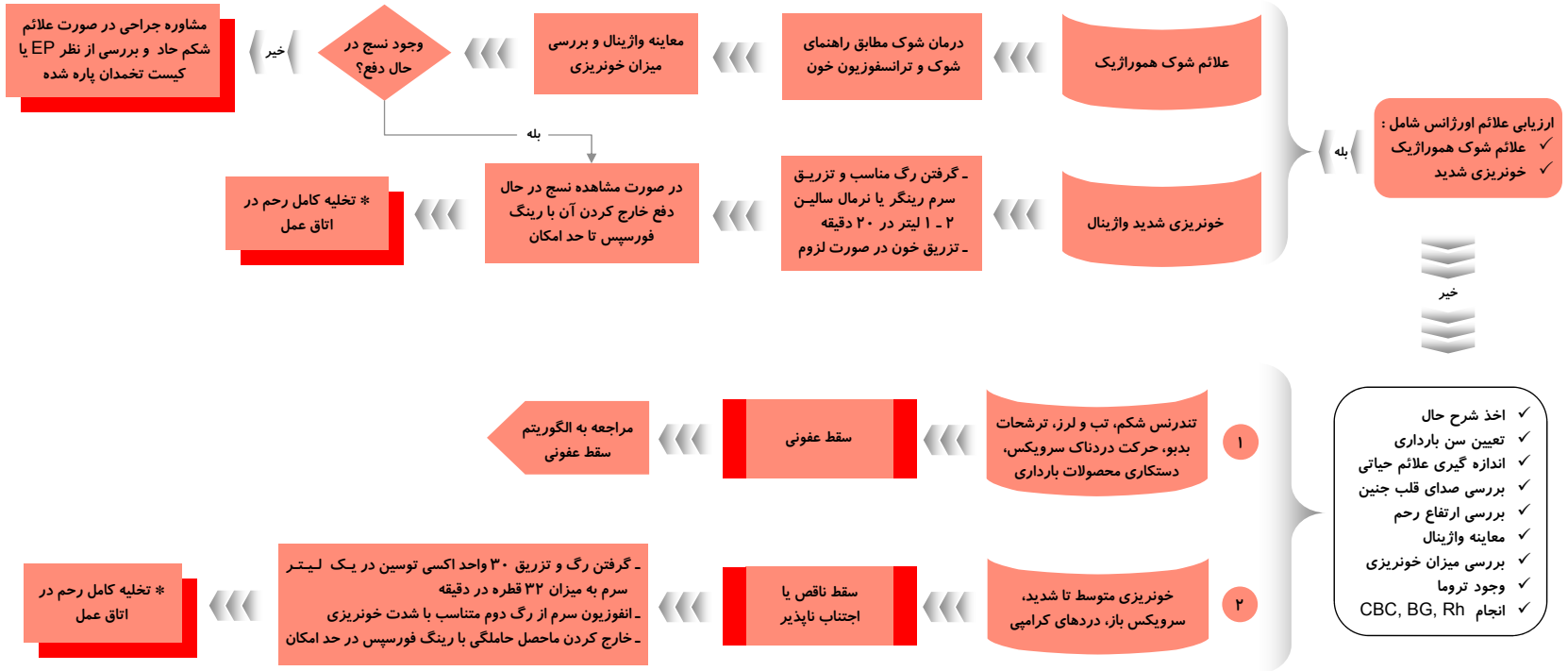




توضیحات

*کبد چرب بارداری از موارد اورژانس است که ممکن است به تزریق کامل خون، پلاکت، گلبول متراکم و FFP نیاز باشد و مادر تا زمان بهبودی کامل کبدی باید در واحد مراقبت های ویژه بستری شود.
** افزایش خطر زایمان زودرس و IUGR

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	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، گلوبول متراکم، FFP، کرایوپرسیپیتیت، آنتی هیستامین خوراکی و کالامین	نوع دارو با ذکر دوز	
کبد چرب بارداری، خارش پوستی	اندیکاسیون	درمان دارویی
	اندیکاسیون	درمان جراحی
	نوع عمل	
آموزش بهداشت، بروز زردی	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
کبد چرب بارداری، کستاز بارداری، بروز ایکتر در جنین، رسیدگی ریه	اندیکاسیون ختم بارداری	
با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک	مدت بستری	
Stable بودن وضعیت مادر	اندیکاسیون ترخیص	
بررسی سلامت جنین در موارد کستاز 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	



خونریزی خفیف با یا بدون سابقه دفع نسج

سونوگرافی جهت تعیین وضعیت باروری

توضیحات

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.
*آمپول روگام برای مادر ارهانش منفی و همسر ارهانش مثبت تزریق شود.

وجود بقایای حاملگی

* تخلیه کامل رحم در اتاق عمل

ساک حاملگی خالی
Blighted ovum

سونوگرافی مجدد ۲ هفته بعد

* انتظار برای دفع خودبخودی و یا خاتمه بارداری با نظر پزشک و تمایل مادر با استفاده از پروستاگلاندین

خیر

جنین مرده (سقط فراموش شده)

انجام آزمایش های انعقادی

کواگولوپاتی؟
بله

اصلاح کواگولوپاتی با FFP پلاکت، خون تازه

مول

مراجعه به الگوریتم اداره مول

حاملگی خارج از رحم یا عدم مشاهده ساک داخل رحم

مراجعه به راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم

ختم بارداری با توجه به وضعیت جنین به شیوه Fractional Induction یا کورتاژ

جنین زنده و سالم
تهدید به سقط

- اندازه گیری طول سرویکس
- پیگیری سلامت جنین
- توصیه به استراحت و عدم مقاربت
- آموزش علائم خطر

سرویکس بسته، وجود شایعه خونریزی دهنده سرویکس یا واژن

- پاپ اسمیر
- بیوپسی در صورت لزوم
- پک کردن کوتاه مدت یا اقدام مناسب دیگر برای کنترل خونریزی

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 وژیکول، 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	
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن		آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی		تصویر برداری	
پاپ اسمیر و بیوپسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس		سایر تست های تشخیصی	
Oxytocin ۳۰ واحد در لیتر (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر) PGE۲ شیاف ۲۰ میلی گرمی هر ۳ تا ۴ ساعت PGF۲ آمپول ۲۵۰ میکروگرمی هر ۲ ساعت قرص PGE۱ (میزوپروستول) ۲۰۰ میکروگرمی هر ۱۲ ساعت تأکید بصورت واژینال سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون		نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
PG Missed Abortion: (Oxytocin در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر)		اندیکاسیون	
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده		اندیکاسیون	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 در مواردی که محصولات بارداری تخلیه می شود		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	

نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جنین آنومال
معاینه		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
اندیکاسیون بستری		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
پاراکلینیک	آزمایشگاه	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
	تصویر برداری	سونوگرافی
سایر تست های تشخیصی		NST, BPS، مانیتورینگ مادر و جنین
درمان دارویی	نوع دارو با نکر دوز	آمپول روگام آمپول استروئید سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون
	اندیکاسیون	شوک هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی
درمان جراحی	اندیکاسیون	خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی
	نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها		استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی) توصیه به تزریق آمپول رگام در جفت سرراهی
اندیکاسیون ختم بارداری		خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تندرns رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی، کنده شدن زودرس جفت، جنین ترم
مدت بستری		بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی
دستورات Follow up		بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال ۴ تا ۶ ماه پس از زایمان، بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال
سایر اقدامات		مشاوره با متخصص داخلی

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

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



خیر

- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ بررسی صدای قلب جنین
- ✓ معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی (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
 - تندرنس رحمی
 - آنومالی مغایر با حیات در سونوگرافی قبلی

- کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یک بار
 - ثابت کردن سوند ادراری (حجم مناسب ادرار $h/1 \text{ } ^{\circ}\text{C} \text{ } 60 - 30$)
 - 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 مانیترینگ دقیق مادر و جنین

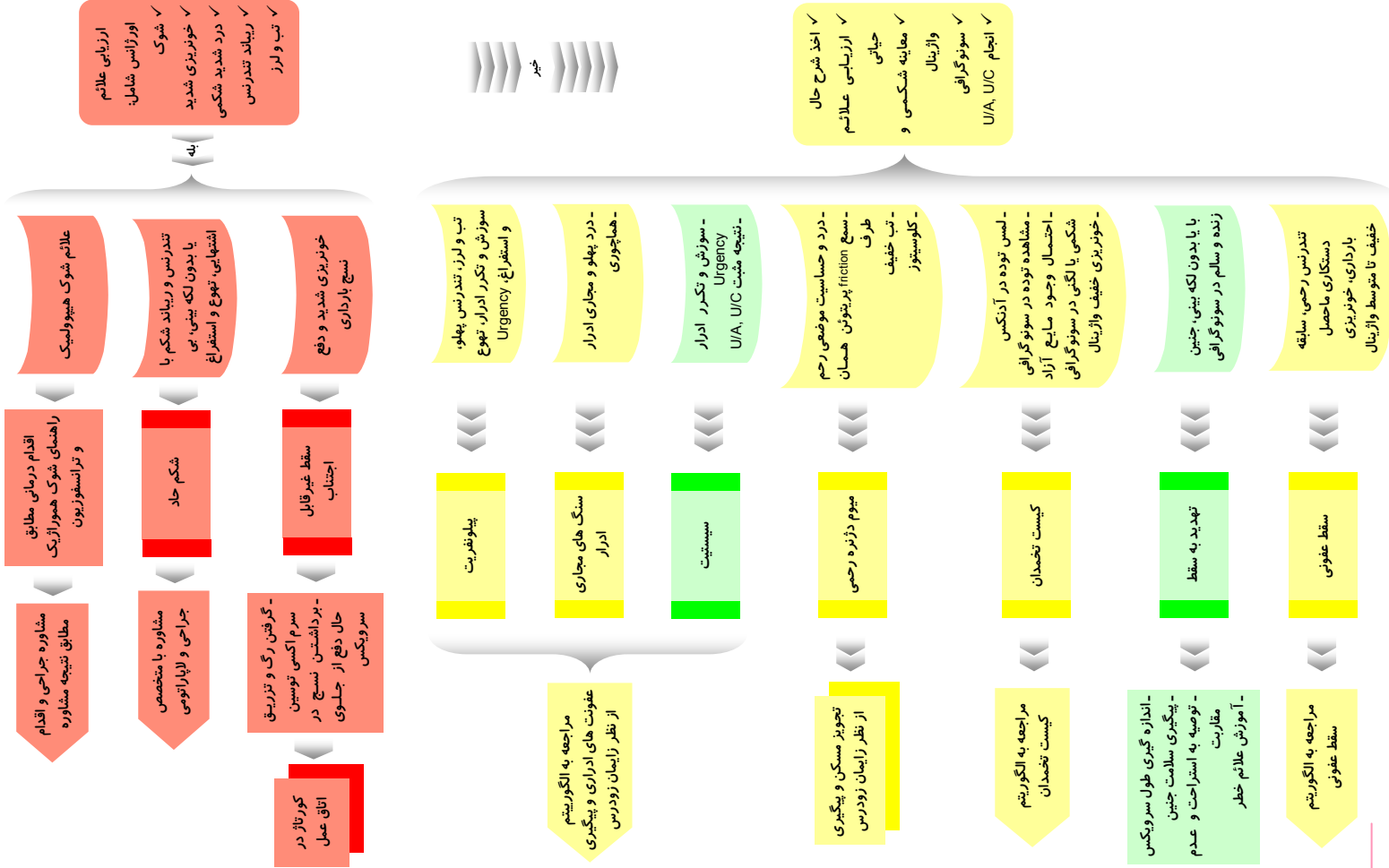
بله

ختم بارداری به روش سزارین

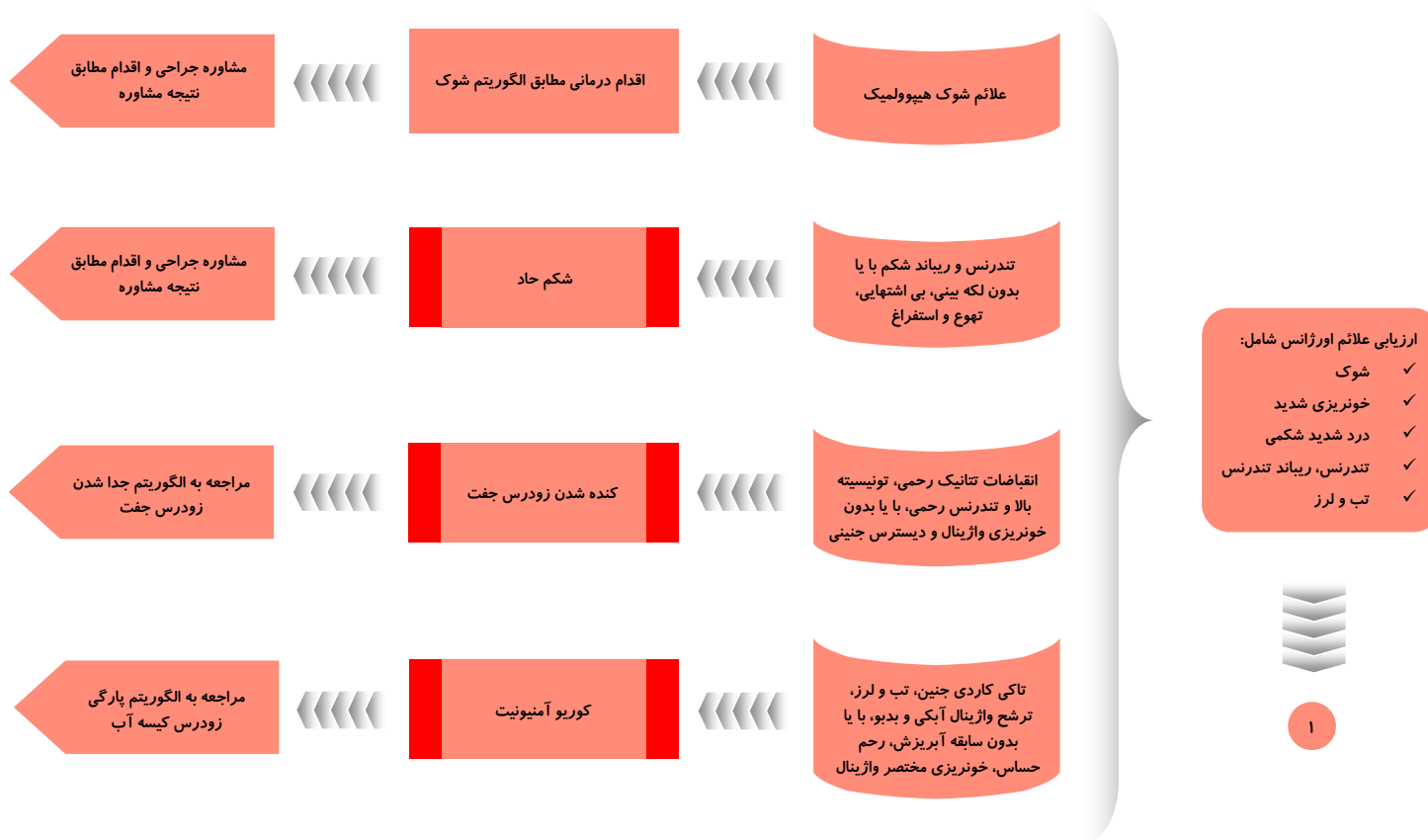


توضیحات

- ✓ علل خونریزی نیمه دوم در ۵۰٪ موارد دکلمان یا جفت سرراهی است و ۵۰٪ دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، واز پرویا، چسبندگی غیرطبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.
- ✓ جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک همورژیک 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 پرویا 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 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 اشتهایی	اخذ شرح حال و سابقه	
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک، تب و لرز)، معاینه واژینال (میزان خونریزی، نسج در حال دفع، لمس توده در اندنکس) معاینه شکم و پهلوها (تندرنس رحمی، ریباند و تندرنس شکم، درد پهلوها)، میزان خونریزی، سمع friction rub پریٹون	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 دارویی
شوک هموراژیک، سقط غیر قابل اجتناب، میوم دژنره، پیلونفریت، سنگ های ادراری، سیستیت، سقط عفونی	اندیکاسیون	درمان جراحی
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط عفونی، کیست تخمدان	اندیکاسیون	
لاپاراتومی، کورتاژ	نوع عمل	
آموزش زایمان زودرس، سونوگرافی سریال، اندازه گیری طول سرویکس	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
خونریزی شدید، شکم حاد، 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 طول سرویکس در تهدید به سقط	دستورات Follow up	
مشاوره با متخصص جراحی	سایر اقدامات	



1



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

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

- درد پهلو و مجاری ادرار
- هماچوری

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

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

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

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

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

پیلونفریت

سنگ های مجاری ادرار

سیستیت

میوم دژنره رحمی

کیست تخمدان

سن بارداری مساوی یا بیشتر از ۳۷ هفته؟

انقباضات براکستون هیکس

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

تجویز مسکن و پیگیری از نظر زایمان زودرس

مراجعه به الگوریتم اداره کیست تخمدان

مراجعه به الگوریتم زایمان زودرس

مراجعه به مبحث زایمان

توصیه به استراحت آموزش علائم شروع 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، ریباند و تندرنس شکم، انقباضات رحمی)، میزان خونریزی، سمع friction rub پریتونن، صدای قلب جنین	معاینه	
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، شکم حاد، کوریوآمنیونیت، کنده شدن زودرس جفت، پیلونفریت 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	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	

دوران بارداری

آزمایش های اولیه:

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

درمان دارویی:

- تجویز دوز اولیه هپارین به میزان (80 IU/Kg) حداقل 5000 واحد و سپس انفوزیون (10-25 IU/Kg/h) حداقل 30000 واحد در 24 ساعت
- ادامه تجویز وریدی به مدت 7-5 روز و یا رفع علائم (در PE حداقل 10-7 روز)
- تبدیل به هپارین زیر جلدی (در 3-2 دوز هر 12-8 ساعت یک بار)
- ادامه درمان با دوز درمانی 4-3 ماه برای DVT و 6-4 ماه برای PE یا DVT مکرر یا درگیری ایلیوفمورال و بالاتر
- نکته: در مواردی که فرد بیش از 6 ماه به میزان 15000 واحد روزانه و یا بیشتر هپارین دریافت می کند، باید مقادیر کافی کلسیم و ویتامین D به مادر تجویز نمود.
- تبدیل به هپارین پروفیلاکتیک (mini dose) هر 12 ساعت 10000-5000 واحد زیر جلدی تا پایان بارداری
- تجویز وارفارین در بیمارانی که دریچه مصنوعی قلب دارند.
- قطع هپارین 6-4 ساعت قبل از زایمان

آزمایش های بعدی:

- اندازه گیری aPTT پس از 4 ساعت از تزریق دوز اولیه (میزان موردنظر 2/5-1/5 برابر کنترل است) و سپس اندازه گیری روزانه تا تثبیت وضعیت
- نکته 1: در صورت ضرورت می توان اثر هپارین را با پروتامین سولفات 1 میلی گرم به ازای 100 واحد هپارین خنثی کرد.
- نکته 2: در موارد تزریق زیر جلدی 5000 واحد روزانه نیازی به اندازه گیری aPTT نیست. در هنگام ترخیص با متخصص قلب مشاوره شود.
- شمارش پلاکت 5 روز بعد و دو هفته بعد از شروع درمان (در صورت بروز ترومبوسیتوپنی مشاوره با متخصص داخلی جهت قطع یا تغییر نوع هپارین و درمان های جانبی)

زایمان

درمان دارویی:

- در زمان زایمان در مواقع DVT اخیریا PE درمان هپارین وریدی (10-25 IU/Kg/h) با کنترل aPTT به میزان نیم تا یک برابر کنترل ادامه یابد.
- در زایمان واژینال یا سزارین بدون عارضه می توان 8-4 ساعت بعد هپارین و صبح فردای پس از زایمان وارفارین را شروع کرد.
- در کسانی که دریچه 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 7-5 روز بعد، زمانی که INR به حد 3-2 برابر می رسد و ادامه وارفارین به طوری که حداقل مدت درمان بیمار برای DVT چهار ماه و آمبولی ریوی 6 ماه باشد.
- اطلاع به متخصص نوزادان و کودکان در مورد استفاده مادر از داروی ضد انعقادی

پس از زایمان

- حداقل درمان پس از زایمان 12-6 هفته 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 24 ساعت قبل از بیهوشی تجویز هپارین باید قطع شود.

تعریف:

- ❖ **SVT ترموفلیبیت 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 ترموفلیبیت 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.
- ❖ در مان 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.
- ❖ **آمبولی 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 پایان دوره پس از زایمان.
- ❖ **عدم سابقه DVT ولی ترموفیلی 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

تعریف

دیابت آشکار: قبل از بارداری فرد به آن مبتلا است و قبل یا در شروع بارداری تشخیص داده شده است.
دیابت حاملگی: پس از هفته ۲۸ - ۲۴ بارداری تشخیص داده می شود. در صورت تشخیص دیابت حین بارداری، اگر طی ۲ - ۱ هفته قند خون با رژیم غذایی کنترل نشد ($2\text{hpp} > ۱۲۰$ و $\text{FBS} > ۹۵$)، باید انسولین برای کنترل قند خون تجویز شود.
دیابت کلاس A1 - گلوکز پلاسمای ناشتا زیر ۱۰۵ 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 ۱۰۵ میلی گرم در دسی لیتر و 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 organ End 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 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

- سونوگرافی دقیق از جهت نقص لوله عصبی و سایر آنومالی های جنینی و اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته ۲۲ - ۲۰ بارداری؛
- ارزیابی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری یا 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 ۳۴ بارداری و در صورت رضایت مادر.

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 مچوریتی ریه و گلیسرول فسفات بارداری در حدود هفته ۲۸ ختم شود. در صورت اطمینان از سن بارداری، در هفته ۲۸ 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 و داروی انتخابی در این حالت سولفات منیزیم است. در زایمان زودرس برای تسریع مچوریتی ریه جنین در صورت تحت کنترل بودن قند خون مادر، می توان با احتیاط از کورتیکو استروئیدها مطابق پروتکل استفاده کرد و تا ۷۲ - ۴۸ ساعت پس از تجویز آن قند خون بطور مرتب کنترل شود. با متخصص داخلی در خصوص تبدیل انسولین طولانی اثر و تبدیل آن به انسولین کوتاه اثر در روز زایمان مشاوره 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

- در دیابت کلاس A1 هر هفته FBS و ۲hPP اندازه گیری شود. در دیابت کلاس A2 حداقل هفته ای یک بار قند چهار نوبته کنترل شود: صبح ناشتا، ۲ ساعت بعد از صبحانه، ۲ ساعت بعد از ناهار و ۲ ساعت بعد از شام (اگر بیمار دستگاه گلوکومتر دارد بهتر است هر روز 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.
- هنگام آمنیوسنتز L/S ratio بیشتر از ۲ برای اطمینان از مچوریتی ریه جنین کافی نیست بلکه علاوه بر آن باید فسفاتیدیل گلیسرول نیز اندازه گیری شود. فسفاتیدیل گلیسرول ۳٪ فسفولیپیدهای مایع آمنیوتیک را تشکیل دهد. (تشخیص وجود فسفاتیدیل گلیسرول در فسفولیپیدهای مایع آمنیوتیک نشانگر این مسئله است).
- در طول بارداری اگر قند خون کنترل نباشد، بیمار باید بستری شده و با مشاوره متخصص غدد، نوع تغذیه و انسولین دریافتی تنظیم گردد.
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 GCT (Glucose challenge test) به عمل می آید و اگر جواب غیر طبیعی ($BS \geq 140$ mg/dl) بود، GTT (Glucose tolerance test) انجام شود.
- در خانمهای در معرض خطر (سابقه نوزاد ماکروزوم، سابقه IUGF، افراد چاق بالای ۹۰ کیلوگرم، سابقه فشار خون بالا، سن بالای ۳۰ سال، سابقه دیابت در فامیل درجه یک، سابقه آتومالی 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 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 ۱۲ ساعت ناشتا بودن.

نحوه تفسیر آزمایشات:

نوع آزمایش	حد طبیعی (در خانم باردار)
FBS	< ۹۵ Mg/dl
GTT (BS یک ساعت پس از تجویز گلوکز)	= < ۱۴۰ Mg/dl
GTT (BS یک ساعت پس از تجویز گلوکز)	< ۱۸۰ Mg/dl
GTT (BS دو ساعت پس از تجویز گلوکز)	< ۱۵۵ Mg/dl
GTT (BS سه ساعت پس از تجویز گلوکز)	< ۱۴۰ Mg/dl

GTT وقتی مختل است که از بین FBS و سه نمونه خون دریافتی پس از تجویز گلوکز، دو جواب غیر طبیعی داشته باشیم.
 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

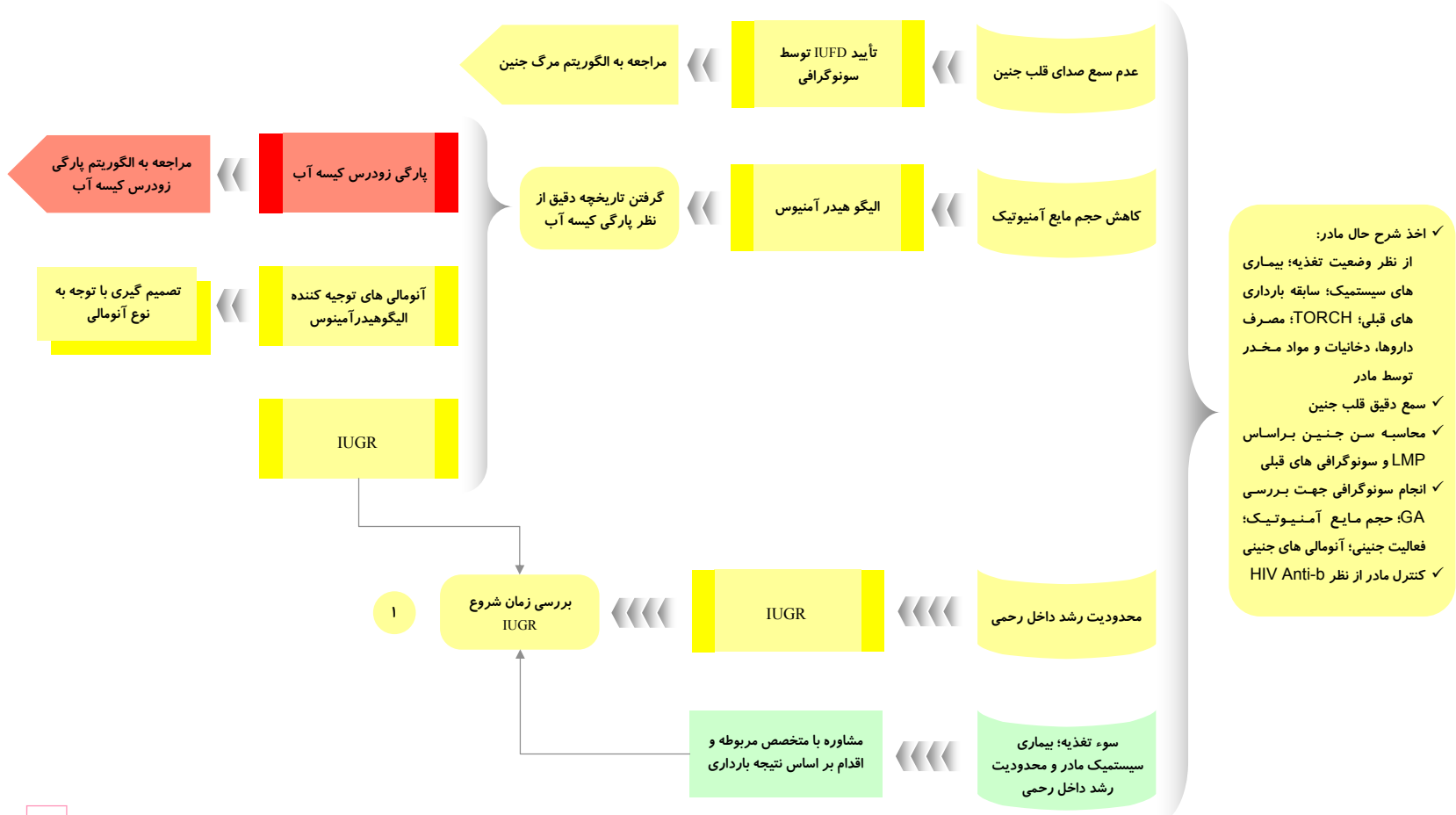


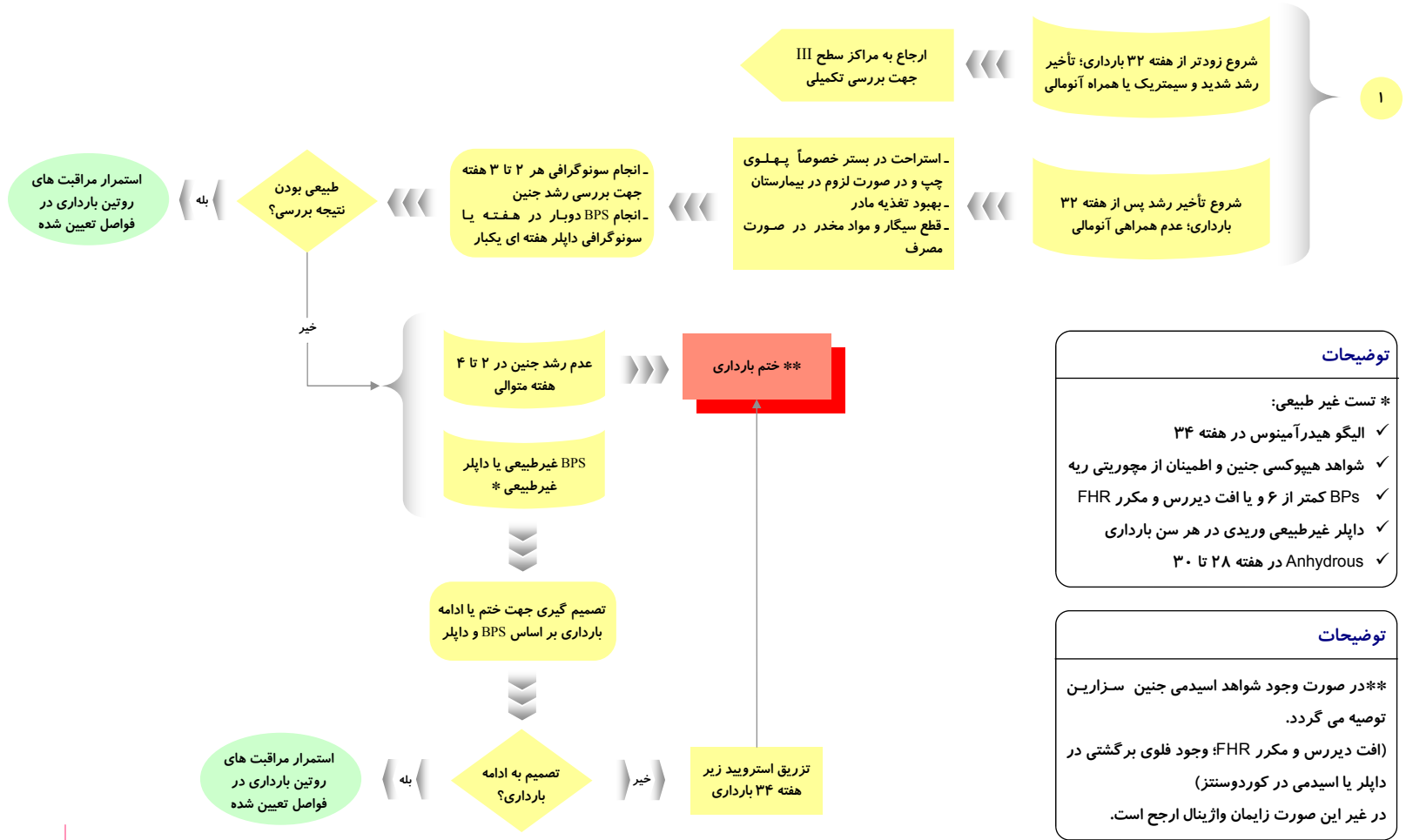
✓ * محاسبه سن جنینی بر اساس LMP
 ✓ انجام سونوگرافی جهت:
 - تخمین سن جنین اندازه گیری BPD, HC,FL,AC
 - تخمین وزن جنین، حجم مایع آمنیوتیک، آنومالی جنینی و رحمی (با توجه به خالی بودن مثانه مادر)
 - و مقایسه آن با سونوگرافی قبلی

توضیحات

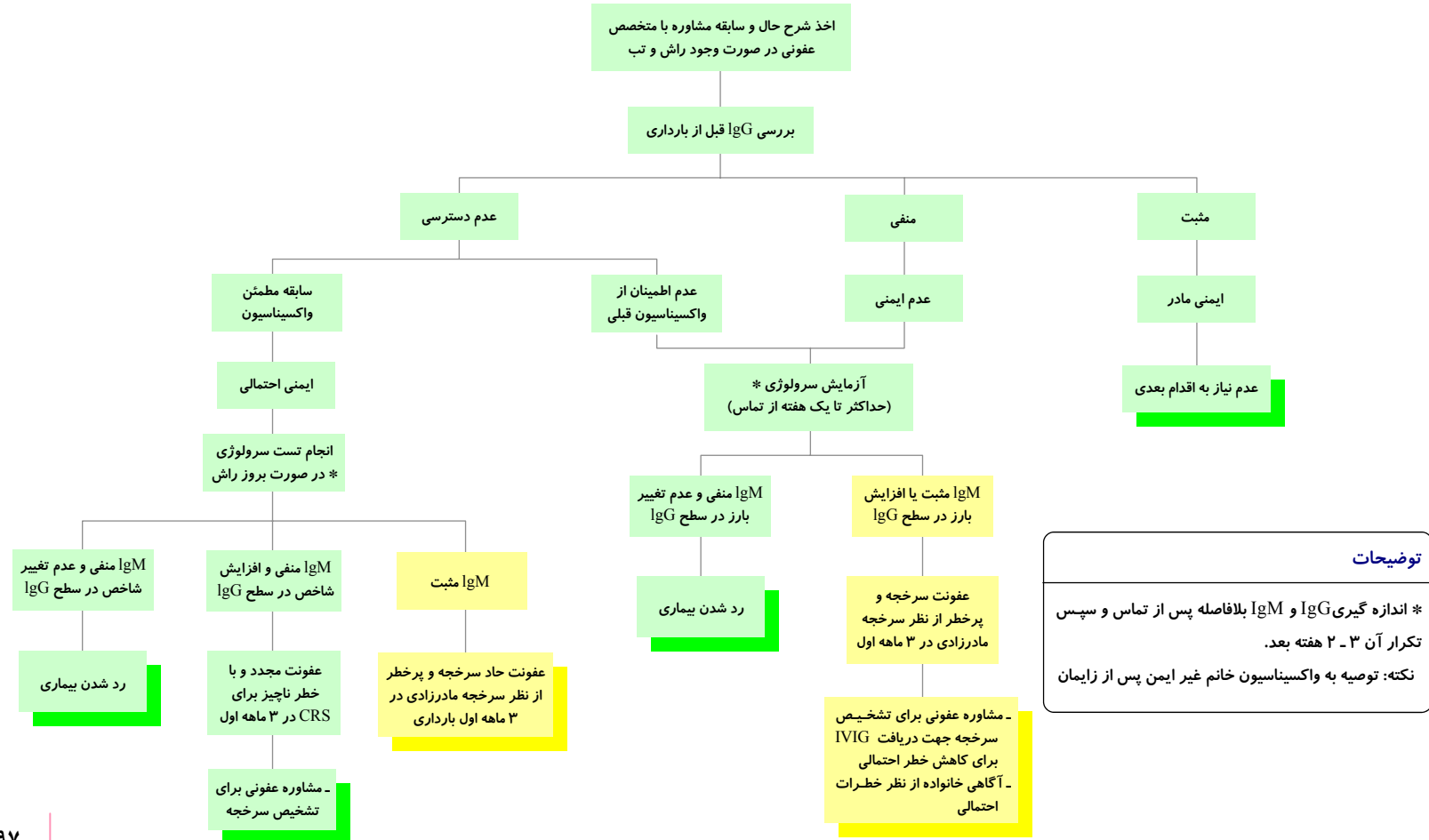
* گرفتن شرح حال دقیق برای بررسی LMP (نظم آن، مصرف OCP و وجود لکه بینی).
 ** این مادران در معرض خطر افزایش خونریزی پس از زایمان، دکولمان، زایمان زودرس و PROM هستند.

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 نتیجه به هر پروتکل	سایر اقدامات





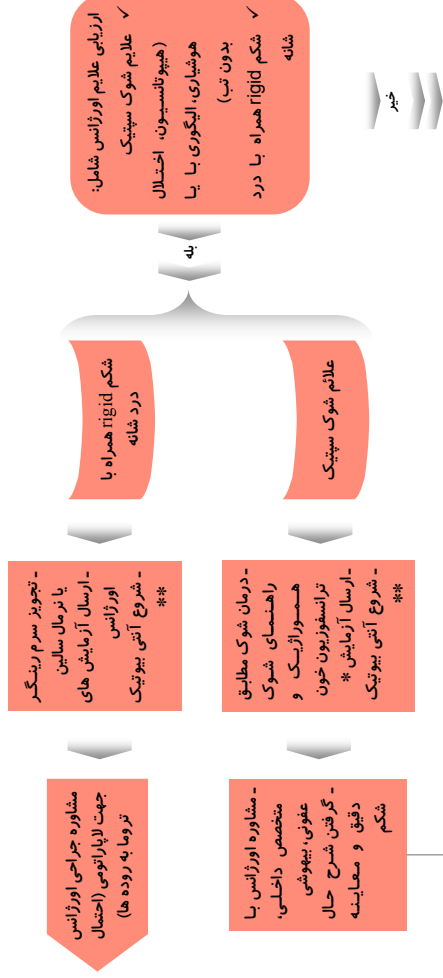
شرح اقدام	نوع اقدام	
وضعیت تغذیه، بیماری های سیستمیک، سابقه بارداری های قبلی، ابتلا به Torch، مصرف داروها، محاسبه دقیق سن جنین، وضعیت کیسه آب	اخذ شرح حال و سابقه	
سمع قلب جنین، معاینه عمومی مادر	معاینه	
تمام موارد بجز مشکل سوء تغذیه	اندیکاسیون بستری	
با توجه به هر الگوریتم	آزمایشگاه	پاراکلینیک
سونوگرافی 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	درمان دارویی
تصمیم به ختم بارداری در جنین پره ترم	اندیکاسیون	
شواهد اسیدمی جنین	اندیکاسیون	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل	
استراحت در بستر و به پهلو چپ، 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 حرکات جنین به مادر	دستورات Follow up	
ارجاع به مراکز فوق تخصصی برای بررسی کاریوتایپ، مشاوره با متخصص تغذیه	سایر اقدامات	



توضیحات

* اندازه گیری IgG و IgM بلافاصله پس از تماس و سپس تکرار آن ۲ - ۳ هفته بعد.
 نکته: توصیه به واکسیناسیون خانم غیر ایمن پس از زایمان

سقط عفونی



- ✓ اخذ شرح حال، سابقه دستکاری محصولات بارداری، بارداری با IUD یا پارگی کیسه آب
- ✓ تعیین سن حاملگی
- ✓ ارزیابی علایم حیاتی
- ✓ معاینه شکم از نظر وجود تندرنس و ریناند شکمی
- ✓ معاینه واژینال برای تندرین رحمی، حرکت درناک سرویکس و لمس توده
- ✓ انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr
- ✓ کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی، بتاساب یونیت، PTT, PT

- تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین حداقل ۲۰۰ میلی لیتر در ساعت به علاوه ۳۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم تا زمان تخلیه رحم
- شروع آنتی بیوتیک ***
- تزریق ۵/۵ میلی لیتر توکسینید کزاز جلدی در افراد واکسینه یا ۲۵۰ واحد ایمونوگلوبولین کزاز عضلانی

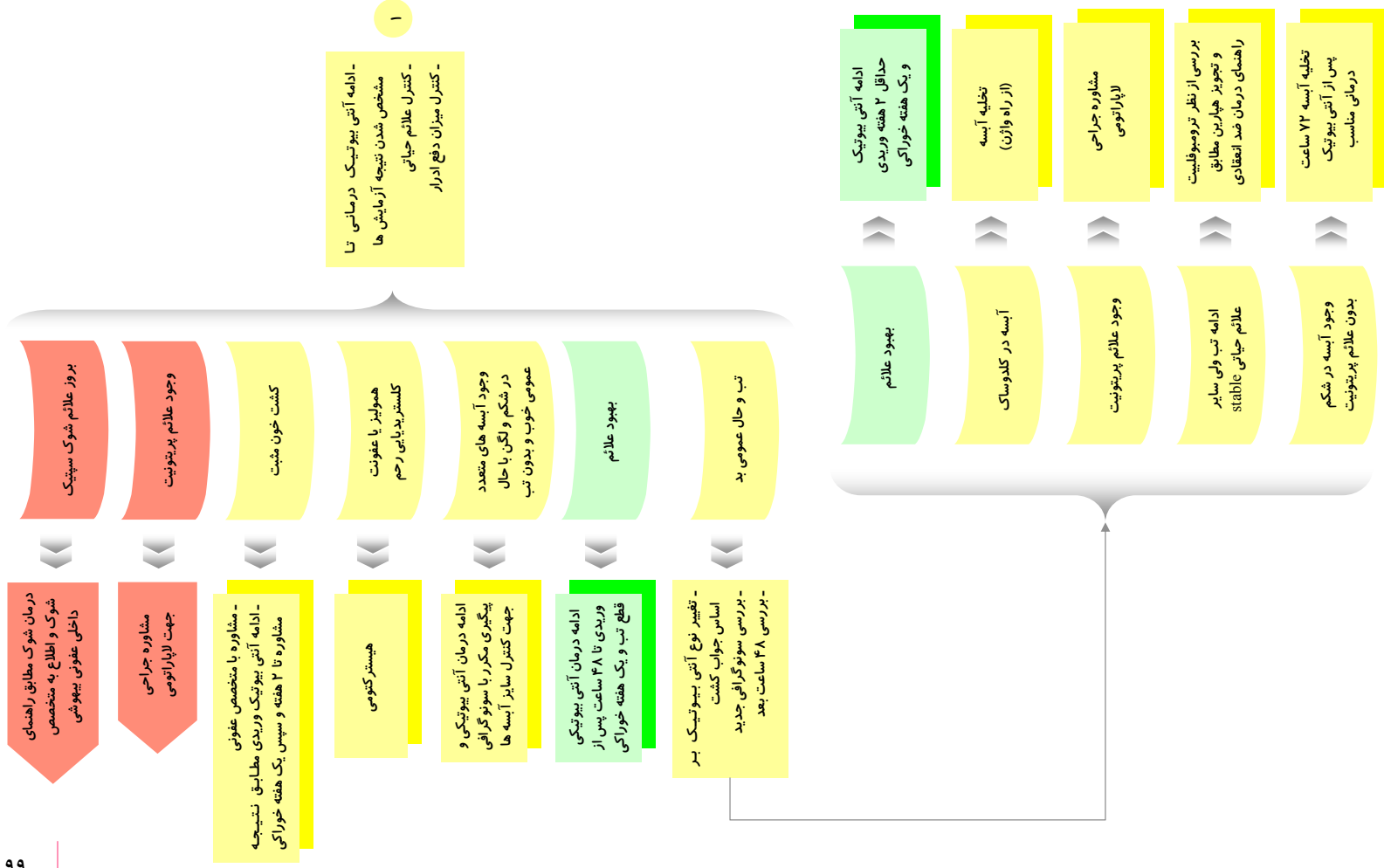
- ✓ رادیوگرافی شکم در حالت خوابیده و ایستاده جهت بررسی جسم خارجی، گاز داخل بیومتر، هوای زیر دیافراگم
- ✓ انجام سونوگرافی و بررسی نسج باقی مانده و وضعییت بارداری

- تخلیه رحم حداکثر ۱ تا ۲ ساعت پس از تجویز آنتی بیوتیک
- مشاوره جراحی برای لاپاراتومی در صورتی که در رادیوگرافی علائمی دال بر هوای زیر دیافراگم و پارگی احشا وجود دارد

توضیحات

* انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr, PT, PTT، 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.



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 یا بدون تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریپاند 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
رادیوگرافی 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 ۰/۱ 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 روده‌ها، علائم پریتونیت، همولیز و عفونت کلستریدیایی، آبنسه در کلدوساک	اندیکاسیون
کورتاژ، لاپاراتومی، هیستریکتومی، تخلیه آبنسه	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 آبنسه غیر قابل جراحی	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، جراح عمومی	سایر اقدامات

(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:

• گرفتن یک رگ مناسب و تزریق محلول کریستالوئیدی (ترجیحاً رینگر لاکتات) به میزان ۱ تا ۲ لیتر در ۴۰ - ۳۰ دقیقه (یک لیتر در ۲۰ - ۱۵ دقیقه) و در خونریزی شدید تا مهلک ۲ تا ۳ لیتر

اقدام:

- 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: اجزای خونی قبل از تجویز باید گرم شوند. برای این منظور بهتر است از دستگاه خون گرم (blood warmer) استفاده شود. در موارد اورژانس زیر بغل همراهان مرسوم است.

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 و تأخیر در دریافت نتیجه آزمایش FFP، به میزان ۱۵ - ۱۰ cc/kg به ازای هر ۱۰ - ۵ واحد packed cell تزریق شود.
- در صورت شمارش پلاکت زیر ۵۰۰۰ 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 اراش منفی، آمپول روگام تزریق شود.
- در صورت فیبرینوژن کمتر از ۱۰۰ mg/dl یا aPTT, PT یا INR بیشتر از ۱/۵ برابر :
- FFP به میزان ۱۵ - ۱۰ cc/kg 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	خفیف	متوسط	شدید	مهلک
میزان خونریزی از دست رفته	۷۵۰ سی سی	۷۵۰ تا ۱۵۰۰ سی سی	۱۵۰۰ - ۲۰۰۰ سی سی	بیش از ۲۰۰۰ سی سی
تعداد ضربان قلب	< ۱۰۰	بین ۱۰۰ تا ۱۱۹	۱۳۰ - ۱۲۰	≥ ۱۴۰
فشار خون	طبیعی	طبیعی	کاهش	کاهش شدید
فشار نبض	طبیعی	کاهش	کاهش واضح	کاهش شدید
برون ده ادراری (ml/hr)	طبیعی (۳۰ تا ۵۰)	۳۰ - ۲۰	۱۵ - ۵	آنوری یا بسیار جزئی
تعداد تنفس در دقیقه	طبیعی	۲۵ - ۱۵	۳۵ - ۲۵	> ۳۵
وضعیت هوشیاری	کمی مضطرب	مضطرب و بی قرار	گیج و منگ	منگ و لتاریک
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 یا 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 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 هیپولولمیک تا زمانیکه مایعات بدن و حجم خون به حد طبیعی نرسیده است نبایستی از داروهای وازوپرسور بیکربنات 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) 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 آنافلاکتیک (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 متظاهر می سازد.

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 ۱۰۰,۰۰۰ - ۵۰۰,۰۰۰ /mm ³ 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 پهلو ها (تندرنس پهلوها)، انقباضات رحمی، سمع قلب و ریه	معاینه
شوک، تنگی نفس و تاکی پنه، انقباضهای رحمی، پیلونفریت، سنگ‌های ادراری	اندیکاسیون بستری
CBC, BUN, Cr, کشت خون، کامل و کشت ادرار و بر اساس هر پروتکل	آزمایشگاه
سونوگرافی	تصویر برداری
با توجه به هر پروتکل	سایر تست های تشخیصی
سرم کریستالوئید، استامینوفن، مسکن، اریترومایسین، آموکسی سیلین، آمپی سیلین، سفالوسپورین ها، نیتروفورانتویین به مدت ۱۰ - ۳ روز، آنتی بیوتیک‌های وریدی سفازولین یا سفتریاکسون، آمپی سیلین و جنتامایسین	نوع دارو با ذکر دوز
علائم شوک، پیلونفریت، سنگ‌های ادراری، یورتریت کلامیدیایی، سیستیت، باکتریوری آسیمپتوماتیک	اندیکاسیون
	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

ارزیابی علائم اورژانس شامل:

- ✓ علائم شوک سپتیک
- ✓ تب و لرز
- ✓ تنگی نفس
- ✓ تاکی پنه
- ✓ انقباضات زودرس رحمی

بله

علائم شوک سپتیک

تنگی نفس / تاکی پنه

انقباضات زودرس رحمی

- مراجعه به الگوریتم شوک
- مشاوره با متخصص داخلی و درمان
آنتی بیوتیکی مطابق نتیجه مشاوره

مشاوره اورژانس با متخصص داخلی
و درمان مطابق نتیجه مشاوره

- مراجعه به الگوریتم زایمان زودرس
- درمان پیلونفریت مطابق همین الگوریتم

خیر

تب و لرز، تدرنس پهلوها

پیلونفریت

۱ - تزریق کریستالوئیدهای وریدی برای برقراری
حجم ادرار حداقل 30 CC/h
- شروع درمان آنتی بیوتیک وریدی مطابق راهنما
- تجویز استامینوفن برای کاهش تب

مشاوره اورولوژی و اقدام
با توجه به نتیجه مشاوره

تجویز مسکن و هیدریشن

سنگ های ادراری

درد کولیکی / درد
پهلوها / هماچوری

- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ معاینه شکم و پهلوها
- ✓ انجام آزمایش:
CBC, B/C, U/A, U/C, BUN, Cr

۲

درمان با اریترومايسين به
مدت ۷ روز

یورتریت کلامیدیایی

سوزش و تکرر ادرار / حس
دفع ادرار / پیوری در
U/A ولی U/C منفی

درمان دارویی مطابق راهنما

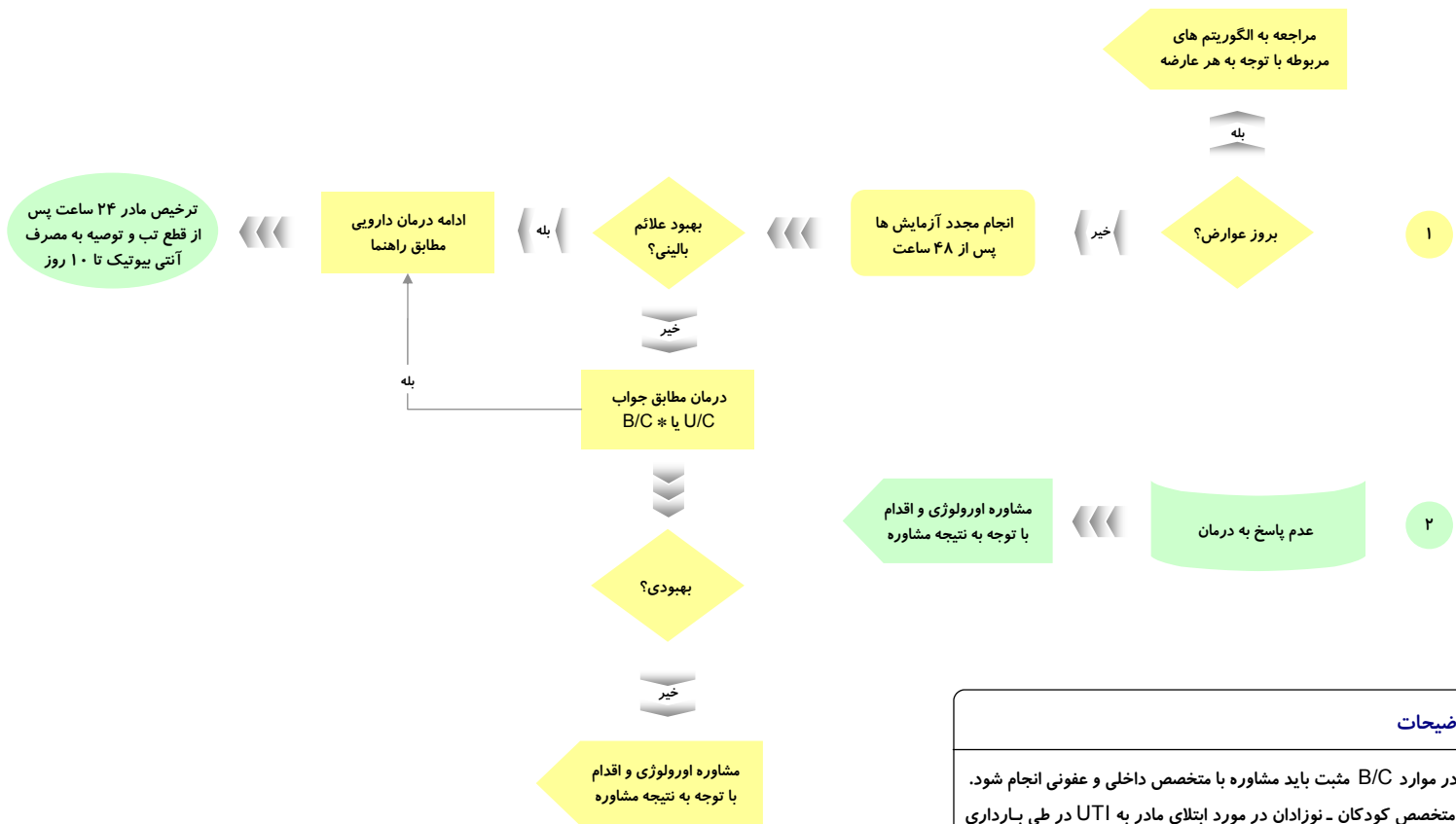
سیستیت

سوزش ادرار / کشت مثبت
ادرار بدون درد پهلوها

درمان دارویی مطابق راهنما

باکتریوری آسیمپتوماتیک

علائم ادراری منفی / کشت
ادرار مثبت



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، آمپی‌سیلین، سفالوسپورین‌ها و یا نیتروفوران‌تویین 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.

پیلونفریت:

درمان آنتی‌بیوتیکی وریدی شامل سفازولین یا سفتریاکسون 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.



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	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	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 IUD	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، IUD، ختم بارداری	اندیکاسیون بستری	
پروتئین ادرار، پروتئین ۲۴ ساعته، اوره کراتنین، هموگلوبین و هماتوکریت، تست های کبدی	آزمایشگاه	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	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
فشار خون بالاتر از ۱۵۰/۱۰۰ یا ۱۴۰/۹۰ و بیشتر به همراهی end organ damage	اندیکاسیون	
	اندیکاسیون	درمان جراحی
	نوع عمل	
محدودیت مصرف نمک و استراحت بیشتر، انجام مراقبت با فواصل تعیین شده توسط پزشک	درمان غیر دارویی و آموزش ها	
به محض رسیده شدن ریه جنین، اضافه شدن پره اکلامپسی به فشارخون مزمن، اکلامپسی	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 ۳۶ - ۲۴ 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

خیر

(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 ۳ - ۲ 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 هموگلوبین و هماتوکریت

- ✓ 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)

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

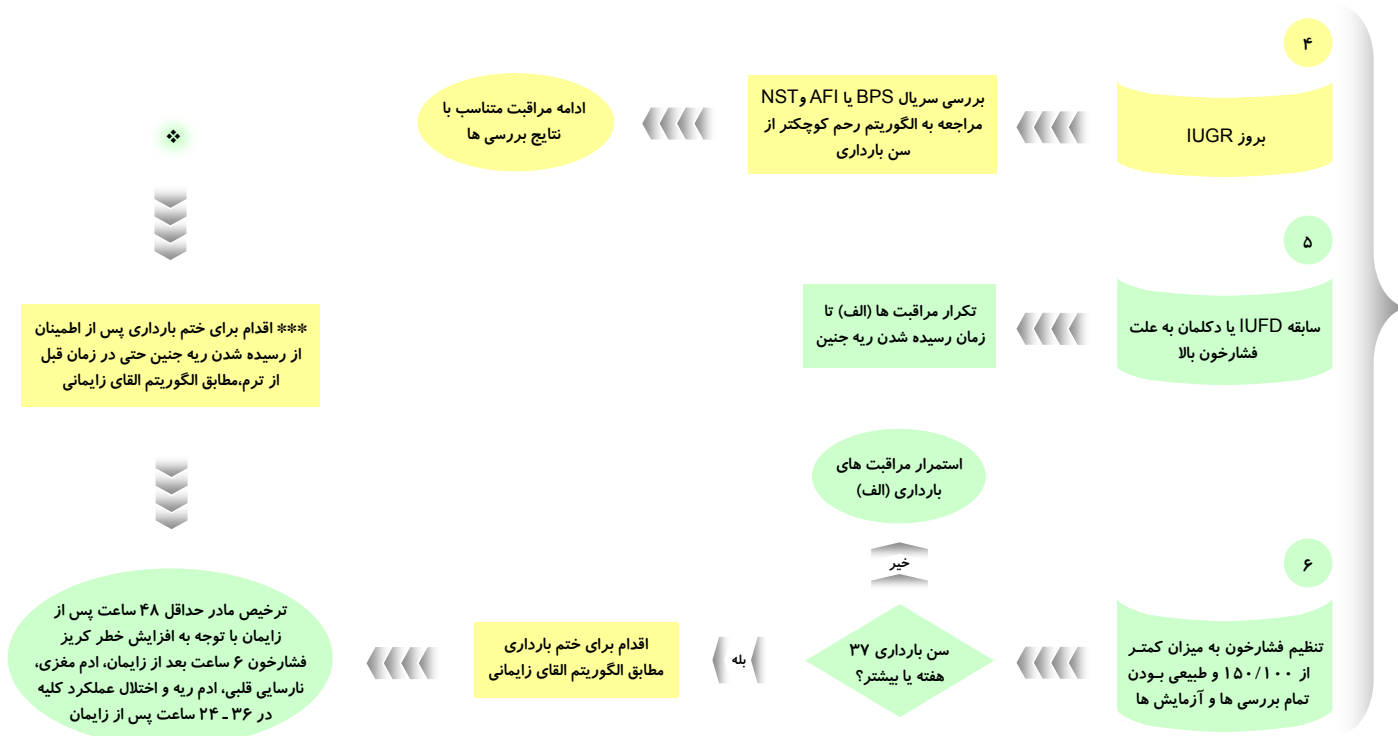
**درمان دارویی

عدم تنظیم فشارخون

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

تنظیم فشارخون

استمرار مراقبت های بارداری (الف)



توضیحات

* 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 عروقی می توان از کورتیکواستروئید استفاده کرد.

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



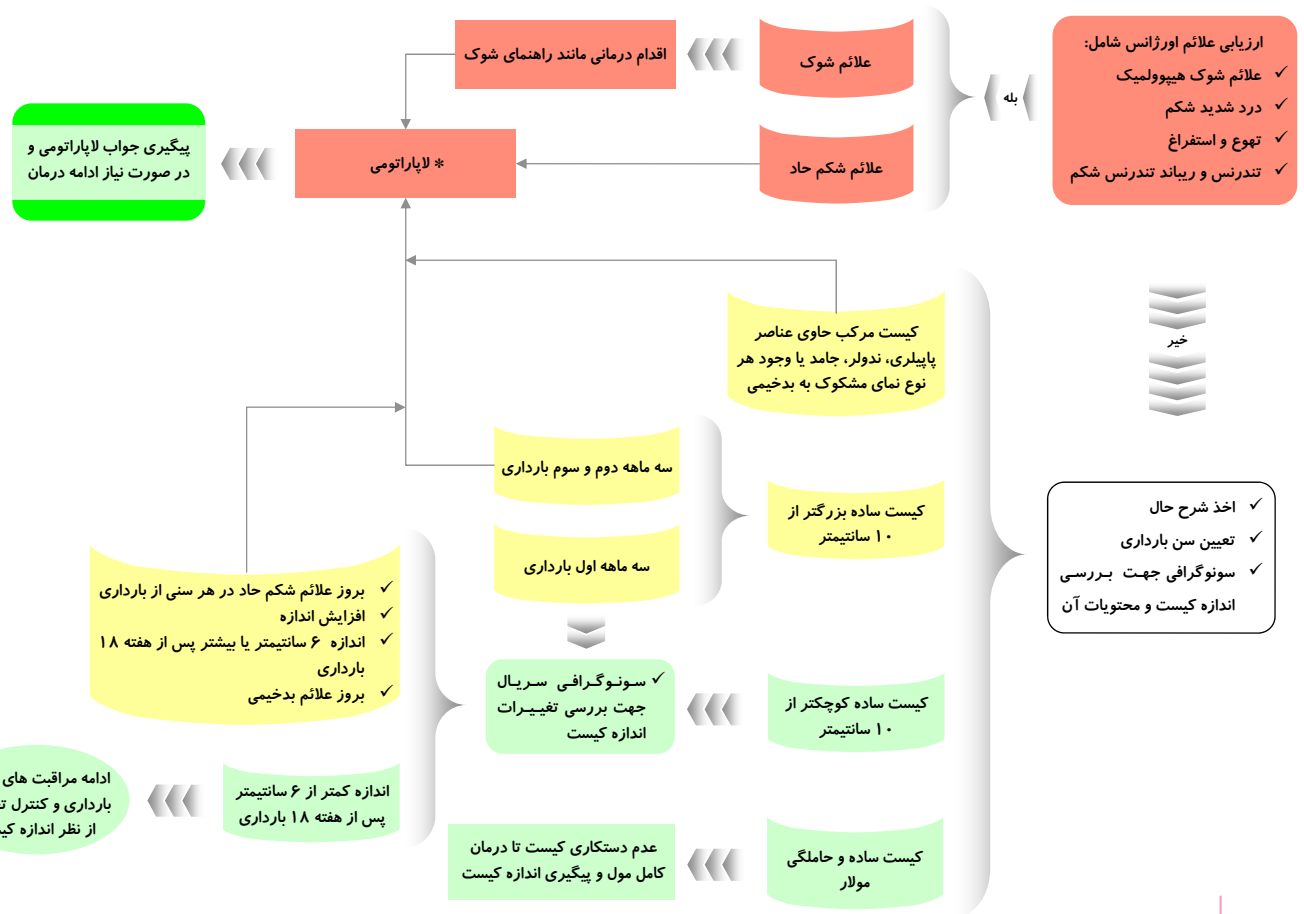
توضیحات

* کنترل حرکات جنین از هفته ۲۴ 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.

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	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

توضیحات

*در صورت لاپاراتومی در سه ماهه اول بارداری پروژسترون به صورت شیاف واژینال سیکلوژست ۲۰۰ میلی گرم دو بار در روز و یا ترکیبات ۱۷ هیدروکسی پروژسترون (دکاپرون ۱۵۰ میلی گرم) هفته ای یک بار تا پایان هفته ۱۲ تجویز شود. در صورتی که نیاز به لاپاراتومی است و بارداری مادر ترم است سزارین انجام شود.



نوع اقدام		شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه		تعیین سن بارداری، محل و نحوه درد، علائم گوارشی همراه
معاینه		علائم شوک، معاینه شکم (تندرنس و ریباند تندرنس)
اندیکاسیون بستری		شکم حاد، علائم شوک همراه با کیست تخمدان، کیست با نمای بدخیم یا بزرگتر از ۶ سانتیمتر پس از هفته ۱۸ بارداری
پاراکلینیک	آزمایشگاه	
	تصویر برداری	سونوگرافی از نظر اندازه کیست و محتویات آن
	سایر تست های تشخیصی	
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز	پروژسترون به صورت شیاف واژینال سیکلوژست ۲۰۰ میلی گرمی ۲ بار در روز یا ترکیبات ۱۷ هیدروکسی پروژسترون (دکا پرونت ۱۵۰ میلی گرمی) هفته ۱ بار تا پایان هفته ۱۲ بارداری
	اندیکاسیون	پس از لاپاراتومی
درمان جراحی	اندیکاسیون	مطابق اندیکاسیون های بستری
	نوع عمل	لاپاراتومی
درمان غیر دارویی و آموزش ها		کنترل تخمدان از نظر اندازه کیست، آموزش علائم زایمان زودرس
اندیکاسیون ختم بارداری		علائم شکم حاد یا کیست با شرایط لاپاراتومی در زمان ترم
مدت بستری		با توجه به وضعیت بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص		STABLE بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up		پیگیری جواب لاپاراتومی
سایر اقدامات		مشاوره با انکولوژیست

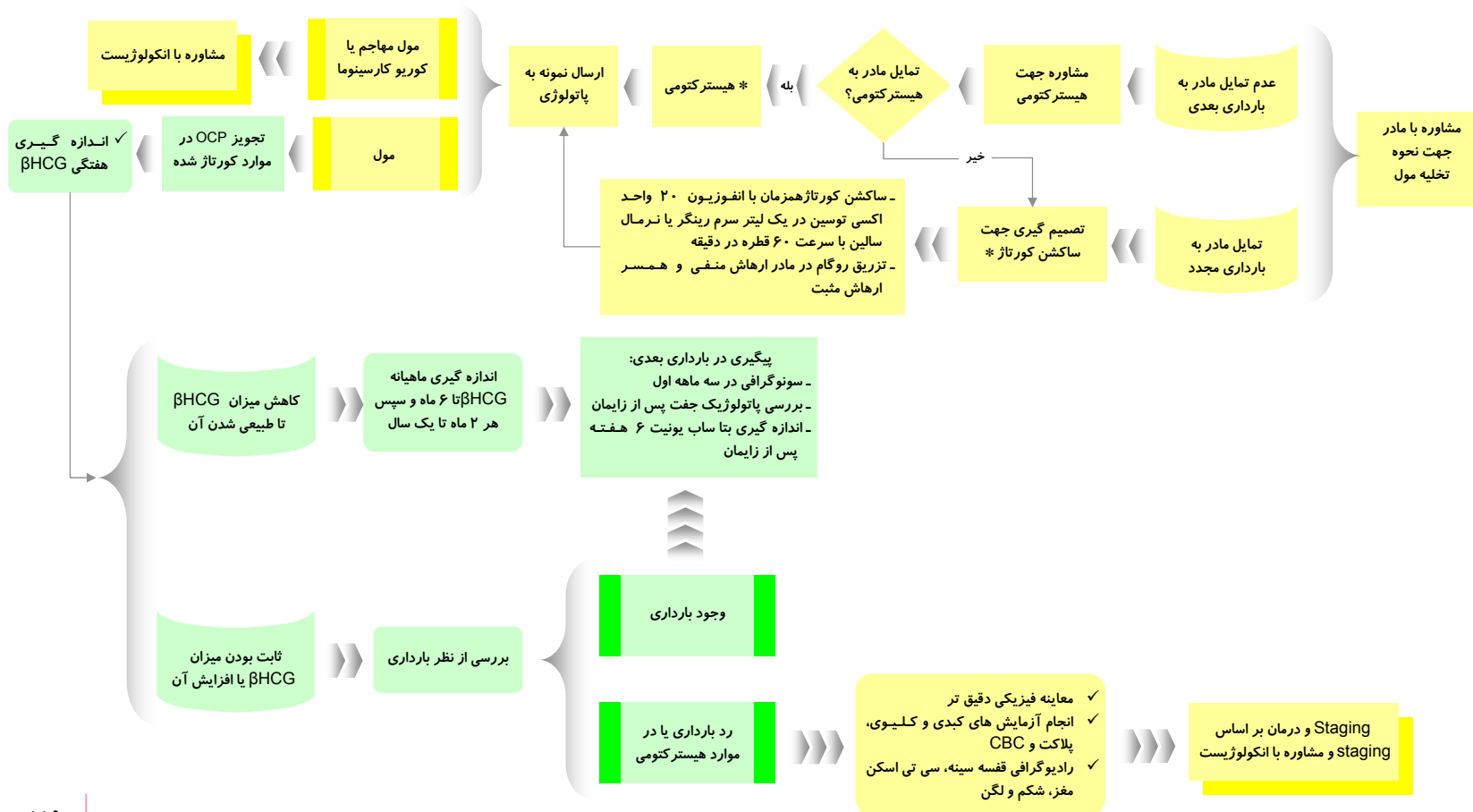


شرح اقدام	نوع اقدام	
ابتلا به بیماری های زمینه ای مانند لوپوس، اسکلروز منتشر و ...، وجود ضایعه خارش دار، زمان بروز یا تشدید ضایعه	اخذ شرح حال و سابقه	
کنترل علائم حیاتی، معاینه پوست (راش ماکولر پاپولر، تغییر اندازه و رنگ ضایعه پوستی، ضایعه جلدی در واژن، افزایش پیگمانتاسیون در چین های بدن، کنژکتیویت، آدنوپاتی، ارزیابی سلامت جنین	معاینه	
تشدید علائم بیماران لوپوسی یا اسکلروز منتشر	اندیکاسیون بستری	
مطابق با تشخیص	آزمایشگاه	پاراکلینیک
	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
درمان مطابق تشخیص	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
مطابق تشخیص	اندیکاسیون	
	اندیکاسیون	درمان جراحی
	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	

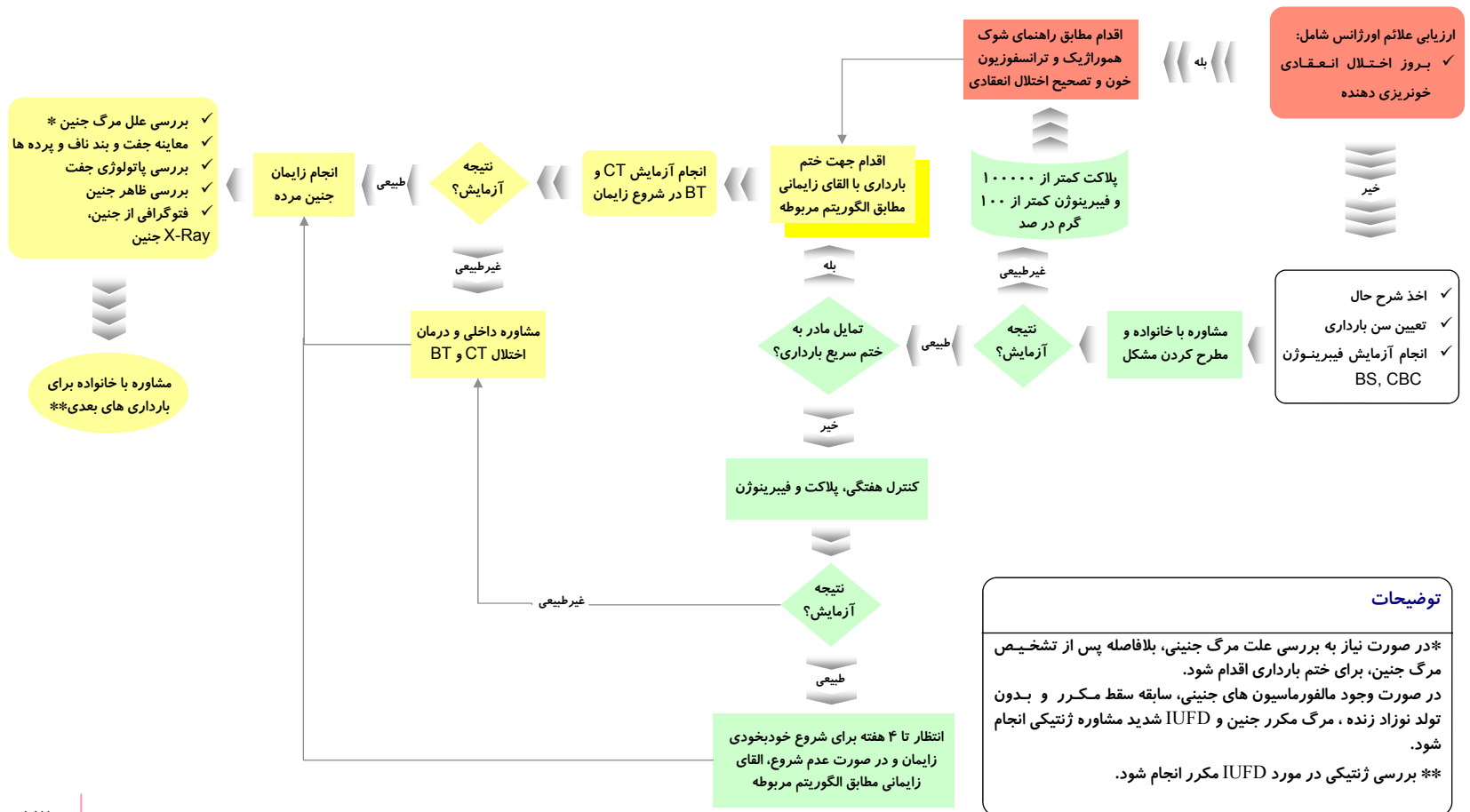


توضیحات

* خانم هایی که امکان دسترسی برای پیگیری بعدی ندارند و یا دارای سن بالای ۴۰ سال BHCG، بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ و یا رحم بسیار بزرگ هستند، کموتراپی پروفیلاکتیک انجام شود: آمپول متوتروکسات 30 mg/m^2 یک دوز ۲ روز قبل از عمل. در صورت مشکلات کبدی از اکتینومیاسین استفاده 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
βHCG , BG, Rh, Hct, Hb, CBC، انجام آزمایش های کبدی و کلیوی، تست های تیروئیدی، پروتئین ادرار	پاراکلینیک
سونوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه، سی تی اسکن مغز، شکم و لگن	تصویر برداری
بیوپسی (پاتولوژی)	سایر تست های تشخیصی
سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون آمپول رگام، اکسی توسین OCP آمپول متوتروکسات 20 mg/m^2 یک دوز ۲ روز قبل از عمل در موارد خاص سولفات منیزیم	درمان دارویی
تهوع و استفراغ شدید، فشارخون بالا، کموتراپی، در زمان تخلیه مول	اندیکاسیون
تخلیه مول	اندیکاسیون
ساکشن کورتاژ، هیستریکتومی	نوع عمل
توصیه به عدم بارداری تا یک سال	درمان غیر دارویی و آموزش ها
مول	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
اندازه گیری βHCG ماهانه تا ۶ ماه و سپس هر ۲ ماه تا یک سال، در بارداری بعدی سونوگرافی سه ماه اول بارداری و اندازه گیری βHCG ۶ هفته پس از زایمان	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، انکولوژیست	سایر اقدامات



شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، سابقه سقط مکرر، خونریزی از بینی، لته ها، 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
فیبرینوژن، CBC، BS و در صورت نیاز CT و BT	پاراکلینیک
X-Ray از جنین در صورت لزوم	تصویربرداری
پاتولوژی قلب	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
سزارین	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
جنین مرده	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 داخلی، با خانواده	سایر اقدامات

علائم بالینی	ضایعات ژنیاتال	دوره نهفتگی	درد	وضعیت غدد لنفاوی	پاراکلینیک	درمان
زخم‌های نرم با لبه برجسته	سیفلیس (انجام مشاوره)	۹۰ - ۱۰ روز	نادر	دوطرفه، غیرحساس و سفت	VDRL FTA-ABS *	- بزائین 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	هرپس ***	۶ - ۳ روز	شایع	دوطرفه، غیرحساس و سفت	آزمایش سپیتولوژی، کشت از وزیکول یا ظاهر ضایعات یا PCR	*** آسیکلوویر در صورت لزوم
زخم‌هایی با لبه نامرتب و عمیق	شانکروئید	۱۴ - ۱۰ روز	بسیار دردناک	دردناک، معمولاً یکطرفه، چرکی	براساس علائم بالینی و رد کردن ضایعات دیگر	- اریترومایسین یا سفتریاکسون - مشاوره با متخصص عفونی
زخم‌های گذرا قبل از درگیری غدد از 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

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: اریترومایسین به میزان ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت یک هفته سفتریاکسون به میزان ۲۵۰ میلی گرم یک دوز عضلانی لنفوگرانولوم: اریترومایسین به میزان ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۲۱ روز
زگیل تناسلی: تری کلرواستیک ۸۰٪ هفته‌ای یک بار
کلامیدیا: اریترومایسین به میزان ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت یک هفته
آموکسی‌سیلین به میزان ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت یک هفته
گنوره: سفتریاکسون به میزان ۱۲۵ میلی گرم یک دوز عضلانی سفکسیم به میزان ۴۰۰ میلی گرم یک دوز خوراکی
تریکومونا: مترونیدازول (منع مصرف در سه ماهه اول) هفته یا ۲ گرم یک دوز خوراکی

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 آموکسی‌سیلین - درمان همسر
گنوره	موکوسی چرکی	کشت ترشحات سرویکس	سرویسیت موکوسی چرکی و عفونت غدد و سستیبولار - در باکتری‌های 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	زردرنگ - کف‌آلود	تهیه گستره از ترشحات یا کشت روی محیط دیاموند	ترشح زردرنگ بدبو و و خارش ولو، اریتم ولو و واژن	- مترونیدازول (منع مصرف در سه ماهه اول) - درمان همسر

کاندیدا: با ترشحات سفید پنبه‌ای 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	اعتماد به مواد مخدر، داروهای مخدر، سیگار، دخانیات	<p>- افزایش احتمال آئمی، سقط پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی</p> <p>- تأثیر بر نوزاد : سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی سندرم محرومیت</p>	<p>- توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه‌بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- بررسی دقیق آئمی، فشارخون، رشد جنین</p> <p>- توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس</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 روان‌پزشکی همزمان</p> <p>- در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم: برقراری راه وریدی، باز کردن راه‌های هوایی، درمان مسمومیت مانند زمان غیربارداری انجام می‌شود.</p> <p>- عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری و ارجاع به روان‌پزشک برای درمان جایگزین با متادون</p> <p>- اگر مادر شخصاً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید.</p> <p>- انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی</p>
۲	بارداری اول	<p>در سنین زیر ۱۸ سال : افزایش احتمال پره اکلامپسی، آئمی، زایمان سخت، زایمان زودرس، نوزاد کم‌وزن</p> <p>در سنین بالای ۳۵ سال : افزایش احتمال پره اکلامپسی، آئمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی جفت سرراهی، آنومالی جنینی</p>	<p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر، رژیم غذایی پرکالری و پروتئین، بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت‌ها، استراحت، مصرف قرص آهن</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>
۳	بارداری پنجم و بالاتر	افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آئمی، زایمان سخت، ماکروزومی	
۴	بارداری زیر ۱۸ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آئمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم‌وزن	
۵	بارداری بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آئمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی	
۶	بارداری با IUD	افزایش احتمال عفونت‌های 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)، قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی، کاشتنی‌ها	<p>- در موارد آمنوره یا خونریزی‌های 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، قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی</p> <p>- خارج کردن کاشتنی‌ها</p>

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۸	بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	- درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم در هفته‌های اول بارداری و اقدام مطابق راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم
۹	حاملگی ناخواسته	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	- حمایت روانی مادر - آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی در مادر - توجه به مبحث اختلالات روانی
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 کم‌وزن، زایمان زودرس	- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن‌گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم‌وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر
۱۲	شیردهی همزمان با بارداری	افزایش احتمال آنمی 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
۱۳	فاصله بارداری تا آخرین زایمان کمتر از ۳ سال	افزایش احتمال آنمی و فقر مواد غذایی	- 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 مراقبت‌ها، استراحت، مصرف آهن - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره
۱۴	قد کمتر از ۱۵۰ سانتی‌متر	افزایش احتمال زایمان سخت	- بررسی وضعیت لگن در ماه آخر بارداری - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۱۵	مصرف به الکل	افزایش احتمال نوزاد کم‌وزن، سندرم الکل جنینی	- آموزش عدم مصرف الکل - در صورت الکی بودن مادر: بررسی سلامت جنین در سونوگرافی‌های سریال و مشاوره با خانواده
۱۶	ناسازگاری‌های خونی (ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر)	احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری‌های جنینی	- 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 انداز‌گیری 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 ۲-۱ 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 بررسی‌های تشخیصی (آمنیوسنتز) - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان

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	آرتريت روماتويد	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، چنین 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 هپاتیت 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، دکلمان، 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 در حال 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 در هفته ۳۶ بارداری - 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، پلی‌هیدرامنیوس، 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	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۷	لوپوس	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده‌زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری‌ناتال، تأخیر رشد جنین	- مشاوره با متخصص مربوط در مورد ادامه یا ختم بارداری - بررسی سلامت جنین یا انجام سونوگرافی‌های سریال - ارجاع مادر به بیمارستان تخصصی جهت بررسی بیشتر جنین
۱۸	مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری‌های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	- مشاوره با متخصص مربوط در مورد ادامه یا ختم بارداری - بررسی سلامت جنین یا انجام سونوگرافی‌های سریال - ملاقات در فواصل کوتاه و آموزش دقیق علائم خطر در مورد زایمان زودرس
۱۹	میگرن	احتمال بهبود در بارداری	- درمان پروفیلاکتیک میگرن شامل: آمی‌تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در زمان بارداری و با نظر متخصص مغز و اعصاب - در صورت حمله میگرن: تزریق عضلانی آمپول ۲۵ میلی‌گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن قابل تجویز است.
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 بعد 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 بخواند</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 ارائه شود.

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- توصیه به استراحت کافی و به پهلو، تجویز روزانه ۱۰۰۰ میلی‌گرم ویتامین C و ۴۰۰ میلی‌گرم ویتامین E نتایج خوبی داشته است. - مصرف مقادیر کلسیم و آسپیرین با دوز پایین در برخی افراد نتیجه خوبی جهت پیشگیری داشته است. - 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
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، تشخیص چندقلویی و پلی‌هیدرآمنیوس - در صورت وجود سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۲۰ - ۲۶ بارداری
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
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، 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 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 اسپدوفولیک 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 به پاتولوژی</p>
۸	نازایی	_____	<p>- در موارد استفاده از داروها و روش‌های کمک باروری: تأکید به انجام سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۲۰ 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 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 ناقص لوله عصبی مانند آنانسفالی و مننژومیلوسل: 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>

در صورت تمایل، مادر باردار و همسر می‌توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.

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.

در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، رعایت فاصله حداقل ۳ سال بین بارداری‌ها را تأکید کنید. (این مسئله در مورد زنان مبتلا به ایدز یا عفونت HIV اهمیت ویژه‌ای دارد) زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری پس از زایمان، به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر) بستگی دارد.

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.

برای واکتومی همسر مادر باردار محدودیت زمانی (به جز محدودیت‌های مربوط به عمل NSV) وجود ندارد.

در مادر بارداری که احتمال ابتلا به بیماری‌های مقاربتی بالاست، توصیه کنید همواره و با روش درست از کاندوم استفاده کند.

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV یا ایدز

اگر شیردهی انحصاری ندارند، باید بلافاصله پس از زایمان از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند. استفاده همزمان از دور روش (کاندوم + روش دیگر) در این افراد برای به حداقل رساندن بارداری ناخواسته اهمیت دارد. برخی از روش‌ها در این افراد توصیه نمی‌شود:

تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر با توجه به احتمال انتقال ویروس ایدز

استفاده از IUD مگر در صورت عدم امکان استفاده از سایر روش‌ها

مصرف قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)

توصیه‌های لازم در مورد بستن لوله‌های رحمی (TL)

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.

در محلی که زایمان کند که امکان TL وجود داشته باشد.

وجود رضایت‌نامه برای انجام TL ضروری است.

<p>روش‌های قابل استفاده برای مادران شیرده بلافاصله پس از زایمان: کاندوم، DMPA و TL (تا یک هفته پس از زایمان) از هفته ۳ پس از زایمان: قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری، کاندوم و DMPA از هفته ۶ پس از زایمان: IUD + روش‌های فوق</p>	<p>روش‌های قابل استفاده برای مادران شیرده بلافاصله پس از زایمان: کاندوم و TL (تا یک هفته پس از زایمان) ۶ هفته پس از زایمان: لایسنترونول، DMPA، TL، IUD ۶ ماه پس از زایمان: قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری + روش‌های فوق بجز لایسنترونول</p>
<p>استفاده از قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری تا ۶ ماه پس از زایمان در مادر شیرده منع مصرف مطلق دارد.</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 تراژدیک 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 پر قدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
- در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فوتیتازینی (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 ادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
- **داروهای سه حلقه‌ای :** اگر چه تراژدیک 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.

پیمان

فهرست بخش زایمان

- ۱۳۹ اداره زایمان طبیعی
- ۱۴۸ فرم پارتنوگراف
- ۱۵۳ زایمان بی‌درد
- ۱۵۵ رژیم‌های رژیمیال
 - ۱۵۸ اسپینال
 - ۱۶۲ اسپینال
 - ۱۶۵ اسپینال - اپیدورال
 - ۱۶۶ پاراسرویکال
 - ۱۶۶ پودندال
 - ۱۶۶ غیر رژیم‌های رژیمیال
 - ۱۶۶ بی‌دردی استنشاقی
 - ۱۶۹ داروهای وریدی
- ۱۷۱ مراقبت‌های ویژه زایمان
 - ۱۷۳ القای زایمان
 - ۱۷۵ بیماری قلبی حین زایمان
 - ۱۷۶ SBE پروفلاکسی
 - ۱۷۷ زایمان چند قلبویی
 - ۱۷۹ دیستوشی شانه
 - ۱۸۰ زایمان زودرس
 - ۱۸۲ توکولیتیک
 - ۱۸۳ عدم خروج کامل جفت
 - ۱۸۵ نمایش غیر سفالیک
 - ۱۸۶ وارونگی رحم

شروع دردهای زایمانی را با علائم زیر می توان تأیید کرد :

- دردهای شکمی متناوب پس از هفته ۲۲ حاملگی؛
- دردهای همراه با دفع موکوس خون آلود (bloody show)؛
- ترشح واژینال آبکی یا خروج ناگهانی مقدار زیادی مایع از واژن.

ارزیابی اولیه برای تشکیل پرونده

- گرفتن شرح حال شامل: سن حاملگی، تاریخ تقریبی زایمان، سابقه عارضه و بیماری، زمان شروع دردها و کیفیت و کمیت آن، وجود خونریزی واژینال - آبریزش و
 - کنترل علائم حیاتی و بررسی آزمایش ها و سونوگرافی های انجام شده
 - معاینه شکم (اندازه رحم، سمع صدای قلب جنین و مانور لئوپولد) و معاینه لگن (دیلاتاسیون و افاسمان، قرار، عضو نمایش، وضعیت کیسه آب، ابعاد لگن)
 - معاینه بالینی متناسب با شرح حال مادر (سمع قلب و ریه و)، ارسال آزمایش های هموگلوبین، هماتوکریت، کامل ادرار، گروه خون و ارهاس مادر. آزمایش HbsAg در صورت امکان و عدم انجام آن در گذشته
 - سمع صدای قلب جنین به ویژه بلافاصله در پایان یک انقباض رحمی و به مدت یک دقیقه
 - بررسی وضعیت ظاهری دستگاه تناسلی از نظر آنومالی ها، اسکارها و ضایعات جلدی مخاطی (مانند هرپس، HPV و ...)
- نکته ۱:** در صورت وجود ضایعه فعال هرپس ژنیتال صرف نظر از سالم یا پاره بودن کیسه آب، مادر سزارین می شود.
- نکته ۲:** در مواردی که اسکار یا ضایعه ولو مانع خروج سر جنین می شود، سزارین باید انجام شود.

در صورت وجود هر عارضه حین زایمان، مطابق الگوریتم مربوط اقدام شود. در مورد مادری که به بیماری دیابت و یا قلبی مبتلا است علاوه بر رجوع به راهنمای بیماری دیابت و قلبی، مشاوره با متخصص مربوط و اطلاع دادن به متخصص اطفال الزامی است. در مورد سابقه بیماری مزمن فعال مادر نیز باید به متخصص اطفال اطلاع داد.

برای ارایه مراقبتهای حین دردهای زایمانی، به نکات زیر توجه شود :

- معرفی خود و توضیح تمام مراقبت هایی که قرار است برای مادر انجام شود
- کسب اجازه از مادر برای انجام هر اقدامی و آگاه کردن او از نتیجه
- ایجاد ارتباط خوب با مادر

* این مبحث در حال بازنگری است و در سال ۱۳۸۶ نهایی خواهد شد.

صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۳۰ دقیقه و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه یک بار باید کنترل شود. در صورتی که حاملگی پرخطر است، این اندازه گیری ها به ترتیب هر ۱۵ دقیقه و هر ۵ دقیقه یک بار است. در صورت دسترسی به مانیتورینگ الکترونیکی، کنترل صدای قلب جنین در بارداری های پر خطر در مرحله دوم بطور مداوم انجام شود. اگر در ضربان قلب جنین تغییرات غیر طبیعی مانند برادیکاردی، تاکیکاردی، Variable deceleration، Late deceleration دیده شود، باید دیسترس جنین را در نظر داشت. (مراجعه به الگوریتم مانیتورینگ الکترونیکی صدای قلب جنین) در صورت عدم حضور متخصص اطفال، عامل زایمان تجهیزات و وسایل احیاء نوزاد را کنترل نموده واز سالم و کامل بودن ست احیاء اطمینان حاصل نماید.

وضعیت انقباض های رحمی: انقباض طبیعی حداقل ۳ انقباض در مدت ۱۰ دقیقه است که هر کدام حدود ۴۰ ثانیه ادامه یابد. اگر در مدت ۱۰ دقیقه تعداد انقباضات کمتر از ۳ بار و هر بار کمتر از ۴۰ ثانیه باشد، معمولاً انقباض ها برای پیشرفت زایمان مناسب نیست. در صورت متناسب بودن اندازه سر جنین و لگن مادر، می توان از اکسی توسین برای القای زایمانی (مطابق راهنمای مربوط) استفاده کرد. در صورتی که فاصله میان انقباض ها کمتر از ۱ دقیقه و طول هر کدام بیش از ۱ دقیقه باشد، باید به احتمال کنده شدن جفت توجه کرد. اگر صدای قلب جنین خوب است و علامت خطر دیگری وجود ندارد و تشخیص فعالیت بیش از حد رحم مد نظر است، مادر را sedate کرده و در صورت عدم بهبود انقباض ها و زمان طولانی تا زایمان با توجه به شرایط مادر و جنین برای ختم بارداری تصمیم گیری کرد. لازم است تمام مراحل فوق (کنترل صدای قلب جنین، علائم حیاتی مادر و بررسی وضعیت انقباض ها) در فرم پارتوگراف ثبت شود.

یافته های مطرح کننده پیشرفت رضایت بخش مرحله اول زایمان :

- انقباضات منظمی که بتدریج بر شدت و تکرر آنها افزوده می شود.
- پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس حداقل ۱ سانتی متر در ساعت در طول فاز فعال زایمان (خط پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس بر روی خط هشدار یا در سمت چپ آن)
- قرار گیری مناسب عضو پرزائنه روی سرویکس (Well applied)
- نکته: اگر در معاینه لئوپولد وزن جنین بیش از ۴ کیلوگرم تخمین زده شده و لگن مادر در معاینه مناسب به نظر نمی رسد، برای پیشرفت زایمان سریع تر تصمیم گیری شود.

یافته های مطرح کننده پیشرفت رضایت بخش مرحله دوم زایمان :

- نزول پیشرونده جنین در کانال زایمان
- شروع فاز خروجی (مرحله ای که مادر بی اختیار با هر انقباض رحمی زور می زند)

نکته مهم: در صورتی که پوزیشن به غیر از OA است یا از آنالژی ریونال استفاده شده و وضعیت جنین مناسب است، می توان با تغییر پوزیشن (استفاده از پوزیشن upright) به مرحله دوم به مدت یک ساعت فرصت بیشتری داد. اگر زایمان طولانی شده و یا پیشرفت خوبی ندارد، باید علت آن بررسی شود و اقدام لازم صورت گیرد.

زایمان طبیعی

مراقبت های حمایتی در طول دردهای زایمانی اغلب به مادر در تحمل دردهای زایمانی کمک می کند. وقتی دیلاتاسیون سرویکس کامل است و مادر در فاز دوم زایمان و جنین در فاز خروجی قرار دارد، در صورت وجود امکانات و مهارت کافی عامل زایمان، مادر برای انتخاب پوزیشن دلخواهش آزاد است و باید به زور زدن در حین انقباضات رحمی تشویق شود. توجه: اپی زیاتومی دیگر بصورت یک عمل معمول توصیه نمی شود. مدرک کافی وجود ندارد که اپیزیوتومی شانس صدمه به پرینه، پرولاپس بعدی واژن یا بی اختیاری استرسی ادرار را کاهش می دهد. در حقیقت، اپیزیوتومی میدلاین باعث افزایش شانس پارگی های درجه سه و چهار و اختلال عملکرد اسفنکتر آنال می شود.

❖ اپی زیاتومی فقط با نظر عامل زایمان و در صورت نیاز انجام شود.

نکته مهم: در مادر مبتلا به ضایعات ولو، واریس، سوختگی و کیست بارتولن، در صورتی که نیاز به اپی زیاتومی وجود دارد، برش باید در محلی زده شود که امکان کمترین آسیب وجود دارد.

زایمان سر

- در زمان خروج سر، استفاده از تکنیک های تنفسی با راهنمایی عامل زایمان و همراه آموزش دیده توصیه می شود. از مادر خواسته می شود همراه با انقباضات رحمی فقط کمی زور بزند.
- پرینه در زمان خروج سر به آرامی حمایت شود.
- زمانی که سر خارج شد، از مادر خواسته شود تا زور نزند.
- ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد، توسط پوار ساکشن شود.
- اطراف گردن نوزاد جهت بررسی وجود بند ناف بررسی شود.
- اگر بند ناف اطراف گردن است ولی شل است، می توان آن را از روی سر نوزاد رد کرد.
- اگر بند ناف اطراف گردن به صورت سفت و کشیده است، باید از دو نقطه کلامپ شده، از وسط دو کلامپ بریده شود و از دور گردن آزاد شود.

تکمیل زایمان

- اجازه داده شود تا سر نوزاد خود بخود بچرخد.
- وقتی سر جنین چرخید، یک دست در هر طرف سر نوزاد قرار داده شود. از مادر خواسته شود تا با انقباض بعدی آهسته زور بزند.
- برای کاهش خطر پارگی، شانه ها یکی یکی خارج شود، برای خارج کردن شانه قدامی سر نوزاد به طرف پایین کشیده شود.
- برای خارج کردن شانه خلفی، سر نوزاد به طرف جلو کشیده شود.

- رعایت حریم شخصی و اسرار مادر (privacy)
 - فراهم آوردن امکان حضور یک همراه (به منظور حمایت روحی و روانی از مادر و انجام مراقبت هایی که در کلاس های آمادگی برای زایمان آموزش دیده است) حین دردهای زایمانی و زایمان
 - تشویق مادر به شستشوی خودش یا حمام کردن با آب گرم در شروع دردهای زایمانی در صورت عدم خونریزی (در صورتی که مادر پارگی کیسه آب دارد باید از فیکس بودن عضو پرزائنه مطمئن بود)
 - اجازه حرکت آزادانه به مادر و انتخاب پوزیشن مناسب حین دردهای زایمانی و زایمان با راهنمایی عامل زایمان
 - تشویق مادر به تخلیه مکرر مثانه
 - از انجام روتین اقداماتی شامل: NPO، شیو، انما، پایش الکترونیکی جنین، اپی زیاتومی، وضعیت خوابیده به پشت و اینداکشن بدون اندیکاسیون حین دردهای زایمانی و زایمان خودداری شود.
- توجه ۱:** در صورتی که علاوه بر دردهای زایمانی، علائمی دال بر وجود اورژانس های مامائی نظیر خونریزی و وجود داشت به الگوریتم مربوط رجوع شود.
- توجه ۲:** در صورت نیاز به اپی زیاتومی، کوتاه کردن موهای پرینه با قیچی توصیه می شود.

روشهای کاهش درد زایمان

این روشها شامل روش های غیر دارویی و دارویی است که بر اساس آموزش مادر و همراه در دوران بارداری، تمایل مادر و راهنمایی عامل زایمان برای کمک به کاهش درد انتخاب و به کار گرفته می شود:

- ۱- روشهای غیر دارویی: به کارگیری تکنیک های تنفسی، تن آرامی (relaxation)، ماساژ، تغییر وضعیت، گرما و سرما درمانی، آروماتراپی، زایمان در آب و حین دردهای زایمانی و زایمان
- توجه: استفاده از روش های کاهش درد نیازمند آن است که عامل زایمان دوره های مربوط را گذرانده باشد.
- ۲- روشهای دارویی: به کار گیری این روش ها در مبحث زایمان بی درد دارویی به طور کامل شرح داده شده است.
- توجه: انجام هر روش کاهش درد دارویی باید براساس تشخیص عامل زایمان و متخصص بیهوشی و آموزش و مشاوره مادر باشد.
- نکته: استفاده از روش ها حتماً با هماهنگی مادر و تشخیص عامل زایمان باشد.

❖ برای کمک به مادری که مضطرب یا ترسیده است و یا درد دارد :

- اطمینان دادن به مادر و یا تشویق و تحسین کردن او
- مطلع کردن مادر در مورد نحوه پیشرفت زایمان
- گوش کردن به سخنان مادر و اهمیت دادن به احساسات مادر

بررسی روند پیشرفت مراحل زایمان طبیعی :

با توجه به ارزیابی اولیه مادر در هنگام مراجعه، وضعیت زایمانی مادر را طبقه بندی کرده و بر حسب آن اقدام کنید:
در صورتی که مادر در فهرست مادران پر خطر قرار نمی گیرد (نیازمند مراقبت های طبی نیست)، واجد شرایط دریافت مراقبت معمول زایمان طبیعی است.

۱- مادر در فاز نهفته (latent) قرار دارد (دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر است) :

◀ فاز نهفته را ۸ ساعت در نظر بگیرید. اگر پس از این زمان، انقباض های رحمی (۳ انقباض در مدت ۱۰ دقیقه) وجود دارد و صدای قلب جنین طبیعی است، در صورت نبود اندیکاسیون های ختم بارداری، مادر را با داروهای سداتیو تسکین داده تا خودبه خود وارد فاز فعال شود یا دردهای کاذب زایمان از بین برود. در این حالت:

الف) اگر دردهای زایمان قطع شده است، می توان به مادر اجازه داد تا بیمارستان را ترک کند مشروط به آن که بتواند به موقع خود را به بیمارستان برساند. آموزش علائم خطر زایمانی الزامی است.

ب) اگر دردهای منظم رحمی وجود دارد و پیشرفتی در زایمان نیست و مادر همچنان در فاز نهفته قرار دارد، در زنان مولتی پار حداکثر ۱۴ ساعت و در زنان نولی پار حداکثر ۲۰ ساعت فرصت دهید (حداکثر زمان را با احتساب ۸ ساعت فاز نهفته محاسبه کنید) و سپس در صورت عدم پیشرفت زایمان (عدم شروع فاز فعال)، براساس اندیکاسیون می توان برای تشدید انقباض ها از اکسی توسین استفاده کرد. (مطابق راهنمای القای زایمانی)

ج) مادر در فاز فعال قرار گرفته است، در این صورت طبق آنچه در قسمت ۲ شرح داده شده است، اقدام شود.

۲- مادر در فاز فعال قرار دارد :

با شروع فاز فعال زایمان، مادرمی تواند با راهنمایی عامل زایمان در هر پوزیشنی که راحت است، قرار بگیرد. باید مطمئن بود که مادر به خوبی هیدراته بوده و انرژی کافی را دارد. (مصرف مایعات و غذای نیمه جامد مقوی و مغذی در صورت پیشرفت خوب زایمان با راهنمایی عامل زایمان امکان پذیر است.) اگر مادر حین دردهای زایمانی دچار خستگی و یا کاهش انرژی شدید و واضح شود، می توان ضمن برقراری IV line، با سرم رینگر لاکتات یا قندی - نمکی به میزان ۶۰ تا ۱۲۰ سی سی در ساعت وی را هیدراته کرد. عامل زایمان باید در صورت نیاز به شرایط برقراری NPO توجه کند.

❖ معاینه واژینال باید هر ۲ تا ۳ ساعت یکبار در مرحله فعال زایمان و بلافاصله پس از پاره شدن کیسه آب انجام شود و باید در هر بار معاینه وضعیت مایع آمنیوتیک، دیلاتاسیون سرویکس و نزول جنین و تمامی موارد مربوط به فاز فعال بر روی فرم پارتوگراف ثبت شود.

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

بررسی وضعیت مادر و جنین:

علائم حیاتی مادر حداقل هر ۴ ساعت یکبار اندازه گیری می شود. در مادران در معرض خطر ممکن است علائم حیاتی هر ساعت اندازه گیری شود. در صورت وجود تب در مادر بر اساس الگوریتم تب در بارداری، مادر به طور کامل بررسی شود.

توجه: در این مرحله در صورت بروز مشکل در خروج شانه باید به دیستوشی شانه مشکوک شده و اقدامات لازم مطابق الگوریتم دیستوشی شانه انجام شود. پس از قطع نبض بند ناف، بندناف کلامپ و قطع شود و نوزاد در آغوش مادر قرار گیرد.

ضروری است در هنگام زایمان، شرایط انجام احیاء نوزاد (آماده بودن وسایل احیاء و فرد کمک کننده) فراهم باشد، خصوصاً در مواردی که مادر دچار اکلامپسی، خونریزی، زایمان طولانی یا متوقف شده، زایمان زودرس و یا عفونت است.

- ضمن گرم نگه داشتن نوزاد در وضعیت مناسب (سر نوزاد مختصری به عقب کشیده شود) با پوار یا ساکشن ترشحات دهان و بینی خارج شود. سپس شان یا پارچه از قبل گرم شده با شان قبلی تعویض شود.
- نوزاد از نظر وجود مکنونیوم درمایع آمنیوتیک، تنفس، گریه، تونیسیته عضلانی، رنگ صورتی پوست و کامل بودن سن بارداری ارزیابی شود. در صورت سیانوز، برادیکاردی، هیپوتونیسیته و ... به الگوریتم احیاء نوزادان مراجعه شود.
- در صورت طبیعی بودن همه موارد، بند ناف نوزاد را در حالی که در آغوش مادر است کلیپس کرده و به شیردهی تشویق شود.
- نکته ۱:** از تمامی نوزادان خون بند ناف برای تعیین گروه خون و ارهاس گرفته شود.
- نکته ۲:** در نوزادان با آپگار کمتر از ۷، خون بندناف جهت اندازه گیری ABG به آزمایشگاه ارسال شود.
- اگر حال عمومی مادر خوب نیست، از یک دستیار برای نگهداری نوزاد کمک گرفته شود.
- شکم برای بررسی وجود یک جنین دیگر لمس شود و مرحله سوم زایمان بطور فعال اداره شود.

مرحله سوم زایمان

اداره فعال مرحله سوم زایمان (خارج کردن فعال جفت) به کاهش خونریزی پس از زایمان کمک می کند. این مرحله شامل:

تجویز بلافاصله اکسی توسین: با خروج نوزاد (در صورت اطمینان از نبودن جنین دیگری در رحم)، ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی تزریق شود. در صورت برقراری سرم ۲۰ واحد داخل سرم مادر ریخته شود.

کشش کنترل شده بند ناف: به علائم خروج جفت دقت شود. در صورت وجود علائم جدا شدن، با یک دست، انتهای پنس متصل به بندناف نگه داشته شود و با دست دیگر که در بالای پوبیس برای نگهداری رحم قرار می گیرد، فشاری در خلاف جهت کشش بند ناف روی رحم وارد شود تا از وارونگی آن جلوگیری شود.

نکته: در صورت نبود خونریزی واژینال، تا نیم ساعت به خروج جفت می توان مهلت داد و در صورت وجود خونریزی هر چه سریعتر باید اقدام شود (مطابق الگوریتم عدم خروج جفت).

- در حین خروج جفت مامبرانها ممکن است پاره شود . جفت باید با دو دست نگهداشته شده و به آهستگی چرخانده شود تا مامبران ها به آرامی خارج شوند.
 - اگر مامبرانها پاره شد، قسمت بالای واژن و سرویکس با دستکش استریل معاینه شود و در صورت مشاهده بقایای مامبران ، با پنس جفت خارج شود.
 - پس از خروج باید جفت را از نظر خروج کامل آن و مامبران هایش معاینه کرد. در صورت احتمال وجود بقایای جفتی باید با کوراژ تکه باقی مانده را خارج نمود.
 - اگر وارونگی رحم رخ داده، مطابق الگوریتم خونریزی پس از زایمان اقدام شود.
 - اگر بند ناف پاره شود ، جفت با دست باید خارج شود (مطابق الگوریتم عدم خروج جفت)
- ماساژ رحم :** بلافاصله پس از خروج جفت، قله رحم از روی شکم ماساژ داده شود، تا رحم کاملاً منقبض گردد.
- در ساعت اول پس از زایمان، رحم هر ۱۵ دقیقه یکبار ماساژ داده شود. از سفت بودن رحم در فاصله بین ماساژها اطمینان حاصل شود.

معاینه برای بررسی پارگی ها

مادر به دقت معاینه شده و در صورت لزوم پارگی ها ترمیم شود. اگر اپیزیوتومی انجام شده، برش ترمیم گردد.

نکته مهم: اگر مادر به بیماری عفونی مانند HbsAg مثبت یا HIV مثبت،... مبتلاست، پس از زایمان اتاق و وسایل باید ضدعفونی شود.

ساعات اولیه پس از زایمان، زمانی بحرانی برای وقوع خونریزی های واژینال است و مراقبت های مناسب در این زمان بسیار اهمیت دارد. این قسمت شامل دو بخش است:

الف - یک ساعت اول پس از زایمان
ب - پس از زمان فوق تا ترخیص

الف - یک ساعت اول پس از زایمان زمانی بحرانی برای مادر و نوزاد است. (مرحله چهارم)

- فضای نگهداری مادر در این مرحله می بایست اتاق زایمان و یا محلی در مجاورت اتاق زایمان باشد.

- کنترل علائم حیاتی هر ربع ساعت یکبار تا ۱ ساعت شامل اندازه گیری فشار خون، وضعیت تنفس، میزان خونریزی و جمع بودن رحم است.

- در صورت برقرار بودن IV line، دریافت سرم حاوی ا کسی توسین ادامه یابد.

- اگر مادر لرزهای پس از زایمان دارد، از پتوی گرم استفاده و از مادر مراقبت حمایتی شود

- در صورت حال عمومی خوب مادر و نوزاد، آنها باید در کنار هم قرار گیرند و مادر به ادامه شیردهی تشویق شود.

- در صورت اختلال در علائم حیاتی به راهنمای شوک مراجعه شود.

- در صورت جمع نبودن رحم و یا خونریزی غیر طبیعی واژینال، به الگوریتم خونریزی پس از زایمان مراجعه شود.

نکته: میزان خونریزی در ۲ ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۵ دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، خونریزی غیر طبیعی پس از زایمان است.

- در زمان لمس رحم، باید رحم را از ممانه پر افتراق داد و در صورت پر بودن ممانه مادر را تشویق به ادرار کردن نمود. به نکات زیر توجه کنید:

❖ در صورت عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان، میزان هیدراتاسیون مادر، وضعیت ممانه و واژن و ولو از نظر وجود هماتوم بررسی شود:

الف) در صورت دهیدراتاسیون و نبود ادرار: تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن

ب) در صورت بروز هماتوم در ولو، واژن و محل اپی زیاتومی، اندازه آن بررسی شود و اگر اندازه آن افزایش یافت و یا بیشتر از ۵ سانتیمتر بود، هماتوم در اتاق عمل تخلیه شود. در غیر این صورت با استفاده از کمپرس یخ، تجویز مسکن و کنترل علائم حیاتی تحت نظر قرار گیرد،

ج) در صورت پر بودن ممانه و عدم توانایی مادر به ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق به ادرار کردن پس از چند ساعت،

د) اگر مادر با انجام اقدامات فوق قادر به ادرار کردن نبود: بررسی دقیق کانال زایمانی، وضعیت رحم، میزان خونریزی و ثابت کردن سوند ادراری. پس از ۲۴ ساعت لازم است ۲ ساعت سوند کلامپ باشد و نیم ساعت آزاد تا ۲۴ ساعت و سپس سوند خارج شود. در صورت بروز علائم عفونت ادراری مطابق الگوریتم عفونت ادراری اقدام شود.

- در صورت نامناسب بودن حال عمومی مادر و یا وجود خونریزی، از انتقال مادر به بخش پس از زایمان خودداری شود.

- در صورتی که زایمان مادر با بی حسی اپی دورال بوده است، در این مرحله باید کاملاً هشیار بوده و به راحتی نفس بکشد. در پایان زمان یک ساعت باید حس گزگز از پای وی برطرف شده و بتواند پای خود را از روی تخت بلند کند.

- اگر مادر زایمان واژینال بدون عارضه ای را پشت سر گذاشته است، در صورت تمایل می تواند مقداری مایعات و مواد نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند.
- علائم حیاتی مادر در این مدت ثبت شده و به همراه اطلاعات زایمانی و گروه خون و ارهاش مادر در پایان یک ساعت به بخش پس از زایمان تحویل داده شود.

ب- اداره مادر تا زمان ترخیص

- در این مرحله علائم حیاتی مادر (که در قسمت قبل نام برده شده به علاوه درجه حرارت) هر ۴ ساعت یکبار کنترل می شود.

- در این زمان مادر می بایست با کمک یک نفر از تخت پایین بیاید و کمی راه برود.

- در صورت درد محل اپی زیوتومی، گذاردن کیسه یخ و مصرف مسکن توصیه می شود.

- آمپول روگام در صورت لزوم تزریق شود.

- شیردهی با کمک و نظارت پرستار یا ماما انجام شود.

- میزان هموگلوبین روز بعد از زایمان ، قبل از ترخیص اندازه گیری شود.

- وضعیت ادراری بررسی شود. مادر باید در این مرحله بدون مشکل ادرار کند.

- داروهای مصرفی این مرحله شامل مسکن ها، قرص آهن، مولتی ویتامین و در صورت لزوم آنتی بیوتیک است. مصرف مسهل به شرایط مادر بستگی دارد.

- در صورت بیماری زمینه ای مادر، مصرف داروها مطابق نظر پزشک مربوط شروع شود.

- در صورت مرگ جنین و یا وجود کنتراپندیکاسیون های شیردهی به بستن محکم پستان و عدم تحریک پستانها و مصرف مسکن توصیه شود.

- ترخیص مادر با رعایت شرایط زیر در عرض ۲۴ ساعت انجام می گیرد:

۱- حاملگی، زایمان واژینال و دوره پس از زایمان بدون عارضه

۲- علائم حیاتی طبیعی

۳- وضعیت ادراری طبیعی (دفع ادرار بدون مشکل)

۴- هموگلوبین بیش از ۱۰ گرم در دسی لیتر (در صورتی که هموگلوبین مادر بین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی لیتر و علائم حیاتی مادر Stable بوده، رحم جمع و شک به خونریزی آشکار و پنهان وجود ندارد

مادر با درمان آئمی مرخص می شود)

۵- خونریزی واژینال در حد خفیف تا متوسط و پرینه سالم یا پارگی ترمیم شده کمتر از درجه ۳ باشد .

- باید به مادر در زمان ترخیص در مورد مشکلات و علائم خطر پس از زایمان، لوشیا، کاهش وزن و زمان خروج شیر، شیردهی، بهداشت فردی (به ویژه بهداشت پرینه)، زمان مناسب شروع روابط

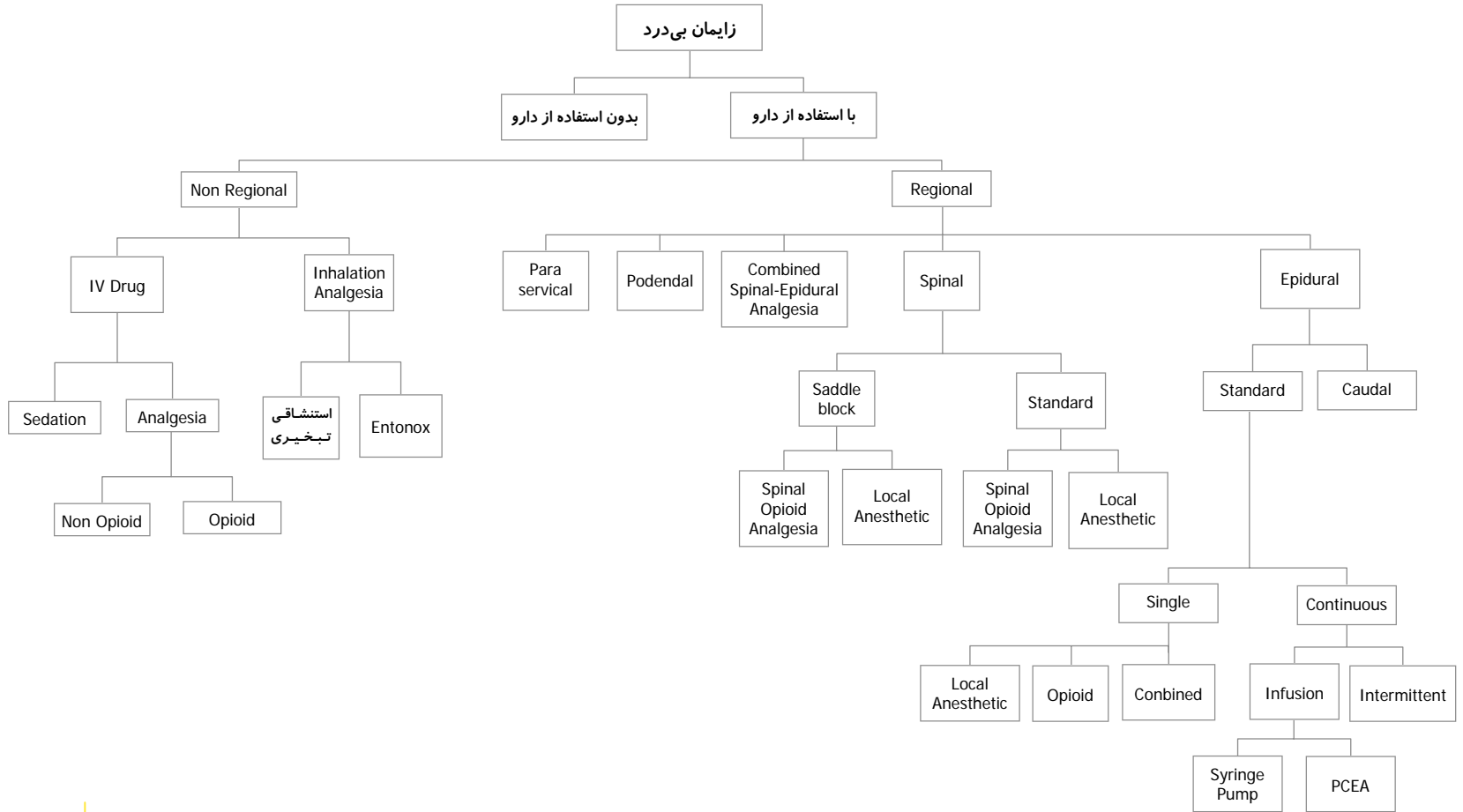
جنسی، روش های پیشگیری از بارداری و مراقبت از نوزاد اطلاعات کافی داده شود. در روز های ۱۵ - ۱۰ پس از زایمان جهت دریافت مراقبت های پس از زایمان مراجعه نماید.

این یک نمونه پارتوگراف برای زایمان طول کشیده در فاز دوم است. باید توجه شود که این پارتوگراف به طور صحیح تکمیل نشده و در نتیجه اقدام مناسب و به موقع برای مادر نیز انجام نشده است. در ساعت ۲ بعداز ظهر می بایست تشخیص زایمان طول کشیده داده می شد و تزریق اکسی توسین انجام می شد.

- خانم در ساعت ۱۰ صبح در فاز فعال زایمان بستری شده است:
 - Station سر جنین ۳-؛
 - دیلاتاسیون سرویکس ۴ سانتیمتر؛
 - کیسه آب سالم؛
 - انقباض رحمی ناکافی (دو انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام کمتر از ۲۰ ثانیه).
 - در ساعت ۲ بعد از ظهر:
 - Station سر جنین هنوز ۳-؛
 - دیلاتاسیون سرویکس هنوز ۴ سانتیمتر و درست بر روی خط هشدار؛
 - کیسه آب به طور خود به خود پاره شده و مایع آمنیوتیک شفاف است؛
 - انقباض رحمی ناکافی (یک انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام کمتر از ۲۰ ثانیه).
 - ساعت ۶ بعد از ظهر:
 - Station سر جنین ۳-؛
 - دیلاتاسیون سرویکس ۶ سانتیمتر؛
 - انقباض رحمی ناکافی (دو انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام کمتر از ۲۰ ثانیه).
 - ساعت ۹ بعد از ظهر:
 - تعداد ضربان قلب جنین ۸۰ بار در دقیقه؛
 - مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونوم؛
 - بدون پیشرفت در زایمان.
 - در ساعت ۹:۲۰ دقیقه بعد از ظهر به دلیل دیسترس جنینی عمل سزارین انجام شد.
- با توجه به وضعیت پارتوگراف در زمانی که دیلاتاسیون سرویکس در ناحیه هشدار قرار گرفت و انقباض ها نیز ناکافی بود، می بایست تجویز اکسی توسین برای مادر شروع می شد و ۷ ساعت زمان مفید برای پیشرفت زایمان از دست نمی رفت.

این یک نمونه پار توگراف برای پیشرفت ضعیف زایمان است که ناشی از انقباض های ناکافی رحمی است و با تجویز صحیح اکسی توسین زایمان طبیعی انجام شده است.

- خانم در ساعت ۱۰ صبح در فاز فعال زایمان بستری شده است:
 - Station سر جنین ۳-؛
 - دیلاتاسیون سرویکس ۴ سانتیمتر؛
 - کیسه آب سالم؛
 - انقباض رحمی ناکافی (دو انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام کمتر از ۲۰ ثانیه).
- در ساعت ۱۲ ظهر:
 - Station سر جنین هنوز ۳-؛
 - دیلاتاسیون سرویکس هنوز ۴ سانتیمتر و درست بر روی خط هشدار؛
 - کیسه آب به طور خود به خود پاره شده و مایع آمنیوتیک شفاف است؛
 - بدون پیشرفت در زایمان.
- ساعت ۲ بعد از ظهر:
 - پیشرفت ضعیف زایمان با توجه به انقباض های ناکافی تشخیص داده شده؛
 - بهبود پیشرفت زایمان با تجویز ۱۰ واحد اکسی توسین در ۱ لیتر سرم و ۱۵ قطره در دقیقه؛
 - افزایش اکسی توسین تا رسیدن به الگوی مناسب انقباض ها.
- ساعت ۷ بعد از ظهر:
 - Station سر جنین ۲+؛
 - دیلاتاسیون سرویکس ۱۰ سانتیمتر؛
 - ۴ انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام به مدت ۴۵ ثانیه.
- انجام زایمان طبیعی در ساعت ۸:۱۰ دقیق بعد از ظهر.



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.
- 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 ۶-۸) 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 قابل پیش‌بینی است و برخی بیماری‌های قلبی از این اثرات سود می‌برند مثلاً در نارسایی درجه‌ای 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 تیره 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 می

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 (هیپولمی - هیپوتانسیون)

۴. بیماری های 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، مننژیت و مننژیسم، آراکنوئیدیت، 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

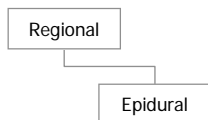
۴. برقراری راه وریدی و مایع درمانی مناسب قبل از انجام بلوک

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 آراکتوئید یا داخل عروقی تایید گردد.
 - اگر در عرض ۵ دقیقه بی حسی نخاعی ایجاد گردد، نمایانگر آن است که کاتتر در ساب آراکتوئید 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 بوپروکائین ، 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 پهلو 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 پهلو 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 mg ۰/۵ 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.

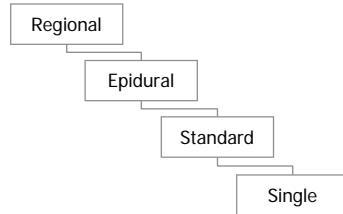
❖ بلوک به طرف پایین بدن مثلاً از T۴ به T۱۰ رفته ولی بیمار درد ندارد ← هیچ اقدامی لازم نیست.

❖ 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 تکه هایی از آن کنده شده و باقی بماند توسط بررسی های رادیوگرافیک مشخص شده و با عمل جراحی بیرون آورده می شود (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 (۱-۱/۵ ساعت) رخ می دهد این روش را بکار می برند. تکنیک اپیدورال بدون گذاشتن کاتتر انجام و پس از تزریق تک دوز دارو از طریق سوزن اپیدورال، سوزن بیرون کشیده می شود.

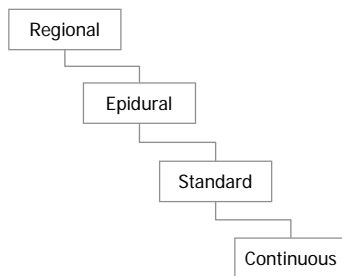
* : بلوک اپیدورال به شکل single injection امروزه کمتر توصیه می شود و بهتر است تا حد امکان از اپیدورال مداوم استفاده گردد.

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 می گردد.
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.)



اپیدورال Continuous:

۱. بلوک اولیه: به یکی از روشهای زیر انجام می‌پذیرد:

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

۲. ادامه آنالژزی: به یکی از روشهای زیر انجام می‌پذیرد:

- تزریق متناوب intermittent*: همان داروی فوق را باهمان دوز تکرار کنید تا آنجایی که نیاز است و راحتی مادر فراهم شود.
- تزریق مداوم Continuous: سرعت تزریق: ۸-۱۵ ml/h

* در منابع جدید (میلر ۲۰۰۵) ترجیحاً از روشهای PCEA استفاده می‌شود و در صورت در دسترس نبودن آن از پمپها انفوزیون مداوم استفاده می‌گردد.

- i. بوپیواکائین ۱۲۵٪ و ۰/۰۴۰ + فنتانیل ۱-۲ μml
- ii. بوپیواکائین ۱۲۵٪ و ۰/۰۴۰ + سوفنتانیل ۰/۰۳-۰/۰۵ μml
- iii. بوپیواکائین ۱۲۵٪ 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

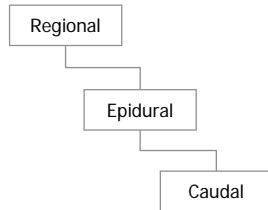
Caudal :

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 ۱۰-۲۰ میلی لیتر بوپیواکائین ۱۲۵٪ 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 می‌رود.

تجهیزات :

- پالس اکسی‌متر
- الکتروکاردیوگرافی
- ست مخصوص اپیدورال (سوزن و کاتتر اپیدورال)
- ست مخصوص اسپینال با سوزنهای ترجیحاً با قطر کمتر
- پمپ انفوزیون
- دستگاه PCEA



- سونی کیت (مانیتورینگ الکترونیکی پایش جنین)
- دستگاه فشارسنج و گوشی پزشکی
- کپسول اکسیژن
- دستکش استریل، سرنگ‌های ۲، ۵ و ۱۰ سی‌سی، آنژیوکت
- ست کامل احیا و حفظ راه هوایی
- ساکشن

داروها:

تیوپنتال، دیازپام، افدرین، نالوکسان، آتروپین، مخدرها، بوپروکائین 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 ۲-۵ 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

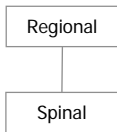
مقایسه با شیوه میانی وابستگی کمتری به قابلیت خم شدن پشت خانم دارد.

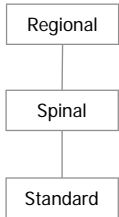
تجهیزات:

- 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 mg ۳۰-۵۰ یا بوپیواکائین mg ۶-۸ 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
۱۲۰-۲۰ دقیقه	۱۵-۲۵ میکروگرم	فنتانیل
۶۰-۱۸۰ دقیقه	۵-۱۰ میکروگرم	سوفنتانیل
در مراحل پیشرفته زایمان مؤثر است	۱۰-۲۰ mg	مپریدین

با افزودن دوز کم بوپیواکائین (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 بی‌حس 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

- ❖ مانیترینگ 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 می گردد باید مجاز برای مصرف اینتراتکال 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 LAها 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 :

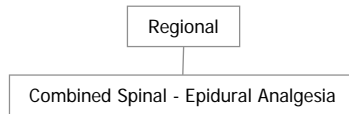
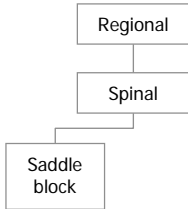
۱. کیفیت بی‌دردی بهتر است.
۲. دوز داروی استفاده شده کمتر است.

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 ساب دورال 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

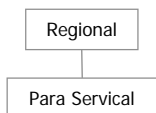
- تسکین سریعتر درد
- کاهش دوز مورد نیاز LA تزریقی در فضای اپیدورال
- آنالژزی بهتر پرینه
- امکان حرکت بیشتر مادر
- رضایت بیشتر مادر

معایب CSEA

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

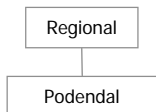
تجهیزات :

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.

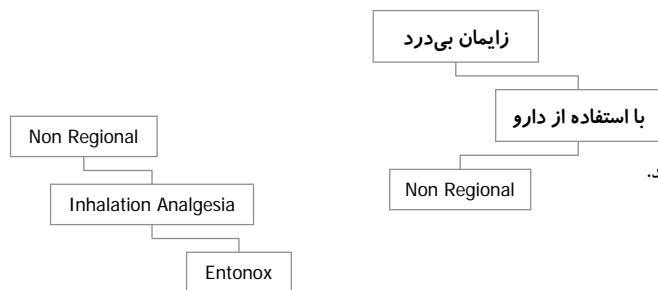
پودندال :

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 بصورت Inhalational Analgesia (PCIIA) Patient - Controlled Intermittent و یا مداوم استفاده می‌شود.



: Entonox

آنتونکس مخلوطی از گاز اکسید نیترو و اکسیژن با غلظت ۵۰٪ از هر کدام است که در کپسول‌های 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 :

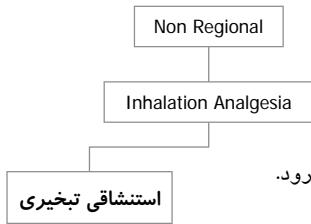
۱. باید خانم باردار را با روش کار آشنا نموده و او را از بروز عوارض گذرا و بی خطر آن آگاه کرد تا از ترس و اضطراب وی کاسته شود. این عوارض شامل: سرگیجه، خواب آلودگی، احساس سبکی سر، رخوت و سستی، گزگز و مور مور نوک انگشتان و دور لبها، خشکی دهان و تهوع است.
 ۲. باید از برقراری تهویه اتاق مطمئن شد و دمای اتاق 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 تنفس‌هایش تشویق کرد و مدل تنفسی «دم عمیق - مکث در پایان دم - بازدم آهسته - استراحت» را به او یادآوری نمود. دم و بازدم هر دو 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 پوندال یا انفیلتراسیون پیرینه با بی‌حس‌کننده‌های موضعی بهره گیرد.

استنشاقی تبخیری :

با غلظت کم از استنشاقی‌های تبخیری مثل ایزوفلوران و انفلوران استفاده می‌شود. باید غلظت در حدی باشد که هوشیاری و رفلکس‌های 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، تنفس‌ها باید آهسته و عمیق باشد و ارتباط کلامی مداوم و اطمینان بخشی به خانم باردار باید حفظ شود.



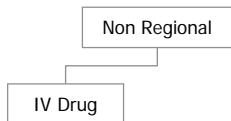
۷. کار با ایزوفلوران ۳/۰٪ یا نیتروس اکساید ۳۰٪ در اکسیژن شروع می شود و غلظت آن بتدریج زیاد می شود. هر بار پس از چند انقباض غلظت گازها تنظیم شود تا اثر رضایت بخش مورد نظر بدست آید. ایزوفلوران را می توان تا ۵/۰٪ و نیتروس اکساید را تا ۷۰-۵۰٪ افزایش داد. اگر ایزوفلوران و نیتروس اکساید همزمان تجویز شوند غلظت هر دو را باید کاهش داد (مثلاً ایزوفلوران ۲/۰٪ و نیتروس اکساید ۳۰٪)
۸. 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.
۹. خانم باردار در طی مرحله دوم زایمان، باید قبل از هر زور زدن ۳-۲ نفس عمیق بکشد.
۱۰. 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 N_2O (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
مپردین IM	۵۰-۱۰۰ میلی‌گرم	۴۰-۵۰ دقیقه	۳-۴ ساعت
مپردین IV	۲۵-۵۰ میلی‌گرم	۵-۱۵ دقیقه	۳-۴ ساعت
فنتانیل IM	۵۰-۱۰۰ میکروگرم	۲-۵ دقیقه	۳۰-۶۰ دقیقه
فنتانیل IV	۲۵-۵۰ میکروگرم	۲-۵ دقیقه	۳۰-۶۰ دقیقه

پس از تزریق عضلانی مپردین 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 مپردین استفاده می‌شود.

عوارض اپیوئیدهای سیستمیک :

- تهوع و استفراغ

- احتمال دپرسیون تنفسی در مادر و نوزاد

تجهيزات :

- وسایل لازم جهت IV line

- سرنگ‌های مختلف

- مخدرها و نالوکسان

- پالس اکسی‌متر

- اکسیژن

- وسایل کامل احیاء

مراقبت‌های ویژه زایمان

Induction : تحریک رحم جهت آغاز زایمان

Augmentation : تحریک رحم در زمان زایمان که منجر به تشدید مدت، طول و قدرت هر انقباض شود.

انقباضات مناسب یعنی سه انقباض در ده دقیقه که هر کدام ۴۰ ثانیه طول بکشد.

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

کنتراندیکاسیون :

کنتراندیکاسیون های مادری: انسزیون کلاسیک یا جراحی بر روی رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری لگنی، هرپس فعال ژنیتال.

کنتراندیکاسیون های جنینی: ماکروزومی، 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 القای زایمانی انجام شود.

روش های قابل استفاده :

الف - کاترفولی :

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

- در صورت سابقه خونریزی، پارگی کیسه آب یا عفونت واضح واژن از کاترفولی نباید استفاده کرد.

- ابتدا اسپکولوم استریل را داخل واژن کارگذاری کرده، پس از شستشوی سرویکس با بتادین، کاترفولی را که با فورسپس استریل نگه داشته شده است داخل سرویکس قرار داده و در این روش بادکنک فولی 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.

در صورت دسترسی به کاتتر سه راهی میتوان همزمان انفوزیون نرمال سالین جهت ایجاد انقباضات 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 :

- می توان از پروستاگلاندین E₂ به میزان ۳ میلی گرم که در فورنیکس خلفی کار گذارده می شود استفاده کرد. این دوز را می توان ۶ ساعت بعد نیز 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 یا گلوکوم دارد مصرف پروستاگلاندین E2 و $F_2\alpha$ توصیه نمی شود.
شیاف (E1) Misoprostal برای القای زایمانی و در شرایط خاصی که نمی توان از E2 استفاده کرد مانند پره اکلامپسی شدید - اکلامپسی که سزارین به صلاح نباشد و یا جنین بسیار پره مامچور است، کاربرد دارد. در موارد مرگ جنین داخل رحم نیز می توان برای القای زایمانی از پروستاگلاندین E1 (Misoprostal) نیز استفاده کرد. ۲۵ میکروگرم آن را داخل فورنیکس خلفی واژن قرار داده و دوز آن در صورت لزوم هر ۶ ساعت تکرار می شود. در صورت عدم پاسخ در مدت ۲۴ ساعت می توان از دوز ۵۰ میکروگرمی دارو تا ۲ دوز استفاده کرد. از اکسی توسین حداقل ۸ ساعت پس از کارگذاری Misoprostal می توان استفاده کرد.

ج - اکسی توسین:

- مادری که اکسی توسین دریافت می دارد باید تحت نظر باشد. کنترل صدای قلب جنین و میزان انقباضات توسط فرد آموزش دیده کنترل 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 اینترمینت، تعیین انقباضات و قطرات دارو لازم است.

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 مکنونیومی 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 تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی هر ۶ ساعت تا زمان زایمان
- در صورتی که ۱ ساعت پس از ARM انقباضات خوبی شروع نشد از اکسی توسین باید استفاده کرد.
- در صورتی که به دلایل مایمی 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

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

- توصیه به انجام کاتتریزاسیون شریان ریوی در بیماران قلبی کلاس ۳ و ۴.
- بیمار در بیمارستانی بستری شود که به متخصص قلب و اتاق CCU دسترسی داشته باشد.
- 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 و 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 نیم ساعت قبل از زمان احتمالی زایمان و سپس ۶ ساعت بعد مطابق پروتکل اقدام شود.
- اقدام لازم برای کوتاه کردن مرحله دوم زایمان مانند استفاده از فورسپس صورت پذیرد.

پس از زایمان

- مادر پس از زایمان به طور دقیق تحت نظر قرار گیرد.
- 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.

آموزش و توصیه ها:

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

بیماران پر خطر : آمپی سیلین + جنتامایسین

۳۰ دقیقه پیش از زایمان ۲: گرم آمپی سیلین داخل وریدی یا داخل عضلانی + ۱/۵ mg/kg جنتامایسین (از ۱۲۰ گرم تجاوز نکند). سپس 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 گرم تجاوز نکند) به طوری که ۳۰ دقیقه پیش از زایمان، انفوزیون تمام شود.

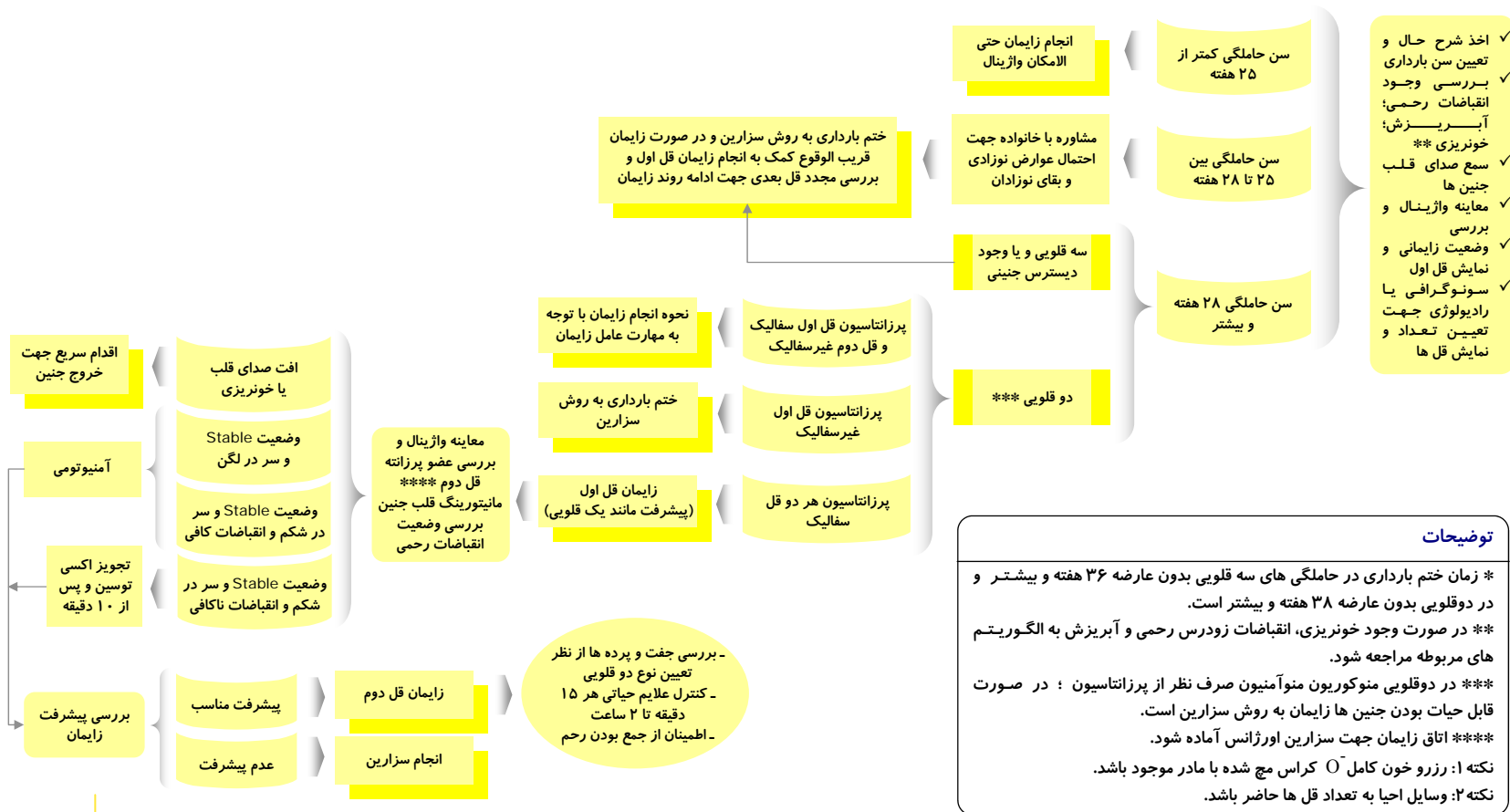
بیماران با خطر متوسط : آموکسی سیلین یا آمپی سیلین

۲ گرم آموکسی سیلین خوراکی ۱ ساعت پیش از اقدام یا ۲ گرم آمپی سیلین تزریقی ۳۰ دقیقه پیش از زایمان.

برآورد 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 دیگرکه 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 پولمونری 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	انديکاسيون بستری	
	آزمایشگاه	پاراکلینیک
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	درمان دارویی
	انديکاسيون	درمان جراحی
ختم بارداری، افت صدای قلب یا خونریزی، دوقلوبی مونوکوریون و منوآمنیون، عدم پیشرفت، سه قلوبی و بیشتر سزارین	انديکاسيون	
آمنیوتومی	نوع عمل	درمان غیر دارویی و آموزش ها
		انديکاسيون ختم بارداری
		مدت بستری
STABLE بودن وضعیت مادر و اطمینان از جمع بودن رحم		انديکاسيون ترخیص
		دستورات Follow up
مشاوره با خانواده جهت احتمال عوارض نوزادی و بقای نوزادان در سن بارداری ۲۸ - ۲۵ هفته		سایر اقدامات

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

درخواست کمک
انجام ایپی زیاتومی
تزریق آنالژزیک
تخلیه مثانه در صورت پر بودن

* فشار متوسط بر روی سوپراپوبیک توسط دستیار زایمانی
در حالی که عامل زایمان سر را به طرف پایین می کشد

عدم خروج شانه ها

مانور مک رابرت
بلند کردن پاها از روی رکاب و خم کردن آن بر روی شکم مادر و پس کشیدن سر *

عدم خروج شانه ها

** مانور Wood
چرخاندن شانه خلفی به میزان ۱۸۰ درجه تا شانه قدامی آزاد شود

عدم خروج شانه ها

Sweeping
زایمان شانه خلفی با چرخاندن بازوی خلفی روی سینه جنین و سپس زایمان بازوی خلفی

عدم خروج شانه ها

شکستن کلاویل شانه قدامی و خروج شانه ها

عدم خروج شانه ها

چرخاندن سر به وضعیت OA یا OP
خم کردن آن و بالا بردن سر جنین به داخل واژن و سزارین اورژانسی

توضیحات

* فشار بیش از حد به سمت پایین و روی سر جنین جهت خروج شانه قدامی می تواند منجر به صدمه عصب شبکه بازویی شود.
** برخی از منابع sweeping را به این مانور ترجیح می دهند.
نکته: حضور متخصص کودکان و وسایل احیا ضروری است.

عدم خروج شانه ها

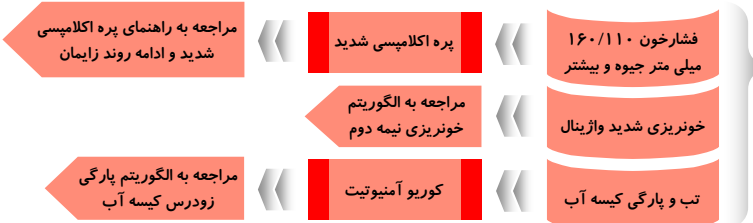
ادامه روند زایمان

بررسی رحم از نظر وجود پارگی ها در صورت دستکاری زیاد و بررسی جراحات وارده به نوزاد در صورت زنده بودن

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



مراجعه به الگوریتم های اندازه رحم کوچکتر از حد طبیعی و BPS مطابق الگوریتم ارزیابی سلامت جنین

- * مراجعه به الگوریتم پره اکلامپسی
- مراجعه به الگوریتم مرگ جنین و ادامه روند زایمان
- بررسی دکلمان و مراجعه به الگوریتم خونریزی نیمه دوم
- بررسی وضعیت سلامت جنین
- ادامه روند زایمان و مراجعه به الگوریتم پارگی کیسه آب

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.



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
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
بتامتازون عضلانی ۲ دوز و یا ۶ میلی گرم دگزامتازون به صورت عضلانی ۴ دوز، سولفات منیزیوم به میزان ۴ گرم دوز اولیه و سپس ۲ گرم، نیفدیپین با دوز اولیه ۱۰ میلی گرم، ایندومتاسین، ریتودرین با دوز اولیه ۱۰۰ میکروگرم تا حداکثر ۳۵۰ میکروگرم، آمپی سیلین ۲ گرم وریدی	نوع دارو یا ذکر دوز
توقف دردهای زایمانی	اندیکاسیون
سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی	اندیکاسیون
	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

راهنمای تجویز داروهای توکولیتیک و استروئید در انقباضات زودرس رحمی

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

در هفته ۲۶-۳۶ بارداری ۱۲ میلی‌گرم بتامتازون به صورت عضلانی در ۲ دوز به فاصله ۲۴ ساعت و یا ۶ میلی‌گرم دکزامتازون به صورت عضلانی چهار دوز به فاصله ۱۲ ساعت می‌باشد.

ب) داروهای توکولیتیک قابل استفاده :

- ❖ **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. این دارو را حداکثر تا ۴۸ ساعت می‌توان به مادر تجویز کرد.
- ❖ **بلوک کننده‌های کانال کلسیمی** مانند نیفدیپین با دوز اولیه ۱۰ میلی‌گرم تجویز شده و در صورت لزوم، دوز بعدی به فاصله ۲۰ دقیقه زیر زبانی تکرار شود. در صورت مشاهده پاسخ، با کنترل فشار خون مادر هر ۶-۴ ساعت یک دوز ۱۰ میلی‌گرم تجویز شود.

❖ **مهار کننده‌های پروستاگلاندین** مانند ایندو متاسین که تا پایان هفته ۳۲ بارداری قابل استفاده است.

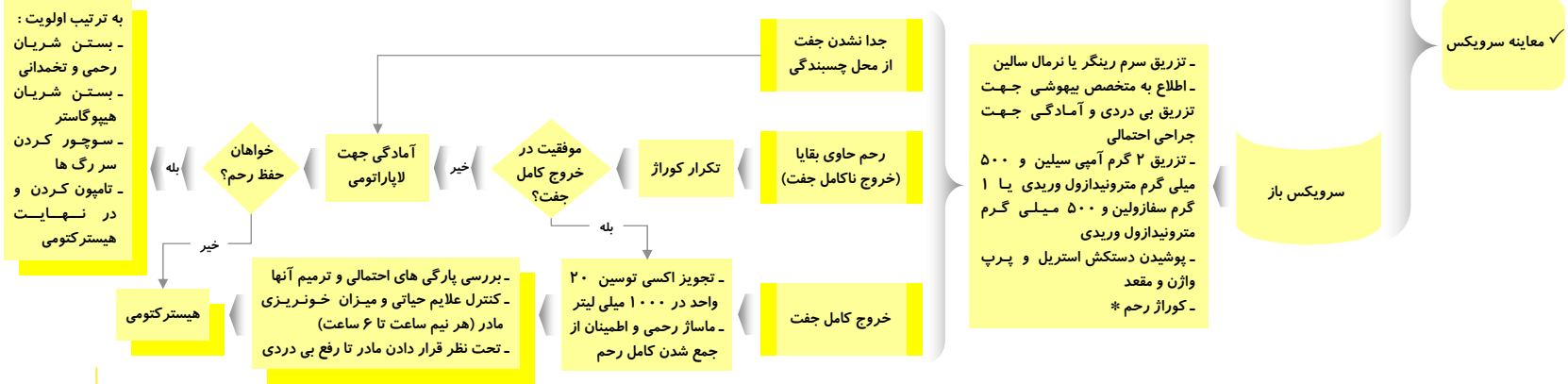
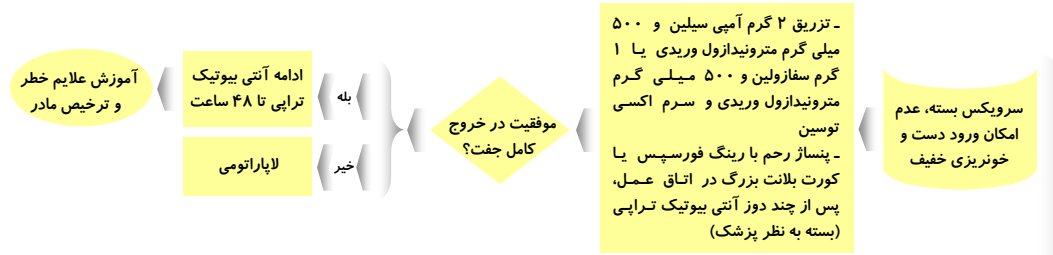
- ❖ **ریتودرین** با دوز اولیه ۱۰۰ میکروگرم در هر دقیقه به صورت وریدی و سپس هر ۱۰ دقیقه، دوز آن ۵۰ میکروگرم افزایش یابد. حداکثر میزان افزایش ۳۵۰ میکروگرم در هر دقیقه است. موارد منع مصرف دارو: وجود بیماری زمینه ای قلبی - ریوی به دلیل احتمال بروز ادم ریوی، بارداری چندقلویی، تاکیکاردی مادر، وجود عفونت در زمان مصرف این دارو. در صورت بروز PVC و فیبریلاسیون دهلیزی تجویز دارو باید قطع و اکسیژن تجویز گردد.

کنتراندیکاسیون‌های توکولیز :

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

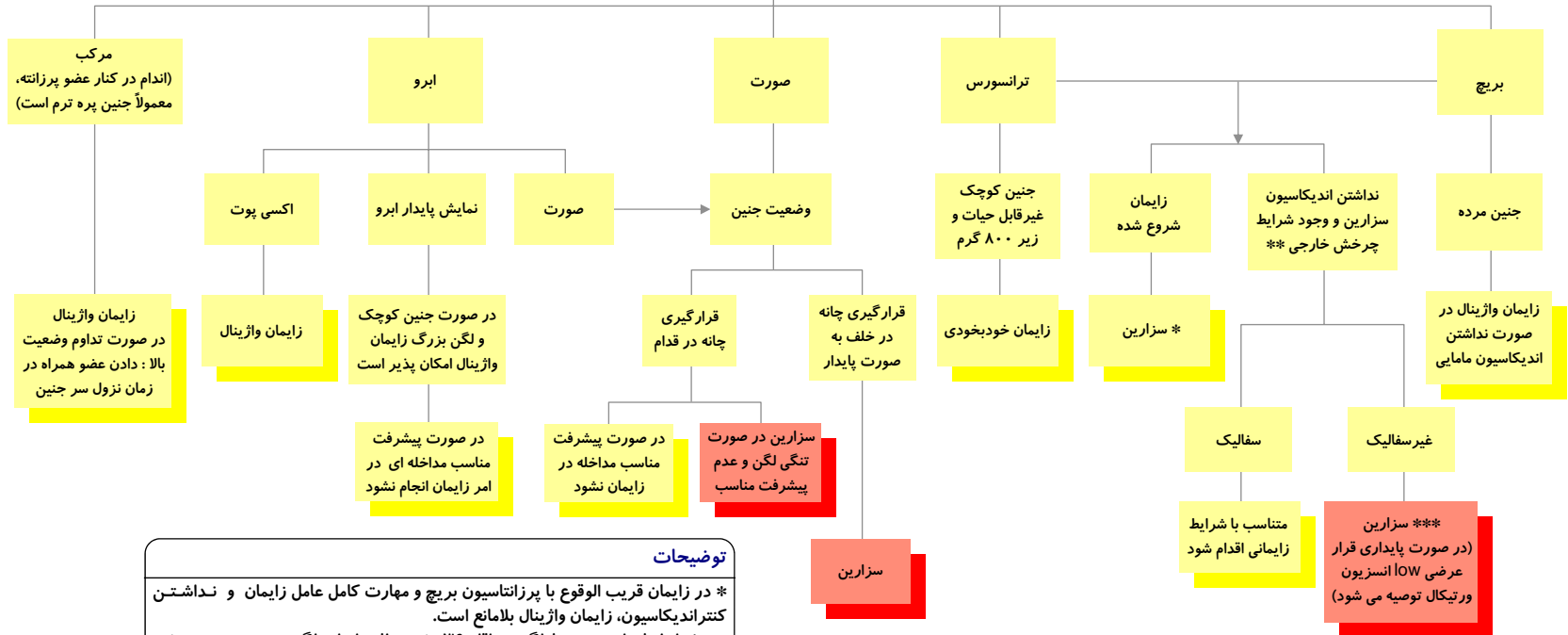
توضیحات

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 انگشتان 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.



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	پاراکلینیک
	تصویر برداری	
	سایر تست های تشخیصی	
سرم رینگر، نرمال سالین، اکسی توسین، آمپی سیلین ۲ گرم وریدی، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی، ۱ گرم سفازولین	نوع دارو با ذکر دوز	درمان دارویی
باقی ماندن جفت	اندیکاسیون	درمان جراحی
باقی ماندن جفت	اندیکاسیون	
پنساژ رحم، 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	

راهنمای اداره زایمان در نمایش غیرسفالیک



توضیحات

* در زایمان قریب الوقوع با پرزانتاسیون بریج و مهارت کامل عامل زایمان و نداشتن کنترا اندیکاسیون، 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 مانیوتورینگ است.
 *** سزارین در تمام مواردی که اندیکاسیون دارد، در هفته ۳۹ کامل بارداری انجام شود. پس از انجام سزارین در پرزانتاسیون بریج سونوگرافی لگن از نظر وجود DDDH انجام شود. در نمایش ترانسورس توصیه شود مادر به علت خطر پارگی کیسه آب و پرولاپس بند ناف در هفته ۳۷ بارداری بستری و در هفته ۳۸ سزارین شود.

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

اقدام اولیه :

- درمان شوک و یا هیپوولمی مادر
- قطع اکسی توسین - تزریق پتیدین ۱ میلی گرم بر 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 های را به ترتیب زیر بکار بگیرید.

روش های جا اندازی رحم :

۱. دادن وضعیت ترندلنترگ به مادر
۲. روش O' sullivan در این روش ۵ - ۳ لیتر سرم فیزیولوژی با استفاده از ست سرم به داخل کلدوساک خلفی بتدریج وارد کنید. با هدایت رحم با مشت فشرده و با ورود مایع به کلدوساک خلفی رحم به آهستگی به بالا رانده می شود.
۳. استفاده از بیهوشی و تلاش برای جا انداختن مجدد رحم
۴. لاپاراتومی و استفاده از روشهای جراحی
۵. روش هانتینگتون: لیگامان راند و فوندوس رحم کشیده می شود تا آناتومی رحم حفظ شود. این مانور در حالی که یک دستیار از واژن رحم را به طرف بالا می راند، انجام می شود.
۶. 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
- ماساژ رحمی و اطمینان از جمع شدن رحم
- تجویز اکسی توسین ۲۰ واحد در ۵۰۰ سی سی سرم
- تجویز آنتی بیوتیک ۲ گرم آمپی سیلین و ۵۰۰ میلیگرم مترونیدازول وریدی یا تجویز ۱ گرم سفازولین و ۵۰۰ میلیگرم مترونیدازول وریدی
- ترخیص با نظر پزشک

پس از ایمان

فهرست بخش پس از زایمان

- ۱۸۹ جدول مراقبت‌های پس از زایمان
- ۱۹۰ راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان
- ۱۹۱ مراقبت‌های ویژه پس از زایمان
- ۱۹۲ تب
- ۱۹۵ خونریزی

مراقبت سوم روز ۱۴ تا ۴۰	مراقبت دوم روز ۱۰ تا ۱۵	مراقبت اول در بخش زایمان قبل از ترخیص	زمان مراقبت نوع مراقبت
<p>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>- سؤال در مورد خونریزی، مشکلات ادراری / تناسلی و اجابت مزاج، مقاربت، وضعیت شیردهی، وضعیت روحی</p> <p>- روانی، شکایات شایع</p>	<p>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>- سؤال در مورد خونریزی، مشکلات ادراری/ تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت روحی - روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، شکایات شایع</p>	<p>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p>	مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده
<p>- اندازه گیری وزن، بررسی مخاط (آمنی)، پستان، شکم (رحم)، اندامها، محل بخیه ها، معاینه واژن و رحم</p> <p>- کنترل علائم حیاتی</p>	<p>- اندازه گیری وزن، بررسی مخاط (آمنی)، معاینه پستان، شکم (رحم)، ادم اندام، محل بخیه ها</p> <p>- کنترل علائم حیاتی</p>	<p>- کنترل علائم حیاتی، لمس رحم، بررسی میزان خونریزی، بررسی محل بخیه ها، وضعیت مثانه</p>	معاینه بالینی
<p>پاپ اسمیر</p>	_____	اندازه گیری هموگلوبین قبل از ترخیص	آزمایشها
<p>تغذیه / مکمل های غذایی، شکایات شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر، تنظیم خانواده</p>	<p>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</p>	<p>تشویق مادر به شیردهی و آموزش شیردهی و زمان خروج شیر، علائم خطر، Locia، کاهش وزن، بهداشت فردی، مراقبت از نوزاد</p>	آموزش و مشاوره
	آهن و مولتی ویتامین	آهن و مولتی ویتامین	مکمل دارویی
	_____	روگام در صورت لزوم	ایمنسازی

تعداد مراقبت‌ها :

اولین مراقبت پس از زایمان قبل از ترخیص است که در میحث 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 سوال شود.

معاینه بالینی :

کنترل علائم حیاتی، اندازه گیری وزن، معاینه شکم (وضعیت رحم)، وجود ادم در اندام‌ها، بررسی مخاط از نظر آئمی. در صورتی که مادر در ملاقات سوم (۶۰ - ۴۲ روز پس از زایمان) خونریزی واژینال نداشت، معاینه واژینال به منظور بررسی سرویکس، رحم و ضمامم انجام شود. در ملاقات سوم به مادر برای معاینه دهان و دندان توصیه شود. در صورت انجام اپی زیاتومی 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 می شود. در صورت وجود مخاط pale یا تداوم خونریزی، انجام CBC توصیه می شود.

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 مولتی ویتامین و یک عدد قرص آهن مصرف کند.

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

ارزیابی علایم اورژانس شامل:
✓ علایم شوک

شوک سپتیک

مراجعه به راهنمای شوک و ادامه درمان مطابق همین الگوریتم

بله

خیر

درد پایین شکم، لوشیای چرکی و بدبو، رحم حساس با یا بدون خونریزی غیرطبیعی

متریت

علائم خفیف و حال عمومی خوب

درمان سرپایی مطابق راهنما

حال عمومی بد یا به دنبال سزارین

درمان دارویی مطابق راهنما

- ✓ 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، پستان ها
- ✓ بررسی محل برش سزارین یا اپی زیاتومی
- ✓ معاینه واژینال و بررسی اندازه رحم و حساسیت آن
- ✓ انجام آزمایش های CBC, U/A, U/C
- ✓ کشت از ترشحات چرکی
- ✓ انجام کشت خون در صورت حال عمومی بد

بهبودی علائم در ۴۸ ساعت؟

خیر

بررسی بیشتر، انجام سونوگرافی و تغییر درمان بر اساس جواب کشت ها

بهبودی علائم

ادامه درمان و ترخیص

DVT

مراجعه به راهنمای درمان ضد انعقادی

آبسه لگن

درمان دارویی و در صورت عدم بهبود؛ تخلیه آبسه

ادامه درمان و ترخیص

درد شکم، حساسیت و ریاند با یا بدون تهوع و استفراغ

پرتونیت جراحی (آسیب احشا به دنبال سزارین و یا آپاندیسیت پر فوره)

لاپاراتومی

پرتونیت عفونی

درمان دارویی مطابق راهنما

بهبودی علائم؟

خیر

هیستریکتومی ساب توتال در عفونت کلسترییدیایی یا رحم تکروزه و یا در صورت نیاز لاپاراتومی برای شستشوی پرتون

تدرنس پهلوها با یا بدون علائم ادراری

پیلونفریت

مراجعه به الگوریتم عفونت ادراری

ادامه درمان تا ۴۸ ساعت پس از قطع تب

پستان سفت و حساس به همراه توده موج یا خروج چرک

آبسه پستان

درمان دارویی مطابق راهنما و ادامه شیردهی - تخلیه آبسه

پیگیری سه روز بعد

ادامه



راهنمای درمان دارویی

متریت ساده: آمپی سیلین ۲ گرم وریدی و جنتامایسین ۵ mg/kg هر ۲۴ ساعت یا سفالوسپورین

متریت به دنبال سزارین، آبسه، پریتونیت، حال عمومی بد: کلیندامایسین ابتدا ۹۰۰ میلی گرم و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت و جنتامایسین ۵ mg/kg هر ۲۴ ساعت. رژیم دیگر شامل: پنی سیلین ۳ میلیون واحد هر ۳ ساعت یا آمپی سیلین ۲ گرم وریدی هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۵ mg/kg هر ۲۴ ساعت همراه با مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی هر ۸ ساعت

ماسیت و آبسه پستان: کلوزاکساسیلین 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

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 (تندرنس و ریباند)، 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	اندیکاسیون بستری
CBC, U/A, U/C, کشت ترشحات، کشت خون	آزمایشگاه
سونوگرافی	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 با دوز اولیه ۹۰۰ میلی گرم و سپس ۶۰۰ میلی گرم، مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم، کلوزاسپلین 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
	اندیکاسیون ختم بارداری
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

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 PTT, PT در صورت شک به DIC)	آزمایشگاه
	تصویربرداری
	سایر تست های تشخیصی
سرم رینگر، نرمال سالین، اکسی توسین، مترژن، PGF2a ۲۵۰ میلی گرمی، میزوپرستول ۵ قرص ۲۰۰ میلی گرمی، پلاکت، خون تازه و FFP	نوع دارو با نکر دوز
کواگولوپاتی، رحم نرم خمیری	اندیکاسیون
ادامه خونریزی بعد از انجام اقدامات	اندیکاسیون
کوراژ، بستن شریانهای رحمی، تخمدان و هیپوگاستر، هیسترکتومی	نوع عمل
ماساژ دو دستی، فشار روی آئورت شکمی، تامپون رحم، دادن اکسیژن	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
بررسی آنمی پس از زایمان	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی	سایر اقدامات

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



توضیحات

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.

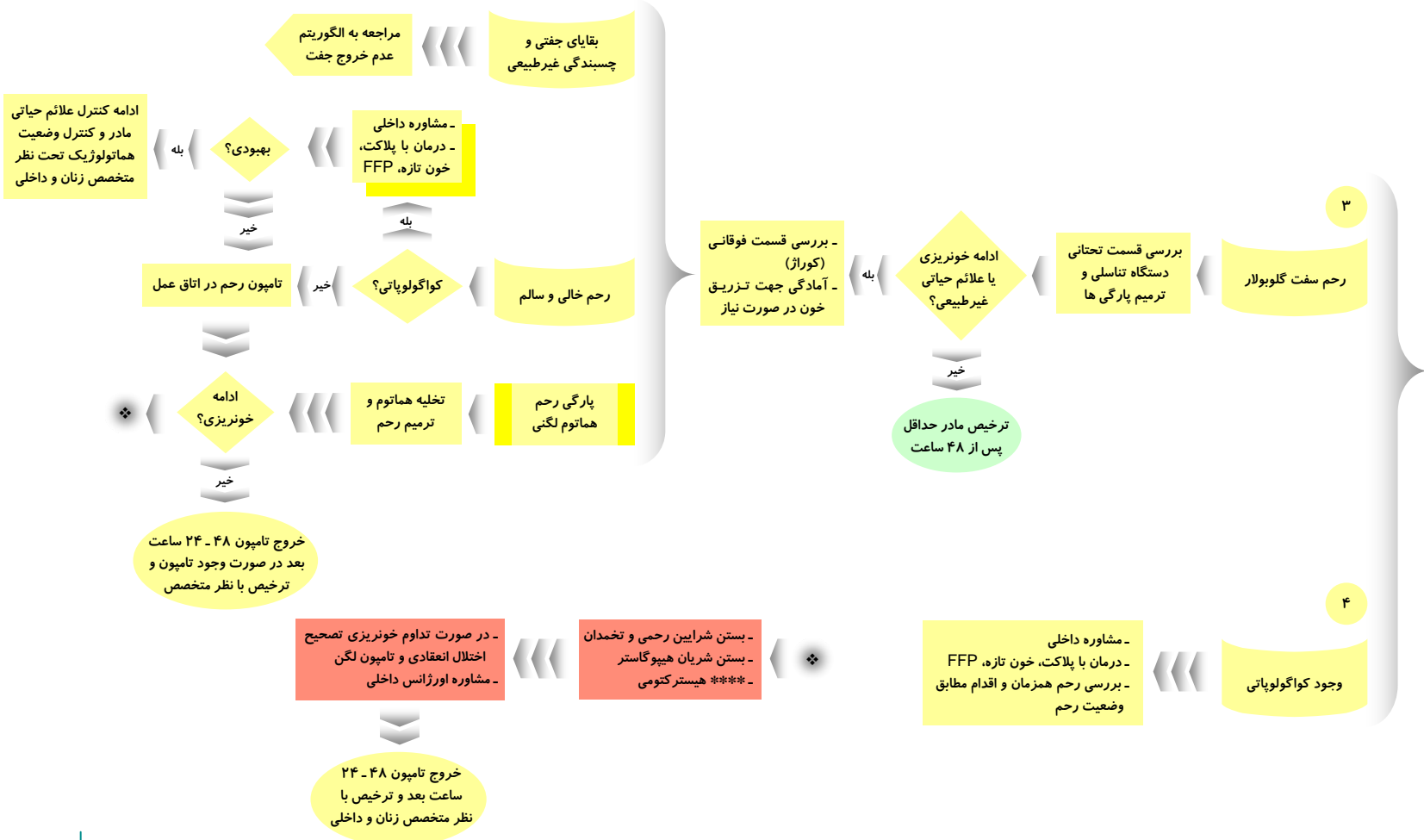
* در مورد فشارخون بالا و بیماری قلبی مصرف متیل ارگونوین منع دارد.

** ۲۵۰ میلی گرم پروستاگلاندین عضلانی که میتوان آن را هر ۱۵ دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا ۸ دوز.

*** ۵ قرص دویست میلی گرمی (۱۰۰۰ میلی گرم) رکتال

**** در مواردی که مادر تعداد فرزندان کافی دارد هیستریکتومی می تواند اولین انتخاب باشد.

ادامه



پست



بخش

اقدام	افراد مسؤول
اخذ شرح حال	متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن
معاینه (شکم، واژینال، ...)	متخصص زنان، رزیدنت زنان، ماما
گرفتن رگ و تزریق سرم	ماما، پرستار
سمع قلب و ریبه	متخصص زنان، رزیدنت زنان، متخصص داخلی، پزشک عمومی
دستور انجام آزمایش	متخصص زنان، رزیدنت زنان
ارزیابی سلامت جنین	درخواست ارزیابی توسط متخصص زنان، رزیدنت زنان و انجام BPP توسط رادیولوژیست ماهر یا متخصص زنان دوره دیده، انجام NST، ماما با اطلاع متخصص زنان و تفسیر آن توسط متخصص زنان، OCT ماما با اطلاع متخصص زنان، شنیدن صدای قلب جنین: ماما
کنترل علائم حیاتی	ماما، پرستار، متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن
بررسی میزان خونریزی	ماما، متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن
دستور تجویز دارو	متخصص زنان، رزیدنت زنان
اجرای دستورات دارویی	پرستار، ماما
درخواست سونوگرافی، X-Ray	متخصص زنان، رزیدنت زنان
دستور ختم بارداری	متخصص زنان، رزیدنت زنان
دستور بستری	متخصص زنان، رزیدنت زنان
درخواست مشاوره	متخصص زنان، رزیدنت زنان
اجازه ترخیص بیمار	متخصص زنان، رزیدنت زنان
آموزش و توصیه های بهداشتی	پرستار، ماما، متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن

اورژانس

اقدام	افراد مسؤول
ارزیابی علائم اورژانس	پزشک عمومی و ماما (اطلاع نتیجه به متخصص)، متخصص زنان، رزیدنت زنان
اخذ شرح حال	شرح حال اولیه اورژانس با پزشک عمومی و ماما، متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن
معاینه (شکم، واژینال، ...)	متخصص زنان، رزیدنت زنان، ماما
سمع قلب و ریبه	پزشک عمومی، رزیدنت زنان
بررسی میزان خونریزی	پزشک عمومی، ماما، رزیدنت زنان، متخصص زنان
درخواست خون	پزشک عمومی، رزیدنت زنان، متخصص زنان
تجویز داروهای اورژانس	متخصص زنان، رزیدنت زنان، پزشک عمومی
گرفتن رگ و تزریق سرم	پرستار، ماما، متخصص زنان، رزیدنت زنان، پزشک عمومی
دستور بستری	متخصص زنان، رزیدنت زنان
درخواست مشاوره	متخصص زنان، رزیدنت زنان

در بیمارستان‌های آموزشی نفر اول در معاینه بیمار انترن و رزیدنت است. انترن‌ها زیر نظر رزیدنت انجام وظیفه می‌کنند.

اتاق زایمان

افراد مسئول	اقدام
ماما، رزیدنت زنان، متخصص زنان، انترن	اخذ شرح حال
متخصص زنان، رزیدنت زنان، ماما	معاینه واژینال
آزمایش های روتین : ماما، رزیدنت، انترن و متخصص زنان، آزمایش های خاص: متخصص زنان، رزیدنت زنان	دستور انجام آزمایش
ماما، متخصص زنان، رزیدنت زنان، انترن	گرفتن رگ و تزریق سرم
ماما، رزیدنت زنان، انترن در صورت لزوم اطلاع به متخصص زنان	کنترل میزان خونریزی
ماما، رزیدنت زنان، متخصص زنان	شنیدن صدای قلب جنین
متخصص زنان، رزیدنت زنان	دستور تجویز دارو
ماما، انترن	اجرای دستورات دارویی
ماما، رزیدنت زنان، متخصص زنان، انترن	کنترل پیشرفت زایمان و ثبت پارتنوگراف
متخصص زنان، رزیدنت زنان	دستور ختم سریع بارداری
متخصص زنان، رزیدنت زنان	درخواست مشاوره
ماما، انترن، رزیدنت زنان	آماده کردن مادر برای سزارین
متخصص اطفال، متخصص بیهوشی، متخصص زنان، رزیدنت زنان، ماما	احیا نوزاد در اتاق زایمان
ماما، پرستار	واکسیناسیون نوزاد
متخصص زنان، رزیدنت زنان	اجازه ترخیص بیمار
ماما، انترن، متخصص زنان، رزیدنت زنان	آموزش و توصیه های بهداشتی

پیوست ۲: لیست داروهای مورد نیاز در بیمارستان

نام دارو	نوع دارو	نام دارو	نوع دارو
فراورده های خونی (خون کامل، FFP، کریوپرسیپیٹیت و پلاکت)	خوراکی - آمپول	PGE۱ (پروپرستون)	شیاف واژینال
فنی توئین	خوراکی - آمپول	PGE۲	شیاف
کریستالوئید ها	سرم	PGF۲	آمپول
کلرپرومازین	آمپول	اریترومایسین	خوراکی - آمپول
کلوگزاسپین	کپسول	استامینوفن	خوراکی - آمپول
کلیندامایسین	آمپول	استروئید	آمپول
لابتالول	آمپول	آسبکلوویر	قرص - پماد
مترژن	خوراکی	اکسی توسین	آمپول
مترونیدازول	خوراکی - آمپول	آمپی سیلین	خوراکی - آمپول
متوتروکسات	آمپول	آموکسی سیلین	خوراکی
متوکلوپروماید	خوراکی	آنتی هیستامین، کلامین	خوراکی
متیل پردنیزولون	آمپول	ایندومتاسین	شیاف
متیل دوپا	خوراکی	ایمونوگلوبولین، توکسوئید کزاز	آمپول
میژوپرستول	خوراکی	بتامتازون	آمپول
نیتروفورانتوئین	قرص	بیزاتین پی سیلین	آمپول
نیفدپین	خوراکی	پروژسترون	شیاف واژینال
وانکومایسین	آمپول	پرومتازین	خوراکی - آمپول
ویتامین پیرویدوکسین (B6)	خوراکی	ترکیبات ۱۷ هیدروکسی پروژسترون (دکاپرون-۱۰ میلی گرمی)	آمپول
هیپارین	آمپول	جتنامیسین	آمپول
هیدرالازین	آمپول	دگرامتازون	آمپول
		دیازپام	خوراکی - «پول»
		دیفن هیدرامین	خوراکی
		روگام	آمپول
		ریتودرین	خوراکی
		سفالزین یا سفتریاکسون	آمپول
		سوالفات منیزیم	آمپول
		سیکلوزست	شیاف واژینال

عنوان
آزمایش ادرار
کشت ادرار
اندازه گیری الکترولیت‌ها
پروتئین ادرار
قند خون
CBC, Hb, HCT , BG, Rh, Cross match, Na, K, BUN, Cr
تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت
آنزیم های کبدی
VDRL
تست های تیروئیدی
بتا ساب یونیت
اسمیر و کشت ترشحات سرویکس
کشت خون
آهن سرم، فریتین، رتیکولوسیت و TIBC
FBS, GCT, GTT
کومبس غیر مستقیم
TFT
فیبرینوژن
FTA-ABS, MHA-TP, TPP-PA
آزمایش سیتولوژی
L/S ratio
تست BETKE
کشت از ورزیکول یا ظاهر ضایعات یا PCR
HIV, HbsAg
آزمایش سرولوژی IgM, IgG

پیوست ۴ : لیست تجهیزات مورد نیاز در بیمارستان

گوشی	واکیوم
فشارسنج	ست سزارین
گوشی مامایی	ست کورتاژ
سونی کیت	ست پانسمان
اسپکولوم (در اندازه‌های متفاوت)	ست پاپ اسمیر
فورسپس	ست جنرال
کیف آب گرم	وسایل سونداژ (سوند در اندازه‌های متفاوت، یورین بگ)
کیف یخ	ست احیاء
ساتی متر	ست تزریق خون و سرم (سرنگ و آنژیوکت در اندازه‌های مختلف، ست خون، ست سرم)
ترمومتر	ست زایمان
ترازوی بزرگسال	ست اپی زیاتومی
پوشش حفاظتی (گان، ماسک، عینک)	الکتروکاردیوگراف
آندوسکوپ	سونوگرافی
	وسایل مورد نیاز برای دیدن ته چشم

لازم است بیمارستان به NICU, ICU مجهز باشد.

پیوست ۵: فرم‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان

شماره پرونده:

بیمارستان:

تاریخ:

فرم مراقبت پیش از بارداری

آدرس / تلفن:

شغل:

سن:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ آخرین زایمان:

مردم:

تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

بخش ۱: شرح حال

شایع‌ترین نگرانی:

وزن:

قد:

روش اصلی پیشگیری از بارداری:

وضعیت فعلی خانم برای بارداری شدن:

<input type="checkbox"/> سن زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/> بارداری پنجم و بالاتر
<input type="checkbox"/> سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/> فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال
<input type="checkbox"/> سابقه یا وجود همسر آزاری	<input type="checkbox"/> نسبت خویشاوندی با همسر

سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/> دوران نامختار	<input type="checkbox"/> تأخیر رشد داخل رحمی
<input type="checkbox"/> مرده زایی	<input type="checkbox"/> مرگ نوزاد

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری/ناهنجاری:

<input type="checkbox"/> بیماری قلبی	<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> سل
<input type="checkbox"/> هیپرتیئ	<input type="checkbox"/> بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/> ناهنجاریهای دستگاه تناسلی
<input type="checkbox"/> سرطان پستان در خانم یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس توده توسط خانم	<input type="checkbox"/> اختلال روانی	
<input type="checkbox"/> سایر بیماری‌ها یا سابقه عمل جراحی:		
نوع داروهای مصرفی:	حساسیت دارویی:	

رفتن‌های پرخطر در خانم و یا همسرش

<input type="checkbox"/> سابقه زندان	<input type="checkbox"/> خانم	<input type="checkbox"/> همسر
<input type="checkbox"/> سابقه اعتیاد تریپنی	<input type="checkbox"/> خانم	<input type="checkbox"/> همسر
<input type="checkbox"/> سابقه سوءرفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	<input type="checkbox"/> خانم	<input type="checkbox"/> همسر
<input type="checkbox"/> سابقه سوءرفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	<input type="checkbox"/> خانم	<input type="checkbox"/> همسر

بخش ۲: معاینه

شارخون:

چشم	زردی اسکلا	<input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه	<input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه	<input type="checkbox"/>
دهان و دندان	التهاب لثه	<input type="checkbox"/>	جرم دندان	<input type="checkbox"/>	پوسیدگی دندان	<input type="checkbox"/>
تیرتند	قوام غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	ندول	<input type="checkbox"/>
قلب	سوزش سیستولیک	<input type="checkbox"/>	سوزش دیاستولیک	<input type="checkbox"/>	آریتمی	<input type="checkbox"/>
ریه	ویزیونک	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
پوست	بثورات	<input type="checkbox"/>	نوع بثورات:			
پستان‌ها	قوام و ظاهر غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	توده	<input type="checkbox"/>	خروج هر نوع ترشح از پستان	<input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال	<input type="checkbox"/>	اسکار	<input type="checkbox"/>	توده	<input type="checkbox"/>
اندامها	ناهنجاری اسکلتی	<input type="checkbox"/>				
واژن و لکن	ناهنجاریهای لکنی	<input type="checkbox"/>	ضایعات ناحیه تناسلی	<input type="checkbox"/>	ترشحات غلظتی	<input type="checkbox"/>
	وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکسیها	<input type="checkbox"/>				

• نتیجه معاینه دندان پزشک در این محل ثبت شود.

بخش ۳: نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی

تاریخ انجام:		تاریخ درخواست:	
نتیجه <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> طبیعی	نوع آزمایش های معمول	نتیجه هماتوکریت: هماتوکرین: پلاکت:	نوع آزمایش های معمول CBC
	کامل ادرار		گروه خونی و آنتی‌هاش HBsAg (در صورت نیاز)
	کشت ادرار		VDRL (در صورت نیاز)
	تیجی آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)		HIV (در صورت نیاز)

باب اسپیئر	سونوگرافی
تاریخ انجام: نتیجه:	تاریخ انجام: نتیجه:

بخش ۴: ایمنسازی

توأم: کامل سایر:.....

تاریخ تزریق واکسن سرخچه (در صورت تعادل):

بخش ۵: اقدامات

نتیجه ارزیابی و هر نوع اقدام در این قسمت ثبت شود.

اقدام	تاریخ

بخش ۶: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/> بهداشت فردی و روان	<input type="checkbox"/> بهداشت جنسی	<input type="checkbox"/> بهداشت دهان و دندان	<input type="checkbox"/> زمان قطع روش پیشگیری و زمان مناسب برای باربار شدن
<input type="checkbox"/> شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/> تغذیه / مکملهای دارویی	<input type="checkbox"/> عدم مصرف الکل / مواد مخدر	<input type="checkbox"/> عدم کشیدن سیگار / دخانیات

تاریخ مراجعه بعدی:.....
معاينه كندمه:.....

شماره پرونده:

تاریخ:

فرم مراقبت بارداری

بیمارستان:

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

سونوگرافی
تاریخ انجام:

بتاساب یونیت
تاریخ انجام:

تایید بارداری: گر اوینکس
تاریخ انجام:

بخش ۱: شرح حال

سن:

شغل:

مرده
تعداد فرزندان زنده

تعداد سقط:

تعداد بارداری:

تاریخ تقریبی زایمان:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:

تاریخ آخرین زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

نشیه نموده بندی:

وزن:

قد:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال
<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/>	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	نشانه نموده بندی غیر طبیعی
<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	اعتقاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل
بارداری همزمان با روش های پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/>					

سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/>	آبمی (انبرسی)	<input type="checkbox"/>	پرده اکلامپسی	<input type="checkbox"/>	چدا شدن زودرس چلت (مکلان)	<input type="checkbox"/>	چلت سرراهی
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	دیابت بارداری / دیابت در خانواده	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	زایمان سخت	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	سقط مکرر / دیررس و یا حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	<input type="checkbox"/>	مول / حاملگی نابجا
<input type="checkbox"/>	سزارین	<input type="checkbox"/>	مرده زایمی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار
<input type="checkbox"/>	نازایی	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار

سابقه یا ایتملا فعلی به بیماری / ناهنجاری

<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	فشار خون بالا
<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	اسم	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی
<input type="checkbox"/>	هیپرت	<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تنفسی	<input type="checkbox"/>	تالاسمی میئور
<input type="checkbox"/>	آبسه مرغان	<input type="checkbox"/>	الکتیسم	<input type="checkbox"/>	سرطان پستان در مادر یا اعضای درجه یک خانواده و یا لمس نموده توسط مادر	<input type="checkbox"/>	
سایر بیماری ها یا سابقه جراحی:							
نوع داروهای مصرفی:							
حساسیت دارویی:							

رفتن‌های پرخطر در مادر و یا همسرش

<input type="checkbox"/>	سابقه زندان	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون
<input type="checkbox"/>	سابقه اعتیاد تزریقی	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:	تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:
آزمایش های معمول نوبت اول	نتیجه	آزمایش های معمول نوبت دوم	نتیجه
CBC	هماتوکرین: پلاکت:	CBC	هماتوکرین: پلاکت:
GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)		GCT	
GTT (در صورت نیاز)		GTT (در صورت نیاز)	
کوئیس غیر مستقیم (نوبت اول)		کوئیس غیر مستقیم (نوبت دوم)	
کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> موارد غیر طبیعی:	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> موارد غیر طبیعی:
کشت ادرار		محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها (در صورت نیاز):	
BUN و کراتینین خون			
* گروه خونی و Rh مناس	مادر:		
HBsAg (در صورت نیاز)			
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی هفته ۱۸ تا ۱۶	سونوگرافی هفته ۳۳ تا ۳۱
تاریخ درخواست: سن بارداری (LMP): وضعیت جفت: نکات مهم:	تاریخ درخواست: سن بارداری (قرآرض سونوگرافی): وضعیت جفت: نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها (در صورت نیاز):	

بخش ۳: معاینه

چشم	زردی اسکlera <input type="checkbox"/>	رنگ پردهی ملتحمه <input type="checkbox"/>
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
قلب	سوال سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوال دیستولیک <input type="checkbox"/>
ریه	ویزیون <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:
پستان	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیر طبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد <input type="checkbox"/>	اسکال <input type="checkbox"/>
اندام ها	ادم <input type="checkbox"/>	نامحاری اسکلتی <input type="checkbox"/>

• معاینات توسط پزشک انجام شود.

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایشها یا سونوگرافی)

.....

.....

.....

.....

.....

تاریخ/ نام و امضاء:

بخش ۴: ارزیابی

هفته بارداری		اجزای مراقبت									
۶ تا ۱۰	۱۱ تا ۱۵	۱۶ تا ۲۰	۲۱ تا ۲۵	۲۶ تا ۳۰	۳۱ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۷	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱	
تاریخ مراجعه											
سن بارداری (هفته)											
علائم خطر	تشنج										
	اختلال هوشیاری										
	شوکی										
سینال تبیین	لکه بینی / خونریزی										
	مشکلات ادراری - تناسلی										
	آبریزش/ پارگی کیسه آب										
	درد (شکم، پهلوها، دندان، ساق و ران)										
	تپوع و استفراغ										
	کاهش / نبود حرکت جنین										
	مشکلات پوستی										
	اختلالات روانی										
	همسرازاری										
	تروما										
تذوق	شکایت شایع										
	مصرف مکمل های دارویی										
	مصرف روزانه گوشت یا تخم مرغ										
	مصرف روزانه حبوبات										
	مصرف روزانه شیر و لبنیات										
اندازه گیری تبیین	مصرف روزانه میوه و سبزی										
	وزن										
	فشارخون										
	درجه حرارت										
	نبض										
	تنفس										
ارتفاع رحم											
ضربان قلب جنین											

بخش ۴: ارزیابی (ادامه)

هفته بارداری											اجزای مراقبت	
۲۱	۲۰	۳۹	۳۸	۳۷ تا ۳۵	۳۴ تا ۳۱	۳۰ تا ۲۶	۲۵ تا ۲۱	۲۰ تا ۱۶	۱۵ تا ۱۱	۱۰ تا ۶	چشم	پوست
											بثورات	
											ادم دستها و صورت/ ادم یک طرفه ساق و ران	دندان و دهان
											پوسیدگی دندان	
											جرم دندان	
											التهاب لثه	
											عفونت دندان. آبسه	
											بهداشت فردی / روان / جنسی	آموزش و توصیه ها
											بهداشت دهان و دندان	
											تغذیه و مکمل های دارویی	
											علائم خطر	
											عدم اعتیاد و مصرف سیگار و الکل	
											فواید، آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی	
											شیردهی	
											مشاوره تنظیم خانواده	
											مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد	
											اسید فولیک	
											آهن	مکمل های دارویی
											مولتی ویتامین	
											نتیجه ارزیابی	
											در هر ملاقات	
											تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)	
											نام و امضاء معاینه کننده	

بخش ۵: ایمن سازی

<p>در صورت کامل بودن <input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:</p> <p>در صورت تزریق در سایر موارد:</p>	<p>واکسن توام</p>
<p>تاریخ تزریق رگام در هفته ۲۸ بارداری (در صورت تمایل):</p>	<p>تاریخ تزریق:</p>

بخش ۳: مراقبت از مادر در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

زمان مراقبت	ساعت اول پس از زایمان	ساعت دوم	ساعت سوم	ساعت چهارم	ساعت هشتم	ساعت دوازدهم	ساعت شانزدهم	ساعت بیستم	ساعت بیست و چهارم
اجزای مراقبت									
حالت عمومی و سطح هوشیاری									
میزان خونریزی و وضعیت رحم									
وضعیت پرینه و محل بخیه									
نشان خون									
درجه حرارت									
تعداد نبض									
تعداد تنفس									
نام جانورانه مراقبت کننده									
دفع ادران قبل از ترخیص	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر								
شروع مصرف مواد غذایی	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر								
تجویز مکمل های دارویی	آهن:	مولتی ویتامین:	مسکن:						

بخش ۴: مراقبت ویژه زایمان

در صورتی که برای مادر در زمان بروز علامت خطر اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید.

تاریخ و ساعت	علامت خطر	اقدام

تزییق آمپول رگام: (در صورت نیاز)
داروهای مصرفی:

بخش ۵: نتایج آزمایش های قبل از ترخیص

مهاکتوبین:

سایر:

بخش ۶: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/> بهداشت فردی و روان	<input type="checkbox"/> فعالیت و مهارت	<input type="checkbox"/> روشن بینگری از بارداری	<input type="checkbox"/> مراقبت از پستان و شیردهی، مصرف داروها در شیردهی
<input type="checkbox"/> مراقبت از نوزاد و علامت خطر نوزاد	<input type="checkbox"/> علامت خطر	<input type="checkbox"/> تغذیه و کاهش وزن	<input type="checkbox"/> زمان و مکان ملاقاتهای بعدی

تاریخ و ساعت ترخیص:

شماره پرونده:
تاریخ:

بیمارستان:

فرم تزریق سولفات منیزیم

تاریخ و ساعت پذیرش:

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

نکات غیر طبیعی	سایر داروها	تاریخات دریافتی	میزان تزریق	نام و نام خانوادگی همسر:	Out put	RR	DTR	فشارخون	ساعت تزریق

DRT: Deep Tendon Reflex
RR: Respiratory Rate

شماره پرونده:

بیمارستان:

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان

آدرس / تلفن:

سن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: ارزیابی

سزارین

طبیعی یا فورسیس یا واکيوم

نوع زایمان: طبیعی

تاریخ زایمان:

بین راه

منزل

واحد تسهیلات زایمانی

محل زایمان: بیمارستان

روزهای ۳۲ تا ۶۰	روزهای ۱۰ تا ۱۵	زمان ملاقات	اجرای مراقبت
		تاریخ مراجعه	
ارزیابی علائم خطر فوری			
سؤال کنید:			
تشنج			خونریزی لکه بینی
اختلال هوشیاری / شوک			ترشحات چرکی و بدبو از مهبل
تففس مشكل			بیماری زمینه ای
			مشكل ادراری - تناسلی و اجابت مزاج
			سرگیجه
			دراد
			(شکم، پهلو، بغیه، ساق و ران، پستان، دندان)
			اختلال روانی
			همسر آزادی
			شکایت شایع
			مصروف مکل های دارویی
			شیردهی به نوزاد
اندازه گیری کنید:			
خشک: خوبیده: نشسته:	خشک: خوبیده: نشسته:	اندامه گیری کنید:	چشم (رنگ پردهای شدید)
خشک: خوبیده: نشسته:	خشک: خوبیده: نشسته:		پوسیدگی دندان
			جرم دندان
			التهاب لکه
			علویت دندانها، آیبسه
			پستان (آیبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)
			شکم (بزرگی رحم)
			محل بغیه ها
			اندامها (ورم بک، حرله ساق و ران)
نتیجه ارزیابی در هر ملاقات			
همه موارد طبیعی است			
مراقبت ویژه (بستری - سرپایی)			
نام و امضاء معاینه کننده			

بخش ۲: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/>	مکملهای دارویی	<input type="checkbox"/>	علامت خطر	<input type="checkbox"/>	بهداشت دهان و دندان	<input type="checkbox"/>	بهداشت جنسی	<input type="checkbox"/>	بهداشت فردی و روان
<input type="checkbox"/>	شکایت شایع	<input type="checkbox"/>	عدم کشیدن سیگار / دخانیات	<input type="checkbox"/>	عدم مصرف الکل / مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	تغذیه	<input type="checkbox"/>	تنظیم خانواده/ مشاوره
<input type="checkbox"/>	مصرف دارو در شیردهی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	شیردهی، مشکلات و تداوم آن	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مراقبت از نوزاد و علامت خطر نوزاد

مولتی ویتامین:تعداد

تجویز مکملهای دارویی: آمن.....تعداد

تاریخ مراجعه بعدی:

پاپ اسمیر در ملاقات روزهای ۲۲ تا ۶۰ پس از زایمان

تاریخ انجام:
نتیجه:

بخش ۳: پیسخوراند/ مراقبت ویژه

• اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که برای مادر (در زمان ملاقاتهای تعیین شده و یا خارج از زمان ملاقاتهای تعیین شده) انجام داده اید را در ستون «اقدامات انجام شده» بنویسید. در هر بار مراقبت ویژه، از مادر در مورد وجود خونریزی و درد شکم سؤال و نتیجه را ثبت کنید. میزان فشار خون را نیز ثبت کنید.

تاریخ مراجعه	سن بارداری	علت مراجعه	اقدامات انجام شده
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

پیوست ۶: نحوه تکمیل فرم‌های مراقبت دوران بارداری، زایمان، پس از زایمان

فرم مراقبت پیش از بارداری

این فرم برای ثبت اطلاعات مراقبت پیش از بارداری استفاده می‌شود. فرم را در پرونده (خانوار) قرار داده و بخشهای آن را تکمیل کنید. قبل از تکمیل بخشهای مختلف فرم، نام بیمارستانی که مراقبت در آن انجام می‌شود، شماره پرونده و تاریخ (تکمیل فرم) را در قسمت مربوط بنویسید. فرم از ۶ بخش تشکیل شده که نحوه تکمیل هر بخش به شرح زیر است:

بخش ۱: شرح حال

پس از تکمیل مشخصات خانم، از وی با توجه به سؤالات این بخش شرح حال گرفته و پاسخ را در قسمت مربوط بنویسید. و با علامت گذاری کنید. موارد مثبت را علامت (✓) و موارد منفی را علامت (-) بگذارید.

◀ **وضعیت فعلی خانم برای بارداری شدن:** با استفاده از اطلاعات بالایی جدول و همچنین پرسش سایر موارد، براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت‌گذاری کنید.

تکته ۱: نمایه توده بدنی را با توجه به میزان وزن و قد و با استفاده از نمودار نمودار محاسبه کنید. نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ و

کمتر از ۱۸/۵ غیر طبیعی است.

تکته ۲: چنانچه از معناد بودن خانم یا همسرش مطمئن هستید، بدون سؤال کردن در خانه مربوط علامت آ بگذارید. اعتیاد تریزیتی مادر یا همسرش را در قسمت رفتارهای پرخطر ثبت کنید.

تکته ۳: به فاکتورهای خطر همسر آزاری و اعتیاد به شرح زیر توجه کنید:

- فاکتورهای خطر همسر آزاری: سابقه همسر آزاری، 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، خانواده‌های

آشفته، سابقه مصرف مواد در خانواده

◀ **سوابق بارداری و زایمان قبلی:** هر یک از موارد را از خانم سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت‌گذاری کنید.

◀ **سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری/ناهنجاری:** هر یک از موارد بیماری و نوع داروی مصرفی و داشتن حساسیت دارویی را از خانم سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت‌گذاری کنید. در صورت وجود سایر بیماری‌ها، نام بیماری را در قسمت «سایر بیماری‌ها» بنویسید.

تکته ۱: علامت‌روانی را به شرح زیر در خانم بررسی کنید:

- علامت خطر فوری: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی،

توهم و هذیان یا محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

- علامت در معرض خطر: روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخواستی)،

کم خوابی، پرشتهایی، کم اشتها (بی توهم و هذیان یا محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

تکته ۲: به فاکتورهای خطر اختلالات روانی به شرح زیر دقت کنید:

- فاکتورهای خطر بیماری روانی شدید: سابقه افسردگی مازور و سایکوز در فامیل و فر، حوادث ناگوار متعدد اخیر و

ناراضایی زناشویی

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

۱۸ سال، سابقه قبلی بیماری روانی خفیف

◀ **رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش:** هر یک از موارد را از خانم سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت‌گذاری کنید.

برای مواردی که در خانه‌های جدول با علامت ✓ مشخص شده است، به بخش «راهنمای مراقبت پیش از بارداری» رجوع و اقدامات انجام شده را در «بخش پس‌خوراندن/مراقبت ویژه(بخش ۵)» ثبت کنید.

بخش ۲: معاینه

فشارخون را اندازه‌گیری کنید و معاینه فیزیکی را انجام دهید. در صورت غیرطبیعی بودن نتیجه معاینه، براساس بخش «راهنمای مراقبت پیش از بارداری» اقدام و نتیجه اقدامات انجام شده را در «بخش پس‌خوراندن/مراقبت ویژه(بخش ۵)» ثبت کنید.

بخش ۳: نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی

آزمایش‌های معمول درخواست کنید و تاریخ درخواست را در قسمت مربوط بنویسید. نتیجه و تاریخ انجام آزمایش‌ها را در قسمت مربوط بنویسید. سونوگرافی و پاپ اسمیر را در صورت نیاز انجام دهید و نتایج آنها را در قسمت مربوط بنویسید. برگ نتایج را پس از ثبت و در صورت تمایل خانم بازگردانید. در صورت غیرطبیعی بودن نتایج، براساس بخش «تفسیر نتایج آزمایش‌های پیش از بارداری» اقدام و نتیجه اقدامات انجام شده را در «بخش ۵: اقدامات» ثبت کنید.

نکته ۱: پاپ اسمیر را براساس دستورالعمل فواصل انجام پاپ اسمیر (در بخش پس از زایمان توضیح داده شده) انجام دهید.

نکته ۲: در مورد آزمایش کامل ادرار نیاز به ثبت همه موارد نیست و «طبیعی یا غیرطبیعی» بودن آزمایش را علامت گذاری و موارد غیر طبیعی را در قسمت مربوط بنویسید.

نکته ۳: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در خانم یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش **HIV** به کارشناس ایدز یا مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع دهید.

نکته ۴: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در خانم یا همسرش، آزمایش **VDR1** را درخواست کنید.

نکته ۵: تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه را در خانمی که علیه سرخچه آمین نشده و سابقه ابتلا به سرخچه را نیز نداشته است، درخواست کنید.

نکته ۶: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت آمین نشده است، آزمایش **HBsAg** را درخواست کنید.

بخش ۴: آمین سازی

در این قسمت وضعیت آمین سازی را به شرح زیر ثبت کنید:

- در صورتی که آمین سازی خانم از نظر واکسن توأم طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون «کامل» است، در خانه «کامل» علامت ✓ بگذارید و در صورت ناکامل بودن ضمن گذاردن علامت ✓ در خانه «ناکامل» در قسمت تفرقه چین، علت ناکامل بودن را بنویسید و بر اساس «دستورالعمل کشوری واکسیناسیون» اقدام و یا توصیه کنید. در صورت تزریق واکسن توأم، تاریخ تزریق را ثبت کنید.

- تزریق واکسن سرخچه را در صورت منفی بودن تیتراژ سرخچه و یا تمایل خانم توصیه کنید. در صورت تزریق واکسن سرخچه، تاریخ تزریق را ثبت کنید.

نکته: در صورت تزریق واکسن ویروس زنده سرخچه، خانم باید حداقل تا ۲ ماه از یک روش موثر پیشگیری از بارداری استفاده کند ولی اگر خانم قبل از ۲ ماه، باردار شود، نیاز به ختم بارداری نیست.

بخش ۵: اقدامات

نتیجه ارزیابی یا هر اقدامی که برای خانم انجام شده را با ذکر تاریخ در این قسمت ثبت کنید.

بخش ۶: آموزش و توصیه

با توجه به عناوین به شرح زیر به خانم آموزش دهید:

❖ بهداشت فردی: رعایت بهداشت ناحیه تناسلی، رعایت نکات مربوط به موارد شغل سخت و سنگین، خودداری از مصرف هرگونه دارو و انجام عکسبرداری بدون نظر پزشک در صورت شک به بارداری بودن؛ تأکید بر ترک اعتیاد، کشیدن سیگار و سایر دخانیات و مصرف الکل

❖ بهداشت روان: آشنایی روانی زوجین برای چه دار شدن

❖ بهداشت جنسی: در صورت وجود رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش، به ضرورت توجه به علائم بروز بیماری مقاربتی،

مراجعه در صورت بروز علائم، توأم درمان در صورت ابتلا به بیماری و دریافت خدمات مشاوره از مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری تأکید کنید.

❖ بهداشت دهان و دندان: روشهای پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماری لته، اهمیت معاینه دهان و دندان و پیگیری درمان و مشکلات دهان و دندان در بارداری

❖ تغذیه و مکمل‌های غذایی: تأکید بر مصرف اسید فولیک ترجیحاً از سه ماه قبل از بارداری، رفع موارد سوء تغذیه و تأکید بر متناسب کردن وزن برای بارداری شدن براساس نمایه توده بدنی

❖ اعتیاد، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل: تأکید بر ترک هر یک از موارد پیش از بارداری شدن

❖ شغل سخت و سنگین: تأکید بر رعایت شرایط مورد نظر در بارداری

طبق تعریف شغل سخت و سنگین عبارتند از :

- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت

- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیواکتیو ، اشعه X یا مواد شیمیایی اهم از حشره کش. مواد آزمایشگاهی و ...

- بالا بودن حجم فعالیت جسمی به گونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.

❖ زمان مناسب برای بارداری شدن و قطع وسیله پیشگیری: تاکید بر سن مناسب بارداری و اطمینان از سلامتی نسبی قبل از بارداری

تاریخ مراجعه بعدی:

تاریخ مراجعه بعدی را برحسب نیاز تعیین کنید.

تکته: به خانم یادآور شوید، به محض قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت ها از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری

(اولین ملاقات) شروع شود.

در انتهای فرم، نام و نام خانوادگی خود را نوشته و امضا کنید.

فرم مراقبت بارداری

این فرم برای ثبت اطلاعات مراقبت بارداری استفاده می شود. فرم را در پرونده (خانوار) قرار داده و بخش های آن را در طول بارداری تکمیل کنید. قبل از تکمیل بخشهای مختلف فرم، نام بیمارستانی که مراقبت در آن انجام می شود، شماره پرونده، تاریخ (تکمیل فرم)، نام و نام خانوادگی و آدرس مادر را در قسمت مربوطه بنویسید.

فرم از ۷ بخش تشکیل شده که نحوه تکمیل هر بخش به شرح زیر است:

* **تائید بارداری** را بر حسب نوع آزمایش در خانه مربوط با علامت ✓ مشخص کنید و تاریخ انجام آزمایش را بنویسید. برگ نتیجه آزمایش را در صورت نیاز به مادر باز گردانید. بهتر است در صورت عدم نیاز مادر، نتایج آزمایش تا پایان بارداری در پرونده مادر نگه داری شود.

بخش ۱: شرح حال

از مادر با توجه به سؤالات این بخش شرح حال گرفته و پاسخ را در قسمت مربوط بنویسید و با علامت گذاری کنید. موارد مثبت را علامت (✓) و موارد منفی را علامت (-) بگذارید.

◀ **وضعیت بارداری فعلی:** با استفاده از اطلاعات بالای جدول و همچنین پرسش سایر موارد، براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت گذاری کنید.

تکته ۱: از مادر در مورد میزان وزن قبل از بارداری سؤال کنید. اگر وزن پیش از بارداری مشخص است، آن را به عنوان وزن

ابتدای بارداری در نظر بگیرید. اگر وزن پیش از بارداری نامشخص است، وزن مادر در اولین ملاقات (قبل از هفته ۱۲

بارداری) را به عنوان وزن ابتدای بارداری در نظر بگیرید. با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی مادر را با نمودار

نوموگرام محاسبه کنید. تعیین نمایه توده بدنی قبل از هفته ۱۲ بارداری اعتبار دارد.

تکته ۲: مواردی جدول مانند چندقلویی ممکن است در اولین مراجعه تکمیل نشود. پس از آگاهی از آگاهی از این موارد، در زمان بررسی پرونده در ملاقات های بعدی تکمیل کنید.

تکته ۳: با توجه به تاثیر مصرف دخانیات و مواد مخدر بر سلامت جنین، ضمن آموزش مادر، از وی در مورد مصرف آن سؤال و علامت گذاری کنید. چنانچه از معتاد بودن مادر و یا همسرش مطمئن هستید، بدون سؤال کردن از او در خانه مربوط علامت

✓ بگذارید. در صورت سابقه اعتیاد تزریقی در زن باردار و یا همسرش، در خانه مربوط در قسمت «رفتارهای پرخطر»

علامت بگذارید. به فاکتورهای خطر وابستگی به مواد افیونی شامل دوره نوجوانی، افراد با شخصیت وابسته و ضعیف و

ناسازگار، خانواده های آشفته، سابقه مصرف مواد در خانواده توجه کنید.

تکته ۴: در صورتی که مادر همزمان با مصرف وسایل پیشگیری از بارداری، باردار شده یا یعنی آلودگی یا کاشتنی ها در بدن مادر وجود دارد و یا از آمپول یا قرص لاینسترونول استفاده می کند، در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید. اگر پس از زمان

تکمیل فرم، آلودگی یا کاشتنی ها خارج شد و یا استفاده از آمپول یا مصرف قرص لاینسترونول قطع شد، در «بخش ۷:

پسخوراند/ مراقبت ویژه» بنویسید.

◀ **سوابق بارداری و زایمان قبلی:** هر یک از موارد را از مادر سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت گذاری کنید.

◀ **سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری/ تاهنجاری:** هر یک از موارد بیماری و نوع داروی مصرفی و داشتن حساسیت دارویی را از مادر سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت گذاری کنید. در صورت وجود سایر بیماری ها، نام بیماری را در قسمت «سایر بیماری ها» بنویسید.

◀ **رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش:** هر یک از موارد را از مادر سؤال و براساس پاسخ مثبت یا منفی علامت گذاری کنید.

برای مواردی که در خانه های جدول با علامت ✓ مشخص شده است، به بخش «مراقبت های ویژه بارداری» رجوع و اقدامات انجام شده را در «بخش ۷: پسخوراند/ مراقبت ویژه» ثبت کنید.

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

در ملاقات هفته ۶ تا ۱۰ و هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری، آزمایش های معمول را درخواست کنید.

در صورت تمایل مادر، سونوگرافی معمول را در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و هفته ۳۱ تا ۳۴ درخواست کنید.

تاریخ درخواست و تاریخ انجام و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی را در قسمت مربوط ثبت کنید. در صورت غیرطبیعی بودن نتایج، با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه آن را در «بخش ۷: پسخوراندن/ مراقبت ویژه» ثبت کنید.

تکته ۱: پس از ثبت نتایج آزمایش ها و سونوگرافی، برگ نتایج را به مادر بازگردانید. بهتر است در صورت عدم نیاز مادر، تا پایان بارداری نتایج را در پرونده مادر نگه داری کنید. به چند مطلب زیر توجه کنید:

الف) در صورت منفی بودن ارهش مادر، ارهش همسر را درخواست کنید.

ب) در مورد آزمایش کامل امدار نیاز به ثبت همه موارد نیست و «طبیعی یا غیرطبیعی» بودن آزمایش را علامت گذاری و موارد غیر طبیعی را در قسمت مربوط بنویسید.

پ) در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش **HIV** به کارشناس ایدز یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری رجوع دهید.

ت) در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش، آزمایش **VDRL** را درخواست کنید.

ث) در صورتی که مادر طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هیپاتیت امین نشده است، آزمایش **HBsAg** را درخواست کنید.

ج) اولین نوبت آزمایش کومس غیر مستقیم در مادر ارهش منفی را بلافاصله پس از اطلاع از مثبت بودن ارهش همسر درخواست کنید.

چ) در صورت انجام آزمایش های دیگر بنا به درخواست پزشک در زمانهایی غیر از زمان های تعیین شده، تاریخ انجام و نتیجه آنها را در قسمت «محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها» بنویسید.

ح) با توجه به نتیجه آزمایش **GCT**، در صورت نیاز آزمایش **GTT** را درخواست کنید.

تکته ۲: پس از ثبت نتایج سونوگرافی، برگ نتایج را به مادر بازگردانید. بهتر است در صورت عدم نیاز مادر، تا پایان بارداری نتایج را در پرونده مادر نگه داری کنید. به چند مطلب زیر توجه کنید:

الف) منظور از سن بارداری (LMP) این است که سن بارداری مادر را براساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و تاریخی که سونوگرافی را انجام داده است، محاسبه و ثبت کنید.

ب) منظور از سن بارداری (کزارش سونوگرافی) این است که سن بارداری مادر که در گزارش سونوگرافی اشاره شده را ثبت کنید.

پ) در صورت انجام سونوگرافی بیش از تعداد مشخص شده و در زمانهایی غیر از زمان های تعیین شده، تاریخ انجام و نکات مهم آنها را در قسمت «محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها» بنویسید.

ت) اگر اختلاف بین سونوگرافی و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی در تعیین سن بارداری وجود دارد، داره، برای بررسی بیشتر با متخصص زنان مشورت شود.

بخش ۳: معاینه

فشارخون مادر را به عنوان فشارخون اولیه اندازه گیری و ثبت نمایید و معاینه فیزیکی را انجام دهید. نتیجه نهایی شرح حال، معاینه و بررسی آزمایش ها و سونوگرافی را در قسمت «نتیجه» بنویسید. در صورت غیرطبیعی بودن نتیجه معاینه با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه آن را در «بخش ۷: پسخوراندن/ مراقبت ویژه» ثبت کنید.

تکته: تاریخ معاینه و نام و نام خانوادگی معاینه کننده در انتهای این قسمت درج شود.

بخش ۴: ارزیابی

جدول این بخش شامل ارزیابی مادر در هر ملاقات معمول است. این جدول از ۱۰ قسمت کلی تشکیل شده است که هر قسمت به تفکیک توضیح داده می شود:

تکته: قسمت تیره رنگ جدول به این معناست که نیاز به اقدام مورد نظر در زمان تعیین شده نیست.

هفته بارداری: این قسمت نشان دهنده تعداد ملاقاتهای معمول (۸بار) با توجه به هفته های بارداری است که در رأس ستون هایی با رنگ سفید مشخص شده است. دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می باشد. سه ملاقات (هفته ۱۱ تا ۲۱ هفته ۲۵ و هفته ۴) در رأس ستون هایی به رنگ خاکستری مشخص شده اند و به این معناست که این ملاقات ها جزو ملاقات های معمول بارداری نیستند ولی چنانچه مادری در این هفته ها برای دریافت اولین مراقبت معمول مراجعه کند، مراقبت ها ارایه شده و نتیجه آن در قسمت مربوط ثبت می شود.

توجه: چنانچه مادری برای اولین بار در زمان یکی از ملاقات های غیر معمول (هفته ۱۱ تا ۲۱، هفته ۱۵ تا ۲۱) برای دریافت مراقبت های معمول بارداری مراجعه کرد، تاریخ مراجعه بعدی را با محاسبه فاصله زمانی مناسب در یکی از هفته های ملاقات معمول تعیین کنید. به طور مثال، اگر مادری برای اولین بار در هفته ۱۱ بارداری برای دریافت اولین مراقبت معمول مراجعه کرد، در صورتی که نیازمند مراقبت ویژه نیست، تاریخ مراجعه بعدی وی برای دریافت مراقبت معمول را به طور مثال ۷ هفته بعد یعنی در هفته ۱۸ بارداری تعیین کنید تا مراجعه بعدی مادر در مسیر ملاقات های معمول قرار گیرد.

زمان ملاقاتهای معمول به شرح زیر است:

- هفته‌های ۶ تا ۳۰ بارداری، ملاقاتها در طیف ۰ هفته ای تعریف شده است. بنابراین:

ملاقات اول = ملاقات با مادر در یکی از هفته‌های ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۰ بارداری (هفته ۶ تا ۱۰)

ملاقات دوم = ملاقات با مادر در یکی از هفته‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۰ بارداری (هفته ۱۶ تا ۲۰)

ملاقات سوم = ملاقات با مادر در یکی از هفته‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۰ بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰)

- هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، ملاقات در طیف ۴ هفته ای تعریف شده است. بنابراین:

ملاقات چهارم = ملاقات با مادر در یکی از هفته‌های ۳۱، ۳۲ و ۳۳ و ۲۴ بارداری (هفته ۳۱ تا ۳۴)

- هفته‌های ۳۵ تا ۳۷ بارداری، ملاقات در طیف ۲ هفته‌ای تعریف شده است. بنابراین:

ملاقات پنجم = ملاقات با مادر در یکی از هفته های ۳۵، ۳۶ و ۳۷ بارداری (هفته ۳۵ تا ۳۷)

- هفته‌های ۳۸ تا ۴۰ بارداری، ملاقات‌ها هفته‌ای یکبار تعریف شده است. بنابراین:

ملاقات ششم = ملاقات با مادر در هفته ۳۸

ملاقات هفتم = ملاقات با مادر در هفته ۳۹

ملاقات هشتم = ملاقات با مادر در هفته ۴۰

◀ قسمت یک (تاریخ مراجعه): در این قسمت، تاریخ مراجعه مادر در ملاقاتهای معمول را بنویسید.

تکته ۱: به مادر تأکید کنید برای دریافت مراقبت های معمول فقط در تاریخ تعیین شده مراجعه کند، مگر در شرایطی که عارضه پیدا کند

که در این صورت باید در هر زمان و بدون آن که منتظر تاریخ ملاقات تعیین شده بعدی بماند، مراجعه کند. در صورت مراجعه

مادر با هر نوع عارضه یا شکایت، تاریخ مراجعه و اقدامات انجام شده را در «بخش پسخوراند/ مراقبت ویژه/بخش ۷»

ثبت کنید.

تکته ۲: در صورت ختم بارداری زودتر از تاریخ تعیین شده زایمان (سقط، زایمان زودرس)، تاریخ و علت ختم بارداری را در این

قسمت و در هفته مربوط ثبت کنید.

◀ قسمت دو (سن بارداری): در هر ملاقات، سن بارداری مادر را برحسب «هفته» از اولین روز آخرین قاعدگی محاسبه کنید و در خانه

مربوط بنویسید. برای محاسبه سن بارداری باید فاصله زمانی بین تاریخ مراجعه و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی را تعیین و آن را

بر عدد ۷ تقسیم کنید.

مثال: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی مادری ۲۲/۴/۸۴ است و در تاریخ ۱۹/۸/۸۴ مراجعه کرده است، سن بارداری چقدر است؟

فاصله زمانی بین این دو تاریخ ۱۲۰ روز است که بر عدد ۷ تقسیم می شود، بنابراین سن بارداری معادل ۱۷ هفته و ۱ روز است.

تکته: اگر مادر به درستی تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی خود را نمی داند و سن دقیق بارداری نامشخص است، درخواست سونوگرافی

دهید، اما اگر به دلایلی مادر حاضر به انجام سونوگرافی نمی باشد، به نکات زیر برای تخمین سن بارداری توجه کنید:

الف) یا یادآوری روزهای خاطره انگیز برای مادر مانند اعیاد مذهبی، روزهای عزاداری، اتفاقات مهم زندگی و ... حدود تاریخ اولین

روز آخرین قاعدگی را حدس بزنید.

ب) در صورت استفاده خانم از وسایل پیشگیری از بارداری (آمپول، قرص لایسترونول، کاشتی ها) با اختلاف قاعدگی همراه

است، تعیین تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی دقیق نیست. در این موارد با تعیین زمان مثبت شدن گراوینکس و اندازه گیری ارتفاع

رحم، حدود سن بارداری را تعیین کنید.

ج) زمان احساس اولین حرکت جنین توسط مادر (هفته ۱۶ بارداری) نیز به تعیین سن بارداری کمک می کند.

◀ قسمت سه (علائم خطر فوری): در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید. در صورتی که مادر دچار

شوک، تشنج یا اختلال هوشیاری است تاریخ مراجعه را بنویسید و مطابق بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه آن را در

«بخش ۷» ثبت کنید. سایر مراقبت ها را در صورت ادامه بارداری در ملاقاتهای بعدی انجام دهید. در صورت نبود علائم خطر فوری،

خانه های مربوطه یا علامت خط تیره (-) علامت گذاری کنید.

◀ **قسمت چهار (سؤال کنید):** در این قسمت، تک تک عوارض را از مادر سؤال کنید و در صورت پاسخ مثبت مادر، در خانه مربوطه علامت ✓ و در صورت پاسخ منفی، علامت خط تیره (-) بگذارید. در صورت وجود عارضه، با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه آن را در «بخش ۷» ثبت کنید.

نکته ۱: در صورتی که مادر ادعا می‌کند که دچار پارگی کیسه آب شده است، به منظور اطمینان از سلامت یا سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

برای مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لیٹوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی رینکس یا احیاناً مگنونیم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین **pH** (بیتراین تست) و یا با کمک یک سواب استریل مقاری از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرینیک (طرح برگ سرخسی ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید.

چنانچه با روشهای فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت منظم بودن صدای قلب جنین، نبود انقباضات زودرس زایمانی، قرار داشتن مادر در فاز نهفته زایمان ترم و ادعای مادر مبنی بر آبریزش یک پارچه تمیز یا توار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید).

(الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً آبریزش به علت ترشحات واژینال یا ادرار بوده و مادر را از نظر میزان مایع آمنیوتیک (از طریق سونوگرافی) و عفونت ادراری بررسی کنید.

(ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشأت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه بارداری) توجه کنید.

۲- اگر انقباضات زودرس زایمان وجود دارد، مادر را برای تأیید پارگی کیسه آب معطل نکنید.

نکته ۲: از مادر در مورد درد شکم و یا پهلوها، درد دندان و درد یک طرفه ساق و ران سؤال کنید. در صورت پاسخ مثبت مادر، در خانه مربوط علامت ✓ و محل درد را بنویسید. در صورت پاسخ منفی، علامت خط تیره (-) بگذارید. در صورت درد شدید دندان در هر زمانی از بارداری، دهان و دندان را از نظر وجود عفونت دندان و یا آبنسه معاینه و در صورت وجود عفونت دندان و یا آبنسه، بر اولین فرصت مادر را ارجاع دهید.

نکته ۳: به نکات زیر در مورد حرکت جنین توجه کنید:

(الف) در هفته ۱۶ تا ۲۰ از وجود حرکت جنین سؤال و در صورت پاسخ منفی، به مادر آموزش دهید به حرکت جنین توجه کند. به طور معمول از حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندان و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان شکم اول، اولین حرکت جنین احساس می‌شود. به مادر بگویید، تاریخ احساس اولین حرکت جنین خود را یادداشت کند.

(ب) تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می‌گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن، تصمیم‌گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگویید که به پهلو چپ بخوابد و تعداد حرکت جنین را به مدت دو ساعت شمارش کند. حرکات جنین به تعداد ۱۰ بار در ۲ ساعت طبیعی است. اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، نیاز به نگرش مادر تا پایان ۲ ساعت نیست.

نکته ۴: اختلالات روانی را به شرح زیر در مادر بررسی کنید:

- علائم خطر فوری روانی: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرغالبیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- علائم در معرض خطر روانی: روحیه افسرده انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخواهی)، خوابی، پراشتهایی، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران
- به فاکتورهای خطر بیماری روانی به شرح زیر دقت کنید:
 - فاکتورهای خطر بیماری روانی شدید: سابقه افسردگی مازور و سایکوز در فامیل و قره، حوادث ناگوار متعدد اخیر و ناراضیاتی زناشویی، ناخواسته بودن بارداری

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

نکته ۵: به فاکتورهای خطر همسرآزاری به شرح زیر دقت کنید:

- سابقه همسرآزاری، مشکلات زناشویی، مصرف مواد در همسر، افسردگی در فرد یا همسر، ناخواسته بودن بارداری

نکته ۶: در صورت وجود شکایت شایع، نوع شکایت را در خانه مربوط ثبت و متناسب با هر شکایت به مادر توصیه کنید. توصیه های داده شده را در «بخش ۷» ثبت کنید. برای ارایه توصیه های شکایت شایع، از راهنمای تغذیه دوران بارداری و شیردهی نیز استفاده کنید. - شکایت های شایع در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستانها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پررنگ شدن نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، بیوست، نفخ، افزایش ترشحات مهلی، کمردرد و تکرر ادرار است.

نکته ۷: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی و مصرف روزانه مقابله کافی و متنوع از گروه های اصلی غذایی را سؤال کنید و در صورت مصرف هر کدام در خانه مربوط علامت ✓ و در صورت پاسخ منفی، علامت خط تیره (-) بگذارید. با توجه به عادات غذایی و روند وزن گیری مادر، به مصرف روزانه گروه های اصلی غذایی مخصوص مصرف روزانه از گروه شیر و لبنیات و گروه میوه و سبزی تأکید کنید.

◀ قسمت پنج (اندازه گیری کنید): در این قسمت تک موارد را اندازه گیری و نتیجه آن را در خانه مربوط ثبت کنید.

نکته ۱: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

نکته ۲: برای اندازه گیری علائم حیاتی به موارد زیر توجه کنید:

- در طول بارداری، فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون میلیمتر جیوه و بالاتر ۱۴۰/۹۰ «فشارخون بالا» است.

- درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

نکته ۳: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتقاغ رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار مقری، ارتقاغ رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۲۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

نکته ۴: تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. در هفته ۲۰ بارداری، نشینین صدای قلب جنین با گوشی مامایی به معنای نبود صدای قلب نیست. استفاده از سونی کیت به شنیدن صدای قلب جنین در این زمان کمک می کند.

◀ قسمت شش (معاینه کنید): در این قسمت، اعضای بدن مادر را معاینه کنید و در صورت وجود علامت نامبرده در جدول، در خانه مربوط علامت ✓ و در صورت نبود علامت، علامت خط تیره (-) بگذارید. در صورت وجود علامت، با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه آن را در «بخش ۷» ثبت کنید.

نکته ۱: کم رنگ بودن مخاط ملتحمه به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و یا تک دست، «رنگ پریدگی شدید» است.

نکته ۲: ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی

نکته ۳: دندانهای مادر را از نظر پوسیدگی، جرم و التهاب لته معاینه کنید. در صورت وجود هر یک از علائم در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید و مادر را در

✓ بگذارید و مادر را به دندان پزشک ارجاع دهید. در صورت وجود عفونت و آبرسه در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید و مادر را در

اولین فرصت به دندان پزشک ارجاع دهید.

در صورتی که مادر هیچ علامتی ندارد، در خانه های مربوط علامت خط تیره (-) بگذارید.

◀ قسمت هفت (آموزش و توصیه ها): در این بخش، آموزش یا توصیه هایی که باید بر حسب زمان ملاقات به مادر ارایه شود در ردیف های جداگانه آمده است. در هر بار ملاقات، با توجه به عناوین به مادر آموزش دهید و در خانه مربوط، علامت ✓ بگذارید.

به نکات زیر در هر عنوان آموزشی دقت کنید:

- بهداشت زیر در هر عنوان آموزشی مسافرت، لباس، مصرف خودسرانه دارو ها، روابط جنسی، کار و فعالیت، استراحت، ورزش آموزش دهید.

- بهداشت جنسی: در صورت وجود رفتارهای پر خطر در مادر و یا همسرش، علائم بروز بیماری مقاربتی را آموزش دهید، در صورت بروز علائم و ابتلا به بیماری، به تاووم درمان و دریافت خدمات از مرکز مشاوره بیماری های رفتاری تأکید کنید.

- بهداشت روان: تغییرات روحی و روانی مادر و همسرش در دوران بارداری و آمادگی های لازم برای والدین شدن را آموزش دهید. همچنین به مادر و همسرش در مورد علائم «اندوه پس از زایمان» و ضرورت حمایت های عاطفی همسر. علائم افسردگی پس از زایمان، اثرات نامطلوب آن بر مادر و روند مراقبت از کودک، تأثیر مخرب بر روابط زناشویی و ضرورت مراجعه به روان پزشک آموزش داده شود. اگر فاکتورهای خطر بروز سایکوز پس از زایمان وجود دارد، در مورد زمان بروز علائم، نوع علائم و ضرورت مراجعه سریع به متخصص به زوجین آموزش دهید. همچنین از «متون سلامت روان کاربردی برای پزشکان» برای آموزش مادر کمک بگیرید.

- بهداشت دهان و دندان: در ملاقاتهای بارداری نکات بهداشتی دهان و دندان را به شرح زیر به مادر آموزش دهید و در خانه ملاقات مربوطه کد آن را وارد کنید:

کد ۱: آموزش استفاده از مسواک، نخ دندان و توصیه های خاص بارداری در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری

کد ۲: آموزش آشنایی با اهمیت دندانها و لثه در هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری

کد ۳: آموزش راههای ایجاد پوسیدگی دندان و مشکلات لثه ای در هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری

کد ۴: آموزش نقش تغذیه در سلامت دندانها در هفته ۲۱ تا ۲۴ بارداری

کد ۵: آموزش مراقبت از دهان نوزاد و تکرار آموزشهای قبلی در هفته ۳۰ تا ۳۷ بارداری

کد ۶: آموزش مراقبت از دهان نوزاد در هفته ۲۸

کد ۷: آموزش مراقبت از دهان و دندان کودک در هفته ۲۹ تا ۴۰ بارداری

- تغذیه: راجع به اهمیت تغذیه و مصرف مکمل های دارویی، گروههای غذایی و سهم هر یک در رژیم غذایی مادر، متنوع و متعادل بودن رژیم غذایی، مواد غذایی مفید و مضر برای دندانها و نحوه استفاده صحیح از مواد غذایی را طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی آموزش دهید.

- علائم خطر بارداری شامل خونریزی یا لکه بینی - کاهش یا داشتن حرکت جنین - آبریزش یا خیس شدن ناگهانی - درد و ورم یک طرفه ساق و ران - درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل - سوزش یا درد هنگام ادرار کردن - استفراغ شدید و مداوم یا خونی - تب و لرز - تنگی نفس و تپش قلب - ورم دستها و صورت یا تمام بدن - سردرد و تاری دید - افزایش وزن ناگهانی، عفونت، اُبسه و درد شدید دندان را آموزش دهید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فراگرفته است.

- ضرورت ترک اعتیاد، عدم مصرف سیگار و یا دخانیات و الکل در دوران بارداری را به مادر تأکید کنید.

- اهمیت و فواید زایمان طبیعی، محل مناسب زایمان و آمادگی پیش از زایمان را آموزش دهید.

- اهمیت شیردهی (تغذیه نوزاد با شیر مادر)، نقش شیر مادر در سلامت دندانها را آموزش دهید.

- مشاوره تنظیم خانواده را در ملاقات هفته ۲۰ تا ۲۷ بارداری بر اساس «بخش راهنمای مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده» انجام دهید.

- مراقبت از نوزاد: مراقبت‌های اولیه نوزاد به مادر آموزش دهید. علائم خطر در نوزاد شامل زردی در ۲۴ ساعت اول - توکسیدیه شدن قفسه سینه - ناله کردن - رنگ پریدگی شدید یا کبودی اندامها - استفراغ مکرر شیر - بی‌قراری و تحریک پذیری - ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف - قرمزی اطراف چشم - خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها - خوب شیر نخوردن - تب یا سرد شدن اندامها و بدن - تحریک کمتر از حد معمول و بی حالی - عدم دفع مدفوع و ادرار در روزهای اول و وجود جوشهای چرکی منتشر در پوست را آموزش دهید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فراگرفته است.

◀ قسمت هفت (تجویز مکملهای دارویی): در هر ملاقات، مقدار نیاز از داروهای مکمل را به مادر بدهید و مقدار تحویل داده شده از هر یک از آنها را در خانه مربوط ثبت کنید.

◀ قسمت نه (نتیجه ارزیابی در هر ملاقات): با توجه به ارزیابی قسمتهای فوق نتیجه را به صورت زیر علامت گذاری کنید:

الف) در صورت نبود هیچگونه عارضه و طبیعی بودن همه موارد، در قسمت « همه موارد طبیعی است» در خانه مربوطه علامت ✓ بگذارید.

ب) در صورت وجود عارضه، با توجه به بخش «مراقبت ویژه بارداری» مشخص شود خانم نیاز به بستری دارد یا به صورت سرپایی درمان می شود و در خانه مربوطه نوشته و اقدامات انجام شده را در «بخش V» ثبت کنید.

مثال: در مراقبت هفته ۲۱ تا ۲۴ مشخص شده که اندازه رحم کوچکتر از حد طبیعی است. با توجه به بخش مراقبت ویژه بارداری علت آن محدودیت رشد داخل رحمی تشخیص داده شده است. پس مادر باید در بیمارستان بستری و مراقبت ها را دریافت نماید. بنابراین در نتیجه ارزیابی در ملاقات هفته ۲۱ تا ۲۴ کلمه «بستری» نوشته و مراقبت ها را در «بخش V» فرم ثبت کنید.

«قسمت ده (تاریخ مراجعه بعدی): در این قسمت، در هر ملاقات تاریخ مراجعه بعدی ملاقات معمول و یا ویژه را تعیین و ثبت کنید. تاریخ مراجعه بعدی معمول را به شرح زیر تعیین کنید:

- در هفته های ۱۶ تا ۲۰ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۷۰ روز بعد (۱۰ هفته بعد) تعیین کنید.

- در هفته های ۲۱ تا ۲۶ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۷۰ روز بعد (۱۰ هفته بعد) تعیین کنید.

- در هفته های ۲۷ تا ۲۹ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۳۰ روز بعد (۹ هفته بعد) تعیین کنید.

- در هفته های ۳۰ تا ۳۲ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۴ هفته بعد (تعیین کنید).

- در هفته های ۳۳ تا ۳۴ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۲۱ روز بعد (۲ هفته بعد) تعیین کنید.

- در هفته های ۳۵ تا ۳۸ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۱۴ روز بعد (۲ هفته بعد) تعیین کنید.

- در هفته های ۳۹ تا ۴۱ بارداری، ملاقات بعدی را به فاصله ۷ روز بعد (۱ هفته بعد) تعیین کنید.

نکته: در صورتی که زایمان مادر در هفته ۴۰ انجام نشود، در هفته ۴۱ نیز مراقبت ها را انجام دهید. در صورت طولانی شدن زمان بارداری بیش از ۴۱ هفته با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» اقدام و نتیجه اقدامات را در «بخش پسخوراند/مراقبت ویژه(بخش V)» ثبت کنید.

مثال ۱: مادری در هفته ۹ بارداری در تاریخ ۸/۴/۸۴ مراجعه کرده است، تاریخ مراجعه بعدی چیست؟
با توجه به اینکه هفته بارداری مادر بین هفته های ۶ تا ۱۰ بارداری قرار دارد، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۷۰ روز به تاریخ مراجعه اضافه می شود، بنابراین تاریخ ملاقات بعدی، ۱۰/۴/۸۴ است.

مثال ۲: مادری در هفته ۲۹ بارداری در تاریخ ۳۱/۳/۸۴ مراجعه کرده است، تاریخ مراجعه بعدی چیست؟
با توجه به هفته بارداری مادر، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۳۰ روز به تاریخ مراجعه اضافه می شود، بنابراین تاریخ مراجعه بعدی او ۳۱/۳/۸۴ است.

مثال ۳: مادری در هفته ۳۰ بارداری در تاریخ ۲/۴/۸۴ مراجعه کرده است، تاریخ مراجعه بعدی چیست؟

با توجه به هفته بارداری مادر، برای تعیین تاریخ ملاقات بعدی، ۲۱ روز به تاریخ مراجعه اضافه می شود، بنابراین تاریخ مراجعه بعدی او ۲۳/۴/۸۴ است.

«در آخر مراقبت کننده نام و نام خانوادگی خود را بنویسید.

بخش ۵: آمین سازی

۱- واکسن توأم: آمین سازی با واکسن توأم را به شرح زیر انجام و ثبت کنید:

الف) در صورتی که واکسیناسیون توأم طبق دستورالعمل کشوری کامل است، در خانه «کامل» علامت ✓ بگذارید.

ب) در صورتی که واکسیناسیون توأم مادر طبق دستورالعمل کشوری کامل نیست و مادر نیاز به تزریق دو نوبت واکسن را دارد، واکسن توأم را (حداکثر تا ۴ هفته قبل از زایمان) تزریق و تاریخ آن را در قسمت «تاریخ تزریق نوبت اول» و «تاریخ تزریق نوبت دوم» ثبت کنید. در صورتی که زمان تزریق «نوبت دوم» واکسن توأم با پاراداری همزمان شده است، در قسمت «تاریخ تزریق نوبت اول» عبارت «تزریق واکسن در زمان پیش از بارداری» و در قسمت «تاریخ تزریق نوبت دوم»، تاریخ تزریق نوبت دوم را بنویسید.

ج) در صورت همزمان بودن بارداری با زمان تزریق واکسن «پیداو» و یا «هر شرایط دیگری که نیاز به تزریق واکسن توأم است»، مورد را نوشته و در صورت تزریق، تاریخ آن را در قسمت «تاریخ تزریق» بنویسید.

نکته: در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، آمین سازی را به شرح زیر انجام دهید:

- در صورتی که وضعیت آمین سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر آمین تزریق کنید.

- در صورتی که وضعیت آمین سازی مادر با واکسن توأم مشخص نیست و احتمال دارد مادر فاقد آمینی علیه کزاز باشد، بلافاصله پس از سقط غیر آمین ۱۰۰۰ واحد سرم کزاز به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید. اقدامات انجام شده را در بخش V ثبت کنید.

۲- آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایش‌های کومبس غیر مستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی مادر)، در هفته ۲۸ بارداری در صورت تاخیر مادر ارشاش منفی با همسر ارشاش مثبت برای تهیه نازو، آمپول رگام را تزریق کنید. در صورت تزریق آمپول، تاریخ تزریق را بنویسید و در صورت عدم تزریق علامت خط تیره (-) بگذارید.

نکته: به خاطر بسیاری در مادر ارشاش منفی با همسر ارشاش مثبت، در صورت ختم بارداری به هر دلیلی پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...) آمپول رگام تزریق شود.

بخش ۶: جدول وزن گیری

این جدول به منظور بررسی روند وزن گیری زن باردار تهیه شده است. برای اندازه گیری وزن، لازم است زن باردار لباس سبکی به تن داشته باشد و کفش خود را در آورد. مشخصات جدول و نحوه ثبت وزن گیری به شرح زیر است:

جدول وزن گیری از دو محور عمودی و افقی تشکیل شده است. محور عمودی (محور Y) نشان دهنده میزان وزن گیری برحسب کیلوگرم و محور افقی (محور X ها) نشان دهنده هفته بارداری است. روی خط عمودی، عدد صفر به معنای مبدأ شروع هفته بارداری است. روی خط افقی، عدد صفر به معنای شروع وزن گیری در ابتدای بارداری است. خطوط بالای تراز محور افقی صفر با اعداد مثبت، میزبان «وزن گیری» و خطوط پایین تراز محور افقی صفر با اعداد منفی، میزان «کاهش وزن» را مشخص می کند. در وسط جدول، خطوط مایل است که فاصله بین آنها محدوده وضعیت بدنی مادر براساس نمایه توده بدنی را مشخص می کند.

- محدوده ای که حد فاصل وزن گیری ۱۲/۵-۱۷ کیلوگرم قرار گرفته و با خطوط زرد مشخص شده، نشانه وضعیت بدنی زن باردار لاغر با نمایه توده بدنی کمتر از ۱۹/۸ است.
- محدوده ای که حد فاصل وزن گیری ۱۱/۵-۱۶ کیلوگرم قرار گرفته و با خطوط سبز مشخص شده، نشانه وضعیت بدنی زن باردار طبیعی با نمایه توده بدنی ۱۹/۸ تا ۲۶ است.
- محدوده ای که حد فاصل وزن گیری ۷/۱۱-۱۱ کیلوگرم قرار گرفته و با خطوط نارنجی مشخص شده، نشانه وضعیت بدنی زن باردار با ربا را با اضافه وزن با نمایه توده بدنی بیش از ۲۶ تا ۲۹ است.
- محدوده ای که حد فاصل دو خط چین وزن گیری ۶/۹ کیلوگرم قرار گرفته و با خطوط به رنگ قرمز مشخص شده، نشانه وضعیت بدنی زن باردار چاق با نمایه توده بدنی بیش از ۲۹ است.

در پایین جدول وزن گیری، جدول ثبت میزان وزن گیری مشاهده می شود که در آن سن بارداری و میزان وزن گیری مادر با توجه به زمان مراجعه نوشته می شود. لازم است در هر ملاقات وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید (وزن اندازه گیری شده در قسمت مربوط در جدول بخش ارزیابی همین فرم ثبت شده است). میزان افزایش وزن را با توجه به سن بارداری در قسمت «میزان وزن گیری» این جدول ثبت کنید. در صورتی که مادر کاهش وزن داشته است، میزان تفاوت وزن مادر را با علامت منها (-) به طور مثال ۵- کیلوگرم) در قسمت «میزان ثبت گیری» این جدول ثبت کنید. سن بارداری مادر را با توجه به زمان ملاقات از جدول بخش ارزیابی همین فرم به قسمت «سن بارداری» این جدول منتقل کنید.

برای ترسیم وضعیت وزن گیری مادر به شرح زیر اقدام کنید:

۱- در صورتی که وزن قبل از بارداری مادر مشخص است:

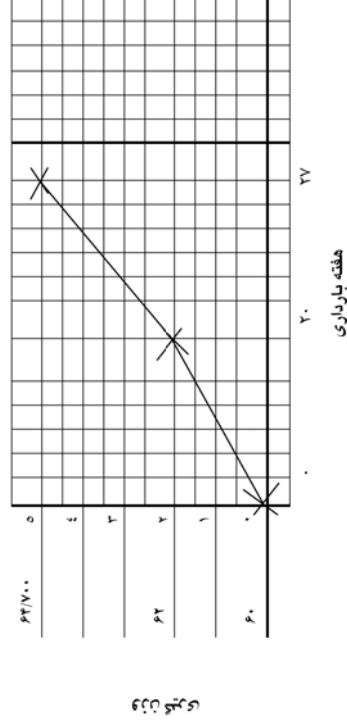
وزن قبل از بارداری مادر را در کنار عدد صفر (مربوط به محور وزن گیری) ثبت و روی نقطه صفر (محل تلاقی دو محور عمودی و افقی) علامت ضربدر (x) بگذارید. علامت ضربدر به معنای میزان وزن گیری در شروع بارداری صفر است. طی هر ملاقات بارداری پس از توزین مادر و مقایسه وزن اندازه گیری شده با وزن قبلی، مقدار افزایش وزن را محاسبه و در جدول پایین بنویسید. عدد وزن (اندازه گیری شده) را نیز در کنار عدد وزن گیری مربوط روی محور افقی در جدول وزن گیری ثبت کنید. سپس محل تلاقی وزن گیری و هفته بارداری مادر را علامت ضربدر (x) بگذارید. به همین ترتیب تا پایان ملاقاتهای بارداری عمل کنید و در هر ملاقات، نقاطی که با ضربدر یا نقطه مشخص شده است را به هم وصل کنید.

نکته: در صورتی که میزان وزن گیری مادر عدد صحیح بزرگتر از آن را در نظر بگیرید. مثلاً ۳۷/۰۰ کیلوگرم وزن گیری را ۴ کیلوگرم در نظر بگیرید و یا ۳۲/۰۰ کیلوگرم وزن گیری را ۳ کیلوگرم در نظر بگیرید.

مقاله: وزن قبل از بارداری مادر ۶۰ کیلوگرم، وزن در هفته ۲۰ بارداری ۶۲ کیلوگرم و در هفته ۲۷ بارداری ۶۴/۷۰ کیلوگرم است.

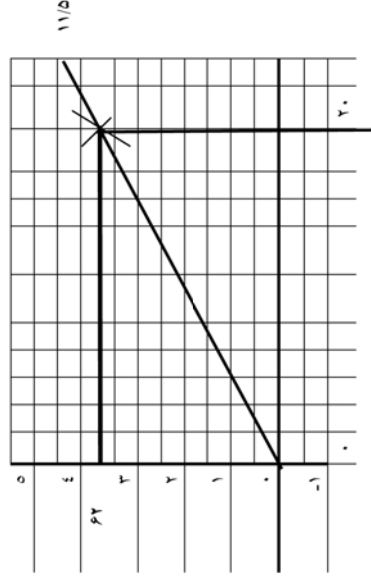
نحوه ثبت: با توجه به اینکه وزن پیش از بارداری ۶۰ کیلوگرم بوده است، در کنار عدد صفر محور وزن گیری عدد ۶۰ نوشته می شود.

در هفته ۲۰ بارداری، وزن مادر به میزان ۲ کیلوگرم افزوده شده است که در کنار عدد ۷ محور وزن گیری عدد ۶۲ نوشته می شود و در محل تلاقی عدد ۲ محور وزن گیری و عدد ۲۰ محور هفته بارداری علامت ضربدر یا نقطه گذاشته می شود. تا هفته ۲۷ بارداری، وزن به میزان ۴ کیلوگرم افزوده شده است که میزان وزن گیری مزبور را ه کیلوگرم در نظر گرفته و در کنار عدد محور وزن گیری عدد ۶۴ نوشته می شود و در محل تلاقی عدد ۴ محور وزن گیری و عدد ۲۷ محور هفته بارداری علامت گذاری می شود. این نقاط به هم وصل می شود و نمودار وزن گیری مادر روی جدول مانند (شکل ۱) رسم خواهد شد:



شکل ۱

(شکل ۱-)



شکل ۲

(شکل ۲-)

۲- در صورتی که وزن قبل از بارداری مادر مشخص نیست:
اگر مادر بعد از ۱۲ هفته اول بارداری مراجعه کرده است و وزن قبل از بارداری او مشخص نیست، در اولین مراجعه، هفته بارداری مادر را پیدا کنید و محل تلاقی آن را با پایین ترین خط محدوده وزن گیری با نمای توده بدنی طبیعی یعنی خط ۱۱/۵ کیلوگرم، علامت ضربدر (×) بگذارید. از روی محل ضربدر، خط افقی مربوط به وزن گیری را پیدا و به سمت چپ جدول حرکت کنید و روی خط وزن گیری در کنار عدد مربوط، میزان وزن مادر را بنویسید. این ضربدر محل شروع ترسیم خط وزن گیری مادر خواهد بود و از این زمان به بعد در هر ملاقات مطابق آنچه در قسمت بالا گفته شد، اقدام کنید.
مثال: در هفته ۲۰ بارداری، مادر برای اولین بار مراجعه کرده است و وزن پیش از بارداری اش را نمی داند. وزن فعلی مادر ۶۲ کیلوگرم است.

نحوه ثبت: خط عمودی مربوط به هفته ۲۰ بارداری را به طرف خط ۱۱/۵ (خط سبز) امتداد دهید تا این خط را قطع کنید. در محل تلاقی علامت ضربدر یا نقطه بگذارید. سپس از محل ضربدر یا نقطه روی خط افقی به سمت چپ حرکت کنید تا عدد وزن گیری مشخص شود (در این مثال عدد وزن گیری مادر ۶۳ کیلوگرم است) در کنار عدد مورد نظر، مقدار وزن مادر را بنویسید. نمایش وزن گیری مادر روی جدول مانند شکل می باشد:

نکته ۱: در مادری که وزن قبل از بارداری او مشخص نیست (بعد از ۱۲ هفته اول بارداری مراجعه کرده است)، باید حداقل ۲ نوبت وزن گیری از زمان ثبت اولین وزن گیری انجام شود تا بتوان محدوده وزن گیری مادر را تعیین کرد.

نکته ۲: در مورد مادری که در ۱۲ هفته اول بارداری مراجعه کرده است (حتی اگر وزن پیش از بارداری خود را نمی داند) می توانید وزن مادر تا پایان هفته ۱۲ بارداری را معادل وزن پیش از بارداری در نظر بگیرید و نمایه توده بدنی را تعیین کنید.

۳-تفسیر: باید هر زن باردار در محدوده وضعیت بدنی خود (لاغر، طبیعی، اضافه وزن، چاق) وزن گیری داشته باشد. بنابراین:

- برای مادر لاغر، ترسیم خط وزن گیری در محدوده زرد طبیعی است.

- مادری که وزن قبل از بارداری و نمایه توده بدنی طبیعی دارد، ترسیم خط وزن گیری در محدوده سبز طبیعی است.

- مادری که اضافه وزن دارد، ترسیم خط وزن گیری در محدوده نارنجی طبیعی است.

- برای مادر چاق، ترسیم خط وزن گیری در محدوده بنفش قرمز طبیعی است.

در صورت هر نوع انحراف در روند طبیعی وزن گیری، بر اساس «راهنمای کشوری تغذیه در دوران بارداری و شیردهی» اقدام و توصیه کنید. در صورت عدم رفع مشکل با توصیه های داده شده، مادر به کارشناس یا متخصص تغذیه ارجاع می شود.

توجه:

* کل وزن گیری برای مادر باردار در موارد فوق‌الذی ۲۱-۱۸ کیلوگرم توصیه شده است. از میزان توصیه شده، مادر باید تا هفته ۲۴ حداقل ۱۱ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.

* در موارد سه قلوئی، میزان وزن گیری توصیه شده برای مادر باردار ۲۷/۵-۲۲ کیلوگرم می باشد. از این میزان مادر باید تا هفته ۲۴ حداقل ۱۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد.

بخش ۷: پسخوراند/مراقبت ویژه

الف) اقدامات یا مراقبت های ویژه مورد نیاز: که باید براساس نتایج شرح حال، معاینه و آزمایش ها و سونوگرافی این فرم با رجوع به بخش «مراقبت ویژه بارداری» انجام شود را در این قسمت بنویسید.

در صورت مراجعه مادر با هر شکایتی و یا حتی در صورت ارجاع مادر به هر علت از سطوح پایین تر، از مادر در مورد خونریزی، آبریزش و درد شکم سؤال کنید و در صورت وجود هر یک از علائم نوع عارضه را بنویسید. همچنین میزان فشارخون و تعداد ضربان قلب جنین را اندازه گیری و ثبت کنید.

فرم زایمان

این فرم برای ثبت اطلاعات مربوط به زایمان استفاده می شود. قبل از تکمیل بخشهای مختلف فرم، شماره پرونده، نام بیمارستانی که خانم در آن بستری شده است و تاریخ پذیرش را در قسمت مربوط بنویسید. فرم زایمان از ۶ بخش تشکیل شده که نحوه تکمیل هر بخش به شرح زیر است:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

از مادر با توجه به سؤالات این بخش شرح حال گرفته و پاسخ را در قسمت مربوطه بنویسید. یا علامت گذاری کنید. برای مواردی که در جدول علامت ✓ گذاشته می شود، با رجوع به بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» اقدام و نتیجه آن را در بخش ۴ ثبت کنید. در بدو ورود نیز با معاینه و ژینیتال وضعیت زایمانی مادر را مشخص کنید.

تکته ۱: در قسمت شکایت اصلی، علت مراجعه خانم و مدت زمان شکایت وی را بنویسید.

تکته ۲: چون تکنیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه

بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی باشد، از معاینه و ژینیتال

خودداری کنید.

تکته ۳: در صورت وجود خونریزی، از معاینه و ژینیتال خودداری کنید.

تکته ۴: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زنان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت مکرر و یا اقامت طولانی مدت در خارج از کشور در مادر و همسرش را سؤال کنید.

تکته ۵: اگر مادر در مرحله دوم یا سوم زایمان است، در این صورت با توجه به مرحله زایمانی، مراقبتها را ارائه نمایید.

تکته ۶: در صورتی که مادر در مکانی خارج از بیمارستان (بین راه، منزل، ...) زایمان کرده است، زمان و مکان زایمان، وضعیت

مادر و علت مراجعه را بنویسید.

تکته ۷: برای تأیید پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

به منظور مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لیتهومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حار و ورینکس یا احیاناً مکرنوم است، پارگی کیسه آب مسلج است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با کمک یک سوآب استریل مقداری از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرنینگ (طرح برگ سرخسی ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید و با در صورت امکان از تست نیتراژین برای سنجش میزان اسیدیته مایع آمنیوتیک (PH) استفاده کنید.

چنانچه با روشهای فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت منظم بودن ضربان قلب جنین، قرار داشتن مادر در فاز نهفته زایمان ترم و اندعای مادر مبنی بر آبریزش، یک پارچه تمیز و یا نوار بهداشتی در اختیار مادر قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، امدار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً آبریزش به علت ترشحات و ژینیتال یا امدار بوده و مادر را از نظر عفونت ادراری و میزان مایع آمنیوتیک بررسی کنید.

ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشت مایع آمنیوتیک است. به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب در بخش «مراقبتهای ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» توجه کنید.

۲- اگر انقباضات زودرس زایمانی وجود دارد، مادر را برای تأیید پارگی کیسه آب معطل نکنید.

تکته ۸: در صورت وقوع پارگی کیسه آب حین معاینه، به احتمال پرولاپس بند ناف و همچنین رنگ مایع و یا وجود خون در

مایع آمنیوتیک توجه کنید.

بخش ۲: وضعیت زایمان

این بخش از دو قسمت تشکیل شده است. جدول اول مربوط به فاز نهفته است و اگر مادر در این فاز به بیمارستان مراجعه کرده، تا شروع فاز فعال (دیلاتاسیون ۴ سانتیمتر) مراقبت های انجام شده در آن ثبت می شود. در صورت بروز هر عارضه بر اساس بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» تصمیم گیری کنید.

تکته: مادر را با هر نوع انقباض ریتمیک رحم بستری کنید. در هر زمانی که مادر وارد فاز فعال زایمان شد، ادامه مراقبت ها در فرم

پارتوگراف تکمیل می شود.

نحوه تکمیل فرم پار توگراف به شرح زیر است:

پارتوگراف انباری است برای اداره زایمان که پیشرفت زایمان را نشان می دهد و در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، جهت سلامت مادر و جنین و اقدامات دارویی انجام شده برای مادر قابل ثبت است. هر مادر برگه پارتوگراف مخصوص خود را دارد و عامل زایمان موفق است از زمان شروع فاز فعال تا پایان مرحله اول زایمان آن را تکمیل می کند. در هر پارتوگراف موارد زیر وجود دارد که به ترتیب توضیح داده خواهد شد:

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

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

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

۱- وضعیت جنین

ضربان قلب جنین: صدای قلب را در مرحله اول زایمان هر نیم ساعت یک بار و هر بار یک در دقیقه کامل بشنوید. 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 تست های ارزیابی سلامت جنین اقدام شود.

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

(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 مگزیوم آغشته است. B(Bloody): در صورتی که مایع آمنیوتیک به خون آغشته است.

۱- 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) کنید و سپس هر ۱ تا ۲ ساعت معاینه را تکرار کنید. دو خط احتیاط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد. 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 به مداخله (مانند تزریق اکسی توسین...) و توجه بیشتر است. در این مرحله حداقل ۴ ساعت به مادر زمان دهید و پیشرفت زایمان را بررسی کنید و 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 ۸/۰ استفاده می شود. از آنجایی که در کشور ما تعیین نزول سر با معاینه ولایتال و بر اساس فاصله سر جنین تا خار اسکال 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 کنید. در هر بار کنترل به تعداد انقباض ها و مدت زمان هر انقباض توجه کنید. در این مدت می بایست مادر حداقل ۳ انقباض داشته باشد و هر یک حدود ۴۰ ثانیه به طول انجامد. به منظور ثبت آن، تعداد انقباض در ۱۰ دقیقه را در مربع بالا و مدت زمان هر انقباض در مربع پایین بنویسید.

۳- وضعیت مادر

نبض، فشارخون و درجه حرارت: علامت حیاتی مادر هر ۴ ساعت و در مادر در معرض خطر هر یک ساعت اندازه گیری و در جدول مربوطه ثبت شود.

اکسی توسین: در صورت استفاده از اکسی توسین میزان آن در ردیف اول و تعداد قطره در دقیقه در ردیف دوم با توجه به زمان ثبت شود.

- پس از انجام زایمان، شرح مختصری (تاریخ و ساعت زایمان، جنس و سن نوزاد بر اساس LMP ایی زیاتومی در صورت انجام شدن، زمان خروج جفت، وضعیت پرده ها و جفت و نام عامل زایمان) در سمت راست فرم پارتوگراف نوشته شود. در صورتی که نیاز به توضیح بیشتری است در ادامه آن بنویسید.
- در صورتی که مادر در طی پیشرفت زایمان به دلیلی به اتاق عمل ارجاع می‌شود، در انتهای فرم علت آن را بنویسید.

بخش ۳: مراقبت از مادر در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

در ساعت اول پس از زایمان، هر ۱۵ دقیقه، از ساعت دوم تا چهارم هر یک ساعت و پس از آن هر چهار ساعت مادر را مراقبت کنید. در هر مراقبت حال عمومی و سطح هوشیاری مادر، میزان خونریزی و وضعیت رحم، پرینه و محل بخیه‌ها، علائم حیاتی، وضعیت دفع ادرار را ارزیابی کنید.

تذکته ۱: درجه حرارت بدن مادر را پس از ۴ ساعت از اولین نوبت اندازه گیری کنید.

تذکته ۲: در قسمت دفع ادرار، مادر قبل از ترخیص باید حداقل یک بار دفع ادرار داشته باشد.

تذکته ۳: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می یابد. در صورتی که پس از ماساژ رحم خروج خون در حدی است که زیر باسن مادر جمع شود و یا در مدت ۱۵ دقیقه یک نوار بهداشتی کاملاً با خون آغشته شود، علامت خطر است.

تذکته ۴: در صورت وقوع زایمان غیر بهداشتی به شرح زیر اقدام کنید:

۱- در صورتی که وضعیت ایمنسازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از زایمان غیر بهداشتی تزریق کنید.

۲- در صورتی که وضعیت ایمنسازی مادر با واکسن توأم مشخص نیست و احتمال دارد، مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، بلافاصله پس از زایمان غیر بهداشتی ۱۵۰۰ واحد سرم کزاز به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید. اقدامات انجام شده را در بخش ۴ ثبت کنید.

بخش ۴: مراقبت ویژه پس از زایمان

در صورتی که برای مادر بر اساس بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید.

- قبل از ترخیص و در صورت امکان، آمپول واکسن را در مادر ارهاش منفی و همسر ارهاش مثبت به صورت عضلانی تزریق کنید و در غیر این صورت، تزریق آن را طی ۷۲ ساعت اولیه پس از زایمان انجام دهید.
- اگر در طول زایمان یا بلافاصله پس از آن برای مادر دارویی تزریق شده است، میزان و علت آن نوشته شود.

بخش ۵: نتایج آزمایش های قبل از ترخیص

میزان هموگلوبین و هماتوکریت مادر را قبل از ترخیص اندازه گیری کرده و ثبت کنید. در صورتی که هموگلوبین مادر بین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی لیتر و علائم حیاتی مادر stable است و شک به خونریزی پنهان و آشکار وجود ندارد، مادر را با درمان آنتی مرخص کنید.

اگر به آزمایش دیگری نیاز است انجام و ثبت شود.

بخش ۶: آموزش و توصیه

به مادر در مورد علائم خطر، اصول صحیح شیردهی، تغذیه، بهداشت فردی، زمان شروع مقاربت، مصرف داروها در شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، تنظیم خانواده، مراجعه برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان آموزش دهید و در خانه کوچک مقابل علامت ✓ بگذارید.

تذکته: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت پس از زایمان را تعیین و تأکید کنید.

فرم تزریق سولفات منیزیم

این فرم برای ثبت اطلاعات مربوط به تزریق سولفات منیزیم و در مواردی که مادر نیاز به تزریق آن دارد، استفاده می شود. قبل از تکمیل شماره پرونده، نام بیمارستانی که مراقبت در آن انجام می شود و تاریخ (تکمیل فرم) را در قسمت مربوطه بنویسید. نحوه تکمیل فرم به شرح زیر است:

- ساعت: زمان‌های تزریق سولفات منیزیم طبق دستور تزریق (الگوریتم پره اکلامپسی - اکلامپسی -HELLP) ثبت شود.
- فشارخون: میزان فشارخون در زمان‌های [های] تزریق اندازه‌گیری و ثبت شود.
- **DRT**: باید از وجود رفلکس‌های پتالار در هر نوبت قبل از تزریق مطمئن شد و آن را به صورت خط تیره (در صورت نبود رفلکس)، (+) (معمولی)، +۲ (شدت تحریک پذیری مادر) در ستون مربوط ثبت کرد.
- **RR**: تعداد تنفس مادر شمارش و ثبت شود. در صورت نیاز مداخله انجام شود.
- **Out Put** اداری: میزان برون ده اداری در مدت ۴ ساعت باید بیش از ۱۰۰ سی‌سی باشد.
- **میزان تزریق**: میزان تزریق و نوع آن (IV و IM) ثبت شود.
- **میزان مایعات دریافتی**: مجموع سرم دریافتی در فاصله دو تزریق سولفات منیزیم ثبت گردد. ممکن است مادر بیش از یک سرم داشته باشد در این صورت باید توجه کرد که میزان مایع دریافتی در تمامی سرم‌ها اندازه‌گیری شود.
- **سایر داروها**: نوع و میزان داروهایی مانند داروهای کاهشنده فشارخون (هیدرالازین، لبتالو، ...)، دیازپام و داروهایی که برای درمان دیگر عوارض پره اکلامپسی به مادر داده می‌شود (دیورتیک‌ها در ادم ریه، ...) نوشته شود.
- نکات غیر طبیعی**: در صورت بروز عوارضی مانند تشنج، اختلال هوشیاری، تاری دید، ادم ریه، سمع رال در ریه، افت پلاکت، بروز زردی و ... در این ستون ثبت و مطابق هر عارضه درمان شود. اگر برای درمان عوارض پیش آمده دارویی مصرف شد، در ستون سایر داروها نوشته شود.

نکته: اگر به دلیل یکی از موارد کنتراندیکاسیون سولفات منیزیم (آپنه، از دست رفتن رفلکس، کاهش برون ده اداری ده از میزان مغز، ...)، در ساعت مغز سولفات منیزیم تزریق نشد، در ستون میزان تزریق، علت آن ذکر شود.

فرم مراقبت پس از زایمان

این فرم برای ثبت اطلاعات مراقبت پس از زایمان استفاده می شود. فرم را در پرونده خانوار قرار داده و بخشهای آن را تکمیل کنید. قبل از تکمیل بخشهای مختلف فرم، شماره پرونده، نام بیمارستانی که مراقبت در آن انجام می شود و تاریخ (تکمیل فرم) را در قسمت مربوطه بنویسید. فرم از ۳ بخش تشکیل شده که نحوه تکمیل هر بخش به شرح زیر است:

بخش ۱: ارزیابی

از مادر با توجه به سؤالات این بخش شرح حال گرفته و پاسخ را در قسمت مربوط بنویسید و با علامت گذاری کنید. جدول این بخش شامل اطلاعات ارزیابی مادر در هر ملاقات است. این جدول از ۸ قسمت کلی تشکیل شده که هر قسمت به تفکیک توضیح داده می شود.

نکته: قسمت تیره رنگ جدول به این معناست که نیاز به بررسی عارضه مورد نظر در زمانهای تعیین شده نیست.

زمان ملاقات: این قسمت نشان تعداد ملاقاتهای معمول مادر در دوران پس از زایمان است. زمان ملاقات با مادر بشرح زیر است:

ملاقات اول = ملاقات با مادر در روزهای اول تا سوم پس از زایمان است که در صورتی که مادر در بیمارستان زایمان کرده باشد، در همان جا مراقبت شده است و در فرم زایمان ثبت می شود.

ملاقات دوم = ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان است.

ملاقات سوم = ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۲ تا ۶۰ پس از زایمان است (در فرم ملاقات های دوم و سوم ثبت می شود).
قسمت یک (تاریخ مراجعه): در این قسمت، تاریخ مراجعه یا ملاقات با مادر را بنویسید.

نکته ۱: به مادر تأکید کنید برای دریافت مراقبت معمول فقط در تاریخ تعیین شده مراجعه کند، مگر در شرایطی که عارضه پیدا کند که در این صورت باید در هر زمان و بدون آن که منتظر تاریخ ملاقات تعیین شده بعدی بماند، مراجعه کند. در صورت مراجعه مادر با هر نوع عارضه یا شکایت، تاریخ تعیین شده مراجعه را در بخش ۲ ثبت کنید.

نکته ۲: در صورتی که مادر بنا به دلایلی در روزهای تعیین شده برای دریافت مراقبتهای معمول پس از زایمان مراجعه نکرد و در روزهای بین زمان ملاقاتهای معمول مراجعه کند، بشرح زیر اقدام کنید:

(الف) مراجعه مادر در روزهای ۴ تا ۷ (هفته اول) پس از زایمان: این ملاقات را به عنوان مراقبت «نوبت اول» در نظر بگیرید و مراقبتهای ملاقات اول را انجام دهید.

(ب) مراجعه مادر در روزهای ۸ تا ۹ و ۱۶ تا ۲۸ (هفته های دوم تا چهارم) پس از زایمان: این ملاقات را حتی اگر برای اولین بار باشد، به عنوان مراقبت «نوبت دوم» در نظر بگیرید و مراقبتهای ملاقات دوم را انجام دهید.

(ج) مراجعه مادر در روزهای ۲۹ تا ۴۱ (هفته پنجم و ششم) پس از زایمان: این ملاقات را حتی اگر برای اولین بار باشد، به عنوان مراقبت «نوبت سوم» در نظر بگیرید و مراقبتهای ملاقات سوم را انجام دهید.

قسمت دو (ارزیابی علائم خطر فوری): در ملاقات دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید. برحسب نوع علامت با رجوع به «مراقبت ویژه پس از زایمان» اقدام و نتیجه اقدامات را در بخش ۳ ثبت کنید. در این شرایط مادر را برای انجام سایر مراقبتهای معطل نکنید. در مقابل نوع عارضه در خانه های مربوط علامت ✓ بگذارید و در صورت نبود علائم خطر فوری، خانه های مربوط با علامت خط تیره (-) علامت گذاری کنید.

قسمت سه (سؤال کنید): در این قسمت، تک تک موارد را از مادر سؤال کنید و در صورت پاسخ مثبت، در خانه مربوط علامت ✓ و با رجوع به «مراقبت ویژه پس از زایمان» اقدام و نتیجه اقدامات را در بخش ۳ ثبت کنید. در صورت پاسخ منفی، علامت خط تیره (-) بگذارید.

نکته ۱: در صورت تغذیه نوزاد با شیر مادر، در خانه مربوط علامت ✓ و در صورت پاسخ منفی علامت خط تیره (-) بگذارید.
نکته ۲: در صورت وجود بیماری، در خانه مربوط علامت ✓ بگذارید و نوع بیماری را در آن خانه بنویسید. در صورت پاسخ منفی مادر، علامت خط تیره (-) بگذارید.

نکته ۳: شکایت های شایع شامل خستگی، سردرد، کمردرد و بیخوابی است. در صورت وجود این شکایات، نوع آن را در خانه مربوط ثبت و متناسب با هر شکایت به مادر توصیه کنید. توصیه های داده شده را در بخش ۳ ثبت کنید. از توصیه های غذایی آرایه شده در راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی نیز استفاده کنید.

نکته ۴: درد شکم و پهلوها را به سبب اهمیت در تشخیص پیلونفریت، درد سزارین، درد ناشی از متريت و پس درد را سؤال کنید. در صورت وجود هر نوع درد در خانه مربوط ثبت کنید.

نکته ۵: علائم روانی را به شرح زیر در مادر بررسی کنید:

- علائم خطر فوری: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفالیتی، 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 (برخوابی)، کم خوابی، پراشتهاپی، کم اشتهاپی، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

نکته ۶: به فاکتورهای خطر اختلالات روانی پس از زایمان به شرح زیر دقت کنید:

- فاکتورهای خطر اندوه پس از زایمان: ۲۰ تا ۸۵ درصد زنان، اندوه پس از زایمان را تجربه می کنند و الزاماً نشانه اختلال در

مادر نیست.

- فاکتورهای خطر افسردگی پس از زایمان: سابقه قبلی و یا فامیلی افسردگی پس از زایمان، مشکلات زناشویی، حوادث ناگوار

زندگی (مرگ عزیزان، مشکلات مالی)، حاملگی زیر ۱۸ سال، بارداری ناخواسته

- فاکتورهای خطر جنون پس از زایمان: سابقه قبلی و یا فامیلی جنون پس از زایمان و یا سایر اختلال های روانی شدید، حاملگی

اول، زایمان طول کشیده، سزارین، مرده زایی، اگر سابقه و یا فاکتور های خطر جنون پس از زایمان در مادر و یا در خانواده

مادر وجود دارد، مادر را از نظر وجود علائم سایکوز بررسی کنید. این علائم عبارت است از:

۱- علائم بیماری در مراحل اولیه: بی قراری، عصبانیت و تحریک پذیری، تغییرات سریع خلق، بی خوابی

۲- علائم بیماری در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زودگی،

تغییرات سریع خلق (از مانی به افسردگی و برعکس)، رفتار آشفته و غیرعادی، عقاید هذیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه

نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاص دارد، نوزاد شیطان یا خداست...)، توهمات شنوایی که به مادر

دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند و یا بکشد.

نکته ۷: در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری و ثبت کنید. اگر میزان فشارخون سیستولیک ازحالت خوابیده به نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلیمتر جیوه کاهش یابد و

تعداد نبض ازحالت خوابیده به نشسته حداقل ۲۰ بار افزایش یابد، براساس بخش «مراقبت های ویژه پس از زایمان» اقدام و

نتیجه اقدامات را در بخش ۲ ثبت کنید.

قسمت چهار (اندازه گیری کنید): در هر ملاقات، علائم حیاتی را اندازه گیری و میزان آن را در خانه مربوط ثبت کنید. در صورت غیر طبیعی بودن هر مورد، با رجوع به بخش «مراقبت ویژه پس از زایمان» اقدام و نتیجه اقدامات را در بخش ۳ ثبت کنید.

قسمت پنچ (معاینه کنید): در این قسمت، اعضای بدن مادر را معاینه کنید و درصورت وجود عارضه، در خانه مربوط علامت نانو با رجوع به «مراقبت ویژه پس از زایمان» اقدام و نتیجه اقدامات را در بخش ۳ ثبت کنید. درصورت نبود عارضه، علامت خط تیره (-) بگذارید.

نکته ۸: در ملاقات سوم، دندان ها را از نظر جرم دندان و پوسیدگی و دهان را از نظر التهاب لته معاینه کنید و در صورت نیاز مادر را به دندان پزشک ارجاع دهید. وجود عفونت، آبرسه را بررسی کنید. در صورت وجود هر یک از آنها علامت ✓ بگذارید و مادر را

در اولین فرصت به دندان پزشک ارجاع دهید.

در صورتی که مادر هیچ علامتی ندارد در خانه های مربوط علامت خط تیره (-) بگذارید.

نکته ۹: ناحیه برش (برش ایی زیاتومی یا سزارین) معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش ایی زیاتومی معمولاً پس از ۲ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

نتیجه ارزیابی در هر ملاقات: با توجه به مراقبت های انجام شده وضعیت مادر را ارزیابی کنید. در صورت نبود هیچگونه عارضه و طبیعی بودن همه موارد، در قسمت «همه موارد طبیعی است» علامت ✓ بگذارید. در صورت وجود عارضه، به بخش «مراقبت ویژه پس از زایمان» رجوع کنید. با توجه به اقدام مورد نیاز در خانه «مراقبت ویژه» عبارت بستری یا سرپایی را بنویسید.

در پایان هر ملاقات نام و نام خانوادگی و امضای معاینه کننده در خانه مربوط ثبت شود.

بخش ۷: آموزش و توصیه

در این بخش، آموزشها یا توصیه هایی که باید در هر ملاقات به مادر داده شود آمده است. عناوین اشاره شده را بر حسب نوبت ملاقات مادر به وی آموزش دهید و در خانه کوچک مقابل علامت ✓ بگذارید.

نکته ۱: به این موارد در آموزش دقت کنید:

- بهداشت فردی و روان و جنسی: در مورد استحمام، مسافرت، لباس، روابط جنسی، رفتارهای پر خطر، کار و فعالیت، استراحت، ورزش و تغییرات روحی و روانی زوجین آموزش دهید.
- بهداشت دهان و دندان: در مورد اهمیت رعایت بهداشت، نحوه استفاده صحیح و مرتب از مسواک، نخ دندان، مواد غذایی مفید و مضر برای دندانها و پیگیری در مانهای دندانپزشکی مورد نیاز آموزش دهید.
- تغذیه: راجع به اهمیت تغذیه گروههای غذایی و سهم هر یک در رژیم غذایی مادر، متنوع و متعادل بودن رژیم غذایی، نقش تغذیه در سلامت دندانها، و نحوه استفاده صحیح از مواد غذایی آموزش دهید.
- علائم خطر پس از زایمان: شامل خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، درد و سوزش و ترشح از محل یخچه ها، درد شکم و پهلوها، افسردگی شدید، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، خروج ترشحات بدبو از مهبل، درد و تورم و سفتی پستانها تب و لرز درد و درم یک طرفه ساق و ران، عفونت، آبسه و درد شدید دندان را آموزش دهید.
- در مورد مصرف خودسرانه داروها هشدار دهید و ترک مصرف سیگار و یا هر ماده دخانیات دیگر را به مادر توصیه و تأکید کنید.
- اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر، نقش مادر، نقش شیر مادر در سلامت دندانها، نحوه تمیز کردن لثه و دندانهای کودک، سندرم شیشه شیر، علائم روش دندانهای نوزاد را آموزش دهید.
- با مادر طبق «اهدای مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده» مشاوره کنید.
- مراقبت از نوزاد: دفعات تغذیه و مدفوع، مراقبت بهداشتی، تمیز کردن ناحیه تناسلی، استحمام، درجه حرارت اتاق، واکسیناسیون، مکمل های غذایی، زمان شروع غذای کمکی و علائم خطر در نوزاد شامل زردی در ۲۴ ساعت اول - توکسیده شدن قفسه سینه - ناله کردن - رنگ پریدگی شدید یا کیوردی - استفراغ مکرر شیر - بی‌قراری و تحریک‌پذیری - ترشحات چرکی ناف و یا قرمزی اطراف ناف - قرمزی اطراف چشم - خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلکها - خوب شیر نخوردن - تب یا سرد شدن اندامها و بدن - تصرک کمتر از حد معمول و بی حالی - عدم دفع مدفوع و ادرار در روزهای اول و وجود جوشهای چرکی منتشر در پوست را آموزش دهید.
- نکته ۲: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.
- نکته ۳: مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده را تأکید کنید.
- تجویز مکمل های دارویی: مقدار داروی مکمل مورد نیاز را به مادر بدهید و مقدار آن را در خانه مربوط ثبت کنید.
- نکته ۱: مطمئن شوید که مادر تا ۲ ماه پس از زایمان به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین می‌خورد.
- نکته ۲: مطمئن شوید که مادر مکملها را مصرف می‌کند.
- تاریخ مراجعه بعدی: در این قسمت، تاریخ مراجعه بعدی ملاقاتهای معمول یا ویژه را تعیین و ثبت کنید.
- پاپ اسمیر: در ملاقات روزهای ۴۲ تا ۶۰ طبق دستورالعمل و یا تعامیل مادر به شرط آنکه لکه بینی نداشته باشد، پاپ اسمیر انجام دهید. در صورت انجام پاپ اسمیر، نتیجه آن را ثبت و در صورت درخواست مادر، برگ نتایج را به وی بازگردانید.
- دستورالعمل فواصل انجام پاپ اسمیر
- انجام هر ۲ سال یک بار پاپ اسمیر مشروط بر این است که خانم حداقل ۲ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد.
- زناتی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هستند، عبارتند از:
 - زناتی که در سنین پایین ازدواج می‌کنند؛
 - زناتی که همسرشان ختنه نشده است؛
 - زناتی که چندین بار ازدواج کرده‌اند؛
 - زناتی که بیش از یک شریک جنسی دارند؛
 - زناتی که همسرشان بیش از یک شریک جنسی دارد؛
 - زناتی که شوهرشان قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است؛
 - زناتی که سیگار و دخانیات مصرف می‌کنند (هر چه تعداد نخ سیگار مصرفی بیشتر باشد، خطر ابتلا بیشتر است).
- در مورد خانمی که در معرض سرطان سرویکس باشد، دفعات انجام پاپ اسمیر براساس نظر پزشک خواهد بود.

بخش ۳: مراقبت ویژه

اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که برای مادر (در زمان ملاقاتهای تعیین شده و یا خارج از آن) انجام داده اید، را در ستون اقدامات بنویسید. هر بار که مادر خارج از زمان ملاقات های تعیین شده مراجعه می کند در مورد خونریزی و درد شکم وی سؤال و نتیجه را ثبت کنید. همچنین میزان فشارخون را اندازه گیری و ثبت کنید.

References

- James R. Scott, Philip J. Di Saia: Danforth's Obstetrics & Gynecology 1999
 - F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno: Williams Obstetrics 2001
 - Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi: Novak's Gynecology 1996
 - Gabbi
 - High Risk Pregnancy
 - Compendium of selection publication, ACOG 2003
 - Creasy Resnik
 - WHO. The Partograph, part I,II,III,IV. Genova. 1994
 - WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, A guide for midwives and doctors, 2003
 - Miller's Anesthesia, Ronald D. Miller: Churchill Livingstone; 2000, Fifth edition.
 - Miller's Anesthesia, Ronald D. Miller: Churchill Livingstone; 2005, sixth edition.
- اصغر ساداتیان و دیگران: اورژانس‌های جراحی - اورولوژی و ازبندی و تکنیک‌های عملی