

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

مراقبت سلامت / دانش آموخته مامایی

تجدید نظر هفتم

۱۳۹۵

عنوان کتاب: برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

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

۱۳۹۵

ناشر:

نوبت چاپ: هفتم

تیراژ:

شابک:

فهرست

صفحه	عنوان
	تهیه کنندگان مجموعه
	مقدمه
	آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
	جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان
	الف- مراقبت های پیش از بارداری الف ۱- مراقبت پیش از بارداری تعاریف مراقبت پیش از بارداری الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری
	ب- مراقبت های معمول بارداری ب ۱- اولین ملاقات بارداری ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری تعاریف مراقبت های بارداری
	پ- مراقبت های ویژه بارداری پ ۱- علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک) پ ۲- فشارخون بالا پ ۳- خونریزی / لکه بینی پ ۴- درد / درد شکم / سر درد / درد یک طرفه ساق و ران پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب پ ۶- تب پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی) پ ۸- مشکلات ادراری- تناسلی پ ۹- تهوع و استفراغ پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین پ ۱۱- ورم پ ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب پ ۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی پ ۱۵- اختلال روان / همسر آزاری پ ۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری پ ۱۷- بیماری و ناهنجاری ها (۱: آرتریت روماتوئید- ۲: آسم- ۳: اختلال انعقادی- ۴: ایدز- ۵: بیماری قلبی- ۶: بیماری های گوارشی- ۷: بیماری های مزمن کلیه- ۸: پرکاری تیروئید- ۹: پرولاکتینوما- ۱۰: پیوند کلیه- ۱۱: تالاسمی مینور- ۱۲: ترومبوآمبولی- ۱۳: تورچ- ۱۴: دیابت- ۱۵: سل- ۱۶: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- ۱۷: صرع- ۱۸: کم کاری تیروئید- ۱۹: لوپوس- ۲۰: مالتیپل اسکلروزیس- ۲۱: میگرن- ۲۲: ناهنجاری های اسکلتی- ۲۳: ناهنجاری های دستگاه تناسلی- ۲۴: هپاتیت)

صفحه	عنوان
	<p>پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی (۱: اختلال ژنتیکی- ۲: بارداری همزمان با IUD- ۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۳۵ سال- ۶: بارداری با قرص لاینسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی، کاشتگی ها- ۷: بارداری با TL- ۸: تروما- ۹: چندقلویی- ۱۰: حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده- ۱۱: رفتار پر خطر- ۱۲: سن بارداری نامشخص- ۱۳: شغل سخت و سنگین- ۱۴: شیردهی همزمان با بارداری- ۱۵: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال- ۱۶: مصرف الکل- ۱۷: مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک- ۱۸: ناسازگاری های خونی - ۱۹: نمایه توده بدنی غیر طبیعی)</p> <p>پ ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی- ۴: جراحی روی رحم ۵: چند قلویی- ۶: دیابت بارداری- ۷: زایمان دیررس- ۸: زایمان زودرس- ۹: زایمان سخت/ سریع- ۱۰: سزارین تکراری- ۱۱: مول کمتر از یک سال/ دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- ۱۲: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۳: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)</p>
	<p>ت- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی و منزل)</p> <p>ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان</p> <p>ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان</p> <p>ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان</p> <p>ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان</p>
	<p>ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>ث ۱- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)</p> <p>ث ۲- فشارخون بالا</p> <p>ث ۳- خونریزی</p> <p>ث ۴- عدم پیشرفت زایمان</p> <p>ث ۵- زجر جنین/ دفع مکونیوم</p> <p>ث ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس</p> <p>ث ۷- پارگی کیسه آب</p> <p>ث ۸- پرولاپس بندناف</p> <p>ث ۹- نمایش غیر طبیعی</p> <p>ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (۱: آنمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: اره اش منفی- ۴: مصرف مواد مخدر و افیونی- ۵: الیگوهدیرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی- ۶: پلی هیدرآمنیوس- ۷: تب- ۸: جنین ناهنجار- ۹: چندقلویی- ۱۰: شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال- ۱۱: ضایعات ولو- ۱۲: گراند مولتی پار- ۱۳: ماکروزومی- ۱۴: مرگ جنین- ۱۵: هپاتیت/ HBsAg مثبت- ۱۶: هرپس ژنیتال- ۱۷: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰)</p> <p>ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان (۱: احتباس جفت- ۲: تب- ۳: عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول- ۴: گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه- ۵: وارونگی رحم- ۶: هماتوم)</p> <p>ث ۱۲- بیماری ها (۱: آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری قلبی- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس- ۷: صرع- ۸: هیپرتیروئیدی)</p> <p>ث ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین یا جراحی رحم- ۶: مرده زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)</p>
	<p>ج- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)</p> <p>ج ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان</p> <p>ج ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان</p> <p>تعاریف مراقبت های پس از زایمان</p>

صفحه	عنوان
	<p>چ- مراقبت های ویژه پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)</p> <p>چ ۱- علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)</p> <p>چ ۲- خونریزی / لکه بینی</p> <p>چ ۳- تب</p> <p>چ ۴- درد</p> <p>چ ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج</p> <p>چ ۶- اختلالات روانپزشکی</p> <p>چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی</p> <p>چ ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، پره اکلامپسی در بارداری، بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، مصرف الکل، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز / HIV+)</p>
	<p>ح- راهنما</p> <p>ح ۱- اعزام</p> <p>ح ۲- بررسی منشا خونریزی</p> <p>ح ۳- درمان پره اکلامپی و اکلامپسی</p> <p>ح ۴- کوراژ</p> <p>ح ۵- وارونگی رحم</p> <p>ح ۶- مکمل های دارویی</p> <p>ح ۷- زایمان در منزل</p> <p>ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری</p> <p>ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان</p> <p>ح ۱۰- مشاوره باروری سالم</p> <p>ح ۱۱- مصرف دارو در بارداری</p> <p>ح ۱۲- مصرف داروها در شیردهی</p> <p>ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری</p> <p>ح ۱۴- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان</p> <p>ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی</p>
	<p>خ- ارزیابی نوزاد (۲۴ ساعت اول پس از زایمان)</p> <p>خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد</p> <p>خ ۲- نشانه های خطر</p> <p>خ ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد</p> <p>خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری</p> <p>خ ۵- عفونت های موضعی</p>
	<p>د- مراقبت از نوزاد (آموزش مادر)</p>
	<p>ضمائم</p> <p>ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران</p> <p>ضمیمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک</p> <p>ضمیمه ۳: فرم های مراقبت (پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان)</p>

تهیه کنندگان این مجموعه

• **مسئول طراحی و تدوین:** اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت

• **اعضای گروه طراحی و تدوین**

- دکتر فرحناز ترکستانی. متخصص زنان و زایمان. رئیس اداره سلامت مادران
- لاله رادپویان. کارشناس مامایی
- لیلا. هادی پور جهرمی. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- نهضت امامی افشار. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- سوسن رحیمی قصبه. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- سعیده حجازی. کارشناس ارشد آموزش پزشکی
- مرضیه بخشنده. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- دکتر مهران دخت عابدینی. متخصص زنان و زایمان
- زیر نظر: دکتر محمداسماعیل مطلق. مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

• **با تشکر از همکاری:**

- دکتر مریم کاشانیان. متخصص زنان و زایمان. عضو محترم کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران
- دفتر بهبود تغذیه جامعه: حسین فلاح. کارشناس ارشد تغذیه
- اداره سلامت دهان و دندان: دکتر نادره موسوی فاطمی
- اداره کنترل ایدز: دکتر مریم سرکلزایی مقدم. ماندانا تیرا
- اداره سلامت روان: دکتر علیرضا نوروزی، طاهره زیادلو
- اداره ژنتیک: دکتر عاطفه باقرصاد
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایران، بوشهر، تربت حیدریه، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان رضوی، ساوه، شهید بهشتی، فارس، قم، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گراش، گلستان، لارستان، مراغه که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.
- دکتر بهرام دلاور، دکتر آرش عازمی خواه و دکتر نوشین جعفری که تدوین نسخه اول کتاب با همت ایشان آغاز شد.

میزان مرگ و میر مادران باردار از شاخص های توسعه کشور هاست و یکی از راهکارهای کاهش این میزان، مراقبت با کفایت از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان محسوب می شود و هیچ تردیدی در اثر بخشی آن برای به ثمر رساندن یک بارداری سالم و تامین سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد. در سال های متمادی دسترسی به مراقبت ها به عنوان اولویت نظام بهداشت و درمان کشور، پوشش کمی مراقبت ها را به حد قابل توجهی افزایش داده است. از آن پس بهبود کیفیت خدمات نیز مورد توجه سیاست گذاران برنامه سلامت قرار گرفت که از ارکان آن استاندارد کردن خدمات است.

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در دو سطح اول و دوم خدمت از سال ۷۸ تا ۸۰ تدوین شد و پس از اجرای آزمایشی و ارزشیابی آن در سال ۱۳۸۵ به کل کشور تعمیم یافت.

این مجموعه تا سال اخیر با توجه به ضرورت روزآمد شدن مطالب آن، پیوسته با استفاده از منابع علمی معتبر دنیا و هم چنین آخرین دستورعمل های اداره سلامت مادران، بازنگری شده و نسخه حاضر ویرایش هفتم کتاب می باشد که امید است بهره گیری از آن، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و نوزادان و بهبود شاخص های سلامت کشور موثر باشد.

دکتر محمد اسماعیل مطلق

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

همکار گرامی!

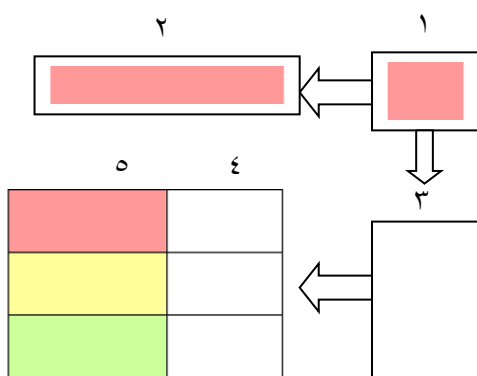
مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارائه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرایط ویژه در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» را مطالعه کنید.

آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل: جداول مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)، مراقبت های پیش از بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول بارداری (بخش ب)، مراقبت های ویژه بارداری (بخش پ)، مراقبت های معمول حین زایمان و بلافاصله پس از زایمان (بخش ت)، مراقبت های ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان (بخش ث)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش ج)، مراقبت های ویژه پس از زایمان (بخش چ)، راهنما (بخش ح)، ارزیابی نوزاد (بخش خ)، مراقبت از نوزاد (بخش د) و ضمائم است.

✿ **جداول راهنمای مراقبتهای پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که از پیش از بارداری تا پس از زایمان به مادر ارائه می شود.** تقسیم بندی خدمات در این جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارائه می گردد.

✿ **بخش مراقبت های معمول پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان، خدمات استاندارد است که باید در هر بار مراقبت برای گیرنده خدمت به ترتیب انجام دهید.** چارت مراقبت های معمول (از سمت راست و بالای صفحه) شامل موارد زیر است:



خانه شماره ۱- در هر مراقبت، قبل از هر اقدامی، علائم خطر فوری را در مادر ارزیابی کنید.

خانه شماره ۲- در صورت وجود علائم خطر فوری، با توجه به آدرس داده شده، اقدام و سپس خانم را ارجاع دهید. بدیهی است در این مرحله زمان را برای انجام سایر اقدامات مربوط به خانه ۳ نباید از دست دهید.

خانه شماره ۳- اگر خانم هیچ یک از علائم خطر فوری را نداشت، با توجه به مطالب مربوط به این خانه، وی را ارزیابی کنید.

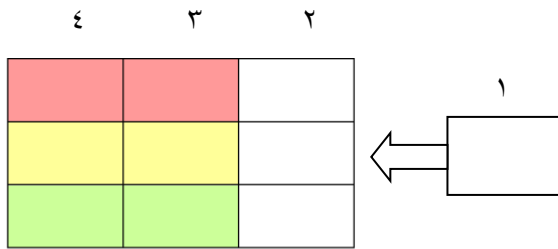
خانه شماره ۴- علائم و نشانه های حاصل از ارزیابی را گروه بندی کنید.

خانه شماره ۵- با توجه به نتایج و آدرس داده شده، اقدام کنید.

چنانچه در ارزیابی مراقبتهای معمول، علامت یا عارضه ای مشاهده کردید که نیاز به مداخله دارد، آن را در بخش مراقبت های ویژه پیدا کنید.

✿ **بخش مراقبت های ویژه برای ارائه مراقبت های مورد نیاز مادرانی است که در بارداری، زایمان یا پس از زایمان در معرض خطر قرار می گیرند.** در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، بررسی می شود. بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. ولی در برخی، ممکن است با توجه به سؤالات و معاینات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غیر طبیعی، مشاهده شود که نیاز به مداخله و مراقبت ویژه دارد.

بیشتر چارتهای مراقبت ویژه (از سمت راست و بالای صفحه) از ساختار زیر تبعیت می کنند:



خانه شماره ۱- پس از پیدا کردن علامت مورد نظر در عنوان صفحه، موارد مربوط به این قسمت را ارزیابی کنید.

خانه شماره ۲- با توجه به نتیجه ارزیابی (بر اساس همه یا تعدادی از علائم همراه در یک خانه و یا حتی یک علامت همراه اختصاصی) وضعیت خانم را گروه بندی کنید.

خانه شماره ۳- با توجه به گروه بندی، تشخیص احتمالی عارضه یا بیماری را دریابید.

خانه شماره ۴- اقدام مناسب را در حیطه شرح وظایف خود انجام دهید. (همکاری پزشک و ماما در ارائه خدمت ویژه به مادر الزامی است.)

تذکر: با توجه به اینکه طبقه بندی تعدادی از علائم و بیماریها با یک عنوان مشترک امکان پذیر نمی باشد، این موارد تحت عنوان «سایر موارد» در بخش های مراقبت ویژه بارداری، زایمان و پس از زایمان طبقه بندی شده است. همچنین برای انجام برخی اقدامات خاص، راهنما نیز تدوین شده است که در خانه «اقدام» به آنها اشاره شده است. قسمت بیماری ها، سوابق و سایر موارد خطر در بارداری فعلی نیز جزو بخش مراقبت های ویژه بارداری محسوب می شود.

مفهوم رنگ ها

در چارت های ارایه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف - رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/ نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری یا اعزام (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته ۱: در برخی مواقع ممکن است همراهی مامای مرکز الزامی باشد که بر حسب مورد به آن اشاره خواهد شد.

نکته ۲: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت به رابط مادر پر خطر اعلام گردد.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد.

پ - رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است.

اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

- مراقبت ها و اقدامات تعیین شده در مجموعه می بایست بر اساس شرح وظایف ماما یا پزشک انجام شود.
- علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به مادر، همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.

- اگر مادر به دلایلی نیازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوری، غیر فوری، در اولین فرصت) است، اعزام و ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
- مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.
- ارجاع در اولین فرصت، لازم است تا از ۴۸ ساعت پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۴۸ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.
- مادری که ارجاع غیر فوری شده است، می بایست پس از یک هفته، پیگیری و وضعیت وی مشخص شود. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پیگیری شود.
- مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.
- پسخوراند های دریافت شده از سطوح بالاتر، باید در فرم مراقبت ثبت و پیوست پرونده گردد.
- پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
- دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.
- لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت، ارجاع و پیگیری مادر، مؤثر نخواهد بود.

پیش از بارداری (الف)

- ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از بیماری ها می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارند، بنابراین لازم است برای تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت های پیش از بارداری به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام شود تا مادر، بارداری و زایمان ایمنی داشته باشد.
- نکته ۱:** در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک یا ماما تعیین می شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبود عارضه، بارداری به تعویق افتد.
- نکته ۲:** در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کافی است.
- نکته ۳:** در مواردی که فرد احتمال ناباروری دارد تا زمانی که تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.
- نکته ۴:** اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، با توجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم گیری شود.

بارداری (ب)

- مراقبت های بارداری پس از مثبت شدن آزمایش بارداری مطابق جدول مراقبت ها ارایه گردد.

- نتیجه آزمایش های بارداری می بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.
- مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم) به مادر ارایه می گردد. زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۴ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری
- زمان ملاقاتهای مادر بر اساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری (اندازه ارتفاع رحم، انجام سونوگرافی در ۱۲ هفته اول و ...) اقدام شود.
- هر مادر باید در اولین مراجعه توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت پیش از بارداری و بارداری ثبت کند.
- در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری تعیین شده، ادامه مراقبت ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.
- هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود.
- سه ماهه اول بارداری را تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر گرفته شود.
- به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

زایمان و بلافاصله پس از زایمان (ث)

- هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، ولی اگر به هر علتی زایمان در واحد تسهیلات زایمانی انجام می گیرد، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.
- در صورت انجام زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، مادر و نوزاد باید حداقل تا ۶ ساعت اول پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند.
- انجام زایمان مادر در معرض خطر (مطابق بخش مراقبت ویژه زایمان) در واحدهای تسهیلات زایمانی جایز نیست مگر در موارد **زایمان قریب الوقوع** که در این صورت حتماً باید از یک پزشک یا مامای دیگر کمک گرفته شود. ابتدا اقدامات اولیه و سپس اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان انجام شود.
- نکته: زایمان قریب الوقوع یعنی با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنین، وضعیت جنین، وضعیت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمی، زایمان مادر در مدت زمانی کمتر از یک ساعت انجام شود.
- هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی (پوشیدن گان، پیش بند، چکمه، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک) انجام شود.
- وسایل زایمان می باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و استریل شود.
- اتاق زایمان نیز باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و ضدعفونی شود و به صورت معمول هر ماه، با استفاده از چراغ اولتراویوله ضدعفونی شود.

نکات مهم در استفاده از چراغ اولتراویوله:

۱. در صورتی که چراغ سیار است در وسط اتاق قرار گیرد.
 ۲. قبل از روشن کردن چراغ اولتراویوله، اتاق زایمان کاملاً تاریک باشد.
 ۳. درب کلیه کمد‌ها، قفسه‌های شیشه‌ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
 ۴. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درزها با چسب پوشانده شود.
 ۵. دو شاخه چراغ می‌بایست خارج از اتاق زایمان به پریز زده شود و زمانی که چراغ روشن است، هیچکس وارد اتاق نشود.
 ۶. مدت زمان مناسب برای استفاده از چراغ به طور متوسط ۱۵ دقیقه می‌باشد. بعد از این مدت، دوشاخه را از پریز کشیده و هواکش روشن شود.
 ۷. پس از خاموش کردن چراغ، به مدت ۱۵ دقیقه نباید وارد اتاق زایمان شد.
 ۸. به طور دوره‌ای سطح لامپ با الکل تمیز شود. متوسط طول عمر چراغ اولتراویوله ۱۰۰ ساعت است و بعد از آن به شدت خاصیت میکروپ زدایی خود را از دست می‌دهد.
- نوزاد باید بلافاصله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق «بخش ارزیابی نوزاد(بخش خ)» ارزیابی شود.
 - قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه‌های ارایه شده در بخش مراقبت از نوزاد(بخش د) به مادر آموزش داده شود.
 - نوزاد باید قبل از ترخیص توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

پس از زایمان(چ)

- مراقبت‌های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می‌شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می‌شود. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می‌شود.
- برای مادری که در بیمارستان زایمان می‌کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می‌توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.

جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی - بیماری و ناهنجاری - غربالگری سلامت روان - رفتارهای پر خطر و اعتیاد، مصرف سیگار / الکل	- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری و فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر، تغذیه و مصرف مکمل های غذایی - علائم خطر	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر غربالگری سلامت روان - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تغذیه و مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر تغذیه و مصرف مکمل های غذایی
معاینه بالینی	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان، صدای قلب جنین، پوست، پستان، شکم، اندام، واژن و لگن)	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم)
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	CBC, TSH, FBS, و HBsAg (در صورت نیاز)، پاپ اسمیر و تیترا آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز) HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, BUN, Crea, *HIV, HBsAg VDRL، نوبت اول کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز، پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۳ بارداری	- سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری به منظور بررسی وضعیت جنین، محل جفت و آنومالی جنین - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری	CBC, U/A, نوبت دوم کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	- سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری - تست تشخیص سریع HIV در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری*	

*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می شود.

ادامه جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۳ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۴ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۵ و ۶ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۷ تا ۹ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم خطر/ - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم خطر/ - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم خطر/ - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت روان، جنسی - علائم خطر - شکایت های شایع - مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی	اسید فولیک	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)				
ایمن سازی	سرخه، هیپاتیت، توأم (در صورت نیاز)	توأم، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) - رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)				

جدول راهنمای مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ روزهای ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۳۰ تا ۴۲
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات، وضعیت زایمان - سوابق بارداری های اخیر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم خطر و عوارض - غربالگری سلامت روان - مصرف مکمل های دارویی
معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی	- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی
آزمایش ها	-----	-----	پاپ اسمیر (در صورت نیاز) - در مبتلایان به دیابت بارداری: OGTT, FBS (ناشتا و دو ساعته)
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جدسی، دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جدسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد
مکمل های دارویی	آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن سازی	رگام در مادر اره اش منفی با نوزاد اره اش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	-----	-----

الف- مراقبت پیش از بارداری

صفحه	عنوان
	الف ۱- مراقبت پیش از بارداری
	تعاریف مراقبت های پیش از بارداری
	الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری
	الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها
	الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

الف ۱- مراقبت پیش از بارداری

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>اقدام طبق الف ۲ تا الف ۴ و خانه زیر</p>	<p>سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵، رفتارهای پرخطر، مشکلات دهان و دندان، مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک، مصرف الکل، اختلالات روان/همسرآزاری، شغل سخت و سنگین، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، اختلال ژنتیکی، بیماری ها (دیابت، قلبی، لوپوس، آرتريت روماتوئید، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، سل، سندرم تخمدان پلی کیستیک و ...)</p> <p><u>سوابق بارداری و زایمان قبلی</u></p> <p>مرگ نوزاد، مرده زایی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، جراحی شکم و رحم، زایمان زودرس، سقط مکرر، مول، حاملگی خارج از رحم</p>	<p><u>تشکیل پرونده</u></p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p><u>اندازه گیری کنید:</u></p> <p>قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی</p> <p><u>معاینه کنید:</u></p> <p>چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان ها، شکم، اندام ها، لگن و واژن</p>
<p>-ایمن سازی طبق دستورالعمل -تجویز اسید فولیک -درخواست آزمایش و تفسیر آن و اقدام مطابق الف ۴ -انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پیش از بارداری - غربالگری سلامت روان -تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>	

گروه بندی

تعاریف مراقبت پیش از بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آزمایش های پیش از بارداری: شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و TSH، را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در صورت وجود آزمایش تشخیص سریع HIV آن را طبق دستورعمل انجام دهید.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، آزمایش VDRL را درخواست کنید.

نکته ۳: تیتر آنتی بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد، درخواست کنید.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

نکته ۵: آزمایش پاپ اسمیر با توجه به دستورعمل کشوری و در صورت نیاز انجام شود.

آموزش و توصیه: در مورد بهداشت فردی (شیوه زندگی سالم، ایمن سازی، شغل، ورزش،...)، بهداشت روان (آرامش و سلامت روان)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتار های پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، ترمیم دندان استفاده از نخ دندان)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی و اصلاح وزن)، دخانیات و مخدر و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن و یا مواجهه با دود سیگار برای مادر و جنین)، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛

- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛

- تمایل دائم و تلاشهای ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

مصرف مواد زیر (بدون توصیه پزشک) را از خانم سوال کنید:

انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرامبخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، ایکس، ریتالین، غیره).

ایمن سازی: واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید. واکسن سرخجه را در صورت تمایل خانم و منفی بودن تیتر آنتی بادی ضد سرخجه تزریق کنید. در صورت تزریق واکسن ویروس زنده سرخجه، بهتر است خانم حداقل تا یک ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند ولی اگر در این زمان فرد باردار شد، تزریق واکسن سرخجه اندیکاسیونی برای ختم بارداری نیست.

بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلوبی)
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.
- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقط مکرر:** سقط متوالی ۲ بار یا بیشتر
- **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نکشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان ندهد.

• **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز پس از تولد.
پاپ اسمیر: در زنان ۳۰ تا ۷۰ سال ازدواج کرده (۳ سال پس از اولین تماس جنسی) پاپ اسمیر انجام می شود. در صورتی طبیعی بودن نتیجه هر ۵ سال یکبار تا ۴۰ سالگی و سپس هر ۱۰ سال انجام می شود. در مواردی که خانم در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس (شرکای جنسی متعدد، ازدواج در سنین پایین، کشیدن سیگار، ابتلا به ویروس پاپیلوما) است، تعداد دفعات و فواصل انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک یا ماما است.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی را در صورتی که فرد نیاز به پیگیری بیشتر دارد، تعیین کنید.

نکته: به خانم یادآور شوید با قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری (اولین ملاقات) شروع شود. تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار، خون و یا سونوگرافی باشد.

تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال «فرم پیش از بارداری» را تکمیل کنید. شرح حال شامل:

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرک، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

رفتارهای پرخطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، تزریق مکرر خون

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشنده گان، قالی بافان، ...)
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛
- کار در محیط پرسرودا، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

علائم حیاتی: فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس را اندازه گیری کنید.

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر 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.

علائم روانپزشکی: وضعیت روانی خانم را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

• **علائم خطر فوری روانپزشکی:** احساس بیزاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه گیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجانها و عواطف)

• **علائم در معرض خطر روانپزشکی:** خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

مشاوره ژنتیک: در موارد سابقه اختلال و یا بیماری های ژنتیکی، مشاوره و در صورت نیاز آزمایش تشخیص قبل از تولد (PND) انجام می شود. این آزمایش دو مرحله دارد:

- مرحله اول: نوع جهش ژنتیکی بیماری، در والدین تعیین می گردد و یک بار انجام می شود و در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست. به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط، در صورت ابتلای جنین در زمان بارداری، ترجیحاً آزمایش مرحله اول تشخیص ژنتیک پیش از تولد، قبل از وقوع بارداری در زوج، انجام می شود و در غیر این صورت در اولین فرصت می بایست مادر برای انجام این مرحله به مشاوره ژنتیک ارجاع گردد.

- مرحله دوم: تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولاً از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرزهای جفت (CVS) انجام می شود. وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری بررسی می گردد. در صورتی که جنین سالم گزارش گردد، بارداری ادامه یافته و مادر تحت مراقبت معمول بارداری قرار می گیرد. در غیر این صورت مادر برای انجام سقط جنین مبتلا معرفی می گردد. بدیهی است در هر بارداری انجام مرحله دوم برای تعیین وضعیت هر جنین لازم است.

مصرف مکمل های دارویی: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً ۳ ماه قبل از بارداری) را تجویز کنید.

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان خانم را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

• **پوسیدگی دندان:** تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:

○ تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه

○ سوراخ شدن دندان

○ حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین

○ حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر همدیگر

• **جرم دندانی:** چنانچه پلاک میکروبی به و سیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندان ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.

• **عفونت دندانی، آبسه و درد شدید:** از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

• **التهاب لثه:** لثه متورم، پرخون و قرمز

معاینه فیزیکی: خانم به شرح زیر معاینه می شود:

- بررسی اسکرا از نظر زردی و ملتحمة چشم از نظر کم خونی

- بررسی پوست از نظر بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید

- سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگی) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خونی، چرکی). این معاینه مطابق دستورعمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

- بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

- وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکلهای محسوس مانند راشیتیسم، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می شود.

- واژن به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمام آن، وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات. معاینه واژینال (توسط ماما یا پزشک عمومی زن) انجام می شود.

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. نمایه توده بدنی، وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر) است.

همسرآزاری: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر بر بارداری	اقدام
ناهنجاری های دستگاه تناسلی	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و زایمان
رفتارهای پرخطر	امکان ابتلا به ایدز، عفونت آمیزشی	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
سابقه یا وجود اختلالات روانپزشکی، همسرآزاری (با توجه به تعاریف)	احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسرآزاری	<p>- در صورت اقدام به خودکشی و جراحی: اقدام درمانی برای جراحی و ارجاع فوری به بیمارستان</p> <p>- در صورت پرخاشگری شدید و احتمال آسیب به دیگران: ارجاع فوری به روانپزشک و در صورت عدم کنترل بیماری حین ارجاع: تزریق عضلانی ۵ میلی گرم هالوپریدول و ۵ میلی گرم آمپول بی پیریدین</p> <p>- در صورت نبود خطر جدی آسیب به خود ولی سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط خانواده یا پزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت نیاز به آموزش روانی و مداخلات غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار</p> <p>- در صورت همسرآزاری: مشاوره با زوجین و در صورت عدم موفقیت: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	<p>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک</p> <p>- ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک در مورد فنیل کتونوری</p> <p>- در صورت سابقه NTD در نوزاد: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری</p>
سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ و یا ۲۵ و بالاتر	افزایش احتمال تأخیر رشد جنین، زایمان زودرس، جنین درشت، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، سزارین، بروز نقایص جسمی و ذهنی در جنین، تولد نوزاد کم وزن، احتمال ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰	- ارجاع غیر فوری به کارشناس / متخصص تغذیه
مصرف سیگار و دخانیات، الکل، مواد افیونی و محرک	افزایش احتمال آئمی، سقط، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، مرگ جنین، دکلمان، زایمان زودرس، پارگی کیسه آب، پره اکلامپسی، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز (در مصرف مواد مخدر تزریقی) اثرات نوزادی: خونریزی داخل مغزی، شکاف کام، سپتی سمی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض ناشی از داروهای غیر مجاز، سندرم الکل جنینی	<p>- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری</p> <p>- در صورت مصرف فعال مواد: توصیه به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب تا زمان تثبیت از نظر وضعیت درمان</p> <p>اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی</p> <p>- در صورت مصرف مواد آسیب رسان با تشخیص پزشک: پیگیری جهت دریافت خدمت بر اساس راهنمای اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار</p>
مشکلات دهان و دندان	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان	<p>- ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک</p> <p>- آموزش بهداشت دهان و دندان و مشکلات آن در بارداری</p>

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری (ادامه)

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر بر بارداری	اقدام
شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	- در صورت امکان تغییر محل یا نوع شغل - آموزش در مورد نحوه فعالیت در بارداری
سابقه مول کمتر از یک سال سابقه دو بار سقط متوالی یا بیشتر	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان
تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان
فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، آنمی	- تاکید به رعایت فاصله مناسب بارداری از نظر تداوم شیردهی، ارتباط عاطفی مادر و شیرخوار و بهبود سلامت جسمانی مادر - توصیه به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز ۳ ماه قبل از بارداری
بارداری پنجم و بالاتر، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آنمی، ناهنجاری جنین، زایمان سخت	- تاکید به عوارض بارداری پنجم و بالاتر، بارداری در سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال - تاکید به زمان مناسب باردار شدن
سزارین تکراری	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تاکید بر عوارض سزارین تکراری - تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها

عنوان	تاثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱ آسم	تشدید بیماری در یک سوم بیماری، افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پره ناتال، زایمان زودرس	- درمان آسم و استفاده از روش پیشگیری از بارداری تا بهبود عملکرد ریه - مجاز بودن مصرف استروئید ها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص در بارداری
۲ آنمی فقر آهن	احتمال زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	- درمان دارویی در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۲ g/dl - ادامه درمان خوراکی تا ۳ ماه پس از اصلاح میزان هموگلوبین - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب
۳ آنمی داسی شکل	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، دکولمان جفت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، مرگ مادر	- تاکید به عوارض احتمالی بیماری در بارداری - تجویز اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز - تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن
۴ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، احتمال انتقال بیماری به نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی
۵ ایدز یا HIV+	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۶ بیماری بافت همبند - لوپوس	احتمال تشدید بیماری، کم خونی، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، آمبولی ریه، مرگ مادر، ترومبوآمبولی وریدی، مرگ نوزاد	- ارجاع به متخصص داخلی - کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن
۷ بیماری بافت همبند- آرتريت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۸ بیماری تیروئید- پرکاری	افزایش پره اکلامپسی، مرده زایی، تاخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
۹ بیماری تیروئید - کم کاری	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی- غدد
۱۰ تالاسمی مینور	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تجویز اسید فولیک و بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری جهت مشاوره ژنتیک (انجام PND) و تاکید به بررسی دقیق در اولین ملاقات بارداری
۱۱ بیماری قلبی	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، تاخیر رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبی جنین، مرگ مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان - تاکید به مادر در مورد خطرات احتمالی بارداری برای مادر و جنین - توصیه به استفاده از روش پیشگیری از بارداری کم خطر در مواردی که منع بارداری وجود دارد مانند سندرم مارفان، آیزن منگر یا کلاس ۳ و ۴ قلبی - ارجاع به متخصص عفونی برای تزریق یک نوبت واکسن پنوموکوک پلی ساکارید در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن - تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری
۱۲ بیماری 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 H2 بلوکر - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - در صورت جراحی معده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۳ بیماری مزمن کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	-افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین	- کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار - در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: تاکید به انجام دیالیز قبل از بارداری و ادامه آن در بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تاثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۴ پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- توصیه به بارداری حداقل ۲ سال بعد از پیوند و وضعیت سلامتی عمومی مطلوب - بررسی عملکرد کلیه، میزان کراتینین (کمتر از ۲ و ترجیحاً کمتر از ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر) - بررسی پروتئین ادرار - تاکید به کنترل فشارخون - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۵ ترومبوفیلی شناخته شده	افزایش بروز ترومبوآمبولی، سقط	ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز
۱۶ دیابت	احتمال افزایش هیپو گلیسمی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، سقط، زایمان زودرس، عفونت، پلی هیدرآمنیوس، ناهنجاری جنینی، مرگ جنین	- اخذ شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان - کنترل دقیق قند خون برای کاهش عوارض نوزادی - اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1C - تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز - ارجاع غیر فوری جهت معاینه نورولوژیک، قلبی عروقی و شبکیه - اندازه گیری کراتینین سرم، پروتئین ادرار، تست های عملکرد تیروئید - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب
۱۷ سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی
۱۸ سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات	به تاخیر انداختن بارداری تا تکمیل درمان
۱۹ صرع	افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی جنین	- ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم دارو - تاکید به ادامه درمان در بارداری - تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز حداقل یک ماه قبل از بارداری
۲۰ فشارخون مزمن	احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلامپسی، نارسایی قلب، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت	- توصیه به مصرف رژیم غذایی کم چرب با تاکید به مصرف سبزی و میوه، مصرف محدود گوشت و ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت نیاز - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی منظم - کنترل دقیق فشارخون و بررسی تعداد و نوع داروهای مصرفی - ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص داخلی
۲۱ فنیل کتونوری	سقط، عقب افتادگی ذهنی جنین، بیماری قلبی مادرزادی، محدودیت رشد جنین	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک و متخصص داخلی- غدد
۲۲ مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- اعصاب
۲۳ هیپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- توصیه به ایمن سازی خانواده - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی

الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

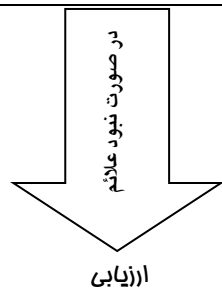
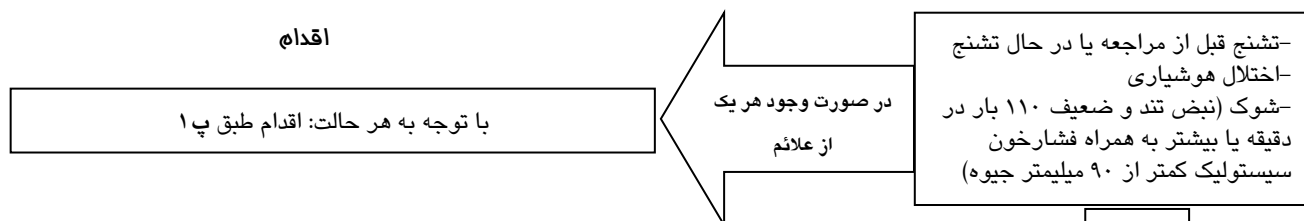
اقدام	تشخیص احتمالی	نتایج
تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به متخصص داخلی	دیابت آشکار	قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر
- توصیه به تغذیه مناسب و افزایش فعالیت بدنی - تکرار آزمایش یک ماه بعد	پره دیابت	قند خون ناشتا ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر
بررسی علت و درمان برحسب نوع آنمی	آنمی	هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم درصد
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	لوپوس، ترومبوسیتوپنی	پلاکت غیر طبیعی (کمتر از ۱۰۰۰۰۰)
بررسی همسر از نظر تالاسمی و در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از اندکس ها: ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک	تالاسمی مینور	MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	TSH غیر طبیعی (بیشتر از ۲/۹ و کمتر از ۰/۲ μIU/ml)
انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	VDRL مثبت
ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری	آلودگی به ویروس ایدز	HIV مثبت
تکرار آزمایش ۳ ماه بعد	شک به ابتلا به ویروس ایدز	HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر
- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن - توصیه به ایمن سازی خانواده در صورت منفی بودن HBsAg - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	هپاتیت ب	HBsAg مثبت
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	سرویسیت یا کانسر	پاپ اسمیر غیرطبیعی
- در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخچه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای بارداری	نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخچه نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخچه	پاسخ تیترا آنتی بادی ضد سرخچه (با توجه به محدوده آزمایشگاه)

ب- مراقبت های معمول بارداری

صفحه	عنوان
	ب ۱- اولین ملاقات بارداری
	ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
	ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
	تعاریف مراقبت های بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



تشکیل پرونده
 گرفتن شرح حال: وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، سوابق بارداری قبلی، ابتلا به بیماری و بررسی رفتار پر خطر، وضعیت ایمن سازی مطابق فرم مراقبت

اندازه گیری کنید:
 وزن، قد، نمایه توده بدنی

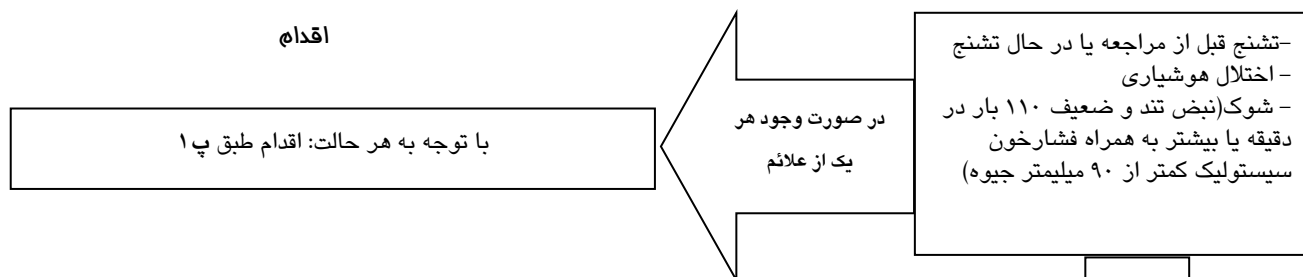
معاینه کنید:
 چشم، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، شکم، اندام ها

گروه بندی علائم و نشانه ها اقدام

اختلالات روانی / همسرآزاری، بیماری و ناهنجاری ها	با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۵ و ۱۷ و آخرین خانه زیر
بارداری زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، تروما، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، اره‌اش منفی، چندقلویی، اعتیاد به مواد مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین	با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۸ و آخرین خانه زیر
سوابق بارداری و زایمان قبلی مرده زایی، مول / حاملگی نابجا، سقط مکرر، مرگ نوزاد، چندقلویی، نوزاد ناهنجار، نازایی، زایمان زودرس، زایمان سخت / زایمان سریع، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم، آتونی، زایمان دیررس، پره اکلامپسی، سزارین، جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی، دیابت بارداری	با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱۹ و آخرین خانه زیر
رفتارهای پرخطر	اقدام طبق آخرین خانه و ارجاع به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
ارزیابی معمول مادر با توجه هفته بارداری طبق ب ۲ و ۳ ایمن سازی توام در صورت ناکامل بودن	

ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
<p>- با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۲ تا پ ۵ و آخرین خانه زیر</p>	<p>لکه بینی / خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، سردرد، درد شکم و پهلوها، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری - تناسلی، رنگ پریدگی / زردی / آنمی، تنگی نفس / تپش قلب، مشکلات پوستی، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی / همسرآزاری، تروما،</p>
<p>اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک و در مورد التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیر فوری</p>	<p>عفونت دندانی، آپسه و درد شدید دندان، التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان</p>
<p>- درخواست آزمایش نوبت اول در هفته ۱۰-۶ بارداری و تفسیر آن طبق پ ۱۶ - ایمن سازی در صورت نیاز - تجویز مکمل های دارویی - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منحنی وزن گیری - غربالگری سلامت روان - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - درخواست سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ - پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۲ بارداری و در صورت نیاز هفته ۱۷-۱۵ بارداری - انجام آزمایش سریع HIV* - تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت

مادر و ارزیابی:

سؤال کنید:

لکه بینی / خونریزی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری - تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات دهان و دندان، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و تغذیه، همسرآزاری، تروما، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

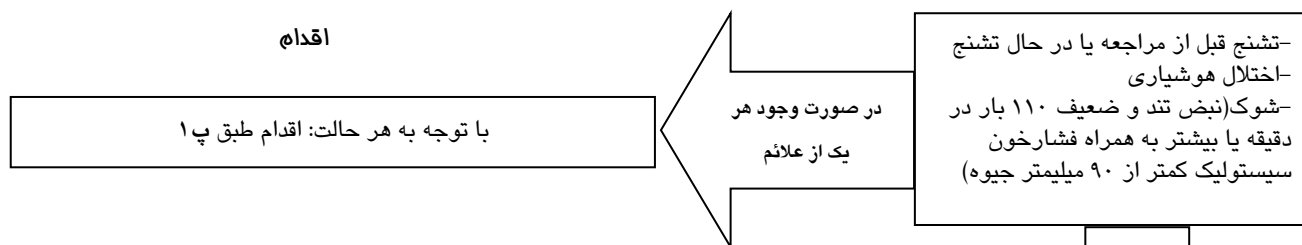
معاینه کنید:

چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها

* این آزمایش در مناطق مجری برنامه PMTCT انجام می شود.

ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را (ارزیابی کنید):



گروه بندی علائم و نشانه ها اقدام

لکه بینی/ خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، سردرد، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی، تنگی نفس/ تپش قلب، مشکلات پوستی، درد شکم، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی/ همسرآزاری، تروما، حاملگی طول کشیده، نتیجه آزمایش و سونوگرافی غیر طبیعی	- با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۷، ۱۵، پ ۱۷، ت ۱۸ و آخرین خانه زیر
عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان، التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان	اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک و در مورد التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان: ارجاع غیر فوری
طبیعی بودن همه موارد	- ایمن سازی در صورت نیاز - تجویز مکمل های دارویی - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - درخواست آزمایش هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری - درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ - تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ در صورت نیاز - انجام آزمایش سریع HIV* در هفته ۳۴-۳۱ - آموزش زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ طبق ح ۱۰ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر و ارزیابی:

سئوال کنید:

لکه بینی/ خونریزی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، درد شکم، مشکلات ادراری- تناسلی، استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی، مشکلات دهان و دندان، تنگی نفس و تپش قلب، همسرآزاری، اختلالات روانی، تروما، مصرف مکمل ها و تغذیه، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، شکم (لئوپولد)، پوست، اندام ها، دهان و دندان

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

* این آزمایش در مناطق مجری برنامه PMTCT انجام می شود.

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایشهای معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN، کراتی نین و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMTCT تست تشخیص سریع HIV دو بار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته ۱۰-۶) و نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۴-۳۱ بارداری انجام می شود.

نکته ۲: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود.

نکته ۳: نوبت اول کومبس غیر مستقیم را در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن اره‌اش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است و یا نمی داند، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

آموزش و توصیه: طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، بهداشت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی)، دخانیات و مخدر و الکل (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم خطر (لکه بینی، خونریزی، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را گوشزد کنید و مطمئن شوید که مادر این علائم را فرا گرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و ...) یا عدم درک زمان و مکان

ارتفاع رحم: در هر ملاقات (از هفته ۱۶ بارداری) با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. 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 متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

آرزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، اختلال هوشیاری، شوک) بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابق جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت های معمول، مادر را اعزام کنید.

استفراغ شدید: استفراغ های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم آبی بدن مادر گردد.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛

- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛

- تمایل دائم و تلاشهای ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

مصرف مواد (بدون توصیه پزشک) زیر را از خانم سوال کنید:

انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مسکن آپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عرق، غیره)، **مواد آفیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک‌های آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره).

ایمن سازی: ایمن سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید. بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت‌ها به تاخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

نکته: در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی، به شرح زیر اقدام کنید:

- ۱- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.
 - ۲- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم مشخص نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، بلافاصله پس از سقط غیر ایمن ۱۵۰۰ واحد سرم کزاز به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید.
- ایمن سازی برای آنفلوآنزا در بارداری بلامانع است.

بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری‌ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلوئی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می‌شود.
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی‌ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین‌های متولد شده محاسبه می‌شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی‌آورد.
- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقط مکرر:** ۲ بار یا بیشتر سقط متوالی
- **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز
- **زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه‌ها انجام شده باشد.
- **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و ۱۰ سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.
- **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه‌ای که بعد از جداسدن از مادر نفس نمی‌کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی‌دهد.
- **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمتهای مختلف پرونده، نامشخص بودن وضعیت ایمن سازی، نبودن جواب آزمایشها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع کنید.

برقراری ارتباط مناسب با مادر: مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت:

- با دقت به صحبت‌ها و شکایت‌های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
- نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می‌ماند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل. به منظور اطمینان از سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

روش اول: مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مایع با یا بدون ورنیکس یا احیاناً مکنونیم مشاهده شد، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، از مادر بخواهید سرفه کند یا کمی زور بزند تا خروج مایع مشاهده شود.

روش دوم: در صورت امکان استفاده از نیترازین تست برای تعیین PH است.

روش سوم: یک نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت آن را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از نوار بهداشتی، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

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

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و یادآوری کنید.

تپش قلب: علائم خطر همراه تپش قلب که می تواند به دلیل بیماری قلبی، آنمی، تیروئیدی یا آدرنال باشد شامل درد قفسه سینه، عرق کردن، تهوع،

غش کردن، تنفس مشکل، خستگی و احساس گیجی است. در صورتی که با هیچ یک از علائم فوق همراه نیست، تپش قلب می تواند در بارداری

فیزیولوژیک و طبیعی باشد.

تروما: هر نوع ضربه یا صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن نیاز به بررسی دارد.

تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و

در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام را از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری تزریق کنید.

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

تشکیل پرونده و شرح حال: در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، بخش شرح حال «فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمائید. شرح حال شامل:

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرک/ داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزداانه هاست. جدول زیر سهم های لازم در گروه های غذایی و برای هر روز را نشان می دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می کند.

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه های غذایی
		باردار و شیرده	غیر باردار	
انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگگ، نان جو... نان های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته ها، غلات صبحانه و فرآورده های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است. نان و غلات سبوس دار به دلیل تامین فیبر مورد نیاز در الویت است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان ها مثل نان بربری، سنگگ و ۲ تا تافتون یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۳۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا ۲ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	۷-۱۱	۶-۱۱	گروه نان و غلات

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۴-۵	۳-۵	گروه سبزی‌ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴	گروه میوه‌ها
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳	گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها

تنگی نفس: تنگی نفس فیزیولوژیک در بارداری در سه ماهه اول یا دوم شروع می شود، شروع آن تدریجی است نه ناگهانی، ریه ها پاک هستند، همراه با آن هیچکدام از علائم سرفه، خس خس سینه، کراکل، درد قفسه سینه، هموپتزی، تب، تپش قلب، تاکی پنه، سیانوز، بیقراری، ادم، رنگ پریدگی، ارگانومگالی، وریدهای برجسته گردنی وجود ندارد. این علائم می تواند به دلیل بیماری قلبی یا ریوی یا آنمی باشند.

حرکت جنین: معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های ۱۶ تا ۲۰ احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

دیابت بارداری: شروع و یا تشخیص اولیه هر درجه ای از اختلال تحمل گلوکز در بارداری

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون
زمان مناسب بارداری بعدی: در هفته های آخر بارداری در مورد زمان مناسب برای بارداری بعدی و رعایت فاصله مطلوب بین فرزندان به مادر
مطابق راهنمای ح ۱۰ آموزش دهید.

سن بارداری: با توجه به تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و اندازه گیری منظم ارتفاع رحم، سن بارداری را تخمین بزنید.
نکته: برای تعیین سن دقیق حاملگی، در صورتی که تا هفته ۱۴ بارداری سونوگرافی انجام شود با توجه به خطای ۳ تا ۵ روز، گزارش سونوگرافی ملاک
تعیین سن بارداری است. در صورتی که بیش از دو هفته تفاوت بین LMP و سونوگرافی وجود دارد، برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع داده شود.
سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن
سونوگرافی: به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی
درخواست می شود.

سونوگرافی هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری باید هدفمند و به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری و تعیین ناهنجاری های واضح جنین
و سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری ها
درخواست می شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماریهای وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد، در سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری می توان
تشخیص داد.

شکایت های شایع: این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش
بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پرنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله
پستانها و ناف، بیبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبل، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.
نکته ۱: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.
نکته ۲: متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید.

شغل: هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی بافان، ...)
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود مه های فلزات؛
- کار در محیط پرسر و صدا، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و
فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و
بی قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه
کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری
شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً
فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری
فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه
حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر 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.

علائم خطر بارداری: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

لکه بینی یا خونریزی، کاهش یا نداشتن حرکت جنین، آبریزش ناگهانی، سردرد و تاری دید، تب و لرز، درد شکم و پهلو و یا درد سردل، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، تنگی نفس و تپش قلب، ورم اندام ها، استفراغ شدید و مداوم، عفونت و درد شدید دندان و افزایش ناگهانی وزن (بیش از یک کیلوگرم در هفته)

علائم روانپزشکی: وضعیت روانی خانم را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

- **علائم خطر فوری روانپزشکی:** احساس بی‌زاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی‌قراری شدید، ناامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)
- **علائم در معرض خطر روانپزشکی:** خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط‌های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی‌حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

غربالگری ناهنجاری جنین: به مادر پیشنهاد کنید در هفته ۱۱-۱۳ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۷-۱۵ بارداری غربالگری را انجام دهد. با این روش برخی ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی ۱۳، ۱۸، ۲۱ و جنین شناسایی می‌شود. نکته ۱: در صورتی که مادر باردار پس از ۱۳ هفته و ۶ روز و قبل از ۱۷ هفته مراجعه نموده و غربالگری اول را انجام نداده، پس از مشاوره، غربالگری سه ماهه دوم درخواست شود.

نکته ۲: غربالگری سه ماهه دوم پس از هفته ۱۸ بارداری توصیه نمی‌شود.

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس‌ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین‌های عصبی-عضلانی، اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام‌سازی تشکیل می‌شود. مادر می‌تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس‌ها شرکت کند.

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت بخوابانید و مانورهای لئوپولد را انجام دهید:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه‌ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می‌شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می‌شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می‌شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می‌کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می‌شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می‌گردد.

مراقبت‌های معمول بارداری: تعداد ملاقات‌های معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می‌باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبت‌های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

- اولین ملاقات بارداری: هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می‌بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت‌های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی‌ها ثبت می‌شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.
- مراقبت‌های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول) دو مراقبت در هفته‌های ۱۰-۶ و ۲۰-۱۶ و در نیمه دوم در هفته‌های ۳۰-۲۴، ۳۴-۳۸، ۳۹ و ۴۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات‌ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می‌شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه‌گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن

و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

مشکلات ادراری – تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و زخم ناحیه تناسلی است.

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را بررسی و در فرم مراقبت ثبت کنید:

- **چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- **پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاوولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- **اندام ها:** ساق پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کیودی اندام بررسی کنید.
- **دهان و دندان:** در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
 - التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
 - جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
 - عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
 - پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

معاینه فیزیکی: در اولین ملاقات مادر به شرح زیر معاینه می شود:

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر وجود بثورات
- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگی) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خونی، چرکی). این معاینه مطابق دستورعمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده
- بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

مکمل های دارویی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را تأکید کنید. مکمل هایی که در بارداری توصیه می شود:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (۳۰ میلی گرم آهن المنتال) تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی متر)

نکته ۱: نمایه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته ۲: در صورتی که به دلیل تهوع و استفراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تفاوت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه نمایه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری	وضعیت تغذیه	BMI
۱۲/۵ - ۱۸	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۱/۵ - ۱۶	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
۷ - ۱۱/۵	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹
۵ - ۹	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. به طور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است. نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

پ-مراقبت های ویژه بارداری

صفحه	عنوان
	پ ۱- علائم خطر
	پ ۲- فشارخون بالا
	پ ۳- خونریزی / لکه بینی
	پ ۴- درد / درد شکم / سر درد / ساق و ران
	پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب
	پ ۶- تب
	پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب
	پ ۸- مشکلات ادراری - تناسلی
	پ ۹- تهوع و استفراغ
	پ ۱۰- اختلال صدای قلب و حرکت جنین
	پ ۱۱- ورم
	پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی / آنمی
	پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب
	پ ۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی
	پ ۱۵- اختلال روانپزشکی
	پ ۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری
	پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها
	پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی
	پ ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی

پ ۱- علائم خطر فوری

سن بارداری	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت، مول	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ساکشن ترشحات حلق - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان - خواباندن مادر به پهلو چپ - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱
نیمه دوم بارداری	اکلامپسی	<ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

- اختلال هوشیاری
- در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده

سن بارداری تشخیص احتمالی اقدام

سن بارداری	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	شوک ناشی از خونریزی به علت: - حاملگی خارج از رحم - سقط - جفت سرراهی/ - دکلمان - تروما شوک عفونی به علت: - پیلونفریت - آمیبیوز - پریتونیت - سقط عفونی	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک - ساکشن ترشحات حلق - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان - خواباندن مادر به پهلو چپ - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

شوک
نکته: در موارد خونریزی، عفونت و تروما به احتمال شوک هموراژیک یا عفونی توجه شود.

پ ۲- فشارخون بالا

فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر و یا افزایش فشارخون

سن بارداری علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

سن بارداری	علائم همراه	تشفیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سررد، تهوع و استفراغ شدید	مول، چندقلویی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت فشارخون بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، تزریق هیدرالازین طبق ح ۳ و ارجاع فوری
	فشارخون بالا قبل از هفته ۲۰ بارداری	فشارخون مزمن، کریز هیپرتانسیون	- در صورتی که مادر بیماری زمینه ای کنترل شده دارد و علائم همراه که نشانه شدت فشارخون باشد (سررد و...) را ندارد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی - در صورت فشارخون بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، تزریق هیدرالازین طبق ح ۳ و ارجاع فوری
نیمه دوم بارداری	بروز فشارخون بالا بعد از هفته ۲۰ بارداری	فشارخون بارداری	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	اعزام طبق ح ۱
	فشارخون سیستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ و دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه با یا بدون پروتئینوری، سررد، تاری دید، درد اپی گاستر	پره اکلامپسی	- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری یا سررد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی	- اعزام طبق ح ۱
	فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ولی افزایش فشارخون سیستولیک به میزان ۳۰ و دیاستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون پایه بدون سایر علائم خطر	شک به پره اکلامپسی	- توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی - سمع صدای قلب جنین - آموزش علائم خطر - توصیه به مادر برای استراحت نسبی - در صورت افزایش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سررد، تاری دید و... اقدام مطابق همین پروتکل

ارزیابی

سؤال کنید:

سررد، تاری دید، درد اپی گاستر، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا، تهوع و استفراغ شدید

تعیین کنید:

میزان دقیق فشارخون، سن بارداری، میزان پروتئین ادرار اورژانس در صورت امکان، وضعیت وزن گیری

پ ۳- خونریزی / لکه بینی

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

نیمه اول بارداری	* خونریزی کم، درد شکم و تدرنس و ریباند شکم	حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - اعزام طبق ح ۱
	* خونریزی شدید، درد شکم	سقط	- بررسی منشاء خونریزی طبق ح ۲ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه و در صورت ادامه خونریزی: اعزام طبق ح ۱
	لکه بینی، تب	سقط عفونی (در صورت رد سایر علل تب مانند عفونت ادراری، سرماخوردگی، ...)	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱
نیمه دوم بارداری	لکه بینی و علائم حیاتی پایدار	تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم پاره نشده	بررسی جهت رد حاملگی خارج از رحم و سقط و درخواست سونوگرافی و تیترا BHCG
	* خونریزی شدید، درد شکم، اختلال صدای قلب جنین، تدرنس رحم	جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، رگ سرراهی	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم معاینه واژینال** - خواباندن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
	لکه بینی	جفت سرراهی	- درخواست سونوگرافی - در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین، توصیه به استراحت و خودداری از مقاربت تا مشخص شدن نتیجه - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان با توجه به نتیجه
	ترشحات خونی، انقباض رحمی	زایمان (ترم یا پره ترم)	- معاینه واژینال** و تأیید شروع زایمان - رایه مراقبت های معمول زایمان طبق ح ۱

ارزیابی

سؤال کنید:

میزان خونریزی، تهوع، استفراغ، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود. در صورت خونریزی در مادر ارهاش

منفی و پدر ارهاش مثبت، آمپول روگام تزریق شود.

** اگر گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت نیست می تواند معاینه واژینال انجام دهد.

پ ۴- درد / درد شکم

سن بارداری علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>حاملگی خارج از رحم، شکم حاد، سنگ مجاری ادرار، آپاندیسیت، پیلونفریت</p>	<p>* تدرنس و ریباند شکم، تب و لرز، تدرنس پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منشاء خونریزی طبق ح ۲ - اعزام طبق ح ۱ - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>سقط</p>	<p>* خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی</p>
<p>- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	<p>عفونت دستگاه گوارشی</p>	<p>دردهای کرامپی، اسهال و استفراغ</p>
<p>- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۳ روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق پ ۸</p>	<p>سیستیت</p>	<p>درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس سریع دفع ادرار، سوزش ادرار</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت نبود خونریزی: معاینه واژینال با احتیاط - خواباندن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)</p>	<p>* افزایش اندازه و سفتی پیشرونده رحم، خونریزی، اختلال صدای قلب جنین، تدرنس رحم</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>شکم حاد، پیلونفریت</p>	<p>* تدرنس و ریباند شکم، تب و لرز، تدرنس پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>آمنیونیت</p>	<p>* پارگی کیسه آب، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تب و لرز، تدرنس رحم، افزایش ضربان قلب جنین</p>
<p>- معاینه واژینال و کنترل انقباضات رحمی - در صورت تایید شروع زایمان: ارایه مراقبت های زایمان طبق ت ۱</p>	<p>شروع زایمان یا لیبر کاذب</p>	<p>ترشحات خونی، انقباضات رحمی</p>

ارزیابی

سؤال کنید:

محل و نوع درد، میزان خونریزی، تهوع و استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس سریع دفع ادرار، ترشح آبکی و بد بوی واژینال، آبریزش، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت، سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، وضعیت زایمان

معاینه کنید:

ارتفاع و تونسیته رحم، شکم یا پهلوها

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

پ ۴- درد / سر درد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامین در موارد میگرن - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم) - در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب	سر درد تنشی، میگرن، حاملگی	با یا بدون تهوع و استفراغ	نیمه اول بارداری
بررسی سریع مادر از نظر علائم پره اکلامپسی و اقدام طبق پ ۲	پره اکلامپسی	سر درد برای اولین بار یا تجربه بدترین درد در طول عمر (به اظهار مادر) با یا بدون اختلال بینایی	نیمه دوم بارداری

ارزیابی

سؤال کنید:
سابقه میگرن، میزان و مدت زمان درد،
تعیین کنید:
سن بارداری، میزان دقیق فشارخون

پ ۴- درد / درد یک طرفه ساق و ران

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - تجویز استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - اعزام طبق ح ۱	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	با یا بدون ورم، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	نیمه اول و دوم بارداری

ارزیابی

معاینه کنید:
اندامها (رنگ، حرارت عضو، نبض، درد، ورم، پوست)

پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	خونریزی، درد شکم	سقط اجتناب ناپذیر	- تایید پارگی کیسه آب - ارجاع فوری در صورت تایید
نیمه دوم بارداری	* تب، درد شکم	آمنیونیت	- تایید پارگی کیسه آب - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱
	لمس توده نبض دار در واژن	پرولاپس بند ناف	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - سمع صدای قلب جنین - قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن مادر) - پر کردن مثانه با سوند** - اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱
	سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته	زایمان زودرس	- تایید پارگی کیسه آب و ارجاع فوری - در واحد تسهیلات زایمانی، اقدام طبق ح ۶
سن بارداری ۳۷ هفته و بالاتر	شروع زایمان	ارجاع فوری به بیمارستان و یا ارائه مراقبت های معمول زایمان طبق ح ۱ در واحد تسهیلات زایمانی	

ارزیابی

سوال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، درجه حرارت

معاینه کنید:

واژینال

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

** سوند فولی یا نلاتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، ۵۰۰ سی سی نرمال سالین را به داخل سوند و مثانه وارد

کنید. پس از اتمام، کیسه هوایی سوند را باد کرده و ثابت کنید. سپس با یک پنس، سوند را کلامپ کنید تا مثانه پر شده

تخلیه نشود.

پ ۶- تب

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- در موارد شک به پیلونفریت: در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p>	سقط عفونی	*لکه بینی، ترشحات بدبو، پارگی کیسه آب (آبریزش)، درد شکم، لرز، علائم ناشی از دستکاری بارداری	نیمه اول و دوم بارداری
	پیلونفریت	*درد و تندرns پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ، لرز	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p>	عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	تنگی نفس، سرفه، رال ریوی، لرز، درد قفسه سینه، افزایش تعداد تنفس	نیمه اول و دوم بارداری
	عفونت مغزی	*سر درد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انفوزیون وریدی ۲ گرم سفتریاکسون در سرم قندی در صورت امکان</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p>	عفونت مغزی	*سر درد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ	نیمه اول و دوم بارداری
	آندوکاردیت	درد قفسه سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماریهای دریچه ای قلب، خستگی، بی اشتها، تظاهرات عصبی	
<p>اقدام طبق دستورالعمل های مرکز مدیریت بیماری ها و در صورت نیاز ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا داخلی</p>	عفونت انگلی (مالاریا و ...) هیپاتیت	بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی، بی اشتها، لرز	نیمه اول و دوم بارداری
<p>- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و نبود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع فوری به متخصص عفونی</p> <p>- در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	عفونت گوارشی	اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ	
<p>- تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین</p> <p>- بررسی مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثورات ماکول و پاپول مرکز مدیریت بیماریهای واگیر</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخجه)	بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	نیمه اول و دوم بارداری
<p>- تجویز استامینوفن و توصیه به پاشویه تا کاهش تب</p> <p>- تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت نیاز</p> <p>- در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز یا پیشرفت سریع بیماری با علائمی مانند تنگی نفس، ضعف شدید عضلانی یا اختلال هوشیاری: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	آبریزش بینی، گلودرد، آگزودای حلق، سرفه	

ارزیابی

سؤال کنید:

لکه بینی، پارگی کیسه آب، درد شکم، سوزش ادرار، ترشح بد بوی واژینال، دستکاری بارداری، سرفه، درد قفسه سینه، تهوع و استفراغ، اسهال خونی، گلودرد، لرز، سردرد، تنگی نفس، خستگی یا بی اشتها، سابقه بیماری دریچه ای قلب، درد پهلوها، آبریزش بینی،

تعین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

معاینه کنید:

پهلوها، ریه ها، گردن، کبد و طحال اسکلا، حلق

*این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نبض و تنفس غیر طبیعی)

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سیانوز، بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)	آمبولی ریه	- باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین و تکرار هر ۶ ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله اعزام طبق ح ۱
ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، بی قراری، تاکی کاردی	ادم حاد ریه	- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروسماید - تزریق وریدی مورفین به میزان ۵-۱۰ میلی گرم - اعزام طبق ح ۱
سوفل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد	نارسایی قلب	- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - اعزام طبق ح ۱
درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه	عفونت مجاری تنفسی تحتانی	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاپ - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومیسین - اعزام طبق ح ۱
سیانوز، تنفس صدادار، ویزینگ تنفسی، سابقه آلرژی تنفسی یا آسم	حمله آسم	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - درمان مانند زمان غیر بارداری - اعزام طبق ح ۱
ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجه، درد قفسه سینه	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب
هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، رنگ پریدگی شدید	آنمی شدید	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی
تنگی نفس به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی	تنگی نفس بارداری	- ارزیابی هموگلوبین - اطمینان دادن به مادر و آموزش علائم خطر
تاکی کاردی	اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی	- در صورت وجود اضطراب و رفع علامت با استراحت: توصیه به حفظ آرامش، مراجعه در صورت تکرار علامت و درخواست آزمایش های تیروئید و در صورت تأیید بیماری اقدام طبق پ ۱۷ - بررسی هموگلوبین - در صورت وجود سرگیجه، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری - در صورت وجود نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری

ارزیابی

سؤال کنید :

سرفه، تنگی نفس، ورم اندامها، سابقه آلرژی تنفسی یا آسم، درد قفسه سینه

تعیین کنید:

علائم حیاتی، تعداد ضربان قلب جنین، میزان هموگلوبین، سیانوز، بی قراری

معاینه کنید:

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندامها

پ ۸- مشکلات ادراری - تناسلی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	*سوزش ادرار، تدرنس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی - نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. - اعزام طبق ح ۱
	ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد	هرپس ژنیتال	- تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکائین در صورت نیاز - تجویز آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز - آموزش سیر بیماری و انتقال آن در زمان زایمان** - در صورت احتباس ادرار: گذاشتن سوند فولی - در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	سوزش ادرار، درد زیر دل، احساس سریع دفع ادرار، تکرر ادرار	سیستیت/ یورتریت	- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۳ روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار - در صورت یورتریت کلامیدیایی (عفونت در آزمایش ادرار و کشت منفی): آزیترومایسین ۱ گرم تک دوز خوراکی یا تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز تا ۷ روز - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت
	ترشحات بدبو، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی	واژینیت	- در واژینیت کاندیدیایی تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته - ارایه توصیه بهداشتی طبق ح ۸ - در صورت عدم بهبود یا تشخیص سایر موارد واژینیت: ارجاع به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید:

سوزش ادرار، تکرر ادرار، درد زیر دل، تهوع و استفراغ، درد پهلوها، احساس سریع دفع ادرار، ترشحات بدبوی واژن، خارش و سوزش و درد ناحیه تناسلی، ضایعات یا زخم ناحیه تناسلی، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی

*این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

**در صورتی که وزیکول های فاز حاد بیماری وجود دارد و مادر علائم زایمانی پیدا کرده است، از زایمان

واژینال باید خودداری و مادر ارجاع فوری شود.

اگر مادر سابقه ابتلا به هرپس در بارداری فعلی دارد ولی با شروع علائم زایمانی، وزیکول و علائم عفونت حاد ندارد، زایمان واژینال منعی ندارد.

پ ۹- تهوع و استفراغ

سن بارداری علائم همراه تشمیص احتمالی اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>شکم حاد، حاملگی خارج از رحم پاره شده</p>	<p>*درد و تدرنس و ریباند شکم، لکه بینی، تب</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق عضلانی ۲۵ میلی گرم پرومتازین یا ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>استفراغ شدید بارداری، مول</p>	<p>کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی و در صورتی که استفراغ حاوی خون تازه است: تزریق سرم به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - درمان مانند زمان غیر بارداری - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>بیماری دستگاه گوارش</p>	<p>*استفراغ خونی</p>	<p>نیمه اول و دوم بارداری</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم سفتریاکسون در سرم قندی در صورت امکان - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>عفونت های مغزی</p>	<p>*سردرد، تب، بی قراری، سفتی گردن</p>	
<p>- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱</p>	<p>HELLP / Syndrome کبد چرب حاملگی</p>	<p>درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی به همراه فشارخون بالا</p>	
<p>- در صورت هیپاتیت ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی - در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	<p>عفونت دستگاه گوارشی/ هیپاتیت</p>	<p>درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی، فشارخون بالا</p>	
<p>- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث تهوع صبحگاهی) - تجویز قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم یا متوکلوپرامید ۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت - در صورت وجود استفراغ بیش از یک بار در روز: درخواست آزمایش ادرار و - در صورت وجود کتون در ادرار: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	<p>استفراغ بارداری</p>	<p>تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز</p>	

ارزیابی

سؤال کنید:

درد شکم، لکه بینی،
نوع و دفعات استفراغ،
تهوع صبحگاهی،
سردرد، اسهال، ضعف
و بی حالی، کاهش
وزن

تعیین کنید:

حال عمومی، درجه
حرارت، فشارخون،
حساسیت شکم، سفتی
گردن، تورگور پوست،
وضعیت وزن گیری

*این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سن بارداری معیار تشخیص تشخیص احتمالی اقدام

تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه کامل در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه (بعد از هفته ۲۵ بارداری)	تاکی کاردی جنینی	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق پ ۵ - اعزام طبق ح ۱
تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در مدت ۳ دقیقه یا بیشتر	دیسترس جنینی (برادی کاردی)	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر به پهلو چپ - اعزام طبق ح ۱
کاهش حرکت جنین	هیپوکسی	- انجام NST و بررسی آن، در صورت تایید ارجاع فوری
شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین	ارجاع فوری

ارزیابی

سؤال کنید:

وضعیت حرکت جنین

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد

ضربان قلب جنین، تعداد

حرکت جنین

نیمه
دوم
بارداری
(از هفته
۲۸ به
بعد)*

* نکته: ارزیابی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری به بعد ارزش دارد.

پ ۱۱- ورم

سن بارداری علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

اقدام	تشفیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
اقدام طبق پ ۲	پره اکلامپسی	فشار خون بالا، پروتئینوری	نیمه اول و دوم بارداری
- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - تجویز استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - اعزام طبق ح ۱	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	ورم و درد یک طرفه ساق و ران، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجهی، درد قفسه سینه	
- اقدام طبق پ ۱۷ و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط	بیماری های زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما زردی، آسیت	
- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده	ورم ساده بارداری	ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه بیماری
(قلبی، کلیوی،
تیروئید)، خشکی
پوست، یبوست،
احساس سرما

تعیین کنید:

پروتئین ادرار، اوره
و کراتی نین،
فشارخون، وضعیت
وزن گیری

معاینه کنید:

قلب، ریه، تیروئید،
اندامها (نبض، رنگ،
حرارت عضو، درد،
ورم، پوست)

پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی / آنمی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱	HELLP syndrome کبد چرب بارداری،	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- عفونی	بیماری های خونی و یا عفونی	بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتهایی، بیماری انگلی و عفونی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی	آنمی شدید	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد و علائم حیاتی پایدار
- تجویز ۴ میلی گرم اسید فولیک روزانه - توجه به علائم ترومبوآمبولی به دلیل افزایش احتمال بروز آن در آنمی سیکل سل و درمان آن - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و هماتولوژیست: مادر در بارداری باید تحت مراقبت کامل متخصصین مربوطه باشد	آنمی سیکل سل	درد شدید بدن، خستگی بیش از حد، تنگی نفس، افزایش نامنظم ضربان قلب، زردی ملتحمه یا پوست
- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	آنمی متوسط	هموگلوبین ۷-۱۰ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده
- تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی خفیف	هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد در سه ماهه اول و سوم و در سه ماهه دوم بارداری، هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه بیماریهای انگلی یا خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ، بی حالی و ضعف

تعیین کنید:

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون

معاینه کنید:

کبد و طحال، چشم (ملتحمه، اسکلرا)

پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

ارتفاع رحم نامناسب

ارزیابی	سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی</p> <p>تعیین کنید: سن بارداری، ارتفاع رحم</p>	نیمه اول و دوم بارداری	اندازه رحم بیش از ۳ هفته با سن بارداری متفاوت است (مثانه خالی باشد).	میوم، چندقلویی، پلی هیدرآمیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگو هیدرآمیوس	<p>- درخواست سونوگرافی</p> <p>- اقدام مطابق با تشخیص و ارجاع در صورت نیاز به متخصص زنان</p>

وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)

ارزیابی	سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>سؤال کنید: رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، مشکلات خانوادگی، اختلالات روانی و علائم افسردگی، مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی، اعتیاد به داروها و مواد مخدر و مصرف سیگار، سابقه سقط، سابقه نوزاد کم وزن، سابقه زایمان زودرس، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p>تعیین کنید: فشارخون، وزن، قد، چندقلویی، نمایه توده بدنی</p> <p>معاینه کنید: شکم، قلب، ریه، اندام ها</p>	نیمه دوم بارداری	افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا	پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲
		افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلوگرم در هفته همراه با ورم بی اشتها، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵، علائم بیماری زمینه ای (پرخوری، پرنوشی، پر ادراری، سوزش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و ...)، پیکا و ویار حاملگی، علائم خلقی و روانی	بیماری قلبی / شروع پره اکلامپسی	<p>- بررسی روزانه فشارخون تا یک هفته</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴</p>
		کاهش یا افزایش وزن نامناسب	تغذیه نامناسب	<p>- برحسب علل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت های شایع بارداری)</p> <p>- در صورت وجود علائم روانی: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص تغذیه</p>
				<p>- بررسی وضعیت تغذیه ای مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از ۲ هفته تا یک ماه در صورت عدم اصلاح وزن گیری</p>

پ ۱۴ - حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

حاملگی طول کشیده

ارزیابی

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص	سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به متخصص - در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین و یا تایید مرگ جنین با سونوگرافی: ارجاع فوری 	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۱ و یا بالاتر	<p>تعیین کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - سن بارداری با توجه به LMP و سونوگرافی ۱۲ هفته اول (در صورت وجود) - صدای قلب جنین

مشکلات پوستی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - بررسی مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثورات ماکول و پاپول مرکز مدیریت بیماریهای واگیر 	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخجه)	بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	نیمه اول و دوم بارداری	<p>سؤال کنید: آبریزش از بینی، خارش پوست</p> <p>تعیین کنید: درجه حرارت</p> <p>معاینه کنید: شکل و نوع ضایعه پوستی</p>
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع غیر فوری به متخصص پوست 	بیماری خونی، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وریکول، پاپول، پوسچول		
<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده - تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت تا یک هفته) - در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان 	کلستانز بارداری	خارش پوستی (بیشتر در اواخر بارداری) به ویژه کف پا		

پ ۱۵- اختلال روان / همسر آزاری

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
احساس بی‌زاری از زندگی، تفکر خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی‌قراری شدید، ناامیدی، خشونت	افکار خودکشی، اقدام به خودکشی	<p>- در صورت اقدام به خودکشی و جراحی: اقدامات درمانی برای جراحی یا مسمومیت ایجاد شده و ارجاع فوری به بیمارستان</p> <p>- در صورت اقدام به خودکشی بدون مشکل جسمی: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>- احتیاط‌های لازم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وسایل خطرناک را که ممکن است با آن‌ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید. • در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید. • فرد را تنها نگذارید. • برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید. <p>- پیگیری منظم انجام دهید.</p>
دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک‌پذیری و پرخاشگری	پرخاشگری	<p>- در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت ناتوانی در کنترل بیمار حین ارجاع: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی‌گرمی و آمپول بی‌پریدین ۵ میلی‌گرمی</p> <p>- در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و پیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه‌های متخصص</p>
خجالتی بودن شدید و اضطراب در محیط‌های اجتماعی، نگرانی در مسائل متعدد، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی	اختلال اضطراب منتشر/ پانیک/ اضطراب اجتماعی	<p>- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان</p> <p>- در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالت‌های متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غیر دارویی و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>
وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت‌های ذهنی، اختلال در روند زندگی یا کارکرد شغلی	اختلال وسواسی-جبری	
تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یادآورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی	اختلال استرس پس از سانحه	

ارزیابی

سئوال کنید:

احساس بی‌زاری از زندگی، تفکر خودکشی، نگرانی زیاد و بی‌تناسب با مورد، حملات اضطرابی، وسواس به انجام افعال تکراری مانند دست شستن

بررسی کنید:

عدم برقراری ارتباط، بی‌قراری شدید، ناامیدی، خشونت

پ ۱۵- اختلال روان / همسر آزاری (ادامه)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<p>- در صورت احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت نبود علائم خودکشی و پرخاشگری و عدم ارزیابی بیمار توسط روانپزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت نبود علائم خودکشی و پرخاشگری و ارزیابی بیمار توسط روانپزشک (تشدید یا عود بیماری قبلی):</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش به فرد و مراقبین وی • اطمینان از اجرای درست دستورات دارویی • در صورت عدم پاسخ به درمان، افزایش دوز دارو یا تغییر آن • ایجاد امیدواری واقع بینانه و خوش بینی <p>- برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان</p> <p>- در صورت امتناع از خوردن دارو و یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p> <p>- آموزش خطرات موجود برای مادر و کودک و عود سایکوز (به خصوص در صورت قطع یا تغییر دارو) به مادر و خانواده و پیگیری منظم</p>	سایکوز	<p>هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، کاهش ارتباط اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)</p>
<p>- در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، شدید بودن بیماری و نیاز به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان درمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی، پایش پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه در سایر موارد:</p> <p>- اجتناب از تجویز داروهای ضدافسردگی در حاملگی تا حد امکان</p> <p>- عدم درمان شکایات فرد با درمان های بی اثر (مانند ویتامین‌ها)</p> <p>- آموزش به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم</p>	اختلال دو قطبی	<p>سرخوشی یا تحریک پذیری بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت وانرژی زیاد، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان‌آور با پیامدهای بالقوه خطرناک (رانندگی بی مهارت، رفتارهای جنسی نسنجیده، ولخرجی)</p>
<p>- در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>- در صورت سابقه دوره‌های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، شدید بودن بیماری و نیاز به درمان دارویی، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان درمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی، پایش پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه در سایر موارد:</p> <p>- اجتناب از تجویز داروهای ضدافسردگی در حاملگی تا حد امکان</p> <p>- عدم درمان شکایات فرد با درمان های بی اثر (مانند ویتامین‌ها)</p> <p>- آموزش به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم</p>	افسردگی	<p>خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز، آرزوی مرگ، افکار خودکشی یا اقدام به آن</p>
<p>همسر آزاری بدون علائم آسیب فیزیکی و یا صرفاً سابقه آن:</p> <p>- برقراری ارتباط مناسب با مادر (در قسمت تعاریف بارداری)</p> <p>- در صورت تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، فاکتورهای خطر و ...): ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>در صورت وقوع همسر آزاری به همراه آسیب فیزیکی به مادر یا جنین:</p> <p>- کنترل علائم حیاتی و در صورت وجود علائم شوک: اقدام طبق پ ۱</p> <p>- سمع قلب جنین و در صورت اختلال در صدای قلب جنین: اقدام طبق پ ۱۰</p> <p>- درمان آسیب های غیر مامایی مانند زمان غیر بارداری در صورت نیاز</p> <p>- ارجاع فوری به متخصص مربوط با توجه به نوع آسیب</p>	همسر آزاری	<p>خشونت جسمی: مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو</p> <p>خشونت روانی: انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.</p>

ارزیابی

سؤال کنید :

احساس غم، احساس عدم لذت از سرگرمی های معمول (در دو هفته اخیر)، خشونت جسمی یا روانی همسر

پ ۱۶ - تفسیر نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی در بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کومبس غیرمستقیم مثبت	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان
HIV مثبت	آلودگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به آلودگی به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
VDRL مثبت	STI، احتمال مثبت کاذب: بیماری‌های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس
نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی	مول، حاملگی خارج از رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری جنین، چندقلویی، پلی یا الیگوهایدرآمیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجر، مرگ جنین و ...	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش: اقدام طبق پ ۳ تا پ ۶ - در صورت نبود علامت فوق: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری
پلاکت کمتر از ۱۵۰ هزار	پره اکلامپسی، خونریزی، دکلمان، آمبولی، آنمی همولیتیک، لوپوس، سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید	<ul style="list-style-type: none"> - تکرار آزمایش - در صورت شک به پره اکلامپسی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در غیر این صورت: ارجاع غیر فوری
TSH غیر طبیعی سه ماهه: اول: بیشتر از ۳/۹ و کمتر از ۰/۲ $\mu\text{IU/ml}$ دوم: بیشتر از ۴/۱ و کمتر از ۰/۵ $\mu\text{IU/ml}$	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۱۷
HbsAg مثبت	هیپاتیت ب	اقدام طبق پ ۱۷
هموگلوبین: کمتر از ۱۱ گرم درصد (سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد) لام محیطی: میکروسیت و هیپوکرومیک کاهش MCV و MCH آهن سرم: کمتر از ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر فریتین سرم: کمتر از ۱۵-۱۰ گرم در دسی لیتر	آنمی	اقدام طبق پ ۱۲
MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷	تالاسمی مینور	بررسی همسر از نظر تالاسمی و در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از اندکس‌ها: ارجاع در اولین فرصت به مرکز مشاوره ژنتیک
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: درمان مطابق با جواب آزمایش - رایج توصیه‌های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت‌های ادراری)

پ ۱۶ - تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: توصیه های بهداشتی طبق ح ۸
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵	پره دیابت	- ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت بارداری) - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی - توصیه به تکرار آزمایش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد. در صورت طبیعی بودن نتیجه آزمایش (FBS کمتر از ۹۳ و قند دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۲۰)، ادامه مراقبت ها و در غیر این صورت ارجاع به متخصص زنان
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد - در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع به متخصص داخلی
FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۸-۲۴): FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳	دیابت بارداری	ارجاع به متخصص زنان یا متخصص مربوطه
غربالگری جنین (سه ماه اول) هفته ۱۱-۱۳	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)	نیاز به غربالگری دوم نیست.
در معرض خطر	در معرض خطر از نظر ناهنجاری جنین	- درخواست غربالگری جنین کوادمارکر در سه ماهه دوم (۱۷-۱۵) - تاکید به انجام در همان آزمایشگاه
پرخطر	پر خطر از نظر ناهنجاری جنین	ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمניوسنتز یا CVS)
غربالگری جنین (سه ماه دوم) هفته ۱۵-۱۷	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)	--
پر خطر	پر خطر از نظر ناهنجاری جنین	ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمניوسنتز یا CVS)

OGTT: آزمون تحمل یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی

غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه اول: دو آزمایش خون Free BHCG, PAPP-A و سونوگرافی جنین از نظر اندازه گیری NT

غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون Free BHCG, AFP, uE₂, Inhibin A

پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۱۷) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک متخصص است. داروهایی که منع مصرف در بارداری دارند، در راهنمای ح ۱۱ اشاره شده است. در صورتی که مادر از این داروها مصرف می کند، هنگام ارجاع مادر به پزشک متخصص، نوع داروی مصرفی را یادآور شوید.

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ آرتريت روماتوئيد	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۲ آسم	- تشدید بیماری در یک سوم بیماران، افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس - در حمله آسم، جنین زودتر از مادر دچار هیپوکسی می شود.	- مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص - در صورت حمله آسم: ارجاع فوری و اقدام طبق پ ۷
۳ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	- توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان
۴ ايدز / HIV+	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری - ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته ۲۸ بارداری: ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - آموزش عدم شیردهی نوزاد پس از زایمان
۵ بیماری قلبی	- افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تاخیر رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبی جنین، مرگ مادر - احتمال افزایش مورتالیتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی - تأکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری و خطرات احتمالی بارداری برای مادر و جنین - توصیه به کاهش فعالیت های بدنی، رژیم غذایی و محدودیت سدیم در نارسایی قلبی - درمان به موقع عفونت ها و آنمی - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) - درمان پروفیلاکتیک علیه آندوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی - تأکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع به متخصص عفونی برای تزریق یک نوبت واکسن پنوموکوک پلی ساکارید در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن در صورت نیاز - تزریق واکسن آنفلوانزا ترجیحاً قبل از بروز فصل بیماری و بدون توجه به سن بارداری - در صورت درد قفسه سینه و یا کلاس ۳ و ۴ قلبی: ارجاع فوری
۶ بیماری های 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 در اولین فرصت به متخصص مربوط
۷ بیماری های مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار - افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان

پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۸ پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی مازول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
۹ پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد
۱۰ پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، بررسی پروتئین و کراتی نین و باکتری ادرار - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۱ تالاسمی مینور	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تصمیم گیری در مورد تجویز معمول مکمل آهن پس از اندازه گیری فریتین سرم - در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم درصد نزدیک ترم باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع در اولین فرصت (نیمه اول بارداری) به مرکز مشاوره ژنتیک جهت بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور
۱۲ ترومبو آمبولی (سابقه) / ترومبوفیلی	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع درمان دارویی در صورت نیاز
۱۳ تورچ	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- در صورت شک به ابتلا مادر: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم برای ادامه بارداری
۱۴ دیابت	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان برای تبدیل و یا شروع انسولین و دریافت پسخوراند از متخصص در مورد ادامه مراقبت های بارداری مادر - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارایه توصیه تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت) - در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی: درمان مانند زمان غیر بارداری - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴
۱۵ سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات	- درمان مانند سایر زمان غیر بارداری با توجه به دو نکته زیر: الف) منع تجویز آمپول استرپتومایسین در بارداری به دلیل عوارض شنوایی برای جنین ب) تجویز پیریدوکسین (ویتامین B6) از ابتدای درمان به منظور پیشگیری از نوروپاتی محیطی ناشی از ایزونیازید
۱۶ سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

پ ۱۷ - بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱۷ صرع	افزایش بروز حملات صرعی، پره اکلامپسی، افسردگی پس از زایمان، احتمال ناهنجاری های مادرزادی جنین	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو - تأکید به دریافت منظم مراقبت ها در بارداری - تأکید بر تداوم درمان در بارداری - تأکید به انجام سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۸-۱۶ بارداری - در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیر بارداری
۱۸ کم کاری تیروئید	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
۱۹ لوپوس	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولی، مرگ مادر	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵
۲۰ مالتیپل اسکروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۲۱ میگرن	احتمال بهبود در بارداری	- منع مصرف ارگوتامین - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مربوط - در صورت حمله میگرن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت
۲۲ ناهنجاری های 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	- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در صورت فلج پا یا استفاده از صندلی چرخ دار: ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۳ ناهنجاری های دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار ...)	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
۲۴ 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 مربوط

پ ۱۸ - سایر موارد خطر در بارداری فعلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان)، بیماری تکرار شونده در بستگان	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک در صورت سابقه NTD در نوزاد: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری
۲ بارداری همزمان با IUD	افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم	<ul style="list-style-type: none"> - معاینه واژینال با اسپکولوم - خارج کردن IUD در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری - آموزش علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب، درد شکم) در صورت باقی ماندن IUD - درخواست سونوگرافی و بررسی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم و ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت حاملگی خارج رحم
۳ بارداری پنجم و بالاتر	افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴ - توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان
۴ بارداری زیر ۱۸ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آتمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن	ارائه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادر باردار و شیرده
۵ بارداری بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آتمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴ - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و همچنین ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵
۶ بارداری با قرص پروژسترونی قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	<ul style="list-style-type: none"> - در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری - در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین 	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری - قطع مصرف قرص لاینسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی - خارج کردن کاشتنی ها
۷ بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان
۸ تروما (تصادف، خشونت فیزیکی)	جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها، زایمان زودرس، مرگ جنین	<ul style="list-style-type: none"> - شنیدن صدای قلب جنین و سوال در مورد درد شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اقدام طبق هر مورد - در صورت ضربه شدید به شکم ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان

پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۹ چندقلویی	افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه) - تجویز مکملهای دارویی به صورت ۲ عدد قرص آهن در روز - انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار - بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - تأکید بر انجام سونوگرافی برای تعیین نوع چند قلویی - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴ - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری
۱۰ حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	<ul style="list-style-type: none"> - حمایت روانی مادر و خانواده برای ادامه بارداری ایمن - در صورت پیشنهاد مادر به سقط: آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی و اقدام طبق پ ۳
۱۱ رفتار پر خطر	امکان ابتلا به ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۱۲ سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	<ul style="list-style-type: none"> - گرفتن شرح حال دقیق - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری - اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم
۱۳ شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> - توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر و تغییر وضعیت در فواصل انجام کار
۱۴ شیردهی همزمان با بارداری	افزایش احتمال مشکلات تغذیه ای و آنمی	<ul style="list-style-type: none"> - ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۲۰ بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوار) و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی - تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده - در موارد تهدید به سقط: قطع موقت شیردهی تا رفع علائم - تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن
۱۵ فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	افزایش احتمال آنمی، پارگی زودرس کیسه آب، وزن کم هنگام تولد نوزاد، تاخیر رشد داخل رحمی، نقص لوله عصبی جنین	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده - (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)

پ ۱۸ - سایر موارد خطر در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱۶	مصرف الکل افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی	<p>- آموزش عدم مصرف الکل</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص روان پزشک در صورت عدم توانایی در ترک</p>
۱۷	مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک افزایش احتمال آنمی، 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 - تأثیر بر نوزاد: آسم، کولیک نوزادی، سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت	<p>- توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)</p> <p>- توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴</p> <p>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری به متخصص در صورت نیاز به درمان</p> <p>در صورت مصرف مواد افیونی و محرک:</p> <p>- ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات</p> <p>- بررسی علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی هم زمان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت معرفی به مراکز ترک اعتیاد در سه ماهه اول (درمان جایگزین با متادون)</p> <p>- اگر مادر شخصاً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید.</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی</p> <p>- در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم: برقراری راه وریدی، باز کردن راههای هوایی، تجویز نالوکسان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری</p>
۱۸	ناسازگاریهای خونی (ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر) احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی	<p>- پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۲۰-۲۴ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان</p> <p>- در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیر مستقیم: تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته ۲۸ بارداری</p> <p>- تأکید بر تزریق آمپول رگام (به غیر از هفته ۲۸ بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز)</p> <p>- در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۹	نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر) افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولی	<p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (میثت نمایه توده بدنی)</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴</p> <p>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</p>

پ ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ آتونی (اینرسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲ پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر (فشارخون بالا، تاری دید، سوزش سر دل، سردرد)
۳ جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت سابقه دکلمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس - در صورت سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۳-۳۱ بارداری و در صورت تایید، ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۳۶-۳۴ بارداری در بیمارستان مجهز
۴ جراحی روی رحم	احتمال چسبندگی جفت	- تأکید به انجام سونوگرافی برای تعیین وضعیت و محل جفت در سه ماهه دوم بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تعیین نوع زایمان
۵ چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده
۶ دیابت بارداری	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام آزمایش و توجه به نتیجه آن
۷ زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته ۴۱ بارداری
۸ زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارایه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
۹ زایمان سخت / زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی
۱۰ سزارین تکراری	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تأکید بر عوارض سزارین تکراری - تأکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت - امکان انجام زایمان واژینال بعد از یک بار سزارین در صورت وجود شرایط مناسب - ارجاع غیر فوری به متخصص در هفته ۳۶ بارداری برای تعیین زمان سزارین
۱۱ مول کمتر از یک سال / دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
۱۲ نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای - توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث سوء تغذیه) - تأکید در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش) - در صورت بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
۱۳ نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان - در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ت- مراقبت های معمول زایمان و

بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت

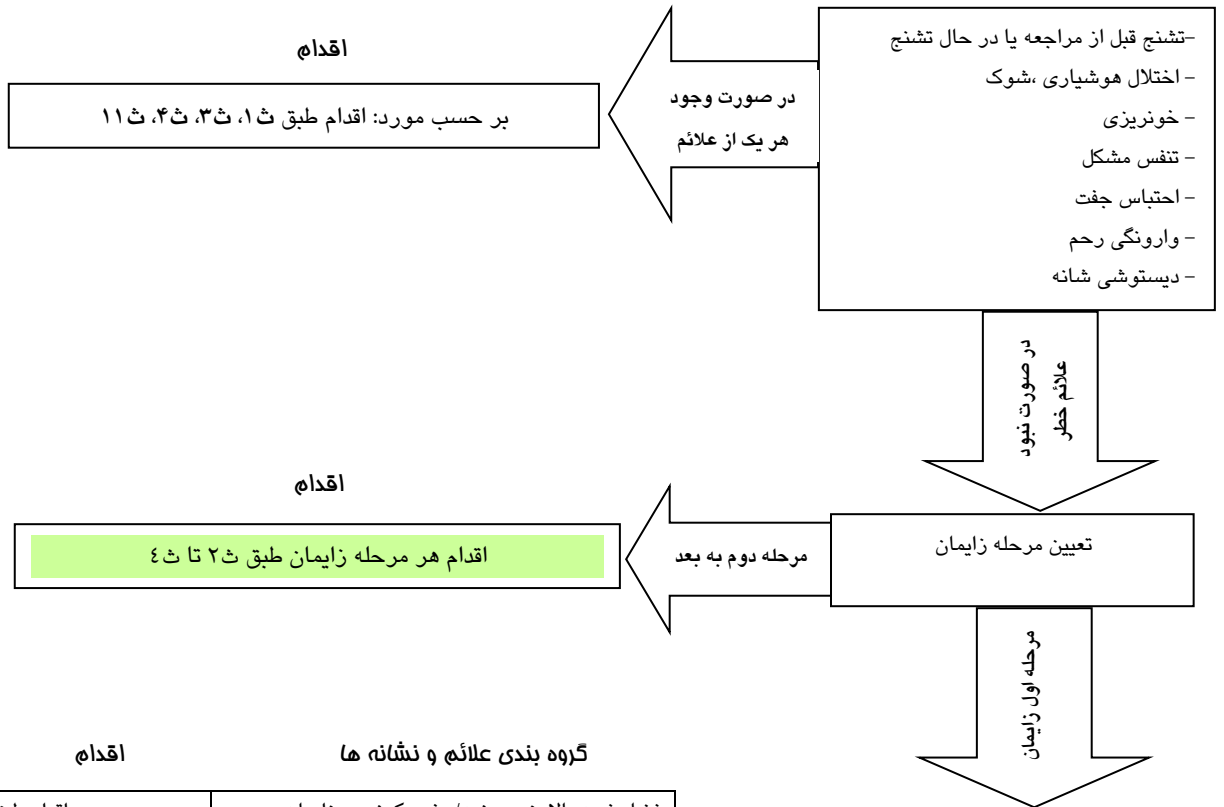
(در واحد های تسهیلات زایمانی و منزل در صورت لزوم)

صفحه	عنوان
	ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان
	ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان
	ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان
	ت ۴- مراقبت های ۶ سال اول پس از زایمان
	تعاریف مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت

ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات راهنمای ح ۷ توجه کنید

ابتدا علائم فطر فوری را بر مسب مرحله زایمان ارزیابی کنید:



ارزیابی اولیه

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۲، ت ۵ تا ۹	فشارخون بالا، زجرجنین/ دفع مکونیوم، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب، پرولاپس بندناف، نمایش غیرطبیعی
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۲	بیماری ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۰	چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از ۴۰، جنین ناهنجار، مصرف مواد افیونی و محرک، الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، ارهاش منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، هیپاتیت/ HBSAg مثبت، هرپس ژنتال، ضایعات لو، ابعاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمنیوس
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۳	<u>سوابق بارداری و زایمان قبلی:</u> زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آتونی، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیش از ۴۰۰۰ گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد
بستری در اتاق درد و اقدام طبق ت ۲	طبیعی بودن همه موارد

تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان

سؤال کنید:
شروع دردهای زایمانی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، لکه بینی

کنترل و اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی، صدای قلب جنین، انقباضات رحم

معاینه کنید:
لئوپولد، چشم، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی، واژینال (وضعیت زایمان، کیسه آب، لگن)

ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی	مرحله اول زایمان
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق ث ا تا ث ۱۰</p>	<p>شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، خونریزی، پرولاپس بندناف، فشارخون بالا، تب، پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت، عدم پیشرفت زایمان، زجر جنین/ دفع مکنونیوم، چند قلبی، نمایش غیر طبیعی</p>	<p>- آماده کردن اولیه مادر و اتاق زایمان - کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف - بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم - کنترل صدای قلب جنین - اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد</p>	
<p>ادامه مراقبت تا شروع مرحله دوم زایمان و انتقال به اتاق زایمان</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان</p>		

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی	مرحله دوم زایمان
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق ث ا تا ث ۱۰</p>	<p>شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، تب، خونریزی، دیستوشی شانه، زجر جنین، عدم پیشرفت زایمان، چندقلویی، نمایش غیر طبیعی</p>	<p>- آمادگی برای زایمان (مادر، ماما، وسایل) - بستری در اتاق زایمان - کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین - اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد</p>	
<p>- تزریق داروی بی حسی موضعی و انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز - انجام مانورهای زایمانی برای خروج سر نوزاد - خارج کردن کامل نوزاد</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد و پیشرفت مناسب زایمان</p>		

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی اولیه	مرحله دوم زایمان
<p>- کلامپ و بریدن سریع بندناف - احیاء طبق خ ۱</p>	<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، آغشته بودن به مکنونیوم، تون عضلانی نامناسب، سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته</p>	<p>- ترم بودن بارداری - شفاف بودن مایع آمنیوتیک - تنفس یا گریه کردن - تون عضلانی</p>	
<p>- فراهم کردن گرما - پاک کردن راه های هوایی (ترشحات دهان و بینی) - خشک کردن بدن - کلامپ و بریدن بندناف</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>		

ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	- تزریق اکسی توسین (در صورت نبود قل دیگر)
	- بررسی روند جدا شدن جفت
	- انجام مانورهای خروج جفت
	- بررسی جفت، پرده ها و بندناف
	- اطمینان از جمع بودن رحم

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۳، ۱۱، ۲ ح	خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، وارونگی رحم
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	- تعویض دستکش
	- کلامپ بندناف
	- الصاق برچسب هویت
	- تمیز کردن چشم ها و بدن
	- قرار دادن نوزاد روی سینه
	- مادر برای تماس پوست با پوست و شروع شیردهی
	- پوشاندن بدن نوزاد
	- اطمینان از گرم بودن اتاق
	- ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
احیاء طبق خ ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

مرحله سوم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	- بررسی حال عمومی
	- کنترل علائم حیاتی
	- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم
	- بررسی کانال زایمانی و میزان و نوع پارگی

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱ تا ت ۳، ت ۱۰، ۱۱، ۲ ح	شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل، تب، هماتوم، پارگی درجه ۳ و ۴، فشارخون بالا، پارگی رحم
- ترمیم محل پارگی و یا محل برش در صورت نیاز - آماده کردن مادر برای استراحت در اتاق پس از زایمان	طبیعی بودن همه موارد

مرحله چهارم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	- اطمینان از گرم بودن نوزاد و مناسب بودن دمای اتاق
	- ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
احیاء طبق خ ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
پوشاندن بدن و سر نوزاد با لباس و کلاه و پیچیدن او در پتو و گذاردن در آغوش مادر و یا استفاده از گرم کننده تابشی	سرد بودن پاها
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق ث ۱ تا ث ۳، ث ۱۰، ث ۱۱، ح ۲</p>	<p>شوک / اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار</p>	<p>مادر</p> <ul style="list-style-type: none"> - بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش طبق عناوین فرم زایمان و آرایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز - توصیه به مصرف مواد غذایی - تشویق مادر به شیردهی انحصاری - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - ترخیص پس از ۶ ساعت 	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>	

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق خ ۲ تا خ ۵ و آخرین خانه زیر</p>	<p>نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد</p>	<p>نوزاد</p> <ul style="list-style-type: none"> - برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی: تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، - ارزیابی سن بارداری و اندازه های نوزاد
<p>احیاء طبق خ ۱</p>	<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p>	
<p>- در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد</p> <p><u>اقدامات پیش از ارجاع</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - فراهم کردن گرما - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق خ ۲ 	<p>سرد بودن نوزاد</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول - تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق د ۱ - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص 	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>	

۶ ساعت اول پس از زایمان

تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی (به ترتیب حروف الفبا)

ارزیابی اولیه

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

احتباس جفت: باقی ماندن کامل جفت یا تکه ای از آن در رحم

احیاء: در صورت نیاز به احیاء نوزاد، طبق راهنمای احیاء اقدام کنید.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی، تنفس مشکل، احتباس جفت، وارونگی رحم، دیستوشی شانه) بررسی کنید.

اعتیاد یا وابستگی: بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دست یابی به علائم مصرف آن ماده است؛

- پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛

- تمایل دائم و تلاشهای ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت هر انقباض بررسی کنید.
نکته: مادر را با هر نوع انقباضات ریتمیک رحم بستری کنید.

منظور از انقباضات تتانیک رحمی، انقباضاتی است که حداقل یکی از شرایط زیر را داشته باشد:

- مدت زمان یک انقباض (duration) ۲ دقیقه یا بیشتر طول بکشد و یا مدت زمان انقباضات طبیعی است اما فاصله بین دو انقباض (interval) یک دقیقه یا کمتر است.

- تعداد انقباضات طی ۱۰ دقیقه، ۵ بار یا بیشتر است.

- انقباضات رحمی مداوم و بدون فاصله است.

پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل. معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم است. بنابراین با توجه به پاسخ مادر در مورد پارگی یا سلامت کیسه آب، وضعیت آن را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، مایع آمنیوتیک باید بی رنگ و شفاف باشد. به منظور اطمینان از سلامت کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

روش اول: در صورتی که مادر در فاز زایمانی نیست، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مایع با یا بدون ورنیکس یا احیاناً مکنونیوم مشاهده شد، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، از مادر بخواهید سرفه کند یا کمی زور بزند تا خروج مایع مشاهده شود.

روش دوم: در صورت امکان استفاده از نیتراژین تست برای تعیین PH است.

روش سوم: یک پارچه تمیز یا نوار 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)

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

تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال «فرم مراقبت زایمان» را تکمیل کنید:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری ها اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی، هیپرتیروئیدی و...)، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، ضایعات ناحیه تناسلی، ناهنجاری اسکلتی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، سیفلیس

- تاریخچه بارداری: سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، وضعیت زایمان

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، مصرف مواد افیونی و محرک، رفتارهای پر خطر

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تعیین مرحله زایمان: با بررسی وضعیت مادر مرحله زایمانی وی را مشخص کنید:

- مرحله اول: از شروع دردهای واقعی زایمان تا دیلاتاسیون کامل
- مرحله دوم: از دیلاتاسیون کامل تا خروج کامل نوزاد
- مرحله سوم: از خروج کامل نوزاد تا خروج کامل جفت
- مرحله چهارم: از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از زایمان

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

نکته: در صورت وجود خونریزی بیش از نمایش خونی (Bloody Show)، به دلیل احتمال جفت سرراهی، از معاینه مهبل خودداری کنید.

دردهای زایمان: تشخیص دردهای واقعی از کاذب در این مرحله اهمیت دارد. مشخصات انقباضات واقعی عبارتند از:

- در فواصل منظم اتفاق می افتد و فواصل بتدریج کوتاه می شود؛

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

دمای اتاق زایمان: دمای مناسب اتاق زایمان ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد است.

دستوشی شانه: عدم خروج شانه ها پس از گذشت ۶۰ ثانیه از خروج سر نوزاد

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون در

مادر و همسر

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی قبل از ۳۶ هفته و ۶ روز

زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا بوسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۲ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و

۱۰ سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر

و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر

و بی قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: در پایان انقباض به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد آن را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰

بار در دقیقه است.

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

• در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا

فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری

فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۹۰/۶۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه 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.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک 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 مهبل خودداری کنید.

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت بخوابانید و مانورهای لئوپولد را به شرح زیر انجام دهید:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می شود که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی هائی لمس می شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

مانور سوم: در این مانور نیز به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد در کنار تخت ایستاده و انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید. چنانچه سر جنین در داخل لگن قرار نگرفته باشد، یک جسم قابل حرکت که همان سر جنین است، لمس می شود.

مانور چهارم: برای انجام این مانور، طوری قرار بگیرید که نگاه شما به طرف پاهای مادر باشد. سپس با نوک سه انگشت اول هر دست، فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن وارد کنید. چنانچه سر جنین در پائین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم گرد برخورد می کند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن می شود. با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص می گردد.

مرده زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

نکته: دوره پری ناتال از شروع هفته ۲۲ بارداری تا انتهای روز ۲۸ پس از تولد است.

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

معاینه شکم (لئوپولد): با انجام مانورهای لئوپولد، قرار و نمایش و وزن جنین را تخمین بزنید.

معاینه واژینال: مادر را به منظور تعیین وضعیت دهانه رحم (دیلاتاسیون و افاسمان)، نمایش، پوزیشن و نزول سر جنین و وضعیت کیسه آب معاینه واژینال کنید و حین معاینه به وضعیت لگن از نظر شرایط انجام زایمان طبیعی نیز توجه نمایید.

معاینه لگن: به منظور تخمین شرایط مادر برای انجام زایمان واژینال، به شرح زیر معاینه لگن انجام دهید:

(۱) بررسی وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکل‌های محسوس مانند راشیتیس، فلج بودن، اسکولیوزیس و وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

- قوس پوبیس (با زاویه ۹۰ تا ۱۰۰ درجه، گرد و پهن باشد)

- انحناى ساکروم (به سمت جلو یا عقب شیب نداشته باشد)

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی ایسکیوم

- نبود ناهنجاریها، تنگی و توده ها، ...

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یکسال نزدیکی بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری

وارونگی رحم: بیرون آمدن رحم از واژن پس از تولد نوزاد (قبل یا بعد از خروج جفت) به گونه ای که مخاط داخلی از دهانه رحم خارج شده و قابل مشاهده باشد.

وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی: پرینه و ولو را از نظر وجود ضایعات هرپس، رگ های واریسی و توده ها بررسی کنید.

مرحله اول زایمان (از شروع دردهای واقعی زایمان تا دیلاتاسیون کامل):

آماده کردن اولیه مادر: برای مادر اقدامات زیر را انجام دهید:

کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)، تعویض لباس، ممانعت از مصرف مواد غذایی جامد، مصرف مایعات، توصیه به مادر برای ادرار کردن هر ۲ ساعت (تخلیه مثانه)، توصیه به مادر جهت قرار گرفتن در وضعیت راحت و آماده کردن مادر از نظر روحی و روانی برای زایمان، گرفتن رگ هپارینه و وصل کردن سرم (در صورت نیاز)

آماده کردن اتاق زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زایمان و پس از زایمان (۲۸-۲۵ درجه سانتی گراد)، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان، ست احیاء نوزاد، کیسول اکسیژن، ساکشن و ...

اداره درد زایمان با روش های غیر دارویی کاهش درد: استفاده از یک یا چند مورد از روش های غیر دارویی کاهش درد در مراحل اول و دوم زایمان با کمک همراه آموزش دیده برای مادر می باشد. این روش ها شامل ماساژ، آب درمانی، گرما درمانی، سرما درمانی، رایحه درمانی، تکنیک های تنفسی، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت و تغییر وضعیت است.

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

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و قدرت هر انقباض بررسی کنید.

نکته ۱: در فاز نهفته هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و در فاز فعال هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه، انقباضات رحم را کنترل کنید.

نکته ۲: مدت فاز نهفته را ۸ ساعت در نظر بگیرید.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه واژینال، میزان باز و نرم شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون و افسمان) و نزول سر جنین را بررسی کنید.

نکته ۱: برای تعیین میزان پیشرفت زایمان از زمان شروع فاز فعال از پارتوگراف استفاده کنید.

نکته ۲: در زنان چندزا ممکن است در فاز فعال، نزول سر جنین دیرتر اتفاق افتد.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۳۰ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.

علائم حیاتی: در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر ۱ ساعت و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید.

فاز فعال: از باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان ۳ تا ۴ سانتیمتر تا باز شدن کامل دهانه رحم (۱۰ سانتیمتر)

فاز نهفته: از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان ۳ تا ۴ سانتیمتر

وضعیت کیسه آب: در صورت عدم پارگی کیسه آب در زمان پذیرش مادر، وضعیت آن را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، مایع آمنیوتیک باید بی رنگ و شفاف باشد.

نکته: در صورتی که مادر با پارگی کیسه آب بستری شده است، به مدت زمان پارگی توجه کنید.

مرحله دوم زایمان (از دیلاتاسیون کامل تا خروج کامل نوزاد):

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

مادر: قرار دادن در وضعیت مناسب (مادر را به وضعیت های upright مانند چمباتمه یا نشستن روی صندلی، ایستاده، خوابیده به پهلو یا نیمه نشسته تشویق کنید)، آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان، شستشوی پرینه و ولو، پوشاندن مادر با شانهای استریل، اطمینان از باز بودن رگ

عامل زایمان: به مدت ۲ دقیقه دست ها را بشوئید. لباس های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش بند، دستکش، عینک، چکمه) را بپوشید.

وسایل زایمان: ست زایمان (۱ عدد قیچی صاف، قیچی اپی زیاتومی ۱ عدد، پنس هموستات ۲ عدد، ۴ عدد شان، گالی پات یک عدد، گاز و پنبه، گان، دو تا سه حوله تمیز و نرم برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد) را باز کنید، کلامپ بند ناف (دو عدد)، مواد ضد عفونی کننده و داروی بی حسی را در دسترس قرار دهید. در صورت داشتن سرم، از برقراری آن مطمئن شوید.

وسایل احیاء نوزاد را به شرح زیر کنترل کنید:

۱- پوار، دستگاه ساکشن با کاتترهای شماره ۵F یا ۶F، ۸F، ۱۰F یا ۱۲F

۲- گرم کننده تابشی

۳- سه عدد حوله که از قبل گرم شده باشد (حوله ها باید نافذ آب، نرم، با اندازه ۵۰*۵۰ سانتی متر باشد).

۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

۵- لارنگوسکوپ (با تیغه های صاف) شماره یک و صفر و لوله های داخل نای شماره ۲/۵، ۳، ۳/۵ و ۴ میلی متر

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره ۸ F

۷- سرنگ و سرسوزن های مختلف، نوار چسب

۸- داروها (اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰، بی کربنات سدیم ۴/۲٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی گرم در میلی لیتر، نرمال سالین)

اپی زیاتومی: در صورت نیاز به اپی زیاتومی زمان مناسب، وقتی است که قطری از سر جنین به ناحیه پرینه فشار آورده به طوری که پوست پرینه نازک و رنگ آن سفید می شود.

پاک کردن راه های هوایی: ترشحات دهان و بینی نوزاد را با گاز تمیز کنید. نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن نیست مگر در مواردی که ترشحات مانع تنفس نوزاد شود.

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه واژینال، وضعیت نزول سر جنین را بررسی کنید.

نکته: زمان انتظار مرحله دوم زایمان (در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادرو ضربان قلب جنین) را در مولتی پار ۲۰ دقیقه و در نولی پار ۵۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تزریق داروی بی حسی موضعی: پیش از انجام اپی زیاتومی، ۱۰ سی سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام اپی زیاتومی مدیولترال تزریق نمایید.

تنفس نوزاد: در حال خشک کردن، نوزاد را از نظر تنفس خوب و بدون ناله ارزیابی کنید.

خارج کردن کامل نوزاد: با انجام مانور، نوزاد را خارج کنید.

خشک کردن بدن نوزاد: نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. حوله های خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با حوله های خشک و گرم بپوشانید.

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۱۵ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۵ دقیقه کنترل کنید.

فراهم کردن گرما: نوزاد را در حوله از پیش گرم شده و یا زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.

کلامپ و بریدن بندناف: ۱۲۰ - ۳۰ ثانیه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.

مانورهای زایمان برای خروج سر نوزاد: با انجام مانورهای زایمانی و مانور کنترل پرینه، سر نوزاد را خارج نمایید.

مرحله سوم زایمان (از خروج کامل نوزاد تا خروج کامل جفت):

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق زایمان ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد است.

بررسی جفت و پرده ها و بندناف: پس از خروج، قسمت های مختلف جفت و پرده ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. مقطع بندناف را از نظر وجود ۳ رگ خونی بررسی کنید.

پوشاندن بدن: بدن نوزاد را با لباس و سر او را با کلاه بپوشانید.

تزریق اکسی توسین: یک دقیقه پس از تولد نوزاد، در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۲۰ واحد اکسی توسین داخل ۱ لیتر سرم یا ۱۰ واحد عضلانی تزریق کنید.

تمیز کردن چشم ها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. اگر نوزاد خونی یا مکنونیومی است، با حوله ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید. چشمها را تمیز کنید. در صورت ابتلای مادر به عفونت گنوکوکی (کلامیدیایی) از پماد چشمی تتراسیکلین یا قطره چشمی نیترات نقره ۱٪ استفاده کنید.

شروع شیردهی: نوزاد را برای شروع اولین شیردهی به روی سینه مادر قرار دهید. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب قند، آب) به نوزاد ندهید.

کلیپس بندناف: بندناف را به طول ۳ تا ۴ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید. **نکته:** بندناف را از نظر نشست خون بررسی کنید. هیچ ماده ای روی آن قرار ندهید و از بانداژ کردن نیز خودداری کنید.

مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت (سفت و منقبض شدن قله رحم، بلند شدن طول بند ناف، خروج ناگهانی خون) و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده ها کمک کنید.

نکته ۱: مهلت زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.

نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بدن ناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می کند.

مرحله چهارم زایمان (از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از آن):

آماده کردن مادر برای انتقال به اتاق پس از زایمان: پس از پایان مرحله سوم زایمان و ترمیم محل برش یا پارگی (در صورت وجود) ضمن شستشوی پرینه، بررسی حال عمومی، ماساژ رحم و کنترل میزان خونریزی، تعویض لباس، قراردادن مادر در وضعیت مناسب و گذاردن نوزاد در آغوش او، مادر را به اتاق پس از زایمان منتقل کنید.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

بررسی کانال زایمان: دستگاه تناسلی - ادراری را از نظر وجود پارگی ها بررسی کنید.

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

پارگی درجه ۱: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه ۲: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه ۳: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه ۴: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد زیاد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

معیار های تشخیص هماتوم:

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم

- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم

- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم

- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم

- احساس فشار به رکتوم

- کبودی محل درد

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت اول بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود دارد و یا سر یک رگ در محل برش اپی زیاتومی یا پارگی باز باشد)

نکته ۱: در زایمان واژینال، خونریزی به میزان ۵۰۰ میلی لیتر طبیعی است.

نکته ۲: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه 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 ۱۰ دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی آغشته به خون شود، علامت خطر است.

نکته ۳: وضعیت پرینه و محل اپی زیاتومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید.

ترمیم محل برش و پارگی ها: در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی های درجه ۱ و ۲، آن را ترمیم کنید.

ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی (قیچی ساده یک عدد، سوزن گیر یک عدد، پنبست با دندان و بی دندان یک عدد، ۴ شان، گان، دستکش استریل)

کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. در یک ساعت اول پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را هر ۱۵ دقیقه یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول اندازه گیری کنید.

۶ ساعت اول پس از زایمان (از مرحله چهارم تا زمان ترخیص):

آموزش و توصیه: به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد (خونریزی شدید، تب و لرز، درد و ترشح محل بخیه، درد شکم و پهلوها)، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، زمان مناسب مقاربت، استراحت، فعالیت و ورزش، عدم مصرف الکل و مواد دخانی) و بهداشت روان (تغییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان آموزش دهید.

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می‌رسد.

بررسی وضعیت دفع ادرار: قبل از ترخیص، از دفع ادرار مادر مطمئن شوید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. میزان خونریزی را در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

نکته ۱: میزان خونریزی در ۲ ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

نکته ۲: وضعیت پرینه و محل اپی زیاتومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید.

تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی: برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید جهت مصرف هنگام درد و مکمل‌های دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

ترخیص: با در نظر گرفتن وضعیت طبیعی مادر و نوزاد، پس از ۶ ساعت مادر و نوزاد را مرخص کنید.

تزریق رگام: در صورت امکان و قبل از ترخیص، آمپول رگام را در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت پس از تعیین گروه خونی نوزاد (اگر گروه خون نوزاد مثبت باشد)، به صورت عضلانی تزریق کنید و بهتر است این تزریق را طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: در ۲ ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد، ۰٫۵ میلی گرم ویتامین ک ۱ در نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم و ۱ میلی گرم در نوزاد ۱۵۰۰ گرم یا بیشتر، به صورت عضلانی تزریق کنید. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت بار اول پس از زایمان را تعیین و تاکید کنید.

تعیین زمان و مکان مراقبت بعدی نوزاد: تاریخ و محل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت های نوزاد را تعیین و تاکید کنید.

کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه گیری کنید.

مصرف مواد غذایی: در صورتی که مادر طی یک ساعت اول پس از زایمان مشکلی ندارد، می‌تواند مایعات و مواد غذایی نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند.

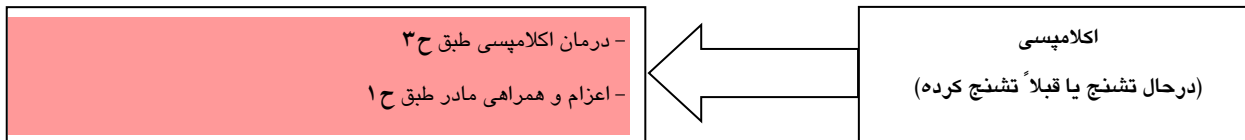
معاینه نوزاد توسط پزشک: قبل از ترخیص، پزشک باید نوزاد را بر اساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی کند.

ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)

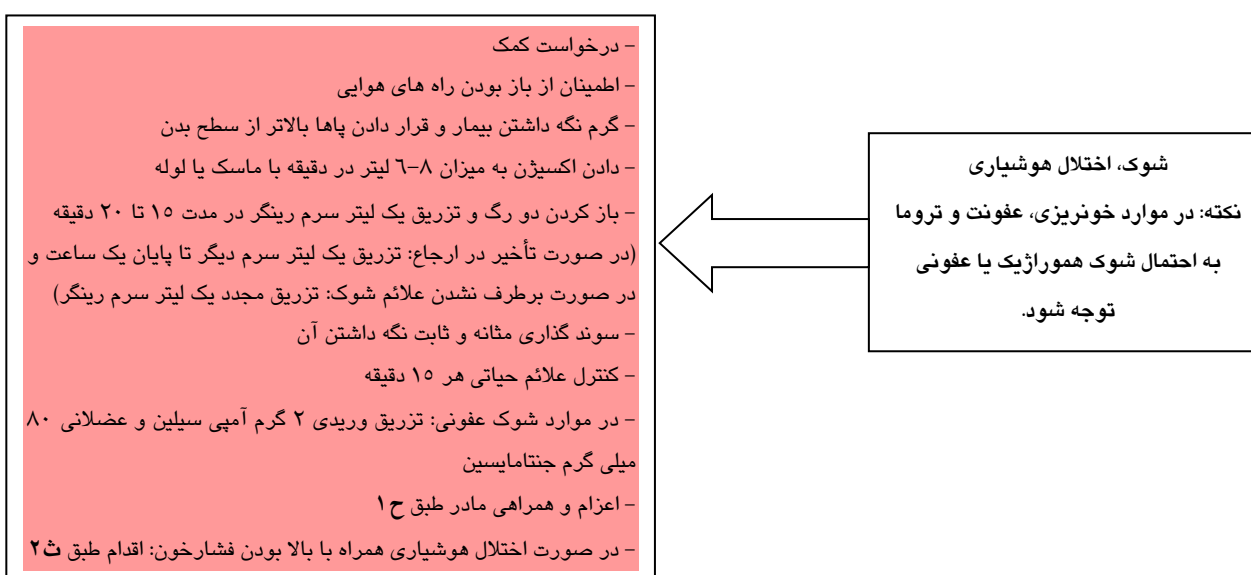
صفحه	عنوان
	ث ۱- علائم خطر فوری
	ث ۲- فشارخون بالا
	ث ۳- خونریزی
	ث ۴- عدم پیشرفت زایمان
	ث ۵- زجر جنین/ دفع مکونیوم
	ث ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس
	ث ۷- پارگی کیسه آب
	ث ۸- پرولاپس بند ناف
	ث ۹- نمایش غیر طبیعی
	ث ۱۰- سایر موارد خطر حین بارداری
	ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان
	ث ۱۲- بیماری ها
	ث ۱۳- سوابق زایمان قبلی

ث ۱- علائم خطر فوری

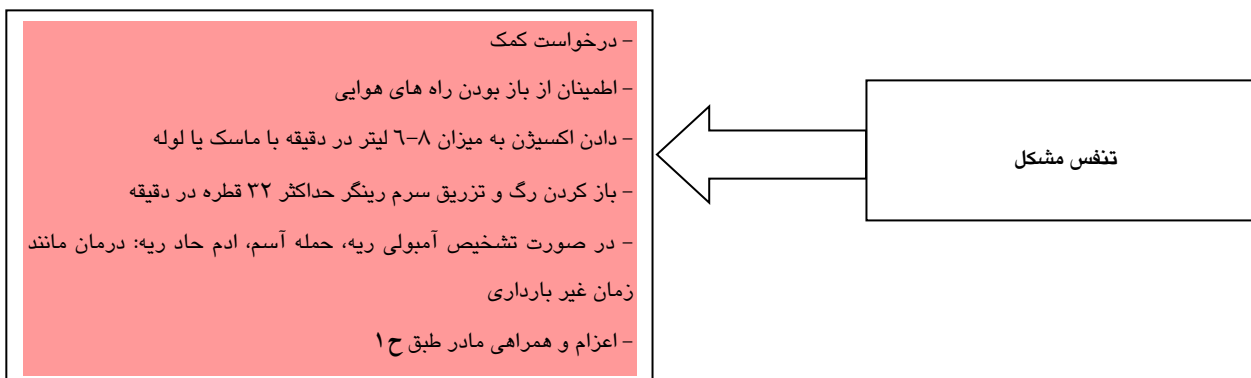
اقدام



اقدام



اقدام



نکته: شایع ترین عللی که مادر را دچار شوک عفونی می کند: پیلونفریت، کوریوآمینیونیت، دستکاری محصولات بارداری و متریت

ث ۲- فشارخون بالا

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان همراه با درمان پره اکلامپسی (تزریق سولفات منیزیوم، تزریق هیدرالازین، ...) طبق ح ۳ - گذاشتن سوند فولی در مثانه پس از خروج جفت - اطمینان از جمع بودن رحم و کنترل خونریزی طبق ح ۲ - اعزام و همراهی مادر و نوزاد* طبق ح ۱ 	پره اکلامپسی شدید	سررد، تاری دید، درد اپی گاستر، الیگوری	<p>سؤال کنید: سررد، تاری دید، الیگوری، درد اپی گاستر</p> <p>تعیین کنید: فشارخون</p>

*نوزاد مادرانی که در زمان زایمان، سولفات منیزیوم دریافت کرده اند، در معرض هیپوتونیسیتی و تأخیر در دفع مکنونیوم هستند، بنابراین ثبت دریافت سولفات منیزیوم مادر در برگ ارجاع مادر و نوزاد الزامی است.

ث ۳- خونریزی

مرمله زایمان علائم همراه تشفیمص امتمالمی اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان</p> <p>- اعزام مادر و نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>جدا شدن زودرس جفت</p>	<p>* انقباضات تنانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>حین زایمان</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- عدم انجام معاینه واژینال</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جفت سرراهی</p>	<p>* سابقه لکه بینی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>پارگی رحم</p>	<p>* درد شدید و ناگهانی شکم، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم</p> <p>- تخلیه مئانه و ماساژ دودستی رحم طبق ح ۲</p> <p>- تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم مترژن با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از ۱۵ دقیقه</p> <p>- کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه</p> <p>- در صورت شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق ح ۴ و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>اینرسی (آتونی)</p>	<p>* رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است</p>	<p>**</p> <p>بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم</p> <p>- انجام کوراژ طبق ح ۴</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>باقی ماندن کامل یا قسمتی از جفت</p>	<p>* رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- بررسی و ترمیم محل پارگی طبق ح ۲</p> <p>- بررسی مجدد جفت</p> <p>- کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم</p> <p>- در صورت پارگی های درجه ۳ و ۴ یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>پارگی، اختلال انعقادی، باقی ماندن قسمتی از جفت</p>	<p>* رحم جمع است</p>	

ا(زیابی

سؤال کنید:

سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم

تعیین کنید:

تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:

انقباضات و تونسیته رحم، وضعیت جفت

*این موارد در معرض شوک هستند، با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

*خونریزی بلافاصله پس از زایمان یعنی حتی پس از ماساژ رحم، خون زیر باسن مادر جمع شود و یا یک نوار بهداشتی در مدت ۱۰ دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

ث ۴- عدم پیشرفت زایمان

معیار تشخیص	اقدام
فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱
دیلاتاسیون و افاسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین ۴-۳ سانتی متر دیده شود - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱
عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱
عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر	- درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی - تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدامی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان ۱۸۰ درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی - در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی - در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ - در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

تعیین کنید:

پیشرفت زایمان، مدت و وضعیت عدم پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف

ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم

معیار تشخیص	اقدام
دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب - انجام زایمان - ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد - احیاء نوزاد طبق خ ۱ - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد
دفع مکونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف - انجام زایمان - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱
افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف - انجام زایمان - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱
افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف - انجام زایمان - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱

ارزیابی

تعیین کنید:

تعداد ضربان قلب جنین، وضعیت کیسه آب، وضعیت مایع آمنیوتیک از نظر وجود مکونیوم

معاینه کنید:

معاینه مهبل از نظر وجود پرولاپس بندناف و قریب الوقوع بودن زایمان

ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص
- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون* - تجویز ۱۰ میلی گرم کپسول خوراکی نیفدیپین (آدالات) هر ۲۰ دقیقه تا ۴ دوز** - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد.	زایمان زودرس	وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر (فاز نهفته)
- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون* - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه - انجام زایمان - آماده کردن ست احیاء نوزاد - اعزام نوزاد با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع	زایمان زودرس	وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر، فاز فعال
- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - انجام زایمان - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین	زایمان دیررس	وقوع علائم زایمانی بالای ۴۱ هفته

ارزیابی

تعیین کنید:

سن دقیق بارداری بر اساس نتایج سونوگرافی، ارتفاع رحم و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، وضعیت زایمانی، وضعیت صدای قلب جنین

معاینه کنید:

معاینه مهبل، ارتفاع رحم

* در صورتی که مادر یک بار آمپول بتامتازون را در بارداری دریافت کرده است، از تزریق مجدد خودداری شود.

** در صورتی که پس از تجویز ۴ دوز کپسول ۱۰ میلی گرمی نیفدیپین، انقباضات زایمان زودرس همچنان ادامه دارد و مادر به محل ارجاع نرسیده است، می توان آن را بصورت ۲۰ میلی گرم هر ۸-۴ ساعت ادامه داد.

موارد منع مصرف کپسول نیفدیپین برای مهار انقباضات: استفاده همزمان با سولفات منیزیم، نارسایی احتقانی قلب، اختلال عملکرد بطن چپ، حساسیت به این دارو یا داروهای بلوک کننده کانال کلسیم

ث ۷- پارگی کیسه آب

سن بارداری	فاز زایمان	اقدام
<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <p style="text-align: center;"><u>سوال کنید:</u> مدت پارگی</p> <p style="text-align: center;"><u>تعیین کنید:</u> وضعیت زایمانی، علائم حیاتی</p>	<p>فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت</p> <p>(بدون توجه به سن بارداری)</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p style="text-align: center;">در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- تجویز ۲۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- اعزام مادر و نوزاد طبق ح ۱</p>
	<p>فاز نهفته بدون توجه به مدت پارگی</p> <p>(بدون توجه به سن بارداری)</p>	<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p>
	<p>فاز فعال، مدت پارگی کمتر از ۱۲ ساعت</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا ۱۲ ساعت: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>
	<p>فاز فعال یا فاز نهفته</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ث ۶</p>

ث ۸- پرو لاپس بندناف

اقدام	معیار تشخیص	ا) زیابی
<p>- بالا بردن عضو پرزائنه و قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن بیمار)</p> <p>- سونداژ مثانه *</p> <p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین</p> <p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل:</p> <p>- درخواست کمک برای انجام احیاء</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>جنین زنده (لمس نبض بند ناف)</p>	<p>تعیین کنید:</p> <p>وضعیت پیشرفت زایمان، وضعیت نمایش جنین، وضعیت نبض بندناف، شنیدن صدای قلب جنین</p>
<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</p> <p>- آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین</p> <p>- انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج</p>	<p>جنین مرده (نبود نبض بندناف)</p>	

* سوند فولی یا نلاتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، ۵۰۰ سی سی نرمال سالین را به داخل سوند و مثانه وارد کنید. پس از اتمام، کیسه هوایی سوند را باد کرده و ثابت کنید. سپس با یک پنس، سوند را کلامپ کنید تا مثانه پر شده تخلیه نشود.

ث ۹- نمایش غیر طبیعی

اقدام	تشخیص احتمالی
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم ۲۰٪ (۲۰ میلی لیتر) در مدت ۴ دقیقه - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ 	<p>قرار عرضی و نمایش صورت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع فوری طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: انجام مانورهای خروج جنین: - درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد (برای جنین زنده) - اطمینان از خالی بودن مثانه - انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد - خارج کردن باسن، گذاشتن حوله گرم بر روی باسن و اجازه به خروج خود به خود سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم - خروج دست ها - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف - قرار دادن انگشت سبابه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد - قرار دادن انگشت چهارم و سبابه دست راست بر روی شانه های نوزاد و انگشت میانی دست راست بر روی سر نوزاد برای کمک به خم شدن بیشتر سر نوزاد (از کشیدن نوزاد به سمت پایین خودداری کنید) - اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوبیس توسط دستیار - کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد - بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن - در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴ - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ 	<p>نمایش بریج کامل</p>
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان 	<p>هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری</p>

ا(زیای)

تعیین کنید:

سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین

معاینه کنید:

واژینال، مانور لئوپولد

ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آئمی متوسط تا شدید	اعزام	- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی حین و پس از زایمان - در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین ۶ ساعت پس از زایمان و اقدام طبق ج ۷ - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: اعزام مادر و همراهی بیمار طبق ح ۱
۲ ابعاد نامتناسب لگن (عدم تناسب سر با لگن)	- اعزام - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان	
۳ ارهاش منفی	- انجام زایمان - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	
۴ مصرف مواد افیونی و محرک	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان - اعزام به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد	- انجام زایمان - بررسی وضعیت رحم در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن آن - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد به هروئین - اعزام نوزاد به بیمارستان اقدام پیش از ارجاع - در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد (بی قراری، ترمور، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و ...): تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن از فنوباریتال یا ۱ یا ۲ میلی گرم دیازپام هر ۸ ساعت
۵ الیکوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلو چپ	- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکنونیوم در مایع آمنیوتیک - آمادگی برای احیا نوزاد طبق خ ۱ و اعزام
۶ پلی هیدرآمنیوس	اعزام	- چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سرسوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با ننگ داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید) - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم
۷ تب	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن - اعزام	- انجام زایمان - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق خ ۲

ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۸ جنین ناهنجار		<p>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند هیدروسفالی یا دوقلویی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مراقبت فوری نوزاد می شود: اعزام مادر</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان</p> <p>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند انانسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی شود: انجام زایمان بر حسب نوع ناهنجاری نوزاد: اقدام طبق خ ۴</p>
۹ چندقلویی	اعزام	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ث ۹</p> <p>- اقدام برای خروج قل اول</p> <p>- خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول</p> <p>- بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم</p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی</p> <p>- در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: اعزام مادر</p> <p>- انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها</p> <p>- در صورت توفیق در انجام زایمان: تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژرحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان</p> <p>- در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</p>
۱۰ شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال		<p>- انجام زایمان در صورت پیشرفت مناسب زایمان</p> <p>- در صورت عدم پیشرفت: اقدام مطابق ث ۴</p>
۱۱ ضایعات ولو (سوختگی، واریس، کیست بارتولن)	اعزام	<p>- انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.</p> <p>- انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش</p> <p>- در صورت عدم توانایی در ترمیم: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق ح ۱</p>
۱۲ گراند مولتی پار (زایمان ۵ بار و بیشتر)		<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- اعزام</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- معاینه کامل جفت و پرده ها</p> <p>- بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت و سپس مطابق تعریف</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>

ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱۳ ماکروزومی	اعزام	<p>- در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان</p> <p>- در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق ث ۴</p> <p>- بررسی وضعیت رحم هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت برای اطمینان از جمع بودن آن</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- اعزام نوزاد</p>
۱۴ مرگ جنین	اعزام	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت</p> <p>- در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): اعزام طبق ح ۱</p>
۱۵ HBsAg+ / هپاتیت	اعزام	<p>- انجام زایمان و توجه به پوار نکردن نوزاد</p> <p>- پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</p> <p>- تزریق واکسن هپاتیت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمپول ایمونوگلوبین اختصاصی هپاتیت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هپاتیت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۶ هرپس ژنیتال	<p>- خودداری از معاینه واژینال در صورت پارگی کیسه آب</p> <p>- اعزام</p>	<p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام نوزاد</p>
۱۷ نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ (چاقی درجه ۳)	اعزام	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق ح ۱</p> <p>- اعزام به بیمارستان پس از زایمان جهت درمان دارویی پیشگیری از ترومبوآمبولی احتمالی</p>

ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

عنوان	اقدام
۱ احتباس جفت (با خونریزی معمولی)	<p>در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - اطمینان از نبود جفت در واژن - خودداری از دستکاری بیشتر - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ <p>در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ث ۳</p>
۲ تب	<ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی - اطمینان از هیدراته بودن مادر - در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام طبق ح ۱
۳ عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر - معاینه مثانه از روی شکم - معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم - در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار: تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن - در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی در ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق مادر به ادرار کردن پس از چند ساعت - در صورت وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزام طبق ح ۱
۴ گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه	<ul style="list-style-type: none"> - شستن محل پارگی با بتادین - قرار دادن گاز استریل روی پارگی - عدم دستکاری و ترمیم پارگی - اعزام طبق ح ۱
۵ وارونگی رحم	<ul style="list-style-type: none"> - در خواست کمک - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزوم طی ۲۰ دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱
هماتوم	<ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی - در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از ۵ سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا ۲ ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از ۶ ساعت و آموزش - در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم - در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از ۵ سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار: اعزام طبق ح ۱

ت ۱۲ - بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت دریافت استروئید در ۴ هفته آخر بارداری: تزریق وریدی ۱۰۰ میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم ۸ ساعت پس از دوز اول - خودداری از تزریق پتدین، در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری و انجام زایمان
۲ HIV مثبت	اعزام (منع زایمان طبیعی)	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چکمه) - عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی - انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار - شستن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم و صابون پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد و سپس تماس پوست با پوست - منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت
۳ بیماری قلبی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته، کاستن از اضطراب مادر و استفاده از روش های کاهش درد غیر دارویی و عدم مداخله غیر ضرور در حین زایمان (فشار بر روی رحم، ...) - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - انجام زایمان (هنگام زایمان زانوهای مادر را خم کرده بر روی تخت قرار دهید- لیتاتومی نباشد) - در صورت ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس بیش از ۲۴ بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل انقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم نارسایی قلب و تنگی نفس - در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری - انجام زایمان و اعزام طبق ح ۱
۴ دیابت	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان - انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق ح ۱ - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق ح ۲
۵ سل		<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتوکل کشوری برنامه سل - ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ت ژ
۶ سیفلیس		<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر
۷ صرع	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ح ۱
۸ هیپرتیرئوئیدی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه - توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید) - انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت

ث ۱۳ - سوابق زایمان قبلی

نوع سابقه	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ *آتونی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - در صورت عدم کنترل خونریزی: اعزام طبق ح ۱ و ح ۲
۲ *جنین ناهنجار		- در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان - در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴
۳ *زایمان سخت	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی ها: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق ح ۱
۴ *زایمان سریع	اعزام در فاز نهفته و همراهی مادر با ست زایمان	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی پارگی های احتمالی - در صورت عدم کنترل خونریزی یا جمع نشدن رحم: اعزام طبق ح ۱
۵ سزارین یا جراحی رحم	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - کنترل علائم حیاتی - انجام زایمان با توجه به خطر پارگی رحم - اعزام مادر پس از زایمان طبق ح ۱
۶ *مرده زایی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان
۷ *مرگ نوزاد	اعزام	- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی - انجام زایمان
۸ نازایی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت متناسب بودن لگن: انجام زایمان
۹ *نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم		- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان - در صورت تخمین ماکروزومی: اقدام طبق ح ۱۰

*امکان تکرار این موارد در این زایمان وجود دارد.

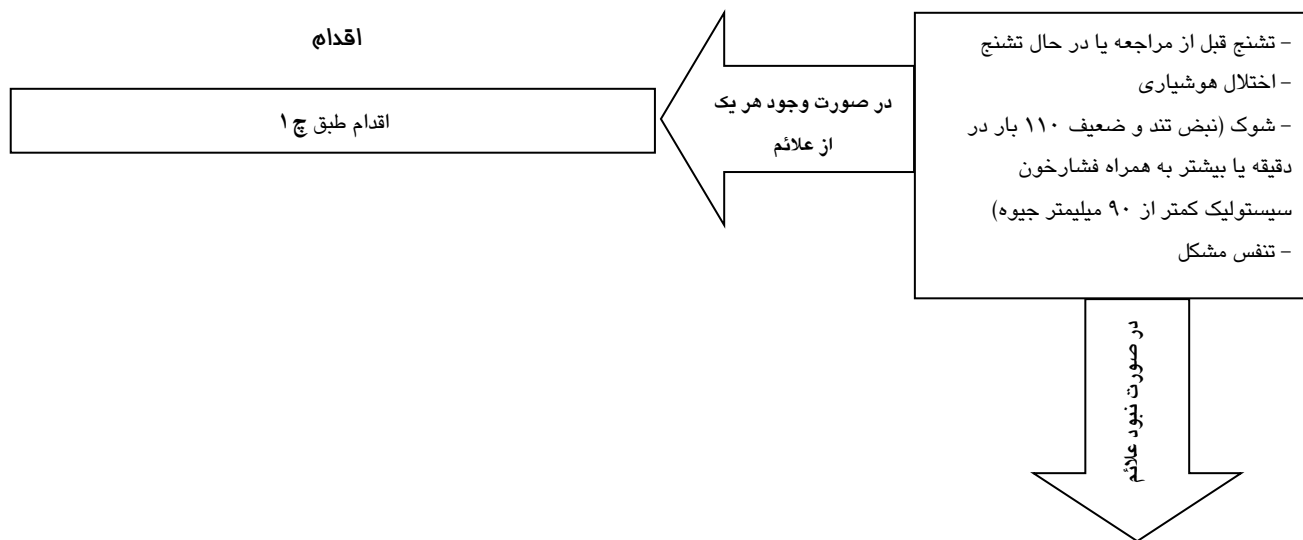
ج- مراقبت های معمول پس از زایمان

(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

صفحه	عنوان
	ج ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان
	ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان
	تعاریف مراقبت های معمول پس از زایمان

ج ۱ - مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول
گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

سئوال کنید:
ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت ادراری-تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، درد (سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، همسرآزاری، شکایت شایع، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی

معاینه کنید:
چشم، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج ۸ و آخرین خانه زیر	خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری-تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، سرگیجه/رنگ پریدگی/آنمی، تب، فشارخون بالا، درد
اقدام طبق پ ۱۵ و خانه زیر	همسرآزاری
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مکمل های دارویی - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات دوم طبق ج ۱۰ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج ۸ و آخرین خانه زیر	خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، فشارخون بالا، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، درد	<p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>سئوال کنید:</p> <p>ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، شکایت شایع، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی</p> <p>اندازه گیری کنید:</p> <p>علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها</p>
اقدام طبق پ ۱۵ و آخرین خانه زیر	همسرآزاری	
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک	التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان	
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک	عفونت دندان، آبسه، درد شدید دندان	
<p>- تجویز مکمل های دارویی</p> <p>- آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان</p> <p>- غربالگری سلامت روان</p> <p>- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹</p> <p>- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز</p> <p>- درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری</p>	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد	

تعاریف مراقبت های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پر خطر)، علائم خطر (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره باروری سالم و دریافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فراگرفته است.

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

ارزیابی علائم خطر فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمت های مختلف را رفع کنید.

بیماری زمینه ای: منظور بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت، آنمی، فشارخون بالا، صرع، ... است.

پاپ اسمیر: گرفتن نمونه از دهانه رحم از سن ۳۰ سالگی هر ۵ سال یکبار انجام می شود. در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستورعمل کشوری و با تاکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، نمونه دهانه رحم گرفته شود.

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.

ترشحات مهبل: خروج ترشحات چرکی و بد بو از مهبل را سؤال کنید.

تزریق رگام: آمپول رگام را در مادر اره اش منفی با نوزاد اره اش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان به صورت عضلانی تزریق کنید.

تشکیل پرونده و شرح حال: برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال و سوابق بارداری اخیر «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان و عامل زایمان

- سوابق بارداری اخیر: مواردی که در بارداری اتفاق افتاده و نیاز به توجه در مراقبت پس از زایمان دارد مانند پره اکلامپسی، دیابت بارداری، بیماری های زمینه ای (فشارخون بالا، قلبی، آنمی، سل و ...) و مصرف الکل، مواد افیونی و محرک

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر شیرده اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزداانه هاست. جدول گروه های غذایی در میحث تعاریف مراقبت های بارداری آمده است.

تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: در روزهای اول پس از زایمان ترشحات واژینال خونی است. پس از ۳ تا ۴ روز کم رنگ تر می شود و پس از حدود ۱۰ روز سفید یا زرد رنگ می شود. میانگین مدت ترشح از ۲۴ تا ۳۶ روز متغیر است. بنابراین مغایرت با این الگو و خونریزی از مهبل را سؤال کنید.

درد شکم و یا پهلوها: هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها

سرگیجه: حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. اگر میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان ۲۰ میلیمتر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته ۲۰ بار افزایش یابد، نیاز به بررسی دارد.

شکایت های شایع: این شکایت ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و یبوست است.

شوکه: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید:

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه 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.

علائم خطر پس از زایمان: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

خونریزی بیش از حد قاعدگی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، درد و ورم یک طرفه ساق و ران، افسردگی شدید، درد شکم یا پهلو، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد و تورم و سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها

علائم روانپزشکی: وضعیت روانپزشکی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:

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

در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی ظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید.

مشکلات شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموزش دهید.

مکمل های دارویی: مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می کند.

معاینه در ارزیابی معمول: در هر ملاقات موارد زیر را معاینه و در فرم ثبت کنید:

- معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

- معاینه دهان و دندان: در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

- التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

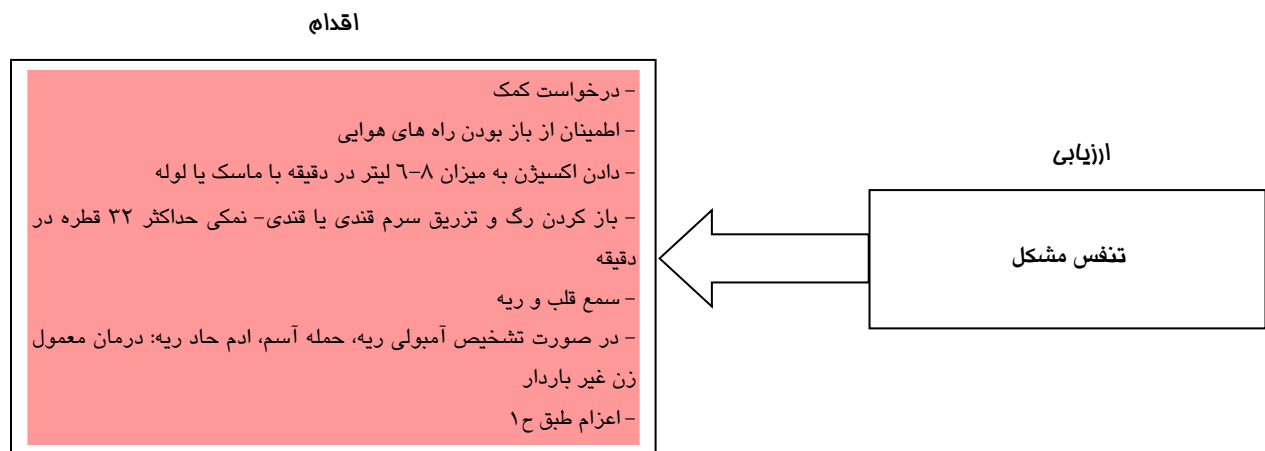
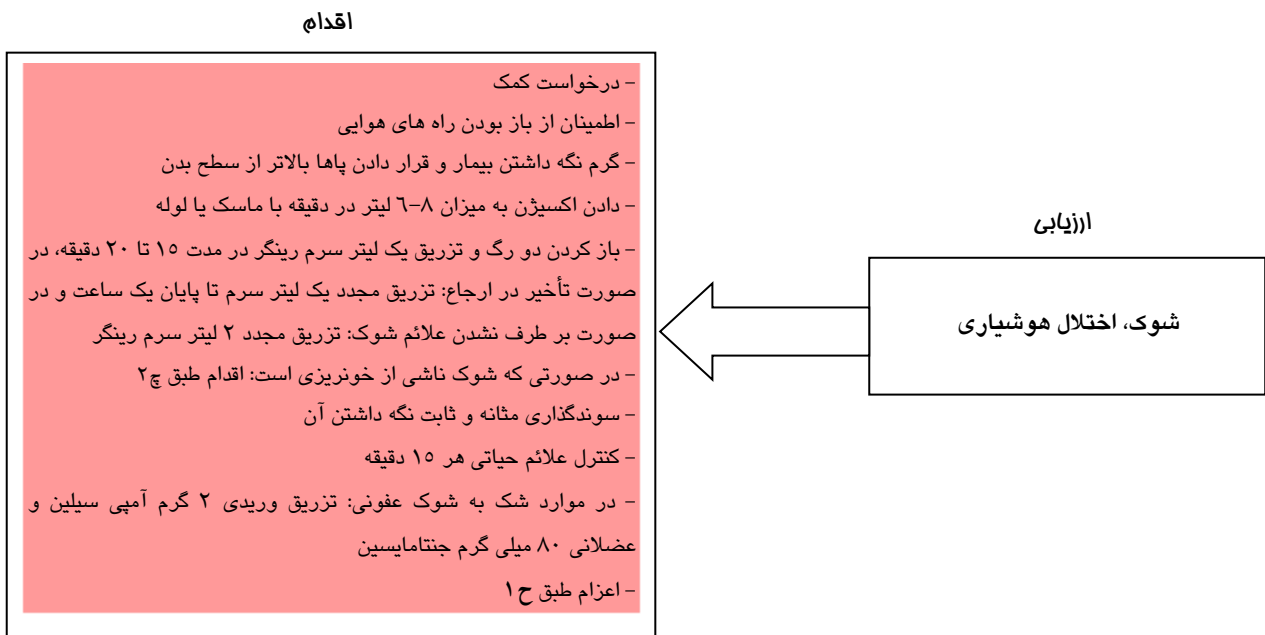
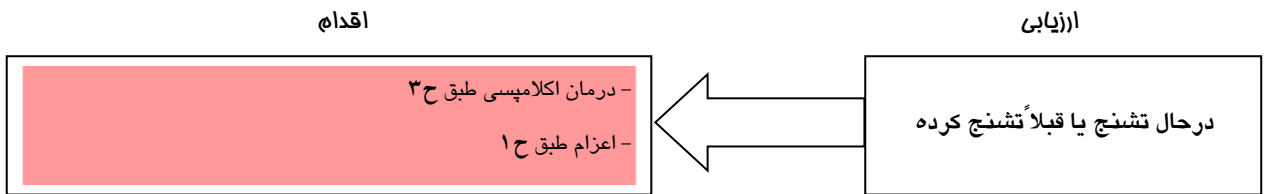
- جرم دندان: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
 - پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
 - تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
 - سوراخ شدن دندان
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر
- معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.
- معاینه شکم(رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.
- نکته:** در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند.
- محل بخیه ها: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.
- معاینه اندام ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.
- ملاقات های پس از زایمان:** ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود.
- وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج:** از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار(سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج(یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.
- همسرآزاری:** هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.
- خشونت جسمی:** هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو
- خشونت روانی:** رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

چ- مراقبت های ویژه پس از زایمان

(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

صفحه	عنوان
	چ ۱- علائم خطر فوری
	چ ۲- خونریزی / لکه بینی
	چ ۳- تب
	چ ۴- درد
	چ ۵- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج
	چ ۶- اختلالات روانپزشکی
	چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی
	چ ۸- سایر موارد پر خطر

چ ۱- علائم خطر فوری



چ ۲- خونریزی / لکه بینی

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>*خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی</p>	<p>باقی ماندن تکه هایی از جفت، متریت</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام طبق ح ۱</p>
<p>*ترشحات بدبو و چرکی واژینال، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریپاند رحم</p>	<p>متریت</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی -نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱</p>
<p>لکه بینی یا خونریزی هز هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرئس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت</p>	<p>اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم</p>	<p>- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - آموزش علائم خطر (تب، ترشحات عفونی، درد شکم) - در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از ۶ هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>

ارزیابی

سؤال کنید:

میزان خونریزی، دفع لخته خون یا نسج، درد شکم، ترشحات بدبو یا چرکی واژینال، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری

معاینه کنید:

اندازه و قوام رحم

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

نکته: اندازه طبیعی رحم بر حسب زمان پس از زایمان در تعاریف مراقبت معمول اشاره شده است.

چ ۳- تب

علائم همراه تشخيص احتمالی اقدام

- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱	متریت	* رحم بزرگتر از حد طبیعی، خونریزی یا ترشح بدبو از واژن، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، درد شکم، حساسیت رحم و ریپاند
	پیلونفریت	* سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ
ارجاع در اولین فرصت به متخصص	آبسه پستان	توده موج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز
ارجاع در اولین فرصت به متخصص	عفونت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	تورم محل بخیه، تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفتی محل بخیه
- تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - تجویز استامینوفن - ادامه شیردهی - در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان	ماستیت	تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز
- توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت	احتقان پستان	تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان

ارزیابی

سؤال کنید:

درد شکم، سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ، لرز، خروج ترشحات چرکی یا بدبو از واژن، خونریزی، درد پستان، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

محل بخیه، پستانها، اندازه و قوام رحم

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

نکته: اندازه طبیعی رحم بر حسب زمان پس از زایمان در تعاریف مراقبت معمول اشاره شده است.

چ ۴- درد

ارزیابی

سؤال کنید:

سر درد، درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، لرز، لمس توده دردناک در پریینه، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، درد پریینه، گرمی و درد و سفتی پستانها، دردهای کرامپی زیر شکم، درد هنگام مقاربت، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، سابقه بارداری و زایمان (نوع بیهوشی، سابقه پره اکلامپسی)

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

اندازه و قوام رحم، پستانها، شکم و پهلوها، محل بخیه، رنگ و نبض و حساسیت اندامها

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، کیبودی اندام	ترومبوفلیت	- باز نگه داشتن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا قندی - تجویز مسکن و بی حرکت نگه داشتن عضو مبتلا - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - اعزام طبق ح ۱
ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، تندرns و ریپاند شکم یا پهلوها	متريت، آبسه لگن، پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱
تندرns و ریپاند شکم، تندرns پهلوها، تهوع و استفراغ	شکم حاد	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین و اعزام طبق ح ۱
سردرد با یا بدون فشارخون ۱۴۰/۹۰، افزایش سر درد با تغییر وضعیت، اختلال بینایی، استفراغ، خستگی، استرس، بی خوابی	پره اکلامپسی، ترومبوز ورید مغزی، تومور، آنمی، عوارض بیهوشی	- توصیه های تغذیه ای، استراحت - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم) - در صورت عدم بهبود پس از ۸ ساعت ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا مغز و اعصاب
توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، تب و لرز	آبسه پستان	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
لمس توده دردناک در پریینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پریینه	هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ح ۱
تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز	ماستیت	- تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی - در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی	پس درد	تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی
تب خفیف و گذرا، گرمی و سفتی هر دو پستان	احتقان پستان	- توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت
زخم و درد نوک پستان	شقاق پستان	- شروع شیرد هی با پستان سالم، تخلیه مکرر پستان با مکیدن نوزاد و در صورت درد شدید: تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان، آموزش نحوه صحیح شیردهی - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و ترشح و تب، درد هنگام مقاربت	اختلال در روند ترمیم محل بخیه	- تجویز استامینوفن - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تجویز کرمهای نرم کننده موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت (قرار دادن بر روی پوست) - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

چ ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
سوزش ادرار، درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. - اعزام طبق ح ۱
درد زیر دل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان	هماتوم، آبسه و لو، آسیب مجاری ادراری	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و اعزام طبق ح ۱
بی اختیاری مدفوع، بی اختیاری ادرار بدون ارتباط با عطسه و سرفه	آسیب مثانه یا مجاری ادرار، فیستول	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع سریع ادرار، درد زیر شکم	سیستیت	- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز - در صورت عدم بهبود با درمان فوق تا ۴۸ ساعت و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: درمان پیلونفریت و اعزام ح ۱
درد مقعد، لمس دکمه بواسیری، خونریزی پس از اجابت مزاج	بواسیر	- تجویز ملین، توصیه به مصرف مایعات و رژیم غذایی حاوی فیبر - توصیه به نشستن در لگن آب گرم در طول روز و خشک نگه داشتن مقعد - تجویز پماد آنتی هموروئید - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
ترشحات بدبو، سوزش و خارش ناحیه تناسلی پس از ۴ هفته	واژینیت	- واژینیت کاندیدیایی: تجویز قرص یا پماد کلوتریمازول تا یک هفته - واژینیت تریکومونایی: تجویز قرص مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز تا یک هفته برای مادر و همسرش - واژینیت غیر اختصاصی: تجویز ژل مترونیدازول تا یک هفته - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سئوال کنید:

سوزش و تکرر ادرار، درد پهلوها، ترشحات واژینال، تهوع و استفراغ، درد زیر دل، بی اختیاری ادرار و مدفوع، احساس دفع سریع ادرار، درد مقعد، خونریزی پس از اجابت مزاج، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

* این موارد در معرض شوک هستند. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

چ ۶- اختلالات روانپزشکی

علائم و نشانه ها

تشخیص احتمالی

اقدام

<p>- در مرحله پیشرفته: ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود)</p> <p>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 تحریک پذیری شدید: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی گرم</p> <p>- در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی ۲۰ دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند، یک آمپول بی پریدین به صورت عضلانی تزریق شود.</p> <p>نکته: با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد، لازم است قبل از ارجاع، عوامل ارگانیک دلیریوم بررسی و براساس آن درمان شروع شود.</p> <p>- در مرحله اولیه و در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانواده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>سایکوز یا علائم خطر فوری روانی</p>	<p>در مراحل اولیه: بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو، عصبانیت، تحریک پذیری</p> <p>در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زودگی، تغییرات سریع خلق از مانیا به افسردگی و برعکس، رفتار غیرعادی و آشفته، عقاید هذیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و...)، توهمات شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک</p>	<p>افسردگی ماژور</p>	<p>خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری، اضطراب</p>
<p>- درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) مطابق دستورالعمل کشوری سلامت روان</p> <p>- بررسی وضعیت رشد نوزاد (ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود)</p> <p>- در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>افسردگی، اضطراب، وسواس</p>	<p>خلق افسرده و بی علاقگی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس درد در نقاط مختلف بدن، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره</p>
<p>- با دقت به صحبت و شکایات مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید.</p> <p>- به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می یابد.</p> <p>- به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادر آموزش دهید.</p> <p>- در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>- در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز</p>	<p>اندوه پس از زایمان</p>	<p>شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری</p>

ارزیابی

بررسی کنید:

- ۱- وضعیت ظاهری: نحوه پوشش، وضعیت بهداشتی، نحوه برقراری ارتباط (آشفته و غیرعادی، بهداشت ضعیف، آرایش زیاد، لباس نامتناسب)
- ۲- خلق: افسرده، مانیک، مضطرب، تحریک پذیر (عصبانیت)
- ۳- تفکر: افکار خودکشی، عقاید هذیانی (افکار پارانوئیدی، افکار بزرگ منشانه)
- ۴- درک: توهمات شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی
- ۵- جهت یابی: آگاهی به زمان، مکان و شخص

نکته: دوره پس از زایمان می تواند زمان خطرناکی از عود بیماری روانی باشد که در دوران بارداری بهبودی نسبی یافته است.

چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت - ارجاع فوری به متخصص زنان طبق ح ۱	آنمی شدید ناشی از هیپوولمی	علائم حیاتی غیرطبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری زمینه ای	حال عمومی نامناسب
- ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)	آنمی شدید (مزمن)	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در صد، رنگ پریدگی شدید
- درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	آنمی متوسط	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم در صد
- تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی خفیف	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۱۰ تا ۱۱ گرم در صد

ارزیابی

تعیین کنید:
میزان هموگلوبین، علائم حیاتی

معاینه کنید:
ملتحمه چشم، مخاط ها

چ ۸- سایر موارد خطر

عنوان

اقدام

<p>مراجعه در ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱ <p>مراجعه بعد از ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه: - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام به بیمارستان طبق ح ۱ - در صورت فشارخون دیاستول بیشتر از ۹۰ و کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه: کنترل فشارخون ۶ هفته پس از زایمان و در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری - در صورت فشارخون مزمن شناخته شده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان 	<p>فشارخون بالا</p>
<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون حداقل یک بار در فاصله روز های ۳-۵ پس از زایمان - در صورت باقی ماندن فشارخون بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه در ۴۸ ساعت پس از زایمان: درمان دارویی مطابق رژیم دارویی قبل از بارداری - در صورت درمان با متیل دویا: قطع دارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری - در صورت فشارخون بارداری بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و همراه با ادم شدید: تجویز فوروسماید خوراکی به میزان ۲۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز تا ۵ دوز - ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان - ارجاع به متخصص داخلی ۸-۶ هفته پس از زایمان 	<p>پره اکلامپسی در بارداری اخیر</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط - در صورت حمله یا تشدید بیماری: ارجاع فوری 	<p>بیماری زمینه ای</p>
<p>در صورت FBS بیشتر از ۱۲۶ و OGTT (دو ساعته) بیشتر از ۲۰۰ در ملاقات سوم: ارجاع غیر فوری به متخصص غدد</p>	<p>دیابت بارداری</p>
<p>منع مصرف در شیردهی</p>	<p>مصرف الکل</p>
<ul style="list-style-type: none"> - آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد در بیمارستان به مدت ۳-۵ روز پس از تولد جهت سم زدایی - توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین - شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بدون اشکال است. - منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) در شیردهی - در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت - ارجاع غیرفوری به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان 	<p>مصرف مواد افیونی و محرک</p>
<p>- غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۴</p>	<p>تنگی نفس و تپش قلب</p>
<ul style="list-style-type: none"> - منع تغذیه نوزاد با شیر مادر - استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) بلافاصله پس از زایمان - عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها - منع مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین) - تاکید به مراجعه به مرکز درمانی در صورت بروز علائم خطر مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط - تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری 	<p>ابتلا به ایدز/ HIV+</p>

ح- راهنما

صفحه	عنوان
	ح ۱- اعزام
	ح ۲- بررسی منشاء خونریزی
	ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی
	ح ۴- کوراژ
	ح ۵- وارونگی رحم
	ح ۶- مکمل های دارویی
	ح ۷- زایمان در منزل
	ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری
	ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان
	ح ۱۰- مشاوره باروری سالم
	ح ۱۱- مصرف دارو در بارداری
	ح ۱۲- مصرف دارو در شیردهی
	ح ۱۳- داروی های روان پزشکی در بارداری
	ح ۱۴- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان
	ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی

ح ۱- اعزام

اگر مادر نیاز به اعزام دارد:

۱- به اورژانس اطلاع دهید.

۲- فرم ارجاع/ اعزام را تکمیل کنید و در صورت امکان از بیمارستان پذیرش بگیرید. اعزام مادر را برای پذیرش به بیمارستان به تعویق نیندازید.

۳- در مواردی که نیاز به همراهی مادر است:

▪ داروها و وسایل مورد نیاز در طول اعزام را همراه داشته باشید. بر اساس وضعیت مادر: داروهای مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، فنی توین، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...، وسایلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، ست سرم، ست زایمان و ...
▪ در طول اعزام، از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.

نکته: در موارد خونریزی پس از زایمان، ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم باید تزریق و سوندگذاری و ثابت نگه داشتن آن انجام شود.

▪ در طول اعزام، از دریافت اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه مطمئن شوید. فقط در صورت ارجاع مادر سالم که جنین مرده دارد، نیاز به دادن اکسیژن نیست.

▪ از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادر باید خودداری گردد. (رعایت اصل NPO حین ارجاع)

▪ در طول اعزام، به مادر وضعیت مناسب بدهید. در پرولاپس بندناف: وضعیت سجد شده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن، در شوک: قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن، در ورم حاد یا نارسایی قلب: قرار دادن مادر به حالت نیمه نشسته، در دیسترس جنینی: خواباندن مادر به پهلو چپ

▪ در طول ارجاع در موارد تب، مادر توسط همراه پاشویه شود.

- توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز مادر را همراهی کند.

ح ۲- بررسی منشاء خونریزی

نیمه اول بارداری: در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی شدید است، پس از باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم با افزودن ۳۰ واحد اکسی توسین به صورت ۳۲ قطره در دقیقه، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده و اسپکولوم بگذارید. در صورت مشاهده لخته یا نسج در حال دفع از دهانه رحم، آن را با یک پنس گرد استریل خارج کنید. در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، از دستکاری خودداری کرده و سپس اعزم کنید.

مراقبت پس از سقط:

- تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- حمایت عاطفی

- در صورت عدم تمایل به بارداری استفاده از روش پیشگیری مناسب

نکته: در مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط بررسی خاصی نیاز نیست و بارداری بعدی در هر زمان منعی ندارد.

بلافاصله پس از زایمان: اگر خونریزی پس از خروج کامل جفت ادامه دارد، رحم را معاینه کنید:

الف) در صورت شل بودن رحم (آتونی):

۱- از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. در صورت پر بودن مثانه، با سوند تخلیه کنید.

۲- تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، ماساژ دو دستی را ادامه دهید.

۳- همزمان با ماساژ، یک لیتر سرم رینگر با ۲۰ واحد اکسی توسین به صورت سریع یا ۰/۲ میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر با فشارخون بالا خودداری شود.

۴- در نیم ساعت اول، رحم را هر ۵ دقیقه و علائم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید. در دو ساعت بعد هر ۱۵ دقیقه و پس از آن تا ۴ ساعت هر ۰/۵ ساعت علائم حیاتی، میزان خونریزی و جمع و سفت بودن رحم را کنترل کنید.

نکته ۱: به میزان خونریزی و لخته خارج شده توجه کنید تا بتوانید میزان سرم مورد نیاز مادر را بهتر تخمین بزنید. معمولاً مقدار خونریزی دو برابر میزان تخمینی می باشد.

نکته ۲: در هنگام برخاستن مادر (بار اول) از روی تخت حتماً وی را همراهی کنید.

چنانچه با انجام ماساژ دو دستی خونریزی همچنان ادامه دارد، مادر را با دو رگ باز، سرم درمانی و ادامه ماساژ رحمی ارجاع دهید. (در صورت اتمام سرم اول، تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت یک ساعت و کمپرس شریان شکمی حین ارجاع)

کمپرس شریان شکمی: در قسمت بالای ناف و کمی به سمت چپ با مشت بسته مستقیماً بر روی آئورت شکمی فشار آورید. نبض در آئورت شکمی بلافاصله پس از زایمان به راحتی از روی دیواره قدامی شکم قابل لمس است. برای کنترل کافی بودن فشار، با دست دیگر نبض رانی را لمس کنید. احساس نبض در لمس، نشانه ناکافی بودن فشار بر روی شریان است. فشار شریان شکمی را تا قطع خونریزی حین ارجاع ادامه دهید.

نکته: کمپرس شریان شکمی در مادر لاغر قابل انجام است.

ب) در صورت جمع بودن رحم: ناحیه تناسلی- ادراری به ویژه دیواره های واژن و دهانه رحم را از نظر پارگی ها کنترل کنید. در این حالت با کمک دستیار، ۲ عدد والو در واژن گذاشته و به وسیله ۲ پنس جفت، دهانه رحم را به طور کامل بررسی کنید. معمولاً پارگی ها در ساعت ۳ و ۹ ایجاد می شود. در صورت مشاهده پارگی، یک گاز استریل بر روی محل پارگی گذاشته و به مدت ۵ دقیقه فشار دهید. اگر خونریزی پس از این مدت قطع شد، از دستکاری خودداری کنید. ولی در صورت خونریزی فعال از محل پارگی، با استفاده از نخ کرومیک ۳ صفر یا ۲ صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل ۸ ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامپون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.

تذکر: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید.

ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

۱- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهروی چپ بخوابانید و از تنها گذاشتن وی خودداری کنید.

۲- از باز بودن راههای هوایی مطمئن شوید.

۳- ضمن درخواست کمک، برای مادر دو رگ باز کنید و سرم رینگر یا نرمال سالین تزریق کنید. رگ دوم را برای اقدام ضروری بعدی باز نگه دارید. در صورت نبود خونریزی، خروج سرم نباید بیش از ۳۲ قطره در دقیقه باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید.

۴- اکسیژن را به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه برقرار کنید.

۵- از تجویز مواد خوراکی از راه دهان خودداری کنید.

۶- سوند فولی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.

۷- ست احیاء به ویژه آمپول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.

۸- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.

۹- در صورتی که فشارخون مادر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه یا بالاتر است، هیدرالازین را طبق دستورالعمل تزریق کنید.

۱۰- برای ادامه اقدامات درمانی و ختم بارداری، مادر را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. ماما یا پزشک باید مادر را همراهی کند.

دستورالعمل تزریق سولفات منیزیوم

الف) ۴ گرم سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر از محلول ۲۰٪ یا ۸ میلی لیتر از محلول ۵۰٪) داخل ۱۰۰ سی سی سرم رینگر یا نرمال سالین در مدت ۲۰ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) تزریق شود.

ب) سپس ۱۰ گرم از محلول ۵۰٪ سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر) را به صورت دو تزریق ۵ گرمی (۱۰ میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمقی (با سوزن بلند) بلافاصله پس از دوز ورودی تزریق کنید.

نکته: برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است ۱ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ سولفات منیزیوم ۵۰٪ را همراه با تزریق کرد.

ج) در صورت ادامه تشنج یا عود آن بعد از ۱۵ دقیقه اول، ۲ گرم از محلول ۲۰٪ سولفات منیزیوم (۱۰ میلی لیتر) در مدت ۵ دقیقه به صورت ورودی تزریق کنید.

نکته مهم: در صورت عدم حضور پزشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیوم تزریق شود.

د) پس از تزریق وریدی و عضلانی اولیه، مادر را ارجاع دهید.

نکته: در صورت نبود سولفات منیزیوم یا عدم کنترل تشنج در مرکز می توان از آمپول فنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:

۴ عدد آمپول ۲۵۰ میلی گرمی داخل ۱۰۰ سی سی سرم نمکی (از سرم قندی استفاده نشود) در مدت یک ساعت (تقریباً ۲۰ قطره در دقیقه) تزریق شود.

در صورت طولانی شدن زمان ارجاع مادر یا نرسیدن مادر به بیمارستان در مدت ۴ ساعت، دوز دوم سولفات منیزیوم را به میزان ۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ (۱۰ میلی لیتر) به صورت عضلانی با رعایت شرایط زیر به مادر تزریق کنید. دوزهای بعدی را نیز با همین مقدار و رعایت شرایط زیر در فواصل هر ۴ ساعت تزریق کنید:

الف- رفلکس کشکک زانو وجود دارد.

ب- تنفس بیمار راحت است. تعداد تنفس حداقل ۱۶ بار در دقیقه باشد.

ج- میزان برون ده ادراری مادر در مدت ۴ ساعت اولیه پس از تزریق دارو، ۱۰۰ میلی لیتر یا بیشتر است.

نکات مهم: در صورت ایست تنفسی، برقراری تهویه (لوله گذاری و دادن اکسیژن توسط ماسک و بگ) و تزریق آمپول گلوکونات کلسیم به میزان ۱۰ میلی لیتر (۱ گرم) از محلول ۱۰٪ به طور وریدی و آهسته در مدت ۱۰ دقیقه تا زمان برقراری تنفس را انجام دهید.

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم

۴ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۴۰ میلی لیتر	۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۰ میلی لیتر	۴ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۸ میلی لیتر
۵ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۵۰ میلی لیتر	۵ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۵ میلی لیتر	۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۱۰ میلی لیتر
		۱۰ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۲۰ میلی لیتر

دستورالعمل تزریق هیدرالازین (کاهنده فشارخون)

اگر برای ۱۵ دقیقه یا بیشتر، فشارخون دیاستول ۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه است، هیدرالازین را تجویز کنید:

۱- آمپول هیدرالازین به میزان ۵ میلی گرم به صورت وریدی تزریق کنید. در صورتی که پس از ۲۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، هیدرالازین را با همان دوز اولیه تکرار و پس از ۲۰ دقیقه، فشارخون را کنترل کنید.

۲- اگر فشارخون دیاستول به کمتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه رسیده است، تزریق وریدی هیدرالازین را متوقف و مادر را تحت نظر بگیرید. فشارخون دیاستول مطلوب بین ۹۰ تا ۱۰۰ میلی متر جیوه است.

نکته:

- در صورت در دسترس نبودن هیدرالازین، ۱۰ میلی گرم نیفدیپین (آدالات) را به صورت خوراکی تجویز و در صورتی که پس از ۳۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، نیفدیپین را با همان دوز اولیه تکرار کنید.

ح ۴- کوراژ

در صورت باقی ماندن جفت و در صورتی که کمتر از یک ساعت از زایمان گذشته است:

۱- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین یا ۱ گرم سفازولین توسط پزشک

۲- تزریق وریدی ۵۰ میلی گرم پتدین توسط پزشک و در صورت نبود پتدین، تزریق وریدی ۱۰ میلی گرم دیازپام بسیار آهسته

۳- اطمینان از خالی بودن مثانه

۴- شستشوی پرینه و واژن با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل

۵- **انجام مانور کوراژ:** با یک دست قله رحم را از روی شکم بگیرید و دست دیگر در حالی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، را از راه واژن در مسیر بندناف در رحم وارد کنید. پس از لمس جفت، لبه آن را مشخص کرده و کناره داخلی دست (کنار انگشت کوچک) را بین لبه جفت و دیواره رحم قرار دهید. سپس با پشت دست که در تماس با دیواره رحم است، جفت را از محل چسبیدن آن به رحم به آرامی جدا کنید و به تدریج بیرون آورید. پرده ها را نیز با همین حالت با جدا کردن از دسیدوا خارج کنید. در صورت لزوم، از پنس گرد برای گرفتن پرده ها استفاده کنید.

نکته ۱: در صورت تشخیص چسبندگی جفت، از دستکاری بیشتر اکیداً خودداری کنید.

نکته ۲: در حین کوراژ، به حال عمومی مادر توجه کنید.

۶- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی توسین به صورت ۶۰ قطره در دقیقه را ادامه دهید. به دلیل احتمال پارگی در عمل کوراژ، لازم است واژن و سرویکس از نظر پارگی و رحم را از نظر جمع بودن بررسی کنید. در صورت نیاز، پارگی ها را ترمیم کنید.

۷- اگر پس از خروج جفت، خونریزی ادامه داشت و یا از خروج کامل جفت مطمئن نبودید، مادر را ارجاع دهید. (طبق ح ۱)

در صورتی که بیش از یک ساعت از زایمان گذشته است:

معاینه واژینال کنید و اگر جفت در واژن نیست و دهانه رحم بسته است، از دستکاری خودداری نموده و مادر را ارجاع دهید. (طبق ح ۱)

ح ۵- وارونگی رحم

۱- شستشوی تمام رحم با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل

۲- نگه داشتن رحم در یک پارچه گرم، مرطوب و استریل تا زمان آماده شدن همه شرایط

الف) در صورتی که جفت جدا شده است: با کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، قله رحم را به طرف بالا فشار داده و رحم را به جای اول برگردانید. پس از اطمینان از قرار گرفتن رحم در محل اصلی، ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم تزریق کرده، ماساژ دو دستی را شروع کنید تا زمانی که رحم جمع شود. اگر رحم شل است، میزان سرم را افزایش داده و آمپول ارگومتین (مترژن) به میزان ۰/۲ میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را اعزام کنید. (طبق ح ۱)

ب) در صورتی که جفت به رحم چسبیده است: از جدا کردن جفت خودداری کنید، زیرا با خونریزی شدید همراه است و با همان جفت چسبیده، رحم را به جای اول برگردانید و مادر را اعزام کنید. (طبق ح ۱)

نکته ۱: در هر دو حالت اگر رحم در جای طبیعی خود قرار نگیرد، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را اعزام کنید.

(طبق ح ۱)

نکته ۲: به وجود علائم شوک در مادر توجه کنید و میزان سرم دریافتی را با توجه به حال عمومی مادر و میزان خونریزی تنظیم کنید.

ح ۶- مکمل های دارویی

بارداری:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود. آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (۳۰ میلی گرم المنتال) تجویز شود. مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود. نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

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

ح ۷- زایمان در منزل

در صورت انجام زایمان در منزل، رعایت نکات زیر ضروری است:

- ۱- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان
- ۲- شرایط اتاق زایمان: بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:
 - ♦ اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت.
 - ♦ کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مشمع یا نایلون بزرگ هنگام زایمان پوشانده شود.
 - ♦ درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود.
 - ♦ اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. بهتر است لامپ ۶۰ وات، سرپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد.
 - ♦ بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.
 - ♦ وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.
 - ♦ وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.
 - ♦ وسایل مورد نیاز زایمان و وسایل مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.
 - ♦ به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.
 - ♦ در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند، ضروری است.
 - ♦ در ۶ ساعت اول پس از زایمان به منظور کاهش خطر انتقال عفونت و حفظ آرامش مادر و عامل زایمان، باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را محدود کرد.
- ۳- وسایل لازم در اتاق زایمان: بهتر است حداقل ۴ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان، وسایل مورد نیاز فراهم شود. این وسایل شامل:
 - ♦ حداقل ۴ ملحفه تمیز: ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود.
 - ♦ مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق
 - ♦ وسایل مادر: دو دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی
 - ♦ وسایل نوزاد: رختخواب نوزاد (تشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
 - ♦ دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله
- ۴- وسایل مورد نیاز زایمان: وسایلی که باید در کیف مامایی قرار داده شود، شامل:
 - گوشه مامایی

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج

-پوار حداقل ۲ عدد

- درجه حرارت سنج دهانی

- چراغ قوه و باتری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باتری اضافه داشته باشید)

- گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز

- مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰

- پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد

- وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)

- کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد

- ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد

- دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)

- حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰

- کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد

- صابون و جابابونی، حوله دست

- مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین

- متر نواری

- فرم ثبت مراقبت های زایمان

چند توصیه برای همراه مادر

۱- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد.

۲- با راهنمایی ماما، پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی او را با دستمال خیس بپوشاند.

۳- هنگام قدم زدن یا توالت رفتن او را تنها نگذارد.

۴- در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن طبق راهنمایی ماما به مادر کمک کند.

۵- علائم خطر را شناسایی کند.

۶- مخالف نظر عامل زایمان مادر را راهنمایی نکند.

احتیاطات همه جانبه

۱- از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.

۲- نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:

♦ در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛

♦ اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان؛

♦ استفاده از وسایل حفاظتی؛

♦ کوتاه نگه داشتن ناخنها و شستن دستها قبل از زایمان؛

♦ گذاردن جفت، خون و ترشحات در ظرفهای بدون نفوذ؛

♦ دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری؛

♦ جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛

♦ تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.

ایجاد ارتباط با مادر

برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:

- ♦ با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
- ♦ رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
- ♦ با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
- ♦ به سئوالات مادر به دقت گوش کنید و پاسخ دهید؛
- ♦ کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛
- ♦ مادر را برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛
- ♦ قبل از هر معاینه از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛
- ♦ حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
- ♦ راز مادر را آشکار نکنید؛
- ♦ پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛
- ♦ به مادر آموزش های لازم را ارایه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

لوکوره: تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی را توصیه کنید.

ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.

بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه را توصیه کنید.

ح ۱۰ - مشاوره باروری سالم

- در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.
- در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.
- به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.
- نکته:** تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز 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. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برنگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.
- نکته: برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در مادران شیرده و غیر شیرده مطابق دستورعمل روش های پیشگیری از بارداری اقدام شود.

ح ۱۱ - مصرف داروها در بارداری

داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:

- | | |
|---|--|
| - ACE inhibitors (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) | - Kanamycin |
| - Aminopterin | - Lithium |
| - Androgens | - Methimazole |
| - A-II antagonists (Angiotensin II receptor antagonists) | - Methotrexate |
| - Busulfan | - Misoprostol (به جز در موارد ختم بارداری) |
| - Carbamazepine | - Penicillamine |
| - Chlorbiphenyls | - Phenytoin (به جز در موارد تشنج) |
| - Cocaine | - Radioactive iodine |
| - Coumarins | - Streptomycin |
| - Cyclophosphamide | - Tamoxifen |
| - Danazol | - Tetracycline |
| - Diethylstilbestrol (DES) | - Thalidomide |
| - Ethanol | - Tretinoin |
| - Etretinate | - Trimerthadione |
| - Isotretinoin | - Valproic acid |

ح ۱۲ - مصرف دارو ها در شیردهی

موارد منع شیردهی

- ۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهای نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و ...)، بروموکریپتین، فنین دیون، لیتیموم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین (PGF) است.
 - ۲- مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین
 - ۳- مواد رادیواکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج
- نکته:** مصرف متوتروکسات به صورت یک روز در هفته برای درمان آرتريت روماتوئید مادر، منع شیردهی ندارد، فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت به فرزندش شیر ندهد.

سایر داروهای که بر شیردهی تأثیرگذار است و توصیه می شود از داروهای جایگزین استفاده شود:

- | | | |
|------------------------|--------------|-------------|
| ۵- آمینوسالیسیلیک اسید | - آنتولول | - پیریمیدون |
| - سولفاسالازین | - کلماستین | |
| - آسپیرین (سالیلات) | - فنوباریتال | |

ح ۱۳ - داروهای روان پزشکی در بارداری

چند توصیه کلی:

- ♦ در بسیاری از موارد، خطر ناشی از اختلال های روانی (افسردگی و جنون) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روان پزشکی است.
- ♦ اگر خانمی تحت درمان با داروهای روان گردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روان پزشک 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 روان گردان در بارداری بی خطر است، غیر ممکن است.
- ♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.
- ♦ در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود. (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی)
- ♦ بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده، قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک 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 روان پزشک، داروی روان گردان را تجویز نمایند.
- ♦ تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است.
- ♦ چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.

داروهای ضد جنون

- ♦ هیچ شاهد قطعی دال بر تراژدیک بودن این داروها وجود ندارد. در سه ماهه اول بارداری، فقط در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند و یا بستری کردن به تنهایی برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.
- ♦ در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالیهای جنینی غیرمحمتمل است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.

♦ با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای ضد جنون کم قدرت (تیوریدازین و کلروپرومازین)، تجویز داروهای ضد جنون پرقدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
♦ در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنوتیازینی (پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.

داروهای ضد افسردگی

دوران بارداری و شیردهی

♦ افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود، ولی در صورت تمایل مادر به خودکشی، علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید و غیر قابل تحمل و همراه بودن علائم سایکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
♦ داروهای سه حلقه ای: اگر چه تراژونیک 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 درد های 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 خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.
♦ داروهای مهارکننده مونواکسیداز: تجویز در بارداری ممنوع است.
♦ داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین: تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود.
♦ در درمان افسردگی بعد از زایمان، ابتدا درمان حمایتی (روان درمانی حمایتی) برای سازگاری بیشتر مادر با استرسهای جدید زندگی صورت می گیرد، 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 می کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه ای 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.
♦ بیماری که علائم سایکوز یا افسردگی ندارد، می تواند در مورد نوع درمان تصمیم بگیرد.
♦ در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، اگر طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.

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 آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.
♦ اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، وضعیت جنین با انجام سونوگرافی 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 مورد توجه 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 تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.

بنزودیازپین ها

♦ در سه ماهه اول بارداری، از تجویز دیازپام اجتناب شود.
♦ در سه ماهه دوم و سوم بارداری، استفاده کوتاه مدت و دفعه ای بنزودیازپین ها در کنترل حملات اضطرابی، اقدامات درمانی و جراحی های کوچک و بی خوابی شدید منعی ندارد، ولی در مادر شیرده نباید تجویز شود.

ح ۱۴ - غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان

این بیماری در ماه آخر بارداری تا پنج ماه پس از زایمان اتفاق می افتد. علت این بیماری ناشناخته است و عوامل مستعد کننده آن چاقی، سابقه خانوادگی کاردیومیوپاتی، مصرف سیگار و الکل، حاملگی های متعدد، سوء تغذیه، چندقلویی، سن بالای ۳۰ سال، دیابت، سابقه پره اکلامپسی یا فشارخون بالا پس از زایمان است.

جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم

عنوان	امتیاز	دارد:
ارتوپنه (مشکل تنفسی در حالت دراز کشیده)	ندارد (امتیاز ۰)	دارد: - در هنگام دراز کشیدن زیر سرش باید بلند باشد تا تنگی نفس پیدا نکند = (۱ امتیاز) - در هنگام دراز کشیدن باید زیر سر زاویه ۴۵ درجه و بیشتر بلند باشد تا دچار تنگی نفس نشود = (۲ امتیاز)
تنگی نفس	ندارد (امتیاز ۰)	دارد: - وقتی از هشت پله و بیشتر بالا می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (۱ امتیاز) - وقتی در سطح صاف راه می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (۲ امتیاز)
سرفه غیر قابل توجه	ندارد (امتیاز ۰)	دارد: - در هنگام شب و در حالت دراز کشیده، سرفه می کند = (۱ امتیاز) - در طول شب و روز سرفه می کند = (۲ امتیاز)
ادم اندام تحتانی	ندارد (امتیاز ۰)	دارد: - ادم تا زیر زانو است = (۱ امتیاز) - ادم بالای زانو یا ادم در صورت = (۲ امتیاز)
افزایش وزن ناگهانی در ماه آخر بارداری	ندارد یا کمتر از یک کیلوگرم در هفته (امتیاز ۰)	دارد: - یک تا دو کیلوگرم در هفته = (۱ امتیاز) - بیش از دو کیلوگرم در هفته = (۲ امتیاز)
تپش قلب (احساس ضربان قلب یا احساس نامنظمی در ضربان قلب)	ندارد (امتیاز ۰)	دارد: - در شب و هنگام دراز کشیدن این احساس را دارد = (۱ امتیاز) - روز و شب این احساس را دارد = (۲ امتیاز)

امتیاز دهی و اقدام

۰ تا ۲ = کم خطر . اقدام: ادامه مراقبت ها

۳ تا ۴ = خطر متوسط. اقدام: ارجاع در اولین فرصت

۵ و بیشتر = خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری

ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی

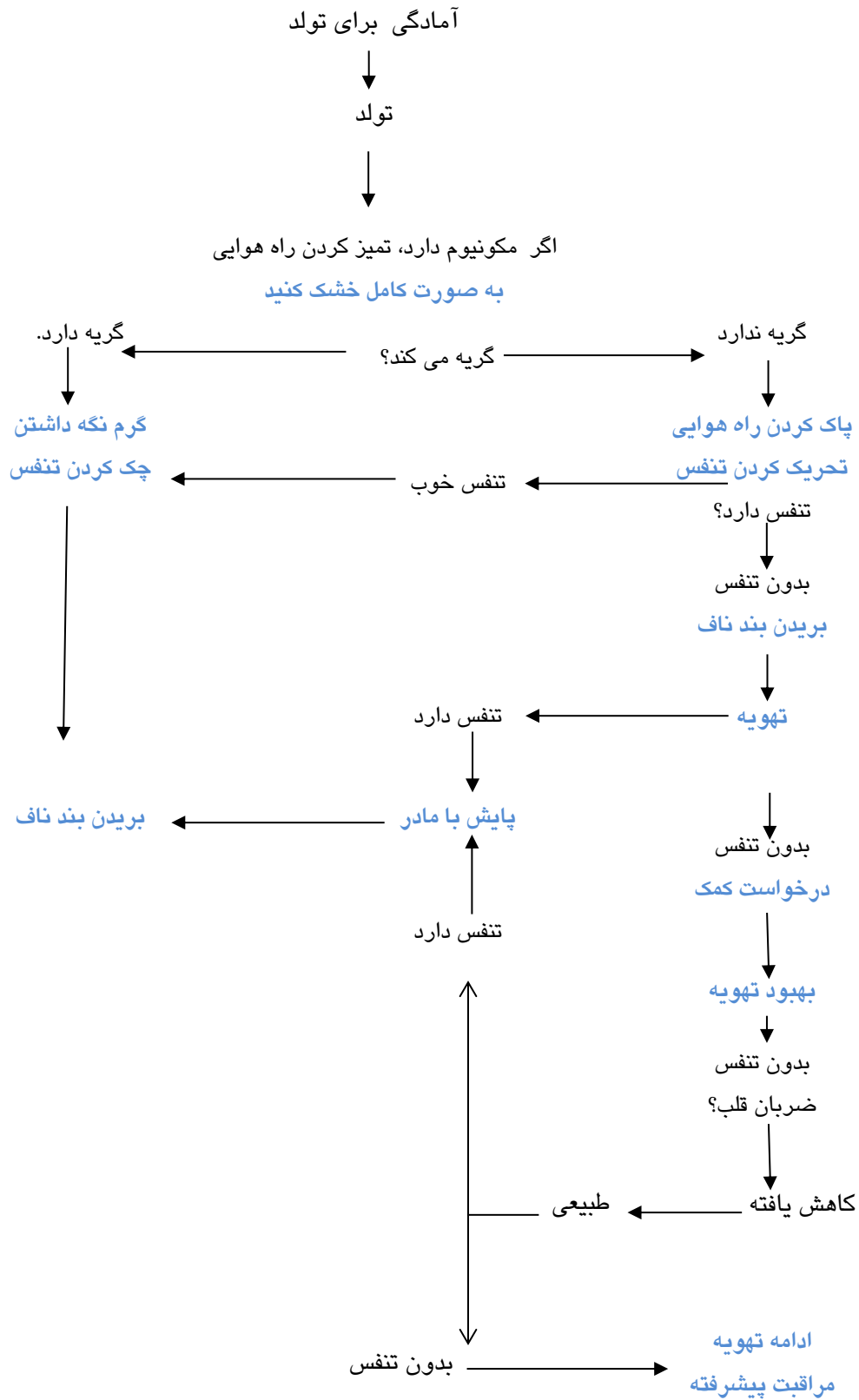
عنوان	امتیاز
عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:	
سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) قبل از بارداری	۳
ابتلا به ترومبوپیلی	۳
آنتی فسفولیپید آنتی بادی	۳
مشکلات طبی مانند: سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از ۳ گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی	۳
سن بیشتر از ۳۵ سال	۱
چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری / وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم	۱
استعمال سیگار	۱
وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی)	۱
فلج پاها/ استفاده از صندلی چرخدار/ کاهش حرکت	۱
عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:	
زایمان سه بار یا بیشتر ($para \geq 3$) صرف نظر از بارداری فعلی	۱
بارداری چندقلویی	۱
بارداری با روشهای کمک باروری IVF / ART (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)	۱
دهیدراتاسیون/ استفراغ شدید بارداری	۱
سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)	۱
عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالاً قابل برگشت هستند:	
شکستگی استخوان	۱
عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان) مانند پنومونی، پیلونفریت	۱
بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، مانند: درد های لگنی که محدود کننده حرکت باشد	۱
مسافرت طولانی (بیشتر از ۴ ساعت)	۱

امتیاز: در صورتی که در ارزیابی ۳ امتیاز یا بیشتر دارد، خانم جهت درمان دارویی به متخصص داخلی یا زنان ارجاع غیر فوری شود.

نکته: این جدول فقط به منظور ارزیابی اولیه مادر است و ارزیابی نهایی، تصمیم برای دریافت ضد انعقاد و زمان شروع درمان به عهده متخصص داخلی یا زنان است.

خ- ارزیابی نوزاد
(۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد



دقیقه ۱۰ ثانیه

۰

۶۰ ثانیه

خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد (ادامه)

تعاریف

«**ارزیابی تنفس:** تنفس نوزاد را از نظر شمارش تعداد تنفس، ناله کردن، تو کشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید.

«**وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی:** نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصری به عقب کشیده شده باشد) قرار دهید و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت ۲ تا ۲/۵ سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار دهید.

«**ساکشن تراشه:** در صورت آغشته بودن مایع آمیوتیک به مکنونوم و سرحال نبودن نوزاد، نای را ساکشن کنید. لوله ساکشن را حداکثر به مقدار ۵ سانتیمتر داخل دهان و ۳ سانتیمتر داخل بینی کنید. ساکشن کردن بیشتر از ۲۰ ثانیه یا حداکثر ۲ بار انجام نشود.

«**خشک کردن:** سر و صورت و تنه نوزاد را با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است، خشک کنید. حوله یا پارچه خیس را کنار بگذارید و او را روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است، قرار دهید.

«**تحریک کردن لمسی:** تحریک پوستی ملایم انجام دهید. (ضربه زدن به کف پا، تلنگر زدن به پاشنه پا و یا مالیدن پشت نوزاد فقط برای یک یا دو بار)

«**فشاردن قفسه سینه:** بهترین روش، روش شست (دوانگشتی) است. در حالی که انگشتان و دست های خود را در وضعیت صحیح قرار داده اید، باید آن قدر فشار وارد آورید که جناغ سینه را به عمق تقریبی یک سوم قطر قدامی- خلفی قفسه سینه به داخل فرو ببرید. سپس فشردن را رها کنید تا به قلب اجازه پر شدن مجدد داده شود. باید تقریباً ۱۲۰ کار (۹۰ فشار و ۳۰ تنفس) در هر دقیقه تکرار شود. (برای کسب جزئیات بیشتر به کتاب درسنامه احیای نوزاد رجوع شود)

«**تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV):** ماسک را به درستی روی صورت نوزاد بگذارید به طوری که بینی و دهان او را بپوشاند و کناره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت ۴۰ تا ۶۰ بار در دقیقه و به مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- اجازه دهید والدین فرزند فوت شده یا در حال فوت شان را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش بکشند.

خ ۲- نشانه های خطر

اقدام	نشانیص امتمالی	علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د ۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی جز در حالت هیپرترمی</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>- در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>- تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>- در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>عفونت</p> <p>باکتریال شدید</p>	<p>تب مادر حین زایمان یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷،۵ و کمتر از ۳۶،۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا سیانوز، تونیسیتة عضلانی غیرطبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب، استفراغ مکرر، توده شکمی، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن، اتساع شکم (دیستانسیون)</p>	<p>تعیین کنید:</p> <p>مادر: درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب</p> <p>نوزاد: وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیسیتة عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ مکرر</p>

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- ابتدا با استفاده از گلوکومتر قند خون نوزاد را اندازه بگیرید.
- نوزاد را وزن کنید.
- ◀ اگر نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از شیر مادر است:
- از مادر بخواهید که کودک را با شیر خودش تغذیه کند.
- ◀ اگر نوزاد توانایی تغذیه مستقیم از پستان مادر را ندارد ولی قادر به بلع است:
- به ترتیب اولویت و در دسترس بودن، شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی به او بدهید (۸ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد).
- ◀ اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:
- اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید، مایعات بالا را با همان میزان از طریق لوله معده هر ۲ ساعت به او بدهید.

خ ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم و نشانه ها
<p>- ارجاع فوری نوزاد (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع)</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق ۱د</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد *</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق جدول ۲د</p> <p>- تزریق ویتامین ک۱</p>	نوزاد خیلی کوچک	وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته
<p>- حمایت ویژه شیردهی طبق ۱ا</p> <p>- اطمینان از شیردهی خوب و درجه حرارت ثابت بدن نوزاد پیش از ترخیص</p> <p>- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول</p> <p>- تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد</p> <p>- آموزش به مادر برای مراقبت از نوزاد طبق ۱ا</p> <p>- معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</p> <p>- در صورت زایمان دوقلویی حمایت ویژه شیردهی، ترخیص و یا ارجاع هر دو قل با هم (در وضعیت سلامتی و یا بیماری)</p> <p>- تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</p> <p>- در صورت مشکل شیردهی طی ۲۴ ساعت اول: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p>	نوزاد کوچک	وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم، سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته

ارزیابی

تعیین کنید:

سن بارداری، وزن

*نوزاد با سن کمتر از ۳۲ هفته را در درون کیسه پلاستیکی (مخصوص ذخیره مواد غذایی قابل بسته شدن) که قسمت بالای آن باز و سر نوزاد خارج می شود قرار دهید. سپس گرم نگه داشته و منتقل کنید. کیسه پلاستیکی به منظور کاهش از دست دادن حرارت از طریق تبخیر است.

خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
ارجاع فوری به بیمارستان (نوزاد نباید گرم نگه داشته شود باید سرد منتقل شود. از پیچیدن پتو به دور نوزاد خودداری کنید)	آسیفکسی (خفگی زایمانی)	<ul style="list-style-type: none"> - نمره آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ - احتیاج به عملیات فرا تر از تهویه با فشار مثبت - شلی و تون عضلانی ضعیف - کاهش رفلکس ها 	<p>معاینه کنید:</p> <p>سر و گردن: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی ملاحظه، تورم، توده، فیستول گردن، پرده گردنی، برآمدگی، خون مردگی</p> <p>صورت: شکل غیر قرینه، شکاف کام، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان</p> <p>گوش: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی شکم: ساختمان عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکافوئید شکم، خونریزی ناف</p> <p>ستون فقرات: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو</p> <p>اندام ها و لگن: شکل غیر طبیعی اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو</p> <p>دستگاه ادراری: مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول</p> <p>دستگاه تناسلی: ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها، اندازه غیر طبیعی</p> <p>دستگاه گوارشی: مقعد بسته، فیستول</p>
ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع) - در صورت باز بودن بافت روی سر، شکم یا پشت، بافت ها را با گاز استریلی که با محلول سالین استریل خیسانده شده است، بپوشانید.	ناهنجاری شدید	<ul style="list-style-type: none"> - شکاف کام بزرگ - آترزی کوان دو طرفه - شکم اسکافوئید - گاستروشیزی - امفالوسل - خونریزی ناف - عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول - ابهام تناسلی - مقعد بسته 	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	ناهنجاری	<ul style="list-style-type: none"> - شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها - توده یا تورم - فیستول یا سینوس - محل غیر طبیعی گوش - عروق نافی غیر طبیعی - دررفتگی مادرزادی لگن - وجود توده مو روی ساکروم - مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس) - عدم نزول دو طرفه بیضه ها - اندازه غیر طبیعی آلت 	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان	صدمات زایمانی	<ul style="list-style-type: none"> تورم و خون مردگی ارگان ها، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها بعد از زایمان بریج، شکل غیر قرینه بینی و صورت 	

خ ۵- عفونت های موضعی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم و نشانه ها
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د ۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی بجز در حالت هیپرترمی</p> <p>- ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق د ۲</p>	عفونت شدید پوستی	<p>- وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر</p> <p>- تاول های بزرگ چرکی</p>
<p>- تزریق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق د ۲</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماری STI احتمالی</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p>	عفونت شدید چشم	<p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم</p>
<p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و تمیز کردن چشم نوزاد به آرامی با استفاده از پارچه تمیز و مرطوب</p> <p>- تجویز قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ یک قطره هر ۳ ساعت تا مدت ۵ روز یا پماد تتراسایکلین ۱٪ چشمی ۴ بار در روز تا قطع ترشحات</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	عفونت خفیف چشم	<p>خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها</p>
<p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و پاک کردن چرک به آرامی با استفاده از آب جوشیده سرد شده</p> <p>- خشک کردن محل عفونت با پارچه تمیز</p> <p>- تجویز پماد پوستی تتراسایکلین ۳ بار در روز</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	عفونت خفیف پوستی	<p>وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد</p>

ارزیابی

تعیین کنید:

تورم، خروج ترشحات چرکی از چشم، تاول یا جوش های چرکی پوست

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، فوری به نزدیکترین

مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- توكشیده شدن قفسه سینه، تعداد تنفس بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه
- ناله کردن
- رنگ پریدگی شدید یا کبودی
- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفرایی
- تحرک کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی
- تشنج
- اسهال (دفع مدفوع آبکی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز) یا مدفوع خونی
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول
- عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
- بی قراری و تحریک پذیری، بدن شل
- خوب شیر نخوردن، مکیدن ضعیف
- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف
- جوش های چرکی منتشر در پوست (۱۰ عدد یا بیشتر) یا تاویل چرکی
- تب (حرارت زیر بغل بیشتر از ۳۷/۵) یا سرد شدن اندام ها (حرارت زیر بغل کمتر از ۳۶/۴) و بدن
- زردی ۲۴ ساعت اول
- از روز چهارم به بعد اگر نوزاد ۶ پوشک مرطوب که حداقل یک نوبت آن کاملاً خیس باشد نداشته باشد و یا ادرارش تیره باشد و کمتر از ۳ بار مدفوع در ۲۴ ساعت داشته باشد.
- دهان نوزاد خشک است.
- ملاحظ فرورفته یا برجسته، تشنج
- نمی تواند پستان بگیرد و یا پس از گرفتن آن را رها می کند. به ویژه اگر قبلاً پستان را خوب می گرفته است.
- از دست دادن وزن
- بعد از دو هفته هنوز به وزن زمان تولدش نرسیده است.
- کبودی لب ها و زبان
- سرفه
- خوابیدن زیاد یا سخت بیدار شدن

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت (طی

۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- مشکل شیردهی به نوزاد
- عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها)
- عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)
- عفونت خفیف ناف (ترشح غیر چرکی و خونابه از ناف)
- برفک دهان
- تغذیه نوزاد با شیر مادر کمتر از ۵ بار در ۲۴ ساعت

زمان مراقبت های معمول نوزاد

مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان

مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان

مراقبت سوم: روزهای ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان

- همیشه قبل از دست زدن به نوزاد، دستها را بشوید.

مراقبت از بندناف

- پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوید.
- در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن مانعی ندارد.
- کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد.
- اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کند.
- شکم یا ناف را بانداز نکند.
- هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و ...) روی ناف نگذارد.
- ناف را دستکاری نکند.

گرم نگه داشتن نوزاد

- نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا بالغین نیاز دارد.
- اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، گرم نگه دارد.
- در خلال روز، نوزاد را بپوشاند.
- در شب، نوزاد با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی شیر بخورد.
- نوزاد را در محل نمناک یا خنک قرار ندهد.
- نوزاد را حداقل تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکند.
- نوزاد را در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهد.

خواباندن نوزاد

- نوزاد را به شکم خواباند. بهتر است نوزاد را به پهلو و یا به پشت خواباند.
- نوزاد تا ۳ ماه پس از تولد نیاز به بالش ندارد.

مراقبت از چشم

- از هیچ ماده مانند سرمه یا هیچ دارویی بدون تجویز پزشک برای چشم استفاده نکند.

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)- ادامه

تغذیه با شیر مادر:

- حتماً در مدت یک ساعت اول تولد، نوزاد از شیر مادر تغذیه شود.
- شیر روزهای اول غلیظ و زرد است و سپس رقیق تر و سفیدتر می شود که هر دو تغییر برای نوزاد مطلوب است.
- وقتی احساس کرد که نوزاد آماده است، او را به پستان بگذارد.
- علائم آمادگی عبارتند از:
- نوزاد اطراف را نگاه می کند و یا حرکت دارد؛
- دهان خود را باز می کند؛
- جستجو می کند.
- شیرخوار باید در ۶ ماه اول به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود یعنی به جز شیر مادر هیچ ماده خوراکی (آب، آب قند، شیر مصنوعی و شیر دام، ترنجبین، شیر خشک) داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل ۸ بار در شبانه روز انجام شود.
- یک نوزاد رسیده ممکن است در روز اول پس از یک تغذیه خوب، ساعات بیشتری بخوابد.
- به استفاده از داروهایی که منع شیردهی دارد، توجه کند. (طبق راهنمای خ ۱۰ آموزش دهید)

طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

- بدن و سر نوزاد در امتداد هم باشد.
- صورت نوزاد مقابل پستان باشد.
- نوزاد چسبیده به مادر باشد.
- تمام بدن نوزاد و نه فقط گردن و شانه ها با دست حمایت شود.
- نوک پستان با لب نوزاد تماس پیدا کند.
- صبر کند تا نوزاد دهانش را خوب باز کند.
- سریع او را به طرف پستان بیاورد به طوری که نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد و لب تحتانی به خوبی زیر پستان قرار گیرد.
- اگر پستان محقق است، شروع شیردهی از پستان غیر محقق انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن دوشیده شود تا ناحیه آرئول نرم شود و نوزاد بهتر بتواند پستان را بگیرد.
- اجازه دهد نوزاد پستان اول را رها کند و سپس پستان دوم را به او بدهد.
- نوزاد را برای گرفتن پستان مجبور نکند.
- قبل از آن که نوزاد پستان را رها کند، او را جدا نکند.
- اگر مادر حضور ندارد، شیرش را بدوشد و فرد دیگری شیر دوشیده شده را با فنجان، قاشق یا سرنگ به نوزاد بدهد.
- از شیشه شیر و گول زنگ (پستانک) استفاده نکند.

حمایت ویژه نوزاد کوچک برای تغذیه با شیر مادر (نارس یا کم

وزن یا چندقلویی)

- می تواند به نوزاد کوچکش شیر بدهد و شیر او کافی است.
- روزهای اول، نوزاد کوچک خوب شیر نمی خورد ممکن است به راحتی خسته شود و ضعیف بمکد، زمان کوتاه تری بخورد و استراحت کند، در خلال شیر خوردن خوابش ببرد، بین مکیدن ها بیشتر توقف کند و طولانی تر بخورد، همیشه برای تغذیه بیدار نمی شود.
- تماس پوست با پوست برقرار کند، زیرا شیر خوردن از پستان را راحت تر می کند.
- هر ۲-۳ ساعت نوزاد را شیر دهد. اگر نوزاد خودش بیدار نمی شود، ۲ ساعت پس از آخرین شیر خوردن، او را بیدار کند.
- نوزاد را طولانی تر زیر پستان نگه دارد. اجازه دهد بیشتر استراحت کند و بمکد. اگر هنوز می خواهد شیر بخورد، او را جدا نکند.

در موارد دو قلویی:

- شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد. مقدار شیر به میزان مکیدن نوزاد وابسته است و به جثه مادر ارتباط ندارد.
- تا زمانی که جریان شیر به خوبی برقرار شود، هر نوزاد را جداگانه تغذیه کند.
- اگر قل اول، پستان راست را خورده است، در نوبت بعدی قل دوم از این پستان تغذیه شود.
- خنثه نوزاد پسر:** توصیه می شود در ماه اول نوزاد توسط پزشک خنثه شود.
- **ترشحات ناحیه تناسلی دختران** و احیاناً مختصر خونریزی از آن **طبیعی** است، آن را دستکاری نکند.
- غربالگری شنوایی:** در اولین فرصت غربالگری نوزاد توسط متخصص انجام شود.
- غربالگری متابولیک:** برای بررسی بیماری فنیل کتونوری و هیپوتیروئیدی، مادر حتماً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)- ادامه

حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و نهایتاً اندام ها را لخت کرده و بشوید.
- هیچگاه به صورت نوزاد صابون یا شامپو نزنند. صورت، چشم ها و پشت گوشها را با یک تکه پنبه نرم که در آب گرم مرطوب شده است، تمیز نماید.
- پس از شستشو، نوزاد را کاملاً خشک کنید و لباس گرم و تمیز بپوشانید.
- می توان هفته ای دو بار نوزاد را حمام کرد.
- رطوبت و بخار حمام باید در حدی باشد که تنفس نوزاد را مشکل نکند.
- بلافاصله بعد از شیر خوردن، به علت احتمال برگرداندن شیر، از حمام کردن خودداری نمایید.
- در صورت خشک بودن پوست نوزاد می توان از یک لبه نازک وازلین یا ویتامین A+D استفاده کرد.
- در صورتی که بند ناف نیفتاده است:
- نوزاد را با اسفنج یا پارچه نخی تمیز کند.
- از پاک کردن چربی روی پوست نوزاد (ورنیکس) خودداری کند.

پیشگیری از سوانح و حوادث

- از نگه داری حیوانات در محل زندگی خودداری کند.
- هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.
- نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذارد.
- نوزاد را بالا و پایین نیندازد.
- از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کند.
- محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و ... باشد.
- نوزاد مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارد.
- در زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشد.
- نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و ...) قرار ندهد.
- نوزاد را در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارد.
- نوزاد را در جاهای بلند (مانند میز، صندلی و ...) تنها رها نکند.
- ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.

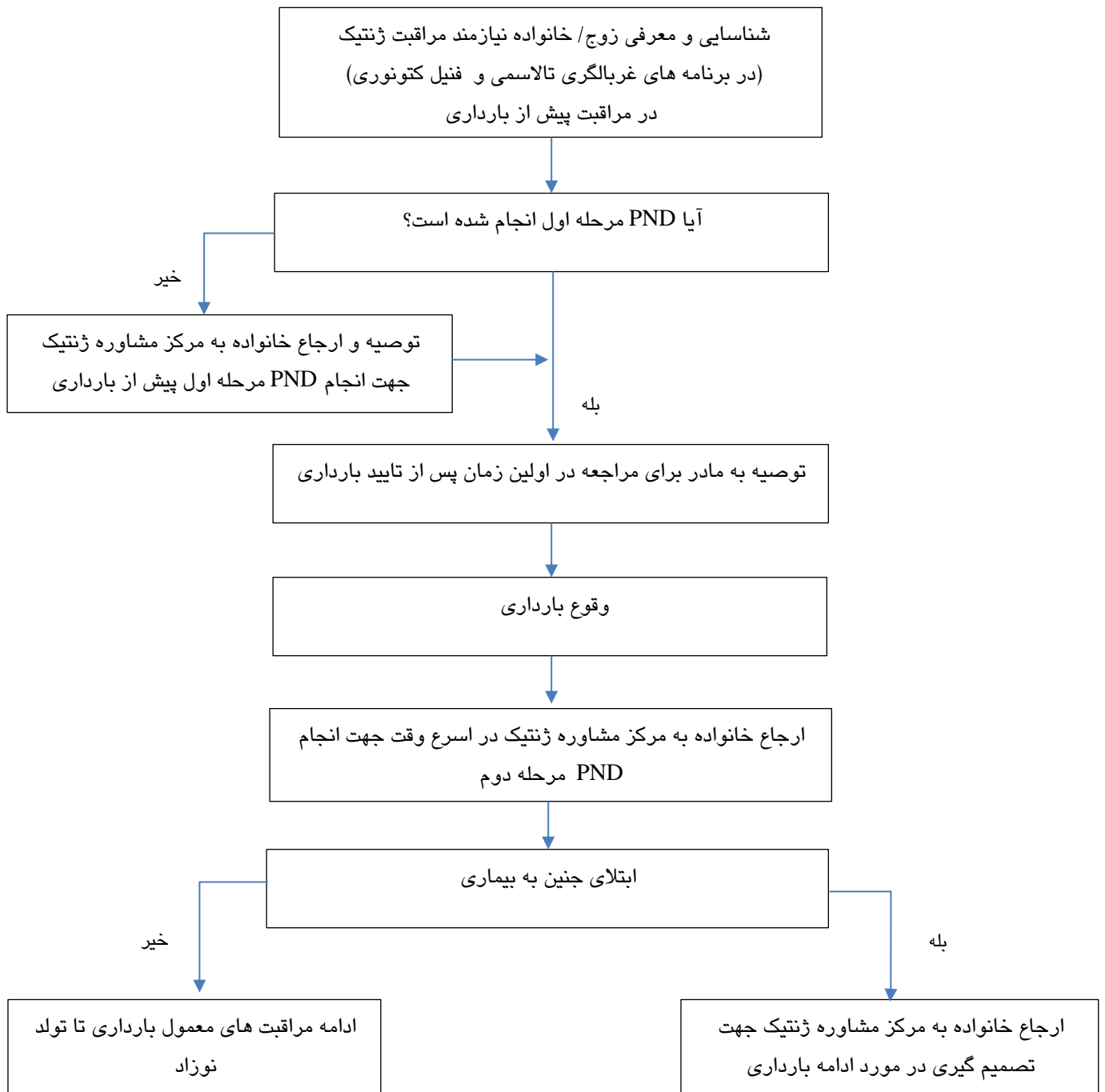
ضمائم

صفحه	عنوان
	ضمیمه ۱- تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
	ضمیمه ۲- الگوریتم مراقبت ژنتیک
	ضمیمه ۳: فرم مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان

ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
- گوشی مامایی یا سونی کیت
- تخت معاینه، پاراوان
- ترازوی بزرگسال
- قدسنج یا متر نواری
- ترمومتر دهانی و جای آن
- فور یا اتوکلاو
- تخت زایمان
- تخت یک شکن بیمار
- بیکس، دیش دردار
- وسایل انجام پاپ اسمیر: اسپاکولوم، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسپری فیکساتور، ماژیک یا قلم الماس، قطره چکان
- ترالی
- ظرف قلوه ای، کاسه فلزی
- پایه سرم
- چراغ پایه دار
- کیپسول اکسیژن و مانومتر، ماسک یا لوله در اندازه های مختلف
- وسایل مصرفی: سرنگ و سر سوزن در اندازه های مختلف، پنبه و گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کاغذ کاهی برای پوشش زیر بیمار، صابون، سوند فولی، سوند نالتون، خودتراش یک بار مصرف، گارو، چسب ضد حساسیت و باند، آنژیوکت و سه راهی آن، تیغ اهر، پوشک، دستبند هویت نوزاد، نخ بخیه کرومیک ۲ صفر یا ۳ صفر، کلامپ بندناف، یورین بگ، ست سرم، ست انفوزیون
- وسایل احیاء نوزاد (ماسک و بگ، لارنگوسکوپ با تیغه های صاف، لوله های داخل نای ۲/۵ و ۳ و ۳/۵ و ۴ میلیمتر، ایروی دهانی، کانتراهای نافی ۳/۵ F و ۵ F، لوله تغذیه ۸ F)
- انواع پنس (هموستات، کوخر، گرد)، چیتل فورسپس، والو، قیچی اپی زیاتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پنس راست وارمر
- چراغ اولتراویوله
- دستگاه ساکشن و رابط ها
- ماشین لباسشویی
- ترازوی نوزاد
- چراغ قوه و باطری
- پوار در اندازه های مختلف
- کات نوزاد
- تابوره (چهار پایه گردان جلوی تخت زایمان)
- چهارپایه جلوی تخت بیمار
- سینی و لگن استیل
- وسایل حفاظتی: پیش بند نایلونی، عینک، ماسک پارچه ای یا کاغذی، چکمه لاستیکی، زیرانداز مشمع
- وسایل پارچه ای: شان، حوله، ملحفه، گان، یونیفرم اتاق زایمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد
- دستگاه مانیتور الکترونیکی قلب جنین

ضمیمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک



آزمایشات تشخیص قبل از تولد - PND (prenatal Diagnosis) - در دو مرحله انجام می شود:

مرحله اول: این مرحله یک بار انجام می شود و نوع جهش ژنتیک بیماری در والدین تعیین می گردد. در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست. به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط جنین مبتلا در زمان بارداری، ترجیحا آزمایش مرحله اول، قبل از وقوع بارداری انجام می شود.

مرحله دوم: در این مرحله تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولا از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرزهای جفت (CVS) انجام می شود. در این مرحله وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری بررسی می گردد.

انجام به موقع مراحل PND دارای اهمیت است. PND مرحله اول ترجیحا می بایست قبل از وقوع بارداری صورت پذیرد. در زمان بارداری نیز ارجاع به تیم مشاوره ژنتیک جهت انجام PND مرحله اول در اولین فرصت (در صورتی که قبلا انجام نشده باشد) و PND مرحله دوم در هفته دهم تا چهاردهم بارداری صورت می گیرد.

ضمیمه ۳: فرم ها مراقبت پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان