

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما و پزشک عمومی

تجدید نظر نهم

۱۴۰۲

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

تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ۱۴۰۲

طرح و اجرا:

ناشر:

نوبت چاپ:

تیراژ:

شابک:

نسخه حاضر آخرین منبع مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما و پزشک است و جایگزین
نسخ قبلی می باشد.

فهرست

صفحه	عنوان
۷	آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
۱۱	جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان
۱۳	الف - مراقبت های پیش از بارداری
۱۴	الف ۱- مراقبت پیش از بارداری
۱۵	تعاریف مراقبت پیش از بارداری
۱۸	الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری
۲۰	الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها
۲۳	الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری
۲۴	ب- مراقبت های معمول بارداری
۲۵	ب ۱- اولین ملاقات بارداری
۲۶	ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
۲۷	ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
۲۸	تعاریف مراقبت های بارداری
۳۶	پ- مراقبت های ویژه بارداری
۳۷	پ ۱- علائم نیازمند اقدام فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)
۳۸	پ ۲- فشارخون بالا
۳۹	پ ۳- خونریزی / لکه بینی
۴۱	پ ۴- درد (درد شکم/ سر درد/ درد یک طرفه ساق و ران)
۴۴	پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب
۴۵	پ ۶- تب
۴۶	پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب / سرفه
۴۸	پ ۸- مشکلات ادراری- تناسلی
۴۹	پ ۹- تهوع و استفراغ
۵۰	پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین
۵۱	پ ۱۱- ورم اندام
۵۲	پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی
۵۴	پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب
۵۴	پ ۱۴- وزن گیری نامطلوب (کاهش یا افزایش وزن)
۵۵	پ ۱۵- حاملگی طول کشیده
۵۵	پ ۱۶- مشکلات پوستی
۵۶	پ ۱۷- حاملگی چند قلو
۵۷	پ ۱۸- دیابت / دیابت بارداری
۵۹	پ ۱۹- تفسیر نتایج آزمایش و سونوگرافی در بارداری
۶۲	پ ۲۰- بیماری و ناهنجاری ها
	۱: اختلال انعقادی - ۲: ایدز - ۳: آبله مرغان - ۴: آرتریت روماتوئید - ۵: آسم - ۶: آنمی فقر آهن - ۷: آنمی داسی شکل - ۸: بیماری تیروئید - ۹: بیماری قلبی - ۱۰: بیماری های گوارشی - ۱۱: بیماری های مزمن کلیه - ۱۲: پرولاکتینوما - ۱۳: پیوند کلیه - ۱۴: تالاسمی - ۱۵: ترومبوسیتوپنی - ۱۶: تورچ - ۱۷: سرخچه - ۱۸: سل - ۱۹: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان - ۲۰: صرع - ۲۱: لوپوس - ۲۲: مالتیپل اسکلروزیس - ۲۳: میگرن - ۲۴: ناهنجاری های اسکلتی - ۲۵: ناهنجاری های دستگاه تناسلی - ۲۶: هپاتیت

صفحه	عنوان
۶۶	پ ۲۱- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی ۱: بارداری همزمان با IUD - ۲: بارداری با قرص پروژسترونی، قرص ها و آمپول های ترکیبی - ۳: بارداری با TL - ۴: بارداری هم زمان با شیردهی - ۵: تروما - ۶: رفتار پر خطر - ۷: شغل سخت و سنگین - ۸: سن بارداری نامشخص - ۹: مشکلات ژنتیکی - ۱۰: نکات مرتبط با تعداد بارداری - ۱۱: نکات مرتبط با سن مادر - ۱۲: غربالگری اولیه منفی ولی با شک قوی به مصرف مواد - ۱۳: غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد - ۱۴: سابقه درمان اختلال مصرف مواد - ۱۵: ناسازگاری های خونی - ۱۶: نمایه توده بدنی غیر طبیعی
۷۱	پ ۲۲- سوابق بارداری و زایمان قبلی ۱: آتونی - ۲: پره اکلامپسی - ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی - ۴: چند قلبی - ۵: دیابت بارداری - ۶: زایمان دیررس - ۷: زایمان زودرس - ۸: سابقه سزارین/ جراحی روی رحم - ۹: دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی ۱۰: مول کمتر از یک سال، حاملگی نابجا - ۱۱: مرگ نوزاد - ۱۲: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم - ۱۳: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
۷۰	ت- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی)
۷۱	ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان
۷۲	ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان
۷۳	ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان
۷۴	ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان
۷۵	تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان
۸۲	ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان
۸۳	ث ۱- علائم نیازمند اقدام فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)
۸۴	ث ۲- فشارخون بالا
۸۵	ث ۳- خونریزی
۸۶	ث ۴- عدم پیشرفت زایمان
۸۷	ث ۵- زجر جنین/ دفع مکونیوم
۸۸	ث ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس
۸۹	ث ۷- پارگی کیسه آب
۹۰	ث ۸- پرولاپس بندناف
۹۱	ث ۹- نمایش غیر طبیعی
۹۲	ث ۱۰- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان
۹۴	۱: عدم تناسب سر با لگن - ۲: ارهش منفی - ۳: مصرف مواد - ۴: الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی - ۴: پلی هیدرآمنیوس - ۶: تب - ۷: تنفس تند - ۸: جنین ناهنجار - ۹: زایمان پنجم و بیشتر - ۱۰: چندقلویی - ۱۱: بارداری اول - ۱۲: ضایعات ولو - ۱۳: ماکروزومی - ۱۴: مرگ جنین - ۱۵: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰
۹۴	ث ۱۱- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه بلافاصله پس از زایمان
۹۵	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
۹۵	ث ۱۲- بیماری ها
۹۷	۱: آسم - ۲: آنمی متوسط تا شدید - ۳: HIV مثبت - ۴: بیماری قلبی - ۵: دیابت - ۶: سل - ۷: سیفلیس - ۸: صرع - ۹: هیپرتیروئیدی - ۱۰: هپاتیت/ HBsAg مثبت - ۱۱: هرپس ژنیتال
۹۷	ث ۱۳- سوابق زایمان قبلی
۹۷	۱: آتونی - ۲: جنین ناهنجار - ۳: زایمان سخت - ۴: زایمان سریع - ۵: سزارین یا جراحی رحم - ۶: مرده زایی - ۷: مرگ نوزاد - ۸: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
۹۸	ج- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)
۹۹	ج ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان
۱۰۰	ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان
۱۰۱	تعاریف مراقبت های پس از زایمان

صفحه	عنوان
۱۰۴	چ- مراقبت های ویژه پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)
۱۰۵	چ ۱- علائم نیازمند اقدام فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)
۱۰۶	چ ۲- فشارخون بالا
۱۰۷	چ ۳- خونریزی/ لکه بینی
۱۰۸	چ ۴- تب
۱۰۹	چ ۵- درد (درد شکم/ سر درد/ درد پستان/ درد یک طرفه ساق و ران)
۱۱۱	چ ۶- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج
۱۱۲	چ ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی
۱۱۳	چ ۸- اختلالات روانپزشکی
۱۱۴	چ ۹- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه
	۱: ابتلا به ایدز/ +HIV- ۲: تنگی نفس و تپش قلب- ۳: دیاستاز رکتوس- ۴: سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر- ۵: سابقه دیابت بارداری- ۶: صرع- ۷: مصرف الکل - ۸: مصرف مواد
۱۱۵	ح- راهنما
۱۱۶	ح ۱- اعزام
۱۱۶	ح ۲- بررسی منشا خونریزی
۱۱۷	ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی
۱۱۹	ح ۴- کوراژ
۱۱۹	ح ۵- وارونگی رحم
۱۲۰	ح ۶- مکمل های دارویی
۱۲۰	ح ۷- توصیه های بهداشتی در بارداری
۱۲۰	ح ۸- توصیه های بهداشتی پس از زایمان
۱۲۱	ح ۹- مصرف دخانیات، الکل، مواد در شیردهی
۱۲۱	ح ۱۰- داروهای روانپزشکی در بارداری
۱۲۳	ح ۱۱- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان
۱۲۴	ح ۱۲- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی
۱۲۵	ح ۱۳- ارزیابی الگوی تغذیه
۱۲۶	ح ۱۶- غربالگری سلامت روان (پس از زایمان)
۱۲۸	ح ۱۷- پارتوگراف
۱۳۰	ضمائم
۱۳۰	ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی واحد تسهیلات زایمانی
۱۳۱	ضمیمه ۲: محدوده غیر طبیعی آزمایش خون و محدوده طبیعی آزمایش ادرار

تهیه کنندگان این مجموعه

- **مسئول طراحی و تدوین:** اداره سلامت مادران، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

با تشکر از همکاری:

- دفتر بهبود تغذیه جامعه
- اداره سلامت دهان و دندان
- اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
- اداره سلامت نوزادان
- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

با تشکر از همکاری اساتید و کارشناسان دانشگاه ها:

- اصفهان: دکتر الهه زارعان، هیئت علمی و پریناتالوژیست؛ دکتر فریناز فرهید، هیئت علمی و پریناتالوژیست؛ نادیا رحیمی، کارشناس مسئول مادران؛ دکتر فاطمه محمدی، هیئت علمی مامایی.
- تبریز: دکتر نیلوفر ستارزاده، هیئت علمی مامایی؛ نسربین فرشیا، کارشناس مسئول مادران.
- تهران: دکتر اشرف آل یاسین، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر لاله اسلامیان، پریناتالوژیست. دکتر سیده طاهره میر مولایی، هیئت علمی مامایی؛ اعظم السادات نیاکان، کارشناس مسئول مادران.
- جندی شاپور اهواز: دکتر نهران ناصحی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر زهرا عباسپور، هیئت علمی مامایی؛ دکتر سیمین منتظری، هیئت علمی مامایی؛ دکتر انوشه آبدانان، کارشناس مسئول مادران.
- زنجان: دکتر عاطفه کاظمی رباطی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر رقیه خرقانی، هیئت علمی مامایی؛ محبوبه اشتری ماهینی، کارشناس مادران.
- مشهد: دکتر نیره خادم، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر نفیسه ثقفی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ فهیمه فرگاهی، کارشناس مادران؛ مرضیه دباغبان، کارشناس مادران.
- شیراز: دکتر مریم کسرائیان، هیئت علمی و پریناتالوژیست، دکتر مهناز زرشناس، هیئت علمی مامایی؛ الهام حسامی، کارشناس مسئول مادران.
- کرمانشاه: دکتر مینا السادات مساوات، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ اکرم شیردل روستایی، کارشناس مسئول مادران.
- کرمان: دکتر زهره ترابی نژاد، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ بتول دامادی، کارشناس مسئول مادران؛ دکتر کتابون علیدوستی، هیئت علمی مامایی.
- مازندران: دکتر ژیلانگنجی، هیئت علمی مامایی؛ معصومه غضنفری، کارشناس مادران.
- شهید بهشتی: دکتر هاجر عباسی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر شهناز ترک زهرانی، هیئت علمی مامایی؛ مریم شهبازی، کارشناس مادران؛ مریم بابلی، کارشناس مادران.
- ایران: دکتر مریم کاشانیان، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ فریده همایون، کارشناس مادران.
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، بابل، اردبیل، تربت حیدریه، بجنورد، بیرجند، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، قم، قزوین، کاشان، کردستان، کرمان، گراش، گلستان، لارستان، مراغه، هرمزگان، یزد که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.

همکار گرمی!

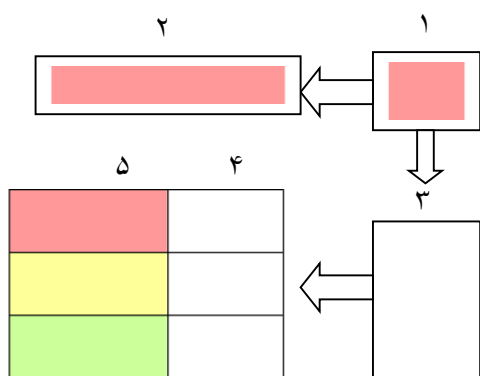
مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارائه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرایط ویژه در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» را مطالعه کنید.

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 نیازمند اقدام فوری را در مادر ارزیابی کنید.

خانه شماره ۲- در صورت وجود علائم نیازمند اقدام 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.

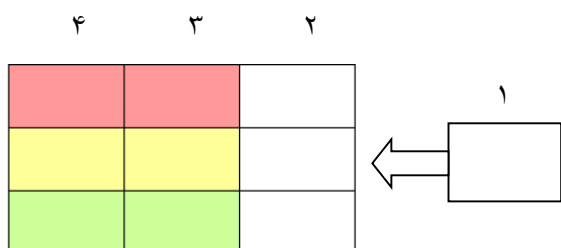
خانه شماره ۳- اگر خانم هیچ یک از علائم نیازمند اقدام فوری را نداشته، با توجه به مطالب مربوط به این خانه، وی را ارزیابی کنید.

خانه شماره ۴- با توجه به نتیجه ارزیابی و علائم و نشانه های حاصل از ارزیابی، طبقه بندی کنید.

خانه شماره ۵- پس از طبقه بندی، 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 نیازمند توجه ویژه 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 سئوالات 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 کند:

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 نتیجه ارزیابی، عارضه یا بیماری را طبقه بندی کنید.

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 بیماری ها 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 نیازمند توجه ویژه 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 شرایطی 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 مادر به رابط سلامت مادران اعلام گردد.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۴۸ 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 و اقدام خاصی است.

اصول کلی

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

در اولین مراجعه مادر، بارداری وی را تبریک بگویید و با تکریم و احترام به مادر هنگام ارائه مراقبت ها، بارداری را برای او خوشایند سازید.

- مراقبت ها و اقدامات تعیین شده در مجموعه می بایست بر اساس شرح وظایف ماما یا پزشک انجام شود.
- علائم نیازمند توجه و مراقبت ویژه در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به مادر، همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
- به گیرنده خدمت در هر مقطعی از پیش از بارداری تا پس از زایمان در خصوص نحوه دریافت مراقبت در زمان های غیر اداری (استفاده از سامانه ۴۰۳۰، آشنایی با کارشناس رابط سلامت مادران، ...) آموزش داده شود.
- اگر مادر به دلایلی نیازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوری، در اولین فرصت، غیر فوری) 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 از ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۷۲ 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.

■ در پایگاه سلامت به دلیل نبود دارو، تزریق قبل از اعزام، توسط اورژانس ۱۱۵ انجام می شود. در صورتی که پزشک خط اول ارائه مراقبت است تزریق قبل از اعزام، در مرکز جامع سلامت انجام می شود.

- در موارد اعزام، مشاوره و پیگیری های تعیین شده، کارشناس رابط سلامت مادران می بایست از وضعیت مادر مطلع گردد و در صورت نیاز هماهنگی لازم را انجام دهد.
- در مواردی که دسترسی سریع و به موقع به مراکز ارائه خدمت وجود ندارد و مادر با توجه به شرایط مامایی و زایمانی (از هفته ۳۷ بارداری) می بایست در مجاورت بیمارستان اقامت نماید، لازم است مراکز حمایتی و اسکان موجود در منطقه (مطابق دستور عمل طرح اسکان) به وی معرفی شود.
- لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان در فرم های مربوط یا پرونده الکترونیک ثبت 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 و یا به صورت الکترونیک ثبت گردد.
- پزشک عمومی و ماما در مناطق روستایی 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 است.
- به منظور رعایت اصول ارجاع، مواردی که مادر می بایست برای بررسی بیشتر به سطوح تخصصی فرستاده شود لازم است از طریق پزشک مرکز ارجاع شود.
- توجه داشته باشید استفاده از این مجموعه بدون پیگیری ارجاع های 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 عوامل محیطی، شغلی، طبی، رفتاری می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارند. هدف از مراقبت، کاهش مخاطرات شناسایی شده با استفاده از آموزش، مشاوره و مداخلات لازم است.
- تمامی خانم های که تمایل به بارداری دارند می توانند مراقبت پیش از بارداری را دریافت کنند مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می شوند.
- در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پزشکی انجام 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 ثبت کند.
 - 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.
 - 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:** 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.
- 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.
- در اولین مراجعه مادر باردار در هر هفته بارداری، پس از گرفتن شرح حال اولیه متناسب با هفته بارداری مراقبت ارائه شود.
- در اولین مراجعه مادر باردار، پس از ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پزشک باید انجام 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 فرم مراقبت بارداری ثبت کند.
- 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 (ت)

- 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 نیازمند مراقبت ویژه (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.
- نوزاد باید بلافاصله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق «بخش ارزیابی نوزاد (بخش خ)» ارزیابی شود.
- قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه های ارایه شده در بخش مراقبت از نوزاد (بخش د) به مادر آموزش داده شود.
- نوزاد باید قبل از ترخیص توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

پس از زایمان (ج)

- مراقبت های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می شود 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 می شود.
- برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.

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

مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی - رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه - مصرف دخانیات، الکل و مواد (مراقبت ۴)	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - مصرف مکمل های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - غربالگری اولیه - مصرف دخانیات، الکل و مواد - رفتارهای پر خطر - مصرف مکمل های غذایی	- تشکیل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه - مصرف دخانیات، الکل و مواد - ارزیابی تغذیه - مصرف مکمل های غذایی - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری	- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر - غربالگری اولیه - مصرف دخانیات، الکل و مواد	تشکیل پرونده و ارزیابی
- 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	- 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 قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمامم)	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی - علائم حیاتی - معاینه فیزیکی (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمامم)	معاینه بالینی
-----	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری، آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری (در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری)	CBC, U/A, U/C, نوبت دوم کومیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	- سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری	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، سونوگرافی بارداری	CBC, TSH, HBsAg و FBS, پاپ اسمیر (در صورت نیاز)، تیتر آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز) VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر)	آزمایش ها یا بررسی تکمیلی

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

مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> - سلامت روان - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - اصول شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادی - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - سلامت روان، جنسی - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم نیازمند ویژه بارداری - شکایت های شایع - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/شکایت های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/شکایت های شایع - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/شکایت های شایع - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/مکمل های دارویی - علائم نیازمند مراقبت ویژه/شکایت های شایع - تاریخ مراجعه بعدی 	آموزش و مشاوره
اسید فولیک همراه با ید (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)					اسید فولیک همراه با ید	مکمل های دارویی
توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا - ایمنوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)					سرخجه، هپاتیت، توأم	ایمن سازی (در صورت نیاز)

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

مراقبت ۳ روزهای ۳۰ تا ۴۲	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۱ روزهای ۱ تا ۳	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض - غربالگری افسردگی پس از زایمان - مصرف مکمل های دارویی 	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - ارزیابی الگوی تغذیه - غربالگری افسردگی پس از زایمان - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض - مصرف مکمل های دارویی 	<ul style="list-style-type: none"> - مشخصات، وضعیت زایمان - سوابق بارداری اخیر - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض - مصرف مکمل های دارویی 	تشکیل پرونده و ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - معاینه چشم، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی 	<ul style="list-style-type: none"> - معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی 	<ul style="list-style-type: none"> - معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - علائم حیاتی 	معاینه بالینی
<ul style="list-style-type: none"> پاپ اسمیر (در صورت نیاز) در مبتلایان به دیابت بارداری: OGTT, FBS (ناشتا و دو ساعته) 	-----	-----	آزمایش ها
<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد 	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> بهداشت فردی، سلامت روان و جنسی، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی 	آموزش و مشاوره
آهن و مولتی ویتامین مینرال تا ۳ ماه پس از زایمان			مکمل های دارویی
ایمنوگلوبولین ضد دی در مادر ارهاس منفی با نوزاد ارهاس مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان			ایمن سازی

الف - مراقبت پیش از بارداری

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

الف ۱- مراقبت پیش از بارداری

ارزیابی

تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری

اندازه گیری قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی

معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، پستان ها، اندام ها، لگن و رحم و ضمام

اقدام

- ایمن سازی

- تجویز اسید فولیک/ اسید فولیک همراه با ید

- درخواست آزمایش و تفسیر آن

- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز

- آموزش و توصیه لازم

- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل، مواد

- تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز

- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه تیروئید، قلب، ریه

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و جداول الف ۲ تا ۴ می بایست انجام شود.

تعاریف مراقبت پیش از بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

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

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV 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: 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،...)، سلامت روان (آرامش و سلامت روان)، سلامت 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 غذایی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی و اصلاح وزن)، زمان مناسب بارداری بعدی، مضرات دخانیات، الکل و مواد (بازخورد عوارض مصرف، توصیه به ترک و دریافت خدمات درمانی و مضرات مواجهه با دود سیگار برای مادر و جنین، آموزش نحوه ایجاد محیط عاری از دخانیات) آموزش دهید.

ایمن سازی:

واکسن توام: طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

واکسن سرخجه: به علت احتمال ابتلا به سرخجه در دوران بارداری و سندرم سرخجه مادرزادی، توصیه می شود در خانم هایی که قصد باردار شدن دارند و سابقه دریافت واکسن سرخجه، MMR و یا MR را ذکر نمی کنند، تیتر آنتی بادی ضد سرخجه ارزیابی شود و در صورت پایین بودن (با توجه به معیار آزمایشگاهی)، واکسن سرخجه تجویز شود. بعد از تزریق واکسن، بهتر است خانم حداقل تا یک ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری (با نظر پزشک) 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 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: مطابق با دستور عمل کشوری و در صورت نیاز، پاپ اسمیر پیش از بارداری انجام شود.

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: مصرف دخانیات، الکل، مواد، رفتارهای پرخطر، شغل سخت و سنگین
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط و تعداد فرزندان 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 ...)، اختلال روانپزشکی، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در فرد یا افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی 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)

رفتار پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده

زمان مناسب بارداری بعدی: به مادر توصیه کنید بهتر از بعد از دوره شیردهی، برای بارداری بعدی اقدام کند ولی در صورت وقوع بارداری قبل از آن، منعی وجود ندارد و نگرانی مادر در این مورد را برطرف 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؛
- کار در محیط پرسروصدا، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.
- 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؛

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. 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 ۳-۱ دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا ۱۵ دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.
- 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.

غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد:

درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود: **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر آپئوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرامبخش یا خواب آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عرق، غیره)، **مواد مخدر افیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک های مت آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اکس، غیره).

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آنچه پزشک تجویز نموده، است.

مواجهه با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته را سوال کنید. **دود دست دوم:** دود حاصل از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود. **دود دست سوم:** ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشینند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

مکمل های دارویی: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک یا اسید فولیک همراه با ۱۵۰ میکروگرم ید ترجیحاً ۱ ماه قبل از بارداری تجویز کنید.

نکته: در کسانی که مبتلا به هیپر تیروئیدی هستند مکمل حاوی ید توصیه نمی شود. مصرف آن در سایر بیماری های تیروئید منعی ندارد.

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود.

معاینه فیزیکی: در مراجعه، خانم به شرح زیر معاینه می شود:

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی

- بررسی پوست از نظر بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید (حتماً توسط پزشک انجام شود)

- سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال (حتماً توسط پزشک انجام شود)

- 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.

- بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

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

- اندام تناسبی 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.

در صورت وجود شکایاتی مانند آمنوره، هیپو منوره یا درد های دوره ای لگن در سن بلوغ، طولانی شدن مدت زمان قاعدگی و یافته های غیر طبیعی در تصویر برداری موجود و ... می تواند احتمال ناهنجاری دستگاه تناسلی را مطرح کند.

نمایه توده بدنی (BMI): 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.

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر احتمالی بر بارداری	اقدام
۱ اختلالات روانپزشکی (سابقه یا وجود)	احتمال عود یا تشدید بیماری	- در صورت سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته یا موارد قابل مدیریت توسط خانواده یا پزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - در صورت نیاز به آموزش روانشناختی و مداخلات غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار
۲ 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
۳ رفتار پرخطر	امکان ابتلا به ایدز، عفونت آمیزشی	مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV مطابق دستور عمل
۴ 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
۵ سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی غیر طبیعی	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	- در نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸.۵ یا z-score کمتر از -۱: ○ ارائه توصیه های تغذیه ای ○ ارجاع به پزشک جهت بررسی و پیگیری پس از دو هفته - در نمایه توده بدنی بین ۲۵ و ۲۹.۹ یا z-score بیشتر از ۱ تا ۲: ○ آموزش تغذیه - در نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ یا z-score بیشتر از ۲: ○ ارائه توصیه های تغذیه ای به منظور حفظ وزن در محدوده طبیعی ○ ارجاع به پزشک
۶ شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، سقط	- تغییر محل یا نوع شغل به ویژه در صورت تماس با مواد سمی یا شیمیایی و ...
۷ مشکلات دهان و دندان	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان	- ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندانپزشک - آموزش بهداشت دهان و دندان
۸ مشکلات 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 پزشک مرکز جهت تایید و اقدام مطابق دستور عمل اداره ژنتیک - در صورت سابقه NTD در نوزاد/ نوزادان قبلی: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری تا سه ماه اول بارداری
۹ مصرف فعال مواد در مادر و یا همسر و سابقه سوءرفتار با کودک یا فروش کودک	احتمال سوءرفتار یا فروش کودک در بارداری بعدی	توصیه به استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری (توسط پزشک) تا زمان تثبیت درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار و در صورت نبود ارجاع به پزشک جهت دریافت حمایت های روانی، اجتماعی

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری (ادامه)

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر احتمالی بر بارداری	اقدام
۱۰ مصرف دخانیات در غربالگری اولیه	کاهش رشد داخل رحمی، جفت سرراهی، وزن کم تولد، کندگی جفت، زایمان زودرس، سقط خود به خودی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد	ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان جهت غربالگری تکمیلی ادامه فرایند خدمات در غربالگری اولیه، مداخلات کارشناس سلامت روان و پزشک بر اساس بسته خدمت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر یا محرک
۱۱ مصرف مواد در غربالگری اولیه	زایمان زودرس، سقط، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، سندرم پرهیز نوزادی، پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری	در موارد مصرف دخانیات، حتماً مادر را تشویق به ترک مصرف دخانیات نموده و سپس برای درمان به پزشک ارجاع شود
۱۲ مصرف مواد مت‌امفتامینی در غربالگری اولیه	تأخیر رشد داخل رحمی، ناهنجاری‌های مادرزادی، فشار خون بارداری	توجه: پس از تشخیص اختلال مصرف مواد، الکل و دخانیات توسط پزشک و ارجاع مادر باردار به مراکز درمان تخصصی لازم است پیگیری بیمار طبق دستورالعمل توسط کارشناس مراقب‌ماما در ۵ نوبت در فواصل ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد از ارجاع بیمار جهت اطمینان از دریافت خدمات درمانی انجام و ثبت شود.
۱۳ مصرف داروهای روانپزشکی آرام‌بخش و خواب‌آور در غربالگری اولیه	استرابیسم، شکاف کام، سندرم پرهیز نوزادی	
۱۴ مصرف الکل در غربالگری اولیه	سندرم طیف الکل جنینی (FASD)	
۱۵ ناهنجاری‌های احتمالی دستگاه تناسلی	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها

عنوان	تأثیر احتمالی 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	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز اقدام پزشک: - ارزیابی عملکرد ریه و شدت بیماری و اجازه به اقدام به بارداری در صورت تثبیت وضعیت فرد
۲ آنمی فقر آهن	احتمال زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	Hb کمتر ۱۲ gr/dl: اندازه گیری فریتین - فریتین کمتر از ۳۰ ng/ml توصیه به مصرف روزانه ۳ عدد قرص فروس سولفات و ۱ میلی گرم قرص اسید فولیک به مدت ۴ هفته، سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح فریتین: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - فریتین ۳۰ ng/ml و بالاتر: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - 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	- ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز اقدام پزشک: - تاکید به مادر برای عوارض احتمالی بیماری در بارداری - تجویز اسید فولیک به میزان ۵ میلی گرم در روز از ۳ ماه قبل از بارداری - انجام آزمایش های تکمیلی علاوه بر آزمایش معمول: اندازه گیری پروتئین در ادرار ۲۴ ساعته و بررسی عملکرد کلیه، کبد، آنتی بادی اسکریپین - تزریق واکسن پنوموکوک در بیماری احتقانی قلب و کاردیومیوپاتی توسط متخصص عفونی (در این صورت بهتر است ۱ ماه بارداری به تعویق بیافتد) - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی (جهت بررسی عملکرد ریه) - ارجاع غیر فوری به متخصص قلب و عروق (جهت انجام اکوکاردیوگرافی و بررسی فشار خون شریان ریوی) - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم (جهت بررسی رتینوپاتی) - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن - تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری
۴ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، احتمال انتقال بیماری به نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص 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 غیر فوری به متخصص داخلی - کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن
۷ بیماری بافت همبند - آرتریت 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، تأخیر 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 غیر فوری به متخصص داخلی - غدد

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر احتمالی بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۰ 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، آیزن منگر، سندرم مارفان	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز اقدام پزشک: - ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و ارزیابی از نظر امکان بارداری - تاکید بر ممنوعیت بارداری در موارد سندرم مارفان، آیزن منگر یا کلاس ۳ و ۴ قلبی - تزریق واکسن پنوموکوک (در این صورت بهتر است ۱ ماه بارداری به تعویق بیافتد) - تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری
۱۱ 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
۱۲ بیماری مزمن کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز اقدام پزشک: - کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار - در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۳ 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	ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز اقدام پزشک: - 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 به متخصص داخلی غیر فوری در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از موارد فوق
۱۴ تالاسمی مینور	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تجویز اسید فولیک و بررسی همسر از نظر تالاسمی (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت MCV کمتر از ۸۰ و یا MCH کمتر از ۲۷ همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک مشاوره ژنتیک
۱۵ ترومبوفیلی شناخته شده	افزایش بروز ترومبواMBOLی، سقط	ارجاع غیرفوری به متخصص داخلی جهت ارزیابی احتمال بروز ترومبواMBOLی 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، ماکروزومی، زایمان سخت	- اخذ شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان - توصیه به تاخیر بارداری تا طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1c، (حد طبیعی A1c کمتر از ۶،۵ درصد و قند دو ساعت بعد از غذا کمتر از ۱۵۵ gr/dl در بیمار دیابتی) - تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز از ۱ ماه قبل از بارداری تا سه ماه اول بارداری - آموزش جهت: کنترل دقیق قند خون، کنترل وزن، برنامه ی غذایی، ورزش و فعالیتهای بدنی، ترک مصرف دخانیات - توصیه به مصرف داروهای تجویز شده - ارجاع به پزشک مرکز

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر احتمالی بر بارداری	توصیه و اقدام
دیابت (ادامه)		<p>اقدام پزشک:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در خواست آزمایشات کراتینین سرم، پروتئین ادرار، تست های عملکرد تیروئید - مواردی که باید در مراقبت ۳ ماهه بررسی شود: ▪ آزمایش قند خون ناشتا، ۲ ساعت پس از صرف غذا و HbA1c ▪ اندازه گیری فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و تعداد نبض ▪ اندازه گیری وزن و تعیین نمایه توده بدنی ▪ معاینه اندام تحتانی ▪ پرسش و معاینه درباره نوروپاتی (طبق متن آموزشی) ▪ پرسش درباره علائم بیماری عروق کرونر (طبق متن آموزشی) ▪ پرسش درباره نحوه درمان دارویی، فعالیت بدنی، حفظ وزن، رژیم غذایی صحیح - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد جهت بررسی شدت بیماری - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم برای بررسی رتینوپاتی - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب
۱۷	سرطان پستان	احتمال پیشرفت بیماری
۱۸	سل	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات</p>
۱۹	صرع	<p>افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی جنین</p>
۲۰	فشارخون مزمن	<p>احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلامپسی، نارسایی قلب، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت، اختلال رشد جنین</p>
۲۱	فنیل کتونوری	<p>سقط، عقب افتادگی ذهنی جنین، بیماری قلبی مادرزادی، محدودیت رشد جنین</p>
۲۲	مالتیپل اسکلروزیس	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد</p>
۲۳	هیپاتیت	<p>اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری، انتقال عفونت به جنین</p>

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 پزشک	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 - بررسی همسر از نظر تالاسمی (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت MCV کمتر از ۸۰ و یا MCH کمتر از ۲۷ همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک مشاوره ژنتیک پلاکت غیر طبیعی: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی، لوپوس، ترومبوسیتوپنی	هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم درصد پلاکت غیر طبیعی (کمتر از ۱۵۰۰۰۰) MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	کم کاری تیروئید	TSH بیشتر از ۳/۹ $\mu\text{IU/ml}$
	پرکاری تیروئید	TSH کمتر از ۰/۲ $\mu\text{IU/ml}$
انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن ارجاع به پزشک: - تزریق عضلانی بنزاتین پنی سیلین ۲۴۰۰۰۰۰ واحد یک نوبت (دو تزریق جداگانه در دو محل مختلف) یا پنی سیلین پروکایین ۱۲۰۰۰۰۰ واحد به مدت ۱۰ روز متوالی - درمان همسر	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر افیونی، 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 و در صورت منفی بودن HBsAg توصیه به ایمن سازی خانواده - ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی	هپاتیت ب	HBsAg مثبت
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	سروسیت 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 باردار شدن	نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخچه نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخچه	پاسخ تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه (با توجه به محدوده آزمایشگاه)

ب- مراقبت های معمول بارداری

صفحه	عنوان
۲۵	ب۱- اولین ملاقات بارداری
۲۶	ب۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
۲۷	ب۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
۲۸	تعاریف مراقبت های بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری

ارزیابی

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

وضعیت ایمن سازی

اندازه گیری قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی

معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، پستان ها، اندام ها

اقدام

- ایمن سازی در صورت ناکامل بودن

- ارزیابی الگوی تغذیه ح ۱۳

- تعیین هفته بارداری و انجام مراقبت مطابق با آن

- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه تیروئید، قلب، ریه و گرفتن شرح حال اولیه روانپزشکی

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.

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

ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)

اقدام مطابق پ ۱

در صورت نبود علائم فوق:

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال از لکه بینی/ خونریزی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، مشکلات دهان و دندان، مصرف مکمل ها و تغذیه، تروما

اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها

اقدام

- درخواست آزمایش نوبت اول در هفته ۱۰-۶ بارداری

- درخواست سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری

- تجویز مکمل های دارویی

- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان

- ترسیم منحنی وزن گیری

- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد

- توصیه و آموزش های لازم

- تعیین تاریخ مراجعه بعدی

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.

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

ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)

اقدام مطابق پ ۱

در صورت نبود علائم فوق:

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال از 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، تروما، مصرف مکمل ها و تغذیه

اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

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

اقدام

- درخواست آزمایش هفته ۲۴ تا ۳۰ بارداری

- درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری

- تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ در صورت نیاز

- تجویز مکمل های دارویی

- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان

- غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد

- ترسیم منحنی وزن گیری

- ایمن سازی در صورت نیاز

- توصیه و آموزش های لازم

- تعیین تاریخ مراجعه بعدی و توجه به تاریخ تقریبی زایمان

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود.

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

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

نکته ۱: در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست و فقط FBS انجام شود.

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، علاوه بر نوبت اول آزمایش HIV، نوبت دوم در ملاقات هفته ۳۴-۳۱ بارداری انجام می 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 در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود. اعتبار آزمایش های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

نکته ۵: در صورتی که خانم آزمایش های پیش از بارداری را انجام داده و اعتبار آن پایان نیافته (کمتر از یک سال) است، نتایج آن می تواند جایگزین آزمایش های مشابه در نوبت اول بارداری شود.

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، ...)، سلامت روان (تغییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، سلامت 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، الکل و مواد (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین، آموزش درباره شیردهی همزمان با مصرف مواد یا دریافت درمان دارویی)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهلبی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (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 نیازمند مراقبت ویژه نوزادی، اصول شیردهی، مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

نکته: در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه 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 ۲۰ تا ۳۴ 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.

ارزیابی الگوی تغذیه: پس از محاسبه نمایه توده بدنی، در ابتدای بارداری الگوی تغذیه ای مادر و گروه های غذایی مورد مصرف وی، ارزیابی و نکات لازم بر حسب امتیاز کسب شده به وی آموزش داده می شود. در صورت امتیاز نامطلوب، مادر نیاز به ارجاع و پیگیری دارد.

ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود 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.

انقباض طبیعی رحم: تعداد ۳ تا ۵ انقباض در مدت ۱۰ دقیقه در بازه زمانی ۳۰ دقیقه ای که هر انقباض حدود ۴۰ تا ۵۰ ثانیه طول بکشد.

ایمن سازی: ایمن سازی را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

* **واکسن توأم:** بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد از هفته ۲۷ تا ۳۶ بارداری (۴ هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است. اگر به هر دلیل مراجعه مادر برای دریافت مراقبت ها 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 و حداقل ۵ سال یا بیشتر از زمان تزریق گذشته است، 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، می بایست واکسن توأم و ۵۰۰-۲۵۰ واحد تتابولین همزمان و در دو اندام جداگانه تزریق شود.

* **آنفلوانزا:** به خانم هایی که در فصل شیوع آنفلوانزا باردار هستند، توصیه می شود واکسن غیر فعال آنفلوانزای فصلی را دریافت نمایند. تزریق در طول بارداری منعی ندارد.

* **هیپاتیت ب:** در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پر خطر دارند و قبلاً واکسن هیپاتیت (مطابق جدول واکسیناسیون) دریافت نکرده اند، می بایست واکسن هیپاتیت تزریق شود.

بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلوئی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.
- **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 مکرر:** سقط متوالی ۲ بار یا بیشتر
- **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 ۴۱ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۰ هفته و ۶ روز
- **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله 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 ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.
- **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.
- **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: قبل از شروع مراقبت، خلاصه پرونده مادر را مرور کرده و از وضعیت وی مطلع شوید. مواردی مانند بیماری ها، نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی و نتیجه ارجاع را نیز بررسی کنید.

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

- با دقت به صحبت ها و شکایت های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
- نگرش احترام آمیز 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 می ماند.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی یا تدریجی 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 مکونیوم 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 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 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 ایمونوگلوبولین ضد دی: در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، ایمونوگلوبولین ضد دی (۳۰۰ میکرو گرم) 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، آمنیوسنتز، مرگ جنین، حاملگی نابجا و...)، ایمونوگلوبولین ضد دی تزریق شود.

تشکیل پرونده و شرح حال: در اولین ملاقات، قبل از انجام مراقبت ها، شرح حال و سوابق بارداری و زایمان مادر را تکمیل نمائید. شرح حال شامل:

- تاریخچه اجتماعی: سن، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر، شغل سخت و سنگین
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان 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 ...)، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، 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، 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، گروه گوشت، تخم مرغ و گروه 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 ۳ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	۷-۱۱	۶-۱۱	گروه نان و غلات
این گروه شامل انواع سبزی های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی های 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	۵-۴	۵-۳	گروه سبزی ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه ها و میوه های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه های ریز مثل توت، انگور، دانه های 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 میوه های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴	گروه میوه ها

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) و تخم مرغ 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	۲	۱-۲	گروه گوشت، تخم مرغ
حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	۱	۱	حبوبات و مغز دانه‌ها

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

حرکت جنین: معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ احساس می‌شود و این زمان می‌تواند 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 می‌یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می‌شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته‌ها 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 می‌تواند نشانه زایمان باشد.

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

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

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.

سونوگرافی: به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی درخواست می‌شود.

سونوگرافی هفته‌های ۱۶ تا ۱۸ بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، محل جفت، سن بارداری، اندازه‌های جنینی و بررسی سلامت ظاهری جنین و سونوگرافی هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، محل جفت و اختلالات جفتی درخواست می‌شود.

شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان‌ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهیلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پیرنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهیلی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است و متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید.

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، حلال های 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 بیش از ۱۱۰ بار در دقیقه یا 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.

نکاتی که باید معاینه شونده رعایت کند:

- قبل از اندازه گیری فشارخون فرد ۱۰-۵ دقیقه استراحت کند.
- پاها را بر روی زمین یا یک سطح محکم بگذارد. در یک وضعیت آرام بنشیند. دست ها و پاها را روی هم قرار ندهد.
- بازوی دست فرد باید طوری قرار گیرد که تکیه گاه داشته باشد و به طور افقی و هم سطح قلب باشد.
- ۳۰ دقیقه قبل از گرفتن فشارخون کافئین، الکل و دخانیات مصرف نکرده باشد.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت ۳-۱ دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا ۱۵ دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.
- 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 نیازمند مراقبت ویژه در 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، 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)

غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد:

دوباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود: **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر آپئوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام بخش یا خواب آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عرق، غیره)، **مواد مخدر افیونی غیرقانونی** (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک های مت آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اکس، غیره).

منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است.

مواجهه با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته را سوال کنید. **دود دست دوم:** دود حاصل از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود. **دود دست سوم:** ذرات سمی ناشی از مصرف دخانیات است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشینند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

منظور از **مصرف طول عمر** داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است.

علی‌رغم درگیری غربال‌گری اولیه منفی، در صورت وجود علائم و نشانه‌های زیر **شک قوی به مصرف مواد مطرح** است. این موارد شامل:

- عدم مراجعه منظم برای دریافت مراقبت‌های بارداری
- مراقبت شخصی پایین
- تأخیر رشد جنین غیرقابل توضیح
- عفونت‌های منتقله از راه جنسی

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 به شرح زیر 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 دو 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 دو 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، ۳۴-۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات‌ها در صورت نبود علائم بالینی نیازمند اقدام 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 مکمل‌ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش‌های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش‌ها انجام می‌شود.

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 ناخن‌ها 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 دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاوولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- اندام‌ها: ساق پا و ران‌ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی 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 آبرسه بررسی شود. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
- 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 (حتما توسط پزشک انجام شود)
 - سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال (حتما توسط پزشک انجام شود)
 - 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.
 - 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 / اسید فولیک همراه با ید:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک یا اسید فولیک همراه با ۱۵۰ میکروگرم ید تجویز شود.
 - نکته: در کسانی که مبتلا به هیپر تیروئیدی هستند مکمل حاوی ید توصیه نمی شود. مصرف آن در سایر بیماری های تیروئید منعی ندارد.
 - آهن:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۳۰ تا ۶۰ میلی گرم آهن المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.
 - توصیه: بهتر است آهن خوراکی حداقل یک ساعت قبل از غذا و یا دو ساعت بعد از غذا و با معده خالی میل شود. جذب آهن همراه با ویتامین ث بهتر می شود. از مصرف همزمان آن با چای، قهوه و شیر خودداری شود. در صورت عدم تحمل آهن توصیه شود دوز مورد نیاز تقسیم شود و در طول روز مصرف شود و یا با دوز کم شروع و به تدریج افزایش یابد.
 - نکته:** در مادران که سابقه سزارین، خونریزی پس از زایمان، چندقلویی، بارداری بیش از ۴ بار و نمایه توده بدنی بالای ۴۰ دارند مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب تأکید شود.
 - مولتی ویتامین مینرال:** 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.
 - ویتامین د:** از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۱۰۰۰ واحد ویتامین د تجویز شود.
 - 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.
 - 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.

محدود مجاز افزایش وزن در بارداری تک قلو:

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری (Kg)	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

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری دو قلو:

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری (Kg)	وضعیت تغذیه	BMI
-	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۶/۸ - ۲۴/۵	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
۱۴/۱ - ۲۲/۷	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹
۱۱/۴ - ۱۹/۱	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

محدوده مجاز در سه قلو و بیشتر توسط کارشناس تغذیه محاسبه می شود.

پ-مراقبت های ویژه بارداری

صفحه	عنوان
۳۷	پ۱- علائم نیازمند اقدام فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)
۳۸	پ۲- فشارخون بالا
۳۹	پ۳- خونریزی / لکه بینی
۴۱	پ۴- درد / درد شکم / سر درد / درد یک طرفه ساق و ران
۴۴	پ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب
۴۵	پ۶- تب
۴۶	پ۷- تنگی نفس / تپش قلب / سرفه
۴۸	پ۸- مشکلات ادراری - تناسلی
۴۹	پ۹- تهوع و استفراغ
۵۰	پ۱۰- اختلال صدای قلب و حرکت جنین
۵۱	پ۱۱- ورم اندام
۵۲	پ۱۲- زردی / رنگ پریدگی
۵۴	پ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب
۵۴	پ۱۴- وزن گیری نامناسب
۵۵	پ۱۵- حاملگی طول کشیده
۵۵	پ۱۶- مشکلات پوستی
۵۶	پ۱۷- حاملگی چند قلو
۵۷	پ۱۸- دیابت / دیابت بارداری
۵۹	پ۱۹- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری
۶۲	پ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها
۶۶	پ۲۱- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی
۶۹	پ۲۲- سوابق بارداری و زایمان قبلی

پ ۱- علائم بالینی نیازمند اقدام فوری

سن بارداری	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت، مول	- اعزام طبق ح ۱ و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر اقدامات قبل و حین اعزام - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - ساکشن ترشحات حلق - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان - خواباندن به پهلو چپ و گرم نگه داشتن مادر - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۳
نیمه دوم بارداری	اکلامپسی	- 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
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 - آمینونیت - پرتونیت - سقط عفونی	- اعزام طبق ح ۱ و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر اقدامات قبل و حین اعزام - درخواست کمک - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان - خواباندن به پهلو چپ و گرم نگه داشتن مادر - باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ (طوسی یا سبز) - تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - در صورت شوک عفونی: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین عضلانی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی

ارزیابی

شوک
فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی
متر جیوه یا نبض بیش از ۱۱۰ بار در
دقیقه
نکته: در موارد خونریزی، عفونت و تروما
به احتمال شوک هموراژیک یا عفونی
توجه شود.

پ ۲- فشارخون بالا

فشارخون سیستول ۱۴۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا دیاستول ۹۰ میلی متر جیوه یا بیشتر و یا افزایش فشارخون تدریجی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول	سردرد، تهوع و استفراغ شدید	مول، چندقلویی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت فشارخون ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بالاتر: کاهش فشارخون طبق ح ۳ و ارجاع فوری
	فشارخون بالا به تنهایی	فشارخون مزمن، کریز هیپرتانسیون	- در صورت بیماری زمینه ای و بدون علائم همراه (سردرد و...): ارجاع غیر فوری به متخصص قلب یا داخلی - در صورت فشارخون ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بالاتر: کاهش فشارخون طبق ح ۳ و ارجاع فوری
نیمه دوم	بروز فشارخون بالا بعد از هفته ۲۰ بارداری بدون پروتئینوری یا علائم پره اکلامپسی	فشارخون بارداری	مشاوره با متخصص زنان و تعیین نحوه ادامه مراقبت
	تشدید فشارخون یا اضافه شدن پروتئینوری در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	ارجاع فوری به بیمارستان و هماهنگی با کارشناس رابط سلامت مادران جهت پیگیری مادر
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و یا دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه همراه با پروتئینوری یا سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی	- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱
نیمه دوم	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بدون علائم همراه فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ولی افزایش فشارخون سیستولیک به میزان ۳۰ و یا دیاستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون پایه بدون سایر علائم پره اکلامپسی	شک به پره اکلامپسی	- سمع صدای قلب جنین - آموزش علائم پره اکلامپسی - توصیه به مادر برای استراحت نسبی - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی تا مراقبت بعدی - در صورت افزایش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سردرد، تاری دید و ... اقدام مطابق همین پروتکل - در صورت فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بدون علائم همراه: مشاوره با متخصص زنان و تعیین نحوه ادامه مراقبت و در صورت ادامه مراقبت در همان واحد: اقدام فوق

ارزیابی

سؤال کنید :

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

تعیین کنید:

فشارخون، سن بارداری، پروتئین ادرار اورژانس در صورت امکان

پ ۳ - خونریزی / لکه بینی

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

<p>- اعزام طبق ح ۱ اقدامات حین اعزام: باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ (طوسی یا سبز) - تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - در صورت تب ۳۸ درجه و بالاتر: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی گذاشتن اسپکولوم و مشاهده سرویکس: در صورت مشاهده نسج یا لخته در حال دفع، خارج کردن ماحصل حاملگی با رینگ فورسپس در حد امکان در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، عدم دستکاری داخل رحمی - پیگیری مادر پس از سقط برای ارائه مراقبت مطابق ح ۲</p>	<p>سقط، سقط عفونی، حاملگی خارج از رحم</p>	<p>*خونریزی شدید، درد شکم</p>	<p>ارزیابی</p>
<p>- اعزام مادر طبق ح ۱ - اقدامات حین اعزام: باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p>	<p>حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد</p>	<p>خونریزی کم یا لکه بینی و یکی از علائم زیر: تندرنس و ریباند شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار</p>	<p>نیمه اول بارداری</p>
<p>-در نظر گرفتن مادر ۲ ساعت - در صورت کم نشدن یا بیشتر شدن خونریزی و یا بدتر شدن علائم حیاتی: اعزام مادر طبق ح ۱ - در صورت کاهش خونریزی: ترخیص مادر و توصیه به مراجعه فوری در صورت افزایش خونریزی - در صورت مادر-Rh- و همسر Rh مثبت تزریق ایمونوگلوبین ضد دی در عرض ۷۲ ساعت اول - پیگیری ۲ روز بعد: در صورت توقف خونریزی ادامه مراقبت های بارداری در غیر این صورت ارزیابی مجدد</p>	<p>تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم</p>	<p>لکه بینی و علائم حیاتی پایدار</p>	<p>سؤال کنید: میزان خونریزی، درد شکم تعیین کنید: سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی معاینه کنید: شکم، ارتفاع و تونسیته رحم</p>

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

پ ۳ - خونریزی / لکه بینی (ادامه)

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
ارزیابی سؤال کنید: میزان خونریزی، درد شکم تعیین کنید: سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی معاینه کنید: شکم، ارتفاع و تونسیته رحم	نیمه دوم بارداری	*خونریزی، دردشکم، اختلال صدای قلب جنین، انقباض رحمی، تندرns و سفتی رحم	<p>عدم معاینه واژینال</p> <p>خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ و اقدام حین اعزام:</p> <p>در خونریزی شدید، باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت</p> <p>در خونریزی کم یا لکه بینی، باز کردن رگ و تزریق سرم به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p>
	نیمه دوم بارداری	ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه)	<p>سن بارداری زیر ۳۴ هفته:</p> <p>تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از ۴ ساعت باشد.</p> <p>اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p>سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر:</p> <p>معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی):</p> <p>دیلاتاسیون سرویکس ≤ 3 سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p>دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت ۲ ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائم نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری ۱ هفته بعد</p>
	نیمه دوم بارداری	خونریزی کم یا لکه بینی	<p>احتمال دکلمان یا جفت سرراهی</p> <p>عدم معاینه واژینال در صورت اطمینان از جفت سرراهی</p> <p>در نبود جفت سرراهی، معاینه واژینال و بررسی وضعیت زایمانی</p> <p>در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و نبود انقباضات رحمی: درخواست سونوگرافی</p> <p>در صورت تایید جفت سرراهی: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان</p>

پ ۴- درد / درد شکم

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>* درد شکم و تندرns و ریband شکم، درد پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ، تب و لرز، درد گردن یا شانه، خونریزی یا لکه بینی</p>	<p>حاملگی خارج از رحم یا سقط، شکم حاد، پارگی رحم یا پارگی اسکار قبلی، سنگ مجاری ادرار، پیلوئرفیت، آپاندیسیت</p>	<p>- اعزام مادر طبق ح ۱ اقدام حین اعزام: - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت. در صورت خونریزی شدید یک لیتر در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - در صورت تب بیشتر از ۳۸ درجه: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی</p>
<p>* انقباض رحمی، تندرns و سفتی رحم اختلال صدای قلب جنین (نیمه دوم بارداری)</p>	<p>جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)</p>	<p>- عدم معاینه واژینال - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ و اقدام حین اعزام: - باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت</p>
<p>درد شکم یا اپی گاستر، تهوع و استفراغ، با یا بدون فشارخون بالا، زردی، سر درد</p>	<p>پره اکلامپسی، کبد چرب، TTP، HELLP</p>	<p>- اعزام - در نیمه دوم بارداری: درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳</p>
<p>* پارگی کیسه آب، تب و لرز، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تندرns رحم، افزایش ضربان قلب جنین و مادر</p>	<p>آمنیونیت</p>	<p>- باز کردن رگ و تزریق نرمال سالین یا رینگر یک لیتر در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی - اعزام طبق ح ۱</p>
<p>ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه) (در نیمه دوم بارداری)</p>	<p>شروع زایمان (ترم) یا پره ترم</p>	<p>سن بارداری زیر ۳۴ هفته: - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از ۴ ساعت باشد. - اعزام به بیمارستان و همراهی مادر سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر: معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی): - دیلاتاسیون سرویکس <= ۳ سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر - دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت ۲ ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائمی مانند تب، کاهش حرکت جنین و ... و پیگیری ۱ هفته بعد</p>

ارزیابی

سؤال کنید:

محل و شدت درد، سابقه سزارین قبلی، میزان خونریزی، تهوع و استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، آبریزش، ترشح آبکی و بد بوی واژینال، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت، فشار خون، نبض، تنفس، تعداد ضربان قلب جنین، سن بارداری، محل درد (زیر دل، شکم، پهلوها و...)، شدت انقباضات رحم

معاینه کنید:

ارتفاع و تونیسیتة رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی

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

پ ۴- درد / درد شکم (ادامه)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
<p>- درخواست آزمایش ادرار در صورت وجود پروتئین در ادرار: ارجاع فوری به بیمارستان در صورت نبود پروتئین در ادرار:</p> <p>- توصیه به پرهیز از خم شدن به جلو یا دراز کشیدن پس از غذا خوردن - وعده غذایی بیشتر با حجم کمتر - استفاده از آنتی اسید - آموزش به مادر جهت مراجعه فوری به مرکز بهداشتی در صورت عدم بهبود و بروز علائمی مانند تهوع و استفراغ، تاری دید، سر درد</p>	<p>شروع پره اکلامپسی، شکایت شایع</p>	<p>درد اپی گاستر بدون فشار خون بالا</p>	<p>سئوال کنید: محل و شدت درد، میزان خونریزی، تهوع و استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، آبریزش، ترشح آبکی و بد بوی واژینال، لرز</p> <p>تعیین کنید: درجه حرارت، فشار خون، نبض، تنفس، تعداد ضربان قلب جنین، سن بارداری، محل درد (زیر دل، شکم، پهلوها و...)، شدت انقباضات رحم</p> <p>معاینه کنید: ارتفاع و تونیسسته رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی</p>
<p>- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار ۷-۵ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت ۷-۵ روز - در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت - درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار ۷ تا ۱۰ روز پس از درمان و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار - درخواست آزمایش و کشت ادرار مجدد و در صورت نتیجه مثبت کشت و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	<p>سیستیت</p>	<p>درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، سوزش ادرار</p>	
<p>ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشک</p> <p>- در صورت اسهال خفیف تا متوسط: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید و 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>	

پ ۴- درد / سر درد

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	با یا بدون تهوع و استفراغ	سردرد تنشی، میگرن، حاملگی	- عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامین در موارد میگرن - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و پیگیری مادر و اطلاع به رابط سلامت مادران - در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان
نیمه دوم بارداری	سر درد برای اولین بار یا تجربه بدترین درد در طول عمر (به اظهار مادر) با یا بدون اختلال بینایی، با یا بدون تب و لرز	پره اکلامپسی، ترومبوز سینوس کاورنو، مننژیت	- اعزام اقدام قبل از اعزام: - بازکردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر یک لیتر در ۸-۶ ساعت - در صورت فشارخون سیستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ و یا دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه: درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه میگرن، میزان و مدت زمان درد، سابقه سینوزیت مزمن

تعیین کنید:

سن بارداری، میزان دقیق فشارخون

پ ۴- درد / درد یک طرفه ساق و ران

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
	سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام، ورم یک طرفه اندام، اختلاف بیش از ۳ سانتیمتر قطر ساق/ران دو طرف	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان - تجویز ۱ گرم استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - اعزام طبق ح ۱

ارزیابی

معاینه کنید:

اندامها (رنگ، حرارت عضو، نبض، درد، ورم)

اندازه گیری کنید:

دور ساق یا ران دو طرف

پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
تب ۳۸ درجه و بالاتر به همراه یکی از علائم (ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰ در دقیقه، FHR بیشتر از ۱۶۰ بار در دقیقه، تندرنس رحمی و ترشح بدبو)	آمنیونیت/ شوک سپتیک	- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ اقدام قبل از اعزام: - باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی
اختلال ضربان قلب جنین، مشاهده بندناف در واژن	پرولاپس بند ناف	- اعزام و همراهی طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک - سمع صدای قلب جنین - قراردادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قراردادن بالش در زیر باسن مادر) - در صورت خروج بند ناف از واژن، بند ناف با گاز مرطوب گرم در داخل واژن قرار گیرد. بندناف دستکاری نشود. - گذاشتن و ثابت کردن سوند فولی، پر کردن مثانه با ۷۰۰-۵۰۰ سی سی نرمال سالین به وسیله ست سرم، سپس کلامپ سوند با یک پنس - بالا دادن عضو پرزائنه از طریق دست در واژن و دست دیگر از روی شکم در ناحیه سوپراپوبیک - تزریق ۴ گرم سولفات منیزیم وریدی در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه
حاملگی کمتر از ۲۶ هفته)	دفع جنین غیر قابل حیات	ارجاع فوری به بیمارستان
سن بارداری ۲۶ تا ۳۷ هفته، انقباض رحمی	زودرس زایمان	- ارجاع فوری به بیمارستان - زایمان قریب الوقوع: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱
سن بارداری ۳۷ هفته و بالاتر	شروع زایمان	- ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت زایمان قریب الوقوع: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱

ا)زیابی

سوال کنید:

دردشکم یا انقباض رحمی

تعیین کنید:

سن بارداری، درجه حرارت

معاینه کنید:

معاینه با اسپکولوم و تایید آبریزش، شنیدن صدای قلب جنین، وضعیت انقباضات رحم، معاینه واژینال با دستکش استریل (در صورت دیسترس جنینی یا انقباضات رحمی)

پ ۶- تب (درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد و بالاتر)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<p>اعزام طبق ح ۱ اقدامات حین اعزام:</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- تزریق عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین و ۱۵۰ میلی گرم کلیندامایسین</p>	<p>منژیته، سپسیس</p>	<p>*تب بالای ۳۸ درجه و یکی از علائم:</p> <p>- تنفس خیلی تند</p> <p>- سفتی گردن</p> <p>- خواب آلودگی شدید</p> <p>- ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن</p>
<p>اعزام طبق ح ۱ اقدامات حین اعزام:</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی</p> <p>- در صورت تنگی نفس: دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی</p>	<p>آمنیونیت / سقط عفونی</p>	<p>*تب ۳۸ درجه و بالاتر، ترشحات بدبوی واژینال یا پارگی کیسه آب</p>
	<p>پنومونی</p>	<p>تب بالای ۳۸ درجه، تنگی نفس، درد قفسه سینه</p>
<p>با بیماری زمینه ای: ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک: بررسی و مشاوره با متخصص زنان و عفونی برای تصمیم گیری ارجاع به بیمارستان یا مراقبت منزل</p> <p>بدون بیماری زمینه ای پیگیری و مراقبت در منزل:</p> <p>-توصیه به مصرف مایعات در حد تحمل با دفع ادرار ۶ تا ۸ بار در روز</p> <p>-تجویز استامینوفن ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت تا ۳ روز</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>	<p>عفونت دستگاه تنفسی فوقانی</p>	<p>تب، آبریزش بینی، گلودرد، سرفه، درصد اشباع اکسیژن مساوی یا بیشتر از ۹۵٪</p>
	<p>عفونت دستگاه گوارشی</p>	<p>تب، آبریزش بینی، گلودرد، سرفه، درصد اشباع اکسیژن مساوی یا بیشتر از ۹۵٪</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشک:</p> <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 غیر 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>	<p>عفونت دستگاه گوارشی</p>	<p>اسهال شدید، اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ</p>

ارزیابی

سؤال یا مشاهده

کنید:

تنفس تند، سفتی گردن، خواب آلودگی، تنگی نفس، ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن، درد پهلوها، سوزش ادرار، ترشحات بدبو واژن، دستکاری بارداری، آبریزش بینی، سرفه

تعیین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

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

نکته مهم: در صورت حساسیت بیمار به پنی سیلین، آنتی بیوتیک تزریق نشود.

پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب / سرفه

(تعداد نبض و تنفس غیر طبیعی)

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۲۴ بار در دقیقه)	بیماری های قلبی و تنفسی حاد	- اعزام به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی
تنگی نفس، تب، آبریزش بینی، گلودرد، سرفه	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	ارجاع فوری به پزشک
تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ارتوپنه (مشکل تنفس در حالت دراز کشیده)، سرفه غیر قابل توجه (بیشتر در اواخر بارداری)	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	- انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای ح ۱۱ و اقدام مطابق نتیجه غربالگری
تنگی نفس تدریجی و به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی (بیشتر در اوایل بارداری)	تنگی نفس بارداری، آنمی	- ارزیابی هموگلوبین: در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر ارجاع در اولین فرصت به پزشک - در صورت طبیعی بودن میزان هموگلوبین: آگاهی به مادر در مورد تنگی نفس بارداری و مراجعه در صورت اضافه شدن سایر علائم به آن
تاکی کاردی به تنهایی (ضربان قلب ۱۰۰ تا ۱۵۰ بار در دقیقه)	اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی	- در صورت اضطراب و رفع علامت با استراحت: توصیه به حفظ آرامش، مراجعه در صورت تکرار علامت - درخواست آزمایش های تیروئید: در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع غیر فوری به پزشک - بررسی هموگلوبین و اقدام مطابق پ ۱۲ - در صورت ضربان قلب بیش از ۱۵۰ بار در دقیقه یا سرگیجه یا سابقه بیماری قلبی یا نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری به بیمارستان

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

پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب / سرفه (پزشک مرکز)

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	- اعزام طبق ح ۱ - باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی
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	- اعزام طبق ح ۱ - باز نگه داشتن رگ با سرم نرمال سالین یا رینگر نرمال سالین یا رینگر و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروسماید - تزریق وریدی مورفین به میزان ۵-۱۰ میلی گرم
سوفل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد	نارسایی قلب	- اعزام طبق ح ۱ - باز نگه داشتن رگ با سرم نرمال سالین یا رینگر و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته
درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه	عفونت مجاری تنفسی تحتانی	- اعزام طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۶-۸ ساعت - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریتروماپسین
تنگی نفس، آبریزش بینی، گلودرد، خستگی، سرفه	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	- در صورت درصد اشباع اکسیژن مساوی و بیشتر از ۹۵٪: ارجاع فوری به بیمارستان جهت بررسی بیشتر - در صورت درصد اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵٪: ارجاع فوری به بیمارستان تخصصی جهت بستری
رنگ پریدگی شدید	آنمی	- اندازه گیری هموگلوبین: در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر اقدام طبق پ ۱۲
تنگی نفس، تپش قلب، سرفه غیر قابل توجه (بیشتر در اواخر بارداری)	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای ح ۱۱ و اقدام مطابق نتیجه غربالگری
تنگی نفس تدریجی و به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی (بیشتر در اوایل بارداری)	تنگی نفس بارداری	- آموزش شکایات شایع به مادر و اطمینان دادن به مادر و تاکید به مراجعه در صورت اضافه شدن سایر علائم به آن
تاکی کاردی (ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه) به تنهایی	اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی	- در صورت 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 ۲۰ - بررسی هموگلوبین - در صورت سرگیجه، نبض نامرتب (آریتمی)، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری

ا(زیابی

سؤال کنید:

سرفه، تنگی نفس، ورم اندامها

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمة چشم، اندامها

پ ۸ - مشکلات ادراری - تناسلی

علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

<p>- اعزام طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - 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.</p>	<p>پیلونفریت</p>	<p>تندرنس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ، سوزش ادرار</p>
<p>- 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 احتیاس ادرار: گذاشتن سوند فولی - در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>هریس ژنیتال</p>	<p>ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد</p>
<p>- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار ۷-۵ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت ۷-۵ روز - در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت - درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار ۷ تا ۱۰ روز پس از درمان و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار. - درخواست آزمایش و کشت ادرار مجدد و در صورت نتیجه کشت مثبت و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت یورتريت 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 طبق پ ۶</p>	<p>سیستیت/ اورتريت</p>	<p>درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، سوزش ادرار</p>
<p>- تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته - ارایه توصیه بهداشتی طبق ح ۷</p>	<p>واژینیت- کاندیدا</p>	<p>ترشحات غلیظ واژینال، بدون بو، پنیری شکل، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی</p>
<p>- مترونیدازول به میزان ۲ گرم یک دوز خوراکی یا ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت ۷ روز (توجه به ممنوعیت مترونیدازول در سه ماهه اول بارداری) - درمان همسر</p>	<p>واژینیت- تریکومونا</p>	<p>ترشحات زرد رنگ بدبو، خارش ولو، قرمزی ولو و واژن</p>
<p>تجویز تری کلوراستیک اسید ۸۰٪ هفته ای یکبار تا محو ضایعه (با گوش پاک کن فقط روی ضایعه گذاشته شود و پس از ۱۵ دقیقه شسته شود)</p>	<p>زگیل تناسلی</p>	<p>زگیل در نواحی واژن، ولو، سرویکس</p>

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، تب، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

ناحیه تناسلی (معاینه با اسپکولوم)، شکم و پهلوها

پ ۹- تهوع و استفراغ

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)	استفراغ شدید بارداری، مول	- اعزام طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان یک لیتر در ۲ تا ۳ ساعت - تزریق عضلانی ۲۵ میلی گرم پرومتازین یا ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید
* استفراغ خونی، اسهال، ضعف و بی حالی، تب	عفونت دستگاه گوارش	در صورت استفراغ خونی یا اسهال شدید یا خونی، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد: - اعزام طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان یک لیتر در ۲ تا ۳ ساعت - در صورت اسهال خفیف تا متوسط: ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشکی: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان یا متخصص عفونی
درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی یا بدون فشارخون بالا، تب	کبد چرب حاملگی، سندرم HELLP، TTP، هپاتیت	- اعزام طبق ح ۱ - درمان پره اکلامپسی طبق ح ۲
تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز، استفراغ، علائم حیاتی پایدار	تهوع، استفراغ بارداری	- ارایه توصیه های غذایی طبق ح ۷ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث تهوع صبحگاهی) - تجویز قرص یا پودر زنجبیل، قرص ویتامین B6 و در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: تجویز دیمن هیدرینات هر ۴ الی ۶ ساعت در روز، یا تجویز قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم یا متوکلوپرامید ۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت - در صورت عدم بهبود پس از داروهای فوق: تجویز اندانسترون (بعد از هفته ۱۰ بارداری) به میزان ۴ میلی گرم هر ۸ ساعت

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

حال عمومی، درجه حرارت، فشارخون، کاهش وزن در حد ۵٪ وزن بدن، حساسیت شکم، تورگور پوست

* 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 تشفیص	تشفیص احتمالی	اقدام
نیمه دوم بارداری*	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	- اعزام طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - قرار دادن مادر به پهلو چپ - در صورت تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق پ ۵
	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 سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - قرار دادن مادر به پهلو چپ - اعزام طبق ح ۱
	کاهش حرکت جنین	هیپوکسی	- انجام NST (در صورت امکان) و بررسی آن، در صورت تایید ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت نبود NST ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان
	شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین	ارجاع فوری به بیمارستان

ارزیابی

سؤال کنید:

وضعیت حرکت جنین

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین

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

پ ۱۱- ورم اندام

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	فشار خون بالا، پروتئینوری	پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲
	سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام، درد یک طرفه ساق و ران، اختلاف بیش از ۳ سانتیمتر قطر ساق/ ران دو طرف	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان - تجویز ۱ گرم استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - اعزام طبق ح ۱
	ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجه، درد قفسه سینه	کاردیو-میوپاتی پری پارتوم	ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب
	افزایش اوره و کراتینین، سابقه بیماری کلیه	بیماری های زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	- اقدام طبق پ ۱۷ و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط
بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما			
زردی، آسیت			
ورم قرینه اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد (بعد از رد بیماری های زمینه ای)	ورم ساده بارداری		- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۷ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه بیماری (قلبی، کلیوی، تیروئید)، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما، تنگی نفس، تپش قلب

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

قلب، ریه، تیروئید، اندامها (نبض، رنگ، حرارت عضو، درد،

پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱	کبد چرب بارداری، سندرم HELLP	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز	بیماری های خونی و یا عفونی	زردی، خستگی، بی حالی، بی اشتها، سابقه بیماری انگلی و عفونی
ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز	آنمی سیکل سل	درد شدید بدن، خستگی بیش از حد، تنگی نفس، افزایش نامنظم ضربان قلب، زردی ملتحمه یا پوست
درخواست آزمایش هموگلوبین - در صورت هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت هموگلوبین ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر: ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز - در صورت هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر: <ul style="list-style-type: none"> • 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 آرایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) 	آنمی	رنگ پریدگی، خستگی و بی حالی

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

وضعیت وزن گیری،
علائم حیاتی

معاینه کنید:

چشم (ملتحمه، اسکلرا)

پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی (پزشک مرکز)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱	کبد چرب بارداری، سندرم HELLP	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع فوری به بیمارستان	آنمی شدید	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- عفونی	بیماری های خونی و یا عفونی	زردی، بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتهایی، بیماری انگلی و عفونی
- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت - اقدام طبق پ ۲۰ (بیماری آنمی داسی شکل)	آنمی سیکل سل	زردی ملتحمه یا پوست، درد شدید بدن، خستگی بیش از حد، تنگی نفس، افزایش نامنظم ضربان قلب، ادرار تیره رنگ (رنگ چای)
- تجویز ۳ عدد قرص آهن در روز (۱۵۰-۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان - ارزیابی 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 ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر و علائم حیاتی پایدار

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

هموگلوبین، وضعیت
وزن گیری، علائم
حیاتی

معاینه کنید:

کبد و طحال، چشم
(ملتحمه، اسکلرا)

پ ۱۳- 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، الیگوهایدرآمیوس	<p>- درخواست سونوگرافی</p> <p>- اقدام مطابق با تشخیص و ارجاع به متخصص زنان</p>

پ ۱۴- وزن گیری نامطلوب (کاهش یا افزایش وزن)

ارزیابی	سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>سؤال کنید: تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، وضعیت اقتصادی اجتماعی، اختلالات روانپزشکی و علائم افسردگی، مصرف دخانیات، مواد و الکل، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p>تعیین کنید: فشارخون، وزن، قد، توجه به نمایه توده بدنی</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)، با یا بدون ورم	شروع پره اکلامپسی / بیماری قلبی	<p>- بررسی روزانه فشارخون تا یک هفته</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱</p>
		تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، استفراغ، مصرف دخانیات، مواد و الکل، وضعیت اقتصادی اجتماعی نامطلوب، نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵، شغل سخت و سنگین، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و شکم و ... علائم خلقی و روانی	سوء تغذیه / اعتیاد / بیماری زمینه ای	<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 شایع بارداری)</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت به پزشک</p>
		کاهش یا افزایش وزن نامطلوب	تغذیه نامناسب	<p>اقدام پزشک</p> <p>- معاینه شکم، قلب، ریه، اندام ها</p> <p>- بررسی علل سوء تغذیه</p> <p>- ارزیابی سلامت روان و در صورت وجود علائم اختلال روانپزشکی: ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص تغذیه / کارشناس تغذیه</p>
				<p>- بررسی وضعیت تغذیه ای مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده</p> <p>- پیگیری بعد از دو هفته</p> <p>- در صورت عدم اصلاح وزن گیری: ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از ۲ هفته تا یک ماه</p>

پ ۱۵- حاملگی طول کشیده

ارزیابی

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص	سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی تعیین کنید: - سن بارداری با توجه به LMP و سونوگرافی ۱۲ هفته اول (در صورت وجود) - صدای قلب جنین
<p>- در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p> <p>- در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین و یا تایید مرگ جنین با سونوگرافی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۰ و یا بالاتر	

پ ۱۶- مشکلات پوستی

ارزیابی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سؤال کنید: آبریزش از بینی، خارش پوست تعیین کنید: درجه حرارت معاینه کنید: شکل و نوع ضایعه پوستی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی یا زنان	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخجه)	بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری خونی، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وریکول، پاپول، پوسچول	
<p>- درخواست تست های کبدی (ALP, AFP, ALT)</p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p> <p>- در صورت طبیعی بودن نتایج آزمایش:</p> <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) و در صورت عدم بهبود ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان 	کلستاز بارداری	خارش پوستی به ویژه کف پا (بیشتر در سه ماه سوم بارداری)	

پ ۱۷ - حاملگی چند قلو

طبقه بندی و ارزیابی چند قلویی بر اساس تعداد کوریون و آمنیون است.

اقدام	طبقه بندی	تأثیر بر بارداری
ارجاع یا مشاوره با پریناتالوژیست جهت تعیین تواتر سونوگرافی و ارزیابی سلامت جنین از هفته ۱۶ بارداری *در صورت نبود پریناتالوژیست، متخصص زنان متبحر	مونو کوریون- مونو آمنیون، مونوکوریون- دی آمنیون، حاملگی بیشتر از دو قلویی	افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن، ترومبوآمبولی، آنمی، دکلمان، کبد چرب حاملگی
<p>- توصیه به تغذیه مناسب و اجتناب از فعالیت های سنگین</p> <p>- تجویز قرص آهن ۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم و قرص اسید فولیک ۱ میلی گرم در روز</p> <p>- تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری</p> <p>- انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار از هفته ۲۴ تا ۳۶ بارداری و سپس هر هفته تا ختم بارداری</p> <p>- بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- تأکید بر انجام سونوگرافی برای تعیین نوع چند قلویی</p> <p>- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۳ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۲</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری</p>	دی کوریون- دی آمنیون	

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه بارداری

تعیین کنید:

نمایه توده بدنی، سن مادر، نوع چند قلویی (تعداد کوریون و آمنیون)

پ ۱۸- دیابت / دیابت بارداری

تعاریف

دیابت آشکار یا پیش از بارداری: قبل از بارداری فرد به آن مبتلا است و قبل یا در شروع بارداری تشخیص داده شده است.

دیابت حاملگی: تشخیص دیابت در طی حاملگی که معمولاً در هفته ۲۴-۲۸ بارداری تشخیص داده می شود.

تأثیر بر بارداری

افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، ماکروزومی، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، سقط، محدودیت رشد جنین

ماما	
	<ul style="list-style-type: none">- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...- توجه به علائم هیپوگلیسمی* (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)- تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز سه ماه اول بارداری و سپس ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری- آموزش نحوه اندازه گیری قند خون- تاکید به مادر جهت:<ul style="list-style-type: none">- تهیه گلوکومتر- کنترل قند خون در چهار نوبت (صبح ناشتا و ۲ ساعت بعد از هر وعده غذایی) (خود ارزیابی در منزل)- رعایت رژیم غذایی و ورزش (پایه روی ترجیحاً ۲ نوبت در روز هر بار ۲۰ دقیقه)- شمارش حرکات جنین از ۲۸ هفتگی- ارجاع به پزشک در اولین ملاقات- کنترل هفتگی فشار خون جهت تشخیص زودرس پره اکلامپسی از هفته ۲۸ بارداری- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱ <p><u>در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۴ هفته و HbA1c هر ۳ ماه- انجام مراقبت های معمول بارداری <p><u>در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۲ هفته و HbA1c هر ۳ ماه- ارجاع به متخصص زنان در هفته ۳۲ بارداری جهت انجام تست های ارزیابی سلامت جنین، سونوگرافی ارزیابی رشد جنین و تعیین زمان مراقبت بعدی و زمان ختم بارداری

* در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی:

- اندازه گیری قند خون با گلوکومتر و در صورت قند خون کمتر از ۶۵ mg/dl : خوردن نصف فنجان آب میوه شیرین یا ۱ قاشق غذا خوری شکر یا عسل به مادر.

- اندازه گیری دوباره قند خون بعد از ۱۵ دقیقه: اگر همچنان قند خون مادر کمتر از ۷۰ mg/dl بود، تکرار درمان و سپس ارجاع به بیمارستان.

- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و غدد
- تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری
- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...
- توجه به علائم هیپوگلیسمی (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)
- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی
- در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:
- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۴ هفته و HbA1c هر ۳ ماه و در صورت عدم کنترل قند خون، ارجاع به متخصص غدد
- در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:
- آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۲ هفته و HbA1c هر ۳ ماه و در صورت عدم کنترل قند خون ارجاع به متخصص غدد
- ارجاع مادر به متخصص زنان جهت درخواست اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته ۱۸ بارداری
- ارجاع به متخصص زنان در هفته ۳۲ بارداری جهت انجام تست های ارزیابی سلامت جنین، سونوگرافی ارزیابی رشد جنین و تعیین زمان مراقبت بعدی و زمان ختم بارداری

پ ۱۹- تفسیر نتایج آزمایش و سونوگرافی در بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
هموگلوبین (Hb): کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر لام محیطی: میکروسیت و هیپوکرومیک MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷ آهن سرم: کمتر از ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر فریتین سرم: کمتر از ۳۰ گرم در دسی لیتر	آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی	اقدام بر اساس نوع تشخیص طبق پ ۱۲ و پ ۲۰
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 $\mu\text{IU/ml}$ سوم: بیشتر از ۴/۱ و کمتر از ۰/۵ $\mu\text{IU/ml}$	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	پرکاری تیروئید: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد کم کاری تیروئید: ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی داخلی
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵ میلیگرم در دسی لیتر	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 غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶ میلیگرم در دسی لیتر	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد - در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع به متخصص زنان یا داخلی و ادامه مراقبت طبق پ ۱۸
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 میلیگرم در دسی لیتر (OGTT: آزمون تحمل یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی)	دیابت بارداری	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد و ادامه مراقبت طبق پ ۱۸
HIV مثبت (reactive)	آلودگی به ویروس ایدز	- ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و نیاز به انجام تست تاییدی - ایمن سازی علیه هپاتیت ب در صورت عدم تزریق واکسن
HIV منفی (non reactive) و وجود رفتارهای پرخطر	شک به آلودگی به ویروس ایدز	- تکرار آزمایش ۳ ماه بعد - ایمن سازی علیه هپاتیت ب در صورت عدم تزریق واکسن
کومبس غیرمستقیم مثبت	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۲۰

پ ۱۹- تفسیر نتایج آزمایش و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
پلاکت کمتر از ۱۵۰ هزار	پره اکلامپسی، خونریزی، دکلمان، آمبولی، آنمی همولیتیک، لوپوس، سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید، HELLP	- در صورت شک به پره اکلامپسی یا مشکلات مامایی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت پلاکت ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار در نبود خونریزی و بدون فاکتور های غیر طبیعی در CBC تکرار آزمایش یک ماه بعد - در صورت پلاکت ۵۰ تا ۱۰۰ هزار ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت پلاکت زیر ۵۰ هزار ارجاع فوری به بیمارستان
اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی، پره اکلامپسی	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
HbsAg مثبت	هپاتیت ب	اقدام طبق پ ۲۰
HbsAg منفی و رفتار پر خطر مادر یا همسر	-	ایمن سازی علیه هپاتیت ب
کشت ادرار مثبت یا کشت منفی و وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری، عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	- در صورت نتیجه کشت مثبت: اقدام درمانی مطابق جواب آنتی بیوگرام - در صورت کشت منفی و وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار: اقدام طبق پ ۸ - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت های ادراری)
VDRL مثبت	STI، احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جدام، بارداری	انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن: - تزریق عضلانی بنزاتین پنی سیلین ۲۴۰۰۰۰۰ واحد یک نوبت (دو تزریق جداگانه در دو محل مختلف) یا پنی سیلین پروکابین ۱۲۰۰۰۰۰ واحد به مدت ۱۰ روز متوالی - بررسی تیتراژ سرولوژی ماهانه تا زمان زایمان - درخواست سونوگرافی جهت بررسی سلامت جنین - درمان همسر

محدوده غیر طبیعی آزمایش ها در پیوست شماره ۲ آمده است.

پ ۱۹- تفسیر نتایج آزمایش و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

سونوگرافی بارداری

نتیجه سونوگرافی	اقدام
تفاوت هفته بارداری با LMP و سونوگرافی: قبل از هفته ۹: بیش از ۵ روز هفته ۹ تا قبل از ۱۶: بیش از ۷ روز هفته ۱۶ تا قبل از ۲۲: بیش از ۱۰ روز هفته ۲۲ تا قبل از ۲۸: بیش از دو هفته هفته ۲۸ و بالاتر: بیش از ۳ هفته	در صورت محاسبه دقیق و وجود اختلاف، نیاز به مشاوره و بررسی بیشتر متخصص زنان
جفت سر راهی در سونوگرافی ۱۶-۱۸ هفته بارداری و بدون علامت	-توصیه به خودداری از مقاربت، ورزش متوسط تا شدید، بلند کردن جسم بیشتر از ۹ کیلوگرم، ایستادن طولانی مدت (بیش از ۴ ساعت) -آموزش به مادر برای مراجعه سریع به بیمارستان در صورت بروز خونریزی یا انقباض رحمی - در صورت داشتن سابقه سزارین، تکرار سونوگرافی در هفته ۲۸ بارداری و در غیر این صورت تکرار سونوگرافی در هفته ۳۲ بارداری - در صورت تایید جفت سرراهی: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته ۳۴ تا ۳۶ بارداری
مول، حاملگی خارج از رحم، ناهنجاری جنین، چندقلویی، پلی یا الیگوهیدرآمنیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجار، مرگ جنین و ...	- در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش: اقدام طبق پ ۳ تا پ ۶ - در صورت نبود علامت فوق: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری
طول سرویکس کمتر از ۲۵ میلی متر در هفته ۱۴ بارداری	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان

پ ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۲۰) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک است.

عنوان	تاثیر بر بارداری	اقدام
۱ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	- توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۲ ایدز / HIV+	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان - ارجاع در هفته ۳۶ بارداری جهت بررسی بار ویروسی - ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۳۸: در صورت بار ویروسی کمتر از ۱۰۰۰ copies/ml انجام زایمان به روش طبیعی در غیر این صورت به روش سزارین - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته ۳۸ بارداری: ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۳۸ به روش سزارین - آموزش عدم شیردهی نوزاد پس از زایمان
۳ آبله مرغان	پنومونی مادر، ناهنجاری جنینی، تاخیر رشد داخل رحمی	تماس مادر با فرد مبتلا به آبله مرغان: - در صورت ابتلای قبلی مادر: ادامه مراقبت های معمول بارداری - در صورت عدم ابتلا قبلی: اندازه گیری I gG طی ۵ تا ۷ روز از تماس: • I gG مثبت: ادامه مراقبت ها • I gG منفی یا حد مرزی: ارجاع به متخصص عفونی ابتلا مادر به آبله مرغان به همراه تب و بثورات: - ارجاع به متخصص عفونی یا زنان
۴ آرتريت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۵ 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)	- در صورت حمله آسم: دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کاتول بینی و اعزام - مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص
۶ آنمی فقر آهن	زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	در صورت هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری به بیمارستان در صورت هموگلوبین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی لیتر و طبیعی بودن WBC و پلاکت: - تجویز ۳ عدد قرص آهن در روز (۱۵۰-۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی و مشاوره با متخصص زنان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) در صورت هموگلوبین ۱۰ تا ۱۱ گرم در دسی لیتر: - تجویز ۲ عدد قرص آهن (۸۰ تا ۱۲۰ میلی گرم) در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین. در صورت عدم پاسخ به درمان بررسی سایر فاکتور ها مانند فریتین سرم و ... - در صورت احتمال تالاسمی اقدام مطابق ردیف ۱۴ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)

پ ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۲۰) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک است.

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۷ آئمی داسی شکل	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، دکولمان جفت، زایمان زودرس، سقط خود به خودی، محدودیت رشد جنین، مرگ مادر	<ul style="list-style-type: none"> - تاکید به مادر برای عوارض احتمالی بیماری در بارداری - تجویز اسید فولیک به میزان ۵ میلی گرم در روز تا پایان بارداری - عدم تجویز مکمل آهن مگر با تشخیص آئمی فقر آهن و فریتین کمتر از ۳۰ نانوگرم/ میلی لیتر - انجام آزمایش های تکمیلی علاوه بر آزمایش معمول: اندازه گیری پروتئین در ادرار ۲۴ ساعته و بررسی عملکرد کلیه، کبد، آنتی بادی اسکرین - تاکید به تزریق واکسن آنفلوانزا - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی (جهت بررسی عملکرد ریه) - ارجاع غیر فوری به متخصص قلب (جهت اکوکاردیوگرافی و بررسی فشار خون شریان ریوی) - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم (جهت بررسی رتینوپاتی) - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن - تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری
۸ بیماری تیروئید	پرکاری تیروئید: افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> - منع مصرف متی مازول در سه ماه اول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
	کم کاری تیروئید: افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، فشار خون بارداری، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۹ 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	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنین بررسی احتمال بروز ترومبوآمبولی - اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان - تاکید 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 آئمی - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) - درمان پروفیلکتیک 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 ترجیحا 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
۱۰ بیماری گوآرشی	بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود احتمالی علائم ۳ ماه پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> - مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی از معده یا رکتوم: ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۱۱ بیماری مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آئمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری - 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 - اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان

پ ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۲۰) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک است.

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱۲ پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد
۱۳ 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 - تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت تعیین زمان زایمان (در نیمه دوم بارداری)
۱۴ تالاسمی (MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷)	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 در دسی لیتر در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم در دسی لیتر نزدیک ترم باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت ابتلا همسر: ارجاع در اولین فرصت (سه ماهه اول بارداری) به مرکز مشاوره ژنتیک جهت بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور
۱۵ ترومبو آمبولی (سابقه) / ترومبوفیلی	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی و شروع درمان دارویی در صورت نیاز
۱۶ تورچ TORCH	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
۱۷ سرخچه	ناهنجاری مادر زادی جنین، عفونت مادرزادی جنین	<u>تماس مادر با فرد مبتلا به سرخچه:</u> بررسی نتیجه IgG قبل از بارداری (در صورت انجام تیتر پیش از بارداری): • IgG مثبت: ادامه مراقبت های معمول بارداری • IgG منفی یا عدم اطلاع از نتیجه یا ابتلا به سرخچه به همراه تب و راش ماکولا پاپولر و یکی از علائم آدنوپاتی گردنی یا پس سری یا پشت گوش: ارجاع فوری به متخصص عفونی یا زنان
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	- 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
۱۹ سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

پ ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۲۰) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک است.

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۲۰ 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 - تاکید به دریافت منظم مراقبت ها در بارداری - تاکید به مصرف اسید فولیک در سه ماه اول بارداری به میزان ۱ میلی گرم در روز (در صورت مصرف کاربامازپین یا والپورات ۴ میلی گرم) و سپس ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری - تأکید بر تداوم درمان در بارداری - تاکید به انجام سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۸-۱۶ بارداری - در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیر بارداری
۲۱ لوپوس	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولی، مرگ مادر	- تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری - بررسی احتمال بروز ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۲ - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی یا پریناتالوژیست
۲۲ مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب
۲۳ میگرن	احتمال بهبود در بارداری	- منع مصرف ارگوتامین - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مغز و اعصاب - در صورت حمله میگرن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت
۲۴ 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 ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به زنان - در صورت فلج پا یا استفاده از صندلی چرخ دار: ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۲ - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۵ ناهنجاری دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار، ...)	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
۲۶ هیپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هیپاتیت ب - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی

پ ۲۱- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ بارداری همزمان با IUD	افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم	- معاینه واژینال با اسپکولوم در اولین مراجعه و خارج کردن IUD در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری و ارجاع جهت سونوگرافی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم و محل IUD - در صورت باقی ماندن IUD، آموزش در مورد بروز علائم خونریزی، تب، درد شکم - در صورت حاملگی خارج از رحم اقدام طبق پ ۳ - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۲ بارداری با قرص پروژسترونی قرصها و آمپول های ترکیبی	- در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری - در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین	- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری - قطع مصرف قرص پروژسترونی، قرصها و آمپول های ترکیبی - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۳ بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۴ بارداری همزمان با شیردهی	افزایش احتمال آنمی، پارگی زودرس کیسه آب، وزن کم هنگام تولد نوزاد، تأخیر رشد داخل رحمی، نقص لوله عصبی جنین	- 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 - توجه به حالات روحی مادر و حمایت عاطفی توسط خانواده - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره - تأکید به انجام سونوگرافی هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری - 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) - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۵ تروما (تصادف، خشونت فیزیکی)	جدا شدن زودرس جفت، زایمان زودرس، مرگ جنین	- شنیدن صدای قلب جنین - در صورت ضربه شدید به شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اختلال در شنیدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان - ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان و پیگیری مادر
۶ رفتار پر خطر (در مادر یا همسر)	امکان ابتلا به ایدز	- انجام نوبت دوم آزمایش HIV در هفته ۳۴-۳۱ بارداری - ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۷ شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی) - 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

پ ۲۱- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تاثیر بر بارداری	اقدام
۸ سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	- گرفتن شرح حال دقیق - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در اولین مراجعه
۹ مشکلات 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	- ارجاع غیر فوری به متخصص ژنتیک - در صورت سابقه NTD در نوزاد/ نوزادان قبلی: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک در سه ماه اول بارداری و سپس ۴۰۰ میکرو گرم تا پایان بارداری - در صورت سابقه فامیلی NTD در نوزاد: تجویز مصرف روزانه ۱ میلی گرم اسید فولیک در سه ماه اول بارداری و سپس ۴۰۰ میکرو گرم تا پایان بارداری - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۱۰ نکات مرتبط با تعداد بارداری	افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی، ترومبوآمبولی	- تبریک به مادر برای بارداری و عدم القای ترس از بارداری - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - تأکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱ - توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت - ارزیابی احتمالی بروز ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۲ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)
۱۱ نکات مرتبط با سن مادر	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولی	- تأکید به دریافت منظم و به موقع مراقبت های بارداری - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - در صورت تمایل مادر به غربالگری ناهنجاری کروموزومی جنین، اقدام در سطح تخصصی - غربالگری کاردیومیوپاتی (در سن بالای ۳۰) در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱ - در صورت سن بالای ۳۵ سال: - همراه با یکی از موارد بارداری اول یا نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ یا سابقه زایمان نوزاد کم وزن یا مرده زایی: تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری - ارزیابی احتمالی بروز ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۲ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان - انجام یک بار سونوگرافی در هفته ۳۸ به ۳۹ بارداری جهت بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک - ارجاع به بیمارستان جهت ارزیابی سلامت جنین (NST یا BBP) دو بار در هفته از هفته ۳۸ بارداری (در صورت دسترسی نامناسب به بیمارستان بهره گیری از طرح اسکان) - شمارش روزانه حرکات جنین از هفته ۳۸ بارداری توسط مادر و اعلام در صورت کاهش حرکت - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر ۴ ماهگی (منع شرعی)

پ ۲۱- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱۲	غربالگری اولیه منفی ولی شک قوی به مصرف دخانیات، الکل و مواد	<p>- ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان</p> <p>- پیگیری هر ۳ ماه و غربالگری اولیه</p>
۱۳	غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد	<p>- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد مخدر و محرک و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری</p> <p>- توصیه اکید به ترک سیگار و دریافت خدمات درمانی اختلال مصرف مواد و الکل در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری</p> <p>- تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (احتمال سوء تغذیه)</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱</p> <p>- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی طبق ح ۱۲ و ارجاع غیر فوری به متخصص در صورت نیاز به درمان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی</p>
۱۴	سابقه درمان اختلال مصرف مواد	<p>- توصیه به تداوم درمان با داروهای آگونیسست تا پایان بارداری و پیگیری هر ۳ ماه تا یک سال</p> <p>- ارجاع به روانشناس و پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در صورت خروج از برنامه درمانی</p>
۱۵	ناسازگاربهایی خونی (ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر)	<p>- پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۳۰-۲۴ 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 ایمونوگلوبولین ضد دی در هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری</p> <p>- تأکید بر تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی (به غیر از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز)</p> <p>- در صورت ارهاش مثبت نوزاد: تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۶	نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر)	<p>- افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولی</p> <p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده</p> <p>- تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر در BMI بیشتر از ۴۰</p> <p>- در صورت نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ و بارداری اول یا سابقه زایمان نوزاد کم وزن یا مرده زایی یا سن بالای ۳۵ سال: تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۱</p> <p>- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ طبق راهنمای ح ۱۲ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به پزشک جهت انجام بررسی و اقدام پزشکی</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه</p>

پ ۲۲ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

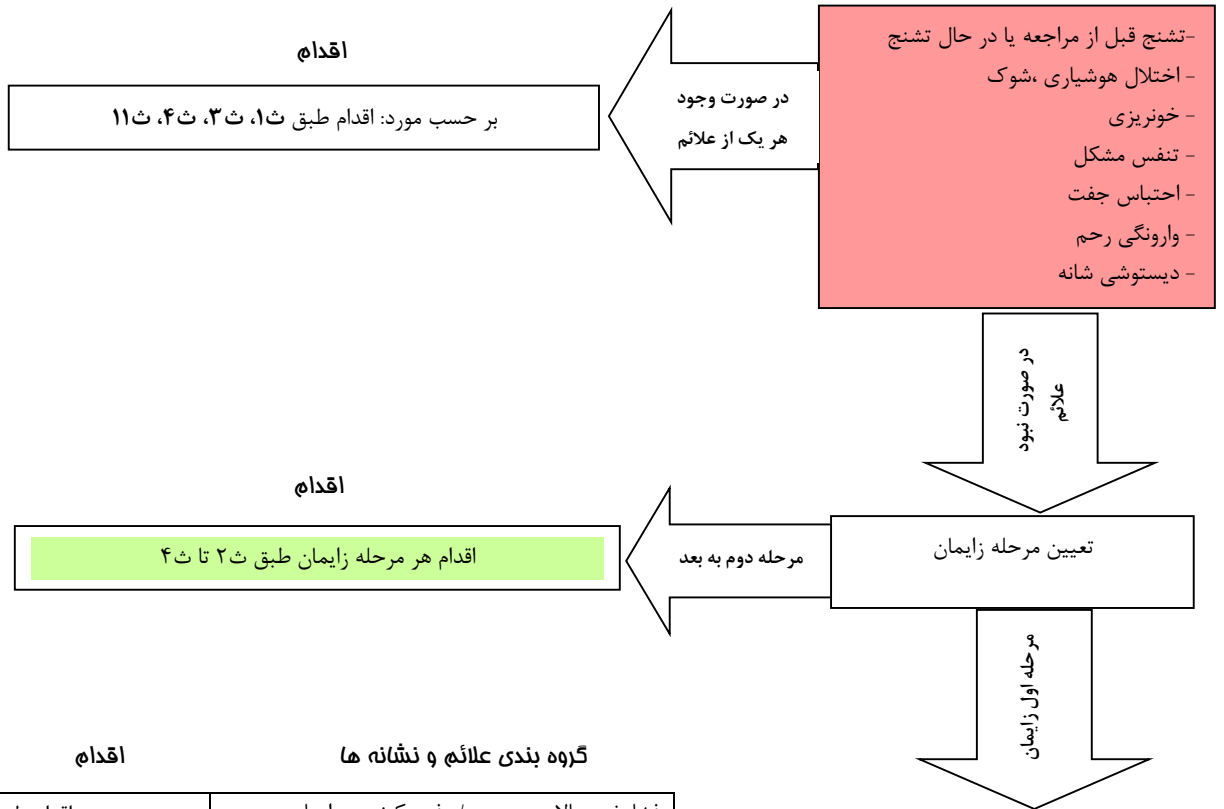
عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ آتونی (اینرسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲ پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون و وزن مادر - تجویز آسپیرین به میزان ۸۰ میلی گرم روزانه از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری - آموزش علائم فشارخون بالا، تاری دید، سوزش سر دل، سردرد
۳ جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم 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 هیدرامنیوس - در صورت سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۳-۳۱ بارداری و در صورت تایید: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته ۳۴ تا ۳۶ بارداری
۴ چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر - 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
۵ دیابت بارداری	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام آزمایش و اقدام مطابق نتیجه
۶ زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان پس از هفته ۴۱ بارداری
۷ زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارایه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان - توجه به عفونت ادراری و درمان آن در صورت وجود - درخواست سونوگرافی طول سرویکس در هفته ۱۴ بارداری و ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت طول سرویکس کوتاه (کمتر از ۲۵ میلی متر)
۸ سابقه سزارین / جراحی روی رحم	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تکرار سونوگرافی در هفته ۲۸ بارداری برای تعیین وضعیت جفت - در صورت تایید جفت سرراهی: اقدام مطابق پ ۱۹ - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته ۳۴ تا ۳۶ بارداری - تأکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر - امکان انجام زایمان واژینال بعد از یک بار سزارین در صورت وجود شرایط مناسب - مشاوره در هفته ۳۶ بارداری برای تعیین زمان سزارین در صورت طبیعی بودن وضعیت جفت
۹ دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی	احتمال عود	مشاوره با پریناتالژیست/ متخصص زنان
۱۰ مول کمتر از یک سال / حاملگی نابجا		انجام سونوگرافی در اولین مراجعه برای تایید وضعیت حاملگی و جفت
۱۱ مرگ نوزاد	احتمال عود	تأکید به زایمان در بیمارستان (ترجیحاً سطح II یا III) برای مراقبت احتمالی بعد از تولد نوزاد
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 به آموزش علائم 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 و تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان - بررسی از نظر وجود دیابت و در صورت تایید اقدام طبق پ ۱۸

ت- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت (در واحد تسهیلات زایمانی)

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

ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

ابتدا علائم بالینی نیازمند اقدام فوری را بر مسب مرحله



اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۲، ۵ تا ت ۹	فشارخون بالا، زجر جنین/ دفع مکنونیوم، 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 و الکل، الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، بارداری اول، ارهاس منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، ضایعات ولو، عدم تناسب سر با 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، 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 - برقراری ارتباط موثر و وجود همراه در صورت امکان	طبیعی بودن همه موارد

ارزیابی اولیه

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:
مانور لئوپولد، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی،

ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان

مرحله اول زایمان	اقدام اولیه و ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 مکونیوم، چند قلبویی، نمایش غیر طبیعی 	بر حسب مورد: اقدام طبق ث ا تا ث ۱۰
			ادامه مراقبت تا شروع مرحله دوم زایمان و انتقال به اتاق زایمان (اجازه تحرک و تغییر وضعیت به مادر داده شود)

مرحله دوم زایمان	اقدام اولیه و ارزیابی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
	<ul style="list-style-type: none"> - آمادگی برای زایمان (مادر، ماما، وسایل) - انتقال به اتاق زایمان - کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین - اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد 	<ul style="list-style-type: none"> شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، تب، خونریزی، دیستوشی شانه، زجر جنین، عدم پیشرفت زایمان، چندقلویی، نمایش غیرطبیعی 	بر حسب مورد: اقدام طبق ث ا تا ث ۱۰
			<ul style="list-style-type: none"> - تزریق داروی بی حسی موضعی و انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز - انجام مانورهای زایمانی برای خروج سر نوزاد - خارج کردن کامل نوزاد

مرحله دوم زایمان	ارزیابی اولیه	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
	<ul style="list-style-type: none"> - ترم بودن بارداری - شفاف بودن مایع آمنیوتیک - تنفس یا گریه کردن - تون عضلانی 	<ul style="list-style-type: none"> تنفس بد یا نداشتن تنفس، آغشته بودن به مکونیوم، تون عضلانی نامناسب، سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته 	<ul style="list-style-type: none"> - کلامپ و بریدن سریع بندناف - احیاء طبق خ ۱
			<ul style="list-style-type: none"> - فراهم کردن گرما - پاک کردن راه های هوایی (ترشحات دهان و بینی) - خشک کردن بدن - کلامپ و بریدن بندناف

ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

- 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

کلام

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۳، ۱۱، ح ۲	خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، وارونگی رحم
ادامه مراقبت	طبیعی بودن وضعیت مادر

اقدام اولیه و ارزیابی

- 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

نوزاد

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 وضعیت نوزاد

اقدام اولیه و ارزیابی

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

کلام

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱ تا ۳، ت ۱۰، ۱۱، ح ۲	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 وضعیت مادر

اقدام اولیه و ارزیابی

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

نوزاد

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 وضعیت نوزاد

مرحله سوم زایمان

مرحله چهارم زایمان

ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱ تا ت ۳، ت ۱۰، ت ۱۱، ح ۲	شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، همتوم، احتباس ادرار	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 ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز - توصیه به مصرف مواد غذایی - تشویق مادر به شیردهی انحصاری - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - ترخیص پس از ۶ ساعت 	طبیعی بودن وضعیت مادر	کادر

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق خ ۲ تا خ ۵ و آخرین خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد	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
احیاء طبق خ ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی	کادر
<ul style="list-style-type: none"> - در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد اقدامات پیش از ارجاع - فراهم کردن گرما - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق خ ۲ 	سرد بودن نوزاد	کادر
<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 ۱۵ - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص 	طبیعی بودن وضعیت نوزاد	کادر

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 بالینی نیازمند اقدام فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی، تنفس مشکل، احتباس جفت، وارونگی رحم و دیستوشی شانه بررسی کنید.

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

نکته: مادر را با هر نوع انقباضات ریتمیک رحم بستری کنید.

- مدت زمان یک انقباض (duration): از شروع تا خاتمه هر انقباض است که ممکن است ۳۰ تا ۴۵ ثانیه طول بکشد.

- تعداد انقباضات طی ۱۰ دقیقه ۳ بار است.

- شدت انقباض (intensity): قدرت انقباض. در اوج انقباض موثر انگشت شست به سادگی در رحم فرو نمی رود.

برقراری ارتباط موثر با مادر: با مادر در طی لیبر با روش های ساده و قابل قبول فرهنگی ارتباط برقرار کنید. ترس و نگرانی از زایمان را در او کاهش دهید و سعی کنید روند زایمان برای وی خوشایند شود.

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 مادر، تعداد بارداری، مصرف مواد، 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 یا صحبت کند (تنفس بیشتر از ۲۴ بار در دقیقه).

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؛

- منجر به دیلاتاسیون و افسمان می شود.

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

دیستوشی 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 ۴۱ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۰ 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 (فورسیس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی کمتر از ۳ ساعت انجام شود.

زایمان قریب الوقوع: زایمانی که با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنین، وضعیت جنین، وضعیت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمی، در مدت زمانی کمتر از یک ساعت انجام شود.

نکته: انجام زایمان مادر نیازمند مراقبت ویژه (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.

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. 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.
- 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.

غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد:

- درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود:
- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مخدر آپئوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای روانپزشکی 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، اکس، غیره).

- منظور از مصرف طول عمر داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، مصرف این داروها بدون تجویز پزشک، به قصد دستیابی به حالت سرخوشی و یا با مقادیر و طول مدت بیش از آن چه پزشک تجویز نموده، است.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبیده 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)

- انحنای 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...

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 روانی برای زایمان، گرفتن رگ هیپارینه 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، کپسول 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 ۳-۴ 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 تکرار انقباض بررسی کنید.

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

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

پیشرفت زایمان: با انجام معاینه واژینال، در فاز نهفته هر ۴ ساعت و در فاز فعال هر ۲ ساعت میزان باز و نرم شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون و افسامان) 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 نیازمند مراقبت ویژه 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 ۶ سانتیمتر تا باز شدن کامل دهانه رحم (۱۰ سانتیمتر)

فاز نهفته: از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان ۶-۵ 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 ۳ 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، 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.

انقباضات رحم: انقباضات رحم را هر ۱۵ دقیقه از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و تکرار انقباض بررسی کنید.

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 مادر و 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 نیازمند مراقبت ویژه 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، توكشیدگی 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، قسمتهای 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.

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 نشت 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 بندناف 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، توكشیدگی 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، نیاز به توجه ویژه دارد.

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: بعد از خروج جنین و جفت، معاینه دقیق پرینه و رکتوم انجام تا وسعت برش یا پارگی مشخص شود. 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، پنست 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 نیازمند مراقبت ویژه (خونریزی شدید، تب و لرز، درد و ترشح محل بخیه، درد شکم و پهلوه‌ها)، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، زمان مناسب مقاربت، استراحت، فعالیت و ورزش، عدم مصرف الکل و دخانیات) و سلامت روان (تغییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، تغذیه 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، توكشیدگی 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، نیاز به توجه ویژه دارد.

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

تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی: برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول مگنمیک 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 ایمونوگلوبولین ضد دی: در صورت امکان و قبل از ترخیص، ایمونوگلوبولین ضد دی را در مادر اره‌اش منفی یا همسر اره‌اش 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 و واکسن های بدو تولد:

ویتامین ک ۱ بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه اول پس از تولد و پس از اولین تغذیه نوزاد، به میزان ۰٫۵ میلی گرم در نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم و ۱ میلی گرم در نوزاد ۱۵۰۰ گرم یا بیشتر صورت عضلانی (یک سوم میانی قسمت قدامی - خارجی عضله ران چپ) 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
۸۳	ث ۱- علائم نیازمند اقدام فوری
۸۴	ث ۲- فشارخون بالا
۸۵	ث ۳- خونریزی
۸۶	ث ۴- عدم پیشرفت زایمان
۸۷	ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم
۸۸	ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس
۸۹	ث ۷- پارگی کیسه آب
۹۰	ث ۸- پرولاپس بند ناف
۹۱	ث ۹- نمایش غیر طبیعی
۹۲	ث ۱۰- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان
۹۴	ث ۱۱- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه بلافاصله پس از زایمان
۹۵	ث ۱۲- بیماری ها
۹۷	ث ۱۳- سوابق زایمان قبلی

ث ۱- علائم نیازمند اقدام فوری

اقدام

- درمان اکلامپسی طبق ح ۳
- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱

اکلامپسی
(در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده)

اقدام

- اعزام طبق ح ۱ و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر
اقدامات قبل و حین اعزام
- درخواست کمک
- اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی
- دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک
- عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان
- خواباندن به پهلو چپ و گرم نگه داشتن مادر
- باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ (طوسی یا سبز)
- تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در
۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه
- در صورت شوک عفونی: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین عضلانی و ۸۰
میلی گرم جنتامایسین عضلانی - در صورت اختلال هوشیاری همراه با بالا
بودن فشارخون: اقدام طبق ث ۲

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

اقدام

- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱
- درخواست کمک
- اطمینان از باز بودن راه های هوایی
- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی
- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸
ساعت
- در صورت تشخیص آمبولی ریه، حمله آسم، ادم حاد ریه: درمان مانند زمان
غیر بارداری

تنفس مشکل

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

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 منیزیم، تزریق لابتالول، ...) - 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 	<p>پره اکلامپسی شدید</p>	<p>سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، الیگوری</p>	<p>سؤال کنید: سردرد، تاری دید، الیگوری، درد اپی گاستر</p> <p>تعیین کنید: فشارخون</p>

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

ث ۳ - خونریزی

مرمله زایمان علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی</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 و 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>از زایمان</p> <p>سؤال کنید: سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم</p> <p>تعیین کنید: تعداد ضربان قلب جنین</p> <p>معاینه کنید: انقباضات و تونسیسته رحم، وضعیت جفت</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی</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 یا خونریزی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر جفت سر راهی</p>	
<p>- باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>پارگی رحم</p>	<p>* درد شدید و ناگهانی شکم، بالا رفتن عضو نمایش، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست</p>	
<p>- باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم (در ۵۰۰ میلی لیتر سرم با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه)</p> <p>- تخلیه مثانه 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 احتمال عدم خروج کامل جفت، شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک): کوراژ طبق ح ۴</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>اینرسی (آتونی)</p>	<p>* رحم شل</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- بررسی و ترمیم محل پارگی طبق ح ۲ و 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، جفت باقیمانده</p>	<p>* رحم جمع</p>	<p>از</p> <p>زایمان)</p>

* 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.

*** مصرف متیل ارگونوین در مادران مبتلا به فشارخون بالا، تشنج و بیماری قلبی ممنوع است.

ث ۴ - عدم پیشرفت زایمان

اقدام	معیار تشخیص	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ 	<ul style="list-style-type: none"> فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال 	<p>تعیین کنید:</p> <p>پیشرفت زایمان، مدت و وضعیت عدم پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف</p>
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز - انجام ایپی 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 	<ul style="list-style-type: none"> دیلاتاسیون و افاسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار 	
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 	<ul style="list-style-type: none"> عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۶ سانتیمتر به بعد 	
<ul style="list-style-type: none"> - درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - انجام ایپی زیاتومی - 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 مک رابرت، بلند کردن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، سپس کشیدن سر نوزاد - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: مانور wood، 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 	<ul style="list-style-type: none"> عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر 	

ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم

اقدام	معیار تشخیص	
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 در صورت بد حال بودن نوزاد - احیاء نوزاد طبق ح ۱ - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد 	<ul style="list-style-type: none"> دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین دفع مکونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه 	<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <p style="text-align: center;"><u>تعیین کنید:</u></p> <p>تعداد ضربان قلب جنین، وضعیت کیسه آب، وضعیت مایع آمنیوتیک از نظر وجود مکونیوم</p> <p style="text-align: center;"><u>معاینه کنید:</u></p> <p>معاینه مهبلی از نظر وجود پرولاپس بندناف و قریب الوقوع بودن زایمان</p>
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	

ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

معیار تشخیص	تشخیص احتمالی	اقدام
وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر (فاز نهفته)	زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد.
وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر، فاز فعال	زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - خواباندن مادر به پهلو چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون* - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه - انجام زایمان - آماده کردن ست احیاء نوزاد - اعزام نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع
وقوع علائم زایمانی بالای ۴۰ هفته	زایمان دیررس	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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

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

اقدام

فاز زایمان

<p>- اعزام طبق ح ۱</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- انجام معاینه واژینال با اسپکولوم و تایید پارگی کیسه آب</p> <p>- در صورت گذشت ۱۸ ساعت از زمان پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی</p>	<p>فاز نهفته</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</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، مدت پارگی کمتر از ۱۲ ساعت (ترم)</p>
<p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>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 فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت (ترم)</p>
<p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ث ۶</p>	<p>فاز نهفته و فاز فعال پره ترم</p>

ارزیابی

سوال کنید:

مدت پارگی

تعیین کنید:

وضعیت زایمانی،

علائم حیاتی، سن

بارداری

ث ۸- پرولاپس بندناف

اقدام	معیار تشخیص	
<p>- اعزام و همراهی طبق ح ۱</p> <p>- آگاه کردن مادر و همراه او از وضعیت جنین</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۲-۳ ساعت</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک</p> <p>- سمع صدای قلب جنین</p> <p>- قراردادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قراردادن بالش در زیر باسن مادر)</p> <p>- در صورت خروج بند ناف از واژن، بند ناف با گاز مرطوب گرم در داخل واژن قرار گیرد. بندناف دستکاری نشود.</p> <p>- گذاشتن و ثابت کردن سوند فولی، پر کردن مثانه با ۷۰۰-۵۰۰ سی سی نرمال سالین به وسیله ست سرم، سپس کلامپ سوند با یک پنس</p> <p>- بالا دادن عضو پرزائنه از طریق دست در واژن و دست دیگر از روی شکم در ناحیه سوپراپوبیک</p> <p>- تزریق ۴ گرم سولفات منیزیم وریدی در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل (طبق ث ۹):</p> <p>- درخواست کمک برای انجام احیاء</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>جنین زنده</p> <p>(لمس نبض بند ناف)</p>	<p>ارزیابی</p> <p>تعیین کنید:</p> <p>وضعیت پیشرفت زایمان،</p> <p>وضعیت نمایش جنین،</p> <p>وضعیت نبض بندناف،</p> <p>شنیدن صدای قلب جنین</p>
<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر</p> <p>- آگاه کردن مادر و همراه او از وضعیت جنین</p> <p>- انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج</p> <p>- در صورت عدم پیشرفت زایمان: اعزام طبق ح ۱</p>	<p>جنین مرده</p> <p>(نبود نبض بندناف)</p>	

ث ۹- نمایش غیر طبیعی

اقدام	تشمیص احتمالی
<ul style="list-style-type: none"> - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم ۲۰٪ (۲۰ میلی لیتر) در مدت ۴ دقیقه 	<p>قرار عرضی و نمایش صورت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان 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 پوییس 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> <p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">تعیین کنید:</p> <p style="text-align: center;">سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین</p> <p style="text-align: center;">معاینه کنید:</p> <p style="text-align: center;">واژینال، مانور لئوپولد</p> </div>
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - انجام زایمان 	<p>هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری</p>

ت ۱۰- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ - عدم تناسب سر با لگن	اعزام - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان	
۲ - اره‌اش منفی	انجام زایمان - در صورت مثبت بودن اره‌اش نوزاد: تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	
۳ - مصرف مواد	اعزام به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان	- انجام زایمان و بررسی وضعیت رحم در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن آن - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد (وارد نشده به مداخله ی درمانی). - شیردهی در حین دریافت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین منعی ندارد و باید تشویق شود. - اعزام نوزاد به بیمارستان اقدام پیش از اعزام - 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
۴ - الیگوهدرآمیونیوس / تأخیر رشد داخل رحمی	اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلو چپ - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی	- 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
۵ - پلی هیدرآمیونیوس	اعزام	- چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سرسوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با نگه 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
۶ - تب	اعزام - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن	- انجام زایمان - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق خ ۲
۷ - تنفس تند (۲۴ بار در دقیقه و بالاتر)	اعزام	- انجام زایمان - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - اعزام به بیمارستان برای ادامه مراقبت ها
۸ - جنین ناهنجار	در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند هیدروسفالی یا دوقلوئی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مراقبت فوری نوزاد می شود: اعزام مادر - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان - 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	
۹ - زایمان پنجم و بیشتر	اعزام - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - اعزام	- انجام زایمان، معاینه کامل جفت و پرده ها - بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر ۵ دقیقه تا ۳۰ دقیقه و سپس مطابق تعریف - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اقدام طبق ت ۳

ث ۱۰- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱۰ چندقلویی	اعزام	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی</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 اسی 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>
۱۱ بارداری اول	اعزام	<p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت بروز مواردی مانند آتونی، چسبندگی جفت، دیستوشی زایمان اقدام طبق هر مورد</p>
۱۲ 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>
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 ۳۰ دقیقه 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 سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</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 نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ (چاقی درجه ۳)	اعزام	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</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 ترومبوامبولی احتمالی</p>

ث ۱۱- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه 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 سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - 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 رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم طی ۲۰ دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱
۶ 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 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

ث ۱۲- بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 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 ج ۱۸
۳ HIV مثبت	اعزام (منع زایمان طبیعی)	- 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
۴ بیماری قلبی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - 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 ج ۱۸
۵ دیابت	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - 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 ج ۱۸ - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق ج ۲ - در صورت اختلال هوشیاری اقدام طبق ج ۱ و اندازه گیری قند خون با گلوکومتر: BS کمتر از ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر: تزریق سرم قندی BS بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر: تزریق سالین نرمال
۶ سل		- 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
۷ سیفلیس		- انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر
۸ صرع	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی - انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ج ۱۸ - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی

ث ۱۲- بیماری ها (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۹ هیپرتیروئیدی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه - توجه به بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید) - انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت
۱۰ هیپاتیت /HBsAg+	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان و توجه به پوار نکردن نوزاد - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد - تزریق واکسن هیپاتیت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمپول ایمونوگلوبین اختصاصی هیپاتیت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هیپاتیت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان
۱۱ هرپس ژنیتال	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وزیکول فعال فاز حاد بیماری: خودداری از معاینه واژینال و زایمان واژینال و اعزام - در صورت سابقه ابتلا به هرپس در بارداری فعلی و نبود وزیکول در ناحیه ولو و واژن و سرویکس و علائم عفونت حاد (مانند سوزش و خارش ولو): انجام زایمان 	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان - در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام مادر و نوزاد

ت ۱۳ - سوابق زایمان قبلی

نوع سابقه	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ *آتونی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - 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 ناهنجاری جنین: اقدام طبق ت ۱۰	
۳ *زایمان سخت	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - 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 سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - 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 سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - کنترل علائم حیاتی - انجام زایمان با توجه به احتمال پارگی رحم - اعزام مادر پس از زایمان طبق ح ۱
۶ *مرده زایی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - انجام زایمان - اعزام در صورت تکرار عارضه
۷ *مرگ نوزاد	اعزام	- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی - انجام زایمان با حضور پزشک و آمادگی برای احیا نوزاد - اعزام در صورت تکرار عارضه
۸ *نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم		- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان - در صورت تخمین ماکروزومی: اقدام طبق ت 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
۹۹	ج۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان
۱۰۰	ج۲- مراقبت سوم پس از زایمان
۱۰۱	تعاریف مراقبت های معمول پس از زایمان

ج ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)
- تنفس مشکل

اقدام مطابق ج ۱

در صورت نبود علائم فوق:

ارزیابی

تشکیل پرونده در ملاقات اول و بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات بعدی

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

اندازه گیری علائم حیاتی

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

اقدام

- تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان

- ارائه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ج ۸

- مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در مراقبت دوم

- ارزیابی الگوی تغذیه ج ۱۳ در مراقبت دوم

- غربالگری افسردگی پس از زایمان ج ۱۶

- تعیین تاریخ مراجعه بعدی

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه پس از زایمان می بایست انجام شود.

ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری

در صورت وجود علائم:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- شوک (نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)
- تنفس مشکل

اقدام مطابق ج ۱

در صورت نبود علائم فوق:

ارزیابی

مرور وضعیت مادر در مراقبت قبلی

سئوال از ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، مصرف مکمل های دارویی

اندازه گیری علائم حیاتی

معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

اقدام

- تجویز مکمل های دارویی
- ارائه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ج ۸
- غربالگری افسردگی پس از زایمان ج ۱۶
- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز
- درخواست آزمایش OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری

ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه پس از زایمان می بایست انجام شود.

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، خواب کافی، مصرف دارو در زمان شیردهی)، سلامت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر و وابستگی نزدیک) و سلامت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر پرهیز از رفتار پر خطر)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، درد محل بخیه، 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 نیازمند مراقبت ویژه نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، زمان مناسب بارداری بعدی به مادر آموزش دهید.

نکته: در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه 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 بالینی نیازمند اقدام فوری: در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، تنفس مشکل بررسی کنید.

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: قبل از شروع مراقبت، خلاصه پرونده مادر را مرور کرده و از وضعیت وی مطلع شوید. مواردی مانند بیماری ها، نتیجه آزمایش ها و نتیجه ارجاع را نیز بررسی کنید.

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

پاپ اسمیر: در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستورعمل کشوری و با تأکید 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 ایمونوگلوبولین ضد دی: در مادر ارهش منفی با نوزاد ارهش 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 و مواد

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 مبحث 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

زمان مناسب بارداری بعدی: به مادر توصیه کنید بهتر است بعد از دوره شیردهی، برای بارداری بعدی اقدام کند ولی در صورت وقوع بارداری قبل از آن، منعی وجود ندارد و نگرانی مادر در این مورد را برطرف کنید.

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، کمردرد و یبوست است.

شوگ: 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 فشار خون 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. نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا ۱۵ دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.
- 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 نیازمند مراقبت ویژه 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، سر درد، سرگیجه، خروج 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، عدم توانایی در ادرار کردن، درد و تورم و سفتی پستان ها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها

علائم روانپزشکی: برخی مادران ممکن است در دو هفته اول پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (اندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت احساس غمگینی، گریه و بی قراری، تحریک پذیری، اختلال در خواب و کاهش اشتها تظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود انواع اختلالات روانپزشکی قبلی و یا بروز اختلالات روانپزشکی جدید است. بنابراین چنانچه مادر سابقه اختلال در گذشته دارد و یا در بارداری، افسردگی و یا سایر مشکلات روانشناختی را تجربه کرده و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید، چرا که این علائم اندوه ممکن است علائم اولیه یک اختلال شدید باشد. اگر علائم اندوه پس از زایمان طولانی و شدیدتر شود، عملکرد مادر را مختل نماید و یا مادر افکار خودکشی و آسیب به خود یا نوزاد داشته باشد، "افسردگی شدید پس از زایمان" مطرح است. در موارد بسیار نادر، مادر علاوه بر افسردگی شدید پس از زایمان، علائم هذیان و توهم یا علائم خلق بالا و پرخاشگری شدید نیز پیدا می کند که "سایکوز یا جنون پس از زایمان" نامیده می شود که می تواند بیمار و نوزاد را در معرض خطرات متعدد قرار بدهد.

غربالگری افسردگی پس از زایمان: در مراقبت پس از زایمان در ارزیابی اولیه، پرسشنامه ادینبورگ می بایست تکمیل شود. در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی بر اساس نقطه برش پرسشنامه (کسب نمره ۱۲ و بالاتر) مادر به افسردگی پس از زایمان دچار است و باید جهت بررسی تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری (در اولین فرصت) می شود.

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:** رنگ ملتحمه را بررسی کنید. 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:** دهان و دندان مادر از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود.

- **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.

- **عضلات شکم (دیاستاز رکتوس):** مادر را به پشت بخوابانید. پاها را خم کند. به آرامی سر از زمین بلند شود تا جایی که کتف از زمین بلند شود. سپس با انگشتان دست فاصله بین دو عضله حوالی ناف معاینه شود.

- **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 در صورت غیر جذبی بودن، 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. مراقبت های 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 می شود.

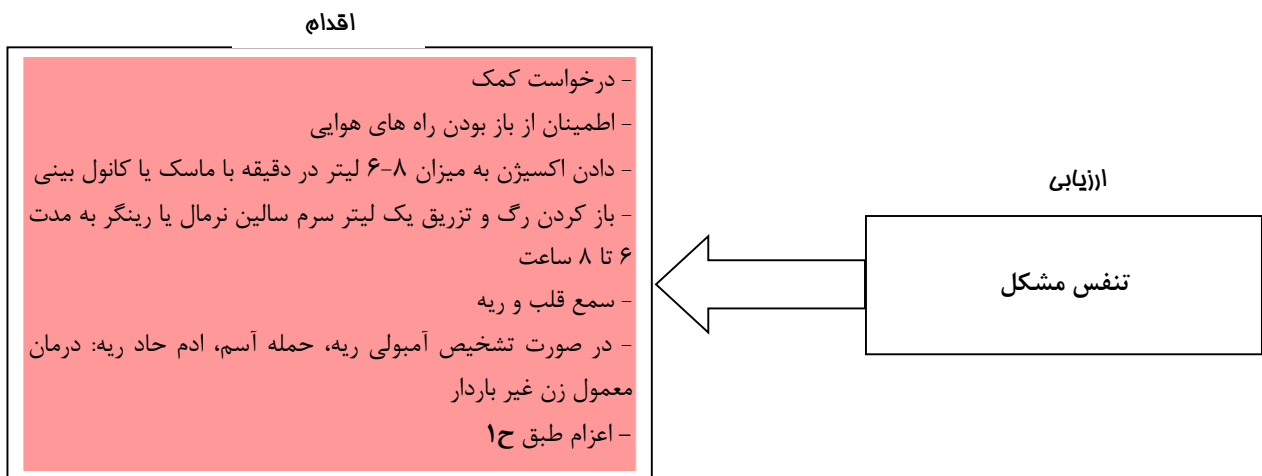
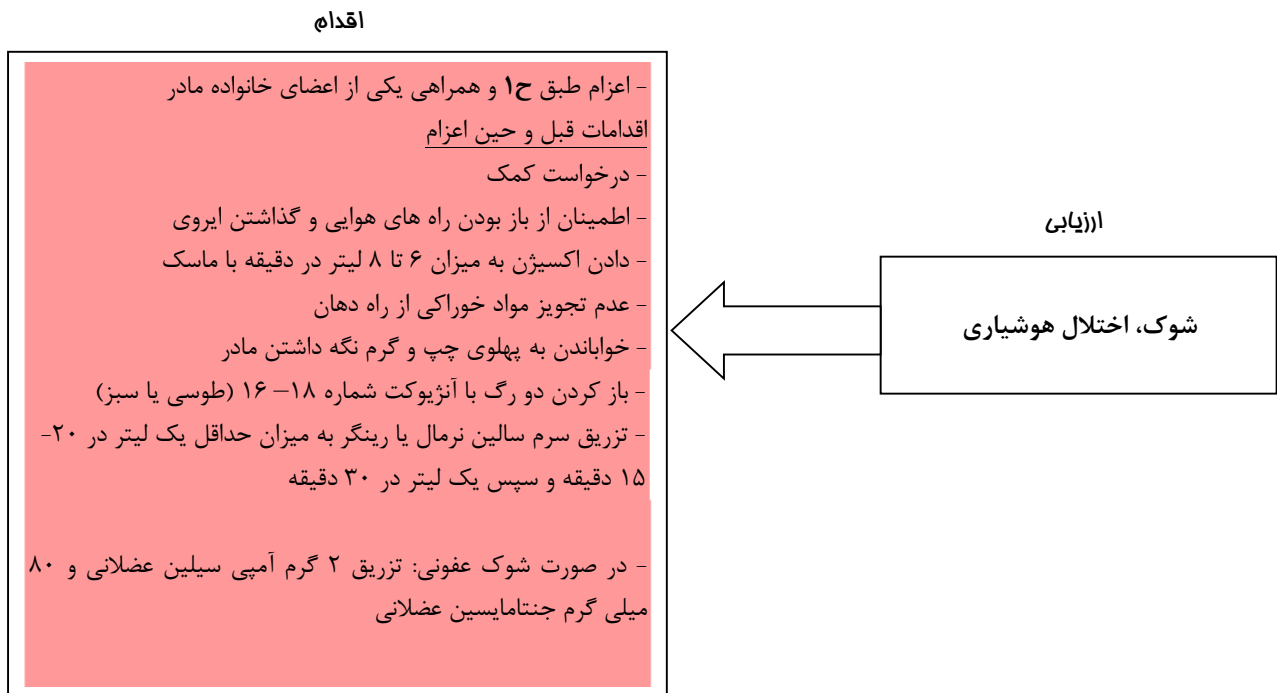
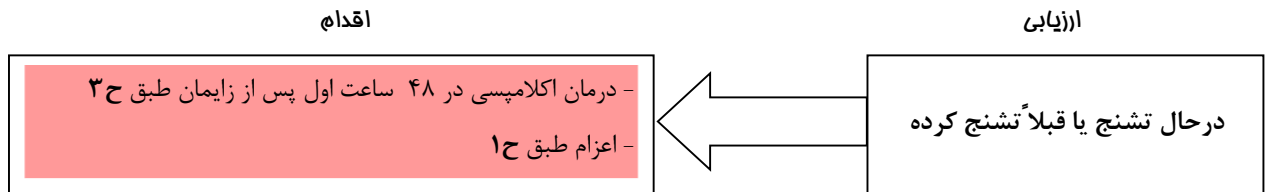
وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، عدم توانایی در ادرار کردن، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.

چ - مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

صفحه	عنوان
۱۰۵	چ ۱- علائم نیازمند اقدام فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)
۱۰۶	چ ۲- فشار خون بالا
۱۰۷	چ ۳- خونریزی / لکه بینی
۱۰۸	چ ۴- تب
۱۰۹	چ ۵- درد (درد شکم، سر درد، درد پستان، درد ساق و ران)
۱۱۱	چ ۶- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج
۱۱۲	چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی
۱۱۳	چ ۸- اختلالات روانپزشکی
۱۱۴	چ ۹- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه

چ ۱- علائم نیازمند اقدام فوری



چ ۲- فشار خون بالا

علائم و تشفیص احتمالی	اقدام
فشارخون سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه	<ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام به بیمارستان طبق ح ۱
فشارخون سیستول بیشتر از ۱۴۰ و کمتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه یا فشارخون دیاستول بیشتر از ۹۰ و کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه	<ul style="list-style-type: none"> - کنترل فشارخون ۶ هفته پس از زایمان - در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری
فشارخون مزمن شناخته شده	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا قلب برای ادامه درمان
پره اکلامپسی در بارداری اخیر	<ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون تا ۱۰ روز پس از زایمان - در صورت فشار خون بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه در ۴۸ ساعت پس از زایمان: ارجاع در اولین فرصت به پزشک <p>اقدام پزشک</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت 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 دوپا: 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 ۱ تا ۲ بار در روز به مدت ۵ روز - ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان - ارجاع به متخصص داخلی ۸-۶ هفته پس از زایمان

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر، سابقه بیماری

اندازه گیری کنید:

فشار خون (دو بار اندازه گیری)

چ ۳- خونریزی / لکه بینی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<p>اعزام طبق ح ۱</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن</p> <p>- تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</p>	<p>باقی ماندن تکه هایی از جفت</p>	<p>*خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر</p>
<p>اعزام طبق ح ۱</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p>	<p>متریت</p>	<p>*ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم</p>
<p>ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸</p> <p>- آموزش علائم تب، ترشحات عفونی، درد شکم</p> <p>- در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از ۶ هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	<p>اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم</p>	<p>لکه بینی یا خونریزی از هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرنس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت</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 ۴- تب (درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد و بالاتر)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- اعزام به بیمارستان	پنومونی	تنگی نفس یا درد قفسه سینه
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال به میزان یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه - تزریق آمپی سیلین ۲ گرم وریدی یا عضلانی - اعزام طبق ح ۱	متریت	* ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم
- باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - تزریق عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین و ۱۵۰ میلی گرم کلیندامایسین - اعزام	مننژیت، سپسیس	* تب بالای ۳۸ درجه و یکی از علائم: - تنفس خیلی تند - سفتی گردن - خواب آلودگی شدید - ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن
- تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی - اعزام	عفونت مجاری ادراری فوقانی	تب بالای ۳۸ درجه و یکی از علائم: - درد پهلوها - سوزش ادرار
ارجاع در اولین فرصت به متخصص - در صورت ابتلا به دیابت، نمایه توده بدنی چاق و یا مصرف داروی های مهار کننده سیستم ایمنی: اعزام	عفونت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	تورم یا تندرns یا قرمزی غیرمعمول محل بخیه، تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو

ارزیابی

سؤال کنید:

درد شکم، سوزش ادرار، درد پهلوها، خروج ترشحات چرکی یا بدبو از واژن، خونریزی

تعیین کنید:

علائم حیاتی

معاینه کنید:

محل بخیه، اندازه و قوام رحم، شکم و پهلوها،

* 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 ۵- درد / درد شکم

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- اعزام طبق ح ۱ اقدام قبل از اعزام: - باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت ۲-۳ ساعت - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی	متریت، آبسه لگن، پیلونفریت	*درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری رحمی
- ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ح ۱	هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه	درد شکم، تندر نس پهلوه‌ها، تهوع و استفراغ لمس توده دردناک در پرینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پرینه
- تجویز استامینوفن - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان	اختلال در روند ترمیم محل بخیه	درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و بدون ترشح و تب
تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی	پس درد	درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی
- تجویز کرمهای نرم کننده پوستی موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت	خشکی واژن	درد هنگام مقاربت

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

ارزیابی

سؤال کنید:

درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، لرز، لمس توده دردناک در پرینه، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، درد پرینه، دردهای کرامپی زیر شکم، درد هنگام مقاربت، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری رحمی با وسیله، کوراژ

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

اندازه و قوام رحم، شکم و پهلوه‌ها، محل بخیه، معاینه واژینال، میزان و چگونگی ترشحات واژینال

چ ۵- درد / سر درد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
اعزام - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت ۸-۶ ساعت	پره اکلامپسی، ترومبوز ورید مغزی، تومور	سردرد همراه فشارخون بالا، افزایش سر درد با تغییر وضعیت، سردرد همراه با اختلال بینایی یا استفراغ
- توصیه های تغذیه ای، استراحت - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم) هر ۶ ساعت - در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان یا متخصص مغز و اعصاب	آنمی، میگرن، عوارض بیهوشی، خستگی پس از زایمان	سر درد به همراه خستگی، استرس و بی خوابی

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه میگرن، میزان و مدت زمان درد، نوع بیهوشی، سابقه پره اکلامپسی

تعیین کنید:

میزان دقیق فشارخون

چ ۵- درد / درد پستان

اقدام	تشخیص	علائم همراه	ارزیابی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	آبسه پستان	توده موج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز	<p>سؤال کنید: درد پستان، نحوه شیردهی</p> <p>تعیین کنید: درجه حرارت</p> <p>معاینه کنید: پستانها از نظر تورم، قرمزی، ترک نوک پستان</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تشویق مادر به ادامه شیردهی، شروع شیر دهی 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 و بررسی مجدد یک روز بعد - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان 	شقاق پستان	زخم و درد نوک پستان	
<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به ادامه شیردهی به دفعات بیشتر و فواصل کوتاه تر - کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۲۴ ساعت و در صورت عدم قطع تب ارزیابی مجدد مادر و بررسی از نظر بروز ماستیت 	احتقان پستان	تب خفیف و گذرا (تب کمتر از ۳۸ درجه و کمتر از ۲۴ ساعت)، تورم و براقی هر دو پستان	
<ul style="list-style-type: none"> - تشویق مادر به ادامه شیردهی - تجویز سفالکسین یا کلوزاسلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - در صورت حساسیت به پنی سیلین، تجویز اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۱۴ روز - تجویز استامینوفن در صورت درد زیاد - پیگیری مادر دو روز بعد - در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان 	ماستیت	تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز، تب (بیش از ۳۸ درجه)	

چ ۵- درد / درد یک طرفه ساق و ران

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان - تجویز ۱ گرم 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، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی انتهای اندام، کبودی اندام، اختلاف بیش از ۳ سانتیمتر ساق/ران دو طرف	<p>معاینه کنید: اندامها (رنگ، حرارت عضو، نبض، درد، ورم) اندازه گیری کنید: دور ساق یا ران دو طرف</p>

چ ۶- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج

علائم	تشخیص احتمالی	اقدام
سوزش ادرار، درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - در صورت امکان، تهیه نمونه ادرار برای کشت، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، ارسال همراه با مادر برای بیمارستان - اعزام طبق ح ۱
درد زیر دل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان	هماتوم، آبسه ولو، آسیب مجاری ادراری	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 ۸ - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال 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

چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
علائم حیاتی غیرطبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)	آنمی شدید ناشی از هیپوولمی	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت - ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱
رنگ پریدگی و علائم حیاتی طبیعی	آنمی	درخواست آزمایش هموگلوبین - در صورت هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر: ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت هموگلوبین ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر: ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز <u>اقدام پزشک</u> - تجویز ۳ 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 - در صورت هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر: <ul style="list-style-type: none"> • 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)

ارزیابی

تعیین کنید:

علائم حیاتی

معاینه کنید:

ملتحمه چشم، مخاط ها

چ ۸- اختلالات روانپزشکی

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>در مراحل اولیه: بی خوابی، بی قراری، تحریک پذیری، پرخاشگری</p> <p>در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، نوسان خلق از مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار مهار گسیخته، 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...)، توهमत شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند</p>	سایکوز یا علائم بالینی نیازمند اقدام فوری روانپزشکی	<p>- در مرحله پیشرفته: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود)</p> <p>اقدامات پیش از اعزام:</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 نصف 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، نصف 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 مانند اختلالات آب و الکترولیتی بررسی و براساس آن درمان شروع شود.</p> <p>- در مرحله اولیه و در صورت سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانواده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>
<p>خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، نامیدی، تحریک پذیری، بی قراری، اضطراب</p>	افسردگی ماژور	ارجاع در اولین فرصت به روانپزشک
<p>خلق افسرده و بی علائگی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، احساس درد در نقاط مختلف بدن، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی</p>	افسردگی، اضطراب، وسواس	<p>- درمان حمایتی (غیر دارویی) مطابق دستورالعمل 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 روانپزشک</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، نوسان خلق، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری</p>	اندوه پس از زایمان	<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 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 بالینی نیازمند اقدام فوری روانپزشکی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز</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: توهमत شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی

۵- جهت یابی: آگاهی به زمان، مکان و شخص

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

چ ۹- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه

عنوان	اقدام
۱ ابتلا به ایدز/ HIV+	<p>- منع تغذیه نوزاد با شیر مادر</p> <p>- استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) به نظر پزشک بلافاصله پس از زایمان</p> <p>- عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها</p> <p>- منع مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)</p> <p>- تاکید به مراجعه به مرکز درمانی در صورت بروز علائمی مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط</p> <p>- تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری</p>
۲ تنگی نفس و تپش قلب	<p>- غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۱</p> <p>- در صورت درد قفسه سینه یا درصد اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵٪: اعزام</p>
۳ دیاستاز رکتوس	<p>- در صورت فاصله دو عضله راست شکمی بیش از ۲ انگشت: ارجاع غیر فوری</p> <p>- در صورت فاصله داشتن عضله راست شکمی کمتر از ۲ انگشت آموزش موارد زیر به مادر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هنگام تغییر وضعیت حتما عضلات شکم منقبض و به کمر نزدیک کند. • ورزشهای مربوط به تقویت عضلات شکم را انجام دهد. مانند نزدیک کردن عضلات شکم به کمر هنگام بازدم شکمی
۴ سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر	<p>اقدام طبق چ ۲</p>
۵ سابقه دیابت بارداری	<p>- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...</p> <p>- غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۲</p> <p>- درخواست آزمایش FBS و GTT ۷۵ گرمی در ملاقات سوم. در صورت FBS مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ و OGTT (دو ساعته) مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر: ارجاع غیر فوری به متخصص غدد</p>
۶ صرع	<p>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو</p> <p>- تاکید به غربالگری سلامت روان و توجه به علائم افسردگی پس از زایمان</p>
۷ مصرف الکل	<p>منع مصرف در شیردهی</p>
۸ مصرف مواد	<p>- تشویق مادر وابسته به مواد مخدر افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرنورفین) و حمایت از او برای زایمان در بیمارستان</p> <p>- آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد ۳-۵ روز پس از تولد در بیمارستان جهت سم زدایی</p> <p>- آموزش درباره ممنوعیت و پیامدهای قانونی احتمالی دادن مواد مخدر و محرک یا داروهای نظیر متادون به نوزاد</p> <p>- منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) و محرک (مت آمفتامین) در شیردهی</p> <p>- با توجه به عدم وجود خدمات درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرنورفین) در نظام شبکه، بیماران به مراکز دولتی درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی ارجاع و پیگیری تحت درمان قرار گرفتن با کارشناس مراقب سلامت می باشد.</p> <p>- تشویق به شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرنورفین)</p> <p>- آموزش درباره خطرات مواجهه با دود دست دوم سیگار در نوزاد</p> <p>- توصیه به ترک دخانیات و ارجاع به پزشک مرکز برای ترک</p> <p>- توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات محرک مت آمفتامین</p>

ح- راهنما

صفحه	عنوان
۱۱۶	ح۱- اعزام
۱۱۶	ح۲- بررسی منشاء خونریزی
۱۱۷	ح۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی
۱۱۹	ح۴- کوراژ
۱۱۹	ح۵- وارونگی رحم
۱۲۰	ح۶- مکمل های دارویی
۱۲۰	ح۷- توصیه های بهداشتی در بارداری
۱۲۰	ح۸- توصیه های بهداشتی پس از زایمان
۱۲۱	ح۹- مصرف دخانیات، الکل و مواد در شیردهی
۱۲۱	ح۱۰- داروی های روان پزشکی در بارداری
۱۲۳	ح۱۱- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان
۱۲۴	ح۱۲- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی
۱۲۵	ح۱۳- ارزیابی الگوی تغذیه
۱۲۶	ح۱۶- غربالگری سلامت روان (پس از زایمان)
۱۲۸	ح۱۷- پارتوگراف

ح ۱- اعزام

اگر مادر نیاز به اعزام دارد، ضمن اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران:

۱- با مرکز فوریت‌ها تماس بگیرید و برای درخواست پذیرش بیمارستانی مطابق سطح بندی خدمات پریناتال هماهنگی کنید.

۲- اطمینان حاصل کنید که دارو و تجهیزات مورد نیاز در آمبولانس وجود دارد:

▪ داروهایی مانند اکسی‌توسین، سولفات منیزوم، فنی‌توین، گلوکونات کلسیم، هیدرالازین، لابتالول، آمپی‌سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...
وسایلی مانند دستکش استریل، سرنگ، سوند، ست سرم، ست زایمان و ...

۳- فرم ارجاع/اعزام را تکمیل کنید.

۴- به مادر و اطرافیانش در مورد علت اعزام توضیح دهید.

۵- در موارد نیاز (مشخص شده در مباحث مراقبت ویژه) مادر را همراهی کنید. توصیه می‌شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز مادر را همراهی کند.

۶- در طول اعزام، مراقبت‌های لازم مانند شنیدن صدای قلب جنین و کنترل علائم حیاتی مادر را انجام دهید و از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.

نکته: تکنسین اورژانس می‌بایست مهارت لازم برای احیا قلبی عروقی و مدیریت اختلالات شوک همورژیک در مادر (باردار/پس از زایمان) داشته باشد.

ح ۲- بررسی منشاء خونریزی

نیمه اول بارداری: در این نیمه خونریزی می‌تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی شدید است، پس از باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم با افزودن ۳۰ واحد اکسی‌توسین به صورت ۳۰ قطره در دقیقه (در صورت اطمینان از نبود دو قلبی)، 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 پس از ترخیص از بیمارستان:**

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- استراحت نسبی

- حمایت عاطفی

- توصیه به خودداری از مقاربت تا ۲ هفته

- آموزش علائم تب، خونریزی، درد شکم

- در صورت عدم تمایل به بارداری، مشاوره با پزشک

مراقبت پس از سقط پس از دفع نسج خارج از بیمارستان:

- درخواست سونوگرافی و اطمینان از تخلیه کامل رحم

- استراحت نسبی

- تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- تزریق آمپول ایمونوگلوبین ضد دی در مادران Rh- و پدر Rh+

- حمایت عاطفی

- توصیه به خودداری از مقاربت تا ۲ هفته

- آموزش علائم تب، خونریزی، درد شکم

- در صورت عدم تمایل به بارداری، مشاوره با پزشک

نکته: به مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط، بررسی خاصی نیاز نیست و هر زمانی که از نظر روحی آمادگی دارد می‌تواند باردار شود.

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 اکسی‌توسین به صورت سریع یا ۰/۲ میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر مبتلا به بیماری قلبی و یا 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 ۶ ساعت هر ۱ ساعت رحم را ماساژ دهید و از جمع و سفت بودن رحم مطمئن شوید.

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 اعزام کنید. (در صورت اتمام سرم اول، تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت یک ساعت و کمپرس شریان آئورت شکمی حین اعزام)

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

یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این کار باید تا زمانی که رحم منقبض شود و یا خونریزی قطع شود ادامه یابد. این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن عضله سهیم باشد.

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 اعزام ادامه دهید.

نکته: کمپرس شریان آئورت 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 خونریزی دهنده، 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 8 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 پهلوئی 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، میزان سرم نباید بیش از ۱ لیتر در ۸-۶ ساعت (۳ میلی لیتر در دقیقه) باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید. حداکثر سرم دریافتی برای بیمار ۱۲۵ میلی لیتر در ساعت است.

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

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

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

۷- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.

۸- در صورتی که فشارخون مادر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه یا بالاتر است، داروی کاهنده فشار خون را طبق دستورالعمل تزریق کنید.

۹- برای ادامه اقدامات درمانی و ختم بارداری، مادر را به بیمارستان اعزام کنید. ماما باید مادر را همراهی کند.

دستورالعمل تزریق سولفات منیزیوم

تزریق عضلانی ۱۰ گرم سولفات منیزیوم از محلول ۵۰٪ (۲۰ میلی لیتر)، به صورت دو تزریق ۵ گرمی (۱۰ میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمقی (با سوزن بلند) انجام شود. برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است ۱ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ را همراه با سولفات منیزیوم تزریق کرد.

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 از محلول 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.

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.

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم

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

دستورالعمل تزریق داروی 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 به ترتیب اولویت زیر تجویز کنید:

لابتالول (ویال ۲۰ml/۱۰۰ mg)

میزان ۲۰ میلی گرم در مدت ۲ دقیقه به صورت وریدی تزریق و در صورت عدم کاهش فشارخون در مدت ۲۰-۱۰ دقیقه، دوز بعد ۴۰ میلی گرم تزریق شود.

نکته: لابتالول در آسم و CHF منع مصرف دارد.

هیدرالازین (ویال ۲۰ ml/mg)

۱- آمپول هیدرالازین به میزان ۵ میلی گرم به صورت وریدی و آهسته (۳ تا ۴ دقیقه) 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.

(یک ویال با ۳ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود تا در هر میلی لیتر ۵ میلی گرم دارو باشد. در شکل پودری دارو، با ۴ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود)

نیفدیپین

در صورت در دسترس نبودن لابتالول یا 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 احتمال عدم خروج کامل جفت، شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) ضمن

هماهنگی لازم برای اعزام مادر (طبق ح ۱)

الف- در صورتی که کمتر از یک ساعت از زایمان گذشته است:

۱- گذاشتن سوند فولی جهت تخلیه مثانه و ثبت ساعتی برون ده ادراری

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

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

۴- **انجام مانور کوراژ:** با یک دست قله رحم را از روی شکم بگیرید و دست دیگر را در حالتی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، 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 جدا نشدن جفت یا بقایای آن، از دستکاری بیشتر خودداری کنید.

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

۵- 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.

ب- 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 اعزام کنید.

ح ۵- وارونگی رحم

در صورت وارونگی رحم، اولین اقدام هماهنگی برای اعزام است.

اقدامات قبل از اعزام:

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 ببوشانید 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 ترجیحا ۱ ماه قبل از بارداری توصیه شود. آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۳۰ تا ۶۰ میلی گرم المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) 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.

ویتامین د: از شروع تا پایان بارداری روزانه یک قرص ۱۰۰۰ واحدی تجویز شود.

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- توصیه های بهداشتی در بارداری

موارد زیر توصیه می شود:

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف یک وعده کوچک غذا مانند پنیر و بیسکویت ترد بلافاصله پس از بیدار شدن یا در طول شب، آرام خوردن غذا و در وعده های کم، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب، اجتناب از خالی نگه داشتن معده، دمای ملایم و سرد غذا، استفاده از دم کرده زنجبیل و بابونه و یا بوییدن آن، پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب.

سوزش سر دل: مشابه توصیه های تهوع و استفراغ و انجام تمرین ها ورزشی مخصوص

یبوست: افزایش فعالیت بدنی، رژیم غذایی سبوس دار و فیبر دار، نوشیدن مایعات

کرامپ پا: استفاده از کیسه آب گرم، ماساژ یخ، انجام حرکت کشش کف پا به سمت داخل (بدن)، مصرف بیشتر مایعات

درد پشت و درد های لگنی: پوشیدن کفش با پاشنه کوتاه، نشستن بر روی صندلی هایی که پشتی محکم و مناسب دارد، خوابیدن به پهلو با کمک گرفتن از بالش بین زانو ها، استفاده از ماساژ یا کیسه آب گرم یا سرد برای ناحیه دردناک، انجام تمرین های ورزشی تقویت عضلات کمر
ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، خودداری از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی، بالاتر نگه داشتن پاها از سطح زمین در هنگام استراحت.

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

ح ۸- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

موارد زیر توصیه می شود:

محل بخیه ها: استفاده گرما درمانی با استفاده از حوله گرم ۲۴ ساعت پس از زایمان، خودداری از مقاربت تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان)، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم سه بار در روز.

بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی (حداقل هر ۴ تا ۶ ساعت) و لباس زیر تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه، شستن دست ها قبل از بغل کردن یا شیر دادن نوزاد، استراحت و خواب کافی، حمایت اطرافیان و همسر در انجام کارهای روزانه به ویژه در روزهای اول پس از زایمان، عدم استعمال دخانیات و دوری از موجهه با دود سیگار

ح ۹- مصرف دخانیات، الکل و مواد در شیردهی

موارد منع شیردهی

- مادران مصرف‌کننده فعال مواد مخدر و محرک نباید به نوزاد خود شیر بدهند، زیرا مورفین در شیر ترشح شده و می‌تواند منجر به آپنه تنفسی در نوزاد شود.
- مادرانی که مصرف روزانه ترکیبات محرک مانند مت‌آمفتامین دارند نباید به نوزاد خود شیر بدهند.
- مادرانی که مصرف گاهگاهی مت‌آمفتامین دارند، بعد از هر بار مصرف باید تا ۲۴ ساعت از شیردهی پرهیز کنند و در طول این مدت شیر خود را دوشیده و دور بریزند.
- متعاقب هر بار مصرف الکل ۸-۶ ساعت شیردهی نباید انجام شود.
- در صورتی که ممنوعیت دیگری برای شیردهی وجود نداشته باشد، درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین در شیردهی بلامانع است. بنابراین باید مادران به تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین درباره بی‌خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود.

ح ۱۰- داروهای روان پزشکی در بارداری

کلیات:

- ♦ در بسیاری از موارد، آسیب‌های ناشی از علائم اختلالات روانپزشکی (مانند افسردگی شدید و سایکوز) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روانپزشکی بر روی جنین است.
- ♦ مطالعات انسانی و حیوانی بسیاری، انواع داروهای روانپزشکی را از نظر عبور از جفت و آثار بر روی جنین بررسی نموده‌اند و نتایج آن مورد استفاده متخصصین قرار می‌گیرد، اما پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روانپزشکی در بارداری کاملاً برای جنین بی‌خطر است، غیر ممکن است.
- ♦ اگر خانمی در حالی که تحت درمان با داروهای روانپزشکی قرار دارد، باردار شود، در اولین فرصت باید از نظر تداوم یا قطع درمان دارویی و مراقبت به روانپزشک مراجعه کند. در این موارد، بسیار مهم است که مراقب باشید در مادر ترس یا احساس گناه بیهوده و نابجا ایجاد نکنید.
- ♦ لازم است مادر در مورد قطع یا کاهش داروهای روانپزشکی با روانپزشک خود مشورت نماید. برخی داروهای روانپزشکی را نباید قطع کرد و برخی دیگر را می‌توان جایگزین نمود. ارزیابی مکرر مادر از نظر عود احتمالی علائم روانپزشکی و بررسی نیاز مجدد به دارو، توسط روانپزشک ضروری است.
- ♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری، روش‌های درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی حمایتی انفرادی سرپایی، آموزش روش‌های آرام‌سازی و مدیریت افکار و هیجانات منفی، اصلاح سبک زندگی و ایجاد تغییراتی در محیط زندگی به منظور کاهش فشار روانی بر زن باردار است.
- ♦ در موارد شدید اختلالات روانپزشکی که مادر در دیسترس شدید است و احتمال آسیب به خود، جنین و یا حتی سایرین ممکن است وجود دارد، بیمار باید الزاماً تحت نظر روانپزشک درمان شود. (اقدامات درمانی برحسب مورد شامل دارودرمانی سرپایی و یا در مواردی که دارودرمانی پاسخگو نباشد، الکتروشوک درمانی). در موارد شدید، گاهی لازم است مادر تحت نظر یک روانپزشک مدت کوتاهی در بیمارستان بستری باشد و تحت درمان قرار گیرد.
- ♦ با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی صرفاً با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روانپزشک، اقدام به تجویز داروی روانپزشکی تجویز نمایند.
- ♦ بیماری که علائم سایکوز ندارد و قضاوتش مختل نمی‌باشد، می‌تواند در تصمیم‌گیری نوع درمان با روانپزشک مشارکت کند.

مادران دارای اختلال مصرف مواد مخدر افیونی:

- ♦ مادر باردار وابسته به مواد مخدر افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست آپئوئیدی باید برای **زایمان در بیمارستان تشویق و حمایت** شوند. نوزادان متولدشده از این مادران باید تا ۵ روز بعد از زایمان در بیمارستان از نظر بروز نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی تحت نظر باشند تا در صورت بروز و تشدید علائم درمان دارویی مورد نیاز آرایه شود.
- ♦ درمان استاندارد وابستگی به مواد مخدر افیونی در بارداری **درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین** است. در این ارتباط توجه به نکات زیر مهم است

- ماندگاری در درمان در درمان نگهدارنده با متادون بهتر است.
- وزن تولد نوزادان در درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بالاتر است.

○ درمان نگهدارنده با **بوپرنورفین** با شیوع و شدت پایین‌تر سندرم محرومیت نوزادی همراه است.

◆ نوزادان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد مخدر افیونی غیرقانونی و درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد مخدر افیونی دچار علائم **سندرم پرهیز** یا **محرومیت نوزادی** شوند. شروع علائم برای مواد مخدر افیونی کوتاه‌اثر همچون تریاک و هروئین در **روز اول** بعد از تولد و برای داروهای آپئوئیدی طولانی‌اثر همچون متادون و بوپرنورفین در **روزهای دوم و سوم** خواهد بود.

◆ نشانه‌های این سندرم شامل گریه جیغ‌مانند و طولانی‌مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک‌ریزش، بیش‌فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می‌شود. به دلیل انگ همراه با مصرف مواد مخدر افیونی خصوصاً در زنان، در صورت مواجهه با این علائم در نوزاد تازه متولدشده، باید **سندرم محرومیت نوزادی** در تشخیص افتراقی در نظر گرفته و ارجاع به پزشک انجام شود.

داروهای آنتی‌سایکوتیک (ضد جنون) نسل اول:

- ◆ هیچ شاهد قطعی دال بر تراژدیک بودن این دسته از داروها و آسیب برای جنین 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، می‌توان تجویز کرد.
- ◆ در درمان مانیا در بارداری، داروهای آنتی‌سایکوتیک خط اول درمان هستند.
- ◆ در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالی‌های جنینی به دنبال مصرف این داروها غیرمحتمل است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.
- ◆ با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای آنتی‌سایکوتیک کم قدرت (مانند تیوریدازین و کلروپرومازین)، در موارد ضرورت، تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک پر قدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
- ◆ در دوران شیردهی، تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک گروه فنوتیازینی (مانند پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.

داروهای ضد افسردگی

- ◆ افسردگی خفیف در سه ماهه اول بارداری می‌تواند با مداخلات روانشناختی و اقدامات حمایتی تحت درمان و پیگیری قرار بگیرد ولی در صورت دیسترس در مادر، اختلال عملکرد فردی، علائم نباتی (مثل اختلال خواب و اشتها، احساس ناامیدی و افکار خودکشی و آسیب به خود یا جنین، و همراه بودن علائم سایکوز (توهم و هذیان)، مادر باید تحت درمان دارویی سرپایی یا بستری تحت نظر روانپزشک قرار گیرد.
- ◆ با توجه به این که بسیاری از زنان به دلیل ترس از ایجاد عوارض برای جنین، از مصرف دارو در دوران بارداری شیردهی اجتناب می‌کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه‌ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و بینش درستی از اثرات مفید این نوع درمان بر روی تعامل با کودکش به دست آورد.
- ◆ در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، شروع داروی ضدافسردگی طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، می‌تواند به طور موثری از بروز افسردگی پیشگیری نماید.

◆ **داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین:** تجویز فلوکستین برای درمان علائم نباتی (اختلال خواب و اشتها افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می‌کنند در معرض احتمال آنومالی پری‌ناتال هستند. توصیه می‌شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکستین قطع شود.

◆ **داروهای سه حلقه‌ای:** اگر چه تراژدیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی بهتر است از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمانی، ایجاد سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون‌رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی در دوران بارداری تحت درمان با ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای بوده باشد، لازم است نوزاد پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرد.

◆ **داروهای مهارکننده مونواکسیداز:** تجویز این دسته داروهای ضدافسردگی در دوران بارداری ممنوع است.

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 برای کنترل برخی علائم مانیا ارجح 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، و همچنین وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر بروز 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، اقیاء زایمان باید در نظر گرفته شود. و نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.

♦ مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال ناهنجاری جنینی 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 ۱۱- 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
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 به متخصص قلب

۵ و بیشتر = خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری به بیمارستان

ح ۱۲- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی (در شرایط غیر بستری)

عنوان	امتیاز
عواملی که مربوط به شرایط طبی فرد هستند:	
سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) قبل از بارداری	۳
ابتلا به ترومبوپیلی	۳
آنتی فسفولیپید آنتی بادی (معیار آزمایشگاهی)	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
سابقه خانوادگی ترومبوآمبولی وریدی (بدون زمینه یا وابسته به استروژن) در بستگان درجه اول	۱
عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:	
چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری	۲
چاقی (BMI بیشتر از ۳۰ و کمتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری	۱
سن بیشتر از ۳۵ سال	۱
استعمال سیگار	۱
وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی)	۱
عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:	
سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)	۴
دهیدراتاسیون / استفراغ شدید بارداری	۳
زایمان سه بار یا بیشتر (≥ 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
عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالاً قابل برگشت هستند:	
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) یا کاهش حرکت، مانند: درد های لگنی محدود کننده حرکت، فلج پاها، استفاده از صندلی چرخدار، تصمیم به 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.

ح ۱۳- ارزیابی الگوی تغذیه

امتیاز	عنوان
۰ ۱ ۲	۱- مصرف روزانه میوه شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): کمتر از ۳ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۳ واحد یا بیشتر
۰ ۱ ۲	۲- مصرف روزانه سبزی شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): کمتر از ۴ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۴ واحد یا بیشتر
۰ ۱ ۲	۳- مصرف روزانه شیر و لبنیات شما چقدر است؟ گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): کمتر از ۳ واحد گزینه سوم (مطلوب): ۳ تا ۴ واحد
۰ ۱ ۲	۴- آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): همیشه گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): گاهی گزینه سوم (مطلوب): بندرت/ هرگز
۰ ۱ ۲	۵- چقدر فست فود/ نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): هفته ای ۲ بار یا بیشتر گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): ماهی ۱ تا ۲ بار گزینه اول (مطلوب): بندرت/ هرگز
۰ ۱ ۲	۶- از چه نوع روغنی بیشتر مصرف می کنید؟ گزینه اول (نامطلوب): فقط روغن نیمه جامد یا حیوانی گزینه دوم (نسبتاً مطلوب): تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد گزینه سوم (مطلوب): فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)
	معیارهای تصمیم گیری برای ارائه خدمت یا ارجاع: ۱- BMI قبل از بارداری و روند وزنگیری برای ۱۹ سال و بالاتر ۲- Z Scor قبل از بارداری و روند وزن گیری برای زیر ۱۹ سال

تفسیر نتایج مطابق آخرین ویرایش بسته اجرایی تغذیه انجام شود.

ح ۱۶- غربالگری افسردگی پس از زایمان

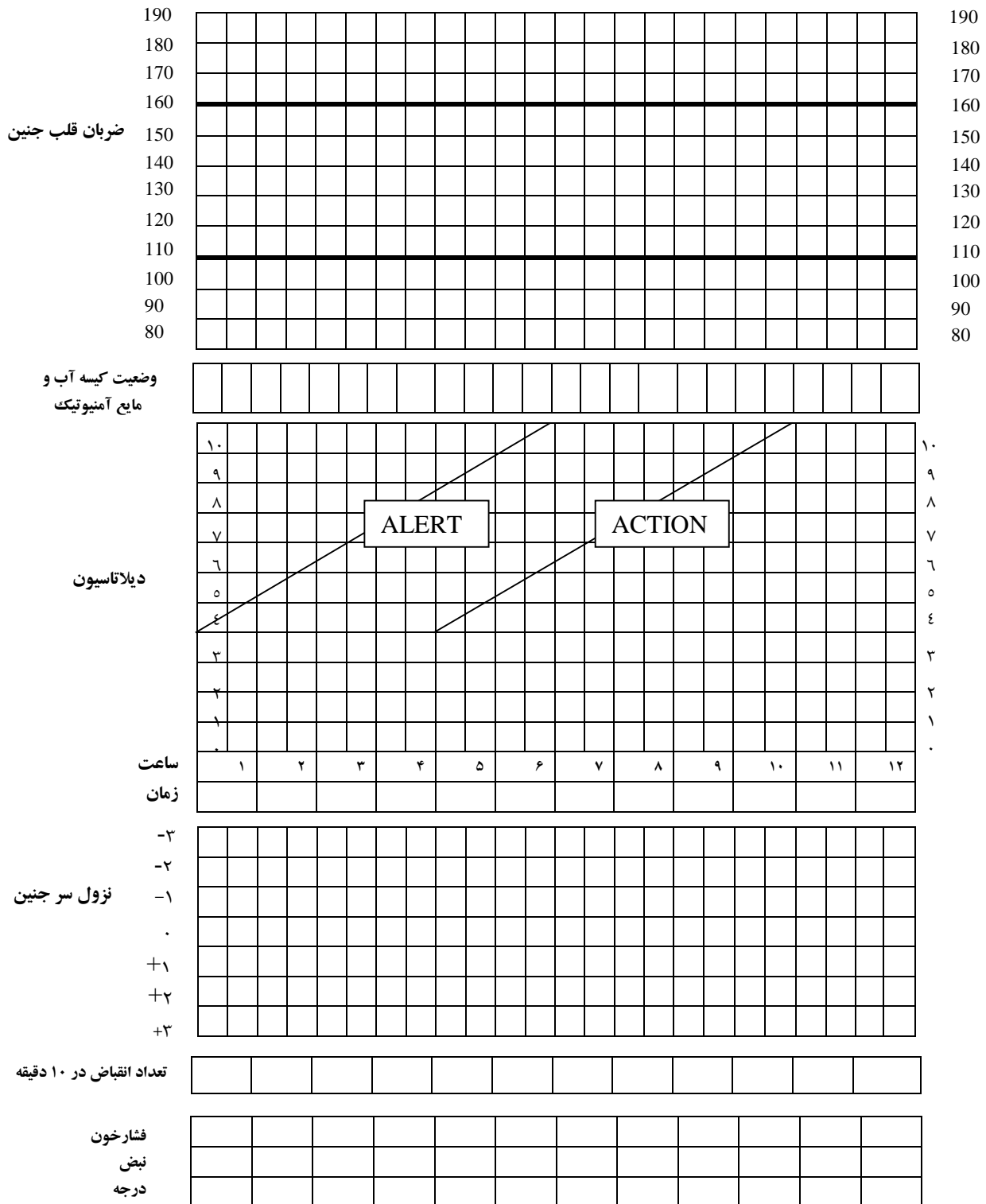
در مراقبت دوم و سوم پس از زایمان غربالگری (آزمون ادینبورگ) انجام شود.

امتیاز	در ۷ روز گذشته:
۰ ۱ ۲ ۳	۱. من همچنان تجربه‌ی خندیدن و شاد بودن را دارم و می‌توانم جنبه‌های مثبت (funny) قضایا را ببینم. الف) بله، بیشتر اوقات ب) گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) به هیچ وجه
۰ ۱ ۲ ۳	۲. من از زندگی لذت می‌برم. الف) بله، مانند همیشه ب) تقریباً مانند قبل ج) خیلی کمتر از قبل د) به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۳. هر اتفاقی که بیفتد، من خودم را مقصر می‌دانم. الف) بله، بیشتر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۴. من بدون دلیل دچار تشویش و اضطراب می‌شوم. الف) بله، در بیشتر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) بندرت د) خیر، به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۵. من بدون دلیل احساس ترس و وحشت می‌کنم. الف) بله، بیشتر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۶. کارهای زیادی بر عهده من گذاشته شده است. الف) بله، بیشتر اوقات از عهده‌شان بر نمی‌آیم. ب) بله، گاهی اوقات از عهده‌ی انجام کارها بر نمی‌آیم. ج) خیر، بیشتر اوقات از عهده‌شان بر می‌آیم. د) خیر، به خوبی از عهده‌ی کارها برمی‌آیم.
۳ ۲ ۱ ۰	۷. از شدت نگرانی نمی‌توانم بخوابم. الف) بله، بیشتر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) بندرت د) خیر، به هیچ وجه

امتیاز	در ۷ روز گذشته:
۳ ۲ ۱ ۰	۸. من احساس غم و افسردگی می کنم. الف) بله، بیش تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۹. آن قدر ناراحت می شوم که گریه می کنم. (حس افسردگی مرا وادار به گریه می کند) الف) بله، بیش تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) فقط گاهی د) خیر، به هیچ وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۱۰. به فکر آسیب رساندن به خودم هستم. الف) بله، بیش تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) خیلی بندرت د) خیر، به هیچ وجه

امتیاز ۸ و کمتر: غربال منفی
امتیاز ۹ تا ۱۱ (بدون افکار آسیب به خود): انجام غربالگری مجدد یک ماه بعد
امتیاز ۱۲ تا ۱۳: ارجاع غیر فوری به پزشک جهت ارزیابی تکمیلی
امتیاز ۱۴ و بالاتر: ارجاع فوری به پزشک

ح ۱۷- پارتوگراف



ح ۱۷- پارتوگراف (ادامه)

نحوه استفاده از پارتوگراف

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

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

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

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

۱- وضعیت جنین

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

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

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

۲- پیشرفت زایمان

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

خط احتیاط (Alert): از ۴ سانتی متر شروع و به ۱۰ سانتی متر ختم می شود. متوسط پیشرفت دیلاتاسیون ۱ سانتی متر در یک ساعت در نظر

گرفته شده است.

خط اقدام (Action): خطی موازی خط احتیاط به فاصله ۴ ساعت از خط احتیاط می باشد.

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

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

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

نزول سر جنین: معیار ۳- تا ۳+ در زیر جدول دیلاتاسیون طراحی شده تا نزول سر جنین در آن ثبت شود.

انقباضات: انقباضات رحم در ۱۰ دقیقه مطابق تعریف کنترل شود. به منظور ثبت آن، مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقیقه باید به صورت زیر نوشته شود:

مثلاً چنانچه مادر سه انقباض در ده دقیقه دارد و هر انقباض ۴۰ ثانیه طول می کشد به صورت ۳×۴۰ نوشته می شود.

۳- وضعیت مادر

علائم حیاتی مادر مطابق تعریف ثبت گردد.

ضمائم

ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز در واحد تسهیلات زایمانی

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
- گوشی مامایی یا سونی کیت
- تخت معاینه، پاراوان
- ترازوی بزرگسال
- قدسنج یا متر نواری
- ترمومتر دهانی یک بار مصرف (برای هر نفر یک عدد)، ترمومتر دیجیتال
- فور یا اتوکلادو
- تخت زایمان
- تخت یک شکن بیمار
- بیگس، دیش در دار
- وسایل انجام پاپ اسمیر: اسپاکولوم یک بار مصرف، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسپری فیکساتور، ماژیک یا قلم الماس، قطره چکان، برس مخصوص نمونه گیری و مایع آن برای گرفتن پاپ اسمیر مایع
- ترالی
- ظرف قلوه ای، گالی پات
- پایه سرم
- چراغ پایه دار
- کپسول اکسیژن و مانومتر، ماسک یا کانول بینی 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، رول ملحفه برای پوشش زیر بیمار، صابون مایع، سوند فولی، سوند نلاتون، خودتراش یک بار مصرف، گارو، چسب ضد حساسیت و باند، آنژیوکت و سه راهی آن، تیغ اره، پوشک، دستبند هویت نوزاد، نخ بخیه کرومیک ۲ صفر یا ۳ صفر، کلامپ بندناف، یورین بگ، ست سرم
- 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، لوله تغذیه ۸ F، ایروی دهانی)
- انواع پنس (هموستات، کوخر)، رینگ فورسپس، چیتل فورسپس، والو، قیچی ایپی زیاتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پنست راست وارمر
- چراغ اولتراویوله
- دستگاه ساکشن و رابط ها
- ماشین لباسشویی
- ترازوی نوزاد
- چراغ قوه و باطری
- پوار در اندازه های مختلف (یک بار مصرف)
- 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 (دروشیت)
- وسایل پارچه ای: شان، حوله، ملحفه، گان، یونیفرم اتاق زایمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد
- دستگاه مانیتور الکترونیکی قلب جنین
- پالس اکسیمتر

ضمیمه ۲: محدوده غیر طبیعی آزمایش خون

عنوان	پیش از بارداری	سه ماه اول بارداری	سه ماه دوم بارداری	سه ماه سوم بارداری
هموگلوبین	کمتر از ۱۲ gr/dl	کمتر از ۱۱ gr/dl	کمتر از ۱۰٫۵ gr/dl	کمتر از ۱۱ gr/dl
هماتوکریت	کمتر از ۳۷ درصد	کمتر از ۳۳ درصد	کمتر از ۳۱ درصد	کمتر از ۳۳ درصد
پلاکت	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۵۰ هزار	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار
TSH	کمتر از ۰٫۲ و بیش از ۳٫۹ μ IU/ml	کمتر از ۰٫۲ و بیش از ۳٫۹ μ IU/ml	کمتر از ۰٫۵ و بیش از ۴٫۱ μ IU/ml	کمتر از ۰٫۵ و بیش از ۴٫۱ μ IU/ml
MCV	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر
MCH	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم
MCHC	کمتر از ۳۲ و بیش از ۳۶	کمتر از ۳۲ و بیش از ۳۶	کمتر از ۳۲ و بیش از ۳۶	کمتر از ۳۲ و بیش از ۳۶
BUN BUN*2.14=Urea Mg/dl	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl
creatinin	بالاتر از ۱٫۱ mg/dl	بالاتر از ۰٫۹ mg/dl	بالاتر از ۰٫۹ mg/dl	بالاتر از ۰٫۹ mg/dl
FBS	۱۰۰ و بالاتر	۹۳ و بیشتر	۹۲ و بیشتر	
OGTT	-	ساعت اول: ۱۸۰ و بالاتر ساعت دوم: ۱۵۳ و بالاتر		
HbA1c	بالاتر از ۶ و کمتر از ۴ درصد	بالاتر از ۶ و کمتر از ۴ درصد	بالاتر از ۶ و کمتر از ۴ درصد	بالاتر از ۶ و کمتر از ۴ درصد

آزمایش ادرار

عنوان	محدوده طبیعی	عنوان	محدوده طبیعی
WBC	۰-۱	Protein	منفی
RBC	۰-۱	Glucose	منفی (در صورت گلوکزوری +۱ با قند خون نرمال در بارداری طبیعی است.)
Bacteria	به ندرت	Keton	منفی