

# برنامه کشوری مادری ایمن

## مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما و پزشک

تجدید نظر هشتم

۱۴۰۰

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

تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۴۰۰

طرح و اجرا:

ناشر:

نوبت چاپ: هشتم

تیراژ: ۱۰۰۰۰ جلد

شابک:

## فهرست

صفحه	عنوان
۶	تهیه کنندگان مجموعه
۷	مقدمه
۸	آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
۱۳	جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان
۱۵	<b>الف- مراقبت های پیش از بارداری</b>
۱۶	الف-۱- مراقبت پیش از بارداری
۱۷	تعاریف مراقبت پیش از بارداری
۲۱	الف-۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری
۲۳	الف-۳- بیماری ها و ناهنجاری ها
۲۵	الف-۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری
۲۶	<b>ب- مراقبت های معمول بارداری</b>
۲۷	ب-۱- اولین ملاقات بارداری
۲۸	ب-۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
۲۹	ب-۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
۳۰	تعاریف مراقبت های بارداری
۳۸	<b>پ- مراقبت های ویژه بارداری</b>
۳۹	پ-۱- علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)
۴۰	پ-۲- فشارخون بالا
۴۱	پ-۳- خونریزی / لکه بینی
۴۲	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 (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)
۴۷	پ-۸- مشکلات ادراری- تناسلی
۴۸	پ-۹- تهوع و استفراغ
۴۹	پ-۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین
۵۰	پ-۱۱- ورم
۵۰	پ-۱۲- رنگ پریدگی / زردی
۵۲	پ-۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب
۵۳	پ-۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی
۵۴	پ-۱۵- اختلال روان / همسر آزاری
۵۶	پ-۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری
۵۸	پ-۱۷- بیماری و ناهنجاری ها <b>آبله مرغان- سرخجه</b> (۱: آرتریت روماتوئید- ۲: آسم- ۳: اختلال انعقادی- ۴: ایدز- ۵: بیماری قلبی- ۶: بیماری های گوارشی- ۷: بیماری های مزمن کلیه- ۸: پرکاری تیروئید- ۹: پرولاکتینوما- ۱۰: پیوند کلیه- ۱۱: تالاسمی - ۱۲: ترومبوآمبولی- ۱۳: تورچ- ۱۴: <b>دیابت / دیابت بارداری</b> - ۱۵: سل- ۱۶: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- ۱۷: صرع- ۱۸: کم کاری تیروئید- ۱۹: لوپوس- ۲۰: مالتیپل اسکروزیس- ۲۱: میگرن- ۲۲: ناهنجاری های اسکلتی- ۲۳: ناهنجاری های دستگاه تناسلی- ۲۴: هیپاتیت)
صفحه	عنوان

۶۱	<p>پ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی (۱: اختلال ژنتیکی- ۲: بارداری همزمان با IUD- ۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۳۵ سال- ۶: بارداری با قرص لاینسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها- ۷: بارداری با TL- ۸: تروما- ۹: چندقلویی- ۱۰: حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده- ۱۱: رفتار پر خطر- ۱۲: سن بارداری نامشخص- ۱۳: شغل سخت و سنگین- ۱۴: شیردهی همزمان با بارداری- ۱۵: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال- ۱۶: مصرف الکل- ۱۷: مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک- ۱۸: ناسازگاری های خونی - ۱۹: نمایه توده بدنی غیر طبیعی)</p> <p>پ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی- ۴: جراحی روی رحم ۵: چند قلویی- ۶: دیابت بارداری- ۷: زایمان دیررس- ۸: زایمان زودرس- ۹: زایمان سخت/ سریع- ۱۰: سزارین تکراری- ۱۱: مول کمتر از یک سال/ دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- ۱۲: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۳: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)</p>
۶۵	<p>ت- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی و منزل)</p> <p>ت۱- ارزیابی اولیه زایمان</p> <p>ت۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان</p> <p>ت۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان</p> <p>ت۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان</p>
۷۷	<p>ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>ث۱- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)</p> <p>ث۲- فشارخون بالا</p> <p>ث۳- خونریزی</p> <p>ث۴- عدم پیشرفت زایمان</p> <p>ث۵- زجر جنین/ دفع مکتوبوم</p> <p>ث۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس</p> <p>ث۷- پارگی کیسه آب</p> <p>ث۸- پرولاپس بدنناف</p> <p>ث۹- نمایش غیر طبیعی</p> <p>ث۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (۱: آنمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: ارهاس منفی- ۴: مصرف مواد مخدر و افیونی- ۵: الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی- ۶: پلی هیدرآمنیوس- ۷: تب- ۸: جنین ناهنجار- ۹: چندقلویی- ۱۰: شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال- ۱۱: ضایعات ولو- ۱۲: گراند مولتی پار- ۱۳: ماکروزومی- ۱۴: مرگ جنین- ۱۵: هپاتیت/ HBSAg مثبت- ۱۶: هرپس ژنیتال- ۱۷: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰)</p> <p>ث۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان (۱: احتباس جفت- ۲: تب- ۳: عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول- ۴: گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه- ۵: وارونگی رحم- ۶: هماتوم)</p> <p>ث۱۲- بیماری ها (۱: آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری قلبی- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس- ۷: صرع- ۸: هیپرتیروئیدی)</p> <p>ث۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین یا جراحی رحم- ۶: مرده زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)</p>
۹۳	<p>ج- مراقبت های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)</p> <p>ج۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان</p> <p>ج۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان</p> <p>تعاریف مراقبت های پس از زایمان</p>

صفحه	عنوان
۹۹	<p>چ- مراقبت های ویژه پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)</p> <p>چ۱- علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)</p> <p>چ۲- خونریزی/ لکه بینی</p> <p>چ۳- تب</p> <p>چ۴- درد/ درد شکم/ سردرد/ درد پستان/ درد یک طرفه ساق و ران</p> <p>چ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج</p> <p>چ۶- اختلالات روانپزشکی</p> <p>چ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی</p> <p>چ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، پره اکلامپسی در بارداری، بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، مصرف الکل، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز/ HIV+)</p>
۱۰۸	<p>ح- راهنما</p> <p>ح۱- اعزام</p> <p>ح۲- بررسی منشا خونریزی</p> <p>ح۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی</p> <p>ح۴- کوراژ</p> <p>ح۵- وارونگی رحم</p> <p>ح۶- مکمل های دارویی</p> <p>ح۷- زایمان در منزل</p> <p>ح۸- توصیه های بهداشتی در بارداری</p> <p>ح۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان</p> <p>ح۱۰- مشاوره باروری سالم</p> <p>ح۱۱- مصرف دارو در بارداری</p> <p>ح۱۲- مصرف داروها در شیردهی</p> <p>ح۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری</p> <p>ح۱۴- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان</p> <p>ح۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی</p>
۱۲۲	<p>خ- ارزیابی نوزاد (۲۴ ساعت اول پس از زایمان)</p> <p>خ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد</p> <p>خ۲- نشانه های خطر</p> <p>خ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد</p> <p>خ۴- صدمات زایمانی/ ناهنجاری</p> <p>خ۵- عفونت های موضعی</p>
۱۲۸	<p>د- مراقبت از نوزاد (آموزش مادر)</p>
۱۳۲	<p>ضمائم</p> <p>ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران</p> <p>ضمیمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک</p> <p>ضمیمه ۳: فرم های مراقبت (پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان)</p>

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

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

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

دکتر حامد برکاتی

مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت بهداشت

## همکار گرامی!

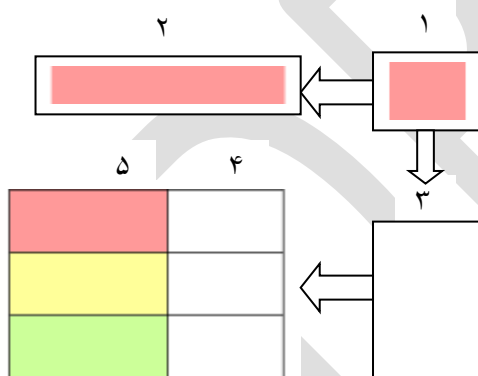
مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارائه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرایط ویژه در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» را مطالعه کنید.

### آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

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

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

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



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

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

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

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

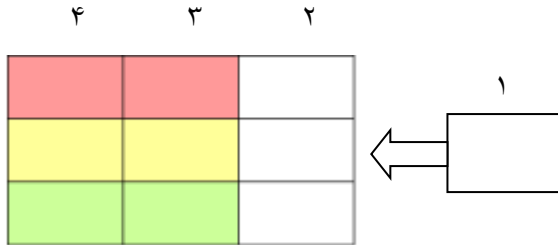
**خانه شماره ۵- پس از طبقه بندی، اقدام کنید.**

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 در معرض خطر قرار می گیرند.** در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، بررسی می شود. بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند.

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

### مفهوم رنگ ها

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

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

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

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

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

### اصول کلی

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

■ مراقبت ها و اقدامات تعیین شده در مجموعه می بایست بر اساس شرح وظایف ماما یا پزشک انجام شود.



- علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به مادر، همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.
- 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 های ۴۰۳۰، آشنایی با کارشناس رابط پر خطر، ...) آموزش داده شود.
- اگر مادر به دلایلی نیازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوری، غیر فوری، در اولین فرصت) است، اعزام و ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
  - مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداکثر تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.
  - ارجاع در اولین فرصت، لازم است 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 تمامی موارد اعزام، کارشناس رابط سلامت مادران می بایست از وضعیت مادر و محل اعزام مطلع گردد و در صورت نیاز هماهنگی لازم را انجام دهد.
- لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
- مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.
- پسخوراند های دریافت شده از سطوح بالاتر، باید در فرم مراقبت ثبت و پیوست پرونده گردد.
- پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
- دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.
- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت، ارجاع و پیگیری مادر، مؤثر نخواهد بود.

### پیش از بارداری (الف)

- ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از 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.
- گروه هدف برای مراقبت های پیش از بارداری شامل:
- کسانی که تمایل به بارداری دارند؛
  - کسانی که آزمایش بارداری منفی دارند؛
  - کسانی که برای ارزیابی عفونت های واژینال یا منتقله جنسی مراجعه کرده اند.

- کسانی که برای روش پیشگیری از بارداری مشاوره می گیرند؛
  - کسانی که برای مراقبت پس از زایمان مراجعه می کنند.
  - در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و 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 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.
  - در موارد احتمال ناباروری، تا زمانی که فرد تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.
- نکته ۴:** اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، با توجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم گیری شود.

#### بارداری (ب)

- مراقبت های بارداری پس از مثبت شدن آزمایش بارداری مطابق جدول مراقبت ها ارائه گردد.
- نتیجه آزمایش های بارداری می بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.
- مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم) به مادر ارائه 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، پس از گرفتن شرح حال و 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 قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت کند.
- در اولین مراجعه مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری تعیین شده، ادامه مراقبت ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.
- هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود.
- سه ماهه اول بارداری را تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر گرفته شود.

■ به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

### زایمان و بلافاصله پس از زایمان (ث)

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

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

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

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۳ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۴ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۵ و ۶ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۷ تا ۹ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایات های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر/ شکایات های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت فردی، روان، جنسی، دهان و دندان - تغذیه/ مکمل های دارویی - علائم خطر - شکایات های شایع - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - تاریخ مراجعه بعدی	- علائم خطر - شکایات های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/ زمان مناسب بارداری بعدی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی	- بهداشت روان، جنسی - علائم خطر - شکایات های شایع - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی - مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی	اسید فولیک	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین مینرال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری) ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری)				
ایمن سازی	سرخجه، هیپاتیت، توأم (در صورت نیاز)	توأم (بهترین زمان ۲۷ تا ۳۶ بارداری)، آنفلوآنزا - ایمنونوگلوبولین ضد دی از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز) هیپاتیت (در صورت نیاز)				

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

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

# الف- مراقبت پیش از بارداری

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

# الف ۱- مراقبت پیش از بارداری

## 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، شکم، اندام ها، لگن و رحم و ضمائم

## اقدام

- ایمن سازی

- تجویز اسید فولیک

- درخواست آزمایش و تفسیر آن

- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز

- آموزش و توصیه لازم

- غربالگری سلامت روان و 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،...)، بهداشت روان (آرامش و سلامت روان)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، ترمیم دندان استفاده از نخ دندان)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی و اصلاح وزن)، دخانیات، 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)، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

### ایمن سازی:

**واکسن توام:** طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

**واکسن سرخجه:** به علت خطر 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 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 قلوئی)
- **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: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد، الکل و دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله دو بارداری آخر و سوابق بارداری و زایمان قبلی
- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، 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، 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 زدن، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، تزریق مکرر خون

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

### شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، 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 یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

**فاصله مناسب دو بارداری:** (interpregnancy intervals) از زمان تولد تا شروع بارداری بعدی بدون در نظر گرفتن سقط محاسبه می شود.

- بعد از یک تولد زنده در سن کمتر از ۳۵ سال: حداقل ۱۸ تا ۲۴ ماه

- در زنان بالای ۳۵ سال بدون هیچ بیماری زمینه ای و عارضه در بارداری قبلی: حداقل ۱۲ ماه

- در صورت استفاده از روش های کمک باروری (IVF و ...): حداقل ۱۲ ماه

- بعد از سقط: هر زمانی که از نظر روحی فرد آمادگی لازم برای بارداری را دارد.

- بعد از مرده زایی: هر زمانی که از نظر روحی فرد آمادگی لازم برای بارداری را دارد.

- بعد از پره اکلامپسی: حداقل ۱۸ ماه

- بعد از زایمان زود رس: حداقل ۱۸ ماه

نکته: با توجه اهمیت مشاوره قبل از بارداری، در مراقبت های دوم و سوم پس از زایمان از مادر در مورد تمایل وی به بارداری بعدی و زمان آن سوال شود و پیگیری های لازم برای حضور ایشان در مراقبت پیش از بارداری انجام شود.

### 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 مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، 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 ارزیابی کنید.

**مشاوره ژنتیک:** در موارد سابقه اختلال و یا بیماری های ژنتیکی، مشاوره ژنتیک انجام شود.

**مکمل های دارویی:** مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً ۱ ماه قبل از بارداری) تجویز کنید.

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

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

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

- بررسی اسکلترا از نظر زردی و ملتحمة چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر بثورات
- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید (حتما توسط پزشک انجام شود)
- سمع قلب و ریه از نظر وجود 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 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 تناسلی 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.
- همسر آزاری:** بدرفتاری تکرار شونده جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که برای کنترل و تسلط نسبت به همسر صورت می گیرد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.
- خشونت جسمی:** هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که موجب آسیب جسمی شود مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو
- خشونت جنسی:** هر رفتار یا عمل جنسی که بدون رضایت و موافقت همسر باشد.
- خشونت روانی:** رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

## الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر احتمالی بر بارداری	اقدام
احتمال ناهنجاری های دستگاه تناسلی	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	ارجاع غیر فوری به درمانگاه تخصصی زنان بیمارستان
بارداری زیر ۱۸	احتمال آنمی، زایمان زود رس زیر ۳۲ هفته، عفونت ادراری	- آگاهی دادن به فرد در مورد مراقبت های لازم در بارداری - تاکید بر مراقبت به موقع و منظم بارداری
بارداری بالای ۳۵ سال	احتمال سقط خود به خودی، حاملگی نابجا، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آنمی، اختلالات کروموزومی جنین، زایمان سخت، ترومبوآمبولی که هر چه سن از ۳۵ سال بالاتر رود احتمال بروز این عوارض افزایش می یابد	- در صورت تصمیم به بارداری و عدم بارداری پس از ۶ ماه بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری و نزدیکی مرتب: <b>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت بررسی مشکلات احتمالی باروری</b> در سن ۴۰ سال و بالاتر در اولین مراجعه ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت ارزیابی توان باروری - آگاه نمودن فرد در خصوص مراقبت های لازم بارداری - تاکید به مصرف قرص اسید فولیک حداقل از ۱ ماه پیش از بارداری - تاکید به اصلاح BMI در محدوده طبیعی - در سن بالای ۴۰ سال ارجاع غیر فوری برای معاینه قلب به پزشک مرکز (تاکید)
رفتار پرخطر	امکان ابتلا به ایدز، عفونت آمیزشی	مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV
سابقه یا وجود اختلالات روانپزشکی، همسرآزاری (با توجه به تعاریف)	احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسر آزاری	- 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 روانی و مداخلات غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار - در موارد همسرآزاری: ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان
اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	- 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
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 و ارجاع به پزشک
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 دندان پزشک - آموزش بهداشت دهان و دندان

## الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری (ادامه)

وضعیت فعلی و سوابق	تاثیر احتمالی بر بارداری	اقدام
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 ....
سابقه مول کمتر از یک سال سابقه دو بار سقط متوالی یا بیشتر	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان
تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان
فاصله نامناسب بارداری تا زایمان قبلی	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، آنمی، سقط، مرده زایی، زایمان زودرس	-آموزش فاصله مناسب بارداری با توجه به شرح حال -تاکید به لزوم مراجعه به موقع جهت دریافت مراقبت های بارداری
بارداری پنجم و بالاتر	احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، ناهنجاری جنین، زایمان سخت	-تاکید به لزوم مراجعه به موقع جهت دریافت مراقبت های بارداری
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 تا زمان تثبیت درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت دریافت حمایت های روانی، اجتماعی
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 روان و پزشک بر اساس بسته خدمت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد
مصرف مواد افیونی در غربالگری اولیه	زایمان زودرس، سقط، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، سندرم پرهیز نوزادی، پره اکلامپسی، دیابت 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 مراقب ماما 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.
مصرف مواد محرک در غربالگری اولیه	تأخیر رشد داخل رحمی، ناهنجاری های مادرزادی، فشار خون بارداری	
مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور در غربالگری اولیه	استرابیسم، شکاف کام، سندرم پرهیز نوزادی	
مصرف الکل در غربالگری اولیه	سندرم طیف الکل جنینی (FASD)	
سزارین تکراری	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تاکید بر مراقبت های لازم در سزارین تکراری - تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری

## الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها

عنوان	تاثیر 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 به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b> - ارزیابی عملکرد ریه و شدت بیماری و اجازه به اقدام به بارداری در صورت تثبیت وضعیت فرد
۲ آمی 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 اسید فولیک به مدت ۴ هفته، سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح فریتین: ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی خانواده/ داخلی - فریتین ۳۰ ng/ml و بالاتر: ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی خانواده/ داخلی - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب
۳ آمی داسی شکل	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، دکولمان جفت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، مرگ مادر	- ارجاع به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b> - 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 پزشکی خانواده/ 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 پزشکی خانواده/ 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، تاخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - غدد
۹ بیماری تیروئید - کم کاری	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی خانواده/ داخلی/ زنان

## الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تاثیر 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 به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b> - 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 سمیتوماتیک 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 به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b> - کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار - در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: ارجاع غیر فوری به پریناتالوزیست و بررسی از نظر امکان بارداری
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 به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b> - 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 ترومبوآمبولی، سقط	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز
۱۶ دیابت	احتمال افزایش هیپو گلیسمی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، سقط، زایمان زودرس، عفونت، پلی هیدرآمنیوس، ناهنجاری جنینی، مرگ جنین، 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

## الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تاثیر احتمالی بر بارداری	توصیه و اقدام
دیابت (ادامه)		<p>- ارجاع به پزشک مرکز <b>اقدام پزشک:</b></p> <p>- در خواست آزمایشات کراتینین سرم، پروتئین ادرار، تست های عملکرد تیروئید</p> <p>- مواردی که باید در مراقبت ۳ ماهه بررسی شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ آزمایش قند خون ناشتا، ۲ ساعت پس از صرف غذا و HbA1c</li> <li>▪ اندازه گیری فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و تعداد نبض</li> <li>▪ اندازه گیری وزن و تعیین نمایه توده بدنی</li> <li>▪ معاینه اندام تحتانی</li> <li>▪ پرسش و معاینه درباره نورپاتی (طبق متن آموزشی)</li> <li>▪ پرسش درباره علایم بیماری عروق کرونر (طبق متن آموزشی)</li> <li>▪ پرسش درباره نحوه درمان دارویی، فعالیت بدنی، حفظ وزن، رژیم غذایی صحیح</li> </ul> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد جهت تعیین کلاس دیابت</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص چشم برای بررسی رتینوپاتی</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب</p>
۱۷	سرطان پستان	احتمال پیشرفت بیماری
		<p>- ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی</p> <p>- به تاخیر انداختن بارداری تا ۲ سال پس از تکمیل درمان</p>
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
		<p><b>اقدام پزشک:</b></p> <p>- به تاخیر انداختن بارداری تا تکمیل درمان</p> <p>- درمان مطابق راهنمای کشوری مبارزه با سل</p>
۱۹	صرع	افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی جنین
		<p>- ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم دارو مناسب بارداری</p> <p>- تاکید به لزوم ادامه درمان در بارداری</p> <p>- تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز حداقل یک ماه قبل از بارداری تا سه ماه اول بارداری (در صورت مصرف کاربامازپین یا والپورات ۴ میلی گرم) با توجه به عبور داروهای فوق از جفت، این دارو ها در خط اول درمان در زنان متقاضی بارداری نیستند</p>
۲۰	فشارخون مزمن	احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلامپسی، نارسایی قلب، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت
		<p><b>اقدام پزشک:</b></p> <p>- ارزیابی عملکرد کلیه</p> <p>- کنترل دقیق فشارخون و بررسی تعداد و نوع داروهای مصرفی</p> <p>- توصیه به مصرف رژیم غذایی کم چرب با تاکید به مصرف سبزی و میوه، مصرف محدود گوشت و ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت نیاز</p> <p>- توصیه به ورزش و فعالیت بدنی منظم</p> <p>- ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص داخلی</p>
۲۱	فنیل کتونوری	سقط، عقب افتادگی ذهنی جنین، بیماری قلبی مادرزادی، محدودیت رشد جنین
		<p>ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک و متخصص داخلی- غدد</p>
۲۲	مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد
		<p>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- اعصاب</p> <p>- تاکید به تثبیت وضعیت فرد حداقل ۳ ماه قبل از اقدام به بارداری</p>
۲۳	هپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری
		<p>- توصیه به ایمن سازی خانواده</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</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 ۱۰۰-۱۲۵ 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 ۱۰۰۰۰۰) 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 جهت درمان سیفلیس	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	VDRL مثبت
ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری	آلودگی به ویروس ایدز	HIV مثبت
تکرار آزمایش ۳ ماه بعد	شک به ابتلا به ویروس ایدز	HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر
- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن 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	سرویسیت یا کانسر	پاپ اسمیر غیرطبیعی
- در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخچه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردارشدن	نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخچه نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخچه	پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخچه (با توجه به محدوده آزمایشگاه)



## ب- مراقبت های معمول بارداری

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

## ب ۱- اولین ملاقات بارداری

### ارزیابی

تشکیل پرونده و گرفتن شرح: 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

- تعیین هفته بارداری و انجام مراقبت مطابق با آن

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

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 خطر فوری

در صورت وجود علائم:

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک (نیض 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 خطر فوری:

### ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال از لکه بینی / خونریزی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشکلات دهان و دندان،

مصرف مکمل ها و تغذیه، همسرآزاری، تروما، شکایت شایع

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

- پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۳ بارداری و در صورت نیاز هفته ۱۷-۱۵ بارداری

- درخواست سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸

- تجویز مکمل های دارویی

- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان

- ترسیم منحنی وزن گیری

- غربالگری سلامت روان

- 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 خطر فوری

در صورت وجود علائم:

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک (نیض 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 خطر فوری:

### ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال 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، همسرآزاری، تروما، مصرف مکمل ها و تغذیه، شکایت شایع

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

- غربالگری سلامت روان

- ترسیم منحنی وزن گیری

- ایمن سازی در صورت نیاز

- توصیه و آموزش های لازم

- تعیین تاریخ مراجعه بعدی

- 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)

**آبریزش:** خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

**آزمایشهای معمول بارداری:** در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، HBsAg، کراتی نین و VDRL و 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.

**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.

**نکته ۵:** در صورت انجام آزمایش HbsAg پیش از بارداری، نیاز به تکرار آن در بارداری نیست.

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

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

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

**ارتفاع رحم:** در هر ملاقات (از هفته ۱۶ بارداری) با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۲۲ 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:

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

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

**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.

\* **هپاتیت: در مادرانی که نتیجه آزمایش HbsAg منفی دارند ولی رفتار پر خطر دارند، می بایست واکسن هپاتیت 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 ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
- **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا وکیوم) 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 جداسدن 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 و صلح جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.

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

روش اول: مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مایع با یا بدون ورنیکس یا احیاناً 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 نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت آن را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از نوار بهداشتی، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

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

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

**تپش قلب:** علائم خطر همراه تپش قلب که می تواند به دلیل بیماری قلبی، آنمی، تیروئیدی یا آدرنال باشد شامل درد قفسه سینه، عرق کردن، تهوع، غش کردن، تنفس مشکل، خستگی و احساس گیجی است. در صورتی که با هیچ یک از علائم فوق همراه نیست، تپش قلب می تواند در بارداری فیزیولوژیک و طبیعی باشد.

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

**تزریق ایمنوگلوبولین 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، ایمنوگلوبولین 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...)، ایمنوگلوبولین ضد دی تزریق شود.

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد، الکلی و دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین  
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، 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، 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)

**تشنج:** انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

گروه شیر و لبنیات	۲-۳	۳-۴	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	مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.
گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها	۲-۳	۳	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه)	این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود)، انواع لوبیا، عدس و لپه و... و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.

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

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

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

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

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

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

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

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

**زمان مناسب بارداری بعدی:** در هفته های آخر بارداری در مورد زمان مناسب برای بارداری بعدی و رعایت فاصله مطلوب بین فرزندان به مادر آموزش دهید.

**سن بارداری:** با توجه به تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و اندازه گیری منظم ارتفاع رحم، سن بارداری را تخمین بزنید.

**نکته:** برای تعیین سن دقیق حاملگی، در صورتی که تا هفته ۱۴ بارداری سونوگرافی انجام شود با توجه به خطای ۳ تا ۵ روز، گزارش سونوگرافی ملاک تعیین سن بارداری است. در صورتی که بیش از دو هفته تفاوت بین LMP و سونوگرافی وجود دارد، برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع داده شود.

**سونوگرافی:** به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی درخواست می شود.

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



**شکایت های شایع:** این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلبلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پرنک شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهلبلی، 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:** هر فعالیت فکری یا بدنی که به منظور کسب درآمد (نقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.

### شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشندگان، قالی بافان، ...)
  - بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
  - تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
  - مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، 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 ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

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

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

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۹۰/۱۴۰ 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 مواد دخانی 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. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۲-۱ درجه کمتر و درجه حرارت رکتال حدود ۰٫۶ درجه سانتی گراد بیشتر 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 خطر بارداری: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

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

### 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 مسکن اپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، 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.

به دلیل احساس شرم و گناه در برخی موارد زنان بارداری ممکن است علی‌رغم درگیری با مصرف مواد مشکل خود را در غربال‌گری اولیه ابراز نمایند.

**در صورت شک قوی متعاقب غربال‌گری اولیه منفی اقدام لازم انجام شود. این موارد شامل:**

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

**غربالگری تغذیه و ارزیابی الگوی تغذیه:** این ارزیابی یک بار و در اولین مراقبت مادر باردار بر اساس نمایه توده بدنی و الگوی تغذیه وی انجام می‌شود. در صورت امتیاز نامطلوب، مادر نیاز به ارجاع و پیگیری دارد.

**غربالگری سلامت روان:** در ارزیابی اولیه پرسشنامه ۶ سوالی دیسترس روانشناختی می‌بایست تکمیل شود. در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی بر اساس نقطه برش پرسشنامه (کسب نمره  $\leq 10$  و یا درج پاسخ نماند / پاسخ ندهد به ۳ سوال)، فرآیند غربالگری خودکشی انجام خواهد شد. در صورتیکه غربالگری خودکشی مثبت شود، مادر به پزشک ارجاع فوری می‌شود و اگر غربالگری خودکشی منفی بود به دلیل غربالگری مثبت ارزیابی سلامت روان جهت بررسی تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری می‌شود.

**غربالگری ناهنجاری جنین:** به مادر با سن بالای ۳۵ سال و یا سابقه جنین با سندرم داون پیشنهاد کنید تا در هفته ۱۳-۱۱ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۷-۱۵ بارداری غربالگری را انجام دهد. با این روش برخی ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ در جنین شناسایی می‌شود. این غربالگری شامل آزمایش خون و سونوگرافی است.

نکته ۱: در صورتی که مادر باردار پس از ۱۳ هفته و ۶ روز و قبل از ۱۷ هفته و ۶ روز مراجعه نموده و غربالگری اول را انجام نداده، پس از مشاوره، غربالگری سه ماهه دوم درخواست شود.

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

**غربالگری همسر آزاری:** در ارزیابی اولیه پرسشنامه ۴ سوالی خشونت خانگی می‌بایست تکمیل شود. در صورت پاسخ مثبت به سؤال‌های غربالگری (امتیاز بالاتر از ۱۰ براساس دستورالعمل نمره دهی) به عنوان غربالگری مثبت اولیه همسرآزاری به کارشناس سلامت روان (در صورت نبود به پزشک) ارجاع غیر فوری شود.

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

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

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

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

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

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

**مراقبت های 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) می باشد. 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 می بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.
- مراقبت های نیمه اول و دوم بارداری: در نیمه اول بارداری (۲۰ هفته اول) دو مراقبت در هفته های ۱۰-۶ و ۲۰-۱۶ و در نیمه دوم در هفته های ۳۰-۲۴، ۳۴-۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتفاع رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن و تجویز مکمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش ها انجام می شود.

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

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

- چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاوولی دارای مایع شفاف یا چرکی
- اندام ها: ساق پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کیودی اندام بررسی کنید.
- دهان و دندان: در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبنه 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/ یدوفولیک:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک یا یدوفولیک 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 (۳۰ میلی گرم آهن المنتال) 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:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

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

**ویتامین د:** از ابتدا تا پایان بارداری روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم ویتامین د تجویز شود.

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

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

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

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

**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:

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

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری دو قلو:

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

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

**همسر آزاری:** بد رفتاری تکرار شونده جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که برای کنترل و تسلط نسبت به همسر صورت می گیرد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

**خشونت جسمی:** هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که موجب آسیب جسمی شود مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

**خشونت جنسی:** هر رفتار یا عمل جنسی که بدون رضایت و موافقت همسر باشد.

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

# پ-مراقبت های ویژه بارداری

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

# پ ۱- علائم خطر فوری

سن بارداری	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت، مول	- اعزام طبق ح ۱ و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر <u>اقدامات قبل و حین اعزام</u> - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ساکشن ترشحات حلق - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان - خواباندن 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 - آمیبیوزیت - پریتونیت - سقط عفونی	- اعزام طبق ح ۱ و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر <u>اقدامات قبل و حین اعزام</u> - 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 رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ 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

## 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	سررد، 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 (سررد 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	اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران جهت 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 با هماهنگی با کارشناس رابط سلامت مادران
	فشارخون سیستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ و یا دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه	پره اکلامپسی	- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه همراه با پروتئینوری یا سررد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی	- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ و بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه بدون علائم همراه	شک به پره اکلامپسی	- اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران جهت مشاوره با متخصص زنان و تعیین نحوه ادامه مراقبت و در صورت ادامه مراقبت در همان واحد: - سمع صدای قلب جنین - آموزش علائم خطر - توصیه به مادر برای استراحت نسبی - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی و پیگیری روزانه تلفنی تا یک هفته - در صورت افزایش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سررد، تاری دید و...: اقدام مطابق همین پروتکل
فشار خون 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 خطر	شک به پره اکلامپسی	- شک به پره اکلامپسی - آموزش علائم خطر - توصیه به مادر برای استراحت نسبی - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی و پیگیری روزانه تلفنی تا یک هفته - در صورت افزایش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سررد، تاری دید و...: اقدام مطابق همین پروتکل	

### ارزیابی

#### سؤال کنید:

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

#### تعیین کنید:

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 رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ (طوسی یا سبز) و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت. در صورت خونریزی شدید: تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه 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 - پیگیری مادر پس از سقط برای ارائه مراقبت مطابق ح ۲</p>	<p>سقط، حاملگی خارج از رحم</p>	<p>خونریزی شدید، درد شکم</p>	<p>نیمه اول بارداری</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 ۲-۳ 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</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: ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت کاهش خونریزی: ترخیص مادر و توصیه به مراجعه فوری در صورت افزایش خونریزی - 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>نیمه اول بارداری</p>

### ارزیابی

#### سؤال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

#### تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی

#### معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم



## پ ۳- خونریزی / لکه بینی (ادامه)

سن بارداری      علائم همراه      تشفیص احتمالی      اقدام

<p>- عدم معاینه واژینال - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ و اقدام حین اعزام: - 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 - گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت - در خونریزی کم یا لکه بینی، باز کردن رگ و تزریق سرم به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p>	<p>جدا شدن زودرس جفت، جفت سر راهی</p>	<p>خونریزی، درد شکم، اختلال صدای قلب جنین، انقباض رحمی، تندر نس و سفتی رحم</p>	
<p><u>سن بارداری زیر ۳۴ هفته:</u> - 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 <u>سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر:</u> معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی): - دیلاتاسیون سرویکس &lt;= ۳ سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر - دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر: ارجاع فوری به بیمارستان</p>	<p>شروع زایمان (ترم یا پره ترم)</p>	<p>ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه)</p>	<p>نیمه دوم بارداری</p>
<p>- عدم معاینه واژینال - در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و نبود انقباضات رحمی: درخواست سونوگرافی - در صورت تایید جفت سر راهی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>احتمال دکلمان یا جفت سرراهی</p>	<p>خونریزی کم یا لکه بینی</p>	

### ارزیابی

#### سؤال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

#### تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی

#### معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

## پ ۴- درد / درد شکم

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
* درد شکم و تندرینس و ریپاند شکم، درد پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ، تب و لرز، درد گردن یا شانه، خونریزی یا لکه بینی	حاملگی خارج از رحم یا سقط (نیمه اول بارداری)، شکم حاد، پارگی رحم یا پارگی اسکار قبلی، سنگ مجاری ادرار، پیلونفریت، آپاندیسیت	- 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
* انقباض رحمی، تندرینس و سفتی رحم اختلال صدای قلب جنین (نیمه دوم بارداری)	جدا شدن زودرس جفت (دلکلمان)	- 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
درد شکم یا اپی گاستر، تهوع و استفراغ، با یا بدون فشارخون بالا، زردی، سردرد	پره اکلامپسی، کبد چرب، HELLP, TTP	- اعزام - در نیمه دوم بارداری: درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳
* پارگی کیسه آب، تب و لرز، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تندرینس رحم، افزایش ضربان قلب جنین و مادر	آمنیونیت	- 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 لوله - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی - اعزام طبق ح ۱
ترشحات خونی، انقباضات رحمی، دفع موکوس با رگه های خونی (نیمه دوم بارداری)	شروع زایمان یا لیبر کاذب	<u>سن بارداری زیر ۳۴ هفته:</u> - 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 <u>سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر:</u> 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 ۴ تا ۶ ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائم خطر و پیگیری ۱ تا ۲ هفته بعد

### 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 تونیسیت 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)

ارزیابی	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p><b>سؤال کنید:</b> 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><b>تعین کنید:</b> درجه حرارت، فشار خون، نبض، تنفس، تعداد ضربان قلب جنین، سن بارداری، محل درد (زیر دل، شکم، پهلوها و...)، شدت انقباضات رحم</p> <p><b>معاینه کنید:</b> ارتفاع و تونیسیتة رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی</p>	درد اپی گاستر بدون فشار خون بالا	شروع پره اکلامپسی، شکایت شایع	- درخواست آزمایش ادرار در صورت وجود پروتئین در ادرار: ارجاع فوری به بیمارستان در صورت نبود پروتئین در ادرار:  - 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
	درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، سوزش ادرار	سیستیت	- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت تا ۳ روز - در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت - درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار تا 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 و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق پ ۶
	دردهای کرامپی، اسهال و استفراغ	عفونت دستگاه گوارشی	ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشکی - 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

## پ ۴- درد / سردرد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامین در موارد میگرن - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم - در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب	سردرد تنشی، میگرن، حاملگی	با یا بدون تهوع و استفراغ	نیمه اول بارداری
- اعزام اقدام قبل از اعزام: - بازکردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر یک لیتر در ۶-۸ 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	پره اکلامپسی، ترومبوز سینوس کاورنو، مننژیت	سردرد برای اولین بار یا تجربه بدترین درد در طول عمر (به اظهار مادر) با یا بدون اختلال بینایی، با یا بدون تب و لرز	نیمه دوم بارداری

### 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

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - 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	سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کیودی اندام، با یا بدون ورم، اختلاف بیش از ۳ سانتیمتر قطر ساق / ران دو طرف	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	تشمیص 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، تندر نس 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 ۲-۳ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلی گرم جنتامایسین عضلانی هر ۸ ساعت
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 ۲-۳ 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 منیزیوم 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	- باز کردن رگ و تزریق ۱ لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۲-۳ ساعت - 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

### ارزیابی

#### سوال کنید:

میزان آبریزش، خون ریزی، دردشکم

#### تعیین کنید:

سن بارداری، درجه حرارت

#### معاینه کنید:

معاینه با اسپکولوم و تایید آبریزش، یا معاینه واژینال (با دستکش استریل)، شنیدن صدای قلب جنین، وضعیت

# پ ۶- تب

(درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد و بالاتر)

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>*تب بالای ۳۸ درجه و یکی از علائم: - تنفس خیلی تند - سفتی گردن - خواب آلودگی شدید - ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن</p>	مننژیت، سپسیس	<p>- اعزام - اقدامات حین اعزام: 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</p>
<p>*تب ۳۸ درجه و بالاتر، ترشحات بدبوی واژینال یا پارگی کیسه آب</p>	آمنیونیت / سقط عفونی	<p>- اعزام - اقدامات حین اعزام: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی</p>
<p>تب بالای ۳۸ درجه، تنگی نفس، درد قفسه سینه</p>	پنومونی	
<p>تب بالای ۳۸ درجه و یکی از علائم: - درد پهلو ها - سوزش ادرار</p>	عفونت مجاری ادراری فوقانی	
<p>تب، آبریزش بینی، گلودرد، آگزودای حلق، سرفه</p>	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	<p>- ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشک: - تجویز استامینوفن و توصیه به پاشویه تا کاهش تب - 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>اسهال شدید، اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ</p>	عفونت دستگاه گوارشی	<p>- ارجاع در اولین فرصت به پزشک اقدام پزشک: - 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 - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان</p>

**ارزیابی**

سؤال کنید یا مشاهده کنید:  
تنفس تند، سفتی گردن، خواب آلودگی، ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن، درد پهلو ها، سوزش ادرار، ترشحات بدبو واژن، تنگی نفس

تعیین کنید:  
علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

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

- نکته ۱: در پایگاه 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.
- نکته ۲: در صورت حساسیت بیمار به پنی سیلین، آنتی بیوتیک تزریق نشود.

## پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب / سرفه

(تعداد نبض و تنفس غیر طبیعی)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- اعزام به بیمارستان	بیماری های قلبی و تنفسی حاد	تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)
- انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای ح ۱۴ و اقدام مطابق نتیجه غربالگری	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجه (بیشتر در اواخر بارداری)
ارجاع در اولین فرصت به پزشک	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	آبریزش بینی، گلودرد، آگزودای حلق، سرفه، تب
- 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 آموزش علائم خطر	تنگی نفس بارداری، آنمی	تنگی نفس تدریجی و به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی (بیشتر در اوایل بارداری)
- 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 سرگیجه یا سابقه بیماری قلبی یا نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری	اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی	تاکی کاردی به تنهایی

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	- باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین و تکرار هر ۶ ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - اعزام طبق ح ۱
ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، بی قراری، تاکی کاردی	ادم حاد ریه	- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروسماید - تزریق وریدی مورفین به میزان ۵-۱۰ میلی گرم - اعزام طبق ح ۱
سوفل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد	نارسایی قلب	- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - اعزام طبق ح ۱
درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه	عفونت مجاری تنفسی تحتانی	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت ۸-۶ ساعت - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومايسين - اعزام طبق ح ۱
تنگی نفس، تپش قلب، سرفه غیر قابل توجه (بیشتر در اواخر بارداری)	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای ح ۱۴ و اقدام مطابق نتیجه غربالگری
آبریزش بینی، گلودرد، اگزودای حلق، سرفه	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	- تجویز استامینوفن و توصیه به پاشویه تا کاهش تب - تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت نیاز - 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
رنگ پریدگی شدید	آنمی	- اندازه گیری هموگلوبین: در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرم در دسی لیتر اقدام طبق پ ۱۲
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 آموزش علائم خطر
تاکی کاردی 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 ۱۷ - بررسی هموگلوبین - در صورت سرگیجه، نبض نامرتب (آریتمی)، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری

### ارزیابی

#### سؤال کنید:

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

#### تعیین کنید:

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

#### معاینه کنید:

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندامها



# پ ۸- مشکلات ادراری - تناسلی

علائم همراه      تشخیص احتمالی      اقدام

<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p>	<p>پیلونفریت</p>	<p>*سوزش ادرار، تندرئس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ</p>
<p>- تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکائین در صورت نیاز</p> <p>- تجویز آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز</p> <p>- آموزش سیر بیماری و انتقال آن در زمان زایمان**</p> <p>- در صورت احتباس ادرار: گذاشتن سوند فولی</p> <p>- در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>هرپس ژنیتال</p>	<p>ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد</p>
<p>- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار</p> <p>- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت تا ۳ روز</p> <p>- در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت</p> <p>- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار ۷ تا ۱۰ روز پس از درمان و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار.</p> <p>- درخواست آزمایش و کشت ادرار مجدد و در صورت نتیجه کشت و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>- در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق پ ۶</p>	<p>سیستیت/ اورتریت</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</p> <p>- ارایه توصیه بهداشتی طبق ح ۸</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</p> <p>- درمان همسر</p>	<p>واژینیت- تریکومونا</p>	<p>ترشحات زرد رنگ بدبو، خارش ولو، قرمزی ولو و واژن</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، لرز

### تعیین کنید:

درجه حرارت

### معاینه کنید:

شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی

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

\*در صورتی که وزیکول های فاز حاد بیماری وجود دارد و مادر علائم زایمانی پیدا کرده است، از زایمان واژینال باید خودداری و مادر ارجاع فوری شود.

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

# پ ۹- تهوع و استفراغ

## ارزیابی

### سؤال کنید:

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

### تعیین کنید:

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

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- 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 شدید بارداری، مول	کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)
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: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی	عفونت دستگاه گوارش	* استفراغ خونی، اسهال، ضعف و بی حالی، تب
- اعزام طبق ح ۱ - درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳	کبد چرب حاملگی، سندرم HELLP، TTP، هپاتیت	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی با یا بدون فشارخون بالا، تب
- ارایه توصیه های غذایی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث تهوع صبحگاهی) - تجویز قرص 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 به میزان ۴ میلی گرم هر ۸ ساعت	تهوع، استفراغ بارداری	تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز، استفراغ، علائم حیاتی پایدار

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

# پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سن بارداری	معیار تشخیص	تشخیص احتمالی	اقدام
ارزیابی  <u>سؤال کنید:</u> وضعیت حرکت جنین  <u>تعیین کنید:</u> سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین	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)	تاکیدی 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 لوله - در صورت تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق پ ه
		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 لوله - قرار دادن مادر به پهلو چپ - اعزام طبق ح ۱
		کاهش حرکت جنین	هیپوکسی  - انجام NST و بررسی آن، در صورت تایید ارجاع فوری به بیمارستان
		شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین  ارجاع فوری به بیمارستان

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



# پ ۱۱- ورم

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
اقدام طبق پ ۲	پره اکلامپسی	فشار خون بالا، پروتئینوری	نیمه اول و دوم بارداری
ارجاع فوری به پزشک اقدام پزشک - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - 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	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	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب	کاردیو- میوپاتی پری پارتوم	ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجیه، درد قفسه سینه	
- اقدام طبق پ ۱۷ و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط	بیماری های زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما زردی، آسیت	
- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده	ورم ساده بارداری	ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	

## ارزیابی

### سؤال کنید:

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

### تعیین کنید:

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

### معاینه کنید:

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

# پ ۱۲- زردی / رنگ پریدگی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱	HELLP syndrome کبد چرب بارداری	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع در اولین فرصت به 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: • تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه • اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین • بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی	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، فشارخون

### 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	HELLP syndrome کبد چرب بارداری	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - عفونی	بیماری های خونی و یا عفونی	زردی، بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتها، بیماری انگلی و عفونی
- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - اقدام طبق پ ۱۷ (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)
ارجاع فوری به بیمارستان	آنمی شدید	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر
- 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	آنمی متوسط	هموگلوبین ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر و علائم حیاتی پایدار
- تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی خفیف	هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر

### ارزیابی

#### سئوال کنید:

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

#### تعیین کنید:

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون

#### معاینه کنید:

کبد و طحال، چشم (ملتحمه، اسکلرا)

## پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب

ارزیابی	سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p><b>سؤال کنید:</b> تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی</p> <p><b>تعیین کنید:</b> 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 هیدرآمنیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگوهیدرآمنیوس	- درخواست سونوگرافی - اقدام مطابق با تشخیص و ارجاع به متخصص زنان

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

ارزیابی	سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p><b>سؤال کنید:</b> تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، وضعیت اقتصادی اجتماعی، اختلالات روانی و علائم افسردگی، اعتیاد به داروها و مواد مخدر و مصرف سیگار، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p><b>تعیین کنید:</b> 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 کیلو گرم در هفته، با یا بدون ورم)	شروع پره اکلامپسی / بیماری قلبی	- بررسی روزانه فشارخون تا یک هفته - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴
		تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، بی اشتها، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و ...، علائم خلقی و روانی	سوء تغذیه / اعتیاد / بیماری زمینه ای	- برحسب علل سوء تغذیه: رایج 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) ارجاع در اولین فرصت به پزشک
		کاهش یا افزایش وزن نامطلوب	تغذیه نامناسب	<p><b>اقدام پزشک</b></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 روان: ارجاع در اولین فرصت به کارشناس روان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص تغذیه</p>
				<p>- بررسی وضعیت تغذیه ای مادر رایج 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
- در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان - در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین و یا تایید مرگ جنین با سونوگرافی: ارجاع فوری	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۱ و یا بالاتر	

## پ ۱۶- مشکلات پوستی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
ارجاع فوری به متخصص عفونی یا زنان	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخچه)	بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	سؤال کنید: آبریزش از بینی، خارش پوست
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری خونی، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وژیکول، پاپول، پوسچول	تعیین کنید: درجه حرارت
- توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده - تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت تا یک هفته) - در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	کلتاز بارداری	خارش پوستی به ویژه کف پا (بیشتر در سه ماه سوم بارداری)	معاینه کنید: شکل و نوع ضایعه پوستی



# پ ۱۷ - حاملگی چند قلو

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

اقدام	طبقه بندی	تأثیر بر بارداری	ارزیابی
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	مونو کوریون - مونو آمنیون مونوکوریون - دی آمنیون	افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن، ترومبوآمبولی	<b>سؤال کنید:</b> سابقه بارداری
<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 آسپرین ۸۰ میلی گرمی روزانه از هفته ۱۲ بارداری تا تولد در مادران ۴۰ سال و بالاتر، حاملگی اول، فاصله بیم دو بارداری بیش از ۱۰ سال، نمایه توده بدنی ۳۵ و بالاتر و سابقه فامیلی پره اکلامپسی</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 خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</p> <p>- تأکید بر انجام سونوگرافی برای تعیین نوع چند قلوئی</p> <p>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</p> <p>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴</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		<p><b>تعیین کنید:</b> نمایه توده بدنی، سن مادر، نوع چند قلوئی (تعداد کوریون و آمنیون)</p>

# 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.

دیابت کلاس A1: گلوکز پلاسمای ناشتا زیر ۹۳ میلی گرم در دسی لیتر و گلوکز ۲ ساعت پس از غذا زیر ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر است. با رژیم غذایی کنترل می شود و مراقبت بارداری آن همان مراقبت های معمول است.

دیابت کلاس A2: گلوکز پلاسمای ناشتا بالای ۹۳ میلی گرم در دسی لیتر و یا گلوکز ۲ ساعت پس از غذا بیش از ۱۲۰ میلی گرم در دسی لیتر است. در مراقبت های بارداری همانند دیابت آشکار برخورد می شود. درمان با انسولین توصیه می شود.

## تاثیر بر بارداری

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

<p>ماما</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...</li> <li>- توجه به علائم هیپوگلیسمی* (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)</li> <li>- تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۱ میلی گرم در روز سه ماه اول بارداری و سپس ۴۰۰ میکروگرم تا پایان بارداری</li> <li>- آموزش نحوه اندازه گیری قند خون</li> <li>- تاکید به مادر جهت:</li> <li>- تهیه گلوکومتر</li> <li>- کنترل قند خون در چهار نوبت (صبح ناشتا و ۲ ساعت بعد از هر وعده غذایی) (خود ارزیابی در منزل)</li> <li>- رعایت رژیم غذایی و ورزش (پایاده روی ترجیحاً ۲ نوبت در روز هر بار ۲۰ دقیقه)</li> <li>- شمارش حرکات جنین از ۲۸ هفتگی</li> <li>- ارجاع به پزشک در اولین ملاقات</li> <li>- <b>ارجاع جهت انجام اکوکاردیوگرافی جنین در هفته ۱۸ بارداری</b></li> <li>- کنترل دقیق فشار خون جهت تشخیص زودرس پره اکلامپسی از هفته ۲۸ بارداری</li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>- در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:</li> <li>- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۴ هفته و HbA1c هر ۳ ماه</li> <li>- انجام مراقبت های معمول بارداری</li> <li>- در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:</li> <li>- درخواست آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۲ هفته و HbA1c هر ۳ ماه</li> <li>- 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</li> </ul>	
<p>پزشک</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و غدد</li> <li>- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...</li> <li>- توجه به علائم هیپوگلیسمی (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)</li> <li>- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی</li> <li>- در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:</li> </ul>	

<p>- 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</p> <p>در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:</p> <p>- آزمایش FBS و BS (2hPP) هر ۲ هفته و HbA1c هر ۳ ماه و در صورت عدم کنترل قند خون ارجاع به متخصص غدد</p> <p>- ارجاع مادر به متخصص زنان جهت انجام اکوکاردیوگرافی در ۱۸ هفتگی</p> <p>- 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</p>	
--	--

\* 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.

DRAFT

# پ ۱۹ - تفسیر نتایج آزمایش‌ها 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 ۲۰ گرم در دسی لیتر	آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی	اقدام بر اساس نوع تشخیص طبق پ ۱۷
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	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵	پره دیابت	- ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت بارداری) - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی - توصیه به تکرار آزمایش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد، در صورت طبیعی بودن نتیجه آزمایش (FBS کمتر از ۹۳ و قند دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۲۰)، ادامه مراقبت ها و در غیر این صورت ارجاع به متخصص زنان یا داخلی - غدد
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد - در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع به متخصص زنان یا داخلی
FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۸-۲۴): FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳ (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
HIV مثبت (reactive)	آلودگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و نیاز به انجام تست تاییدی <b>- ایمن سازی علیه هپاتیت</b>
HIV منفی (non reactive) و وجود رفتارهای پرخطر	شک به آلودگی به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
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 داخلی - در صورت پلاکت زیر ۵۰ هزار ارجاع فوری به بیمارستان
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۱۷

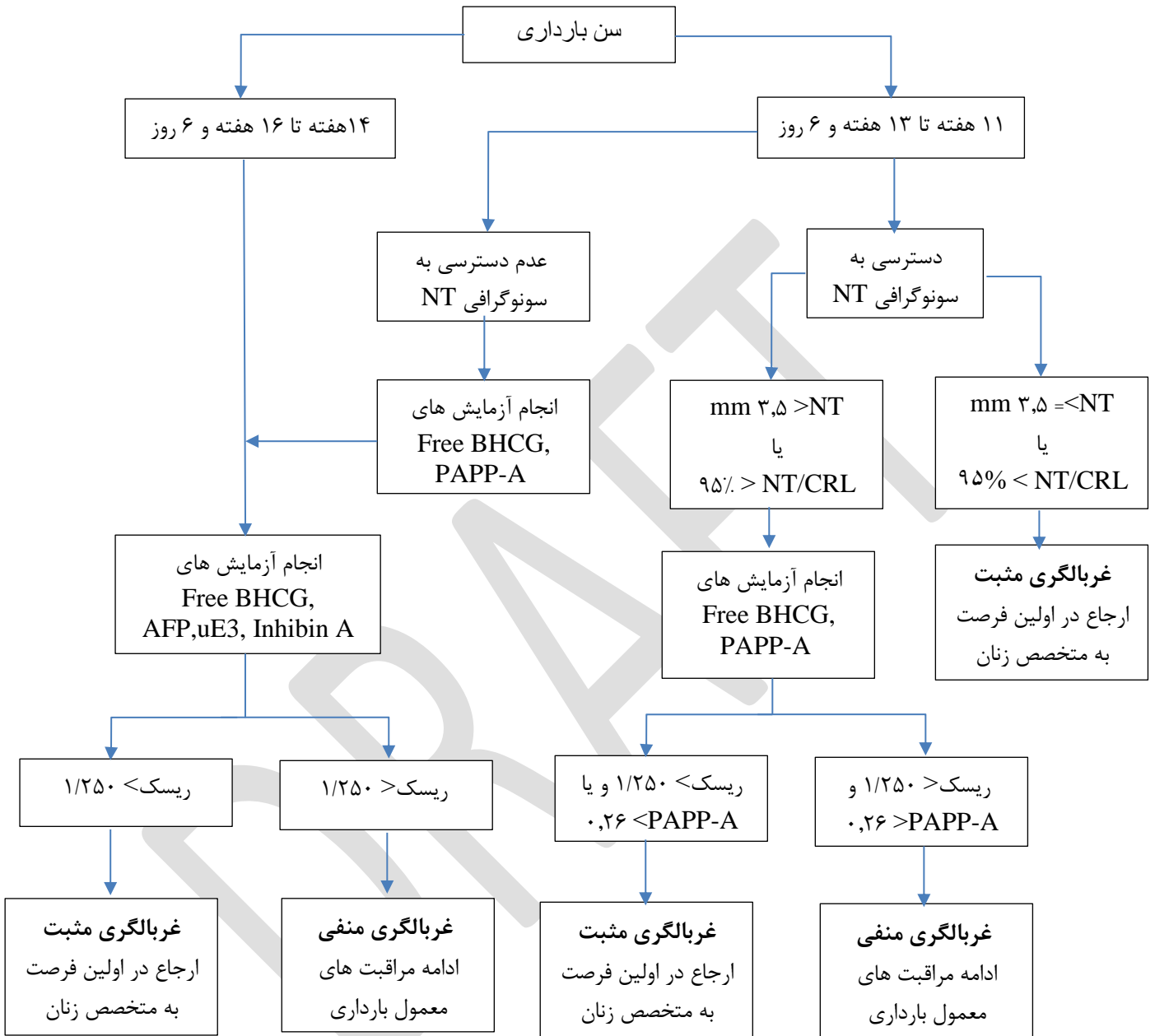
# پ ۱۹ - تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کومبس غیرمستقیم مثبت	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان
اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
HbsAg مثبت	هپاتیت ب	اقدام طبق پ ۱۷
HbsAg منفی و رفتار پر خطر مادر یا همسر	-	ایمن سازی علیه هپاتیت
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: درمان مطابق با جواب آزمایش - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت های ادراری)
کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	- در صورت علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: توصیه های بهداشتی طبق ح ۸
VDRL مثبت	STI، احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس

## سونوگرافی بارداری

نتیجه سونوگرافی	اقدام
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 - تکرار سونوگرافی در هفته ۳۲ بارداری و در صورت سابقه سزارین، تکرار سونوگرافی در هفته ۲۸ بارداری و در صورت تایید جفت سرراهی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و تعیین تاریخ ختم 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

## تفسیر غربالگری ناهنجاری جنین



## پ ۲۰ - بیماری ها و ناهنجاری ها

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۱۷) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک است.

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ <b>آبله مرغان</b>	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 IgG طی ۵ تا ۷ روز از تماس: • IgG مثبت: ادامه مراقبت ها • IgG منفی: ارجاع به متخصص عفونی ابتلا مادر به آبله مرغان به همراه تب و بثورات: - ارجاع به متخصص عفونی یا زنان
۲ <b>آرتریت روماتوئید</b>	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۳ <b>آسم</b>	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: ارجاع فوری و اقدام طبق پ ۷ - مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص
۴ <b>آنمی فقر آهن</b>	زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	<b>در صورت هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در دسی لیتر:</b> ارجاع فوری به بیمارستان <b>در صورت هموگلوبین ۷ تا ۱۰ گرم در دسی لیتر:</b> - 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 - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) <b>در صورت هموگلوبین ۱۰ تا ۱۱ گرم در دسی لیتر:</b> - تجویز ۲ عدد قرص آهن (۸۰ تا ۱۰۰ میلی گرم) در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین دو هفته بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین. در صورت عدم پاسخ به درمان بررسی سایر فاکتور ها مانند فریتین سرم و ... - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)
۵ <b>آنمی داسی شکل</b>	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، دکولمان جفت، زایمان زودرس، سقط خود به خودی، محدودیت رشد جنین، مرگ مادر	- 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 آنمی 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 اسکترین - 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

## پ ۲۰ - بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
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
ایدز / HIV+	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری - ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته ۲۸ بارداری: ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - آموزش عدم شیردهی نوزاد پس از زایمان
بیماری قلبی	- افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبی جنین، مرگ مادر - احتمال افزایش مور탈یتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی - تأکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری و خطرات احتمالی بارداری برای مادر و جنین - توصیه به کاهش فعالیت های بدنی، رژیم غذایی و محدودیت سدیم در نارسایی قلبی - درمان به موقع عفونت ها و آنمی - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) - درمان پروفیلاکتیک علیه آندوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی - تأکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع به متخصص عفونی برای تزریق یک نوبت واکسن پنوموکوک پلی ساکارید در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن در صورت نیاز - تزریق واکسن آنفلوانزا ترجیحاً قبل از بروز فصل بیماری و بدون توجه به سن بارداری - در صورت درد قفسه سینه و یا کلاس ۳ و ۴ قلبی: ارجاع فوری
بیماری های گوارشی (حذف؟)	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 مربوط
بیماری های مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار - افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان
پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی مازول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
پرولاکتینوما (حذف)	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد
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 کراتینین و باکتری ادرار - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
تالاسمی	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
--	---

## پ ۲۰- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تاثیر بر بارداری	اقدام
۱۵ ترومبو آمبولی (سابقه) / ترومبو فیللی	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع درمان دارویی در صورت نیاز
۱۶ تورچ	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- در صورت شک به ابتلا مادر: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم برای ادامه بارداری
۱۷ دیابت	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط	<b>اقدام مطابق پ</b>
۱۸ سرخجه	ناهنجاری مادر زادی جنین، عفونت مادرزادی جنین	تماس مادر با فرد مبتلا به سرخجه: بررسی نتیجه I g G قبل از بارداری: • I g G مثبت: ادامه مراقبت های معمول بارداری • I g G منفی یا عدم اطلاع از نتیجه: ارجاع فوری به متخصص عفونی یا زنان ابتلا به سرخجه 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
۱۹ 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
۲۰ سابقه یا ابتلا به سرطان پستان (حذف؟)	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی
۱۷ صرع	افزایش بروز حملات صرعی، پره اکلامپسی، افسردگی پس از زایمان، احتمال ناهنجاری های مادرزادی جنین	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو - تاکید به دریافت منظم مراقبت ها در بارداری - <b>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</b> - 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

۱۸	کم کاری تیروئید	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، فشار خون بارداری، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - غدد
۱۹	لوپوس	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولی، مرگ مادر	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵
۲۰	مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۲۱	میگرن	احتمال بهبود در بارداری	- منع مصرف ارگوتامین - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مربوط - در صورت حمله میگرن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت
۲۲	ناهنجاری های اسکلتی (لگن و ستون فقرات)	افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین	- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در صورت فلج پا یا استفاده از صندلی چرخ دار: ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۴	هیپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هیپاتیت ب - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

## پ ۲۱- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان)، بیماری تکرار شونده در بستگان	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و درخواست مشاوره ژنتیک</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> </ul>
۲ بارداری همزمان با IUD	افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه واژینال با اسپکولوم</li> <li>- خارج کردن IUD</li> <li>- در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری</li> <li>- آموزش علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب، درد شکم) در صورت باقی ماندن IUD</li> <li>- درخواست سونوگرافی و بررسی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم و ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت حاملگی خارج رحم</li> </ul>
۳ بارداری پنجم و بالاتر	افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آنونی، زایمان سخت، ماکروزومی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</li> <li>- <b>تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر</b></li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>- توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت</li> <li>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</li> </ul>
۴ بارداری زیر ۱۸ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن، عفونت های ادراری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید بر مراقبت به موقع و منظم بارداری</li> <li>- تأکید به مصرف مکمل های دارویی، تغذیه مناسب در بارداری و ارائه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادر باردار و شیرده</li> <li>- <b>توصیه به مصرف مکمل روی و کلسیم (uptodate)</b></li> <li>- تأکید به خانواده جهت حمایت عاطفی و اهمیت مراقبت ها</li> </ul>
۵ بارداری بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به دریافت منظم و به موقع مراقبت های بارداری</li> <li>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</li> <li>- تأکید به انجام غربالگری ناهنجاری کروموزومی جنین</li> <li>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>- تأکید به انجام سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۸ تا ۲۰ بارداری (جستجو برای آنومالی های واضح به ویژه نقص قلبی جنین)</li> <li>- انجام سونوگرافی در هفته ۲۸ و ۳۹ بارداری جهت بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک</li> <li>- ارزیابی سلامت جنین دو بار در هفته ۲۸ بارداری</li> <li>- درخواست شمارش حرکات جنین به طور دائم</li> <li>- در بارداری اول بالای ۳۵ سال یا مادران ۴۰ سال و بالاتر و یا دارای بیماری زمینه ای: ارزیابی سلامت جنین از هفته ۳۶ بارداری و ارجاع جهت ختم بارداری از هفته ۳۹ بارداری</li> </ul>

## پ ۲۱- سایر موارد خطر در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۶ بارداری با قرص پروژسترونی قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	- 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 لاینسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی - خارج کردن کاشتنی ها
۷ 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
۸ تروما (تصادف، خشونت فیزیکی)	جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها، زایمان زودرس، مرگ جنین	- شنیدن صدای قلب جنین و سوال در مورد درد شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اقدام طبق هر مورد - حمایت عاطفی و ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان - در صورت ضربه شدید به شکم ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان
۹ حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	- حمایت روانی مادر و خانواده برای ادامه بارداری ایمن - در صورت پیشنهاد مادر به سقط: آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی و اقدام طبق پ ۳
۱۰ رفتار پر خطر	امکان ابتلا به ایدز	تاکید به انجام آزمایش HIV و ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۱۱ سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	- گرفتن شرح حال دقیق - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری - اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم
۱۲ شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر و تغییر وضعیت در فواصل انجام کار
۱۳ شیردهی همزمان با بارداری	افزایش احتمال مشکلات تغذیه ای و آنمی	- 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
۱۴ فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	افزایش احتمال آنمی، پارگی زودرس کیسه آب، وزن کم هنگام تولد نوزاد، تأخیر رشد داخل رحمی، نقص لوله عصبی جنین	- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره - ارزیابی سلامت جنین در هفته ۲۲ تا ۲۴ 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)

## پ ۲۱- سایر موارد خطر در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام	
۱۵	شک قوی به مصرف مواد در غربالگری اولیه منفی مصرف دخانیات، الکل و مواد	<p>- افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هیپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی</p>	<p>- ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان - ارجاع غیر فوری به پزشک برای آزمایش ادرار از نظر مصرف مورفین و مت آمفتامین - پیگیری هر ۳ ماه و غربالگری اولیه</p>
۱۶	غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد	<p>- نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هیپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی</p>	<p>- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری - توصیه اکید به ترک سیگار و دریافت خدمات درمانی اختلال مصرف مواد الکل در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه) - توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴ - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری به متخصص در صورت نیاز به درمان - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی</p>
۱۷	سابقه درمان اختلال مصرف مواد	<p>- تأثیر بر نوزاد: آسم، کولیک نوزادی، سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت</p>	<p>- توصیه به تداوم درمان با داروهای آگونیسیت تا پایان بارداری و پیگیری هر ۳ ماه تا یک سال - ارجاع به روان شناس و پزشک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در صورت خروج از برنامه درمانی</p>
۱۸	ناسازگاریهای خونی (ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت پدر)	<p>احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی</p>	<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 - در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیر مستقیم: تزریق دوز اول ایمونوگلوبولین ضد دی در هفته ۲۸ بارداری - تأکید بر تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی (به غیر از هفته ۲۸ بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز) - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۹	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 - تأکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر در BMI بیشتر از ۴۰ - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۲۷-۳۰ بارداری طبق ح ۱۴ - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت ارزیابی تغذیه ای - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه</p>
۲۰	همسرآزاری	افسردگی، تروما	ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان

## پ ۲۲- سوابق بارداری و زایمان قبلی

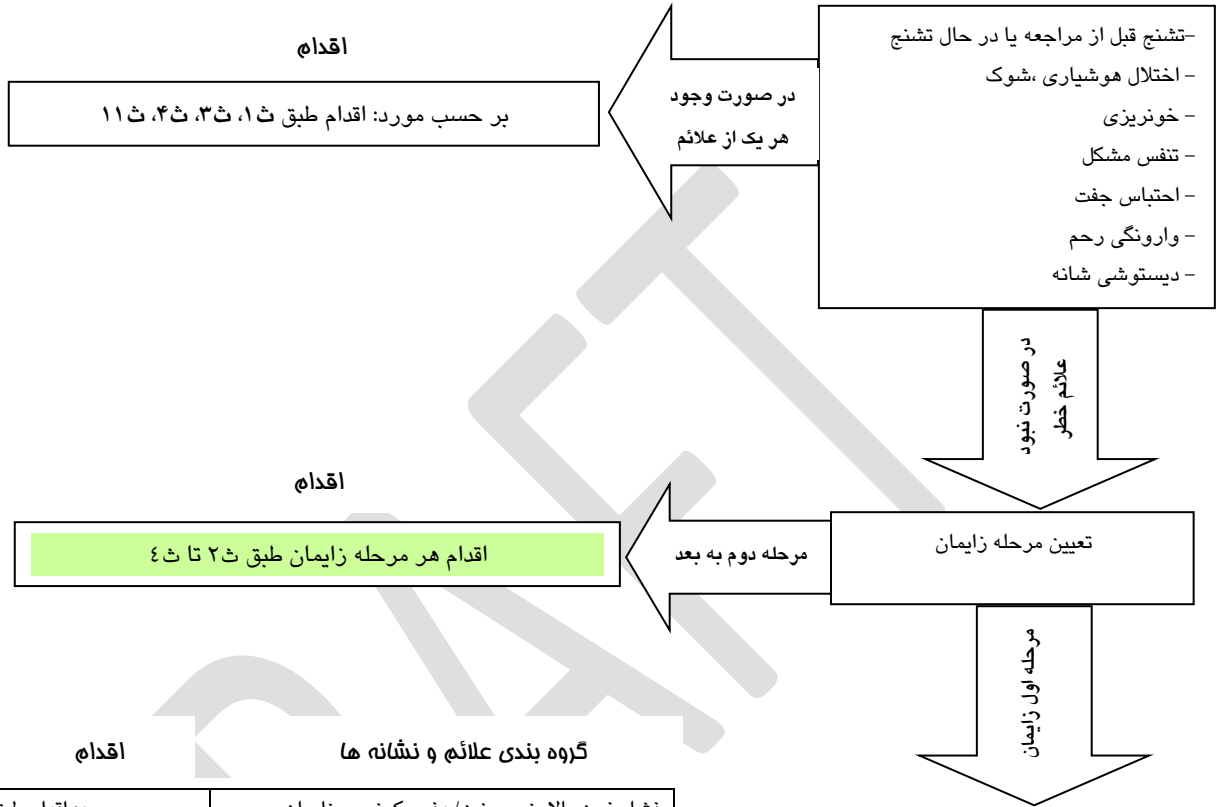
عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱ آتونی (اینرسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲ پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر (فشارخون بالا، تاری دید، سوزش سر دل، سردرد)
۳ جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی	احتمال تکرار در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

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

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

# ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

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



اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۲، ۵ تا ۹	فشارخون بالا، زجرجنین/ 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، شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، اره‌اش منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، هیپاتیت/ HBsAg مثبت، هرپس ژنتیال، ضایعات ولو، ابعاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمنیوس
بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۳	<u>سوابق بارداری و زایمان قبلی: زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آتونی، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیش از ۴۰۰۰ گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد</u>
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

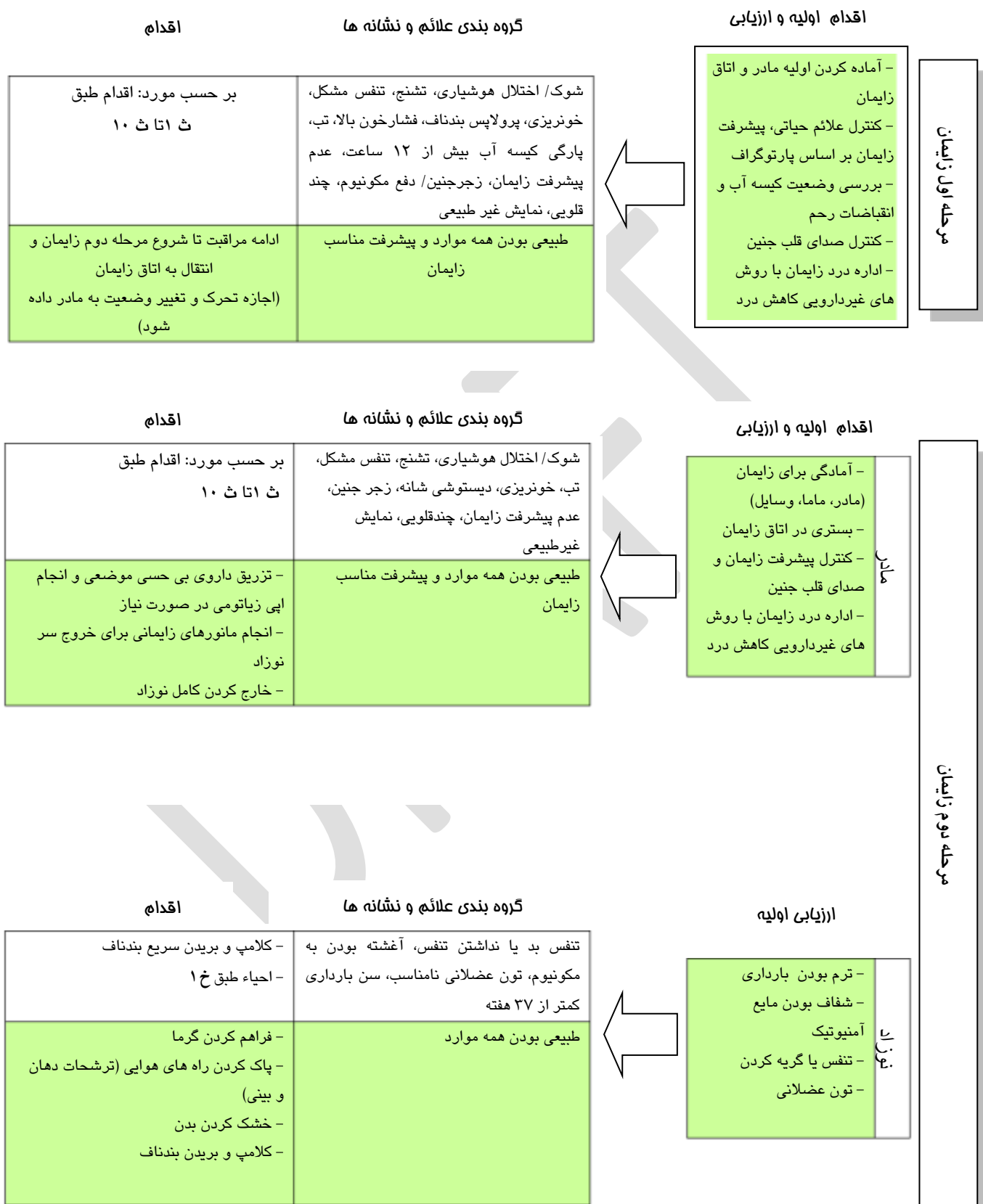
**سؤال کنید:**  
شروع دردهای زایمانی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، لکه بینی

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

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



## ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



## ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

### اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تزریق اکسی توسین (در صورت نبود قل دیگر)</li> <li>- بررسی روند جدا شدن جفت</li> <li>- انجام مانورهای خروج جفت</li> <li>- بررسی جفت، پرده ها و بندناف</li> <li>- اطمینان از جمع بودن رحم</li> </ul>
------	--

### اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعویض دستکش</li> <li>- کلامپ بندناف</li> <li>- الصاق برچسب هویت</li> <li>- تمیز کردن چشم ها و بدن</li> <li>- قرار دادن نوزاد روی سینه</li> <li>- مادر برای تماس پوست با پوست و شروع شیردهی</li> <li>- پوشاندن بدن نوزاد</li> <li>- اطمینان از گرم بودن اتاق</li> <li>- ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی</li> </ul>
-------	--

مرحله سوم زایمان

### گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام	<p>بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۳، ۱۱، ۲ ح</p>	<p>خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، واریونگی رحم</p>
ادامه مراقبت		طبیعی بودن همه موارد

### گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام	<p>احیاء طبق خ ۱</p>	<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p>
ادامه مراقبت		طبیعی بودن همه موارد

### اقدام اولیه و ارزیابی

مادر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی حال عمومی</li> <li>- کنترل علائم حیاتی</li> <li>- بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم</li> <li>- بررسی کانال زایمانی و میزان و نوع پارگی</li> </ul>
------	--

### گروه بندی علائم و نشانه ها

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

مرحله چهارم زایمان

### گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام	<p>احیاء طبق خ ۱</p>	<p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p>
ادامه مراقبت	<p>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</p>	سرد بودن پاها
ادامه مراقبت		طبیعی بودن همه موارد

### اقدام اولیه و ارزیابی

نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از گرم بودن نوزاد و مناسب بودن دمای اتاق</li> <li>- ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی</li> </ul>
-------	---

## ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱ تا ت ۳، ت ۱۰، ت ۱۱، ح ۲</p> <p>تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶</p> <p>آموزش طبق عناوین فرم زایمان و آرایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹</p> <p>تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز</p> <p>توصیه به مصرف مواد غذایی</p> <p>تشویق مادر به شیردهی انحصاری</p> <p>تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی</p> <p>ترخیص پس از ۶ ساعت</p>	<p>شوک / اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار</p> <p>طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>بررسی حال عمومی</p> <p>کنترل علائم حیاتی</p> <p>بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم</p> <p>بررسی وضعیت دفع ادرار</p>

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
<p>بر حسب مورد: اقدام طبق خ ۲ تا خ ۵ و آخرین خانه زیر</p> <p>احیاء طبق خ ۱</p> <p>در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد</p> <p><u>اقدامات پیش از ارجاع</u></p> <p>فراهم کردن گرما</p> <p>ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق خ ۲</p>	<p>نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد</p> <p>تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی</p> <p>سرد بودن نوزاد</p> <p>طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>برقراری شیردهی</p> <p>اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق</p> <p>ارزیابی: تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی،</p> <p>ارزیابی سن بارداری و اندازه های نوزاد</p>
<p>حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول</p> <p>تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد</p> <p>تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</p> <p>آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق د ۱</p> <p>معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</p>		

۶ ساعت اول پس از زایمان

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

### ارزیابی اولیه

**آبریزش:** خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- انقباضات رحمی مداوم و بدون فاصله است.

**برقراری ارتباط موثر با مادر:** ارتباط موثر بین ارائه دهنده خدمت و مادر در طی لیبر با روش های ساده و قابل قبول فرهنگی

**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، هپاتیت، ضایعات ناحیه تناسلی، ناهنجاری اسکلتی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، سیفلیس

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

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

**تشنج:** انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

- مرحله چهارم: از خروج کامل جفت تا یک ساعت پس از زایمان

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

**خونریزی:** خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

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

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

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

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

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

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

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

مادر و همسر

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

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

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

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

**زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و

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

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

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

و بی قراری و گیجی همراه باشد).

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

بار در دقیقه است.

**علائم حیاتی:** علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

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

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

فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، 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 سیگار، الکل و مواد:**

- درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود:

• انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن آپئوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرامبخش یا

خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباریتال، غیره)، الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره،

سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، حبشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محرکهای آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، 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 چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید.

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

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

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

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

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

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

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

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

**معاینه چشم:** رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

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

**معاینه واژینال:** مادر را به منظور تعیین وضعیت دهانه رحم (دیلاتاسیون و افسمان)، 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 راشیتیسم، فلج بودن، اسکولیوزیس و وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی ایسکیوم

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

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

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

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

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

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

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

**آماده کردن اتاق زایمان:** اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زایمان و پس از زایمان (۲۸-۲۵ درجه سانتی گراد)، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان، ست احیاء نوزاد، 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 ۴-۳ سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتی پارها، وقتی است که دیلاتاسیون سرویکس به میزان ۹-۷ سانتیمتر برسد.

**انقباضات رحم:** انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و 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 پر خطر هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.

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

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

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

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

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

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

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

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

**عامل زایمان:** به مدت 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 یا ۶F، ۸F، ۱۰F یا ۱۲F

۲- گرم کننده تابشی

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

۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

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

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره F ۸

۷- سرنگ و سرسوزن های مختلف، نوار چسب

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

**ایبی زیاتومی:** در صورت نیاز به ایبی 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 ایبی زیاتومی، ۱۰ سی سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام ایبی زیاتومی مدیولترال تزریق نمایید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**تمیز کردن چشم ها و بدن:** نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. اگر نوزاد خونی یا مکنونیومی است، با حوله ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید.

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

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

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

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

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

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

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

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

**معیار های تشخیص هماتوم:**

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم

- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم

- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم

- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم

- احساس فشار به رکتوم

- کبودی محل درد

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

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

**نکته ۲:** میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی آغشته به خون شود، علامت خطر است.

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

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

ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی (قیچی ساده یک عدد، سوزن گیر یک عدد، 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 خطر مادر و نوزاد (خونریزی شدید، تب و لرز، درد و ترشح محل بخیه، درد شکم و پهلوها)، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، زمان مناسب مقاربت، استراحت، فعالیت و ورزش، عدم مصرف الکل و مواد دخانی) و بهداشت روان (تغییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان آموزش دهید.

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

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

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

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

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

**تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی:** برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کپسول 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 ایمنوگلوبولین ضد دی:** در صورت امکان و قبل از ترخیص، ایمنوگلوبولین ضد دی را در مادر ارهاش منفی با 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 ک۱ 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.

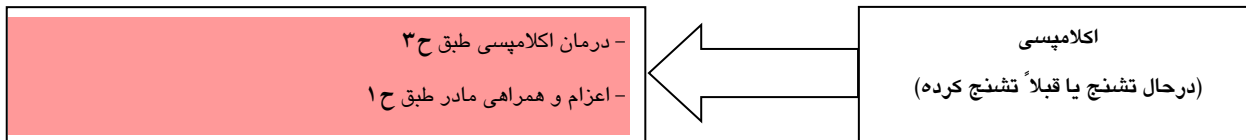
**معاینه نوزاد توسط پزشک:** قبل از ترخیص، پزشک باید نوزاد را بر اساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی کند.

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

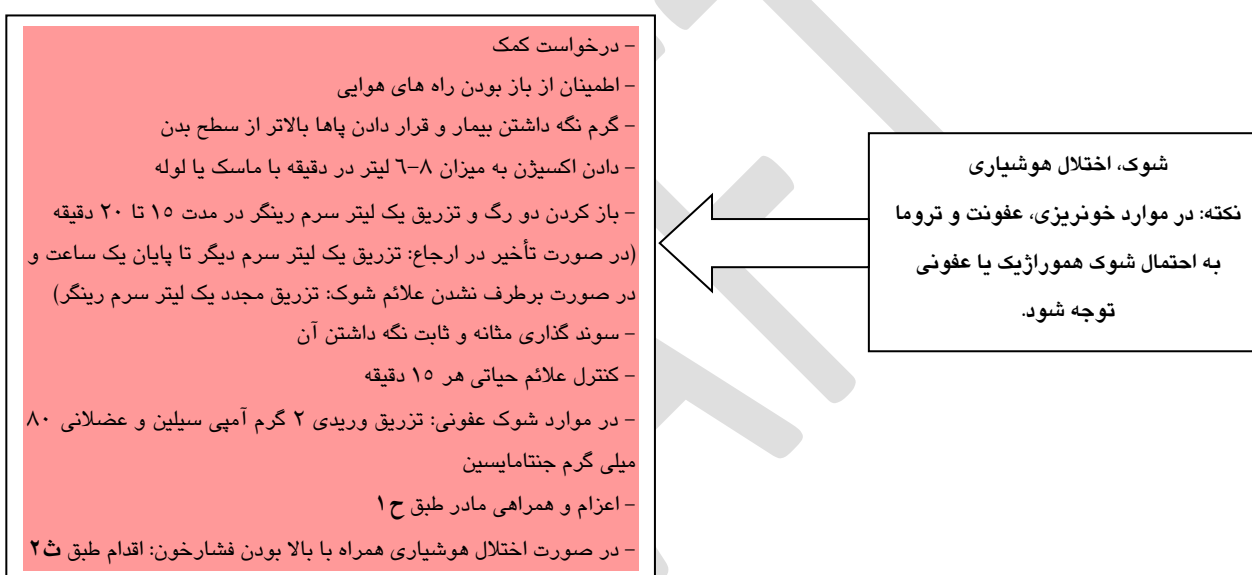
صفحه	عنوان
	ث ۱- علائم خطر فوری
	ث ۲- فشارخون بالا
	ث ۳- خونریزی
	ث ۴- عدم پیشرفت زایمان
	ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم
	ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس
	ث ۷- پارگی کیسه آب
	ث ۸- پرولاپس بند ناف
	ث ۹- نمایش غیر طبیعی
	ث ۱۰- سایر موارد خطر حین بارداری
	ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان
	ث ۱۲-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

# ث ۱- علائم خطر فوری

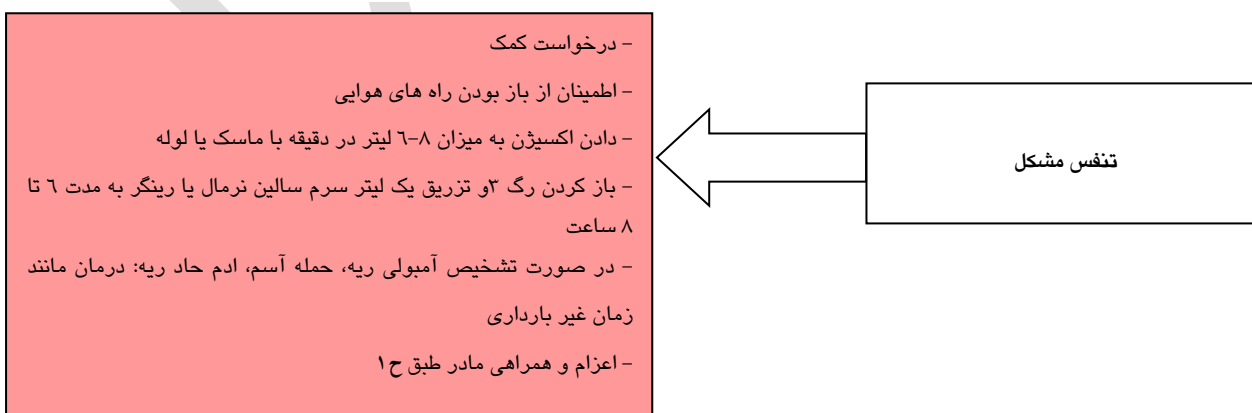
## اقدام



## اقدام



## اقدام



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

## ث ۲- فشارخون بالا

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

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

# ث ۳- خونریزی

مرمله زایمان علائم همراه 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 لوله</p> <p>- آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p><b>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</b></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 تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p><b>ا(زایابی</b></p> <p><b>سؤال کنید:</b> سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم</p> <p><b>تعیین کنید:</b> تعداد ضربان قلب جنین</p> <p><b>معاینه کنید:</b> انقباضات و تونسیته 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 لوله</p> <p>- عدم انجام معاینه واژینال</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جفت سرراهی</p>	<p>* سابقه لکه بینی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم 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 لوله</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>پارگی رحم</p>	<p>* درد شدید و ناگهانی شکم، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم 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</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 شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق ح ۴ و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>ایرسی (آتونی)</p>	<p>* رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است</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>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم</p> <p>- انجام کوراژ طبق ح ۴</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p>	<p>باقی ماندن کامل یا قسمتی از جفت</p>	<p>* رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم 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، باقی ماندن قسمتی از جفت</p>	<p>* رحم جمع است</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.

## ث ۴- عدم پیشرفت زایمان

معیار تشخیص	اقدام
فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</li> </ul>
دیلاتاسیون و افسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز</li> <li>- انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین ۴-۳ سانتی متر دیده شود</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</li> </ul>
عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</li> </ul>
عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست کمک</li> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز</li> <li>- انجام اپی زیاتومی</li> <li>- تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدامی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان</li> <li>- در صورت عدم موفقیت مانور فوق: انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان ۱۸۰ درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی</li> <li>- در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</li> <li>- 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</li> </ul>

### ارزیابی

#### تعیین کنید:

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

## ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم

معیار تشخیص	اقدام
دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> </ul>
دفع مکونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- خوابانیدن مادر به پهلو چپ</li> <li>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> </ul>
افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد</li> <li>- احیاء نوزاد طبق ح ۱</li> <li>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</li> <li>- ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد</li> </ul>
افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- خوابانیدن مادر به پهلو چپ</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</li> <li>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> <li>- اطمینان از نبود پرولاپس بندناف</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</li> <li>- اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱</li> </ul>

### ارزیابی

#### تعیین کنید:

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

#### معاینه کنید:

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



## ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

معیار تشفیص	تشفیص احتمالی	اقدام
وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر (فاز نهفته)	زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خواباندن مادر به پهلو چپ</li> <li>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون *</li> <li>- تجویز ۱۰ میلی گرم کپسول خوراکی نیفدیپین (آدالات) هر ۲۰ دقیقه تا ۴ دوز **</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد.</li> </ul>
وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر، فاز فعال	زایمان زودرس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خواباندن مادر به پهلو چپ</li> <li>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون *</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> </ul> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- آماده کردن ست احیاء نوزاد</li> <li>- اعزام نوزاد با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع</li> </ul>
وقوع علائم زایمانی بالای ۴۱ هفته	زایمان دیررس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خواباندن مادر به پهلو چپ</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱</li> <li>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین</li> </ul>

### 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>	فاز نهفته
<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>	فاز فعال، مدت پارگی کمتر از ۱۲ ساعت
<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>- در صورت گذشت ۱۸ ساعت از زمان پارگی کیسه آب: 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><b>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</b></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>	فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت
<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>- 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>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ث ۶</p>	فاز نهفته و فاز فعال پره ترم

## ارزیابی

### سوال کنید:

مدت پارگی

### تعیین کنید:

وضعیت زایمانی،

علائم حیاتی، سن

بارداری

## ث ۸- پرو لاپس بندناف

اقدام	معیار تشفیص
<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 ۶-۸ 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 ۵۰۰-۷۰۰ سی سی نرمال سالین به وسیله ست سرم، سپس کلامپ سوند با یک پنس</p> <p>- بالا دادن عضو پرزانته 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:</p> <p>- درخواست کمک برای انجام احیاء</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق خ ۱</p>	<p>جنین زنده (لمس نبض بند ناف)</p>
<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</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>جنین مرده (نبود نبض بندناف)</p>

از زایمان

### تعیین کنید:

وضعیت پیشرفت زایمان،  
وضعیت نمایش جنین،  
وضعیت نبض بندناف،  
شنیدن صدای قلب جنین

## ث ۹- نمایش غیر طبیعی

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

## ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آئمی متوسط تا شدید	اعزام	- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی حین و پس از زایمان - در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین ۶ ساعت پس از زایمان و اقدام طبق ج ۷ - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: اعزام مادر و همراهی بیمار طبق ح ۱
۲ ابعاد نامتناسب لگن (عدم تناسب سر با لگن)	اعزام - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان	
۳ ارهاش منفی	- انجام زایمان - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق ایمنوگلوبولین ضد دی تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	
۴ مصرف مواد افیونی و محرک	- 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 ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان	- انجام زایمان - 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 <b>اقدام پیش از اعزام</b> - در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد (بی قراری، ترمور، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و ...): تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن از فنوباریتال یا ۱ یا ۲ میلی گرم دیازپام هر ۸ ساعت
۵ الیگوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	- اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلو چپ - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله	- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکنونیوم در مایع آمنیوتیک - آمادگی برای احیا نوزاد طبق خ ۱ و اعزام
۶ پلی هیدرآمنیوس	اعزام	- چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سرسوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با نکه داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید) - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم
۷ تب	اعزام - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - 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

## ت ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

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

## ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

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

## ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

عنوان	اقدام
۱ احتباس جفت (با خونریزی معمولی)	<p>در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- اطمینان از نبود جفت در واژن</li> <li>- خودداری از دستکاری بیشتر</li> <li>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul> <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"> <li>- کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی</li> <li>- اطمینان از هیدراته بودن مادر</li> <li>- در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>
۳ عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر</li> <li>- معاینه مثانه از روی شکم</li> <li>- معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم</li> <li>- در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار: تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن</li> <li>- 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</li> <li>- در صورت وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزام طبق ح ۱</li> </ul>
۴ گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شستن محل پارگی با بتادین</li> <li>- قرار دادن گاز استریل روی پارگی</li> <li>- عدم دستکاری و ترمیم پارگی</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>
۵ وارونگی رحم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در خواست کمک</li> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۲-۳ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزوم طی ۲۰ دقیقه</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵</li> <li>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul>
هماتوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل علائم حیاتی</li> <li>- 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</li> <li>- در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم</li> <li>- 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</li> </ul>



## ت ۱۲ - بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- 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</li> <li>- خودداری از تزریق پتدین، در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری و انجام زایمان</li> </ul>
۲ HIV مثبت	اعزام (منع زایمان طبیعی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چکمه)</li> <li>- عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی</li> <li>- انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار</li> <li>- 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</li> <li>- منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن</li> <li>- هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت</li> </ul>
۳ بیماری قلبی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- 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، ...)</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</li> <li>- انجام زایمان (هنگام زایمان زانو های مادر را خم کرده بر روی تخت قرار دهید- لیتاتومی نباشد)</li> <li>- 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</li> <li>- در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری</li> <li>- انجام زایمان و اعزام طبق ح ۱</li> </ul>
۴ دیابت	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</li> <li>- توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان</li> <li>- انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق ح ۱</li> <li>- اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق ح ۲</li> <li>- در صورت اختلال هوشیاری اقدام طبق ح 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</li> </ul>
۵ سل		<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتکل کشوری برنامه سل</li> <li>- ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ث ژ</li> </ul>
۶ سیفلیس		<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر</li> </ul>
۷ صرع	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ح ۱</li> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی</li> </ul>
۸ هیپرتیرئوئیدی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت</li> <li>- کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه</li> <li>- توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید)</li> <li>- انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت</li> </ul>

## ث 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 سلامت جنین: انجام زایمان - در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴
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 خطر 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 - اعزام در صورت تکرار عارضه
۸ نازایی	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت ۶ تا ۸ ساعت - در صورت متناسب بودن لگن: انجام زایمان
۹ *نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم		- باز کردن رگ و تزریق 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 ح ۱۰

\*امکان تکرار این موارد در این زایمان وجود دارد.

## ج- مراقبت های معمول پس از زایمان

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

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

DRAFT

# ج ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

## ارزیابی علائم خطر 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 خطر فوری:

## ارزیابی

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

سؤال از ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت ادراری-تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، درد

(سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، شکایت شایع، 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

-ارایه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ج ۹

- مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات دوم طبق ج ۱۰

- غربالگری سلامت روان در ملاقات دوم

- 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 خطر 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 خطر فوری:

### ارزیابی

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

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

اندازه گیری علائم حیاتی

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

### اقدام

- تجویز مکمل های دارویی

- ارایه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق ج ۹

- غربالگری سلامت روان

- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز

- درخواست آزمایش FBS و 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، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر و وابستگی نزدیک) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پرخطر)، علائم خطر (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، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره باروری سالم و دریافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

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

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

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

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر:** 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 ایمنوگلوبولین 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، مواد افیونی و محرک

**تشنج:** انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

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

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

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

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

**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).

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

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

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

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

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

**غربالگری سلامت روان:** 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.

**غربالگری همسر آزاری:** در ارزیابی اولیه پرسشنامه ۴ سوالی خشونت خانگی می بایست تکمیل شود. در صورت پاسخ مثبت به سؤالهای غربالگری (امتیاز بالاتر از ۱۰ براساس دستورالعمل نمره دهی) به عنوان غربالگری مثبت اولیه همسرآزاری به کارشناس سلامت روان (در صورت نبود به پزشک) ارجاع غیر فوری شود.

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

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

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

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

- معاینه چشم: 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 آبنه بررسی شود.

- معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبنه، 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 پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

- **معاینه اندام ها:** در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.

**ملاقات های پس از زایمان:** ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود.

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

**همسر آزاری:** بد رفتاری تکرار شونده جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که برای کنترل و تسلط نسبت به همسر صورت می گیرد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که موجب آسیب جسمی شود مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو

خشونت جنسی: هر رفتار یا عمل جنسی که بدون رضایت و موافقت همسر باشد.

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

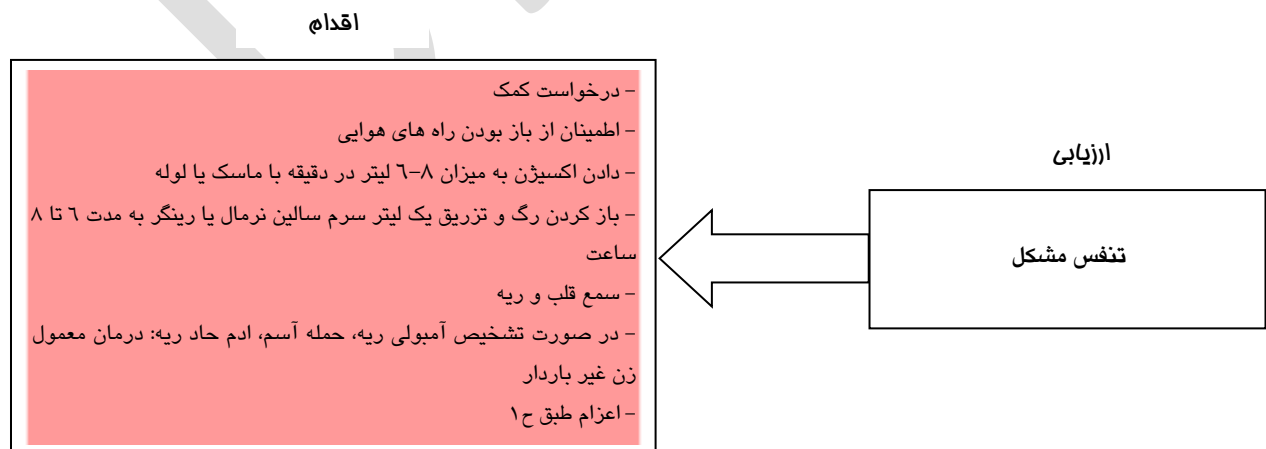
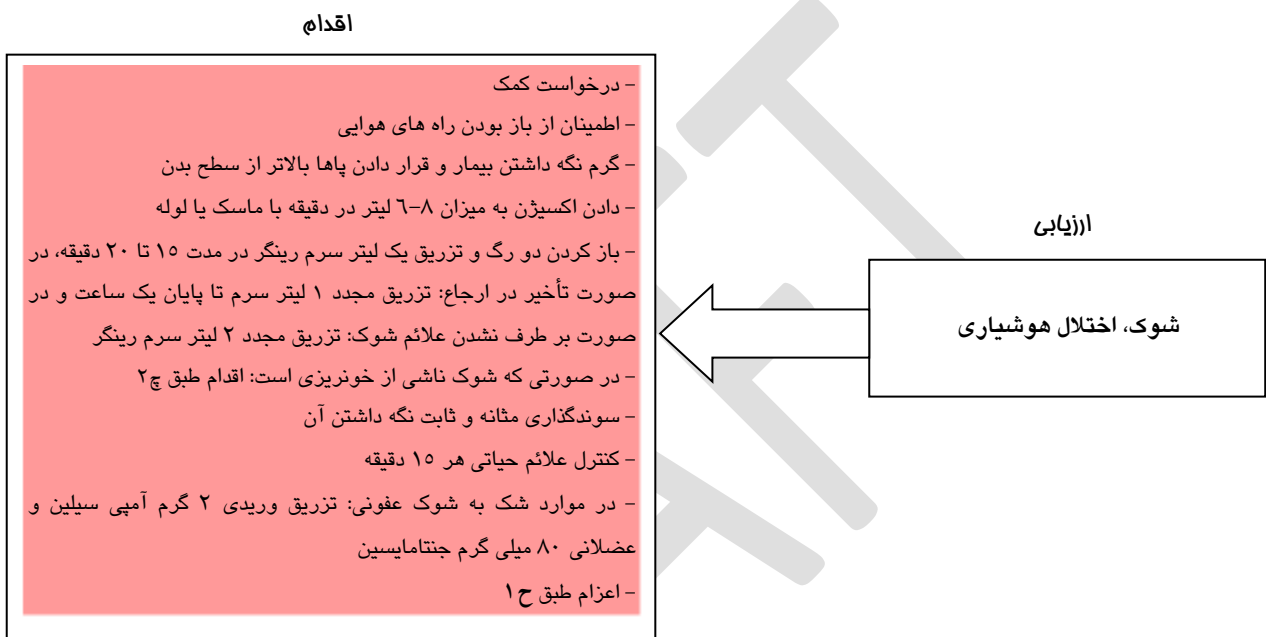
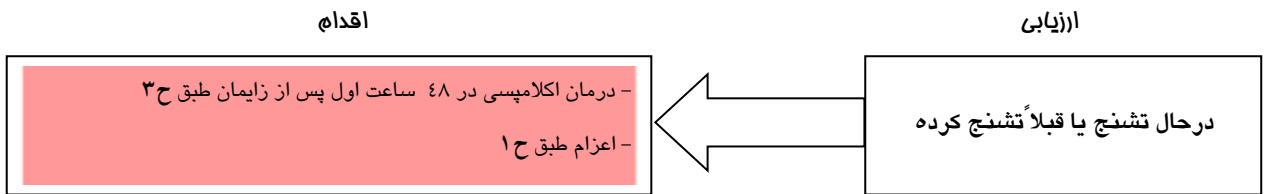


## چ- مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

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

# چ ۱- علائم خطر فوری



## چ ۲- فشار خون بالا

### اقدام

### اقدام

### علائم و تشفیص احتمالی

<ul style="list-style-type: none"> <li>- درمان اکلامپسی طبق ح ۳</li> <li>- اعزام به بیمارستان طبق ح ۱</li> </ul>	<p>فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل فشارخون ۶ هفته پس از زایمان</li> <li>- در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری</li> </ul>	<p>فشارخون دیاستول بیشتر از ۹۰ و کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه</p>
<p>ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان</p>	<p>فشارخون مزمن شناخته شده</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه گیری فشارخون تا ۱۰ روز پس از زایمان</li> <li>- در صورت فشارخون بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه در ۴/۸ ساعت پس از زایمان: درمان دارویی مطابق رژیم دارویی قبل از بارداری</li> <li>- در صورت درمان با متیل دوبا: قطع دارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری</li> <li>- 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 تا ۵ دوز</li> <li>- ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان</li> <li>- ارجاع به متخصص داخلی ۶-۸ هفته پس از زایمان</li> </ul>	<p>پره اکلامپسی در بارداری اخیر</p>

### 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن</li> <li>- تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>باقی ماندن تکه هایی از جفت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>متریت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*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</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹</li> <li>- آموزش علائم خطر (تب، ترشحات عفونی، درد شکم)</li> <li>- در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از ۶ هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>لکه بینی یا خونریزی از هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرنس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت</li> </ul>

### 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 ریپاند 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

#### سئوال کنید:

درد شکم، سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ، لرز، خروج ترشحات چرکی یا بدبو از واژن، خونریزی بیماری دیابت، مصرف داروی های مهار کننده سیستم ایمنی

#### تعیین کنید:

علائم حیاتی، نمایه توده بدنی

#### 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

علائم همراه      تشخیص احتمالی      اقدام

<p>- 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</p>	<p>متریت، آبسه لگن، پیلونفریت</p>	<p>درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری رحمی، درد شکم یا پهلوها</p>
<p>اعزام - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت ۶-۸ ساعت</p>	<p>پره اکلامپسی، ترومبوز ورید مغزی، تومور</p>	<p>سردرد با یا بدون فشارخون بالا، افزایش سر درد با تغییر وضعیت، اختلال بینایی، استفراغ</p>
<p>- ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه</p>	<p>لمس توده دردناک در پریینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پریینه</p>
<p>- توصیه های تغذیه ای، استراحت - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم)</p>	<p>آنمی، عوارض بیهوشی</p>	<p>سر درد به همراه خستگی، استرس و بی خوابی</p>
<p>- تجویز استامینوفن - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p>	<p>اختلال در روند ترمیم محل بخیه</p>	<p>درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و بدون ترشح و تب</p>
<p>تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی</p>	<p>پس درد</p>	<p>درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی</p>
<p>- تجویز کرمهای نرم کننده پوستی موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت</p>	<p>خشکی واژن</p>	<p>درد هنگام مقاربت</p>

### ارزیابی

#### سؤال کنید:

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

#### تعیین کنید:

درجه حرارت، فشارخون، نبض، تنفس

#### معاینه کنید:

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

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

## چ ۵- درد / درد پستان

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

## چ ۵- درد / ساق و ران

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
<p>ارجاع فوری به پزشک</p> <p>اقدام پزشک</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت ۸-۶ ساعت</li> <li>- تجویز ۱ گرم استامینوفن و بی حرکت نگه داشتن عضو مبتلا</li> <li>- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<p>ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی</p>	<p>ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، کبودی اندام، اختلاف بیش از ۳ سانتیمتر ساق/ران دو طرف</p>	<p><b>معاینه کنید:</b> اندامها (رنگ، حرارت عضو، نبض، درد، ورم)</p> <p><b>اندازه گیری کنید:</b> 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 ۲-۳ 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. - اعزام طبق ح ۱
درد زیر دل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان	هماتوم، آبسه و لو، آسیب مجاری ادراری	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و اعزام طبق ح ۱
بی اختیاری مدفوع، بی اختیاری ادرار بدون ارتباط با عطسه و سرفه	آسیب مثانه یا مجاری ادرار، فیستول	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع سریع ادرار، درد زیر شکم	سیستیت	- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز - در صورت عدم بهبود با درمان فوق تا ۴۸ ساعت و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: درمان پیلونفریت و اعزام طبق 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 - ارائه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

### ارزیابی

#### سئوال کنید:

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

#### تعیین کنید:

درجه حرارت

#### معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

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



## چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
علائم حیاتی غیرطبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)	آنمی شدید ناشی از هیپولمی	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت - ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱
حال عمومی نامناسب	بیماری زمینه ای	ارجاع غیر فوری به پزشک
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 - در صورت هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر: <ul style="list-style-type: none"> <li>• تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه</li> <li>• اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین</li> <li>• بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)</li> </ul>

ارزیابی

تعیین کنید:

علائم حیاتی

معاینه کنید:

ملتحمه چشم، مخاط ها

## اقدام پزشک

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
هموگلوبین ۱۰-۷ گرم در دسی لیتر	آنمی متوسط	- 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
حال عمومی نامناسب		

## چ ۸- سایر موارد خطر

عنوان	اقدام
صرع	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو - تاکید به غربالگری سلامت روان و توجه به علائم افسردگی پس از زایمان
سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر	اقدام طبق چ ۲
سابقه دیابت بارداری	- تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ... - غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۴ - درخواست آزمایش FBS و GTT ۷۰ 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
مصرف الکل	منع مصرف در شیردهی
مصرف مواد افیونی و محرک	- آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد در بیمارستان به مدت ۳-۵ روز پس از تولد جهت سم زدایی - آموزش درباره ممنوعیت و پیامدهای قانونی احتمالی دادن مواد یا داروهایی نظیر متادون به نوزاد - آموزش درباره خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در نوزاد - توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین - تشویق به شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین - منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) در شیردهی - در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت - ارجاع غیرفوری به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان
تنگی نفس و تپش قلب	- غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۴ - در صورت درد قفسه سینه: اعزام
ابتلا به ایدز/ HIV+	- منع تغذیه نوزاد با شیر مادر - استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) بلافاصله پس از زایمان - عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها - منع مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین) - تاکید به مراجعه به مرکز درمانی در صورت بروز علائم خطر مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط - تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری
دیاستاز رکتوس	- در صورت فاصله دو عضله راست شکمی بیش از ۲ انگشت: ارجاع غیر فوری - در صورت فاصله داشتن عضله راست شکمی کمتر از ۲ انگشت آموزش موارد زیر به مادر: • 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
سن زیر ۱۸ سال	توجه بیشتر به علائم افسردگی پس از زایمان در هر مراقبت
همسرازاری	ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان

## ح- راهنما

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

## ح ۱- اعزام

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

۱- با مرکز فوریت‌ها تماس بگیرید.

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

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

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

▪ داروهایی مانند اکسی‌توسین، سولفات منیزیوم، فنی‌توین، گلوکونات کلسیم، هیدرالازین، لابتالول، آمپی‌سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...  
و سالیلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، ست سرم، ست زایمان و ...

۵- در موارد نیاز 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، 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 اعزام کنید.

**مراقبت پس از سقط:**

- تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- حمایت عاطفی

- در صورت عدم تمایل به بارداری مشاوره باروری سالم

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

- استراحت نسبی

- تزریق آمپول روگام در مادران Rh- و پدر Rh+

- توصیه به خودداری از مقاربت تا ۲ هفته

- آموزش علائم خطر (تب، خونریزی، درد شکم)

**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 با فشارخون بالا خودداری شود.

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

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

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

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

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

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

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

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

## ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

- ۱- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به 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.
- 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، هیدرالازین 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 منیزیم 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 منیزیم

سولفات منیزیم ۵۰٪
۵ گرم = ۱۰ 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:

#### **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)

**نکته:**

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

## ح ۴- کوراژ

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

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

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

۳- اطمینان از خالی بودن مثانه

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

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

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

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

۶- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده‌ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی‌توسین 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، پارگی‌ها را ترمیم کنید.

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

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

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

## ح ۵- وارونگی رحم

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

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

الف) در صورتی که جفت جدا شده است: با کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، قله رحم را به طرف بالا فشار داده و رحم را به جای اول برگردانید. پس از اطمینان از قرار گرفتن رحم در محل اصلی، ۲۰ واحد اکسی‌توسین 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 ارگومترین (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 نگرفت، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را اعزام کنید. (طبق ح ۱)

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

## ح ۶- مکمل‌های دارویی

**بارداری:**

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود.

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

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

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

**پس از زایمان:**

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

## ح ۷- توصیه‌های بهداشتی در بارداری

موارد زیر توصیه می‌شود:

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 وعده‌های 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

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

کرامپ یا: استفاده از کیسه آب گرم، ماساژ یخ، تمرین های کششی منظم، مصرف بیشتر مایعات

درد پشت و درد های لگنی: پوشیدن کفش با پاشنه کوتاه، نشستن بر روی صندلی هایی که پستی 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 مخصوص

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: شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع

محل بخیه)، خودداری از مقاربت تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان).

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 مواجهه با دود سیگار

## ح ۱۰- مشاوره باروری سالم



## ح ۱۱ - مصرف داروها در بارداری

داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:

- |   |  |
|---|--|
| - ACE inhibitors (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) | - Methotrexate                                 |
| - Androgens   | - Misoprostol (به جز در موارد ختم بارداری)     |
| - A-II antagonists (Angiotensin II receptor antagonists)    | - Penicillamine                                |
| - Carbamazepine (سه ماهه اول بارداری)                       | - Phenytoin (به جز در موارد تشنج)              |
| - Cyclophosphamide  | - Radioactive iodine                           |
| - Diethylstilbestrol (DES)                                  | - Streptomycin                                 |
| - Ethanol   | - Tamoxifen                                    |
| - Isotretinoin  | - Tetracycline                                 |
| - Kanamycin   | - Thalidomide                                  |
| - Lithium   | - Trimethadione & paramethadione (سه ماهه اول) |
| - Methimazole   | - Valproic acid                                |

## ح ۱۲ - مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

- ۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و ...)، بروموکریپتین، فنیل دیون، لیتیوم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین (PGF) است.
- ۲- موارد منع شیردهی در مصرف کنندگان مواد عبارتند از:
  - مادران مصرف کننده فعال مواد افیونی نباید به نوزاد خود شیر بدهند، زیرا مورفین در شیر ترشح شده و می تواند منجر به آپنه تنفسی در نوزاد شود.
  - مادران که مصرف روزانه 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 تا 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 بی خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود.

۳- مواد رادیواکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج

نکته: مصرف متوتروکسات به صورت یک روز در هفته برای درمان آرتريت روماتوئید مادر، منع شیردهی ندارد، فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت به فرزندش شیر ندهد.

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

- |                       |              |             |
|-----------------------|--------------|-------------|
| - آمینوسالیسیلیک اسید | - آنتولول    | - پیریمیدون |
| - سولفاسالازین        | - کلامستین   |             |
| - آسپیرین (سالیسیلات) | - فنوباریتال |             |

## ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری

- ♦ در بسیاری از موارد، خطر ناشی از اختلال های روانی (افسردگی و جنون) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روان پزشکی است.
- ♦ اگر خانمی تحت درمان با داروهای روان گردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روان پزشک مراجعه کند. در این موارد، لازم نیست در مادر احساس گناه ایجاد کنید و یا او را وادار به سقط نمایید.
- ♦ پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روان گردان در بارداری بی خطر است، غیر ممکن است.
- ♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.
- ♦ در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود. (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی)
- ♦ بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده، قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو، ضروری است.
- ♦ با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روان پزشک، داروی روان گردان را تجویز نمایند.
- ♦ تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است.
- ♦ مادر باردار وابسته به مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست آپیوئیدی را برای زایمان در بیمارستان تشویق و حمایت شوند. نوزادان متولد شده از این مادران باید تا ۵ روز بعد از زایمان در بیمارستان از نظر بروز نشانه های سندرم پرهیز نوزادی تحت نظر باشند تا در صورت بروز و تشدید علائم درمان دارویی مورد نیاز آرایه شود.
- ♦ چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.
- ♦ درمان استاندارد وابستگی به مواد 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 پایین تر سندرم محرومیت نوزادی همراه است.
- نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده مواد افیونی غیرقانونی و درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی دچار علائم سندرم پرهیز یا محرومیت نوزادی شوند. شروع علائم برای مواد افیونی کوتاه اثر همچون تریاک و هروئین در روز اول بعد از تولد و برای داروهای آپیوئیدی طولانی اثر همچون متادون و بوپرنورفین در روزهای دوم و سوم خواهد بود.
- نشانه های این سندرم شامل گریه جیغ مانند و طولانی مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک ریزش، بیش فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می شود. به دلیل انگ همراه با مصرف مواد افیونی خصوصاً در زنان، در صورت مواجهه با این علائم در نوزاد تازه متولد شده، باید سندرم محرومیت نوزادی در تشخیص افتراقی در نظر گرفته و ارجاع به پزشک انجام شود.

### داروهای ضد جنون

- ♦ هیچ شاهد قطعی دال بر تراژدیک بودن این داروها وجود ندارد. در سه ماهه اول بارداری، فقط در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند و یا بستری کردن به تنهایی برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.
- ♦ در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالیهای جنینی غیرمحمول است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.
- ♦ با توجه به هیپوتانسین ناشی از داروهای ضد جنون کم قدرت (تیوریدازین و کلروپرومازین)، تجویز داروهای ضد جنون پر قدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.

♦ در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنوتیازینی (پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.

## داروهای ضد افسردگی

### دوران بارداری و شیردهی

♦ افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود، ولی در صورت تمایل مادر به خودکشی، علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید و غیر قابل تحمل و همراه بودن علائم سایکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.

♦ **داروهای سه حلقه ای:** اگر چه تراژونیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمان، سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.

♦ **داروهای مهارکننده مونواکسیداز:** تجویز در بارداری ممنوع است.

♦ **داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین:** تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود.

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

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

♦ بیماری که علائم سایکوز یا افسردگی ندارد، می تواند در مورد نوع درمان تصمیم بگیرد.

♦ در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، اگر طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.

### داروهای ضد مانیا و لیتیم

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

♦ در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.

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

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

♦ در دوران شیردهی، اگر تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.

### بنزودیازپین ها

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

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

## ح ۱۴ - غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان

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

### جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم

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

امتیاز دهی و اقدام

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

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

۵ و بیشتر = خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری

## ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی (در شرایط غیر بستری)

عنوان	امتیاز
<b>عواملی که مربوط به شرایط طبی فرد هستند:</b>	
سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) قبل از بارداری	۳
ابتلا به ترومبوفیلی	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
<b>عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:</b>	
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 فلجیت، ادم، تغییرات پوستی)	۱
<b>عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:</b>	
سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)	۴
دهیدراتاسیون / استفراغ شدید بارداری	۳
زایمان سه بار یا بیشتر ( $\geq 3$ ) صرف نظر از بارداری فعلی	۱
بارداری چندقلویی	۱
بارداری با روشهای کمک باروری IVF / ART (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)	۱
<b>عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالاً قابل برگشت هستند:</b>	
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 ۱۶- 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 سلامت روان (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 هیچ‌وجه
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 هیچ‌وجه
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 هیچ‌وجه
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 هیچ‌وجه
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 هیچ‌وجه
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 هیچ‌وجه

امتیاز	در ۷ روز گذشته:
۳ ۲ ۱ ۰	۸. من احساس غم و افسردگی می‌کنم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) نه چندان زیاد د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۹. آن قدر ناراحت می‌شوم که گریه می‌کنم. (حس افسردگی مرا وادار به گریه می‌کند) الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) بله، گاهی اوقات ج) فقط گاهی د) خیر، به هیچ‌وجه
۳ ۲ ۱ ۰	۱۰. به فکر آسیب‌رساندن به خودم هستم. الف) بله، بیش‌تر اوقات ب) گاهی اوقات ج) خیلی، بندرت د) خیر، به هیچ‌وجه

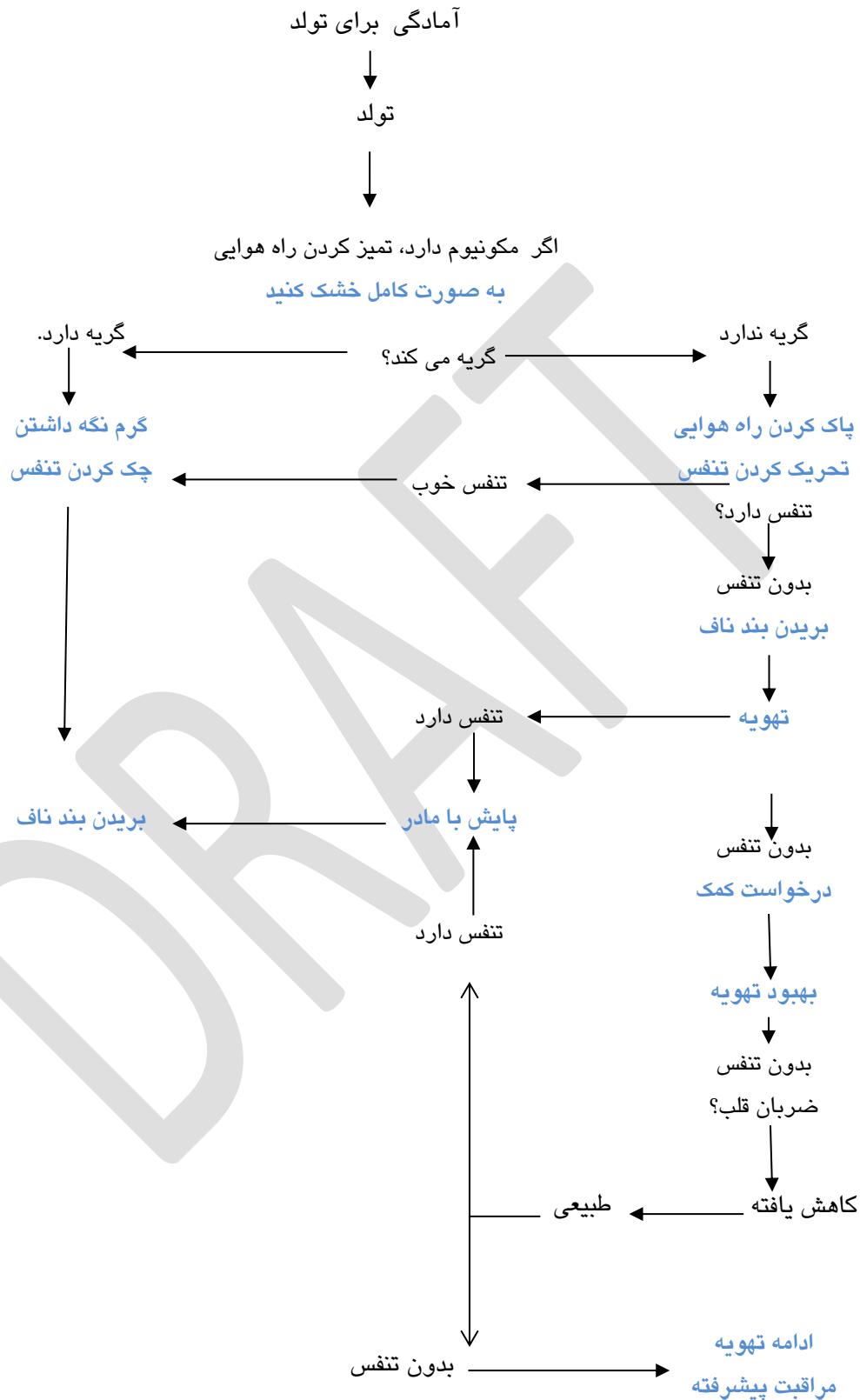
مادرانی که نتیجه آزمون آنها ۱۲ و بالاتر است به افسردگی پس از زایمان دچار هستند. امتیاز ۱۴ و ۱۵ افسردگی شدید است. زنان با برخی از علائم افسردگی (بدون افکار خودکشی) و یا امتیاز بین ۵ تا ۹ باید یک ماه بعد دوباره ارزیابی شوند.



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

DRAFT

# خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد



دقیقه ۱۰ ثانیه

۶۰ ثانیه

# خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد (ادامه)

## تعاریف

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

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

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

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

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

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

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

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

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

## خ ۲- نشانه های خطر

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

### اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

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

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

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

ارزیابی

**تعیین کنید:**

سن بارداری، وزن

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

## خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

اقدام	علائم همراه	تشخیص احتمالی	ارزیابی
ارجاع فوری به بیمارستان (نوزاد نباید گرم نگه داشته شود باید سرد منتقل شود. از پیچیدن پتو به دور نوزاد خودداری کنید)	نمره آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ - احتیاج به عملیات فرا تر از تهویه با فشار مثبت - شلی و تون عضلانی ضعیف - کاهش رفلکس ها	آسیفکسی (خفگی زایمانی)	<b>معاینه کنید:</b> سر و گردن: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی ملاحظه، تورم، توده، فیستول گردن، پرده گردنی، برآمدگی، خون مردگی صورت: شکل غیر قرینه، شکاف کام، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان گوش: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی شکم: ساختمان عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکافوئید شکم، خونریزی ناف ستون فقرات: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو اندام ها و لگن: شکل غیر طبیعی اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو دستگاه ادراری: مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول دستگاه تناسلی: ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها، اندازه غیر طبیعی دستگاه گوارشی: مقعد بسته، فیستول
- ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع) - در صورت باز بودن بافت روی سر، شکم یا پشت، بافت ها را با گاز استریلی که با محلول سالین استریل خیسانده شده است، بپوشانید.	- شکاف کام بزرگ - آترزی کوان دو طرفه - شکم اسکافوئید - گاستروشیزی - امفالوسل - خونریزی ناف - عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول - ابهام تناسلی - مقعد بسته	ناهنجاری شدید	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	- شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها - توده یا تورم - فیستول یا سینوس - محل غیر طبیعی گوش - عروق نافی غیر طبیعی - دررفتگی مادرزادی لگن - وجود توده مو روی ساکروم - مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس) - عدم نزول دو طرفه بیضه ها - اندازه غیر طبیعی آلت	ناهنجاری	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان	تورم و خون مردگی ارگان ها، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها بعد از زایمان بریج، شکل غیر قرینه بینی و صورت	صدمات زایمانی	

## خ ۵- عفونت های موضعی

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

ارزیابی

**تعیین کنید:**

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

## د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)

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

مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

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

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

۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

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

زمان مراقبت های معمول نوزاد

مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان

مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان

مراقبت سوم: روزهای ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان

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

مراقبت از بندناف

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

گرم نگه داشتن نوزاد

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

خواباندن نوزاد

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

مراقبت از چشم

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



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

### تغذیه با شیر مادر:

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

### طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

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

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

#### وزن یا چندقلویی)

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

#### در موارد دو قلویی:

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

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

### حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و نهایتاً اندام ها را لخت کرده و بشوید.

- هیچگاه به صورت نوزاد صابون یا شامپو نزنند. صورت، چشم ها و پشت گوشها را با یک تکه پنبه نرم که در آب گرم مرطوب شده است، تمیز نماید.

- پس از شستشو، نوزاد را کاملاً خشک کنید و لباس گرم و تمیز بپوشانید.

- می توان هفته ای دو بار نوزاد را حمام کرد.

- رطوبت و بخار حمام باید در حدی باشد که تنفس نوزاد را مشکل نکند.

- بلافاصله بعد از شیر خوردن، به علت احتمال برگرداندن شیر، از حمام کردن خودداری نمایید.

- در صورت خشک بودن پوست نوزاد می توان از یک لبه نازک وازلین یا ویتامین A+D استفاده کرد.

در صورتی که بند ناف نیفتاده است:

- نوزاد را با اسفنج یا پارچه نخی تمیز کند.

- از پاک کردن چربی روی پوست نوزاد (ورنیکس) خودداری کند.

### پیشگیری از سوانح و حوادث

- از نگه داری حیوانات در محل زندگی خودداری کند.

- هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.

- نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذارد.

- نوزاد را بالا و پایین نیندازد.

- از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کند.

- محیط نوزاد عاری از دود به خصوص دود سیگار و قلیان و ... باشد.

- نوزاد مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارد.

- در زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشد.

- نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و ...) قرار ندهد.

- نوزاد را در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذارد.

- نوزاد را در جاهای بلند (مانند میز، صندلی و ...) تنها رها نکند.

- ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.

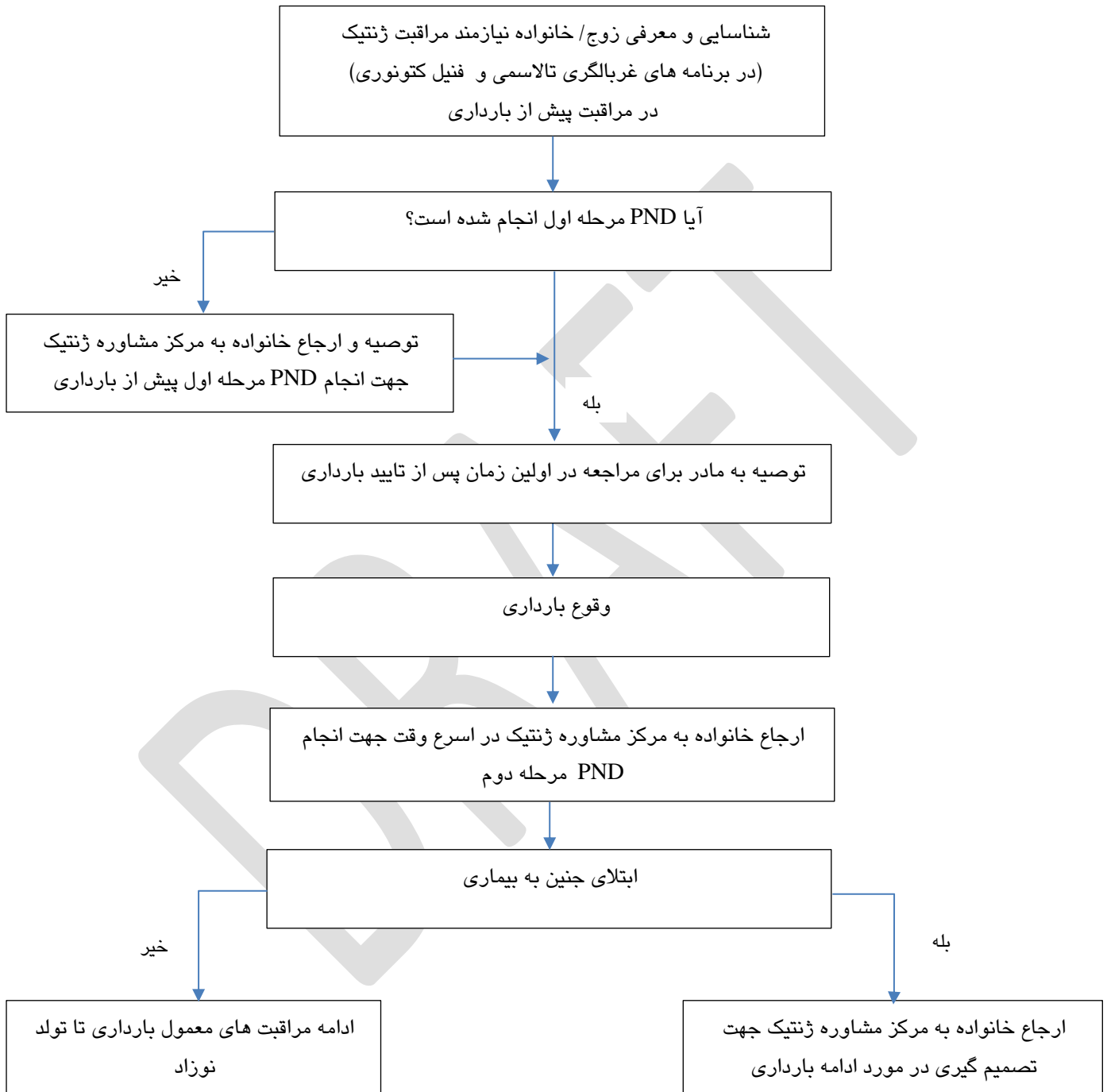
## ضمائم

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

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

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

## ضمیمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک



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

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

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

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

### ضمیمه ۳: محدوده طبیعی آزمایش خون و ادرار

عنوان	پیش از بارداری	سه ماه اول بارداری	سه ماه دوم بارداری	سه ماه سوم بارداری
هموگلوبین	۱۲-۱۵,۸	کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر -۱۳,۹	کمتر از ۱۰,۵ گرم در صد ۹,۷-۱۴,۸	کمتر از ۱۱ گرم درصد ۹,۵-۱۵
هماتوکریت	۳۵,۴-۴۴,۴	کمتر از ۳۳ درصد ۴۱-۳۱	کمتر از ۳۱ درصد ۳۰-۳۹	کمتر از ۳۳ درصد ۲۸-۴۰
پلاکت	۱۶۵۰۰۰-۴۱۵۰۰۰	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار ۱۷۴-۳۹۱	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار ۱۵۵-۴۰۹	کمتر از ۱۵۰ هزار و بیشتر از ۴۰۰ هزار ۱۴۶-۴۲۹
TSH	۰,۳۴-۴,۲۵	کمتر از ۰,۲ و بیش از ۳,۹ $\mu$ U/ml	کمتر از ۰,۲ و بیش از ۴,۱ $\mu$ U/ml	کمتر از ۰,۲ و بیش از ۴,۱ $\mu$ U/ml
MCV	۷۹-۹۳	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر ۸۱-۹۶	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر ۸۲-۹۷	کمتر از ۸۰ و بیش از ۱۰۰ فمتو لیتر ۸۱-۹۹
MCH	۲۷-۳۲	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم ۳۲-۳۰	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم ۳۰-۳۳	کمتر از ۲۷ و بیش از ۳۴ پیکو گرم ۲۹-۳۲
MCHC		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	۷-۲۰	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl ۷-۱۲	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl ۳-۱۳	کمتر از ۸ و بیش از ۲۰ mg/dl ۳-۱۱
creatinin	۰,۵-۰,۹	بالاتر از ۰,۹ mg/dl ۰,۴-۰,۷	بالاتر از ۰,۹ mg/dl ۰,۸-۰,۴	بالاتر از ۰,۹ mg/dl ۰,۹-۰,۴

	۹۲ و بیشتر	۹۳ و بیشتر	۱۱۰	FBS
	ساعت اول: ۱۸۰ و بالاتر ساعت دوم: ۱۵۳ و بالاتر	-		OGTT

### آزمایش ادرار

عنوان	محدوده طبیعی
WBC	۰-۱
RBC	۰-۱
Bacteria	به ندرت
Protein	منفی
Glucose	منفی
Keton	منفی

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

DRAFT