**برنامه كشوري مادري ايمن**

##### مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران

**(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)**

ویژه ماما و پزشک عمومی

**تجديد نظر نهم**

**1402**

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

###### تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، 1402

###### طرح و اجرا:

###### ناشر:

###### نوبت چاپ:

###### تیراژ:

###### شابک:

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

**فهرست**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| آشنايي با مجموعه مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران | **7** |
| جداول راهنماي مراقبت هاي پیش از بارداری، بارداري و پس از زايمان | **11** |
| **الف- مراقبت های پيش از بارداري**  الف1**-** مراقبت پيش از بارداري .........................................................................................................................................................................................................  تعاريف مراقبت پيش از بارداري ........................................................................................................................................................................................................  الف2**-** راهنماي مراقبت پيش از بارداري ........................................................................................................................................................................................  الف3- بیماری ها و ناهنجاری ها ........................................................................................................................................................................................................  الف4- تفسیر نتایج آزمايش هاي پیش از بارداری ......................................................................................................................................................................... | **13**  14  15  18  20  23 |
| **ب- مراقبت های معمول بارداري**  ب1- اولین ملاقات بارداري ................................................................................................................................................................................................................  ب2- مراقبت های نيمه اول (20 هفته اول) بارداری ...................................................................................................................................................................  ب3- مراقبت های نيمه دوم (20 هفته دوم) بارداری ..................................................................................................................................................................  تعاريف مراقبت هاي بارداري ............................................................................................................................................................................................................. | **24**  25  26  27  28 |
| **پ- مراقبت هاي ويژه بارداري**  پ1- علائم نیازمند اقدام فوري (اختلال هوشياري، تشنج، شوك) ............................................................................................................................................  پ2- فشارخون بالا ...............................................................................................................................................................................................................................  پ3- خونريزي/ لكه بيني ..................................................................................................................................................................................................................  پ4- درد (درد شكم/ سر درد/ درد یک طرفه ساق و ران) ..........................................................................................................................................................  پ5- آبريزش/ پارگي كيسه آب ........................................................................................................................................................................................................  پ6- تب ................................................................................................................................................................................................................................................  پ7- تنگي نفس/ تپش قلب/ سرفه .................................................................................................................................................................................................  پ8- مشكلات ادراري- تناسلي ........................................................................................................................................................................................................  پ9- تهوع و استفراغ ..........................................................................................................................................................................................................................  پ10- اختلالات صداي قلب و حركت جنين .................................................................................................................................................................................  پ11- ورم اندام ....................................................................................................................................................................................................................................  پ12- زردي/ رنگ پريدگي................................................................................................................................................................................................................  پ13- ارتفاع رحم نامناسب ...............................................................................................................................................................................................................  پ 14- وزن گيري نامطلوب (کاهش یا افزایش وزن) ..................................................................................................................................................................  پ15- حاملگي طول كشيده ..............................................................................................................................................................................................................  پ16- مشكلات پوستي .....................................................................................................................................................................................................................  پ17- حاملگی چند قلو .....................................................................................................................................................................................................................  پ18- دیابت/ دیابت بارداری ............................................................................................................................................................................................................  پ19- تفسیر نتایج آزمايش و سونوگرافي در بارداری .................................................................................................................................................................  پ20- بيماري و ناهنجاري ها ...........................................................................................................................................................................................................  1: اختلال انعقادي - 2: ايدز - 3: آبله مرغان - 4: آرتريت روماتوئيد - 5: آسم - 6: آنمی فقر آهن - 7: آنمی داسی شکل - 8: بیماری تیروئید- 9: بیماری قلبی- 10: بيماري هاي گوارشي- 11: بيماري هاي مزمن كليه- 12: پرولاكتينوما- 13: پيوند كليه- 14: تالاسمی- 15: ترومبوآمبولي-  16: تورچ- 17: سرخجه – 18: سل- 19: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- 20: صرع- 21: لوپوس- 22: مالتيپل اسكلروزيس- 23: ميگرن- 24: ناهنجاري هاي اسكلتي- 25: ناهنجاري هاي دستگاه تناسلي- 26: هپاتيت | **36**  37  38  39  41  44  45  46  48  49  50  51  52  54  54  55  55  56  57  59  62 |

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| پ21- ساير موارد نیازمند توجه ویژه در بارداري فعلي ...........................................................................................................................................................  1: بارداري همزمان با IUD - 2: بارداري با قرص پروژسترونی، قرص ها و آمپول های ترکیبی- 3: بارداری با TL- 4: بارداری هم زمان با شیردهی- 5: تروما- 6: رفتار پر خطر- 7: شغل سخت و سنگين - 8: سن بارداري نامشخص - 9: مشکلات ژنتیکی- 10: نکات مرتبط با تعداد بارداری- 11: نکات مرتبط با سن مادر- 12: غربالگری اولیه منفی ولی با شک قوی به مصرف مواد - 13: غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات، الکل و مواد - 14: سابقه درمان اختلال مصرف مواد - 15: ناسازگاري های خوني - 16: نمايه توده بدني غير طبيعی  پ22**-** سوابق بارداري و زايمان قبلی .............................................................................................................................................................................................  1:آتوني- 2: پره اكلامپسي- 3: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهي- 4: چند قلويي- 5: ديابت بارداري- 6: زايمان ديررس- 7: زایمان زودرس- 8: سابقه سزارين/ جراحی روی رحم- 9: دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زايي 10: مول کمتر از یک سال، حاملگی نابجا- 11: مرگ نوزاد- 12: نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم- 13- نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم | 66  71 |
| **ت- مراقبت های معمول زايمان و بلافاصله پس از زايمان تا 6 ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی)**  ت1- ارزیابی اولیه زایمان ..................................................................................................................................................................................................................  ت2**-** مراقبت های مرحله اول و دوم زايمان .................................................................................................................................................................................  ت3**-** مراقبت های مرحله سوم و چهارم زايمان .........................................................................................................................................................................  ت4**-** مراقبت های 6 ساعت اول پس از زایمان ...........................................................................................................................................................................  تعاريف مراقبت های زايمان و بلافاصله پس از زايمان ................................................................................................................................................................... | **70**  71  72  73  74  75 |
| **ث- مراقبت هاي ويژه زايمان و بلافاصله پس از زايمان تا6 ساعت اول پس از زایمان**  ث1- علائم نیازمند اقدام فوری (اكلامپسي/ تشنج، شوك، اختلال هوشياري، تنفس مشكل) .............................................................................................  ث2- فشارخون بالا .............................................................................................................................................................................................................................  ث3- خونريزي .....................................................................................................................................................................................................................................  ث4- عدم پيشرفت زايمان ................................................................................................................................................................................................................  ث5- زجر جنين/ دفع مكونيوم .......................................................................................................................................................................................................  ث6- زايمان زودرس/ زايمان ديررس ..............................................................................................................................................................................................  ث7- پارگي كيسه آب ........................................................................................................................................................................................................................  ث8- پرولاپس بندناف ........................................................................................................................................................................................................................  ث9- نمايش غير طبيعي ....................................................................................................................................................................................................................  ث10- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه حين زايمان ...................................................................................................................................................................  1: عدم تناسب سر با لگن- 2: ارهاش منفي- 3: مصرف مواد- 4: اليگوهيدرآمنيوس/ تاخير رشد داخل رحمی- 4: پلي هيدرآمنيوس- 6: تب- 7: تنفس تند- 8: جنين ناهنجار- 9: زایمان پنجم و بیشتر- 10: چندقلویی- 11: بارداری اول- 12: ضايعات ولو- 13: ماكروزومي- 14: مرگ جنين- 15: نمايه توده بدني بيش از 40  ث11- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه بلافاصله پس از زايمان ..................................................................................................................................................  1: احتباس جفت- 2: تب- 3: عدم دفع ادرار در 2 ساعت اول- 4: گذشتن بيش از 12 ساعت از پارگي پرينه- 5: وارونگي رحم- 6: هماتوم  ث12- بيماري ها ................................................................................................................................................................................................................................  1: آسم- 2: آنمي متوسط تا شديد- 3:HIV مثبت- 4: بيماري قلبی- 5: ديابت- 6: سل- 7: سيفليس- 8: صرع- 9: هيپرتيروئيدي 10: هپاتيت/ HBsAg مثبت- 11: هرپس ژنيتال  ث13- سوابق زايمان قبلی .............................................................................................................................................................................................  1:آتوني- 2: جنين ناهنجار- 3: زايمان سخت- 4: زايمان سريع- 5: سزارين يا جراحي رحم- 6: مرده زايي- 7: مرگ نوزاد- 8: نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم و یا وزن بیش از 4000 گرم | **82**  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  94  95  97 |
| ج- مراقبت هاي معمول پس از زايمان (پس از گذشت 6 ساعت اول زایمان تا 6 هفته پس از زایمان) ج1- مراقبت هاي اول و دوم پس از زايمان ...................................................................................................................................................................................  ج2-مراقبت سوم پس از زايمان ........................................................................................................................................................................................................  تعاريف مراقبت های پس از زايمان .................................................................................................................................................................................................. | **98**  99  100  101 |

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| چ- مراقبت هاي ويژه پس از زايمان(پس از گذشت 6 ساعت اول زایمان تا 6 هفته پس از زایمان) چ1- علائم نیازمند اقدام فوری (تشنج، شوك، اختلال هوشياري، تنفس مشكل) ....................................................................................................................  چ2- فشارخون بالا ...............................................................................................................................................................................................................................  چ3- خونريزي/ لكه بيني ....................................................................................................................................................................................................................  چ4- تب .................................................................................................................................................................................................................................................  چ5- درد (درد شکم/ سر درد/ درد پستان/ درد یک طرفه ساق و ران) .....................................................................................................................................  چ6- مشكلات ادراري- تناسلي و اجابت مزاج ................................................................................................................................................................................  چ7- سرگيجه/ رنگ پريدگي .............................................................................................................................................................................................................  چ8- اختلالات روانپزشکی...................................................................................................................................................................................................................  چ9- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه ..............................................................................................................................................................................................  1: ابتلا به ایدز/ HIV+- 2: تنگی نفس و تپش قلب- 3: دیاستاز رکتوس- 4: سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر- 5: سابقه دیابت بارداری- 6: صرع- 7: مصرف الکل - 8: مصرف مواد | **104**  105  106  107  108  109  111  112  113  114 |
| **ح- راهنما**  ح1- اعزام ...............................................................................................................................................................................................................................................  ح2- بررسی منشا خونریزی................................................................................................................................................................................................................  ح3- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی ..........................................................................................................................................................................................  ح4- كوراژ ..............................................................................................................................................................................................................................................  ح5- وارونگي رحم ................................................................................................................................................................................................................................  ح6- مکمل های دارویی .....................................................................................................................................................................................................................  ح7- توصيه هاي بهداشتي در بارداري ............................................................................................................................................................................................  ح8- توصيه هاي بهداشتي پس از زايمان .......................................................................................................................................................................................  ح9- مصرف دخانیات، الکل، مواد در شیردهی...............................................................................................................................................................................  ح10- داروهای روانپزشکی در بارداری.........................................................................................................................................................................................  ح11- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان.........................................................................................................................................................  ح12- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی......................................................................................................................................................................................  ح13-ارزیابی الگوی تغذیه...................................................................................................................................................................................................................  ح16- غربالگری سلامت روان (پس از زایمان) ..............................................................................................................................................................................  ح17- پارتوگراف ................................................................................................................................................................................................................................. | **115**  116  116  117  119  119  120  120  120  121  121  123  124  125  126  128 |
| **ضمائم**  ضمیمه1: فهرست تجهیزات فنی واحد تسهیلات زایمانی ..........................................................................................................................................................  ضمیمه 2:محدوده غیر طبیعی آزمایش خون و محدوده طبیعی آزمایش ادرار........................................................................................................................ | **130**  130  131 |

*ـــــــــــــــــــــــــــتهيه كنندگان اين مجموعه*

* *مسئول طراحي و تدوين :* **اداره سلامت مادران، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس**
* *با تشكر از همكاري:*
  + - دفتر بهبود تغذيه جامعه
    - اداره سلامت دهان و دندان
    - اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی
* اداره سلامت نوزادان
* دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
* *با تشکر از همکاری اساتید و کارشناسان دانشگاه ها:*
  + اصفهان: دکتر الهه زارعان، هیئت علمی و پریناتالوژیست؛ دکتر فریناز فرهبد، هیئت علمی و پریناتالوژیست؛ نادیا رحیمی، کارشناس مسئول مادران؛ دکتر فاطمه محمدی، هیئت علمی مامایی.
  + تبریز: دکتر نیلوفر ستارزاده، هیئت علمی مامایی؛ نسرین فرشباف، کارشناس مسئول مادران.
  + تهران: دکتر اشرف آل یاسین، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر لاله اسلامیان. پریناتالوژیست. دکتر سیده طاهره میر مولایی، هیئت علمی مامایی؛ اعظم السادات نیاکان، کارشناس مسئول مادران.
  + جندی شاپور اهواز: دکتر نهان ناصحی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر زهرا عباسپور، هیئت علمی مامایی؛ دکتر سیمین منتظری، هیئت علمی مامایی؛ دکتر انوشه آبدانان، کارشناس مسئول مادران.
  + زنجان: دکتر عاطفه کاظمی رباطی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر رقیه خرقانی، هیئت علمی مامایی؛ محبوبه اشتری ماهینی، کارشناس مادران.
  + مشهد: دکتر نیره خادم، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر نفیسه ثقفی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ فهیمه فرگاهی، کارشناس مادران؛ مرضیه دباغیان، کارشناس مادران.
  + شیراز: دکتر مریم کسرائیان، هیئت علمی و پریناتالوژیست، دکتر مهناز زرشناس، هیئت علمی مامایی؛ الهام حسامی، کارشناس مسئول مادران.
  + کرمانشاه: دکتر مینا السادات مساوات، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ اکرم شیردل روستایی، کارشناس مسئول مادران.
  + کرمان: دکتر زهره ترابی نژاد، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر منصوره صافی زاده، رییس گروه سلامت مادران؛ عادله دادور، کارشناس مادران؛ دکتر کتایون علیدوستی، هیئت علمی مامایی.
  + مازندران: دکتر ژیلا گنجی، هیئت علمی مامایی؛ معصومه غضنفری، کارشناس مادران.
  + شهید بهشتی: دکتر هاجر عباسی، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ دکتر شهناز ترک زهرانی، هیئت علمی مامایی؛ مریم شهبازی، کارشناس مادران؛ مریم بابلی، کارشناس مادران.
  + ایران: دکتر مریم کاشانیان، هیئت علمی و متخصص زنان و زایمان؛ فریده همایون، کارشناس مادران.
    - همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، بابل، اردبیل، تربت حیدریه، بجنورد، بیرجند، بوشهر، چهارمحال و بختیاری، قم، قزوین، کاشان، کردستان، گراش، گلستان، لارستان، مراغه، هرمزگان، یزد که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.

# همکار گرامي!

مجموعه حاضر به منظور كمك به شما در ارايه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرايط ويژه در دوران پیش از بارداری، بارداري، زايمان و پس از زایمان تهيه گرديده است. حتماً قبل از استفاده از اين مجموعه، قسمت **«آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران»** را مطالعه کنید.

## آشنايي با مجموعه مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران

اين مجموعه شامل: جداول مراقبت هاي پيش از بارداري، بارداري و مراقبت هاي پس از زايمان (مرور كلي و سريع)، مراقبت های پيش از بارداري (بخش الف)، مراقبت هاي معمول بارداري (بخش ب)، مراقبت هاي ويژه بارداري (بخش پ)، مراقبت های معمول حين زايمان و بلافاصله پس از زایمان (بخش ت)، مراقبت هاي ويژه حين و بلافاصله پس از زايمان (بخش ث)، مراقبت هاي معمول پس از زايمان (بخش ج)، مراقبت هاي ويژه پس از زايمان (بخش چ)، راهنما (بخش ح)، ارزیابی نوزاد (بخش خ)، مراقبت از نوزاد (بخش د) و ضمائم است.

🙪 **جداول راهنمای مراقبتهاي پيش از بارداري، بارداري و پس از زايمان** براي مرور کلی و سريع خدماتي است كه از پيش از بارداري تا پس از زايمان به مادر ارایه مي شود. تقسيم بندي خدمات در اين جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به اين معنا كه در هر ملاقات، مراقبت هايي كه در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارايه مي گردد.

🙪 بخش **مراقبت هاي معمول** پیش از بارداری، بارداري، زايمان و پس از زايمان، خدمات استانداردي است كه بايد در هر بار مراقبت براي گيرنده خدمت به ترتیب انجام دهيد. چارت مراقبت هاي معمول (از سمت راست و بالای صفحه) شامل موارد زير است:

**خانه شماره 1-** در هر مراقبت، قبل از هر اقدامي، **علائم نیازمند اقدام فوری**را در مادر ارزيابي كنيد.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1

2

3

4

5

**خانه شماره 2-** در صورت وجود علائم نیازمند اقدام فوري، با توجه به آدرس داده شده، **اقدام** و سپس خانم را ارجاع دهيد. بديهي است در اين مرحله زمان را براي انجام ساير اقدامات مربوط به خانه 3 نبايد از دست دهيد.

**خانه شماره 3-** اگر خانم هيچ يك از علائم نیازمند اقدام فوری را نداشت، با توجه به مطالب مربوط به اين خانه، وي را **ارزيابي** كنيد.

**خانه شماره 4-** با توجه به نتیجه ارزیابی و **علائم و نشانه های** حاصل از ارزيابي، **طبقه بندي** كنيد.

**خانه شماره 5-** پس از طبقه بندی، **اقدام** كنيد.

چنانچه در ارزيابي مراقبتهاي معمول، علامت يا عارضه اي مشاهده کردید كه نياز به مداخله دارد، آن را در بخش مراقبت هاي ويژه پيدا كنيد.

🙪 بخش **مراقبت هاي ويژه** براي ارایه مراقبت هاي مورد نياز مادراني است كه در بارداري، زايمان يا پس زايمان نیازمند توجه ویژه قرار مي گيرند. در اين بخش علائم و عوارض مادر كه نتيجه ارزيابي مراقبت هاي معمول يا شكايت مستقيم مادر است، بررسي مي شود. بيشتر خانمهايي كه خدمات معمول را دريافت مي كنند، سالم هستند و بارداري را به خوبي طي مي كنند. ولي در برخي، ممكن است با توجه به سئوالات و معاينات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غير طبيعي، مشاهده شود كه نياز به مداخله و مراقبت ويژه دارد. بيشتر چارتهاي مراقبت ويژه (از سمت راست و بالای صفحه) از ساختار زير تبعيت مي كند:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1

2

3

4

**خانه شماره 1-** پس از پيدا كردن علامت مورد نظر در عنوان صفحه، موارد مربوط به اين قسمت را ارزيابي كنيد.

**خانه شماره 2-** با توجه به نتيجه ارزيابي (بر اساس همه يا تعدادی از علائم همراه در يك خانه و یا حتی یک علامت همراه اختصاصی) وضعيت خانم را گروه بندي كنيد.

**خانه شماره 3-** با توجه به نتیجه ارزیابی، عارضه يا بيماري را طبقه بندی کنید.

**خانه شماره 4-** اقدام مناسب را در حيطه شرح وظايف خود انجام دهيد. (همكاري پزشك و ماما در ارائه خدمت ویژه به مادر الزامي است.)

**تذکر:** با توجه به اینكه طبقه بندي تعدادي از علائم و بيماري ها با يك عنوان مشترك امكان پذير نمی باشد، اين موارد تحت عنوان «ساير موارد» در بخش های مراقبت ویژه بارداری، زایمان و پس از زایمان طبقه بندي شده است. همچنين براي انجام برخي اقدامات خاص، راهنما نيز تدوين شده است كه در خانه «اقدام» به آنها اشاره شده است. قسمت بيماري ها، سوابق و ساير موارد نیازمند توجه ویژه در بارداري فعلی نيز جزو بخش مراقبت هاي ويژه بارداري محسوب مي شود.

**مفهوم رنگ ها**

در چارت هاي ارايه خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

**الف ـ رنگ قرمز** نشان دهنده شرايطی است كه جان مادر و جنين/ نوزاد را تهديد مي كند و اقدام مناسب اين رنگ **ارجاع فوري يا اعزام** (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اوليه حين اعزام، سريعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوري از مادر بخواهيد بلافاصله به نزديك ترين مركز مجهز درماني مراجعه كند.

نکته 1: در برخی مواقع ممکن است همراهی مامای مرکز الزامی باشد که بر حسب مورد به آن اشاره خواهد شد.

نکته 2: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت مادر به رابط سلامت مادران اعلام گردد.

**ب ـ رنگ زرد** نشان دهنده نياز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر بايد بر حسب نوع عارضه در 48 ساعت اول پس از مراجعه **(ارجاع در اولين فرصت)** و يا حداكثر طي يك هفته (**ارجاع غير فوري)** توسط سطوح تخصصی بررسی و نتيجه آن مشخص گردد.

**پ ـ رنگ سبز** نشان دهنده امكان ارايه خدمت **بدون نياز به ارجاع** به سطوح بالاتر و اقدام خاصی است.

اصول كلي

مطالب زير به عنوان اصول كلي در ارایه خدمات در نظر گرفته شده است:

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

* مراقبت ها و اقدامات تعیین شده در مجموعه می بایست بر اساس شرح وظایف ماما یا پزشک انجام شود.
* علائم نیازمند توجه و مراقبت ویژه در هر مقطعي از بارداري، زايمان و پس از زايمان به مادر، همسر و يا 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 4030، آشنایی با کارشناس رابط سلامت مادران، ...) آموزش داده شود.
* اگر مادر به دلايلي نيازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوري، در اولین فرصت، غير فوري) است، اعزام و ارجاع فوري در اولویت قرار دارد.
  + مادري كه **اعزام یا ارجاع فوري** شده است بايد **حداکثر تا 24 ساعت،** پيگيري شود.
  + **ارجاع در اولین فرصت،** لازم است **از 48 تا 72** **ساعت بعد** پيگيري شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی 72 ساعت به سطح بالاتر مراجعه نكرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.
  + مادري كه **ارجاع غير فوري** شده است**،** مي بايست **پس از يك هفته، پيگيري و وضعيت وي مشخص شود.** اگر مورد ارجاع پس از يك هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نكرد، به مادر و خانواده وي اهميت معاينه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پيگيري شود.
* **در پایگاه سلامت به دلیل نبود دارو، تزریق قبل از اعزام، توسط اورژانس 115 انجام می شود. در صورتی که پزشک خط اول ارائه مراقبت است تزریق قبل از اعزام، در مرکز جامع سلامت انجام می شود.**
* در موارد اعزام، مشاوره و پیگیری های تعیین شده، کارشناس رابط سلامت مادران می بایست از وضعیت مادر مطلع گردد و در صورت نیاز هماهنگی لازم را انجام دهد.
* در مواردی که دسترسی سریع و به موقع به مراکز ارائه خدمت وجود ندارد و مادر با توجه به شرایط مامایی و زایمانی (از هفته 37 بارداری) می بایست در مجاورت بیمارستان اقامت نماید، لازم است مراکز حمایتی و اسکان موجود در منطقه (مطابق دستور عمل طرح اسکان) به وی معرفی شود.
* لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم های مربوط یا پرونده الکترونیک ثبت شود.
* مراجعه جهت دريافت مراقبت هاي بارداري و پس زايمان در تاريخ هاي تعيين شده بايد به مادر و همراهان وی تأكيد شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی **یک هفته** پیگیری شود.
* پسخوراند هاي دريافت شده از سطوح بالاتر، بايد در فرم مراقبت ثبت و پیوست پرونده گردد و یا به صورت الکترونیک ثبت گردد.
* پزشك عمومی و ماما در مناطق روستایی به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذيرش موارد ارجاعي سطوح پايين تر، بر نحوه ارايه خدمت به مادر توسط اين سطوح نيز نظارت كنند.
* دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشك عمومي، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت است.
* به منظور رعایت اصول ارجاع، مواردی که مادر می بایست برای بررسی بیشتر به سطوح تخصصی فرستاده شود لازم است از طریق پزشک مرکز ارجاع شود.
* **توجه داشته باشید استفاده از این مجموعه بدون پیگیری ارجاع های مادر، مؤثر نخواهد بود.**

### پيش از بارداري (الف)

ايجاد تقاضا براي دريافت مراقبت پيش از بارداري در زنان در سنين باروري بايد مورد توجه قرار گيرد. بسیاری از عوامل محیطی، شغلی، طبی، رفتاری مي توانند بر روي مادر و جنين تاثير بگذارند. هدف از مراقبت، کاهش مخاطرات شناسایی شده با استفاده از آموزش، مشاوره و مداخلات لازم است.

تمامی خانم های که تمایل به بارداری دارند می توانند مراقبت پیش از بارداری را دریافت کنند مگر در مواردی که مطابق بسته خدمت مشاوره فرزند آوری، مشمول منع نسبی و مطلق بارداری می شوند.

* در اولین مراجعه خانم، پس از گرفتن شرح حال و ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پزشک بايد 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 تشخيص عارضه يا بيماري، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشك یا ماما تعيين مي شود و لازم است تا زمان كنترل يا بهبود عارضه، بارداري به تعويق افتد.
* در صورتي كه خانم در زمان مراقبت پيش از بارداري، عارضه يا بيماري خاصي ندارد، انجام يك بار مراقبت در سال تا زمان بارداري، کافی است.

**نكته:** اعتبار آزمايش پيش از بارداري يك سال است. در صورتي كه طي اين مدت فرد باردار شد، براي انجام آزمايش نوبت اول بارداري، با توجه به نتايج آزمايش پيش از بارداري، نظر پزشك/ ماما و تاريخ انجام آزمايش، تصميم گيري شود.

#### بارداري (ب)

* مراقبت هاي بارداري پس از مثبت شدن آزمايش بارداري مطابق جدول مراقبت ها ارايه گردد.
* نتيجه آزمايش های بارداري می بایست در فرم مراقبت بارداري، به طور دقیق ثبت شود.
* مراقبت هاي معمول بارداري طي 8 بار ملاقات در دو نيمه اول ودوم بارداري (2 ملاقات در نيمه اول و 6 ملاقات در نيمه دوم) به مادر ارايه مي گردد. زمان ملاقاتهاي معمول بارداري عبارتست از: هفته 6 تا 10، هفته 16 تا20، هفته 24 تا 30، هفته 31 تا 34، هفته 35 تا 37، هفته 38، هفته 39 و هفته 40 بارداري
* زمان ملاقاتهاي مادر بر اساس «هفته بارداري» تعيين شده است كه اين زمان نيز بايد با سن بارداري مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداري از زمان اولين روز آخرين قاعدگي مشخص مي شود و در صورتي كه مادر تاریخ آخرين قاعدگي خود را نمي داند، بايد در اولين فرصت براي تعيين سن بارداري (اندازه ارتفاع رحم، انجام سونوگرافی در 12 هفته اول و ...) اقدام شود.
* در اولین مراجعه مادر باردار در هر هفته بارداری، پس از گرفتن شرح حال اولیه متناسب با هفته بارداری مراقبت ارائه شود.
* در اولین مراجعه مادر باردار، پس از ارائه مراقبت ها توسط ماما، معاینه پزشک بايد انجام شود. در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر(شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در فرم مراقبت بارداری ثبت کند.
* هر زمان كه مشكلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشك يا بهداشتكار دهان و دندان ارجاع داده شود.
* **سه ماهه اول بارداری** را تا پایان هفته 14 بارداری، **سه ماهه دوم** را از هفته 15 تا پایان هفته 28 بارداری و **سه ماهه سوم** را از هفته 29 تا زمان زایمان در نظر گرفته شود.

#### به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زايمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته 20 بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

#### زايمان و بلافاصله پس از زایمان (ت)

* هر مادر بايد براي انجام زايمان در بيمارستان تشويق شود، ولي اگر به هر علتي زايمان در واحد تسهيلات زايماني انجام می گيرد، بايد زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.
* در صورت انجام زايمان در واحد تسهيلات زايماني، مادر و نوزاد بايد حداقل تا 6 ساعت اول پس از زايمان تحت مراقبت قرار گيرند.
* انجام زايمان مادر نیازمند مراقبت ویژه (مطابق بخش مراقبت ويژه زايمان) در واحدهاي تسهيلات زايماني جايز نيست مگر در موارد **زايمان قريب الوقوع** كه در اين صورت حتماً باید از يك پزشك يا مامای ديگر كمك گرفته شود. ابتدا اقدامات اولیه و سپس اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان انجام شود.

**نكته:** زايمان قريب الوقوع یعنی **با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنين، وضعیت جنین، وضعيت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمي، زايمان مادر در مدت زماني كمتر از يك 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 ضدعفوني شود.
* نوزاد بايد 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 بايد **قبل از ترخیص** توسط پزشك طبق **«بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم»** ارزیابی شود.

#### پس از زايمان(ج)

* مراقبت هاي معمول پس از زايمان، طي 3 ملاقات انجام مي شود كه ملاقات اول در روزهاي 1 تا 3، ملاقات دوم در روزهاي 10 تا 15 و ملاقات سوم در روزهاي 30 تا 42 پس از زايمان انجام مي شود.
* برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زايمان در بيمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زايمان محسوب کرد.

**جدول راهنماي مراقبت هاي پیش از بارداری و بارداري (مرور کلی و سریع)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **زمان مراقبت**  **نوع مراقبت** | **پيش از بارداري** | **مراقبت 1**  **هفته 6 تا 10** | **مراقبت 2**  **هفته 16 تا 20** | **مراقبت 3**  **هفته 24 تا 30** | **مراقبت 4 و 5**  **هفته 31 تا 34**  **هفته 35 تا 37** | **مراقبت 6 تا 8**  **هفته 38 تا 40**  **(هر هفته يك مراقبت)** |
| تشكيل پرونده و ارزیابی | - تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداري و زايمان قبلي، بيماري و ناهنجاری، رفتارهاي پر خطر  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد | - تشكيل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداري و زايمان قبلي، بيماري و ناهنجاری، رفتارهاي پر خطر  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد  - ارزیابی تغذیه  - مصرف مکمل هاي غذايي  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری | - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد  -رفتارهاي پر خطر  - مصرف مکمل هاي غذايي | - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - مصرف مکمل هاي غذايي | - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - مصرف مکمل هاي غذايي  - رفتارهاي پر خطر  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد (مراقبت4) | - بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - مصرف مکمل هاي غذايي |
| **معاينه باليني** | - اندازه گيري قد و وزن و تعيين نمايه توده بدني  - علائم حياتي  - معاينه فيزيكي (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام، لگن، رحم و ضمائم) | - اندازه گيري قد و وزن و تعيين نمايه توده بدني  - علائم حياتي  - معاينه فيزيكي (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، اندام) | - اندازه گيري وزن، علائم حياتي  - معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)  - صداي قلب جنين  - ارتفاع رحم | - اندازه گيري وزن، علائم حياتی  - معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)  - صداي قلب جنين  - ارتفاع رحم | - اندازه گيري وزن، علائم حياتي  - معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام)  - صداي قلب جنين  - ارتفاع رحم | - اندازه گيري وزن، علائم حياتي  - معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام)  - صداي قلب جنين  - ارتفاع رحم |
| **آزمايش ها يا بررسي تكميلي** | CBC,TSH, FBS, و HBsAg  پاپ اسمير (در صورت نیاز)، تيتر آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)  HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر) | CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C,BUN, Crea, HBsAg HIV, VDRL ، نوبت اول كومبس غير مستقيم (در مادر Rh منفي پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز،  سونوگرافی بارداری | - سونوگرافي در هفته 16 تا 18 بارداری | CBC, U/A, U/C، نوبت دوم كومبس غير مستقيم (در مادر Rh منفي با همسر Rh مثبت)  OGTT براي افراد غير ديابتيك در هفته 24 تا 28 بارداری | سونوگرافي در هفته 31 تا 34 بارداری، آزمایش HIV در افراد پر خطر رفتاری (در هفته 31 تا 34 بارداری) | ---------- |

**ادامه جدول راهنماي مراقبت هاي پیش از بارداری و بارداري (مرور کلی و سریع)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **زمان مراقبت**  **نوع مراقبت** | **پيش از بارداري** | **مراقبت 1**  **هفته 6 تا 10** | **مراقبت 2**  **هفته 16 تا 20** | **مراقبت 3**  **هفته 24 تا 30** | **مراقبت 4 و 5**  **هفته 31 تا 34**  **هفته 35 تا 37** | **مراقبت 6 تا 8**  **هفته 38 تا 40**  **(هر هفته يك مراقبت)** |
| **آموزش و مشاوره** | - بهداشت فردي، روان، جنسي، دهان و دندان  - تغذيه/ مكمل هاي دارویی  - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد  - تاريخ مراجعه بعدي | - بهداشت فردي، روان، جنسي، دهان و دندان  - تغذيه/ مكمل هاي دارویی  - علائم نیازمند مراقبت ویژه/ شكايت های شايع  - تاريخ مراجعه بعدي | - بهداشت فردي، روان، دهان و دندان  - تغذيه/ مكمل هاي دارویی  - علائم نیازمند مراقبت ویژه/  شكايت های شايع  - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان  - تاريخ مراجعه بعدي | - سلامت روان، جنسي  - تغذيه/ مكمل هاي دارویی  - علائم نیازمند ویژه بارداری  - شكايت های شايع  - شيردهي  توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان  - تاريخ مراجعه بعدي | - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد  - فوايد زايمان طبیعی و ايمن، آمادگي و محل مناسب زايمان  - اصول شيردهي  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان  - مراقبت نوزاد، علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادی  - تاريخ مراجعه بعدي | - سلامت روان  - علائم نیازمند مراقبت ویژه بارداری  - شكايت های شايع  - عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد  - فوايد زايمان طبیعی و ايمن، آمادگي و محل مناسب زايمان  - اصول شيردهي  - مراقبت از نوزاد، علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادی  - تاريخ مراجعه بعدي |
| **مکمل های دارویی** | اسید فولیک همراه با ید | اسید فولیک همراه با ید (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتي ويتامين مينرال (از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری)، ویتامین د (از ابتدا تا پایان بارداری) | | | | |
| **ايمن سازی**  (در صورت نياز) | سرخجه، هپاتيت، توأم | توأم (بهترین زمان 27 تا 36 بارداری)، آنفلوآنزا - ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته 28 تا 34 بارداری (در صورت نياز)  هپاتیت (در صورت نیاز) | | | | |

**جدول راهنماي مراقبت هاي پس از زايمان (مرور کلی و سریع)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| زمان مراقبت **نوع مراقبت** | **مراقبت 1**  **روز های 1 تا 3** | **مراقبت 2**  **روزهای 10 تا 15** | **مراقبت 3**  **روزهای 30 تا 42** |
| تشكيل پرونده و ارزیابی | - مشخصات، وضعیت زایمان  - سوابق بارداری اخیر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض  - مصرف مکمل های دارویی | - بررسي پرونده و آشنايي با وضعيت مادر  - ارزیابی الگوی تغذیه  - غربالگری افسردگی پس از زایمان  - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض  - مصرف مکمل های دارویی | - بررسي پرونده و آشنايي با وضعيت مادر  - علائم نیازمند مراقبت ویژه و عوارض  - غربالگری افسردگی پس از زایمان  - مصرف مکمل های دارویی |
| **معاينه باليني** | - معاينه چشم، پستان ها، شكم (رحم)، اندام ها، محل بخيه ها  - علائم حياتي | - معاينه چشم، پستان ها، شكم (رحم)، اندام ها، محل بخيه ها  - علائم حياتي | - معاينه چشم، دهان و دندان، پستان، شكم (رحم)، اندام ها، محل بخيه ها  - علائم حياتي |
| **آزمايش ها** | ---------------------- | ------------------------- | پاپ اسمير ( در صورت نیاز)  - در مبتلايان به ديابت بارداري:  OGTT, FBS (ناشتا و دو ساعته) |
| **آموزش و مشاوره** | بهداشت فردی، سلامت روان و جنسی، تغذيه و مكمل هاي دارويي، شكايت شايع، نحوه شيردهي و مشكلات آن، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاريخ مراجعه بعدي | بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، تغذيه و مكمل هاي دارویي، شكایت شايع، تداوم شيردهي، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، تاريخ مراجعه بعدی | بهداشت فردی و سلامت روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذيه و مكمل هاي دارويي، شكایت شايع، تداوم شيردهي، علائم نیازمند توجه ویژه مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد |
| **مكمل هاي دارویی** | آهن و مولتي ويتامين مينرال تا 3 ماه پس از زایمان | | |
| **ايمن سازي** | ایمونوگلوبولین ضد دی در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت طی 72 ساعت اول پس از زایمان | | |

**الف- مراقبت پيش از بارداري**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **الف1- مراقبت پيش از بارداري** | **14** |
| **تعاريف مراقبت هاي پيش از بارداري** | **15** |
| **الف2- راهنماي مراقبت پيش از بارداري** | **18** |
| **الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها** | **20** |
| **الف4- تفسير نتايج آزمايش هاي پيش از بارداري** | **23** |

**الف1- مراقبت پيش از بارداري**

|  |
| --- |
| **ارزیابی**  **تشکیل پرونده** و گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری  **اندازه گیری** قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی  **معاینه** چشم، دهان و دندان، پوست، پستان ها، اندام ها، لگن و رحم و ضمائم  **اقدام**  - ایمن سازی  - تجویز اسید فولیک/ اسید فولیک همراه با ید  - درخواست آزمایش و تفسیر آن  - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز  - آموزش و توصیه لازم  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل، مواد  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز  - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت معاینه تیروئید، قلب، ریه  ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و جداول الف 2 تا 4 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.

**نکته1:** 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 2:** در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، آزمایشVDRL را درخواست کنید.

**نکته 3:** تیتر آنتی بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد، درخواست کنید.

نكته 4: آزمايش پاپ اسمير با توجه به دستورعمل كشوري و در صورت نياز انجام شود.

**آموزش و توصیه:** در مورد بهداشت فردی (شیوه زندگی سالم، ایمن سازی، شغل، ورزش،...)، سلامت روان (آرامش و سلامت روان)، سلامت جنسی (روابط جنسي و نكات آن و رفتار های پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، ترمیم دندان استفاده از نخ دندان)، تغذیه و مکمل های غذایی (گروه هاي اصلي غذايي، رعايت تنوع و تعادل در مواد غذايي، مصرف مكمل هاي دارويي و اصلاح وزن)، زمان مناسب بارداری بعدی، مضرات دخانيات، الكل و مواد (بازخورد عوارض مصرف، توصیه به ترك و دریافت خدمات درمانی و مضرات مواجهه با دود سیگار براي مادر و جنين، آموزش نحوه ايجاد محيط عاري از دخانيات) آموزش دهید.

**ایمن سازی:**

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

**واکسن سرخجه**: به علت احتمال ابتلا به سرخجه در دوران بارداري و سندرم سرخجه مادرزادي، توصيه مي 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 تزريق واكسن، بهتر است خانم حداقل تا يك ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری (با نظر پزشک) استفاده کند ولي اگر در این زمان فرد باردار شد، تزريق واكسن سرخجه انديكاسيونی برای ختم بارداري نیست.

**بارداري:**

* **تعداد بارداري:** تعداد بارداري ها بدون در نظر گرفتن نتايج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلويي)
* **تعداد زايمان:** بر اساس تعداد حاملگي ها از هفته 22 و بيشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنين هاي متولد شده محاسبه مي شود. يعني يك زايمان تك قلو يا چند قلو ، زنده يا مرده در تعداد زايمان تغييري بوجود نمي آورد.
* **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته 22 بارداری، يعني تا 21 هفته و 6 روز
* **سقط مکرر:** سقط متوالی 2 بار یا بیشتر
* **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته 22 بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از 21 هفته و 6 روز
* **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن 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 28روز 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 صورتي كه فرد نیاز به پيگيري بيشتر دارد، تعیین کنید.

**نکته:** به خانم یادآور شوید با قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته 6 تا 10 بارداری (اولین ملاقات) شروع شود. تشخيص بارداري مي تواند با آزمايش ادرار، خون و يا سونوگرافي باشد.

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

- تاریخچه اجتماعی: مصرف دخانیات، الکل، مواد، رفتارهای پرخطر، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط و تعداد فرزندان و سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

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

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

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

**شغل سخت و سنگین:**

* کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشند گان، قالي بافان، ...)؛
* بالا بودنحجم فعاليت جسمي بگونه اي كه موجب افزايش ضربان قلب، عرق كردن زياد و خستگي 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 گيري کنید.

* فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتي فشارخون بالا اطلاق مي شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140 ميليمتر جيوه و بالاتر باشد.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت 3-1 دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است. نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.
* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

**غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد:**

درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود: **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام­بخش یا خواب­آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد مخدر افیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک­های ­مت آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، غیره).

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

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

**مکمل های دارویی:** مصرف روزانه 400 میکروگرم اسيد فوليك یا اسید فولیک همراه با 150 میکروگرم ید ترجیحاً 1 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 تیرویید منعی ندارد.

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

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

- بررسي اسكلرا از نظر زردي و ملتحمة چشم از نظر كم خوني

- بررسي پوست از نظر بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تيروئيد و بررسی ندول هاي تيروئيد (حتما توسط پزشک انجام شود)

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

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرينگي، تغييرات پوستي)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگي) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خوني، چركي). اين معاينه مطابق دستورعمل كشوري و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

- بررسي اندامهاي تحتاني از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

- وضعيت ظاهري لگن از نظر تغيير شكلهاي محسوس مانند راشيتيسم، فلج بودن و یا اسكليوزيس بررسی می شود.

- اندام تناسلی به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمائم 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. نمايه توده بدني، وزن (كيلوگرم) تقسيم بر مجذور قد (متر) است.

**مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.**

**الف2- راهنماي مراقبت پيش از بارداري**

**وضعيت فعلي و سوابق تاثير احتمالی بر بارداري اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | اختلالات روانپزشکی (سابقه یا وجود)، | احتمال عود يا تشديد بيماري | - در صورت سابقه افكار آسيب به خود در ماه گذشته یا موارد قابل مديريت توسط خانواده يا پزشك: ارجاع غير فوري به روانپزشك  - در صورت نیاز به آموزش روانشناختی و مداخلات غير دارويي: ارجاع به كارشناس سلامت روان و رفتار |
| 2 | تاخير رشد داخل رحمي، مرده زايي، مرگ نوزاد، حاملگي نابجا | احتمال عود | ارجاع غير فوري به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان |
| 3 | رفتار پرخطر | امكان ابتلا به ايدز، عفونت آمیزشی | مشاوره و آموزش با رویکرد نوین جهت آزمایش HIV مطابق دستور عمل |
| 4 | سابقه مول كمتر از يك سال  سابقه دو بار سقط متوالي يا بيشتر | احتمال عود | ارجاع غير فوري به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان |
| 5 | 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 ترومبوآمبولي در نمايه توده بدني بيش از 30 | **- در نمایه توده بدنی کمتر از 18.5 یا z-score کمتر از 1- :**   * ارائه توصیه های تغذیه ای * ارجاع به پزشک جهت بررسی و پیگیری پس از دو هفته   **- در نمایه توده بدنی بین 25 و 29.9 یا z-score بیشتر از 1 تا 2:**   * آموزش تغذیه   - **در نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از 30 یا z-score بیشتر از 2:**   * ارائه توصیه های تغذیه ای به منظور حفظ وزن در محدوده طبیعی * ارجاع به پزشک |
| 6 | 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 .... |
| 7 | مشکلات دهان و دندان | افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان | - ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندانپزشک  - آموزش بهداشت دهان و دندان |
| 8 | مشکلات ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان | افزايش ميزان سقط، افزايش بروز ناهنجاري هاي جنيني | - ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جهت تایید و اقدام مطابق دستور عمل اداره ژنتیک  - در صورت سابقه NTD در نوزاد/ نوزادان قبلی: تجويز مصرف روزانه 4 ميلي گرم اسيد فوليك 3 ماه پيش از بارداري تا سه ماه اول بارداری |
| 9 | مصرف فعال مواد در مادر و یا همسر  و سابقه سوءرفتار با کودک یا فروش کودک | احتمال سوءرفتار یا فروش کودک در بارداری بعدی | توصیه به استفاده از یک روش مطمئن پیشگیری از بارداری (توسط پزشک) تا زمان تثبیت درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی  ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان و رفتار و در صورت نبود ارجاع به پزشک جهت دریافت حمایت­های روانی، اجتماعی |

**الف2- راهنماي مراقبت پيش از بارداري (ادامه)**

**وضعيت فعلي و سوابق تاثير احتمالی بر بارداري اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10 | مصرف دخانیات در غربالگری اولیه | کاهش رشد داخل رحمی، جفت سرراهی، وزن کم تولد، کندگی جفت، زایمان زودرس، سقط خود به خودی، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد | ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان جهت غربال­گری تکمیلی ادامه فرایند خدمات در غربالگری اولیه، مداخلات کارشناس سلامت روان و پزشک بر اساس بسته خدمت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر یا محرک  در موارد مصرف دخانیات، حتما مادر را تشویق به ترک مصرف دخانیات نموده و سپس برای درمان به پزشک ارجاع شود  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 5 نوبت در فواصل، 1 هفته، 1 ماه، 3 ماه، 6 ماه و 12 ماه بعد از ارجاع بیمار جهت اطمینان از دریافت خدمات درمانی انجام و ثبت شود. |
| 11 | مصرف مواد در غربالگری اولیه | زایمان زودرس، سقط، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، سندرم پرهیز نوزادی، پره­اکلامپسی، دیابت بارداری |
| 12 | مصرف مواد مت آمفتامینی در غربالگری اولیه | تأخیر رشد داخل رحمی، ناهنجاری­های مادرزادی، فشار خون بارداری |
| 13 | مصرف داروهای روانپزشکی آرام­بخش و خواب آور در غربالگری اولیه | استرابیسم، شکاف کام، سندرم پرهیز نوزادی |
| 14 | مصرف الکل در غربالگری اولیه | سندرم طیف الکل جنینی (FASD) |
| 15 | ناهنجاری های احتمالی دستگاه تناسلی | افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |

**الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها**

**عنوان تاثير احتمالی بر بارداري توصيه و اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | آسم | تشديد بيماري در يك سوم بيماري، افزايش احتمال پره اكلامپسي، نوزاد كم وزن، مرگ پره ناتال، زايمان زودرس | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک:**  - ارزیابی عملکرد ريه و شدت بیماری و اجازه به اقدام به بارداری در صورت تثبیت وضعیت فرد |
| 2 | آنمي فقر آهن | احتمال زايمان زودرس، وزن كم هنگام تولد | Hb کمتر gr/dl 12: انداره گیری فریتین  - فریتین کمتر از 30 ng/ml:  توصیه به مصرف روزانه 3 عدد قرص فروس سولفات و 1 میلی گرم قرص اسید فولیک به مدت 4 هفته، سپس ارزیابی مجدد فریتین و در صورت عدم اصلاح فریتین: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  - فریتین 30 ng/mlو بالاتر: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب |
| 3 | آنمي داسي شكل | احتمال ترومبوآمبولي، ترومبوز وريدهاي مغزي، فشارخون حاملگي، پره اكلامپسي، دكولمان جفت، زايمان زودرس، محدوديت رشد جنين، مرگ مادر | - ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک:**  - تاکید به مادر برای عوارض احتمالی بیماری در بارداری  - تجويز اسيد فوليك به ميزان 5 ميلي گرم در روز از 3 ماه قبل از بارداری  - انجام آزمایش های تکمیلی علاوه بر آزمایش معمول: اندازه گیری پروتئین در ادرار 24 ساعته و بررسی عملکرد کلیه، کبد، آنتی بادی اسکرین  - تزریق واکسن پنوموکوک در بیماری احتقانی قلب و کاردیومیوپاتی توسط متخصص عفونی(در این صورت بهتر است 1 ماه بارداری به تعویق بیافتد)  - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی (جهت بررسی عملکرد ریه)  - ارجاع غیر فوری به متخصص قلب و عروق (جهت انجام اکوکاردیوگرافی و بررسی فشار خون شریان ریوی)  - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم (جهت بررسی رتینوپاتی)  - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن  - تاكيد به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداري |
| 4 | اختلال انعقادي | افزايش احتمال خونريزي پس از زايمان، احتمال انتقال بيماري به نوزاد | ارجاع غير فوري به متخصص داخلی |
| 5 | ايدز یا HIV+ | افزايش احتمال سقط، مرده زايي، ابتلا جنين، محدوديت رشد داخل رحمي | ارجاع غير فوري به كارشناس ايدز/ مركز مشاوره بيماري هاي رفتاري |
| 6 | بيماري بافت همبند – لوپوس | احتمال تشديد بيماري، كم خوني، پره اكلامپسي، ديابت بارداري، زايمان زودرس، محدوديت رشد جنين، آمبولي ريه، مرگ مادر، ترومبوآمبولي وريدي، مرگ نوزاد | - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي  - كنترل بيماري حداقل 6 ماه قبل از باردار شدن |
| 7 | بيماري بافت همبند - آرتريت روماتوئيد | بهبود نسبي در بارداري، احتمال عود بيماري 3 ماه پس از زايمان | ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| 8 | بيماري تيروئيد- پركاري | افزايش پره اكلامپسي، مرده زايي، تاخير رشد جنين، نارسايي قلبي، زايمان زودرس | ارجاع در اولين فرصت به متخصص داخلي- غدد |
| 9 | بيماري تيروئيد - كم كاري | افزايش احتمال سقط، پره اكلامپسي، دكلمان، تولد نوزاد كم وزن | ارجاع غيرفوري به متخصص داخلی- غدد |

**الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها (ادامه)**

**عنوان تاثير احتمالی بر بارداري توصيه و اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10 | بيماري قلبي | افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، تاخير رشد داخل رحمي، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبي جنین، مرگ مادر در کلاس 3و 4 بیماری قلبی، آیزن منگر، سندرم مارفان | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک:**  - ارجاع در اولين فرصت به متخصص قلب و ارزیابی از نظر امکان بارداری  - تاکید بر ممنوعیت بارداری در موارد سندرم مارفان، آيزن منگر يا كلاس3 و 4 قلبي  - تزریق واکسن پنوموکوک (در این صورت بهتر است 1 ماه بارداری به تعویق بیافتد)  - تاكيد به دريافت منظم مراقبت هاي بارداري |
| 11 | بيماري گوارشي | بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران 3 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 جراحي معده: ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| 12 | بيماري مزمن كليه (حداقل 3 ماه طول كشيده باشد) | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک:**  - كنترل ميزان فشارخون و پروتئين ادرار  - در صورت اختلال شديد عملكرد كليه و نياز به دياليز: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی |
| 13 | پيوند كليه | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک:**  - توصيه به بارداري حداقل 2 سال بعد از پيوند و وضعيت سلامتي عمومي مطلوب  - بررسي عملكرد كليه، ميزان كراتينين (كمتر از 2 و ترجيحاً كمتر از 5/1 ميلي گرم در دسي ليتر)  - بررسي پروتئين ادرار  - تاكيد به كنترل فشارخون  - توجه به بروز عفونت هاي مختلف و درمان مناسب  -ارجاع به متخصص داخلی غير فوري در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از موارد فوق |
| 14 | تالاسمي مینور | بارداري بدون عارضه خاصي طي مي شود | - تجويز اسید فولیک و بررسي همسر از نظر تالاسمي (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت MCV کمتر از 80 و یا MCH کمتر از 27 همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک مشاوره ژنتیک |
| 15 | ترومبوفيلي شناخته شده | افزايش بروز ترومبوآمبولي، سقط | ارجاع غيرفوري به متخصص داخلی جهت ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي و شروع دارو در صورت نياز |
| 16 | دیایت | احتمال افزايش هيپو گليسمي، فشارخون حاملگي، پره اكلامپسي، سقط، زايمان زودرس، عفونت، پلي هيدرآمنيوس، ناهنجاري جنيني، مرگ جنين، ماکروزومی، زایمان سخت | - اخذ شرح حال بيماري و مدت و نوع درمان  - توصیه به تاخیر بارداري تا طبيعي شدن قند خون و هموگلوبین A1c، )حد طبیعی A1c کمتر از 6.5 درصد و قند دو ساعت بعد از غذا کمتر از 155 gr/dl در بیمار دیابتی)  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك به ميزان 1 ميلي گرم در روز از 1 ماه قبل از بارداری تا سه ماه اول بارداری  - آموزش جهت: كنترل دقيق قند خون، کنترل وزن، برنامه ي غذایی، ورزش و فعالیتهاي بدنی، ترك مصرف دخانیات  - توصیه به مصرف داروهاي تجویز شده  - ارجاع به پزشک مرکز |

**الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها (ادامه)**

**عنوان تاثير احتمالی بر بارداري توصيه و اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | دیابت (ادامه) |  | **اقدام پزشک**:  - در خواست آزمایشات كراتينين سرم، پروتئين ادرار، تست هاي عملكرد تيروئيد  - مواردي که باید در مراقبت 3 ماهه بررسی شود:   * آزمایش قند خون ناشتا، 2 ساعت پس از صرف غذا و HbA1c * اندازه گیري فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و تعداد نبض * اندازه گیري وزن و تعیین نمایه توده بدنی * معاینه اندام تحتانی * پرسش و معاینه درباره نوروپاتی (طبق متن آموزشی) * پرسش درباره علایم بیماري عروق کرونر (طبق متن آموزشی) * پرسش درباره نحوه درمان دارویی، فعالیت بدنی، حفظ وزن، رژیم غذایی صحیح   - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد جهت بررسی شدت بیماری  - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم برای بررسی رتینوپاتی  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب |
| 17 | سرطان پستان | احتمال پیشرفت بیماری | -ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی  - به تاخير انداختن بارداري تا 2 سال پس از تكميل درمان |
| 18 | سل | افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک**:  - به تاخير انداختن بارداري تا تكميل درمان  - درمان مطابق راهنمای کشوری مبارزه با سل |
| 19 | صرع | افزايش احتمال ناهنجاري مادرزادي جنين | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک**:  - ارجاع غير فوري به متخصص مغز و اعصاب براي تنظيم دارو مناسب بارداری و مشاوره با متخصص زنان پس از دریافت پسخوراند  - تاكيد به لزوم ادامه درمان در بارداري (با توجه به عبور داروهای کاربامازپین یا والپورات از جفت، این دارو ها در خط اول درمان در زنان متقاضی بارداری نیستند)  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك به ميزان 1 میلی گرم در روز حداقل يك ماه قبل از بارداري تا سه ماه اول بارداری (در صورت مصرف کاربامازپین یا والپورات4 ميلي گرم) |
| 20 | فشارخون مزمن | احتمال بروز فشارخون بارداري، پره اكلامپسي، نارسايي قلب، زايمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت، اختلال رشد جنین | ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز  **اقدام پزشک**:  - ارزیابی عملکرد کلیه  - کنترل دقیق فشارخون و بررسی تعداد و نوع داروهای مصرفی  - توصیه به مصرف رژیم غذایی کم چرب با تاکید به مصرف سبزی و میوه، مصرف محدود گوشت و ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت نیاز  - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی منظم  - ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص داخلی و مشاوره با متخصص زنان پس از دریافت پسخوراند |
| 21 | فنيل كتونوري | سقط، عقب افتادگي ذهني جنين، بيماري قلبي مادرزادي، محدوديت رشد جنین | ارجاع غير فوري به مرکز مشاوره ژنتیک و متخصص داخلي- غدد |
| 22 | مالتيپل اسكلروزيس | افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد | - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي- اعصاب  - تاکید به تثبیت وضعیت فرد حداقل 3 ماه قبل از اقدام به بارداری |
| 23 | هپاتيت | اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری، انتقال عفونت به جنین | - توصيه به ايمن سازي خانواده  - ارجاع غير فوري به متخصص داخلي یا عفونی |

**الف4- تفسير نتايج آزمايش هاي پيش از بارداري**

**نتايج تشخيص احتمالي اقدام**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر | دیابت آشکار | تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به پزشک |
| قند خون ناشتا 125- 100 میلی گرم در دسی لیتر | پره ديابت | - توصيه به تغذيه مناسب و افزايش فعاليت بدني  - تكرار آزمايش یک ماه بعد |
| هموگلوبین کمتر از 12 گرم درصد  پلاكت غير طبيعي (کمتر از 150000)  MCV کمتر از 80 یا  MCH کمتر از 27 | آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی، لوپوس، ترومبوسیتوپنی | - بررسی علت و درمان برحسب نوع آنمی  - بررسي همسر از نظر تالاسمي (در صورتی که زوجین تحت مراقبت ژنتیک تالاسمی نیستند)، و در صورت MCV کمتر از 80 و یا MCH کمتر از 27 همسر: ارجاع غیر فوری به پزشک مشاوره ژنتیک  پلاکت غیر طبیعی: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی |
| TSH بيشتر از 9/3 IU/mlµ | كم كاري تيروئيد | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي |
| TSH کمتر از 2/0 IU/mlµ | پركاري تيروئيد |
| VDRL مثبت | بیماری مقاربتی  احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر افیونی، جذام، بارداری | انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن ارجاع به پزشک:  - تزریق عضلانی بنزاتین پنی سیلین2400000 واحد یک نوبت (دو تزریق جداگانه در دو محل مختلف) یا پنی سیلین پروکایین 1200000 واحد به مدت 10 روز متوالی  - درمان همسر |
| HIV مثبت | آلودگی به ویروس ایدز | ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری |
| HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر | شک به ابتلا به ویروس ایدز | تکرار آزمایش 3 ماه بعد |
| HBsAgمثبت | هپاتیت ب | - 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 |
| پاپ اسمیر غیرطبیعی | سرویسیت یا کانسر | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخجه (با توجه به محدوده آزمايشگاه) | نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخجه  نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخجه | - در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخجه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردارشدن |

**ب- مراقبت هاي معمول بارداري**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ب1- اولين ملاقات بارداري** | **25** |
| **ب2- مراقبت هاي نيمه اول (20 هفته اول) بارداري** | **26** |
| **ب3- مراقبت هاي نيمه دوم (20 هفته دوم) بارداري** | **27** |
| **تعاريف مراقبت هاي بارداري** | **28** |

**ب1- اولين ملاقات بارداري**

|  |
| --- |
| **ارزیابی**  **تشکیل پرونده** و گرفتن شرح حال: وضعيت بارداري فعلي، تعيين سن بارداري، سوابق بارداری قبلي، ابتلا به بيماري و بررسي 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 **ح13**  - تعیین هفته بارداری و انجام مراقبت مطابق با آن  - **ارجاع غیر فوری به پزشک** جهت معاینه تیروئید، قلب، ریه و گرفتن شرح حال اولیه روانپزشکی  ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود. |

**ب2- مراقبت هاي نيمه اول (20 هفته اول) بارداري**

|  |
| --- |
| **ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری**  در صورت وجود علائم:  -تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج  - اختلال هوشیاری  - شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)  **اقدام مطابق پ 1**  در صورت نبود علائم فوق:  **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، مشكلات دهان و دندان، مصرف مکمل ها و تغذيه، تروما  **اندازه گیری** وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین  **معاینه** چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها  **اقدام**  - درخواست آزمايش نوبت اول در هفته 10- 6 بارداري  - درخواست سونوگرافی در هفته 16 تا 18 بارداری  - تجویز مکمل های دارویی  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان  - ترسیم منحنی وزن گیری  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد  - توصیه و آموزش های لازم  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی  ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود. |

**ب3- مراقبت هاي نيمه دوم (20 هفته دوم) بارداري**

|  |
| --- |
| **ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری**  در صورت وجود علائم:  -تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج  - اختلال هوشیاری  - شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)  **اقدام مطابق پ 1**  در صورت نبود علائم فوق:  **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، مشكلات دهان و دندان، تنگی نفس و تپش قلب، تروما، مصرف مکمل ها و تغذيه  **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 24 تا 30 بارداري  - درخواست سونوگرافی هفته های 31 تا 34 بارداری  - تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی از هفته 28 تا 34 در صورت نیاز  - تجویز مکمل های دارویی  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان  - غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد  - ترسیم منحنی وزن گیری  - ایمن سازی در صورت نیاز  - توصیه و آموزش های لازم  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی و توجه به تاریخ تقریبی زایمان  ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه بارداری می بایست انجام شود. |

**تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)**

**آزمایشهای معمول بارداری:** در **اولین** **ملاقات بارداری** گروه خونی و ارهاش، شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار Creatinin،BUN، HBsAg، HIVو VDRLو در **ملاقات سوم بارداری** (بهتر است در هفته 28-24 انجام شود) شمارش کامل سلول های خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

**نکته 1:** در صورتی که قند خون ناشتا در اولین آزمایش مساوی یا بیشتر از 126 بوده است، نیاز به انجام OGTT نیست و فقط FBS انجام شود.

**نکته 2:** 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 34-31 بارداری انجام می شود.

**نکته 3:** 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 24 تا 30 بارداری است.

**نكته 4:** در صورتي كه خانم در مراقبت پيش از بارداري آزمايش TSHرا انجام نداده است در اولين ملاقات TSH اندازه گيري شود. اعتبار آزمایش های پیش از باردای در صورت طبیعی بودن یک سال است.

**نکته 5:** در صورتی که خانم آزمایش های پیش از بارداری را انجام داده و اعتبار آن پایان نیافته (کمتر از یک سال) است، نتایج آن می تواند جایگزین آزمایش های مشابه در نوبت اول بارداری شود.

**آموزش و توصيه:** طی ملاقات ها متناسب با هفته هاي بارداري موارد زير را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، كار، ورزش، پوشيدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، سلامت روان (تغييرات خلق و خو، روحيات، مسئوليت پذيري همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، سلامت جنسی (روابط جنسي و نكات 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 هاي اصلي غذايي، رعايت تنوع و تعادل در مواد غذايي، مصرف مكمل هاي دارويي)، دخانيات، الکل و مواد (عدم مصرف و ترك آن و مضرات مصرف آن براي مادر و جنين، آموزش درباره شیردهی همزمان با مصرف مواد یا دریافت درمان دارویی)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگي، تهوع و استفراغ صبحگاهي، افزايش ترشحات مهبلي، تغيير خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (لكه بيني، خونريزي، آبريزش، تاري ديد، درد سر دل، تنگي 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، غربالگري و علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزادي، اصول شیردهی، مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

**نكته:** در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه را گوشزد كنيد و مطمئن شويد كه مادر اين علائم را فرا گرفته است.

**اختلال هوشياري:** عدم پاسخگويي مادر به تحريكات وارده (نيشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

**ارتفاع رحم:** در هر ملاقات (از هفته 16 بارداري) با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گيري كنيد و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالي بودن مثانه مطمئن شويد. در هفته 16 بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته 20 بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته 20 تا 34 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 32 تا 36 بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های 36 تا40 در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

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

**ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری:** در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود تشنج، اختلال هوشياري، شوك بررسی کنید. در صورت وجود هر يك، مطابق جدول اقدام كنيد و قبل از انجام مراقبت هاي 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 3 تا 5 انقباض در مدت 10 دقیقه در بازه زمانی 30 دقیقه ای که هر انقباض حدود 40 تا 50 ثانیه طول بکشد.

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

\* **واكسن توأم:** بهترين زمان براي تزريق واكسن توام در مادر باردار كه ايمن سازي كامل ندارد از هفته 27 تا 36 بارداري (4 هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان) است. اگر به هر دليل مراجعه مادر براي دريافت مراقبت ها به تاخير افتاد، بهتر است تزريق واكسن حداقل دو هفته قبل از تاريخ احتمالي زايمان باشد.

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

1- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واكسن توأم **کامل** نیست و حداقل 5 سال یا بیشتر از زمان تزریق گذشته است، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.

2- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واكسن توأم **مشخص** نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، می بایست واکسن توام و 500- 250 واحد تتابولین همزمان و در دو اندام جداگانه تزریق شود.

\* **آنفلوانزا:** به خانم هايي كه در فصل شيوع آنفلوانزا باردار هستند، توصيه مي شود واكسن غير فعال آنفلوانزاي فصلي را دريافت نمايند. تزریق در طول بارداری منعی ندارد.

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

**بارداري:**

* **تعداد بارداري:** تعداد بارداري ها بدون در نظر گرفتن نتايج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلويي). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.
* **تعداد زايمان:** بر اساس تعداد حاملگي ها از هفته 22 و بيشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنين هاي متولد شده محاسبه مي شود. يعني يك زايمان تك قلو يا چند قلو ، زنده يا مرده در تعداد زايمان تغييري بوجود نمي آورد.
* **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته 22 بارداری، يعني تا 21 هفته و 6 روز
* **سقط مکرر:** سقط متوالی 2 بار یا بیشتر
* **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته 22 بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از 21 هفته و 6 روز

## زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از 37 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده يعني تا 36 هفته و 6 روز

## زایمان ديررس: تولد نوزاد پس از 41 هفته كامل بارداري به صورت مرده یا زنده يعني پس از 40 هفته و 6 روز

* **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکیوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
* **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی 3 ساعت یا کمتر انجام شده باشد.
* **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن 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 28روز کامل پس از تولد.

دوره پری ناتال از شروع هفته 22 بارداری تا انتهای روز 28 پس از تولد است.

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

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

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

- نگرش احترام آمیز نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.

- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)

- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می ماند.

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

روش اول: مادر را در وضعيت ليتوتومي قرار داده، اسپكولوم استريل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مايع با یا بدون ورنيكس يا احياناً مكونيوم مشاهده شد، پارگي كيسه آب مسجل است. اگر خروج مايع واضح نيست، از مادر بخواهید سرفه کند یا کمی زور بزند تا خروج مایع مشاهده شود.

روش دوم: درصورت امكان استفاده از نیترازین تست برای تعیین PH است.

روش سوم: يك نوار بهداشتي در اختيار وي قرار داده و پس از يك ساعت آن را بررسي کنید. (مادر بايد قبل از استفاده از نوار بهداشتی، ادرار كند و خود را كاملاً خشك نمايد)

- اگر انقباضات زودرس زایمان وجود دارد، مادر را براي تأئيد پارگي كيسه آب معطل نکنید.

**تاریخ مراجعه بعدی:** تاريخ مراجعه بعدي مادر را بر اساس «هفته» تعيين و يادآوري كنيد.

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

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

**تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی:** در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، ایمونوگلوبولین ضد دی (300 میکرو گرم) را از هفته 28 تا 34 بارداري تزریق کنید.

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV/ ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم های بالای 30 سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک ( پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

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

**تغذيه مناسب:** آنچه در تغذيه مادر باردار اهميت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذايي است. بهترين راه، استفاده از همه گروه هاي اصلي غذايي يعني گروه نان و غلات، گروه ميوه ها، گروه سبزي ها، گروه شير و لبنيات، گروه گوشت، تخم مرغ و گروه حبوبات و مغزدانه 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **گروه‌هاي غذايي** | **واحد‌های مورد نیاز** | | **معادل هر واحد** | **منابع غذایی** |
| **غیر باردار** | **باردار و شیرده** |
| گروه نان و غلات | **11- 6** | **11- 7** | یک کف دست بدون انگشت (معادل 30 گرم) انواع نان‌ها مثل نان بربری، سنگگ و 2 تا تافتون  یا 4 کف دست نان لواش (معادل 30 گرم)  یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته  یا3 عدد بيسكويت ساده بخصوص سبوس‌دار | انواع نان بخصوص نوع سبوس‌دار (سنگگ، نان جو...) نان‌های سنتی سفید (لواش و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشته‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.  نان و غلات سبوس‌دار به دليل تامين فيبر مورد نياز در الويت است. |
| گروه سبزی‌ها | **5-3** | **5-4** | یک لیوان سبزی‌هاي 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 يا هویج خرد شده | این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ريواس و سبزيجات مشابه ديگر است. |
| گروه میوه‌ها | **4- 2** | **4- 3** | یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...)  یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار  یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه  یا یک چهارم لیوان میوه خشک يا خشكبار  یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان | این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است. |
| گروه شیر و لبنیات | **3- 2** | **4- 3** | یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (كمتر از 5/2 درصد)  یا 45 تا 60 گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر)  یا یک چهارم لیوان کشک مايع  یا 2 لیوان دوغ  يا يك و نيم ليوان بستني پاستوريزه | این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است. |
| گروه گوشت، تخم مرغ | **1-2** | **2** | 60 گرم گوشت (یا دو تکه خورشتی) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز يا سفيد (به اندازه سايز دو تکه جوجه کبابی يا دو قوطی کبريت کوچک)  یا نصف ران متوسط یا يك سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا 60 گرم گوشت ماهی پخته شده (كف دست بدون انگشت ) یا دو عدد تخم مرغ | این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) و تخم مرغ است. |
| حبوبات و مغز دانه‌ها | **1** | **1** | نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و تخمه) | 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، هموپتزی، تب، تپش قلب، تاکی پنه، سیانوز، بیقراری، ادم، رنگ پریدگی، ارگانومگالی، وریدهای برجسته گردنی وجود ندارد. این علائم می تواند به دلیل بیماری قلبی یا ریوی یا آنمی باشند.

**حرکت جنین:** معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته های 16 تا 20 احساس می شود و این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته 24 بارداری است. تكامل حركات عمومي بدن جنين 20 تا 30 هفته است و بلوغ حركات تا هفته 36 بارداري ادامه مي يابد. پس از آن حركات جنين كمتر مي شود. بهتر است از مادر بخواهيد در اين هفته ها تعداد حركات جنين خود را در يك ساعت شمارش كند تا الگويي از حركات وي بدست آورد.

**نکته:** تعدادمطلوب حركات جنين وزمان بهينه براي شمارش آن مشخص نشده است. در يك روش احساس 10 حركت در 2 ساعت طبيعي است و در يك روش الگوي حركت جنين كه توسط مادر بدست آمده است ملاك است. اگر اين تعداد معادل يا بيشتر از شمارش پايه قبلي است، اطمينان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته 28 بارداری اهمیت دارد.

**خونريزي:** خروج هر مقدار خون روشن يا تيره 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 37 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

**سن بارداري:** با توجه به تاريخ اولين روز آخرين قاعدگي و اندازه گيري منظم ارتفاع رحم، سن بارداري را تخمين بزنيد.

نكته: براي تعيين سن دقيق حاملگي، در صورتي كه تا هفته 14 بارداري سونوگرافي انجام شود با توجه به خطاي 3 تا 5 روز، گزارش سونوگرافي ملاك تعيين سن بارداري است.

**سونوگرافی:** به طور معمول در هفته 16 تا 18 (از شروع هفته 16 تا قبل از پایان هفته 18 بارداری) و در هفته های 31 تا 34 بارداری، سونوگرافی درخواست مي شود.

سونوگرافی هفته های 16 تا 18 بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، محل جفت، سن بارداری، اندازه های جنینی و بررسی سلامت ظاهری جنین و سونوگرافی هفته های 31 تا 34 بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، محل جفت و اختلالات جفتی درخواست می شود.

**شكايت های شايع:** اين شكايت ها **در نيمه اول** شامل دردناك و حساس شدن پستان ها، تكرر ادرار، خستگي، تهوع و استفراغ صبحگاهي، افزايش بزاق دهان، افزايش ترشحات مهبلي، تغيير خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ويار و **در نيمه دوم** شامل پررنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزايش ترشحات مهبلي، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

اين حالات براي مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاري بدن با تغييرات بارداري است و متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید.

**شغل سخت و سنگین:**

* کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشند گان، قالي بافان، ...)؛
* بالا بودنحجم فعاليت جسمي بگونه اي كه موجب افزايش ضربان قلب، عرق كردن زياد و خستگي 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.

**شوك:** اختلالي در گردش خون بدن كه با علائم حياتي غير طبيعي مشخص مي شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف بیش از 110 بار در دقیقه یا فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند 30 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 28 بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت يك دقيقه كامل به صداي قلب جنين گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشماريد. تعداد طبيعي ضربان قلب 110 تا 160 بار در دقيقه است. قبل از هفته 28 بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

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

* در طول بارداري فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتي فشارخون بالا اطلاق مي شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140ميليمتر جيوه و بالاتر باشد.

**نكاتي كه بايد معاينه شونده رعايت كند:**

* + قبل از اندازه گيري فشارخون فرد 10– 5 دقيقه استراحت كند.
  + پا ها را بر روي زمين يا يك سطح محكم بگذارد. در يك وضعيت آرام بنشيند. دست ها و پاها را روي هم قرار ندهد.
  + بازوي دست فرد بايد طوري قرار گيرد كه تكيه گاه داشته باشد و به طور افقي و هم سطح قلب باشد.
  + 30 دقيقه قبل از گرفتن فشارخون كافئين، الكل و دخانیات مصرف نکرده باشد.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت 3-1 دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر «تب» است.

نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.

* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

علائم نیازمند مراقبت ویژه در بارداری: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

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

**غربالگری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد:**

درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود: **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام­بخش یا خواب­آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد مخدر افیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک­های ­مت آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، 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 دستِ دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته را سوال کنید. **دود دستِ دوم:** دود حاصل از استعمال دخانیات توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می شود. **دود دستِ سوم:** ذرات سمّی ناشی از مصرف دخانیات است که بر روی قسمت های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می گیرند.

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

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

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

**کلاس آمادگی برای زایمان:** این کلاس ها از هفته 20 بارداری به مدت 8 جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین های عصبی- عضلانی، اصلاح وضعیت ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام سازی تشکیل می شود. مادر می تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس ها شرکت کند.

**مانورهای لئوپولد:** مادر را بر روي يك تخت سفت بخوابانيد و مانور هاي لئوپولد را به شرح زير انجام دهید:

**مانور اول:** در این مانور، در كنار تخت بايستید به گونه اي كه 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 طوري كه نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در كنار او بايستید 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 كنار تخت ايستاده 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 پاهاي 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 کاملاٌ وارد لگن می شود. با اين مانور ميزان ورود سر به داخل لگن مشخص مي گردد.

**مراقبت های معمول بارداری:** **تعداد ملاقاتهای** **معمول بارداری 8 بار است که دو ملاقات در نيمه اول بارداري (هفته 6 تا 20) و شش ملاقات در نيمه دوم بارداري (هفته 21 تا40) 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 بارداري: هر مادري در هر سني از بارداري كه مراجعه كند، ابتدا مي بايست اقدامات مربوط به اولين مراقبت بارداري براي وي انجام شود. سپس متناسب با سن بارداري، مراقبت هاي نيمه اول يا دوم بارداري ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت مي شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته 6 تا 10 بارداری، صورت گیرد.
* مراقبت هاي نيمه اول و دوم بارداري: در نيمه اول بارداري (20 هفته اول) دو مراقبت در هفته هاي 10- 6 و 20- 16 و در نيمه دوم در هفته هاي 30- 24، 34-31، 37- 34، 38 ،39 و 40 بايد انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات ها در صورت نبود علائم بالینی نیازمند اقدام فوری انجام می شود شامل: بررسي عوارض بارداري، بررسي نحوه تغذيه مادر، اندازه گيري علائم حياتي، ارتفاع رحم و صداي قلب جنين، معاينه اعضا بدن و تجويز مكمل ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش های لازم است. سپس اقدام بعدي بر اساس نتايج ارزيابي و آزمايش ها انجام مي 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.

**معاينه در ارزيابي معمول:** در هر ملاقات موارد زير را بررسي و در فرم مراقبت ثبت كنيد:

* **چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفيدي چشم را از نظر زردی بررسي كنيد. كم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه كم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و يا كف دست، «رنگ پريدگي شديد» است.
* **پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسي كنيد. ظهور بثورات پوستي ممکن است با تب، خارش، خستگي و آبريزش از بيني همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
* **اندام ها:** ساقپا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسي كنيد.
* **دهان و دندان:** در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه بررسی شود. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

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

- بررسي اسكلرا از نظر زردي و ملتحمة چشم از نظر كم خوني

- بررسي پوست از نظر وجود بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تيروئيد و بررسی وجود ندول هاي تيروئيد (حتما توسط پزشک انجام شود)

- سمع قلب و ريه از نظر سوفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال (حتما توسط پزشک انجام شود)

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرينگي، تغييرات پوستي)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگي) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خوني، چركي). اين معاينه مطابق دستورعمل كشوري و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

- بررسي اندام هاي تحتاني از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

**مکمل هاي دارويي:** در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را تأکید کنید. مكمل هايي كه در بارداري توصيه مي شود:

**اسید فولیک/ اسید فولیک همراه با ید:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه 400 میکروگرم اسید فولیک یا اسید فولیک همراه با 150 میکروگرم ید تجویز شود.

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

**آهن**: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی30 تا 60 میلی گرم آهن المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.

توصیه: بهتر است آهن خوراکی حداقل یک ساعت قبل از غذا و یا دو ساعت بعد از غذا و با معده خالی میل شود. جذب آهن همراه با ویتامین ث بهتر می شود. از مصرف همزمان آن با چای، قهوه و شیر خودداری شود. در صورت عدم تحمل آهن توصیه شود دوز مورد نیاز تقسیم شود و در طول روز مصرف شود و یا با دوز کم شروع و به تدریج افزایش یابد.

**نکته:** در مادران که سابقه سزارین، خونریزی پس از زایمان، چندقلویی، بارداری بیش از 4 بار و نمایه توده بدنی بالای 40 دارند مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب تاکید شود.

**مولتی ویتامین مینرال:** از شروع هفته 16 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 400 میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته 16 تا پایان بارداری نیست.

**ویتامین د**: از ابتدا تا پایان بارداری روزانه 1000 واحد ویتامین د تجویز شود.

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

**نکته1:** نمايه توده بدني پيش از بارداري اهميت دارد ولي در صورتي كه مادر مراقبت پيش از بارداري انجام نداده است، تعیین نمایه توده بدنی در 12 هفته اول بارداری نيز اعتبار دارد.

نكته 2: در صورتي كه به دليل تهوع و استفراغ شديد بارداري، مادر به طور واضح كاهش وزن دارد و يا تفاوت وزن پيش از بارداري با وزن فعلي اختلاف فاحش دارد، ملاك وزن براي محاسبه نمايه توده بدني، وزن مادر در 12 هفته اول بارداري است.

**وزن:** در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گيري و با وزن قبلي مقايسه كنيد. 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 نمايه توده بدني طبیعی، 5/11 تا 16 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** | **وضعيت تغذيه** | **محدوده مجاز افزايش وزن در بارداري (Kg)** |
| كمتر از 5/18 | كم وزن | 18- 5/12 |
| 9/24- 5/18 | طبيعي | 16- 5/11 |
| 9/29- 25 | اضافه وزن | 5/11- 7 |
| بيشتر و مساوي 30 | چاق | 9- 5 |

محدوده مجاز افزایش وزن در بارداری دو قلو:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BMI** | **وضعيت تغذيه** | **محدوده مجاز افزايش وزن در بارداري (Kg)** |
| كمتر از 5/18 | كم وزن | - |
| 9/24- 5/18 | طبيعي | 5/24- 8/16 |
| 9/29- 25 | اضافه وزن | 7/22- 1/14 |
| بيشتر و مساوي 30 | چاق | 1/19- 4/11 |

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

**پ-مراقبت های ویژه بارداری**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **پ1- علائم نیازمند اقدام فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)** | **37** |
| **پ2- فشارخون بالا** | **38** |
| **پ3- خونریزی/ لکه بینی** | **39** |
| **پ4- درد/ درد شکم/ سر درد/ درد یک طرفه ساق و ران** | **41** |
| **پ5- آبریزش/ پارگی کیسه آب** | **44** |
| **پ6- تب** | **45** |
| **پ7- تنگی نفس/ تپش قلب/ سرفه** | **46** |
| **پ8- مشکلات ادراری- تناسلی** | **48** |
| **پ9- تهوع و استفراغ** | **49** |
| **پ10- اختلال صدای قلب و حرکت جنین** | **50** |
| **پ11- ورم اندام** | **51** |
| **پ12- زردی/ رنگ پریدگی** | **52** |
| **پ13- ارتفاع رحم نامناسب** | **54** |
| **پ14- وزن گیری نامناسب** | **54** |
| **پ15- حاملگی طول کشیده** | **55** |
| **پ16- مشکلات پوستی** | **55** |
| **پ17- حاملگی چند قلو** | **56** |
| **پ18- دیابت/ دیابت بارداری** | **57** |
| **پ19- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری** | **59** |
| **پ20- بیماری ها و ناهنجاری ها** | **62** |
| **پ21- سایر موارد نیازمند توجه ویژه در بارداری فعلی** | **66** |
| **پ22- سوابق بارداری و زایمان قبلی** | **69** |

**پ1- علائم بالینی نیازمند اقدام فوری**

سن بارداري

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1** و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر  اقدامات قبل و حین اعزام  - درخواست کمک  - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک  - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان  - خواباندن به پهلوی چپ و گرم نگه داشتن مادر  - باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18– 16 (طوسی یا سبز)  - تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - در صورت شوک عفونی: تزریق 2 گرم آمپی سیلین عضلانی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی | شوک ناشی از خونریزی به علت:  - حاملگی خارج از رحم  - سقط  - جفت سرراهی/ دکلمان  - تروما  شوک عفونی به علت:  - پیلونفریت  - آمنیونیت  - پریتونیت  - سقط عفونی | نیمه اول و دوم بارداری |

اقدام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر  اقدامات قبل و حین اعزام  - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - ساکشن ترشحات حلق  - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان  - خواباندن به پهلوی چپ و گرم نگه داشتن مادر  - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق **ح3** | بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت، مول | نیمه اول بارداری |
| - درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام و همراهی بیمار طبق **ح1** | اکلامپسی | نیمه دوم بارداری |

-اختلال هوشیاری

-در حال تشنج یا قبلا ً تشنج کرده

ارزيابي

اقدام

تشخيص احتمالي

سن بارداري

ارزيابي

**شوک**

فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلی متر جیوه یا نبض بیش از 110 بار در دقیقه

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

**پ2- فشارخون بالا**

**فشارخون سیستول 140 میلی متر جیوه یا بیشتر و یا دیاستول 90 میلی متر جیوه یا بیشتر و یا افزایش فشارخون تدریجی**

**پ3- خونريزي/ لكه بيني**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت فشارخون 110/160 میلی متر جیوه و بالاتر: کاهش فشارخون طبق **ح3** و ارجاع فوری | مول، چندقلویی | سردرد، تهوع و استفراغ شدید | نیمه اول |
| -در صورت بیماری زمینه ای و بدون علائم همراه (سردرد و...): ارجاع غیر فوری به متخصص قلب يا داخلي  - در صورت فشارخون 110/160 میلی متر جیوه و بالاتر: کاهش فشارخون طبق **ح3** و ارجاع فوری | فشارخون مزمن، کریز هیپرتانسیون | فشارخون بالا به تنهایی |
| مشاوره با متخصص زنان و تعیین نحوه ادامه مراقبت | فشارخون بارداري | بروز فشارخون بالا بعد از هفته 20 بارداري بدون پروتئینوری یا علائم پره اکلامپسی | نيمه دوم |
| ارجاع فوری به بیمارستان و هماهنگی با کارشناس رابط سلامت مادران جهت پیگیری مادر | پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا | تشدید فشارخون یا اضافه شدن پروتئینوری **در مبتلایان به فشارخون مزمن** |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1** | پره اکلامپسی | فشارخون سيستوليك مساوي يا بالاتر از 160 و یا دیاستولیک مساوی یا بالاتر از 110 میلی متر جیوه |
| فشارخون کمتر از 110/160 میلی متر جیوه **همراه با** پروتئینوری **یا** سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر |
| - سمع صدای قلب جنین  -آموزش علائم پره اکلامپسی  - توصيه به مادر براي استراحت نسبي  - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگي تا مراقبت بعدی  - در صورت افزايش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سردرد، تاری دید و ...: اقدام مطابق همین پروتکل  - در صورت **فشارخون کمتر از 110/160 و بالاتر از 90/140 میلی متر جیوه بدون علائم همراه**: مشاوره با متخصص زنان و تعیین نحوه ادامه مراقبت **و** در صورت ادامه مراقبت در همان واحد: اقدام فوق | شک به پره اکلامپسی | فشارخون کمتر از 110/160 و بالاتر از 90/140 میلی متر جیوه بدون علائم همراه |
| فشار خون كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه **ولی** افزايش فشارخون سيستوليك به ميزان 30 و یا دياستوليك به ميزان 15 ميلي متر جيوه نسبت به فشارخون پايه **بدون سایر علائم پره اکلامپسی** |

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

فشارخون، سن بارداری، پروتئین ادرار اورژانس در صورت امکان

ارزيابي

سن بارداری

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نیمه اول بارداری** | \*خونریزی شدید، درد شکم | سقط، سقط عفونی، حاملگی خارج از رحم | - اعزام طبق **ح1**  اقدامات حین اعزام:  باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18– 16 (طوسی یا سبز)  - تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - در صورت تب 38 درجه و بالاتر: تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی  گذاشتن اسپکولوم و مشاهده سرویکس:  در صورت مشاهده نسج یا لخته در حال دفع، خارج كردن ماحصل حاملگي با رينگ فورسپس در حد امكان در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، عدم دستکاری داخل رحمی  - پیگیری مادر پس از سقط برای ارائه مراقبت مطابق **ح2** |
| خونریزی کم یا لکه بینی و یکی از علائم زیر:  تندرنس و ریباند شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی **و یا** علایم حیاتی ناپایدار | حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد | - اعزام مادر طبق **ح1**  - اقدامات حین اعزام: باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت |
| لکه بینی و علائم حیاتی پایدار | تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم | -در نظر گرفتن مادر 2 ساعت  - در صورت کم نشدن یا بیشتر شدن خونریزی و یا بدتر شدن علائم حیاتی: اعزام مادر طبق **ح1**  - در صورت کاهش خونریزی: ترخیص مادر و توصیه به مراجعه فوری در صورت افزایش خونریزی  - در صورت مادر Rh-و همسر Rh مثبت تزریق ایمونوگلوبین ضد دی در عرض 72 ساعت اول  - پیگیری 2 روز بعد: در صورت توقف خونریزی ادامه مراقبت های بارداری در غیر این صورت ارزیابی مجدد |

تشخيص احتمالي

علائم همراه

**ارزيابي**

|  |
| --- |
| **سئوال کنید:**  **میزان خونریزی، درد شکم**  **تعیین کنید:**  **سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی**  **معاینه کنید:**  شکم، ارتفاع و تونیسیته رحم |

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

**پ3- خونريزي/ لكه بيني (ادامه)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نیمه دوم بارداری** | \*خونریزی، دردشکم، اختلال صدای قلب جنین، انقباض رحمی، تندرنس و سفتی رحم | جدا شدن زودرس جفت، جفت سر راهی | - عدم معاینه واژینال  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق **ح1** و اقدام حین اعزام:  - در خونریزی شدید، باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18- 16 و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از 30 میلی لیتر در ساعت  - در خونریزی کم یا لکه بینی، باز کردن رگ و تزریق سرم به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت |
| ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل 3 انقباض در 10 دقیقه) | شروع زایمان (ترم یا پره ترم) | سن بارداری زیر 34 هفته:  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از 4 ساعت باشد.  - اعزام به بیمارستان و همراهی مادر  سن بارداری 34 هفته و بالاتر:  معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی):  - دیلاتاسیون سرویکس>= 3 سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر  - دیلاتاسیون کمتر از 3 سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت 2 ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائم نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری 1 هفته بعد |
| خونریزی کم یا لکه بینی | احتمال دکلمان یا جفت سرراهی | - عدم معاینه واژینال در صورت اطمینان از جفت سر راهی  - در نبود جفت سر راهی، معاینه واژینال و بررسی وضعیت زایمانی  - در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و نبود انقباضات رحمی: درخواست سونوگرافی  - در صورت تایید جفت سرراهی: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان |

تشخيص احتمالي

علائم همراه

سن بارداری

اقدام

|  |
| --- |
| **سئوال کنید:**  میزان خونریزی، درد شکم  **تعیین کنید:**  سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی  **معاینه کنید:**  شکم، ارتفاع و تونیسیته رحم |

**ارزيابي**

**پ4- درد/ درد شكم**

**پ4- درد/ درد شكم (ادامه)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام مادر طبق **ح1**  اقدام حین اعزام:  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت. در صورت خونریزی شدید یک لیتر در مدت 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - در صورت تب بیشتر از 38 درجه: تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی | حاملگی خارج از رحم یا سقط، شکم حاد، پارگی رحم یا پارگی اسکار قبلی، سنگ مجاری ادرار، پیلونفریت، آپاندیسیت | \* درد شکم و تندرنس و ریباند شکم، درد پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ، تب و لرز، درد گردن یا شانه، خونریزی یا لکه بینی |
| - عدم معاینه واژینال  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق **ح1** و اقدام حین اعزام:  - باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18- 16 و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از 30 میلی لیتر در ساعت | جدا شدن زودرس جفت (دکلمان) | \* انقباض رحمی، تندرنس و سفتی رحم اختلال صدای قلب جنین  (نیمه دوم بارداری) |
| - اعزام  - در نیمه دوم بارداری: درمان پره اکلامپسی طبق **ح3** | پره اکلامپسی، کبد چرب، TTP، HELLP | درد شکم یا اپی گاستر، تهوع و استفراغ، با یا بدون فشارخون بالا، زردی، سر درد |
| - باز کردن رگ و تزریق نرمال سالین یا رینگر یک لیتر در مدت20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی  - اعزام طبق **ح1** | آمنیونیت | \* پارگی کیسه آب، تب و لرز، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تندرنس رحم، افزایش ضربان قلب جنین و مادر |
| سن بارداری زیر 34 هفته:  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از 4 ساعت باشد.  - اعزام به بیمارستان و همراهی مادر  سن بارداری 34 هفته و بالاتر:  معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی):  - دیلاتاسیون سرویکس>= 3 سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر  - دیلاتاسیون کمتر از 3 سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت 2 ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائمی مانند تب، کاهش حرکت جنین و ... و پیگیری 1 هفته بعد | شروع زایمان (ترم یا پره ترم) | ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل 3 انقباض در 10 دقیقه)  (در نیمه دوم بارداری) |

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

**سئوال 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 تونیسیته رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی

ارزيابي

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| -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 | شروع پره اکلامپسی، شکایت شایع | درد اپی گاستر بدون فشار خون بالا |
| - درخواست آزمايش ادرار و كشت ادرار  - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار 7- 5 روز یا سفالکسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت 7- 5 روز  - در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت  -در خواست آزمايش ادرار و كشت ادرار 7 تا 10 روز پس از درمان و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار  - درخواست آزمایش و کشت ادرار مجدد و در صورت نتیجه مثبت کشت و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | سیستیت | درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، سوزش ادرار |
| ارجاع در اولین فرصت به پزشک  اقدام پزشک  - در صورت اسهال خفیف تا متوسط: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از 3 روز: ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی  -در صورت اسهال شدید و دهیدراتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه گوارشی | دردهای کرامپی، اسهال و استفراغ |

ارزيابي

تشخيص احتمالي

علائم همراه

اقدام

**سئوال کنید:**

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

**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 تونیسیته رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی

**پ4- درد/ سر درد**

**پ4- درد/ درد يك طرفه ساق و ران**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ارجاع فوری به پزشک | ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی | سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام، ورم یک طرفه اندام، اختلاف بیش از 3 سانتیمتر قطر ساق/ ران دو طرف |
| **اقدام پزشک**  - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیراعزام به بیمارستان  - تجویز 1 گرم استامینوفن  - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار  - اعزام طبق **ح1** |

**معاینه کنید:**

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

**اندازه گیری کنید:**

دور ساق یا ران دو طرف

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

سن بارداري، ميزان دقيق فشارخون

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامين در موارد میگرن  - تجويز استامينوفن به ميزان 1000 ميلي گرم هر 6 ساعت و پیگیری مادر و اطلاع به رابط سلامت مادران  - در صورت عدم بهبود پس از 3 روز ارجاع در اولين فرصت به بیمارستان | سردرد تنشي، ميگرن، حاملگي | با يا بدون تهوع و استفراغ | نيمه اول بارداري |
| - اعزام  اقدام قبل از اعزام:  - بازکردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر یک لیتر در 8- 6 ساعت  - در صورت فشارخون سیستولیک مساوی یا بالاتر از 160 و یا دیاستولیک مساوی یا بالاتر از 110 میلی متر جیوه: درمان پره اکلامپسی طبق **ح3** | پره اکلامپسی، ترومبوز سینوس کاورنو، مننژیت | سر درد براي اولين بار يا تجربه بدترين درد در طول عمر (به اظهار مادر) با يا بدون اختلال بينايي، با یا بدون تب و لرز | نيمه دوم بارداري |

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

ارزيابي

**پ5- آبريزش/ پارگي كيسه آب**

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

**سوال کنید :**

دردشكم یا انقباض رحمی

**تعیین کنید:**

سن بارداری، درجه حرارت

**معاینه کنید:**

معاينه با اسپكولوم و تاييد آبريزش، شنیدن صدای قلب جنین، وضعيت انقباضات رحم، معاینه واژینال با دستکش استریل (در صورت دیسترس جنینی یا انقباضات رحمی)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام و همراهي مادر طبق **ح1**  اقدام قبل از اعزام:  - باز كردن رگ و تزريق 1 لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 3-2 ساعت  - دادن اكسيژن به ميزان 8-6 ليتر در دقيقه با ماسك يا کانول بینی  - تزريق 2 گرم آمپي سيلين وريدي و 80 ميلي گرم جنتامايسين عضلاني | آمنیونیت/ شوک سپتیک | تب 38 درجه و بالاتر به همراه یکی از علايم (ضربان قلب بيشتر از100 در دقيقه، FHR بيشتر از 160 بار در دقیقه، تندرنس رحمي و ترشح بدبو) |
| - اعزام و همراهی طبق **ح1**  - باز كردن رگ و تزريق 1 لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 3-2 ساعت  - دادن اكسيژن به ميزان 8-6 ليتر دردقيقه با ماسك  - سمع صداي قلب جنين  - قراردادن مادر در وضعيت مناسب (سجده يا قراردادن بالش در زير 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 700-500 سي سي نرمال سالين به وسیله ست سرم، سپس كلامپ سوند با يك پنس  - بالا دادن عضو پرزانته از طريق دست در واژن و دست ديگر از روي شكم در ناحيه سوپراپوبيك  - تزريق 4 گرم سولفات منيزيوم وريدي در مدت 20-15 دقيقه | پرولاپس بند ناف | اختلال ضربان قلب جنین، مشاهده بندناف در واژن |
| ارجاع فوری به بیمارستان | دفع جنین غیر قابل حیات | حاملگي كمتر از 26 هفته) |
| - ارجاع فوری به بیمارستان  - زایمان قریب الوقوع: اعزام و همراهي مادر طبق **ح1** | زودرس زایمان | سن بارداري 26 تا 37 هفته، انقباض رحمی |
| - ارجاع فوري به بيمارستان  - در صورت زایمان قریب الوقوع: اعزام و همراهي مادر طبق **ح1** | شروع زايمان | سن بارداري 37 هفته و بالاتر |

ارزيابي

**پ6- تب (درجه حرارت 38 درجه سانتی گراد و بالاتر)**

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  اقدامات حین اعزام:  - باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین و 150 میلی گرم کلیندامایسین | مننژیت، سپسیس | \*تب بالای 38 درجه و یکی از علائم:  - تنفس خیلی تند  - سفتی گردن  - خواب آلودگی شدید  - ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن |
| - اعزام طبق **ح1**  اقدامات حین اعزام:  - باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی  - در صورت تنگی نفس: دادن اکسیژن به میزان 8- 6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی | آمنیونیت/ سقط عفونی | \*تب 38 درجه و بالاتر، ترشحات بدبوی واژینال یا پارگی کیسه آب |
| پنومونی | تب بالای 38 درجه، تنگی نفس، درد قفسه سینه |
| عفونت مجاری ادراری فوقانی | تب بالای 38 درجه و یکی از علائم:  - درد پهلو ها  - سوزش ادرار |
| **با بیماری زمینه ای:** ارجاع فوری به پزشک  **اقدام پزشک:** بررسی و مشاوره با متخصص زنان و عفونی برای تصمیم گیری ارجاع به بیمارستان یا مراقبت منزل  **بدون بیماری زمینه ای**  پیگیری و مراقبت در منزل:  -توصیه به مصرف مایعات در حد تحمل با دفع ادرار 6تا 8 بار در روز  -تجویز استامینوفن 500 میلی گرم هر 8 ساعت تا 3 روز  - در صورت عدم بهبود پس از 3 روز يا پيشرفت سريع بيماري با علائمي مانند تنگي نفس، ضعف شديد عضلاني يا اختلال هوشياري: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه تنفسی فوقانی | تب، آبریزش بینی، گلودرد، سرفه، درصد اشباع اکسیژن مساوی یا بیشتر از 95% |
| - 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 3 روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی  - در صورت اسهال شدید، دهیدارتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه گوارشی | اسهال شدید، اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ |

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

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

**ارزيابي**

**سئوال یا مشاهده کنید:**

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

**تعیین کنید:**

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

**پ7- تنگي نفس/ تپش قلب/ سرفه**

(تعداد نبض و تنفس غير طبيعي)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام به بیمارستان  - دادن اکسیژن به میزان 8- 6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی | بیماری های قلبی و تنفسی حاد | تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از 24 بار در دقیقه) |
| ارجاع فوری به پزشک | عفونت دستگاه تنفسی فوقانی | تنگی نفس، تب، آبریزش بینی، گلودرد، سرفه |
| - انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای **ح11** و اقدام مطابق نتیجه غربالگری | کاردیومیوپاتی پری پارتوم | تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ارتوپنه (مشکل تنفس در حالت دراز کشیده)، سرفه غیر قابل توجیه (بیشتر در اواخر بارداری) |
| - ارزیابی هموگلوبین: در صورت هموگلوبین کمتر از 10 گرم در دسی لیتر ارجاع در اولین فرصت به پزشک  - در صورت طبیعی بودن میزان هموگلوبین: آگاهی به مادر در مورد تنگی نفس بارداری و مراجعه در صورت اضافه شدن سایر علائم به آن | 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 **پ12**  - در صورت ضربان قلب بیش از 150 بار در دقیقه یا سرگیجه یا سابقه بیماری قلبی یا نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری به بیمارستان | اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی،  آنمی | تاکی کاردی به تنهایی  (ضربان قلب 100 تا 150 بار در دقیقه) |

ارزيابي

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

علائم حیاتی، تعداد ضربان قلب جنین، میزان هموگلوبین

علائم همراه

تشخيص احتمالي

اقدام

**پ7- تنگي نفس/ تپش قلب/ سرفه (پزشک مرکز)**

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق ح1  - باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر  - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی | آمبولی ریه | تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سیانوز، بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از 30 بار در دقیقه) |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز نگه داشتن رگ با سرم نرمال سالین یا رینگر نرمال سالین یا رینگر و سوند گذاری  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته  - تزریق وریدی 10 تا 20 میلی گرم فوروسماید  - تزریق وریدی مورفین به میزان 5- 10 میلی گرم | ادم حاد ریه | ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از 30 بار در دقیقه)،  بی قراری، تاکی کاردی |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز نگه داشتن رگ با سرم نرمال سالین یا رینگر و سوند گذاری  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته | نارسایی قلب | سوفل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 8- 6 ساعت  - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - تجویز 1 قرص 400 میلی گرمی اریترومایسین | عفونت مجاری تنفسی تحتانی | درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه |
| - در صورت درصد اشباع اکسیژن مساوی و بیشتر از 95%: ارجاع فوری به بیمارستان جهت بررسی بیشتر  - در صورت درصد اشباع اکسیژن کمتر از 95%: ارجاع فوری به بیمارستان تخصصی جهت بستری | عفونت دستگاه تنفسی فوقانی | تنگی نفس، آبریزش بینی، گلودرد، خستگی، سرفه |
| - اندازه گیری هموگلوبین: در صورت هموگلوبین کمتر از 10 گرم در دسی لیتر اقدام طبق **پ12** | آنمی | رنگ پریدگی شدید |
| انجام غربالگری کاردیومیوپاتی طبق راهنمای **ح11** و اقدام مطابق نتیجه غربالگری | کاردیومیوپاتی پری پارتوم | تنگی نفس، تپش قلب، سرفه غیر قابل توجیه (بیشتر در اواخر بارداری) |
| - آموزش شکایات شایع به مادر و اطمینان دادن به مادر و تاکید به مراجعه در صورت اضافه شدن سایر علائم به آن | تنگی نفس بارداری | 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 و درخواست آزمایش های تیروئید و در صورت تأیید بیماری اقدام طبق **پ20**  - بررسی هموگلوبین  - در صورت سرگیجه، نبض نامرتب (آریتمی)، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری | اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی،  آنمی، آریتمی قلبی | تاکی کاردی (ضربان قلب بیش از 100 بار در دقیقه) به تنهایی |

**سئوال کنید:**

سرفه، تنگی نفس، ورم اندامها

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندامها

ارزيابي

**پ8- مشكلات ادراري- تناسلي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 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. | پیلونفریت | تندرنس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ، سوزش ادرار |
| - تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکایین در صورت نیاز  - تجویز آسیکلوویر 400 میلی گرم خوراکی 3 بار در روز به مدت 7 روز  - آموزش سیر بیماری و انتقال آن در زمان زایمان  - در صورت احتباس ادرار: گذاشتن سوند فولی  - در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | هرپس ژنیتال | ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد |
| - درخواست آزمايش ادرار و كشت ادرار  - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار 7-5 روز یا سفالکسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت 7-5 روز  - در صورت عدم پاسخ به درمان، ادامه درمان مطابق نتیجه کشت  -در خواست آزمايش ادرار و كشت ادرار7 تا 10 روز پس از درمان و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار.  - درخواست آزمایش و کشت ادرار مجدد و در صورت نتیجه کشت مثبت و عدم بهبود پس از دو دوره درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان  - در صورت یورتریت کلامیدیایی (عفونت در آزمایش ادرار و کشت منفی): آزیترومایسین 1 گرم تک دوز خوراکی یا تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم خوراکی 3 بار در روز تا 7 روز  - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق **پ6** | سیستیت/ اورتریت | درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، سوزش ادرار |
| - تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته  - ارایه توصیه بهداشتی طبق **ح7** | واژینیت- کاندیدا | ترشحات غلیظ واژینال، بدون بو، پنیری شکل، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی |
| - مترونیدازول به میزان 2 گرم یک دوز خوراکی یا 500 میلی گرم دو بار در روز به مدت 7 روز (توجه به ممنوعیت مترونیدازول در سه ماهه اول بارداری)  - درمان همسر | واژینیت- تریکومونا | ترشحات زرد رنگ بدبو، خارش ولو، قرمزی ولو و واژن |
| تجویز تری کلروراستیک اسید 80% هفته ای یکبار تا محو ضایعه (با گوش پاک کن فقط روی ضایعه گذاشته شود و پس از 15 دقیقه شسته شود) | زگیل تناسلی | زگیل در نواحی واژن، ولو، سرویکس |

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

ناحیه تناسلی (معاینه با اسپکولوم)، شکم و پهلوها

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

ارزيابي

**پ9- تهوع و استفراغ**

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

حال عمومی، درجه حرارت، فشارخون، کاهش وزن در حد 5% وزن بدن، حساسیت شکم، تورگور پوست

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان یک لیتر در 2 تا 3 ساعت  - تزریق عضلانی 25 میلی گرم پرومتازین یا 10 میلی گرم متوکلوپرامید | استفراغ شدید بارداری، مول | کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از 6 بار در 24 ساعت) |
| در صورت استفراغ خونی یا اسهال شدید یا خونی، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد:  - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان یک لیتر در 2 تا 3 ساعت  - در صورت اسهال خفیف تا متوسط: ارجاع در اولین فرصت به پزشک  **اقدام پزشک**: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از 3 روز: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان یا متخصص عفونی | عفونت دستگاه گوارش | \*استفراغ خونی، اسهال، ضعف و بی حالی، تب |
| - اعزام طبق **ح1**  - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3** | 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 غذاییطبق **ح7**  - 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 4 الی 6 ساعت در روز، یا تجویز قرص پرومتازین 25 میلی گرم یا متوکلوپرامید 10 میلی گرم هر 6 ساعت  - در صورت عدم بهبود پس از داروهای فوق: تجویز اندانسترون (بعد از هفته 10 بارداری) به میزان 4 میلی گرم هر 8 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.

**پ10- اختلالات صداي قلب و حركت جنين**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - قرار دادن مادر به پهلوی چپ  - در صورت تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق **پ5** | تاکی کاردی جنینی | تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از 160 بار در دقیقه کامل در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه (بعد از هفته 25 بارداری) | نيمه دوم بارداري\* |
| باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - قرار دادن مادر به پهلوی چپ  - اعزام طبق **ح1** | دیسترس جنینی  (برادی کاردی) | تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از 110 بار در دقیقه در مدت 3 دقیقه یا بیشتر |
| - انجام NST (در صورت امکان) و بررسي آن، در صورت تاييد ارجاع فوری به بیمارستان  - در صورت نبود NST ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان | هیپوکسی | کاهش حرکت جنین |
| ارجاع فوری به بیمارستان | مرگ جنین | شنیده نشدن صدای قلب جنین |

\* ارزیابی سلامت جنین از هفته 28 بارداری به بعد ارزش دارد.

ارزيابي

**سئوال کنید:**

وضعیت حرکت جنین

**تعیین کنید:**

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

معيار تشخيص

**پ11- ورم اندام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اقدام طبق **پ2** | پره اکلامپسی | فشار خون بالا، پروتئینوری | نیمه اول و دوم بارداری |
| ارجاع فوری به پزشک  **اقدام پزشک**  - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان  - تجویز 1 گرم استامینوفن  - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار  - اعزام طبق ح1 | 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 3 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 **پ17** و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط | بیماری های زمینه ای  (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی) | افزایش اوره و کراتینین، سابقه بیماری کلیه |
| سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب |
| بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما |
| زردي، آسيت |
| - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح7**  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده | ورم ساده بارداری | ورم قرینه اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد (بعد از رد بیماری های زمینه ای) |

سن بارداري

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

ارزيابي

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

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

**پ12- زردي/ رنگ پريدگي**

**پ12- زردي/ رنگ پريدگي (پزشک مرکز)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1** | کبد چرب بارداری، سندرم HELLP | زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا |
| ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز | بیماری های خونی و یا عفونی | زردی، خستگی، بی حالی، بی اشتهایی، سابقه بیماری انگلی و عفونی |
| ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز | آنمي سيكل سل | درد شدید بدن، خستگي بیش از حد، تنگي نفس، افزايش نامنظم ضربان قلب، زردي ملتحمه يا پوست |
| درخواست آزمایش هموگلوبین  - **در صورت هموگلوبین کمتر از 7 گرم در دسی لیتر:** ارجاع فوری به بیمارستان  - **در صورت هموگلوبین 10- 7 گرم در دسی لیتر:** ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز  - **در صورت هموگلوبین بیش از 10 و کمتر از 11 گرم در دسی لیتر:**   * تجویز 2 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 |

علائم همراه

تشخيص احتمالي

اقدام

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

وضعیت وزن گیری، علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

چشم (ملتحمه، اسکلرا)

ارزيابي

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

کبد و طحال، چشم (ملتحمه، اسکلرا)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1** | کبد چرب بارداری، سندرم HELLP | زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا |
| ارجاع فوری به بیمارستان | آنمی شدید | هموگلوبین کمتر از 7 گرم در دسی لیتر |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- عفونی | بیماری های خونی و یا عفونی | زردی، بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتهایی، بیماری انگلی و عفونی |
| - بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت  - اقدام طبق **پ20** (بیماری آنمی داسی شکل) | آنمي سيكل سل | زردي ملتحمه يا پوست، درد شدید بدن، خستگي بیش از حد، تنگي نفس، افزايش نامنظم ضربان قلب، ادرار تیره رنگ (رنگ چای) |
| - تجویز 3 عدد قرص آهن در روز (150-200 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 10 -7 گرم در دسی لیتر و علائم حیاتی پایدار |

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

ارزيابي

**پ13- ارتفاع رحم نامناسب**

**سئوال کنید :**

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی

**تعیین کنید:**

سن بارداری، ارتفاع رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - درخواست سونوگرافی  - اقدام مطابق با تشخیص و ارجاع به متخصص زنان | میوم، چندقلویی، پلی هیدرآمنیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگوهیدرآمنیوس | اندازه رحم بیش از 3 هفته با سن بارداری متفاوت است (مثانه خالی باشد). | نيمه اول و دوم بارداري |

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

**پ 14- وزن گيري نامطلوب (كاهش يا افزايش وزن)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اقدام طبق **پ2** | پره اکلامپسی | افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا | نيمه دوم بارداري |
| - بررسي روزانه فشارخون تا يك هفته  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11** | شروع پره اكلامپسي / بيماري قلبي | افزايش وزن ناگهاني (بيش از 1 كيلو گرم در هفته)، با یا بدون ورم |
| - برحسب علل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت شایع بارداری)  - ارجاع در اولین فرصت به پزشک | سوء تغذیه/ اعتیاد/ بیماری زمینه ای | تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، استفراغ، مصرف دخانیات، مواد و الکل، وضعیت اقتصادی اجتماعی نامطلوب، نمایه توده بدنی کمتر از 18/5، شغل سخت و سنگین، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و ...، علائم خلقي و رواني |
| **اقدام پزشک**  - معاینه شکم، قلب، ریه، اندام ها  - بررسی علل سوء تغذیه  - ارزیابی سلامت روان و در صورت وجود علائم اختلال روانپزشکی: ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان  - ارجاع غير فوري به متخصص تغذيه/ کارشناس تغذیه |
| - بررسي وضعيت تغذيه اي مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده  - پیگیری بعد از دو هفته  - در صورت عدم اصلاح وزن گیری: ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از 2 هفته تا یک ماه | تغذيه نامناسب | کاهش یا افزایش وزن نامطلوب |

اقدام

علائم همراه

سن بارداري

تشخيص احتمالي

ارزيابي

**سئوال کنید :**

تغذیه نامناسب، رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، وضعیت اقتصادی اجتماعی، اختلالات روانپزشکی و علائم افسردگی، مصرف دخانیات، مواد و الکل، حجم کار و استراحت روزانه

**تعیین کنید:**

فشارخون، وزن، قد، توجه به نمایه توده بدنی

**پ15- حاملگي طول كشيده**

ارزيابي

معيار تشخيص

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - 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 به بیمارستان | **POST DATE** | عدم انجام زایمان در هفته 40 و یا بالاتر |

**سئوال کنید:**

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی

**تعیین کنید:**

- سن بارداری با توجه به LMP و سونوگرافی 12 هفته اول (در صورت وجود)

- صداي قلب جنين

**پ16- مشكلات پوستي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی یا زنان | بیماری های ویروسی  (احتمالا ًسرخجه) | بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف |
| ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی | بیماری خونی، بیماری پوستی | پتشی، پورپورا، وزیکول، پاپول، پوسچول |
| - درخواست تست های کبدی (ALP, AFP,ALT)  - در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت طبیعی بودن نتایج آزمایش:   * توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده * تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین 25 میلی گرم هر 6 ساعت تا یک هفته) و در صورت عدم بهبود ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | کلستاز بارداری | خارش پوستی به ويژه كف پا (بيشتر در سه ماه سوم بارداري) |

**سئوال کنید:**

آبریزش از بینی، خارش پوست

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

شکل و نوع ضایعه پوستی

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

ارزيابي

**پ17 – حاملگی چند قلو**

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

اقدام

طبقه بندی

تاثیر بر بارداری

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن، ترومبوآمبولي، آنمی، دکلمان، کبد چرب حاملگی | مونو کوریون- مونو آمنیون، مونوکوریون- دی آمنیون، حاملگی بیشتر از دو قلویی | ارجاع یا مشاوره با پریناتالوژیست جهت تعیین تواتر سونوگرافی و ارزیابی سلامت جنین از هفته 16 بارداری  \*در صورت نبود پریناتالوژیست، متخصص زنان متبحر |
| دی کوریون- دی آمنیون | - توصیه به تغذیه مناسب و اجتناب از فعالیت های سنگین  - تجویز قرص آهن 60 تا 100 میلی گرم و قرص اسید فولیک 1 میلی گرم در روز  - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار از هفته 24 تا 36 بارداری و سپس هر هفته تا ختم بارداری  - بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها  - تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)  - تأکید بر انجام سونوگرافی برای تعیین نوع چند قلویی  - ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي طبق راهنمای **ح 13** و ارجاع غير فوري در صورت نياز به درمان  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح 12**  - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری |

ارزيابي

**سئوال کنید:**

سابقه بارداری

**تعیین کنید:**

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

**پ 18– دیابت/ دیابت بارداری**

**تعاریف**

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

دیابت حاملگي: تشخيص دیابت در طي حاملگي كه معمولا در هفته 24-28 بارداری تشخيص داده مي 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

|  |  |
| --- | --- |
| **ماما** | - تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...  - توجه به علائم هیپوگلیسمی\* (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك به ميزان 1 ميلي گرم در روز سه ماه اول بارداری و سپس 400 میکروگرم تا پایان بارداری  -آموزش نحوه اندازه گیری قند خون  - تاكيد به مادر جهت:  - تهيه گلوكومتر  - کنترل قند خون در چهار نوبت (صبح ناشتا و 2 ساعت بعد از هر وعده غذایی) (خود ارزیابی در منزل)  - رعایت رژیم غذایی و ورزش (پياده روي ترجيحا 2 نوبت در روز هر بار 20 دقيقه)  - شمارش حرکات جنین از 28 هفتگی  - ارجاع به پزشک در اولین ملاقات  - کنترل هفتگی فشار خون جهت تشخيص زودرس پره اكلامپسي از هفته 28 بارداری  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11**  - در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:  - درخواست آزمایش FBS و (2hPP) BS هر 4 هفته و HbA1c هر 3 ماه  - انجام مراقبت های معمول بارداری  - در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:  - درخواست آزمایش FBS و (2hPP) BS هر 2 هفته و HbA1c هر 3 ماه  - ارجاع به متخصص زنان در هفته 32 بارداری جهت انجام تست هاي ارزیابی سلامت جنین، سونوگرافی ارزیابی رشد جنین و تعیین زمان مراقبت بعدی و زمان ختم بارداری |

**\*** در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی:

- اندازه گیری قند خون با گلوکومتر و در صورت قند خون کمتر از mg/dl 65 : خوراندن نصف فنجان آب میوه شیرین یا 1 قاشق غذا خوری شکر یا عسل به مادر.

- اندازه گیری دوباره قند خون بعد از 15 دقیقه: اگر همچنان قند خون مادر کمتر از mg/dl 70 بود، تکرار درمان و سپس ارجاع به بیمارستان.

|  |  |
| --- | --- |
| **پزشک** | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و غدد  - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - تاکید به مادر برای مراجعه در صورت ابتلا به بیماری هایی مانند سرماخوردگی، عفونت ادراری، ...  - توجه به علائم هیپوگلیسمی (تعریق، لرز، ضعف و بی حالی، اختلال هوشیاری)  - ارجاع به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی  در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با تغذیه به تنهایی:  - درخواست آزمایش FBS و (2hPP) BS هر 4 هفته و HbA1c هر 3 ماه و در صورت عدم کنترل قند خون، ارجاع به متخصص غدد  در صورت بارداری بدون مشکل و کنترل قند خون با دارو:  - آزمایش FBS و (2hPP) BS هر 2 هفته و HbA1c هر 3 ماه و درصورت عدم کنترل قند خون ارجاع به متخصص غدد  - ارجاع مادر به متخصص زنان جهت درخواست اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته 18 بارداری  - ارجاع به متخصص زنان در هفته 32 بارداری جهت انجام تست هاي ارزیابی سلامت جنین، سونوگرافی ارزیابی رشد جنین و تعیین زمان مراقبت بعدی و زمان ختم بارداری |

**پ19- تفسير نتايج آزمايش و سونوگرافي در بارداري**

نتايج

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| هموگلوبین (Hb): کمتر از 11 گرم در دسی لیتر  لام محیطی: میکروسیت و هیپوکرومیک  MCV کمتر از 80 یا MCH کمتر از 27  آهن سرم: کمتر از 50 میکروگرم در دسی لیتر  فریتین سرم: کمتر از 30 گرم در دسی لیتر | آنمی فقر آهن، آنمی داسی شکل، تالاسمی | اقدام بر اساس نوع تشخیص طبق **پ12 و پ20** |
| TSH غير طبيعي سه ماهه:  اول: بيشتر از 9/3 و کمتر از 2/0IU/mlµ  دوم : بيشتر از 1/4 و کمتر از 5/0 IU/mlµ  سوم : بيشتر از 1/4 و کمتر از 5/0 IU/mlµ | پركاري تيروئيد، كم كاري تيروئيد | پرکاری تیروئید: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد  کم کاری تیروئید: ارجاع غیر فوری به متخصص پزشکی داخلي |
| FBS غير طبيعي (در ملاقات اول) بين 93 تا 125 میلیگرم در دسی لیتر | پره ديابت | - ارائه توصيه هاي تغذيه اي طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث ديابت بارداري)  - توصيه به ورزش و فعاليت بدني  - توصيه به تكرار آزمايش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد. در صورت طبيعي بودن نتيجه آزمايش ( FBS كمتر از 93 و قند دو ساعت پس از غذا كمتر از 120)، ادامه مراقبت ها و در غير اين صورت ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد |
| FBS غير طبيعي (در ملاقات اول) بيشتر و مساوي 126 میلیگرم در دسی لیتر | ديابت آشکار | - تكرار آزمايش يك هفته بعد  - در صورت غير طبيعي بودن نتيجه: ارجاع به متخصص زنان یا داخلي و ادامه مراقبت طبق **پ18** |
| FBS و OGTT غير طبيعي (هفته 28-24):  FBS مساوي يا بيشتر از 92 يا  OGTT ساعت اول مساوي يا بيشتر از 180 يا  OGTT ساعت دوم مساوي يا بيشتر از 153 میلیگرم در دسی لیتر  (OGTT: آزمون تحمل يك ساعت و دو ساعت پس از مصرف 75 گرم گلوكز خوراكي) | ديابت بارداري | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی- غدد و ادامه مراقبت طبق **پ18** |
| HIV مثبت (reactive) | آلودگی به ویروس ایدز | - ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و نیاز به انجام تست تاییدی  - ایمن سازی علیه هپاتیت ب در صورت عدم تزریق واکسن |
| HIV منفی (non reactive) و وجود رفتارهای پرخطر | شک به آلودگی به ویروس ایدز | - تکرار آزمایش 3 ماه بعد  - ایمن سازی علیه هپاتیت ب در صورت عدم تزریق واکسن |
| کومبس غیرمستقیم مثبت | ناسازگاری خونی | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| پروتئینوری و هماچوری  تشخيص احتمالي  نتايج | بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی | اقدام طبق **پ2** و **پ20** |

**پ19- تفسير نتايج آزمايش و سونوگرافي در بارداري (ادامه)**

تشخيص احتمالي

نتايج

اقدام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| پلاکت کمتر از 150 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 100 تا 150 هزار** در نبود خونریزی و بدون فاکتور های غیر طبیعی در CBC تکرار آزمایش یک ماه بعد  - **در صورت پلاکت 50 تا 100 هزار** ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت پلاکت زیر 50 هزار ارجاع فوری به بیمارستان |
| اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از 9/0 میلی گرم در دسی لیتر | بیماری کلیوی، پره اکلامپسی | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| HbsAg مثبت | هپاتیت ب | اقدام طبق **پ20** |
| HbsAg منفی و رفتار پر خطر مادر یا همسر | - | ایمن سازی علیه هپاتیت ب |
| کشت ادرار مثبت یا  کشت منفی و وجود گلبول سفید 5 عدد یا بیشتر یا نیتریت در ادرار | عفونت ادراری، عفونت واژینال یا یورتریت کلامیدیایی | - در صورت نتیجه کشت مثبت: اقدام درمانی مطابق جواب آنتی بیوگرام  - در صورت کشت منفی و وجود گلبول سفید 5 عدد یا بیشتر یا نیتریت در ادرار: اقدام طبق **پ8**  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت های ادراری) |
| VDRL مثبت | STI، احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری | انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن:  - تزریق عضلانی بنزاتین پنی سیلین2400000 واحد یک نوبت (دو تزریق جداگانه در دو محل مختلف) یا پنی سیلین پروکایین 1200000 واحد به مدت 10 روز متوالی  - بررسی تیتراژ سرولوژی ماهانه تا زمان زایمان  - درخواست سونوگرافی جهت بررسی سلامت جنین  - درمان همسر |

محدوده غیر طبیعی آزمایش ها در پیوست شماره 2 آمده است.

**پ19- تفسير نتايج آزمايش و سونوگرافي در بارداري (ادامه)**

**سونوگرافی بارداری**

|  |  |
| --- | --- |
| **نتیجه سونوگرافی** | **اقدام** |
| تفاوت هفته بارداری با LMP و سونوگرافی:  قبل از هفته 9: بیش از 5 روز  هفته 9 تا قبل از 16: بیش از 7 روز  هفته 16 تا قبل از 22: بیش از 10 روز  هفته 22 تا قبل از 28: بیش از دو هفته  هفته 28 و بالاتر: بیش از 3 هفته | در صورت محاسبه دقیق و وجود اختلاف، نیاز به مشاوره و بررسی بیشتر متخصص زنان |
| جفت سر راهی در سونوگرافی 18- 16 هفته بارداری و بدون علامت | -توصیه به خودداری از مقاربت، ورزش متوسط تا شدید، بلند کردن جسم بیشتر از 9 کیلوگرم، ایستادن طولانی مدت (بیش از 4 ساعت)  -آموزش به مادر برای مراجعه سریع به بیمارستان در صورت بروز خونریزی یا انقباض رحمی  - در صورت داشتن سابقه سزارین، تکرار سونوگرافی در هفته 28 بارداری و در غیر این صورت تکرار سونوگرافی در هفته 32 بارداری  - در صورت تایید جفت سرراهی: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان  - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته 34 تا 36 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 **پ3** تا **پ6**  - در صورت نبود علامت فوق: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری |
| طول سرویکس کمتر از 25 میلی متر در هفته 14 بارداری | ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان |

**پ20- بيماري ها و ناهنجاري ها**

**تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ20) 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.**

تاثير بر بارداري

عنوان

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **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 |
| 2 | **ایدز / HIV+** | افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی | - ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری و اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان  - ارجاع در هفته 36 بارداری جهت بررسی بار ویروسی  - ارجاع جهت ختم بارداري در هفته 38 : در صورت بار ویروسی کمتر از 1000 copies/ml انجام زایمان به روش طبیعی در غیر این صورت به روش سزارین  - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته 38 بارداری: ارجاع جهت ختم بارداري در هفته 38 به روش سزارین  - آموزش عدم شيردهي نوزاد پس از زايمان |
| 3 | **آبله مرغان** | پنومونی مادر، ناهنجاری جنینی، تاخیر رشد داخل رحمی | تماس مادر با فرد مبتلا به آبله مرغان:  - در صورت ابتلای قبلی مادر: ادامه مراقبت های معمول بارداری  - در صورت عدم ابتلا قبلی: اندازه گیری IgG طی 5 تا 7 روز از تماس:   * IgG مثبت: ادامه مراقبت ها * IgG منفی یا حد مرزی: ارجاع به متخصص عفونی   ابتلا مادر به آبله مرغان به همراه تب و بثورات:  - ارجاع به متخصص عفونی یا زنان |
| 4 | **آرتریت روماتوئید** | بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری 3 ماه پس از زایمان | - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط |
| 5 | **آسم** | تشدید بیماری در یک سوم بیماران، افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس  (در حمله آسم، جنین زودتر از مادر دچار هیپوکسی می شود) | **- در صورت حمله آسم**: دادن اکسیژن به میزان 8- 6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی و اعزام  - مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص |
| 6 | **آنمی فقر آهن** | زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد | **در صورت هموگلوبین کمتر از 7 گرم در دسی لیتر:** ارجاع فوری به بیمارستان  **در صورت هموگلوبین 7 تا 10 گرم در دسی لیتر و طبیعی بودن WBC و پلاکت:**  - تجویز 3 عدد قرص آهن در روز (150 -200 میلی گرم) به مدت یک ماه  - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی و مشاوره با متخصص زنان  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  **در صورت هموگلوبین 10 تا 11 گرم در دسی لیتر:**  - تجویز 2 عدد قرص آهن (80 تا 120 میلی گرم) در روز به مدت یک ماه  - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین. در صورت عدم پاسخ به درمان بررسی سایر فاکتور ها مانند فریتین سرم و ...  - در صورت احتمال تالاسمی اقدام مطابق ردیف 14  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) |

**پ20- بيماري ها و ناهنجاري ها (ادامه)**

**تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ20) 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.**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | **آنمي داسي شكل** | احتمال ترومبوآمبولي، ترومبوز وريدهاي مغزي، فشارخون حاملگي، پره اكلامپسي، دكولمان جفت، زايمان زودرس، سقط خود به خودی، محدوديت رشد جنين، مرگ مادر | - تاکید به مادر برای عوارض احتمالی بیماری در بارداری  - تجويز اسيد فوليك به ميزان 5 ميلي گرم در روز تا پایان بارداری  - عدم تجویز مکمل آهن مگر با تشخیص آنمی فقر آهن و فریتین کمتر از 30 نانوگرم/ میلی لیتر  - انجام آزمایش های تکمیلی علاوه بر آزمایش معمول: اندازه گیری پروتئین در ادرار 24 ساعته و بررسی عملکرد کلیه، کبد، آنتی بادی اسکرین  - تاکید به تزریق واکسن آنفلوانزا  - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی (جهت بررسی عملکرد ریه)  - ارجاع غیر فوری به متخصص قلب (جهت اکوکاردیوگرافی و بررسی فشار خون شریان ریوی)  - ارجاع غیر فوری به متخصص چشم (جهت بررسی رتینوپاتی)  - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن  - تاكيد به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداري |
| 8 | **بیماری تیروئید** | **پر کاری تیروئید:** افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس | - منع مصرف متی مازول در سه ماه اول و ید رادیواکتیو در بارداری  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلي- غدد |
| **کم کاری تیروئید:** افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، فشار خون بارداری، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي |
| 9 | **بیماری قلبي** | - افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تاخير رشد داخل رحمي، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبي جنین، مرگ مادر  - احتمال افزایش مورتالیتی مادر در کلاس 3 و 4 بیماری قلبی | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنين بررسي احتمال بروز ترومبوآمبولي  - اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان  - تاكيد به دريافت منظم مراقبت هاي بارداري و خطرات احتمالي بارداري براي مادر و جنين  - توصيه به کاهش فعالیت های بدنی، رژيم غذايي و محدوديت سديم در نارسايي قلبي  - 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 عفوني براي تزريق يك نوبت واكسن پنوموكوك پلي ساكاريد در افراد مبتلا به بيماري قلبي مزمن در صورت نياز  - تزريق واكسن آنفلوانزا ترجيحا قبل از بروز فصل بيماري و بدون توجه به سن بارداري  **- در صورت درد قفسه سينه و یا کلاس 3 و 4 قلبي**: ارجاع فوری |
| 10 | **بیماری گوارشی** | بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود احتمالی علائم 3 ماه پس از زایمان | - مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر  - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی از معده یا رکتوم:ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط |
| 11 | **بیماری 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  - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار  - افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان  - اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران و پیگیری وضعیت تا زمان زایمان |

**پ20- بيماري ها و ناهنجاري ها(ادامه)**

**تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ20) 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.**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | **پرولاکتینوما** | رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی | - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي- غدد |
| 13 | **پیوند کلیه** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب | - ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، بررسی پروتئین و کراتی نین و باکتری ادرار  - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت  - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت تعیین زمان زایمان (در نیمه دوم بارداری) |
| 14 | **تالاسمی**  **(**MCV کمتر از 80 یا MCH کمتر از 27) | 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 8 گرم در دسی لیتر در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از 9 گرم در دسی لیتر نزدیک ترم باشد**:** ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي  - 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 |
| 15 | **ترومبو آمبولی (سابقه)/ ترومبوفيلي** | احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر | - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان جهت ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي و شروع درمان دارويي در صورت نياز |
| 16 | **تورچ**  **TORCH** | افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی | **- در صورت شک به ابتلا مادر:** ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم برای ادامه بارداری |
| 17 | **سرخجه** | ناهنجاری مادر زادی جنین، عفونت مادرزادی جنین | تماس مادر با فرد مبتلا به سرخجه:  بررسی نتیجه IgG قبل از بارداری (در صورت انجام تیتر پیش از بارداری):   * IgG مثبت: ادامه مراقبت های معمول بارداری * IgG منفی یا عدم اطلاع از نتیجه یا ابتلا به 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 |
| 18 | **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 |
| 19 | **سابقه یا ابتلا به سرطان پستان** | --------- | ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی |

**پ20- بيماري ها و ناهنجاري ها(ادامه)**

**تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالا تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ20) 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.**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20 | **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  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك در سه ماه اول بارداری به ميزان 1 میلی گرم در روز (در صورت مصرف کاربامازپین یا والپورات4 ميلي گرم) و سپس 400 میکروگرم تا پایان بارداری  - تأکید بر تداوم درمان در بارداری  - تاكيد به انجام سونوگرافي هدفمند در هفته 18- 16 بارداري  **- در صورت حمله صرع یا تشنج**: درمان مانند زمان غیر بارداری |
| 21 | **لوپوس** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولي، مرگ مادر | - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - بررسي احتمال بروز ترومبوآمبولي طبق راهنمای **ح12**  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلي یا پریناتالوژیست |
| 22 | **مالتیپل اسکلروزیس** | افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد | ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب |
| 23 | **میگرن** | احتمال بهبود در بارداری | - منع مصرف ارگوتامین  - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آتنولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مغز و اعصاب  - **در صورت حمله میگرن**: تجویز عضلانی آمپول 25 میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت |
| 24 | **ناهنجاری های اسکلتی**  **(لگن و ستون فقرات)** | افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی  افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین | **- در صورت بروز اختلالات ریوی** ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  -  **برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری:** ارجاع غیر فوری به زنان  - در صورت فلج پا يا استفاده از صندلي چرخ دار: ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي طبق راهنمای **ح12**  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان |
| 25 | **ناهنجاری دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار، ...)** | افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس | ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان |
| 26 | **هپاتیت** | اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری | - تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در 12 ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هپاتیت ب  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی |

**پ21- ساير موارد نیازمند توجه ویژه در بارداري فعلي**

عنوان

تاثير بر بارداري

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **بارداری همزمان با IUD** | افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم | - معاينه واژينال با اسپكولوم در اولین مراجعه وخارج کردنIUD  در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری و ارجاع جهت انجام سونوگرافی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم و محل IUD  - در صورت باقي ماندن IUD، آموزش در مورد بروز علائم خونریزی، تب، درد شکم  - در صورت حاملگی خارج از رحم اقدام طبق **پ3**  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **2** | **بارداری با قرص پروژسترونی**  **قرصها و آمپول های ترکیبی** | - در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری  - در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین | - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری  - قطع مصرف قرص پروژسترونی، قرصها و آمپول های ترکیبی  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **3** | **بارداری با TL** | افزایش احتمال بارداری خارج از رحم | - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری و **در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم:** ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **4** | **بارداری همزمان با شیردهی** | افزایش احتمال آنمی، پارگی زودرس کیسه آب، وزن کم هنگام تولد نوزاد، تاخیر رشد داخل رحمی، نقص لوله عصبی جنین | - ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته 20 بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوار) و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی  - تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده  - **در موارد تهدید به سقط:** قطع موقت شیردهی تا رفع علائم  - تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن  - توجه به حالات روحی مادر و حمایت عاطفی توسط خانواده  - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره  - تاکید به انجام سونوگرافی هفته 31 تا 34 بارداری  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده  (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **5** | **تروما**  (تصادف، خشونت فیزیکی) | جدا شدن زودرس جفت، زایمان زودرس، مرگ جنین | - شنیدن صدای قلب جنین  - در صورت ضربه شدید به شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اختلال در شنیدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان  - ارجاع در اولین فرصت به کارشناس سلامت روان و پیگیری مادر |
| **6** | **رفتار پر خطر (**در مادر یا همسر) | امكان ابتلا به ايدز | - انجام نوبت دوم آزمایش HIV در هفته 34- 31 بارداری  - ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **7** | **شغل سخت و سنگین** | افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس | - توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر  - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی)  **- در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن:** توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر و تغيير وضعيت در فواصل انجام كار |

**پ21- ساير موارد نیازمند توجه ویژه در بارداري فعلي (ادامه)**

تاثير بر بارداري

عنوان

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8** | **سن بارداری نامشخص** | نامشخص بودن زمان زایمان | - گرفتن شرح حال دقیق  - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در اولین مراجعه |
| **9** | مشکلات ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان | افزايش ميزان سقط، افزايش بروز ناهنجاري هاي جنيني | - ارجاع غیر فوری به متخصص ژنتیک  - در صورت سابقه NTD در نوزاد/ نوزادان قبلی: تجويز مصرف روزانه 4 ميلي گرم اسيد فوليك در سه ماه اول بارداری و سپس 400 میکرو گرم تا پایان بارداری  - در صورت سابقه فامیلی NTD در نوزاد: تجويز مصرف روزانه 1 ميلي گرم اسيد فوليك در سه ماه اول بارداری و سپس 400 میکرو گرم تا پایان بارداری  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **10** | **نکات مرتبط با تعداد بارداری** | افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی، ترومبوآمبولي | - تبریک به مادر برای بارداری و عدم القای ترس از بارداری  - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11**  - توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت  - ارزيابي احتمالی بروز ترومبوآمبولي طبق راهنمای **ح12** و ارجاع غیر فوری در صورت نياز به درمان  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |
| **11** | **نکات مرتبط با سن مادر** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولي | - تاکید به دریافت منظم و به موقع مراقبت های بارداری  - تاکید به انجام زایمان در بیمارستان  - در صورت تمایل مادر به غربالگری ناهنجاری کروموزومی جنین، اقدام در سطح تخصصی  - غربالگری کاردیومیوپاتی (در سن بالای 30) در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11**  - در صورت سن بالای 35 سال:  - همراه با یکی از موارد بارداری اول یا نمایه توده بدنی بیش از 30 یا سابقه زایمان نوزاد کم وزن یا مرده زایی: تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - ارزيابي احتمالی بروز ترومبوآمبولي طبق راهنمای **ح12** و ارجاع غیر فوری در صورت نياز به درمان  - انجام یک بار سونوگرافی در هفته 38 به 39 بارداری جهت بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک  - ارجاع به بیمارستان جهت ارزیابی سلامت جنین (NST یا BBP) دو بار در هفته از هفته 38 بارداری (در صورت دسترسی نامناسب به بیمارستان بهره گیری از طرح اسکان)  - شمارش روزانه حرکات جنین از هفته 38 بارداری توسط مادر و اعلام در صورت کاهش حرکت  - مشاوره انصراف از سقط و بیان ممنوعیت سقط عمدی حتی زیر 4 ماهگی (منع شرعی) |

**پ21- ساير موارد نیازمند توجه ویژه در بارداري فعلي** **(ادامه)**

اقدام

عنوان

تاثير بر بارداري

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12** | **غربالگری اولیه منفی ولی شک قوی به مصرف دخانیات، الکل و مواد** | - افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی  **- تأثیر بر نوزاد**: آسم، كوليك نوزادي، سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت | - ارجاع غیرفوری به کارشناس سلامت روان  - پیگیری هر 3 ماه و غربالگری اولیه |
| **13** | **غربالگری اولیه مثبت مصرف دخانیات ، الکل و مواد** | - آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد مخدر و محرک و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری  - توصیه اکید به ترک سیگار و دریافت خدمات درمانی اختلال مصرف مواد و الکل در بارداری خصوصاً در هفته هاي اول بارداری  - تأکید بیشتر در مورد علائم زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)  - بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (احتمال سوء تغذیه)  - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11**  - ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي طبق **ح12** و ارجاع غير فوري به متخصص در صورت نياز به درمان  - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای غربالگری تکمیلی |
| **14** | **سابقه درمان اختلال مصرف مواد** | - توصیه به تداوم درمان با داروهای آگونیست تا پایان بارداری و پیگیری هر 3 ماه تا یک سال  - ارجاع به روانشناس و پزشک نظام مراقبت­های بهداشتی اولیه در صورت خروج از برنامه درمانی |
| **15** | **ناسازگاریهای خونی**  **(ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت**  **پدر)** | احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی | - پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته 30-24 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 28 تا 34 بارداری  - تأکید بر تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی (به غیر از هفته 28 تا 34 بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز)  - **در صورت ارهاش مثبت نوزاد**: تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در 72 ساعت اول پس از زایمان |
| **16** | **نمایه توده بدنی غیرطبیعی**  **(کمتر از 5/18 یا 25 و بالاتر)** | افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین،  پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولي | - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده  - تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر در BMI بیشتر از 40  - در صورت نمایه توده بدنی بیش از 30 و بارداری اول یا سابقه زایمان نوزاد کم وزن یا مرده زایی یا سن بالای 35 سال: تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق **ح11**  - ارزيابي احتمال بروز ترومبوآمبولي در نمايه توده بدني بيش از 30 طبق راهنمای **ح12** و ارجاع غير فوري در صورت نياز به درمان  - ارجاع غیر فوری به پزشک جهت انجام بررسی و اقدام پزشکی  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه |

**پ22- سوابق بارداري و زايمان قبلي**

تاثير بر بارداري

عنوان

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **آتونی (اینرسی)** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | تأکید به انجام زایمان در بیمارستان |
| **2** | **پره اکلامپسی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون و وزن مادر  - تجویز آسپیرین به میزان 80 میلی گرم روزانه از هفته 12 تا 36 بارداری  - آموزش علائم فشارخون بالا، تاري ديد، سوزش سر دل، سردرد |
| **3** | **جدا شدن زودرس جفت/**  **جفت سرراهی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - آموزش علائم درد شکم، خونریزی  - در صورت سابقه دکلمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس  - در صورت سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته 33-31 بارداری و در صورت تایید: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان  - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته 34 تا 36 بارداری |
| **4** | **چندقلویی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری  - تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر  - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته 18- 16 بارداری برای تعیین تعداد جنین  - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده |
| **5** | **دیابت بارداری** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تاکید به انجام آزمایش و اقدام مطابق نتیجه |
| **6** | **زایمان دیررس** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی  - ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان پس از هفته 41 بارداری |
| **7** | **زایمان زودرس** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - ارایه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان  - توجه به عفونت ادراری و درمان آن در صورت وجود  - درخواست سونوگرافی طول سرویکس در هفته 14 بارداری و ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت طول سرویکس کوتاه (کمتر از 25 میلی متر) |
| **8** | **سابقه سزارين / جراحی روی رحم** | احتمال جفت سر راهي، جفت اكرتا و پركرتا، افزايش خونريزي پس از زايمان | - تکرار سونوگرافی در هفته 28 بارداری برای تعیین وضعیت جفت  - در صورت تایید جفت سرراهی: اقدام مطابق **پ19**  - در صورت تایید جفت اکرتا: ختم بارداری در هفته 34 تا 36 بارداری  - تاکید به مصرف قرص آهن و تغذیه مناسب و اطمینان از طبیعی بودن هموگلوبین مادر  - امكان انجام زايمان واژينال بعد از يك بار سزارين در صورت وجود شرايط مناسب  - مشاوره در هفته 36 بارداري براي تعیین زمان سزارين در صورت طبیعی بودن وضعیت جفت |
| **9** | **دو بار سقط يا بيشتر، نوزاد ناهنجار، تاخير رشد داخل رحمي، مرده زايي** | احتمال عود | مشاوره با پریناتالوژیست/ متخصص زنان |
| **10** | **مول كمتر از يك سال/ حاملگي نابجا** |  | انجام سونوگرافی در اولین مراجعه برای تایید وضعیت حاملگی و جفت |
| **11** | **مرگ نوزاد** | احتمال عود | تاکید به زایمان در بیمارستان (ترجیحا سطح II یا III) برای مراقبت احتمالی بعد از تولد نوزاد |
| **12** | **نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین دقیق سن بارداری  - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای  - توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث سوء تغذیه)  - تأکید به آموزش علائم زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش)  - در صورت بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| **13** | **نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین دقیق سن بارداری و تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان  - بررسی از نظر وجود دیابت و در صورت تایید اقدام طبق **پ18** |

**ت- مراقبت هاي معمول زايمان و بلافاصله پس از زايمان تا 6 ساعت (در واحد تسهيلات زايماني)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ت1- ارزیابی اولیه زایمان** | **71** |
| **ت2- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان** | **72** |
| **ت3- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان** | **73** |
| **ت4- مراقبت های 6 ساعت اول پس از زایمان** | **74** |
| **تعاریف مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا 6 ساعت** | **75** |

**ت1- ارزيابي اوليه زايمان**

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری ،شوک

- خونریزی

- تنفس مشکل

- احتباس جفت

- وارونگی رحم

- دیستوشی شانه

|  |  |
| --- | --- |
| فشارخون بالا، زجرجنین/ دفع مکونیوم، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب، پرولاپس بندناف، نمایش غیرطبیعی | بر حسب مورد: اقدام طبق ث **2، ث5 تا ث9** |
| بیماری ها | بر حسب مورد: اقدام طبق ث **12** |
| چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از 40، جنین ناهنجار، مصرف مواد و الکل، الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، بارداری اول، ارهاش منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، ضایعات ولو، عدم تناسب سر با لگن، پلی هیدرآمنیوس | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث 10** |
| **سوابق بارداری و زایمان قبلی: ز**ایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، آتونی، نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم و یا بیش از 4000 گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث13** |
| طبیعی بودن همه موارد | بستری در اتاق درد و اقدام طبق **ت2**  -برقراری ارتباط موثر و وجود همراه در صورت امکان |

**در صورت وجود هر یک از علائم**

بر حسب مورد: اقدام طبق **ث1، ث3، ث4، ث11**

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

اقدام

اقدام هر مرحله زايمان طبق ث2 تا ث4

**مرحله دوم به بعد**

ارزيابي اوليه

**مرحله اول زايمان**

تعيين مرحله زايمان

**در صورت نبود**

**علائم**

**تشکیل پرونده**

گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان

**سئوال کنید:**

شروع دردهای زایمانی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، لکه بینی

**کنترل و اندازه گیری کنید:**

علائم حیاتی، صدای قلب جنین، انقباضات رحم

**معاینه کنید:**

مانور لئوپولد، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی، واژینال (وضعیت سرویکس، کیسه آب، لگن)

ابتدا علائم بالینی نیازمند اقدام فوری را بر حسب مرحله زايمان ارزیابی کنید:

اقدام

**ت 2- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان**

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

- آماده کردن اولیه مادر و اتاق زایمان

- کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف

- بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم

- کنترل صدای قلب جنین

- اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد

|  |  |
| --- | --- |
| شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، خونریزی، پرولاپس بندناف، فشارخون بالا، تب، پارگی کیسه آب بیش از 12 ساعت، عدم پیشرفت زایمان، زجرجنین/ دفع مکونیوم، چند قلویی، نمایش غیر طبیعی | بر حسب مورد: اقدام طبق  **ث 1**تا **ث 10** |
| طبیعی بودن وضعیت مادر و جنین و پیشرفت مناسب زایمان | ادامه مراقبت تا شروع مرحله دوم زایمان و انتقال به اتاق زایمان  (اجازه تحرک و تغییر وضعیت به مادر داده شود) |

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله اول زايمان**

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، تب، خونریزی، دیستوشی شانه، زجر جنین، عدم پیشرفت زایمان، چندقلویی، نمایش غیرطبیعی | بر حسب مورد: اقدام طبق  **ث 1**تا **ث 10** |
| طبیعی بودن وضعیت مادر و پیشرفت مناسب زایمان | - تزریق داروی بی حسی موضعی و انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز  - انجام مانورهای زایمانی برای خروج سر نوزاد  - خارج کردن کامل نوزاد |

گروه بندي علائم و نشانه ها

ارزيابي اوليه

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| تنفس بد یا نداشتن تنفس، آغشته بودن به مکونیوم، تون عضلانی نامناسب، سن بارداری کمتر از 37 هفته | - کلامپ و بریدن سریع بندناف  - احیاء طبق **خ1** |
| طبیعی بودن وضعیت نوزاد | - فراهم کردن گرما  - پاک کردن راه های هوایی (ترشحات دهان و بینی)  - خشک کردن بدن  - کلامپ و بریدن بندناف |

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله دوم زايمان**

|  |  |
| --- | --- |
| - آمادگی برای زایمان (مادر، ماما، وسایل)  - انتقال به اتاق زایمان  - کنترل پیشرفت زایمان و صدای قلب جنین  - اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد | مادر |

|  |  |
| --- | --- |
| - ترم بودن بارداری  - شفاف بودن مایع آمنیوتیک  - تنفس یا گریه کردن  - تون عضلانی | نوزاد |

**ت 3- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان**

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، وارونگی رحم | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث3، ث11، ح2** |
| طبیعی بودن وضعیت مادر | ادامه مراقبت |

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی | احیاء طبق **خ1** |
| طبیعی بودن وضعیت نوزاد | ادامه مراقبت |

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله سوم زايمان**

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

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

اقدام اوليه و ارزيابي

|  |  |
| --- | --- |
| تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی | احیاء طبق **خ1** |
| سرد بودن پاها | 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 |
| طبیعی بودن وضعیت نوزاد | ادامه مراقبت |

|  |  |
| --- | --- |
| شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل، تب، هماتوم، پارگی درجه 3 و 4، فشارخون بالا، پارگی رحم | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث 1**تا **ث3،**  **ث10، ث11، ح2** |
| طبیعی بودن وضعیت مادر | - ترمیم محل پارگی و یا محل برش در صورت نیاز  - آماده کردن مادر برای استراحت در اتاق پس از زایمان |

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

**مرحله چهارم زايمان**

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام اوليه و ارزيابي

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

**ت 4- مراقبت های 6 ساعت اول پس از زايمان**

**تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (6 ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی** **(به ترتیب حروف الفبا)**

|  |  |
| --- | --- |
| نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد | بر حسب مورد: اقدام طبق **خ 2**تا **خ 5** و آخرین خانه زیر |
| تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی | احیاء طبق **خ1** |
| سرد بودن نوزاد | - در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد  **اقدامات پیش از ارجاع**  - فراهم کردن گرما  - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر  - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق **خ2** |
| طبیعی بودن وضعیت نوزاد | - حمام نکردن نوزاد در 6 ساعت اول  - تزریق ویتامین ک 1و واکسن های بدو تولد نوزاد  - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد  - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق **د1**  - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص |

|  |  |
| --- | --- |
| شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث 1**تا **ث3، ث10، ث11، ح2** |
| طبیعی بودن وضعیت مادر | - تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق **ح6**  -آموزش طبق عناوین فرم زایمان و ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح8**  - تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز  - توصیه به مصرف مواد غذایی  - تشویق مادر به شیردهی انحصاری  - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی  - ترخیص پس از 6 ساعت |

**6 ساعت اول پس از زایمان**

|  |  |
| --- | --- |
| - برقراری شیردهی  - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق  - ارزیابی: تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی،  -ارزیابی سن بارداری و اندازه های نوزاد | نوزاد |

اقدام اوليه و ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| -بررسی حال عمومی  - کنترل علائم حیاتی  - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم  - بررسی وضعیت دفع ادرار | مادر |

اقدام اوليه و ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

اقدام اوليه و ارزيابي

**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 هوشياري:** عدم پاسخگويي مادر به تحريكات وارده (نيشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

**ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری:** ابتدا مادر را از نظر وجود تشنج، اختلال هوشياري، شوك، خونريزي، تنفس مشكل، احتباس جفت، وارونگي رحم و ديستوشي شانه بررسی کنید.

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

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

- مدت زمان یک انقباض (duration): از شروع تا خاتمه هر انقباض است که ممکن است 30 تا 45 ثانیه طول بکشد.

- تعداد انقباضات طی 10 دقیقه 3 بار است.

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

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

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

روش اول: در صورتی که مادر در فاز زایمانی نیست، مادر را در وضعيت ليتوتومي قرار داده، اسپكولوم استريل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مايع با یا بدون ورنيكس يا احياناً مكونيوم مشاهده شد، پارگي كيسه آب مسجل است. اگر خروج مايع واضح نيست، از مادر بخواهید سرفه کند یا کمی زور بزند تا خروج مایع مشاهده شود.

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

روش سوم: يك پارچه تميز يا نوار بهداشتي در اختيار وي قرار داده و پس از يك ساعت پارچه را بررسي کنید. (مادر بايد قبل از استفاده از پارچه، ادرار كند و خود را كاملاً خشك نمايد)

- اگر انقباضات زودرس زایمان وجود دارد، مادر را براي تأئيد پارگي كيسه 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 ...)، عفونتHIV / 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 مادر، تعداد بارداری، مصرف مواد، رفتارهای پر خطر

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

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

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

**تنفس مشکل:** مادر به هر دلیلی نمی تواند به راحتی نفس بکشد یا صحبت کند (تنفس بیشتر از 24 بار در دقیقه).

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

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

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

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

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود؛

- منجر به دیلاتاسیون و افاسمان می شود.

**دمای اتاق زایمان:** دمای مناسب اتاق زایمان 25 تا 28 درجه سانتیگراد است.

**دیستوشی شانه:** عدم خروج شانه ها پس از گذشت 60 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 22 بارداری به صورت مرده یا زنده

**زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از 41 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده يعني پس از 40 هفته و 6 روز

**زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از 37 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده يعني قبل از 36 هفته و 6 روز

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

**زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی کمتر از 3 ساعت انجام شود.

**زایمان قریب الوقوع:** زایمانی که با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنين، وضعیت جنین، وضعيت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمي، در مدت زماني كمتر از يك ساعت انجام شود.

نکته: انجام زايمان مادر نیازمند مراقبت ویژه (مطابق بخش مراقبت ويژه زايمان) در واحدهاي تسهيلات زايماني جايز نيست مگر در موارد زايمان قريب الوقوعكه در اين صورت حتماً باید از يك پزشك يا مامای ديگر كمك گرفته شود.

**شوك:** اختلالي در گردش خون بدن كه با علائم حياتي غير طبيعي مشخص مي شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف 110 بار دردقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از90 میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند 30 بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

**صدای قلب جنین:** در پایان انقباض به مدت يك دقيقه كامل به صداي قلب جنين گوش داده و تعداد آن را بشمارید. تعداد طبيعي ضربان قلب110 تا 160 بار در دقيقه است.

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

* در طول بارداري فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتي فشارخون بالا اطلاق مي شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140ميليمتر جيوه و بالاتر باشد.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است.
* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

**غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد:**

* درباره مصرف طول عمر و سه ماه اخیر موارد زیر پرسیده می شود:
* **انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مخدر اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای روانپزشکی آرام­بخش یا خواب­آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد اَفیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک­های ­آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، 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 مهبلی خودداری کنید.

**مانورهای لئوپولد:** مادر را بر روي يك تخت سفت بخوابانيد و مانور هاي لئوپولد را به شرح زير انجام دهید:

**مانور اول:** در این مانور، در كنار تخت بايستید به گونه اي كه 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 طوري كه نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در كنار او بايستید 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 كنار تخت ايستاده 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 پاهاي 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 کاملاٌ وارد لگن می شود. با اين مانور ميزان ورود سر به داخل لگن مشخص مي گردد.

**مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن 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 22 بارداری تا انتهای روز 28 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 28روز کامل پس از تولد.

**معاینه چشم:** رنگ ملتحمه را بررسي كنيد.

**نکته:** كم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه كم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و يا كف دست «رنگ پريدگي شديد» است.

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

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

**معاینه لگن:** به منظور تخمين شرايط مادر برای انجام زايمان واژینال، به شرح زير معاینه لگن انجام دهید:

1) بررسي وضعيت ظاهري لگن از نظر تغيير شكلهاي محسوس مانند راشيتيسم، فلج بودن، اسكوليوزيس و وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات

2) معاينه واژينال:

- ديواره هاي جانبي لگن(صاف و متقارن باشد)

- خارهاي ايسكيال (برجسته نباشند)

- قوس پوبيس (با زاويه 90 تا 100 درجه، گرد و پهن باشد)

- انحناي ساكروم (به سمت جلو يا عقب شيب نداشته باشد)

- تحرك استخوان دنبالچه

- اندازه گيري تقریبی قطر بين دو برجستگي ايسكيوم

- نبود ناهنجاريها، تنگي و توده ها،…

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

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

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

**آماده كردن اوليه مادر:** برای مادراقدامات زیر را انجام دهید:

کوتاه کردن موهاي پرينه (در صورت نیاز)، تعويض لباس، ممانعت از مصرف مواد غذايي جامد، مصرف مایعات، توصيه به مادر برای ادرار كردن هر2 ساعت (تخليه مثانه)، توصيه به مادر جهت قرار گرفتن در وضعيت راحت و آماده كردن مادر از نظر رواني براي زايمان، گرفتن رگ هپارینه و وصل كردن سرم (در صورت نیاز)

**آماده كردن اتاق زايمان:** اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زايمان و پس از زايمان (28-25 درجه سانتي گراد)، در دسترس قرار دادن وسايل مورد نياز زايمان، ست احياء 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 زايمان:** شرایط مادر را برای انتقال بررسی کنید. زمان انتقال مادر در نولي پارها وقتي است كه قطري از عضو نمايش (سر جنین) در هر انقباض در حدود 4-3 سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتي پارها، وقتي است که ديلاتاسيون سرويكس به میزان 9- 7 سانتيمتر برسد.

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

**نکته 1:** در فاز نهفته هر 30 تا 60 دقیقه و در فاز فعال مرحله اول هر 30 دقیقه، انقباضات رحم را کنترل کنید.

**نکته 2:**  مدت فاز نهفته را 8 ساعت در نظر بگیرید.

**پیشرفت زایمان:** با انجام معاینه واژینال، در فاز نهفته هر 4 ساعت و در فاز فعال هر 2 ساعت میزان باز و نرم شدن دهانه رحم(دیلاتاسیون و افاسمان) و نزول سر جنین را بررسی کنید.

**نکته 1:** برای تعیین میزان پیشرفت زایمان از زمان شروع فاز فعال از پارتوگراف استفاده کنید.

**نکته 2:** 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 هر30 دقیقه و در مادر نیازمند مراقبت ویژه هر 15 دقيقه کنترل کنید.

**علائم حیاتی:** در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر 1 ساعت و درجه حرارت را هر 4 ساعت اندازه گيري کنید.

**فاز فعال: از** باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان 6 سانتیمتر تا باز شدن کامل دهانه رحم (10 سانتیمتر)

**فاز نهفته:** از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان 6-5 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):***

**آمادگي براي زايمان (مادر، عامل زايمان، وسایل زایمان):**

**مادر:** قرار دادن در وضعيت مناسب (مادر را به وضعيت هاي upright مانند چمباتمه يا نشستن روي صندلي، ايستاده، خوابيده به پهلو يا نيمه نشسته تشويق كنيد)، آماده سازي رواني و آموزش جهت همكاري در طول زايمان، شستشوي پرينه و ولو، پوشاندن مادر با شانهاي استريل، اطمينان از باز بودن رگ

**عامل زايمان:** به مدت 3 دقیقه دست ها را بشوئید. لباس های مورد نیاز (گان، ماسك، پیش بند، دستكش، عینک، چکمه) را بپوشید.

**وسايل زايمان:** ست زايمان (1 عدد قيچي صاف، قيچي اپي زياتومي 1 عدد، پنس هموستات 2 عدد، 4 عدد شان، گالي پات يك عدد، گاز و پنبه، گان، دو تا سه حوله تميز و نرم براي خشک کردن و پوشاندن نوزاد) را باز کنید، كلامپ بند ناف (دو عدد)، مواد ضد عفوني كننده و داروي بي حسي را در دسترس قرار دهید. در صورت داشتن سرم، از برقراری آن مطمئن شوید.

وسایل احياء نوزاد را به شرح زير کنترل کنید:

1- پوار، دستگاه ساكشن با کاتترهای شمارهF 5 یا F 6 ، F 8 ، F 10 یا F 12

2- گرم كننده تابشي

3- سه عدد حوله كه از قبل گرم شده باشد (حوله ها باید نافذ آب، نرم، با اندازه 50\*50 سانتی متر باشد).

4- دستگاه اكسيژن و مانومتر، ماسک و بگ

5- لارنگوسكوپ ( با تيغه هاي صاف) شماره یک و صفر و لوله هاي داخل ناي شماره 5/2 ، 3 ، 5/3 و 4 ميلي متر

6- ایروی، لوله تغذیه شماره F 8

7- سرنگ و سرسوزن هاي مختلف، نوار چسب

8- داروها (اپی نفرین 10000/1، بی کربنات سدیم 2/4% ، نالوکسان هیدروکلراید 4/0 میلی گرم در میلی لیتر، نرمال سالین)

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

**انقباضات رحم:** انقباضات رحم را هر 15 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 زايمان (در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادرو ضربان قلب جنین) را در مولتي پار20 دقيقه و در نولي پار50 دقيقه در نظر بگیرید.

**تزریق داروی بی حسی موضعی:** پیش از انجام اپی زیاتومی، 10 سی سی لیدوکائین 1% در موضع انجام اپی زیاتومی مدیولترال تزریق نمایید.

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

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

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

**صدای قلب جنین:** صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر15 دقیقه و در مادر نیازمند مراقبت ویژه هر5 دقيقه 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:** 120 – 30 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 نمائید.

***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 60 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 تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 بار در دقیقه نیز می رسد.

**اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق:** دمای مناسب اتاق زایمان 25 تا 28 درجه سانتیگراد است.

**بررسی جفت و پرده ها و بندناف:** پس از خروج، قسمتهای مختلف جفت و پرده ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. مقطع بندناف را از نظر وجود 3 رگ خونی بررسی کنید.

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

**تزريق اكسي توسين:** یک دقیقه پس از تولد نوزاد**،** در صورت اطمینان از نبود قل دیگر،براي تسريع خروج جفت، 20 واحد اكسي توسين داخل 1 ليتر سرم يا 10 واحد عضلاني تزريق کنید.

**تمیز کردن چشم ها و بدن:** نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی 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 3 تا 4 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 1:** مهلتزمان لازم براي خروج جفت30 دقيقه است.

**نکته 2:** 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 كردن مادر براي انتقال به اتاق پس از زايمان:** پس از پایان مرحله سوم زایمان و ترمیم محل برش یا پارگی(در صورت وجود) ضمن شستشوي پرينه، بررسي حالعمومي، ماساژ رحم و كنترل ميزان خونريزي، تعویض لباس، قراردادن مادر در وضعيت مناسب و گذاردن نوزاد در آغوش او، مادر را به اتاق پس از زایمان منتقل کنید.

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند 60 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 تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 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 1:** پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

**پارگی درجه 2:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

**پارگی درجه 3:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

**پارگی درجه 4:** پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد زیاد پرینه در 24 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 15 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 1:** در زایمان واژینال، خونریزی به میزان 500 میلی لیتر طبیعی است.

**نکته 2: میزان خونریزی در 2 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 10 دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی آغشته به خون شود، نیاز به توجه ویژه دارد.**

**نکته 3:** وضعیت پرینه و محل اپی زیاتومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید.

**ترمیم محل برش و پارگی ها:** بعد از خروج جنین و جفت، معاینه دقیق پرینه و رکتوم انجام تا وسعت برش یا پارگی مشخص شود. در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی های درجه 1و 2، آن را ترمیم کنید.

ست ترميم پارگي و اپي زياتومي (قيچي ساده يك عدد، سوزن گير يك عدد، پنست با دندانه و بي دندانه يك عدد، 4 شان، گان، دستكش استريل)

**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 15 دقیقه یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در 15 دقیقه اول اندازه گیری کنید.

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

**آموزش و توصيه:** به مادر در مورد علائم نیازمند مراقبت ویژه (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 دخانیات) و سلامت روان (تغییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، تغذیه و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبتهای پس از زایمان آموزش دهید.

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند 60 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 تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 بار در دقیقه نیز می رسد.

**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 هر30 دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

**نکته 1: میزان خونریزی در 2 ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج 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 10 دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، نیاز به توجه ویژه دارد.**

**نکته 2:** 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 10 عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید جهت مصرف هنگام درد و مکملهای دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

**ترخیص:** با در نظر گرفتن وضعیت طبیعی مادر و نوزاد، پس از 6 ساعت مادر و نوزاد را مرخص کنید.

**تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی:** در صورت امکان و قبل از ترخیص،ایمونوگلوبولین ضد دی را در مادر ارهاش منفی 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 72 ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

**تزریق ویتامین ک و واکسن های بدو تولد:**

ویتامین ک1 بین 60 تا 90 دقیقه اول پس از تولد و پس از اولین تغذیه نوزاد، به میزان 0.5 میلی گرم در نوزاد کمتر از 1500 گرم و 1 میلی گرم در نوزاد 1500 گرم یا بیشتر صورت عضلاني (یک سوم میانی قسمت قدامی – خارجی عضله ران چپ) تزريق كنيد.

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 30 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، می تواند 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 ويژه زايمان و بلافاصله پس از زايمان**

**(6 ساعت اول پس از زايمان)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ث1- علائم نیازمند اقدام فوری** | **83** |
| **ث2- فشارخون بالا** | **84** |
| **ث3- خونریزی** | **85** |
| **ث4- عدم پیشرفت زایمان** | **86** |
| **ث5- زجر جنین/ دفع مکونیوم** | **87** |
| **ث6-زایمان زودرس/ زایمان دیررس** | **88** |
| **ث7- پارگی کیسه آب** | **89** |
| **ث8- پرولاپس بند ناف** | **90** |
| **ث9- نمایش غیر طبیعی** | **91** |
| **ث10- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه حین زایمان** | **92** |
| **ث11- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه بلافاصله پس از زایمان** | **94** |
| **ث12- بیماری ها** | **95** |
| **ث13- سوابق زایمان قبلی** | **97** |

**ث1- علائم نیازمند اقدام فوري**

اقدام

- درمان اکلامپسی طبق **ح3**

- اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**

**اکلامپسی**

**(درحال تشنج یا قبلا ً تشنج کرده)**

**تنفس مشکل**

**شوک، اختلال هوشیاری**

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

- اعزام طبق **ح1** و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر

اقدامات قبل و حین اعزام

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی

- دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک

- عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان

- خواباندن به پهلوی چپ و گرم نگه داشتن مادر

- باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18– 16 (طوسی یا سبز)

- تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه

- در صورت شوک عفونی: تزریق 2 گرم آمپی سیلین عضلانی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی - در صورت اختلال هوشیاری همراه با بالا بودن فشارخون: اقدام طبق **ث2**

اقدام

اقدام

- اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی

- دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی

- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت

- در صورت تشخیص آمبولی ریه، حمله آسم، ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری

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

**ث2- فشارخون بالا**

**سئوال کنید :**

سردرد، تاری دید، الیگوری،

درد اپی گاستر

**تعیین کنید:**

فشارخون

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - انجام زایمان همراه با درمان پره اکلامپسی (تزریق سولفات منیزیوم، تزریق لابتالول، ...) طبق **ح3**  - گذاشتن سوند فولی در مثانه پس از خروج جفت  - اطمینان از جمع بودن رحم و کنترل خونریزی طبق **ح2**  - اعزام و همراهی مادر و نوزاد**\***طبق **ح1** | پره اکلامپسی شدید | سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر،  الیگوری |

اقدام

علائم همراه

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

**ث3- خونريزي**

**سئوال کنید:**

سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم

**تعیین کنید:**

تعداد ضربان قلب جنین

**معاینه کنید:**

انقباضات و تونیسیته رحم، وضعیت جفت

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - انجام زایمان و افزودن 20 واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان  - اعزام مادر و نوزاد طبق **ح1** | جدا شدن زودرس جفت | \* انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از 110 بار در دقیقه (برادی کاردی) | **حين زايمان** |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - عدم انجام معاینه واژینال  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | جفت سرراهی | \* سابقه لکه بینی یا خونریزی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر جفت سر راهی |
| - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | پارگی رحم | \*درد شدید و ناگهانی شکم، بالا رفتن عضو نمایش، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست |
| - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - افزودن 20 واحد اکسی توسین به سرم (در 500 میلی لیتر سرم با سرعت 60 قطره در دقیقه)  - تخلیه مثانه و ماساژ دودستی رحم طبق **ح2**  - تزریق عضلانی 2/0میلی گرم مترژن\*\*\* با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از 15 دقیقه  - کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه  - در صورت احتمال عدم خروج کامل جفت، شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک): کوراژ طبق **ح4**  - در صورت عدم کنترل خونریزی اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** | اینرسی (آتونی) | \*رحم شل | \*\*  **بلافاصله پس از زایمان**  **(6 ساعت اول پس از زایمان)** |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - بررسی و ترمیم محل پارگی طبق **ح2** و بررسی مجدد جفت  - کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم  - در صورت پارگی های درجه 3 و 4 یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** | پارگی، اختلال انعقادی، جفت باقیمانده | \*رحم جمع |

\*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 10 دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

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

اقدام

مرحله زايمان

علائم همراه

**ث4- عدم پيشرفت زايمان**

**تعیین کنید:**

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

ارزيابي

معيار تشخيص

|  |  |
| --- | --- |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | فاز نهفته طولانی تر از 8 ساعت |
| دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز  - انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین 4- 3 سانتی متر دیده شود  - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | دیلاتاسیون و افاسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از 50 دقیقه در نولی پار و 20 دقیقه در مولتی پار |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز  - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون 6 سانتیمتر به بعد |
| - درخواست کمک  - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز  - انجام اپی زیاتومی  - اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدامی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان  -در صورت عدم موفقیت: مانور مک رابرت، بلند کردن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، سپس کشیدن سر نوزاد  - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: مانور wood، قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان 180 درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی  - در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی  - در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  - در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزامو همراهی بیمار طبق **ح1** | عدم خروج شانه ها 60 ثانیه پس از خروج سر |

اقدام

**ث5- زجر جنين/ دفع مكونيوم**

|  |  |
| --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب  - انجام زایمان  - ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد در صورت بد حال بودن نوزاد  - احیاء نوزاد طبق **خ1**  - پس از خروج جفت، تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد | دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین |
| دفع مکونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از 110 بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن |
| افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از 160 بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف  - انجام زایمان  - پس از خروج جفت، تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق **ح1** | افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از 160 بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه و پارگی کیسه آب بیش از 12 ساعت |

اقدام

معيار تشخيص

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

**ث6- زايمان زودرس/ زايمان ديررس**

**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 مهبلی، ارتفاع رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون \*  - تجویز 10 میلی گرم کپسول خوراکی نیفدیپین (آدالات) هر 20 دقیقه تا 4 دوز \*\*  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد. | زایمان زودرس | وقوع علائم زایمانی زیر 37 هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از 4 سانتیمتر  (فاز نهفته) |
| - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون\*  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه  - انجام زایمان  - آماده کردن ست احیاء نوزاد  - اعزام نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم یا سن بارداری کمتر از 32 هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع | زایمان زودرس | وقوع علائم زایمانی زیر 37 هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از 4 سانتیمتر، فاز فعال |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - انجام زایمان  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1**  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین | زایمان دیررس | وقوع علائم زایمانی بالای 40 هفته |

\* **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 4 دوز کپسول 10 میلی گرمی نیفدیپین، انقباضات زایمان زودرس همچنان ادامه دارد و مادر به محل ارجاع نرسیده است، می توان آن را بصورت 20 میلی گرم هر 4-8 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**

اقدام

معيار تشخيص

**ث7- پارگي كيسه آب**

اقدام

فاز زايمان

**سوال کنید:**

مدت پارگی

**تعیین کنید:**

وضعیت زایمانی، علائم حیاتی، سن بارداری

|  |  |
| --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1** - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - انجام معاینه واژینال با اسپکولوم و تایید پارگی کیسه آب  - در صورت گذشت 18 ساعت از زمان پارگی کیسه آب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - در صورت وجود تب: تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی | فاز نهفته |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - انجام زایمان  - در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا 12 ساعت: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | فاز فعال، مدت پارگی کمتر از 12 ساعت  (ترم) |
| - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - در صورت وجود تب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - انجام زایمان  - تجویز 20 واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر و نوزاد طبق **ح1** | فاز فعال، مدت پارگي كيسه آب بيش از 12 ساعت  (ترم) |
| - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - در صورت وجود تب: تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی  **- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:** اقدام طبق **ث6** | فاز نهفته و فاز فعال **پره ترم** |

ارزيابي

**ث8- پرولاپس بندناف**

**تعیین کنید:**

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

ارزيابي

|  |  |
| --- | --- |
| - اعزام و همراهی طبق **ح1**  - آگاه کردن مادر و همراه او از وضعیت جنین  - باز كردن رگ و تزريق 1 لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 3-2 ساعت  - دادن اكسيژن به ميزان 8-6 ليتر دردقيقه با ماسك  - سمع صداي قلب جنين  - قراردادن مادر در وضعيت مناسب (سجده يا قراردادن بالش در زير 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 700-500 سي سي نرمال سالين به وسیله ست سرم، سپس كلامپ سوند با يك پنس  - بالا دادن عضو پرزانته از طريق دست در واژن و دست ديگر از روي شكم در ناحيه سوپراپوبيك  - تزريق 4 گرم سولفات منيزيوم وريدي در مدت 20-15 دقيقه  در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل (طبق **ث9**):  - درخواست کمک برای انجام احیاء  - انجام زایمان  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1** | جنین زنده  (لمس نبض بند ناف) |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - آگاه کردن مادر و همراه او از وضعیت جنین  - انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج  - در صورت عدم پیشرفت زایمان: اعزام طبق **ح1** | جنین مرده  (نبود نبض بندناف) |

اقدام

معيار تشخيص

**ث9- نمايش غير طبيعي**

|  |  |
| --- | --- |
| - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - تزریق وریدی 4 گرم سولفات منیزیوم 20 % (20میلی لیتر) در مدت 4 دقیقه | قرار عرضی و نمایش صورت |
| - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  **انجام مانورهای خروج جنین:**  - درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد (برای جنین زنده)  - اطمینان از خالی بودن مثانه  - انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد  - خارج کردن باسن، گذاشتن حوله گرم بر روی باسن و اجازه به خروج خود به خود سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم  - خروج دست ها  - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف  - قرار دادن انگشت سبابه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد  - قرار دادن انگشت چهارم و سبابه دست راست بر روی شانه های نوزاد و انگشت میانی دست راست بر روی سر نوزاد برای کمک به خم شدن بیشتر سر نوزاد (از کشیدن نوزاد به سمت پایین خودداری کنید)  - اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوبیس توسط دستیار  - کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد  - بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن  - در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق **خ4**  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1** | نمایش بریج کامل |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - انجام زایمان | هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از 24 هفته بارداری |

**تعیین کنید:**

سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین

**معاینه کنید:**

واژینال، مانور لئوپولد

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

**ث10- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه حين زايمان**

عنوان

اقدام

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **عدم تناسب سر با لگن** | - اعزام  - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان | |
| 2 | **ارهاش منفی** | - انجام زایمان  - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی تا 72 ساعت پس از زایمان | |
| 3 | **مصرف مواد** | - اعزام به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد  - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان | - انجام زایمان و بررسی وضعیت رحم در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن آن  - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد (وارد نشده به مداخله ی درمانی). شیردهی در حین دریافت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین منعی ندارد و باید تشویق شود.  - اعزام نوزاد به بیمارستان  **اقدام پیش از اعزام**  - در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد (بی قراری، ترمور، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و ...): تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی 15 تا 20 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن از فنوباربیتال یا 1 یا 2 میلی گرم دیازپام هر 8 ساعت |
| 4 | **الیگوهیدرآمنیوس/**  **تأخیر رشد داخل رحمی** | - اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلوی چپ  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی | - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکونیوم در مایع آمنیوتیک  - آمادگی برای احیا نوزاد طبق خ 1 و اعزام |
| 5 | **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 نگه داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید)  - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم |
| 6 | **تب** | - اعزام  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن | - انجام زایمان  - تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر  - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق **خ2** |
| 7 | **تنفس تند (24 بار در دقیقه و بالاتر)** | اعزام | - انجام زایمان  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - اعزام به بیمارستان برای ادامه مراقبت ها |
| 8 | **جنین ناهنجار** | - 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  - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان  - در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند انانسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی شود: انجام زایمان  - بر حسب نوع ناهنجاری نوزاد: اقدام طبق **خ4** | |
| 9 | **زایمان پنجم و بیشتر** | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - انجام زایمان، معاینه کامل جفت و پرده ها  - بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر 5 دقیقه نا 30 دقیقه و سپس مطابق تعریف  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اقدام طبق **ث3** |

**ث10- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه حين زايمان (ادامه)**

عنوان

اقدام

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10 | **چندقلویی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق **ث9**  - اقدام برای خروج قل اول  - خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول  - بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم  - در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی  - در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از 10 دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: اعزام مادر  - انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها  - در صورت توفیق در انجام زایمان: تزریق 20 واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژرحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان  - در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان |
| 11 | **بارداری اول** | اعزام | - انجام زایمان  - در صورت بروز مواردی مانند آتونی، چسبندگی جفت، دیستوشی زایمان اقدام طبق هر مورد |
| 12 | **ضایعات ولو**  **(سوختگی، واریس، کیست بارتولن)** | اعزام | - انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.  - انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش  - در صورت عدم توانایی در ترمیم: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزامطبق **ح1** |
| 13 | **ماکروزومی** | اعزام | - در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان  - در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق **ث4**  - بررسی وضعیت رحم هر 5 دقیقه تا 30 دقیقه برای اطمینان از جمع بودن آن  - 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 **ح1**  - اعزام نوزاد |
| 14 | **مرگ جنین** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت  - در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): اعزام طبق **ح1** |
| 15 | **نمایه توده بدنی بیش از 40**  **(چاقي درجه 3)** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق **ح1**  **-** اعزام به بيمارستان پس از زايمان جهت درمان دارويي پيشگيري از ترومبوآمبولي احتمالي |

**ث11- ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه بلافاصله پس از زايمان**

اقدام

عنوان

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **احتباس جفت**  **(با خونریزی معمولی)** | **در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - اطمینان از نبود جفت در واژن  - خودداری از دستکاری بیشتر  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: ا**قدام طبق **ث3** |
| 2 | **تب** | - کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی  - اطمینان از هیدراته بودن مادر  - در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - اعزام طبق **ح1** |
| 3 | **عدم دفع ادرار در 2 ساعت اول پس از زایمان** | - بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر  - معاینه مثانه از روی شکم  - معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم  - در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار : تزریق 400 میلی لیتر سرم در مدت 2 ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن  - در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی در ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق مادر به ادرار کردن پس از چند ساعت  - در صورت وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزام طبق **ح1** |
| 4 | **گذشتن بیش از 12 ساعت از پارگی پرینه** | - شستن محل پارگی با بتادین  - قرار دادن گاز استریل روی پارگی  - عدم دستکاری و ترمیم پارگی  - اعزام طبق **ح1** |
| 5 | **وارونگی رحم** | - در خواست کمک  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - تزریق عضلانی100- 50 میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی 4 گرم سولفات منیزیوم طی 20 دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق **ح5**  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** |
| 6 | **هماتوم** | - کنترل علائم حیاتی  - در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از 5 سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا 2 ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از 6 ساعت و آموزش در مورد علائم بزرگ شدن هماتوم  - در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از 5 سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار: اعزام طبق **ح1** |

**ث12- بيماري ها**

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

اقدام

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **آسم** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - در صورت دریافت استروئید در 4 هفته آخر بارداری: تزریق وریدی 100 میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم 8 ساعت پس از دوز اول  - خودداری از تزریق پتدین، در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری و انجام زایمان |
| 2 | **آنمی 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 6 ساعت پس از زایمان و اقدام طبق **چ7**  - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: اعزام مادر و همراهی بیمار طبق **ح1** |
| 3 | **مثبت HIV** | اعزام  (منع زایمان طبیعی) | - استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چکمه)  - عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی  - انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار  - شستن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم و صابون پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد و سپس تماس پوست با پوست  - منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن  - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |
| 4 | **بیماری قلبي** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته، كاستن از اضطراب مادر و استفاده از روش هاي كاهش درد غير دارويي و عدم مداخله غير ضرور در حين زايمان (فشار بر روي رحم، ...)  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - انجام زایمان (هنگام زايمان زانو هاي مادر را خم كرده بر روي تخت قرار دهيد- ليتاتومي نباشد)  - در صورت ضربان قلب بیش از 100 بار در دقیقه و تنفس بیش از 24 بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل انقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم نارسایی قلب و تنگی نفس  - در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری  - انجام زايمان و اعزام طبق **ح1** |
| 5 | **دیابت** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان  - انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق **ح1**  - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق **خ2**  **-** در صورت اختلال هوشیاری اقدام طبق ث1 و اندازه گیری قند خون با گلوکومتر:  BS کمتر از 60 میلی گرم در دسی لیتر: تزریق سرم قندی  BS بیشتر از 200میلی گرم در دسی لیتر: تزریق سالین نرمال |
| 6 | **سل** | - انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتوکل کشوری برنامه سل  - ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ث ژ | |
| 7 | **سیفلیس** | - انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر | |
| 8 | **صرع** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی  - انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق **خ1**  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی |

**ث12- بيماري ها (ادامه)**

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

اقدام

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9 | **هیپرتیروئیدی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه  - توجه به بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید)  - انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |
| 10 | **+HBsAg/ هپاتیت** | اعزام | - انجام زایمان و توجه به پوار نکردن نوزاد  - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد  - تزریق واکسن هپاتیت و تزریق عضلانی 5/0 سی سی آمپول ایمونوگلوبین اختصاصی هپاتیت ب(HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هپاتیت حداکثر طی 12ساعت اول پس از زایمان |
| 11 | **هرپس ژنیتال** | - در صورت وزیکول فعال فاز حاد بیماری: خودداری از معاینه واژینال و زایمان واژینال و اعزام  - در صورت سابقه ابتلا به هرپس در بارداری فعلی و نبود وزیکول در ناحیه ولو و واژن و سرویکس و علائم عفونت حاد (مانند سوزش و خارش ولو): انجام زایمان | - انجام زایمان  - در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام مادر و نوزاد |

**ث13- سوابق زايمان قبلي**

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

اقدام

نوع سابقه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **\*آتونی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - انجام زایمان  - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم  - در صورت عدم کنترل خونریزی: اعزام طبق **ح1**و **ح2** |
| 2 | **\*جنین ناهنجار** | در صورت اطمینان از ناهنجاری جنین: اقدام طبق **ث10** | |
| 3 | **\*زایمان سخت** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 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 **ح1** |
| 4 | **\*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 3- 2 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 **ح1** |
| 5 | **سزارین یا جراحی رحم** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - کنترل علائم حیاتی  - انجام زایمان با توجه به احتمال پارگی رحم  - اعزام مادر پس از زایمان طبق **ح1** |
| 6 | **\*مرده زایی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - انجام زایمان  - اعزام در صورت تکرار عارضه |
| 7 | **\*مرگ نوزاد** | اعزام | - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی  - انجام زایمان با حضور پزشک و آمادگی برای احیا نوزاد  - اعزام در صورت تکرار عارضه |
| 8 | **\* نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم و یا وزن بیش از 4000 گرم** | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت  - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان  - در صورت تخمین ماکروزومی: اقدام طبق **ث 10** | |

**\***امکان تکرار این موارد در اين زايمان وجود دارد.

**ج- مراقبت هاي معمول پس از زايمان**

**(پس از گذشت 6 ساعت اول زايمان تا 6 هفته پس از زايمان)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ج1- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان** | **99** |
| **ج2- مراقبت سوم پس از زایمان** | **100** |
| **تعاریف مراقبت های معمول پس از زایمان** | **101** |

**ج1- مراقبت هاي اول و دوم پس از زايمان**

|  |
| --- |
| **ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری**  در صورت وجود علائم:  -تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج  - اختلال هوشیاری  - شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)  - تنفس مشکل  **اقدام مطابق چ 1**  در صورت نبود علائم فوق:  **ارزیابی**  **تشکیل پرونده در ملاقات اول و بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات بعدی**  **سئوال از** ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، سرگیجه، درد (سر، شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، محل بخیه)، مصرف مکمل های دارویی  **اندازه گیری** علائم حیاتی  **معاینه** چشم، پستان، شکم (رحم، عضلات شکم)، محل بخیه، اندام ها  **اقدام**  - تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز در 72 ساعت اول پس از زایمان  - ارایه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق **ح8**  - مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در مراقبت دوم  - ارزیابی الگوی تغذیه **ح13** در مراقبت دوم  - غربالگری افسردگی پس از زایمان **ح16**  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی  ارزیابی و اقدام بر اساس تعاریف و مبحث مراقبت ویژه پس از زایمان می بایست انجام شود. |

**ج2- مراقبت سوم پس از زايمان**

|  |  |
| --- | --- |
| بر حسب مورد: اقدام طبق **چ 2**تا **چ 8** و آخرین خانه زیر | خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، سرگیجه/ رنگ پریدگی، تب، فشارخون بالا، درد |
| اقدام طبق **پ 15**و آخرین خانه زیر |  |
| اقدام طبق چ8 و خانه زیر | فاصله دو عضله راست شکمی )دیاستاز رکتوس( |
| - تجویز مکمل های دارویی  - آموزش های لازم (مندرج در تعاریف)  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی در صورت نیاز در 72 ساعت اول پس از زایمان  - مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات دوم طبق **ح10**  - غربالگری سلامت روان در ملاقات اول  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی | شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد |

اقدام

نتیجه ارزیابی

**تشکیل پرونده در ملاقات اول**

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم**

**سئوال کنید:**

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

**اندازه گیری کنید:**

علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

|  |
| --- |
| **ارزیابی علائم بالینی نیازمند اقدام فوری**  در صورت وجود علائم:  -تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج  - اختلال هوشیاری  - شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)  - تنفس مشکل  **اقدام مطابق چ 1**  در صورت نبود علائم فوق:  **ارزیابی**  **مرور وضعیت مادر در مراقبت قبلی**  **سئوال از** ترشحات مهبل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، سرگیجه، درد (شکم، پهلوها، پستان، ساق و ران، دندان، محل بخیه)، مصرف مکمل های دارویی  **اندازه گیری** علائم حیاتی  **معاینه** چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها  **اقدام**  - تجویز مکمل های دارویی  - ارایه توصیه های بهداشتی و آموزش های لازم طبق **ح8**  - غربالگری افسردگی پس از زایمان **ح16**  - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز  - درخواست آزمايش OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به ديابت بارداري  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 بخيه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، خواب کافی، مصرف دارو در زمان شیردهی)، سلامت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر و وابستگان نزدیک) و سلامت جنسی (زمان مناسب روابط جنسي، بهداشت جنسی با تاکید بر پرهیز از رفتار پر خطر)، علائم نیازمند مراقبت ویژه (تب، خونريزي بيش از حد قاعدگي، ترشحات بدبو و چركي از مهبل، سرگيجه، سر درد، درد ساق و ران، تنگی نفس، درد قفسه سینه، درد شكم، افسردگي شديد، ...)، درد محل بخیه، شکایت شایع (خستگي، كمر درد، يبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، مراقبت از نوزاد و علائم نیازمند مراقبت ویژه نوزاد (زردي، خوب شير نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، زمان مناسب بارداری بعدی به مادر آموزش دهيد.

**نكته:** در هر ملاقات، علائم نیازمند مراقبت ویژه را به مادر گوشزد كنيد و مطمئن شويد كه اين علائم را فراگرفته است.

**اختلال هوشياري:** عدم پاسخگويي مادر به تحريكات وارده (نيشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان

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

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعيت 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 بيماري هاي قلبي، كليوي، ديابت، 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:** تاريخ مراجعه بعدي مادر را تعيين و يادآوري كنيد.

**ترشحات مهبل:** خروج ترشحات چرکی و بد بو از مهبلرا سئوال کنید.

**تزریق ایمونوگلوبولین ضد دی:** در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی 72 ساعت اول پس از زایمان به صورت عضلانی تزریق کنید.

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

شرح حال شامل موارد زیر است:

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

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

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

**تغذيه مناسب:** آنچه در تغذيه مادر شیرده اهميت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذايي است. بهترين راه، استفاده از همه گروه هاي اصلي غذايي يعني گروه نان و غلات، گروه ميوه ها، گروه سبزي ها، گروه شير و لبنيات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه هاست. (جدول گروه های غذایی در مبحث تعاریق مراقبت های بارداری آمده است.)

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

**خونریزی:** در روزهاي اول پس از زايمان ترشحات واژينال خونی است. پس از 3 تا 4 روز كم رنگ تر مي شود و پس از حدود 10 روز سفيد يا زرد رنگ مي شود. ميانگين مدت ترشح از 24 تا 36 روز متغير است. بنابراين مغايرت با اين الگو و خونريزي از مهبل را سئوال کنید.

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

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

**سرگیجه:** حالتی از دوران و یا گیج رفتن سر است. در صورت شکایت مادر از سرگیجه، فشارخون و تعداد نبض او را ابتدا در حالت خوابیده و سپس در حالت نشسته اندازه گیری کنید. اگر میزان فشارخون سیستولیک از حالت خوابیده به نشسته به میزان 20 میلیمتر جیوه کاهش یابد و تعداد نبض از حالت خوابیده به نشسته 20 بار افزایش یابد، نیاز به بررسی دارد.

**شکایت های شایع:** اين شكایت ها شامل خستگي، كمردرد و یبوست است.

**شوك:** اختلالي در گردش خون بدن كه با علائم حياتي غير طبيعي مشخص مي شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از90 میلیمتر جیوه می باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند 30 بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

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

* فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون90/140ميليمتر جيوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است.

نکته: قبل از اندازه گیری درجه حرارت مطمئن شود که مادر تا 15 دقیقه قبل نوشیدنی گرم یا سرد میل نکرده باشد. زبان روی حرارت سنج قرار گرفته باشد.

* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

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

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

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

غربالگری افسردگی پس از زایمان: **در مراقبت پس از زایمان در ارزیابی اولیه، پرسشنامه ادینبورگ می بایست تکمیل شود. در صورت مثبت بودن نتایج ارزیابی بر اساس نقطه برش پرسشنامه (کسب نمره** 12 و بالاتر) مادر به افسردگی پس از زایمان دچار است و باید **جهت بررسی تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری (در اولین فرصت) می­شود.**

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

**مكمل هاي دارویی:** مادر باید تا 3 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 بررسي كنيد. كم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه كم رنگ بودن زبان، بستر ناخنها و يا كف دست «رنگ پريدگي شديد» است.

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

**- معاینه پستان:** پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسي كنيد.

**- معاینه شکم:**

* **رحم:** در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسي كنيد.پس از زايمان، رحم به تدريج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پايين تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روي شكم قابل لمس نيست.

**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 اپي زياتومي يا سزارين) را بررسی کنید. ناحيه برش معمولا بدون درد، التهاب و كشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از 3 هفته ترميم مي شود و نخ بخیه محل برش سزارین در صورت غیر جذبی بودن، پس از 7 تا 10روز نیاز به کشیدن دارد.

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

**ملاقات های پس از زایمان:**  ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای 1 تا 3، ملاقات دوم در روزهای 10 تا 15 و ملاقات سوم در روز های 30 تا 42 پس از زایمان انجام می شود. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در3 نوبت شامل مراقبت روزهای 3 تا 5، مراقبت روزهای 14 تا 15 و مراقبت روزهای30 تا 45 انجام می شود.

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

**چ- مراقبت هاي ويژه پس از زايمان**

**(پس از گذشت 6 ساعت اول زايمان تا 6 هفته پس از زايمان)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **چ1- علائم نیازمند اقدام فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)** | **105** |
| **چ2- فشار خون بالا** | **106** |
| **چ3- خونریزی/ لکه بینی** | **107** |
| **چ4- تب** | **108** |
| **چ5- درد (درد شکم، سر درد، درد پستان، درد ساق و ران)** | **109** |
| **چ6- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج** | **111** |
| **چ7- سرگیجه/ رنگ پریدگی** | **112** |
| **چ8- اختلالات روانپزشکی** | **113** |
| **چ9- سایر موارد نیازمند مراقبت ویژه** | **114** |

**چ1- علائم نیازمند اقدام فوری**

**درحال تشنج یا قبلا ًتشنج کرده**

- درمان اکلامپسی در 48 ساعت اول پس از زایمان طبق **ح3**

- اعزام طبق **ح1**

اقدام

**شوک، اختلال هوشیاری**

- اعزام طبق **ح1** و همراهی یکی از اعضای خانواده مادر

اقدامات قبل و حین اعزام

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی

- دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک

- عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان

- خواباندن به پهلوی چپ و گرم نگه داشتن مادر

- باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره 18– 16 (طوسی یا سبز)

- تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه

- در صورت شوک عفونی: تزریق 2 گرم آمپی سیلین عضلانی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی

اقدام

**تنفس مشکل**

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی

- دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا کانول بینی

- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر به مدت 6 تا 8 ساعت

- سمع قلب و ریه

- در صورت تشخیص آمبولی ریه، حمله آسم، ادم حاد ریه: درمان معمول زن غیر باردار

**-** اعزام طبق **ح1**

ارزيابي

ارزيابي

اقدام

ارزيابي

**چ2- فشار خون بالا**

**سئوال کنید:**

سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر، سابقه بیماری

**اندازه گیری کنید:**

فشار خون (دو بار اندازه گیری)

ارزيابي

|  |  |
| --- | --- |
| - درمان اکلامپسی طبق **ح3**  **-**  اعزام به بیمارستان طبق **ح1** | فشارخون سیستول مساوی یا بیشتر از 160 میلیمتر جیوه یا دیاستول مساوی یا بیشتر از 110 میلیمتر جیوه |
| - کنترل فشارخون 6 هفته پس از زایمان  - در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری | فشارخون سیستول بیشتر از 140 و کمتر از 160 میلیمتر جیوه یا فشارخون دیاستول بیشتر از 90 و کمتر از 110 میلیمتر جیوه |
| ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا قلب برای ادامه درمان | فشارخون مزمن شناخته شده |
| - اندازه گيري فشارخون تا 10 روز پس از زايمان  - در صورت فشار خون فشارخون بالاتر از 140 ميلي متر جيوه در 48 ساعت پس از زايمان: ارجاع در اولین فرصت به پزشک  **اقدام پزشک**  - در صورت فشارخون بالاتر از 140 ميلي متر جيوه در 48 ساعت پس از زايمان: درمان دارويي مطابق رژيم دارويي قبل از بارداري  - در صورت درمان با متیل دوپا: قطع دارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری  - در صورت **فشارخون بارداري** بيشتر از 110/160 ميلي متر جيوه و همراه با ادم شديد: تجویز فوروسمايد خوراكي به ميزان 20 ميلي گرم 1 تا 2 بار در روز به مدت 5 روز  - ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان  - ارجاع به متخصص داخلي 8-6 هفته پس از زايمان | پره اکلامپسی در بارداری اخیر |

اقدام

علائم و تشخیص احتمالی

**چ3- خونريزي/ لكه بيني**

**سئوال 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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق 1 لیتر سرم سالین نرمال یا رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن  - تزریق 20 واحد اکسی توسین داخل سرم  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین | باقی ماندن تکه هایی از جفت | \*خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر |
| - اعزام طبق **ح1**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین | متریت | \*ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم |
| - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح8**  **-** آموزش علائم تب، ترشحات عفونی، درد شکم  - در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از 6 هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم | لکه بینی یا خونریزی از هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرنس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت |

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

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

اقدام

علائم همراه

**چ4- تب (درجه حرارت 38 درجه سانتی گراد و بالاتر)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - 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 20- 15 دقیقه و سپس یک لیتر در 30 دقیقه  - تزریق آمپی سیلین 2 گرم وریدی یا عضلانی  - اعزام طبق **ح1** | متریت | \*ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین و 150 میلی گرم کلیندامایسین  - اعزام | مننژیت، سپسیس | \*تب بالای 38 درجه و یکی از علائم:  -تنفس خیلی تند  -سفتی گردن  -خواب آلودگی شدید  -ضعف شدید یا ناتوانی در ایستادن |
| - تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی  - اعزام | عفونت مجاری ادراری فوقانی | تب بالای 38 درجه و یکی از علائم:  -درد پهلو ها  -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 تندرنس یا قرمزی غیرمعمول محل بخیه، تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو |

\* **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.**

اقدام

علائم همراه

تشخيص احتمالي

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

محل بخیه، اندازه و قوام رحم، شکم و پهلو ها)،

**ارزيابي**

**چ5- درد/ درد شکم**

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اعزام طبق **ح1**  اقدام قبل از اعزام:  - باز کردن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت 3-2 ساعت  - تزریق 2 گرم آمپی سیلین وریدی و 80 میلی گرم جنتامایسین عضلانی | متریت، آبسه لگن، پیلونفریت | \*درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری رحمی |
| شکم حاد | درد شکم، تندرنس پهلوها، تهوع و استفراغ |
| - ارجاع فوری به بیمارستان  - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق **ح1** | هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه | لمس توده دردناک در پرینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پرینه |
| - تجویز استامینوفن  - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح8**  در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان | اختلال در روند ترمیم محل بخیه | درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و بدون ترشح و تب |
| تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی | پس درد | درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی |
| - تجویز کرمهای نرم کننده پوستی موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت | خشکی واژن | درد هنگام مقاربت |

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

اقدام

علائم همراه

**چ5- درد/ سر درد**

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

ميزان دقيق فشارخون

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اعزام  - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم نرمال سالین یا رینگر به میزان یک لیتر در مدت 8- 6 ساعت | پره اكلامپسي، ترومبوز وريد مغزي، تومور | سردرد همراه فشارخون بالا، افزايش سر درد با تغيير وضعيت، سردرد همراه با اختلال بينايي یا استفراغ |
| - توصيه هاي تغذيه اي، استراحت  - تجويز استامينوفن به ميزان 1000 ميلي گرم هر 6 ساعت، يا استامينوفن (1000- 650) و متوكلوپراميد (10 ميلي گرم) هر 6 ساعت  - در صورت عدم بهبود پس از 3 روز ارجاع در اولين فرصت به بیمارستان یا متخصص مغز و اعصاب | آنمي، میگرن، عوارض بيهوشي، خستگی پس از زایمان | سر درد به همراه خستگی، استرس و بی خوابی |

اقدام

علائم همراه

**چ5- درد/ درد پستان**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | آبسه پستان | توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز |
| - تشویق مادر به ادامه شیردهی، شروع شیر دهی با پستان سالم، تخلیه مکرر پستان با مکیدن نوزاد و در صورت درد شدید: تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان،  - آموزش نحوه صحیح شیردهی و بررسی مجدد یک روز بعد  - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | شقاق پستان | زخم و درد نوک پستان |
| - توصیه به ادامه شیردهی به دفعات بیشتر و فواصل کوتاه تر  - کمپرس سرد پستان پس از شیردهی  - تجویز استامینوفن در صورت نیاز  - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از 24 ساعت و در صورت عدم قطع تب ارزیابی مجدد مادر و بررسی از نظر بروز ماستیت | احتقان پستان | تب خفیف و گذرا (تب کمتر از 38 درجه و کمتر از 24 ساعت)، تورم و براقی هر دو پستان |
| - تشویق مادر به ادامه شیردهی  - تجویز سفالکسین یا کلوگزاسیلین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 7 تا 10 روز  در صورت حساسیت به پنی سیلین، تجویز اریترومایسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 14 روز  - تجویز استامینوفن در صورت درد زیاد  - پیگیری مادر دو روز بعد  - در صورت عدم تخفیف علائم پس از 48 ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان | ماستیت | تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز، تب (بیش از 38 درجه) |

علائم همراه

تشخيص احتمالي

اقدام

**سئوال کنید:**

درد پستان، نحوه شیردهی

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

پستانها از نظر تورم، قرمزی، ترک نوک پستان

ارزيابي

علائم

همراه

علائم

همراه

**چ5- درد/ درد یک طرفه ساق و ران**

**معاینه کنید:**

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

اندازه گیری کنید:

دور ساق یا ران دو طرف

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ارجاع فوری به پزشک | ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی | ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی انتهای اندام، کبودی اندام، اختلاف بیش از 3 سانتیمتر ساق/ ران دو طرف |
| اقدام پزشک  - مشاوره با متخصص زنان مقیم یا آنکال بیمارستان در خصوص لزوم تزریق هپارین در مسیر اعزام به بیمارستان  - تجویز 1 گرم استامینوفن  - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار  - اعزام طبق ح1 |

اقدام

علائم همراه

ارزيابي

**چ6- مشكلات ادراري- تناسلي و اجابت مزاج**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در 3- 2 ساعت  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - در صورت امکان، تهیه نمونه ادرار برای کشت ، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، ارسال همراه با مادر برای بیمارستان  - اعزام طبق **ح1** | پیلونفریت | سوزش ادرار، درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ |
| گذاشتن سوند فولی و اعزام طبق **ح1** | هماتوم، آبسه ولو، آسیب مجاری ادراری | درد زیر دل، عدم دفع ادرار در 24 ساعت اول پس از زایمان |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط | آسیب مثانه یا مجاری ادرار، فیستول | بی اختیاری مدفوع، بی اختیاری ادرار بدون ارتباط با عطسه و سرفه |
| - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار تا 3 روز  - در صورت عدم بهبود با درمان فوق تا 48 ساعت و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان  - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: درمان پیلونفریت و اعزام **ح1** | سیستیت | سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع سریع ادرار، درد زیر شکم |
| - 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 | بواسیر | درد مقعد، لمس دکمه بواسیری، خونریزی پس از اجابت مزاج |
| - واژینیت کاندیدیایی: تجویز قرص یا پماد کلوتریمازول تا یک هفته  - واژینیت تریکومونایی: تجویز قرص مترونیدازول 500 میلی گرم 2 بار در روز تا یک هفته برای مادر و همسرش  - واژینیت غیر اختصاصی: تجویز ژل مترونیدازول تا یک هفته  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح8**  - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | واژینیت | ترشحات بدبو، سوزش و خارش ناحیه تناسلی پس از 4 هفته |

**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

علائم

همراه

تشخيص احتمالي

اقدام

ارزيابي

**چ7- سرگيجه/ رنگ پريدگي**

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان 1000 میلی لیتر در 4 ساعت  - ارجاع فوری به بیمارستان طبق **ح1** | آنمی شدید ناشی از هیپوولمی | علائم حیاتی غیرطبیعی  (هیپوتانسیون ارتواستاتیک) |
| درخواست آزمایش هموگلوبین  - **در صورت هموگلوبین کمتر از 7 گرم در دسی لیتر:** ارجاع فوری به بیمارستان  - **در صورت هموگلوبین 10- 7 گرم در دسی لیتر:** ارجاع در اولین فرصت به پزشک مرکز  **اقدام پزشک**  - تجویز 3 عدد قرص آهن در روز (200 میلی گرم) به مدت یک ماه  - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  - **در صورت هموگلوبین بیش از 10 و کمتر از 11 گرم در دسی لیتر:**   * تجویز 2 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 و علائم حیاتی طبیعی |

ارزيابي

**تعیین کنید:**

علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

ملتحمه چشم، مخاط ها

**چ8- اختلالات روانپزشکی**

علائم و نشانه ها

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - در مرحله پیشرفته: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود)  **اقدامات پیش از اعزام:**  - **در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی:** آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار  **- در صورت پرخاشگری و تحریک پذیری شدید:** تزریق عضلانی نصف آمپول هالوپریدول 5 میلی گرم  - در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی 20 دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند، نصف آمپول بی پریدین به صورت عضلانی تزریق شود.  **نکته:** با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد، لازم است قبل از ارجاع، عوامل ارگانیک دلیریوم مانند اختلالات آب و الکترولیتی بررسی و براساس آن درمان شروع شود.  - در مرحله اولیه و در صورت سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانواده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روانپزشک | سایکوز  یا  علائم بالینی نیازمند اقدام فوری روانپزشکی | **در مراحل اولیه:**  بی خوابی، بی قراری، تحریک پذیری، پرخاشگری  **در مراحل پیشرفته:**  اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، نوسان خلق از مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار مهار گسیخته، غیرعادی و آشفته، عقاید هذیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و..)، توهمات شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند |
| ارجاع در اولین فرصت به روانپزشک | افسردگی ماژور | خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، نامیدی، تحریک پذیری، بی قراری، اضطراب |
| - درمان حمایتی (غیر دارویی) مطابق دستورالعمل سلامت روان  - بررسی وضعیت رشد نوزاد (ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود)  - در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روانپزشک | افسردگی، اضطراب، وسواس | خلق افسرده و بی علاقگی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، احساس درد در نقاط مختلف بدن، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی |
| - با دقت به صحبت و شکایات مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید.  - به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولا ًطی 2 هفته خود به خود بهبود می یابد.  -به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم روانی در مادر آموزش دهید.  - در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از 2 هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی  - در صورت بروز علائم بالینی نیازمند اقدام فوری روانپزشکی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز | اندوه پس از زایمان | شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، نوسان خلق، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری |

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

ارزيابي

**بررسی کنید:**

**1- وضعیت ظاهری:** نحوه پوشش، وضعیت بهداشتی، نحوه برقراری ارتباط (آشفته و غیرعادی، بهداشت ضعیف، آرایش زیاد، لباس نامتناسب)

**2- خلق:** افسرده، مانیک، مضطرب، تحریک پذیر (عصبانیت)

**3- تفکر:** افکار خودکشی، عقاید هذیانی (افکار پارانوئیدی، افکار بزرگ منشانه)

**4- درک:** توهمات شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی

**5- جهت یابی:** آگاهی به زمان، مکان و شخص

**چ9-ساير موارد نیازمند مراقبت ویژه**

عنوان

اقدام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ابتلا به ایدز/ HIV+ | - منع تغذیه نوزاد با شیر مادر  - استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) به نظر پزشک بلافاصله پس از زایمان  - عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها  - منع مصرف قرصها وآمپول 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 علائمی مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط  - تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری |
| 2 | تنگی نفس و تپش قلب | - غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح 11  - در صورت درد قفسه سینه یا درصد اشباع اکسیژن کمتر از 95%: اعزام |
| 3 | دیاستاز رکتوس | - در صورت فاصله دو عضله راست شکمی بیش از 2 انگشت: ارجاع غیر فوری  - در صورت فاصله داشتن عضله راست شکمی کمتر از 2 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 |
| 4 | سابقه پره اکلامپسی در بارداری اخیر | اقدام طبق چ2 |
| 5 | 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 12  - درخواست آزمایش FBS و GTT 75 گرمی در ملاقات سوم. در صورت FBS مساوی یا بیشتر از 126 و OGTT (دو ساعته) مساوی یا بیشتر از 200 میلی گرم در دسی لیتر: ارجاع غیر فوری به متخصص غدد |
| 6 | 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 |
| 7 | مصرف الکل | منع مصرف در شیردهی |
| 8 | مصرف مواد | - تشویق مادر وابسته به مواد مخدر افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرنورفین) و حمایت از او برای زایمان در بیمارستان  - آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد 5-3 روز پس از تولد در بیمارستان جهت سم زدایی  - آموزش درباره ممنوعیت و پیامدهای قانونی احتمالی دادن مواد مخدر و محرک یا داروهایی نظیر متادون به نوزاد  - منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) و محرک (مت آمفتامین) در شیردهی  - با توجه به عدم وجود خدمات درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرونورفین) در نظام شبکه، بیماران به مراکز دولتی درمان با داروهای آگونیست اپیوئیدی ارجاع و پیگیری تحت درمان قرار گرفتن با کارشناس مراقب سلامت می باشد.  - تشویق به شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اپیوئیدی (متادون یا بوپرنورفین)  - آموزش درباره خطرات مواجهه با دود دست دوم سیگار در نوزاد  - توصیه به ترک دخانیات و ارجاع به پزشک مرکز برای ترک  - توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات محرک مت آمفتامین |

**ح- راهنما**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ح1- اعزام** | **116** |
| **ح2- بررسی منشاء خونریزی** | **116** |
| **ح3- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی** | **117** |
| **ح4- کوراژ** | **119** |
| **ح5- وارونگی رحم** | **119** |
| **ح6- مکمل های دارویی** | **120** |
| **ح7- توصیه های بهداشتی در بارداری** | **120** |
| **ح8- توصیه های بهداشتی پس از زایمان** | **120** |
| **ح9- مصرف دخانیات،الکل و مواد در شیردهی** | **121** |
| **ح10- داروی های روان پزشکی در بارداری** | **121** |
| **ح11- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان** | **123** |
| **ح12- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی** | **124** |
| **ح13- ارزیابی الگوی تغذیه** | **125** |
| **ح 16- غربالگری سلامت روان (پس از زایمان)** | **126** |
| **ح 17- پارتوگراف** | **128** |

**ح1- اعزام**

|  |
| --- |
| **اگر مادر نیاز به اعزام دارد، ضمن اطلاع به کارشناس رابط سلامت مادران:**  1-با مرکز فوریت ها تماس بگیرید و برای درخواست پذیرش بیمارستانی مطابق سطح بندی خدمات پریناتال هماهنگی کنید.  2- **اطمینان حاصل کنید** که دارو و تجهیزات مورد نیاز در آمبولانس وجود دارد:   * داروهایی مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، فنی تویین، گلوکونات کلسیم، هیدرالازین،لابتالول، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...، وسایلی مانند دستکش استریل، سرنگ، سوند، ست سرم، ست زایمان و ...   3- فرم ارجاع/ اعزام را تکمیل کنید.  4- به مادر و اطرافیانش در مورد علت اعزام توضیح دهید.  5- در موارد نیاز (مشخص شده در مباحث مراقبت ویژه) مادر را همراهی کنید. توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز مادر را همراهی کند.  6- در طول اعزام، مراقبت های 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 می بایست مهارت لازم برای احیا قلبی عروقی و مدیریت اختلالات شوک همورژیک در مادر (باردار/ پس از زایمان) داشته باشد. |

**ح2- بررسي منشاء خونريزي**

|  |
| --- |
| **نیمه اول بارداری:** در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی شدید است، پس از باز کردن رگ و تزریق 1 لیتر سرم با افزودن 30 واحد اکسی توسین به صورت 30 قطره در دقیقه (در صورت اطمینان از نبود دو قلویی)، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده و اسپکولوم بگذارید. در صورت مشاهده لخته یا نسج در حال دفع از دهانه رحم، آن را با یک پنس گرد استریل خارج کنید. در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، از دستکاری خودداری کرده و سپس اعزم کنید.   * **مراقبت پس از سقط پس از ترخیص از بیمارستان:**   -تجویز روزانه 1 عدد قرص آهن تا یک ماه -استراحت نسبی  -حمایت عاطفی -توصیه به خودداری از مقاربت تا 2 هفته  -آموزش علائم تب، خونریزی، درد شکم - در صورت عدم تمایل به بارداری، مشاوره با پزشک  **مراقبت پس از سقط پس از دفع نسج خارج از بیمارستان:**  - درخواست سونوگرافی و اطمینان از تخلیه کامل رحم  -تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی -استراحت نسبی  -تجویز روزانه 1 عدد قرص آهن تا یک ماه -تزریق آمپول ایمونوگلوبین ضد دی در مادران Rh- و پدر Rh+  -حمایت عاطفی -توصیه به خودداری از مقاربت تا 2 هفته  -آموزش علائم تب، خونریزی، درد شکم - در صورت عدم تمایل به بارداری، مشاوره با پزشک  **نکته:** به مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط، بررسی خاصی نیاز نیست و هر زمانی که از نظر روحی آمادگی دارد می تواند باردار شود.  **بلافاصله پس از زایمان**: اگر خونریزی پس از خروج کامل جفت ادامه دارد، رحم را معاینه کنید:  **الف**) **در صورت شل بودن رحم (آتونی):**  1- از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. در صورت پر بودن مثانه، با سوند تخلیه کنید.  2- تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، ماساژ دو دستی را ادامه دهید.  3- همزمان با ماساژ، یک لیتر سرم رینگر با 20 واحد اکسی توسین به صورت سریع یا 2/0 میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر مبتلا به بیماری قلبی و یا فشارخون بالا خودداری شود.  4- در نیم ساعت اول، رحم را هر 5 دقیقه و علائم حیاتی را هر 15 دقیقه کنترل کنید. در دو ساعت بعد هر 15 دقیقه و پس از آن تا 6 ساعت هر 1 ساعت رحم را ماساژ دهید و از جمع و سفت بودن رحم مطمئن شوید.  **نکته 1:** به میزان خونریزی و لخته خارج شده توجه کنید تا بتوانید میزان سرم مورد نیاز مادر را بهتر تخمین بزنید. معمولا ًمقدار خونریزی دو برابر میزان تخمینی می باشد.  **نکته 2:** در هنگام برخاستن مادر (بار اول) از روی تخت حتماً وی را همراهی کنید.  **چنانچه با انجام ماساژ دو دستی خونریزی همچنان ادامه دارد، مادر را با دو رگ باز، سرم درمانی و ادامه ماساژ رحمی اعزام کنید.** (در صورت اتمام سرم اول، تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت یک ساعت و کمپرس شریان آئورت شکمی حین اعزام)  **ماساژ دو دستی:** ماساژ فوندوس رحم بلافاصله پس از زایمان، موجب تحریک میومتر برای انقباض و ایجاد هموستاز و خروج لخته ها می شود. این روش با استفاده از دو دست به شرح زیر است:  یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. این کار باید تا زمانی که رحم منقبض شود و یا خونریزی قطع شود ادامه یابد. این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست، زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن عضله سهیم باشد.  **کمپرس شریان شکمی**: در قسمت بالای ناف و کمی به سمت چپ با مشت بسته مستقیماً بر روی آئورت شکمی فشار آورید. نبض در آئورت شکمی بلافاصله پس از زایمان به راحتی از روی دیواره قدامی شکم قابل لمس است. برای کنترل کافی بودن فشار، با دست دیگر نبض رانی را لمس کنید. احساس نبض در لمس، نشانه ناکافی بودن فشار بر روی شریان است. فشار شریان شکمی را تا قطع خونریزی حین اعزام ادامه دهید.  **نکته**: کمپرس شریان آئورت شکمی در مادر لاغر قابل انجام است.  **ب) در صورت جمع بودن رحم:** ناحیه تناسلی- ادراری به ویژه دیواره های واژن و دهانه رحم را از نظر پارگی ها کنترل کنید. در این حالت با کمک دستیار، 2 عدد والو در واژن گذاشته و به وسیله 2 پنس جفت، دهانه رحم را به طور کامل بررسی کنید. معمولا ًپارگی ها در ساعت 3 و 9 ایجاد می شود. در صورت مشاهده پارگی خونریزی دهنده، یک گاز استریل بر روی محل پارگی گذاشته و به مدت 5 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 3 صفر یا 2 صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل 8 ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامپون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.  تذکر: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید. |

**ح3- درمان پره اكلامپسي و اكلامپسي**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهلوی چپ بخوابانید و از تنها گذاشتن وی خودداری کنید.  2- از باز بودن راههای هوایی مطمئن شوید.  3- 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 1 لیتر در 8- 6 ساعت (3 میلی لیتر در دقیقه) باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید. **حداکثر سرم دریافتی برای بیمار 125 میلی لیتر در ساعت است.**  4- از تجویز مواد خوراکی از راه دهان خودداری کنید.  5- سوند فولی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.  6- ست احیاء به ویژه آمپول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.  7- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.  8- در صورتی که فشارخون مادر 110/160 میلی متر جیوه یا بالاتر است، داروی کاهنده فشار خون را طبق دستورالعمل تزریق کنید.  9- 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** 10 گرم سولفات منیزیوم از محلول 50% (20 میلی لیتر)، به صورت دو تزریق5 گرمی (10 میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمقی (با سوزن بلند) انجام شود. برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است 1 میلی لیتر لیدوکائین 2% را همراه با سولفات منیزیوم تزریق کرد.  **در صورت طولانی شدن زمان ارجاع مادر یا نرسیدن مادر به بیمارستان در مدت 4 ساعت، دوز دوم سولفات منیزیوم را به میزان 5 گرم از محلول 50%، (10 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 4 ساعت تزریق کنید:**  **الف-** رفلکس کشکک زانو وجود دارد.  **ب-** تنفس بیمار راحت است. تعداد تنفس حداقل 16 بار در دقیقه باشد.  **ج-** میزان برون ده ادراری مادر در مدت 4 ساعت اولیه پس از تزریق دارو، 100 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 10 میلی لیتر (1 گرم) از محلول %10به طور وریدی و آهسته در مدت 10 دقیقه تا زمان برقراری تنفس را انجام دهید.  **نکته:** در صورت نبود سولفات منیزیوم یا عدم کنترل تشنج در مرکز می توان از آمپول فنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:  4 عدد آمپول 250 میلی گرمی داخل 100 سی سی **سرم نمکی** (از سرم قندی استفاده نشود) در مدت یک ساعت (تقریبا 20 قطره در دقیقه) تزریق شود.  **تعیین مقادیر سولفات منیزیوم**   |  |  | | --- | --- | | سولفات منیزیوم 50% | سولفات منیزیوم 20% | | 5 گرم =10 میلی لیتر | 4 گرم =20 میلی لیتر | | 10 گرم =20 میلی لیتر | 5 گرم = 25 میلی لیتر |   **دستورالعمل تزریق داروی کاهنده فشارخون**  اگر برای 15 دقیقه یا بیشتر، فشارخون دیاستول 110 میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از 160 میلیمتر جیوه است به ترتیب اولویت زیر تجویز کنید:  **لابتالول (ویال ml20/mg 100)**  میزان 20 میلی گرم در مدت 2 دقیقه به صورت وریدی تزریق و در صورت عدم کاهش فشارخون در مدت 20- 10 دقیقه، دوز بعد 40 میلی گرم تزریق شود.  نکته: لابتالول در آسم و CHF منع مصرف دارد.  **هیدرالازین (ویال ml/mg 20)**  1- آمپول هیدرالازین به میزان 5 میلی گرم به صورت وریدی و آهسته (3 تا 4 دقیقه) تزریق کنید. در صورتی که پس از 20 دقیقه، فشارخون دیاستول بالای 110 میلی متر جیوه است، هیدرالازین را با همان دوز اولیه تکرار و پس از 20 دقیقه، فشارخون را کنترل کنید.  2- اگر فشارخون دیاستول به کمتر از 110 میلی متر جیوه رسیده است، تزریق وریدی هیدرالازین را متوقف و مادر را تحت نظر بگیرید. فشارخون دیاستول مطلوب بین 90 تا 100 میلی متر جیوه است.  (یک ویال با 3 میلی لیتر آب مقطر رقیق شود تا در هر میلی لیتر 5 میلی گرم دارو باشد. در شکل پودری دارو، با 4 میلی لیتر آب مقطر رقیق شود)  **نیفدیپین**  در صورت در دسترس نبودن لابتالول یا هیدرالازین، 10 میلی گرم نیفدیپین (آدالات) را به صورت خوراکی تجویز و در صورتی که پس از 30 دقیقه، فشارخون دیاستول بالای 110 میلی متر جیوه است، نیفدیپین را با همان دوز اولیه تکرار کنید. |

**ح4- كوراژ**

|  |
| --- |
| در صورت احتمال عدم خروج کامل جفت، شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) **ضمن هماهنگی لازم برای اعزام مادر** (طبق **ح1)**  **الف- در صورتی که کمتر از یک ساعت از زایمان گذشته است:**  1- گذاشتن سوند فولی جهت تخلیه مثانه و ثبت ساعتی برون ده ادراری  2- تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین یا 1 گرم سفازولین توسط پزشک  3- شستشوی پرینه و واژن با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل  4- **انجام مانور کوراژ:** با یک دست قله رحم را از روی شکم بگیرید و دست دیگر را در حالتی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، از راه واژن در مسیر بندناف در رحم وارد کنید. پس از لمس جفت، لبه آن را مشخص کرده و کناره داخلی دست (کنار انگشت کوچک) را بین لبه جفت و دیواره رحم قرار دهید. سپس با پشت دست که در تماس با دیواره رحم است، جفت را از محل چسبیدن آن به رحم به آرامی جدا کنید و به تدریج بیرون آورید. پرده ها را نیز با همین حالت با جدا کردن از دسیدوا خارج کنید. در صورت لزوم، از پنس گرد برای گرفتن پرده ها استفاده کنید.  **نکته 1:** در صورت جدا نشدن جفت یا بقایای آن، از دستکاری بیشتر خودداری کنید.  **نکته 2:** در حین کوراژ، به حال عمومی مادر توجه کنید.  5- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی توسین به صورت60 قطره در دقیقه را ادامه دهید. به دلیل احتمال پارگی در عمل کوراژ، لازم است واژن و سرویکس از نظر پارگی و رحم را از نظر جمع بودن بررسی کنید. در صورت نیاز، پارگی ها را ترمیم کنید.  **ب- در صورتی که بیش از یک ساعت از زایمان گذشته است:**  معاینه واژینال کنید و اگر جفت در واژن نیست و دهانه رحم بسته است، از دستکاری خودداری نموده و مادر را اعزام کنید. |

**ح5- وارونگي رحم**

|  |
| --- |
| در صورت وارونگی رحم، اولین اقدام هماهنگی برای اعزام است.  **اقدامات قبل از اعزام:**  1- شستشوی تمام رحم با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل  2- 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، 20 واحد اکسی توسین داخل سرم تزریق کرده، ماساژ دو دستی را شروع کنید تا زمانی که رحم جمع شود. اگر رحم شل است، میزان سرم را افزایش داده و آمپول ارگومترین (مترژن) به میزان 2/0 میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را اعزام کنید. (طبق ح**1)**  **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**1)**  **نکته 1:** 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**1)**  **نکته2:** به وجود علائم شوک در مادر توجه کنید و میزان سرم دریافتی را با توجه به حال عمومی مادر و میزان خونریزی تنظیم کنید. |

**ح6- مكمل هاي دارويي**

|  |
| --- |
| **بارداری:**  **اسید فولیک:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه 400 میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ترجیحا 1 ماه قبل از بارداریتوصیه شود.  **آهن**: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن حاوی 30 تا 60 میلی گرم المنتال (با توجه به داروهای موجود در کشور) تجویز شود.  **مولتی ویتامین:** از شروع هفته 16 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 400 میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته 16 تا پایان بارداری نیست.  **ویتامین د:** از شروع تا پایان بارداری روزانه یک قرص 1000 واحدی تجویز شود.  **پس از زایمان:**  روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا 3 ماه پس از زایمان تجویز شود. |

**ح7- توصيه هاي بهداشتي در بارداري**

|  |
| --- |
| **موارد زیر توصیه می شود:**  **تهوع و استفراغ صبحگاهی:** مصرف یک وعده کوچک غذا مانند پنیر و بیسکویت ترد بلافاصله پس از بیدار شدن یا در طول شب، آرام خوردن غذا و در وعده های کم، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب، اجتناب از خالی نگه داشتن معده، دمای ملایم و سرد غذا، استفاده از دم کرده زنجبیل و بابونه و یا بوییدن آن، پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب.  **سوزش سر دل:** مشابه توصیه های تهوع و استفراغ و انجام تمرین ها ورزشی مخصوص  **یبوست:** افزایش فعالیت بدنی، رژیم غذایی سبوس دار و فیبر دار، نوشیدن مایعات  **کرامپ پا:** استفاده از کیسه آب گرم، ماساژ یخ، انجام حرکت کشش کف پا به سمت داخل (بدن)، مصرف بیشتر مایعات  **درد پشت و درد های لگنی**: پوشیدن کفش با پاشنه کوتاه، نشستن بر روی صندلی هایی که پشتی محکم و مناسب دارد، خوابیدن به پهلو با کمک گرفتن از بالش بین زانو ها، استفاده از ماساژ یا کیسه آب گرم یا سرد برای ناحیه دردناک، انجام تمرین های ورزشی تقویت عضلات کمر  **ورم**: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، خودداری از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی، بالاتر نگه داشتن پاها از سطح زمین در هنگام استراحت.  **لوکوره:** تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی. |

**ح8- توصيه هاي بهداشتي پس از زايمان**

|  |
| --- |
| **موارد زیر توصیه می شود:**  **محل بخیه ها:** استفاده گرما درمانی با استفاده از حوله گرم 24 ساعت پس از زایمان، خودداری از مقاربت تا ترمیم کامل پرینه (20 روز پس از زایمان)، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم سه بار در روز.  **بهداشت فردی**: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی (حداقل هر 4 تا 6 ساعت) و لباس زیر تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه، شستن دست ها قبل از بغل کردن یا شیر دادن نوزاد، استراحت و خواب کافی، حمایت اطرافیان و همسر در انجام کارهای روزانه به ویژه در روزهای اول پس از زایمان، عدم استعمال دخانیات و دوری از موجهه با دود سیگار |

**ح9- مصرف دخانیات، الکل و مواد در شيردهي**

|  |
| --- |
| **موارد منع شیردهی**   * مادران مصرف­کننده فعال مواد مخدر و محرک نباید به نوزاد خود شیر بدهند، زیرا **مورفین** در شیر ترشح شده و می­تواند منجر به آپنه تنفسی در نوزاد شود. * مادرانی که مصرف روزانه ترکیبات محرک مانند **مت­آمفتامین** دارند نباید به نوزاد خود شیر بدهند. * مادرانی که مصرف گاهگاهی مت­آمفتامین دارند، بعد از هر بار مصرف باید تا 24 ساعت از شیردهی پرهیز کنند و در طول این مدت شیر خود را دوشیده و دور بریزند. * متعاقب هر بار مصرف **الکل** تا 8-6 ساعت شیردهی نباید انجام شود. * در صورتی که ممنوعیت دیگری برای شیردهی وجود نداشته باشد، **درمان نگهدارنده با متادون** و **بوپرنورفین** در شیردهی بلامانع است. بنابراین باید مادران به تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین درباره بی­خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود. |

**ح10- داروهاي روان پزشكي در بارداري**

|  |
| --- |
| **کلیات:**  در بسیاری از موارد، آسیب های ناشی از علائم اختلالات روانپزشکی (مانند افسردگی شدید و سایکوز) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روانپزشکی بر روی جنین است.  مطالعات انسانی و حیوانی بسیاری، انواع داروهای روانپزشکی را از نظر عبور از جفت و آثار بر روی جنین بررسی نموده اند و نتایج آن مورد استفاده متخصصین قرار می گیرد، اما پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روانپزشکی در بارداری کاملا برای جنین بی خطر است، غیر ممکن است.  اگر خانمی در حالی که تحت درمان با داروهای روانپزشکی قرار دارد، باردار شود، در اولین فرصت باید از نظر تداوم یا قطع درمان دارویی و مراقبت به روانپزشک مراجعه کند. در این موارد، بسیار مهم است که مراقب باشید در مادر ترس یا احساس گناه بیهوده و نابجا ایجاد نکنید.   لازم است مادر در مورد قطع یا کاهش داروهای روانپزشکی با روانپزشک خود مشورت نماید. برخی داروهای روانپزشکی را نباید قطع کرد و برخی دیگر را می توان جایگزین نمود. ارزیابی مکرر مادر از نظر عود احتمالی علائم روانپزشکی و بررسی نیاز مجدد به دارو، توسط روانپزشک ضروری است.  در موارد خفیف تا متوسط اختلالات روانپزشکی در دوران بارداری، روش های درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی حمایتی انفرادی سرپایی، آموزش روش های آرام سازی و مدیریت افکار و هیجانات منفی، اصلاح سبک زندگی و ایجاد تغییراتی در محیط زندگی به منظور کاهش فشار روانی بر زن باردار است.  در موارد شدید اختلالات روانپزشکی که مادر در دیسترس شدید است و احتمال آسیب به خود، جنین و یا حتی سایرین ممکن است وجود دارد، بیمار باید الزاماً تحت نظر روانپزشک درمان شود. (اقدامات درمانی برحسب مورد شامل دارودرمانی سرپایی و یا در مواردی که دارودرمانی پاسخگو نباشد، الکتروشوک درمانی). در موارد شدید، گاهی لازم است مادر تحت نظر یک روانپزشک مدت کوتاهی در بیمارستان بستری باشد و تحت درمان قرار گیرد.  با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی **صرفاً با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روانپزشک**، اقدام به تجویز داروی روانپزشکی تجویز نمایند.  بیماری که علائم سایکوز ندارد و قضاوتش مختل نمی باشد، می تواند در تصمیم گیری نوع درمان با روانپزشک مشارکت کند.  **مادران دارای اختلال مصرف مواد مخدر افیونی:**   مادر باردار وابسته به مواد مخدر افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست اُپیوئیدی باید برای **زایمان در بیمارستان** تشویق و حمایت شوند. نوزادان متولدشده از این مادران باید تا 5 روز بعد از زایمان در بیمارستان از نظر بروز نشانه­های سندرم پرهیز نوزادی تحت نظر باشند تا در صورت بروز و تشدید علایم درمان دارویی مورد نیاز ارایه شود.  درمان استاندارد وابستگی به مواد مخدر افیونی در **بارداری** **درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین** است. در این ارتباط توجه به نکات زیر مهم است   * + ماندگاری در درمان در درمان نگهدارنده با **متادون** بهتر است.   + وزن تولد نوزادان در درمان نگهدارنده با **بوپرنورفین** بالاتر است.   + درمان نگهدارنده با **بوپرنورفین** با شیوع و شدت پایین­تر سندرم محرومیت نوزادی همراه است.   نوزادان متولدشده از مادران مصرف­کننده مواد مخدر افیونی غیرقانونی و درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد مخدر افیونی دچار علایم **سندرم پرهیز** یا **محرومیت نوزادی** شوند. شروع علایم برای مواد مخدر افیونی کوتاه­اثر همچون تریاک و هروئین در **روز اول** بعد از تولد و برای داروهای اُپیوئیدی طولانی­اثر همچون متادون و بوپرنورفین در **روزهای دوم و سوم** خواهد بود.  نشانه­های این سندرم شامل گریه جیغ­مانند و طولانی­مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک­ریزش، بیش­فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می­شود. به دلیل انگ همراه با مصرف مواد مخدر افیونی خصوصاً در زنان، در صورت مواجهه با این علایم در نوزاد تازه متولدشده، باید **سندرم محرومیت نوزادی** در تشخیص افتراقی در نظر گرفته و ارجاع به پزشک انجام شود.  **داروهای آنتی سایکوتیک (ضد جنون) نسل اول:**  هیچ شاهد قطعی دال بر تراتوژنیک بودن این دسته از داروها و آسیب برای جنین وجود ندارد.  در سه ماهه اول بارداری، فقط در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند و یا بستری کردن به تنهایی برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.  در درمان مانیا در بارداری، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان هستند.  در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالی های جنینی به دنبال مصرف این داروها غیرمحتمل است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.  با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای آنتی سایکوتیک کم قدرت (مانند تیوریدازین و کلروپرومازین)، در موارد ضرورت، تجویز داروهای آنتی سایکوتیک پرقدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.  در دوران شیردهی، تجویز داروهای آنتی سایکوتیک گروه فنوتیازینی (مانند پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.  **داروهای ضد افسردگی**  افسردگی خفیف در سه ماهه اول بارداری می تواند با مداخلات روانشناختی و اقدامات حمایتی تحت درمان و پیگیری قرار بگیرد ولی در صورت دیسترس در مادر، اختلال عملکرد فردی، علائم نباتی (مثل اختلال خواب و اشتها، احساس ناامیدی و افکار خودکشی و آسیب به خود یا جنین، و همراه بودن علائم سایکوز (توهم و هذیان)، مادر باید تحت درمان دارویی سرپایی یا بستری تحت نظر روانپزشک قرار گیرد.  با توجه به این که بسیاری از زنان به دلیل ترس از ایجاد عوارض برای جنین، از مصرف دارو در دوران بارداری شیردهی اجتناب 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.  در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، شروع داروی ضدافسردگی طی 12 ساعت اول بعد از زایمان، می تواند به طور موثری از بروز افسردگی پیشگیری نماید.  **داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین:** تجویزفلوکستین برای درمان علائم نباتی (اختلال خواب و اشتها افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض احتمال آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود.  **داروهای سه حلقه ای**: اگر چه تراتوژنیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی بهتر است از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمانی، ایجاد سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی در دوران بارداری تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای بوده باشد، لازم است نوزاد پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرد.  **داروهای مهارکننده مونواکسیداز:** تجویز این دسته داروخای ضدافسردگی در دوران بارداری ممنوع است.  **داروهای ضد مانیا و لیتیم**  در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام برای کنترل برخی علائم مانیا ارجح است.  اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، و همچنین وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر بروز گواتر بررسی شود، هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، القاء زایمان باید در نظر گرفته شود. و نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.  مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال ناهنجاری جنینی اسپینا بیفیدا در 1 تا 5 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. |

**ح11- 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، سوءتغذیه، چندقلویی، سن بالای 30 سال، دیابت، سابقه پره اکلامپسی یا فشارخون بالا پس از زایمان است.  **جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **عنوان** | **امتیاز** | | | **ارتوپنه (مشکل تنفسی در حالت دراز کشیده)** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در هنگام دراز کشیدن زیر سرش باید بلند باشد تا تنگی نفس پیدا نکند= (**1 امتیاز)**  - در هنگام دراز کشیدن باید زیر سر زاویه 45 درجه و بیشتر بلند باشد تا دچار تنگی نفس نشود= (**2 امتیاز)** | | **تنگی نفس** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - وقتی از هشت پله و بیشتر بالا می رود، تنگی نفس پیدا می کند= (**1 امتیاز)**  -وقتی در سطح صاف راه می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (**2 امتیاز)** | | **سرفه غیر قابل توجیه** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در هنگام شب و در حالت دراز کشیده، سرفه می کند= (**1امتیاز)**  -در طول شب و روز سرفه می کند = (**2 امتیاز)** | | **ادم اندام تحتانی** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - ادم تا زیر زانو است= (**1 امتیاز)**  -ادم بالای زانو یا ادم در صورت = (**2 امتیاز)** | | **افزایش وزن ناگهانی در ماه آخر بارداری** | **ندارد یا کمتر از یک کیلوگرم در هفته** **(امتیاز 0)** | **دارد:**  - یک تا دو کیلوگرم در هفته= (**1 امتیاز)**  -بیش از دو کیلوگرم در هفته = (**2 امتیاز)** | | **تپش قلب (احساس ضربان قلب یا احساس نامنظمی در ضربان قلب)** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در شب و هنگام دراز کشیدن این احساس را دارد= (**1 امتیاز)**  -روز و شب این احساس را دارد = (**2 امتیاز)** |   **امتیاز دهی و اقدام**  **0 تا 2= کم خطر. اقدام: ادامه مراقبت ها**  **3 تا 4= خطر متوسط. اقدام: ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب**  **5 و بیشتر= خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری به بیمارستان** |

**ح12- ارزیابی احتمال بروز ترومبوآمبولی(در شرایط غیر بستری)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **امتیاز** |
| **عواملی که مربوط به شرایط طبی فرد هستند:** | |
| سابقه ترومبوآمبولی وریدی ( VTE) قبل از بارداری | **3** |
| ابتلا به ترومبوفیلی | **3** |
| آنتی فسفولیپید آنتی بادی (معیار آزمایشگاهی) | **3** |
| مشکلات طبی مانند: سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از 3 گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی | **3** |
| سابقه خانوادگی ترومبوآمبولی وریدی (بدون زمینه یا وابسته به استروژن) در بستگان درجه اول | **1** |
| **عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:** | |
| چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از 40) قبل یا اوایل بارداری | **2** |
| چاقی (BMI بیشتر از 30 و کمتر از 40) قبل یا اوایل بارداری | **1** |
| سن بیشتر از 35 سال | **1** |
| استعمال سیگار | **1** |
| وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی) | **1** |
| **عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:** | |
| سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود) | **4** |
| دهیدراتاسیون/ استفراغ شدید بارداری | **3** |
| زایمان سه بار یا بیشتر (para ≥ 3) صرف نظر از بارداری فعلی | **1** |
| بارداری چندقلویی | **1** |
| بارداری با روشهای کمک باروریART/ IVF (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود) | **1** |
| **عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالا قابل برگشت هستند:** | |
| عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان) مانند پنومونی، پیلونفریت | **1** |
| بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از 3 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 4 ساعت) | **1** |

**امتیاز: در صورتی که در ارزیابی 3 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.

**ح13- ارزیابی الگوی تغذیه**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان | امتیاز |
| 1- مصرف روزانه ميوه شما چقدر است؟  گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز  گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از 3 واحد  گزینه سوم (مطلوب): 3 واحد یا بیشتر | 0  1  2 |
| 2- مصرف روزانه سبزي شما چقدر است؟  گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز  گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از 4 واحد  گزینه سوم (مطلوب): 4 واحد یا بیشتر | 0  1  2 |
| 3- مصرف روزانه شير و لبنيات شما چقدر است؟  گزینه اول (نامطلوب): بندرت/ هرگز  گزینه دوم (نسبتا مطلوب): کمتر از 3 واحد  گزینه سوم (مطلوب): 3 تا 4 واحد | 0  1  2 |
| 4- آيا سر سفره از نمكدان استفاده مي کنيد؟  گزینه اول (نامطلوب): همیشه  گزینه دوم (نسبتا مطلوب): گاهی  گزینه سوم (مطلوب): بندرت/ هرگز | 0  1  2 |
| 5- چقدر فست فود /نوشابه هاي گازدار مصرف مي کنيد؟  گزینه اول(نامطلوب): هفته ای 2 بار یا بیشتر  گزینه دوم (نسبتا مطلوب): ماهی 1 تا 2 بار  گزینه اول (مطلوب): بندرت/ هرگز | 0  1  2 |
| 6- از چه نوع روغني بيشتر مصرف مي کنيد؟  گزينه اول (نامطلوب): فقط روغن نيمه جامد يا حيواني  گزينه دوم (نسبتا مطلوب): تلفيقي از انواع روغن هاي مايع و نيمه جامد  گزينه سوم (مطلوب): فقط روغن مايع )معمولي و مخصوص سرخ کردني( | 0  1  2 |
| **معيارهای تصميم گيری برای ارائه خدمت یا ارجاع:**  1- BMI قبل از بارداري و روند وزنگيري براي 19 سال و بالاتر 2- Z Scor قبل از بارداري و روند وزن گيري براي زیر 19 سال |  |

تفسیر نتایج مطابق آخرین ویرایش بسته اجرایی تغذیه انجام شود.

**ح16- غربالگری افسردگی پس از زایمان**

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

| **در 7 روز گذشته:** | **امتیاز** |
| --- | --- |
| 1. من هم‌چنان تجربه‌ی خندیدن و شاد بودن را دارم و می توانم جنبه های مثبت (funny) قضایا را ببینم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) گاهی‌اوقات  ج) نه‌چندان زیاد  د) به هیچ‌وجه | 0  1  2  3 |
| 2. من از زندگی لذت می‌برم.  الف) بله، مانند همیشه  ب) تقریبا مانند قبل  ج) خیلی کمتر از قبل  د) به هیچ‌وجه | 0  1  2  3 |
| 3. هر اتفاقی که بیفتد، من خودم را مقصر می‌دانم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) نه‌ چندان زیاد  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 4. من  بدون دلیل دچار تشویش و اضطراب می شوم.  الف) بله، در بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) بندرت  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 5. من بدون دلیل احساس ترس و وحشت می کنم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) نه ‌چندان زیاد  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 6. کارهای زیادی بر عهده من گذاشته شده است.  الف) بله، بیش‌تر اوقات از عهده شان بر نمی آیم.  ب) بله، گاهی اوقات از عهده‌ی انجام کارها برنمی‌آیم.  ج) خیر، بیشتر اوقات از عهده شان بر می آیم.  د) خیر، به خوبی از عهده‌ی کارها برمی‌آیم. | 3  2  1  0 |
| 7. از شدت نگرانی نمی توانم بخوابم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) بندرت  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 8 . من احساس غم و افسردگی می کنم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) نه‌چندان زیاد  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 9. آن قدر ناراحت می شوم که گریه می کنم. (حس افسردگی مرا وادار به گریه می کند)  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) بله، گاهی‌اوقات  ج) فقط گاهی  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |
| 10. به فکر آسیب‌رساندن به خودم هستم.  الف) بله، بیش‌تر اوقات  ب) گاهی‌اوقات  ج) خیلی بندرت  د) خیر، به هیچ‌وجه | 3  2  1  0 |

امتیاز 8 و کمتر: غربال منفی

امتیاز 9 تا 11 (بدون افکار آسیب به خود) : انجام غربالگری مجدد یک ماه بعد

امتیاز 12 تا 13: ارجاع غیر فوری به پزشک جهت ارزیابی تکمیلی

امتیاز 14 و بالاتر: ارجاع فوری به پزشک

**ح17- پارتوگراف**

80

90

100

110

120

130

140

150

160

170

180

190

80

90

100

110

120

130

140

150

160

170

180

190

80

90

100

110

120

130

140

150

160

170

180

190

200

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ضربان قلب جنين |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

وضعيت كيسه آب و

مايع آمنيوتیک

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ACTION |  |  |  |  |  |  |  | ALERT |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | | 11 | | 10 | | 9 | | 8 | | 7 | | 6 | | 5 | | 4 | | 3 | | 2 | | 1 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

2-

3-

1-

0

1+

3+

2+

ساعت

زمان

ديلاتاسيون

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | نزول سر جنين |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تعداد انقباض در 10 دقیقه**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

فشارخون

نبض

درجه حرارت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ح17- پارتوگراف (ادامه)**

|  |
| --- |
| **نحوه استفاده از پارتوگراف**  پارتوگراف ابزاري است كه پيشرفت زايمان را نشان مي دهد و در آن تمامي مراحل پيشرفت زايمان، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین و اقدامات دارويي انجام شده براي مادر قابل ثبت است. هر مادر برگه پارتوگراف مخصوص خود دارد و کنترل کننده لیبر و عامل زایمان موظف است سیر زایمان را از زمان شروع فاز فعال تا پايان مرحله سوم تكميل كند. در هر پارتوگراف موارد زير وجود دارد كه به ترتيب توضيح داده خواهد شد:  وضعيت جنين: ضربان قلب جنين، پرده هاي جنيني و مايع آمنيوتيك  پيشرفت زايمان: ديلاتاسيون سرويكس، نزول سر جنين، انقباضات رحم  وضعيت مادر: نبض، فشارخون و درجه حرارت، استفاده از اكسي توسين و داروهاي ديگر  **1- وضعيت جنين**  ضربان قلب جنين: مطابق راهنماي 6 اقدام شود. ضربان طبيعي بين 110 تا 160 بار در دقيقه است كه در نمودار اين دو خط تيره تر كشيده شده تا محدوده طبيعي مشخص گردد. در صورتي كه منحني از بين اين خطوط خارج شد بر اساس الگوریتم تست هاي ارزيابي سلامت جنين اقدام شود.  كيسه آب و مايع آمنيوتيك: وضعيت كيسه آب در هر معاينه مطابق علائم زير ثبت مي شود:  I( Intact) : اگر پرده ها سالم است. R(Rapture) : اگر كيسه آب پاره است. C(Clear) : اگر مايع آمنيوتيك شفاف است. M(Meconium) : در صورتي كه مايع آمنيوتيك به مكونيوم آغشته است. B(Bloody) : در صورتي كه مايع آمنيوتيك به خون آغشته است.  **2- پيشرفت زايمان**  ديلاتاسيون سرويكس: از زماني بر روي پارتوگراف ثبت مي شود كه فاز نهفته پايان يافته و ديلاتاسيون به 4 سانتي متر رسيده است. اولين معاينه را در زمان صفر نمودار علامت گذاري (x) كرده و سپس مطابق راهنماي 8 نتايج معاينه را ثبت می شود. دو خط با نام هاي احتياط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد.  خط احتياط (Alert): از 4 سانتي متر شروع و به 10 سانتي متر ختم مي شود. متوسط پيشرفت ديلاتاسيون 1 سانتي متر در يك ساعت در نظر گرفته شده است.  خط اقدام (Action): خطي موازي خط احتياط به فاصله 4 ساعت از خط احتياط مي باشد.  تا زماني كه علامت ها در سمت چپ خط احتياط و يا روي آن قرار دارد، پيشرفت زايمان رضايت بخش است. زماني كه منحني بين خطوط احتياط و اقدام باشد نياز است تا علل پيشرفت نامناسب زايمان مورد توجه قرار گرفته و بررسی شود. در اين مرحله در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و علایم حیاتی مادر، به مادر 4 ساعت زمان داده و با دقت پيشرفت زايمان را بررسي می شود، اگر منحني از خط اقدام بگذرد بايد تصميم گيري سريع براي ختم بارداري با توجه به شرايط مادر و جنين انجام شود.  نكته 1: در پارتوگراف هر مربع كوچك نشانه نيم ساعت (30 دقيقه) است.  نكته 2: علامت گذاري ها بايد بر روي خطوط انجام شود.  نزول سر جنين: معيار 3- تا 3+ در زير جدول ديلاتاسيون طراحي شده تا نزول سر جنين در آن ثبت شود.  انقباضات: انقباضات رحم در 10 دقيقه مطابق تعریف كنترل شود. به منظور ثبت آن، مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقيقه باید به صورت زير نوشته شود:  مثلاً چنانچه مادر سه انقباض در ده دقيقه دارد و هر انقباض 40 ثانيه طول مي كشد به صورت 40×3 نوشته می شود.  **3- وضعيت مادر**  علائم حياتي مادر مطابق تعریف ثبت گردد. |

**ضمائم**

**ضمیمه1: فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز در واحد تسهیلات زایمانی**

|  |
| --- |
| * گوشي طبی و دستگاه فشارسنج * گوشي مامايي يا سوني كيت * تخت معاينه، پاراوان * ترازوي بزرگسال * قدسنج يا متر نواري * ترمومتر دهاني یک بار مصرف (برای هر نفر یک عدد)، ترمومتر دیجیتال * فور يا اتوكلاو * تخت زایمان * تخت یک شکن بیمار * بيكس، ديش در دار * وسايل انجام پاپ اسمير: اسپاكولوم یک بار مصرف، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسپري فيكساتور، ماژيك يا قلم الماس، قطره چکان، برس مخصوص نمونه گیری و مایع آن برای گرفتن پاپ اسمیر مایع * ترالي * ظرف قلوه ای، گالی پات * پایه سرم * چراغ پايه دار * كپسول اكسيژن و مانومتر، ماسک یا کانول بینی در اندازه های مختلف * وسايل مصرفي: سرنگ و سر سوزن در اندازه های مختلف، پنبه و گاز، پد يا نوار بهداشتي، دستكش استريل و يكبار مصرف، رول ملحفه براي پوشش زير بيمار، صابون مایع، سوند فولی، سوند نلاتون، خودتراش یک بار مصرف، گارو، چسب ضد حساسیت و باند، آنژیوکت و سه راهی آن، تیغ اره، پوشک، دستبند هویت نوزاد، نخ بخیه کرومیک 2 صفر یا 3 صفر، کلامپ بندناف، یورین بگ، ست سرم * وسايل احياء نوزاد ( ماسك و بگ، لارنگوسكوپ با تيغه هاي صاف، لوله هاي داخل ناي 5/2 و 3 و 5/3 و 4 ميليمتر، لوله تغذيه F 8، ايروي دهاني) * انواع پنس(هموستات، كوخر)، رینگ فورسپس، چيتل فورسپس، والو، قیچی اپی زیاتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پنست راست * وارمر * چراغ اولتراويوله * دستگاه ساكشن و رابط ها * ماشين لباسشويي * ترازوي نوزاد * چراغ قوه و باطری * پوار در اندازه های مختلف (یک بار مصرف) * کات نوزاد * تابوره (چهار پایه گردان جلوی تخت زایمان) * چهارپایه جلوی تخت بیمار * سینی و لگن استیل * وسايل حفاظتي: پيش بند نایلونی، عينك، ماسك پارچه ای یا کاغذی، چكمه لاستيكي، زیرانداز مشمع (دروشیت) * وسايل پارچه اي: شان، حوله، ملحفه، گان، يونيفرم اتاق زايمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد * دستگاه مانیتور الکترونیکی قلب جنین * پالس اکسیمتر |

**ضمیمه2: محدوده غیر طبیعی آزمایش خون**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان | پیش از بارداری | سه ماه اول بارداری | سه ماه دوم بارداری | سه ماه سوم بارداری |
| هموگلوبین | کمتر از 12 gr/dl | کمتر از 11 gr/dl | کمتر از 10.5 gr/dl | کمتر از 11 gr/dl |
| هماتوکریت | کمتر از 37 درصد | کمتر از 33 درصد | کمتر از 31 درصد | کمتر از 33 درصد |
| پلاکت | کمتر از 150 هزار و بیشتر از 450 هزار | کمتر از 150 هزار و بیشتر از 400 هزار | کمتر از 150 هزار و بیشتر از 400 هزار | کمتر از 150 هزار و بیشتر از 400 هزار |
| TSH | کمتر از 0.2 و بیش از 3.9 μIU/ml | کمتر از 0.2 و بیش از 3.9 μIU/ml | کمتر از 0.5 و بیش از 4.1 μIU/ml | کمتر از 0.5 و بیش از 4.1μIU/ml |
| MCV | کمتر از 80 و بیش از 100 فمتو لیتر | کمتر از 80 و بیش از 100 فمتو لیتر | کمتر از 80 و بیش از 100 فمتو لیتر | کمتر از 80 و بیش از 100 فمتو لیتر |
| MCH | کمتر از 27 و بیش از 34 پیکو گرم | کمتر از 27 و بیش از 34 پیکو گرم | کمتر از 27 و بیش از 34 پیکو گرم | کمتر از 27 و بیش از 34 پیکو گرم |
| MCHC | کمتر از 32 و بیش از 36 | کمتر از 32 و بیش از 36 | کمتر از 32 و بیش از 36 | کمتر از 32 و بیش از 36 |
| BUN  BUN\*2.14=Urea  Mg/dl | کمتر از 8 و بیش از 20 mg/dl | کمتر از 8 و بیش از 20 mg/dl | کمتر از 8 و بیش از 20 mg/dl | کمتر از 8 و بیش از 20 mg/dl |
| creatinin | بالاتر از 1.1 mg/dl | بالاتر از 0.9 mg/dl | بالاتر از 0.9 mg/dl | بالاتر از 0.9 mg/dl |
| FBS | 100و بالاتر | 93 و بیشتر | 92 و بیشتر |  |
| OGTT |  | - | ساعت اول:180 و بالاتر  ساعت دوم: 153 و بالاتر |  |
| HbA1c | بالاتر از 6 و کمتر از 4 درصد | بالاتر از 6 و کمتر از 4 درصد | بالاتر از 6 و کمتر از 4 درصد | بالاتر از 6 و کمتر از 4 درصد |

**آزمایش ادرار**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان** | **محدوده طبیعی** | **عنوان** | **محدوده طبیعی** |
| WBC | 0-1 | Protein | منفی |
| RBC | 0-1 | Glucose | منفی (در صورت گلوکزوری 1+ با قند خون نرمال در بارداری طبیعی است.) |
| Bacteria | به ندرت | Keton | منفی |