

# **بررسی متون ، اسناد و منابع علمی مراقبت های مادران**

تابستان ۸۶

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت مادران

# بررسی متون ، اسناد و منابع علمی

## مراقبت‌های مادران

اعضای تدوین کننده سوالات (به ترتیب حروف الفبا):

اکبریان ، دکتر عبدالرسول . متخصص زنان و زایمان

جعفری ، دکتر نوشین . متخصص زنان و زایمان

چنگیزی ، دکتر نسرين . متخصص زنان و زایمان

خشتی ، دکتر فاطمه . متخصص زنان و زایمان

رحیمی قصبه ، سوسن . کارشناس ارشد مامایی

موسوی فاطمی ، دکتر نادره . دندان پزشک

مهدی زاده ، دکتر ابوالفضل . متخصص زنان و زایمان

والافر ، شهرزاد. کارشناس مامایی

و با تشکر از

دکتر محمد اسلامی : ارائه مطالب تنظیم خانواده

دکتر عباس حبیب‌اللهی : ارائه مطالب نوزادان

دکتر عزیزه ابراهیم پور : ارائه مطالب سلامت روان

## فهرست :

صفحه	عنوان
۱	فصل یک : مراقبت های پیش از بارداری
۵	فصل دو: تشخیص بارداری
۷	فصل سه : مراقبت های معمول بارداری
۱۸	فصل چهار: مراقبتهای معمول حین و بلافاصله پس از زایمان
۲۶	فصل پنج: مراقبت های معمول پس از زایمان
۳۰	فصل شش : مراقبت های ویژه بارداری
۴۴	فصل هفت : مراقبت های ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان
۵۵	فصل هشت : مراقبت های ویژه پس از زایمان
۶۰	سایر منابع

به نام خدا

مقدمه :

این کتاب حاوی سوالاتی مرتبط با مطالب فنی مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران (خدمات خارج بیمارستانی) ویژه پزشک و ماما و پاسخ آنها می باشد. سوالات بر حسب مقاطع ارائه خدمات پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان در دو سطح مراقبتهای معمول و ویژه طراحی و مطابق با نظر فنی کارشناسان ادارات مرتبط (تنظیم خانواده، نوزادان، تغذیه، بهداشت دهان و دندان، پیشگیری از بیماریها، سلامت روان) پاسخ داده شده است.

لازم به ذکر است به منظور سازگار کردن مطالب مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران با شرایط بهداشتی و درمانی کشور، در برخی موارد علاوه بر منابع علمی، نظر کمیته فنی مشورتی سلامت مادران مورد توجه قرار گرفته است. در مواردی هم که در کتب و منابع علمی بر سر یک موضوع اختلاف نظر وجود داشته است پس از بحث های کارشناسی و فنی در کمیته کشوری از طریق اجماع و توافق یا رای گیری در مورد محتوا تصمیم گیری شده است. همچنین در مدت ۳ سال اجرای آزمایشی برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران در ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی، سوالاتی مطرح شده که منجر به تغییر در مفاد فنی کتابها گردیده و در نتیجه برخی سوالات در نسخه جدید اضافه و برخی حذف شده است.

تلاش نویسندگان کتاب بر این بوده که از جدیدترین منابع علمی مرتبط جهت پاسخ به سوالات استفاده شود.

منابعی که جهت پاسخ به سوالات در نسخه جدید اضافه گردیده به شرح زیر می باشد:

**UpToDate (2006)**

**Practical guideline for obstetrics and gynecology (2003)**

**Maternal and child health nursing (2003)**

**Operative obstetrics (2006)**

**Ambulatory obstetrics (2002)**

**Maternal-fetal medicine .principles and practices(2004)**

**Modern nutrition (2006)**

علاوه بر پاسخ سوالات ، منابع دیگری نیز مرتبط با برنامه های تنظیم خانواده ،نوزادان و سلامت روان در انتهای کتاب ذکر شده است که مربوط به محتوای مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران می باشند .

اداره سلامت مادران

## فصل یک: مراقبت های پیش از بارداری

- سؤال ۱: ارزیابی و معاینات مادر در مراجعه پیش از بارداری کدامند؟
- سؤال ۲: آیا انجام معاینه مادر توسط پزشک پیش از بارداری ضروری است؟
- سؤال ۳: آزمایشات مورد نیاز پیش از بارداری کدامند؟
- سؤال ۴: آموزش و توصیه های لازم پیش از بارداری کدامند؟
- سؤال ۵: مکملهای غذایی مورد نیاز پیش از بارداری کدامند؟
- سؤال ۶: مادران در معرض خطر پیش از بارداری چه کسانی هستند؟
- سؤال ۷: تزریق چه واکسن هایی در زمان پیش از بارداری توصیه می شود؟
- سؤال ۸: میزان نمایه توده بدنی مناسب در زمان غیر بارداری چقدر است؟
- سؤال ۹: آیا انجام معاینه دهان و دندان پیش از بارداری ضروری است؟
- سؤال ۱۰: آموزش و توصیه های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان پیش از بارداری کدامند؟

**سؤال ۱: ارزیابی و معاینات مادر در مراجعه پیش از بارداری کدامند؟**

الف) گرفتن شرح حال شامل اطلاعات مربوط به: سن، وضعیت قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری، بارداریهای قبلی (تعداد بارداریها، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد، چندقلویی، زایمان زودرس، ناهنجاری جنینی، بروز بیماری یا تشدید بیماریهای زمینه ای، ناسازگاری خونی)، ابتلا به عفونتهای آمیزشی، سابقه جراحیهای لگن، واکسیناسیون، سابقه بیماریهای خانوادگی، مصرف دارو، سیگار، الکل و مواد مخدر، سابقه انجام پاپ اسمیر، وضعیت زایمانهای قبلی، وضعیت تغذیه ای (عادات غذایی، حساسیتهای تغذیه ای)، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اشتغال مادر

- 1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) Maternity and Women's Health Care , P: 449 box 17-1 , 450 box 17-2
- 2) www.icsi.org (2006) Health care guidelines .prenatal care, P: 1, 7, 41

**سؤال ۲: آیا انجام معاینه مادر توسط پزشک پیش از بارداری ضروری است؟**

با توجه به پاسخ سؤال ۱، اندازه گیری قد، وزن، نمایه توده بدنی، فشارخون و معاینه کامل فیزیکی با تأکید بر معاینه غده تیروئید، پستان، قلب و ریه توسط پزشک ضروری است.

- 1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P:449 box 17-1 , 450 box 17-2
- 2) www.icsi.org (2006). Health care guidelines .prenatal care , P: 1

**سؤال ۳: آزمایشات مورد نیاز در مراجعه پیش از بارداری مادر کدامند؟**

- شمارش گلبولها، گروه خونی و ارهانش، اندازه گیری هموگلوبین و هماتوکریت، تیترا سرخچه، آزمایش کامل و کشت ادرار، قند خون ناشتا، کراتینین، اوره خون، پاپ اسمیر، آنتی ژن  
هپاتیت B, HIV, VDRL, PPD

- 1) Cunningham F.Gary (2005) . Williams obstetrics, P: 197
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 450 box 17-2

**سؤال ۴: آموزش و توصیه های لازم پیش از بارداری کدامند؟**

بهداشت فردی، بهداشت محیط کار مادر(مخاطرات شغلی از قبیل اشعه و... )، فعالیت و استراحت، تغذیه و عادات غذایی، مصرف دارو، ابتلا به عفونتهای آمیزشی، سوابق پزشکی، اجتناب از نگهداری گربه (به دلیل خطر انتقال توکسوپلاسموز) مصرف سیگار و مواد مخدر، تاریخ شروع قاعدگی

1) Morgan Geri , Hamilton Carole (2003). Practice guideline for obstetrics and gynecology . P: 38-41

2) www.icsi.org (2006). Health care guidelines . prenatal care , P: 1

سؤال ۵: مکملهای غذایی مورد نیاز در دوران پیش از بارداری کدامند؟

- بیش از نیمی از موارد نقایص لوله عصبی باز ( در جنین ) با مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک در در دوره پیش از بارداری قابل پیشگیری هستند و در بارداریهایی با سابقه ناهنجاری نقص لوله عصبی باز، مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک حداقل یک ماه قبل از بارداری تا پایان ۳ ماهه اول لازم است .

- در بارداری طبیعی مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک قبل از بارداری توصیه می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics , P: 218

2) www.icsi.org (2006). Health care guidelines. prenatal care, P: 7

سؤال ۶: مادران در معرض خطر پیش از بارداری چه کسانی هستند؟

- عواملی که مادران را در معرض خطر قرار می دهند، شامل ۳ گروه کلی زیر هستند:

الف) ابتلاء به بیماریهای زمینه ای : آسم، بیماری قلبی ، دیابت ، الکلیسم، صرع، بیماریهای ژنتیک، هموگلوبینوپاتی از قبیل تالاسمی ، فشارخون بالا، سابقه آمبولی ریوی یا ترومبوز ورید عمقی، بیماری روانی ، بیماری ریوی، بیماری کلیوی

ب) سابقه بارداریهای قبلی (سن مساوی یا بیشتر از ۳۵ سال ، سابقه سزارین قبلی ، سرویکس نارسا، سابقه ناهنجاری کروموزومی در جنین، سابقه مرگ نوزاد، سابقه زایمان زودرس یا پارگی زودرس کیسه آب ، سابقه نوزاد کم وزن ، سابقه سقط دیررس ، ناهنجاری رحمی یا میوم ، کوندیلوما آکومیناتا در سرویکس )

ج) نتایج غیر طبیعی در آزمایشات : HIV مثبت ، ایزوایمونیزاسیون

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 211

سؤال ۷: تزریق چه واکسن هایی در زمان پیش از بارداری توصیه می شود ؟

تزریق واکسن های هپاتیت B و سرخجه در صورت نتیجه تیتراژ منفی، واکسن کزاز مطابق دستورالعمل کشوری

1) www.icsi.org (2006). Health care guidelines . prenatal care , P: 1,15,16



سؤال ۸: میزان نمایه توده بدنی مناسب در زمان غیر بارداری چقدر است؟  
میزان نمایه توده بدنی مناسب (طبیعی) در زمان غیر بارداری بین ۱۸/۵ تا ۲۵ می باشد.

- 1) Whitney Eleanor Noss ,Cataldo Corinne Balog ,Rolfes Sharon Rady (2002). Understanding normal and clinical nutrition , P: 252 fig 8-5 , P:z
- 2) Cunningham F.Gary (2005) . Williams obstetrics, P: 1008
- 3) www.icsi.org (2006). Health care guidelines . prenatal care, P: 14

سؤال ۹: آیا انجام معاینه دهان و دندان پیش از بارداری ضروری است؟

با توجه به تغییرات هورمونی دوران بارداری و در نتیجه تشدید بیماری های دهان و دندان (پوسیدگی دندانی و التهاب لثه) و نیز به دلیل اینکه مشکلات پریدنتال (لثه و بافت های نکه دارنده دندان) می تواند منجر به زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن گردد، بنابراین معاینه و رفع مشکلات دهان و دندان در مراجعه پیش از بارداری ضروری است.

- 1) New man MG, Takei HH, Carranza FA (2002). Carranza's clinical periodontology, P: 211-212, 516-517
- 2) Darby ML(2003). Dental Hygiene theory & Practice, P: 935 -938
- 3) Debias CB (2002). Dental Hygiene in review, P: 366
- 4) www.icsi.org (2006). Health care guidelines .prenatal care ,P: 12

سؤال ۱۰: آموزش و توصیه های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان پیش از بارداری کدامند؟

- آشنایی با اهمیت بهداشت دهان و دندان و لثه ، بیماری های دهان و دندان
- اهمیت مراقبت دهان و دندان به ویژه در دوران بلوغ
- نکات مهم مرتبط با دوران بارداری و مشکلات دهان و دندان
- تغذیه مناسب و نحوه صحیح استفاده از مواد قندی
- اهمیت معاینات دهان و دندان و پیگیری مشکلات آن

- 1) New man MG, Takei HH, Carranza FA (2002) . Carranza's clinical periodontology, P: 513-515
- 2) Pinkham JR (1999) . Pediatric Dentietry, table 14-1
- 3) Mc Donald RE (2000) . Density for the child & adolescent, P:15 -16

فصل دو: تشخیص بارداری

سؤال ۱: در دوره پس از زایمان چه زمانی برای شروع روش های پیشگیری از بارداری ، مناسب می باشد ؟

سؤال ۱: در دوره پس از زایمان چه زمانی برای شروع روش های پیشگیری از بارداری ، مناسب می باشد ؟

- شروع روش های پیشگیری از بارداری برای زنان شیرده ۳ ماه پس از زایمان و در صورت شیردهی ناکامل یا عدم شیردهی روش پیشگیری از حاملگی باید از هفته سوم پس از زایمان آغاز شود .  
- در زنانی که شیر نمی دهند، تخمک گذاری معمولاً ۶ هفته پس از زایمان اتفاق می افتد. هر چند که باروری ۲ هفته پس از زایمان نیز گزارش شده است. بدین ترتیب شروع روش باید خیلی زود باشد. در حالی که مادرانی که شیر می دهند تا ۳ ماه پس از زایمان تخمک گذاری ندارند.  
- زمان شروع روش پیشگیری ( در دوره پس از زایمان ) در زنان شیرده ، ۶ هفته و در زنان غیر شیرده ، ۳ هفته بعد از زایمان می باشد .

1) Speroff L, Fritz Marc A (2005) . Clinical Gynecologic Endocrinology and Fertility, P: 903

2) Scott James R .et al (2003) . Danforth's Obstetric & Gynecology, P: 48

۳) دفتر سلامت خانواده و جمعیت . اداره تنظیم خانواده (۱۳۸۵) . راهنمای ارائه خدمات تنظیم خانواده . سطح اول . پیوست شماره ۷

- سؤال ۱: ارزیابی و معاینات مادر در مراجعه اول و مراجعات بعدی کدامند؟
- سؤال ۲: آیا انجام معاینه مادر توسط پزشک در دوران بارداری ضروری است؟
- سؤال ۳: میزان نمایه توده بدنی مناسب در شروع بارداری چقدر است؟ و چه اهمیتی دارد؟
- سؤال ۴: آیا محاسبه **BMI** در اولین ملاقات بارداری با ارزش است؟
- سؤال ۵: آیا معاینه دهان و دندان در دوران بارداری ضروری است؟
- سؤال ۶: آزمایشات مورد نیاز در اولین مراجعه مادر کدامند؟
- سؤال ۷: آزمایشهای مورد نیاز و زمان انجام آن در مراجعات بعدی مادر کدامند؟
- سؤال ۸: مادران در معرض خطر چه کسانی هستند؟
- سؤال ۹: موارد خطر بارداری که نیازمند ارجاع فوری مادر است، کدامند؟
- سؤال ۱۰: در زمان ارجاع فوری مادر چه اقداماتی لازم است انجام شود؟
- سؤال ۱۱: آموزش و توصیه های لازم در دوران بارداری کدامند؟
- سؤال ۱۲: آیا تزریق واکسن توام در دوران بارداری لازم است؟
- سؤال ۱۳: مکملهای غذایی مورد نیاز در دوران بارداری کدامند؟
- سؤال ۱۴: زمان انجام سونوگرافی در چه هفته هایی از بارداری است؟
- سؤال ۱۵: زمان تزریق آمپول رگام در مادر ارهاش منفی حساس نشده در چه هفته ای از بارداری است؟
- سؤال ۱۶: هر سه ماهه بارداری را معادل کدام هفته بارداری باید در نظر گرفت؟
- سؤال ۱۷: آیا انجام معاینه روتین لگن در دوران بارداری به منظور تصمیم گیری برای انجام زایمان طبیعی ضروری است؟
- سؤال ۱۸: آیا انجام معاینه روتین پستان در دوران بارداری ضروری است؟
- سؤال ۱۹: در چه زمانی از بارداری درمان دندان پزشکی امکان پذیر است؟
- سؤال ۲۰: آیا مشکلات پریدونتال (لثه و بافت های نگهدارنده) در مادر باردار، جنین را در معرض خطر قرار می دهد؟

سؤال ۲۱: آموزش و توصیه های لازم در زمینه دهان و دندان در بارداری کدامند؟

سوال ۲۲: داروهایی که در بارداری منع مصرف دارند کدامند؟

سوال ۲۳: علت عدم تجویز کپسول **Zintoma** در درمان تهوع و استفراغ صبحگاهی چیست؟

سؤال ۱: ارزیابی و معاینات مادر در مراجعه اول و مراجعات بعدی کدامند؟

- در مراجعه اول:

الف) گرفتن شرح حال شامل اطلاعات مربوط به: سن، تاریخچه مامایی و زنان شامل: سن شروع قاعدگی، وضعیت قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه نازایی و بیماریهای زنان و ابتلا به عفونتهای آمیزشی، سابقه بارداریها و زایمانهای قبلی (تعداد بارداریها، سابقه سقط، مرگ داخل رحمی، مرگ نوزاد، چندقلویی، زایمان زودرس، ناهنجاری جنینی)، تاریخ آخرین قاعدگی و محاسبه تاریخ تقریبی زایمان، سابقه انجام پاپ اسمیر و نتیجه آن، سابقه جراحیهای لگن

سابقه پزشکی: سابقه بیماریهای خانوادگی، بروز بیماری یا تشدید بیماریهای زمینه ای یا داخلی (دیابت، ...)، سابقه اعمال جراحی، مصرف دارو، سیگار، الکل و مواد مخدر، ناسازگاری خونی، وضعیت تغذیه ای (عادات غذایی، حساسیتهای تغذیه ای)

سابقه خانوادگی و اجتماعی شامل: تعداد فرزندان زنده، خواسته بودن بارداری، بیماریهای ارثی یا ژنتیکی در اعضای خانواده، شکایات شایع، واکسیناسیون، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، اشتغال مادر (ب معاینه بالینی: اندازه گیری قد، وزن و فشارخون، بررسی سیستماتیک اندامها، معاینه بالینی، معاینه لگنی)

- در مراجعات بعدی: اندازه گیری وزن، فشارخون، بررسی ادم، سمع قلب جنین و اندازه گیری ارتفاع رحم متناسب با سن بارداری، پرسش از مشکلات اخیر مادر

1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 407-413

2) www.icsi.org (2006). Health care guidelines. prenatal care , P: 1

سؤال ۲: آیا انجام معاینه مادر توسط پزشک در دوران بارداری ضروری است؟

با توجه به پاسخ سؤال او نیاز به معاینات فیزیکی در دوران بارداری، انجام معاینات توسط پزشک ضروری است.

1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 413

2) www.icsi.org (2006). Health care guidelines. prenatal care, P:1

سؤال ۳: میزان نمایه توده بدنی مناسب در شروع بارداری چقدر است؟ و چه اهمیتی دارد؟

میزان نمایه توده بدنی مناسب (طبیعی) در شروع بارداری بین ۱۹/۸ تا ۲۶ می باشد

چاقی مادر با تعداد زیادی از عوارض مادری از جمله فشار خون بالا، پراکلامپسی، دیابت بارداری، مشکلات زایمانی، بارداری طول کشیده، سزارین و عوارض جراحی همراه می باشد. عوارض جنینی ناشی از چاقی مادر شامل اسپینایفیدا، نقائص دیواره بطنی، مرگ جنین و زایمان زودرس است.

- 1) Whitney Eleanor Noss ,Cataldo Corinne Balog ,Rolfes Sharon Rady (2002). Understanding normal and clinical nutrition , P: 469 table 14-1
- 2) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 196

سؤال ۴: آیا محاسبه BMI در اولین ملاقات بارداری با ارزش است؟

با توجه به اینکه میزان وزن گیری زن باردار، بر اساس BMI تعیین می شود بنابراین محاسبه BMI در ابتدای بارداری ضروری است.

توصیه رایج برای میزان افزایش وزن در بارداریهای یک قلو (با توجه به BMI ابتدای بارداری) به شرح زیر است:

خانمهای لاغر (underweight)، ۱۸-۱۲/۵ کیلو گرم

خانمهای با وزن طبیعی (normal)، ۱۶-۱۱/۵ کیلو گرم

خانمهای دارای اضافه وزن (overweight)، ۱۱/۵-۷ کیلوگرم

خانمهای چاق (obese)، حداقل ۷ کیلوگرم

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 213- 214 table 8-6
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 374

سؤال ۵: آیا معاینه دهان و دندان در دوران بارداری ضروری است؟

معاینه دندان جزئی از معاینات زمان بارداری است.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 221

سؤال ۶: آزمایشات مورد نیاز در اولین مراجعه مادر کدامند؟

- تعیین گروه خونی و ارهاش، اندازه گیری هموگلوبین و هماتوکریت، تیترا سرخچه، آزمایش کامل و کشت ادرار، تست تحمل گلوکز (GCT)، کراتینین، اوره خون، پاپ اسمیر، آنتی ژن هپاتیت B.

PPD, VDRL

- شمارش گلبولها، گروه خونی و ارهاش، اندازه گیری هموگلوبین و هماتوکریت، تیترا سرخچه، آزمایش کامل و کشت ادرار، تست تحمل گلوکز (GCT)، پاپ اسمیر، آنتی ژن هپاتیت، VDRL،

HIV، اسمیر از واژن یا رکتوم برای کشت نایسریا گونه آ، کلاپیدیا، GBS, HPV

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 208 , table8-3 , 210

2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 413, 414 table 16-1

سؤال ۷: آزمایشهای مورد نیاز و زمان انجام آن در مراجعات بعدی مادر کدامند؟

هموگلوبین، هماتوکریت، تست تحمل گلوکز (GCT) در هفته ۲۸-۲۴

کومبس غیر مستقیم در هفته ۲۸

کامل ادرار در هفته ۲۸-۲۶

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 208 table 8-3, 212

2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 419,1086

3) Morgan Geri ,Hamilton Carole (2003). Practice guideline for obstetrics and gynecology , P: 52 -53

۴) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۸: مادران در معرض خطر چه کسانی هستند؟

عواملی که مادران را در معرض خطر قرار می دهند، شامل ۳ گروه کلی زیر هستند:

الف) ابتلاء به بیماریهای زمینه ای : آسم، بیماری قلبی ، دیابت ، الکلیسم، صرع، بیماریهای ژنتیک، هموگلوبینوپاتی از قبیل تالاسمی ، فشارخون بالا، سابقه آمبولی ریوی یا ترومبوز ورید عمقی، بیماری

روانی ، بیماری ریوی، بیماری کلیوی



ب) سابقه بارداریهای قبلی (سن مساوی یا بیشتر از ۳۵ سال ، سابقه سزارین قبلی ، سرویکس نارسا، سابقه ناهنجاری کروموزومی در جنین، سابقه مرگ نوزاد، سابقه زایمان زودرس یا پارگی زودرس کیسه آب ، سابقه نوزاد کم وزن ، سابقه سقط دیررس ، ناهنجاری رحمی یا میوم ، کوندیلوما آکومیناتا در سرویکس )

ج) نتایج غیر طبیعی در آزمایشات : HIV مثبت ، ایزوایمونیزاسیون

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 211

سؤال ۹: موارد خطر بارداری که نیازمند ارجاع فوری مادر است، کدامند؟

- علائم potential complication به شرح زیر است :

سه ماهه اول : استفراغ شدید ، تب و لرز، کرامپ شکم، اسهال، سوزش ادرار، خونریزی واژینال  
سه ماهه دوم و سوم : استفراغ مداوم و شدید ، خروج ناگهانی مایع از واژن قبل از هفته ۳۷ ، خونریزی واژینال ، درد شدید شکم ، تب ، لرز ، سوزش ادرار ، اسهال ، درد شدید پهلوی یا پشت ، کاهش یا نبود حرکت جنین، وجود انقباضات رحم قبل از ۳۷ هفته ، ورم دستها و صورت، سردرد شدیدیا مداوم و مکرر ، اختلالات بینایی ( تاری دید، دوبینی ...) ، اختلال هوشیاری ، درد شکمی یا اپیگاستر ( که بصورت درد شدید معده بیان می شود ) ، تشنج

- علل عمده مرگ مادران در کشور عبارتند از : خونریزی ، فشارخون بالا، بیماریهای قلبی، عفونت .  
بنابراین موارد بالا مستلزم ارجاع فوری می باشند

1)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 417

۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۱۰: در زمان ارجاع فوری مادر چه اقداماتی لازم است انجام شود ؟

- در موارد شوک و اختلال هوشیاری: عدم تجویز مواد و مایعات خوراکی از راه دهان، گرم نگهداشتن مادر و خوابانیدن وی به پهلوئی چپ جهت جلوگیری از آسپیراسیون، بالا نگهداشتن پاها از سطح بدن.  
در مورد تشنج: تمامی اقدامات فوق (بجز بالا نگهداشتن پاها) و گذاشتن ایروی و در صورت لزوم تمیز کردن دهان از ترشحات و استفراغ

- گرفتن رگ در کلیه موارد ارجاع فوری لازم است .

- بدیهی است وجود همراه و وسیله نقلیه برای ارجاع فوری مادر ضرورت دارد.

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC) , P: s1, s2 ,s43

۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۱۱: آموزش و توصیه های لازم در دوران بارداری کدامند؟

- آموزش در مورد تغییرات بدن مادر و رشد جنین ، آموزش در مورد مراقبت زن باردار از خودش شامل موارد زیر : تغذیه، نحوه فعالیت روزانه، اشتغال، مسافرت، بهداشت فردی و پیشگیری از عفونت ادراری ، نوع لباس، روابط زناشویی، مراقبت از پستانها و شکم، مراقبت از دندانها، واکسیناسیون، مصرف سیگار، الکل و کافئین و داروها ، آموزش تمرینات عضلانی ، نحوه برطرف کردن شکایات شایع ( تهوع و استفراغ صبحگاهی ، یبوست، کمردرد، واریس، هموروئید، سوزش سردل، وبار، افزایش بزاق، خستگی، سردرد، ترشحات مهلبی ، پرخونی لثه ها ، تغییرات پستانها ، تکرر و فوریت ادراری ، بی خوابی ، گرفتگی عضلات پا، انقباضات براکتون هیکس ، تغییرات در پستانها ، تغییرات روحی .... )

1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 420-430

سؤال ۱۲: آیا تزریق واکسن توام در دوران بارداری لازم است؟

- تزریق واکسن توام همانند زمان غیربارداری است.  
- در صورت تزریق ۵ نوبت واکسن توام، می بایست هر ۱۰ سال، یک بار به عنوان یادآور تزریق شود.  
در بیشتر خانمها تزریق این یادآور در هر بارداری توصیه می شود. در موارد سقط عفونی و زایمانهای غیر ایمن، تزریق یک دوز ۰/۵ میلی لیتر واکسن کزاز به صورت عضلانی و در مورد کسانی که تاکنون واکسینه نشده اند، ۱۵۰۰ واحد سرم ضد کزاز به صورت عضلانی (نوبت اول) و ۰/۵ میلی لیتر واکسن کزاز پس از ۴ هفته (نوبت دوم) ضروری است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 221 -223

2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC) , P: s51 box s5

### سؤال ۱۳: مکملهای غذایی مورد نیاز در دوران بارداری کدامند؟

- مکملهای غذایی شامل آهن، فولات و مولتی ویتامین می باشد.
  - میزان مورد نیاز آهن در دوران بارداری برای خانمهایی با جنه معمولی و حاملگی یک قلو، حداقل ۳۰ میلی گرم و برای خانمهایی با جنه بزرگ، چند قلوئی یا تاخیر در دریافت آهن ۶۰-۱۰۰ میلی گرم در روز و در افراد مبتلا به آنمی فقر آهن ۲۰۰ میلی گرم در روز می باشد. از آنجایی که مصرف آهن در ابتدای بارداری باعث افزایش تهوع و استفراغ می شود، مصرف آن در پایان ۴ ماهگی توصیه می شود.
  - میزان مورد نیاز فولات ۴۰۰ میکروگرم است.
  - در بارداریهایی با سابقه ناهنجاری نقص لوله عصبی باز، مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک حداقل یک ماه قبل از بارداری تا پایان ۳ ماهه اول و در بارداری طبیعی مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک توصیه می شود.
  - مصرف مولتی ویتامین را در چند قلوئی، رژیم گیاه خواری، مصرف کنندگان تنباکو و سوء تغذیه توصیه می کنند.
  - در خانمهایی که مصرف مواد غذایی حاوی کلسیم در آنها پایین می باشد، مصرف کلسیم توصیه می شود.
  - مصرف ید در دوران بارداری فقط در مناطقی که بروز کرتینیسم آندمیک شایع است، توصیه می شود.
  - ویتامین D در خانمهایی که رژیم گیاه خواری دارند یا در موارد کمبود مصرف این ویتامین به خصوص در ماههای زمستان به میزان ۴۰۰ واحد یا ۱۰ میکروگرم در روز توصیه می شود
- (۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

2) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 216,218

3) www.icsi.org (2006). Health care guidelines. prenatal care, P: 31-32

### سؤال ۱۴: زمان انجام سونوگرافی در چه هفته هایی از بارداری است؟

- هفته ۲۰-۱۶ بارداری و ۳۲-۳۴ بارداری
  - هفته ۱۸-۱۶ بارداری و ۳۴-۳۱ بارداری
- 1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 901
- (۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۱۵: زمان تزریق آمپول رگام در مادر ارهاش منفی حساس نشده در چه هفته ای از بارداری است؟

- در هفته ۲۸ بارداری

- در هفته ۲۸-۳۰ بارداری

- در هفته ۲۸-۳۴ بارداری

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P:671

2)Morgan Geri ,Hamilton Carole (2003). Practice guideline for obstetrics and gynecology , P: 52

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۱۶: هر سه ماهه بارداری را معادل کدام هفته بارداری باید در نظر گرفت؟

سه ماهه اول بارداری از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم از هفته ۲۹ تا هفته ۴۲ در نظر گرفته می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:208

سؤال ۱۷: آیا انجام معاینه روتین لگن در دوران بارداری به منظور تصمیم گیری برای انجام زایمان طبیعی ضروری است؟

انجام معاینه روتین لگن، به منظور تعیین صحت سن بارداری و پیش بینی زایمان زودرس و عدم تطابق لگن با سر توصیه نمی شود.

1) [www.ncc-wch.org.uk /index.asp](http://www.ncc-wch.org.uk/index.asp) (2003). Antenatal care :routine care for the healthy pregnant woman ,P:62

سؤال ۱۸: آیا انجام معاینه روتین پستان در دوران بارداری ضروری است؟

انجام معاینه روتین پستان ، در دوران بارداری توصیه نمی شود.

1) [www.ncc-wch.org.uk /index.asp](http://www.ncc-wch.org.uk/index.asp) (2003) .Antenatal care :routine care for the healthy pregnant woman ,P:62

سؤال ۱۹: در چه زمانی از بارداری درمان دندان پزشکی امکان پذیر است؟

به علت آسیب پذیر بودن جنین در سه ماه اول، هیچ گونه اعمال دندان پزشکی انتخابی (جز موارد پلاک و اورژانس) نباید انجام گیرد. سه ماهه دوم بی خطرترین دوره برای خدمات معمول دندان پزشکی است. اوایل سه ماهه سوم نیز می تواند زمان نسبتاً خوبی باشد ولی بعد از آن (در هفته های آخر بارداری) توصیه نمی شود. (جز موارد اورژانس)

- 1) Little JW Falace DA (2002) . Dental Management of the medically compromised patient, P: 305 -306, 311 -312
- 2) Debias CB (2002) .Dental Hygene in review, P: 366
- 3) New man MG, Takei HH, Carranza FA (2002) .Carranza's clinical periodontology, P:519

سؤال ۲۰: آیا مشکلات پریدونتال ( لثه و بافت های نگهدارنده) در مادر باردار، جنین را در معرض خطر قرار می دهد؟

با توجه به بررسی های انجام شده، بیماری های پریدونتال درمان نشده در مادر باردار یک عامل خطرزا برای زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن است.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:863
- 2) Darby ML(2003) . Dental Hygene Theory & Practice, P: 933
- 3) New man MG, Takei HH, Carranza FA (2002). Carranza's clinical periodontology , P:212 -213, 235 -240, 517

سؤال ۲۱: آموزش و توصیه های لازم در زمینه دهان و دندان در بارداری کدامند؟

- آشنایی با دندان ها و لثه و اهمیت آنها
- راه های ایجاد پوسیدگی و مشکلات لثه ای
- راه های پیشگیری از بیماری های دهان و دندان (مسواک، نخ دندان، دهان شویه، نکات و توصیه های خاص در این زمینه)
- نحوه مراقبت دهان و دندان نوزاد و کودک (نحوه تمیز کردن لثه و دندان ها، علائم رویش دندان ها، سندرم شیشه شیر، نحوه تغذیه صحیح برای حفظ سلامت دندان های کودک )

- 1) Gluck GM, Morganstein WM (2003). Jong's community dental hospital health, P: 155 -156
- 2) Pinkham JR (1999) . Pediatric Dentistry, table 14-1, 14-2

3) Mc Donald RE (2000). Dentistry for the child & adolescent, P: 15-17

4) Palmet CA (2003). Diet & Nutrition in oral health, P: 254-252

سوال ۲۲: داروهایی که در بارداری منع مصرف دارند کدامند؟

ACE inhibitors ( Angiotensin- converting enzyme inhibitors) – Aminoptrin – Androgens – A- II antagonists( Angiotensin II receptor antagonists)- Busulfan – Carbamazepine- Chlobiphenyl- Cocaine- Coumarins- Cyclophosphamide – Danazol- Diethylstilbestrol (DES)- Ethanol- Etretnate- Isotretinoin- Kanamycin- Lithium- Methimazole-Methotrexate-Misoprostol- Penicillamine- Phenytion - Radioactive iodine- Streptomycin- Tamoxifen- Tetracycline- Thalidomide- Tretinoin- Trimrthadione- Valporic acid

استفاده از داروهای Misoprostol جهت ختم بارداری و Phenytion جهت درمان تشنج با تجویز پزشک متخصص بلا مانع است .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 342

(۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سوال ۲۳: علت عدم تجویز کپسول **Zintoma** در درمان تهوع و استفراغ صبحگاهی چیست؟

برخی از ترکیبات گیاهی در دوران بارداری منع مصرف دارند .

با توجه به اینکه در حال حاضر ترکیب دارویی استاندارد برای پودر زنجبیل ( Zintoma ) وجود ندارد

، فعلا فرم غذایی آن توصیه می شود

1)UpToDate (2006)

## فصل چهارم: مراقبت های معمول حین و بلافاصله پس از زایمان

- سؤال ۱: در چه شرایطی مادر باردار جهت زایمان پذیرش می شود؟
- سؤال ۲: وظیفه عامل زایمان در بدو ورود مادر باردار چیست؟
- سؤال ۳: اگر مادری قبل از مراجعه به واحد تسهیلات زایمانی زایمان نموده، چه باید کرد؟
- سؤال ۴: در صورتی که زایمان در خارج از واحد تسهیلات زایمانی اتفاق افتاده و هنوز جفت باقی مانده، چه اقدامی باید کرد؟
- سؤال ۵: اقدامات آماده کردن مادر برای زایمان چیست؟
- سؤال ۶: کنترل صدای قلب جنین و پیشرفت روند زایمان چگونه انجام می شود؟
- سؤال ۷: مدت زمان پیشرفت زایمان در فاز نهفته (مرحله اول) چگونه است؟
- سؤال ۸: روند غیر طبیعی در پیشرفت فاز فعال (مرحله اول) چگونه است؟
- سؤال ۹: علائم خطر حین پیشرفت دردهای زایمانی چیست؟
- سؤال ۱۰: علائم مرحله دوم زایمان چیست؟
- سؤال ۱۱: مهلت مرحله دوم زایمان در مادران چندزا و نخست زا چقدر است؟
- سؤال ۱۲: چه نکاتی را باید برای انجام زایمان ایمن رعایت کرد؟
- سؤال ۱۳: در چه زمانی زائو از اتاق درد به اتاق زایمان منتقل می شود؟
- سؤال ۱۴: عامل زایمان باید چه اقداماتی جهت خروج سر جنین و بلافاصله پس از آن انجام دهد؟
- سؤال ۱۵: عامل زایمان باید چه اقداماتی جهت خروج شانه های جنین انجام دهد؟
- سؤال ۱۶: چه اقداماتی جهت خروج جفت باید انجام داد؟
- سؤال ۱۷: علائم خروج جفت کدامند؟
- سؤال ۱۸: مهلت لازم برای خروج طبیعی جفت چیست؟
- سؤال ۱۹: اقدامات لازم در صورت خارج نشدن جفت پس از مهلت تعیین شده چیست؟

سؤال ۱: در چه شرایطی مادر باردار جهت زایمان پذیرش می شود؟

- مادرانی که:

الف) دارای دردهای متناوب پس از هفته ۲۲ بارداری باشند؛

ب) با خروج ترشحات خونی و یا خونریزی مراجعه می کنند؛

ج) با خروج ناگهانی آب ( پارگی کیسه آب) مراجعه می کنند.

د) موعد زایمان آنها گذشته است.

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c59

2) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics , P: 890

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۲: وظیفه عامل زایمان در بدو ورود مادر باردار چیست؟

- گرفتن تاریخچه مامایی و پزشکی مادر، معاینات عمومی و لگن (همانند دوران بارداری)، تعیین مادر باردار پرخطر جهت ارجاع و بررسی بیشتر.

بررسی سلامت جنین، انجام مانورهای لئوپولد و معاینه واژینال برای تشخیص وضعیت کیسه آب، بررسی دیلاتاسیون، افسمان، پوزیشن و پرزانتاسیون جنین

- اگر براساس شرح حال و معاینه، مادر در شروع دردهای زایمان ترم باشد، نمایش خونی داشته باشد و یا به هر ترتیبی زایمان قریب الوقوع باشد، باید مادر را بستری کرد. چنانچه مادر با علائم خونریزی، پارگی طولانی مدت کیسه آب و یا سایر علائم پرخطر (فشارخون بالا و...) مراجعه کرده، مادر باید ارجاع شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 424,427

2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c57

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۳: اگر مادری قبل از مراجعه به واحد تسهیلات زایمانی زایمان نموده، چه باید کرد؟

کنترل علائم حیاتی مادر، اطمینان از جمع شدن رحم و بررسی خونریزی واژینال پس از تزریق اکسی توسین. در صورت شل بودن رحم، ماساژ رحم و در صورت جمع بودن رحم و ادامه خونریزی، بررسی



کانال زایمانی از نظر وجود پارگیها ضروری است. ترمیم پارگیهای خونریزی دهنده، تزریق آمپول تتابولین (کزاز)، تزریق آمپول روگام در صورت نیاز، تجویز آنتی بیوتیک خوراکی (آمپی سیلین) به مدت یک هفته

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 433
- 2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s51
- 3) Lowdermilk ,Deitra Leonrd . Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 619 box 23-1

سؤال ۴: در صورتی که زایمان در خارج از واحد تسهیلات زایمانی اتفاق افتاده و هنوز جفت باقی مانده، چه اقدامی باید کرد؟

اگر کمتر از ۳۰ دقیقه از زمان خروج جنین گذشته و هنوز جفت بطور کامل خارج نشده و یا ناقص خارج شده است، ابتدا باید رگ گرفته و سرم وصل شود. سپس باید ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی (یا ۲۰ واحد داخل سرم) تزریق کرده و منتظر خروج جفت ماند. در صورت عدم خروج جفت پس از ۳۰ دقیقه، یا خروج ناکامل جفت و یا ادامه خونریزی، کورژانجام شود یا مادر ارجاع شود.

- 1) World Health Organization(2003) . Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC) , P: c73-c75
- 2) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 431-433
- 3) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 1039 fig37-1

سؤال ۵: اقدامات آماده کردن مادر برای زایمان چیست؟

- تمیز کردن ولو و پرینه، کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)  
- رعایت نکات بهداشتی شامل: (دوش گرفتن مادر، شستشوی دست و صورت و ناحیه تناسلی مادر، تعویض لباس، مرتب کردن موهای سر، بهداشت دهان) محدود کردن مصرف مواد غذایی جامد، مصرف مواد غذایی کم حجم و پرکالری در صورت تمایل مادر (مانند سوپ صاف شده بدون تفاله)، تخلیه مثانه (توصیه به ادرار کردن هر ۲ ساعت یکبار و یا گذاردن سوند در صورت نیاز) و پاک کردن پرینه در صورت دفع مدفوع توسط مادر، گرفتن رگ و وصل کردن سرم و قرار دادن مادر در هر پوزیشنی که راحت است.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 428 -429
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 570 table 21-5

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۶: کنترل صدای قلب جنین و پیشرفت روند زایمان چگونه انجام می شود؟

- صدای قلب جنین در مادران با وضعیت طبیعی در مرحله اول زایمان هر ۳۰ دقیقه یکبار و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه یکبار و در مادران پرخطر در مرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه یکبار شنیده می شود.
- وضعیت انقباضات در فاز نهفته (مرحله اول) هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه یکبار و در فاز فعال (مرحله اول) هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بررسی می شود.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 427
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 555

سؤال ۷: مدت زمان پیشرفت زایمان در فاز نهفته (مرحله اول) چگونه است؟

- مدت فاز نهفته در زنان زایمان نکرده ۲۰ ساعت و در زنان زایمان کرده ۱۴ ساعت است.
- مدت فاز نهفته بطور متوسط ۸-۶ ساعت است.
- در صورتی که فاز نهفته بیشتر از ۸ ساعت طول بکشد و زایمان پیشرفت نکند باید ارزیابی مجدد انجام شود.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 422
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 554 table 21-3 , 1003 table 36-3
- 3) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P:s57, s64

سؤال ۸: روند غیر طبیعی در پیشرفت فاز فعال (مرحله اول) چگونه است؟

روند غیر طبیعی در پیشرفت فاز فعال (مرحله اول) به شرح زیر است :

در زنان زایمان نکرده ، سرعت نزول سر جنین در کانال زایمان کمتر از ۱ سانتیمتر در ساعت و میزان دیلاتاسیون کمتر از ۱/۲ سانتیمتر در ساعت .در زنان زایمان کرده ، سرعت نزول سر جنین در کانال زایمان کمتر از ۲ سانتیمتر در ساعت و میزان دیلاتاسیون کمتر از ۱/۵ سانتیمتر در ساعت .  
- در فاز فعال مرحله اول ، میزان دیلاتاسیون باید حداقل ۱ سانتیمتر در ساعت باشد.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 423
- 2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 1003 table 36-3
- 3) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c60 table c-8

**سؤال ۹: علائم خطر حین پیشرفت دردهای زایمانی چیست؟**

- علائم potential complication به شرح زیر است :

انقباضات رحمی به مدت ۹۰ ثانیه یا بیشتر، انقباضات رحمی به مدت ۳۰ ثانیه یا کمتر ، فاصله انقباضات کمتر از ۲ دقیقه، برادیکاردی یا تاکیکاردی و یا تغییر صدای قلب جنین، وجود خون یا مکنونیوم در مایع آمنیوتیک، توقف در میزان پیشرفت دیلاتاسیون و افسمان و نزول جنین، درجه حرارت بدن مادر به میزان ۳۸ درجه سانتی گراد و یا بیشتر، ترشحات بدبوی واژن، خونریزی مداوم روشن و یا تیره از واژن.

- 1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 567

**سؤال ۱۰: علائم مرحله دوم زایمان چیست؟**

- مرحله دوم زایمان با دیلاتاسیون کامل سرویکس شروع می شود یعنی زمانی که در معاینه ، لبه سرویکس لمس نشود. سایر علائم شامل موارد زیر است : تعریق ناگهانی پشت لب بالا، احساس استفراغ، افزایش نمایش خونی، لرزش اندامها، افزایش بی قراری، اظهار ناتوانی از طرف مادر برای ادامه زایمان، فشار غیر ارادی به طرف پایین لگن.

- 1) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 582-3
- 2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c71

سؤال ۱۱: مهلت مرحله دوم زایمان در مادران چندزا و نخست زا چقدر است؟

- در مادران چند زا ۲۰ دقیقه و در مادران نخست زا ۵۰ دقیقه

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics , P: 423
- 2)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 481

سؤال ۱۲: چه نکاتی را باید برای انجام زایمان ایمن رعایت کرد؟

- آماده سازی ولو و پرینه مادر و پوشانیدن این نواحی با پارچه استریل و ایمنی عامل زایمان جهت جلوگیری از آلودگی با عفونت HIV توصیه می شود.

- اقدامات مورد نیاز قبل از زایمان: تمیز کردن و پوشاندن ناحیه ولو و پرینه، در دسترس قرار دادن تجهیزات (وسایل احیاء و ست زایمان، کپسول اکسیژن، داروهای مورد نیاز)، شستن دستها به مدت ۳ دقیقه، پوشیدن ماسک و محافظ چشم ، گان و دستکش استریل، آماده سازی روحی و روانی مادر برای زایمان، کنترل صدای قلب جنین، توجه به علائم حیاتی مادر، قرار دادن مادر در وضعیت مناسب ، توضیح دادن به همراه در مورد محافظت از خودش و زائو (جهت کاهش خطر انتقال عفونت) .

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 428-429
- 2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c17-c21
- 3)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 556 box 21-3

سؤال ۱۳: در چه زمانی زائو از اتاق درد به اتاق زایمان منتقل می شود؟

این زمان در افراد مختلف متفاوت است ولی به طور کلی توصیه می شود در نخست زایان وقتی که قطری از عضو نمایش در ناحیه پرینه نمایان شود و در چندزایان وقتی دیلاتاسیون سرویکس ۹-۷ سانتیمتر باشد ، برای انتقال زائو مناسب می باشد.

- 1)Pillitteri adele (2003).Maternal & child health nursing (care of the childbearing and childbearing family), P: 511

**سؤال ۱۴:** عامل زایمان باید چه اقداماتی جهت خروج سر جنین و بلافاصله پس از آن انجام دهد؟  
- در موارد نیاز به اپی زیاتومی، پس از اینکه سر جنین به پرینه رسید، باید اپی زیاتومی را انجام داد و سپس با انجام مانور ریتگن سر جنین را خارج کرد. در موارد عدم نیاز، وقتی مدخل واژن به قطری حدود ۵ سانتیمتر رسید، باید این مانور انجام شود.  
- بلافاصله پس از خروج سر باید نازوفارنکس نوزاد را از ترشحات و خون تمیز کرد.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 429-430  
fig 17-28

**سؤال ۱۵:** عامل زایمان باید چه اقداماتی جهت خروج شانه های جنین انجام دهد؟  
اگر پس از خروج سر جنین، شانه ها خارج نشد، باید همزمان با زور زدن مادر، سر را با فشار ملایم به سمت پایین خارج نمود. در صورتی که با این مانور شانه ها خارج نشدند، باید پس از انجام اپی زیاتومی و یا بزرگتر کردن اپی زیاتومی قبلی از مانورهای خروج شانه، **Suprapubic Pressure**، **McRobert, Woods corkscrew** و ۰۰۰ استفاده کرد.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 430, 515 -517

**سؤال ۱۶:** چه اقداماتی جهت خروج جفت باید انجام داد؟  
جهت خروج جفت نباید بند ناف کشیده شود. با فشار ملایمی از روی شکم، رحم را بطرف بالا رانده و سپس بند ناف به آرامی بطرف پایین کشیده شود و این مانور تا ورود جفت به مدخل واژن تکرار شود. تخلیه خون بندناف در تسریع خروج جفت تأثیری ندارد. برخی معتقدند تزریق ۵ واحد سنتوسینون در تسریع خروج جفت مؤثر است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 432-433

**سؤال ۱۷:** علائم خروج جفت کدامند؟  
این علائم عبارتند از: انقباض شدید رحم، گلبوله شدن رحم، بالا کشیده شدن جسم رحم، خروج ناگهانی خون از واژن، افزایش طول بندناف و لمس جفت در واژن در معاینه واژینال.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 431-432  
2) Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 596

سؤال ۱۸: مهلت لازم برای خروج طبیعی جفت چیست؟

زمان لازم برای خروج طبیعی جفت ۳۰ دقیقه است.

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s27

2) Apuzzio Joseph J , Vintzileos anathony M , Iffy leslie (2006) . Operative Obstetrics. P: 243-4

سؤال ۱۹: اقدامات لازم در صورت خارج نشدن جفت پس از مهلت تعیین شده چیست؟

تزریق ۱۰ واحد سنتوسینون عضلانی و تحریک رحم در مهلت تعیین شده به خروج طبیعی جفت کمک می کند و در صورت خارج نشدن جفت پس از این زمان، با افزودن اکسی توسین به سرم باید به آرامی و با احتیاط کوراژ کرد. در صورت عدم موفقیت پس از یکبار کوراژ، باید از دستکاری بیشتر خودداری نموده و مادر ارجاع فوری شود.

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P:c74, p77, p78

## فصل پنجم: مراقبت های معمول پس از زایمان

سؤال ۱: در چه فواصل زمانی در دوران پس از زایمان باید مادر مراقبت شود؟

سؤال ۲: مراقبتهای پس از زایمان کدامند؟

سؤال ۳: علائم حیاتی غیر طبیعی در دوران پس از زایمان کدامند؟

سؤال ۴: یافته های غیر طبیعی در معاینه مادر در دوران پس از زایمان کدامند؟

سؤال ۵: توصیه های بهداشتی ( در مورد محل بخیه ) در دوران پس از زایمان کدامند؟

سؤال ۶: نحوه تجویز مکملهای پس از زایمان چگونه است؟

سؤال ۷: آیا انجام معاینات دهان و دندان پس از زایمان ضرورت دارد؟

سؤال ۸: آموزش و توصیه های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان در دوران پس از زایمان کدامند؟

سؤال ۱: در چه فواصل زمانی در دوران پس از زایمان باید مادر مراقبت شود؟

- مراقبت در ۳ روز اول پس از زایمان و در روزهای ۱۵-۱۰ پس از زایمان و در روزهای ۶۰-۴۲ پس از زایمان باید انجام شود .

(۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۲: مراقبتهای پس از زایمان کدامند؟

- پرسش در مورد وضعیت اجابت مزاج، دفع ادرار، میزان فعالیت . اندازه گیری علائم حیاتی، کنترل محل برش اپی زیاتومی و خونریزی واژینال، بررسی اندازه رحم و پستانها، معاینه اندامها و مخاط پلک چشم، وضعیت روانی، آموزش نحوه برخورد با شکایات شایع ، پیگیری مادر و نوزاد  
- آموزش علائم خطر (تب، ترشحات بدبوی واژن، خونریزی، ورم اندامها، درد و قرمزی پستانها، سوزش ادرار، سردرد، مشکلات برشهای جراحی) ، تغذیه، ورزش، روشهای پیشگیری از بارداری، ایمن سازی، مقاربت.

1) Cunningham F. Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 704-708

2)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 627-641

سؤال ۳: علائم حیاتی غیر طبیعی در دوران پس از زایمان کدامند؟

- درجه حرارت بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد بعد از ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، فشارخون مساوی یا بالاتر از ۱۴۰/۹۰ یا فشار سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه که همراه با سرگیجه، تعریق و تاکیکاردی باشد. (تذکر: فشارخون مادر باید در دو وضعیت خوابیده و نشسته اندازه گیری شود، چنانچه در حالت نشسته، فشارخون ۲۰ میلیمتر جیوه نسبت به حالت خوابیده کاهش پیدا کند، غیر طبیعی است.)

تعداد نبض ۱۱۰ بار یا بیشتر در دقیقه و تعداد تنفس ۳۰ بار یا بیشتر در دقیقه غیر طبیعی هستند .

1)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 612-613 table 22-2

2)World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s1



سؤال ۴: یافته های غیر طبیعی در معاینه مادر در دوران پس از زایمان کدامند؟

علائم کم خونی درمخاط ملتحمه چشم، بستر ناخن و کف دست، لمس رحم در ناحیه ناف یا بالاتر(در روزهای اول پس از زایمان) و یا لمس رحم از روی شکم پس از ۲ هفته، وجود لوشیای زیاد و بدبو، دفع مکرر لخته خون و یا خیس شدن کامل یک نوار بهداشتی با خون در مدت ۲ ساعت، سفتی، قرمزی و دردناک بودن پستانها، برگشته بودن نوک پستان، ترشح چرکی و زخم نوک پستان، خروج چرک، خون، ترشح بدبو از محل برش، قرمزی و تورم لبه های برش و یا لمس توده در محل برش یا وجود ادم یا احساس درد یا هماتوم در پرینه، ادم یکطرفه اندام تحتانی، گرمی یا سردی یک اندام نسبت به اندام دیگر، قرمزی و محدودیت حرکتی اندام، بی اشتها، بی پرولاپس رحم، رحم نرم (خمیری)، اختلالات ادراری و اجابت مزاج، احساس خستگی زیاد یا خواب آلودگی

1) Cunningham F. Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 712-713, 719-721

2)Lowdermilk Deitra Leonrd, Perry Shannon E (2004). Maternity and Women's Health Care, P: 612-613 table 22-2, 627, 1036-1049

سؤال ۵: توصیه های بهداشتی (در مورد محل بخیه) دوران پس از زایمان کدامند؟

- بهداشت ناحیه تناسلی: شستشوی روزانه ناحیه تناسلی و تعویض مکرر لباس زیر و نوار بهداشتی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از سشوار یا لامپ پوشیده شده با حوله جهت حرارت دادن به محل بخیه ها

1) Lowdermilk Deitra Leonrd, Perry Shannon E (2004). Maternity and Women's Health Care, P: 630 box 23-3

سؤال ۶: نحوه تجویز مکملهای پس از زایمان چگونه است؟

- مکمل آهن و مولتی ویتامین تا ۶ هفته پس از زایمان
- مکمل آهن تا ۳ ماه پس از زایمان
- مکمل آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان

1) Lowdermilk Deitra Leonrd, Perry Shannon E (2004). Maternity and Women's Health Care, P: 633

2) Cunningham F. Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 706

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۷: آیا انجام معاینات دهان و دندان پس از زایمان ضرورت دارد؟

تحقیقات نشان می دهد مادران بارداری که پوسیدگی های شدید دندان دارند، می توانند پس از تولد کودک، میکروب های پوسیدگی را از دهان خود به دهان نوزاد منتقل کنند. پس معاینه دهان و دندان در این دوران و پیگیری برای رفع مشکل و رعایت بهداشت دهان و دندان احتمال انتقال میکروب را کاهش می دهد.

1) Gluck GM, Morganstein WM (2003). Jong's community dental hospital health, P: 164

سؤال ۸: آموزش و توصیه های لازم در زمینه بهداشت دهان و دندان در دوران پس از زایمان کدامند؟

- مراقبت دهان و دندان کودک
- آشنایی با علائم رویش دندان ها
- آشنایی با سندرم شیشه شیر
- تغذیه صحیح در حفظ سلامت دندان ها
- مراقبت دهان و دندان مادر

- 1) Darby ML(2003) . Dental Hygiene theory & Practice, P: 942
- 2) Mc Donald RE(2000). Dentistry for the child & adolescent, P: 1, 22
- 3) Palmet CA (2003) . Diet & Nutrition in oral health, P: 251-253

## فصل شش: مراقبت های ویژه بارداری

- سؤال ۱: علل اختلال هوشیاری و تشنج در نیمه اول و دوم بارداری کدام است؟
- سؤال ۲: چرا درمان تشنج در نیمه دوم بارداری با روش درمان اکلامپسی یکسان است؟
- سؤال ۳: علائم شوک در بارداری کدامند؟
- سؤال ۴: درمان تشنج و اختلال هوشیاری در نیمه اول بارداری چگونه است؟
- سؤال ۵: درمان اولیه شوک چیست؟
- سؤال ۶: آنتی بیوتیک انتخابی در مورد شوک عفونی (مسایل مامایی) کدام است؟
- سؤال ۷: میزان اکسیژن در فوریت‌هایی نظیر تشنج و شوک چقدر است؟
- سؤال ۸: علت عدم معاینه واژینال در موارد خونریزی در نیمه دوم بارداری چیست؟
- سؤال ۹: علائم پره اکلامپسی خفیف و شدید کدامند؟
- سؤال ۱۰: علائم پره اکلامپسی اضافه شده (**superimposed preeclampsia**) کدام است؟
- سؤال ۱۱: چرا در موارد افزایش فشارخون تا میزان کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه، باید به شروع پره اکلامپسی توجه نمود؟
- سؤال ۱۲: درمان فشارخون بالا در بارداری چیست؟
- سؤال ۱۳: چرا در موارد لکه بینی (خونریزی کم) و درد شدید شکم، گرفتن رگ و تزریق سرم الزامی است؟
- سؤال ۱۴: چرا در موارد خونریزی واژینال در حد قاعدگی و در موارد سقط، ممکن است شوک ایجاد شود؟
- سؤال ۱۵: رابطه فشارخون بالا در بارداری و دکلمان چیست؟
- سؤال ۱۶: درمان اولیه پیلونفریت چیست؟
- سؤال ۱۷: درمان سیستیت در زن باردار چیست؟
- سؤال ۱۸: علائم آمینونیت و درمان آن چیست؟
- سؤال ۱۹: علائم انقباضات براکتون هیکس و اهمیت آن چیست؟
- سؤال ۲۰: اهمیت آمینونیت بدنبال پارگی کیسه آب چیست؟

- سؤال ۲۱: اهمیت پارگی کیسه آب چیست؟
- سؤال ۲۲: اقدامات لازم در مورد پرولاپس بندناف چیست؟
- سؤال ۲۳: درمان هرپس ژنتال در بارداری چیست؟
- سؤال ۲۴: نحوه زایمان مادرانی که بیماری هرپس را به صورت حاد یا سابقه آن را دارند، چیست؟
- سؤال ۲۵: درمان عفونتهای شایع تناسلی در بارداری چیست؟
- سؤال ۲۶: درمان دارویی مننژیت در بارداری چیست؟
- سؤال ۲۷: درمان دارویی آندوکاردیت حاد در بارداری چیست؟
- سؤال ۲۸: درمان دارویی پنومونی در بارداری چیست؟
- سؤال ۲۹: درمان **Hyperemesis Gravidarum** در بارداری چیست؟
- سؤال ۳۰: چرا کبد چرب در بارداری اهمیت دارد؟
- سؤال ۳۱: اقدامات لازم در مورد هیپاتیت B چیست؟
- سؤال ۳۲: علائم ترومبوز ورید عمقی در زن باردار چیست؟
- سؤال ۳۳: شروع درمان ترومبوز ورید عمقی چیست؟
- سؤال ۳۴: تقسیم بندی آنمی در بارداری چیست؟
- سؤال ۳۵: درمان آنمی در بارداری چیست؟
- سؤال ۳۶: تعریف تاکیکاردی جنینی و علل آن چیست؟
- سؤال ۳۷: الگوی حرکات جنین چیست؟
- سؤال ۳۸: تعریف برادیکاردی جنینی و علل آن چیست؟
- سؤال ۳۹: علائم بیماری قلبی (نارسایی) در بارداری چیست؟
- سؤال ۴۰: درمان آسم در بارداری چیست؟
- سؤال ۴۱: علت احساس تنگی نفس در بارداری چیست؟
- سؤال ۴۲: نحوه رقیق کردن سولفات منیزیوم چیست؟
- سؤال ۴۳: برای مادر بارداری که دچار خارش پوستی شده است، چه اقدامی می توان انجام داد؟
- سؤال ۴۴: مصرف نیفدیپین (آدالات) در زنان مبتلا به پره اکلامپسی چگونه است؟
- سؤال ۴۵: آیا مادر باردار می تواند به نوزاد خود شیر دهد؟

**سؤال ۱: علل اختلال هوشیاری و تشنج در نیمه اول و دوم بارداری کدام است؟**

از علل شایع آن : صرع، خونریزی های داخل مغزی، تومورهای مغزی، بیماریهای متابولیک، آنسفالوپاتی، تروما، بیماریهای عروقی مغز و اکلامپسی می باشد.

(۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

**سؤال ۲: چرا درمان تشنج در نیمه دوم بارداری با روش درمان اکلامپسی یکسان است؟**

با توجه به شیوع بیشتر اکلامپسی نسبت به علل دیگر تشنج در نیمه دوم بارداری، تا زمانی که سایر علل ثابت نشده، در همه موارد باید درمان اکلامپسی انجام شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 787

2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s39

**سؤال ۳: علائم شوک در بارداری کدامند؟**

نبض تند و ضعیف (۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر)، فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه، رنگ پریدگی، تعریق یا پوست سرد و مرطوب، تنفس تند یا سریع (بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، اضطراب، گیجی یا عدم هوشیاری، دفع ادرار کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت.

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s1

**سؤال ۴: درمان تشنج و اختلال هوشیاری در نیمه اول بارداری چگونه است؟**

با توجه به احتمال کم اکلامپسی در نیمه اول، درمان تشنج و اختلال هوشیاری در بارداری مانند زمان غیر بارداری است.

(۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

**سؤال ۵: درمان اولیه شوک چیست؟**

کمک گرفتن از سایرین، کنترل علائم حیاتی، اطمینان از باز بودن راه هوایی، خوابانیدن مادر به پهلو، گرم نگهداشتن مادر، بالا نگهداشتن پاها. در موارد شک به شوک عفونی، تزریق آنتی بیوتیک .

1) World Health Organization ( 2003) .Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s1-s2

سؤال ۶: آنتی بیوتیک انتخابی در مورد شوک عفونی ( مسائل مامایی ) کدام است؟

درمان عفونت ( بدنبال سقط عفونی ) شامل تجویز آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف و ..... می باشد

عفونت لگن با رژیم آنتی بیوتیکی شامل آمپی سیلین و جنتامایسن و کلیندامایسن قابل درمان است .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 247, 995

سؤال ۷: میزان اکسیژن در فوریت‌هایی نظیر تشنج و شوک چقدر است؟

دادن اکسیژن از طریق ماسک یا لوله بینی به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه و از طریق آمبویگ و یا لوله داخل تراشه ۶-۴ لیتر در دقیقه است.

1) World Health Organization (2003) . Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c42, s2

سؤال ۸: علت عدم معاینه واژینال در موارد خونریزی در نیمه دوم بارداری چیست؟

در موارد جفت و رگ سرراهی، چون معاینه واژینال می تواند منجر به خونریزی شدید شود و تشخیص آن از دکلمان نیز مشکل است، توصیه می شود از معاینه واژینال در نیمه دوم خودداری شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:821

سؤال ۹: علائم پره اکلامپسی خفیف و شدید کدامند؟

علائم	پره اکلامپسی خفیف	پره اکلامپسی شدید
فشار خون دیاستولیک	کمتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه	۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بیشتر
پروتئین اوری	کم تا +۱	+۲ یا بیشتر
سر درد	ندارد	دارد
اختلال بینایی	ندارد	دارد
درد اپیگاستر	ندارد	دارد
الیگوری	ندارد	دارد
تشنج	ندارد	دارد
کراتینین سرم	طبیعی	افزایش دارد
ترومبوسیتوپنی	ندارد	دارد
افزایش آنزیمهای کبدی	کم	زیاد
محدودیت رشد جنین	ندارد	دارد
ادم ریوی	ندارد	دارد

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 764 table 34-2

سؤال ۱۰: علائم پره اکلامپسی اضافه شده (**superimposed preeclampsia**) کدام است؟

افزایش ناگهانی فشارخون همراه با پروتئین اوری در بیماری که سابقه فشارخون بالا داشته و تحت درمان بوده است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 765

سؤال ۱۱: چرا در موارد افزایش فشارخون تا میزان کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه، باید به شروع پره اکلامپسی توجه نمود؟

براساس تحقیقات انجام شده، افزایش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک می تواند نشانه ای از تغییرات طبیعی و فیزیولوژیک و یا شروع تغییرات پاتولوژیک باشد.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 764-765

سؤال ۱۲: درمان فشارخون بالا در بارداری چیست؟

کنترل روزانه فشارخون، اندازه گیری وزن و پروتئین ادرار ۳ بار در هفته در منزل و یکبار در هفته در کلینیک.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:785

سؤال ۱۳: چرا در موارد لکه بینی (خونریزی کم) و درد شدید شکم، گرفتن رگ و تزریق سرم الزامی است؟

لکه بینی و درد شدید شکم از علائم حاملگی خارج از رحم است. در صورت پارگی لوله رحم، خونریزی داخلی خطرناکی اتفاق می افتد و حدود یک چهارم بیماران ( بین یک تا پنجاه درصد ) دچار علائم شوک می شوند .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics , P:258

سؤال ۱۴: چرا در موارد خونریزی واژینال در حد قاعدگی و در موارد سقط، ممکن است شوک ایجاد شود؟

گاهی در حین سقط، خونریزی شدید شده و بیمار دچار شوک هیپوولمیک می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 240

سؤال ۱۵: رابطه فشارخون بالا در بارداری و دکلمان چیست؟

از عوامل خطر کنده شدن زودرس جفت، پره اکلامپسی و فشارخون مزمن است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 813, table 35 -3

سؤال ۱۶: درمان اولیه پیلونفریت چیست؟

در صورتی که انجام کشت ادرار امکان پذیر نباشد، می توان درمان را با تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت و ۵ میلیگرم جنتامایسین به ازای هر کیلوگرم وزن طی ۲۴ ساعت شروع کرد.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 1098

2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s102

سؤال ۱۷: درمان سیستیت در زن باردار چیست؟

- درمان سیستیت با آموکسی سیلین، سفالوسپورینها، کوتریموکسازول، آمپی سیلین بصورت تک دوز یا ۳ روزه انجام می شود.

- درمان سیستیت با آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم ۳ بار در روز به مدت ۳ روز یا ، کوتریموکسازول ۲ بار در روز به مدت ۳ روز

در صورت عدم بهبود یا عود بیماری، انجام آزمایش کامل و کشت ادرار و ادامه درمان براساس نتیجه آزمایش توصیه می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005). Williams obstetrics, P: 1096

2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s101,s102

سؤال ۱۸: علائم آمیونیوت و درمان آن چیست؟

ترشح بدبو و آبکی واژن، تب و لرز، درد شکم بعد از هفته ۲۲ بارداری، تندرینس رحم، تائیکاردی جنین، سابقه آبریزش



درمان شامل: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین هر ۶ ساعت و ۵ میلیگرم جنتامایسین به ازای هر کیلوگرم وزن طی ۲۴ ساعت

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s136, s139

**سؤال ۱۹: علائم انقباضات پراکتون هیکس و اهمیت آن چیست؟**

این انقباضات نامنظم، بدون ریتم، دردناک یا بدون درد می باشد که در هفته های آخر بارداری افزایش پیدا می کند. اهمیت این انقباضات، در افتراق با دردهای واقعی زایمان بویژه در زمان پیش از ترم است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 123,466, 867

**سؤال ۲۰: اهمیت آمینونیت بدنال پارگی کیسه آب چیست؟**

بدنبال کوریوآمینونیت جنین و نوزاد دچار عوارض زیادی می شوند. بطوری که در این گروه نوزادان سپسیس، دیسترس تنفسی، تشنج در روزهای ابتدای تولد، خونریزی داخل بطن مغزی، لکومالاشی اطراف بطنهای مغزی و صدمات عصبی و فلج مغزی بیشتر دیده می شود.

بدنبال کوریوآمینونیت، هیستروکتومی بعلت آتونی رحم و سزارین به همراه عفونتهای شایع و غیر شایع بیشتر دیده می شود. کوریوآمینونیت هنگام زایمان با میزان بالایی از سزارین بدنبال دیستوشی رحم همراه است (بعلت عملکرد ضعیف عضله عفونی شده)

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics , P: 866, 537, 501

**سؤال ۲۱: اهمیت پارگی کیسه آب چیست؟**

۱) عفونت مادر و جنین در دوران بارداری و پس از زایمان، کوریوآمینونیت

۲) احتمال ابتلا جنین به آنومالیهای مانند هیپوپلازی ریه و دفرمیتی اندام در پارگیهای طولانی مدت کیسه آب و کاهش میزان مایع آمنیوتیک

۳) پرولاپس بدنال

۴) زایمان زودرس

۵) هیپوکسی یا آسیفکسی جنینی بدنال فشار روی بند ناف یا جدا شدن زودرس جفت

۶) افزایش احتمال سزارین

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 865-866
- 2)Clark Hill Washington (2002) . Ambulatory Obstetrics, P: 36
- 3)Creasy Joseph J , Resnik Robert (2004).Maternal fetal Medicine .Principles and Practice , P :724

**سؤال ۲۲: اقدامات لازم در مورد پرولاپس بندناف چیست؟**

- ۱) دادن اکسیژن به میزان ۴-۶ لیتر با ماسک یا کانولا
- ۲) پوشیدن دستکش و بالا نگهداشتن عضو نمایش با دست به منظور کاهش فشار روی بندناف
- ۳) به طرف بالا کشیدن عضو نمایش از روی شکم با دست دیگر

- 1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s97

**سؤال ۲۳: درمان هرپس ژنیتال در بارداری چیست؟**

- ۱) تجویز مسکن و پمادهای موضعی بیحس کننده و آسیکلوویر
- ۲) گذاردن سوند فولی در صورت احتباس ادرار

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1309

**سؤال ۲۴: نحوه زایمان مادرانی که بیماری هرپس را به صورت حاد یا سابقه آن را دارند، چیست ؟**

اگر در هنگام زایمان یا پارگی کیسه آب ، ضایعات تناسلی فعال اولیه و راجعه و یا علائم تیبیک بیماری وجود دارد، سزارین توصیه می شود. ولی در افرادی که سابقه بیماری را داشته اند و یا در هنگام زایمان، علائمی از بیماری فعال را ندارند، زایمان طبیعی مانعی ندارد.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1310

**سؤال ۲۵: درمان عفونتهای شایع تناسلی در بارداری چیست؟**

درمان کاندیدیازیس شامل: داروهای ضد قارچ غیر خوراکی مانند میکونازول و کلوتریمازول و نیستاتین است. درمان تریکومونا شامل: مترونیدازول خوراکی یا موضعی ( پس از سه ماهه اول بارداری).  
درمان واژینوز باکتریال شامل: مترونیدازول خوراکی در زنان علامتدار

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 225-226

سؤال ۲۶: درمان دارویی مننژیت در بارداری چیست؟

در مواردی که انجام LP امکانپذیر نیست، درمان باید شروع شود. نسل سوم سفالوسپورینها (سفتریاکسون) انتخاب نهایی است.

1) Evans Arthur T, Niswander Kenneth R (2000) . Manual of obstetrics , P: 205

سؤال ۲۷: درمان دارویی آندوکاردیت حاد در بارداری چیست؟

تزریق وریدی پنی سیلین G (پس از تست) و جنتامایسین

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1032

سؤال ۲۸: درمان دارویی پنومونی در بارداری چیست؟

- تجویز اریترومایسین که حداقل اولین دوز آن به صورت وریدی می باشد.

- در موارد شک به عفونت مایکوپلاسما، اریترومایسین و در موارد عفونت پنوموکوکی ریه، پنی سیلین و آمپی سیلین توصیه می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1057

2) Evans Arthur T, Niswander Kenneth R (2000) . Manual of obstetrics, P: 85-6

سؤال ۲۹: درمان Hyperemesis Gravidarum در بارداری چیست؟

تزریق سرم کریستالوئیدی و تزریق عضلانی ویتامین B6 یا پرومتازین ، پروکلروپرازین ، کلروپرومازین، متوکلوپرامید جهت اصلاح دهیدراتاسیون و بالانس الکترولیتی توصیه می شود.

بستری در بیمارستان و کنترل آنزیمهای کبدی برای بررسی بیماران توصیه می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1113-1114 ,1126

سؤال ۳۰: چرا کبد چرب در بارداری اهمیت دارد؟

به علت اسیدوز مادر، نارسایی کبدی و مرگ جنین، تداوم بارداری خطرناک است و عده ای نیز ختم بارداری را پیشنهاد می کنند.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1129

### سؤال ۳۱: اقدامات لازم در مورد هیپاتیت B چیست؟

- اگر مادری **HBSAg** منفی باشد: نوزادانی که از مادران **HBSAg** منفی به دنیا می آید نیازی به تزریق ایمنوگلوبولین ندارند و بایستی واکسن نوبت اول را ۲-۰ ماهگی ، سپس نوبتهای بعدی را ۴-۱ ماهگی و ۱۲-۶ ماهگی دریافت نمایند . نوزادان مادرانی که **HBSAg** منفی بوده یا **anti-HBSAg** داشته اند، نیازی به انجام آزمایشات برای کنترل نتایج واکسیناسیون ندارند .  
- اگر مادری **HBSAg** مثبت باشد:

در اولین فرصت ممکن پس از زایمان، نوزاد استحمام شود تا خون وی یا مایعات آلوده از بدن وی پاک شود.

اگر ساکشن محتویات معده لازم است، باید خیلی آرام و به ملایمت انجام شود تا از آسیب مخاط معده و انتشار ویروس هیپاتیت B به خون جلوگیری گردد.

نوزادان مادران **HBSAg** مثبت باید یک واکسن در زمان تولد ، یکی در ۲-۱ ماهگی و یکی در ۶ ماهگی دریافت کنند .

ایمنوگلوبین اختصاصی (**HBIG**) به میزان ۰/۵ میلی لیتر در عضله جداگانه به همراه نوبت اول واکسن در اولین فرصت (تا ۱۲ ساعت اول پس از تولد ) بصورت عضلانی تزریق شود.  
بعد از انجام واکسیناسیون، نوزاد باید از شیر مادر تغذیه شود .

برای شیرخوارانی که از مادر **HBSAg** مثبت متولد می شوند، آزمایش **anti-HBSAg** انجام شود.  
- اگر وضعیت مادر از نظر **HBSAg** نامشخص باشد:

اولین دوز واکسن هیپاتیت B در ۱۲ ساعت اول پس از تولد به نوزاد تزریق شود.

مادر از نظر **HBSAg** آزمایش شود و در صورت مثبت بودن، در اولین فرصت (قبل از هفته اول پس از زایمان) ایمنوگلوبین اختصاصی (**HBIG**) به میزان ۰/۵ میلی لیتر به صورت عضلانی به نوزاد تزریق شود.

1)MacDonald Mhairi G ,Seshia Mary M.K ,Mullett Martha D (2005).

Avery's Neonatology Pathology and Management of the Newborn,  
P: 1309-1310

2)Behrman Richard E, Kliegman Robert M, Jenson Hal B ( 2004) . Nelson  
Textbook of Pediatrics ,P:1328-1329

**سؤال ۳۲: علائم ترومبوز ورید عمقی در زن باردار چیست؟**

درد شدید ساق یا ران همراه با ورم اندام گرفتار که می تواند به طور رفلکسی همراه با اسپاسم شریانی بوده و منجر به سردی، رنگ پریدگی و کاهش نبض اندام شود. در موارد زیاد بودن لخته ها، اندام گرفتار گرم است و علامت هومن (کشش تاندون آشیل) مثبت است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:1079

**سؤال ۳۳: شروع درمان ترومبوز ورید عمقی چیست؟**

توصیه به استراحت، تزریق وریدی ۸۰ واحد هپارین به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ( تا حداکثر ۱۰۰۰۰ واحد ) بعنوان دوز اولیه درمان.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1081-1082 ,table 47-5

**سؤال ۳۴: تقسیم بندی آنمی در بارداری چیست؟**

میزان هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم درصد در سه ماهه اول و سوم و کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری آنمی خفیف می باشد .  
آنمی متوسط ، میزان هموگلوبین ۱۰-۷ گرم درصد و آنمی شدید میزان هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد می باشد .

1)Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1144,1145

2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s26

(۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

**سؤال ۳۵: درمان آنمی در بارداری چیست؟**

در موارد آنمی شدید، چون درمان شامل ترانسفوزیون و یا تجویز آهن خوراکی می باشد، مادر باید به متخصص ارجاع شود.

درمان آنمی متوسط شامل تجویز ۲۰۰ میلیگرم آهن (۴ قرص) در روز می باشد.

درمان آنمی خفیف شامل تجویز ۱۰۰-۶۰ میلیگرم آهن در روز می باشد.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:216, 1145
- 2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s26

۳) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

#### سؤال ۳۶: تعریف تاکیکاردی جنینی و علل آن چیست؟

افزایش ضربان قلب جنین به میزان بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه، تاکیکاردی گفته می شود، علل آن: تب مادر، آریتمی قلب جنین، مصرف داروهای پاراسمپاتولیتیک مانند آتروپین و یا سمپاتومیمتیک مانند تربوتالین و کاهش فشارخون ناشی از بیحسی اپیدورال می باشد .

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 447
- 2)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 525 table 20-3

#### سؤال ۳۷: الگوی حرکات جنین چیست؟

در سه ماهه سوم بارداری، کاهش حرکت جنین مهم است. گروهی تعداد حرکت جنین را ۱۰ بار در ۲ ساعت مناسب می دانند و گروهی دیگر توصیه می کنند که روزانه به مدت یک ساعت شمارش انجام شود و در صورتی که تعداد حرکات مساوی یا بیشتر از **Baseline** روز قبل باشد، مناسب است.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 375

#### سؤال ۳۸: تعریف برادیکاردی جنینی و علل آن چیست؟

در سه ماهه سوم بارداری، اکثراً ضربان قلب جنین به تعداد ۱۶۰-۱۱۰ بار در دقیقه را قبول دارند. تعداد ضربان قلب کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه برادیکاردی تعریف می شود . علل آن عبارتند از: بلوک مادرزادی قلب، به مخاطره افتادن جدی جنین (دکلمان جفت، هیپوترمی مادر بویژه حین بیهوشی یا عمل مغز و یا عمل قلب باز)، پیلونفریت شدید.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 447
- 2)Lowdermilk Deitra Leonrd , Perry Shannon E (2004) . Maternity and Women's Health Care , P: 525 table 20-3

سؤال ۳۹: علائم بیماری قلبی (نارسایی) در بارداری چیست؟

نبض نامنظم، رال ریوی، سیانوز، سرفه، ادم اندامها، کبد بزرگ، رگهای گردنی برجسته

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: c 126

سؤال ۴۰: درمان آسم در بارداری چیست؟

پس از برقراری راههای تنفسی و تجویز اکسیژن، از داروهای برونکودیلاتاتور استفاده می شود. در صورت عدم پاسخ به درمان، کورتیکواستروئیدها توصیه می شوند. در صورت وجود عفونت، تجویز ۲ گرم آمپی سیلین وریدی هر ۶ ساعت لازم است.

1) World Health Organization(2003) . Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s129

سؤال ۴۱: علت احساس تنگی نفس در بارداری چیست؟

برخی از زنان، از ابتدای بارداری احساس تنگی نفس می کنند که کاذب است و علت آن کاهش مختصر فشار  $CO_2$  است که متناقضاً موجب تنگی نفس می شود. (۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۴۲: نحوه رقیق کردن سولفات منیزیوم چیست؟

برای تهیه ۱۰ سی سی محلول سولفات منیزیوم ۲۰٪ مقدار ۴ سی سی از سولفات منیزیوم ۵۰٪ با ۶ سی سی آب مقطر مخلوط می شود.

1) World Health Organization (2006) . Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice (IMPAC), P: B13

سؤال ۴۳: برای مادر بارداری که دچار خارش پوستی شده است، چه اقدامی می توان انجام داد؟

شایع ترین علت خارش بارداری puppp می باشد که با ضایعات پاپول و پلاک مانند بر روی شکم، باسن، بازوها و ران ها مشخص می شود. درمان آن شامل مصرف داروهای ضد خارش و استروئید های موضعی است.

1) Scott James R ,et al (2003) . Danforth's Obstetric & Gynecology , P: 305

سؤال ۴۴: مصرف نیفدپین (آدالات) در زنان مبتلا به پره اکلامپسی چگونه است؟

-در صورت عدم دسترسی به هیدرالازین، می توان ۵ میلی گرم نیفدپین را به صورت زیر زبانی استفاده کرد. در صورت عدم پاسخ مناسب پس از ۱۰ دقیقه، این دوز تکرار شود.  
- در صورت نیاز می توان جهت کاهش فشار خون در پراکلامپسی از ۱۰ میلی گرم نیفدپین خوراکی استفاده کرد و در صورت عدم پاسخ این دوز را بعد از طی ۳۰ دقیقه مجددا تکرار کرد .

- 1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s46-s47
- 2) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 793

سؤال ۴۵: آیا مادر باردار می تواند به نوزاد خود شیر دهد؟

در صورتی که نوزاد در هنگام بارداری مادر فقط چند ماه دارد، به دلیل فواید شیر باید تا پایان پنج ماهگی نوزاد(شروع تغذیه تکمیلی ) به نوزاد شیر دهد. ادامه شیردهی پس از شروع تغذیه تکمیلی به مادر بستگی دارد.

گاهی اوقات مکیدن پستان باعث انقباضات رحم می شود. در این صورت پس از پایان ماه پنجم بارداری ، هر زمان که مادر احساس انقباض در رحم خود نمود باید شیر دادن را به تدریج قطع نماید .

- 1) Lawrance A. Ruth, Lawrance M. Robert (2005) . Breastfeeding, P: 754-756

۲) انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر. بازنویسی دکتر ناهید عزالدین زنجانی (۱۳۸۳). شیر مادر و تغذیه شیرخوار ، ص ۴۲



فصل هفت: مراقبت های ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان

- سؤال ۱: تجویز مایعات در موارد پراکلامپسی و اکلامپسی چیست؟
- سؤال ۲: نحوه تجویز هیدرالازین چگونه است؟
- سؤال ۳: برای درمان شوک، از چه مایعی و به چه میزان استفاده می شود؟
- سؤال ۴: علل خونریزی بلافاصله پس از زایمان چیست؟
- سؤال ۵: اقدامات آتونی رحم چیست؟
- سؤال ۶: برای انجام کوراژ چه اقداماتی لازم است؟
- سؤال ۷: حداکثر زمان لازم برای خروج شانه ها چقدر است؟
- سؤال ۸: فاز نهفته طولانی چقدر است؟
- سؤال ۹: مدت زمان انتظار برای خروج سر جنین در مرحله دوم زایمان چقدر است؟
- سؤال ۱۰: اقدام مناسب برای بررسی پیشرفت فاز فعال زایمان چیست؟
- سؤال ۱۱: علل تاکیکاردی جنینی چیست؟
- سؤال ۱۲: تشخیص زجر جنینی براساس صدای قلب جنین چگونه است؟
- سؤال ۱۳: اقدام لازم جهت مقابله با زجر جنینی چیست؟
- سؤال ۱۴: اهمیت وجود مکونیوم در مایع آمنیوتیک چیست؟
- سؤال ۱۵: تزریق استروئید در دردهای قبل از ترم چگونه است؟
- سؤال ۱۶: تجویز آنتی بیوتیک در چه وضعیتی از دردهای زایمانی زودرس و به چه مقدار انجام می شود؟
- سؤال ۱۷: چرا سولفات منیزیم جهت توکولیز توصیه می شود؟
- سؤال ۱۸: توصیه کالچ زنان و زایمان آمریکا در مورد حاملگی طول کشیده چیست؟
- سؤال ۱۹: اقدامات وارونگی رحم چیست؟
- سؤال ۲۰: علل شایع تب در بارداری و زایمان چیست؟
- سؤال ۲۱: چرا در حاملگی پره ترم، آمپی سیلین تجویز می شود؟
- سؤال ۲۲: اقدامات جهت زایمان واژینال چندقلو چیست؟
- سؤال ۲۳: معیار **extreme obese** (چاقی بیش از حد) چیست؟

سؤال ۲۴: زمان لازم برای ارجاع مادر در هنگام پارگی کیسه آب چقدر است؟

سؤال ۲۵: نحوه برخورد با نوزاد متولد شده از مادری که HBsAg مثبت دارد، چگونه است؟

سؤال ۲۶: در چه گروههایی از مادران باردار برای عفونت استرپتوککی گروه B (GBS)

پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک توصیه می شود؟ و آنتی بیوتیک مناسب در این موارد کدام است؟

سؤال ۲۷: تعریف انقباضات تنانیک رحمی چیست؟

سؤال ۱: تجویز مایعات در موارد پراکلامپسی و اکلامپسی چیست؟

- سرم رینگر لاکتات تا میزان ۶۰-۱۲۵ میلی لیتر در ساعت. مگر در موارد اسهال، استفراغ و یا خونریزی شدید

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 794

سؤال ۲: نحوه تجویز هیدرالازین چگونه است؟

تزریق ۵-۱۰ میلیگرم هیدرالازین به طور آهسته در داخل ورید با کنترل فشارخون که این دوز می تواند در صورت عدم کنترل فشارخون (دیاستول بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه) تا پاسخ مناسب مادر به درمان هر ۲۰-۱۵ دقیقه تکرار شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 793

سؤال ۳: برای درمان شوک، از چه مایعی و به چه میزان استفاده می شود؟

بازکردن ۲ رگ و استفاده از یک لیتر سرم رینگر یا سالین نرمال در مدت ۲۰-۱۵ دقیقه و تجویز حداقل ۲ لیتر مایع در ساعت اولیه ضرورت دارد. در صورت عدم بهبود شوک، سرم درمانی باید تا اعزام بیمار به یک مرکز مجهز ادامه یابد.

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s2

سؤال ۴: علل خونریزی بلافاصله پس از زایمان چیست؟

آتونی رحم، پارگیهای دستگاه تناسلی- ادراری، احتباس جفت و یا قطعاتی از جفت در رحم، وارونگی رحم، اختلالات انعقادی.

1) World Health Organization (2003) .Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s27

سؤال ۵: اقدامات آتونی رحم چیست؟

تداوم ماساژ رحم، استفاده از داروهای اکسی توسیک، بررسی جفت خارج شده و در صورت وجود بقایایی از جفت انجام کوراژ، کمپرس کردن آئورت طبق دستور.

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s28-s30

## سؤال ۶: برای انجام کوراژ چه اقداماتی لازم است؟

چنانچه پس از گذشت ۳۰ دقیقه از زمان خروج جنین، جفت خارج نشده است، کوراژ به ترتیب زیر انجام می شود:

- باز کردن رگ، تزریق سرم رینگر به اضافه ۲۰ واحد اکسی توسین
- تزریق وریدی ۵۰ میلیگرم پتدین (توسط پزشک)
- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین یا ۱ گرم سفازولین
- شستشوی پرینه و واژن با بتادین رقیق و پوشاندن ناحیه با شان استریل
- پوشیدن دستکش استریل
- انجام مانور کوراژ: قله رحم را از روی شکم با یک دست گرفته و دست دیگر از راه واژن در مسیر بندناف وارد رحم می شود. انگشتان باید به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره باشد. پس از رسیدن به جفت، لبه آن را مشخص نموده وکناره داخلی دست ( کنار انگشت کوچک)، بین لبه جفت و دیواره رحم قرار می گیرد. سپس با پشت دست که در تماس با دیواره رحم است، باید جفت را از محل چسبیدن آن به رحم جدا کرده و به تدریج بیرون آورد. پرده ها نیز به همان حالت و با جدا کردن دقیق از دسیدوا خارج می شود. در صورت لزوم از رینگ فورسپس برای گرفتن پرده ها استفاده می شود.

- خودداری از دستکاری بیشتر در صورت عدم خروج جفت

- کنترل سطوح جفت برای اطمینان از خروج کامل آن

- ادامه سرم درمانی حاوی اکسی توسین به میزان ۶۰ قطره در دقیقه

- اطمینان از جمع شدن رحم

- بررسی واژن و سرویکس از نظر پارگیهای خونریزی دهنده

- ترمیم پارگیها / اپی زیاتومی

- در صورت عدم کنترل خونریزی ، اعزام مادر به بیمارستان

1) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: p77-p78

2) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 433, 826

سؤال ۷: حداکثر زمان لازم برای خروج شانه ها چقدر است؟

۶۰ ثانیه

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:513

سؤال ۸: فاز نهفته طولانی چقدر است؟

در مادران نخست زاء، بیش از ۲۰ ساعت و درمادران چندزاء، بیش از ۱۴ ساعت

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 422, 500  
table 20-3

سؤال ۹: مدت زمان انتظار برای خروج سر جنین در مرحله دوم زایمان چقدر است؟

در مادران نخست زاء، ۵۰ دقیقه و درمادران چندزاء، ۲۰ دقیقه

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 423

سؤال ۱۰: اقدام مناسب برای بررسی پیشرفت فاز فعال زایمان چیست؟

استفاده از پارتوگراف.

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC) P: c65

سؤال ۱۱: علل تاکیکاردی جنینی چیست؟

شایعترین علت تاکیکاردی جنینی تب مادر است که مهمترین آن آمیونیوت می باشد. البته تب می تواند بدنبال علل عفونی دیگر نیز باشد. تاکیکاردی جنینی می تواند حتی قبل از بروز تب در مادر بروز کند.

علل دیگر آن عبارتند از زجر جنینی، آریتمی قلبی جنین و مصرف داروهای پاراسمپاتولیتیک در مادر (آتروپین) یا سمپاتومیمتیک (تربوتالین)، کاهش فشارخون ناشی از بی حسی اپیدورال

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:447

سؤال ۱۲: تشخیص زجر جنینی براساس صدای قلب جنین چگونه است؟

### NICHD Fetal Monitoring Workshop (1997) Fetal Heart Rate Pattern

Pattern	Workshop Interpretations
Normal	Baseline 110-160 bpm Variability 6-25 bpm Accelerations present No decelerations
Intermediate	No consensus
Severely abnormal	Recurrent late or variable decelerations with zero variability Substantial bradycardia with variability

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 461 table 18-1

سؤال ۱۳: اقدام لازم جهت مقابله با زجر جنینی چیست؟

خواباندن مادر به پهلوئی چپ، دادن اکسیژن به مادر، تصحیح کاهش فشارخون مادر ناشی از بی حسی موضعی، قطع تجویز اکسی توسین، معاینه واژینال جهت بررسی احتمال پرولاپس بندناف و بررسی مرحله زایمانی

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 462 table 18-2

سؤال ۱۴: اهمیت وجود مکنونیوم در مایع آمنیوتیک چیست؟

در تحقیقات اخیر در بیمارستان پارکلند، وجود مکنونیوم را خطر خفیف در مرگ و میر پری ناتال ذکر کرده اند ( ۱/۱۰۰۰ تولد زنده). سه علت برای دفع مکنونیوم از جنین در زمان بارداری وجود دارد: هیپوکسی و مخاطره جنینی، بلوغ طبیعی دستگاه گوارش جنین، تحریک عصب واگ جنین بدنبال فشار گذرا بر روی بندناف و افزایش حرکات دودی دستگاه گوارش جنین.  
از آنجا که سندرم اسپیراسیون مکنونیوم با اسیدمی حین زایمان همراه است و می تواند منجر به آسیب ریوی شود، شناسایی آن مهم است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 461

سؤال ۱۵: تزریق استروئید در دردهای قبل از ترم چگونه است؟

- توصیه می شود در بارداری زیر ۳۴ هفته، تزریق استروئید جهت افزایش احتمال بلوغ ریوی بشرح زیر انجام شود: تزریق عضلانی ۱۲ میلیگرم آمپول بتامتازون ، ۲ دوز به فاصله ۲۴ ساعت . یا دگزامتازون ۶ میلیگرم ، ۴ دوز به فاصله ۱۲ ساعت . در موارد عفونت، از تجویز استروئید باید خودداری شود.

- در بارداریهای کمتر از ۳۲ هفته بتامتازون ۱۲ میلی گرم ، ۲ دوز به فاصله ۲۴ ساعت تزریق می شود . یا دگزامتازون ۵ میلیگرم ، ۴ دوز به فاصله هر ۱۲ ساعت .

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s122

2) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 867

سؤال ۱۶: تجویز آنتی بیوتیک در چه وضعیتی از دردهای زایمانی زودرس و به چه مقدار انجام می شود؟

- در مواردی که زایمان زودرس غیر قابل اجتناب است.

- پارگی زودرس کیسه آب

آنتی بیوتیک تجویزی: ۲ گرم آمپی سیلین وریدی

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P:873, 867

سؤال ۱۷: چرا سولفات منیزیم جهت توکولیز توصیه می شود؟

- با توجه به مؤثر بودن دارو ( تا ۸۷ درصد ) نسبت به دردهای زایمان زودرس ، داروی انتخابی است.

- با توجه به دسترسی آسان، قیمت ارزان، عوارض کم

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 871

(۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۱۸: توصیه کالچ زنان و زایمان آمریکا در مورد حاملگی طول کشیده چیست؟

## Evaluation and Management of postterm pregnancies

---

1-postterm pregnancies is defined as pregnancy that has extended to or beyond 42 completed weeks

2-women with a postterm gestation who have an unfavorable cervix can either undergo labor induction or be managed expectantly

3-prostaglandin can be used for cervical ripening and labor induction

4-delivery should be effected if there is evidence of fetal compromise or oligohydramnios

5-it is reasonable to initiate antenatal surveillance between 41 and 42 weeks despite lake of evidence that monitoring improves outcomes

6-a nonstress test and amnionic fluid volume assessment should be adequate ,although no single method has been shown to be superior

7-many recommend prompt delivery in a woman with a postterm pregnancy , a favorable cervix , and no other complicathions.

---

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P:890 table 37-3

سؤال ۱۹: اقدامات وارونگی رحم چیست؟

درخواست کمک، باز کردن دو رگ، جا انداختن رحم از طریق واژن در صورتی که جفت آن جدا شده است، جدا نکردن جفت تا زمانی که به رحم چسبیده است.

علاوه بر آن : اگر مادر درد شدید دارد، ۱ میلی گرم پتدین به ازای هر کیلوگرم وزن مادر به صورت عضلانی یا وریدی ( آهسته) تزریق شود. ( از داروهای اکسی توسیک تا جا انداختن رحم باید خودداری شود).

دوز اولیه آمپی سیلین بعد از قرار دادن رحم در جای خود به میزان ۲ گرم وریدی تزریق شود

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 834

2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s33

سؤال ۲۰: علل شایع تب در بارداری و زایمان چیست؟

علل عمده شامل سیستیت، پیلونفریت و کوریوآمیونیوت، سقط عفونی است.

1) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s100 table s13



سؤال ۲۱: چرا در حاملگی پره ترم، آمپی سیلین تجویز می شود؟

در اداره زایمان زودرس ، علاوه بر فعالیتهای دیگر، جهت جلوگیری از عفونت استرپتوککی گروه B نوزادی ، آنتی بیوتیک تجویز می شود . این آنتی بیوتیک شامل پنی سیلین G یا آمپی سیلین داخل وریدی هر ۶ ساعت تا زمان زایمان است

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 873

سؤال ۲۲: اقدامات جهت زایمان واژینال چندقلو چیست؟

در صورت سفالیک بودن قل اول، پس از انجام زایمان و کلامپ بندناف، بلافاصله عضو نمایش قل بعدی، سائز و وضعیت آن در کانال زایمان سنجیده می شود. با مانیتور صدای قلب جنین دوم، باید منتظر شروع انقباضات رحمی برای زایمان شد.

در صورت عدم زایمان قل دوم تا ۱۰ دقیقه ، باید ارجاع فوری انجام شود .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 939-40

(۲) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۲۳: معیار **extreme obese** (چاقی بیش از حد) چیست؟

معیار چاقی بیش از حد ، نمایه توده بدنی ۴۰ یا بیشتر است.

1)Shils Maurice E et al (2006). Modern nutrition in health and disease  
,P:1030 table 64-1

2) Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 1008

سؤال ۲۴: زمان لازم برای ارجاع مادر در هنگام پارگی کیسه آب ( توام با انقباضات رحمی ) چقدر است؟

۱۲ ساعت

(۱) بر اساس نظر کمیته مشورتی سلامت مادران

سؤال ۲۵: نحوه برخورد با نوزاد متولد شده از مادری که **HBsAg** مثبت دارد، چگونه است؟

- اگر مادری **HBsAg** مثبت باشد:

در اولین فرصت ممکن پس از زایمان، نوزاد استحمام شود تا خون وی مایعات آلوده از بدن وی پاک شود.

اگر ساکشن محتویات معده لازم است، باید خیلی آرام و به ملایمت انجام شود تا از آسیب مخاط معده و انتشار ویروس هپاتیت **B** به خون جلوگیری گردد.

نوزادان مادران **HBsAg** مثبت باید یک واکسن در زمان تولد، یکی در ۲-۱ ماهگی و یکی در ۶ ماهگی دریافت کنند.

ایمونوگلوبین اختصاصی (**HBIG**) به میزان ۰/۵ میلی لیتر در عضله جداگانه به همراه نوبت اول واکسن در اولین فرصت (تا ۱۲ ساعت اول پس از تولد) بصورت عضلانی تزریق شود. بعد از انجام واکسیناسیون، نوزاد باید از شیر مادر استفاده کند.

برای شیرخوارانی که از مادر **HBsAg** مثبت متولد می شوند، آزمایش **anti-HBsAg** انجام شود.

1) MacDonald Mhairi G, Seshia Mary M.K, Mullett Martha D (2005).

Avery's Neonatology Pathology and Management of the Newborn, P: 1309

2) Behrman Richard E, Kliegman Robert M, Jenson Hal B (2004).

Nelson Textbook of Pediatrics, P: 1328-1329

سؤال ۲۶: در چه گروههایی از مادران باردار برای عفونت استرپتوکوکی گروه **B (GBS)**

پروفیلاکسی با آنتی بیوتیک توصیه می شود؟ و آنتی بیوتیک مناسب در این موارد کدام است؟

- عفونت نوزاد قبلی با **GBS**

- باکتری اوری **GBS** در بارداری فعلی (بر اساس نتیجه کشت ادرار)

- کشت مثبت **GBS** از رکتوم یا واژن

- وضعیت **GBS** نامعلوم (عدم انجام کشت یا پاسخ نامشخص) به همراه یکی از موارد زیر: زایمان

قبل از ۳۷ هفته، پارگی کیسه آب ۱۸ ساعت یا بیشتر، تب ۳۸ درجه یا بیشتر در زمان زایمان

به منظور پیشگیری از عفونت های استرپتوکوکی گروه **B** در نوزاد، تزریق وریدی ۵ میلیون واحد

پنی سیلین یا ۲ گرم آمپی سیلین (دوز اولیه) توصیه می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:1285-7

سوال ۲۷: تعریف انقباضات تنائیک رحمی چیست ؟

انقباضاتی که حداقل یکی از شرایط زیر را دارا باشد:

طی مدت ۱۰ دقیقه ، تعداد انقباضات ۵ بار یا بیشتر باشد

مدت زمان یک انقباض ۲ دقیقه یا بیشتر طول بکشد

مدت زمان انقباضات طبیعی باشد اما فاصله بین دو انقباض ، یک دقیقه یا کمتر باشد .

1)UpToDate (2006)

## فصل هشت: مراقبت های ویژه پس از زایمان

- سؤال ۱: میزان بروز تشنج بعلت اکلامپسی درمرحله پس از زایمان چند درصد است ؟ و تشخیصهای افتراقی با تشنج اکلامپسی کدامند ؟
- سؤال ۲: درمان تشنج پس از زایمان چیست؟
- سؤال ۳: درمان ماستیت چیست؟
- سؤال ۴: مشخصات و درمان احتقان پستان چیست؟
- سؤال ۵: چرا در موارد آبسه پستان یا عفونت محل انسزیون، بدون تجویز آنتی بیوتیک، بیمار ارجاع می شود؟
- سؤال ۶: درمان شقاق پستان چیست؟
- سؤال ۷: درمان سیستیت پس از زایمان چیست ؟
- سؤال ۸: درمان متریت چیست؟
- سؤال ۹: فیستول تناسلی – ادراری چیست؟
- سؤال ۱۰: علائم باقی ماندن جفت کدام است؟
- سؤال ۱۱: علائم ترومبوفلیت نفاسی چیست؟
- سؤال ۱۲: درمان ترومبوز وریدهای عمقی چیست؟
- سؤال ۱۳: سایکوز پس از زایمان چه علائم و اقدامی دارد؟
- سؤال ۱۴: تفاوت اندوه پس از زایمان (**post partum blues**) و افسردگی پس از زایمان (**post partum depression**) چیست؟

سؤال ۱: میزان بروز تشنج بعلت اکلامپسی درمرحله پس از زایمان چند درصد است ؟ و تشخیصهای افتراقی با تشنج اکلامپسی کدامند ؟

۳۹-۵ درصد موارد تشنج بعلت اکلامپسی طی ۴۸ ساعت اول پس از زایمان و ۱۷-۵ درصد بعد از ۴۸ ساعت تا پایان ۴ هفته بعد از زایمان رخ می دهد .

انسفالیت، مننژیت، تومور مغزی و آنوریسم پاره شده مغزی نیز می توانند منجر به تشنج شوند .

1)UpToDate (2006)

2)Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 787

سؤال ۲: درمان تشنج پس از زایمان چیست؟

با توجه به درصد بالای تشنج بعلت اکلامپسی در مرحله پس از زایمان، در موارد تشنج پس از زایمان باید اکلامپسی را درنظر داشت و درمان اکلامپسی انجام شود .

1)Cunningham F.Gary et al (2005) .Williams obstetrics, P: 764,785

سؤال ۳: درمان ماستیت چیست؟

- درمان ماستیت شامل تجویز آنتی بیوتیکهای گروه سفالوسپورینها، دیگلوکوزاسیلین و یا اریترومایسین می باشد. معمولاً باید تب و علائم بیمار پس از ۴۸ ساعت فروکش کند وگرنه پروسه بیماری منجر به تشکیل آبسه می شود.

- علاوه بر درمان با آنتی بیوتیک، ادامه شیردهی، کمپرس سرد و تجویز مسکن نیز توصیه می شود.

- جهت درمان ماستیت آنتی بیوتیک های مناسب شامل : دیگلوکلوگزامسیلین یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت می باشند . علاوه بر آن استفاده از کیسه یخ ، بستن سینه بند مناسب و تجویز مسکن نیز در بهبود بیماری مفید هستند .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 703

2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s112

3)Creasy Joseph J, Resnik Robert (2004). Maternal fetal Medicine Principles and Practice , P: 751

#### سؤال ۴: مشخصات و درمان احتقان پستان چیست؟

- در ۲۴ ساعت اول پس از ترشح شیر، درد و سنگینی و احتقان پستان غیر معمول نیست. تب حتی به ۳۹ درجه می رسد ولی بیشتر از ۴ تا ۱۶ ساعت طول نمی کشد. درمان آن شامل بستن سینه بند مناسب، استفاده از کیسه یخ و تجویز مسکن است. گاهی تخلیه کامل پستان با شیردوش توصیه می شود.

- پیگیری ۳ روز بعد جهت اطمینان از برطرف شدن علائم توصیه می شود.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 703
- 2) World Health Organization (2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s112

سؤال ۵: چرا در موارد آبسه پستان یا عفونت محل انسزیون، بدون تجویز آنتی بیوتیک، بیمار ارجاع می شود؟

چون درمان اصلی آبسه و عفونت محل انسزیون، درناژ است.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 704

#### سؤال ۶: درمان شقاق پستان چیست؟

باید از پیشرفت شقاق جلوگیری کرد. به این منظور می توان از محافظ نوک پستان و کرم موضعی استفاده کرد. در صورت عدم بهبود به طور موقت از شیردهی خودداری شود ولی باید مرتب پستان دوشیده شود تا ضایعه از بین برود.

- 1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 704

#### سؤال ۷: درمان سیستیت پس از زایمان چیست؟

در دوران پس از زایمان علائمی مانند تکرر و سوزش ادرار و فوریت ادراری شایع است. به همین دلیل تأیید بیماری با آزمایش و کشت ادرار انجام می شود. تا دریافت جواب آزمایش، می توان آنتی بیوتیکهایی مانند آموکسی سیلین و کوتریموکسازول به همراه مایعات فراوان را تجویز کرد. در صورت عدم بهبود، تعویض آنتی بیوتیک براساس جواب کشت خواهد بود.

- 1) Evans Arthur T, Niswander Kenneth R (2000) . Manual of obstetrics, P: 490
- 2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s108,s101-s102

### سؤال ۸: درمان متریت چیست؟

متریت بدنبال زایمان طبیعی معمولاً تا ۹۰ درصد به درمان ترکیبی ۲ گرم آمپی سیلین وریدی و ۸۰ میلیگرم جنتامایسین وریدی پاسخ می دهد. در مورد متریت بعد از سزارین معمولاً از جنتامایسین و کلیندامایسین و آمپی سیلین (در موارد سپسیس یا عفونت انتروککی) استفاده می شود.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 714-715

### سؤال ۹: فیستول تناسلی - ادراری چیست؟

در زایمانهای سخت، نسجی که مابین سر جنین و استخوان لگن به صورت طولانی قرار گرفته است، دچار نکروز و متعاقب آن فیستول می شود که شایعترین محل آن فیستول وزیکوواژینال است. در این افراد، ادرار بدون اختیار و بطور دائمی از واژن خارج می شود .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 520

### سؤال ۱۰: علائم باقی ماندن جفت کدام است؟

- خونریزی بلافاصله پس از زایمان بندرت نشانه باقی ماندن جفت است ولی می تواند باعث خونریزی دیررس نفاسی به صورت خونریزی متوسط یا شدید با دفع لخته شود. در این مورد نیاز به بررسی بیشتر و خارج کردن قسمتهای باقیمانده جفت می باشد. گاهی پولیپ جفت علت این واقعه است.

گاهی اوقات خونریزی شدید ۲-۱ هفته بعد از زایمان بطول می انجامد که اغلب در نتیجه برگشت نامناسب محل جفت و یا همچنین باقی ماندن قطعاتی از جفت می باشد . معمولاً قطعات باقی مانده جفت با رسوب فیبرین ایجاد نکروز و پولیپ جفتی می کنند .

در مورد خونریزی دیررس نفاسی ، معمولاً رحم نرمتر و بزرگتر از حد مورد نظر برای زمان پس از زایمان است و ممکن است علامتی از متریت محسوب شود برای درمان این افراد داروهای اکسی توسیک توصیه می شود .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 698 ,830

2) World Health Organization(2003). Managing complications in pregnancy & childbirth (IMPAC), P: s27,s32

سؤال ۱۱: علائم ترومبوفلیت نفاسی چیست؟

علائم به صورت درد شدید و ناگهانی و ادم ساق و ران بوده که گاهی اسپاسم رفلکس شریانی ایجاد شده و اندام سرد و رنگ پریده همراه با کاهش نبض (Milk leg) می باشد. ولی معمولاً ترومبوز وریدهای عمقی با قرمزی، گرمی و درد اندام همراه است.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics , P: 1079

سؤال ۱۲: درمان ترومبوز وریدهای عمقی چیست؟

توصیه به استراحت، تزریق وریدی ۸۰ واحد هپارین به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ( تا حداکثر ۱۰۰۰۰ واحد ) بعنوان دوز اولیه درمان.

1)Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1081-1082  
table 47-5

سؤال ۱۳: سایکوز پس از زایمان چه علائم و اقدامی دارد؟

سایکوز شدیدترین و نگران کننده ترین اختلال خلقی این دوره است و معمولاً مبتلایان ، سابقه اختلال خلقی (اسکیزوفرنی یا دوقطبی) دارند. زمان شروع آن بیشتر ۱۴-۱۰ روز پس از زایمان است. این مادران در معرض خطر خودکشی یا آزار دیگران بویژه نوزاد خود هستند که نیازمند بستری و درمان دارویی می باشند.

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P: 1244

سؤال ۱۴: تفاوت اندوه پس از زایمان (post partum blues) و افسردگی پس از زایمان

( post partum depression ) چیست؟

حدود ۵۰ درصد زنان دچار اختلال خلقی (اندوه پس از زایمان ) پس از زایمان می شوند که علائم آن گذراست و چند ساعت در روز و به مدت ۳-۶ روز طول می کشد. این افراد باید از نظر بروز علائم اختلالات خلقی شدید و ماژور مراقبت شوند. در افسردگی پس از زایمان ، علائم خلقی افسرده حداقل ۱۴ روز و در همه ساعات وجود دارند .

1) Cunningham F.Gary et al (2005) . Williams obstetrics, P:1243



## سایر منابع

### - منابع علمی برنامه تنظیم خانواده

- 1) Cunningham F.Gary et al : Williams Obstetrics, 2005
- 2) Berck JS, Adashi EY: Novak's Text book of Gynecology, 2007
- 3) Hatcher RA, Rinehart W, Geller JS: The Essentials of Contraceptive Technology, 2001
- 4) Glaiser A, Gebie A: Family Planning and Reproductive Health Care, 2000
- 5) Speroff L, Fritz Marc A : Clinical Gynecology and Infertility, 2005
- 6) Ryan K J, Berkowitz R L: Kistner Gynecology and Women Health, 2001
- 7) World Health Organization: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice (IMPAC), 2006

### - منابع علمی برنامه نوزادان

- 1) World Health Organization: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice (IMPAC), 2006
- 2) Faranroff A.A, Martin RJ, (eds): Neonatal – Perinatal Medicine Diseases of the Fetus and infant, 7<sup>th</sup> Ed, Mosby, 2002
- 3) Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, (eds): Nelson textbook of pediatrics, 17<sup>th</sup> Ed, Saunders, 2004
- 4) Lawrence RA, Lawrence RM: Breast feeding, A Guide for the medical profession, 6<sup>th</sup> Ed, Mosby, 2005
- 5) Guidelines for perinatal care, 5<sup>th</sup> ED, AAP/ ACOG, 2002
- 6) Lawn j, Mc carthy BJ, Ross Sr: The Healthy Newborn, A Reference Manual for Program Managers, CDC, 2001
- 7) Kattwinkel J (ed): Textbook of neonatal Resuscitation, 4<sup>th</sup> ED, AH.A/ AAP, 2000
- 8) Cloherthy JP, Eichen Wald EC, Stark AB, (eds): Manual of Neonatal Care, 5<sup>th</sup> Ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2004
- 9) Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, Klein NE, (eds): Wong's Nursing Care of Infants and Children, 7<sup>th</sup> Ed, Mosby, 2003

### - منابع علمی برنامه سلامت روان

- 1) Kaplan, Harold I., Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; behavioral sciences clinical psychiatry/ Harold I Kaplan, Benjamin J. Sadock, 9th ed. 2003
- 2) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry/ VII/ editors, Benjamin J. Sadock. Virginia A. Sadock, 7th Ed. 2001

۳- سلامت روان کاربردی برای پزشکان عمومی و پزشکان خانواده، اداره سلامت روان وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۸۴

