

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما- پزشک عمومی

چاپ ششم- تجدید نظر چهارم

بهار ۱۳۸۸

والافر، شهرزاد برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما - پزشک عمومی / نویسندگان شهرزاد والافر و.....- تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۸۸
۱۶۶ ص، جدول، نمودار

ISBN:

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا

عنوان دیگر: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، ماما- پزشک عمومی چاپ ششم
۱. مادر- خدمات پزشکی. ۲. مراقبت های پیش از زایمان- ایران. ۳. مراقبت های پس از زایمان- ایران. الف. والافر شهرزاد. ب. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران. پ. عنوان. ت: عنوان. مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما- پزشک عمومی

کتابخانه ملی ایران

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

اجرای کامپیوتری و چاپ: آرویج

نوبت چاپ: ششم

بهار ۱۳۸۸

تیراژ: ۱۰۰۰۰ جلد

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت مادران

فهرست

عنوان

تهیه کنندگان مجموعه

مقدمه

آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران..... ۱
جداول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ... ۷

الف- مراقبت های پیش از بارداری

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری..... ۱۰
تعاریف مراقبت های پیش از بارداری..... ۱۱
الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری..... ۱۴
الف ۳- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری..... ۱۵

ب- تشخیص بارداری

ب ۱- تشخیص بارداری..... ۱۷
تعاریف تشخیص بارداری..... ۱۸

پ- مراقبت های معمول بارداری

پ ۱- اولین ملاقات بارداری..... ۲۰
پ ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری..... ۲۱
پ ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری..... ۲۲
تعاریف مراقبت های بارداری..... ۲۳

ت- مراقبت های ویژه بارداری

ت ۱- علائم خطر فوری(اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)..... ۲۹
ت ۲- فشارخون بالا..... ۳۰
ت ۳- خونریزی/ لکه بینی..... ۳۱
ت ۴- درد شکم..... ۳۲

عنوان

صفحه

ت ۵- آبریزش/ پارگی کیسه آب..... ۳۳
ت ۶- تب..... ۳۴
ت ۷- تنگی نفس/ تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)..... ۳۵
ت ۸- مشکلات ادراری- تناسلی..... ۳۶
ت ۹- تهوع و استفراغ..... ۳۷
ت ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین..... ۳۸
ت ۱۱- ورم..... ۳۹
ت ۱۲- رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی..... ۴۰
ت ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب/ وزن گیری نامناسب..... ۴۱
ت ۱۴- حاملگی طول کشیده/ مشکلات پوستی..... ۴۲
ت ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری..... ۴۳
ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها..... ۴۵

(۱:آرتريت روماتويد- ۲:آسم- ۳:اختلال انعقادی- ۴:ایدز- ۵:ایسکمی قلبی- ۶:بیماریهای دريچه ای قلب- ۷:بیماری های گوارشی- ۸:بیماری های مزمن کلیه- ۹:پرکاری تیروئید- ۱۰:پرولاکتینوما- ۱۱:پیوند کلیه- ۱۲:تالاسمی مینور- ۱۳:ترومبوز آمبولی- ۱۴:تورچ- ۱۵:دیابت/ دیابت در خانواده- ۱۶:سل- ۱۷: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- ۱۸:صرع- ۱۹:کم کاری تیروئید- ۲۰:لوپوس- ۲۱:مالتیپل اسکلروزیس- ۲۲:میگرن- ۲۳: نازایی- ۲۴:ناهنجاری های اسکلتی- ۲۵:ناهنجاری های دستگاه تناسلی- ۲۶:هیپاتیت)
ت ۱۷- اختلالات روانی/ همسرآزاری..... ۴۸
(افسردگی، اضطراب، وسواس- افسردگی ماژور، اختلال دو قطبی، اسکیزوفانتیو، اسکیزوفرنیا- سابقه یا وقوع همسرآزاری)

عنوان

صفحه

- ت ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی..... ۵۰
- (۱) اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر، مصرف سیگار و دخانیات- ۲: بارداری اول-
۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۳۵ سال-
۶: بارداری با IUD- ۷: بارداری با قرص لاینسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی،
کاشتنی ها- ۸: بارداری با TL- ۹: تروما- ۱۰: چندقلویی- ۱۱: حاملگی ناخواسته- ۱۲: سن
بارداری نامشخص- ۱۳: شغل سخت و سنگین- ۱۴: شیردهی همزمان با بارداری-
۱۵: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال- ۱۶: قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر- ۱۷:
مصرف الکل- ۱۸: ناسازگاری های خونی- ۱۹: نمایه توده بدنی غیر طبیعی)
- ت ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی..... ۵۴
- (۱) آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی- ۴: چندقلویی-
۵: دیابت بارداری/ دیابت در افراد درجه یک خانواده- ۶: زایمان دیررس- ۷: زایمان
زودرس- ۸: زایمان سخت/ سریع- ۹: سزارین- ۱۰: سقط مکرر/ سقط دیررس، حداقل ۲
بار سقط خود به خودی- ۱۱: مرده زایی- ۱۲: مرگ نوزاد- ۱۳: مول/ حاملگی نابجا -
۱۴: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۵: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم- ۱۶: نوزاد
ناهنجار)
- ث- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در
واحد تسهیلات زایمانی و زایمان در منزل در موارد فوری
- ث ۱- ارزیابی اولیه زایمان..... ۵۷
- ث ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان..... ۵۸
- ث ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان..... ۵۹
- ث ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان..... ۶۰
- تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان..... ۶۱
- ج- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)
- ج ۱- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)..... ۶۸

عنوان

صفحه

- ج ۲- فشارخون بالا..... ۶۹
- ج ۳- خونریزی..... ۷۰
- ج ۴- عدم پیشرفت زایمان..... ۷۱
- ج ۵- زجر جنین/ دفع مکونیوم..... ۷۲
- ج ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس..... ۷۳
- ج ۷- پارگی کیسه آب..... ۷۴
- ج ۸- پرولاپس بدنناف..... ۷۵
- ج ۹- نمایش غیر طبیعی..... ۷۶
- ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان..... ۷۸
- (۱) آنمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: اره اش منفی- ۴: اعتیاد به مواد
مخدر- ۵: الیگوهایدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی- ۶: پلی هیدرآمنیوس- ۷: تب-
۸: جنین ناهنجار- ۹: چندقلویی- ۱۰: شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال- ۱۱: ضایعات ولو-
۱۲: قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر- ۱۳: گراند مولتی پار- ۱۴: ماکروزومی- ۱۵: مرگ جنین-
۱۶: هپاتیت/ HBsAg مثبت- ۱۷: هرپس ژنیتال- ۱۸: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰)
- ج ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان..... ۸۱
- (۱) احتباس جفت- ۲: تب- ۳: عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان- ۴: گذشتن
بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه- ۵: وارونگی رحم- ۶: هماتوم)
- ج ۱۲- بیماری ها..... ۸۲
- (۱) آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری های دریچه ای قلب- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس-
۷: صرع- ۸: هیپرتیروئیدی)
- ج ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی..... ۸۴
- (۱) آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین یا جراحی رحم
و شکم- ۶: مرده زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا
وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)

عنوان

صفحه

چ- مراقبت های معمول پس از زایمان(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از

زایمان)

چ ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان.....۸۶

چ ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان.....۸۷

تعاریف مراقبت های پس از زایمان.....۸۸

ح- مراقبت های ویژه پس از زایمان(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از

زایمان)

ح ۱- علائم خطر فوری(تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل).....۹۲

ح ۲- خونریزی/ لکه بینی.....۹۳

ح ۳- تب.....۹۴

ح ۴- درد.....۹۵

ح ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج.....۹۶

ح ۶- اختلالات روانی.....۹۷

ح ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی.....۹۸

ح ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، بیماری زمینه ای).....۹۹

خ- راهنما

خ ۱- ارجاع فوری.....۱۰۱

خ ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی.....۱۰۱

خ ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی.....۱۰۲

خ ۴- کوراژ.....۱۰۴

خ ۵- وارونگی رحم.....۱۰۴

خ ۶- مکمل های دارویی.....۱۰۴

خ ۷- زایمان در منزل.....۱۰۵

خ ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری.....۱۰۷

عنوان

صفحه

خ ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان.....۱۰۷

خ ۱۰- مصرف داروها در شیردهی.....۱۰۷

خ ۱۱- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده.....۱۰۸

خ ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر.....۱۰۸

خ ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری.....۱۰۹

خ ۱۴- مصرف داروها در بارداری.....۱۱۰

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

د ۱- احیاء نوزاد/ تعاریف احیاء نوزاد.....۱۱۳/۱۱۲

د ۲- نشانه های خطر.....۱۱۴

د ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد.....۱۱۵

د ۴- صدمات زایمانی/ ناهنجاری.....۱۱۶

د ۵- عفونت های موضعی.....۱۱۷

ذ- مراقبت از نوزاد

ذ ۱- مراقبت از نوزاد.....۱۱۹

ضمائم

♦ شرح وظیفه کاردان مامایی در برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

♦ فهرست داروهای برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

♦ فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

♦ فرم ها:

- فرم مراقبت پیش از بارداری

- فرم مراقبت بارداری

- فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

- فرم مراقبت پس از زایمان

♦فهرست واژه

• با تشکر از همکاری:

- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی اعتلای سلامت مادران
- اعضای محترم کمیته اجرایی اعتلای سلامت مادران
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی نوزادان: دکتر علیرضا مرندي، دکتر ابوالفضل افجه ای، دکتر هادی سماعی، دکتر حسین فخرایی، دکتر محمدرضا حسینی
- دکتر حمید رضا لرنژاد رئیس اداره سلامت کودکان، دکتر ناصر افضلیان متخصص کودکان
- دکتر محمد اسلامی رئیس اداره تنظیم خانواده، دکتر سیدمحمدرضالاجوردی متخصص داخلی، دکتر مهران دخت عابدینی متخصص زنان و زایمان
- دکتر فاطمه خطیبی متخصص زنان و زایمان، دکتر شیرین کاویان پور متخصص زنان و زایمان، گیتی افروز هدایتی کارشناس ارشد بهداشت مادر و کودک
- همکاران محترم دفتر بهبود تغذیه جامعه: دکتر ربابه شیخ الاسلام، دکتر پریسا ترابی، مینا مینایی، زهرا عبدالهی
- همکاران محترم اداره سلامت دهان و دندان: دکتر نادره موسوی فاطمی، دکتر ندا معماری، دکتر شیما بیطرف
- همکاران محترم برنامه ایدز: دکتر میترا معتمدی هروی، دکتر کیانوش کمالی، دکتر مریم سرگلزایی مقدم
- همکار محترم اداره سلامت روان: دکتر عزیزه ابراهیم پور
- همکار محترم اداره زنان و سالمندان: دکتر مهین سادات عظیمی
- همکاران محترم مرکز مدیریت بیماری ها(دیابت، واکسیناسیون، سل، هیپاتیت، ژنتیک)
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مجری طرح پایلوت سلامت مادران
- همکاران محترم هسته آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

اعضای کمیته علمی مشورتي اعتلای سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا) * آرام، دکتر شهناز متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	* حنطوش زاده، دکتر صدیقه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	* قاضی زاده، دکتر شیرین متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* ازهر، دکتر حشمت الله متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	* خشتی، دکتر فاطمه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	* قهیری، دکتر عطاءالله متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمیدانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
* اکبریان، دکتر عبدالرسول متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	* رحیمی شعریاف، دکتر فاطمه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	* کریم زاده میبیدی، دکتر محمد علی متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد
* برنا، دکتر صدیقه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	* سیاح ملی، دکتر منیژه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز	* معتضدیان، دکتر شهذخت متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
* بهنیا، دکتر حمید متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	* سیدی علوی، دکتر قدسیه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد	* موسوی، دکتر اعظم السادات متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* تقوی، دکتر سیمین متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	* شاهوردی، دکتر زهره متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهد	* مؤید محسنی، دکتر سکینه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دان علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی
* توسلی، دکتر فاطمه متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد	* صراف، دکتر زهرا متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز	* مهدی زاده، دکتر ابوالفضل متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
* جمال، دکتر اشرف متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران * چایچیان، دکتر شهلا متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران	* علامه، دکتر زهرا متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	

اعضای کمیته اجرایی اعتلای سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا) * آزاد رزم، مریم بهروز خانه بهداشت نظام آباد دانشگاه علوم پزشکی تهران	* صالحی فرد، دکتر علی ضامن مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری	* قادر پناه، فاطمه بهروز خانه بهداشت سرا دانشگاه علوم پزشکی کردستان
* احمدی، محترم کارشناس مسئول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی مازندران	* طیبانی، زهرا کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	* قره خانی، دکتر بهناز کارشناس مسئول بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی تهران
* اردو خانی، دکتر شکوه پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	* طبیبی، دکتر خدیجه کارشناس بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی مازندران	* کمالی، دکتر محمد پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
* اسماعیلی، قمری کارشناس مسئول بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی کردستان	* خسروی، سوسن کارشناس مسئول برنامه تنظیم خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری	* کوکلاتی، مهناز کارشناس بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* اکبر، فریبا کارشناس مامانی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	* خلفیان، دکتر پوران کارشناس مسنول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری	* عقدک، دکتر پژمان مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	* گلشاهی، طاهره کارشناس بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
* بابازاده، دکتر جواد کارشناس مسنول بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی مازندران	* دلیلی، دکتر آریتا پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	* علیزاده خیابی، حسنیه کارشناس مامانی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	* ملاحیخی، مهري کارشناس مسنول برنامه مادر و کودک استان دانشگاه علوم پزشکی کردستان
* باغرامیان، دکتر آرموند پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	* شهیدی، شهلا کارشناس مسنول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	* فرزادفر، دکتر فرشاد کارشناس ارشد مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت ستاد مرکزی وزارتخانه	* میرحاج، زهرا پهورز خانه بهداشت زیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
* پاکروان، افسانه کارشناس مامانی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران	* شیخ عطاری، دکتر پیام مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی کردستان	* فرزادفیضیلت، صدیقه کارشناس مامانی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	* نپاکان، اعظم السادات کارشناس مسنول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی تهران
* جفت یاری، نسرين کاردان مامانی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان	* صداقت، دکتر بنفشه پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری		* یوسفی، مهري کارشناس برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

همکارانی که طی اجرای طرح پایلوت، در بازنگری مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارائه داده اند:

* فرشایف قاسمی راسخ، نسرين کارشناس برنامه مادران استان	* نادرغام، دکتر شاپور معاون بهداشتی شبستر	* ستاری، نسرين مسنول بهداشت خانواده شبستر	* پیری، ابراهیم مسنول امور بهورزی شبستر	* پور نورانی، سیمین کارشناس بهداشت خانواده شبستر	* محمد زاده، دکتر مجتبی مدیرگروه بهداشت خانواده استان
---	--	--	--	---	--

*درستکار، دکتر محبوبه
مدیرگروه بهداشت خانواده استان

* دکتر گروه بهداشت خانواده استان * عقدک، دکتر پژمان	* شهیدی، شهلا مسنول برنامه مادران استان	* طغیانی، راهله کارشناس برنامه مادران استان	* مطیع، زهرا کارشناس برنامه مادران استان	* نیکخواه فرد، مرژگان کارشناس برنامه مادران استان	* عامریان، دکتر امید مدیر شبکه بهداشت و درمان اردستان
--	--	--	---	--	--

* نادری، دکتر نادر معاون بهداشتی اردستان	* نعمت الهی، فرحناز مسنول بهداشت خانواده اردستان	* روح پرور زاده، نسیم مسنول برنامه مادران اردستان	* بیژاری، ناهید کارشناس بهداشت خانواده اردستان	* صدوقی، زهرا کارشناس بهداشت خانواده اردستان	* انصاری پور، زهرا مسنول آموزش بهورزی استان
---	---	--	---	---	--

* مدیر گروه بهداشت خانواده استان * انارکی، دکتر آریتا	* ابراهیمی، دکتر ابراهیم مدیر گروه بهداشت خانواده گناوه	* رحیمی، سوسن کارشناس برنامه مادران استان	* یزدانی، فریده کارشناس برنامه مادران گناوه	* فروردین، مینا کارشناس برنامه مادران گناوه	* کاظمی، معصومه مسنول آموزش بهورزی استان
--	--	--	--	--	---

* بحریه، تهمنه
کارشناس آموزشگاه بهورزی گناوه

* مدیر گروه بهداشت خانواده استان * نصیرزاد، دکتر شیرین	* نپاکان، اعظم السادات کارشناس برنامه مادران استان	* قره خانی، دکتر بهناز مسنول بهداشت خانواده اسلام شهر	* شریفی ارومی، فاطمه کارشناس برنامه مادران اسلام شهر	* نظرزاده، فرحناز کارشناس بهداشت خانواده اسلام شهر	
---	---	--	---	---	--

* سید مراد پور، لیلی
کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر

* مدیر گروه بهداشت خانواده استان * صالحی فرد، دکتر علی ضامن	* خلفیان، دکتر پوران مسنول برنامه مادران استان	* نصری، دکتر پیمان پزشک مرکز بهداشتی درمانی بروجن	* همتیان، سیاوش کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* سعادت، دکتر میترا کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* اروچی، شهین کارشناس بهداشت خانواده بروجن
--	---	--	---	---	---

* کریمیان، محترم
کاردان بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی بروجن

* بنابیان، فرخنده
کاردان بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی بروجن

* عظیمی، حبیبه
کاردان مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن

* گیتی فر، بلقیس
کاردان مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن

همکارانی که طی اجرای طرح پایلوت، در بازننگری های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارایه داده اند:

کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* راستی، راضیه	* جعفرپور، معصومه	* گلشاهی، طاهره	* کردیان، اکرم	* فروهی، بنفشه
کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* صابری فرد، دکتر ایرج	مسئول برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران استان	* رضازاده متقی، نجمه	* آقاسی یزدی، زهرا
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان	* صحافی، دکتر فرزانه	کارشناس برنامه مادران استان	مسئول بهداشت خانواده بروجن	مسئول بهداشت خانواده بروجن
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* جمشیدی، دکتر فرخنده	* ثابت قدم، دکتر سید محمد	* ترابی زاده، دکتر مهدی	* افکانه، بلقیس	* بهزادفر، اعظم
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوزستان	مسئول برنامه مادران استان	کارشناس بهداشت خانواده استان	مسئول بهداشت خانواده آبادان	کارشناس برنامه مادران قوچان
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* فریور، دکتر فرشید	* ریاضی دوست، آذر	* رحیمیان، دکتر ندا	* نصیری، دکتر آذر	* عبدالله پور، دکتر ابوالفضل
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان	مسئول برنامه مادران استان	پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار	پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار	سرپرست شبکه بهداشت و درمان گرمسار
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* علی بیگی، دکتر مهناز	کارشناس بهداشت خانواده گرمسار	کارشناس بهداشت خانواده گرمسار	* کشمیر، شهناز	کارشناس بهداشت خانواده گرمسار
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل	* نیکروی سیاسر، زهرا	* رضایی کهخایی، زهرا	کارشناس بهداشت خانواده گرمسار	کارشناس بهداشت خانواده گرمسار
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* افشاری، ابوالحسن	کارشناس برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران آباده	کارشناس برنامه مادران آباده
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس	* مظلومی، عزت	* مفاضی، مرضیه	* نمازی، هما	کارشناس برنامه مادران آباده
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* کدیور، دکتر علی اکبر	مسئول برنامه مادران استان	مسئول بهداشت خانواده آباده	کارشناس برنامه مادران آباده	کارشناس برنامه مادران آباده
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه	* عسگریان، سارا	* سمیعی، دکتر سعید	* نیکرو، فریبا	* شفیع، دکتر فریبا
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* جمشیدپور، مهرانگیز	مسئول برنامه مادران استان	پزشک بهداشت خانواده استان	کارشناس بهداشت خانواده صحنه	پزشک بهداشت خانواده صحنه
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن

همکارانی که طی اجرای طرح پایلوت، در بازرنگری مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارائه داده اند:

✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه					
* رضایی، نسرين					
* نوشادفر، ویدا					
* ملکی، حاجی مراد					
مسئول بهداشت خانواده صحنه		کارشناس مامایی بهداشت خانواده صحنه		بهورز خانه بهداشت میر عزیز صحنه	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان					
* بیدارپور، دکتر فرزام					
* ملاشخی، مهري					
مدیر گروه بهداشت خانواده استان		مسئول برنامه مادران استان		* فتحی، پری	
				کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی سقز	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان					
* کردی، دکتر خدیجه					
* خاری، دکتر سمره					
مدیر گروه بهداشت خانواده استان		مسئول برنامه مادران استان		* حاجی مرادلو، دکتر نغمه	
				مسئول بهداشت خانواده آق قلا	
* لاری، گلچهره					
* نیکجوی تیریزی، دکتر دیده زهرا					
کارشناس برنامه مادران آق قلا		مسئول بهداشت خانواده بندرگز		* قریانی، ویتا	
				کارشناس برنامه مادران بندرگز	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران					
* اردلان، دکتر پریسا					
* طبیبی، دکتر خدیجه					
سرپرست بهداشت خانواده استان		مسئول برنامه مادران استان		* احمدی، محترم	
				کارشناس برنامه مادران استان	
* باقری، نیلوفر					
کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی ساری					
* روزبه، بهناز					
		کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی ساری		* فضیلت، صدیقه	
				کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی ساری	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان					
* نورمندی، مریم					
* حبیب پور، ستاره					
مدیر گروه بهداشت خانواده استان		کارشناس برنامه مادران استان		* مرادی، سهیلا	
				مسئول بهداشت خانواده بندرلنگه	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان					
* کاظم زاده، دکتر محمد					
* قهرمانی، معصومه					
مدیر گروه بهداشت خانواده استان		مسئول برنامه مادران استان		* غضنفرزاده، بهجت	
				مسئول برنامه مادر و کودک استان	
* منصور، شیرین					
				کارشناس برنامه مادران تویسرکان	
✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد					
* شریفی، دکتر مسعود					
* عبدی نسب، مهناز					
رییس مرکز بهداشت مهریز		مسئول برنامه مادران استان		* طباطبایی، منیرالسادات	
				مامای بهداشت خانواده مهریز	
				* کمالی فرد، مهین	
				مسئول بهداشت خانواده مهریز	
				* جلال پور، زهرا	
				مری بهورزی مهریز	
				* جعفری، طاهره	
				مامای مرکز بهداشتی مهریز	

ارتقاء سلامت مادران یکی از ارکان اساسی مراقبت های بهداشتی درمانی است. در سالهای اولیه استقرار نظام بهداشت و درمان در کشور، سلامت مادران به عنوان گروه آسیب پذیر مورد توجه خاص سیاست گذاران برنامه سلامتی قرار گرفت. در آن سالها افزایش دسترسی به مراقبت های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان به عنوان اولویت مد نظر قرار گرفت و با توسعه شبکه بهداشت و درمان کشور، این امر میسر گردید به گونه ای که شاخص های برنامه سلامت مادران مبین پوشش مراقبت های بارداری تا ۸۰ درصد، زایمان ایمن تا حدود ۸۵ درصد و مراقبت های پس از زایمان تا ۳۰ درصد می باشد.

با بهبود شاخص دسترسی به خدمات، ارتقاء کیفی خدمات از طریق تعیین رویکردی مناسب به منظور شناسایی زودرس مادران در معرض خطر و ارجاع به موقع آنان ضروری بود. به همین منظور اداره سلامت مادران دفتر سلامت خانواده و جمعیت از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱ استانداردهای خدمات مراقبتی مادران را در دو سطح خارج بیمارستانی به اتمام رساند و از سال ۱۳۸۲ اجرای آزمایشی آن در کشور آغاز گردید.

مجموعه حاضر که حاوی استانداردهای خدمات معمول و ویژه مادران در مقاطع پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان است با تلاش پیگیر و همه جانبه همکاران من در اداره سلامت مادران و نظرخواهی از متخصصین زنان و زایمان و مامایی کشور تدوین شده است. این مجموعه پس از گذراندن بیش از دو سال اجرای آزمایشی و تجدید نظر توسط رایه دهندگان خدمات و مدیران بهداشت خانواده مجری طرح آزمایشی در اختیار شما قرار گرفته است. محتوای این مجموعه منبع اصلاح بلوک بهورزی قرار گرفته است و علاوه بر آن که به عنوان بسته خدمات استاندارد رایه خدمات پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان با طرح پزشک خانواده و تیم سلامت ادغام گردیده است، موارد ارجاعی را که از نظر فنی نیازمند دریافت خدمات تخصصی است را برای خدمات استاندارد سطح بیمارستان طبقه بندی می کند.

لازم است از کلیه واحد های تابعه حوزه معاونت سلامت که برای هماهنگ سازی متن این مجموعه با برنامه های کشوری، ما را یاری نمودند، قدردانی و سپاسگزاری نمایم. تلاش ما بر این است که این مجموعه به عنوان بخشی از کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی و ماماها در نظام آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. از آنجا که علیرغم چندین نوبت ویرایش، مجموعه حاضر می تواند حاوی اشکالات متعدد فنی و ویراستاری باشد که از نظر دور مانده است، از این رو نظرات شما همکاران گرامی می تواند راهنمای خوبی برای اصلاح در چاپ های بعدی باشد.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

ماما و پزشك گرامي!

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

● آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل ۱۳ قسمت: جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان، مراقبت های پیش از بارداری (بخش الف)، تشخیص بارداری (بخش ب)، مراقبت های معمول بارداری (بخش پ)، مراقبت های ویژه بارداری (بخش ت)، مراقبت های معمول حین زایمان و بلافاصله پس از زایمان (بخش ث)، مراقبت های ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان (بخش ج)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش چ)، مراقبت های ویژه پس از زایمان (بخش ح)، راهنما (بخش خ)، ارزیابی نوزاد (بخش د)، مراقبت از نوزاد (بخش ذ) و ضمامم است.

✂ جداول مراقبت های بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر ارائه می شود. تقسیم بندی خدمات در این جداول براساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارائه می گردد.

✂ بخش مراقبت های پیش از بارداری به منظور ارائه خدمت به زنانی است که تصمیم دارند باردار شوند. به نظر می رسد که ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید به تدریج در روند ارائه خدمات مورد توجه قرار گیرد تا بتوان زنان در معرض خطر را زودتر شناسایی کرده و در صورت امکان از باردار شدن آنان جلوگیری کرد و یا بارداری را به تعویق انداخت.

✂ بخش تشخیص بارداری به منظور کمک به تشخیص و تأیید بارداری در خانمی است که با شك به بارداری و یا قطع قاعدگی مراجعه می کند. فرد مراجعه کننده، ابتدا ارزیابی شده، سپس براساس نتیجه ارزیابی، گروه بندی و متناسب با گروه تعیین شده برای وی اقدام مورد نیاز انجام می شود. در صورتی که اقدام مورد نظر درخواست آزمایش تشخیص بارداری یا سونوگرافی است، با توجه به نتیجه آزمایش یا سونوگرافی برای خانم تصمیم گیری و خدمت مناسب ارائه می شود.

بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. ولی در برخی، ممکن است با توجه به سئوالات و معاینات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غیر طبیعی مشاهده شود که نیاز به مداخله و مراقبت ویژه دارد.

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

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

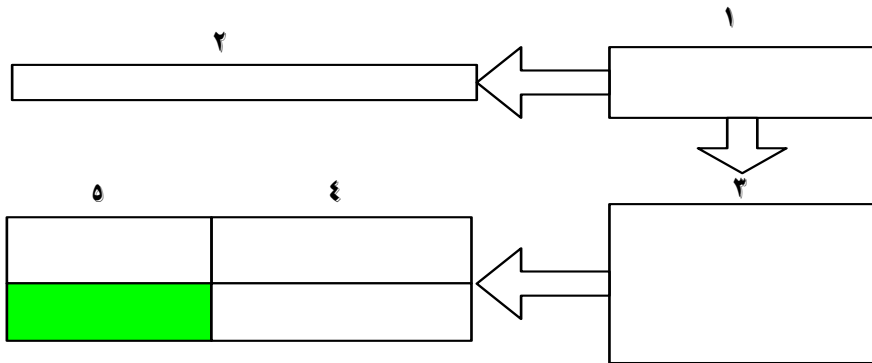
خانه شماره ۲- در صورت وجود علائم خطر فوری، با توجه به آدرس داده شده، **اقدام** کنید.

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

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

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

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

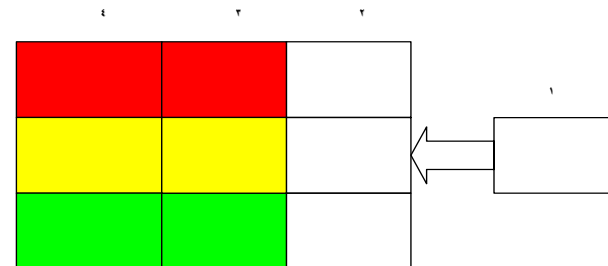


✿ بخش مراقبت های ویژه برای ارایه مراقبت های مورد نیاز مادرانی است که در بارداری، زایمان یا

پس زایمان در معرض خطر قرار می گیرند. در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، بررسی می شود.

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

خانه شماره ۱- پس از پیدا



کردن علامت مورد نظر در عنوان صفحه، موارد مربوط به این قسمت را ارزیابی کنید.

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

خانه شماره ۳- با توجه به گروه بندی، تشخیص یا تشخیص احتمالی عارضه یا بیماری را درمی یابید. تشخیص احتمالی در ارزیابی نوزاد نیز براساس بررسی همه یا برخی از علائم صورت می گیرد.

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

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

مفهوم رنگ ها

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

الف - رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/ نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ **ارجاع فوری** (بلافاصله) به همراه اقدامات اولیه حین ارجاع به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی است. ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را سریعاً با آمبولانس یا هر وسیله نقلیه دیگر ارجاع دهد.

ب - رنگ زرد نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه کار مشخص گردد. در ارجاع در اولین فرصت، اگر مورد ارجاع طی ۴۸ ساعت به هر دلیلی (نرفتن مادر،...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگیرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می کند. در ارجاع غیر فوری، اگر مورد ارجاع طی یک هفته به هر دلیلی (نرفتن مادر،...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگیرد، حکم ارجاع فوری را پیدا می کند.

پ - رنگ سبز نشان دهنده امکان ارایه کامل خدمت توسط پزشک یا ماما بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است، مگر در شرایطی که اقدامات ارایه شده منجر به بهبود وضعیت مادر یا نوزاد نگردد. در این صورت لازم است مادر و یا نوزاد برای بررسی بیشتر به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

نکته: در برخی خانه های «اقدام»، مراقبت ها در بیش از یک حالت تعریف می شود یعنی اقدام های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است. به طور مثال: در قسمت ت ۲، خانه اصلی اقدام مربوط به تشخیص احتمالی «مول، کریز هیپرتانسیون، چندقلویی» قرمز است در حالی که اقدام بعدی این خانه که نیازمند «ارجاع غیر فوری» است در خانه ای به رنگ زرد مشخص شده است.

• اصول کلی

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

- در مواردی که مادر و یا نوزاد به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، ارجاع غیر فوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
- در صورت امکان، آموزش همسر و خانواده مادر در مورد علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان مورد توجه قرار گیرد.
- دریافت مراقبت های دوران بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر تأکید شود.
- وضعیت مادری که ارجاع فوری یا ارجاع در اولین فرصت شده است، باید پس از ۳ روز و اگر ارجاع غیر فوری شده است، طی یک هفته پیگیری و مشخص شود.
- پسخوراند پزشک عمومی یا ماما در مورد ارایه مراقبت های ویژه باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.

- پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
- از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادری که به دلایلی ارجاع فوری می شود، باید خودداری گردد. (رعایت اصل NPO حین ارجاع)
- دفعات مراقبت ویژه مادر برحسب نوع عارضه و نظر پزشک، ماما و پزشک متخصص در پسخوراند متفاوت خواهد بود.
- لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

پیش از بارداری(الف)

- تمام خانمهایی که در سنین باروری قرار دارند، لازم است مشاوره پیش از بارداری را دریافت کنند.
- بسیاری از بیماری ها و شرایط طبی نیاز به کنترل، تغییر دارو، ارزیابی وضعیت و یا عوارض بیماری پیش از بارداری دارد زیرا عدم توجه به آنها میزان مرگ و عوارض مادری/ جنینی/ نوزادی را افزایش می دهد.
- بیماری ها و شرایط تأثیرگذار بر بارداری که نیازمند توجه به آنها در زمان پیش از بارداری است شامل بیماری قلبی، دیابت، لوپوس، آرتريت روماتوئید، اختلالات روانی، آنمی، تالاسمی مینور، صرع، ابتلا به فشارخون بالا، سل تحت درمان، بیماری تیروئید، مصرف کنندگان الکل و دخانیات و مواد مخدر، ابتلا به عفونت های علامت دار واژینال، نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵ و یا اختلالات تغذیه ای، سندرم تخمدان پلی کیستیک و....
- از این رو انجام مشاوره پیش از بارداری، باید در یکی از شرایط زیر صورت گیرد:
 - ۱- تمامی خانمهایی که به قصد بارداری، روش پیشگیری از بارداری خود را قطع کرده و یا می خواهند قطع کنند،
 - ۲- تمامی خانمهایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده اند،
 - ۳- تمامی خانمهایی که از هیچ روشی استفاده نمی کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از بارداری مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری در آینده دارند، برای این افراد حداکثر طی ۶ ماه اول پس از مراجعه، مشاوره انجام شده و نتیجه آن به عنوان سابقه برای آنان در پرونده حفظ شود.
- نکته ۱: لازم است تا زمانی که عارضه یا بیماری خانم رفع و یا کنترل نشده است، به منظور جلوگیری از بروز حاملگی های پر خطر، وی را به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری تشویق و توصیه نمود.
- نکته ۲: این مشاوره تا مدت یک سال اعتبار دارد، بدین معنا که در صورت ارایه یک بار مشاوره پیش از بارداری، تا یک سال نیاز به تکرار نیست. بدیهی است در صورتی که نتیجه مشاوره پیش از بارداری غیر طبیعی است (خانم عارضه یا بیماری دارد) تا زمان رفع عارضه یا بیماری و یا کنترل کامل آن، پیگیری به منظور درمان و یا کنترل بیماری توسط پزشک یا ماما انجام گیرد.

بارداری (پ)

- مراقبت های بارداری باید به محض مثبت شدن آزمایش بارداری ارایه گردد. به خاطر بسپارید به محض اطلاع از نتیجه مثبت آزمایش، بارداری را به خانم تبریک بگویید.
- بهتر است نتیجه آزمایش بارداری ضمن ثبت در فرم مراقبت بارداری، در صورت عدم نیاز مادر، تا پایان بارداری در پرونده نگه داری شود.
- مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۶ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری
- زمان ملاقاتهای مادر براساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.
- هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می کند.
- در صورتی که مادر باردار به دریافت خدمات درمانی دندان پزشکی نیاز دارد، مناسب ترین زمان، سه ماهه دوم بارداری است.
- سه ماهه اول بارداری را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.
- استفاده از چارت حرکت جنین در هفته های ۲۸ تا ۳۲ ارزشمند است.
- به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش های غیردارویی کاهش درد زایمان، مادر باردار باید از هفته ۲۰ بارداری در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت کند. از این رو لازم است ضمن آموزش به مادر در مورد مزایا و ضوابط شرکت در کلاس های آمادگی پیش از زایمان، مادر در زمان مناسب، به نزدیک ترین محل برگزاری کلاس معرفی شود.

زایمان و بلافاصله پس از زایمان (ث)

- هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی شامل پوشیدن گان و پیش بند، چکمه (در صورت نیاز و امکان)، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک انجام شود.
- وسایل زایمان می باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز و شسته و استریل شود.
- اتاق زایمان نیز باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز و شسته و گردگیری شود و به صورت معمول هر ماه و همچنین پس از انجام هر زایمان آلوده، با استفاده از چراغ اولتراویوله ضد عفونی شود.

نکات مهم در استفاده از چراغ اولتراویوله:

۱. قبل از روشن کردن چراغ، اتاق زایمان کاملاً تاریک باشد.
۲. درب کلیه کمدها، قفسه های شیشه ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
۳. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درزها با چسب پوشانده شود.
۴. دو شاخه چراغ می بایست خارج از اتاق زایمان به پریز زده شود و زمانی که چراغ روشن است، هیچکس وارد اتاق نشود.

۵. مدت زمان مناسب برای استفاده از چراغ به طور متوسط ۱۵ دقیقه می باشد. بعد از این مدت، دوشاخه را از پریز کشیده و هواکش روشن شود.

۶. پس از خاموش کردن چراغ، به مدت ۱۵ دقیقه نباید وارد اتاق زایمان شد.

- هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، ولی اگر به هر علتی زایمان در واحد تسهیلات زایمانی انجام می گیرد، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.
- در صورت انجام زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، مادر و نوزاد باید حداقل تا ۶ ساعت اول پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند.
- برای هر مادری که در واحد تسهیلات زایمانی به منظور زایمان بستری می شود، باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر به میزان ۳۲ قطره در دقیقه براساس نیاز وی توصیه می شود. در مورد خونریزی، اولویت با سرم رینگر و در نبود آن با سالین نرمال یا سرم قندی- نمکی، در مورد فشارخون بالا، سرم رینگر یا قندی و در مورد دیابت فقط سرم رینگر توصیه می شود.
- در صورت تشخیص علامت خطر در زمان زایمان با توجه به نوع علامت خطر و مرحله زایمان، عامل زایمان باید در هنگام ارجاع، مادر را با ست زایمان همراهی کند.
- انجام زایمان مادر در معرض خطر (طبق شرح بخش مراقبت ویژه زایمان) در واحدهای تسهیلات زایمانی جایز نیست مگر در موارد زایمان قریب الوقوع یعنی «زایمان مادر با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنین، وضعیت جنین، وضعیت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمی در مدت زمانی کمتر از یک ساعت انجام پذیر باشد.»
- در هنگام زایمان قریب الوقوع مادر در معرض خطر، حتماً باید از یک پزشک یا مامای دیگر کمک گرفته شود.
- نوزاد باید بلافاصله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق «بخش ارزیابی نوزاد(بخش د)» ارزیابی شود.
- قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه های ارایه شده در بخش مراقبت از نوزاد(بخش ذ) به مادر آموزش داده شود.
- نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

پس از زایمان(چ)

- مراقبت های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان انجام می شود. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۲ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می شود.
- برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.
- نوزاد مادری که به هر دلیل تحت درمان داروهای روان گردان است، باید تحت مراقبت متخصص اطفال قرار بگیرد.

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

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
صاحبه و مکمل یا بررسی پرونده	مشخصات، نسبت خویشاوندی با همسر سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی/ همسرازاری رفتارهای پرخطر اعتیاد، مصرف سیگار / الکل رژیم غذایی خاص	مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، مصرف مکمل ها و گروه های غذایی سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی/ همسرازاری، رفتارهای پرخطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل شکایت های شایع و علائم خطر، تروما آخرین روش پیشگیری از بارداری	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرازاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی توجه به تاریخ تقریبی زایمان حرکت جنین، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرازاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرازاری مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، تروما	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - شکایت های شایع و علائم خطر - تعیین سن بارداری - توجه به تاریخ تقریبی زایمان - اختلالات روانی / همسرازاری - مصرف مکمل ها و گروه های غذایی، حرکت جنین، تروما
معاینه بالینی	اندازه گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی علائم حیاتی، معاینه فیزیکی معاینه واژن و لگن معاینه دهان و دندان	اندازه گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی زن گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاینه دهان و دندان، معاینه فیزیکی	اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، پوست، دندان، پوست، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان	اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، پوست، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان	اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن گیری معاینه چشم، اندام ها و صورت، پوست، شکم(لئوپولد)، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی - ترسیم منحنی وزن گیری - معاینه چشم، اندام ها و صورت، پوست، شکم(لئوپولد)، شنیدن صدای قلب جنین، کلاس آمادگی زایمان
آزمایش ها یا بررسی تکمیلی	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C, HBsAg, (در صورت نیاز)، پاپ اسمیر و تیتراژ آنتی بادی ضد سرخجه(در صورت نیاز) VDRL و HI (در رفتارهای پرخطر).	CBC, BG, Rh, U/A, U/C, BUN, Creatinine, HBsAg (در صورت نیاز)، VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر). نوبت اول کومبیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)	سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری)	CBC, U/A, بت دوم کومبیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر مثبت) GC در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری	-----
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی و روان- بهداشت جنسی بهداشت دهان و دندان تغذیه/ مکمل های دارویی عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات / الکل شغل سخت و سنگین تاریخ مراجعه بعدی(در صورت نیاز) زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن	بهداشت فردی و روان بهداشت جنسی بهداشت دهان و دندان تغذیه/ مکمل های دارویی عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل علائم خطر/ شکایت های شایع تاریخ مراجعه بعدی	علائم خطر- تغذیه/ مکمل های دارویی- بهداشت فردی و دهان و دندان- شکایت های شایع شیردهی توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل تاریخ مراجعه بعدی	علائم خطر - شکایت های شایع تغذیه/ مکمل های دارویی بهداشت فردی و دهان و دندان شیردهی توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان عدم مصرف مواد مخدر/ داروی مخدر، سیگار و دخانیات/ الکل تاریخ مراجعه بعدی	علائم خطر، شکایت های شایع- تغذیه/ مکمل های دارویی- فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل تنظیم خانواده شیردهی عدم مصرف مواد مخدر/ سیگار/ الکل توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان، بهداشت فردی و دهان و دندان، مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد تاریخ مراجعه بعدی	علائم خطر، شکایت های شایع تغذیه/ مکمل های دارویی فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل تنظیم خانواده شیردهی بهداشت فردی و دهان و دندان بهداشت فردی و دهان و دندان، مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد تاریخ مراجعه بعدی
مکمل های دارویی ایمن سازی	بید فولیک (نسخه توسط پزشک) برخجه و توأم(در صورت نیاز)	بید فولیک(از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین(از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری) آم در صورت نیاز - رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری				

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

مراقبت ۳ (روزهای ۴۲ تا ۶۰)	مراقبت ۲ (روزهای ۱۰ تا ۱۵)	مراقبت ۱ (روزهای ۱ تا ۳)	زمان مراقبت نوع مراقبت
<p>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، وضعیت شیردهی، اختلالات روانی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی</p>	<p>- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی</p>	<p>- مشخصات، وضعیت زایمان - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل های دارویی</p>	<p>مصاحبه و شکایت یا بررسی پرونده</p>
<p>- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی</p>	<p>- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی</p>	<p>- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی</p>	<p>معاینه بالینی</p>
<p>پاپ اسمیر (در صورت نیاز)</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>آزمایش ها</p>
<p>بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده (در صورت عدم مشاوره در ملاقات دوم)، تاریخ مراجعه بعدی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده</p>	<p>بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز در هفته ۶ پس از زایمان، تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، تنظیم خانواده، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>آموزش و مشاوره</p>
<p>آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان</p>			<p>مکمل های دارویی</p>
<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>رگام در مادر ارهانش منفی با نوزاد ارهانش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>	<p>ایمن سازی</p>

الف-مراقبت های پیش از بارداری

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری

صفحه ۱۰

تعاریف مراقبت های پیش از بارداری

صفحات ۱۱-۱۳

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

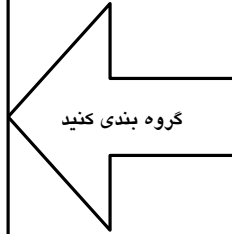
صفحه ۱۴

الف ۳- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

صفحه ۱۵

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>اقدام طبق الف ۲ و الف ۳ و خانه زیر</p>	<p>اختلالات روانی/ همسرآزاری، شغل سخت و سنگین، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵، رفتارهای پرخطر، مشکلات دهان و دندان، مصرف سیگار و دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر / داروهای مخدر، مصرف الکل، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، نسبت خویشاوندی، نتیجه آزمایش ها، اختلال ژنتیکی، بیماری ها (دیابت، قلبی، لوپوس، آرتريت روماتوئید، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آئمی، سل تحت درمان، سندرم تخمدان پلی کیستیک و...)</p> <p><u>سوابق بارداری و زایمان قبلی</u> مرگ نوزاد، مرده زایی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، جراحی شکم و رحم، زایمان زودرس، بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)</p>	<p><u>تشکیل پرونده</u> گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p><u>اندازه گیری کنید:</u> قد، وزن، علائم حیاتی</p> <p><u>معاینه کنید:</u> چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان ها، شکم، اندام ها، لگن، واژن</p>
<p>- ایمن سازی طبق دستورالعمل - تجویز اسید فولیک - درخواست آزمایش - انجام پاپ اسمیر طبق خ ۱۲ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پیش از بارداری - تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>	



تعاریف مراقبت های پیش از بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آزمایش های پیش از بارداری: گروه خونی و ارهاس، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کامل و کشت ادرار را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید.

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

نکته ۳: تیترا آنتی بادی ضد سرخچه را در صورتی که خانم علیه سرخچه ایمن نشده باشد و سابقه ابتلا به سرخچه را نیز نداشته باشد، درخواست کنید.

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

آموزش و توصیه: در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی و زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.

ایمن سازی: واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

نکته: واکسن سرخچه را در صورت تمایل خانم و منفی بودن تیترا آنتی بادی ضد سرخچه تزریق کنید. در صورت تزریق واکسن ویروس زنده سرخچه، خانم باید حداقل تا ۳ ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند. اگر خانم قبل از ۳ ماه باردار شود، نیاز به ختم بارداری نیست.

پاپ اسمیر: طبق دستورالعمل فواصل انجام پاپ اسمیر، از دهانه رحم نمونه بگیرید.

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

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر همدیگر

تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی را در صورت نیاز تعیین کنید.

نکته: به خانم یادآور شوید به محض قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری (اولین ملاقات) شروع شود.

تجویز اسید فولیک: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً از ۳ ماه قبل از بارداری) را تجویز کنید. (این دارو به صورت نسخه توسط پزشک تجویز می شود)

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم پیش از بارداری» را تکمیل کنید.

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

دخانیات: مصرف هر نوع سیگار، توتون، تنباکو و ... است.

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

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

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری

سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: حداقل ۳ بار سقط متوالی

شرح حال: شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری های زمینه ای(دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه قبلی سرطان پستان در خانم های بالای ۲۵ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا لمس توده در پستان توسط خانم، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، نسبت خویشاوندی با همسر، شغل سخت و سنگین

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

شغل سخت و سنگین:

- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت؛
- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره کش، مواد آزمایشگاهی و...؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.

نکته: لازم است در دوران بارداری، خانمی که کار طولانی مدت نشسته دارد، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

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

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

- فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

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

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

دیگران

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود).

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

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

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

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان خانم را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.

معاینه فیزیکی: خانم به شرح زیر معاینه می شود:

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

- بررسی پوست از نظر بثورات

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

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

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح از پستان در خانم های بالای ۲۵ سال (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)

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

- بررسی اندامهای تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

معاینه لگن و واژن: وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکلهای محسوس مانند راشیتیسیم، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می شود.

- 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.

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید.

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

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

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

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

بیماری ها، سوابق، مشکلات	تأثیر بر بارداری	اقدام
ناهنجاری های دستگاه تناسلی	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و زایمان
سوابق عارضه در بارداری و زایمان قبلی	امکان تکرار یا عود	- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی واحیاناً درخواست مشاوره ژنتیک در سقط مکرر
بیماری ها	براساس نوع بیماری تأثیر متفاوت بر بارداری دارد	توجه به نکات تأثیر بر بارداری تا ۱۶ و ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص مربوط
رفتارهای پرخطر	امکان ابتلا به ایدز	ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
سابقه یا وجود اختلالات روانی، همسرآزاری	احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسرآزاری	- بررسی خانم از نظر کنترل بیماری روانی: ۱- در صورت تحت درمان بودن و یا اینکه بیماری کنترل شده نیست: ارجاع غیر فوری به روان پزشک برای تداوم درمان و یا شروع درمان ۲- در صورتی که بیماری کنترل شده و مدتی بهبود یافته است: ملاقات ماهانه برای بررسی عود بیماری با گرفتن شرح حال، بررسی علائم بیماری و ثبت نتیجه در فرم شرح حال روان پزشکی و در صورت بروز بیماری: ارجاع غیر فوری به روان پزشک - در صورت همسرآزاری: مشاوره با زوجین و در صورت عدم موفقیت: ارجاع غیر فوری به روان پزشک
اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین(پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری جنینی	- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی واحیاناً درخواست مشاوره ژنتیک
نسبت خویشاوندی	افزایش احتمال اختلالات ژنتیکی	توصیه به مشاوره ژنتیک
سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵	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	- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پیش از بارداری) - در صورت عدم رفع مشکل: ارجاع به کارشناس/ متخصص تغذیه
مصرف سیگار و دخانیات، الکل، اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر	افزایش احتمال آنمی، سقط، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، مرگ جنین، دکلمان، زایمان زودرس پارگی کیسه آب، پره اکلامپسی، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز (در مصرف مواد مخدر تزریقی) اثرات نوزادی: سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض ناشی از داروهای غیر مجاز، سندرم الکل جنینی	- آموزش و اقدام برای ترک اعتیاد طبق دستورالعمل کشوری اداره اعتیاد - آموزش به ترک الکل و در صورت عدم موفقیت: مشاوره روان پزشکی
مشکلات دهان و دندان	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان	- آموزش بهداشت دهان و دندان و مشکلات آن در بارداری - ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک
شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	آموزش در مورد نحوه فعالیت در بارداری و در صورت امکان تغییر شغل
فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، چسبندگی جفت، آتونی، آنمی	مشاوره تنظیم خانواده
سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آنمی، ناهنجاری جنین، زایمان سخت	مشاوره تنظیم خانواده

الف ۳- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
VDRL مثبت	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جنام، بارداری	انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس
HIV مثبت	ابتلا به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به متخصص داخلی یا زنان
پاپ اسمیر غیرطبیعی	سرئوسیت یا کانسر	- مشاوره تنظیم خانواده - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
وجود گلبول سفید در ادرار و کشت ادرار منفی	عفونت واژینال یا یورتتریت کلامیدیایی	- در صورت عفونت واژینال: درمان مطابق نوع عفونت - در صورت عدم بهبود عفونت واژینال و یا وجود یورتتریت کلامیدیایی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
HBsAg مثبت	هپاتیت ب	- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن - توصیه به ایمن سازی خانواده در صورت منفی بودن HBsAg - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
هموگلوبین پایین (کمتر از ۱۲ گرم درصد)	آنمی	بررسی علت و درمان برحسب نوع آنمی
کشت ادرار مثبت	عفونت ادراری	درمان مطابق جواب آزمایش
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخجه	در صورت منفی بودن نتیجه: عدم ابتلا به سرخجه در صورت مثبت بودن نتیجه: ایمنی علیه سرخجه	- در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخجه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای بارداری

ب- تشخیص بارداری

ب۱- تشخیص بارداری صفحه ۱۷

تعاریف تشخیص بارداری صفحه ۱۸

ب ۱- تشخیص بارداری

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>مراجعه در ۷۲ ساعت اول پس از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری</p>	<p>مراجعه زودتر از موعد قاعدگی بعدی</p>
<p>مراجعه پس از ۷۲ ساعت از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری</p> <p>مراجعه با تمایل به بارداری</p>	<p>مراجعه با قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی</p>
<p>قطع قاعدگی از ابتدای استفاده از روش</p>	<p>مراجعه در فاصله کمتر از دو هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری</p>
<p>قطع قاعدگی در خانمی که خونریزی ماهیانه داشته است</p>	<p>مراجعه در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش</p>
<p>درخواست آزمایش بتاساب یونیت</p> <p>آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>مراجعه در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش</p>
<p>توصیه به انتظار و مراجعه پس از گذشت ۲ هفته از قطع قاعدگی</p> <p>آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>مراجعه پس از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش</p>
<p>درخواست آزمایش گراویندکس</p> <p>آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>مراجعه مادر بدون شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان</p>
<p>درخواست سونوگرافی و در صورت سابقه قاعدگی نامنظم: درخواست آزمایش بتا سبب یونیت</p> <p>توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>مراجعه مادر با شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۶ هفته از زایمان</p>

ارزیابی

سؤال کنید

- اولین روز آخرین قاعدگی
- نوع روش پیشگیری از بارداری
- وضعیت قاعدگی حین استفاده از روش
- وضعیت شیردهی
- ابتلا به بیماری زمینه ای
- تمایل به بارداری

گروه بندی کنید

نوع بررسی

گروه بندی براساس نتیجه و علائم

اقدام

<p>مثبت</p>	<p>ارایه مراقبت های معمول بارداری طبق پ ۱</p> <p>خارج کردن آلودگی، کاشتنی ها و اقدامات مربوط به سایر روشها طبق ت ۱۸</p>
<p>منفی</p>	<p>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>ارایه مراقبت های پیش از بارداری طبق الف ۱</p> <p>مشاوره تنظیم خانواده</p>
<p>حد مرزی (Borderline) بتا سبب یونیت</p>	<p>تکرار آزمایش ۴۸ ساعت بعد</p> <p>در صورت تکرار نتیجه مرزی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>
<p>هر موردی غیر از بارداری طبیعی (موله کیست تخمدان، بارداری نابجا...)</p>	<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p> <p>در صورت تشخیص بارداری نابجا: ارجاع فوری به متخصص زنان</p>
<p>بارداری طبیعی</p>	<p>ارایه مراقبت های معمول بارداری طبق پ ۱</p>

نتیجه آزمایش و سونوگرافی

گروه بندی کنید

تعاریف تشخیص بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

اطلاع از باردار بودن برای تمام زنان همسر دار در سنین باروری اهمیت دارد و معمولاً قطع قاعدگی از مهمترین علانمی است که آنان را به باردار بودن مشکوک می کند. جدول تشخیص بارداری بر اساس زمان مراجعه زنان از ۷۲ ساعت پس از مقاربت محافظت نشده تا ۸ هفته پس از قطع قاعدگی و با توجه به نوع روش پیشگیری و زمان مراجعه از بالا به پایین طبقه بندی شده است. محتوای این جدول این امکان را فراهم می سازد که بتوانید وضعیت خانم را از نظر باردار بودن تعیین و اقدام مناسب را انجام دهید. بدیهی است خانم هایی که بارداری آنان تانید می شود، واجد شرایط دریافت مراقبت های دوران بارداری هستند و آتانی که باردار نیستند، با توجه به شرایط تعیین شده، خدمات مراقبت های پیش از بارداری و تنظیم خانواده را دریافت می کنند.

آموزش و توصیه: براساس گروه بندی، نوع آموزش ها متفاوت است:

۱- به خانمی که زودتر از موعد قاعدگی بعدی مراجعه کرده است، آموزش دهید که تا زمان قطع قاعدگی در صورت نیاز استفاده از داروهای رایج مانند مسکن، ضدسرماخوردگی، تقویتی و آنتی بیوتیک (پنی سیلین، آمپی سیلین، آموکسی سیلین) مانعی ندارد.

۲- به خانمی که تمایل به بارداری ندارد و یا مقاربت محافظت نشده داشته و زودتر از موعد قطع قاعدگی مراجعه کرده است، در مورد خطر عوارض و حتی مرگ ناشی از دستکاری و عوارض سقط عفونی و همچنین در مورد استفاده از روشهای اورژانس پیشگیری از بارداری طی ۷۲ ساعت اول پس از مقاربت محافظت نشده آموزش دهید.

۳- به خانمی که با قطع قاعدگی صرف نظر از نوع روش پیشگیری مراجعه کرده و احتمال باردار بودن او وجود دارد، آموزش دهید تا زمان تانید بارداری:

الف) استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری و تزریق مجددآمپول را قطع کند و از کاندوم استفاده نماید.

ب) از مصرف هر گونه دارو و انجام عکسبرداری بدون نظر پزشک خودداری کند. در صورت نیاز به عکسبرداری، مسنول مربوط را از احتمال باردار بودن خود مطلع کند.

اسید فولیک: مصرف روزانه ۰.۰۴ میکروگرم اسید فولیک را به خانم توصیه کنید.

روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی: استفاده از روش های مدرنی که آمنوره ایجاد نمی کند. این روش ها شامل استفاده از قرص های ضد بارداری(LD, HD, تری فازیک)، آمپول ترکیبی (Cyclofem) ، کاندوم، آیودی، بستن لوله در زنان و مردان است.

روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی: استفاده از روش های مدرنی که آمنوره ایجاد می کند. این روش ها شامل استفاده از کاشتنی ها، آمپول(DMPA) ، و لاینسترونول (قرص ضد بارداری دوران شیردهی) است.

شیردهی انحصاری: تغذیه انحصاری با شیرمادر به طوری که کودک تا ۶ ماه به جز شیر مادر از هیچ ماده غذایی (آب، آب قند، شیر مصنوعی و شیر دام) تغذیه نکند، تغذیه براساس تقاضای کودک باشد و حداقل ۸ بار شیردهی در شبانه روز انجام شود.

عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری: عدم استفاده از روش بدین معناست که خانم اصلاً از هیچ روشی استفاده نمی کند یا مدت استفاده از روش مدرن پیشگیری از بارداری پایان یافته است. این زمان برای روش های مختلف عبارتست از:

- آمپول DMPA : پس از ۲ هفته از پایان مدت زمان مصرف(۹۰ روز) و عدم تزریق مجدد،

-آمپول ترکیبی (Cyclofem) : پس از ۳ روز از پایان مدت زمان مصرف(۳۰ روز) و عدم تزریق مجدد

کاشتنی ها: پس از خروج و عدم استفاده مجدد، آیودی: پس از انقضای مدت مصرف برحسب نوع آیودی و یا پس از خروج آن و عدم استفاده مجدد، قرص: پس از اتمام دوره مصرف و عدم شروع بسته قرص بعدی، کاندوم: عدم استفاده

قطع قاعدگی: عدم وقوع قاعدگی در زمان مورد انتظار

نکته ۱: موارد مثبت و منفی در گروه بندی نتایج مربوط به هر دو آزمایش گراویندکس و بتا ساب یونیت می باشد و نتیجه حدمرزی (borderline) فقط مربوط به آزمایش بتا ساب یونیت است.

نکته ۲: در مورد مادر شیرده ای که قاعدگی اش شروع شده و مجدداً دچار قطع قاعدگی شده است، با توجه به نوع روش پیشگیری همانند خانم غیر شیرده گروه بندی و اقدام کنید. بطور مثال اگر مادر شیرده ای که قاعده می شود و از لاینسترونول استفاده می کند با قطع قاعدگی مراجعه کند، او را همانند خانم غیر شیرده ای که از روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی استفاده می کند و با قطع قاعدگی مراجعه کرده است، گروه بندی کنید.

نکته ۳: توجه کنید در زمان ارجاع خانم برای انجام آزمایش تشخیص بارداری، در مقابل نام او در دفتر مراقبت ممتد تنظیم خانواده عبارت «مشکوک به بارداری» را بنویسید.

نکته ۴ : صرف نظر از اقدامات ذکر شده در قسمت تشخیص بارداری ، هر زمان که مراجعه کننده تمایل به تشخیص زود هنگام بارداری داشته باشد می توان برای وی آزمایش بتاساب یونیت یا گراویندکس (با توجه به تاریخچه) درخواست نمود

پ-مراقبت های معمول بارداری

پ ۱- اولین ملاقات بارداری صفحه ۲۰

پ ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری صفحه ۲۱

پ ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری صفحه ۲۲

تعاریف مراقبت های بارداری صفحات ۲۳-۲۷

پ ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

تشکیل پرونده

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت بارداری

سؤال کنید:

لکه بینی/ خونریزی، آبریزش، درد شکم، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد دندان، همسرازاری، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی، تروما، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:

وزن، قه علائم حیاتی

معاینه کنید:

چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلبه ریه، پوسته پستان، شکم، اندام ها و صورت

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

لکه بینی/ خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی، تنگی نفس/ تپش قلب، مشکلات پوستی، درد شکم، سوء تغذیه، نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی	با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۲ تا ت ۱۵ و آخرین خانه زیر - در صورت سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (میثت سوء تغذیه)
بیماری و ناهنجاری ها، اختلالات روانی/ همسرازاری	با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱۶ و ت ۱۷ و آخرین خانه زیر
ارهاش منفی، چندقلویی، اعتیاد به مواد مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، شغل سخت و سنگین، سن بارداری نامشخص، بارداری زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری همزمان با استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، بارداری اول، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، شیردهی همزمان با بارداری، قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر، حاملگی ناخواسته، تروما، مصرف الکل	با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱۸ و آخرین خانه زیر
سوابق بارداری و زایمان قبلی مرده زایی، مول/ حاملگی نابجا، سقط مکرر/ سقط دیررس، حداقل ۲ بار سقط خود به خودی، مرگ نوزاد، چندقلویی، نوزاد ناهنجار، نازایی، زایمان زودرس، زایمان سخت/ زایمان سریع، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم، جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی، آتونی، زایمان دیررس، سزارین، پره اکلامپسی، دیابت بارداری/ دیابت در خانواده	با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱۹ و آخرین خانه زیر
رفتارهای پرخطر	اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک
التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان	اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک
شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	- ایمن سازی در صورت نیاز - درخواست آزمایش های معمول - تجویز مکمل های دارویی طبق ت ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منحنی وزن گیری - تعیین تاریخ مراجعه بعدی

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

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

در صورت نبود علائم
فطر

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید:

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

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها و صورت

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

لکه بینی / خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی / زردی / آئمی، تنگی نفس / تپش قلب، مشکلات پوستی، نتیجه سونوگرافی، درد شکم، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی / همسرآزاری، تروما	- با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۲ تا ت ۱۵، ت ۱۷، ت ۱۸ و آخرین خانه زیر - در صورت سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)
عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان	اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک
التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان	اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک
شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	- ایمن سازی در صورت نیاز - تجویز مکمل های دارویی طبق خ ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - درخواست سونوگرافی هفته های ۱۶ تا ۱۸ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی

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

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

در صورت نبود علائم خطر

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

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

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

چشم، شکم (لئوپولد)، پوست، اندام ها و صورت

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها

<p>لکه بینی/ خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی، تنگی نفس/ تپش قلب، مشکلات پوستی، نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی، درد شکم، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی/ همسرازاری، حاملگی طول کشیده، سوء تغذیه، تروما</p>	<p>- با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۲ تا ت ۱۵، ت ۱۷، ت ۱۸ و آخرین خانه زیر - در صورت سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)</p>
<p>عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان</p>	<p>اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک</p>
<p>شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد</p>	<p>- ایمن سازی در صورت نیاز - تجویز مکمل های دارویی طبق خ ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منحنی وزن گیری - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان - درخواست آزمایش های هفته های ۲۶ تا ۳۰ - درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ - تزریق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری - مشاوره تنظیم خانواده در ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ طبق خ ۱۱ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p>

گروه بندی و اقدام

تعاریف مراقبت های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آزمایشهای معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل خون، کشت و کامل ادرار، BUN و کراتینین و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، GCT و کامل ادرار را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، زن باردار را برای انجام آزمایش HIV به کارشناس ایدز و یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید.

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

نکته ۳: نوبت اول کومبس غیر مستقیم را در مادر اره‌اش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن اره‌اش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۶ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در اولین ملاقات، چنانچه زن باردار در معرض خطر (سابقه مرده زایی، سابقه حداقل ۲ بار سقط خود به خودی، سابقه تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه دیابت در افراد درجه یک خانواده، نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع پیش از بارداری) باشد، باید یک آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز در شرایط غیر ناشتا انجام شود.

نکته ۵: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

آموزش و توصیه: طی ملاقات های بارداری در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، عدم مصرف سیگار و دخانیات، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، عدم مصرف الکل، شکایت های شایع، علائم خطر و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، شیردهی، تنظیم خانواده و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به مادر آموزش دهید.

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

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

ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

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

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

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.

اولین ملاقات: اولین ملاقات با مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد. اقداماتی که در این ملاقات در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می شود عبارتست از:

تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر، درخواست آزمایش های معمول، ثبت نتیجه پس از بررسی شرح حال و معاینه، انجام مراقبت ویژه در صورت نیاز و ثبت اقدامات آن، ارزیابی مادر در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری و ثبت نتایج آن

نکته: چنانچه مادری در زمانی غیر از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری برای اولین بار مراجعه کند، علاوه بر اقدامات مربوط به اولین ملاقات (تشکیل پرونده و شرح حال، درخواست آزمایش های روتین، معاینه توسط پزشک)، با توجه به زمان مراجعه مادر، مراقبت مربوط به همان هفته بارداری را نیز انجام دهید.

ایمن سازی: ایمن سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

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

۱- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.

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

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

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

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

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

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

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

- برای زن باردار و یا زوجش (در صورت مراجعه همسر) توضیح دهید که مشکل آنها قابل درمان است و راهکارهای موثری برای کنترل پرخاشگری وجود دارد.

- مکرراً آنها را برای مراجعه به روان پزشک یا روان شناس بالینی تشویق کنید.

پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

نکته: به منظور اطمینان از سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

برای مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی ورنیکس یا احياناً مکنونیوم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (نپترازین تست) و یا با کمک یک سواب استریل مقداری از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرنینگ(طرح برگ سرخسی ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید. چنانچه با روشهای فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت منظم بودن صدای قلب جنین، نبود انقباضات زودرس زایمانی، قرار داشتن مادر در فاز نهفته زایمان ترم و ادعای مادر مبنی بر آبریزش، یک پارچه تمیز یا نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً آبریزش به علت ترشحات واژینال یا ادرار بوده و مادر را از نظر میزان مایع آمنیوتیک(از طریق سونوگرافی) و عفونت ادراری بررسی کنید.

ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشئت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه بارداری) توجه کنید.

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

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

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

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

تجویز مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

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

تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام را از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری تزریق کنید.

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

تشکیل پرونده: در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمایید.

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تعداد بارداری: مجموع بارداری های مادر بدون توجه به نتیجه آنها (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.

توجه به تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.

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

حرکت جنین: در ملاقات هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری از حرکت جنین سؤال کنید. معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در این هفته ها احساس می شود. این زمان می تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.

نکته: تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن، تصمیم گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگویید که به پهلوی چپ بخوابد و تعداد حرکت جنین را به مدت دو ساعت شمارش کند. حرکات جنین به تعداد ۱۰ بار در ۲ ساعت طبیعی است. اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، به نگر داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیاز نیست.

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

دخانیات: مصرف هر نوع سیگار، توتون، تنباکو و ... است.

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

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

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

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

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

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

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

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری

سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: حداقل ۳ بار سقط متوالی

سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

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

نکته ۱: سونوگرافی هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری و تعیین ناهنجاری های واضح و سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان

مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری ها درخواست می شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماریهای وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد، در سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری می توان تشخیص داد.

نکته ۲: سونوگرافی در نیمه اول بارداری کمک شایانی به تعیین سن بارداری می کند و با افزایش دوره بارداری با توجه به تفاوت های نژادی، تغذیه ای و سلامت مادر، دقت آن کمتر می شود.

نکته ۳: در موارد وجود اختلاف بیش از یک هفته بین سونوگرافی و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی در تعیین سن بارداری، مادر را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان ارجاع غیر فوری دهید.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری ها اعم از بیماریهای زمینه ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، ناهنجاری دستگاه تناسلی، تالاسمی مینور در زوجین، هپاتیت، اختلالات انعقادی، سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا سابقه قبلی سرطان پستان در مادر و یا لمس توده در پستان توسط مادر، مصرف دارو و حساسیت دارویی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت بارداری فعلی، آخرین روش پیشگیری از بارداری، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین، رفتارهای پر خطر، همسرآزاری

شکایت های شایع: این شکایت ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و یار و در نیمه دوم شامل پرنگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستانها و ناف، یبوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبلی، کمردرد، سوزش سردل و تکرر ادرار است.

نکته ۱: این حالات برای مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاری بدن با تغییرات بارداری است.

نکته ۲: متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید.

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

شغل سخت و سنگین:

- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت؛
- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره کش، مواد آزمایشگاهی و...؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.

نکته: لازم است مادر بارداری که کار طولانی مدت ننشسته دارد، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.

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

صدای قلب جنین: در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

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

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

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون ۹۰/۶۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

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

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخواهی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود).

کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل 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.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانیده و شکم او را عریان کنید. مانور های لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

مشاوره تنظیم خانواده: در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید.

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 ناحیه تناسلی خارجی است.

معاینه اندام ها و صورت: پاها، صورت و دست های مادر را از نظر وجود ادم بررسی کنید.

معاینه پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی

معاینه چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید.

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

معاینه دهان و دندان: در ملاقات اول و دوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبنه معاینه کنید.

معاینه شکم: در نیمه دوم بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید.

معاینه فیزیکی: مادر به شرح زیر معاینه می شود:

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

- بررسی پوست از نظر وجود بثورات

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

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

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)

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

- بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

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

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

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید.

نکته: تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری اعتبار دارد.

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

نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است.

مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی و مصرف روزانه مقادیر کافی و متنوع از گروه های اصلی غذایی را سؤال و به مصرف روزانه به خصوص از گروه شیر و لبنیات و گروه میوه و سبزی تأکید کنید.

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

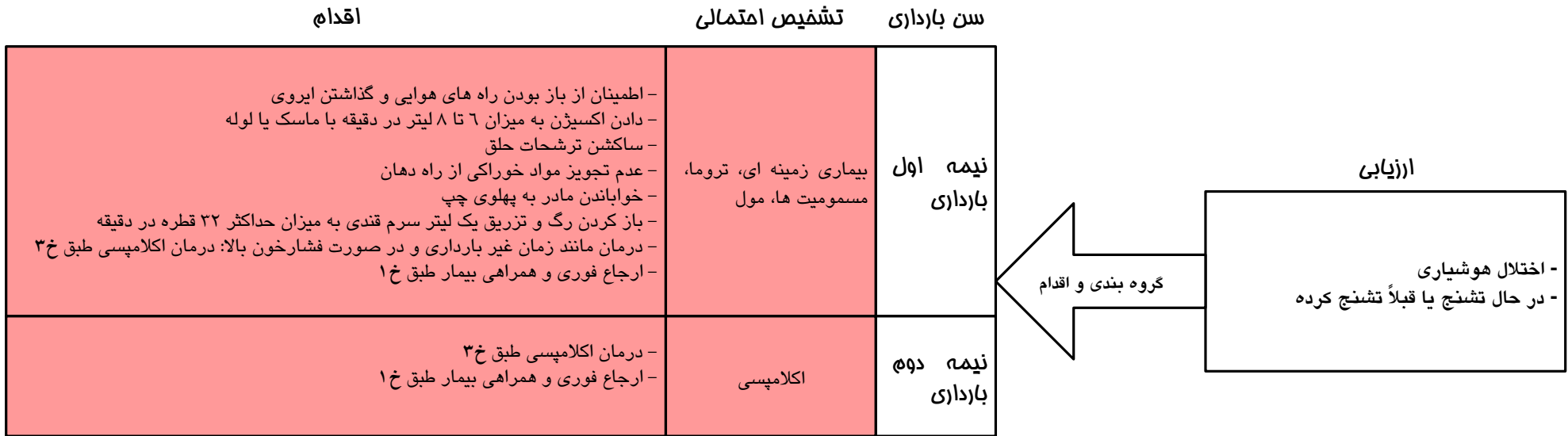
خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن یا چاقو

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

ت-مراقبت های ویژه بارداری

ت ۱- علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)	صفحه ۲۹
ت ۲- فشارخون بالا	صفحه ۳۰
ت ۳- خونریزی / لکه بینی	صفحه ۳۱
ت ۴- درد شکم	صفحه ۳۲
ت ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب	صفحه ۳۳
ت ۶- تب	صفحه ۳۴
ت ۷- تنگی نفس / تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)	صفحه ۳۵
ت ۸- مشکلات ادراری-تناسلی	صفحه ۳۶
ت ۹- تهوع و استفراغ	صفحه ۳۷
ت ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین	صفحه ۳۸
ت ۱۱- ورم	صفحه ۳۹
ت ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی	صفحه ۴۰
ت ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)	صفحه ۴۱
ت ۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی	صفحه ۴۲
ت ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری	صفحه ۴۳
ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها	صفحات ۴۵-۴۷
ت ۱۷- اختلالات روانی / همسرآزاری	صفحه ۴۸
ت ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی	صفحات ۵۰-۵۲
ت ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی	صفحات ۵۴-۵۵

ت ۱ - علائم خطر فوری



ت ۲- فشارخون بالا

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سررد، تهوع و استفراغ شدید، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا	مول، تیروتوکسیکوز، کریز هیپرتانسیون چندقلویی	<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق هیدرالازین طبق خ ۳ - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری طبق خ ۱
نیمه دوم بارداری	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	<ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	فشارخون دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری ۲+ و بالاتر، ورم دست و صورت، سررد، تاری دید، درد اپی گاستر	پره اکلامپسی شدید	
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری کم یا ۱+، ورم ژنرالیزه، بدون سررد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی خفیف	
	فشارخون دیاستولیک ۸۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه در مادری که فشارخون دیاستولیک قبلی او ۸۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه نبوده است.	شروع پره اکلامپسی	<ul style="list-style-type: none"> - انجام آزمایش ادرار از جهت وجود پروتئین - بررسی وضعیت رشد جنین و وزن گیری مادر - سمع صدای قلب جنین - در صورت طبیعی بودن همه موارد: - توصیه به مادر برای استراحت به پهلو چپ - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته - آموزش علائم خطر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی) - در صورت غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

اپی گاستر، ورم بدن و اندامها

گروه بندی و اقدام

ت ۳- خونریزی / لکه بینی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	* خونریزی کم، درد شکم، تندرns و ریباند شکم	حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	* خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی	سقط	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی دهنده طبق خ ۲ - ایمن سازی در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
نیمه دوم بارداری	لکه بینی، تهوع و استفراغ، درد مبهم شکم	تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم پاره نشده	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	* درد شکم، اختلال صدای قلب جنین، افزایش اندازه و سفتی پیشرونده رحم، تندرns رحم	جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، رگ سرراهی	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم معاینه واژینال - خوابانیدن مادر به پهلوئی چپ - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱
	ترشحات خونی، انقباض رحمی	نمایش خونی (bloody show)	- معاینه واژینال و تأیید شروع زایمان - ارایه مراقبت های معمول زایمان طبق ت ۱

ارزیابی

سؤال کنید:

میزان خونریزی، تهوع، استفراغ، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

گروه بندی و اقدام

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

ت ۴- درد شکم

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	* تندرس و ریباند شکم، تب و لرز، تندرس پهلوها، تهوع و استفراغ	حاملگی خارج از رحم، شکم حاد، سنگ مجاری ادرار، پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
	* خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی	سقط	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی دهنده طبق خ ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	دردهای کرامپی، اسهال و استفراغ	عفونت دستگاه گوارشی	- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان
	درد زیر دل، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس سریع دفع ادرار	سیستیت	- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز - در صورت عدم بهبود با درمان فوق و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت
نیمه دوم بارداری	* افزایش اندازه و سفتی پیشرونده رحم، خونریزی، اختلال صدای قلب جنین، تندرس رحم	جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت نبود خونریزی: معاینه واژینال با احتیاط - خواباندن مادر به پهلو چپ - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱ - در صورت وجود علائم زایمانی: اقدام طبق ج ۳
	* تندرس و ریباند شکم، تب و لرز، تندرس پهلوها، تهوع و استفراغ	شکم حاد، پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
	* ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تب و لرز، تندرس رحم، افزایش ضربان قلب جنین، آبریزش یا پارگی کیسه آب	آمنیونیت	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
	دردهای نامنظم و با فاصله زیاد، کیسه آب سالم بدون دیلاتاسیون	تشدید انقباضات براکتون هیکس	- توصیه به استراحت و عدم انجام مقاربت - آموزش علائم زایمانی (خونریزی، آبریزش، کاهش حرکت جنین، دردهای منظم و ...) - در صورت بروز علائم زایمان: توصیه به مراجعه - در صورت بروز دردها زیر ۳۷ هفته: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
ترشحات خونی، انقباضات رحمی	زایمان	معاینه واژینال و در صورت شروع زایمان: ارایه مراقبت های زایمان طبق ت ۱	

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

ارتفاع و تونسیته رحم، شکم یا پهلوها

گروه بندی و اقدام

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

ت ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p style="text-align: center;">نیمه اول و دوم بارداری</p>	* تب	آمنیونیت	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامپسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
	لمس توده نیض دار در واژن	پرولاپس بند ناف	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - سمع صدای قلب جنین - قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن مادر) - سونداژ مثانه * * - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی (سن حاملگی کمتر از ۲۲ هفته)	سقط	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی دهنده طبق خ ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	وجود انقباضات رحم (سن حاملگی بین ۲۲ تا ۳۷ هفته)	زایمان زودرس	اقدام طبق ج ۶
	نبود انقباضات رحم (زیر ۳۷ هفته کامل)	در معرض زایمان زودرس	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - عدم معاینه واژینال - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون * * * - ارجاع فوری طبق خ ۱
	وجود یا نبود انقباضات رحم (از ۳۷ هفته کامل به بعد)	شروع زایمان	- معاینه واژینال و در صورت شروع زایمان: ارایه مراقبت معمول زایمان طبق ت ۱

ارزیابی

سوال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، درجه حرارت

معاینه کنید:

وضعیت انقباضات رحم

گروه بندی و اقدام

* این مورد در معرض شوک است. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

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

* * * در صورتی که مادر یک بار آمپول بتامتازون را در بارداری دریافت کرده است، از تزریق مجدد خودداری شود. دوز دوم این دارو ۲۴ ساعت بعد از تزریق دوز اول است.

ت ۶- تب

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p style="text-align: center;">نیمه اول و دوم بارداری</p> <p style="text-align: center;">گروه بندی و اقدام</p>	* لکه بینی، پارگی کیسه آب (آبریزش)، درد شکم، ترشحات بدبو، علائم ناشی از دستکاری بارداری، لرز	عفونت ماحصل بارداری	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین در موارد شک به پیلونفریت: در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. ارجاع فوری طبق خ ۱
	* درد و تندرns پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ، لرز	پیلونفریت	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین ارجاع فوری طبق خ ۱
	تنگی نفس، سرفه، رال ریوی، لرز، درد قفسه سینه، افزایش تعداد تنفس	عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین ارجاع فوری طبق خ ۱
	* سردرد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ	عفونت مغزی	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه تزریق عمیق عضلانی ۲ گرم سفتریاکسون در صورت امکان ارجاع فوری طبق خ ۱
	درد قفسه سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماریهای دریچه ای قلب، خستگی، بی اشتهایی، تظاهرات عصبی	آندوکاردیت	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه تزریق عمیق عضلانی ۲ گرم سفتریاکسون در صورت امکان ارجاع فوری طبق خ ۱
	بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی، بی اشتهایی، لرز	عفونت های انگلی (مالاریا و...)	اقدام طبق دستورالعمل های مرکز مدیریت بیماری ها و در صورت نیاز، ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا داخلی
	اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ	عفونت دستگاه گوارشی	در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان
	آبریزش بینی، گلودرد، اگزودای حلق، سرفه	عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	تجویز استامینوفن و توصیه به پاشویه تا کاهش تب تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت نیاز - در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

معاینه کنید:

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

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

ت ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)

سن بارداری

علائم همراه

تشخیص احتمالی

اقدام

<p>- باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر - تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین و تکرار هر ۶ ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>	<p>آمبولی ریه</p>	<p>تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه پلوریتیک، سیانوز، بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)</p>	<p>نیمه اول و دوم بارداری</p>
<p>- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروسماید - تزریق وریدی مورفین به میزان ۱۰-۵ میلی گرم - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>	<p>ادم حاد ریه</p>	<p>ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، بی قراری، تاکی کاردی</p>	
<p>- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>	<p>نارسایی قلب</p>	<p>سوفل های قلبی، رال ریوی، سرفه، نبض نامنظم، درد قفسه سینه، سیانوز، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>	<p>عفونت مجاری تنفسی تحتانی</p>	<p>درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - درمان مانند زمان غیر بارداری - ارجاع فوری به متخصص داخلی و همراهی بیمار با ست احیاء طبق خ ۱</p>	<p>حمله آسم</p>	<p>سیانوز، تنفس صدادار، ویزینگ تنفسی، سابقه آلرژی تنفسی یا آسم</p>	
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص</p>	<p>آنمی شدید</p>	<p>رنگ پریدگی شدید، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده</p>	
<p>- ارزیابی هموگلوبین - اطمینان دادن به مادر و آموزش علائم خطر</p>	<p>تنگی نفس بارداری</p>	<p>تنگی نفس به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی</p>	
<p>- در صورت وجود اضطراب و رفع علامت با استراحت: توصیه به حفظ آرامش، مراجعه در صورت تکرار علامت و درخواست آزمایش های تیروئید و در صورت تأیید بیماری اقدام طبق ت ۱۶ - بررسی هموگلوبین - در صورت وجود علائم سرگیجه، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری - در صورت وجود نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری</p>	<p>اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی</p>	<p>تاکی کاردی بدون هیچ علامت</p>	

(ارزیابی)

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندام ها

گروه بندی و اقدام

ت ۸- مشکلات ادراری - تناسلی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوه بارداری	* سوزش ادرار، تدریس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی - نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. - ارجاع فوری طبق خ ۱
	** ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد	هرپس ژنیتال	- تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکائین در صورت نیاز - در صورت احتیاس ادرار: گذاردن سوند - ارجاع غیرفوری به متخصص
	سوزش ادرار، درد زیر دل، احساس سریع دفع ادرار، تکرر ادرار	سیستیت	- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز - در صورت عدم بهبود با درمان فوق و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت
	ترشحات بدبو، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی	واژینیت	- در واژینیت کاندیدیایی تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته - ارایه توصیه بهداشتی طبق خ ۸ - در صورت عدم بهبود یا تشخیص سایر موارد واژینیت: ارجاع به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی

گروه بندی و اقدام

* این مورد در معرض شوک است. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

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

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

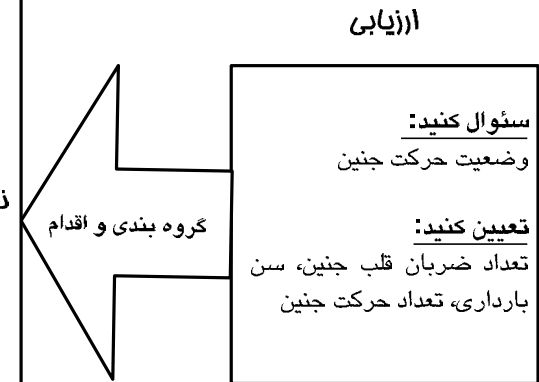
ت ۹- تهوع و استفراغ

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <p style="text-align: center;">سؤال کنید: درد شکم، نوع و دفعات استفراغ، سردرد، اسهال، ضعف و بی حالی، کاهش وزن، تهوع صبحگاهی، لکه بینی</p> <p style="text-align: center;">تعیین کنید: درجه حرارت، فشارخون، حال عمومی، حساسیت شکم، سفتی گردن، تورگور پوست، وضعیت وزن گیری</p> <p style="text-align: center;">گروه بندی و اقدام</p> <p style="text-align: center;">نیمه اول و دوم بارداری</p>	* درد و تندرشن و ریباند شکم، لکه بینی، تب	شکم حاد، حاملگی خارج از رحم	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - ارجاع فوری طبق خ ۱
	کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)	استفراغ شدید بارداری، مول	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق عضلانی ۲۵ میلی گرم پرومتازین یا ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید - ارجاع فوری طبق خ ۱
	* استفراغ خونی	بیماری دستگاه گوارش	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی و در صورتی که استفراغ حاوی خون تازه است: تزریق سرم به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - درمان مانند زمان غیربارداری - ارجاع فوری طبق خ ۱
	* سردرد، تب، بی قراری، سفتی گردن	عفونت های مغزی	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق عمیق عضلانی ۲ گرم سفتریاکسون در صورت امکان - ارجاع فوری طبق خ ۱
	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی به همراه فشارخون بالا	HELLP syndrome	- درمان اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی، فشارخون بالا	کبد چرب بارداری، هپاتیت	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - رعایت نکات بهداشتی در صورت احتمال هپاتیت - ارجاع فوری
	درد شکم، اسهال، تب	عفونت دستگاه گوارشی	- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان
	تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز	استفراغ بارداری	- ارایه توصیه های بهداشتی طبق خ ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث تهوع صبحگاهی) - تجویز قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم یا متوکلوپرامید ۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت وجود استفراغ بیش از یک بار در روز: درخواست آزمایش ادرار - در صورت وجود کتون در ادرار: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

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

ت ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سن بارداری	معیار تشخیص	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه دوم بارداری	تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه (بعد از هفته ۲۵ بارداری)	تاکی کاردی جنینی	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق ت ۵ - ارجاع فوری طبق خ ۱
	تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در مدت ۳ دقیقه یا بیشتر	دیسترس جنینی (برادی کاردی)	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر به پهلو چپ - ارجاع فوری طبق خ ۱
	* کاهش حرکت جنین بعد از هفته ۲۸ بارداری	هیپوکسی	<ul style="list-style-type: none"> - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر به پهلو چپ - ارجاع فوری طبق خ ۱
	شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین	ارجاع فوری طبق خ ۱



* نکته: زیر هفته ۲۸ بارداری احتمال ادامه حیات جنین کم است.

ت ۱۱- ورم

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	فشار خون بالا، پروتئینوری	پره اکلامپسی	- درمان پره اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	ورم و درد یک طرفه ساق و ران، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین - تجویز استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه	بیماری های زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	- اقدام طبق ت ۱۶ و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
	سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست احساس سرما		
ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	ورم ساده بارداری	- درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین - ارایه توصیه های بهداشتی طبق خ ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث ورم بارداری)	

ارزیابی

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

تعیین کنید:
پروتئین ادرار، اوره و کراتی نین، فشارخون، وضعیت وزن گیری

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



ت ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام	
ارزیابی سؤال کنید: سابقه بیماریهای انگلی یا خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ، بی حالی و ضعف تعیین کنید: هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون معاینه کنید: چشم (ملتحمه، اسکلرا)، کبد و طحال	نیمه اول و دوم بارداری	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا	<ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ 	
		زردی پیشرونده، استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر، فشارخون بالا	هیپاتیت، کبد چرب بارداری	<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - رعایت نکات بهداشتی در صورت احتمال هیپاتیت - ارجاع فوری
		بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتها، سابقه بیماری انگلی	بیماری های خونی و یا عفونی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
		هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده	آنمی شدید	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)
		هموگلوبین ۱۰-۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده	آنمی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص
هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد	آنمی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> - تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها: ارجاع غیر فوری به متخصص 		

گروه بندی و اقدام

نکته: در سه ماهه دوم بارداری، هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵، آنمی محسوب می شود.

ت ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

ارتفاع رحم نامناسب

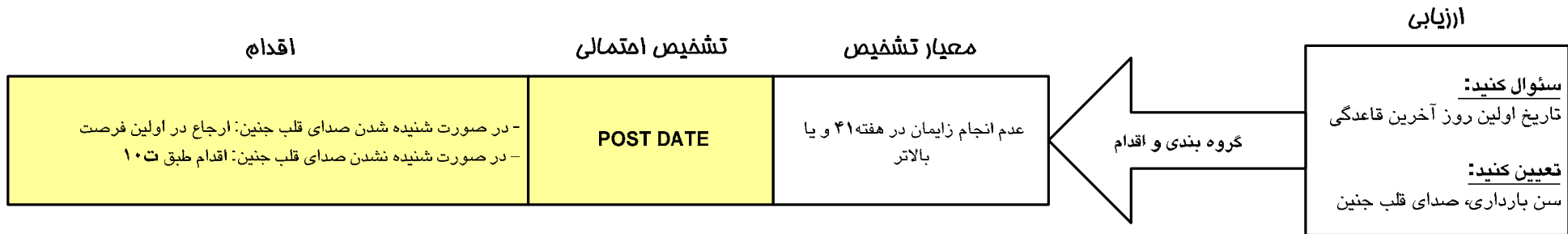
ارزیابی	معیار تشخیص	تشخیص احتمالی	اقدام	
<p>سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی</p> <p>تعیین کنید: سن بارداری، ارتفاع رحم</p>	گروه بندی و اقدام	اندازه رحم بیش از ۳ هفته با سن بارداری متفاوت است. (مثانه خالی باشد)	<p>میوم، چندقلویی، پلی هیدرآمنیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگوهیدرآمنیوس</p>	<p>درخواست سونوگرافی</p> <p>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>در صورت وجود نمایش غیر طبیعی در هفته ۳۶: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>در صورت گزارش نمایش عرضی قبل از هفته ۳۶ بارداری: ادامه مراقبت ها و بررسی مجدد نمایش جنین در هفته ۳۶ بارداری</p>

وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)

ارزیابی	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>سؤال کنید: رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، نارضایتی از بارداری، اختلالات روانی و علائم افسردگی، مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی، اعتیاد به داروها و مواد مخدر و مصرف سیگار، سابقه سقط، سابقه نوزاد کم وزن، سابقه زایمان زودرس، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p>تعیین کنید: هموگلوبین، فشارخون، وزن، قد، چندقلویی، نمایه توده بدنی</p> <p>معاینه کنید: چشم، شکم، قلب، ریه، اندام ها</p>	گروه بندی و اقدام	افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا	<p>درمان پره اکلامپسی طبق خ ۳</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>
		بی اشتها، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کمتر از ۱۹/۸، علائم بیماری زمینه ای (پرخوری، پرنوشی، پرادراری، سوزش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و...)، پیکا و ویا ر حاملگی، علائم افسردگی (زودرنجی، اضطراب، اختلال در خواب و اشتها، خستگی و بی حوصلگی، تمایل به گریه کردن، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، عصبانیت، نارضایتی از بارداری، مشکلات خانوادگی، خلق افسرده و بی علاقتی و...)	<p>سوء تغذیه</p> <p>برحسب علل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت های شایع بارداری)</p> <p>در صورت وجود علائم روانی: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>

ت ۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

حاملگی طول کشیده



مشکلات پوستی



نکته: اگر چه مدت بارداری تا ۴۲ هفته به عنوان بارداری ترم محسوب می شود، ولی به سبب افزایش احتمال ماکروزومی، دفع مکنیوم و یا اولیگوهایدرآمنیوس، بهتر است در صورت طولانی شدن بارداری پس از ۴۱ هفته، مادر به مرکز بالاتر ارجاع شود.

ت ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کومبس غیرمستقیم مثبت	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان
GCT غیر طبیعی بالتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر	دیابت بارداری	- درخواست GTT و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث دیابت بارداری)
HIV مثبت	ابتلا به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
اوره غیر طبیعی مانند زمان غیربارداری، کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
VDRL مثبت	STI احتمال مثبت کاذب در بیماریهای کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جنام، بارداری وجود دارد	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی	مول، حاملگی خارج از رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری جنین، چندقلویی، پلی یا الیگوهیدرآمنیوس، نمایش غیرطبیعی ماه آخر بارداری، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجار، مرگ جنین و ...	- در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش: اقدام طبق ت ۳ تا ت ۶ - در صورت نبود علامت یا تشخیص رحم ناهنجار: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق ت ۲ و ت ۱۶
HbsAg مثبت	هپاتیت ب	اقدام طبق ت ۱۶
هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم درصد (در سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد)	آنمی	اقدام طبق ت ۱۲
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق ت ۸ - در صورت نداشتن علائم: درمان مطابق با جواب آزمایش - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث عفونت های ادراری)
کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق ت ۸ - در صورت نداشتن علائم: ارایه توصیه های بهداشتی طبق ت ۸
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد

GCT: آزمایش قندخون ۱ ساعت پس از مصرف ۵۰ گرم گلوکز

GTT: آزمایش قندخون هر ساعت پس از مصرف ۱۰۰ گرم گلوکز تا ۳ ساعت
میزان طبیعی هر آزمایش ممکن است براساس کیت هر آزمایشگاه متفاوت باشد.

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

صفحه ۴۷	۱۹- کم کاری تیروئید	صفحه ۴۶	۱۰- پرولاکتینوما	صفحه ۴۵	۱- آرتريت روماتوئيد
صفحه ۴۷	۲۰- لوپوس	صفحه ۴۶	۱۱- پيوند كليہ	صفحه ۴۵	۲- آسم
صفحه ۴۷	۲۱- مالتیپل اسکلروزیس	صفحه ۴۶	۱۲- تالاسمی مینور	صفحه ۴۵	۳- اختلال انعقادی
صفحه ۴۶	۲۲- میگرن	صفحه ۴۶	۱۳- ترومبوآمبولی (سابقه)	صفحه ۴۵	۴- ایدز
صفحه ۴۷	۲۳- نازایی	صفحه ۴۶	۱۴- تورچ	صفحه ۴۵	۵- ایسکمی قلبی
صفحه ۴۷	۲۴- ناهنجاری های اسکلتی	صفحه ۴۶	۱۵- دیابت/ دیابت در خانواده	صفحه ۴۵	۶- بیماری های دریچه ای قلب
صفحه ۴۷	۲۵- ناهنجاری های دستگاه تناسلی	صفحه ۴۶	۱۶- سل	صفحه ۴۵	۷- بیماری های گوارشی
صفحه ۴۷	۲۶- هیپاتیت	صفحه ۴۶	۱۷- سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	صفحه ۴۵	۸- بیماری های مزمن کلیه
		صفحه ۴۷	۱۸- صرع	صفحه ۴۶	۹- پرکاری تیروئید

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

- تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً تعویض دارو به پزشک متخصص مربوط ارجاع شوند. مطالب این صفحه فقط برای آگاهی و اقدام اولیه پزشک عمومی و ماما تهیه گردیده است.
- فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک متخصص است.
- در صورت تشخیص بیماری زمینه ای مادر که تأثیر نامطلوب بر بارداری دارد، مشاوره پیش از بارداری/تنظیم خانواده توصیه می شود.
- داروهایی که منع مصرف در بارداری دارند، در راهنمای خ ۱۴ اشاره شده است. در صورتی که مادر از داروهای این راهنما مصرف می کند، هنگام ارجاع مادر به پزشک متخصص، نوع داروی مصرفی را یادآور شوید.

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱ آرتريت روماتويد	بهبود نسبي در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	- ارجاع غير فوری به متخصص مربوط
۲ آسم	- تشدید بیماری در یک سوم بیماران - افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس - در حمله آسم، چنین زودتر از مادر دچار هیپوکسی می شود.	- مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص - در صورت حمله آسم: ارجاع فوری و اقدام طبق ت ۷
۳ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	- توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان
۴ ایدز	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- ارجاع غير فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۵ ایسکمی قلبی	افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط - در صورت وجود درد قفسه سینه: اقدام مانند زمان غير بارداری و ارجاع فوری
۶ بیماری های دریچه ای قلب	- افزایش احتمال سقط، مرده زایی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های جنین در صورت مصرف وارفارین - احتمال افزایش مورتالیتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	- توصیه به مادر برای کاهش فعالیت های بدنی و محدودیت مصرف نمک - درمان به موقع عفونت ها و آنمی - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) - درمان پروفیلاکتیک علیه آنوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی - تأکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط - در صورت وجود کلاس ۳ و ۴ بیماری: ارجاع فوری
۷ بیماری های گوارشی	بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از زایمان	- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۸ بیماری های مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دگلمان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	- ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و پاکتری انداز زیر نظر متخصص مربوط - افزایش زمان دیالیز در حال درمان - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۹ پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی مازول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۱۰ پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۱ 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 باکتری ادرار و کراتی نین، درخواست تست تحمل گلوکز در هفته ۲۶ بارداری - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۲ تالاسمی مینور - میزان هموگلوبین بین ۸ تا ۱۰ گرم در صد در سه ماهه دوم بارداری و یا - میزان هموگلوبین بین ۹ تا ۱۱ گرم در صد نزدیک ترم	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تجویز مکمل های دارویی طبق خ ۶ - در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم در صد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم در صد نزدیک ترم باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری مادر به مرکز تخصصی و یا مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک برای معرفی (هفته ۹ تا ۱۴) به مرکز تشخیص پیش از تولد تأیید شده عضو شبکه کشوری PND و بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور
۱۳ ترومبو آمبولی (سابقه)	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۴ تورچ	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- در صورت شک به ابتلا مادر: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم گیری برای ادامه بارداری
۱۵ دیابت/ دیابت در خانواده	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان برای تبدیل و یا شروع انسولین و دریافت پسخوراند از متخصص در مورد برنامه مراقبت بارداری مادر - در صورت سابقه دیابت در خانواده: درخواست GCT در اولین مراجعه - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارایه توصیه تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث دیابت) - در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی: درمان مانند زمان غیر بارداری
۱۶ 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 استرپتوماسین در بارداری به دلیل عوارض شنوایی برای جنین ب) تجویز پیریدوکسین و ویتامین B6 از ابتدای درمان به منظور پیشگیری از نوروپاتی محیطی ناشی از ایزونیازید
۱۷ سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۸	افزایش احتمال ناهنجاری های مادرزادی	- ملاقات ماهانه با مادر - تأکید بر تداوم درمان در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط برای تنظیم نوع و میزان دارو - در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیر بارداری
۱۹	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۰	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین - افزایش مورتالیتهی مادر	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۱	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۲۲	احتمال بهبود در بارداری	- منع مصرف ارگوتامین - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله راجعه میگردن با نظر متخصص مربوط - در صورت حمله میگردن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت
۲۳	-----	- در موارد استفاده از داروها و روشهای کمک باروری: تأکید به انجام سونوگرافی در هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری برای تعیین دقیق سن بارداری و تعداد جنین - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در هر نیمه بارداری (حداقل یک بار) - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲۴	افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین	- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۵	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
۲۶	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هیپاتیت ب - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

ت ۱۷- اختلالات روانی / همسرآزاری

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
<p>افسردگی ماژور، اختلال دو قطبی، اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا (بیماری روانی شدید)</p>	<p>افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس</p>	<p>- ارزیابی علائم بیماری: ۱- در صورت وجود علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان اقدامات پیش از ارجاع: - در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی: آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار - در صورت پرخاشگری و تحریک پذیری شدید: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی گرم و ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر نکته: در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی ۲۰ دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند، یک آمپول بی پریدین به صورت عضلانی تزریق شود.</p> <p>۲- در صورت نبود علائم خطر فوری و یا اینکه مادر تحت درمان دارویی باردار شده باشد: ارجاع غیر فوری به روان پزشک ۳- در صورتی که مادر سابقه اختلال روانی شدید دارد ولی در حال حاضر علائم ندارد: - ویزیت ماهانه از نظر عود بیماری - آموزش علائم خطر به مادر و همراهان و مراجعه فوری در صورت بروز علائم - ارجاع غیر فوری به روان پزشک در هفته ۳۶ بارداری به منظور شروع درمان پروپیلوکسی (شروع لیتیم در مبتلایان به اختلال دو قطبی تیپ ۱) - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان و لزوم بررسی نوزاد از نظر عوارض دارویی</p>
<p>افسردگی، اضطراب، وسواس (بیماری روانی خفیف)</p>	<p>افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس</p>	<p>- درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) طبق دستورالعمل کشوری سلامت روان - در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
<p>سابقه یا وقوع همسرآزاری</p>	<p>افزایش احتمال تکرار در بارداری فعلی، آسیب های جسمی به مادر و جنین، استرس، سقط، تغذیه ناکافی، مرده زایی، نوزاد کم وزن</p>	<p>همسرآزاری بدون وجود علائم آسیب فیزیکی به مادر یا جنین و یا صرفاً سابقه وجود همسرآزاری: - برقراری ارتباط مناسب با مادر طبق تعریف (در قسمت تعاریف بارداری) و ارزیابی تکرار وقوع همسرآزاری - در صورت تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، فاکتورهای خطر و ...): ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>در صورت وقوع همسرآزاری به همراه آسیب فیزیکی به مادر یا جنین: - کنترل علائم حیاتی و بررسی وجود علائم شوک و در صورت وجود شوک: اقدام طبق ت ۱ - سمع صدای قلب جنین و در صورت وجود اختلال در صدای قلب جنین: اقدام طبق ت ۱۰ - درمان آسیب های غیر مامایی مانند زمان غیر بارداری در صورت نیاز - ارجاع فوری به متخصص مربوط با توجه به نوع آسیب</p>

نکته: در صورتی که مادر از داروهای روان پزشکی استفاده می کند، به توصیه های راهنمای خ ۱۳ توجه کنید.

ت ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

۱۱- حاملگی ناخواسته	صفحه ۵۱	۱- اعتیاد/ مصرف سیگار و دخانیات	صفحه ۵۰
۱۲- سن بارداری نامشخص	صفحه ۵۱	۲- بارداری اول	صفحه ۵۰
۱۳- شغل سخت و سنگین	صفحه ۵۱	۳- بارداری پنجم و بالاتر	صفحه ۵۰
۱۴- شیردهی همزمان با بارداری	صفحه ۵۲	۴- بارداری زیر ۱۸ سال	صفحه ۵۰
۱۵- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال	صفحه ۵۲	۵- بارداری بالای ۳۵ سال	صفحه ۵۰
۱۶- قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	صفحه ۵۲	۶- بارداری با IUD	صفحه ۵۰
۱۷- مصرف الکل	صفحه ۵۲	۷- بارداری با قرص/ آمپول/ کاشتنی	صفحه ۵۱
۱۸- ناسازگاری های خونی	صفحه ۵۲	۸- بارداری با TL	صفحه ۵۱
۱۹- نمایه توده بدنی غیر طبیعی	صفحه ۵۲	۹- تروما	صفحه ۵۱
		۱۰- چندقلویی	صفحه ۵۱

ت ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
<p>۱ اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر، مصرف سیگار و دخانیات</p>	<p>- افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی - تأثیر بر نوزاد: سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت</p>	<p>- توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه) - توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان <u>در صورت اعتیاد به مواد مخدر:</u> - ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات - بررسی علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی هم زمان - عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول: ارجاع غیر فوری به روان پزشک (درمان جایگزین با متادون) - در سه ماهه دوم بارداری: ارجاع غیر فوری به روان پزشک برای اقدام به ترک - اگر مادر شخصاً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید. - ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی - در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم: برقراری راه وریدی، باز کردن راههای هوایی، درمان مسمومیت مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری مادر</p>
<p>۲ بارداری اول</p>	<p>در سنین زیر ۱۸ سال: افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، زایمان زودرس، نوزاد کم وزن در سنین بالای ۳۵ سال: افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی جفت سرراهی، آنومالی جنینی</p>	<p>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)، بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن - در بارداری بالای ۳۵ سال: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات - در بارداری پنجم و بالاتر: توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>
<p>۳ بارداری پنجم و بالاتر</p>	<p>افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی</p>	
<p>۴ بارداری زیر ۱۸ سال</p>	<p>افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن</p>	
<p>۵ بارداری بالای ۳۵ سال</p>	<p>افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی</p>	
<p>۶ بارداری با IUD</p>	<p>افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم</p>	<p>- در صورت مشاهده نخ در نیمه اول بارداری: خارج کردن IUD - در صورت عدم خروج IUD: عدم دستکاری و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت عدم مشاهده نخ: درخواست سونوگرافی و در صورت تأیید وجود IUD: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - خارج نکردن IUD در نیمه دوم بارداری و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب، درد شکم) - در صورت زایمان در واحد تسهیلات زایمانی و عدم خروج IUD همراه با محصولات بارداری: ارجاع فوری به متخصص زنان</p>

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۷	بارداری با قرص لاینسترونول (POP)، قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	- در صورت تأیید بارداری: درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری - در صورت استفاده از آمپول: توجه به رشد جنین - قطع مصرف قرص لاینسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی - خارج کردن کاشتنی ها
۸	بارداری با TL	- درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم در هفته های اول بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع فوری مادر
۹	تروما	- در صورت تروما به شکم و پهلوها: ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت تروما به سایر نقاط بدن: درمان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری به بیمارستان
۱۰	چندقلویی	- افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن
۱۱	حاملگی ناخواسته	- جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها
۱۲	سن بارداری نامشخص	- حمایت روانی مادر - آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی در مادر و اقدام طبق ت ۱
۱۳	شغل سخت و سنگین	- گرفتن شرح حال دقیق - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری - اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای نیمه دوم بارداری برای تأیید سن بارداری
	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۴	افزایش احتمال آنمی و مشکلات تغذیه ای	<p>- ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۲۰ بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوار) و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی</p> <p>- تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده</p> <p>- در موارد تهدید به سقط: قطع موقت شیردهی تا رفع علائم</p> <p>- تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن</p> <p>- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره</p> <p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)</p>
۱۵	افزایش احتمال زایمان سخت و سوء تغذیه	<p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)</p> <p>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>
۱۶	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی	<p>- آموزش عدم مصرف الکل</p> <p>- در صورت الکلیک بودن مادر: ارجاع فوری به متخصص زنان و روان پزشک</p>
۱۷	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی	<p>- پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۲۰-۲۶ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان</p> <p>- در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیر مستقیم: تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته ۲۸ بارداری</p> <p>- تأکید بر تزریق آمپول رگام در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، تروماهای منجر به خونریزی و بررسی های تشخیصی (آمنیوسنتز)</p> <p>- در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۸	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت	<p>- در صورت نمایه توده بدنی بالاتر یا مساوی ۳۰: در خواست GCT در اولین مراجعه</p> <p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث نمایه توده بدنی)</p>
۱۹	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت	<p>- در صورت نمایه توده بدنی غیرطبیعی</p>

ت ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

۱۰- سقط مکرر/ دیررس، حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	صفحه ۵۴	۱- آتونی	صفحه ۵۴
۱۱- مرده زایی	صفحه ۵۵	۲- پره اکلامپسی	صفحه ۵۴
۱۲- مرگ نوزاد	صفحه ۵۵	۳- جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی	صفحه ۵۴
۱۳- مول/ حاملگی نابجا	صفحه ۵۵	۴- چندقلویی	صفحه ۵۴
۱۴- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	صفحه ۵۵	۵- دیابت بارداری	صفحه ۵۴
۱۵- نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	صفحه ۵۵	۶- زایمان دیررس	صفحه ۵۴
۱۶- نوزاد ناهنجار	صفحه ۵۵	۷- زایمان زودرس	صفحه ۵۴
		۸- زایمان سخت/ زایمان سریع	صفحه ۵۴
		۹- سزارین	صفحه ۵۴

ت ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

عنوان تأثیر بر بارداری

توصیه و اقدام

۱	آتونی (اینرسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲	پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در نیمه اول بارداری - تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی)
۳	جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت وجود سابقه دکلمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمیوس - در صورت وجود سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۰-۲۶ بارداری
۴	چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)
۵	دیابت بارداری	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش و تأکید به مادر برای انجام آزمایش های معمول بارداری (بخصوص GCT در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری) - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث دیابت)
۶	زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته ۴۱ بارداری
۷	زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد) و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
۸	زایمان سخت/ زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی
۹	سزارین/ جراحی رحم و واژن	تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - آموزش علائم زایمانی به مادر و توصیه به مراجعه به متخصص زنان در ماه آخر بارداری برای تعیین زمان سزارین
۱۰	سقط مکرر/ سقط دیررس، حداقل ۲ بار سقط خود به خودی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- در صورت وجود حداقل ۲ بار سقط خود به خودی: درخواست GCT در اولین مراجعه - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد) - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات

ت ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۱	احتمال تکرار در بارداری فعلی	مرده زایی
۱۲	-----	مرگ نوزاد
۱۳	احتمال تکرار در بارداری فعلی	مول / حاملگی نابجا
۱۵	احتمال تکرار در بارداری فعلی	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
۱۶	احتمال تکرار در بارداری فعلی	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم
۱۷	احتمال تکرار در بارداری فعلی	نوزاد ناهنجار

- اطلاع از زمان و علت وقوع مرگ جنین قبلی
 - در خواست GCT در اولین مراجعه و در هفته ۲۸-۲۴ بارداری و بررسی از نظر بیماری زمینه ای
 - بررسی دقیق وضعیت حرکت و صدای قلب جنین و تناسب رشد جنین با سن بارداری
 - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (کاهش حرکت جنین، لکه بینی)
 - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات

- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در نیمه اول بارداری

- درخواست سونوگرافی در هفته ۱۰-۶ بارداری برای تعیین سلامت جنین، وضعیت و محل محصول بارداری به دلیل احتمال عود
 - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (خونریزی، لکه بینی و...)
 - ادامه مراقبت ها در صورت گزارش طبیعی سونوگرافی
 - در صورت هر گزارش غیرطبیعی یا دیده نشدن ساک حاملگی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان

- تعیین دقیق سن بارداری
 - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای
 - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)
 - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش)
 - در صورت تشخیص بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

- تعیین دقیق سن بارداری
 - درخواست GCT در اولین مراجعه
 - تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان
 - در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
 - از هفته ۳۶ بارداری به بعد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تصمیم گیری زایمان

- در صورت وجود سابقه نقص لوله عصبی مانند آنانسفالی و مننگومیلوسل: تأکید به مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک (۴ قرص) پیش از بارداری تا هفته ۱۶ بارداری
 - ارجاع غیر فوری مادر به متخصص زنان در اولین ملاقات برای انجام آزمایش های تخصصی و دریافت پسخوراندن از متخصص در مورد برنامه مراقبت بارداری مادر

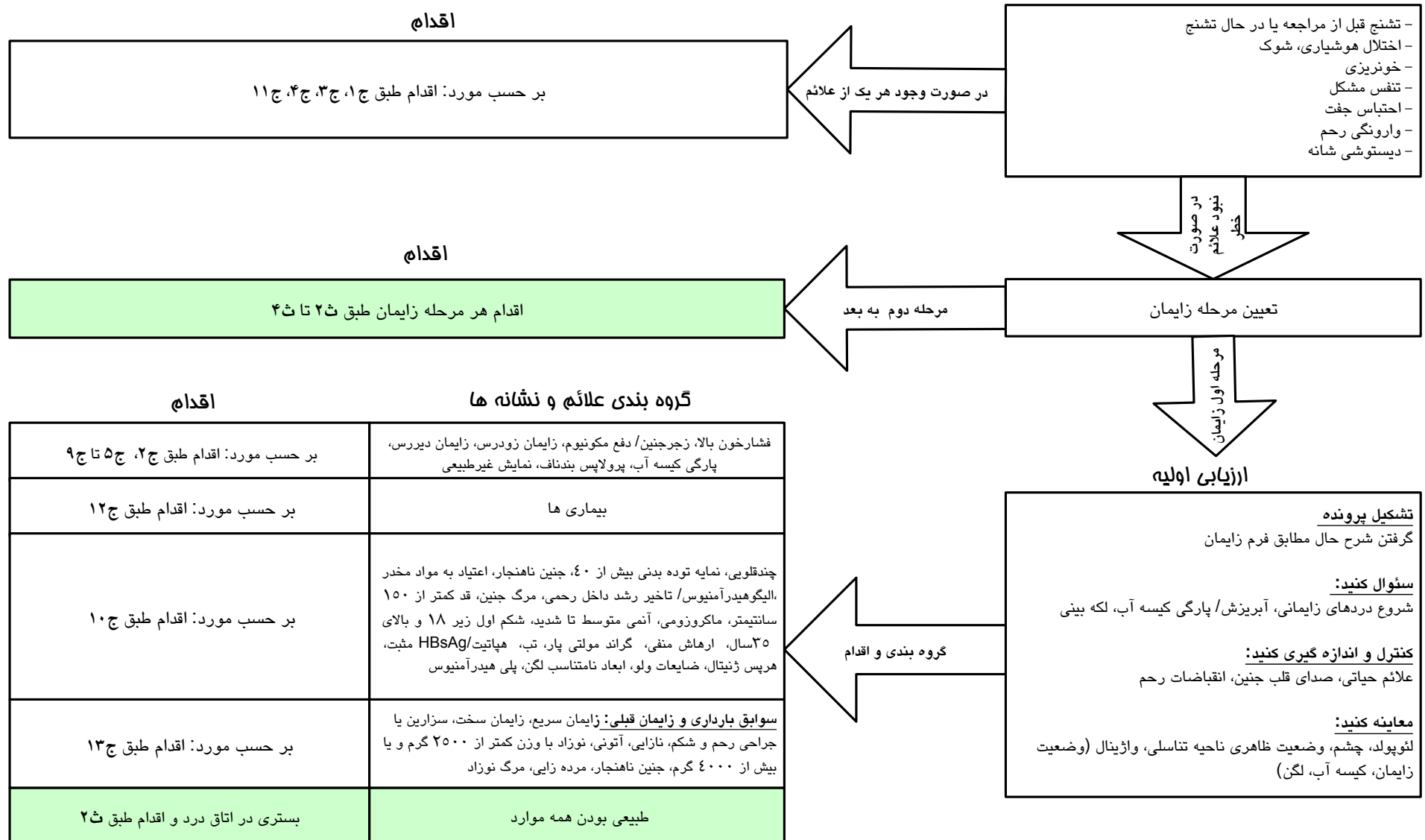
ث-مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت (در واحد تسهیلات زایمانی و در منزل در صورت لزوم)

ث۱-ارزیابی اولیه زایمان	صفحه ۵۷
ث۲-مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان	صفحه ۵۸
ث۳-مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان	صفحه ۵۹
ث۴-مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان	صفحه ۶۰
تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان	صفحات ۶۱-۶۶

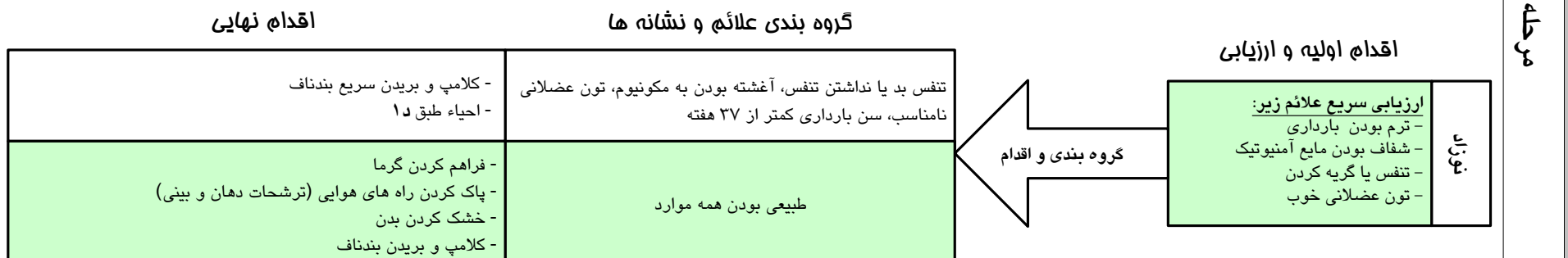
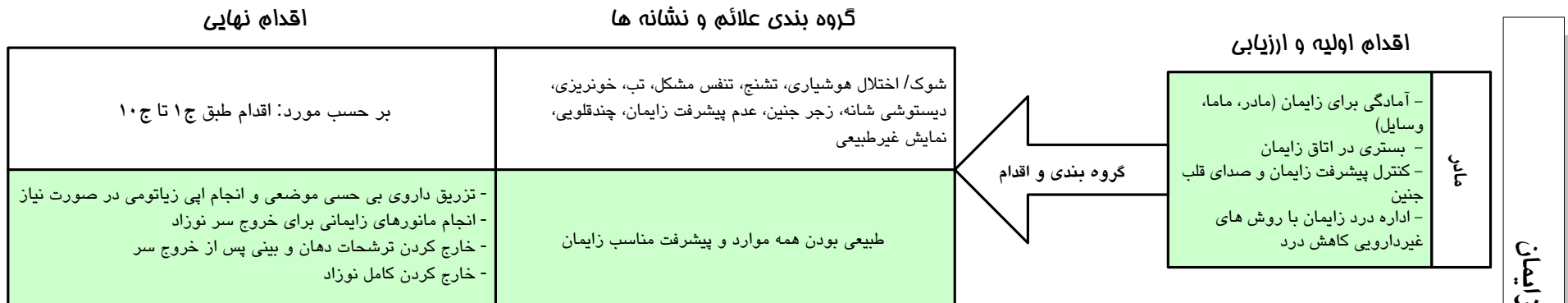
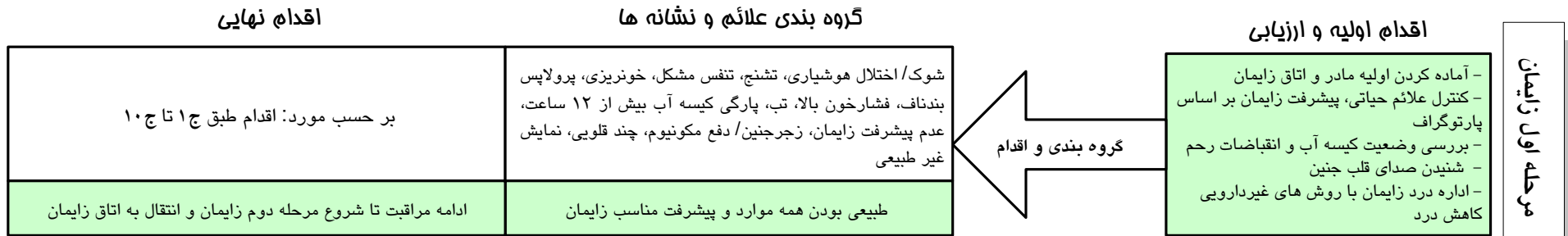
ث ۱- ارزیابی اولیه زایمان

(در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات راهنمای خ ۷ توجه کنید.)

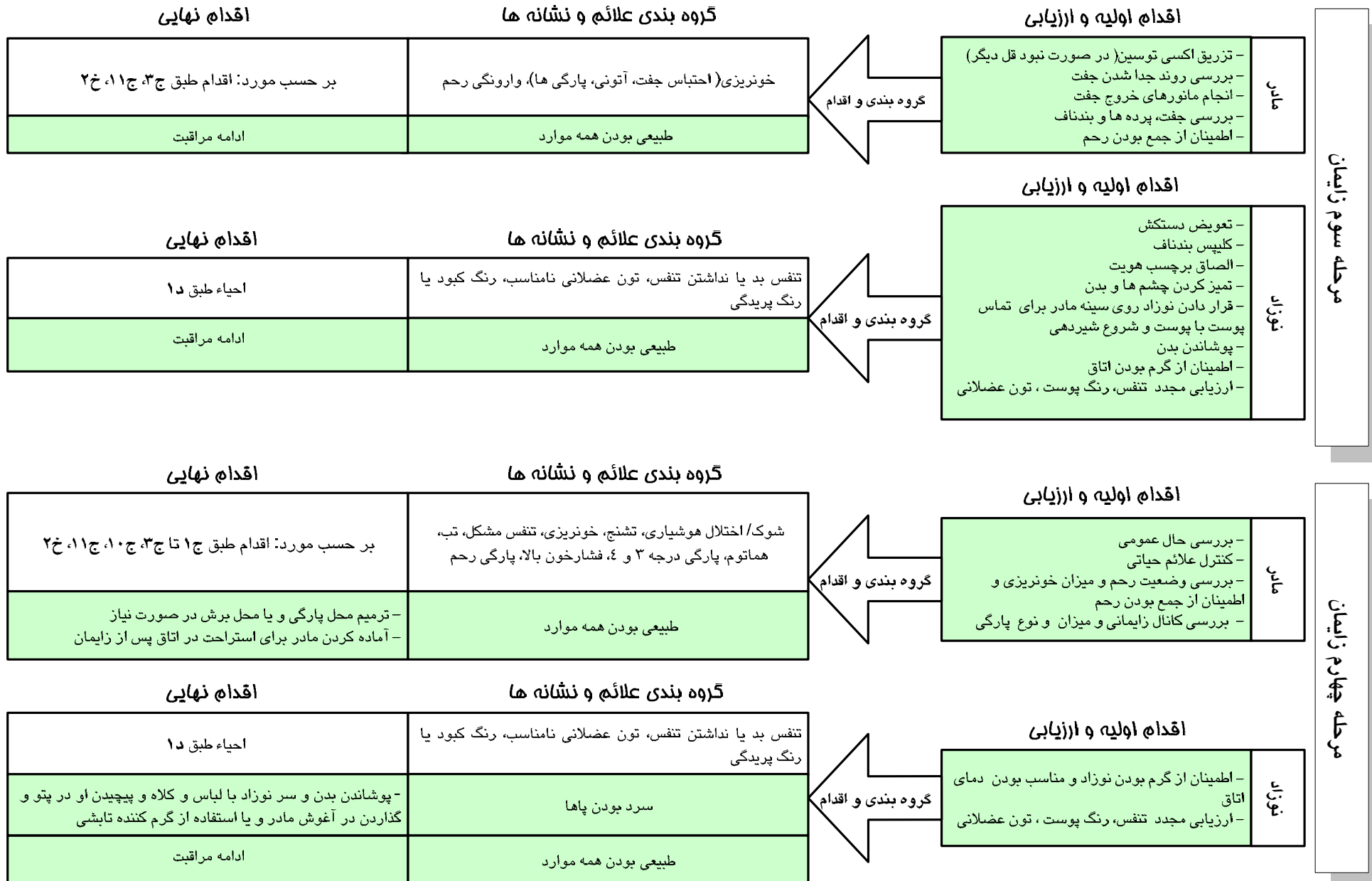
ابتدا علائم فطر فوری را برمسب مرحله زایمان ارزیابی کنید:



ث ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان



ث ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی		
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱ تا ج ۳، ج ۱۰، ج ۱۱، ج ۲	شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار	<table border="1"> <tr> <td>مادر</td> <td> - بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار - سؤال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها </td> </tr> </table>	مادر	- بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار - سؤال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها
مادر	- بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار - سؤال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها			
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بیمارستان پس از ۶ ساعت	تمایل به بستن لوله ها		گروه بندی و اقدام	
- تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق ج ۶ - آموزش طبق عناوین فرم زایمان و ارائه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز - توصیه به مصرف مواد غذایی - تشویق مادر به شیردهی انحصاری - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - ترخیص پس از ۶ ساعت	طبیعی بودن همه موارد			

اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی		
بر حسب مورد: اقدام طبق ۲د تا ۵د و آخرین خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد	<table border="1"> <tr> <td>نوزاد</td> <td> - اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و 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، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد) </td> </tr> </table>	نوزاد	- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و 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، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد)
نوزاد	- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و 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، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد)			
احیاء طبق ۱د	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی		گروه بندی و اقدام	
- 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 ۲د	سرد بودن نوزاد			
- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول - تزریق ویتامین ک۱ و واکسن های بد تولد نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق ۱د - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص	طبیعی بودن همه موارد			

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

ارزیابی اولیه

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آمنیوتومی: چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سر سوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با ننگ داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید)

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

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

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

ارزیابی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

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

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

پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

نکته: به منظور اطمینان از سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

برای مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لیٹوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی ورنیکس یا احیاناً مکنونوم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (نیتراژین تست) و یا با کمک یک سواب استریل مقداری از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرنینگ (طرح برگ سرخسی ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید.

چنانچه با روشهای فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت منظم بودن صدای قلب جنین، نبود انقباضات زودرس زایمانی، قرار داشتن مادر در فاز نهفته زایمان ترم و ادعای مادر مبنی بر آبریزش، یک پارچه تمیز یا نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً آبریزش به علت ترشحات واژینال یا ادرار بوده و مادر را از نظر میزان مایع آمنیوتیک (از طریق سونوگرافی) و عفونت ادراری بررسی کنید.

ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشئت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه بارداری) توجه کنید.

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

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت زایمان» را تکمیل کنید.

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تعیین مرحله زایمان: با انجام معاینه واژینال و بررسی وضعیت دهانه رحم، مرحله زایمان را تعیین کنید.

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

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

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

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

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

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

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

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

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

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

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

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، رفتارهای پر خطر

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

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

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. فشارخون ۹۰/۱۴۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

- درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبنده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در هفته های آخر بارداری و داشتن نتیجه سونوگرافی که نشان دهنده جفت سر راهی باشد، از معاینه مهبل خودداری کنید.

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانیده و شکم او را عریان کنید. مانور های لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

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

معاینه واژینال: مادر را به منظور تعیین وضعیت دهانه رحم، نمایش 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 تخمین شرایط مادر برای انجام زایمان واژینال، به شرح زیر معاینه لگن انجام دهید:

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

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی ایسکیوم

- نبود ناهنجاریها، تنگی و توده ها...

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

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

وضعیت کیسه آب: معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم می باشد. 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.

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

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

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

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

آماده کردن اتاق زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زایمان و پس از زایمان (۲۸-۲۵ درجه سانتی گراد)، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان، ست احیاء نوزاد و 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، رایحه درمانی، تکنیک های تنفسی، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت و تغییر وضعیت است.

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

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

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

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

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

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

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

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

علائم حیاتی: در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر ۶۰ دقیقه و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید.

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

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

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

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

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

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

مادر: مادر را بدین شرح آماده کنید: قرار دادن در وضعیت مناسب، آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان، شستشوی پرینه و ولو، پوشاندن مادر با شانه‌های استریل، اطمینان از باز بودن رگ

عامل زایمان: به مدت ۳ دقیقه دست‌ها را بشوئید. لباس‌های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش‌بند، دستکش، عینک، چکمه) را بپوشید.

وسایل زایمان: ست زایمان یا ست اپی‌زیاتومی (در صورت نیاز) را باز کنید، مواد ضد عفونی‌کننده و داروی بی‌حسی را در دسترس قرار دهید. از برقراری سرم مادر مطمئن شوید. وسایل احیاء نوزاد را بشرح زیر کنترل کنید:

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

۲- گرم‌کننده تابشی

۳- دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد

۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

۵- لارنگوسکوپ (با تیغه‌های صاف) شماره یک و صفر و لوله‌های داخل‌نای شماره ۲/۵، ۳، ۳/۵ و ۴ میلی‌متر

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره ۸F

۷- سرنگ و سرسوزن‌های مختلف، نوار چسب

۸- داروها (اپی‌نفرین ۱/۱۰۰۰، بی‌کربنات سدیم ۴/۲٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی‌گرم در میلی‌لیتر، نرمال سالین)

اپی‌زیاتومی: زمان مناسب برای اپی‌زیاتومی، وقتی است که قطری از سر جنین به ناحیه پرینه فشار آورده به طوری که پوست پرینه نازک و رنگ آن سفید می‌شود.

پاک کردن راه‌های هوایی: ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد را با پوار یا دستگاه ساکشن تمیز کنید.

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

نکته: زمان انتظارمرحله دوم زایمان را در مولتی‌پار ۲۰ دقیقه و در نولی‌پار ۵۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تزریق داروی بی‌حسی موضعی: پیش از انجام اپی‌زیاتومی، ۱۰ سی‌سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام اپی‌زیاتومی 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 شان یا حوله از قبل گرم شده، سر و بدن را خشک کنید. شانهای خیس را تعویض کنید و بدن نوزاد را با شانهای خشک و گرم

بپوشانید.

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

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

کلامپ و بریدن بندناف: یک دقیقه 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 ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می رسد.

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

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

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

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

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

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

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

مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده ها کمک کنید.

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

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

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

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

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

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

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

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی 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/ پارگی باز باشد)

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

نکته ۲: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰

دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

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

ترمیم محل برش و پارگی ها: در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی های درجه ۱ و ۲، طبق راهنما اقدام به ترمیم کنید.

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

کنترل علائم حیاتی: پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه گیری کنید.

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

آموزش و توصیه: به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی و روان، تنظیم خانواده، مراجعه برای دریافت مراقبتهای پس از زایمان آموزش دهید.

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

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

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 اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

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

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

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

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

تزریق رگام: در صورت امکان و قبل از ترخیص، آمپول رگام 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 در غیر این صورت، تزریق آن را طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد: بلافاصله پس از زایمان ویتامین ک ۱ را به صورت ۰/۵ میلی گرم در نوزاد با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم و ۱ میلی گرم در نوزاد با وزن ۲ کیلوگرم و بالاتر تزریق کنید. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

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

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

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

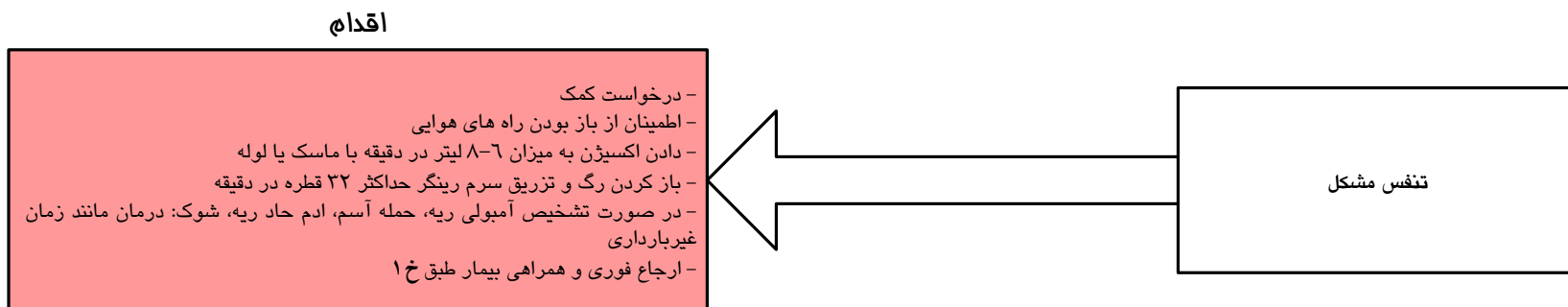
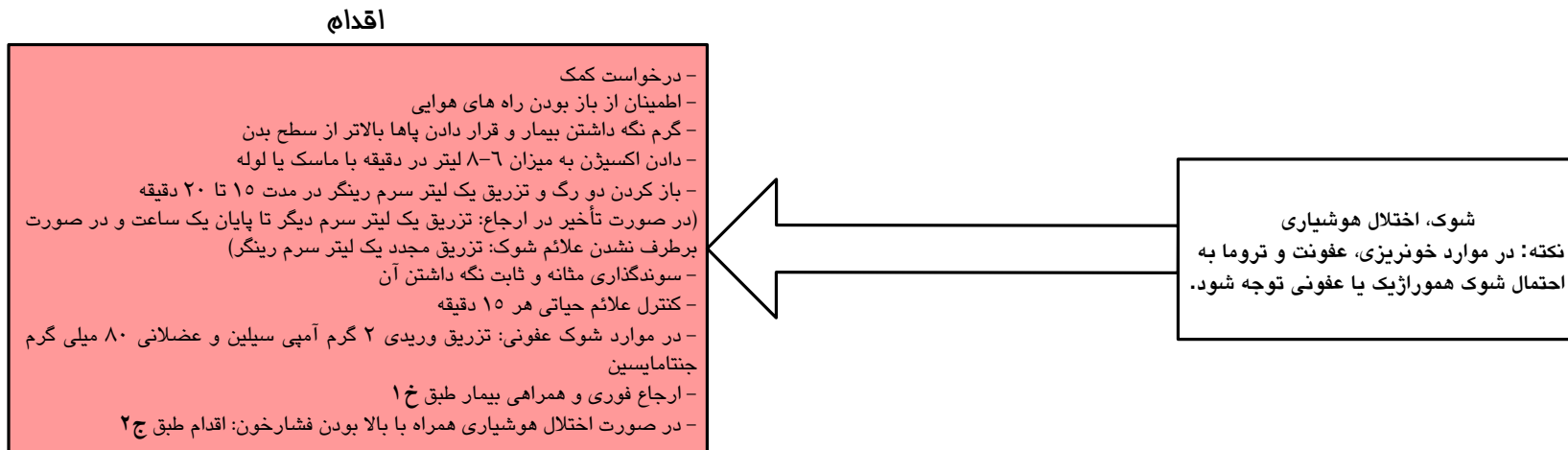
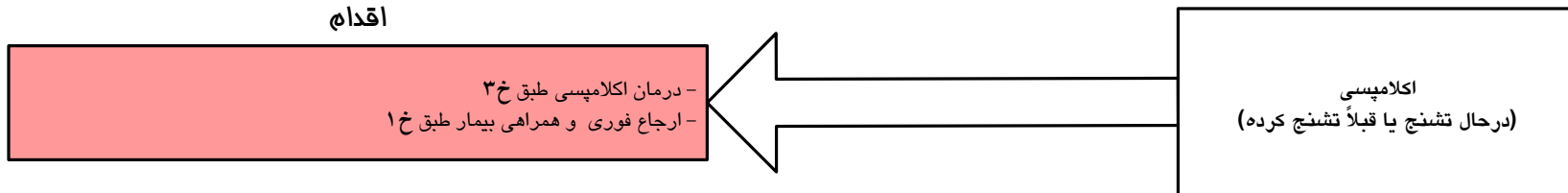
کنترل علائم حیاتی: پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه گیری کنید.

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.

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

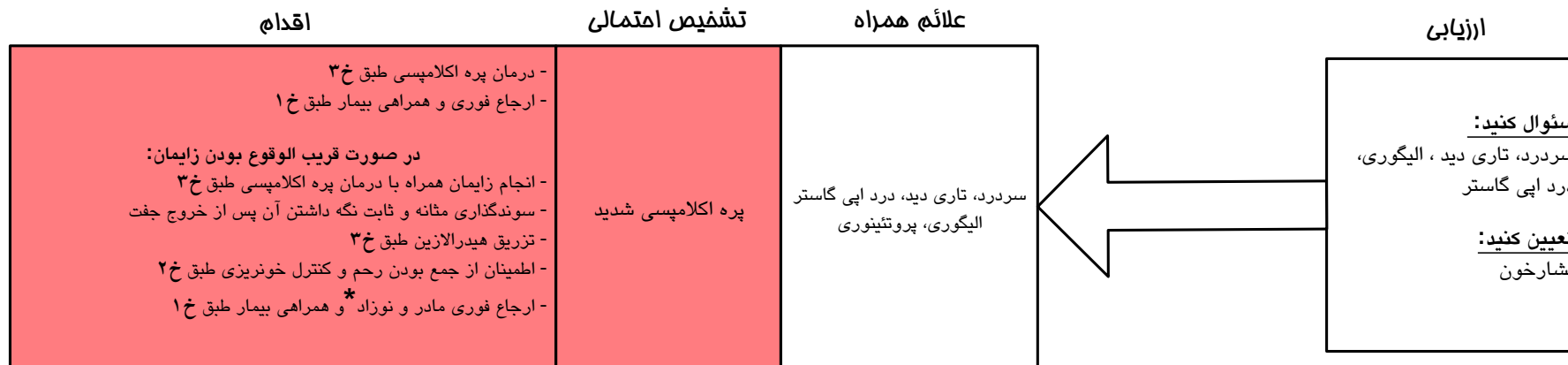
ج ۱- علائم خطر فوری	صفحه ۶۸
ج ۲- فشارخون بالا	صفحه ۶۹
ج ۳- خونریزی	صفحه ۷۰
ج ۴- عدم پیشرفت زایمان	صفحه ۷۱
ج ۵- زجر جنین/ دفع مکونیوم	صفحه ۷۲
ج ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس	صفحه ۷۳
ج ۷- پارگی کیسه آب	صفحه ۷۴
ج ۸- پرولاپس بندناف	صفحه ۷۵
ج ۹- نمایش غیرطبیعی	صفحه ۷۶
ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان	صفحات ۷۸-۸۰
ج ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان	صفحه ۸۱
ج ۱۲- بیماری ها	صفحات ۸۲-۸۳
ج ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی	صفحه ۸۴

ج ۱- علائم خطر فوری



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

ج ۲- فشارخون بالا



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

ج ۳- خونریزی

مرحله زایمان	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
حین زایمان	* انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)	جدا شدن زودرس جفت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام زایمان - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان - ارجاع فوری مادر و نوزاد طبق خ ۱
	* سابقه لکه بینی در بارداری	جفت سرراهی	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم انجام معاینه واژینال - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱
	* در- سید و ناگهانی شکم، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش	پارگی رحم	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱
** بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)	* رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است	اینرسی (آتونی)	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم - تخلیه مثانه و ماساژ دودستی رحم طبق خ ۲ - تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم مترژن با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از ۱۵ دقیقه - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه - در صورت شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق خ ۴ و ارجاع فوری و همراهی طبق خ ۱
	* رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است	باقی ماندن کامل یا قسمتی از جفت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم - انجام کوراژ طبق خ ۴ - در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	* رحم جمع است	پارگی، اختلال انعقادی، باقی ماندن قسمتی از جفت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی و ترمیم محل پارگی طبق خ ۲ - بررسی مجدد جفت - کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم - در صورت پارگی های درجه ۳ و ۴ یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گان مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱

ارزیابی

<p>سؤال کنید: سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم</p> <p>تعیین کنید: تعداد ضربان قلب جنین</p> <p>معاینه کنید: انقباضات و تونیسیتیه رحم، وضعیت جفت</p>

گروه بندی و اقدام

* 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 پد/نوار بهداشتی در مدت ۱۰ دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

ج ۴- عدم پیشرفت زایمان

اقدام	معیار تشخیص	
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱ 	<ul style="list-style-type: none"> - فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت - دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال 	
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز <p>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p>	<ul style="list-style-type: none"> - دیلاتاسیون و افسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار 	<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">تعیین کنید: وضعیت زایمان، مدت و وضعیت عدم پیشرفت زایمان براساس پارتوگراف</p> </div> <p style="text-align: center;">گروه بندی و اقدام</p>
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز <p>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p>	<ul style="list-style-type: none"> - عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد 	
<ul style="list-style-type: none"> - درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز - تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم - اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان ۱۸۰ درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی - در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی <p>- در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p> <p>- در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱</p>	<ul style="list-style-type: none"> - عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر 	

ج ۵- زجر جنین / دفع مکنونیوم

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

ج ۵- زجر جنین / دفع مکنونیوم

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

ج ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

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

ارزیابی

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

معاینه مهبل، ارتفاع رحم

گروه بندی و اقدام

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

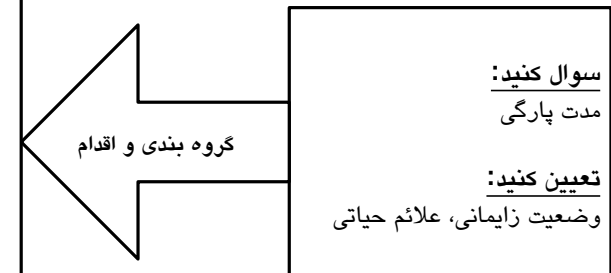
** در صورتی که پس از تجویز ۴ دوز کپسول ۱۰ میلیگرمی نیفدیپین، انقباضات زایمان زودرس همچنان ادامه دارد و مادر به محل ارجاع نرسیده است، می توان آن را بصورت ۲۰ میلی گرم هر ۸-۴ ساعت ادامه داد.

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

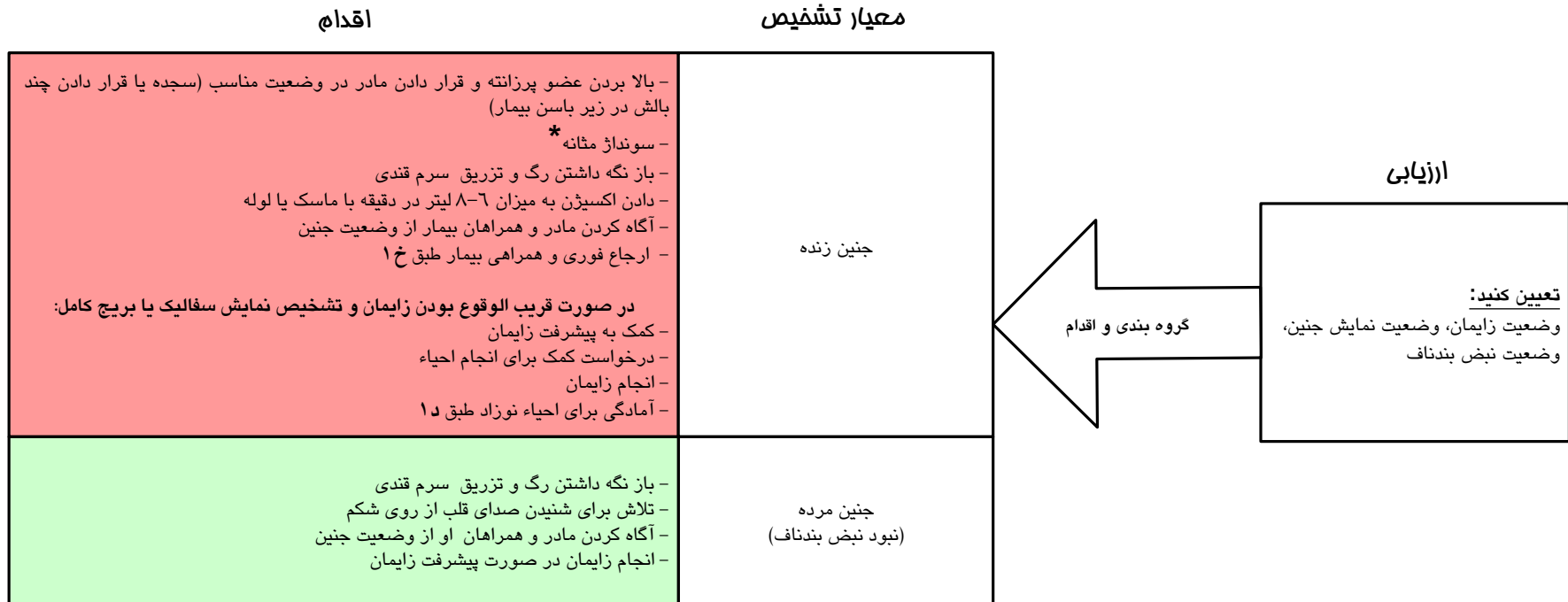
ج ۷- پارگی کیسه آب

مرحله بارداری	فاز زایمان	اقدام
ترم	فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت (بدون توجه به سن بارداری)	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی - در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱ <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - انجام زایمان - تجویز ۲۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی - ارجاع مادر و نوزاد طبق خ ۱
	فاز نهفته بدون توجه به مدت پارگی (بدون توجه به سن بارداری)	<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر - تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی - در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
	فاز فعال، مدت پارگی کمتر از ۱۲ ساعت	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر - انجام زایمان <p>- در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا ۱۲ ساعت: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p>
	فاز فعال یا فاز نهفته	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی - در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ج ۶

ارزیابی



ج ۸- پرو لاپس بندناف

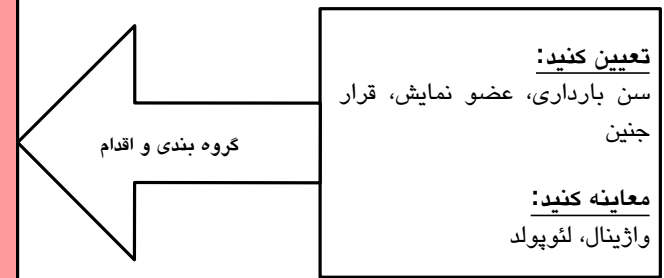


* سوند فولی یا نلاتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، ۵۰۰ سی سی نرمال سالین را به داخل سوند و مثانه وارد کنید. پس از اتمام، کیسه هوایی سوند را باد کرده و ثابت کنید. سپس با یک پنس، سوند را کلامپ کنید تا مثانه پر شده تخلیه نشود.

ج ۹- نمایش غیرطبیعی

اقدام	تشخیص احتمالی
<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم ۲۰٪ (۲۰ میلی لیتر) در مدت ۴ دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱ 	<p>قرار عرضی و نمایش صورت</p>
<p>- ارجاع فوری طبق خ ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>انجام مانورهای خروج جنین:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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، سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف - قرار دادن انگشت سیبانه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد - قرار دادن انگشت چهارم و سیبانه 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 د ۴ - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق د ۱ 	<p>نمایش بریج کامل</p>
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی-نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان 	<p>هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری</p>

ارزیابی



ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

صفحه ۷۹	۱۰- شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	صفحه ۷۸	۱- آنمی متوسط تا شدید
صفحه ۷۹	۱۱- ضایعات ولو	صفحه ۷۸	۲- ابعاد نامتناسب لگن
صفحه ۷۹	۱۲- قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	صفحه ۷۸	۳- اره‌اش منفی
صفحه ۸۰	۱۳- گراند مولتی پار	صفحه ۷۸	۴- اعتیاد به مواد مخدر
صفحه ۸۰	۱۴- ماکروزومی	صفحه ۷۸	۵- الیگوهایدرآمنیوس/تأخیر رشد داخل رحمی
صفحه ۸۰	۱۵- مرگ جنین	صفحه ۷۸	۶- پلی هیدرآمنیوس
صفحه ۸۰	۱۶- هیپاتیت / HBsAg مثبت	صفحه ۷۸	۷- تب
صفحه ۸۰	۱۷- هرپس ژنیتال	صفحه ۷۹	۸- جنین ناهنجار
صفحه ۸۰	۱۸- نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	صفحه ۷۹	۹- چندقلویی

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آمی متوسط تا شدید	ارجاع فوری	- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی حین و پس از زایمان - در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین ۶ ساعت پس از زایمان و اقدام طبق ح ۷ - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: ارجاع فوری مادر و همراهی بیمار طبق ح ۱
۲ ابعاد نامتناسب لگن	- ارجاع فوری - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان	
۳ ارهاش منفی	- انجام زایمان - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	
۴ اعتیاد به مواد مخدر	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد به هروئین - ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان <u>اقدام پیش از ارجاع</u> - در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد (بی قراری، ترمور، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و...): تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم به ازاء کیلوگرم وزن بدن از فنوباریتال یا ۱ یا ۲ میلی گرم دیازپام هر ۸ ساعت	
۵ الیگوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری مادر با وضعیت خوابیده به پهلو چپ	- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکنونیوم در مایع آمنیوتیک
۶ پلی هیدرآمنیوس	ارجاع فوری	- 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
۷ تب	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تجویز قرص یا شیفاف استامینوفن - ارجاع فوری	- انجام زایمان - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - ارجاع فوری مادر - ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ح ۲

ج ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۸ جنین ناهنجار		<p>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند هیدروسفالی یا دوقلویی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مراقبت های فوری نوزاد می شود: ارجاع فوری مادر</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: همراهی مادر با ست زایمان</p>
۹ چندقلویی	ارجاع فوری	<p>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند انانسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی شود: انجام زایمان</p> <p>- بر حسب نوع ناهنجاری نوزاد: اقدام طبق ۴ د</p>
۱۰ شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	ارجاع فوری	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ج ۹</p> <p>- اقدام برای خروج قل اول</p> <p>- خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول</p> <p>- بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم</p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی</p> <p>- در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: ارجاع فوری مادر</p> <p>- انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها</p> <p>- در صورت توفیق در انجام زایمان: تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژرحم، بررسی جفت و بند ناف ها</p> <p>- تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان</p> <p>- در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</p>
۱۱ ضایعات ولو (سوختگی، واریس، کیست بارتولن)	ارجاع فوری	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام زایمان در صورت متناسب بودن ابعاد لگن و جنین</p>
۱۲ قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	ارجاع فوری	<p>- انجام ایبی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.</p> <p>- انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش</p> <p>- در صورت عدم توانایی در ترمیم: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری طبق ج ۱</p>
	ارجاع فوری	انجام زایمان در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با جنین

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱۳ گراند مولتی پار (زایمان ۵ بار و بیشتر)	ارجاع فوری	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان - معاینه کامل جفت و پرده ها - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: ارجاع فوری و همراهی مادر طبق خ ۱
۱۴ ماکروزومی	ارجاع فوری	- در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان - در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق ج ۴ - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ - ارجاع فوری نوزاد
۱۵ مرگ جنین	ارجاع فوری	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - 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): ارجاع فوری طبق خ ۱
۱۶ هیپاتیت / HBsAg مثبت	ارجاع فوری	- انجام زایمان - تزریق واکسن هیپاتیت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمپول ایمنوگلوبین اختصاصی هیپاتیت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هیپاتیت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد
۱۷ هریس ژنیفال	ارجاع فوری	- انجام زایمان - در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: ارجاع فوری نوزاد
۱۸ نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	ارجاع فوری	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - 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 ارجاع فوری طبق خ ۱

ج ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

✖	اقدام	عنوان
<p>در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - اطمینان از نبود جفت در واژن - خودداری از دستکاری بیشتر - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ <p>در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ج ۳</p>	<p>احتیاس جفت (با خونریزی معمولی)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی - اطمینان از هیدراته بودن مادر - در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - ارجاع فوری طبق خ ۱ 	<p>تب</p>	
	<p>عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان</p>	
	<p>گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - در خواست کمک - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم طی ۲۰ دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق خ ۵ - ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی بیمار طبق خ ۱ 		
<ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی - در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از ۵ سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا ۲ ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از ۶ ساعت و آموزش در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم 	<p>هماتوم</p>	

ج ۱۲- بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت دریافت استروئید در ۴ هفته آخر بارداری: تزریق وریدی ۱۰۰ میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم ۸ ساعت پس از دوز اول - خودداری از تزریق پتدین - در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری - انجام زایمان
۲ HIV مثبت	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد - مشاوره با مادر در مورد منافع و خطرات شیردهی مادر آلوده - ارجاع غیرفوری مادر و نوزاد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۳ بیماری های دریچه ای قلب	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تعیین نوع بیماری تا حد امکان - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - انجام زایمان - در صورت افزایش ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس بیش از ۲۴ بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل انقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم نارسایی قلب و تنگی نفس - در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری - در صورت تنگی دریچه میترا: کاهش حجم وریدی - در صورت تنگی دریچه آئورت: تزریق سرم به میزان کافی - ارجاع فوری طبق خ ۱
۴ دیابت	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان - انجام زایمان - ارجاع فوری مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق خ ۱ - ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق د ۲

ج ۱۲- بیماری ها (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت وقوع بودن زایمان
۵	سل	<ul style="list-style-type: none"> -انجام زایمان - 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
۶	سیفلیس	<ul style="list-style-type: none"> -انجام زایمان -ارجاع نوزاد در اولین فرصت -اطمینان از درمان مادر و همسر
۷	صرع	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ۱د -انجام زایمان
۸	هیپرتیروئیدی	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه - توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید) -انجام زایمان - ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت

نکته: در صورت ابتلا مادر به هر یک از بیماریها، توصیه شود مادر پس از زایمان در تسهیلات زایمانی، در اولین فرصت به پزشک متخصص مربوط مراجعه نماید و تا زمان مراجعه داروهای قبلی خود را مصرف نماید.

ج ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

* امکان تکرار این موارد در بارداری وجود دارد.

چ-مراقبت های معمول پس از زایمان

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

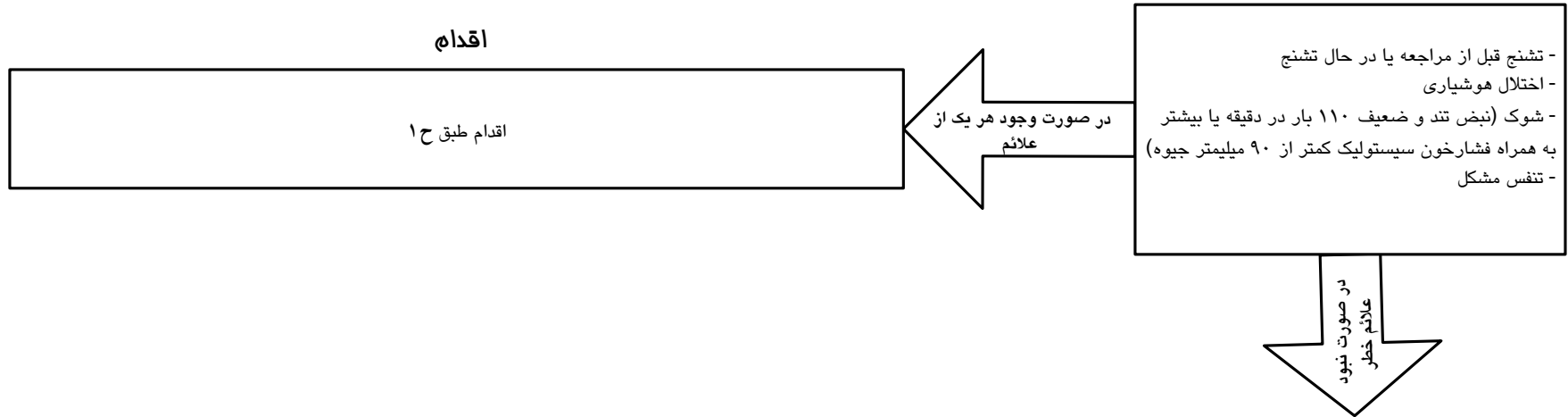
چ ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان صفحه ۸۶

چ ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان صفحه ۸۷

تعاریف مراقبت های پس از زایمان صفحات ۸۸-۹۰

چ ۱- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



ارزیابی

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

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

سؤال کنید:

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

اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی

معاینه کنید:

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

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ح ۲ تا ح ۸ و آخرین خانه زیر	خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، سرگیجه/رنگ پریدگی/ آنمی، تب، فشارخون بالا، درد
اقدام طبق ح ۱۷ و خانه زیر	همسرازاری
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره تنظیم خانواده در ملاقات دوم طبق ح ۱۱ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی 	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی و اقدام

چ ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ح ۲ تا ح ۸ و آخرین خانه زیر	خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، فشارخون بالا، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، درد
اقدام طبق ت ۱۷ و آخرین خانه زیر	همسرآزاری
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی	التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی	عفونت دندانی، آبسه، درد شدید دندان
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز مکمل های دارویی طبق خ ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق خ ۹ - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز طبق خ ۱۲ - در صورت عدم انجام مشاوره تنظیم خانواده در ملاقات دوم: مشاوره طبق خ ۱۱ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی برای دریافت خدمات تنظیم خانواده 	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

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

اندازه گیری کنید:
 علائم حیاتی

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

گروه بندی و اقدام

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

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی و روان و جنسی، علائم خطر، شکایت شایع، تغذیه و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد، مشاوره تنظیم خانواده، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده، بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

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

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

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

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.

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

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

پاپ اسمیر: در ملاقات سوم طبق راهنما و با تأکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، از دهانه رحم نمونه بگیرید.

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

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
- سوراخ شدن دندان
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
- حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

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

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

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

تجویز مکمل های دارویی: مکمل های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

نکته: توجه داشته باشید که مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین دارد.

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهبل را سؤال کنید.

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

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

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

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

- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان

- تاریخچه اجتماعی: سن، همسرآزاری، مصرف داروها در شیردهی، مصرف الکل، کشیدن سیگار و دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر

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

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

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

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

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

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

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

محل بخیه ها: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

مشاوره تنظیم خانواده: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید. در صورتی که در ملاقات دوم با مادر در مورد انتخاب روش پیشگیری از بارداری مشاوره نکرده اید، در ملاقات سوم انجام دهید.

نکته: مراجعه برای دریافت خدمات تنظیم خانواده را تأکید کنید.

مشکلات شیردهی: در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفته، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموزش دهید.

مصرف مکمل ها: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را از مادر سؤال کنید.

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

معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد بررسی کنید.

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

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

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

معاینه شکم(رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.

نکته: در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند.

ملاقات اول: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳ پس از زایمان

ملاقات دوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان

ملاقات سوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان

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

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

وضعیت شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید.

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

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

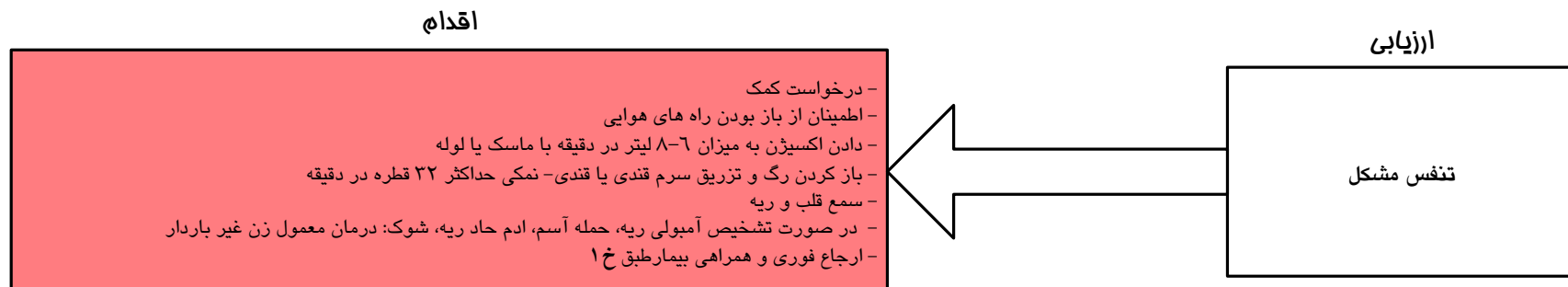
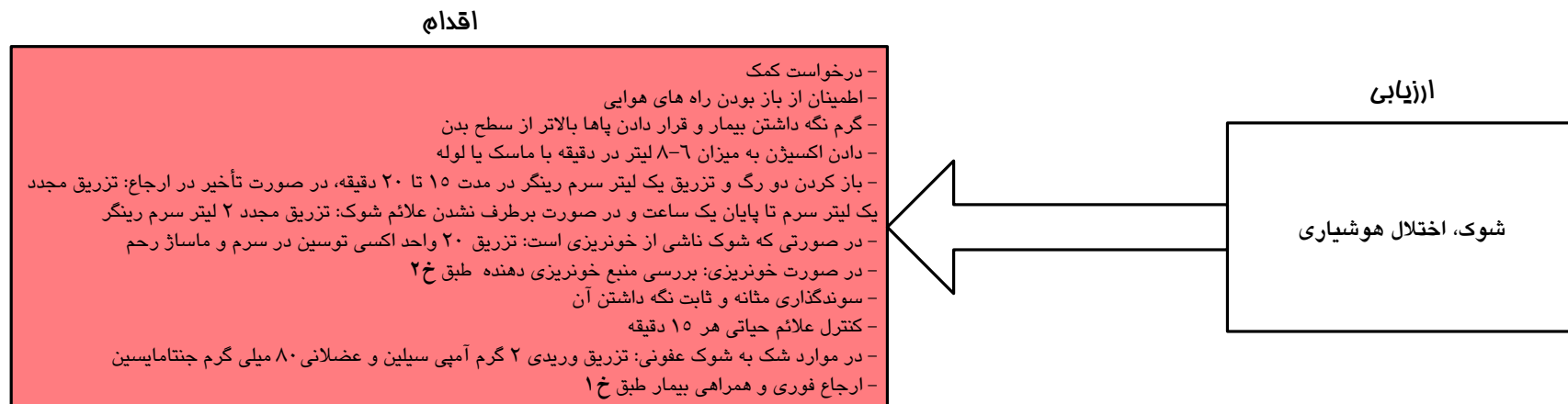
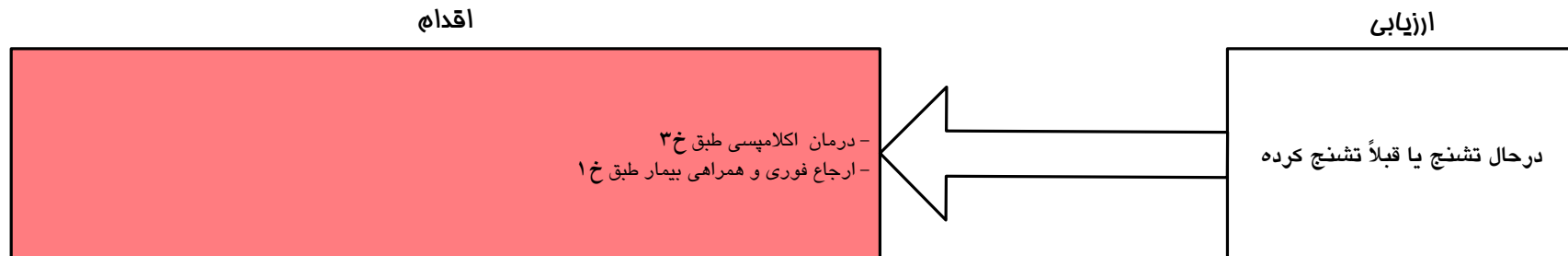
خشونت روانی: رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

ح-مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

ح ۱- علائم خطر فوری	صفحه ۹۲
ح ۲- خونریزی/ لکه بینی	صفحه ۹۳
ح ۳- تب	صفحه ۹۴
ح ۴- درد	صفحه ۹۵
ح ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج	صفحه ۹۶
ح ۶- اختلالات روانی	صفحه ۹۷
ح ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی	صفحه ۹۸
ح ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، بیماری زمینه ای)	صفحه ۹۹

ح ۱- علائم خطر فوری



ح ۲- خونریزی / لکه بینی

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
* خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی	باقی ماندن تکه هایی از جفت، متريت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - ارجاع فوری طبق خ ۱
* ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریپاند رحم	متريت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
خونریزی در حد قاعدگی از هفته سوم پس از زایمان به بعد	عفونت، پولیپ جفتی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
لکه بینی، درد شکم، رحم شل و بزرگ تر از حد طبیعی	متريت خفيف	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
لکه بینی، شکم نرم و بدون تندرns، رحم جمع و بدون تندرns	اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم	- ارایه توصیه های بهداشتی طبق خ ۹ - در صورت وجود ترشحات واژینال پس از ۴ هفته: درمان واژینیت طبق ح ۵ - در صورت ادامه لکه بینی پس از ۶۰ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید:

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

معاینه کنید:

اندازه و قوام رحم

گروه بندی و اقدام

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

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

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
* رحم بزرگتر از حد طبیعی، خونریزی یا ترشح بدبو از واژن، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، درد شکم، حساسیت رحم و ریباند	متریت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱
* سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	
توده موج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز	آبسه پستان	ارجاع در اولین فرصت به متخصص
تورم محل بخیه، تحت فشاربودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفتی محل بخیه	عفونت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	
تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز	ماستیت	- تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - تجویز استامینوفن - ادامه شیردهی - در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان	احتقان پستان	- توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

محل بخیه، پستانها، اندازه و قوام رحم

گروه بندی و اقدام

* 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.

ح ۴- درد

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

ارزیابی

سؤال کنید:

درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم، ترشحات بدبوی واژینال، لرز، لمس توده دردناک در پرینه، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، درد پرینه، گرمی و درد و سفتی پستانها، دردهای کرامپی زیر شکم، درد هنگام مقاربت، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

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

گروه بندی و اقدام

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

ح ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

گروه بندی و اقدام

* این مورد در معرض شوک است. با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

ح ۶- اختلالات روانی

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

ارزیابی

بررسی کنید:

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

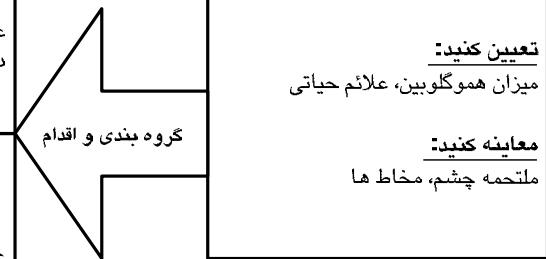
گروه بندی و اقدام

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

ح ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

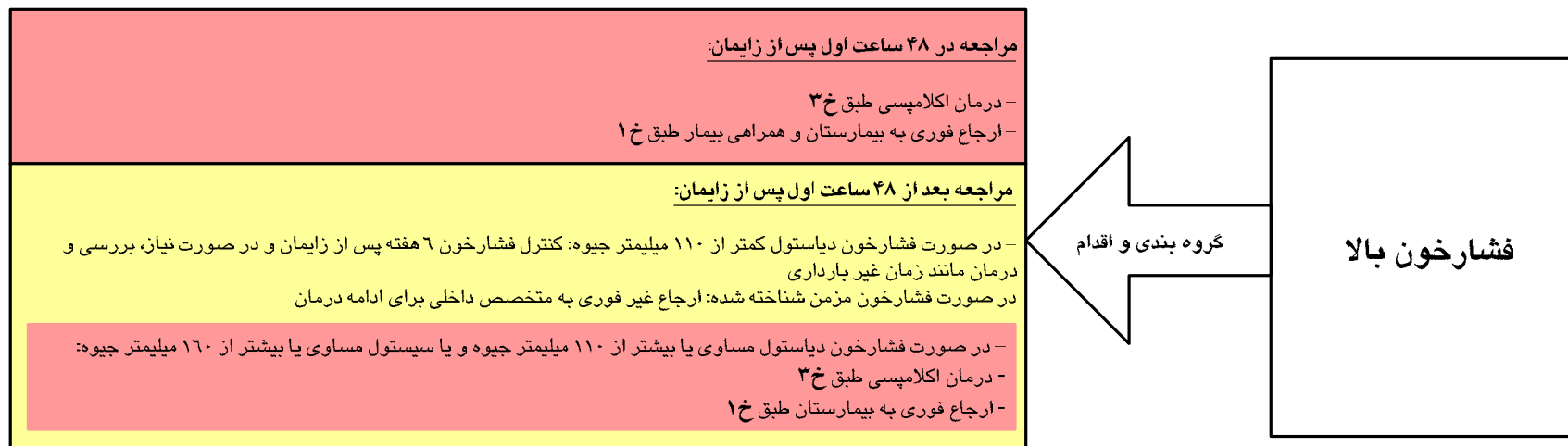
اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت - ارجاع فوری به متخصص زنان طبق خ ۱ 	آنمی شدید ناشی از هیپوولمی	علائم حیاتی غیر طبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری زمینه ای؟	علائم حیاتی طبیعی رنگ پریدگی شدید، هموگلوبین طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) 	آنمی شدید (مزمن)	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، رنگ پریدگی شدید
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) <p>- در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص</p>	آنمی متوسط	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم درصد
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) <p>- در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها: ارجاع غیر فوری به متخصص</p>	آنمی خفیف	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد

ارزیابی

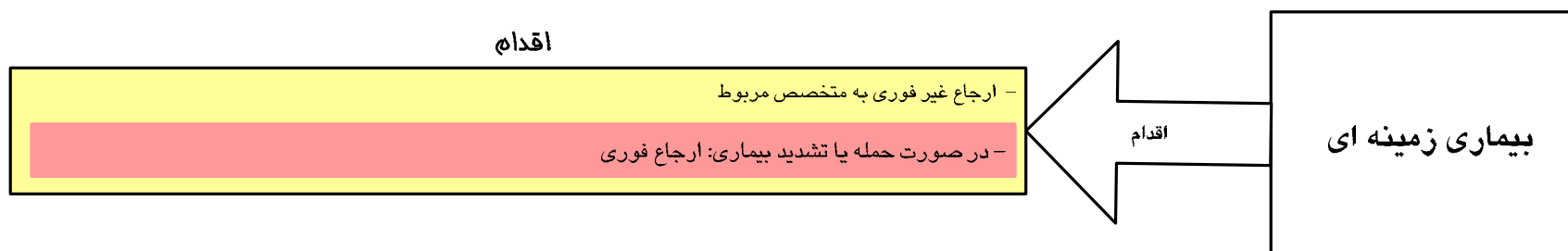


ح ۸- سایر موارد خطر

اقدام



اقدام



خ-راهنما

خ ۱- ارجاع فوری	صفحه ۱۰۱
خ ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی	صفحه ۱۰۱
خ ۳- درمان پره اکلامپسی- اکلامپسی	صفحات ۱۰۲-۱۰۳
خ ۴- کوراژ	صفحه ۱۰۴
خ ۵- وارونگی رحم	صفحه ۱۰۴
خ ۶- مکمل های دارویی	صفحه ۱۰۴
خ ۷- زایمان در منزل	صفحات ۱۰۵-۱۰۶
خ ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری	صفحه ۱۰۷
خ ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان	صفحه ۱۰۷
خ ۱۰- مصرف داروها در شیردهی	صفحه ۱۰۷
خ ۱۱- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده	صفحه ۱۰۸
خ ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر	صفحه ۱۰۸
خ ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری	صفحات ۱۰۹-۱۱۰
خ ۱۴- مصرف داروها در بارداری	صفحه ۱۱۰

خ ۱- ارجاع فوری

اگر مادر نیاز به ارجاع فوری دارد:

- ۱- وسیله نقلیه را آماده کنید.
- ۲- قرم ارجاع را تکمیل کنید و در صورت امکان از بیمارستان پذیرش بگیرید. (ارجاع مادر را برای پذیرش به بیمارستان به تعویق نیندازید)
- ۳- داروها و وسایل مورد نیاز در طول ارجاع را همراه داشته باشید (براساس وضعیت مادر: داروهایی مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، دیازپام، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ... و وسایلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، ست سرم، ست زایمان و...)
- ۴- در طول ارجاع، از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.
- نکته:** در موارد خونریزی پس از زایمان، ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم باید تزریق و سوندگذاری و ثابت نگه داشتن آن انجام شود.
- ۵- در طول ارجاع، از دریافت اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه مطمئن شوید. (فقط در صورت ارجاع مادر سالم که جنین مرده دارد، نیاز به دادن اکسیژن نیست)
- ۶- در طول ارجاع، به مادر وضعیت مناسب بدهید. در **پرو لاپس بندناف:** وضعیت سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن، در **شوک:** قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن، در **ورم حاد یا نارسای قلب:** قرار دادن مادر به حالت نیمه نشسته، در **دیسترس جنینی:** خواباندن مادر به پهلو چپ
- ۷- در طول ارجاع در موارد تب، مادر توسط همراه پاشویه شود.
- ۸- در مواردی که مادر در مرحله زایمانی و یا هر فوریتی قرار دارد، همراهی مادر ضروری است. توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز در همراهی مادر حضور داشته باشد.

خ ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی

نیمه اول بارداری: در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی بیش از حد قاعدگی است، پس از باز کردن رگ و تزریق ۱۰۰۰ میلی لیتر سرم با افزودن ۳۰ واحد اکسی توسین به صورت ۳۲ قطره در دقیقه، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده و اسپکولوم بگذارید. در صورت مشاهده لخته یا نسج در حال دفع از دهانه رحم، آن را با یک پنس گرد استریل خارج کنید. در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، از دستکاری خودداری کرده و سپس ارجاع فوری دهید.

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

الف) در صورت شل بودن رحم (آتونی):

- ۱- از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. (در صورت پر بودن مثانه، با سوند تخلیه کنید)
- ۲- تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، ماساژ دو دستی را ادامه دهید.
- ۳- همزمان با ماساژ، یک لیتر سرم رینگر با ۲۰ واحد اکسی توسین به صورت آزاد یا ۲/۰ میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر با فشارخون بالا خودداری شود.
- ۴- در نیم ساعت اول، رحم را هر ۵ دقیقه و علائم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید. در دو ساعت بعد هر ۱۵ دقیقه و پس از آن تا ۴ ساعت هر ۰/۵ ساعت علائم حیاتی، میزان خونریزی و جمع و سفت بودن رحم را کنترل کنید.

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

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

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

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

نکته: کمپرس شریان شکمی را در مادر لاغر انجام دهید.

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

تذکره: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید. در صورت شکسته شدن سوزن جراحی حین ترمیم، از دستکاری خودداری، محل زخم پک شده و مادر ارجاع فوری شود.

خ ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

- ۱- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهلو چپ بخوابانید و از تنها گذاشتن وی خودداری کنید.
- ۲- از باز بودن راههای هوایی مطمئن شوید.
- ۳- ضمن درخواست کمک، برای مادر دو رگ باز کنید و سرم قندی یا رینگر تزریق کنید. در صورت نبود خونریزی، خروج سرم نباید بیش از ۳۲ قطره در دقیقه باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید.
- ۴- اکسیژن را به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه برقرار کنید.
- ۵- از تجویز مواد خوراکی از راه دهان خودداری کنید.
- ۶- سوند فولی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.
- ۷- ست احیاء به ویژه آمپول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.
- ۸- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.
- ۹- در صورتی که فشارخون مادر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه یا بالاتر است، هیدرالازین را طبق دستورالعمل تزریق کنید.
- ۱۰- در هر ساعت قاعده ریه های مادر را از نظر وجود رال سمع کنید (این کار توسط پزشک به منظور تشخیص ادم حاد ریه انجام شود). در صورت شنیده شدن رال، میزان مایع دریافتی را محدود کنید و آمپول فروسماید به میزان ۴۰ میلی گرم به صورت وریدی تزریق کنید.
- ۱۱- برای ادامه اقدامات درمانی و ختم بارداری، مادر را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. (ماما یا پزشک باید مادر را همراهی کند).

دستورالعمل تزریق سولفات منیزیوم

- الف) ۴ گرم سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر از محلول ۲۰٪ یا ۸ میلی لیتر از محلول ۵۰٪) داخل ۱۰۰ سی سی سرم رینگریا قندی در مدت ۲۰ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) تزریق شود. در صورتی که مادر هنگام مراجعه در حال تشنج است، می توان ۴ گرم اولیه از محلول ۲۰٪ را بسیار آرام در مدت ۱۰-۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق نمود.
- ب) سپس ۱۰ گرم از محلول ۵۰٪ سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر) را به صورت ۵ گرم (۱۰ میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمقی (با سوزن بلند) بلافاصله پس از دوز وریدی تزریق کنید.
- نکته: برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است سولفات منیزیوم ۵۰٪ را همراه با ۱ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ تزریق کرد.
- ج) در صورت ادامه تشنج یا عود آن بعد از ۱۵ دقیقه اول، ۲ گرم از محلول ۲۰٪ سولفات منیزیوم (۱۰ میلی لیتر) در مدت ۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم دسترسی به سولفات منیزیوم ۲۰٪، سولفات منیزیوم ۵۰٪ را رقیق کرده (۴ میلی لیتر از محلول ۵۰٪ داخل ۱۰۰ میلی لیتر سرم رینگر) و در مدت ۲۰ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) آن را تزریق کنید. اگر تشنج بعد از ۱۵ دقیقه همچنان ادامه داشت، می توان ۲ گرم دیگر سولفات منیزیوم به صورت وریدی تزریق نمود. اگر تشنج همچنان ادامه داشت، آمپول دیازپام طبق دستورالعمل تزریق شود. پس از تزریق اولین دوز، مادر را ارجاع فوری دهید.
- نکته مهم: در صورت عدم حضور پزشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیوم تزریق شود و اگر مادر همچنان در حال تشنج است، آمپول دیازپام طبق دستورالعمل تزریق شود.
- د) پس از تزریق وریدی و عضلانی اولیه، مادر را ارجاع دهید.
- نکته: در صورت عدم وجود سولفات منیزیوم در مرکز می توان از آمپول فنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:
- ۴ عدد آمپول ۲۵۰ میلیگرمی داخل ۱۰۰ سی سی سرم نمکی (از سرم قندی استفاده نشود) در مدت یک ساعت (تقریباً ۲۰ قطره در دقیقه) تزریق شود.

نکته: در تزریق وریدی از سولفات منیزیوم ۲۰٪ و در تزریق عضلانی از سولفات منیزیوم ۵۰٪ استفاده کنید. در صورت در دسترس نبودن سولفات منیزیوم ۲۰٪، نوع ۵۰٪ را رقیق کنید. رقیق کردن سولفات منیزیوم: برای درست کردن ۱۰ سی سی محلول سولفات منیزیوم ۲۰٪، ۴ سی سی از سولفات منیزیوم ۵۰٪ را با ۶ سی سی آب مقطر مخلوط کنید.

خ ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی (ادامه)

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

الف- رفلکس کشکک زانو وجود دارد.

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

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

نکات مهم:

- ۱- تزریق عضلانی سولفات منیزیوم هر ۴ ساعت یک بار (طبق دستورالعمل) حداقل تا ۲۴ ساعت پس از زایمان و یا آخرین تشنج بعد از زایمان ادامه یابد.
- ۲- در صورت ایست تنفسی، برقراری تهویه (لوله گذاری و دادن اکسیژن توسط ماسک و بگ) و تزریق آمپول گلوکونات کلسیم به میزان ۱۰ میلی لیتر (۱ گرم) از محلول ۱۰٪ به طور وریدی و آهسته در مدت ۱۰ دقیقه تا زمان برقراری تنفس را انجام دهید.

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم:

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

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

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

دستورالعمل تزریق هیدرالازین

- ۱- اگر فشارخون دیاستول پس از تزریق دوز اولیه سولفات منیزیوم همچنان ۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه است، آمپول هیدرالازین به میزان ۵ میلی گرم به صورت وریدی تزریق کنید. در صورتی که پس از ۲۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، هیدرالازین را با همان دوز اولیه تکرار و پس از ۲۰ دقیقه، فشارخون را کنترل کنید.
- ۲- اگر فشارخون دیاستول به کمتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه رسیده است، تزریق وریدی هیدرالازین را متوقف و مادر را تحت نظر بگیرید. فشارخون دیاستول مطلوب بین ۹۰ تا ۱۰۰ میلی متر جیوه است.

نکته:

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

دستورالعمل تزریق دیازپام

- ۱- آمپول دیازپام را به میزان ۱۰ میلی گرم به آهستگی (در مدت ۲ دقیقه) و به صورت وریدی تزریق کنید.
 - ۲- در صورت وقوع یا عود تشنج، دیازپام را با همان دوز اولیه تکرار کنید.
- یادآوری: در صورت در دسترس نبودن سولفات منیزیوم و فنی توئین، از دیازپام استفاده کنید.

خ ۴- کوراژ

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

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

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

۳- اطمینان از خالی بودن مثانه

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

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

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

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

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

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

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

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

خ ۵- وارونگی رحم

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

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

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

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

نکته ۱: در هر دو حالت اگر رحم در جای طبیعی خود قرار نگیرد، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را ارجاع فوری دهید. طبق خ ۱

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

خ ۶- مکمل های دارویی

بارداری:

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

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.

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

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

پس از زایمان:

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

خ ۷- زایمان در منزل

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

- ۱- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان
- ۲- شرایط اتاق زایمان: بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:
 - ♦ اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت.
 - ♦ کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مشمع یا نایلون بزرگ هنگام زایمان پوشانده شود.
 - ♦ درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود.
 - ♦ اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهتر است لامپ ۶۰ وات، سرپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد)
 - ♦ بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.
 - ♦ وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.
 - ♦ وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.
 - ♦ وسایل مورد نیاز زایمان و وسایل مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.
 - ♦ به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.
 - ♦ در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند، ضروری است.
 - ♦ در ۶ ساعت اول پس از زایمان به منظور کاهش خطر انتقال عفونت و حفظ آرامش مادر و عامل زایمان، باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را محدود کرد.
- ۳- وسایل لازم در اتاق زایمان: بهتر است حداقل ۴ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان، وسایل مورد نیاز فراهم شود. این وسایل شامل:
 - ♦ حداقل ۴ ملحفه تمیز. ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود.
 - ♦ مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق
 - ♦ وسایل مادر: ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی
 - ♦ وسایل نوزاد: رختخواب نوزاد (تشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
 - ♦ دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله
- ۴- وسایل مورد نیاز زایمان: وسایلی که باید در کیف مامایی قرار داده شود، شامل:
 - گوشی مامایی
 - گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
 - درجه حرارت سنج دهانی
 - گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
 - پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد
 - کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
 - دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)
 - کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد
 - صابون و جصابونی، حوله دست
 - نوار متری
 - پوار حداقل ۲ عدد
 - چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)
 - مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰
 - وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
 - ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
 - حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰
 - مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین
 - فرم ثبت مراقبت های زایمان

خ ۷- زایمان در منزل (ادامه)

چند توصیه برای همراه مادر

- ۱- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد.
- ۲- با راهنمایی ماما، پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی او را با دستمال خیس بپوشاند.
- ۳- هنگام قدم زدن یا توالت رفتن او را تنها نگذارد.
- ۴- در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن طبق راهنمایی ماما به مادر کمک کند.
- ۵- علائم خطر را شناسایی کند.
- ۶- مخالف نظر عامل زایمان مادر را راهنمایی نکند.

احتیاطات همه جانبه

- ۱- از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دادن به خانواده، به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.
- ۲- نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:
 - ♦ در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛
 - ♦ اطمینان از استریل بودن وسایل و رعایت شرایط استریل در هنگام زایمان؛
 - ♦ استفاده از وسایل حفاظتی؛
 - ♦ کوتاه نگه داشتن ناخنها و شستن دستها قبل از زایمان؛
 - ♦ گذاردن جفت، خون و ترشحات در ظرفهای بدون نفوذ؛
 - ♦ دفن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری؛
 - ♦ جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛
 - ♦ تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.

ایجاد ارتباط با مادر

- برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:
- ♦ با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
 - ♦ رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
 - ♦ با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
 - ♦ به سئوالات مادر به دقت گوش کنید و پاسخ دهید؛
 - ♦ کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛
 - ♦ مادر را برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛
 - ♦ قبل از هر معاینه از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛
 - ♦ حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
 - ♦ راز مادر را آشکار نکنید؛
 - ♦ پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛
 - ♦ به مادر آموزش های لازم را ارایه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

خ ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

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

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

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

خ ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

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

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

خ ۱۰- مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

- ۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و...)، بروموکریپتین، فنلین دیون، لیتیموم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین (PGF) است.
 - ۲- مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین
 - ۳- مواد رادیواکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج
- نکته:** مصرف متوتروکسات به صورت یک روز در هفته برای درمان آرتریت روماتوئید مادر، منع شیردهی ندارد، فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت به فرزندش شیر ندهد.
- سایر داروهایی که بر شیردهی تأثیرگذار است و توصیه می شود از داروهای جایگزین استفاده شود:**
- | | | |
|-----------------------|--------------|-------------|
| - آمینوسالیسیلیک اسید | - آنتولول | - پیریمیدون |
| - سولفاسالازین | - کلماستین | |
| - آسپیرین (سالیسیلات) | - فنوباریتال | |

خ ۱۱- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده

- در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.
- به مادر تأکید کنید در صورت عدم تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان می تواند منجر به بارداری گردد. بنابراین باید در سریع ترین زمان، روشی را برای پیشگیری از بارداری انتخاب کند.
- در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، رعایت فاصله حداقل ۳ سال بین بارداری ها را تأکید کنید. (این مسئله در مورد زنان مبتلا به ایدز یا عفونت HIV اهمیت ویژه ای دارد)
- زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری پس از زایمان، به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر) بستگی دارد.
- نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برنگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.
- برای وازکتومی همسر مادر باردار محدودیت خاصی (به جز محدودیت های مربوط به عمل NSV) وجود ندارد.
- در مادر بارداری که احتمال ابتلا به بیماری های مقاربتی بالاست، توصیه کنید همواره و با روش درست از کاندوم استفاده کند.

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV یا ایدز

- اگر شیردهی انحصاری ندارند، باید بلافاصله پس از زایمان از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند. استفاده همزمان از دو روش (کاندوم+روش دیگر) در این افراد برای به حداقل رساندن بارداری ناخواسته و انتقال بیماری اهمیت دارد. برخی از روشها در این افراد توصیه نمی شود:
- تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر با توجه به احتمال انتقال ویروس ایدز
- استفاده از IUD مگر در صورت عدم امکان استفاده از سایر روشها
- مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)

توصیه های لازم در مورد بستن لوله های رحمی (TL)

- مادر بلافاصله پس از زایمان و در صورت نبود علائم عفونت می تواند برای بستن لوله های رحمی اقدام کند. بهترین زمان طی هفته اول پس از زایمان یا پس از ۶ هفته است.
- در محلی زایمان کند که امکان TL وجود داشته باشد.
- وجود رضایت نامه برای انجام TL ضروری است.

روش های قابل استفاده برای مادران شیرده

- بلافاصله پس از زایمان: کاندوم و TL (تا یک هفته پس از زایمان)، وازکتومی
- ۶ هفته پس از زایمان: لایسترونول، وازکتومی، DMPA، TL، IUD
- ۶ ماه پس از زایمان: قرصها و آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری + روش های فوق به جز لایسترونول • ۶ هفته پس از زایمان: IUD + روشهای فوق
- استفاده از قرصها و آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری تا ۶ ماه پس از زایمان در مادر شیرده منع مصرف مطلق دارد.

روش های قابل استفاده برای مادران غیر شیرده

- بلافاصله پس از زایمان: وازکتومی، کاندوم، DMPA و TL (تا یک هفته پس از زایمان)
- ۳ هفته پس از زایمان: قرصها و آمپولهای ترکیبی پیشگیری از بارداری وازکتومی، کاندوم و DMPA

خ ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر

- انجام هر ۳ سال یک بار پاپ اسمیر در خانم های حداقل یک بار ازدواج کرده ۲۰ تا ۶۵ سال مشروط بر این است که خانم حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد.
- زنانی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هستند، عبارتند از:
 - زنانی که در سنین پایین ازدواج می کنند؛
 - زنانی که همسرشان، ختنه نشده است و یا بیش از یک شریک جنسی دارد و یا قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است؛
 - زنانی که چندین بار ازدواج کرده اند و یا بیش از یک شریک جنسی دارند؛
 - زنانی که دخانیات مصرف می کنند. (هر چه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد، خطر ابتلا افزایش می یابد)
- در مورد خانمی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس باشد، تعداد دفعات و فواصل انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک خواهد بود.
- در مورد خانمی که سابقه حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال را ندارد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هم نیست، باید سالی یک بار تا ۳ سال پاپ اسمیر انجام دهد.

خ ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری

چند توصیه کلی:

- ♦ در بسیاری از موارد، خطر ناشی از اختلال های روانی (افسردگی و جنون) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روان پزشکی است.
- ♦ اگر خانمی تحت درمان با داروهای روان گردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روان پزشک مراجعه کند. در این موارد، لازم نیست در مادر احساس گناه ایجاد کنید و یا او را وادار به سقط نمایید.
- ♦ پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روان گردان در بارداری بی خطر است، غیر ممکن است.
- ♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.
- ♦ در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود. (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی)
- ♦ بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده، قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو، ضروری است.
- ♦ با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی **با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روان پزشک**، داروی روان گردان را تجویز نمایند.
- ♦ تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است.
- ♦ چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.

داروهای ضد جنون

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

داروهای ضد افسردگی

دوران بارداری و شیردهی

- ♦ افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود، ولی در صورت تمایل مادر به خودکشی، علائم نباتی (خواب، اشتها و...) شدید و غیر قابل تحمل و همراه بودن علائم سایکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
- ♦ **داروهای سه حلقه ای:** اگر چه تراژدیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمان، سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.
- ♦ **داروهای مهارکننده مونواکسیداز:** تجویز در بارداری ممنوع است.
- ♦ **داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین:** تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و...) شدید افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود.
- ♦ در درمان افسردگی بعد از زایمان، ابتدا درمان حمایتی (روان درمانی حمایتی) برای سازگاری بیشتر مادر با استرسهای جدید زندگی صورت می گیرد، ولی بسته به شدت علائم باید درمان دارویی نیز مورد توجه قرار گیرد.
- ♦ با توجه به این که بسیاری از زنان از مصرف دارو اجتناب می کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و بینش درستی از اثرات مفید این نوع درمان بر روی تعامل با کودکش به دست آورد.
- ♦ بیماری که علائم سایکوز یا افسردگی ندارد، می تواند در مورد نوع درمان تصمیم بگیرد.
- ♦ در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، اگر طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.

خ ۱۳ - داروهای روان پزشکی در بارداری (ادامه)

داروهای ضد مانیا و لیتیم

- ♦ در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است.
- ♦ در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.
- ♦ اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر گواتر بررسی شود، هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، القاء زایمان مورد توجه قرار گیرد. نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.
- ♦ مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال اسپینا بیفیدا در ۱ تا ۵ درصد موارد همراه است.
- ♦ در دوران شیردهی، اگر تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.

بنزودیازپین ها

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

خ ۱۴ - مصرف داروها در بارداری

داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:

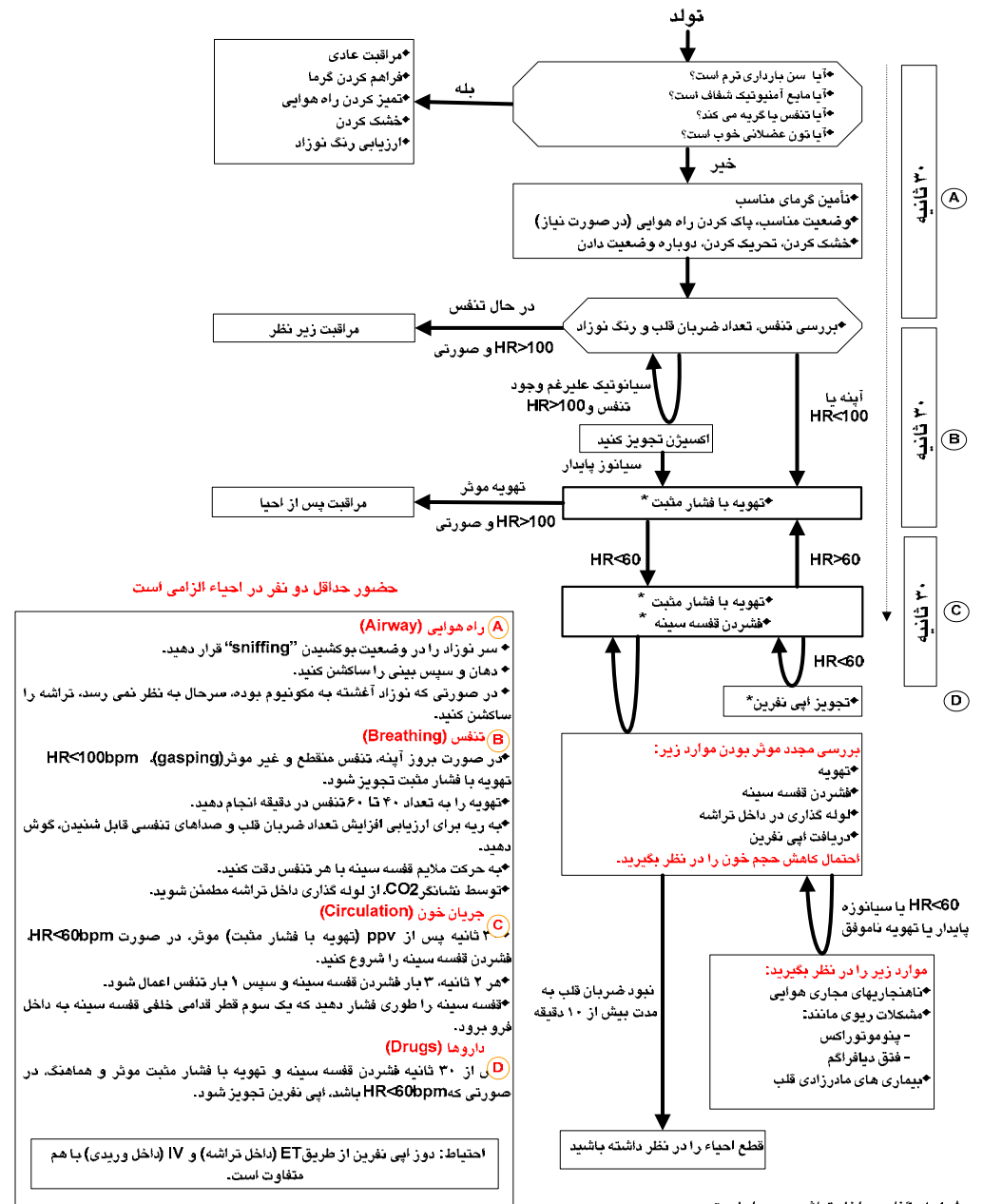
- | | |
|---|--|
| - ACE inhibitors (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) | - Kanamycin |
| - Aminopterin | - Lithium |
| - Androgens | - Methimazole |
| - A-II antagonists (Angiotensin II receptor antagonists) | - Methotrexate |
| - Busulfan | - Misoprostol (بجز در موارد ختم بارداری) |
| - Carbamazepine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

د-ارزیابی نوزاد

(۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

۱د- احیاء نوزاد/ تعاریف احیاء نوزاد	صفحات ۱۱۲-۱۱۳
۲د- نشانه های خطر	صفحه ۱۱۴
۳د- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد	صفحه ۱۱۵
۴د- صدمات زایمانی/ ناهنجاری	صفحه ۱۱۶
۵د- عفونت های موضعی	صفحه ۱۱۷

د - احیاء نوزاد (مهم ترین و موثرترین کار در احیاء نوزاد، تهویه ریه است.)



★ لوله گذاری داخل تراشه در مراحل متعددی ممکن است در نظر گرفته شود.

د ۱- تعاریف احیاء نوزاد

لوله گذاری داخل تراشه

سن بارداری (به هفته)	وزن (به گرم)	اندازه لوله (قطر داخلی به میلی متر)
زیر ۲۸	زیر ۱۰۰۰	۲/۵
۲۸-۳۴	۱۰۰۰-۲۰۰۰	۳/۰
۳۴-۳۸	۲۰۰۰-۳۰۰۰	۳/۵
بالتر از ۳۸	بالتر از ۳۰۰۰	۳/۵-۴/۰

عمق فرو بردن (سانتیمتر) = وزن (کیلوگرم) + ۶

دارو	غلظت برای	آماده سازی	دوز/ژ راه	سرعت تجویز/ احتیاطات
اپی نفرین	۱/۱۰۰۰۰	محلول ۱/۱۰۰۰۰ در یک سرنگ یک سی سی	IV: 0/1-0/3 ml/kg ET: 0/3-1 ml/kg	در روش داخل وریدی سریع و در روش اندوتراکئال با ۱-۰/۵ میلی لیتر نرمال سالین تجویز گردد
حجم افزا	♦نرمال سالین (توصیه شده) ♦رینگر لاکتات ♦گلوبول قرمز متراکم O	حجم تخمینی را به داخل یک سرنگ بزرگ بکشید	(10 ml/kg) IV (از راه ورید ناف)	طی ۵ تا ۱۰ دقیقه تجویز گردد
بیکربنات سدیم	۰/۵ mEq/ml از محلول ۴/۲ %	حجم تخمینی کشیده شده به داخل سرنگ از پیش پر شده یا آماده شده	1 mEq/kg (4 ml/kg)	به آهستگی طی حداقل ۲ دقیقه تجویز گردد (۱ mEq/kg/min) تنها در صورتی که نوزاد به طور موثر تهویه می شود. تجویز کنید.

داروهای پس از احیا (شامل مراقبت پس از اتاق زایمان)

♦نالوکسان هیدروکلراید mg/kg ۰/۱ سریع تجویز شود

IV (ترجیحا)، IM (قابل قبول) (برای سرکوب تنفسی ناشی از مواد مخدر)

♦محلول گلوکز ۱۰٪ (برای هیپوگلیسمی) mg/kg ۲ (۲۰۰ mg/kg) IV در عرض ۲-۱ دقیقه و سپس با انفوزیون مداوم گلوکز وریدی ادامه یابد.

♦فنوباربیتال (برای تشنج).... تجویز آهسته ۲۰ mg/kg به صورت IV (۱ mcg/kg/min)، ممکن است باعث تضعیف تلاش تنفسی شود.

♦دوپامین (برای کاهش فشار خون)..... mcg/kg/min ۲-۲۰ به صورت انفوزیون مداوم وریدی.

$$\text{محاسبه قطره:} \quad \frac{\text{mcg/kg/min مورد نظر} \times (\text{kg وزن}) \times 6}{\text{ml/hr مورد نظر}}$$

زیرجلدی: SQ داخل تراشه: ET داخل وریدی: IV داخل عضلانی: IM

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

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

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

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

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

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

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

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.
- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.
- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.
- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.
- اجازه دهید والدین فرزند فوت شده یا در حال فوت شان را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش بکشند.

۲- نشانه های خطر

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم یا نشانه ها	ارزیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق ۱۰</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی جز در حالت هیپوترمی</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>- در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>- تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>- در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>عفونت باکتریال شدید</p>	<p>تب مادر حین زایمان یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا سیانوز، تونیسیته عضلانی غیرطبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب، استفراغ مکرر، توده شکمی، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن، اتساع شکم(دیستانسیون)</p>	<p>تعیین کنید:</p> <p>مادر: درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب</p> <p>نوزاد: وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیسیته عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ مکرر</p> <p>گروه بندی و اقدام</p>

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون
<p>◀ اگر نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از شیر مادر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • از مادر بخواهید که کودک را با شیر خودش تغذیه کند. <p>◀ اگر نوزاد توانایی تغذیه مستقیم از پستان مادر را ندارد ولی قادر به بلع است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به ترتیب اولویت و در دسترس بودن، شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی به او بدهید. • در صورت در دسترس نبودن هیچیک از موارد فوق آب قند (حدود ۵ سی سی برای هر کیلوگرم) به او بدهید. <p>◀ طرز تهیه آب قند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در یک لیوان محتوی ۲۰۰ سی سی آب جوشیده خنک شده، ۴ قاشق مرباخوری سرصاف شکر (۲۰ گرم) را حل کنید. <p>◀ اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید، مایعات بالا را با همان میزان از طریق لوله معده هر ۲ ساعت به او بدهید.

۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد

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

ارزیابی

تعیین کنید:
سن بارداری و وزن

گروه بندی و اقدام

۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

اقدام	تشفیص احتمالی	علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع) - در صورت باز بودن بافت روی سر، شکم یا پشت، بافت ها را با گاز استریلی که با محلول سالین استریل خیسانده شده است، بپوشانید.</p>	<p>ناهنجاری شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> - شکاف کام بزرگ - آترزی کوان دو طرفه - شکم اسکافوئید - گاستروشیزی - امفالوسل - خونریزی ناف - عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول - ابهام تناسلی - مقعد بسته 	<p>معاینه کنید: سر و گردن: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی ملاحظه، تورم، توده، فیستول گردن، پرده گردنی، برآمدگی، خون مردگی صورت: شکل غیر قرینه، شکاف کام، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان گوش: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی شکم: ساختمان عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکافوئید شکم، خونریزی ناف ستون فقرات: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو اندام ها و لگن: شکل غیر طبیعی اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو دستگاه ادراری: مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول دستگاه تناسلی: ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها، اندازه غیر طبیعی دستگاه گوارشی: مقعد بسته، فیستول</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط</p>	<p>ناهنجاری</p>	<ul style="list-style-type: none"> - شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها - توده یا تورم - فیستول یا سینوس - محل غیر طبیعی گوش - عروق نافی غیر طبیعی - دررفتگی مادرزادی لگن - وجود توده مو روی ساکروم - مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس) - عدم نزول دو طرفه بیضه ها - اندازه غیر طبیعی آلت 	<p>گروه بندی و اقدام</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان</p>	<p>صدمات زایمانی</p>	<p>تورم و خون مردگی ارگان ها، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها بعد از زایمان بریج، شکل غیر قرینه بینی و صورت</p>	

د- عفونت های موضعی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم و نشانه ها	ارزیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی بجز در حالت هیپرترمی</p> <p>- ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق د۲</p>	عفونت شدید پوستی	<p>- وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر</p> <p>- تاول های بزرگ چرکی</p>	<p>تعیین کنید:</p> <p>تورم، خروج ترشحات چرکی از چشم، تاول یا وجود جوش های چرکی پوست</p>
<p>- تزریق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق د۲</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماری STI احتمالی</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p>	عفونت شدید چشم	تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم	
<p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و تمیز کردن چشم نوزاد به آرامی با استفاده از پارچه تمیز و مرطوب</p> <p>- تجویز قطره سولفاستامید چشمی ۱۰% یک قطره هر ۳ ساعت تا مدت ۵ روز یا پماد تتراسایکلین ۱% چشمی ۴ بار در روز تا قطع ترشحات</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	عفونت خفیف چشم	خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها	
<p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و پاک کردن چرک به آرامی با استفاده از آب جوشیده سرد شده</p> <p>- خشک کردن محل عفونت با پارچه تمیز</p> <p>- تجویز بتادین و یا پماد پوستی تتراسایکلین ۳ بار در روز</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	عفونت خفیف پوستی	وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد	

گروه بندی و اقدام

ذ-مراقبت از نوزاد

صفحات ۱۱۹-۱۲۰

ذ۱-مراقبت از نوزاد

ذ ۱- مراقبت از نوزاد

به مادر آموزش دهید:

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، فوری به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- توكشیده شدن قفسه سینه
- ناله كردن
- رنگ پریگی شدید یا کیودی
- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفاوی
- تحرک کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی
- تشنج
- اسهال (دفع مدفوع آبیکی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز)
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلك ها
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول
- عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
- بی قراری و تحریک پذیری
- خوب شیر نخوردن
- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف
- جوش های چرکی منتشر در پوست (۱۰ عدد یا بیشتر) یا تاول چرکی
- تب یا سرد شدن اندام ها و بدن
- زردی ۲۴ ساعت اول

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت (طی ۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی

مراجعه کند:

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

گرم نگه داشتن نوزاد

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

زمان مراقبت های معمول نوزاد

- مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان
- مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان
- مراقبت سوم: روز های ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان

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

مراقبت از بندناف

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

پیشگیری از سوانح و حوادث

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

خواباندن نوزاد

- نوزاد را به شکم خواباند. بهتر است نوزاد را به پهلو و یا به پشت بخواباند.

مراقبت از چشم

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

۱- مراقبت از نوزاد (ادامه)

به مادر آموزش دهید:

تغذیه با شیر مادر:

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

طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

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

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

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

در موارد دو قلویی:

- شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد. مقدار شیر به میزان مکیدن نوزاد وابسته است و به جثه مادر ارتباط ندارد.
- تا زمانی که جریان شیر به خوبی برقرار شود، هر نوزاد را جداگانه تغذیه کند.
- اگر قل اول، پستان راست را خورده است، در نوبت بعدی قل دوم از این پستان تغذیه شود.

حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و نهایتاً اندام ها را لخت کرده و بشوید.
- هیچگاه به صورت نوزاد صابون یا شامپو نزنند. صورت، چشم ها و پشت گوشها را با یک تکه پنبه نرم که در آب گرم مرطوب شده است، تمیز نماید.

- ترشحات ناحیه تناسلی دختران و احیاناً مختصر خونریزی از آن طبیعی است، آن را دستکاری نکند.

- در اولین فرصت ممکن برای ختنه نوزاد پسر اقدام کند.

- برای گرفتن خون پاشنه پا نوزاد به منظور کنترل از نظر هیپوتیروئیدی، مادر حتماً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

ضمائم

شرح وظیفه کاردان مامایی در برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحات ۱۲۲-۱۲۴

فهرست داروهای مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحه ۱۲۵

فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحه ۱۲۶

فرم ها:

فرم مراقبت پیش از بارداری

فرم مراقبت بارداری

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

فرم مراقبت پس از زایمان

فهرست واژه ها

شرح وظیفه کاردان مامایی در برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

پیش از بارداری

- ارایه مراقبت های پیش از بارداری شامل گرفتن شرح حال(مشخصات، وضعیت بارداری و زایمان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزاری و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)
- اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، تعیین نمایه توده بدنی، معاینه پوست از نظر بثورات، معاینه پستان ها، معاینه اندام ها از نظر ورم، معاینه واژن و لگن، تعیین تاریخ مراجعه بعدی

انجام پاپ اسمیر

- ارجاع فوری، در اولین فرصت و یا غیر فوری خانم در معرض خطر به پزشک عمومی

ثبت اقدامات در فرم مراقبت

آموزش و مشاوره تنظیم خانواده

تجویز اسید فولیک

ایمن سازی با واکسن توأم

تشخیص بارداری طبق دستورالعمل (بخش ب)

در مواردی که هم زمان با بارداری است. IUD خارج کردن

بارداری

ارایه مراقبت های معمول دوران بارداری شامل گرفتن شرح حال(مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، سوابق بارداری و زایمان قبلی، سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزاری و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)

- ارزیابی معمول مادر شامل تعیین سن بارداری، سؤال در مورد عوارض و شکایت های شایع، اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، معاینه اندام ها و صورت از نظر ورم، تعیین نمایه توده بدنی، معاینه پوست از نظر ضایعات، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، لمس حرکت جنین، معاینه پستان ها، تعیین تاریخ مراجعه بعدی، تکمیل جدول وزن گیری، ارزیابی علائم خطر فوری

- ارجاع فوری، در اولین فرصت و یا غیر فوری مادر در معرض خطر به پزشک عمومی

- ثبت اقدامات در فرم مراقبت، بررسی و ثبت نتیجه تشخیص بارداری

آموزش و مشاوره تنظیم خانواده

- تجویز مکمل های دارویی(اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)

- ایمن سازی با واکسن توأم و تزریق رگام (در صورت نیاز)

آموزش روش های کنترل درد زایمان(روش های غیردارویی) و مزایا و ضوابط شرکت در کلاس های آموزشی آمادگی پیش از زایمان(طبق دستورالعمل اجرایی و با اخذ گواهی نامه) زایمان و بلافاصله پس از زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

گرفتن شرح حال(مشخصات، وضعیت زایمان قبلی، سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت زایمان فعلی، موارد خطر زایمان فعلی)، ارزیابی علائم خطر فوری

- معاینه واژینال برای تعیین وضعیت زایمان، وضعیت کیسه آب و لگن
- انجام زایمان طبیعی در واحد تسهیلات زایمانی طبق دستورالعمل بخش مراقبتهای زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ث) و انجام مراقبت های ویژه طبق دستورالعمل بخش مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ج) شامل باز کردن رگ و تزریق سرم، باز کردن راه های هوایی، دادن اکسیژن، سوند گذاری، وضعیت دادن به مادر، آمنیوتومی، ماساژ دودستی رحم، تزریق عضلانی مترژن، تزریق عضلانی اکسی توسین، ترمیم محل پارگی های درجه یک و دو، کنترل صدای قلب و علائم حیاتی، انجام مانورهای مربوط به دیستوشی شانه، ساکشن، احیاء نوزاد، انجام زایمان بریج در صورت قریب الوقوع بودن، بررسی منبع خونریزی دهنده، کنترل خونریزی و وضعیت رحم، دادن بی حسی موضعی، انجام اپی زیاتومی، ترمیم اپی زیاتومی
- مراقبت از نوزاد طبق دستورالعمل بخش مراقبتهای زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ث)، دستورالعمل ارزیابی نوزاد تازه متولد شده(د)، مراقبت از نوزاد(ذ)
- انجام زایمان در منزل (در صورت نیاز و در موارد فوری)
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت، ترسیم پارتوگراف
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده
- تجویز مکمل های دارویی(آهن، مولتی ویتامین)، تجویز مسکن(استامینوفن، مفنمیک اسید)
- تزریق رگام (در صورت نیاز)

پس از زایمان

- ارایه مراقبت های معمول دوران پس از زایمان طبق دستورالعمل بخش مراقبت های دوران پس از زایمان(چ)، شامل گرفتن شرح حال(مشخصات، وضعیت زایمان، سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزاری و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)
- ارزیابی معمول مادر شامل سئوال در مورد عوارض و شکایت های شایع، اندازه گیری علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، معاینه اندامها از نظر ورم، معاینه پستان ها، معاینه محل بخیه ها، معاینه شکم(رحم)، تعیین تاریخ مراجعه بعدی
- انجام مراقبت های ویژه طبق دستورالعمل بخش مراقبت های ویژه پس از زایمان(ح) شامل باز کردن رگ و تزریق سرم، باز کردن راه های هوایی، دادن اکسیژن، سوند گذاری
- پاپ اسمیر، تزریق رگام (در صورت نیاز)، تجویز مسکن (مفنمیک اسید، استامینوفن)
- ارجاع فوری، در اولین فرصت و یا غیر فوری مادر در معرض خطر به پزشک عمومی
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت، آموزش و مشاوره تنظیم خانواده، تجویز مکمل های دارویی(آهن، مولتی ویتامین)

تجویز و تزریق عضلانی و وریدی سایر داروهای مورد نیاز مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان فقط توسط پزشک و یا کارشناس مامایی انجام می شود.

فهرست داروهای مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- آنتی بیوتیک ها شامل کپسول آموکسی سیلین، قرص اریترومایسین، کپسول و آمپول آمپی سیلین، کپسول سفالکسین، آمپول جنتامایسین، آمپول سفتریاکسون
- قرص آهن، قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده، قرص اسید فولیک
- قرص استامینوفن خوراکی یا شیاف، کپسول مفنامیک اسید
- واکسن توام، آمپول رگام، آمپول اکسی توسین
- مواد ضد عفونی کننده (ساوین، بتادین، الکل)
- سرمها (رینگر، قندی- نمکی، قندی، نرمال سالین)
- آمپول هیدرالازین، ویال سولفات منیزیوم
- آمپول مترژن، آمپول فنی توئین
- آمپول بتامتازون
- آمپول هیدروکورتیزون
- قرص و پماد واژینال کلوتریمازول
- آمپول و قرص پرومتازین
- آمپول و قرص متوکلوپرامید
- قرص و ژل مترونیدازول
- ژل موضعی لیدوکائین، آمپول هپارین
- شیاف یا پماد آنتی هموروئید، داروهای ملین
- آنتی هیستامین خوراکی
- داروهای احیاء نوزاد شامل اپی نفرین، بی کربنات سدیم، نالوکسان هیدروکلراید، نرمال سالین
- داروی بی حسی موضعی (لیدوکائین)
- واکسن های بدو تولد نوزاد (ب ث ژ، هپاتیت، فلج اطفال)، آمپول ویتامین ک ۱
- پتدین، آمپول فورسماید، آمپول مورفین
- آمپول بی پریدین، آمپول هالوپریدول، گلوکونات کلسیم
- کپسول آدالات، آمپول فنی توئین
- آمپول و قرص فنوباریتال، آمپول و قرص دیازپام
- آمپول سرم ضد کزاز
- سولفاستامید چشمی، تتراسیکلین چشمی
- آمپول سفازولین، الکل سفید یا اسپری فیکساتور

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

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