

برنامه کشوری مادری ایمن

مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما- پزشک عمومی

سرشناسه : اداره سلامت مادران
 عنوان و نام پدیدآور : برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما - پزشک
 عمومی/طراحی و تدوین [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۲
 وضعیت ویراست : ویراست ۴.
 مشخصات نشر : تهران: منشور الکترونیکی نگاه، ۱۳۸۹.
 مشخصات ظاهری : ۱۲۶ص. مصور(رنگی)، جدول، نمودار.
 شابک : ۹۷۸_۶۰۰_۹۲۱۶۴_۰_۶: ۱۰۰۰۰ ریال
 وضعیت فهرست نویسی : فیپا
 یادداشت : در ویراست قبلی کتاب حاضر شهرزاد والافر سرشناسه بوده است.
 یادداشت : بالای عنوان: برنامه کشوری مادری ایمن.
 عنوان دیگر : برنامه کشوری مادری ایمن.
 موضوع : مادر-خدمات پزشکی
 موضوع : مراقبت های پیش از زایمان - ایران
 موضوع : مراقبت های از زایمان
 رده بندی کنگره : ۱۳۹۲ م۴ ج۷ / RG۹۴۰
 رده بندی دیویی : ۶۱۳/۰۴۲۴
 شماره : ۲۲۰۵۵۸۲
 کتابشناسی ملی



عنوان کتاب: برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما - پزشک عمومی

تألیف: [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت،

اداره سلامت مادران، ۱۳۹۲

ناشر: تهران - منشور الکترونیکی نگاه، ۱۳۹۲.

چاپ اول: زمستان ۱۳۸۹

چاپ دوم: بهار ۱۳۹۱

چاپ سوم: زمستان ۱۳۹۲

تیراژ: ۲۵۰۰ جلد

قیمت: ۱۰۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸_۶۰۰_۹۲۱۶۴_۰_۶

تلفن مرکز پخش: قاضی میرسعید ۵۵۷۶۶۳۸۴ (۰۲۱) همراه ۰۹۱۲۴۶۴۸۰۹۱



- ۱.....
۶.....

الف - مراقبت‌های پیش از بارداری

- الف ۱- ملاقات پیش از بارداری..... ۱۰
تعاریف مراقبت‌های پیش از بارداری..... ۱۱
الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری..... ۱۵
الف ۳- بیماری‌ها و ناهنجاری..... ۱۶
الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش‌های پیش از بارداری..... ۱۹

ب - مراقبت‌های معمول بارداری

- ب ۱- اولین ملاقات بارداری..... ۲۱
ب ۲- مراقبت‌های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری..... ۲۲
ب ۳- مراقبت‌های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری..... ۲۳
تعاریف مراقبت‌های بارداری..... ۲۴

پ - مراقبت‌های ویژه بارداری

- پ ۱- علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج، شوک)..... ۳۱
پ ۲- فشارخون بالا..... ۳۲
پ ۳- خونریزی / لکه‌بینی..... ۳۳
پ ۴- درد شکم..... ۳۴
پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب..... ۳۵
پ ۶- تب..... ۳۶
پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)..... ۳۷
پ ۸- مشکلات ادراری - تناسلی..... ۳۸
پ ۹- تهوع و استفراغ..... ۳۹
پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین..... ۴۰
پ ۱۱- ورم..... ۴۱
پ ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی..... ۴۲
پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن‌گیری نامناسب..... ۴۳
پ ۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی..... ۴۴
پ ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی در بارداری..... ۴۵
پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری‌ها..... ۴۶
۱: آرتریت روماتوئید - ۲: آسم - ۳: اختلال انعقادی - ۴: ایدز - ۵: ایسکمی قلبی - ۶: بیماری‌های دریچه‌ای قلب - ۷: بیماری‌های گوارشی -
۸: بیماری‌های مزمن کلیه - ۹: پرکاری تیروئید - ۱۰: پرولاکتینوما - ۱۱: پیوند کلیه - ۱۲: تالاسمی مینور - ۱۳: ترومبوسیتوپنی / ترومبوسیتوپنی -
۱۴: تورچ - ۱۵: دیابت - ۱۶: سل - ۱۷: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان - ۱۸: صرع - ۱۹: کم کاری تیروئید - ۲۰: لوپوس -
۲۱: مالتیپل اسکلروزیس - ۲۲: میگرن - ۲۳: ناهنجاری‌های اسکلتی - ۲۴: ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی - ۲۵: هیپاتیت)
پ ۱۷- اختلالات روانی / همسرآزاری..... ۵۱
(افسردگی، اضطراب، وسواس - افسردگی ماژور، اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوفرنیا - سابقه یا وقوع همسرآزاری)
پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی..... ۵۲

- ۱) اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر، مصرف سیگار و دخانیات- ۲: بارداری همزمان با IUD- ۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۳۵ سال - ۶: بارداری با قرص لاینسترونول، قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی، کاشتنی‌ها- ۷: بارداری با TL- ۸: تروما- ۹: چندقلویی- ۱۰: حاملگی ناخواسته- ۱۱: سن بارداری نامشخص- ۱۲: شغل سخت و سنگین- ۱۳: شیردهی همزمان با بارداری- ۱۴: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال - ۱۵: مصرف الکل- ۱۶: ناسازگاری‌های خونی - ۱۷: نمایه توده بدنی غیر طبیعی)
- پ ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی..... ۵۶
- ۱) آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی- ۴: چند قلویی - ۵: زایمان دیررس- ۶: زایمان زودرس- ۷: زایمان سخت/ سریع- ۸: سزارین - ۹: سابقه مول/سابقه- ۱۰: سابقه نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- ۱۱: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۲: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)

ت - مراقبت‌های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی و زایمان در منزل در موارد فوری

- ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان..... ۵۷
- ت ۲- مراقبت‌های مرحله اول و دوم زایمان..... ۵۸
- ت ۳- مراقبت‌های مرحله سوم و چهارم زایمان..... ۵۹
- ت ۴- مراقبت‌های ۶ ساعت اول پس از زایمان..... ۶۰
- تعاریف مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان..... ۶۱

ث - مراقبت‌های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)

- ث ۱- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)..... ۷۱
- ث ۲- فشارخون بالا..... ۷۲
- ث ۳- خونریزی..... ۷۳
- ث ۴- عدم پیشرفت زایمان..... ۷۴
- ث ۵- زجر جنین/ دفع مکنونیوم..... ۷۵
- ث ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس..... ۷۶
- ث ۷- پارگی کیسه آب..... ۷۷
- ث ۸- پرولاپس بندناف..... ۷۸
- ث ۹- نمایش غیر طبیعی..... ۷۹
- ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان..... ۸۰
- ۱) آئمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: ارهاش 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: گراند مولتی پار- ۱۳: ماکروزومی- ۱۴: مرگ جنین- ۱۵: هپاتیت/ HBsAg مثبت- ۱۶: هرپس ژنیتال- ۱۷: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰)
- ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان..... ۸۴
- 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)
- ث ۱۲- بیماری‌ها..... ۸۵
- ۱) آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری‌های دریچه‌ای قلب- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس- ۷: صرع- ۸: هیپرتیروئیدی)
- ث ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی..... ۸۷
- ۱) آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین / جراحی رحم و شکم- ۶: مرده‌زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)

ج - مراقبت‌های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ سال اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

- ج ۱- مراقبت‌های ملاقات اول و دوم پس از زایمان..... ۸۹

ج ۲- مراقبت‌های ملاقات سوم پس از زایمان.....	۹۰
تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان.....	۹۱

چ - مراقبت‌های ویژه پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

چ ۱- علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل).....	۹۵
چ ۲- خونریزی / لکه‌بینی.....	۹۶
چ ۳- تب.....	۹۷
چ ۴- درد.....	۹۸
چ ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج.....	۹۹
چ ۶- اختلالات روانی.....	۱۰۰
چ ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی / آنمی.....	۱۰۱
چ ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، بیماری زمینه‌ای).....	۱۰۲

ح - راهنما

ح ۱- ارجاع فوری.....	۱۰۴
ح ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی.....	۱۰۴
ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی.....	۱۰۵
ح ۴- کوراژ.....	۱۰۷
ح ۵- وارونگی رحم.....	۱۰۷
ح ۶- مکمل‌های دارویی.....	۱۰۷
ح ۷- زایمان در منزل.....	۱۰۸
ح ۸- توصیه‌های بهداشتی در بارداری.....	۱۱۰
ح ۹- توصیه‌های بهداشتی پس از زایمان.....	۱۱۰
ح ۱۰- مصرف داروها در شیردهی.....	۱۱۰
ح ۱۱- مشاوره و باروری سالم.....	۱۱۱
ح ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر.....	۱۱۱
ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری.....	۱۱۲
ح ۱۴- مصرف داروها در بارداری.....	۱۱۳

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

خ ۱- احیاء نوزاد / تعاریف احیاء نوزاد.....	۱۱۶/۱۱۵
خ ۲- نشانه‌های خطر.....	۱۱۷
خ ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه‌های نوزاد.....	۱۱۸
خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری.....	۱۱۹
خ ۵- عفونت‌های موضعی.....	۱۲۰

د - مراقبت از نوزاد

د ۱- مراقبت از نوزاد.....	۱۲۳/۱۲۲
---------------------------	---------

ضمائم

- شرح وظیفه کاردان مامایی در برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
- فهرست داروهای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
- فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران
- فرم‌ها:
 - فرم مراقبت پیش از بارداری
 - فرم مراقبت بارداری
 - فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی
 - فرم مراقبت پس از زایمان
- فهرست واژه‌ها

تهیه کنندگان این مجموعه

• **مسئول طراحی و تدوین:** اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت

• **اعضای گروه طراحی و تدوین (به ترتیب حروف الفبا):**

- امامی افشار، نهضت. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- بخشنده، مرضیه. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- ترکستانی، دکتر فرحناز. رئیس اداره سلامت مادران
- جلیوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی
- حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
- رادیویان، لاله. کارشناس مامایی
- رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- عابدینی، دکتر مهران دخت. متخصص زنان و زایمان
- والاقر، شهرزاد. کارشناس مامایی
- هادی پور چهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- زیر نظر: مطلق، دکتر محمداسماعیل. مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

• **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 متخصص کودکان، دکتر ناصر افضلیان متخصص کودکان
- دکتر محمد اسلامی، دکتر سیدمحمدرضالاجوردی متخصص داخلی،
- 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 شیمیا 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، هپاتیت، 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 مشورتی اعتلای سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا)

* آرام، دکتر شهناز	* حنطوش زاده، دکتر صدیقه	* قاضی زاده، دکتر شیرین
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* ازهر، دکتر حشمت الله	* خشتی، دکتر فاطمه	* قهیری، دکتر عطاءالله
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمیدانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
* اکبریان، دکتر عبدالرسول	* رحیمی شعرباف، دکتر فاطمه	* کریم زاده میبیدی، دکتر محمد علی
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد
* برنا، دکتر صدیقه	* سیاح ملی، دکتر منیژه	* معتضدیان، دکتر شهدخت
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز	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 شهید بهشتی

*** مؤید محسنی، دکتر سکینه**

متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه 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

*** علامه، دکتر زهرا**

متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

*** چایچیان، دکتر شهلا**

متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ایران

اعضای کمیته اجرائی اعتلای سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا)

*** آزاد رزم، مریم**

بهورز خانه بهداشت نظام آباد دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** حدیدی، دکتر علی**

مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** صالحی فرد، دکتر علی ضامن**

مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

*** قادر پناه، فاطمه**

بهورز خانه بهداشت سرا دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*** احمدی، محترم**

کارشناس مسئول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** حدیدی، مریم**

بهورز خانه بهداشت گندمان دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

*** طبائی، 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

*** خالقی تبار، مریم**

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** طیبی، دکتر خدیجه**

کارشناس بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** کاملی، 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

*** عباسپور، معصومه**

بهورز خانه بهداشت دراز محله دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** کولانی، مهناز**

کارشناس بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** اکبر، فریبا**

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** خلفیان، دکتر پوران**

کارشناس مسئول 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 مسئول بهداشت خانواده شهرستان دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** دلیلی، دکتر آریتا**

پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** علیزاده خیابانی، حسنیه**

کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** ملاشیحی، مهری**

کارشناس مسئول برنامه مادر و کودک استان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*** باغرامیان، دکتر آرموند**

پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** شهیدی، شهلا**

کارشناس مسئول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** فتحی، پری**

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*** میرحاج، زهرا**

بهورز خانه بهداشت زیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

*** پاکروان، افسانه**

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** شیخ عطاری، دکتر پیام**

مدیر گروه بهداشت خانواده استان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*** فرزادفر، دکتر فرشاد**

کارشناس ارشد مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت ستاد مرکزی وزارتخانه

*** نیاکان، اعظم السادات**

کارشناس مسئول برنامه مادران استان دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** جفت یاری، نسرين**

کاردان مامائی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

*** صداقت، دکتر بنفشه**

پزشک مرکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

*** فضیلت، صدیقه**

کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

*** یوسفی، مهری**

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:

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی

* فرشباف قاسمی راسخ، نسربین کارشناس برنامه مادران استان	* عارف حسینی، ناهید کارشناس برنامه مادران استان	* نادر فام، دکتر شاپو معاون بهداشتی شبستر	* ستاری، نسربین مسئول بهداشت خانواده شبستر
* پیری، ابراهیم مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* پور نورانی، سیمین کارشناس بهداشت خانواده شبستر	* محمد زاده، دکتر مجتبی مسئول امور بهورزی شبستر	* درستکار، دکتر محبوبه مدیر گروه بهداشت خانواده استان

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

* عقدک، دکتر پژمان مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* شهیدی، شهلا مسئول برنامه مادران استان	* طغیانی، راهله کارشناس برنامه مادران استان	* مطیع، زهرا کارشناس برنامه مادران استان
* عامریان، دکتر امید مدیر شبکه بهداشت و درمان اردستان	* نیکخواه فرد، مژگان معاون بهداشتی اردستان	* نادری، دکتر نادر کارشناس برنامه مادران استان	* نعمت اللهی، فرحناز مسئول بهداشت خانواده
* روح پرور زاده، نسیم مسئول برنامه مادران اردستان	* بازاری، ناهید کارشناس بهداشت خانواده اردستان	* صدوقی، زهرا کارشناس بهداشت خانواده اردستان	* انصاری پور، زهرا مسئول آموزش بهورزی استان

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

* انارکی، دکتر آرزیتا مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* 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 مسئول آموزش بهورزی استان	* بحریه، تهمینه کارشناس آموزشگاه بهورزی گناوه	* میرزایی، ماهتاج مسئول آموزشگاه بهورزی گناوه

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

* نصیرزاد، دکتر شیرین مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* نیاکان، اعظم السادات کارشناس برنامه مادران استان	* قره خانی، دکتر بهناز مسئول 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	* شکوهی، مهین کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر	

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی چهارمحال و بختیاری

* صالحی فرد، دکتر علی ضامن مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* خلفیان، دکتر پوران مسئول برنامه مادران استان	* نصری، دکتر پیمان پزشک مرکز بهداشتی درمانی بروجن	* همتیان، سیاوش کارشناس بهداشت خانواده بروجن
* سعادت، دکتر میترا کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* اروجی، شهین کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* کریمیان، محترم کاردان بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی بروجن	
* بناثیان، 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 بازنگری مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارائه داده اند:

✪ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی چهارمحال و بختیاری

* راستی، راضیه کارشناس بهداشت خانواده بروجن	* جعفرپور، معصومه کاردان مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن	* گلشاهی، طاهره کارشناس بهداشت خانواده بروجن	
--	--	---	--

* کردیان، اکرم
کاردان مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن

* فروهی، بنفشه
کارشناس بهداشت خانواده بروجن

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان

* صابری فرد، دکتر ایرج
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* صحافی، دکتر فرزانه
مسئول برنامه مادران استان

* رضازاده متقی، نجمه
کارشناس برنامه مادران استان

* آقاسی یزدی، زهرا
کارشناس برنامه مادران استان

* شریفی، پروین
مسئول بهداشت خانواده قوچان

* بهزادفر، اعظم
کارشناس برنامه مادران قوچان

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوزستان

* جمشیدی، دکتر فرخنده
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* ثابت قدم، دکتر سید محمد
مسئول برنامه مادران استان

* ترابی زاده، دکتر مهدی
کارشناس بهداشت خانواده استان

* افکانه، بلقیس
مسئول بهداشت خانواده آبادان

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

* فریور، دکتر فرشید
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* ریاضی دوست، آذر
مسئول برنامه مادران استان

* جندقی، دکتر جعفر
معاون بهداشتی دانشگاه

* رحیمیان، دکتر ندا
پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

* نصیری، دکتر آذر
پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

* عبدالله پور، دکتر ابوالفضل
سرپرست شبکه بهداشت و درمان گرمسار

* علی بیگی، دکتر مهناز
مسئول بهداشت خانواده گرمسار

* چوزوکلو، نیره
کارشناس بهداشت خانواده گرمسار

* محمدی، طاهره
کارشناس بهداشت خانواده گرمسار

* کشمیر، شهناز
کاردان بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

* افشاری، ابوالحسن
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* نیکروی سیاسر، زهرا
کارشناس برنامه مادران استان

* رضایی کهخایی، زهرا
کارشناس برنامه مادران استان

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس

* کدیور، دکتر علی اکبر
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* مظلومی، عزت
مسئول برنامه مادران استان

* مفاضی، مرضیه
مسئول بهداشت خانواده آب

* نمازی، هما
کارشناس برنامه مادران آباده

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

* جمشیدپور، مهرانگیز
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* عسگریان، سارا
مسئول برنامه مادران استان

* سمیعی، دکتر سعید
پزشک بهداشت خانواده استان

* نیکرو، فریبا
کارشناس بهداشت خانواده صحنه

* شفیع، دکتر فریبا
پزشک بهداشت خانواده صحنه

* رضازاده، لیلا
کارشناس بهداشت خانواده صحنه

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

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

* رضایی، نسرين
مسئول بهداشت خانواده صحنه

* نوشادفر، ویدا
کارشناس مامایی بهداشت خانواده صحنه

* ملکی، حاجی مراد
بهورز خانه بهداشت میرعزیزی صحنه

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

* بیدارپور، دکتر فرزاد
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* ملاشیخی، مهري
مسئول برنامه مادران استان

* اسماعیلی، قمری
مسئول بهداشت خانواده سقز

* فتحی، پری
کارشناس بهداشت خانواده سقز

* یوردیان، شهلا
کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی سقز

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

* کردی، دکتر خدیجه
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* خاری، دکتر سمره
مسئول برنامه مادران استان

* جلالی، مریم
کارشناس برنامه مادران استان

* حاجی مرادلو، دکتر نغمه
مسئول بهداشت خانواده آق قلا

* کرباسی، مریم
مربی آموزش بهورزی استان

* نبی پور املشی، هاجر
مربی آموزش بهورزی استان

* لاری، گلچهره
کارشناس برنامه مادران آق قلا

* نیکجوی تبریزی، دکتر دیده زهرا
مسئول بهداشت خانواده بندرگز

* قربانی، وینا
کارشناس برنامه مادران بندرگز

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

* اردلان، دکتر پریسا
سرپرست بهداشت خانواده استان

* طیبی، دکتر خدیجه
مسئول برنامه مادران استان

* احمدی، محترم
کارشناس برنامه مادران استان

* بابازاده، دکتر جواد
مسئول بهداشت خانواده ساری

* تولایی، خدیجه
کارشناس برنامه مادران ساری

* کیانفر، جمیله
کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی ساری

* 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
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* حبیب پور، ستاره
کارشناس برنامه مادران استان

* مرادی، سهیلا
مسئول بهداشت خانواده بندرلنگه

* معصومی، ماندانا
کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی گاو بندی

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان

* کاظم زاده، دکتر محمد
مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* قهرمانی، معصومه
مسئول برنامه مادران استان

* غضنفرزاده، بهجت
مسئول برنامه مادر و کودک استان

* ربیعی، زهرا
مسئول بهداشت خانواده تویسرکان

* منصور، شیرین
کارشناس برنامه مادران تویسرکان

✧ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد

* شریفی، دکتر مسعود
رییس مرکز بهداشت مهریز

* عیدی نسب، مهناز
مسئول برنامه مادران است

* طباطبایی، منیرالسادات
مامای بهداشت خانواده مهریز

* کمالی فرد، مهین
مسئول بهداشت خانواده مهریز

* جلال پور، زهرا
مربی بهورزی مهریز

* جعفری، طاهره
مامای مرکز بهداشتی مهریز

مراقبت با کفایت از مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان یکی از راهکارهای کاهش مرگ و میر مادران محسوب می شود و هیچ تردیدی در اثر بخشی آن برای به ثمر رساندن یک بارداری سالم و تامین سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد. در سال های متعددی افزایش دسترسی به مراقبت ها به عنوان اولویت نظام بهداشت و درمان کشور مطرح بود که با توسعه شبکه بهداشت و درمان، این امر میسر گردید و پوشش کمی این مراقبت ها به حد قابل توجهی افزایش یافت. از آن پس بهبود کیفیت خدمات نیز مورد توجه سیاست گذاران برنامه سلامت قرار گرفت. از این روی استانداردهای خدمات فوق در اداره سلامت مادران و تیمی متشکل از متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در سطوح اجرائی از سال ۱۳۷۸ آغاز و منجر به تهیه و چاپ مجموعه های آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران (در سطح پزشک- ماما و کارشناس- کاردان بهداشت خانواده) شد.

در این مجموعه استانداردهای خدمت در مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان در خارج از بیمارستان و پس از زایمان تعیین، مراقبت ویژه در این مقاطع تعریف و اقدامات لازم در این موارد برای سطح دوم ارائه دهنده خدمت (کارشناس مامایی و پزشک) مشخص شده است. برنامه از سال ۱۳۸۲ در ۱۴ دانشگاه (هر دانشگاه یک شهرستان) به مدت دو سال بصورت آزمایشی اجرا و پس از ارزشیابی و اعمال اصلاحات، در سال ۱۳۸۵ به کل کشور تعمیم یافت.

نسخه حاضر شامل اصلاحات انجام شده بر اساس آخرین دستور عمل های اداره سلامت مادران تهیه شده که امید است بهره گیری از آن، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و نوزادان موثر باشد. با تشکر ویژه از جناب آقایان دکتر آرش عازمی خواه و دکتر بهرام دلاور که این برنامه به همت ایشان آغاز شد و با سپاس از تمامی مسئولین و کارشناسان محترم حوزه معاونت بهداشت در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در تدوین این مجموعه همکاری داشتند.

اداره سلامت مادران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماما و پزشک گرمی!

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

• آشنایی با مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل ۱۲ قسمت: جداول مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان، مراقبت‌های پیش از بارداری (بخش الف)، مراقبت‌های معمول بارداری (بخش ب)، مراقبت‌های ویژه بارداری (بخش پ)، مراقبت‌های معمول حین زایمان و بلافاصله پس از زایمان (بخش ت)، مراقبت‌های ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان (بخش ث)، مراقبت‌های معمول پس از زایمان (بخش ج)، مراقبت‌های ویژه پس از زایمان (بخش چ)، راهنما (بخش ح)، ارزیابی نوزاد (بخش خ)، مراقبت از نوزاد (بخش د) و ضمائم است.

✦ جداول مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر ارائه می‌شود. تقسیم‌بندی خدمات در این جداول براساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت‌هایی که در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارائه می‌گردد.

✦ بخش مراقبت‌های پیش از بارداری به منظور ارائه خدمت به زنانی است که تصمیم دارند باردار شوند. به نظر می‌رسد 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.

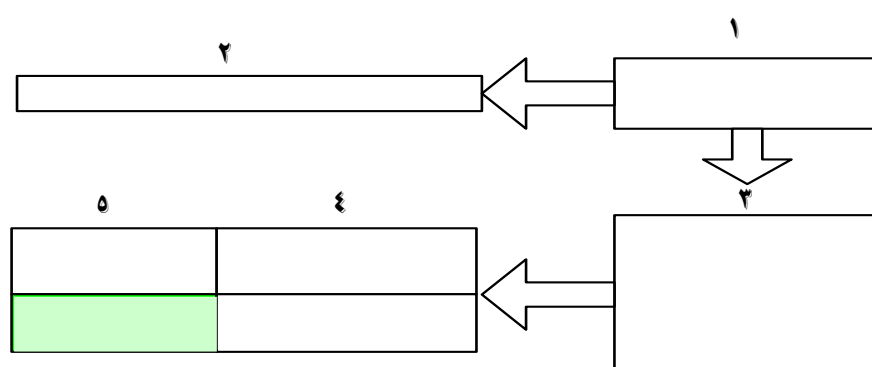
✦ بخش تشخیص بارداری به منظور کمک به تشخیص و تأیید بارداری در خانمی است که با شک به بارداری و یا قطع قاعدگی مراجعه می‌کند. فرد مراجعه کننده، ابتدا ارزیابی شده، سپس براساس نتیجه ارزیابی، گروه‌بندی و متناسب با گروه تعیین شده برای وی اقدام مورد نیاز انجام می‌شود. در صورتی که اقدام مورد نظر درخواست آزمایش تشخیص بارداری یا سونوگرافی است، با توجه به نتیجه آزمایش یا سونوگرافی برای خانم تصمیم‌گیری و خدمت مناسب ارائه می‌شود.

بیشتر خانم‌هایی که خدمات معمول را دریافت می‌کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می‌کنند. 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 **مراقبت‌های معمول** بارداری، زایمان و پس از زایمان، خدمات استاندارد است که باید در هر بار مراقبت برای دریافت‌کننده خدمت به ترتیب انجام دهید. چارت مراقبت‌های 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.

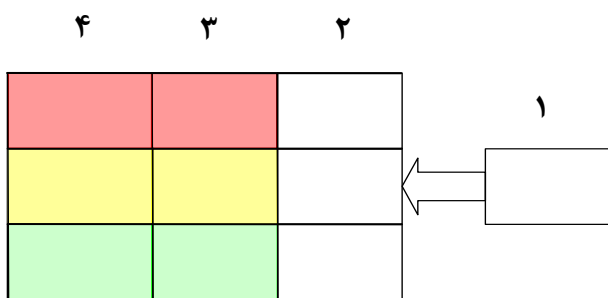
خانه شماره ۴- علائم و نشانه‌های حاصل از ارزیابی را گروه‌بندی کنید.

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

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

✦ **بخش مراقبت‌های ویژه** برای ارزیابی موارد نیاز مادرانی است که در بارداری، زایمان یا پس زایمان در معرض خطر قرار می‌گیرند. در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت‌های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، بررسی می‌شود.

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



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 گروه‌بندی کنید.

خانه شماره ۳- با توجه به گروه‌بندی، تشخیص یا تشخیص

احتمالی عارضه یا بیماری را درمی‌یابید. تشخیص احتمالی در

ارزیابی نوزاد نیز براساس بررسی همه یا برخی از علائم صورت می‌گیرد.

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 طبقه‌بندی تعدادی از علائم و بیماری‌ها با یک عنوان مشترک امکان‌پذیر نبود، این موارد تحت عنوان «سایر موارد»

در بخش‌های مراقبت ویژه بارداری، زایمان و پس از زایمان طبقه‌بندی شده است. همچنین برای انجام برخی اقدامات خاص،

راهنما نیز تدوین شده است که در خانه «اقدام» به آنها اشاره شده است. قسمت بیماری‌ها، سوابق و سایر موارد خطر در

بارداری فعلی نیز جزو بخش مراقبت‌های ویژه بارداری محسوب می‌شود.

مفهوم رنگ‌ها

در چارت‌های ارزیابی خدمت از سه رنگ قرمز، زرد، سبز استفاده شده است.

الف- رنگ قرمز نشان‌دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/نوزاد را تهدید می‌کند و اقدام مناسب این رنگ **ارجاع**

فوری (بلافاصله) به همراه اقدامات اولیه حین ارجاع به **نزدیک‌ترین مرکز مجهز درمانی** است. ارائه‌دهنده خدمت موظف است

مادر و یا نوزاد را سریعاً با آمبولانس یا هر وسیله نقلیه دیگر ارجاع دهد.

ب- رنگ زرد نشان‌دهنده 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 می‌کند. 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 می‌کند.

پ- رنگ سبز نشان‌دهنده امکان ارزیابی کامل خدمت توسط پزشک یا ماما بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است، مگر در شرایطی

که اقدامات ارزیابی 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 خانه‌های «اقدام»، مراقبت‌ها در بیش از یک حالت تعریف می‌شود یعنی اقدام‌های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام‌های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می‌شود 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 خانه‌ای به رنگ زرد مشخص شده است.

• اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارائه 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 مراقبت‌های دوران بارداری و پس زایمان در تاریخ‌های 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 ارائه مراقبت‌های ویژه باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.
- پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارائه‌دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطوح پایین تر، بر نحوه ارائه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
- از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادری که به دلایلی ارجاع فوری می‌شود، 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 ارائه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم‌های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم‌های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

پیش از بارداری (الف)

- بسیاری از بیماری‌ها 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 می‌دهد.
- بیماری‌ها 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، مصرف‌کنندگان الکل و دخانیات و مواد مخدر، ابتلا به عفونت‌های علامت دار واژینال، نمایه توده بدنی بیش از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵ و یا اختلالات تغذیه‌ای، سندرم تخمدان پلی کیستیک و....

■ از این رو انجام مراقبت 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 می‌خواهند قطع کنند،
- ۲- تمامی خانم‌هایی که با **تست حاملگی منفی** مراجعه کرده اند و تمایل به بارداری دارند،
- ۳- تمامی خانم‌هایی که از هیچ روشی استفاده نمی‌کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از بارداری مراجعه کرده‌اند و

تمایل به بارداری در آینده دارند، برای این افراد حداکثر طی ۶ ماه اول پس از مراجعه، مراقبت 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 حاملگی‌های پر خطر، وی را به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تشویق و توصیه نمود.

نکته ۲: این مراقبت تا مدت **یک سال** اعتبار دارد، بدین معنا که در صورت ارایه یک بار مراقبت پیش از بارداری، تا یک سال نیاز به تکرار نیست. بدیهی است در صورتی که نتیجه مراقبت پیش از بارداری غیرطبیعی 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 (ب)

- مراقبت‌های 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 نگه‌داری شود.
- مراقبت‌های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می‌گردد (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 می‌شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی‌داند، 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 آزمایش‌ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می‌کند.
- در صورتی که مادر باردار به دریافت خدمات درمانی دندان‌پزشکی نیاز دارد، مناسب‌ترین 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 هفته‌های ۲۸ تا ۳۲ ارزشمند است.
- به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان، مادر باردار باید از هفته ۲۰ بارداری در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت کند. از این رو لازم است ضمن آموزش به مادر در مورد مزایا و ضوابط شرکت در کلاس‌های آمادگی پیش از زایمان، مادر در زمان مناسب، به نزدیک‌ترین محل برگزاری کلاس معرفی شود.

زایمان و بلافاصله پس از زایمان (ت)

- هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی شامل پوشیدن گان و پیش‌بند، چکمه (در صورت نیاز و امکان)، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک انجام شود.
- وسایل زایمان می‌باید 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، قفسه‌های شیشه‌ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
۳. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درها با چسب پوشانده شود.
۴. دو شاخه چراغ می‌بایست خارج از اتاق زایمان به پریش 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 می‌باشد. بعد از این مدت، دو شاخه را از پریش 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 می‌گیرد، 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 می‌شود، باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر به میزان ۳۲ قطره در دقیقه براساس نیاز وی توصیه می‌شود. در مورد خونریزی، اولویت با سرم رینگر و در نبود آن با سالیین نرمال یا سرم قندی- نمکی، در مورد فشارخون بالا، سرم رینگر یا قندی و در مورد دیابت فقط سرم رینگر توصیه می‌شود.

■ 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 قریب‌الوقوع 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 انجام‌پذیر باشد.»

- در هنگام زایمان قریب‌الوقوع 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 خ)» ارزیابی شود.
- قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه‌های آرایه شده در بخش مراقبت از نوزاد (بخش د) به مادر آموزش داده شود.
- نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

پس از زایمان (ج)

- مراقبت‌های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می‌شود 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 می‌شود. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می‌شود.
- برای مادری که در بیمارستان زایمان می‌کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می‌توان 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 مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان 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)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	<ul style="list-style-type: none"> مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، تعیین سن بارداری، مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی / همسرآزاری، رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل شکایت‌های شایع و علائم خطر، تروما آخرین روش پیشگیری از بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی حرکت جنین، تروما 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی توجه به تاریخ تقریبی زایمان حرکت جنین، تروما 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی حرکت جنین، تروما 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی حرکت جنین، تروما 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر شکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسرآزاری مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی حرکت جنین، تروما
معاینه بالینی	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری قد و وزن تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن‌گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاینه دهان و دندان معاینه فیزیکی معاینه واژن و لگن معاینه دهان و دندان 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاینه چشم، اندام‌ها و صورت، دهان و دندان، پوست شنیدن صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاینه چشم، اندام‌ها و صورت، دهان و دندان، پوست شنیدن صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاینه چشم، اندام‌ها و صورت، دهان و صورت، شکم شنیدن صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاینه چشم، اندام‌ها و صورت، شکم شنیدن صدای قلب جنین 	<ul style="list-style-type: none"> اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاینه چشم، اندام‌ها و صورت، شکم شنیدن صدای قلب جنین
آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی	<ul style="list-style-type: none"> CBC, BG, Rh, FBS, TSH, U/A, U/C, HBsAg, (در صورت نیاز)، پاپ اسمیر و تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز) VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر) 	<ul style="list-style-type: none"> FBS, CBC, BG, Rh, U/A, U/C, BUN, Crea, HBsAg (در صورت نیاز)، VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر)، نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر) پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> سونوگرافی هدمند در هفته ۱۶ تا ۱۸ به منظور بررسی وضعیت جنین، محل جفت و آنومالی جنین پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم در هفته ۱۷-۱۵ بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> CBC, U/A, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری 	<ul style="list-style-type: none"> سونوگرافی در هفته ۳۸ تا ۴۰ بارداری

ادامه جدول راهنمای مراقبت‌های بیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷ هفته	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	پیش از بارداری	زمان مراقبت نوع مراقبت
<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر، شکایت‌های شایع - تغذیه/مکمل‌های دارویی - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی - بهداشت فردی و دهان و دندان - عدم مصرف مواد مخدر/سیگار/الکل - مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر، شکایت‌های شایع - تغذیه/مکمل‌های دارویی - فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان - شیردهی/زمان مناسب بارداری بعدی - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/مکمل‌های دارویی - بهداشت فردی و دهان و دندان - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - عدم مصرف مواد مخدر/داروی - سیگار و دخانیات/الکل - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - علائم خطر - تغذیه/مکمل‌های دارویی - بهداشت فردی و دهان و دندان - شکایت‌های شایع - شیردهی - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان - عدم مصرف مواد مخدر/داروی - سیگار و دخانیات/الکل - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه/مکمل‌های دارویی - عدم مصرف مواد مخدر/داروی مخدر، سیگار و دخانیات/الکل - علائم خطر/شکایت‌های شایع - تاریخ مراجعه بعدی 	<ul style="list-style-type: none"> - بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان - تغذیه/مکمل‌های دارویی - عدم مصرف مواد مخدر/داروی مخدر، سیگار و دخانیات/الکل - علائم خطر/شکایت‌های شایع - تاریخ مراجعه بعدی - شغل سخت و سنگین - تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز) - زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن 	آموزش و مشاوره
اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)					اسید فولیک	مکمل‌های دارویی
توأم در صورت نیاز - رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری					سرخجه و توأم (در صورت نیاز)	ایمن‌سازی

جدول راهنمای مراقبت‌های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ روزهای ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۴۲ تا ۶۰
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات، وضعیت زایمان - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه‌ای، وضعیت شیردهی، سرگیجه، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل‌های دارویی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر - سؤال در مورد ترشحات مهبل و خونریزی، مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، بیماری زمینه‌ای، وضعیت شیردهی، شکایت شایع، همسرآزاری، درد، مصرف مکمل‌های دارویی	- 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 مکمل‌های دارویی
معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	- معاینه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	- معاینه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها - کنترل علائم حیاتی، حال عمومی
آزمایش‌ها	-----	-----	- پاپ اسمیر (در صورت نیاز) - در مبتلایان به دیابت بارداری: FBS, OGTT (ناشتا و دو ساعته)
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره باروری سالم، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز در هفته ۶ پس از زایمان، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد
مکمل‌های دارویی	آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن‌سازی	-----	-----	رگام در مادر اره‌اش منفی با نوزاد اره‌اش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان

الف-مراقبت های پیش از بارداری

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری صفحه ۱۰

تعاریف مراقبت های پیش از بارداری صفحات ۱۱-۱۴

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری صفحه ۱۵

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها صفحه ۱۶-۱۸

الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری صفحه ۱۹

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 ، 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 ، سن زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر ،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>تشکیل پرونده گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p>اندازه گیری کنید: قد ،وزن ،علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید: 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 ح 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>	

گروه بندی کنید

تعاریف مراقبت‌های پیش از بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آزمایشهای پیش از بارداری: گروه خونی و ارهاش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، TSH، کامل وکشت 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 بیماری‌های 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 آنتی‌بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه ایمن نشده باشد و سابقه ابتلا به سرخجه 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 مکمل‌های 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 می‌دهد و باعث می‌شود فرد

مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی 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.

ایمن‌سازی: واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.

نکته: واکسن سرخجه را در صورت تمایل خانم و منفی بودن تیترا آنتی‌بادی ضد سرخجه تزریق کنید. در صورت تزریق واکسن وپروس زنده سرخجه، خانم باید حداقل تا یک ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند.

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

پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب‌های پوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای 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 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. تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار (گراویندکس)، آزمایش خون (BHCG) و سونوگرافی باشد.

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 دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.

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: ۲-۳ بار سقط متوالی

شرح حال: شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هیپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه قلبی سرطان پستان در خانم‌های 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، 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 به گونه‌ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.

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

علائم حیاتی: فشارخون، درجه حرارت، نبض و تنفس را اندازه‌گیری 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، تحریک‌پذیری 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، کم‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم‌خوابی، پراشتهایی، کم‌اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب‌رسان 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 فاصله‌گذاری محاسبه نمی‌شود).

مرده‌زایی: مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه‌ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نمی‌کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی‌دهد.

نکته: دوره پری‌ناتال 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 دندان و آبسه معاینه کنید.

معاینه فیزیکی: خانم به شرح زیر معاینه می‌شود:

- بررسی اسکلازا از نظر زردی و ملتحمة چشم از نظر کم‌خونی

- بررسی پوست از نظر بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول‌های تیروئید

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

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

- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال 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 راشیتیس، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می‌شود.

- به منظور بررسی عفونت، توده، وضعیت رحم و ضمام آن، وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات، معاینه واژینال (توسط ماما یا پزشک عمومی زن) انجام می‌شود.

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 می‌تواند 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 خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می‌شود.

مدت اعتبار مراقبت پیش از بارداری یک سال است.

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

وضعیت فعلی و سوابق	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
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 ۳- 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
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، احتمال افزایش ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰	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 - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی برای ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز
مصرف سیگار و دخانیات، الکل، اعتیاد به مواد مخدر / داروی مخدر	افزایش احتمال آئمی، 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 سمپتی 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
- سابقه مول کمتر از یک سال - سابقه دو بار سقط یا بیشتر	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
سابقه نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، زایمان زودرس، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، آئمی	تاکید به رعایت فاصله مناسب برای بارداری از نظر تداوم شیردهی، ارتباط عاطفی مادر و شیرخوار و بهبود سلامت جسمانی مادر
بارداری پنجم و بالاتر، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آئمی، ناهنجاری جنین، زایمان سخت	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
سزارین تکراری	احتمال جفت سرراهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	تاکید بر عوارض سزارین تکراری تاکید بر انجام سونوگرافی در بارداری بمنظور تعیین دقیق محل جفت

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱ آسم	-تشدید بیماری در یک سوم بیماران -افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس	-درمان آسم و استفاده از روش پیشگیری از بارداری تا بهبود عملکرد ریه -مجاز بودن مصرف استروئید ها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص در بارداری
۲ آنمی فقر آهن	احتمال زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	-درمان دارویی در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۲g/dl -ادامه درمان خوراکی تا ۳ ماه پس از اصلاح میزان هموگلوبین
۳ آنمی داسی شکل	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، دکولمان جفت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین	-تجویز اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز -تاکید به مراقبت دقیق بارداری
۴ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص
۵ ایدز	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	-ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز /مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۶ بیماری بافت همبند -لوپوس	احتمال تشدید بیماری، کم خونی، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، آمبولی ریه، ترومبوآمبولی وریدی، مرگ مادر، مرگ نوزاد	-ارجاع به متخصص مربوط -کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن
۷ بیماری بافت همبند- آرتريت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	-ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۸ بیماری تیروئید- پرکاری	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
۹ بیماری تیروئید - کم کاری	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۱۰ بیماری قلبی- ایسکمی	افزایش مورتالیتی مادر	-ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط -تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
بیماری قلبی - دریچه ای	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 آندوکاردیت 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
بیماری قلبی - ناهنجاری مادرزادی	احتمال افزایش سقط، زایمان زودرس، مرگ جنین، مرگ مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص قلب - تأکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری
بیماری گوارشی	بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از زایمان	- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H ₂ بلوکر - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط - در صورت جراحی معده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
بیماری های مزمن کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین	- کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار - در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: تأکید به انجام دیالیز قبل از بارداری و ادامه آن در بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
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	- توصیه به بارداری حداقل ۲ سال بعد از پیوند و وضعیت سلامتی عمومی مطلوب - بررسی عملکرد کلیه، میزان کراتینین (کمتر از ۲ و ترجیحاً کمتر از ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر) - بررسی پروتئین ادرار - تأکید به کنترل فشارخون - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
تالاسمی	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تجویز مکمل دارویی طبق ح ۶ - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی برای مشاوره ژنتیک
ترومبوفیلی	افزایش بروز ترومبوآمبولی، سقط	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۸	دیابت	<p>- اخذ شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان</p> <p>- کنترل دقیق قند خون برای کاهش عوارض نوزادی</p> <p>- اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1C</p> <p>- تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز</p> <p>- معاینه نورولوژیک، قلبی عروقی و بررسی شبکه</p> <p>- اندازه گیری کراتینین سرم، پروتئین ادرار، تست های عملکرد تیروئید</p>
۱۹	سرطان پستان و سابقه ابتلا	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی
۲۰	سل	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات</p>
۲۱	صرع	<p>افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو</p> <p>- تاکید به ادامه درمان در بارداری</p> <p>- تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز</p>
۲۲	فشارخون بالا	<p>فشارخون بالا</p> <p>احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلامپسی</p> <p>- کنترل فشارخون و ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص زنان یا داخلی</p>
۲۳	مالتیپل اسکلروزیس	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد</p> <p>ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط</p>
۲۴	هپاتیت	<p>اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری</p> <p>- توصیه به ایمن سازی خانواده</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</p>

الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
VDRL مثبت	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، 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	سرویسیت یا کانسر	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
TSH غیر طبیعی	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
وجود گلبول سفید در ادرار و کشت ادرار منفی	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	-در صورت عفونت واژینال: درمان مطابق نوع عفونت -در صورت عدم بهبود عفونت واژینال و یا وجود یورتريت 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 تیترا 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 باردارشدن

ب-مراقبت های معمول بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری صفحه ۲۱

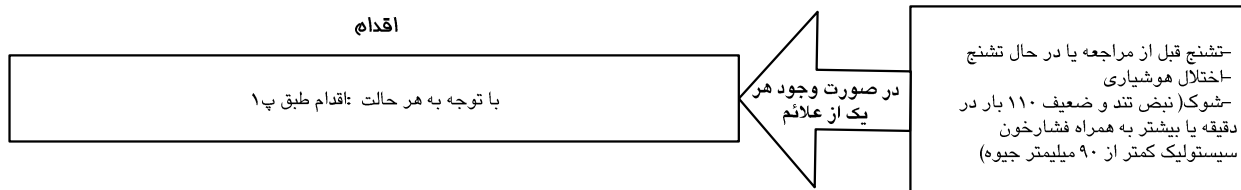
ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری صفحه ۲۲

ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری صفحه ۲۳

تعاریف مراقبت های بارداری صفحات ۲۴-۲۹

ب ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۵ و آخرین خانه زیر -در صورت سوء تغذیه:ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی(مبحث سوء تغذیه)	لکه بینی /خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری -تناسلی، رنگ پریدگی / زردی /انمی، تنگی نفس /تپش قلب، مشکلات پوستی، درد شکم، سوء تغذیه، نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۶ و پ ۱۷ و آخرین خانه زیر	بیماری و ناهنجاری ها، اختلالات روانی /همسراآزاری
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۸ و آخرین خانه زیر	ارهاش منفی، چندقلویی، اعتیاد به مواد مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، شغل سخت و سنگین، سن بارداری نامشخص، بارداری همزمان با استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، تروما، مصرف الکل
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱۹ 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
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع به کارشناس ایدز /مرکز مشاوره بیماری های رفتاری	رفتارهای پرخطر
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک	عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک	التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان
-ایمن سازی در صورت نیاز -درخواست آزمایش های معمول -تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری -ترسیم منحنی وزن گیری -تعیین تاریخ مراجعه بعدی	شکایت های شایع طبیعی بودن همه موارد

مراقبت های بارداری

ارزیابی

تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت بارداری

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

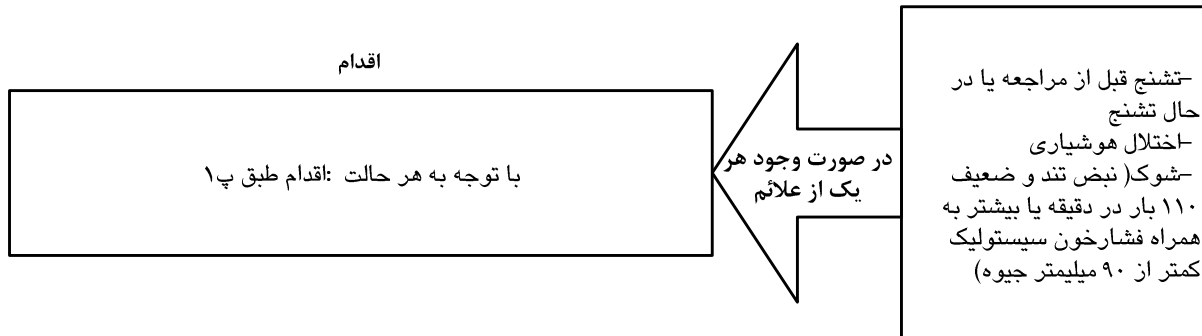
اندازه گیری کنید:
وزن، قد، علائم حیاتی

معاینه کنید:
چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، شکم، اندام ها و صورت

گروه بندی و اقدام

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

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

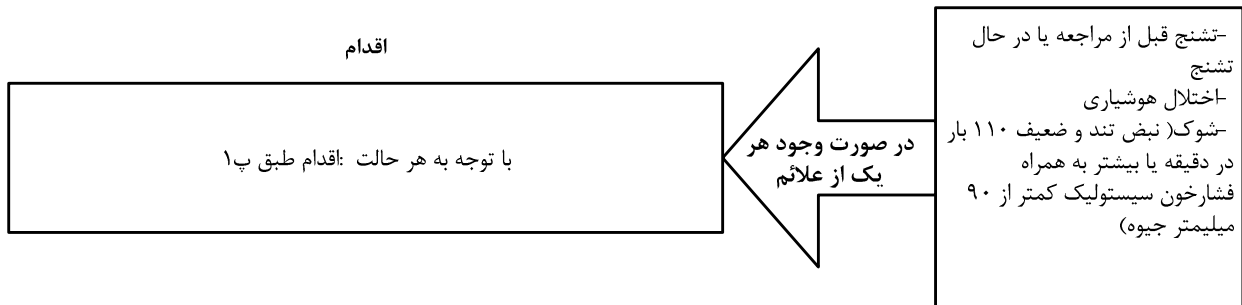


اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ارزیابی
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱ تا پ ۱۷، پ ۱۸ و آخرین خانه زیر در صورت سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)	لکه بینی /خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری -تناسلی، رنگ پریدگی /زردی / آنمی، تنگی نفس /تپش قلب، مشکلات پوستی، نتیجه سونوگرافی، درد شکم، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی /همسرآزاری، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر سؤال 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
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک	عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان	اندازه گیری کنید: چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها و صورت
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک	التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان	
ایمن سازی در صورت نیاز تجویز مکمل های دارویی طبق ح 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 پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۲ بارداری و در صورت نیاز هفته ۱۷-۱۵ بارداری تعیین تاریخ مراجعه بعدی	شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	

گروه بندی و اقدام

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

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:



اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

لکه بینی /خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، ابریزش، 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	لکه بینی /خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تب، ابریزش، 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
با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۲ تا پ ۱۵، پ ۱۷، پ ۱۸ و آخرین خانه زیر در صورت سوء تغذیه: برای توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)	با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۲ تا پ ۱۵، پ ۱۷، پ ۱۸ و آخرین خانه زیر در صورت سوء تغذیه: برای توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)
عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان	عفونت دندان، آبسه و درد شدید دندان
شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی و اقدام

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سئوال کنید:

لکه بینی /خونریزی، ابریزش /بارگی 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

تعاریف مراقبت‌های 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، قندخون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN و کراتینین و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

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

نکته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر 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 هفته‌های ۲۶ تا ۳۰ بارداری است.

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

آموزش و توصیه: طی ملاقات‌های بارداری در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، عدم مصرف سیگار و دخانیات، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، عدم مصرف الکل، شکایت‌های 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، زمان مناسب برای بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های 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 اندازه‌گیری 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) بر حسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می‌شود و در هفته‌های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می‌شود.

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

استفراغ شدید: استفراغ‌های 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 می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی 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 لته: متورم، پرخون و قرمز شدن لته

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 می‌شود عبارتست از:

تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر، درخواست آزمایش‌های 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 آزمایش‌های روتین، معاینه توسط پزشک)، با توجه به زمان مراجعه مادر، مراقبت مربوط به همان هفته بارداری را نیز انجام دهید.

ایمن‌سازی: ایمن‌سازی 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 ایمن‌سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.
- ۲- در صورتی که وضعیت ایمن‌سازی 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 ایمن‌سازی، 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 صحبت‌ها و شکایت‌های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
 - نگرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه 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 اهانت‌آمیز و یا جانبدارانه نداشته باشید)
 - به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می‌ماند.
 - 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 روان‌پزشک یا روان‌شناس 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 لیوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی ورنیکس یا احیاناً مکنونیوم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (نیترازین 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 نشت 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 میکروب‌های پوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از:
- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای 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 مکمل‌های دارویی:** مکمل‌های 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 کومیس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام را از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری تزریق کنید.
- نکته:** به خاطر بسپارید در مادر اره‌اش منفی با همسر اره‌اش مثبت، در صورت ختم بارداری یا خونریزی به هر دلیل پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...)، آمپول رگام تزریق شود.
- تشکیل پرونده:** در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمائید.
- تشنج:** انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

تعداد زایمان: بر اساس تعداد حاملگی‌هایی که به هفته ۲۰ رسیده‌اند، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین‌های متولد شده محاسبه می‌شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده تغییری در تعداد زایمان بوجود نمی‌آورد.

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

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 لایه‌های سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.

حرکت جنین: در ملاقات هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری از حرکت جنین سؤال کنید. معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در این هفته‌ها احساس می‌شود. این زمان می‌تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد.

نکته: تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می‌گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن، تصمیم‌گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگویید که به پهلو 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 نگرانی داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیاز نیست.

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

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 می‌تواند نشانه زایمان باشد.

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

رفتارهای پرخطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده، 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 شانه‌ها انجام شده باشد.

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

زمان مناسب بارداری بعدی: در مورد مدت زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری، بعد از زایمان با توجه به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه

انحصاری یا نسبی با شیر مادر) مطابق راهنمای ح ۱۱ به مادر آموزش دهید

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

سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: ۲-۳ 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 هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی درخواست کنید.

نکته ۱: سونوگرافی هفته‌های ۱۶ تا ۱۸ بارداری به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری و تعیین ناهنجاری‌های واضح و سونوگرافی هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری‌ها درخواست می‌شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماری‌های وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد، در سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری می‌توان تشخیص داد.

نکته ۲: سونوگرافی در نیمه اول بارداری کمک شایانی به تعیین سن بارداری می‌کند و با افزایش دوره بارداری با توجه به تفاوت‌های نژادی، تغذیه‌ای و سلامت مادر، دقت آن کمتر می‌شود.

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 بیماری‌ها اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (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، هیپاتیت، 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 سه 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

شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان‌ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهبل، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ویار و در نیمه دوم شامل پرننگ شدن پوست نقاطی از بدن مانند هاله پستان‌ها و ناف، بیوست، نفخ، افزایش ترشحات مهبل، 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 حشره‌کش، مواد آزمایشگاهی و...؛
 - بالا بودن حجم فعالیت جسمی به گونه‌ای 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.
- شوک:** اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری 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 فوریت‌های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لته‌ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) اندازه‌گیری 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 اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری 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، تحریک‌پذیری 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، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

غربالگری ناهنجاری جنین: به مادر پیشنهاد کنید در هفته ۱۳-۱۱ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۷-۱۵ بارداری غربالگری را انجام دهد. با این روش برخی ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ و ناهنجاری لوله عصبی در جنین شناسایی می‌شود.

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

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

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود) **کلاس آمادگی برای زایمان:** این کلاسها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرینهای عصبی-عضلانی، اصلاح وضعیتها، تکنیک صحیح تنفس، آرامسازی تشکیل می شود. مادر می تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاسها 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. مانورهای 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.

مشکلات ادرازی - 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 اندامها و صورت: پاهای، صورت و دستهای 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 تاوولی 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 آبسه 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 اسکلازا 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 سوفلها، آریتمی، ویزینگ، رال

- معاینه پستانها 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 و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

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

ملاقات های معمول بارداری: تعداد ملاقات های 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 مراقبت های 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 اندازه‌گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن‌گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن‌گیری» 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 مکمل‌ها و گروه‌های اصلی غذایی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل‌های دارویی و مصرف روزانه مقادیر کافی و متنوع از گروه‌های 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 می‌تواند 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 خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می‌شود.

پ-مراقبت های ویژه بارداری

پ ۱۱-ورم صفحه ۴۱	پ ۱-علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری، تشنج) صفحه ۳۱
پ ۱۲-رنگ پریدگی /زردی /آنمی صفحه ۴۲	پ ۲-فشارخون بالا صفحه ۳۲
پ ۱۳-ارتفاع رحم نامناسب /وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن) صفحه ۴۳	پ ۳-خونریزی / لکه بینی صفحه ۳۳
پ ۱۴-حاملگی طول کشیده /مشکلات پوستی صفحه ۴۴	پ ۴-درد شکم صفحه ۳۴
پ ۱۵-تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری صفحه ۴۵	پ ۵-آبریزش /پارگی کیسه آب صفحه ۳۵
پ ۱۶-بیماری و ناهنجاری ها صفحات ۴۵-۵۰	پ ۶-تب صفحه ۳۶
پ ۱۷-اختلالات روانی /همسرآزاری صفحه ۵۱	پ ۷-تنگی نفس /تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی) صفحه ۳۷
پ ۱۸-سایر موارد خطر در بارداری فعلی صفحات ۵۲-۵۵	پ ۸-مشکلات ادراری -تناسلی صفحه ۳۸
پ ۱۹-سوابق بارداری و زایمان قبلی صفحات ۵۶-۵۸	پ ۹-تهوع و استفراغ صفحه ۳۹
	پ ۱۰-اختلالات صدای قلب و حرکت جنین صفحه ۴۰

پ ۱ - علائم خطر فوری

سن بارداری تشخیص احتمالی اقدام

سن بارداری تشخیص احتمالی		اقدام
نیمه اول بارداری	بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت ها، مول	<ul style="list-style-type: none"> -اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی -دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -ساکشن ترشحات حلق -عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان -خواباندن مادر به پهلوئی چپ -باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه -درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
نیمه دوم بارداری	اکلامپسی	<ul style="list-style-type: none"> -درمان اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

-اختلال هوشیاری
-در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده

گروه بندی و اقدام

سن بارداری تشخیص احتمالی اقدام

سن بارداری تشخیص احتمالی		اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	شوک ناشی از خونریزی به دنبال: -حاملگی خارج از رحم -سقط -جفت -سرراهی / دکلمان -تروما شوک عفونی به دنبال: -پیلونفریت -آمنیونیت -پرتونیت -سقط عفونی و....	<ul style="list-style-type: none"> -درخواست کمک -اطمینان از باز بودن راه های هوایی -گرم نگه داشتن بیمار و قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن -دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه (در صورت تأخیر در ارجاع: تزریق یک لیتر دیگر سرم تا پایان یک ساعت و در صورت برطرف نشدن علائم شوک: تزریق مجدد ۲ لیتر سرم رینگر) -سوندگذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن -کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه -در موارد شک به شوک عفونی: تزریق آهسته وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

شوک

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

گروه بندی و اقدام

پ ۲- فشارخون بالا

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سردرد، تهوع و استفراغ شدید، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا	مول، تیروتوکسیکوز، کریز هیپرتانسیون چندقلویی	<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق هیدرالازین طبق ح ۳</p> <p>دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p> <p>در صورتی که مادر بیماری زمینه ای کنترل شده دارد و علائم همراه که نشانه شدت فشارخون باشد(سردرد و ...) را ندارد: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط</p>
نیمه دوم بارداری	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	<p>درمان اکلامپسی طبق ح ۳</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱</p>
	فشارخون دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری +۲ و بالاتر، ورم دست و صورت، سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر	پره اکلامپسی شدید	
نیمه دوم بارداری	فشارخون کمتر از ۱۱۰/۶۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری کم یا +۱، ورم ژنرالیزه، بدون سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی خفیف	<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ (درمان اکلامپسی طبق ح ۳ در صورت تشدید بیماری حین ارجاع)</p>
	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	<p>انجام آزمایش ادرار از جهت وجود پروتئین</p> <p>بررسی وضعیت رشد جنین و وزن گیری مادر</p> <p>سمع صدای قلب جنین</p> <p>در صورت طبیعی بودن همه موارد:</p> <p>توصیه به مادر برای استراحت به پهلو</p> <p>چپ</p> <p>توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته</p> <p>آموزش علائم خطر و ارابه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی)</p> <p>در صورت غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>

ارزیابی

سؤال کنید:
سردرد، 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

پ 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 ح 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 ح ۲ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
	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 توجه دقیق به شرح حال سقط و در صورت سقط غیر ایمن: -توجه به خونریزی داخلی و احتمال پارگی رحم بدون علامت بالینی -ایمنسازی با واکسن توأم -تجویز مکملهای دارویی -درخواست سونوگرافی برای اطمینان از نبود تکه های جفت در صورت تشخیص خونریزی داخلی: ارجاع فوری به بیمارستان
نیمه دوم بارداری	* 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 -خواباندن مادر به پهلو چپ -ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
	ترشحات خونی، انقباض رحمی	نمایش خونی (bloody show)	-معاینه واژینال و تأیید شروع زایمان -ارایه مراقبت های معمول زایمان طبق ح ۱

ارزیابی

نیمه اول بارداری

گروه بندی و اقدام

سئوال کنید:
میزان خونریزی، تهوع، استفراغ، درد شکم

تعیین کنید:
سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:
شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

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

پ ۴- درد شکم

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	* تندرns و ریباند شکم، تب و لرز، تندرns 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 ح 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 ح ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح 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 ۲ 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، تندرns رحم	جدا شدن زودرس جفت (دلکمان)	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 ح ۱ - در صورت وجود علائم زایمانی: اقدام طبق ح ۳
	* تندرns و ریباند شکم، تب و لرز، تندرns 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 ح ۱
	* ترشح آبی و پدبوی واژینال، تب و لرز، تندرns 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 ح ۱
	دردهای نامنظم و با فاصله زیاد، کیسه آب سالم بدون دیلاتاسیون	تشدید انقباضات براکستون 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 ح ۱

ارزیابی

سؤال کنید:

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

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

ارتفاع و تونسیته رحم، شکم یا پهلوها

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

پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

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 ح ۱	آمنیونیت	* تب	نیمه اول و دوم بارداری
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 - سماع 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 ح ۱	پرولاپس بند ناف	لمس توده نبض دار در واژن	
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی دهنده طبق ح ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	سقط	خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی (سن حاملگی کمتر از ۲۲ هفته)	
اقدام طبق ت ۶	زایمان زودرس	وجود انقباضات رحم (سن حاملگی بین ۲۲ تا ۳۷ هفته)	
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 ح ۱	در معرض زایمان زودرس	نبود انقباضات رحم (زیر ۳۷ هفته کامل)	
- معاینه واژینال و در صورت شروع زایمان: ارایه مراقبت معمول زایمان طبق ت ۱	شروع زایمان	وجود یا نبود انقباضات رحم (از ۳۷ هفته کامل به بعد)	

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.

پ ۶- تب

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>ارزیابی</p> <p>سئوال 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 بی‌اشتهایی، سابقه بیماری‌های دریاچه ای قلب، آبریزش بینی، تنگی نفس، درد پهلوها</p> <p>تعیین کنید: علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب</p> <p>معاینه کنید: پهلوها، ریه‌ها، گردن، کبد و طحال اسکرا، حلق</p>	<p>نیمه اول و دوم بارداری</p>	<p>* لکه بینی، پارگی کیسه آب (آبریزش)، درد شکم، ترشحات بدبو، علائم ناشی از دستکاری بارداری، لرز</p>	<p>عفونت ماحصل بارداری</p> <p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- 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.</p> <p>- ارجاع فوری طبق ح ۱</p>
		<p>* درد و تندرns پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ، لرز</p>	<p>پیلونفریت</p>
		<p>تنگی نفس، سرفه، رال ریوی، لرز، درد قفسه سینه، افزایش تعداد تنفس</p>	<p>عفونت دستگاه تنفسی تحتانی</p>
		<p>* سردرد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ</p>	<p>عفونت مغزی</p>
		<p>درد قفسه سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماری‌های دریاچه ای قلب، خستگی، بی‌اشتهایی، تظاهرات عصبی</p>	<p>آندوکاردیت</p>
		<p>بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی، بی‌اشتهایی، لرز</p>	<p>عفونت های انگلی (مالاریا و...) هپاتیت</p>
		<p>اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ</p>	<p>عفونت دستگاه گوارشی</p>
		<p>آبریزش بینی، گلودرد، اکزودای حلق، سرفه</p>	<p>عفونت دستگاه تنفسی فوقانی</p>

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

پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نبض و تنفس
بیش از حد طبیعی)

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

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

پ ۸- مشکلات ادراری-تناسلی

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

* 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.

پ ۹- تهوع و استفراغ

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوم بارداری	* درد و تندرینس 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 ح 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 ح 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 ح 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 ح ۱
	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی به همراه فشارخون بالا	HELLP syndrome	-درمان اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح 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 ح 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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت، فشارخون، حال عمومی، حساسیت شکم، سفتی گردن، تورگور پوست، وضعیت وزن گیری

گروه بندی و اقدام

نیمه اول و دوم بارداری

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

پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سن بارداری	معیار تشفیص	تشفیص احتمالی	اقدام
نیمه دو 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	-باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب :اقدام طبق ت ۵ -ارجاع فوری طبق ح ۱
	تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در مدت ۳ دقیقه یا بیشتر	دیسترس جنینی (برادی کاردی)	-باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -قرار دادن مادر به پهلو چپ -ارجاع فوری طبق ح ۱
	* کاهش حرکت جنین بعد از هفته ۲۸ بارداری	هیپوکسی	-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -قرار دادن مادر به پهلو چپ -ارجاع فوری طبق ح ۱
	شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین	ارجاع فوری طبق ح ۱

ارزیابی

سؤال کنید:
وضعیت حرکت جنین

تعیین کنید:
تعداد ضربان قلب
جنین، سن بارداری
تعداد حرکت جنین

گروه بندی و
اقدام

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

پ ۱۱- ورم

سن بارداری علائم همراه تشخيص احتمالی اقدام

درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱	پره اکلامپسی	فشار خون بالا ،پروتئینوری	نیمه اول و دوم بارداری
-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 ح ۱	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	ورم و درد یک طرفه ساق و ران، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	
-اقدام طبق پ ۱۶ در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط	بیماریهای زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست احساس سرما	
-درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین -ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ -بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث ورم بارداری)	ورم ساده بارداری	ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	

ارزیابی

سؤال کنید:

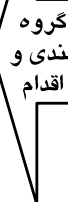
سابقه بیماری (قلبی،
کلیوی، تیروئید)، خشکی
پوست، یبوست، احساس
سرما

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

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



پ ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p>نیمه اول و دوم بارداری</p> <p>گروه بندی و اقدام</p> <p>سؤال کنید: سابقه بیماریهای انگلی یا خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ، بی حالی و ضعف</p> <p>تعیین کنید: هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون</p> <p>معاینه کنید: چشم (ملتحمه، اسکلرا)، کبد و طحال</p>	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا	HELLP syndrome	-درمان اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱۶
	زردی پیشرونده، استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر، فشارخون بالا	هپاتیت، کبد چرب بارداری	-باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی -رعایت نکات بهداشتی در صورت احتمال هپاتیت -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	-ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی -ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)
	خستگی، تنگی نفس پس از فعالیت، افزایش نامنظم ضربان قلب، زردی ملتحمه یا پوست	آنمی سیکل سل	-توجه به علائم ترومبوآمبولی به دلیل افزایش احتمال بروز آن در آنمی سیکل سل -ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و هماتولوژیست
	هموگلوبین ۷-۱۰ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده	آنمی متوسط	-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	-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

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

پ 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>	<p>اندازه رحم بیش از ۳ هفته با سن بارداری متفاوت است (مثانه خالی باشد).</p>	<p>میوم، چندقلویی، پلی هیدرامنیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگوهیدرامنیوس</p>	<p>درخواست سونوگرافی -ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -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>

گروه بندی و اقدام

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>	<p>افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا</p>	<p>پره اکلامپسی</p>	<p>-درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱</p>
<p>سؤال کنید: بی اشتها، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کمتر از ۹/۸ علائم بیماری زمینه ای (پرکاری، پرنوشی، پرادراری، سوزش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و...)، پیکا و ویار 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 علاقه و...)</p>	<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>	

گروه بندی و اقدام

پ ۱۴ - حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

حاملگی طول کشیده

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص	ارزیابی
- در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت - در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین: اقدام طبق پ ۱۰	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۱ یا بالاتر	سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی تعیین کنید: سن بارداری، صدای قلب جنین

گروه بندی و اقدام

مشکلات پوستی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ارزیابی
- تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخچه)	بثورات جلدی به همراه ابریزش از بینی، تب خفیف	نیمه اول و دوم بارداری	سؤال کنید: ابریزش از بینی، خارش پوست تعیین کنید: درجه حرارت معاینه کنید: شکل و نوع ضایعه پوستی
ارجاع غیر فوری به متخصص پوست	بیماری خونی، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وریکول، پاپول، تاول، پوسچول		
- توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده - تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت تا یک هفته) - در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	کلستان بارداری	خارش پوستی		

گروه بندی و اقدام

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

پ 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
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 ، جذام ، بارداری وجود دارد	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی	مول ، حاملگی خارج از رحم ، جفت سرراهی ، ناهنجاری جنین ، چندقلویی ، پلیهیدرامنیوس یا الیگوهیدرامنیوس ، نمایش غیرطبیعی ماه آخر بارداری ، تأخیر رشد داخل رحمی ، رحم ناهنجار ، مرگ جنین و...	<p>-در صورت وجود خونریزی ، تب ، درد شکم ، آبریزش : اقدام طبق پ ۳ تا پ ۶</p> <p>-در صورت نبود علامت یا تشخیص رحم ناهنجار : ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p> <p>-در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم : ارجاع فوری</p>
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۱۶
HbsAg مثبت	هپاتیت ب	اقدام طبق پ ۱۶
هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم درصد (در سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد)	آنمی	اقدام طبق پ ۱۲
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتريت در ادرار	عفونت ادراری	<p>-در صورت وجود علائم عفونت : اقدام طبق پ ۸</p> <p>-در صورت نداشتن علائم : درمان مطابق با جواب آزمایش</p> <p>-ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث عفونت های ادراری)</p>
کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتريت کلامیدیایی	<p>-در صورت وجود علائم عفونت : اقدام طبق پ ۸</p> <p>-در صورت نداشتن علائم : ارایه توصیه های بهداشتی طبقه ح ۸</p>
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد

پ ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

اقدام	تشخیص احتمالی	نتایج
- ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی • مبحث دیابت بارداری) - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی	پره دیابتیک	FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵
- تکرار آزمایش یک هفته بعد - ارجاع به متخصص زنان	دیابت بارداری	FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶
- ارجاع به متخصص زنان	دیابت بارداری	FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۸-۲۴): FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳
نیاز به غربالگری دوم نیست	احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است	کم خطر
- درخواست غربالگری جنین کوادمارکر در سه ماهه دوم (۱۷-۱۵) - تاکید به انجام در همان آزمایشگاه	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	در معرض خطر
ارجاع به متخصص زنان در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمنیوسنتز یا CVS)	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	پرخطر
	احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است	کم خطر
ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست جهت انجام آمنیوسنتز	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	پر خطر

OGTT: آزمون تحمل گلوکز خوراکی یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز
غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه اول: دو آزمایش خون Free BHCG, PAPP-A و سونوگرافی جنین از نظر اندازه گیری NT

غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون Free BHCG, AFP, uE3, Inhibin A

پ ۱۶ - بیماری و ناهنجاری ها

صفحه ۴۸	۱- آرتریت روماتوئید	صفحه ۴۹	۱۰- پرولاکتینوما	صفحه ۵۰	۱۹- کم کاری تیروئید
صفحه ۴۸	۲- آسم	صفحه ۴۹	۱۱- پیوند کلیه	صفحه ۵۰	۲۰- لوپوس
صفحه ۴۸	۳- اختلال انعقادی	صفحه ۴۹	۱۲- تالاسمی مینور	صفحه ۵۰	۲۱- مالتیپل اسکلروزیس
صفحه ۴۸	۴- ایدز	صفحه ۴۹	۱۳- ترومبوآمبولی (سابقه) / ترومبوفیلی	صفحه ۵۰	۲۲- میگرن
صفحه ۴۸	۵- ایسکمی قلبی	صفحه ۴۹	۱۴- تورچ	صفحه ۵۰	۲۳- ناهنجاری های اسکلتی
صفحه ۴۸	۶- بیماری های درجه ای قلب	صفحه ۴۹	۱۵- ریابت	صفحه ۵۰	۲۴- ناهنجاری های دستگاه تناسلی
صفحه ۴۸	۷- بیماری های گوارشی	صفحه ۴۹	۱۶- سل	صفحه ۵۰	۲۵- هیپاتیت
صفحه ۴۸	۸- بیماری های مزمن کلیه	صفحه ۴۹	۱۷- سابقه یا ابتلا به سرطان پستان		
صفحه ۴۹	۹- پرکاری تیروئید	صفحه ۵۰	۱۸- صرع		

پ 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 آرتریت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	-ارجاع غیر 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، جنین 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 پ 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 غیر 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 غیر 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 آندوکاردیت 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، دکلمان، 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 باکتری ادرار زیر نظر متخصص مربوط -افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان -ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

پ 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 درصد در سه ماهه دوم بارداری و یا -میزان هموگلوبین بین ۹ تا ۱۱ گرم درصد نزدیک ترم	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	-تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ -در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم درصد 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 ۴۱) به مرکز تشخیص پیش از تولد تأیید شده عضو شبکه کشوری PND و بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور
۱۳	ترومیو آمبولی(سابقه) ترومبوفیلی	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	-ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط -جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع درمان دارویی در صورت نیاز
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	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت مرگ جنین، پلی هیدرامنیوس، 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 -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 استرپتومایسین در بارداری به دلیل عوارض شنوایی برای جنین ب) تجویز پیریدوکسین ویتامین B6 از ابتدای درمان به منظور پیشگیری از نوروپاتی محیطی ناشی از ایزونیازید
۱۷	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۸ صرع	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 کم کاری تیروئید	افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۰ لوپوس	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین - افزایش مورتالیتی مادر	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۱ مالتیپل اسکروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۲۲ میگرن	احتمال بهبود در بارداری	- منع مصرف ارگوتامین - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مربوط - در صورت حمله میگرن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت
۲۳ ناهنجاری های اسکلتی (لگن و ستون فقرات)	افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین	- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۴ ناهنجاری های دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سیتوم دار...)	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
۲۵ هپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هپاتیت ب - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط

پ ۱۷- اختلالات روانی/همسرآزاری

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
افسردگی ماژور، اختلال دو قطبی، اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیا (بیماری روانی شدید)	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس	<p>-ارزیابی علائم بیماری:</p> <p>۱-در صورت وجود علائم خطر فوری:ارجاع فوری به بیمارستان 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 و ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p>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</p> <p>۳-در صورتی که مادر سابقه اختلال روانی شدید دارد ولی در حال حاضر علائم ندارد:</p> <p>-ویزیت ماهانه از نظر عود بیماری</p> <p>-آموزش علائم خطر به مادر و همراهان و مراجعه فوری در صورت بروز علائم</p> <p>-ارجاع غیر فوری به روان پزشک در هفته ۳۶ بارداری به منظور شروع درمان پروفیلاکسی(شروع لیتیم در مبتلایان به اختلال دو قطبی تیپ ۱)</p> <p>-تأکید به انجام زایمان در بیمارستان و لزوم بررسی نوزاد از نظر عوارض دارویی</p>
افسردگی، اضطراب، وسواس (بیماری روانی خفیف)	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس	<p>-درمان حمایتی(درمان غیر دارویی)طبق دستورالعمل کشوری سلامت روان</p> <p>-در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود:ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
سابقه یا وقوع همسرآزاری	افزایش احتمال تکرار در بارداری فعلی، آسیب های جسمی به مادر و جنین،استرس،سقط،تغذیه ناکافی،مرده زایی،نوزاد کم وزن	<p>همسرآزاری بدون وجود علائم آسیب فیزیکی به مادر یا جنین و یا صرفاً سابقه وجود همسرآزاری:</p> <p>-برقراری ارتباط مناسب با مادر طبق تعریف(در قسمت تعاریف بارداری)و ارزیابی تکرار وقوع همسرآزاری</p> <p>-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:</p> <p>-کنترل علائم حیاتی و بررسی وجود علائم شوک و در صورت وجود شوک:اقدام طبق پ ۱</p> <p>-سمع صدای قلب جنین و در صورت وجود اختلال در صدای قلب جنین:اقدام طبق پ ۱۰</p> <p>-درمان آسیب های غیر مامایی مانند زمان غیر بارداری در صورت نیاز</p> <p>-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 ح ۱۳ توجه کنید.

پ ۱۸ - سایر موارد خطر در بارداری فعلی

۱۱- سن بارداری نامشخص	صفحه ۵۴	۱- اعتیاد /مصرف سیگار و دخانیات	صفحه ۵۳
۱۲- شغل سخت و سنگین	صفحه ۵۴	۲- بارداری با IUD	صفحه ۵۳
۱۳- شیردهی همزمان با بارداری	صفحه ۵۵	۳- بارداری پنجم و بالاتر	صفحه ۵۳
۱۴- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال	صفحه ۵۵	۴- بارداری زیر ۱۸ سال	صفحه ۵۳
۱۵- مصرف الکل	صفحه ۵۵	۵- بارداری بالای ۳۵ سال	صفحه ۵۳
۱۶- ناسازگاری های خونی	صفحه ۵۵	۶- بارداری با قرص /آمپول /کاشتنی	صفحه ۵۴
۱۷- نمایه توده بدنی غیر طبیعی	صفحه ۵۵	۷- بارداری با TL	صفحه ۵۴
		۸- تروما	صفحه ۵۴
		۹- چندقلویی	صفحه ۵۴
		۱۰- حاملگی ناخواسته /پیش بینی نشده	صفحه ۵۴

پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

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

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۶ بارداری با قرص لاینسترونول، (POP) قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	-در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری -در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین	-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
۷ بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	-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
۸ تروما	جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها	-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
۹ چندقلویی	افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن	-توصیه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)، محدودیت فعالیت و استراحت بیشتر -تجویز مکملهای دارویی به صورت ۲ عدد قرص آهن در روز -بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها -تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) -تأکید بر انجام سونوگرافی -تأکید به انجام زایمان در بیمارستان -ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری
۱۰ حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	-حمایت روانی مادر و خانواده برای ادامه بارداری ایمن -در صورت پیشنهاد مادر به سقط: آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی -در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی در مادر و اقدام طبق پ ۱
۱۱ سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	-گرفتن شرح حال دقیق -درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری -اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم -ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای نیمه دوم بارداری برای تأیید سن بارداری
۱۲ شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	-توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر -پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین -در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت، استراحت بیشتر و تغییر وضعیت در فواصل انجام کار

پ ۸- اسایر موارد خطر در بارداری فعلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۳	شیردهی همزمان با بارداری	<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>
۱۴	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از سه سال	افزایش احتمال آنمی و مشکلات تغذیه ای
۱۵	مصرف الکل	<p>آموزش عدم مصرف الکل</p> <p>در صورت الکلیک بودن مادر: ارجاع فوری به متخصص زنان و روان پزشک</p>
۱۶	ناسازگاریهای خونی (ارهای منفی مادر و ارهای مثبت پدر)	<p>پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبیس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۳۰-۲۶ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان</p> <p>در صورت منفی بودن آزمایش کومبیس 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 ارهای نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان</p>
۱۷	نمایه توده بدنی غیرطبیعی	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومیو آمبولی</p> <p>ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث نمایه توده بدنی)</p> <p>ارجاع غیر فوری به متخصص برای بررسی خطر ترومیو آمبولی و شروع دارو در صورت نیاز</p>

پ - ۹ اسوابق بارداری و زایمان قبلی

۷-زایمان سخت /زایمان سریع	صفحه ۵۷	۱-آتونی	صفحه ۵۷
۸-سزارین تکراری	صفحه ۵۸	۲-پره اکلامپسی	صفحه ۵۷
۹-سابقه مول کمتر از یک سال -سابقه دو بار سقط یا بیشتر	صفحه ۵۸	۳-جدا شدن زودرس جفت /جفت سرراهی	صفحه ۵۷
۱۰-سابقه نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	صفحه ۵۸	۴-چندقلویی	صفحه ۵۷
۱۱-نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	صفحه ۵۸	۵-زایمان دیررس	صفحه ۵۷
۱۲-نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	صفحه ۵۸	۶-زایمان زودرس	صفحه ۵۷

پ - ۹ اسوابق 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 هیدرآمنیوس -در صورت وجود سابقه جفت سرراهی :تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۲۶- ۳۰ 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 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
۶ 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
۷ زایمان سخت /زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی

پ ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۸ سزارین تکراری	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	-تاکید بر عوارض سزارین تکراری -تاکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت -امکان انجام زایمان واژینال بعد از یک بار سزارین در صورت وجود شرایط مناسب
۹ -سابقه مول کمتر از یک سال -سابقه دو بار سقط یا بیشتر	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
۱۰ سابقه نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
۱۱ نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	-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
۱۲ نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	-تعیین دقیق سن بارداری -تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان -در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -از هفته ۳۶ بارداری به بعد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تصمیم گیری زایمان

ت-مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت

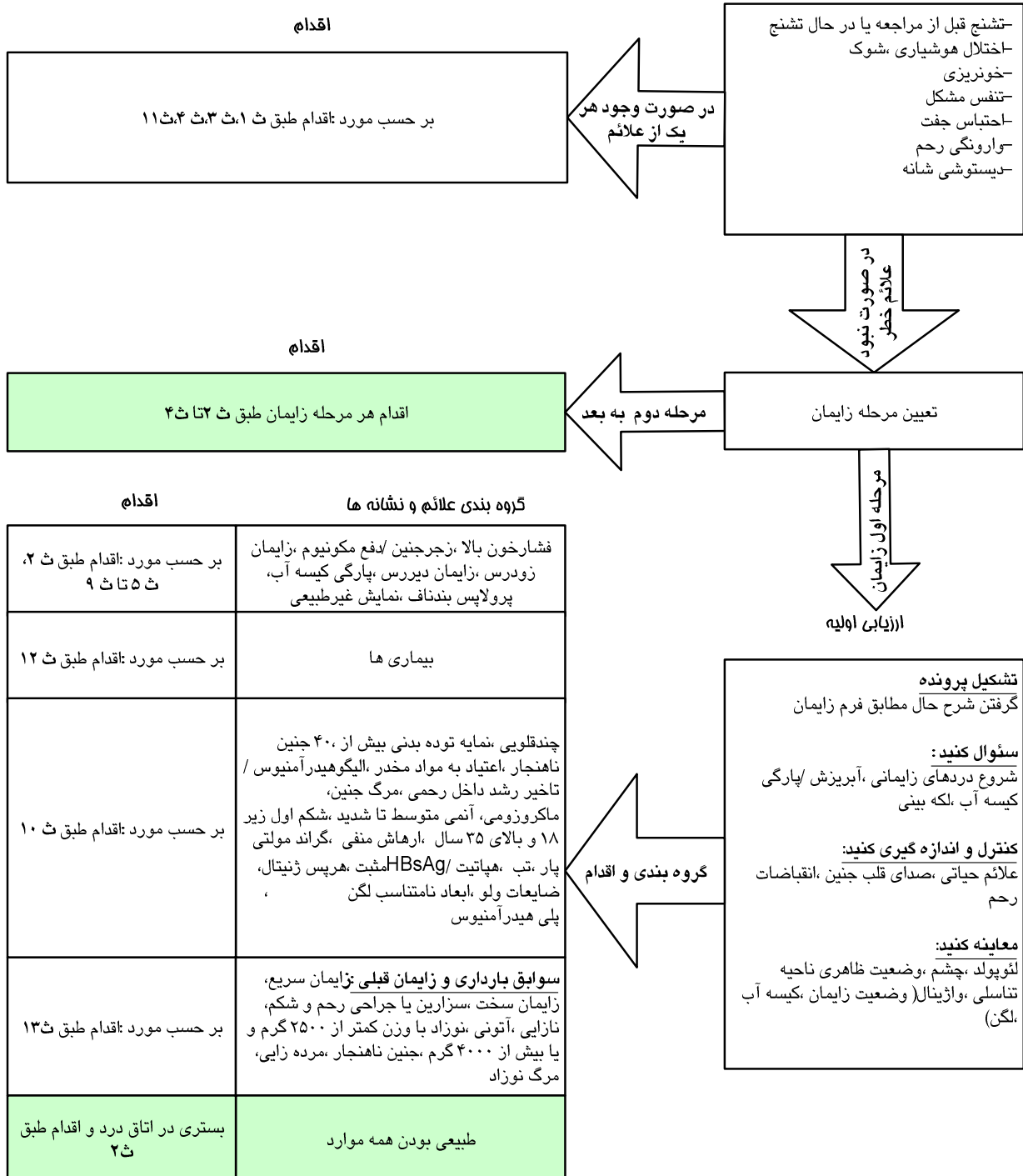
(در واحد تسهیلات زایمانی و در منزل در صورت لزوم)

ت ۱-ارزیابی اولیه زایمان	صفحه ۶۰
ت ۲-مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان	صفحه ۶۱
ت ۳-مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان	صفحه ۶۲
ت ۴-مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان	صفحه ۶۳
تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان	صفحات ۶۴-۶۹

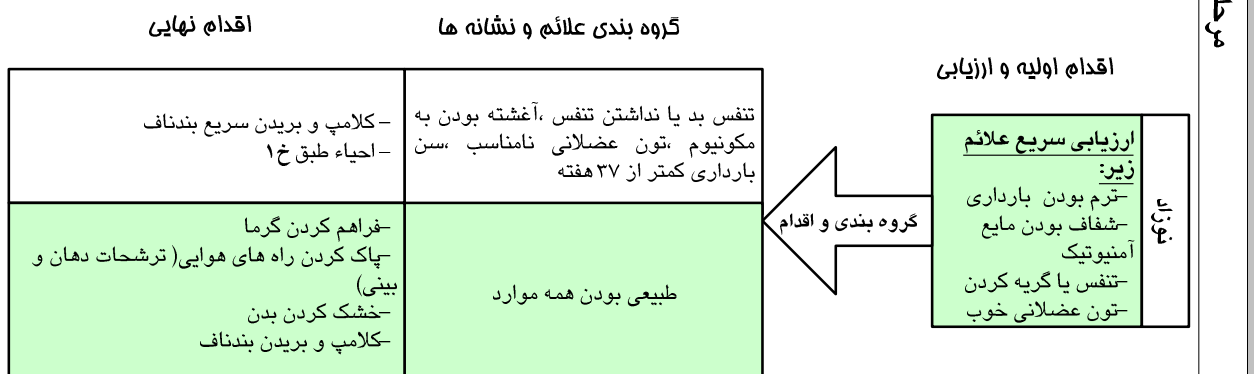
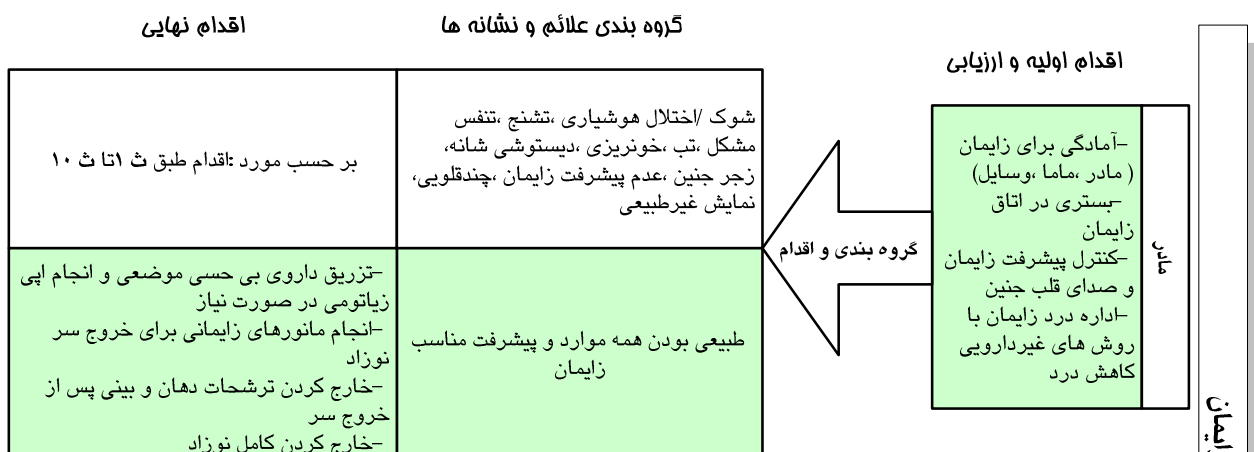
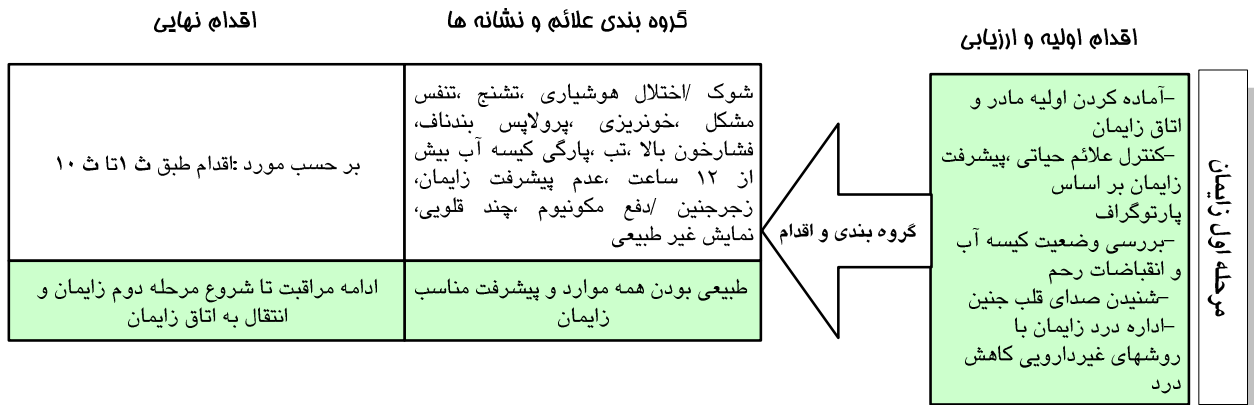
ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

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

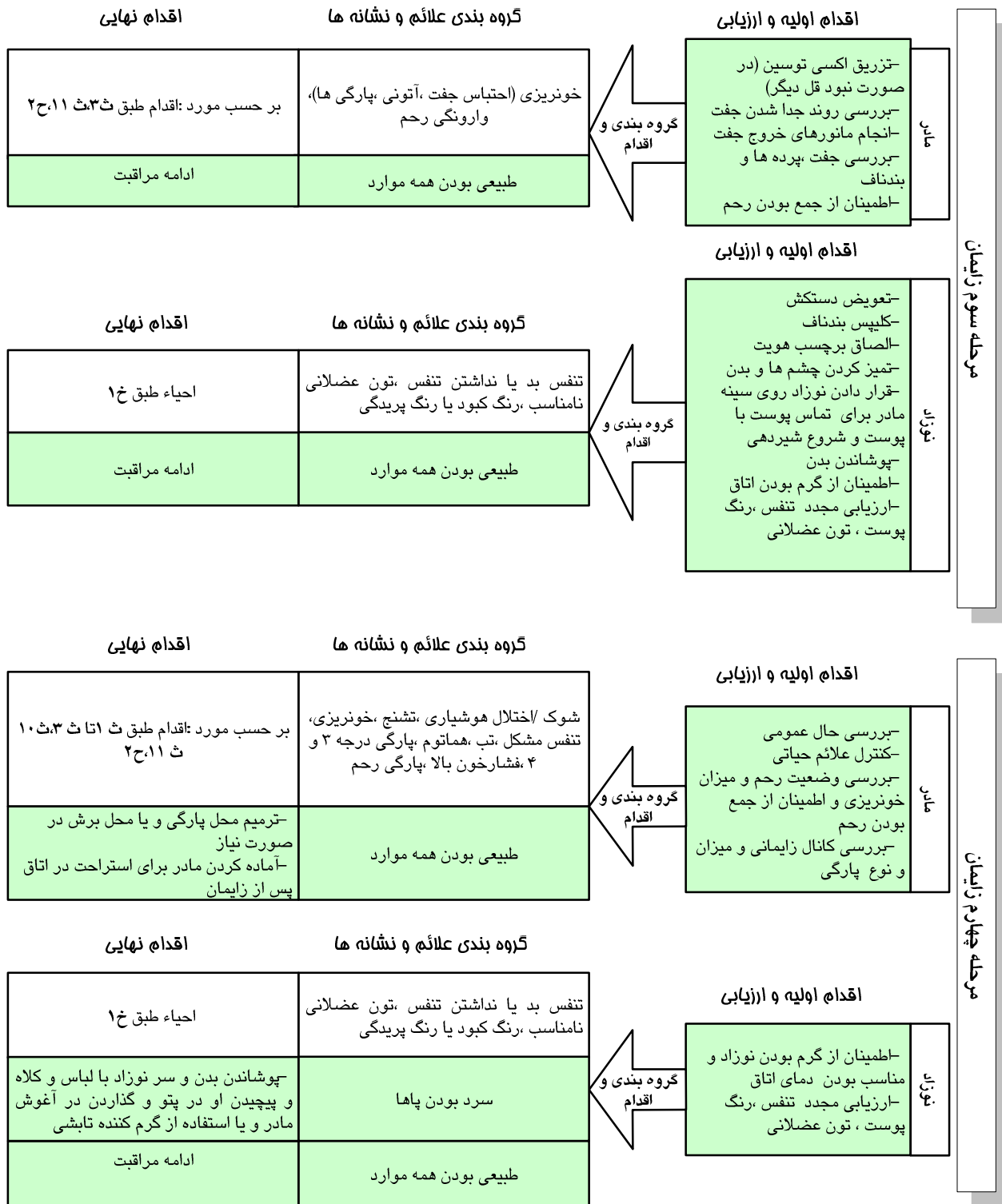
ابتدا علائم فطر فوری را بر مبنای مرحله زایمان ارزیابی کنید



ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان



ت 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 ت ۱ تا ت ۳، ۱۰، ت ۱، ۱، ۲	شوک / اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار	<p>مادر</p> <p>بررسی حال عمومی کنترل علائم حیاتی بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم بررسی وضعیت دفع ادرار سئوال در مورد تمایل مادر به بستن لوله ها</p>
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بیمارستان پس از ۶ ساعت	تمایل به بستن لوله ها	
<p>- تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکملهای دارویی طبق ح ۶</p> <p>- آموزش طبق عناوین فرم زایمان و آرایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹</p> <p>- تزریق رگام در صورت نیاز</p> <p>- توصیه به مصرف مواد غذایی</p> <p>- تشویق مادر به شیردهی انحصاری</p> <p>- تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی</p> <p>- ترخیص پس از ۶ ساعت</p>	طبیعی بودن همه موارد	

گروه بندی و اقدام

۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق خ ۲ تا خ ۴، خ ۵، آخرین خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد	<p>نوزاد</p> <p>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)</p>
احیاء طبق خ ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی	
<p>- در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد</p> <p><u>اقدامات پیش از ارجاع</u></p> <p>- فراهم کردن گرما</p> <p>- ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق خ ۲</p>	سرد بودن نوزاد	
<p>- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول</p> <p>- تزریق ویتامین ک ۱ و اکسن های بدو تولد نوزاد</p> <p>- تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</p> <p>- آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق ذ ۱</p> <p>- معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</p>	طبیعی بودن همه موارد	

گروه بندی و اقدام

تعاریف مراقبت‌های 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 نگه 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 تکه‌ای 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 می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی 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 لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی ورنیکس یا احیاناً مکونیوم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (نیترازین 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 نشت 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 نمی‌تواند 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 می‌افتد و فواصل به تدریج کوتاه می‌شود؛

- شدت انقباضات به تدریج افزایش می‌یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می‌شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی‌شود.

دیستوشی شانه: عدم خروج شانه‌ها پس از گذشت ۶۰ ثانیه از خروج سر نوزاد

رفتارهای پرخطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زدن، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر 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 شانه‌ها 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 بیماری‌ها اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (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 پرخطر

شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا

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

دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری 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 اندازه‌گیری کنید.

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه

و بالاتر «فشارخون بالا» است.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

• تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

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

لکه‌بینی: خروج لکه خونی از مهبل

نکته: چون تفکیک ترشحات مخاطی و چسبیده آغشته به خون (نمایش خونی) از لکه‌بینی مشکل است، در صورت سابقه لکه بینی مادر در

هفته‌های 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. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت بایستید به گونه‌ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو

دست لمس کنید. ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزاء کوچکی دارد و سر به صورت سفت و گرد و قابل حرکت لمس می‌شود.

مانور دوم: مطابق مانور اول به طوری که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد، در کنار او بایستید و کف هر دست خود را در دو طرف شکم مادر قرار

دهید و با ملایمت ولی محکم ابتدا با یک دست و سپس با دست دیگر فشار وارد کنید. در یک طرف شکم، ساختمان سخت و مقاومی لمس می‌شود

که پشت جنین است و در قسمت دیگر شکم، برجستگی‌هایی لمس می‌شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

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

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

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

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 نمایید.

معاینه لگن: به منظور تخمین شرایط مادر برای انجام زایمان واژینال، به شرح زیر معاینه لگن انجام دهید:

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

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره‌های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه‌گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی ایسکیوم

- نبود ناهنجاری‌ها، تنگی و توده‌ها، ...

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 گونه‌ای که مخاط داخلی از دهانه رحم خارج شده و در بیرون مشاهده شود.

وضعیت کیسه آب: معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم می‌باشد. 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 بی‌رنگ و شفاف باشد.

وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی: پرینه و ولو را از نظر وجود ضایعات هرپس، رگ‌های واریسی و توده‌ها 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 (۲۵-۲۸ درجه سانتی‌گراد)، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان، ست احیاء نوزاد و کپسول اکسیژن، ساکشن و

اداره درد زایمان با روش‌های غیر دارویی کاهش درد: استفاده از یک یا چند مورد از روش‌های غیر دارویی کاهش درد در مراحل اول و دوم زایمان با کمک همراه آموزش دیده برای مادر می‌باشد. این روش‌ها شامل ماساژ، رایحه درمانی، تکنیک‌های تنفسی، تن آرامی، تصویرسازی 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 ۳-۴ سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتی پارها، وقتی است که دیلاتاسیون سرویکس به میزان ۹-۷ سانتیمتر برسد.

انقباضات رحم: انقباضات رحم را از نظر مدت هر انقباض، فاصله بین انقباضات، شدت و 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 افاسمان) 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 اندازه‌گیری 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، آماده‌سازی 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 اپی زیاتومی (در صورت نیاز) را باز کنید، مواد ضد عفونی کننده و داروی بی‌حسی را در دسترس قرار دهید. از برقراری سرم مادر مطمئن شوید. وسایل احیاء نوزاد را به شرح زیر کنترل کنید:

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

۲- گرم کننده تابشی

۳- 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 داخل نای شماره ۲/۵ ، ۳ ، ۳/۵ و ۴ میلی‌متر

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره ۸F

۷- سرنگ و سرسوزن‌های مختلف، نوار چسب

۸- داروها (اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰، بی‌کربنات سدیم ۴/۲٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی‌گرم در میلی‌لیتر، نرمال سالین)

اپی زیاتومی: زمان مناسب برای اپی زیاتومی، 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 انتظار مرحله دوم زایمان را در مولتی پار ۲۰ دقیقه و در نولی پار ۵۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تزریق داروی بی‌حسی موضعی: پیش از انجام اپی زیاتومی، ۱۰ سی‌سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام اپی زیاتومی مدیولترال تزریق نمایید.

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

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

خشک کردن بدن نوزاد: نوزاد را در آغوش مادر (تماس پوست به پوست) قرار دهید، با 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 پر خطر هر ۵ دقیقه کنترل کنید.

فراهم کردن گرما: نوزاد را در شان از پیش گرم شده و یا زیر گرم کننده 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 پیرنه، سر نوزاد را خارج نمایید.

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

ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد: نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و

گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه

است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می‌رسد.

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

بررسی جفت و پرده‌ها و بندناف: پس از خروج، قسمت‌های مختلف جفت و پرده‌ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. بندناف را از نظر وجود

رگ‌های خونی (۳ رگ) بررسی کنید.

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

تزریق اکسی‌توسین: یک دقیقه پس از تولد نوزاد، در صورت اطمینان از نبود قل دیگر، برای تسریع خروج جفت، ۲۰ واحد اکسی‌توسین داخل

۱ لیتر سرم یا ۱۰ واحد عضلانی تزریق کنید.

تمیز کردن چشم‌ها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. چشم‌ها را تمیز کنید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی 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 ماده‌ای 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 پرده‌ها 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 می‌کند.

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

پیرنه، بررسی حال عمومی، ماساژ رحم و کنترل میزان خونریزی، تعویض لباس، قراردادن مادر در وضعیت مناسب و ادامه تماس مادر و نوزاد، 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 می‌رسد.

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 پارگی‌ها 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 می‌گیرد و میزان خونریزی از آن به تدریج کاهش می‌یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود

دارد و یا سر یک رگ در محل برش اپی‌زیاتومی/ پارگی باز باشد)

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

نکته ۲: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه 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 وجودهماتوم بررسی کنید.

ترمیم محل برش و پارگی‌ها: در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی‌های 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 اندازه‌گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه‌گیری 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، توکشدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می‌رسد.

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 می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.

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

تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل‌های 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 ک۱ و واکسن‌های بدو تولد: در دو ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد، ۱ میلی گرم ویتامین ک ۱ به صورت عضلانی تزریق کنید. واکسن‌های 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 مراقبت‌های 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 اندازه‌گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه‌گیری کنید.

مصرف مواد غذایی: در صورتی که مادر طی یک ساعت اول پس از زایمان مشکلی ندارد، می‌تواند مایعات و مواد غذایی نیمه جامد مقوی و مغذی مصرف کند.

معاینه نوزاد توسط پزشک: قبل از ترخیص، پزشک باید نوزاد را براساس «بوکلت چارت مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی کند.

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

ت ۱-علائم خطر فوری	صفحه ۷۱
ت ۲-فشارخون بالا	صفحه ۷۲
ت ۳-خونریزی	صفحه ۷۳
ت ۴-عدم پیشرفت زایمان	صفحه ۷۴
ت ۵-زجر جنین /دفع مکونیوم	صفحه ۷۵
ت ۶-زایمان زودرس /زایمان دیررس	صفحه ۷۶
ت ۷-پارگی کیسه آب	صفحه ۷۷
ت ۸-پرولاپس بندناف	صفحه ۷۸
ت ۹-نمایش غیرطبیعی	صفحه ۷۹
ت ۱۰-سایر موارد خطر حین زایمان	صفحات ۸۰-۸۳
ت ۱۱-سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان	صفحه ۸۴
ت ۱۲-بیماری ها	صفحات ۸۵-۸۶
ت ۱۳-سوابق بارداری و زایمان قبلی	صفحه ۸۷

ث ۱- علائم خطر فوری

اقدام

-درمان اکلامپسی طبق ح ۳
-ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

اکلامپسی
(درحال تشنج یا قبلاً تشنج کرده)

اقدام

-درخواست کمک
-اطمینان از باز بودن راه های هوایی
-گرم نگه داشتن بیمار و قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن
-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله
-باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه
(در صورت تأخیر در ارجاع: تزریق یک لیتر سرم دیگر تا پایان یک ساعت و در صورت برطرف نشدن علائم شوک: تزریق مجدد یک لیتر سرم رینگر)
-سوندگذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن
-کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه
-در موارد شوک عفونی: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین
-ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
-در صورت اختلال هوشیاری همراه با بالا بودن فشارخون
اقدام طبق ث ۲

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

اقدام

-درخواست کمک
-اطمینان از باز بودن راه های هوایی
-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله
-باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه
-در صورت تشخیص آمبولی ریه، حمله آسم، ادم حاد ریه، شوک: درمان مانند زمان غیربارداری
-ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

تنفس مشکل

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

ث ۲- فشارخون بالا

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	ارزیابی
-درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: -انجام زایمان همراه با درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ -سوندگذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن پس از خروج جفت -تزریق هیدرالازین طبق ح ۳ -اطمینان از جمع بودن رحم و کنترل خونریزی طبق ح ۲ -ارجاع فوری مادر و نوزاد*و همراهی بیمار طبق ح ۱	پره اکلامپسی شدید	سر درد، تاری دید، درد اپی گاستر الیگوری ،پروتئینوری	<u>سؤال کنید:</u> سر درد، تاری دید، الیگوری، درد اپی گاستر <u>تعیین کنید:</u> فشارخون

* 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.

ث ۳- خونریزی

مرمله زایمان	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
حین زایمان	*	انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاری)	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ - انجام زایمان - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان - ارجاع فوری مادر و نوزاد طبق ح ۱
	*	سابقه لکه بینی در بارداری	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم انجام معاینه واژینال - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
	*	درد شدید و ناگهانی شکم ، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
گروه بندی و اقدام	*	رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است	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 ح ۲ - تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم مترون 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 ح ۴ و ارجاع فوری و همراهی طبق ح ۱
	**	بلافاصله پس از زایمان (عساعت) اول پس از زایمان	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم - انجام کوراژ طبق ح ۴ - در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید یا عدم موفقیت در کوراژ: ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
	*	رحم جمع است	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی و ترمیم محل پارگی طبق ح 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 تپک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

ارزیابی

سئوال کنید:
سابقه لکه بینی در
بارداری، درد شکم

تعیین کنید:
تعداد ضربان قلب
جنین

معاینه کنید:
انقباضات و تونیسیتیه
رحم، وضعیت جفت

* 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.

ث ۴- عدم پیشرفت زایمان

اقدام	معیار تشخیص	ارزیابی
<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت</p> <p>دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال</p>	<p>تعیین کنید: وضعیت زایمان، مدت و وضعیت عدم پیشرفت زایمان براساس پارتوگراف</p> <p>گروه بندی و اقدام</p>
<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه یا سوند فولی در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز</p> <p>در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>دیلاتاسیون و افسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار</p>	
<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه یا سوند فولی در صورت نیاز</p> <p>در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد</p>	
<p>درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - تمکی - تخلیه مثانه یا 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</p> <p>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</p> <p>در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی</p> <p>در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p>در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: نپک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱</p>	<p>عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر</p>	

ت ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم

اقدام	معیار تشخیص	ارزیابی
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد</p> <p>- احیاء نوزاد طبق ح ۱</p> <p>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد</p>	<p>دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین</p> <p>دفع مکونیوم، 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 مکونیوم</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>معاینه مهبل از نظر وجود پرولاپس بندناف و قریب الوقوع بودن زایمان</p>
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- در صورت پارگی کیسه آب: اطمینان از نبود پرولاپس بندناف</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- ارجاع مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱</p>	<p>افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب</p>	

گروه بندی و اقدام

ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص
- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ 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 ح ۱ - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد.	زایمان زودرس	وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر، فاز نهفته
- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ 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 ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام اپی 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
- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال خطر جنین درشت، الیگوهایدرآمیوس، دیسترس جنین - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح 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

ث ۷- پارگی کیسه آب

مرحله بارداری	فاز زایمان	اقدام
<p>ارزیابی</p> <p>سوال کنید: مدت پارگی</p> <p>تعیین کنید: وضعیت زایمانی، علائم حیاتی</p> <p>گروه بندی و اقدام</p>		<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۲۳ قطره در دقیقه</p> <p>انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>در صورت وجود تب تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>انجام زایمان</p> <p>تجویز ۲۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی</p> <p>ارجاع مادر و نوزاد طبق ح ۱</p>
	ترم	<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی</p> <p>انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>در صورت وجود تب تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p>
		<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۲۳ قطره در دقیقه</p> <p>انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>انجام زایمان</p> <p>در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا ۱۲ ساعت: ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>
	پره ترم	<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۲۳ قطره در دقیقه</p> <p>انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>در صورت وجود تب تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ح ۶</p>

ت ۸- پرولاپس بندناف

اقدام	معیار تشخیص	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> -بالا بردن عضو پرزائنه و قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن بیمار) -سونداژ مثانه * -باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> -کمک به پیشرفت زایمان -درخواست کمک برای انجام احیاء -انجام زایمان -آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ 	جنین زنده	<p>تعیین کنید: وضعیت زایمان، وضعیت نمایش جنین، وضعیت نبض بندناف</p>
<ul style="list-style-type: none"> -باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی -تلاش برای شنیدن صدای قلب از روی شکم -آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین -انجام زایمان در صورت پیشرفت زایمان 	جنین مرده (نبود نبض 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.

ث ۹- نمایش غیرطبیعی

اقدام	تشخیص احتمالی
<p>-باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ 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 ح ۱</p>	<p>قرار عرضی و نمایش صورت</p>
<p>-ارجاع فوری طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: انجام مانورهای خروج جنین: -درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد(برای جنین زنده) -اطمینان از خالی بودن مثانه -انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد -خارج کردن باسن، 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 خ ۴ -آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>نمایش بریج کامل</p>
<p>-باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه -انجام زایمان</p>	<p>هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری</p>

ارزیابی

تعیین کنید:
سن بارداری، عضو نمایش،
قرار جنین

معاینه کنید:
واژینال، لئوپولد

گروه بندی و اقدام

ت ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان

۱- آنمی متوسط تا شدید	صفحه ۸۱
۲- ابعاد نامتناسب لگن	صفحه ۸۱
۳- ارشاش منفی	صفحه ۸۱
۴- اعتیاد به مواد مخدر	صفحه ۸۱
۵- الیگوهیدرآمنیوس / تأخیر رشد داخل رحمی	صفحه ۸۱
۶- پلی هیدرآمنیوس	صفحه ۸۱
۷- تب	صفحه ۸۱
۸- جنین ناهنجار	صفحه ۸۲
۹- چندقلویی	صفحه ۸۲
۱۰- شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	صفحه ۸۲
۱۱- ضایعات ولو	صفحه ۸۲
۱۲- گراند مولتی پار	صفحه ۸۳
۱۳- ماکروزومی	صفحه ۸۳
۱۴- مرگ جنین	صفحه ۸۳
۱۵- هپاتیت / HBsAg مثبت	صفحه ۸۳
۱۶- هرپس ژنیتال	صفحه ۸۳
۱۷- نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	صفحه ۸۳

ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آمنی 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 چ 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 بتزریق 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 اقدام پیش از ارجاع -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	-باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان -ارجاع فوری به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد
۵ الیگوهیدرآمنیوس/تأخیر رشد داخل رحمی	-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ 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 مگونیوم 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 ننگ 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 ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -تجویز قرص یا شیاف 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

ث 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>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ث ۹</p> <p>- اقدام برای خروج قل اول</p> <p>- خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول</p> <p>- بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم</p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی</p> <p>- در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: 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، ماساژ رحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان</p> <p>- در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</p>
۱۰ شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	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>
۱۱ ضایعات ولو (سوختگی، واریس، کیست بارتولین)	ارجاع فوری	<p>- انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.</p> <p>- انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش</p> <p>- در صورت عدم توانایی در ترمیم نیک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری طبق خ ۱</p>

ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱۲	گراند مولتی پار (زایمان ۵ بار و بیشتر)	<p>باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>انجام زایمان</p> <p>معاینه کامل جفت و پرده ها</p> <p>معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم</p> <p>در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: ارجاع فوری و همراهی مادر طبق ح ۱</p>
۱۳	ماکروزومی	<p>در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان</p> <p>در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق ث ۴</p> <p>معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم</p> <p>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 ح ۱</p> <p>ارجاع فوری نوزاد</p>
۱۴	مرگ جنین	<p>باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت</p> <p>در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): ارجاع فوری طبق ح ۱</p>
۱۵	هیپاتیت HBsAg / مثبت	<p>انجام زایمان</p> <p>تزریق واکسن هیپاتیت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمپول اینموگلوبین اختصاصی هیپاتیت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هیپاتیت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</p>
۱۶	هرپس ژنیتال	<p>انجام زایمان</p> <p>در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: ارجاع فوری نوزاد</p> <p>خودداری از معاینه واژینال در صورت پارگی کیسه آب</p> <p>ارجاع فوری</p>
۱۷	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	<p>باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم</p> <p>در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری طبق ح ۱</p>

ث ۱۱ - سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

عنوان	اقدام
۱ احتباس جفت (با خونریزی معمولی)	در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: -باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی-نمکی حداقل ۳۲قطره در دقیقه -اطمینان از نبود جفت در واژن -خودداری از دستکاری بیشتر -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ح ۳
۲ تب	-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 ح ۱
۳ عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان	-بررسی میزان دهیدراتاسیون مادر -معاینه مثانه از روی شکم -معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم -در صورت دهیدراتاسیون و نبود ادرار: تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن -در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی در ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق مادر به ادرار کردن پس از چند ساعت -در صورت عدم توانایی مجدد: ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱ -در صورت وجود هماتوم: ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱
۴ گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه	-شستن محل پارگی با بتادین -قرار دادن گاز استریل روی پارگی -عدم دستکاری و ترمیم پارگی -ارجاع فوری طبق ح ۱
۵ وارونگی رحم	-در خواست کمک -باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۲۲قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -تزریق عضلانی ۵۰-۱۰۰ میلی گرم پنتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم طی ۲۰ دقیقه -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵ -ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی بیمار طبق ح ۱
۶ هماتوم	-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 -در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از ۵ سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار: ارجاع فوری طبق ح ۱

ت ۱۲ - بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	ارجاع فوری	<p>-باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -نمکی حداقل ۳۲قطره در دقیقه</p> <p>-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>-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</p> <p>-خودداری از تزریق پتدین</p> <p>-در صورت حمله آسم درمان مانند زمان غیر بارداری</p> <p>-انجام زایمان</p>
۲ HIV مثبت	ارجاع فوری	<p>-انجام زایمان</p> <p>-همراهی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان</p> <p>- پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</p> <p>-مشاوره با مادر در مورد منافع و خطرات شیردهی مادر آلوده</p> <p>-ارجاع غیرفوری مادر و نوزاد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری</p>
۳ بیماری های دریچه ای قلب	ارجاع فوری	<p>-باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲قطره در دقیقه</p> <p>-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>-تعیین نوع بیماری تا حد امکان</p> <p>-قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته</p> <p>-تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>-انجام زایمان</p> <p>-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</p> <p>-در صورت بروز علائم ادم حاد ریه درمان مانند زمان غیر بارداری</p> <p>-در صورت تنگی دریچه میترال:کاهش حجم وریدی</p> <p>-در صورت تنگی دریچه آئورت:تزریق سرم به میزان کافی</p> <p>-ارجاع فوری طبق ح ۱</p>
۴ دیابت	ارجاع فوری	<p>-باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر ۳۲قطره در دقیقه</p> <p>-دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>-توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان</p> <p>-انجام زایمان</p> <p>-ارجاع فوری مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق ح ۱</p> <p>-ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ح ۲</p>

ت 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 ت 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"> -ارجاع فوری -باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله -آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق خ ۱ -انجام زایمان
۸	هیپرتیروئیدی	<ul style="list-style-type: none"> -ارجاع فوری -باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ 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 ننماید.

ت ۱۳- سوابق 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 ح ۱ و ح ۲
۲ * جنین ناهنجار		-در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان -در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴
۳ * زایمان سخت	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: تک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری طبق ح ۱
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 ح ۱
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 ح ۱
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 ت ۱۰

* امکان تکرار این موارد در بارداری وجود دارد.

ج-مراقبت های معمول پس از زایمان

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

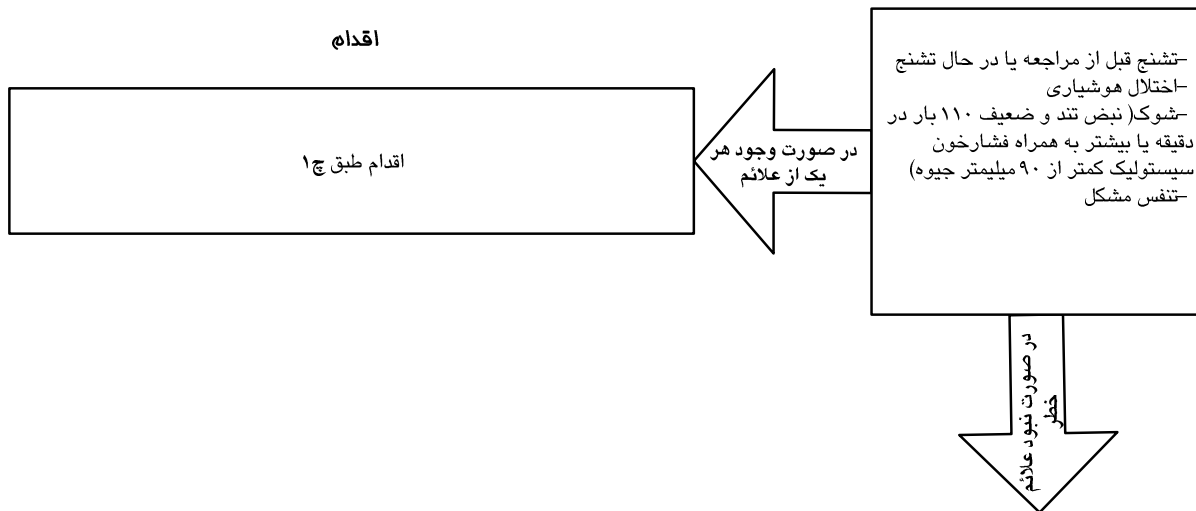
ج ۱-مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان صفحه ۸۹

ج ۲-مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان صفحه ۹۰

تعاریف مراقبت های پس از زایمان صفحات ۹۱-۹۳

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

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



ارزیابی

گروه بندی علائم و نشانه ها اقدام

تشکیل پرونده در ملاقات اول گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان	تشخیص پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم	تشخیص پرونده در ملاقات اول گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان
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)، همسرآزاری، شکایت شایع، مصرف مکمل های دارویی	اندازه گیری کنید: علائم حیاتی	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)، همسرآزاری، شکایت شایع، مصرف مکمل های دارویی
معاینه کنید: چشم، پستان، شکم(رحم)، محل بخیه اندام ها	گروه بندی و اقدام	معاینه کنید: چشم، پستان، شکم(رحم)، محل بخیه اندام ها
خونریزی / لکه بینی، مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینهای، اختلالات روانی، سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی، تب، فشارخون بالا، درد	همسرآزاری	خونریزی / لکه بینی، مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینهای، اختلالات روانی، سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی، تب، فشارخون بالا، درد
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج ۸ و آخرین خانه زیر	اقدام طبق ت ۱۷ و خانه زیر	بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج ۸ و آخرین خانه زیر
تجویز مکمل های دارویی طبق ج ۶ -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان -ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ -تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان -مشاوره باروری سالم در ملاقات دوم طبق ج ۱۱ -تعیین تاریخ مراجعه بعدی	اقدام طبق ت ۱۷ و خانه زیر	تجویز مکمل های دارویی طبق ج ۶ -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان -ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ -تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان -مشاوره باروری سالم در ملاقات دوم طبق ج ۱۱ -تعیین تاریخ مراجعه بعدی

ج ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها اقدام

بر حسب مورد: اقدام طبق چ ۲ تا چ 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 پزشک	التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک	عفونت دندانی، آبسه، درد شدید دندان
- تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - رایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز طبق ح ۱۲ - درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال 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 مراقبت‌های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

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

نکته: در هر ملاقات، علائم خطر را به مادر گوشزد کنید و مطمئن شوید که این علائم را فرا گرفته 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 زمینه‌ای: منظور بیماری‌های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع... است.

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

پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب‌های پوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای 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 ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت در صورتی که هنگام زایمان دریافت نکرده باشد، طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان به صورت عضلانی تزریق کنید.

تجویز مکمل‌های دارویی: مکمل‌های 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 نمی‌تواند 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 می‌گردد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهبل کاسته شده و کم رنگ می‌شود. 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 اندازه‌گیری 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 بیماری‌های زمینه‌ای (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

شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها شامل خستگی، سردرد، کمردرد و یبوست است.

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

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

علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری 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، تحریک‌پذیری 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، کم‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

محل بخیه‌ها: در هر ملاقات، محل بخیه‌ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می‌باشد.

محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می‌شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنمای ح ۱۱ مشاوره کنید.

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

مصرف مکمل‌ها: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل‌های دارویی را از مادر سؤال کنید.

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

معاینه پستان: پستان‌ها 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 می‌گردد. در هفته اول رحم پایین‌تر 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» می‌گویند.

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، بی‌اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی‌اختیاری) 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 بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی تظاهر می‌کند. 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 بی‌خوابی، بی‌قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می‌دهد. 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 می‌تواند 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

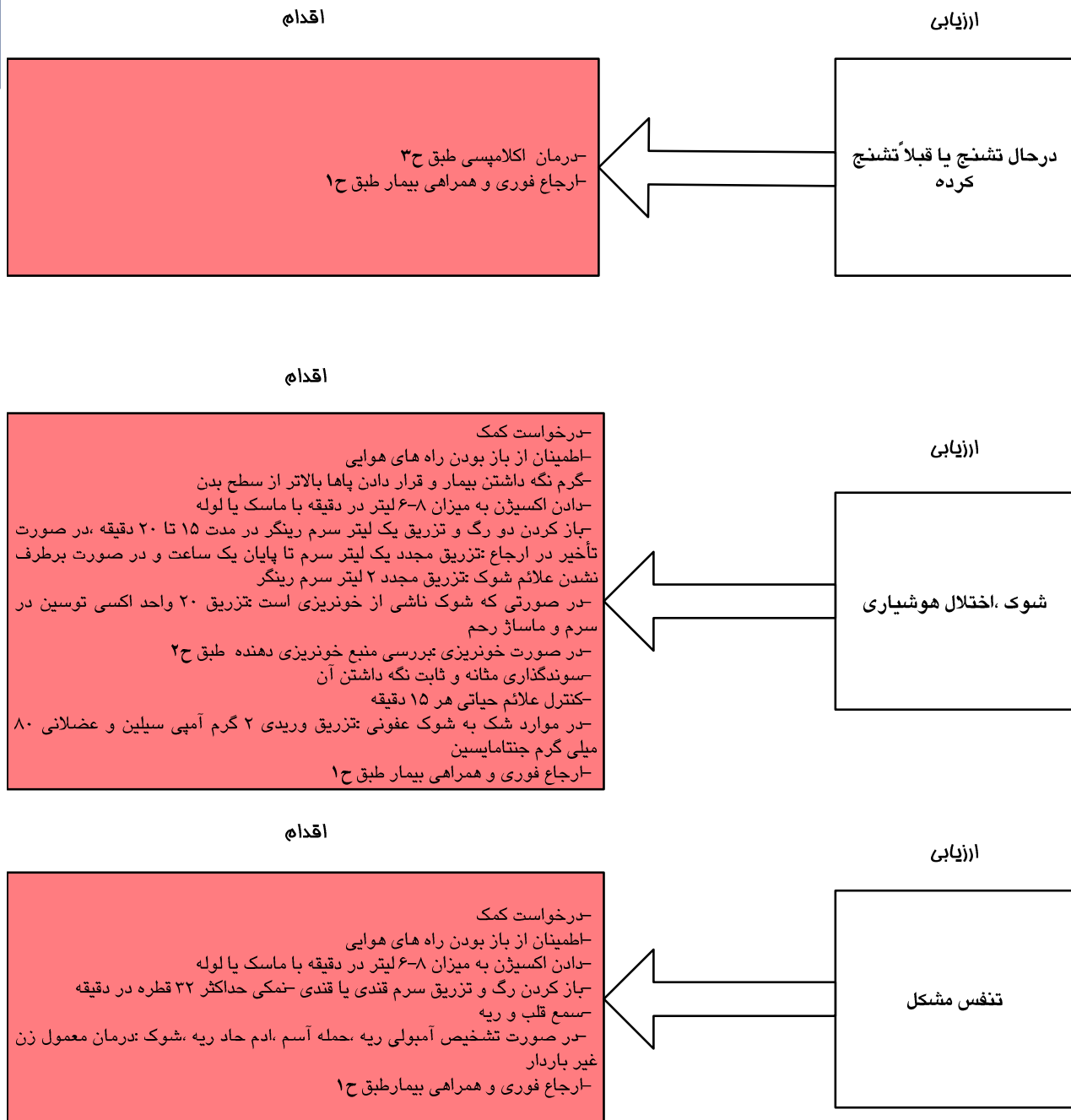
خشونت روانی: رفتار خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می‌شود.

چ-مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

صفحه ۹۵	چ ۱- علائم خطر فوری
صفحه ۹۶	چ ۲- خونریزی / لکه بینی
صفحه ۹۷	چ ۳- تب
صفحه ۹۸	چ ۴- درد
صفحه ۹۹	چ ۵- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج
صفحه ۱۰۰	چ ۶- اختلالات روانی
صفحه ۱۰۱	چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی
صفحه ۱۰۲	چ ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، بیماری زمینه ای)

چ ۱ - علائم خطر فوری



چ ۲- خونریزی / لکه بینی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
-باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگره میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه -تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -ارجاع فوری طبق ح ۱	باقی ماندن تکه هایی از جفت، متريت	* خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی
-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 ح ۱	متريت	* 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
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	عفونت، پولیپ جفتی	خونریزی در حد قاعدگی از هفته سوم پس از زایمان به بعد
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	متريت خفیف	لکه بینی، درد شکم، رحم شل و بزرگ تر از حد طبیعی
-ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ -در صورت وجود ترشحات واژینال پس از ۴ هفته: درمان واژینیت طبق چ ۵ -در صورت ادامه لکه بینی پس از ۶۰ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم	لکه بینی، شکم نرم و بدون تندرئیس، رحم جمع و بدون تندرئیس

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 شوک، درمان شوک انجام شود.
 نکته: اندازه طبیعی رحم بر حسب زمان پس از زایمان در تعاریف مراقبت معمول اشاره شده است.

چ ۳- تب

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی - تمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق ح ۱	متریت	* 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
	پیلونفریت	* سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ
ارجاع در اولین فرصت به متخصص	آبسه پستان	توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز
	عفونت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	تورم محل بخیه، تحت فشاربودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفتی محل بخیه
- 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	ماستیت	تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز
- 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	احتقان پستان	تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان

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.

چ 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	ترومبوفلیت	-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 ح ۱
* ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، تندرns و ریپاند شکم یا پهلوها	متریت، 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 ح ۱
* تندرns و ریپاند 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 ح ۱
* وجود توده مواج 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، 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 ح ۱
تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز	ماسیت	-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 شیردهی 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 ح 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.

چ ۵- مشکلات ادراری-تناسلی و اجابت مزاج

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

ارزیابی

سئوال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

گروه بندی و اقدام

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

چ ۶- اختلالات روانی

گروه بندی علائم و نشانه ها تشفیص اتمالی اقدام

<p>در مرحله پیشرفته: ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود) 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 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: بنا 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 در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زودگی، 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>خطر عود 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 علائقی، 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. در صورت تشدید علائم یا تاووم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی 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:

- وضعیت ظاهری:** نحوه پوشش، وضعیت بهداشتی، نحوه برقراری ارتباط (آشفته و غیرعادی، بهداشت ضعیف، آرایش زیاد، لباس نامتناسب)
- خلق:** افسرده، مانیک، مضطرب، تحریک پذیر (عصبانیت)
- تفکر:** افکار خودکشی، عقاید هذیانی (افکار پارانوئیدی، افکار بزرگ منشانه)
- درک:** توهمات شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی
- 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.

چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت</p> <p>- ارجاع فوری به متخصص زنان طبق ح ۱</p>	آنمی شدید ناشی از هیپوولمی	علائم حیاتی غیرطبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری زمینه ای؟	علائم حیاتی طبیعی رنگ پریدگی شدید، هموگلوبین طبیعی
<p>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی</p> <p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)</p>	آنمی شدید (مزمن)	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، رنگ پریدگی شدید
<p>- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها</p> <p>- تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز ۲۰۰ (میلی گرم) به مدت یک ماه</p> <p>- درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان</p> <p>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)</p> <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
<p>- تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه</p> <p>- درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان</p> <p>- بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)</p> <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

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:
میزان هموگلوبین، علائم حیاتی

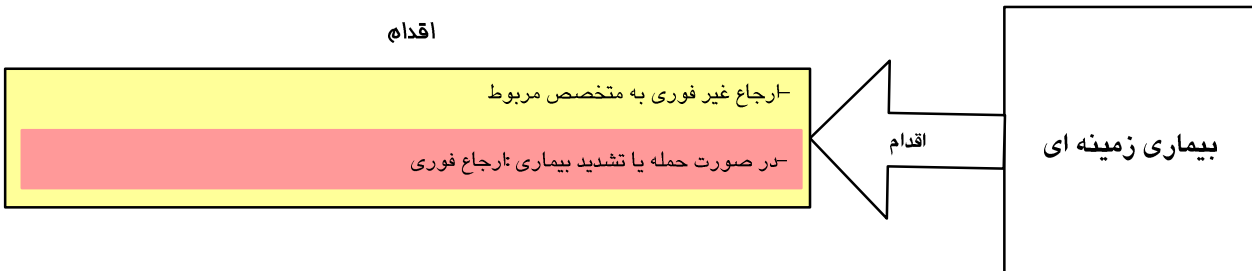
معاینه کنید:
ملتحمه چشم، مخاط ها

چ ۸- سایر موارد خطر

اقدام



اقدام



ح- راهنما

ح ۱-ارجاع فوری	صفحه ۱۰۴
ح ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی	صفحه ۱۰۴
ح ۳- درمان پره اکلامپسی -اکلامپسی	صفحات ۱۰۵-۱۰۶
ح ۴- کوراژ	صفحه ۱۰۷
ح ۵- وارونگی رحم	صفحه ۱۰۷
ح ۶- مکمل های دارویی	صفحه ۱۰۷
ح ۷- زایمان در منزل	صفحات ۱۰۸-۱۰۹
ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری	صفحه ۱۱۰
ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان	صفحه ۱۱۰
ح ۱۰- مصرف داروها در شیردهی	صفحه ۱۱۰
ح ۱۱- مشاوره باروری سالم	صفحه ۱۱۱
ح ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر	صفحه ۱۱۱
ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری	صفحات ۱۱۲-۱۱۳
ح ۱۴- مصرف داروها در بارداری	صفحه ۱۱۳

ح ۱- ارجاع فوری

اگر مادر نیاز به ارجاع فوری دارد:

- ۱- وسیله نقلیه را آماده کنید.
- ۲- فرم 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: داروهای مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، دیازپام، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر 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 ۸-۶ 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 **پرولاپس بندناف**، وضعیت سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن، در **شوک**، قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن، در **ورم حاد یا نارسانای 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.

ح 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 ۲۲ 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 ۰/۲ میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر با فشارخون بالا خودداری شود.
 - ۴- در نیم ساعت اول، رحم را هر ۵ دقیقه و علائم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید. در دو ساعت بعد هر ۱۵ دقیقه و پس از آن تا ۴ ساعت هر ۰/۵ ساعت علائم حیاتی، میزان خونریزی و جمع و سفت بودن رحم را کنترل کنید.
- نکته:** ۱۰ 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 یا مشتم 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 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 ۸ ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامپون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.**
- تذکر:** در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید. در صورت شکسته شدن سوزن جراحی حین ترمیم، از دستکاری خودداری، محل زخم پک شده و مادر ارجاع فوری شود.

ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

- ۱- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهروی 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).
- 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 سی آب مقطر مخلوط کنید.

ح 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:

۴ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۴۰ میلی لیتر ۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۰ میلی لیتر ۱۰ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۲۰ میلی لیتر
 ۵ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۵۰ میلی لیتر ۵ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۵ میلی لیتر ۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۱۰ میلی لیتر
 ۴ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۸ 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 نیفدیپین (آدالات) را به صورت خوراکی تجویز و در صورتی که پس از ۳۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، نیفدیپین را با همان دوز اولیه تکرار کنید.

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.

ح 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 بدن ناف 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 سیدوا 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 ۰.۶ 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 ح ۱

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

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

ح ۵- وارونگی رحم

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

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

الف) در صورتی که جفت جدا شده است: با کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، قله رحم را به طرف بالا فشار داده و رحم را به جای اول برگردانید. پس از اطمینان از قرار گرفتن رحم در محل اصلی، ۲۰ واحد 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 ح ۱

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

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

ح 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 میکروگرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

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

ح 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، سریپیچ 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 (تتشک، 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
 - پوار حداقل ۲ عدد
 - درجه حرارت سنج دهانی
 - چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)
 - گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
 - مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰
 - پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد
 - وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
 - کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
 - ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
 - دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)
 - حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰
 - کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد
 - صابون و جابابونی، حوله دست
 - مواد ضد عفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین
 - نوار متری
 - فرم ثبت مراقبت های زایمان

ح 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 ارائه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

ح 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.

ح 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.

ح 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، فنن 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:

۵- آمینوسالسیلیک اسید	-آنتولول	-پیریمیدون
-سولفاسالازین	-کلماستین	
-آسپیرین (سالسیلات)	-فنوباربیتال	

ح ۱۱- مشاوره باروری سالم

• در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.

• در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله حداقل ۳ سال بین بارداری ها رعایت شود.

• به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.

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.

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV 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 شوند:

• 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)

نکته: برای استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در مادران شیرده و غیر شیرده به دستورعمل روش های پیشگیری از بارداری مراجعه شود.

ح 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.

ح 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 غیرمحمول 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 پرفدرت 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.

ح 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.

ح ۱۴- مصرف داروها در بارداری

که داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:

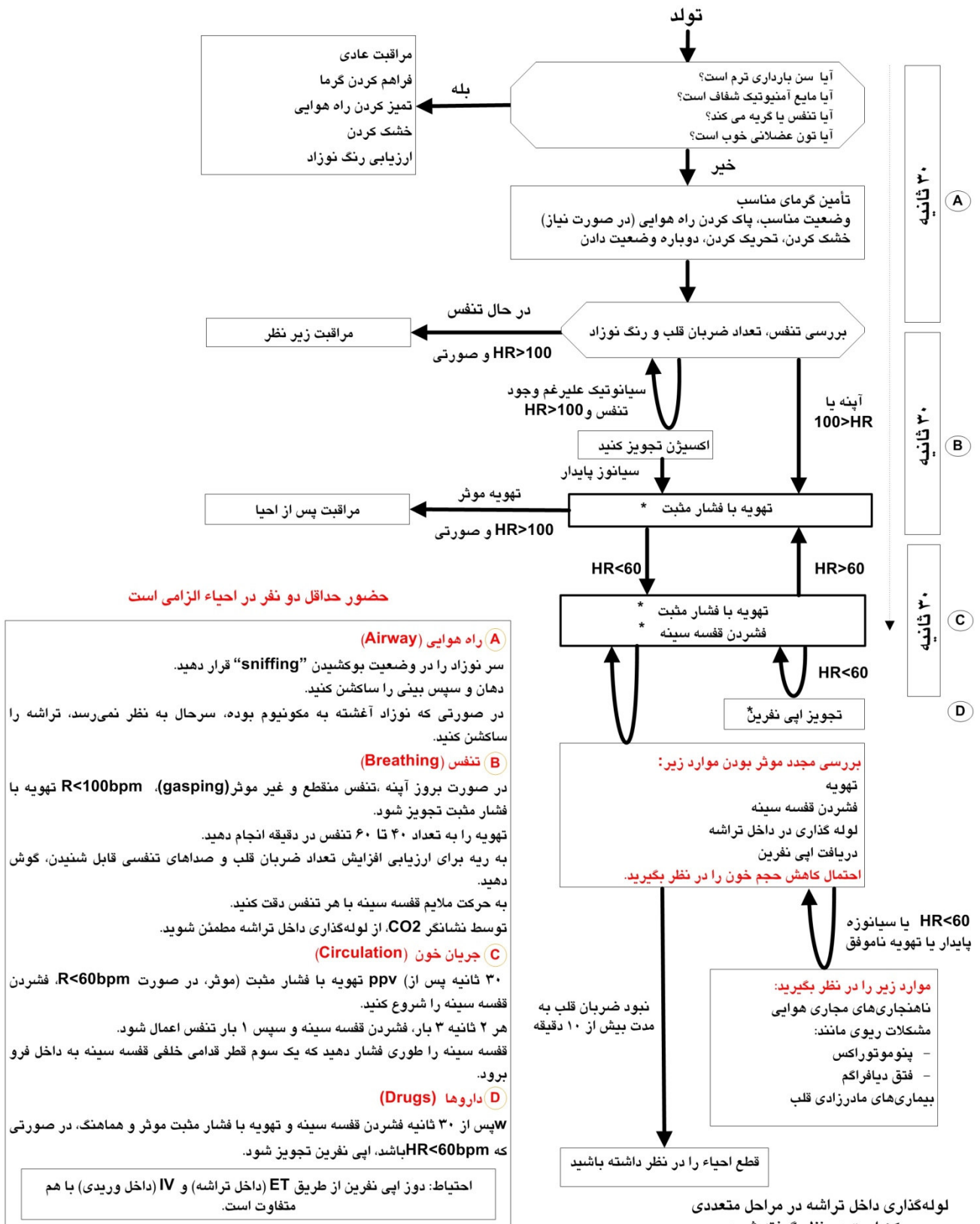
- | | |
|--|--|
| -ACE inhibitors(Angiotensin-converting enzyme inhibitors) | - Kanamycin |
| - Aminopterin | - Lithium |
| - Androgens | - Methimazole |
| -A-II antagonists(Angiotensin II receptor antagonists) | - Methotrexate |
| - Busulfan | - Misoprostol (بجز در موارد ختم بارداری) |
| - Carbamazepine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

خ-ارزیابی نوزاد

(۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

صفحات ۱۱۵-۱۱۶	خ ۱- احیاء نوزاد / تعاریف احیاء نوزاد
صفحه ۱۱۷	خ ۲- نشانه های خطر
صفحه ۱۱۸	خ ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد
صفحه ۱۱۹	خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری
صفحه ۱۲۰	خ ۵- عفونت های موضعی

خ ۱- احیاء نوزاد (مهمترین و موثرترین کار در احیاء نوزاد، تهویه ریه است).



خ ۱- تعاریف احیاء نوزاد

لوله گذاری داخل تراشه

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

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

دارو	غلظت برای تجویز	آماده سازی	دوز/ راه تجویز	سرعت تجویز / احتیاطات
اپی نفرین	۱/۱۰۰۰۰	محلول 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 شد) رینگر لاکتات گلوبول قرمز متراکم O	حجم تخمینی را به داخل یک سرنگ بزرگ بکشید	(10 ml/kg) IV (از راه ورید نافی)	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	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 احیاء (شامل مراقبت پس از اتاق زایمان)

- ♦ نالوکسان هیدروکلراید ۰/۱ mg/kg سریع تجویز شود، (برای سرکوب تنفسی ناشی از مواد مخدر) IV (ترجیحا) IM (قابل قبول)
- ♦ محلول کلوکز ۱۰٪ (برای هیپوگلیسمی) ۲ ml/kg IV در عرض ۱-۲ دقیقه و سپس با انفوزیون مداوم گلوکز وریدی ادامه یابد.
- ♦ فنوباریتال (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) ۲-۲۰ mcg/kg/min به صورت انفوزیون مداوم وریدی.

$$6 \times \text{وزن (kg)} \times \text{mcg/kg/min مورد نظر}$$

محاسبه قطر ه:

$$\text{ml/hr مورد نظر}$$

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

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

ک 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.

ک ساکشن تراشه: در صورت آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکتوبوم 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.

ک 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.

ک 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)

ک 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 پر شدن 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)

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

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

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

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

خ ۲- نشانه های خطر

اقدام	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 ۱د</p> <p>-گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی جز در حالت هیپرترمی</p> <p>-در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>-پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>-در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>-تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>-در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>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، توکسیده 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>

گروه بندی و اقدام

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- «اگر نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از شیر مادر است: از مادر بخواهید که کودک را با شیر خودش تغذیه کند.
- «اگر نوزاد توانایی تغذیه مستقیم از پستان مادر را ندارد ولی قادر به بلع است:
 - به ترتیب اولویت و در دسترس بودن، شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی به او بدهید.
 - در صورت در دسترس نبودن هیچیک از موارد فوق آب قند (حدود ۵ سی سی برای هر کیلوگرم) به او بدهید.
 - «طرز تهیه آب قند:
 - در یک لیوان محتوی ۲۰۰ سی سی آب جوشیده خنک شده ۴ قاشق مرباخوری سرصاف شکر ۲۰(گرم) را حل کنید.
 - «اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:
 - اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید، مایعات بالا را با همان میزان از طریق لوله معده هر ۲ ساعت به او بدهید.

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

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم یا نشانه ها	ارزیابی
<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 خ ۱</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 خ ۲</p> <p>- تزریق ویتامین ک ۱</p>	نوزاد خیلی کوچک	وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته	<p>تعیین کنید: سن بارداری، وزن گروه بندی و اقدام</p>
<p>- حمایت ویژه شیردهی طبق د ۱</p> <p>- اطمینان از شیردهی خوب و درجه حرارت ثابت بدن نوزاد</p> <p>پیش از ترخیص</p> <p>- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول</p> <p>- تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد</p> <p>- آموزش به مادر برای مراقبت از نوزاد طبق د ۱</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	

خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

ارزیابی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم و نشانه ها	معاینه کنید:
	ناهنجاری شدید	<ul style="list-style-type: none"> -شکاف کام بزرگ -آترزی کوان دو طرفه -شکم اسکافوئید -گاسترویشیزی -امفالوسل -خونریزی ناف -عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول -ابهام تناسلی -مقعد بسته 	<p>سر و گردن: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی مالاچها، تورم، توده، فیستول گردن، پرده گردنی، برآمدگی، خون مردگی</p> <p>صورت: شکل غیر قرینه، شکاف کام، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان</p> <p>گوش: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی</p> <p>شکم: ساختمان عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکافوئید شکم، خونریزی ناف</p> <p>ستون فقرات: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو</p> <p>اندام ها و لگن: شکل غیر طبیعی اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو</p> <p>دستگاه ادراری: مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول</p> <p>دستگاه تناسلی: ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها، اندازه غیرطبیعی دستگاه گوارشی، مقعد بسته، فیستول</p>
ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	ناهنجاری	<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 (اپسپادیاس، هیپوسپادیاس) -عدم نزول دو طرفه بیضه ها -اندازه غیر طبیعی آلت 	
ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان	صدمات زایمانی	<ul style="list-style-type: none"> 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 	

گروه بندی و اقدام

خ ۵- عفونت های موضعی

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

ارزیابی

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

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

د-مراقبت از نوزاد

صفحات ۱۲۲-۱۲۳

د ۱-مراقبت از نوزاد

د 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:

-توکشیده شدن قفسه سینه

-ناله کردن

-رنگ پریدگی شدید یا کبودی

-استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفراوی

-تحرك کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی

-تشنج

-اسهال (دفع مدفوع آبکی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز)

-قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها

-عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول

-عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول

-بی قراری و تحریک پذیری

-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 پلک ها)

-عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)

-عفونت خفیف ناف (ترشح غیر چرکی و خونابه از ناف)

-برفک دهان

-تغذیه نوزاد با شیر مادر کمتر از ۵ بار در ۲۴ ساعت

گرم نگه داشتن نوزاد

نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا بالغین نیاز دارد.

-اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، گرم نگه دارد.

-در خلال روز، نوزاد را بپوشاند.

-در شب، نوزاد با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی

شیر بخورد.

-نوزاد را در محل نمناک یا خنک قرار ندهد.

-نوزاد را حداقل تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکند.

-نوزاد را قنداق نکند.

-نوزاد را در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهد.

زمان مراقبت های معمول نوزاد

مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان

مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان

مراقبت سوم: روزهای ۳۰ تا ۴۵ پس از زایمان

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

مراقبت از بندناف

-پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوید.

-در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن **مانعی ندارد**.

-کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد.

-اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک

کند.

-شکم یا ناف را بانداز نکند.

-هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و ...) روی ناف نگذارد.

-ناف را دستکاری نکند.

پیشگیری از سوانح و حوادث

-از نگه داری حیوانات در محل زندگی خودداری کند.

-هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.

-نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذارد.

-نوزاد را بالا و پایین نیندازد.

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

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

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

دارد.

-در زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشد.

-نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری،

کرسی، اتو و ...) قرار ندهد.

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

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

-ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.

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.

د 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 بگذارید. 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 محقق است، شروع شیردهی از پستان غیر محقق انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن دوشیده شود تا ناحیه آرنژول 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 زنگ (پستانک) استفاده نکند.

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

چندقلویی)

- می تواند به نوزاد کوچکش شیر بدهد و شیر او کافی است. 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 بماند، زمان کوتاه تری بخورد و استراحت کند، در خلال شیر خوردن خوابش ببرد، بین مکیدن ها بیشتر توقف کند و طولانی تر بخورد، همیشه برای تغذیه بیدار نمی شود.
- تماس پوست با پوست برقرار کند، زیرا شیر خوردن از پستان را راحت تر می کند.
- هر ۲-۳ ساعت نوزاد را شیر دهد. اگر نوزاد خودش بیدار نمی شود ۲ ساعت پس از آخرین شیر خوردن، او را بیدار کند.
- نوزاد را طولانی تر زیر پستان نگه دارد. اجازه دهد بیشتر استراحت کند و بماند. 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 احياناً 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 ۱۲۵-۱۲۶

فهرست داروهای مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحه ۱۲۷

فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحه ۱۲۸

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

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(ت) و انجام مراقبت های ویژه طبق دستورالعمل بخش مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ث) 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(ت)، دستورالعمل ارزیابی نوزاد تازه متولد شده(خ)، مراقبت از نوزاد(د)
- 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(ج)، 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 سؤال 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(چ) شامل باز کردن رگ و تزریق سرم، باز کردن راه های هوایی، دادن اکسیژن، سوند گذاری
- پاپ اسمیر
- 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 مسکن (مفنمیک اسید، استامینوفن)
- تزریق رگام (در صورت نیاز)

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 مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

- آنتی بیوتیک‌ها 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 مگنمیک اسید
- واکسن توام
- آمپول اکسی توسین
- مواد ضد عفونی کننده (ساولن، بتادین، الکل)
- آمپول رگام
- 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)
- 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
- قرص آدالات
- آمپول فنی توئین
- آمپول و قرص فتوباریتال
- آمپول و قرص دیازپام
- گلوکونات کلسیم
- آمپول سرم ضد کزاز
- سولفاستامید چشمی
- تتراسیکلین چشمی
- آمپول سفازولین
- الکل سفید یا اسپری فیکساتور

فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

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

تاریخ:

فرم مراقبت پیش از بارداری

(ماما/ پزشک)

شغل:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: شرح حال

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده:

تاریخ آخرین زایمان:

قد: وزن: نمایه توده بدنی:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	سن زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر
<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل
<input type="checkbox"/>	سابقه یا وجود همسر آزار	<input type="checkbox"/>	مشکلات دهان و دندان	<input type="checkbox"/>	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	روش فعلی پیشگیری از بارداری:
<input type="checkbox"/>	وجود اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش	<input type="checkbox"/>	وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)				

سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار	<input type="checkbox"/>	تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>	جراحی شکم و رحم	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)		

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری / ناهنجاری (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی	<input type="checkbox"/>	بیماری کوارشی	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماری بافت همبند
<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید	<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فشار خون بالا	<input type="checkbox"/>	صرع
<input type="checkbox"/>	آسم	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی
<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/>	هیپاتیت	<input type="checkbox"/>	اختلال روانی
<input type="checkbox"/>	مالتیپل اسکلروزیس	<input type="checkbox"/>	ایدز	<input type="checkbox"/>	آنمی فقر آهن	<input type="checkbox"/>	آنمی داسی شکل
<input type="checkbox"/>	ترومبوفیلی	<input type="checkbox"/>	سایر بیماری ها:				
نوع داروهای مصرفی:			حساسیت دارویی:				

رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش

<input type="checkbox"/>	سابقه زندان	<input type="checkbox"/>	خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون	<input type="checkbox"/>	خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	سابقه اعتیاد تزریقی	<input type="checkbox"/>	خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	<input type="checkbox"/>	خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:		تاریخ انجام:	
نوع آزمایش های معمول	نتیجه	نوع آزمایش های معمول	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت: هماتوکریت:	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> نکات غیر طبیعی:.....
گروه خونی و ارهاس		کشت ادرار	
HBsAg (در صورت نیاز)		قند خون ناشتا	
VDRL (در صورت نیاز)		TSH	طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/>
HIV (در صورت نیاز)		تیترا آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)	ایمنی دارد <input type="checkbox"/> ایمنی ندارد <input type="checkbox"/>

سونوگرافی (در صورت نیاز)	پاپ اسمیر (در صورت نیاز)
تاریخ انجام: نتیجه	تاریخ انجام: نتیجه

بخش ۳: معاینه

معاینات توسط پزشک عمومی انجام می گیرد. مواردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می شود.

فشارخون:.....	
چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>
دهان و دندان	التهاب لثه <input type="checkbox"/> جرم دندان <input type="checkbox"/> پوسیدگی دندان <input type="checkbox"/> عفونت دندانی / آبسه <input type="checkbox"/>
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/> اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/> ندول <input type="checkbox"/>
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/> سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/>
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/> رال <input type="checkbox"/>
پوست	بثورات <input type="checkbox"/> نوع بثورات:
پستان ها*	قوام و ظاهر غیر طبیعی <input type="checkbox"/> توده <input type="checkbox"/> خروج هر نوع ترشح از پستان <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/> اسکار <input type="checkbox"/> توده <input type="checkbox"/>
اندام ها	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/> رنگ: رنگ پریدگی <input type="checkbox"/> سرخی <input type="checkbox"/> کبودی <input type="checkbox"/>
واژن و لگن*	ناهنجاریهای لگنی <input type="checkbox"/> ضایعات ناحیه تناسلی <input type="checkbox"/> ترشحات عفونی <input type="checkbox"/> وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها <input type="checkbox"/>

بخش ۴: ایمن سازی

توأم: کامل ناکامل (علت ناکامل بودن را بنویسید)..... تاریخ تزریق واکسن توأم (در صورت نیاز):.....

بخش ۵: پسخوراند/ مراقبت ویژه

◆ اقدامات یا مراقبت های ویژه مورد نیاز که باید براساس نتیجه شرح حال و ارزیابی و یا براساس دستورات فرم پسخوراند از مقصد ارجاع انجام شود، را در ستون «فهرست اقدامات» بنویسید.

◆ اقدامات یا مراقبت های ویژه ای که بر اساس «راهنمای مراقبت پیش از بارداری و یا تفسیر نتایج آزمایش ها» انجام داده اید، را در ستون «اقدامات انجام شده» بنویسید.

اقدامات انجام شده	فهرست اقدامات (مراقبت های ویژه) مورد نیاز	علت (مراجعه/ارجاع)	تاریخ مراجعه
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

بخش ۶: آموزش و توصیه

زمان مناسب باردار شدن و قطع روش پیشگیری از بارداری <input type="checkbox"/>	تغذیه / مکمل های دارویی <input type="checkbox"/>	بهداشت دهان و دندان <input type="checkbox"/>	بهداشت جنسی <input type="checkbox"/>	بهداشت روان <input type="checkbox"/>	بهداشت فردی <input type="checkbox"/>
---	--	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

تاریخ مراجعه بعدی (در صورت نیاز): نام و امضاء معاینه کننده: نتیجه نهایی مشاوره پیش از بارداری:

فرم مراقبت بارداری

شماره پرونده/شناسه/کدملی:

تاریخ:

(ماما/پزشک)

آدرس / تلفن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: شرح حال

شغل:

سن:

مرد:

تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (سونوگرافی):

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (اظهار مادر):

تاریخ آخرین زایمان:

تاریخ تقریبی زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان کمتر از سه سال	<input type="checkbox"/>	بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	بارداری زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	سن بارداری نامشخص
<input type="checkbox"/>	شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با TL	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با IUD	<input type="checkbox"/>	بارداری همزمان با قرص/آمپول
<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	مصرف الکل	<input type="checkbox"/>	کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	ارهاش منفی
				<input type="checkbox"/>	حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده		

سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/>	جفت سرراهی	<input type="checkbox"/>	جدا شدن زودرس جفت (دکلمان)	<input type="checkbox"/>	پره اکلامپسی / اکلامپسی	<input type="checkbox"/>	آتونی (اینرسی)
<input type="checkbox"/>	زایمان سخت	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	چندقلویی
<input type="checkbox"/>	مول/حاملگی نابجا	<input type="checkbox"/>	سقط مکرر/دیررس	<input type="checkbox"/>	سزارین/جراحی شکم	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع
<input type="checkbox"/>	نوزاد ناهنجار	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	مرد زایی	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم

سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری/ناهنجاری (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	بیماری بافت همبند	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماری گوارشی	<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی
<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	تالاسمی مینور	<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	اختلال روانی	<input type="checkbox"/>	هپاتیت	<input type="checkbox"/>	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/>	دیابت
<input type="checkbox"/>	آنمی داسی شکل	<input type="checkbox"/>	آنمی فقر آهن	<input type="checkbox"/>	ایدز	<input type="checkbox"/>	مالتیپل اسکروزیس
				<input type="checkbox"/>		سایر بیماری ها:	
حساسیت دارویی:				نوع داروهای مصرفی:			

رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش

<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه تزریق مکرر خون	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر
<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر	<input type="checkbox"/>	سابقه رفتار جنسی پرخطر و محافظت نشده	<input type="checkbox"/>	مادر	<input type="checkbox"/>	همسر

بخش ۲: نتایج آزمایش‌ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:	تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:
آزمایش‌های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)	نتیجه	آزمایش‌های معمول (هفته ۲۶ تا ۳۰)	نتیجه
CBC	هموگلوبین: پلاکت:	CBC	هموگلوبین: پلاکت:
FBS		FBS	
گروه خونی و اره‌اش	مادر:	OGTT	ارهاش همسر:
کومبس غیر مستقیم (نوبت اول)		کومبس غیر مستقیم (نوبت دوم)	
کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	کامل ادرار	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/>
کشت ادرار		محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش‌ها (در صورت نیاز):	
BUN و کراتی نین خون	BUN:		
HBsAg (در صورت نیاز)	کراتی نین خون:		
VDRL (در صورت نیاز)			
HIV (در صورت نیاز)			

سونوگرافی معمول (هفته ۱۶ تا ۱۸)	سونوگرافی معمول (هفته ۳۱ تا ۳۴)
تاریخ درخواست:	تاریخ درخواست:
سن بارداری (LMP):	سن بارداری (LMP):
وضعیت جفت:	وضعیت جفت:
آنومالی جنین:	وضعیت مایع آمنیوتیک:
نکات مهم:	نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی‌ها (در صورت نیاز):	

توصیه به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در صورت انجام غربالگری ناهنجاری جنین، تاریخ انجام نتیجه غربالگری:

بخش ۳: معاینه

معاینات توسط پزشک انجام می‌گیرد. موردی که با * مشخص شده است، ترجیحاً توسط پزشک عمومی زن یا ماما انجام می‌شود.

فشارخون:	درجه حرارت:	نبض:	تنفس:
چشم	زردی اسکلرا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>	
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ندول <input type="checkbox"/>
قلب	سوفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سوفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>	آریتمی <input type="checkbox"/>
ریه	ویزینگ <input type="checkbox"/>	رال <input type="checkbox"/>	
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات:	
پستان*	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیرطبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
شکم	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>
اندام‌ها	ادم <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>	رنگ: سرخی <input type="checkbox"/> کبودی <input type="checkbox"/> رنگ پریدگی <input type="checkbox"/>
قد:	وزن:	نمایه توده بدنی:	

نتیجه (شرح حال، معاینه، بررسی آزمایش‌ها یا سونوگرافی)

تاریخ / نام و امضاء:

بخش ۴: ارزیابی معمول

انواع مراقبت	۱۰.۵.۶	۱۵.۵.۱۱	۲۰.۵.۱۶	۲۵.۵.۲۱	۳۰.۵.۲۶	۳۴.۵.۳۱	۳۷.۵.۳۵	۳۸	۳۹	۴۰	۴۱
ب. ب. م. س. م. م. م. م.	زمان ملاقات (هفته بارداری)										
	تاریخ مراجعه										
	سن بارداری (هفته)										
	تشنج										
	اختلال هوشیاری										
ب. ب. م. س. م. م. م. م.	شوکی										
	لکه‌بینی/ خونریزی										
	مشکلات اردازی - تناسلی										
	آبریزش/ پارگی کیسه آب										
	دره (شکم، پهلوها، دندان، ساق و ران)										
	تبوع و استفراغ										
	کاهش / نبود حرکت جنین	*									
	مشکلات پوستی										
	اختلالات روانی										
	همسوزاری										
ب. ب. م. س. م. م. م. م.	تروما										
	شکایت شایع										
	مصرف مکمل های دارویی										
	مصرف روزانه گوشت یا تخم مرغ										
	مصرف روزانه حیوانات										
	مصرف روزانه شیر و لبنیات										
	مصرف روزانه میوه و سبزی										
	وزن										
	فشارخون										
	درجه حرارت										
نبض											
تنفس											
ارتفاع رحم											
ضربان قلب جنین	**										

* به طور معمول از حدود هفته ۱۶ بارداری در زنان چندان و از حدود هفته ۱۸ بارداری در زنان نیکم اول، اولین حرکت جنین احساس می شود. در هفته ۱۶ تا ۲۰ از وجود حرکت جنین سؤال و در صورت پاسخ منفی، به مادر آموزش دهید به حرکت جنین توجه کند.

** در هفته ۲۰ بارداری، تشخیص صدای قلب جنین با گوشی سماعی، به معنای نبود صدای قلب نیست. استفاده از سونوگرافی کیت به شنیدن صدای قلب جنین در این زمان کمک می کند.

بخش ۴: ارزیابی معمول

اجزای مراقبت	زمان ملاقات (هفته بارداری)									
	۶ تا ۱۰	۱۱ تا ۱۵	۱۶ تا ۲۰	۲۱ تا ۲۵	۲۶ تا ۳۰	۳۱ تا ۳۴	۳۵ تا ۳۷	۳۸ تا ۳۹	۴۰ تا ۴۱	
چشم	زردی									
	رنگ پریدگی شدید/ آنمی									
پوست	بثورات									
	آدم رستهها و صورت/ آدم یک طرفه ساق و ران									
اندام ها	پوسیدگی دندان									
	جرم دندان									
	التهاب لثه									
کتابه	عقوننت دندانانی، آبسه									
	همه موارد طبیعی است									
نتیجه ارزیابی در هر ملاقات	ارابه مراقبت ویژه									
	بهداشت فردی / روان / جنسی									
کتابه	بهداشت دهان و دندان									
	تغذیه و مکمل های دارویی									
	علائم خطر/ شکایت شایع									
	عدم اعتیاد و مصرف سیگار و الکل									
	فوقیه، آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی									
کتابه	شیردهی									
	زمان بارداری بعدی									
	مراقبت از نوزاد / علائم خطر نوزاد									
کتابه	توصیه به شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان									
	اسید فولیک									
کتابه	آهن									
	مولتی ویتامین									
کتابه	تعیین تاریخ مراجعه بعدی(مراقبت معمول و یا ویژه)									
	نام و امضاء معاینه کننده									

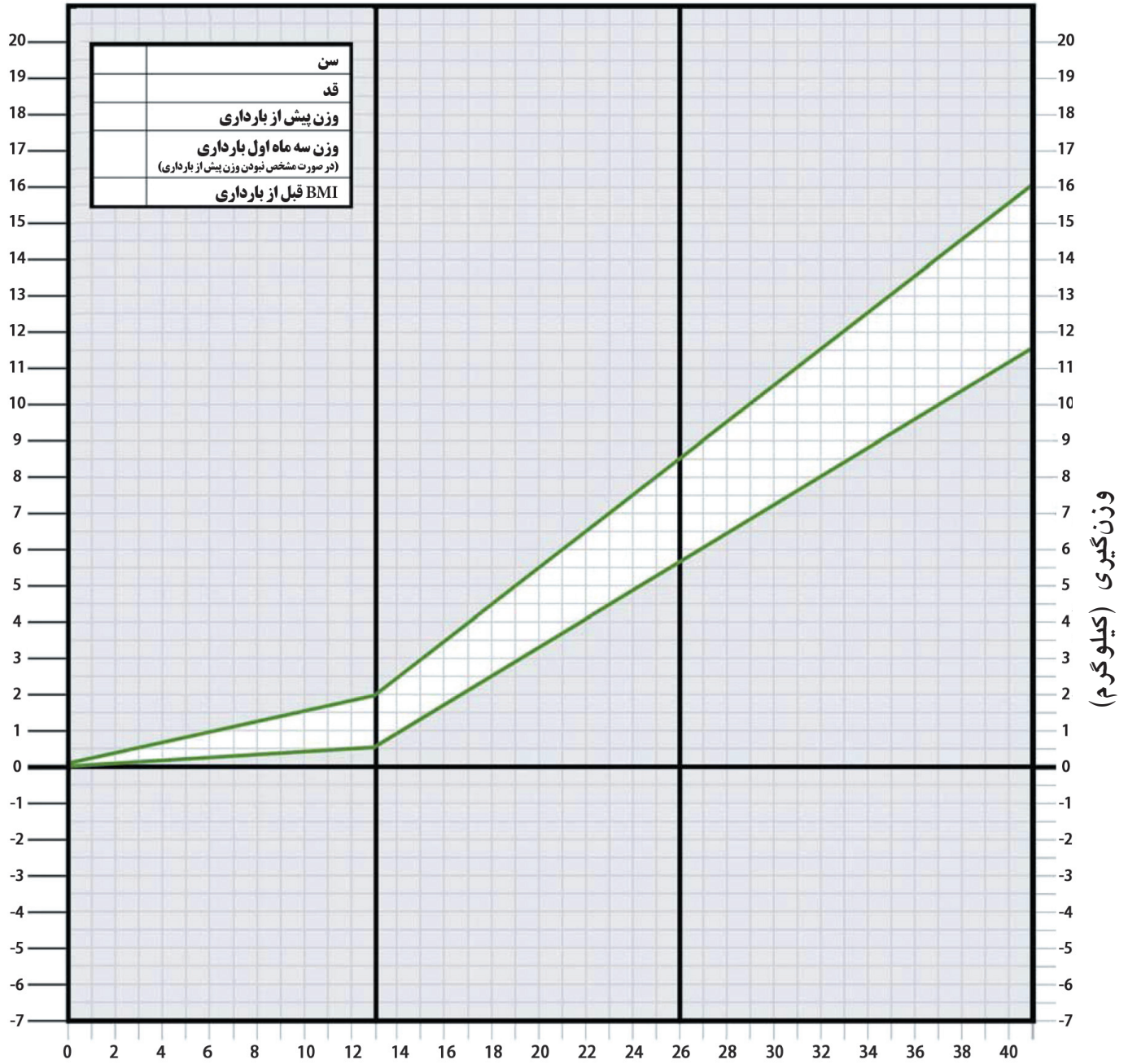
بخش ۵: ایمن سازی

واکسن توأم	در صورت کامل بودن <input type="checkbox"/> در صورتی که نیاز به دو نوبت تزریق در بارداری وجود دارد: تاریخ تزریق نوبت اول: تاریخ تزریق نوبت دوم:	تاریخ تزریق رکام از هفته ۲۸ تا ۳۳ بارداری:
------------	--	--

بخش ۶: جدول وزن‌گیری

نمودار وزن‌گیری (طبیعی-تک‌قلویی)

محدوده افزایش وزن ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم



هفته‌های بارداری

از این نمودار برای رسم منحنی وزن‌گیری مادران با نمایه توده بدنی قبل از بارداری ۲۴/۹-۱۸/۵ استفاده شود

جدول ثبت وزن‌گیری

۴۱	۴۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												هفته بارداری
												وزن مادر
												میزان وزن‌گیری مادر نسبت به مراقبت قبلی
												میزان وزن‌گیری مادر از ابتدای بارداری
												وزن‌گیری نامناسب

شماره پرونده/شناسه/کدملی:

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

تاریخ و ساعت پذیرش:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

علائم خطر فوری (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	اختلال هوشیاری/ شوک	<input type="checkbox"/>	خونریزی	<input type="checkbox"/>	تنفس مشکل
<input type="checkbox"/>	دستوشی شانه	<input type="checkbox"/>	وارونگی رحم	<input type="checkbox"/>	احتباس جفت	<input type="checkbox"/>	

تعداد بارداری: تعداد زایمان: تعداد سقط: تعداد فرزندان: زنده: مرده

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: تاریخ تقریبی زایمان: سن بارداری:

نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین گروه خونی و ارایش:

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

فشارخون: درجه حرارت: نبض: تنفس:

دیلاتاسیون و افاسمان: ایستگاه و وضعیت عضو نمایش: نمایش جنین:

وضعیت کیسه آب: سالم پاره شده خود به خودی پاره شده توسط عامل زایمان زمان پارگی:دقیقه/ ساعت

وضعیت مایع آمنیوتیک: شفاف خونی آغشته به مکنونوم

تعداد ضربان قلب جنین: در دقیقه وضعیت ضربان قلب جنین: طبیعی غیر طبیعی

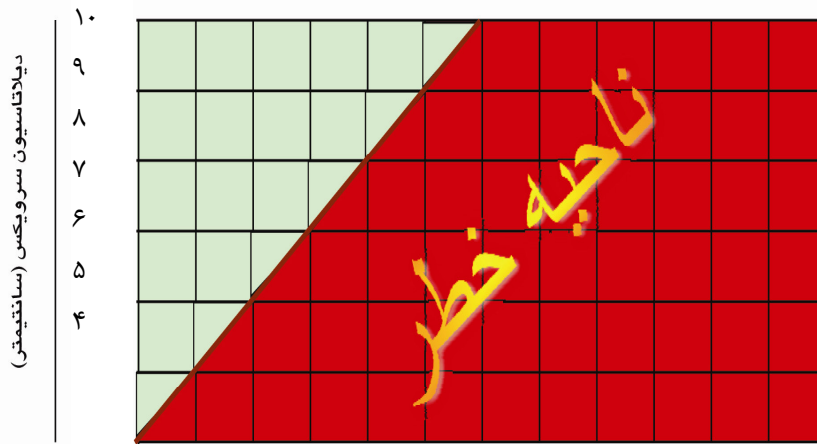
سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	آتونی	<input type="checkbox"/>	زایمان سخت	<input type="checkbox"/>	سزارین یا جراحی رحم و شکم	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	مرده زایی
<input type="checkbox"/>	جنین ناهنجار	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	نازایی	<input type="checkbox"/>	نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	<input type="checkbox"/>	

موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا	<input type="checkbox"/>	نمایش غیرطبیعی	<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	گراند مولتی پار	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	لکه بینی	<input type="checkbox"/>	آئمی متوسط تا شدید	<input type="checkbox"/>	جنین ناهنجار	<input type="checkbox"/>	ماکروزومی	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	زجر جنین/ دفع مکنونوم	<input type="checkbox"/>	ابعاد نامتناسب لگن	<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	مرگ جنین	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس	<input type="checkbox"/>	ارهاش منفی	<input type="checkbox"/>	شکم اول زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	HBsAg مثبت یا ابتلا به هیپاتیت	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	شکم اول بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	هرپس ژنیتال	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	پارگی کیسه آب	<input type="checkbox"/>	الیگوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>	ضایعات ولو	<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	پرولاپس بندناف	<input type="checkbox"/>	پلی هیدرآمنیوس	<input type="checkbox"/>	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	<input type="checkbox"/>	بیماری	<input type="checkbox"/>	

بخش ۳: پارتوگراف (بررسی پیشرفت زایمان در فاز فعال مرحله اول زایمان)



زمان برحسب ساعت از شروع فاز فعال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
افاسمان												
پارگی کیسه آب												
وضعیت مایع آمنیوتیک												
فشارخون												
تعداد نبض												
تعداد تنفس												
درجه حرارت												
وضعیت انقباضات رحم												
علامت خطر *												
صدای قلب جنین												

* علامت خطر: شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، تشنج، خونریزی، پرولاپس بندناف

بخش ۲: شرح فاز نهفته

وضعیت مادر در ۴ ساعت اول بستری:

وضعیت مادر در ۴ ساعت دوم بستری:

بخش ۴: مرحله دوم زایمان و شرح زایمان

طول مرحله دوم زایمان: دقیقه / ساعت زمان تولد نوزاد: تزریق واحد اکسی توسین زمان خروج جفت: دقیقه / ساعت

انجام و ترمیم اپی زیاتومی: بلی خیر ترمیم پارگی: بلی خیر تزریق رگام: بلی خیر

توضیحات:

جدول ۱

جدول ۲

بخش ۵: مشخصات، ارزیابی و مراقبت از نوزاد در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکنونیوم داشتن تنفس یا گریه کردن تون عضلانی مناسب سن بارداری ترم هفته

نمره آپگار: دقیقه اول: دقیقه پنجم: تعداد و جنسیت نوزاد: پسر دختر نامعلوم:

تاریخ و ساعت معاینه: قد: وزن: دور سر:

اجزای ارزیابی	اقدام و توصیه ها
<p>نشانه های خطر:</p> <p><input type="checkbox"/> تنفس تند</p> <p><input type="checkbox"/> کاهش سطح هوشیاری</p> <p><input type="checkbox"/> تنفس کند</p> <p><input type="checkbox"/> تشنج</p> <p><input type="checkbox"/> تو کشیده شدن شدید قفسه سینه</p> <p><input type="checkbox"/> درجه حرارت بالا</p> <p><input type="checkbox"/> ناله کردن</p> <p><input type="checkbox"/> درجه حرارت پایین</p> <p><input type="checkbox"/> تونیسیته عضلانی غیر طبیعی</p> <p><input type="checkbox"/> رنگ پریدگی یا سیانوز</p> <p><input type="checkbox"/> غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب</p> <p><input type="checkbox"/> نبض غیر طبیعی اندام ها</p> <p><input type="checkbox"/> زردی ۲۴ ساعت اول</p> <p>سن بارداری و اندازه های نوزاد:</p> <p>سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> <p>سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته و وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم <input type="checkbox"/></p> <p>ناهنجاری و صدمات زایمانی:</p> <p>ناهنجاری <input type="checkbox"/> نوع ناهنجاری</p> <p>صدمه زایمانی <input type="checkbox"/> نوع صدمه</p> <p>عفونت های موضعی</p> <p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها <input type="checkbox"/></p> <p>جوشهای چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر یا تاول بزرگ چرکی <input type="checkbox"/></p> <p>جوش چرکی کمتر از ۱۰ عدد در پوست <input type="checkbox"/></p>	<p>* در صورت نیاز به ارجاع، اقدامات پیش از ارجاع را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>* در صورت عدم ارجاع، اقدامات انجام شده و توصیه ها را بنویسید:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>*آموزش مراقبت از نوزاد</p> <p>علائم خطر <input type="checkbox"/> گرم نگه داشتن نوزاد <input type="checkbox"/> زمان مراقبت های معمول <input type="checkbox"/> مراقبت از چشم <input type="checkbox"/></p> <p>مراقبت از بدنناف <input type="checkbox"/> پیشگیری از سوانح و حوادث <input type="checkbox"/> خواباندن نوزاد <input type="checkbox"/> حمام کردن <input type="checkbox"/></p> <p>ختنه نوزاد پسر <input type="checkbox"/> ترشحات تناسلی نوزاد دختر <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/></p> <p>* ایمن سازی بدو تولد:</p> <p>تزریق ویتامین ک۱ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن ب ث ژ <input type="checkbox"/></p> <p>تزریق واکسن هپاتیت <input type="checkbox"/></p> <p>تجویز واکسن فلج اطفال <input type="checkbox"/></p> <p>* شروع شیردهی در ساعت اول پس از زایمان <input type="checkbox"/></p>
<p>اثر انگشت مادر</p>	<p>اثر کف پای نوزاد</p>

بخش ۶: مراقبت از مادر در ۶ ساعت اول پس از زایمان

ساعت سوم تا زمان ترخیص				ساعت دوم پس از زایمان		ساعت اول پس از زایمان				زمان مراقبت
										اجزای مراقبت
										حال عمومی و سطح هوشیاری
										میزان خونریزی و وضعیت رحم
										وضعیت پریینه و محل بخیه
										فشارخون
										درجه حرارت
										تعداد نبض
										تعداد تنفس
										دفع ادرار <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
										شروع مصرف مواد غذایی <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
										تجویز مکمل های دارویی آهن: مولتی ویتامین: مسکن:

بخش ۷: مراقبت ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان

در صورتی که برای مادر بر اساس بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» اقدامی کرده اید، در این قسمت بنویسید.

تاریخ و ساعت	علت ارجاع	اقدام

بخش ۸: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/> بهداشت فردی	<input type="checkbox"/> بهداشت روان	<input type="checkbox"/> علائم خطر مادر و نوزاد	<input type="checkbox"/> شیردهی	<input type="checkbox"/> تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/> زمان و مکان ملاقاتهای بعدی
--------------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	--	---

ساعت ترخیص: نام و امضاء عامل زایمان: نام و امضاء کمک کننده به زایمان:

شماره پرونده / شناسه / کدملی:

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان

(ماما / پزشک)

نام و نام خانوادگی:

سن:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: ارزیابی معمول

تاریخ زایمان: نوع زایمان: طبیعی طبیعی با فورسپس یا واکيوم سزارین
محل زایمان: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل بین راه

زمان ملاقات	روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۴۲ تا ۶۰
اجزای مراقبت			
تاریخ مراجعه			
ارزیابی علائم خطر فوری			
تشنج			
اختلال هوشیاری / شوک			
تنفس مشکل			
سئوال کنید			
خونریزی / لکه بینی			
ترشحات چرکی و بدبو از مهبل			
بیماری زمینه ای			
مشکل ادراری و اجابت مزاج			
سرگیجه			
درد (شکم، پهلو، بخیه، ساق و ران، پستان، دندان)			
اختلال روانی			
همسرآزاری			
شکایت شایع			
مصرف مکمل های دارویی			
شیردهی به نوزاد			
اندازه گیری کنید			
فشارخون	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:
نبض	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:	خوابیده: نشسته:
درجه حرارت			
تنفس			
معاینه کنید			
چشم (رنگ پریدگی شدید)			
پوسیدگی دندان			
جرم دندان			
التهاب لثه			
عفونت دندانی، آبسه			
پستان (آبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)			
شکم (بزرگی رحم)			
محل بخیه ها			
اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)			
نتیجه ارزیابی در هر ملاقات			
همه موارد طبیعی است			
ارایه مراقبت ویژه			

