**برنامه كشوري مادري ايمن**

##### مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران

**(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)**

پزشک/ ماما- سطح دوم خدمت

**تجديد نظر هفتم**

**1395**

|  |
| --- |
| **شناسنامه کتاب و فیپا** |

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

###### تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، 1395

###### ناشر:

###### نوبت چاپ: هشتم

###### تیراژ:

###### قیمت:

###### شابک:

**فهرست**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **تهیه کنندگان مجموعه** |  |
| **مقدمه** |  |
| آشنايي با مجموعه مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران |  |
| جداول راهنماي مراقبت هاي پیش از بارداری، بارداري و پس از زايمان |  |
| **الف- مراقبت های پيش از بارداري**  الف1**-** ملاقات پيش از بارداري  تعاريف مراقبت های پيش از بارداري  الف2**-** راهنماي مراقبت پيش از بارداري  الف3- بیماری ها و ناهنجاری ها  الف4- تفسیر نتایج آزمايش هاي پیش از بارداری |  |
| **ب- مراقبت های معمول بارداري**  ب1- اولین ملاقات بارداري  ب2- مراقبت های نيمه اول (20 هفته اول) بارداری  ب3- مراقبت های نيمه دوم (20 هفته دوم) بارداری  تعاريف مراقبت هاي بارداري |  |
| **پ- مراقبت هاي ويژه بارداري**  پ1- علائم خطر فوري(اختلال هوشياري، تشنج، شوك)  پ2- فشارخون بالا  پ3- خونريزي/ لكه بيني  پ4- درد/ درد شكم/ سر درد/ درد یک طرفه ساق و ران  پ5- آبريزش/ پارگي كيسه آب  پ6- تب  پ7- تنگي نفس/ تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)  پ8- مشكلات ادراري- تناسلي  پ9- تهوع و استفراغ  پ10- اختلالات صداي قلب و حركت جنين  پ11- ورم  پ12- رنگ پريدگي/ زردي/ آنمی  پ13- ارتفاع رحم نامناسب/ وزن گيري نامناسب  پ14- حاملگي طول كشيده/ مشكلات پوستي  پ15- اختلال روان/ همسر آزاری  پ16- تفسیر نتایج آزمايش ها و سونوگرافي در بارداری  پ17- بيماري و ناهنجاري ها (1:آرتريت روماتوئيد- 2:آسم- 3: اختلال انعقادي- 4: ايدز- 5: بیماری قلبی-6: بيماري هاي گوارشي- 7: بيماري هاي مزمن كليه- 8: پركاري تيروئيد- 9: پرولاكتينوما- 10: پيوند كليه- 11: تالاسمی مینور- 12: ترومبوآمبولي- 13: تورچ- 14: ديابت – 15: سل- 16: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- 17: صرع- 18: كم كاري تيروئيد- 19: لوپوس- 20: مالتيپل اسكلروزيس- 21: ميگرن- 22: ناهنجاري هاي اسكلتي- 23: ناهنجاري هاي دستگاه تناسلي- 24: هپاتيت) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| پ18- ساير موارد خطر در بارداري فعلي (1: اختلال ژنتیکی- 2: بارداري همزمان با IUD- 3: بارداري پنجم و بالاتر- 4: بارداري زير 18 سال- 5: بارداري بالای 35 سال- 6: بارداري با قرص لاينسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی، كاشتني ها- 7: بارداری با TL- 8: تروما- 9: چندقلويي- 10: حاملگي ناخواسته/ پیش بینی نشده- 11: رفتار پر خطر- 12: سن بارداري نامشخص- 13: شغل سخت و سنگين- 14: شيردهي همزمان با بارداري- 15: فاصله بارداري تا زایمان قبلی كمتر از 2 سال- 16: مصرف الکل- 17: مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک- 18: ناسازگاري های خوني - 19: نمايه توده بدني غير طبيعي)  پ19**-** سوابق بارداري و زايمان قبلی (1:آتوني- 2: پره اكلامپسي- 3: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهي- 4: جراحی روی رحم 5: چند قلويي- 6: ديابت بارداري- 7: زايمان ديررس- 8: زایمان زودرس- 9: زايمان سخت/ سريع- 10: سزارين تکراری- 11: مول کمتر از یک سال/ دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زايي، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- 12: نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم- 13: نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم) |  |
| **ت- مراقبت های معمول زايمان و بلافاصله پس از زايمان تا6 ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی و منزل)**  ت1- ارزیابی اولیه زایمان  ت2**-** مراقبت های مرحله اول و دوم زايمان  ت3**-** مراقبت های مرحله سوم و چهارم زايمان  ت4**-** مراقبت های 6 ساعت اول پس از زایمان  تعاريف مراقبت های زايمان و بلافاصله پس از زايمان |  |
| **ث- مراقبت هاي ويژه زايمان و بلافاصله پس از زايمان تا6 ساعت اول پس از زایمان**  ث1- علائم خطر فوري (اكلامپسي/ تشنج، شوك، اختلال هوشياري، تنفس مشكل)  ث2- فشارخون بالا  ث3- خونريزي  ث4- عدم پيشرفت زايمان  ث5- زجر جنين/ دفع مكونيوم  ث6- زايمان زودرس/ زايمان ديررس  ث7- پارگي كيسه آب  ث8- پرولاپس بندناف  ث9- نمايش غير طبيعي  ث10- ساير موارد خطر حين زايمان (1: آنمي متوسط تا شديد- 2: ابعاد نامتناسب لگن- 3: ارهاش منفي- 4: مصرف مواد مخدر و افیونی- 5: اليگوهيدرآمنيوس/ تاخير رشد داخل رحمی- 6: پلي هيدرآمنيوس- 7: تب- 8: جنين ناهنجار- 9: چندقلویی- 10: شكم اول زير 18 و بالاي 35 سال- 11: ضايعات ولو- 12: گراند مولتي پار- 13: ماكروزومي- 14: مرگ جنين- 15: هپاتيت/ HBsAg مثبت- 16: هرپس ژنيتال- 17: نمايه توده بدني بيش از 40)  ث11- ساير موارد خطر بلافاصله پس از زايمان (1: احتباس جفت- 2: تب- 3: عدم دفع ادرار در 2 ساعت اول- 4: گذشتن بيش از 12 ساعت از پارگي پرينه- 5: وارونگي رحم- 6: هماتوم)  ث12- بيماري ها (1: آسم- 2:HIV مثبت- 3: بيماري قلبی- 4: ديابت- 5: سل- 6: سيفليس- 7: صرع- 8: هيپرتيروئيدي)  ث13- سوابق بارداري و زايمان قبلی (1:آتوني- 2: جنين ناهنجار- 3: زايمان سخت- 4: زايمان سريع- 5: سزارين يا جراحي رحم- 6: مرده زايي- 7: مرگ نوزاد- 8: نازايي- 9: نوزاد با وزن كمتر از 2500 گرم و یا وزن بیش از 4000 گرم) |  |
| ج- مراقبت هاي معمول پس از زايمان(پس از گذشت 6 ساعت اول زایمان تا 6 هفته پس از زایمان) ج1- مراقبت هاي ملاقات اول و دوم پس از زايمان  ج2-مراقبت های ملاقات سوم پس از زايمان  تعاريف مراقبت های پس از زايمان |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| چ- مراقبت هاي ويژه پس از زايمان(پس از گذشت 6 ساعت اول زایمان تا 6 هفته پس از زایمان) چ1- علائم خطر فوري (تشنج، شوك، اختلال هوشياري، تنفس مشكل)  چ2- خونريزي/ لكه بيني  چ3- تب  چ4- درد  چ5- مشكلات ادراري- تناسلي و اجابت مزاج  چ6- اختلالات روانپزشکی  چ7- سرگيجه/ رنگ پريدگي/ آنمی  چ8- ساير موارد خطر (فشارخون بالا، پره اکلامپسی در بارداری، بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، مصرف الکل، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز/ HIV+) |  |
| **ح- راهنما**  ح1- اعزام  ح2- بررسی منشا خونریزی  ح3- درمان پره اکلامپی و اکلامپسی  ح4- كوراژ  ح5- وارونگي رحم  ح6- مکمل های دارویی  ح7- زایمان در منزل  ح8- توصيه هاي بهداشتي در بارداري  ح9- توصيه هاي بهداشتي پس از زايمان  ح10- مشاوره باروری سالم  ح11- مصرف دارو در بارداری  ح12- مصرف داروها در شیردهی  ح13- داروهای روان پزشکی در بارداری  ح14- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان  ح15- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی |  |
| **خ- ارزیابی نوزاد (24 ساعت اول پس از زایمان)**  خ1- یاری رساندن به تنفس نوزاد  خ2- نشانه های خطر  خ3- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد  خ4- صدمات زایمانی/ ناهنجاری  خ5- عفونت های موضعی |  |
| **د- مراقبت از نوزاد (آموزش مادر)** |  |
| **ضمائم**  فهرست داروهای برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران  فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران  فرم های مراقبت (پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان) |  |

#### *ـــــــــــــــــــــــــــتهيه كنندگان اين مجموعه*

* *مسئول طراحي و تدوين :* **اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعيت**
* *اعضاي گروه طراحي و تدوين*
* دکتر فرحناز ترکستانی. متخصص زنان و زایمان. رئيس اداره سلامت مادران
* لاله رادپويان. كارشناس مامايي
* لیلا. هادی پور جهرمی. کارشناس ارشد مامایی و MPH
* نهضت امامي افشار. كارشناس ارشد آموزش بهداشت
* سوسن رحیمی قصبه. کارشناس ارشد مامایی و MPH
* سعیده حجازی. کارشناس مامایی
* مرضیه بخشنده. کارشناس ارشد مامایی و MPH
* دکتر مهران دخت عابدینی. متخصص زنان و زایمان
* زير نظر: دكتر محمداسماعيل مطلق. مدیر کل سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس
* *با تشكر از همكاري:*
  + - دکتر مریم کاشانیان. متخصص زنان و زایمان. عضو محترم كميته علمي مشورتي اعتلاي سلامت مادران
    - دفتر بهبود تغذيه جامعه: حسین فلاح. کارشناس ارشد تغذیه
    - اداره سلامت دهان و دندان: دکتر نادره موسوی فاطمی
    - اداره کنترل ایدز: دکتر مریم سرگلزایی مقدم، ماندانا تیرا
    - اداره سلامت روان: دکتر علیرضا نوروزی، طاهره زیادلو
    - اداره ژنتیک: دکتر عاطفه باقرصاد
    - همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایران، بوشهر، تربت حیدریه، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان رضوی، ساوه، شهید بهشتی، فارس، قم، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گراش، گلستان، لارستان، مراغه که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.
    - دکتر بهرام دلاور، دکتر آرش عازمی خواه و دکتر نوشین جعفری که تدوین نسخه اول کتاب با همت ایشان آغاز شد.

**هوالحکیم**

**مقدمه**

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

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در دو سطح اول و دوم خدمت از سال 78 تا 80 تدوین شد و پس از اجرای آزمایشی و ارزشیابی آن در سال 1385 به كل كشور تعميم يافت.

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

**دکتر علی اکبر سیاری**

**معاون بهداشت**

# ماما و پزشك گرامي!

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

## آشنايي با مجموعه مراقبت هاي ادغام يافته سلامت مادران

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

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

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

**خانه شماره 1-** در هر مراقبت، قبل از هر اقدامي، **علائم خطر فوري** را در مادر ارزيابي كنيد.

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

1

2

3

4

5

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

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

**خانه شماره 4-** **علائم و نشانه های** حاصل از ارزيابي را **گروه بندي** كنيد.

**خانه شماره 5-** با توجه به نتايج و آدرس داده شده، **اقدام** كنيد.

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

🙪 بخش **مراقبت هاي ويژه** براي ارايه مراقبت هاي مورد نياز مادراني است كه در بارداري، زايمان يا پس زايمان در معرض خطر قرار مي گيرند. در اين بخش علائم و عوارض مادر كه نتيجه ارزيابي مراقبت هاي معمول يا شكايت مستقيم مادر است، بررسي مي شود. بيشتر خانمهايي كه خدمات معمول را دريافت مي كنند، سالم هستند و بارداري را به خوبي طي مي كنند. ولي در برخي، ممكن است با توجه به سئوالات و معاينات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غير طبيعي، مشاهده شود كه نياز به مداخله و مراقبت ويژه دارد.

بيشتر چارتهاي مراقبت ويژه (از سمت راست و بالای صفحه) از ساختار زير تبعيت مي كند:

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

1

2

3

4

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

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

**خانه شماره 3-** با توجه به گروه بندی، تشخیص احتمالي عارضه يا بيماري را درمی یابید.

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

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

**مفهوم رنگ ها**

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

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

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

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

**ب ـ رنگ زرد** نشان دهنده نياز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر بايد بر حسب نوع عارضه در 24 ساعت اول پس از مراجعه **(ارجاع در اولين فرصت)** و يا حداكثر طي يك هفته (**ارجاع غير فوري)** توسط سطوح تخصصی بررسی و نتيجه آن مشخص گردد.

**پ ـ رنگ سبز** نشان دهنده امكان ارايه كامل خدمت توسط پزشك يا ماما **بدون نياز به ارجاع** به سطوح بالاتر است.

اصول كلي

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

* علائم خطر در هر مقطعي از بارداري، زايمان و پس از زايمان به مادر، همسر و يا خانواده مادر آموزش داده شود.
* اگر مادر به دلايلي نيازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوري، غير فوري، در اولین فرصت) است، اعزام و ارجاع فوري در اولویت قرار دارد.
* مادري كه **اعزام یا ارجاع فوري** شده است بايد **حداکثر تا 24 ساعت،** پيگيري شود.
* **ارجاع در اولین فرصت،** لازم است **پس از 48 ساعت** پيگيري شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی 48 ساعت به سطح بالاتر مراجعه نكرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.
* مادري كه **ارجاع غير فوري** شده است**،** مي بايست **پس از يك هفته، پيگيري و وضعيت وي مشخص شود.** اگر مورد ارجاع پس از يك هفته به هر دلیلی به سطوح بالاتر مراجعه نكرد، به مادر و خانواده وي اهميت معاينه در سطح بالاتر آموزش داده شده و مجدد پيگيري شود.
* مراجعه جهت دريافت مراقبت هاي بارداري و پس زايمان در تاريخ هاي تعيين شده بايد به مادر و همراهان وی تأكيد شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.
* پسخوراند هاي دريافت شده از سطوح بالاتر، بايد در فرم مراقبت ثبت و پیوست پرونده گردد.
* پزشك عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذيرش موارد ارجاعي سطوح پايين تر، بر نحوه ارايه خدمت به مادر توسط اين سطوح نيز نظارت كنند.
* دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشك عمومي، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند متفاوت خواهد بود.
* لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
* توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت، ارجاع و پیگیری مادر، مؤثر نخواهد بود.

### پيش از بارداري (الف)

ايجاد تقاضا براي دريافت مراقبت پيش از بارداري در زنان در سنين باروري بايد مورد توجه قرار گيرد. بسیاری از بيماري ها مي توانند بر روي مادر و جنين تاثير بگذارند، بنابراين لازم است براي تمامي خانم هايي كه تمايل به بارداري دارند مراقبت هاي پيش از بارداري به منظور تشخيص، كنترل و درمان بیماری انجام شود تا مادر، بارداري و زايمان ايمنی داشته باشد.

**نکته 1:** در صورت تشخيص عارضه يا بيماري، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشك یا ماما تعيين مي شود و لازم است تا زمان كنترل يا بهبود عارضه، بارداري به تعويق افتد.

**نکته 2:** در صورتي كه خانم در زمان مراقبت پيش از بارداري، عارضه يا بيماري خاصي ندارد، انجام يك بار مراقبت در سال تا زمان بارداري، کافی است.

**نكته 3:** در مواردي كه فرد احتمال ناباروري دارد تا زماني كه تمايل به باردار شدن دارد، مي بايست مراقبت پيش از بارداري هر سال براي وي انجام شود.

**نكته 4:** اعتبار آزمايش پيش از بارداري يك سال است. در صورتي كه طي اين مدت فرد باردار شد، براي انجام آزمايش نوبت اول بارداري، با توجه به نتايج آزمايش پيش از بارداري، نظر پزشك/ ماما و تاريخ انجام آزمايش، تصميم گيري شود.

#### بارداري (ب)

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

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

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

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

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

* هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی (پوشیدن گان، پیش بند، چکمه، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک) انجام شود.
* وسایل زایمان می باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و استریل شود.
* اتاق زایمان نیز باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و ضدعفوني شود و به صورت معمول **هر ماه**، با استفاده از چراغ اولتراویوله ضدعفونی شود.

**نکات مهم در استفاده از چراغ اولتراویوله:**

* 1. در صورتي كه چراغ سيار است در وسط اتاق قرار گيرد.
  2. قبل از روشن کردن چراغ اولتراويوله، اتاق زایمان کاملاً تاریک باشد.
  3. درب کلیه کمدها، قفسه های شیشه ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
  4. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درزها با چسب پوشانده شود.
  5. دو شاخه چراغ می بایست خارج از اتاق زایمان به پریز زده شود و زمانی که چراغ روشن است، هیچکس وارد اتاق نشود.
  6. مدت زمان مناسب برای استفاده از چراغ به طور متوسط 15 دقیقه می باشد. بعد از این مدت، دوشاخه را از پریز کشیده و هواکش روشن شود.
  7. پس از خاموش کردن چراغ، به مدت 15 دقیقه نباید وارد اتاق زایمان شد.
  8. به طور دوره اي سطح لامپ با الكل تميز شود. متوسط طول عمر چراغ اولتراويوله 100 ساعت است و بعد از آن به شدت خاصيت ميكروب زدايي خود را از دست مي دهد.
* نوزاد بايد بلافاصله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق **«بخش ارزیابی نوزاد(بخش خ)»** ارزیابی شود.
* قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه های ارایه شده در بخش مراقبت از نوزاد(بخش د) به مادر آموزش داده شود.
* نوزاد بايد **قبل از ترخیص** توسط پزشك طبق **«بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم»** ارزیابی شود.

#### پس از زايمان(چ)

* مراقبت هاي معمول پس از زايمان، طي 3 ملاقات انجام مي شود كه ملاقات اول در روزهاي 1 تا 3، ملاقات دوم در روزهاي 10 تا 15 و ملاقات سوم در روزهاي 30 تا 42 پس از زايمان انجام مي شود. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در3 نوبت شامل مراقبت روزهای 3 تا 5، مراقبت روزهای 14 تا 15 و مراقبت روزهای30 تا 45 انجام می شود.
* برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زايمان در بيمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زايمان محسوب کرد.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **زمان مراقبت**  **نوع مراقبت** | **پيش از بارداري** | **مراقبت 1**  **هفته 6 تا 10** | **مراقبت 2**  **هفته 16 تا 20** | **مراقبت 3**  **هفته 24 تا 30** | **مراقبت 4 و 5**  **هفته 31 تا 34**  **هفته 35 تا 37** | **مراقبت 6 تا 8**  **هفته 38 تا 40**  **(هر هفته يك مراقبت)** |
| مصاحبه وتشكيل يا بررسي پرونده | **- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداري و زايمان قبلي**  **- بيماري و ناهنجاری**  **- غربالگری سلامت روان**  **- رفتارهاي پر خطر و اعتیاد ، مصرف سیگار / الکل** | **- تشكيل پرونده، وضعیت بارداری فعلی، بارداري و زايمان قبلي، بيماري و ناهنجاری، رفتارهاي پر خطر،**  **- تغذيه و مصرف مکمل هاي غذايي**  **- علائم خطر** | **- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر**  **- شكايت های شايع و علائم خطر**  **غربالگری سلامت روان**  **- تغذيه و مصرف مکمل هاي غذايي** | **- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر**  **- شكايت های شايع و علائم خطر**  **- تغذيه و مصرف مکمل هاي غذايي** | **- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر**  **- شكايت های شايع و علائم خطر**  **- تغذيه و مصرف مکمل هاي غذايي** | **- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر**  **- شکايت های شايع و علائم خطر**  **- تغذيه و مصرف مکمل هاي غذايي** |
| **معاينه باليني** | **- اندازه گيري قد و وزن و تعيين نمايه توده بدني**  **- علائم حياتي**  **- معاينه فيزيكي (چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، شکم، اندام، واژن و لگن)** | **- اندازه گيري قد و وزن و تعيين نمايه توده بدني**  **- علائم حياتي**  **- معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)** | **- اندازه گيري وزن، علائم حياتي**  **- معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)**  **- صداي قلب جنين**  **- ارتفاع رحم** | **- اندازه گيري وزن، علائم حياتی**  **- معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)**  **- صداي قلب جنين**  **- ارتفاع رحم** | **- اندازه گيري وزن، علائم حياتي**  **- معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام)**  **- صداي قلب جنين**  **- ارتفاع رحم** | **- اندازه گيري وزن، علائم حياتي**  **- معاينه فيزيكي (چشم، پوست، اندام)**  **- صداي قلب جنين**  **- ارتفاع رحم** |
| **آزمايش ها يا بررسي تكميلي** | **CBC, BG, Rh, TSH, FBS, U/A U/Cو HBsAg (در صورت نیاز)، پاپ اسمير و تيتر آنتی بادی ضد سرخجه (در صورت نیاز)**  **HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)** | **CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C,BUN, Crea,**  **HBsAg HIV,\* VDRL ، نوبت اول كومبس غير مستقيم (در مادر Rh منفي پس از اطلاع از مثبت بودن Rh همسر)، TSH در صورت نیاز، پيشنهاد به انجام غربالگري ناهنجاري جنين در هفته 13-11 بارداري** | - سونوگرافي هدفمند در هفته 16 تا 18 بارداری به منظور بررسي وضعيت جنين، محل جفت و آنومالي جنين **- پيشنهاد به انجام غربالگري ناهنجاري جنين در صورت لزوم در هفته 17-15 بارداري** | **CBC, U/A,**  **نوبت دوم كومبس غير مستقيم (در مادر Rh منفي با همسر Rh مثبت)**  **OGTT FBS, براي افراد غير ديابيتيك در هفته 24 تا 28 بارداری** | - سونوگرافي در هفته 31 تا 34 بارداری **- تست تشخیص سریع** **HIV در هفته 31 تا 34 بارداری\*** |  |

\*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقت اول و چهارم انجام می شود.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **زمان مراقبت**  **نوع مراقبت** | **پيش از بارداري** | **مراقبت 1**  **هفته 6 تا 10** | **مراقبت 3**  **هفته 16 تا 20** | **مراقبت 4**  **هفته 24 تا 30** | **مراقبت 5 و 6**  **هفته 31 تا 34**  **هفته 35 تا 37** | **مراقبت 7 تا 9**  **هفته 38 تا 40**  **(هر هفته يك مراقبت)** |
| **آموزش و مشاوره** | **- بهداشت فردي، روان، جنسي، دهان و دندان**  **- تغذيه/ مكمل هاي دارویی**  **- مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل**  **- تاريخ مراجعه بعدي (در صورت نیاز)**  **- زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن** | **- بهداشت فردي، روان، جنسي، دهان و دندان**  **- تغذيه/ مكمل هاي دارویی**  **- علائم خطر/ شكايت های شايع**  **- غربالگري ناهنجاري جنين**  **- تاريخ مراجعه بعدي** | **- بهداشت فردي، روان، دهان و دندان**  **- تغذيه/ مكمل هاي دارویی**  **- علائم خطر/**  **شكايت های شايع**  **- مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل**  **- شيردهي**  **- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان**  **- تاريخ مراجعه بعدي** | **- بهداشت فردي، روان، جنسي**  **- تغذيه/ مكمل هاي دارویی**  **- علائم خطر**  **- شكايت های شايع**  **- شيردهي**  **توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان**  **- تاريخ مراجعه بعدي** | **- علائم خطر**  **- شكايت های شايع**  **- مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل**  **- فوايد زايمان طبیعی و ايمن، آمادگي و محل مناسب زايمان**  **- شيردهي/ زمان مناسب بارداري بعدي**  **- توصیه به شرکت در کلاس آمادگی زایمان**  **- مراقبت نوزاد، علائم خطر نوزاد**  **- تاريخ مراجعه بعدي** | **- بهداشت روان، جنسي**  **- علائم خطر**  **- شكايت های شايع**  **- مصرف سیگار، مواد افیونی، الکل**  **- فوايد زايمان طبیعی و ايمن، آمادگي و محل مناسب زايمان**  **- شيردهي**  **- مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد**  **- تاريخ مراجعه بعدي** |
| **مکمل های دارویی** | **اسید فولیک** | **اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتي ويتامين مينرال (از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری)** | | | | |
| **ايمن سازی** | سرخجه، هپاتيت، توأم(در صورت نياز) | **توأم، آنفلوآنزا (در صورت نياز) - رگام از هفته 28 تا 34 بارداری (در صورت نياز)** | | | | |

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

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

**الف- ملاقات پيش از بارداري**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **الف1- ملاقات پيش از بارداري** |  |
| **تعاريف مراقبت هاي پيش از بارداري** |  |
| **الف2- راهنماي مراقبت پيش از بارداري** |  |
| **الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها** |  |
| **الف4- تفسير نتايج آزمايش هاي پيش از بارداري** |  |

**الف1- ملاقات پيش از بارداري**

اقدام

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام طبق **الف 2** تا **الف 4** و خانه زیر

سن زیر 18 و بالای 35 سال، بارداري پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال، نمایه توده بدنی بالاتر از 25 و کمتر از 5/18، رفتارهای پرخطر، مشکلات دهان و دندان، مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک، مصرف الکل، اختلالات روان/ همسرآزاری، شغل سخت و سنگین، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، اختلال ژنتیکی، بیماری ها (دیابت، قلبی، لوپوس، آرتریت روماتوئید، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، سل، سندرم تخمدان پلی کیستیک و ...)

**سوابق بارداری و زایمان قبلی**

مرگ نوزاد، مرده زایی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، جراحی شکم و رحم، زایمان زودرس، سقط مکرر ، مول، حاملگی خارج از رحم

ارزيابي

**تشکیل پرونده**

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری

**اندازه گیری کنید:**

قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان ها، شکم، اندام ها، لگن و واژن

طبیعی بودن همه موارد

-ایمن سازی طبق دستورالعمل

-تجویز اسید فولیک

-درخواست آزمایش و تفسیر آن و اقدام مطابق الف4

-انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز

-آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پیش از بارداری

-تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز

گروه بندي

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

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

**نکته1:** در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در صورت وجود آزمایش تشخیص سریع HIV آن را طبق دستورعمل انجام دهید.

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

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

**نکته 4:** در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

نكته 5: آزمايش پاپ اسمير با توجه به دستورعمل كشوري و در صورت نياز انجام شود.

**آموزش و توصیه:** در مورد بهداشت فردی (شیوه زندگی سالم، ایمن سازی، شغل، ورزش،...)، بهداشت روان (آرامش و سلامت روان)، بهداشت جنسی (روابط جنسي و نكات آن و رفتار های پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، ترمیم دندان استفاده از نخ دندان)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه هاي اصلي غذايي، رعايت تنوع و تعادل در مواد غذايي، مصرف مكمل هاي دارويي و اصلاح وزن)، دخانيات و مخدر و الكل (عدم مصرف و ترك آن و مضرات مصرف آن و یا مواجهه با دود سیگار براي مادر و جنين)، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

مصرف مواد زیر را از خانم سوال کنید:

**انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مسکن اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام­بخش یا خواب­آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد اَفیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک­های ­آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره).

**ایمن سازی:** واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید. واکسن سرخجه را در صورت تمایل خانم و منفی بودن تیتر آنتی بادی ضد سرخجه تزریق کنید. در صورت تزریق واکسن ویروس زنده سرخجه، بهتر است خانم حداقل تا يك ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند ولي اگر در این زمان فرد باردار شد، تزريق واكسن سرخجه انديكاسيونی برای ختم بارداري نیست.

**بارداري:**

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

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

## زایمان ديررس: تولد نوزاد پس از هفته 42 بارداري به صورت مرده یا زنده يعني پس از 41 هفته و 6 روز

* **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نکشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان ندهد.
* **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا 28روز پس از تولد.
* **پري ناتال:** دوره پری ناتال از شروع هفته 22 بارداری تا انتهای روز 28 پس از تولد است.

**پاپ اسمیر:** در زنان 30 تا 70 سال ازدواج کرده (3 سال پس از اولین تماس جنسی) پاپ اسمیر انجام می شود. در صورتی طبیعی بودن نتیجه هر 5 سال یکبار تا 40 سالگی و سپس هر 10 سال انجام می شود. در مواردی که خانم در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس ( شرکای جنسی متعدد، ازدواج در سنین پایین، کشیدن سیگار، ابتلا به ویروس پاپیلوما) است، تعداد دفعات و فواصل انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک یا ماما است.

**تاریخ مراجعه بعدی:** تاریخ مراجعه بعدی را در صورتي كه فرد نیاز به پيگيري بيشتر دارد، تعیین کنید.

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر 18 و بالای 35 سال، مصرف مواد افیونی و محرک، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از 2 سال، بارداري پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

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

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

**شغل سخت و سنگین:**

* کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشند گان، قالي بافان، ...)؛
* بالا بودنحجم فعاليت جسمي بگونه اي كه موجب افزايش ضربان قلب، عرق كردن زياد و خستگي مفرط شود؛
* تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
* مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود مه های فلزات؛
* کار در محیط پرسروصدا، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

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

* فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتي فشارخون بالا اطلاق مي شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140ميليمتر جيوه و بالاتر باشد.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان 5/0 درجه کمتر است.
* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

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

* علائم خطر فوری روانپزشکی: **احساس بيزاري از زندگي، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراري ارتباط، بي قراري شديد، نااميدي، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا كردن و زد و خورد مكرر با ديگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، كاهش ارتباط‌های اجتماعی، كم حرفي، كاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)**
* علائم در معرض خطر روانپزشکی: **خجالتي بودن شديد، اضطراب در محيط هاي اجتماعي، تجربه علائمي مانند تپش قلب و تنگي نفس، وسواس، خلق افسرده، بي حوصلگي و کاهش علایق، گريه، احساس پوچي،تحريك پذيري، پرخاشگري، بدخلقي، رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته، تغيير در خواب و اشتها، اختلال در تمركز**

**فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال:** فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود.)

**مشاوره ژنتیک:** در موارد سابقه اختلال و یا بیماری های ژنتیکی، مشاوره و در صورت نیاز آزمایش تشخیص قبل از تولد (PND) انجام می شود. این آزمایش دو مرحله دارد:

- مرحله اول: نوع جهش ژنتیکی بیماری، در والدین تعیین می گردد و یک بار انجام می شود و در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست. به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط، در صورت ابتلای جنین در زمان بارداری، ترجیحا آزمایش مرحله اول تشخیص ژنتیک پیش از تولد، قبل از وقوع بارداری در زوج، انجام می شود و در غیر این صورت در اولین فرصت می بایست مادر برای انجام این مرحله به مشاوره ژنتیک ارجاع گردد.

- مرحله دوم: تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولا از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرزهای جفت (CVS) انجام می شود. وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری بررسی می گردد. در صورتی که جنین سالم گزارش گردد، بارداری ادامه یافته و مادر تحت مراقبت معمول بارداری قرار می گیرد. در غیر این صورت مادر برای انجام سقط جنین مبتلا معرفی می گردد. بدیهی است در هر بارداری انجام مرحله دوم برای تعیین وضعیت هر جنین لازم است.

**مصرف مکمل های دارویی:** مصرف روزانه 400 میکروگرم اسيد فوليك (ترجیحاً 3 ماه قبل از بارداری) را تجویز کنید.

**معاینه دهان و دندان:** دهان و دندان خانم را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بيماري هاي دهان و دندان منعي در بارداري ندارد.

* **پوسیدگی دندان:** تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
  + تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
  + سوراخ شدن دندان
  + حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
  + حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان ها بر همدیگر
* **جرم دندانی:** چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندان ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
* **عفونت دندانی، آبسه و درد شدید:** از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
* **التهاب لثه:** لثه متورم، پرخون و قرمز

**معاینه فیزیکی:** خانم به شرح زیر معاینه می شود:

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

- بررسي پوست از نظر بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تيروئيد و بررسی ندول هاي تيروئيد

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

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرينگي، تغييرات پوستي)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگي) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خوني، چركي)، اين معاينه در خانم های بالای 30 سال (مطابق دستورعمل كشوري) و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

- لمس شكم از نظر بررسي اندازه كبد و طحال و بررسي شكم از نظر وجود اسکار و توده

- بررسي اندامهاي تحتاني از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

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

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

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

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

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

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

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

**الف2- راهنماي مراقبت پيش از بارداري**

**وضعيت فعلي و سوابق تاثير بر بارداري 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 | امكان ابتلا به ايدز، عفونت آمیزشی | ارجاع غیر فوری به کارشناس بیماری ها یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری |
| سابقه یا وجود اختلالات روانپزشکی، همسرآزاری (با توجه به تعاريف) | احتمال عود يا تشديد بيماري، تكرار همسر آزاري | - در صورت اقدام به خودكشي و جراحت: اقدام درماني براي جراحت و ارجاع فوري به بيمارستان  - در صورت پرخاشگري شديد و احتمال آسيب به ديگران: ارجاع فوري به روانپزشك و در صورت عدم كنترل بيماري حين ارجاع: تزريق عضلاني 5 ميلي گرم هالوپريدول و 5 ميلي گرم آمپول بي پيريدین  - در صورت نبود خطر جدي آسيب به خود ولي سابقه افكار آسيب به خود در ماه گذشته: ارجاع غير فوري به روانپزشك  در صورت ساير موارد قابل مديريت توسط خانواده يا پزشك: ارجاع غير فوري به روانپزشك  - در صورت نیاز به آموزش روانی و مداخلات غير دارويي: ارجاع به كارشناس سلامت روان و رفتار  - 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)، بیماری تکرار شونده در بستگان | افزايش ميزان سقط، افزايش بروز ناهنجاري هاي جنيني | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک  در صورت سابقه NTD در نوزاد: تجويز مصرف روزانه 4 ميلي گرم اسيد فوليك 3 ماه پيش از بارداري |
| سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی کمتر از 5/ 18 و يا 25 و بالاتر | افزایش احتمال تأخیر رشد جنین، زایمان زودرس، جنین درشت، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، سزارین، بروز نقایص جسمی و ذهنی در جنین، تولد نوزاد کم وزن، احتمال ترومبوآمبولي در نمايه توده بدني بيش از 30 | - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث پیش از بارداری)  - ارجاع به کارشناس/ متخصص تغذیه |
| مصرف سیگار و دخانیات، الکل،  مواد افیونی و محرک | افزایش احتمال آنمی، سقط، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، مرگ جنین، دکلمان، زایمان زودرس، پارگی کیسه آب، پره اکلامپسی، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز (در مصرف مواد مخدر تزریقی)  اثرات نوزادی: خونریزی داخل مغزی، شکاف کام، سپتی سمی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض ناشی از داروهای غیر مجاز، سندرم الکل جنینی | - آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد و الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری  - در صورت مصرف فعال مواد: توصیه به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب تا زمان تثبیت از نظر وضعیت درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی  - در صورت مصرف مواد آسیب رسان با تشخیص پزشک: پیگیری جهت دریافت خدمت بر اساس راهنمای اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد  - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار |
| مشکلات دهان و دندان | افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان | - ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک  - آموزش بهداشت دهان و دندان و مشکلات آن در بارداری |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شغل سخت و سنگین | افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس | - در صورت امکان تغییر محل یا نوع شغل  - آموزش در مورد نحوه فعالیت در بارداری |
| سابقه مول كمتر از يك سال  سابقه دو بار سقط متوالي يا بيشتر | احتمال عود | ارجاع غير فوري به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان |
| تاخير رشد داخل رحمي، مرده زايي، مرگ نوزاد، حاملگي نابجا | احتمال عود | ارجاع غير فوري به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان |
| فاصله بارداري تا زايمان قبلي كمتر از 2 سال | افزايش احتمال تولد نوزاد كم وزن، آنمي | - تاكيد به رعايت فاصله مناسب بارداري از نظر تداوم شيردهي، ارتباط عاطفي مادر و شيرخوار و بهبود سلامت جسماني مادر  -توصیه به مصرف اسید فولیک به میزان 4 میلی گرم در روز 3 ماه قبل از بارداری |
| بارداري پنجم و بالاتر، سن زیر 18 و بالای 35 سال | افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، دیابت، آنمی، ناهنجاری جنین، زایمان سخت | - تاكيد به عوارض بارداري پنجم و بالاتر، بارداري در سن زیر 18 و بالای 35 سال  - تاكيد به زمان مناسب باردار شدن |
| سزارين تكراري | احتمال جفت سر راهي، جفت اكرتا و پركرتا، افزايش خونريزي پس از زايمان | - تاكيد بر عوارض سزارين تكراري  - تاكيد به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری |

**الف3- بيماري ها و ناهنجاري ها**

**عنوان تاثير بر بارداري توصيه و اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | آسم | تشديد بيماري در يك سوم بيماري، افزايش احتمال پره اكلامپسي، نوزاد كم وزن، مرگ پره ناتال، زايمان زودرس | - درمان آسم و استفاده از روش پيشگيري از بارداري تا بهبود عملكرد ريه  - مجاز بودن مصرف استروييد ها، داروهاي بتا آگونيست و كرومولين سديم با نظر متخصص در بارداري |
| 2 | آنمي فقر آهن | احتمال زايمان زودرس، وزن كم هنگام تولد | - درمان دارويي در صورت هموگلوبين كمتر از 12g/dl  -ادامه درمان خوراكي تا 3 ماه پس از اصلاح ميزان هموگلوبين  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب |
| 3 | آنمي داسي شكل | احتمال ترومبوآمبولي، ترومبوز وريدهاي مغزي، فشارخون حاملگي، پره اكلامپسي، دكولمان جفت، زايمان زودرس، محدوديت رشد جنين، مرگ مادر | -تاکید به عوارض احتمالی بیماری در بارداری  - تجويز اسيد فوليك به ميزان 4 ميلي گرم در روز  - تاكيد به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداري  - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  - مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن |
| 4 | اختلال انعقادي | افزايش احتمال خونريزي پس از زايمان، احتمال بيماري به نوزاد | ارجاع غير فوري به متخصص زنان يا داخلي |
| 5 | ايدز یا HIV+ | افزايش احتمال سقط، مرده زايي، ابتلا جنين، محدوديت رشد داخل رحمي | ارجاع غير فوري به كارشناس ايدز/ مركز مشاوره بيماري هاي رفتاري |
| 6 | بيماري بافت همبند – لوپوس | احتمال تشديد بيماري، كم خوني، پره اكلامپسي، ديابت بارداري، زايمان زودرس، محدوديت رشد جنين، آمبولي ريه، مرگ مادر، ترومبوآمبولي وريدي، مرگ نوزاد | - ارجاع به متخصص داخلي  - كنترل بيماري حداقل 6 ماه قبل از باردار شدن |
| 7 | بيماري بافت همبند- آرتريت روماتوئيد | بهبود نسبي در بارداري، احتمال عود بيماري 3 ماه پس از زايمان | ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| 8 | بيماري تيروئيد- پركاري | افزايش پره اكلامپسي، مرده زايي، تاخير رشد جنين، نارسايي قلبي، زايمان زودرس | ارجاع در اولين فرصت به متخصص داخلي- غدد |
| 9 | بيماري تيروئيد - كم كاري | افزايش احتمال سقط، پره اكلامپسي، دكلمان، تولد نوزاد كم وزن | - ارجاع غيرفوري به متخصص داخلي- غدد |
| 10 | تالاسمي مینور | بارداري بدون عارضه خاصي طي مي شود | - تجويز اسید فولیک  - بررسي همسر از نظر تالاسمي مينور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری جهت مشاوره ژنتیک و تاكيد به بررسي دقيق در اولين ملاقات بارداري |
| 11 | بيماري قلبي | افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، تاخير رشد داخل رحمي، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبي جنین، مرگ مادر در کلاس 3و 4 بیماری قلبی | - ارجاع در اولين فرصت به متخصص قلب و زنان  - تاكيد به مادر در مورد خطرات احتمالي بارداري براي مادر و جنين  - توصيه به استفاده از روش پيشگيري از بارداري كم خطر در مواردي كه منع بارداري وجود دارد مانند سندرم مارفان، آيزن منگر يا كلاس 3و 4 قلبي  - ارجاع به متخصص عفوني براي تزريق يك نوبت واكسن پنوموكوك پلي ساكاريد در افراد مبتلا به بيماري قلبي مزمن  - تاكيد به دريافت منظم مراقبت هاي بارداري |
| 12 | بيماري گوارشي | بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران 3 ماه پس از زایمان | - مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر  **- درصورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی :**ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی  - در صورت جراحي معده: ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| 13 | بيماري مزمن كليه (حداقل 3 ماه طول كشيده باشد) | -افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین | - كنترل ميزان فشارخون و پروتئين ادرار  - در صورت اختلال شديد عملكرد كليه و نياز به دياليز: تاكيد به انجام دياليز قبل از بارداري و ادامه آن در بارداري  - ارجاع غير فوري به متخصص داخلی |

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

**عنوان تاثير بر بارداري توصيه و اقدام**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 14 | پيوند كليه | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب | - توصيه به بارداري حداقل 2 سال بعد از پيوند و وضعيت سلامتي عمومي مطلوب  - بررسي عملكرد كليه، ميزان كراتينين (كمتر از 2 و ترجيحاً كمتر از 5/1 ميلي گرم در دسي ليتر)  - بررسي پروتئين ادرار  - تاكيد به كنترل فشارخون  - توجه به بروز عفونت هاي مختلف و درمان مناسب  -ارجاع غير فوري به متخصص داخلی |
| 15 | ترومبوفيلي شناخته شده | افزايش بروز ترومبوآمبولي، سقط | ارجاع غيرفوري به متخصص داخلی جهت ارزيابي خطر ترومبوآمبولي و شروع دارو در صورت نياز |
| 16 | ديابت | احتمال افزايش هيپو گليسمي، فشارخون حاملگي، پره اكلامپسي، سقط، زايمان زودرس، عفونت، پلي هيدرآمنيوس، ناهنجاري جنيني، مرگ جنين | - اخذ شرح حال بيماري و مدت و نوع درمان  - كنترل دقيق قند خون براي كاهش عوارض نوزادي  - اجازه بارداري حداقل 3 ماه بعد از طبيعي شدن قند خون و هموگلوبين A1c  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك به ميزان 4 ميلي گرم در روز  - ارجاع غير فوري جهت معاينه نورولوژيك، قلبي عروقي و شبكيه  - اندازه گيري كراتينين سرم، پروتئين ادرار، تست هاي عملكرد تيروئيد  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب |
| 17 | سرطان پستان | ---------- | ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی |
| 18 | سل | افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات | به تاخير انداختن بارداري تا تكميل درمان |
| 19 | صرع | افزايش احتمال ناهنجاري مادرزادي جنين | - ارجاع غير فوري به متخصص مغز و اعصاب براي تنظيم دارو  - تاكيد به ادامه درمان در بارداري  - تاكيد به مصرف اسيد فوليك به ميزان 4 ميلي گرم در روز حداقل يك ماه قبل از بارداري |
| 20 | فشارخون مزمن | احتمال بروز فشارخون بارداري، پره اكلامپسي، نارسايي قلب، زايمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت | - توصیه به مصرف رژیم غذایی کم چرب با تاکید به مصرف سبزی و میوه، مصرف محدود گوشت و ارجاع به کارشناس تغذیه در صورت نیاز  - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی منظم  - کنترل دقیق فشارخون و بررسی تعداد و نوع داروهای مصرفی  - ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص داخلی |
| 21 | فنيل كتونوري | سقط، عقب افتادگي ذهني جنين، بيماري قلبي مادرزادي، محدوديت رشد جنین | ارجاع غير فوري به متخصص داخلي- غدد |
| 22 | مالتيپل اسكلروزيس | افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي- اعصاب |
| 23 | هپاتيت | اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری | - توصيه به ايمن سازي خانواده  - ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |

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

**نتايج تشخيص احتمالي اقدام**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر | دیابت آشکار | تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به متخصص داخلی |
| قند خون ناشتا 125- 100 میلی گرم در دسی لیتر | پره ديابت | -توصيه به تغذيه مناسب و افزايش فعاليت بدني  - تكرار آزمايش یک ماه بعد |
| هموگلوبین کمتر از 12 گرم درصد | آنمی | بررسی علت و درمان برحسب نوع آنمی |
| پلاكت غير طبيعي (کمتر از 100000) | لوپوس، ترومبوسیتوپنی | ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| TSH غير طبيعي (بيشتر از 9/3 و کمتر از 2/0IU/mlµ) | پركاري تيروئيد، كم كاري تيروئيد | ارجاع غير فوري به متخصص داخلي |
| VDRL مثبت | بیماری مقاربتی  احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری | انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس |
| HIV مثبت | آلودگی به ویروس ایدز | ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری |
| HBsAgمثبت | 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 |
| HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر | شک به ابتلا به ویروس ایدز | تکرار آزمایش 3 ماه بعد |
| پاپ اسمیر غیرطبیعی | سرویسیت یا کانسر | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| وجود گلبول سفید در ادرار و کشت ادرار منفی | عفونت واژینال یا  یورتریت کلامیدیایی | - در صورت وجود علائم عفونت: درمان طبق پ8  - در صورت نداشتن علائم: ارائه توصيه هاي بهداشتي طبق ح8 |
| کشت ادرار مثبت | عفونت ادراری | درمان مطابق جواب آزمایش |
| پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخجه (با توجه به محدوده آزمايشگاه) | نتیجه منفی: عدم ایمنی علیه سرخجه  نتیجه مثبت: ایمنی علیه سرخجه | - در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخجه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردارشدن |

**ب- ملاقات هاي معمول بارداري**

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

**ب1- اولين ملاقات بارداري**

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

اقدام

**در صورت وجود هر یک از علائم**

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

-اختلال هوشیاری

-شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)

با توجه به هر حالت: اقدام طبق **پ1**

**در صورت نبود علائم خطر**

اقدام

گروه بندي علائم و نشانه ها

|  |  |
| --- | --- |
| با توجه به هر حالت : اقدام طبق پ 15و پ 17و آخرین خانه زیر | اختلالات روانی/ همسرآزاری، بیماری و ناهنجاری ها |
| با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ 18و آخرین خانه زیر | بارداری زیر 18 و بالای 35سال، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی ناخواسته، تروما، سن بارداری نامشخص، نمایه توده بدنی غیرطبیعی، بارداری همزمان با روشهای پیشگیری از بارداری، ارهاش منفی، چندقلویی، اعتیاد به مواد مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین |
| با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت 19و آخرین خانه زیر | **سوابق بارداری و زایمان قبلی**  مرده زایی، مول/ حاملگی نابجا، سقط مکرر، مرگ نوزاد، چندقلویی، نوزاد ناهنجار، نازایی، زایمان زودرس، زایمان سخت/ زایمان سریع، نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم، نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم، آتونی، زایمان دیررس، پره اکلامپسی، سزارین، جدا شدن زودرس جفت/ جفت سرراهی، دیابت بارداری |
| اقدام طبق آخرين خانه و ارجاع به کارشناس بیماری ها یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری | رفتارهای پرخطر |
| ارزيابي معمول مادر با توجه هفته بارداري طبق ب2 و ب3 | |

ارزيابي

**تشکیل پرونده**

گرفتن شرح حال: وضعيت بارداري فعلي، تعيين سن بارداري، سوابق بارداری قبلي، ابتلا به بيماري و بررسي رفتار پر خطر مطابق فرم مراقبت

**اندازه گیری کنید:**

وزن، قد، نمایه توده بدنی

**معاینه کنید:**

چشم، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، شکم، اندام ها

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

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک(نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

با توجه به هر حالت: اقدام طبق **پ1**

ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر و ارزیابی:**

**سئوال کنید:**

لکه بینی /خونریزی، آبریزش، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری- تناسلی، درد، تهوع و استفراغ، حرکت جنین، مشكلات دهان و دندان، اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و تغذيه، همسرآزاری، تروما، شکایت شایع

**اندازه گیری کنید:**

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

**معاینه کنید:**

چشم، دهان و دندان، پوست، اندام ها

|  |  |
| --- | --- |
| - با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ 2 تا پ15و آخرین خانه زیر | لکه بینی/ خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، سر درد، درد شکم و پهلوها، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی، تنگی نفس/ تپش قلب، مشکلات پوستی، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی/ همسرآزاری، تروما، |
| اقدام طبق آخرین خانه زیر  و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک و در مورد التهاب لثه، پوسيدگي و جرم دندان: ارجاع غیر فوری | عفونت دندانی، آبسه و درد شدید دندان، التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان |
| - درخواست آزمايش نوبت اول در هفته 10- 6 بارداري و تفسیر آن طبق پ16  - ایمن سازی در صورت نیاز  - تجویز مکمل های دارویی  - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری  - ترسیم منحنی وزن گیری  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان  - درخواست سونوگرافی هدفمند در هفته 16 تا 18  - پيشنهاد به انجام غربالگري ناهنجاري جنين در هفته 13-11 بارداري و در صورت نياز هفته 17-15 بارداري  - انجام آزمایش سریع HIV\*  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی | طبیعی بودن همه موارد |

\* این آزمایش در مناطق مجری برنامه PMTCT انجام می شود.

**در صورت وجود هر یک از علائم**

اقدام

**در صورت نبود علائم خطر**

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

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

-اختلال هوشیاری

-شوک(نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

با توجه به هر حالت: اقدام طبق **پ1**

ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر و ارزیابی:**

**سئوال کنید :**

لکه بینی/ خونریزی، آبریزش/ پارگی کیسه آب، درد شکم، مشکلات ادراری- تناسلی، استفراغ، حرکت جنین، مشکلات پوستی، مشكلات دهان و دندان، تنگی نفس و تپش قلب، همسرآزاری، اختلالات روانی، تروما، مصرف مکمل ها و تغذيه، شکایت شایع

**اندازه گیری کنید:**

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

**معاینه کنید:**

چشم، شکم (لئوپولد)، پوست، اندام ها، دهان و دندان

**توجه به تاریخ تقریبی زایمان**

|  |  |
| --- | --- |
| - با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ 2تا پ 15، پ17، ت 18و آخرین خانه زیر | لکه بینی/ خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، سر درد، تب، آبریزش، ورم، مشکلات ادراری- تناسلی، رنگ پریدگی/ زردی/ آنمی، تنگی نفس/ تپش قلب، مشکلات پوستی، درد شکم، ارتفاع رحم نامناسب، وزن گیری نامناسب، سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی/ همسرآزاری، تروما، حاملگي طول كشيده، نتیجه آزمايش و سونوگرافی غير طبيعي |
| اقدام طبق آخرین خانه زیر  و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشک و در مورد التهاب لثه، پوسيدگي و جرم دندان: ارجاع غیر فوری | عفونت دندانی ،آبسه و درد شدید دندان، التهاب لثه، پوسیدگی و جرم دندان |
| - ایمن سازی در صورت نیاز  - تجویز مکمل های دارویی  - آموزش شکایت های شایع و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری  - ترسیم منحنی وزن گیری  - توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان  - درخواست آزمایش هفته 24 تا 30 بارداري  - درخواست سونوگرافی هفته های 31 تا 34  - تزریق رگام از هفته 28 تا 34 در صورت نیاز  - انجام آزمایش سریع HIV\* در هفته 34- 31  - آموزش زمان مناسب بارداري بعدي در ملاقات هفته 35 تا 37 طبق ح 10  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی | طبیعی بودن همه موارد |

\* این آزمایش در مناطق مجری برنامه PMTCT انجام می شود.

**در صورت وجود هر یک از علائم**

اقدام

**در صورت نبود علائم خطر**

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

**آبريزش:** خروج تدريجي مايع آمنيوتيك از مهبل

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

**نکته 1:** در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMCT تست تشخیص سریع HIV دو بار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته 10-6) و نوبت دوم در ملاقات هفته 34-31 بارداری انجام می شود.

**نكته 2:** در صورتي كه خانم در مراقبت پيش از بارداري آزمايش TSHرا انجام نداده است در اولين ملاقات TSH اندازه گيري شود.

**نکته 3:** نوبت اول کومبس غیر مستقیم را در مادر ارهاش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهاش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های 24 تا 30 بارداری است.

**نکته 4:** در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است و يا نمي داند، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

**آموزش و توصيه:** طی ملاقات ها متناسب با هفته هاي بارداري موارد زير را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافرت، كار، ورزش، پوشيدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، بهداشت روان (تغييرات خلق و خو، روحيات، مسئوليت پذيري همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسي و نكات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه هاي اصلي غذايي، رعايت تنوع و تعادل در مواد غذايي، مصرف مكمل هاي دارويي)، دخانيات و مخدر و الكل (عدم مصرف و ترك آن و مضرات مصرف آن براي مادر و جنين)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگي، تهوع و استفراغ صبحگاهي، افزايش ترشحات مهبلي، تغيير خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و ...)، علائم خطر (لكه بيني، خونريزي، آبريزش، تاري ديد، درد سر دل، تنگي نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگري و علائم خطر نوزادي، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداري بعدي و مراجعه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

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

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

**ارتفاع رحم:** در هر ملاقات (از هفته 16 بارداري) با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گيري كنيد و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالي بودن مثانه مطمئن شويد. در هفته 16 بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته 20 بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته 18 تا 32 بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم(فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته 32 تا 36 بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های 36 تا40 در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

**ارزیابی علائم خطر فوری:** در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، اختلال هوشياري، شوك) بررسی کنید. در صورت وجود هر يك، مطابق جدول اقدام كنيد و قبل از انجام مراقبت هاي معمول، مادر را اعزام کنید.

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

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

مصرف مواد زیر را از خانم سوال کنید:

**انواع تنباکو** (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، **داروهای مسکن اُپیوئیدی** (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، **داروهای آرام­بخش یا خواب­آور** (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، **الکل** (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)، **مواد اَفیونی غیرقانونی** (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)، **حشیش** (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، **محرک­های ­آمفتامینی** (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره).

**ایمن سازی:** ایمن سازی با واكسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید**.** بهترين زمان براي تزريق واكسن توام در مادر باردار كه ايمن سازي كامل ندارد تا هفته 36 بارداري است. اگر به هر دليل مراجعه مادر براي دريافت مراقبت ها به تاخير افتاد، بهتر است تزريق واكسن حداقل دو هفته قبل از تاريخ احتمالي زايمان باشد.

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

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

2- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واكسن توأم **مشخص** نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، بلافاصله پس از سقط غیر ایمن 1500 واحد سرم کزاز به صورت عضلانی و 4 هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید.

ایمن سازی برای آنفلوآنزا در بارداری بلامانع است.

**بارداري:**

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

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

## زایمان ديررس: تولد نوزاد پس از 42 هفته كامل بارداري به صورت مرده یا زنده يعني پس از 41 هفته و 6 روز

* **زایمان سخت:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکیوم) و یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
* **زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی 3 ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا 5 سانتی متر در 1 ساعت در مولتی پار و 10 سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.
* **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.
* **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده ( نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا 28روز کامل پس از تولد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**تزریق آمپول رگام:** درصورت پاسخ منفی آزمایشهای کومبس غیرمستقیم (حساس نشدن سیستم ایمنی) مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام را از هفته 28 تا 34 بارداري تزریق کنید.

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر 18 و بالای 35 سال، مصرف مواد افیونی و محرک/ داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از 2 سال، بارداري پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

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

**تغذيه مناسب:** آنچه در تغذيه مادر باردار اهميت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذايي است. بهترين راه، استفاده از همه گروه هاي اصلي غذايي يعني گروه نان و غلات، گروه ميوه ها، گروه سبزي ها، گروه شير و لبنيات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه هاست. جدول زیر سهم های لازم در گروه های غذایی و برای هر روز را نشان می دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می کند.

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

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

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

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

**خونريزي:** خروج هر مقدار خون روشن يا تيره از مهبل (بیشتر از لکه بینی)

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

**نکته:** در مواردی که سن بارداری بالای 37 هفته است، درد متناوب پایین شکم می تواند نشانه زایمان باشد.

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

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

**زمان مناسب بارداري بعدي:** در هفته های آخر بارداری در مورد زمان مناسب برای بارداری بعدی و رعایت فاصله مطلوب بین فرزندان به مادر مطابق راهنماي ح 10 آموزش دهید.

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

نكته: براي تعيين سن دقيق حاملگي، در صورتي كه تا هفته 14 بارداري سونوگرافي انجام شود با توجه به خطاي 3 تا 5 روز، گزارش سونوگرافي ملاك تعيين سن بارداري است. در صورتي كه بيش از دو هفته تفاوت بين LMP و سونوگرافي وجود دارد، براي بررسي بيشتر به متخصص ارجاع داده شود.

**سوزش ادرار:** احساس سوزش به هنگام ادرار كردن

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

سونوگرافی هفته های 16 تا 18 بارداری باید هدفمند و به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری و تعیین ناهنجاری های واضح جنین و سونوگرافی هفته های 31 تا 34 بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری ها درخواست می شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماریهای وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد، در سونوگرافی هفته 16 تا 18 بارداری می توان تشخیص داد.

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

**نكته 1:** اين حالات براي مادر مضر نبوده و صرفاً به علت سازگاري بدن با تغييرات بارداري است.

**نكته 2:** متناسب با هر شکایت، به مادر توصیه کنید.

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

**شغل سخت و سنگین:**

* کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشند گان، قالي بافان، ...)؛
* بالا بودنحجم فعاليت جسمي بگونه اي كه موجب افزايش ضربان قلب، عرق كردن زياد و خستگي مفرط شود؛
* تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
* مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حلالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود مه های فلزات؛
* کار در محیط پرسر و صدا، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

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

**صدای قلب جنین:** با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته 28 بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت يك دقيقه كامل به صداي قلب جنين گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشماريد. تعداد طبيعي ضربان قلب 110 تا 160 بار در دقيقه است. قبل از هفته 28 بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می کند.

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

* در طول بارداري فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. ترجیحا فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتي فشارخون بالا اطلاق مي شود که میانگین دو بار اندازه گیری فشارخون به فاصله 5 دقیقه، 90/140ميليمتر جيوه و بالاتر باشد.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان 5/0 درجه کمتر است.
* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

علائم خطر بارداری: این علائم را جهت مراجعه سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموزش دهید:

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

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

* علائم خطر فوری روانپزشکی: **احساس بيزاري از زندگي، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراري ارتباط، بي قراري شديد، نااميدي، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا كردن و زد و خورد مكرر با ديگران، هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، كاهش ارتباط‌های اجتماعی، كم حرفي، كاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)**
* علائم در معرض خطر روانپزشکی: **خجالتي بودن شديد، اضطراب در محيط هاي اجتماعي، تجربه علائمي مانند تپش قلب و تنگي نفس، وسواس، خلق افسرده، بي حوصلگي و کاهش علایق، گريه، احساس پوچي،تحريك پذيري، پرخاشگري، بدخلقي، رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته، تغيير در خواب و اشتها، اختلال در تمركز**

غربالگري ناهنجاري جنين: **به مادر پيشنهاد كنيد در هفته 13-11 بارداري و در صورت نياز در هفته 17-15 بارداري غربالگري را انجام دهد. با اين روش برخي ناهنجاري هاي كروموزومي مانند تريزومي 13،18 و 21 در جنين شناسايي مي شود.**

**نكته1: در صورتي كه مادر باردار پس از 13 هفته و 6 روز و قبل از 17 هفته مراجعه نموده و غربالگري اول را انجام نداده، پس از مشاوره، غربالگري سه ماهه دوم درخواست شود.**

**نكته 2: غربالگري سه ماهه دوم پس از هفته 18 بارداري توصيه نمي شود.**

**فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال:** فاصله بارداری فعلی تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال باشد. (سقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود.)

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

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

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

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

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

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

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

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

**اسید فولیک:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه 400 میکروگرم اسید فولیک تجویز شود.

**آهن**: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (30 میلی گرم آهن المنتال) تجویز شود.

**مولتی ویتامین:** از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.

**نکته:** در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای 400 میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته 16 تا پایان بارداری نیست.

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

* **چشم:** در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفيدي چشم را از نظر زردی بررسي كنيد. كم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه كم رنگ بودن زبان، بستر ناخن ها و يا كف دست، «رنگ پريدگي شديد» است.
* **پوست:** در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسي كنيد. ظهور بثورات پوستي ممکن است با تب، خارش، خستگي و آبريزش از بيني همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی
* **اندام ها: ساق** پا و ران ها را از نظر وجود ادم، سردی یا کبودی اندام بررسي كنيد.
* **دهان و دندان:** در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.
* التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
* جرم دندانی:چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
* عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها(آبسه) شده و گاهی با فیستول(دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
* پوسیدگی دندان:تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

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

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

- بررسي پوست از نظر وجود بثورات

- لمس قوام و اندازه غده تيروئيد و بررسی وجود ندول هاي تيروئيد

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

- معاینه پستان ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرينگي، تغييرات پوستي)، وجود توده (محل، قوام، اندازه، چسبندگي) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خوني، چركي)، اين معاينه در خانم های بالای 30 سال (مطابق دستورعمل كشوري) و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.

- لمس شكم از نظر بررسي اندازه كبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

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

**ملاقات های معمول بارداری:** **تعداد ملاقاتهای** **معمول بارداری 8 بار است که دو ملاقات در نيمه اول بارداري (هفته 6 تا 20) و شش ملاقات در نيمه دوم بارداري (هفته 21 تا40) می باشد.** در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبتهای استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BMI** | **وضعيت تغذيه** | **محدوده مجاز افزايش وزن در بارداري** |
| كمتر از 5/18 | كم وزن | 18- 5/12 |
| 9/24- 5/18 | طبيعي | 16- 5/11 |
| 9/29- 25 | اضافه وزن | 5/11- 7 |
| بيشتر و مساوي 30 | چاق | 9- 5 |

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

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

**وزن:** در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه گيري و با وزن قبلي مقايسه كنيد. سپس وزن گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن گیری» تعیین کنید. به طور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمايه توده بدني طبیعی، 5/11 تا 16 کیلوگرم است.

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

**پ-مراقبت های ویژه بارداری**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **پ1- علائم خطر** |  |
| **پ2- فشارخون بالا** |  |
| **پ3- خونریزی/ لکه بینی** |  |
| **پ4- درد/ درد شکم/ سر درد/ ساق و ران** |  |
| **پ5- آبریزش/ پارگی کیسه آب** |  |
| **پ6- تب** |  |
| **پ7- تنگی نفس/ تپش قلب** |  |
| **پ8- مشکلات ادراری- تناسلی** |  |
| **پ9- تهوع و استفراغ** |  |
| **پ10- اختلال صدای قلب و حرکت جنین** |  |
| **پ11- ورم** |  |
| **پ12- زردی/ رنگ پریدگی/ آنمی** |  |
| **پ13- ارتفاع رحم نامناسب/ وزن گیری نامناسب** |  |
| **پ14- حاملگی طول کشیده/ مشکلات پوستی** |  |
| **پ15- اختلال روانپزشکی** |  |
| **پ16- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری** |  |
| **پ17- بیماری ها و ناهنجاری ها** |  |
| **پ18- سایر موارد خطر در بارداری فعلی** |  |
| **پ19- سوابق بارداری و زایمان قبلی** |  |

**پ1- علائم خطر فوری**

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

-اختلال هوشیاری

-در حال تشنج یا قبلا ً تشنج کرده

ارزيابي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - ساکشن ترشحات حلق  - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداکثر 32 قطره در دقیقه  - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام و همراهی بیمار طبق **ح1** | بیماری زمینه ای، تروما، مسمومیت، مول | نیمه اول بارداری |
| - درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام و همراهی بیمار طبق **ح1** | اکلامپسی | نیمه دوم بارداری |

**شوک**

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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایروی  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک  - ساکشن ترشحات حلق  - عدم تجویز مواد خوراکی از راه دهان  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداکثر 32 قطره در دقیقه  - درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام و همراهی بیمار طبق **ح1** | **شوک ناشی از خونریزی به علت:**  - حاملگی خارج از رحم  - سقط  - جفت سرراهی/ دکلمان  - تروما  **شوک عفونی به علت:**  - پیلونفریت  - آمنیونیت  - پریتونیت  - سقط عفونی | نیمه اول و دوم بارداری |

اقدام

سن بارداري

**پ2- فشارخون بالا**

**فشارخون 90/140 میلی متر جیوه و بالاتر و یا افزایش فشارخون تدریجی**

تشخيص احتمالي

علائم همراه

اقدام

سن بارداري

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت فشارخون بیشتر از 110/160 میلیمتر جیوه، ترزیق هیدرالازین طبق ح3 و ارجاع فوری | مول، چندقلویی | سردرد، تهوع و استفراغ شدید | نیمه اول بارداری |
| -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 زنان يا داخلي  - در صورت فشارخون بیشتر از 110/160 میلیمتر جیوه، ترزیق هیدرالازین طبق ح3 و ارجاع فوری | فشارخون مزمن، کریز هیپرتانسیون | فشارخون بالا قبل از هفته 20 بارداري |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | فشارخون بارداري | بروز فشارخون بالا بعد از هفته 20 بارداري | نيمه دوم بارداري |
| اعزام طبق ح1 | پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا | شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1** | پره اکلامپسی | فشارخون سيستوليك مساوي يا بالاتر از 160 و دیاستولیک مساوی یا بالاتر از 110 میلیمتر جیوه با یا بدون پروتئینوری، سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر |
| - اعزام طبق **ح1** | پره اکلامپسی | فشارخون کمتر از 110/160 میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری یا سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر |
| - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگي  - سمع صدای قلب جنین  -آموزش علائم خطر  - توصيه به مادر براي استراحت نسبي  - در صورت افزايش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سردرد، تاری دید و ...: اقدام مطابق همین پروتکل | شک به پره اکلامپسی | فشار خون كمتر از 90/140 ميلي متر جيوه ولی افزايش فشارخون سيستوليك به ميزان 30 و دياستوليك به ميزان 15 ميلي متر جيوه نسبت به فشارخون پايه بدون سایر علائم خطر |

**سئوال 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 پروتئین ادرار اورژانس در صورت امکان، وضعیت وزن گیری

ارزيابي

**پ3- خونريزي/ لكه بيني**

**سئوال کنید :**

میزان خونریزی ،تهوع، استفراغ، درد شکم

**تعیین کنید:**

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین

**معاینه کنید:**

شکم، ارتفاع و تونیسیته رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - اعزام طبق **ح1** | حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد | \* خونریزی کم، درد شکم و تندرنس و ریباند شکم | نیمه اول بارداری |
| - بررسی منشاء خونریزی طبق **ح2**  - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه و در صورت ادامه خونریزی:  اعزام طبق **ح1** | سقط | \*خونریزی شدید، درد شکم |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | سقط عفونی  (در صورت رد سایر علل تب مانند عفونت ادراری، سرماخوردگی، ...) | لكه بيني، تب |
| بررسی جهت رد حاملگی خارج از رحم و سقط و درخواست سونوگرافي و تيتر BHCG | تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم پاره نشده | لکه بینی و علائم حیاتی پایدار |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  -دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - عدم معاینه واژینال\*\*  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق **ح1** | جدا شدن زودرس جفت، جفت سرراهی، رگ سرراهی | \*خونریزی شدید، درد شکم ،اختلال صدای قلب جنین، تندرنس رحم | نيمه دوم بارداري |
| - درخواست سونوگرافی  - در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین، توصیه به استراحت و خودداری از مقاربت تا مشخص شدن نتیجه - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان با توجه به نتیجه | جفت سرراهي | لكه بيني |
| - معاینه واژینال \*\*و تأئید شروع زایمان  - ارایه مراقبت های معمول زایمان طبق **ت1** | زایمان (ترم یا پره ترم) | ترشحات خونی، انقباض رحمی |

**\*این موارد در معرض شوک هستند. با بروزعلائم شوک، درمان شوک انجام شود. در صورت خونريزي در مادر ارهاش منفي و پدر ارهاش مثبت، آمپول روگام تزريق شود.**

**\*\* اگر گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت نیست می تواند معاینه واژینال انجام دهد.**

**پ4- درد/ درد شكم**

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

ارتفاع و تونیسیته رحم، شکم یا پهلوها

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  -در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  -اعزام طبق **ح1** | حاملگی خارج از رحم، شکم حاد، سنگ مجاری ادرار، آپاندیسیت، پیلونفریت | \* تندرنس و ریباند شکم، تب و لرز،  تندرنس پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ | نیمه اول بارداری |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداکثر 32 قطره در دقیقه  - بررسی منشاء خونریزی طبق **ح2**  - اعزام طبق **ح1**  - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | سقط | \* خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی |
| - در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از 3 روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی  -در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه گوارشی | دردهای کرامپی، اسهال و استفراغ |
| - درخواست آزمايش ادرار و كشت ادرار  - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار تا 3 روز یا سفالکسین 500 میلی گرم دو بار در روز تا 3 روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار  - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق پ8 | سیستیت | درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس سریع دفع ادرار، سوزش ادرار |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - در صورت نبود خونریزی: معاینه واژینال با احتیاط  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق **ح1** | جدا شدن زودرس جفت (دکلمان) | \* افزایش اندازه و سفتی پیشرونده رحم، خونریزی، اختلال صدای قلب جنین، تندرنس رحم | نيمه دوم بارداري |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین وعضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | شکم حاد، پیلونفریت | \* تندرنس و ریباند شکم، تب و لرز،  تندرنس پهلوها، با یا بدون تهوع و استفراغ |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | آمنیونیت | \* پارگی کیسه آب، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تب و لرز، تندرنس رحم، افزایش ضربان قلب جنین |
| - معاینه واژینال و کنترل انقباضات رحمی  - در صورت تایید شروع زایمان: ارایه مراقبت های زایمان طبق **ت1** | شروع زایمان یا لیبر کاذب | ترشحات خونی، انقباضات رحمی |

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

**پ4- درد/ سر درد**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - تزریق وریدی 5000 واحد هپارین  - تجویز استامینوفن  - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار  - اعزام طبق **ح1** | ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی | با یا بدون ورم، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام | نيمه اول و دوم بارداري |

**سئوال کنید:**

سابقه میگرن، ميزان و مدت زمان درد،

**تعیین کنید:**

سن بارداري، ميزان دقيق فشارخون

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامين در موارد میگرن  - تجويز استامينوفن به ميزان 1000 ميلي گرم، يا استامينوفن (1000- 650) و متوكلوپراميد (10 ميلي گرم)  - در صورت عدم بهبود پس از 3 روز ارجاع در اولين فرصت به متخصص مغز و اعصاب | سردرد تنشي، ميگرن، حاملگي | با يا بدون تهوع و استفراغ | نيمه اول بارداري |
| بررسي سريع مادر از نظر علائم پره اكلامپسي و اقدام طبق پ2 | پره اکلامپسی | سر درد براي اولين بار يا تجربه بدترين درد در طول عمر (به اظهار مادر) با يا بدون اختلال بينايي | نيمه دوم بارداري |

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

ارزيابي

**معاینه کنید:**

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

سن بارداري

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

**پ4- درد/ درد يك طرفه ساق و ران**

**پ5- آبريزش/ پارگي كيسه آب**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - تایید پارگی کیسه آب  - ارجاع فوری در صورت تایید | سقط اجتناب ناپذیر | خونریزی، درد شکم | نیمه اول بارداری |
| - تایید پارگی کیسه آب  - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | آمنیونیت | \*  تب، درد شکم | نیمه دوم بارداری |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی  - دادن اکسیژن به میزان 6 تا 8 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - سمع صدای قلب جنین  - قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن مادر)  - پر كردن مثانه با سوند \*\*  - اعزام و همراهی بیمار طبق **ح1** | پرولاپس بند ناف | لمس توده نبض دار در واژن |
| - تاييد پارگي كيسه آب و ارجاع فوری  - در واحد تسهیلات زایمانی، اقدام طبق ث 6 | زايمان زودرس | سن بارداري كمتر از 37 هفته |
| ارجاع فوري به بيمارستان و يا ارائه مراقبت هاي معمول زايمان طبق ت 1 در واحد تسهيلات زايماني | شروع زايمان | سن بارداري 37 هفته و بالاتر |

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

**\*\* سوند فولی یا نلاتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، 500 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.**

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

**سوال کنید :**

میزان خونریزی، درد شکم

**تعیین کنید:**

سن بارداری، درجه حرارت

**معاینه کنید:**

واژینال

ارزيابي

**پ6- تب**

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - **در موارد شک به پیلونفریت:** در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.  - اعزام طبق **ح1** | سقط عفونی | \*لکه بینی، ترشحات بدبو، پارگی کیسه آب (آبریزش)، درد شکم، لرز، علائم ناشی از دستکاری بارداری | نیمه اول و دوم بارداری |
| پیلونفریت | \*درد و تندرنس پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ، لرز |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تجویز 1 قرص 400 میلی گرمی اریترومایسین  - اعزام طبق **ح1** | عفونت دستگاه تنفسی تحتانی | تنگی نفس ،سرفه، رال ریوی، لرز، درد قفسه سینه، افزایش تعداد تنفس |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انفوزیون وريدي 2 گرم سفتریاکسون در سرم قندي در صورت امکان  - اعزام طبق **ح1** | عفونت مغزی | \*سردرد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ |
| آندوکاردیت | درد قفسه سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماریهای دریچه ای قلب،  خستگی، بی اشتهایی، تظاهرات عصبی |
| اقدام طبق دستورالعمل های مرکز مدیریت بیماری ها و در صورت نیاز ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا داخلی | عفونت انگلی (مالاریا و ...)  هپاتیت | بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی،  بی اشتهایی، لرز |
| - در صورت اسهال خفیف تا متوسط و نبود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از 3 روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی  - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه گوارشی | اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ |
| - تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین  - بررسي مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثورات ماكول و پاپول مركز مديريت بيمارهاي واگير  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | بیماری های ویروسی  (احتمالاً سرخجه) | بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف |
| - تجویز استامینوفن و توصیه به پاشویه تا کاهش تب  - تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت نیاز  - در صورت عدم بهبود پس از 3 روز يا پيشرفت سريع بيماري با علائمي مانند تنگي نفس، ضعف شديد عضلاني يا اختلال هوشياري: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه تنفسی فوقانی | آبریزش بینی، گلودرد، اگزودای حلق، سرفه |

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

**پ7- تنگي نفس/ تپش قلب**

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

(تعداد نبض و تنفس غير طبيعي)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر  - تزریق وریدی 5000 واحد هپارین و تکرار هر 6 ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - اعزام طبق **ح1** | آمبولی ریه | تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سیانوز، بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از 30 بار در دقیقه) |
| - باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته  - تزریق وریدی 10 تا 20 میلی گرم فوروسماید  - تزریق وریدی مورفین به میزان 5- 10 میلی گرم  - اعزام طبق **ح1** | ادم حاد ریه | ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از 30 بار در دقیقه)،  بی قراری، تاکی کاردی |
| - باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته  - اعزام طبق **ح1** | نارسایی قلب | سوفل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تجویز 1 قرص 400 میلی گرمی اریترومایسین  - اعزام طبق **ح1** | عفونت مجاری تنفسی تحتانی | درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - درمان مانند زمان غیر بارداری  - اعزام طبق **ح1** | حمله آسم | سیانوز، تنفس صدادار، ویزینگ تنفسی، سابقه آلرژی تنفسی یا آسم |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب | کاردیومیوپاتی پری پارتوم | ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجیه، درد قفسه سینه |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلي | آنمی شدید | هموگلوبین کمتر از 7 گرم درصد، رنگ پریدگی شدید |
| - ارزیابی هموگلوبین  - اطمینان دادن به مادر و آموزش علائم خطر | تنگی نفس بارداری | تنگی نفس به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی |
| - 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 **پ17**  - بررسی هموگلوبین  - در صورت وجود سرگیجه، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری  - در صورت وجود نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری | اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی،  آنمی، آریتمی قلبی | تاکی کاردی |

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندامها

ارزيابي

**پ8- مشكلات ادراري- تناسلي**

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.  - اعزام طبق **ح1** | پیلونفریت | \*سوزش ادرار، تندرنس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ | نیمه اول و دوم بارداری |
| - تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکایین در صورت نیاز  - تجویز آسیکلوویر 400 میلی گرم خوراکی 3 بار در روز به مدت 7 روز  - آموزش سیر بیماری و انتقال آن در زمان زایمان\*\*  - در صورت احتباس ادرار: گذاشتن سوند فولی  - در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | هرپس ژنیتال | ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد |
| - درخواست آزمايش ادرار و كشت ادرار  - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار تا 3 روز یا سفالکسین 500 میلی گرم دو بار در روز تا 3 روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار  - در صورت يورتريت كلاميديايي (عفونت در آزمايش ادرار و كشت منفي): آزیترومایسین 1 گرم تک دوز خوراکی یا تجويز آموکسی سیلین 500 میلی گرم خوراکی 3 بار در روز تا 7 روز  - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت | سیستیت/ يورتريت | سوزش ادرار، درد زیر دل، احساس سریع دفع ادرار، تکرر ادرار |
| -در واژینیت کاندیدایی تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته  - ارایه توصیه بهداشتی طبق **ح8**  -در صورت عدم بهبود یا تشخیص سایر موارد واژینیت: ارجاع به متخصص زنان | واژینیت | ترشحات بدبو ،خارش و سوزش در ناحیه تناسلی |

**\*این موارد در معرض شوک هستند. با بروزعلائم 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.**

**پ9- تهوع و استفراغ**

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

حال عمومی، درجه حرارت، فشارخون،

حساسیت شکم، سفتی گردن، تورگور پوست، وضعیت وزن گیری

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - اعزام طبق **ح1** | شکم حاد، حاملگی خارج از رحم پاره شده | \*درد و تندرنس و ریباند شکم، لکه بینی، تب | نیمه اول و دوم بارداری |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تزریق عضلانی 25 میلی گرم پرومتازین یا 10 میلی گرم متوکلوپرامید  - اعزام طبق **ح1** | استفراغ شدید بارداری، مول | کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از 6 بار در 24 ساعت) |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی و در صورتی که استفراغ حاوی خون تازه است: تزریق سرم به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - درمان مانند زمان غیر بارداری  - اعزام طبق **ح1** | بیماری دستگاه گوارش | \*استفراغ خونی |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - تزریق وريدي 2 گرم سفتریاکسون در سرم قندي در صورت امکان  - اعزام طبق **ح1** | عفونت های مغزی | \*سردرد، تب، بی قراری، سفتی گردن |
| - درمان پره اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1** | HELLP  Syndrome/ کبد چرب حاملگی | درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و  بی حالی به همراه فشارخون بالا |
| -در صورت هپاتیت ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی  - در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از 3 روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی  - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای 38 درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان | عفونت دستگاه گوارشی/ هپاتیت | درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و  بی حالی، فشارخون بالا |
| - ارایه توصیه های بهداشتیطبق **ح8**  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث تهوع صبحگاهی)  - تجویز قرص پرومتازین 25 میلی گرم یا متوکلوپرامید 10 میلی گرم هر 6 ساعت  - در صورت وجود استفراغ بیش از یک بار در روز: درخواست آزمایش ادرار و  - در صورت وجود کتون در ادرار : ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | استفراغ بارداری | تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز |

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

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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

سن بارداري

معيار تشخيص

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق **پ5**  - اعزام طبق **ح1** | تاکی کاردی جنینی | تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از 160 بار در دقیقه کامل در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه (بعد از هفته 25 بارداری) | نيمه دوم بارداري  (از هفته 28 به بعد)\* |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - قرار دادن مادر به پهلوی چپ  - اعزام طبق **ح1** | دیسترس جنینی  (برادی کاردی) | تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از 110 بار در دقیقه در مدت 3 دقیقه یا بیشتر |
| - انجام NST و بررسي آن، در صورت تاييد ارجاع فوری | هیپوکسی | کاهش حرکت جنین |
| ارجاع فوری | مرگ جنین | شنیده نشدن صدای قلب جنین |

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

**سئوال کنید:**

وضعیت حرکت جنین

**تعیین کنید:**

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین

**پ11- ورم**

سن بارداري

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اقدام طبق پ2 | پره اکلامپسی | فشار خون بالا، پروتئینوری | نیمه اول و دوم بارداری |
| - تزریق وریدی 5000 واحد هپارین  - تجویز استامینوفن  - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار  - اعزام طبق **ح1** | ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی | ورم و درد یک طرفه ساق و ران، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب | کاردیومیوپاتی پری پارتوم | ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجیه، درد قفسه سینه |
| - اقدام طبق **پ 17**و در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط | بیماری های زمینه ای  (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی) | افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه |
| سوفل های قلبی ،ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب |
| بزرگی تیروئید، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما |
| زردي، آسيت |
| - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح8**  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده | ورم ساده بارداری | ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد |

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

ارزيابي

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

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

**پ12- زردي/ رنگ پريدگي/ آنمي**

**پ13- ارتفاع رحم نامناسب/ وزن گيري نامناسب**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - درمان پره اکلامپسی طبق ح3  - اعزام طبق ح1 | HELLP syndrome  کبد چرب بارداری، | زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- عفونی | بیماری های خونی و یا عفونی | بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتهایی، بیماری انگلی و عفونی |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی | آنمی شدید | هموگلوبین کمتر از 7 گرم درصد و علائم حیاتی پایدار |
| - تجویز 4 میلی گرم اسید فولیک روزانه  - توجه به علائم ترومبوآمبولي به دليل افزايش احتمال بروز آن در آنمي سيكل سل و درمان آن  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و هماتولوژيست: مادر در بارداری باید تحت مراقبت کامل متخصصین مربوطه باشد | آنمي سيكل سل | درد شدید بدن، خستگي بیش از حد، تنگي نفس، افزايش نامنظم ضربان قلب، زردي ملتحمه يا پوست |
| - بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها  - تجویز 4 عدد قرص آهن در روز (200 میلی گرم) به مدت یک ماه  - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی | آنمی متوسط | هموگلوبین 10-7 گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده |
| - تجویز 2 عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه  - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) | آنمی خفیف | هموگلوبین بیش از 10 و کمتر از 11 گرم درصد در سه ماهه اول و سوم و در سه ماهه دوم بارداری، هموگلوبین کمتر از 5/10 |

اقدام

تشخيص احتمالي

علائم همراه

**سئوال کنید :**

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

**تعیین کنید:**

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون

**معاینه کنید:**

کبد و طحال، چشم (ملتحمه، اسکلرا)

ارزيابي

**ارتفاع رحم نامناسب**

**سئوال کنید :**

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی

**تعیین کنید:**

سن بارداری، ارتفاع رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

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

اقدام

سن بارداري

علائم همراه

**وزن گيري نامناسب (كاهش يا افزايش وزن)**

ارزيابي

علائم همراه

سن بارداري

اقدام

تشخيص احتمالي

**سئوال کنید :**

رژیم غذایی خاص، تهوع و استفراغ، سابقه بیماری زمینه ای، مشکلات خانوادگی، 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 3 سال، حجم کار و استراحت روزانه

**تعیین کنید:**

فشارخون، وزن، قد، چندقلویی، نمایه توده بدنی

**معاینه کنید:**

شکم، قلب، ریه، اندام ها

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اقدام طبق پ2 | پره اکلامپسی | افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا | نيمه دوم بارداري |
| - بررسي روزانه فشارخون تا يك هفته  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14 | بيماري قلبي/ شروع پره اكلامپسي | افزايش وزن ناگهاني (بيش از 1 كيلو گرم در هفته همراه با ورم |
| - برحسب علل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت های شایع بارداری)  - در صورت وجود علائم روانی: ارجاع غیر فوری به روان پزشک  -ارجاع غير فوري به متخصص تغذيه | سوء تغذیه | بی اشتهایی، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کمتر از 18/5، علائم بیماری زمینه ای (پرخوری، پرنوشی، پر ادراری، سوزش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و ...)، پیکا و ویار حاملگی، علائم خلقي و رواني |
| - بررسي وضعيت تغذيه اي مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده  - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از 2 هفته تا یک ماه در صورت عدم اصلاح وزن گیری | تغذيه نامناسب | کاهش یا افزایش وزن نامناسب |

**پ14- حاملگي طول كشيده/ مشكلات پوستي**

**حاملگي طول كشيده**

ارزيابي

معيار تشخيص

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به متخصص  - در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین و تایید مرگ جنین: ارجاع فوری | **POST DATE** | عدم انجام زایمان در هفته 41 و یا بالاتر |

**سئوال کنید:**

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی

**تعیین کنید:**

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

- صداي قلب جنين

**مشكلات پوستي**

سن بارداري

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان  - بررسي مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثورات ماكول و پاپول مركز مديريت بيمارهاي واگير | بیماری های ویروسی  (احتمالا ًسرخجه) | بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف | نيمه اول و دوم بارداري |
| ارجاع غیر فوری به متخصص پوست | بیماری خونی، بیماری پوستی | پتشی، پورپورا، وزیکول، پاپول، پوسچول |
| - توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده  - تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین 25 میلی گرم هر 6 ساعت تا یک هفته)  - در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | کلستاز بارداری | خارش پوستی (بيشتر در اواخر بارداري) به ويژه كف پا |

ارزيابي

**سئوال کنید:**

آبریزش از بینی، خارش پوست

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

شکل و نوع ضایعه پوستی

**پ15- اختلال روان/ همسر آزاري**

**سئوال کنید :**

احساس بيزاري از زندگي، تفكر خودكشي، نگراني زياد و بي تناسب با مورد، حملات اضطرابي، وسواس به انجام افعال تكراري مانند دست شستن

**بررسي كنيد:**

عدم برقراري ارتباط، بي قراري شديد، نااميدي، خشونت

ارزيابي

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **-** در صورت **اقدام به خودكشي و جراحت:** اقدامات درماني براي جراحت يا مسموميت ایجاد شده و ارجاع فوري به بيمارستان  **-** در صورت **اقدام به خودكشي بدون مشكل جسمي:** ارجاع فوري به روانپزشك  - احتياط هاي لازم:   * وسايل خطرناك را كه ممكن است با آن ها به خود آسيب برساند از دسترس فرد دور كنيد. * در صورت امکان محيطي حمايتي و امن براي فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بيمار را در اتاقي آرام و مجزا قرار دهيد. * فرد را تنها نگذاريد. * براي اطمينان از امنيت فرد يك نفر از پرسنل يا يكي از اعضاي خانواده وي را براي نظارت بر بيمار تعيين كنيد.   - پیگیری منظم انجام دهید.  - در صورت نبود خطر جدي آسيب به خود ولي سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته**:** ارجاع غير فوري به روانپزشك | افكار خودكشي، اقدام به خودكشي | احساس بيزاري از زندگي، تفكر خودكشي، عدم برقراري ارتباط، بي قراري شديد، نااميدي، خشونت |
| - در صورت پرخاشگری شديد، احتمال آسيب به ديگران، و پرخاشگري ناشي از مصرف مواد: ارجاع فوري به روانپزشک  در صورت ناتواني در كنترل بيمار حين ارجاع: تزريق عضلاني آمپول هالوپريدول 5 ميلي گرمي و آمپول بي پريدين 5 ميلي گرمي  - در صورت ساير موارد قابل مديريت توسط پزشك يا خانواده: ارجاع غير فوری به روانپزشك و پيگيری بر اساس نوع داروهای دريافتی و توصيه های متخصص | پرخاشگري | دعوا كردن و زد و خورد مكرر با ديگران، تحريك پذيري و پرخاشگری |
| - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان  - در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالتهای متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غير دارويي و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیرفوری به روانپزشک | اختلال اضطراب منتشر/ پانيك/ اضطراب اجتماعی | خجالتي بودن شدید و اضطراب در محيطهاي اجتماعي، نگراني در مسائل متعدد، تجربه علائم جسماني مثل تپش قلب و تنگي نفس، حملات مکرر اضطرابی |
| اختلال وسواسی-جبري | وسواس به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی، اختلال در روند زندگی يا کارکرد شغلی |
| اختلال استرس پس از سانحه | تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یاد آورکننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی |

**پ15- اختلال روان/ همسر آزاري(ادامه)**

تشخيص احتمالي

اقدام

علائم همراه

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - در صورت احتمال خودكشي، پرخاشگري و يا بيقراري شديد، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوري به روانپزشک  - در صورت نبود علائم خودكشي و پرخاشگري و عدم ارزيابي بيمار توسط روانپزشك: ارجاع غير فوري به روانپزشك  - در صورت نبود علائم خودكشي و پرخاشگري و ارزيابي بيمار توسط روانپزشك (تشديد یا عود بیماری قبلي):   * + آموزش به فرد و مراقبين وي   + اطمينان از اجرای درست دستورات دارویی   + در صورت عدم پاسخ به درمان، افزايش دوز دارو يا تغيير آن   + ايجاد امیدواری واقع بینانه و خوش بینی   - برای آموزش روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان  - در صورت امتناع از خوردن دارو و يا عوارض دارويي كه به اقدامات اوليه پاسخ نداده اند، عدم كنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غير فوري به روانپزشک  - آموزش خطرات موجود براي مادر و كودك و عود سايكوز (به خصوص در صورت قطع يا تغيير دارو) به مادر و خانواده و پیگیری منظم | سايكوز | هذیان، توهم، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشه‌گیری، كاهش ارتباط‌ اجتماعی، كم حرفي، كاهش بروز هیجان‌ها و عواطف) |
| اختلال دوقطبي | سرخوشي يا تحريك پذيري بيش از حد، پرخاشگري، فعاليت وانرژي زياد، کاهش نیاز به خواب، پرحرفي، اعتماد به نفس بالا، تمايل به كارهاي هيجان‌آور با پيامدهاي بالقوه خطرناك (رانندگي بي مهابا، رفتارهاي جنسي نسنجيده، ولخرجي) |
| - در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک  - در صورت سابقه­ دوره­های مانیا یا هیپومانیا، علایم­ پسیکوتیک، شدید بودن بیماری و نیاز به درمان دارويي، نیاز به مداخلات تخصصی غیردارویی و روان درمانی يا عوارض جدی دارویی**:** ارجاع غیرفوری به روانپزشک  در ساير موارد:  - برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان  - اجتناب از تجويز داروهای ضدافسردگي‌ در حاملگي تا حد امكان  - عدم درمان شکایات فرد با درمان های بی اثر (مانند ويتامين‌ها)  - در صورت سابقه داغديدگي: علاوه بر توصیه های بالا، پيشنهاد شیوه های مناسب فرهنگی براي عزاداری و سازگاری و عدم بكارگيري داروهای ضدافسردگی یا روان درمانی در اولین مرحله درمان  - پايش پذيرش درمان برای بیماری جسمی همراه  - آموزش به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم | افسردگي | خلق افسرده، بي حوصلگي و کاهش علایق، گريه، احساس پوچي،تحريك پذيري، پرخاشگري، بدخلقي، رفتارهاي ناشايست و مهارگسيخته، تغيير در خواب و اشتها، اختلال در تمركز، آرزوي مرگ، افكار خودكشي يا اقدام به آن |
| **همسرآزاری بدون علائم آسیب فیزیکی و یا صرفاً سابقه آن:**  - برقراری ارتباط مناسب با مادر (در قسمت تعاریف بارداری)  **-** در صورت تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، فاکتورهای خطر و ...):ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی  **در صورت وقوع همسرآزاری به همراه آسیب فیزیکی به مادر یا جنین:**  - کنترل علائم حیاتی و **در صورت وجود علائم شوک:** اقدام طبق **پ1**  - سمع قلب جنین و **در صورت اختلال در صدای قلب جنین:** اقدام طبق **پ10**  - درمان آسیب های غیر مامایی مانند زمان غیر بارداری در صورت نیاز  - ارجاع فوری به متخصص مربوط با توجه به نوع آسیب | همسرآزاري | **خشونت جسمی:** مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو  **خشونت روانی:** انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود. |

ارزيابي

**سئوال کنید :**

احساس غم، احساس عدم لذت از سرگرمي هاي معمول (در دو هفته اخير)، خشونت جسمي يا رواني همسر

**پ16- تفسير نتايج آزمايش ها و سونوگرافي در بارداري**

نتايج

تشخيص احتمالي

اقدام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کومبس غیرمستقیم مثبت | ناسازگاری خونی | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان |
| HIV مثبت | آلودگی به ویروس ایدز | ارجاع غیر فوری به کارشناس بیماری ها یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری |
| اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از 9/0 میلی گرم در دسی لیتر | بیماری کلیوی | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی |
| VDRL مثبت | STI، احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری | انجام تست FTA- ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفلیس |
| نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی | مول، حاملگی خارج از رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری جنین، چندقلویی، پلی یا الیگوهیدرآمنیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجار، مرگ جنین و ... | - در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش: اقدام طبق پ3 تا پ6  - در صورت نبود علامت فوق: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان  - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم: ارجاع فوری |
| پلاکت کمتر از 150 هزار | پره اکلامپسی، خونریزی، دکلمان، آمبولی، آنمی همولیتیک، لوپوس، سندرم آنتی بادی آنتی فسفولیپید | - تکرار آزمایش  - در صورت شک به پره اکلامپسی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در غیر این صورت: ارجاع غیر فوری |
| پروتئینوری و هماچوری | بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی | اقدام طبق پ 2و پ17 |
| HbsAg مثبت | هپاتیت ب | اقدام طبق پ17 |
| هموگلوبین: کمتر از 11 گرم درصد  (سه ماهه دوم کمتر از 5/10 گرم درصد)  لام محیطی: میکروسیت و هیپوکرومیک  کاهش MCV و MCH  آهن سرم: کمتر از 50 میکروگرم در دسی لیتر  فریتین سرم: کمتر از 15-10 گرم در دسی لیتر | آنمی | اقدام طبق پ12 |
| کشت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید 5 عدد یا بیشتر یا نیتریت در ادرار | عفونت ادراری | - در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق **پ8**  - در صورت نداشتن علائم: درمان مطابق با جواب آزمایش  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت های ادراری) |
| کشت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار | عفونت واژینال یا یورتریت کلامیدیایی | - در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ8  - در صورت نداشتن علائم: ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح8 |
| HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر | شک به آلودگی به ویروس ایدز | تکرار آزمایش 3 ماه بعد |

**پ16- تفسير نتايج آزمايش ها و سونوگرافي در بارداري (ادامه)**

تشخيص احتمالي

اقدام

نتايج

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FBS غير طبيعي (در ملاقات اول) بين 93 تا 125 | | پره ديابت | - ارائه توصيه هاي تغذيه اي طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث ديابت بارداري)  - توصيه به ورزش و فعاليت بدني  - توصيه به تكرار آزمايش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد. در صورت طبيعي بودن نتيجه آزمايش ( FBS كمتر از 93 و قند دو ساعت پس از غذا كمتر از 120)، ادامه مراقبت ها و در غير اين صورت ارجاع به متخصص زنان |
| FBS غير طبيعي (در ملاقات اول) بيشتر و مساوي 126 | | ديابت آشکار | - تكرار آزمايش يك هفته بعد  - در صورت غير طبيعي بودن نتيجه: ارجاع به متخصص داخلي |
| FBS و OGTTغير طبيعي (هفته 28-24):  FBS مساوي يا بيشتر از 92 يا  OGTT ساعت اول مساوي يا بيشتر از 180 يا  OGTT ساعت دوم مساوي يا بيشتر از 153 | | ديابت بارداري | ارجاع به متخصص زنان يا متخصص مربوطه |
| غربالگري جنين (سه ماه اول)  هفته 13-11 | كم خطر | احتمال كم ناهنجاري (مشكلات كروموزومي) | نياز به غربالگري دوم نيست. |
| در معرض خطر | در معرض خطر از نظر ناهنجاري جنين | - درخواست غربالگري جنين كوادماركر در سه ماهه دوم (17-15)  - تاكيد به انجام در همان آزمايشگاه |
| پرخطر | پر خطر از نظر ناهنجاري جنين | ارجاع به متخصص زنان يا پريناتالوژيست در اسرع وقت جهت بررسي تكميلي (آمنيوسنتز يا CVS) |
| غربالگري جنين (سه ماه دوم) هفته17-15 | كم خطر | احتمال كم ناهنجاري (مشكلات كروموزومي) | -- |
| پر خطر | پر خطر از نظر ناهنجاري جنين | ارجاع به متخصص زنان يا پريناتالوژيست در اسرع وقت جهت بررسي تكميلي (آمنيوسنتز يا CVS) |

OGTT: آزمون تحمل يك ساعت و دو ساعت پس از مصرف 75 گرم گلوكز خوراكي

غربالگري ناهنجاري جنين سه ماهه اول:دو آزمايش خون Free BHCG, PAPP-A و سونوگرافي جنين از نظر اندازه گيري NT

غربالگري ناهنجاري جنين سه ماهه دوم: چهار آزمايش خون Free BHCG, AFP,uE3, Inhibin A

**پ17- بيماري ها و ناهنجاري ها**

**فواصل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی براساس پسخوراند پزشک متخصص است.**

**داروهایی که منع مصرف در بارداری دارند، در راهنمای ح 11 اشاره شده است. در صورتی که مادر از این داروها مصرف می کند، هنگام ارجاع مادر به پزشک متخصص، نوع داروی مصرفی را یادآور شوید.**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **آرتریت روماتوئید** | بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری 3 ماه پس از زایمان | - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط |
| 2 | **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 واقدام طبق **پ7** |
| 3 | **اختلال انعقادی** | افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد | - توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان |
| 4 | **ایدز / HIV+** | افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی | - ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری  - ارجاع جهت ختم بارداري در هفته 38 به روش سزارین  - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته 38 بارداری: ارجاع جهت ختم بارداري در هفته 38 به روش سزارین  - آموزش عدم شيردهي نوزاد پس از زايمان |
| 5 | **بیماری قلبي** | - افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تاخير رشد داخل رحمي، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبي جنین، مرگ مادر  - احتمال افزایش مورتالیتی مادر در کلاس 3 و 4 بیماری قلبی | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنين بررسي خطر ترومبوآمبولي  - تاكيد به دريافت منظم مراقبت هاي بارداري و خطرات احتمالي بارداري براي مادر و جنين  - توصيه به کاهش فعالیت های بدنی، رژيم غذايي و محدوديت سديم در نارسايي قلبي  - درمان به موقع عفونت ها و آنمی  - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین)  - درمان پروفیلاکتیک علیه آندوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی  - تأکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان  - ارجاع به متخصص عفوني براي تزريق يك نوبت واكسن پنوموكوك پلي ساكاريد در افراد مبتلا به بيماري قلبي مزمن در صورت نياز  - تزريق واكسن آنفلوانزا ترجيحا قبل از بروز فصل بيماري و بدون توجه به سن بارداري  **- در صورت درد قفسه سينه و یا کلاس 3 و 4 قلبي**: ارجاع فوری |
| 6 | **بیماری های گوارشی** | بهبود نسبی اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران 3 ماه پس از زایمان | - مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر  **- در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی:** ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط |
| 7 | **بیماری های مزمن کلیه** | - افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، دکلمان، تأخیر رشد جنین  - پیش آگهی بد حتی در موارد طبیعی بودن فشارخون | - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی  - ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار  - افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان |

**پ17- بيماري ها و ناهنجاري ها(ادامه)**

تاثير بر بارداري

عنوان

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | **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 داخلي- غدد |
| 9 | **پرولاکتینوما** | رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی | - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي- غدد |
| 10 | **پیوند کلیه** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب | - ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، بررسی پروتئین و کراتی نین و باکتری ادرار  - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت  - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي |
| 11 | **تالاسمی مینور**  - میزان هموگلوبین بین 8 تا 10 گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری  و یا  - میزان هموگلوبین بین 9 تا 11 گرم درصد نزدیک ترم | بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود | - تصمیم گیری در مورد تجویز معمول مکمل آهن پس از اندازه گیری فریتین سرم  **- در صورتی که هموگلوبین کمتر از 8 گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از 9 گرم درصد نزدیک ترم باشد:** ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي  **- بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا:** ارجاع در اولین فرصت (نیمه اول بارداری) به مرکز مشاوره ژنتیک جهت بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور |
| 12 | **ترومبو آمبولی (سابقه)/ ترومبوفيلي** | احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر | - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط جهت ارزيابي خطر ترومبوآمبولي و شروع درمان دارويي در صورت نياز |
| 13 | **تورچ** | افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی | **- در صورت شک به ابتلا مادر:** ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم برای ادامه بارداری |
| 14 | **دیابت** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان برای تبدیل و یا شروع انسولین و دریافت پسخوراند از متخصص در مورد ادامه مراقبت های بارداری مادر  - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت  - ارایه توصیه تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت)  - **در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی:** درمان مانند زمان غیر بارداری  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14 |
| 15 | **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 |
| 16 | **سابقه یا ابتلا به سرطان پستان** | --------- | ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی |

**پ17- بيماري ها و ناهنجاري ها(ادامه)**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 17 | **صرع** | افزایش بروز حملات صرعی، پره اکلامپسی، افسردگی پس از زایمان، احتمال ناهنجاری های مادرزادی جنین | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو  - تاکید به دریافت منظم مراقبت ها در بارداری  - تأکید بر تداوم درمان در بارداری  - تاكيد به انجام سونوگرافي هدفمند در هفته 18- 16 بارداري  **- در صورت حمله صرع یا تشنج**: درمان مانند زمان غیر بارداری |
| 18 | **کم کاری تیروئید** | افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن | ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلي- غدد |
| 19 | **لوپوس** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولي، مرگ مادر | ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلي و همچنين بررسي خطر ترومبوآمبولي |
| 20 | **مالتیپل اسکلروزیس** | افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي |
| 21 | **میگرن** | احتمال بهبود در بارداری | - منع مصرف ارگوتامین  - درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آتنولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مربوط  - **در صورت حمله میگرن**: تجویز عضلانی آمپول 25 میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت |
| 22 | **ناهنجاری های اسکلتی**  **(لگن و ستون فقرات)** | افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی  افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین | **- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری:** ارجاع غیر فوری به متخصص زنان  در صورت فلج پا يا استفاده از صندلي چرخ دار: ارزيابي خطر ترومبوآمبولي  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان |
| 23 | **ناهنجاری های دستگاه تناسلی**  **(رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار ...)** | افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس | ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان |
| 24 | **هپاتیت** | اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری | - تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در 12 ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هپاتیت ب  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط |

**پ18- ساير موارد خطر در بارداري فعلي**

تاثير بر بارداري

اقدام

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان | افزايش ميزان سقط، افزايش بروز ناهنجاري هاي جنيني | ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک  در صورت سابقه NTD در نوزاد: تجويز مصرف روزانه 4 ميلي گرم اسيد فوليك 3 ماه پيش از بارداري |
| **2** | **بارداری همزمان با IUD** | افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم | - معاينه واژينال با اسپكولوم  **-** خارج کردنIUD  در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری  - آموزش علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب، درد شکم) در صورت باقي ماندن IUD  - درخواست سونوگرافی و بررسی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم **و** ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت حاملگی خارج رحم |
| **3** | **بارداری پنجم و بالاتر** | افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزومی، ترومبوآمبولي | - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت  - ارزيابي خطر ترومبوآمبولي و ارجاع در صورت نياز به درمان |
| **4** | **بارداری زیر 18 سال** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن | ارائه توصيه هاي غذايي طبق راهنماي جامع تغذیه مادر باردار و شیرده |
| **5** | **بارداری بالای 35 سال** | افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولي | - تاكيد به انجام زايمان در بيمارستان  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - ارجاع غير فوري به متخصص زنان و همچنين ارزيابي خطر ترومبوآمبولي |
| **6** | **بارداری با قرص پروژسترونی**  **قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها** | - در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری  - در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنین | - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری  - قطع مصرف قرص لاینسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی  - خارج کردن کاشتنی ها |
| **7** | **بارداری با TL** | افزایش احتمال بارداری خارج از رحم | - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری و **در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم:** ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان |
| **8** | **تروما**  (تصادف، خشونت فیزیکی) | جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها، زایمان زودرس، مرگ جنین | - شنیدن صدای قلب جنین و سوال در مورد درد شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اقدام طبق هر مورد  - در صورت ضربه شدید به شکم ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان |

**پ18- ساير موارد خطر در بارداري فعلي** **(ادامه)**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **9** | **چندقلویی** | افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن، ترومبوآمبولي | - توصیه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه(  - تجویز مکملهای دارویی به صورت 2 عدد قرص آهن در روز  - انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار  - 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 برای تعیین نوع چند قلویی  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - ارزيابي خطر ترومبوآمبولي و ارجاع غير فوري در صورت نياز به درمان  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری |
| **10** | **حاملگی ناخواسته/ پيش بيني نشده** | افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری | - حمایت روانی مادر و خانواده براي ادامه بارداري ايمن  - در صورت پيشنهاد مادر به سقط: آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی  **- در صورت تشخیص دستکاری:** توجه به علائم سقط عفونی و اقدام طبق **پ3** |
| **11** | **رفتار پر خطر** | امكان ابتلا به ايدز | ارجاع غیر فوری به کارشناس بیماری ها یا مرکز مشاوره بیماری های رفتاری |
| **12** | **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 |
| **13** | **شغل سخت و سنگین** | افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس | - توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر  - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین  **- در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن:** توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر و تغيير وضعيت در فواصل انجام كار |
| **14** | **شیردهی همزمان با بارداری** | افزایش احتمال مشکلات تغذیه ای و آنمی | - ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته 20 بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوار) و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی  - تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده  - **در موارد تهدید به سقط:** قطع موقت شیردهی تا رفع علائم  - تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن  - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده  (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه) |
| **15** | **فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از 2 سال** | افزایش احتمال آنمی، پارگی زودرس کیسه آب، وزن کم هنگام تولد نوزاد، تاخیر رشد داخل رحمی، نقص لوله عصبی جنین |

**پ18- ساير موارد خطر در بارداري فعلي (ادامه)**

اقدام

تاثير بر بارداري

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **16** | **مصرف الکل** | افزایش احتمالنوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی | - آموزش عدم مصرف الکل  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - ارجاع غير فوری به متخصص روان پزشک در صورت عدم توانایی در ترک |
| **17** | **مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرک** | - افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی به هپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی  **- تأثیر بر نوزاد**: آسم، كوليك نوزادي، سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت | - توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری خصوصاً در هفته هاي اول بارداری  - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)  - بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)  - توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس  - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - ارزيابي خطر ترومبوآمبولي و ارجاع غير فوري به متخصص در صورت نياز به درمان  **در صورت مصرف مواد افیونی و محرک:**  - ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات  - بررسی علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی هم زمان  - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت معرفی به مراکز ترک اعتیاد در سه ماهه اول (درمان جایگزین با متادون)  - اگر مادر شخصا ً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید.  - ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی  **- در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم:** برقراری راه وریدی، باز کردن راههای هوایی، تجویز نالوکسان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری |
| **18** | **ناسازگاریهای خونی**  **(ارهاش منفی مادر و ارهاش مثبت**  **پدر)** | احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی | - پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته 30-24 بارداری و **در صورت مثبت بودن جواب آزمایش**: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان  - **در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیر مستقیم:** تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته 28 بارداری  - تأکید بر تزریق آمپول رگام (به غیر از هفته 28 بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز)  - **در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد**: تزریق آمپول رگام در 72 ساعت اول پس از زایمان |
| **19** | **نمایه توده بدنی غیرطبیعی**  **(کمتر از 5/18 یا 25 و بالاتر)** | افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین،  پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولي | - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث نمایه توده بدنی)  - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات 37- 35 بارداری طبق ح 14  - ارزيابي خطر ترومبوآمبولي در نمايه توده بدني بيش از 30 و ارجاع غير فوري در صورت نياز به درمان |

**پ19- سوابق بارداري و زايمان قبلي**

تاثير بر بارداري

عنوان

اقدام

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **آتونی (اینرسی)** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | تأکید به انجام زایمان در بیمارستان |
| **2** | **پره اکلامپسی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون  - آموزش علائم خطر (فشارخون بالا، تاري ديد، سوزش سر دل، سردرد) |
| **3** | **جدا شدن زودرس جفت/**  **جفت سرراهی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی)  - **در صورت سابقه دکلمان:** اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس  **- در صورت سابقه جفت سرراهی:** تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته 33-31 بارداری و در صورت تایید، ارجاع جهت ختم بارداری در هفته 36- 34 بارداری در بیمارستان مجهز |
| **4** | **جراحی روی رحم** | احتمال چسبندگی جفت | - تاکید به انجام سونوگرافی برای تعیین وضعیت و محل جفت در سه ماهه دوم بارداری  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تعیین نوع زایمان |
| **5** | **چندقلویی** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری  - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته 18- 16 بارداری برای تعیین تعداد جنین  - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده |
| **6** | **دیابت بارداری** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تاکید به انجام آزمایش و توجه به نتیجه آن |
| **7** | **زایمان دیررس** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی  - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته 41 بارداری |
| **8** | **زایمان زودرس** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - ارایه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان  - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات |
| **9** | **زایمان سخت /زایمان سریع** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی |
| **10** | **سزارين تكراري** | احتمال جفت سر راهي، جفت اكرتا و پركرتا، افزايش خونريزي پس از زايمان | - تاكيد بر عوارض سزارين تكراري  - تاكيد بر انجام سونوگرافي در بارداري به منظور تعيين دقيق محل جفت  - امكان انجام زايمان واژينال بعد از يك بار سزارين در صورت وجود شرايط مناسب  - ارجاع غيرفوري به متخصص در هفته 36 بارداري براي تعیین زمان سزارين |
| **11** | مول كمتر از يك سال/ دو بار سقط يا بيشتر، نوزاد ناهنجار، تاخير رشد داخل رحمي، مرده زايي، مرگ نوزاد، حاملگي نابجا | احتمال عود | ارجاع غير فوري به متخصص |
| **12** | **نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین دقیق سن بارداری  - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای  - توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث سوء تغذیه)  - تأکید در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش)  - در صورت بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |
| **13** | **نوزاد با وزن بیش از 4000 گرم** | احتمال تکرار در بارداری فعلی | - تعیین دقیق سن بارداری  - تأکید بر انجام زایمان دربیمارستان  **- در صورت ابتلا به دیابت:** ارجاع غیر فوری به متخصص زنان |

**ت- مراقبت هاي معمول زايمان و**

**بلافاصله پس از زايمان تا 6 ساعت**

**(در واحد هاي تسهيلات زايماني و منزل در صورت لزوم)**

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

**ت1- ارزيابي اوليه زايمان**

**در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات راهنمای ح7 توجه کنید**

**در صورت وجود هر یک از علائم**

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| فشارخون بالا، زجرجنین/ دفع مکونیوم، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب، پرولاپس بندناف، نمایش غیرطبیعی | بر حسب مورد: اقدام طبق ث **2، ث5 تا ث9** |
| بیماری ها | بر حسب مورد: اقدام طبق ث **12** |
| چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از 40، جنین ناهنجار، مصرف مواد افیونی و محرک، الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، شکم اول زیر 18 و بالای 35 سال، ارهاش منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، هپاتیت/ HBsAg مثبت، هرپس ژنیتال، ضایعات ولو، ابعاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمنیوس | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث 10** |
| **سوابق بارداری و زایمان قبلی: ز**ایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آتونی، نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم و یا بیش از 4000 گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث13** |
| طبیعی بودن همه موارد | بستری در اتاق درد و اقدام طبق **ت2** |

اقدام

اقدام هر مرحله زايمان طبق ث2 تا ث4

**مرحله دوم به بعد**

ارزيابي اوليه

**مرحله اول زايمان**

تعيين مرحله زايمان

**در صورت نبود**

**علائم خطر**

**تشکیل پرونده**

گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان

**سئوال کنید:**

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

**کنترل و اندازه گیری کنید:**

علائم حیاتی، صدای قلب جنین، انقباضات رحم

**معاینه کنید:**

لئوپولد، چشم، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی، واژینال (وضعیت زایمان، کیسه آب، لگن)

ابتدا علائم خطر فوری را بر حسب مرحله زايمان ارزیابی کنید:

اقدام

-تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری ،شوک

- خونریزی

- تنفس مشکل

- احتباس جفت

- وارونگی رحم

- دیستوشی شانه

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

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

- آماده کردن اولیه مادر و اتاق زایمان

- کنترل علائم حیاتی، پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف

- بررسی وضعیت کیسه آب و انقباضات رحم

- کنترل صدای قلب جنین

- اداره درد زایمان با روش های غیردارویی کاهش درد

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله اول زايمان**

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

ارزيابي اوليه

اقدام

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله دوم زايمان**

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

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

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

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

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

گروه بندي علائم و نشانه ها

**مرحله سوم زايمان**

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

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

اقدام اوليه و ارزيابي

|  |  |
| --- | --- |
| تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی | احیاء طبق **خ1** |
| سرد بودن پاها | پوشاندن بدن و سر نوزاد با لباس و کلاه و پیچیدن او در پتو و گذاردن در آغوش مادر و یا استفاده از گرم کننده تابشی |
| طبیعی بودن همه موارد | ادامه مراقبت |

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

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

**مرحله چهارم زايمان**

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

اقدام اوليه و ارزيابي

اقدام اوليه و ارزيابي

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار | بر حسب مورد: اقدام طبق **ث 1**تا **ث3، ث10، ث11، ح2** |
| طبیعی بودن همه موارد | - تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق **ح6**  -آموزش طبق عناوین فرم زایمان و ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - تزریق رگام در صورت نیاز  - توصیه به مصرف مواد غذایی  - تشویق مادر به شیردهی انحصاری  - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی  - ترخیص پس از 6 ساعت |

**6 ساعت اول پس از زایمان**

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

اقدام اوليه و ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

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

اقدام اوليه و ارزيابي

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

اقدام اوليه و ارزيابي

**ارزیابی اولیه**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

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

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

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

- مدت زمان یک انقباض (duration) 2 دقیقه یا بیشتر طول بکشد و یا مدت زمان انقباضات طبیعی است اما فاصله بین دو انقباض (interval) یک دقیقه یا کمتر است.

- تعداد انقباضات طی 10 دقیقه، 5 بار یا بیشتر است.

- انقباضات رحمی مداوم و بدون فاصله است.

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

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

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

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

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

**تشکیل پرونده و گرفتن شرح حال:** برای تشکیل پرونده، قسمت شرح حال «فرم مراقبت زایمان » را تکمیل کنید:

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر 18 و بالای 35 سال، بارداری پنجم و بالاتر، مصرف مواد افیونی و محرک، رفتارهای پر خطر

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

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

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

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

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

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

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

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

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

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

**دیستوشی شانه:** عدم خروج شانه ها پس از گذشت 60 ثانیه از خروج سر نوزاد

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

**زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته 22 بارداری به صورت مرده یا زنده

**زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از 42 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده يعني پس از 41 هفته و 6 روز

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

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

**زایمان سریع:** زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی 3 ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا 5 سانتی متر در 1 ساعت در مولتی پار و 10 سانتیمتر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.

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

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

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

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

**لکه بینی:** خروج لکه خونی از مهبل

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

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

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

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

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

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

**مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته 22 بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداشدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.

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

**مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده ( نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا 28روز کامل پس از تولد.

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

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

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

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

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

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

2) معاينه واژينال:

- ديواره هاي جانبي لگن(صاف و متقارن باشد)

- خارهاي ايسكيال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرك استخوان دنبالچه

- اندازه گيري تقریبی قطر بين دو برجستگي ايسكيوم

- نبود ناهنجاريها، تنگي و توده ها،…

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

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

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

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

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

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

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

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زايمان و پس از زايمان (28-25 درجه سانتي گراد)، در دسترس قرار دادن وسايل مورد نياز زايمان، ست احياء نوزاد، کپسول اکسیژن، ساکشن و ...

**اداره درد زایمان با روش های غیر دارویی کاهش درد:** استفاده از یک یا چند مورد از روش های غیر دارویی کاهش درد در مراحل اول و دوم زایمان با کمک همراه آموزش دیده برای مادر می باشد. این روش ها شامل ماساژ، آب درمانی، گرما درمانی، سرما درمانی، رایحه درمانی، تکنیک های تنفسی، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت و تغییر وضعیت است.

**انتقال مادر به اتاق زايمان:** شرایط مادر را برای انتقال بررسی کنید. زمان انتقال مادر در نولي پارها وقتي است كه قطري از عضو نمايش (سر جنین) در هر انقباض در حدود 4-3 سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتي پارها، وقتي است که ديلاتاسيون سرويكس به میزان 9- 7 سانتيمتر برسد.

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

**نکته 1:** در فاز نهفته هر 30 تا 60 دقیقه و در فاز فعال هر 15 تا 30 دقیقه، انقباضات رحم را کنترل کنید.

**نکته 2:**  مدت فاز نهفته را 8 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 1:** برای تعیین میزان پیشرفت زایمان از زمان شروع فاز فعال از پارتوگراف استفاده کنید.

**نکته 2:** در زنان چندزا ممکن است در فاز فعال، نزول سر جنین دیرتر اتفاق افتد.

**صدای قلب جنین:** صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر30 دقیقه و در مادر پر خطر هر 15 دقيقه کنترل کنید.

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

**فاز فعال:** از باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان 3 تا 4 سانتیمتر تا باز شدن کامل دهانه رحم (10 سانتیمتر)

**فاز نهفته:** از شروع دردهای واقعی زایمان تا باز شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون) به میزان 3 تا 4 سانتیمتر

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

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

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

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

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

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

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

وسایل احياء نوزاد را به شرح زير کنترل کنید:

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

2- گرم كننده تابشي

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

4- دستگاه اكسيژن و مانومتر، ماسک و بگ

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

6- ایروی، لوله تغذیه شماره F 8

7- سرنگ و سرسوزن هاي مختلف، نوار چسب

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

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

**پاک کردن راه های هوایی:** ترشحات دهان و بینی نوزاد را با گاز تمیز کنید. نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن نیست مگر در مواردی که ترشحات مانع تنفس نوزاد شود.

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

**نکته:** زمان انتظار مرحله دوم زايمان (در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادرو ضربان قلب جنین) را در مولتي پار20 دقيقه و در نولي پار50 دقيقه در نظر بگیرید.

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

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

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

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

**صدای قلب جنین:** صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر15 دقیقه و در مادر پر خطر هر5 دقيقه کنترل کنید.

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

**کلامپ و بریدن بندناف:** 120 – 30 ثانیه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.

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

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

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند 60 بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 بار در دقیقه نیز می رسد.

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

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

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

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

**تمیز کردن چشم ها و بدن:** نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی است، با حوله ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید. چشمها را تمیز کنید. در صورت ابتلای مادر به عفونت گنوکوکی (کلامیدیایی) از پماد چشمی تتراسیکلین یا قطره چشمی نیترات نقره 1% استفاده کنید.

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

**کلیپس بندناف:** بندناف را به طول 3 تا 4 سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید. **نکته:** بندناف را از نظر نشت خون بررسی کنید. هیچ ماده ای روی آن قرار ندهید و از بانداژ کردن نیز خودداری کنید.

**مانورهای خروج جفت:** با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت (سفت و منقبض شدن قله رحم، بلند شدن طول بند ناف، خروج ناگهانی خون) و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده ها کمک کنید.

**نکته 1:** مهلتزمان لازم براي خروج جفت30 دقيقه است.

**نکته 2:** قبل از جدا شدن جفت، کشش بندناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می کند.

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

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

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند 60 بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 بار در دقیقه نیز می رسد.

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

**پس** از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود.

تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

**پارگی درجه 1:** پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

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

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

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

نکته: درد زیاد پرینه در 24 ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

**معیار های تشخیص هماتوم:**

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم

- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم

- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم

- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم

- احساس فشار به رکتوم

- کبودی محل درد

**بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:** رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی هر 15 دقیقه تا یک ساعت اول بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود دارد و یا سر یک رگ در محل برش اپی زیاتومی یا پارگی باز باشد)

**نکته 1:** در زایمان واژینال، خونریزی به میزان 500 میلی لیتر طبیعی است.

**نکته 2: میزان خونریزی در 2 ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و بتدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت 10 دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی آغشته به خون شود، علامت خطر است.**

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

**ترمیم محل برش و پارگی ها:** در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی های درجه 1و 2، آن را ترمیم کنید.

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

**کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر:** وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. در یک ساعت اول پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را هر 15 دقیقه یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در 15 دقیقه اول اندازه گیری کنید.

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

**آموزش و توصيه:** به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد (خونریزی شدید، تب و لرز، درد و ترشح محل بخیه، درد شکم و پهلوها)، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، زمان مناسب مقاربت، استراحت، فعالیت و ورزش، عدم مصرف الکل و مواد دخانی) و بهداشت روان (تغییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبتهای پس از زایمان آموزش دهید.

**ارزیابی تنفس و گرم بودن نوزاد:** نوزاد را از نظر مشکلات تنفس (ناله کردن، توکشیدگی قفسه سینه، تنفس تند 60 بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن ( لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد30 تا 40 بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به 59 بار در دقیقه نیز می رسد.

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

**بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی:** رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. میزان خونریزی را در ساعت دوم هر30 دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

**نکته 1: میزان خونریزی در 2 ساعت اول پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت 10 دقیقه یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است.**

**نکته 2:** وضعیت پرینه و محل اپی زیاتومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید.

**تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل های دارویی:** برای مادر 10 عدد قرص استامینوفن یا کپسول مفنامیک اسید جهت مصرف هنگام درد و مکملهای دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

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

**تزریق 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 بهتر است این تزریق را طی 72 ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

**تزریق ویتامین ک1 و واکسن های بدو تولد:** در 2 ساعت اول پس از زايمان و پس از اولين تغذيه نوزاد، 0.5 ميلي گرم ويتامين ك1 در نوزاد کمتر از 1500 گرم و 1 میلی گرم در نوزاد 1500 گرم یا بیشتر، به صورت عضلاني تزريق كنيد. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

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

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

**کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر:** وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت دوم هر 30 دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه گیری کنید.

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

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

**ث- مراقبت های ويژه زايمان و بلافاصله پس از زايمان**

**(6 ساعت اول پس از زايمان)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ث1- علائم خطر فوری** |  |
| **ث2- فشارخون بالا** |  |
| **ث3- خونریزی** |  |
| **ث4- عدم پیشرفت زایمان** |  |
| **ث5- زجر جنین/ دفع مکونیوم** |  |
| **ث6-زایمان زودرس/ زایمان دیررس** |  |
| **ث7- پارگی کیسه آب** |  |
| **ث8- پرولاپس بند ناف** |  |
| **ث9- نمایش غیر طبیعی** |  |
| **ث10- سایر موارد خطر حین بارداری** |  |
| **ث11- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان** |  |
| **ث12- بیماری ها** |  |
| **ث13- سوابق زایمان قبلی** |  |

**ث1- علائم خطر فوري**

اقدام

- درمان اکلامپسی طبق **ح3**

- اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**

**اکلامپسی**

**(درحال تشنج یا قبلا ً تشنج کرده)**

**تنفس مشکل**

- 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 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله

- باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت 15 تا 20 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)

- سوند گذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن

- کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه

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

- اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**

- در صورت اختلال هوشیاری همراه با بالا بودن فشارخون: اقدام طبق **ث2**

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی

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

- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداکثر 32 قطره در دقیقه

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

- اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**

اقدام

**شوک، اختلال هوشیاری**

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

اقدام

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

**ث2- فشارخون بالا**

**سئوال کنید :**

سردرد، تاری دید، الیگوری،

درد اپی گاستر

**تعیین کنید:**

فشارخون

ارزيابي

تشخيص احتمالي

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

اقدام

علائم همراه

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

**ث3- خونريزي**

**سئوال کنید:**

سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم

**تعیین کنید:**

تعداد ضربان قلب جنین

**معاینه کنید:**

انقباضات و تونیسیته رحم، وضعیت جفت

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - انجام زایمان  - افزودن 20 واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان  - اعزام مادر و نوزاد طبق **ح1** | جدا شدن زودرس جفت | \* انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از 110 بار در دقیقه (برادی کاردی) | **حين زايمان** |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - عدم انجام معاینه واژینال  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | جفت سرراهی | \* سابقه لکه بینی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | پارگی رحم | \*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 در عرض 1 ساعت  - افزودن 20 واحد اکسی توسین به سرم  - تخلیه مثانه و ماساژ دودستی رحم طبق **ح2**  - تزریق عضلانی 2/0 میلی گرم مترژن با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از 15 دقیقه  - کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه  - در صورت شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق **ح 4**  و اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** | اینرسی (آتونی) | \*رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است | \*\*  **بلافاصله پس از زایمان**  **(6 ساعت اول پس از زایمان)** |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض 1 ساعت  - افزودن 20 واحد اکسی توسین به سرم  - انجام کوراژ طبق **ح4**  - در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** | باقی ماندن کامل یا قسمتی از جفت | \*رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - بررسی و ترمیم محل پارگی طبق **ح2**  - بررسی مجدد جفت  - کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم  - در صورت پارگی های درجه 3 و 4 یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** | پارگی، اختلال انعقادی، باقی ماندن قسمتی از جفت | \*رحم جمع است |

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

**\*\***خونریزی بلافاصله پس از زایمان یعنی حتی پس از ماساژ رحم، خون زیر باسن مادر جمع شود و یا یک نوار بهداشتی در مدت 10 دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

اقدام

مرحله زايمان

علائم همراه

**ث4- عدم پيشرفت زايمان**

**تعیین کنید:**

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

ارزيابي

معيار تشخيص

|  |  |
| --- | --- |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | فاز نهفته طولانی تر از 8 ساعت |
| دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز  - انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین 4- 3 سانتی متر دیده شود  - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | دیلاتاسیون و افاسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از 50 دقیقه در نولی پار و 20 دقیقه در مولتی پار |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز  - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون 7 سانتیمتر به بعد |
| - درخواست کمک  - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی  - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز  - انجام اپی زیاتومی  - تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدامی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان  - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان 180 درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی  - در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی  - در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  - در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزامو همراهی بیمار طبق **ح1** | عدم خروج شانه ها 60 ثانیه پس از خروج سر |

اقدام

**ث5- زجر جنين/ دفع مكونيوم**

|  |  |
| --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب  - انجام زایمان  - ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد  - احیاء نوزاد طبق **خ1**  - پس از خروج جفت، تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد | دفع مکونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین |
| دفع مکونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از 110 بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن |
| افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از 160 بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف  - انجام زایمان  - پس از خروج جفت، تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق **ح1** | افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از 160 بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله 10 دقیقه و پارگی کیسه آب بیش از 12 ساعت |

اقدام

معيار تشخيص

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

**ث6- زايمان زودرس/ زايمان ديررس**

**تعیین کنید:**

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

**معاینه کنید:**

معاینه مهبلی، ارتفاع رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون \*  - تجویز 10 میلی گرم کپسول خوراکی نیفدیپین (آدالات) هر 20 دقیقه تا 4 دوز \*\*  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - اعزام و همراهی مادر طبق ح1  - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد. | زایمان زودرس | وقوع علائم زایمانی زیر 37 هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از 4 سانتیمتر (فاز نهفته) |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - تزریق عضلانی 12 میلی گرم بتامتازون\*  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه  - انجام زایمان  - آماده کردن ست احیاء نوزاد  - اعزام نوزاد با وزن کمتر از 1500 گرم یا سن بارداری کمتر از 32 هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع | زایمان زودرس | وقوع علائم زایمانی زیر 37 هفته کامل،دیلاتاسیون بیش از 4 سانتیمتر ،فاز فعال |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - خواباندن مادر به پهلوی چپ  - انجام زایمان  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1**  - اعزام و همراهی مادر طبق ح1 در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین | زایمان دیررس | وقوع علائم زایمانی بالای 41 هفته |

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

\*\***در صورتی که پس از تجویز 4 دوز کپسول 10 میلی گرمی نیفدیپین، انقباضات زایمان زودرس همچنان ادامه دارد و مادر به محل ارجاع نرسیده است، می توان آن را بصورت 20 میلی گرم هر 4-8 ساعت ادامه داد.**

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

اقدام

معيار تشخيص

**ث7- پارگي كيسه آب**

ارزيابي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین پس از گذشت 18 ساعت از پارگی  - در صورت وجود تب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - انجام زایمان  - تجویز 20 واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر و نوزاد طبق **ح1** | فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از 12 ساعت  (بدون توجه به سن بارداری) | **ترم** |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین پس از گذشت 18 ساعت از پارگی  - در صورت وجود تب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | فاز نهفته بدون توجه به مدت پارگی  (بدون توجه به سن بارداری) |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - انجام زایمان  - در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا 12 ساعت: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | فاز فعال، مدت پارگی کمتر از 12 ساعت |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین پس از گذشت 18 ساعت از پارگی  - در صورت وجود تب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:** اقدام طبق **ث6** | فاز فعال یا فاز نهفته | **پره ترم** |

سن بارداري

**سوال کنید:**

مدت پارگی

**تعیین کنید:**

وضعیت زایمانی، علائم حیاتی

اقدام

فاز زايمان

**ث8- پرولاپس بندناف**

**تعیین کنید:**

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

ارزيابي

|  |  |
| --- | --- |
| - بالا بردن عضو پرزانته 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 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل:**  - درخواست کمک برای انجام احیاء  - انجام زایمان  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1** | جنین زنده  (لمس نبض بند ناف) |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین  - انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج | جنین مرده  (نبود نبض بندناف) |

**\*سوند فولی یا نلاتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، 500 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.**

اقدام

معيار تشخيص

**ث9- نمايش غير طبيعي**

|  |  |
| --- | --- |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تزریق وریدی 4 گرم سولفات منیزیوم 20 % (20میلی لیتر) در مدت 4 دقیقه  - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق **ح1** | قرار عرضی و نمایش صورت |
| - ارجاع فوری طبق **ح1**  **در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:**  **انجام مانورهای خروج جنین:**  - درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد (برای جنین زنده)  - اطمینان از خالی بودن مثانه  - انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد  - خارج کردن باسن، گذاشتن حوله گرم بر روی باسن و اجازه به خروج خود به خود سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم  - خروج دست ها  - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف  - قرار دادن انگشت سبابه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد  - قرار دادن انگشت چهارم و سبابه دست راست بر روی شانه های نوزاد و انگشت میانی دست راست بر روی سر نوزاد برای کمک به خم شدن بیشتر سر نوزاد (از کشیدن نوزاد به سمت پایین خودداری کنید)  - اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوبیس توسط دستیار  - کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد  - بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن  - در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق **خ4**  - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق **خ1** | نمایش بریج کامل |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان | هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از 24 هفته بارداری |

ارزيابي

**تعیین کنید:**

سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین

**معاینه کنید:**

واژینال، مانور لئوپولد

تشخيص احتمالي

اقدام

**ث10- ساير موارد خطر حين زايمان**

عنوان

اقدام

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **آنمی متوسط تا شدید** | اعزام | - انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی حین و پس از زایمان  - در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین 6 ساعت پس از زایمان و اقدام طبق **چ7**  - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: اعزام مادر و همراهی بیمار طبق **ح1** |
| 2 | **ابعاد نامتناسب لگن**  **(عدم تناسب سر با لگن)** | - اعزام  - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان | |
| 3 | **ارهاش منفی** | - انجام زایمان  - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا 72 ساعت پس از زایمان | |
| 4 | **مصرف مواد افیونی و محرک** | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان  - اعزام به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد | - انجام زایمان  - بررسی وضعیت رحم در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن آن  - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد به هروئین  - اعزام 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 15 تا 20 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن از فنوباربیتال یا 1 یا 2 میلی گرم دیازپام هر 8 ساعت |
| 5 | **الیگوهیدرآمنیوس/**  **تأخیر رشد داخل رحمی** | - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلوی چپ | - کنترل صدای قلب جنین هر 5 دقیقه یک بار  - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکونیوم در مایع آمنیوتیک  - آمادگی برای احیا نوزاد طبق خ 1 و اعزام |
| 6 | **پلی هیدرآمنیوس** | اعزام | - چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سرسوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با نگه داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید)  - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم |
| 7 | **تب** | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن  - اعزام | - انجام زایمان  - تزریق 20 واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی  - اعزام مادر  - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق **خ2** |

**ث10- ساير موارد خطر حين زايمان (ادامه)**

عنوان

اقدام

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | **جنین ناهنجار** | - در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند هیدروسفالی یا دوقلویی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مراقبت فوری نوزاد می شود: اعزام مادر  - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان  - در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند انانسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی شود: انجام زایمان  - بر حسب نوع ناهنجاری نوزاد: اقدام طبق **خ4** | |
| 9 | **چندقلویی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق **ث9**  - اقدام برای خروج قل اول  - خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول  - بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم  - در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی  - در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از 10 دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: اعزام مادر  - انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها  - در صورت توفیق در انجام زایمان: تزریق 20 واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژرحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان  - در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان |
| 10 | **شکم اول زیر 18 و بالای 35 سال** | - انجام زایمان در صورت پیشرفت مناسب زایمان  - در صورت عدم پیشرفت: اقدام مطابق ث4 | |
| 11 | **ضایعات ولو**  **(سوختگی، واریس، کیست بارتولن)** | اعزام | - انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.  - انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش  - در صورت عدم توانایی در ترمیم: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزامطبق **ح1** |
| 12 | **گراند مولتی پار**  **(زایمان 5 بار و بیشتر)** | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا قندی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان  - معاینه کامل جفت و پرده ها  - بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر 5 دقیقه نا نیم ساعت و سپس مطابق تعریف  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** |

**ث10- ساير موارد خطر حين زايمان (ادامه)**

عنوان

اقدام

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13 | **ماکروزومی** | اعزام | - در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان  - در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق **ث4**  - بررسی وضعیت رحم هر 5 دقیقه تا نیم ساعت برای اطمینان از جمع بودن آن  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  - اعزام نوزاد |
| 14 | **مرگ جنین** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت  - در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): اعزام طبق **ح1** |
| 15 | **+HBsAg/ هپاتیت** | اعزام | - انجام زایمان و توجه به پوار نکردن نوزاد  - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد  - تزریق واکسن هپاتیت و تزریق عضلانی 5/0 سی سی آمپول ایمونوگلوبین اختصاصی هپاتیت ب(HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هپاتیت حداکثر طی 12ساعت اول پس از زایمان |
| 16 | **هرپس ژنیتال** | - خودداری از معاینه واژینال در صورت پارگی کیسه آب  - اعزام | - انجام زایمان  - در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام نوزاد |
| 17 | **نمایه توده بدنی بیش از 40**  **(چاقي درجه 3)** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق **ح1**  **-** اعزام به بيمارستان پس از زايمان جهت درمان دارويي پيشگيري از ترومبوآمبولي احتمالي |

**ث11- ساير موارد خطر بلافاصله پس از زايمان**

اقدام

عنوان

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **احتباس جفت**  **(با خونریزی معمولی)** | **در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:**  - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - اطمینان از نبود جفت در واژن  - خودداری از دستکاری بیشتر  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1**  **در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: ا**قدام طبق **ث3** |
| 2 | **تب** | - کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی  - اطمینان از هیدراته بودن مادر  - در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - اعزام طبق **ح1** |
| 3 | **عدم دفع ادرار در 2 ساعت اول پس از زایمان** | - بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر  - معاینه مثانه از روی شکم  - معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم  - در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار : تزریق 400 میلی لیتر سرم در مدت 2 ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن  - در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی در ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق مادر به ادرار کردن پس از چند ساعت  - در صورت وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزام طبق **ح1** |
| 4 | **گذشتن بیش از 12 ساعت از پارگی پرینه** | - شستن محل پارگی با بتادین  - قرار دادن گاز استریل روی پارگی  - عدم دستکاری و ترمیم پارگی  - اعزام طبق **ح1** |
| 5 | **وارونگی رحم** | - در خواست کمک  - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - تزریق عضلانی100- 50 میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی 4 گرم سولفات منیزیوم طی 20 دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق **ح5**  - اعزام و همراهی مادر طبق **ح1** |
|  | **هماتوم** | - کنترل علائم حیاتی  - در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از 5 سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا 2 ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از 6 ساعت و آموزش در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم  - در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از 5 سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار: اعزام طبق **ح1** |

**ث12- بيماري ها**

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

اقدام

عنوان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **آسم** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - در صورت دریافت استروئید در 4 هفته آخر بارداری: تزریق وریدی 100 میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم 8 ساعت پس از دوز اول  - خودداری از تزریق پتدین، در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری و انجام زایمان |
| 2 | **مثبت HIV** | اعزام  (منع زایمان طبیعی) | - استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چکمه)  - عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی  - انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار  - شستن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم و صابون پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد و سپس تماس پوست با پوست  - منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن  - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |
| 3 | **بیماری قلبي** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته، كاستن از اضطراب مادر و استفاده از روش هاي كاهش درد غير دارويي و عدم مداخله غير ضرور در حين زايمان (فشار بر روي رحم، ...)  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - انجام زایمان (هنگام زايمان زانو هاي مادر را خم كرده بر روي تخت قرار دهيد- ليتاتومي نباشد)  - در صورت ضربان قلب بیش از 100 بار در دقیقه و تنفس بیش از 24 بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل انقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم نارسایی قلب و تنگی نفس  - در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری  - انجام زايمان و اعزام طبق **ح1** |
| 4 | **دیابت** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان  - انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق **ح1**  - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق **خ2** |
| 5 | **سل** | - انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتوکل کشوری برنامه سل  - ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ث ژ | |
| 6 | **سیفلیس** | - انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر | |
| 7 | **صرع** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله  - انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق **خ1** |
| 8 | **هیپرتیروئیدی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - دادن اکسیژن به میزان 8-6 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 و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |

**ث13- سوابق زايمان قبلي**

اقدام در صورت قريب الوقوع بودن زايمان

اقدام

نوع سابقه

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **\*آتونی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان  - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم  - در صورت عدم کنترل خونریزی: اعزام طبق **ح1**و **ح2** |
| 2 | **\*جنین ناهنجار** | - در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان  - در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق **خ4** | |
| 3 | **\*زایمان سخت** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان  - در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی ها: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق **ح1** |
| 4 | **\*زایمان سریع** | اعزام در فاز نهفته و همراهی مادر با  ست زایمان | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 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: اعزام طبق **ح1** |
| 5 | **سزارین یا جراحی رحم** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - کنترل علائم حیاتی  - انجام زایمان با توجه به خطر پارگی رحم  - اعزام مادر پس از زایمان طبق **ح1** |
| 6 | **\*مرده زایی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - انجام زایمان |
| 7 | **\*مرگ نوزاد** | اعزام | - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی  - انجام زایمان |
| 8 | **نازایی** | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - در صورت متناسب بودن لگن: انجام زایمان |
| 9 | **\* نوزاد با وزن کمتر از 2500 گرم و یا وزن بیش از 4000 گرم** | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان  - در صورت تخمین ماکروزومی: اقدام طبق ث **10** | |

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

**ج- مراقبت هاي معمول پس از زايمان**

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

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

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

**ج2- مراقبت سوم پس از زايمان**

اقدام

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| بر حسب مورد: اقدام طبق **چ 2**تا **چ 8** و آخرین خانه زیر | خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، فشارخون بالا، درد |
| اقدام طبق **پ 15**و خانه زیر | همسرآزاری |
| - تجویز مکمل های دارویی  - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - تزریق رگام در صورت نیاز در 72 ساعت اول پس از زایمان  - مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات دوم طبق **ح10**  - تعیین تاریخ مراجعه بعدی | شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد |

**تشکیل پرونده در ملاقات اول**

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پس از زایمان

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

**سئوال کنید:**

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

**اندازه گیری کنید:**

علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

**در صورت نبود علائم خطر**

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج

- اختلال هوشیاری

- شوک (نبض تند و ضعیف 110 بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیستولیک کمتر از 90 میلیمتر جیوه)

- تنفس مشکل

**در صورت وجود هر یک از علائم**

اقدام طبق **چ1**

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

گروه بندي علائم و نشانه ها

اقدام

ارزيابي

**بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر**

**سئوال کنید :**

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

**اندازه گیری کنید:**

علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| بر حسب مورد: اقدام طبق **چ 2**تا **چ 8** و آخرین خانه زیر | خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، فشارخون بالا، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، درد |
| اقدام طبق **پ 15**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  - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز  - درخواست آزمايش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به ديابت بارداري | شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد |

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

**آموزش و توصیه:** طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخيه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسي، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پر خطر)، علائم خطر (تب، خونريزي بيش از حد قاعدگي، ترشحات بدبو و چركي از مهبل، سرگيجه، سر درد، درد ساق و ران، درد شكم، افسردگي شديد، ...)، شکایت شایع (خستگي، كمر درد، يبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردي، خوب شير نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره باروري سالم و دريافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهيد.

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

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

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

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

**بیماری زمینه ای:** منظور بيماري هاي قلبي، كليوي، ديابت، آنمی، فشارخون بالا، صرع، … است.

**پاپ اسمیر:** گرفتن نمونه از دهانه رحم از سن 30 سالگی هر 5 سال یکبار انجام می شود. در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستورعمل کشوری و با تأکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، نمونه دهانه رحم گرفته شود.

**تاریخ مراجعه بعدی:** تاريخ مراجعه بعدي مادر را تعيين و يادآوري كنيد.

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

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

**تجویز مكمل هاي دارویی:** مادر باید تا 3 ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد.

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

شرح حال شامل موارد زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* فشارخون را در يك وضعيت ثابت (نشسته يا خوابيده) و از يك دست ثابت (راست يا چپ) اندازه گيري كنيد. فشارخون90/140ميليمتر جيوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
* درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گيري كنيد. دماي بدن به ميزان 38 درجه سانتيگراد يا بالاتر«تب» است.
* تعداد نبض را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي نبض،60 تا 100 بار در دقيقه است.
* تعداد تنفس را به مدت يك دقيقه كامل اندازه گيري كنيد. تعداد طبيعي تنفس، 16 تا 20 بار در دقيقه است.

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

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

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

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

در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سئوال کنید.برخي مادران ممكن است در روزهاي 3 تا 6 و حداکثر تا روز 14 پس از زايمان دچار افسردگي خفيف و گذرا (اندوه پس از زايمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی تظاهر می کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قبلی و یا بروز بیماری روانی جدید است. بنابراین چنانچه فاکتورهای خطر بیماری روانی مثل سابقه بیماری روانی در مادر وجود دارد و در حال حاضر با علائم اندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولاني و شديدتر شود مانند تمایل به خودكشي و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «اندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می دهد. بنابراین اگر « سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

**مشاوره زمان مناسب بارداري بعدي:** در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید.

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

**مصرف مکمل ها:** در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل های دارویی را از مادر سئوال كنيد.

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

**- معاینه چشم:** در هر ملاقات، رنگ ملتحمه را بررسي كنيد.

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

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

* عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
* التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
* جرم دندانی:چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
* پوسیدگی دندان:تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
* تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
* سوراخ شدن دندان
* حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
* حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

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

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

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

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

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

**ملاقات های پس از زایمان:**  ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای 1 تا 3، ملاقات دوم در روزهای 10 تا 15 و ملاقات سوم در روز های 30 تا 42 پس از زایمان انجام می شود.

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

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

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

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

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

**چ- مراقبت هاي ويژه پس از زايمان**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **چ1- علائم خطر فوری** |  |
| **چ2- خونریزی/ لکه بینی** |  |
| **چ3- تب** |  |
| **چ4- درد** |  |
| **چ5- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج** |  |
| **چ6- اختلالات روانپزشکی** |  |
| **چ7- سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی** |  |
| **چ8- سایر موارد پر خطر** |  |

**چ1- علائم خطر فوري**

**درحال تشنج یا قبلا ًتشنج کرده**

- درمان اکلامپسی طبق **ح3**

- اعزام طبق **ح1**

اقدام

**شوک، اختلال هوشیاری**

- 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 8-6 لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله

- باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت 15 تا 20 دقیقه، در صورت تأخیر در ارجاع: تزریق مجدد یک لیتر سرم تا پایان یک ساعت و در صورت بر طرف نشدن علائم شوک: تزریق مجدد 2 لیتر سرم رینگر

- در صورتی که شوک ناشی از خونریزی است: اقدام طبق چ2

- سوندگذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن

- کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه

- در موارد شک به شوک عفونی: تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین

- اعزام طبق **ح1**

اقدام

**تنفس مشکل**

- درخواست کمک

- اطمینان از باز بودن راه های هوایی

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

- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه

- سمع قلب و ریه

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

**-** اعزام طبق ح1

ارزيابي

ارزيابي

اقدام

ارزيابي

**چ2- خونريزي/ لكه بيني**

**سئوال کنید:**

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

**معاینه کنید:**

اندازه و قوام رحم

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل 32 قطره در دقیقه  - معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن  - تزریق 20 واحد اکسی توسین داخل سرم  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین  - اعزام طبق **ح1** | باقی ماندن تکه هایی از جفت،  متریت | \*خونریزی شدید، 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 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | متریت | \*ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم |
| - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  **-** آموزش علائم خطر (تب، ترشحات عفونی، درد شکم)  - در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از 6 هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم | لکه بینی یا خونریزی هز هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرنس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت |

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

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

اقدام

علائم همراه

**چ3- تب**

**سئوال 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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | 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 |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص | عفونت محل برش سزارین یا  اپی زیاتومی | تورم محل بخیه، تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفتی محل بخیه |
| - تجویز سفالکسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 7 تا 10 روز  - تجویز استامینوفن  - ادامه شیردهی  - در صورت عدم تخفیف علائم پس از 48 ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان | ماستیت | تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز |
| - توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی  - تجویز استامینوفن در صورت نیاز  - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از 48 ساعت | احتقان پستان | تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان |

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

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

اقدام

علائم همراه

**چ4- درد**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا قندی  - تجویز مسکن و بی حرکت نگه داشتن عضو مبتلا  - تزریق وریدی 5000 واحد هپارین  - اعزام طبق **ح1** | ترومبوفلبیت | ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، کبودی اندام |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداقل 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - اعزام طبق **ح1** | متریت، آبسه لگن، پیلونفریت | ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، تندرنس و ریباند شکم یا پهلوها |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداکثر 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین و اعزام طبق **ح1** | شکم حاد | تندرنس و ریباند شکم، تندرنس پهلوها، تهوع و استفراغ |
| - توصيه هاي تغذيه اي، استراحت  - تجويز استامينوفن به ميزان 1000 ميلي گرم، يا استامينوفن (1000- 650) و متوكلوپراميد (10 ميلي گرم)  - در صورت عدم بهبود پس از 48 ساعت ارجاع در اولين فرصت به متخصص زنان يا مغز و اعصاب | پره اكلامپسي، ترومبوز وريد مغزي، تومور، آنمي، عوارض بيهوشي | سردرد با يا بدون فشارخون 90/140، افزايش سر درد با تغيير وضعيت، اختلال بينايي، استفراغ، خستگي، استرس، بي خوابي |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان | آبسه پستان | توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، تب و لرز |
| - ارجاع در اولین فرصت به متخصص  - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق **ح1** | هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه | لمس توده دردناک در پرینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پرینه |
| - تجویز سفالکسین 500 میلی گرم هر 6 ساعت به مدت 7 تا 10 روز  - تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی  - در صورت عدم تخفیف علائم پس از 48 ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان | ماستیت | تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز |
| تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی | پس درد | درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی |
| - توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی  - تجویز استامینوفن در صورت نیاز  - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از 48 ساعت | احتقان پستان | تب خفیف و گذرا، گرمی و سفتی هر دو پستان |
| - شروع شیرد هی با پستان سالم، تخلیه مکرر پستان با مکیدن نوزاد و در صورت درد شدید: تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان، آموزش نحوه صحیح شیردهی  - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان | شقاق پستان | زخم و درد نوک پستان |
| - تجویز استامینوفن  - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - 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 | اختلال در روند ترمیم محل بخیه | درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و ترشح و تب، درد هنگام مقاربت |

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

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

**سئوال کنید:**

سر درد، 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، سابقه بارداری و زایمان (نوع بیهوشی، سابقه پره اکلامپسی)

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

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

ارزيابي

**چ5- مشكلات ادراري- تناسلي و اجابت مزاج**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل 32 قطره در دقیقه  - تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین و عضلانی 80 میلی گرم جنتامایسین  - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.  - اعزام طبق **ح1** | پیلونفریت | سوزش ادرار، درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ |
| - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان  - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و اعزام طبق **ح1** | هماتوم، آبسه ولو، آسیب مجاری ادراری | درد زیر دل، عدم دفع ادرار در 24 ساعت اول پس از زایمان |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط | آسیب مثانه یا مجاری ادرار، فیستول | بی اختیاری مدفوع، بی اختیاری ادرار بدون ارتباط با عطسه و سرفه |
| - تجویز آموکسی سیلین 500 میلی گرم هر 8 ساعت یک بار تا 3 روز  - در صورت عدم بهبود با درمان فوق تا 48 ساعت و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان  - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: درمان پیلونفریت و اعزام **ح1** | سیستیت | سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع سریع ادرار، درد زیر شکم |
| - تجویز ملین، توصیه به مصرف مایعات و رژیم غذایی حاوی فیبر  - توصیه به نشستن در لگن آب گرم در طول روز و خشک نگه داشتن مقعد  - تجویز پماد آنتی هموروئید  - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط | بواسیر | درد مقعد، لمس دکمه بواسیری، خونریزی پس از اجابت مزاج |
| - واژینیت کاندیدیایی: تجویز قرص یا پماد کلوتریمازول تا یک هفته  - واژینیت تریکومونایی: تجویز قرص مترونیدازول 500 میلی گرم 2 بار در روز تا یک هفته برای مادر و همسرش  - واژینیت غیر اختصاصی: تجویز ژل مترونیدازول تا یک هفته  - ارایه توصیه های بهداشتی طبق **ح9**  - در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | واژینیت | ترشحات بدبو، سوزش و خارش ناحیه تناسلی پس از 4 هفته |

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

**سئوال کنید:**

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

**تعیین کنید:**

درجه حرارت

**معاینه کنید:**

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

ارزيابي

**چ6- اختلالات روانپزشکی**

علائم و نشانه ها

تشخيص احتمالي

اقدام

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - 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 5 میلی گرم  - در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی 20 دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند، یک آمپول بی پریدین به صورت عضلانی تزریق شود.  **نکته:** با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد، لازم است قبل از ارجاع، عوامل ارگانیک دلیریوم بررسی و براساس آن درمان شروع شود.  - 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 | سایکوز  یا  علائم خطر فوری روانی | **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 زدودگی، تغییرات سریع خلق از مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار غیرعادی و آشفته، عقاید هذیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و..)، توهمات شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند |
| ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک | افسردگی ماژور | خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرگز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری، اضطراب |
| - 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 | افسردگی، اضطراب، وسواس | خلق افسرده و بی علاقگی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس درد در نقاط مختلف بدن، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره |
| - با دقت به صحبت و شکایات مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید.  - به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولا ًطی 2 هفته خود به خود بهبود می یابد.  -به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادرآموزش دهید.  - در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از 2 هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی  - در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز | اندوه پس از زایمان | شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری |

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

**بررسی کنید:**

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

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

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

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

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

ارزيابي

**چ7- سرگيجه/ رنگ پريدگي/ آنمي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان 1000 میلی لیتر در 4 ساعت  - ارجاع فوری به متخصص زنان طبق **ح1** | آنمی شدید ناشی از هیپوولمی | علائم حیاتی غیرطبیعی  (هیپوتانسیون ارتواستاتیک) |
| ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی | بیماری زمینه ای | حال عمومی نامناسب |
| - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) | آنمی شدید (مزمن) | علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از 7 گرم در صد، رنگ پریدگی شدید |
| - درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها  - تجویز 4 عدد قرص آهن در روز (200 میلی گرم) به مدت یک ماه  - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از دو هفته از شروع درمان  - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی | آنمی متوسط | علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین 7 تا 10 گرم در صد |
| - تجویز 2 عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه  - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین  - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) | آنمی خفیف | علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین 10 تا 11 گرم در صد |

**تعیین کنید:**

میزان هموگلوبین، علائم حیاتی

**معاینه کنید:**

ملتحمه چشم، مخاط ها

علائم همراه

اقدام

تشخيص احتمالي

ارزيابي

**چ8-ساير موارد خطر**

عنوان اقدام

|  |  |
| --- | --- |
| فشارخون بالا | **مراجعه در 48 ساعت اول پس از زایمان:**  - درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام طبق **ح1**  **مراجعه بعد از 48 ساعت اول پس از زایمان:**  - در صورت فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از 110 میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از 160 میلیمتر جیوه : - درمان اکلامپسی طبق **ح3**  - اعزام به بیمارستان طبق **ح1**  - در صورت فشارخون دیاستول بیشتر از 90 و کمتر از 110 میلیمتر جیوه: کنترل فشارخون 6 هفته پس از زایمان و در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری  در صورت فشارخون مزمن شناخته شده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان |
| پره اکلامپسی در بارداری اخیر | - اندازه گيري فشارخون حداقل يك بار در فاصله روز هاي 5-3 پس از زايمان  - در صورت باقی ماندن فشارخون بالاتر از 140 ميلي متر جيوه در 48 ساعت پس از زايمان: درمان دارويي مطابق رژيم دارويي قبل از بارداري  - در صورت درمان با متیل دوپا: قطع ودارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری  - در صورت فشارخون بارداري بيشتر از 110/160 ميلي متر جيوه و همراه با ادم شديد: تجویز فوروسمايد خوراكي به ميزان 20 ميلي گرم يك تا دو بار در روز تا 5 دوز  - ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان  - ارجاع به متخصص داخلي 8-6 هفته پس از زايمان |
| بيماري زمينه اي | - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط  - در صورت حمله یا تشدید بیماری: ارجاع فوری |
| دیابت بارداری | در صورت FBS بیشتر از 126 و OGTT (دو ساعته) بیشتر از 200 در ملاقات سوم: ارجاع غیر فوری به متخصص غدد |
| مصرف الکل | منع مصرف در شیردهی |
| مصرف مواد افیونی و محرک | - آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد در بیمارستان به مدت 5-3 روز پس از تولد جهت سم زدایی  - توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین  - شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بدون اشکال است.  - منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدیین) در شیردهی  - در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا 24 ساعت  -ارجاع غیرفوری به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان |
| تنگی نفس و تپش قلب | - غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح 14 |
| ابتلا به ایدز/ HIV+ | - منع تغذیه نوزاد با شیر مادر  - استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) بلافاصله پس از زایمان  - عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها  - منع مصرف قرصها وآمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین)  - تاکید به مراجعه به مرکز درمانی در صورت بروز علائم خطر مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط  - تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری |

**ح- راهنما**

در صورتي كه FBS بيشتر از 126 و يا قند خون دو ساعته بيشتر از 200 باشد:

ارجاع غير فوري به متخصص غدد

اقدام

**آزمايش غير طبيعي FBS**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **صفحه** |
| **ح1- اعزام** |  |
| **ح2- بررسی منشاء خونریزی** |  |
| **ح3- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی** |  |
| **ح4- کوراژ** |  |
| **ح5- وارونگی رحم** |  |
| **ح6- مکمل های دارویی** |  |
| **ح7-زایمان در منزل** |  |
| **ح8- توصیه های بهداشتی در بارداری** |  |
| **ح9- توصیه های بهداشتی پس از زایمان** |  |
| **ح10- مشاوره باروری سالم** |  |
| **ح11- مصرف دارو در بارداری** |  |
| **ح12- مصرف دارو در شیردهی** |  |
| **ح13- داروی های روان پزشکی در بارداری** |  |
| **ح14- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان** |  |
| **ح 15- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی** |  |

**ح1- اعزام**

|  |
| --- |
| **اگر مادر نیاز به اعزام دارد:**  1-به اورژانس اطلاع دهید.  2- فرم ارجاع/ اعزام را تکمیل کنید و در صورت امکان از بیمارستان پذیرش بگیرید. اعزام مادر را برای پذیرش به بیمارستان به تعویق نیندازید.  3- در مواردی که نیاز به همراهی مادر است:   * داروها و وسایل مورد نیاز در طول اعزام را همراه داشته باشید. بر اساس وضعیت مادر: داروهایی مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، فنی تویین، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...، وسایلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، ست سرم، ست زایمان و ... * در طول اعزام، از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.   **نکته**: در موارد خونریزی پس از زایمان، 20 واحد اکسی توسین در سرم باید تزریق و سوندگذاری و ثابت نگه داشتن آن انجام شود.   * در طول اعزام، از دریافت اکسیژن به میزان 8-6 لیتر در دقیقه مطمئن شوید. فقط در صورت ارجاع مادر سالم که جنین مرده دارد، نیاز به دادن اکسیژن نیست. * از دادن هر نوع ماده غذايي و مايعات به مادر بايد خودداري گردد. (رعايت اصل NPO حین ارجاع) * در طول اعزام، 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 **نارسایی قلب**: قرار دادن مادر به حالت نیمه نشسته، در **دیسترس جنینی:** خواباندن مادر به پهلوی چپ * در طول ارجاع در موارد **تب،** مادر توسط همراه پاشویه شود.   - توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز مادر را همراهی کند. |

**ح2- بررسي منشاء خونريزي**

|  |
| --- |
| **نیمه اول بارداری**: در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی شدید است، پس از باز کردن رگ و تزریق 1 لیتر سرم با افزودن 30 واحد اکسی توسین به صورت 32 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 اعزم کنید.  **مراقبت پس از سقط:**  -تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی -استراحت نسبی  -تجویز روزانه 1 عدد قرص آهن تا یک ماه -تزریق آمپول روگام در مادران Rh- و پدر Rh+  -حمایت عاطفی -توصیه به خودداری از مقاربت تا 2 هفته  -درصورت عدم تمایل به بارداری استفاده از روش پیشگیری مناسب -آموزش علائم خطر (تب، خونریزی، درد شکم)  نکته: در مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط بررسی خاصی نیاز نیست و بارداری بعدی در هر زمان منعی ندارد.  **بلافاصله پس از زایمان**: اگر خونریزی پس از خروج کامل جفت ادامه دارد، رحم را معاینه کنید:  **الف**) **در صورت شل بودن رحم (آتونی):**  1- از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. در صورت پر بودن مثانه، با سوند تخلیه کنید.  2- تا جمع شدن رحم و کنترل خونریزی، ماساژ دو دستی را ادامه دهید.  3- همزمان با ماساژ، یک لیتر سرم رینگر با 20 واحد اکسی توسین به صورت سریع یا 2/0 میلی گرم آمپول مترژن به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مترژن در مادر با فشارخون بالا خودداری شود.  4- در نیم ساعت اول، رحم را هر 5 دقیقه و علائم حیاتی را هر 15 دقیقه کنترل کنید. در دوساعت بعد هر 15 دقیقه و پس از آن تا 4 ساعت هر 5/0 ساعت علائم حیاتی، میزان خونریزی و جمع و سفت بودن رحم را کنترل کنید.  **نکته1:** به میزان خونریزی و لخته خارج شده توجه کنید تا بتوانید میزان سرم مورد نیاز مادر را بهتر تخمین بزنید. معمولا ًمقدار خونریزی دو برابر میزان تخمینی می باشد.  **نکته 2:** در هنگام برخاستن مادر (بار اول) از روی تخت حتماً وی را همراهی کنید.  چنانچه با انجام ماساژ دو دستی خونریزی همچنان ادامه دارد، مادر را با دو رگ باز، سرم درمانی و ادامه ماساژ رحمی ارجاع دهید. (در صورت اتمام سرم اول، تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت یک ساعت و کمپرس شریان شکمی حین ارجاع)  **کمپرس شریان شکمی**: در قسمت بالای ناف و کمی به سمت چپ با مشت بسته مستقیماً بر روی آئورت شکمی فشار آورید. نبض در آئورت شکمی بلافاصله پس از زایمان به راحتی از روی دیواره قدامی شکم قابل لمس است. برای کنترل کافی بودن فشار، با دست دیگر نبض رانی را لمس کنید. احساس نبض در لمس، نشانه ناکافی بودن فشار بر روی شریان است. فشار شریان شکمی را تا قطع خونریزی حین ارجاع ادامه دهید.  **نکته**: کمپرس شریان شکمی در مادر لاغر قابل انجام است.  **ب) در صورت جمع بودن رحم:** ناحیه تناسلی- ادراری به ویژه دیواره های واژن و دهانه رحم را از نظر پارگی ها کنترل کنید. در این حالت با کمک دستیار، 2 عدد والو در واژن گذاشته و به وسیله 2 پنس جفت، دهانه رحم را به طور کامل بررسی کنید. معمولا ًپارگی ها در ساعت 3 و 9 ایجاد می شود. در صورت مشاهده پارگی، یک گاز استریل بر روی محل پارگی گذاشته و به مدت 5 دقیقه فشار دهید. اگر خونریزی پس از این مدت قطع شد، از دستکاری خودداری کنید. ولی در صورت خونریزی فعال از محل پارگی، با استفاده از نخ کرومیک 3 صفر یا 2 صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل 8 ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامپون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.  تذکر: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید. |

**ح3- درمان پره اكلامپسي و اكلامپسي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهلوی چپ بخوابانید و از تنها گذاشتن وی خودداری کنید.  2- از باز بودن راههای هوایی مطمئن شوید.  3- ضمن درخواست کمک، برای مادر دو رگ باز کنید و سرم رینگر یا نرمال سالین تزریق کنید. رگ دوم را برای اقدام ضروری بعدی باز نگه دارید. در صورت نبود خونریزی، خروج سرم نباید بیش از 32 قطره در دقیقه باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید.  4- اکسیژن را به میزان 8- 6 لیتر در دقیقه برقرار کنید.  5- از تجویز مواد خوراکی از راه دهان خودداری کنید.  6- سوند فولی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.  7- ست احیاء به ویژه آمپول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.  8- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.  9- در صورتی که فشارخون مادر 110/160 میلی متر جیوه یا بالاتر است، هیدرالازین را طبق دستورالعمل تزریق کنید.  10- 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**  ا**لف) 4** گرم سولفات منیزیوم (20 میلی لیتر از محلول 20% یا 8 میلی لیتر از محلول 50%) داخل 100 سی سی سرم رینگر یا نرمال سالین در مدت 20 دقیقه (حدود 60 قطره در دقیقه) تزریق شود.  ب) سپس 10 گرم از محلول 50% سولفات منیزیوم (20 میلی لیتر) را به صورت دو تزریق5 گرمی (10 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 1 میلی لیتر لیدوکائین 2% سولفات منیزیوم 50% را همراه با تزریق کرد.  **ج)** در صورت ادامه تشنج یا عود آن بعد از 15 دقیقه اول،2 گرم از محلول20% سولفات منیزیوم (10 میلی لیتر) در مدت 5 دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید.  **نکته مهم:** در صورت عدم حضور پزشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیوم تزریق شود.  **د)** پس از تزریق وریدی و عضلانی اولیه، مادر را ارجاع دهید.  **نکته:** در صورت نبود سولفات منیزیوم یا عدم کنترل تشنج در مرکز می توان از آمپول فنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:  4 عدد آمپول 250 میلی گرمی داخل 100 سی سی **سرم نمکی** (از سرم قندی استفاده نشود) در مدت یک ساعت (تقریبا 20 قطره در دقیقه) تزریق شود.  **در صورت طولانی شدن زمان ارجاع مادر یا نرسیدن مادر به بیمارستان در مدت 4 ساعت، دوز دوم سولفات منیزیوم را به میزان 5 گرم سولفات منیزیوم 50%، (10 میلی لیتر) به صورت عضلانی با رعایت شرایط زیر به مادر تزریق کنید. دوزهای بعدی را نیز با همین مقدار و رعایت شرایط زیر در فواصل هر 4 ساعت تزریق کنید:**  **الف-** رفلکس کشکک زانو وجود دارد.  **ب-** تنفس بیمار راحت است. تعداد تنفس حداقل 16 بار در دقیقه باشد.  **ج-** میزان برون ده ادراری مادر در مدت 4 ساعت اولیه پس از تزریق دارو، 100 میلی لیتر یا بیشتر است.  **نکات مهم:** در صورت ایست تنفسی، برقراری تهویه (لوله گذاری و دادن اکسیژن توسط ماسک و بگ) و تزریق آمپول گلوکونات کلسیم به میزان 10 میلی لیتر (1 گرم) از محلول %10به طور وریدی و آهسته در مدت 10 دقیقه تا زمان برقراری تنفس را انجام دهید.  **تعیین مقادیر سولفات منیزیوم**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 4 گرم سولفات منیزیوم%10 = 40 میلی لیتر | 4 گرم سولفات منیزیوم 20% = 20 میلی لیتر | 4 گرم سولفات منیزیوم 50% = 8 میلی لیتر | | 5 گرم سولفات منیزیوم %10 = 50 میلی لیتر | 5 گرم سولفات منیزیوم 20% =25 میلی لیتر | 5 گرم سولفات منیزیوم 50% =10 میلی لیتر | |  |  | 10 گرم سولفات منیزیوم 50% =20 میلی لیتر |   **دستورالعمل تزریق هیدرالازین (کاهنده فشارخون)**  اگر برای 15 دقیقه یا بیشتر، فشارخون دیاستول 110 میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از 160 میلیمتر جیوه است، هیدرالازین را تجویز کنید:  1- آمپول هیدرالازین به میزان 5 میلی گرم به صورت وریدی تزریق کنید. در صورتی که پس از 20 دقیقه، فشارخون دیاستول بالای 110 میلی متر جیوه است، هیدرالازین را با همان دوز اولیه تکرار و پس از 20 دقیقه، فشارخون را کنترل کنید.  2- اگر فشارخون دیاستول به کمتر از 110 میلی متر جیوه رسیده است، تزریق وریدی هیدرالازین را متوقف و مادر را تحت نظر بگیرید. فشارخون دیاستول مطلوب بین 90 تا 100 میلی متر جیوه است.  **نکته:**  - در صورت در دسترس نبودن هیدرالازین، 10 میلی گرم نیفدیپین (آدالات) را به صورت خوراکی تجویز و در صورتی که پس از 30 دقیقه، فشارخون دیاستول بالای 110 میلی متر جیوه است، نیفدیپین را با همان دوز اولیه تکرار کنید. |

**ح4- كوراژ**

|  |
| --- |
| **در صورت باقی ماندن جفت و در صورتی که کمتر از یک ساعت از زایمان گذشته است:**  1- تزریق وریدی 2 گرم آمپی سیلین یا 1 گرم سفازولین توسط پزشک  2- تزریق وریدی 50 میلی گرم پتدین توسط پزشک و در صورت نبود پتدین، تزریق وریدی 10 میلی گرم دیازپام بسیار آهسته  3- اطمینان از خالی بودن مثانه  4- شستشوی پرینه و واژن با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل  5- **انجام مانور کوراژ:** با یک دست قله رحم را از روی شکم بگیرید و دست دیگر در حالتی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، را از راه واژن در مسیر بندناف در رحم وارد کنید. پس از لمس جفت، لبه آن را مشخص کرده و کناره داخلی دست (کنار انگشت کوچک) را بین لبه جفت و دیواره رحم قرار دهید. سپس با پشت دست که در تماس با دیواره رحم است، جفت را از محل چسبیدن آن به رحم به آرامی جدا کنید و به تدریج بیرون آورید. پرده ها را نیز با همین حالت با جدا کردن از دسیدوا خارج کنید. در صورت لزوم، از پنس گرد برای گرفتن پرده ها استفاده کنید.  **نکته 1:** در صورت تشخیص چسبندگی جفت، از دستکاری بیشتر اکیداً خودداری کنید.  **نکته 2:** در حین کوراژ، به حال عمومی مادر توجه کنید.  6- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی توسین به صورت60 قطره در دقیقه را ادامه دهید. به دلیل احتمال پارگی در عمل کوراژ، لازم است واژن و سرویکس از نظر پارگی و رحم را از نظر جمع بودن بررسی کنید. در صورت نیاز، پارگی ها را ترمیم کنید.  7- اگر پس از خروج جفت، خونریزی ادامه داشت و یا از خروج کامل جفت مطمئن نبودید، مادر را ارجاع دهید. (طبق **ح1)**  **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**1)** |

**ح5- وارونگي رحم**

|  |
| --- |
| 1- شستشوی تمام رحم با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل  2- نگه داشتن رحم در یک پارچه گرم، مرطوب و استریل تا زمان آماده شدن همه شرایط  **الف) در صورتی که جفت جدا شده است:** با کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، قله رحم را به طرف بالا فشار داده و رحم را به جای اول برگردانید. پس از اطمینان از قرار گرفتن رحم در محل اصلی، 20 واحد اکسی توسین داخل سرم تزریق کرده، ماساژ دو دستی را شروع کنید تا زمانی که رحم جمع شود. اگر رحم شل است، میزان سرم را افزایش داده و آمپول ارگومترین (مترژن) به میزان 2/0 میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را اعزام کنید. (طبق ح**1)**  **ب) در صورتی که جفت به رحم چسبیده است**: از جدا کردن جفت خودداری کنید، زیرا با خونریزی شدید همراه است و با همان جفت چسبیده، رحم را به جای اول برگردانید و مادر را اعزام کنید. (طبق ح**1)**  **نکته 1:** در هر دو حالت اگر رحم در جای طبیعی خود قرار نگرفت، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را اعزام کنید. (طبق ح**1)**  **نکته2:** به وجود علائم شوک در مادر توجه کنید و میزان سرم دریافتی را با توجه به حال عمومی مادر و میزان خونریزی تنظیم کنید. |

**ح6- مكمل هاي دارويي**

|  |
| --- |
| **بارداری:**  **اسید فولیک:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه 400 میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از **3 ماه قبل از بارداری** توصیه شود.  **آهن**: از شروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (30 میلی گرم المنتال) تجویز شود.  **مولتی ویتامین:** ازشروع هفته 16 بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.  **نکته:** در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای 400 میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته 16 تا پایان بارداری نیست.  **پس از زایمان:**  روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تا **3 ماه** پس از زایمان تجویز شود. |

**ح7- زايمان در منزل**

|  |
| --- |
| **در صورت انجام زایمان در منزل، رعایت نکات زیر ضروری است:**  1- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های 36 تا 37 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  2- **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 کاملا ً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 60 وات، سرپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد.  بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد.  وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.  وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.  وسایل مورد نیاز زایمان و وسایل مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.  به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.  در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند، ضروری است.  در 6 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.  3- **وسایل لازم در اتاق زایمان**: بهتر است حداقل 4 هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان، وسایل مورد نیاز فراهم شود. این وسایل شامل:  حداقل 4 ملحفه تمیز: ملحفه ها باید قبلا ًشسته شده و در آفتاب خشک شود.  مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق  **وسایل مادر:** دو دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی  **وسایل نوزاد:** رختخواب نوزاد (تشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک  دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله  4- **وسایل مورد نیاز زایمان:** وسایلی که باید درکیف مامایی قرار داده شود،شامل:  - گوشی مامایی  - گوشی طبی و دستگاه فشارسنج  -پوار حداقل 2 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 150\*150  - پنس کوخر حداقل 2 عدد، قیچی حداقل یک عدد  - وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)  - کاسه فلزی کوچک حداقل 2 عدد  - ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط 2 عدد  - دستکش استریل حداقل 3 جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)  - حداقل 6 تکه شان استریل به ابعاد 80\*80  - کلیپس بندناف حداقل 5 عدد  - صابون و جاصابونی، حوله دست  - مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین  - متر نواری  - فرم ثبت مراقبت های زایمان  **چند توصیه برای همراه مادر**  1- همراه باید در کنار مادر باشد و او را تنها نگذارد.  2- با راهنمایی ماما، پشت مادر را مالش دهد و در صورت نیاز پیشانی او را با دستمال خیس بپوشاند.  3- هنگام قدم زدن یا توالت رفتن او را تنها نگذارد.  4- در تغییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن طبق راهنمایی ماما به مادر کمک کند.  5- علائم خطر را شناسایی کند.  6- مخالف نظر عامل زایمان مادر را راهنمایی نکند.  **احتیاطات همه جانبه**  1- 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.  2- **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 10 متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق 2 متری؛  جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آغشته به خون و مایعات به طور جداگانه؛  تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.  **ایجاد ارتباط با مادر**  برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:  با خوشرویی به مادر سلام کنید؛  رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛  با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛  به سئوالات مادر به دقت گوش کنید و پاسخ دهید؛  کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛  مادر را برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛  قبل از هر معاینه از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛  حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛  راز مادر را آشکار نکنید؛  پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛  به مادر آموزش های لازم را ارایه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است. |

**ح8- توصيه هاي بهداشتي در بارداري**

|  |
| --- |
| **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. |

**ح9- توصيه هاي بهداشتي پس از زايمان**

|  |
| --- |
| **محل بخیه ها:** تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده ازحرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (20 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. |

**ح10- مشاوره باروري 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 شيردهي موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله 2 سال بین بارداری و زایمان قبلی رعايت شود.  - به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاكيد كنيد، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت **3** هفته از زایمان روشي را برای پیشگیری از بارداری پيشنهاد كنيد.  **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 **6** ماه به میزان موثری (بیش از 90%) از بارداری پیشگیری می کند.  نكته: براي استفاده از روش هاي پيشگيري از بارداري در مادران شيرده و غير شيرده مطابق دستورعمل روش هاي پيشگيري از بارداري اقدام شود. |

**ح11- مصرف داروها در بارداري**

|  |
| --- |
| **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 (به جز در موارد ختم بارداری)  - Carbamazepine - Penicillamine  - Chlorbiphenyls - Phenytoin (به جز در موارد تشنج)  - Cocaine - Radioactive iodine  - Coumarins - Streptomycin  - Cyclophosphamide - Tamoxifen  - Danazol - Tetracycline  - Diethylstilbestrol (DES) - Thalidomide  - Ethanol - Tretinoin  - Etretinate - Trimerthadione  - Isotretinoin - Valproic acid |

**ح12- مصرف دارو ها در شيردهي**

|  |
| --- |
| **موارد منع شیردهی**  1-در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و ...)، بروموکریپتین، فنین دیون، لیتیوم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفن و فن سیکلیدین (PGF) است.  2- مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین  3- 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 24 ساعت به فرزندش شیر ندهد.  **سایر داروهایی که بر شیردهی تأثیرگذار است و توصیه می شود از داروهای جایگزین استفاده شود:**  5-آمینوسالیسیلیک اسید - آتنولول - پیریمیدون  - سولفاسالازین - کلماستین  - آسپیرین (سالسیلات) - فنوباربیتال |

**ح13- داروهاي روان پزشكي در بارداري**

|  |
| --- |
| **چند توصیه کلی:**  دربسیاری 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 سئوال 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 تراتوژنیک 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 غیرمحتمل 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 پرقدرت 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 تراتوژنیک 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:** تجویزفلوکسیتین 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 12 ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.  **داروهای ضد مانیا و لیتیم**  در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است.  در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.  اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر گواتر بررسی شود، هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، القاء زایمان مورد توجه قرار گیرد. نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.  مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال اسپینا بیفیدا در 1 تا 5 درصد موارد همراه است.  در دوران شیردهی، اگر تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.  **بنزودیازپین ها**  در سه ماهه اول بارداری، از تجویز دیازپام اجتناب شود.  در سه ماهه دوم و سوم بارداری، استفاده کوتاه مدت و دفعه ای بنزودیازپین ها در کنترل حملات اضطرابی، اقدامات درمانی و جراحی های کوچک و بی خوابی شدید منعی ندارد، ولی در مادر شیرده نباید تجویز شود. |

**ح14- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری** **و پس از زایمان**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| این بیماری در ماه آخر بارداری تا پنج ماه پس از زایمان اتفاق می افتد. علت این بیماری ناشناخته است و عوامل مستعد کننده آن چاقی، سابقه خانوادگی کاردیومیوپاتی، مصرف سیگار و الکل، حاملگی های متعدد، سوءتغذیه، چندقلویی، سن بالای 30 سال، دیابت، سابقه پره اکلامپسی یا فشارخون بالا پس از زایمان است.  **جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **عنوان** | **امتیاز** | | | **ارتوپنه (مشکل تنفسی در حالت دراز کشیده)** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در هنگام دراز کشیدن زیر سرش باید بلند باشد تا تنگی نفس پیدا نکند= (**1 امتیاز)**  - در هنگام دراز کشیدن باید زیر سر زاویه 45 درجه و بیشتر بلند باشد تا دچار تنگی نفس نشود= (**2 امتیاز)** | | **تنگی نفس** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - وقتی از هشت پله و بیشتر بالا می رود، تنگی نفس پیدا می کند= (**1 امتیاز)**  -وقتی در سطح صاف راه می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (**2 امتیاز)** | | **سرفه غیر قابل توجیه** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در هنگام شب و در حالت دراز کشیده، سرفه می کند= (**1امتیاز)**  -در طول شب و روز سرفه می کند = (**2 امتیاز)** | | **ادم اندام تحتانی** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - ادم تا زیر زانو است= (**1 امتیاز)**  -ادم بالای زانو یا ادم در صورت = (**2 امتیاز)** | | **افزایش وزن ناگهانی در ماه آخر بارداری** | **ندارد یا کمتر از یک کیلوگرم در هفته** **(امتیاز 0)** | **دارد:**  - یک تا دو کیلوگرم در هفته= (**1 امتیاز)**  -بیش از دو کیلوگرم در هفته = (**2 امتیاز)** | | **تپش قلب (احساس ضربان قلب یا احساس نامنظمی در ضربان قلب)** | **ندارد (امتیاز 0)** | **دارد:**  - در شب و هنگام دراز کشیدن این احساس را دارد= (**1 امتیاز)**  -روز و شب این احساس را دارد = (**2 امتیاز)** |   **امتیاز دهی و اقدام**  **0 تا 2= کم خطر . اقدام: ادامه مراقبت ها**  **3 تا4= خطر متوسط. اقدام: ارجاع در اولین فرصت**  **5 و بیشتر= خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری** |

**ح15- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **امتیاز** |
| **عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:** | |
| سابقه ترومبوآمبولی وریدی ( VTE) قبل از بارداری | **3** |
| ابتلا به ترومبوفیلی | **3** |
| آنتی فسفولیپید آنتی بادی | **3** |
| مشکلات طبی مانند: سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از 3 گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی | **3** |
| سن بیشتر از 35 سال | **1** |
| چاقی (BMI بیشتر از 30) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از80 کیلوگرم | **1** |
| استعمال سیگار | **1** |
| وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی) | **1** |
| فلج پاها/ استفاده از صندلی چرخدار/ کاهش حرکت | **1** |
| **عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:** | |
| زایمان سه بار یا بیشتر (para ≥ 3) صرف نظر از بارداری فعلی | **1** |
| بارداری چندقلویی | **1** |
| بارداری با روشهای کمک باروریART/ IVF (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود) | **1** |
| دهیدراتاسیون/ استفراغ شدید بارداری | **1** |
| سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود) | **1** |
| **عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالا قابل برگشت هستند:** | |
| شکستگی استخوان | **1** |
| عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان) مانند پنومونی، پیلونفریت | **1** |
| بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از 3 روز استراحت در بستر)، مانند: درد های لگنی که محدود کننده حرکت باشد | **1** |
| مسافرت طولانی (بیشتر از 4 ساعت) | **1** |

**امتیاز: در صورتی که در ارزیابی 3 امتیاز یا بیشتر دارد، خانم جهت درمان دارویی به متخصص داخلی یا زنان ارجاع غیر فوری شود.**

**نکته:** این جدول فقط به منظور ارزیابی اولیه مادر است و ارزیابی نهایی، تصمیم برای دریافت ضد انعقاد و زمان شروع درمان به عهده متخصص داخلی یا زنان است.

**خ- ارزیابی نوزاد**

**(24 ساعت اول پس از زایمان)**

**خ1- یاری رساندن به تنفس نوزاد**

آمادگي براي تولد

تولد

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| دقیقه طلایی (60 ثانیه)  دقيقه طلايي  60 ثانيه | اگر مکونیوم دارد، تمیز کردن راه هوايي  **به صورت كامل خشك كنيد** | | | | |
| گريه ندارد | | گريه مي كند؟ | | گريه دارد. |
| **پاك كردن راه هوايي**  **تحريك کردن تنفس**  تنفس دارد؟ | | تنفس خوب | | **گرم نگه داشتن**  **چك كردن تنفس** |
| بدون تنفس  **بريدن بند ناف** | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **تهويه** | | تنفس دارد | |  |
|  |  | |  | |  |
|  | بدون تنفس  **درخواست كمك** | | **پايش با مادر** | | **بريدن بند ناف** |
|  |
|  | **بهبود تهويه** | | تنفس دارد | |
|  | بدون تنفس  ضربان قلب؟ | |  | |  |
|  | كاهش يافته | طبيعي | |  |
|  | **ادامه تهویه**  **مراقبت پیشرفته** | |  | بدون تنفس |

**خ1- یاری رساندن به تنفس نوزاد (ادامه)**

**تعاریف**

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

**وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی:** نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصری به عقب کشیده شده باشد) قرار دهید و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت **2** تا 5/2 سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار دهید.

**ساکشن تراشه:** در صورت آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکونیوم و سرحال نبودن نوزاد، نای را ساکشن کنید. لوله ساکشن را حداکثر به مقدار **5** سانتیمتر داخل دهان و **3** سانتیمتر داخل بینی کنید. ساکشن کردن بیشتر از **20** ثانیه یا حداکثر **2** بار انجام نشود.

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

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

**فشردن قفسه سینه:** بهترین روش، روش شست (دوانگشتی) است. در حالی که انگشتان و دست های خود را در وضعیت صحیح قرار داده اید، باید آن قدر فشار وارد آورید که جناغ سینه را به عمق تقریبی یک سوم قطر قدامی- خلفی قفسه سینه به داخل فرو ببرید. سپس فشردن را رها کنید تا به قلب اجازه پرشدن مجدد داده شود. باید تقریبا **120** کار (90 فشار و **30** تنفس) در هر دقیقه تکرار شود.

)برای کسب جزئیات بیشتر به کتاب درسنامه احیای نوزاد رجوع شود)

**تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV):** ماسک را به درستی روی صورت نوزاد بگذارید به طوری که بینی و دهان او را بپوشاند و کناره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت **40** تا **60** بار در دقیقه و به مدت **30** 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 10 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.

**خ2- نشانه های خطر**

تشخيص احتمالي

علائم و نشانه ها

اقدام

**تعیین کنید:**

**مادر:** درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب

**نوزاد:** وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیسیته عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ مکرر

ارزيابي

**اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون**

- ابتدا با استفاده از گلوکومتر قند خون نوزاد را اندازه بگیرید.

- نوزاد را وزن کنید.

**اگر نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از شیر مادر است:**

•از مادر بخواهید که کودک را با شیر خودش تغذیه کند.

**اگر نوزاد توانایی تغذیه مستقیم از پستان مادر را ندارد ولی قادر به بلع است:**

•به ترتیب اولویت و در دسترس بودن ،شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی به او بدهید (8 میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد).

**اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:**

•اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید ،مایعات بالا را با همان میزان ازطریق لوله معده هر 2 ساعت به او بدهید.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - ارجاع فوری نوزاد  **اقدامات پیش از ارجاع**  - احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق **د1**  - گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی جز در حالت هیپرترمی  - در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد  - پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)  - در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:  - تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین 50 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین 5/2 میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه  - در صورت عدم امکان ارجاع :تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر 12 ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن 2 کیلوگرم یا بیشتر هر 8 ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از 2 کیلوگرم هر 12 ساعت | عفونت باکتریال شدید | تب مادر حین زایمان یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از 18 ساعت، تنفس تند نوزاد 60 بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد 30 بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی 24 ساعت اول، درجه حرارت بدن نوزاد بیش از 37.5و کمتر از 36.5 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) |

**خ3- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد**

**تعیین کنید:**

سن بارداری، وزن

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - ارجاع فوری نوزاد (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع)  **اقدامات پیش از ارجاع**  - احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق **د1**  - گرم نگه داشتن نوزاد \*  - در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد  - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق جدول **د2**  - تزريق ويتامين ك1 | نوزاد خیلی کوچک | وزن کمتر از 1500 گرم یا سن بارداری کمتر از 32 هفته |
| - حمایت ویژه شیردهی طبق **ذ1**  - اطمینان از شیردهی خوب و درجه حرارت ثابت بدن نوزاد پیش از ترخیص  - حمام نکردن نوزاد در 6 ساعت اول  - تزریق ویتامین ک 1و واکسن های بدو تولد نوزاد  - آموزش به مادر برای مراقبت از نوزاد طبق **ذ1**  - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص  - در صورت زایمان دوقلویی حمایت ویژه شیردهی ،ترخیص و یا ارجاع هر دو قل با هم (در وضعیت سلامتی و یا بیماری)  - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد  - در صورت مشکل شیردهی طی 24 ساعت اول: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان | نوزاد کوچک | وزن بین 1500 تا 2500 گرم ،سن بارداری بین 32 تا 37 هفته |

اقدام

علائم و نشانه ها

\*نوزاد با سن کمتر از 32 هفته را در درون کیسه پلاستیکی (مخصوص ذخیره مواد غذایی قابل بسته شدن) که قسمت بالای آن باز و سر نوزاد خارج می شود قرار دهید. سپس گرم نگه داشته و منتقل کنید. کیسه پلاستیکی به منظور کاهش از دست دادن حرارت از طریق تبخیر است.

**خ4- صدمات زایمانی/ ناهنجاری**

**معاینه کنید:**

**سر و گردن**: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی ملاجها، تورم، توده، فیستول گردن، پرده گردنی، برآمدگی، خون مردگی

**صورت:** شکل غیر قرینه**،** شکاف کام، بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیرطبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان

**گوش**: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی

**شکم:** ساختمان عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکافوئید شکم، خونریزی ناف

**ستون فقرات**: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو

**اندام ها و لگن**: شکل غیر طبیعی اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو

**دستگاه ادراری**: مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در 24 ساعت اول

**دستگاه تناسلی**: ابهام تناسلی، عدم نزول بیضه ها، اندازه غیر طبیعی

**دستگاه گوارشی**: مقعد بسته، فیستول

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ارجاع فوری به بیمارستان (نوزاد **نباید** گرم نگه داشته شود باید سرد منتقل شود. از پیچیدن پتو به دور نوزاد خودداری کنید) | آسیفکسی  (خفگی زایمانی) | - نمره آپگار دقیقه 5 کمتر از 7  - احتیاج به عملیات فرا تر از تهویه بافشار مثبت  -شلی و تون عضلانی ضعیف  -کاهش رفلکس ها |
| - ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع)  - در صورت باز بودن بافت روی سر، شکم یا پشت، بافت ها را با گاز استریلی که با محلول سالین استریل خیسانده شده است، بپوشانید. | ناهنجاری شدید | - شکاف کام بزرگ  - آترزی کوان دو طرفه  - شکم اسکافوئید  - گاستروشیزی  - امفالوسل  - خونریزی ناف  - عدم دفع ادرار در 24 ساعت اول  - ابهام تناسلی  - مقعد بسته |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط | ناهنجاری | - شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها  - توده یا تورم  - فیستول یا سینوس  - محل غیر طبیعی گوش  - عروق نافی غیر طبیعی  - دررفتگی مادرزادی لگن  - وجود توده مو روی ساکروم  - مجرا و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس)  - عدم نزول دو طرفه بیضه ها  - اندازه غیر طبیعی آلت |
| ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان | صدمات زایمانی | 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 |

اقدام

علائم همراه

**خ5- عفونت های موضعی**

**تعیین کنید:**

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

ارزيابي

تشخيص احتمالي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - ارجاع فوری نوزاد  **اقدامات پیش از ارجاع**  - احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق **د1**  - گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی بجز در حالت هیپرترمی  - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر  - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق **د2** | عفونت شدید پوستی | - وجود جوش های چرکی منتشر 10عدد یا بیشتر  - تاول های بزرگ چرکی |
| - تزریق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق **د2**  -ارجاع در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماریSTI احتمالی  - ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان | عفونت شدید چشم | تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از 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 %10 یک قطره هر 3 ساعت تا مدت 5 روز یا پماد تتراسایکلین %1 چشمی 4 بار در روز تا قطع ترشحات  - توصیه به مادر برای مراجعه پس از 5 روز در صورت عدم بهبودی نوزاد | عفونت خفیف چشم | خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها |
| - 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 پماد پوستی تتراسیکلین 3 بار در روز  - توصیه به مادر برای مراجعه پس از 5 روز در صورت عدم بهبودی نوزاد | عفونت خفیف پوستی | وجود جوش های چرکی کمتر از 10 عدد |

اقدام

علائم و نشانه ها

**د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)**

**د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)**

**زمان مراقبت های معمول نوزاد**

**مراقبت اول :**روزهای **3** تا **5** پس از زایمان

**مراقبت دوم :**روزهای **14** تا **15** پس از زایمان

**مراقبت سوم :**روز های **30** تا **45** پس از زایمان

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

**مراقبت از بندناف**

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

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

- کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد.

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

- شکم یا ناف را بانداژ نکند.

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

- ناف را دستکاری نکند.

**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 6 ساعت اول پس از تولد حمام نکند.

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

**خواباندن نوزاد**

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

- نوزاد تا 3 ماه پس از تولد نیاز به بالش ندارد.

**مراقبت از چشم**

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

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

- توکشیده شدن قفسه سینه. تعداد تنفس بیشتر از 60 بار در دقیقه

- ناله کردن

- رنگ پریدگی شدید یا کبودی

- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفراوی

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

- تشنج

- اسهال (دفع مدفوع آبکی با حجم زیاد بیش از 8 بار در روز) یا مدفوع خونی

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

- عدم دفع مدفوع در 48 ساعت اول

- عدم دفع ادرار در 24 ساعت اول

- بی قراری و تحریک پذیری، بدن شل

- خوب شیر نخوردن. مکیدن ضعیف

- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف

- جوش های چرکی منتشر در پوست (10 عدد یا بیشتر) یا تاول چرکی

- تب (حرارت زیر بغل بیشتر از 5/37) یا سرد شدن اندام ها (حرارت زیر بغل کمتر از 4/36) و بدن

- زردی 24 ساعت اول

- از روز چهارم به بعد اگر نوزاد 6 پوشک مرطوب که حداقل یک نوبت آن کاملا خیس باشد نداشته باشد و یا ادرارش تیره باشد و کمتر از 3 بار مدفوع در 24 ساعت داشته باشد.

- دهان نوزاد خشک است.

- ملاج فرورفته یا برجسته. تشنج

- نمی تواند پستان بگیرد و یا پس از گرفتن آن را رها می کند. به ویژه اگر قبلا پستان را خوب می گرفته است.

- از دست دادن وزن

- بعد از دو هفته هنوز به وزن زمان تولدش نرسیده است.

- کبودی لب ها و زبان

- سرفه

- خوابیدن زیاد یا سخت بیدار شدن

**در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت (طی 24 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 10 عدد)

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

- برفک دهان

- تغذیه نوزاد با شیر مادر کمتر از 5 بار در 24 ساعت

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

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

- می تواند به نوزاد کوچکش شیر بدهد و شیر او کافی است.

-روزهای اول، نوزاد کوچک خوب شیر نمی خورد ممکن است به راحتی خسته شود و ضعیف بمکد، زمان کوتاه تری بخورد و استراحت کند، در خلال شیر خوردن خوابش ببرد، بین مکیدن ها بیشتر توقف کند و طولانی تر بخورد ،همیشه برای تغذیه بیدار نمی شود.

-تماس پوست با پوست برقرار کند، زیرا شیر خوردن از پستان را راحت تر می کند.

-هر 2-3 ساعت نوزاد را شیر دهد. اگر نوزاد خودش بیدار نمی شود، 2 ساعت پس از آخرین شیر خوردن، او را بیدار کند.

-نوزاد را طولانی تر زیر پستان نگه دارد. اجازه دهد بیشتر استراحت کند و بمکد. اگر هنوز می خواهد شیر بخورد، او را جدا نکند.

**در موارد دو قلویی:**

-شیر کافی برای هر دو نوزاد دارد. مقدار شیر به میزان مکیدن نوزاد وابسته است و به جثه مادر ارتباط ندارد.

-تا زمانی که جریان شیر به خوبی برقرار شود، هر نوزاد را جداگانه تغذیه کند.

-اگر قل اول، پستان راست را خورده است، در نوبت بعدی قل دوم از این پستان تغذیه شود.

**خنته نوزاد پسر:** توصیه می شود در ماه اول نوزاد توسط پزشک ختنه شود.

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

**غربالگری شنوایی:** در اولین فرصت غربالگری نوزاد توسط متخصص انجام شود.

**غربالگری متابولیک:** برای بررسی بیماری فنیل کتونوری و هیپوتیروئیدی، مادر حتما ًدر یکی از روزهای **3 تا 5 پس از زایمان** مراجعه کند.

**تغذیه با شیر مادر:**

- حتما ًدر مدت یک ساعت اول تولد، نوزاد از شیر مادر تغذیه شود. شیر روزهای اول غلیظ و زرد است و سپس رقیق تر و سفیدتر می شود که هر دو تغییر برای نوزاد مطلوب است.

- وقتی احساس کرد که نوزاد آماده است، او را به پستان بگذارد. علائم آمادگی عبارتند از:

- نوزاد اطراف را نگاه می کند و یا حرکت دارد؛

- دهان خود را باز می کند؛

- جستجو می کند.

- شیرخوار باید در 6 ماه اول به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود یعنی به جز شیر مادر هیچ ماده خوراکی (آب، آب قند، شیر مصنوعی و شیر دام، ترنجبین، شیر خشت) داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل 8 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 10**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 محتقن است، شروع شیردهی از پستان غیر محتقن انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن دوشیده شود تا ناحیه آرئول نرم شود و نوزاد بهتر بتواند پستان را بگیرد.

- اجازه دهد نوزاد پستان اول را رها کند و سپس پستان دوم را به او بدهد.

- نوزاد را برای گرفتن پستان مجبور نکند.

- قبل از آن که نوزاد پستان را رها کند، او را جدا نکند.

- اگر مادر حضور ندارد، شیرش را بدوشد و فرد دیگری شیر دوشیده شده را با فنجان، قاشق یا سرنگ به نوزاد بدهد.

- از شیشه شیر و گول زنک (پستانک) استفاده نکند.

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

**حمام کردن نوزاد**

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

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

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

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

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

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

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

در صورتی که بند ناف نیفتاده است:

- نوزاد را با اسفنج یا پارچه نخی تمیز کند.

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

**پیشگیری از سوانح و حوادث**

- از نگه داری حیوانات در محل زندگی خودداری کند.

- هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.

- نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذارد.

- نوزاد را بالا و پایین نیندازد.

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

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

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

- در زمان بغل کردن نوزاد ،مایعات داغ ننوشد.

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

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

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

- ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.

**ضمائم**

**فهرست داروهاي مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران**

|  |  |
| --- | --- |
| * آنتي بيوتيك ها شامل كپسول آموكسي سيلين، قرص اریترومایسین، كپسول وآمپول آمپي سيلين، كپسول سفالكسين، آمپول جنتامايسين، آمپول سفترياكسون، قرص آزیترومایسین * قرص آهن * قرص يا كپسول مولتي ويتامين مينرال * قرص اسيد فوليك * قرص استامينوفن خوراكي يا شياف * کپسول مفناميك اسيد * واكسن توام، واکسن هپاتیت * آمپول اكسي توسين * مواد ضدعفوني كننده (ساولن، بتادين، الكل) * آمپول رگام * سرمها (رينگر، قندي- نمكي، قندي، نرمال سالین) * آمپول هيدرالازين * ویال سولفات منيزيوم * آمپول مترژن * آمپول فني توئين * آمپول بتامتازون * آمپول هيدروكورتيزون * قرص و پماد واژينال كلوتريمازول * آمپول و قرص پرومتازين * آمپول و قرص متوكلوپراميد * قرص پیریدوکسین (B6) * قرص و ژل مترونیدازول * ژل موضعي ليدوكائين | * قرص یا پماد آسیکلوویر * آمپول هپارين * شیاف یا پماد آنتي هموروئيد * داروهاي ملين * آنتي هيستامين خوراكي * داروهاي احياء نوزاد شامل اپي نفرين، بي كربنات سديم، نالوكسان هیدروکلراید، نرمال سالين * داروی بي حسي موضعي (لیدوکائین) * واکسن های بدو تولد نوزاد (ب ث ژ، هپاتیت، فلج اطفال) * آمپول ويتامين ك1 * پتدين * آمپول فورسماید * آمپول مورفین * آمپول بی پریدین * آمپول هالوپریدول * قرص و کپسول نیفیدیپین (آدالات) * آمپول فنی توئین * آمپول و قرص فنوباربیتال * 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 مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران**

* گوشي طبی و دستگاه فشارسنج
* گوشي مامايي يا سوني كيت
* تخت معاينه، پاراوان
* ترازوي بزرگسال
* قدسنج يا متر نواري
* ترمومتر دهاني و جای آن
* فور يا اتوكلاو
* تخت زایمان
* تخت یک شکن بیمار
* بيكس، ديش دردار
* وسايل انجام پاپ اسمير: اسپاكولوم، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسپري فيكساتور، ماژيك يا قلم الماس، قطره چکان
* ترالي
* ظرف قلوه ای، کاسه فلزی
* پایه سرم
* چراغ پايه دار
* كپسول اكسيژن ومانومتر، ماسک یا لوله در اندازه های مختلف
* وسايل مصرفي: سرنگ و سر سوزن در اندازه های مختلف، پنبه و گاز، پد يا نوار بهداشتي، دستكش استريل و يكبار مصرف، كاغذ كاهي براي پوشش زير بيمار، صابون، سوند فولی، سوند نلاتون، خودتراش یک بار مصرف، گارو، چسب ضد حساسیت و باند، آنژیوکت و سه راهی آن، تیغ اره، پوشک، دستبند هویت نوزاد، نخ بخیه کرومیک 2 صفر یا 3 صفر، کلامپ بندناف، یورین بگ، ست سرم، ست انفوزیون
* وسايل احياء نوزاد ( ماسك و بگ، لارنگوسكوپ با تيغه هاي صاف، لوله هاي داخل ناي 5/2 و 3 و 5/3 و 4 ميليمتر، ايروي دهاني، كاتترهاي نافي F5/3 وF 5، لوله تغذيه F 8 )
* انواع پنس(هموستات، كوخر، گرد)، چيتل فورسپس، والو، قیچی اپی زیاتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پنست راست
* وارمر
* چراغ اولتراويوله
* دستگاه ساكشن و رابط ها
* ماشين لباسشويي
* ترازوي نوزاد
* چراغ قوه و باطری
* پوار در اندازه های مختلف
* کات نوزاد
* تابوره (چهار پایه گردان جلوی تخت زایمان)
* چهارپایه جلوی تخت بیمار
* سینی و لگن استیل
* وسايل حفاظتي: پيش بند نایلونی، عينك، ماسك پارچه ای یا کاغذی، چكمه لاستيكي، زیرانداز مشمع
* وسايل پارچه اي: شان، حوله، ملحفه، گان، يونيفرم اتاق زايمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد