

الف-مراقبت های پیش از بارداری

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری	صفحه ۱۰
تعاریف مراقبت های پیش از بارداری	صفحات ۱۱-۱۳
الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری	صفحه ۱۴
الف ۳- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری	صفحه ۱۵

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری



الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

بیماری ها، سوابق، مشکلات

تأثیر بر بارداری

اقدام

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

الف ۳- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

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

ب- تشخیص بارداری

ب ۱- تشخیص بارداری صفحه ۱۷

تعاریف تشخیص بارداری صفحه ۱۸

ب ۱- تشخیص بارداری

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>- توصیه به استفاده از روش اورژانسی پیشگیری از بارداری</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه در ۷۲ ساعت اول پس از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری	مراجعه زودتر از موعد قاعدگی بعدی
<p>- توصیه به انتظار و مراجعه در صورت قطع قاعدگی</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>- مراجعه پس از ۷۲ ساعت از مقاربت محافظت نشده و عدم تمایل به بارداری</p> <p>- مراجعه با تمایل به بارداری</p>	
<p>- مطابق دستورالعمل تنظیم خانواده</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	قطع قاعدگی از ابتدای استفاده از روش	مراجعه با قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری پروژسترونی
<p>- درخواست آزمایش بتاساب یونیت</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	قطع قاعدگی در خانمی که خونریزی ماهیانه داشته است	
<p>- توصیه به انتظار و مراجعه پس از گذشت ۲ هفته از قطع قاعدگی</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	<p>- تمایل به تشخیص زود هنگام بارداری</p> <p>- ابتلا به بیماریهای زمینه ای</p> <p>- استفاده از قرصهای پیشگیری از بارداری، آبودی، سابقه بستن لوله در خانم و یا همسرش</p>	مراجعه در فاصله کمتر از دو هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش
<p>- درخواست آزمایش گراویندکس</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	عدم استفاده از روش مدرن پیشگیری از بارداری - استفاده از کاندوم یا روش منقطع	
<p>- درخواست سونوگرافی و در صورت سابقه قاعدگی نامنظم: درخواست آزمایش بتا ساب یونیت</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش	مراجعه در فاصله بیش از ۲ هفته و کمتر از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش
<p>- درخواست سونوگرافی و در صورت سابقه قاعدگی نامنظم: درخواست آزمایش بتا ساب یونیت</p> <p>- توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه پس از ۸ هفته از قطع قاعدگی و روش پیشگیری از بارداری غیر پروژسترونی یا هیچ روش	
<p>- درخواست آزمایش بتاساب یونیت</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه مادر بدون شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان	مراجعه مادر با شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۶ هفته از زایمان
<p>- درخواست آزمایش بتاساب یونیت</p> <p>- آموزش و توصیه به مصرف اسید فولیک</p>	مراجعه مادر با شیردهی انحصاری و عدم استفاده از روش پیشگیری از بارداری و ادامه قطع قاعدگی پس از گذشت ۶ هفته از زایمان	

ارزیابی

سؤال کنید

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

گروه بندی کنید

اقدام

گروه بندی براساس نتیجه و علائم

نوع بررسی

<p>- ارایه مراقبت های معمول بارداری طبق پ ۱</p> <p>- خارج کردن آبودی، کاشتنتی ها و اقدامات مربوط به سایر روشها طبق ت ۱۸</p>	مثبت	آزمایش گراویندکس و بتاساب یونیت	
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	<p>- عدم شروع قاعدگی و شروع قاعدگی به شکل غیر معمول</p> <p>- تمایل به بارداری و شروع قاعدگی به شکل معمول</p> <p>- عدم تمایل به بارداری و شروع قاعدگی به شکل معمول</p>		منفی
مشاوره تنظیم خانواده	حد مرزی (Borderline) بتا ساب یونیت		
<p>- تکرار آزمایش ۴۸ ساعت بعد</p> <p>- در صورت تکرار نتیجه مرزی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	هر موردی غیر از بارداری طبیعی (مول، کیست تخمدان، بارداری نابجا...)	سونوگرافی	
<p>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p> <p>- در صورت تشخیص بارداری نابجا: ارجاع فوری به متخصص زنان</p>	بارداری طبیعی		
ارایه مراقبت های معمول بارداری طبق پ ۱			

نتیجه آزمایش و سونوگرافی

گروه بندی کنید

پ-مراقبت های معمول بارداری

پ ۱- اولین ملاقات بارداری

صفحه ۲۰

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

صفحه ۲۱

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

صفحه ۲۲

تعاریف مراقبت های بارداری

صفحات ۲۷-۲۳

پ ۱ - اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

علائم خطرناک صورت گیرد

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

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

ارزیابی

تشکیل پرونده

گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت بارداری

سئوال کنید:

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

اندازه گیری کنید:

وزن، قد، علائم حیاتی

معاینه کنید:

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

گروه بندی و اقدام

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

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

در صورت نبود علائم
خبر

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

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

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

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

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

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

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

:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ت ۱

در صورت نبود علائم

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:

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

اندازه گیری کنید:

وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاینه کنید:

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

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

گروه بندی علائم و نشانه ها

گروه بندی و اقدام

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

ت-مراقبت های ویژه بارداری

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

ت ۱- علائم خطر فوری

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

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

- اختلال هوشیاری
- در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده

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

گروه بندی و اقدام

ارزیابی

شوک

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

ت ۲- فشارخون بالا

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سردرد، تهوع و استفراغ شدید، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا	مول، تیروتوکسیکوز، کریز هیپرتانسیون چندقلویی	<ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق هیدرالازین طبق خ ۳ - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری طبق خ ۱
	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	<ul style="list-style-type: none"> - در صورتی که مادر بیماری زمینه ای کنترل شده دارد و علائم همراه که نشانه شدت فشارخون باشد (سردرد و ...) را ندارد: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
نیمه دوم بارداری	فشارخون دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری ۲+ و بالاتر، ورم دست و صورت، سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر	پره اکلامپسی شدید	<ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری کم یا ۱+، ورم ژنرالیزه، بدون سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱ - (درمان اکلامپسی طبق خ ۳ در صورت تشدید بیماری حین ارجاع)
	فشارخون دیاستولیک ۸۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه در مادری که فشارخون دیاستولیک قبلی او ۸۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه نبوده است.	شروع پره اکلامپسی	<ul style="list-style-type: none"> - انجام آزمایش ادرار از جهت وجود پروتئین - بررسی وضعیت رشد جنین و وزن گیری مادر - سمع صدای قلب جنین - در صورت طبیعی بودن همه موارد: - توصیه به مادر برای استراحت به پهلو چپ - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته - آموزش علائم خطر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی)
			<ul style="list-style-type: none"> - در صورت غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

اپی گاستر، ورم بدن و اندامها

گروه بندی و اقدام

ت ۳- خونریزی / لکه بینی

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

ارزیابی

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

تعیین کنید:
سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:
شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

گروه بندی و اقدام

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

ت ۴- درد شکم

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

ارتفاع و تونسیته رحم، شکم یا پهلوها

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

ت ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

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

ارزیابی

سوال کنید:

میزان خونریزی ، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، درجه حرارت

معاینه کنید:

وضعیت انقباضات رحم



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

* * سوند فولی یا نلتون را در مثانه گذاشته و با ست سرم، ۵۰۰ سی سی نرمال سالین را به داخل سوند و مثانه وارد کنید. پس از اتمام، کیسه

هوایی سوند را باد کرده و ثابت کنید. سپس با یک پینس، سوند را کلامپ کنید تا مثانه پر شده تخلیه نشود.

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

ت ۶- تب

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

معاینه کنید:

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

گروه بندی و اقدام

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

ت ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)

سن بارداری

علائم همراه

تشخیص احتمالی

اقدام

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

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

گروه بندی و اقدام

نیمه اول و دوم بارداری

ت ۸- مشکلات ادراری - تناسلی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
<p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <p><u>سئوال کنید:</u> سوزش ادرار، تکرر ادرار، درد زیر دل، تهوع و استفراغ، درد پهلوها، احساس سریع دفع ادرار، ترشحات بدبوی واژن، خارش و سوزش و درد ناحیه تناسلی، ضایعات یا زخم ناحیه تناسلی، لرز</p> <p><u>تعیین کنید:</u> درجه حرارت</p> <p><u>معاینه کنید:</u> شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی</p>	<p>نیمه اول و دوم بارداری</p> <p>گروه بندی و اقدام</p>	<p>سوزش ادرار، تندرns و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ</p>	<p>پیلونفریت</p> <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. - ارجاع فوری طبق خ ۱</p>
		<p>ضایعات ناحیه تناسلی به صورت وزیکول های گروهی همراه با درد</p>	<p>هرپس ژنیتال</p> <p>- تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکائین در صورت نیاز - در صورت احتباس ادرار: گذاردن سوند - ارجاع غیرفوری به متخصص</p>
		<p>سوزش ادرار، درد زیر دل، احساس سریع دفع ادرار، تکرر ادرار</p>	<p>سیستیت</p> <p>- تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز - در صورت عدم بهبود با درمان فوق و یا عود بیماری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت</p>
		<p>ترشحات بدبو، خارش و سوزش در ناحیه تناسلی</p>	<p>واژینیت</p> <p>- در واژینیت کاندیدایی تجویز قرص یا پماد واژینال کلوتریمازول تا یک هفته - ارایه توصیه بهداشتی طبق خ ۸ - در صورت عدم بهبود یا تشخیص سایر موارد واژینیت: ارجاع به متخصص زنان</p>

این مورد در معرض شوک است. 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.

ت ۹- تهوع و استفراغ

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

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

ت ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

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

ارزیابی

سؤال کنید:
وضعیت حرکت جنین

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

گروه بندی و اقدام

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

ت ۱۱- ورم

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

ارزیابی

<p>سؤال کنید: سابقه بیماری (قلبی، کلیوی، تیروئید)، خشکی پوست، یبوست، احساس سرما</p> <p>تعیین کنید: پروتئین ادرار، اوره و کراتی نین، فشارخون، وضعیت وزن گیری</p> <p>معاینه کنید: قلب، ریه، تیروئید، اندامها (رنگ، حرارت عضو، نبض، درد، ورم)، پوست</p>

گروه بندی و اقدام

ت ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول و دوه بارداری	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا	HELLP syndrome	- درمان اکلامپسی طبق خ ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	زردی پیشرونده، استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر، فشارخون بالا	هپاتیت، کبد چرب بارداری	- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - رعایت نکات بهداشتی در صورت احتمال هپاتیت - ارجاع فوری
	بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتها، سابقه بیماری انگلی	بیماری های خونی و یا عفونی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده	آنمی شدید	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)
	هموگلوبین ۱۰-۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده	آنمی متوسط	- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز (۲۰۰ میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص
هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد	آنمی خفیف	- تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - درخواست آزمایش اندکس رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها: ارجاع غیر فوری به متخصص	

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون

معاینه کنید:

چشم (ملتحمه، اسکلرا)، کبد و طحال

گروه بندی و اقدام

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

ت ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

ارتفاع رحم نامناسب

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

وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)

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

ت ۱۴- حاملگی طول کشیده/ مشکلات پوستی

حاملگی طول کشیده

اقدام	تشخیص احتمالی	معیار تشخیص	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت - در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین: اقدام طبق ت ۱۰ 	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۱ و یا بالاتر	<p>سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی</p> <p>تعیین کنید: سن بارداری، صدای قلب جنین</p>

گروه بندی و اقدام

مشکلات پوستی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان 	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخچه)	بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	نیمه اول و دوه بارداری	<p>سؤال کنید: آبریزش از بینی، خارش پوست</p> <p>تعیین کنید: درجه حرارت</p> <p>معاینه کنید: شکل و نوع ضایعه پوستی</p>
ارجاع غیر فوری به متخصص پوست	بیماری خونی، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وژیکول، پاپول، تاول، پوسچول		
<ul style="list-style-type: none"> - توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده - تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت تا یک هفته) - در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان 	کلستاز بارداری	خارش پوستی		

گروه بندی و اقدام

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

ت ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری

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

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

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

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

۱- آرتريت روماتويد	صفحه ۴۵	۱۰- پرولاكتينوما	صفحه ۴۶	۱۹- كم كاري تيروئيد	صفحه ۴۷
۲- آسم	صفحه ۴۵	۱۱- پيوند كلييه	صفحه ۴۶	۲۰- لوپوس	صفحه ۴۷
۳- اختلال انعقادي	صفحه ۴۵	۱۲- تالاسمي مينور	صفحه ۴۶	۲۱- مالتیپل اسكروزيس	صفحه ۴۷
۴- ايدز	صفحه ۴۵	۱۳- ترومبوآمبولي (سابقه)	صفحه ۴۶	۲۲- ميگرن	صفحه ۴۶
۵- ايسكمي قلبي	صفحه ۴۵	۱۴- تورچ	صفحه ۴۶	۲۳- نازايي	صفحه ۴۷
۶- بيماري هاي دريچه اي قلب	صفحه ۴۵	۱۵- ديابت / ديابت در خانواده	صفحه ۴۶	۲۴- ناهنجاري هاي اسكلتي	صفحه ۴۷
۷- بيماري هاي گوارشي	صفحه ۴۵	۱۶- سل	صفحه ۴۶	۲۵- ناهنجاري هاي دستگاه تناسلي	صفحه ۴۷
۸- بيماري هاي مزمن كلييه	صفحه ۴۵	۱۷- سابقه يا ابتلا به سرطان پستان	صفحه ۴۶	۲۶- هپاتيت	صفحه ۴۷
۹- پرکاری تیروئید	صفحه ۴۶	۱۸- صرع	صفحه ۴۷		

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

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

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

عنوان

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

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۹ پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی مازول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۱۰ پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۱ پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، بررسی پروتئین و باکتری ادرار و کراتی نین، درخواست تست تحمل گلوکز در هفته ۲۶ بارداری - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۲ تالاسمی مینور - میزان هموگلوبین بین ۸ تا ۱۰ گرم در صد در سه ماهه دوم بارداری و یا - میزان هموگلوبین بین ۹ تا ۱۱ گرم در صد نزدیک ترم	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تجویز مکمل های دارویی طبق خ ۶ - در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم در صد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم در صد نزدیک ترم باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری مادر به مرکز تخصصی و یا مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ژنتیک برای معرفی (هفته ۹ تا ۱۴) به مرکز تشخیص پیش از تولد تأیید شده عضو شبکه کشوری PND و بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماژور
۱۳ ترومبو آمبولی (سابقه)	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۴ تورچ	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- در صورت شک به ابتلا مادر: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سرولوژی و تصمیم گیری برای ادامه بارداری
۱۵ دیابت/ دیابت در خانواده	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزومی، سقط	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان برای تبدیل و یا شروع انسولین و دریافت پسخوراند از متخصص در مورد برنامه مراقبت بارداری مادر - در صورت سابقه دیابت در خانواده: درخواست GCT در اولین مراجعه - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارایه توصیه تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث دیابت) - در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی: درمان مانند زمان غیر بارداری
۱۶ سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات	- درمان مانند سایر زمان غیر بارداری با توجه به دو نکته زیر: الف) منع تجویز آمپول 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 ایزونیاژید
۱۷ سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

ت ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

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

ت ۱۷- اختلالات روانی / همسرآزاری

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

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

ت ۱۸ - سایر موارد خطر در بارداری فعلی

۱۱- حاملگی ناخواسته صفحه ۵۱

۱۲- سن بارداری نامشخص صفحه ۵۱

۱۳- شغل سخت و سنگین صفحه ۵۱

۱۴- شیردهی همزمان با بارداری صفحه ۵۲

۱۵- فاصله بارداری کمتر از ۳ سال صفحه ۵۲

۱۶- قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر صفحه ۵۲

۱۷- مصرف الکل صفحه ۵۲

۱۸- ناسازگاری های خونی صفحه ۵۲

۱۹- نمایه توده بدنی غیر طبیعی صفحه ۵۲

۱- اعتیاد/ مصرف سیگار و دخانیات صفحه ۵۰

۲- بارداری اول صفحه ۵۰

۳- بارداری پنجم و بالاتر صفحه ۵۰

۴- بارداری زیر ۱۸ سال صفحه ۵۰

۵- بارداری بالای ۳۵ سال صفحه ۵۰

۶- بارداری با IUD صفحه ۵۰

۷- بارداری با قرص/ آمپول/ کاشتنی صفحه ۵۱

۸- بارداری با TL صفحه ۵۱

۹- تروما صفحه ۵۱

۱۰- چندقلویی صفحه ۵۱

ت ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

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

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۷	بارداری با قرص لاینسترونول (POP)، قرصها و آمپول های ترکیبی، کاشتنی ها	- در صورت تأیید بارداری: درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری - در صورت استفاده از آمپول: توجه به رشد جنین - قطع مصرف قرص لاینسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی - خارج کردن کاشتنی ها
۸	بارداری با TL	- درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم در هفته های اول بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع فوری مادر
۹	تروما	- در صورت تروما به شکم و پهلوها: ارجاع فوری به بیمارستان - در صورت تروما به سایر نقاط بدن: درمان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری به بیمارستان
۱۰	چندقلویی	- افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، پره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید، نوزاد کم وزن
۱۱	حاملگی ناخواسته	- توصیه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)، محدودیت فعالیت و استراحت بیشتر - تجویز مکملهای دارویی به صورت ۲ عدد قرص آهن در روز - بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - تأکید بر انجام سونوگرافی - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری
۱۲	سن بارداری نامشخص	- افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری
۱۳	شغل سخت و سنگین	- افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس
		- حمایت روانی مادر - آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی - در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی در مادر و اقدام طبق ت ۱
		- گرفتن شرح حال دقیق - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری - اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای نیمه دوم بارداری برای تأیید سن بارداری
		- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر - پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین - در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۴	شیردهی همزمان با بارداری	- ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۲۰ 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 کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)
۱۵	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	افزایش احتمال آنمی و مشکلات تغذیه ای
۱۶	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه) - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
۱۷	مصرف الکل	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی
۱۸	ناسازگاریهای خونی (ارهای منفی مادر و ارهای مثبت پدر)	- پیگیری وضعیت مادر با آزمایش کومبس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۳۰-۲۶ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان - در صورت منفی بودن آزمایش کومبس غیر مستقیم: تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته ۲۸ بارداری - تأکید بر تزریق آمپول رگام در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، تروماهای منجر به خونریزی و بررسی های تشخیصی (آمنیوسنتز) - در صورت مثبت بودن ارهای نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان
۱۹	نمایه توده بدنی غیرطبیعی	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت
		- در صورت نمایه توده بدنی بالاتر یا مساوی ۳۰: در خواست GCT در اولین مراجعه - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث نمایه توده بدنی)

ت ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

۱- آتونی

صفحه ۵۴

۲- پره اکلامپسی

صفحه ۵۴

۳- جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی

صفحه ۵۴

۴- چندقلویی

صفحه ۵۴

۵- دیابت بارداری

صفحه ۵۴

۶- زایمان دیررس

صفحه ۵۴

۷- زایمان زودرس

صفحه ۵۴

۸- زایمان سخت / زایمان سریع

صفحه ۵۴

۹- سزارین

صفحه ۵۴

۱۰- سقط مکرر / دیررس، حداقل ۲ بار سقط خود به خودی

صفحه ۵۴

۱۱- مرده زایی

صفحه ۵۵

۱۲- مرگ نوزاد

صفحه ۵۵

۱۳- مول / حاملگی نابجا

صفحه ۵۵

۱۴- نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

صفحه ۵۵

۱۵- نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم

صفحه ۵۵

۱۶- نوزاد ناهنجار

صفحه ۵۵

ت ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

ت ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی (ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۱	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<ul style="list-style-type: none"> - اطلاع از زمان و علت وقوع مرگ جنین قبلی - درخواست GCT در اولین مراجعه و در هفته ۲۸-۲۴ بارداری و بررسی از نظر بیماری زمینه ای - بررسی دقیق وضعیت حرکت و صدای قلب جنین و تناسب رشد جنین با سن بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (کاهش حرکت جنین، لکه بینی) - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
۱۲	مرگ نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در نیمه اول بارداری
۱۳	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<ul style="list-style-type: none"> - درخواست سونوگرافی در هفته ۱۰-۶ بارداری برای تعیین سلامت جنین، وضعیت و محل محصول بارداری به دلیل احتمال عود - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر (خونریزی، لکه بینی و...) - ادامه مراقبت ها در صورت گزارش طبیعی سونوگرافی - در صورت هر گزارش غیرطبیعی یا دیده نشدن ساک حاملگی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
۱۵	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<ul style="list-style-type: none"> - تعیین دقیق سن بارداری - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای - ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه) - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش) - در صورت تشخیص بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
۱۶	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<ul style="list-style-type: none"> - تعیین دقیق سن بارداری - درخواست GCT در اولین مراجعه - تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان - در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - از هفته ۳۶ بارداری به بعد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تصمیم گیری زایمان
۱۷	احتمال تکرار در بارداری فعلی	<ul style="list-style-type: none"> - در صورت وجود سابقه نقص لوله عصبی مانند آنانسفالی و مننگومیلوسل: تأکید به مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک (۴ قرص) پیش از بارداری تا هفته ۱۶ بارداری - ارجاع غیر فوری مادر به متخصص زنان در اولین ملاقات برای انجام آزمایش های تخصصی و دریافت پسخوراند از متخصص در مورد برنامه مراقبت بارداری مادر

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

ث ۱- ارزیابی اولیه زایمان	صفحه ۵۷
ث ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان	صفحه ۵۸
ث ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان	صفحه ۵۹
ث ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان	صفحه ۶۰
تعاریف مراقبت های زایمان و بلافاصله پس از زایمان	صفحات ۶۱-۶۶

ث ۱- ارزیابی اولیه زایمان

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

ابتدا علائم فطر فوری را برمسب مرحله زایمان ارزیابی کنید:

- تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری، شوک
- خونریزی
- تنفس مشکل
- احتباس جفت
- وارونگی رحم
- دیستوشی شانه

در صورت وجود هر یک از علائم

بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱، ج ۳، ج ۴، ج ۱۱

فطر
نبود، صورت
در صورت

تعیین مرحله زایمان

مرحله دوم به بعد

اقدام هر مرحله زایمان طبق ث ۲ تا ث ۴

مرحله اول زایمان

ارزیابی اولیه

- 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)

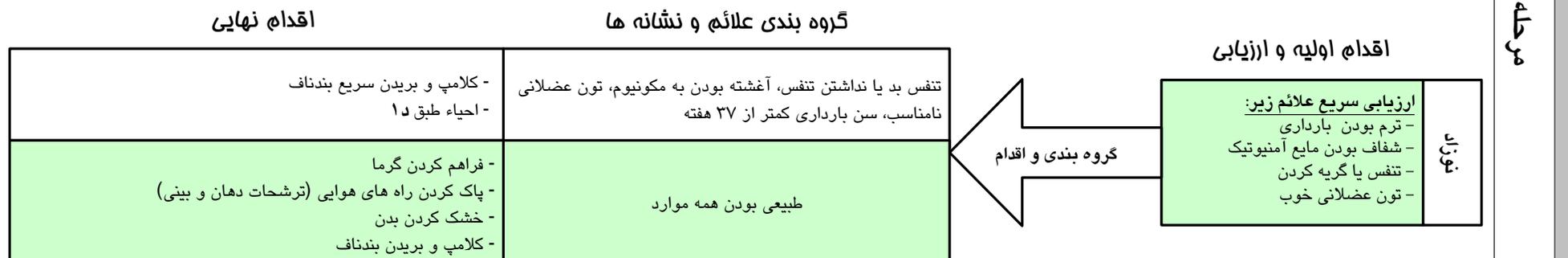
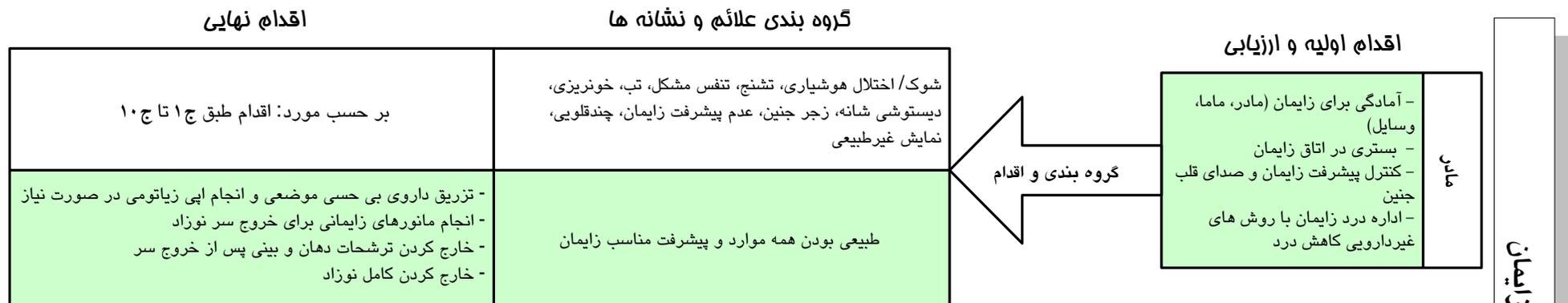
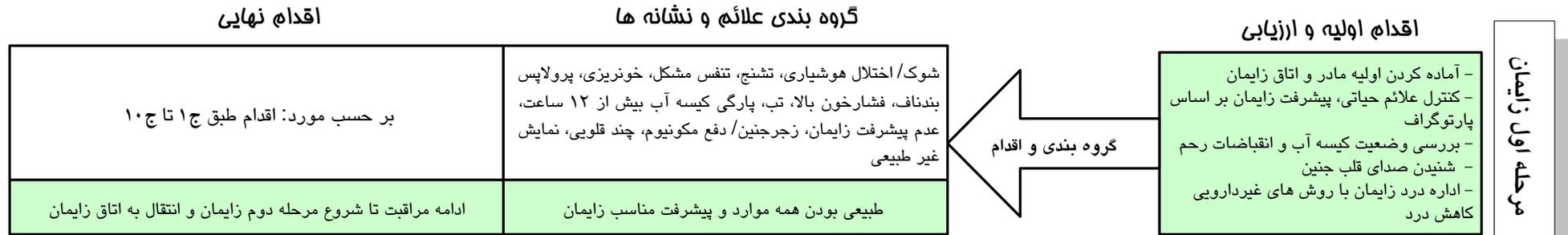
گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

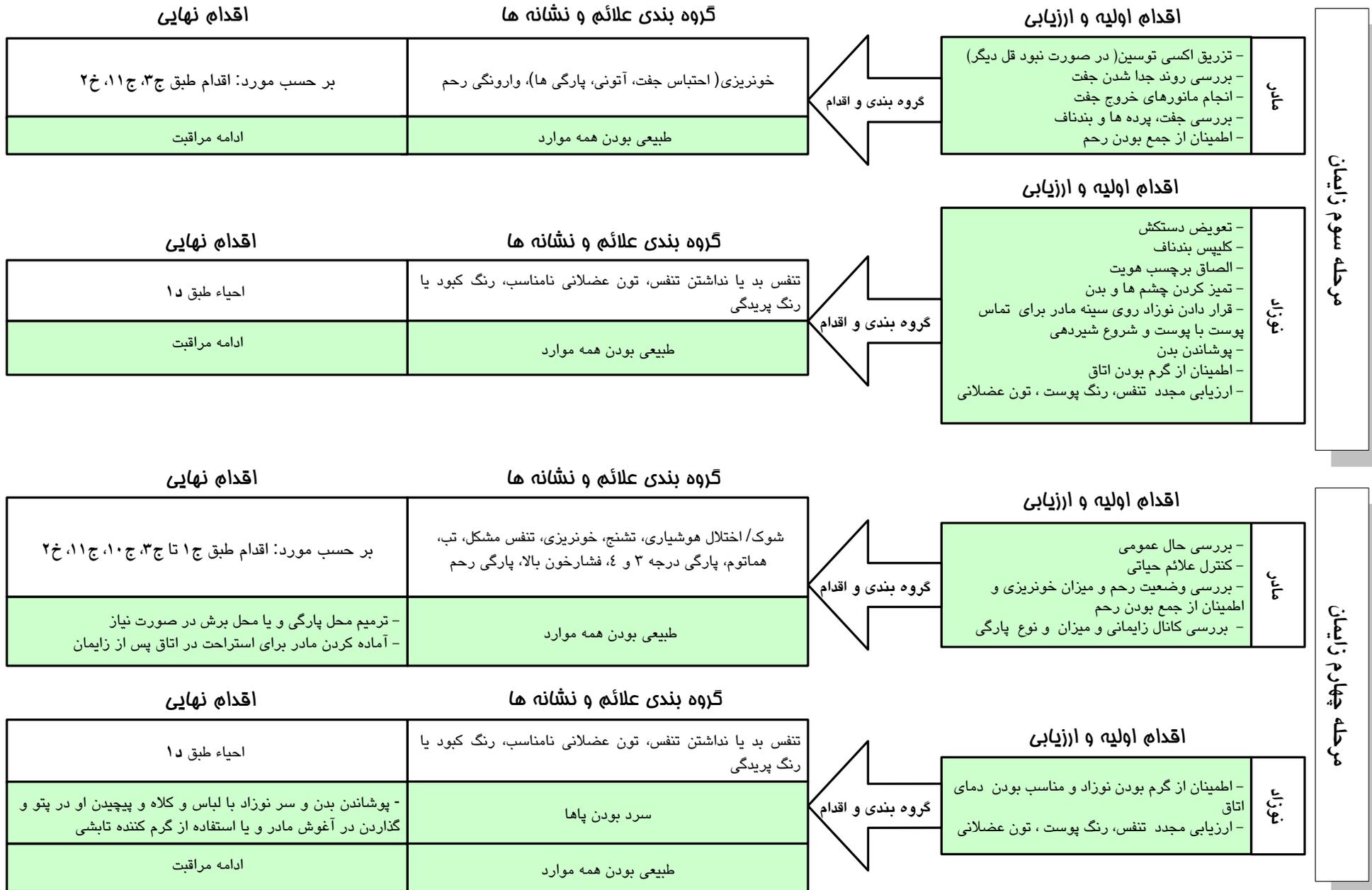
اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲، ج ۵ تا ج ۹	فشارخون بالا، زجرجنین/ دفع مکرنیوم، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب، پرولاپس بندناف، نمایش غیرطبیعی
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱۲	بیماری ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱۰	چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از ۴۰، جنین ناهنجار، اعتیاد به مواد مخدر، الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵سال، ارهاس منفی، گراند مولتی پار، تب، هیپاتیت/HBsAg مثبت، هرپس ژنتیال، ضایعات ولو، ابعاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمنیوس
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱۳	سوابق بارداری و زایمان قبلی: زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آتونی، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیش از ۴۰۰۰ گرم، جنین ناهنجار، مرده زایی، مرگ نوزاد
بستری در اتاق درد و اقدام طبق ث ۲	طبیعی بودن همه موارد

اقدام

ث ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



ث ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان



ث ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

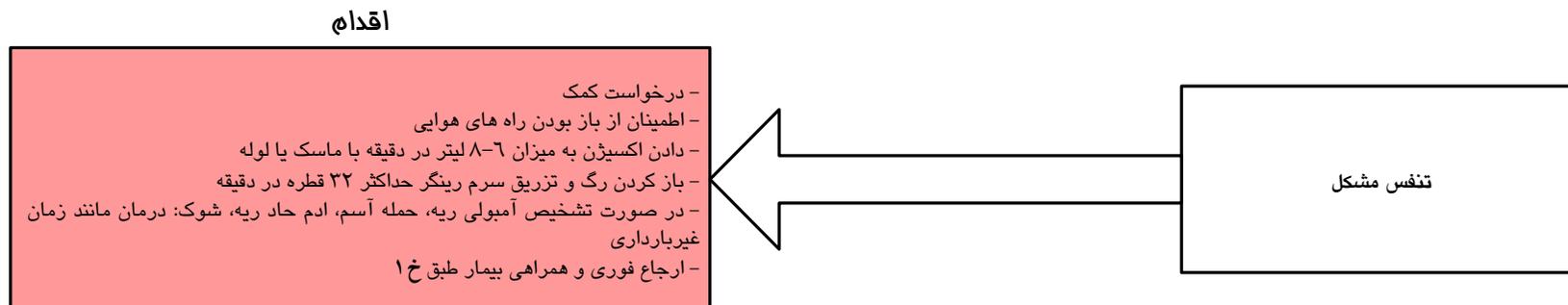
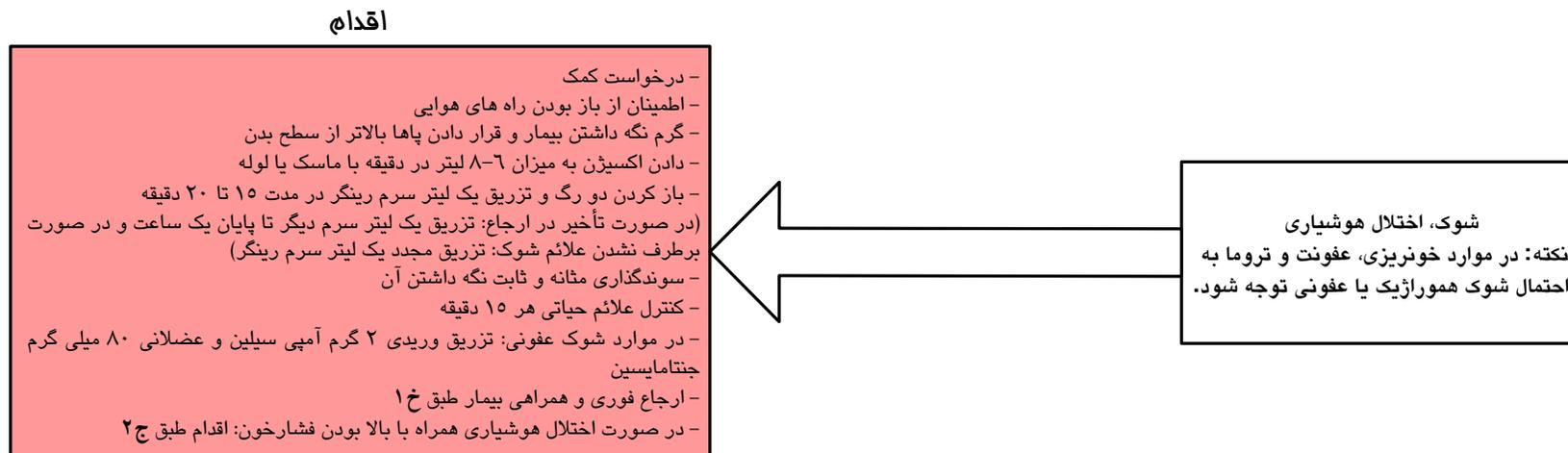
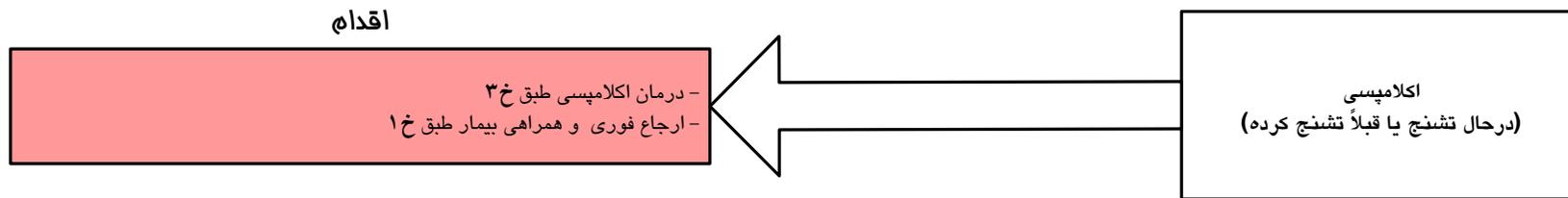
اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی		
بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۱ تا ج ۳، ج ۱۰، ج ۱۱، ج ۲	شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، همتوم، احتباس ادرار	<table border="1"> <tr> <td>مادر</td> <td> - بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان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

اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی		
بر حسب مورد: اقدام طبق ۲۵ تا ۵۵ و آخرین خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد	<table border="1"> <tr> <td>نوزاد</td> <td> - اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد) </td> </tr> </table>	نوزاد	- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد)
نوزاد	- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد)			
احیاء طبق د ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی			
- 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 د ۲	سرد بودن نوزاد			
- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول - تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدو تولد نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق د ۱ - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص	طبیعی بودن همه موارد			

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

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

ج ۱- علائم خطر فوری



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

ج ۲- فشارخون بالا



* نوزاد مادرانی که در زمان زایمان، سولفات منیزیوم در یافت 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.

ج ۳- خونریزی

مرهله زایمان	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
حین زایمان	*	انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام زایمان - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان - ارجاع فوری مادر و نوزاد طبق خ ۱
	*	سابقه لکه بینی در بارداری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم انجام معاینه واژینال - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱
	*	درد سید و ناگهانی شکم، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱
بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)	*	رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم - تخلیه مثانه و ماساژ دودستی رحم طبق خ ۲ - تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم مترژن با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از ۱۵ دقیقه - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه - در صورت شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق خ ۴ و ارجاع فوری و همراهی طبق خ ۱
	*	رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت - افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم - انجام کوراژ طبق خ ۴ - در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱
	*	رحم جمع است	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی و ترمیم محل پارگی طبق خ ۲ - بررسی مجدد جفت - کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم - در صورت پارگی های ۳ و ۴ یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق خ ۱

ارزیابی

سؤال کنید:

سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم

تعیین کنید:

تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:

انقباضات و تونسیته رحم، وضعیت جفت

گروه بندی و اقدام

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

** خونریزی بلافاصله پس از زایمان یعنی حتی پس از ماساژ رحم، خون زیر باسن مادر جمع شود و یا یک پد/نوار بهداشتی در مدت ۱۰ دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

ج ۴- عدم پیشرفت زایمان

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

ج ۵- زجر جنین / دفع مکنونیوم

اقدام	معیار تشخیص	ارزیابی
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب انجام زایمان</p> <p>- ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد</p> <p>- احیاء نوزاد طبق ۱۰</p> <p>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد</p>	<p>دفع مکنونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین</p> <p>دفع مکنونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن</p> <p>افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه</p>	
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق خ ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- در صورت پارگی کیسه آب: اطمینان از نبود پرولاپس بندناف انجام زایمان</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- ارجاع مادر و نوزاد پس از زایمان طبق خ ۱</p>	<p>افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب</p>	

گروه بندی و اقدام

ج ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

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

ارزیابی

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

معاینه مهبل، ارتفاع رحم

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

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

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

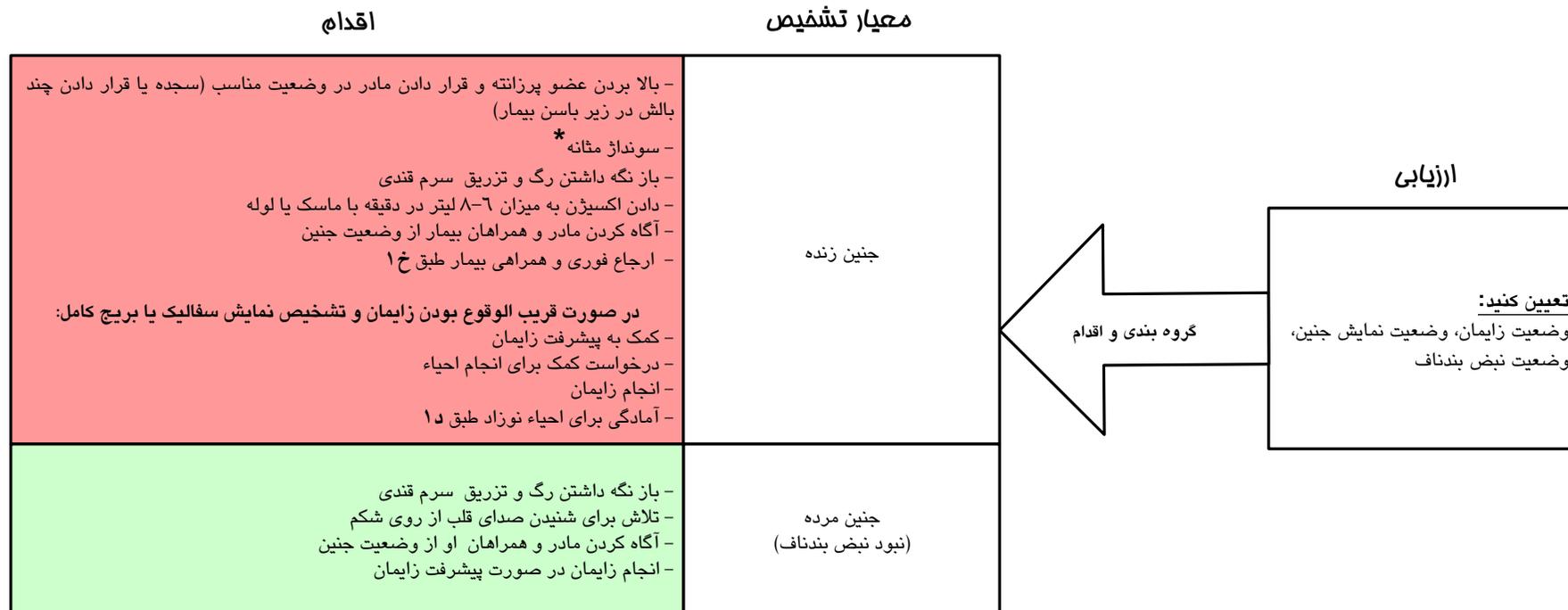
ج ۷- پارگی کیسه آب

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

ارزیابی



ج ۸- پرو لاپس بندناف



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

ج ۹- نمایش غیرطبیعی

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

ارزیابی

تعیین کنید:

سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین

معاینه کنید:

واژینال، لئوپولد

گروه بندی و اقدام

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

۱۰- شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال صفحه ۷۹

۱- آنمی متوسط تا شدید صفحه ۷۸

۱۱- ضایعات ولو صفحه ۷۹

۲- ابعاد نامتناسب لگن صفحه ۷۸

۱۲- قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر صفحه ۷۹

۳- اره‌اش منفی صفحه ۷۸

۱۳- گراند مولتی پار صفحه ۸۰

۴- اعتیاد به مواد مخدر صفحه ۷۸

۱۴- ماکروزومی صفحه ۸۰

۵- الیگوهیدرآمنیوس / تأخیر رشد داخل رحمی صفحه ۷۸

۱۵- مرگ جنین صفحه ۸۰

۶- پلی هیدرآمنیوس صفحه ۷۸

۱۶- هیپاتیت / HBsAg مثبت صفحه ۸۰

۷- تب صفحه ۷۸

۱۷- هرپس ژنیتال صفحه ۸۰

۸- جنین ناهنجار صفحه ۷۹

۱۸- نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ صفحه ۸۰

۹- چندقلویی صفحه ۷۹

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آنمی متوسط تا شدید	ارجاع فوری	- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی حین و پس از زایمان - در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین ۶ ساعت پس از زایمان و اقدام طبق ح ۷ - در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتواستاتیک: ارجاع فوری مادر و همراهی بیمار طبق خ ۱
۲ ابعاد نامتناسب لگن	- ارجاع فوری - در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با ست زایمان	
۳ ارهاش منفی	- انجام زایمان - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	
۴ اعتیاد به مواد مخدر	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان - ارجاع فوری به همراه ست و داروهای احیاء نوزاد	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان - معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم - عدم شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در مادر معتاد به هروئین - ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان اقدام پیش از ارجاع - در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد (بی قراری، ترمور، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و...): تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم به ازاء کیلوگرم وزن بدن از فنوباریتال یا ۱ یا ۲ میلی گرم دیازپام هر ۸ ساعت
۵ الیگوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری مادر با وضعیت خوابیده به پهلو چپ	- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکنیوم در مایع آمنیوتیک
۶ پلی هیدرآمنیوس	ارجاع فوری	- چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سرسوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با ننگ داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید.(به پرولاپس بندناف توجه کنید) - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم
۷ تب	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن - ارجاع فوری	- انجام زایمان - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - ارجاع فوری مادر - ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ح ۵

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

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

ج ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

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

ج ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

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

ج ۱۲- بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آسم	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت دریافت استروئید در ۴ هفته آخر بارداری: تزریق وریدی ۱۰۰ میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم ۸ ساعت پس از دوز اول - خودداری از تزریق پتدین - در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری - انجام زایمان
۲ HIV مثبت	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان - پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد - مشاوره با مادر در مورد منافع و خطرات شیردهی مادر آلوده - ارجاع غیرفوری مادر و نوزاد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
۳ بیماری های دریچه ای قلب	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تعیین نوع بیماری تا حد امکان - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - انجام زایمان - در صورت افزایش ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس بیش از ۲۴ بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل انقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم نارسایی قلب و تنگی نفس - در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری - در صورت تنگی دریچه میترا: کاهش حجم وریدی - در صورت تنگی دریچه آئورت: تزریق سرم به میزان کافی - ارجاع فوری طبق خ ۱
۴ دیابت	ارجاع فوری	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان - انجام زایمان - ارجاع فوری مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق خ ۱ - ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ۲د

ج ۱۲- بیماری ها (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۵	سل	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان - اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتوکل کشوری برنامه سل - ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ث ژ
۶	سیفلیس	<ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان - ارجاع نوزاد در اولین فرصت - اطمینان از درمان مادر و همسر
۷	صرع	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ۱۵ - انجام زایمان
۸	هیپرتیروئیدی	<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه - توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید) - انجام زایمان - ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت

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

ج ۱۳ - سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

* امکان تکرار این موارد در بارداری وجود دارد.

چ-مراقبت های معمول پس از زایمان

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

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

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

تعاریف مراقبت های پس از زایمان صفحات ۸۸-۹۰

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

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام
 اقدام طبق ح ۱

علائم خطر
 بر صورت بنویس

ارزیابی

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

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

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

اندازه گیری کنید:
 علائم حیاتی

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

گروه بندی و اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها
بر حسب مورد: اقدام طبق ح ۲ تا ح ۸ و آخرین خانه زیر	خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، سرگیجه/رنگ پریدگی/ آنمی، تب، فشارخون بالا، درد
اقدام طبق ت ۱۷ و خانه زیر	همسرآزاری
- تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره تنظیم خانواده در ملاقات دوم طبق ح ۱۱ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

چ ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان

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



ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

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

اندازه گیری کنید:
 علائم حیاتی

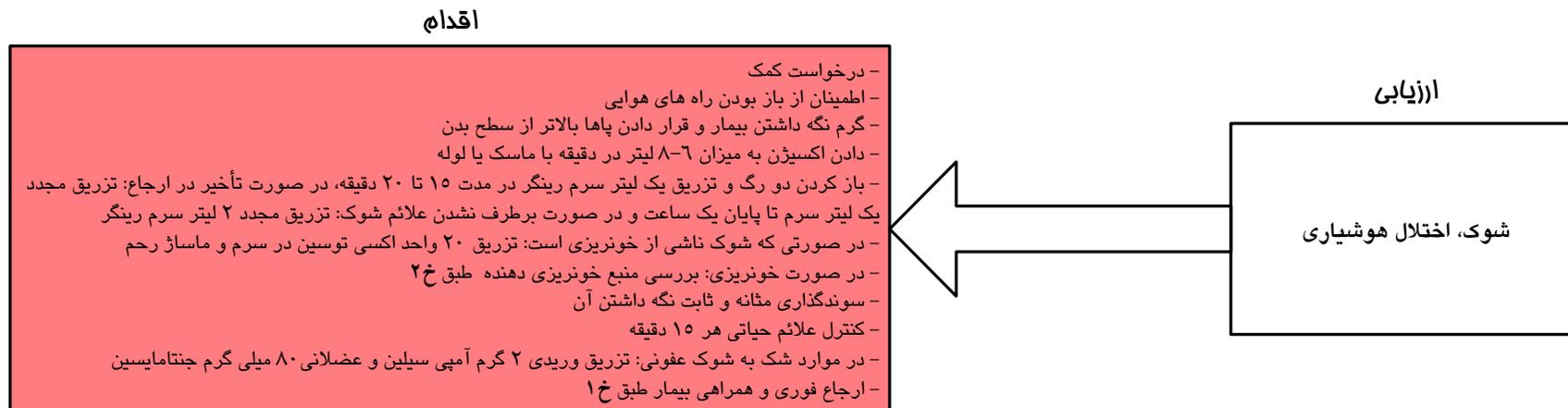
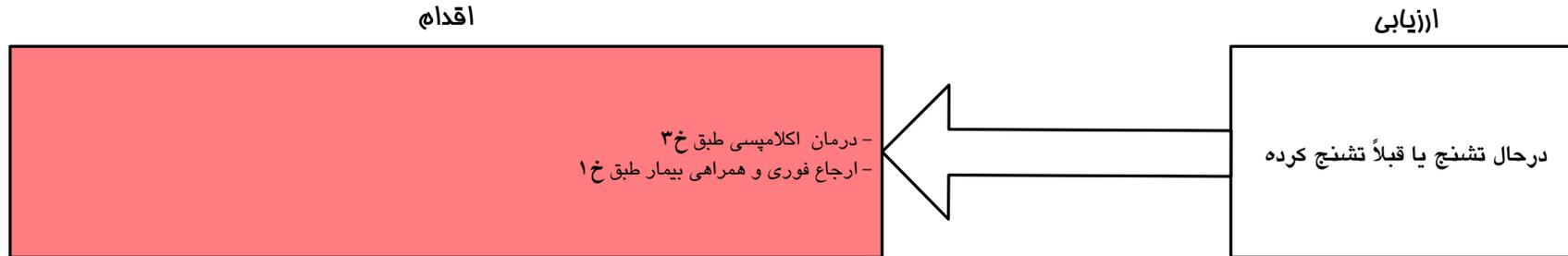
معاینه کنید:
 چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها

ح-مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

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

ح ۱- علائم خطر فوری



ح ۲- خونریزی / لکه بینی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگربه میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - ارجاع فوری طبق خ ۱ 	باقی ماندن تکه هایی از جفت، متریت	* خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگربه یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری طبق خ ۱ 	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
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	عفونت، پولیپ جفتی	خونریزی در حد قاعدگی از هفته سوم پس از زایمان به بعد
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	متریت خفیف	لکه بینی، درد شکم، رحم شل و بزرگ تر از حد طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> - ارایه توصیه های بهداشتی طبق خ ۹ - در صورت وجود ترشحات واژینال پس از ۴ هفته: درمان واژینیت طبق ح ۵ - در صورت ادامه لکه بینی پس از ۶۰ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان 	اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم	لکه بینی، شکم نرم و بدون تندرns، رحم جمع و بدون تندرns

ارزیابی

سؤال کنید:

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

معاینه کنید:

اندازه و قوام رحم

گروه بندی و اقدام

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

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

ارزیابی

<p>سؤال کنید: درد شکم، سوزش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استفراغ، لرز، خروج ترشحات چرکی یا بدبو از واژن، خونریزی، درد پستان، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری</p>
<p>تعیین کنید: درجه حرارت</p>
<p>معاینه کنید: محل بخیه، پستانها، اندازه و قوام رحم</p>

گروه بندی و اقدام

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

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

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

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

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

ح ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

گروه بندی و اقدام

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

ح ۶- اختلالات روانی

تشنیص احتمالی	گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام
<p>سایکوز یا علائم خطر فوری روانی</p>	<p>در مراحل اولیه: بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو، عصبانیت، تحریک پذیری</p> <p>در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زدودگی، تغییرات سریع خلق از مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار غیرعادی و آشفته، عقاید هذیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و...)، توهمات شنوایی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند</p>	<p>در مرحله پیشرفته: ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود)</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع:</p> <ul style="list-style-type: none"> در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی: آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار در صورت پرخاشگری و تحریک پذیری شدید: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی گرم- در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی ۲۰ دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستراپیرامیدال بروز کند، یک آمپول بی پریدین به صورت عضلانی تزریق شود. نکته: با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد، لازم است قبل از ارجاع، عوامل ارگانیک دلیریوم بررسی و براساس آن درمان شروع شود. <p>در مرحله اولیه و در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانواده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
<p>افسردگی ماژور</p>	<p>خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائق، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری، اضطراب</p>	<p>ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک</p>
<p>خطرعود بیماری روانی</p>	<p>سابقه اختلال روانی در دوران قبل از بارداری</p>	<p>آگاهی دادن به همسر و همراهان در مورد حمایت عاطفی مادر</p> <p>آموزش علائم خطر به همسر و همراهان</p> <p>در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر و یا فامیل مادر: بررسی علائم سایکوز در مادر در هر ملاقات</p> <p>در صورت پیشرفت علائم بیماری: ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک</p>
<p>افسردگی، اضطراب، وسواس</p>	<p>خلق افسرده و بی علائقی، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسواس فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس درد در نقاط مختلف بدن، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره</p>	<p>درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) مطابق دستورالعمل کشوری سلامت روان</p> <p>بررسی وضعیت رشد نوزاد (ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود)</p> <p>در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>
<p>اندوه پس از زایمان</p>	<p>شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداکثر تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب بی قراری</p>	<p>با دقت به صحبت و شکایات مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید.</p> <p>به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می یابد.</p> <p>به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادر آموزش دهید.</p> <p>در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز</p>

ارزیابی

بررسی کنید:

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

گروه بندی و اقدام

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

ح ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

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

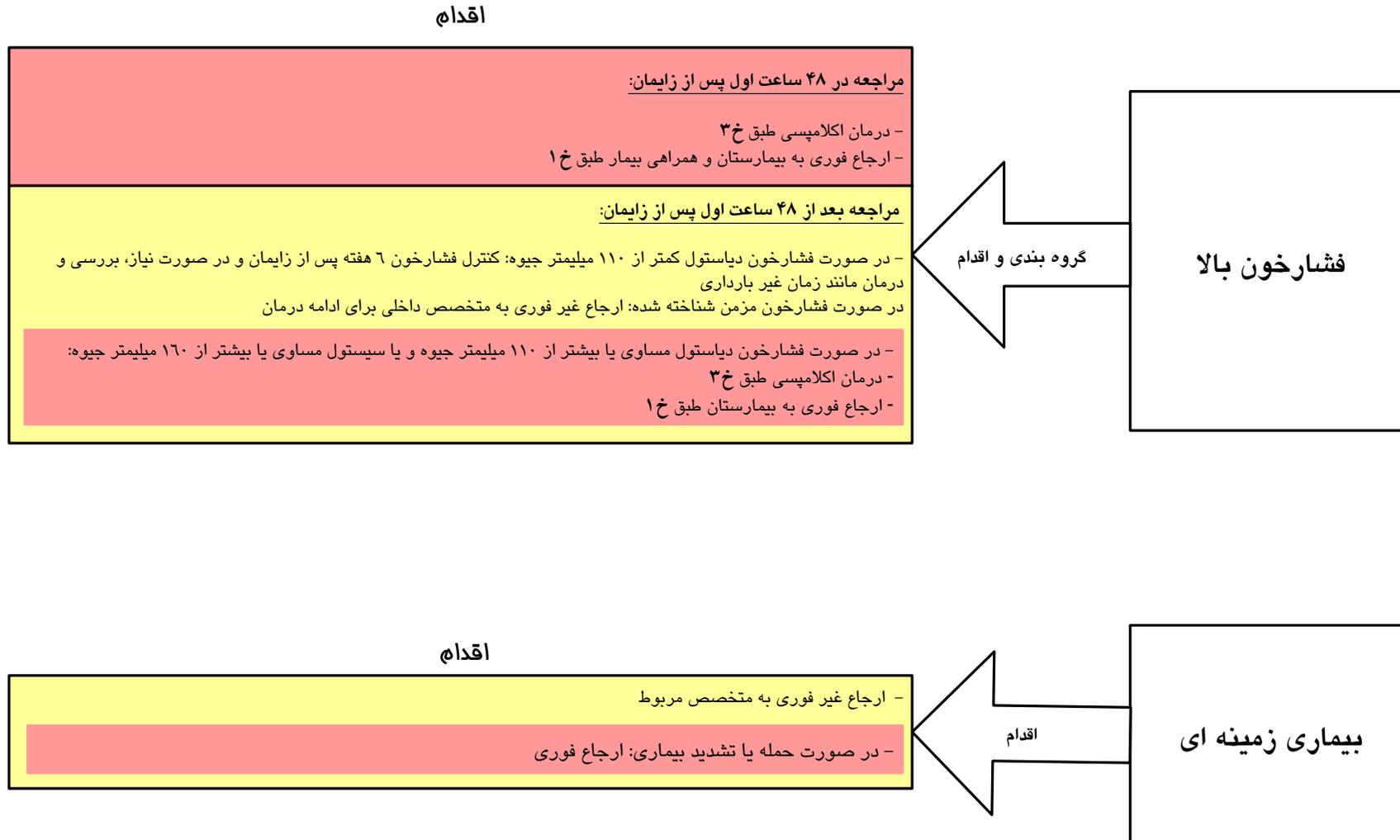
ارزیابی

تعیین کنید:
میزان هموگلوبین، علائم حیاتی

معاینه کنید:
ملتحمه چشم، مخاط ها

گروه بندی و اقدام

ح ۸- سایر موارد خطر



خ- راهنما

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

خ ۱- ارجاع فوری

اگر مادر نیاز به ارجاع فوری دارد:

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

خ ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده مامایی

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

بلافاصله پس از زایمان: اگر خونریزی پس از خروج کامل جفت ادامه دارد، رحم را معاینه کنید:
الف) در صورت شل بودن رحم (آتونی):

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

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

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

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

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

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

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

ولی در صورت خونریزی فعال از محل پارگی، با استفاده از نخ کرومیک ۳ صفر یا ۲ صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل 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. در صورت شکسته شدن سوزن جراحی حین ترمیم، از دستکاری خودداری، محل زخم پک شده و مادر ارجاع فوری شود.

خ ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

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

دستورالعمل تزریق سولفات منیزیوم

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

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

خ ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی (ادامه)

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

الف- رفلکس کشکک زانو وجود دارد.

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

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

نکات مهم:

۱- تزریق عضلانی سولفات منیزیوم هر ۴ ساعت یک بار (طبق دستورالعمل) حداقل تا ۲۴ ساعت پس از زایمان و یا آخرین تشنج بعد از زایمان ادامه یابد.

۲- در صورت ایست تنفسی، برقراری تهویه (لوله گذاری و دادن اکسیژن توسط ماسک و بگ) و تزریق آمپول گلوکونات کلسیم به میزان ۱۰ میلی لیتر (۱ گرم) از محلول ۱۰٪ به طور وریدی و آهسته در مدت ۱۰ دقیقه تا زمان برقراری تنفس را انجام دهید.

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم:

۱۰ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۲۰ میلی لیتر

۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۱۰ میلی لیتر

۴ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۸ میلی لیتر

۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۰ میلی لیتر

۵ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۵ میلی لیتر

۴ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۴۰ میلی لیتر

۵ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۵۰ میلی لیتر

دستورالعمل تزریق هیدرالازین

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

نکته:

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

دستورالعمل تزریق دیازپام

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

خ ۴- کوراژ

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

- ۱- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین یا ۱ گرم سفازولین توسط پزشک
 - ۲- تزریق وریدی ۵۰ میلی گرم پتدین توسط پزشک و در صورت نبود پتدین، تزریق وریدی ۱۰ میلی گرم دیازپام بسیار آهسته
 - ۳- اطمینان از خالی بودن مثانه
 - ۴- شستشوی پرینه و واژن با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل
 - ۵- انجام مانور کوراژ: با یک دست قله رحم را از روی شکم بگیرید و دست دیگر در حالتی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، را از راه واژن در مسیر بندناف در رحم وارد کنید. پس از لمس جفت، لبه آن را مشخص کرده و کناره داخلی دست (کنار انگشت کوچک) را بین لبه جفت و دیواره رحم قرار دهید. سپس با پشت دست که در تماس با دیواره رحم است، جفت را از محل چسبیدن آن به رحم به آرامی جدا کنید و به تدریج بیرون آورید. پرده ها را نیز با همین حالت با جدا کردن از دسیدوا خارج کنید. در صورت لزوم، از پنس گرد برای گرفتن پرده ها استفاده کنید.
نکته ۱: در صورت تشخیص چسبندگی جفت، از دستکاری بیشتر اکیداً خودداری کنید.
 - ۲: در حین کوراژ، به حال عمومی مادر توجه کنید.
 - ۶- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی توسین به صورت ۶۰ قطره در دقیقه را ادامه دهید. به دلیل احتمال پارگی در عمل کوراژ، لازم است واژن و سرویکس از نظر پارگی و رحم را از نظر جمع بودن بررسی کنید. در صورت نیاز، پارگی ها را ترمیم کنید.
 - ۷- اگر پس از خروج جفت، خونریزی ادامه داشت و یا از خروج کامل جفت مطمئن نبودید، مادر را ارجاع دهید. طبق خ ۱
- در صورتی که بیش از یک ساعت از زایمان گذشته است:
- معاینه واژینال کنید و اگر جفت در واژن نیست و دهانه رحم بسته است، از دستکاری خودداری نموده و مادر را ارجاع دهید. طبق خ ۱

خ ۵- وارونگی رحم

- ۱- شستشوی تمام رحم با بتادین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل
 - ۲- نگه داشتن رحم در یک پارچه گرم، مرطوب و استریل تا زمان آماده شدن همه شرایط
- الف) در صورتی که جفت جدا شده است:** با کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، قله رحم را به طرف بالا فشار داده و رحم را به جای اول برگردانید. پس از اطمینان از قرار گرفتن رحم در محل اصلی، ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم تزریق کرده، ماساژ دودستی را شروع کنید تا زمانی که رحم جمع شود. اگر رحم شل است، میزان سرم را افزایش داده و آمپول ارگومتترین (مترژن) به میزان ۰/۲ میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را ارجاع فوری دهید. طبق خ ۱
- ب) در صورتی که جفت به رحم چسبیده است:** از جدا کردن جفت خودداری کنید، زیرا با خونریزی شدید همراه است و با همان جفت چسبیده، رحم را به جای اول برگردانید و مادر را ارجاع فوری دهید. طبق خ ۱
- نکته ۱:** در هر دو حالت اگر رحم در جای طبیعی خود قرار نگیرد، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را ارجاع فوری دهید. طبق خ ۱
- نکته ۲:** به وجود علائم شوک در مادر توجه کنید و میزان سرم در یافتی را با توجه به حال عمومی مادر و میزان خونریزی تنظیم کنید.

خ ۶- مکمل های دارویی

بارداری:

- اسید فولیک:** از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود. مصرف این قرص از ۳ ماه قبل از بارداری توصیه شود.
- آهن:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن تجویز شود.
- مولتی ویتامین:** از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تجویز شود.
- نکته:** در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای ۴۰۰ میکرو گرم اسید فولیک است، نیاز به ادامه تجویز قرص اسید فولیک به صورت جداگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.
- پس از زایمان:**
- روزانه یک عدد قرص آهن و یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال یا ساده تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

خ ۷- زایمان در منزل

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

۱- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان

۲- **شرایط اتاق زایمان:** بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:

اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت. کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مشمع یا نایلون بزرگ هنگام زایمان پوشانده شود. درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود. اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. (بهتر است لامپ ۶۰ وات، سرپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد) بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت سوز و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود داشته باشد. وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.

وسایل خواب مانند لحاف، پتو، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.

وسایل مورد نیاز زایمان و وسایل مادر و نوزاد در اتاق قرار داده شود.

به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.

در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند، ضروری است.

در ۶ ساعت اول پس از زایمان به منظور کاهش خطر انتقال عفونت و حفظ آرامش مادر و عامل زایمان، باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را محدود کرد.

۳- **وسایل لازم در اتاق زایمان:** بهتر است حداقل ۴ هفته قبل از تاریخ تعیین شده برای زایمان، وسایل مورد نیاز فراهم شود. این وسایل شامل:

حداقل ۴ ملحفه تمیز. ملحفه ها باید قبلاً شسته شده و در آفتاب خشک شود.

مشمع نایلونی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق

وسایل مادر: ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی

وسایل نوزاد: رختخواب نوزاد (تتشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک

دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله

۴- **وسایل مورد نیاز زایمان:** وسایلی که باید در کیف مامایی قرار داده شود، شامل:

- گوشی مامایی

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج

- درجه حرارت سنج دهانی

- گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز

- پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد

- کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد

- دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)

- کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد

- صابون و جاسابونی، حوله دست

- نوار متری

- پوار حداقل ۲ عدد

- چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)

- مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰

- وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)

- ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد

- حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰

- مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین

- فرم ثبت مراقبت های زایمان

خ ۷- زایمان در منزل (ادامه)

چند توصیه برای همراه مادر

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

احتیاطات همه جانبه

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

ایجاد ارتباط با مادر

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

خ ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.
ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.
لوکوره: تعویض روزانه لباس زیر، شستن پرینه با آب معمولی و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی را توصیه کنید.

خ ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت خودداری کند.
بهداشت فردی: شستشوی ناحیه تناسلی از جلو به عقب، خشک نگه داشتن آن، تعویض مرتب نوار بهداشتی تا کاهش میزان ترشحات، استحمام روزانه را توصیه کنید.

خ ۱۰- مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

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

۵- آمینوسالیسیلیک اسید	- آتلولول	- پیریمیدون
- سولفاسالازین	- کلاماستین	
- آسپیرین (سالیلات)	- فنوباربیتال	

خ ۱۱- مشاوره و توصیه های تنظیم خانواده

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

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV یا ایدز

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

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

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

روش های قابل استفاده برای مادران شیرده

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

روش های قابل استفاده برای مادران غیر شیرده

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

خ ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر

انجام هر ۳ سال یک بار پاپ اسمیر در خانم های حداقل یک بار ازدواج کرده ۲۰ تا ۶۵ سال مشروط بر این است که خانم حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد.

زنانی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هستند، عبارتند از:

- زنانی که در سنین پایین ازدواج می کنند؛
- زنانی که همسرشان، ختنه نشده است و یا بیش از یک شریک جنسی دارد و یا قبلاً همسر مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته است؛
- زنانی که چندین بار ازدواج کرده اند و یا بیش از یک شریک جنسی دارند؛
- زنانی که دخانیات مصرف می کنند. (هر چه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد، خطر ابتلا افزایش می یابد)

در مورد خانمی که در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس باشد، تعداد دفعات و فواصل انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک خواهد بود.

در مورد خانمی که سابقه حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال را ندارد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس هم نیست، باید سالی یک بار تا ۳ سال پاپ اسمیر انجام دهد.

خ ۱۳ - داروهای روان پزشکی در بارداری

چند توصیه کلی:

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 سؤال که کدام داروی روان گردان در بارداری بی خطر است، غیر ممکن است. در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.

در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود. (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی) بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده، قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو، ضروری است. با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی **با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روان پزشک**، داروی روان گردان را تجویز نمایند. تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است. چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.

داروهای ضد جنون

هیچ شاهد قطعی دال بر تراژدیک بودن این داروها وجود ندارد. در سه ماهه اول بارداری، فقط در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند و یا بستری کردن به تنهایی برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.

در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالیهای جنینی 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 پر قدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است. در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنوتیازینی (پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.

داروهای ضد افسردگی

دوران بارداری و شیردهی

افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود، ولی در صورت تمایل مادر به خودکشی، علائم نباتی (خواب، اشتها و...) شدید و غیر قابل تحمل و همراه بودن علائم سایکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.

داروهای سه حلقه ای: اگر چه تراژدیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمان، سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.

داروهای مهارکننده مونوآکسیداز: تجویز در بارداری ممنوع است.

داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین: تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و...) شدید افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود. در درمان افسردگی بعد از زایمان، ابتدا درمان حمایتی (روان درمانی حمایتی) برای سازگاری بیشتر مادر با استرسهای جدید زندگی صورت می گیرد، ولی بسته به شدت علائم باید درمان دارویی نیز مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به این که بسیاری از زنان از مصرف دارو اجتناب می کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و بینش درستی از اثرات مفید این نوع درمان بر روی تعامل با کودکش به دست آورد.

بیماری که علائم سایکوز یا افسردگی ندارد، می تواند در مورد نوع درمان تصمیم بگیرد.

در مادری که سابقه افسردگی پس از زایمان دارد، اگر طی ۱۲ ساعت اول بعد از زایمان، داروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.

خ ۱۳ - داروهای روان پزشکی در بارداری (ادامه)

داروهای ضد مانیا و لیتیم

در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است. در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.

اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر گواتر بررسی شود، هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، القاء زایمان مورد توجه قرار گیرد. نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.

مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال اسپینا بیفیدا در ۱ تا ۵ درصد موارد همراه است. در دوران شیردهی، اگر تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.

بنزودیازپین ها

در سه ماهه اول بارداری، از تجویز دیازپام اجتناب شود.

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

خ ۱۴ - مصرف داروها در بارداری

داروهایی که در بارداری منع مصرف دارد:

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

د-ارزیابی نوزاد

(۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

د۱- احیاء نوزاد/ تعاریف احیاء نوزاد صفحات ۱۱۲-۱۱۳

د۲- نشانه های خطر صفحه ۱۱۴

د۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد صفحه ۱۱۵

د۴- صدمات زایمانی/ ناهنجاری صفحه ۱۱۶

د۵- عفونت های موضعی صفحه ۱۱۷

د ۱- تعاریف احیاء نوزاد

لوله گذاری داخل تراشه

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

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

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

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

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

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

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

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

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 کتاره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت ۴۰ تا ۶۰ بار در دقیقه و به مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- اجازه دهید والدین فرزند فوت شده یا در حال فوت شان را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش بکشند.

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

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

نالوکسان هیدروکلراید mg/kg ۰/۱ سریع تجویز شود

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

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

فنوباربیتال (برای تشنج).... تجویز آهسته ۲۰ mg/kg به صورت IV (mcg/kg/min) ۰/۱، ممکن است باعث تضعیف تلاش تنفسی شود.

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

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

داخل وریدی: IV

داخل عضلانی: IM

۲- نشانه های خطر

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم یا نشانه ها	ارزیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د ۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی جز در حالت هیپرترمی</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>- در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>- تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>- در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>عفونت باکتریال شدید</p>	<p>تب مادر حین زایمان یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۱۸ ساعت، تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر، تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر، توکشیده شدن قفسه سینه، تشنج، ناله کردن، کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول، درجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا سیانوز، تونیسیته عضلانی غیرطبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها، غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب، استفراغ مکرر، توده شکمی، کاهش قدرت مکیدن یا شیر نخوردن، اتساع شکم(دیستانسیون)</p>	<p>تعین کنید:</p> <p>مادر: درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب</p> <p>نوزاد: وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیسیته عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ مکرر</p> <p>گروه بندی و اقدام</p>

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

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

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

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

ارزیابی

تعیین کنید:
سن بارداری، وزن

گروه بندی و اقدام

د ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

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

د- عفونت های موضعی

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر - تاول های بزرگ چرکی 	عفونت شدید پوستی	<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع فوری نوزاد <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <ul style="list-style-type: none"> - احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د ۱ - گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی بجز در حالت هیپوترمی - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق د ۲
تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم	عفونت شدید چشم	<ul style="list-style-type: none"> - تزریق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق د ۲ - ارجاع در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماری STI احتمالی - ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان
خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها	عفونت خفیف چشم	<ul style="list-style-type: none"> - شستن دستها با آب تمیز و صابون و تمیز کردن چشم نوزاد به آرامی با استفاده از پارچه تمیز و مرطوب - تجویز قطره سولفاستامید چشمی ۱۰% یک قطره هر ۳ ساعت تا مدت ۵ روز یا پماد تتراسایکلین ۱% چشمی ۴ بار در روز تا قطع ترشحات - توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد
وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد	عفونت خفیف پوستی	<ul style="list-style-type: none"> - شستن دستها با آب تمیز و صابون و پاک کردن چرک به آرامی با استفاده از آب جوشیده سرد شده - خشک کردن محل عفونت با پارچه تمیز - تجویز بتادین و یا پماد پوستی تتراسایکلین ۳ بار در روز - توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد

ارزیابی

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

گروه بندی و اقدام

ذ-مراقبت از نوزاد

صفحات ۱۱۹-۱۲۰

ذ-مراقبت از نوزاد

ذ ۱ - مراقبت از نوزاد

به مادر آموزش دهید:

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

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

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

مراجعه کند:

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

گرم نگه داشتن نوزاد

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

زمان مراقبت های معمول نوزاد

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

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

مراقبت از بندناف

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

پیشگیری از سوانح و حوادث

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

خواباندن نوزاد

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

مراقبت از چشم

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

ذ ۱ - مراقبت از نوزاد (ادامه)

به مادر آموزش دهید:

تغذیه با شیر مادر:

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

طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

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

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

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

در موارد دو قلویی:

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

حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و نهایتاً اندام ها را لخت کرده و بشوید.
- هیچگاه به صورت نوزاد صابون یا شامپو نزنند. صورت، چشم ها و پشت گوشها را با یک تکه پنبه نرم که در آب گرم مرطوب شده است، تمیز نماید.
- ترشحات ناحیه تناسلی دختران و احياناً مختصر خونریزی از آن طبیعی است، آن را دستکاری نکند.
- در اولین فرصت ممکن برای ختنه نوزاد پسر اقدام کند.
- برای گرفتن خون پاشنه پا نوزاد به منظور کنترل از نظر هیپوتیروئیدی، مادر حتماً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

ضمائم

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

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

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

فرم ها:

فرم مراقبت پیش از بارداری

فرم مراقبت بارداری

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

فرم مراقبت پس از زایمان

فهرست واژه ها