

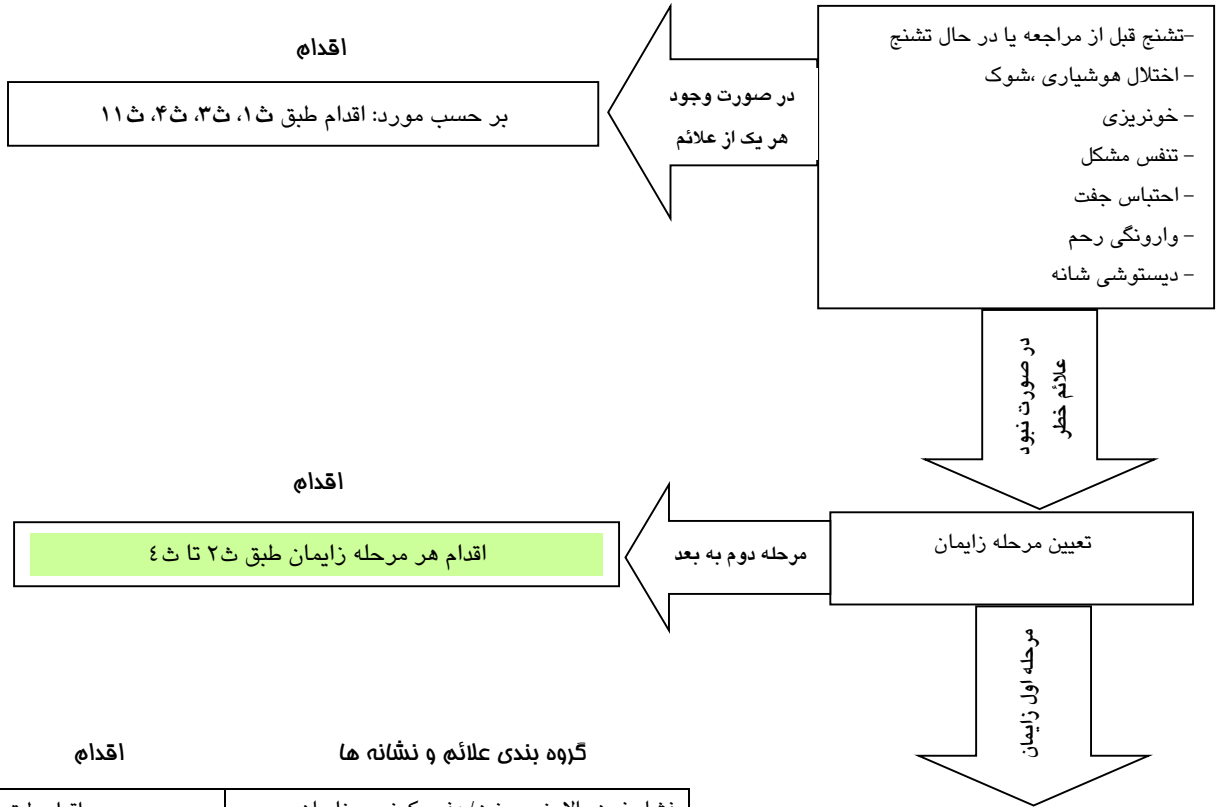
ت - مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت (در واحد های تسهیلات زایمانی و منزل در صورت لزوم)

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| | ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان |
| | ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان |
| | ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان |
| | ت ۴- مراقبت های ۶ سال اول پس از زایمان |
| | تعاریف مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت |

ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

در صورتی که زایمان در منزل انجام می گیرد، به نکات راهنمای ح ۷ توجه کنید

ابتدا علائم فطر فوری را بر مسب مرحله زایمان ارزیابی کنید:



| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|--|---|
| بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۲، ت ۵ تا ت ۹ | فشارخون بالا، زجرجنین/ دفع مکنونیوم، زایمان زودرس، زایمان دیررس، پارگی کیسه آب، پرولاپس بندناف، نمایش غیرطبیعی |
| بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۲ | بیماری ها |
| بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۰ | چندقلویی، نمایه توده بدنی بیش از ۴۰، جنین ناهنجار، مصرف مواد افیونی و محرک، الیگوهایدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، ماکروزومی، آنمی متوسط تا شدید، شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، ارهاش منفی، زایمان پنجم و بالاتر، تب، هیپاتیت/ HBsAg مثبت، هرپس ژنیتال، ضایعات ولو، ابعاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمنیوس |
| بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۳ | <u>سوابق بارداری و زایمان قبلی:</u> زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آتونمی، 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 ت ۲ | طبیعی بودن همه موارد |

ارزیابی اولیه

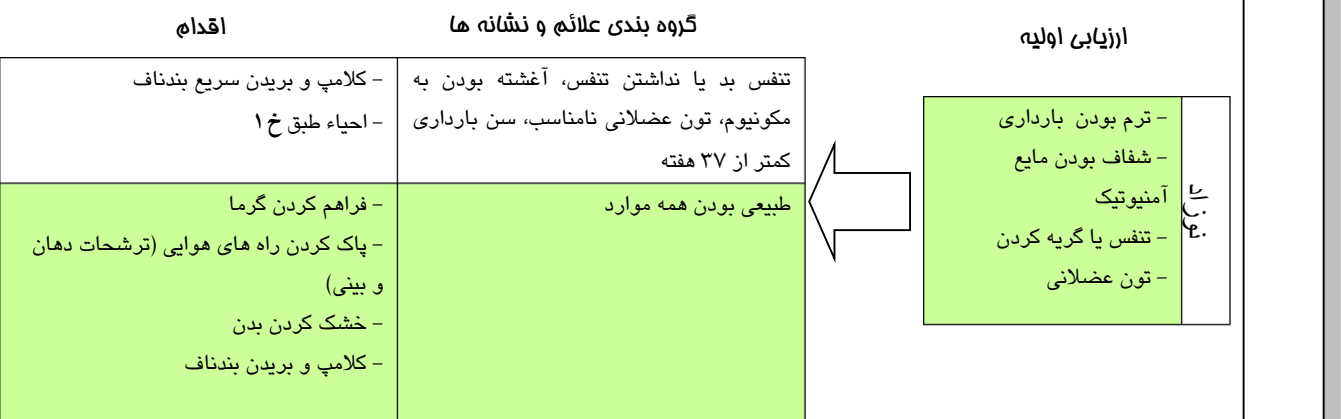
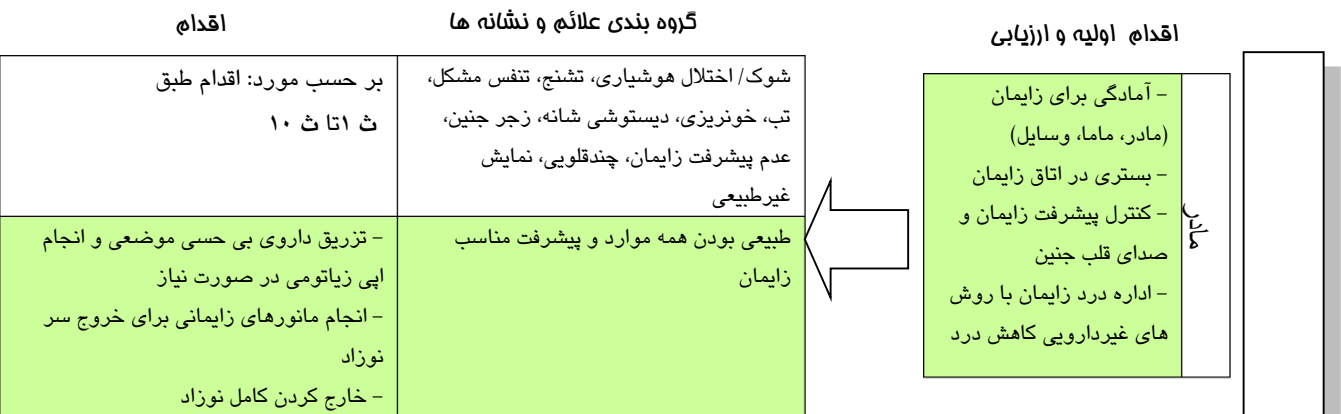
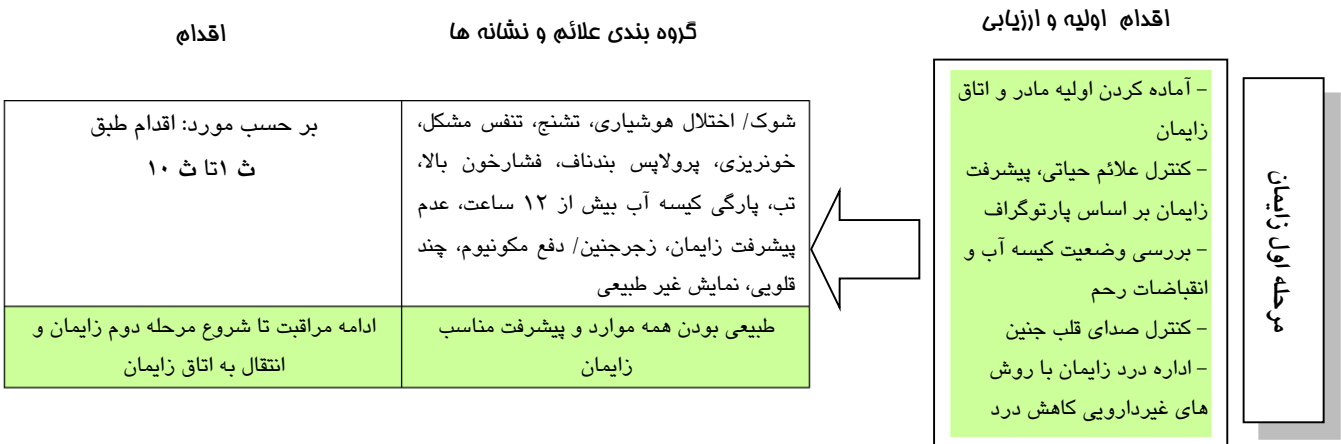
تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان

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)

ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

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

مادر

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|---------------------------------------|---|
| بر حسب مورد: اقدام طبق ث ۳، ث ۱۱، ح ۲ | خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، وارونگی رحم |
| ادامه مراقبت | طبیعی بودن همه موارد |

اقدام اولیه و ارزیابی

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

نوزاد

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|---------------|--|
| احیاء طبق خ ۱ | تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی |
| ادامه مراقبت | طبیعی بودن همه موارد |

مرحله سوم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

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

مادر

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|--|--|
| بر حسب مورد: اقدام طبق ث ۱ تا ث ۳، ث ۱۰، ث ۱۱، ح ۲ | شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل، تب، هماتوم، پارگی درجه ۳ و ۴، فشارخون بالا، پارگی رحم |
| - ترمیم محل پارگی و یا محل برش در صورت نیاز - آماده کردن مادر برای استراحت در اتاق پس از زایمان | طبیعی بودن همه موارد |

مرحله چهارم زایمان

اقدام اولیه و ارزیابی

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

نوزاد

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|--|--|
| احیاء طبق خ ۱ | تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی |
| پوشاندن بدن و سر نوزاد با لباس و کلاه و پیچیدن او در پتو و گذاردن در آغوش مادر و یا استفاده از گرم کننده تابشی | سرد بودن پاها |
| ادامه مراقبت | طبیعی بودن همه موارد |

ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها | اقدام اولیه و ارزیابی |
|---|--|--|
| <p>بر حسب مورد: اقدام طبق ۱ تا ۳، ۱۰، ۱۱، ۲ ح</p> | <p>شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتباس ادرار</p> | <p>بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت دفع ادرار</p> |
| <p>طبیعی بودن همه موارد</p> <p>- تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش طبق عناوین فرم زایمان و ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح 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</p> | | |

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها | اقدام اولیه و ارزیابی |
|---|---|--|
| <p>بر حسب مورد: اقدام طبق ح ۲ تا ۵ و آخرین خانه زیر</p> | <p>نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد</p> | <p>برقراری شیردهی - اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی: تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، - ارزیابی سن بارداری و اندازه های نوزاد</p> |
| <p>احیاء طبق ح ۱</p> <p>- در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد</p> <p><u>اقدامات پیش از ارجاع</u> - فراهم کردن گرما - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق ح ۲</p> | | |
| <p>طبیعی بودن همه موارد</p> <p>- 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 ح ۱ - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</p> | | |

۶ ساعت اول پس از زایمان

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

ارزیابی اولیه

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

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

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

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

ارزیابی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی، تنفس مشکل، احتباس جفت، وارونگی رحم، دیستوشی شانه) بررسی کنید.

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آگاهی از عوارض آن؛

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

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

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

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

- مدت زمان یک انقباض (duration) ۲ دقیقه یا بیشتر طول بکشد و یا مدت زمان انقباضات طبیعی است اما فاصله بین دو انقباض (interval) یک دقیقه یا کمتر است.

- تعداد انقباضات طی ۱۰ دقیقه، ۵ بار یا بیشتر است.

- انقباضات رحمی مداوم و بدون فاصله است.

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

روش اول: در صورتی که مادر در فاز زایمانی نیست، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مایع با یا بدون ورنیکس یا احیاناً مکنونیوم مشاهده شد، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، از مادر بخواهید سرفه کند یا کمی زور بزند تا خروج مایع مشاهده شود.

روش دوم: در صورت امکان استفاده از نیتراژین تست برای تعیین PH است.

روش سوم: یک پارچه تمیز یا نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

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

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

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، مصرف مواد افیونی و محرک، رفتارهای پر خطر

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

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

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

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

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

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

- شدت انقباضات بتدریج افزایش می یابد؛

- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛

- دهانه رحم متسع می شود؛

- با تجویز مسکن، متوقف نمی شود.

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

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

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

مادر و همسر

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

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی قبل از ۳۶ هفته و ۶ روز

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

زایمان سریع: زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد و یا ۵ سانتی متر در ۱ ساعت در مولتی پار و

۱۰ سانتی متر در یک ساعت در نولی پار دیلاتاسیون افزایش یابد.

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

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

بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد.)

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

۱۶۰ بار در دقیقه است.

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه گیری کنید.

• در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحا

فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. در صورتی فشارخون بالا اطلاق می شود که میانگین دو بار اندازه

گیری فشارخون به فاصله ۵ دقیقه، ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

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

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

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

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

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت بخوابانید و مانورهای لئوپولد را به شرح زیر انجام دهید:

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

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

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

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

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

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

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

معاینه چشم: رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

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

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

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

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

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی ایسکیوم

- نبود ناهنجاریها، تنگی و توده ها، ...

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

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

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

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

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

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

آماده کردن اتاق زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

تنظیم درجه حرارت اتاق درد و زایمان و پس از زایمان (۲۸-۲۵ درجه سانتی گراد)، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز زایمان، ست احیاء نوزاد، کپسول اکسیژن، ساکشن و ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

علائم حیاتی: در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر ۱ ساعت و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه گیری کنید.

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

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

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

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

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

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

مادر: قرار دادن در وضعیت مناسب (مادر را به وضعیت های upright مانند چمباتمه یا نشستن روی صندلی، ایستاده، خوابیده به پهلو یا نیمه نشسته تشویق کنید)، آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان، شستشوی پرینه و ولو، پوشاندن مادر با شانه های استریل، اطمینان از باز بودن رگ

عامل زایمان: به مدت ۳ دقیقه دست ها را بشوئید. لباس های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش بند، دستکش، عینک، چکمه) را بپوشید.

وسایل زایمان: ست زایمان (۱ عدد قیچی صاف، قیچی اپی زیاتومی ۱ عدد، پنس هموستات ۲ عدد، ۴ عدد شان، گالی پات یک عدد، گاز و پنبه، گان، دو تا سه حوله تمیز و نرم برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد) را باز کنید، کلامپ بند ناف (دو عدد)، مواد ضد عفونی کننده و داروی بی حسی را در دسترس قرار دهید. در صورت داشتن سرم، از برقراری آن مطمئن شوید.

وسایل احیاء نوزاد را به شرح زیر کنترل کنید:

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

۲- گرم کننده تابشی

۳- سه عدد حوله که از قبل گرم شده باشد (حوله‌ها باید نافذ آب، نرم، با اندازه ۵۰*۵۰ سانتی متر باشد).

۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

۵- لارنگوسکوپ (با تیغه‌های صاف) شماره یک و صفر و لوله‌های داخل نای شماره ۲/۵، ۳، ۳/۵ و ۴ میلی متر

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره ۸ F

۷- سرنگ و سرسوزن‌های مختلف، نوار چسب

۸- داروها (اپی نفرین ۱/۱۰۰۰، بی کربنات سدیم ۲/۴٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی گرم در میلی لیتر، نرمال سالین)

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

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

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

نکته: زمان انتظار مرحله دوم زایمان (در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادر و ضربان قلب جنین) را در مولتی پار ۲۰ دقیقه و در نولی پار ۵۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تزریق داروی بی حسی موضعی: پیش از انجام اپی زیاتومی، ۱۰ سی سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام اپی زیاتومی مدیولترال تزریق نمایید.

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

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

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

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

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

کلامپ و بریدن بندناف: ۱۲۰ - ۳۰ ثانیه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامپ و قطع کنید.

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

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

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

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

بررسی جفت و پرده‌ها و بندناف: پس از خروج، قسمت‌های مختلف جفت و پرده‌ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. مقطع بندناف را از نظر وجود ۳ رگ خونی بررسی کنید.

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

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

تمیز کردن چشم‌ها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. اگر نوزاد خونی یا مکونیومی است، با حوله ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید. چشمها را تمیز کنید. در صورت ابتلای مادر به عفونت گنوکوکی (کلامیدیایی) از پماد چشمی تتراسیکلین یا قطره چشمی نیترات نقره ۱٪ استفاده کنید.

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

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

مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت (سفت و منقبض شدن قله رحم، بلند شدن طول بند ناف، خروج ناگهانی خون) و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده ها کمک کنید.
نکته ۱: مهلت زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.
نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بدن ناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می کند.

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

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

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

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

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود. تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

پارگی درجه ۱: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه ۲: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه ۳: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه ۴: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد زیاد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد.

معیار های تشخیص هماتوم:

- احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم
- ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم
- ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم
- افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم
- احساس فشار به رکتوم
- کبودی محل درد

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت اول بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می گیرد و میزان خونریزی از آن بتدریج کاهش می یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود دارد و یا سر یک رگ در محل برش اپی زیاتومی یا پارگی باز باشد)
نکته ۱: در زایمان واژینال، خونریزی به میزان ۵۰۰ میلی لیتر طبیعی است.

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

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

ترمیم محل برش و پارگی ها: در صورت انجام اپی زیاتومی و یا وقوع پارگی های درجه ۱ و ۲، آن را ترمیم کنید.

ست ترمیم پارگی و اپی زیاتومی (قیچی ساده یک عدد، سوزن گیر یک عدد، پنبست با دندان و بی دندان یک عدد، ۴ شان، گان، دستکش استریل)

کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. در یک ساعت اول پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را هر ۱۵ دقیقه یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول اندازه گیری کنید.

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

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

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

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

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. میزان خونریزی را در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

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

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

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

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

تزریق رگام: در صورت امکان و قبل از ترخیص، آمپول رگام را در مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت پس از تعیین گروه خونی نوزاد (اگر گروه خون نوزاد مثبت باشد)، به صورت عضلانی تزریق کنید و بهتر است این تزریق را طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان انجام دهید.

تزریق ویتامین ک۱ و واکسن های بدو تولد: در ۲ ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد، ۰٫۵ میلی گرم ویتامین ک۱ در نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم و ۱ میلی گرم در نوزاد ۱۵۰۰ گرم یا بیشتر، به صورت عضلانی تزریق کنید. واکسن های بدو تولد نوزاد شامل ب ث ژ، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

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

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

کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه گیری کنید.

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

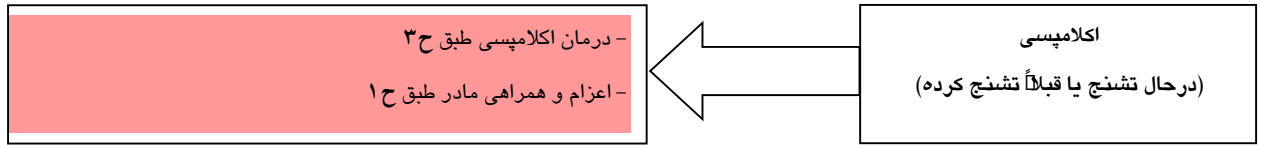
معاینه نوزاد توسط پزشک: قبل از ترخیص، پزشک باید نوزاد را بر اساس «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی کند.

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

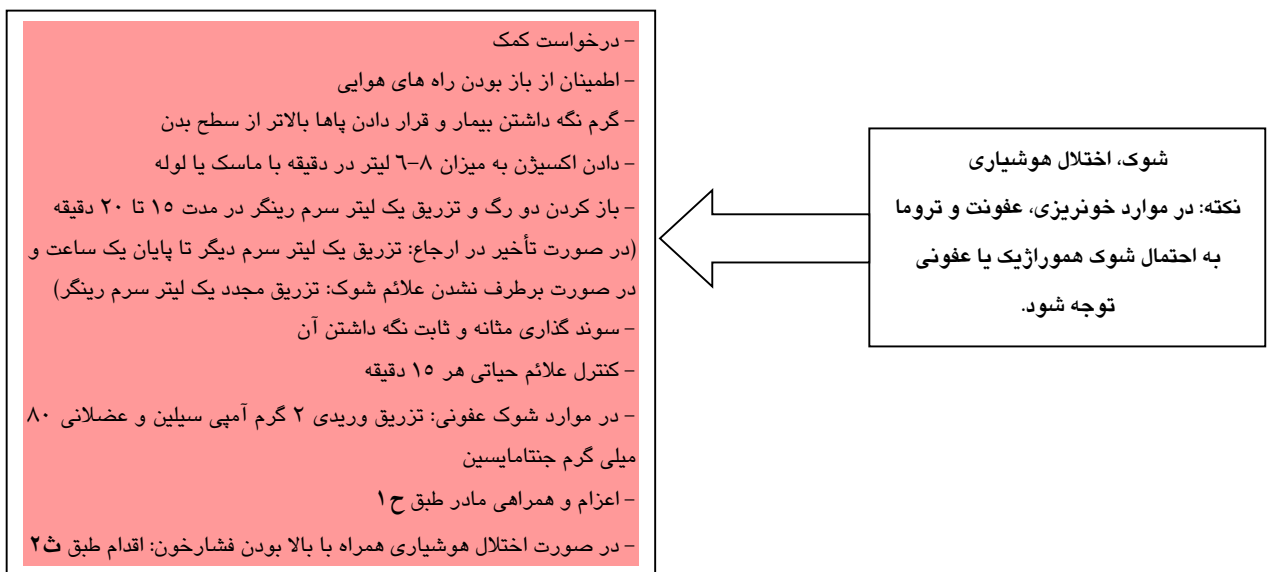
| صفحه | عنوان |
|------|--|
| | ث ۱- علائم خطر فوری |
| | ث ۲- فشارخون بالا |
| | ث ۳- خونریزی |
| | ث ۴- عدم پیشرفت زایمان |
| | ث ۵- زجر جنین / دفع مکونیوم |
| | ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس |
| | ث ۷- پارگی کیسه آب |
| | ث ۸- پرولاپس بند ناف |
| | ث ۹- نمایش غیر طبیعی |
| | ث ۱۰- سایر موارد خطر حین بارداری |
| | ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان |
| | ث ۱۲- بیماری ها |
| | ث ۱۳- سوابق زایمان قبلی |

ث ۱ - علائم خطر فوری

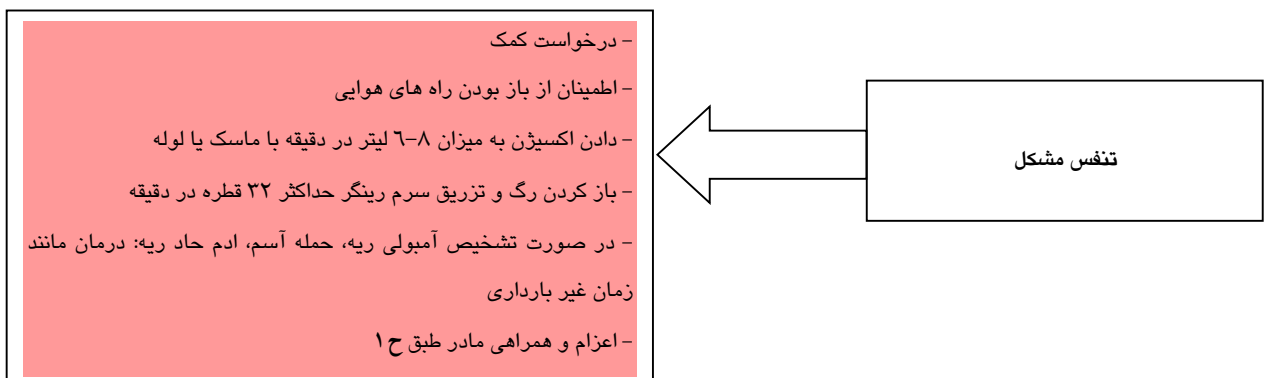
اقدام



اقدام



اقدام



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

ث ۲- فشارخون بالا

| اقدام | تشخیص احتمالی | علائم همراه | ارزیابی |
|---|-------------------|---|--|
| - درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام زایمان همراه با درمان پره اکلامپسی (تزریق سولفات منیزیوم، تزریق هیدرالازین، ...) طبق ح ۳ - گذاشتن سوند فولی در مثانه پس از خروج جفت - اطمینان از جمع بودن رحم و کنترل خونریزی طبق ح ۲ - اعزام و همراهی مادر و نوزاد* طبق ح ۱ | پره اکلامپسی شدید | سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، الیگوری | <p><u>سؤال کنید :</u> سردرد، تاری دید، الیگوری، درد اپی گاستر</p> <p><u>تعیین کنید:</u> فشارخون</p> |

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

ث ۳- خونریزی

مرمله زایمان علائم همراه تشفیص احتمالی اقدام

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- آمنیوتومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان</p> <p>- اعزام مادر و نوزاد طبق ح ۱</p> | <p>جدا شدن زودرس جفت</p> | <p>* انقباضات تتانیک رحم، افت تعداد ضربان قلب جنین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاری)</p> | <p>حین زایمان</p> |
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- عدم انجام معاینه واژینال</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> | <p>جفت سرراهی</p> | <p>* سابقه لکه بینی در بارداری یا گزارش سونوگرافی دال بر سر راهی بودن جفت</p> | |
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> | <p>پارگی رحم</p> | <p>* درد شدید و ناگهانی شکم، دیسترس جنینی، لمس اعضای جنین از زیر پوست، بالا رفتن عضو نمایش</p> | |
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم</p> <p>- تخلیه مثانه و ماساژ دودستی رحم طبق ح ۲</p> <p>- تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم مترژن با کنترل فشارخون و تکرار آن پس از ۱۵ دقیقه</p> <p>- کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه</p> <p>- در صورت شروع مجدد خونریزی واژینال، عدم کنترل خونریزی، تغییر در علائم حیاتی (بروز علائم شوک) و رنگ پریدگی شدید: کوراژ طبق ح ۴ و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> | <p>اینرسی (آتونی)</p> | <p>* رحم شل و جفت به طور کامل خارج شده است</p> | <p>** بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان)</p> |
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در عرض ۱ ساعت</p> <p>- افزودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم</p> <p>- انجام کوراژ طبق ح ۴</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و رنگ پریدگی شدید و یا عدم موفقیت در کوراژ: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> | <p>باقی ماندن کامل یا قسمتی از جفت</p> | <p>* رحم شل و جفت به طور کامل یا اصلاً خارج نشده است</p> | |
| <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- بررسی و ترمیم محل پارگی طبق ح ۲</p> <p>- بررسی مجدد جفت</p> <p>- کنترل علائم حیاتی و اطمینان از جمع بودن رحم</p> <p>- در صورت پارگی های درجه ۳ و ۴ یا تداوم خونریزی یا رنگ پریدگی شدید: پک کردن محل پارگی، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> | <p>پارگی، اختلال انعقادی، باقی ماندن قسمتی از جفت</p> | <p>* رحم جمع است</p> | |

(ارزیابی)

سؤال کنید:

سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم

تعیین کنید:

تعداد ضربان قلب جنین

معاینه کنید:

انقباضات و تونیسیتیه رحم، وضعیت جفت

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

* خونریزی بلافاصله پس از زایمان یعنی حتی پس از ماساژ رحم، خون زیر باسن مادر جمع شود و یا یک نوار بهداشتی در مدت ۱۰

ث ۴ - عدم پیشرفت زایمان

| اقدام | معیار تشفیص |
|---|---|
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ | فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین ۴-۳ سانتی متر دیده شود - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ | دیلاتاسیون و افسمان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ | عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد |
| - درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی - تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز - انجام اپی زیاتومی - تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدامی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان - در صورت عدم موفقیت مانور فوق: انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان 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 - در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ - در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱ | عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر |

ارزیابی

تعیین کنید:

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

ث ۵- زجر جنین / دفع مکنونیوم

| اقدام | معیار تشفیص | ارزیابی |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف در صورت پارگی کیسه آب - انجام زایمان - ساکشن ترشحات حلق و بینی نوزاد - احیاء نوزاد طبق ح ۱ - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد | <ul style="list-style-type: none"> دفع مکنونیوم بدون اختلال صدای قلب جنین دفع مکنونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه | <p>تعیین کنید:</p> <p>تعداد ضربان قلب جنین، وضعیت کیسه آب، وضعیت مایع آمنیوتیک از نظر وجود مکنونیوم</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>معاینه مهبلی از نظر وجود پرولاپس بندناف و قریب الوقوع بودن زایمان</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خوابانیدن مادر به پهلو چپ - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - اطمینان از نبود پرولاپس بندناف - انجام زایمان - پس از خروج جفت، تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی - اعزام مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ح ۱ | <ul style="list-style-type: none"> افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت | |

ث ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

| معیار تشخیص | تشخیص احتمالی | اقدام |
|---|---------------|---|
| وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر (فاز نهفته) | زایمان زودرس | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون* - تجویز ۱۰ میلی گرم کپسول نیفدیپین (آدالات) هر ۲۰ دقیقه تا ۴ دوز** - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتامتازون و تجویز کپسول نیفدیپین ضرورت ندارد. |
| وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر، فاز فعال | زایمان زودرس | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون* - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام ایپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه - انجام زایمان - آماده کردن ست احیاء نوزاد - اعزام 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 |
| وقوع علائم زایمانی بالای ۴۱ هفته | زایمان دیررس | - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلو چپ - انجام زایمان - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین |

ارزیابی

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

معاینه مهبل، ارتفاع رحم

- * در صورتی که مادر یک بار آمبول بتامتازون را در بارداری دریافت کرده است، از تزریق مجدد خودداری شود.
- ** در صورتی که پس از تجویز ۴ دوز کپسول ۱۰ میلی گرمی نیفدیپین، انقباضات زایمان زودرس همچنان ادامه دارد و مادر به محل ارجاع نرسیده است، می توان آن را بصورت ۲۰ میلی گرم هر ۸-۴ ساعت ادامه داد.
- موارد منع مصرف کپسول نیفدیپین برای مهار انقباضات: استفاده همزمان با سولفات منیزیم، نارسایی احتقانی قلب، اختلال عملکرد بطن چپ، حساسیت به این دارو یا داروهای بلوک کننده کانال کلسیم

ث ۷- پارگی کیسه آب

| سن بارداری | فاز زایمان | اقدام |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">ارزیابی</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>سوال کنید: مدت پارگی</p> <p>تعیین کنید: وضعیت زایمانی، علائم حیاتی</p> </div> | <p>ترم</p> <p>فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت</p> <p>(بدون توجه به سن بارداری)</p> | <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- تجویز ۲۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم و کنترل خونریزی</p> <p>- اعزام مادر و نوزاد طبق ح ۱</p> |
| | <p>فاز نهفته بدون توجه به مدت پارگی</p> <p>(بدون توجه به سن بارداری)</p> | <p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام طبق ح ۱</p> |
| | <p>فاز فعال، مدت پارگی کمتر از ۱۲ ساعت</p> | <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا ۱۲ ساعت: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱</p> |
| <p>پره ترم</p> | <p>فاز فعال یا فاز نهفته</p> | <p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی</p> <p>- در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>- اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اقدام طبق ث ۶</p> |

ث ۸- پرو لاپس بندناف

| اقدام | معیار تشخیص | ارزیابی |
|---|--------------------------------|---|
| - بالا بردن عضو پرزائنه و قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن بیمار) - سونداژ مثانه * - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل: - درخواست کمک برای انجام احیاء - انجام زایمان - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ | جنین زنده (لمس نبض بند ناف) | تعیین کنید: وضعیت پیشرفت زایمان، وضعیت نمایش جنین، وضعیت نبض بندناف، شنیدن صدای قلب جنین |
| - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین - انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج | جنین مرده (نبود نبض بندناف) | |

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

ث ۹- نمایش غیر طبیعی

| اقدام | تشخیص احتمالی |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ (۲۰ میلی لیتر) در مدت ۴ دقیقه - اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق ح ۱ | <p>قرار عرضی و نمایش صورت</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - ارجاع فوری طبق ح ۱ در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: انجام مانورهای خروج جنین: - درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد (برای جنین زنده) - اطمینان از خالی بودن مثانه - انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد - خارج کردن باسن، گذاشتن حوله گرم بر روی باسن و اجازه به خروج خود به خود سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم - خروج دست ها - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف - قرار دادن انگشت سبابه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد - قرار دادن انگشت چهارم و سبابه دست راست بر روی شانه های نوزاد و انگشت میانی دست راست بر روی سر نوزاد برای کمک به خم شدن بیشتر سر نوزاد (از کشیدن نوزاد به سمت پایین خودداری کنید) - اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوبیس توسط دستیار - کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد - بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن - در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴ - آمادگی برای احیاء نوزاد طبق ح ۱ | <p>نمایش بریج کامل</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان | <p>هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری</p> |

ارزیابی

| |
|--|
| <p>تعیین کنید:</p> <p>سن بارداری، عضو نمایش، قرار جنین</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>واژینال، مانور لئوپولد</p> |
|--|

ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان

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

ث ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

| عنوان | اقدام | اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان |
|---|-------|---|
| ۸ جنین ناهنجار | | <p>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند هیدروسفالی یا دوقلویی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مراقبت فوری نوزاد می شود: اعزام مادر</p> <p>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان</p> <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 خ ۴</p> |
| ۹ چندقلویی | اعزام | <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>- در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ث ۹</p> <p>- اقدام برای خروج قل اول</p> <p>- خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول</p> <p>- بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم</p> <p>- در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی</p> <p>- در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: اعزام مادر</p> <p>- انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها</p> <p>- در صورت توفیق در انجام زایمان: تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژرحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقلویی در صورت امکان</p> <p>- در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</p> |
| ۱۰ شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال | | <p>- انجام زایمان در صورت پیشرفت مناسب زایمان</p> <p>- در صورت عدم پیشرفت: اقدام مطابق ث ۴</p> |
| ۱۱ ضایعات ولو (سوختگی، واریس، کیست بارتولین) | اعزام | <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 اعزام طبق ح ۱</p> |
| ۱۲ گراند مولتی پار (زایمان ۵ بار و بیشتر) | | <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا قندی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- اعزام</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- معاینه کامل جفت و پرده ها</p> <p>- بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت و سپس مطابق تعریف</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> |

ث ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

| عنوان | اقدام | اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان |
|---|---|--|
| ۱۳ ماکروزمی | اعزام | <p>- در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزمی مادر: انجام زایمان</p> <p>- در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق ث ۴</p> <p>- بررسی وضعیت رحم هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت برای اطمینان از جمع بودن آن</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز تامپون شده و اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱</p> <p>- اعزام نوزاد</p> |
| ۱۴ مرگ جنین | اعزام | <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت</p> <p>- در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): اعزام طبق ح ۱</p> |
| ۱۵ HBsAg+ / هپاتیت | اعزام | <p>- انجام زایمان و توجه به پوار نکردن نوزاد</p> <p>- پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</p> <p>- تزریق واکسن هپاتیت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمپول ایمونوگلوبین اختصاصی هپاتیت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن هپاتیت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان</p> |
| ۱۶ هرپس ژنیتال | <p>- خودداری از معاینه واژینال در صورت پارگی کیسه آب</p> <p>- اعزام</p> | <p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام نوزاد</p> |
| ۱۷ نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ (چاقی درجه ۳) | اعزام | <p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>- انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم</p> <p>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق ح ۱</p> <p>- اعزام به بیمارستان پس از زایمان جهت درمان دارویی پیشگیری از ترومبوآمبولی احتمالی</p> |

ث ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

| عنوان | اقدام |
|--|--|
| ۱ احتباس جفت (با خونریزی معمولی) | <p>در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - اطمینان از نبود جفت در واژن - خودداری از دستکاری بیشتر - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ <p>در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ث ۳</p> |
| ۲ تب | <ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی - اطمینان از هیدراته بودن مادر - در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام طبق ح ۱ |
| ۳ عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان | <ul style="list-style-type: none"> - بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر - معاینه مثانه از روی شکم - معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم - در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار: تزریق 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 وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزام طبق ح ۱ |
| ۴ گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه | <ul style="list-style-type: none"> - شستن محل پارگی با بتادین - قرار دادن گاز استریل روی پارگی - عدم دستکاری و ترمیم پارگی - اعزام طبق ح ۱ |
| ۵ وارونگی رحم | <ul style="list-style-type: none"> - درخواست کمک - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پتدین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزوم طی ۲۰ دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵ - اعزام و همراهی مادر طبق ح ۱ |
| هماتوم | <ul style="list-style-type: none"> - کنترل علائم حیاتی - در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از ۵ سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا ۲ ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از ۶ ساعت و آموزش - در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم - در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از ۵ سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار: اعزام طبق ح ۱ |

ث ۱۲ - بیماری ها

| عنوان | اقدام | اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان |
|----------------|-----------------------------|--|
| ۱ آسم | اعزام | <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 ۸-۶ 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 و انجام زایمان |
| ۲ HIV مثبت | اعزام (منع زایمان طبیعی) | <ul style="list-style-type: none"> - استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چکمه) - عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی - انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار - شستن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم و صابون پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد و سپس تماس پوست با پوست - منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن - هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |
| ۳ بیماری قلبی | اعزام | <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 ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته، کاستن از اضطراب مادر و استفاده از روش های کاهش درد غیر دارویی و عدم مداخله غیر ضرور در حین زایمان (فشار بر روی رحم، ...) - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - انجام زایمان (هنگام زایمان زانوهای مادر را خم کرده بر روی تخت قرار دهید- لیتاتومی نباشد) - در صورت 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 - انجام زایمان و اعزام طبق ح ۱ |
| ۴ دیابت | اعزام | <ul style="list-style-type: none"> - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان - انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق ح ۱ - اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق ح ۲ |
| ۵ سل | | <ul style="list-style-type: none"> - انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتکل 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 و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر |
| ۷ صرع | اعزام | <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 ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ح ۱ |
| ۸ هیپرتیروئیدی | اعزام | <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 ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه - توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید) - انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت |

ث ۱۳ - سوابق زایمان قبلی

| نوع سابقه | اقدام | اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان |
|--|---|--|
| ۱ *آتونی | اعزام | - 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: اعزام طبق ح ۱ و ح ۲ |
| ۲ *جنین ناهنجار | | - در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان - در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۴ |
| ۳ *زایمان سخت | اعزام | - 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 اعزام طبق ح ۱ |
| ۴ *زایمان سریع | اعزام 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: اعزام طبق ح ۱ |
| ۵ سزارین یا جراحی رحم | اعزام | - 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 - اعزام مادر پس از زایمان طبق ح ۱ |
| ۶ *مرده زایی | اعزام | - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - انجام زایمان |
| ۷ *مرگ نوزاد | اعزام | - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی - انجام زایمان |
| ۸ نازایی | اعزام | - 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 ح ۱۰ |

*امکان تکرار این موارد در این زایمان وجود دارد.

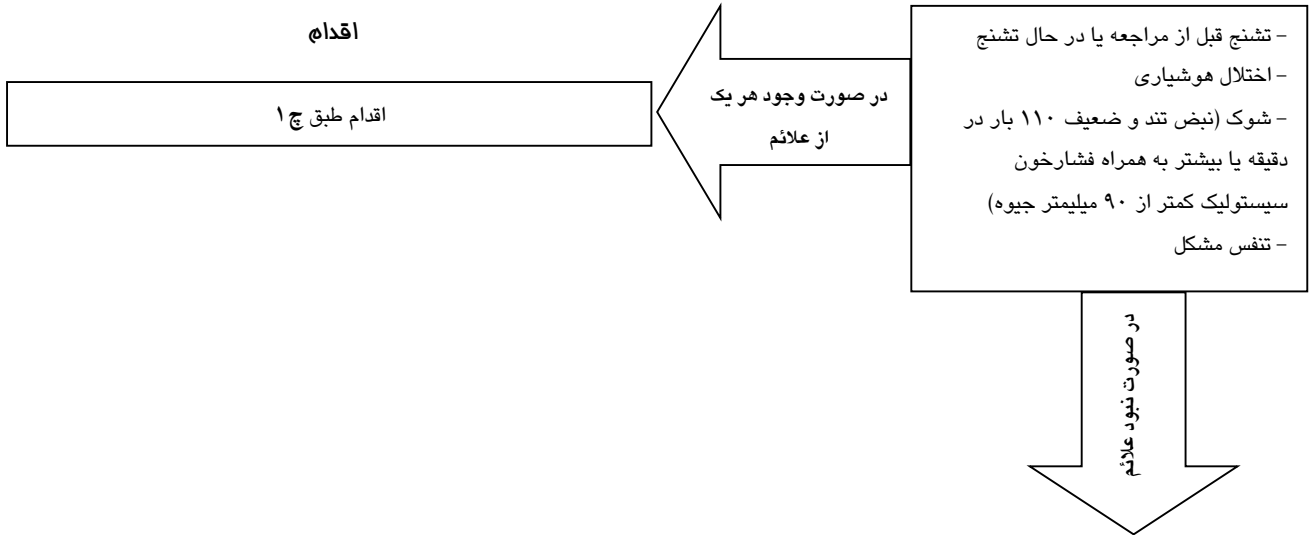
ج- مراقبت های معمول پس از زایمان

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

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| | ج ۱- مراقبت های اول و دوم پس از زایمان |
| | ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان |
| | تعاریف مراقبت های معمول پس از زایمان |

ج ۱ - مراقبت های اول و دوم پس از زایمان

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



ارزیابی

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

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر در ملاقات دوم

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

اندازه گیری کنید:
علائم حیاتی

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

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها |
|--|--|
| بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج 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 پ ۱۵ و خانه زیر | همسرازاری |
| - تجویز مکمل های دارویی - آموزش و توصیه طبق عنوانین فرم مراقبت پس از زایمان - رایحه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ - تزریق رگام در صورت نیاز در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات دوم طبق ج ۱۰ - تعیین تاریخ مراجعه بعدی | شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد |

ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

| اقدام | گروه بندی علائم و نشانه ها | ارزیابی |
|---|---|---|
| بر حسب مورد: اقدام طبق چ ۲ تا چ ۸ و آخرین خانه زیر | خونریزی/ لکه بینی، مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، فشارخون بالا، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، درد | <p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>سؤال کنید:</p> <p>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</p> <p>اندازه گیری کنید:</p> <p>علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها</p> |
| اقدام طبق پ ۱۵ و آخرین خانه زیر | همسرآزاری | |
| اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی | التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان | |
| اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی | عفونت دندانی، آبسه، درد شدید دندان | |
| <p>- تجویز مکمل های دارویی</p> <p>- آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پس از زایمان</p> <p>- رایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹</p> <p>- انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز</p> <p>- درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری</p> | شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد | |

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

آموزش و توصیه: طی ملاقات های پس از زایمان در مورد بهداشت فردی (استحمام، بهداشت محل بخیه، لباس مناسب شیردهی، استراحت در طول روز، مصرف دارو در زمان شیردهی)، بهداشت روان (علائم اندوه پس از زایمان، افسردگی، همسر آزاری و حمایت عاطفی همسر) و بهداشت جنسی (زمان مناسب روابط جنسی، بهداشت جنسی با تاکید بر رفتار پر خطر)، علائم خطر (تب، خونریزی بیش از حد قاعدگی، ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، یبوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن، مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد (زردی، خوب شیر نخوردن، تب، اسهال، استفراغ، ...)، مشاوره باروری سالم و دریافت خدمات آن، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز و بهداشت دهان و دندان به مادر آموزش دهید.

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

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

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

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

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

پاپ اسمیر: گرفتن نمونه از دهانه رحم از سن ۳۰ سالگی هر ۵ سال یکبار انجام می شود. در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستورعمل کشوری و با تأکید به این نکته که مادر لکه بینی نداشته باشد، نمونه دهانه رحم گرفته شود.

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

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

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

تجویز مکمل های دارویی: مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد.

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

شرح حال شامل موارد زیر است:

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

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

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

تغذیه مناسب: آنچه در تغذیه مادر شیره اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدهانه هاست. جدول گروه های غذایی در مبحث تعاریف مراقبت های بارداری آمده است.

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

خونریزی: در روزهای اول پس از زایمان ترشحات واژینال خونی است. پس از ۳ تا ۴ روز کم رنگ تر می شود و پس از حدود ۱۰ روز سفید یا زرد رنگ می شود. میانگین مدت ترشح از ۲۴ تا ۳۶ روز متغیر است. بنابراین مغایرت با این الگو و خونریزی از مهبل را سؤال کنید.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی: در ملاقات دوم، با مادر طبق راهنما مشاوره کنید.

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

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

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

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

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

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

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

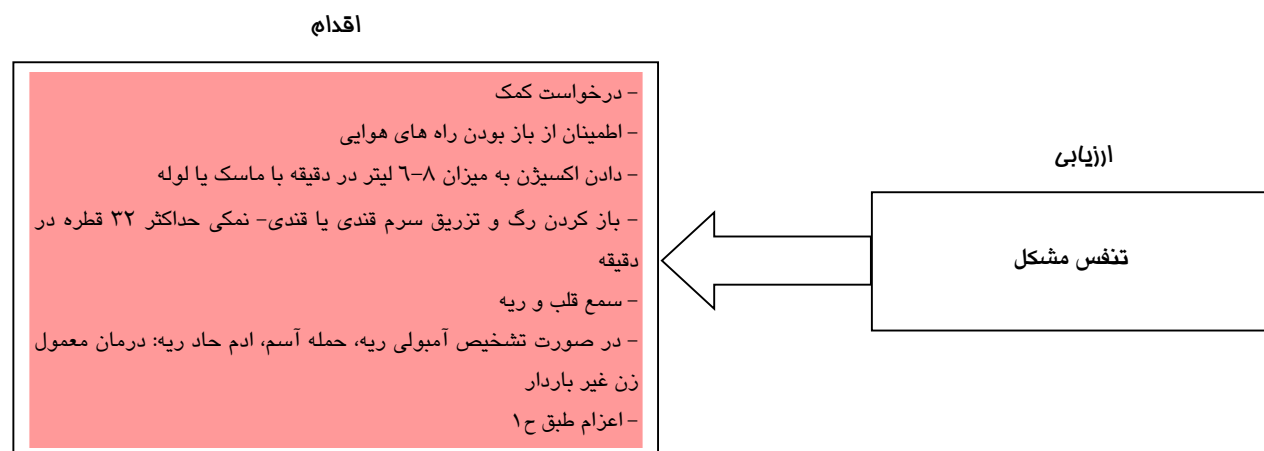
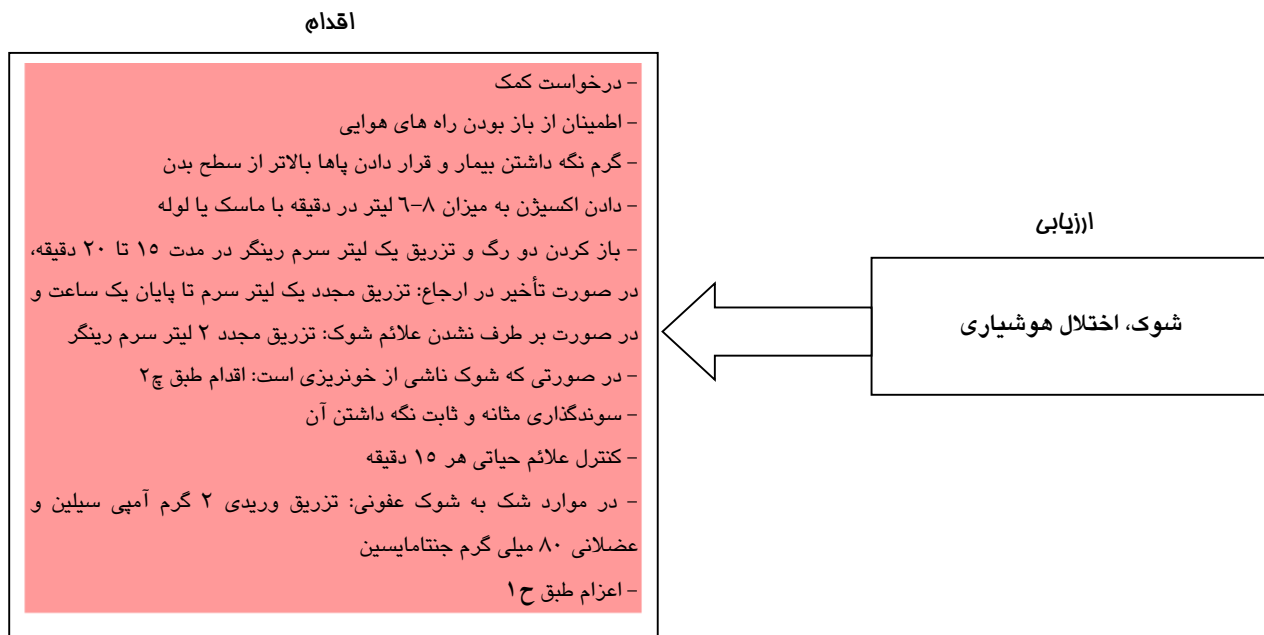
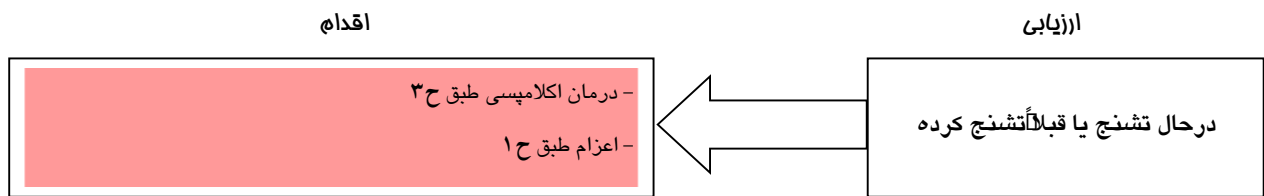
- جرم دندان: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
 - پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
 - تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه ای یا سیاه
 - سوراخ شدن دندان
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر
- معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شقاق، آبسه، ماستیت و احتقان بررسی کنید.
- معاینه شکم (رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می گردد. در هفته اول رحم پایین تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.
- نکته:** در برخی از مادران ممکن است انقباضات رحم در دوره پس از زایمان ادامه داشته باشد که به آن «پس درد» می گویند.
- محل بخیه ها: در هر ملاقات، محل بخیه ها (برش اپی زیاتومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می باشد. محل برش اپی زیاتومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می شود و نخ بخیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.
- معاینه اندام ها: در هر ملاقات، پاها (ساق و ران) را از نظر وجود ورم یک طرفه و سردی بررسی کنید.
- ملاقات های پس از زایمان:** ملاقات اول با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روز های ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود.
- وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج:** از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.
- وضعیت شیردهی:** در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید.
- همسرآزاری:** هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.
- خشونت جسمی:** هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو
- خشونت روانی:** رفتار خشونت آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

چ - مراقبت های ویژه پس از زایمان

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

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| | چ ۱- علائم خطر فوری |
| | چ ۲- خونریزی / لکه بینی |
| | چ ۳- تب |
| | چ ۴- درد |
| | چ ۵- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج |
| | چ ۶- اختلالات روانپزشکی |
| | چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی |
| | چ ۸- سایر موارد پر خطر |

چ ۱- علائم خطر فوری



چ ۲- خونریزی / لکه بینی

| اقدام | علائم همراه | تشخیص احتمالی |
|--|--|--|
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن - تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - اعزام طبق ح ۱ | باقی ماندن تکه های از جفت، متريت | *خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی |
| - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی -نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱ | متريت | *ترشحات بدبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری ماحصل بارداری، حساسیت و ریباند رحم |
| - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - آموزش علائم خطر (تب، ترشحات عفونی، درد شکم) - در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از ۶ هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان | اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم | لکه بینی یا خونریزی هز هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرئس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت |

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

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

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

چ ۳- تب

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

محل بخیه، پستانها، اندازه و قوام رحم

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

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

چ ۴- درد

| علائم همراه | تشخیص احتمالی | اقدام |
|--|--|---|
| ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، 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 - اعزام طبق ح ۱ |
| ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، تدرنس و ریپاند شکم یا پهلوها | متریت، آبسه لگن، پیلونفریت | - باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزام طبق ح ۱ |
| تدرنس و ریپاند شکم، تدرنس 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 و اعزام طبق ح ۱ |
| سردرد با یا بدون فشارخون ۱۴۰/۹۰، افزایش سر درد با تغییر وضعیت، اختلال بینایی، استفراغ، خستگی، استرس، بی خوابی | پره اکلامپسی، ترومبوز ورید مغزی، تومور، آنمی، عوارض بیهوشی | - توصیه های تغذیه ای، استراحت - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متوکلوپرامید (۱۰ میلی گرم) - در صورت عدم بهبود پس از ۴۸ ساعت ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا مغز و اعصاب |
| توده موج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، تب و لرز | آبسه پستان | ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان |
| لمس توده دردناک در پرینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پرینه | هماتوم، آبسه ولو، عفونت محل بخیه | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص - در صورت ناتوانی در ادرار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ح ۱ |
| تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز | 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، آموزش نحوه صحیح شیردهی - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان |
| درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و ترشح و تب، درد هنگام مقاربت | اختلال در روند ترمیم محل بخیه | - تجویز استامینوفن - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تجویز کرمهای نرم کننده موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت (قرار دادن بر روی پوست) - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان |

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

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

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

چ ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج

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

ارزیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

لمس دکمه بواسیری، پهلوها، واژینال

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

چ ۶- اختلالات روانپزشکی

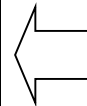
علائم و نشانه ها تشفیص احتمالی اقداه

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

ارزیابی

بررسی کنید:

- 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 منشا)
- ۴- درک: توهمات شنوایی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی
- ۵- جهت یابی: آگاهی به زمان، مکان و شخص



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

چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

| علائم همراه | تشخیص احتمالی | اقدام |
|---|----------------------------|---|
| علائم حیاتی غیر طبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک) | آنمی شدید ناشی از هیپوولمی | - باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت - ارجاع فوری به متخصص زنان طبق ح ۱ |
| حال عمومی نامناسب | بیماری زمینه ای | ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی |
| علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در صد، رنگ پریدگی شدید | آنمی شدید (مزمن) | - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) |
| علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم در صد | آنمی متوسط | - 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 دو هفته از شروع درمان - ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی |
| علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۱۰ تا ۱۱ گرم در صد | آنمی خفیف | - تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه - اندازه گیری هموگلوبین یک ماه بعد و ادامه درمان مطابق میزان هموگلوبین - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی) |

ارزیابی

تعیین کنید:

میزان هموگلوبین، علائم حیاتی

معاینه کنید:

ملتحمه چشم، مخاط ها

چ ۸- سایر موارد خطر

| عنوان | اقدام |
|---------------------------------|---|
| فشارخون بالا | <p>مراجعه در ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱ |
| پره اکلامپسی در بارداری اخیر | <p>مراجعه بعد از ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه : - درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام به بیمارستان طبق ح ۱ - در صورت فشارخون دیاستول بیشتر از ۹۰ و کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه: کنترل فشارخون ۶ هفته پس از زایمان و در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری - در صورت فشارخون مزمن شناخته شده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان |
| بیماری زمینه ای | <ul style="list-style-type: none"> - اندازه گیری فشارخون حداقل یک بار در فاصله روز های ۵-۳ پس از زایمان - در صورت باقی ماندن فشارخون بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه در ۴۸ ساعت پس از زایمان: درمان دارویی مطابق رژیم دارویی قبل از بارداری - در صورت درمان با متیل دوبا: قطع دارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری - در صورت فشارخون بارداری بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و همراه با ادم شدید: تجویز فوروسماید خوراکی به میزان ۲۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز تا ۵ دوز - ارزیابی ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان - ارجاع به متخصص داخلی ۸-۶ هفته پس از زایمان |
| دیابت بارداری | <ul style="list-style-type: none"> - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط - در صورت حمله یا تشدید بیماری: ارجاع فوری |
| مصرف الکل | <p>در صورت FBS بیشتر از ۱۲۶ و OGTT (دو ساعته) بیشتر از ۲۰۰ در ملاقات سوم: ارجاع غیر فوری به متخصص غدد</p> <p>منع مصرف در شیردهی</p> |
| مصرف مواد افیونی و محرک | <ul style="list-style-type: none"> - آموزش علائم سندرم پرهیز نوزادی و بستری نوزاد در بیمارستان به مدت ۵-۳ روز پس از تولد جهت سم زدایی - توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین - شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بدون اشکال است. - منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هرویین، کدین) در شیردهی - در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت - ارجاع غیرفوری به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان |
| تنگی نفس و تپش قلب | <ul style="list-style-type: none"> - غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۴ |
| ابتلا به ایدز/ HIV+ | <ul style="list-style-type: none"> - منع تغذیه نوزاد با شیر مادر - استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) بلافاصله پس از زایمان - عدم استفاده از IUD مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها - منع مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفامپین) - تاکید به مراجعه به مرکز درمانی در صورت بروز علائم خطر مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط - تاکید به ادامه درمان دارویی و مراجعه به مرکز مشاوره رفتاری |

ح - راهنما

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| | ح ۱- اعزام |
| | ح ۲- بررسی منشأ خونریزی |
| | ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی |
| | ح ۴- کوراژ |
| | ح ۵- وارونگی رحم |
| | ح ۶- مکمل های دارویی |
| | ح ۷- زایمان در منزل |
| | ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری |
| | ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان |
| | ح ۱۰- مشاوره باروری سالم |
| | ح ۱۱- مصرف دارو در بارداری |
| | ح ۱۲- مصرف دارو در شیردهی |
| | ح ۱۳- داروی های روان پزشکی در بارداری |
| | ح ۱۴- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان |
| | ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی |

ح ۱- اعزام

اگر مادر نیاز به اعزام دارد:

۱- به اورژانس اطلاع دهید.

۲- فرم ارجاع/ اعزام را تکمیل کنید و در صورت امکان از بیمارستان پذیرش بگیرید. اعزام مادر را برای پذیرش به بیمارستان به تعویق نیندازید.

۳- در مواردی که نیاز به همراهی مادر است:

■ داروها و وسایل مورد نیاز در طول اعزام را همراه داشته باشید. بر اساس وضعیت مادر: داروهایی مانند اکسی توسین، سولفات منیزیوم، فنی توئین، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ...، وسایلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، ست سرم، ست زایمان و ...
■ در طول اعزام، از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.

نکته: در موارد خونریزی پس از زایمان، ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم باید تزریق و سوندگذاری و ثابت نگه داشتن آن انجام شود.

■ در طول اعزام، از دریافت اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه مطمئن شوید. فقط در صورت ارجاع مادر سالم که جنین مرده دارد، نیاز به دادن اکسیژن نیست.

■ از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادر باید خودداری گردد. (رعایت اصل NPO حین ارجاع)

■ در طول اعزام، به مادر وضعیت مناسب دهید. در پرولاپس بندناف: وضعیت سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن، در شوک: قرار دادن پاهای 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

■ در طول ارجاع در موارد تب، مادر توسط همراه پاشویه شود.

- توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز مادر را همراهی کند.

ح ۲- بررسی منشاء خونریزی

نیمه اول بارداری: در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی شدید است، پس از باز کردن رگ و تزریق ۱ 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 اعزام کنید.

مراقبت پس از سقط:

- تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- حمایت عاطفی

- در صورت عدم تمایل به بارداری استفاده از روش پیشگیری مناسب

- استراحت نسبی

- تزریق آمپول روگام در مادران Rh- و پدر Rh+

- توصیه به خودداری از مقاربت تا ۲ هفته

- آموزش علائم خطر (تب، خونریزی، درد شکم)

نکته: در مادر آموزش دهید که برای یک بار سقط بررسی خاصی نیاز نیست و بارداری بعدی در هر زمان منعی ندارد.

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

الف) در صورت شل بودن رحم (آتونی):

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 سریع 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 در مادر لاغر قابل انجام است.

ب) در صورت جمع بودن رحم: ناحیه تناسلی- ادراری به ویژه دیواره های واژن و دهانه رحم را از نظر پارگی ها کنترل کنید. در این حالت با کمک دستیار، 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. در صورت مشاهده پارگی، یک گاز استریل بر روی محل پارگی گذاشته و به مدت ۵ دقیقه فشار دهید. اگر خونریزی پس از این مدت قطع شد، از دستکاری خودداری کنید. ولی در صورت خونریزی فعال از محل پارگی، با استفاده از نخ کرومیک ۳ صفر یا ۲ صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل ۸ ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامپون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.

تذکر: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید.

ح 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 رینگر یا نرمال سالین تزریق کنید. رگ دوم را برای اقدام ضروری بعدی باز نگه دارید. در صورت نبود خونریزی، خروج سرم نباید بیش از 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 منیزیم اندازه گیری و یادداشت کنید.

۷- ست احیاء به ویژه آمپول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.

۸- سولفات منیزیم 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- 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 منیزیم

الف) ۴ گرم سولفات منیزیم (۲۰ میلی لیتر از محلول ۲۰٪ یا ۸ میلی لیتر از محلول ۵۰٪) داخل ۱۰۰ سی سی سرم رینگر یا نرمال سالین در مدت ۲۰ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) تزریق شود.

ب) سپس ۱۰ گرم از محلول ۵۰٪ سولفات منیزیم (۲۰ میلی لیتر) را به صورت دو تزریق ۵ گرمی (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 ۱ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ سولفات منیزیم ۵۰٪ را همراه با تزریق کرد.

ج) در صورت ادامه تشنج یا عود آن بعد از ۱۵ دقیقه اول، ۲ گرم از محلول ۲۰٪ سولفات منیزیم (۱۰ میلی لیتر) در مدت ۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید.

نکته مهم: در صورت عدم حضور پزشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیم تزریق شود.

د) پس از تزریق وریدی و عضلانی اولیه، مادر را ارجاع دهید.

نکته: در صورت نبود سولفات منیزیوم یا عدم کنترل تشنج در مرکز می توان از آمپول فنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:

۴ عدد آمپول ۲۵۰ میلی گرمی داخل ۱۰۰ سی سی سرم نمکی (از سرم قندی استفاده نشود) در مدت یک ساعت (تقریباً ۲۰ قطره در دقیقه) تزریق شود.

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

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم

| | | |
|---|---|--|
| ۴ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۴۰ میلی لیتر | ۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۰ میلی لیتر | ۴ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۸ میلی لیتر |
| ۵ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۵۰ میلی لیتر | ۵ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۵ میلی لیتر | ۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۱۰ میلی لیتر |
| | | ۱۰ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۲۰ میلی لیتر |

دستورالعمل تزریق هیدرالازین (کاهنده فشارخون)

اگر برای ۱۵ دقیقه یا بیشتر، فشارخون دیاستول ۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه است، هیدرالازین را تجویز کنید:

۱- 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.

ح ۴- کوراژ

در صورت باقی ماندن جفت و در صورتی که کمتر از یک ساعت از زایمان گذشته است:

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

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

۳- اطمینان از خالی بودن مثانه

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

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

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

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

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

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

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

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

ح ۵- وارونگی رحم

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

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

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

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

نکته ۱: در هر دو حالت اگر رحم در جای طبیعی خود قرار نگرفت، از دستکاری بپرهیزید، رحم را با حوله تمیز و گرم بپوشانید و مادر را اعزام کنید. (طبق ح ۱)

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

ح ۶- مکمل های دارویی

بارداری:

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

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (۳۰ میلی گرم المنتال) تجویز شود.
مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال تجویز شود.
نکته: در صورتی که قرص یا کپسول مولتی ویتامین دارای 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 تا ۳ ماه پس از زایمان تجویز شود.

ح ۷- زایمان در منزل

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

- ۱- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، راهنمایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان
- ۲- **شرایط اتاق زایمان:** بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:
 - ♦ اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت.
 - ♦ کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مشمع یا نایلون بزرگ هنگام زایمان پوشانده شود.
 - ♦ درب و پنجره اتاق از پوشش مناسب در زمان زایمان برخوردار باشد تا مادر در آن احساس راحتی کند و حرمت او حفظ شود.
 - ♦ اطمینان از این که اتاق در هنگام شب نور کافی دارد. بهتر است لامپ ۶۰ وات، 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:** دو دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز، نوار بهداشتی یا کهنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی
 - ♦ **وسایل نوزاد:** رختخواب نوزاد (تتشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کهنه یا پوشک
 - ♦ دولگن بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سطل آشغال، کیسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله
- ۴- **وسایل مورد نیاز زایمان:** وسایلی که باید در کیف مامایی قرار داده شود، شامل:
 - گوشی مامایی
 - گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
 - پوار حداقل ۲ عدد
 - درجه حرارت سنج دهانی
 - چراغ قوه و باطری (از روشن شدن چراغ قوه مطمئن شوید. حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)

- گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
- مشمع برای زیرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰
- پنس کوخر حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد
- وسایل حفاظتی (گان، پیش بند نایلونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
- کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
- ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
- دستکش استریل حداقل ۳ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)
- حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰
- کلیپس بندناف حداقل ۵ عدد
- صابون و جاصابونی، حوله دست
- مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی توسین
- متر نواری
- فرم ثبت مراقبت های زایمان

چند توصیه برای همراه مادر

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

احتیاطات همه جانبه

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

ایجاد ارتباط با مادر

- برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:
- ♦ با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
 - ♦ رفتار دوستانه و احترام آمیز داشته باشید؛
 - ♦ با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
 - ♦ به سئوالات مادر به دقت گوش کنید و پاسخ دهید؛

♦ کمک کنید تا مادر بتواند نیازهای خود را برآورده کند؛

♦ مادر را برای تصمیم گیری صحیح کمک کنید؛

♦ قبل از هر معاینه از او اجازه بگیرید و به او بگوئید که می خواهید چه کاری انجام دهید؛

♦ حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛

♦ راز مادر را آشکار نکنید؛

♦ پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛

♦ به مادر آموزش های لازم را ارایه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

تهوع و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب را توصیه کنید.

دمای ملایم و سرد غذا، تهوع بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از

تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم: اگر ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد، به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری

کند. در هنگام استراحت، پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

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

ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

محل بخیه ها: تعویض مکرر نوار بهداشتی و لباس زیر، شستشوی روزانه ناحیه تناسلی، نشستن در لگن آب گرم، استفاده از حرارت سشوار یا

لامپ پوشیده با پارچه (برای ترمیم سریع محل بخیه) را توصیه کنید. به مادر توصیه کنید تا ترمیم کامل پرینه (۲۰ روز پس از زایمان) از مقاربت

خودداری کند.

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

روزانه را توصیه کنید.

ح ۱۰- مشاوره باروری سالم

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

- در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بین بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.

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

نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

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

ح ۱۱ - 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 (به جز در موارد ختم بارداری) |
| - Carbamazepine | - Penicillamine |
| - Chlorbiphenyls | - Phenytoin (به جز در موارد تشنج) |
| - Cocaine | - Radioactive iodine |
| - Coumarins | - Streptomycin |
| - Cyclophosphamide | - Tamoxifen |
| - Danazol | - Tetracycline |
| - Diethylstilbestrol (DES) | - Thalidomide |
| - Ethanol | - Tretinoin |
| - Etretinate | - Trimerthadione |
| - Isotretinoin | - Valproic acid |

ح ۱۲ - مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین

و ...، بروموکریپتین، فنین 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 متوترکسات به صورت یک روز در هفته برای درمان آرتریت روماتوئید مادر، منع شیردهی ندارد، فقط باید مادر بعد از مصرف دارو به مدت ۲۴ ساعت به فرزندش شیر ندهد.

سایر داروهایی که بر شیردهی تأثیرگذار است و توصیه می شود از داروهای جایگزین استفاده شود:

| | | |
|------------------------|--------------|-------------|
| ۵- آمینوسالیسیلیک اسید | - آنتولول | - پیریمیدون |
| - سولفاسالازین | - کلماستین | |
| - آسپیرین (سالیسیلات) | - فنوباریتال | |

ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری

چند توصیه کلی:

♦ در بسیاری از موارد، خطر ناشی از اختلال های روانی (افسردگی و جنون) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض جانبی بالقوه داروهای روان پزشکی است.

♦ اگر خانمی تحت درمان با داروهای روان گردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روان پزشک مراجعه کند. در این موارد، لازم نیست در مادر احساس گناه ایجاد کنید و یا او را وادار به سقط نمایید.

♦ پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روان گردان در بارداری بی خطر است، غیر ممکن است.

♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.

♦ در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود. (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی)

♦ بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده، قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو، ضروری است.

♦ با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی **با نظر و مشاوره متخصصین زنان و روان پزشک**، داروی روان گردان را تجویز نمایند.

♦ تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگری و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است.

♦ چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.

داروهای ضد جنون

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

♦ در سه ماهه دوم و سوم، ایجاد آنومالیهای جنینی غیرمحمول است و هیچ شواهدی دال بر ایجاد عوارض جانبی درازمدت وجود ندارد.

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

♦ **داروهای مهارکننده مونواکسیداز:** تجویز در بارداری ممنوع است.

♦ **داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین:** تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید افسردگی طی بارداری منعی ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آنومالی پری ناتال هستند. توصیه می شود در صورت امکان در سه ماهه سوم بارداری، مصرف فلوکسیتین قطع شود.

♦ در درمان افسردگی بعد از زایمان، ابتدا درمان حمایتی (روان درمانی حمایتی) برای سازگاری بیشتر مادر با استرسهای جدید زندگی صورت می گیرد، ولی بسته به شدت علائم باید درمان دارویی نیز مورد توجه قرار گیرد.

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

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

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

داروهای ضد مانیا و لیتیم

♦ در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین، از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است.

♦ در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.

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

♦ مصرف سدیم والپروات و کاربامازپین در بارداری با افزایش احتمال اسپینا بیفیدا در ۱ تا ۵ درصد موارد همراه است.

♦ در دوران شیردهی، اگر تجویز لیتیم ضرورت دارد، باید شیردهی قطع شود. کاربامازپین و سدیم والپروات داروهای مناسب تری در شیردهی است.

بنزودیازپین ها

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

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

ح ۱۴ - غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان

این بیماری در ماه آخر بارداری تا پنج ماه پس از زایمان اتفاق می افتد. علت این بیماری ناشناخته است و عوامل مستعد کننده آن چاقی، سابقه خانوادگی کاردیومیوپاتی، مصرف سیگار و الکل، حاملگی های متعدد، سوءتغذیه، چندقلویی، سن بالای ۳۰ سال، دیابت، سابقه پره اکلامپسی یا فشارخون بالا پس از زایمان است.

جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم

| عنوان | امتیاز | دارد: |
|---|--|--|
| ارتوپنه (مشکل تنفسی در حالت دراز کشیده) | ندارد (امتیاز ۰) | دارد: - در هنگام دراز کشیدن زیر سرش باید بلند باشد تا تنگی نفس پیدا نکند = (۱ امتیاز) - در هنگام دراز کشیدن باید زیر سر زاویه ۴۵ درجه و بیشتر بلند باشد تا دچار تنگی نفس نشود = (۲ امتیاز) |
| تنگی نفس | ندارد (امتیاز ۰) | دارد: - وقتی از هشت پله و بیشتر بالا می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (۱ امتیاز) - وقتی در سطح صاف راه می رود، تنگی نفس پیدا می کند = (۲ امتیاز) |
| سرفه غیر قابل توجیه | ندارد (امتیاز ۰) | دارد: - در هنگام شب و در حالت دراز کشیده، سرفه می کند = (۱ امتیاز) - در طول شب و روز سرفه می کند = (۲ امتیاز) |
| ادم اندام تحتانی | ندارد (امتیاز ۰) | دارد: - ادم تا زیر زانو است = (۱ امتیاز) - ادم بالای زانو یا ادم در صورت = (۲ امتیاز) |
| افزایش وزن ناگهانی در ماه آخر بارداری | ندارد یا کمتر از یک کیلوگرم در هفته (امتیاز ۰) | دارد: - یک تا دو کیلوگرم در هفته = (۱ امتیاز) - بیش از دو کیلوگرم در هفته = (۲ امتیاز) |
| تپش قلب (احساس ضربان قلب یا احساس نامنظمی در ضربان قلب) | ندارد (امتیاز ۰) | دارد: - در شب و هنگام دراز کشیدن این احساس را دارد = (۱ امتیاز) - روز و شب این احساس را دارد = (۲ امتیاز) |

امتیاز دهی و اقدام

۰ تا ۲ = کم خطر . اقدام: ادامه مراقبت ها

۳ تا ۴ = خطر متوسط. اقدام: ارجاع در اولین فرصت

۵ و بیشتر = خطر شدید. اقدام: ارجاع فوری

ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی

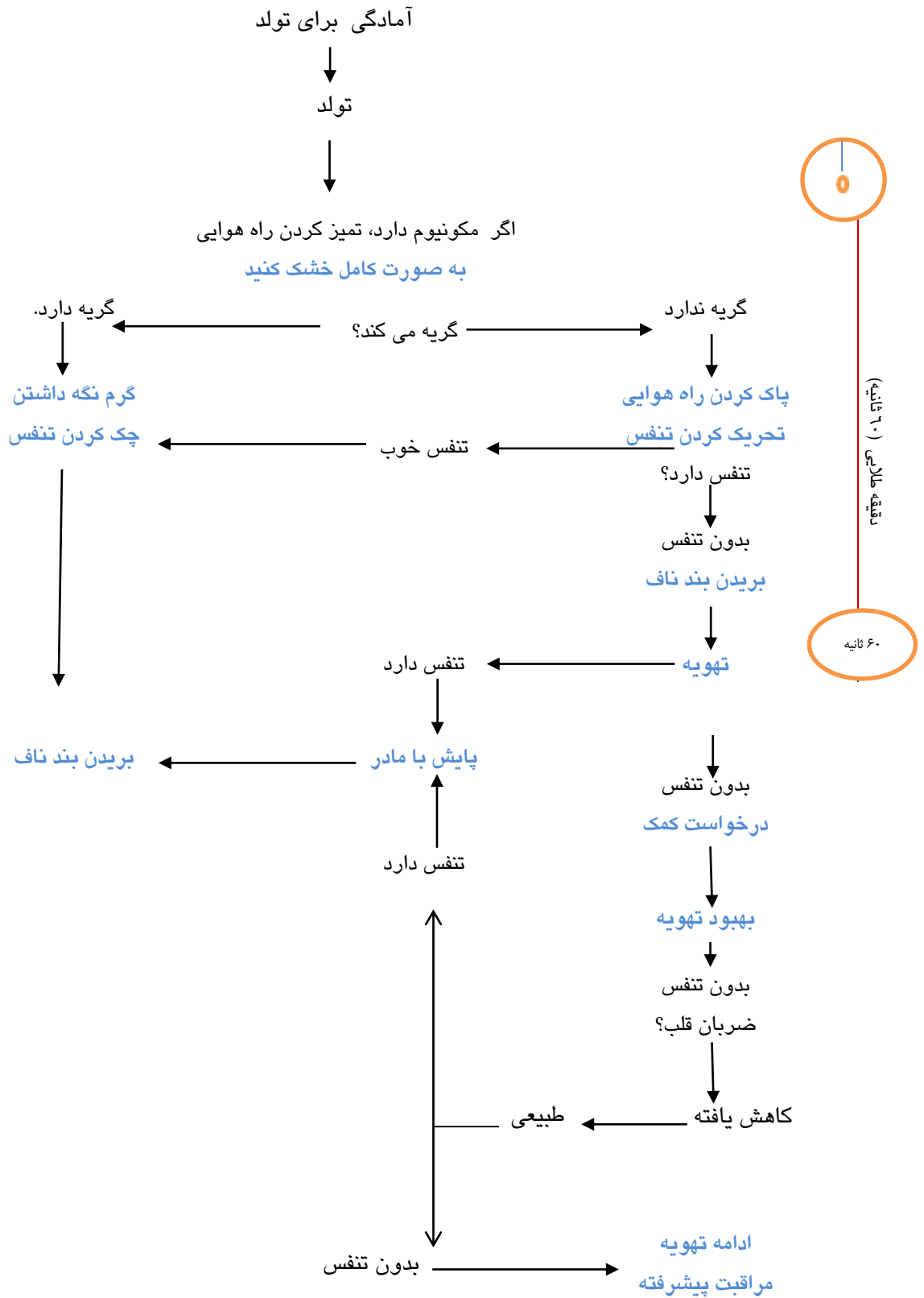
| عنوان | امتیاز |
|---|--------|
| عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند: | |
| سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) قبل از بارداری | ۳ |
| ابتلا به ترومبوفیلی | ۳ |
| آنتی فسفولیپید آنتی بادی | ۳ |
| مشکلات طبی مانند: سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از ۳ گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی | ۳ |
| سن بیشتر از ۳۵ سال | ۱ |
| چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم | ۱ |
| استعمال سیگار | ۱ |
| وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلبیت، ادم، تغییرات پوستی) | ۱ |
| فلج پاها/ استفاده از صندلی چرخدار/ کاهش حرکت | ۱ |
| عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند: | |
| زایمان سه بار یا بیشتر (≥ 3 para) صرف نظر از بارداری فعلی | ۱ |
| بارداری چندقلویی | ۱ |
| بارداری با روشهای کمک باروری IVF / ART (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود) | ۱ |
| دهیدراتاسیون/ استقراغ شدید بارداری | ۱ |
| سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود) | ۱ |
| عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالاً قابل برگشت هستند: | |
| شکستگی استخوان | ۱ |
| عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان) مانند پنومونی، پیلونفریت | ۱ |
| بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، مانند: درد های لگنی که محدود کننده حرکت باشد | ۱ |
| مسافرت طولانی (بیشتر از ۴ ساعت) | ۱ |

امتیاز: در صورتی که در ارزیابی ۳ امتیاز یا بیشتر دارد، خانم جهت درمان دارویی به متخصص داخلی یا زنان ارجاع غیر فوری شود.

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

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

خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد



خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد (ادامه)

تعاریف

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

«**وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی:** نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصری به عقب کشیده شده باشد) قرار دهید و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت 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)

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

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

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

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

خ-۲- نشانه های خطر

| اقدام | علائم و نشانه ها | نشیص احتمالی | 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 هیپوترمی</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>- در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>- تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>- در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p> | <p>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، تونیسیتة 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>عفونت باکتریال شدید</p> | <p>ارزیابی</p> <p>تعیین کنید:</p> <p>مادر: درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب</p> <p>نوزاد: وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیسیتة عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ</p> |

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- ابتدا با استفاده از گلوکومتر قند خون نوزاد را اندازه بگیرید.
- نوزاد را وزن کنید.
- «اگر نوزاد قادر به تغذیه مستقیم از شیر مادر است:»
- «از مادر بخواهید که کودک را با شیر خودش تغذیه کند.»
- «اگر نوزاد توانایی تغذیه مستقیم از پستان مادر را ندارد ولی قادر به بلع است:»
- «به ترتیب اولویت و در دسترس بودن، شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی به او بدهید (۸ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن نوزاد).»
- «اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:»
- «اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید، مایعات بالا را با همان میزان از طریق لوله معده هر ۲ ساعت به او بدهید.»

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

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

ارزیابی

تعیین کنید:

سن بارداری، وزن

*نوزاد با سن کمتر از ۳۲ هفته را در درون کیسه پلاستیکی (مخصوص ذخیره مواد غذایی قابل بسته شدن) که قسمت بالایی آن باز و سر نوزاد خارج می شود قرار دهید. سپس گرم نگه داشته و منتقل کنید. کیسه پلاستیکی به منظور کاهش از دست دادن حرارت از طریق تبخیر است.

خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

علائم همراه تشخیص احتمالی اقدام

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| <p>ارجاع فوری به بیمارستان (نوزاد نباید گرم نگه داشته شود باید سرد منتقل شود. از پیچیدن پتو به دور نوزاد خودداری کنید)</p> | <p>آسیفکسی (خفگی زایمانی)</p> | <p>- نمره آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ - احتیاج به عملیات فرا تر از تهویه با فشار مثبت - شلی و تون عضلانی ضعیف - کاهش رفلکس ها</p> |
| <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> | <p>- شکاف کام بزرگ - آترزی کوان دو طرفه - شکم اسکافوئید - گاستروشیزی - امفالوسل - خونریزی ناف - عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول - ابهام تناسلی - مقعد بسته</p> |
| <p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط</p> | <p>ناهنجاری</p> | <p>- 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> |
| <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> |

ارزیابی

معیاره 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

خ-۵- عفونت های موضعی

| اقدام | تشخیص احتمالی | علائم و نشانه ها |
|---|------------------|--|
| <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 بجز در حالت هیپوترمی</p> <p>- ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق د ۲</p> | عفونت شدید پوستی | <p>- وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر</p> <p>- تاول های بزرگ چرکی</p> |
| <p>- تزریق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق د ۲</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماری STI احتمالی</p> <p>- ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p> | عفونت شدید چشم | <p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم</p> |
| <p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و تمیز کردن چشم نوزاد به آرامی با استفاده از پارچه تمیز و مرطوب</p> <p>- تجویز قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ یک قطره هر ۳ ساعت تا مدت ۵ روز یا پماد تتراسایکلین ۱٪ چشمی ۴ بار در روز تا قطع ترشحات</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p> | عفونت خفیف چشم | خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها |
| <p>- شستن دستها با آب تمیز و صابون و پاک کردن چرک به آرامی با استفاده از آب جوشیده سرد شده</p> <p>- خشک کردن محل عفونت با پارچه تمیز</p> <p>- تجویز پماد پوستی تتراسایکلین ۳ بار در روز</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p> | عفونت خفیف پوستی | وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد |

ارزیابی

تعیین کنید:

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

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)

د- مراقبت از نوزاد (آموزش به مادر)

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، فوری به نزدیکترین

مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- توكشیده شدن قفسه سینه، تعداد تنفس بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه
- ناله کردن
- رنگ پریدگی شدید یا کبودی
- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفرآوی
- تحرک کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی
- تشنج
- اسهال (دفع مدفوع آبکی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز) یا مدفوع خونی
- قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک ها
- عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول
- عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
- بی قراری و تحریک پذیری، بدن شل
- خوب شیر نخوردن، مکیدن ضعیف
- ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف
- جوش های چرکی منتشر در پوست (۱۰ عدد یا بیشتر) یا تاول چرکی
- تب (حرارت زیر بغل بیشتر از ۳۷/۵) یا سرد شدن اندام ها (حرارت زیر بغل کمتر از ۳۶/۴) و بدن
- زردی ۲۴ ساعت اول
- از روز چهارم به بعد اگر نوزاد ۶ پوشک مرطوب که حداقل یک نوبت آن کاملاً خیس باشد نداشته باشد و یا ادرارش تیره باشد و کمتر از ۳ بار مدفوع در ۲۴ ساعت داشته باشد.
- دهان نوزاد خشک است.
- ملاح فرورفته یا برجسته، تشنج
- نمی تواند پستان بگیرد و یا پس از گرفتن آن را رها می کند. به ویژه اگر قبلاً پستان را خوب می گرفته است.
- از دست دادن وزن
- بعد از دو هفته هنوز به وزن زمان تولدش نرسیده است.
- کبودی لب ها و زبان
- سرفه
- خوابیدن زیاد یا سخت بیدار شدن

در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت

(طی ۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- مشکل شیردهی به نوزاد
- عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها)
- عفونت خفیف پوست (وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)
- عفونت خفیف ناف (ترشح غیر چرکی و خونابه از ناف)
- برفک دهان

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 ببیچد.
- اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کند.
- شکم یا ناف را بانداژ نکند.
- هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتادین و ...) روی ناف نگذارد.
- ناف را دستکاری نکند.

گرم نگه داشتن نوزاد

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

خواباندن نوزاد

- نوزاد را به شکم نخواباند. بهتر است نوزاد را به پهلو و یا به پشت بخواباند.
- نوزاد تا ۳ ماه پس از تولد نیاز به بالش ندارد.

مراقبت از چشم

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

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

تغذیه با شیر مادر:

- حتمالاً در مدت یک ساعت اول تولد، نوزاد از شیر مادر تغذیه شود. شیر روزهای اول غلیظ و زرد است و سپس رقیق تر و سفیدتر می شود که هر دو تغییر برای نوزاد مطلوب است.
- وقتی احساس کرد که نوزاد آماده است، او را به پستان بگذارد. علائم آمادگی عبارتند از:
 - نوزاد اطراف را نگاه می کند و یا حرکت دارد؛
 - دهان خود را باز می کند؛
 - جستجو می کند.
- شیرخوار باید در 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، ترنجبین، شیر خشک) داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل ۸ بار در شبانه روز انجام شود.
- یک نوزاد رسیده ممکن است در روز اول پس از یک تغذیه خوب، ساعات بیشتری بخوابد.
- به استفاده از داروهایی که منع شیردهی دارد، توجه کند. (طبق راهنمای خ ۱۰ آموزش دهید)

طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن نوزاد

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

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

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

در موارد دو قلوویی:

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

خنثه نوزاد پسر: توصیه می شود در ماه اول نوزاد توسط پزشک خنثه شود.

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

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

غربالگری متابولیک: برای بررسی بیماری فنیل کتونوری و هیپوتیروییدی، مادر حتمالاً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

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

حمام کردن نوزاد

- هیچگاه نوزاد را زیر دوش نبرد، ابتدا سرو گردن نوزاد را شسته و خشک کرده و با کلاه بپوشاند و سپس تنه و 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.
- پس از شستشو، نوزاد را کاملاً خشک کنید و لباس گرم و تمیز بپوشانید.
- می توان هفته ای دو بار نوزاد را حمام کرد.
- رطوبت و بخار حمام باید در حدی باشد که تنفس نوزاد را مشکل نکند.
- بلافاصله بعد از شیر خوردن، به علت احتمال برگرداندن شیر، از حمام کردن خودداری نمایید.
- در صورت خشک بودن پوست نوزاد می توان از یک لبه نازک وازلین یا ویتامین A+D استفاده کرد.
- در صورتی که بند ناف نیفتاده است:
- نوزاد را با اسفنج یا پارچه نخی تمیز کند.
- از پاک کردن چربی روی پوست نوزاد (ورنیکس) خودداری کند.

پیشگیری از سوانح و حوادث

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

ضمائم

فهرست داروهای مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- آنتی بیوتیک ها شامل کپسول آموکسی سیلین، قرص اریترومایسین، کپسول و آمپول آمپی سیلین، کپسول سفالکسین، آمپول جنتامایسین، آمپول سفتریاکسون، قرص آزیترومایسین
- قرص آهن
- قرص یا کپسول مولتی ویتامین مینرال
- قرص اسید فولیک
- قرص استامینوفن خوراکی یا شیاف
- کپسول مگنمیک اسید
- واکسن توام، واکسن هپاتیت
- آمپول اکسی توسین
- مواد ضد عفونی کننده (ساوین، بتادین، الکل)
- آمپول رگام
- سرمها (رینگر، قندی - نمکی، قندی، نرمال سالین)
- آمپول هیدرالازین
- ویال سولفات منیزیم
- آمپول مترژن
- آمپول فنی توئین
- آمپول بتامتازون
- آمپول هیدروکورتیزون
- قرص و پماد واژینال کلوتریمازول
- آمپول و قرص پرومتازین
- آمپول و قرص متوکلوپرامید
- قرص پیریدوکسین (B6)
- قرص و ژل مترونیدازول
- ژل موضعی لیدوکائین
- قرص یا پماد آسیکلوویر
- آمپول هپارین
- شیاف یا پماد آنتی هموروئید
- داروهای ملین
- آنتی هیستامین خوراکی
- داروهای احیاء نوزاد شامل اپی نفرین، بی کربنات سدیم، نالوکسان
- هیدروکلراید، نرمال سالین
- داروی بی حسی موضعی (لیدوکائین)
- واکسن های بدو تولد نوزاد (ب ث ژ، هپاتیت، فلج اطفال)
- آمپول ویتامین ک ۱
- پتدین
- آمپول فورسماید
- آمپول مورفین
- آمپول بی پریدین
- آمپول هالوپریدول
- قرص و کپسول نیفیدپین (آدالات)
- آمپول فنی توئین
- آمپول و قرص فنوباریتال
- آمپول و قرص دیازپام
- گلوکونات کلسیم
- آمپول سرم ضد کزاز
- سولفاستامید چشمی
- تتراسیکلین چشمی
- آمپول سفازولین
- الکل سفید یا اسپری فیکساتور

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

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