



برنامه کشوری مادری ایمن

## مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه دانش آموخته مامایی

تجدید نظر هفتم

۱۳۹۵

عنوان و نام پدیدآور	: مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت مادران : (راهنمای خدمات خارج بیمارستانی) ویژه دانش‌آموخته
ماماگی / تالیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس،	
اداره سلامت مادران.	
ویراست ۷	: وضعیت ویراست
اصفهان: پدیده گویا: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، معاونت بهداشتی،	: مشخصات نشر
.۱۳۹۵	.
۱۵۲ ص: مصور(بخشی رنگی)، جدول(بخشی رنگی).؛ ۲۲ × ۲۹ س.م.	: مشخصات ظاهری
۹۷۸-۶۰۰-۹۶۵۲۹-۸-۳	: شابک
فیبا	: وضعیت فهرست نویسی
در ویراستهای قبلی نوشین جعفری مولف بوده است.	: یادداشت
بالای عنوان: برنامه کشوری مادری ایمن.	: یادداشت
مادر -- خدمات پزشکی	: موضوع
Maternal health services	: موضوع
مراقبت‌های پیش از زایمان	: موضوع
Prenatal care	: موضوع
مراقبت‌های پس از زایمان	: موضوع
Postnatal care	: موضوع
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. معاونت بهداشتی	: شناسه افزوده
ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس. اداره	: شناسه افزوده
سلامت مادران	
RG 940/۷۴۰۱۳۹۵	: ردی بندی کنگره
۶۱۳/۰۴۲۴	: ردی بندی دیوبی
۴۳۸۸۶۳۲	: شماره کتابشناسی ملی

عنوان کتاب: برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت مادران  
 تالیف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۵  
 طرح و اجراء: کانون آگهی و تبلیغاتی ایلیا با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
 ناشر: انتشارات پدیده گویا  
 نوبت چاپ: هفتم  
 تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۵۲۹-۸-۳

## فهرست

صفحه	عنوان
۶	تهیه کنندگان مجموعه
۷	مقدمه
۸	آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
۱۳	جدوال راهنمای مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان
۱۵	الف- مراقبت های پیش از بارداری
۱۶	الف-۱- مراقبت پیش از بارداری
۱۷	تعاریف مراقبت پیش از بارداری
۲۱	الف-۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری
۲۳	الف-۳- بیماری ها و ناهنجاری ها
۲۵	الف-۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری
۲۶	ب- مراقبت های معمول بارداری
۲۷	ب-۱- اولین ملاقات بارداری
۲۸	ب-۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
۲۹	ب-۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
۳۰	تعاریف مراقبت های بارداری
۳۸	پ- مراقبت های ویژه بارداری
۳۹	پ-۱- علائم خطر فوری(اختلال هوشیاری، تشنجه، شوک)
۴۰	پ-۲- فشارخون بالا
۴۱	پ-۳- خودنیزی / لکه بینی
۴۲	پ-۴- درد/ درد شکم / سر درد/ درد یک طرفه ساق و ران
۴۴	پ-۵- آبریزش / پارگی کیسه آب
۴۵	پ-۶- تب
۴۶	پ-۷- تنگی نفس / تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)
۴۷	پ-۸- مشکلات ادراری- تناسی
۴۸	پ-۹- تهوع و استفراغ
۴۹	پ-۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین
۵۰	پ-۱۱- ورم
۵۱	پ-۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی
۵۲	پ-۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب
۵۳	پ-۱۴- حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی
۵۴	پ-۱۵- اختلال روان / همسر آزاری
۵۶	پ-۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری
۵۸	پ-۱۷- بیماری و ناهنجاری ها (۱: آرتربیت روماتوئید- ۲: آسم- ۳: اختلال انقادی- ۴: ایدز- ۵: بیماری قلبی- ۶: بیماری های گوارشی- ۷: بیماری های مزمن کلیه- ۸: پرکاری تیروئید- ۹: پرولاکتینوما- ۱۰: پیوند کلیه- ۱۱: تالاسمی مینور- ۱۲: ترومبوآمبولی- ۱۳: تورج- ۱۴: دیابت- ۱۵: سل- ۱۶: سابقه یا ابتلا به سرطان پستان- ۱۷: صرع- ۱۸: کم کاری تیروئید- ۱۹: لوپوس- ۲۰: مالتیپل اسکلروزیس- ۲۱: میگرن- ۲۲: ناهنجاری های اسکلتی- ۲۳: ناهنجاری های دستگاه تناسلی- ۲۴: هپاتیت)

صفحه	عنوان
۶۱	پ-۱۸: سایر موارد خطر در بارداری فعلی (۱: اختلال ژنتیکی- ۲: بارداری همزمان با IUD- ۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۲۵ سال- ۶: بارداری با قرص لایسترونول، قرص ها و آمپول های ترکیبی، کاشتني ها- ۷: بارداری با TL- ۸: ترومما- ۹: چندقولویی- ۱۰: حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده- ۱۱: رفتار پر خطر- ۱۲: سن بارداری نامشخص- ۱۳: شغل سخت و سنجین- ۱۴: شیردهی همزمان با بارداری- ۱۵: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال- ۱۶: مصرف الکل- ۱۷: مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرك- ۱۸: ناسازگاری های خونی- ۱۹: نمایه توده بدنی غير طبيعى)
۶۴	پ-۱۹: سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهي- ۴: جراحى روی رحم: ۵: چند قولویی- ۶: دیابت بارداری- ۷: زایمان زودرس- ۸: زایمان سخت/ سریع- ۹: سزارین تکراری- ۱۰: مول کمتر از یک سال/ دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- ۱۱: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۲: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)
۶۵	ت- مراقبت های معمول زایمان و بلاfacسله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان (در واحد تسهیلات زایمانی و منزل)
۶۶	ت- ارزیابی اولیه زایمان
۶۷	ت- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان
۶۸	ت- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان
۶۹	ت- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان
۷۰	تعاريف مراقبت های زایمان و بلاfacسله پس از زایمان
۷۷	ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلاfacسله پس از زایمان تا ۶ ساعت اول پس از زایمان
۷۸	ث- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشياری، تنفس مشکل)
۷۹	ث- فشارخون بالا
۸۰	ث- خونریزی
۸۱	ث- عدم پیشرفت زایمان
۸۲	ث- زجر جنین/ دفع مکونیوم
۸۳	ث- زایمان زودرس/ زایمان زیررس
۸۴	ث- پارگی کيسه آب
۸۵	ث- پرولاپس بندناه
۸۶	ث- نمایش غير طبيعى
۸۷	ث- سایر موارد خطر حین زایمان (۱: آنمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: ارهاش منفي- ۴: مصرف مواد مخدوش افیونی- ۵: الیگوهیدرآمنیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی- ۶: پلی هیدرآمنیوس- ۷: تب- ۸: جنین ناهنجار- ۹: چندقولویی- ۱۰: شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۲۵ سال- ۱۱: ضایعات ولو- ۱۲: گراند مولتی پار- ۱۳: ماکروزوومی- ۱۴: مرگ جنین- ۱۵: هپاتیت/ HBsAg مثبت- ۱۶: هرپس ژنتیال- ۱۷: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰)
۹۰	ث-۱۱: سایر موارد خطر بلاfacسله پس از زایمان (۱: احتباس جفت- ۲: تب- ۳: عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول- ۴: گذشتمن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه- ۵: وارونگی رحم- ۶: هماتوم)
۹۱	ث- ۱۲- بیماری ها (۱: آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری قلبی- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس- ۷: صرع- ۸: هیپرتیروئیدی)
۹۲	ث- ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی (۱: آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین یا جراحى رحم- ۶: مرده زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)
۹۳	ج- مراقبت های معمول پس از زایمان(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)
۹۴	ج- مراقبت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان
۹۵	ج- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان
۹۶	تعاريف مراقبت های پس از زایمان

صفحه	عنوان
۹۹ ۱۰۰ ۱۰۱ ۱۰۲ ۱۰۳ ۱۰۴ ۱۰۵ ۱۰۶ ۱۰۷	ج- مراقبت های ویژه پس از زایمان(پس از گذشت ۶ ساعت اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان) ج- ۱- علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل) ج- ۲- خونریزی / لکه بینی ج- ۳- تب ج- ۴- درد ج- ۵- مشکلات ادراری- تناسلی و اجابت مزاج ج- ۶- اختلالات روانپزشکی ج- ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی ج- ۸- سایر موارد خطر (فشارخون بالا، پره اکلامپسی در بارداری، بیماری زمینه ای، دیابت بارداری، مصرف الکل، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلا به ایدز / HIV+)
۱۰۸ ۱۰۹ ۱۰۹ ۱۱۰ ۱۱۲ ۱۱۲ ۱۱۳ ۱۱۳ ۱۱۵ ۱۱۵ ۱۱۶ ۱۱۶ ۱۱۷ ۱۱۷ ۱۱۹ ۱۲۰	ح- راهنمای ح- اعزام ح- ۱- برسی منشا خونریزی ح- ۲- درمان پره اکلامپی و اکلامپسی ح- ۳- کوراژ ح- ۴- وارونگی رحم ح- ۵- مکمل های دارویی 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 داروها در شبزدهی ح- ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری ح- ۱۴- غربالگری کاربیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان ح- ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوبیومیولی
۱۲۲ ۱۲۳ ۱۲۴ ۱۲۵ ۱۲۶ ۱۲۷	خ- ارزیابی نوزاد (۲۴ ساعت اول پس از زایمان) خ- ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد خ- ۲- نشانه های خطر خ- ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد خ- ۴- صدمات زایمانی/ ناهنجاری خ- ۵- عفونت های موضعی
۱۲۸	د- مراقبت از نوزاد (آموزش مادر)
۱۳۲ ۱۳۳ ۱۳۴ ۱۳۵	ضمائمه ۱: فهرست تجهیزات فنی برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ضمائمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک ضمائمه ۳: فرم های مراقبت (پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان)

## تهیه کنندگان این مجموعه

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

### • اعضاى گروه طراحی و تدوین

- دکتر فرحتاز ترکستانی. متخصص زنان و زایمان. رئیس اداره سلامت مادران
- لاله رادپویان. کارشناس ارشد مامایی
- لیلا. هادی پور جهرمی. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- نهضت امامی افشار. کارشناس ارشد آموزش بهداشت
- سوسن رحیمی قصبه. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- سعیده حجازی. کارشناس ارشد آموزش پزشکی
- مرضیه بخشندۀ. کارشناس ارشد مامایی و MPH
- دکتر مهران دخت عابدینی. متخصص زنان و زایمان
- زیر نظر: دکتر محمد اسماعیل مطلق. مدیر کل سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

### • با تشکر از همکاری:

- دکتر مریم کاشانیان. متخصص زنان و زایمان. عضو محترم کمیته علمی مشورتی اعلای سلامت مادران
- دفتر بهبود تغذیه جامعه: حسین فلاح. کارشناس ارشد تغذیه
- اداره سلامت دهان و دندان: دکتر نادره موسوی فاطمی
- اداره کنترل ایدز: دکتر مریم سرگلزایی مقدم، ماندانا تیرا
- اداره سلامت روان: دکتر علیرضا نوروزی، طاهره زیادلو
- اداره ژنتیک: دکتر عاطفه باقرصاد
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی، اردبیل، اصفهان، ایران، بوشهر، تربت حیدریه، تهران، چهارمحال و بختیاری، خراسان رضوی، ساوه، شهید بهشتی، فارس، قم، قزوین، کردستان، کرمانشاه، گراش، گلستان، لارستان، مراغه که نظرات ارزنده آنان برای بازنگری مجموعه آموزشی کمک کننده بوده است.
- دکتر بهرام دلاور، دکتر آرش عازمی خواه و دکتر نوشین جعفری که تدوین نسخه اول کتاب با همت ایشان آغاز شد.

## مقدمه

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

مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران در دو سطح اول و دوم خدمت از سال ۷۸ تا ۸۰ تدوین شد و پس از اجرای آزمایشی و ارزشیابی آن در سال ۱۳۸۵ به کل کشور تعمیم یافت.

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

**دکتر محمد اسماعیل مطلق**

**مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس**

**معاونت بهداشت**

## همکار گرامی!

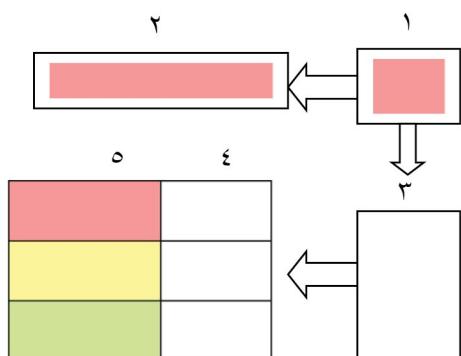
مجموعه حاضر به منظور کمک به شما در ارایه خدمات مطلوب به مادران به طور معمول و در شرایط ویژه در دوران پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان تهیه گردیده است. حتماً قبل از استفاده از این مجموعه، قسمت «آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» را مطالعه کنید.

### آشنایی با مجموعه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

این مجموعه شامل: جداول مراقبت های پیش از بارداری، بارداری و مراقبت های پس از زایمان (مرور کلی و سریع)، مراقبت های پیش از بارداری (بخش الف)، مراقبت های معمول بارداری (بخش ب)، مراقبت های ویژه بارداری (بخش پ)، مراقبت های معمول حین زایمان و بلافصله پس از زایمان (بخش ت)، مراقبت های ویژه حین و بلافصله پس از زایمان (بخش ث)، مراقبت های معمول پس از زایمان (بخش ج)، مراقبت های ویژه پس از زایمان (بخش چ)، راهنمایی (بخش چ)، ارزیابی نوزاد (بخش خ)، مراقبت از نوزاد (بخش د) و ضمائم است.

﴿ ۱ جداول راهنمای مراقبتهای پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که از پیش از بارداری تا پس از زایمان به مادر ارایه می شود. تقسیم بندی خدمات در این جداول بر اساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت هایی که در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارایه می گردد.

﴿ ۲ بخش مراقبت های معمول پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان، خدمات استانداردی است که باید در هر بار مراقبت برای گیرنده خدمت به ترتیب انجام دهید. چارت مراقبت های معمول (از سمت راست و بالای صفحه) شامل موارد زیر است:



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

خانه شماره ۲- در صورت وجود علائم خطر فوری، با توجه به آدرس داده شده، اقدام و سپس خانم را ارجاع دهید. بدیهی است در این مرحله زمان را برای انجام سایر اقدامات مربوط به خانه ۳ نباید از دست دهید.

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

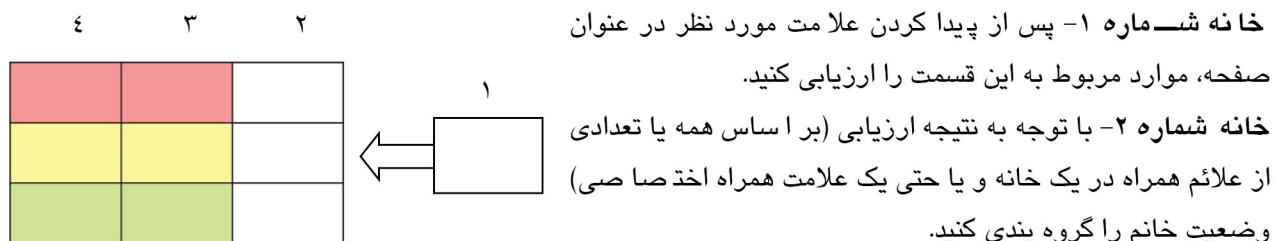
خانه شماره ۴- علائم و نشانه های حاصل از ارزیابی را گروه بندی کنید.

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

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

﴿ ۳ بخش مراقبت های ویژه برای ارایه مراقبت های مورد نیاز مادرانی است که در بارداری، زایمان یا پس زایمان در معرض خطر قرار می گیرند. در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، برسی می شود. بیشتر خانمهایی که خدمات معمول را دریافت می کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می کنند. ولی در برخی، ممکن است با توجه به سئوالات و معاینات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غیر طبیعی، مشاهده شود که نیاز به مداخله و مراقبت ویژه دارد.

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



خانه شماره ۳- با توجه به گروه بندی، تشخیص احتمالی عارضه یا بیماری را درمی یابید.

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

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

### مفهوم رنگ ها

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

الف - **رنگ قرمز** نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین / نوزاد را تهدید می کند و اقدام مناسب این رنگ ارجاع فوری یا اعزام (بلافاصله) است. در موارد اعزام، ارائه دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را ضمن اقدامات اولیه حین اعزام سریعاً با آمبولانس به سطح بالاتر انتقال دهد. در صورت ارجاع فوری از مادر بخواهید بلافاصله به نزدیک ترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند.

نکته ۱: در برخی مواقع ممکن است همراهی مامای مرکز الزامی باشد که بر حسب مورد به آن اشاره خواهد شد.

نکته ۲: در موارد ارجاع فوری و یا اعزام لازم است وضعیت به رابط مادر پر خطر اعلام گردد.

ب - **رنگ زرد** نشان دهنده نیاز مادر و یا نوزاد به اقدام خاص است. مادر باید بر حسب نوع عارضه در ۲۴ ساعت اول پس از مراجعه (ارجاع در اولین فرصت) و یا حداقل طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه آن مشخص گردد.

پ - **رنگ سبز** نشان دهنده امکان ارایه خدمت بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است.

### اصول کلی

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

▪ مراقبت ها و اقدامات تعیین شده در مجموعه می باشند بر اساس شرح وظایف ماما یا پزشک انجام شود.

▪ علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان به مادر، همسر و یا خانواده مادر آموزش داده شود.

▪ اگر مادر به دلایلی نیازمند حالت های مختلفی از ارجاع (اعزام، فوری، غیر فوری، در اولین فرصت) است، اعزام و ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.

▪ مادری که اعزام یا ارجاع فوری شده است باید حداقل تا ۲۴ ساعت، پیگیری شود.

▪ ارجاع در اولین فرصت، لازم است تا از ۴۸ ساعت پیگیری شود. اگر مورد ارجاع به هر دلیلی (امتناع مادر، ...) طی ۴۸ ساعت به سطح بالاتر مراجعه نکرد، مانند ارجاع فوری اقدام شود.

▪ مادری که ارجاع غیر فوری شده است، می بایست پس از یک هفته، پیگیری و وضعیت وی مشخص شود. اگر مورد ارجاع پس از یک هفته به هر دلیلی به سطح بالاتر مراجعه نکرد، به مادر و خانواده وی اهمیت معاینه در سطح بالاتر آموخته شده و مجدد پیگیری شود.

▪ مراجعه جهت دریافت مراقبت های بارداری و پس زایمان در تاریخ های تعیین شده باید به مادر و همراهان وی تأکید شود. در صورت عدم مراجعه در تاریخ مقرر، طی یک هفته پیگیری شود.

▪ پسخوراند های دریافت شده از سطح بالاتر، باید در فرم مراقبت ثبت و پیوست پرونده گردد.

▪ پزشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارایه دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی سطح پایین تر، بر نحوه ارایه خدمت به مادر توسط این سطح نیز نظرارت کنند.

▪ دفعات مراقبت ویژه مادر بر حسب نوع و شدت عارضه و نظر پزشک عمومی، ماما و پزشک متخصص با توجه به پسخوراند مقاومت خواهد بود.

▪ لازم است تمام خدمات ارایه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.

▪ توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم های ثبت، ارجاع و پیگیری مادر، مؤثر نخواهد بود.

### پیش از بارداری (الف)

ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید مورد توجه قرار گیرد. بسیاری از بیماری ها می توانند بر روی مادر و جنین تاثیر بگذارند، بنابراین لازم است برای تمامی خانم هایی که تمایل به بارداری دارند مراقبت های پیش از بارداری به منظور تشخیص، کنترل و درمان بیماری انجام شود تا مادر، بارداری و زایمان اینمی داشته باشد.

نکته ۱: در صورت تشخیص عارضه یا بیماری، نحوه ادامه مراقبت ها با نظر پزشک یا ماما تعیین می شود و لازم است تا زمان کنترل یا بهبد عارضه، بارداری به تعویق افت.

نکته ۲: در صورتی که خانم در زمان مراقبت پیش از بارداری، عارضه یا بیماری خاصی ندارد، انجام یک بار مراقبت در سال تا زمان بارداری، کافی است.

نکته ۳: در مواردی که فرد احتمال ناباروری دارد تا زمانی که تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.

نکته ۴: اعتبار آزمایش پیش از بارداری یک سال است. در صورتی که طی این مدت فرد باردار شد، برای انجام آزمایش نوبت اول بارداری، با توجه به نتایج آزمایش پیش از بارداری، نظر پزشک/ ماما و تاریخ انجام آزمایش، تصمیم گیری شود.

### بارداری (ب)

▪ مراقبت های بارداری پس از ثبت شدن آزمایش بارداری مطابق جدول مراقبت ها ارایه گردد.

▪ نتیجه آزمایش های بارداری می بایست در فرم مراقبت بارداری، به طور دقیق ثبت شود. نگهداری برگه آزمایش در پرونده الزامی نیست.

▪ مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم) به مادر ارایه می گردد. زمان ملاقاتهای معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۴ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸ و هفته ۴۰ بارداری

▪ زمان ملاقاتهای مادر بر اساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعده‌گی مشخص می شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعده‌گی خود را نمی داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری (اندازه ارتفاع رحم، انجام سونوگرافی در ۱۲ هفته اول و ...) اقدام شود.

▪ هر مادر باید در اولین مراجعت پزشک معاینه شود. در این معاینه، پزشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت پیش از بارداری و بارداری ثبت کند.

▪ در اولین مراجعته مادر در هر هفته بارداری ابتدا پروتکل اولین ملاقات برای وی اجرا و سپس با توجه به سن بارداری تعیین شده، ادامه مراقبت ها مطابق نیمه اول یا نیمه دوم ارائه گردد.

▪ هر زمان که مشکلات دهان و دندان در مادر مشاهده شد، لازم است به دندان پزشک یا بهداشتکار دهان و دندان ارجاع داده شود.

▪ سه ماهه اول بارداری را تا پایان هفته ۱۴ بارداری، سه ماهه دوم را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و سه ماهه سوم را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر گرفته شود.

▪ به منظور ترویج زایمان طبیعی و آموزش مادران در مورد فرایند زایمان و آماده کردن وی، مادر باید از هفته ۲۰ بارداری به کلاس های آمادگی برای زایمان معرفی شود.

### زایمان و بلافضله پس از زایمان (ث)

▪ هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تشویق شود، ولی اگر به هر علتی زایمان در واحد تسهیلات زایمانی انجام می گیرد، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.

▪ در صورت انجام زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، مادر و نوزاد باید حداقل تا ۶ ساعت اول پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند.

▪ انجام زایمان مادر در معرض خطر (مطابق بخش مراقبت ویژه زایمان) در واحدهای تسهیلات زایمانی جایز نیست مگر در موارد زایمان قریب الوقوع که در این صورت حتماً باید از یک پزشک یا مامای دیگر کمک گرفته شود. ابتدا اقدامات اولیه و سپس اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان انجام شود.

▪ نکته: زایمان قریب الوقوع یعنی با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنین، وضعیت جنین، وضعیت ابعاد لگن مادر و انقباضات رحمی، زایمان مادر در مدت زمانی کمتر از یک ساعت انجام شود.

▪ هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی (پوشیدن گان، پیش بند، چکمه، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک) انجام شود. وسایل زایمان می باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و استریل شود.

▪ اتاق زایمان نیز باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز، شسته و ضدعفونی شود و به صورت معمول هر ماه، با استفاده از چراغ اولتراویوله ضدعفونی شود.

## نکات مهم در استفاده از چراغ اولتراویوله:

۱. در صورتی که چراغ سیار است در وسط اتاق قرار گیرد.
  ۲. قبل از روشن کردن چراغ اولتراویوله، اتاق زایمان کاملاً تاریک باشد.
  ۳. درب کلیه کمدها، قفسه های شیشه ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
  ۴. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درزها با چسب پوشانده شود.
  ۵. دو شاخه چراغ می بایست خارج از اتاق زایمان به پریز زده شود و زمانی که چراغ روشن است، هیچکس وارد اتاق نشود.
  ۶. مدت زمان مناسب برای استفاده از چراغ به طور متوسط ۱۵ دقیقه می باشد. بعد از این مدت، دوشاخه را از پریز کشیده و هواکش روشن شود.
  ۷. پس از خاموش کردن چراغ، به مدت ۱۵ دقیقه نباید وارد اتاق زایمان شد.
  ۸. به طور دوره ای سطح لامپ با الكل تمیز شود. متوسط طول عمر چراغ اولتراویوله ۱۰۰ ساعت است و بعد از آن به شدت خاصیت میکروب زدایی خود را از دست می دهد.
    - نوزاد باید بلاfacسله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق «بخش ارزیابی نوزاد(بخش خ)» ارزیابی شود.
    - قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه های ارایه شده در بخش مراقبت از نوزاد(بخش د) به مادر آموزش داده شود.
    - نوزاد باید قبل از ترخیص توسط پزشک طبق «بوکلت چارت مراقبت های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.
- پس از زایمان(چ)**
- مراقبت های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان انجام می شود. مراقبت های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می شود.
  - برای مادری که در بیمارستان زایمان می کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.

## جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت	نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۶ تا ۱۰	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۴ تا ۳۰	مراقبت ۴ هفته ۳۲ تا ۳۶	مراقبت ۵ هفته ۳۷ تا ۴۰	زمان مراقبت ۶ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده	- تشکیل پرونده، وضعیت فعلی، سابقه بارداری و زایمان قبلی، بیماری زایمان قبلی، ناهنجاری، بیماری و ناهنجاری، رفتارهای پر خطر، غربالگری سلامت روان، - غربالگری سلامت روان	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، غربالگری سلامت روان، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، غربالگری سلامت روان، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، غربالگری سلامت روان، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی	- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر، شکایت‌های شایع و علائم خطر، غربالگری سلامت روان، تغذیه و مصرف مکمل‌های غذایی
معاینه بالینی	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام)، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام)، دهان و دندان)، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)، صدای قلب جنین، ارتفاع رحم	- اندازه گیری قد و وزن و تعیین نمایه توده بدنی	- علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)	- علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)	- اندازه گیری وزن، علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (چشم، پوست، اندام، دهان و دندان)، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان، شکم، اندام، واژن و لگن)
آزمایش‌ها یا بررسی تكميلي	CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C,BUN, Crea, *HIV, HBsAg و HBsAg (در صورت نیاز)، پاپ اسمیر و تیتر آنتی بادی خد سرخچه (در صورت نیاز) VDRL و HIV (در رفتارهای پر خطر)	- سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۶ تا ۱۸	- نوبت دوم کومبیس غیر مستقیم (در مادر بارداری به منظور بررسی وضعیت Rh منفی با همسر Rh مثبت) برای FBS, OGTT افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	- نوبت اول کومبیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت آنومالی جنین) آنومالی جنین در صورت لزوم در هفته ۱۵-۱۷ بارداری	- بارداری به منظور بررسی وضعیت Rh منفی با همسر Rh مثبت) برای FBS, OGTT افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	- نوبت دوم کومبیس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت آنومالی جنین) آنومالی جنین در صورت لزوم در هفته ۱۵-۱۷ بارداری	- CBC, BG, Rh, FBS, U/A, U/C,BUN, Crea, *HIV, HBsAg و HBsAg (در صورت نیاز)، پاپ اسمیر و تیتر آنتی بادی خد سرخچه (در صورت نیاز) VDRL و HIV (در رفتارهای پر خطر)	- سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری تست تشخیص سریع HIV در هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری*

\*در مناطق مجری برنامه PMTCT برای همه مادران تست تشخیص سریع HIV در ملاقات اول و چهارم انجام می‌شود.

### ادامه جدول راهنمای مراقبت های پیش از بارداری و بارداری (مرور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ ۱۰ تا ۶ هفته	مراقبت ۲ ۲۰ تا ۱۶ هفته	مراقبت ۳ ۳۰ تا ۲۴ هفته	مراقبت ۴ ۳۷ تا ۳۵ هفته	مراقبت ۵ و ۶ ۳۴ تا ۳۱ هفته	مراقبت ۷ تا ۹ هفته یک مراقبت (هر هفته یک مراقبت)
- بهداشت فردی، روان، جنسی و دندان	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان	- بهداشت فردی، روان، دهان و دندان	- شکایت های شایع	- علامت خطر	- بهداشت روان، جنسی و مصرف سیگار، مواد افیونی، الكل
- آموزش و مشاوره	- آموزش و مشاوره	- آموزش و مشاوره	- آموزش و مشاوره	- آموزش و مشاوره	- مصرف زایمان طبیعی و مناسب زایمان	- اینم، آمادگی و محل شیردهی	- فواید زایمان طبیعی و مناسب زایمان
اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین میترال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)	اسید فولیک	توأم، آنفلوآنزا (در صورت نیاز) - رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری (در صورت نیاز)	سرخه، هپاتیت، توأم (در صورت نیاز)	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین میترال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)	مکمل های دارویی	اسید فولیک (از ابتدای بارداری تا پایان بارداری)، آهن و مولتی ویتامین میترال (از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری)	آموزش و مشاوره

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

زمان مراقبت نوع مراقبت	روز های ۱ تا ۳	روز های ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۳۰ تا ۴۲	مراقبت ۳
مصطفیه و تشکیل یا بررسی پرونده	- مشخصات، وضعیت زایمان سوابق بارداری های اخیر علائم خطر و عوارض مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنازی با وضعیت مادر علائم خطر و عوارض غربالکری سلامت روان مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنازی با وضعیت مادر علائم خطر و عوارض غربالکری سلامت روان مصرف مکمل های دارویی	- بررسی پرونده و آشنازی با وضعیت مادر علائم خطر و عوارض غربالکری سلامت روان مصرف مکمل های دارویی
معاینه بالینی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام اندام ها، محل بخیه ها علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها علائم حیاتی	- معاینه چشم، پستان ها، شکم (رحم)، اندام ها، محل بخیه ها علائم حیاتی
آزمایش ها	-----	-----	-----	پاپ اسمر (در صورت نیاز) - در مبتلایان به دیابت بارداری: OGTT, FBS
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، تاریخ مراجعه بعدی	آمن و مولتی ویتامین میترال تا ۳ ماه پس از زایمان
مکمل های دارویی	رگام در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان	-----	-----	-----
ایمن سازی	-----	-----	-----	-----

# الف - مراقبت پیش از بارداری

صفحه	عنوان
۱۶	الف ۱ - مراقبت پیش از بارداری
۱۷	تعاریف مراقبت های پیش از بارداری
۲۱	الف ۲ - راهنمای مراقبت پیش از بارداری
۲۳	الف ۳ - بیماری ها و ناهنجاری ها
۲۵	الف ۴ - تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

## الف ۱- مراقبت پیش از بارداری

### اقدام

### گروه بندی علائم و نشانه ها

<p>سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵، رفتارهای پرخطر، مشکلات دهان و دندان، مصرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرك، مصرف الکل، اختلالات روان/همسرآزاری، شغل سخت و سنگین، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، اختلال ژنتیکی، بیماری ها (دیابت، قلبی، لوپوس، آرتیتیز روماتوئید، تالاسمی میتو، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، سل، سندروم تخدمان پلی کیستیک و ...)</p> <p><u>سوابق بارداری و زایمان قبلی</u></p> <p>مرگ نوزاد، مرده زایی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، جراحی شکم و رحم، زایمان زودرس، سقط مکرر، مول، حاملگی خارج از رحم</p> <p>اقدام طبق الف ۲ تا الف ۴ و خانه زیر</p>	<p>ارزیابی</p> <p><b>تشکیل پرونده</b></p> <p>گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p><b>اندازه گیری کنید:</b></p> <p>قد، وزن، نمایه توده بدنی، علائم حیاتی</p> <p><b>معاینه کنید:</b></p> <p>چشم، دهان و دندان، تیروئید، قلب، ریه، پوست، پستان ها، شکم، اندام ها، لگن و واژن</p>
<p>-ایمن سازی طبق دستورالعمل</p> <p>-تجویز اسید فولیک</p> <p>-درخواست آزمایش و تفسیر آن و</p> <p>اقدام مطابق الف ۴</p> <p>-انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز</p> <p>-آموزش و توصیه طبق عنوانین فرم</p> <p>مراقبت پیش از بارداری</p> <p>-غربالگری سلامت روان</p> <p>-تبیین تاریخ مراجعته بعدی در</p> <p>صورت نیاز</p>	<p>طبعی بودن همه موارد</p>

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

**آزمایش های پیش از بارداری:** شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و TSH. را درخواست کنید.

**نکته ۱:** در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در خانم و یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در صورت وجود آزمایش تشخیص سریع HIV آن را طبق دستور عمل انجام دهید.

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

**نکته ۳:** تیتر آنتی بادی ضد سرخجه را در صورتی که خانم علیه سرخجه اینمن نشده باشد، درخواست کنید.

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

**نکته ۵:** آزمایش پاپ اسمیر با توجه به دستور عمل کشوری و در صورت نیاز انجام شود.

**آموزش و توصیه:** در مورد بهداشت فردی (شیوه زندگی سالم، اینمن سازی، شغل، ورزش...), بهداشت روان (آرامش و سلامت روان)، بهداشت جنسی (دوابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تاکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، ترمیم دندان استقاده از نخ دندان)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی و اصلاح وزن)، دخانیات و مخدوش و الک (عدم مصرف و ترک آن و مضرات مصرف آن و یا مواجهه با دود سیگار برای مادر و جنین)، زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

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

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

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

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

- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛

- تداوم مصرف ماده علیرغم آکاهی از عوارض آن؛

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

صرف مواد زیر (بدوت توصیه پزشک) را از خانم سوال کنید:

انواع تنباقو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرامبخش یا خوابآور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، الكل (آبجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محركهای آمفاتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره).

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

### بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلویی)
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری بوجود نمی آورد.
- **سقط:** خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقط مکرر:** سقط متوالی ۲ بار یا بیشتر
- **زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جدا شدن از مادر نفس نکشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان ندهد.

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

پاپ اسمیری: در زنان ۲۰ تا ۷۰ سال ازدواج کرده (۳ سال پس از اولین تماس جنسی) پاپ اسمیر انجام می شود. در صورتی طبیعی بودن نتیجه هر ۵ سال یکبار تا ۴۰ سالگی و سپس هر ۱۰ سال انجام می شود. در مواردی که خانم در معرض خطر ابتلا به سلطان سرویکس (شرکای جنسی متعدد) ازدواج در سنین پایین، کشیدن سیگار، ابتلا به ویروس پاپیلوما) است، تعداد دفعات و فوائل انجام پاپ اسمیر بر اساس نظر پزشک یا ماما است.

تاریخ مراجعة بعدی: تاریخ مراجعة بعدی را در صورتی که فرد نیاز به پیگیری بیشتر دارد، تعیین کنید.

نکته: به خانم یادآور شوید با قطع قاعده‌گی کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری (اولین ملاقات) شروع شود. تشخیص بارداری می‌تواند با آزمایش ادرار، خون و یا سونوگرافی باشد.

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۲۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرك، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سلطان پستان در خانم‌های بالای ۳۰ سال و یا سابقه سلطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

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

شقف: هر فعالیت فکری یا بدنه که به منظور کسب درآمد (نقدي، غير نقدي) صورت گیرد.

### شغل سخت و سنگین:

- کارهای ایستاده یا نشسته مداوم (مانند معلمان، فروشنده گان، قالی بافان، ...);
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه‌ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
- تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
- مواد شیمیایی مضر برای رشد جنبین مثل سرب، حالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود دمه های فلزات؛
- کار در محیط پرسروصدای، محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می‌تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

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

• فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً 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، ۹۰/۱۴۰ میلیمتر جیوه و بالاتر باشد.

• درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان ۲۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.

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

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

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

• علائم خطر فوری روانپردازی: احساس بیزاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، نالمیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهمندی، رفتار یا گفتار آشفته، عالم منفی (گوششگیری، کاهش ارتباطهای اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)

• علائم در معرض خطر روانپردازی: خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسواس، خلق افسرده، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلافی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتها، اختلال در تمرکز

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

- مرحله اول: نوع جهش ژنتیکی بیماری، در والدین تعیین می گردد و یک بار انجام می شود و در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست. به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط، در صورت ابتلای جنین در زمان بارداری، ترجیحاً آزمایش مرحله اول تشخیص ژنتیک پیش از تولد، قبل از وقوع بارداری در زوج، انجام می شود و در غیر این صورت در اولین فرست می باشد مادر برای انجام این مرحله به مشاوره ژنتیک ارجاع گردد.
- مرحله دوم: تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولاً از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرژهای جفت (CVS) انجام می شود. وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری برسی می گردد. در صورتی که جنین سالم گزارش گردد، بارداری ادامه یافته و مادر تحت مراقبت معمول بارداری قرار می گیرد. در غیر این صورت مادر برای انجام سقط جنین مبتلا معرفی می گردد. بدیهی است در هر بارداری انجام مرحله دوم برای تعیین وضعیت هر جنین لازم است.

**صرف مکمل های دارویی:** مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً ۳ ماه قبل از بارداری) را تجویز کنید.

**معاینه دهان و دندان:** دهان و دندان خانم را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری های دهان و دندان منعی در بارداری ندارد.

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

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

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

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

• **التهاب لثه:** لثه متورم، پرخون و قرمز

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

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتجمه چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر بثورات
- لمس قوا و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر وجود سووفل ها، آریتمی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان ها از نظر قوا، ظاهر (اندازه و قرینگی، تعیرات پوستی)، وجود توده ( محل، قوا، اندازه، چسبندگی) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خونی، چركی). این معاینه مطابق دستور عمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسعه ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده
- بررسی اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی
- وضعیت ظاهری لگن از نظر تعییر شکل های محسوس مانند راشیتیسم، فلچ بودن و یا اسکلیویزیس بررسی می شود.

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

**نمایه توده بدنی:** با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. نمایه توده بدنی، وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجدور قد (متر) است.

**همسر آزاری:** هر رفتار خشن و اپسته به جذبیتی 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 جمیع 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 خد شه دار می کند. این رفتار به صورت انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متعلق و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.

مدت اعتبار مشاوره پیش از بارداری یک سال است.

## الف-۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

اقدام	تاثیر بر بارداری	وضعیت فعلی و سوابق
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و زایمان	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	ناهنجاری های دستگاه تناسلی
ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری	اماکن ابتلا به ایدز، عفونت آمیزشی	رفتارهای پرخطر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت اقدام به خودکشی و چراحت: اقدام درمانی برای جراحت و ارجاع فوری به بیمارستان</li> <li>- در صورت پرخاشگری شدید و احتمال آسیب به دیگران: ارجاع فوری به روانپزشک و در صورت عدم کنترل بیماری حين ارجاع: تزریق عضلانی ۵ میلی گرم هالوپریدول و ۵ میلی گرم آمپول بی پیریدین</li> <li>- در صورت نبود خطر جدی آسیب به خود ولی سابقه افکار آسیب به خود در ماه گذشته: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</li> <li>- در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط خانواده یا پزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</li> <li>- در صورت نیاز به آموزش روانی و مداخلات غیر دارویی: ارجاع به کارشناس سلامت روان و رفتار</li> <li>- در صورت همسرآزاری: مشاوره با زوجین و در صورت عدم موفقیت: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</li> </ul>	احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسر آزاری	سابقه یا وجود اختلالات روانپزشکی، همسرآزاری (با توجه به تعاریف)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای پرسنی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک</li> <li>- ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک در مورد فنیل کتونوری</li> <li>- در صورت سایقه NTD در نوزاد: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری</li> </ul>	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به کارشناس/ متخصص تغذیه</li> </ul>	افزایش احتمال تأخیر رشد جنین، زایمان زودرس، جنین درشت، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، سزارین، بروز نقاچیں جسمی و ذهنی در جنین، تولد نوزاد کم وزن، احتمال ترومیوبامبوی در نمایه توده بدنه بیش از ۳۰	سوء تغذیه یا نمایه توده بدنه کمتر از ۱۸/۵ و یا ۲۵ و بالاتر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموزش خطرات مصرف سیگار، مواد الکل و خطرات مواجهه با دود دسته دوم سیگار در بارداری</li> <li>- در صورت مصرف فعال مواد: توصیه به استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب تا زمان ثبیت از نظر وضعیت درمان اختلال مصرف مواد و سلامت روانی، اجتماعی</li> <li>- در صورت مصرف مواد آسیب رسان با تشخیص پزشک: پیگردی چهت دریافت خدمت بر اساس راهنمای اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد</li> <li>- ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار</li> </ul>	افزایش احتمال آنی، سقط، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، مرگ جنین، دکلمان، زایمان زودرس، پارگی کیسه آب، پره اکلامپسی، دیابت، آلدگی به هپاتیت و ایدز (در مصرف مواد مخدر تزریقی) اثرات نوزادی: خونریزی داخل مغزی، شکاف کام، سپتی سمی، هیپوگلیسمی و سایر عوارض ناشی از داروهای غیر مجاز، سندروم الکل جنینی	صرف سیگار و دخانیات، الکل، مواد افیونی و محرك
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به بهداشت دهان و دندان و مشکلات آن در بارداری</li> </ul>	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، تشدید بیماری دهان و دندان	مشکلات دهان و دندان

## الف-۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری (ادامه)

اقدام	تاثیر بر بارداری	وضعیت فعلی و سوابق
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت امکان تغییر محل یا نوع شغل</li> <li>- آموزش در مورد نحوه فعالیت در بارداری</li> </ul>	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	شغل سخت و سنگین
<ul style="list-style-type: none"> <li>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان</li> </ul>	احتمال عود	سابقه مول کمتر از یک سال سابقه دو بار سقط متوالی یا بیشتر
<ul style="list-style-type: none"> <li>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و مشاوره ژنتیک با توجه به نظر متخصص زنان</li> </ul>	احتمال عود	تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید به رعایت فاصله مناسب بارداری از نظر تداوم شیردهی، ارتباط عاطفی مادر و شیرخوار و بهبود سلامت جسمانی مادر</li> <li>- توصیه به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز ۳ ماه قبل از بارداری</li> </ul>	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، آنما	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید به عوارض بارداری پنجم و بالاتر، بارداری در سن زیر ۱۸ و بالای ۲۵ سال</li> <li>- تاکید به زمان مناسب باردار شدن</li> </ul>	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، جفت سرراهی، پرده اکلامپسی، دیابت، آنما، ناهنجاری جنین، زایمان سخت	بارداری پنجم و بالاتر، سن زیر ۱۸ و بالای ۲۵ سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تاکید بر عوارض سازارین تکراری</li> <li>- تاکید به دریافت مراقبت های منظم و به موقع بارداری</li> </ul>	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	سازارین تکراری

## الف-۳-بیماری‌ها و ناهنجاری‌ها

عنوان	تاثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	آسم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درمان آسم و استفاده از روش پیشگیری از بارداری تا بهبود عملکرد ریه</li> <li>- مجاز بودن مصرف استرویید‌ها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص در بارداری</li> </ul>
۲	آنمی فقر آهن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درمان دارویی در صورت هموگلوبین کمتر از ۱۲ g/dl</li> <li>- ادامه درمان خوراکی تا ۳ ماه پس از اصلاح میزان هموگلوبین</li> <li>- ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب</li> </ul>
۳	آنمی داسی شکل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به عوارض احتمالی بیماری در بارداری</li> <li>- تجویز اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز</li> <li>- تأکید به دریافت مراقبت‌های منظم و به موقع بارداری</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</li> <li>- مشاوره ژنتیک جهت بررسی همسر از نظر ناقل بیماری بودن</li> </ul>
۴	اختلال انعقادی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی</li> </ul>
۵	+HIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری</li> </ul>
۶	بیماری بافت همبند - لوبوس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع به متخصص داخلی</li> <li>- کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن</li> </ul>
۷	بیماری بافت همبند - آرتربیت روماتوئید	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</li> </ul>
۸	بیماری تیروئید - پرکاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - غدد</li> </ul>
۹	بیماری تیروئید - کم کاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - غدد</li> </ul>
۱۰	تالاسمی مینور	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تجویز اسید فولیک و بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری جهت مشاوره ژنتیک (انجام PND) و تأکید به بررسی دقیق در اولین ملاقات بارداری</li> </ul>
۱۱	بیماری قلبی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان</li> <li>- تأکید به مادر در مورد خطرات احتمالی بارداری برای مادر و جنین</li> <li>- توصیه به استفاده از روش پیشگیری از بارداری کم خطر در مواردی که منع بارداری وجود دارد مانند سندرم مارفان، آیزن منگر یا کلاس ۳ و ۴ قلبی</li> <li>- ارجاع به متخصص عفونی برای تزریق یک نوبت واکسن پنوموکوک پلی ساکارید در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن</li> <li>- تأکید به دریافت منظم مراقبت‌های بارداری</li> </ul>
۱۲	بیماری گوارشی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر</li> <li>- در صورت تشديد علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی</li> <li>- در صورت جراحی معده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</li> </ul>
۱۳	بیماری مزمون کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل میزان فشارخون و پروفتین ادرار</li> <li>- در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: تأکید به انجام دیالیز قبل از بارداری و ادامه آن در بارداری</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</li> </ul>

## الف-۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

عنوان	تاثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱۴	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای اینمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- توصیه به بارداری حداقل ۲ سال بعد از پیوند و وضعیت سلامتی عمومی مطلوب - بررسی عملکرد کلیه، میزان کراتینین (کمتر از ۲ و ترجیحاً کمتر از ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر) - بررسی پروتئین ادرار - تاکید به کنترل فشارخون - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۵	افزایش بروز ترومبوآمبولی، سقط	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز
۱۶	احتمال افزایش هیپو گلیسمی، فشارخون حاملگی، پره اکلامپسی، سقط، زایمان زودرس، عفونت، پلی هیدر آمنیوس، ناهنجاری جنینی، مرگ جنین	- اخذ شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان - کنترل دقیق قند خون برای کاهش عوارض نوزادی - اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1c - تاکید به مصرف اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز - ارجاع غیر فوری جهت معاینه نورولوژیک، قلبی عروقی و شبکیه - اندازه گیری کراتینین سرم، پروتئین ادرار، تست های عملکرد تیروئید - ارجاع غیر فوری به کارشناسان تغذیه جهت تعیین رژیم غذایی مناسب
۱۷	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی
۱۸	سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلوودگی جنین در بارداری یا آلوودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات
۱۹	صرع	افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی جنین
۲۰	فارشارخون مزمن	احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلامپسی، نارسایی قلب، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس چفت
۲۱	فنیل کتونوری	سقط، عقب افتادگی ذهنی جنین، بیماری قلبی مادرزادی، محدودیت رشد جنین
۲۲	مالتیپل اسکلروزیس	افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد
۲۳	هپاتیت	اثرات مقاومت مانند سقط، زایمان زودرس و ... بر حسب نوع بیماری

## الف-۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

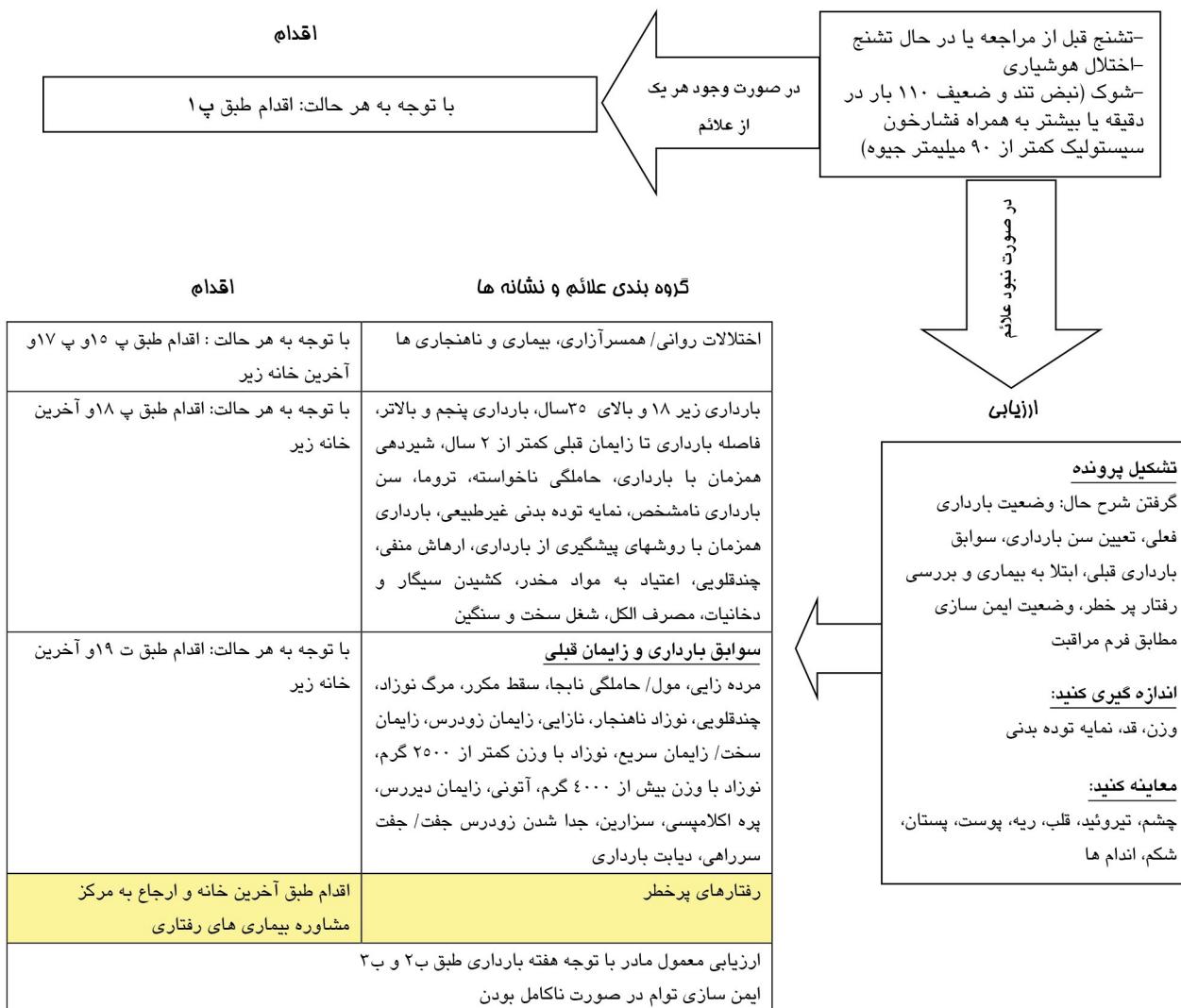
نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	دیابت آشکار	تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون: ارجاع به متخصص داخلی
قند خون ناشتا ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	پرده دیابت	- توصیه به تنظیم مناسب و افزایش فعالیت بدنی - تکرار آزمایش یک ماه بعد
هموگلوبین کمتر از ۱۲ گرم درصد	آنمی	بررسی علت و درمان بر حسب نوع آنمی
پلاکت غیر طبیعی (کمتر از ۱۰۰۰۰)	لوپوس، ترومبوسیتوپنی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
MCV کمتر از ۸۰ یا MCH کمتر از ۲۷	تالاسمی میکرو	بررسی همسر از نظر تالاسمی و در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از اندکس ها: ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره ژنتیک
TSH غیر طبیعی (بیشتر از ۳/۹ و کمتر از ۰/۲ $\mu$ IU/ml)	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
VDRL مثبت	بیماری مقابله ای احتمال مثبت کاذب: بیماری های کلازن، عفونت منوفکلئوز، سن بالا، مalaria، بیماری تب دار، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سیفایلیس
HIV مثبت	آلوگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به ابتلا به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۳ ماه بعد
HBsAg مثبت	هپاتیت ب	- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن - توصیه به این سازی خانواده در صورت منفی بودن HBsAg
پاپ اسیدر غیرطبیعی	سروسیت یا کانسر	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
پاسخ تیتر آنتی بادی ضد سرخچه (با توجه به محدوده آزمایشگاه)	نتیجه منفی: عدم اینتی علیه سرخچه نتیجه مثبت: اینتی علیه سرخچه	- در صورت منفی بودن نتیجه: تزریق واکسن سرخچه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردارشدن

## ب- مراقبت های معمول بارداری

صفحه	عنوان
۲۷	ب-۱- اولین ملاقات بارداری
۲۸	ب-۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
۲۹	ب-۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
۳۰	تعاریف مراقبت های بارداری

## بـ ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم فطر فوری را ارزیابی کنید:



## ب۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری

ابتدا علائم فطر فوی (ازیابی کنید):



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

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

ابتدا علائم فطره فوری (ا) ارزیابی کنید:



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

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

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

**آزمایشهای معمول بارداری:** در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و ارهاش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN و VDRL و در ملاقات سوم بارداری (بهتر است در هفته ۲۸-۲۴ انجام شود) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

نکته ۱: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پر خطر در زن باردار یا همسرش، خانم را برای انجام آزمایش HIV و بررسی های بیشتر به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. در مراکز مجری طرح PMTCT تست تشخیص سریع HIV دو بار، نوبت اول در اولین ملاقات (هفته ۱۰-۶) و نوبت دوم در ملاقات هفته ۲۴-۳۱ بارداری انجام می شود.

نکته ۲: در صورتی که خانم در مراقبت پیش از بارداری آزمایش TSH را انجام نداده است در اولین ملاقات TSH اندازه گیری شود.

نکته ۳: نوبت اول کombs غیر مستقیم را در مادر ارهاش منفى در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهاش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته های ۲۴ تا ۳۰ بارداری است.

نکته ۴: در صورتی که خانم طبق دستورالعمل کشوری بر علیه هپاتیت ایمن نشده است و یا نمی داند، آزمایش HBsAg را درخواست کنید.

**آموزش و توصیه:** طی ملاقات ها متناسب با هفته های بارداری موارد زیر را به مادر آموزش دهید: بهداشت فردی (استحمام، استراحت، مسافت، کار، ورزش، پوشیدن لباس مناسب، مصرف دارو، ...)، بهداشت روان (تفییرات خلق و خو، روحیات، مسئولیت پذیری همسر، آمادگی لازم برای والدین شدن و ارتباط افراد خانواده)، بهداشت جنسی (روابط جنسی و نکات آن و رفتارهای پر خطر با تأکید بر راه های انتقال ویروس HIV)، بهداشت دهان و دندان (مراقبت از دندان ها، استفاده از نخ دندان و ترمیم دندان ها)، تغذیه و مکمل های دارویی (گروه های اصلی غذایی، رعایت تنوع و تعادل در مواد غذایی، مصرف مکمل های دارویی)، دخانیات و مخدور و الكل (عدم مصرف و ترك آن و مضرات مصرف آن برای مادر و جنین)، شکایت های شایع (حساس شدن پستان ها، خستگی، تهوع و استقراغ صبحگاهی، افزایش ترشحات مهیلی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سرددل و ...)، علائم خطر (لکه بینی، خونریزی)، آبریزش، تاری دید، درد سر دل، تنگی نفس، سردرد و ...) و مراجعه برای دریافت مراقبتهای بارداری، اهمیت شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، غربالگری و علائم خطر نوزادی، اصول شیردهی، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعة برای دریافت مراقبت های پس از زایمان

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

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

**ارتفاع رحم:** در هر ملاقات (از هفته ۱۶ بارداری) با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم را تعیین و ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید و با سن بارداری مطابقت دهید. از خالی بودن مثانه مطمئن شوید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۲۲ بارداری با استفاده از ثوار متري، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) بر حسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۲۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

**ارزیابی علائم خطر فوری:** در هر ملاقات، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری (تشنج، اختلال هوشیاری، شوک) بررسی کنید. در صورت وجود هر یک، مطابق جدول اقدام کنید و قبل از انجام مراقبت های معمول، مادر را اعزام کنید.

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

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

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

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

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

- مخلل 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.

محصرف مواد (بدون توصیه پزشک) زیر را از خانم سوال کنید:

انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)، داروهای مسکن اپیوئیدی (ترامadol، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)، داروهای آرامبخش یا خوابآور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)، الكل (آجو، شراب، عرق، غیره)، مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)، حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)، محركهای آمفتابیونی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره).

**ایمن سازی:** ایمن سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید. بهترین زمان برای تزریق واکسن توأم در مادر باردار که ایمن سازی کامل ندارد تا هفته ۳۶ بارداری است. اگر به هر دلیل مراجعت مادر برای دریافت مراقبت‌ها به تأخیر افتاد، بهتر است تزریق واکسن حداقل دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان باشد.

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

- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بالاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.
  - در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم مشخص نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزان باشد، بالاصله پس از سقط غیر ایمن ۱۵۰۰ واحد سرم کزان به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید.
- ایمن سازی برای آنفلوآنزا در بارداری بلامانع است.

#### بارداری:

- **تعداد بارداری:** تعداد بارداری ها بدون در نظر گرفتن نتایج آن (سقط، مول، حاملگی نابجا، زایمان زودرس، زایمان بموقع، زایمان دیررس چند قلویی). بارداری فعلی مادر نیز محاسبه می شود.
- **تعداد زایمان:** بر اساس تعداد حاملگی ها از هفته ۲۲ و بیشتر، بدون در نظر گرفتن تعداد جنین های متولد شده محاسبه می شود. یعنی یک زایمان تک قلو یا چند قلو، زنده یا مرده در تعداد زایمان تغییری وجود نمی آورد.
- **سقوط:** خروج محصلو بارداری تا قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری، یعنی تا ۲۱ هفته و ۶ روز
- **سقوط دیررس:** سقط پس از سه ماهه اول بارداری
- **سقوط مکرر:** ۲ بار یا بیشتر سقط متواتی
- **زنده:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی بعد از ۲۱ هفته و ۶ روز
- **زنده:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی تا ۳۶ هفته و ۶ روز
- **زنده:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده یعنی پس از ۴۱ هفته و ۶ روز
- **زنده:** زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکیوم) یا با خروج سخت شانه ها انجام شده باشد.
- **زنده:** زایمان سریع: زایمانی که با شروع دردهای زایمان، در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.
- **مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان به گونه ای که بعد از جداسدن از مادر نفس نمی کشد و یا هیچ علامتی مبنی بر وجود حیات مانند ضربان قلب و یا حرکات ارادی را نشان نمی دهد.
- **مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد.

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

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

- **برقراری ارتباط مناسب با مادر:** مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت:
  - با دقت به صحبت ها و شکایت های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
  - نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشد.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانب دارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محترمانه می ماند.

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

روش اول: مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارد. چند دقیقه منتظر بمانید. اگر مایع با یا بدون ورنیکس یا احیاناً مکونیوم 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 استقاده از نیترازین تست برای تعیین PH است.

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

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

**تاریخ مراجعة بعدی:** تاریخ مراجعة بعدی مادر را بر اساس «هفتة» تعیین و یادآوری کنید.

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

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

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

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

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

- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، مصرف مواد افیونی و محرك/ داروی مخدر، مصرف الکل، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری، شغل سخت و سنگین

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد فرزندان، داشتن فرزند کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر و سوابق بارداری و زایمان قبلی

- تاریخچه پزشکی: ابتلاء فعلی به بیماری‌های زمینه‌ای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هپاتیت، اختلال انعقادی، سابقه سرطان پستان در خانم‌های بالای ۴۰ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ)، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

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

**تفزیه مناسب:** آنچه در تغذیه مادر باردار اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استقاده از همه گروه‌های اصلی غذایی یعنی گروه نان و غلات، گروه میوه‌ها، گروه سبزی‌ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه هاست. جدول زیر سهم‌های لازم در گروه‌های غذایی و برای هر روز را نشان می‌دهد. با توجه به نمایه توده بدنی مادر واحد مورد نیاز (سهم) گروه غلات و نان تغییر می‌کند.

منابع غذایی	معادل هر واحد	واحدهای مورد نیاز		گروه‌های غذایی
		باردار و شیرده	غیر باردار	
انواع نان بخصوص نوع سبوس دار (سنگک، نان جو...)، نان‌های سنتی سفید (لوаш و تافتون)، برنج، انواع ماکارونی و رشت‌ها، غلات صبحانه و فرآورده‌های آنها به ویژه محصولات تهیه شده از دانه کامل غلات است.	یک کف دست بدون انگشت (معادل ۳۰ گرم) انواع نان‌ها مثل نان برابری، سنگک و ۲ تا تافتون یا ۴ کف دست نان لواش (معادل ۲۰ گرم) یا نصف لیوان برنج یا سه چهارم لیوان ماکارونی پخته یا ۲ عدد بیسکویت ساده بخصوص سبوس دار	۷-۱۱	۶-۱۱	گروه نان و غلات
نان و غلات سبوس دار به دلیل تامین فiber مورد نیاز در الیت است.				

این گروه شامل انواع سبزی‌های برگ دار، هویج، بادمجان، نخود سبز، انواع کدو، قارچ، خیار، گوجه فرنگی، پیاز، کرفس، ریواس و سبزیجات مشابه دیگر است.	یک لیوان سبزی‌های خام برگی یا نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده یا یک عدد گوجه فرنگی، پیاز، هویج یا خیار متوسط یا نصف لیوان آب هویج یا نصف لیوان نخود سبز، لوبیا سبز و یا هویج خرد شده	۵-۴	۵-۳	گروه سبزی‌ها
این گروه شامل انواع میوه مثل سیب، موز، پرتقال، خرما، انجیر تازه، انگور، برگه آلو، آب میوه طبیعی، کمپوت میوه‌ها و میوه‌های خشک مثل انجیر خشک، کشمش، برگه آلو است.	یک عدد میوه متوسط (سیب، موز، پرتقال یا گلابی و...) یا نصف لیوان میوه‌های ریز مثل توت، انگور، دانه‌های انار یا نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت میوه یا یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار یا نصف لیوان آب میوه تازه و طبیعی و در مورد میوه‌های شیرین مانند آب انگور یک سوم لیوان	۳-۴	۲-۴	گروه میوه‌ها
مواد این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، بستنی، دوغ و کشک است.	یک لیوان شیر یا ماست کم چرب (کمتر از ۲/۵ درصد) یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دو قوطی کبریت پنیر) یا یک چهارم لیوان کشک مایع یا ۲ لیوان دوغ یا یک و نیم لیوان بستنی پاستوریزه	۳-۴	۲-۳	گروه شیر و لبنیات
این گروه شامل انواع گوشت‌های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت‌های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان) تخم مرغ، حبوبات (نخود، انواع لوبیا، عدس و لپه و...) و مغز دانه‌ها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی و...) است.	۶۰ گرم گوشت (یا دو تکه خورشته) لخم و بی چربی پخته اعم از گوشت قرمز یا سفید (به اندازه سایز دو تکه جوجه کبابی یا دو قوطی کبریت کوچک) یا نصف ران متوسط یا یک سوم سینه متوسط مرغ (بدون پوست) یا ۶۰ گرم گوشت ماهی پخته شده (کف دست بدون انگشت) یا دو عدد تخم مرغ یا نصف لیوان حبوبات پخته یا یک سوم لیوان انواع مغزها (گردو، بادام، فندوق، پسته و تخمه)	۳	۲-۳	گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغز دانه‌ها

**تنگی نفس:** تنگی نفس فیزیولوژیک در بارداری در سه ماهه اول یا دوم شروع می‌شود، شروع آن تدریجی است نه ناگهانی، ریه‌ها پاک هستند، همراه با آن هیچکدام از علائم سرفه، خس خس سینه، کراکل، درد قفسه سینه، هموپیتزی، تب، تپش قلب، تاکی پنه، سیانوز، بیقراری، ادم، رنگ پریدگی، ارگانومگالی، وریدهای برجهسته گردنی وجود ندارد. این علائم می‌تواند به دلیل بیماری قلبی یا ریوی یا آنمی باشد.

**حرکت جنین:** معمولاً اولین حرکت جنین توسط مادر در هفته‌های ۱۶ تا ۲۰ احساس می‌شود و این زمان می‌تواند برای تعیین سن بارداری کمک کننده باشد. سوال در مورد حرکت جنین از هفته ۲۴ بارداری است. تکامل حرکات عمومی بدن جنین ۲۰ تا ۳۰ هفته است و بلوغ حرکات تا هفته ۳۶ بارداری ادامه می‌یابد. پس از آن حرکات جنین کمتر می‌شود. بهتر است از مادر بخواهید در این هفته‌ها تعداد حرکات جنین خود را در یک ساعت شمارش کند تا الگویی از حرکات وی بدست آورد.

نکته: تعداد مطلوب حرکات جنین و زمان بهینه برای شمارش آن مشخص نشده است. در یک روش احساس ۱۰ حرکت در ۲ ساعت طبیعی است و در یک روش الگوی حرکت جنین که توسط مادر بدست آمده است ملاک است. اگر این تعداد معادل یا بیشتر از شمارش پایه قبلی است، اطمینان بخش است. کاهش حرکت جنین بنا به اظهار مادر از هفته ۲۸ بارداری اهمیت دارد.

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

**درد شکم و یا پهلوها:** هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متوالی در هر ناحیه از شکم و پهلوها نکته: در مواردی که سن بارداری بالای ۳۷ هفته است، درد متناوب پایین شکم می‌تواند نشانه زایمان باشد.

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

**رفتارهای پر خطر:** سابقه یا وجود رفتارهای مانند سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تزریق مکرر خون زمان مناسب بارداری بعدی: در هفته های آخر بارداری در مورد زمان مناسب برای بارداری بعدی و رعایت فاصله مطلوب بین فرزندان به مادر مطابق راهنمای ح ۱۰ آموزش دهد.

**سن بارداری:** با توجه به تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و اندازه گیری منظم ارتفاع رحم، سن بارداری را تخمین بزنید.

نکته: برای تعیین سن دقیق حاملگی، در صورتی که تا هفته ۱۴ بارداری سونوگرافی انجام شود با توجه به خطای ۲ تا ۵ روز، گزارش سونوگرافی ملاک تعیین سن بارداری است. در صورتی که بیش از دو هفته تفاوت بین LMP و سونوگرافی وجود دارد، برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع داده شود.

#### **سوزش ادرار: احساس سوزش یه هنگام ادرار کردن**

**سونوگرافی:** به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته های ۲۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی در خواست می شود.

سونوگرافی هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری باید هدفمند و به منظور بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری و تعیین ناهنجاری های واضح جنین و سونوگرافی هفته های ۲۱ تا ۳۴ بارداری به منظور بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت و ناهنجاری ها درخواست می شود. در مواردی که تعیین انتقال بیماریهای وابسته به جنس در جنین مورد نظر باشد، در سونوگرافی هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری می توان تشخیص داد.

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

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

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

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

شغا سخت و سنگن:

- کارهای ایستاده یا نشسته مدام (مانند معلمان، فروشنده گان، قالی بافان، ...);
  - بالا بودن حجم فعالیت جسمی بگونه ای که موجب افزایش ضربان قلب، عرق کردن زیاد و خستگی مفرط شود؛
  - تماس با داروهای شیمی درمانی، اشعه ایکس، جیوه آلی و دیگر مواد شیمیایی؛
  - مواد شیمیایی مضر برای رشد جنین مثل سرب، حالهای شیمیایی، مواد شوینده و پاک کننده، حشره کشها و دود مه های فلزات؛
  - کار در محیط گرم، فعالیت در محیط پراسترس روانی می تواند موجب افزایش فشار خون در زنان باردار گردد.

**شوك:** 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 ۲۰ بار در دقیقه یا بیشتر و به قراری و گچه همراه باشد.)

**صدای قلب جنین:** با انجام مانورهای لئوپولد، محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید. از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است. قبل از هفته ۲۸ بارداری شنیده شدن صدای قلب جنین کفایت می‌کند.

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

- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً 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،  $140/90$  میلیمتر جیوو و بالاتر باشد.
  - درجه حرارت بدن را از راه دهان به مدت یک دقیقه اندازه گیری کنید. دمای بدن به میزان  $38$  درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان  $5/0$  درجه کمتر است.
  - تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض،  $60$  تا  $100$  بار در دقیقه است.
  - تعداد تنفس، را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنند. تعداد طبیعی تنفس،  $16$  تا  $20$  بار در دقیقه است.

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

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

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

• **علام خطر فوری روانپزشکی:** احساس بیزاری از زندگی، افکار یا اقدام به خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، نامیدی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، هذیان، توهمندی، رفتار یا گفتار آشفته، عالیم منفی (گوشگیری، کاهش ارتباط‌های اجتماعی، کم حرفی، کاهش بروز هیجان‌ها و عواطف)

• **علام در معرض خطر روانپزشکی:** خجالتی بودن شدید، اضطراب در محیط‌های اجتماعی، تجربه علائمی مانند تپش قلب و تنگی نفس، وسوسات، خلق افسردگی، بی حوصلگی و کاهش علایق، گریه، احساس پوچی، تحریک پذیری، پرخاشگری، بدخلقی، رفتارهای ناشایست و مهارگسیخته، تغییر در خواب و اشتتها، اختلال در مرکز

**غربالگری ناهنجاری جنین:** به مادر پیشنهاد کنید در هفته ۱۱-۱۲ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۵-۱۷ بارداری غربالگری را انجام دهد. با این روش برخی ناهنجاری‌های کروموزومی مانند تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ در جنین شناسایی می‌شود.

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

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

**کلاس آمادگی برای زایمان:** این کلاس‌ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تئوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین‌های عصبی-عضلانی، اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام‌سازی تشکیل می‌شود. مادر می‌تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس‌ها شرکت کند.

**مانورهای لئوپولد:** مادر را بر روی یک تخت سفت بخوابانید و مانورهای لئوپولد را انجام دهید:

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

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

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

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

**مراقبت‌های معمول بارداری:** تعداد ملاقات‌های معمول بارداری ۸ بار است که دو ملاقات در نیمه اول بارداری (هفته ۶ تا ۲۰) و شش ملاقات در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰) می‌باشد. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبتهاست این مراقبتهاست همان نیمه بارداری انجام دهد.

• **اولین ملاقات بارداری:** هر مادری در هر سنی از بارداری که مراجعه کند، ابتدا می‌بایست اقدامات مربوط به اولین مراقبت بارداری برای وی انجام شود. سپس متناسب با سن بارداری، مراقبت‌های نیمه اول یا دوم بارداری ارائه گردد. در این ملاقات تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر انجام و نتایج پس از بررسی ها ثبت می‌شود. اولین ملاقات مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد.

• **مراقبت‌های نیمه اول و دوم بارداری:** در نیمه اول بارداری (۰-۲۰ هفته) دو مراقبت در هفته‌های ۶-۱۰ و ۲۰-۲۴ و در نیمه دوم در هفته‌های ۲۰-۲۴، ۲۴-۳۷، ۳۷-۴۰، ۴۰-۳۹، ۳۹-۳۸، ۳۸-۳۴ و ۳۴-۳۱ باید انجام شود. اقداماتی که در این ملاقات‌ها در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می‌شود شامل: بررسی عوارض بارداری، بررسی نحوه تغذیه مادر، اندازه گیری علائم حیاتی، ارتقای رحم و صدای قلب جنین، معاینه اعضا بدن

و تجویز مکمل‌ها، درخواست آزمایش یا سونوگرافی و ارائه آموزش‌های لازم است. سپس اقدام بعدی بر اساس نتایج ارزیابی و آزمایش‌ها انجام می‌شود.

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

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

- چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید. کم رنگ بودن مخاط ملتحمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر ناخن‌ها و یا کف دست، «رنگ پریدگی شدید» است.
- پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب، خارش، خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برjestه یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چركی اندام‌ها: ساق پا و ران‌ها از نظر وجود اندام، سردی یا کبودی اندام بررسی کنید.
- دهان و دندان: در ملاقات اول، دوم و سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لته، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. درمان بیماری‌های دهان و دندان معنی در بارداری ندارد.
- التهاب لته: متورم، پرخون و قرمز شدن لته
- جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسوک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.
- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت‌های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شباهن، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لته‌ها(آبسه) شده و گاهی با فیستول(دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب‌های پوسیدگی زای دهان که علامت آن عبارتند از تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه، سوراخ شدن دندان، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین، حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندانها بر همدیگر

**معاینه فیزیکی:** در اولین ملاقات مادر به شرح زیر معاینه می‌شود:

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر وجود بثورات
- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول‌های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر سوفل ها، آرتیتی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان‌ها از نظر قوام، ظاهر (اندازه و قرینگی، تغییرات پوستی)، وجود توده ( محل، قوام، اندازه، چسبندگی) و خروج هر نوع ترشح از پستان (خونی، چرکی). این معاینه مطابق دستور عمل کشوری و بسته خدمت میانسالان و ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن انجام شود.
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده
- بررسی اندام‌های تحتانی از نظر وجود اندام و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

**مکمل‌های دارویی:** در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل‌های دارویی را تأکید کنید. مکمل‌هایی که در بارداری توصیه می‌شود:

اسید فولیک: از ابتدا تا پایان بارداری، روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک تجویز شود.

آهن: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص آهن (۲۰ میلی گرم آهن المنتال) تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین میترال 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.

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

**نمايه توده بدنی:** با استفاده از میزان وزن و قد، نمايه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. روش محاسبه آن: وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (سانتی متر)

نکته: ۱: نمايه توده بدنی پیش از بارداری اهمیت دارد ولی در صورتی که مادر مراقبت پیش از بارداری انجام نداده است، تعیین نمايه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری نیز اعتبار دارد.

نکته ۲: در صورتی که به دلیل تهوع و استقراغ شدید بارداری، مادر به طور واضح کاهش وزن دارد و یا تقاؤت وزن پیش از بارداری با وزن فعلی اختلاف فاحش دارد، ملاک وزن برای محاسبه نمایه توده بدنی، وزن مادر در ۱۲ هفته اول بارداری است.

حدوده مجاز افزایش وزن در بارداری	وضعیت تغذیه	BMI
۱۲/۵ - ۱۸	کم وزن	کمتر از ۱۸/۵
۱۱/۵ - ۱۶	طبیعی	۱۸/۵ - ۲۴/۹
۷ - ۱۱/۵	اضافه وزن	۲۵ - ۲۹/۹
۵ - ۹	چاق	بیشتر و مساوی ۳۰

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

# پ-مراقبت های ویژه بارداری

صفحه	عنوان
۳۹	پ-۱- علائم خطر
۴۰	پ-۲- فشارخون بالا
۴۱	پ-۳- خونریزی/ لکه بینی
۴۲	پ-۴- درد/ درد شکم/ سر درد/ ساق و ران
۴۴	پ-۵- آبریزش/ پارگی کیسه آب
۴۵	پ-۶- تب
۴۶	پ-۷- تنگی نفس/ تپش قلب
۴۷	پ-۸- مشکلات ادراری- تنااسلی
۴۸	پ-۹- تهوع و استفراغ
۴۹	پ-۱۰- اختلال صدای قلب و حرکت جنین
۵۰	پ-۱۱- ورم
۵۱	پ-۱۲- زردی/ رنگ پریدگی/ آنمی
۵۲	پ-۱۳- ارتفاع رحم نامناسب/ وزن گیری نامناسب
۵۳	پ-۱۴- حاملگی طول کشیده/ مشکلات پوستی
۵۴	پ-۱۵- اختلال روانپزشکی
۵۶	پ-۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری
۵۸	پ-۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها
۶۱	پ-۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی
۶۴	پ-۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی

## پ ۱ - علائم خطر فوری

اقدام	سن بارداری	تشخیص احتمالی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایرووی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- ساکشن ترشحات حلق</li> <li>- عدم تجویز مواد خوارکی از راه دهان</li> <li>- خواباندن مادر به پهلوی چپ</li> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۲</li> <li>- اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱</li> </ul>		<p>بیماری زمینه ای، ترووما، مسمومیت، مول</p>	<p>نیمه اول بارداری</p> <p>از زبانی</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- درمان اکلامپسی طبق ح ۳</li> <li>- اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱</li> </ul>		<p>اکلامپسی</p>	<p>نیمه دوم بارداری</p>

اقدام	سن بارداری	تشخیص احتمالی	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از باز بودن راه های هوایی و گذاشتن ایرووی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک</li> <li>- ساکشن ترشحات حلق</li> <li>- عدم تجویز مواد خوارکی از راه دهان</li> <li>- خواباندن مادر به پهلوی چپ</li> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت فشارخون بالا: درمان اکلامپسی طبق ح ۲</li> <li>- اعزام و همراهی بیمار طبق ح ۱</li> </ul>		<p>شوك ناشی از خونریزی به علت: - حاملگی خارج از رحم</p> <p>شوك عفونی به علت: - سقط - جفت سرراهی / دکلمان - ترووما</p>	<p>شوك ناشی از خونریزی به علت: - حاملگی خارج از رحم</p> <p>شوك عفونی به علت: - سقط - جفت سرراهی / دکلمان - ترووما</p> <p>نیمه اول و دوم بارداری</p> <p>از زبانی</p>

## پ ۲ - فشارخون بالا

فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر و یا افزایش فشارخون

اقدام	تشفیص اهتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان - در صورت فشارخون بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، ترزیق هیدرالازین طبق ح ۲ و ارجاع فوری	مول، چندقولویی	سردرد، تهوع و استفراغ شدید	
- در صورتی که مادر بیماری زمینه ای کنترل شده دارد و علائم همراه که نشانه شدت فشارخون باشد (سردرد و...) را ندارد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی - در صورت فشارخون بیشتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، ترزیق هیدرالازین طبق ح ۲ و ارجاع فوری	فشارخون مزمن، کریز هیپرتانسیون	فشارخون بالا قبل از هفته ۲۰ بارداری	نیمه اول بارداری
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	فشارخون بارداری	بروز فشارخون بالا بعد از هفته ۲۰ بارداری	
اعزام طبق ح ۱	پره اکلامپسی	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبلایان به فشارخون مزمن	
- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳ - اعزام طبق ح ۱	پره اکلامپسی	فشارخون سیستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ و دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه با یا بدون پروتئینوری، سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر	
- اعزام طبق ح ۱	پره اکلامپسی	فشارخون کمتر از ۱۶۰/۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری یا سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر	نیمه دوم بارداری
- توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته سپس هفتگی - سمع صدای قلب جنین - آموزش علائم خطر - توصیه به مادر برای استراحت نسبی - در صورت افزایش فشارخون و یا بروز علائم خطر مانند سردرد، تاری دید و ...: اقدام مطابق همین پروتکل	شک به پره اکلامپسی	فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه ولی افزایش فشارخون ۳۰ سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه نسبت به فشارخون پایه بدون سایر علائم خطر	

ازیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

## پ-۳- خونریزی / لکه بینی

اقدام	تشفیض احتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه اعزام طبق ح ۱	حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد	* خونریزی کم، درد شکم و تندرننس و ربیاند شکم	
- بررسی منشاء خونریزی طبق ح ۲ - باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه و در صورت ادامه خونریزی: اعزام طبق ح ۱	سقط	* خونریزی شدید، درد شکم	
- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تجویز استامینوفن خوارکی یا شباف - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامايسین اعزام طبق ح ۱	سقط عفوونی (در صورت رد سایر علل تب مانند عفونت ادراری، سرماخوردگی، ...)	لکه بینی، تب	نیمه اول بارداری
بررسی جهت رد حاملگی خارج از رحم و سقط و درخواست سونوگرافی و تیتر BHCG	تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم پاره نشده	لکه بینی و علائم حياتی پایدار	
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - دان اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - عدم معاینه واژینال** - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱	جدا شدن نزودرس جفت، جفت سرراهی، رگ سرراهی	* خونریزی شدید، درد شکم، اختلال صدای قلب جنین، تندرننس رحم	نیمه دوم بارداری
- درخواست سونوگرافی - در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین، توصیه به استراحت و خودداری از مقاربت تا مشخص شدن نتیجه - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان با توجه به نتیجه	جفت سرراهی	لکه بینی	
- معاینه واژینال** و تأثید شروع زایمان - ارایه مراقبت های معمول زایمان طبق ت ۱	زایمان (ترم یا پرده (ترم)	ترشحات خونی، انقباض رحمی	

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

منفی و پدر ارهاش مثبت، آمپول روکام تزریق شود.

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

### ازیابی

<u>سؤال کنید:</u> میزان خونریزی، تهوع، استفراغ، درد شکم
<u>تعیین کنید:</u> سن بارداری، تعداد ضریبان قلب جنین
<u>معاینه کنید:</u> شکم، ارتقای و تونیسیته رحم

## پ ۴- درد/ درد شکم

سن بازداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	* تندرنس و ریباند شکم، تب و لرزه، تندرنس پهلوها، با با بدون تهوع و استقراغ	حاملگی خارج از رحم، شکم حاد، سنگ مجاری ادرار، آپاندیسیت، پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامايسین - اعزم طبق ح ۱
نیمه اول بارداری	* خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعده‌گی	سقط	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - بررسی منشاء خونریزی طبق ح ۲ - اعزم طبق ح ۱ - در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرست به متخصص زنان
نیمه دوم بارداری	دردهای کرامپی، اسهال و استقراغ	غفوت دستگاه گوارشی	- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص غفوونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان
نیمه دوم بارداری	درد زیر دل، تکرر ادرار، احساس سریع دفع ادرار، سوژش ادرار	سیستیت	- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۲ روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار - در صورت بروز تب و لرزه و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت طبق پ ۸
نیمه دوم بارداری	* افزایش اندازه و ساقی پیشرونده رحم، خونریزی، اختلال صدای قلب جنین، تندرنس رحم	زادرس جفت (دکلمان)	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت نبود خونریزی: معاینه واژینال با احتیاط - خوابانیدن مادر به پهلوی چپ - اعزم و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
نیمه دوم بارداری	* تندرنس و ریباند شکم، تب و لرزه، تندرنس پهلوها، با با بدون تهوع و استقراغ	شکم حاد، پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - در صورت پیلونفریت: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامايسین - اعزم طبق ح ۱
نیمه دوم بارداری	* پارگی کیسه آب، ترشح آبکی و بدبوی واژینال، تب و لرزه، تندرنس رحم، افزایش ضربان قلب جنین	آمنیونیت	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامايسین - اعزم طبق ح ۱
	ترشحات خونی، انقباضات رحمی	تروع زایمان یا لیبر کاذب	- معاینه واژینال و کنترل انقباضات رحمی - در صورت تأیید شروع زایمان: ارایه مراقبت های زایمان طبق ت ۱

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

### ازیابی

#### سؤال کنید:

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

#### تعیین کنید:

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

#### معاینه کنید:

ارتفاع و توئینیته رحم، شکم یا پهلوها

## پ۴- درد / سر درد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ازیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- عدم تجویز و منع مصرف ارگوتامین در موارد میگرن</li> <li>- تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰-۷۵۰) و متولکلپرامید (۱۰ میلی گرم)</li> <li>- در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب</li> </ul>	سردرد تنشی، میگرن، حاملگی	با یا بدون تهوع و استقراغ	نیمه اول بارداری	
بررسی سریع مادر از نظر عالم پره اکلامپسی و اقدام طبق پ ۲	پره اکلامپسی	سر درد برای اولین بار یا تجربه بدترین درد در طول عمر (به اظهار مادر) با یا بدون اختلال بینایی	نیمه دوم بارداری	<p><b>سؤال کنید:</b> سابقه میگرن، میزان و مدت زمان درد،</p> <p><b>تعیین کنید:</b> سن بارداری، میزان دقیق فشارخون</p>

## پ۴- درد یک طرفه ساق و ران

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ازیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین</li> <li>- تجویز استامینوفن</li> <li>- قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار</li> <li>- اعظام طبق ج ۱</li> </ul>	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	با یا بدون ورم، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نیض اندام، کبدی اندام	نیمه اول و دوم بارداری	<p><b>معاینه کنید:</b> اندامها (رنگ، حرارت عضو، نیض، درد، ورم، پوست)</p>

## پ۵-آبریزش / پارگی کیسه آب

اقدام	تشفیص امتمالی	علائم همراه	سن بارداری
- تایید پارگی کیسه آب - ارجاع فوری در صورت تایید	سقط اجتناب ناپذیر	خونریزی، درد شکم	نیمه اول بارداری
- تایید پارگی کیسه آب - باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعزم طبق ح۱	آمنیونیت	تب، درد شکم*	
- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - سمع صدای قلب جنبین - قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن مادر) - پر کردن مثانه با سوند ** - اعزم و همراهی بیمار طبق ح۱	پرولاپس بند ناف	لمس توده نیض دار در واژن	نیمه دوم بارداری
- تایید پارگی کیسه آب و ارجاع فوری - در واحد تسهیلات زایمانی، اقدام طبق ث ۶	زایمان زودرس	سن بارداری کمتر از ۳۷ هفتة	
ارجاع فوری به بیمارستان و یا ارائه مراقبت های معمول زایمان طبق ت ۱ در واحد تسهیلات زایمانی	شروع زایمان	سن بارداری ۳۷ هفتة و بالاتر	

از(باب)

<b>سوال کنید:</b> میزان خونریزی، درد شکم
<b>تعیین کنید:</b> سن بارداری، درجه حرارت
<b>معاینه کنید:</b> واژینال

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

\*\* سوند فولی یا نلاتون را در مثانه کذاشته 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.

## پ ۶- تب

اقدام	علائم همراه	تشخیص احتمالی	سن بارداری
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین در موادر شک به پیلوونفریت: در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود.</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<p>سقط عفونی</p> <p>پیلوونفریت</p>	<p>*لکه بینی، ترشحات بدبو، پارگی کیسه آب (آبریزش)، درد شکم، لرز، علائم ناشی از دستکاری بارداری</p> <p>*درد و تندرس پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استقراغ، لرز</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<p>عفونت</p> <p>دستگاه تنفسی</p> <p>تحاتانی</p>	<p>تنگی نفس، سرفه، رال ربوی، لرز، درد قفسه سینه، افزایش تعداد تنفس</p>	<p>نیمه اول و دوم بارداری</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انفورزیون وریدی ۲ گرم سفتراکسون در سرم قندی در صورت امکان</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	<p>عفونت</p> <p>مغزی</p> <p>آندوکاردیت</p>	<p>*سردرد، سفتی گردن، تهوع و استقراغ</p> <p>درد قفسه سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماریهای دریچه ای قلب، خستگی، بی اشتہایی، تظاهرات عصبی</p>	
<p>اقدام طبق دستورالعمل های مرکز مدیریت بیماری ها و در صورت نیاز ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا داخلی</p>	<p>عفونت انگلی (مالاریا و ...)</p> <p>هپاتیت</p>	<p>بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی، بی اشتہایی، لرز</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و نبود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی</li> <li>- در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان</li> </ul>	<p>عفونت</p> <p>دستگاه گوارشی</p>	<p>اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استقراغ</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تجویز قرص استامینوفن و آنتی هیستامین</li> <li>- بررسی مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثورات ماکول و پاپول مرکز مدیریت بیمارهای واکیر</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</li> </ul>	<p>بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخچه)</p>	<p>بثورات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت نیاز</li> <li>- در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز یا پیشرفت سریع بیماری با علائمی مانند تنگی نفس، ضعف شدید عضلانی یا اختلال هوشیاری: ارجاع فوری به بیمارستان</li> </ul>	<p>عفونت</p> <p>دستگاه تنفسی</p> <p>فوکانی</p>	<p>آبریزش بینی، گلودرد، اکزودای حلق، سرفه</p>	

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

از زبانی

### سؤال کنید:

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

### تعیین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

### معاینه کنید:

پهلوها، ریه ها، گردان، کبد و طحال اسکلار، حلق

## پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نیفون و تنفس غیر طبیعی)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ با سرم رینگر</li> <li>- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین و تکرار هر ۶ ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	آمبولی ریه	تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه، سیانوز، بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۲۰ بار در دقیقه)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته</li> <li>- تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروساید</li> <li>- تزریق وریدی مورفین به میزان ۵-۱۰ میلی گرم</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	ادم حاد ریه	ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی، سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، بی قراری، تاکی کاردی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	نارسایی قلب	سوقل های قلبی، سرفه، نبض نامنظم، سیانوز، رال ریوی، درد قفسه سینه، درم اندام تحتانی، بزرگی کبد
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- تجویز استامینوفون خوارکی یا شیاف</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومایسین</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	عفونت مجاری تنفسی تحتانی	درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- درمان مانند زمان غیر بارداری</li> <li>- اعزام طبق ح ۱</li> </ul>	حمله آسم	سیانوز، تنفس صدادار، ویزینگ تنفسی، سابقه آرژی تنفسی یا آسم
ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادم، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجیه، درد قفسه سینه
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی	آنمی شدید	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، رنگ پریدگی شدید
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارزیابی هموگلوبین</li> <li>- اطمینان دادن به مادر و آموزش علائم خطر</li> </ul>	تنگی نفس بارداری	تنگی نفس به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت وجود اضطراب و رفع علامت با استراحت: توصیه به حفظ آرامش، مراجعته در صورت تکرار علامت و درخواست آزمایش های تیروئید و در صورت تأیید بیماری اقدام طبق پ ۱۷</li> <li>- بررسی هموگلوبین</li> <li>- در صورت وجود سرگیجه، سابقه بیماری قلبی: ارجاع فوری</li> <li>- در صورت وجود نبض نامرتب (آریتمی): ارجاع فوری</li> </ul>	اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی	تاکی کاردی

ازیابی

سئوال کنید:

سرفه، تنگی نفس،

ورم اندامها، سابقه

آلرژی تنفسی یا

آسم، درد قفسه سینه

تعیین کنید:

علائم حیاتی، تعداد

ضریبان قلب جنین،

میزان هموگلوبین،

سیانوز، بی قراری

معاینه کنید:

قلب و ریه ها، کبد،

ملتحمه چشم، اندامها

## پ-۸- مشکلات ادراری- تناسلی

سن بارداری	تشخیص احتمالی	علائم همراه	اقدام
*سوژش ادرار، تندرنس و درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ	پیلونفریت	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود. - اعظام طبق ح۱	
سوژش ادرار، تکرر ادرار، درد زیر دل، تهوع و استفراغ، درد پهلوها، احساس سریع دفع ادرار، ترشحات بدبوی و اژن، خارش و سوژش و درد ناحیه تناسلی، ضایعات یا نخم ناحیه تناسلی، لرز	هزیس ژنیتال	- تجویز استامینوفن و ژل موضعی لیدوکائین در صورت نیاز - تجویز آسیکلولویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز به مدت ۷ روز - آموزش سیر بیماری و انتقال آن در زمان زایمان** - در صورت احتیاط ادرار: گذاشتن سوند فولی - در صورت تب: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	
درجه حرارت، شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی	سیستیت / یورتیت	- درخواست آزمایش ادرار و کشت ادرار - تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز یا سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۳ روز و ادامه درمان با توجه به نتیجه کشت ادرار - در صورت یورتیت کلامیدیابی (عفونت در آزمایش ادرار و کشت منفی): آزیترومایسین ۱ گرم تک دور خوراکی یا تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز تا ۷ روز - در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: اقدام پیلونفریت	
ترشحات بدبو، خارش و سوژش در ناحیه تناسلی	واژینیت	- در واژینیت کاندیدایی تجویز قرص یا پماد واژینیال کلوتریمازو تا یک هفته - ارایه توصیه بهداشتی طبق ح۸ - در صورت عدم بهبود یا تشخیص سایر موارد واژینیت: ارجاع به متخصص زنان	

(ازبابی)

### سؤال کنید:

سوژش ادرار، تکرر ادرار، درد زیر دل، تهوع و استفراغ، درد پهلوها، احساس سریع دفع ادرار، ترشحات بدبوی و اژن، خارش و سوژش و درد ناحیه تناسلی، ضایعات یا نخم ناحیه تناسلی، لرز

### تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:  
شکم و پهلوها، ناحیه تناسلی

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

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

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

## پ-۹- تهوع و استفراغ

سن بازداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
درد و تندرنس و ریباند شکم، لکه بینی، تب	شکم حاد، حامگی خارج از رحم پاره شده	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - ازعام طبق ح ۱	
کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)	استفراغ شدید بارداری، مول	- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق عضلانی ۲۵ میلی گرم پرومتوائزین یا ۱۰ میلی گرم متولکوپرامید - ازعام طبق ح ۱	
نیمه اول و دوم بارداری	استفراغ خونی	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی و در صورتی که استفراغ حاوی خون تازه است: تزریق سرم به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - درمان مانند زمان غیر بارداری - ازعام طبق ح ۱	بیماری دستگاه گوارش
سردرد، اسهال، ضعف و بی حالی، کاهش وزن	سردرد، تب، بی قراری، سفتی گردن	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم سفتیراکسون در سرم قندی در صورت امکان - ازعام طبق ح ۱	غفونت های مغزی
حال عمومی، درجه حرارت، فشارخون، حساسیت شکم، سفتی گردن، تورگور پوست، وضعیت وزن گیری	درد اپی کاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی به همراه فسخارخون بالا	- در صورت هپاتیت ارجاع در اولین فرصت به متخصص عفونی - در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۲ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۲۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان	HELLP / Syndrome کید چرب حامگی دستگاه غفونت / گوارشی/ هپاتیت
تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز	استفراغ بارداری	- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث تهوع صبحگاهی) - تجویز قرص پرومتوائزین ۲۵ میلی گرم یا متولکوپرامید ۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت - در صورت وجود استفراغ بیش از یک بار در روز: درخواست آزمایش ادرار و - در صورت وجود کتون در ادرار: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	

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

(ازبابی)

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

## پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

سن بازداری	معیار تشخیص	تشخیص احتمالی	اقدام
تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه کامل در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه (بعد از هفته ۲۵ بارداری)	تاكی کاردی جنینی	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب: اقدام طبق ۵ اعزام طبق ح ۱	
تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در مدت ۳ دقیقه یا بیشتر	دیسترس جنینی (برادری کاردی)	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن مادر به پهلوی چپ اعزام طبق ح ۱	
کاهش حرکت جنین	هیپوکسی	- انجام NST و بررسی آن، در صورت تایید ارجاع فوری	
شنیده نشدن صدای قلب جنین	مرگ جنین	ارجاع فوری	

ازیابی

<u>سؤال کنید:</u>
وضعیت حرکت جنین
<u>تعیین کنید:</u>
سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکت جنین

\*نکته: ارزیابی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری به بعد ارزش دارد.

## پ ۱۱- ورم

اقدام	سن بازداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی
اقدام طبق پ ۲	پرده اکلامپسی	فسار خون بالا، پروتئینوری	
- تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هیپارین - تجویز استامینوفن - قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار - اعظام طبق ح ۱	ترومبوز ورید عمقی یا انسداد شریانی	ورم و درد یک طرفه ساق و ران، سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	اول و دوم نیمه بازداری
ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب	کاردیومیوپاتی پری پارتوم	ارتوپنه، تنگی نفس، تپش قلب، ادرار مکرر شبانه، سرفه غیر قابل توجیه، درد قفسه سینه	
- اقدام طبق پ ۱۷ او در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مرتبط	بیماری های زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	افزایش اوره و کراتی نین، سابقه بیماری کلیه سوفل های قلبی، ابتلا به بیماری های مادرزادی قلب بزرگی تیروئید، خشکی پوست، بیوسن، احساس سرما زردی، آسیت	
- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران بازدار و شیرده	ورم ساده بازداری	ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	

ازیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

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

## پ ۱۲- زردی/رنگ پریدگی/آنمی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- درمان پره اکلامپسی طبق ح۳ - اعراض طبق ح۱	HELLP syndrome کبد چرب بارداری،	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد اپی گاستر به همراه فشارخون بالا
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- عفونی	بیماری های خونی و یا عفونی	بزرگی کبد و طحال، خستگی، بی حالی، بی اشتهاهی، بیماری انگلی و عفونی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی	آنمی شدید	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد و علائم حیاتی پایدار
- تجویز ۴ میلی گرم اسید فولیک روزانه - توجه به علائم ترومبوآمبولی به دلیل افزایش احتمال بروز آن در آنمی سیکل سل و درمان آن - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان و هماتولوژیست: مادر در بارداری باید تحت مراقبت کامل متخصصین مربوطه باشد	آنمی سیکل سل	درد شدید بدن، خستگی بیش از حد، تنگی نفس، افزایش نامنظم ضربان قلب، زردی ملتحمه یا پوست
- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش کلیوی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فربیتین، 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 - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	آنمی متوسط	هموگلوبین ۷-۱۰ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده
- 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 ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی خفیف	هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد در سه ماهه اول و سوم و در سه ماهه دوم بارداری، هموگلوبین کمتر از ۱۰/۵

ازیابی

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

هموگلوبین، وضعیت وزن گیری، فشارخون

معاینه کنید:

کبد و طحال، چشم (ملتحمه، اسکلرا)

## پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

### ارتفاع رحم نامناسب

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ازیابی
- درخواست سونوگرافی - اقدام مطابق با تشخیص و ارجاع در صورت نیاز به متخصص زنان	میوم، چندقلویی، پلی هیدرآمنیوس، مول، ماکروزومی، اشتباه در تعیین سن بارداری، مرگ جنین، تأخیر رشد داخلی رحمی، نمایش عرضی، الیکوهیدرآمنیوس	اندازه رحم بیش از ۳ هفته با سن بارداری متفاوت است (مثانه خالی باشد).	نیمه اول و دوم بارداری	<p><b>سوال کنید:</b> تاریخ اولین روز آخرین قاعده‌گی</p> <p><b>تعیین کنید:</b> سن بارداری، ارتفاع رحم</p>

### وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	ازیابی
اقدام طبق پ ۲	پرده اکلامپسی	افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا		
- بررسی روزانه فشارخون تا یک هفته - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴	بیماری قلبی / شروع پره اکلامپسی	افزایش وزن ناگهانی (بیش از ۱ کیلو گرم در هفته همراه با ورم		
- برحسب عل سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مباحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، شکایت های شایع بارداری) - در صورت وجود علائم روانی: ارجاع غیر فوری به روان پزشک - ارجاع غیر فوری به متخصص تغذیه	سوء تغذیه	بی اشتیایی، استفراغ، اعتیاد، نمایه توده بدنی کتر از ۱۸/۵٪. علائم بیماری زمینه ای (پرخوری، پرنوشی، پر ادراری، سوژش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و ...)، پیکا و ویار حاملگی، علائم خلقی و روانی	نیمه دوم بارداری	<p><b>سوال کنید:</b> رژیم غذایی خاص، تهوع و استقراغ، سابقه بیماری زمینه ای، مشکلات خانوادگی، اختلالات روانی و علائم افسردگی، مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوارکی و غیر خوارکی، اعتیاد به داروها و مواد مخدر و مصرف سیگار، سابقه سقط، سابقه نوزاد کم وزن، سابقه زایمان زوردرس، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p><b>تعیین کنید:</b> فشارخون، وزن، قد، چندقلویی، نمایه توده بدنی</p> <p><b>معاینه کنید:</b> شکم، قلب، ریه، اندام ها</p>
- بررسی وضعیت تغذیه ای مادر ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده - ارجاع غیر فوری به کارشناس تغذیه پس از ۲ هفته تا یک ماه در صورت عدم اصلاح وزن گیری	تغذیه نامناسب	کاهش یا افزایش وزن نامناسب		

## پ ۱۴ - حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

### حاملگی طول کشیده

از زیبایی

اقدام	تشخیص احتمالی	محیا) تشخیص	سؤال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت شنیده شدن صدای قلب جنین: ارجاع در اولین فرصت به متخصص</li> <li>- در صورت شنیده نشدن صدای قلب جنین و یا تایید مرگ جنین با سونوگرافی: ارجاع فوری</li> </ul>	POST DATE	عدم انجام زایمان در هفته ۴۱ و یا بالاتر	<b>تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی</b> <b>تعیین کنید:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سن بارداری با توجه به LMP و سونوگرافی ۱۲ هفته اول (در صورت وجود)</li> <li>- صدای قلب جنین</li> </ul>

### مشکلات پوستی

از زیبایی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	سن بارداری	سؤال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تجویز قرص استاتمیوفن و آنتی هیستامین</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</li> <li>- بررسی مادر بر اساس نظام مراقبت تب و بثروات ماکول و پاپول مرکز مدیریت بیمارهای واگیر</li> </ul>	بیماری های ویروسی (احتمالاً سرخچه)	بثروات جلدی به همراه آبریزش از بینی، تب خفیف	نیمه اول و دوم بارداری	<b>آبریزش از بینی، خارش پوست</b> <b>تعیین کنید:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- درجه حرارت</li> </ul>
ارجاع غیر فوری به متخصص پوست	بیماری خوش، بیماری پوستی	پتشی، پورپورا، وزیکول، پاپول، پوسچول		<b>معاینه کنید:</b> شکل و نوع ضایعه پوستی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- توصیه به مصرف کرم های مرطوب کننده</li> <li>- تجویز آنتی هیستامین خوراکی (قرص پرومتوزان ۲۵ میلی گرم هر ۶ ساعت تا یک هفته)</li> <li>- در صورت بروز زردی و یا عدم پاسخ به درمان: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</li> </ul>	کلستاز بارداری	خارش پوستی (بیشتر در اواخر بارداری) به ویژه کف پا		

## پ ۱۵- اختلال روان/ همسر آزاری

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه	
<p>- در صورت اقدام به خودکشی و جراحت: اقدامات درمانی برای جراحت یا مسمومیت ایجاد شده و ارجاع فوری به بیمارستان</p> <p>- در صورت اقدام به خودکشی بدون مشکل جسمی: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>- احتیاط های لازم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وسایل خطرناک را که ممکن است با آن ها به خود آسیب برساند از دسترس فرد دور کنید.</li> <li>• در صورت امکان محیطی حمایتی و امن برای فرد فراهم آورده و در زمان انتظار، بیمار را در اتاقی آرام و مجزا قرار دهید.</li> <li>• فرد را تنها نگذارید.</li> <li>• برای اطمینان از امنیت فرد یک نفر از پرسنل یا یکی از اعضای خانواده وی را برای نظارت بر بیمار تعیین کنید.</li> <li>• بیگیری منظم انجام دهید.</li> </ul> <p>- در صورت ثبوت خطر جدی آسیب به خود ولی سابقه اتفاق آسیب به خود در ماه گذشته یا اقدام به آسیب در سال گذشته: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	افکار خودکشی، اقدام به خودکشی	احساس بیزاری از زندگی، تفکر خودکشی، عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، نامیدی، خشونت	ازیابی
<p>- در صورت پرخاشگری شدید، احتمال آسیب به دیگران، و پرخاشگری ناشی از مصرف مواد: ارجاع فوری به روانپزشک</p> <p>در صورت ناتوانی در کنترل بیمار حین ارجاع: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی گرمی و آمپول بی پریدین ۵ میلی گرمی</p> <p>- در صورت سایر موارد قابل مدیریت توسط پزشک یا خانواده: ارجاع غیر فوری به روانپزشک و بیگیری بر اساس نوع داروهای دریافتی و توصیه های متخصص</p>	پرخاشگری	دعوا کردن و زد و خورد مکرر با دیگران، تحریک پذیری و پرخاشگری	<b>سؤال کنید:</b> احساس بیزاری از زندگی، تفکر خودکشی، نگرانی زیاد و بی تناسب با مورد، حملات اضطرابی، وسوسات به انجام افعال تکراری مانند دست شستن
<p>- برای آموزش روانی و مداخلات ساده غیر دارویی: ارجاع غی ر فوری به کارشناس سلامت روان</p> <p>- در صورت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، وجود حالت های متوسط تا شدید اختلالات دیگر یا عدم پاسخ به مداخلات غیر دارویی و نیاز به درمان دارویی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک</p>	اختلال اضطراب منتشر/ پانیک/ اضطراب اجتماعی	خجالتی بودن شدید و اضطراب در محیط های اجتماعی، نگرانی در مسائل متعدد، تجربه علائم جسمانی مثل تپش قلب و تنگی نفس، حملات مکرر اضطرابی	<b>بررسی کنید:</b> عدم برقراری ارتباط، بی قراری شدید، نامیدی، خشونت
	اختلال وسوسی- جبری	وسوسات به صورت اجبارهای رفتاری و یا مشغولیت های ذهنی، اختلال در روند زندگی یا کارکرد شغلی	
	اختلال استرس پس از سانحه	تجربه مجدد رخداد تروماتیک، اجتناب از عوامل یاد آور کننده رخداد، خلق پایین، برانگیختگی، گوش به زنگی	

## پ ۱۵- اختلال روان / همسر آزاری (ادامه)

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
هذیان، توهمندی، رفتار یا گفتار آشفته، علایم منفی (گوشگیری، کاهش ارتباط اجتماعی، کم حرفي، کاهش بروز هیجانها و عواطف)	ساپکوز	- در صورت احتمال خودکشی، پرخاشگری و یا بیقراری شدید، امتناع از خوردن آب و غذا، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت: ارجاع فوری به روانپزشک  - در صورت نبود علائم خودکشی و پرخاشگری و عدم ارزیابی بیمار توسط روانپزشک: ارجاع غیر فوری به روانپزشک  - در صورت نبود علائم خودکشی و پرخاشگری و ارزیابی بیمار توسط روانپزشک (تشدید یا عود بیماری قبلی): • آموخته شده باشد و مراقبین وی • اطمینان از اجرای درست دستورات دارویی • در صورت عدم پاسخ به درمان، افزایش دوز دارو یا تغییر آن • ایجاد امیدواری واقع بینانه و خوش بینی - برای آموخته شده روانی به بیمار و خانواده: ارجاع به کارشناس سلامت روان  - در صورت امتناع از خوردن دارو یا عوارض دارویی که به اقدامات اولیه پاسخ نداده اند، عدم کنترل علائم یا نیاز به خدمات توانبخشی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک  - آموخته شده خطرات موجود برای مادر و کودک و عود ساپکوز (به خصوص در صورت قطع یا تغییر دارو) به مادر و خانواده و پیگیری منظم
سرخوشی یا تحریک پذیری، بیش از حد، پرخاشگری، فعالیت و انرژی زیاد، کاهش نیاز به خواب، پرحرافی، اعتماد به نفس بالا، تمایل به کارهای هیجان آور با پیامدهای بالقوه خطربناک (رانندگی بیمهبا، رفتارهای جنسی نسلجذیده، ولخرجی)	اختلال دوقطبی	- در صورت امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، وجود خطر خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید: ارجاع فوری به روانپزشک  - در صورت سابقه دوره های مانیا یا هیپومانیا، علایم پسیکوتیک، شدید بودن بیماری و نیاز به درمان دارویی، نیاز به مداخلات شخصی غیردارویی و روان درمانی یا عوارض جدی دارویی: ارجاع غیر فوری به روانپزشک - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان برای آموخته شده روانی و مداخلات ساده غیر دارویی، پایش پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه در سایر موارد: - اجتناب از تجویز داروهای ضد افسردگی در حاملگی تا حد امکان - عدم درمان شکایات فرد با درمان های بی اثر (مانند ویتامین ها) - آموخته شده همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعة فوری در صورت تشدد علائم
خشونت جسمی: مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن. هل دادن، کشیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو، خشونت روانی: انتقاد ناروا، تحقیر، بد دهانی، تمسخر، توہین، فحاشی، متلاک و تهدیدهای مداوم اعمال می شود.	همسر آزاری	همسر آزاری بدون علائم آسیب فیزیکی و یا صرفه سایقه آن: - برقراری ارتباط مناسب با مادر (در قسمت تعاریف بارداری) - در صورت تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، فاکتورهای خطر و ...): ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی در صورت وقوع همسر آزاری به همراه آسیب فیزیکی به مادر یا جنین: - کنترل علائم حیاتی و در صورت وجود علائم شوک: اقدام طبق پ ۱ - سمع قلب جنین و در صورت اختلال در صدای قلب جنین: اقدام طبق پ ۱۰ - درمان آسیب های غیر مامایی مانند زمان غیر بارداری در صورت نیاز - ارجاع فوری به متخصص مربوط با توجه به نوع آسیب

ازیابی

سئوال کنید:  
 احساس غم،  
 احساس عدم لذت از  
 سرگرمی های معمول (در دو هفته  
 اخیر)، خشونت  
 جسمی یا روانی  
 همسر

## پ ۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری

نتایج	تشخیص اهتمامی	اقدام
کومبیس غیرمستقیم مثبت	ناسازگاری خونی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان
HIV مثبت	آلودگی به ویروس ایدز	ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر	شک به آلودگی به ویروس ایدز	تکرار آزمایش ۲ ماه بعد
اوره غیر طبیعی کراتی نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کلیوی	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
VDRL مثبت	STI، احتمال مثبت کاذب؛ بیماری های کلاژن، عفونت متونوكلئوز، سن بالا، مالاریا، بیماری تبدیل، مصرف مواد مخدر، جذام، بارداری	انجام تست FTA-ABS و در صورت مثبت بودن؛ درمان سینیلیس
نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی	مول، حاملگی خارج از رحم، جفت سرراهی، ناهنجاری جنین، چندقولوی، پلی یا الیگوهیدرآمنیوس، تأخیر رشد داخل رحمی، رحم ناهنجار، مرگ جنین و ...	- در صورت وجود خونریزی، تب، درد شکم، آبریزش؛ اقدام طبق پ ۳ تا پ ۶ - در صورت تبود علامت فوق؛ ارجاع غیر فوری به متخصص زنان - در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم؛ ارجاع فوری
پلاکت کمتر از ۱۵۰ هزار	پره اکلامپسی، خونریزی، دکلمان، آمبولی، آنی همولیتیک، لوپوس، سندروم آنتی بادی آنتی فسفولیپید	- تکرار آزمایش - در صورت شک به پره اکلامپسی؛ ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در غیر این صورت؛ ارجاع غیر فوری
TSH غیر طبیعی سه ماهه؛ اول؛ بیشتر از ۲/۹ و کمتر از ۰/۲ $\mu\text{IU}/\text{ml}$ . دوم؛ بیشتر از ۰/۴ و کمتر از ۰/۰ $\mu\text{IU}/\text{ml}$	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
پروتئینوری و هماچوری	بیماری کلیوی یا پره اکلامپسی	اقدام طبق پ ۲ و پ ۱۷
HbsAg مثبت	هپاتیت ب	اقدام طبق پ ۱۷
هموگلوبین؛ کمتر از ۱۱ گرم درصد (سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد) لام محیطی؛ میکروسیت و هیپوکرومیک کاهش MCH و MCV آهن سرم؛ کمتر از ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر فریتین سرم؛ کمتر از ۱۰-۱۵ گرم در دسی لیتر	آنمی	اقدام طبق پ ۱۲
MCV کمتر از ۸۰ یا ۲۷ MCH کمتر از	تالاسمی مینور	بررسی همسر از نظر تالاسمی و در صورت غیر طبیعی بودن هر یک از اندکس ها؛ ارجاع در اولین فرصت به مرکز مشاوره ژنتیک
کشت ادرار مثبت و یا وجود گلbul سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتریت در ادرار	عفونت ادراری	- در صورت وجود علامت عفونت؛ اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علامت؛ درمان مطابق با جواب آزمایش ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث عفونت های ادراری)

# پ ۱۶- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری (ادامه)

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کشت ادرار منفی و وجود کلیول سفید در ادرار	عفونت واژینال یا یورتریت کلامیدیایی	- در صورت وجود علائم عفونت: اقدام طبق پ ۸ - در صورت نداشتن علائم: توصیه های بهداشتی طبق ح ۸
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵	پرده دیابت	- ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت بارداری) - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی - توصیه به تکرار آزمایش FBS و قند دو ساعت پس از غذا در دو هفته بعد. در صورت طبیعی بودن نتیجه آزمایش (FBS) کمتر از ۹۳ و قند دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۲۰، ادامه مراقبت ها و در غیر این صورت ارجاع به متخصص زنان
FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶	دیابت آشکار	- تکرار آزمایش یک هفته بعد - در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه: ارجاع به متخصص داخلی
FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۴-۲۸): FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳	دیابت بارداری	ارجاع به متخصص زنان یا متخصص مربوطه
غربالگری جنین (سه ماه اول) ۱۱-۱۳	کم خطر	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)
	در معرض خطر	در معرض خطر از نظر ناهنجاری جنین - درخواست غربالگری جنین کوادمارکر در سه ماهه دوم (۱۷-۱۵) - تأکید به انجام در همان آزمایشکاه
غربالگری جنین (سه ماه دوم) ۱۵-۱۷	پر خطر	پر خطر از نظر ناهنجاری جنین ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالولوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمنیوسنتز یا CVS)
	کم خطر	احتمال کم ناهنجاری (مشکلات کروموزومی)
غربالگری ناهنجاری جنین از نظر اندازه گیری NT	پر خطر	پر خطر از نظر ناهنجاری جنین ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالولوژیست در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمنیوسنتز یا CVS)

OGTT: آزمون تحمل یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوكز خوراکی غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه اول: دو آزمایش خون Free BHCG, PAPP-A و سونوگرافی جنین از نظر اندازه گیری NT غربالگری ناهنجاری جنین سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون Free BHCG, AFP,uE3, Inhibin A

## پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها

تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیشتر و اتمالاً تعویض دارو به پزشک ارجاع شوند. مطالب این قسمت (پ ۱۷) فقط برای آگاهی و اقدام اولیه ماما تهیه شده است. فوائل ملاقاتها، درمان های دارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقاتات بعدی براساس پسخوراند پزشک متخصص است.

داروهایی که منع مصرف در بارداری دارند، در راهنمای ح ۱۱ اشاره شده است. در صورتی که مادر از این داروها مصرف می کند، هنگام ارجاع مادر به پزشک متخصص، نوع داروی مصرفی را یادآور شوید.

عنوان	تائیز بر بارداری	اقدام
۱ آرتربیت روماتوئید	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۲ آسم	- تشدید بیماری در یک سوم بیماران، افزایش احتمال پره اکلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس - در حمله آسم، جتنی زودتر از مادر دچار هیپوکسی می شود.	- مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص <b>در صورت حمله آسم: ارجاع فوری و اقدام طبق پ ۷</b>
۳ اختلال انعقادی	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	- توصیه اکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان
۴ ایدز / HIV+	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	- ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری - ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - در صورت نتیجه reactive تست تشخیص سریع HIV و آماده نشدن نتیجه تست تاییدی تا هفته ۲۸ بارداری: ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۲۸ به روش سزارین - آموزش عدم شیردهی نوزاد پس از زایمان
۵ بیماری قلبی	- افزایش احتمال سقط، مرده زایی، پره ترم، ترومبوآمبولی، تأخیر رشد داخل رحمی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های قلبی جنین، مرگ مادر - احتمال افزایش مورتالیتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص قلب و زنان و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی - تاکید به ریافت منظم مراقبت های بارداری و خطرات احتمالی بارداری برای مادر و جنین - توصیه به کاهش فعالیت های بدنی، رژیم غذایی و محدودیت سدیم در نارسایی قلبی - درمان به موقع عفونت ها و آنما - تأکید بر تداوم درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) - درمان پروفیلاکتیک علیه آندوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی - تأکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان - ارجاع به متخصص عفونی برای تزریق یک نوبت واکسن پنوموکوک پلی ساکارید در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن در صورت نیاز - تزریق واکسن آنفلوانزا ترجیحا قبل از بروز فصل بیماری و بدون توجه به سن بارداری <b>در صورت درد قفسه سینه و یا کلاس ۳ و ۴ قلبی: ارجاع فوری</b>
۶ بیماری های گوارشی	بهبود نسبی اولسر پیتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود H2 بلوکر در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از زایمان	- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 - در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
۷ بیماری های مزمن کلیه	- افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنما، دکلمان، تأخیر رشد جنین - پیش آگهی بدحتی در موارد طبیعی بودن فشارخون	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - ملاقات در فوائل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری ادرار - افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان

## پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها(ادامه)

عنوان	تاثیر بر بارداری	اقدام
پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قلبی، زایمان زودرس	- منع مصرف متی مازول و ید رادیواکتیو در بارداری - ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
پرولاکتینوما	رشد آدنوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی- غدد
پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای اینتوسایپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- ملاقات در فواصل زمانی هر دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، بررسی پروتئین و کراتین نین و باکتری ادرار - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
تالاسمی مینور	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	- تصمیم گیری در مورد تجویز معمول مکمل آهن پس از اندازه گیری فریتین سرم - در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۸ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و کمتر از ۹ گرم درصد نزدیک ترم باشد: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی - بررسی همسر از نظر تالاسمی مینور و در صورت ابتلا: ارجاع در اولین فرصت (نیمه اول بارداری) به مرکز مشاوره ژنتیک جهت بررسی ابتلا جنین به تالاسمی ماذور
ترومبوآمبولی	احتمال عود و افزایش مورتالیتی مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط چه ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع درمان دارویی در صورت نیاز
تورج	افزایش احتمال سقط، آنومالی جنین، عقب افتادگی ذهنی	- در صورت شک به ابتلا مادر: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای درخواست آزمایش سروولژی و تصمیم برای ادامه بارداری
دیابت	افزایش احتمال پره اکلامپسی، ناهنجاری های مادرزادی، زایمان زودرس، زایمان سخت، مرگ جنین، پلی هیدرآمنیوس، عفونت، ماکروزوومی، سقط	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان برای تبدیل و یا شروع انسولین و دریافت پسخواراند از متخصص در مورد ادامه مراقبت های بارداری مادر - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب عفونت - ارایه توصیه تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث دیابت) - در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی: درمان مانند زمان غیر بارداری - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴
سل	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش وزن نوزاد، مرگ پری ناتال، آلوگی جنین در بارداری یا آلوگی نوزاد هنگام زایمان به علت بلع ترشحات	- درمان مانند سایر زمان غیر بارداری با توجه به دو نکته زیر: الف) منع تجویز آمپول استرپتومایسین در بارداری به دلیل عوارض شنوایی برای جنین ب) تجویز پیریدوکسین (ویتامین B6) از ابتدای درمان به منظور پیشگیری از نوروپاتی محیطی ناشی از ایزوونیازید
سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	-----	ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی

## پ ۱۷- بیماری ها و ناهنجاری ها(ادامه)

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
افزایش بروز حملات صرعی، پره اکلامپسی، افسردگی پس از زایمان، احتمال ناهنجاری های مادرزادی جنین	صرع ۱۷	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو</li> <li>- تأکید به دریافت منظم مراقبت ها در بارداری</li> <li>- تأکید بر تداوم درمان در بارداری</li> <li>- تأکید به انجام سونوگرافی هدفمند در هفته ۱۸-۱۶ بارداری</li> <li>- در صورت حمله صرع یا تشنج: درمان مانند زمان غیر بارداری</li> </ul>
افزایش احتمال سقط، پره اکلامپسی، دکلمان، تولد نوزاد کم وزن	کم کاری تیروئید ۱۸	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی- غدد
افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، مرده زایی، سقط مکرر، تشنج، مرگ پری ناتال، تأخیر رشد جنین، ترومبوآمبولی، مرگ مادر	لوپوس ۱۹	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی و همچنین بررسی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵
افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد	مالتیپل اسکلروزیس ۲۰	ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
احتمال بھبود در بارداری	میگرن ۲۱	<ul style="list-style-type: none"> <li>- منع مصرف ارگوتامین</li> <li>- درمان پروفیلاکتیک با آمی تریپتیلین یا پروپرانولول یا آتنولول در حمله راجعه میگرن با نظر متخصص مربوط</li> <li>- در صورت حمله میگرن: تجویز عضلانی آمپول ۲۵ میلی گرمی پرومترازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاع در اولین فرصت</li> </ul>
افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی افزایش احتمال سرزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن با سر جنین	ناهنجاری های اسکلتی (لکن و ستون فقرات) ۲۲	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم کیری ادامه یا ختم بارداری: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</li> <li>- در صورت فلچ پا یا استفاده از صندلی چرخ دار: ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان</li> </ul>
افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس	ناهنجاری های دستگاه تناسلی (رحم دو شاخ، رحم سپتوم دار ...) ۲۳	ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	هپاتیت ۲۴	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG برای تزریق به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هپاتیت ب</li> <li>- ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط</li> </ul>

## پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
۱- اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)، بیماری تکرار شونده در بستگان	افزایش میزان سقط، افزایش بروز ناهنجاری های جنینی	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی و احیاناً درخواست مشاوره ژنتیک در صورت سابقه NTD در نوزاد: تجویز مصرف روزانه ۴ میلی گرم اسید فولیک ۳ ماه پیش از بارداری
۲- بارداری همزمان با IUD	افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معاینه و ارزیابی با اسپکولوم</li> <li>- خارج کردن IUD</li> <li>در صورت خروج نشدن یا عدم مشاهده نخ: عدم دستکاری</li> <li>- آموزش علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب، درد شکم) در صورت باقی ماندن IUD</li> <li>درخواست سونوگرافی و بررسی از نظر وجود ساک حاملگی در داخل رحم و ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان در صورت حاملگی خارج رحم</li> </ul>
۳- بارداری پنجم و بالاتر	افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آتونی، زایمان سخت، ماکروزوومی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۵-۳۷ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>- توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت</li> <li>ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</li> </ul>
۴- بارداری زیر ۱۸ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن	ارائه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادر باردار و شیرده
۵- بارداری بالای ۳۵ سال	افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزوومی، جفت سرراهی، آنومالی جنینی، ترومبوآمبولی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۵-۳۷ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و همچنین ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵</li> </ul>
۶- بارداری با قرص پروژسترونی بارداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در موارد آمنوره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن</li> <li>بارداری</li> <li>- در موارد استفاده از آمپول: احتمال تأخیر رشد جنینی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری</li> <li>- قطع مصرف قرص لایسترونول، قرصها و آمپول های ترکیبی</li> <li>خارج کردن کاشتنی ها</li> </ul>
۷- بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع مادر در اولین فرصت به متخصص زنان
۸- ترومما (تصادف، خشونت فیزیکی)	جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها، زایمان زودرس، مرگ جنین	<ul style="list-style-type: none"> <li>- شنیدن صدای قلب جنین و سوال در مورد درد شکم، لکه بینی، تنگی نفس و اقدام طبق هر مورد</li> <li>در صورت ضربه شدید به شکم ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</li> </ul>

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

عنوان	تاثیر بر بارداری	اقدام
۹	چندقولویی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- توصیه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)</li> <li>- تجویز مکملهای دارویی به صورت ۲ عدد قرص آهن در روز</li> <li>- انجام مراقبت های بارداری هر دو هفته یک بار</li> <li>- بررسی دقیق میزان فشارخون و صدای قلب جنین ها</li> <li>- تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی)</li> <li>- تأکید بر انجام سونوگرافی برای تعیین نوع چند قلویی</li> <li>- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴</li> <li>- تأکید به انجام زایمان در بیمارستان</li> <li>- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان</li> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتدای سه ماهه سوم بارداری</li> </ul>
۱۰	حاملگی ناخواسته/ دستکاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حمایت روانی مادر و خانواده برای ادامه بارداری اینم</li> <li>- در صورت پیشنهاد مادر به سقط: آموزش خطوات مربوط به دستکاری و سقط عفونی</li> <li>- در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی و اقدام طبق پ ۲</li> </ul>
۱۱	رفتار پر خطر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری</li> </ul>
۱۲	سن بارداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- گرفتن شرح حال دقیق</li> <li>- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری</li> <li>- اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم</li> </ul>
۱۳	شغل سخت و سنگین	<ul style="list-style-type: none"> <li>- توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه و وزن گیری مادر</li> <li>- پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین</li> <li>- در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت و استراحت بیشتر و تغییر وضعیت در فواصل انجام کار</li> </ul>
۱۴	شیردهی همزمان با بارداری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۲۰ بارداری (شروع تغذیه تكميلي برای شیرخوار) و قطع شیردهی در صورت انتباشت رحمی</li> <li>- تأکید بر دادن آغوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده</li> <li>- در موارد تهدید به سقط: قطع موقت شیردهی تا رفع علائم</li> <li>- تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت، مصرف قرص آهن</li> </ul>
۱۵	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	<ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و موارد آمنوره</li> <li>- ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مباحث مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)</li> </ul>

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

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
صرف الكل	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندروم الكل جنینی	- آموزش عدم مصرف الكل - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴ - ارجاع غیر فوری به متخصص روان پزشک در صورت عدم توانایی در ترک
صرف سیگار و دخانیات، مواد افیونی و محرك	افزایش احتمال آنی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، دکلمان، پارکی زودرس کیسه آب، دیابت، آلدگی به هپاتیت و ایدز در معتادان تزریقی	- توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری خصوصاً در هفته های اول بارداری - تأکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، دردهای شکمی) - بررسی دقیق آنی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه) - توجه به بروز علائم سقط، دکلمان، زایمان زودرس - تأکید به انجام زایمان در بیمارستان - غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴ - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری به متخصص در صورت نیاز به درمان
تصور مصرف مواد افیونی و محرك	تأثیر بر نوزاد: آسم، کولیک نوزادی، سپتی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هیپوگلیسمی، سندرم محرومیت	در صورت مصرف مواد افیونی و محرك:
ناسازگاریهای خونی (ارهاش منفی) مادر و ارهاش مثبت (پدر)	احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و ناهنجاری های جنینی	- ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات - بررسی علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی هم زمان - ارجاع غیر فوری به کارشناس سلامت روان و رفتار جهت معرفی به مراکز ترک اعتیاد در سه ماهه اول (درمان جایگزین با متادون) - اگر مادر شخصاً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید. - ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز/ مرکز مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV در مادر معتقد تزریقی - در صورت مراجعة مادر با علائم ترک، مسمومیت و دلیریوم: برقراری راه و ریدی، باز کردن راههای هوایی، تجویز نالوکسان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع غیر فوری
نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر)	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولی	- پیکری وضعیت مادر با آزمایش کومبیس غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۲۰-۲۴ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش: ارجاع در اولین فرصت مادر به متخصص زنان - در صورت منفی بودن آزمایش کومبیس غیر مستقیم: تزریق دوز اول آمپول رگام در هفته ۲۸ بارداری - تأکید بر تزریق آمپول رگام (به غیر از هفته ۲۸ بارداری) در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول، حاملگی نابجا، خونریزی و بررسی های تشخیصی (مانند آمنیوسنتز) - در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام در ۷۲ ساعت اول پس از زایمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث نمایه توده بدنی)
نمایه توده بدنی غیرطبیعی (کمتر از ۱۸/۵ یا ۲۵ و بالاتر)	افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، دیابت بارداری، سزارین، پره اکلامپسی، جنین درشت، ترومبوآمبولی	- غربالگری کاردیومیوپاتی در ملاقات ۳۷-۳۵ بارداری طبق ح ۱۴ - ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در نمایه توده بدنی بیش از ۳۰ طبق راهنمای ح ۱۵ و ارجاع غیر فوری در صورت نیاز به درمان

## پ ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی

عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام
آتفونی (اینرسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان
پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر (فشارخون بالا، تاری دید، سوزش سر دل، سردرد)
جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت سابقه دلگمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقولویی و پلی هیدرآمنیوس - در صورت سابقه جفت سرراهی: تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۱-۳۳ بارداری و در صورت تایید، ارجاع جهت ختم بارداری در هفته ۳۶-۳۴ بارداری در بیمارستان مجهر
جراحی روی رحم	احتمال چسبندگی جفت	- تأکید به انجام سونوگرافی برای تعیین وضعیت و محل جفت در سه ماهه دوم بارداری - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تعیین نوع زایمان
چندقولویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تأکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده
دیابت بارداری	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تأکید به انجام آزمایش و توجه به نتیجه آن
زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته ۴ بارداری
زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارایه توصیه های غذایی و تأکید به رعایت بهداشت دهان و دندان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
زایمان سخت / زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تأکید به انجام زایمان در بیمارستان به مخصوص با شروع اولین علائم زایمانی
سازارین تکراری	احتمال جفت سرراهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	- تأکید بر عوارض سازارین تکراری - تأکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت - امکان انجام زایمان واژتیال بعد از یک بار سازارین در صورت وجود شرایط مناسب - ارجاع غیرفوری به متخصص در هفته ۲۶ بارداری برای تعیین زمان سازارین
مول کمتر از یک سال / دو بار سقط یا بیشتر، نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	احتمال عود	ارجاع غیر فوری به متخصص
نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای - توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث سوء تغذیه) - تأکید در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش) - در صورت بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان
نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین دقیق سن بارداری - تأکید بر انجام زایمان در بیمارستان - در صورت ابتلا به دیابت: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

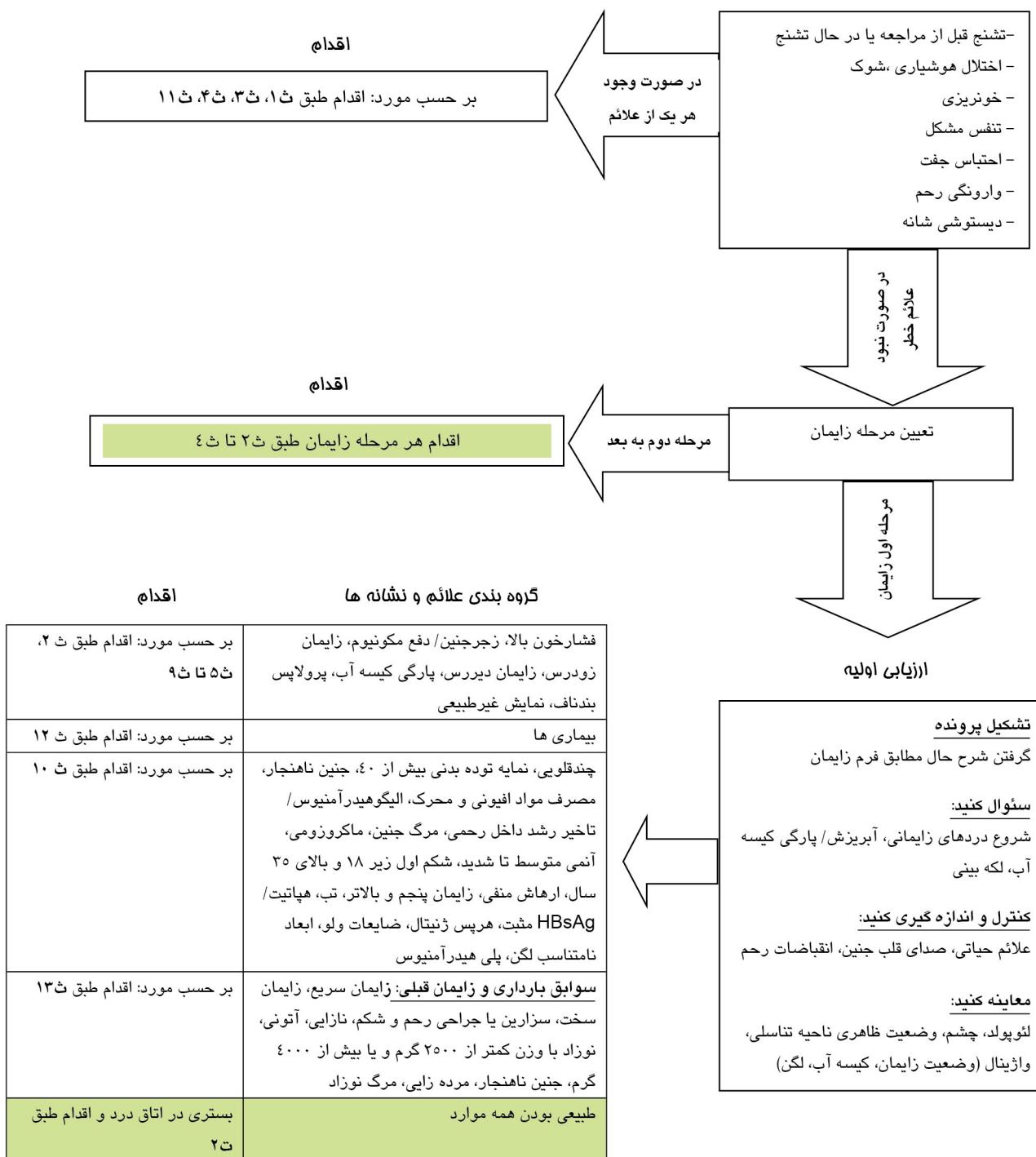
## ت- مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت (در واحد های تسهیلات زایمانی و منزل در صورت لزوم)

عنوان	صفحه
ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان	۶۶
ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان	۶۷
ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان	۶۸
ت ۴- مراقبت های ۶ سال اول پس از زایمان	۶۹
تعاریف مراقبت های معمول زایمان و بلافاصله پس از زایمان تا ۶ ساعت	۷۰

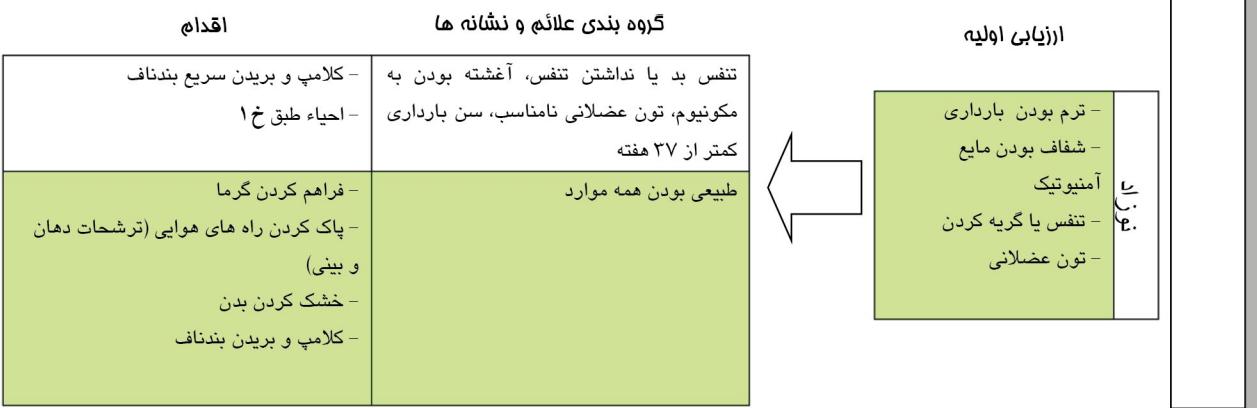
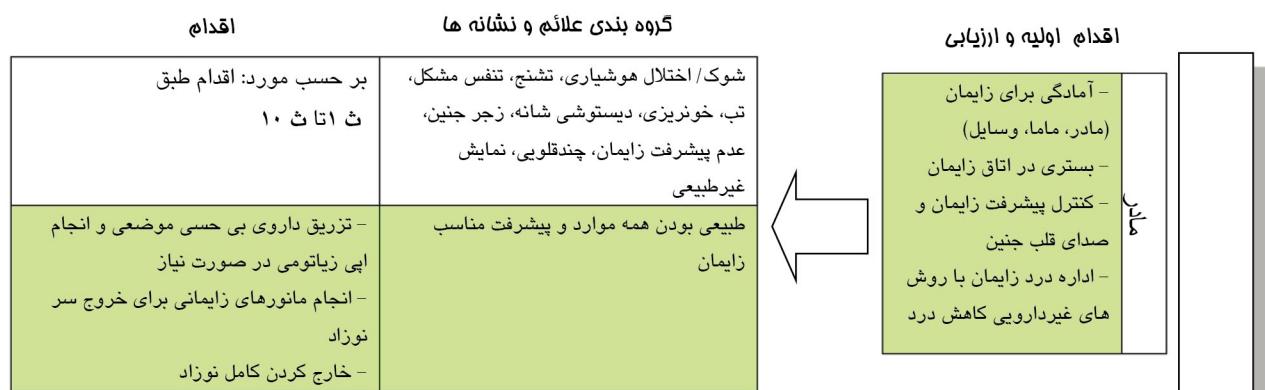
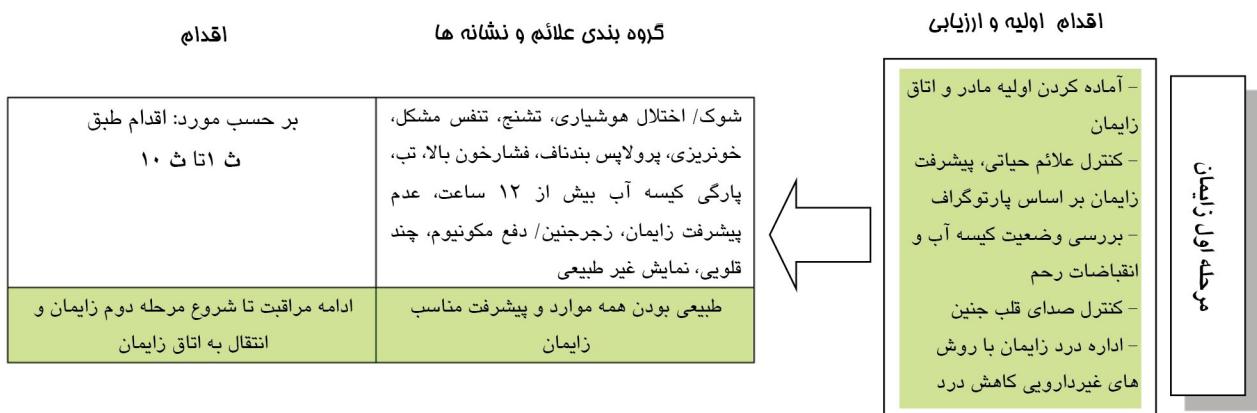
## ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

در صورتی که زایمان در منزل انجام می‌گیرد، به نکات راهنمای ح۷ توجه کنید

ابتداء علائم فطر فوری را بر مسیب مرحله زایمان ارزیابی کنید:



## ت ۲ - مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



## ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

اقدام		گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق ث، ۱۱، ح ۲		خونریزی (احتباس جفت، آتونی، پارگی ها)، وارونگی رحم	- 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
ادامه مراقبت		طبیعی بودن همه موارد	
اقدام		گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
احیاء طبق خ ۱		تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی	- 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
ادامه مراقبت		طبیعی بودن همه موارد	
اقدام		گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
بر حسب مورد: اقدام طبق ث ۱ تا ۳، ۱۰، ح ۲		شوك/ اختلال هوشیاری، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل، تب، هماتوم، پارگی درجه ۳ و ۴، فسارخون بالا، پارگی رحم	- 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
- ترمیم محل پارگی و یا محل برش در صورت نیاز - آماده کردن مادر برای استراحت در اتاق پس از زایمان		طبیعی بودن همه موارد	
اقدام		گروه بندی علائم و نشانه ها	اقدام اولیه و ارزیابی
احیاء طبق خ ۱		تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی	- اطمینان از گرم بودن نوزاد و مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی مجدد تنفس، رنگ پوست، تون عضلانی
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 پاهای طبیعی بودن همه موارد	
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
بر حسب مورد: اقدام طبق ث آتا ث ۳ ث ۱۰، ث ۱۱، ح ۲	شوك/ اختلال هوشيارى، تشنج، تنفس مشكل، فشارخون بالا، خونریزى، تب، هماتون، احتباس ادرار	- بررسى حال عمومى - کنترل علام حياتى - بررسى وضعیت رحم و میزان خونریزى و اطمینان از جمع بودن رحم - بررسى وضعیت دفع ادرار
- تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی طبق ح ۶ - آموزش طبق عنوانین فرم زایمان و ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تزیریق رگام در صورت نیاز - توصیه به مصرف مواد غذایی - تشویق مادر به شیردهی انحصاری - تعیین زمان و مکان مراجعته بعدی - ترجیح پس از ۶ ساعت	طبيعي بودن همه موارد	

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

## تعاریف مراقبت های زایمان و بلافصله 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 واردہ (نیشکن، ضربه، نور...) 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، دیستوژنی 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 علیغم 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 بستره کنید.

منظور از انقباضات تتنیک 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 مکونیوم 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 نیترازین 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 معلم 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 کلوینیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

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

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

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

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

- در فواصل منظم اتفاق می افتد و فواصل بتدربیج کوتاه می شود؛
- شدت انقباضات بتدربیج 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.

**دیستوژی 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 واکیوم) 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 سانتیمتر 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 تن 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 تن و 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. ترجیحاً 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 ۲۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

**لکه بینی:** خروج لکه خونی از مهبل

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

#### مانورهای لئوپولد:

مانور اول: در این مانور، در کنار تخت سفت بخوابانید و مانورهای لئوپولد را به شرح زیر انجام دهید:

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 سمعفیز پو بیس 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 بروخورد 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 جداسدن 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، بسترهای 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 افاسمان)، نمایش، پوزیشن و نزول سر جنین و وضعیت کیسه آب معاینه واژینال کنید و حین معاینه به وضعیت لگن از نظر شرایط انجام زایمان طبیعی نیز توجه نمائید.

**معاینه لگن:** به منظور 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 راشتیسم، فلچ بودن، اسکولیوزیس و وضعیت ناحیه تناسلی از نظر هرپس و یا سایر ضایعات

(۲) معاینه واژینال:

- دیواره های جانبی لگن (صف و مقارن باشد)

- خارهای ایسکیال (برجسته نباشد)

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

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

- حرک استخوان دنبالجه

- 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 هپارینه و وصل کردن سرم (در صورت نیاز).

**آماده کردن اتفاق زایمان:** اقدامات زیر را انجام دهید:

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

**انتقال مادر به اتفاق زایمان:** شرایط مادر را برای انتقال بررسی کنید. زمان انتقال مادر در نولی پارها وقتی است که قطری از عضو نمایش (سر جنین) در هر انقباض در حدود ۴-۶ سانتیمتر پیدیدار 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 ۲۰ تا ۶۰ دقیقه و در فاز فعل 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 واژنال، میزان باز و نرم شدن دهانه رحم (دیلاتاسیون و افاسمان) و نزول سر جنین را بررسی کنید.

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

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

**صدای قلب جنین:** صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۲۰ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۱۵ دقیقه کنترل کنید.

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

**فاز فعل:** 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 شانهای 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، کالی پات یک عدد، گاز و پنبه، گان، دو تا سه حolle تمیز و نرم برای خشک کردن و پوشاندن نوزاد) را باز کنید، کلامپ بند ناف (دو عدد)، مواد ضد عفونی کننده و دارویی 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 کاترها شماره ۵F یا ۶F، ۸F، ۱۰F یا ۱۲F

۲- گرم کننده تابشی

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

- ۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ
- ۵- لارنگوسکوپ (با تیغه های صاف) شماره یک و صفر و لوله های داخل نای شماره ۲/۵، ۳، ۲/۵ و ۴ میلی متر
- ۶- ایروی، لوله تغذیه شماره F
- ۷- سرنگ و سرسوزن های مختلف، نوار چسب
- ۸- داروها (اپی نفرين ۱/۱۰۰۰، بی کربنات سدیم ۴/۴٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۰ میلی گرم در میلی لیتر، نرمال سالین)
- اپی زیاتومی:** در صورت نیاز به اپی زیاتومی زمان مناسب، وقتی است که قطری از سر جنین به ناحیه پرینه فشار آورده به طوری که پوست پرینه نازک و رنگ آن سفید می شود.
- پاک کردن راه های هوایی:** ترشحات دهان و بینی نوزاد را با گاز تمیز کنید. نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن نیست مگر در مواردی که ترشحات مانع تنفس نوزاد شود.

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

نکته: زمان انتظار مرحله دوم زایمان (در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادر و ضربان قلب جنین) را در مولتی پار ۲۰ دقیقه و در نولی پار ۵ دقیقه در نظر بگیرید.

**تزریق دارویی 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. حوله های خیس را تقویض کنید و بدن نوزاد را با حوله های خشک و گرم بپوشانید.

**صدای قلب جنین:** صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۱۵ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۴ دقیقه کنترل کنید.

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

**کلامپ و برویدن بندناون:** 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 نمایید.

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

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

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

**بررسی جفت و پرده ها و بندناون:** پس از خروج، قسمتهای مختلف جفت و پرده ها را از نظر کامل بودن بررسی کنید. مقطع بندناون را از نظر وجود ۲ 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 تسريع خروج جفت، ۲۰ واحد اکسی توسین داخل ۱ لیتر سرم یا ۱۰ واحد عضلانی تزریق کنید.

**تمیز کردن چشم ها و بدن:** نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر ندارید. 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 بندناون:** بندناون را به طول ۲ تا ۴ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیپس کنید. نکته: بندناون را از نظر شست خون بررسی کنید. هیچ ماده ای روی آن قرار ندهید و از بانداز 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: مهلات زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.

نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بندناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملايم 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 ۴۰ تا ۶۰ 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 یا بروز اپی زیاتومی 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.

### **معیارهای 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 بتدربیح کاهش می یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود ندارد و یا سر یک رگ در محل برش اپی زیاتومی یا پارگی باز باشد)

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

نکته ۲: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعده‌گی است و بتدربیح 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 ترجیح 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، پنسن با دندانه و بی دندانه 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 تنفس 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 محل بخیه، زمان مناسب مقاربت، استراحت، فعالیت و ورزش، عدم مصرف الکل و مواد دخانی و بهداشت روان (تفییرات خلقی و اندوه و حمایت عاطفی همسر)، زمان مناسب بارداری بعدی و مراجعه به موقع برای دریافت مراقبتها پس از زایمان آموزش دهد.

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

**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 قاعده‌گی است و به تدریج کاهش می‌یابد.** در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده 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 وجود هماقتوم بررسی کنید.**

**تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل‌های دارویی:** برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفون یا کپسول مفامیک اسید جهت مصرف هنگام درد و مکمل‌های دارویی را طبق راهنمای 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 واکسن‌های 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. واکسن‌های بدو تولد نوزاد شامل بث، فلج اطفال و هپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون به نوزاد تزریق کنید.

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

**تعیین زمان و مکان مراقبت بعدی نوزاد:** تاریخ و محل مراجعة مادر برای دریافت مراقبت‌های نوزاد را تعیین و تأکید 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 ۲۰ 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.

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

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

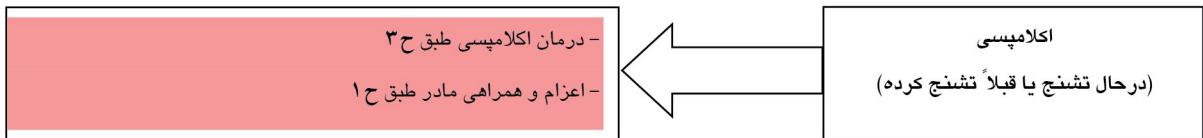
## ث- مراقبت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان

### (۶ ساعت اول پس از زایمان)

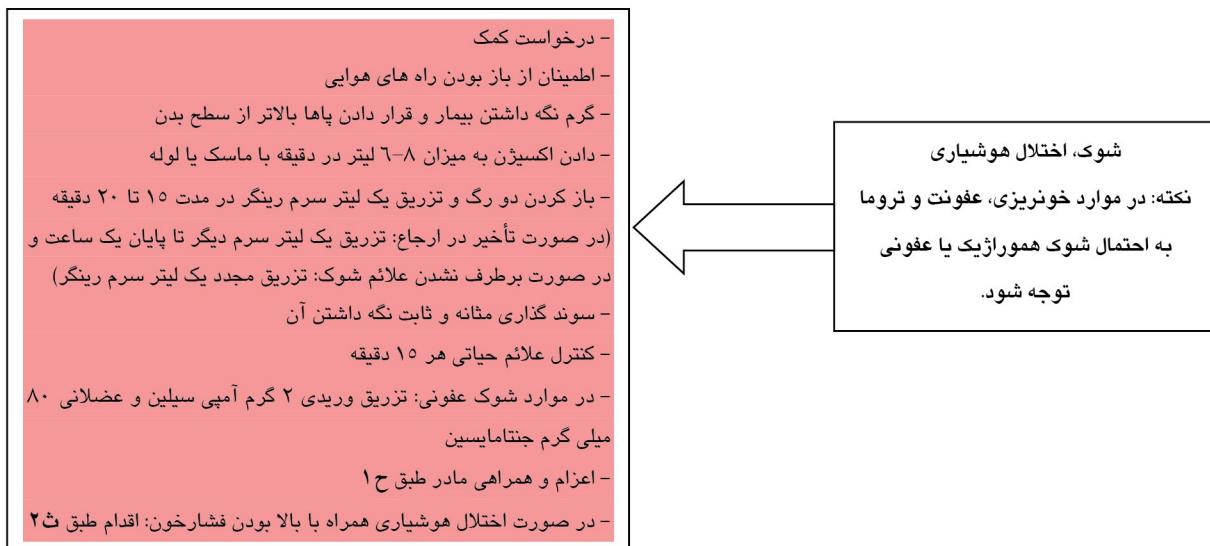
صفحه	عنوان
۷۸	ث-۱- علائم خطر فوری
۷۹	ث-۲- فشارخون بالا
۸۰	ث-۳- خونریزی
۸۱	ث-۴- عدم پیشرفت زایمان
۸۲	ث-۵- زجر جنین / دفع مکونیوم
۸۳	ث-۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس
۸۴	ث-۷- پارگی کیسه آب
۸۵	ث-۸- پرولاپس بند ناف
۸۶	ث-۹- نمایش غیر طبیعی
۸۷	ث-۱۰- سایر موارد خطر حین بارداری
۹۰	ث-۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان
۹۱	ث-۱۲- بیماری ها
۹۲	ث-۱۳- سوابق زایمان قبلی

# ث ۱ - علائم خطر فوری

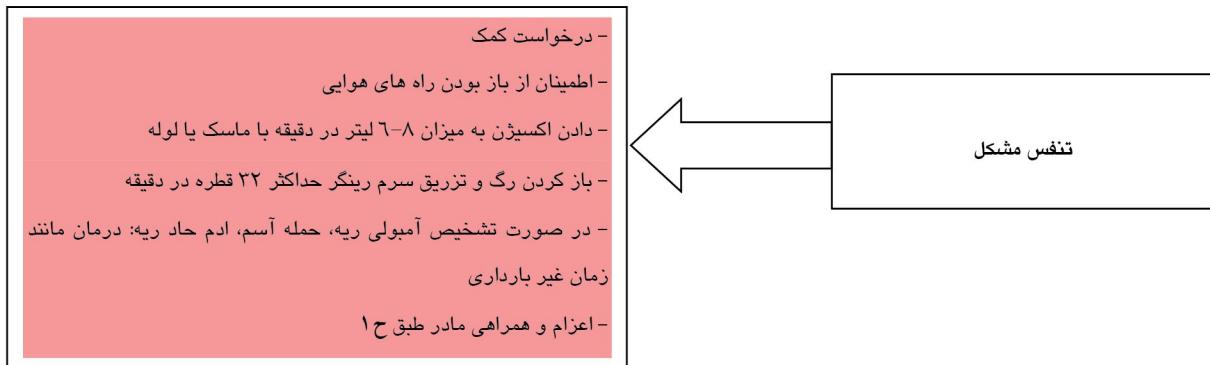
## اقدام



## اقدام



## اقدام



نکته: شایع ترین علی که مادر را چار شوک عفونی می کند: پیلوئنفیت، کوریوآمنیونیت، دستکاری محصولات بارداری و متیریت

## ث-۲- فشارخون بالا

اعدام	تشفیم احتمالی	علائم همراه	ازیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- درمان پره اکلامپسی طبق ح ۳</li> <li>- اعظام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان همراه با درمان پره اکلامپسی (تزریق سولفات منیزیوم، تزریق هیدرالازین، ...) طبق ح ۳</li> <li>- گذاشتن سوند فولی در مثانه پس از خروج جفت اطمینان از جمیع بودن رحم و کنترل خونریزی طبق ح ۲</li> <li>- اعظام و همراهی مادر و نوزاد طبق ح ۱</li> </ul>	پره اکلامپسی شدید	<p>سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، الیگوری</p>	<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 هیپوتونیستی و تأخیر در دفع مکونیوم هستند، بنابراین ثبت دریافت سولفات منیزیوم مادر در برگ ارجاع مادر و نوزاد الزامی است.

## ث-۳- خونریزی

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

از زایمان

<u>سوال کنید:</u> سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم
<u>تعیین کنید:</u> تعداد ضربان
<u>معاینه کنید:</u> انقباضات و توئیسیته 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 دقیقه به طور کامل با خون خیس شود.

## ث-۴- عدم پیشرفت زایمان

اقدام	معیار تشخیص
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- اعزام و همراهی مادر با است زایمان طبق ح ۱</li> </ul>	<p>فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت</p> <p>دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند نلاتون در صورت نیاز</li> <li>- انجام اپی زیاتومی زمانی که قطر سر جنین ۴-۳ سانتی متر دیده شود</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با است زایمان طبق ح ۱</li> </ul>	<p>دیلاتاسیون و افاسمن کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در نولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان: اعزام و همراهی مادر با است زایمان طبق ح ۱</li> </ul>	<p>عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست کمک</li> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی-نمکی</li> <li>- تخلیه مثانه با سوند فولی در صورت نیاز</li> <li>- انجام اپی زیاتومی</li> <li>- تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رکابها و خم کردن آنها بر روی شکم، اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوپراپوییک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پایین، آزاد کردن شانه قدمی و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان</li> <li>- 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 عقره های ساعت تا آزاد شدن شانه قدمی</li> <li>- در صورت انجام زایمان: کنترل رحم، واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی</li> <li>- در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها: اعزام و همراهی مادر با است زایمان طبق ح ۱</li> <li>- 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</li> </ul>	<p>عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر</p> <p>پیشرفت زایمان، مدت و وضعیت عدم پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف</p> <p><u>تعیین کنید:</u></p>

## ث-۵- زجر جنین / دفع مکونیوم

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

## ث<sup>ع</sup>- زایمان زودرس / زایمان دیررس

اقدام	تشفیض احتمال	معیار تشفیض
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- خواباندن مادر به پهلوی چپ</li> <li>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتاماتازون *</li> <li>- تجویز ۱۰ میلی گرم کپسول خوارکی نیوفدیپین (آدالات) هر ۲۰ دقیقه تا ۴ دوز **</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعزم و همراهی مادر طبق ح ۱</li> <li>- در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشته جنین مانند آنسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی: تزریق بتاماتازون و تجویز کپسول نیوفدیپین ضرورت ندارد.</li> </ul>	زایمان زودرس	<p>وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفت هفته کامل، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر (فاز نهفته)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- خواباندن مادر به پهلوی چپ</li> <li>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتاماتازون *</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعزم و همراهی مادر طبق ح ۱</li> <li>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام اپی زیاتومی در صورت سفت بودن پرینه</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- آماده کردن مست احیاء نوزاد</li> </ul> <li>- اعزم 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</li> </ul>	زایمان زودرس	<p>وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفت هفته کامل، دیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر، فاز فعل</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- خواباندن مادر به پهلوی چپ</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق خ ۱</li> <li>- اعزم و همراهی مادر طبق ح ۱ در صورت احتمال جنین درشت، NST غیر مطمئن یا دیسترس جنین</li> </ul>	زایمان دیررس	<p>وقوع علائم زایمانی بالای ۴ هفت</p>

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

ازیابی

تعیین کنید:

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

معاینه کنید:

معاینه مهبلی، ارتفاع رحم

## ث-۷- پارگی کیسه آب

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

سوال کنید:  
مدت پارگی

تعیین کنید:  
وضعیت زایمانی،  
علائم حیاتی

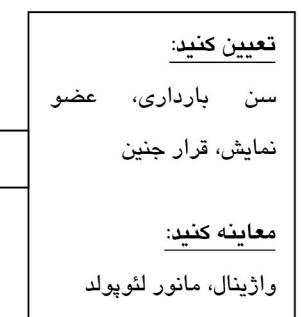
## ث-۸- پرولاپس بندناف

اقدام	محیا ر تشغیص	ازیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بالا بردن عضو پرزاشه و قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن بیمار)</li> <li>- سوندایز مثانه *</li> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین</li> <li>- اعظام و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفالیک یا بریج کامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- درخواست کمک برای انجام احیاء</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق خ ۱</li> </ul>	جنین زنده (لمس نبض بند ناف)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>تعیین کنید:</b>                  وضعیت پیشرفت زایمان،                  وضعیت نمایش جنین،                  وضعیت نبض بندناف،                  شنیدن صدای قلب جنین             </div>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین</li> <li>- انجام زایمان در صورت پیشرفت طبیعی زایمان و نمایش سفالیک یا فرانک بریج</li> </ul>	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	تشفیص اهمالی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ (۲۰ میلی لیتر) در مدت ۴ دقیقه</li> <li>- اعزام و همراهی مادر با ست زایمان طبق خ ۱</li> </ul>	قرار عرضی و نمایش صورت
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع فوری طبق خ ۱</li> <li>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: انجام مانورهای خروج جنین:</li> <li>- درخواست کمک و آماده کردن ست احیاء نوزاد (برای جنین زنده)</li> <li>- اطمینان از خالی بودن مثانه</li> <li>- انجام اپی زیاتومی در موقع خروج باسن نوزاد</li> <li>- خارج کردن باسن، کذاشتن حolle گرم بر روی باسن و اجازه به خروج خود به خود سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم</li> <li>- خروج دست ها</li> <li>- قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پاها از دو طرف</li> <li>- قرار دادن انگشت سبابه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد</li> <li>- 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)</li> <li>- اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوییس توسط دستیار</li> <li>- کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد</li> <li>- بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن</li> <li>- در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق خ ۴</li> <li>- آمادگی برای احیاء نوزاد طبق خ ۱</li> </ul>	نمایش برعیج کامل ارزیابی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی-نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان</li> </ul>	هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۴ هفته بارداری



## ث - ۱۰ - سایر موارد خطر حین زایمان

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
۱ آنی 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 ۷ در صورت بروز علائم هیپوتانسیون ارتوستاتیک: اعزام مادر و همراهی بیمار طبق ۱
۲ ابعاد نامتناسب لکن (عدم تناسب سر بالکن)	اعزام	- در صورتی که مادر در فاز فعال است: همراهی مادر با سنت زایمان
۳ ارهاش منفی	اعزام	- انجام زایمان در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا ۷۲ ساعت پس از زایمان
۴ مصرف مواد افیونی و حرک	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - توجه به مادر از نظر وقوع دکلمان - اعزام به همراه سنت و داروهای احیاء نوزاد
۵ الیکوهیدرآمنیوس/ تأخیر رشد داخل رحمی	اعزام	- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - اعزام مادر با وضعیت خوابیده به پهلوی چپ
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 نگه داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس بندناف توجه کنید) - انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم
۷ تب	اعزام	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی یا رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - تجویز قرص یا شیاف استامینوفن - اعزام

## ث - ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
جنین ناهنجار	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: اعزام و همراهی مادر با ست زایمان</li> <li>- در صورت وجود ناهنجاری هایی مانند انسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی شود: انجام زایمان</li> <li>- بر حسب نوع ناهنجاری نوزاد: اقدام طبق خ</li> </ul>
چندقولویی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ث</li> <li>- اقدام برای خروج قل اول</li> <li>- خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول</li> <li>- بررسی وضعیت قل دوم، پاره کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم</li> <li>- در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی</li> <li>- در صورت نبود انقباضات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: اعزام مادر</li> <li>- انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها</li> <li>- در صورت توفيق در انجام زایمان: تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم، ماساژ رحم، بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقولویی در صورت امکان</li> <li>- در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل با هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</li> </ul>
شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان در صورت پیشرفت مناسب زایمان</li> <li>- در صورت عدم پیشرفت: اقدام مطابق ث</li> </ul>
ضایعات ولو (سوختگی، واریس، کیست بارتولن)	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام اپی زیاتومی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد.</li> <li>- انجام زایمان و دقت در ترمیم پارگی ها و محل برش</li> <li>- در صورت عدم توانایی در ترمیم: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد گاز مصرفی و اعزام طبق ح</li> </ul>
گراند مولتی پار (زایمان ۵ بار و بیشتر)	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی یا قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- معاینه کامل جفت و پرده ها</li> <li>- بررسی وضعیت رحم برای اطمینان از جمع بودن آن هر ۵ دقیقه نانیم ساعت و سپس مطابق تعریف</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: اعزام و همراهی مادر طبق ح</li> </ul>

## ث - ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
ماکروزوومی	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان مادر: انجام زایمان</li> <li>- در صورت عدم پیشرفت زایمان: اقدام طبق ۴</li> <li>- بررسی وضعیت رحم هر ۵ دقیقه تا نیم ساعت برای اطمینان از جمع بودن آن</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد کاز تامپون شده و اعزام و همراهی مادر طبق ۱</li> <li>- اعزام نوزاد</li> </ul>
مرگ جنین	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت</li> <li>- در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی منتشر): اعزام طبق ۱</li> </ul>
HBsAg+ / هپاتیت	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان و توجه به پوar نکردن نوزاد</li> <li>- پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</li> <li>- 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 حداقل طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان</li> </ul>
هرپس ژنیتال	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان</li> <li>- در صورت وجود ضایعات هرپسی در مادر: اعزام نوزاد</li> </ul>
نمایه توده بدنی بیش از ۴۰ (چاقی درجه ۳)	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی-نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد کاز مصرفی و اعزام طبق ۱</li> <li>- اعزام به بیمارستان پس از زایمان جهت درمان دارویی پیشگیری از ترومبوآمبولی احتمالی</li> </ul>

## ث ۱۱- سایر موارد خطر بلا فاصله پس از زایمان

عنوان	اقدام
<p>در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه</li> <li>- اطمینان از نبود جفت در واژن</li> <li>- خودداری از دستکاری بیشتر</li> <li>- اعزم و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul> <p>در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ث ۳</p>	<p>احتباس جفت (با خونریزی معمولی)</p> <p>۱</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی</li> <li>- اطمینان از هیدراته بودن مادر</li> <li>- در صورت پارگی کیسه آب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعزم طبق ح ۱</li> </ul>	<p>تب</p> <p>۲</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- بررسی میزان هیدراتاسیون مادر از طریق حجم مایع دریافتی و خشکی دهان مادر</li> <li>- معاینه مثانه از روی شکم</li> <li>- معاینه واژن و ولو از نظر وجود هماتوم</li> <li>- در صورت هیدراتاسیون و نبود ادرار : تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن</li> <li>- 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</li> <li>- در صورت وجود هماتوم یا عدم توانایی مجدد: اعزم طبق ح ۱</li> </ul>	<p>عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان</p> <p>۳</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- شستن محل پارگی با بتادین</li> <li>- قرار دادن گاز استریل روی پارگی</li> <li>- عدم دستکاری و ترمیم پارگی</li> <li>- اعزم طبق ح ۱</li> </ul>	<p>گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه</p> <p>۴</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در خواست کمک</li> <li>- باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیتن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- تزریق عضلانی ۵۰-۱۰۰ میلی گرم پتینین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیوم طی ۲۰ دقیقه</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- برگرداندن رحم به محل اصلی طبق ح ۵</li> <li>- اعزم و همراهی مادر طبق ح ۱</li> </ul>	<p>وارونگی رحم</p> <p>۵</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل علائم حیاتی</li> <li>- 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</li> <li>- در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از ۵ سانتیمتر و یا درد شدید و یا احتباس ادرار:</li> </ul> <p>اعزم طبق ح ۱</p>	<p>هماتوم</p> <p></p>

## ث ۱۲- بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام (د) صورت قریب الوقوع بدون زایمان
۱	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- در صورت دریافت استروژید در ۴ هفته آخر بارداری: تزریق وریدی ۱۰۰ میلی گرم آمپول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم ۸ ساعت پس از دوز اول</li> <li>- خودداری از تزریق پتدین، در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری و انجام زایمان</li> </ul>
۲	اعزام (منع زایمان طبیعی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- استفاده از پوشش محافظتی (گان، ماسک، عینک، دستکش، چمکه)</li> <li>- عدم پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی</li> <li>- انجام زایمان و در صورت امکان عدم اپی زیاتومی و منع استفاده از پوار</li> <li>- شستن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم و صابون پس از تثیت درجه حرارت بدن نوزاد و سپس تماس پوست با پوست</li> <li>- منع شیردهی و آموزش به مادر در مورد خطرات آن</li> <li>- هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت</li> </ul>
۳	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- 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، ...)</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۰۸ میلی گرم جنتامایسین</li> <li>- انجام زایمان (هنگام زایمان زانو های مادر را خم کرده بر روی دختر قرار دهد- لیتاتومی نباشد)</li> <li>- 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 تنفس</li> <li>- در صورت بروز علائم ادم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری</li> <li>- انجام زایمان و اعزام طبق ح ۱</li> </ul>
۴	دیابت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- توصیه به مادر برای خودداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان</li> <li>- انجام زایمان و اعزام مادر پس از تثیت وضعیت مادر طبق ح ۱</li> <li>- اعزام نوزاد و اقدامات پیش از اعزام طبق خ ۲</li> </ul>
۵	سل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان و اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتوكول کشوری برنامه سل</li> <li>- ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ث ژ</li> </ul>
۶	سیفلیس	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انجام زایمان و ارجاع نوزاد در اولین فرصت و اطمینان از درمان مادر و همسر</li> </ul>
۷	صرع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- انجام زایمان و آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق خ ۱</li> </ul>
۸	هیپرتیروئیدی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- دادن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</li> <li>- کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه</li> <li>- توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم نارسایی قلب، ورم ریه، تاکی کاردی شدید)</li> <li>- انجام زایمان و ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت</li> </ul>

## ث ۱۳- سوابق زایمان قبلی

نوع سابقه	اقدام	اقدام در صورت قریب الموقوع بودن زایمان
۱	اعزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی: اعظام طبق ح ۱ و ح ۲</li> </ul>
۲	جنین ناهنجار	<ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان</li> <li>- در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق خ ۴</li> </ul>
۳	*زایمان سخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترمیم پارگی ها: پک کردن محل ترمیم، ثبت تعداد کاز</li> <li>- مصرفی و اعظام طبق ح ۱</li> </ul>
۴	*زایمان سریع	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان</li> <li>- معاینه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم</li> <li>- بررسی پارگی های احتمالی</li> <li>- در صورت عدم کنترل خونریزی یا جمع نشدن رحم: اعظام طبق ح ۱</li> </ul>
۵	سوارین یا جراحی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- کنترل عالم حیاتی</li> <li>- انجام زایمان با توجه به خطر پارگی رحم</li> <li>- اعظام مادر پس از زایمان طبق ح ۱</li> </ul>
۶	مرده زایی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- انجام زایمان</li> </ul>
۷	*مرگ نوزاد	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین با شروع دردهای زایمانی</li> <li>- انجام زایمان</li> </ul>
۸	نازایی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- در صورت متناسب بودن لگن: انجام زایمان</li> </ul>
۹	* نوزاد با وزن	<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی- نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان</li> <li>- در صورت تخمين ماقروزومی: اقدام طبق ث ۱۰</li> </ul>

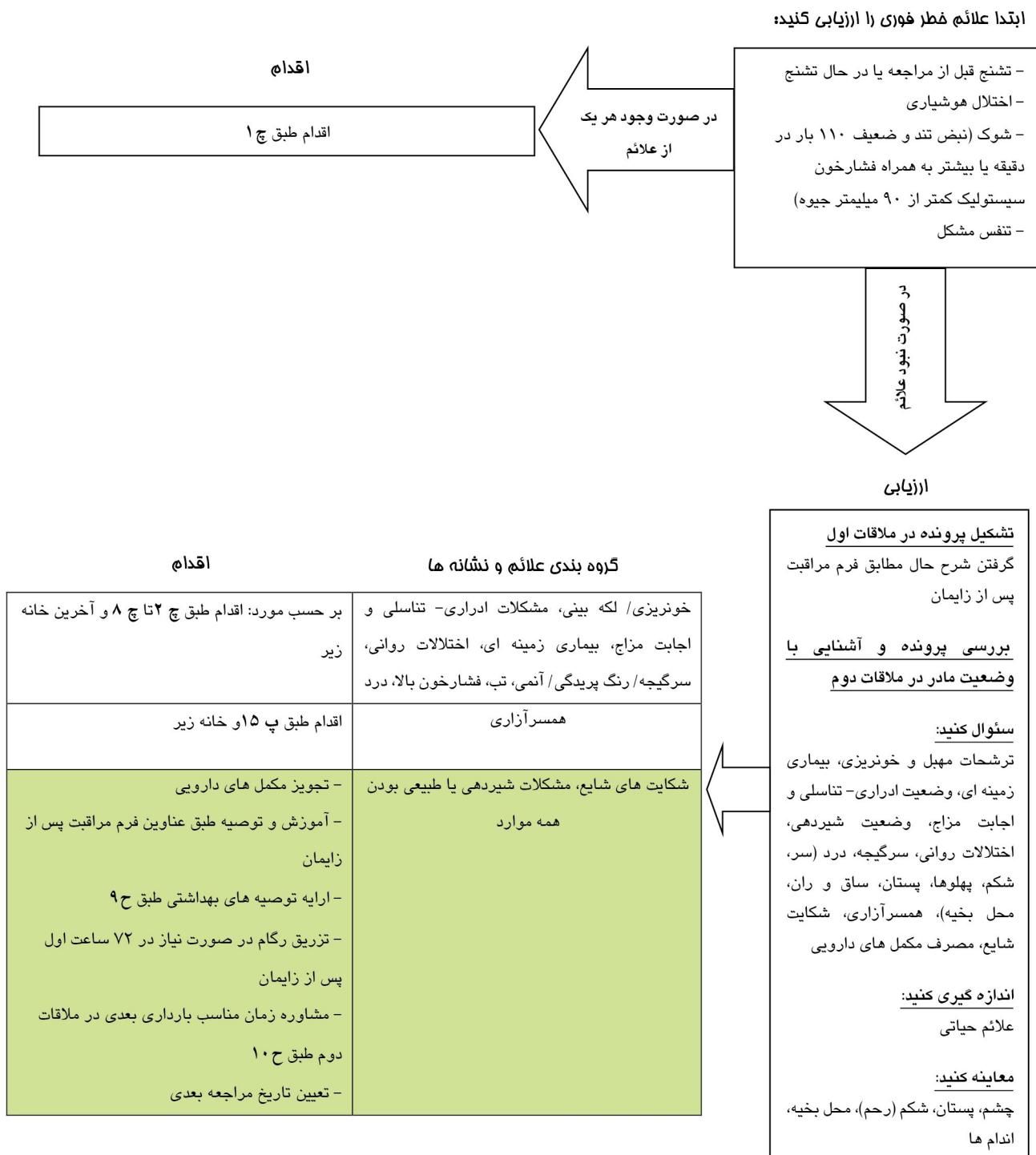
\*امکان تکرار این موارد در این زایمان وجود دارد.

## ج- مراقبت های معمول پس از زایمان

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

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

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



## ج ۲- مراقبت سوم پس از زایمان

اقدام	گروه بندی علائم و نشانه ها	ازیابی
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، فشارخون بالا، سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی، تب، درد	<u>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</u> <u>سؤال کنید:</u> 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 بخی)، شکایت شایع، همسرآزاری، مصرف مکمل های دارویی
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 پزشک	التهاب لثه، جرم و پوسیدگی دندان	
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشک	عفونت دندانی، آبسه، درد شدید دندان	
- تجویز مکمل های دارویی - آموزش و توصیه طبق عنوانین فرم مراقبت پس از زایمان - غربالگری سلامت روان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹ - انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز - درخواست آزمایش FBS و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد	<u>اندازه گیری کنید:</u> <u>علائم حیاتی</u> چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، محل بخی، اندام ها

## تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

**آموزش و توصیه:** طی ملاقات‌های 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 قاعده‌ی ترشحات بدبو و چرکی از مهبل، سرگیجه، سر درد، درد ساق و ران، درد شکم، افسردگی شدید، ...)، شکایت شایع (خستگی، کمر درد، بیوست)، تغذیه (تنوع و تعادل در تغذیه زمان شیردهی) و مکمل‌های دارویی، نحوه شیردهی و مشکلات و تداوم آن و مصرف دارو در زمان شیردهی، 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 دهدید.

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 وارد (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 آشنازی با وضعیت مادر:** در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و نقایصی مانند تکمیل نبودن قسمتهای مختلف را رفع کنید.

**بیماری زمینه‌ای:** منظور بیماری‌های قلبی، کلیوی، دیابت، آنمی، فشارخون بالا، صرع، ... است.  
**پاپ اسمیر:** گرفتن نمونه از دهانه رحم از سن ۲۰ سالگی هر ۵ سال یکبار انجام می‌شود. در صورتی که در ملاقات سوم نیاز به انجام پاپ اسمیر است، طبق دستور عمل 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 سؤوال 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.

**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، بیماری‌های زمینه‌ای (فسارخون بالا، قلبی، آنمی، سل و ...) و مصرف الکل، مواد افیونی و محرك تشننج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

**تغذیه مناسب:** آنچه در تغذیه مادر شیرده اهمیت دارد، تنوع و تعادل در مصرف مواد غذایی است. بهترین راه، استفاده از همه گروه‌های اصلی غذایی یعنی گروه تان و غلات، گروه میوه‌ها، گروه سبزی‌ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزدانه هاست. جدول گروه‌های غذایی در مبحث تعاریق مراقبت‌های بارداری آمده است.

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

**خونریزی:** در روزهای اول پس از زایمان ترشحات واژینال خونی است. پس از ۳ تا ۴ روز کم رنگ تر می‌شود و پس از حدود ۱۰ روز سفید یا زرد رنگ می‌شود. میانگین مدت ترشح از ۲۶ تا ۲۴ روز متغیر است. بنابراین مغایرت با این الگو و خونریزی از مهبل را سؤوال کنید.

**درد شکم و یا پهلوها:** هر نوع درد خفیف یا شدید، متناوب یا متولی 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.

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

**شوك:** اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می شود. (علائم اصلی شامل نبض تنفس 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 تنفس ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی قراری و گیجی همراه باشد).

#### علائم حیاتی:

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه گیری کنید. ترجیحاً فشارخون در وضعیت نشسته و از دست راست اندازه گیری شود. فشارخون  $140/90$  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 ۲۸ 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 مراجعاً سریع مادر به مراکز بهداشتی درمانی به وی آموخته دهید:

- خوبنیزی بیش از حد قاعده‌گی در هفته اول، تب و لرز، خروج و ترشحات بدیو و چرکی از مهبل، درد و تورم و سفتی پستانها و درد و سوزش و ترشح از محل بخیه ها
- فوریت روانپزشکی: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهمندی و هذیان با محتواهی آسیب رساندن به خود و دیگران
  - علائم در معرض خطر روانی: روحیه افسردگی، افزایشی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم خوابی، پراشتهابی، کم اشتهابی)، توهمندی و هذیان با محتواهی غیر آسیب رساندن 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 حداقل تا روز ۱۴ پس از زایمان بخار 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 ظاهر می‌کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخرطی 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 مراجعاً 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 می‌دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

#### مشاوره زمان مناسب بارداری بعدی:

مشکلات شیردهی: در هر ملاقات، از مادر در مورد تداوم شیردهی سؤال کنید. در صورت وجود مشکلاتی چون نوک فرورفتگ، صاف، دراز و مجاری بسته و شقاق به مادر آموخته دهید.

**مکمل های دارویی:** مادر باید تا ۲ ماه پس از زایمان مکمل آهن و مولتی ویتامین مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز مکمل دارد و به طور منظم مصرف می‌کند.

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

- معاینه چشم: در هر ملاقات، رنگ ملتجمه را بررسی کنید.
- نکته: کم رنگ بودن مخاط ملتجمه چشم به همراه کم رنگ بودن زبان، بستر تاخنها و یا کف دست «رنگ پریدگی شدید» است.
- معاینه دهان و دندان: در ملاقات سوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید.
- عفونت دندانی، آبسه و درد شدید: از فوریت های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شباهن، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می تواند باعث تورم صورت و لثه ها (آبسه) شده و گاهی با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

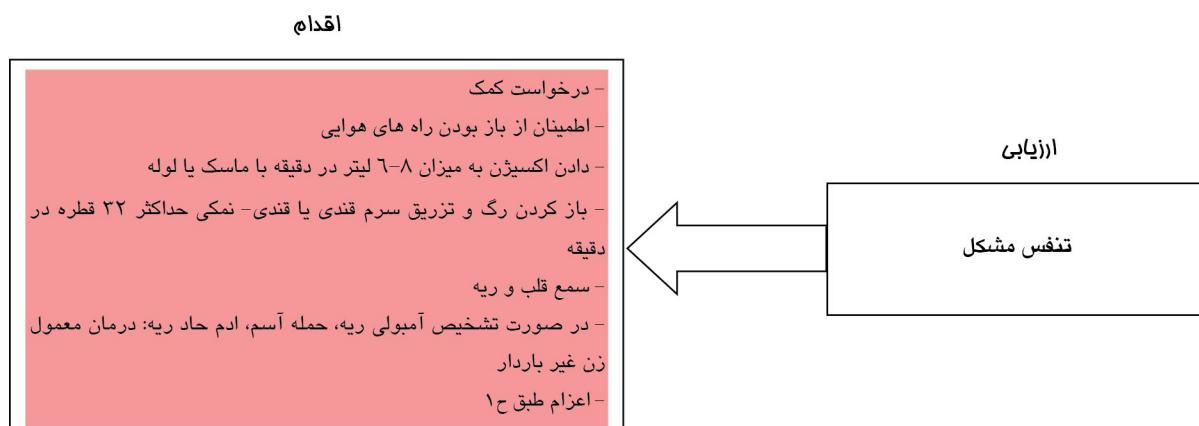
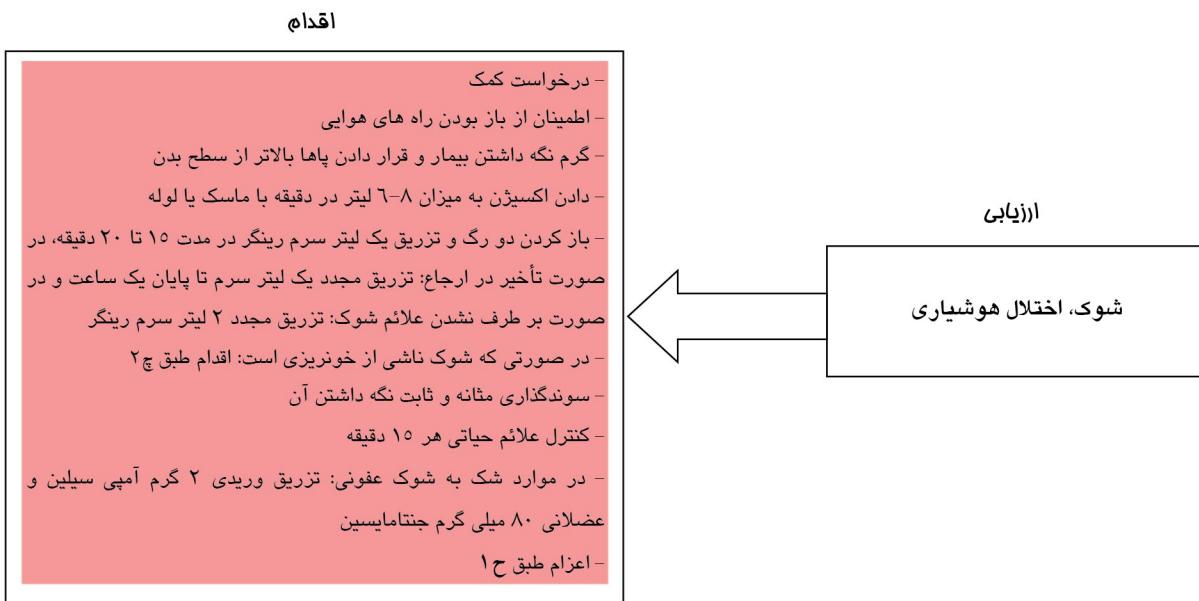
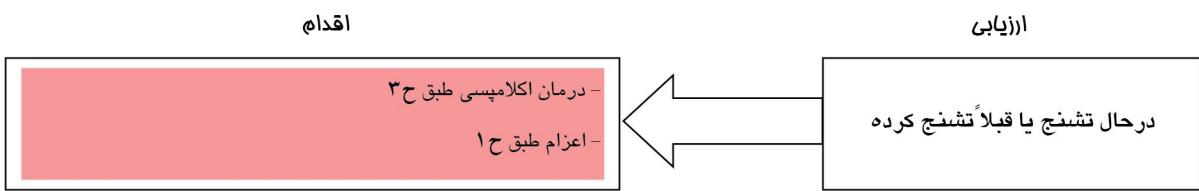
- جرم دندانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسوواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می گردد.
- پوسیدگی دندان: تغیر ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروب های پوسیدگی زای دهان که علائم آن عبارتند از:
  - تغییر رنگ مینای 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 همیگر
- معاینه پستان: پستان ها را از نظر تورم و درد و وجود شفاق، 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 ۲ 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، پاهای (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(سوژش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی اختیاری) و اجابت مزاج(یبوست، خونی بودن مدفعه، درد مقعد، بواسیر، بی اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی 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 عمدى 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، ملتک 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
۱۰۰	چ۱- علائم خطر فوری
۱۰۱	چ۲- خونریزی/ لکه بینی
۱۰۲	چ۳- تب
۱۰۳	چ۴- درد
۱۰۴	چ۵- مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج
۱۰۵	چ۶- اختلالات روانپزشکی
۱۰۶	چ۷- سرگیجه/ رنگ پریدگی/ آنمی
۱۰۷	چ۸- سایر موارد پر خطر

## چ ۱ - علائم خطر فوری



## چ ۲ - خونریزی / لکه بینی

اعدام	تشفیض اهمتمند	علائم همراه
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- معاینه واژینال و در صورت مشاهده بقایای جفتی و پرده ها خروج آن</li> <li>- تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</li> <li>- اعظام طبق ح ۱</li> </ul>	باقی ماندن تکه هایی از جفت، متربت	<p>* خونریزی شدید، دفع لخته یا نسج، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</li> <li>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</li> <li>- اعظام طبق ح ۱</li> </ul>	متربت	<p>* 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</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹</li> <li>- آموزش علائم خطر (تب، ترشحات عفونی، درد شکم)</li> <li>- در صورت وجود ترشحات عفونی یا ادامه لکه بینی پس از ۶ هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</li> </ul>	اختلال در روند ترمیم محل جفت و جمع شدن رحم	<p>لکه بینی یا خونریزی هر هفته سوم به بعد، شکم نرم و بدون تندرننس، رحم جمع و بدون تب و علائم عفونت</p>

از زیابی

### 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

علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
*رحم بزرگتر از حد طبیعی، خونریزی یا ترشح بدبو از واژن، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، درد شکم، حساسیت رحم و ریبادن	متیریت	- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر یا قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه
	پیلوونفریت	- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعظام طبق ح ۱
درد شکم، سورش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استقراغ	آبسه پستان	ارجاع در اولین فرصت به متخصص
تورم محل بخیه، تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفتی محل بخیه	غفونت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص
تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز	ماستیت	- تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - تجویز استامینوفن - ادامه شیردهی - در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان
تب خفیف و گذرا، درد، گرمی و سفتی هر دو پستان	احتقان پستان	- توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت

ازیابی

### سؤال کنید:

درد شکم، سورش ادرار، درد پهلوها، تهوع و استقراغ، 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

## چهارم - درد

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم همراه
- 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 - اعظام طبق ح ۱	تروموبلیت	ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، کبودی اندام
- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعظام طبق ح ۱	متربیت، آبسه لگن، پیلونفریت	ترشحات بدبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم، سابقه پارگی طولانی، کیسه آب یا دستکاری بارداری، تندرنس و ریباند شکم یا پهلوها
- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی- نمکی حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - اعظام طبق ح ۱	شکم حاد	تندرنس و ریباند شکم، تندرنس پهلوها، تهوع و استفراغ
- توصیه های تغذیه ای، استراحت - تجویز استامینوفن به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم، یا استامینوفن (۱۰۰۰-۶۵۰) و متولکلورامید (۱۰ میلی گرم) - در صورت عدم بهبود پس از ۴۸ ساعت ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان یا مغز و اعصاب	پرده اکلامپسی، تروموبر ورید مغزی، تومور، آنمی، عوارض بیهوشی خوابی	سردرد با یا بدون فشارخون ۱۴۰/۹۰، افزایش سر درد با تغیر وضعیت، اختلال بینایی، استفراغ، خستگی، استرس، بی خوابی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان	آبسه پستان	توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، تب و لرز
- ارجاع در اولین فرصت به متخصص - در صورت ثانوی در ادارار کردن: گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ح ۱	همatom، آبسه ولو، عفونت محل بخیه	لمس توده دردناک در پرینه، تب، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تحت فشار بودن و تورم محل بخیه، درد پرینه
- تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۷ تا ۱۰ روز - تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی - در صورت عدم تخفیف علامت پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان	ماستیت	تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز
تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی	پس درد	درد های کرامپی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی
- توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی - تجویز استامینوفن در صورت نیاز - آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت	احتقان پستان	تب خفیف و گزار، گرمی و سفتی هر دو پستان
- شروع شیردهی با پستان سالم، تخلیه مکرر پستان با مکین نوزاد و در صورت درد شدید: تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان، آموزش نحوه صحیح شیردهی - در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان	شقاق پستان	زخم و درد نوک پستان
- تجویز استامینوفن - کمپرس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۹ - تجویز کرم های نرم کننده موضعی (وازلین، روغن های گیاهی و...) برای مصرف در هنگام مقاربت (قرار دادن بر روی پوست) در صورت عدم بهبود: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان	اختلال در روند ترمیم محل بخیه	درد ناحیه برش سزاگین یا ابی زیاتومی بدون لمس توده و ترشح و تب، درد هنگام مقاربت

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

### ازیابی

#### 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 سقی پستانها، دردهای کرامپی زیر شکم، درد هنگام مقاربت، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارداری، سابقه بارداری و زایمان (نوع بیهوشی، سابقه پرده اکلامپسی)

#### تعیین کنید:

درجه حرارت

#### معاینه کنید:

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

## چ ۵- مشکلات ادراری- تناслی و اجابت مزاج

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

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

### از زیاب

#### سوال کنید:

سوژش 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

## چهارم- اختلالات روانپزشکی

اقدام	تشخیص احتمالی	علائم و نشانه‌ها
<p>- در مرحله پیشرفت: ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر (نوزاد با مادر همراه نشود)</p> <p><b>اقدامات پیش از ارجاع:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی: آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار</li> <li>- در صورت پرخاشگری و تحریک پذیری شدید: تزریق عضلانی آمپول هالوپریدول ۵ میلی گرم</li> <li>- 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.</li> </ul> <p><b>نکته:</b> با توجه به اینکه سایکوز بعد از زایمان ممکن است با علائم اختلال هوشیاری همراه باشد، لازم است قبل از ارجاع، عوامل ارگانیک دلیریوم بررسی و براساس آن درمان شروع شود.</p> <p>- در مرحله اولیه و در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانواده‌ی وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>سایکوز یا علائم خطر فوری روانی</p>	<p><b>در مراحل اولیه:</b> بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو، عصبانیت، تحریک پذیری</p> <p><b>در مراحل پیشرفت:</b> اختلال در چهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، شخصیت زدودگی، تغییرات سریع خلق از مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار غیرعادی و آشته، عقاید هدیانی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و..)، توهمات شناوی که به مادر دستور می‌دهد به نوزاد صدمه بزند</p>
<p>ارجاع در اولین فرست به روان پزشک</p>	<p>افسردگی ماژور</p>	<p>خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرگن، از دست دادن علاقه، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری، اضطراب</p>
<p>- درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) مطابق دستورالعمل کشوری سلامت روان</p> <p>- بررسی وضعیت رشد نوزاد (ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود)</p> <p>- در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>افسردگی، اضطراب، وسواس</p>	<p>خلق افسرده و بی علاقه، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، خستگی، وسوسات فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس در 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 اورا درک می‌کنید.</p> <p>- به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می‌یابد.</p> <p>- به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعته فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادر آموزش دهید.</p> <p>- در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>- در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع سایکوز</p>	<p>اندوه پس از زایمان</p>	<p>شروع افسرده‌گی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداقل تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گذرای افسرده‌گی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری</p>

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

(ازباب)

<b>بررسی کنید:</b>
۱- وضعیت ظاهری: نحوه پوشش، وضعیت بهداشتی، نحوه برقراری ارتباط (آشته) و غیرعادی، بهداشت ضعیف، آرایش زیاد، لباس نامتناسب)
۲- خلق: افسرده، مانیک، مضطرب، تحریک پذیر (عصبانیت)
۳- تفکر: افکار خودکشی، عقاید هدیانی (افکار پارانوئیدی، افکار بزرگ منشأه)
۴- درک: توهمات شناوی، بینایی، بویایی، لامسه، چشایی
۵- چهت یابی: آگاهی به زمان، مکان و شخص

## چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

اقدام	تشخیص احتمال	علائم همراه
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت  - ارجاع فوری به متخصص زنان طبق ح ۱	آنمی شدید ناشی از هیپوولمی	علائم حیاتی غیرطبیعی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي	بیماری زمینه ای	حال عمومی نامناسب
- ارجاع در اولین فرست به متخصص داخلي - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)	آنمی شدید (مزمن)	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در صد، رنگ پریدگی شدید
- درخواست آزمایش شمارش گلبولی، اندکس رتیکولوسیت، آهن سرم، فربین، 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 - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)  - در صورت عدم افزایش اندکس رتیکولوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلي	آنمی متوسط	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم در صد
- 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 ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای جامع تغذیه مادران باردار و شیرده (مبحث آنمی)	آنمی خفیف	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۱۰ تا ۱۱ گرم در صد

از(یابی

<u>تعیین کنید:</u>
میزان هموگلوبین، علائم حیاتی
<u>معاینه کنید:</u>
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"> <li>- درمان اکلامپسی طبق ح ۳</li> <li>- اعظام طبق ح ۱</li> </ul> <p>مراجعه بعد از ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه :</li> <li>- درمان اکلامپسی طبق ح ۳</li> <li>- اعظام به بیمارستان طبق ح ۱</li> </ul> <p>- در صورت فشارخون دیاستول بیشتر از ۱۰ و کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه؛ کنترل فشارخون ۶ هفته پس از زایمان و در صورت نیاز، بررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری</p> <p>در صورت فشارخون مزمن شناخته شده؛ ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان</p>
پره اکلامپسی در بارداری اخير	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه کنی و فشارخون حداقل یک بار در فاصله روز های ۳-۵ پس از زایمان</li> <li>- 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</li> <li>- در صورت درمان با متیل دوپا؛ قطع دارو و تغییر آن به داروی پیش از بارداری</li> <li>- در صورت فشارخون بارداری بیشتر از ۱۱۰/۱۶۰ میلی متر جیوه و همراه با ادم شدید؛ تجویز فوروسمايد خوراکی به میزان ۲۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز تا ۵ دوز</li> <li>- ارجای این ضرورت تداوم درمان دارویی دو هفته پس از زایمان</li> <li>- ارجاع به متخصص داخلی ۶-۸ هفته پس از زایمان</li> </ul>
بیماری زمینه ای	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط</li> </ul>
دیابت بارداری	<p>- در صورت حمله یا تشید بیماری: ارجاع فوری</p>
صرف الکل	<p>در صورت FBS بیشتر از ۱۲۶ و OGTT (دو ساعته) بیشتر از ۲۰۰ در ملاقات سوم؛ ارجاع غیر فوری به متخصص عدد منع مصرف در شیردهی</p>
صرف مواد افیونی و محرك	<ul style="list-style-type: none"> <li>- آموژش علائم سندروم پرهیز نوزادی و بستره نوزاد در بیمارستان به مدت ۳-۵ روز پس از تولد جهت سم زدایی</li> <li>- توجه به علائم افسردگی پس از زایمان در مصرف کنندگان ترکیبات مت آمفتامین</li> <li>- شیردهی در صورت دریافت درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرینورفین بدون اشکال است.</li> <li>- منع مصرف مواد افیونی (تریاک، هروپین، کدین) در شیردهی</li> <li>- در صورت مصرف مت آمفتامین: عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت</li> </ul> <p>ارجاع غیرفوري به کارشناس سلات روان و رفتار جهت تنظیم دوز متادون پس از زایمان</p>
تنگی نفس و تپش قلب	<ul style="list-style-type: none"> <li>- غربالگری مادر از نظر کاردیومیوپاتی پری پارتوم طبق ح ۱۴</li> </ul>
ابتلا به ایدز / HIV+	<ul style="list-style-type: none"> <li>- منع تغذیه نوزاد با شیر مادر</li> <li>- استفاده همزمان از دو روش پیشگیری از بارداری (کاندوم + روش دیگر) بالا فاصله پس از زایمان</li> <li>- عدم استفاده از UD I مگر در صورت نبود امکان استفاده از سایر روشها</li> <li>- منع مصرف قرصها و آمپول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایدز (به دلیل استفاده از ریفارمین)</li> <li>- تأکید به مراجعت به مرکز درمانی در صورت بروز علائم خطر مانند تب یا هر نوع عفونت، سرفه و خلط</li> <li>- تأکید به ادامه درمان دارویی و مراجعت به مرکز مشاوره رفتاری</li> </ul>

## ح- راهنما

صفحه	عنوان
۱۰۹	ح- اعزام
۱۰۹	ح- بررسی منشاء خونریزی
۱۱۰	ح- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی
۱۱۲	ح- کوراژ
۱۱۲	ح- وارونگی رحم
۱۱۳	ح- مکمل های دارویی
۱۱۳	ح- زایمان در منزل
۱۱۵	ح- توصیه های بهداشتی در بارداری
۱۱۵	ح- توصیه های بهداشتی پس از زایمان
۱۱۶	ح- مشاوره باروری سالم
۱۱۶	ح- مصرف دارو در بارداری
۱۱۷	ح- مصرف دارو در شیردهی
۱۱۷	ح- داروی های روان پزشکی در بارداری
۱۱۹	ح- غربالگری کاردیومیوپاتی در بارداری و پس از زایمان
۱۲۰	ح- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی

## ح۱-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 منیزبوم، فنی توین، گلوکونات کلسیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرم رینگر و ... و سایلی مانند دستکش استریل، سوزن، سوند، سست سرم، سست 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 بدهید. در پرولاپس بدن: 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 دیسترنس جنینی: خواباندن مادر به پهلوی چپ

▪ در طول ارجاع در موارد قب، مادر توسط همراه پاشویه شود.

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

## ح۲-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 ۲۰ واحد اکسی توسین به صورت ۲۲ قطره در دقیقه، مادر را در وضعیت لیتوتومی قرار داده و اسپکولوم بگذارید. در صورت مشاهده لخته یا نسج در حال دفع از دهانه رحم، آن را با یک پنس گرد استریل خارج کنید. در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، از دستکاری خودداری کرده و سپس اعزام کنید.

مراقبت پس از سقط:

- استراحت نسبی

- تجویز استامینوفن در صورت دردهای کرامپی

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

- تجویز روزانه ۱ عدد قرص آهن تا یک ماه

- توصیه به خودداری از مقارت تا ۲ هفته

- حمایت عاطفی

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

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

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

بالاصله 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 ۰/۰ میلی گرم آمپول متربن به صورت عضلانی تزریق کنید.

از تزریق متربن 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 بان، 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 بالافصله 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 - اداری 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 کاز 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 فعل 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 چند کاز 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 پهلوی 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 ۶-۸ لیتر در دقیقه برقرار کنید.

۵- از تجویز مواد خوراکی از راه دهان خودداری کنید.

۶- سوند فولی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.

۷- سنت احیاء به ویژه آمپول گلوكوتات کلسيم را در دسترس قرار دهید.

۸- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.

۹- در صورتی که فشارخون مادر ۱۱۰/۱۰ 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 منیزیوم

الف) ۴ گرم سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر از محلول ۲۰٪ یا ۸ میلی لیتر از محلول ۵٪) 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 ۵٪ سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر) را به صورت دو تزریق ۵ گرمی (۱۰ میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمیق (با سوزن بلند) بالافصله پس از دوز وریدی تزریق شود.

**نکته:** برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است ۱ میلی لیتر لیدوکائین ۲٪ سولفات منیزیوم ۵٪ را همراه با تزریق کرد.

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

**نکته:** در صورت عدم حضور پزشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیوم تزریق شود.

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

**نکته:** در صورت نبود سولفات منیزیوم یا عدم کنترل تشنج در مرکز می‌توان 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 (قریباً 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 کشک زانو وجود دارد.

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

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

**نکات مهم:** در صورت ایست تنفسی، برقراری تهوية (لوله گذاری و دادن اکسیژن توسط ماسک و بگ) و تزریق آمپول گلوكونات 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٪.۵۰	= ۲۰ میلی لیتر	۴ گرم سولفات منیزیوم٪.۱۰ = ۸ میلی لیتر
۵ گرم سولفات منیزیوم٪.۵۰	= ۲۵ میلی لیتر	۵ گرم سولفات منیزیوم٪.۱۰ = ۱۰ میلی لیتر
۱۰ گرم سولفات منیزیوم٪.۵۰		۱۰ گرم سولفات منیزیوم٪.۱۰ = ۲۰ میلی لیتر

#### دستورالعمل تزریق هیدرالازین (کاهنده فشارخون)

اگر برای ۱۵ دقیقه یا بیشتر، 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 نیفتیپین (آدالات) را به صورت خوارکی تجویز و در صورتی که پس از ۳۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، نیفتیپین را با همان دوز اولیه تکرار کنید.

## ح۴- 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 پتین، 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 بینخانه 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 ح۱)

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 ح۱)

## ح۵- 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  $\frac{1}{2}$  میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را اعزام کنید. (طبق ح۱)

- (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 ح۱)

- 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 ح۱)

- 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.

## ح۶- 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 (۲۰ میلی گرم المثال) تجویز شود.

مولتی ویتامین: از شروع هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری، روزانه یک عدد قرص یا کپسول مولتی ویتامین میترال 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 جدایگانه از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری نیست.

پس از زایمان:

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

## ح۷- 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 اتفاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:

• اتفاقی 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 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، تشك، 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 لبیر 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 تشك 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 کنه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی

• وسایل نوزاد: رختخواب نوزاد (تشک، ملحفه یا پتو، بالش)، لباس، کلاه، کنه 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 نایلوونی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
- کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
- ظرف قلوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
- دستکش استریل حداقل ۳ گفت، 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 ضدغوفونی، 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 تواتلت رفتن او را تنها نگذارد.
- ۴- در تعییر وضعیت و یا انجام مانورهای تنفسی و زور زدن طبق راهنمایی ماما به مادر کمک کند.
- ۵- علائم خطر را شناسایی کنند.
- ۶- مخالف نظر عامل زایمان مادر را راهنمایی نکند.

### احتیاطات همه جانبی

- 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 چفت، 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؛
  - ◆ تقویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفع 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 خوشنویی 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؛
- حريم 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.

## ح۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

**تهوع و استفراغ صبحگاهی:** مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذای 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 زنجبل 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 پaha به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت، پaha را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

**لوكوره:** تعويض روزانه لباس زير، شستن پرينه با آب معمولي و خشك نگه داشتن ناحيه تناسلی را توصیه کنيد.

## ح۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

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

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

## ح ۱۰- مشاوره باروری سالم

- در صورت تمايل مادر باردار، همسر يا ساير اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند.
- در صورت تمايل مادر يا همسر وی به فرزند بيشتر، جهت شيردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله ۲ سال بين بارداری و زایمان قبلی رعایت شود.
- به مادر در مورد تعذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاكید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پيشگيري از بارداری پيشنهاد کنید.  
نکته: تعذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تعذیه نشود، در نیمه شب نیز از شیر مادر تعذیه کند و دفعات شيردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تعذیه با شیر مادر به عنوان روش پيشگيري از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعده‌گی مادر بزنگشته باشد، تا ۶ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پيشگيري می کند.  
نکته: برای استفاده از روش های پيشگيري از بارداری در مادران شيرده و غير شيرده مطابق دستور عمل روش های پيشگيري 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  | - Trimerthiadione                          |
| - Isotretinoin  | - Valproic acid                            |

## ح۱۲- مصرف دارو ها در شیردهی

### موارد منع شیردهی

۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متاپولیت ها (متوتروکسات، هیدروکسی اوره، مرکاپتوپورین و ...)، برومومکریپتین، فنین دیون، لیتیوم، ارگوتامین (با دوز مصرفی در درمان میگرن)، تاموکسیفون و فن سیکلیدین (PGF) است.

۲- مادر معتاد به مواد مخدر تزریقی نظیر کوکائین و هروئین

۳- مواد رادیواکتیو در مدت درمان با نظر پزشک معالج

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

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

- پیریمیدون

- آتنولول

- کلاماستین

- فنوباربیتال

۵- آمینوسالیسیلیک اسید

- سولفاسالازین

- آسپیرین (سالسیلات)

## ح۱۳- 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، بلافضله 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 ارجع 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 بنزوپیازپین 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، الزاماً است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.

### داروهای ضد جنون

♦ هیچ شاهد قطعی دال بر تراوژنیک 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 تنها برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.

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

- با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای ضد جنون کم قدرت (تیوریدازین و کلروپرومازین)، تجویز داروهای ضد جنون پرقدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
- در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنتیازینی (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 سایکون، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
- داروهای سه حلقه ای: اگر چه تراتوژنیک بودن این داروها ثابت نشده است، ولی از تجویز آنها در سه ماهه اول بارداری خودداری شود. عوارض این داروها در بارداری شامل تداخل با درد های زایمان، سندرم ترک در نوزاد (سیانوز، اشکالات تنفسی، اختلال در تغذیه، احتباس ادرار، حرکات دیستونیک، تشنج)، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنبی 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 منمنع است.

- داروهای مهارکننده باز جذب اختصاصی سروتونین: تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و ...) شدید افسردگی طی بارداری منع 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 اjetتاب می کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و بیشن 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 منع 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 الكل، حاملگی های متعدد، سوء تغذیه، چند قلویی، سن بالای ۳۰ سال، دیابت، سابقه پرده اکلام پسی یا فشارخون بالا پس از زایمان است.

جدول غربالگری کاردیومیوپاتی پری پارتوم برای یافتن زودهنگام علائم

عنوان	امتیاز	
ارتوبت (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 ناکهانی 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

## ح۱۵- 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
آنٹی 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 فلیبت، ادم، تغییرات پوستی)	۱
فلج پاهای استفاده از صندلی چرخدار/ کاهش حرکت	۱
عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:	
زایمان سه بار یا بیشتر ( $\geq 3$ ) صرف نظر از بارداری فعلی	۱
بارداری چندقولی	۱
بارداری با روشهای کمک باروری/ART/IVF ( فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)	۱
دهیدراتاسیون/ استقراغ شدید بارداری	۱
سندرم هیپراستیمولیشن تخدمان ( 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.

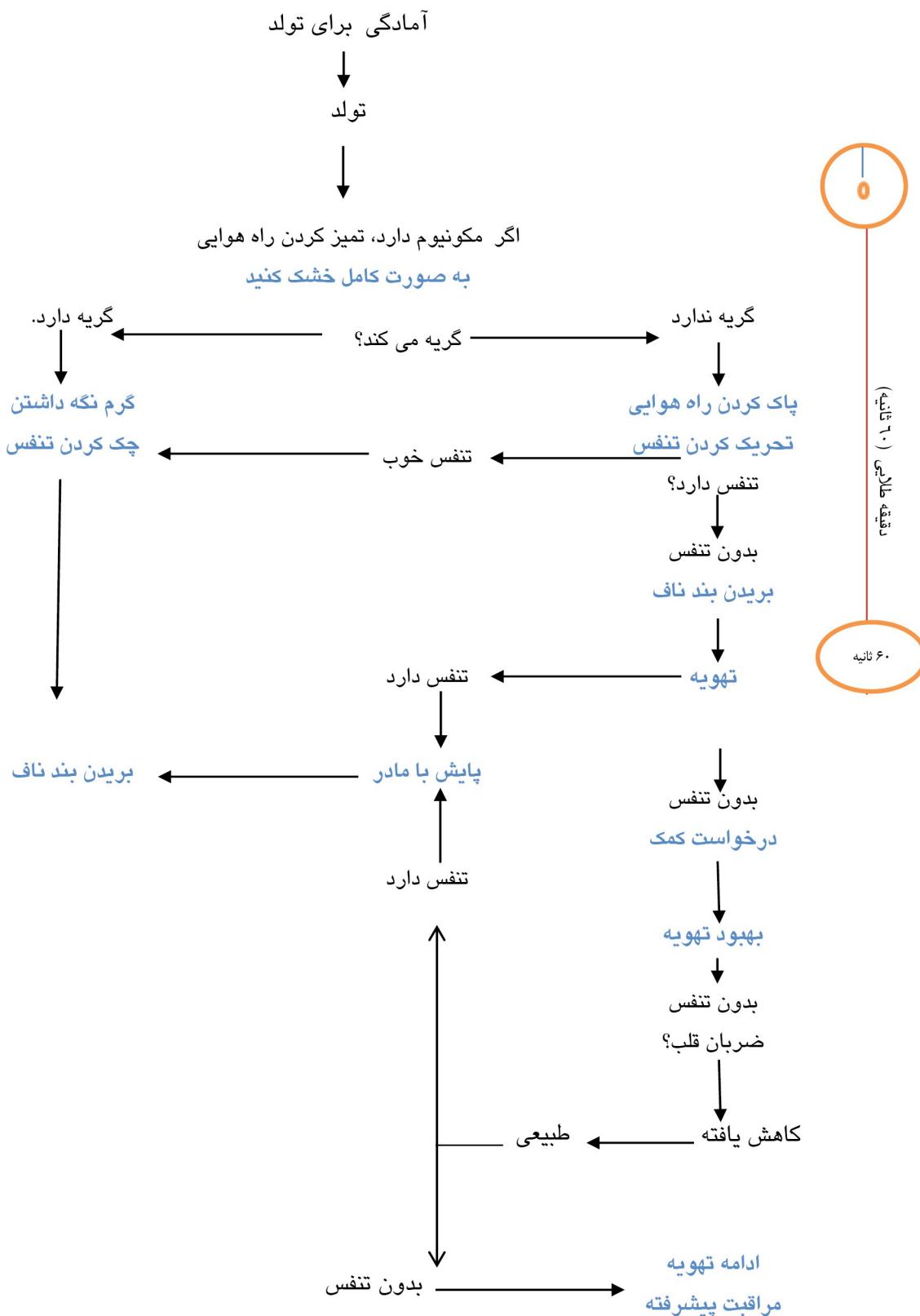
نکته: این جدول فقط به منظور ارزیابی اولیه مادر است و ارزیابی نهایی، تصمیم برای دریافت ضد انعقاد و زمان شروع درمان به عهده متخصص داخلی یا زنان است.

## خ- ارزیابی نوزاد

### (۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

صفحه	عنوان
۱۲۲	خ-۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد
۱۲۴	خ-۲- نشانه های خطر
۱۲۵	خ-۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد
۱۲۶	خ-۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری
۱۲۷	خ-۵- عفونت های موضعی

## خ ۱- یاری رساندن به تنفس نوزاد



## خ۱- 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 مختصراً 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 مکونیوم 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 تنہ نوزاد را با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است، خشک کنید. حوله یا پارچه خیس را کنار بگذارد و او را روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است، قرار دهید.﴾

﴿تحريك کردن لمسی: تحريك 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)﴾

﴿فسردن قفسه سینه: بهترین روش، روش شستت (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 کناره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت ۴۰ تا ۶۰ بار در دقیقه و به مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فرامم 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	نشفیص اهتمالی	علائم و نشانه ها	ازیابی
<p>- ارجاع فوری نوزاد</p> <p><u>اقدامات پیش از ارجاع</u></p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق د۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده</p> <p>- تابشی جز در حالت هیپرترمی</p> <p>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون (طبق جدول زیر)</p> <p>- در صورتی که در مدت یک ساعت نوزاد به مرکز ارجاع نمی رسد، نوبت اول آنتی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>- تزریق عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامایسین ۲/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد در دو محل جداگانه</p> <p>- در صورت عدم امکان ارجاع: تکرار تزریق آمپول جنتامایسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۲ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۲ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>عفونت باکتریال شدید</p>	<p>تب مادر حین زایمان یا پارگی طولانی مدت کیسه آب بیش از ۶۰ ساعت، تنفس تند نوزاد</p> <p>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</p> <p>اول، درجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷,۵ و کمتر از ۳۶,۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا سیانون، تونیستیه 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><b>تعیین کنید:</b></p> <p>مادر: درجه حرارت بدن و مدت پارگی کیسه آب</p> <p>نوزاد: وضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت تونیستیه عضلات، وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها، درجه حرارت بدن، استفراغ مکرر</p>

### اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- ابتدا با استفاده از کلوكومتر 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 دارد، 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

اعدام	تشفیص اهمالی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارجاع فوری نوزاد (اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع)</li> <li><u>اقدامات پیش از ارجاع</u></li> <li>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق ۱</li> <li>- گرم نگه داشتن نوزاد *</li> <li>- در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است: شیردهی به نوزاد</li> <li>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق جدول ۲</li> <li>- تزریق ویتامین ک۱</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نوزاد خیلی کوچک</li> </ul>	<p>وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفتة</p> <p style="text-align: right;">از زبان</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- حمایت ویژه شیردهی طبق ۱</li> <li>- اطمینان از شیردهی خوب و درجه حرارت ثابت بدن نوزاد پیش از ترخیص</li> <li>- حمام نکردن نوزاد در ۶ ساعت اول</li> <li>- تزریق ویتامین ک۱ و واکسن های بدبو تولد نوزاد</li> <li>- آموزش به مادر برای مراقبت از نوزاد طبق ۱</li> <li>- معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</li> <li>- در صورت زایمان دوقلویی حمایت ویژه شیردهی، ترخیص و یا ارجاع هر دو قل با هم (در وضعیت سلامتی و یا بیماری)</li> <li>- تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</li> <li>- در صورت مشکل شیردهی ملی ۲۴ ساعت اول: ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نوزاد کوچک</li> </ul>	<p>وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم، سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفتة</p> <p style="text-align: right;">تعیین کنید: سن بارداری، وزن</p>

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

## خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

اقدام	تشفیص احتمالی	علائم همراه	معاینه کنید:
ارجاع فوری به بیمارستان (نوزاد نباید گرم نگه داشته شود باید سرد منتقل شود. از پیچیدن پتو به دور نوزاد خودداری کنید)	آسیفکسی (خفگی زایمانی)	- نمره آپکار دقیقه ۵ کمتر از ۷ - احتیاج به عملیات فرا تر از تهویه با فشار مثبت - شلی و تون عضلانی ضعیف - کاهش رفلکس ها	از (زیابی)
- 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، پوشانید.	ناهنجاری شدید	- شکاف کام بزرگ - آترزی کران دو طرفه - شکم اسکافوئید - گاستروشیزی - امفالوسل - خونریزی ناف - عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول - ابهام تناسلی - مقعد بسته	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 لکن: شکل غیر طبیعی، اندام، دررفتگی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو دستگاه ادراری: مجرأ و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس) در ۲۴ ساعت اول
ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	ناهنجاری	- شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها - توده یا تورم - فیستول یا سینوس - محل غیر طبیعی گوش - عروق نافی غیر طبیعی - دررفتگی مادرزادی لگن - وجود توده مو روی ساکروم - مجرأ و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپیسپادیاس، هیپوسپادیاس) - عدم نزول دو طرفه بیضه ها - اندازه غیر طبیعی آلت	دستگاه ادراری: مجرأ و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان	صدمات زایمانی	تورم و خون مردگی ارگان ها، تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قرینه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پاها بعد از زایمان برج، شکل غیر قرینه بینی و صورت	دستگاه کوارشی: مقعد بسته، فیستول

## خ-۵- عفونت های موضعی

اعدام	تشفیض احتمالی	علائم و نشانه ها
<p>- ارجاع فوری نوزاد <b>اقدامات پیش از ارجاع</b></p> <p>- احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق ۱</p> <p>- گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تابشی بجز در حالت هیپرترمی</p> <p>- ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر</p> <p>- پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق ۲</p>	عفونت شدید پوستی	<p>- وجود جوش های چرکی</p> <p>منتشر ۱۰ عدد یا بیشتر</p> <p>- تاول های بزرگ چرکی</p>
<p>- تزیق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق 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 سولفاتامید چشمی ۱۰٪ یک قطره هر ۳ ساعت تا مدت ۵ روز یا پماد تراسایکلین 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	<p>خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها</p>
<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 تراسایکلین ۳ بار در روز</p> <p>- توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	عفونت خفیف پوستی	<p>وجود جوش های چرکی</p> <p>کمتر از ۱۰ عدد</p>

از زبانی

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)

### 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 نیفتد است، حمام کردن مانعی ندارد.

- کهنه نوزاد را زیر بندناف بپیچد.

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

- شکم یا ناف را بانداز نکند.

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

- ناف را دستکاری نکند.

### کرم نگه داشتن نوزاد

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

- اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، کرم 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 ندهد.

### 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.

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

مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کند:

- توکشیده شدن قفسه سینه، تعداد تنفس بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه

- ناله کردن

- رنگ پریدگی شدید یا کبودی

- استفراغ مکرر شیر یا استفراغ صفراء

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

- تشنج

- اسهال (دفع مدفع آبکی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز) یا مدفع خونی

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

- عدم دفع مدفع 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 مرتبط که حداقل یک نوبت

آن کاملاً خیس باشد نداشته باشد و یا ادرارش تیره باشد و کمتر از ۲ بار مدفع در ۲۴ ساعت داشته باشد.

- دهان نوزاد خشک است.

- ملاج فرورفته یا بر جسته، تشنج

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

- از دست دادن وزن

- بعد از 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

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

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

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

- 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 بمکد. اگر هنوز می خواهد شیر بخورد، او را جدا نکند.

### در موارد دو قلوی:

- 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.

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

- ترشحات ناحیه تناسلی دختران و احیاناً 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 هیپوتیرونیدی، مادر حتماً ریکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

### تغذیه با شیر مادر:

- حتماً 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؛  
- جستجوی 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، ترنجیبین، شیر خشت) داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل ۸ بار در شباهه 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 محتقن است، شروع شیردهی از پستان غیر محتقن انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن دوشیده شود تا ناحیه آرئول نرم شود و نوزاد بهتر بتواند پستان را بگیرد.

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

- نوزاد را برای گرفتن پستان مجبور نکند.  
- قبل از آن که نوزاد پستان را رها کند، او را جدا نکند.  
- اگر مادر حضور ندارد، شیرش را بدوشد و فرد دیگری شیر دوشیده شده را با فنجان، قاشق یا سرنگ به نوزاد بدهد.  
- از شیشه شیر و گول زنک (پستانک) استفاده نکند.

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

### حمام کردن نوزاد

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

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

- پس از شستشو، نوزاد را 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 واژلین 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 نتوشد.

- نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسائل 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.

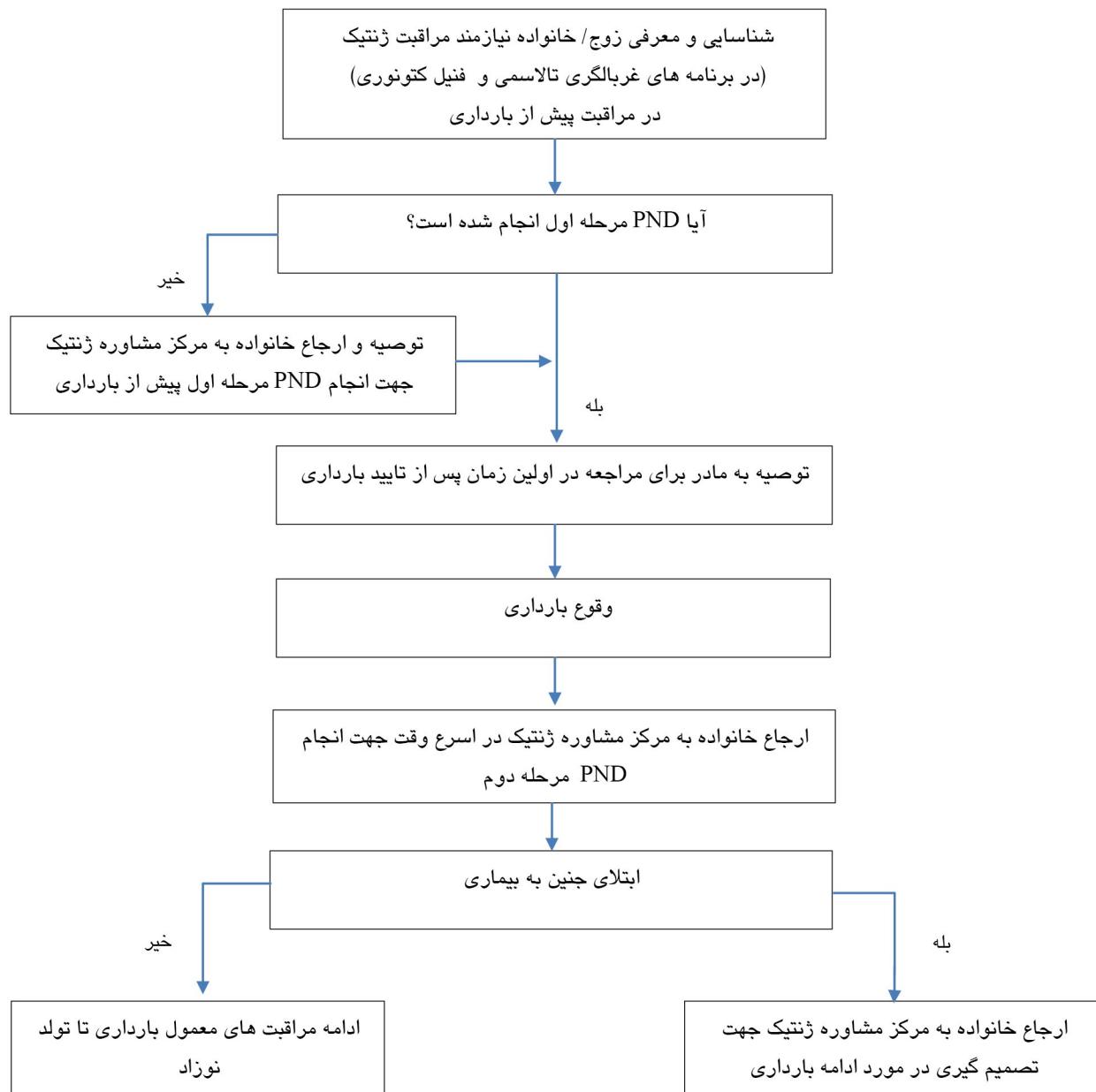
## ضمایم

صفحه	عنوان
۱۳۳	ضمیمه ۱- تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران
۱۳۴	ضمیمه ۲- الگوریتم مراقبت ژنتیک
۱۳۵-۱۵۱	ضمیمه ۳: فرم های مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، پس از زایمان

## ضمیمه ۱: فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
- گوشی ماماایی یا سونی کیت
- تخت معاینه، پاراوان
- ترازوی بزرگسال
- قدسنج یا متر نواری
- ترمومتر دهانی و جای آن
- فور یا اتوکلاو
- تخت زایمان
- تخت یک شکن بیمار
- بیکس، دیش دردار
- وسایل انجام پاپ اسمیر: اسپاکولوم، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسپری فیکساتور، ماژیک یا قلم الماس، قطره چکان
- تراالی
- ظرف قلوه ای، کاسه فلزی
- پایه سرم
- چراغ پایه دار
- کپسول اکسیژن و مانومتر، ماسک یا لوله در اندازه های مختلف
- و سایل 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، کارو، چسب ضد حساسیت و باند، آنزیوکت 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 انفوژیون
- و سایل احیاء نوزاد ( ماسک و بگ، لارنگوسکوپ با تیغه های صاف، لوله های داخل نای ۲/۵ و ۲ و ۳/۵ و ۴ میلیمتر، ایروی دهانی، کاترهای نافی ۲/۵ و F۵، لوله تغذیه F۸ )
- انواع پنس(هموستات، کوخر، گرد)، چیتل فورسپس، والو، قیچی اپی زیاتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پنست راست وارمر
- چراغ اولتراؤوله
- 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
- و سایل حفاظتی: پیش بند نایلونی، عینک، ماسک پارچه ای یا کاغذی، چکمه لاستیکی، زیرانداز مشمع
- و سایل پارچه ای: شان، حوله، ملحفه، گان، یونیفرم اتاق زایمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد
- دستگاه مانیتور الکترونیکی قلب جنین

## ضمیمه ۲: الگوریتم مراقبت ژنتیک



آزمایشات تشخیص قبل از تولد -PND (prenatal Diagnosis)- در دو مرحله انجام می شود:

مرحله اول: این مرحله یک بار انجام می شود و نوع جهش ژنتیک بیماری در والدین تعیین می گردد. در حاملگی بعدی نیاز به تکرار آن نیست.

به دلیل محدودیت زمانی انجام سقط جنین مبتلا در زمان بارداری، ترجیحاً آزمایش مرحله اول، قبل از وقوع بارداری انجام می شود.

مرحله دوم: در این مرحله تعیین وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری صورت گرفته و معمولاً از هفته دهم بارداری با گرفتن نمونه از پرزهای جفت (CVS) انجام می شود. در این مرحله وضعیت جنین از نظر ابتلا به بیماری بررسی می گردد.

انجام به موقع مراحل PND دارای اهمیت است. PND مرحله اول ترجیحاً می باشد قبل از وقوع بارداری صورت پذیرد. در زمان بارداری

نیز ارجاع به تیم مشاوره ژنتیک جهت انجام PND مرحله اول در اولین فرصت (در صورتی که قبل انجام نشده باشد) و PND مرحله دوم در هفته دهم تا چهاردهم بارداری صورت می گیرد.

**ضمیمه ۳: فرم های مراقبت های پیش از بارداری، بارداری، زایمان در واحد تسهیلات زایمانی،  
پس از زایمان**

شماره پرونده / شناسه:

تاریخ تشکیل پرونده:

## فرم مراقبت پیش از بارداری

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:		تلفن:	شغل:

### بخش ۱: شرح حال

تعداد بارداری:	تعداد زایمان:	تعداد سقط:	تعداد فرزندان: زنده: مرد:
			نمایه توده بدنی: وزن:

### وضعیت فعلی

<input type="checkbox"/> بارداری پنجم و بالاتر	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	<input type="checkbox"/> سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/> سن زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/> روش فعلی پیشگیری از بارداری:	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> مشکلات دهان و دندان	<input type="checkbox"/> سابقه یا وجود همسر آزاری
<input type="checkbox"/> مصرف مواد افیونی و محک	مصرف الكل	<input type="checkbox"/> کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر
<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر	اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/> شغل سخت و سنتکین
<input type="checkbox"/> اختلال رُنْتیکی در خانم یا همسر یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)			

### رفتارهای پرخطر

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

### سوابق بارداری و زایمان قبلی

<input type="checkbox"/> بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)	<input type="checkbox"/> نوزاد ناهنجار یا سقط درمانی به دلیل ناهنجاری
<input type="checkbox"/> تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/> مرگ نوزاد <input type="checkbox"/> مرد زایی

### ابتلا به بیماری / ناهنجاری

<input type="checkbox"/> بیماری بافت همبند	<input type="checkbox"/> بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/> بیماری گوارشی	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی
<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> فشارخون مزمن	<input type="checkbox"/> تالاسمی مینور خانم <input type="checkbox"/> همسر	<input type="checkbox"/> بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/> ناهنجاریهای دستگاه تنفسی	<input type="checkbox"/> سل	<input type="checkbox"/> اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/> آسم
<input type="checkbox"/> اختلال روانپردازی	<input type="checkbox"/> هپاتیت	<input type="checkbox"/> سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> آنمازی داسی شکل	<input type="checkbox"/> آنمازی فقر آهن	<input type="checkbox"/> ایدز / HIV+	<input type="checkbox"/> مالکیل اسکلروزیس
حساسیت دارویی:		<input type="checkbox"/> سایر بیماری ها:	<input type="checkbox"/> ترموموافیلی / سایر بیماری ها
			<input type="checkbox"/> نوع داروهای مصرفی:

### غربالگری سلامت روان

عنوان	همیشه / بیشتر اوقات / گاهی اوقات / بندرت / اصلا	امتیاز کل	نفی دارد
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناامیدی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ناآرامی و بی قراری می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
آیا هیچ کاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله		
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله		

## بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ انجام:				تاریخ درخواست:
نتیجه	نوع آزمایش های معمول	نتیجه	نوع آزمایش های معمول	
<input checked="" type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی	کامل ادرار	هماتوکریت: MCH پلاکت: MCV MCHC	CBC	
	کشت ادرار			گروه خونی و ارهاش
	(در صورت نیاز) VDRL			FBS
	(در صورت نیاز) HBsAg			TSH
<input checked="" type="checkbox"/> ایمنی دارد <input type="checkbox"/> ایمنی ندارد	تیغ آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)	Rapid		HIV (در صورت نیاز)
		ELISA		
نکات غیر طبیعی در آزمایش ها:				

محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها یا سونوگرافی (در صورت نیاز)	پاپ اسمایر (در صورت نیاز)
تاریخ انجام: نتیجه:	تاریخ انجام: نتیجه:

## بخش ۳: معاینه

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

فشارخون:	نبض:	تنفس:
<input checked="" type="checkbox"/> زردی اسکلرا	<input checked="" type="checkbox"/> رنگ پریدگی ملتجمه	چشم
<input checked="" type="checkbox"/> دهان و دندان	<input checked="" type="checkbox"/> جرم دندان	التهاب لثه
<input checked="" type="checkbox"/> تیروئید	<input checked="" type="checkbox"/> اندازه غیر طبیعی	قوام غیر طبیعی
<input checked="" type="checkbox"/> قلب	<input checked="" type="checkbox"/> سوافل دیاستولیک	سوافل دیاستولیک
<input checked="" type="checkbox"/> ریه	<input checked="" type="checkbox"/> آریتمی	ندول
<input checked="" type="checkbox"/> پوست	<input checked="" type="checkbox"/> ویزینگ	رنگ پریدگی دندان/آبسه
<input checked="" type="checkbox"/> پستان ها*	<input checked="" type="checkbox"/> بثورات	نوع بثورات:
<input checked="" type="checkbox"/> شکم	<input checked="" type="checkbox"/> توode	خروج هر نوع ترشح از پستان
<input checked="" type="checkbox"/> اندام ها	<input checked="" type="checkbox"/> اسکار	توode
<input checked="" type="checkbox"/> واژن و لکن*	<input checked="" type="checkbox"/> رنگ پریدگی	زخمی کبد و طحال
<input checked="" type="checkbox"/> وضعيت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها	<input checked="" type="checkbox"/> سرخی	ناهنجاری اسکلتی
	<input checked="" type="checkbox"/> کبودی	رنگ پریدگی لکنی
	<input checked="" type="checkbox"/> ترشحات عفونی	ناهنجاریهای لکنی
	<input checked="" type="checkbox"/> ضایعات ناحیه تناسلی	ترشحات عفونی

نتیجه نهایی مراقبت پیش از بارداری (این قسمت بر اساس شرح حال، آزمایش و معاینه توسط پزشک تکمیل شود):

منعی برای بارداری ندارد  نیاز به مشاوره تخصصی بیشتر دارد

تاریخ/مهر و امضاء معاینه کننده:

## بخش ۴: این سازی

توأم: کامل  ناکامل  تاریخ تزریق واکسن توأم (در صورت نیاز):.....

تاریخ تزریق واکسن سرخچه در صورت نیاز:.....

بخش ۵: مراقبت ویژه

پسخوراند:

بخش ۶: آموزش و توصیه

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

تاریخ مراجعت بدی (در صورت نیاز):.....  
نام و نام خانوادگی مراجعت کننده:.....

شماره پرونده/شناسه:

تاریخ تشکیل پرونده:

## فرم مراقبت بارداری

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:		تلفن:	شغل:

### بخش ۱: شرح حال

تعداد فرزندان: زنده: مرد:	تعداد سقط:	تعداد زایمان: نوع زایمان آخر:	تعداد بارداری:
هفتنه بارداری هنگام تشکیل پرونده:	سن بارداری بر اساس سونوگرافی:	تاریخ اولین روز آخرین قاعده‌گی (اظهار مادر):	تاریخ آخرین زایمان:
سن بارداری نامشخص	تاریخ انجام:		

وضعیت بارداری فعلی			
<input type="checkbox"/> بارداری پنجم و بالاتر	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۲ سال	<input type="checkbox"/> بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/> بارداری زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/> چندقولویی	<input type="checkbox"/> شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> حاملگی ناخواسته/پیش بینی نشده
<input type="checkbox"/> شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/> بارداری همزمان با TL	<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> بارداری همزمان با قرص/آمپول
<input type="checkbox"/> مصرف مواد آفیونی و محرك	<input type="checkbox"/> مصرف الكل	<input type="checkbox"/> مصرف داروهای مسكن و آرام بخش	<input type="checkbox"/> کشیدن سیگار یا سایر دخانیات
<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر	<input type="checkbox"/> اگر بله، در ۳ ماه اخیر
<input type="checkbox"/> اختلال ژنتیکی در خانم یا همسر یا ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک زوجین (پدر، خواهر، برادر، فرزند)			<input type="checkbox"/> ارهاش منفی

### رفتارهای پرخطر

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

### سوابق بارداری و زایمان قبلی

پره اکلامپسی/اکلامپسی	دیابت بارداری	زنبارین	بار
آتوئی (اینرسی)	زنایمان سریع/زنایمان سخت	جفا شدن زودرس جفت (دکلمان)	<input type="checkbox"/> جفت سرراهی
مول/حامگی نابجا	زنایمان دیررس	زنایمان زودرس	<input type="checkbox"/> جراحی بر روی رحم
تاختیر رشد داخل رحمی	نوزاد ناهنجار یا سقط درمانی به دلیل ناهنجاری	سقط مکرر/دیررس	<input type="checkbox"/> مرگ نوزاد
نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	مرده زایی	<input type="checkbox"/> سایر:

### ابتلا به بیماری/ناهنجاری

بیماری قلبی	بیماری تیروئید	بیماری کلیوی	بیماری بافت همبند
.....	.....	.....	.....
بیماری کوارشی	تالاسمی مینور خانم <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/>	فشارخون مزمن	صرع
آسم	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/> سل	<input type="checkbox"/> ناهنجاریهای دستگاه تناسلی
دیابت	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/> هپاتیت	<input type="checkbox"/> اختلال روانپزشکی
مالتیپل اسکلروزیس	Aیدز / HIV+	<input type="checkbox"/> آنفی فقر آهن	<input type="checkbox"/> آنمی داسی شکل
تروموبوفیلی/تروموآمبوالی	فشارخون بارداری	<input type="checkbox"/> درمان فقط با رژیم غذایی	<input type="checkbox"/> دیابت بارداری
پره اکلامپسی	سایر:		حساسیت دارویی:
نوع داروهای مصرفی:			

## بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

نتیجه		تاریخ انجام:	تاریخ درخواست:
آزمایش های معمول (هفته ۲۴ تا ۳۰)		آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)	آزمایش های معمول (هفته ۶ تا ۱۰)
هماتوکریت: هموگلوبین: پلاکت: MCV MCH MCHC	CBC	هماتوکریت: هموگلوبین: پلاکت: MCV MCH MCHC	CBC
	FBS		FBS
	OGTT	ارهاش همسر: مادر:	گروه خونی و ارهاش کومبس غیر مستقیم (نوبت اول)
Rapid نوبت دوم:	HIV (در صورت نیاز) هفته ۳۱ تا ۳۴	Rapid نوبت اول: ELISA	HIV (در صورت نیاز)
طبيعي <input type="checkbox"/>	کامل ادرار	طبيعي <input type="checkbox"/>	کامل ادرار
طبيعي <input type="checkbox"/>	غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	غیرطبیعی <input type="checkbox"/>	
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها(در صورت نیاز):			
.....		کراتی نین خون: BUN	BUN و کراتی نین خون
.....			TSH (در صورت نیاز)
.....			HBsAg (در صورت نیاز)
.....			VDRL/ PRP
نکات غیر طبیعی در آزمایش ها:			

سونوگرافی معمول (هفته ۲۱ تا ۳۴)	سونوگرافی هدفمند (هفته ۱۶ تا ۱۸)
تاریخ انجام:	تاریخ انجام:
سن بارداری(LMP):	سن بارداری(گزارش سونوگرافی):
وضعیت جفت:	وضعیت مایع آمنیوتیک:
نکات مهم:	آنومالی جنین:
.....	نکات مهم:
محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر سونوگرافی ها(در صورت نیاز):	
.....	
.....	

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

نتیجه غربالگری اول: کم خطر  در معرض خطر  پر خطر  کم خطر  پر خطر

## بخش ۳: معاینه

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

فشارخون:	درجه حرارت:	تنفس:	نبض:
چشم	زردی اسکلا <input type="checkbox"/>	رنگ پریدگی ملتحمه <input type="checkbox"/>	
تیروئید	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	اندازه غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ندول <input type="checkbox"/>
قلب	سووفل سیستولیک <input type="checkbox"/>	سووفل دیاستولیک <input type="checkbox"/>	آریتمی <input type="checkbox"/>
ریه	رال <input type="checkbox"/>		ویزینگ <input type="checkbox"/>
پوست	بثورات <input type="checkbox"/>	نوع بثورات...:	
پستان*	قوام غیر طبیعی <input type="checkbox"/>	ظاهر غیر طبیعی و یا غیر قرینه <input type="checkbox"/>	خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان <input type="checkbox"/>
شکم	اسکار <input type="checkbox"/>	توده <input type="checkbox"/>	بزرگی کبد و طحال <input type="checkbox"/>
اندام ها	ادم <input type="checkbox"/>	رنک: سرخی <input type="checkbox"/>	ناهنجاری اسکلتی <input type="checkbox"/>
	کبودی <input type="checkbox"/>	رنک پریدگی <input type="checkbox"/>	

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

تاریخ و مهر و امضاء معاینه کننده:
.....

### بخش ۴: ارزیابی معمول

جزئی مقیت	زمان ملاقات (هفته بارداری)
تاریخ مراجعه	سین بارداری (هفت)
تشنج	اختلال هوشیاری
کهدیدنی / خونریزی	شوو
نهوع و استقران	
آبریزش اپارگی کیسهه آب	
آبریزش اپارگی، شکم، پهلوها ساق و ران	
درد (سر، شکم، پهلوها ساق و ران)	
تیش قلب / تنکی نفس	
کاهش / نبود حرکت جنبین	
مشکلات پوستی	
مشکلات اندامی - تناسی	
مسسر آزاری	
ترموا	
شکایت شایع	
صرف مکمل های دارویی	
تدنیه مناسب (صرف گروه های غذایی)	
وزن	
فشارخون	
درجه حرارت	
بنفس	
تنفس	
ارتفاع رحم	
ضرربان قلب جنبین	
* زردی / رنگ پریدیکی شدید	
چشم	
دیگر چشم	
بیورات	
ادم دست صورت / ساق / سردي اندام	
پوسمیگی، حرم دندان (التهاب لثه) / آبسه	
ذیبجه ارزیابی در مکمل املاقات	

\* در هفته ارزیابی اولین مبتلین مصایق قلب جنبین با گوشی موبایل به معنای نبودن انتباشت این مبتلین از این مبتلین میگردند.

### بخش ۴: ارزیابی معمول

جزی مراقبت	زمان ملاقات (وقته بارداری)									
	۲۳۰ تا ۲۱۰	۲۱۰ تا ۲۰۰	۲۰۰ تا ۱۹۰	۱۹۰ تا ۱۸۰	۱۸۰ تا ۱۷۰	۱۷۰ تا ۱۶۰	۱۶۰ تا ۱۵۰	۱۵۰ تا ۱۴۰	۱۴۰ تا ۱۳۰	۱۳۰ تا ۱۲۰
بهاشت قردن / روان / جسمی / دهان و دندان										
تعذیب و مکمل های دارویی										
عائم خطر / شکایت شایع										
صرف سیگار و مواد نیکوتین										
فواید و محل ماسیب زیستی طبیعی										
شیرداری										
زمان مناسب بارداری بعدی										
مراقبت از نوزاد / علامت خطر نوزاد										
شرکت در کلاسهای زایمان										
اسید فویک										
آهن										
مولتی و یاتامین										
تعیین تاریخ مراجعت بعدی (مراقبت معمول و با وتره)										
شام و نام کامونیک معاینه کننده										

غیر بالکری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)	
بلی	نیاز
بلی	نیاز

غیر بالکری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)	
نمایندگان امنیت اوقات / بندرات / اصلاح	نمایندگان امنیت اوقات / بندرات / اصلاح
خدمشده / بیشتر اوقات / کامی اوایلات / بندرات	خدمشده / بیشتر اوقات / کامی اوایلات / بندرات
غیر بالکری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)	غیر بالکری سلامت روان (در هفته ۱۶ تا ۲۰)
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصی هستید؟	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصی هستید؟
دستیار کوچ کنندگان ایامه ایامه هستید؟	دستیار کوچ کنندگان ایامه ایامه هستید؟
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نایار ایامه هستید؟	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نایار ایامه هستید؟
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟	چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسوس ایامه هستید؟

### بخش ۵: این مسازی

وکسن توأم: در صورت کمال وجودن در صورت تزریق در سلیر موادر (مودر را بتویسید) ..... تاریخ تزریق:
وکسن انقطه ایزنا: تاریخ تزریق: .....

جدول وزن گیری

## بخش ۶: نمودار وزن گیری (طبیعی- تک قلویی)

محدوده افزایش وزن ۱۶/۵ کیلو گرم



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

## جدول ثبت میزان وزن گیری

۳۱	۳۰	۳۹	۳۸	۳۷-۳۵	۳۴-۳۱	۳۰-۲۶	۲۵-۲۱	۲۰-۱۶	۱۵-۱۱	۱۰-۶	قبل از بارداری	زمان ملاقات
												همتله بارداری
												وزن ماوراء
												میزان وزن گیری ماوراء نسبت به مراجعت قبلی
												میزان وزن گیری ماوراء از ایندکس بارداری
												وزن گیری نامناسب

بخش ۷: مراقبت ویژه

اگر مادر به هر دلیلی غیر از زمان های معمول تعیین شده مراجعه کرد، از مادر در مورد خونریزی، آبریزش و درد شکم سوال و در جدول زیر ثبت کنید. میزان فشارخون و تعداد ضربان قلب جنین را نیز اندازه گیری کرده و بنویسید.

بخش ۷: پسخوراند

شماره پرونده / شناسه:

تاریخ تشکیل پرونده:

## فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:	تلفن:	تاریخ و ساعت پذیرش:	تعداد بارداری:

### بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

تعداد فرزندان: زنده: مرد:	تعداد سقط:	تعداد زایمان:	تعداد بارداری:
نوع زایمان قبلی:	سن بارداری:	تاریخ تقریبی زایمان:	تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:
گروه خونی و ارهاش:	نمایه توده بدنی:	وزن:	قد:

#### علائم خطر فوری

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنفس مشکل	<input type="checkbox"/>	اختلال هوشیاری/شوك	<input type="checkbox"/>	تشنج
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------

#### سوابق زایمان قبلی

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

#### موارد خطر زایمان فعلی

<input type="checkbox"/>	زایمان ۵ و بالاتر	<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	نمایش غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا
<input type="checkbox"/>	ماکروزومی	<input type="checkbox"/>	جنین ناهنجار	<input type="checkbox"/>	آنمی متوسط تا شدید	<input type="checkbox"/>	خونریزی
<input type="checkbox"/>	مرگ جنین	<input type="checkbox"/>	چند قلوبی	<input type="checkbox"/>	ابعاد نامتناسب لگن	<input type="checkbox"/>	زجر جنین / دفع مکونیوم
<input type="checkbox"/>	HBsAg مثبت / هپاتیت	<input type="checkbox"/>	شکم اول زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	ارهاش منفی	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	هر پس ژنیتال	<input type="checkbox"/>	شکم اول بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	عدم پیشرفت زایمان	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس
<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	<input type="checkbox"/>	ضایعات ولو	<input type="checkbox"/>	الیگوهیدر آمنیوس / تأخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>	پارگی کیسه آب
<input type="checkbox"/>	..... بیماری	<input type="checkbox"/>	صرف مواد محرك و افیونی	<input type="checkbox"/>	پلی هیدر آمنیوس	<input type="checkbox"/>	پرولاپس بندناه

### بخش ۲: معاینه بدو ورود

تاریخ شروع انقباضات منظم رحم:	ساعت شروع انقباضات منظم رحم:		
فشارخون:	درجه حرارت:	نبض:	تنفس:
دیلاتاسیون:	افاسمان:	اعضو نمایش:	ایستگاه:
وضعیت کیسه آب:	سالم <input type="checkbox"/> پاره شده خود به خودی <input type="checkbox"/> پاره شده	وضعیت مایع آمنیوتیک:	شفاف <input type="checkbox"/> خونی <input type="checkbox"/> آغشته به مکونیوم <input type="checkbox"/>
توسط عامل زایمان <input type="checkbox"/> زمان پارگی:	..... دقیقه / ساعت	وضعیت ضربان قلب جنین:	در دقیقه ..... تعداد ضربان قلب جنین

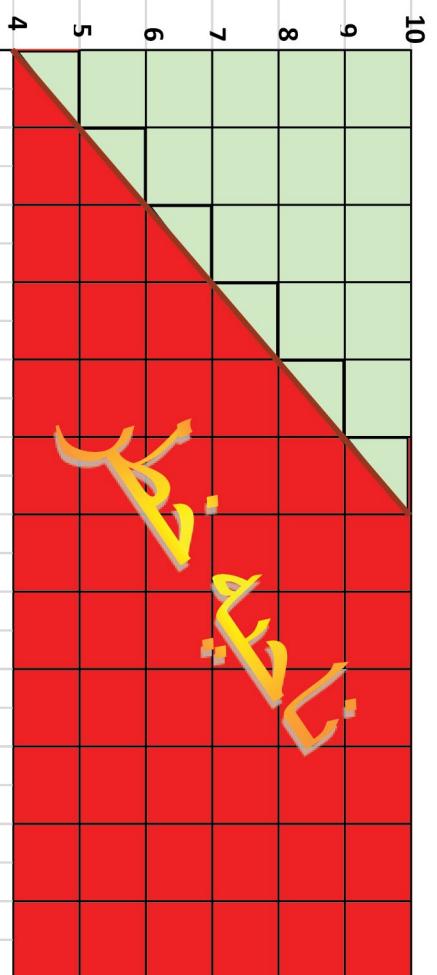
### بخش ۳: وضعیت پیشرفت زایمان

فاز فعال (ثبت با مدل پارتوکراف)

فاز نهفته	فاز فعال
تاریخ	
ساعت	
صدای قلب	
جنین	
دیلاتاسیون	
افسانان	
ایستگاه	
وضعیت	
کیسه آب	
وضعیت	
انقباضات رحم	
فشار خون	
درجه حرارت	
تنفس	
نبض	

جدول ۱

دیلاتاسیون سرویکس(سانتیمتر)



جدول ۲

دیلاتاسیون سرویکس(سانتیمتر)	زمان بر حسب ساعت از شروع فاز فعال	ساعت
۱	۱	۲
۲	۳	۴
۳	۵	۶
۴	۷	۸
۵	۹	۱۰
۶	۱۱	۱۲
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		

علائم خلن: شلوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل، تشنج، خونریزی و بد لایس بند ناف\*

اجام ایز زایمان ..... خیر  ساعت خروج جفت ..... خروج کامل جفت و بوده ها: بله خیر

آیکار دقیقه دو ۰ تا زاد ..... آیکار دقیقه اول تا زاد ..... تعداد و جنس تویین

تزریق ..... واحد اکسی تویین ..... تزریق ..... واحد اکسی تویین

بخش ۳: بشرح زایمان

تاریخ و ساعت زایمان ..... در صورت پارکی درجه آن ۱  ۲  ۳  ۴

آیکار دقیقه دو ۰ تا زاد ..... آیکار دقیقه اول تا زاد ..... تعداد و جنس تویین

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

ارزیابی سریع: آغشته نبودن به مکونیوم  داشتن تنفس یا گریه کردن  تون عضلانی مناسب   
 سن بارداری ترم ..... هفته .....  
 تاریخ و ساعت معاینه: ..... دور سر: ..... وزن: ..... قد: .....

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

اثر کف پای نوزاد	اثر انگشت مادر

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

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

## بخش ۷: مراقبت ویژه حین و بلافاصله پس از زایمان

در صورتی که برای مادر بر اساس بخش «مراقبت ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان» اقدامی کرده است، در این قسمت بتوانید:

تاریخ و ساعت	علت ارجاع	اقدام

## بخش ۸: آموزش و توصیه

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

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

**شماره پرونده / شناسه:**

تاریخ تشکیل پرونده:

## فرم مراقبت پس از زایمان

نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس:	تلفن:	شغل:	

بخش ۱: شرح حال

تاریخ زایمان:	نوع زایمان: طبیعی	سازارین
محل زایمان:	واحد تمهیلات زایمانی	بیمارستان
عامل زایمان:	فرد دوره ندیده	ماما/پزشک/متخصص

بخش ۲: سوابق بارداری اخیر

پره اکلامپسی / اکلامپسی      دیابت بارداری      بیماری زمینه‌ای ..... مصرف الکل، مواد افیونی و محرك

بخش ۳: ارزیابی معمول

جزئی مراقبت		
بهداشت فردی		
بهداشت روان		
بهداشت جنسی		
بهداشت دهان و دندان		
علائم خطر		
شکایت شایع		
تغذیه/ مکملهای دارویی		
شیردهی، مشکلات و تداوم آن		
مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد		
زمان مناسب برای بارداری بعدی		
آهن		
مولتی ویتامین		
تزریق آمپول رکام در مادر ارهاش منفی		
تاریخ مراجعة بعدی (مراقبت معمول و یا ویژه)		
نام و امضاء معاینه کننده		

#### غربالگری سلامت روان

عنوان	همیشه/ بیشتر اوقات/ گاهی اوقات/ بندرت/ اصلا	امتیاز کل	نمی دارد
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید، مضطرب و عصبی هستید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس تا آمیدی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس ثارامی و بی قراری می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس افسردگی و غمگینی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام هر کاری برای شما خیلی سخت است؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی می کردید؟	۰ ۱ ۲ ۳ ۴		
آیا هیچ کاه شده از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		

#### بخش ۴: نتایج آزمایش ها

آزمایش	تاریخ و نتیجه	محل ثبت نتیجه و تاریخ انجام سایر آزمایش ها (در صورت نیاز)
FBS (مادر مبتلا به دیابت بارداری)		
OGTT (مادر مبتلا به دیابت بارداری)		
پاپ اسمر در ملاقات روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان (در صورت نیاز)		

بخش ۵: مراقبت ویژه

اگر مادر به هر دلیلی غیر از زمان‌های معمول تعیین شده مراجعه کرد، از مادر در مورد خونریزی و درد شکم سوال کنید. میزان فشارخون را نیز اندازه‌گیری و ثبت کنید.

پسخوراند:

