

برنامه کشوری مادری ایمن

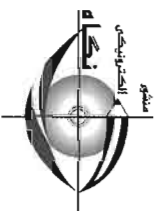
مر اقبیت‌های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

ویژه ماما- پزیشک عمومی



- سرشناسه : اداره سلامت مادران
- عنوان و نام پدیدآور : برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما - پزشکی عمومی /طراحی و تدوین [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۲
- وضعیت ویراست : ویراست ۴
- مشخصات نشر : تهران: انتشار الکترونیکی نگاه، ۱۳۸۹.
- مشخصات ظاهری : ۱۲۶ص. مصور(رنگی)، جدول، نمودار.
- شابک : ۹۷۸_۶۰۰_۹۲۱۶۴_۰_۰
- وضعیت فهرست نویسی : فیبا
- یادداشت : در ویراست قبلی کتاب حاضر شهرزاد والاقر سرشناسه بوده است.
- یادداشت : بالای عنوان: برنامه کشوری مادری ایمن.
- عنوان دیگر : برنامه کشوری مادری ایمن.
- موضوع : مادر-خدمات پزشکی
- موضوع : مراقبت های پیش از زایمان - ایران
- موضوع : مراقبت های از زایمان
- رده بندی کنگره : RG۹۴۰/ج۷م۴/۱۳۹۲
- رده بندی دیویی : ۶۱۳/۰۴۲۴
- شماره : ۲۲۰۵۵۸۲
- کتابشناسی ملی



- عنوان کتاب: برنامه کشوری مادری ایمن: مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران ویژه ماما - پزشکی عمومی
- تألیف: [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۲
- ناشر: تهران - منشور الکترونیکی نگاه، ۱۳۹۲.
- چاپ اول: زمستان ۱۳۸۹
- چاپ دوم: بهار ۱۳۹۱
- چاپ سوم: زمستان ۱۳۹۲
- تیراژ: ۲۵۰۰ جلد
- قیمت: ۱۰۰۰۰۰ ریال
- شابک: ۶-۰۰-۹۲۱۶۴-۰-۶۰۰-۹۷۸
- تلفن مرکز پخش: قاضی میرسعید ۰۲۱)۵۵۷۶۶۳۸۲) همراه ۰۹۱۲۲۶۴۸۰۹۱

- ۱..... آشنایی با مجموعه مراقبت‌های اقدام یافته سلامت مادران.....
- ۶..... جداول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان.....

الف - مراقبت‌های پیش از بارداری

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

ب - مراقبت‌های معمول بارداری

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

پ - مراقبت‌های ویژه بارداری

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

- (۱) اعتیاد به مواد مخدر/ داروی مخدر، مصرف سیگار و دخانیات- ۲: بارداری همزمان با IUD- ۳: بارداری پنجم و بالاتر- ۴: بارداری زیر ۱۸ سال- ۵: بارداری بالای ۳۵ سال - ۶: بارداری با قرص لاینسترونول، قرص‌ها و آمپول‌های ترکیبی، کاشتنی‌ها- ۷: بارداری با IUL- ۸: تروما- ۹: چندقلویی- ۱۰: حاملگی ناخواسته- ۱۱: سن بارداری نامشخص- ۱۲: شغل سخت و سنگین- ۱۳: شیردهی همزمان با بارداری- ۱۴: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال- ۱۵: مصرف الکل- ۱۶: ناسازگاری‌های خونی- ۱۷: نمایه توده بدنی غیر طبیعی)
- ۵۹- ۱۹- سوابق بارداری و زایمان قبلی.....
- (۱: آتونی- ۲: پره اکلامپسی- ۳: جدا شدن زودرس جفت/ جفت سر راهی- ۴: چند قلویی - ۵: زایمان دیررس- ۶: زایمان زودرس- ۷: زایمان سخت/ سریع- ۸: سزارین - ۹: سابقه مول‌سابقه- ۱۰: سابقه نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا- ۱۱: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم- ۱۲: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)

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

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

- ۷۱- ۱- علائم خطر فوری (اکلامپسی/ تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل).....
- ۷۲- ۲- فشارخون بالا.....
- ۷۳- ۳- خونریزی.....
- ۷۴- ۴- عدم پیشرفت زایمان.....
- ۷۵- ۵- زجر جنین/ دفع مکونیم.....
- ۷۶- ۶- زایمان زودرس/ زایمان دیررس.....
- ۷۷- ۷- پارگی کیسه آب.....
- ۷۸- ۸- پرولاپس بندناف.....
- ۷۹- ۹- نمایش غیر طبیعی.....
- ۸۰- ۱۰- سایر موارد خطر جنین زایمان.....
- (۱: آنمی متوسط تا شدید- ۲: ابعاد نامتناسب لگن- ۳: ارهاش منفی- ۴: اعتیاد به مواد مخدر- ۵: الیگوهمیدرآمینوس/ تاخیر رشد داخل رحمی- ۶: پلی هیدرآمینوس- ۷: تب- ۸: جنین ناهنجار- ۹: چندقلویی- ۱۰: شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۲۵ سال- ۱۱: ضایعات ولو- ۱۲: گراند مولتی پار- ۱۳: ماکروزومی- ۱۴: مرگ جنین- ۱۵: هیپیت/ HBsAg مثبت- ۱۶: هریس ژنتیکال- ۱۷: نمایه توده بدنی بیش از ۴۰.
- ۸۴- ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان.....
- (۱: احتباس جفت- ۲: تب- ۳: عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اول پس از زایمان- ۴: گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه- ۵: وارونگی رحم- ۶: هماتوم)
- ۸۵- ۱۲- بیماری‌ها.....
- (۱: آسم- ۲: HIV مثبت- ۳: بیماری‌های درجه‌ای قلبی- ۴: دیابت- ۵: سل- ۶: سیفلیس- ۷: صرع- ۸: هپیتورتیویدی)
- ۸۷- ۱۳- سوابق بارداری و زایمان قبلی.....
- (۱: آتونی- ۲: جنین ناهنجار- ۳: زایمان سخت- ۴: زایمان سریع- ۵: سزارین / جراحی رحم و شکم- ۶: مرده‌زایی- ۷: مرگ نوزاد- ۸: نازایی- ۹: نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم)
- ۸۹- ۱- مراقبت‌های معمول پس از زایمان (پس از گذشت ۶ سال اول زایمان تا ۶ هفته پس از زایمان)

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

- ۹۰- مراقبت‌های ملاقات سوم پس از زایمان.....
 ۹۱- تعریف مراقبت‌های پس از زایمان.....

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

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

ح- زایمان

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

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

- ۱۱۶/۱۱۵- ۱- احیاء نوزاد / تعریف احیاء نوزاد.....
 ۱۱۷- ۲- نشانه های خطر.....
 ۱۱۸- ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه‌های نوزاد.....
 ۱۱۹- ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری.....
 ۱۲۰- ۵- عفونت های موضعی.....

د- مراقبت از نوزاد

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

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

- مسئول طراحی و تدوین : اداره سلامت مادران، دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- اعضای گروه طراحی و تدوین (به ترتیب حروف الفبا) :
 - امامی افشار، نهضت، کارشناس ارشد آموزش بهداشت
 - بختیگر، موزه، کارشناس ارشد مامایی و MPH
 - ترکستانی، دکتر فرحناز، رئیس اداره سلامت مادران
 - جلیلویش، پوران، کارشناس بهداشت عمومی
 - حجازی، سعیده، کارشناس مامایی
 - رادویان، لاله، کارشناس مامایی
 - رحیمی، قصبه، سوسن، کارشناس مامایی و MPH
 - عابدینی، دکتر مهرازی، متخصص زنان و زایمان
 - والافر، شهرزاد، کارشناس مامایی
 - هادی پور جهرمی، لیلا، کارشناس ارشد مامایی و MPH
 - زین نظر، مطلق، دکتر محمداسماعیل، مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

• با تشکر از همکاری:

- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی، اعتدالی سلامت مادران
- اعضای محترم کمیته اجرایی، اعتدالی سلامت مادران
- اعضای محترم کمیته علمی مشورتی نوزادان: دکتر علیرضا مرندی، دکتر ابوالفضل اوجه ای، دکتر هادی سعادی، دکتر حسین فخرایی، دکتر محمدرضا حسینی
- دکتر حمید رضا لریژاد، متخصص کودکان، دکتر ناصر افضلیان، متخصص کودکان
- دکتر محمد اسلامی، دکتر سیدمحمدرضاجوردی، متخصص داخلی،
- همکاران محترم دکتر بهبود تغذیه جامعه، دکتر ربابه شیخ الاسلام، دکتر پرینا تیرایی، مینا مینایی، زهرا عبدالهی
- همکاران محترم اداره سلامت دهان و دندان: دکتر تارده موسوی فاطمی، دکتر ندا معصومی، دکتر شیمیا بیطرف
- همکاران محترم برنامه آیدز: دکتر میترا معتمدی هروی، دکتر کیانوش کمالی، دکتر مریم سرگلزایی مقدم
- همکار محترم اداره سلامت روان: دکتر عزیزه ایراهیم پور
- همکار محترم اداره زنان و سالمندان: دکتر مهین سادات عظیمی
- همکاران محترم مرکز مدیریت بیماری‌ها (ردیابیت، واکسیناسیون، سل، هپاتیت، ژنتیک)
- همکاران محترم ستادی و محیطی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موزی طرح پالیوت سلامت مادران
- همکاران محترم هسته آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور

اعضای کمیته علمی مشورتی اعتدالی سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا)

* آرام، دکتر شهناز	* خطوط زاده، دکتر صدیقه	* قاضی زاده، دکتر شیرین
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی اصفهان	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
* ازهر، دکتر حشمت الله	* خشتی، دکتر فاطمه	* قهیری، دکتر عطاءالله
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
* اکبریان، دکتر عبدالرسول	* رحیمی شعریان، دکتر فاطمه	* کریم زاده میندی، دکتر محمد علی
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بروجرد
* برنیا، دکتر صدیقه	* سیاح ملی، دکتر منیره	* معتمدیان، دکتر شهناز
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه	متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز	علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

* موسوی، دکتر اعظم المسادات
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

* سیدی علوی، دکتر قسبیه
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

* بهینیا، دکتر حدید
متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

* مؤید محسنی، دکتر سکینه

* شاهورزی، دکتر زهرا

* تقوی، دکتر سیمین

متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دان
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی

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

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

* مهوی زاده، دکتر ابوالفضل

* صراف، دکتر زهرا

* توسلی، دکتر فاطمه

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

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

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

* چایچیان، دکتر شهلا

* علامه، دکتر زهرا

* جمال، دکتر اشرف

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

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

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

اعضای کمیته اجرایی اعتدالی سلامت مادران (به ترتیب حروف الفبا)

* قادر پناه، فاطمه

* صالحی فرد، دکتر علی ضامن

* حدیدی، دکتر علی

* آزاد رزم، مریم

بهورز خانه بهداشت سرا
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مدیر گروه بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

مدیر گروه بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

بهورز خانه بهداشت نظام آباد
دانشگاه علوم پزشکی تهران

* قره خانی، دکتر بهناز

* طابانی، زهرا

* حدیدی، مریم

* احمدی، محترم

کارشناس مسئول بهداشت خانواده شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمانی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بهورز خانه بهداشت گدمان
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

* کاملی، دکتر محمد

* طبیبی، دکتر خدیجه

* خالقی تبار، مریم

* اردو خانی، دکتر شکوه

پزشک مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کارشناس بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

پزشک مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

* گوکلانی، مهناز

* عباسپور، معصومه

* خسروی، سوسن

* اسماعیلی، قمری

کارشناس بهداشت خانواده شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کارشناس بهداشت دراز محله
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مدیر گروه بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کارشناس مسئول بهداشت خانواده شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* گلشاهی، طاهره

* عقیق، دکتر پوران

* خالقیان، دکتر پوران

* اکبری، فریبا

کارشناس مسئول برنامه مادر و کودک استان
دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

مدیر گروه بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کارشناس مسئول برنامه مادران استان
دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* ملاشیحی، مهوی

* علیزاده خیابانی، حسینه

* دلیلی، دکتر آریانا

* باباآزاده، دکتر جواد

کارشناس مسئول برنامه مادر و کودک استان
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

کارشناس مسئول برنامه مادران استان
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

کارشناس مسئول بهداشت خانواده شهرستان
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

* میرحاج، زهرا

* فحیحی، پری

* شهیدی، شهلا

* باغرامیان، دکتر آرموند

بهورز خانه بهداشت زيار
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کارشناس مامائی مرکز بهداشتی درمان
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کارشناس مسئول برنامه مادران استان
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پزشک مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نیکان، اعظم السادات

* قوزاقوف، دکتر فرشاد

* شیخ عطاری، دکتر پیام

* پاکروان، الفسانه

کارشناس مسئول برنامه مادران استان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

ارتقاء سلامت
ستاد مرکزی وزارتخانه

کارشناس خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مدیر گروه بهداشت خانواده استان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

* یوسفی، مهوی

* فقیهت، صبیحه

* مصالحت، دکتر بهمنه

* جهت یاری، شسربین

کارشناس برنامه مادران استان
دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

کارشناس مامائی واحد تسهیلات زایمانی
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

پزشک مرکز بهداشتی درمانی
دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری

کاردان مامائی واحد تسهیلات زایمانی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

همکارانی که طی اجرای طرح پایلوت، در بازنگری مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارائه دادند:

✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی	✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز	✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه	✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه
* فرشیاف قاسمی راسخ، نسرین	* عارف حسینی، ناهید	* ستاری، نسرین	* ستاری، نسرین
کارشناس برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران استان	مسئول بهداشت خانواده شبستر	مسئول بهداشت خانواده شبستر
* پیروی، ایراهیم	* پور نورانی، سیمین	* محمد زاده، دکتر مجتبی	* درستان، دکتر محبوبه
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	کارشناس بهداشت خانواده شبستر	مسئول امور بهورزی شبستر	مدیر گروه بهداشت خانواده استان
✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	* شهبازی، ناهید	* صدوقی، زهرا	* انصاری پور، زهرا
* عقداک، دکتر پرومان	* شهبازی، شهبلا	* کارشناس بهداشت خانواده ارستان	* مسئول آموزش بهورزی استان
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	مسئول برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران استان
* عامریان، دکتر امید	* بیخخواه فر، مژگان	* نادری، دکتر ناصر	* نعمت‌اللهی، فرحان
مدیر شبکه بهداشت و درمان ارستان	معاون بهداشتی ارستان	کارشناس برنامه مادران استان	مسئول بهداشت خانواده
* روح پرور زاده، نسیم	* بازاری، ناهید	* صدوقی، زهرا	* انصاری پور، زهرا
مسئول برنامه مادران ارستان	کارشناس بهداشت خانواده ارستان	کارشناس بهداشت خانواده ارستان	مسئول آموزش بهورزی استان
✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر	* ابراهیمی، دکتر ایراهیم	* رحیمی، سوسن	* بزدانی، فریده
* اناری، دکتر آزنا	مدیر گروه بهداشت خانواده استان	کارشناس برنامه مادران استان	کارشناس برنامه مادران گناوه
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* کاظمی، معصومه	* بحریه، تهمینه	* میرزایی، ماهتاج
* فروردین، مینا	مسئول آموزش بهورزی استان	کارشناس آموزشگاه بهورزی گناوه	مسئول آموزشگاه بهورزی گناوه
کارشناس برنامه مادران گناوه	* سعادت، دکتر میترا	* کریمیان، محترم	* شکوهی، مهین
کارشناس بهداشت خانواده اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر
✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران	* نفاکان، اعظم السادات	* قره خانی، دکتر بهناز	* شریفی ارومی، فاطمه
* نصیرزاد، دکتر شیرین	مدیر گروه بهداشت خانواده استان	مسئول بهداشت خانواده اسلام شهر	کارشناس برنامه مادران اسلام شهر
مدیر گروه بهداشت خانواده استان	* کاظمی، معصومه	* بحریه، تهمینه	* میرزایی، ماهتاج
* فروردین، مینا	مسئول آموزش بهورزی استان	کارشناس آموزشگاه بهورزی گناوه	مسئول آموزشگاه بهورزی گناوه
کارشناس برنامه مادران گناوه	* سعادت، دکتر میترا	* کریمیان، محترم	* شکوهی، مهین
کارشناس بهداشت خانواده اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر	کارشناس مامایی مرکز بهداشتی درمانی اسلام شهر
✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی چهارمحال و بختیاری	* صالحی فرد، دکتر علی ضامن	* نصری، دکتر پیمان	* همپیان، سیاوش
* مدیر گروه بهداشت خانواده استان	مسئول برنامه مادران استان	پژشک مرکز بهداشتی درمانی بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن
* سعادت، دکتر میترا	* اروچی، شهبان	* کریمیان، محترم	* کریمیان، محترم
کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کاربران بهداشت خانواده بروجن	کاربران بهداشت خانواده بروجن
* پناحیان، فرخنده	* عطیمی، حبیبه	* گیتی فر، بلقیس	* گیتی فر، بلقیس
کاربران بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی بروجن	کاربران مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن	کاربران مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن	کاربران مامایی مرکز بهداشتی درمانی بروجن
✘ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی چهارمحال و بختیاری	* جعفر پور، معصومه	* گشاهی، طاهره	* گشاهی، طاهره
* راستی، راضیه	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشتی درمانی بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن
کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشتی درمانی بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن	کارشناس بهداشت خانواده بروجن

همکارانی که طی اجرای طرح پایلوت، در بازنگری مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، نظرات اصلاحی ارائه دادند:

* فروهی، بنفشه

کارشناس بهداشت خانواده بروجن

* کردیان، اکرم

کاربان سامانی مرکز بهداشتی درمانی بروجن

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان

* رضازاده مقفی، نجمه

کارشناس برنامه مادران استان

* صحافی، دکتر فرزانه

مسئول برنامه مادران استان

* صابری فرد، دکتر ایرج

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* بهزادفر، اعظم

کارشناس برنامه مادران قوچان

* شریفی، پروین

مسئول بهداشت خانواده قوچان

* آقاسی، زهرا

کارشناس برنامه مادران استان

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوزستان

* افکنانه، بلقیس

مسئول بهداشت خانواده آبادان

* ترابی زاده، دکتر مهدی

کارشناس بهداشت خانواده استان

* ثابت قدم، دکتر سید محمد

مسئول برنامه مادران استان

* جمشیدی، دکتر فرزنده

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

* رحیمیان، دکتر ندا

پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

* جعفری، دکتر جعفر

مدارن بهداشتی دانشگاه

* ریاضی دوست، آذر

مسئول برنامه مادران استان

* فریون، دکتر فرشته

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* علی بیگی، دکتر مهناز

مسئول بهداشت خانواده گرمسار

* عبدالله پور، دکتر ابوالفضل

سرپرست شبکه بهداشت و درمان گرمسار

* نصیری، دکتر آذر

پزشک مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

* کشمیر، شهناز

کاربان بهداشت خانواده مرکز بهداشتی درمانی گرمسار

* محمدی، طاهره

کارشناس بهداشت خانواده گرمسار

* جوزو کلو، نیره

کارشناس بهداشت خانواده گرمسار

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل

* رضایی کهنجانی، زهرا

کارشناس برنامه مادران استان

* نیکروی سیاس، زهرا

کارشناس برنامه مادران استان

* افشاری، ابوالحسن

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس

* نمازی، هما

کارشناس برنامه مادران آباده

* مفاضی، مرضیه

مسئول بهداشت خانواده آب

* مطلوبی، عزت

مسئول برنامه مادران استان

* کدیور، دکتر علی اکبر

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

* سمیعی، دکتر سعید

پزشک بهداشت خانواده استان

* عسکریان، سارا

مسئول برنامه مادران استان

* جشدیپور، مهر انگیز

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* رضازاده، لیلا

کارشناس بهداشت خانواده صحنه

* شفیع، دکتر فریبا

پزشک بهداشت خانواده صحنه

* نیکو، فریبا

کارشناس بهداشت خانواده صحنه

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

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

* ملکی، حاجی مراد

بهورز خانه بهداشت میرعزیزی صحنه

* نو شادفر، ویدا

کارشناس مامی بهداشت خانواده صحنه

* رضایی، شهربین

مسئول بهداشت خانواده صحنه

✕ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان

* اسماعیلی، قمری

مسئول بهداشت خانواده سقز

* ملاطیخی، مهتری

مسئول برنامه مادران استان

* بیجارپور، دکتر فرزاد

مدیر گروه بهداشت خانواده استان

* فتحي، پری
کارشناس بهداشت خانواده سقز
* پورديان، شهلا
کارشناس مامای مرکز بهداشتی درمانی سقز

✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

* کردی، دکتر خدیجه
مدیر گروه بهداشت خانواده استان
* خاری، دکتر سمیه
مسئول برنامه مادران استان
* جلالی، مریم
کارشناس برنامه مادران استان
* نیکجوی تبریزی، دکتر دیدیه زهرا
مسئول بهداشت خانواده بندرگز
* کویایی، مریم
مرحبی آموزش بهورزی استان
* لاری، گلچهره
کارشناس برنامه مادران آق قلا
* قربانی، ویتا
کارشناس برنامه مادران بندرگز
* نئی پور املتی، هاجر
مرحبی آموزش بهورزی استان

✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران

* اردلان، دکتر پرینسا
سرپرست بهداشت خانواده استان
* احمدی، محترم
کارشناس برنامه مادران استان
* کجانی، جمیله
کارشناس مامای مرکز بهداشتی درمانی ساری
* کابانی، سیهلا
مسئول برنامه مادران استان
* کاجانی، خدیجه
کارشناس برنامه مادران ساری
* یاقوی، نیلوفر
مسئول بهداشت خانواده ساری
* کاشفاناس مامای مرکز بهداشتی درمانی ساری
کارشناس مامای مرکز بهداشتی درمانی ساری
* قضیلت، صدیقه
کارشناس مامای مرکز بهداشتی درمانی ساری

✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

* نورمندی، مریم
مدیر گروه بهداشت خانواده استان
* مرادی، سیهلا
مسئول بهداشت خانواده بندرلنگه
* معصومی، ماندانا
کارشناس مامای مرکز بهداشتی درمانی گویندی
* کاظم زاده، دکتر محمد
مدیر گروه بهداشت خانواده استان
* منصور ری، شبنم
کارشناس برنامه مادران تویسرکان
* رحیمی، زهرا
مسئول بهداشت خانواده تویسرکان
* قهرمانی، معصومه
مسئول برنامه مادران استان
* قضیلت زاده، بهجت
مسئول برنامه مادر و کودک استان

✂ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بروجرد

* شریفی، دکتر مسعود
رئیس مرکز بهداشت بهوریز
* عیدی نسیم، مهتاب
مسئول برنامه مادران است
* جلال پور، زهرا
مرحبی بهورزی بهوریز
* کمالی فیه، مهین
مسئول بهداشت خانواده بهوریز
* جعفری، طاهره
مامای بهداشت خانواده بهوریز
* مامای مرکز بهداشتی بهوریز

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

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

نسخه حاضر شامل اصلاحات انجام شده بر اساس آخرین دستور عمل های اداره سلامت مادران تهیه شده که امید است بهره گیری از آن، برای ارائه دهندگان خدمت مفید و در ارتقاء سلامت مادران و نوزادان موثر باشد.

با تشکر ویژه از جناب آقایان دکتر آرش عازمی خواه و دکتر بهرام دلاور که این برنامه به همت ایشان آغاز شد و با سپاس از تمامی مسئولین و کارشناسان محترم حوزه معاونت بهداشت در دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در تدوین این مجموعه همکاری داشتند.

اداره سلامت مادران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماما و پریشک گرامی!

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

● آشنایی با مجموعه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

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

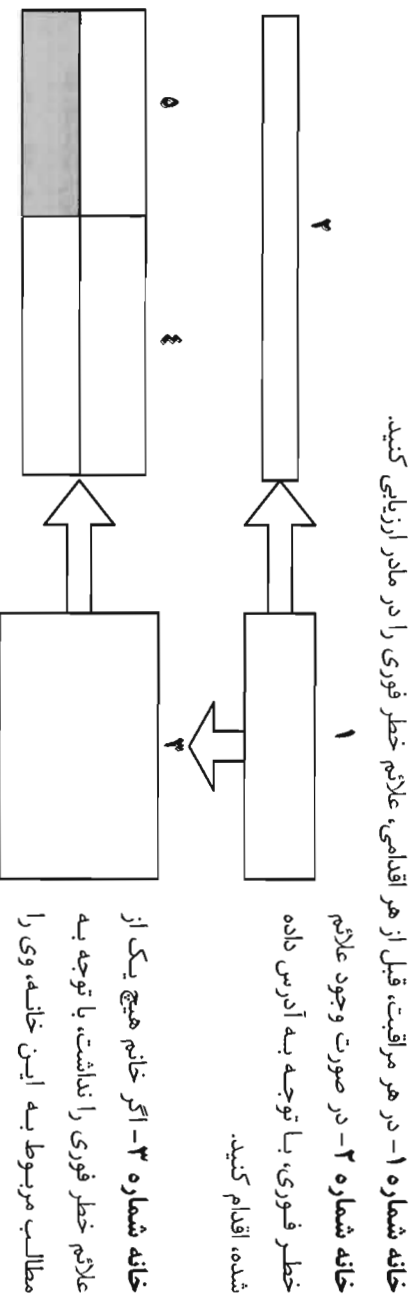
❖ جداول مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان برای مرور کلی و سریع خدماتی است که در دوران بارداری و پس از زایمان به مادر ارائه می‌شود. تقسیم‌بندی خدمات در این جداول براساس نوع و زمان انجام مراقبت صورت گرفته است. به این معنا که در هر ملاقات، مراقبت‌هایی که در زیر ستون آن مشخص شده به مادر ارائه می‌گردد.

❖ بخش مراقبت‌های پیش از بارداری به منظور ارائه خدمت به زنانی است که تصمیم دارند باردار شوند. به نظر می‌رسد که ایجاد تقاضا برای دریافت مراقبت پیش از بارداری در زنان در سنین باروری باید به تدریج در روند ارائه خدمات مورد توجه قرار گیرد تا بتوان زنان در معرض خطر را زودتر شناسایی کرده و در صورت امکان از باردار شدن آنان جلوگیری کرد و با بارداری را به تعویق انداخت.

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

بیشتر خانم‌هایی که خدمات معمول را دریافت می‌کنند، سالم هستند و بارداری را به خوبی طی می‌کنند. ولی در برخی، ممکن است با توجه به سؤالات و معاینات انجام شده در هر بار مراقبت، موارد غیر طبیعی مشاهده شود که نیاز به مداخله و مراقبت ویژه دارد.

❖ بخش **مراقبت‌های معمول** بارداری، زایمان و پس از زایمان، خدمات استاندارد است که باید در هر بار مراقبت برای دریافت‌کننده خدمت به ترتیب انجام دهید. چارت مراقبت‌های معمول (از سمت راست و بالای صفحه) شامل موارد زیر است:



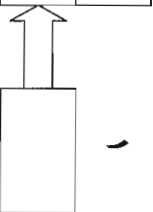
ارزیابی کنید.

خانه شماره ۴- علائم و نشانه‌های حاصل از ارزیابی را گروه‌بندی کنید.
خانه شماره ۵- با توجه به نتایج و آدرس داده شده، اقدام کنید.

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

✦ **بخش مراقبت‌های ویژه** برای ارزیابی مراقبت‌های مورد نیاز مادرانی است که در بارداری، زایمان یا پس زایمان در معرض خطر قرار می‌گیرند. در این بخش علائم و عوارض مادر که نتیجه ارزیابی مراقبت‌های معمول یا شکایت مستقیم مادر است، بررسی می‌شود. بیشتر چارتهای مراقبت ویژه (از سمت راست و بالای صفحه) از ساختار زیر تبعیت می‌کند:

۴	۳	۲



خانه شماره ۱- پس از پینا کردن علامت مورد نظر در عنوان صفحه، موارد مربوط به این قسمت را ارزیابی کنید.
خانه شماره ۲- با توجه به نتیجه ارزیابی (بر اساس همه علائم همراه در یک خانه یا تعدادی از علائم همراه و یا حتی یک علامت همراه اختصاصی) وضعیت خانم را گروه‌بندی کنید.

خانه شماره ۳- با توجه به گروه‌بندی، تشخیص یا تشخیص احتمالی عارضه یا بیماری را درمی‌یابید. تشخیص احتمالی در ارزیابی نوزاد نیز براساس بررسی همه یا برخی از علائم صورت می‌گیرد.

خانه شماره ۴- اقدام مناسب را در حیطه شرح وظایف خود انجام دهید. (همکاری پرزشک و ماما در ارائه خدمت ویژه به مادر الزامی است).
تذکره: از آنجا که طبقه‌بندی تعدادی از علائم و بیماری‌ها با یک عنوان مشترک امکان پذیر نبود، این موارد تحت عنوان «سایر موارد» در بخش‌های مراقبت ویژه بارداری، زایمان و پس از زایمان طبقه‌بندی شده است. همچنین برای انجام برخی اقدامات خاص، راهنما نیز تدوین شده است که در خانه «اقدام» به آنها اشاره شده است. قسمت بیماری‌ها، سوابق و سایر موارد خطر در بارداری فعلی نیز جزو بخش مراقبت‌های ویژه بارداری محسوب می‌شود.

مفهوم رنگ‌ها

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

الف- رنگ قرمز نشان دهنده شرایط خطرناکی است که جان مادر و جنین/نوزاد را تهدید می‌کند و اقدام مناسب این رنگ **ارجاع فوری** (بلافاصله) به همراه اقدامات اولیه حین ارجاع به نزدیک‌ترین مرکز مجهز درمانی است. ارائه‌دهنده خدمت موظف است مادر و یا نوزاد را سریعاً با آمبولانس یا هر وسیله نقلیه دیگر ارجاع دهد.

ب - رنگ زرد 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 حداکثر طی یک هفته (ارجاع غیر فوری) توسط سطوح تخصصی بررسی و نتیجه کار مشخص گردد. در ارجاع در اولین فرصت، اگر مورد ارجاع طی ۴۸ ساعت به هر دلیلی (ترقین مادر...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگردد، حکم ارجاع فوری را پینا می‌کند. در ارجاع غیر فوری، اگر مورد ارجاع طی یک هفته به هر دلیلی (ترقین مادر...) توسط سطوح بالاتر مورد بررسی قرار نگیرد، حکم ارجاع فوری را پینا می‌کند.

پ - رنگ سبز نشان‌دهنده امکان ارزیابی کامل خدمت توسط پرزشک یا ماما بدون نیاز به ارجاع به سطوح بالاتر است، مگر در شرایطی که اقدامات ارزیابی شده منجر به بهبود وضعیت مادر یا نوزاد نگردد. در این صورت لازم است مادر و یا نوزاد برای بررسی بیشتر به سطوح بالاتر ارجاع گردد.

نکته: در برخی خانه‌های «اقدام»، مراقبت‌ها در بیش از یک حالت تعریف می‌شود یعنی اقدام‌های اصلی با یک رنگ و برخی اقدام‌های خاص که عمدتاً حالتی از ارجاع را شامل می‌شود با رنگ مختص آن نوع «ارجاع» در داخل خانه اصلی مشخص شده است. به طور مثال: در قسمت ت ۲، **خانه اصلی اقدام** مربوط به تشخیص احتمالی «هول، کریز هیپرتانسیون، چندقلویی» قرمز است در حالی که اقدام بعدی این خانه که نیازمند «ارجاع غیر فوری» است در خانه‌ای به رنگ زرد مشخص شده است.

• اصول کلی

مطالب زیر به عنوان اصول کلی در ارائه خدمات در نظر گرفته شده است:

- در مواردی که مادر و یا نوزاد به دلایلی نیازمند هر حالتی از ارجاع (فوری، ارجاع غیر فوری، در اولین فرصت) است، ارجاع فوری در اولویت قرار دارد.
- در صورت امکان، آموزش همسر و خانواده مادر در مورد علائم خطر در هر مقطعی از بارداری، زایمان و پس از زایمان مورد توجه قرار گیرد.
- دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و پس زایمان در تاریخ‌های تعیین شده باید به مادر تأکید شود.
- وضعیت مادری که ارجاع فوری یا ارجاع در اولین فرصت شده است، باید پس از ۳ روز و اگر ارجاع غیر فوری شده است، طی یک هفته پیگیری و مشخص شود.
- پس‌خوراند پریشک عمومی یا ماما در مورد ارائه مراقبت‌های ویژه باید در فرم مراقبت ثبت و یا پیوست پرونده گردد.
- پریشک عمومی و ماما به عنوان سطح دوم ارائه‌دهنده خدمت موظف هستند علاوه بر پذیرش موارد ارجاعی، سطوح پایین تر، بر نحوه ارائه خدمت به مادر توسط این سطوح نیز نظارت کنند.
- از دادن هر نوع ماده غذایی و مایعات به مادری که به دلایلی ارجاع فوری می‌شود، باید خودداری گردد. (رعایت اصل NPO حین ارجاع)
- دفعات مراقبت ویژه مادر برحسب نوع عارضه و نظر پریشک، ماما و پریشک متخصص در پس‌خوراند متفاوت خواهد بود.
- لازم است تمام خدمات ارائه شده به مادر در هر مقطعی از پیش از بارداری، بارداری، زایمان و بلافاصله پس از زایمان و پس از زایمان در فرم‌های مربوط ثبت و در پرونده مادر نگه داری شود.
- توجه داشته باشید، استفاده از این مجموعه بدون به کارگیری فرم‌های ثبت و ارجاع و پیگیری مادر مؤثر نخواهد بود.

پیش از بارداری (الف)

- بسیاری از بیماری‌ها و شرایط طی نیاز به کنترل، تغییر دارو، ارزیابی وضعیت و یا عوارض بیماری پیش از بارداری دارد زیرا عدم توجه به آنها میزان مرگ و عوارض مادری/جنینی/نوزادی را افزایش می‌دهد.
- بیماری‌ها و شرایط تأثیرگذار بر بارداری که نیازمند توجه به آنها در زمان پیش از بارداری است شامل بیماری قلبی، دیابت، لوپوس، آرتریت روماتوئید، اختلالات روانی، آنمی، تالاسمی مینور، صرع، ابتلا به فشارخون بالا، سل تحت درمان، بیماری تیروئید، مصرف‌کنندگان الکل و دخانیات و مواد مخدر، ابتلا به عفونت‌های علامت دار واژینال، نمایه بندی بیش از ۲۵ و کمتر از ۱/۵ و یا اختلالات تغذیه‌ای، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و...
- از این رو انجام مراقبت پیش از بارداری، باید در یکی از شرایط زیر صورت گیرد:
- ۱- تمامی خانم‌هایی که به قصد بارداری، روش پیشگیری از بارداری خود را قطع کرده و با می‌خواهند قطع کنند،
- ۲- تمامی خانم‌هایی که با تست حاملگی منفی مراجعه کرده‌اند و تمایل به بارداری دارند،

۳- تمامی خانم‌هایی که از هیچ روشی استفاده نمی‌کنند و برای اولین بار برای دریافت روش پیشگیری از بارداری مراجعه کرده‌اند و

تفصیل به بارداری در آینده دارند، برای این افراد حداکثر طی ۶ ماه اول پس از مراجعه، مراقبت انجام شده و نتیجه آن به عنوان سابقه برای آنان در پرونده حفظ شود.

نکته ۱: لازم است تا زمانی که عارضه یا بیماری خانم رفع و یا کنترل نشده است، به منظور جلوگیری از بروز حاملگی‌های پرخطر، وی را به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تشویق و توصیه نمود.

نکته ۲: این مراقبت تا مدت **یک سال** اعتبار دارد، بدین معنا که در صورت ارائه یک بار مراقبت پیش از بارداری، تا یک سال نیاز به تکرار نیست. بدیهی است در صورتی که نتیجه مراقبت پیش از بارداری غیرطبیعی است (خانم عارضه یا بیماری دارد) تا زمان رفع عارضه یا بیماری و یا کنترل کامل آن، پیگیری به منظور درمان و یا کنترل بیماری توسط پریشک یا ماما انجام گیرد.

بارداری (ب)

■ مراقبت‌های بارداری باید به محض مثبت شدن آزمایش بارداری ارائه گردد. به خاطر بسپارید به محض اطلاع از نتیجه مثبت آزمایش، بارداری را به خانم **تبریک** بگویید.

■ بهتر است نتیجه آزمایش بارداری ضمن ثبت در فرم مراقبت بارداری، تا صورت عدم نیاز مادر، تا پایان بارداری در پرونده نگه‌داری شود.

■ مراقبت‌های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارائه می‌گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقات‌های معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۶ تا ۳۰، هفته ۳۴ تا ۳۸، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری

■ زمان ملاقات‌های مادر براساس «هفته بارداری» تعیین شده است که این زمان نیز باید با سن بارداری مادر مطابقت داشته باشد. سن بارداری از زمان اولین روز آخرین قاعدگی مشخص می‌شود و در صورتی که مادر تاریخ آخرین قاعدگی خود را نمی‌داند، باید در اولین فرصت برای تعیین سن بارداری اقدام شود.

■ هر مادر باید یک بار (در اولین مراجعه) توسط پریشک معاینه شود. در این معاینه، پریشک ضمن انجام معاینه فیزیکی، پرونده مادر (شرح حال و ارزیابی) و نتیجه آزمایش‌ها و سونوگرافی (در صورت وجود) را بررسی و نتیجه ارزیابی کامل خود را در قسمت مربوط در فرم مراقبت بارداری ثبت می‌کند.

■ در صورتی که مادر باردار به دریافت خدمات درمانی دندان‌پریشکی نیاز دارد، مناسب‌ترین زمان، **سه ماهه دوم بارداری** است.

■ **سه ماهه اول بارداری** را از هفته اول تا پایان هفته ۱۴ بارداری، **سه ماهه دوم** را از هفته ۱۵ تا پایان هفته ۲۸ بارداری و **سه ماهه سوم** را از هفته ۲۹ تا زمان زایمان در نظر بگیرید.

■ استفاده از چارت حرکت جنین در هفته‌های ۲۸ تا ۳۲ ارزشمند است.

■ به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان، مادر باردار باید از هفته ۲۰ بارداری در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت کند. از این رو لازم است ضمن آموزش به مادر در مورد مزایا و ضوابط شرکت در کلاس‌های آمادگی پیش از زایمان، مادر در زمان مناسب، به نزدیک‌ترین محل برگزاری کلاس معرفی شود.

زایمان و بلافاصله پس از زایمان (ت)

■ هر زایمان باید با رعایت اصول حفاظتی شامل پوشیدن گان و پیش‌بند، چکمه (در صورت نیاز و امکان)، دستکش و گذاشتن ماسک و عینک انجام شود.

■ وسایل زایمان می‌باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز و شسته و استریل شود.

■ اتاق زایمان نیز باید پس از هر زایمان به خوبی تمیز و شسته و گردگیری شود و به صورت معمول هر ماه و همچنین پس از انجام هر زایمان آلوده، با استفاده از چراغ اولتراویوله ضدعفونی شود.

نکات مهم در استفاده از چراغ اولتراویوله:

۱. قبل از روشن کردن چراغ، اتاق زایمان کاملاً تاریک باشد.
۲. درب کلیه کمدها، قفسه‌های شیشه‌ای و ساکشن موجود در اتاق زایمان باز باشد.
۳. قبل از روشن کردن چراغ، هواکش باید خاموش، درب اتاق بسته و درزها با چسب پوشانده شود.
۴. دو شاخه چراغ می‌بایست خارج از اتاق زایمان به پرز زده شود و زمانی که چراغ روشن است، هیچکس وارد اتاق نشود.
۵. مدت زمان مناسب برای استفاده از چراغ به طور متوسط ۱۵ دقیقه می‌باشد. بعد از این مدت، دوشاخه را از پرز کشیده و هواکش روشن شود.

۶. پس از خاموش کردن چراغ، به مدت ۱۵ دقیقه نباید وارد اتاق زایمان شد.

■ هر مادر باید برای انجام زایمان در بیمارستان تنبلیق شود، ولی اگر به هر علتی زایمان در واحد تسهیلات زایمانی انجام می‌گیرد، باید زایمان طبق استانداردهای تعیین شده انجام شود.

- در صورت انجام زایمان در واحد تسهیلات زایمانی، مادر و نوزاد باید حداقل تا ۶ ساعت اول پس از زایمان تحت مراقبت قرار گیرند. برای هر مادری که در واحد تسهیلات زایمانی به منظور زایمان بستری می‌شود، باز کردن رگ و تزریق سرم قندی- نمکی یا رینگر به میزان ۳۲ قطره در دقیقه براساس نیاز وی توصیه می‌شود. در مورد **خوئوپزی**، اولویت با سرم رینگر و در نبود آن با سالین نرمال یا سرم قندی- نمکی، در مورد **فشارخون بالا**، سرم رینگر یا قندی و در مورد **دیابت فقط** سرم رینگر توصیه می‌شود.
- در صورت تشخیص علامت خطر در زمان زایمان با توجه به نوع علامت خطر و مرحله زایمان، عامل زایمان باید در هنگام ارجاع، مادر را با ست زایمان همراهی کند.

■ انجام زایمان مادر در معرض خطر (طبق شرح مراقبت ویژه زایمان) در واحدهای تسهیلات زایمانی جایز نیست مگر در موارد زایمان **قریب‌الوقوع** یعنی «زایمان مادر با توجه به فاصله تا محل ارجاع، اندازه جنین، وضعیت جنین، وضعیت ابعاد لگن مادر و اقباضات رحمی در مدت زمانی کمتر از یک ساعت انجام پذیر باشد».

- در هنگام زایمان قریب‌الوقوع مادر در معرض خطر، حتماً باید از یک پزشک یا مامای دیگر کمک گرفته شود.
- نوزاد باید بلافاصله پس از تولد توسط عامل زایمان طبق «بخش ارزیابی نوزاد (بخش خ)» ارزیابی شود.
- قبل از ترخیص مادر و نوزاد، توصیه‌های رایج شده در بخش مراقبت از نوزاد (بخش د) به مادر آموزش داده شود.
- نوزاد باید در اولین فرصت توسط پزشک طبق «یوکت چارت مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم» ارزیابی شود.

پس از زایمان (ج)

- مراقبت‌های معمول پس از زایمان، طی ۳ ملاقات انجام می‌شود که ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳، ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵ و ملاقات سوم در روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان انجام می‌شود. مراقبت‌های نوزاد (به جز مراقبت بدو تولد) نیز در ۳ نوبت شامل مراقبت روزهای ۳ تا ۵، مراقبت روزهای ۱۴ تا ۱۵ و مراقبت روزهای ۳۰ تا ۴۵ انجام می‌شود.
- برای مادری که در بیمارستان زایمان می‌کند، مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می‌توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.
- نوزاد مادری که به هر دلیل تحت درمان **داروهای روان گردان** است، باید تحت مراقبت **متخصص اطفال** قرار بگیرد.

جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مور کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۱۰ تا ۶	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
مصححه و تشکیل یا بررسی پرونده	مشخصات، وضعیت خوشاوندی یا همسر سابقه بارداری و زایمان قبلی و بیماری و تاهنجاری، اختلالات روانی / همسر آزادی همسر آزادی رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل علائم خطر، تروما آخرین روش پیشگیری از بارداری	مفصلیات، وضعیت بارداری فکلی، تعیین سن بارداری، مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی سابقه بارداری و زایمان قبلی بیماری و تاهنجاری، اختلالات روانی / همسر آزادی، رفتارهای پر خطر، اعتیاد، مصرف سیگار و الکل ششکایت‌های شایع و علائم خطر، تروما علائم خطر، تروما آخرین روش پیشگیری از بارداری	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ششکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسر آزادی مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی توجه به تاریخ تقریبی زایمان حرکت جنین، تروما حرکت جنین، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ششکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری اختلالات روانی / همسر آزادی مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی توجه به تاریخ تقریبی زایمان حرکت جنین، تروما حرکت جنین، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ششکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسر آزادی مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی، تروما حرکت جنین، تروما	بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر ششکایت‌های شایع و علائم خطر تعیین سن بارداری توجه به تاریخ تقریبی زایمان اختلالات روانی / همسر آزادی مصرف مکمل‌ها و گروه‌های غذایی، حرکت جنین، تروما
معاينه باليني	- اندازه گیری قد و وزن و وزن تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن‌گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاينه دهان و دندان معاينه فیزیکی - معاينه واژن و لگن - معاينه دهان و دندان	- اندازه‌گیری قد و وزن و وزن تعیین نمایه توده بدنی و ترسیم منحنی وزن‌گیری علائم حیاتی، حال عمومی معاينه دهان و دندان معاينه فیزیکی - معاينه واژن و لگن - معاينه دهان و دندان	- اندازه‌گیری وزن علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاينه چشم، اندام‌ها و صورت، پوست ششکایت‌های شایع و علائم خطر	- اندازه‌گیری وزن علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاينه چشم، اندام‌ها و صورت، پوست ششکایت‌های شایع و علائم خطر	- اندازه‌گیری وزن علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاينه چشم، اندام‌ها و صورت، پوست ششکایت‌های شایع و علائم خطر	- اندازه‌گیری وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، حال عمومی ترسیم منحنی وزن‌گیری معاينه چشم، اندام‌ها و صورت، پوست ششکایت‌های شایع و علائم خطر
آن‌مایش‌ها یا بررسی تکميلي	CBC, BG, Rh, FBS, TSH, U/A, U/C, HBSAg, VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر)	CBC, BG, Rh, FBS, TSH, U/A, U/C, HBSAg, VDRL و HIV (در رفتارهای پرخطر)	CBC, U/A, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی یا همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	CBC, U/A, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی یا همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	CBC, U/A, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی یا همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	CBC, U/A, نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی یا همسر Rh مثبت) FBS, OGTT برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری

ادامه جدول راهنمای مراقبت‌های پیش از بارداری و بارداری (مرو کلی و سریع)

زمان مراقبت نوع مراقبت	پیش از بارداری	مراقبت ۱ هفته ۱۰ تا ۶	مراقبت ۲ هفته ۱۶ تا ۲۰	مراقبت ۳ هفته ۲۶ تا ۳۰	مراقبت ۴ و ۵ هفته ۳۱ تا ۳۴ هفته ۳۵ تا ۳۷	مراقبت ۶ تا ۸ هفته ۳۸ تا ۴۰ (هر هفته یک مراقبت)
آموزش و مشاوره	- بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان	- بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان	- علائم خطر - تغذیه/ مکمل‌های دارویی - بهداشت فردی و دهان و دندان	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی
	- بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان	- بهداشت فردی و روان - بهداشت جنسی - بهداشت دهان و دندان	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی
مکمل‌های دارویی	- اسید فولیک - سرخچه و توأم (در صورت نیاز)	- اسید فولیک	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی
	- اسید فولیک - سرخچه و توأم (در صورت نیاز)	- اسید فولیک	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی	- علائم خطر - شکایت‌های شایع - تغذیه/ مکمل‌های دارویی

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

زمان مراقبت نوع مراقبت	مراقبت ۱ روزهای ۱ تا ۳	مراقبت ۲ روزهای ۱۰ تا ۱۵	مراقبت ۳ روزهای ۲ تا ۶
تشکیل یا بررسی پرونده مصاحبه و مشخصات، وضعیت زایمان	مقایسه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	مقایسه چشم، پستان‌ها، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها کنترل علائم حیاتی، حال عمومی	مقایسه چشم، دهان و دندان، پستان، شکم (رحم)، اندام‌ها، محل بخیه‌ها کنترل علائم حیاتی، حال عمومی
آموزش و مشاوره	بهداشت فردی، روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، نحوه شیردهی و مشکلات آن، علائم خطر مادر و نوزاد، زمان مناسب بارداری بعدی، مراقبت از نوزاد، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد، مشاوره بارداری سالم، مراجعه برای انجام پاپ اسمیر در صورت نیاز در هفته ۶ پس از زایمان، تاریخ مراجعه بعدی	بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، تداوم شیردهی، علائم خطر مادر و نوزاد، مراقبت از نوزاد
مکمل‌های دارویی	آهن و مولتی ویتامین تا ۳ ماه پس از زایمان		
ایمن‌سازی	رگام در مادر ارهاش منفی با نوزاد ارهاش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان		

الف - مر اقبیت های پیش از بارداری

صفحه ۱۰	الف ۱- ملاقات پیش از بارداری
صفحات ۱۱-۱۳	تعاریف مر اقبیت های پیش از بارداری
صفحه ۱۵	الف ۲- راهنمای مر اقبیت پیش از بارداری
صفحه ۱۶- ۱۸	الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها
صفحه ۱۹	الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

الف ۱- ملاقات پیش از بارداری

اقدام

گروه بندی خانگه و نشانده ها

ارزایی

تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت پیش از بارداری

اندازه گیری کنید:
قد، وزن، علائم حیاتی

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

گروه بندی کنید

<p>اقدام طبق الف ۲ و الف ۳ و خانه زیر</p>	<p>اختلالات روانی /همسر آزاری، شغل سخت و سنگین، سوء تغذیه یا نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵ و کمتر از ۱۸/۵، رفتارهای پرخطر، مشکلات دهان و دندان، مصرف سیگار و دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر /داروهای مخدر، مصرف الکل، ناهنجاری های دستگاه تناسلی، سن زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال، فاصله بارداری تا زایمان قبلی و کمتر از ۲ سال، بارداری پنجم و بالاتر، نتیجه آزمایش ها: اختلال ژنتیکی، بیماری ها (دیابت، قلبی، لوپوس، آرتریت روماتوئید، تالاسمی میثوز، صرع، فشارخون بالا، تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، سل تحت درمان، سندرم تخمدان پلی کیستیک و ...)</p> <p>سوابق بارداری و زایمان قبلی مرگ نوزاد، مرده زایی، نوزاد ناهنجار، تأخیر رشد داخل رحمی، جراحی شکم و رحم، زایمان زودرس، بارداری ناموفق (سقط مکرر یا دیررس، مول، حاملگی خارج از رحم)</p>
<p>ایمن سازی طبق دستور العمل -تجویز اسید فولیک -درخواست آزمایش -انجام پاپ اسمیر طبق ج ۱۲ -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت پیش از بارداری -تعیین تاریخ مراجعه بعدی در صورت نیاز</p>	<p>طبیعی بودن همه موارد</p>

تعاریف مراقبت‌های پیش از بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آزمایشهای پیش از بارداری: گروه خونی و ارهانش، شمارش کامل خون، قند خون ناشتا TSH، کامل وکشت ادرار را درخواست کنید.

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

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

نکته ۳: تیتر آنتی‌بادی ضد سرخچه را در صورتی که خانم علیه سرخچه ایمن نشده باشد و سابقه ابتلا به سرخچه را نیز نداشته باشد، درخواست کنید.

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

آموزش و توصیه: در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی و زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن آموزش دهید.

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

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی به علائم مصرف آن ماده است؛
 - پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
 - تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
 - مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
 - تداوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن؛
 - صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.
- التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
- الکلیمسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.
- ایمن‌سازی: واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون تزریق کنید.
- نکته: واکسن سرخچه را در صورت تمایل خانم و منفی بودن تیتر آنتی‌بادی ضد سرخچه تزریق کنید. در صورت تزریق واکسن ویروس زنده سرخچه، خانم باید حداقل تا یک ماه از یک روش مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده کند.
- پاپ اسمیر: طبق دستورالعمل فواصل انجام پاپ اسمیر، از دهانه رحم نمونه بگیرید.
- پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروبه‌های پوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از:
- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه
 - سوراخ شدن دندان
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان‌ها بر همدیگر
- تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی را در صورت نیاز تعیین کنید.

نکته: به خانم یادآور شوید به محض قطع قاعدگی مراجعه کند تا در صورت تشخیص بارداری، مراقبت دوران بارداری از هفته ۴ تا ۱۰ بارداری (اولین ملاقات) شروع شود. تشخیص بارداری می تواند با آزمایش ادرار (گراویدنکس)، آزمایش خون (BHCG) و سونوگرافی باشد.

تجویز اسید فولیک: مصرف روزانه ۴۰۰ میکروگرم اسید فولیک (ترجیحاً از ۳ ماه قبل از بارداری) را تجویز کنید. (این دارو به صورت نسخه توسط پزشک تجویز می شود)

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم پیش از بارداری» را تکمیل کنید.

جرم دندانانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا نخ کشیدن از سطح دندان ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه‌ای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می گردد.

دخانیات: مصرف هر نوع سیگار، توتون، تباکو و ... است.

رفتارهای پر خطر: سابقه یا وجود رفتارهایی مانند سابقه زنان، اعتیاد تریقی، رفتار جنسی پر خطر و محافظت نشده، سابقه تریق مکرر خون

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری به صورت مرده یا زنده
زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

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

سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: ۲-۳ بار سقط متوالی

شرح حال: شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری اعم از بیماری‌های زمینهای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروئید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، هیپتیت، اختلال انعقادی، سابقه قلبی سرطان پستان در خانم‌های بالای ۲۵ سال و یا سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا لمس توده در پستان توسط خانم، ناهنجاری دستگاه تناسلی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، تالاسمی مینور در خانم و یا همسرش، اختلال ژنتیکی در خانم یا همسرش و یا وجود ناهنجاری در یکی از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)

- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوابق بارداری و زایمان قلبی، داشتن فرزند کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر

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

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

شغل سخت و سنگین:

- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت؛
- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره کش، مواد آزمایشگاهی و ...؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی به گونه‌ای که موجب افزایش ضریان قلب و عرق کردن زیاد شود.

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

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

- فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.
- تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

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

• **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

• **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم‌حوصلگی، عصیانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم‌خوابی، برشتهایی، کم‌اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب‌رسان به خود و دیگران

فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری قبلی تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد. (سقط در این فاصله‌گذاری محاسبه نمی‌شود).

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

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

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

معاینه دهان و دندان: دهان و دندان خانم را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانانی و آبسه معاینه کنید.

معاینه فیزیکی: خانم به شرح زیر معاینه می‌شود:

- بررسی اسکارا از نظر زردی و ملتحمة چشم از نظر کم‌خونی
- بررسی پوست از نظر بثورات
- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی ندول‌های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر وجود سوفل‌ها، آرتیعی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان‌ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح از پستان در خانم‌های بالای ۲۵ سال (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)

- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد وطحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

- بررسی اندام‌های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی

معاینه لگن و واژن: وضعیت ظاهری لگن از نظر تغییر شکل‌های محسوس مانند راشیتیسم، فلج بودن و یا اسکلیوزیس بررسی می‌شود.

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

نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قند، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید.

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

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

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

مدت اعتبار مراقبت پیش از بارداری یک سال است.

الف ۲- راهنمای مراقبت پیش از بارداری

اقدام

تأثیر بر بارداری

وضعیت فعلی و سابقه

ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و زایمان	افزایش احتمال سقط، زایمان زودرس، زایمان سخت، سزارین، خونریزی بعد از زایمان، حاملگی خارج از رحم	تاخیرهای هلی دستگاه تناسلی
ارجاع غیر فوری به کارشناس ایند امرکز مشاوره بیماری های رفتاری	امکان ابتلا به ایند	رفتارهای پرخطر
جراحی خانم از نظر کنترل بیماری روانی؛ ۱- در صورت تحت درمان بودن و یا اینکه بیماری کنترل نشده نیست ارجاع غیر فوری به روان پزشک برای تدارک درمان و یا شروع درمان ۲- در صورتی که بیماری کنترل شده و مدتی بهبود یافته است، علاقات ماهانه برای بررسی عود بیماری با گرفتن شرح حال بررسی، اعلام بیماری و ثبت نتیجه در فرم شرح حال روان پزشکی و در صورت بروز بیماری ارجاع غیر فوری به روان پزشک در صورت همسر آزاری، مشاوره با زوجین و در صورت عدم موفقیت ارجاع غیر فوری به روان پزشک	احتمال عود یا تشدید بیماری، تکرار همسر آزاری	سابقه یا وجود اختلالات روانی، همسر آزاری
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای بررسی واجبات درخواست مشاوره ژنتیک	افزایش میزان سقط، افزایش بروز تاخیرهای جنینی	اختلال ژنتیکی در یکی از والدین یا تاخیری در یکی از دستگاهان درجه یک زوجهین (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزندان)
ارائه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کمزوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (میچد پیش از بارداری) - در صورت عدم رفع مشکل ارجاع به کارشناس / متخصص تغذیه - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان یا داخلی برای ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز	افزایش احتمال تاخیر رشد جنین، زایمان زودرس، جنین درشت بروه، اکلاپسی، نیابت بارداری سزارین، بروز نقایص جنسی و ذهنی در جنین، تولد نوزاد کم وزن، احتمال افزایش ترومبوآمبولی در نمای توده بدنی بیش از ۳۰	سوء تغذیه یا نمای توده بدنی بالاتر از ۳۵ و کمتر از ۱۸/۵
آموزش و اقدام ترک اعتیاد طبق دستورالعمل کمزوری اداره اعتیاد - آموزش به ترک الکل و در صورت عدم موفقیت مشاوره روان پزشکی	افزایش احتمال آسیب، سقط، تاخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، مرگ جنین، مشکلات، زایمان زودرس، آب کیسه آب، بروه اکلاپسی، نیابت، آلرژی، به هجایت و ایندز در مصرف مواد مخدر، تزریقی) التهاب نوزادی، سیپی، سسی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، همیپلگزیسی و سایر عوارض ناشی از داروهای غیر مجاز، سندرم الکل جنینی	مصرف سیگار و دخانیات، الکل، اعتیاد به مواد مخدر، آزاری مخدر
آموزش بهداشت دهان و دندان و مشکلات آن در بارداری ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان تشدید بیماری دهان و دندان	مشکلات دهان و دندان
آموزش در مورد نحوه فعالیت در بارداری و در صورت امکان تغییر شغل	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	شغل سخت و سنگین
ارجاع غیر فوری به متخصص	احتمال عود	- سابقه مول گکت از یک سال - سابقه سو بار سقط یا بیفتن
ارجاع غیر فوری به متخصص	احتمال عود	سابقه نوزاد تاخیرجان، تاخیر رشد داخل رحمی، زایمان زودرس، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی تلجا
تاکید به رعایت فاصله مناسب برای بارداری از نظر تدارک شیردهی، ارتباط عاطفی مادر و شیرخوار و بهبود سلامت جسمانی مادر	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، آسپی	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	افزایش احتمال تولد نوزاد کم وزن، سزارین، جفت سرراهی بروه اکلاپسی، نیابت، آسپی، تاخیرهای جنین، زایمان سخت	بارداری پنجم و بالاتر، سن زود ۱۸ و بالای ۳۵ سال
تاکید بر عوارض سزارین تکراری - تاکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت	احتمال جفت سرراهی، جفت اکرتا و بزرگ تا افزایش خونریزی پس از زایمان	سزارین تکراری

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها

توصیه و اقدام		تأثیر بر بارداری		عوامل	
۱	درمان آسم و استفاده از روش پیشگیری از بارداری تا بهبود عملکرد ریه -سجاق بودن مصرف استروئید ها، داروهای بی آگونیست و کرومولین سدیم با نظر متخصص در بارداری	تشدید بیماری در یک سوم بیماران -افزایش احتمال پره اگلامپسی، نوزاد کم وزن، مرگ پری ناتال، زایمان زودرس	آسم		
۲	- درمان دارویی در صورت همگلوبین کمتر از ۱۲g/dl -طایفه درمان خوراکی تا ۲ ماه پس از اصلاح میزان همگلوبین	احتمال زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد	آمنی فقر آهن		
۳	-تجویز اسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز -تاکید به مراقبت دقیق بارداری	احتمال ترومبوآمبولی، ترومبوز وریدهای مغزی، قفل خون حادگی، پره اگلامپسی، نکرمان جفت، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین	آمنی ناسی شکل		
۴	ارجاع غیر فوری به متخصص	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	اختلال انعقادی		
۵	-ارجاع غیر فوری به کارشناس اینز ایمرکز مشاوره بیماری های رفتاری	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	ایدز		
۶	-ارجاع به متخصص مربوط -کنترل بیماری حداقل ۶ ماه قبل از باردار شدن	احتمال تشدید بیماری، کم خونی، پره اگلامپسی، نیابت بارداری، زایمان زودرس، محدودیت رشد جنین، آمبولی ریه، ترومبوآمبولی وریدی، مرگ مادر، مرگ نوزاد	بیماری بافت همبند - لپروس		
۷	ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۳ ماه پس از زایمان	بیماری بافت همبند- آرتریت روماتوئید		
۸	-منع مصرف متی مازول و پید رادیواکتیو در بارداری -ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	افزایش احتمال پره اگلامپسی، مرده زایی، تأخیر رشد جنین، نارسایی قانی، زایمان زودرس	بیماری تیروئید- پرکاری		
۹	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	افزایش احتمال سقط، پره اگلامپسی، ناکامان تولد نوزاد کم وزن	بیماری تیروئید- کم کاری		
۱۰	-ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط -تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری	افزایش مورتابلیتی مادر	بیماری قانی- ایسکمی		

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

عنوان

۱۱	بیماری قلبی- دریچه ای	بیماری قلبی- ناهنجاری مادر زایی	افزایش احتمال سقط، مرده زایی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های جنین در صورت مصرف وارفارین -احتمال افزایش مورثاتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	توصیه به مادر برای کاهش فعالیت های بدنی و محدودیت مصرف نیک درمان به موقع عفونت ها و آنمی -تاکید بر تدارک درمان در بارداری (در صورت مصرف ماهانه پنی سیلین) -درمان پروفیلاکسیک علیه آندوکاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی -تاکید به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان -ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط -در صورت وجود کلاس ۳ بیماری: ارجاع فوری
۱۲	بیماری قلبی- ناهنجاری مادر زایی	احتمال افزایش سقط، زایمان زودرس، مرگ جنین، مرگ مادر	احتمال افزایش سقط، زایمان زودرس، مرگ مادر	- ارجاع غیر فوری به متخصص قلب -تاکید به دریافت منظم مراقبت های بارداری
۱۳	بیماری گوارشی	بهبود نسبی اولسر پپتیک سیتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۲ ماه پس از زایمان	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، آنمی، رگمان، تأخیر رشد جنین	- مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H ₂ بلوکر -در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط -در صورت جراحی معده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی
۱۴	بیماری های مزمن کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	بیماری های مزمن کلیه (حداقل ۳ ماه طول کشیده باشد)	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادر زایی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	- کنترل میزان فشارخون و پروتئین ادرار -در صورت اختلال شدید عملکرد کلیه و نیاز به دیالیز: تاکید به انجام دیالیز قبل از بارداری و ادامه آن در بارداری -ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۵	پیوند کلیه	پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادر زایی، سقط، دیابت بارداری، فشارخون زمینه ای، عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، پارگی زودرس کیسه آب	توصیه به بارداری حداقل ۲ سال بعد از پیوند و وضعیت سلامتی عمومی مطلوب - بررسی عملکرد کلیه، میزان کراتینین (کمتر از ۲ و ترجیحاً کمتر از ۱/۵ میلی گرم در سسی لیتز) - بررسی پروتئین ادرار - تاکید به کنترل فشارخون - توجه به بروز عفونت های مختلف و درمان مناسب - ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
۱۶	تالاسمی	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	بارداری بدون عارضه خاصی طی می شود	تجویز مکمل دارویی طبق ح ۴ -بررسی همسر از نظر تالاسمی منور و در صورت ابتلا: ارجاع غیر فوری به مراکز تخصصی برای مشاوره ژنتیک
۱۷	ترومبوپاتی	ترومبوپاتی	افزایش بروز ترومبوآمبولی، سقط	- ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط جهت ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز

الف ۳- بیماری ها و ناهنجاری ها (ادامه)

توضیح و اقدام	تأثیر بر بارداری	عوامل	
<p>اختصاصی شرح حال بیماری و مدت و نوع درمان</p> <p>- کنترل دقیق قند خون برای کاهش عوارض نوزادی</p> <p>- اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و هموگلوبین A1C</p> <p>- تاکید به مصرف آسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز</p> <p>- همایش نورو لورژیک، قلبی، عروقی و بررسی شبکه</p> <p>- اندازه گیری کراتینین سرم پورتیون ادرار ، تست های عملکرد تیروئید</p>	<p>احتمال افزایش هیپو گلیسمی، فشارخون حاملگی، پره اکلاپسی، سقط، زایمان زودرس، عفونت، پلی هیدرامنیوس، ناهنجاری جنینی، مرگ جنین</p>	دیابت	۱۸
<p>ارجاع غیر فوری برای مشاوره با انکولوژیست و یا جراح عمومی</p>	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس کاهش وزن نوزاد، مرگ بری ناتال، آلودگی جنین در بارداری یا آلودگی نوزاد هنگام زایمان به علت بیخ ترشحات</p>	سرطان پستان و سابقه ابتلا	۱۹
<p>به تاخیر انداختن بارداری تا تکمیل درمان</p>	<p>افزایش احتمال ناهنجاری مادرزادی</p>	سل	۲۰
<p>- ارجاع غیر فوری به متخصص مغز و اعصاب برای تنظیم نوع و میزان دارو</p> <p>- تاکید به ادامه درمان در بارداری</p> <p>- تاکید به مصرف آسید فولیک به میزان ۴ میلی گرم در روز</p>		صرع	۲۱
<p>- کنترل فشارخون و ادامه درمان و تنظیم دارو با نظر متخصص زنان یا داخلی</p>	<p>احتمال بروز فشارخون بارداری، پره اکلاپسی</p>	فشارخون بالا	۲۲
<p>ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط</p>	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، عفونت ادراری، ابتلا نوزاد</p>	مالتیبل اسکروزیدس	۲۳
<p>- توصیه به ایمن سازی خانواده</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</p>	<p>اثرات متفاوت مانند سقط، زایمان زودرس و ... بر حسب نوع بیماری</p>	هیپاتیت	۲۴

الف ۴- تفسیر نتایج آزمایش های پیش از بارداری

اقدام

تشخیص اطمینان

نتیجه

انجام تست FTa- ABS و در صورت مثبت بودن: درمان سفلیس	بیماری مقاربتی احتمال مثبت کاردب: بیماری های کلاژن، عفونت منونوکلوز، سین یا لا، مالاریا، بیماری تب دار ، مصرف مواد مخدر، جنام، جنر داری	مثبت VDRL
ارجاع غیر فوری به کارشناس ایدز مشاوره بیماری های رفتاری	ابتلا به ویروس ایدز دبابت آشکار	مثبت HIV
تکرار آزمایش یک هفته بعد و در صورت بالا بودن میزان قند خون، ارجاع به متخصص داخلی یا زنان	دبابت آشکار	قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۴ میلی گرم در نسبی اینتر
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	سرویسیت یا کانسر	پاپ اسمیر غیر طبیعی
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	پرکاری تیروئید، کم کاری تیروئید	TSH غیر طبیعی
- در صورت عفونت واژینال: درمان مطابق نوع عفونت - در صورت عدم بهبود عفونت واژینال و یا وجود پورتزیت کلامیدیایی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	عفونت واژینال یا پورتزیت کلامیدیایی	وجود گلبول سفید در ادرار و گفتت ادرار منفی
- بررسی اعضای خانواده از نظر ابتلا به بیماری یا حامل ویروس بودن - توصیه به ایمن سازی خانواده در صورت منفی بودن HBSAg - ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	هیپاتیت ب	مثبت HBSAg
بررسی علت و درمان بر حسب نوع آنمی	آنمی	هموگلوبین پایین (کمتر از ۱۲ گرم در صد)
درمان مطابق جواب آزمایش	عفونت ادراری	گفتت ادرار مثبت
تکرار آزمایش ۳ ماه بعد	شک به ابتلا به ویروس ایدز	HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر
- در صورت منفی بودن نتیجه تزیریق واکسن سرخچه در صورت تمایل خانم و با تأکید بر رعایت فاصله گذاری برای باردارشدن	در صورت منفی بودن نتیجه: عدم ابتلا به سرخچه در صورت مثبت بودن نتیجه: ایمنی علیه سرخچه	پاسخ تیتر آنمی بادی ضد سرخچه

ب- مراقبت های معمول بارداری

صفحه ۲۱	ب ۱- اولین ملاقات بارداری
صفحه ۲۲	ب ۲- مراقبت های نیمه اول (۲۰ هفته اول) بارداری
صفحه ۲۳	ب ۳- مراقبت های نیمه دوم (۲۰ هفته دوم) بارداری
صفحات ۲۴-۲۹	تعاریف مراقبت های بارداری

ب ۱- اولین ملاقات بارداری

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

تشنج قبل از مراجعه یا در حال تشنج
- اختلال هوشیاری
- شوک (ریزش تنگ و ضعف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه قفل نخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)

در صورت وجود هر یک از علائم

یا توجه به هر حالت: اقدام طبق ب ۱

اقدام

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

در صورت وجود علائم خطر

ارزیابی

تشکیل پرونده
گرفتن شرح حال مطابق فرم مراقبت بارداری

گروه بندی و اقدام

سؤال کنید:
لکه بینی/خونریزی، آبریزش، درد شکم، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و تپش قلب، مشکلات ادراری-تناسلی، درد دندان
مکمل ها و گروه های اصلی غذایی
تروما، شکایت شایع
انبارزه گیری، کتید:
وزن، هگ، علائم حیاتی
معاينه کتيد:
چشم، دهان و دندان، تپش قلب، بیهوشی، پوست، پهستان، شکم، اقدام ها و صورت

با توجه به هر حالت: اقدام طبق ب ۱۳ پ ۱۵ و آخرین خانه زیر در صورت سوء تغذیه ازاله توهمه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)	لکه بینی/خونریزی، تهوع و استفراغ، فشارخون بالا، تپش، آبریزش، تورم، مشکلات ادراری، تناسلی، رنگ پریدگی / زردی /آمی، تنگی نفس، پیش قلب، مشکلات پوستی، درد شکم، سوء تغذیه، نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی	ارهاش منفی، چینه لوزی، اعتقاد به مواد مخدر، کشیدن سیگار و دخانیات، شغل سخت و سنگین، سن بارداری نامناسب، بارداری همزمان با استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، بمانی، توده بدنی غیرطبیعی، فاصله بارداری تا زایمان قلبی کمتر از ۳ سال، بارداری پنجم و بالاتر، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، شیردهی همزمان با بارداری، حاملگی نامناسبه، تروما، مصرف الکل	سوابق بارداری و زایمان قلبی
با توجه به هر حالت: اقدام طبق ب ۱۶ پ ۱۷	بیماری و نامنجاری ها؛ اختلالات روانی؛ لامسر آزاری	مرده زانی، مول، حاملگی نایجا، سقط مکرر، اسقط دیررس، حداقل ۲ بار سقط خود به خودی، مویک، نوزاد، چینه لوزی، نوزاد، تاملخار، نازاری، زایمان زودرس، زایمان سخت / زایمان سریع، نوزاد یا وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، نوزاد یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم، جفا شدن زودرس، جفت سوزدهی، آغزی، زایمان دیررس، سزارین، پاره اکلامپسی، بیادیت بارداری	رفتارهای پرخطر
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع به کارشناس این امرکز مشاوره بیماری های رفتاری	عقربت دانهانی، آبسه و درد شدید دندان		
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی	التهاب لکه پوسیدگی و جرم دندان		
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی	التهاب سوزنی در صورت بیان - درخواست آزمایش های معمول - تصویرنگاری های بارداری طبق ح م - آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری - ترسیم منطقی وزن گیری - تعیین تاریخ مراجعه بعدی	شکایت های شایع، طبیعی بودن همه موارد	

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

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

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

در صورت وجود هر یک از علائم

اقدام

با توجه به هر حالت :اقدام طبق پ ۱

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

در صورت وجود هر یک از علائم

ارزیابی

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر
 سؤال کنید:
 -لکه بینی /خونریزی ،آبرزش، تنگی نفس و تپش قلب ،مشکلات ادراری -تناسلی ،درد شکم ،تهوع و استفراغ ،حرکت جنین، درد دندان ،اختلالات روانی، مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی ،تروما ،شکایت شایع ،همسر آزاری
 اندازه گیری کنید:
 وزن ،علائم حیاتی ،ارتفاع رحم، صدای قلب جنین
 معاینه کنید:
 چشم ،دهان و دندان پوست، اندام ها و صورت

<p>با توجه به هر حالت: اقدام طبق پ ۱ تا پ ۱۲ پ ۱۷، پ ۱۸ و آخرین خانه زیر -در صورت سوء تغذیه: ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)</p>	<p>لکه بینی /خونریزی ،تهوع و استفراغ ،فشارخون بالا ،تب، آبرزش ،ورم ،مشکلات ادراری -تناسلی ،برگ پریدگی /زردی /آنی ،تنگی نفس /تپش قلب، مشکلات پوستی ،نتیجه سونوگرافی ،درد شکم ،ارتفاع رحم نامناسب ،وزن گیری نامناسب ،سوء تغذیه، اختلالات صدای قلب و حرکت جنین، اختلالات روانی /همسر آزاری، تروما</p>
<p>اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی</p>	<p>عفونت دهانی، آیسه و درد شدید دندان</p>
<p>اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی</p>	<p>التهاب لکه پوسیدگی و جرم دندان</p>
<p>این سازی در صورت نیاز -تجویز مکمل های دارویی طبق ح ح -آموزش و توصیه طبق عناوین فرم مراقبت بارداری -ترسیم منحنی وزن گیری -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان -درخواست سونوگرافی، هفته های ۱۶ تا ۱۸ -پیشهاد به انجام غربالگری نامحاری جنین در هفته ۱۲-۱۱ بارداری و در صورت نیاز هفته ۱۷-۱۵ بارداری -تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>شکایت های شایع ،طبیعی بودن همه موارد</p>

گروه بندی و اقدام

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

ابتدا علائم خطر فوری را ارزیابی کنید:

تستج قبل از مراجعه یا در حال تستج
 -اختلال هوشیاری
 -شوکر (نفس تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر به همراه فشارخون سیسولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه)

اقدام

با توجه به هر حالت :اقدام طبق ب ۱

در صورت وجود هر یک از علائم

در صورت نبود علائم

ارز باعی

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام

<p>با توجه به هر حالت :اقدام طبق ب ۲ تا ب ۱۵، ب ۱۷، ب ۱۸ و آخرین خانه زیر -در صورت سوء تغذیه ؛آرایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی(مبحث سوء تغذیه)</p>	<p>لکه بینی اخوزیری ،تهوع و استفراغ ،فشارخون بالا ،تب ،آبریزش ،ورم ،مشکلات ادراری -تناسلی ،ریگ پریدگی ازردی آلمنی ،تنگی نفس ایش ها -مشکلات پوستی ،نتیجه آزمایش ها و سونوگرافی ، درد شکم ،ارتفاع رحم نامناسب ،وزن گیری نامناسب ،اختلالات صناعی قلب و حرکت جنین ،اختلالات روانی اهمسرآزاری ، حاملگی طول کشیده ،سوء تغذیه ،تروما</p>
<p>اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان و یا دندان پزشکی</p>	<p>عفونت دندانی ،آبسه و درد شدید دندان</p>
<p>ایمن سازی در صورت نیاز -تجویز مکمل های دارویی طبق ج ۴ -آموزش و توصیه طبق عنوانین فرم مراقبت بارداری -ترسیم منحنی وزن گیری -توصیه به شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان -درخواست آزمایش های هفته های ۲۶ تا ۳۰ -درخواست سونوگرافی هفته های ۳۱ تا ۳۴ -ترزیق رگام از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری -آموزش زمان مناسب بارداری بعدی در ملاقات هفته ۳۵ تا ۳۷ طبق ج ۱۱ -تعیین تاریخ مراجعه بعدی</p>	<p>شکایت های شایع ،طبیعی بودن همه موارد</p>

گروه بندی و اقدام

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

سؤال کنید:
 لکه بینی اخوزیری ،آبریزش ،بارگی کپسه آب ،درد شکم ،مشکلات ادراری -تناسلی ،استفراغ ،حرکت جنین ،مشکلات پوستی ، درد دندان ، تنگی نفس و تپش قلب ،همسرآزاری ، اختلالات روانی ،تروما ،مصرف مکمل ها و گروه های اصلی غذایی، شکایت شایع

اندازه گیری کنید:
 وزن ،علائم حیاتی، ارتفاع رحم، صدای قلب جنین

معاينه کنید:
 چشم ،شکم(لئوپولد)،پوست، اندام ها و صورت

توجه به تاریخ تقریبی زایمان

تعاریف مراقبت‌های بارداری (به ترتیب حروف الفبا)

آب‌تیزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل
آزمایش‌های معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و ارهانش، شمارش کامل خون، قندخون ناشتا، گنت و کامل ادرار، BUN و کراتینین و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، قندخون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

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

نگته ۲: در صورت وجود یا سابقه رفتارهای پرخطر در زن باردار و یا همسرش، آزمایش VDRL را درخواست کنید.

نگته ۳: نوبت اول کومیس غیر مستقیم را در مادر ارهانش منفی در هر زمانی پس از اطلاع از مثبت بودن ارهانش همسر درخواست کنید. نوبت دوم این آزمایش در هفته‌های ۲۶ تا ۳۰ بارداری است.

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

آموزش و توصیه: طی ملاقات‌های بارداری در مورد بهداشت فردی و روان، بهداشت جنسی، بهداشت دهان و دندان، تغذیه و مکمل‌های دارویی، عدم مصرف سیگار و دخانیات، عدم اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر، عدم مصرف الکل، شکایت‌های شایع، علائم خطر و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بارداری، فواید زایمان طبیعی و ایمن، آمادگی و محل مناسب زایمان، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد، شیردهی، زمان مناسب برای بارداری بعدی و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به مادر آموزش دهید.

نگته: 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، نورو...) یا عدم درک زمان و مکان
ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه‌گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه تا ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتیمتر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می‌شود و در هفته‌های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می‌شود.

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

استنواغ شدید: استنواغ‌های متعدد و با شدت زیاد که باعث کم‌آبی بدن مادر گردد.

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

- تحمل‌گه افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی، لازم برای دستیابی به علائم مصرف آن ماده است،
 - پیدایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
 - تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
 - مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
 - تناوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن؛
 - صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف و یا بهبودی از عوارض.
- التهاب لثه:** متورم، پرخون و قرمز شدن لثه
- الکلیسم:** در جامعه ما هیچ‌گونه معیار عرفی وجود ندارد، اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است.
- اولین ملاقات:** اولین ملاقات با مادر باید در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری، صورت گیرد. اقداماتی که در این ملاقات در صورت نبود علائم خطر فوری انجام می‌شود عبارتست از:

تشکیل پرونده، گرفتن شرح حال و معاینه مادر، درخواست آزمایش‌های معمول، ثبت نتیجه پس از بررسی شرح حال و معاینه، انجام مراقبت ویژه در صورت نیاز و ثبت اقدامات آن، ارزیابی مادر در هفته ۶ تا ۱۰ بارداری و ثبت نتایج آن

نکته: چنانچه مادری در زمانی غیر از هفته ۶ تا ۱۰ بارداری برای اولین بار مراجعه کند، علاوه بر اقدامات مربوط به اولین ملاقات (تشکیل پرونده و شرح حال، درخواست آزمایش‌های روتین، معاینه توسط پزشک)، با توجه به زمان مراجعه مادر، مراقبت مربوط به همان هفته بارداری را نیز انجام دهید.

ایمن‌سازی: ایمن‌سازی با واکسن توأم را طبق دستورالعمل کشوری واکسیناسیون انجام دهید.

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

- ۱- در صورتی که وضعیت ایمن‌سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.
- ۲- در صورتی که وضعیت ایمن‌سازی مادر با واکسن توأم مشخص نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه کزاز باشد، بلافاصله پس از سقط غیر ایمن ۱۵۰۰ واحد سرم کزاز به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید.
- بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در هر مراجعه، ابتدا پرونده را مرور کنید و چنانچه نقایصی مثل تکمیل نبودن قسمت‌های مختلف پرونده، ناشخص بودن وضعیت ایمن‌سازی، نبودن جواب آزمایش‌ها، نبودن نتیجه و پسخوراند وجود دارد، رفع کنید.
- برقراری ارتباط مناسب با مادر: مواردی که باید در برقراری ارتباط مناسب در نظر گرفت شامل:
 - با دقت به صحبت‌ها و شکایتهای زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
 - تکرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه نسبت به زن باردار و زوجش داشته باشید.
 - از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار یا زوجش خودداری کنید. (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت‌آمیز و یا جانبدارانه نداشته باشید)
- به زن باردار و زوجش (در صورت مراجعه همسر) اطمینان دهید که اسرار آنها محرمانه می‌ماند.
- برای زن باردار و یا زوجش (در صورت مراجعه همسر) توضیح دهید که مشکل آنها قابل درمان است و راهکارهای موثری برای کنترل پرخاشگری وجود دارد.

- مکرراً آنها را برای مراجعه به روان پرشک یا روان‌شناس بالینی تشویق کنید.
 - پاره شدن کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل

نکته: به منظور اطمینان از سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:
 برای مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لیته‌تومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی وزیکس یا احیاناً مکنونیوم است، پارگی کیسه آب مسهل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (نیتراژین تست) و یا با کمک یک سوآب استریل مقداری از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرنیگ (طرح برگ سرخسی، ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید.
 چنانچه با روش‌های فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت مظنن بودن صهای قلب جنین، نبود انقباض زودرس زایمانی، قرار داشتن ملار در فاز نهفته زایمان ترم و ادعای مادر مبنی بر آبریزش، یک پارچه تمیز یا نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، انداز کند و خود را کاملاً خشک نماید)
 الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً نشت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه عفونت ادرازی بررسی کنید).

ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در مبحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه بارداری) توجه کنید.

۲- اگر انقباضات زودرس زایمان وجود دارد، مادر را برای تأیید پارگی کیسه آب معطل نکنید.
 بوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروبه‌های بوسیدگی‌زای دهان که علائم آن عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه
 - سوراخ شدن دندان
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا تریش و شیرین
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشرودن دندان‌ها بر همدیگر
- تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را بر اساس «هفته» تعیین و یادآوری کنید.
 تجویز مکمل‌های دارویی: مکمل‌های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.
 تروما: هر نوع ضربه یا صدمه به اعضای مختلف بدن به ویژه شکم و لگن نیاز به بررسی دارد.
 تزریق آمپول رگام: در صورت پاسخ منفی آزمایش‌های کومبس غیرمستقیم (حساس شدن سیستم ایمنی) مادر ارهانش منفی با همسر ارهانش مثبت و در صورت امکان تهیه دارو، آمپول رگام را از هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری تزریق کنید.
 لگن: به خاطر بسیاری در مادر ارهانش منفی با همسر ارهانش مثبت، در صورت ختم بارداری یا خونریزی به هر دلیل پیش از تاریخ تقریبی زایمان (سقط، مول، زایمان زودرس، حاملگی نابجا و...)، آمپول رگام تزریق شود.
 تشکیل پرونده: در ملاقات اول برای تشکیل پرونده، «فهرم مراقبت بارداری» را تکمیل نمایید.
 تشخیص: انقباضات تونیک و کوئیک تمام یا قسمتی از بدن

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

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

توجه به تاریخ تقریبی زایمان: از هفته ۲۸ بارداری به بعد، در هر ملاقات به تاریخ تقریبی زایمان توجه کنید.
جرم دندانانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و یا بخی کشیدن از سطح دندان‌ها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایهای سفت به رنگ زرد یا قهوه‌ای تبدیل می‌گردد.

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

نکته: تعیین حرکات جنین در ۴ هفته آخر بارداری اهمیت دارد. در مواردی که مادر می‌گوید جنین حرکت ندارد، ابتدا به روش زیر وضعیت حرکت جنین را بررسی و سپس براساس نتیجه آن، تصمیم‌گیری کنید. برای شمارش حرکت، به مادر یک لیوان شربت قند داده و به او بگویید که به پهلو چپ بخوابد و تعداد حرکات جنین را به مدت دو ساعت شمارش کند. حرکات جنین به تعداد ۱۰ بار در ۲ ساعت طبیعی است. اگر تعداد حرکت جنین زودتر از ۲ ساعت به ۱۰ بار برسد، به نگره داشتن مادر تا پایان ۲ ساعت نیاز نیست.

خون‌ریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل (بیشتر از لکه‌بینی) دخیالیات: مصرف هر نوع سیگار، توتون، تنباکو و ... است.

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

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

زایمان: تولد نوزاد پس از شروع هفته ۳۲ بارداری به صورت مرده یا زنده
زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده
زایمان سخت: زایمانی که طولانی بوده و یا به وسیله ابزار (فورسپس یا واکيوم) و یا با خروج سخت شانه‌ها انجام شده باشد.

زایمان سریع: زایمانی که در فاصله زمانی ۳ ساعت یا کمتر انجام شده باشد.
زمان مناسب بارداری بعدی: در مورد مدت زمان مناسب برای پیشگیری از بارداری، بعد از زایمان با توجه به نحوه تغذیه شیرخوار (تغذیه انحصاری یا نسبی با شیر مادر) مطابق راهنمای ح ۱۱ به مادر آموزش دهید

سقط: خروج محصول بارداری تا قبل از شروع هفته ۳۲ بارداری
سقط دیررس: سقط پس از سه ماهه اول بارداری

سقط مکرر: ۳-۲ بار سقط متوالی
سوزش ادرار: احساس سوزش به هنگام ادرار کردن

سونوگرافی: به طور معمول در هفته ۱۶ تا ۱۸ (از شروع هفته ۱۶ تا قبل از پایان هفته ۱۸ بارداری) و در هفته‌های ۳۱ تا ۳۴ بارداری، سونوگرافی درخواست کنید.

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

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

نکته ۳: در موارد وجود اختلاف بیش از یک هفته بین سونوگرافی و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی در تعیین سن بارداری، مادر را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان ارجاع غیر فوری دهید.

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری‌ها اعم از بیماری‌های زمینهای (دابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و ...)، اختلالات روانی، بیماری تیروتیوید، سوء تغذیه، ناهنجاری اسکلتی، عفونت HIV / ایدز، ناهنجاری دستگاه تناسلی، تالاسمی میوز در زوجین، هپاتیت، اختلالات انعقادی، سابقه سرطان پستان در افراد درجه یک خانواده مادر (مادر، خواهر، مادر بزرگ) و یا سابقه قلبی سرطان پستان در مادر و یا لمس توده در پستان توسط مادر، مصرف دارو و حساسیت دارویی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی
- تاریخچه بارداری: تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان، سوانح بارداری و زایمان قلبی، وضعیت بارداری فعلی، آخرین روش پیشگیری از بارداری، داشتن فرزند کمتر از سه سال، بارداری پنجم و بالاتر
- تاریخچه اجتماعی: سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، کشیدن سیگار یا سایر دخانیات، مصرف الکل، شغل سخت و سنگین، رفتارهای پرخطر، همسرآزاری
- شکایت‌های شایع: این شکایت‌ها در نیمه اول شامل دردناک و حساس شدن پستان‌ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، افزایش ترشحات مهلبی، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سردل و وپار و در نیمه دوم شامل پرریگ شدن پوست نفاطی از بدن مانند هاله پستان‌ها و ناف، بی‌نوست، نفخ، افزایش ترشحات مهلبی، کم‌درده، 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 (فقدی، غیر نقدی) صورت گیرد.
- شغل سخت و سنگین:
- کار طولانی مدت به صورت ایستاده بیش از ۳ ساعت؛
- قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس و یا در معرض مواد شیمیایی اعم از حشره‌کش، مواد آرومایشگاهی و...؛
- بالا بودن حجم فعالیت جسمی به گونه‌ای که موجب افزایش ضربان قلب و عرق کردن زیاد شود.
- نکته: لازم است مادر بارداری که کار طولانی مدت نداشته دارد، هر ۳ ساعت یک بار تغییر وضعیت دهد.
- شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و نبی فراری و گیجی همراه باشد).
- صدای قلب جنین: در هر ملاقات به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.
- عفونت دندانان، آبسه و درد شدید: از فوریت‌های شایع دندان پزشکی است. پیشرفت شدید پوسیدگی و عفونت دندان معمولاً با دردهای شبانه، شدید، مداوم و خود به خودی همراه است که می‌تواند باعث تورم صورت و لته‌ها (آبسه) شده و گاهی، با فیستول (دهانه خروجی چرک آبسه دندان) همراه شود.
- علائم حیاتی: در هر ملاقات، علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.
- در طول بارداری فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.
- درجه حرارت بدن را از راه دهان (زیر زبانی) اندازه‌گیری کنید. دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است. درجه حرارت زیر بغل از درجه حرارت زیر زبان به میزان ۰/۵ درجه کمتر است.
- تعداد نبض را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.
- تعداد تنفس را به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری کنید. تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.
- علائم روانی: وضعیت روانی مادر را با ارزیابی علائم به شرح زیر تعیین کنید:
- علائم خطر فوری روانی: افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران
- علائم در معرض خطر روانی: روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پر خوابی، کم خوابی، پراشتهایی، کم اشتها)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران
- غریبالگری ناهنجاری جنین: به مادر پیشنهاد کنید در هفته ۱۳-۱۱ بارداری و در صورت نیاز در هفته ۱۷-۱۵ بارداری غربالگری را انجام دهد. با این روش برخی ناهنجاری های کروموزومی مانند تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ و ناهنجاری لوله عصبی در جنین شناسایی می شود.

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

نکته ۲: غربالگری سه ماهه دوم پس از هفته ۱۸ بارداری توصیه نمی شود. فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال: فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال باشد (رسقط در این فاصله گذاری محاسبه نمی شود) کلاس آمادگی برای زایمان: این کلاس‌ها از هفته ۲۰ بارداری به مدت ۸ جلسه به منظور آشنایی مادر با مباحث تنوری بارداری و زایمان و پس از زایمان و مباحث عملی شامل تمرین‌های عمیق - عضلانی، اصلاح وضعیت‌ها، تکنیک صحیح تنفس، آرام‌سازی تشکیل می‌شود. مادر می‌تواند با یک نفر همراه به انتخاب خودش در این کلاس‌ها شرکت کند.

لکه بینی: خروج لکه خونی از مهبل

مانورهای لئوپولد: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانیده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لئوپولد شامل چهار مانور به شرح زیر است: **مانور اول:** در این مانور، در کنار تخت بایستید به 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 اجزای 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 هالی لمس می‌شود که دست و پا و جلوی بدن جنین است.

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

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

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

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

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی) که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد. مشکلات اداری - تناسلی: این مشکلات شامل سوزش ادرار، درد هنگام ادرار کردن، درد زیر دل، ترشحات غیر طبیعی و بدبوی واژینال، خارش و سوزش واژن و ناحیه تناسلی خارجی است.

معاینه اندام‌ها و صورت: پاهای، صورت و دست‌های مادر را از نظر وجود ادم بررسی کنید.

معاینه پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی معاینه چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید.

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

معاینه دهان و دندان: در ملاقات اول و دوم، دهان و دندان مادر را از نظر وجود جرم، پوسیدگی، التهاب لثه، عفونت دندانی و آبسه معاینه کنید. معاینه شکم: در نیمه دوم بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید.

معاینه فیزیکی: مادر به شرح زیر معاینه می‌شود:

- بررسی اسکلر 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 سوفل‌ها، آریتمی، ویزیک، رال
- معاینه پستان‌ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و ملحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده

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

ملاقات‌های 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) می‌باشند. در هر ملاقات مادر با توجه به نیمه بارداری، مراقبت مادر را بر اساس مراقبت‌های استاندارد همان نیمه بارداری انجام دهید.

نازایی: عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری نمایه توده بدنی: با استفاده از میزان وزن و قد، نمایه توده بدنی را از روی نمودار نوموگرام محاسبه کنید. نکته: تعیین نمایه توده بدنی در ۱۲ هفته اول بارداری اعتبار دارد.

وزن: در هر ملاقات، وزن مادر را اندازه‌گیری و با وزن قبلی مقایسه کنید. سپس وزن‌گیری مادر را با توجه به سن بارداری بر اساس «جدول وزن‌گیری» تعیین کنید. به طور طبیعی میزان افزایش وزن مادر در طول بارداری با توجه به نمایه توده بدنی طبیعی، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلوگرم است.

نکته: افزایش وزن مادر به میزان یک کیلوگرم یا بیشتر در مدت یک هفته، افزایش وزن ناگهانی است. مصرف مکمل‌ها و گروه‌های اصلی غذایی: در هر ملاقات، مصرف منظم مکمل‌های دارویی و مصرف روزانه مقادیر کافی و متنوع از گروه‌های اصلی غذایی را سؤال و به مصرف روزانه به خصوص از گروه شیر و لبنیات و گروه میوه و سبزی تأکید کنید. همسر آزادی: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا رنجش زن همراه گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خفا رخ دهد.

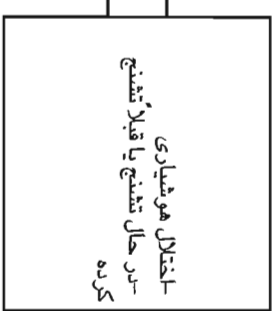
خشونت جسمی: هر گونه اقدام عمدی از سوی شوهر که منجر به وارد شدن آسیب بدنی به همسرش گردد مانند مشت زدن، سیلی زدن و لگد زدن، هل دادن، کتیدن موها، اقدام به خفه کردن، ضربه زدن با چاقو زدن و ... رفتار خشونت‌آمیزی است که شرافت، آبرو و اعتماد به نفس زن را خدشه‌دار می‌کند. این رفتار به صورت انتقال نازوا، تحقیر، بددهانی، تمسخر، توهین، فحاشی، متلاک و تهدیدهای مداوم اعمال می‌شود.

پ-مر اقبیت های ویژه بارداری

پ ۱۱-وزن صفحه ۴۱	پ ۱-علائم خطر فوری(افکول موشیاری تشخیص) صفحه ۳۱
پ ۱۲-رتک پرینتی لزردی /انمی صفحه ۴۲	پ ۲-فشل خون بالا صفحه ۳۲
پ ۱۳-زرق قراع رحم نامناسب /وزن گیری نامناسب(کمی یا اویش وزنه) صفحه ۴۳	پ ۳-خونریزی /لکه بینی صفحه ۳۳
پ ۱۴-حاملگی طول کشیده /مشکلات پوستی صفحه ۴۴	پ ۴-درده شکم صفحه ۳۴
پ ۱۵-تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری صفحه ۴۵	پ ۵-آبریزش /پارگی کیسه آب صفحه ۳۵
پ ۱۶-بیماری و نامنجاری ها صفحات ۴۵-۵۰	پ ۶-رتب صفحه ۳۶
پ ۱۷-اختلالات روانی /همسر آزاری صفحه ۵۱	پ ۷-تنگی نفس /تپش قلب(تعداد نبض و تنفس بین از حد طبیعی) صفحه ۳۷
پ ۱۸-سایر موارد خطر در بارداری فعلی صفحات ۵۲-۵۵	پ ۸-مشکلات ادروزی-جناسلی صفحه ۳۸
پ ۱۹-سوابق بارداری و زایمان قبلی صفحات ۵۶-۵۸	پ ۹-تھوع و استفراغ صفحه ۳۹
	پ ۱۰-اختلالات صدای قلبی و حرکت جنین صفحه ۴۰

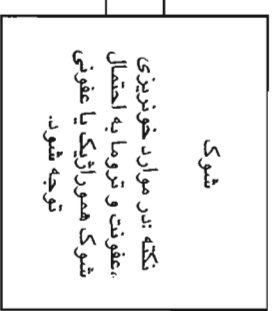
پ ۱- علائم خطر فوری

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



سن بارداری تشخیص احتمالی

سن بارداری تشخیص احتمالی		
اقدام	اقدام	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> - درخاست کمک - اطمینان از باز بودن راه های هوایی - گرم نگه داشتن بیمار و قرار دادن پاهای بالاتر از سطح بدن - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - باز کردن دو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه - در صورت تأخیر در ارجاع تزریق یک لیتر دیگر سرم تا پایان یک ساعت و در صورت برطرف نشدن علائم شوک تزریق مجدد ۲ لیتر سرم رینگر) - سوندگذاری مثانه و ثابت نگه داشتن آن - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه - در موارد شک به شوک عفونی: تزریق آهسته وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱ 	<ul style="list-style-type: none"> شوک ناشی از خونریزی داخلی: حجامگی ان رجم سقطه حجفت سردرغی /وکلان تروما شوگ عفونی به دنبال: پیلونفریت آمپیونیت پریتونیت سقطه عفونی و 	نیمه اول و دوم بارداری



پ ۲- فشارخون بالا

سن بارداری	علائه همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سردرد، تهوع و استقرارهای شدید، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا	مول، تیرورت، کمیکون، گریز، هیپر، گنسیطان چندقلویی	بازنگ داشتهن رگ و تزیق هیدرالازین طبق ۲ح -حان اکسیژن به میزان ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا آوله -ارجاع فوری طبق ۱ح
نیمه دوم بارداری	فشارخون بیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئوری + او بالاتر، ورم دست و صورت، سردرد تباری دید، درد ایبی گاستر	پره اکلاپسی اضافه شده به فشارخون بالا	درمان اکلاپسی طبق ۲ح -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ۱ح
نیمه دوم بارداری	فشارخون کمتر از ۱۱۰، ۱۶۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئوری کم یا + ورم ژبرالیزه، بدون سردرد و تازی دید و درد ایبی گاستر	پره اکلاپسی خفیف	باز کردن رگ و تزیق سرم قندی یا ریگر حادکن ۲۲ قطره در دقیقه -ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ۱ح (درمان اکلاپسی طبق ۱ح اگر صورت تعدید بیماری جن ارجاع)
	فشارخون بیاستولیک ۸۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه در مادری که فشارخون دیاستولیک قلبی او ۸۰- تا ۹۰ میلی متر جیوه نبوده است.	شروع پره اکلاپسی	-انجام آزمایش ادرار از جهت وجود پروتئین -بررسی وضعیت رشد جنین و وزن گیری مادر -سمع صدای قلب جنین در صورت طبیعی بودن همه موارد: -توصیه به مادر برای استراحت به پهلوی چپ -توزین روزانه و اندازه گیری روزانه -آموزش علائم خطر و آرایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (میچث پره اکلاپسی) در صورت غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق، ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

ارزیابی

سؤال کنید :
سردرد، تازی دید، درد ایبی گاستر، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا، تهوع و استقرار شدید

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

معاينه کنید:
ایبی گاستر، ورم بدن و اندامها

گروه بندی و اقدام

پ ۳- خونریزی / لکه بینی

سن بارداری	علائه همراه	تشخیص امتمالی	اقدام
لیمه اول بارداری	* خونریزی کم درد شکم، تندرئس و ریباد شکم	خامگی خارج از رحم پاره شده، شکم، جاد	باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی ناشده طبق ح ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
	* خونریزی در حد قاعده‌گی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعده‌گی	سقطه	باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - بررسی منبع خونریزی ناشده طبق ح ۲ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
لیمه اول بارداری	لکه بینی، تهوع و استقرغ درد مبهم شکم	تهید به سقط مول، حاملگی خارج از رحم پاره نشده	- ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان توجه دقیق به شرح حال سقط و در صورت سقطه غیر ایمن: - توجه به خونریزی داخلی و احتمال پارگی رحم بدون علامت بالینی - ایمنسازی با واکسن توأم - تجویز مکملهای دارویی - درخواست سونوگرافی برای اطمینان از نبود تکه های جفت
	* درد شکم، اختلال صدای قلب چنین، افزایش اندازه و سفتی پیشرونده رحم، تندرئس رحم	در صورت تشخیص خونریزی داخلی، ارجاع فوری به بیمارستان	باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر حداقل ۳۳ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۴ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا اورال - عدم معاینه واژینال - خرابا نندین مادر به پهلوی چپ - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱
	ترقحات خونی، انقباض رحمی	نمایش خونی (bloody show)	- معاینه واژینال و تأیید شروع زایمان - ارایه مراقبت های معمول زایمان طبق ت ۱

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

ارزیابی

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

تعمین کنید:
سن بارداری، تعداد
ضربان قلب جنین
معاينه کنید:
شکم، ارتفاع و
تونسیتة رحم

گروه بندی و اقدام

پ ۴- درد شکم

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	* تنگی و ریناند شکم تب و لرز، تندریش پهلوها تهوع و استفراغ	جاه لگی خا‌رغ اثر رحم شکم جاد، سستی مجاری ادرار، پیلوپتوز	باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداقل ۲۲ قطره در دقیقه تدریسی منبع خون‌ریزی بهمنه طبق ج ۲ ارجاع فوری و هم‌ا‌هی، پیمال طبق ج ۱ در صورت نبود خون‌ریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان
	* خوزری در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی	تندریش و ریناند شکم تب و لرز، تندریش پهلوها تهوع و استفراغ	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه دارن اکسیژن به میزان ۴ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله در صورت نبود خون‌ریزی؛ به‌عبارت‌ه‌ وازیتال با احتیاط خواباندن مادر به پهلو چپ ارجاع فوری و همراهی پیمال یا ست زایمان طبق ج ۱ در صورت وجود علائم زایمانی: اقدام طبق ج ۳
نیمه دوم بارداری	* تندریش و ریناند شکم، تب و لرز، تندریش پهلوها تهوع و استفراغ	شکم جاد پیلوپتوز	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه در صورت پیلوپتوز: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی‌سپین و عضلانی ۸۰ میلی‌گرم جنتامایسین ارجاع فوری طبق ج ۱
	* تدریش آبکی و بدبوی واژینال، تب و لرز، تندریش رحم افزایش ضربان قلب جنین، آبریزش یا پارگی کیسه آب	تشدید تضاد استخوان براکستون هیکس	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۲۲ قطره در دقیقه دارن اکسیژن به میزان ۴ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله تزریق وریدی ۲ گرم آمپی‌سپین و عضلانی ۸۰ میلی‌گرم جنتامایسین ارجاع فوری طبق ج ۱
	* ترشحات خوشی، انقباضات رحمی	زایمان	معیبه واژینال و در صورت شروع زایمان: نراره مراقبت‌های زایمان طبق ج ۱

گروه بندی و اقدام

سؤال کنید:
محل و نوع درد
میزان خون‌ریزی
تهوع و استفراغ
اسهال، سوزش ادرار
تکرر ادرار
احساس سوزش دفع ادرار
تدریش آبکی و بدبوی واژینال
آبریزش ادرز

تعیین کنید:
درجه حرارت سن بارداری
تعداد ضربان قلب جنین
بوسعیت زایمان

معاینه کنید:
ارتجاع و تونیسیتیه رحم، شکم یا پهلوها

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

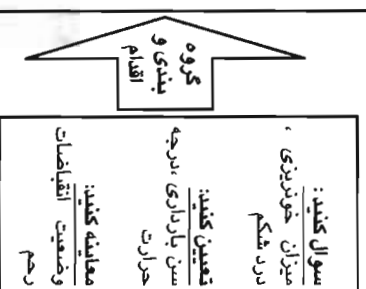
پ ۵- آبریزش / پارگی کیسه آب

اقدام

تشخیص احتمالی

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی

<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی - نمکی یا رینگر حداقل ۳۳ قطره در دقیقه</p> <p>- 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</p> <p>- ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	آمنیوتیت	*	تب	
<p>باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله تنفس مصنوعی قلب، چنین</p> <p>- قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چپ)</p> <p>- پالشی در زیر پاستین مادر)</p> <p>- سونداز عقانه ۱۰۰</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱</p>	پرولاپس بند ناف	لوس توده بنفش نار در واژن		
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا سالین نرمال حداقل ۳۳ قطره در دقیقه</p> <p>- بررسی شیخ خونریزی دهانده طبق ح ۲</p> <p>- ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱</p> <p>- در صورت نبود خونریزی: ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	سقط	خونریزی در حد قاعدگی یا بیشتر، درد شکم مشابه درد قاعدگی (سن حاملگی کمتر از ۲۲ هفته)		نیمه اول و دوم بارداری
<p>اقدام طبق ح ۴</p>	زایمان زودرس	وجود انقباضات رحم (سن حاملگی بین ۲۲ تا ۳۷ هفته)		
<p>- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی - نمکی حداقل ۳۳ قطره در دقیقه</p> <p>- عدم معاینه واژینال</p> <p>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم پنتامازون *</p> <p>- ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	در معرض زایمان زودرس	نبود انقباضات رحم (زیر ۳۷ هفته کامل)	وجود یا نبود انقباضات رحم (از ۳۷ هفته کامل به بعد)	
<p>معاینه واژینال و در صورت شروع زایمان: ازبیه مراقبت معمول زایمان طبق ح ۱</p>	شروع زایمان			



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

** سوند فولی یا کاتون 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 پیش سوند را کلاپس کنید تا مثانه پر شده تکلیف بشود.

*** در صورتی که مادر یک بار آمبول پنتامازون را در بارداری دریافت کرده است از تزریق مجدد خودداری شود. دوز دوم این دارو ۲۳ ساعت بعد از تزریق دوز اول است.

پ-۶- تب

اقدام

تشخیص امکان

علائم همراه

سن بارداری

<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزریق استامینوفن خوراکی یا ششایف - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم چنتامایسین - در موارد شک به پیلونفریت در صورت امکان قبل از تزریق آنتی بیوتیک نمونه ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیمارستان فرستاده شود - ارجاع فوری طبق ج ۱۲</p>	<p>عفونت باحاصل بارداری</p>	<p>* لکه بینی، پارگی کیسه آب (آبریزش)، آدره شکم، ترشحات بدبو، علائم ناشی از دستکاری بارداری، لرز * درده و تندرین پهلوها، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ لرز</p>	
<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تزویز استامینوفن خوراکی یا ششایف - دادن اکسیژن به میزان ۴-۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تزویز ۱ قرص ۲۰۰ میلی گرمی اریتروماسین - ارجاع فوری طبق ج ۱۲</p>	<p>عفونت دستگاه تنفسی تحتانی</p>	<p>تنگی نفس، سرفه، برال دردی، لرز، درد قفسه سینه افزایش تعداد تنفس * سردرد، سفتی گردن، تهوع و استفراغ</p>	<p>لیپمه اول و دوم بارداری</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 های انگلی (مالاریا و...) هیپاتیت</p>	<p>بزرگی کبد و طحال، خستگی، زردی، بی اشتها، لرز تظاهرات عممی بزرگی سینه یا شکم، علائم نارسایی قلبی، سابقه بیماریهای درجه ای قلبی، خستگی، بی اشتها، تظاهرات عممی</p>	
<p>در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال، درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز، ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی - در صورت اسهال شدید، به غیر از اسهال شدید شب بالای ۲۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی، ارجاع فوری به بیمارستان</p>	<p>عفونت دستگاه گوارشی</p>	<p>اسهال خونی، درد شکم، تهوع و استفراغ</p>	
<p>در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز، ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی</p>	<p>عفونت دستگاه تنفسی فوقانی</p>	<p>آبریزش بینی، گلودرد، آگزردای حلق، سرفه</p>	

ارزیابی

سؤال کنید :
لکه بینی، پارگی کیسه آب، درد شکم، ترشح بدبوی، واژینال، دستکاری بارداری، سوزش ادرار، تهوع و استفراغ، سرفه، درد قفسه سینه، اسهال خونی، گلودرد، لرز، سردرد، خستگی یا بی اشتها، ساقچه، بیماری های درجه ای قلبی، آبریزش بینی، تنگی نفس، درد پهلوها
تعیین کنید:
علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب
معاینه کنید:
پهلوها، ریه ها، گردن، کبد و طحال، اسکلت، حلق

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

*

پ ۹- تهوع و استفراغ

اهداف

تشخیص اتمام

علائم همراه

سن بارداری

باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی ۲۲ قطره در دقیقه، ارجاع فوری طبق ح ۱۳	شکم خاکی، حاملگی خارج از رحم	* درد و تندریس و ریپاند شکم، لکه بینی، تب	
- باز کردن رگ و تزریق سرم رینگر یا قندی ۱۰ قطره در دقیقه، تزریق عضلانی ۲۵ میلی گرم پرومتازین یا ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید ارجاع فوری طبق ح ۱۳	استفراغ شدید بارداری، بول	کاهش تورگور پوست، کاهش وزن، دفعات زیاد استفراغ (بیش از ۶ بار در ۲۴ ساعت)	
باز کردن رگ و تزریق سرم قندی و در صورتی که استفراغ حاوی خون تازه است: تزریق سرم به میزان حداقل ۲۴ قطره در دقیقه درمان مانند زمان غیر بارداری ارجاع فوری طبق ح ۱۳	بیماری دستگاه گوارش	* استفراغ خونی	
باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداکثر ۲۴ قطره در دقیقه تزریق عمیق عضلانی ۲ گرم سیتراکامون در صورت امکان ارجاع فوری طبق ح ۱۳	عفونت های مغزی	* سردرد تب، بی قراری، سفتی گردن	
- درمان اکلیمپسی طبق ح ۳ ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱۳	HELLP syndrome	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی به همراه فشارخون بالا	لیمنه اول و بارداری
باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی رعایت نکات بهداشتی در صورت احتیاج هباتیت ارجاع فوری	کبد چرب بارداری، هپاتیت	درد اپی گاستر، زردی پیشرونده، ضعف و بی حالی، فشارخون بالا	
- در صورت اسهال خفیف تا متوسط و بدون وجود خون در اسهال: درمان مانند زمان غیر بارداری و در صورت عدم بهبود پس از ۳ روز: ارجاع غیر فوری به متخصص عفونی	عفونت دستگاه گوارشی	درد شکم، اسهال، تب	
در صورت اسهال شدید، دهیدراتاسیون شدید، تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد و یا اسهال خونی: ارجاع فوری به بیمارستان			
ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ۸ بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث تهوع صبحگاهی) تجویز قرص پرومتازین ۲۵ میلی گرم یا متوکلوپرامید ۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت در صورت وجود استفراغ بیش از یک بار در روز: درخواست آزمایش ادرار در صورت وجود کتون در ادرار: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	استفراغ بارداری	تهوع مکرر صبحگاهی یا در طول روز	

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

ارزایی

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

گروه بندی و اقدام

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

پ ۱۰- اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

اقدام

تشخیص امکان

معیار تشخیص

سن بارداری

<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۲ قمره در دقیقه</p> <p>حداقل اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>در صورت وجود تب و پارگی کیسه آب: آنتی‌بیوتیک ۵ت</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>تارگی، گذری</p> <p>جنینی</p>	<p>تعداد ضربان قلب جنین به میزان بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در سو فوبیت به فاصله ۱۰ دقیقه (بعد از هفته ۲۵ بارداری)</p>	<p>نیمه</p> <p>۵۹</p> <p>بارداری</p>
<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۲ قمره در دقیقه</p> <p>حداقل اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>قرار دادن مادر به پهلو چپ</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>نیسترس</p> <p>جنینی</p> <p>(برای کاربری)</p>	<p>تعداد ضربان قلب جنین به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در مدت ۲ دقیقه یا بیشتر</p>	
<p>حداقل اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>قرار دادن مادر به پهلو چپ</p> <p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>هیپوکسی</p>	<p>* کاهش حرکت جنین بعد از هفته ۲۸ بارداری</p>	
<p>ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>مرگ جنین</p>	<p>ششیده نشدن صدای قلب جنین</p>	

ارزیابی

سؤال کنید:
 وضعیت حرکت جنین
تعیین کنید:
 تعداد ضربان قلب جنین سن بارداری
 تعداد حرکت جنین

گروه بندی و اقدام

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

پ ۱۱- ورم

اقدام

سن بارداری علائم همراه تشخیص احتمالی

سرماتن پره اکلامپسی طبق ح ^۳ ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ^۱	پره اکلامپسی	فشار خون بالا پروتئینوری	بارداری
تیزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد همپارین تجویز استامینوفن قرار دادن اندام مبتلا بالاتر از سطح بدن و بی حرکت نگه داشتن بیمار ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ^۱	ترومبوز ورید عمقی یا انفصال شریانی	ورم و درد یک طرفه ساق و ران سردی و رنگ پریدگی اندام، کاهش نبض اندام، کبودی اندام	نیمه اول و دوم بارداری
اقدام طبق پ ۴ در صورت شناسایی بیماری زمینه ای: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط	بیماریهای زمینه ای (قلبی، کلیوی، تیروئید، کبدی)	افزایش اورده و کراتی تین سابقه بیماری کلیه سوفل های قلبی، ایلتا به بیماری های مادرزادی قلب بزرگی تیروئید، خشکی پوست، نیبوست احساس سرما	نیمه اول و دوم بارداری
درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین ارایه توصیه های بهداشتی طبق ح ^۸ جررسی وضعیت وزن مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث ورم بارداری)	ورم ساده بارداری	ورم اندام تحتانی که با استراحت کاهش می یابد	

ارزایی

سئوال کنید:

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

تعمین کنید:

پروتئین ادرار، اورده و کراتی تین، فشارخون، وضعیت وزن گیری

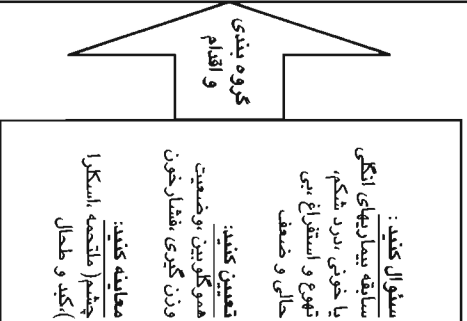
معاينه کنید:

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

پ ۱۲- رنگ پریدگی / زردی / آنمی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص اتمانی	اقدام
	زردی پیشرونده، تهوع و استفراغ، ضعف و بی حالی، درد آبی گاستر به همراه فشارخون بالا	HELLP syndrome	- درمان اکلاپسی طبق ج ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱
	زردی پیشرونده، استفراغ، ضعف و بی حالی، درد آبی گاستر، فشارخون بالا	هپاتیت، کبد چرب، بارداری	- بازنگه داشتن رنگ و تزریق سرم آهنی - رعایت نکات بهداشتی در صورت احتمال هپاتیت - ارجاع فوری
	بزرگی کبد وطحال، خستگی، بی حالی، بی اشتها، سابقه بیماری آنگی	بیماری های حوزی و یا عفونی	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
	هموگلوبین کمتر از ۷ گرم در صد، ملامحه رنگ پریده	آنمی شدید	ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)
نیمه اول و دوم بارداری	خستگی، تنگی نفس پس از فعالیت، افزایش نامنظم ضربان قلب، زردی ملامحه یا پوست	آنمی سبک سل	- توجه به علائم ترومبوآمبولی به دلیل افزایش احتمال بروز آن در آنمی سبک سل - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان و هماتولوژیست
	هموگلوبین ۷-۱۰ گرم در صد، ملامحه رنگ پریده	آنمی متوسط	- بررسی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، آنکس رتیکولوپوسیت، آهن سرم، فرفیتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها - تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز ۲۰۰ (میلی گرم) به مدت یک ماه - درخواست آزمایش آنکس رتیکولوپوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی)
	هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم در صد	آنمی خفیف	- در صورت عدم افزایش آنکس رتیکولوپوسیت ها یا عدم دسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص - تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز، در مدت یک ماه - درخواست آزمایش آنکس رتیکولوپوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان - بررسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث آنمی) - در صورت عدم افزایش آنکس رتیکولوپوسیت ها: ارجاع غیر فوری به متخصص

ارزیابی



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

پ ۱۳- ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

ارتفاع رحم نامناسب

ارزایی

معیار تشفیص

تشفیص اطفال

اقدام

<p>سؤال کنید: تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی تعیین کنید: سن بارداری، ارتفاع رحم</p>	<p>گروه بندی و اقدام</p>
---	--------------------------

<p>اندازه رحم بیش از ۳ هفته یا سن بارداری متفاوت است (مطابقه خالی باشد).</p>	<p>میرم، چنتاقوی بی پلی هیدرامنیوس مول، ماکرونوزومی، افتتاه در تعیین سن بارداری مریک جنین، تاخیر رشد داخل رحمی، نمایش عرضی، الیگ هیدرآمنیوس</p>
--	---

<p>درخواست سونوگرافی -ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -در صورت وجود نمایش غیر طبیعی در هفته ۲۶: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -در صورت گزارش نمایش عرضی قبل از هفته ۲۶: بارداری ادامه مراقبت ها و بررسی مجدد نمایش جنین در هفته ۲۶ بارداری</p>	<p>پوره اکلاپسی</p>
--	---------------------

وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)

ارزایی

علائم همراه

تشفیص اطفال

اقدام

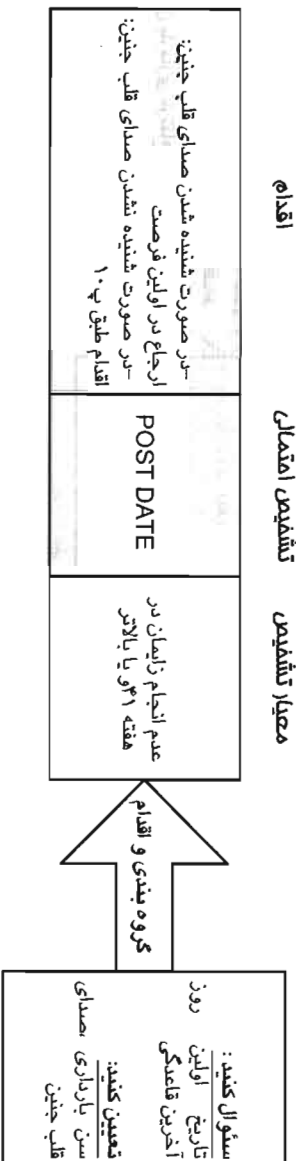
<p>سؤال کنید: رژیم غذایی خاص، تنوع و استقراغ سابقه بیماری زمینه ای، مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، ناراضیاتی از بارداری، اختلالات روانی و علائم افسردگی، مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی، اعتیاد به داروها و مواد مخدر و مصرف سیگار، سابقه سقط، سابقه نوزاد کم وزن، سابقه زایمان زودرس، فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال، حجم کار و استراحت روزانه</p> <p>تعیین کنید: هموگلوبین، فشارخون، وزن، قد، چنتاقویس، نمایش توده بدنی</p> <p>معاينه کنید: چشم، شکم، قلب، ریه، اندام ها</p>	<p>گروه بندی و اقدام</p>
---	--------------------------

<p>افزایش وزن بیش از یک کیلوگرم در هفته و فشارخون بالا</p>	<p>پوره اکلاپسی</p>	<p>درمان پوره اکلاپسی، طبق ج ۳ -ارجاع فوری و مرمایی بیمار طبق ج ۱</p>
<p>بی اشتهایی، استقراغ، افتتاه، نمایه توده بدنی کمتر از ۹/۸۰، اعلام بیماری زمینه ای (پرخورزی، پرینوشی، پرادراری، سوزش ادرار، علائم غیر طبیعی در معاینه قلب و ریه و شکم و...)، بیکا و ویدر حاملگی، علائم افسردگی (زودرنجی، اضطراب، اختلال در خواب و اشتها، خستگی و بی حوصلگی، تقابل به گریه کردن، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، عصیانیت، ناراضیاتی از بارداری، مشکلات خانوادگی، خلق افسرده و بی علائقی و...)</p>	<p>سوء تغذیه</p>	<p>-برحسب علل سوء تغذیه: برایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کفوری 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</p>

پ ۱۴ - حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

حاملگی طول کشیده

ارزایی



مشکلات پوستی

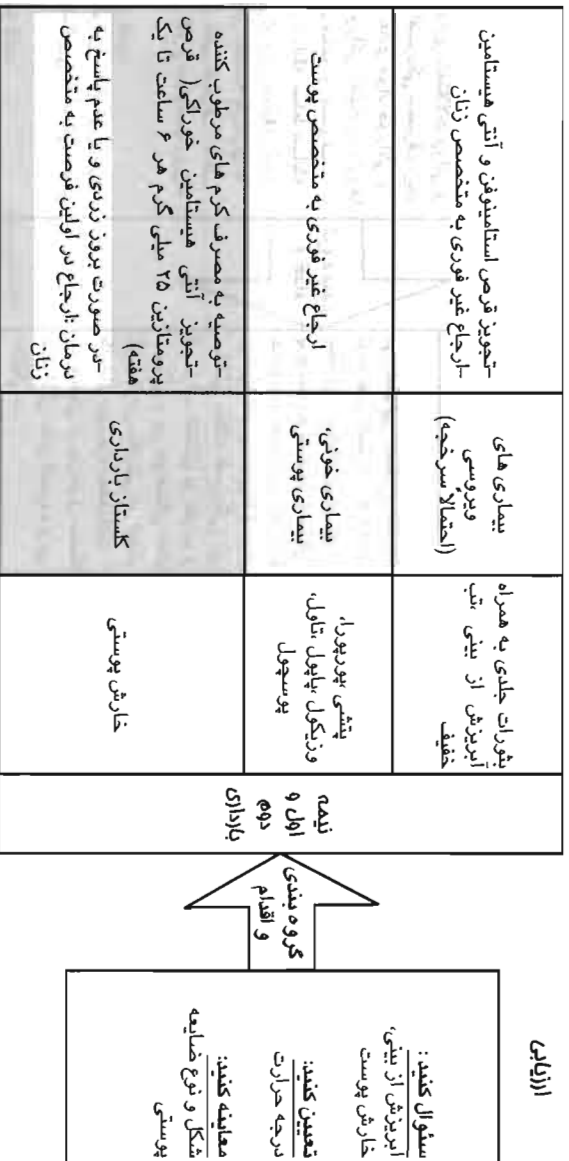
اقدام

تشخیص احتمالی

علائم همراه

سن بارداری

ارزایی



نکته: اگر چه مدت بارداری تا ۳۲ هفته به عنوان بارداری نرم محسوب می شود، ولی به سبب افزایش احتمال ماکرووزومی، دفع مکو نیوم و یا اولیگو میسر آمنیوس بهتر است در صورت طولانی شدن بارداری پس از ۴۱ هفته مادر به مرکز بالاین ارجاع شود.

پی ۱۵- تفسیر نتایج آزمایش ها و سونوگرافی در بارداری

اقدام

تشخیص اطفالی

نتایج

ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی یا زنان	ناسازگاری خونی	کومیس غیر مستقیم مثبت
ارجاع غیر فوری به کارشناس ایندز /مرکز مشاوره بیماری های رفتاری	ابتلا به ویروس ایندز	HIV مثبت
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری کلبوی	اوره غیر طبیعی مانند زمان غیر بارداری ' کراتین نین خون بالاتر از ۰/۹ میلی گرم در دسی لیتر
ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	STI احتمال مثبت کاذب در بیماریهای کلاردن ،عفونت مقونگلوز ،سین ،بالا ،مالاریا ،بیماری تب ماز ،مصنف مواد مخدر ،جنام ،بارداری وجود دارد	VDRL مثبت
در صورت وجود خونریزی ،تب ، درد شکم ،آبریزش :اقدام طبق پی ۳۲ پی ۴ در صورت نبود علائم یا تشخیص رحم ناهنجار :ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در صورت تشخیص حاملگی خارج از رحم :ارجاع فوری	بیماری کلبوی یا پوره اگالامپسی مول ، حاملگی خارج از رحم ،جفت سوزاھی ،ناهنجاری جنین ،جفتقوی ،پایهتدر آمنیوس یا الگوهای آمنیوس ،شایش غیرطبیعی ماه آخر بارداری ،تاخیر رشد داخل رحم ،رحم ناهنجار ،مرگ جنین و ...	نتیجه غیر طبیعی سونوگرافی
اقدام طبق پی ۲ پی ۱۶	بیماری کلبوی یا پوره اگالامپسی	پروتئینوری و مساهوری
اقدام طبق پی ۱۶	هباتیت بی	مثبت HbsAg
اقدام طبق پی ۱۲	آمنی	هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم درصد (در سه ماهه دوم کمتر از ۱۰/۵ گرم درصد)
در صورت وجود علائم عفونت :اقدام طبق پی ۸ در صورت نشانهین علائم :درمان مطابق با جواب آزمایش -ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (بیضت عفونت های ادراری)	عفونت ادراری	کفایت ادرار مثبت و یا وجود گلبول سفید ۵ عدد یا بیشتر یا نیتریت در ادرار
در صورت وجود علائم عفونت :اقدام طبق پی ۸ در صورت نشانهین علائم :ارایه توصیه های بهداشتی طبق پی ۸	عفونت واژینال یا یورتیتریت کلامیدیایی	کفایت ادرار منفی و وجود گلبول سفید در ادرار
نگارن آزمایش ۳ ماه بعد	شک به ابتلا به ویروس ایندز	HIV منفی و وجود رفتارهای پرخطر

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

اقدام

نشخیص اتمنال

نتایج

<p>بارانه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیربهدی "میچت دیابت بارداری" - توصیه به ورزش و فعالیت بدنی</p>	<p>بره دیابتیک</p>	<p>تا ۹۳ تا ۱۲۵</p>	<p>غیر طبیعی (در ملاقات اول) بین ۹۳ تا ۱۲۵</p>
<p>-تکرار آزمایش یک هفته بعد -ارجاع به متخصص زنان</p>	<p>دیابت بارداری</p>	<p>در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۴</p>	<p>غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۴</p>
<p>ارجاع به متخصص زنان</p>	<p>دیابت بارداری</p>	<p>غیر طبیعی (هفته ۷۸-۷۳): مساوی یا بیشتر از ۹۲ یا مساوی اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰ یا مساوی دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳</p>	<p>غیربالگری جینین (سه ماهه اول) هفته ۱۱-۱۳</p>
<p>نیاز به غربالگری دوم نیست</p>	<p>احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است</p>	<p>کم خطر</p>	
<p>درخواست غربالگری جینین کوانتیتاتیو در سه ماهه دوم (۱۷-۱۵) -تاکید به انجام در همان آزمایشگاه</p>	<p>پرخطر از نظر ناهنجاری جینین</p>	<p>در معرض خطر</p>	
<p>ارجاع به متخصص زنان در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (امنیوسنتز یا CVS)</p>	<p>پرخطر از نظر ناهنجاری جینین</p>	<p>پرخطر</p>	
	<p>احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است</p>	<p>کم خطر</p>	<p>غیربالگری جینین (سه ماهه دوم) هفته ۱۷-۱۵</p>
<p>ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست جهت انجام آمنیوسنتز</p>	<p>پرخطر از نظر ناهنجاری جینین</p>	<p>پرخطر</p>	

OGTT: آزمون تحمل گلوکز خوراکی یک ساعت و دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز

غیربالگری ناهنجاری جینین سه ماهه اول: دو آزمایش خون Free BHCg, PAPP-A و سونوگرافی جینین از نظر اندازه گیری NT

غیربالگری ناهنجاری جینین سه ماهه دوم: چهار آزمایش خون Free BHCg, AFP, UE3, Inhibin A

پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

صفحه ۵۰	۱۹- کم کاری تیروئید	صفحه ۲۹	۱۰- پرو لاکتینوما	صفحه ۲۸	۱- آرتزیت روماتوئید
صفحه ۵۰	۲۰- لوپوس	صفحه ۲۹	۱۱- پیوند کلیه	صفحه ۲۸	۲- آسم
صفحه ۵۰	۲۱- صلتیل اسکروزیس	صفحه ۲۹	۱۲- تالاسمی منور	صفحه ۲۸	۳- اختلال انعقادی
صفحه ۵۰	۲۲- میگرن	صفحه ۲۹	۱۳- ترومبوآمبولی (اسفنجی/ترومبوتی) صفحه ۲۹	صفحه ۲۸	۴- لپیز
صفحه ۵۰	۲۳- ناهنجاری های اسکلتی	صفحه ۲۹	۱۴- تورج	صفحه ۲۸	۵- ایسکمی قلبی
صفحه ۵۰	۲۴- ناهنجاری های دستگاه تناسلی	صفحه ۲۹	۱۵- دیابت	صفحه ۲۸	۶- بیماری های درجه ای قلب
صفحه ۵۰	۲۵- هیپاتیت	صفحه ۲۹	۱۶- سل	صفحه ۲۸	۷- بیماری های گوارشی
		صفحه ۲۹	۱۷- سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	صفحه ۲۸	۸- بیماری های مزمن کلیه
		صفحه ۵۰	۱۸- صرع	صفحه ۲۹	۹- پرکاری تیروئید

پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها

- تمامی مادران مبتلا به بیماری باید برای بررسی بیفتن و احتمالاً تعویض دارو به پزشک متخصص مربوط ارجاع شوند. مطالب این صفحه فقط برای آگاهی و اقدام اولیه پزشک عمومی و ماما تهیه گردیده است.
- فواصل ملاقاتها در زمان های نارویی، نوع آزمایش و زمان ملاقات بعدی بر اساس پیشنهاد پزشک متخصص است.
- در صورت تشخیص بیماری زمینه ای مادر که تاثیر نامطلوب بر بارداری دارد، مشاوره پیش از بارداری /تنظیم خانواده توصیه می شود.
- داروهایی که منع مصرف در بارداری دارند، در رهنمای خ ۱۳ انتشار شده است. در صورتی که مادر از داروهای این رهنما مصرف می کند، هنگام ارجاع مادر به پزشک متخصص، نوع داروی مصرفی را یادآور شوید.

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

عنوان

۱	ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط	بهبود نسبی در بارداری، احتمال عود بیماری ۲ ماه پس از زایمان	آرتریت روماتوئید	
۲	مجاز بودن مصرف استروئیدها، داروهای بتا آگونیست و کرمولین سدیم با نظر متخصص -در صورت حمله آسم، ارجاع فوری و اقدام شلی پ ۷	-تقسیم بیماری در یک سوم بیماران -افزایش احتمال بچه اکلایمی، نوزاد کم وزن، سرگ پری ناتال، زایمان زودرس -در حمله آسم، جنین زودتر از مادر دچار هیپوکسمی می شود.	آسم	
۳	توصیه اکتد به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان	افزایش احتمال خونریزی پس از زایمان، انتقال بیماری به نوزاد	اختلال انعقادی	
۴	ارجاع غیر فوری به کارشناس ایند امرکز مشاوره بیماری های رفتاری	افزایش احتمال سقط سرده زایی، ابتلا جنین، محدودیت رشد داخل رحمی	ایند	
۵	ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط -در صورت وجود نرد، قفسه سینه، اقدام مانند زمان غیر پاراداری و ارجاع فوری	افزایش مورثاتی مادر	ایسکمی قلبی	
۶	توصیه به مادر برای کاهش فعالیت های بدنی و محدودیت مصرف نمک -درمان به موقع عفونت ها و آنتی تاکتد بر تاروم درمان در بارداری (در صورت مصرف مالهانه پی سئین) -درمان پروبیولکتیک علیه آنتی کاردیت حاد در موارد جراحی و دندان پزشکی -تاکنند به مادر برای انجام زایمان در بیمارستان -ارجاع در اولین فرصت به متخصصون مربوط -در صورت وجود کلاس ۳ و ۴ بیماری، ارجاع فوری	-افزایش احتمال سقط سرده زایی، نوزاد کم وزن، ناهنجاری های جنین در صورت مصرف وارفارین -احتمال افزایش مورثاتی مادر در کلاس ۳ و ۴ بیماری قلبی	بیماری های دریچه ای قلب	
۷	مجاز بودن مصرف آنتی اسید و داروهای H2 بلوکر -در صورت تشدید علائم یا بروز عوارض جانبی مانند خونریزی، ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	بهبود نسبی، اولسر پپتیک سمپتوماتیک در بارداری و عود علائم در نیمی از بیماران ۳ ماه پس از زایمان	بیماری های گوارشی	
۸	ملاقات در فواصل زمانی دو هفته یک بار تا نیمه دوم بارداری برای اندازه گیری فشارخون، پروتئین و باکتری -افزایش زمان دیالیز در مادر در حال درمان -ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط	-افزایش احتمال بچه اکلایمی، زایمان زودرس، آنتی، رگلمان، تأخیر رشد جنین -پیش آگهی بد حقی در موارد طبیعی بودن فشارخون	بیماری های مزمن کلیه	

پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

علوان

۹	پرکاری تیروئید	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، مرده زایی ،تاخیر رشد جنین ،نارسایی قلبی، زایمان زودرس	افزایش احتمال پره اکلامپسی ،زایمان زودرس ،ناهنجاری های مادرزادی، سقط ،دیابت بارداری،شکل خون ژمیته ای ،عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسو ،پارگی زودرس کیسه آب	تاالاسمی منیور میزان هموگلوبین بین ۸ تا ۱۰ گرم درصد در سه ماهه دوم بارداری و یا میزان هموگلوبین بین ۹ تا ۱۱ گرم درصد نزدیک نرم	۱۲
۱۰	پرولاکتینوما	رشد آندوم و ایجاد سردرد و اختلالات بینایی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ،زایمان زودرس ،ناهنجاری های مادرزادی، سقط ،دیابت بارداری،شکل خون ژمیته ای ،عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسو ،پارگی زودرس کیسه آب	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۱
۱۱	پیوند کلیه	افزایش احتمال پره اکلامپسی ،زایمان زودرس ،ناهنجاری های مادرزادی، سقط ،دیابت بارداری،شکل خون ژمیته ای ،عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسو ،پارگی زودرس کیسه آب	افزایش احتمال پره اکلامپسی ،زایمان زودرس ،ناهنجاری های مادرزادی، سقط ،دیابت بارداری،شکل خون ژمیته ای ،عفونت ناشی از مصرف داروهای ایمنوساپرسو ،پارگی زودرس کیسه آب	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۲
۱۲	تورم می آمیولی (سابقه) / ترومبوفیلی	افزایش احتمال سقط ،آنومالی جنین، سقط افتادگی زهنی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، ناهنجاری های مادرزادی ،زایمان زودرس ،زایمان سخت مرگ جنین ،پولی هیدرامنیوس ،عفونت ،ساکروزومی سقط	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۳
۱۳	تورم می آمیولی (سابقه) / ترومبوفیلی	افزایش احتمال سقط ،آنومالی جنین، سقط افتادگی زهنی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، ناهنجاری های مادرزادی ،زایمان زودرس ،زایمان سخت مرگ جنین ،پولی هیدرامنیوس ،عفونت ،ساکروزومی سقط	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۴
۱۴	تورم می آمیولی (سابقه) / ترومبوفیلی	افزایش احتمال سقط ،آنومالی جنین، سقط افتادگی زهنی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، ناهنجاری های مادرزادی ،زایمان زودرس ،زایمان سخت مرگ جنین ،پولی هیدرامنیوس ،عفونت ،ساکروزومی سقط	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۵
۱۵	تورم می آمیولی (سابقه) / ترومبوفیلی	افزایش احتمال سقط ،آنومالی جنین، سقط افتادگی زهنی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، ناهنجاری های مادرزادی ،زایمان زودرس ،زایمان سخت مرگ جنین ،پولی هیدرامنیوس ،عفونت ،ساکروزومی سقط	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۶
۱۶	تورم می آمیولی (سابقه) / ترومبوفیلی	افزایش احتمال سقط ،آنومالی جنین، سقط افتادگی زهنی	افزایش احتمال پره اکلامپسی ، ناهنجاری های مادرزادی ،زایمان زودرس ،زایمان سخت مرگ جنین ،پولی هیدرامنیوس ،عفونت ،ساکروزومی سقط	تجویز مکمل های نارویی طبق ح م	۱۷

پ ۱۶- بیماری و ناهنجاری ها (ادامه)

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

علائم

۱۸	صریح	افزایش احتمال ناهنجاری های مادرزادی	ملاقات ماهانه با مادر -تاکید بر تنام درمان در بارداری -ارجاج در اولین فرصت به متخصص مربوط برای تنظیم نوع و میزان نازد -در صورت حمله صریح یا تشنج :درمان مانند زمان غیر بارداری
۱۹	کم کاری تیروئید	افزایش احتمال سقط پره اکلایمسی ،نگلمان ،تولد نوزاد کم وزن	ارجاج در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۰	لوپوس	-افزایش احتمال پره اکلایمسی ،زایمان زودرس، مرده زایی ،سقط مکرر ،تشنج ،مرگ پری ناتال، تاخیر رشد جنین -افزایش مورثاتی مادر	ارجاج در اولین فرصت به متخصص مربوط
۲۱	مالتیپل اسکلوزیس	افزایش احتمال زودرس ،ناهنجاری های مادرزادی ،عفونت ادرازی ،ایکتا نوزاد	ارجاج غیر فوری به متخصص مربوط
۲۲	میگرن	احتمال بهبود در بارداری	سنع مصرف ارگوتامین -درمان پروقیپالکتیک با آمی تریپتالین یا پروپرانولول یا آنتولول در حمله رایجه میگرن با نظر متخصص مربوط -در صورت حمله میگرن :تجویز عملانی آموپول ۲۵ میلی گرمی پرومتازین و قرص یا شیاف استامینوفن و ارجاج در اولین فرصت
۲۳	ناهنجاری های اسکلتی (لگن و ستون فقرات)	افزایش احتمال سیانوز و تنگی نفس در صورت اختلالات کارکرد ریوی افزایش احتمال سزارین به علت عدم تناسب ابعاد لگن یا سس جنین	-در صورت بروز اختلالات ریوی برای تصمیم گیری ادامه یا ختم بارداری :ارجاج غیر فوری به متخصص زنان -ارجاج غیر فوری به متخصص زنان پیش از شروع دردهای زایمانی برای تعیین محل و نوع زایمان
۲۴	ناهنجاری های دستگاه تناسلی (رحم دو جناح ،رحم سنجوقم دار ،...)	افزایش احتمال سقط ،زایمان زودرس	ارجاج در اولین فرصت به متخصص زنان
۲۵	هیپاتیت	اثرات متفاوت مانند سقط ،زایمان زودرس و ... برحسب نوع بیماری	-تاکید به مادر در دوران بارداری برای تهیه HBIG به نوزاد در ۱۲ ساعت اول پس از زایمان و آموزش مادر در مورد بیماری هیپاتیت ب -ارجاج در اولین فرصت به متخصص مربوط

پ ۱۷- اختلالات روانی / همسر آزاری

تومیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

عنوان

<p>از زبانی علائم بیماری:</p> <p>۱- در صورت وجود علائم خطر فوری: ارجاع فوری به بیمارستان اقدامات پیش از ارجاع:</p> <p>در صورت تمایل یا اقدام به خودکشی: آموزش همراهان از نظر محافظت بیمار</p> <p>در صورت پرخطرگری و تحریک پذیری شدید: تزریق عضلانی آمپول مانوپریدول ۵ میلی گرم و ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p>نکته: در صورت عدم کنترل بیماری و نرسیدن بیمار به بیمارستان طی ۲۰ دقیقه، تزریق تکرار شود. چنانچه عوارض اکستروپیچ امپال بروز کند، یک آمپول بی پریدین به صورت عضلانی، تزریق شود.</p> <p>۲- در صورت نبود علائم خطر فوری و یا اینکه مادر تحت درمان دارویی باردار شده باشد: ارجاع غیر فوری به روان پزشک ۳- در صورتی که مادر سابقه اختلال روانی شدید دارد ولی در حال حاضر علائم ندارد:</p> <p>– پرزیت ماهانه از نظر عود بیماری</p> <p>– آموزش علائم خطر به مادر و همراهان و مراجعه فوری در صورت بروز علائم</p> <p>– ارجاع غیر فوری به روان پزشک در هفته ۳۲ بارداری به منظور شروع درمان پروقیلاکسی (شروع لیثیم در مبتلایان به اختلال دو قطبی ثبتي ۱)</p> <p>– تأکید به انجام زایمان در بیمارستان و لزوم بررسی نوزاد از نظر عوارض دارویی</p>	<p>افزایش احتمال نوزاد کم وزن، اشکال در سازگاری مادر با تغییرات بارداری و تشدید استرس</p>	<p>افسردگی مازور، اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوفرنیا (بیماری روانی شدید)</p>
<p>درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) طبق دستورالعمل کشوری سلامت روان</p> <p>در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p> <p>همسر آزاری بدون وجود علائم آسیب فیزیکی به مادر یا جنین و یا صرفاً سابقه وجود همسر آزاری:</p> <p>– برقراری ارتباط مناسب با مادر طبق تعریف (در قسمت تعاریف بارداری) او از زبانی تکرار وقوع همسر آزاری</p> <p>– در صورت تکرار (تعارض خانوادگی، تهدید از طرف همسر، فاکتورهای خطر و ...): ارجاع غیر فوری به روان پزشک یا روان شناس بالینی</p> <p>در صورت وقوع همسر آزاری به همراه آسیب فیزیکی به مادر یا جنین:</p> <p>– کنترل علائم حمایتی و بررسی وجود علائم شوک و در صورت وجود شوک: اقدام طبق پی ۱</p> <p>– سمع صدای قلب جنین و در صورت وجود اختلال در صدای قلب جنین: اقدام طبق پی ۱۰</p> <p>– درمان آسیب های غیر ماسهلی مانند زردان غیر بارداری در صورت نیاز</p> <p>– ارجاع فوری به متخصص مربوط با توجه به نوع آسیب</p>	<p>افزایش احتمال تکرار در بارداری فعلی، آسیب های جسمی به مادر و جنین، استرس، سقط، تنگی ناکافی، مرده زایی، نوزاد کم وزن</p>	<p>سابقه یا وقوع همسر آزاری</p>

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

پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

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

پ ۱۸- سایر موارد خطر در بارداری فعلی

توصیه و اقدام

تأثیر بر بارداری

عنوان

<p>توصیه اکید به ترک سیگار در بارداری</p> <p>- تاکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، درد های شکمی)</p> <p>- بررسی دقیق آنمی، فشارخون، رشد جنین، توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)</p> <p>- توجه به بروز علائم سقط، بکمان، زایمان زودرس</p> <p>- تاکید به انجام زایمان در بیمارستان</p> <p>- ارجاع غیر فوری به متخصص برای بررسی خطر ترومبوآمبولی و شروع دارو در صورت نیاز</p> <p>در صورت اعتقاد به مواد مخدر:</p>	<p>- افزایش احتمال آنمی، سقط، پره اکلامپسی، مرگ جنین، تأخیر رشد جنین، نوزاد کم وزن، زایمان زودرس، بکمان، پارگی زودرس کیسه آب، دیابت، آلودگی، به هیپتیت و اینز در معاندان تزریقی، ترومبوآمبولی</p> <p>- تأثیر بر نوزاد: سستی سمی، شکاف کام، خونریزی داخل مغزی، هپتوگلیسمی، سندرم محرومیت</p>	<p>اعتقاد به مواد مخدر/آلودگی مخدر</p> <p>مصروف سیگار و دخانیات</p>
<p>- ارزیابی مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد داروها و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات</p> <p>- بررسی علائم ترک و سمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی هم زمان</p> <p>- عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول: ارجاع غیر فوری به روان پزشک (درمان جایگزین با متادون)</p> <p>- در سه ماهه نهم بارداری: ارجاع غیر فوری به روان پزشک برای اقدام به ترک</p> <p>- اگر مادر مشخصاً اقدام به ترک نموده است، سلامت جنین را ارزیابی کنید.</p> <p>- ارجاع غیر فوری به کارشناس اینز/موزک مشاوره بیماری های رفتاری به منظور مشاوره و انجام آزمایش HIV مادر معتاد تزریقی</p> <p>در صورت مراجعه مادر با علائم ترک، سمومیت و دلیریوم/پروپرانازول/وریدی/بان کردن/رابعهای فوایی، برحمان سمومیت مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری مادر</p>	<p>افزایش احتمال عفونت های رحم و جنین، زایمان زودرس، حاملگی خارج از رحم</p>	<p>بارداری همزمان با IUD</p>
<p>- معاینه و ازیان با اسپکولوم</p> <p>- در صورت مشاهده نخ در نیمه اول بارداری: خارج کردن IUD</p> <p>- در صورت مشاهده نخ: خارج کردن IUD</p> <p>- در صورت عدم دسترسی و ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>- در صورت عدم مشاهده نخ: درخواست سونوگرافی و در صورت تأیید وجود IUD: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p> <p>- تاکید بیشتر در مورد علائم خطر سقط و عفونت (خونریزی، تب و درد شکم) در صورت باقی ماندن IUD</p> <p>ارجاع فوری به متخصص زنان در صورت بروز علائم عفونت در صورت وجود IUD</p> <p>- در صورت زایمان در واحد تسهيلات زایمانی و عدم خروج IUD همراه با محصولات بارداری: ارجاع فوری به متخصص زنان</p>	<p>افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سوراخی، آفتاب زایی، زایمان سخت، ماکرووزومی</p>	<p>بارداری پنجم و بالاتر</p>
<p>توجه به وضعیت قرار گرفتن جفت</p> <p>- تاکید به انجام زایمان در بیمارستان</p>	<p>افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن</p>	<p>بارداری زیر ۱۸ سال</p>
<p>ارائه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردahi</p>	<p>افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکرووزومی، جفت سوراخی، آنومالی جنینی</p>	<p>بارداری بالای ۳۵ سال</p>

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

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	اقدام و اقداه
۶	بارداری با قرص لاینسترونل، (POP) قرصها و آمبول های ترکیبی، کاشتنی ها	در موارد آموره یا خونریزی های نامرتب: نامشخص بودن سن بارداری در موارد استفاده از آمبول: احتمال تأخیر رشد جنین	در صورت تأیید بارداری، درخواست سونوگرافی برای تعیین سن و محل بارداری در صورت استفاده از آمبول: توجه به رشد جنین قطع مصرف قرص لاینسترونل، قرصها و آمبول های ترکیبی خارج کردن کاشتنی ها
۷	بارداری با TL	افزایش احتمال بارداری خارج از رحم	درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم در هفته های اول بارداری و در صورت تشخیص بارداری خارج از رحم: ارجاع فوری مادر
۸	تروما	جدا شدن زودرس جفت در صورت ضربه به شکم و پهلوها	در صورت تروما به شکم و پهلوها: ارجاع فوری به بیمارستان در صورت تروما به سایر نقاط بدن: درمان مانند زمان غیر بارداری و ارجاع فوری به بیمارستان
۹	چندقلویی	افزایش احتمال زایمان زودرس، سزارین، بهره اکلامپسی، آتونی، پارگی زودرس کیسه آب، تبوع و استقراغ شدید، نوزاد کم وزن	توجه به مادر در مورد توجه به رژیم غذایی (خطر سوء تغذیه)، محدودیت فعالیت و استراحت بیشتر تحویل مکملهای دارویی به صورت ۲ عدد قرص آهن در روز بررسی دقیق میزان قندارخون و صفای قلب جنین ها تاکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (خونریزی، لکه بینی، آبریزش، درهای شکمی) تاکید بر انجام سونوگرافی تاکید به انجام زایمان در بیمارستان
۱۰	حاملگی ناخواسته/ پیش بینی نشده	افزایش احتمال سقط عفونی ناشی از دستکاری	ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتقای سه ماهه سوم بارداری
۱۱	سن بارداری نامشخص	نامشخص بودن زمان زایمان	حمایت روانی مادر و خانواده برای ادامه بارداری ایمن در صورت پیشهاد مادر به سقط: آموزش خطرات مربوط به دستکاری و سقط عفونی در صورت تشخیص دستکاری: توجه به علائم سقط عفونی در مادر و اقدام طبق پ ۱
۱۲	شغل سخت و سنگین	افزایش احتمال نوزاد کم وزن، زایمان زودرس	گرفتن شرح حال دقیق درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در نیمه اول بارداری اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در ابتقای نیمه دوم بارداری برای تأیید سن بارداری
			توجه بیشتر به وضعیت سلامت تغذیه و وزن گیری مادر پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: توصیه به مادر برای کاهش حجم فعالیت، استراحت بیشتر و تغییر وضعیت در فواصل انجام کار

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

تومینه و اقلاده

تأثیر بر بارداری

عنوان

<p>۱۳- ارائه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته ۳۰ بارداری (شروع تغذیه تکمیلی برای شیرخوان اگر قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی) - تأکید بر دادن آنوز و اولویت شیردهی با نوزاد تازه متولد شده - در موارد تهدید به سقط، قطع موقت شیردهی تا رفع علائم - تأکید بیشتر به مادر در مورد رعایت بهداشت فردی، امرایحه برای دریافت مراقبت‌ها، استراحت، مصرف قرص آهن - درخواست سونوگرافی برای تعیین سن بارداری در مادر شیرده و مولد آمنوره - ارائه توصیه‌های تغذیه‌ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (بصاحت مراقبت‌های لازم در مواردی که وزن‌گیری مناسب وجود ندارد، سوء تغذیه)</p>	<p>افزایش احتمال آسمی و مشکلات تغذیه‌ای</p>	<p>شیردهی همزمان با بارداری</p>	<p>آموزش عدم مصرف الکل - در صورت الکلی بودن مادر، انجام فوری به متخصص زنان و زایمان پزشک</p>	<p>افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی</p>	<p>فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از سه سال</p>	<p>۱۴- افزایش احتمال نوزاد کم وزن، سندرم الکل جنینی</p>	<p>مصرف الکل</p>	<p>۱۵</p>
<p>چک‌گیری و وضعیت مادر، با آزمایش کرم‌ها غیر مستقیم در اولین ملاقات و تکرار در ملاقات هفته ۳۰-۲۶ بارداری و در صورت مثبت بودن جواب آزمایش، انجام در اولین فرصت مادر به متخصص زنان - در صورت منفی بودن آزمایش کرم‌ها غیر مستقیم، تریزیق در ۱۰ روز اول آمبول رگام در هفته ۲۸ بارداری - تأکید بر تریزیق آمبول رگام در موارد ختم بارداری پیش از موعد شامل سقط، مول حاملگی نابجا، ترومبوزهای منجر به خونریزی و بررسی‌های تشخیصی (امنیوستنز) - در صورت مثبت بودن آزمایش نوزاد، تریزیق آمبول رگام در ۲۳ ساعت اول پس از زایمان</p>		<p>احتمال حساس شدن سیستم ایمنی بدن مادر و نامتجانازی‌های جنینی</p>	<p>ناسازگار پهای خونی (ارهایش منفی مادر و ارهایش مثبت پدر)</p>	<p>۱۶- ارائه توصیه‌های تغذیه‌ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (بصحت نمایه توده بدنی)</p>	<p>افزایش احتمال زایمان زودرس، کاهش رشد جنین، بدبختی بارداری، سزارین، بچه آکلایسی، جنین نرسیده، ترومبوز آمبولی</p>	<p>نمایه توده بدنی غیر طبیعی</p>	<p>۱۷</p>	

پ - ۱۹ سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

پ - ۹ اسوابق بارداری و زایمان قبلی

ردیف	عنوان	تأثیر بر بارداری	توصیه و اقدام
۱	آبوتی (ایترسی)	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تاکید به انجام زایمان در بیمارستان
۲	پره اکلامپسی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در نیمه اول بارداری - تاکید بر کنترل دقیق و صحیح فشارخون - آموزش علائم خطر - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی)
۳	جدا شدن زودرس جفت / جفت سرراهی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- آموزش علائم خطر (درد شکم، خونریزی) - در صورت وجود سابقه اکلمان: اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس - در صورت وجود سابقه جفت سرراهی: تاکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۳۰ - ۳۶ بارداری
۴	چندقلویی	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تاکید بر اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری - تاکید بر انجام سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری برای تعیین تعداد جنین - ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه)
۵	زایمان دیررس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- تعیین تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی - ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان پس از هفته ۴۱ بارداری
۶	زایمان زودرس	احتمال تکرار در بارداری فعلی	- ارایه توصیه های غذایی طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه، مراقبت های لازم در مواردی که وزن گیری مناسب وجود ندارد) او تاکید بر رعایت بهداشت دهان و دندان - ارجاع غیر فوری به متخصص زنان در اولین ملاقات
۷	زایمان سخت / زایمان سریع	احتمال تکرار در بارداری فعلی	تاکید به انجام زایمان در بیمارستان به خصوص با شروع اولین علائم زایمانی

پ ۱۹ - سوابق بارداری و زایمان قبلی (ادامه)

تومیه و اقدام		تأثیر بر بارداری		عوامل	
تاکید بر عوارض سزارین تکراری -تاکید بر انجام سونوگرافی در بارداری به منظور تعیین دقیق محل جفت -امکان انجام زایمان واژینال بعد از یک بار سزارین در صورت وجود شرایط مناسب	احتمال جفت سر راهی، جفت اکرتا و پرکرتا، افزایش خونریزی پس از زایمان	سزارین تکراری	۸		
ارجاع غیر فوری به متخصص	احتمال عود	-سابقه مول کمتر از یک سال -سابقه دو بار سقط یا بیشتر	۹		
ارجاع غیر فوری به متخصص	احتمال عود	سابقه نوزاد ناهنجار، تاخیر رشد داخل رحمی، مرده زایی، مرگ نوزاد، حاملگی نابجا	۱۰		
تعیین دقیق سن بارداری -بررسی مادر از نظر وجود بیماری زمینه ای -ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث سوء تغذیه) -تاکید بیشتر در مورد علائم خطر زایمان زودرس (دردهای شکمی، لکه بینی و خونریزی، آبریزش) -در صورت تشخیص بیماری زمینه ای و یا اختلال رشد جنین: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان	احتمال تکرار در بارداری فعلی	نوزاد یا وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	۱۱		
تعیین دقیق سن بارداری -تاکید بر انجام زایمان در بیمارستان -در صورت ابتلا به دیابت ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -از هفته ۳۴ بارداری به بعد: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان برای تصمیم گیری زایمان	احتمال تکرار در بارداری فعلی	نوزاد یا وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم	۱۲		

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

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

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

ت ۱- ارزیابی اولیه زایمان

(در صورتی که زایمان در منزل انجام می‌گیرد، به نکات راهنمای ح ۷ توجه کنید).

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

- تنگی قبل از مراجعه یا در حال تنگی
- اختلال هو شبازی، شوک
- خونریزی
- تنگی مشکل
- احتباس جفت
- وارونگی رحم
- بیستوشمی شانه

در صورت نبود علائم خطر

تعیین مرحله زایمان

مرحله دوم به بعد

اقدام

اقدام هر مرحله زایمان طبق ت ۱ تا ت ۴

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

۲، بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۵ تا ت ۹	فشار خون بالا، زجر جنین / دفع مکرر توهم زایمان زودرس، زایمان نابرس، پارگی کیسه آب، پرولاپس پتلتاف، سایش غیر طبیعی
۱۲ بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۲	بیماری‌ها
۱۰ بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۰	چندقلویی، سیمای توده بینی، پیش از ۳۰۰ جین تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، مارکوزومی، آنمی متوسط تا شدید، شکم اول زود ۱۸ و بالای ۲۵ سال، ارهاش متفی، گراند مولتی پار، تب، هپاتیت، BSAG مثبت، همپرس ژنتیکال، ضایعات ولو، ایجاد نامتناسب لگن، پلی هیدرآمیوس
۱۳ بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱۳	سوابق بارداری و زایمان قبلی: زایمان سریع، زایمان سخت، سزارین یا جراحی رحم و شکم، نازایی، آنژی، نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیش از ۴۰۰۰ گرم، جنین نامنجان، مرده زایی، مرگ نوزاد
بستری در اتاق دره و اقدام طبق ت ۲	طبیعی بودن همه موارد

مرحله اول زایمان

تشکیل پرونده

گرفتن شرح حال مطابق فرم زایمان

سؤال کنید:

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

کنترل و اندازه گیری کنید:

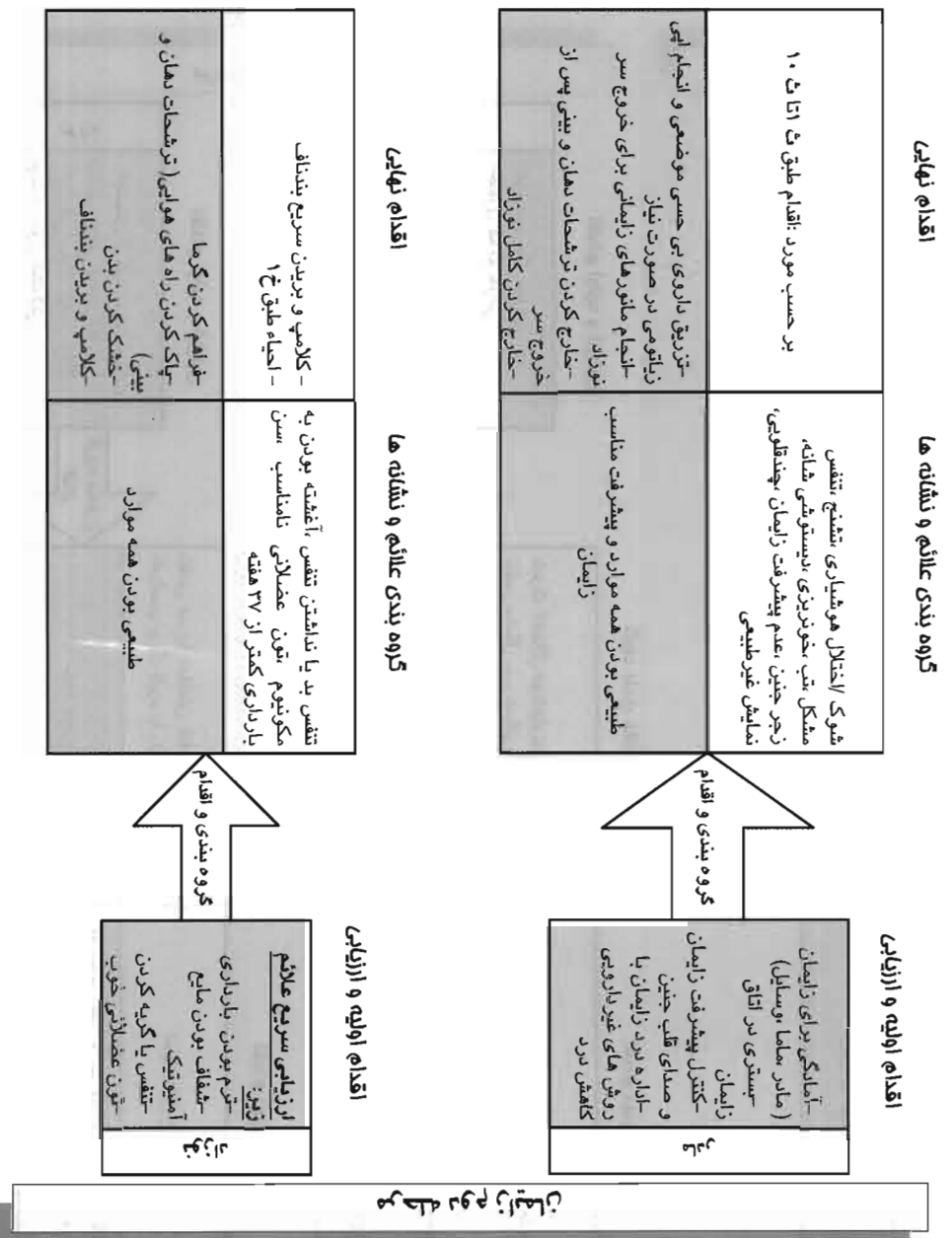
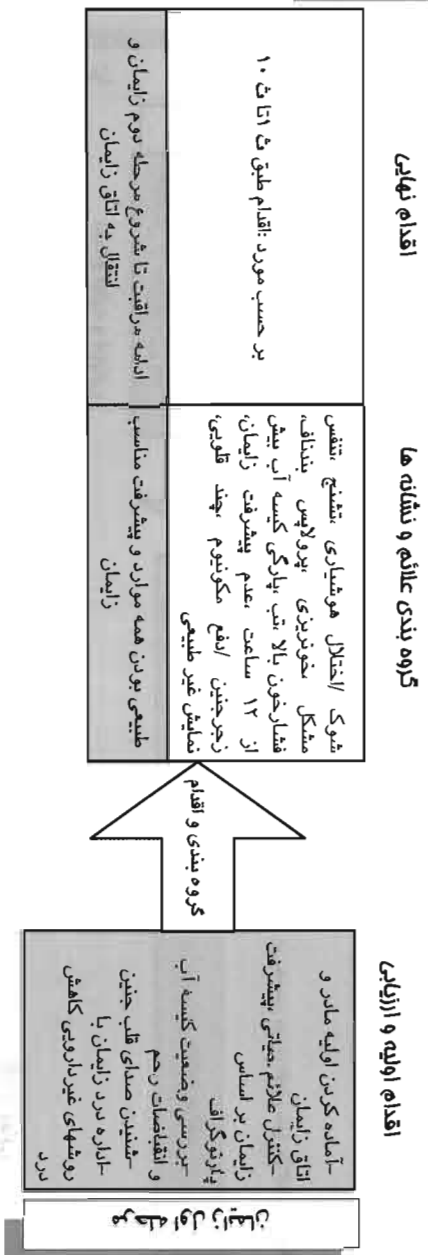
علائم حیاتی، صدای قلب جنین، انقباضات رحم

معاينه کنید:

لتفوراد، چشم، وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی، براژیتال (وضعیت زایمان، کیسه آب، لگن)

گروه بندی و اقدام

ت ۲- مراقبت های مرحله اول و دوم زایمان



مرحله دوم زایمان

ت ۳- مراقبت های مرحله سوم و چهارم زایمان

اقدامات نهایی

بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۳، ت ۱۱، ت ۲	خونریزی (احتیاس جفت، آتورنی، پارگی ها)، و آروگی رحم
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی علائم و نشانه ها

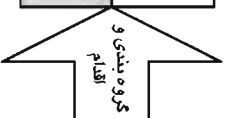


تجزیه قوامی، توپسین (در صورت نبود فل ندگر) تجزیه روغند جدا شدن جفت انجام مانورهای خروج جفت تجزیه جفت پورده ها و بندناف اطمینان از جمع بودن رحم	ع
--	---

اقدامات اولیه و ارزیابی

اقدامات نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها
احیاء طبق ع ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، بزنگ کبود یا رنگ پریدگی
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی علائم و نشانه ها



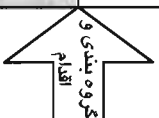
تعمیر سستگش - کلیس بندناف - احتیاط برچسب هوریت - تمیز کردن چشم ها و بدن - قرار دادن نوزاد روی سینه مادر برای تماس پوست با پوست و شروع شیردهی - جوشاندن بدن - اطمینان از گرم بودن اتاق - ارزیابی مجدد تنفس، بزنگ پوست، تون عضلانی	ع
---	---

مرحله سوم زایمان

اقدامات نهایی

بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۳، ت ۱۰، ت ۱۱، ت ۲	شوک / اختلال هوشیاری، تشنج، خونریزی، تنفس مشکل تب، هماتوم، پارگی مرحله ۲ و ۳ ۳. فشارخون بالا، پارگی رحم
تجزیه محل پارگی و یا محل برش در صورت نیاز - آماده کردن مادر برای استراحت در اتاق پس از زایمان	طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی علائم و نشانه ها



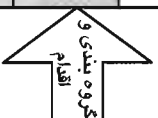
تجزیه حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - تجزیه وضعیت رحم و میزان خونریزی و اطمینان از جمع بودن رحم - تجزیه کاتال زایمانی و میزان نوع پارگی	ع
--	---

اقدامات اولیه و ارزیابی

اقدامات نهایی

احیاء طبق ع ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، بزنگ کبود یا رنگ پریدگی
جوشاندن بدن و سر نوزاد با لباس و کلاه و پیچیدن او در پتو و گذاردن در آغوش مادر و یا استفاده از گرم کننده تابشی	سرد بودن پاها
ادامه مراقبت	طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی علائم و نشانه ها



اطمینان از گرم بودن نوزاد و مناسب بودن تمامی اتاق - ارزیابی مجدد تنفس، بزنگ پوست، تون عضلانی	ع
---	---

اقدامات اولیه و ارزیابی

مرحله چهارم زایمان

ت ۴- مراقبت های ۶ ساعت اول پس از زایمان

اقدام نهایی

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ت ۱ تا ت ۳، ت ۱۰، ت ۱۱ ح ۲	شوک / اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا، خونریزی، تب، هماتوم، احتیاس ادرار
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بیمارستان پس از ۶ ساعت	تغییل به بستن لوله ها
تحویل داروهای مورد نیاز و تحویل مکملهای دارویی طبق ح ۶ - آمزش طبق علائین نرم زایمان و ارابه تخصیه های بهداشتی طبق ح ۶ - تزریق رگام در صورت نیاز - توصیه به مصرف مواد غذایی - مشیق مادر به شیردهی انحصاری - تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی - تخصیص پس از ۶ ساعت	طبیعی بودن همه موارد

اقدام اولیه و ارزیابی

<p>بررسی حال عمومی - کنترل علائم حیاتی - بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی و لطیفان از جمع بودن رحم - بررسی وضعیت رفیع ادرار - سؤال در مورد تغایل مادر به بستن لوله ها</p>	ح ۴
--	-----

گروه بندی و اقدام

اقدام نهایی

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ح ۲ تا ح ۵ و آخرین خانه زیر	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن یا برداری و اندازه های نوزاد
احیاء طبق ح ۱	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
در صورتی که با اقدامات انجام شده (پوشاندن و قرار دادن زیر گرم کننده تابشی) بدن نوزاد هنوز سرد است: ارجاع فوری نوزاد	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
اقدامات پیش از ارجاع - فراهم کردن گرما - ادامه شیردهی در صورت همراهی مادر - پیشگیری از پالین آمدن قند خون طبق ح ۲	سرد بودن نوزاد
حمام نکردن، نوزاد در ۶ ساعت اول - تزریق ویتامین ک ۱ و واکسن های بدون تولد نوزاد - تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد - آموزش مراقبت از نوزاد به مادر طبق ف ۱ - معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از تخصیص	طبیعی بودن همه موارد

اقدام اولیه و ارزیابی

<p>لطیفان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی - لطیفان از مناسب بودن دمای اتاق - ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، نشانه های خطر صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن یا برداری و اندازه های نوزاد)</p>	ح ۴
---	-----

گروه بندی و اقدام

۶ ساعت اول پس از زایمان

تعریف مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان (م ساعت اول پس از زایمان) در واحد

تسهیلات زایمانی (به ترتیب حروف الفبا)

ارزئایی اولیه

آبریزش: خروج تدریجی مایع آمنیوتیک از مهبل

آمنیوتومی: چنانچه کیسه آب سالم است، با وارد کردن سر سوزن استریل داخل واژن، در کیسه آب سوراخ کوچک ایجاد کرده و با نگر داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید. (به پرولاپس پهناتف توجه کنید)

احتیاس جفت: باقی ماندن کامل جفت یا تکماری از آن در رحم

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

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (نبشگون، نوره، نور...) یا عدم درک زمان و مکان ارزایی علائم خطر فوری: ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

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

- پیمایش علائم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
- تمایل دائم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
- مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
- تداوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن؛

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

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

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

پارگی کیسه آب: خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک از مهبل
نکته: به منظور اطمینان از سلامت یا پارگی کیسه آب به شرح زیر اقدام کنید:

برای مشاهده خروج مایع آمنیوتیک، مادر را در وضعیت لی‌تومی قرار داده، اسپکولوم استریل بگذارید. اگر مایع حاوی ورنیکس یا احیاء مگنونوم است، پارگی کیسه آب مسجل است. اگر خروج مایع واضح نیست، در صورت امکان با استفاده از تعیین PH (پیترازین تست) و یا با کمک یک سواب استریل مقارزی از ترشحات واژن را بر روی لام قرار داده و اثر فرزینگ (طرح برگ سرخسی ترشحات) را زیر میکروسکوپ بررسی کنید.

چنانچه با روش‌های فوق، پارگی کیسه آب تأیید نشد:

۱- در صورت منظم بودن صمای قلب جنین، نبود انقباضات زودرس زایمانی، قرار داشتن مادر در فاز نهفته زایمان ترم و ادعای مادر مبنی بر آبریزش، یک پارچه تمیز یا نوار بهداشتی در اختیار وی قرار داده و پس از یک ساعت پارچه را بررسی کنید. (مادر باید قبل از استفاده از پارچه، ادرار کند و خود را کاملاً خشک نماید)

الف) اگر پارچه خشک باشد، احتمالاً آبریزش به علت ترشحات واژینال یا ادرار بوده و مادر را از نظر میزان مایع آمنیوتیک (از طریق سونوگرافی) و عفونت ادراری بررسی کنید.

ب) اگر پارچه خیس باشد، احتمالاً نشت مایع آمنیوتیک بوده و به سن بارداری و سایر نکات مورد نظر در میحث پارگی کیسه آب (مراقبت ویژه بارداری) توجه کنید.

۲- اگر انقباضات زودرس زایمان وجود دارد، مادر را برای تأیید پارگی کیسه آب معطل نکنید.
تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فهم مراقبت زایمان» را تکمیل کنید.

تشخیص: انقباضات تونیک و کولونیک تمام یا قسمتی از بدن

تعیین مرحله زایمان: با انجام معاینه واژینال و بررسی وضعیت دهانه رحم، مرحله زایمان را تعیین کنید.
تنفس مشکل: مادر به هر دلیلی نمی‌تواند به راحتی نفس بکشد.

خونریزی: خروج هر مقدار خون روشن یا تیره از مهبل

نگاه: در صورت وجود خونریزی بیش از نمایش خونی (Bloody Show)، از معاینه مهبل خودداری کنید.

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

- در فواصل منظم اتفاق می‌افتد و فواصل به‌تدریج کوتاه می‌شود؛
- شدت انقباضات به‌تدریج افزایش می‌یابد؛
- مادر احساس ناراحتی در ناحیه پشت و شکم دارد؛
- دهانه رحم متسع می‌شود؛
- با تجویز مسکن، متوقف نمی‌شود.

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

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

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

زایمان دیررس: تولد نوزاد پس از ۴۳ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

زایمان زودرس: تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده

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

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

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری‌ها اعم از بیماری‌های زمینهای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی، همیپرتیروئیدی و ...)، عفونت HIV، ایدز، هپاتیت، ضایعات ناحیه تناسلی، ناهنجاری اسکلتی، نمایه توده بدنی غیر طبیعی، سیفلیس
- تاریخچه بارداری: سابقه بارداری و زایمان قلبی، وضعیت بارداری فعلی، وضعیت زایمان
- تاریخچه اجتماعی: سن زینر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، بارداری پنجم و بالاتر، اعتیاد به مواد مخدر/ داروهای مخدر، رفتارهای پر خطر
- شوک: اختلالی در گردش خون بدن که با علائم حیاتی غیر طبیعی مشخص می‌شود. (علائم اصلی شامل نبض تند و ضعیف ۱۱۰ بار در دقیقه یا بیشتر و فشارخون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه می‌باشد که ممکن است با رنگ پریدگی، عرق سرد و سردی پوست، تنفس تند ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر و بی‌قراری و گیجی همراه باشد).

صدای قلب جنین: در پایان انقباض به مدت یک دقیقه کامل به صدای قلب جنین گوش داده و تعداد ضربان قلب را بشمارید. تعداد طبیعی ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

علائم حیاتی: علائم حیاتی مادر را اندازه‌گیری کنید.

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

لگه‌بینی: خروج لگه خونی از مهبل

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

مانورهای لثویول: مادر را بر روی یک تخت سفت خوابانیده و شکم او را عریان کنید. مانورهای لثویول شامل چهار مانور به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

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

مرگ نوزاد: مرگ نوزاد زنده متولد شده (نوزادی که پس از خروج از رحم علامت حیات داشته است) از زمان تولد تا ۲۸ روز کامل پس از تولد. **معاینه چشم:** رنگ ملتحمه را بررسی کنید.

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

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

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

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

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

۲) معاینه واژینال:

- دیواره‌های جانبی لگن (صاف و متقارن باشد)

- خارهای اسکال (برجسته نباشند)

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

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

- تحرک استخوان دنبالچه

- اندازه‌گیری تقریبی قطر بین دو برجستگی اسکوم

- نبود ناهنجاری‌ها، تنگی و توده‌ها...

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

وارونگی رحم: بیرون آمدن رحم از واژن پس از تولد نوزاد (قبل یا بعد از خروج جفت) به گونه‌ای که مخاط داخلی از دهانه رحم خارج شده و در بیرون مشاهده شود.

وضعیت کیسه آب: معمولاً کیسه آب در مراحل اولیه زایمان سالم می‌باشد. بنابراین با توجه به پاسخ مادر در مورد پارگی یا سلامت کیسه آب، وضعیت آن را مشخص کنید. چنانچه پارگی در هر مرحله اتفاق افتد، مانع آمنیوتیک باید بی‌رنگ و شفاف باشد.

وضعیت ظاهری ناحیه تناسلی: پرینه و ولو را از نظر وجود ضایعات هریس، رگ‌های واریسی و توده‌ها بررسی کنید.

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

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

کوتاه کردن موهای پرینه (در صورت نیاز)، تعویض لباس، ممناعت از مصرف مواد غذایی جامد، توصیه به مادر برای ادراز کردن هر ۲ ساعت (تخلیه مثانه)، توصیه به مادر جهت قرار گرفتن در وضعیت راحت و آماده کردن مادر از نظر روحی و روانی برای زایمان، گرفتن رگ و وصل کردن سرم (طبق موارد اشاره شده در اصول).

آماده کردن اتاق زایمان: اقدامات زیر را انجام دهید:

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

اداره درد زایمان با روش‌های غیر دارویی کاهش درد استفاده از یک یا چند مورد از روش‌های غیر دارویی کاهش درد در مراحل اول و دوم زایمان با کمک همراه آموزش دیده برای مادر می‌باشد. این روش‌ها شامل ماساژ، رایحه درمانی، تکنیک‌های تنفسی، تن آرامی، تصویرسازی و تجسم مثبت و تغییر وضعیت است.

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

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

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

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

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

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

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

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

علائم حیاتی: در فاز نهفته و فعال، فشارخون و نبض و تنفس مادر را هر ۶۰ دقیقه و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه‌گیری کنید.

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

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

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

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

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

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

مادر: مادر را بدین شرح آماده کنید: قرار دادن در وضعیت مناسب، آماده‌سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان، شستشوی پرینه و ولو، پوشاندن مادر با شانه‌های استریل، اطمینان از باز بودن رگ

عامل زایمان: به مدت ۳ دقیقه دست‌ها را بشوئید. لباس های مورد نیاز (گان، ماسک، پیش‌بینند، دستکش، عینک، چکمه) را بپوشید.

وسایل زایمان: ست زایمان یا ست ایبی زباتومی (در صورت نیاز) را باز کنید، مواد ضد عفونی کننده و داروی بی‌حسی را در دسترس قرار دهید. از برقراری سرم مادر مطمئن شوید. وسایل احیاء نوزاد را به شرح زیر کنترل کنید:

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

۲- گرم کننده ناشی

۳- دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد

۴- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

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

۶- ایروی، لوله تغذیه شماره ۸F

۷- سرنگ و سرسوزن‌های مختلف، نوار چسب

۸- داروها (ایبی نفرین ۰۰۰۰۰۱، بی‌کربنات سدیم ۴٪، نالوکسان هیدروکلراید ۰/۴ میلی‌گرم در میلی‌لیتر، نرمال سالین)

ایبی زباتومی: زمان مناسب برای ایبی زباتومی، وقتی است که قطری از سر جنین به ناحیه پرینه فشار آورده به طوری که پوست پرینه تارک و رنگ آن سفید می‌شود.

پاک کردن راه های هوایی: ابتدا دهان و سپس بینی نوزاد را با پوار یا دستگاه ساکشن تمیز کنید.

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

نکته: زمان انتظار مرحله دوم زایمان را در مولتی پار ۲۰ دقیقه و در نوبی پار ۵۰ دقیقه در نظر بگیرید.

تزریق داروی بی‌حسی موضعی: پیش از انجام ایبی زباتومی، ۱۰ سی‌سی لیدوکائین ۱٪ در موضع انجام ایبی زباتومی 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.

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

صدای قلب جنین: صدای قلب جنین را در وضعیت طبیعی مادر هر ۱۵ دقیقه و در مادر پر خطر هر ۵ دقیقه کنترل کنید. فراهم کردن گرما: نوزاد را در شان یا زیر گرم شده و یا زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.

کلامب و پریدن بندناف: یک دقیقه پس از خروج کامل نوزاد، بند ناف را کلامب 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، توكشیدگی قفسه سینه، تنفس تند ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) و گرم بودن (لمس پاها از نظر گرم یا سرد بودن) کنترل کنید. تنفس طبیعی بدون ناله کردن، خود به خود و راحت به تعداد ۳۰ تا ۴۰ بار در دقیقه است. در صورتی که نوزاد گریه کند، تعداد تنفس به ۵۹ بار در دقیقه نیز می‌رسد.

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

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

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

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

تمیز کردن چشم‌ها و بدن: نوزاد را حمام نکنید و ورنیکس را بر نذارید. چشم‌ها را تمیز کنید. اگر نوزاد خونی یا مکنونیومی است، با پارچه ولرم یا گرم، او را تمیز و خشک کنید.

شروع شیردهی: نوزاد را برای شروع اولین شیردهی به روی سینه مادر قرار دهید. بجز شیر مادر هیچ ماده غذایی (آب فند، آب) به نوزاد ندهید. کلیس بندناف: بندناف را به طول ۳ تا ۴ سانتیمتر از سطح شکم به طور استریل کلیس کنید.

نکته: بندناف را از نظر نشت خون بررسی کنید. هیچ ماده‌ای روی آن قرار ندهید و از بانداژ کردن نیز خودداری کنید. مانورهای خروج جفت: با در نظر گرفتن علائم جدا شدن جفت و انجام مانورهای مربوط به خروج جفت و پرده‌ها کمک کنید.

نکته ۱: مهلت زمان لازم برای خروج جفت ۳۰ دقیقه است.

نکته ۲: قبل از جدا شدن جفت، کشش بندناف جایز نیست. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، کشش ملایم و کنترل شده بند ناف به سمت پایین به خروج جفت کمک می‌کند.

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

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

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

اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق: دمای مناسب اتاق زایمان ۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد است. کانال زایمان: دستگاه تناسلی - ادراری را از نظر وجود پارگی‌ها بررسی کنید.

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. به طور طبیعی پس از خروج کامل جفت، رحم سفت و جمع شده و زیر ناف قرار می‌گیرد و میزان خونریزی از آن به‌تدریج کاهش می‌یابد. (مگر در حالتی که رحم شل باشد و یا پارگی وجود دارد و یا سر یک رگ در محل برش آبی زباتومی/ پارگی باز باشد)

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

نکته ۴: میزان خونریزی در ۲ ساعت اولیه پس از زایمان در حد قاعدگی است و به تدریج کاهش می‌یابد. در صورتی که خروج خون در حدی است که حتی پس از ماساژ رحم، زیر باسن مادر جمع شده و یا در مدت ۱۰ دقیقه یا کمتر یک نوار بهداشتی با خون خیس شود، علامت خطر است. **نکته ۴:** وضعیت پریته و محل ایی زایانومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید. **ترمیم محل پرش و پارگی‌ها:** در صورت انجام ایی زایانومی و یا وقوع پارگی‌های درجه ۱ و ۲، طبق راهما اقدام به ترمیم کنید. **حال عمومی مادر:** وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

کنترل علائم حیاتی: پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه‌گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه‌گیری کنید.

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

آموزش و توصیه: به مادر در مورد علائم خطر مادر و نوزاد، اصول صحیح شیردهی و مشکلات آن، بهداشت فردی و روان، تنظیم خانواده، مراجعه برای دریافت مراقبت‌های پس از زایمان آموزش دهید.

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

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

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

بررسی وضعیت رحم و میزان خونریزی: رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید. میزان خونریزی را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

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

نکته ۲: وضعیت پریته و محل ایی زایانومی (در صورت انجام) را در پایان ساعت اول و ساعت آخر قبل از ترخیص از نظر وجود هماتوم بررسی کنید.

تجویز داروهای مورد نیاز و مکمل‌های دارویی: برای مادر ۱۰ عدد قرص استامینوفن یا کیمول مفنامیک اسید جهت صرف هنگام درد و مکمل‌های دارویی را طبق راهنما تجویز کنید.

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

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

توزیع ویتامین ک ۱ و واکسن‌های بدو تولد: در دو ساعت اول پس از زایمان و پس از اولین تغذیه نوزاد، ۱ میلی گرم ویتامین ک ۱ به صورت عضلانی تزریق کنید. واکسن‌های بدو تولد نوزاد شامل ب ت ژ، فلج اطفال و هیپاتیت را طبق دستورالعمل کشوری واکسناسیون به نوزاد تزریق کنید.

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

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

حال عمومی مادر: وضعیت مادر را از نظر سطح هوشیاری و نبود علائم شوک بررسی کنید. حال عمومی مادر را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه کنترل کنید. از ساعت سوم تا زمان ترخیص، هر یک ساعت بررسی کنید.

کنترل علائم حیاتی: پس از زایمان، فشارخون، تعداد نبض و تعداد تنفس مادر را در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، و از ساعت سوم تا زمان ترخیص هر یک ساعت یک بار اندازه‌گیری کنید. درجه حرارت بدن مادر را در ۱۵ دقیقه اول پس از زایمان و در ساعت آخر قبل از ترخیص اندازه‌گیری کنید.

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

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

ت-مر اقبیت های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان (م ساعت اول پس از زایمان)

ت ۸- پیرو لاپس ابتدائی	صفحه ۷۸	ت ۱- علائم خطر فوری	صفحه ۷۱
ت ۹- نمایش غیر طبیعی	صفحه ۷۹	ت ۲- فشارخون بالا	صفحه ۷۲
ت ۱۰- سایر موارد خطر جین زایمان	صفحات ۸۰-۸۳	ت ۳- خونریزی	صفحه ۷۳
ت ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان	صفحه ۸۴	ت ۴- عدم پیشرفت زایمان	صفحه ۷۴
ت ۱۲- بیماری ها	صفحات ۸۵-۸۶	ت ۵- زجر جنین اطفال مکتوم	صفحه ۷۵
ت ۱۳- سوایق بارداری و زایمان قبلی	صفحه ۸۷	ت ۶- زایمان زودرس ازایمان دیررس	صفحه ۷۶
		ت ۷- پارگی کیسه آب	صفحه ۷۷

ت ۱- علائم خطر فوری



اکلاپسی
(در حال تشنج یا قبلاً تشنج کرده)

اقدام

درمان اکلاپسی طبق ح ۳
ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱

اقدام

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

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

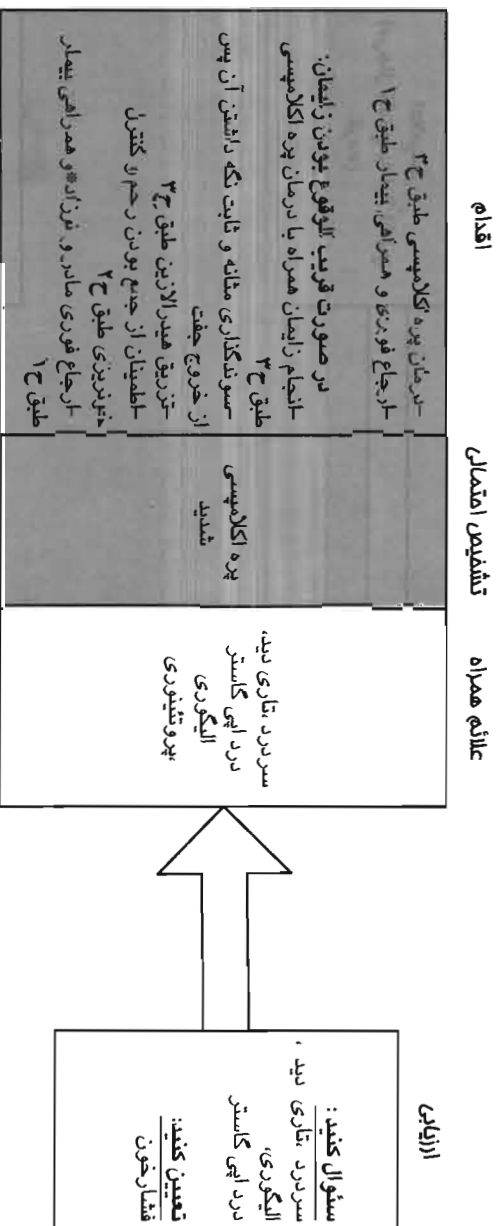
اقدام

تنفس مشکل

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

نکته: شایع ترین علی که مادر را دچار شوگ عفونی می کند: پیلو تفریت، کوریو آمینیوتیت، بستکاری، محصولات بارداری و مزیت

ث ۲- فشارخون بالا



- * نوزاد مادرانی که در زمان زایمان، سولفات منیزیم در یافت کرده اند، پس معرض هیپوتونیسمی و تأخیر در دفع مگونیوم هستند، بنابراین ثبت دریافت سولفات منیزیم مادر در برگ ارجاع مادر و نوزاد الزامی است.

ث ۳- خونریزی

مرمله زایمان علائم همراه تشخیص اطفال

<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ در صورت فریب الودع بودن زایمان : - انجام زایمان - پیژودن ۲۰ واحد اکسی توسین به سرم بلافاصله پس از زایمان - ارجاع فوری مادر و نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>هین زایمان</p>
<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>سابقه لکه بینی در بارداری</p>
<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>سابقه لکه بینی در بارداری</p>
<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>سابقه لکه بینی در بارداری</p>
<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>سابقه لکه بینی در بارداری</p>
<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر به میزان حداقل ۲۲ قطره در دقیقه - جازن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - آمیونومی در صورت ثابت بودن عضو نمایش - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>انقباضات تتانیک رحم افت تعداد ضربان قلب جین همراه با انقباض به میزان کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه (برادی کاردی)</p>	<p>سابقه لکه بینی در بارداری</p>

سؤال کلیدی:
 سابقه لکه بینی در بارداری، درد شکم از تعیین کنید:
 تعداد ضربان قلب جین
 معاینه کلیه:
 انقباضات و تونسیته رحم
 وضعیت جفت

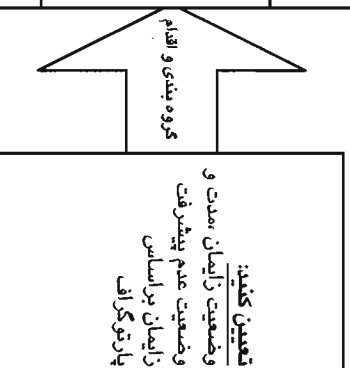
این موارد در معرض شوک هستند، با بروز علائم شوک، درمان شوک انجام شود.

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

ث ۴- عدم پیشرفت زایمان

معیار تشخیص اقدام

<p>فاز نهفته طولانی تر از ۸ ساعت</p>	<p>دیلاتاسیون کمتر از یک سانتیمتر در یک ساعت در فاز فعال</p>	<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ۱ ج</p>
<p>دیلاتاسیون و افسامان کامل، عدم خروج سر جنین پس از ۵۰ دقیقه در تولی پار و ۲۰ دقیقه در مولتی پار</p>	<p>عدم نزول سر جنین در مدت یک ساعت از دیلاتاسیون ۷ سانتیمتر به بعد</p>	<p>- باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار - تخلیه مثانه یا سوند فولی در صورت نیاز - انجام ایپی زیاتومی در صورت نیاز - در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ۱ ج</p>
<p>عدم خروج شانه ها ۶۰ ثانیه پس از خروج سر</p>	<p>درخواست کمک - باز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی -تمکی - تخلیه مثانه یا سوند فولی در صورت نیاز - انجام ایپی زیاتومی در صورت نیاز - تغییر وضعیت و انجام مانور با برداشتن پاهای مادر از روی رگها و خم کردن آنها بر روی شکم ،اعمال فشار متوسط روی ناحیه سوبراپوبیک توسط دستیار حین کشیدن سر نوزاد به پائین و ادامه کشش سر نوزاد توسط عامل زایمان به طور همزمان - در صورت عدم موفقیت مانور فوق :انجام مانور به صورت قرار دادن دست در پشت شانه خلفی نوزاد و چرخاندن شانه به میزان ۱۸۰ درجه در جهت عقربه های ساعت تا آزاد شدن شانه قدامی - در صورت انجام زایمان :کنترل رحم ،واژن و سرویکس از نظر پارگی و میزان خونریزی - در صورت عدم موفقیت در خروج شانه ها :ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ۱ ج - در صورت عدم موفقیت در ترمیم پارگی و یا کنترل خونریزی :بک کردن محل ترمیم ،ثبت تعداد گان مصرفی وارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ۱ ج</p>	<p>- در صورت عدم موفقیت در انجام زایمان ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ۱ ج</p>



ت ۵- زجر جنین / دفع مگونیوم

اهداف

معیار تشخيص

<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۰ قطره در دقیقه</p> <p>حداثر اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>خواباندن مادر به پهلو، چپ</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ج ۱</p>	<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۰ قطره در دقیقه</p> <p>حداثر اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>خواباندن مادر به پهلو، چپ</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپول سیتین و عضلانی ۱۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ج ۱</p>	<p>اختلال دفع مگونیوم بدون تعداد صدای قلب جنین</p>
<p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>حاملیمان از نبود پرو لایس بنیادف در صورت پارگی کیسه آب</p> <p>انجام زایمان</p> <p>حداکثر تو شحات حلق و بینی نوزاد</p> <p>احیاء نوزاد طبق ج ۱</p> <p>پس از خروج جفت بتزریق ۲۰ واحد اگسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>ارجاع نوزاد در صورت حال عمومی بد</p>	<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲۰ قطره در دقیقه</p> <p>حداثر اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>خواباندن مادر به پهلو، چپ</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپول سیتین و عضلانی ۱۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ج ۱</p>	<p>دفع مگونیوم، کاهش تعداد ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ بار در دقیقه در اوج انقباض و بلافاصله پس از پایان آن</p>
<p>افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب</p>	<p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان:</p> <p>کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار</p> <p>در صورت پارگی کیسه آب: حاملیمان از نبود پرو لایس بنیادف</p> <p>انجام زایمان</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپول سیتین و عضلانی ۱۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>پس از خروج جفت بتزریق ۲۰ واحد اگسی توسین در سرم و کنترل خونریزی</p> <p>ارجاع مادر و نوزاد پس از زایمان طبق ج ۱</p>	<p>افزایش تعداد ضربان قلب جنین بیش از ۱۶۰ بار در دقیقه در دو نوبت به فاصله ۱۰ دقیقه و پارگی کیسه آب</p>

ارزایی

تعین کنید:
تعداد ضربان قلب جنین، وضعیت کیسه آب، وضعیت مایع آمنیوتیک از نظر وجود مگونیوم

معاينه کنید:
معاينه مهبل از نظر وجود پرو لایس بنیادف و قریب الوقوع بودن زایمان

گروه بندی و اقدام

ت ۶- زایمان زودرس / زایمان دیررس

اقدام

تشخیص اطفالی

معیار تشخیص

<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۲ قوطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خنک کردن مادر به پهلوی چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم پاناماژون * - تجویز ۱۰ میلی گرم کپسول خوراکی نیفیدین (آدالات) هر ۲۰ دقیقه تا ۴ نوزد ** - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱ - در صورت اطمینان از مرگ جنین یا ناهنجاری کشنده جنین مانند آنانسفالی تأیید شده توسط سونوگرافی، تزریق پلتیازون و تجویز کپسول نیفیدین ضرورت ندارد.</p>	<p>زایمان زودرس</p>	<p>وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، بیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر هار نهفته</p>
<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳ قوطره در دقیقه، - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خواباندن مادر به پهلوی چپ - تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم پاناماژون * - تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام ایپی زایمانی در صورت سخت بودن پرینه - انجام زایمان - آماده کردن ست احیاء نوزاد - ارجاع فوری نوزاد یا وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته به همراه مادر و اطمینان از گرم بودن نوزاد حین ارجاع</p>	<p>زایمان زودرس</p>	<p>وقوع علائم زایمانی زیر ۳۷ هفته کامل، بیلاتاسیون بیش از ۴ سانتیمتر هار فعال</p>
<p>باز نگاه داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - خنک کردن مادر به پهلوی چپ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: - انجام زایمان یا در نظر گرفتن احتمال خطر جنین در رشت، - ایگزیسیون آمنیوس، بیسیس، جنین - آمپاری بیابوی احیاء نوزاد طبق ج ۱</p>	<p>زایمان دیررس</p>	<p>وقوع علائم زایمانی بالای ۴۱ هفته</p>

گروه بندی و اقدام

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

معاينه کنید:
معاينه مهبل، ارتفاع رحم

ارزایی

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

ث ۷- پارگی کیسه آب

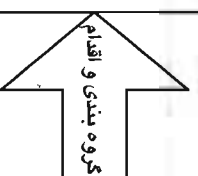
اقدام

فاز زایمان

مرحله بارداری

<p>فاز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -خمکی حداکثر ۳۰ دقیقه در دقیقه -انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر -تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی -در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم چنتامایسین -ارجاع فوری طبق ح ۱ در صورت فریب الیومین زایمان: -کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار -انجام زایمان -تجویز ۲۰ واحد اکسی توسیت در یک لیتر سرم و کنترل خودریزی -ارجاع مادر و نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>فاز فعال، مدت پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت (بدون توجه به سن بارداری)</p>	<p>ترم</p>
<p>فاز نگه داشتن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -خمکی -انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر -تزریق ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی -در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم چنتامایسین -ارجاع فوری طبق ح ۱</p>	<p>فاز نهفته بدون توجه به مدت پارگی (بدون توجه به سن بارداری)</p>	<p>ترم</p>
<p>فاز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -خمکی حداکثر ۳۰ دقیقه در دقیقه -انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر -انجام زایمان -در صورت احتمال عدم انجام زایمان تا ۱۲ ساعت: ارجاع فوری و همراهی بیمار یا بست زایمان طبق ح ۱</p>	<p>فاز فعال، مدت پارگی کمت از ۱۲ ساعت</p>	<p></p>
<p>فاز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -خمکی حداکثر ۳۰ دقیقه در دقیقه -انجام معاینه واژینال در شرایط استریل و خودداری از انجام معاینه مکرر -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین پس از گذشت ۱۸ ساعت از پارگی -در صورت وجود تب: تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم چنتامایسین -ارجاع فوری طبق ح ۱ -در صورت فریب الیومین زایمان: اقدام طبق ث م</p>	<p>فاز فعال یا فاز نهفته</p>	<p>پره ترم</p>

ارزایی



گروه بندی و اقدام

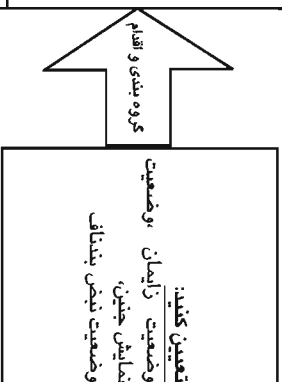
سوال کلیدی:
مدت پارگی
تعیین کننده:
وضعیت زایمانی، علائم
حیاتی

ت ۸- پرو لاپس بندناف

اقدام

معیار تشخيص

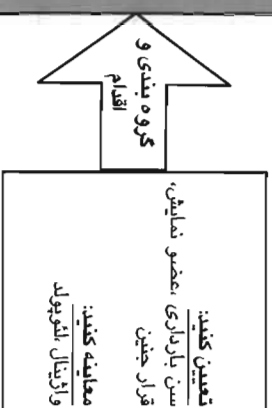
<p>جلا بردن مucus پرزاشته و قرار دادن مادر در وضعیت مناسب (سجده یا قرار دادن چند بالش در زیر باسن بیمار)</p> <p>سونداز ممانه *</p> <p>جلا نکه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</p> <p>دندان اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر بر دقیقه با ماسک یا اوره</p> <p>آگاه کردن مادر و همراهان بیمار از وضعیت جنین</p> <p>ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ۱</p> <p>در صورت قریب الوقوع بودن زایمان و تشخیص نمایش سفتلیک یا برجش کامل:</p> <p>کمک به پیشرفت زایمان</p> <p>درخواست کمک برای انجام اجزاء</p> <p>انجام زایمان</p> <p>آمادگی برای اجزاء نوزاد طبق ۱</p>	<p>جین زنده</p>
<p>جلا نکه داشتن رگ و تزریق سرم قندی</p> <p>تلاش برای شنیدن صدای قلب از روی شکم</p> <p>آگاه کردن مادر و همراهان او از وضعیت جنین</p> <p>انجام زایمان در صورت پیشرفت زایمان</p>	<p>جین مرده (نیود نبض بندناف)</p>



*سوند فوای یا نلاتون را در ممانه گذاشته و با ست سرم ۵۰۰ سی سی نرمال سالین را به داخل سوند و ممانه وارد کنید. پس از اتمام اکسیسه هوایی سوند را بجا کرده و ثابت کنید. سپس با یک پنبه سوند را کلامی کنید تا ممانه پر شده تخلیه نشود.

ت ۹- نمایش غیر طبیعی

اقدام	تشخیص اتمام
<p>باز رنگ داشتن رگ و تزریق سرم قندی - دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه یا جاسک یا اوله - تزریق وریدی ۲ گرم سولفات منیزیم ۲۰٪ (۲۰۰ میلی لیتر) در مدت ۲ دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ - ارجاع فوری طبق ح ۱ - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان: انجام مانورهای خروج جنین: - در رخ است کتک و آماده کردن ست اجزاء نوزاد برای جنین زنده) - اطمینان از خالی بودن مثانه - انجام ایی زبانه‌ی در موقع خروج باسن نوزاد - خارج کردن باسن، سینه و شانه ها هنگام انقباض رحم - قرار دادن بدن نوزاد بر روی ساعد دست چپ و آویزان کردن پایها از نو طرف - قرار دادن انگشت سیاه و میانی دست چپ بر روی گونه نوزاد - قرار دادن انگشت چهارم و سیاه دست راست بر روی شانه های نوزاد و انگشت میانی دست راست بر روی سر نوزاد برای کمک به خم شدن بیشتر سر نوزاد از کشیدن نوزاد به سمت پایین خودداری کنید) - اعمال فشار ملایم در ناحیه بالای پوبیس توسط دستیار - کشیدن نوزاد به سمت شکم مادر به محض دیدن محل رویش مو تا خروج کامل نوزاد - بررسی پارگی های احتمالی سرویکس و واژن - در صورت وجود صدمات زایمانی و یا ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۲ - آسایشی برای اجزاء نوزاد طبق ح ۱</p>	<p>قرار عرضی و نمایش صورت نمایش برج کامل هر نوع نمایش جنین در سن بارداری کمتر از ۲۳ هفته بارداری</p>
<p>باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -نمکی حداکثر ۲۲ قطره در دقیقه -انجام زایمان</p>	



ارزایی

ت ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان

۱- آنمی متوسط تا شدید	صفحه ۸۱
۲- ابعاد نامتناسب لگن	صفحه ۸۱
۳- ارهاش منفی	صفحه ۸۱
۴- اعتیاد به مواد مخدر	صفحه ۸۱
۵- الیگو هیدر آمنیوس / تاخیر رشد داخل رحمی	صفحه ۸۱
۶- پلی هیدر آمنیوس	صفحه ۸۱
۷- تب	صفحه ۸۱
۸- جنین ناهنجار	صفحه ۸۲
۹- چندقلویی	صفحه ۸۲
۱۰- شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سانت	صفحه ۸۲
۱۱- ضایعات ولو	صفحه ۸۲
۱۲- گراند مولتی پار	صفحه ۸۳
۱۳- ماکروزومی	صفحه ۸۳
۱۴- مرگ جنین	صفحه ۸۳
۱۵- هیپاتیت / HBsAg مثبت	صفحه ۸۳
۱۶- هرپس ژنتال	صفحه ۸۳
۱۷- نمایه توره بینی بیش از ۴۰	صفحه ۸۳

ث ۱۰- سایر موارد خطر جین زایمان

اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان

اقدام

عنوان

۱	آنژی متوسط تا شدید	ارجاع فوری	انجام زایمان یا توجه به میزان خونریزی جین و پس از زایمان -در صورت طبیعی بودن میزان خونریزی: اندازه گیری هموگلوبین ۴ ساعت پس از زایمان و اقدام طبق ج ۷ -در صورت بروز علائم هیپوتانسیون اریوستاتیک: ارجاع فوری مادر و همراهی بیمار طبق ج ۱
۲	ابعاد نامناسب لگن	ارجاع فوری -در صورتی که مادر در فاز فعال است: تمره‌های مادر با ست زایمان	
۳	ارهاش منفی	انجام زایمان -در صورت مثبت بودن ارهاش نوزاد: تزریق آمپول رگام تا ۷۲ ساعت پس از زایمان	جای کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -شکی حداقل ۳۲هفته در دقیقه -انجام زایمان -عایقه محکم و در فواصل کوتاه برای اطمینان از چنج بودن رحم -عدم شروع تخلیه نوزاد یا شیر مادر در مادر معناد به هورثین -ارجاع فوری نوزاد به بیمارستان
۴	اعتیاد به مواد مخدر	جای کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -شکی حداکثر ۳۲هفته در دقیقه -حاندن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه یا ماسک یا اوله -توجه به مادر از نظر وقوع نکلان -ارجاع فوری به همراه ست و داروهای اجزاء نوزاد	اقدام پیش از ارجاع -در صورت بروز علائم محرومیت در نوزاد/ می توانی به نوزاد، اسهال، استفراغ، تاکی پنه، تشنج و...؛ تزریق عضلانی و یا تجویز خوراکی ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم به ازنه کلورگرم وزن بدن از فویدارینیل یا ۱ یا ۲ میلی گرم دیازپام هر ۸ ساعت
۵	النگوهدر آنمیوس/ تاخیر رشد داخل رحمی	حاندن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه یا ماسک یا اوله -ارجاع فوری مادر با اوصیت جویبیده به پهلوی چپ	کنترل صدای قلب جنین هر ۵ دقیقه یک بار -انجام زایمان با توجه به احتمال دفع مکتوبیم در سابع آمنیوتیک
۶	پلی هیدرآمنیوس	ارجاع فوری	-چنانچه کیسه آب سالم است با وارد کردن سروسوزن استریل داخل ولان در کیسه آب سوراخ بسیار کوچک ایجاد کرده و با نکه داشتن دو انگشت بر روی سوراخ، میزان خروج مایع آمنیوتیک را کنترل کنید(به پورلاپس مبتلای توجه کنید). -انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال اینرسی رحم
۷	تب	جای کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی -شکی یا رینگ حداقل ۳۲هفته در دقیقه -حاندن اکسیژن به میزان ۶-۸ لیتر در دقیقه یا ماسک یا اوله -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -تجویز قرص یا شیاف استامینوفن -ارجاع فوری	انجام زایمان -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین در سرم و کنترل خونریزی -ارجاع فوری مادر -ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ج ۲

ت ۱۰- سایر موارد خطر حین زایمان (ادامه)

اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان

اقدام

عنوان

<p>- در صورت وجود تاندن‌جاری هائی مانند هیدروسفالی یا سولگی به هم چسبیده که منجر به زایمان سخت یا نیازمند مداخلت‌های فوری نوزاد می‌شود: ارجاع فوری مادر - در صورت قریب الوقوع بودن زایمان همراهی مادر با ست زایمان</p>	<p>در صورت وجود تاندن‌جاری هائی مانند اتانسفالی، شکاف کام و ... که منجر به زایمان سخت نمی‌شود: انجام زایمان بر حسب نوع تاندن‌جاری نوزاد: اقدام طبق ت ۲</p>	<p>حین تاندن‌جاری</p>	
<p>جواز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -شکرى حداقل ۲۰قطره در دقیقه -زاین اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا اورله -در صورت نمایش غیر از سر جنین: اقدام طبق ت ۹ -اقدام برای خروج قل اول -خودداری از هر اقدام برای خروج جفت پس از تولد قل اول -بررسی وضعیت قل دوم: بازه کردن کیسه آب در صورت ثابت بودن عضو نمایش قل دوم -در صورت غیر طبیعی بودن نمایش قل دوم: اقدام همانند نمایش غیر طبیعی -در صورت نبود القاضیات مناسب و کافی پس از ۱۰ دقیقه انتظار برای خروج قل دوم: ارجاع فوری مادر</p>	<p>ارجاع فوری</p>	<p>چندقوفی</p>	<p>۹</p>
<p>-انتظار برای خروج جفت پس از خروج جنین ها -در صورت توفیق در انجام زایمان تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم ماساژرحم بررسی جفت و بند ناف ها، تعیین نوع چندقوفی در صورت امکان -در صورت نیاز به ارجاع نوزاد: ارجاع هر دو قل یا هم، اطمینان از جمع بودن رحم و میزان خونریزی پس از زایمان</p>	<p>ارجاع فوری</p>	<p>شکم اول زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال</p>	<p>۱۰</p>
<p>جواز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -شکرى حداقل ۲۰قطره در دقیقه -انجام زایمان در صورت متناسب بودن ابعاد لگن و جنین</p>	<p>ارجاع فوری</p>	<p>ضایعات ولو (سوخنگی، وارپس، کیست بارئولن)</p>	<p>۱۱</p>

انجام این زایمانی در صورت نیاز و در محلی که امکان کمترین آسیب وجود دارد..

-انجام زایمان و وقت در ترمیم پارگی ها و محل برش

- در صورت عدم توانایی در ترمیم یک کریان محل ترمیم شیت تعداد گان مصنوعی و ارجاع فوری طبق ت ۱

ث ۱۰- سایر موارد خطر جین زایمان (ادامه)

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
گزاید مولتی پار (زایمان ۵ پار و بیشتر)	جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم دقیقه قلبی - تنگی یا قندی حداکثر ۲قطره در دقیقه ارجاع فوری	جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی تنگی حداکثر ۲قطره در دقیقه انجام زایمان معالیه کامل جفت و پوده ها معالیه مگرو و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم خروج کامل جفت: ارجاع فوری و همزایمانی مادر طبق ح ۱
ماکروزومی	ارجاع فوری	در صورت تناسب ابعاد لگن با وزن تقریبی جنین و سابقه زایمان ماکروزومی مادر: انجام زایمان در صورت عدم پیشرفت زایمان اقدام طبق ح ۳ معالیه مگرو و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترسیم پارگی: یک کردن محل ترسیم ثبث تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری و همزایمانی بیمار طبق ح ۱ ارجاع فوری نوزاد
مرگ جنین	ارجاع فوری	جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی تنگی حداکثر ۲قطره در دقیقه انجام زایمان با توجه به میزان خونریزی پس از زایمان و خروج کامل جفت در صورت وجود خونریزی بدون علت مشخص (احتمال اختلالات انعقادی، متشنج): ارجاع فوری طبق ح ۱
مهاجرت HBsAg / مثبت	ارجاع فوری	انجام زایمان تزریق واکسن مهاجرت و تزریق عضلانی ۰/۵ سی سی آمبول اینفرگلوبین اختصاصی مهاجرت ب (HBIG) به نوزاد در محل جدا از تزریق واکسن مهاجرت حداکثر طی ۱۲ ساعت اول پس از زایمان چاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت دوجه حرارت بدن نوزاد
هپوس ژینتال	خوردناری از معاینه و ایزولان در صورت پارگی کیسه آب ارجاع فوری	انجام زایمان در صورت وجود ضایعات هپوسی در مادر: ارجاع فوری نوزاد
نشایه توده بینی بیش از ۲۰	ارجاع فوری	جهاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی تنگی حداکثر ۲قطره در دقیقه انجام زایمان با در نظر گرفتن احتمال وجود جنین درشت و اینرسی رحم در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترسیم پارگی: یک کردن محل ترسیم ثبث تعداد گاز مصرفی و ارجاع فوری طبق ح ۱

ت ۱۱- سایر موارد خطر بلافاصله پس از زایمان

عنوان	اقدام
۱ احساس جفت (با خونریزی معمولی)	در صورتی که بیش از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی-شکر حداقل ۳۰قطره در دقیقه حاطمیان از نبود جفت در واژن خوردناری از دستکاری بیشتر ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ در صورتی که کمتر از یک ساعت از زمان زایمان گذشته است: اقدام طبق ح ۳
۲ تب	کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک عفونی حاطمیان از هیدراته بودن مادر در صورت پارگی کیسه آب تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین ارجاع فوری طبق ح ۱ بررسی میزان دفعین اتاسیون مادر -معاینه مثانه از روی شکم -واژن و ولو از نظر وجود هماتوم در صورت هیدن اتاسیون و نبود ادرار: تزریق ۴۰۰ میلی لیتر سرم در مدت ۲ ساعت و تشویق مادر به ادرار کردن در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی در ادرار کردن: تخلیه ادرار با سوند و سپس تجویز مایعات برای مادر و تشویق مادر به ادرار کردن پس از چند ساعت
۳ عدم دفع ادرار در ۲ ساعت اولا پس از زایمان	در صورت عدم توانایی مجدد: ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱ در صورت وجود هماتوم: ارجاع فوری به بیمارستان طبق ح ۱
۴ گذشتن بیش از ۱۲ ساعت از پارگی پرینه	-شستن محل پارگی با بتادین -قرار دادن گاز استریل روی پارگی -عدم دستکاری و ترمیم پارگی -ارجاع فوری طبق ح ۱
۵ وارونگی رحم	در خواست کمک باز کردن نو رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگر حداقل ۳۰قطره در دقیقه -دادن اکسیژن به میزان ۸-۸م لیتر در دقیقه یا ماسک یا اوله -تزریق عضلانی ۱۰۰-۵۰ میلی گرم پنتین یا تزریق وریدی ۴ گرم سولفات منیزیم ۴ طی ۲ دقیقه -تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین -برگی دادن رحم به محل اصلی طبق ح ۵ -ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی بیمار طبق ح ۱
۶ هماتوم	کنترل علائم حیاتی در صورت ثبات علائم حیاتی و بزرگ نشدن هماتوم و یا اندازه هماتوم کمتر از ۵ سانتیمتر: استفاده از کیسه یخ بر روی ناحیه تا ۲ ساعت و در صورت عدم تغییر اندازه هماتوم با روش فوق: ترخیص مادر پس از ۶ ساعت و آموزش در مورد علائم خطر بزرگ شدن هماتوم در صورت عدم ثبات علائم حیاتی یا بزرگ بودن اندازه هماتوم بیش از ۵ سانتیمتر و یا درد شدید و یا احساس ادرار: ارجاع فوری طبق ح ۱

ت ۱۲ - بیماری ها

عنوان	اقدام	اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان
آسم	ارجاع فوری	<p>باز کردن رگ، و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی - نمکی، حداقل ۳۰ دقیقه در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا اوله</p> <p>- در صورت درجالت استروئید در ۳ هفته آخر بارداری: تزریق وریدی ۱۰۰ میلی گرم آمبول هیدروکورتیزون و تزریق دوز دوم ۸ ساعت پس از دوز اول</p> <p>- خودمداری از تزریق پکتین</p> <p>- در صورت حمله آسم: درمان مانند زمان غیر بارداری</p> <p>- انجام زایمان</p>
HIV مثبت	ارجاع فوری	<p>- انجام زایمان</p> <p>- هماهنگی با کارشناس ایدز برای اقدامات لازم پس از زایمان</p> <p>- پاک کردن خون و ترشحات از بدن نوزاد با آب گرم پس از تثبیت درجه حرارت بدن نوزاد</p> <p>- مشاوره با مادر در مورد منابع و خطرات شیردهی مادر آلوده</p> <p>- ارجاع غیرفوری مادر و نوزاد به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری</p>
بیماری های درجه ای قلب	ارجاع فوری	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی - نمکی حداکثر ۳۰ دقیقه در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا اوله</p> <p>- تعیین نوع بیماری تا حد امکان</p> <p>- قرار دادن مادر در وضعیت نیمه نشسته</p> <p>- تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۱۰ میلی گرم چنتامایسین</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- در صورت افزایش ضربان قلب بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس بیش از ۲۴ بار در دقیقه: کنترل مکرر علائم حیاتی در فواصل اقباضات و سمع قلب و ریه و توجه به علائم تارسالی قلب و تنگی نفس</p> <p>- در صورت بروز علائم آدم حاد ریه: درمان مانند زمان غیر بارداری</p> <p>- در صورت تنگی درجه، میترال، کلاش، حخم وریدی</p> <p>- در صورت تنگی درجه، انورت: تزریق سرم به میزان کافی</p> <p>- ارجاع فوری طبق ح ۱</p>
دیابت	ارجاع فوری	<p>- باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگ حداکثر ۳۰ دقیقه در دقیقه</p> <p>- دادن اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه با ماسک یا اوله</p> <p>- بررسی به مادر برای خودمداری از تزریق انسولین طولانی اثر حین و پس از زایمان</p> <p>- انجام زایمان</p> <p>- ارجاع فوری مادر پس از تثبیت وضعیت مادر طبق ح ۱</p> <p>- ارجاع فوری نوزاد و اقدامات پیش از ارجاع طبق ح ۲</p>

ت ۱۲- بیماری ها (ادامه)

اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان

اقدام

عنوان

۵	<p>انجام زایمان</p> <p>اجازه شیردهی به نوزاد طبق پروتکل کشوری برنامه سل</p> <p>ارجاع در اولین فرصت نوزاد برای بررسی از نظر سل و تعیین زمان تزریق واکسن ب ت و</p>	سل	
۶	<p>انجام زایمان</p> <p>ارجاع نوزاد در اولین فرصت</p> <p>اطمینان از درمان مادر و همسر</p>	سینفایس	
۷	<p>حاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -شکر ۳۲قطره در دقیقه</p> <p>حازن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>آمادگی برای احیاء مادر و نوزاد طبق ج ۱</p> <p>انجام زایمان</p>	صرع	
۸	<p>حاز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -شکر ۳۲قطره در دقیقه</p> <p>حازن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله</p> <p>کنترل علائم حیاتی و سمع قلب و ریه</p> <p>توجه به خطر بروز طوفان تیروئیدی (علائم تارسایی قلب، ورم ریه ،تاکسی کاردی شدید)</p> <p>انجام زایمان</p> <p>ارجاع مادر و نوزاد در اولین فرصت</p>	هیپرتیروئیدی	

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

ت ۱۳ - سیواپق زایمان قبلی

اقدام در صورت قریب الوقوع بودن زایمان

اقدام

نوع سابقه

۱	* آتوئی	ارجاع فوری	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در زایمان -معاينه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم -در صورت عدم کنترل خونریزی: ارجاع فوری طبق ح ۱ و ۲
۲	* چنین تانفجار	در صورت اطمینان از سلامت جنین: انجام زایمان -در صورت وجود ناهنجاری در نوزاد: اقدام طبق ح ۳	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه -در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان -در صورت عدم کنترل خونریزی و یا عدم ترسیم پارگی ها: یک کربن محل ترسیم شیت تعداد گاز مصرفی، و ارجاع فوری طبق ح ۱
۳	* زایمان سخت	ارجاع فوری	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه -انجام زایمان -معاينه مکرر و در فواصل کوتاه برای اطمینان از جمع بودن رحم -بررسی پارگی های احتمالی
۴	* زایمان سریع	ارجاع فوری در فاز تهیته و همراهی مادر یا مست زایمان	در صورت عدم کنترل خونریزی یا جمع نشدن رحم: ارجاع فوری طبق ح ۱
۵	سزارین یا جراحی رحم و شکم	ارجاع فوری	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه -کنترل علائم حیاتی -انجام زایمان یا توجه به خطر پارگی رحم -ارجاع فوری مادر پس از زایمان طبق ح ۱
۶	* مرده زایی	ارجاع فوری	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه -انجام زایمان
۷	* مرگ نوزاد	ارجاع فوری	تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین یا شروع دردهای زایمانی -انجام زایمان
۸	نازایی	ارجاع فوری	باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه -در صورت متناسب بودن لگن: انجام زایمان
۹	* نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰گرم و یا وزن بیش از ۴۰۰۰گرم	باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی -تسکی حداقل ۲۲هفته در دقیقه - در صورت متناسب بودن ابعاد لگن با وزن جنین: انجام زایمان -در صورت تشمین ماکروزومی: اقدام طبق ت ۱۰	

* امکان تکرار این موارد در بارداری وجود دارد.

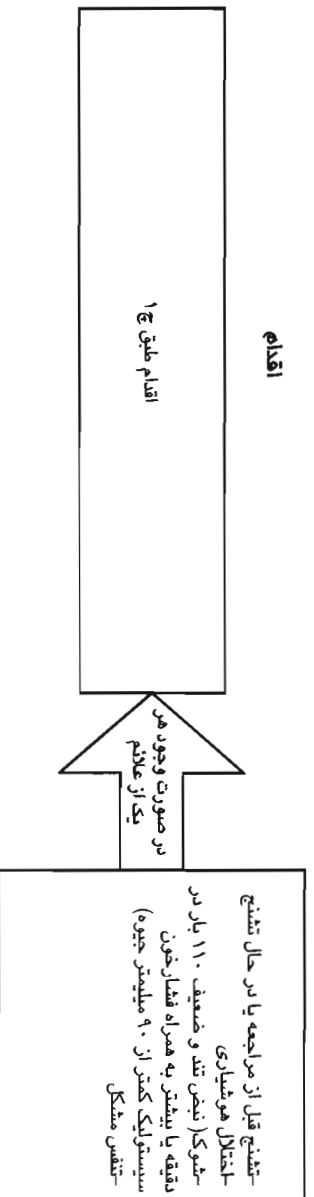
ج-مر اقبیت های معمول پس از زایمان

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

صفحه ۸۹	ج ۱-مر اقبیت های ملاقات اول و دوم پس از زایمان
صفحه ۹۰	ج ۲-مر اقبیت های ملاقات سوم پس از زایمان
صفحات ۹۱-۹۳	تعاریف مراقبت های پس از زایمان

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

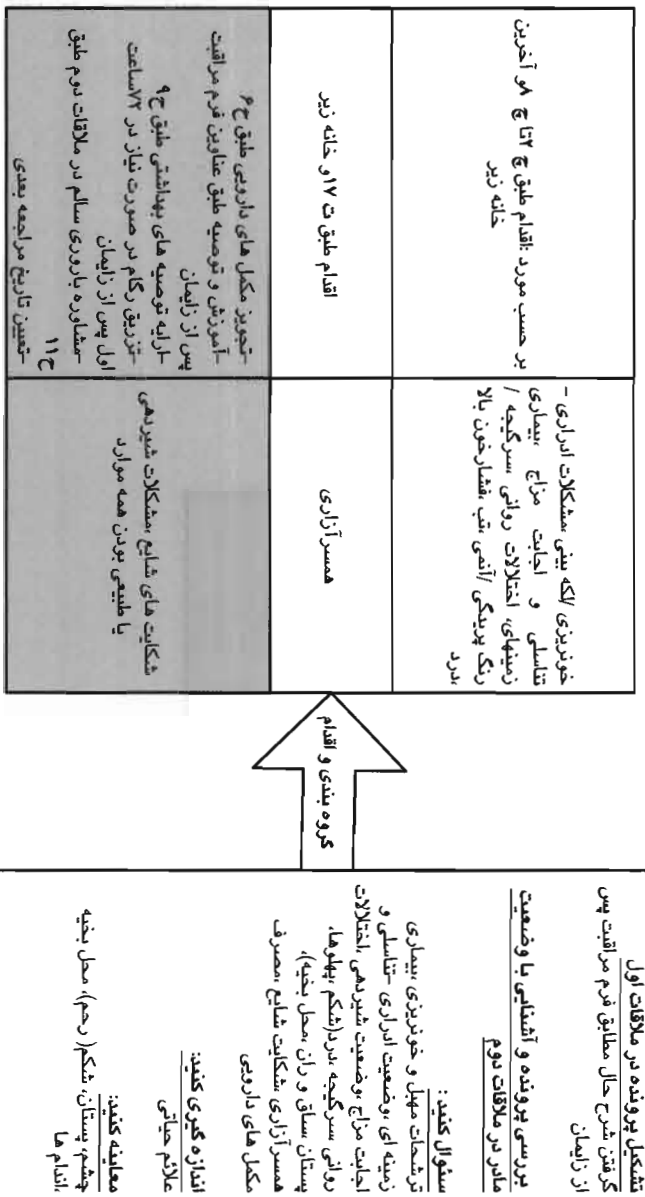
ابتدا علائم فطر قهوی را ارزیابی کنید:



ارزیابی

گروه بندی علائم و نشانه ها

اقدام



ج ۲- مراقبت های ملاقات سوم پس از زایمان

اقدام

گروه بندی علائم و نشانه ها

بر حسب مورد: اقدام طبق ج ۲ تا ج ۴ هر آخرین خانه	خونریزی / لکه بینی، مشکلات ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، بیماری زمینه ای، اختلالات روانی، فصل خون بالا، سرگیجه، لرگ پویدگی / آنمی، تب سرد
اقدام طبق ت ۱۷ و آخرین خانه زیر	همسر آزاری
اقدام طبق آخرین خانه زیر و ارجاع غیر فوری به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی	التهاب لکه، جرم و پوسیدگی دندان
اقدام طبق خانه زیر و ارجاع در اولین فرصت به بهداشت کار دهان و دندان یا دندان پزشکی	عفونت دندان، آبسه، درد شدید دندان
تجویز مکمل های دارویی طبق ج ۴ - آموزش و توصیه طبق عنوانین فرم مراقبت پس از زایمان: - ارایه توصیه های بهداشتی طبق ج ۴ - انجام پاپ اسمیر در صورت تیان طبق ج ۱۲ - درخواست آزمایش FBG و OGTT (ناشتا و دو ساعته) در مادران مبتلا به دیابت بارداری	شکایت های شایع، مشکلات شیردهی یا طبیعی بودن همه موارد

گروه بندی و اقدام

<p>بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر</p> <p>سئوال کنید: ترشحات مهمل و خونریزی، بیماری زمینه ای، وضعیت شیردهی، وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج، اختلالات روانی، سرگیجه، درد / شکم، پهلها، بیستون، سناق و زان، دندان، محل بخیه، شکایت شایع، همسر آزاری، مصرف مکمل های دارویی</p> <p>اندازه گیری کنید: علائم حیاتی</p> <p>معاینه کنید: چشم، دهان و دندان، بیستون، شکم (رحم)، محل بخیه، اندام ها</p>
--

تعاریف مراقبت‌های پس از زایمان (به ترتیب حروف الفبا)

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

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

اختلال هوشیاری: عدم پاسخگویی مادر به تحریکات وارده (بیشگون، ضربه، نور و...) یا عدم درک زمان و مکان ارزیابی علائم خطر فوری: در ملاقات اول و دوم، ابتدا مادر را از نظر وجود علائم خطر فوری بررسی کنید.

التهاب لثه: متورم، پرخون و قرمز شدن لثه

الکلیسیسم: در جامعه ما هیچ گونه معیار عرفی وجود ندارد اما آنچه باید توجه قرار گیرد این است که مصرف آن در بارداری ممنوع است. بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر: در ملاقات دوم و سوم، فرم مراقبت را مرور کرده و تقابلی مانند تکمیل نمودن قسمت‌های مختلف را رفع کنید.

بیماری زمینهای: منظور بیماری‌های قلبی، کلیوی، دیابت، فشارخون بالا، صرع،... است.

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

پوسیدگی دندان: تخریب ساختمان دندان به دنبال فعالیت میکروبی‌های پوسیدگی‌زای دهان که عبارتند از:

- تغییر رنگ مینای دندان به رنگ قهوه‌ای یا سیاه
 - سوراخ شدن دندان
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام مصرف غذاهای سرد و گرم یا ترش و شیرین
 - حساس بودن یا درد گرفتن دندان هنگام فشردن دندان‌ها بر همدیگر
- تاریخ مراجعه بعدی: تاریخ مراجعه بعدی مادر را تعیین و یادآوری کنید.
- ترشحات مهمل: خروج ترشحات چرکی و بد بو را از مهمل سؤال کنید.

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

تجویز مکمل‌های دارویی را طبق راهنما برای مادر تجویز کنید.

نکته: توجه داشته باشید که مادر باید تا ۳ ماه پس از زایمان مکمل مصرف کند. بنابراین مطمئن شوید که مادر به میزان مورد نیاز قرص آهن و مولتی ویتامین دارد.

تشکیل پرونده: برای تشکیل پرونده، «فرم مراقبت پس از زایمان» را تکمیل کنید.

تشنج: انقباضات تونیک و کلونیک تمام یا قسمتی از بدن

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

جرم دندان‌خانی: چنانچه پلاک میکروبی به وسیله مسواک زدن و با نخ کشیدن از سطح دندانها پاک نگردد و مدت طولانی روی دندان باقی بماند، به لایه ای سفت به رنگ زرد یا قهوه ای تبدیل می‌گردد.

خونریزی: معمولاً در روزهای پس از زایمان به تدریج از مقدار ترشحات خونی مهمل کاسته شده و کم رنگ می‌شود. در ملاقات سوم خروج ترشحات خونی از مهمل را سؤال کنید.

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

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

شرح حال: شرح حال شامل موارد زیر است:

- تاریخچه پزشکی: سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری‌های زمینهای (دیابت، فشارخون بالا، صرع، کلیوی، آسم، قلبی، سل و ...)، اختلالات روانی
- تاریخچه زایمان: تاریخ، نوع و محل زایمان
- تاریخچه اجتماعی: سن، همسر آزاری، مصرف داروها در شیردهی، مصرف الکل، کشیدن سیگار و دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر و داروهای مخدر

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

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

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

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

- فشارخون را در یک وضعیت ثابت (نشسته یا خوابیده) و از یک دست ثابت (راست یا چپ) اندازه‌گیری کنید. فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

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

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

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

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

- **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی، توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

• **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخواهی، کم‌خواهی، پراشتهایی، کم‌اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان. به خود و دیگران

محل بجهیه‌ها: در هر ملاقات، محل بجهیه‌ها (برش ابری زائومی یا سزارین) را بررسی کنید. ناحیه برش معمولاً بدون درد، التهاب و کشش می‌باشد.

محل برش ابری زائومی معمولاً پس از ۳ هفته ترمیم می‌شود و بیخ بجهیه محل برش سزارین پس از ۷ تا ۱۰ روز نیاز به کشیدن دارد.

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

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

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

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

معاینه پستان: پستان‌ها را از نظر تورم و درد بررسی کنید.

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

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

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

معاینه شکم (رحم): در هر ملاقات، وضعیت رحم را از روی شکم بررسی کنید. پس از زایمان، رحم به تدریج به داخل لگن باز می‌گردد. در هفته اول رحم پایین‌تر از ناف، سفت و جمع است و از هفته سوم به بعد، رحم از روی شکم قابل لمس نیست.

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

ملاقات اول: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱ تا ۳ پس از زایمان

ملاقات دوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان

ملاقات سوم: ملاقات با مادر در یکی از روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان وضعیت ادراری - تناسلی و اجابت مزاج: از مادر در مورد وضعیت دفع ادرار (سوزش، درد، فشار، تکرر، احساس دفع سریع، بی‌اختیاری) و اجابت مزاج (یبوست، خونی بودن مدفوع، درد مقعد، بواسیر، بی‌اختیاری) و سوزش و خارش ناحیه تناسلی سؤال کنید.

وضعیت روانی (خلیق و خوی): در مورد وضعیت روحی و روانی یا سابقه بیماری روانی مادر سؤال کنید. برخی مادران ممکن است در روزهای ۳ تا ۶ و حداکثر تا روز ۱۴ پس از زایمان دچار افسردگی خفیف و گذرا (لندوه پس از زایمان) شوند که علائم آن به صورت گریه و بی‌قراری، اختلال در خواب و اشتها و احساس غمگینی ظاهر می‌کند. دوره پس از زایمان، دوره پرخطری از نظر عود بیماری روانی قلبی 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 لندوه پس از زایمان مراجعه کرده است، او را تحت نظر بگیرید. اگر علائم طولانی و شدیدتر شود مانند تمایل به خودکشی و آزار به نوزاد «سایکوز یا جنون پس از زایمان» مطرح است. در مراحل اولیه بروز سایکوز بعد از زایمان، علائم مانند «لندوه و یا افسردگی پس از زایمان» است و بیماری به صورت بی‌خوانی، بی‌قراری، تغییرات سریع خلق و خو خود را نشان می‌دهد. بنابراین اگر «سابقه جنون پس از زایمان» در مادر و یا خانواده او و یا سایر عوامل خطر وجود دارد، ویزیت روان پزشکی الزامی است و مادر باید ارجاع شود.

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

همسر آزارای: هر رفتار خشن وابسته به جنسیتی است که موجب آسیب شده یا با احتمال آسیب جسمی، روانی و یا ربخش زن همراه گردد. چنین رفتاری می‌تواند با تهدید، اجبار یا سلب مطلق آزادی و اختیار صورت گرفته و در جمع یا در خلوت رخ دهد.

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

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

چ-مر اقبیت های ویژه پس از زایمان

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

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

ج ۱- علائم خطر فوری

ارزیابی

در حال تنفس یا قبلاً تنفس
کرده

اقدام

درمان اکسیجسی طبق ج ۳
ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱

اقدام

ارزیابی

شوک، اختلال هوشیاری

در صورت خونی‌ریزی، نبرسی، منبع خون‌ریزی نهنده طبق ج ۲

سوسنگاری، ممانه و ثابت نگه داشتن آن

کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه

در سواره شک به شوک عفونی، تنزیق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم چتاسامپسین

ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱

اقدام

ارزیابی

تنفس مشکل

درخواست کمک

اطمینان از باز بودن راه های هوایی

حالتن اکسیژن به میزان ۴-۸ لیتر در دقیقه، با ماسک یا لوله

جذب کردن رگ و تزریق سرم قندی یا قندی-شکر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه

سمع قلب و ریه

در صورت تشخیص آمبولی ریه، سحله آسم، اندم حاد ریه، شوک، ترومای معمول زن

عین باروتار

ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱

چ ۲- خونریزی / لکه بینی

اقدام

نشخیص اتمتال

علائم همراه

<p>بیان کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رنگی به میزان حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل سرم</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین</p> <p>ارجاع فوری طبق ج ۱ح</p>	<p>باقی ماندن تکه های از جفت، متریب</p>	<p>خونریزی بیش از حد قاعدگی، دفع لخته یا نسج سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، بزرگی و نرمی رحم بیش از حد طبیعی</p> <p>❖</p> <p>ترشحات بیبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، بورد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا مستکاری، ماحصل بارداری، حساسیت و ریپاند رحم</p>
<p>بیان کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رنگی یا قندی نمکی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>ارجاع فوری طبق ج ۱ح</p>	<p>متریب</p>	<p>❖</p> <p>ترشحات بیبو و چرکی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب، بورد شکم، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا مستکاری، ماحصل بارداری، حساسیت و ریپاند رحم</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>عفونت، پواریب جفتی</p>	<p>خونریزی در حد قاعدگی از هفته سوم پس از زایمان به بعد</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>متریب خفیف</p>	<p>لکه بینی، بورد شکم، برحم مثل و بزرگ تر از حد مثل و بزرگی طبیعی</p>
<p>ارجاع فوری به متخصص زنان</p>	<p>متریب خفیف</p>	<p>لکه بینی، بورد شکم، برحم بدون تندرینس، برحم جمع و بدون تندرینس</p>
<p>ارجاع فوری به متخصص زنان</p>	<p>متریب خفیف</p>	<p>لکه بینی، بورد شکم، برحم بدون تندرینس، برحم جمع و بدون تندرینس</p>

ارزایی

سؤال کنید:
 میزان خونریزی، دفع لخته خون یا نسج، بورد شکم، ترشحات بیبو یا چرکی واژینال، سابقه خروج سخت جفت در زایمان اخیر، سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا مستکاری، ماحصل بارداری

معیاره کنید:
 اندازه و قوام رحم

گروه بندی و اقدام

❖ این موارد در معرض شوک هستند، با پروتکل شوک، درمان شوک انجام شود.
 نکته: اندازه طبیعی، رحم بر حسب زمان پس از زایمان در تعاریف مراقبت معمول اشاره شده است.

ج ۳- تب

اقدام

تشخیص اتمالی

علائم همراه

<p>باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم رینگو یا فلدی - تکلی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>تزریق لاریبی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>-ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>مقررت</p>	<p>بزرگتر از حد طبیعی خونریزی یا ترشح بدبو از واژن، ساقه پارگی طولانی کبسه آب یا دستکاری بارداری</p> <p>درد شکم، حساسیت رحم و ریباند</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص</p>	<p>آبسه پستان</p>	<p>توده مواج و دردناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، لرز</p>
	<p>عقوت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی</p>	<p>تورم محل بخیه تحت فشار بودن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی و بدبو، قرمزی و سفیدی محل بخیه</p>
<p>به تخویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۱۰ تا ۷ روز</p> <p>-تجویز استامینوفن</p> <p>-ادامه شیردهی</p> <p>-در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت: ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p>	<p>ماسیت</p>	<p>تورم، قرمزی و گرمی و درد یک طرفه پستان، لرز</p>
<p>توصیه به ادامه شیردهی و کمپرس سرد پستان پس از شیردهی</p> <p>-تجویز استامینوفن در صورت نیاز</p> <p>-آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت</p>	<p>احتقان پستان</p>	<p>تب خفیف و گذرا، درد گرمی و سفیدی هر دو پستان</p>

گروه بندی و اقدام

سؤال کنید:

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

تعیین کنید:

درجه حرارت

معاینه کنید:

محل بخیه، پستانها، اندازه و قوام رحم

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

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

چ ۴- درد

اقدام

تشخیص امکان

علائم همراه

<p>بارز رنگ داشتن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی -حتمی یا قندی</p> <p>-تجویز مسکن و بی حرکت نگه داشتن عضو مبتلا</p> <p>-تزریق وریدی ۵۰۰۰ واحد هپارین</p> <p>-ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>ترومبولیت</p>	<p>ورم و درد یک طرفه ساق و ران، کاهش نبض اندام، سردی و رنگ پریدگی اندام، کبودی اندام</p>
<p>بارز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی -حتمی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>-تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>-ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>متریت آمپسه لگن پیشونیت</p>	<p>* ترشحات بنبوی واژینال، رحم بزرگتر از حد طبیعی، تب و لرز، درد شکم سابقه پارگی طولانی کیسه آب یا دستکاری بارزاری، تندریس و ریپاند شکم یا پهلویها</p>
<p>بارز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی -حتمی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه</p> <p>-تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین</p> <p>-ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>شکم حاد</p>	<p>* تندریس و ریپاند شکم، تندریس پهلویها، تبوع و استفراغ</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p>	<p>آبسه پستان</p>	<p>وجود توده مواج و دردیناک در پستان، گرمی و قرمزی پستان، تب و لرز</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان</p> <p>-در صورت ناتوانی در ادرار کردن :کاشتین سورند فولی و ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>هماتوم، آبسه و لوله، بقولت محل برش سزارین یا اپی زیاتومی</p>	<p>لمس توده دردیناک در پرینه، عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، تب و لرز</p>
<p>تجویز سفالکسین ۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز</p> <p>-تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی</p> <p>-در صورت عدم تخفیف علائم پس از ۴۸ ساعت : ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p>	<p>ماسیت</p>	<p>تورم، قرمزی، گرمی و درد یک طرفه پستان، تب و لرز</p>
<p>تجویز استامینوفن و ادامه شیردهی</p> <p>-توصیه به ادامه شیردهی و کپوس سرد پستان پس از شیردهی</p> <p>-تجویز استامینوفن در صورت نیاز</p> <p>-آموزش نحوه صحیح شیردهی و پیگیری پس از ۴۸ ساعت</p>	<p>پس درد</p>	<p>درد ملی کرابهی زیر دل به خصوص هنگام شیردهی</p>
<p>شروع شیردهی با پستان سالم، تخلیه مکرر پستان با مکیدن نوزاد و در صورت درد شدید: تخلیه با شیردوش و گذاشتن قطره شیر روی نوک پستان</p> <p>-در صورت عدم بهبود :ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p>	<p>شقاق پستان</p>	<p>زخم و درد نوک پستان</p>
<p>تجویز استامینوفن</p> <p>-کپوس گرم در هفته دوم و سوم پس از زایمان</p> <p>-طریقه توصیه های بهداشتی طبق ج ۹</p> <p>-تجویز گرمای نرم کننده موضع(وارلین، برومن های گیاهی و ...) برای مصرف در هنگام مقاربت(قرار دادن بر روی پوست)</p> <p>در صورت عدم بهبود :ارجاع غیرفوری به متخصص زنان</p>	<p>احتلال در روند ترمیم محل بخیه</p>	<p>درد ناحیه برش سزارین یا اپی زیاتومی بدون لمس توده و ترشح و تب، درد هنگام مقاربت</p>

گروه بندی و اقدام

ارزایی

سئوال کنید :

درد یک طرفه ساق و ران، درد شکم، ترشحات بنبوی واژینال، لرز، تب، توده دردیناک در عدم توانایی و درد هنگام ادرار کردن، درد پرینه، گرمی و درد و سفتی پستانها، بردهای کرامپی زیر شکم، درد هنگام مقاربت، سابقه پارگی طولانی، کیسه آب یا دستکاری بارزاری

تعیین کنید:

درجه حرارت

معلیین کنید:

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

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

ج ۵- مشکلات ادرازی - تناسلی و اجابت مزاج

اقدام

تشخیص احتمالی

علائم همراه

<p>باز کردن رگ و تزریق یک لیتر سرم قندی - شکرکی یا دیگر حداقل ۲۳ قطره در دقیقه -تزریق وریدی ۲ گرم آمپلی سبیلین و عضلانی ۸۰ میلی گرم جنتامایسین -در صورت امکان، قبل از تزریق آنتی بیوتیک، نمونه‌های ادرار برای کشت تهیه شده و همراه با مادر برای بیجان‌رستان فرستاده شود. -ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>پیلر تفریت</p>	<p>* سوزش ادرار، درد پهلوها، تب و لرز، تهوع و استفراغ</p>
<p>-ارجاع در اولین فرصت به متخصص زنان -در صورت ناتوانی در ادرار کردن، گذاشتن سوند فولی و ارجاع فوری طبق ج ۱</p>	<p>هماتیم، آمپسه ولر، آسیت مجاری ادراری</p>	<p>درد زیر دل، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط</p>	<p>آسیت مثانه یا مجاری ادرار، فیستول</p>	<p>بی اختیاری مدفوع، بی اختیاری ادرار بدون ارتباط با عطسه و سرفه</p>
<p>تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یک بار تا ۳ روز -در صورت عدم بهبود یا درمان فوق تا ۲۸ ساعت و یا عدم پیشروی: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان -در صورت بروز تب و لرز و درد پهلوها: درمان پیلر تفریت و ارجاع فوری ج ۱</p>	<p>سیستیت</p>	<p>سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع سریع ادرار، درد زیر شکم</p>
<p>تجویز ملین، توصیه به مصرف مایعات و رژیم غذائی حاوی فیبر -توصیه به نشستن در لگن آب گرم در طول روز و خشک نگه داشتن مقعد -تجویز پماد آنتی هموروئید -در صورت عدم بهبود پس از یک هفته: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط</p>	<p>بو اسیر</p>	<p>درد مقعد، امس، دگمه بو اسیری، خونریزی پس از اجابت مزاج</p>
<p>-وازیپیت کاندیدیایی: تجویز قرص یا پماد کلوتریمازول تا یک هفته -وازیپیت ترکیب‌موندانی: تجویز قرص مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز تا یک هفته برای مادر و همسرش -وازیپیت غیر اختصاصی: تجویز ژل مترونیدازول تا یک هفته -ارایه توصیه‌های بهداشتی، طبق ج ۳ -در صورت عدم بهبود پس از پایان درمان: ارجاع غیر فوری به متخصص زنان</p>	<p>وازیپیت</p>	<p>ترشحات بیبو، سوزش و خارش ناحیه تناسلی پس از ۴ هفته</p>

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

اازایی

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

تعین کنید:
درجه حرارت
معاينه کنید:
امس، تگه بو اسیری، پهلوها، واژینال

گروه بندی و اقدام

چ ۶- اختلالات روانی

گروه بندی علائم و نشانه ها تشخیص امکان اقدام

<p>در مرحله پیشرفته: ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی مادر (توزان یا مادر همسراه نشود) اقدامات پیش از ارجاع: در صورت قنابل یا اقدام به خودکشی: آموزش همزمان از نظر محافظت بیمار</p>		<p>در مراحل اولیه: بی خوابی، بی قراری، تغییرات سریع خلق و خو، عصبانیت، تحریک پذیری در مراحل پیشرفته: اختلال در جهت یابی (عدم آگاهی به زمان، مکان و شخص)، بی‌خوابی به مانیا به افسردگی و بر عکس، رفتار غیرعادی در مورد نوزاد (اعتقاد به اینکه نوزاد ناقص یا مرده است، نوزاد قدرت و توانایی خاصی دارد، نوزاد شیطان یا خداست و ...) (توجهات شفرانی که به مادر دستور می دهد به نوزاد صدمه بزند)</p>
<p>در مرحله اولیه و در صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر یا خانجاده وی و یا وجود سایر علائم خطر: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>ساکوز یا علائم خطر فوری روانی</p>	<p>خلق افسرده، اختلال در خواب و اشتها، ناتوانی در تمرکز، از دست دادن علائم، کاهش انرژی، افکار یا اقدام به خودکشی، بی قراری، اضطراب</p>
<p>ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک</p>	<p>افسردگی ماژور</p>	<p>سابقه اختلال روانی در دوران قبل از بارداری</p>
<p>آگاهی دادن به همسر و همراهان در مورد حمایت عاطفی مادر - آموزش علائم خطر به همسر و همراهان - صورت وجود سابقه جنون پس از زایمان در مادر و یا قنابل مادر: بررسی علائم ساکوز در مادر در هر ملاقات - در صورت پیشرفت علائم بیماری: ارجاع در اولین فرصت به روان پزشک</p>	<p>خطر خود بیماری روانی</p>	<p>خلق افسرده و بی علاقه، اختلال در خواب و اشتها، تمایل به گریه کردن، اضطراب، بیخستگی، بوسوس فکری و عملی، روحیه ناراحت، احساس درد در نقاط مختلف بدن، زودرنجی، عصبانیت، بی حوصلگی، ناتوانی در انجام کارهای روزمره</p>
<p>درمان حمایتی (درمان غیر دارویی) مطابق دستورالعمل کلینیکی سلامت روان - بررسی وضعیت رشد نوزاد (ممکن است مادر افسرده نسبت به مراقبت از نوزاد سهل انگار شود) - در صورت تشدید عوارض یا عدم بهبود: ارجاع غیر فوری به روان پزشک</p>	<p>افسردگی، اضطراب، بوسواس</p>	<p>شروع افسردگی خفیف بین روزهای سوم تا ششم و ادامه حداقل تا روز چهاردهم پس از زایمان، احساس گدازای افسردگی چند ساعت در روز، کاهش اشتها، احساس ملال، روحیه متغیر، عصبانیت، تمایل به گریه، بی خوابی و اضطراب، بی قراری</p>
<p>با نقت به صحبت و شکایات مادر گوش کنید و به او اطمینان دهید که مشکلات او را درک می کنید. - به مادر اطمینان دهید که این حالت گذرا بوده و معمولاً طی ۲ هفته خود به خود بهبود می یابد. - به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی، در مادر آموزش دهید. - در صورت تشدید علائم یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته: ارجاع غیر فوری به روان ششاس یا روان ششاس بالینی</p>	<p>اندوه پس از زایمان</p>	<p>در صورت بروز علائم خطر فوری روانی: ارجاع فوری به روان پزشک یا روان ششاس بالینی و انجام اقدامات پیش از ارجاع ساکوز</p>

ارزیابی

بررسی کنید:

- وضعیت ظاهری: نحوه پوشش، وضعیت بهداشتی، نحوه برقراری ارتباط (القهه) و غیرعادی، بهداشت ضعیف، آرایش زیاد، لباس نامتناسب
- خلق افسرده، مانیک، مضطرب، تحریک پذیر (عصبانیت)
- تفکر افکار خودکشی، عقاید هیپاتی افکار پارانوئیدی، افکار بزرگ مضانه) ۴-رک توهمات شنوایی، بینایی، بوایی، لامسه، چشایی
- جهت یابی: آگاهی به زمان، مکان و شخص

گروه بندی و اقدام

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

چ ۷- سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

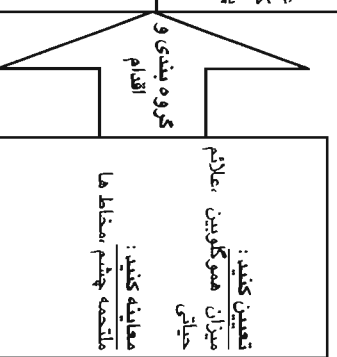
اقدام

تشخیص اکتشافی

علائم همراه

۱۰۰۰ -از کردن رنگ و تریوبول سرم ریوگر به میزان میلی لیتر در ۴ ساعت -ارجاع فوری به متخصص زنان طبق ح ۱	آنمی شدید ناشی از فیبروزی	علائم حیاتی غیر طبیعی (همیوگلوبین ارتواستاتیک)
ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی	بیماری زمینه ای؟	علائم حیاتی طبیعی رنگ پریدگی شدید، هموگلوبین طبیعی
ارجاع در اولین فرصت به متخصص داخلی -ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کمزوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (بجست آنمی)	آنمی شدید (مزمن)	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، رنگ پریدگی شدید
حرفی علت آنمی و درخواست آزمایش شمارش گلبولی، آنکس، رتیکولوسیت، آهن سرم، فریتین، لام خون محیطی، شمارش پلاکت ها -تجویز ۴ عدد قرص آهن در روز ۲۰۰ میلی گرم (به مدت یک ماه -درخواست آزمایش آنکس، رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان -ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کمزوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (بجست آنمی)	آنمی متوسط	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بین ۷ تا ۱۰ گرم درصد
حرف صورت عدم افزایش آنکس، رتیکولوسیت ها یا عدم تسترسی به آزمایشگاه: ارجاع غیر فوری به متخصص -تجویز ۲ عدد قرص آهن در روز به مدت یک ماه -درخواست آزمایش آنکس، رتیکولوسیت بعد از یک هفته از شروع درمان -حرفرسی وضعیت وزن گیری مادر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کمزوری دوران بارداری و شیردهی (بجست آنمی)	آنمی خفیف	علائم حیاتی طبیعی، هموگلوبین بیش از ۱۰ و کمتر از ۱۱ گرم درصد
حرف صورت عدم افزایش آنکس، رتیکولوسیت ها: ارجاع غیر فوری به متخصص		

ارزایی



ج ۸- سایر موارد خطر

اقدام

مراجعه در ۴۸ ساعت اول پس از زایمان: درمان اکلاپسی طبق ج ۴ ارجاع فوری به بیمارستان و همراهی بیمار طبق ج ۱
مراجعه بعد از ۴۸ ساعت اول پس از زایمان:
- در صورت فشارخون دیاستول کمتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه: اکثر فشارخون ۴ هفته پس از زایمان و در صورت نیاز تیررسی و درمان مانند زمان غیر بارداری
- در صورت فشارخون مزمن شناخته شده: ارجاع غیر فوری به متخصص داخلی برای ادامه درمان
- در صورت فشارخون دیاستول مساوی یا بیشتر از ۱۲۰ میلیمتر جیوه و یا سیستول مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه:
- درمان اکلاپسی طبق ج ۳
- ارجاع فوری به بیمارستان طبق ج ۱

گروه بندی و اقدام

فشارخون بالا

اقدام

ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
- در صورت حمله یا تشدید بیماری: ارجاع فوری

اقدام

بیماری زمینه ای

ح- ر ا ه ن م ا

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

ح ۱- ارجاع فوری

اگر مادر نیاز به ارجاع فوری دارد:

- ۱- وسیله نقلیه را آماده کنید.
- ۲- فوراً ارجاع را تکمیل کنید و در صورت امکان از بیمارستان پذیرش بگریزید (ارجاع مادر را برای پذیرش به بیمارستان به تعویق نیندازید)
- ۳- آزارها و وسایل مورد نیاز در طول ارجاع را همراه داشته باشید (بر اساس وضعیت مادر: ناروهای مانند اکسی تو سین، سونقات مینزولوم، بیازپام، گلرکونات کلیدیم، آمپی سیلین، جنتامایسین، سرزم ریپک و ...، وسیله‌ای مانند دستگاه استیوئل سموزن، سوند سرم، ست زایمان و ...)
- ۴- در طول ارجاع از باز بودن رگ و دریافت سرم کافی مطمئن شوید.
- ۵- در موارد خونریزی پس از زایمان ۲۰ واحد اکسی تو سین در سرم باید تزریق و سوشنگاری و ثابت نگه داشتن آن انجام شود.
- ۶- در طول ارجاع از دریافت اکسیژن به میزان ۸-۴ لیتر در دقیقه مطمئن شوید (فقط در صورت ارجاع مادر سالم که چنین مرده دارد، نیاز به دادن اکسیژن نیست).
- ۷- در طول ارجاع به مادر وضعیت مناسب باشید. در پرو لاپس بندناف، وضعیت سجده یا قرار دادن مادر چند باش در زیر باسن، در شوک، قرار دادن پاها بالاتر از سطح بدن، در فورم حاد یا تارسالی قلب، قرار دادن مادر به حالت نیمه نشسته، در دیپتوس جنینی، انقباض شدن مادر به پهلوی چپ
- ۸- در مواردی که مادر در مرحله زایمانی و یا هر فوریتی قرار دارد، همراهی مادر ضروری است. توصیه می شود یکی از بستگان مادر و یا همسر وی نیز در همراهی مادر حضور داشته باشد.

ح ۲- بررسی منبع خونریزی دهنده ماما

نیمه اول بارداری: در این نیمه خونریزی می تواند به علت سقط باشد. در صورتی که خونریزی بیش از حد قائمگی است، پس از باز کردن رگ و تزریق ۱۰۰۰ میلی لیتر سرم یا افزون ۲۰ واحد اکسی تو سین به صورت ۲۲ قطره در دقیقه، مادر را در وضعیت ایستومی قرار داده و اسپکولوم بگذارید. در صورت مشاهده لخته یا نسج در حال دفع از دهانه رحم آن را با یک پیش گر، استریل خارج کنید. در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته از دستکاری خودداری کرده و سپس ارجاع فوری دهید.

الف) در صورت شل بودن رحم (آبونی):

- 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 نو دستی را ادامه دهید.
- ۳- همزمان با ماساژ، یک لیتر سرم ریپک با ۲۰ واحد اکسی تو سین به صورت آزاد یا ۲۰۰ میلی گرم آمپول مترون به صورت عضلانی تزریق کنید. از تزریق مفرز با سلفا فنیل پتاسیوم یا 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 ۵- ساعت علائم حیاتی، میزان خونریزی و جمع و سخت 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 برخواستن مادر (بر اول از روی تخت حتماً وی را همراهی کنید).

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

کپورس شریان شکمی: در قسمت بالایی ناف و کمی به سمت چپ یا مثبت بسته مستقیماً بر روی آئورت شکمی فشار آورید. نبض در آئورت شکمی بالاواصله پس از زایمان به راحتی از روی دیواره قدامی شکم قابل لمس است. برای کنترل کانی بودن فشار، با دست دیگر نبض رانی را لمس کنید. احساس نبض در لمس بشانه تا کانی بودن فشار بر روی شریان است. فشار شریان شکمی را تا قطع خونریزی حین ارجاع ادامه دهید.

نکته: کپورس شریان شکمی را در ماساژ لآخر انجام دهید.

ب) در صورت جمع بودن رحم: تاخیر تقابلی - اوراری به ویژه دیواره های واژن و دهانه رحم را از نظر پارگی ها کنترل کنید. در این حالت با کمک دستیار، ۲-عدد واو در واژن گذاشته و به وسیله ۲ پین جفت، دهانه رحم را به طور کامل بررسی کنید. معمولاً پارگی ها در ساعت ۲ و ۹ ایجاد می شود. یک گاز استریل بر روی محل پارگی گذاشته و به مدت ۵ دقیقه فشار دهید. اگر خونریزی پس از این مدت قطع شد، از دستکاری خودداری کنید. بولی در صورت خونریزی فعال از محل پارگی، با استفاده از نخ کرومیک ۲ صفر یا ۲ صفر، محل پارگی را بخیه بزنید. اگر پارگی در دهانه رحم بود و یا یک رگ باز بود، رأس آن را با زدن بخیه به شکل ۸ ترمیم کنید. در صورت نبود امکان ترمیم پارگی ها، واژن را با یک یا چند گاز استریل تامبون کرده و مادر را با دو رگ باز ارجاع کنید.

تذکر: در تمام مراحل ترمیم پارگی، از جمع بودن رحم مطمئن شوید. در صورت شکسته شدن سوزن جراحی حین ترمیم از دستکاری خودداری محل زخم پاک شده و مادر ارجاع فوری شود.

ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی

- ۱- مادر را در یک محیط آرام و دور از اضطراب به پهلوئی چپ بخواباند و از تنها گذاشتن وی خودداری کنید.
 - ۲-۳- پان یونین راههای هوائی مطمئن شوند.
 - ۴- ضمن درخو است کمک، برای مادر دو رگ باز کنید و سرم قندی یا رینگ تزریق کنید. در صورت نبود خونریزی، خروج سرم نباید بیش از ۲۲ قطره در دقیقه باشد. میزان سرم دریافتی مادر را تا رسیدن به مرکز بالاتر در هر ساعت ثبت کنید.
 - ۴-۱- اکسیژن را به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه برقرار کنید.
 - ۵- از تجویز مواد خوردنی از راه دهان خودداری کنید.
 - ۶- سرودن قوی در مثانه گذاشته، میزان ادرار را در اولین تخلیه و در فواصل بین دو تزریق سولفات منیزیوم اندازه گیری و یادداشت کنید.
 - ۷- است احیاء به ویژه آمبول گلوکونات کلسیم را در دسترس قرار دهید.
 - ۸- سولفات منیزیوم را طبق دستورالعمل تزریق کنید.
 - ۹- در صورتی که فشارخون مادر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه یا بالاتر است، هیدرالازین را طبق دستورالعمل تزریق کنید.
 - ۱۰- در هر ساعت قاعده ریه های مادر را از تنل وجود رال سمع کنید (این کار توسط پریشک به منظور تشخیص ادم حاد ریه انجام شود). ادر صورت شنبیه شنن رال، میزان مایع دریافتی را محدود کنید و آمبول فروساید به میزان ۴۰ میلی گرم به صورت وریدی تزریق کنید.
 - ۱۱- برای ادامه اقدامات درمانی و ختم بارداری، مادر را به بیمارستان ارجاع فوری دهید (ماما یا پریشک باید مادر را همراهی کند).
- دستورالعمل تزریق سولفات منیزیوم**
- الف) ۴ گرم سولفات منیزیوم (۲ میلی لیتر از محلول ۲۰٪ یا ۸ میلی لیتر از محلول ۵۰٪) داخل ۱۰۰ سی سی سرم رینگ یا قندی در مدت ۲ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) تزریق شود. در صورتی که مادر هنگام مراجعه در حال تشنج است، می توان ۴ گرم اولیه از محلول ۲۰٪ را بسیار آرام در مدت ۱۰-۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق نمود.
- ب) اسپس ۱۰ گرم از محلول ۵۰٪ سولفات منیزیوم (۲۰ میلی لیتر) را به صورت ۵ گرم (۱۰ میلی لیتر) در عضله هر سرین به طور عمقی (با سوزن بلند) بلافاصله پس از دوز وریدی تزریق کنید.
- نکته:** برای پیشگیری از درد محل تزریق عضلانی، بهتر است سولفات منیزیوم ۵۰٪ را همراه با ۱ میلی لیتر لیووکائین ۲٪ تزریق کرد.
- ج) ادر صورت ادامه تشنج یا عود آن بعد از ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵ دقیقه اول ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ میلی لیتر (در مدت ۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم دسترسی به سولفات منیزیوم ۲۰٪، سولفات منیزیوم ۵۰٪ را رقیق کرده (۴ میلی لیتر از محلول ۵۰٪ داخل ۱۰۰ میلی لیتر سرم رینگ) او در مدت ۲۰ دقیقه (حدود ۶۰ قطره در دقیقه) آن را تزریق کنید. اگر تشنج بعد از ۱۵ دقیقه همچنان ادامه داشت، می توان از دیگر سولفات منیزیوم به صورت وریدی تزریق نمود. اگر تشنج همچنان ادامه داشت، آمبول دیازپام طبق دستورالعمل تزریق شود. پس از تزریق اولین دوز، مادر را ارجاع فوری دهید.**
- نکته مهم:** در صورت عدم حضور پریشک، فقط دوز عضلانی سولفات منیزیوم تزریق شود و اگر مادر همچنان در حال تشنج است، آمبول دیازپام طبق دستورالعمل تزریق شود.
- د) پس از تزریق وریدی و عضلانی اولیه، مادر را ارجاع دهید.**
- نکته:** در صورت عدم وجود سولفات منیزیوم در مرکز می توان از آمبول قنی توئین به شکل زیر استفاده کرد:
- ۴ عدد آمبول ۲۵۰ میلیگرمی داخل ۱۰۰ سی سی سرم نمکی (از سرم قندی استفاده نشود) مدت یک ساعت (تقریباً ۲۰ قطره در دقیقه) تزریق شود
- نکته:** در تزریق وریدی از سولفات منیزیوم ۲۰٪ و در تزریق عضلانی از سولفات منیزیوم ۵۰٪ استفاده کنید. در صورت در دسترس نبودن سولفات منیزیوم ۲۰٪ نوع ۵۰٪ را رقیق کنید.
- رقیق کردن سولفات منیزیوم:** برای درست کردن ۱۰ سی سی محلول سولفات منیزیوم ۲۰٪، ۴ سی سی از سولفات منیزیوم ۵۰٪ را با ۶ سی سی آب مقطر مخلوط کنید.

ح ۳- درمان پره اکلامپسی و اکلامپسی (ادامه)

در صورت طولانی شدن زمان ارجاع مادر یا ترسیدن 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- رفاکس کچکک زانو وجود دارد.

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

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

نکات مهم:

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

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

تعیین مقادیر سولفات منیزیوم :

۲ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۲۰ میلی لیتر ۴ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۰ میلی لیتر ۱۰ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۲۰ میلی لیتر
 ۵ گرم سولفات منیزیوم ۱۰٪ = ۵۰ میلی لیتر ۵ گرم سولفات منیزیوم ۲۰٪ = ۲۵ میلی لیتر ۵ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۱۰ میلی لیتر
 ۴ گرم سولفات منیزیوم ۵۰٪ = ۸ میلی لیتر

دستورالعمل تزریق هیدرالازین

۱- اگر فشارخون دیاستول پس از تزریق دوز اولیه سولفات منیزیوم همچنان ۱۱۰ میلیمتر جیوه یا بالاتر و یا فشارخون سیستول مساوی یا بالاتر از ۱۶۰ میلیمتر جیوه است، آمبول 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 نیفیدین (آلات) را به صورت خوراکی تجویز و در صورتی که پس از ۲۰ دقیقه، فشارخون دیاستول بالای ۱۱۰ میلی متر جیوه است، نیفیدین را با همان دوز اولیه تکرار کنید.

دستورالعمل تزریق دیازپام

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

ح ۴- کوراز

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 پنتین توسط پزشک و در صورت نبود پنتین تزریق وریدی ۱۰ میلی گرم دیازپام بسیار آهسته
- ۳- فلپتیناز از خالی بودن مثانه
- ۴- مستشو مایه پرینه و واژن با بتادین و پویشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل
- ۵- انجام مانور کوراز: با یک دست قله رحم را از روی شکم بگریزد و دست دیگر در حالتی که انگشتان دست به هم چسبیده و شست در کنار انگشت اشاره است، بر اثر راه واژن در مسیر بتدناف در رحم وارد کنید پس از لمس جفت ابه آن را مشخص کرده و کناره داخلی دست (کنار انگشت کوچک) را بین ابه 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. هرده ها را نیز با همین حالت با جدا کردن از نسپورا خارج کنید. در صورت لزوم از پنس گرد برای گرفتن پرده ها استفاده کنید.
- نکته: ۱- در صورت تشخیص چسبندگی جفت از دستکاری بیشتر اکثراً خودداری کنید.
- نکته: ۲- در حین کوراز به حال عمومی مادر توجه کنید.
- ۳- سطوح جفت را بررسی و از خروج کامل جفت و پرده ها مطمئن شوید. سرم حاوی اکسی توسین به صورت ۰ قطره در دقیقه را ادامه دهید. به دلیل احتمال پارگی در عمل کوراز، 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.
- ۴- اگر پس از خروج جفت، خونریزی ادامه داشت و یا از خروج کامل جفت مطمئن نبودید، مادر را ارجاع دهید. طبق ح ۱

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

معاينه واژينال كنيد و اگر جفت در واژن نيست و دهانه رحم بسته است از دستكاري خودداري نموده و مادر را ارجاع دهيد. طبق ح ۱

ح ۵- وارونگی رحم

۱- مستشغولی تمام رحم یا بتالین و پوشاندن ناحیه تناسلی با شان استریل و پوشیدن دستکش استریل

- ۲- لگه لاشتن 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 فتلز 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 دورستی را شروع کنید تا زمانی که رحم جمع شود. اگر رحم مثل است میزان سرم را افزایش داده و آمبول ارگو مترین (مترژن) به میزان ۰/۲ میلی گرم به صورت عضلانی تزریق کنید. به دلیل احتمال بروز مجدد وارونگی، مادر را ارجاع فوری دهید. طبق ح ۱
- ب (در صورتی که جفت به رحم چسبیده است): از جدا کردن جفت خودداری کنید، زیرا با خونریزی شدید همراه است و با همان جفت چسبیده، رحم را به جای اول برگردانید و مادر را ارجاع فوری دهید. طبق ح ۱
- نکته: 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 ارجاع فوری دهید.
- طبق ح ۱
- نکته: ۲- به وجود علائم شوک در مادر توجه کنید و میزان سرم در باقی را با توجه به حال عمومی مادر و میزان خونریزی تنظیم کنید.

ح ۶- مکمل های دارویی

بارداری:

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

پس از زایمان:

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

ح ۷- زایمان در منزل

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

- ۱- اگر اصرار خانواده بر این است که مادر در منزل زایمان کند، لازم است از منزل مادر قبل از زایمان در هفته های ۳۶ تا ۳۷ بارداری بازدید شود. هدف از بازدید: آشنایی با افراد خانواده، بررسی شرایط بهداشتی محیط منزل، آموزش علائم خطر به مادر و خانواده، برآوردن توانایی مادر در مورد تدارک وسایل مورد نیاز، آمادگی لازم برای انتقال مادر در شرایط فوری و وجود حداقل دو نفر از اعضای خانواده به عنوان کمک حین زایمان
- ۲- شرایط اتاق زایمان بهتر است یکی از اتاقهای منزل را برای زایمان آماده کرد. نکاتی که باید توجه شود عبارتند از:
 - اتاقی که رو به آفتاب بوده و تهویه آن به آسانی امکان پذیر باشد. همچنین در هوای سرد بتوان آن را به راحتی گرم نگه داشت.
 - کف اتاق قابل شستشو باشد و قبل از زایمان کاملاً شسته و تمیز و با مسمع یا تایلین 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 ندارد. بهتر است لامپ ۶۰ وات سرپیچ مناسب و سیم رابط اضافی در دسترس باشد (بهتر است وسایل دیگر مولد نور مانند شمع، چراغ قوه، چراغ نفت، سوزن و غیره در صورت قطع برق در اتاق وجود نداشته باشد).
 - وسایل غیر ضروری از اتاق خارج شود.
 - وسایل خواب مانند لحاف، پتی، تشک، ملحفه و بالش مادر شسته و در آفتاب خشک شود.
 - به مادر توصیه شود در صورت امکان قبل از لیبر حمام بگیرد و ناحیه تناسلی را تمیز نگه دارد.
 - در زمان زایمان باید از رفت و آمد زیاد افراد در اتاق زایمان خودداری شود و فقط حضور دو نفر از اعضای خانواده که قبلاً انتخاب شده اند ضروری است.
 - در ۶ ساعت اول پس از زایمان به منظور کاهش خطر انتقال عفونت و حفظ آرامش مادر و عامل زایمان، باید ملاقات بستگان و دوستان با مادر و نوزاد را محدود کرد.
 - ۲- 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.
 - مسمع تایلینی بزرگ و تمیز برای پوشاندن تشک و کف اتاق
 - وسایل مادر ۲ دست پیراهن یا لباس خواب که یقه آن با نوار یا دکمه باز شود، ژاکت یا نیم تنه ضخیم در فصل سرما، حوله صورت، جوراب، سینه بند و لباس زیر تمیز نوار بهداشتی یا کپشه تمیز به مقدار زیاد، شانه و وسایل نظافت شخصی
 - وسایل نوزاد: بختجواب نوزاد، تشک، ملحفه یا پتی، بالش، لباس، کلاه، کپشه یا پوشک
 - نواک، بزرگ برای شستشوی مادر و دست ها، کتری یا پارچ، سمپل آنتیال، کپسه یا بطری آب گرم، تعدادی روزنامه یا کاغذ باطله
 - ۴- وسایل مورد نیاز زایمان، وسایلی که باید در کیف ماملی قرار داده شود شامل:
 - کچی، ماملی
 - کچی، مملی و دستگاه فشارسنج
 - جوار حداقل ۲ عدد
 - سرجه حرارت سنخ دهانی
 - چراغ قوه و باطری (از روشن شدن قوه مطمئن شوید، حداقل چند باطری اضافه داشته باشید)
 - گاز و پنبه استریل به مقدار مورد نیاز
 - مسمع برای زبرانداز به ابعاد ۱۵۰*۱۵۰
 - پنس کوچک حداقل ۲ عدد، قیچی حداقل یک عدد
 - وسایل حفاظتی (گان، پیش بند، تایلینی، ماسک، عینک در صورت نیاز)
 - کاسه فلزی کوچک حداقل ۲ عدد
 - ظرف قوه ای بزرگ و متوسط ۲ عدد
 - دستکش استریل حداقل ۲ جفت، دستکش یک بار مصرف (یک بسته)
 - حداقل ۶ تکه شان استریل به ابعاد ۸۰*۸۰
 - گلپس، پیناف حداقل ۵ عدد
 - صابون و جاسابونی، حوله دست
 - مواد ضدعفونی، سرنگ و سرسوزن، اکسی تو سین
 - جوار مقری
 - گرم ثبت مراقبت های زایمان

ح ۷- زایمان در منزل (ادامه)

چند توصیه برای همراه مادر

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

احتیاطات همه جانبه

- ۱- از آنجا که زمان زایمان نامشخص است، باید برای زایمان همیشه آماده باشید. در صورت اطلاع از وقوع زایمان با حفظ خونسردی و اطمینان خاطر دامن به خانوادۀ به همراه کیف مامایی به منزل زائو مراجعه کنید.
 - ۲- نکات زیر را به خاطر بسپارید و رعایت کنید:
 - ۱- در دسترس قرار دادن کیف مامایی؛
 - ۲- استفاده از وسایل حفاظتی؛
 - ۳- استفاده از وسایل حفاظتی؛
 - ۴- آنگاه نگه داشتن تا نخها و شستن دستها قبل از زایمان؛
 - ۵- گذاردن جفت، خون و ترشحات در ظرفهای بدون تفلون؛
 - ۶- دهن یا سوزاندن جفت به طریق بهداشتی حداقل ۱۰ متر دور از منبع آب آشامیدنی و در عمق ۲ متری؛
 - ۷- جمع آوری و شستن ملحفه ها و لباس های آلوده به خون و مایعات به طور جداگانه؛
 - ۸- تعویض دستکش ها در صورت آلوده شدن با مدفوع و یا وسایل غیر استریل.
- ایجاد ارتباط با مادر**
- برقراری ارتباط مناسب با مادر، یکی از مهم ترین اقداماتی است که هر فرد مراقبت کننده از مادر باید انجام دهد. در ایجاد ارتباط به نکات زیر توجه کنید:
- ♦ با خوشرویی به مادر سلام کنید؛
 - ♦ رفتار نوسازانه و احترام آمیز داشته باشید؛
 - ♦ با زبان ساده با مادر صحبت کنید؛
 - ♦ به سوالات مادر به وقت 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 بگویید چه کاری انجام دهید؛
 - ♦ حریم شخصی مادر را رعایت کنید؛
 - ♦ از مادر را آشکار نکنید؛
 - ♦ پوشش مناسب مادر را هنگام زایمان و معاینه رعایت کنید؛
 - ♦ به مادر آموزش های لازم را ارائه دهید و مطمئن شوید که آنها را فرا گرفته است.

ح ۸- توصیه های بهداشتی در بارداری

تذوق و استفراغ صبحگاهی: مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح کاهش مصرف غذاهای یودار تند و ادویه دار، دانه و چرب را توصیه کنید. دمای ملایم و سرد غذا: تذوق بارداری را کاهش می دهد. امروزه استفاده از زنجبیل به صورت دم کرده و یا بوئیدن آن را توصیه می کنند. پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از رختخواب را در کاهش استفراغ توصیه کنید.

ورم ورم در اندام های تحتانی است و علتی جز بارداری ندارد. به مادر توصیه کنید طی روز از آویزان نگه داشتن پاها به مدت طولانی خودداری کند. در هنگام استراحت پاها را از سطح زمین بالاتر نگه دارد.

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

ح ۹- توصیه های بهداشتی پس از زایمان

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

ح ۱۰- مصرف داروها در شیردهی

موارد منع شیردهی

- ۱- در مواردی که مادر مجبور به استفاده مستمر (بیش از یک ماه) از داروهایی نظیر آنتی متابولیت ها) متوتروکسات، هیدروکسی اوره، سرکانپوریدین و ...) بروموکریپتین، هپتین، دیون، لیتیم، ام‌اچ‌تامینز) یا دوز مصرفی در درمان میگرن (آتاموکسیفن 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 شوند:

- ۵- آمینوسالیسیلیک اسید - آنتولول - پیریدینون
- سولفاسالازین - کلماستین
- آسپیرین (سالیسیلات) - فنویاریتال

ح ۱۱- مشاوره باروری سالم

در صورت تمایل مادر باردار، همسر یا سایر اعضای خانواده می توانند در جلسه مشاوره حضور داشته باشند. در صورت تمایل مادر یا همسر وی به فرزند بیشتر، جهت شیردهی موفق و حفظ سلامت مادر بهتر است فاصله حداقل ۳ سال بین بارداری ها رعایت شود. به مادر در مورد تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر تاکید کنید، در صورت تماس های جنسی پس از گذشت ۳ هفته از زایمان روشی را برای پیشگیری از بارداری پیشنهاد کنید.

نکته: تغذیه انحصاری با شیر مادر یعنی کودک به جز شیر مادر با هیچ چیز دیگری تغذیه نشود. در نیمه شب نیز از شیر مادر تغذیه کند و دفعات شیردهی مطابق با نیاز کودک باشد. اگر چه تغذیه با شیر مادر به عنوان روش پیشگیری از بارداری توصیه نمی شود، ولی با رعایت موارد فوق و در صورتی که قاعدگی مادر برگشته باشد، تا ۴ ماه به میزان موثری (بیش از ۹۰٪) از بارداری پیشگیری می کند.

نکات مهم در مورد زنان مبتلا به عفونت HIV ایند:

اگر شیردهی انحصاری ندارند، باید بلافاصله پس از زایمان از روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند. استفاده همزمان از دو روش (کاندوم+روش دیگر) در این افراد برای به حداقل رساندن بارداری ناخواسته و انتقال بیماری اهمیت دارد. برخی از روشها در این افراد توصیه نمی شود:

• تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر با توجه به احتمال انتقال ویروس ایند

• استفاده از IUD مگر در صورت عدم امکان استفاده از سایر روشها

• مصرف قرصها و آمبول های ترکیبی در صورت ابتلا فرد به بیماری سل به همراه ایند (به دلیل استفاده از ریفامپین)

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

ح ۱۲- فواصل انجام پاپ اسمیر

«انجام هر ۳ سال یک بار پاپ اسمیر در خانم های حداقل یک بار از نوجا کرده ۲۰ تا ۵۵ سال مشروط بر این است که خانم حداقل ۳ نتیجه منفی پاپ اسمیر در فواصل یک سال داشته باشد و در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس نباشد.

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

-زنانی که در سنین پایین از نوجا می کنند؛

-زنانی که همسرشان، هخته نشده است و یا بیش از یک شریک جنسی دارند؛

-زنانی که دخانیات مصرف می کنند) هر چه تعداد سیگار مصرفی بیشتر باشد، خطر ابتلا افزایش می یابد)

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

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

ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری

چند توصیه کلی:

- ♦ در بسیاری از موارد، خطر ناشی از اختلال های روانی (افسردگی و جنون) برای مادر و جنین بسیار بیشتر از عوارض داروهای روان پزشکی است.
 - ♦ اگر خانمی تحت درمان با داروهای روان گردان باردار شود، بلافاصله باید از نظر تداوم درمان و مراقبت به روان پزشک مراجعه کند. در این موارد، لازم نیست در مادر احساس گناه ایجاد کنید و یا او را واراد به سقط نمایید.
 - ♦ پاسخ قطعی به این سؤال که کدام داروی روان گردان در بارداری بی خطر است، تغییر ممکن است.
 - ♦ در موارد خفیف تا متوسط اختلال های روانی، روشهای درمانی ارجح به ترتیب شامل روان درمانی خارج از بیمارستان، بستری در بیمارستان، اصلاح و تغییراتی در محیط به منظور کاهش استرسهای زن باردار است.
 - ♦ در موارد شدید اختلال های روانی که احتمال آسیب به مادر، جنین و سایرین وجود دارد، الزاماً بیمار تحت نظر روان پزشک درمان می شود (برحسب مورد شامل الکتروشوک درمانی و دارودرمانی).
 - ♦ بهتر است در بارداری برنامه ریزی شده قطع داروهای روان گردان از قبل و تحت نظارت روان پزشک انجام شود. ارزیابی مکرر از نظر بررسی نیاز مجدد به دارو ضروری است.
 - ♦ با توجه به حساسیت دوران بارداری و شیردهی، بهتر است پزشکان عمومی با نظر و مشاوریه متخصصین زنان و روان پزشک، باروی روان گردان را تجویز نمایند.
 - ♦ تجویز هالوپریدول برای کنترل پرخاشگی و تحریک پذیری، تجویز بنزودیازپین به مدت کوتاه و یا تجویز آن برای یک نوبت در موارد خاص، بلامانع است. چنانچه مادر باردار تحت درمان با داروهای روان گردان باشد، الزامی است بعد از زایمان، نوزاد تحت مراقبت ویژه توسط متخصص اطفال قرار گیرد.
 - ♦ داروهای ضد جنون
 در دوران بارداری وجود ندارد. در سه ماهه اول بارداری، فقط در مواردی که مادر ممکن است به خود، جنین و یا دیگران آسیب برساند و یا بستری کردن به تنهایی برای کنترل علائم کافی نباشد، می توان تجویز کرد.
 - ♦ در سه ماهه نهم و سوم ایجاد آئو مایهای جنینی غیرمحتمل است و هیچ شواهدی نال بر ایجاد عوارض جنینی درازمدت وجود ندارد.
 - ♦ با توجه به هیپوتانسیون ناشی از داروهای ضد جنون کم قدرت (تیوریدازین و کلروپرومازین) (تجویز داروهای ضد جنون پر قدرت نظیر هالوپریدول خط اول درمان در موارد ضروری است.
 - ♦ در دوران شیردهی، تجویز داروهای گروه فنوتیازینی (پرفنازین، تیوریدازین، کلروپرومازین) بلامانع است.
- داروهای ضد افسردگی**
- دوران بارداری و شیردهی**
- ♦ افسردگی در سه ماهه اول بارداری باید با اقدامات حمایتی درمان شود، ولی در صورت تمایل، مادر به خوردگشتی، علائم نباتی (خواب، اشتها و...)، شدید و غیر قابل تحمل و همراه بودن علائم سایکوز، باید مادر بستری و تحت مراقبت قرار گیرد.
 - ♦ داروهای سه حلقه ای: اگر چه ترانزیتیک 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، احتیاس، آردار، حرکات دست و پا، تشنج، ایجاد هیپوتانسیون در مادر و در نتیجه اختلال در خون رسانی جنینی است. بنابراین اگر مادر به دلایلی تحت درمان با ضد افسردگی های سه حلقه ای باشد، لازم است نوزاد تحت مراقبت قرار گیرد.
 - ♦ داروهای مهارکننده مونوآکسیداز: تجویز در بارداری ممنوع است.
 - ♦ داروهای مهارکننده بازجذب اختصاصی سروتونین: تجویز فلوکسیتین برای درمان علائم نباتی (خواب، اشتها و...)، شدید افسردگی طی بارداری ممنوع ندارد، اما مادرانی که در سه ماهه سوم این دارو را دریافت می کنند در معرض خطر بیشتر آئو مای 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 ساکنگاری بیشتر مادر با استرسهای جدید زندگی صورت می گیرد، ولی بسته به شدت علائم باید درمان دارویی نیز مورد توجه قرار گیرد.
 - ♦ با توجه به این که بسیاری از زنان از مصرف دارو اجتناب می کنند، اگر افسردگی شدید بود، پزشک باید به گونه ای درمان دارویی را به مادر توصیه کند که مادر درک و پیش درستی از اثرات مفید این نوع درمان بر روی توانم با کورگشتن 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، باروی ضد افسردگی به طور پروفیلاکسی تجویز شود، از عود بیماری پیشگیری می شود.

ح ۱۳- داروهای روان پزشکی در بارداری (ادامه)

داروهای ضد مانیا و لیتیم

- ♦ در سه ماهه اول بارداری به دلیل احتمال آنومالی قلبی در جنین از تجویز لیتیم خودداری شود. در این زمان کلونازپام ارجح است.
- ♦ در درمان مانیا، داروهای آنتی سایکوتیک خط اول درمان است.
- ♦ اگر به هر دلیل تجویز لیتیم در سه ماهه دوم و سوم بارداری ضروری بود، باید سطح خونی لیتیم هر دو هفته بررسی شود، وضعیت جنین با انجام سونوگرافی از نظر گواتر بررسی شود. هیدراتاسیون کافی مادر طی دوره زایمان تأمین شود و دو هفته قبل از تاریخ احتمالی زایمان دوز لیتیم به نصف برسد. اگر علائم مانیا به دنبال کاهش دوز لیتیم شدت یابد، ابقاء زایمان مورد توجه قرار گیرد. نوزاد تحت مراقبت ویژه از جهت عوارض دارویی قرار گیرد.
- ♦ مصرف سدیم و الپروات 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 و الپروات 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 افسردگی، اقدامات درمانی و جراحی های کوچک و بی خوابی شدید منعی ندارد. بولی در مادر شیرده نباید تجویز شود.

ح ۱۴- مصرف داروها در بارداری

که داروهایی که در بارداری منع مصرف دارند:

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

خ-ارزیابی نوزاد

(۲۴ ساعت اول پس از زایمان)

خ ۱- احیاء نوزاد / تعاریف احیاء نوزاد صفحات ۱۱۵-۱۱۴

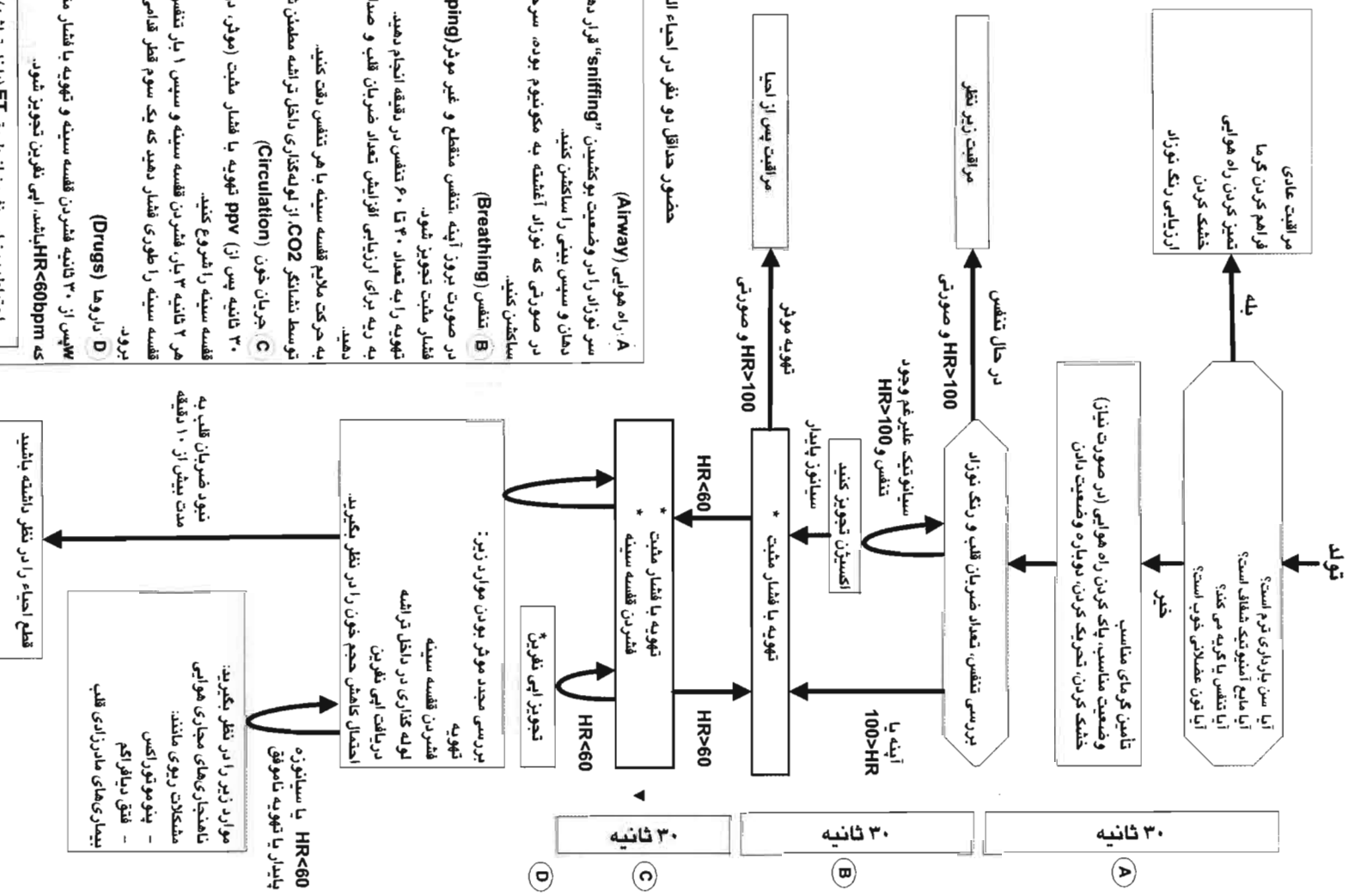
خ ۲- نشانه های خطر صفحه ۱۱۷

خ ۳- غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد صفحه ۱۱۸

خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری صفحه ۱۱۹

خ ۵- عفونت های موضعی صفحه ۱۲۰

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



لوته گذاری داخل تراشه

سن بارداری (به هفته)	وزن (به گرم)	اندازه لوته (قطر داخلی به میلی متر)
زیر ۲۸	زیر ۱۰۰۰	۲/۵
۲۸-۳۳	۲۰۰۰-۱۰۰۰	۲/۱۰
۳۴-۳۸	۳۰۰۰-۲۰۰۰	۲/۵
بالای ۳۸	بالای ۳۰۰۰	۲/۵-۴/۱۰

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

خ ۱- تعاریف احیاء نوزاد

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

وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی: نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصی به عقب کشیده شده باشد) اقرار 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 مکعبیوم و سرخال نبودن نوزاد، بینی را ساکشن کنید. لوله ساکشن را حداقل به مقدار ۵ سانتیمتر داخل دهان و ۳ سانتیمتر داخل بینی کنید. ساکشن کردن بیشتر از ۲۰ ثانیه یا حداکثر ۲ بار انجام نشود.

خشکی کردن سر و صورت و تنه نوزاد را با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است خشک کنید. حوله یا پارچه جنس را نکتار بگذارید و او را روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است قرار دهید.

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

فشار دادن قفسه سینه: بهترین روش 'روش شسترا (دواگشتی)' است. در حالی که انگشتان و دست های خود را در وضعیت صحیح قرار داده اید، باید آن قدر فشار وارد آورید که جغاج سینه را به عمق تقریبی یک سوم قطر قدامی - خلفی قفسه سینه به داخل فرو ببرید. سپس فشار دادن 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 درسینامه 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. یک 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 از جاع فوری دهید.
- اقدامات رجاع فوری را فراهم کنید.
- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.
- در هنگام رجاع تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه نوزاد تنفس ندارد:
- تهویه را انجام دهید نوزاد مرده است.
- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.
- اجازه دهید والین فزید فوت شده یا در حال فوت شدن را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش بکشند.

دارو	غلظت برای تجویز	آماده سازی	دوز/ تجویز	سرعت تجویز / احتیاطات
اپی نفرین	۱/۱۰۰۰۰	محلول ۱/۱۰۰۰۰ در یک سرنگ یک سی سی	IV: 0/1-0/3 ml/kg ET: 0/3-1 ml/kg	در روش داخل وریدی سریع و در روش اندوتراکئال یا ۱-۱/۵ میلی لیتر نرمال سالین تجویز کرد
حجم افزا	• نرمال سالین (توصیه شد) • ریبتگر • لاکتات • گلیکول فرمز • متراکم 0	حجم تخمینی را به داخل یک سرنگ از پیش پر شده یا آماده شده	• 10 ml/kg) IV (از راه وریدی ناشی)	طی ۱۰ تا ۵ دقیقه تجویز کرد
بیگرینات سدیم	۰/۵ mgEq/ml از محلول ۲/۲٪	حجم تخمینی کشیده شده به داخل سرنگ از پیش پر شده یا آماده شده	• ۱ mgEq/kg	به آهستگی طی حداقل ۲ دقیقه تجویز کرد (۱ mgEq/kg/min) تنها در صورتی که نوزاد به طور موثر تهویه می شود تجویز کنید.

داروهای پس از احیا (شامل مرگشت پس از اتفاق زایمان)

- نالوکسان هیدروکلراید ۰/۸ mg/kg سریع تجویز شود (برای سرکوب تنفس ناشی از مواد مخدر) IV (ترجیحاً) IM (قابل قبول) (محلول کلوزک ۰/۲٪ (برای هیپوگلیسمی) ۲ ml/kg (۲۰۰۰ mg/kg) IV در عرض ۱-۲ دقیقه و سپس با الفوزیون ملایم گلوکز وریدی ادامه باید.
- فنو باریتال (برای تشنج).....تجویز آهسته ۲۰ mg/kg به صورت IV
- دیوپامین (برای کاهش فشار خون)..... ممکن است باعث تضعیف تلاش تنفسی شود.
- الفوزیون ملایم وریدی.

mg/kg/min مورد نظر × وزن (kg) × ۶
ml/hr مورد نظر

محاسبه قطر م:

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

خ ۲- نشانه های خطر

اقدام

تشخیص اتمتالی

علائم یا نشانه ها

<p>-ارجاع فوری نوزاد.</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>-احیاء نوزاد در صورت نیاز طبق و ا</p> <p>-گرم نگه داشتن نوزاد یا قرار دادن زیر گرم کننده</p> <p>تابشی جز در حالت غیرضروری</p> <p>-در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است:</p> <p>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 اثنی بیوتیک را به شرح زیر تجویز کنید:</p> <p>توزیع عضلانی آمپول آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن نوزاد و تزریق عضلانی آمپول جنتامیسین 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 جنتامیسین هر ۱۲ ساعت و تکرار تزریق آمپول آمپی سیلین برای نوزادان با وزن ۳ کیلوگرم یا بیشتر هر ۸ ساعت و برای نوزادان با وزن کمتر از ۳ کیلوگرم هر ۱۲ ساعت</p>	<p>عفونت باکتریال شدید</p>	<p>تب مادر حین زایمان یا پارگی مولولی مدت کبسه آب بیش از ۱۸ ساعت ،تنفس تند نوزاد ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر ،تنفس کند نوزاد ۳۰ بار در دقیقه یا کمتر ،توکسیده شدن قسمه سینه ،تشنج تانه کردن ،کاهش سطح هوشیاری، زردی ۲۴ ساعت اول ،برجه حرارت بدن نوزاد بیش از ۳۷/۵ و کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد، رنگ پریدگی و یا سیانوز، توپسته عضلانی غیرطبیعی، نبض غیر طبیعی اندام ها ،غیر طبیعی بودن ضربان و صدای قلب، استفراغ مکرر توده شکمی، نخوردن ،انساع شکم (دیستاسیون)</p>
---	----------------------------	--

ارزایی

<p>تعیین کنید:</p> <p>مادر :درجه حرارت بدن و مدت پارگی کبسه آب</p>	<p>نوزاد: نورضعیت تنفس، ضربان و صدای قلب، وضعیت توپسته عضلات،وضعیت شکم، رنگ پوست، حال عمومی، نبض اندام ها ،درجه حرارت بدن ،استفراغ مکرر</p>
---	---

گروه بندی و اقدام

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- ✍ از آن 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 نوشیده شده مادر شیر دایه شیر مصنوعی به او بدهید.
- در صورت در دسترس نبودن هیچک از موارد فوق آب قند (حدود ۵ سی سی برای هر کیلوگرم) به او بدهید.
- ✍ ظرف تهیه آب قند:
- در یک لیوان محتوی ۲۰۰ سی سی آب جوشیده خشک شده ۳ قاشق مرباخوری سرصاف شکر ۲۰(گرم) را حل کنید.
- ✍ اگر نوزاد توانایی بلعیدن ندارد:
- اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید ،امیعات بالا را با همان میزان از طریق لوله معده هر ۲ ساعت به او بدهید.

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

اقدام

تشخیص احتمالی

علانه یا نشانه ها

<p>-ارجاع فوری نوزاد اطمینان از گرم بودن نوزاد حتی ارجاع</p> <p>اقدامات پیش از ارجاع</p> <p>-احماء نوزاد در صورت نیاز طبق خ ۱</p> <p>-گرم نگه داشتن نوزاد</p> <p>-در صورتی که نوزاد قادر به شیر خوردن است شیردهی به نوزاد</p> <p>-پیچگیری از پاپلیت آئین قند خون طبق جدول خ ۴</p> <p>-تذریق ویتامین ک ۱</p>	<p>نوزاد خیلی کوچک</p>	<p>وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم</p> <p>سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته</p>
<p>-حمایت ویژه شیردهی طبق د ۱</p> <p>-اطمینان از شیردهی خوب و درجه حرارت ثابت بدن نوزاد</p> <p>پیش از ترخیص</p> <p>-حمام نکردن نوزاد در ۴ ساعت اول</p> <p>-تذریق ویتامین ک ۱ و واکسن های جدو تولد نوزاد</p> <p>-آموزش به مادر برای مراقبت از نوزاد طبق د ۱</p> <p>-معاینه نوزاد توسط پزشک پیش از ترخیص</p> <p>-در صورت زایمان موقوتی حمایت ویژه شیردهی، ترخیص و یا ارجاع هر دو قل با هم در وضعیت سلامتی و یا بیملاری</p> <p>-تعمین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</p>	<p>نوزاد کوچک</p>	<p>وزن بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم</p> <p>سن بارداری بین ۳۲ تا ۳۷ هفته</p>
<p>-در صورت مشکل شیردهی طی ۲۴ ساعت اول ارجاع در اولین فرصت به بیمارستان</p>		

ارزایی

گروه بندی و اقدام

تعمین کنید:
سن بارداری، وزن

خ ۴- صدمات زایمانی / ناهنجاری

ارزایی

معاینه کنید:

سر و گردن: شکل غیر طبیعی، اندازه غیر طبیعی، ملاجها تورم توده، فیستول گردن، پورده گردنی، برآمدگی، خون مردگی
 صورت: شکل غیر قریبه، شکاف کام بسته بودن سوراخ بینی، اندازه غیر طبیعی فک، اندازه غیر طبیعی زبان
 گوش: شکل غیر طبیعی، فیستول، محل قرار گرفتن غیر طبیعی
 شکم: ساکتان، عضلانی غیر طبیعی، شکل اسکاوتوئید شکم، خونریزی ناف
 ستون فقرات: شکل غیر طبیعی، توده سینوس ها، خون مردگی، وجود توده مو
 اندام ها و لگن: شکل غیر طبیعی اندام، درد قنقی، تورم، خون مردگی، وضعیت حرکت بازو
 دستگاه ادراری: سورا و یا جریان ادراری غیر طبیعی، عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول
 دستگاه تناسلی: ابهام تناسلی، عدم تزول بیضه ها، اندازه غیر طبیعی دستگاه گوارشی، معقد بسته، فیستول

گروه بندی و اقدام

علائم و نشانه ها	تشخیص احتمالی	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> -شکاف کام بزرگ -انرژی، گران دو طرفه -شکم اسکاوتوئید -گاستروپنژی -امفالوسل -خونریزی ناف -عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول -ابهام تناسلی -مقعد بسته 	<ul style="list-style-type: none"> ناهنجاری شنیید 	<ul style="list-style-type: none"> -ارجاع توری توزاد به بیمارستان(ا لطیمان از گرم بودن توزاد حیث ارجاع) -در صورت باز بودن بافت روی سر، شکم یا پشت، بافت ها را با گاز استریلی که با محلول سالین استریل خیسانده شده است بپوشانید.
<ul style="list-style-type: none"> -شکل و اندازه غیر طبیعی ارگان ها -تورم یا تورم -فیستول یا سینوس -محل غیر طبیعی گوش -حروق نافی غیر طبیعی -درد قنقی، مادرزادی، لگن -وجود توده مو روی ساگروم -سورا و یا جریان ادراری غیر طبیعی (اپسایدیاس، عفیبوسپایاس) -عدم تزول دو طرفه بیضه ها -اندازه غیر طبیعی آلت 	<ul style="list-style-type: none"> ناهنجاری 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع در اولین فرصت به متخصص مربوط
<ul style="list-style-type: none"> تورم و خون مردگی ارگان ها تورم و برآمدگی سر، حرکات غیر قریبه بازو یا عدم حرکت آن، وضعیت غیر طبیعی پها بعد از زایمان برجیع، شکل غیر قریبه بینی و صورت 	<ul style="list-style-type: none"> صدمات زایمانی 	<ul style="list-style-type: none"> ارجاع در اولین فرصت به متخصص کودکان

خ ۵- عفونت های موضعی

اقدام

تشخیص امکان

علائم و نشانه ها

اقدام	تشخیص امکان	علائم و نشانه ها
<p>ارجاج قوری نوزاد</p> <p>اقدامات پیش از ارجاج</p> <p>-حمام نوزاد در صورت نیاز طبق خ ۱</p> <p>-گرم نگه داشتن نوزاد با قرار دادن زیر گرم کننده تا پیشی بجز در حالت هیپوترمی</p> <p>-ارائه شیبی در صورت همراهی مادر</p> <p>-پیشگیری از پایین آمدن قند خون طبق خ ۴</p>	<p>عفونت شدید پوستی</p>	<p>وجود جوش های چرکی منتشر ۱۰ اعد یا بیشتر</p> <p>-تاول های بزرگ چرکی</p>
<p>توزیق یک نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب به نوزاد طبق خ ۲</p> <p>-ارجاج در اولین فرصت مادر برای بررسی از نظر وجود بیماری STI احتمالی</p> <p>-ارجاج در اولین فرصت به بیمارستان</p>	<p>عفونت شدید چشم</p>	<p>تورم پلک ها و خروج ترشحات چرکی از چشم</p>
<p>-سستن دستها با آب تمیز و صابون و تمیز کردن چشم نوزاد به آرامی با استفاده از پارچه تمیز و مرطوب</p> <p>-تجویز قطره سولفاستامید چشمی ۱٪ یک قطره هر ۳ساعت تا مدت ۵ روز یا پهاد تتراسایکلین ۱٪/چشمی ۲ بار در روز تا قطع ترشحات</p> <p>-توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	<p>عفونت خفیف چشم</p>	<p>خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک ها</p>
<p>-سستن دستها با آب تمیز و صابون و پاک کردن چرک به آرامی با استفاده از آب جوشیده سرد شده</p> <p>-خمک کردن محل عفونت با پارچه تمیز</p> <p>-تجویز بتادین و یا پهاد پوستی تتراسایکلین ۲ بار در روز</p> <p>-توصیه به مادر برای مراجعه پس از ۵ روز در صورت عدم بهبودی نوزاد</p>	<p>عفونت خفیف پوستی</p>	<p>وجود جوش های چرکی کمتر از ۱۰ اعد</p>

ارزایی

گروه بندی و اقدام

تعیین کنید:

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

جمعه ۱۰ شهریور

د-مر اقبیت از نوزاد

صفحات ۱۲۲-۱۲۳

د -۱- مر اقبیت از نوزاد

د ۱- مراقبت از نوزاد

به مادر آموزش دهید:

<p>در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، فوری به نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید:</p> <p><u>توکسیدیه شدن</u> قفسه سینه</p> <p>خاله کردن</p> <p>ترنگ پریدگی شدید یا کبودی</p> <p>استقرار مگر شیر یا استقرار صفراوی</p> <p>تحرک کمتر از حد معمول، بی حالی و خواب آلودگی</p> <p><u>تشنج</u></p> <p>اسهال (دفع مدفوع آبی با حجم زیاد بیش از ۸ بار در روز)</p> <p>قرمزی اطراف چشم، خروج ترشحات چرکی از چشم و تورم پلک‌ها</p> <p>عدم دفع مدفوع در ۴۸ ساعت اول</p> <p>عدم دفع ادرار در ۲۴ ساعت اول</p> <p>بی قراری و تحریک پذیری</p> <p>خوب شیر نخوردن</p> <p>ترشحات چرکی ناف یا قرمزی اطراف ناف</p> <p>جوش‌های چرکی منتشر در پوست (۱۰ عدد یا بیشتر) یا تاول چرکی</p> <p>تب یا سرد شدن اندام‌ها و بدن</p> <p>زردی ۲۴ ساعت اول</p> <p>در صورت وجود هر یک از علائم زیر در نوزاد، در اولین فرصت (طی ۲۴ ساعت) به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنید:</p> <p><u>مشکل شیردهی</u> به نوزاد</p> <p>عفونت خفیف چشم (خروج ترشحات چرکی بدون تورم پلک‌ها)</p> <p>عفونت خفیف پوست (وجود جوش‌های چرکی کمتر از ۱۰ عدد)</p> <p>عفونت خفیف ناف (ترشح غیر چرکی و خونابه از ناف)</p> <p>برفک دهان</p> <p>تغذیه نوزاد با شیر مادر کمتر از ۵ بار در ۲۴ ساعت</p> <p><u>گرم نگه داشتن نوزاد</u></p> <p>نوزاد یک لایه لباس بیشتر از کودکان یا پالنین نیاز دارد.</p> <p>اتاق یا قسمتی از اتاق را بخصوص در هوای سرد، گرم نگه دارد.</p> <p>در خلال روز، نوزاد را پوشاند.</p> <p>در شب، نوزاد با مادرش بخوابد یا در دسترس او باشد تا به راحتی شیر بخورد.</p> <p>نوزاد را در محل تمناک یا خشک قرار ندهد.</p> <p>نوزاد را حداقل تا ۶ ساعت اول پس از تولد حمام نکند.</p> <p>نوزاد را قنداق نکند.</p> <p>نوزاد را در معرض تابش مستقیم نور خورشید یا کوران هوا قرار ندهد.</p>	<p>زمان مراقبت‌های معمول نوزاد</p> <p>مراقبت اول: روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان</p> <p>مراقبت دوم: روزهای ۱۴ تا ۱۵ پس از زایمان</p> <p>مراقبت سوم: روزهای ۳۰ تا ۳۵ پس از زایمان</p> <p>همیشه قبل از دست زدن به نوزاد، دستها را بشوید.</p> <p><u>مراقبت از پیدناف</u></p> <p>پیش و بعد از دست زدن به ناف، دستها را بشوید.</p> <p>در مدت زمانی که بند ناف نیفتاده است، حمام کردن <u>مانعی</u> ندارد.</p> <p>کهنه نوزاد را زیر پدناف بپیچد.</p> <p>اگر ناف آلوده شد، با آب تمیز و صابون بشوید و با پارچه تمیز خشک کنید.</p> <p>حکم یا ناف را بلندتر نکنید.</p> <p>هیچ ماده یا دارویی (الکل، بتالین و ...) روی ناف نگذارید.</p> <p>ناف را استنگاری نکنید.</p> <p><u>پیچگیری از سوانج و حواش</u></p> <p>از نگه‌داری حیوانات در محل زندگی خودداری کنید.</p> <p>هرگز نوزاد را به کودکان نسپارد.</p> <p>نوزاد را با حیوانات خانگی تنها نگذار.</p> <p>نوزاد را بالا و پایین نیندازد.</p> <p>از بوسیدن مکرر و بغل کردن نوزاد توسط افراد مختلف خودداری کنید.</p> <p>محیط نوزاد عاری از دود، به خصوص دود سیگار و قلیان و ... باشد.</p> <p>نوزاد مخصوصاً نوزاد کوچک را از بچه‌ها و بزرگسالان بیمار دور نگه دارید.</p> <p>در زمان بغل کردن نوزاد، مایعات داغ ننوشید.</p> <p>نوزاد را در معرض مایعات داغ و وسایل سوزاننده (سماور، بخاری، کرسی، اتو و ...) قرار ندهد.</p> <p>نوزاد را در تخت یا گهواره بدون حفاظ تنها نگذار.</p> <p>نوزاد را در جاهای بلند مانند میز، صندلی و ... تنها رها نکند.</p> <p>ساک حمل نوزاد را از زیر بگیرد.</p> <p><u>حواشاندن نوزاد</u></p> <p>نوزاد را به شکم نخواباند. بهتر است نوزاد را به پهلو و یا به پشت بخواباند.</p> <p><u>مراقبت از چشم</u></p> <p>از هیچ ماده مانند سرمه یا هیچ دارویی بدون تجویز پزشک برای چشم استفاده نکند.</p>
---	--

د ۱- مر اقیبت از نوزاد (ادامه)

به مادر آموزش دهید:

تغذیه یا شیر مادر:

- حتماً در مدت یک ساعت اول تولد نوزاد از شیر مادر تغذیه شود .
- وقتی احساس کرد که نوزاد آماده است او را به پستان بگذار. علائم آمادگی عبارتند از:
- نوزاد اطراف را نگاه می کند و یا حرکت دارد;
- دهان خود را باز می کند;
- جستجو می کند.
- شیرخوار باید در ۶ ماه اول به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود یعنی به جز شیر مادر هیچ ماده خوراکی(آب ،آب قند ،شیر مصنوعی و شیر دام)داده نشود و شیردهی باید بر حسب میل و تقاضای شیرخوار حداقل ۸ بار در شبانه روز انجام شود.
- یک نوزاد رسیده ممکن است در روز اول پس از یک تغذیه خوب ساعات بیشتری بخوابد.
- به استفاده از داروهایی که منع شیردهی دارد توجه کند (طبق راهنمای خ ۰آموزش دهید).

طرح 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 یا لب نوزاد تماس پیدا کند.
- صبر کند تا نوزاد دهانش را خوب باز کند.
- سرریج او را به طرف پستان بیاورد به طوری که نوک و قسمت پیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد و لب تحتانی به خوبی زیر پستان قرار گیرد.
- اگر پستان محقق است شروع شیردهی از پستان غیر محقق انجام شود و کمی از شیر مادر باید قبل از شیردادن نوشیده شود تا ناحیه آریول نرم شود و نوزاد بهتر بتواند پستان را بگیرد.
- اجازه ندهد نوزاد پستان اول را رها کند و سپس پستان دوم را به او بدهد.
- اگر مادر حضور ندارد، شیرش را برونشد و فرد دیگری شیر نوشیده شده را با قنجان، هاشوق یا سرنگ به نوزاد بدهد.
- نوزاد را برای گرفتن پستان مجبور نکند.
- قبل از آن که نوزاد پستان را رها کند او را جدا نکند.
- از شیشه شیر و گول زنک (پستانک) استفاده نکند.

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

می توانند به نوزاد کوچکی شیر بدهند و شیر او کافی است. شیر روزهای اول غلیظ و زرد است و سپس رقیق تر و سفیدتر می شود که هر دو تغییر برای نوزاد مطلوب است.

روزهای اول نوزاد کوچک خوب شیر نمی خورد به علل :ممکن است به راحتی خسته شود و ضعیف بکند بزمان 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 بیجان 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 بیجان نمی شود ۲ ساعت پس از آخرین شیر خوردن او را بیدار کند.

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

در موارد دو قلوئی:

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

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

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

حمام کردن نوزاد

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

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

-تربسحات ناحیه تناسلی دختران و احياناً مختص خونریزی از آن طبیعی است ،آن را دستکاری نکند.

-در اولین فرصت ممکن برای خفته نوزاد پسر اقدام کند.

-برای گرفتن خون پاشنه یا نوزاد به منظور کنترل از نظر هیپوترمیویدمی، مادر حتماً در یکی از روزهای ۳ تا ۵ پس از زایمان مراجعه کند.

ضمائم

شرح وظیفه کاردان مامایی در برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران صفحات ۱۲۵-۱۲۶

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

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

<p>فرم ها:</p> <p>فرم مراقبت بارداری</p> <p>فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p>فرم مراقبت باردار</p> <p>فرم مراقبت پس از زایمان</p> <p>فرم مراقبت در واحد تسهیلات زایمانی</p>	<p>فرم مراقبت بارداری</p> <p>فرم مراقبت پیش از بارداری</p> <p>فرم مراقبت باردار</p> <p>فرم مراقبت پس از زایمان</p> <p>فرم مراقبت در واحد تسهیلات زایمانی</p>	<p>فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران</p> <p>صفحه ۱۲۸</p>	<p>فهرست و اثره ها</p>
--	--	---	------------------------

شرح و وظیفه کارگران مامایی در برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

پیش از بارداری

- ارزیه مراقبت‌های پیش از بارداری شامل گرفتن شرح حال (مشخصات، وضعیت بارداری و زایمان، سوابق بارداری و زایمان قبلی، سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزاری و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)
- اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، تعیین نمایه توده بدنی، معاینه پوست از نظر بثورات، معاینه پستان‌ها، معاینه اندام‌ها از نظر ورم، معاینه واژن و لگن، تعیین تاریخ مراجعه بعدی
- انجام پاپ اسمیر
- ارجاع فوری، در اولین فرصت و یا غیر فوری خانم در معرض خطر به پزشک عمومی
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده
- تجویز اسید فولیک
- ایمن سازی با واکسن توأم
- تشخیص بارداری طبق دستورالعمل (بخش ب)
- خارج کردن IUD در مواردی که هم زمان با بارداری است.

بارداری

- ارزیه مراقبت‌های معمول دوران بارداری شامل گرفتن شرح حال (مشخصات، وضعیت بارداری فعلی، سوابق بارداری و زایمان قبلی، سابقه یا ابتلا فعلی به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزاری و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)
- ارزیابی معمول مادر شامل تعیین سن بارداری، سؤال در مورد عوارض و شکایت‌های شایع، اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، معاینه اندام‌ها و صورت از نظر ورم، تعیین نمایه توده بدنی، معاینه پوست از نظر ضایعات، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، لمس حرکت جنین، معاینه پستان‌ها، تعیین تاریخ مراجعه بعدی، تکمیل جدول وزن گیری، ارزیابی علائم خطر فوری
- ارجاع فوری، در اولین فرصت و یا غیر فوری مادر در معرض خطر به پزشک عمومی
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت، بررسی و ثبت نتیجه تشخیص بارداری
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده
- تجویز مکمل‌های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
- ایمن سازی با واکسن توأم و تزریق واکسن (در صورت نیاز)
- آموزش روش‌های کنترل درد زایمان (روش‌های غیردارویی) و مزایا و ضوابط شرکت در کلاس‌های آموزشی آمادگی پیش از زایمان (طبق دستورالعمل اجرایی و با اخذ گواهی نامه)

زایمان و بلافاصله پس از زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

- گرفتن شرح حال (مشخصات، وضعیت زایمان قبلی، سوابق بارداری و زایمان قبلی، وضعیت زایمان فعلی، موارد خطر زایمان فعلی)، ارزیابی علائم خطر فوری
- معاینه واژینال برای تعیین وضعیت زایمان، وضعیت کیسه آب و لگن.

انجام زایمان طبیعی در واحد تسهیلات زایمانی طبق دستورالعمل بخش مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ت) و انجام مراقبت‌های ویژه طبق دستورالعمل بخش مراقبت‌های ویژه زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ت) شامل باز کردن رگ و تزریق سرم، باز کردن راه‌های هوایی، دادن اکسیژن، سوند گذاری، وضعیت دادن به مادر، آمینوتومی، ماساژ دودستی رحم، تزریق عضلانی مترژن، تزریق عضلانی اکسی‌توسین، ترمیم محل پارگی‌های درجه یک و دو، کنترل صدای قلب و علائم حیاتی، انجام مانورهای مربوط به دیستوشی شانه، ساکنش، احیاء نوزاد، انجام زایمان بربچ در صورت فریب الوقوع بودن، بررسی منبع خونریزی دهنده، کنترل خونریزی و وضعیت رحم، دادن بی‌حسی موضعی، انجام اپی‌زیاتومی، ترمیم اپی‌زیاتومی

مراقبت از نوزاد طبق دستورالعمل بخش مراقبت‌های زایمان و بلافاصله پس از زایمان(ت)، دستورالعمل ارزیابی نوزاد تازه متولد شده(خ)، مراقبت از نوزاد(د)

- انجام زایمان در منزل (در صورت نیاز و در موارد فوری)
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت، ترسیم پارتوگراف
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده
- تجویز مکمل‌های دارویی (آهن، مولتی‌ویتامین)، تجویز مسکن(استامینوفن، مفنامیک اسید)
- تزریق رگام (در صورت نیاز)

پس از زایمان

- ارزیه مراقبت‌های معمول دوران پس از زایمان طبق دستورالعمل بخش مراقبت‌های دوران پس از زایمان(ج)، شامل گرفتن شرح حال(مشخصات، وضعیت زایمان، سابقه یا ابتلا فعلی، به بیماری، وجود ناهنجاری، وجود یا سابقه اختلالات روانی و همسرآزایی و رفتارهای پرخطر، وضعیت مصرف داروها و حساسیت دارویی در مادر)
- ارزیابی معمول مادر شامل سؤال در مورد عوارض و شکایت‌های شایع، اندازه‌گیری علائم حیاتی، معاینه چشم از نظر آنمی، معاینه دهان و دندان، معاینه اندامها از نظر ورم، معاینه پستان‌ها، معاینه محل بخیه‌ها، معاینه شکم(رحم)، تعیین تاریخ مراجعه بعدی
- انجام مراقبت‌های ویژه طبق دستورالعمل بخش مراقبت‌های ویژه پس از زایمان(ج) شامل باز کردن رگ و تزریق سرم، باز کردن راه‌های هوایی، دادن اکسیژن، سوند گذاری
- پاپ اسمیر
- ارجاع فوری، در اولین فرصت و با غیر فوری مادر در معرض خطر به پریشک عمومی
- ثبت اقدامات در فرم مراقبت
- آموزش و مشاوره تنظیم خانواده
- تجویز مکمل‌های دارویی(آهن، مولتی‌ویتامین)
- تجویز مسکن (مفنامیک اسید، استامینوفن)
- تزریق رگام (در صورت نیاز)

تجویز و تزریق عضلانی و وریدی سایر داروهای مورد نیاز مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان فقط توسط پریشک و با کارشناس مامایی انجام می‌شود.

فهرست داروهای مورد نیاز برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

- داروی بی حسی موضعی (لیدوکائین)
- واکسن های بدو تولد نوزاد(ب ث ژ، هپاتیت، فلج اطفال)
- آمپول ویتامین ک^۱
- پندین
- آمپول فورسماید
- آمپول مورفین
- آمپول بی پردین
- آمپول هالوپریدول
- قرص آدالات
- آمپول فنی توئین
- آمپول و قرص فنوباریتال
- آمپول و قرص دیازپام
- گلوکونات کلسیم
- آمپول سرم ضد کزاز
- سولفاستامید چشمی
- تتراسیکلین چشمی
- آمپول سفازولین
- الکل سفید یا اسپری فیکساتور
- آنتی بیوتیک ها شامل کیپول آموکسی سیلین، قرص اریترومایسین، کیپول و آمپول آمی سیلین، کیپول سفالکسیم، آمپول جنتامایسین، آمپول سفتریاکسون
- قرص آهن
- قرص یا کیپول مولتی ویتامین مینرال با ساده
- قرص اسید فولیک
- قرص استامینوفن خوراکی با شیاف
- کیپول مفنامیک اسید
- واکسن توام
- آمپول اکسی توسین
- مواد ضد عفونی کننده (ساوون، بتادین، الکل)
- آمپول رگام
- سرمها (رینگر، قندی- نمکی، قندی، نرمال سالین)
- آمپول هیدرالازین
- زیال سولفات منیزیوم
- آمپول مترژن
- آمپول فنی توئین
- آمپول بتامتازون
- آمپول هیدروکورتیزون
- قرص و پماد وازینال کلوتریمازول
- آمپول و قرص پرومتازین
- آمپول و قرص متوکلوپرامید
- قرص و ژل مترونیدازول
- ژل موضعی لیدوکائین
- آمپول هپارین
- شیاف یا پماد آنتی هموروئید
- داروهای ملین
- آنتی هیستامین خوراکی
- داروهای احیاء نوزاد شامل اپی نفرین، بی کربنات سدیم، نالوکسان
- هیدروکلراید، نرمال سالین
- داروی بی حسی موضعی (لیدوکائین)

فهرست تجهیزات فنی مورد نیاز برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران

- دستگاه ساکشن و رابط‌ها
- ماشین لباسشویی
- ترازوی نوزاد
- چراغ قوه و باطری
- پوار در اندازه‌های مختلف
- کات نوزاد
- تاوره (چهار پایه گردان تخت زایمان)
- چهارپایه جلوی تخت بیمار
- سینی و لگن استیل
- وسایل حفاظتی: پیش بند پیلوئی، عینک، ماسک پارچه‌ای یا کافتی، چکمه لاستیکی، زیرانداز مشمع
- وسایل پارچه‌ای: شان، حوله، ملحفه، گان، یونیفرم اتاق زایمان، بالش و رو بالشی، پتو، کلاه و لباس نوزاد

- گوشی طبی و دستگاه فشارسنج
- گوشی مامایی یا سونوی کیت
- تخت معاینه، پاراوان
- ترازوی بزرگسال
- قدسنج یا متر نوزاری
- ترمومتر دهانی و جای آن
- فور یا ائو کلاو
- تخت زایمان
- تخت یک شکن بیمار
- بیگس، دیش دردار
- وسایل انجام پاپ اسمیر: اسپاکولوم، لام و جعبه لام، اسپاچولا، سواب، اسبری فیکساتور، مایزیک یا قلم الماس، قطره چکان
- تزالی
- ظرف قهوه‌ای، کاسه فازی
- پایه سرم
- چراغ پایه دار
- کیسول اکسترن و مانومتر، ماسک یا لوله در اندازه‌های مختلف
- وسایل مصرفی: سرنگ و سر سوزن در اندازه‌های مختلف، پنبه و گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کافتی، کاهی برای پوشش زیر بیمار، صابون، سوند فولی، سوند نلاتون، خودتراش یک بار مصرف، گاز، چسب ضد حساسیت و باند، آئیزوکت و سه راهی آن، تیغ اژه، پوشک، دستبند هویت نوزاد، نخ بخیه کرومیک ۲ صفر یا ۳ صفر، کلامپ بندناف، تورین بگ، ست سرم، ست انفوزیون
- وسایل احیاء نوزاد (ماسک و بگ، لارنگوسکوپ با تیغه‌های صاف، لوله‌های داخل نای ۲/۱۵ و ۳ و ۴ میلیمتر، ایروی دهانی، کاتترهای نافی ۲/۱۵ F و ۵F، لوله تغذیه ۸ F)
- انواع پنس (هموستات، کوخر، گرد)، چینل فورسیس، والو، قیچی ایچی زباتومی، قیچی راست جراحی، پنس سوزن گیر، پست راست
- وارمر
- چراغ اوتراووبوله

شماره پرونده / ضمیمه / کد ملی:

تاریخ:

فرم مراقبت پیش از بارداری

(مرا/ پزشک)

شغل:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: شرح حال

مرد: تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

تاریخ آخرین زایمان:

نمایه توده بدنی:

وزن:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/>	فاصله بارداری تا زایمان قبلی کمتر از ۳ سال	<input type="checkbox"/>	سن بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	سن زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	کفایت سیکار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/>	شغل سخت و سنگین
<input type="checkbox"/>	روغن فلفل، پیشگیری از بارداری؛	<input type="checkbox"/>	سوء تغذیه / نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	مشکلات دهان و دندان
<input type="checkbox"/>	وجود ناهنجاری در یکی از بستگان مرتبه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند)	<input type="checkbox"/>	وجود ناهنجاری در خانم یا همسرش		

سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

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

<input type="checkbox"/>	بیماری باهت هیپتد	<input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی	<input type="checkbox"/>	بیماری کوارشی	<input type="checkbox"/>	بیماری قلبی
<input type="checkbox"/>	صرع	<input type="checkbox"/>	فشل خون بالا	<input type="checkbox"/>	تالسمی میئور	<input type="checkbox"/>	بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/>	ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/>	سل	<input type="checkbox"/>	اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	اختلال روانی	<input type="checkbox"/>	هپاتیت	<input type="checkbox"/>	سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/>	دیابت
<input type="checkbox"/>	آئمی داسی شکل	<input type="checkbox"/>	آئمی فقر آهن	<input type="checkbox"/>	اینز	<input type="checkbox"/>	مالیتیل اسکروزیزیس
						<input type="checkbox"/>	ترومبو فلی
							نوع داروهای مصرفی:
							هسپاسیت دارویی:

رفتارهای پرخطر در خانم و یا همسرش

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

بخش ۲: نتایج آزمایش ها و سونوگرافی

تاریخ درخواست:	تاریخ انجام:	نوع آزمایش های معمول	نتیجه	همانوکریت:	هموگلوبین:	پلاکت:	تاریخ انجام:
		نوع آزمایش های معمول	کامل ادرار				نتیجه:
		کفایت ادرار					
		قند خون ناشتا					
		TSH					
		تیتراژ آنتی بادی ضد سرخچه (در صورت نیاز)					
		نوع آزمایش های معمول	CBC				تاریخ انجام:
		گروه خونی و ارهاس					نتیجه:
		HBsAg (در صورت نیاز)					
		VDRL (در صورت نیاز)					
		HIV (در صورت نیاز)					

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

بخش ۳: معاینه

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

قلنج خون:	رنگ پریدگی ملتحمه	وزدی اسکلرا	زردی اسکلرا	چشم
	جرم دندان	التهاب لثه	التهاب لثه	دهان و دندان
	اندازه غیر طبیعی	قوام غیر طبیعی	قوام غیر طبیعی	تیر و تپید
	سوفل دیاستولیک	سوفل سیستولیک	سوفل سیستولیک	قلب
	رال	وینزینگ	وینزینگ	ریه
	نوع بطورات:	بطورات	بطورات	پوست
	خروج هر نوع ترشح از پستان	قوام و ظاهر غیر طبیعی	قوام و ظاهر غیر طبیعی	پستان ها*
	توده	اسکار	اسکار	شکم
	کبودی	رنگ: رنگ پریدگی	رنگ: رنگ پریدگی	اندام ها
	ترشحات عفونی	ضایعات ناحیه تناسلی	ضایعات ناحیه تناسلی	واژن و لگن *
		وضعیت غیر طبیعی رحم و آدنکس ها		

بخش ۴: ایمن سازی

توأم: کامل (عات) تا کامل بودن را بنویسید)..... تاریخ تزریق واکسن توأم (در صورت نیاز):.....

فرم مراقبت بارداری

شماره پرونده/شماره/کدملی:

تاریخ:

(مهر پزشکی)

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

بخش ۱: شرح حال

شغل:

مرد:

تعداد فرزندان: زنده:

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (سوتوکرافی):

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (اطباء مادر):

تاریخ آخرین زایمان:

تاریخ تقریبی زایمان:

آخرین روش پیشگیری از بارداری:

وضعیت بارداری فعلی

<input type="checkbox"/> بارداری پنجم و بالاتر	<input type="checkbox"/> فاصله بارداری تا زایمان کمتر از سه سال	<input type="checkbox"/> بارداری بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/> بارداری زیر ۱۸ سال
<input type="checkbox"/> چندقویی	<input type="checkbox"/> شغل سخت و سنگین	<input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> سن بارداری نامشخص
<input type="checkbox"/> شیردهی همزمان با بارداری	<input type="checkbox"/> بارداری همزمان با T1 یا T2	<input type="checkbox"/> بارداری همزمان با TUD	<input type="checkbox"/> بارداری همزمان با قرص/آبجول
<input type="checkbox"/> اعتقاد به مواد مضر	<input type="checkbox"/> مصرف الکل	<input type="checkbox"/> کشیدن سیگار یا سایر دخانیات	<input type="checkbox"/> ارهاش منفی
			<input type="checkbox"/> حاملگی نامنظم/پیش بینی نشده

سوابق بارداری و زایمان قبلی

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

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

<input type="checkbox"/> بیماری بافت همبند	<input type="checkbox"/> بیماری کلوی	<input type="checkbox"/> بیماری کوراشی	<input type="checkbox"/> بیماری قلبی
<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> فشارخون بالا	<input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> خانم	<input type="checkbox"/> بیماری تیروئید
<input type="checkbox"/> ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	<input type="checkbox"/> سل	<input type="checkbox"/> اختلال انعقادی	<input type="checkbox"/> آسم
<input type="checkbox"/> اختلال روانی	<input type="checkbox"/> هیپرتی	<input type="checkbox"/> سابقه یا ابتلا به سرطان پستان	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> آنمی داسی شکل	<input type="checkbox"/> آنمی فقر آهن	<input type="checkbox"/> ایز	<input type="checkbox"/> مالاریا اسکلروزیس
		<input type="checkbox"/> سایر بیماری ها:	<input type="checkbox"/> ترومبوفلی
			<input type="checkbox"/> نوع داروهای مصرفی:

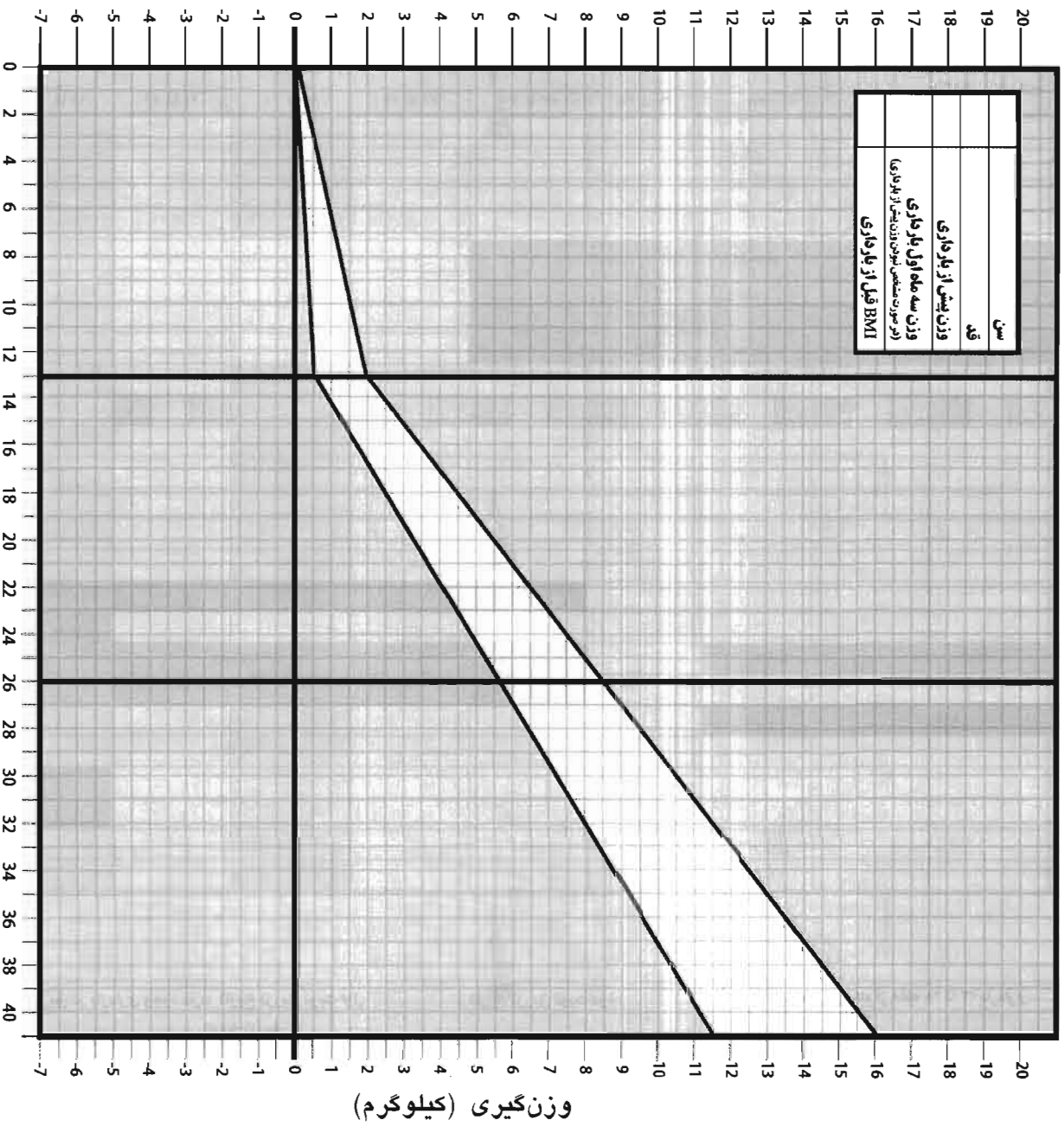
رفتارهای پرخطر در مادر و یا همسرش

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

بخش ۴: جدول وزن‌گیری

محدوده افزایش وزن ۱۶-۱۱/۵ کیلوگرم

نمودار وزن‌گیری (طبیعی-تک‌قلویی)



هفته‌های بارداری

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

جدول ثبت وزن‌گیری

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

شماره پرونده / شناسه / کد ملی:

فرم زایمان در واحد تسهیلات زایمانی

نام و نام خانوادگی همسر:

سن:

نام و نام خانوادگی:

آدرس / تلفن:

تاریخ و ساعت پذیرش:

بخش ۱: شرح حال و ارزیابی اولیه

علائم خطر فوری (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	تنگنفس مشکل	<input type="checkbox"/>	خونریزی	<input type="checkbox"/>	افتلال هو شنیداری / شوک	<input type="checkbox"/>	تشنج
<input type="checkbox"/>	احتباس جفت	<input type="checkbox"/>	احتباس جفت	<input type="checkbox"/>	وارونگی رحم	<input type="checkbox"/>	دبستوشی شانه

مرده

تعداد فور زایمان: زنده

تعداد سقط:

تعداد زایمان:

تعداد بارداری:

سن بارداری:

تاریخ تقریبی زایمان:

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:

گروه خونی و آرهاش:

نوع زایمان قبلی: طبیعی طبیعی یا فورسپس یا واکيوم سزارین

تاریخ و ساعت شروع انقباضات منظم رحم:

تنفس:

نبض:

درجه حرارت:

فشارخون:

نمایش جنین:

وضعیت و وضعیت عضو نمایش:

دیلاتاسیون و الفاسمان:

زمان پارگی:..... دقیقه/ ساعت

پاره شده توسط عامل زایمان

پاره شده خود به خودی

وضعیت کیسه آب: سالم

آغشته به مگنیم

خونی

شفاف

وضعیت مایع آمنیوتیک:

غیر طبیعی

طبیعی

وضعیت ضربان قلب جنین:

تعداد ضربان قلب جنین:..... در دقیقه

سوابق بارداری و زایمان قبلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	مرده زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	شکم و شکم	<input type="checkbox"/>	سزارین یا جراحی رحم	<input type="checkbox"/>	آب زایی	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	آب زایی	<input type="checkbox"/>	جنین نامنجان
<input type="checkbox"/>	مردم زایی	<input type="checkbox"/>	مرگ نوزاد	<input type="checkbox"/>	شکم اول زایمان	<input type="checkbox"/>	شکم اول زایمان	<input type="checkbox"/>	تازایی	<input type="checkbox"/>	زایمان سریع	<input type="checkbox"/>	آب زایی	<input type="checkbox"/>	جنین نامنجان

موارد خطر زایمان فعلی (نیازمند مراقبت ویژه)

<input type="checkbox"/>	گران مولتی پار	<input type="checkbox"/>	تب	<input type="checkbox"/>	نمایش غیر طبیعی	<input type="checkbox"/>	فشارخون بالا
<input type="checkbox"/>	ماکروزومی	<input type="checkbox"/>	جنین نامنجان	<input type="checkbox"/>	آب زایی متوسط تا شدید	<input type="checkbox"/>	لکه بینی
<input type="checkbox"/>	مرگ جنین	<input type="checkbox"/>	چندقلویی	<input type="checkbox"/>	ابعاد نامتناسب لگن	<input type="checkbox"/>	زجر جنین / دفع مگنیم
<input type="checkbox"/>	HBSAg مثبت یا ابتلا به هپاتیت	<input type="checkbox"/>	شکم اول زیر ۱۸ سال	<input type="checkbox"/>	آرهاش متفی	<input type="checkbox"/>	زایمان زودرس
<input type="checkbox"/>	هریس زینتال	<input type="checkbox"/>	شکم اول بالای ۳۵ سال	<input type="checkbox"/>	اعتیاد به مواد مخدر	<input type="checkbox"/>	زایمان دیررس
<input type="checkbox"/>	نمایه توده بدنی بیش از ۴۰	<input type="checkbox"/>	ضایعات ولو	<input type="checkbox"/>	الیکوئیدر آمنیوس / تاخیر رشد داخل رحمی	<input type="checkbox"/>	پارگی کیسه آب
<input type="checkbox"/>	بیماری	<input type="checkbox"/>	قد کمتر از ۱۵۰ سانتیمتر	<input type="checkbox"/>	پلی هیدر آمنیوس	<input type="checkbox"/>	پرو لپس بفتال

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

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

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 اند، در این قسمت بنویسید:

اقدام	علت ارجاع	تاریخ و ساعت

بخش ۸: آموزش و توصیه

<input type="checkbox"/>	بهبودت فردی	<input type="checkbox"/>	بهبودت روان	<input type="checkbox"/>	شیردهی	<input type="checkbox"/>	تنظیم خانواده	<input type="checkbox"/>	زمان و مکان ملاقاتهای بعدی
--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------------------------

نام و امضاء کمک کننده به زایمان:

نام و امضاء عامل زایمان:

ساعت ترخیص:

شماره پرونده / اشتباه / کد ملی:

تاریخ:

فرم مراقبت پس از زایمان (ماد / پرستار)

آدرس / تلفن:

سن:

نام و نام خانوادگی:

بخش ۱: ارزیابی معمول

تاریخ زایمان: طبیعی طبیعی یا فورسپس یا واکوم سزارین
محل زایمان: بیمارستان واحد تسهیلات زایمانی منزل بین راه

روزهای ۱ تا ۳	روزهای ۱۰ تا ۱۵	روزهای ۱ تا ۳	زمان ملاقات
			اجزای مراقبت
			تاریخ مراجعه
			ارزیابی علائم خطر فوری
			تشخیص
			اختلال هوشتیاری / شوری
			تنفس مشکل
			سغوال کفید
			خونریزی / لکه بینی
			ترشحات چرکی و بدبو از مهبل
			بیماری زمینه ای
			مشکل آرزای و اجابت مزاج
			سرگیجه
			درده
			(شکم، پهلو، بجه، ساق و ران، پستان، دندان)
			اختلال روانی
			همس آزاری
			شکایت شایع
			مصرف مکمل های دارویی
			شیردهی به نوزاد
			اندازه گیری کفید
			لفظان خون
نفسسته:	نفسسته:	نفسسته:	نفسسته:
خوابیده:	خوابیده:	خوابیده:	خوابیده:
نفسسته:	نفسسته:	نفسسته:	نفسسته:
خوابیده:	خوابیده:	خوابیده:	خوابیده:
			معاينه کفید
			چشم (رنگ پرندگی شدید)
			پوسیدگی دندان
			جرم دندان
			التهاب لکه
			عفونت دندان، آبسه
			پستان (آبسه، ماستیت، احتقان، شقاق)
			شکم (بزرگی رحم)
			محل بجه ها
			اندام ها (ورم یک طرفه ساق و ران)
			نتیجه ارزیابی در هر ملاقات
			همه موارد طبیعی است
			ارایه مراقبت ویژه

