



# مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

گروه هدف: پزشک / ماما

ساعت آموزش: ۸ ساعت

واحد تهیه کننده: مدیریت سلامت خانواده-جمعیت و مدارس / سلامت مادران / الهمام حسامی

تاریخ تهیه: ۹۷/۳/۱۳

# تاریخچه مراقبت های بارداری در ایران

برنامه های بهداشت مادر و کودک در ایران با فعالیت آموزشگاه عالی مامائی دانشگاه تهران در سال ۱۳۱۸ آغاز شد.

۱۳۱۹: بنگاه حمایت مادران و کودکان تاسیس شد.

۱۳۲۶: زایمان و مراقبت از مادر و نوزاد در منزل نیز بر فعالیت بنگاه اضافه شد.

۱۳۳۵: تشکیل اداره بهداشت مادران و کودکان زیر نظر اداره کل بهداشت.

۱۳۴۶-۵۷: مراقبتهای بهداشتی مادران طی برنامه های عمرانی سوم ، چهارم ، پنجم ارائه می گردید.

دهه ۶۰: با گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور، دسترسی زنان باردار به این خدمات تسهیل و افزایش یافت.

# استفاده از پروتکل مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

- ۱- بهبود کیفیت خدمات و افزایش اثر بخشی
  - ۲- کاهش هزینه های خدمات و اجتناب از گران شدن خدمات ضروری
- لازم به ذکر است پروتکل ها و دستورالعملهای وزارتخانه نشات گرفته از منابع رفرانس، توصیه های WHO و امکانات موجود کشوری است.



معاونت بهداشت

# سطوح ارائه دهندگان خدمات در برنامه مادری ایمن

پزشک خانواده

مراقبین سلامت

ماما



برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران دارای پروتکل های کامل و جامع جهت کلیه ارائه دهندگان خدمات سلامت مادری می باشد.

مراقبتهای سلامت مادری در سه بخش پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان ارائه می گردد.

# مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران



مراقبت‌های پیش از بارداری

مراقبت‌های دوران بارداری

مراقبت‌های پس از زایمان

# تعاریف:

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

**سقط زودرس:** سقط قبل از هفته ۱۲ بارداری

**سقط دیررس:** سقط بعد از هفته ۱۲ بارداری و قبل از شروع هفته ۲۲ بارداری

**زایمان:** تولد نوزاد پس از شروع هفته ۲۲ بارداری بصورت مرده یا زنده

**زایمان زودرس:** تولد نوزاد قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری

**زایمان دیررس:** تولد نوزاد پس از ۴۲ هفته کامل بارداری

**مرده زایی:** مرگ جنین بعد از شروع هفته ۲۲ بارداری تا زمان زایمان

**مرگ نوزاد:** مرگ نوزاد زنده متولد شده از زمان تولد تا ۲۸ روز پس از تولد

## تعاریف (ادامه):

تریمستر ۱ (first trimester): تا هفته ۱۴ بارداری

تریمستر ۲ (second trimester): از هفته ۱۵ تا ۲۸ بارداری

تریمستر ۳ (third trimester): از هفته ۲۹ تا انتهای بارداری

Gravid: حاملگی (صرف نظر از نتیجه آن و این که الان حامله هست یا قبلا بوده است)

Nuligravida: تا به حال بارداری نداشته و الان هم باردار نیست

Parity: پایان بارداری (زایمان) بدون سقط

PrimiPar: یک بار زایمان با قابلیت حیات جنین

# مراقبتهای پیش از بارداری



معاونت بهداشت





# فواید مشاوره قبل از بارداری :

پیشگیری از بارداری‌های پر خطر و شناسایی و درمان زود هنگام و موثرتر عوامل خطر

کاهش احتمال تولد نوزاد با بیماری‌های ژنتیکی

پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته

فاصله گذاری مناسب بین فرزندان

تامین سلامت جسمی و روانی خانواده و در نهایت جامعه

معاونت بهداشت

# مادران نیاز مند مشاوره قبل از بارداری:

- هر زوجی که تصمیم دارد صاحب فرزندى شود.
- در مواردی که فرد احتمال ناباروری دارد تا زمانی که تمایل به باردار شدن دارد، می بایست مراقبت پیش از بارداری هر سال برای وی انجام شود.
- زنانی که از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند و تصمیم گرفته اند باردار شوند.

معاونت بهداشت

# مراقبت‌های پیش از بارداری:

شامل:

مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده

معاینه بالینی

آزمایشها یا بررسی تکمیلی

آموزش و مشاوره

بررسی و تجویز مکمل‌های دارویی

ایمنسازی



# مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده الکترونیک

مشخصات (سن بالای ۳۵ یا زیر ۱۸)، نسبت خویشاوندی با همسر سابقه بارداری (زایمان پنجم) و زایمان قبلی (فاصله کمتر از ۳ سال) بیماری و ناهنجاری، اختلالات روانی / همسرآزاری رفتارهای پرخطر در زن یا همسرش

○ سابقه زندان، اعتیاد تزریقی، رفتار جنسی پرخطر، سابقه تزریق مکرر خون، سابقه مسافرت

مکرر یا اقامت طولانی در خارج از کشور

اعتیاد، مصرف سیگار / الکل

# معاینه بالینی:

اندازه‌گیری قد و وزن و محاسبه BMI (Body Mass Index)

علایم حیاتی، معاینه فیزیکی

معاینه واژن و لگن

معاینه دهان و دندان



معاونت بهداشت

# آزمایش‌ها یا بررسی تکمیلی :

CBC (Hgb)

FBS

BG-Rh

TSH

HBs Ag در صورت نیاز (عدم واکسیناسیون قبلی)

پاپ اسمیر

تیترانتی‌بادی ضد سرخجه در صورت نیاز (عدم ابتلا قبلی یا عدم واکسیناسیون سرخجه)

HIV و VDRL (در رفتارهای پرخطر)



معاونت بهداشت

## آموزش و مشاوره :

بهداشت فردی و روان  
کنترل بیماریهای مادر (دیابت و ...) که بر جنین اثر می گذارند  
شیوه زندگی صحیح (life style)

تعیین سن مناسب بارداری

بهداشت جنسی

بهداشت دهان و دندان

تغذیه صحیح / مصرف مکملهای دارویی

عدم مصرف مواد/ داروی مخدر، سیگار و الکل

شغل سخت و سنگین

تاریخ مراجعه بعدی

زمان قطع روش پیشگیری از بارداری و زمان مناسب باردار شدن



# بررسی و تجویز مکمل های دارویی

یدوفولیک

۴۰۰ حاوی میکروگرم روزانه و ۱۵۰ میکروگرم اسید فولیک  
تجویز از سه ماه قبل از بارداری



# ایمن سازی (در صورت نیاز):

سرخجه

توأم



# زمان انجام مراقبت پیش از بارداری



زمان انجام حداقل ۳ ماه قبل از بارداری است

اعتبار آن ۱ سال می باشد

# مراقبتهای دوران بارداری



معاونت بهداشت

به طور متوسط طول دوران بارداری طبیعی از اولین روز آخرین سیکل قاعدگی (LMP یا Last Menstrual Period) ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته است.

مطالعات مختلف نشان داده اند که در حاملگی‌هایی که با دردهای زایمانی خود به خودی خاتمه یافته اند متوسط طول دوران بارداری بین ۲۷۰ تا ۲۸۵ روز است و به آن حاملگی ترم یا به موقع گفته می شود.

معمولاً برای تعیین تاریخ احتمالی زایمان (EDC یا Estimated Date of Confinement) ۷ روز به تاریخ اولین روز قاعدگی (LMP) اضافه کرده سه ماه به عقب برمی گردند.

# دفعات مراقبت های معمول دوران بارداری



شامل:

- مراقبت اول: بین هفته ۶ تا ۱۰
- مراقبت دوم: بین هفته ۱۶ تا ۲۰
- مراقبت سوم: بین هفته ۲۴ تا ۳۰
- مراقبت چهارم: بین هفته ۳۱ تا ۳۴
- مراقبت پنجم: بین هفته ۳۵ تا ۳۷
- مراقبت ششم: هفته ۳۶
- مراقبت هفتم: هفته ۳۷
- مراقبت هشتم: هفته ۳۸

# مراقبت های دوران بارداری:

مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده الکترونیک

معاینه بالینی

آزمایش ها و بررسی تکمیلی

آموزش و مشاوره

مکملهای دارویی

ایمنسازی



# مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده الکترونیک

بررسی پرونده و وضعیت بارداری فعلی و قبلی مادر

بررسی بیماری و ناهنجاری

رفتارهای پرخطر

شکایتهای شایع و علایم خطر بارداری

بررسی وضعیت مصرف مکمل ها و گروه های غذایی

بررسی سلامت روان / همسرآزاری

معاونت بهداشت





## معاینه بالینی

### در تمام مراقبتها:

در هر بار معاینه: ابتدا بررسی علایم خطر فوری ( خونریزی، پارگی کیسه آمنیون یا آبریزش، درد شدید شکم، تشنج،

اختلال هشیاری، شوک)

بررسی علایم حیاتی و حال عمومی

معاینه فیزیکی مادر از نظر:

○ بررسی اسکلرا (زردی) - ملتحمه (انمی) - پوست (بثورات) - لمس تیروئید(ندول) - سمع قلب و ریه - معاینه پستان - لمس

شکم (کبد و طحال - بررسی اسکار و توده) - بررسی اندام تحتانی (ادم: اگر بالای قوزک پا باشد مهم است) ادم صورت و

دستها

اندازه گیری وزن و ترسیم منحنی وزن گیری



# معاینه بالینی (ادامه):

فقط در مراقبت اول:

اندازه‌گیری قد و تعیین BMI

تعیین BMI در ۱۲ هفته اول بارداری اعتبار دارد

میزان افزایش وزن بارداری با توجه به BMI قبل از بارداری، ۱۱/۵ تا ۱۶ کیلو است

در مراقبت اول و دوم:

معاینه دهان و دندان



# معاینه بالینی (ادامه):

در مراقبت دوم به بعد:

معاینه چشم، اندامها، صورت و پوست

شنیدن صدای قلب جنین و لمس حرکت جنین

اندازه‌گیری ارتفاع رحم (Fundal Height)

در مراقبت چهارم به بعد:

معاینه شکم (مانورهای لئوپولد)



# معاینه بالینی (ادامه):

سمع صدای قلب جنین به مدت یک دقیقه کامل ( ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه)

حرکت جنین (بررسی آن از مراقبت دوم به بعد ضروری است):

○ اولین احساس حرکت جنین توسط مادر:

○ هفته ۱۸ تا ۲۰: در مادر اول زا (گراوید اول)

○ هفته ۱۶ تا ۱۸: در مادر چندزا (مولتی پار)

○ در چهار هفته آخر بارداری بررسی حرکت جنین بسیار مهم است



معاونت بهداشت

# معاینه بالینی (ادامه):

روش اندازه‌گیری ارتفاع رحم (Fundal Height)

حدود قله رحم در بارداری (با مثانه خالی):

از هفته ۱۶ تا ۲۰: در فاصله بین سمفیز پوبیس تا ناف

هفته ۲۰ حدود ناف

از هفته ۱۸ تا ۳۲ (۱۶ تا ۳۶) فاصله سمفیز پوبیس تا قله رحم بر حسب سانتیمتر برابر است با سن بارداری بر حسب هفته

در هفته ۳۲ تا ۳۶: در نزدیک جناغ

هفته ۳۶ تا ۴۰: زیر جناغ



معاونت بهداشت

# آزمایش ها و بررسی تکمیلی:

مراقبت اول (هفته ۶-۱۰)

- U/A, U/C, CBC, BUN, Crea, BG-Rh ,FBS
- HBsAg (در صورت نیاز)
- HIV, VDRL
- نوبت اول کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی پس از اطلاع از مثبت بودن همسر)
- TSH (در صورت نیاز)
- پیشنهاد به انجام غربالگری ناهنجاری جنین در هفته ۱۱-۱۳ بارداری
- GCT (در مادر در معرض خطر دیابت)



# آزمایش ها و بررسی تکمیلی:

مراقبت سوم (هفته ۲۴-۳۰):

U/A ○

CBC ○

OGTT ( برای افراد غیر دیابتیک در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری) ○

نوبت دوم کومبس غیر مستقیم (در مادر Rh منفی با همسر Rh مثبت) ○

مراقبت چهارم (هفته ۳۱-۳۴):

○ تست تشخیص سریع HIV

معاونت بهداشت



## بررسی مادر از نظر دیابت (آشکار و بارداری)

FBS غیر طبیعی (در ملاقات اول) بیشتر و مساوی ۱۲۶ ← بابت آشکار

: OGTT (Oral Glucose Tolerance Test)

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

FBS و OGTT غیر طبیعی (هفته ۲۸-۲۴):

○ FBS مساوی یا بیشتر از ۹۲

○ OGTT ساعت اول مساوی یا بیشتر از ۱۸۰

○ OGTT ساعت دوم مساوی یا بیشتر از ۱۵۳ ←





# سونوگرافی

هفته ۱۱ تا ۱۳ بارداری

○ پیشنهاد به انجام غربالگری جنین

هفته ۱۶ تا ۱۸ بارداری (مراقبت دوم)

○ بررسی تعداد جنین، وضعیت جفت، سن بارداری، تعیین ناهنجاریهای واضح

هفته ۱۵ تا ۱۷ بارداری (مراقبت دوم)

غربالگری ناهنجاری جنین در صورت لزوم



# سونوگرافی (ادامه):

هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری (مراقبت چهارم)

- بررسی وضعیت رشد جنین، میزان مایع آمنیوتیک، نمایش جنین، وضعیت جفت، ناهنجاریها
- سونو در نیمه اول بارداری کمک شایانی به تعیین سن بارداری می کند (خصوصا در هفته ۱۴ تا ۱۶ بارداری)
- اما با افزایش سن بارداری، دقت آن در تعیین سن کم می شود

معاونت بهداشت

# آموزش و مشاوره:

علایم خطر

شکایتهای شایع

- نیمه اول بارداری: دردناک و حساس شدن پستانها، خستگی، تهوع و استفراغ صبحگاهی، افزایش بزاق دهان، تکرر ادرار، افزایش ترشحات واژینال، تغییر خلق و خو و رفتار، سوزش سر دل، ویار
- نیمه دوم بارداری: پررنگ شدن پوست (ناف، هاله پستان و ...)، یبوست، نفخ، تکرر ادرار، افزایش ترشحات واژینال، کمردرد، سوزش سر دل، ویار

معاونت بهداشت

# آموزش و مشاوره: (ادامه)

بهداشت دهان و دندان

تغذیه / مکملهای دارویی

عدم مصرف مواد / داروهای مخدر، سیگار، الکل

تاریخ مراجعه بعدی



# آموزش و مشاوره: (ادامه)

## مراقبت چهارم به بعد:

- فواید زایمان طبیعی و ایمن
- آمادگی و محل مناسب زایمان
- شیردهی
- تنظیم خانواده
- مراقبت از نوزاد، علایم خطر نوزاد



# مکمل های دارویی:

## قرص یدوفولیک

- از ابتدا تا انتهای بارداری (مولتی ویتامین حاوی ۱۵۰ میکروگرم ید)
- قرص یدوفولیک برای کلیه بیماران تیروئیدی که لو تیروکسین (کم کاری تیروئید) مصرف می کنند، بلامانع است.
- در مورد بیمارانی که پرکاری تیروئید دارند، مصرف آن توصیه نمی شود
- در افرادی که نیاز به مصرف ۴ میلی گرم قرص اسیدفولیک از پیش از بارداری دارند (سابقه تولد نوزاد با ناهنجاری قلبی و لوله عصبی، صرع و ....) تا سه ماه اول بارداری این میزان را مصرف کنند و پس از آن با دوز معمول ادامه دهند.

# مکمل های دارویی: (ادامه)

## قرص آهن

○ از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری

## قرص مولتی ویتامین

○ از شروع هفته ۱۶ تا پایان بارداری



# مکمل های دارویی: (ادامه)

## قرص ویتامین D

از ابتدای بارداری روزانه ۱۰۰۰ واحد

از پایان هفته ۱۶ در قالب مولتی ویتامین

### توجه:

-دوز پیشگیرانه در مادران باردار بدون عارضه می باشد

-تجویز مصرف مگادوز ویتامین D به مادران باردار ممنوع می باشد ( مگر در شرایط خاص به دستور پزشک)

-مکمل مولتی ویتامین حاوی ویتامین D با وعده های اصلی غذا (ناهار یا شام) مصرف شود

-در صورت مصرف سایر دارو ها مادر، پزشک خود را آگاه سازد



معاونت بهداشت



# مکمل های دارویی: (ادامه)

احتمال تداخلات دارویی ویتامین D با برخی دارو ها به شرح زیر:



دارو های کورتیکواستروئیدی مانند پردنیزولون

داروهای ضد تشنج مانند فنوباریتال، فنی توئین

داروهای درمان سل مانند ریفامپین، ایزونیاژید

تیازید ها در درمان فشارخون (افزایش سطح ویتامین D خون)

دارو های آنتی اسید (مصرف ویتامین D دو ساعت قبل یا چهار ساعت بعد)

معاونت بهداشت

داروهای قلبی مانند دیگوکسین

# ارجاع به پزشک مرکز در موارد:

مصرف نادرست و بیش از حد مجاز

مشاهده عوارضی مانند: یبوست، ضعف، خستگی، خواب آلودگی، سردرد، کاهش اشتها،

پرنوشی، خشکی دهان، طعم آهن در دهان، تهوع و استفراغ

بیماران مبتلا به سارکوئیدوزیس، هیپرپاراتیروئیدیسم، بیماری های کلیوی تجویز با نظر

پزشک

معاونت بهداشت

# ایمن سازی:

## توأم (در صورت نیاز)

- دو نوبت با فاصله یک ماه (در هر زمانی از بارداری و حداکثر تا یک ماه قبل از زایمان)
- ادامه پس از زایمان (در صورت کامل نبودن واکسیناسیون مادر) تا تکمیل ۵ نوبت (فواصل یک ماه، شش ماه، یک سال و یک سال)

**رگام** (در هفته ۲۸ تا ۳۴ در صورت منفی بودن کومبس غیر مستقیم)

## آنفلوانزا (در صورت نیاز)

معاونت بهداشت

# مراقبت های ویژه بارداری

علائم خطر فوری (اختلال هوشیاری/تشنج/شوک)

فشارخون بالا

خونریزی/لکه بینی

درد شکم/سردرد/درد یک طرفه ساق و ران

آبریزش/پارگی کیسه آب

تب



# مراقبت های ویژه بارداری (ادامه)



تنگی نفس / تپش قلب (تعداد نبض و تنفس بیش از حد طبیعی)

مشکلات ادراری - تناسلی

تهوع و استفراغ

اختلالات صدای قلب و حرکت جنین

ورم

رنگ پریدگی / زردی / آنمی

# مراقبت های ویژه بارداری (ادامه)

ارتفاع رحم نامناسب / وزن گیری نامناسب

حاملگی طول کشیده / مشکلات پوستی

اختلالات روان / همسرآزاری

بیماری ها مزمن و ناهنجاری ها

سوابق مشکلات بارداری و زایمان در حاملگی قبلی ( آتونی - پره اکلامپسی - دکلمان / جفت

سرراهی - زایمان زودرس / زایمان دیررس - حاملگی نابجا و....)



معاونت بهداشت

# فشار خون در بارداری



# فشار خون در بارداری

## فشار خون مزمن:

○ فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که قبل از هفته ۲۰ بارداری وجود داشته باشد و تا ۱۲ هفته پس از زایمان ادامه دارد.

## فشار خون بارداری:

○ افزایش فشارخونی که برای اولین بار از هفته ۲۰ بارداری بوجود می آید و بدون پروتئینوری و علائم پره اکلامپسی شدید است.

## پره اکلامپسی خفیف:

○ فشار خون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و کمتر از ۱۶۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی متر جیوه و کمتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه، در دو نوبت به فاصله حداقل ۶-۴ ساعت به همراه پروتئینوری +۱ (۳/۰ گرم در یک نمونه تصادفی ادرار) پره اکلامپسی خفیف است.





# فشار خون در بارداری: (ادامه)

## پره اکلامپسی شدید:

○ فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه و یا دیازتول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه، همراه با پروتئینوری یا فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۶۰ میلی متر جیوه و یا دیازتول مساوی یا بیشتر از ۱۱۰ میلی متر جیوه به همراه هر یک از علائم سردرد مداوم، تاری دید مداوم، درد اپیگاستر و یا استفراغ مداوم، رال در سمع ریه (ادم ریه)، الیگوری (کاهش شدید حجم ادرار به میزان ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت)، تغییر وضعیت هوشیاری، کراتینین بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر یا دو برابر شدن آن از سطح پایه، ترومبوسیتوپنی زیر ۱۰۰۰۰۰ (صد هزار) در میلی متر مکعب و یا افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین پره اکلامپسی شدید است.

معاونت بهداشت

# فشار خون در بارداری: (ادامه)

اکلامپسی:

○ اضافه شدن تشنج به علایم پره اکلامپسی، اکلامپسی است.



## پ ۲- فشارخون بالا

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	سردرد، تهوع و استفراغ شدید، سابقه بیماری های کلیوی، قلبی و فشارخون بالا	مول، تیروتوکسیکوز، کریز هیپرتانسیون چندقلویی	- باز نگه داشتن رگ و تزریق هیدرالازین طبق ح ۳ - دادن اکسیژن به میزان ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - ارجاع فوری طبق ح ۱ - در صورتی که مادر بیماری زمینه ای کنترل شده دارد و علائم همراه که نشانه شدت فشارخون باشد (سردرد و...) را ندارد: ارجاع غیر فوری به متخصص مربوط
نیمه دوم بارداری	شروع پروتئینوری یا افزایش میزان آن در مبتلایان به فشارخون مزمن	پره اکلامپسی اضافه شده به فشارخون بالا	- درمان اکلامپسی طبق ح ۳ - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱
	فشارخون دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری +۲ و بالاتر، ورم دست و صورت، سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر	پره اکلامپسی شدید	
نیمه دوم بارداری	فشارخون کمتر از ۱۱۰/۶۰ میلیمتر جیوه همراه با پروتئینوری کم یا +۱، ورم ژنرالیزه، بدون سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر	پره اکلامپسی خفیف	- باز کردن رگ و تزریق سرم قندی یا رینگر حداکثر ۳۲ قطره در دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ح ۱ (درمان اکلامپسی طبق ح ۳ در صورت تشدید بیماری حین ارجاع)
	فشارخون دیاستولیک ۸۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه در مادری که فشارخون دیاستولیک قبلی او ۸۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه نبوده است.	شروع پره اکلامپسی	- انجام آزمایش ادرار از جهت وجود پروتئین - بررسی وضعیت رشد جنین و وزن گیری مادر - سمع صدای قلب جنین در صورت طبیعی بودن همه موارد: - توصیه به مادر برای استراحت به پهلو - چپ - توزین روزانه و اندازه گیری روزانه فشارخون تا یک هفته - آموزش علائم خطر و ارایه توصیه های تغذیه ای طبق راهنمای کشوری تغذیه دوران بارداری و شیردهی (مبحث پره اکلامپسی) - در صورت غیرطبیعی بودن هر یک از موارد فوق ارجاع غیر فوری به متخصص زنان

### ارزیابی

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

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

معاینه کنید:  
اپی گاستر، ورم بدن و اندامها

گروه بندی و اقدام

# عفونت در بارداری

تب در دوران بارداری می‌تواند به دلیل ابتلا خانم باردار به عفونتهای مختلف ایجاد گردد و مادر و جنین را تحت تاثیر قرار دهد. در مواردیکه عفونت به سایر قسمتهای بدن و به صورت گسترده سرایت یابد سپسیس نامیده شده و می‌تواند مهلک باشد. افزایش درجه حرارت به میزان ۳۸ درجه دال بر عفونت است. پاسخ سیستمیک به عفونت همراه با یک یا دو علامت از علائم زیر Sepsis نامیده می‌شود:



نبض بیش از ۹۰ ضربان در دقیقه،

تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه و یا  $PCO_2$  کمتر از ۴.۳ (Kpa)

WBC بیش از ۱۲۰۰۰ در سی سی.

نارسایی ارگان و یا کاهش جریان خونی بافتی سپسیس شدید، و تداوم کاهش جریان خون بافتی

# عوامل خطر سپسیس در دوران بارداری

چاقی

اختلال تحمل گلوکز و دیابت

ضعف سیستم ایمنی و مصرف داروهای ایمنوساپرسیو

ترشحات واژن

سابقه عفونت دستگاه تناسلی نظیر سوزاک، کلامیدیا و سایر عفونت های واژن

آمنیوسنتز و سایر اقدامات تهاجمی نظیر سرکلاژ سرویکس

عفونت های دستگاه ادراری.

کم خونی و سوء تغذیه

معاونت بهداشت

# عوامل خطر سپسیس در دوران بارداری: (ادامه)

پارگی طولانی مدت کیسه آب

افراد مستعد ابتلا به عفونت استرپتوکوکی گروه A هستند:

- سابقه ابتلا به عفونت استرپتوکوکی گروه A در فرد یا خانواده او
- افرادی با شرکای جنسی متعدد
- رابطه جنسی دهانی
- رابطه جنسی متعدد و یا تازه
- استفاده از تامپون واژینال
- عدم شستشوی دستها
- سن کمتر از ۲۰ سال



معاونت بهداشت

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

تعین کنید:

علائم حیاتی، وضعیت کیسه آب

معاینه کنید:

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

# ارزیابی خطر ترومبوآمبولی



معاونت بهداشت



## ح ۱۵- ارزیابی خطر ترومبوآمبولی

عنوان	امتیاز
عواملی که مربوط به شرایط عمومی فرد هستند:	
سابقه ترومبوآمبولی وریدی (VTE) قبل از بارداری	۳
ابتلا به ترومبوفیلی	۳
آنتی فسفولیپید آنتی بادی	۳
مشکلات طبی مانند: سرطان، نارسایی قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک (پروتئینوری بیشتر از ۳ گرم در روز)، دیابت ملیتوس نوع یک همراه با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کئونی	۳
سن بیشتر از ۲۵ سال	۱
چاقی (BMI بیشتر از ۳۰) قبل یا اوایل بارداری/ وزن بیشتر از ۸۰ کیلوگرم	۱
استعمال سیگار	۱
وجود وریدهای واریسی واضح (علامت دار یا بالای زانو یا همراه با فلیت، ادم، تغییرات پوستی)	۱
فلج پاها/ استفاده از صندلی چرخدار/ کاهش حرکت	۱
عواملی که مربوط به شرایط بارداری یا زایمان فعلی فرد هستند:	
زایمان سه بار یا بیشتر ( $\text{para} \geq 3$ ) صرف نظر از بارداری فعلی	۱
بارداری چندقلویی	۱
بارداری با روشهای کمک باروری (IVF / ART) (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)	۱
دهیدراتاسیون/ استفراغ شدید بارداری	۱
سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)	۱
عواملی که برای اولین بار شروع شده اند (بدون سابقه قبلی) یا گذرا بوده یا احتمالاً قابل برگشت هستند:	
شکستگی استخوان	۱
عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری در بیمارستان) مانند پنومونی، پیلونفریت	۱
بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، مانند: درد های لگنی که محدود کننده حرکت باشد	۱
مسافرت طولانی (بیشتر از ۴ ساعت)	۱

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

نکته: این جدول فقط به منظور ارزیابی اولیه مادر است و ارزیابی نهایی، تصمیم برای دریافت ضد انعقاد و زمان شروع

## مراقبت‌های عمومی و پیشگیرانه

مراقبت بالینی

حرکت زودتر

اجتناب از کم آبی



معاونت بهداشت

# پ ۷- تنگی نفس / تپش قلب

(تعداد نبض و تنفس  
بیش از حد طبیعی)

سن بارداری علائم همراه تشخيص احتمالی اقدام

<p>تنگی نفس ناگهانی، درد قفسه سینه پلورتیک، سیانوز بی قراری، تاکی کاردی، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)</p>	<p>ارتوپنه، خروج کف از دهان، رال ریوی سیانوز، تاکی پنه (تعداد تنفس بیش از ۳۰ بار در دقیقه)، بی قراری، تاکی کاردی</p>	<p>سوفل های قلبی، رال ریوی، سرفه، نبض نامنظم، درد قفسه سینه، سیانوز، ورم اندام تحتانی، بزرگی کبد</p>	<p>درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب و لرز، رال ریوی، افزایش تعداد تنفس، سرفه</p>	<p>سیانوز، تنفس صدادار، ویزینگ تنفسی سابقه آلرژی تنفسی یا آسم</p>	<p>رنگ پریدگی شدید، هموگلوبین کمتر از ۷ گرم درصد، ملتحمه رنگ پریده</p>	<p>تنگی نفس به تنهایی با علائم حیاتی طبیعی</p>	<p>تاکی کاردی بدون هیچ علامت</p>
<p>بیان نکه داشتن رگ با سرم رینگر - تزریق وریدی ۰.۰۰۱ واحد هپارین و تکرار هر ۶ ساعت تا زمان رسیدن به بیمارستان - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱</p>	<p>بیان نکه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - تزریق وریدی ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم فوروسماید - تزریق وریدی مورفین به میزان ۱۰-۵ میلی گرم - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱</p>	<p>بیان نکه داشتن رگ با سرم قندی و سوند گذاری - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱</p>	<p>بیان کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - تجویز استامینوفن خوراکی یا شیاف - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - تجویز ۱ قرص ۴۰۰ میلی گرمی اریترومايسين - ارجاع فوری و همراهی بیمار طبق ج ۱</p>	<p>بیان کردن رگ و تزریق سرم قندی حداقل ۳۲ قطره در دقیقه - دادن اکسیژن به میزان ۸-۶ لیتر در دقیقه با ماسک یا لوله - درمان مانند زمان غیر بارداری - ارجاع فوری به متخصص داخلی و همراهی بیمار با ست احیاء طبق ج ۱</p>	<p>ارجاع در اولین فرصت به متخصص</p>	<p>تنگی نفس بارداری - اطمینان دادن به مادر و آموزش علائم خطر</p>	<p>اضطراب مادر، هیپرتیروئیدی، آنمی، آریتمی قلبی</p> <p>در صورت وجود علائم، مراجعه سوابقه بیهاری قابل ارجاع فوری</p> <p>در صورت وجود نبض نامرتب (آریتمی) ارجاع فوری</p>

## ارزیابی

**سئوال کنید:**  
سرفه، تنگی نفس، ورم اندامها سابقه آلرژی تنفسی یا آسم، درد قفسه سینه

**تعیین کنید:**  
علائم حیاتی، تعداد ضربان قلب جنین، میزان هموگلوبین، سیانوز، بی قراری

**معاینه کنید:**  
قلب و ریه ها، کبد، ملتحمه چشم، اندام ها

نیمه اول و دوم بارداری

گروه بندی و اقدام

# مراقبت های پس از زایمان



معاونت بهداشت



# دفعات مراقبت های معمول پس از زایمان:



- مراقبت اول: بین روزهای ۱ تا ۳ پس از زایمان
- مراقبت دوم: بین روزهای ۱۰ تا ۱۵ پس از زایمان
- مراقبت سوم: بین روزهای ۴۲ تا ۶۰ پس از زایمان

# مراقبتهای پس از زایمان

مراقبتهایی که از یک ساعت پس از زایمان آغاز می شود و تا ۶ تا ۸ هفته پس از آن ادامه می یابد مشمول مراقبت روتین پس از زایمان می گردد. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی این مراقبتها شامل سه مراقبت اصلی است.

مراقبت بلافاصله یا فوری (Immediately) پس از زایمان که از یکساعت پس از زایمان آغاز و تا ۲۴ ساعت پس از آن ادامه می یابد. این مراقبت معمولاً در بیمارستان انجام می شود. **روز ۱ تا ۳**

مراقبت مرحله زودرس (early) پس از زایمان که در فاصله روز دوم تا هفتم پس از زایمان تداوم می یابد. **۱۰ تا ۱۵**

مراقبت مرحله دیررس (Late) که از روز هشتم پس از زایمان آغاز شده و تا ۸-۶ هفته پس از زایمان ادامه می یابد. **۴۲ تا ۶۰**

# مراقبت های پس از زایمان:

مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده الکترونیک

معاینه بالینی

آزمایش ها و بررسی تکمیلی

آموزش و مشاوره

مکمل های دارویی

ایمنسازی



معاونت بهداشت



# مصاحبه و تشکیل یا بررسی پرونده الکترونیک:

بررسی پرونده و آشنایی با وضعیت مادر

مشخصات، وضعیت زایمان

سوابق بارداری اخیر

غربالگری سلامت روان

مصرف مکمل های دارویی

.....و



# معاینه بالینی:

چشمها

پستان ها

شکم (رحم)

اندام ها

محل بخیه ها

کنترل علایم حیاتی و حال عمومی



# آزمایش ها و بررسی تکمیلی:

مراقبت سوم (روزهای ۳۰ تا ۴۲)

○ پاپ اسمیر (در صورت نیاز)

○ OGTT , FBS (در مبتلایان به دیابت بارداری)



# آموزش و مشاوره:

بهداشت فردی، روان و جنسی

بهداشت دهان و دندان

تغذیه و مکمل های دارویی

نحوه شیردهی و مشکلات آن

علائم خطر مادر و نوزاد و مراقبت از نوزاد

شکایات شایع

تنظیم خانواده

تاریخ مراجعه بعدی



# مکمل های دارویی:

آهن و یدوفولیک تا ۳ ماه پس از زایمان



# ایمن سازی:

رگام

○مادر اره‌اش منفی با نوزاد اره‌اش مثبت طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان



معاونت بهداشت

# مراقبت های ویژه پس از زایمان

علائم خطر فوری (تشنج، شوک، اختلال هوشیاری، تنفس مشکل)

خونریزی/لکه بینی

تب

سردرد

مشکلات ادراری-تناسلی و اجابت مزاج



معاونت بهداشت

# مراقبت های ویژه پس از زایمان (ادامه)

اختلال روانپزشکی

سرگیجه / رنگ پریدگی / آنمی

سایر موارد خطر (فشارخون بالا، پره اکلامپسی در بارداری، بیماری زمینه ای، دیابت

بارداری، مصرف الکل، اعتیاد به مواد مخدر، ابتلاء به ایدز / HIV

معاونت بهداشت



# خونریزی پس از زایمان

## تعریف :

○ از دست دادن حدود ۵۰۰ سی سی و یا بیشتر از ۵۰۰ سی سی خون طی ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی

○ از دست دادن بیش از ۱۰۰۰ سی سی خون پس از عمل جراحی سزارین

## خونریزی دیررس پس از زایمان:

○ به خونریزی بیش از معمول از کانال زایمانی از ۲۴ ساعت تا ۱۲ هفته پس از زایمان خونریزی دیررس اطلاق می شود.

۴ علت اصلی خونریزی پس از زایمان اتونی، احتباس جفت ، تروما و اختلال انعقادی است.

# علل مستعد کننده خونریزی پس از زایمان در بارداری

خطر زیاد	خطر متوسط
جفت سرراهی و low lying شک به جفت اکرتا و پرکرتا هماتوکریت کمتر از ۳۰ همراه با سایر عوامل خطر پلاکت کمتر از صدهزار خونریزی فعال هنگام پذیرش بیش از نمایش خونی (bloody show) کوآگولوپاتی شناخته شده احتباس جفت سزارین اورژانس اپی زیوتومی میانی پره اکلامپسی / فشارخون بارداری	سابقه سزارین قبلی یا جراحی رحم چند قلویی بیشتر از ۴ زایمان واژینال کوریوآمینونیت سابقه خونریزی پس از زایمان رحم بزرگ فیروئیدی وزن تقریبی جنین بیش از ۴ کیلو گرم نمایه توده بدنی بیش از ۳۵ زایمان واژینال با واکيوم یا فورسپس آنمی، هموگلوبین کمتر از ۱۱ سزارین غیر اورژانس (انتخابی)

# چسبندگی غیر طبیعی جفت

میزان از دست دادن خون در افراد مبتلا به چسبندگی غیر طبیعی جفت، طی زایمان، سه تا پنج لیتر است و ۹۰ درصد بیماران به انتقال خون نیاز دارند.

وجود تیم چند تخصصی با اقدام برنامه‌ریزی شده (الکتیو) می‌تواند سبب کاهش خونریزی و جراحی مناسب و نهایتاً کاهش موربیدیتی و مرگ و میر مادر و نوزاد و حفظ باروری گردد.

**مهمترین نکته تشخیص عارضه در طی بارداری است. تشخیص زود هنگام، فرصت کافی برای هماهنگی و حضور تیم چند تخصصی بر بالین زائو را فراهم می‌کند.**

نقص در لایه دسیدوا بازالیس سبب می شود لایه نیتاباخ اجازه نفوذ و عبور پرز های کوریونی را داده و بر اساس میزان نفوذ پرزها سه نوع چسبندگی غیرعادی جفت ایجاد شود.

**اکرتا:** وقتی که ویلی های کوریونیک تا سطح میومتر نفوذ کنند و جفت به سطح میومتر می چسبد.

**اینکرتا:** پرزهای جفتی به میومتر تهاجم پیدا کرده است.

**پرکرتا:** پرزهای جفتی علاوه بر اینکه از میومتر عبور کرده، از سروز رحم هم گذر نموده و به ارگانهای مجاور مثل مثانه و امتوم نفوذ می کند.

## تشخیص چسبندگی جفت

سونوگرافی هدفمند در هفته های ۱۶ تا ۱۸ بارداری

معاونت بهداشت

جفت های اکرتا، اینکرتا و پره کرتا  
تهدید کننده زندگی

# چسبندگی غیر طبیعی جفت: (ادامه)

یکی از بخشهای مهم تشخیص، اخذ شرح حال بالینی است.

برای خانمی که سابقه خونریزی در هفته های اول بارداری داشته و در سونوگرافی تشخیص جفت سر راهی برای وی داده شده تشخیص چسبندگی جفت (اکرتا) محتمل است.

در بعضی موارد نیز خونریزی واژینال با یا بدون درد پس از هفته ۲۰ دیده می شود. در این افراد بررسی های دقیق تر جفت باید انجام شده و حتما احتمال چسبندگی های غیرعادی جفت مد نظر باشد.

جفت سر راهی جفتی است که در قسمت تحتانی و نزدیک دهانه رحم قرار می گیرد. سه فرم جفت سر راهی وجود دارد. جفت سر راهی کامل، نسبی و حاشیه ای

جفت سر راهی از علل مهم مستعدکننده چسبندگی جفت است.

# عوامل مستعد کننده چسبندگی جفت

جفت سر راهی

سن بالا

افزایش تعداد زایمان ها

جراحی قبلی رحم مانند برداشتن ناحیه کورنه در بارداری خارج رحم و هیستروتومی و

سزارین قبلی، خصوصا به دلیل عدم نزول سر و میومکتومی و ساکشن کورتاژ

از بین بردن آندومتر (thermal ablation)

عفونت های پس از کورتاژ

سندرم آشرمن

لومبوم های ، ساب موکوزال





با تشکر

# منابع

مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

(راهنمای خدمات خارج بیمارستانی)

تجدید نظر هفتم

SHIRAZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

معاونت بهداشت