

کتابچه آموزشی

بیمارهای شایع زنان بیمارستان بنت الهدی

سال ۱۳۹۹

خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)

اخذ شرح حال و سابقه: تعیین سن بارداری، زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه دفع نسج، دستکاری محصولات بارداری، دردهای کرامپی

اقدامات پرستاری و آموزشها: ارزیابی علایم حیاتی (تب و لرز) معاینه واژینال (دفع نسج یا وزیکول، میزان خونریزی، باز یا بسته بودن سرویکس، حرکات دردناک سرویکس، ترشحات بدبو) معاینه شکم (تندرنس شکم)، استراحت - عدم مقاربت و آموزش علایم خطر (تشدید خونریزی و یا دردهای کولیکی یا دفع نسج) - توصیه به تزریق آمپول روگام

اقدامات انجام شده جهت احیاء و کنترل خونریزی به درجه شوک بستگی دارد

- ارزیابی اولیه بیمار دچار کلاپس یا خونریزی شدید باید رویکرد ساده ABC را دنبال کند و پروسه احیا همزمان با تلاش برای شناسایی مشکل صورت گیرد..

• A&B: راه هوایی و تنفس

- یک غلظت بالای اکسیژن 15-10 لیتر در دقیقه به وسیله یک ماسک صورت باید دریافت شود، بدون توجه به غلظت اکسیژن مادر. اگر راه هوایی دچار مشکل است مثلا در اثر نقص هوشیاری، دستیار بیهوشی باید سریعا فراخوانده شود. معمولا به محض بهبود سیستم گردش خون و جبران حجم در گردش کنترل راه هوایی و سطح هوشیاری بهبود می یابد.

• C: ارزیابی گردش خون

- بیمار دو راه وریدی با آنژیوکت شماره 14 داشته باشد و 20cc خون جهت آزمایشات تشخیصی فرستاده شود که شامل شمارش کامل خون، بررسی انعقادی، الکترولیت ها و کراس میچ (4 واحد خون) می باشد.
- متناسب با درجه شوک باید اقدامات اورژانسی احیاء و سعی در کنترل خونریزی انجام شود.

مایع درمانی و تزریق محصولات خونی

- کریستالوئید: تا 2 لیتر محلول هارتمن
- کلوئید: 1-2 لیتر تا فراهم شدن خون
- خون: کراس میچ شده تزریق شود. اگر خون کراس میچ شده در دسترس نیست خون غیر کراس میچ اما اختصاصی گروه خون بیمار (Group specific) یا o منفی تزریق شود.
- FFP: 4 واحد برای هر شش واحد سلول قرمز و یا PT/PTT بیشتر از 1/5 برابر نرمال می دهیم (معادل 12-15 ml/kg یا حجم کلی یک لیتر)
- پلاکت: در صورت شمارش پلاکتی کمتر از 50*109
- کرایو: در صورت فیبرینوژن کمتر از 1 gr/litr
- سنگ بنای احیاء در خونریزی پست پارتوم جایگزینی حجم خون و حفظ ظرفیت انتقال اکسیژن است. جایگزینی حجم باید بر اساس میزان خون از دست رفته باشد که اغلب کمتر از میزان واقعی تخمین زده می شود. خون سازگار بهترین

فرآورده‌ای است که در خونریزی وسیع می‌توان در صورت نیاز به جای خون از دست رفته جایگزین کرد که در قالب packed cell در صورت نیاز در سریع‌ترین زمان ممکن باید تزریق شود.

اندیکاسیون بستری: علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، سقط عفونی، مول، وجود بقایای بارداری یا EP

آزمایشگاه: HB, HCT, BG, RH، کراس ماچ، تستهای انعقادی و اندازه‌گیری پلاکت و فیبرینوژن

تصویر برداری: سونوگرافی

سایر تستهای تشخیصی: پاپ اسمیر و بیوبسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس

اندیکاسیون‌های درمان دارویی: 30 واحد سنتو در یک لیتر سرم (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر) در سه ماهه اول بارداری میزوپروستول 800 میکروگرم واژینال (قرصهای 200 میکروگرمی) هر 24 ساعت تا سه دوز - در هفته‌های 14 تا 24 بارداری میزوپروستول 100-400 میکروگرم واژینال هر 6 تا 12 ساعت تا شش دوز، سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون

اندیکاسیون ختم بارداری: خونریزی شدید، شکم حاد - سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده، ساک خالی حاملگی، وجود بقایای حاملگی

مدت بستری: بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک

دستورات followup: پیگیری سلامت جنین - اندازه‌گیری سرویکس در موارد تهدید به سقط - بررسی آنمی در موارد خونریزی شدید یا شوک

نوع عمل: کورتاژ (تخلیه کامل رحم - لاپاراتومی)

اندیکاسیون ترخیص: پس از توقف خونریزی و پاک شدن رحم از محصولات حاملگی و استیبل شدن شرایط بیمار

سایر اقدامات: مشاوره با متخصص جراحی

منابع: راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان بیمارستانهای دوستدار مادر (بازنگری سوم)

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

علل احتمالی خونریزی در نیمه دوم بارداری می تواند شامل پایین قرار گرفتن جفت (جفت سر راهی)، درد زود رس زایمان، نارسایی دهانه رحم یا جدا شدن جفت باشد. خون ریزی در این زمان، ضرورتاً به معنای سقط جنین نمی باشد؛ ولی خطر زایمان زودرس را افزایش می دهد.

پذیرش باردار مبتلا به خونریزی واژینال

– اخذ شرح حال، تعیین سن بارداری، کنترل علائم حیاتی، کنترل بررسی انقباضات رحمی و زمان شروع و میزان خونریزی و معاینه شکمی، کنترل صدای صدای قلب جنین، در صورت ندانستن محل جفت، معاینه واژینال ممنوع است .
– انجام آزمایشات CBC-HB-HCT-BG RH-CROSS MATCH-PT-PTT- BT-CT در صورت خونریزی شدید رزرو خون با کراس میچ و در غیر این صورت موجود باشد .

– گرفتن دو رگ مناسب، تجویز سرم رینگریا نرمال سالین، رزرو خون

خط مشی طبابت بالینی خونریزی نیمه دوم بارداری

روش اجرایی:

الف) در صورت خونریزی واژینال خفیف و سن بالای 37 هفته :

بررسی سونوگرافی های قبلی جهت بررسی محل جفت

– در صورت عدم دسترسی، انجام سونوگرافی جدید و تعیین محل جفت

– اگر جفت سرراهی باشد ختم بارداری به روش سزارین

– اگر جفت سرراهی نیست، آمنیوتومی زودس و القای زایمان با اکسی توسی، انجام زایمان واژینال با مانیتورینگ دقیق مادر و جنین

ب) در صورت سن زیر 37 هفته و خونریزی خفیف واژینال

انجام سونوگرافی و تصمیم گیری بر اساس نتیجه سونوگرافی

1) هماتوم پشت جفت : کنترل دقیق صدای قلب جنین و ارتفاع رحم، سونوگرافی سریال، تزریق کورتیکواستروئید در سن

زیر 34 هفته، انجام NST و BPS طبق پروتکل ارزیابی جنین

– در صورت کاهش اندازه هماتوم و رفع علائم خطر استمرار مراقبت ها توصیه می شود

– در صورت عدم کاهش اندازه هماتوم و ادامه علائم خطر ختم بارداری توصیه می شود

2) در صورت گزارش جفت سرراهی:

استراحت مطلق، دسترسی به خون، تزریق آمپول روگام در صورت نیاز، حفظ هموگلوبین بالای 10، انجام سونوگرافی (3-2 بار در هفته)

– در صورت مهاجرت جفت، زایمان واژینال در زمان مناسب

– در غیر اینصورت انجام سزارین در موارد دیسترس جنینی، خونریزی کنترل نشده، مچوریتی ریه جنین، خطر آنمی در نوزاد، جنین 37 هفته

3) در صورت طبیعی بودن سونوگرافی: گذاشتن اسپکولوم و بررسی ضایعات سرویکی و واژن و اقدام مطابق نتیجه

بررسی

ب) خونریزی شدید واژینال

- 1) در صورت مرگ جنین، دیسترس جنینی، آسیب به کلیه، خونریزی شدید، تندنس رحمی، آنومالی مغایر با حیات در سونوگرافی قبلی، کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه یک بار، ثابت کردن سوند فولی ادراری حجم مناسب ادرار (60-30 سی سی در ساعت)، ترانسفوزیون خون در صورت لزوم، ختم بارداری به روش واژینال (در صورت خونریزی شدید، جفت سر راهی تایید شده، دیسترس جنینی، ختم به روش سزارین)
- 2) اقدامات پس از زایمان در صورت کنده شدن زود رس جفت: اطمینان از جمع شدن رحم بعد از زایمان، کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه تا 2 ساعت
- 3) در صورت کواگولوپاتی آشکار، تزریق خون تازه، پلاکت، و در نظر گرفتن ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین
- 4) در صورت خونریزی شدید مشاوره با دکتر داخلی یا هماتولوژیست

ثبت نکات لازم در گزارش پرستاری

- بررسی علائم حیاتی، شناسایی و بررسی علائم شوک (اولیگوری، کاهش فشار نبض، تاکی کاردی، افت فشار خون، پوست سرد و مرطوب و رنگ پریده)
- در صورت بروز خونریزی پرستار قادر به برقراری به موقع راه وریدی باشد و بررسی وضعیت همو دینامیک را انجام دهد
- تخمین دقیق میزان خونریزی: شمردن دقیق تعداد پد های مصرفی و در موارد خونریزی شدید زمان پرشدن هر پد را ثبت نمایند.
- کنترل و ثبت دقیق علائم حیاتی در گزارش پرستاری
- جایگزینی خون و مایعات از دست رفته در صورت خونریزی شدید
- تزریق آمپول روگام در زمان بروز خونریزی در دوران بارداری در مادران RH- و همسر RH-
- کنترل I/O، تجویز مکمل آهن در صورت نیاز
- شناسایی علت خونریزی و اقدامات لازم جهت رفع مسائل زمینه ای
- در صورت خونریزی غیر طبیعی: انفوزیون سرم، درخواست آزمایشات لازم PTT، PT، BT، CT، CBC بررسی میزان خونریزی با پد استریل، در صورت ادامه خونریزی برقراری دو IV LINE مناسب، در خواست خون و فرآورده ها، قراردادن سوند فولی جهت بررسی دقیق I/O، در صورت ناموفق بودن اقدامات ذکر شده انتقال بیمار به بخش زایمان یا اتاق عمل طبق نظر دکتر معالجه

درمان غیر دارویی و آموزش ها

- عدم مقاربت، توصیه به تزریق آمپول روگام در جفت سر راهی و دکولمان در مادران باردار RH-، استراحت، آموزش علائم خطر

FOLLOW UP :

-بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال پس از هفته 24 بارداری
-بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال 4-6 ماه پس از زایمانی که با خونریزی شدید همراه بوده است.

توضیحات :

- علل خونریزی نیمه دوم در 50 درصد دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی ، پارگی رحم، وازوپرویا، چسبندگی غیر طبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.
- جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون (کتاب دوستدار مادر) مراجعه شود.
- معاینه با اسپکولوم میتواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد. بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پرویا معاینه انجام شود ولی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.
- امروزه با دسترسی به دستگاه های سونوگرافی با رزولوشن بالا، کمتر به DOUBLE SET UP نیاز می شود. در صورت عدم دسترسی به سونوگرافی ، پس از آمادگی جهت ختم بارداری، DOUBLE SET UP انجام شود.
- در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته 34 بارداری، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر و جنین امکان پذیر است.
- در صورتیکه مادر خطرات را به خوبی بشناسد و اهمیت محدودیت فعالیت در منزل را درک کند و انگیزه بالا در جهت حفظ جنین داشته باشد . حداقل 3 روز پس از قطع خونریزی می تواند بیمارستان را ترک نماید.
- در مورد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سرراهی ، چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مدنظر قرار گیرد.

خونریزی های نیمه دوم حاملگی

خونریزی سه ماهه دوم حاملگی

خونریزی مهم ترین عامل مرگ و میر مادری می باشد.

در سه ماهه دوم بارداری علل 50% خونریزی ها دکولمان یا جفت سرراهی می باشد و 50% دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، وازوپروویا، چسبندگی غیرطبیعی جفت ویا علل ناشناخته است.

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط، شدید) از جدول زیر استفاده می شود:

مهلک	شدید	متوسط	خفیف	طبقه بندی شدت خونریزی
>2000cc	1500-2000cc	750 -1500cc	cc750	میزان خون از دست رفته
>=140	120-130	100-119	<100	تعداد ضربان قلب
کاهش شدید	کاهش	طبیعی	طبیعی	فشارخون
کاهش شدید	کاهش واضح	کاهش	طبیعی	فشار نبض
آنوری یا بسیار جزئی	15-5	30-20	طبیعی 50-30	برون ده ادراری
35<	35-25	25-15	طبیعی	تعداد تنفس در دقیقه
منگ و لتارژیک	گیج و منگ	مضطرب و بی قرار	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین مورد نیاز

خونریزی قبل از زایمان:

خونریزی واژینال اندک در طی لیبر فعال شایع است. این نمایش خونی، نتیجه افاسمان و دیلاتاسیون سرویکس همراه با پارگی عروق کوچک است.

خونریزی ممکن است نتیجه درجاتی از جدایی جفت باشد، که در مجاورت مجاری سرویکس لانه گزینی کرده است (جفت سرراهی) یا خونریزی ممکن است در اثر جدایی جفتی که در هر نقطه ای از حفره رحمی قرار گرفته است، رخ بدهد (دکولمان جفت)

دکولمان:

جدا شدن جفت از محل خود قبل از تولد جنین را گویند.

مقداری از خونریزی ناشی از دکولمان، از بین پرده ها خود را به سرویکس می رساند (خونریزی خارجی).

و مقداری از خونریزی بین رحم و جفت باقی می ماند (خونریزی نهفته).

دکولمان می تواند کامل یا نسبی باشد. خونریزی نهفته چون دیرتر تشخیص داده می شود، خطرناک تر می باشد و میزان خون از دست رفته کمتر تخمین زده می شود. همچنین می تواند باعث کوآگولوپاتی مصرفی شود.

جفت سرراهی:

در این موارد جفت بسیار نزدیک به اوس داخلی است یا روی آن را پوشانده است. جفت ممکن است اوس داخلی را به طور کامل یا نسبی می پوشاند یا لبه آن در کنار اوس داخلی قرار گیرد و یا نزدیک آن و در روی سگمان تحتانی باشد.

بارزترین مشخصه جفت سرراهی خونریزی بدون درد است که معمولا غیر مترقبه می باشد و تا انتهای سه ماهه دوم یا بعد از آن ایجاد نمی شود. حتی مختصرترین معاینه ها ممکن است در جفت سرراهی باعث خونریزی شدید شود. پس معاینه انگشتی نباید انجام شود. معاینه با اسپکولوم نیز مانند معاینه انگشتی می تواند تروماتیک باشد، بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پرویو معاینه انجام شود. ولسی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.

عنوان پروتکل : خونریزی واژینال (نیمه اول بارداری)

شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه دفع نسج، دستکاری محصولات بارداری، دردهای کرامپی از زمان علائم حیاتی (تب و لرز)، معاینه واژینال (دفع نسج یا وزیکول، میزان خونریزی، باز یا بسته بودن سرویکس، حرکت درناک سرویکس، ترشحات بدبو) و معاینه شکم (تندرس شکم)	اخذ شرح حال و سابقه معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، سقط عفونی، مول، وجود بقایای بارداری و یا ETP	اندیکاسیون بستری
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن	آزمایشگاه
سونوگرافی	تصویر برداری
پاپ اسمیر و بیوپسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس	سایر تست های تشخیصی
Oxytocin ۳۰ واحد در لیتر (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر) PGE۲ شیاف ۲۰ میلی گرمی هر ۳ تا ۴ ساعت PGE۲ آمبول ۲۵۰ میکروگرمی هر ۲ ساعت قرص PGE۱ (میزوپروستول) ۲۰۰ میکروگرمی هر ۱۲ ساعت تا یکد بصورت واژینال سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	نوع دارو یا ذکر دوز
PG ها در Missed Abortion: Oxytocin در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر)	اندیکاسیون
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده	اندیکاسیون
تخلیه کامل رحم (کورتاژ)، لاپاراتومی	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی و یا دردهای کولیکی یا دفع نسج) توصیه به تزریق آمبول رگام در مواردی که محصولات بارداری تخلیه می شود	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده، ساک خالی حاملگی، وجود بقایای حاملگی	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
پس از توقف خونریزی و پاک شدن رحم از محصولات حاملگی و Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری سلامت جنین، اندازه گیری سرویکس در موارد تهدید به سقط، بررسی آئمی در موارد خونریزی شدید یا شوک	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

عنوان پروتکل : خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

شرح اقدام	نوع اقدام
زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جین آنومال	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک)، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، تدریس شکم)، تدریس قلب جین، میزان خونریزی، بررسی ضایعات سرویکس پس از رد جفت سرراهی	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تدریس رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کر آگر لوی پاتی آشکار، جفت سرراهی، گنده شدن زودرس جفت	اندیکاسیون بستری
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, BUN, Cr, Na, K تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن و در صورت دسترسی FDP در زمان شک به DIC	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
مانیتورینگ مادر و جنین NST, BPS	سایر تست های تشخیصی
آمپول روگام آمپول استروئید	نوع دارو با ذکر دوز
سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	اندیکاسیون
شوگ هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی	اندیکاسیون
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کر آگر لوی پاتی آشکار، جفت سرراهی	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی)	درمان غیر دارویی و آموزش ها
توصیه به تریقی آمپول روگام در جفت سرراهی	اندیکاسیون ختم بارداری
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تدریس رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کر آگر لوی پاتی آشکار، جفت سرراهی، گنده شدن زودرس جفت، جنین ترم	مدت بستری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص
حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی	دستورات Follow up
بررسی فوتگسیون تیروئید و آدرنال ۴ تا ۶ ماه پس از زایمان، بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال	سایر اقدامات
مشاوره با متخصص داخلی	

خونریزی وازینال (نیمه اول بارداری)



خونریزی وازینال (نیمه دوم بارداری)



خونریزی پس از زایمان

الف) خونریزی اولیه پس از زایمان شایع ترین فرم خونریزی های ماژور مامایی است. تعریف آن شامل از دست دادن 500ml یا بیشتر خون از دستگاه ژنیتال در عرض 24 ساعت اول پس از زایمان می باشد که به دو دسته تقسیم می شود:

1- خونریزی خفیف (مینور) بین 500-1000ml

2- خونریزی ماژور بیشتر از 1000ml می باشد.

خونریزی ماژور خود به دو گروه تقسیم می شود:

1- خونریزی متوسط (1000-2000ml)

2- خونریزی شدید (بیشتر از 2000ml).

**توصیه های این دستورالعمل در مورد زنانی کاربرد دارد که دچار خونریزی اولیه پس از زایمان در حد بیشتر از 500ml می شوند.

***ب) خونریزی تاخیری** پس از زایمان به خونریزی شدید و غیرطبیعی از کانال زایمانی بین 24 ساعت پس از زایمان تا 12 هفته پس از آن اطلاق می شود.

اصول کنترل خونریزی بعد از زایمان

خونریزی مامایی هنوز یکی از علل مهم مرگ مادر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد. خونریزی به عنوان علت عمده موربیدیته شدید مادران هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه ظاهر می شود به دلیل اهمیت خونریزی پس از زایمان به عنوان علت اصلی مرگ و میر و بیماری زایی در مادران و به دلیل یافتن شواهدی که در اکثریت موارد منجر به مرگ مراقبت ها پایین تر از حد استاندارد بوده است خونریزی مامایی باید به عنوان یک اصل اولیه درمانی برای هر جامعه ای در نظر گرفته شود و اصول راهنمایی استاندارد در آن گنجانده شود. خونریزی مامایی شامل خونریزی های قبل و پس از زایمان است این اصول راهنما محدود به کنترل خونریزی های پست پارتوم می باشد، اما خونریزی قبل از زایمان در اغلب موارد با خونریزی بعدی پس از زایمان همراهی دارد که این اصول راهنما شامل حال این بیماران نیز می شود.

چگونه خونریزی پس از زایمان را اداره کنیم؟

- به محض تشخیص خونریزی پست پارتوم اداره آن شامل 4 جزء می باشد که بایستی هم زمان به هر 4 نکته توجه شود:
- ارتباط با همه متخصصین مرتبط، احیاء، مونیتورینگ و بند آوردن خونریزی.
- تأکید می شود که همه اینها باید هم زمان انجام شود و نکته مهم اینکه ممکن است خونریزی پست پارتوم خفیف به سادگی به خونریزی پست پارتوم شدید تبدیل شود و گاهی قابل افتراق نیستند.
- استفاده از واژه (خونریزی مامایی شدید کنترل شده) یا (خونریزی مامایی شدید در حال پیشرفت) ممکن است برای توصیف وضعیت اورژانسی به کار رود.

اقدامات انجام شده جهت احیاء و کنترل خونریزی به درجه شوک بستگی دارد:

- ارزیابی اولیه بیمار دچار کلاپس یا خونریزی شدید باید رویکرد ساده ABC را دنبال کند و پروسه احیا همزمان با تلاش برای شناسایی مشکل صورت گیرد..

• A&B: راه هوایی و تنفسی

- یک غلظت بالای اکسیژن 15-10 لیتر در دقیقه به وسیله یک ماسک صورت باید دریافت شود، بدون توجه به غلظت اکسیژن مادر. اگر راه هوایی دچار مشکل است مثلاً در اثر نقص هوشیاری، دستیار بیهوشی باید سریعاً فراخوانده شود. معمولاً به محض بهبود سیستم گردش خون و جبران حجم در گردش کنترل راه هوایی و سطح هوشیاری بهبود می یابد.

• C: ارزیابی گردش خون

- بیمار دو راه وریدی با آنژیوکت شماره 14 داشته باشد و 20cc خون جهت آزمایشات تشخیصی فرستاده شود که شامل شمارش کامل خون، بررسی انعقادی، الکترولیت‌ها و کراس میچ (4 واحد خون) می باشد.
- متناسب با درجه شوک باید اقدامات اورژانسی احیاء و سعی در کنترل خونریزی انجام شود.

• مایع درمانی و تزریق محصولات خونی

- کریستالوئید: تا 2 لیتر محلول هارتمن
- کلوئید: 1-2 لیتر تا فراهم شدن خون
- خون: کراس میچ شده تزریق شود. اگر خون کراس میچ شده در دسترس نیست خون غیرکراس میچ اما اختصاصی گروه خون بیمار (Group specific) یا O منفی تزریق شود.
- FFP 4 واحد برای هر شش واحد سلول قرمز و یا PT/PTT بیشتر از 1/5 برابر نرمال می دهیم (معادل 12-15 ml/kg یا حجم کلی یک لیتر)
- پلاکت: در صورت شمارش پلاکتی کمتر از $50/109$
- کرایوپرسیپیتات: در صورت فیبرینوژن کمتر از 1 gr/litr
- سنگ بنای احیاء در خونریزی پست پارتوم جایگزینی حجم خون و حفظ ظرفیت انتقال اکسیژن است. جایگزینی حجم باید بر اساس میزان خون از دست رفته باشد که اغلب کمتر از میزان واقعی تخمین زده می شود. خون سازگار بهترین فرآورده‌ای است که در خونریزی وسیع می توان در صورت نیاز به جای خون از دست رفته جایگزین کرد که در قالب packed cell در صورت نیاز در سریع ترین زمان ممکن باید تزریق شود.

اقدامات اساسی در خونریزی پست پارتوم مینور: (خونریزی یا فقدان علایم شوک)

1- فراهم کردن یک مسیر وریدی شماره 14

2- شروع انفوزیون کریستالوئید

پروتکل کامل جهت خونریزی پست‌پارتوم ماژور: (خونریزی بیش از 1000 cc و ادامه خونریزی یا وجود علائم بالینی شوک)

- ارزیابی راه هوایی
 - ارزیابی تنفس
 - ارزیابی گردش خون
 - دادن اکسیژن با دوز مناسب (10-15 liter در دقیقه)
 - فراهم کردن دو راه داخل وریدی شماره 14 (آنژیوکت نارنجی)
 - پوزیشن Flat
 - بیمار را گرم نگه دارید.
 - تزریق خون در اولین فرصت
 - تا زمان فراهم شدن خون 5/3 لیتر کریستالوئید گرم شده و یا کلوئید (1-2 liter) با سرعت مورد نیاز تزریق شود.
 - بهترین تجهیزات باید جهت تزریق مایعات گرم سریع در دسترس باشد
 - فیلترهای اختصاصی خون نباید استفاده شود، زیرا از سرعت انفوزیون می‌کاهد.
 - جایگزینی تزریق فاکتور VIIa باید بر اساس نتایج آزمون‌های انعقادی باشد.
- چه بررسی‌هایی باید انجام شود و بیمار چگونه باید مونیتور شود؟

ارزیابی‌های اولیه در PPH خفیف: (خونریزی 500-1000 ml ، خونریزی متوقف شده و شواهد بالینی شوک وجود ندارد)
A : 20ml خونگیری جهت:

1- گروه خون و Rh

2- شمارش کامل خون

3- تست‌های انعقادی از قبیل فیبرینوژن

B: فشارخون و نبض هر 20 دقیقه چک و ثبت شود.

پروتکل کامل برای خونریزی پست‌پارتوم ماژور (خونریزی بیشتر از 1000 ml که تداوم داشته باشد یا وجود علائم بالینی شوک)

1- انجام خونگیری جهت: کراس میچ (حداقل 4 واحد)، شمارش کامل خون، تست‌های انعقادی شامل فیبرینوژن و تست‌های عملکرد کبد و کلیه (Baseline)

2- بررسی درجه حرارت هر 15 دقیقه

3- ادامه ثبت فشارخون، پالس، تعداد تنفس (از اکسی متر و الکتروکاردیوگرام و دستگاه ثبت خودکار فشارخون استفاده کنید).

4- سوند فولی جهت کنترل حجم ادرار تعبیه شود.

5- دو عدد آنژیوکت محیطی 14 یا 16 داشته باشد.

6- مانیتور راه‌های شریانی را در نظر بگیرید (به محض اینکه پرسنل آموزش دیده با تجربه برای تعبیه در دسترس باشد).

7- انتقال بیمار به ICU به محض کنترل خونریزی یا به یک واحد ویژه وابسته به بخش زایمان مناسب است.

8- ثبت بالانس مایعات، خون، محصولات خونی و پروسیجرها

علل خونریزی پس از زایمان ممکن است مرتبط با یک یا چند مورد از موارد زیر باشد:

• تون (اختلال انقباضی رحم)

• بافت (باقیمانده محصولات حاملگی)

• تروما (به کانال تناسلی)

• ترومبین (اختلال انعقادی)

شایع ترین علت خونریزی پست پارتوم اولیه آتونی رحم می باشد. در هر صورت معاینات بالینی باید برای رد سایر علل انجام شود: بقایای حاملگی (جفت، پرده‌ها، لخته) پارگی و هماتوم سرویکس یا واژن، پارگی رحم، هماتوم لیگامان پهن، خونریزی خارج تناسلی (به عنوان مثال پارگی ساب کپسولر کبد)، وارونگی رحم.

وقتی آتونی رحم علت خونریزی است تا زمان قطع خونریزی بایستی اقدامات زیر انجام شود:

1- فشار دو دستی رحم جهت تحریک انقباضات رحمی

2- اطمینان از خالی بودن مثانه (کاتتر فولی).

3- اکسی توسین 5 واحد تزریق آهسته داخل وریدی (تکرار دوز در صورت نیاز).

4- ارگومترین 5/0mgr تزریق آهسته وریدی یا عضلانی (در زنان مبتلا به افزایش فشارخون منع مصرف دارد).

5- انفوزیون سنتوسینون (40 واحد در 500ml محلول هارتمن با سرعت 125 ml در ساعت) در صورتی که محدودیت مایعات نداشته باشیم.

6- 250PGF تزریق داخل عضلانی، تکرار دوز با فاصله حداقل 15 دقیقه و حداکثر تا 8 دوز (در زنان مبتلا به آسم منع مصرف دارد).

7- تزریق مستقیم کاربوپروست به داخل میومتر، در افراد مبتلا به آسم منع مصرف دارد. (با مسئولیت پزشک مسئول، زیرا جهت استفاده داخل میومتر توصیه نشده).

اقدامات جراحی

اگر اقدامات دارویی در کنترل خونریزی با شکست مواجه شود اقدام ارجح شروع درمان‌های جراحی هرچه سریع‌تر است. تامپوناد داخل رحمی به وسیله بالون یک اقدام اولیه مناسب جراحی برای بیشتر زنانی است که آتونی علت اصلی یا تنها علت خونریزی آنها است

اگر این اقدام در کنترل خونریزی با شکست مواجه شد ادامه درمان باید به صورت مداخله جراحی باشد (با توجه به شرایط و امکانات قابل دسترسی) که شامل موارد زیر است:

1- سوچور هموستاتیک رحمی از قبیل B-Lynch

2- بستن دو طرفه شرابین رحمی

3- بستن دو طرفه شرابین ایلیاک داخلی (هایپوگاستریک)

4- آمبولیزاسیون انتخابی شرابین.

هیستریکتومی سریع نسبت به تأخیر آن به ویژه در پلاسنتا آکرتا و پارگی رحم ارجح است. یک پزشک مشاور دوم هم باید در تصمیم‌گیری جهت هیستریکتومی شرکت داشته باشد

چگونه باید خونریزی تاخیری کنترل شود؟

- خونریزی ثانویه اغلب با آندومتریوت مرتبط است.
- وقتی آنتی بیوتیک بطور کلینیکی اندیکاسیون مصرف دارد ترکیب آمپی سیلین (کلیندامایسین اگر به پنی سیلین آلرژی وجود دارد) و مترونیدازول مناسب است در مواردی که آندومیومتریوت (تندرئس رحمی) یا سپسیس واضح وجود دارد که با یافته‌های سونوگرافی قابل پاسخ‌گویی نمی‌باشد، توصیه می‌شود جنتامایسین نیز اضافه شود.
- با توجه به سونوگرافی و در صورت ادامه خونریزی یا تشدید آن تمهیدات جراحی باید در نظر گرفته شود
- یک متخصص مامایی ارشد باید در تصمیم‌گیری مداخله کند و در صورت احتباس محصولات حاملگی هر گونه تخلیه را انجام دهد چرا که این بیماران بشدت در معرض پارگی رحمی هستند.
- در برخورد با خونریزی پست‌پارتوم ثانویه باید با سوآپ واژینال از قسمت فوقانی و تحتانی واژن کشت تهیه شود.
- اگر تب وجود دارد کشت خون تهیه شود. سایر آزمایشات شامل: شمارش کامل خون و CRP می‌باشد.
- سونوگرافی لگنی ممکن است به تشخیص احتباس محصولات حاملگی کمک کند اگرچه ظاهر رحم تازه زایمان کرده ممکن است غیر قابل اعتماد باشد.
- عموماً پذیرفته شده است که خونریزی ثانویه پست‌پارتوم اغلب با عفونت مرتبط است و با عوامل منقبض‌کننده رحمی و آنتی بیوتیک درمان می‌شود. در صورت ادامه خونریزی جایگذاری کاتتر بالون ممکن است مفید باشد.
- نتیجه آن که: ترکیب جنتامایسین و کلیندامایسین مناسب است. برای جنتامایسین رژیم درمانی تک دوز حداقل 3 بار در روز موثر است.

از آنجایی که آندومتریت بدون عارضه از نظر کلینیکی با درمان داخل وریدی بهبود می یابد فواید بیشتر از ادامه درمان خوراکی دیده نشده است. این درمان آنتی بیوتیکی ممانعتی با شیردهی ندارد.
ثبت تمام موارد بطور دقیق در پرونده

پره اکلامپسی - اکلامپسی

تعریف: تشخیص پره اکلامپسی فشار خون بالا و وجود پروتئین در ادرار بعد از هفته ۲۰ حاملگی است. این اختلال در بیشتر موارد بعد از هفته ۳۷ حاملگی شروع می شود ولی در هر زمانی از نیمه دوم حاملگی و نیز در زمان زایمان و یا حتی بعد از زایمان ممکن است بروز نماید. پروتئینوری ممکن است دیرتر از هیپرتانسیون بروز کند.
در صورت اضافه شدن تشنج به پره اکلامپسی ، به بیماری ،اکلامپسی اطلاق می شود.

پذیرش بیماران

- 1- بیمار با ویلچر یا برانکارد از درمانگاه مامایی و یا بخش زایمان پذیرش می شود.
- 2- برگه دستور پزشک، شرح حال، شرح معاینه واژینال، شرح زایمان و... خوانده می شود.
- 3- آموزش لازم در مورد مراقبت از بیماران پره اکلامپسی در بدو ورود به بیمار داده می شود: استراحت به پهلو، رعایت رژیم غذایی تعیین شده، آگاه نمودن پرستار به هنگام وجود علائم اورا (URA)، سر درد شدید، درد اپیگاستر و تاری دید، حساسیت به نور تهوع و استفراغ و ...
- 4- انجام تمهیدات لازم در مورد این بیماران: اتاق ساکت و دور از سر و صدا و نور کم، بالا بردن نرده های کنار تخت، آماده بودن وسایل احیاء و داروهای لازم بالای سر بیماران (AIR WAY، ساکشن، اکسیژن، سولفات منیزیم و کلسیم، هیدرالازین، دیازپام و...)، برقراری IV LINE مناسب
- 5- انجام اقدامات پرستاری: کنترل دقیق فشار خون در حالت نشسته هر 4 ساعت به غیر از 12 شب تا 6 صبح از دست راست، تجویز دقیق و به موقع داروها با توجه به دستور پزشک (انفوزیون سولفات منیزیم، تزریق هیدرالازین)، کنترل خونریزی واژینال، در بیماران زایمان کرده، کنترل دقیق صدای قلب جنین و حرکت جنین، کنترل بیمار از لحاظ علائم دکولمان (افزایش تون بازال رحمی، خونریزی واژینال، افت صدای قلب و...)
- 6- کنترل دقیق جذب و دفع مایعات و ثبت در پرونده، اجتناب از تجویز بیش از حد مایعات وریدی، تخلیه بموقع کیسه ادراری، توجهات پرستاری در بیمارانی که سوند ادراری دارند (شستشوی پرینه حداقل روزی دو بار)
- 7- انجام سریع و بموقع اقدامات پرستاری به هنگام بروز تشنج: قرار دادن ایروی (در صورت امکان و نه با اعمال فشار) در دهان بیمار، چرخاندن سر به یک پهلو، ساکشن ترشحات دهان و حلق، تزریق 2 گرم سولفات منیزیم وریدی و یا 10 میلی گرم دیازپام وریدی طبق دستور پزشک)، به هنگام تشنج، عدم ثابت نگه داشتن اعضای بدن بیمار (با اعمال فشار) به هنگام تشنج، اطمینان از بالا بودن نرده های تخت (جلوگیری از سقوط بیمار)
- 8- تحت نظر گرفتن بیمار پس از تشنج، کنترل علائم حیاتی پس از تشنج و اطلاع به پزشک معالج در اولین فرصت
- 9- ثبت دقیق زمان تشنج، مدت و نوع آن و ثبت مدت زمان فاز پس از تشنج (POST ICTAL)
- 10- کنترل دقیق بیماران از لحاظ علائم مسمومیت با سولفات منیزیم (کاهش رفلکس پاتلا، کاهش برون ده ادراری، دپرسیون تنفسی و در نهایت ایست تنفسی)
- 11- هدف از درمان بیماران اکلامپتیک، جلوگیری از تشنج مجدد و صدمه به مغز، ریه و سایر ارگان های حیاتی دیگر بیمار می باشد.

الف) راهنمای طبابت بالینی در بیماران پره اکلامپسی و اکلامپسی

روش اجرایی:

- 1- بیمار در بخش زنان بستری شود.
- 2- بیمار به اتاق پره اکلامپسی انتقال یابد.
- 3- ترالی اورژانس و وسایل CPR بر بالین بیمار (کیسول اکسیژن - ماسک - بگ - air way - وسایل انتوباسیون - داروهای ضد تشنج - داروی ضد فشار خون - گلوکونات کلسیم) آماده شود
- 4- مادر در تخت مناسب دارای Bed side خوابیده به پهلو چپ و قرار گیری سر بالاتر از سطح بدن به منظور جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی قرار گیرد.
مادر NPO باشد.
- 5- دورگ مناسب گرفته و از یکی از رگها سرم (ترجیحاً رینگر لاکتات) به میزان 60 تا 125 سی سی در ساعت تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید.

6- آزمایشات CBC – BG/RH – B.S – U/A – اورژانسی و U/A 6 ساعت بعد – SGOT – INR – LDH – ALP – BUN – CR
SGPT

7- سونوگرافی طبق دستور پزشک ارسال شود.

8- تست های ارزیابی سلامت جنین (NST-BPP) طبق دستور پزشک انجام شود.

9- V/S هر یک ساعت کنترل شود (در صورت نیاز مانیتورینگ مداوم علائم حیاتی انجام شود) فشار خون هر 15 دقیقه تا آماده شدن جواب آزمایشات اورژانس و سپس در صورت Mild پره اکلامپسی هر 4 ساعت کنترل شود .

10-FHR هر 15 دقیقه کنترل شود . (در صورت دستور پزشک مانیتورینگ انجام شود)

11- درمان دارویی شامل : داروی ضد تشنج – ضد فشار خون طبق پروتکل انجام شود.

الف) داروهای ضد تشنج

1- سولفات منیزیم :

تزریق سولفات منیزیم 4 تا 6 گرم وریدی از محلول 20% با سرعت حداکثر 1 گرم در دقیقه و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه یابد :

10 گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (2 تزریق 5 گرمی در هر باتوک) از محلول 50 % همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر 4 ساعت یکبار 5 گرم عضلانی تزریق شود .

نکته : در صورت وجود ترومبوسیتوپنی تزریق عضلانی ممنوع می باشد .

انفوزیون 2 گرم سولفات منیزیم در 100 سی سی رینگر رقیق شده و در طی یک ساعت ترجیحا از طریق پمپ انفوزیون در صورت اور دوز شدن با سولفات منیزیم (وجود آینه – از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و 10 سی سی گلوکونات کلسیم در مدت 2 دقیقه بصورت وریدی تزریق کنید در صورت عدم پاسخ نیاز به ونتیلاسیون مکانیکی می باشد.

در صورت کاهش رفلکس ها و افزایش کراتینین ، سطح منیزیم را اندازه گیری کنید نگره داری سطح منیزیم در حد 4/8-8/4 ml/dl توصیه می شود .

در صورت کراتی نین بالاتر از 1/2 میلی گرم در سی لیتر دوز سولفات منیزیم اولیه تجویز شده و دوز های بعدی نصف می گردد و لی بهتر است سطح سرمی منیزیم اندازه گیری و در میزان فوق حفظ شود .

تزریق سولفات منیزیم تا 24 ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد اگر تشنج بعد از زایمان اتفاق افتاده است باید تا 48 ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد . در شرایط خاص مانند اکلامپسی – پره اکلامپسی شدید از 24 ساعت و سندرم HELLP تا 48 ساعت پس از زایمان تزریق سولفات منیزیم ادامه می یابد .

2- فنی توئین :

انفوزیون به میزان 1000 میلی گرم درصد میلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی) در یک ساعت و سپس 10 ساعت بعد 500 میلی گرم فنی توئین خوراکی در صورت هوشیاری مادر تجویز کنید .

ب) داروهای ضد فشار خون :

در صورت فشار خون بیشتر یا مساوی 160/110 تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود (نباید فشار خون به کمتر از 150/90 نزول کند .)

هیدرالازین 5-10 میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر 20 دقیق تا 30 میلی گرم می توان تکرار کرد .

لابتالول وریدی 10 میلی گرم در فواصل 10 دقیقه ای تا حداکثر 230 میلی گرم (افزایش دوز به صورت 10، 20، 40، 80 ، و ...)

نیفیدپین : 10 میلی گرم خوراکی هر 20 تا 30 دقیقه و حداکثر تا 30 میلی گرم استفاده شود . آدالات زیر زبانی ممنوع

اقدام در زمان تشنج :

اکسیژن به میزان 4-6 لیتر در دقیقه تجویز کنید .

ایروی – ساکشن – ماسک – بگ در دسترس باشد.

از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج مراقبت شود .
 (سولفات منیزیم 2 گرم بصورت وریدی از محلول 20% و در مادران درشت اندام تا 4 گرم می توان تزریق کرد . در صورت عدم کنترل تزریق سولفات منیزیم تکرار شود . اگر تشنج کنترل شد تزریق بعدی با فنی توئین انجام شود)
 به متخصص بی هوشی در زمان اولین تشنج اطلاع داده شود.
 در صورت تشنج آتیبیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود .

اختلال فشارخون در بارداری - پره اکلامپسی / اکلامپسی

- پروتئینوری: به عنوان یافته اساسی در تشخیص پره اکلامپسی و یا شدت آن نیست. پروتئین به میزان 200 میلی گرم یا بیشتر در ادرار 24 ساعته یا نسبت پروتئین به کراتینین ادرار مساوی یا بیشتر از 0/2 یا پروتئینوری (+) در نمونه ادرار تصادفی است.
 نکته: پروتئینوری بیش از 5 گرم در ادرار 24 ساعت ملاک پره اکلامپسی شدید نیست.

پره اکلامپسی

اداره پره اکلامپسی غیر شدید

در صورت تشخیص بالینی یا شک به پره اکلامپسی غیر شدید، مادر بستری و تصمیم گیری بر اساس سن بارداری انجام می شود.

مراقبت های اولیه

1. بررسی علائم و نشانه های شدت بیماری (سر درد، اختلال بینایی، درد اپیگاستر و افزایش وزن ناگهانی حدود 1/5 کیلوگرم و بیشتر در هفته)
2. اندازه گیری ارتفاع رحم و تعیین سن بارداری
3. توزین روزانه و استراحت نسبی (کاهش فعالیت روزانه)
4. رژیم غذایی پر پروتئین و پر کالری
5. بررسی فشارخون در وضعیت نشسته هر 4 ساعت یک بار (به جز نیمه شب تا 6 صبح در صورتی که فشارخون تحت کنترل است)
6. اندازه گیری پروتئین ادرار در هنگام پذیرش و در صورتی که پروتئینوری 1+ یا بیشتر است و یا نسبت پروتئین به کراتینین 0/2 یا بیشتر است. جمع آوری ادرار 24 ساعته باید انجام شود. در صورت پروتئینوری (طبق تعریف) در ادرار 24 ساعته، نیازی به تکرار این آزمایش در ارزیابی های بعدی نیست و میزان کراتینین سرم جهت بررسی عملکرد کلیه کفایت می کند.
7. اندازه گیری CBC خصوصاً پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، بیلی روبین، LDH. تکرار آزمایش بسته به شرایط مادر و شدت فشار خون از هفته ای دو تا سه بار متفاوت است.
8. ارزیابی سلامت جنین
 - a) شنیدن روزانه صدای قلب و کنترل حرکات جنین
 - b) سونوگرافی اولیه برای بررسی رشد جنین و سپس هر 2 هفته یک بار
 - c) بررسی سلامت جنین با بیوفیزیکال پروفایل یا (AFI و NST): فاصله انجام تست ها بستگی به سن حاملگی، شدت بیماری، شدت اختلال رشد داخل رحمی، حجم مایع آمنیوتیک و تغییرات داپلر عروقی جنینی دارد.

ختم بارداری:

- در صورتی که سن حاملگی کمتر از 27 هفته است، علائم باید به طور مرتب بررسی شده و مراقبت های اولیه تا زمان زایمان انجام شود.
- در صورتی که سن حاملگی 27 هفته و یا بیشتر است، برای ختم بارداری اقدام می شود. سولفات منیزیم در فاز فعال زایمانی بیمار، بایستی تزریق شود.

اختلال فشارخون در بارداری - پره اکلامپسی / اکلامپسی

اداره پره اکلامپسی شدید

- اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید ختم بارداری است و بهترین عامل پیشگیری کننده از مرگ و میر در پره اکلامپسی، کنترل مناسب فشارخون (سیستول و دیاستول) است.
- امکانات و تجهیزات لازم: دستگاه فشارسنج (ترجیحاً اتوماتیک)، کپسول اکسیژن، ماسک و آمبویگ، وسایل انتوباسیون، دستگاه پالس اکسی متر، پمپ انفوزیون یا میکروست، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد فشارخون، گلوکونات کلسیم، air way و Tongue depressor باید بر بالین مادر آماده باشد.
- وضعیت قرارگیری مادر: مادر را در تخت حفاظ دار بستری کنید تا در صورت تشنج سقوط نکند، مادر بایستی به پهلو چپ خوابیده و سر او به منظور جلوگیری از اسپیراسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار گیرد.
- بستری مادر
 - گرفتن رگ، تزریق سرم و گذاشتن سوند: مادر را NPO نگه دارید. دو رگ مناسب از طریق کاتتر گرفته و از یکی از رگها سرم رینگ لاکتات (در صورت نبود رینگ، نرمال سالین) به میزان حداکثر ۸۰ میلی لیتر در ساعت یا ۱ml/kg/h تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید. سوند ادراری را ثابت کرده و میزان دریافت و دفع مایعات را کنترل و ثبت کنید. این مادران در معرض خطر ادم ریوی هستند. حداقل میزان دفع ادرار بایستی در حد ۳۰ml/h حفظ شود.
 - کنترل تشنج و تزریق سولفات منیزیم (طبق راهنما)
 - تزریق داروهای کاهنده فشارخون (طبق راهنما)
 - انجام آزمایشات لازم: همانوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی (ALT, AST, LDH, Bil)، تست های انعقادی (PT, PTT) و اندازه گیری فیبریونن (در صورت شک به دکلان و DIC)، قند خون و پروتئین ادرار ۲۴ ساعته با تعیین نسبت pr/cr آزمایش ها بر اساس شدت بیماری در روز اول هر ۶ تا ۱۲ ساعت یکبار تکرار شود.
 - ختم بارداری در صورت تایید پره اکلامپسی شدید و مشاوره با متخصص بیهوشی جهت تعیین میزان خطر بیهوشی در سزارین
- نکته:
- در صورت اختلال در آنزیم های کبدی، انعقادی و ترومبوسیتوپنی، بایستی لام خون محیطی از نظر تغییرات همولیتیک و شیبستوسیت چک شود. مشاهده شیبستوسیت (سلول هلمت) موید همولیز میکروآنژیوپاتیک بوده و در وضعیت های تهدید کننده حیات مثل DIC، HUS، HELLP (< ۱٪)، TTP (۲-۵٪) دیده می شود. در یک لام نرمال میزان آن کمتر از ۵٪ درصد گلبول های قرمز را تشکیل می دهد.

داروهای کاهنده فشارخون:

هدف از کاهش فشارخون رساندن آن به ۱۵٪ فشارخون اولیه طی دو ساعت می باشد و ماکزیم افت فشارخون باید به حد ۱۵۰-۱۲۰ میلی متر جیوه در فشار سیستولیک و ۱۰۰-۸۰ میلی متر جیوه در فشار دیاستولیک برسد.

شامل لابتالول، هیدرالازین و نیفیدپین است.

اختلال فشارخون در بارداری - پره اکلامپسی / اکلامپسی

در صورتی که فشارخون برای ۱۵ دقیقه یا بیشتر ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و یا بیشتر باشد، تجویز دارو به ترتیب اولویت زیر توصیه می شود:

توضیحات	دوز	دارو
- احتمال بروز برادیکاردی و تب - منع مصرف در آسم و CHF	۱-۲۰ mg/TV در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشارخون در عرض هر ۲۰-۱۰ دقیقه، دوزهای افزایش یافته به صورت ۲۰، ۴۰ و ۸۰ و ۸۰ تا حداکثر ۳۰۰mg تزریق می شود. می توان از انفوزیون مداوم ۱-۲mg/TV/ min نیز استفاده کرد.	لابتالول ۱۰۰mg/۲۰ml ویال
- احتمال بروز هیپوتانسیون، سردرد و تاکیکاردی مادر و دیسترس جنینی	۵mg/TV در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشارخون در عرض هر ۲۰ دقیقه، ۵ تا ۱۰ میلی گرم هیدرالازین تا حداکثر دوز توتال ۳۰ میلی گرم در هر سیکل درمانی تزریق می شود. (یک ویال با ۳ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود تا در هر میلی لیتر ۵ میلی گرم دارو باشد. در شکل پودری دارو، با ۴ میلی لیتر آب مقطر رقیق شود)	هیدرالازین ۲۰mg/ml ویال
- منع مصرف دارو به صورت زیر زبانی - منع مصرف در بیماری کرونر مادر - در صورت مصرف همزمان با سولفات منیزیم، به دلیل برادی کاردی قلب جنین، مانیتور قلب جنین انجام شود. - احتمال سردرد و تاکیکاردی	۱-۲۰mg ۱۰-۳۰mg در صورت لزوم تا دو دوز، سپس ۱۰-۲۰mg خوراکی هر ۶ ساعت	نیفیدپین ۱۰۰mg خوراکی

نکته ۱: در صورت عدم پاسخ یا دوز حداکثر یا عارضه با هر یک از داروهای فوق، داروی بعدی استفاده می شود.

نکته ۲: در صورت عدم کنترل مناسب فشارخون، مشاوره با متخصص داخلی یا قلب یا نفرولوژی انجام شود.

نکته ۳: دیورتیک ها (فوروسماید و داروهای مشابه) به عنوان درمان و داروی کاهنده فشارخون استفاده نمی شوند مگر اینکه مادر دچار ادم ریوی باشد.

داروی کنترل تشنج:

داروی اصلی در کنترل و پیشگیری از تشنج، سولفات منیزیم است که ۴ تا ۶ گرم آن را در ۱۰۰ میلی لیتر سرم رینگ یا نرمال سالین و با سرعت حداکثر ۱ گرم در دقیقه و در طی مدت ۲۰-۱۵ دقیقه تجویز می شود و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:

(الف) انفوزیون ۲ گرم سولفات منیزیم در یک ساعت ترجیحاً از طریق پمپ انفوزیون یا میکروست (باید توجه داشته باشید که میزان سرم دریاقتی از دو رگ نباید بیشتر از ۱۲۵ میلی لیتر در ساعت باشد). در مادر چاق دوز سولفات منیزیم را می توان تا ۳ گرم افزایش داد.

(ب) ۱۰ گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق ۵ گرمی در هر باتوک) از محلول ۵۰٪ همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر ۴ ساعت یکبار ۵ گرم عضلانی عمیق تزریق شود. این دوز اضافه در مادران چاق می تواند تکرار شود. اضافه کردن ۱ میلی گرم لیدوکائین ۲٪ به دارو برای کاهش درد هنگام تزریق موثر است.

تذکر: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمی شود.

ملاحظات حین تزریق سولفات منیزیم

۱. تعداد تنفس (بیش از ۱۲ بار در دقیقه)، رفلکس پتار و میزان مایعات دفعی (بیش از ۱۰۰ میلی لیتر هر ۴ ساعت) به تناوب کنترل شود.
۲. فشارخون مادر و ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه تا تثبیت وضعیت کنترل و ثبت شود.
 - کنتراندیکاسیون های تزریق سولفات منیزیم: میاستنی گراو، بلوک قلبی و آسیب میوکارد، کوما ای کیدی (FDA, AHRQ)
 - تزریق دوز اولیه سولفات منیزیم بدون توجه به میزان کراتینین انجام شود.
 - ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان دوره ای از وجود رفلکس پتار (تاندونی عمقی)، میزان کراتینین، نبود دپرسیون تنفسی و وجود برون ده ادراری به میزان بیش از ۳۰ میلی لیتر در ساعت یا ۱۰۰ میلی لیتر در ۴ ساعت انجام می شود.
 - در کراتینین $1-1.5 \text{ mg/dl}$ و برون ده مناسب ادراری، مقادیر دوزهای بعدی نصف و سطح منیزیم کنترل شود.
 - در صورت نبود رفلکس های عمقی، افزایش کراتینین بیش از 1.5 mg/dl و یا کاهش برون ده ادراری، سولفات منیزیم قطع و سطح منیزیم را در عرض ۶ ساعت اندازه گیری کنید. نگهداری سطح منیزیم در حد 1 mEq/l - 2 mEq/l توصیه می شود. ادامه انفوزیون با میزان منیزیم تنظیم شود.
 - در صورت بروز الیگوری شدید و طولانی با متخصص نفرولوژی، در ادم حاد ریه با متخصص قلب و در تشنج پایدار با متخصص نورولوژی مشاوره شود.
 - در صورت دپرسیون تنفسی (تعداد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ میلی لیتر (۱ گرم) گلوکونات کلسیم در مدت ۱-۵ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ به گلوکونات کلسیم، نیاز به لوله گذاری داخل تراشه و تهویه مکانیکی می باشد.
 - سطح منیزیم بهتر است هر ۶ ساعت یک بار اندازه گیری شود (لازم است نتیجه آزمایش تا حداکثر یک ساعت اعلام شود).
 - در صورت بهبود تغییرات فوقی، انفوزیون سولفات منیزیم مجدداً (۲ گرم وریدی) ادامه یابد.
 - در صورت نبود امکانات برای بررسی منیزیم، ادامه تزریق سولفات بر اساس میزان کراتینین و برون ده ادرار تنظیم می شود.

داروی جایگزین سولفات منیزیم در پیشگیری از تشنج:

انتخاب هر دارویی به جز سولفات منیزیم بهتر است با مشاوره نورولوژیست انجام شود.

در صورت عدم دسترسی و یا منع مصرف سولفات منیزیم، می توان از فنی توئین به میزان ۱۰۰۰ میلی گرم در صد میلی لیتر سرم ششکی (منع مصرف سرم قندی برای رقیق کردن دارو) در یک ساعت، به صورت انفوزیون با پمپ (با سرعت حداکثر 50 mg/min یا 20 mg/kg) استفاده و سپس با دوز نگهدارنده 10 mg/TV/6-8h ادامه داد. بایستی مراقب اکستراواژیشن احتمالی دارو بود. می توان از 100 mg/q4h فنی توئین خوراکی در صورت هوشیاری مادر نیز استفاده کرد. تزریق عضلانی دارو ممنوع است. عوارض نادر دارو آریتمی، برادیکاردی، شوک، آنکسمی، هایپرکسمی و... است. برخی از کنتراندیکاسیونهای کاربرد فنی توئین عبارتند از: سابقه ای از دیاد حساسیت، بلوک قلبی، برادیکاردی سینوسی.

بیمارستان بنیت الهدی

دیابت بارداری

دیابت آشکار یا پیش از بارداری: قبل از بارداری فرد به آن مبتلاست و یا در قبل یا شروع بارداری تشخیص داده شده است
دیابت حاملگی: تشخیص دیابت را طی حاملگی، دیابت حاملگی گویند و معمولاً در هفته های ۲۸-۲۴ تشخیص داده می شود
دیابت کلاس 1 A: گلوکز پلاسمای ناشتای زیر 95 میلی گرم در دسی لیتر و گلوکز پس از غذا زیر 120 mg در دسی لیتر است، با رعایت رژیم غذایی کنترل می شود و مراقبت بارداری آن همان مراقبت های معمول است.
دیابت کلاس 2 A: گلوکز پلاسمای ناشتای بالای 95 میلی گرم در دسی لیتر و گلوکز پس از غذا بالای 120 mg در دسی لیتر است، در مراقبت بارداری آن همانند دیابت آشکار برخورد می شود. درمان با انسولین توصیه می شود.

پذیرش باردار مبتلا به دیابت

1. پذیرش بیمار از درمانگاه مامایی و یا بخش زایمان
 2. خواندن برگ دستورات پزشک، شرح حال، شرح معاینه
 3. اجرای دستورات پزشک
 4. ارسال آزمایشات درخواستی
 5. پیگیری مشاوره در صورت درخواست
 6. قرار دادن برگه چارت BS در پرونده
 7. ثبت دقیق زمان نمونه گیری ها جهت انجام FBS. BS. GTT. GCT و ثبت نتیجه آزمایشات در برگه مخصوص
 8. تجویز دقیق انسولین در صورت دستور پزشک به میزان تعیین شده و رعایت نکات ضروری در تزریق انسولین
 9. کنترل بیمار از لحاظ علائم هیپرگلیسمی و یا هیپوگلیسمی
 10. آموزش به بیمار در مورد راه های کنترل قند خون (رعایت رژیم دارویی، رعایت رژیم غذایی توصیه شده، انجام فعالیت های بدنی با توجه به توصیه های پزشک و...)
 11. کنترل دقیق صدای قلب جنین و بررسی حرکات جنین (مادران دیابتی جز گروه حامله های پر خطر می باشند و احتمال مرگ جنین در این افراد بیشتر از افراد عادی می باشند)
 12. انجام آزمایشات درخواستی بطور صحیح:
- الف- برای انجام FBS بیمار باید به مدت حداقل 8 ساعت ناشتا باشد (نوشیدن آب مجاز است) مقادیر بالاتر از 95 غیرطبیعی است .
- ب- برای انجام GCT نیازی به ناشتا بودن نیست بدون توجه به آخرین وعده غذایی طبق دستور پزشک معالج 50 گرم گلوکز خوراکی به بیمار داده شود و سپس یک ساعت بعد نمونه گرفته می شود و قند خون اندازه گیری می شود مقادیر بالاتر از 140 میلی گرم غیر طبیعی است و نیاز به انجام GTT دارد (طبق صلاحدید پزشک) .
- ج- برای انجام GTT بیمار باید ناشتا باشد، در صورتی که دستور انجام FBS دارد ابتدا نمونه جهت FBS گرفته می شود و سپس به بیمار 75 گرم گلوکز خوراکی داده می شود و پس از آن به فواصل 1 و 2 ساعت بعد، نمونه خون جهت اندازه گیری قند به آزمایشگاه ارسال می گردد، در طی انجام این تست بیمار فقط گلوکز خوراکی تعیین شده را مصرف نماید و از مصرف ماده غذایی دیگر خودداری کند.

نکات اساسی در ارائه آموزش ها و نوشتن گزارش پرستاری باردار مبتلا به دیابت

- آموزش علائم خطر: آگاه نمودن مادر در مورد خطرات احتمالی که ممکن است در طی بارداری و زایمان در صورت عدم کنترل قند خون بروز کند (افزایش ماکروزمی جنین که منجر به زایمان سخت می شود)، پلی هیدرآمیوس، ابتلا به عفونت های باکتریایی، ابتلا به پره اکلامپسی، احتمال ابتلا نوزاد به هیپو گلیسمی و هیپو بیلی روبینمی، احتمال بروز زایمان زود رس، افزایش میزان مرگ و میر پری ناتال، افزایش دیسترس تنفسی نوزاد

-پرستار از علائم هیپو گلیسمی (گلوکز خون کمتر از 50 الی 60 میلی گرم در دسی لیتر) آگاه باشد و در صورت بروز آن را در پرونده ثبت نماید .

علائم هیپو گلیسمی خفیف :

عصبانیت ، پوست سرد و مرطوب ، اضطراب ، تپش قلب ، تعریق و لرز و گرسنگی /

علائم هیپو گلیسمی متوسط :

گیجی ، خستگی یا خواب آلودگی ، تاری دید ، اختلال در صحبت کردن ، سرگیجه ، احساس ضعف ، گزگز شدن پاها ، پارستزی (بی حسی لب و زبان)

علائم هیپو گلیسمی شدید:

عدم آگاهی به مکان و زمان ،اشکال در بیدار شدن از خواب و یا از دست دادن سطح هوشیاری

- مراقب علائم کتو اسیدوز (هیپر گلیسمی ، دهیدراتاسیون و از دست دادن الکترولیت ها ، و اسیدوز) باشند .
- پرستار از علائم هیپر گلیسمی آگاه باشد و در صورت بروز علائم اقدامات لازم را به موقع انجام و آن را در گزارش پرستاری ثبت نماید

علائم هیپر گلیسمی:

- افزایش قند خون ، افزایش دفع ادرار ، افزایش و سپس کاهش اشتها ، ضعف ، خستگی ، تاری دید و سر درد ، تهوع و استفراغ ، کرامپ شکمی

نکته : معمولاً در هیپر گلیسمی شروع تدریجی نشانه ها و در هیپو گلیسمی شروع سریع نشانه ها دیده می شود .

- رعایت رژیم دیابتی توسط بیمار در گزارش ثبت شود .
- زمان بندی وعده های غذایی متعادل به بیمار آموزش داده شود .
- در صورت تجویز انسولین ، روش صحیح تزریق انسولین (محل ها و دوز و ...) به بیمار آموزش داده شد .
- در مورد نحوه صحیح شمارش حرکات جنین به بیمار آموزش داده شود .
- دو بار در صورت بروز کاهش حرکت جنین و یا شروع انقباض ، اقدامات لازم انجام و ثبت گردد .
- در صورت بروز کاهش حرکت جنین و یا شروع انقباض ، اقدامات لازم انجام و ثبت گردد .
- در صورت نیاز به انجام تست های GCT و GTT ، زمان ناشتا بودن و نحوه انجام آزمایش به بیمار آموزش داده شود .
- علائم حیاتی بیمار به دقت اندازه گیری و چارت شود . (احتمال بروز هیپرتانسیون در این بیماران در نظر گرفته شود .
- جهت تنظیم برنامه غذایی مناسب ، بیمار توسط کارشناس تغذیه ویزیت شود .

خط مشی طبابت بالینی باردار مبتلا به دیابت

الف) نیمه اول بارداری

- 1- بیمار در بخش زنان بستری شود.
- 2- بیمار به اتاق مددجویان پرخطر انتقال یابد.
- 3- ترالی اورژانس و وسایل CPR بر بالین بیمار آماده شود.
- 4- آموزش علائم خطر هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی به مددجو داده شود.
- 5- مشاوره تغذیه
- 6- ارزیابی عملکرد کلیه با اندازه گیری BUN،CR و کلیترانس پروتئینوری 24 ساعته و در صورت لزوم تکرار آن در طول بارداری
- 7- سونوگرافی و تعیین سن بارداری
- 8- کنترل AFP در 16-18 هفته بارداری، در صورت اثبات افزایش سطح AFP سرم، ارزیابی جنین توسط سونوگرافی هدف دار جهت بررسی نقایص لوله عصبی انتهایی رژیم غذایی مناسب جهت مددجو انتخاب و هم چنین آموزش مصرف رژیم غذایی دیابتی به مددجو داده شود.
- 9- بیمار از نظر علائم حیاتی و علائم خطر کنترل شود.
- 10- آموزش کنترل حرکت جنین به مددجو داده شود.
- 11- سونوگرافی سلامت جنین انجام شود.
- 12- آموزش عملی نحوه تزریق انسولین (در صورت نیاز) به مددجو داده شود.
- 13- به هنگام ترخیص از دریافت صحیح آموزشهای تزریق انسولین اطمینان حاصل شود.
- 14- 2 الی 4 روز پس از ترخیص پیگیری وضعیت مددجو انجام شود.

ب) نیمه دوم بارداری

- 1- در مبتلایان دیابت آشکار یا دیابت بارداری که در نیمه اول تشخیص داده نشده است سونوگرافی دقیق از جهت نقص لوله عصبی و سایر آنومالی ها، اگر شک به آنومالی قلبی وجود دارد، اکوکاردیوگرافی قلب جنین در هفته 20-22 انجام شود
- 2- ارزیابی سلامت جنین از هفته 28 بارداری با شمارش حرکات جنین
- 3- ویزیت هفتگی برای مانیتورینگ غلظت گلوکز و بررسی از نظر احتمال بروز پره اکلامپسی از هفته 28 بارداری
- 4- سونوگرافی جهت ارزیابی رشد جنین از هفته 32 بارداری و تکرار آن هر 2-3 هفته یکبار
- 5- ارزیابی سلامت جنین مطابق پروتکل های ارزیابی سلامت جنین
- 6- بستری در بیمارستان از هفته 36 بارداری و بر حسب شرایط مادر و جنین

ج) اندیکاسیون ختم بارداری:

- 1- در صورت بروز فشار خون بالا و یا عوارض بیمار در بیمارستان بستری شود و با توجه به شرایط وی و جنین بارداری ختم شود
- 2- در صورت اطمینان از سن بارداری، در هفته 38 یا بیشتر بارداری ختم می شود

د) زایمان

- 1- در صورت بروز زایمان زود رس در مادر دیابتیک از بتا میمیتیک ها به علت اثرات منفی آنها روی قند خون نباید استفاده کرد.

- 2- در زایمان زود رس در بیماران بستری برای تسریع رسیدگی ریه جنین در صورت تحت کنترل بودن قند خون مادر، می توان با احتیاط از کورتیکو استروئیدها مطابق پروتکل استفاده کرد و تا 48-72 ساعت پس از تجویز آن قند خون بطور مرتب کنترل شود
- 3- دوز انسولین NPH قبل از خواب تزریق می شود و تزریق دوز صبح حذف می شود
- 4- محل زایمان بر اساس دستور العمل سطح بندی خدمات مادر و نوزاد تعیین می شود.
- 5- به متخصص نوزادان، کودکان برای بررسی وضعیت نوزاد اطلاع داده شود

ج) پس از زایمان

- 1- توجه به هرگونه علائم دال بر بروز عفونت در مادر در دوران پس از زایمان و درمان سریع
- 2- ترخیص بیمار با مشاوره متخصص داخلی - غدد و با توجه به کنترل قند خون بیمار

مسئول پاسخگو: مسئول بخش

روش اطمینان از صحت اجرای خط مشی: ارزیابی عملکرد ماما و پرستار در مواجهه با بیماری های مذکور

منابع: راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان در بیمارستان دوستدار مادر

نحوه تفسیر آزمایشات

نوع آزمایش	حد طبیعی در خانم باردار
FBS	<95 mg/dl
GCT (BS یک ساعت پس از تجویز 50 گرم گلوکز)	mg/dl 140 <=
GTT (BS یک ساعت پس از تجویز 75 گرم گلوکز)	mg/dl 180 <
GTT (BS دو ساعت پس از تجویز 75 گرم گلوکز)	mg/dl 153 <

PROM

پارگی زودرس کیسه آب (PRETERM RUPTURE OF MEMBEANS):PROM به پاره شدن کیسه آب (کیسه آمنیوتیک) قبل از هفته ۳۸ حاملگی اطلاق می شود و از عوامل مهم در مرگ و میر و ایجاد عوارض در مادر و نوزاد می باشد و مسئول ۲۰ درصد از مرگ و میرهای دوره پری ناتال است.

پذیرش مادر باردار کیسه آب پاره

- 1- بیمار با ویلچر یا برانکارد از درمانگاه مامایی و یا بخش زایمان پذیرش می شود پرونده بیمار بررسی می شود: برگه دستور پزشک. شرح حال و شرح معاینه واژینال و...
- 2- آموزش های لازم در مورد مراقبت از افراد حامله کیسه آب پاره به بیمار داده می شود: استراحت نسبی^۱، کنترل ابریزش با پد استریل، مطلع کردن پرستار از انقباضات رحمی و...
- 3- اجرای دستورات پزشک
- 4- مراقبت های پرستاری لازم: کنترل علائم حیاتی بخصوص تب، بررسی انقباضات رحمی، بررسی ترشحات واژینال و مایع خروجی از واژن (رنگ، بو، حجم و...)، کنترل صدای قلب جنین، بررسی علائم عفونت (هیپر ترمی، تاکیکاردی، تندرns رحمی، ترشحات واژینال بدبو و...)
- 5- انجام آزمایشات درخواستی در صورت لزوم (CBC.ESR.CRP.UA.UC)
- 6- تزریق آنتی بیوتیک در صورت تجویز پزشک و اجرای صحیح آن (دوز تجویزی، ساعات تجویز، راه تجویز و...)
- 7- انجام سونوگرافی در صورت درخواست پزشک (تعیین سن حاملگی، پرزانتاسیون جنین، حجم مایع آمنیوتیک و...)
- 8- تجویز گلوکوکورتیکوئید با دستور پزشک
- 9- در صورتی که ابریزش بیمار قطع شود و علائمی دال بر عفونت وجود نداشته باشد و نتایج آزمایشگاهی و یافته های سونوگرافی نیز طبیعی باشد و موعد ترم نباشد و هیچ خطری بیمار را تهدید ننماید، بیمار با دستور پزشک ترخیص می شود.

نکات اساسی در ثبت گزارش پرستار باردار مبتلا به PROM و ارائه آموزش ها

- بررسی علائم PROM: نشست مایع از واژن، انجام تست نیتراژین، انجام آزمایشات CBC، ESR، CRP
- آموزش و تشویق بیمار به ماندن در بستر و رعایت استراحت مطلق
- آموزش علائم خطر کوریو آمنیونیت به بیمار (حساسیت و تندرns رحمی، خروج مایع بد بو از واژن، تاکی کاردی، تب و ...)
- انجام معاینات و بررسی رحم از نظر تندرns، توجه به رنگ، قوام و بوی مایع خروجی از واژن
- کنترل صدای قلب جنین و بررسی انقباضات رحمی و ثبت در پرونده
- آموزش به بیمار در مورد اطلاع از بروز انقباض، افزایش و یا بد بو شدن مایع خروجی، کاهش حرکت جنین، خروج ناگهانی مایع حجیم از واژن و ...
- دادن به موقع و سرساعت آنتی بیوتیک های تجویز شده توسط پزشک به بیمار
- کنترل علائم خطر توسط پرستار
- انجام سونوگرافی جهت بررسی عضو پرزانتته، حجم مایع، سن بارداری و ...

خط مشی طبابت بالینی کیسه آب پاره

روش اجرایی:

ابتدا علائم اورژانس (علائم شوک - تب - خونریزی شدید واژینال - تندرns رحمی - دیسترس جنینی) را ارزیابی کنید.

الف) در صورت مشاهده بند ناف در جلوی عضو پرزائنه: پرولاپس بندناف مطرح و درمان پرولاپس انجام شود. ب) در صورت سن بارداری 34 هفته یا بیشتر:

(طبق صلاحدید پزشک) ختم بارداری انجام می شود

ج) در صورت سن بارداری 25-34 اقدامات زیر انجام شود:

- مایع درمانی انجام شود

- علائم حیاتی و صدای قلب هر 4 ساعت کنترل شود.

- از نظر تندرns و انقباضات رحمی معاینه شکم انجام شود.

- ترشحات چرکی و بدبوی رحمی کنترل شود.

- آزمایش CBC - U/A - U/C - CRP - CBC انجام و سپس CBC هفته ای دو بار تکرار شود.

- NST روزانه و سونوگرافی هفته ای یکبار انجام شود.

- بررسی رسیدگی ریه جنین (نسبت L/S) در هفته 32-33 بارداری انجام شود.

- در دوره انتظار، آنتی بیوتیک شروع و با متخصص کودکان و نوزادان مشاوره شود.

د) در صورت سن بارداری زیر 25 هفته: مشاوره با زوجین جهت ختم بارداری و آگاه نمودن از عوارض ادامه بارداری انجام شود. (زیر 25 هفته در صورت وجود مایع و نبود عفونت و آنومالی در جنین، 48 ساعت مهلت داده و اگر مایع جمع نشد ختم بارداری انجام شود).

- در صورت داشتن علائم شوک سپتیک ناشی از PROM مشاوره داخلی - عفونی، درمان کوریوآمینونیت انجام و ختم بارداری صورت گیرد.

- در صورت داشتن علائم کوریوآمینونیت (درجه حرارت بیش از 37/8، نبض بیشتر از 100، تندرns شکمی و تاکی کاردی جنین) ختم بارداری صورت گیرد.

- در صورت خونریزی شدید واژینال و جدا شدن زود رس جفت ختم بارداری انجام شود.

- در صورت دیسترس جنینی از نظر پرولاپس بند ناف بررسی در صورت تأیید پرولاپس ختم بارداری انجام شود و در صورت نبود پرولاپس و عدم تصحیح صدای قلب، ختم سریع بارداری و درمان با آنتی بیوتیک انجام شود.

توضیحات:

- در صورت داشتن انقباضات رحمی، ابتدا درمان آنتی بیوتیکی انجام، استروئید و توکولیتیک تجویز شود، علائم حیاتی مادر کنترل و از نظر کوریوآمینونیت بررسی و جهت زایمان کنترل شود.

- در صورت بیماری زمینه ای مادر مشاوره با متخصص مربوطه جهت تداوم یا ختم بارداری تصمیم گیری شود.

- در صورت NST Reactive و علائم حیاتی و آزمایش طبیعی استروئیدو آنتی بیوتیک تجویز، نسبت L/S در هفته 32 بارداری بررسی و در صورت رسیدگی ریه جنین ختم بارداری انجام شود.

- در صورت NST non Reactive انجام BPS انجام و درمان مطابق نتیجه آن، انجام شود.

- در صورت مرگ جنین یا آنومالی مغایر با حیات ختم بارداری انجام شود.

پره ترم لیبر

لیبر زودرس یعنی بروز انقباض قبل از 37 هفته حاملگی، در این زمان انقباضات رحمی به طور زود رس شروع شده و در صورت عدم سرکوب انقباض ها و یا نا موفق بودن سرکوب انقباض، منجر به باز شدن دهانه رحم و سر انجام خروج جنین می شود.

پذیرش باردار مبتلا به پره ترم

- 1- پذیرش بیمار از درمانگاه مامایی و یا بخش زایمان با ویلچر یا برانکارد
- 2- خواندن برگه دستورات پزشک، شرح حال، شرح معاینه واژینال و
- 3- اجرای دستورات پزشک و انجام اقدامات پرستاری لازم
- 4- در صورت تجویز مخدر جهت کاهش درد، کنترل انقباض رحمی 60-30 بعد از تزریق
- 5- در صورت عدم مهار انقباض پس از تجویز مخدر، اطلاع به پزشک جهت شروع سولفات تراپی
- 6- دادن آموزش های لازم در بدو ورود به منظور اطلاع علائم زایمان زود رس: استراحت، مصرف داروهای توصیه شده جهت ساپرس انقباض، همکاری لازم با پرستاران جهت تجویز سولفات منیزیم (در صورت تجویز پزشک) و
- آموزش در مورد عوارض سولفات منیزیم (برافروختگی، تپش قلب، سر درد، تهوع، استفراغ و.....)
- 8- بررسی دستی انقباض رحمی توسط ماما
- 9- بررسی بیمار از لحاظ علائم مسمومیت با سولفات منیزیم
- 10- کنترل دقیق علائم حیاتی
- 11- کنترل علائم شروع زایمان زودرس (وجود انقباض علیرغم استفاده از داروهای سرکوب کننده انقباض، کوتاه شدن فواصل بین انقباض ها و افزایش شدت و مدت انقباض ها، دردناک شدن انقباض های رحمی، پیشرفت دیلاتاسیون و افسمان و ...
- 12- کنترل صدای قلب جنین و حرکت جنین
- 13- استفاده از داروهای گلوکوکورتیکوئید (جهت تسریع بلوغ ریه) طبق دستور پزشک
- 14- تجویز آنتی بیوتیک وریدی طبق دستور پزشک (برای پیشگیری از پره ترم لیبر در صورتی که علت آن عفونت باشد و هم چنین پیشگیری از پنومونی استرپتوکوکی در نوزاد در صورت بروز زایمان)
- 15- انجام NST همراه با TOCO
- 16- چک دستی انقباض
- 17- در صورت عدم مهار انقباض رحمی، اطلاع به مسئول شیفت NICU برای رزرو ونتیله (در صورتیکه سن جنین زیر 34 هفته باشد)
- 18- انفوزیون دقیق سولفات منیزیم

نکات اساسی در ارائه آموزش ها به مادر و ثبت صحیح موارد در گزارش پرستار پره ترم لیبر

- 1- رعایت استراحت در بستر
- 2- وجود و یا عدم وجود انقباض، آبریزش، خونریزی واژینال
- 3- رعایت بهداشت فردی
- 4- استفاده بموقع داروها و آنتی بیوتیکها
- 5- ثبت رضایت بیمار از حرکات جنین
- 6- عدم استفاده از اپلیکاتور برای داروهای واژینال (در صورت استفاده فقط 1/3 اپلیکاتور داخل واژن برده شود)
- 7- بررسی علائم مسمومیت با سولفات منیزیم و ثبت در برگه مخصوص، PAD و آبریزش و خونریزی

راهنمای طبابت بالینی در زایمان زودرس:

ابتدا علائم اورژانس شامل فشار خون، خونریزی شدید، تب و پارگی کیسه آب ارزیابی شود.

الف) در صورت جنین سالم و دیلاتاسیون کمتر از 5 سانتی متر:

1- آزمایشات CBC, U/A, U/C, BS انجام شود.

2- سونوگرافی و تست های ارزیابی سلامت جنین انجام شود.

3- جهت توقف دردهای زایمانی اقدام و کورتیکواستروئید تزریق شود. در صورت توقف دردها، درمان با توکولیتیک حداقل 12 ساعت ادامه یابد. در صورت عدم توقف درد 2 گرم آمپی سیلین در فاز فعال تزریق و جهت ختم بارداری اقدام شود.

ب) در صورت داشتن بیماری زمینه ای مادر (قلبی - ریوی - دیابت و...) اقدامات زیر انجام شود:

1- مشاوره داخلی جهت بررسی وضعیت مادر برای ادامه بارداری انجام شود.

2- در صورت اندیکاسیونهای مامایی ختم بارداری انجام شود.

ج- در صورت داشتن دیسترس جنینی اکسیژن تجویز، تغییر پوزیشن به چپ داده و در صورت داشتن اندیکاسیونهای مامایی جهت ختم بارداری اقدام شود.

د) در صورت دیلاتاسیون 5 سانت و بیشتر 2 گرم آمپی سیلین تزریق و مادر جهت انجام زایمان کنترل شود.

ذ) در صورت داشتن آنومالی شدید جنین و مغایر با حیات ختم بارداری انجام شود

مسئول پاسخگو: مسئول بخش

روش اطمینان از صحت اجرای خط مشی: ارزیابی عملکرد ماما و پرستار در مواجهه با بیماری های مذکور

IUFD

IUFD: به هر مرگ جنین درون رحم بعد از شروع ضربان قلب تا زمان تولد اطلاق می شود.

Stillbirth: مرگ هایی که در سنین viability جنین رخ می دهد.

سن viability: بر حسب کشورهای مختلف متفاوت است؛ معمولاً سنی را می گویند که بیشتر از 50٪ نوزادانی که در آن سن متولد می شوند در شرایط خوب و با امکانات بیمارستان و منطقه، بتوانند زنده بمانند.

در ایران معمولاً بالای 26 هفته است ولی از نظر ترمینولوژی (که بر اساس امکانات جوامع صنعتی و پیشرفته است) بالای 24 هفته محسوب می شود.

برای مرگ جنین در سنین کمتر از viability اصطلاح abortion را به کار می برند. قبلاً اصطلاح abortion برای مرگ قبل از 20 هفته به کار برده می شد ولی در حال حاضر بهتر است مرز زمانی viable و غیر viable را بسنجیم و بر اساس آن ترمینولوژی مناسب را به کار ببریم، بنابراین با تعریف جدید، مرگ در سنین کمتر از 24 هفته و یا زیر 500 گرم را abortion می گویند که خود به دو دسته ی زودرس یا تا 12 هفته (بیشتر علل کروموزومی و ژنتیکی) و دیررس یا بعد از هفته 12 تقسیم بندی می شود.

دو اصطلاح دیگر نیز برای IUFD به کار برده می شوند که شامل early pregnancy loss و late pregnancy loss می باشند که early به مرگ داخل رحمی جنین در سن کمتر از 20 هفته و late به مرگ جنین در سن بالای 20 هفته اطلاق می شود.

≤ 50٪ stillbirth ها در جنین 27 - 20 هفته و یا سنین nonviable اتفاق می افتد و علت اکثراً مشخص نمی شود، مگر آن که تکرار شود تا بتوان ارزیابی های بیشتری انجام داد. شیوع stillbirth در جوامع مختلف فرق می کند؛ در

جوامع پیشرفته و غنی میزان شیوع 5 در 10000 بوده و تا 32 در 10000 در کشورهای فقیرتر آسیای جنوبی و آفریقا افزایش می یابد. همچنین در بعضی از گروه های اجتماعی میزان IUDF و Stillbirth بیشتر است مثل افراد teenage ، افراد با سن > 35 و افراد با بیماری های زمینه ای. تقسیم بندی های مختلفی برای اتیولوژی IUDF وجود دارد. یک تقسیم بندی سنتی که بر اساس دنفورث است (igglesworth) علل مرگ داخل رحمی را این گونه تقسیم بندی کرده است:

TABLE 23.1 Wigglesworth Classification

1. Congenital defect/malformation (lethal or severe)
2. Unexplained antepartum fetal death
3. Death from intrapartum "asphyxia," "anoxia," or "trauma"
4. Immaturity
5. Infection
6. Death due to other specific causes
7. Death due to accident or nonintrapartum trauma
8. Sudden infant death, cause unknown
9. Unclassifiable

آنومالی های Congenital، مرگ داخل رحمی که حول و حوش تولد با علل نامشخص رخ بدهد (مثل خانمی بدون RF که در 39 هفته می آید و شکایت او کاهش حرکت جنین است و بعد می فهمیم IUDF شده و بعد تولد هم علت خاصی برای مرگ جنین پیدا نمی شود)، آسفکسی زایمانی، نوزادانی که پره ترم به دنیا آمده و فوت می کنند، بیماری زمینه ای مادری، علل اختصاصی و ...

این تقسیم بندی رایج ما نیست و تقسیم بندی دیگر Relevant Condition of Death Classification یا (ReCoDe) که بر اساس علل جنینی، بند ناف، جفت، AF، رحم، مادر، تروما و علل طبقه بندی نشده تقسیم بندی شده است را بیشتر مد نظر داریم که در زیر آورده شده است:

<p>A. Fetus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lethal congenital anomaly 2. Infection <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Chronic (e.g., TORCH) 2.2. Acute 3. Nonimmune hydrops 4. Isoimmunization 5. FMH 6. Twin-twin transfusion 7. Intrapartum asphyxia 8. Fetal growth restriction 9. Other <p>B. Umbilical Cord</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prolapse 2. Constricting loop or knot 3. Velamentous insertion 4. Other <p>C. Placenta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abruptio 2. Previa 3. Vasa previa 4. Placental infarction 5. Other placental insufficiency 6. Other 	<p>D. Amniotic fluid</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chorioamnionitis 2. Oligohydramnios 3. Polyhydramnios 4. Other <p>E. Uterus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rupture 2. Uterine anomalies 3. Other <p>F. Mother</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Thyroid diseases 3. Essential hypertension 4. Hypertensive diseases in pregnancy 5. Lupus/APS 6. Cholestasis 7. Drug abuse 8. Other <p>G. Trauma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. External 2. Iatrogenic <p>H. Unclassified</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No relevant condition identified 2. No information available
---	---

علل جنینی :

1 مالفورماسیون های – Congenital :

شایع تر از سایر علل است. براساس اطلاعات کشورهایی که اتوپسی و بررسی کاربوتایپ و MRI روی جنین فوت شده انجام می دهند، مشخص شد که منشا بسیاری از IUD ها بیماری ongenital جنین می باشند. خیلی از این مالفورماسیون ها ممکن است در جریان ارزیابی های دوران حاملگی، غربالگری ها و سونوگرافی ها تشخیص داده نشود و یا حتی آنومالی ظاهری در جنین وجود نداشته باشد. بیشترین مالفورماسیونی که باعث IUD می شود مونوزومی X است که شیوع 23٪ دارد. موارد دیگر تریزومی هایی هستند که ممکن است علیرغم وجود آن ها نوزاد متولد شود یا در دوران رحم به سنین بالاتر حاملگی برسد. مثلا در تریزومی کروموزوم 21 مرگ و میر داخل رحمی از بقیه کمتر بوده و با عقب ماندگی ذهنی با یا بدون آنومالی جسمی متولد می شوند؛ گرچه در درصدی می تواند با مرگ داخل رحمی همراه باشد. تریزومی 13 یا سندرم Patau و یا تریزومی 18 یا سندرم Edward اکثرا منجر به IUD می شوند. در بسیاری از این مالفورماسیون ها ممکن است تشخیص صورت نگیرد و با مرگ ناگهانی جنین در 30 یا 32 هفته به عللی مانند هیدروپس و ... مواجه شویم و بعد از تولد در بررسی ها مشخص شود که علت چه بوده است. مالفورماسیون های ذکر شده جزو موارد شایع محسوب می شوند.

مرگ جنین درون رحم

تریزومی کروموزوم 16 شایع نیست اما می تواند با برخی اختلالات جسمی همراه باشد و در دسته ای از مرگ های درون رحمی دیده شود. در کشورهایی که اتوپسی مناسب توسط فرد آموزش دیده روی جنین انجام می شود، در حدود 35٪ از مرگ های پره ناتال جنین مالفورماسیون هایی یافت می شود و شیوع آن نسبتا بالا است. گرچه در ایران، سیستم تشخیصی مناسب و فرد آموزش دیده برای اتوپسی جنین ها وجود ندارد؛ از طرف دیگر آزمایشگاه ها برای ارزیابی کاربوتایپ حین و بعد تولد آمادگی کامل ندارند؛ در نتیجه آنومالی ها تشخیص داده نمی شوند. اما اگر تست های تشخیصی مناسب انجام شود، مشخص می شود که تا 25٪ مرگ های داخل رحمی، کاربوتایپ غیرنرمال دارند. نکته دیگر اینکه در کشور ما تنها کاربوتایپ معمولی 46 کروموزومی انجام می شود و ژنوتایپ انجام نمی شود ولی در جوامع پیشرفته به علت انجام ژنوتایپ، آمار دقیق 25٪ به دست آمده است. علت استفاده از این روش های جدید و اتوپسی در کشورهای پیشرفته هم بررسی های آماری و هم پاسخ گویی به خانواده است تا در حاملگی های بعدی بتوانند از بروز مشکل جلوگیری کنند. یکی از علل دیگری که مشکلات عمده به وجود می آورد micro-deletion های کروموزومی و عارضه های مشابه است که تشخیص آن ها بسیار دشوار بوده و به روش Cytogenetic صورت می گیرد. روش Comparative Genomic Hybridization (CGH) یک روش جدید است که در سایر کشورها مورد استفاده است و به تشخیص کمک می کند. موتاسیون های Single Gene و بیماری های اتوزوم مغلوب از علل دیگری است ما در بررسی آن ها مشکلات فراوان داریم و بسیاری از نمونه های بیماری های متابولیک و اتوزوم مغلوب مانند هموگلوبینوپاتی ها باید برای بررسی به خارج از کشور ارسال شوند. البته در سال های اخیر با افزایش متخصصین ژنتیک که در سایر کشورها آموزش دیده اند وضع کشور در حال بهبود است.

موزایسیسم علت دیگری است که حتماً باید بررسی شود مخصوصاً اگر در جفت باشد زیرا معلوم نیست با آنومالی جنین همراه باشد یا خیر و بهتر است خود جنین نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. یک فرم تیپیک موزایسیسم سندرم ترنر است که نسبت به بقیه شایع تر می باشد.

در سندرم ترنر جنین می تواند سلول های دو حالتی XO یا XX داشته باشد. موزایسیسم را می توان در کروموزوم جنسی و غیر جنسی و یا محدود به جفت و یا در جنین دید.

ممکن است موزایسیسم در بافت جفتی باشد ولی جنین از نظر آناتومی و عملکرد مشکلی نداشته باشد و فقط به علت موزایسیسم جفت دچار مرگ و یا IUGR شود.

مرگ جنین درون رحم

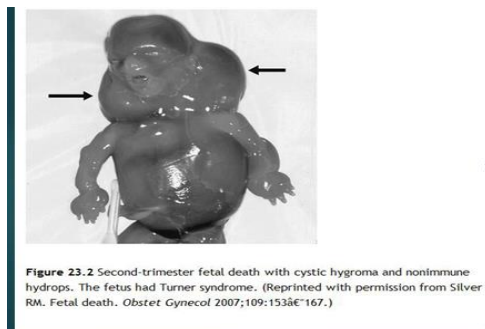


Figure 23.2 Second-trimester fetal death with cystic hygroma and nonimmune hydrops. The fetus had Turner syndrome. (Reprinted with permission from Silver RM. Fetal death. Obstet Gynecol 2007;109:153â€167.)

در تصویر جنین تیپیک مربوط به سقط سه ماهه اول را مشاهده می کنید که cystic hygroma است (یک نوع اختلال تشکیل عروق لنفاوی است).

در این جنین ها ابتدا NT افزایش پیدا می کند و بعد در ناحیه ی گردن مولتی سیستیک می شوند و ادم گردن را داریم و اگر از این مرحله عبور کند تمام بدن جنین دچار هیدروپس می شود. در تصویر مشاهده می کنید که دست و شکم این جنین متورم است. در سونوگرافی این جنین ها ادم جداری دارند یعنی پوست شکم و پوست سرشان دچار ادم شده است. تا اینجا علل اصلی جنینی شامل آنومالی های congenital و اختلالات در کار یوتایپ جنین مطرح شد!!

عفونت: -

دسته بعدی علل عفونی هستند. 10 – 25٪ مرگ و میرهای داخل رحمی بر اثر عفونت است و در کشورهای در حال توسعه میزان این آمار بیشتر است. البته توجه داشته باشید که ممکن است overlap علل نیز به وجود بیاید مثلاً یک خانم که جنینی با تریزومی 21 را حمل می کند دچار عفونت TORCH هم بشود و مرگ جنینی رخ دهد.

عفونت ها بیشتر باکتریال هستند. عفونت می تواند از راه های مختلف به حفره رحم برسد و مایع آمنیوتیک و جنین را درگیر کند. همچنین می تواند سیستمیک باشد و جنین از طریق جریان خون مادر و از راه جفت مبتلا شود؛ علاوه بر آن عفونت می تواند از طریق واژن به جنین برسد که احتمال آن از سایر روش ها کمتر است.

در اتوپسی می توان عفونت را در جفت و جنین ثابت کرد؛ به طوریکه جفت دچار تغییرات التهابی می شود و در جنین نیز تغییرات التهابی در بافت های مختلف مثل کبد و طحال و ... مشاهده می گردد.

بیشترین میزان آلودگی مربوط به عفونت های باکتریال است که بیش از همه EColi و پس از آن به ترتیب کلبسیلا، مایکوپلازما و استرپتوکوک گروه B می توانند باعث IUFD شوند.

تابلو بالینی می تواند به صورت کوریوآمنیونیت باشد و کوریوآمنیونیت حاد باعث مرگ جنین شود یا اینکه عفونت به علت پارگی کیسه آب باعث مرگ جنین در داخل رحم شود و یا این که نوزاد به محض تولد با تابلوی سپسیس فوت کند.

لیستریا از علل دیگر عفونی است که می تواند از راه هماتوژن به جنین برسد (نه از طریق واژن). عفونت سیستمیک مادر به ندرت باعث مرگ جنین می شود مگر آن که این به قدری ایمنی مادر را تضعیف کند که باعث مرگ جنین شود. در غیر این صورت عفونت های سیستمیک مادر (از قبیل نفسی، کلیوی و...) باعث IUFD نمی شوند. ندرتاً عفونت هایی مانند پیلو نفریت می توانند باعث شروع زودرس زایمان شوند و جنین به علت پره ترمی و prematurity فوت کند. دسته دیگر عفونت های ویروسی هستند.

در این دسته Parvovirus B19 از همه شایع تر است که باعث ابتلای جنین منجر به فوت می شود (اما اگر موارد ابتلایی که منجر به فوت نمی شوند را در نظر بگیریم شایع ترین عامل CMV است ولی شایع ترین عامل ویروسی در Stillbirth و مرگ جنین پاروویروس است)

پاروویروس یک ویروس تروفیک بوده و در قسمت مختلف جنین به خصوص در اریترویست ها و میوکارد تغییراتی ایجاد می کند و به علت لیز سلولی سبب ایجاد آنمی در جنین می شود؛ پس از آن جنین دچار هیدروپس می شود و به علت هیدروپس فوت می کند. اگر خون ترانسفوزیون کنیم و شدت آنمی زیاد نباشد و بدن بتواند عفونت را کنترل کند، تنها باعث یک هیدروپس گذرا در جنین شده و بعد بهبود می یابد و حتی ممکن است عارضه ای برای نوزاد برجای نگذارد؛ اما در موارد آنمی شدید احتمال وجود عارضه به علت هیپوکسی حتی پس از بهبود جنین، وجود دارد. معمولاً عفونت های پارو ویروس را در دوتریمسر اول داریم و ابتلا در تریمرس سوم حائز اهمیت نبوده و باعث هیدروپس جنین نمی شود.

نکته: اگر جنینی هیدروپس داشت، مشکلات Congenital و پارو ویروس در تشخیص افتراقی قرار می گیرند. اگر با سونوگرافی داپلر آنمی نیز در جنین مشاهده شود، به نفع پاروویروس بوده و بیماری های Congenital رد می شوند. ویروس بعدی CMV می باشد که از نظر ابتلای جنینی شایع ترین بوده اما نسبت به سایر موارد خیلی کشنده نیست. ویروس کوکساکسی A و B باعث التهاب جفت و میوکارد و در نهایت هیدروپس و مورتالیتی جنین می شوند.

مرگ جنین درون رحم

IUGR -3

شایع ترین علت IUGR اختلال خونرسانی یوتروپلاستال است ولی درصد کمی هم به خاطر اختلالات ژنتیکی دچار کمبود رشد می شوند.

یک وجه اختلاف بین IUGR ای که در زمینه اختلال خونرسانی یوتروپلاستال و آن ها که در زمینه آنومالی Congenital رخ داده است، این است که در آنومالی ها میزان AF مناسب است زیرا مشکل خونرسانی وجود ندارد؛ و جنین فقط به خاطر آنومالی خوب رشد نمی کند.

اگر اختلالات یوتروپلاستال و اختلال خونرسانی داشته باشیم همزمان با عدم رسیدن کافی خون به جنین، کلیه او هم دچار دیسفانکشن شده و ادرار خوب تولید نمی شود و اولیگوری نیز مشاهده می شود.

نکته: بنا بر آنچه گفته شد، اگر در سونوگرافی جنینی که باید 34 هفته باشد مثلاً 27 هفته گزارش شود و میزان AF خوب باشد اولین تشخیص آنومالی های Congenital و تشخیص دوم سندرم TORCH است زیرا عفونت ها هم می توانند رشد جنین را تغییر بدهند ولی مایع آمینوتیک را تغییر نمی دهند.

علل مادری:

1. نژاد

در بعضی نژاد ها IUFD بیشتر و در بعضی مناطق نیز شیوع آن بیشتر است.

1. سن بالای 35 سال مادر: سن بالای مادر مرتبط با فاکتورهای مختلفی در ارتباط است و بیماری زمینه ای مادر مانند فشار خون و دیابت با افزایش سن مادر افزایش می یابند؛ از طرف دیگر گامت های مناسب در سنین بالای مادر و پدر، تولید نمی شوند.

2. بیماری های ژنتیکی یا زمینه ای مادر

3. چاقی مادر: در مطالعات ثابت شده است در مادرانی که BMI بالا و یا غیر طبیعی دارند، حتی اگر به مشکلات حاملگی از قبیل فشار خون و دیابت مبتلا نشوند، میزان IUFD و Stillbirth بیشتر است.

علل مادری:

سایر فاکتورهای دموگرافیک:

از نظر آماری در کسانی که سابقه سزارین داشته اند نسبت به کسانی که سابقه NVD داشته اند، میزان بروز IUFD بیشتر است.

مارکرهای سرمی بالای مادر با وجود کاربوتایپ نرمال در جنین؛ خیلی اوقات ممکن است Abnormality هایی در تست های سرمی غربالگری وجود داشته باشد ولی پس از بررسی، جنین از نظر تریزومی و کاربوتایپ مشکل نداشته باشد. دیده شده این Abnormality ها حتی بدون وجود یافته ای در جنین، با یک سری از عوارض مانند IUGR یا اولیگوهایدرو آمنیوس، Preterm Labor و یا IUFD همراه است.

بنابراین وقتی که یک تست غربالگری (مانند آلفافیتوپروتئین یا PAPP-A یا استروژن) سطح نرمالی ندارد حتی اگر ارزیابی و سونوگرافی های اولیه نرمال بود نمی توانیم کاملاً به خانواده اطمینان دهیم که مشکلی وجود ندارد! نکته از اسلاید: پایین بودن میزان PAPP-A در تریمرس اول و بالا بودن آلفافیتوپروتئین در تریمرس دوم با افزایش ریسک نارسایی جفت و IUFD همراه است.

IUFD % 10 ها در زمینه ی اختلالات زمینه ای مادری رخ می دهد.

اگر چه به علت گستردگی علل، نمی توان این ارتباط را کاملاً ثابت کرد، مثلاً در خانمی که دیابت دارد و دیابت کاملاً کنترل شده است و همه ارزیابی های سلامت جنین هم انجام شده، اگر جنین IUFD شود نمی توان گفت که علت IUFD دیابت مادر بوده است یا خیر.

در جداول صفحات بعد مشاهده می کنید که با بیماری های زمینه ای ریسک مورتالیتی ها به چه میزان افزایش پیدا می کند.

در کل اگر میزان IUFD در حاملگی حدود 6 در هزار باشد، در کسانی که Low Risk هستند (سن مادر بالا نیست، سابقه بیماری جدی در مادر، پدر و فرزندان قبلی نیست و مشکلی هم در حاملگی رخ نمی دهد) ریسک مرگ داخل رحمی 5 / 5 - 4 عدد در هزار است ولی هر بیماری مادری که وجود داشته باشد باعث افزایش ریسک می شود.

مثلاً اگر مادر Chronic HTN داشته باشد ممکن است تعداد به 25 عدد در هزار افزایش پیدا کند.

یا به عنوان مثال دیابت اگر با رژیم غذایی کنترل شود و یا اگر با انسولین کنترل شود ریسک متفاوتی دارد، در بعضی بیماری ها مثل لوپوس به 40 تا 50 عدد در هزار می رسد، در بیماری های کلیوی تا 200 در هزار افزایش پیدا می کند.

به همین صورت مشاهده می کنید که در سایر بیماری های مختلف مثل ترومبوفیلی و کلستانز حاملگی، مصرف سیگار، چاقی و ... ریسک ها افزایش می یابد که بیانگر تاثیر اختلالات مادری بر جنین در دوران بارداری است.

Condition	Prevalence (%)	Estimated Rate of Stillbirth (Per Thousand)	Odds Ratio*
All pregnancies	8	6.4	1.0
Low-risk pregnancies	80	4.0	0.86
Hypertensive disorder			
Chronic hypertension	6	6	1.5
Pregnancy-induced hypertension			
Mild	5.8	9	1.2
Severe	1.3	12	1.8
Diabetes			
Treated with diet	2.5	6	1.2
Treated with insulin	2.4	6	1.7
SLE	<1	40	6
Renal disease	<1	15	2.2
Thyroid disorders	0.2	12	2.2
Thrombophilia	1	18	2.8
Cholestatis of pregnancy	<0.1	12	1.8
Smoking >10 cigarettes	10	10	1.7
Obesity (prepregnancy)			
BMI 25.0-29.9 kg/m ²	21	12	1.9
BMI >30	20	13	2.1
Low education attainment (<12 y vs. 12 y+)	30	10	1.6
Previous growth-restricted infant (<10%)	6.7	12	2.0
Previous stillbirth	0.5	9	1.4
Multiple gestation	2	8	8
Twins	2.7	12	1.0
Triplets	0.14	34	2.8
Advanced maternal age (reference <35 y)			
35-39 y	15	11	1.8
40 y+	2	11	1.8
Black women compared with white women	15	12	2.0

سندرم آنتی فسفولیپید :

در مادرانی که دچار این سندرم بوده یا آنتی فسفولیپید مثبت هستند هم سقط و هم IUGR خود به خود بیشتر است؛ همچنین یک سری از عوارض حاملگی مثل HTN زودرس، IUGR زودرس و دکولمان در آن ها بیشتر است و ممکن است به این علل نیز دچار IUGR شوند.

تشخیص این بیماری به عنوان یک بیماری اتوایمیون بسیار مهم است تا درمان های لازم انجام شود، چرا که دیده شده درمان آن به صورت جدی مورتالیتی جنین را پایین می آورد.

ارزیابی در مواردی که شک داریم، مثلاً یک خانم که 2 نوبت IUFD در حول و حوش هفته های 15 و 20 حاملگی داشته و یا IUGR زودرس داشته، صورت می گیرد.

ارزیابی ما شامل لوپوس آنتی کوآگلان، آنتی کاردیولپین آنتی بادی و آنتی بتا 2 گلیکوپروتئین آنتی بادی است که باید حتما انجام شود.

اگر تشخیص مثبت بود و آزمایشات Abnormality داشت، درمان شامل استفاده از هپارین است.

در دوران بارداری می توانیم از هپارین معمول یا Traditional استفاده کنیم یا از Unfractionated heparin یا molecular Low استفاده کنیم که امروزه مارک های مختلف مثل کلگزان یا انوکساپارین را در بازار داریم. معمولاً این

درمان را با آسپرین Low dose همراه می کنیم

دیابت:

آمار مورتالیتی را چند برابر می کند. هم تیپ یک و هم تیپ دو می تواند باعث Stillbirth شود. دیابت gestational که با رژیم غذایی کنترل شود عملاً نباید IUFD را افزایش بدهد ولی در GDMهایی که انسولین می گیرند مورتالیتی می تواند افزایش یابد.

مکانیسم مورتالیتی جنین در DM دقیقاً مشخص نیست و بیشتر به فاز های هایپرگلاسمی مادر که تشخیص داده نشده اند، ارتباط داده شده است. به طور معمول ما قند مادر را ناشتا و 2 ساعت بعد از هر وعده اندازه می گیریم و در فواصل این ها ممکن است قند مادر بالا برود؛ یا اینکه ممکن است مادری به علت دیابت Poorcontrol دچار هایپرگلاسمی شود.

در فاز هایپرگلاسمی جنین نیاز به مصرف O2 بیشتری برای متابولیسم گلوکز زیادی که وارد بدنش شده است، دارد. این مصرف زیاد O2 می تواند باعث افت شدید اکسیژن و هیپوکسی حاد در جنین شود و اسیدوز و مرگ درون رحمی رخ بدهد. گاهی ماکروزومی که به علت دیابت رخ می دهد می تواند جنین را دچار مشکل کند. هر چه ما DM را بهتر کنترل کنیم مورتالیتی کاهش بیشتری می یابد.

بیماری های سیستمیک:

بیماری قلبی و کلیوی و لوپوس از بین بیماری های اتوایمیون جزو بیماری های سیستمیک مادر هستند که در بحث مورتالیتی جنین بسیار اهمیت دارند. موارد دیگر مثل کلستاز نیز در مرگ و میر جنین تاثیر دارند.

فاکتورهای محیطی:

از فاکتورهای محیطی در تماس با مادر، Smoking (مخصوصاً heavy smokerها) می تواند با بالا بردن کربوکسی هموگلوبین باعث اسپاسم و افزایش مقاومت در عروق شده و منجر به هایپوکسی و مورتالیتی جنین شود.

همچنین تماس مکرر و طولانی مادر با سموم و آفت کش ها نیز موثر است و toxicity ناشی از آن ها می تواند جنین را از بین ببرد. داروهایی که مادر استفاده می کند بعضاً تراژوژن و کشنده هستند؛ Drug abuse و مصرف موادی مثل کوکائین نیز اثرات مخربی روی جنین دارد.

ترومبوفیلی ها:

تظاهرات آنها در بارداری مشابه سندرم آنتی فسفولیپید است و IUGR و دکولمان و Stillbirth را افزایش می دهند. ترومبوفیلی دارای علل ارثی است و فاکتورهایی که بررسی می شوند شامل بررسی موتاسیون G20210A در ژن پروترومبین، موتاسیون فاکتور 5 Leiden و میزان activity پروتئین C و S است.

➤ علل جفتی

➤ علل بند نافی

➤ سایر علل مامایی

علل جفتی:

اختلالات جفتی می تواند مربوط به سندرم باند آمنیوتیک باشد که باعث مرگ و میر جنین می شود و بسیار نادر بوده و تشخیص آن دشوار است.

همچنین ترومبوز عروق بند ناف، ویلامنتوز بودن بند ناف و vasa previa جز علل دیگر جفتی برای مرگ جنین هستند. توضیحات:

در حالت عادی انشعابات بند ناف بعد از اینکه به صفحه جفت می رسد شروع می شود، که این اتصال می تواند در سمت مرکزی یا حاشیه ای جفت باشد. حال اگر انشعابات بند ناف قبل از رسیدن به جفت و در فاصله ای از جفت شروع شود به آن بند ناف ویلامنتوز گفته می شود که عروق می توانند روی پرده ها قرار گیرند و بعد به جفت برسند. اگر رگی که روی پرده قرار دارد اتفاقاً از روی cervix عبور کند (روی آن قسمت از پرده باشد که از Cenvix عبور می کند)، در معاینه رگی را می بینیم که پالس دارد یا داپلر مثبت است که به آن (Vasa Previa رگ سرراهی) می گویند؛ این مورد به دنبال ویلامنتوز بودن بند ناف دیده می شود. دیده شده که حتی در صورت عدم وجود رگ سر راهی آمار مرگ و میر جنین در بندناف ویلامنتوز بالاتر است و بدترین حالت vasa previa است که ممکن است با شروع Labor رگ به صورت ناگهانی پاره شود و جنین خون زیادی از دست داده و فوت کند.

Fetal-maternal hemorrhage :

باعث مرگ و میر جنین می شود. آمار 14 - 5 % برای آن ذکر شده است؛ درواقع همان بحث ناسازگاری Rh است که طی آن لیز خون و آنمی و هیدروپس باعث مرگ و میر جنین می شود.

چندقلویی:

بارداری های چند قلو به علل مختلف مثل اختلال در خونرسانی، آنومالی های همراه و زایمان زودرس باعث مرگ و میر جنین می شوند. همچنین دکولمان و حوادث بند ناف نیز در آن ها بیشتر است

علل بند نافی

شامل بند ناف گردنی است که گفته شده به طور متوسط 30 - 25 % جنین ها می تواند loop گردنی داشته باشند. ندرتاً باعث مورتالیتی می شود ولی خیلی اوقات علت خاصی به جز وجود بند ناف گردنی برای مرگ جنین پیدا نمی شود؛ مخصوصاً در بند ناف هایی که کوتاه هستند اگر دچار Nuchal cord شوند و دور گردن بپیچند ممکن است در حرکات جنینی، کشش و فشار ایجاد شده باعث اختلال خونرسانی به جنین و مورتالیتی شود.

در کتاب دنفورت آمار بند ناف (چه گردنی و چه پیچ خوردگی دور اندام ها) را تا 30 % ذکر کرده است.

گره بند ناف نیز از علل دیگر است. بند ناف می تواند دچار گره حقیقی شود. البته به علت وجود ژل وارتون دور بند ناف، حتی اگر گره حقیقی رخ بدهد ممکن است مشکل شدیدی در جریان خون ایجاد نکند اما ندرتاً در جنین هایی که ژل کم است و به خصوص در جنین هایی که دچار IUGR هستند و ژل نازک است و عملاً فقط عروق باقی مانده اند، وجود گره می تواند باعث مورتالیتی شود.

لازم به ذکر است که تنها به علت وجود بند ناف گردنی نمی توان گفت علت مرگ، بندناف بوده است و باید بعد از رد سایر علل آن را مطرح کرد زیرا در بسیاری از موارد بند ناف گردنی، اتفاقی برای جنین نمی افتد.

سایر علل مامایی

از سایر موارد می توان به نارسایی سرویکس اشاره کرد که باعث **Preterm Labor** و **Prematurity** می شود. همچنین پره اکلامپسی و دکولمان و **PROM** و **PPROM**، جفت سرراهی، ناسازگاری **RH**، آنومالی های رحمی (که طی آن ها ممکن است جفت نامناسبی در آن قسمت غیر طبیعی تشکیل شود و جنین **IUGR** پیدا کند و یا اینکه به دلیل **PTL** و **PROM** ای که در این آنومالی ها رخ می دهد مورتالیتی جنین افزایش یابد) از علل دیگر هستند. تروما مادری در سنین بالای 20 هفته می تواند باعث مرگ و میر جنین بشود و قبل از آن باید تروما خیلی شدید باشد یا شکستگی در لگن مادر و له شدگی ایجاد کند و در غیر این صورت معمولاً باعث مرگ جنین نمی شود. در سنین بالاتر جنین تروماهایی ضعیف تر مثل یک سقوط از ارتفاع کوتاه یا یک ترمز شدید ماشین و فشار خفیف روی شکم ممکن است دکولمان و یا زایمان زودرس در اثر **stress hormone** ایجاد کند. با توجه به تمام موارد گفته شده باز هم در بعضی موارد **IUFD** و **Stillbirth** را نمی توان مشخص کرد مخصوصاً در مواردی که **IUFD** نزدیک ترم داریم.

§ Diagnosis and Management :

وقتی یک مرگ داخل رحمی رخ می دهد چند کار باید انجام دهید اول اینکه باید مرگ را تایید کنید. دوم بحث اطلاع دادن به خانواده است و سوم این که معین کنید زایمان چگونه انجام شود. تایید تشخیص فوت جنین با سونوگرافی است ولی تشخیص بالینی ما معمولاً بر این اساس است که مادر با شکایت کاهش حرکت مراجعه می کند یا برای کنترل بارداری می آید و در معاینه صدای قلب جنین ندارد و در طول این مدت حرکات روده را به جای حرکات جنین در نظر گرفته و متوجه کاهش حرکت جنین نشده و **IUFD** ایجاد شده است. پس تایید مرگ جنین با سونوگرافی است ولی ما با ارزیابی های اولیه مثل تعیین ارتفاع رحم که کوچک تر از حد انتظار باشد و یا عدم شنیده شدن صدای قلب، یا شکایت کاهش حرکت شک به **IUFD** می کنیم.

نکته شعوری: هنگامی که مادر از مرگ جنین خبر ندارد و صدای قلب را پیدا نمی کنید خود را کنترل کنید و به مادر استرس وارد نکنید! ممکن است هنوز امیدی باشد! حتی اگر واقعا مرگ جنینی رخ داده بود بهتر است مقدمه چینی بسیار انجام دهید و همسر یا همراهی بیمار را صدا بزنید؛ و درک کنید که این استرس بسیار شدید است خصوصاً وقتی مادر سابقه قبلی سقط یا نازایی دارد و یک دفعه و ناگهانی و بی احساس خبر را اعلام نکنید!

در مورد نحوه انجام زایمان باید گفت که خیلی از این موارد در عرض 2 - 1 هفته خود به خود وارد پروسه لیبر می شوند مخصوصاً اگر سن حاملگی بیشتر باشد. در سنین کمتر مثلاً اگر در 15 هفته سقط شود شاید تا 4 هفته طول بکشد هر چند که این ها هم اکثراً تا 2 هفته بعد محصولات حاملگی را دفع می کنند.

Labor بسته به سابقه بیمار و سن حاملگی می تواند به صورت طبی یا جراحی انجام شود. در تریمر اول و دوم به صورت طبی توسط میزوپروستول ختم حاملگی را خواهیم داشت.

نکته از اسلاید: دوز میزوپروستول:

I 200 mcg of misoprostol in the posterior fornix every 4 hours

II 400 mcg per vagina up to every 2 hours

III orally (200 to 400 mcg) every 2 to 4 hours.

برای زمان ختم حاملگی حتماً با خانواده صحبت کنید و فرصتی بدهید تا قبول کنند که فرزندشان از بین رفته است؛ بهتر است خود خانواده انتخاب کنند که همان روز می خواهند ختم حاملگی بدهند و یا اینکه دوست دارند به سایر مراکز هم بروند و مرگ را تایید کنند.

البته ما پیشنهاد نمی کنیم که صبر کنند چون معمولاً نمی دانیم جنین کی فوت کرده و اگر 1 هفته تا 10 روز از مرگ جنین گذشته باشد خطر DIC برای مادر زیاد می شود.

اگر بدانیم زمان مرگ کی بوده بیشتر از 2 هفته فرصت نمی دهیم ولی اکثر بیماران خودشان تصمیم به بستری در طی 1-2 روز بعد از کشف IUD و ختم بارداری می گیرند.

نکته مهم ارزیابی برای کمک به بارداری بعدی است. کشف علت حائز اهمیت است که معمولاً بعد از تولد توسط ارزیابی ها انجام می شود.

خیلی اوقات نیز بر اساس سونوگرافی هایی که در هفته های آخر انجام شده و یافته های آن (که بر اساس آن مثلاً جنین IUGR است یا کلیه پلی کیستیک یا آنومالی دیگر دارد) علت IUD را معین می کنیم. پس سونوگرافی می تواند نقش تعیین کننده ای داشته باشد؛ اما بهترین روش ارزیابی، انجام اتوپسی روی جنین است.

خیلی از افراد در فاز استرس ناگهانی ناشی از مرگ جنین، به انجام اتوپسی رضایت نمی دهند ولی وظیفه شما این است که توضیح دهید و اتوپسی بخواهید مخصوصاً وقتی مادر هیچ بیماری زمینه ای و مشکلی ندارد و در کودک هم آنومالی خاصی را پیدا نمی کنیم؛ شاید خانواده به اتوپسی کامل رضایت ندهد و به Partial autopsy رضایت بدهد مثلاً اگر سونوگرافی آخر AF نامناسب را ذکر کرده است یا احتمال آنومالی کلیه وجود دارد، می توانید خانواده را قانع کنید که کلیه جنین بررسی شود.

اگر فرد train شده برای اتوپسی کردن حضور نداشت یکسری اقدامات دیگر به جای اتوپسی می توان انجام داد؛ اینکه یک فوق تخصص نوزادان ظاهر و بالین جنین را بررسی کند. یا اینکه می توان یک Post mortem MRI انجام داد که بافت های داخلی بررسی شود ولی در این روش هم برای تفسیر اطلاعات به یک فرد expert نیاز داریم که روی اجزاء درونی نوزادان و آنومالی ها و تاثیر آنومالی ها بر مرگ مسلط باشد.

همچنین بررسی جفت اهمیت بسیاری دارد. باید از جنین کاریوتایپ گرفته و جفت را حتماً برای پاتولوژی بفرستید و حتماً بنویسید که Stillbirth و IUD شده تا تمام پاتولوژی ها بررسی شود (بهتر است برای پاتولوژیست قید کنید که حتماً بگوید Calcification به چه شکل است و انشعاب عروق و وضعیت عروق در بافت جفتی و تغییرات پاتولوژیک آن به چه صورت است).

شاید نیاز باشد جنین و مادر را از نظر ناسازگاری Rh بررسی کنیم که توسط Coombs غیر مستقیم انجام می شود. بررسی سم شناسی در موارد خاص ممکن است درخواست شود.

در صورت شک به عفونت نیز می توان بررسی های لازم را انجام داد و حتی اگر مشکوک هستیم می توانیم در بافت های جنینی بررسی عفونت را داشته باشیم که البته به طور روتین توصیه نمی شود.

بررسی TORCH هم بسته به مورد است. بررسی سندرم آنتی فسفولیپید هم بر همین ترتیب بسته به مورد (که در بالا اشاره شد) انجام می شود.

به همین ترتیب پله پله بر اساس علل شایع جلو می رویم و اگر یک آنومالی کشنده (مثلاً قلبی) در جنین در اتوپسی مشخص شد دیگر نیاز به بررسی سایر فاکتورها نیست.

نکته: برای حاملگی بعدی خیلی مهم است که برای خود خانم و همسرش توضیحات لازم را برای حاملگی بعدی بدهید! چرا که بسته به علت مرگ ممکن است لازم باشد قبل حاملگی بعدی کارهای خاصی توسط مادر و پزشک او انجام شود. موارد بیماری زمینه ای مادر هم تا جایی که می شود باید بیشترین کنترل را داشته باشند و بسته به مورد، حتماً Plan مناسب برای حاملگی بعدی بریزیم.

مثلاً مادری که انسولین می گیرد باید هفته ای دو بار NST و هفته ای یک بار بیوفیزیکال پروفایل انجام دهد!

منابع: دنفورت - ویلیامز - اسپروف - CMMD

زایمان سزارین

زایمان سزارین یک جراحی بزرگ است که با شکافتن پوست روی شکم، عضلات زیر آن و جدار رحم همراه است.

سلامت: به طور متوسط، ۱۰ درصد زایمان ها در جهان به روش سزارین انجام می شود، طبق آمار رسمی در ایران حدود ۲۵ تا ۳۵ درصد زایمان ها به صورت عمل جراحی یعنی سزارین صورت می گیرند، در حالی که طبق آمار غیر رسمی در ایران، سزارین ۵ برابر سایر نقاط جهان است.

امروزه در برخی از بیمارستان های ایران این آمار حتی ۱۰۰ درصد نیز گزارش شده است. برخی متخصصین معتقدند که علت افزایش گرایش زنان به انتخاب زایمان سزارین، فرار از درد زایمان است. اما عمل سزارین خود با درد فراوان همراه است و عواقب منفی متعددی نیز به همراه دارد.

چرا در ایران آمار میزان زایمان سزارین به طور غیر متعارف بالا رفته است؟

علل زیادی برای این سوال وجود دارد:

۱- پیشرفت پزشکی و تکنولوژی یکی از دلایل افزایش زایمان سزارین

به گفته ی برخی متخصصین بارز ترین علت آن پیشرفت پزشکی و تکنولوژی می باشد که در مواقع خطر برای مادر و جنین مفید واقع می شود.

برای مثال خطرات عمل جراحی به علت امکانات بی هوشی، انتقال خون و آنتی بیوتیک ها برای مادر خیلی کاهش یافته است.

مراقبت های نوزادی نیز پیشرفت کرده و خطرات سزارین برای نوزاد نیز کاهش یافته است.

همچنین روش های بهتری برای تعیین سلامت جنین در حین دردهای زایمانی وجود دارند.

بنابراین با مشاهده علائم خطر برای جنین و یا مادر در حین دردهای زایمانی می توان فوراً او را سزارین نمود، در حالی که این امکانات در ۲۰ سال پیش وجود نداشت.

از نظر پیشرفته بودن باید تذکر داد که با این که سزارین یک عمل پیشرفته می باشد ولی یک عمل جراحی بزرگی است که در صورتی که برای بیمار واجب نباشد اصلاً عاقلانه نیست. امروزه در آمریکا هیچ پزشکی نمی تواند بدون یک علت پزشکی قابل قبولی اقدام به سزارین بیمار کند و چیزی به عنوان سزارین اختیاری که ما در ایران داریم، وجود ندارد. یعنی اگر چنین کاری را انجام دهند از نظر قوانین پزشکی توبیخ می شوند!

یک علت دیگر از منشاء پزشکان می باشد. متأسفانه برخی از پزشکان به خاطر این که ریسک یک زایمان مثلاً با دستگاه (واکیوم و یا فورسپس) را متحمل نشوند فوراً بیمار را سزارین می کنند و البته دستمزد بیشتری نیز دریافت می کنند.

سزارین باعث کاهش عوارض زایمان برای نوزاد نمی گردد.

۲ - انتخاب مادران و تفکر اشتباه زنان یکی از عوامل افزایش زایمان سزارین

علت دیگر افزایش تعداد سزارین، خود بیماران هستند. متأسفانه برخی از خانم ها سزارین را مثل یک پدیده ی مُد می پندارند و فکر می کنند که هر کس مدرن تر و یا امروزی تر است باید سزارین شود و حتی اصطلاحاتی مانند این که زایمان طبیعی یک نوع " توحش " است نیز گفته شده است.

برخی هم فکر می کنند سزارین برای نوزادشان بهتر است، چرا که " فشار " بر روی سر بچه وارد نمی شود. باید به چنین خانم هایی تذکر داد که همین فشاری که جنین تحمل می کند برای او حتی مفید هم هست چرا که با حالت مکشی که ایجاد می کند ریه های او را پاک می نماید. به همین علت است که نوزادان زایمان طبیعی مشکلات تنفسی کمتری نسبت به سزارینی ها دارند.

از بابت فشار بر روی سر جنین نیز نباید نگران باشند چون استخوان های سر او به نحوی هستند که این فشار را به خوبی تحمل می کنند و هیچ عارضه ای برای نوزاد پیش نمی آورد، مگر در مواردی که سر جنین نسبت به لگن مادر بزرگ باشد که در این مواقع سزارین برای مادر و جنین مفید و ضروری می باشد. حتی در یک تحقیق روشن شد بچه هایی که با روش طبیعی به دنیا آمده اند، بهره هوشی بالاتری دارند.

از نظر مُد و مدرنی نیز باید بدانند که امروزه در کشورهای پیشرفته، زایمان طبیعی را یک موفقیت بزرگ برای زنان می دانند و سزارین را یک شکست تلقی می کنند؛ به طوری که کلوپ های حمایت از سزارینی ها تشکیل می شود تا آن ها را از نظر روحی حمایت کنند چرا که معتقدند قادر به کسب یک موفقیت بزرگ نشده اند.

۳ - علل علمی که پزشک را مجبور به انتخاب سزارین می کند

هر زایمان طبیعی ممکن است به سزارین بکشد به هر حال به این نکته هم باید توجه کرد که یکی از شرایط زایمان طبیعی اورژانسی شدن و اضطراب سزارین در حین زایمان است.

با توجه به این که ۸ تا ۱۰ درصد زایمان ها نیاز ضروری به سزارین پیدا می کند هر زایمان طبیعی ممکن است به سزارین ختم شود و این شرایط قابل پیش بینی نیست.

افت ضربان قلب نوزاد، کنده شدن جفت و حوادث اورژانسی دیگر ممکن است زایمان طبیعی را به سزارین بکشد اما نباید این حوادث را عارضه ی زایمان بدانیم و مهم است بدانیم در خیلی از موارد اگر سزارین صورت نگیرد جان مادر و نوزاد در خطر می افتد.

میزان سزارین در ایران بیش از ۳ برابر نرخ جهانی است.

عوارض زایمان سزارین

با وجود پیشرفت های پزشکی و افزایش امنیت عمل جراحی، با این حال یک سزارین، خالی از خطر و عوارض نمی باشد.

عوارض مربوط به مادر عبارت هستند از:

خون ریزی های پس از عمل، لخته های خونی که در برخی از موارد بسیار خطرناک و حتی کشنده هستند، عفونت و چسبندگی هایی در رحم و لوله ها و حتی روده ها، عوارض بیهوشی و دردهای مربوط به بخیه ها.

پس باید به خاطر سپرد که:

۱ - روزهای بستری در سزارین برای بیمار بیشتر است.

۲ - احتمال خون ریزی بعد از زایمان بیشتر است.

۳ - دردهای لگنی و چسبندگی بیشتر است.

۴ - مدت زمانی که فرد بتواند به روال عادی زندگی برگردد بیشتر است.

۵ - احتمال نازایی بعد از سزارین نیز وجود دارد.

عوارض مربوط به جنین:

عبارت هستند از یرقان و مشکلات تنفسی.

البته منظور این است که احتمال بروز این مشکلات در نوزادان سزارینی بیشتر از نوزادان زایمان طبیعی است نه این که حتماً در هر نوزادی که با روش سزارین به دنیا می آید این مشکلات نیز پیش می آید و بالعکس.

فشاری که در حین زایمان طبیعی به قفسه ی سینه نوزاد وارد می آید کمک زیادی به تمیز کردن ریه های او از ترشحات و مایعات می کند که بر قراری یک فعالیت تنفسی عادی را برای نوزاد ایجاد می کند. البته باز هم باید تأکید نمود در صورتی که ماما یا پزشک تان تشخیص دهد که عمل سزارین برای شما و نوزادتان مفیدتر است باید سزارین انجام شود و عوارض آن با عوارض مربوط به یک زایمان طبیعی مشکل، باید سنجیده شود و هر کدام برای شما مفیدتر است انتخاب گردد.

یکی دیگر از عوارض زایمان سزارین، عوارض مادی آن است.

همان طور که قبلاً ذکر شد هزینه یک عمل سزارین و مدت بستری پس از آن، حدود ۴ برابر و یا بیشتر از یک زایمان طبیعی است.

عمل سزارین عمل جراحی بزرگ است و بعد از سزارین انتظار بروز این رویدادها را داشته باشید و موارد زیر را رعایت کنید:

۱- درد؛ که معمولاً در روز اول پس از جراحی شدیدتر است و بعد از آن باید فروکش کند.

۲- ترشح از دستگاه تناسلی که طبیعی است.

۳- هر روز مقدار فراوانی آب بنوشید؛ بین ۸ تا ۱۰ لیوان.

۴- از بلند کردن اشیای سنگین و از بالا رفتن از پله ها خودداری کنید.

۵- رانندگی نکنید تا زمانی که بتوانید به راحتی کمربند ایمنی را ببندید.

۶- در صورتی که محل برش جراحی، قرمز و متورم شد، به دکترتان اطلاع دهید.

از نظر پزشکان، زایمان طبیعی ۳ تا ۴ برابر سزارین دردسرساز است ولی تعرفه هایی که به آن اختصاص داده شده خیلی کمتر از سزارین است که این موضوع نیز بر افزایش سزارین در ایران دامن می زند در حالی که در کشورهای پیشرفته ی دنیا تسهیلات ویژه ای را برای زایمان طبیعی اختصاص داده اند که افراد را به آن ترغیب می کند.

تحقیقات نشان داده است در کشورهایی که آمار سزارین پایین است، مادران تمایل بیشتری به انجام زایمان طبیعی دارند و عامل این تمایل، رضایت آنان از انجام زایمان واژینال است.

دلایل مورد قبول برای زایمان سزارین

در قسمت اول این مطلب به دلایل افزایش میزان سزارین در کشور و همچنین عواض و مراقبت های لازم در آن، اشاره کردیم؛ اما به هر حال گاهی اوقات لازم است که یک مادر باردار برای به دنیا آوردن نوزادش این عمل را بپذیرد. در زیر این دلایل آورده شده است.

۱- عدم تطابق سر جنین با لگن مادر: اغلب این گونه موارد در موقع دردهای زایمانی مشخص می شوند. به این ترتیب که با وجود انقباضات زایمانی، پیشرفت زایمان خوب نیست و یا این که در معاینه ی داخلی، متوجه این عدم تطابق می شوند. البته موارد تنگی و یا اختلاف اندازه بسیار فاحش، قبل از دردها و در یک معاینه دقیق داخلی که توسط ماما یا پزشک در ماه آخر صورت می گیرد مشخص می شود.

۲ - زجر جنین: زجر جنین به معنای تغییرات بارز در تعداد ضربان قلب جنین است که نشان دهنده این موضوع می باشد که میزان اکسیژن خون او کافی نیست و مواد زاید خونش بیش از اندازه است. در این صورت معمولاً عمل سزارین به طور اورژانس انجام می شود.

۳ - طرز قرار گرفتن غیر عادی جنین: وضعیت طبیعی قرار گرفتن جنین به صورت سر به پایین و داخل لگن مادر است. اگر مثلاً جنین به صورت عرضی قرار گیرد امکان زایمان طبیعی وجود ندارد. در صورتی که پاهای جنین داخل لگن مادر باشد (سر او بالا باشد) در برخی موارد امکان زایمان طبیعی وجود دارد ولی اغلب مواقع، سزارین، راه انتخابی است.

۴ - مشکلات مربوط به جفت و بند ناف: اگر جدا شدن زودرس جفت صورت گیرد و یا جفت به جای این که در قسمت فوقانی رحم واقع شود، بر روی دهانه رحم قرار گیرد (جفت سر راهی)، بهترین روش زایمان همان سزارین می باشد. ممکن است در حین یک دوره دردهای طبیعی، ناگهان بند ناف جنین به داخل مجرای زایمانی و جلوی سر جنین لیز بخورد. در چنین حالتی بند ناف بین سر جنین و لگن مادر تحت فشار قرار می گیرد و جریان خون و اکسیژن به جنین قطع می گردد. این مورد نیز از موارد سزارین اورژانس می باشد.

۵ - سزارین قبلی: قبلاً اعتقاد بر این بود که اگر خانمی یک بار سزارین شد، باید همیشه سزارین شود. البته در برخی بیماران این قانون هنوز هم حاکم است ولی امروزه اعتقاد بر این است که اگر علت سزارین قبلی، در این حاملگی وجود ندارد مثلاً حاملگی قبلی جنین به طور عرضی قرار داشته ولی در این حاملگی جنین با سر قرار دارد و بیمار در یک بیمارستان مجهز قرار دارد می تواند تحت نظر یک متخصص زنان و زایمان، زایمانی طبیعی انجام دهد. باید بیماران تفهیم شوند که در صورتی که مورد منعی برای این اقدام وجود نداشته باشد، زایمان طبیعی بسیار مطمئن تر و بی خطرتر از یک عمل جراحی بزرگی مثل سزارین می باشد، عوارض مربوط به مادر و جنین کاهش می یابد و یک فاکتور مهم دیگر یعنی هزینه نیز کاهش می یابد. هزینه یک زایمان طبیعی حدود یک چهارم عمل سزارین می باشد. البته خانم هایی که قبلاً سزارین شده اند و برش روی رحم شان به صورت طولی انجام شده نمی توانند زایمان طبیعی داشته باشند. فقط خانم هایی که برش روی رحم شان عرضی بوده و مورد منعی برای زایمان طبیعی ندارند، می توانند به این فیض برسند. (معمولاً برش روی شکم با برش روی رحم مطابقت دارد اما گاهی این طور نیست، بنابراین داشتن پرونده پزشکی با قید نوع برش روی رحم الزامی است.

۶ - دخالت های پزشکی بیش از اندازه در دوره دردهای زایمانی:

مصرف داروهای مسکن زودتر از موقع و یا داروهای محرک انقباضات، بیش از حد مجاز، می تواند پیشرفت زایمان را کند نماید و به علت زایمان طول کشیده، سزارین انجام شود. آمار نشان داده است که بیماران تحت نظر ماماها کمتر سزارین می شوند. یکی از دلایل آن این است که ماماها کمتر از پزشکان از داروهای مختلف استفاده می کنند و علت دیگر این است که چون خود ماما نمی تواند عمل سزارین را انجام دهد، سعی می کند تا جایی که برای بیمار و جنین ضرری نداشته باشد، زایمان او را به صورت طبیعی انجام دهد.

۷ - جنین های نارس و دیررس (کمتر از ۳۸ هفته و بیشتر از ۴۲ هفته)

جنین های نارس احتمالاً تحمل فشار زایمان طبیعی را نخواهند داشت.

جنین های دیررس نیز به علت درشتی و اشکال در خون رسانی در زایمان طبیعی، دچار مشکل می شوند.

۸- جنین های دارای مشکلات RH خون:

جنین هایی هم که مشکلات ناشی از RH خون دارند بهتر است با روش سزارین متولد شوند چون به اندازه کافی قوی نیستند که زایمان طبیعی را تحمل کنند.

۹- چند قلبی: گاهی زایمان دو قلوها به صورت طبیعی صورت می گیرد اما در اغلب موارد سزارین به عنوان بهترین راه انتخاب می شود. حاملگی های بیش از دو قلبی حتماً به صورت سزارین خاتمه می یابند.

۱۰- موارد متفرقه: مانند عفونت هرپسی در ناحیه تناسلی که نوعی عارضه تبخال مانند بسیار مُسری است که برای جنین خطرناک است، فشارخون بالا، تومورهای فیبرویدی، بیماری قند، ایدز مادر و دوره دردهای زایمانی که بسیار طول کشیده باشد، از موارد دیگر سزارین می باشند.

سابقه مرگ نوزاد، سابقه ی نازایی و شکم اول مُسن (بیش از ۳۵ سال) نیز قابل ذکر هستند.

سقط جنین و راه های مقابله با سقط طبیعی

بیشتر خانم ها با واژه های «دیلاتاسیون» و «کورتاژ» یا همان C&D آشنایی دارند. «دیلاتاسیون» و «کورتاژ» عمل کوچکی است که برای تشخیص یا درمان بسیاری از بیماری هایی که باعث خون ریزی های غیرطبیعی رحم می شوند به کار می روند.

این شیوه برای تشخیص سرطان رحم نیز استفاده می شود، اما بدانیم چرا پزشک دیلاتاسیون و کورتاژ را توصیه می کند، چه توقعی باید از این عمل داشت یا خطرهای این عمل چیست.

«دیلاتاسیون» به معنی باز کردن دهانه رحم برای پهن تر یا گشادتر کردن آن و «کورتاژ» به معنی تراشیدن یا برداشتن نمونه ای از اندومتر یا بافت درونی رحم برای معاینه های بعدی است. برای درک بهتر، خوب است بدانیم رحم اندامی عضلانی است که در قسمت تحتانی شکم قرار دارد. دهانه رحم هم «سرویکس» نامیده می شود. در سنین باروری، هر ماه میزان 2 هورمون زنانه به نام «استروژن» و «پروژسترون» تغییر می کند و این تغییر باعث بروز خون ریزی قاعدگی می شود. این هورمون ها در تخمدان ها ترشح و بدن یک خانم را برای بارداری آماده می کنند. استروژن در دوره قاعدگی و پروژسترون در نیمه دوم سیکل قاعدگی تولید می شوند. پروژسترون باعث می شود لایه داخلی رحم ضخیم و هر ماه برای جایگزین شدن تخم لقاح یافته آماده شود.

اگر تخمک بارور نشود، میزان هورمون ها کاهش می یابد و پیامی به رحم می فرستد تا لایه داخلی آن فرو بریزد. ریزش لایه داخل رحم در هر ماه باعث عادت ماهیانه می شود. عمل دیلاتاسیون و کورتاژ معمولاً بدون مشکل انجام میشود و بهبود قاعدگی پس از آن معمولاً به سرعت در مدت کوتاهی رخ میدهد.

این کار به چه عللی انجام می‌شود؟

دیلاتاسیون و کورتاژ ممکن است برای کشف و شناسایی دلایل خونریزی غیرطبیعی انجام شود. طی این عمل نمونه‌ای از بافت رحم برداشته و در آزمایشگاه زیر میکروسکوپ بررسی می‌شود تا مشخص شود آیا سلول غیرطبیعی وجود دارد یا نه. این عمل همچنین وقتی خانمی دچار سقط شده باشد هم انجام می‌شود و در صورتی که باقیمانده محصولات بارداری در رحم باشد، با کورتاژ و دیلاتاسیون خارج می‌شوند. این کار بسیار مهم است زیرا ماندن بافت ممکن است باعث عفونت یا خونریزی زیاد شود.

تکنیک انجام دیلاتاسیون و کورتاژ چیست؟

پزشک ممکن است در صورت لزوم، قبل از جراحی دهانه‌رحم را کمی بازتر کند و برای این کار وسیله باریکی داخل دهانه‌رحم قرار می‌دهد تا چند ساعت در آنجا باقی بماند. این وسیله مایع را از دهانه‌رحم جذب می‌کند و باعث می‌شود سرویکس یا همان دهانه‌رحم ورم کند و کمی گشادتر شود، راه دیگر باز کردن دهانه‌رحم، تجویز دارو است.

ممکن است پزشک قبل از دیلاتاسیون و کورتاژ بیمار را بیهوش کند. می‌توانید در مورد نوع بیهوشی با پزشک تصمیم‌گیری و صحبت کنید. بیمار با بیهوشی‌های معمولی در مدت عمل بیدار نمی‌شود. بیهوشی از طریق تزریق وریدی دارو یا به وسیله ماسک بیهوشی انجام می‌شود اما در بیهوشی موضعی، اطراف سرویکس با دارو بی‌حس می‌شود و بیمار در طول عمل بیدار است.

طی عمل هم به همان روشی که برای معاینه‌های معمولی زنانه روی تخت معاینه قرار می‌گیرد، دراز می‌کشد تا داخل واژن دیده شود. دهانه‌رحم به آرامی باز و نمونه بافتی با «کوتر» یا «ساکشن» از درون رحم برداشته می‌شود و آن را برای معاینه‌های بیشتر به آزمایشگاه می‌فرستند.

آیا این شیوه تشخیصی خطر دارد؟ خطرها و عوارض C&D معمولاً نادر است اما ممکن است شامل خونریزی، عفونت یا پارگی دیواره رحم با وسیله باریکی باشد که درون رحم فرستاده می‌شود. اگر پارگی رخ دهد، اندامهای مجاور هم آسیب می‌بینند و جراحی اضافی لازم خواهد بود، بنابراین اگر پس از کورتاژ نشانه‌هایی چون خونریزی شدید از واژن، تب، درد شکم و ترشحات بدبو از واژن داشتید، فوراً به پزشک مراجعه کنید.

در موارد نادر بعد از دیلاتاسیون و کورتاژ ممکن است زخم یا چسبندگی ایجاد شود. این حالت که به نام «نشانگان آشرمن» خوانده می‌شود، می‌تواند باعث ناباروری و تغییراتی در جریان قاعدگی شود. در بسیاری از زنان این نشانگان با جراحی به‌طور موفقیت‌آمیز درمان می‌شود. اگر بعد از عمل دیلاتاسیون و کورتاژ متوجه تغییراتی در قاعدگی خود شدید، حتماً به پزشک خود اطلاع دهید.

چه مدت طول می‌کشد تا بهبود حاصل شود و چه مراقبت‌هایی لازم است؟

عمل دیلاتاسیون و کورتاژ مدت زیادی طول نمی‌کشد و بیمار می‌تواند بعد از چند ساعت به خانه برگردد. ممکن است به مدت یک تا روز برای انجام کارهای روزمره به کمک نیاز داشته باشید. اگر بیهوشی عمومی انجام شده، گاهی کمی تهوع و

استفراغ یا احساس خواب‌آلودگی و ضعف برای مدت کوتاهی او را آزار می‌دهد. دل‌پیچه‌های خفیف و خلط خونی یا کمی خون ریزی از گلو هم از عوارض بعد از این عمل است. بعد از دیلاتاسیون و کورتاژ یک لایه دیگر در رحم رشد می‌کند. ممکن است قاعدگی در زمان مشخصی که همیشه اتفاق می‌افتاد، رخ ندهد و کمی عقب بیفتند. نکته دیگر اینکه به دلیل بازتر شدن دهانه رحم، باکتری‌ها می‌توانند به راحتی داخل رحم شوند و این باعث عفونت می‌شود. بهتر است در مورد شروع رابطه زناشویی یا استفاده از تامپون از پزشک خود سوال کنید. بعد از اتمام این عمل و بازگشت نتایج نمونه برداری از آزمایشگاه، پزشک در مورد ادامه روند درمانی با شما صحبت خواهد کرد.

محدودیت‌ها و عواقب کورتاژ چیست؟

انجام عمل کورتاژ در کشور ما نیازمند مجوز رسمی پزشکی قانونی است. این مجوز تا ۱۸ هفتگی بارداری و در صورتی که آزمایش‌های غربالگری ۳ ماهه اول، بررسی و شمارش کروموزوم‌های جنین و انجام آمنیوسنتز نشان‌دهنده برخی ناهنجاری‌ها باشند، صادر می‌شود. در ۳ ماهه اول بارداری ناهنجاری‌های جدی مثل تشکیل نشدن سر، کلیه‌ها، مثانه، معده، دست‌ها یا پا، بیرون زدگی مغز از سر یا استقرار روده‌ها خارج از شکم همه با سونوگرافی قابل تشخیص هستند. در شمارش کروموزومی گاهی می‌بینیم کروموزوم‌های شماره ۲۱، ۱۳ و ۱۸ سه‌تایی و بسیار خطرناکند و سبب ناهنجاری‌های مختلف قلبی و مغزی می‌شوند. اگر بیمار به هر دلیلی مجوز داشته باشد و ساک بارداری چندان بزرگ نباشد، سعی می‌کنیم تا حد امکان برای خانم کورتاژ را انجام ندهیم. در ۷ تا ۸ هفته ابتدای بارداری با داروهای تجویزی رحم را وادار به سقط می‌کنیم که عملی دردناک و ناخوشایند است. از هفته ۸ بارداری به بعد تجویز داروی سقط خطرناک است و به دنبال مصرف، احتمال خونریزی‌های شدید و کشنده بسیار بالاست. به همین دلیل برای حفاظت از جان خانم در بیمارستان و شرایط بهداشتی کورتاژ را انجام می‌دهیم. این عمل می‌تواند برای خانم عوارض کوتاه مدت یا بلند مدتی داشته باشد.

عوارض کوتاه مدت:

۱. عفونت رحمی ناشی از کورتاژ:

واژن محیطی آلوده و رحم استریل و مناسب برای رشد و فعالیت میکروب‌های واژن است. عفونت داخل رحم می‌تواند به لوله‌های رحمی خانم سرایت کرده و منجر به نازایی بعدی شود. البته اگر این عمل در بیمارستان‌های خوب کشور انجام شود این اتفاق به احتمال کمتری رخ می‌دهد، اما در نقاط محروم و دور دست عفونت ناشی از کورتاژ شایع‌تر است.

۲. پاره شدن رحم:

دیواره رحم در دوران بارداری بسیار نازک می‌شود و اگر کورتاژ توسط شخصی بی‌تجربه و غیر ماهر و به صورت تهاجمی انجام شود، احتمال پارگی دیواره رحم وجود دارد که خود، خونریزی بسیار شدیدی را به دنبال دارد.

۳. آسیب به روده‌ها:

گاهی ابزار کورتاژ ممکن است به روده‌ها آسیب بزند و اگر این پارگی روده‌ای تشخیص داده شود می‌توان آن را ترمیم کرد. در غیر این صورت سبب عفونت داخل شکمی، آبسه‌های لگنی و نازایی می‌شود.

عوارض دراز مدت:

سندرم آشرمن تنها عارضه بلند مدت است که عبارت است از چسبیدن ۲ تا ۳ لایه داخلی رحم به یکدیگر است و سبب سقط، کاهش یا قطع خونریزی ماهانه در آینده و در نهایت نازایی قطعی می‌شود.

TI (بستن لوله های رحمی)

بستن لوله های رحمی در خانمها، یک عمل جراحی ساده و کم خطر است. این عمل در طی بیهوشی عمومی یا بی حسی موضعی قابل انجام است و توسط متخصص زنان، قابل انجام است. این عمل بصورت سرپایی و یا یک روز اقامت در بیمارستان انجام می شود.

روش بستن لوله ها چگونه از بارداری پیشگیری می کند؟

برای ایجاد بارداری، باید اسپرم به تخمک برسد. در طی این عمل، بستن لوله ها، از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری می کند.

میزان اثر بخشی روش بستن لوله های رحمی چقدر است؟ اثر بخشی این روش بیش از 99 درصد است.

بستن لوله های رحمی به عنوان روش پیشگیری از بارداری، چه مزایایی دارد؟

1-دایمی است

2-اثر بخشی بالا دارد.

3- نیازی به یاد آوری و مراجعه مکرر ندارد.

4- عارضه ای برای سلامتی فرد استفاده کننده روش در دراز مدت ندارد.

بستن لوله های رحمی به عنوان روش پیشگیری از بارداری چه معایبی دارد؟

5-تاثیری در روابط جنسی ندارد.

6- موجب کاهش ابتلا به سرطان تخمدان می شود.

این روش باید از طریق عمل جراحی انجام شود و به همین دلیل پر هزینه و دشوار است. در صورت پیشیمان شدن فرد از انجام این عمل، نیازمند یک عمل جراحی دوباره برای برگشت باروری است. بستن لوله های رحمی، عوارض ناشایعی دارد که در برخی موارد مشاهده می شود. احتمال تغییر میزان خونریزی قاعدگی، خطرهای بیهوشی (به میزان بسیار کم).

در برخی موارد باید عمل بستن لوله ها را به تاخیر انداخت:

❖ بیماری های التهابی لگن در سه ماهه اخیر

❖ بیماری تروفوبلاستیک بدخیم

❖ سابقه اخیر بیماری های قلبی حاد

❖ ابتلا به ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) یا آمبولی ریه

❖ خونریزی واژینال بدون علت مشخص

❖ مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان

❖ بیماری های فعال مقاربتی (STIs)

❖ سرطان های لگن

نکات مهم

بستن لوله های رحمی را می توان پس از رفع هر کدام از مشکلات ذکر شده انجام داد. چون این روش، به سختی قابل برگشت است. انجام مشاوره دقیق در مورد کم بودن احتمال موفقیت، پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت توانایی باروری ضروری است. این روش برای زوجیهایی مناسب است که خانواده خود را از نظر تعداد فرزند کامل نموده و از زندگی با ثباتی برخوردارند. پیش از انجام این عمل، کسب رضایت فرد و همسر او ضروری است.

بستن لوله های رحمی چه زمانی باید انجام شود؟

- ✓ بستن لوله های رحمی در هر زمانی از سیکل قاعدگی، در صورت اطمینان از باردار نبودن متقاضی قابل انجام است.
- ✓ دو هفته اول سیکل قاعدگی، دوره زمانی مناسب تری است.
- ✓ پس از زایمان طبیعی
- ✓ هنگام سزارین (بستن لوله های رحمی براحتی امکان پذیر است)،
- ✓ پس از سقط عفونی و نیز در فاصله زمانی 42-7 روز پس از زایمان، زمان مناسبی برای انجام این عمل نیست.
- ✓ بستن لوله های رحمی به چه روشهایی انجام می شود؟
- ✓ بستن لوله های رحمی به دو روش انجام می شود: روش شکمی و از طریق واژینال.

1- روش شکمی به سه شکل زیر انجام می شود:

- لاپاراسکوپی
- لاپاراتومی
- مینی لاپاراتومی

2- هیستروسکوپی این روش با استفاده از دوربینهای مخصوص و از طریق واژینال انجام می شود.

پیش از بستن لوله های رحمی انجام آزمایشها و معاینه های زیر ضروری است:

- ❖ سابقه بیماری ها: اگر بیماری خاصی دارید حتما با پزشکتان در میان بگذارید.
- ❖ انجام β -hCG (در موارد غیر همزمان با سقط و بارداری)
- ❖ سایر آزمایشهای ضروری در موارد عمل جراحی غیر اورژانس
- ❖ معاینه لگنی (بجز موارد بارداری)
- ❖ اندازه گیری فشارخون
- ❖ پاپ اسمیر
- ❖ پیش از مراجعه به بیمارستان برای انجام عمل بستن لوله ها نکات زیر را رعایت کنید.
- ❖ از خوردن مایعات و مواد غذایی حداقل 8 ساعت قبل از عمل پرهیز کنید.
- ❖ از داروی خاصی از 24 ساعت قبل از عمل استفاده نکنید. مگر به تجویز پزشک.
- ❖ شب قبل از عمل حمام کنید.
- ❖ از لباس های تمیز و راحت پیش از مراجعه برای عمل جراحی و یا عمل سرپایی و پس از آن، استفاده کنید.
- ❖ بهتر است لوازم زینتی و لاک ناخن نداشته باشید، زیرا بررسی بستر ناخن شما در حین عمل برای بررسی علایم سیانوز و کمبود اکسیژن کمک کننده است.
- ❖ برای برگشت به منزل، در صورت امکان یک همراه داشته باشید.

پس از عمل نکات زیر را به خاطر بسپارید:

1-مراقبت های بعد از عمل :

حمام کردن روزانه،

استفاده از مسکن (در موارد احساس درد)،

تمیز و خشک نگه داشتن محل بخیه

نداشتن رابطه زناشویی حداقل تا یک هفته

2- نیاز نداشتن به استفاده از روش کمکی

در صورت بروز هر کدام از علایم زیر به یک مرکز درمانی مراجعه کنید:

- تب بالاتر از 38 درجه
- درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و قرمزی محل عملی که بدتر شود یا از بین نرود
- درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود
- از حال رفتن، گیجی شدید در چهار هفته اول به ویژه در هفته اول پس از عمل

پس از عمل برای ویزیت های پیگیری مراجعه کنید:

- ❖ در فاصله 7 روز بعد از عمل برای کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل به پزشکتان مراجعه کنید.
- ❖ در صورت داشتن *IUD*، در اولین سیکل قاعدگی پس از عمل برای خروج آن، مراجعه کنید.
- ❖ در صورت نگرانی در مورد عوارض و برای دریافت راهنمایی و مشاوره ویا در صورتی که مشکل خاصی دارید به ماما یا پزشکتان مراجعه کنید.

آیا ممکن است با وجود بستن لوله های رحمی ، باردار شویم؟

احتمال حاملگی در افراد *TL* شده بسیار کم است. علایم زیر می توانند نشانه ای احتمالی از بارداری باشند. بنابراین در صورت بروز علایم زیر به ماما یا پزشک مراجعه کنید.

تاخیر پریود، تهوع، حساس شدن پستان ها، درد و حساسیت زیر شکم و خونریزی ، واژینال حاملگی بعد از *TL* بدون وجود هیچ اشکال تکنیکی در عمل بستن لوله های رحمی ممکن خواهد بود.

در صورت شک به حاملگی باید از نظر *EP* بارداری خارج رحمی، نیز بررسی شوید.

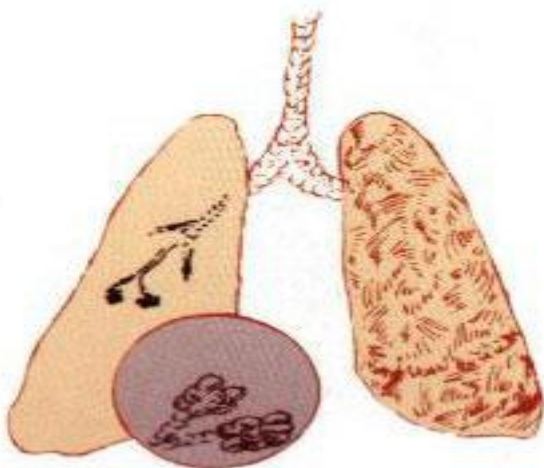
چه سنی برای بستن لوله های رحمی مناسب است؟

این عمل برای خانم های چندزای بالای 35 سال که دیگر نمی خواهند تعداد فرزند بیشتری داشته باشند، بسیار مناسب است. در مورد افراد زیر 30 سال با توجه به احتمال طلاق، ازدواج مجدد و... انجام عمل مشروط به مشاوره دقیق و با در نظر گرفتن احتیاط های لازم می باشد.

آسم چیست؟

آسم بیماری شایعی است که از هر ۱۰ کودک یک نفر و از هر ۱۰ بزرگسال یک نفر را مبتلا می‌کند. بسیاری چنین می‌اندیشند که آسم بیماری است که از دوران طفولیت شروع می‌شود، اما ممکن است آسم در هر سنی بروز کند. همچنین ممکن است در سال‌های نوجوانی بهتر شود و یا کاملاً از بین برود، اما نزدیک به ۱٪ کودکان مبتلا به آسم هنوز در بزرگسالی نیز مشکلاتی خواهند داشت. ممکن است آسم در افراد یک خانواده دیده شود. اما بستگان اغلب بیماران، مبتلا به آسم نیستند. آسم علاج قطعی ندارد اما قابل کنترل است. به طوری که می‌توان از بروز حمله‌های آسمی پیشگیری کرد. اکثر افراد مبتلا به آسم با درمان مناسب و منظم بدون غیبت از مدرسه یا کار می‌توانند به زندگی طبیعی خود ادامه دهند و حتی از ورزش و شرکت در دیگر تفریحات لذت ببرند.

کار ریه‌ها چیست؟



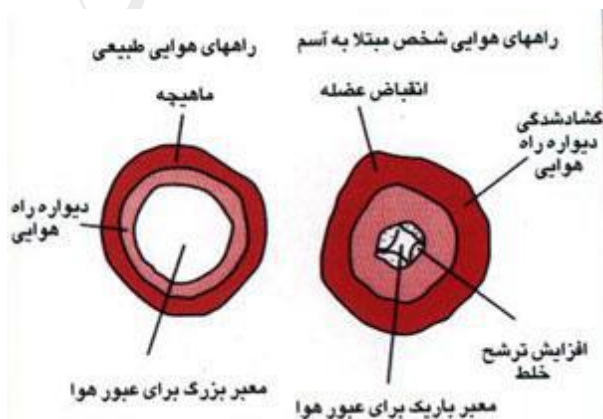
برای دانستن این که آسم چیست باید بدانیم که کار ریه‌ها چیست؟ در حین انجام عمل دم، ریه‌ها اکسیژن موجود در هوا را می‌گیرند و وارد خون می‌کنند. سپس خون با جریان خود اکسیژن را به بخش‌های مختلف بدن می‌رساند. در عین حال خون دی‌اکسیدکربن را جمع می‌کند و به ریه‌ها بر می‌گرداند و این دی‌اکسیدکربن همراه هوای بازدمی از ریه‌ها خارج می‌شود. هوا از طریق یک سری لوله‌ها شاخه‌ای به ریه وارد و از آن خارج می‌شود که به این لوله‌ها ((لوله‌های برونشی)) گفته می‌شود.

در آسم چه اتفاقی می‌افتد؟

لوله‌های برونشی بیماران مبتلا به آسم منقبض می‌شود. از آنجایی که انجام عمل دم و بازدم از میان این لوله‌های باریک مشکل می‌باشد، بیماران مبتلا به آسم دچار علائم تنگی نفس، خس‌خس سینه و احساس فشار در قفسه سینه می‌شوند. به علاوه در این افراد خلط چسبناک هم تولید می‌گردد که با سرفه بالا می‌آید و یا در فرد احساس گرفتگی سینه ایجاد می‌کند.

علت آسم چیست؟

با وجود انجام تحقیقات وسیع علت آسم هنوز ناشناخته می‌باشد.



چه عواملی آسم را تشدید می کند؟



در اکثر مواقع شدت بیماری آسم دلیل واضحی ندارد اما اغلب برخی چیزها باعث وخامت آسم سرما خوردگی معمولی یا آنفلونزا آسم را بدتر می کند که ممکن است ۶ هفته به طول بیانجامد مگر آن که درمان مناسب انجام گیرد.

✚ حملات آسمی اغلب در اثر آلرژی ایجاد می شود. چیزهایی که معمولاً افراد مبتلا به آسم به آنها حساسیت دارند غبارتند از: گرده گیاهان، گرد و غبار خانه و پشم حیوانات. از هر ۱۰ فرد آسمی یک نفر به آسپرین حساسیت دارد.

✚ ورزش خصوصاً در هوای سرد ممکن است موجب بروز حملات آسمی شود اما با درمان صحیح به خوبی می توان آسم ناشی از ورزش را کنترل کرد. در مجموع از آنجائی که ورزش و نرمش برای افراد مبتلا به آسم مفید است این افراد نباید از انجام آنها پرهیزند.

✚ محرک هایی از قبیل دود دخانیات، دود غلیظ و هوای پر غبار اغلب منجر به حملات آسمی می شود. در برخی از افراد مبتلا به آسم تحریکات روانی (خشم، اضطراب و حتی خوشحالی زیاد) می تواند موجب بروز حمله شود. این که بعضی مردم می گویند (اعصاب خراب) باعث آسم می شود، صحت ندارد. مصرف اغلب قرص ها و داروها برای افراد مبتلا به آسم بی خطر است. با این وجود، در صورت ابتلای بیمار به فشار خون بالا و یا بیماری قلبی ممکن است برخی داروها ایجاد عوارض کنند که در این صورت از داروهای جایگزین استفاده می شود. در صورت تردید، بیمار باید با پزشک خود مشورت کند و همچنین نباید بدون در نظر گرفتن توصیه های پزشکی و به طور ناگهانی مصرف داروهای خود را قطع کند.

چه درمانهایی برای آسم وجود دارد؟



آسم علاج واقعی ندارد اما بیشتر افراد مبتلا به آسم با درمان صحیح، کاملاً به زندگی عادی خود ادامه می دهند. درمان های بسیاری برای آسم در دسترس است که معمولاً به صورت اسپری و گاه به صورت قرص مصرف می شود. برخی از درمان ها به منظور بهبود سریع در موارد حاد آسم بکار می رود ولی دیگر درمان ها را باید برای تاثیر بهتر آنها به صورت منظم استفاده کرد (این درمان ها را پیشگیرنده ها می نامند). بیمار باید در مورد درمان با پزشک خود مشورت کند و برای این که داروها حداکثر تاثیر را داشته باشند مطمئن شود که چگونگی مصرف داروها را می داند، اگر چه نفس تنگی و خس خس وجود نداشته باشد.

چه مواقعی درمان های شدید تر لزوم پیدا می کند ؟



دانستن مواقعی که علائم آسم در تشخیص تشدید یافته و یا احتیاج به درمان شدیدتر دارد مهم است. آسم اغلب در شب بدتر می شود و یکی از علائمی که نشان دهنده نیاز بیمار به درمان بیشتر می باشد بیدار شدن از خواب در شب یا صبح زود در اثر خس خس سینه یا تنگی نفس است. معمولاً کودکان مبتلا به آسم، شب ها به علت سرفه از خواب بیدار می شوند و این را می توان نشانه ای برای نیاز به درمان بیشتر تلقی کرد. در صورتی که بیمار در طول روز خس خس بیشتری داشته باشد به طوری که مجبور شود از اسپری های خود به دفعات بیشتر از معمول استفاده کند، باید به پزشک خود مراجعه کند.