

دیار تمننت نسائی و ولادی

Protocol Handbook

جنوری - ۲۰۰۸

مندرجات

مراقبت قبل از ولادت :

تداوی پاره شدن قبل از وقت عشاها (PROM) و

پاره شدن نهایی قبل از وقت عشاها (P-PROM)

مراقبت ولادتهای قبل از وقت

مراقبت نمایی سرین

انحنای سر خارجی – Proforma

مراقبت خونریزیهای قبل و بعد از ولادت

مراقبت مرض شکر در جریان حاملگی

تداوی فرط فشار در جریان حاملگی

ضد تحثر خون در جریان حاملگی و در دوره نفاهت بعد از ولادت

تداوی آفات التهابی حوصله در جریان حاملگی

تداوی مادران دارای گروپ خون منفی در زمان حاملگی و ولادت

تداوی حاملگی های متعدد

تداوی حاملگی که از وقت گذشته باشد

انگیزش وضع حمل

تداوی رکودت مایع میکونیم

تداوی ولادت مهپلی بعد از CS

تداوی تب بعد از ولادت

استفاده از میزوپرستول در نسایی ولادی

پروتوکول انتقال خون

تداوی خونریزی تراپمستر اول

آماده سازی قبل از عملیات و ارزیابی زنان برای عملیات نسایی ولادی

مراقبت قبل از ولادت

هدف اساسی مراقبت قبل از ولادت عبارت از متیقن بودن در باره اینکه تولد یک طفل صحتمند با کمترین خطر برای مادر صورت میگیرد. مراقبت قبل از ولادت بدون شک در کاهش واقعات مرگ و میر دخیل بوده طوری که در ایالات متحده امریکاه در سال 1920 از 100,000 / 690 تولد به 50/100,000 در سال 1955 واقعات مرگ و میر کاهش یافته است. تا هفته 32 ویزت به صورت ماهانه صورت گرفته، بعداً تا هفته 36 در هر دو هفته یکبار و بلاخره تا زمان ولادت در هر هفته یکبار ویزت صورت میگیرد. شواهد موجود پیشنهاد مینماید که ویزت های که به صورت کمتر تکرار میشود ممکن با نتایج معکوس مترافق نباشد، لیکن اینها دریافت های مقدماتی است.

مراقبت های قبل از عملیات اجازه میدهد که :

- چک نمودن حالت صحتی مادر.
- ارزیابی صحت و انکشاف جنین.
- نمایش دادن امراض.
- تحلیل خطرات در انکشاف اختلالات.
- تهیه اطلاعات و تعلیمات

1. صحت مادری :

- **وضیعت اجتماعی :** شواهد نشان میدهد که خانمها با وضیعت اجتماعی ضعیف نسبت به خانمهای که از نظر وضیعت اجتماعی آسوده اند بیشتر در معرض خطرات ناشی از حاملگی قرار دارند. این خانمها تغذی ضعیفتر و مشکلات بیشتر جهت دسترسی به مراقبت های صحتی دارند. از این سبب این خانمها به توجه بیشتر ما ضرورت دارند.

- **تنباکو و الکل :** شواهد موثق نشان میدهد که استفاده از تنباکو در زمان حاملگی سبب جدا شدن قبل از وقت پلاستنا، ولادت قبل از وقت، تولد با وزن کم و کام چاک یا لب چاک میگردد. از این سبب خانم ها باید تشویق شوند که در زمان حاملگی از تنباکو استفاده نکنند. الکل به مقدار کم سبب آسیب نمیشود لیکن سویه مصون اخذ الکل در زمان حاملگی دانسته نشده است. از این سبب خانمها باید تشویق شوند تا در جریان حاملگی سویه مصرف الکل را محدود نموده یا اینکه از آن استفاده نکنند.
- **ویتامین ها و مواد متمم :** مواد فولیت (به مقدار 0.5mg روزانه، تا سه ماه قبل از القاح شروع شده) برای مریض توصیه میگردد زیرا شواهد نشان داده است که این ماده سبب کاهش صدمه تیوپ عصبی میگردد. ویتامین A و محصولات کبدی برای مریض توصیه نمیگردد. در حال حاضر برای استفاده روزمره ویتامین D در زمان حاملگی کدام شواهد کافی وجود ندارد، همچنان ثابت شده است که خانم های که در قاره آسیا زندگی میکنند به کمبود ویتامین D مواجه بوده که از این سبب برای این خانمها که در افغانستان اند باید ویتامین D توصیه گردد.
- **حفظ الصحه غذایی :** باید در حفظ الصحه غذا توجه صورت گیرد. در شستن سلاط، میوه جات (برای جلوگیری از توکسوپلازما)، پختن گوشت به صورت درست آن (از لستریا و سلمونیلا جلوگیری مینماید) و جلوگیری از شیر و پنیر غیر معقم، سر (لستریا) و تخم خام (سلمونیلا) باید متوجه بود.
- **تلاش فزیکى :** کارهای سخت فزیکى با نتایج بسیار خراب حاملگی مانند ولادت های قبل از وقت پری اکلمپسیا، تولد با وزن کمتر مترافق میباشد. خانم تشویق شوند که به اندازه نارمل تمرین نمایند، نه به اندازه که سبب خستگی شدید او شود.
- **مقاربات جنسی :** کدام شواهد وجود ندارد که مقاربات جنسی با نتایج ناگواری مترافق باشد.

- **امراض موجوده قبلی :** خانمهای که مصاب مرض شکر، تایروئید، استما، سرعه، توبرکلوز و آفات کلیوی، کبدی و قلبی تماماً به مراقبت های اختصاصی کلینیکی ضرورت دارد یعنی جای که در آن خدمات طبی و ولادی به صورت مشترک موجود است.

2. اولین ویزت قبل از ولادت (Booking Visit) :

در زمان حاملگی اکثریت تستها از جمله تستهای آزمایشی یا Screening Tests به حساب میاید. باید به خاطر داشت که برای مؤثر بودن تست مذکور، تشخیص نمودن یک مشکل طوری صورت گیرد که به صورت مناسب اجازه مداخله را بدهد. در باره False Positives و False Negatives باید آگاهی داشته باشید.

- **ارزیابی تاریخچه و خطرات :** یک تاریخچه مکمل در تعیین نمودن فکتور های خطر در زمان حاملگی و مشخص نمودن پلان تداوی بسیار ضروری است.

- **تعیین نمودن EDD :** این یکی از جمله مهمترین جنبه برای مراقبت های قبل از ولادت بوده که توسط قانون Naegele (7 روز را به آن جمع نموده و از آن 3 ماه را تفریق مینمایم) از LMP (در صورتی که معلوم باشد) محاسبه مینمایم. اگر LMP معلوم نباشد یا مطمئن نباشد پس در این صورت توصیه التراسوند در اخیر تراimestر اول، قبل از 14 هفته بسیار وقت معین برای تعیین نمودن زمان حاملگی میباشد. اگر تنها یک معاینه آزمایشی التراسوند در زمان حاملگی ممکن باشد، پس در این صورت بهترین زمان بین هفته 16-20 حاملگی میباشد(جنین به صورت نارمل بررسی میگردد).

- **معاینات مادری :** برای تعیین نمودن MBI و به اساس آن تهیه رژیم غذایی، اندازه نمودن قد و وزن در ویزت ابتدای ضروری است. کدام شواهدی موجود نیست که اندازه نمودن مکرر وزن در زمان حاملگی

ضروری باشد. شنیدن آواز های قلبی و ریوی، معاینات پستان ها و بطن در Booking نمودن، بیشتر مورد استفاده قرار میگیرد. معاینات حوصله به صورت روزمره باید اجرا نشود به استثنای زمانی که استطباب داشته باشد. یک تاریخچه ولادت قبل از وقت یا انتانات قبلی طرق نسایی یکی از استطبابات برای اخذ نمونه از مهبل و کلچر آن میباشد. چون کلچر در افغانستان مشکل است از این سبب ما تنها میتوانیم یک Prep مرطوب را توسط Swab نمودن مهبل تهیه نموده و پتوجین های معمول مهبل را در آن تعیین نمائیم.

- **معاینات ادرار :** در صورت که در ادرار بکتری موجود باشد، پس در این صورت ادرار باید جهت کلچر فرستاده شود، زیرا تداوی بکتری های عرضی موثر میباشد. پروتین یوری و گلوکوز یوری باید در هر ویزت که از Dipstix استفاده میشود باید تست شود.

- **فشار خون :** فشار که بلندتر از 140/90 باشد باید در هر ویزت به صورت جدی تعقیب شود.

- **ثبت نمودن تستهای خون :**

- هیما توکریت : باید جهت تشخیص انیمی آردر داده شود (WHO انیمی را 11gr/dl < و انیمی شدید را 7gr/dl < تعیین نموده اند).

- گروپ خون و Rh : برای مادران که دارای گروپ خون منفی اند باید Prophylactic anti-D (اشخاصی که در مقابل آن غیر حساس اند، تست غیر مستقیم کامبیس منفی باشد) بعد از واقعات شدید حساس شدن و به صورت روزمره در هفته 28 بارداری داده شود (به پروتوکول Rh منفی ملاحظه شود).

- برگزیدن انتان مادری : انتی بادی های روبیلا برای اجتماع تجویز شده و برای خانم های که Sero-negative اند باید واکسین مربوطه قبل از ولادت تجویز شود. چون تداوی موثر برای سفلیس، HBV، HIV موجود است، لذا باید آزمایش آنها نیز پیشنهاد شود. هیچ شواهد موجود

نیست که به آزمایشات روزمره Varicella، Toxoplasma یا Parvovirus B19 انسانی ضرورت باشد.

○ تست تحمل گلوکوز: به پروتوکول دیابت مراجعه شود.

- **ارزیابی نشونمای جنین**: هدف اساسی عبارت از شناسایی اطفال با سن داخل رحمی کوچک یا بزرگ است. اندازه گیری دوامدار بلندی symphiseal-fundal موثر است. اندازه نمودن 3 سانتی متر یا زیاد تر یا کمتر از سن محاسبه شده داخل رحمی ایجاب راجع کردن به التراسوند را نموده تا نشونمای جنین ارزیابی شود. هیچ مدرک برای معاینه التراسوند روزمره در ترایمستر سوم موجود نیست.
- **تظاهر انومالی**: داکتران باید از ممکن بودن هر دو نوع انومالی ها Biochemical و آزمایشات تهاجمی برای کرموزوم و جنیتیک آگاه باشند که این هم در حال حاضر در افغانستان غیر قابل دسترس است.

تنظیم و تداوی پاره شدن پریمچور غشا یا PROM (Premature Rupture of Membrane) و پاره شدن

قبل از وقت پریمچور غشا یا P-PROM(Preterm)

تعریف :

- PROM : عبارت از پاره شدن غشای امینوتیک اضافه تر از یک ساعت قبل از وقوع پروسه ولادت است. بعد از هفته 37 حمل .
- P-PROM : عبارت از پاره شدن غشای امینوتیک اضافه تر از یک ساعت قبل از وقوع پروسه ولادت و قبل از هفته 37 بارداری.

اعراض و علایم :

- لیکاز مایع شفاف از مهبل (40 فیصد از مریضانی که از لیکاز مایع شکایت دارند در آنها غشای امینوتیک سالم است)
- 50 فیصد از زنان در 5 ساعت و 95 فیصد آنها در 28 ساعت ولادت خواهند نمود.

تداوی :

- تاریخچه و معاینات مفصل فیزیکی.
- ارزیابی دقیق سن بارداری، تندرستی جنین و نمای او.
- خانم را به وضعیت نسایی قرار داده و او را با اسپیکولوم معقم مهبل می معاینه نموده و در زمان معاینه به علایم ذیل متوجه باشید.

1. یک حوض از مایع در قسمت Fornix خلفی.
2. جریان مایع امینوتیک از قسمت عنق رحم در زمان سرفه خانم یا زمانی که بالای Fundal فشار وارد میگردد.
3. مثبت بودن کاغذ Nitrazine (تغیر نمودن آن به رنگ آبی و PH 7.1 – 7.3)
4. مثبت بودن تست Fern (از یک سوب استفاده نموده تا مایع را بالای سلاید هموار کرده و بعداً آنرا در زیر میکروسکوپ ملاحظه نمائید)

- از معاینات دیجیتال جلوگیری نمائید به جز از زمانی که خانم در حال ولادت باشد.
- در P-PROM از ارترومایسین به مقدار 250mg qds از طریق دهن برای 10 روز استفاده نموده تا از منتن شدن نوزاد به انتانات (به شمول استرپتوکوک گروپ B) جلوگیری شود.
- در PROM به وقت بعد از 18 ساعت، از امپسیلین به مقدار 2 گرام از طریق داخل وریدی و هر 4-6 ساعت تا زمانی که ولادت صورت میگیرد باید استفاده نمود.
- اطفال به موقع باید در ظرف 24-72 ساعت پاره شدن غشا ولادت یابند.
- در مریضان P-PROM خطرات پرمچوریتی و RDS باید با خطرات انتان داخل رحمی مقایسه شود. اگر بارداری کمتر از 34 هفته باشد در این صورت میتوان استروئید به مریض توصیه نمود.
- از ادویه جات Tocolytics فقد زمانی استفاده شود که هدف ما به تعویق انداختن ولادت برای 24-48 ساعت باشد تا برای استروئیدها وقت داده شود که تاثیر نمایند. (اگر تقلصات تا هنوز موجود باشد در این صورت از نفیدپین به مقدار 20 ملی گرام از طریق دهن بعد از هر 4 ساعت متوان استفاده نمود)

تشخیص و تداوی Chorioamnionitis t :

- اولین علامه انتان داخل رحمی عبارت از تکی کاردی جنین است >160 bpm .
- درجه حرارت مادر >38 درجه سانتی گرید.
- تعداد ضربان قلب مادر >100 bpm .
- بلند رفتن تعداد کریوات سفید یا CRP. 99999.
- حساس بودن رحم.
- افزایش نامطبوع رحمی.
- معاینات مایعات امینوتیک : WCC، Gram stain ،کلچر (به خدمات میکروبیالوژی ضرورت است).

زمانی که Chorioamnionitis تشخیص میشود ،انتی بیوتیک ها را میتوان به مریض شروع نمود (میترونیدازول و اریترومايسين با یا بدون جنتامایسین که توصیه آن مربوط به حساس بودن مریض است) که این تداوی ندرتاً شفا دهنده بوده ،تداوی درست آن عبارت از تنظیم کردن پروسه ولادت است. مشوره با داکتر موجود نیز ضروری میباشد.

مراقبت ولادت قبل از وقت

تعریف Labor : عبارت از تقلصات رحمی که سبب تغییرات آناتومیکی در عنق رحم میگردد (توسع و محوشدن یا

زدودن Effecement)

ارزیابی ابتدایی :

- **تاریخچه :** شامل تاریخچه مفصل تقلصات ،اعراض انتانات طرق بولی ،امراض دیگر ،تب ،تاریخچه قبلی Labor قبل از وقت ،استفاده از نیکوتین یا ادویه جات و بلاخره لیکاز مایع امینوتیک.
- **معاینات فیزیکی :** شامل ارزیابی اندازه و تقلصات رحمی ،سن بارداری ،ارزیابی عنق رحم – اسپیکولوم معقم ،کوشش برای جلوگیری از معاینات دیجیتال.
- **ارزیابی جنین :** ثبت CTG برای دانستن فعالیت رحم و تندرستی جنین ،التراسوند.
- **معاینات لابراتواری :** در هر مریض قبل از ولادت باید تجزیه ادرار پیشنهاد شود. اگر معاینات دیگر لابراتواری را در تاریخچه مریض یا معاینات مترافقه دیگر ضروری پنداشته شده باشد آنرا نیز ملاحظه نمائید.

تداوی :

- دیهایدریش را با توصیه مایعات از طریق دهن یا از طریق داخل وریدی اصلاح نمائید.
- UTI را با توصیه انتی بیوتیک های مناسب تداوی نمائید.
- امراض دیگر مانند ملاریا ،سینه بغل و آفات دیگری که سبب تب میگردد ،باید به صورت مناسب تداوی شود.
- تقلصات رحمی و تعداد ضربان قلب جنین را کنترل نمائید.
- اگر سن بارداری کمتر از 34 هفته باشد ،پس در این صورت میتوان از دکسامیتازون به مقدار 8 ملی گرام از طریق داخل عضلی در هر 6 ساعت برای 4 دوز یا اینکه از بیتامیتازون به مقدار 12 ملی گرام در هر 12-24 ساعت برای 2 دوز استفاده نمود.
- از ادویه جات Tocolytics تحت نظارت داکتر استفاده نمائید : محلول داخل وریدی رنگر را به مقدار 1000 ملی لیتر به مریض شروع نموده و نفیدپین را به مقدار 20 ملی گرام از طریق دهن به مریض بدهید(از توصیه آن از طریق تحت زبان جلوگیری شود) ،فشار خون مریض را در ابتدا در هر 15 دقیقه و بعداً در هر 30 دقیقه چک نمائید. اگر بازهم تقلصات و فشار خون ثابت بود ،در این صورت بعد از 4 ساعت دوز مذکور را دوباره تکرار نمائید. **ادویه جات Tocolytics در پری اکلمپسیا ،ابورشن پلاستا**

،انتانات داخل رحمی ،ابنارملتی های مرگ بار جنین ،توسع سریع عنق رحم و بالاخره زمان که شواهد نشان دهنده خطر برای جنین یا عدم کفایه پلاستتا موجود باشد ،مضاد استتباب است. در تمام این حالات کار مصون برای مادر (وجنین) این است که ولادت نمایند.

• برای تداوی Group B Streptococcus قبل از اینکه سبب مرض شود (در ابتدا به مقدار 2 گرام امپیسیلین از طریق داخل وریدی و بعداً 1 گرام در هر 6 ساعت از طریق داخل وریدی تا زمان که طفل تولد شود) به مریضان که دارای حالات ذیل باشد توصیه میگردد :

a. درجه حرارت مادر >38 درجه سانتی گرید.

b. از پاره شدن پری ماچور غشا 18 ساعت یا زیاد تر سپری شده باشد.

c. Labor پری ماچور.

d. تاریخچه قبلی نوزادان با GBS (مرگ زود رس نوزادان با سینه بغل یا sepsis)

e. UTI که از سبب GBS بوجود آمده باشد.

• به داکتر اطفال اطلاع دهید ،زیرا حمایه نوزادان یک کار اساسی در میزان مرگ و میر آنها است

مراقبت نمای سرین (بریچ)

بریچ طولانی (Frank) :

در این حالت سرین طوری اشکار میشود که پاها در بالای بدن قبض شده اند(زانو ها راست است).

تنها در صورت که حالات ذیل موجود باشد میتوان اجازه داد تا مریض تولد مهلبی نماید :

1. فرط بسط سر موجود نباشد. (التراسوند بهترین وسیله برای ارزیابی بسط سر است)

2. هیچ شواهد یا شک برای بزرگ بودن بیش از حد سر (Macrosomia) موجود نباشد.

3. انکشاف نارمل وضع حمل در مراحل Partogram .

4. در صورت که کمک های کافی قابل دسترس باشد ،که این کمک ها شامل اشخاص با تجربه مانند داکتر

نسای و لادی ،قابله ها ،معاون دوم ،انستیزی کافی ،حمایه نوزادان و بالاخره دسترسی به اجرای CS میباشد.

5. اندازگیری درست کلینیکی حوصله (Pelvimetry).

6. دسترسی به فورسپس Piper برای اینکه خروج سر به صورت موخر مطلوب است.

7. در تمام ولادتها با نمای سرین باید یک داکتر نسایی ولادی فراخوانده شود.

بریچ پیچیده تام (complete flexed breech) :

در این حالت سرین و پاها در عین زمان ظاهر میشوند.

برای ممکن بودن ولادت مهملی این حالت باید توسط یک داکتر نسایی ولادی ارزیابی شود. اگر ولادت مهملی

صورت میگیرد، پس در این صورت باید حالات که در فوق ذکر شده است موجود باشد.

بریچ با هر دو پا (double-footing breech) :

در این حالت مفصل سرین و زانو در هر دو پاها باز (راست) بوده و در ابتدا پاهای طفل ظاهر میگردد.

خطر آن عبارت از پرولاپس حبل سروی و CPD بوده و اگر بسیار دیر نشده باشد باید CS شود.

بریچ پا (footing breech) :

در این حالت مفصل سرین و زانو یک پا باز (راست) بوده و در ابتدا یک پای طفل ظاهر میگردد.

خطر آن عبارت از پرولاپس حبل سروی و CPD بوده و اگر بسیار دیر نشده باشد باید CS شود.

- در زمان ولادت های پریمچور با نمای بریچ CS باید در مریضان ملاحظه شود. هر واقعه به ارزیابی انفرادی ضرورت داشته، خطرات و فواید آن باید با والدین مورد بحث قرار گیرد.
- برای تمام مریضان با نمای سرین باید یک راه انتخاب برای تدور دادن سر از طریق خارج (ECV) در هفته 38 داده شود. اگر مریضان آنرا قبول نمودند، پس در این صورت باید با داکتر Jacqui تماس گرفته شود و یک زمان برای حاضر شدن آنها و اجرای این پروسیجر نیزباید تنظیم شود. به اوراق ECV ملاحظه شود.

- تمام مریضان با نمای بریچ باید با یک داکتر نسایی ولادی یا با یک قابله با تجربه در باره خطرات و فواید ولادت مهیلی در مقایسه با CS به اساس واقعات مرگ و میر مادران و اطفال، مشوره کافی داشته باشند.
- تصمیم درباره ولادت باید تا زمانی به مریض گذاشته شود که تمام نظریات را در باره پروسیجر بدانند و موافقت نامه را با آگاهی در این باره امضا نمایند.
-

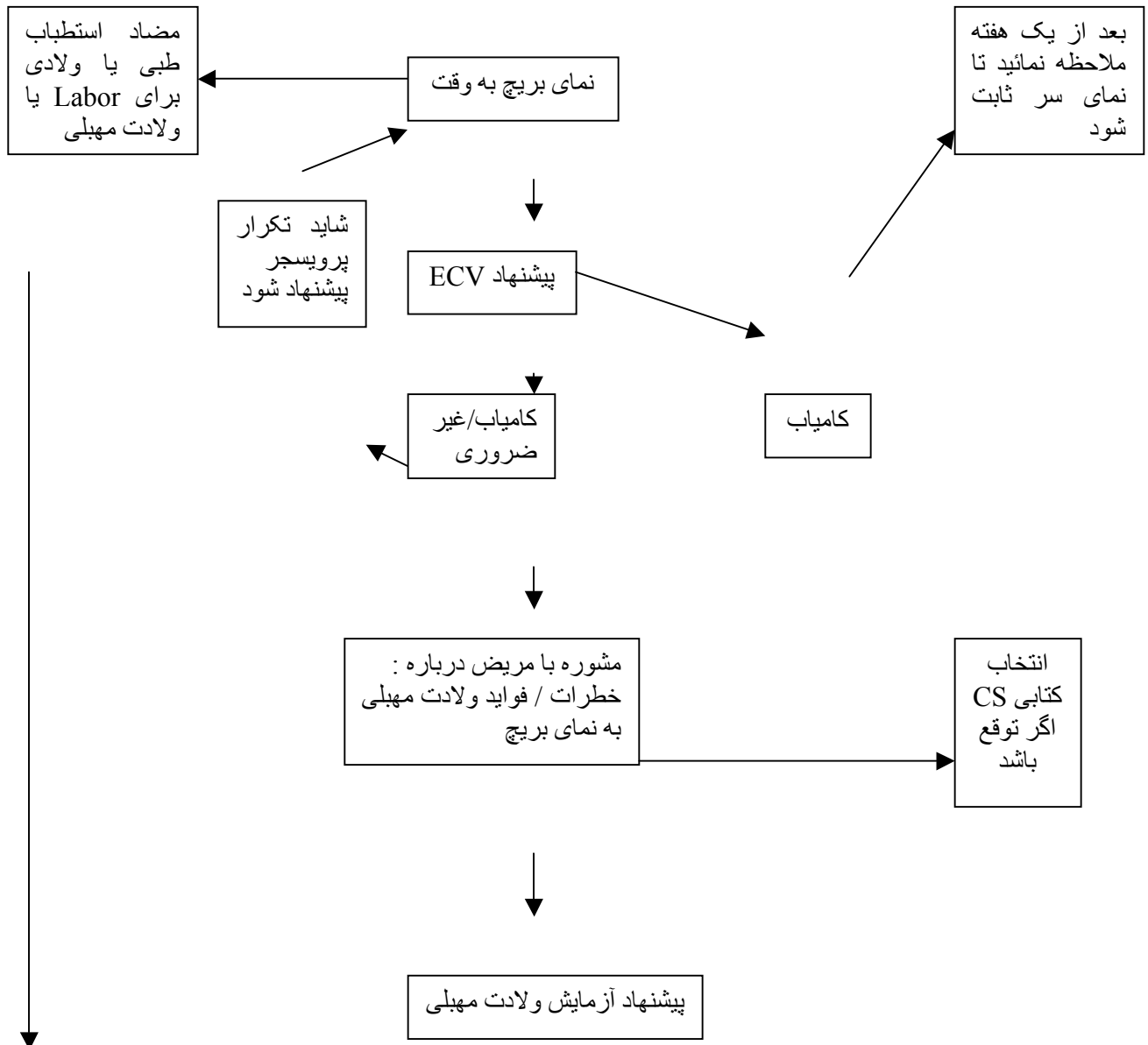
مدارک بدست آمده از تحقیقات :

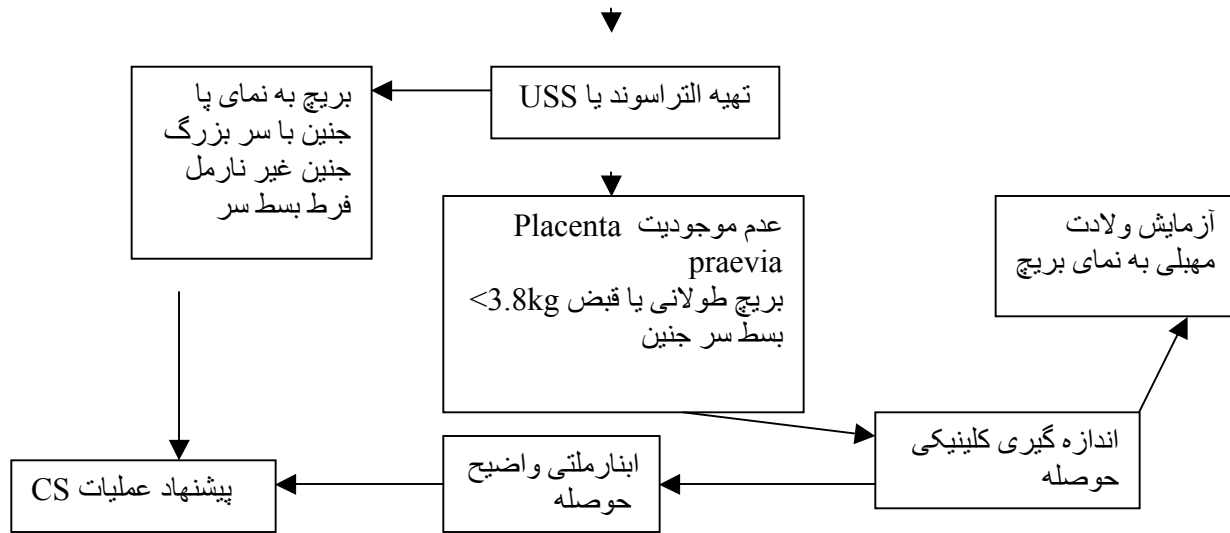
اخیراً تحقیقات که اجرا شده است نشان میدهد که یک تعداد زیاد از مراکز بین المللی به صورت آزمایشی پالیسی ولادت های پلان شده سزارئین را با ولادت های پلان شده مهیلی مقایسه نموده اند. با تعقیب نمودن نتایج این آزمایش، آموزشگاه نسایی ولادی امریکاه و آموزشگاه شاهی نسایی ولادی لندن پیشنهاد نموده اند که داکتران نسایی ولادی باید جهت ارجاع نمودن نمای بریچ در یک گانگی ها در صورت که ممکن باشد از طریق تدور سر از خارج رحم، به کوشش شان ادامه دهند.

در امریکاه اگر یک نمای بریچ توسط تدور سر از خارج رحم به نمای سر تبدیل نشد، در این صورت به اساس استندرد ACOG این مریضان ممکن CS شوند به استثنای این که مریض آنها قبول نکند. در ممالک مترقی عملیات سزارئین به صورت وسیع مصون بوده، لیکن در افغانستان ولادت انتخابی نمای بریچ نسبت به CS ممکن مصون باشد.

هر مادری که از سبب نمای بریچ برای عملیات سزارئین در وارد بستر میشود باید در صبح روز عملیات سزارئین معاینه التراسوند شوند تا ثابت شود که طفل هنوز هم به نمای سرین (بریچ) قرار دارد.

شیوه عملی (الگوریتم) برای تداوی نمای بریچ به وقت :





هر مادری که از سبب نمای بریچ برای عملیات سزارین در وارد بستر میشود باید در صبح روز عملیات سزارین معاینه التراسوند شوند تا ثابت شود که طفل هنوز هم به نمای سرین (بریچ) قرار دارد.

پروفارم - تدور سر از خارج رحم

تاریخ :

نمبر شفاخانه :

اسم :

بارداری توسط Scan :

Parity:

عبارات ذیل را نشانی نمائید :

- حمل متعدد
- عملیات سزارئین قبلی
- خونریزی قبل از ولادت بعد از 20 هفته
- ضرورت به عملیات سزارئین بدون توجه به نمای طفل
- غشای پاره شده
- IUGR/ oligohydramnios
- ابنارملتی جنینی

پروسیجر و خطرات ذیل را تشریح نمائید :

- اگر علائم مشکلات تنفسی جنین در جریان پروسیجر در CTG موجود باشد در این صورت به عملیات عاجل سزارئین ضرورت است.
- خطر کوچک خونریزی جنینی – مادری، اگر Rh منفی باشد در این صورت به anti-D ضرورت است.
- بعد از یک هفته برای چک نمودن نمای طفل باید برگردد.
- خطر بسیار کوچک عبارت دور خوردن طفل به عقب است (تقریباً 2%)

پروسیجر :

نتایج التراسوند :

1. نمای طفل بریج طولانی پیچیده پا سر
2. Muchal cord بلی نخیر
3. حجم مایع نورمال زیاد کم
4. مویعت پلاستنا قدامی خلفی

- Pre ECV CTG رضایت بخش : بلی نخیر
- آسان بودن حس کردن سر جنین : بلی نخیر
- بریج عمیق در حوصله : بلی نخیر

انجام دهنده پروسیجر : (نام).....(امضا).....

- کامیاب : بلی نخیر
- Post ECV CTG رضایت بخش : بلی نخیر

گروپ خون : Kleihauer تاریخ توصیه Anti-D

نتیجه : خانه(بدون ECV) خانه بعد از ECV CS عاجل

مراقبت خونریزیهای قبل و بعد از ولادت

جریان خون در شرانین رحمی در یک حمل به موقع 800 سی سی در فی دقیقه است

- **هیچگاه** یک مریض را در خونریزی ترایمستر سوم معاینه نکنید، به جز از اینکه شما مویعت پلاستنا را بدانید یا زمانی که مریض بالای میز عملیات برای اجرای معاینات مضعف قرار داشته باشد.

- خونریزیهای ترایمستر سوم معمولاً در نتیجه جدا شدن پلاسنتا یا Placenta Praevia بوجود میاید.
- خونریزیهای بعد از ولادت معمولاً از سبب عدم توانایی رحم بوجود میاید، لیکن تراکم تولیدات رحم، پارگی رحم یا عنق رحم، پارگی مهبل یا ناحیه عجانی نیز میتوانند سبب خونریزیهای شدید شود.

تداوی :

در جریان یک واقعه عاجل ولادی یک نفر باید مسؤلیت را به عهده گیرد، یعنی کسی که باید بقیه تیم را رهنمایی نماید. مسؤلیت برای پروسیجر های فوق الذکر که ضرورت به وقوع آن میباشد، باید به صورت هم زمان محول شود.

- تقاضا کمک نمائید – از یک شخص تقاضا نمائید تا در صورت ضرورت برای داکتر ولادی، تکنیشن لابراتوار، انستیزیست و داکتر اطفال تلیفون نموده و آنها را آگاه سازند.
- خاموش باشید – سویه واقعات عاجل را باید بدانید.
- وظایف مشخص را به اعضای تیم محول نمائید.
- یک تاریخچه و معاینه فزیکلی مختصر از مریض بگیرید. حالت مریض را ارزیابی نموده و به اساس آن تداوی تان را پلان نمائید – پروتوکول ها را باید بدانید.
- دو مایع IV را با کنولای بزرگ 16 یا 14 گیج به مریض شروع نمائید.
- مایع کرستلونید را از طریق داخل وریدی به سرعت به مریض شروع نمائید، 2000 ملی لیتر به صورت عاجل.
- معاینه خون را برای CBC، زمان خونریزی یا Bleeding time، نوعیت خون و XM به اندازه 4 یونت انجام دهید. در واقعات عاجل و حاد در صورت ضرورت برای ترانسفیوژن خون ORh-ev آمادگی بگیرید.

- کنتیتر را در مثنانه تطبیق نموده و مقدار دخول و خروج مایعات را ارزیابی نمائید.
- مریض را گرم نگهدارید.
- مشکلات خاص را تداوی نمائید:

○ Placenta Praevia : معمولاً توسط عملیات سزارین و ولادت مینمایند، که به حالت مریض و موقیعت پلاسنتا ارتباط دارد.

○ جاشدن پلاسنتا یا Placenta Abruptio : مریض ضرورت دارد تا از طریق مهبل یا عملیات سزارین در ظرف 2-4 ساعت نظر به حالت مادر و طفل ولادت نماید.

○ خونریزی بعد از ولادت : تداوی فعال مرحله سوم و استفاده بعدی ادویه جات (Oxytocic 40) یونت اوکسیتوسین در 1000 ملی لیتر نارمل سالین اضافه تر از 4 ساعت با 0.5 مایکروگرام ارگوتامین از طریق داخل عضلی) زرق مستقیم پروستاگلاندین در عضله رحم، دور نمودن پلاسنتا با دست، ارزیابی رحم با دست، مسدود نمودن یا تامپوناد رحم با فولی کنتیتر بزرگ تا حد امکان، خیاطه نمودن عنق رحم، پارگی رحم یا ناحیه عجانی، ارزیابی بطن و بسته نمودن شرائین iliac داخلی و تخم دان ها و بالاخره کشیدن رحم از طریق بطن.

مراقبت دیابت (شکر) در حاملگی

تعریف :

دیابت در زمان بار داری یا Gestational Diabetes Mellitus (GDM) به مثابه شروع یا اولین علامه تشخیصیه عدم تحمل کاربوهایدریت در زمان حاملگی تعریف میگردد. GDM از سبب مقاومت انسولین از باعث تغییرات فزیولوژیک در زمان حاملگی بوجود آمده و 2-5% از نفوس زنان حامله را متاثر میسازد. در اضافه تر از 50% خانم ها که مصاب GDM اند در 20 سال آینده یک شکل آشکار از دیابت در آنها انکشاف مینماید.

دیابت Pre-existing :

دیابت تایپ 1 : این حالت از سبب عدم موجودیت کامل انسولین در اثر تخریب حشرات B پانکراس بوجود میاید. تخریب حشرات B میتواند به صورت میانجی های معافیته یا Immune-mediated یا اسباب نامعلوم بوجود آید.

دیابت تایپ 2 : این حالت از سبب نقیصه در افراز انسولین یا از باعث مقاومت انسولین بوجود میاید. دیابت نوع دوم با چاقی ارتباط قوی دارد.

تصنیف دیابت اختلاطی در زمان حاملگی :

Class	وقوع	مقدار گلوکوز پلازما در گرسنگی	مقدار گلوکوز در 2 ساعت بعد از غذا	نداوی

A1	بار داری	<105 mg/dl	<120mg/dl	رژیم
A2	بار داری	>105 mg/dl	>120mg/dl	عناصر هایپوگلاسیمیک
Class	سن وقوع (به سال)	مدت به سال	امراض و عایی	تداوی
B	بلند تر از 20	<10	موجود نیست	انسولین
C	19 - 10	10-19	موجود نیست	انسولین
D	قبل از 10	>20	ریتینویتی سلیم	انسولین
F	هر سن	هر سن	نفروپتی	انسولین
R	هر سن	هر سن	ریتینویتی ارتشاحی	انسولین
H	هر سن	هر سن	قلب	انسولین

* زمانی که در جریان حاملگی تشخیص شد : موجودیت پروتین در ادرار 500ملی گرام یا زیاد تر در 24 ساعت قبل از هفته 20 بارداری.

آزمایش و تشخیص دیابت (شکر) زمان بارداری :

باوجود تحقیقات زیاد که صورت گرفته است، یک خلأ در توافق عمومی برای دسترسی به آزمایش زنان حامله به صورت دلخواه جهت GDM موجود است. همچنان توافق صورت گرفت تا تمام زنان حامله باید از یک طریق آزمایش شوند، با استفاده از:

1. تاریخچه مریض
2. فکتور های خطر کلینیکی
3. آزمایشات لابراتواری

دو راه دسترسی به این آزمایش موجود است:

آزمایشات جهانی : تمام مریضان بین بین هفته 24-28 باید آزمایش شوند.

آزمایشات انتخابی : استفاده از یک استراتژی آزمایش به اساس ارزیابی یک خطر برای GDM .

آزمایشات انتخابی به اساس فکتور های خطر :

پیشنهادات برای آزمایش	کتهگوری های خطر
<p>در یک ملاقات ابتدایی قبل از ولادت هر چه زود تر باید آزمایش شود : اگر آزمایش ابتدایی برای دیابت زمان بارداری منفی باشد ،پس در این صورت آزمایش باید در ب24-28 هفته زمان بار داری باید تکرار شود.</p>	<p>خطرات بلند (یک یا اضافه تر از خطرات ذیل):</p> <ul style="list-style-type: none"> - چاقی قابل ملاحظه - دیابت که ارتباط به درجه اول دارد - تاریخچه عدم تحمل گلوکوز - تاریخچه طفل قبلی با سر بزرگ - تاریخچه غیر واضح تولد طفل مرده - موجودیت گلوکوز در ادرار به صورت فعال
<p>بین هفته 24 و 28 آزمایش شود.</p>	<p>خطرات متوسط :</p> <p>مریض نه شایسته به خطر بلند و نه شایسته به خطر پائین است.</p>
<p>آزمایش ضروری نیست.</p>	<p>خطر پائین (مریض باید تمامی موارد ذیل را داشته باشد):</p> <ul style="list-style-type: none"> - سن <25 - ارتباط به یک گروه از نژاد داری خطر پائین* - دیابت که ارتباط به درجه اول داشته باشد در او

	<p>موجود نباشد</p> <p>- وزن نارمل در زمان حاملگی و وزن نارمل در مرحله قبل از حاملگی ($BMI < 25$)</p> <p>- عدم موجودیت تاریخچه غیر نارمل سویه گلوکوز خون</p> <p>- عدم موجودیت نتایج ضعیف ولادی قبلی</p>
--	--

* قوم و نژاد که نسبت به دیگران دارای خطرات پائین اند شامل اسپانوی ها، سیاه پوستان، امریکایی های اصیل، آسیایی جنوبی یا شرقی، آیسلند و استرلیایی های اصیل.

Sources : Kjos SL and Buchanan TA. Gestational Diabetes Mellitus. N Engl J Med 1999; 341:1749-1756

پروسیجر برای آزمایشات و تشخیص :

مرحله بعدی :	نتایج گلوکوز سیرم :	تست آزمایشی :
- تست های بعدی لازم نیست	140mg/dl یا کمتر از آن	تست رقابتی توصیه گلوکوز از

<p>- سه ساعت با GTT ادامه میابد</p> <p>- GDM تشخیص میشود، تست های بعدی ضروری نیست.</p>	<p>>140mg/dl</p> <p>>190mg/dl</p>	<p>طریق دهن به اندازه 50 گرام:</p> <p>گلوکوز پلازما 1 ساعت بعد از فشار گلوکوز اندازه میشود، در این حالت ساعت و زمان اخذ غذای قبلی مهم نیست.</p>
<p>مرحله بعدی :</p>	<p>توضیح GTT سه ساعت (گروپ ملی اطلاعات شکر پلازما)</p>	<p>تست تشخیصی :</p>
<p>دو و یا زیاد تر اینارمل احجام = دیابت در بارداری (GDM)</p>	<p>روزه 105mg/dl</p> <p>یک ساعت 109mg/dl</p> <p>دو ساعت 165mg/dl</p> <p>سه ساعت 145mg/dl</p>	<p>تست تحمل گلوکوز به اندازه 100 گرام از طریق دهن (3-hour GTT) :</p> <p>تست باید در جریان شب که مریض روزه است انجام داده شود. در زمان روزه گلوکوز وریدی در یک ساعت، دو ساعت و سه ساعت اندازه میشود.</p>

مراقبت دیابت زمان بارداری و قبل از وجود آن:

اهداف تداوی شامل موارد ذیل است :

1. مراقبت برای کاهش دادن بیشتر مرگ و میر قبل از ولادت جنین.
2. وقایه از نتایج خراب حاملگی، مانند سر بزرگ جنین، که میتواند سبب عملیات مادر در زمان ولادت شود، دستوشی شانه و ترخیص در زمان تولد.

تداوی و اداره دیابت زمانی به بهترین وجه آن انجام داده میشود که این کار توسط یک گروپ انجام داده شود که این گروپ شامل داکتر ولادی، قابله یا نرس دیابتیک و داکتر طب/شفاگر طب فامیلی، باشد.

رژیم : وزن تخمینی بدن (IBW) = 100 پوند در 5 فوت، جمع 5 پوند در فی انچ >5 feet

کیلو کالوری روزانه (Daily Kcal) : $36\text{kcal/kg or } 15\text{kcal/lb IBW} + 100\text{Kcal/Trimester}$

تغذی :

- کاربوهایدریت 40-50%

- پروتین 12-20%

- شحم 30-35%

کنترول گلوکوز پلازما : چک نمودن سویه گلوکوز پلازما را برای تعیین سویه آن در روزه صبحانه و 2 ساعت بعد

از هر غذا پیشنهاد نمائید.

رنج مطلوب :

روزه 70-105mg/dl

دو ساعت بعد از غذا 100-140mg/dl

انسولین :

معمولاً زمانی که سویه $\text{fasting blood glucose} > 105\text{mg/dl}$ باشد به صورت ثابت استفاده میشود.

اکثریت اشخاص به یک ترکیب از انسولین با تاثیر کوتاه (Regular) برای پوشش هر غذا و انسولین با تاثیرات

طولانی (NPH) تا یک پوشش سر تا سری را در تمام روز تهیه نماید، ضرورت دارد.

تداوم و انواع انسولین :

تداوم	تاثیر اعظمی	زمان وقوع فعالیت	نوعیت انسولین
4-5 ساعت	2-3 ساعت	1 ساعت	Regular

24 ساعت	8 ساعت	2 ساعت	NPH
---------	--------	--------	-----

توزیع انسولین : A.M 2/3 → 2/3 NPH, 1/3 Regular P.M 1/3 → 1/2 NPH, ½ Regular

پیش بینی نمودن ضروریات نهایی انسولین برای مریض دیابتیک باردار به اساس سن بارداری :

سن بارداری به هفته	دوز یا مقدار پیش بینی شده انسولین
18-6	0.7 Units/kg
26-18	0.8 Units/kg
36-26	0.9 Units/kg
40-36	1.0 Units/kg

عاملین (agents) هایپوگلیسیمیک فمی :

میتوان از آنها به عوض یا قبل از شروع انسولین زمانی استفاده نمود که سویه گلوکوز فاقگی (Fasting glucose) کمتر از 110 mg/dL باشد. دانسته شده است که Glyburide در بعضی خانم های که فقد دارای

درجه متوسط مقتضی هایپوگلیسمی اند، مصون و موثر است.

Glyburide را میتوان به مقدار 2.5 ملی گرام یک مرتبه در روز خصوصاً بعد از ظهر به مریض توصیه نمود.

- اگر به صورت ناکافی سبب کنترل شود، در این صورت یک دوز دومی به را میتوان به عین مقدار از

طریق دهن قبل از ظهر نیز به مریض اضافه نمود.

- میتوان این مقدار را به 5 ملی گرام افزایش داد، اگر به مقدار 5 ملی گرام دو مرتبه در روز کنترل نشد

، پس در این صورت برای کنترل گلوکوز ضرورت به استفاده از انسولین است.

حاملگی و دیابت وابسته به انسولین :

ملاحظات خاص:

- هیموگلوبین A1C را قبل از حمل و در جریان ترایمستر اول چک نمائید. درجه تشوش تشکل برای $HgB A1C > 8.5$ 22 فیصد است.
- اندوکار دیوگرام قلبی جنین را در 22 هفتگی تنظیم نمائید.
- ارزیابی اوفتلمولوجی را برای ریتینوپتی پیشرونده در جریان ترایمستر اول و سوم اجرا نمائید.
- مطالعه ادرار 24 ساعته برای تصفیه کربتینین و پروتین مجموعی.
- التراسوند به خاطر رشد جنین در هفته 18، 22، 26، 38.
- در تمام زمان حاملگی مقتضیات انسولین افزایش خواهد یافت.
- توصیه میشود که سویه گلوکوز پلازما در زمان گرسنگی، دو ساعت بعد از غذا (چای صبح، نان چاشت، نان شب) و قبل خواب چک شود.

مانیتور جنینی:

- التراسوند در هفته 18-24 (زمان، انکشاف، اناتومی)
- محاسبه پازدن جنین در هفته 28 شروع میشود (10 حرکت در اضافه تر 2 ساعت در روز)
- تست جنینی دو مرتبه در هفته (یک مرتبه AFI و دو مرتبه NST) که در هفته 32 شروع میشود.

پیشنهادات ولادت:

- به صورت عموم خانمهای دارای دیابت در زمان بار داری به ولادت های پیش از موقع یا مداخلات دیگر ضرورت ندارند.
- خانم ها با دیابت قبل از وجود یا Per-existing باید یک انگیزش انتخابی در هفته 39-40 بارداری داشته باشند.

- عملیات سزارین انتخابی در خانمهای که وزن جنین در التراسوند آنها 4500 گرام یا زیاد تر باشد باید ملاحظه شود. اینکه آیا عملیات سزارین انتخابی کدام تاثیر بالای وقوعات صدمه ضفیزه Brachial دارد ،مورد بحث قرار دارد.

استفاده انسولین در جریان Labor :

- در Labor هر 2 ساعت قند خون را چک نمائید.
- اگر قند خون $>120 \text{ mg/dL}$ باشد در این صورت انسولین را از طریق IV پمپ به مریض شروع نمائید (انسولین 10 regular واحد در 1000 سی سی نارمل سالین ،در نتیجه $1 \text{ unit}=10\text{cc}$)
- اگر در مریض از سبب Labor به وجود آمده است در این صورت تنها صبح دوز NPH از انسولین (تائیرات طولانی) به مریض توصیه نمائید.

نسبت متغیر انفیوژن انسولین :

- <100 به انسولین ضرورت نیست.
 - 120-100 داکتر مخیر است.
 - 140-120 یک واحد/ساعت.
 - 180-141 1.5 واحد/ساعت.
 - 200-181 2 واحد/ساعت.
 - 220-201 2.5 واحد/ساعت.
 - >220 داکتر موجود را فراخوانید.
- اگر مریض به انفیوژن انسولین ضرورت ندارد ،پس در این صورت قند خون باید در هر ساعت چک شود.
 - ادرار باید بعد از هر بار تخلیه تلوین شده و به خاطر کیتون چک شود.

- بعد از Delivery انفیوژن انسولین را قطع نمائید.

- از تغییر نسبت در صورت ضرورت میتوان استفاده کرد.

نوت : اگر استروئیدها به یک مریض قبل از وقت (Preterm) دارای دیابت داده میشود، در این صورت گلوکوز را به دقت برای مدت 48 ساعت ارزیابی نموده، زیرا قند خون افزایش و ضرورت انسولین افزایش خواهد یافت. که در این حالت به شروع نمودن انسولین ضرورت میافتد.

بعد از ولادت:

خانمهای که با دیابت زمان بارداری تشخیص میشوند باید دارای 75 گرام OGTT در 6-12 هفته بعد از ولادت باشند و باید در هر 3 سال دوباره ارزیابی شوند. این خانمها نیز معروض به خطر انکشاف دیابت زمان بارداری در حاملگی بعدی خواهند بود.

انتقال خون به مریض یا Blood Transfusion

درخواست خون:

اگر یک مریض برای عملیات بزرگ پلان میشود، یا احتمال وجود دارد که مریض به خون ضرورت پیدا خواهد نمود در این صورت فارم درخواست خون هر چه زودتر توسط داکتر طب باید خانه پری شود و به لابراتوار جهت پیدا نمودن خون داده شود.

1. تنها یک داکتر میتواند خون درخواست نماید.

2. قبل از درخواست خون، باید موافقه مریض که به او خون داده میشود گرفته شود. مریض باید در باره جریان، خطرات و فواید پروسیجر و همچنان خطرات نگرفتن خون آموزش داده شود. فامیل و حاضرین در گفتگو مریض باید دخیل باشند.

a. داکتر باید گفتگو را در ریکارد طبی مریض ثبت نموده و موافقه تحریری مریض را در عقب فارم درخواست خون بگیرد در صورت امکان نشان انگشت مریض را نیز بگیرد.

b. اگر مریض موافقه را رد میکند در این صورت باید به حیث یک مدرک یا سند حفظ شود.

c. اگر مریض به هوش نباشد و هیچ یک از عقارب او هم موجود نباشد تا موافقه نماید، در این صورت خون به اساس ضرورت و ارزیابی دو داکتر به مریض داده شود.

d. اگر سن مریض کمتر از 17 سال باشد در این صورت والدین یا سرپرست فامیل فارم موافقه مریض را امضا خواهد نمود.

e. علایم هوشداردهنده که مریض باید از آن آگاه باشد:

مريض در محل IV، مشکلات تنفسی، درد پشت یا صدر (سینه)، احساس خنک/سرخ/تب، دلبدی، گیجی، دانه های کوچک/پت، ادرار تاریک یا سرخ رنگ.

3. فارم درخواستی خون باید توسط داکتر مربوطه در وارد خانه پری شود، و نام مريض، نمبر کیور، گروپ خون و تایپ آن باید دوباره چک شود.
4. لابراتوار باید در باره خون مورد ضرورت آگاه شود.

اگر از خون مذکور در جریان یک هفته استفاده نشد، پس در این صورت لابراتوار باید با داکتر تماس گرفته تا اجازه دهد که از خون مذکور برای واقعات عاجل دیگر استفاده شود.

خون دریافتی یا Finding Blood:

1. اگر مريضان عقاری دارند که آنها را همراهی میکنند در این صورت آنها باید به لابراتوار جهت تعیین نمودن گروپ خون، نوعیت آن و کرازمچ (Cross-match) فرستاده شود.
2. اگر عقارب مريض موجود نباشد، خون هیچ کدام آنها مطابقت نکنند، یا اینکه خون به صورت عاجل ضرورت باشد در این صورت یخچال بانک خون را برای خون سازگار چک نمائید.
3. اگر خون سازگار یا قابل قبول برای مريض موجود نباشد در این صورت:
 - a. در جریان ساعات رسمی فهرست اهداکنندگان خون، کارمندان یا رضاکاران دیگر را، کسانی که اهداکنندگان سازگار بوده و در جریان 12 هفته گذشته خون اهدا نکرده باشند چک نمائید.
 - b. اگر اهدا کننده های مناسب موجود نباشد، یا بعد از ساعات رسمی باشد، پس در این صورت داکتر طب را فراخوانید تا با یک اهدا کننده غریب تماس گیرد.
4. اگر تست خون اهداکننده مورد نظر برای HIV، Hepatitis C، Hepatitis B یا سفلیس مثبت باشد در این صورت، آنها توسط یک سلپ لابراتواری که دارای معلومات درباره تستهای بعدی است آگاه شوند.
5. اگر بانک خون شفاخانه کیور، خون سازگار را نداشته باشد و یک اهداکننده مناسب نیز پیدا نشود، در این صورت به بانک خون مرکزی کابل، ابن سینا یا بانک های دیگر آگاهی داده خواهد شد.

- a. تکنالوژست لابراتوار باید جهت بدست آوردن خون مورد ضرورت به بانک های خون زنگ بزند.
- b. تکنالوژست لابراتوار باید یک فارم درخواستی خون (خارجی) را به لسان دری خانه پری نماید.
- c. عقارب مریض باید این فارم را گرفته و برای دریافت خون به بانک خون برود.
- d. اگر عقارب مریض برای بدست آوردن خون پول نداشته باشند در این صورت آنها باید با نماینده دفتر تجاری کیور صحبت نماید.

6. تکنالوژستهای لابراتوار و پرسونل دیگر شفاخانه کیور باید به صورت فعال، دیگران را برای اهدای خون به صورت داوتلبانه تشویق نمایند. برای اینکه کارمندان شفاخانه یا اهداکنندگان خارج از شفاخانه در لست اهداکنندگان داوتلب شامل شوند، آنها باید با لابراتوار جهت تست و اضافه کردن نام شان در لست مذکور تماس بگیرند.

نمونه جمع شده خون برای کراز- مچ:

1. زمانی که تکنالوژستها به وارد می آیند در این صورت فارم درخواستی خون به آنها داده شود.
 2. در این زمان تکنالوژست باند سرخ آی-دی را توسط نام مریض، کیور نمبر، گروپ خون و تایپ آن خانه پری خواهد نمود. تکنالوژست ID band را در بند دست مریضی که به او خون داده میشود بسته خواهد نمود.
 3. بعداً تکنالوژست لابراتوار یک نمونه از خون مریض را برای تست خواهد گرفت.
- اگر مریض به هوش باشد در این صورت کارمندان لابراتوار از مریض پرسان خواهد نمود " نام شما چیست؟" و همراه با یک نرس یا داکتر فارم درخواستی خون، چارت مریض، باند آی-دی را در بند دست مریض برای اینکه آی-دی درست است دوباره چک کند.

- اگر مریض به هوش نباشد در این صورت از یکی از عقارب مریض که در انجا حاضر باشد پرسیده شود که نام مریض چیست.
- اگر کدام تفاوت در جریان خانه پری نمودن آی- دی موجود باشد در این صورت قبل از گرفتن نمونه خون مریض، باید آدرس داده شود.
- پرسونل لابراتوار باید تیوپ نمونه خون مریض را با نام مریض، نام فامیلی، کیور نمبر و تاریخ لیبل نماید قبل از اینکه نمونه خون مریض را بگیرد، و بعد از گرفتن نمونه خون مریض آن را دوباره برای اینکه درست است چک نمائید.
- تکنالوژست لابراتوار باید نمونه خون و فارم درخواستی خون را به لابراتوار جهت تعیین تایپ و کراز- مچ ببرد. (به خون دریافتی ملاحظه نمائید)

کراز- مچ:

1. قبل از شروع کراز- مچ نمونه خون مریض باید با فارم درخواستی خون دوباره چک شود.
2. نتایج کراز- مچ و تست آزمایشی خون اهداکننده باید در عقب پاکت خون مریض، فارم درخواستی خون و کتابچه لابراتوار ثبت شود.
3. زمانی که کراز- مچ به صورت موفقانه تکمیل شد در این صورت باید به وارد آگاهی داده شود.
4. در صورتی که کراز- مچ موفقانه صورت نگرفت در این صورت تنها معلومات اهداکننده خون را بالای پاکت نوشته و آنرا به یخچال لابراتوار برگردانید.

جمع آوری و نگهداری خون اهداشده:

1. تمام خون اهداکننده باید متقبل تست آزمایشی توسط CHI لابراتوار قرار گرفته تا Hepatitis B ، Hepatitis C ، HIV و سفلیس را رد نماید.
2. خون اهداشده قابل قبول باید نام اهداکننده ،گروپ ABO ،تایپ Rh ،تاریخ اهدای خون و تاریخ انقضا را در بالای پاکت خود داشته باشد.
3. خون تا زمان که به مریض خواسته میشود ،در یخچال لابراتوار نگهداری خواهد شد. خون در هیچ جای دیگر از شفاخانه نگهداری نخواهد شد.
4. درخواستی ها برای اهدای خون باید در کتاب log انتقال خون لابراتوار ثبت شود.

آمادگی برای انتقال خون:

1. انتقال خون باید توسط یک داکتر ،نرس انستیتست یا نرس شروع شود.
 2. علایم حیاتی باید چک و ثبت شود.
 3. مریض باید قبل از اخذ خون برای رفتن به تشناب کمک شود (آنها باید در جریان خون گرفتن غیرمتحرک باشند).
 4. متیقن باشید که دست رسی کافی به ورید موجود است.
- a. یک کنول قطر(گیج) کلان باید استفاده گردد (حد اقل 18 گیج)
- b. در اطفال ،کتیترهای سره وی (ناف) پسندیده بوده یا اینکه میتوانیم از کنولهای حد اقل 22 گیج در قسمت های محیطی مریض استفاده نمود.
5. تنها از یک تیوب انتقال دهنده خون ،همراه با یک فلتر برای تطبیق خون استفاده خواهد شد.
- a. تیوب نمودن توسط نارمل سالین آغاز خواهد شد.
- b. نارمل سالین باید یگانه محلولی باشد که در جریان تطبیق خون استفاده میشود.
- c. ادویه ها نباید در عین پایپ وریدی مانند خون یا اجزای خون تطبیق شود. اگر ضرورت به دادن ادویه دیگر باشد در این صورت باید یک پایپ وریدی دیگر به مریض شروع شود.

رسیدن خون به آرد:

1. پرسونل لابراتوار خون و فارم درخواستی خون را به آرد یعنی جایکه مریض خون را اخذ مینماید انتقال میدهد.
2. واحد خون اهداشده، فارم درخواستی خون، چارت مریض، و باند که در بند دست مریض است باید حد اقل توسط دو شخص بعد از پرسیدن از مریض اینکه " نام شما چیست؟" چک شود.
3. گروپ و تایپ واحد خون اهداشده باید با فارم درخواستی و گروپ و تایپ خون مریض چک شود.
4. پاکت خون باید از نظر سوراخ بودن، علقه خون، رنگ غیرنارمل، هوای اضافی یا حبابهای هوایی تفنیش شود. نتیجه این تفنیش باید در فارم درخواستی خون نوت شود.
5. انتقال خون به مریض باید در ظرف 30 دقیقه بعد از رسیدن خون از بانک صورت گیرد. اگر انتقال خون در جریان 30 دقیقه صورت نگرفت یا اینکه به خون ضرورت نباشد در این صورت خون باید به صورت عاجل به بانک خون برگشتانده شود.

برگشتاندن خون استفاده نشده :

1. اگر از خون کراز- مچ شده استفاده نگردید در این صورت خون مذکور همراه با فارمهای آن و پاکت که بالای آن عبارت "استفاده نشده" ثبت است به لابراتوار برگشتانده شود. و این کار باید حداقل در کمتر از 30 دقیقه انجام داده شود.
2. هر خون که در سیت انتقال خون وصل و برای استفاده بررسی شده است، نمیتواند به لابراتوار برگشتانده شود.
3. خون برگشتانده شده باید هر چه زود تر به یخچال برگشتانده شود.

4. لابراتوار باید بالای درخواستی خون مریض بنویسد " **خون داده نشده** " و آنرا به فایل مریض برگرداند.

انتقال خون به مریض:

1. زمانی که انتقال خون به مریض شروع شد، مریض باید از نزدیک مراقبت شود. علائم حیاتی باید در فارم درخواستی خون نوشته شود. در ساعت اول باید علائم حیاتی مریض در هر 15 دقیقه، و بعداً در هر 30 دقیقه برای ساعت دوم ملاحظه شود. بعد از دو ساعت اول علائم حیاتی مریض هر ساعت در جریان تمام زمان انتقال خون که باید اضافه تر از 4 ساعت را در بر نگیرد، ملاحظه شود.
2. اگر مریض از ناراحتی شکایت مینماید یا کدام علائم عکس العمل انتقال خون دریافت میشود، پس در این صورت باید فوراً به داکتر اطلاع داده شده و نرس انتقال خون را توقف دهد.

- نرس باید تیوپ را با یک تیوپ جدید تعویض نماید.
- نرس باید کنولای وریدی را با نارمل سالین شسته و یک انفیوژن نارمل سالین را با سرعت کم شروع نماید.
- داکتر ادویه جات را به مریض توصیه نموده و نرس باید ادویه درست را به مریض بدهد (پرستامول، انتی هستامین).
- علائم حیاتی باید در هر 15 دقیقه ملاحظه شود.
- اگر عکس العمل شدیدتر باشد پس در این صورت تکنیشن لابراتوار فرا خوانده شود تا از بازو مقابل مریض دو نموده خون را دوباره برای کراز مچ بگیرد (آیا خون درست به مریض داده شده؟) و علائم هیمولیز را ملاحظه نماید. در صورت امکان باید ادرار نیز جمع شود تا علائم هیمولیز را ملاحظه نمود (هیماجوریا).

علائم عکس العمل انتقال خون به مریض:

- نبض سریع و ضعیف
- فشار خون پائین
- هیماچوریا (ادرار سرخ/سیاه)
- تنگی یا درد صدر (سینه)
- درد شدید ناحیه کمر (عقب)
- نفس تنگی
- یورتیکاریا (پت) شدید یا پدیدگی روی
- احساس خنک کردن
- افزایش در درجه حرارت بدن مریض $1 \geq$ درجه سانتی گراد (عکس العمل متوسط، عام)
- افزایش به یک درجه حرارت عکس العملی، حداقل 38 درجه سانتی گراد (بسیار جدی).

نگهداری و تدارک خون:

حداقل 4 واحد خون در یخچال بانک خون باید به صورت همیشه موجود باشد.

- واحداث خون آردر داده شده موجود شامل این خون نبوده، و یک لیبل قابل دور شدن که حاوی نام، نمبر کیور، گروپ و تایپ خون مریضانی که به آنها آردر داده شده است، بالای آن نسپ میشود.
- زمانی که تاریخ آردر موجود میگذرد (زمانی که مریض در شفاخانه کیور نیست و ضرورت به نگهداری خون برای او نیست) خون که نگهداری شده بود، باید به حوض عمومی خون برای واقعات عاجل علاوه گردد.

- باید همیشه حداقل یک واحد از خون 0 منفی برای واقعات عاجل موجود باشد .
- خون نباید برای مدت بیشتر از 30 روز نگهداری شود. 30 روز بعد از اهدا خون ،یا اگر علقات ،تغییر رنگ خون یا سوراخ شدن پاکت خون دیده شود ،در این صورت واحد خون مذکور باید دور انداخته شود.
- زمانی که یک واحد خون به مصرف میرسد ،باید خون مصرف شده فوراً توسط اعضای فامیل مریض برگشتانده شود(به خون دریافتی ملاحظه شود).

متیقن شدن به کیفیت

1. تمام واقعات انتقال خون به مریض توسط کارمندان طبی به صورت منظم بررسی خواهد شد.
2. اگر کدام عکس العمل نامطلوب در مقابل خون موجود باشد در این صورت به داکتر طب باید آگاهی داده شود.

مراقبت خونریزی ترایمستر اول :

خونریزی رحمی در جریان ترایمستر اول حاملگی به یک تارخچه و معاینات مکمل ضرورت دارد. که توسط یکی از اسباب ذیل بوجود میآید.

1. حاملگی خارج رحمی :

یک حاملگی خارج رحمی پاره شده، میتواند به خونریزی که سبب تحدید حیات مریض گردد بانجامد. از این سبب مهم است که قبل از پاره شدن، تشخیص شده و به داکتر اطلاع داده شود.

اگر یک خانم از درد بطن و خونریزیهای نامنظم رحمی شکایت میکند، در این صورت حاملگی خارج رحمی را ملاحظه نموده و تست حاملگی را به مریض دستور دهید. اگر تست مذکور منفی باشد در این صورت حاملگی خارج رحمی موجود نیست. اگر تست مثبت باشد در این حالت به صورت عاجل او را به USS ریفر نمایند. اگر رحم خالی باشد، در این صورت برای عملیات جراحی آمادگی بگیرید.

فکتورهای خطر در حاملگی خارج رحمی : تاریخچه عقامت، tubal surgery ، افات التهابی لگن خاصره یا حوصله (PID)، عملیات جراحی لگن خاصره،التصاقات اعضا.

2. سقط جنین:

سقط تهدید کننده: تولید نطفه سالم بوده، لیکن جدا شدن کیسه حاملگی از غشای مخاطی رحم سبب خونریزی رحمی میگردد. در معاینات مهبلی عنق بسته بوده و در معاینات التراسوند جنین سالم است. برای این مریضان به هیچ نداوی ضرورت نبوده، استراحت بستر هیچ تاثیر بالای آن ندارد.

سقط اجتناب ناپذیر: تولید نطفه از غشای مخاطی رحم جدا میشود. در معاینات مهبلی عنق باز بوده، و شاید نسج از عنق رحم به خارج رانده شود. تداوی توسط MVA / D&C برای تخلیه نمودن جوف اندومتریتر صورت میگیرد. تا زمانی که خانم به صورت اشکار منتن نشده، آنتی بیوتیکها ضروری نیست.

سقط نامکمل: تولید نطفه قسماً قابل جدا شدن بوده، قسمت باقیمانده ضرورت به تخلیه کردن دارد. اکثراً در معاینه مهبلی عنق باز میباشد. خانمها با خونریزی مهبلی طول مدت، و کرمپ های قسمت سفلی بطن میابند. تداوی آن مانند سقط اجتناب ناپذیر میباشد.

سقط ناموفق: تولید نطفه از غشای مخاطی جدا شده و خارج میشود، لیکن هنوز به صورت مکمل حفظ شده و در 85% این واقعات سقط خود به خودی در جریان 4-6 هفته بوجود می آید. تخلیه رحم نسبت به اینکه برای وقوع سقط خود به خودی انتظار کشید، مصون تر است، و زمانی که یک مقدار خون ضایع میشود قابل پیش بینی نمیشود.

در تمام سقط های فوق الذکر گروپ خون و هیموگلوبین مادر باید تعیین شود. اگر مادر دارای Rh منفی و رحم او نیز با لوازم ملبس شده (instrumented) و یک MVA یا D&C تهیه شده، باید در جریان 72 ساعت پروسیجر روگم به مقدار 250iu از طریق عضلی به او توصیه گردد.

3. خونریزی اتفاقی:

ندرتاً، خونریزی میتواند از باعث ترخیص مهبل واقع شود، مثلاً بعد از مقاربت شدید جنسی، یا از یک زخم عنق رحم، مانند یک پولیپ یا یک کارسینوما.

آمادگی و ارزیابی قبل از عملیات خانم ها برای جراحی نسایی ولادی

A. ارزیابی قبل از عملیات: تدوین یک ارزیابی دقیق قبل از عملیات با تاکید به آماده سازی مریض و بررسی بعد از عملیات کار یک جراح خوب است. در تمام پروسیجر های جراحی، چه کوچک یا بزرگ

باشد ارزیابی باید به صورت منفردانه صورت گیرد نه به صورت روتین. ارزیابی قبل از عملیات باید شامل موارد ذیل باشد:

1. تاریخچه و معاینات فیزیکی، به شمول مرور سیستم ها و علایم حیاتی.

2. تحقیقات :

- تست حاملگی جهت جلوگیری از بارداری غیر متوقع در زمان نزدیک.
- معاینه ادرار و کریتینین صورت گیرد، اگر عملیات جراحی بزرگ یا تفریط فشار خون احتمالی باشد، یا در صورت استفاده از ادویه جات نفروتوکسیک یا اگر سن مریض بالاتر از 50 سال باشد.
- گراف برقی قلب (ECG) به اساس پیشنهاد : سن بالاتر از 55، امراض دانسته شده قلبی یا خطر از دیاد یافته امراض قلبی ناشی از تاریخچه داویی یا اعراض مریض، مواجه بودن به خطر اینارملتی الکتروولیت ها، پروسیجر عملیات بزرگ پلان شده (به جز از یک عرض در یک ماه گذشته و عدم موجودیت کدام اعراض جدید).
- اکسری صدر، اگر سن بالاتر از 60، یا مشکوک به امراض قلبی یا ریوی (به جز از یک عرض در جریان 6 ماه گذشته و عدم موجودیت کدام اعراض جدید).
- Group & X-match, U/A, K, Na, RBG, QBC دو واحد برای تمام عملیات های بزرگ.
- تست های دیگر تنها به اساس پیشنهادات کلینیکی در رابطه به احتمال موجودیت مریضی صورت میگیرد.
- بعضی اوقات جراحان نسایی ولادی میتوانند سبب رسک در صدمات امعای خورد و بزرگ شوند زیرا التصاقات حوصلی از سبب عملیات های قبلی یا یک پروسه التهابی در ساحه موجود میباشد، مانند امراض التهابی حوصله، یا التهاب اندومیتیر. در این حالت مناسب است که امعا را

برای عملیات آماده ساخت که در این صورت از آماده ساختن میخانیکی امعا و استفاده از انتی بیوتیک های پر انترال که از انتشار انتان بین مریضان که به عملیات انتخابی امعا آماده شده اند جلوگیری نماید، استفاده نمود.

3. موافقت: پروسیجر عملیاتی و خطر آنرا تشریح و از مریض و شوهر (یا خویشاوند نزدیک او) موافقه بگیرید. به مریض بفهمانید که به خاطر پذیرش یک روز قبل از عملیات مراجعه نماید و از نیمه شب NOP شود. به مریضانی که به عملیات کوچک (واقعه روز) مثلاً : BTL, biopsy, D&C ضرورت دارند فهمانده شوند که در روز عملیات به خاطر پذیرش ساعت 7 صبح مراجعه نمایند و تاکید نمائید که از نیمه شب NOP شود. تعیین نمودن مریضان معروض به خطر و دانستن اختلالات که مترافق با پروسیجر های خاص جراحی میتواند اجازه مداخله را میدهد که اختلالات جراحی را محو یا حد اقل کاهش داده و سبب انکشاف در نتایج مریض شود.

4. Book Date: نام،نمبر شفاخانه،سن و پروسیجر را در کتاب عملیات در قسمت پائین تاریخ درست،نوشته نمائید.

5. آگاه ساختن تیایر عملیات : بعد از ظهر قبل از روز عملیات لست عملیاتی را به سوپروایزر نرسنگ تیایر عملیات بسپارید و مشخص نمائید که مریض باید در کدام وارد باشد.

6. آگاه ساختن رسپشن: فایل مریض را با یک یادداشت که در آن تذکر شده است که مریض برای پذیرش در یک وارد مشخص به یک تاریخ مشخص خواهد آمد،دوباره به رسپشن بفرستید. فایل را با خود نگهداری نکنید.

B. جلوگیری از ترومبوآمبولیزم وریدی (VTE) در خانم‌های که تحت عملیات جراحی قرار میگیرند:

رنج یا حدود مرگ‌های بعد از عملیات ناشی از ترومبوز وریدی (DVT) در عملیات‌های عمومی ولادی 7%-
 29% بوده و در امراض خبیث الی 45% است. امبولیزم ریوی (PE) در 0.1-5% واقعات مربوط به درجه
 رسک میباشد. متأسفانه امبولیزم ریوی بدون تظاهرات کلینیکی DVT در 50-80% واقعات بوجود میاید و تقریباً
 در حدود 10-20% واقعات کشنده میباشد. زیادترین واقعات در جریان 7 روز بعد از عملیات ولادی در مریضان
 واقع میشود، به هر صورت مریضان برای 3 هفته بعد از مرخصی از شفاخانه معروض به خطر اند، ممکن به
 صورت ثانوی میتوان امبولیشن را کاهش داد.

تصنیف درجات خطر ترومبوآمبولیزم وریدی در مریضان ولادی:

تصنیف	مشخصات
رسک با سویه پائین (خطر مرگ ناشی از ترومبوز وریدی >3%)	سن <40 سال و دوام عملیات <30 دقیقه
رسک متوسط (رسک مرگ ناشی از ترومبوز وریدی 10-40%)	سن >40 سال و دوام عملیات متفاوت عدم موجودیت کدام رسک دیگر کلینیکی
رسک بلند (رسک مرگ ناشی از ترومبوز وریدی 40-70%)	سن >40 سال همراه با فکتورهای رسک:

مرگ ناشی از ترومبوز وریدی یا امبولی	<ul style="list-style-type: none"> • ریسک امبولی ریوی 1-5% • ریوی • وریکوز وین • انتان • امراض خبیث • تداوی با استروژین • چاقی • جراحی طولانی
-------------------------------------	---

تداوی پروفایلکس برای مریضان با خطر پائین: ضرورت نبوده، لیکن درباره امبولی ابتدای باید متیقن بود.

تداوی پروفایلکس برای مریضان با خطر متوسط: (نمبر 1 و 3 باید استفاده شود)

1. جوراب های که تا قسمت علوی رانها سبب فشار میگردد باید قبل از عملیات تا زمان گردش مکمل به مریض توصیه گردد.
2. از فشار هوایی در زمان عملیات تا زمانی گردش مکمل به مریض توصیه گردد.
3. از هیپارین غیر قابل تجزیه به مقدار 5000 واحد حد اقل دو ساعت قبل از عملیات به مریض توصیه نموده و تا بعد از عملیات هر 12 ساعت ادامه یافته الی زمانی که مریض از شفاخانه مرخص شود.
4. LMWH (دلتیپارین 2500 واحد، یا انوکسپارین 40 ملی گرام) 12 ساعت قبل از عملیات توصیه شده و بعداً یک مرتبه در روز بعد از عملیات تا زمانی که مریض از شفاخانه مرخص شود.

تداوی پروفایلکس برای مریضان با خطر بلند: (نمبر 2 باید استفاده شود)

1. از فشار هوایی در زمان عملیات تا زمانی گردش مکمل به مریض توصیه گردد.
2. از هیپارین غیر قابل تجزیه به مقدار 5000 واحد دو ساعت قبل از عملیات به مریض توصیه نموده و تا بعد از عملیات هر 12 ساعت برای 7 روز الی زمانی که مریض از شفاخانه مرخص شود ادامه یابد.
3. LMWH (دلتیپارین 2500 واحد، یا انوکسپارین 40 ملی گرام) 12 ساعت قبل از عملیات توصیه شده و بعداً یک مرتبه در روز برای 7 روز یا تا زمانی که مریض از شفاخانه مرخص شود.

ادویه ضد تحثر خون در زمان عملیات یا بعد از عملیات بعد از انستیزی موضعی مصون بوده لیکن باید انستیزی موضعی استفاده نشود و کنتیتر اپی دورال نیز باید در جریان 12 ساعت رزق LMWH دور نشود.

C. انتی بیوتیک های پروفایلکس برای پروسیجرهای ولادی:

الی 5% فیصد از مریضان بعد از عملیات ممکن سبب انکشاف انتانات ناحیه عملیاتی شوند که این مریضان باید رهنمای شوند تا برای یک مدت طولانی در بستر باقی بمانند، که این کار سبب بلند رفتن قیمت نزدشان میشود. یکی تمرینات پیشرفته در کنترول انتان عبارت از استفاده انتی بیوتیک های پروفایلکس است. انتی بیوتیکهای پروفایلکس سیستمیک به اساس اعتقاد به اینکه انتی بیوتیکها در انساج میزبان میتوانند سبب افزایش میکانیزم طبیعی معافیت-دفاعی شده و کمک مینماید که باکتریهای را که در زخم جا میگیرند از بین ببرد. استقرا انستیزی نشان دهنده یک زمان مناسب(قبل از شق نمودن) برای شروع نمودن انتی بیوتیک های پروفایلکس در پروسیجر عملیتهای بزرگ میباشد. در صورتی که پروسیجر بعد از 3 ساعت ادامه پیدا کند یا در واقعات عملیاتی که مترافق با ضیا یک مقدار زیاد خون است (>1500 ml) ، یک دوز دومی یا سومی انتی بیوتیکهای پروفایلکس برای بقای سوپیه آنها در انساج باید تکرار شود.

در جریان یک پروسیجری که فکر میشود مریض در معرض خطر بزرگ انتان قرار دارد ،استفاده انتی بیوتیکهای معالجوی باید ملاحظه شود.

تنظیم و ترتیب ادویه های ضد میکروبی پروفایلکتیک توسط پروسیجر		
پروسیجر	انتی بیوتیک	مقدار
مهلی/بطنی هستروکتومی*	سیفازولین سیفوتکزیم مترونیدازول ✘ تتیدازول ✘	1 یا 2 گرام به دوز واحد IV 2 گرام به دوز واحد IV 1 گرام به دوز واحد IV 2 گرام به دوز واحد از طریق دهن (4-12 ساعت قبل از عملیات)
لیپراسکوپی	هیچ	
لیپراتومی	هیچ	
هستروسکوپی	هیچ	
هستروسلپنگوگرام	دوکسی سایکلین ❖	100 ملی گرام از طریق دهن ،دو مرتبه در روز برای 5 روز
داخل نمودن IUD	هیچ	
بایوپسی اندومیتر	هیچ	
سقط بوجود آمده D&C	دوکسی سایکلین	100 ملی گرام از طریق دهن یک ساعت قبل از پروسیجر و 200 ملی گرام از طریق دهن بعد از پروسیجر

500 ملی گرام از طریق دهن دو مرتبه در روز برای 5 روز	مترونیدازول	
	هیچ	یورودینامیک
<p>*یک زمان مناسب برای توصیه پروفایلکسز انتی بیوتیک عبارت از استقرا انسئیزی است.</p> <p>✦ عاملین (agents) منتخب ادویه ضد مکرربی در خانم ها با تاریخچه فرط حساسیت به مقابل پنسلین.</p> <p>❖ اگر هستروسلیپنگوگرام تیوپهای fallopian متوسع را نشان دهد، در این صورت هیچ پروفایلکسز بدون تیوپ متوسع استطباب ندارد.</p>		

نداوی قبل و بعد از عملیات التهاب باکتریایی مهلبی با مترونیدازول حداقل 4 روز قبل عملیات سبب کاهش انتان مهلبی در خانم های که فلورای غیر نارمل دارند، میگردد.

پروفایلکسز اندوکاردیت در حالات ذیل پیشنهاد میشود:

1. کتگوری خطر-بلند: Prosthetic cardiac valves، اندوکاردیت باکتریایی قبلی

، CHD، کامپلکس سیانوتیک (مانند TGA، TOF، single-ventricle states) ، شنت یا conduits سیستم ریوی که بعد از عملیات ساخته میشود.

2. کتگوری خطر-متوسط: اکثریت سؤاشکال ولادی دیگر، تشوش وظیفوی کسبی

valvular (مانند RDH)، کاردیوماپویتی هایپرتروفیک، پرولاپس دسام مترال با valvular regurgitation، ضخامه leaflets یا هر دو آنها.

پروفایلکسز اندوکاردیت در حالات ذیل پیشنهاد نمیشود:

3. کتگوری خطر-ناچیز: (خطر نسبت به نفوس عمومی کمتر باشد) ASD ثانوی تجربیده

، ترمیم جراحی ASD، VSD، یا PDA (بدون کدام بقایا بعد از 6 ماه)، عملیات گرافت بای پاس قبلی شریان کرونری، پرولاپس دسام مترال بدون ریگورجنیشن دسامی، فزیولوژیک

،وظیفوی ،مورمور نادرست قلبی ،سندرو Kawasaki قلبی بدون تشوش وظیفوی دسامی ،تب
 روماتیزم قلبی بدون تشوش وظیفوی ،pacemakers قلبی (داخل وعایی و اپی کاردیک) و
 . implanted defibrillators

انتی بیوتیکهای که برای جلوگیری از انتان ناحیه عملیاتی توصیه میگردد برای پروفایلکسز اندوکاردیت کافی
 نمیشد. به هر صورت ،عاملین (اجنتها) های پروفایلکتیک که برای اندوکاردیتس استفاده میشود ،ممکن سبب
 ایجاد یک پوشش کافی در مقابل انتان ناحیه عملیاتی گردد. در ذیل یک تعداد از رژیم های برای جلوگیری از
 اندوکاردیتس برای مریضان مشکوک که در تحت پروسیجرهای GU یا GI قرار میگیرند ذکر شده است.

حالت مریض	عاملین (اجنتها)	*رژیم
مریضان با خطرات-بلند	امپیسیلین + جینتامایسین	امپیسیلین 2 گرم وریدی + جینتامایسین 1.5 ملی گرام /کیلوگرام (از 120 ملی گرام نباید افزایش یابد) وریدی در جریان 30 دقیقه شروع پروسیجر. 6 ساعت بعد از امپیسیلین 1 گرم وریدی یا اموکسی سیلین 1 گرام از طریق دهن استفاده شود.
مریضان با خطرات-بلند و الرژیک به مقابل پنسیلین	ونکومایسین + جینتامایسین	ونکومایسین 1گرم وریدی در اضافه تر از 1-2 ساعت + جینتامایسین 1.5 ملی گرام /کیلوگرام (از 120 ملی گرام نباید افزایش یابد) وریدی. انفیوژن کامل در جریان 30 دقیقه شروع پروسیجر.

مریضان با خطرات-متوسط	اموکسی سیلین یا امپیسیلین	اموکسی سیلین 2 گرام از طریق دهن 1 ساعت قبل از پروسیجر یا امپیسیلین 2 گرام وریدی در جریان 30 دقیقه شروع پروسیجر.
مریضان با خطرات-متوسط و الرژیک به مقابل پنسیلین	ونکومایسین	ونکومایسین 1گرم وریدی در اضافه تر از 1-2 ساعت ، انفیوژن کامل در جریان 30 دقیقه شروع پروسیجر.
*دوز دومی ونکومایسین یا جینتامایسین پیشنهاد نمیشود.		

مراقبت حاملگی بعد از معیاد (Post-term)

تعریف حاملگی بعد از معیاد: 42 هفته یا اضافه تر از سکل عادت ماهوار قبلی (294 روز یا تاریخ تخمینی ولادت "EDD" + 14 روز)

تعیین نمودن تاریخ حمل برای این منظور جهت تشخیص مهم است.

شواهد یا مدارک: از 4-14% ، و یک حد وسطی 10% حاملگی ها.

همچنان بعضی از وقایع حاملگی بعد از معیاد از سبب عدم تعیین دقیق EDD منتج شود ، اکثریت وقایع در نتیجه یک بارداری طویل المدت بوجود میاید.

خطرات مواجه به جنین: حاملگی بعد از معیاد میتواند با خطرات معین به جنین یکجا باشد. میزان مرگ قبل از ولادت (PMR) (مرگ زودرس نوزاد + جنین مرده = PMR) در بزرگتر از 42 هفته بارداری دو مرتبه نسبت به حاملگی به معیاد است (4-7 واقعه مرگ در مقابل 2-3 واقعه در 1000 ولادت)

تشخیص: زیادتیر از 50% حاملگی بعد از معیاد از سبب محاسبه نادرست است.

محاسبه دقیق ضرورت به LMP، جمع موارد ذیل دارد:

1. اصغا صدای قلب جنین یا FHR در 17-20 هفته یا
2. بلندی عنق رحم بین 18-30 هفته +/- 2cm به هفته LMP یا
3. التراسوند قبل از 26 هفته

مراقبت: ارزیابی جنین باید هفته دو مرتبه صورت گرفته تا شامل:

1. فعالیت (تعداد لگزدن طفل)- باید اضافه تر از 10 لگد در یک روز باشد.
2. NST
3. (NST+AFI) BPP متعادل، یا (BPP) Biophysical profile
4. حجم مایع امینوتیک (اگر جیب عمودی مایع امینوتیک زیاد تر از 2 سانتی متر یا اگر AFI پنج سانتی متر یا کمتر باشد، غیر نارمل میباشد).

فکتور های دیگر برای ملاحظه شامل سن بارداری، که از تست قبل از ولادت جنین منتج میشود (مانند نارملتی جنینی)، حالت عنق رحم و برتری مادر بعد از مباحثه در باره خطرات/فواید تداوی مورد نظر با مانیتورنگ مخالف استقرار ولادت.

زمان که سن بارداری معلوم باشد:

- تخلیه غشا در هفته 38-40 سبب کاهش تکرار حاملگی بعد از معیاد میگردد.

- این منطقی است که بررسی قبل از ولادت را در بین هفته 41 (EDD+7 days) و 42 (EDD+14 days) حاملگی شروع نمود، به اساس مدارک میزان مرگ و میر با ازدیاد سن بارداری افزایش میابد.
- ولادت به معیاد در صورتی که وادار شود.
- ولادت در هفته 42 بدون توجه به ارزیابی طفل.
- اگر $EFW > 4500g$ باشد در این صورت C/S مدنظر باشد.

زمان که سن بارداری معلوم نباشد:

- در این صورت باید اسقرا حمل را به تعویق انداخت به استثنای آنکه مدارک یا شواهد خطر برای جنین موجود باشد (ضرورت به ارزیابی جنین دو مرتبه در هفته است).

مراقبت در جریان حاملگی:

- زمانی که ولادت شروع میشود هر چه زود تر قلب جنین و تقلصات رحمی را با CTG مانیتور نمائید.
- واقعات پارگی کیسه امینوتیک سبب کاهش بیشتر مایع امینوتیک شده و ممکن سبب افزایش امکانات برای فشار بالای حبل سروی گردد. لیکن میتواند موجودیت مایع میکونیم را آشکار سازد (به مراقبت میکونیم مراجعه شود)
- آشکار شدن مایع میکونیم: مایع امینوتیک زمان آشکار میشود که خانم برای C/S حرکت داده میشود، خصوصاً زمانی که CPD مشکوک باشد یا زمانی که تشوش وظیفوی هایپرتونیک یا هایپوتونیک ولادت آشکار باشد.
- یک داکتر ولادی با تجربه باید در مراقبت دستوشی شانه در زمان ولادت حاضر باشد.
- حمایه اطفال نیز باید برای ولادت پیشنهاد شود.

استقرا وضع حمل (Induction of Labor)

تعریف: عبارت از افزایش و استقرا دادن تقلصات رحم توسط ادویجات است.

استنباطات:

1. مادر: APH، پری اکلمپسیا / اکلمپسیا، مرض شکر، PROMs، Chorioamnionitis، (FTP) یا عدم کفایه در Labor از سبب تقلصات ضعیف (Augmentation).
2. جنین: تاخیر در رشد داخل رحمی (IUGR)، کاهش در مایع امینوتیک، ابنارملتی بزرگ جنین، حمل متعدد، Isoimmunization، به تعویق افتیدن پختگی جنین (بعد از هفته 42 بارداری تصدیق شده است) مرگ داخل رحمی (IUD).

مضاد استنباطات:

تمام خانم های که یک تاریخچه سزارین قبلی یا سکار رحم از سبب عملیات های دیگر دارند، در معرض خطر پاره شدن سکار مذکور قرار داشته و باید وضع حمل در آنها تا زمانی که با مدیر پروگرام تریننگ نسایی ولادی یا شف سرویس مشوره صورت نگرفته است، استقرا یا افزایش داده نشود.

ارزیابی عنق رحم:

موفقیت و عدم موفقیت استقرا Labor مستقیماً به درجه رسیدگی عنق رحم ارتباط دارد. با استفاده از Bishop Score (0-13) میتوان درجه رسیدگی عنق رحم را اندازه نمود.

نمبر	توسع (cm)	زدودن (%)	محل	قوام عنق رحم	موقعیت عنق رحم
------	-----------	-----------	-----	--------------	----------------

0	بسته	0-30	-3	ثابت (محکم)	خلفی
1	1-2	40-50	-2	متوسط	متوسط
2	3-4	60-70	-1	نرم	قدامی
3	>5	>80	0	--	--

میتود های استقرا (Methods of Induction):

1. پاک کردن غشا:

به تمام خانمها، پاک نمودن غشا قبل از استقرا وضع حمل پیشنهاد شده که مترافق با افزایش احتمالی Labor خود به خودی در جریان 48 ساعت ، و کاهش میزان حاملگی طولانی (اضافه تر از 41 هفته) میباشد.

رسیدگی (پختگی) عنق رحم قبل از استقرا آن:

میزوپروستول:

یک تابلیت (25 مایکروگرام) را از طریق مهبل به قوس خلفی داخل نموده و این عمل را در هر 3 ساعت تکرار نمایند(الی 4 تابلیت در 24 ساعت) تا زمانی که تقلصات رحمی شروع شده و غشا پاره شود.

3. انفیوژن خارج- امنوتیک:

اگر میزوپروستول قابل دسترس نباشد و عنق رحم نامساعد باشد در این صورت یک انفیوژن نارمل سالین را داخل مسافه خارج- امینوتیک نموده که برای اجرای این کار استفاده از فولی کنتیر موثر بوده و این عمل باید توسط یک داکتر نسایی ولادی اجرا شود.

4. امینوتومی {پاره کردن غشا توسط دست (ARM)}:

با یک عنق رحم مساعد، ARM تنها میتواند در 88 فیصد زنان در ظرف 24 ساعت سبب وضع حمل شود. در صورت ممکن بودن، ARM را در نظر گرفته و انفیوژن اوکسی توسین را بعد از دو ساعت شروع نمائید.

5. اوکسی توسین:

به بسیار احتیاط استفاده نمائید، به خصوص در خانمهای چندین بار حمل گرفته اند.

به یاد داشته باشید که اوکسی توسین میتواند سبب:

a. فرط تحریک: هر تقلصی که اضافه تر از 60 ثانیه دوام کند

یا اضافه تر از 4 تقلص در 10 دقیقه.

b. مشکلات جنینی: ضربان قلب جنین کمتر از 100 در فی دقیقه.

c. پارگی رحم: درد ثابت، از بین رفتن تقلصات، خونریزی

،شاک، مشکلات تنفسی جنین.

d. مسمومیت آب: دلبدی، استفراغ، اختلال، تشنج و کوما

شود.

اگر یکی از نکاتی که در فوق ذکر شد واقع شود در این صورت، انفیوژن را هر چه زودتر توقف دهید، خانم را به یک پهلو دور داده و به او اوکسیجن دهید.

خانمهای که اوکسی توسین میگیرند آنها را هیچگاه تنها نگذارید. تقلصات رحمی و تعداد ضربان قلب جنین باید به صورت منظم برای 10 دقیقه، در هر 30 دقیقه چک شود.

رژیم اوکسی توسین : با 3 تقلص که در هر 10 دقیقه برای 30 ثانیه ادامه میابد ،کمک مینماید.

1. 10 واحد بین المللی از اوکسی توسین را با 1000 ملی لیتر نارمل سالین یا رنگر یکجا ،و به سرعت 10 قطره در فی دقیقه به مریض شروع نمائید.

2. در هر 30 دقیقه ،10 قطره در فی دقیقه زیاد نمائید تا زمانی که یک نمونه خوب از تقلصات بوجود آید.

3. در صورتی که یک نمونه خوب از تقلصات بعد از توصیه 60 قطره در فی دقیقه بوجود نیاید ،و مریض چندین بار ولادت نموده باشد ،در این صورت با داکتر نسایی ولادی (On-call) مشوره نموده و سزارئین سکشن را برای استقرا ناموفق رحم در نظر بگیرید.

4. در صورتی که یک نمونه خوب از تقلصات بعد از توصیه 60 قطره در فی دقیقه بوجود نیاید ،و مریض برای بار اول ولادت نماید ،در این صورت با داکتر نسایی ولادی (on-call) مشوره نموده و اگر هیچ شواهد مبنی بر بندش Labor یا مشکلات جنینی وجود نداشته باشد ،انفیوژن را تغیر دهید طوری که : 20 واحد بین المللی اوکسی توسین را در 1000 ملی لیتر نارمل سالین یکجا و به سرعت 30 قطره در فی دقیقه به مریض شروع نمائید. در هر 30 دقیقه ،10 قطره در فی دقیقه زیاد نماید تا زمانی که یک نمونه خوب از تقلصات بوجود آید. در صورتی که نمونه خوب از تقلصات بعد از توصیه 60 قطره در فی دقیقه بوجود نیامد در این صورت سزارئین سکشن را برای استقرا ناموفق رحم در نظر بگیرید.

مراقبت تلوین (تغییر رنگ) میکونیم مایع امینوتیک

وقوع تلوین عصاره میکونیم در حالات ذیل صورت میگیرد :

- کمتر از 5 فیصد در حاملگی های قبل از وقت.
(شاید با انتانات و chorioamnionitis مترافق باشد)
- 12-15 فیصد حاملگی های به وقت.
- الی 50 فیصد در حاملگی های که از وقت گذشته باشد.

تشخیص :

زمانی که غشای امینوتیک به صورت خود به خودی یا قصدی پاره میشود، مایع تلوین شده امینوتیک سبز رنگ با یا بدون ذرات، یکی مشخصه آن میباشد. مایع تلوین شده میکونیم شاید رقیق یا غلیظ باشد. موجودیت میکونیم در مایع امینوتیک ندرتاً نشان دهنده فشار بالای جنین است.

مراقبت قبل از ولادت و در جریان ولادت :

مایع امینوتیک تلوین شده با میکونیم رقیق، بیضرر (سلیم) بوده و به کدام مراقبت خاص ضرورت ندارد.

مایع امینوتیک تلوین شده با میکونیم غلیظ شاید پروسیجرهای ذیل را تقاضا نماید:

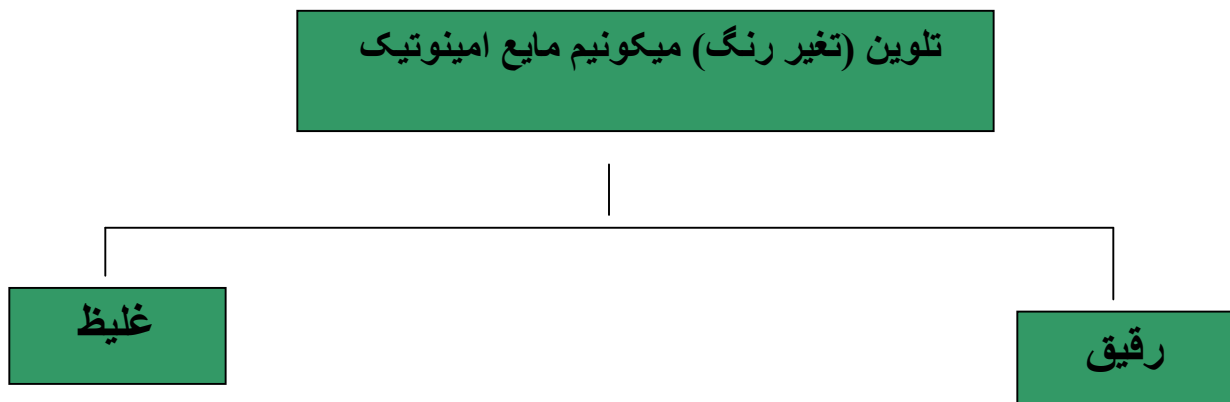
1. در صورتی که میکونیم غلیظ تشخیص میشود، باید متخصص نسایی ولادی خواسته شود.
2. انفیوژن امینوتیک : یک کنتیتر فشار دهنده داخل رحمی در قسمت خلفی ناحیه قابل دید جوف اندومیتر داخل میشود. 800-1000 سی سی از رنگر گرم یا نارمل سالین را به سرعت در جوف امینوتیک داخل

نموده و بعداً تا زمان ولادت طفل 250-300 سی سی مایع را در هر ساعت در ناحیه مذکور داخل نمایند. (هدف این است که میکونیم را رقیق، از اسپایریشن میکونیم و پنومونایتس میکونیم جلوگیری شود)

3. سزارئین سکشن در صورتی که مشکلات جنینی موجود نباشد ضروری نیست.

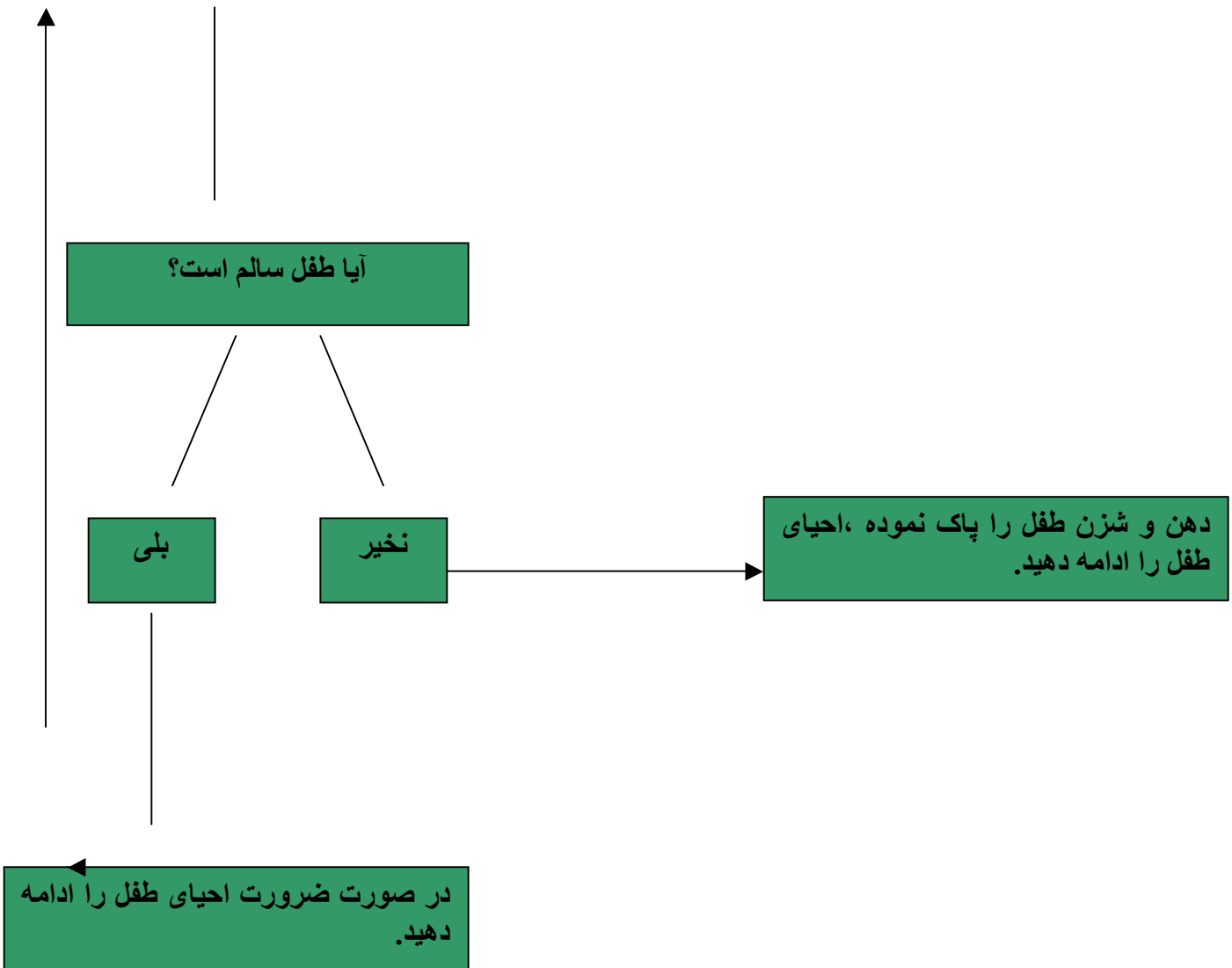
مراقبت بعد از ولادت:

1. داکتر اطفال را در زمان ولادت فراخوانید.
2. در ابتدا دهن و بعداً بینی (ناحیه انفی- بلعومی) طفل را زمانی که طفل در ناحیه عجانی قرار دارد و قبل از اینکه شانه ها بیرون شود، سکشن یا پاک نمایید،
3. اگر طفل دلتنگ (افسرده) شده یا قبل از وقت به دنیا آمده، در این صورت پیشنهاد میشود که شزن از طریق انتیوبیشن ویا با دست (باید فقط توسط یک داکتر با تجربه اجرا شود) سکشن یا پاک شود.
4. اطفال که سالم بوده و به موقع تولد شده اند، فقط به پاک نمودن ناحیه انفی – بلعومی ضرورت دارند.
5. اطفالی که به موقع تولد شده و دلتنگ (افسرده) اند، به پاک نمودن شزن و احیا ضرورت دارند.



بالای ناحیه عجانی - دهن و بینی طفل را پاک
نمائید. احیا طفل را در صورت ضرورت ادامه
دهید. طفل را خشک و تحریک نموده ، تغییر
وضیعت دهید.

بالای ناحیه عجانی - دهن ، بینی و قسمت خلفی بلعوم را قبل
از تولد شانه طفل ، پاک نمائید. احیا طفل را در صورت
ضرورت ادامه دهید. طفل را خشک و تحریک نموده ، تغییر
وضیعت دهید.



تولد مهبلی بعد از سزارین سکس (VBAC)

خطر اصلی تولد مهبلی بعد از سزارین عبارت از پاره شدن ساحه سکار رحم بوده که منجر به مرگ طفل (معمولاً در ظرف 10 دقیقه پاره شدن سکار رحم) و تهدید حیات مادر میشود.

- اگر خانمها به عوض یک بریدگی کلاسیک در رحم، یک بریدگی در سگمنت سفلی داشته باشند در این صورت آنها خطر بیشتر پاره شدن رحم را دارند. بنابر این ما ضرورت داریم تا در مورد نوعیت سزارین قبلی خانم مذکور متیقن باشیم. خانمها با سزارین کلاسیک قبلی باید اجازه داده نشود که حمل بگیرند و باید یک سزارین دیگر را در 38-39 هفته بارداری انجام دهند.
- زمانی که ولادت مهبلی بعد از سزارین در جریان باشد، در این صورت داکتر نسایی ولادی، انسیتیست و تیم عملیات خانه در صورت که عملیات سزارین ضروری باشد، باید هر چه زودتر حاضر شوند.
- خانمها با سزارین قبلی ضرورت دارند تا به خاطر فکتور های خطر تفتیش شده، به صورت منظم به آنها مشوره داده شود، از خطرات و فواید ولادت مهبلی بعد از سزارین و عملیات سزارین آگاه شوند.

مراقبت هنگام پذیرش:

1. محلول داخل وریدی را با کنول 16 یا 18 گیج شروع نمائید.
2. برای HB، تایپ و کراز- مچ دو واحد خون بگیرید.
3. تقلصات رحمی و تعداد ضربان قلب جنین را از نزدیک به صورت بهتر با میتود الکترونیکی (CTG) مانیتور نمائید.

4. اعراض و علائم پاره شدن رحم را ملاحظه نمائید (ملاحظه تقلصات، خونریزی درجه متوسط، مشکلات جنینی، درد دوامدار، شکاک) و اگر در جریان حاملگی کدام علائم هوشدار دهنده واقع شود در این صورت داکتر نسایی ولادی را آگاه نمائید.
5. جهت افزایش شاید اوکسی توسین (پروتوکول اوکسی توسین را ملاحظه نمائید) در هنگام ملاحظه مریض از نزدیک قابل قبول باشد، لیکن خواستار بحث و موافقه داکتر مافوق نسایی ولادی باشید.
6. استقرار حاملگی برای مادر یا توصیه جنینی مورد بحث قرار داشته و میتواند در تحت شرایط انتخابی، ملاحظه دقیق داکتر مافوق نسایی ولادی و مانیتور نمودن توسط CTG قبول شود.

مراقبت تب بعد از ولادت

تعریف :

- ملاحظه شده که درجه حرارت دهن 38 درجه سانتی گرید یا اضافه تر از آن، میزان گسترش تب در دوره بعد از ولادت بوده و ضرورت به بررسی دارد.
- زمانی که تب در یک خانم پیشرفت مینماید، در این صورت باید به داکتر خیرداده شده و یک تاریخچه مکمل و معاینات فیزیکی باید همراه با یک UA و یک QBC انجام داده شود.
- در صورت که UA، H&P و QBC نارمل باشد در این صورت به خانم باید مایع توصیه شود، پراستامول به مقدار 1 گرم داده شده و خانم باید در 12 ساعت آینده بررسی شود. در 30 فیصد این خانمها در جریان 8-12 ساعت تب از بین میرود (این حالت را بنام Febrile inflammatory response یا تب سلیم (بدون ضرر) یاد نموده و در زمان بعد از ولادت بیشتر معمول است)

- اگر تب مریض در 2 معاینه پی در پی در جریان 4 ساعت، 38 درجه یا بالاتر از آن ثابت بماند در این صورت داکتر باید دوباره خواسته شده، بعد از معاینه دقیق و تست لابراتواری، از انتی بیوتیک به اساس صلاحیت داکتر استفاده میشود.

اسباب تب بعد از ولادت :

- تب سلیم (بدون ضرر) که در فوق ذکر شد.
- تراکم خون در پستانها (تب از سبب شیر) باید اضافه تر از 24 ساعت دوام نکند.
- انتانات طرق بولی تناسلی
 - التهاب اندومتر رحم
 - منتن شدن ناحیه پاره شده / ترمیم شده عجانی
- انتانات نواحی دور
 - انتانات جرحه (سزارین سکشن)
 - ترمبولبایتس
 - انتانات صدري (سینه)
 - امراض دیگر (ملاریا، توبرکلوز و غیره)

در صورت که یکی از حالات فوق تشخیص شود در این صورت باید به صورت عاجل تداوی مناسب آغاز شود.

به خاطر داشته باشید که تب بعد از ولادت از سبب انتانات طرق ولادی (سپس ولادی) یک سبب عمده از مرگ مادران بوده، و باید به زودی تشخیص شده و به صورت مناسب تداوی شود.

استفاده از میزوپروستول در نسایی ولادی

یک لست مفصل از مآخذها برای مقدار که در پائین ذکر شده است میتواند در آدرس ذیل دریافت گردد:

www.misoprostol.org

نوت	مقدار	استطباب
<p>موثریت</p> <p>تداوی خط اول در اکثریت مراکز</p> <p>قبل از فرط تنبه با ندبه عملیاتی قبلی</p> <p>سزارین باید احتیاط شود.</p>	<p>PV 25-50ug هر 4-6 ساعت الی</p> <p>زمان وقوع تقلصات.</p> <p>بعد از سه دوز الی روز بعدی قبل</p> <p>از اسقرا حمل انتظار بکشید.</p>	<p>اسقرا حمل برای طفل زنده < 28 هفته</p>
<p>خوب</p> <p>تداوی خط اول در اکثریت مراکز</p> <p>با ندبه عملیاتی سزارین باید احتیاط شود.</p>	<p>100ug PO/PV هر 4 ساعت تا</p> <p>زمان ولادت</p>	<p>اسقرا حمل برای IUD>28 هفته</p>
<p>نسبت به اوکسی توسین بیشتر موثر است.</p>	<p>400ug PO/PV هر 4 ساعت تا</p> <p>زمان خارج شدن</p>	<p>سقط ناموفق 12-28 هفته</p>
<p>موثریت 95%</p>	<p>400ug PO/PV هر 4 ساعت یا</p> <p>800ug PV هر 24 ساعت تا زمان</p> <p>خارج شدن</p>	<p>سقط ناموفق 4-12 هفته</p>
<p>موثریت >95%</p> <p>رژیم معیاری در اروپا</p>	<p>600ug PO دوز واحد</p>	<p>سقط نامکمل 4-12 هفته (open os and bleeding)</p>

به اندازه اوکسی توسین رزقی موثر نبوده لیکن خط دومی مفید است.	600ug PO 1000ug PR / 600ug SL 400ug SL	خونریزی بعد از ولادت - وقایه - تداوی - در جریان عملیات سزارئین
سبب کاهش میزان تنقب و ناکامی میشود.	400ug PO/PV دو ساعت قبل از پروسیجر ثابت	رسیدگی عنق رحم قبل از استعمال لوازم

مراقبت فرط فشار خون در حاملگی

اگر یک مریض با تشخیص ذیل به وارد ولادی مراجعه مینماید، در این صورت باید توسط قابله ارزیابی و توسط داکتر OB و عضو OB دیده شود.

تصنیف:

- فرط فشار مزمن (موجودیت فرط فشار قبل از حاملگی)
- فرط فشار تصادفی (فرط فشار در جریان ترایمستر اول حاملگی کشف شده)
- فرط فشار در زمان بارداری / فرط فشار از سبب حاملگی (حاملگی وابسته به فرط فشار بدون پروتین یوریا و اذیما یا پندیدگی)
- پری اکلپسیا (فرط فشار 140/90 ،پروتین یوریا $>300\text{mg}/24\text{h}$ ،اذیما یا پندیدگی قسمت بالایی بدن)
- اکلپسیا (پری اکلپسیا + تشنج)
- فرط فشار مزمن همراه با پری اکلپسیا تحمیلی / اکلپسیا

ارزیابی مقدماتی:

1. تاریخچه و معاینات مختصر فیزیکی:

- a. درجه بیداری (به هوش بودن) مریض
- b. شنیدن آواز های قلب و شش ها
- c. معاینات بطنی
- d. پندیدگی قسمت بالای بدن
- e. رفلکس وتر عمیقه (DTR)
- f. فوندسکوپ
- g. معاینات لگن خاصره (حوصله) به خاطر ارزیابی عنق و نمای جنین
- h. تعیین نمودن سن بارداری (تاریخچه و معاینات بطن، التراسوند)
- i. بهبودی جنین (BPP) – CTG، التراسوند.

2. لابراتوار (نتایج لابراتواری را به داکتر فراخوانید)

- a. خون برای QBC بشمول پلتیلیت ها، تست وظایف جگر، BT یا زمان خونریزی، گروپ خون و محافظه آن
- b. ادرار برای Dipstix (پروتئین و لوکوسایت ها)

3. تشخیص احتمالی – تدای را به اساس تشخیص پلان کنید.

فراط فشار مزمن (بهترین پیش بینی مساعد)

- o در صورت ضرورت، تدای فشار خون را با ادویه ضد فشار ادامه دهید ($BP \geq 160/110$).
- ممکن مانند مریضان خارج از شفاخانه تدای شوند، به جز از حالتی که مادر و طفل نورمال باشند.

مشکل است که فرط فشار اتفاقی را از فرط فشار بارداری تشخیص نمود.

- در صورتی که $BP > 160/110$ باشد فقط با ادویه جات ضد فشار مریض را تداوی نمایند.
- ممکن مانند مریضان خارج از شفاخانه تداوی شوند، به جز از حالتی که مادر و طفل نورمال باشند.

پری اکلپسیا شدید ($BP \geq 160/110$)، پروتین یوریا ++، موجودیت اعراض) و اکلپسیا

- مریض را پذیرفته و به صورت عاجل به داکتر اطلاع دهید.
- در صورت که مریض بیهوش یا متشنج باشد در این مریض را به ریکوری برده و موضوعات ذیل را چک نمایند.

طرق هوایی بررسی نمایند، باز نگهدارید، اوکسیجن بدهید.

تنفس بررسی نمایند، در صورت ضرورت طرق هوایی را محافظه نمایند،

به مریض تنفس دهید.

جریان خون نبض و فشار خون را ارزیابی کنید، در صورت که موجود نباشد CPR را

شروع نمایند، مریض را به طرف چپ نگهدارید، هر چه زود تر مریض را ولادت دهید.

- مایعات داخل وریدی (رنگرلکتیت یا نارمل سالین) را به مریض به آهسته گی $(85\text{ml}/\text{hour} = 1000\text{ml})$ در اضافه تر از 12 ساعت شروع نمایند.

○ فولی کتیت را به مریض تطبیق نموده و خروج مایعات را هر ساعت ملاحظه نمایند $(30\text{ml}/\text{hour})$

○ دخول و خروج مایعات را به صورت دقیق ثبت نموده و از ورق ارزیابی اکلپسیا استفاده کنید.

○ به مریض MgSO_4 (مگنیزیم سلفیت) به خاطر جلوگیری و توقف دادن تشنجات بدهید. پروتوکول ذیل

را ملاحظه نمایند. (اگر تشنج توقف نکرد، اضافه نمودن دیازپیم را در نظر بگیرید، تشخیصات دیگر

مانند، مننجیت، سرعت، خونریزی داخل دماغی را نیز در نظر داشته باشید)

- فرط فشار را فقط زمان تداوی نمائید که بلند تر از 160/110 باشد (Hydralazine ,Nifedipine ,Labetalol, پروتوکول ذیل را ملاحظه نمائید. توجه را به طرف فرط فشار خون 130-140/90-100 معطوف نمائید.
- در صورت که بارداری کمتر از 34 هفته باشد به مریض ستروئید را شروع نمائید (8 ملی گرام دکسامیتازون از طریق داخل عضلی هر 8 ساعت، 4 دوز یا 12 ملی گرام بیتامیتازون هر 12 ساعت 2، دوز)
- ولادت را پلان کنید: در صورت امکان برای ولادت مهملی سعی نمائید، استقرار حمل را با میزوپروستول به اندازه 25 مایکروگرام از طریق PV شروع نمائید (پروتوکول استقرار حمل را ملاحظه نمائید).
- مراقبت مریض را بعد از ولادت از نزدیک برای مدت 48 ساعت ادامه دهید (ممکن تشنج برای بار اول بعد از ولادت واقع شود).

پروتوکول مگنیزیم سلفیت:

1. به مقدار 4 گرام به آهستگی و در مدت اضافه تر از 15 دقیقه به مریض از طریق IV بدهید.
2. از مایعات داخل ورید با اضافه نمودن 20 گرام مگنیزیم سلفیت در 1000 ملی لیتر رنجر به سرعت 2g/h (100ml/h) به مریض شروع نمائید. متوجه اعراض و علائم ازدیاد بیش از حد مایعات باشید (شنیدن منظم آواز های تنفسی برای انیمای (پنیدگی) شش ها، چارت نمودن مقدار مایعات گرفته شده و خارج شده)
3. اگر قادر به وضعیت مناسب IV نباشید، یا قادر مانتیور IV نباشید، به اندازه 5 گرام از MgSO₄ (همراه با 1 ملی لیتر لگنوکائین 2%) رزق عمیق عضلی در هر دو سرین و بعداً 5 گرام (با لگنوکائین) در سرین های آلترناتیف در هر 4 ساعت دهید تا 24 ساعت بعد از ولادت.
4. تا زمان کنترل تشنج، رعشه و هایپررفلکسیا، مگنیزیم سلفیت شاید به دوز بسیار بلند داده شود.
5. عوارض جانبی مگنیزیم سلفیت شامل سرخی روی، دلبدی/استفراغ، مشکلات تنفسی، ارتمی، لکننت در سخن گفتن و خواب آلودگی است.
6. مگنیزیم سلفیت ندهید در صورتی که :

1. معدوم شدن DTR.
2. تعداد تنفس کمتر از 15 مرتبه در یک دقیقه.
3. اخراج ادرار کمتر از 30 ملی لیتر در ساعت
7. در صورت که اعراض و علائم توکسی سیتی مگنیزیم سلفیت موجود باشد در این صورت انتی دوت آن کلسیم گلوکونات است. به اندازه 1 گرام (10 ملی لیتر، ده فیصده) از طریق داخل وریدی برای اضافه تر از 10 دقیقه به مریض بدهید.
8. مگنیزیم سلفیت را برای 24 ساعت بعد از ولادت ادامه دهید.

پروتوکول Hydralazine :

- به اندازه 5 میلی گرام از طریق داخل ورید در اضافه تر از 10 دقیقه به مریض داده و برای 30 دقیقه قبل از تکرار دوز (در صورت ضرورت) انتظار بکشید. بر علاوه به اندازه 5 میلی گرام را به شکل بولوز میتوان از طریق وریدی توصیه نمود.

پروتوکول Nifedipine :

- به مقدار 10 میلی گرام در هر 8 ساعت از طریق دهن (از طریق تحت زبان جلوگیری نمائید) بدهید.

پروتوکول Labetolol :

- به مقدار 20 میلی گرام از طریق داخل وریدی در اضافه تر از 10 دقیقه داده، و 30 دقیقه انتظار بکشید، قبل از اینکه ضرورت به دوز بعدی به مقدار 20 میلی گرام یا 40 میلی گرام باشد.
- زمانی که فشار خون ثابت شد، در این صورت یک انفیوژن را به مقدار 40 میلی گرام در ساعت در نظر بگیرید.

ادویه ضد تحثر در زمان حاملگی و Puerperium

مطالعات اخیر با استفاده از معیارات واقعی برای تشخیص ترومبومبولیزم وریدی (VTE) نشان میدهد که واقعات ترومبوز عمیق وریدی قبل از ولادت تقریباً به اندازه واقعات ترومبوز در بعد از ولادت است و به یک فریکونسی مساوی در هر سه ترایمستر واقع میشود. به هر صورت امبولی ریوی بیشتر در بعد از ولادت معمول است.

بعضی از فکتور های که با تغییرات تحثر در زمان حاملگی و Puerperium همراه است شامل: افزایش فکتورهای تحثری (I, VII, VIII, IX, X)، کاهش پروتین S، کاهش فعالیت فبرینولایتیک، افزایش رکودت وریدی، افزایش فعالیت صفحیات دموی، مقاومت در مقابل پروتین C فعال شده و جروحات و عایی که با وضع حمل مترافق باشد.

1. رسک فکتورهاها برای VTE در زمان حاملگی و Puerperium عبارتند از:

قبل از وجود:

- VTE قبلی
- ولادی
- کمبود انتی ترومبین
- کمبود پروتین C یا S
- تحول فکتور V Leiden
- جین متغیر پروترومبین
- شکل کسبی (سندروم انتی فاسفولپید، APS)
- سن < 35 سال
- چاقی ($BMI > 30 \text{ Kg/m}^2$) در قبل از حاملگی یا در حاملگی مقدم
- تعداد ولادت های زنده < 4
- وریکوز وریدی قابل دید
- فلج هر دو پا / عدم تحرک برای یک مدت طولانی
- مریضی Sickle cell
- بینظمی های التهابی

- امراض دسامی قلب
- بینظمی های Myeloproliferative (Polycythemia vera)

شروع جدید یا زود گذر:

- پروسیجر عملیاتی در حاملگی یا Puerperium (مثلاً: ERPC، sterilization بعد از ولادت)
- Hyperemesis، دیهیدریشن
- سندروم فرط تنبه تخمدان
- انتانات شدید مانند: پیلونفریتس
- عدم تحرکیت (<4 روز بستر)
- پری-اکلمپسیا
- از دست دادن بیش از حد خون
- سفر به مسافه طولانی
- وضع حمل طولانی
- وسیله ولادت Midcavity
- عدم تحرکیت بعد از ولادت

بعضی از این فکتورها توضیح کننده یک تعداد خطرات بیشتر برای مریضان VTE نسبت به دیگران است. تداوی باید به اساس خطر منحصر گردد.

2. مریضان ذیل باید در جریان دوره قبل از ولادت و یا بعد از ولادت Thromboprophylaxis را به دوز پائین اخذ نمایند.

حالت	قبل از ولادت	بعد از ولادت
VTE قبلی لیکن عدم موجودیت ترمبولیبیا	نخیر (اگر VTE با رسک فکتور موقتی رفع شده همراه باشد)	6 هفته
VTE <1 قبلی یا h/o VTE + 1VTE فامیل یا طرف غیر معمول VTE	بلی	6 هفته
ترمبولیبیا (فکتور V Leiden، تحول ترومبولین، کمبود انتی ترومبین، APS)	بلی	6 هفته
کمبود انتی ترومبین (PCOG)	بلی	6 هفته
ترمبولیبیاهای دیگر لیکن عدم موجودیت VTE قبلی	؟	6 هفته
APS با سقط عود کننده	نخیر	3-5 روز
3 ≤ رسک فکتورهای مداوم	بلی	3-5 روز

3. مریضان ذیل باید دوز تعیین شده هپارین پروفایلکسز (انتی کواگولانت مکمل) را در زمان دوره قبل از ولادت و بعد از ولادت اخذ نمایند:

- دسام پروستاتیک میخانیکی قلب
- امراض دسامی قلب و فیریلیشن اذینی
- ASP با تاریخچه ترمبولولیزم وریدی (VTE) (پیشنهاد ACOG)
- مریضانی که از ادویه های ضد تحثر به صورت مداوم بخاطر VTE دوامدار اخذ مینمایند
- مریضان هموزایگوس برای تحول فکتور V Leiden
- مریضان هموزایگوس برای تحول پروترومبین G20210A

- عدم کفایه شدید قلب، به خصوص در موجودیت ترمبوزس بطینی
- سندروم Eisenmenger

به صورت عموم از توصیه وارفارین در زمان حاملگی باید اجتناب شود. به هر صورت در بعضی وقایع به آن ضرورت است، که در این صورت باید از هپارین در تراپیستری اول برای جلوگیری از خطر Teratogenicity استفاده شود، و وارفارین تقریباً در هفته 13 یا 14 میتواند به مریض شروع شود. وارفارین باید تقریباً در هفته 34 بارداری قطع شود تا از خطر خونریزی در زمان ولادت جلوگیری شده، و تا زمان ولادت باید دوباره از هپارین استفاده کرد. وارفارین باید تنها زمانی به مریض شروع شود که زمان پروترومبین (Prothrombin time) معلوم باشد و تیم صحتی در باره موضوعات ذیل مشوره صورت گیرد. مقدار ادویه به اساس وزن بدن محاسبه میشود و تقریباً 3 ملی گرام روزانه ممکن ضرورت باشد. چک نمودن INR به صورت مکرر ضروری بوده تا INR به اندازه 3-3.5 حفظ شود. برای لغو نمودن تاثیرات وارفارین میتوان ویتامین K به مریض توصیه نمود.

4. دوز یا مقدار هپارین باید قرار ذیل باشد:

a. پروفایلیکس دوز- پائین

- تراپیستری اول - 7500-5000 واحد sc در هر 12 ساعت
- تراپیستری دوم - 10000-7500 واحد sc در هر 12 ساعت
- تراپیستری سوم - 10000 واحد در هر 12 ساعت - aPTT را در نزدیکی پختگی چک نمائید و در صورت بلند بودن مقدار آن را کاهش دهید.

b. پروفایلیکس دوز- معین (معالجوی)

- $10000 \leq$ واحد sc 2-3 مرتبه تا زمانی که یک aPTT 1.5-2.5 زمان کنترل بدست آید. زمانی که بدست آمد aPTT را هر هفته چک نمائید.
- اگر به وارفارین تغییر میابد، پس در این صورت بعد از هفته سیزدهم این کار را در تداخل با هپارین برای 2-3 روز انجام دهید. در نیمه ترایمستر سوم باید آنرا دوباره الی زمان ولادت به sc هپارین تغییر داد.

c. تداوی امبولیزم یا ترومبوز حاد:

- بولوز هپارین داخل وریدی 5000 واحد (80 واحد بین المللی / کیلوگرام) بعداً انفیوژن دوامدار به مقدار 30000 واحد بین المللی برای 24 ساعت که از طریق Titrated سنجیده میشود الی زمان که یک ضد تحثر مکمل بدست آید.
- ضد تحثرت را برای مدت 5-7 روز حفظ نمائید و بعداً تداوی را به هپارین دوز معین تحت الجلدی تبدیل نمائید.
- به مریض از هپارین تحت الجلدی هر 8 ساعت داده تا کنترل aPTT را حداقل 1.5-2.5 مرتبه تمدید نمود.
- بعد از پیامد(وقوع) آنرا حداقل سه ماه ادامه دهید.

5. تداوی در جریان حمل:

- برای مریضان که به ضد تحثرت مکمل ضرورت دارند – آنرا در زمان Labor و Delivery به هپارین داخل وریدی تغییر دهید(half-life کوتاه). انفیوژن هپارین باید تقریباً 4 ساعت قبل از تولد توسط عملیات سزارئین قطع شود، زیرا عملیات سزارئین در مریضان که هپارین اخذ نموده اند با افزایش قابل ملاحظه ضیا خون همراه میباشد. که این واقعه در ولادت های مهیلی رخ نمیدهد.
- برای مریضان که یک پروفایلکس دوز پائین را اخذ مینمایند- در زمان شروع ولادت رزقیات را باید توقف داد.

- اگر حالت مریض ثابت بوده و کدام علائم خونریزی موجود نباشد، پس در این صورت ممکن است 4-8 ساعت بعد از یک ولادت بدون اختلاط یا 12 ساعت بعد از ولادت سزارئین به هیپارین ادامه دهد. ممکن وارفارین به روز بعدی آن به مریض شروع شود.
- برای تغییر دادن تاثیرات هیپارین به صورت عاجل میتوان از Protamine sulfate استفاده نمود. رزق 1 ملی گرام آن از طریق داخل و عایی سبب خنثی شدن 80-100 واحد هیپارین میشود، زمان که هیپارین در ظرف 15 دقیقه رزق شده باشد میگردهد. اگر وقت طولانی تر باشد پس در این صورت به مقدار کم Protamine ضرورت است. دوز یا مقدار اعظمی 500 Protamine ملی گرام است.

مراقبت انتانات طرق بولی (UTI) در زمان حاملگی

انتانات طرق بولی سفلی یا Lower UTI : سیستائیتس (التهاب مثانه)

اعراض : مشکلات در ادرار کردن، ادرار فوری، تکرار در دفعات ادرار، ادرار شبانه، ممکن تب و احساس سردی.

علائم : درد بالاتر و خلف تر از ناحیه تناسلی در زمان معاینات مهبل.

انتانات طرق بولی علوی یا Upper UTI: پیالونفریتس

اعراض : تب و احساس سردی، درد زاویه بین قبرغه (اضلاع) و فقرات (CVA)، مشکلات در ادرار کردن، تکرار در دفعات ادرار و ادرار فوری.

علائم : درد زاویه بین قبرغه و فقرات (CVA)، درد بالاتر و خلف تر از ناحیه تناسلی، تب و تظاهرات توکسیک.

موجودیت باکتر در ادرار (بکتری یوریا) بدون اعراض:

عبارت از موجودیت بکتریهای فعال و متعدد در داخل طرق بولی بوده که بدون اعراض است. (بکتری قابل ملاحظه به اساس موجودیت بیشتر آنها نسبت به 100,000 کالونی متشکله واحداث (cfu) در فی ملی لیتر نمونه گرفته شده ادرار پاک و 50,000cfu/ml ادرار کنتینر شده تشخیص میگردد. در خانمهای حامله اگر بکتری یوریای بدون عرض تداوی نگردد، در این صورت در 47% واقعات سبب پیالونفریتس میگردد. تداوی بکتری یوریا بدون عرضی سبب کاهش وقوع ولادت های قبل از وقت میگردد. خانمها باید یا با نایتروفورنشن 100 ملی گرام دو مرتبه در روز برای 10 روز، یا با اموکسی سلین 500 ملی گرام سه مرتبه در روز برای 7 روز تداوی شده و کلچر ادرار دوباره تکرار شود. (متأسفانه ما فعلاً در شفاخانه کیور قادر به کلچر ادرار یا محاسبه کالونی نیستیم)

انتانات مکرر طرق بولی:

این اصطلاح تشریح کننده یک انتان عرضی بوده که یک UTI بهبود یافته قبلی را تعقیب نموده و میتواند سبب عود اورگانیزم اصلی یا سبب منتن شدن دوباره با عین اورگانیزم (80-90%) یا اورگانیزم متفاوت شود. UTI

متکرر شاید با استفاده از انتی بیوتیک های جلوگیری کننده مانند نایتروفورنشن 100 ملی گرام یا سیفالکسین 500 ملی گرام در شب بهبود یابد.

تداوی UTI در خانمها حامله :

تمام زنان که در کلینیک قبل از ولادت حاضر میشوند یا به خاطر حاملگی و ولادت معاینه میشوند باید یک تجزیه از جریان متوسط ادرار پاک (به طور دلخواه، کلچر، حساسیت و تعداد کالونی) برای آزمایش باکتری یوریا و UTI داشته باشند.

- اگر خانم در یک مدت نزدیک اعراض و علائم دارد (اضافه تر از چند روز) در این صورت تداوی او باید با دقت و به اساس نتیجه تجزیه ادرار صورت گیرد.
- اگر تجزیه ادرار UTI را مثبت نشان دهد در این صورت تداوی باید با در نظر داشت اعراض خانمها صورت گیرد.
- معمولترین یوروپتوجین E.coli بوده و ادویه منتخب برای انتانات طرق بولی سفلی در خانمهای حامله نیتروفوریشن بوده، که 100 ملی گرام دو مرتبه در روز برای 10 روز توصیه میشود. اموکسی سیلین را نیز میتوان به مقدار 500 ملی گرام سه مرتبه در روز توصیه نمود، اما نشان داده شده که ادویه اخیر کمتر موثر است.
- به خانم ها باید گفته شود که گرفتن مایعات را تا 10-12 گلیاس در روز افزایش دهند. تدارک پوتاسیم سترات نیز میتواند سبب تسکین اعراض شود.
- پیلونفریتس خفیف (درجه حرارت پائین، درد و حساسیت خفیف و متوسط CVA، ازدیاد متوسط تعداد کریوات سفید و عدم موجودیت توکسیک سیستمیک) میتواند توسط یک دوز واحد از سفتریاکسون ورید یا عضلی به مقدار 1 گرام و سفالیکسین به مقدار 500 ملی گرام سه مرتبه در روز برای 10 روز خاتمه میابد.
- پیلونفریتس شدید (درجه حرارت بلند، درد و حساسیت متوسط و شدید CVA، بلند بودن تعداد کریوات سفید و توکسیک سیستمیک) باید بستر شده و هایدریشن از طریق داخل وریدی و از طریق دهن برای

آنها ضروری است. سفتریاکسون باید به مقدار 2 گرم در 24 ساعت از طریق داخل وریدی برای مدت 7 روز به آنها توصیه شود. در صورتی که در مدت 24 ساعت جواب نداد، در این صورت جنتامایسین را به مقدار 80 ملی گرام از طریق داخل وریدی سه مرتبه در روز به آن علاوه نمائید.

تمام زنان که UTI مکرر یا اختلاطی دارند، مثلاً پیلونفریتس شدید باید معاینه و وظایف کلیوی (گرده) را از طریق چک نمودن (کراتینین سیرم، یوریا و الکترولیت ها) انجام دهند. معاینه آلتراسوند کلیوی باید به خاطر ارزیابی بندش احتمالی طرق بولی صورت گیرد.

مراقبت حاملگی های متعدد

خطرات در مادران با حاملگی متعدد:

1. سقط جنین
2. استفراغات بیش از حد در حاملگی
3. حمل و ولادت قبل از وقت
4. کم خونی
5. پری - اکلمپسیا
6. خونریزی قبل و بعد از ولادت
7. از دیاد مایعات داخل کیسه امینوتیک

8. ولادت بواسطه عملیات جراحی (C/S)

خطرات جنین با حاملگی متعدد:

1. تولد قبل از وقت
2. محدود شدن انکشاف داخل رحمی
3. مرگ جنین در داخل رحم
4. سندروم Twin-twin transfusion (TTTS) در دوگانگی های یک غشایی
5. افزایش خطر در ابنارملتی های ارثی

التراسوند در حاملگی متعدد:

اگر در کلینیک قبل از ولادت یک حاملگی دوگانگی یا سه گانگی تشخیص شود، در این صورت یک التراسوند یا USS باید تهیه شود، سعی برای اینکه آیا دوگانگی یک غشایی است یا دو غشایی صورت گیرد. در جریان مراقبت قبل از ولادت، دوگانگی های دو غشایی از 24 هفته بارداری در هر 4 هفته باید التراسوند بگیرند تا علائم محدودیت انکشاف جنین ملاحظه شود. در دوگانگی های یک غشایی یا در سه گانگی ها، بررسی انکشاف جنین باید از 24 هفته بارداری شروع و در هر دو هفته انجام داده شود.

برای حاملگی های دوگانگی یا سه گانگی اقدامات ذیل باید در نظر گرفته شود:

- داکتر نسایی ولادی و داکتر اطفال باید هر چه زودتر آگاه شده و با آنها باید مشوره صورت گیرد.
- دو محلول داخل وریدی با کنول بزرگتر شروع شود.
- نمای طفل و سن بارداری باید توسط آلتراسوند تشخیص شود.
- داکتر نسایی ولادی و داکتر اطفال باید در جریان ولادت حاضر باشند.
- به خاطر خونریزی بعد از ولادت آمادگی گرفته شود.

تداوی در وارد ولادی:

1. دوگانگی های با نمای Vtx/Vtx میتواند به صورت محفوظ، ولادت مهلی نمایند.
2. اگر دوگانگی اولی نمای بریج داشته باشد در این صورت نمای دوگانگی دومی مهم نبوده، و تولد از طریق سزارین باید یک میتود انتخابی آن باشد. مادرانی که میخواهند ولادت مهلی را ادامه دهند، باید خطرات موجوده را بدانند.
3. دوگانگی ها با نمای Vtx/breech باید جدا شوند.
4. دوگانگی های قبل از وقت باید مانند یک گانگی های قبل از وقت به اساس پروتوکول ولادت تولد یابند.
5. برای دوگانگی های که از طریق مهلی تولد میشود، بعد از تولد دوگانگی اولی، فوراً انفیوژن اوکسی توسین به مقدار 10 واحد بین المللی در 1000 ملی لیتر رنگر لکتیت شروع شود. زمانی که تقلصات شروع نمود، درازی را ثابت نموده و اگر به شکل طولانی بود، داکتر باید غشا را پاره نموده و اجازه دهد تا به صورت نارمل ولادت دوگانگی دومی صورت گیرد. هدف برای ولادت دوگانگی دومی در ظرف 30 دقیقه اولی عبارت از مانیتور نمودن دوامدار ضربان قلب جنین است.

آر-اچ منفی (- Rh)

قبل از ولادت:

- در اولین ملاقات با مادران قبل از ولادت باید گروه خونی و آر-اچ خون آنها تعیین شود. اگر آنها آر-اچ منفی اند باید یک تست کامبیس (Coombs test) غیرمستقیم را انجام دهند. اگر تست مذکور منفی باشد، در این صورت مادران باید حساس نشوند (anti-D-isoimmunisation واقع نشود)
- به اساس جلوگیری از وقوع حساس شدن، رهنمود های UK RCOG برای مادران با آر-اچ منفی بیان مینماید که، تست کامبیس غیرمستقیم را به صورت روتین در هفته 28 و دوباره در هفته 34 زمان بارداری تکرار نمایند، اگر باوجود آن هم منفی باشد در این صورت (anti-D RhoGam immunoglobulin) به مقدار 500 واحد بین المللی (iu) باید از طریق عضلی برای شان توصیه شود.

- سفارشات برای واقعات حساسیت مشخص قرار ذیل اند:

برای مادران که در معرض تهدید یا سقط خود به خودی قرار دارند، و حداقل کمتر از 12 هفته باردار بوده و دارای Rh منفی هستند به توصیه روگم به صورت روتین ضرورت نیست. به هر صورت، اگر کورتاژ در نظر باشد، اگر خونریزی قبل از ولادت موجود باشد، یا سقط در بین هفته 12 و 20 بارداری صورت گرفته باشد در این حالت روگم به اندازه 250 واحد بین المللی از طریق داخل عضلی به مریض داده شود. واقعات مذکور به صورت التزامی تعقیب شده و روگم به صورت دلخواه برای مدت 72 ساعت داده شود، اما میتوان آنرا تا 10 روز بعد نیز توصیه نمود.

- اگر در هر زمانی تست غیرمستقیم کامبس مثبت باشد، در این صورت حساسیت واقع شده است. به داکتر مافوق نسایی ولادی باید اطلاع داده شود و حاملگی بخاطر (Isoimmunisation) ارزیابی شود. که شامل چک نمودن نوعیت انتی بادی یافت شده (تنها IgG که از پلاستنا عبور میکند قابل اهمیت بوده، اما IgM آنقدر مهم نیست) و اندازه گیری تتر انتی بادی در هر 4 ساعت برای تشخیص اینکه چه وقت باید ولادت صورت گیرد، میباشد. اگر مادر تا هنوز یک تاریخچه قبلی متاثر شدن طفل را داشته باشد، در این صورت تتر انتی بادی مهم نبوده و spectrophotometry مایع امینوتیک باید قبلاً از هفته 28 تهیه شده تا چگونگی متاثر شدن جنین تشخیص شود (میتود Liley).

وضع حمل و ولادت:

- تمام مادران که به وضع حمل و ولادت پذیرفته میشوند باید گروه خون و Rh فکتور شان در صورتی که در جریان مراقبت قبل از ولادت تعیین نشده باشد چک شود. اگر آنها دارای Rh منفی باشند، باید یک تست کومبس غیر مستقیم را انجام دهند.
- اگر تست مذکور منفی باشد در این حالت مادر حساس نشده است (anti-D isoimmunisation) واقع نشده است) و نوزاد باید در زمان تولد به خاطر Rh فکتور چک شود. اگر طفل نیز دارای Rh منفی باشد در این صورت مادر به روگم ضرورت ندارد.
- تمام مادران که Rh منفی و همچنان تست غیر مستقیم کومبس منفی دارند و نوزاد آنها دارای Rh مثبت است، باید روگم (anti-D امیونوگلوبولین) به مقدار 500 واحد بین المللی از طریق داخل عضلی در جریان 72 ساعت ولادت بگیرند.
- در صورتی که تست کامبس غیرمستقیم مثبت باشد، در این صورت به داکتر نسایی ولادی و داکتر اطفال آگاهی داده شود. به دین معنی که مادر حساس شده و طفل میتواند که به خطر امراض هیمولایتیک مواجه شود. این همچنان بدین معنی است که روگم باید داده نشود، و زمان که حساسیت واقع شد مفید نمیشود.