

مراقبت دوران بارداری

Prenatal Care

هدف کلی:

هدف از انجام مراقبتهای دوران بارداری کمک به تولد نوزادی سالم و در عین حال حفظ سلامت مادر است .

اصطلاحات رایج در بارداری و زایمان

- دوره پری ناتال : از هفته 20 بارداری تا 28 روز پس از تولد
- Birth: خروج کامل جنین از کانال زایمانی بدون در نظر گرفتن بندناف پس از هفته 20 بارداری به صورت مرده یا زنده
- (سقط) Abortion: دفع جنینی که سن بارداری کمتر از 20 هفته یا وزن جنین کمتر از 500 گرم
-
- Live Birth: تولد زنده، در صورتی که پس از تولد نوزاد به طور خودبخودی نفس بکشد.

- Still Birth مرده زایی
- Low birth Weight(LBW):وزن کم هنگام تولد ، کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- V.L.B.W: وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم
- E.V.L.B.W: وزن موقع تولد کمتر از ۱۰۰۰ گرم
- Term infant: نوزادی که پس از ۳۷ هفته کامل بدنیا آمده (بین ۳۷ تا ۴۲ هفتگی)
- Preterm infant: نوزادی که قبل از ۳۷ هفته کامل به دنیا بیاید.

- Postterm: تولد نوزاد پس از 42 هفته کامل بارداری به صورت مرده یا زنده
- (نوزاد رسیده) Term، (تعداد بارداری ها) Gravida، (تعداد زایمانها) pariaty، (سقط) Abortion، Dead child (بچه های مرده)
- Neonatal Death مرگ نوزاد تازه متولد شده از زمان تولد تا ۲۸ روز اول بعد از تولد

❖ مراقبت های پره ناتال باید به محض حدس وجود بارداری شروع شود و ترجیحا نباید از زمان دومین عادت ماهیانه به تعویق افتاده، دیرتر شود. در اولین جلسه مراقبت های دوران بارداری باید اقدامات زیر صورت گیرد:

✓ انجام تست های تشخیصی بارداری

✓ معاینه فیزیکی

✓ بررسی سوابق و گرفتن تاریخچه پزشکی

✓ بررسی نتایج حاملگی های قبلی و تاریخچه مامایی

✓ مصرف داروها

✓ ارزیابی میزان فشار خون، قد و وزن

✓ تعیین سن حاملگی

✓ درخواست آزمایشات روتین بارداری

✓ آموزش مادر

❑ روشهای تشخیص حاملگی:

الف) اندازه گیری BHCG:

✓ تست گراویندکس (آزمایش ادراری) که 2 هفته پس از تاخیر پریود دارای ارزش است

✓ اندازه گیری از طریق خون: این ماده که توسط سن سسیو تروفوبلاست از روز هشتم بعد از لقاح تولید شده تقریباً 65 روز بعد از لقاح به حداکثر میزان خود میرسد و سپس در سه ماهه دوم و سوم به تدریج کاهش می یابد و بعد از هفته 34 حاملگی مختصری افزایش دارد.

ب) بررسی سونوگرافی

مراقبت های دوران بارداری

شروع: قبل از بارداری

اولین ویزیت پره ناتال

۱) بررسی سلامت مادر و جنین

۲) تعیین سن حاملگی

۳) برنامه ای جهت مراقبت مداوم مامایی

سه ماهه های بارداری (trimesters)

- تریمستر اول ← از ابتدای بارداری تا پایان 14 هفتگی
- تریمستر دوم ← 15 تا 28 هفتگی
- تریمستر سوم ← 29 تا 40 هفتگی

تعدادویزیت های مراقبت های پره ناتال

- تعداد ملاقات های معمول بارداری ۸ بار است
- دوویزیت در نیمه اول بارداری (هفته ۶-۲۰)
- شش ویزیت در نیمه دوم بارداری (هفته ۲۱ تا ۴۰)
- مراقبت ۱ (هفته ۶-۱۰)
- مراقبت ۲ (هفته ۱۶-۲۰)
- مراقبت ۳ (هفته ۲۶-۳۰)
- مراقبت ۴ و ۵ (هفته ۳۱ تا ۳۴) و (هفته ۳۵ تا ۳۷)
- مراقبت ۶ تا ۸ (هفته ۳۸ تا ۴۰) هر هفته یک ویزیت

اقدامات مربوط به مراقبت های پره ناتال

- گرفتن شرح حال دقیق و تشکیل پرونده
- معاینه بالینی (ارجاع در صورت نیاز)
- آزمایش ها
- آموزش و مشاوره
- مکمل های دارویی
- ایمن سازی

❑ گرفتن تاریخچه :

اخذ شرح حال زن باردار مشابه هر زمینه دیگر مهم پزشکی می باشد . شرح حال باید بدون عجله و در یک محیط آرام و خصوصی گرفته شود . این مسئله بسیار حائز اهمیت است که تمام اطلاعات مهم به طور مشخص در پرونده پزشکی مادر ثبت شود تا هر یک از اعضای تیم پزشکی بتواند آن را به خوبی درک کرده و تفسیر نماید . در شرح حال توجه به LNMP و کیفیت آن مهم است .

شرح حال: شامل موارد زیر است:

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

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

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

شغل سخت و سنگین:

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

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

معاینه پوست: در هر ملاقات، پوست بدن مادر را مشاهده و بررسی کنید. ظهور بثورات پوستی ممکن است با تب و خستگی و آبریزش از بینی

همراه باشد. بثورات پوست عبارت است از دانه‌های قرمز رنگ صاف یا برجسته و یا ضایعات تاولی دارای مایع شفاف یا چرکی

معاینه چشم: در هر ملاقات، ملتحمه چشم را از نظر کم رنگ بودن و سفیدی چشم را از نظر زردی بررسی کنید.

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

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

معاینه شکم: در نیمه دوم بارداری با انجام مانورهای لئوپولد، قله رحم و محل شنیدن صدای قلب جنین را تعیین کنید.

معاینه فیزیکی: مادر به شرح زیر معاینه می‌شود:

- بررسی اسکلرا از نظر زردی و ملتحمه چشم از نظر کم خونی
- بررسی پوست از نظر وجود بثورات
- لمس قوام و اندازه غده تیروئید و بررسی وجود ندول‌های تیروئید
- سمع قلب و ریه از نظر سوفل‌ها، آریتمی، ویزینگ، رال
- معاینه پستان‌ها از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح غیر از شیر از پستان (معاینه ترجیحاً توسط ماما یا پزشک عمومی زن)
- لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم از نظر وجود اسکار و توده
- بررسی اندام‌های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری اسکلتی، رنگ عضو

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

● **علائم خطر فوری روانی:** افکار یا اقدام به خودکشی، تحریک پذیری و پرخاشگری شدید، فرار از منزل، امتناع از خوردن، پرفعالیتی،

توهم و هذیان با محتوای آسیب رساندن به خود و دیگران

● **علائم در معرض خطر روانی:** روحیه افسرده، انرژی کم، کم حوصلگی، عصبانیت، بی قراری، اختلال در خواب و اشتها (پرخوابی، کم

خوابی، پراشتهایی، کم اشتهایی)، توهم و هذیان با محتوای غیر آسیب رسان به خود و دیگران

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

- فشارخون ۹۰/۶۰ میلیمتر جیوه و بالاتر «فشارخون بالا» است.

- دمای بدن به میزان ۳۸ درجه سانتیگراد یا بالاتر «تب» است.

- تعداد طبیعی نبض، ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است.

- تعداد طبیعی تنفس، ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است.

□ معاینات مامایی:

➤ پس از گذاشتن یک اسپکولوم مناسب، سرویکس به دقت از نظر میکروسکوپی بررسی می شود و از آن اسمیر تهیه می گردد. پس از گرفتن اسمیر با سواب، نمونه ای جهت انجام کشت و بررسی نیسر یا گنوره گرفته می شود. در موقع معاینه سرویکس باید به علائم چادویک (chadwick) و کیست های نابوتین و احیاناً علائمی به نفع وجود نارسایی سرویکس مثلاً رؤیت پرده های کوریونیک دقت شود.

➤ وجود ترشحات موکوسی سفید رنگ به مقدار متوسط در بارداری طبیعی است اما اگر ترشحات به شکل مایع زرد رنگ کف آلودی باشد تریکومونیازیس باید در نظر گرفته شود و چنانچه ترشحات شبیه شیر دلمه شده باشد باید به کاندیدیازیس شک کرد.

- پس از خارج کردن اسپکولوم باید به لمس رحم، ضمائم آن و لگن پرداخت و به خصوص به قوام، طول و احیاناً میزان دیلاتاسیون سرویکس توجه کرد. سپس به عضو نمایش، چگونگی لگن استخوانی و وجود آنومالی ها در واژن و یا پرینه نظیر سیستوسل، رکتوسل، شلی پرینه و یا پارگی پرینه توجه نمود.
- چنانچه در سرویکس، واژن و یا پرینه ضایعه ای موجود بود، ارزیابی بعدی به کمک کولپوسکوپی، بیوپسی، کشت براساس نوع ضایعه صورت می پذیرد. به منطقه پرینه باید به دقت توجه شود و معاینه رکتال از نظر بررسی وجود هموروئید و یا سایر ضایعات به عمل آید.

آزمایش‌های معمول بارداری: در اولین ملاقات بارداری گروه خونی و اره‌اش، شمارش کامل خون، قندخون ناشتا، کشت و کامل ادرار، BUN و کراتینین و در ملاقات سوم بارداری (هفته ۲۶ تا ۳۰ بارداری) شمارش کامل خون، قند خون ناشتا و OGTT و کامل ادرار را درخواست کنید.

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

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

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

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

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

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

معاینه فیزیکی ویزیت اولیه

- معاینه کل اندام ها
- معاینه پوست
- معاینه چشم
- معاینه دهان و دندان (جرم ،پوسیدگی،التهاب ، عفونت دندانی و آبسه)

معاینه فیزیکی

- معایناتی که در هر بار ویزیت مادر باردار انجام می شود:
- کنترل علائم حیاتی ، اندازه گیری وزن ، اندازه گیری ارتفاع رحم (FH) ، تعیین سن بارداری ، شنیدن صدای قلب جنین ، بررسی آنمی وادم در اندام ها ، لمس حرکات جنین
- ارتفاع رحم از هفته ۲۰ تا ۳۴ بارداری بالاستفاده از نوارمتری (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) بر حسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد.

نحوه انجام مانور لئوپولد

- مانور اول: کف دست هارادر ناحیه ی فوندوس قرار دهید وانگشتان رادر کنار هم بسته نگه میداریم و ناحیه فوندوس رحم را لمس کنید، قوام نرم و نامشخص و نامنظم نشاندهنده نمایش بریچ و قوام سخت و صاف و محدوده مشخص نمایش سفالیک .
- مانور دوم : دست هارادر سطح ناف در طرفین رحم قرار داده وبهطور متناوب باهر دست فشاری را وارد می کنیم.



A

B

C

D

مانور لئوپولد

- مانور اول: با ملایمت فوندوس رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید، ته جنین به صورت یک جسم بزرگ که اجزای کوچکی دارد و سر به صورت جسم گرد و سفت و قابل حرکت لمس می شود.

- مانور دوم: دست ها را در سطح ناف در طرفین رحم قرار دهید و به طور متناوب با هر دست فشاری را ایجاد کنید. پشت جنین به صورت یک توده صاف ، منظم لمس می شود و اندام ها به صورت توده نامنظم لمس می شود.

• مانور سوم: انگشت شست و چهار انگشت دیگر را در قسمت تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس قرار دهید.

مانور چهارم: معاینه کننده روبه پای مادر، سپس با نوک سه انگشت اول هر دست

فشار عمیقی در جهت محور قسمت فوقانی لگن، اگر سر جنین در پایین قرار داشته

باشد انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به برجستگی برخورد می کند در حالی که

دست مقابل کاملاً وارد لگن می شود، با این مانور میزان ورود سر به داخل لگن مشخص

می شود.

غریبالگری دیابت بارداری

غربالگري و تشخيص ديابت بارداري

□ سازمان جهاني بهداشت و کارگروه مطالعات بارداري انجمن بين المللي ديابت در 2013 ، تست يك مرحله اي را رسماً براي غربالگري و تشخيص ديابت بارداري توصيه نمود (GTT دو ساعته با 75 گرم گلوکز).

■ براي تمام خانمهاي باردار مي بايست در اولين ويزيت بارداري، آزمون قند خون ناشتا درخواست گردد.

طبيعي	≤ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره ديابتيك	93-125	
غيرطبيعي	≥ 126	

- در صورتی که قند خون ناشتا بین 93-125 میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد پره دیابتیک به حساب آمده، رژیم غذایی مناسب و ورزش توصیه می شود.
- در صورتی که قند خون ناشتا 126 میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر باشد، تکرار آزمایش توصیه و چنانچه نتیجه آزمایش دوم نیز مساوی یا بیش از 126 میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد دیابتیک است و می بایست درمان شود.
- نکته: ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند باعث پیشگیری از ابتلا به دیابت بارداری شود.

غربالگري و تشخيص ديابت بارداري

□ براي تمام خانم هاي باردار غيرديابتيك (طبيعي و پره ديابتيك)، به منظور غربالگري ديابت بارداري، در هفته 24 الی 28 بارداری آزمون تحمل گلوکز خوراكي دو ساعته با مصرف 75 گرم گلوکز (OGTT) درخواست مي گردد.

غيرطبيعی	≥ 92	قند خون ناشتا (mg/dl)
	≥ 180	قند خون ۱ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
	≥ 153	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)

در صورتي که حداقل يکي از نتايج آزمایش قند خون غير طبيعي باشد، تشخيص ديابت بارداري قطعي و اقدام لازم و پيگيري ضروري است.

توصیه های پس از بارداری

لازم است برای همه خانم های مبتلا به دیابت بارداری، به منظور کشف دیابت پایدار، در هفته ۶ - ۱۲ پس از زایمان آزمون تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) با مصرف ۷۵ گرم گلوکز (نمونه گیری ناشتا و دوساعته) درخواست گردد. نتیجه و تفسیر به شرح زیر است:

طبیعی	≤ 99	قند خون ناشتا (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۰۰-۱۲۵	
دیابتیک	≥ 126	
طبیعی	< 140	قند خون ۲ ساعت پس از مصرف گلوکز (mg/dl)
پره دیابتیک	۱۴۰-۱۹۹	
دیابتیک	≥ 200	

* برای خانم های دیابتیک، درمان دیابت ضروری است.

* برای خانم های پره دیابتیک، اصلاح سبک زندگی (ورزش و رژیم غذایی مناسب) و یا استفاده از متفورمین توصیه می شود.

* برای خانم های که نتیجه آزمایش طبیعی است، غربالگری دیابت هر سه سال توصیه می شود.

غریبالگری ناهنجاری جنین



در مشاوره با خانم باردار اطلاعات زیر ارائه می شود :

- برخی اختلالات کروموزومی (تریزومی ها) در این غربالگری کشف می شود که شایع ترین آن، سندرم داون است.
- سندرم داون وقتی اتفاق می افتد که در زمان تقسیم سلولی، جنین به جای 46 کروموزوم، 47 کروموزوم داشته باشد.
- سندرم داون ممکن است به صورت تصادفی در هر بارداری اتفاق بیفتد.
- حتی اگر سابقه فامیلی، خانوادگی و یا سابقه زایمان قبلی نوزاد مبتلا به سندرم داون وجود نداشته باشد، احتمال وقوع این عارضه در بارداری فعلی همچنان وجود دارد.
- با افزایش سن مادر، خطر وقوع سندرم داون افزایش می یابد.

ادامه مشاوره

- نتایج غربالگری ناهنجاری جنین فقط میزان خطر را نشان می دهد. نتایج تستهای تشخیص قطعی مثل آمنیوسنتز یا CVS ملاک ختم بارداری است.
- انجام غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین هزینه بر است و نیازمند مراجعه به مراکز معتبر و افراد متبحر در شهرستان محل اقامت یا خارج از محل اقامت می باشد.
- اگر نتیجه غربالگری نشان دهنده **خطر پایین** باشد نیاز به انجام **روش های تشخیصی تهاجمی نیست**، چنانچه نتیجه غربالگری نشان دهنده **خطر بالا و مثبت** باشد، از آنجا که نتیجه مثبت به معنای ابتلا جنین به سندرم داون نیست، برای تشخیص قطعی نیاز به انجام روش های تهاجمی شامل **(نمونه برداری از پرزهای بافت کوریون جفت)** و **آمنیوسنتز** است. این روش ها ممکن است با عارضه همراه باشد.
- جدی ترین عارضه روش های تشخیص تهاجمی، احتمال سقط جنین سالم است.

1- غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه اول بارداری

در صورتی که پس از مشاوره، والدین متقاضی انجام غربالگری باشند، غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه اول (**combined test**) به شرح زیر درخواست می شود:

- آزمایش free β hCG (human chorionic gonadotropin)
 - آزمایش PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A)
 - سونوگرافی NT (nuchal translucency) استاندارد
- زمان انجام غربالگری سه ماهه اول ، شروع هفته 11 تا 13 هفته +6 روز بارداری است.

ارزیابی نتیجه غربالگری بر اساس گزارش سه سطح خطر (کم خطر، خطر متوسط و پرخطر) می باشد و تعیین نقطه برش (cut off) برای سه سطح مزبور به عهده آزمایشگاه است.

- اگر نتیجه غربالگری سه ماهه اول، **پر خطر (high risk)** باشد، مادر باید در اسرع وقت توسط متخصص زنان و زایمان یا پره ناتالوژ است بررسی تکمیلی شود. (آمیوسنتز یا CVS)

- اگر نتیجه غربالگری، **در معرض خطر (intermediate/ moderate risk)** باشد، لازم است غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم نیز درخواست شود. به این منظور کوادمارکر درخواست می شود و مجموع نتایج غربالگری سه ماهه اول و دوم ، با تاکید بر انجام در همان آزمایشگاه مبناي قضاوت قرار می گیرد.

- اگر نتیجه غربالگری، **کم خطر** باشد، احتمال وقوع ناهنجاریهای مورد بررسی، کم است و درخواست غربالگری سه ماهه دوم لازم نیست.

در حال حاضر غربالگری در سه ماهه اول بارداری توصیه می شود چنانچه خانم
باردار پس از 13 هفته و 6 روز و قبل از هفته 17 بارداری مراجعه نماید و غربالگری
سه ماهه اول را انجام نداده باشد ، پس از مشاوره و انتخاب والدین ، غربالگری
سه ماهه دوم بارداری درخواست می شود.

2- غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم بارداری

در صورت لزوم انجام غربالگری ناهنجاری جنین در سه ماهه دوم کواد مارکر Quad marker، در هفته 15 تا 17 بارداری به شرح زیر درخواست می شود:

Quad marker شامل:

- free β hCG (human chorionic gonadotropin)
- AFP(alpha-fetoprotein)
- uE₃(unconjugated estriol)
- Inhibin A

اگر گزارش کواد مارکر پر خطر باشد آمنیوسنتز ضروری است.

سونوگرافی NT چیست؟

NT مخفف nuchal-translucency به معنای فضای شفاف پشت گردن است. به عبارت دیگر حداکثر ضخامت منطقه شفاف بین پوست و بافت نرم پوشاننده مهره‌های گردن را NT می‌گویند.

- در سونوگرافی NT متخصص مربوطه با بررسی اندازه فضای روشن و شفاف در بافت پشت گردن، بیماری را در جنین تشخیص می‌دهد.
- نوزاد مبتلا به ناهنجاری مادرزادی، معمولاً مایع تجمع یافته ای در ناحیه پشت گردن خود در طول سه ماه اول بارداری دارد و این فضای روشن، بزرگتر از میزان جنین های سالم و طبیعی می باشد.
- سونوگرافی ان تی باید بین هفته های 11 تا 14 بارداری انجام بگیرد، زیرا در محدوده همین سن بارداری، مایع پشت گردن جنین، شفاف و قابل بررسی است.
- قبل از 11 هفتهگی انجام این سونوگرافی امکان پذیر نیست، زیرا جنین بسیار کوچک است و بعد از هفته چهاردهم نیز مایع شفاف پشت گردن جنین، از بین می رود.

ادامه

- همچنین در طی سونوگرافی NT ، وجود و یا عدم وجود استخوان بینی هم قابل ثبت و بررسی می باشد، زیرا در ناهنجاری های مادرزادی مثل سندروم داون، تیغه استخوان بینی تشکیل نمی شود.
- انجام این سونوگرافی به همراه آزمایش خون که برای بررسی بیشتر ناهنجاری های جنین انجام می گیرد، ارزشمند است.
- دقت سونوگرافی، به تنهایی در تشخیص ناهنجاری های جنین حدود 75 درصد می باشد و اگر با آزمایش خون همراه شود، صحت آنها به 85 درصد می رسد.
- انجام سونوگرافی NT و آزمایش خون ناهنجاری های ژنتیکی با هم، قابلیت تشخیصی دارند و به عنوان تست های غربالگری سه ماه اول بارداری به حساب می آیند .

آنچه باید در مراکز بهداشتی درمانی به مادران آموزش دهیم :

✍ اهمیت انجام غربالگری در تشخیص برخی از ناهنجاری ها از جمله مشکلات کروموزومی و نقص لوله عصبی

که زمان انجام غربالگری

که هزینه بر بودن انجام غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین

که مادر باید ابتدا سونوی NT را انجام دهد و سپس با در دست داشتن نتیجه ی سونو به آزمایشگاه مراجعه کند.

که فاصله ی انجام سونوی NT و انجام آزمایشات باید کمتر از 24 ساعت باشد . در غیر این صورت جواب آزمایشات معتبر نیست . (بسیار مهم)

✍ در هنگام مراجعه به آزمایشگاه فرم خاصی برای مادر تکمیل می شود که دقت مادر در ارائه پاسخ صحیح به سئوالات بسیار حائز اهمیت است.

✍ انجام این آزمایش ها در بارداری چند قلویی از صحت کافی برخوردار نمی باشد.

آنچه در آزمایشگاه انجام می شود

- تمامی آزمایشگاه های مجري بايد براي انجام اين آزمایشات از تجهیزات مورد تائيد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استفاده نمایند و آزمایشگاه صرفا مجاز به استفاده از کیت های است که مورد تائيد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و کاربرد آنها در غربالگری ناهنجاري جنين قيد شده باشد.
- تکنولوژی مورد استفاده براي انجام اين آزمایشها بايد در برنامه نرم افزاري محاسبه خطر، مشخص شده باشد که برنامه نرم افزاري بايد در فهرست نرم افزارهاي مورد تائيد آزمایشگاه مرجع سلامت قرار داشته باشد.

ادامه

- روش کار در آزمایشگاه بدین گونه است که اطلاعات مادر (حاصل از فرم تکمیل شده برای مادران هنگام مراجعه به آزمایشگاه) و نتایج حاصل از سونوی NT در نرم افزار مربوطه وارد شده و به همراه نتایج نمونه خون مادر نتایج در قالب نمودار نمایش داده می شود .

توجه داشته باشید

- کلیه متخصصین انجام دهنده این سونوگرافی ملزم به داشتن گواهی معتبر انجام سونوگرافی NT می باشند .
- به خانم باردار توضیح داده شود که نتایج حاصل از این سونوگرافی همراه با نتیجه آزمایشها توسط نرم افزار استاندارد تفسیر و بصورت نتیجه غربالگری سه ماهه اول ارائه می گردد.
- با توجه به محدود بودن زمان انجام سقط قانونی در صورت تایید ناهنجاری ، به مادران آموزش داده شود که در صورت مثبت بودن نتایج بلافاصله برای پی گیری به متخصص زنان مراجعه کنند .
- با توجه به درخواست آزمایشات و سونو توسط پزشکان مراکز بهداشتی درمانی همچنین مراجعه مجدد مادران پس از انجام موارد به مرکز ، احاطه ی کامل پزشکان و پرسنل بر اجرای کار و فلوچارت مربوطه همچنین اقدامات موجود در بوکلت چارت مادران ضروری است .

نتایج	تشخیص احتمالی	اقدام
کم خطر	احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است	نیاز به غربالگری دوم نیست
در معرض خطر	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	درخواست غربالگری جنین کوادمارکر در سه ماهه دوم (۱۵-۱۷) تاکید به انجام در همان آزمایشگاه
پرخطر	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	ارجاع به متخصص زنان در اسرع وقت جهت بررسی تکمیلی (آمניوسنتز یا CVS)
کم خطر	احتمال ناهنجاری (مشکلات کروموزومی و لوله عصبی) کم است	
پر خطر	پرخطر از نظر ناهنجاری جنین	ارجاع به متخصص زنان یا پریناتالوژیست جهت انجام آمניوسنتز

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

□ Expected Date of Confinement (EDC):

تاریخ تقریبی زایمان : تاریخ زایمان را می توان از طریق قانون نیگل تعیین نمود. برای این کار به اولین روز آخرین قاعدگی 7 روز می افزایید و سه ماه از آن کم می نمایید.

(Naegeles Rule) قانون نیگل = اولین روز آخرین قاعدگی + 7 روز - 3 ماه

مثال : $EDC = 94/2/9$

$LMP = 93/5/2$

تعیین تاریخ زایمان توسط آخرین قاعدگی در موارد زیر امکان پذیر نیست :

- 1 - اختلالات قاعدگی یا سیکل قاعدگی غیر طبیعی که با یک یا چند ماه آمنوره همراه باشد
- 2 - هنگامی که بارداری در زمان شیردهی همراه با آمنوره رخ داده باشد.
- 3 - هنگامی که بارداری بعد از سقط جنین یا بعد از قطع قرصهای ضد بارداری رخ داده باشد

□ سن حاملگی (Gestational age): انجام دقیق و منظم معاینات کلینیکی و تلفیق آن به کمک اطلاعات به دست آمده از شرح حال و تاریخ LNMP میتواند تا حد قابل اطمینانی به سن جنین پی برد چرا که اگر چندین بار سن به دست آمده از انجام معاینات کلینیکی و سن حاصل از محاسبات به کمک LNMP، یکی باشد سن جنین با خطای ناچیزی تعیین می شود وگرنه باید از سونوگرافی کمک گرفت.

□ محاسبه سن حاملگی (Gestational Age) :

خانم بارداری 28 ساله در تاریخ 94 / 7 / 28 جهت انجام مراقبت بارداری به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده است. LMP این خانم 94 / 3 / 2 بوده است. تاریخ تقریبی زایمان و سن حاملگی این خانم را محاسبه کنید.

EDC: 94 / 12 / 9 تاریخ تقریبی زایمان

GA: $29 + 93 + 28 = 150$ سن بارداری به هفته $150 \div 7 = 21 w + 3$

□ اندازه گیری ارتفاع رحم

ارتفاع رحم: از هفته ۱۶ بارداری به بعد در هر ملاقات، ارتفاع رحم را اندازه گیری کنید (مثانه باید خالی باشد) و با سن بارداری مطابقت دهید. در هفته ۱۶ بارداری، رحم در فاصله بین برجستگی عانه و ناف و در هفته ۲۰ بارداری، در حدود ناف قرار دارد. از هفته ۱۸ تا ۳۲ بارداری با استفاده از نوار متری، ارتفاع رحم (فاصله برجستگی عانه تا قله رحم) برحسب سانتی متر تقریباً با سن بارداری بر حسب هفته مطابقت دارد. در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری، رحم به استخوان جناغ نزدیک می شود و در هفته های ۳۶ تا ۴۰ در زیر استخوان جناغ لمس می شود.

■ مراقبت های معمول بارداری طی ۸ بار ملاقات در دو نیمه اول و دوم بارداری به مادر ارایه می گردد (۲ ملاقات در نیمه اول و ۶ ملاقات در نیمه دوم). زمان ملاقات های معمول بارداری عبارتست از: هفته ۶ تا ۱۰، هفته ۱۶ تا ۲۰، هفته ۲۶ تا ۳۰، هفته ۳۱ تا ۳۴، هفته ۳۵ تا ۳۷، هفته ۳۸، هفته ۳۹ و هفته ۴۰ بارداری

□ **صدای قلب جنین (Fetal heart rate):** در بین هفته ۱۶ الی ۱۹ برای نخستین بار قابل تشخیص خواهد بود (به طور متوسط هفته ۱۷)، البته در این میان فاکتور هایی مانند چاقی مادر و قدرت شنوایی فرد معاینه کننده اهمیت دارد.

□ **تعداد طبیعی ضربان قلب جنین:** ۱۱۰ - ۱۶۰ بار در دقیقه

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

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

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

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

۱۹- به منظور ترویج زایمان طبیعی با استفاده از روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان، مادر باردار باید از هفته ۲۰ بارداری در کلاس های آمادگی برای زایمان شرکت کند. از این رو لازم است ضمن آموزش به مادر در مورد مزایا و ضوابط شرکت در کلاس های آمادگی پیش از زایمان، مادر در زمان مناسب، به نزدیک ترین محل برگزاری کلاس معرفی شود.

□ علائم خطر در دوران بارداری

- 1- هرگونه خونریزی از واژن
- 2- تورم صورت یا انگشتان
- 3- سردرد شدید یا مداوم
- 4- درد شکم
- 5- تاری دید
- 6- استفراغ های شدید
- 7- تب و لرز
- 8- سوزش ادرار
- 9- خروج مایع از واژن
- 10- تغییر واضح در دفعات و یا شدت حرکات جنین

الگوی وزن گیری در بارداری

- اضافه وزن در بارداری جز روند فیزیولوژیک
- مربوط به رشد جنین، جفت، افزایش حجم خون مادر، ذخائر چربی و اندازه پستان هاست.
- تریمستر اول: ۱-۲ کیلوگرم
- تریمستر دوم: ۳-۴ کیلوگرم
- تریمستر سوم: ۴-۵ کیلوگرم

- افزایش وزن مطلوب در بارداری برای همه زنان باردار یکسان نیست و بر اساس شاخص توده بدنی مربوط به قبل از بارداری محاسبه می شود.
- اندازه گیری نمایه توده بدنی تا پایان هفته ۱۲ معتبر است .

BMI(body mass index)

- نمایه توده بدنی به دوروش تعیین می شود:
- الف) فرمول BMI = (وزن بر حسب کیلوگرم) تقسیم بر (قد بر حسب متر به توان ۲)
- ب) محاسبه BMI از طریق نمودار

$$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (kg)}}{\text{قد (m)}^2}$$

kg/m²

روش سنجش BMI با استفاده از نمودگرام

- نمودگرام از سه خط مدرج عمودی تشکیل شده است. خط اول از سمت راست مربوط به وزن، بر حسب کیلوگرم، خط وسط مربوط به BMI، خط سوم مربوط به قد بر حسب سانتی متری باشد.
- ابتدا وزن و قد مادر را اندازه گیری کرده و اعداد مربوطه را
- روی خط وزن و قد نمودگرام تعیین کرده و علامت بزنید. حال اگر دو نقطه ی علامت خورده ی وزن و قد را با یک خط کش به هم وصل کنید، نقطه ی تقاطع این خطوط با خط وسط، تعیین کننده ی BMI مادر است.

توصیه هایی برای افزایش وزن در بارداری

- برای زنان با BMI طبیعی پیش از بارداری، افزایش وزن به میزان ۱۱,۵ تا ۱۶ کیلوگرم توصیه می شود.
- چاقی: افزایش خطر فشارخون بالای بارداری، دیابت بارداری، ماکروزومی و زایمان سزارین
- ارتباط مثبت بین وزن گیری مادر و وزن هنگام تولد وجود دارد.
- سوء تغذیه مادر در اوایل بارداری افزایش ابتلا به ناهنجاریهای سیستم عصبی مرکزی در نوزاد

وزن گیری در بارداری تک قلو

گروه BMI	BMI	افزایش وزن پیشنهادی	افزایش وزن از ابتدای هفته ۱۳ به بعد (کیلوگرم / هفته)
کم وزن	کمتر از ۱۸,۵	۱۲,۵-۱۸	۰/۵
طبیعی	۱۸,۵-۲۴,۹	۱۱,۵-۱۶	۰/۴
اضافه وزن	۲۵-۲۹,۹	۷-۱۱,۵	۰/۳
چاق	بالای ۳۰	۵-۹	۰/۲

وزن گیری نامناسب در مادران باردار

آموزش تغذیه و ارائه ی توصیه های تغذیه ای با تاکید بر رعایت تنوع و تعادل در برنامه ی غذایی روزانه و استفاده از ۵ گروه غذایی اصلی شامل گروه نان و غلات، گروه میوه ها، گروه سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها و به مقادیر توصیه شده، تاکید بر مصرف منظم و به موقع مکمل های ویتامین، آهن و اسید فولیک و استراحت کافی در صورتی که بعد از آموزش و پیگیری، روند وزن گیری اصلاح نشد، مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.

علل و عوامل وزن گیری نامناسب در بارداری

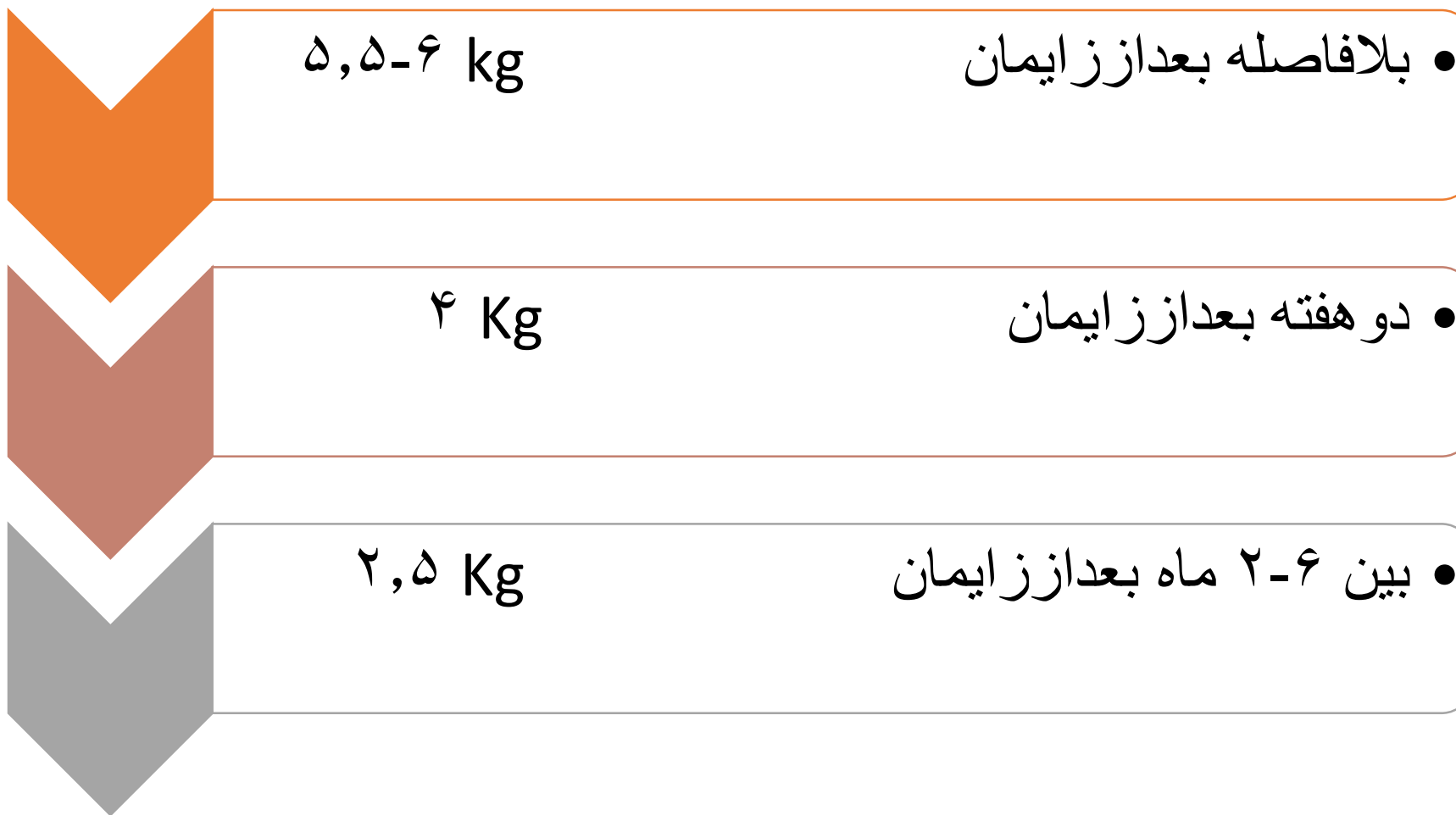
- دسترسی ناکافی به برخی از گروه های غذایی
- عادات غذایی نامناسب و پیروی از رژیم های غذایی خاص (رژیم درمانی و یا خرافات غذایی)
- تهوع و استفراغ دوران بارداری؛
- ابتلا به بیمار یهای زمینه ای یا سابقه ی ابتلا به آنها (مانند بیمار یهای قلبی عروقی، دیابت و...)
- اختلالات فشارخون در بارداری (مثل پره اکلامپسی، اکلامپسی و...)
- ابتلا به اختلالات روانی و افسردگی؛
- مشکلات خانوادگی و نارضایتی از بارداری؛

- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر و دخانیات؛
- مصرف زیاد و غیر عادی مواد خوراکی و غیر خوراکی (پیکا)
- مشکلات اقتصادی و درآمد ناکافی خانواده؛
- حجم زیاد کار روزانه و استراحت ناکافی؛
- تحرک ناکافی و نداشتن فعالیت بدنی روزانه؛
- سن کمتر از ۱۸ یا بالاتر از ۳۵ سال؛
- چند قلویی؛ سابقه ی زایمان زودرس یا سقط
- سابقه ی تولد نوزاد کم وزن (LBW) یا IUGR (تاخیر رشد داخل رحمی)
- عفونت های ادراری؛

مواردی که مادر باردار باید به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود.

- مادران زیر ۱۹ سال
- BMI (قبل از بارداری) یا سه ماهه ی اول بارداری (زیر ۱۸/۵ یا بیشتر از ۲۵)
- داشتن رژیم غذایی درمانی برای یک بیماری
- بیماریهای مادر باردار شامل دیابت، آنمی، بیماری کلیوی، فشار خون و....

رونداز دست دادن وزن بعد از زایمان



مقادیر مجاز پیشنهادی مواد غذایی در بارداری

- کالری
- پروتئین
- مواد معدنی (آهن، روی، منیزیم ، کلسیم ، ید، پتاسیم ، فلوراید و....)
- ویتامین ها (A,B12,B6,C)

- میزان کالری روزانه بایستی Kcal ۳۰۰-۱۰۰ افزایش یابد.
- در نیمه دوم بارداری حدود ۱۰۰۰ گرم پروتئین به میزان تقریبی ۵ تا ۶ گرم در روز در بدن انباشته می شود.
- از بین مواد معدنی بجز آهن رژیم غذایی مناسب می تواند نیاز به دیگر مواد معدنی را تامین کند.
- ویتامین A برای رشد و تمایز جنین ضروری است ، مقادیر زیاد آن ترا توژنیک است .

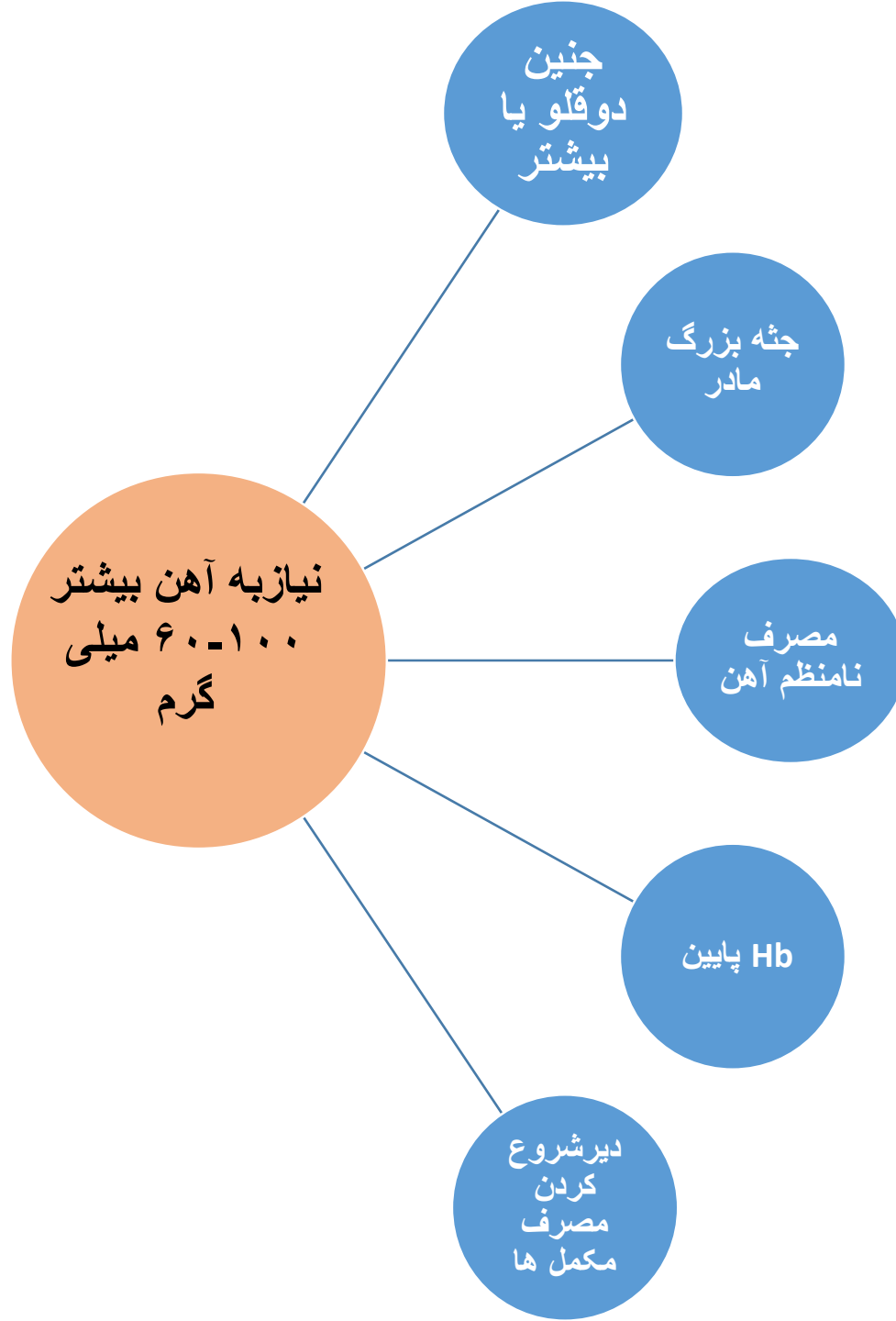
- ویتامین B6 برای زنان باردار دارای اعتیاد، چندقلویی و نوجوان ۲ میلی گرم داده می شود.
- نیاز به ویتامین (C) در بارداری ۲۰٪ افزایش می یابد. که بارژیم معمولی این میزان تامین می شود.
- نیاز به روی ۱۲ میلی گرم در روز، کمبود روی سبب کاهش اشتها کوتولگی (داورفیزم)، رشد کمتر از حد مطلوب و اختلال در بهبود زخم می شود.
- کمبود مادرزادی شدید روی منجر به بیماری اکرودرماتیت انتروپاتیک می شود.

- ید : در بارداری نمک یددار می بایستی مصرف شود. کمبود ید شدید مادر سبب استعداد ابتلای نوزاد به کرتینیسم که نقایص عصبی شدید پیدامی کنند.

- تجویز ۳۰ mg آهن سولفات ، گلوکونات و... در نیمه بارداری (از هفته ۱۶ بارداری تا ۳ ماه پس از زایمان)

توصیه هایی جهت مصرف قرص آهن:

- زمان خواب بامعده خالی (یکساعت قبل یا دوساعت بعداز غذا)
- یک ساعت قبل و بعد از مصرف آهن نباید چای ، موادکافئین دار ، ماست وشیر استفاده شود.
- جذب آهن بامصرف مواد دارای ویتامین C بیشتری شود.



آزمایشات اولین ویزیت پره ناتال

- U/A ,U/C
- TSH
- BG,RH
- BUN/Cr ،CBC
- HIV در صورت نیاز
- VDRL در رفتارهای پرخطر*
- HBsAg
- نوبت اول کومبس غیرمستقیم
- FBS و در صورت داشتن عوامل خطر GCT
- * (رفتارهای پرخطر: سابقه زندان ، اعتیاد تزریقی، رفتار پرخطر جنسی ، سابقه تزریق خون مکرر)

آزمایشات بعدی

- سونوگرافی در هفته ۱۸-۱۶ بارداری
- بین هفته ۲۶-۳۰ (مراقبت ۳):
- تکرار U/A، GCT، CBC، نوبت دوم کومبس غیرمستقیم در مادر RH منفی باهمسر RH مثبت (ترجیحا در هفته ۲۸)
- تزریق آمپول روگام بین هفته ۲۸ تا ۳۴ بارداری در صورت منفی شدن آزمایش کومبس غیرمستقیم.
- سونوگرافی در هفته ۳۱ تا ۳۴ در صورت نیاز

بارداری های پرخطر (High Risk Pregnancy)

- شیردهی همزمان بابارداری
- فاصله بارداری تا آخرین زایمان کمتر از ۳ سال
- ناسازگاری های خونی
- بیماری های زمینه ای مادر
- سابقه نازایی
- سن بارداری نامشخص
- شغل سنگین و سخت
- چاقی (BMI بالای ۳۰)
- اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر، سیگار، دخانیات
- بارداری اول
- بارداری پنجم و بالاتر (گراندمولتی پار)
- بارداری زیر ۱۸ سال یا بالای ۳۵ سال
- بارداری ناخواسته

موارد آموزش و مشاوره در بارداری

- موارد آن در هرویزیت پره ناتال ممکن است متفاوت باشد.
- بهداشت فردی، روانی، جنسی، دهان و دندان، محیط کار (
- اهمیت مراقبت های پره ناتال
- تغذیه و مکمل های دارویی
- فعالیت فیزیکی و ورزش
- عدم مصرف خودسرانه داروها
- شکایات شایع و علائم خطر مربوط به تریمسترهای مختلف بارداری

واکسیناسیون در بارداری

ایمن سازی زنان باردار با سابقه ایمن سازی ناقص* یا بدون سابقه ایمن سازی

تاریخ مراجعه	نوع واکسن	دفعات
اولین مراجعه	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت اول
یک ماه بعد	دوگانه ویژه بزرگسالان	نوبت دوم*

*باید طبق برنامه واکسیناسیون زنان ۱۵ الی ۴۹ ساله انجام شود.

ایمن سازی زنان سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله) فاقد سابقه ایمن سازی با واکسن دوگانه ویژه بزرگسالان*

نوبت	تاریخ مراجعه (حداقل فاصله)	درصد محافظت	مدت ایمنی
اول	اولین مراجعه	۰	۰
دوم	چهار هفته بعد	۸۰	۳
سوم	شش ماه بعد	۹۵	۵
چهارم	یکسال بعد	۹۹	۱۰**

*زنان سنین باروری دارای سابقه واکسیناسیون باید با احتساب واکسن های قبلی طبق این جدول واکسیناسیون را ادامه دهند.
**هر ۱۰ سال یکبار تکرار

❑ اقدامات لازم در صورت وقوع سقط غیر بهداشتی:

- ۱- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم کامل نیست، حتماً یک دوز واکسن توأم بلافاصله پس از سقط غیر ایمن تزریق کنید.
- ۲- در صورتی که وضعیت ایمن سازی مادر با واکسن توأم **مشخص** نیست و احتمال دارد مادر فاقد ایمنی علیه گزاز باشد، بلافاصله پس از سقط غیر ایمن ۱۵۰۰ واحد سرم گزاز به صورت عضلانی و ۴ هفته بعد یک نوبت واکسن توأم تزریق کنید.

منع مصرف واکسن در دوران بارداری

مصرف واکسن های سرخک، سرخجه، اوریون و آبله مرغان در دوران بارداری ممنوع است.

با توجه به اهمیت سرخجه در دوران بارداری از یک تا سه ماه قبل از بارداری و در سراسر این دوران از واکسیناسیون علیه سرخجه، خودداری شود .

زنانی که واکسینه شده اند توصیه می گردد تا حدود ۴ هفته بعد از تلقیح **MMR** حامله نشوند.

واکسن های ویروسی غیر فعال:

- **آنفلوآنزا:** فقط در صورتی که در معرض خطر جدی هستند.
- **هاری:** مانند زنان غیر باردار
- **هپاتیت:** در موارد پرخطر و در مواردی که آنتی ژن B منفی باشد.

واکسن های میکروبی غیر فعال شده:

- **وبا:** در صورت سفر به نواحی آلوده
- **تیفوئید:** صورت سفر به نواحی آندمیک

توکسوئید:

- **دیفتری و کزاز:** مانند زنان غیر باردار

□ گلوبولین های هیپر ایمیون:

- **هپاتیت B:** بعد از مواجهه با ویروس به عنوان پروفیلاکسی همراه با واکسن هپاتیت B تجویز می شود و بعد از ماههای یک و شش، واکسن تکرار می شود.
- **هاری:** بعد از مواجهه بیماری به عنوان پروفیلاکسی تجویز می شود.
- **کزاز:** بعد از مواجهه با بیماری به عنوان پروفیلاکسی
- **آبله مرغان:** بعد از مواجهه با بیماری به عنوان پروفیلاکسی (طی 96 ساعت)

□ گلوبولین های سرمی:

- **هپاتیت A:** بعد از مواجهه با بیماری به عنوان پروفیلاکسی
- **سرخک:** بعد از مواجهه با بیماری به عنوان پروفیلاکسی

مراقبت های پس از زایمان

مراقبت های معمول پس از زایمان

- ▶ ملاقات اول در روزهای ۱ تا ۳
- ▶ ملاقات دوم در روزهای ۱۰ تا ۱۵
- ▶ ملاقات سوم در روزهای ۳۰ تا ۴۲ پس از زایمان
- ▶ مراقبت پس از زایمان در بیمارستان را می توان مراقبت بار اول پس از زایمان محسوب کرد.



موفق باشید