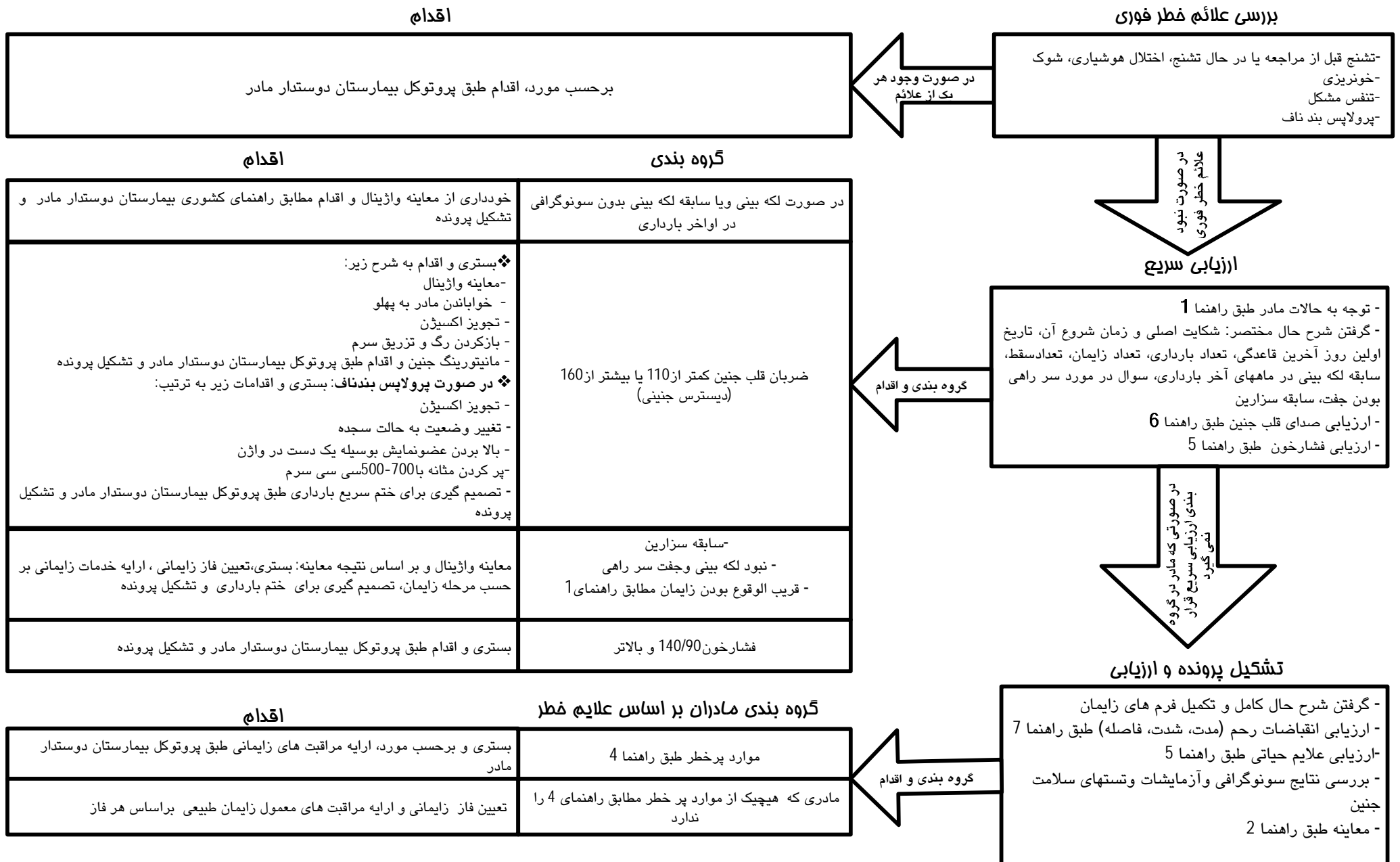


راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی

و

ارایه روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان

# پذیرش در لیبر (مراجعه مادر با علائم زایمانی)



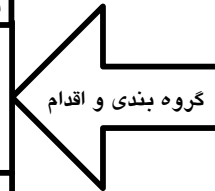
توجه: (عایت ملاحظات بستری مطابق راهنمای 3 در تمام مراحل بستری ضروری است)

# مراقبت های فاز نهفته مرحله اول زایمان

فاز نهفته مرحله اول زایمان (شروع انقباضات منظم رحم تا دیلاتاسیون 4 سانتی متر)

## ارزیابی و مراقبت

فاز نهفته غیر بستری 6	مراقبت از مادر به مدت 8-2 ساعت:
	- ارزیابی علائم حیاتی طبق راهنما 5 - ارزیابی انقباضات رحم طبق راهنما 7 - ارزیابی صدای قلب جنین طبق راهنما 6

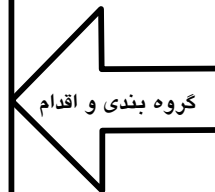


## گروه بندی

مراقبت طبق پروتوکل بیمارستان دوستدار مادر	شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از 110 یا بیشتر از 160، خونریزی، تنفس مشکل، تب، فشارخون 140/90 و بالاتر
پس از ثبت دقیق انقباضات رحم و صدای قلب جنین می توان به مادر اجازه داد تا بیمارستان را ترک کند مشروط به این که بتواند به موقع خود را به بیمارستان برساند. قبل از ترخیص، آموزش علائم خطر زایمانی به مادر و همراه الزامی است.	در صورت انقباضات نامنظم رحمی و ضربان طبیعی قلب جنین
بستری مادر و ادامه مراقبت ها	در صورت انقباضات منظم رحمی و ضربان طبیعی قلب جنین

## ارزیابی و مراقبت

فاز نهفته بستری	گروه بندی و اقدام
	- ارزیابی علائم حیاتی طبق راهنما 5 - ارزیابی پیشرفت زایمان طبق راهنما 8 - ارزیابی انقباضات رحم طبق راهنما 7 - ارزیابی صدای قلب جنین طبق راهنما 6



## گروه بندی مادران براساس علائم فطر

مراقبت طبق پروتوکل بیمارستان دوستدار مادر	شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از 110 یا بیشتر از 160، خونریزی، تنفس مشکل، تب، فشارخون 140/90 و بالاتر
- در صورت عدم شروع فاز فعال با احتساب ساعات تحت نظر (در مادر مولتی پار حداکثر تا 14 ساعت و در مادر نولی پار حداکثر تا 20 ساعت): القای زایمان مطابق پروتوکل بیمارستان دوستدار مادر	وجود انقباضات منظم رحمی و پیشرفت نامناسب زایمانی
- در صورت گذشت بیش از 6-2 ساعت از پارگی کیسه آب و پیشرفت نامناسب زایمان: القای زایمان طبق پروتوکل بیمارستان دوستدار مادر	وجود انقباضات منظم رحمی و پیشرفت زایمان در مادران کم خطر

- کلیه مراکز زایمانی باید محلی برای تحت نظر گرفتن مادران فاز نهفته غیر بستری فراهم نمایند.
- مدت زمان تحت نظر گرفتن مادر در فاز نهفته (8-2 ساعت) به تعداد مراجعین، فاصله محل سکونت مادر تا بیمارستان و مکان تحت نظر بستگی دارد.

# مراقبت های فاز فعال مرحله اول زایمان

فاز فعال مرحله اول زایمان (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر تا دیلاتاسیون کامل)

## ارزیابی

- توجه به حالات مادر طبق راهنما 1
- ارزیابی علائم حیاتی طبق راهنما 5
- ارزیابی انقباضات رحم طبق راهنما 7
- ارزیابی صدای قلب جنین طبق راهنما 6
- ارزیابی پیشرفت زایمان بر اساس پارتوگراف طبق راهنما 8

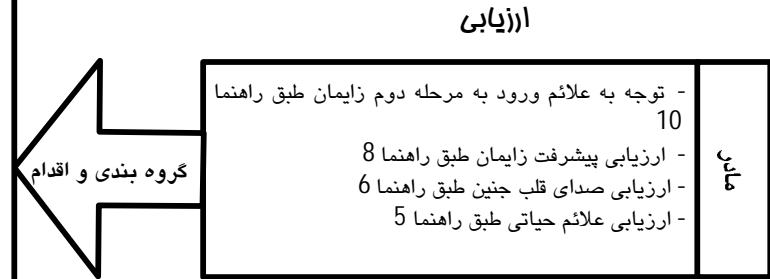
گروه بندی و اقدام

اقدام نهایی	گروه بندی مادران
برحسب مورد، ارایه مراقبت طبق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر	شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از 110 یا بیشتر از 160، تب، خونریزی، تنفس مشکل، فشارخون 140/90 و بالاتر
<ul style="list-style-type: none"> <li>- گرفتن رگ</li> <li>- به پهلو خواباندن مادر</li> <li>- تجویز اکسیژن</li> <li>- مانیتورینگ قلب جنین</li> <li>- تصمیم گیری برای نحوه ختم بارداری</li> </ul>	<p><b>رحم هیپرتون</b></p> <p>وجود 5 انقباض یا بیشتر در ده دقیقه یا فاصله دو انقباض طبیعی کمتر از یک دقیقه یا طول هر انقباض دو دقیقه یا بیشتر، شل نبودن رحم به طور کامل بین دو انقباض، و تداوم این الگوی انقباض برای 30 دقیقه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از تطابق سرجنین با لگن مادر و ضربان طبیعی قلب جنین</li> <li>❖ <b>پیشرفت نامناسب زایمان به سمت خط اقدام مطابق پارتوگراف:</b></li> <li>- توجه به حالات روانی و عاطفی مادر</li> <li>- تشویق مادر به حرکت و تغییر وضعیت</li> <li>- مراقبت مرحله دوم زایمان با روشهای کاهش درد طبق راهنما 9</li> <li>- هیدراتاسیون مادر (نوشیدن مایعات)</li> <li>- پاره کردن کیسه آب و القای زایمان مطابق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر ❖ <b>پیشرفت زایمان:</b></li> <li>- ادامه مراقبت تا مرحله دوم زایمان با روشهای کاهش درد طبق راهنما 9</li> </ul>	<p><b>رحم هیپوتون</b></p> <p>کمتر از سه انقباض در ده دقیقه و طول هر انقباض کمتر از 40 ثانیه</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از تطابق سرجنین با لگن مادر و ضربان طبیعی قلب جنین</li> <li>❖ <b>پیشرفت نامناسب زایمان به سمت خط اقدام مطابق پارتوگراف :</b></li> <li>- توجه به حالات روانی و عاطفی مادر</li> <li>- تشویق مادر به حرکت و تغییر وضعیت</li> <li>- مراقبت مرحله دوم زایمان با روشهای کاهش درد طبق راهنما 9</li> <li>- توجه به هیدراتاسیون مادر (نوشیدن مایعات)</li> <li>- پاره کردن کیسه آب</li> <li>- گذشتن از خط اقدام بر اساس پارتوگراف: اقدام طبق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر و تصمیم گیری برای نحوه ختم سریع بارداری</li> <li>❖ <b>پیشرفت زایمان:</b></li> <li>- ادامه مراقبت تا مرحله دوم زایمان با روشهای کاهش درد طبق راهنما 9</li> <li>- در صورت زایمان در آب: مراقبت طبق راهنما 25</li> </ul>	<p><b>انقباضات مناسب</b></p>

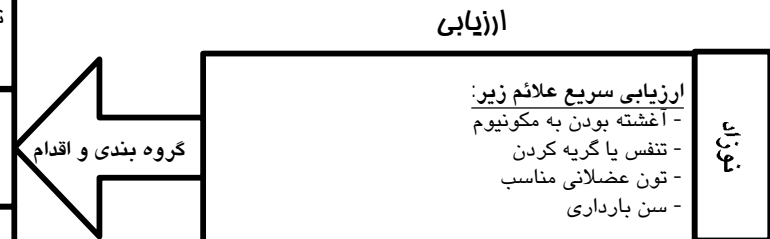
# مراقبت های مرحله دوم زایمان

\*مرحله دوم زایمان (دولاناسیون کامل تا خروج جنین)

مراقبت و اقدام نهایی	گروه بندی
برحسب مورد، رایجه مراقبت طبق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر	شوک، اختلال هوشیاری، ضربان قلب جنین کمتر از 110 یا بیشتر از 160، خونریزی، تنفس مشکل
<p>❖ در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی مادر و ضربان قلب جنین:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- توجه به خالی بودن مثانه</li> <li>- هیدراته کردن مادر (نوشیدن مایعات)</li> <li>- پاره کردن کیسه آب</li> <li>- آموزش مادر به زورزدن صحیح هنگام انقباضات</li> <li>- تشویق مادر به تغییر وضعیت</li> <li>- فشار روی ساکروم توسط همراه یا عامل زایمان</li> <li>- اداره مرحله دوم زایمان طبق راهنما 11</li> </ul> <p>❖ در صورت عدم پیشرفت مطابق پارتوگراف: تصمیم گیری برای نحوه ختم بارداری</p>	پیشرفت نامناسب زایمان بر اساس پارتوگراف
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اداره زایمان با روش های کاهش درد طبق راهنما 9</li> <li>- اداره مرحله دوم زایمان طبق راهنما 11</li> <li>- مراقبت برای خروج سر، شانه ها و خروج کامل نوزاد</li> </ul> <p>❖ در صورت دیستوشی شانه: اقدام طبق پروتکل بیمارستان دوستدار مادر</p> <p>❖ در صورت زایمان در آب: مراقبت طبق راهنما 25</p>	پیشرفت مناسب زایمان بر اساس پارتوگراف



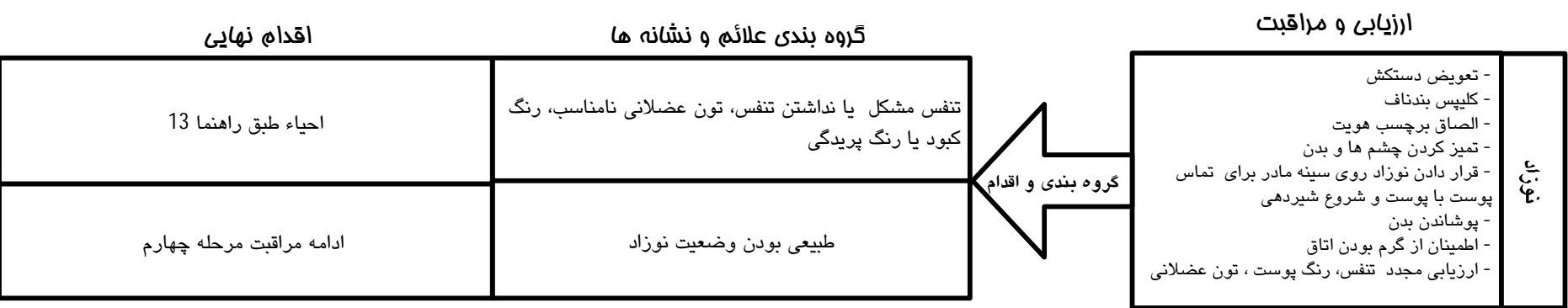
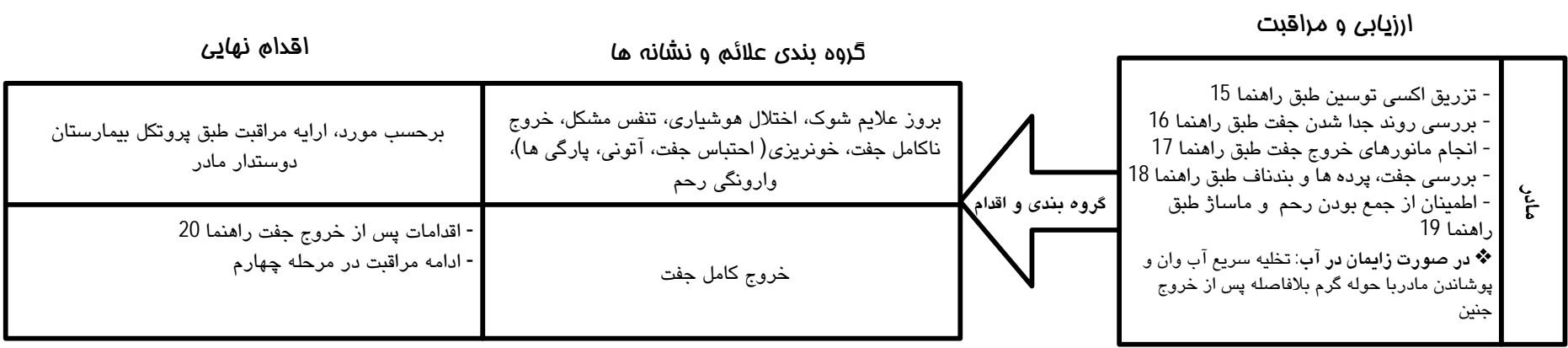
اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها
کلامپ و بریدن سریع بندناف و احیاء مطابق راهنما 13	تنفس مشکل یا نداشتن تنفس، آغشته بودن به مکونیوم، تون عضلانی نامناسب، سن بارداری کمتر از 37 هفته
احیاء مطابق راهنما 13 و ارسال نمونه خون بند ناف جهت آزمایش ABG	در صورت آپگار دقیقه اول نوزاد کمتر از هفت
اداره نوزاد طبق راهنما 14	طبیعی بودن همه موارد



\* در این مرحله مطابق راهنمای شماره 12 عامل زایمان، مادر و وسایل برای زایمان آماده شود.

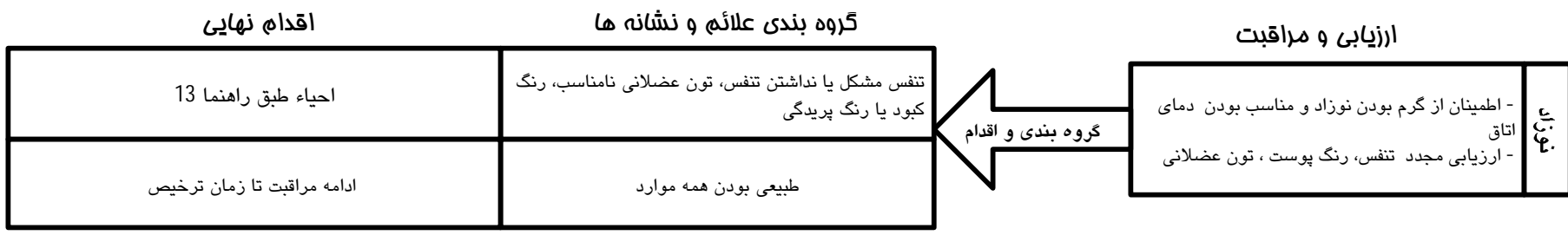
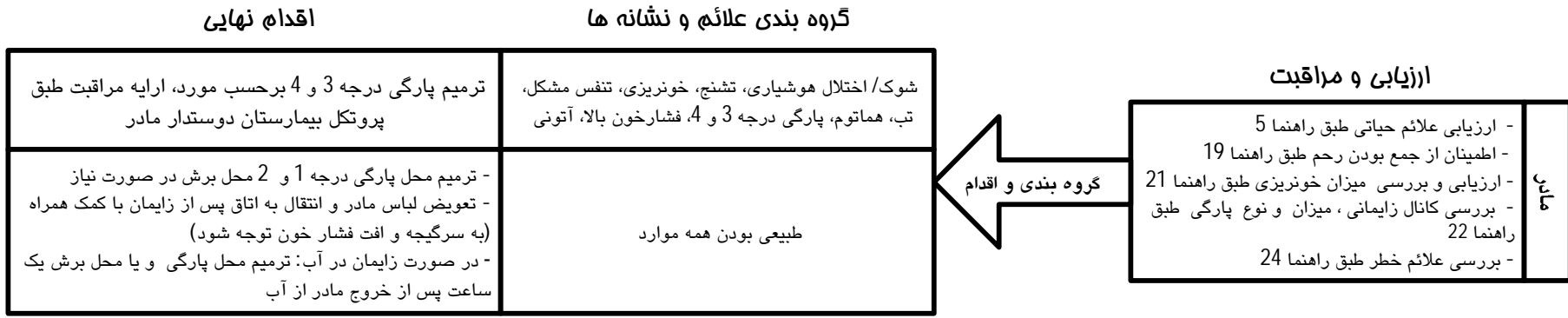
# مراقبت های مرحله سوم زایمان

مرحله سوم زایمان (خروج جنین تا خروج جفت)



# مراقبت های مرحله چهارم زایمان

مرحله چهارم زایمان (۱ ساعت پس از زایمان)



# مراقبت های پس از زایمان تا زمان ترخیص

پس از زایمان تا زمان ترخیص

اقدام نهایی	گروه بندی مادران براساس علائم فطر
برحسب مورد، ارایه مراقبت طبق پروتوکل بیمارستان دوستدار مادر در صورت غیر طبیعی بودن وضعیت روحی مشاوره روانپزشکی	شوک/ اختلال هوشیاری، تشنج، تنفس مشکل، فشارخون بالا آتونی، خونریزی، تب، هماتوم، درد پشت ساق پا، سردرد، تاری دید، غیرطبیعی بودن وضعیت روحی و روانی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشویق مادر به انجام تمرینات ساده</li> <li>- تجویز داروهای مورد نیاز و تجویز مکمل های دارویی</li> <li>- آموزش و ارایه توصیه های بهداشتی</li> <li>- تزریق رگام در صورت نیاز</li> <li>- توصیه به مصرف مواد غذایی (سوپ صاف شده)</li> <li>- تشویق مادر به شیردهی انحصاری</li> <li>- تعیین زمان و مکان مراجعه بعدی</li> <li>- ترخیص پس از 24 ساعت</li> <li>- تمایل به بستن لوله ها: انجام اقدامات لازم برای بستن لوله ها</li> </ul>	طبیعی بودن همه موارد
اقدام طبق راهنما 23	احتباس ادرار

## ارزیابی و مراقبت

مادر	گروه بندی و اقدام
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ارزیابی علائم حیاتی طبق راهنما 5</li> <li>- اطمینان از جمع بودن رحم طبق راهنما 19</li> <li>- ارزیابی و بررسی میزان خونریزی طبق راهنما 21</li> <li>- بررسی وضعیت دفع ادرار طبق راهنما 23</li> <li>- بررسی وضعیت روحی و روانی مادر و سابقه افسردگی و سایکوز پس از زایمان</li> <li>- بررسی علائم خطر طبق راهنما 24</li> </ul>	گروه بندی و اقدام

اقدام نهایی	گروه بندی علائم و نشانه ها
اقدام طبق پروتوکل ارزیابی نوزاد	نشانه های خطر، عفونت های موضعی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، غیر طبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد
احیاء طبق راهنما 13	تنفس بد یا نداشتن تنفس، تون عضلانی نامناسب، رنگ کبود یا رنگ پریدگی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- حمام نکردن نوزاد در 6 ساعت اول</li> <li>- تزریق ویتامین ک1 و واکسن های بدو تولد نوزاد</li> <li>- تعیین تاریخ مراقبت بعدی نوزاد</li> <li>- آموزش مراقبت از نوزاد به مادر</li> <li>- معاینه نوزاد توسط پزشک</li> </ul>	طبیعی بودن همه موارد

## ارزیابی و مراقبت

نوزاد	گروه بندی و اقدام
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اطمینان از کنار هم بودن مادر و نوزاد و برقراری شیردهی</li> <li>- اطمینان از مناسب بودن دمای اتاق</li> <li>- ارزیابی (تنفس، درجه حرارت، رنگ پوست، تون عضلانی، صدمات زایمانی و ناهنجاری، عفونت های موضعی، غیرطبیعی بودن سن بارداری و اندازه های نوزاد)</li> </ul>	گروه بندی و اقدام



# ادامه راهنمای 13- تعاریف احیاء نوزاد

## لوله گذاری داخل تراشه

سن بارداری (به هفته)	وزن (به گرم)	اندازه لوله (قطر داخلی به میلی متر)
زیر 28	زیر 1000	2/5
28-34	1000-2000	3/0
34-38	2000-3000	3/5
بالتر از 38	بالتر از 3000	3/5-4/0
عمق فرو بردن (سانتیمتر) = وزن (کیلوگرم) + 6		

دارو	غلظت برای	آماده سازی	دوز/راه	سرعت تجویز/ احتیاطات
اپی نفرین	1/10000	محلول 1/10000 در یک سرنگ یک سی سی	IV: 0/1-0/3 ml/kg ET: 0/3-1 ml/kg	در روش داخل وریدی سریع و در روش اندوتراکئال با 1-0/5 میلی لیتر نرمال سالین تجویز گردد
حجم افزا	♦ نرمال سالین (توصیه شده) ♦ رینگر لاکتات ♦ کلبول قرمز متراکم O	حجم تخمینی را به داخل یک سرنگ بزرگ بکشید	(10 ml/kg) IV (از راه ورید نافی)	طی 5 تا 10 دقیقه تجویز گردد
بیکربنات سدیم	0/5 mEq/ml از محلول 4/2 %	حجم تخمینی کشیده شده به داخل سرنگ از پیش پر شده یا آماده شده	1 mEq/kg (4 ml/kg)	به آهستگی طی حداقل 2 دقیقه تجویز گردد (1 mEq/kg/min) تنها در صورتی که نوزاد به طور موثر تهویه می شود، تجویز کنید.

## داروهای پس از احیا (شامل مراقبت پس از اتاق زایمان)

♦ نالوکسان هیدروکلراید ..... 0/1 mg/kg سریع تجویز شود

(برای سرکوب تنفسی ناشی از مواد مخدر) IV (ترجیحا)، IM (قابل قبول)

♦ محلول گلوکز 10% (برای هیپوگلیسمی) ..... 2 ml/kg (200 mg/kg) IV در عرض 1-2 دقیقه و سپس با انفوزیون مداوم گلوکز وریدی ادامه یابد.

♦ فنوباریتال (برای تشنج).... تجویز آهسته 20mg/kg به صورت IV (mcg/kg/min) 1، ممکن است باعث تضعیف تلاش تنفسی شود.

♦ دوپامین (برای کاهش فشار خون)..... 2-20 mcg/kg/min به صورت انفوزیون مداوم وریدی.

6 D mcg/kg/min مورد نظر (kg) وزن D

محاسبه قطره:

ml/hr مورد نظر

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

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

◀ وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی: نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصری به عقب کشیده شده باشد) قرار دهید و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت 2 تا 2/5 سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار دهید.

◀ ساکشن تراشه: در صورت آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکنونیم و سرحال نبودن نوزاد، نای را ساکشن کنید. لوله ساکشن را حداکثر به مقدار 5 سانتیمتر داخل دهان و 3 سانتیمتر داخل بینی کنید. ساکشن کردن بیشتر از 20 ثانیه یا حداکثر 2 بار انجام نشود.

◀ خشک کردن: سر و صورت و تنه نوزاد را با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است، خشک کنید. حوله یا پارچه خیس را کنار بگذارید و او را روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است، قرار دهید.

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

◀ فشردن قفسه سینه: بهترین روش، روش شست (دوانگشتی) است. در حالی که انگشتان و دست های خود را در وضعیت صحیح قرار داده اید، باید آن قدر فشار وارد آورید که جناغ سینه را به عمق تقریبی یک سوم قطر قدامی - خلفی قفسه سینه به داخل فرو ببرید. سپس فشردن را رها کنید تا به قلب اجازه پر شدن مجدد داده شود. باید تقریباً 120 کار (90 فشار و 30 تنفس) در هر دقیقه تکرار شود (برای کسب جزئیات بیشتر به کتاب درسنامه احیای نوزاد رجوع شود)

◀ تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV): ماسک را به درستی روی صورت نوزاد بگذارید به طوری که بینی و دهان او را بپوشاند و کناره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت 40 تا 60 بار در دقیقه و به مدت 30 ثانیه انجام دهید.

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

- اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

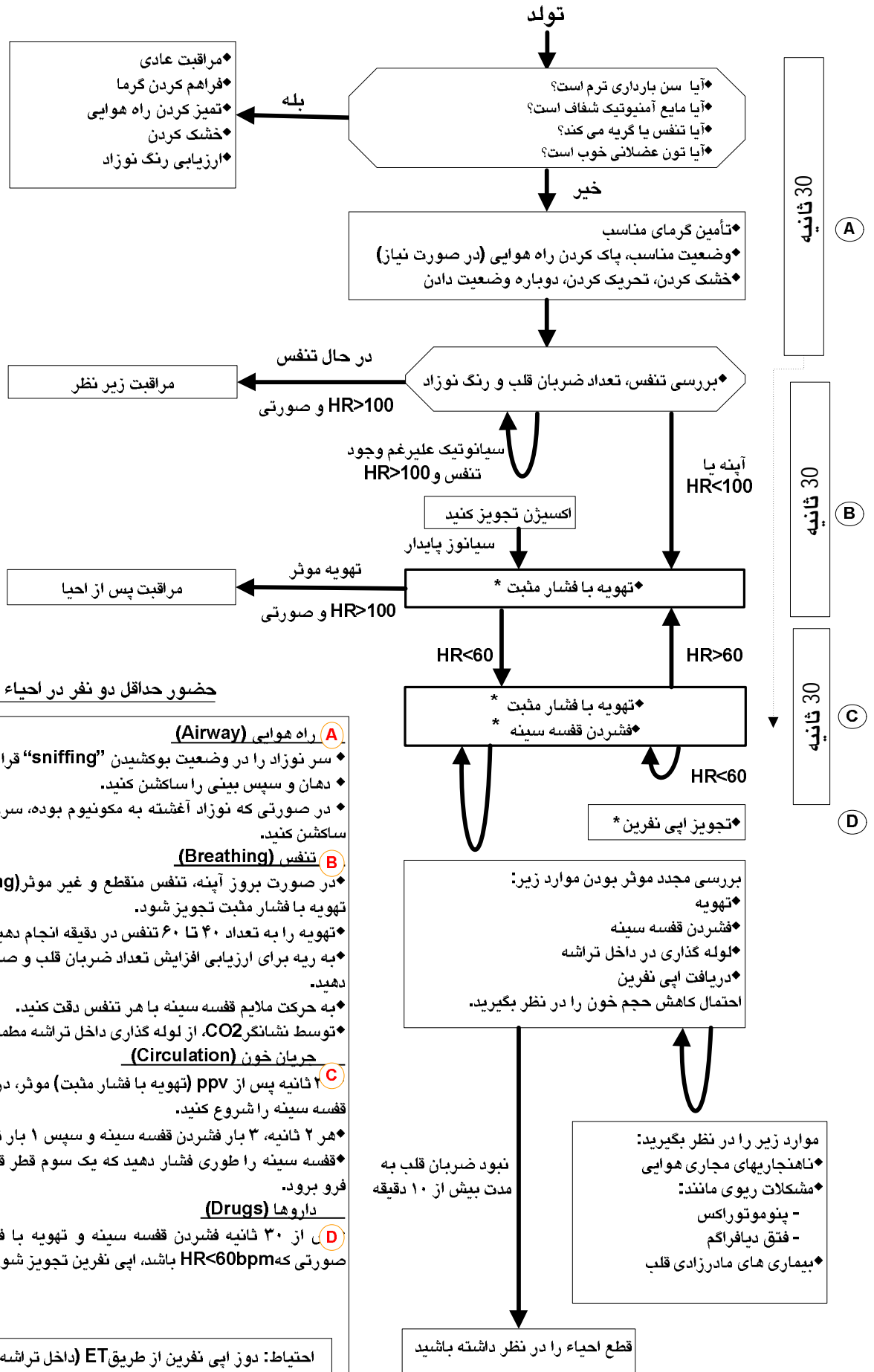
اگر بعد از 10 دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد:

- تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

- به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

- اجازه دهید والدین فرزند فوت شده یا در حال فوت شان را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش بکشند.

# راهنمای ۱۳ - احیاء نوزاد (مهم ترین و موثرترین کار در احیاء نوزاد، تهویه ریه است.)



## حضور حداقل دو نفر در احیاء الزامی است

### A راه هوایی (Airway)

- ♦ سر نوزاد را در وضعیت بوکشیدن "sniffing" قرار دهید.
- ♦ دهان و سپس بینی را ساکشن کنید.
- ♦ در صورتی که نوزاد آغشته به مکنیوم بوده، سرحال به نظر نمی رسد، تراشه را ساکشن کنید.

### B تنفس (Breathing)

- ♦ در صورت بروز آپنه، تنفس منقطع و غیر موثر (gaspings)، HR < 100bpm تهویه با فشار مثبت تجویز شود.
- ♦ تهویه را به تعداد ۴۰ تا ۶۰ تنفس در دقیقه انجام دهید.
- ♦ به ریه برای ارزیابی افزایش تعداد ضربان قلب و صداهای تنفسی قابل شنیدن، گوش دهید.
- ♦ به حرکت ملایم قفسه سینه با هر تنفس دقت کنید.
- ♦ توسط نشانگر CO<sub>2</sub>، از لوله گذاری داخل تراشه مطمئن شوید.

### C جریان خون (Circulation)

- ♦ ۲ ثانیه پس از ppv (تهویه با فشار مثبت) موثر، در صورت HR < 60bpm، فشردن قفسه سینه را شروع کنید.
- ♦ هر ۲ ثانیه، ۳ بار فشردن قفسه سینه و سپس ۱ بار تنفس اعمال شود.
- ♦ قفسه سینه را طوری فشار دهید که یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه به داخل فرو برود.

### D داروها (Drugs)

- ♦ از ۳۰ ثانیه فشردن قفسه سینه و تهویه با فشار مثبت موثر و هماهنگ، در صورتی که HR < 60bpm باشد، اپی نفرین تجویز شود.

احتیاط: دوز اپی نفرین از طریق ET (داخل تراشه) و IV (داخل وریدی) با هم متفاوت است.