

۳- ارزیابی سلامت جنین: EFM یا الکتريکال فتال مانیتورینگ، روش اصلی ارزیابی سلامت جنین حین لیبر است. بدون وجود ریسک فاکتورها (مثلاً PROM و پره اکلامپسی و ...) ارزیابی باید این گونه باشد:

● در مرحله اول زایمان - فاز active: چک FHR هر ۳۰ دقیقه

در مرحله دوم زایمان: چک FHR هر ۱۵ دقیقه

دقت کنید در بارداری ترم و بدون ریسک فاکتور، EFM دائم ضرورتی ندارد.

در صورت وجود ریسک فاکتور:

● مرحله اول زایمان - فاز active: چک FHR هر ۱۵ دقیقه و ترجیحا قبل، حین و بعد از انقباض یا مانیتور

دائم قلب جنین هر ۱۵ دقیقه

● مرحله دوم زایمان: چک FHR هر ۵ دقیقه یا مانیتور دائم قلب جنین

جدول ۱۰ - ۱ گایدلاین پایش جنین در طی زایمان				
پایش مداوم الکترونیک		سمع		
پرخطر	کم خطر	پرخطر	کم خطر	فاز فعال مرحله اول
بررسی تراسه حداقل هر ۱۵ دقیقه	بررسی تراسه حداقل هر ۳۰ دقیقه	ثبت ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه ترجیحا بعد یک انقباض	ثبت ضربان قلب جنین هر ۳۰ دقیقه بعد یک انقباض	
بررسی نتایج ثبت شده حداقل هر ۵ دقیقه	بررسی نتایج ثبت شده حداقل هر ۱۵ دقیقه	بررسی و ثبت ضربان قلب جنین هر ۵ دقیقه	ثبت ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه	مرحله دوم

۴- کنترل درد: درد در حد T10 - S4 در طی زایمان وجود دارد.

روش‌های کنترل درد در طی زایمان:

- اسپانیال: شروع اثر سریعی دارد و به مدت ۲ ساعت موثر است.
 - اپیدورال: اثر بخش‌ترین روش کاهش درد حین زایمان است و مدت زیادی بی‌دردی را حتی بعد از زایمان ایجاد می‌کند و قابل تمدید است.
 - ترکیب اپی‌دورال - اسپانیال: هم شروع اثر سریع و هم دوام بالایی دارد.
 - بلوک موضعی پودندال: تزریق بی‌حسی موضعی درون پیرینه، به‌ویژه برای ترمیم اپیزیوتومی و پارگی‌های واژن
 - بلوک پاراسرویکال: می‌تواند سبب برادیکاردی جنین شود.
 - بی‌هوشی عمومی با عوامل بی‌هوشی استنشاقی یا IV در سزارین
- عارضه بی‌حسی اپیدورال و اسپانیال سردرد است که وقتی از سوزن‌های جدید غیرتروماتیک استفاده شود، سردرد کاهش می‌یابد.

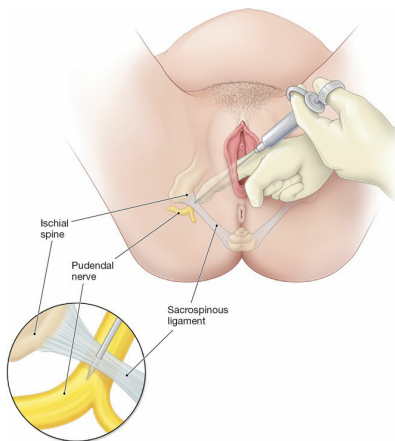


FIGURE 8.8. Pudendal block. Local anesthesia can be administered easily at the time of delivery to provide perineal anesthesia for a vaginal delivery.

قبل زایمان:

- هماتوکریت پایه
- تعیین گروه خونی (انجام کراس مچ برای موارد پر خطر)
- IV line
- پروفایل انعقادی و شمارش پلاکت‌ها در صورت اندیکاسیون
- شناسایی عوامل خطر

در اتاق زایمان:

- پرهیز از کشش بیش از حد بندناف
- استفاده با احتیاط از فورسپس و وکیوم
- بررسی خروج کامل جفت
- بررسی دستی رحم (در صورت وجود اندیکاسیون)
- مدیریت فعال مرحله سوم
- مشاهده سرویکس و واژن
- خارج کردن کامل لخته‌های رحم و واژن قبل از انتقال به ریکاوری

در اتاق ریکاوری:

- تحت نظر گرفتن دقیق بیمار را از نظر خونریزی زیاد
- ادامه داروهای منقبض کننده رحمی
- ماساژ مکرر رحم
- چک مکرر علائم حیاتی

برای جلوگیری از کوآگولوپاتی و DIC، اصلی‌ترین روش جایگزین خون، تزریق PRBCs (پک سل) است. و در کنار آن سایر فرآورده‌ها استفاده می‌شود.

در صورت massive transfusion یعنی انتقال پک سل $4 \leq$ واحد در بیش از یک ساعت یا $10 \leq$ واحد در ۲۴ - ۱۲ ساعت توصیه می‌شود که فرآورده‌های خونی با نسبت ۱:۱:۱ (پک سل، پلاکت، FFP) تزریق شود.

توصیه‌های اخیر مبنی بر پرهیز از ترانسسینوژن خون در بیمار stable با $HB > 7-8$ در مورد PPH پذیرفته نیست.

علل اصلی PPH

آتونی رحم

عواملی که سبب کنترل خونریزی بعد از زایمان می‌شوند:

- ۱ انقباض شریان مارپیچی در بستر جفت
- ۲ انقباض عضلانی میومتر
- ۳ اکسی توسین

ریسک فاکتورهای آتونی رحم:

- ۱ رحم کشیده شده مثل چند قلویی، ماکروزومی، هیدرآمیونیوس

تست‌های خونریزی پست پارتوم (PPH)

۱- خانم ۴۰ ساله که ۱۵ دقیقه قبل زایمان کرده، دچار دیسترس تنفسی، خونریزی از محل رگ گیری، تشدید خونریزی واژینال، سیانوز و سپس کما شده است. کدام تشخیص مطرح است؟

(تالیفی)

- (الف) DVT
(ب) استروک مغزی
(ج) استروک قلبی
(د) آمبولی مایع آمنیوتیک

الف ب ج د

۲- خانم ۳۲ ساله که ۶ ساعت قبل زایمان کرده و نوزاد وی ماکروزوم بوده است، بلافاصله پس از زایمان دچار آتونی رحم شده است و با ماساژ رحم خونریزی کنترل شده است. در حال حاضر خونریزی واژینال در حد پیود است. $PR=90$, $RR=17$, $BP=110/65$, $T=37$. $Hb=9/2$ ، اقدام مناسب بعدی کدام است؟

(تالیفی)

- (الف) تزریق ۲ واحد PRBCs (پک سل)
(ب) تزریق فرآورده‌های خونی با نسبت ۱:۱:۱
(ج) تزریق FFP
(د) نیازی به تزریق خون ندارد

الف ب ج د

۳- خانم ۳۰ ساله گراوید ۱ با سن بارداری ۳۹ هفته با درد زایمانی مراجعه کرده است. سابقه جراحی آنومالی مولرین سه سال قبل را می‌دهد. در معاینه دیلاتاسیون ۴ سانت و جایگاه سر جنین ۱- است. ۲ ساعت بعد الگوی ضربان قلب جنین نامطمین می‌شود. شما بیمار را معاینه می‌کنید. در معاینه خونریزی واژینال دارد و دیلاتاسیون ۶ سانت و جایگاه سر جنین ۳- است. کدام تشخیص مطرح است؟

(تالیفی)

- (الف) پرویا
(ب) رایچر رحم
(ج) آمبولی مایع آمنیوتیک
(د) پرکرتا

الف ب ج د

۴- در کنترل آتونی کدام دارو را می‌توان مستقیم در میومتر رحم تزریق کرد؟

(تالیفی)

- (الف) دینوپروستون
(ب) میزوپروستول
(ج) پروستاگلاندین $F2\alpha$
(د) متیل ارگونین

پاسخ: پروستاگلاندین $F2\alpha$: تزریق عضلانی یا مستقیم داخل میومتر ($mg 0.25$ و تکرار هر ۱۵ - ۹۰ دقیقه تا ۸ دوز) در کنترل خونریزی بعد از زایمان ناشی از آتونی به کار می‌رود.

الف ب ج د

۵- خانم ۲۳ ساله گراوید ۱ با فورسپس ۳ ساعت قبل زایمان کرده اکنون از درد محل پرینه شاکی است. شما بیمار را معاینه می‌کنید. در معاینه هماتوم ۶ سانت دارد. اقدام بعدی کدام است؟

(تالیفی)

- (الف) پک یخ
(ب) کیسه آب گرم
(ج) اکسی توسین
(د) جراحی

پاسخ: هماتوم معمولاً در محل اپیزیوتومی یا پارگی پرینه و در صورت استفاده از فورسپس اتفاق می‌افتد.

درمان: هماتوم با قطر $> 5\text{ cm}$ که در حال بزرگ شدن نیست ← نظارت دقیق علائم حیاتی و برون ده ادراری، پک یخ هماتوم بزرگ یا در حال بزرگ شدن ← جراحی

حاملگی ترم بین ۴۲ - ۳۷ هفته تعریف می‌شود.

EDD (Estimated date of delivery) به صورت ۴۰ هفته بعد از LMP محاسبه می‌شود.

حاملگی post term به حاملگی بالای ۴۲ هفته گفته می‌شود.

توجه! اصطلاح postdates یک مترادف متداول post term است اما گیج‌کننده است و نباید از آن استفاده کرد.

فاکتورهای مرتبط با حاملگی پست ترم

- تاریخ نامطمئن LMP (به علت مراقبت‌های پره ناتال دیرهنگام یا ناکافی)
- پریدود نامرتب
- انانسفالی (به علت کاهش تولید ۱۶ آلفا هیدروکسی هیدرواپی آندروسترون که پیش ساز استریول است).
- هایپوپلازی آدرنال جنین (به علت کاهش استریول است).
- کمبود سولفاتاز جفتی (بیماری وابسته به X که از تبدیل جفتی سولفات استروژن جلوگیری می‌کند).
- EP

شایع‌ترین علت بارداری post term تخمین نادرست سن حاملگی است.

علت هرچه باشد تمایل به عود بارداری post term در بارداری بعدی وجود دارد. (۵۰ درصد)
سایر عوامل خطر مهم شامل چاقی مادر، نولی پاریتی و زایمان پس از موعد مادر، تأثیرات ژنتیکی (مطالعات روی دوقلوها) است.

عواقب

- مرگومیر مادر
- ترومای واژینال مادر
- اختلال در سیر زایمان و افزایش ریسک C/S
- افزایش عفونت، خونریزی، آمبولی و آسیب احشا به دنبال سزارین
- سندروم دیس مچوریتی (محدودیت رشد مزمن جنین به علت جفت پیر که موجب عوارض کوتاه‌مدت نوزادی مانند هایپوگلاسمی و تشنج و نارسایی تنفسی می‌شود).
- افزایش شیوع تست‌های جنینی غیر قابل اطمینان قبل و بعد از زایمان
- الیگوهیدروآمنیوس ← حداکثر پازه عمودی (MVP) کمتر از ۲ سانت)
- مایع آمنیوتیک حدود ۳۶ - ۳۴ هفته به حداکثر حجم می‌رسد و سپس در ادامه بارداری ثابت می‌ماند یا کمی کاهش می‌یابد.
- الیگوهیدروآمنیوس به دلیل فشرده کردن بند ناف، نارسایی رحمی جفتی و آسپیراسیون مکنونیوم با نتایج ضعیف همراه است.

تذکره! الیگوهیدروآمنیوس بعد از ۳۶ هفته را چه کنیم؟ ختم بارداری (oliGo = 36 حرف G شبیه 6 است.)

افزایش مرگومیر نوزادان ← مرده‌زایی و مرگومیر نوزاد بعد از ۳۷ هفته به‌طور پیوسته افزایش می‌یابد و با رسیدن به ۴۴ هفته چندین برابر می‌شود.
ماکروزومی و دیستوشی شانه
MAS (سندروم آسپیراسیون مکنونیوم)

اختلالات قلبی عروقی

HTN مزمن

HTN مزمن، فشار خونی است که قبل از هفته ۲۰ بارداری وجود داشته باشد، یا بعد از ۱۲ هفته بعد از زایمان طول بکشد.

Mild - Moderate: فشار سیستول ۱۵۹ - ۱۴۰ یا دیاستول ۱۰۹ - ۹۰

Severe: فشار سیستول ≥ 160 یا دیاستول ≥ 110

بروز ناگهانی پروتئینوری و HTN بارداری در خانمی که HTN مزمن دارد، تشخیص پره‌اکلامپسی superimposed است.

HTN بارداری

فشار خونی که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری و بدون پروتئینوری ایجاد می‌شود، فشار خون بارداری نامیده می‌شود.

۱ نکته افتراق بین HTN مزمن و HTN بارداری و پره‌اکلامپسی مشکل است و همیشه باید فرض را بر پره‌اکلامپسی بگذاریم.

۲ اگر فشار خون کمتر از ۱۲ هفته بعد از زایمان به مقدار نرمال برگردد، فشار خون بارداری مطرح است و اگر بیش از ۱۲ هفته ادامه پیدا کند، فشار خون مزمن مطرح است.

پره‌اکلامپسی

ریسک فاکتورهای پره‌اکلامپسی:

- نولیپاریتی
- بارداری چندقلویی
- سن مادر ≤ 40
- سابقه پره‌اکلامپسی در بارداری قبلی
- فشار خون مزمن
- بیماری عروقی و بافت همبند
- نفروپاتی و سایر بیماری‌های مزمن کلیوی
- سندروم APS
- نژاد آفریقایی آمریکایی
- IVF

معیارهای تشخیصی:

- فشار خون $\geq 140/90$ (سیستول یا دیاستول) - بعد از هفته ۲۰ بارداری
- پروتئینوری: دفع ≤ 30 گرم پروتئین در ادرار ۲۴ ساعته

معیارهای تشخیصی پره‌اکلامپسی severe:

- فشار خون $\leq 160/110$ (سیستول یا دیاستول) در ۲ نوبت به فاصله حداقل ۴ ساعت و زمانی که بیمار bed rest است.

۱ نکته اگر فشار خون بیشتر از ۱۵ دقیقه ادامه دارد باید درمان شود و منتظر ۴ ساعت نمی‌مانیم.

- نارسایی کلیه پیشرونده: $Cr > 1/1$ یا ۲ برابر شدن Cr
- مشکلات مغزی یا بینایی مثل سردرد و اسکوتوم