

به نام خدا

"مهارت های عملی مامایی در بخش زایمان"

تهیه کنندگان:

دکتر آرزو شایان

مربی، هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر الناز خیر

استادیار، هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

"با تایید گروه مامایی"

اصطلاحات رایج مامایی (فارماکولوژی و بالینی)

CDH: Congenital Dislocated Hip	DM: Diabetes Mellitus	FL: Femur Length	FM: Fetal Movement
IUFD: Intrauterine Fetal Death	FHR: Fetal Heart Rate	HELLP: Hypertension Elevated Liver Enzymes	HTN: Hypertension
PIH: Pregnancy Induced Hypertension	UGR: Intrauterine Growth Restriction	EDC: Estimated Of Confinement	LMP: Last Menstrual Period
LP: Labor Pain	C.C: Contraceptive	NST: Non-Stress Test	CST: Contraction Stress Test
OCT: Oxytocin Challenge Test	PNC: Prenatal Care	PTI: Preterm Labor	NT: Nuchal Translucency
HOTN: Hypertension	PPH: Post Partum Hemorrhage	GTT: Glucose Tolerance Test	GCT: Glucose Challenge Test
GDM: Gestational Diabetes	AFP: Alpha Fetoprotein	Disch: Discharge	DS: Down Syndrome
DX: Diagnosis	PT: Prothrombin Time	PTT: Partial Thromboplastin Time	SGOT: Serum Glutamic- Oxaloacetic Transaminase
SGPT: Serum Glutamic Pyruvic Transaminase	CVS: Chorionic Villus Sampling	BPP: Biophysical Profile	BS: Blood Sugar
DVT: DEEP Vein Thrombosis	FBS: Fasting Blood Sugar	DW: Dextrose Water	D&C: Dilatation and Curettage
D&E: Dilatation and Evacuation	FP: Family Planning	GA: Gestational Age	H-Mole: Hydatidiform mole
S.S: Severe Sign	VB: Vaginal Bleeding	MI: Membrane Intact	MR: Membrane Rupture
UA: Urinalysis	G: Gravidity	PLT: Platelets	PROM: Premature Rapture Of Membranes
UC: Urine Culture	NVD: Normal Vaginal Delivery	I&O: Intake and Outputs	IVH: Interventricular Hemorrhage
EFW:	EP:	BW:	DTR:

Estimated Fetal Weight	Ectopic Pregnancy	Birth Weight	Deep Tendon Reflex
BPD: Biparietal Diameter	ab: abortion	AFI: Amniotic Fluid Index	
TAB: Tablet	CAP: Capsule	AMP: Ampul	OINT: Ointment
SYR: Syrup	SUSP: Suspension	SOL: Solution	Supp: suppository
GTT: Drop(s)	TSP: Teaspoon	TBSP: Tablespoon	OTC: Over-the-Counter Medications
AC: before a meal	PC: After a meal	HS: Hours of sleep	QD: Each day
BID: Twice a day	TID: Three time a day	QID: Four time each day	I.M: Intramuscular
I.V: Intravenous	I.D: Intradermal	S.C: Subcutaneous	S.D: Subdermal

حمایت روانی در حیطه‌ی مامایی

حمایت روانی شامل دوره‌ی پیش از بارداری، بارداری، و پس از زایمان می‌باشد، ولی در اینجا به بحث در طی دوره‌ی بارداری می‌پردازیم.

دوره‌ی بارداری:

عوامل مربوط به زن باردار:

الف: بارداری‌های دارای کشمکش، نظیر بارداری‌های ناخواسته
ب: بارداری‌هایی که از نظر احساسی، مورد ضربه واقع شده‌اند، نظیر بارداری‌های پس از نازایی یا بارداری‌های پرخطر و مشکل‌دار

ویژگی‌های روانی سه‌ماهه‌ی نخست بارداری:

- شک و تردید و دلسردی، احساس دوگانگی
- بروز ناراحتی‌های جسمانی مرتبط با وضعیت روانی
- نبود اطمینان در مورد خود و همسر و بروز واکنش‌های هیجانی
- ترس‌ها و پندارهایی از بارداری و نقش جدید
- کاهش تمایل جنسی، به‌خصوص در صورت بروز درد سینه، تهوع و استفراغ، خواب‌آلودگی و خستگی

ویژگی‌های روانی سه‌ماهه‌ی دوم بارداری:

- احساس حرکت جنین و جلب توجه مادر
- درون‌گرایی و مجذوب بارداری شدن
- شروع رفتار آشیانه‌ای (مادرانه) و تدارک وسایل مادر و نوزاد
- افزایش تمایلات جنسی به علت افزایش پرخونی لگن و کاهش ناراحتی‌های ناشی از عوارض بارداری

ویژگی‌های روانی سه‌ماهه‌ی سوم بارداری:

- تغییر پندارهای ذهنی از خویش
- افزایش درون‌گرایی
- احساس وابستگی بیشتر به همسر
- آمادگی بیشتر برای تولد نوزاد
- بازگشت ناراحتی‌های فیزیکی و احساس به هم‌ریختگی ظاهری
- گسترش ابعاد روانی و اجتماعی که با تغییر پندارهای ذهنی از خود، احساس زشتی و شلختگی گسترش می‌یابد و باعث کاهش فعالیت مادر می‌شود و در برخی افراد حتی سبب وابستگی فیزیکی اضطراب‌آور می‌گردد.

مداخله‌های مامایی:

زمان پذیرش مادر، در کاهش اضطراب بسیار کارآمد است. رفتار صمیمانه و حمایت‌کننده و توضیح کامل اقدام‌های درمانی می‌تواند زن و همسرش را در وضعیت روانی مناسبی قرار دهد.

وظایف ماما در حمایت روانی از مادر طی بارداری و زایمان:

زمانی که بارداری به اثبات رسید، باید از همان ماه‌های نخست، مادر تحت نظارت پزشک و ماما قرار گیرد تا در هر ویژگی، مادر و همسرش با محیط جدید، تجربه‌ی بارداری، زایمان و مراحل اولیه‌ی مادر شدن آشنا شوند.

دوران بارداری فرصت بسیار خوبی برای تیم پزشکی است تا بتواند به تدریج مادر را با اهداف مراقبت‌های دوران بارداری آشنا کرده و تأثیر این مراقبت‌ها بر رشد نوزاد و سلامت بارداری را روشن سازد. در اصل، تیم پزشکی باید در هر دوره، با ارائه‌ی اطلاعات مناسب، اعتماد مادر را جلب کند.

تیم پزشکی باید برنامه‌ی مراقبت از مادر را به گونه‌ای زمان‌بندی کند که طی ۹ ماه، نیازهای یادگیری مادر درباره‌ی موضوعاتی چون تغذیه دوران بارداری، مکانیسم‌های مقابله با استرس، یادگیری الگوهای مهارتی، عادات بهداشتی، ناراحتی‌های خفیف دوران بارداری، ورزش، سیگار و تغییرات روحی زنان مورد بحث قرار گیرد.

سایر وظایف ماما:

- گفت‌وگو در مورد ترس‌ها و نگرانی‌ها
 - ایجاد رابطه‌ای همراه با اعتماد
 - جلب اطمینان مادر و تقویت اعتماد به نفس او در دوران بارداری و زایمان بسیار حائز اهمیت است. باید به مادر و خانواده‌اش اطلاع داده شود که تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی خلق‌وخو در دوران بارداری، حالتی طبیعی ناشی از تغییرات هورمونی است. آگاهی از این مطالب، تطبیق با تغییرات دوران بارداری را آسان‌تر می‌کند.
- مهارت ارتباطی ماما از طریق توانایی او در درک احساسات و افکار مادران نمایان می‌شود؛ این توانایی از ضروری‌ترین عوامل برای برقراری ارتباط مؤثر، جلب اعتماد و تقویت روحیه‌ی مادر است.

عناصر مؤثر در ارتباط سازنده‌ی ماما با مادر:

1. شیوه‌ی برخورد ماما:
- مادر باید همواره احساس ارزشمندی و احترام داشته باشد. در آغاز ارتباط، با سلامی صمیمانه احترام خود را نشان داده و همواره مادر را با نام خطاب کند.
2. ارائه‌ی اطلاعات لازم به مادر در هر مرحله از دوران بارداری
3. حفظ حریم خصوصی مادر
4. مناسب بودن محیط معاینه و زایمان
5. تشویق مداوم و ایجاد اعتماد به نفس در مادر برای توانمندسازی او و تسهیل روند زایمان به‌صورت رضایت‌بخش

ارزیابی پاسخ روانی مادران

میزان امن بودن محیط روانی مادر، توسط ماما و از طریق پرسش‌های زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

- آیا هیجان‌زده است یا مشتاق کسب اطلاعات؟
- مادر در ۲۴ ساعت قبل از زایمان چه احساسی داشته است؟ آیا راحت خوابیده است؟
- آیا مکالمات و فعالیت‌های اطراف او برایش ترسناک، گیج‌کننده یا ناراحت‌کننده هستند؟
- مشاهده‌ی اعمال و رفتارهای خصوصی مادر با افراد حمایت‌کننده و درک میزان تأثیر این حمایت‌ها بر روحیه‌ی مادر
- بررسی چگونگی پاسخ‌های شفاهی مادر نسبت به نوزاد تازه متولدشده

اقطار لگن:

اقطار لگن در سه سطح دهانه‌ی فوقانی لگن، حفره‌ی لگن و دهانه‌ی تحتانی لگن اندازه‌گیری می‌شوند. برای هر یک از این سطوح نیز معمولاً سه قطر (قدامی-خلفی، عرضی، و مایل) مورد توجه قرار می‌گیرد.

اقطار دهانه‌ی فوقانی لگن (ورودی لگن):

الف) قطر قدامی-خلفی:

دهانه‌ی ورودی دارای سه قطر قدامی-خلفی با نام‌های کنژوگه‌ی حقیقی، کنژوگه‌ی مامایی، و کنژوگه‌ی دیاگونال است.

- **کنژوگه‌ی مامایی:** فاصله‌ی بین نقطه‌ی وسط پرومونتورיום ساکروم تا میانه‌ی سمفیز پوبیس است و در طب مامایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این قطر به‌طور طبیعی ۱۰ سانتی‌متر یا بیشتر بوده و به صورت مستقیم قابل اندازه‌گیری نیست؛ اما با کم کردن ۱.۵ سانتی‌متر از کنژوگه‌ی دیاگونال به دست می‌آید.

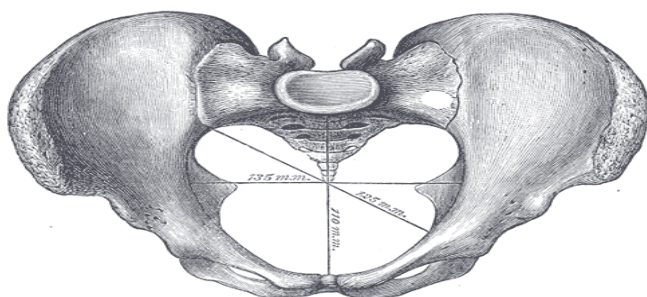
- **کنژوگه‌ی دیاگونال:** فاصله‌ی بین حاشیه‌ی تحتانی سمفیز پوبیس تا دماغه‌ی ساکروم است که به صورت بالینی قابل اندازه‌گیری می‌باشد.

ب) قطر عرضی:

این قطر در حدود ۴ سانتی‌متر جلوی دماغه‌ی ساکروم، کنژوگه‌ی مامایی را قطع می‌کند.

ج) قطر مایل:

هر یک از دو قطر مایل از یکی از مفاصل ساکروایلیاک تا برآمدگی ایلوپکتینئال در سمت مقابل امتداد می‌یابد. طول هر قطر مایل به‌طور متوسط کمتر از ۱۳ سانتی‌متر است.



لگن میانی:

ابعاد لگن میانی در سطح خارهای ایسکیال اندازه گیری می شود.

- قطر بین خاری (interspinous diameter): کوچک ترین قطر لگن است و باید ۱۰ سانتی متر یا بیشتر باشد.
- قطر قدامی-خلفی در سطح خارهای ایسکیال به طور طبیعی حداقل ۱۱.۵ سانتی متر است.

اقطار خروجی لگن:

- قطر قدامی-خلفی: ۱۱.۵ سانتی متر
- قطر عرضی: ۱۱ سانتی متر
- ساژیتال قدامی-خلفی

نکات معاینات اقطار لگن

الف) Inlet (دهانه ورودی لگن)

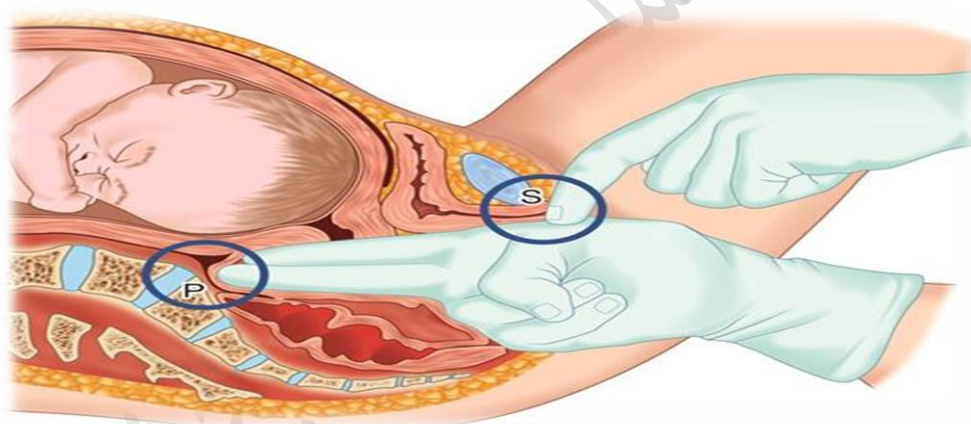
قطر قدامی خلفی^۱ به طور طبیعی، تنها قطری که در دهانه ورودی لگن قابل اندازه گیری است، قطر دیاگونال می باشد که فاصله ی حاشیه ی تحتانی سمفیز پوبیس تا دماغه ی ساکروم را شامل می شود. با کم کردن ۱.۵ تا ۲ سانتی متر از کنژوگه دیاگونال، کنژوگه مامایی به دست می آید که در طب مامایی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این قطر (مامایی) به طور طبیعی ۱۰ سانتی متر یا بیشتر است.

ب) Mid-pelvic (بخش میانی)

- لمس خارهای ایسکیال: نباید برجستگی زیادی داشته باشند. (در لگن های مناسب، دو خار ایسکیال همزمان با هم لمس نمی شوند).
- فاصله بین خارها حداقل باید ۱۰ سانتی متر باشد.

¹ Anterior-Posterior Obstetrical Conjugate

- دیواره‌های لگن: هنگام خارج کردن دستی که در واژن قرار دارد، به وضعیت همگرایی دیواره‌ها توجه می‌کنیم. در صورتی که امتداد دیواره‌های لگن (به طور ذهنی) به زانو برسد، همگرایی دیواره لگن مناسب است، و در مواردی که این امتداد حدوداً به کشاله‌های ران ختم شود، همگرایی شدید در نظر گرفته می‌شود.
- مهره‌های ساکروم: سعی شود حتی‌الامکان ۲ تا ۳ مهره انتهایی ساکروم لمس شود و قوس ساکروم از نظر تقعر (مناسب) یا مستقیم بودن (نامناسب) بررسی گردد.
- تحرک: کوکسیکس (Coccyx) متشکل از چهار استخوان به هم چسبیده و مثلث‌شکل است که در انتهای ساکروم قرار دارد. در معاینه حالت متحرک دارد و در لیبر کمی به سمت عقب متمایل است.
- قوام پرینه: به طور طبیعی کمی ریلکس است (البته در مولتی‌پارها ریلکس‌تر است).



ج) Pelvic Outlet (Out-let)

- ارک پوبیس^۲: دو انگشت را زیر غضروفی که دو استخوان پوبیس را به هم متصل می‌کند قرار داده و زاویه را به‌عنوان یکی از معیارهای ارزیابی Outlet مشخص می‌کنیم. به طور طبیعی دو انگشت معاینه‌کننده به راحتی در محل قرار می‌گیرد (زاویه ۹۰-۱۰۰ درجه)، در غیر این صورت (زاویه‌های کمتر از ۹۰ درجه) نامناسب در نظر گرفته می‌شود.

^۲ Pubic Arc

- توپروزیته ایسکیوم: در این مرحله دست از واژن خارج شده و پس از لمس توپروزیته‌های ایسکیوم، مشتمل را بین دو توپروزیته قرار می‌دهیم. در حالت مناسب، این فاصله به اندازه مشتمل بسته است. (به طور دقیق می‌توان با پلومتر فاصله دو توپروزیته ایسکیوم را اندازه‌گیری کرد که بیش از ۸.۵ سانتی‌متر طبیعی است).
- کوتاه یا بلند بودن فاصله بین مجرای خروجی واژن تا مقعد (طول پرینه) بررسی می‌شود. به این ترتیب، نیاز به اپیزیوتومی یا احتمال پارگی‌های درجه ۳ و ۴ حین خروج نوزاد را می‌توان پیشگویی کرد.
- پرینه از نظر ادم، واریس، زخم و اریتم مورد بررسی قرار می‌گیرد.

انواع لگن از نظر مورفولوژیک

بزرگ‌ترین قطر عرضی ورودی لگن در سیستم طبقه‌بندی Caldwell-Moloy اندازه‌گیری می‌شود و این ناحیه به سگمان‌های قدامی و خلفی تقسیم می‌گردد. بر اساس شکل این سگمان‌ها، لگن به انواع ژنیکوئید، آنتروپوئید، آندروئید و پلاتی‌پلوئید تقسیم‌بندی می‌شود. ویژگی سگمان خلفی نوع لگن را مشخص می‌کند و ویژگی سگمان قدامی گرایش لگن را تعیین می‌کند.

1. نوع ژنیکوئید یا مزاتی پلیک^۳: معمولی‌ترین نوع لگن است که تقریباً در ۴۲ درصد از زنان دیده می‌شود. زنانی که دارای چنین لگنی هستند، زایمان طبیعی دارند و معمولاً مشکلی از نظر زایمان نخواهند داشت.

2. نوع آندروئید یا براکی پلیک^۴: این نوع لگن تقریباً در ۳۲ درصد از زنان سفیدپوست و ۱۶ درصد از زنان سیاه‌پوست دیده می‌شود. زنانی که دارای چنین لگنی هستند، معمولاً مشکلات زایمانی دارند و غالباً زایمان طبیعی نخواهند داشت، زیرا دهانه فوقانی لگن مثلی شکل است و قطر عرضی آن به پرومونتوریوم ساکروم نزدیک است.

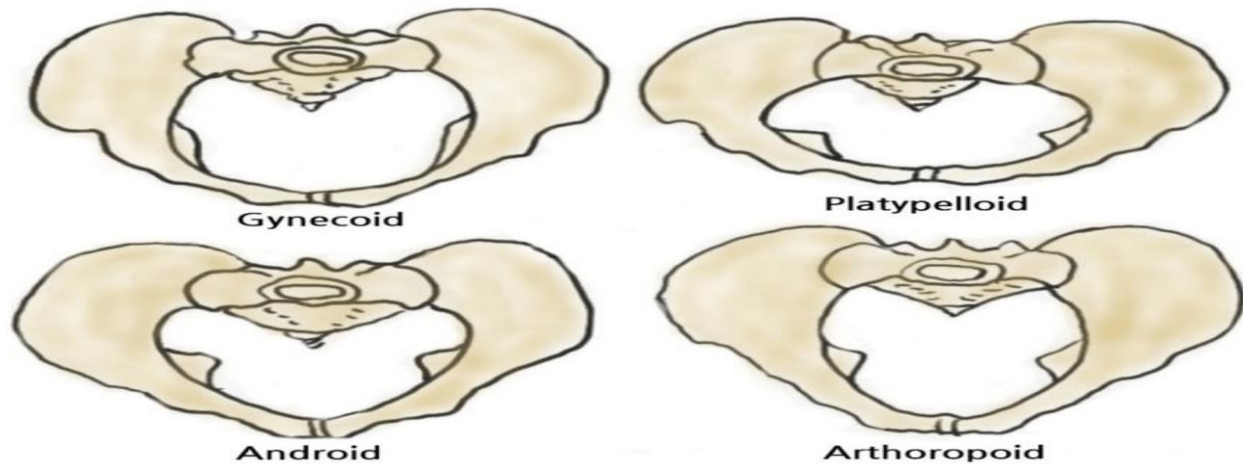
3. آنتروپوئید یا دولیکوپلیک^۵: این نوع لگن تقریباً در ۲۳ درصد زنان سفیدپوست دیده می‌شود. قطر قدامی-خلفی دهانه فوقانی لگن در این گروه بیش از حد معمول است.

³ Gynecoid or Mesatipellic

⁴ Android or Brachypellic

⁵ Anthropoid or Dolichopellic

4. پلاتی پلوئید یا پلاتی پلیک؛⁶ این نوع لگن تقریباً در ۳ درصد زنان سفیدپوست و ۲ درصد زنان سیاه‌پوست دیده می‌شود. این لگن بسیار پهن است و قطر عرضی آن به‌طور قابل توجهی بیشتر از قطر قدامی-خلفی می‌باشد.



شرایط پذیرش در لیبر:

1. وجود Bloody Show که نشان‌دهنده قریب‌الوقوع بودن زایمان است، به شرطی که طی ۴۸ ساعت قبل معاینه واژینال انجام نگرفته باشد.
2. انقباضات رحمی منظم که در ابتدا حدود ۲۰ تا ۳۰ ثانیه طول دارند و با فاصله تقریبی ۲۰ دقیقه شروع می‌شوند و به مرور، فاصله انقباضات کوتاه‌تر و شدت آن بیشتر می‌شود؛ این حالت معمولاً با شکایت درد در زیر شکم و کمر همراه است (این فاکتور به تنهایی قابل اعتماد نیست).
3. دیلاتاسیون بیشتر از ۳ تا ۴ سانتی‌متر.
4. پاره شدن کیسه آب.

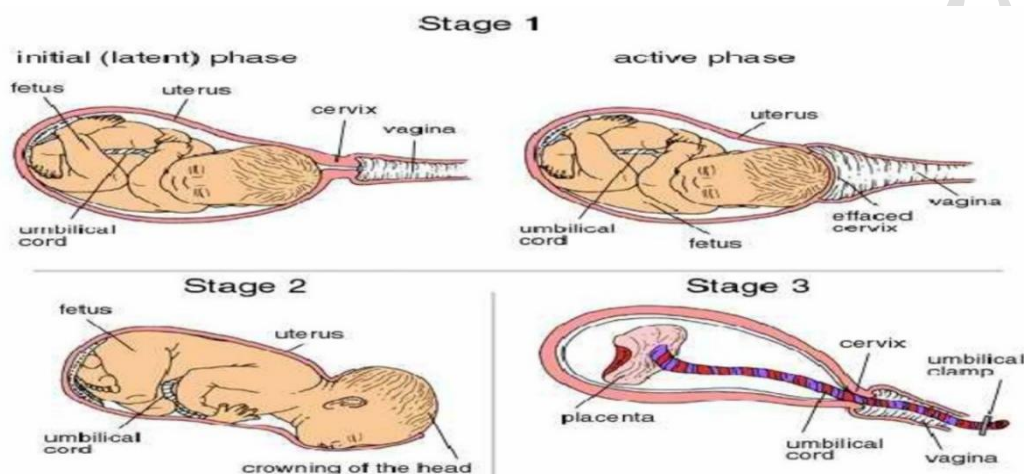
⁶ Platypelloid or Platypellic

اندیکاسیون‌های بستری در لیبر:

- عفونت ادراری شدید
- ضربان قلب غیرطبیعی جنینی (برادی کاردی، تاکی کاردی، آریتمی)
- پست‌پارتوم
- خونریزی بیشتر از Bloody Show
- کاهش حرکات جنین و نتایج غیرطبیعی ارزیابی سلامت جنین (NST ، BPP)
- وجود انقباضات رحمی بدون سایر علائم زایمانی، اما همراه با:
 - بیماری داخلی مادر
 - چندقلویی
 - پرزانتاسیون غیرطبیعی
 - سابقه سزارین قبلی
 - پره‌ترم لیبر

مراحل لیبر:

- **مرحله اول:** از شروع دردهای زایمانی تا دیلاتاسیون ۱۰ سانتی متر
- **مرحله دوم:** بلافاصله پس از دیلاتاسیون کامل تا خروج نوزاد
- **مرحله سوم:** بلافاصله پس از خروج جنین تا خروج جفت
- **مرحله چهارم:** بلافاصله پس از زایمان و تا یک ساعت پس از آن



کاتتریزاسیون ادراری

اصول سونداژ:

کاتتریزاسیون مثانه جهت تخلیه ادرار از مثانه به دو روش ثابت و موقت انجام می شود.

- **کاتتر ثابت (فولی):** لوله در مثانه باقی می ماند.
 - **کاتتر موقت (نلاتون):** فقط برای تخلیه یکباره ادرار است و پس از تخلیه خارج می شود.
- کاتترهای فولی دارای یک بالون در انتها هستند که پس از قرار دادن کاتتر و باد کردن بالون، از خروج آن جلوگیری می کند. این کاتترها دو یا چند لومن دارند:
- در نوع دو لومنی، یک لومن به بالون متصل است و لومن دیگر برای خروج ادرار به کار می رود.

- در نوع سه لومنی، لومن سوم برای شستشوی مثانه کاربرد دارد.

موارد کاربرد کاتتر ثابت:

1. قبل از عمل سزارین یا جراحی‌های شکمی
2. قبل از زایمان تهاجمی یا ابزاری
3. ناتوانی در دفع ادرار
4. تشخیص بی‌اختیاری بعد از زایمان
5. کنترل دقیق دریافت و دفع مایعات در زنان دچار پره‌اکلامپسی یا خونریزی شدید و اندازه‌گیری حجم ادرار دفعی
6. گرفتن نمونه ادرار به روش استریل
7. شستشوی مثانه
8. تخلیه ادرار باقی‌مانده در مثانه و اندازه‌گیری آن
9. استفاده از دارو
10. انجام آزمایشات تشخیصی، مانند پروتئینوری

اندیکاسیون اختصاصی کاتتر نلاتون:

1. تخلیه ادرار
2. گرفتن نمونه ادرار استریل
3. اندازه‌گیری حجم ادرار
4. تخلیه ادرار در موارد احتباس و ادرار باقی‌مانده در مثانه
5. تخلیه مثانه قبل و بعد از عمل جراحی
6. انجام آزمایشات تشخیصی

7. شستشوی مثانه

اندیکاسیون اختصاصی کاتتر فولی:

1. نقایص ساختمانی مثانه
2. آسیب به مجرای ادراری (یورتراوما)
3. تخلیه متناوب یا مداوم مثانه
4. جلوگیری از تماس ادرار با محل عمل
5. جراحی لگن و ناحیه تناسلی
6. کنترل دقیق جذب و دفع مایعات
7. بی‌اختیاری ادراری به علت اختلالات عصبی-عضلانی
8. مصرف دارو

کنترل اندیکاسیون‌ها:

1. زمانی که بیمار قادر به دفع ادرار است و فقط برای جمع‌آوری نمونه ادرار نیاز به سونداژ باشد
2. استفاده روتین پس از عمل جراحی
3. عفونت حاد مجرای ادراری
4. آسیب مجرای ادراری ناشی از تروماهای لگنی

نحوه انجام کاتتریزاسیون:

1. آماده‌سازی بیمار:

- هویت بیمار با پرسیدن نام یا کنترل دستبند چک شود.
- هدف و روش کاتتریزاسیون به بیمار توضیح داده شود.

2. آماده کردن محیط و وسایل:

- محیط خصوصی با استفاده از پرده مناسب ایجاد شود.
- وسایل شامل گاز استریل یا پنبه، بتادین، لگن، دستکش استریل یکبار مصرف، شان استریل، سوند فولی یا نلاتون، سرنگ ۱۰ سی سی، لوپریکنت محلول در آب، آب مقطر، کیسه ادرار و چسب آماده گردد.
- نور مناسب فراهم شود.

3. برای سونداژ ثابت زنان:

- بیمار به پشت خوابیده قرار گیرد.
- دست‌ها با آب و صابون شسته شوند.
- ست سونداژ باز و دستکش استریل پوشیده شود.
- شان استریل روی ناحیه تناسلی گذاشته شود.
- لابیایا با انگشت شست و میانی باز شوند.
- با پنبه‌های آغشته به بتادین ناحیه میاندوراه (خط وسط بین مجرا و پرینه) از داخل به خارج شسته شود به ترتیب:

1. مونسی پوبیس از داخل به خارج یا به سمت ناف

2. لابیایا مژورها با دو پنبه جداگانه

3. لابیایا مینورها با دو پنبه جداگانه دیگر

4. قسمت خط وسط ۳ بار از بالا به پایین شسته شود

- از هر پنبه فقط یک بار استفاده شود.
- از دستیار خواسته شود کاتتر را از بسته‌بندی اولیه خارج کند و در دسترس قرار دهد.
- کاتتر از پوشش استریل دوم خارج شده، صحت آن با تزریق ۵ سی سی آب مقطر بررسی شود (اگر آب خارج شد، کاتتر سالم است).

4. کاهش درد:

- سر کاتتر را به ژل لوبریکنت آغشته کنید.
- اگر از ژل بی‌حس‌کننده استفاده می‌شود، ۳ تا ۵ دقیقه صبر کنید قبل از انجام کاتتریزاسیون.
- استریلیتی در همه مراحل رعایت شود.

5. وارد کردن کاتتر:

- از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد.
- کاتتر را با دست استریل گرفته، به آرامی وارد مجرای ادرار کنید تا ۵ سانتی‌متر.
- وقتی خروج ادرار دیده شد، باقی کاتتر وارد شود.
- اگر مقاومت بود، از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد یا کاتتر را کمی بچرخانید.

6. باد کردن بالون:

- کاتتر را ۱ تا ۲ سانتی‌متر بالا نگه دارید.
- ۱۰ سی‌سی آب مقطر به بالون تزریق شود.
- کاتتر کمی بیرون کشیده شود تا مطمئن شوید در جای خود ثابت است.

7. اتصال به کیسه ادرار:

- کاتتر به کیسه ادرار متصل شده و کیسه زیر سطح مثانه آویزان شود (هرگز روی زمین نباشد).
- دستکش‌ها خارج و کاتتر با چسب به ران و تخت ثابت گردد.
- دست‌ها شسته شده و آموزش‌های لازم به بیمار داده شود.

نکات مهم:

- از قرار دادن کیسه ادرار بالاتر از سطح مثانه خودداری شود.
- کیسه ادرار روی زمین رها نشود تا از انتقال عفونت جلوگیری شود.

نحوه خارج کردن کاتتر:

- وقتی شرایط بیمار اجازه دهد، کاتتر خارج می‌شود.
- بیمار به پشت خوابیده و چسب‌ها به آرامی جدا شود.
- دست‌ها شسته و دستکش استریل پوشیده شود.
- با سرنگ و سرسوزن، آب داخل بالون تخلیه شود.
- کاتتر به آرامی بیرون کشیده شود.

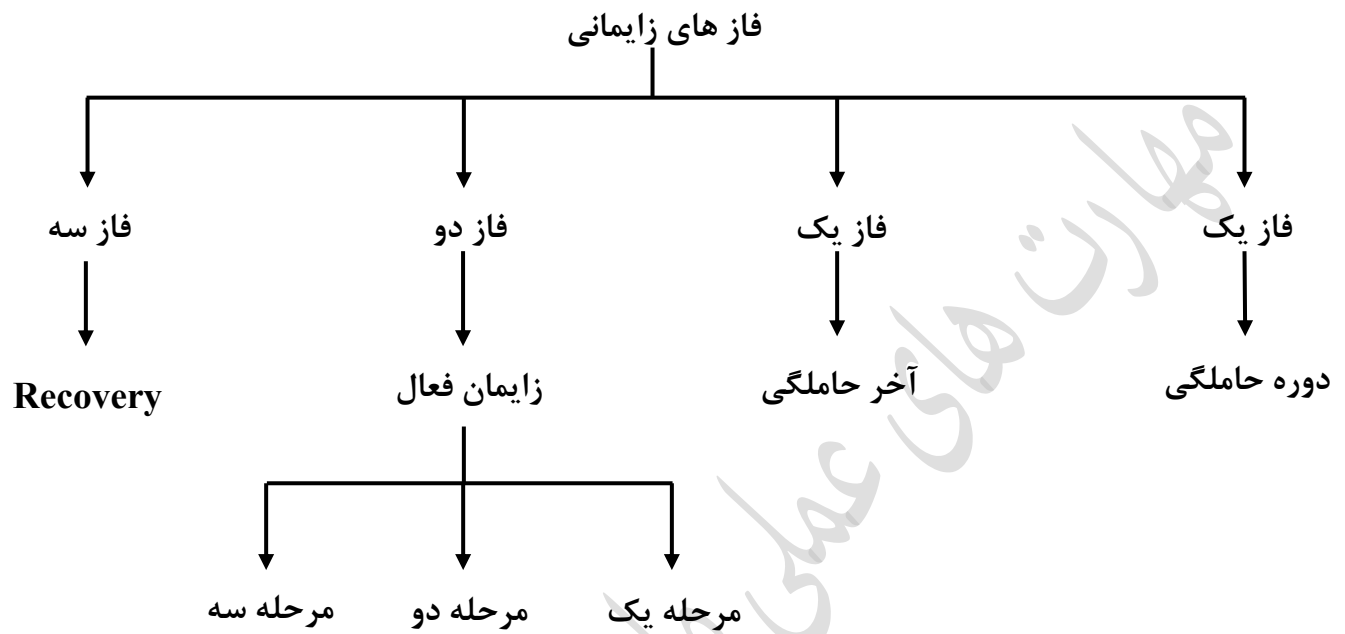
عوارض کاتتریزاسیون ادراری:

1. هماچوری (خون در ادرار)
2. عفونت مجرای ادراری

لیبر

ویژگی ها	لیبر واقعی	لیبر کاذب
انقباضات: ریتم فواصل شدت	منظم بتدریج کوتاه‌تر می‌شوند بتدریج افزایش می‌یابد	نامنظم بدون تغییر بدون تغییر
ناراحتی: محل تجویز سدا تیو	پشت و شکم اثری ندارد	پایین شکم معمولاً سبب تسکین می‌شود
دیلاتاسیون سرویکس	بله	خیر

ویژگی لیبر واقعی در مقایسه با لیبر کاذب



مرحله اول لیبر

تعریف مرحله اول لیبر: زمان شروع انقباضات منظم تا دیلاتاسیون و افاسمان کامل سرویکس که دارای دوفاز است: نهفته^۷، فعال^۸

خصوصیات فاز نهفته	خصوصیات فاز فعال
- در این فاز، انقباضات رحمی منظم ولی با فاصله ۲۰ تا ۳۰ دقیقه رخ می‌دهند. - پیشرفت دیلاتاسیون آهسته و پس از حاصل شدن اتساع ۴ سانتی متر به پایان می‌رسد. - طول مدت فاز نهفته معمولاً ۶ تا ۸ ساعت است، اما به طور کلی قابل پیش‌بینی دقیق نیست. - لازم است فاز نهفته از لیبر کاذب (انقباضات کاذب بدون پیشرفت واقعی زایمان) تمیز داده شود. - توصیه می‌شود مادر در این فاز پذیرش نشود، مگر در شرایط خاص مانند: • وجود خونریزی یا آبریزش مایع آمنیوتیک، • دور بودن محل اقامت مادر از بیمارستان، • یا شرایط اضطراری دیگر.	- شروع فاز فعال از دیلاتاسیون ۳ تا ۶ سانتی‌متر است. - در این فاز، شدت و مدت انقباضات رحمی افزایش یافته و فواصل بین انقباضات کوتاه‌تر می‌شود. - به طور متوسط، مدت فاز فعال در نولی‌پارها (زایمان اولی‌ها) (زایمان‌های بعدی) حدود ۴.۹ ساعت است. - برای ارزیابی روند پیشرفت زایمان و مدیریت صحیح لیبر، از دو منحنی پارتوگرام و فریدمن به عنوان ابزارهای انتخاب طرح درمان استفاده می‌شود.

⁷ Latent

⁸ Active

اداره فعال لیبر

برای پیشگیری از لیبر طولانی و عوارض ناشی از آن، اداره فعال لیبر از دو روش توصیه می‌شود:

1. آمنیوتومی

2. انفوزیون اکسی‌توسین (القای زایمان)

مزایای آمنیوتومی

- تسریع در روند زایمان
- تشخیص زودهنگام مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم
- فراهم کردن امکان اتصال الکترود به جنین
- امکان قرار دادن کاتتر جهت تعیین فشار داخل حفره رحم برای پایش زایمان

روش انجام آمنیوتومی

این روش در فاز فعال لیبر و در صورتی که سر جنین ثابت (فیکس) باشد انجام می‌شود:

1. توضیح علت انجام آمنیوتومی به مادر
2. اطمینان از خالی بودن مثانه
3. گوش دادن به ضربان قلب جنین (FHR) به مدت 1 دقیقه قبل از انجام آمنیوتومی
4. قرار دادن مادر در وضعیت لیتوتومی
5. انجام معاینه واژینال و تأیید پرزانتاسیون سفالیک جنین
6. خارج کردن دست از واژن و آماده کردن قلاب آمنیوتومی
7. قرار دادن قلاب بین انگشت شست و اشاره و هدایت آن به داخل سرویکس و لغزاندن برای پاره کردن پرده‌ها
8. نگه داشتن دست در واژن و سرویکس جهت کمک به خروج مایع در صورت پاره شدن پرده‌ها

9. ارزیابی میزان نزول جنین و توجه به احتمال پرولاپس بند ناف

10. گوش دادن مجدد به ضربان قلب جنین برای اطمینان از سلامت آن

عوارض آمنیوتومی:

پرولاپس بند ناف، عفونت در موارد طولانی شدن زمان پاره کردن کیسه آب تا زایمان و معاینات مکرر، جدا شدن زودرس جفت به دنبال کاهش ناگهانی مایع آمنیوتیک بخصوص در پلی هیدرآمینوس

القای لیبر :

تحریک انقباضات قبل از شروع خود به خود انقباضات

اندیکاسیون القای لیبر: PROM، پره اکلامپسی شدید، هیپرتانسیون حاملگی، وضعیت غیر رضایت بخش جنین، پست ترم، اختلالات طبی مادر مانند دیابت، IUFD، الیگوهیدرآمینوس

کنتراندیکاسیون القای لیبر :ماکروزومی شدید، هیدروسفالی شدید، نمایش های غیر طبیعی جنین، دیسترس جنینی، جفت سرراهی، شرایطی که احتمال پارگی رحم وجود داشته باشد، هرپس تناسلی یا سرطان سرویکس، تنگی لگن، جایگزینی غیر طبیعی جفت.

عوامل پیشگویی کننده مقدار اکسی توسین :

میزان ripening سرویکس (نمره Bishop) ، پاریته، سن حاملگی

دستورالعمل اینداکشن:

1) اندیکاسیون و کنتر اندیکاسیون های اینداکشن مد نظر قرار گیرد.

2) اکسی توسین در 1000 سی سی سرم رینگر لاکتات ریخته شود.

3) از 4 قطره شروع شده و هر 20 دقیقه اضافه می شود، تعداد قطرات تا زمانیکه طول مدت انقباضات⁹ به 40-60 ثانیه و فواصل بین انقباضات¹⁰ به 2 دقیقه برسد، افزایش داده می شود.

4) ضربان قلب جنین از نظر تاکی کاردی، برادی کاردی، آریتمی و... کنترل شود.

5) میزان انقباضات رحمی به مدت 10 دقیقه، بعد از هر بار افزایش قطرات سرم، ارزیابی و ثبت گردد.

Bishop Scoring System					
Score	Dilation (cm)	Position of Cervix	Effacement (%)	Station -3 to +3	Cervical Consistency
0	Closed	Posterior	0-30	-3	Firm
1	1-2	Midposition	40-50	-2	Medium
2	3-4	Anterior	60-70	-1 to 0	Soft
3	5-6	—	80	+1, +2	—

نمره 9 یا بیشتر نشاندهنده سرویکس ripe و احتمال بالای موفقیت در شروع انقباضات رحمی با انجام ایندکشن می باشد. نیمه عمر اکسی توسین انفوزیون شده بصورت داخل وریدی، 3 دقیقه است.

عوارض اکسی توسین:

1. مسمومیت با آب به علت اثر آنتی دیورتیکی اکسی توسین و احتباس مایعات که جهت جلوگیری از این امر، اکسی توسین در سرم رینگر و نرمال سالین ریخته شود.
2. آثار قلبی عروقی به صورت افت فشار خون و افزایش برون ده قلبی که جهت جلوگیری از این امر، اکسی توسین بشکل محلول رقیق با انفوزیون داخل وریدی مناسب یا بشکل 10-10 USP عضلانی تجویز شود.

خصوصیات انقباضات رحمی:

فعالیت طبیعی رحم بصورت 5 یا کمتر از 5 انقباض در 10 دقیقه در یک دوره زمانی 30 دقیقه ای محاسبه میشود.

خصوصیات هر انقباض رحمی شامل:

⁹ Duration

¹⁰ Interval or Rest

Increment (افزایش) از شروع انقباض تا مرحله اوج انقباض
Decrement (کاهش) فاز برگشت انقباض از اوج به حد پایه
Duration از شروع هر انقباض تا انتهای همان انقباض (طول مدت انقباض) (حداکثر تا 60-80 تا 30 ثانیه)
Rest فاصله انتهای یک انقباض تا شروع انقباض بعدی (2-3 دقیقه)

Quality یا کیفیت انقباضات:

Mild: در اوج انقباض انگشتان دست در روی شکم مادر فرو می رود.
Moderate: در اوج انقباض انگشتان دست، کمی در روی شکم مادر فرو می رود.
Sever: در اوج انقباض انگشتان دست در روی شکم مادر فرو نمی رود.
مونده ویدو: حاصل ضرب شدت یک انقباض بر حسب میلی متر جیوه در تعداد انقباض در 10 دقیقه
در شروع لیبر، قابلیت عملکردی رحم 80-120 واحد مونته ویدو است.

انقباضات با شدت 10 میلی متر جیوه قابل لمس است و با شدت 15 میلی متر جیوه درناک است. اگر شدت انقباضات به 40 میلی متر جیوه برسد نمی توان براحتی انگشت را به رحم فرو برد. در مرحله اول لیبر شدت انقباضات از 25 میلی متر جیوه به 50 میلی متر در پایان مرحله اول می رسد.

تاکی سیستول:

بیش از 5 انقباض در 10 دقیقه (با محاسبه تعداد متوسط در بازه زمانی 30 دقیقه ای).

رحم تتانیک:

در طول 30 دقیقه بررسی رحم، در فواصل بین انقباضات رحم همچنان سفت و منقبض باشد و یا مقدار کمی شل شود.

انقباضات هایپوتونیک:

انقباضات با طول مدت کمتر از 30 ثانیه، و رست بیش از 4 دقیقه، شدت 25 میلی متر جیوه یا کمتر یا کمتر از 2 عدد در طی 10 دقیقه.

انقباضات در مرحله اول:

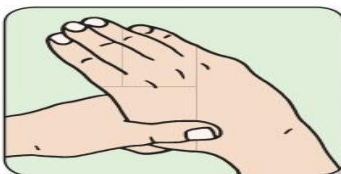
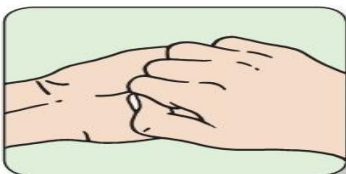
فاز نهفته: هر 20-10 دقیقه و 15-20 ثانیه ای، تا دیلاتاسیون 3 cm

فاز فعال: هر 2-3 دقیقه بمدت 80-30 ثانیه (متوسط 60 ثانیه) و در اواخر لیبر 60-90 ثانیه

نحوه شستن دست ها در لیبر طبق دستورالعمل Who:

استفاده از الکل جهت باکتری ها و ویروس ها توصیه می گردد

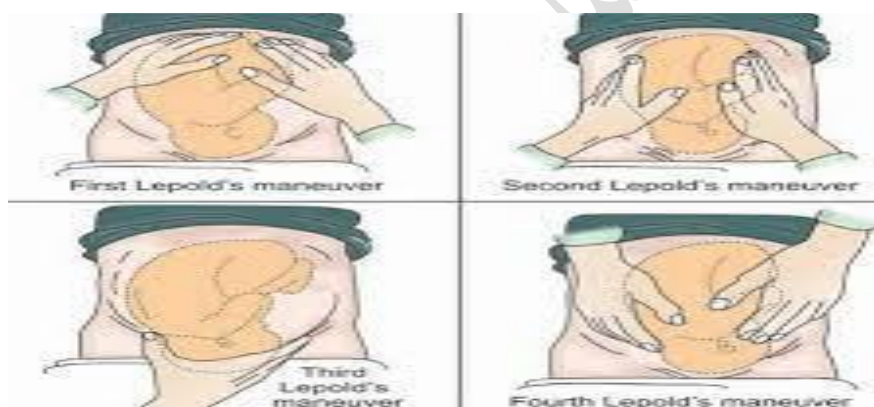
- 1- همیشه ناخن ها کوتاه نگه داشته شوند
- 2- ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود و آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد
- 3- در حالی که دست ها رو به پایین هستند آنها را خیس نمایید تا آب به طرف نوک انگشتان جاری گردد
- 4- مقدار 5 تا 10 سی سی صابون مایع در کف دست ریخته و دست ها را بهم بمالید تا کف ایجاد شود
- 5- شستن دست ها را با حرکت دورانی و مالشی آغاز نمایید. کف دست ها بهم کشیده شود به طوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً بهم ساییده شوند
- 6- پشت انگشتان دست راست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو داده تا تمیز شود و بالعکس
- 7- نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شستشو داده تا تمیز شود (هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دست ها بایستی 5 بار تکرار شود)
- 8- دست ها و مچ را آبکشی نمایید
- 9- زمان استاندارد جهت شستشوی دست 1 تا 3 دقیقه می باشد
- 10- دست ها را با حوله کاغذی خشک نموده و با همان حوله شیر را ببندید.



مانورهای لئوپولد:

این مانور بهترین روش معاینه جنین از روی شکم مادر است که از هفته 28 حاملگی (36 هفته بهتر است) به بعد انجام میشود با استفاده از این مانور میتوان قرار جنین/نمایش جنین/ثابت یا متحرک بودن پرزانتاسیون و میزان آنگاژمان/محل شنیدن صدای قلب جنین/تخمین وزن جنین/تعیین ارتفاع رحم/چندقلویی و... را مورد بررسی قرار داد. مانورهای لئوپولد در 4 مرحله انجام شده و جهت انجام این مانورها رعایت اصول زیر ضروری است.

1. در هنگام معاینه، دست ها گرم باشد و کنتراپندیکاسیون انجام معاینات شکمی وجود نداشته باشد به عنوان مثال در صورت جدا شدن زودرس جفت یا زایمان زودرس معاینات شکمی میتواند سبب تحریک رحم شود.
2. در زمان انجام معاینات شکمی مثانه باید تخلیه شده باشد، مادر در وضعیت خوابیده به پشت قرار گرفته و زانو ها و ران ها را کمی خم کند و حریم خصوصی وی حفظ شود.



• مانور اول لئوپولد¹¹

هدف: تعیین پرزانتاسیون جنین، تعیین سن حاملگی

در این مانور کنار تخت بایستید به گونه ای که نگاه شما به طرف صورت مادر باشد و با ملایمت قله رحم را با نوک انگشتان هر دو دست لمس کنید تا جنین به صورت یک جسم بزرگ نرم/غیرقرینه/نامنظم که قابلیت بالوتمان ندارد مشخص میشود و سر به صورت جسم سفت و گردی که قابلیت بالوتمان و حرکت دارد لمس میشود. اگر نمایش بریچ باشد یعنی سر جنین در قله رحم قرار گرفته باشد و فوندوس رحم به صورت منظم و مدور و سفت لمس میشود. این مانور به تشخیص پرزانتاسیون جنین و تعیین قطبی از جنین که فوندوس رحم را اشغال کرده /تعیین محل قله

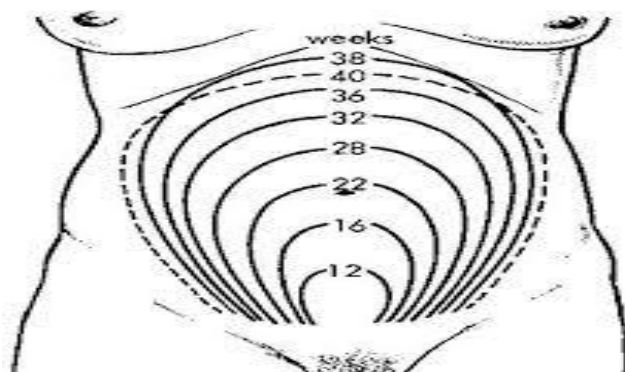
¹¹ Fundal palpation

رحم(ارتفاع رحم)کمک می کند./محاسبه تقریبی سن حاملگی با توجه به ارتفاع فوندوس ونوع قرار جنین، کمک میکند)رحم 40هفته دو انگشت زیر استخوان جناغ و پهلوها پر است.

نکته: ارتفاع فوندوس بین هفته های 20 تا 34 حاملگی، ارتفاع فوندوس بر حسب سانتی متر، ارتباط نزدیکی با سن حاملگی بر حسب هفته دارد ز این معیار برای پایش رشد جنین و حجم مایع آمنیون استفاده می شود.

بزرگ بودن ارتفاع رحم نسبت به سن حاملگی: هیدرامینوس، ماکروزومی، پر بودن مثانه....

کوچک بودن ارتفاع رحم نسبت به سن حاملگی: IUGR، IUFD، الیگوهیدرامینوس،.....



• مانور دوم¹²:

هدف: تعیین Back جنین جهت شنیدن صدای قلب جنین

صورت فرد معاینه کننده رو به مادر قرار داشته و در کنار مادر ایستاده است، دستان فرد معاینه کننده در دو سمت رحم قرار میگیرد، با یک فشار ملایم و عمقی توسط یک دست به سمت دست مقابل سعی در راندن جنین به سمت مقابل میشود. در یک طرف ساختمانی سخت و مقاوم و سرتاسری یعنی پشت جنین احساس میشود، و در طرف دیگر بخش های نامنظم و تحرک لمس میشوند که همان اندام های جنین هستند. با استفاده از این مانور به راحتی میتوان محل تحذب پشتی و تقعر قدامی جنین و به طور کلی موقعیت جنین را تعیین کرد، هم چنین پیدا کردن پشت جنین در تعیین محل شنیدن ضربان قلب جنین کمک میکند.

¹² Bilateral palpation

• مانور سوم¹³:

هدف: تعیین fix یا float بودن عضو پرزائنه

مشابه مانور اول و دوم صورت ماما رو به مادر بوده و ماما در کنار مادر ایستاده است، بخش تحتانی شکم مادر درست در بالای سمفیز پوبیس بین شست و سوم انگشت دیگر ماما گرفته شود و فشار بسیار ملایمی بین انگشتان به سمت شکم مادر وارد میشود. این مانور تایید کننده مانور اول جهت تعیین پرزانتاسیون سفالیک/بریچ و شانه بوده و در صورتی که بخش لمس شونده که معمولاً سر جنین است، قابلیت حرکت داشته باشد آنگاه مان صورت نگرفته و فلوت است. و در صورتیکه عضو پرزائنه بین انگشتان بیحرکت و سفت باشد عضو پرزائنه fix شده است. توسط این مانور فیکس یا فلوت بودن جنین مشخص می شود. اگر عضو نمایش جنین فیکس باشد جزییات معاینه درمانور چهارم تعیین می شود. اگر سر جنین آنگاه مان پیدا نکرده باشد جسمی متحرک که سر جنین است لمس می شود.

• مانور چهارم¹⁴:

هدف: تعیین فلکسیون یا اکستانسیون عضو پرزائنه

برای این مانور ماما باید طوری بایستد که صورتش به سمت پاهای مادر قرار بگیرد سپس با نوک سه انگشت اول هر دست فشار عمیقی در جهت محور ورودی لگن وارد کند. چنانچه سر جنین در پایین قرار داشته باشد، انگشتان یک دست زودتر از دست دیگر به یک جسم نک تیز برخورد میکند، در حالی که دست دیگر کاملاً وارد لگن میشود. به عبارت بهتر فشار ملایمی به سمت لگن وارد می کند تا زمانی که یکی از دست ها به علت برخورد با برآمدگی سفالیک زودتر متوقف شود. اگر دستی که به سمت ستون فقرات و پشت جنین است زودتر متوقف شود به علت برخورد با پس سر جنین بوده و نشانه ی اکستنشن سر جنین و نمایش صورت است ولی اگر دستی که به سمت اندامهای جنین است زودتر متوقف شود به علت برخورد با پیشانی جنین بوده و نشانه ی فلکشن سر جنین و نمایش ورتکس است. و در صورتیکه دو دست با هم متوقف شوند نمایش ابرو یا پیشانی است که ناپایدار می باشد. این مانور تایید کننده آنگاه مان یا عدم آنگاه مان عضو نمایش بوده و میزان ورود و وضعیت) فلکسیون یا اکستانسیون(عضو نمایش به داخل لگن را مشخص می کند.

¹³ Pawlik palpation

¹⁴ Deep pelvic palpation

اداره مراحل لیبر:

اداره مرحله اول لیبر:

1. پایش سلامت جنین:

- در حاملگی‌های نرمال: شنیدن صدای قلب جنین هر ۳۰ دقیقه یکبار، بلافاصله پس از هر انقباض در مرحله اول و هر ۱۵ دقیقه یکبار در مرحله دوم.
- در حاملگی‌های پرخطر: شنیدن صدای قلب جنین هر ۱۵ دقیقه یکبار بلافاصله پس از هر انقباض در مرحله اول و هر ۵ دقیقه یکبار در مرحله دوم.
- کنترل تعداد ضربان قلب جنین بلافاصله و طی انقباض رحمی بعدی جهت بررسی تحت فشار بودن بند ناف.

2. بررسی انقباضات رحمی:

بررسی کمیت و کیفیت انقباضات با قرار دادن دست روی فوندوس رحم در زمان انقباض.

3. تغذیه دهانی:

در حین لیبر فعال و زایمان، مادر از مصرف غذا و مایعات دارای مواد ریز منع می‌شود. با آغاز لیبر و تجویز داروهای مسکن، تخلیه معده به طور قابل توجهی کند می‌شود؛ در نتیجه، غذا و داروها در معده باقی می‌مانند و جذب نمی‌شوند. این وضعیت می‌تواند منجر به استفراغ و آسپیره شدن محتویات معده شود. با این حال، مصرف مقدار کمی مایعات صاف‌شده در زنانی که لیبر بدون دارو دارند، قابل قبول است.

4. بررسی علائم حیاتی مادر:

بررسی علائم حیاتی مادر هر ۴ ساعت یکبار (در موارد پارگی طولانی مدت پرده‌ها و هیپرترمی مادر، حرارت مادر هر ساعت کنترل شود).

5. معاینه واژینال بعدی:

به منظور ارزیابی پیشرفت لیبر، معاینات دوره‌ای لگن در مرحله فعال لیبر به طور معمول هر ۲ تا ۳ ساعت انجام می‌شود.

معاینات واژینال:

معاینه واژینال یک مهارت اساسی و ضروری برای مراقبت از مادران در حال زایمان است و به دلیل دارا بودن ماهیت محرمانه، باید بسیار ظریف و دقیق انجام شود.

معاینه لگنی واژینال در موارد زیر صورت می‌گیرد:

1. تشخیص و تأیید آغاز زایمان
2. تشخیص پرزانتاسیون و موقعیت جنین
3. جهت پارگی مصنوعی پرده‌های جنینی
4. قرار دادن الکترود بر سر جنین
5. بررسی پرولاپس بند ناف به دنبال پارگی خودبه‌خود پرده‌های جنینی
6. در آغاز مرحله دوم زایمان در صورت وجود پرزانتاسیون بریچ
7. کنترل و بررسی پیشرفت روند زایمان

تکنیک معاینه لگنی و واژینال:

اصول تکنیک:

- برای مادر توضیح داده شده و رضایت او کسب می‌شود.
- دست‌ها شسته شده و دستکش پوشیده می‌شود.
- از مادر خواسته می‌شود در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد، زانوها خم شده و از هم باز نگه داشته شود.
- پس از قرار دادن ملحفه روی پاها و شکم مادر، دستکش پوشیده شده، شستشوی ولو با سه سوآپ آغشته به نرمال سالین انجام می‌شود (دو سوآپ جهت شستشوی لابیامینور و یک سوآپ جهت شستشوی خط میانی).

- سپس دو انگشت مخصوص معاینه را داخل کرم آنتی‌سپتیک مامایی فرو برده و با انگشت شست و اشاره دست غیر غالب، لایها را از هم دور می‌نمایند تا ولو مشاهده شود.
- به آرامی دو انگشت اول دست غالب را در واژن در راستای جلو و عقب در طول دیواره قدامی واژن وارد می‌کنند و دقت می‌شود شست روی مقعد یا کلیتوریس مادر قرار نگیرد.
- محل دهانه رحم یافته شده و موقعیت، قوام، مقدار افاسمان و دیلاتاسیون و میزان نزول عضو بررسی می‌شود، سالم یا پاره بودن کیسه آب ارزیابی می‌شود.
- انگشتان در سوراخ سرویکس حرکت داده می‌شوند تا وجود Forewater، پرزانتاسیون، پوزیشن و میزان فلکسیون سطح عضو پرزانتته تعیین شود.
- کاپوت سوکسیدانثوم و مولدینگ نیز در همین مرحله بررسی می‌شوند.



مواردی که در معاینه واژینال ارزیابی می‌شوند:

1. وضعیت سرویکس:

هنگام بررسی وضعیت سرویکس، به موارد زیر دقت می‌شود:

○ قوام سرویکس:

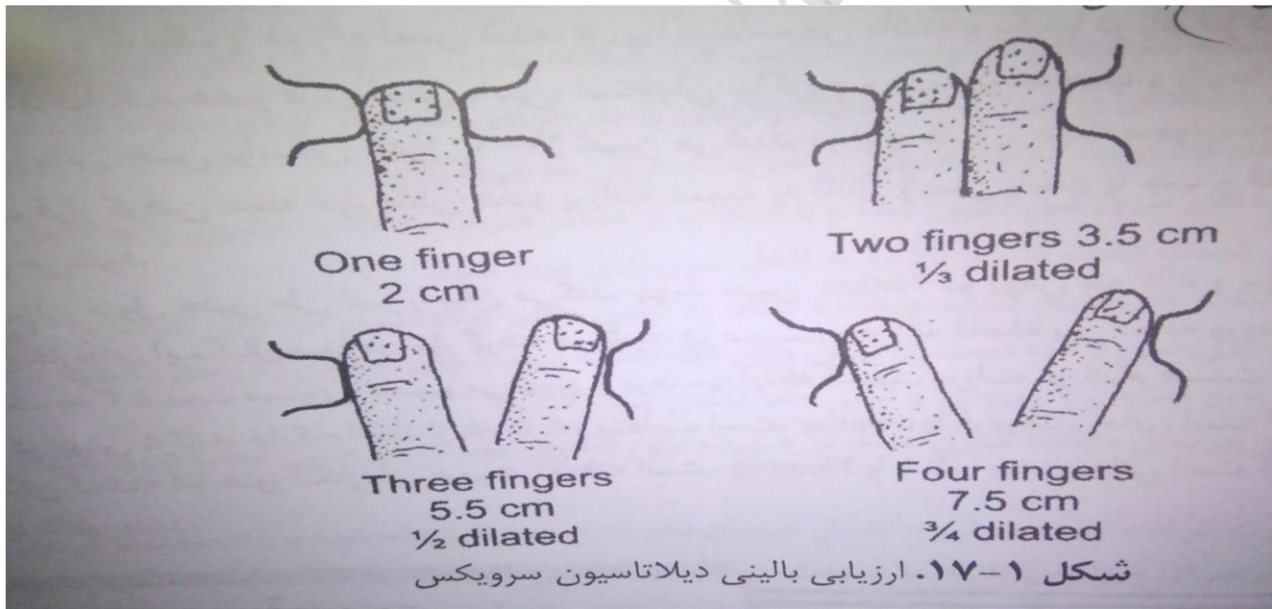
- قوام سفت که در لیبر کاذب یا ابتدای لیبر حقیقی لمس می‌شود.
- قوام نرم که حین لیبر حقیقی احساس می‌شود.

○ میزان دیلاتاسیون و افاسمان:

دیلاتاسیون به اتساع لبه‌های منفذ سرویکال گفته می‌شود. برای تعیین میزان دیلاتاسیون، فرد معاینه‌کننده دو انگشت خود را در کانال متسع شده قرار داده و با باز کردن انگشتان فاصله بین دو لبه دیلاته شده را تخمین می‌زند. در نولی‌پارها معمولاً منفذ سرویکال تا زمان آغاز زایمان بسته است، اما در مولتی‌پارها گاهی در اوایل لیبر، یک انگشت به راحتی داخل منفذ خارجی سرویکس می‌شود که به آن «کل مولتی‌پار» گفته می‌شود.

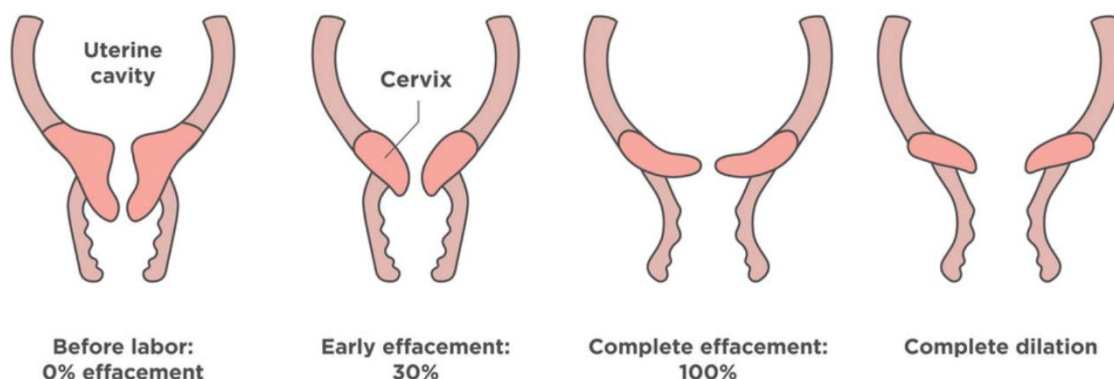
○ پوزیشن یا موقعیت سرویکس نسبت به محور کانال زایمانی:

- خلفی (Posterior): این پوزیشن در اوایل لیبر مشاهده می‌شود.
- مرکزی (Medline): در طی لیبر فعال دیده می‌شود.
- قدامی (Anterior): در طی لیبر فعال احساس می‌شود.



افاسمان:

افاسمان به نازک شدن لبه‌های منفذ سرویکال و کوتاه شدن کانال سرویکال گفته می‌شود. به عبارت دیگر، به معنی محو شدن یا جذب شدن سرویکس است. طول سرویکس که حدود ۲ سانتی‌متر است کاهش می‌یابد و رشته‌های عضلانی سوراخ داخلی سرویکس به سمت بالا فشرده شده و به داخل سگمان تحتانی جذب می‌شوند. این روند نوعی قیفی شدن سرویکس محسوب می‌شود.



Forewater (کیسه آب):

پیشرفت دیلاتاسیون با تشکیل Forebag همراه است.

Intact membrane (پرده سالم):

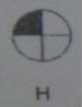
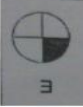
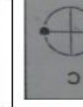
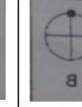
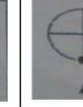
هنگام معاینه، کیسه نازکی روی سر نوزاد لمس می‌شود.

Rupture membrane (پاره شدن پرده):

هنگام معاینه، موهای سر نوزاد مستقیماً لمس می‌شوند.

کاپوت سوکسیدانثوم و مولدینگ نیز در همین مرحله بررسی می‌شوند.

پرزانتاسیون:^{۱۵} پایین ترین قسمت عضو نمایش جنین در هنگام معاینه .
 موقعیت جنین^{۱۶}: ارتباط نقطه قراردادی عضو پرزانتته نسبت به کانال زایمان

پوزیشن ها								نقطه قراردادی	پرزانتاسیون
									
R.O.A R.M.A R.S.A	R.O.P R.M.P R.S.P	L.O.A L.M.A L.S.A	LO.P L.M.P L.S.P	L.O.T L.M.P. L.S.T	R.O.T R.M.T R.S.T	O.A M.A S,A	O.P M.P S.P	پشت occiput(O) Mentum(M) Sacrum (S) Scapula(SC) آکرومیون	Vertex Face Breech Shoulder

جایگاه^{۱۷}:

میزان نزول جنین طی لیبر را بیان میکند. جهت تعیین جایگاه دو روش سه گانه و پنج گانه وجود دارد. در هر دو روش ، سطح خارهای ایسکیال مبدا در نظر گرفته میشود. در سیستم سه گانه فاصله بین دهانه ورودی و خروجی لگن با سطح مبدا هر یک به سه قسمت مساوی تقسیم میشوند، و برحسب اینکه عضو پرزانتته در کدام قسمت قرار میگیرد جایگاه تعیین میشود در روش پنج گانه جایگاه اعداد از منفی پنج تا مثبت پنج متغیر است.

بالای خار های ایسکیال : (3-، 2-، 1-)

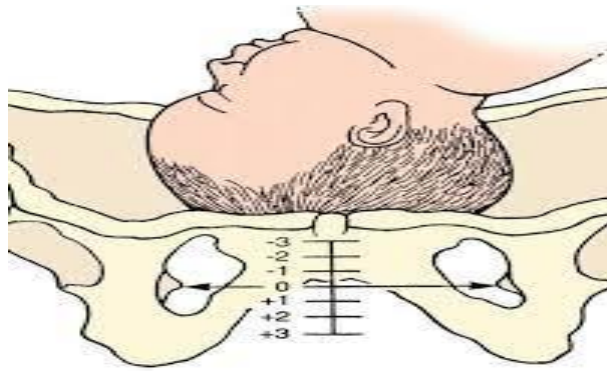
در سطح خارهای ایسکیال: 0

پایین خارهای ایسکیال: (1+، 2+، 3+)

¹⁵ Presentation

¹⁶ position

¹⁷ Station



در انتهای معاینه واژینال لگن سنجی (بررسی ورودی، میانی و خروجی لگن) می شود. زیرا لگن سنجی در پیشرفت زایمانی و تشخیص موارد دیستوشی اهمیت ویژه ای دارد.

۶) مایعات داخل وریدی:

اندیکاسیون برقراری انفوزیون داخل وریدی: تجویز 60-120 میلی لیتر در ساعت، گلوکز و سدیم و آب مانع از دهیدراتاسیون و اسیدوز می شود.

۷) پوزیشن مادر در لیبر: محدود کردن به بستر در اوایل لیبر ضرورت ندارد، قرار دادن مادر در پوزیشن راحت، قدم زدن مادر سبب اختلال لیبر نمی شود و زیان آور نیست.

۸) آمنیوتومی

۹) عملکرد مثانه: بررسی ناحیه سوپراپوبیک از نظر اتساع مثانه در طی معاینات شکمی، به منظور بهبود نزول جنین و جلوگیری از هیپوتونی و عفونت بعدی مثانه

وضع حمل و لیبر

پروسه وضع حمل شامل 4 مرحله می باشد:

- **مرحله اول:** پیش در آمدی بر وضع حمل (مرحله سکون)
- **مرحله دوم:** آمادگی برای لیبر (فعال شدن)
- **مرحله سوم:** روند های لیبر (تحریک)
- **مرحله چهارم:** ریکاوری زائو (پسرفت)

مرحله اول وضع حمل: پیش در آمدی بر وضع حمل

1. دوران سکون و آرامش رحم که قبل از لانه گزینی آغاز و تا قبل از زایمان ادامه دارد.
2. به طور طبیعی 95 درصد کل دوران بارداری را شامل می شود.
3. رحم حالت سکون دارد و سرویکس سفت و غیر قابل نفوذ می باشد.
4. عملکرد پروژسترون سبب تجزیه اکسی توسین توسط آنزیم اکسی توسیناز و تجزیه پروستاگلاندین توسط پروستاگلاندین دهیدروژناز می شود و از این طریق باعث عدم پاسخ دهی عضلات میومتر به محرک های طبیعی می شود، در نتیجه این عدم پاسخ دهی تا نزدیک پایان حاملگی ادامه می یابد.
5. وجود انقباضات براکتون هیکس.

ویژگی های انقباضات مرحله یک:

- غیر قابل پیش بینی
- با شدت کم و کوتاه مدت
- درد در قسمت تحتانی شکم و کشاله ران
- باعث باز شدن سرویکس نمی شود
- در زنان مولتی پار شایع تر است
- در اواخر بارداری موجب لیبر کاذب می شود.

مرحله دوم وضع حمل: آمادگی برای لیبر

- مرحله آمادگی برای زایمان که 6 تا 8 هفته آخر بارداری را شامل می شود.
- مکانیسم شروع زایمان نامشخص است ولی به نظر می رسد از کلیه و ریه جنین موادی ترشح می شود که باعث شروع زایمان می گردد.

- نرم شدن و رسیدن سرویکس.
- افزایش تعداد گیرنده‌های اکسی‌توسین و گپ جانکشن‌ها در سلول‌های میومتر.
- تغییرات یوتروتروپین‌ها سبب تحریک‌پذیری رحم و افزایش پاسخ‌دهی انقباضی عضلات میومتر می‌شود.

مرحله سوم وضع حمل: روندهای لیبر

روند لیبر به سه مرحله مجزا تقسیم می‌شود:

1. **مرحله اول لیبر:** شامل فاز نهفته و فاز فعال، از شروع انقباضات تا پایان دیلاتاسیون سرویکس.
2. **مرحله دوم لیبر:** از پایان دیلاتاسیون سرویکس تا خروج نوزاد.
3. **مرحله سوم لیبر:** از خروج جنین تا پایان خروج جفت و پرده‌ها.

مرحله اول لیبر:

ویژگی‌های انقباضات:

- انقباضات واقعی رحم غیرارادی هستند.
- فاصله کنتراکشن‌ها از ۱۰ دقیقه به ۱ دقیقه می‌رسد.
- مدت هر انقباض ۳۰ تا ۹۰ ثانیه (متوسط ۱ دقیقه) است.
- فشار هر انقباض بین ۲۰ تا ۶۰ میلی‌متر جیوه بوده و حد تحتانی فشار انقباضی ۱۵ میلی‌متر جیوه است.
- تشکیل سگمان فوقانی و تحتانی رحم.
- تغییرات رحم و سرویکس.
- ایجاد نیروهای کمکی در لیبر.

در فاز نهفته، سرویکس فقط اندکی دیلاتاسیون پیدا می‌کند و افاسمان سرویکس در این مرحله ایجاد می‌شود، اما اجزای بافت همبند سرویکس تغییرات قابل توجهی نشان می‌دهد. تسکین بخشی، آنالژزی هدایت‌شده و بالعکس اینداکشن می‌توانند این فاز را تحت تاثیر قرار دهند. در اکثر زنان، فاز نهفته در دیلاتاسیون ۳ تا ۵ سانتی‌متر پایان می‌یابد.

طول مدت مرحله اول در نولی‌پارها بیشتر از مولتی‌پارها است (۷-۸ ساعت برای نولی‌پارها، ۴ ساعت برای مولتی‌پارها).

کلیه مراکز زایمانی باید مکانی برای تحت نظر گرفتن مادران فاز نهفته غیر بستری فراهم نمایند. مدت زمان تحت نظر گرفتن مادر در فاز نهفته (۲ تا ۸ ساعت) به تعداد مراجعین، فاصله محل سکونت مادر تا بیمارستان و مکان تحت نظر بستگی دارد.

فاز فعال (مرحله اول لیبر):

دیلاتاسیون ۳-۶ سانتی متری سرویکس یا بیشتر در حضور انقباضات رحمی، آستانه لیبر فعال تلقی می شود. این فاز شامل ۳ بخش مجزا است: مرحله تسریع، مرحله حداکثر شیب و مرحله افت.

مرحله دوم لیبر (از دیلاتاسیون و افاسمان کامل سرویکس تا خروج جنین):

- در این مرحله اکسی توسین در پلاسما مادر افزایش یافته تا نیروی کافی جهت انقباضات مناسب رحم فراهم شود.
- مهم ترین نیرو برای خروج جنین افزایش فشار داخل شکمی است.
- این مرحله به طور میانگین در زنان مولتی پار ۲۰ دقیقه و در زنان نولی پار ۵۰ دقیقه به طول می انجامد.

اقدامات مورد نیاز:

- توجه به حالات مادر
- ارزیابی علائم حیاتی
- ارزیابی انقباضات رحم
- ارزیابی صدای قلب جنین
- ارزیابی پیشرفت زایمان براساس پارتوگراف

مرحله سوم لیبر (از خروج جنین تا خروج جفت و پرده ها):

- این مرحله از ۵ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد.

اقدامات مورد نیاز:

- تزریق اکسی توسین
- بررسی روند جدا شدن جفت
- انجام مانورهای خروج جفت
- بررسی جفت، پرده ها و بندناف

- اطمینان از جمع بودن رحم و ماساژ آن

کنترل علائم حیاتی

مرحله اول	مرحله دوم	مرحله چهارم (۲ ساعت اول پس از زایمان)
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال
هر ۴ ساعت آبار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۴ ساعت (آبار) در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت (آبار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت (آبار) در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت (آبار)

کنترل صدای قلب جنین

مرحله اول	مرحله دوم
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری
هر ۴ ساعت آبار	هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه آبار

نکته ۱:

صدای قلب جنین باید به مدت یک دقیقه کامل شنیده شود، به ویژه پس از پایان هر انقباض. هنگام شنیدن، باید به الگوی طبیعی ضربان قلب توجه شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین بین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است.

نکته ۲:

در بارداری‌های پرخطر، صدای قلب جنین در مرحله اول زایمان هر ۳۰ دقیقه و در مرحله دوم هر ۱۵ دقیقه باید کنترل شود.

نکته ۳:

در صورت دسترسی به مانیتورینگ الکترونیکی، صدای قلب جنین در بارداری‌های پرخطر در مرحله دوم به صورت مداوم کنترل شود.

اگر امکان مانیتورینگ دائم وجود نداشته باشد، در فاز فعال زایمان هر ۲ ساعت یک بار یک تراس ۲۰ دقیقه‌ای گرفته شود.

در صورت مشاهده تغییرات غیرطبیعی در الگوی ضربان قلب جنین، باید طبق الگوریتم مانیتورینگ الکترونیکی اقدام شود.

منحنی فریدمن:

فریدمن (1954) با اتکا به رویکردی عملی اتفاقات لیبرارپیش بینی کرد. و از طریق رسم نمودار منحنی (دیلاتاسیون بر حسب زمان) نوعی الگوی مشخص سیگموئیدی را برای لیبرتوصیف کرد. سیرلیبر براساس پیدایش قابل انتظار منحنی های دیلاتاسیون ونزول به 3 مرحله ی عملکردی تقسیم میشود:

1- مرحله ی آمادگی شامل مرحله ی نهفته وتسریع میباشد، سرویکس فقط اندکی دیلاتاسیون پیدا می کند. تسکین بخشی و آنالژی هدایتی، می تواند این مرحله ی لیبر را متوقف کنند.

2- مرحله ی دیلاتاسیون که شامل مرحله ی حداکثرشیب دیلاتاسیون است. دراین مرحله دیلاتاسیون سرویکس با حداکثر سرعت تداوم می یابد وتحت تاثیر آنالژی قرارنمیگیرد.

3- مرحله ی لگنی که مرحله ی افت و مرحله ی دوم رادربرمیگیرد و با مرحله ی حداکثر نزول جنین همزمان است.

مرحله ی یک لیبر در منحنی فریدمن:

- فاز نهفته :

دیلاتاسیون 2-3 سانتی متر طی 8 ساعت

- فاز فعال:

الف: تسریع: دیلاتاسیون 4-3 سانتی متر طی 2 ساعت

ب: حداکثرشیب: دیلاتاسیون 4-9 سانتی متر طی 2 ساعت

ج: افت: دیلاتاسیون 9-10 سانتی متر طی 2 ساعت

منحنی نزول فریدمن

در مرحله ی آمادگی، هیچ نزولی نداریم که منطبق بر فاز نهفته و تسریع فریدمن می باشد.

مرحله ی دیلاتاسیون

بیشترین نزول در پرایمی پارها در این مرحله میباشد که منطبق بر مرحله ی حداکثر شیب است.

مرحله لگنی

بیشترین نزول در مولتی پارها در این مرحله میباشد که منطبق بر مرحله ی افت و مرحله ی دوم لیبراست.

دیلاتاسیون و نزول در مرحله ی فعال:

میزان دیلاتاسیون به طور متوسط در زنان نولی پار 1/2 سانتی متر در ساعت و در زنان مولتی پار 1/5 سانتی متر در ساعت میباشد.

میزان نزول در زنان نولی پار به طور متوسط 1 سانتی متر در ساعت و در زنان مولتی پار 2 سانتی متر در ساعت میباشد

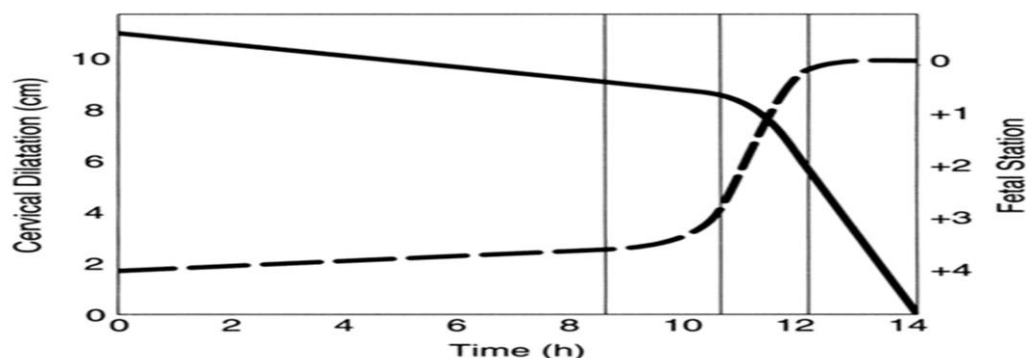
مرحله ی چهارم وضع حمل: ریکاوری

- انقباض و جمع شدن رحم

- تولید و ترشح شیر

- ترمیم رحم 4 الی 6 هفته بعد از زایمان

- برگشت قدرت باروری



راهنمای استفاده از پارتوگراف در اداره زایمان:

مقدمه

مرگ مادر در نتیجه مشکلات مشابه در سرتاسر دنیا اتفاق می افتد و پنج علت آن خونریزی ، عفونت ، فشار خون بالا، زایمان طولانی و انجام سقط در شرایط غیر بهداشتی است.

سه عامل (تریداد)کشنده خونریزی ،عفونت و زایمان طولانی، مهمترین علل مرگ مادر طی زایمان و روزهای اول و بعد از زایمان است . در کشورهای در حال توسعه، علت 8%مرگ و میر مادران، زایمان طولانی و مهمترین علت زایمان طولانی ،عدم تناسب سرجین با لگن مادر و اختلال در نیروهای انقباضی رحم است. براساس مطالعات انجام شده در اندونزی و گواتمالا شیوع زایمان طولانی به ترتیب 4/8 و 2/8 درصد بوده است. زایمان طولانی ممکن است با مشکلاتی چون عفونت ،پارگی رحم، خونریزی ،کم آبی و خستگی مادر، فیستول وزیکوواژینال، نازایی ثانویه،آسیفکسی نوزاد ،فلج مغزی و حتی مرگ مادر همراه باشد. براساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی (1993حدود 3درصد بچه ها) 6/3میلیون نفر)از آسیفکسی متوسط یا شدیدی که بدنبال زایمان طولانی ایجاد شده است رنج می برند، از این تعداد حدود 840/000 نفر جان خود را از دست می دهند و به همین تعداد از یک آسیب مغزی رنج می برند که منتهی به فلج مغزی ،تشنج و اختلال در یادگیری می شود.

تشخیص زودرس پیشرفت غیر طبیعی زایمان و پیشگیری از زایمان طولانی بطور قابل توجهی خطر خونریزی بعد از زایمان و عفونت را کاهش می دهد. نمودار وضع حمل)پارتوگرام(که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی شده است، ثبت گرافیک پیشرفت زایمان، وضعیت مادر و وضعیت جنین است در سال 1970 برای تشخیص زایمان غیر طبیعی و عدم تناسب سرجین با لگن مادر مورد استفاده قرار گرفت. پارتوگراف یک سیستم اخطار دهنده زودرس است که به تصمیم گیری در ارجاع بموقع مادر، تسریع زایمان و ختم حاملگی کمک می کند و سبب افزایش کیفیت و نظم معاینات بروی جنین و مادر طی زایمان می شود و بطور زودرس مشکلات هر یک را تشخیص می دهد.

براساس مطالعات انجام شده استفاده از پارتوگراف در پیشگیری از زایمان طولانی و کاهش سزارین و زایمان با اسباب موثر بوده است و همچنین بر سرانجام نوزادی اثر مطلوب داشته است. مطالعاتی که بر اثر استفاده از پارتوگراف در طی زایمان انجام شده است نشان میدهد که در زنان شکم اول نمودار اتساع دهانه رحم در بیشتر از 5¹ موارد از خط اخطار دهنده می گذرد و در 10 تا 15 درصد موارد از خط فعال عبور می کند. با

استفاده از پارتوگراف می توان نیاز به احیاء نوزاد را نیز پیشگویی نمود بطوریکه دیو جاردین و اسچامفلری (1990) (اعلام کردند که 3/4 درصد آنها در خط اخطار دهنده و بعد از آن بوده ،نوزاد آنها در بعد از تولد نیازمند احیاء بوده است.

نحوه استفاده از پارتوگراف

پارتوگراف ابزاری است که پیشرفت زایمان را نشان می دهد و در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین و اقدامات دارویی انجام شده برای مادر قابل ثبت است. هر مادر برگه پارتوگراف مخصوص خود دارد. پارتوگراف با اطلاعات تصویری پیشرفت زایمان، ابزاری است برای اداره زایمان که در آن تمامی مراحل پیشرفت زایمان، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین و اقدامات دارویی برای مادر قابل ثبت است. عامل زایمان موظف است از زمان شروع فاز فعال تا پایان مرحله سوم زایمان آن را تکمیل نماید. پارتوگراف شامل موارد زیر است:

1. وضعیت جنین

ضربان قلب جنین: ضربان طبیعی بین 110 تا 160 بار در دقیقه است که در نمودار این دو خط تیره تر کشیده شده تا محدوده طبیعی مشخص گردد. در صورتی که منحنی از بین این خطوط خارج شد بر اساس الگوریتم تست های ارزیابی سلامت جنین اقدام شود. ضربان قلب هر 30 دقیقه بررسی و در برگه پارتوگرام ثبت می شود و نقاط بدست آمده به یکدیگر متصل می شود.

کیسه آب و مایع آمنیوتیک: وضعیت کیسه آب در هر معاینه مطابق علائم زیر ثبت می شود:

Intact(I): اگر پرده ها سالم است.

Rupture(R): اگر کیسه آب پاره است.

Clear(C): اگر مایع آمنیوتیک شفاف است.

Meconium(M): در صورتی که مایع آمنیوتیک به مکنونیوم آغشته است.

Bloody(B): در صورتی که مایع آمنیوتیک به خون آغشته است

در صورتیکه بعد از پاره کردن کیسه آب هیچ مایعی خارج نگردد حرف اختصاری A(Absent) خواهد بود.

2. پیشرفت زایمان

دیلاتاسیون سرویکس: از زمانی بر روی پارتوگراف ثبت می شود که فاز نهفته پایان یافته و دیلاتاسیون به 4 سانتی متر رسیده است. اولین معاینه را در زمان صفر نمودار علامت گذاری (X) کرده و سپس نتایج معاینه ثبت می شود. دو خط با نام های احتیاط (Alert) و اقدام (Action) وجود دارد.

خط احتیاط (Alert): از 4 سانتی متر شروع و به 10 سانتی متر ختم می شود. متوسط پیشرفت دیلاتاسیون 1 سانتی متر در ساعت در نظر گرفته می شود.

خط اقدام (Action): خط موازی خط احتیاط به فاصله 4 ساعت از خط احتیاط می باشد.

تا زمانی که علامت ها در سمت چپ خط احتیاط و یا روی آن قرار دارد، پیشرفت زایمان رضایت بخش است. زمانی که منحنی بین خطوط احتیاط و اقدام باشد نیاز است تا علل پیشرفت نامناسب زایمان مورد توجه قرار گرفته و بررسی شود.

در این مرحله در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و علایم حیاتی مادر، به مادر 4 ساعت زمان داده و با دقت پیشرفت زایمان را بررسی می شود، اگر منحنی از خط اقدام بگذرد باید تصمیم گیری سریع برای ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین انجام شود

نکته 1: در پارتوگراف هر مربع کوچک نشانه نیم ساعت (30 دقیقه) است.

نکته 2: علامت گذاری ها باید بر روی خطوط انجام شود.

نزول سر جنین: منحنی نزول سر جنین در پارتوگراف WHO بر روی نمودار دیلاتاسیون کشیده می شود. در کشور ما تعیین نزول سر با معاینه واژینال و براساس فاصله سر جنین از خار ایسکیال سنجیده می شود.

انقباضات: انقباضات رحم در 10 دقیقه کنترل می شود. به منظور ثبت آن مدت زمان و تعداد انقباضات در ده دقیقه باید به صورت زیر نوشته می شود.

مثلا چنانچه مادر سه انقباض در ده دقیقه دارد و هر انقباض 40 ثانیه طول می کشد به صورت 3×40 نوشته می شود.

3. وضعیت مادر

علائم حیاتی: فشارخون، نبض، درجه حرارت مادر ثبت می گردد.

نکته 1: در صورت استفاده از اکسی توسین، تعداد قطره در دقیقه را با توجه به زمان ثبت شود. در صورت استفاده از داروهای دیگر حتماً تاریخ و مقدار مصرف دارو ذکر گردد.

نکته 2: پس از انجام زایمان، شرح مختصری شامل تاریخ و ساعت زایمان، جنس نوزاد، اپی زیاتومی (در صورت انجام)، ذکر پارگی و درجه آن (در صورت وقوع) نوشته می شود. چنانچه اپی زیاتومی منجر به پارگی درجه سه یا بیشتر شده حتماً در قسمت اپی زیاتومی "بلی" را انتخاب نموده و سپس درجه پارگی علامت گذاری شود. اگر پارگی بدون اپی زیاتومی بوده "خیر" را علامت زده و میزان از درجه یک تا چهار علامت گذاری شود.

نکته 3: زمان خروج جفت، خروج ناکامل پرده ها و جفت، نام عامل زایمان، در صورت ارجاع به اتاق عمل (در طول مدت لیبر و پس از زایمان)، علت و ساعت انتقال به بخش در فرم پارتوگراف ثبت شود.

-داروهای تجویز شده در مکان مربوطه ثبت گردد.

-کنترل فشار خون هر 4 ساعت یکبار صورت گیرد.

-نتیجه آزمایش ادرار ثبت گردد.

شماره پرونده:

بسمه تعالی
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

فرم پارتوگراف

نام خانوادگی:

نام:

نام پدر:

تعداد بارداری:

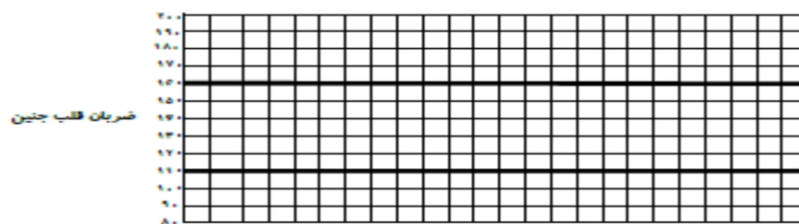
تعداد زایمان:

تاریخ پذیرش:

ساعت پذیرش:

ساعت شروع فاز فعال:

ساعت پارگی کیسه آب:

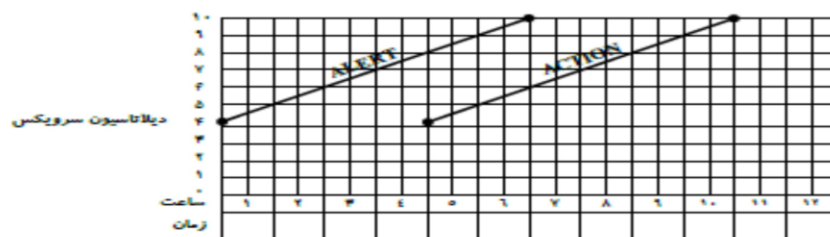


تاریخ زایمان:

زمان زایمان:

ساعت دقیقه

ساعت دقیقه



جنس نوزاد: دختر ☐ پسر ☐

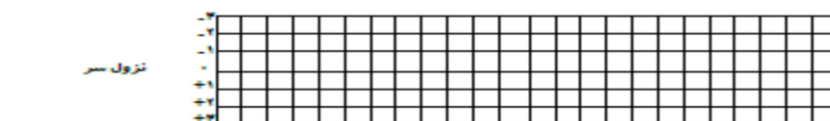
زمان خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:

کامل ☐ ناقص ☐

این زایمان: بلی ☐ خیر ☐

درجه پارگی:



تعداد انقباض در ۱۰ دقیقه

اکسی توسین قطر / دقیقه

داروهای مصرفی

علائم حیاتی مادر

فشارخون

تیز

درجه حرارت

پوزیشن زایمان:

upright ☐ لیٹاتومی ☐

مهر و امضاء عامل زایمان

در صورت ارجاع به اتاق عمل علت و ساعت:

ساعت انتقال به بخش:

روش های دارویی پرکاربرد جهت کاهش درد در اتاق لیبر

داروهای استنشاقی (انتونوکس):

انتونوکس معروفترین داروی ضد درد در اتاق زایمان است که بشکل استنشاقی در حین دردها و ترجیحاً در فاز فعال توسط مادر استفاده می شود. در این روش درد به طور کامل از بین نمی رود ولی نسبتاً کاهش می یابد. این دارو مخلوطی از 50٪ گاز نیتروژن و اکسیژن به طور مساوی است. مادر با ماسک در 30 ثانیه مانده به شروع انقباضات دردناک رحمی با نفس های عمیق و آهسته این گاز را از طریق ماسک استنشاق می کند و با ورود مخلوط 2 گاز به مجاری تنفسی مادر بی دردی ایجاد می شود. در فواصل بین انقباضات مادر ماسک را برداشته و تنفس عادی انجام می دهد.

عوارض: گزگز و مور مور شدن انگشتان و دور لب. در صورت استفاده مکرر می تواند باعث سرگیجه و تهوع در مادر شود.

بی حسی اپیدورال:

به منظور تسکین درد مرحله اول لیبر) در دیلاتاسیون 5 سانتی متر) و در مرحله دوم لیبر، و سزارین تزریق داروی بی حسی به فضای اپیدورال صورت می گیرد. بدین منظور مادر در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو قرار داده می شود. فرد در این نوع بی حسی، سطح هوشیاری کامل دارد و دردی احساس نمی کند. دروش برای برطرف نمودن درد ناشی از زایمان واژینال، در ماتوم T10 تا S5 و برای زایمان سزارین در ماتوم های T4 تا S1 بلوکه شده و باعث بی حس شدن نیمه تحتانی بدن می شود.

عوارض:

بلوک کامل نخاعی (در صورت تجویز اشتباه به فضای ساب آراکنوئید)، هیپوتانسیون، تحریک دستگاه عصبی مرکزی (تشنج)، طولانی شدن مرحله اول و دوم لیبر.

کنتراندیکاسیون های انجام:

خونریزی شدید، عفونت محل، شک به بیماری های نورولوژیک

بی حسی اسپاینال (نخاعی)

از وارد کردن ماده بی حسی به فضای ساب آراکنوئید برای ایجاد آنالژزی در زایمان استفاده می کنند. مزایای این روش شامل کوتاه بودن مدت کار، سریع بودن شروع بلوک، بالا بودن میزان موفقیت است. در زایمان واژینال، سطح آنالژزی باید تا درماتوم T10 که متناسب با سطح ناف است گسترش یابد. از این روش در فاز فعال استفاده می شود. در زایمان سزارین بلوک حسی تا درماتوم T4 گسترش می یابد.

عوارض:

هیپوتانسیون مادر: که با چرخش مادر به پهلوی چپ، هیدراتاسیون وریدی و تزریق افدرین یا فنیل افرین بهبود می یابد.

بلوک نخاعی فوقانی: در اثر تجویز بیش از حد داروهای بی حسی این اختلال بوجود می آید. در مواردیکه بلوک نخاعی فوقانی ایجاد می شود هیپوتانسیون و آپنه رخ می دهد، که باید بلافاصله رحم به سمت چپ جابه جا شود، تهویه مناسب (لوله گذاری تراشه) انجام شود، مایعات داخل وریدی و افدرین به منظور بهبود هیپوتانسیون تجویز شود.

سردرد: نشت مایع مغزی نخاعی از محل سوراخ کردن مننژها، می تواند منجر به ایجاد سردرد شود. قرار گرفتن در وضعیت خوابیده به پشت و بروی تشک سفت، هیدراتاسیون، مصرف کافئین، و... در تسکین درد مؤثر است حملات تشنجی: در موارد نادر رخ می دهد.

اختلال عملکرد مثانه: در آنالژزی نخاعی احتمالاً احساس مثانه کاهش می یابد و در چند ساعت اول بعد از زایمان، تخلیه مثانه مختل می شود.

آراکنوئیدیت و مننژیت: نادر است.

کنتر اندیکاسیون انجام:

خونریزی شدید مادر، اختلالات انعقادی و هموستاز، سلولیت در محل ورود سوزن، بیماری های نورولوژیک مادر. تنگی دریچه آئورت و هیپرتانسیون ریوی از کنتراندیکاسیون های نسبی هستند.

اقدامات و مراقبت های قبل و بعد از استفاده از بلوک عصبی اپیدورال و نخاعی قبل انجام:

برقراری راه وریدی، تجویز یکباره 1000-500 میلی لیتر رینگر لاکتات یا نرمال سالین، انجام آزمایشات خونی مورد نیاز در مادر، کنترل ضربان قلب جنین، گرفتن علائم حیاتی مادر، تشویق مادر به ادرار کردن

حین انجام:

مانیتورینگ علائم حیاتی مادر، بررسی ضربان قلب جنین بشكل منظم،

بعد انجام و در زمان از بین رفتن بی حسی (بعد تولد نوزاد):

بررسی و مانیتورینگ علائم حیاتی مادر، بررسی شدت درد، بررسی عوارض جانبی، خشک و تمیز نگه داشتن محل کاتتر اپیدورال، بررسی احتمال احتباس ادراری، حفاظت مادر حین خروج از تخت، تشویق به تغییر وضعیت از یک پهلو به پهلوی دیگر هر یک ساعت، تجویز 3 لیتر مایعات کریستالوئید در صورت انجام زایمان سزارین.

علائم سمیت عصبی ناشی از بلوک اپیدورال و اسپینال:

وزوز گوش، بی حسی و کرختی، سستی زبان و دهان، محدودیت حرکت، گیجی و منگی، فقدان آگاهی و هوشیاری، بریده بریده حرف زدن

حرکات کاردینال زایمان در نمایش اکسی پوت

از آنجایی که قسمت های مختلف کانال زایمان ابعاد مختلفی دارد، نوزاد حین عبور از این کانال، تغییرات وضعیتی تحت عنوان حرکات کاردینال یا اصلی زایمان جهت تطابق با کانال زایمان انجام می دهند. این حرکات شامل:

1-آنگاژمان: عبور بزرگترین قطر سر جنین، قطر بای پرییتال از تنگه ورودی لگن میباشد. معمولاً هنگامی که سر در سطح خارهای ایسکیال قرار میگیرد، آنگاژمان اتفاق افتاده است.

2-نزول: به دنبال:

-انقباضات کافی رحم

-فشار محور عمودی جنین^{۱۸} ناشی از مستقیم شدن محور ستون فقرات جنین

-تغییر شکل سر جنین ناشی از مولدینگ^{۱۹}

نزول جنین به سمت قسمت خارجی کانال زایمان اتفاق می افتد.

3. فلکسیون: پس از نزول سر جنین، پس از برخورد سر با مقاومت عضلات کف لگن و سرویکس، چانه جنین در مجاوت قفسه سینه قرار می گیرد و قطر ساب اکسی پیتوبرگماتیک کوتاهتر از اکسی پیتوفرونیتال می شود و سر فلکشن می یابد.

4-چرخش داخلی:^{۲۰} سر جنین معمولاً در موقعیت عرضی اکسی پوت^{۲۱} وارد لگن می شود و حین نزول سر جنین در کانال زایمان، با مقاومت مواجه می شود و به منظور تطابق و عبور راحت تر، به تدریج چرخش داخلی صورت می گیرد به طوری که در نهایت اکسی پوت بتدریج از وضعیت اصلی خود، بطرف سمفیز پوبیس و یا با شیوع کمتر به سمت ساکروم چرخش می یابد.

5-اکستانسیون:^{۲۲} با رسیدن سر جنین به کف لگن، به دلیل وجود انحنا در قسمت تحتانی واژن و جهت تطابق با این انحنا، سر حالت اکستنشن و رو به بالا پیدا می کند به طوری که سر هنگام تولد در زیر سمفیز پوبیس قرار می گیرد. اکستانسیون حاصل دو نیروی رحم در جهت خلفی، و نیروی مقاومت کف لگن و سمفیز از جهت قدامی است. طی اکستانسیون قاعده اکسی پوت در تماس مستقیم حاشیه تحتانی سمفیز پوبیس است. به تدریج که مراحل فوق تکمیل می شود اکسی پوت و قسمتی از سر جنین، از مجرای

¹⁸ Fetal axis pressure

¹⁹ molding

²⁰ internal rotation

²¹ occiput transvers

²² Extension

خروجی نمایان می گردد، هنگامیکه حلقه ولو بزرگترین قطر سر جنین را محصور کند و حلقه بیضی شکل از سر جنین از مدخل قابل مشاهده باشد، اصطلاحاً تاج گذاری^{۲۳} اطلاق می گردد.

6- چرخش خارجی^{۲۴}: زمانی که سر از مجرای خروجی واژن خارج می گردد، اکسی پوت در سمت سمفیز پوبیس (پوزیشن سر OA) و چانه و دهانه نوزاد سمت رکتوم مادر قرار دارد، سپس سر به آرامی می چرخد صورت نوزاد به طور مایل و در سمت ران های مادر قرار می گیرد، این چرخش مایل "restitution" نیز نامیده می شود. بدن نوزاد نیز چرخش پیدا کرده به طوری که شانه های جنین بین سمفیز پوبیس و رکتوم مادر (به عبارتی در قطر قدامی-خلفی لگن) قرار می گیرد و زمانی که سر نوزاد کاملاً به طور عرضی قرار گرفت چرخش خارجی کامل شده است.

7- خروج^{۲۵}: در این مرحله شانه ابتدا شانه قدامی و سپس شانه خلفی خارج می شود و سپس اندام ها خارج میشود.

توجه: مراحل حرکات کاردینال زایمان معمولاً همزمان انجام میشود و گاهی بعضی مراحل را نمیتوان به طور مجزا تفکیک کرد به طور مثال معمولاً مراحل نزول و چرخش داخلی توأم صورت میگیرد.

²³ Crowning

²⁴ external rotation

²⁵ Expulsion



آنکاژمان
(Engagement)



نزول
(Descent)



خم شدن سر
(Flexion)



چرخش داخلی
(Internal Rotation)



باز شدن سر و گردن
(Extension)



چرخش خارجی
(External Rotation)



خروج نوزاد
(Expulsion)

عملی مامایی در بخش زایمان