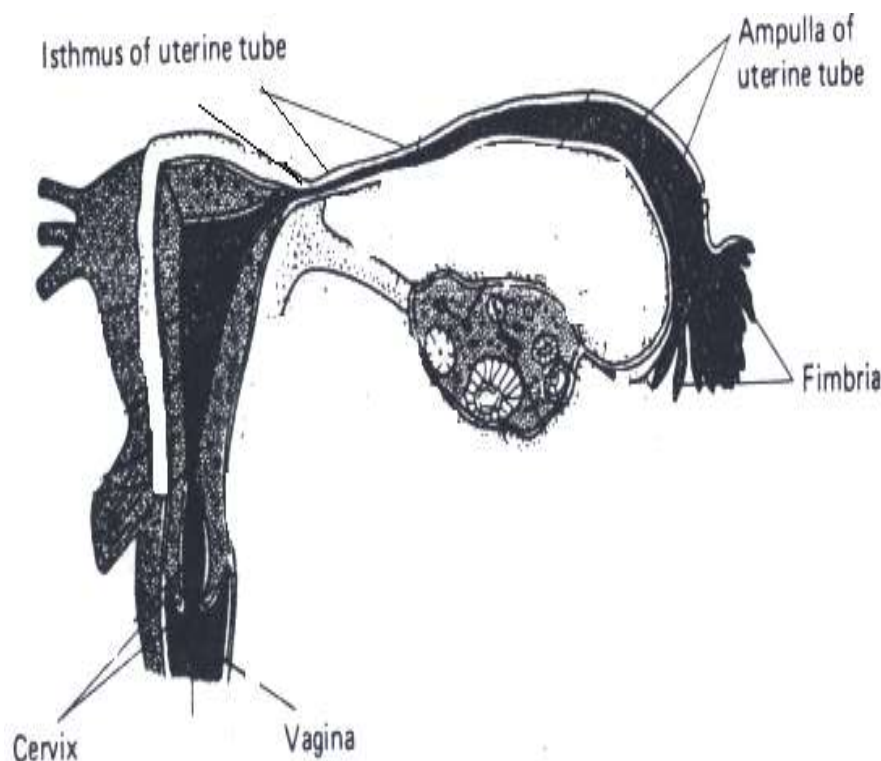


مقدمه	.....
آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تولید مثل زنان	.....
لگن	.....
چرخه تخمدانی	.....
پیشگیری از بارداری	.....
علائم حاملگی	.....
ارزیابی جنین در دوره پره ناتال	.....
مراقبت پره ناتال قبل از حاملگی	.....
وضعیت‌های خاص در بارداری	.....
آموزش قبل از زایمان	.....
مشکلات دوران بارداری	.....
تغییرات فیزیولوژیک سیستم‌های مختلف بدن در دوران بارداری	.....
مشکلات و بیماریهای دوران بارداری	.....
هیپرتانسیون بارداری	.....
استفراغ بدخیم حاملگی	.....
حاملگی خارج رحمی یا بارداری نابجا	.....
بیماری جفت	.....
مول هیداتیدفرم	.....
جفت سر راهی	.....
جدا شدگی زودرس جفت - دکلمان جفت	.....
خونریزی در بارداری	.....
بیماری قلبی در بارداری	.....
دیابت و بارداری	.....
عفونت سیستم ادراری	.....
علائم خطر در طی حاملگی	.....
پارگی زودرس کیسه آب	.....
زایمان زودرس	.....
پرولاپس بندناف	.....
تعیین زمان تولد EDD	.....
زایمان	.....
چهار مرحله زایمان	.....
ارزیابی جنین هنگام لیبر و زایمان	.....
مراقبت حین لیبر	.....



تصویر شماره ۱

لگن :

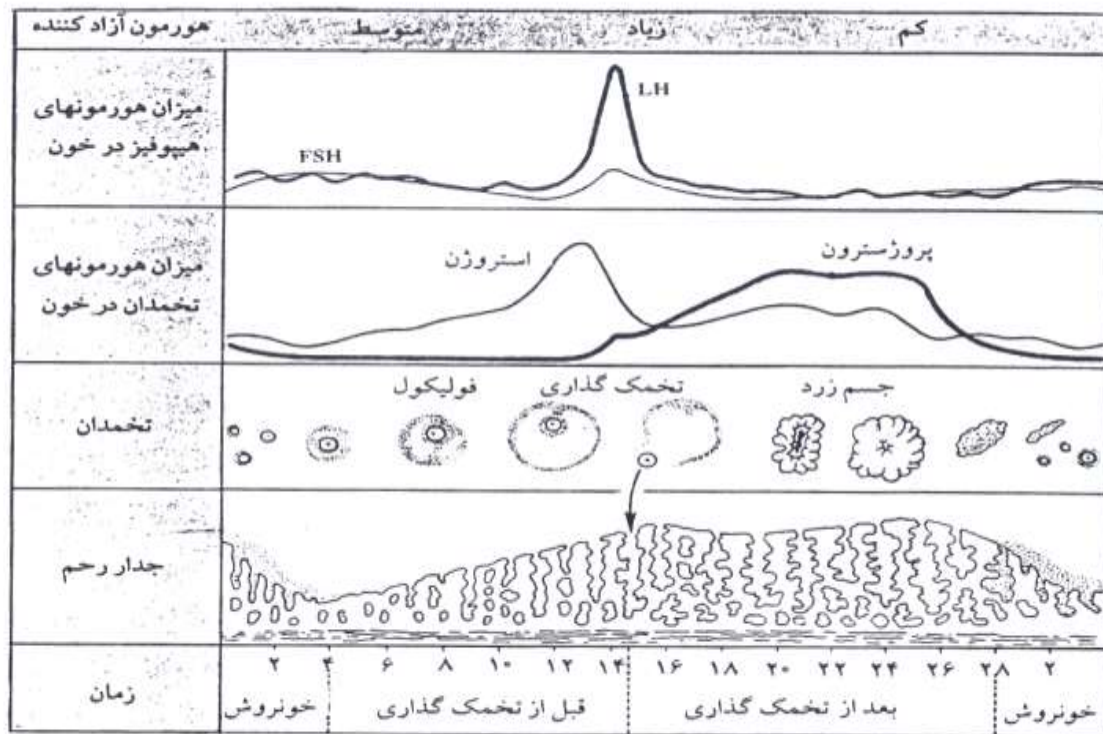
لگن از ۱۴ استخوان تشکیل یافته: دو استخوان بی نام (هیپ) در کناره‌ها و استخوان های خارجی و دنبایچه‌ای در پشت . قسمت بالای لگن به عنوان لگن کاذب شناخته می شود و اهمیت کمی در بارداری دارد . قسمت تحتانی لگن (زیر خط فرضی خط انتهایی Linea Terminal) لگن حقیقی نام دارد . معمولا سر جنین در لگن حقیقی قرار می گیرد .

توضیحات

ریزش آندومتر-کاهش استروژن-کم ، غلیظ و کدر شدن ترشحات دهانه ی رحم
افزایش ضخامت آندومتر-افزایش استروژن-افزایش خاصیت الایسته‌ی دهانه ی رحم (spinnbarkeit)
کاهش استروژن-افزایش پروژسترون-ضخیم شدن آندومتر-ترشح گلیکوژن از غدد آندومتر برای پذیرش تخمک بارور شده
کاهش استروژن-کاهش پروژسترون-از بین رفتن جسم زرد -انقباض شریانچه های رحم

مرحله ی قاعدگی

مرحله ی قاعدگی (روزهای ۵-۱)
مرحله ی تکثیر (پروسیفراسیون) (روزهای ۶-۱۴)
مرحله ی ترشحات (روزهای ۱۵-۲۶)
مرحله ی ایسکمی (روزهای ۲۷-۲۸)



نمایش تغییرات مربوط به دوره جنسی در انسان، از پائین به بالا: تغییرات جدار رحم، تغییرات هورمونهای تخمدان، رشد فولیکول و تشکیل جسم زرد، تغییرات گنادوتروپینهای هیپوفیز

تصویر شماره ۲

سوال: کدامیک از موارد زیر از علایم سندرم قبل از قاعدگی (premenstrual syndrome) می باشد؟ (ارشد ۹۸)

(ب) بی اشتهایی و یبوست

(الف) دردهای عضلانی - اسکلتی

(د) خشونت صدا و رینیت (Rhinitis)

(ج) سرخوشی و افزایش تحرک

پاسخ: گزینه د/

چرخه ی تخمدانی

مرحله ی فولیکولار (روزهای ۱-۱۴)

فولیکولها استروژن ترشح می کنند که موجب تسریع بلوغ تخمک می شود و آندومتر را ضخیم می کند - با افزایش LH تخمک آزاد می شود.

مرحله ی لوتئینی (روزهای ۱۵-۲۸)

تحت تاثیر LH، جسم زرد رشد می کند و استروژن و پروژسترون ترشح می کند و در نتیجه سایر فولیکول ها رشد می کنند، در صورت عدم باروری جسم زرد آتروفی می رود، سطح LH کم می شود و سطح استروژن و پروژسترون نیز کاهش می یابد.

*قاعدگی در صورتی رخ می دهد که تخمک بارور نشود که تقریباً ۱۴ روز پس از تخمک گذاری است.

سوال: تاثیر پروستاگلاندین ها کدام است؟ (ارشد ۹۶)

- (الف) تولید استروژن و پروژسترون از جسم زرد
(ب) پارگی مویرگ های رحم در قاعدگی
(ج) جلوگیری از پیشرفت انقباضات رحم
(د) کاهش دیلاتاسیون و حرکت سرویکس

پاسخ: گزینه الف /

پیشگیری از بارداری

- اجتناب از مقاربت : اجتناب از مقاربت به هنگام زمان تخمک گذاری نیازمند شناخت زمان تخمک گذاری است بنابراین در زنانی که چرخه ی قاعدگی نامنظم دارند کاربردی ندارد . زمان تخمک گذاری با روشهای زیر قابل شناسایی است :
- کنترل درجه حرارت پایه : هر روز صبح قبل از برخاستن از خواب دما کنترل می شود . از زمان تخمک گذاری تا زمان قاعدگی دما بالا می ماند .
- روش Billings : علامت Spinnbarkeit مثبت (کش آمدن ترشحات سرویکس حدود 10cm) نشان دهنده ی تخمک گذاری است .
- علامت Mittelschmerz مثبت : یعنی وجود درد شکمی و پر خونی و حساسیت لگنی در وسط سیکل در بعضی از زنان نشان دهنده ی تخمک گذاری است .
- آزمایشات شیمیایی پیش بینی کننده : کیت های آزمایش مخصوص ادرار هستند که افزایش هومون لوتئین هنگام تخمک گذاری را شناسایی می کنند .

- روش تقویمی : با در نظر گرفتن اینکه ۱۴ روز قبل از شروع قاعدگی تخمک گذاری اتفاق می افتد و حیات اسپرم ۴۸-۱۲۰ ساعت است ، چند روز قبل و بعد از این زمان دوره ی تخمک گذاری نامیده می شود . که باید در این دوره از مقاربت پرهیز شود .

- کاندوم مردانه : ضریب شکست در صورت استفاده صحیح ۳ درصد است .

- دیافراگم : تا شش ساعت پس از مقاربت نباید آن را خارج کرد . در زنانی با سابقه ی شوک سپتیک یا عفونت سیستم ادراری ممنوع است ، ضریب شکست برابر ۶ درصد است .

- کاندوم زنانه : ظاهر مشابه کاندوم مردانه دارد و همانند دیافراگم روی سرویکس قرار می گیرد . ضریب شکست آن در سال اول برابر ۲۱٪ است .

- IUD : پس از هر بار عادت میانه باید وجود IUD توسط مشاهده ی نخ آن در واژن تأیید شود . در زنانی توصیه می شود که حداقل یکبار زایمان ترم داشته اند ، معمولاً در روزهای آخر قاعدگی تعبیه می شود .

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

– **OCP** : برای مصرف این قرص‌ها باید آنها را به طور مرتب و منظم استفاده کرد . ضریب شکست آنها کمتر از ۱ درصد است . در صورت وجود هر یک از بیماری‌های زیر نباید از OCP استفاده کرد : – آسب عروقی – ترمبوآمبولی – سکت – افزایش فشار خون – لوپوس – دیابت – بیماری کبدی – مصرف سیگار – سن بالای ۳۵ سال – بارداری – میگرن همراه اورا.

– **برچسب‌های پوستی حاوی هورمون** : برچسب‌ها روی پوست خشک باسن ، شکم ، بالای بازو و چسبانده می‌شود . اولین برچسب اولین روز قاعدگی چسبانده می‌شود و پس از یک هفته تعویض می‌گردد .

رینگ واژینال : احتمال عفونت واژن در این روش بالا است .

– **مقاربت منقطع** : در این روش قبل از انزال ، آلت مرد خارج می‌شود روش قابل اعتمادی نیست .

– **شیردهی** : پرولاکتین مانع از تخمک‌گذاری می‌شود ولی روش قابل اعتمادی نیست .

– **واژکتومی** : در این روش واژودفران که اسپرم‌ها ضروری است . امکان برگشت ۳۰ – ۸۰ درصد است . روش بسیار قابل اعتمادی است .

– **توبکتومی** : به بیهوشی نیاز دارد . بسته به نوع توبکتومی احتمال شکست وجود دارد و امکان برگشت بسیار ضعیف می‌باشد .

علائم حاملگی

توصیف و علل فرعی

علائم فرعی

آمنوره قطع قاعدگی در اغلب موارد اولین نشانه‌ی بارداری است . ولی ممکن است به دلیل فشارهای هیجانی ، تغییرات هورمونی مانند یائسگی و بعضی بیماری‌ها مانند کیست تخمدانی باشد .

تهوع و استفراغ معمولاً در سه ماهه‌ی اول بارداری شایع است . ممکن است به دلیل مشکلات گوارشی یا عفونت رخ دهد .

تکرر ادرار در حاملگی به دلیل افزایش فشار روی مثانه ایجاد می‌شود . ممکن است به دلیل عفونت ادراری رخ دهد .

خستگی به دلیل افزایش هورمون‌ها ایجاد می‌شود . گاهی به دلیل افسردگی پس از نازایی به وجود می‌آید .

حرکات جنین گاهی در طی هفته ۲۰ – ۱۸ در زنان نخست‌زا و ۱۶ هفتگی در زنان چندزا حرکات خفیف جنین حس می‌شود و برخی با حرکات پرستالتیک روده اشتباه می‌گیرند .

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

حساسیت پستان‌ها به دلیل تغییرات هورمونی ایجاد می‌شود. گاهی در سندرم پیش از قاعدگی و یا پس از مصرف قرص‌های ضد بارداری دیده می‌شود.

توصیف و علل فرعی

علامت احتمالی

بزرگی رحم به دلیل رشد جنین، رحم و در نتیجه شکم بزرگ می‌شود. گاهی با چاقی یا تومور شکم اشتباه گرفته می‌شود.

تغییرات پیگمانتاسیون به دنبال افزایش سطح هورمون‌ها خط شکم، نوک سینه و هاله‌ی اطراف آن تیره می‌شوند.

علامت Goodell نرم شدن دهانه‌ی رحم در حاملگی ممکن است به دلیل استروژن قرص‌های ضد بارداری ایجاد می‌شود.

علامت Hegar نرمی قسمت پایینی رحم که در حاملگی روی می‌دهد.

علامت چادویک تغییر رنگ مخاط واژن به آبی مایل به بنفش که دلیل افزایش عروق خونی است. هر عاملی که باعث احتقاقات لگن شود (مانند عفونت با بدخیمی‌ها) نیز می‌تواند این علامت را ایجاد کند.

آزمایش خون HCG هورمون مخصوص حاملگی است ولی تغییرات تیروئیدی یا استفاده از داروهای نیروزا نتایج آزمایش را مختل می‌کنند.

تست بالوتمان انعکاس حرکت جنین در مایع آمینوتیک در حاملگی وجود دارد. در پولیپ رحمی یا آسیت شکمی نیز حس می‌شود.

انقباضات براکسون هیکس انقباض بدون درد و نامنظم رحمی است که ممکن است با شرایطی مانند فیبروئید اشتباه گرفته شود.

سوال: در تشخیص افتراقی بارداری، کونتراسپتیوها کدام علامت زیر را ایجاد می‌کند؟ (ارشد ۹۸)

الف) Goode ll's ب) Chadwick's ج) Hegar's د) Ballottemet

پاسخ: گزینه ب/

سوال: خانم ۲۵ ساله ای که مدت ۳ سال است ازدواج کرده با آمنوره از دو ماه پیش و سابقه پریودهای منظم و گاهی دردناک. کاهش اشتها. تهوع. استفراغ و با یافته های آزمایشگاهی

استفاده از جزوات فقط مخصوص افراد ثبت نامی بوده و هر گونه کپی برداری پیگرد قانونی دارد.

TSH=1.5mIU/L , T3=1.7 , T4=11.4 , BMI=26

به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده است. شایع ترین علت آمنوره کدام است؟ (ارشد ۹۹)

الف) بارداری

ب) سندرم تخمدان پلی کیستیک

ج) انسداد مجرای خروجی

د) هیپوتیروئیدیسم

پاسخ: گزینه الف /

سوال: کدامیک از موارد زیر اغلب یکی از اولین علام بارداری است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

الف) حساسیت پستان

ب) اریتم یا خارش کف دست

ج) تهوع و استفراغ

د) خستگی و افت فشارخون

پاسخ: گزینه الف /

توصیف

علامه قطعی

دیدن جنین توسط سونوگرافی تشخیص را قطعی می کند .

سونوگرافی

سمع صدای قلب توسط گوشی تشخیص را قطعی می کند .

سمع قلب جنین

لمس حرکات جنین توسط معاینه کننده لمس حرکات تشخیص را قطعی می کند .

ارزیابی جنین در دوره پره ناتال :

سونوگرافی : به دو صورت شکمی و واژینال انجام می شود . و برای انجام سونوگرافی شکمی مثانه باید پر باشد (نوشیدن ۲ لیتر مایع قبل از سونوگرافی) . این روش غیر تهاجمی و بدون درد ۲۰ دقیقه طول می کشد .

موارد استفاده : اثبات بارداری - تعیین سن حاملگی - تشخیص محل لانه گزینی - تشخیص حیات (با مشاهده حرکات های جنین مشتمل بر ضربان قلب ، تنفس ، فعالیت و حرکات بدن جنین) یا مرگ جنین - تشخیص بارداری های چند قولویی - تشخیص ناهنجاری های جنین - ارزیابی خونریزی واژینال - تعیین حجم مایع آمینوتیک - استفاده به عنوان راهنما در روش هایی مانند آمینوسنتز و نمونه گیری از پرزهای کوریون - ارزیابی جریان خون مادری - جفتی و مشخص کردن محدودیت رشد داخل رحمی .

اولتراسوند داپلر : روش غیر تهاجمی است که در آن بوسیله ی سونوگرافی دستی جریان خون بین مادر و جنین بررسی می شود و در تشخیص محدودیت رشد داخل رحمی (IU GR) استفاده می شود .

نمونه‌گیری از پرزهای کوریونی : در سه ماهی اول تحت سونوگرافی مقداری از جفت با سوزن آسپیره می‌شود در هفته‌های ۱۰ - ۱۲ انجام می‌شود .

موارد استفاده :

- ۱ - احتمال تولد کودک مبتلا به اختلالات کروموزومی
 - ۲ - وجود خطر سقط در صورت آمینوسنتز
- نتایج تا ۲۴ ساعت بعد آماده می‌شود . قادر به تشخیص اسپینایفیدا و آنانسفالی نیست . با احتمال ایجاد نقص عضو در جنین همراه است . اگر مادر Rh منفی باشد آمپول روگام قبل از نمونه‌گیری تزریق می‌شود .

آمینوسنتز : مایع آمینوتیک حاوی سلول‌های جنینی است توسط یک سوزن تحت سونوگرافی مقداری مایع آسپیره می‌شود . طی هفته‌های ۷ - ۱۵ یا ۱۲ - ۱۴ انجام می‌شود خطر سقط پس از این روش در اوایل بارداری زیاد است . خطر عفونت و آسیب ناشی از برخورد سوزن به جنین وجود دارد .

موارد استفاده :

- ارزیابی اختلالات ژنتیکی (مانند تی‌ساکس)
- تعیین سطح آلفا - نوپروتئین (AFP) (AFP در خون مادر نیز یافت می‌شود)
- تشخیص اختلالات طناب عصبی مانند اسپینایفیدا یا آنانسفالی در صورت AFP بالا
- تشخیص اختلالات کروموزومی یا بیماری تروفوبلاستیک در صورت AFP پایین
- در اواخر بارداری برای ارزیابی شدت نارسایی خورسانی مادر - جنینی استفاده می‌شود .
- نسبت لستین / اسفنگومیلین (L/S) تعیین می‌شود تا مشخص گردد که آیا باید تا رسیدگی کامل ریه صبر کرد یا هر چه سریعتر جنین را خارج کرد . (در صورت رسیدگی کامل ریه این نسبت ۲/۱ و در مادران دیابتی ۳/۱ است .)
- در صورتیکه ۱۵ دقیقه پس از نمونه‌گیری حباب‌های هوا در نمونه دیده شود نشان دهنده‌ی تست shake مثبت یا شاخص پایداری FST است و بیانگر آن است که سورفاکتانت کافی در ریه‌های جنین وجود دارد .
- فقدان پروستوگلاندین (PG) با دیسترس تنفسی جنین همراه است
- خون یا مکونیوم نیز بررسی می‌شود .

سوال: در خصوص غربالگری آلفا توپروتئین سرم مادر (MSAFP) کدام مورد صحیح است؟ (ارشد ۹۹)

الف) در بین هفته‌های ۸ و ۶ حاملگی انجام می‌شود.

ب) کاهش سطح آن با نقایص مجرای عصبی باز مرتبط است.

ج) کاهش سطح آن با حاملگی چند قلوپی همراه است.

د) کاهش سطح آن با سندرم داون مرتبط است.

پاسخ: گزینه د/

اخذ نمونه خون بند ناف : تحت راهنمایی سونوگرافی خون جنین از طریق عروق جفتی یا طناب نافی آسپیره می‌شوند . برای تعیین کم خونی ، نیاز به ترانسفزیون خون و تشخیص ناهنجاری‌های خونی و کروموزومی استفاده می‌شود . به این روش کوردیوسنتز نیز گفته می‌شود .

تست بدون استرس (NST) Non stress Test : در این روش ضربانات قلب جنین توسط مانیتورینگ الکترونیکی بررسی می‌شود . در صورت سلامت جنینی ضربانات قلبی به هنگام افزایش حرکات جنین افزایش می‌یابد . این روش ۴۰ دقیقه طول می‌کشد . چون جنین سالم در طی ۴۰ دقیقه حداقل یکبار حرکت خواهد داشت . در صورت هیپوکسی ، اسیدوز و خواب بودن جنین و مصرف برخی داروها نتایج به دست آمده ابهام آور خواهند بود . در این تست مادر به صورت نیمه نشسته یا خوابیده به پهلوی چپ قرار می‌گیرد (تا خونرسانی جنین زیاد شود) .

تست استرس انقباضات (CST) Contracturc Stress : همانند روش فوق است ولی در این روش به جنین استرس وارد می‌شود تا هر چه سریعتر حرکتی از خود نشان دهد . استرس با تزریق اکسی‌توسی به مادر یا تحریک نوک پستان مادر (تحریک ترشح اکسی‌توسین از هیپوفیز خلفی) ایجاد می‌شود . جهت تفسیر تست حداقل باید سه انقباض با طول ۴۰ ثانیه در طول مدت ۱۰ دقیقه انجام تست ایجاد شود . کمپرس بند ناف را می‌توان تشخیص داد . در این روش در واقع پاسخ جنین به استرس بررسی شود .

بیوفیزیکال پروفیل : با استفاده از سونوگرافی ۵ شاخص در نظر گرفته می‌شود : حرکات تنفسی جنین ، حرکات عمده‌ی جنین ، تغییرپذیری بدن ، فعالیت مجدد FHR و حجم مایع آمنیوتیک - در صورتیکه موارد فوق دچار مشکل شده باشد القاء زایمانی صورت می‌گیرد . پس از هفته‌ی ۲۶ برای بررسی هیپوکسی استفاده می‌شود .

سوال: کدامیک از روش های تشخیصی زیر در ارزیابی سلامت جنین با عارضه کمتری همراه است؟ (ارشاد ۹۸)
الف) تست استرس انقباضی (contraction stress test) ب) پروفایل بیوفیزیکال (Biophysical profile)
ج) آمنیوسنتز (Amniocentesis) د) فتوسکپی (photoscopy)
پاسخ: گزینه ب/

سوال: نمره بیوفیزیکال پروفایل جنین ۹ است. وضعیت سلامت جنین کدام است؟ (ارشاد ۹۶)
الف) خطرناک ب) مشکوک ج) طبیعی د) غیرقابل پیش‌بینی
پاسخ: گزینه ج/

شمارش گر : پس از هفته‌ی ۲۸ بارداری از مادر خواسته می‌شود تا به پهلوی چپ بخوابد و مواد قندی مصرف کند سپس تعداد لگدهای جنین را در زمان ۶۰ - ۳۰ دقیقه بشمارد و اینکار را ۳ - ۲ بار در روز انجام دهد . اگر حرکات طی دو روز متوالی به کمتر از سه حرکت کاهش یابد یا طی یک دوره‌ی ۱۲ ساعته کمتر از ۱۰ حرکت احساس شود باید فوراً به بیمارستان منتقل گردد .

مراقبت پره‌ناتال (قبل از حاملگی)

اغلب ناهنجاری‌های جنینی در هفته‌ی دوم تا هشتم ایجاد می‌شوند پس شروع مراقبت قبل از بارداری بسیار مهم است . زن باردار باید تا ماه هفتم هر ماه یکبار ، ماه هشتم هر دو هفته یکبار و ماه نهم هر هفته یکبار به مرکز بهداشتی یا خانه‌ی بهداشت مراجعه کند . در این ملاقات‌ها وزن ، فشار ، استون و گلوکز ادرار (پس از هفته‌ی ۲۴) بررسی می‌شود . اندازه‌ی رحم تعیین و باسن

حاملگی تطابق داده می شود . شکم مادر توسط مانور لئوپولد بررسی می شود تا وضعیت و قرار جنین تعیین شود . این مانور چهار مرحله دارد :

- ۱- تعیین اینکه در فوندوس رحم چه چیزی قرار دارد (بریچ یا سفال بودن) ۲- مشخص کردن پشت جنین (مخالف جهت اندامها)
 - ۳- تعیین اینکه کدام اندام بالای سمفیز پوبیس قرار گرفته ۴- توجه به وضعیت برجستگی سر
- * مانور لئوپوله کمک می کند تا محل سمع قلب جنین را مشخص کنیم .

در ویزیت های حاملگی علامت هومان بررسی می شود و مشکلات مادر پرسیده می شود . آموزش های لازم نیز ذکر می گردد . (نحوه ی شیر دادن و...) به مادر قرص آهن (پیشگیری از کم خونی مادر و کم خونی و مشکلات قلبی جنین) و قرص اسید فولیک (پیشگیری از مشکلات عصبی جنین مانند اسپینا بیفیدا) داده می شود تا مصرف نماید .

سوال: عارضه قرار گرفتن مادر باردار در معرض مواد شیمیایی کدام است؟(ارشد ۹۶)

- (الف) تاخیر رشد جنین (ب) زایمان مشکل
(ج) بیماری های دوران بارداری (د) دیسترس تنفسی نوزاد
- پاسخ: گزینه الف /

وضعیت های خاص در بارداری :

حمام کردن

به علت تعریق زیاد در بارداری حمام مکرر توصیه می شود . در ماه های آخر حمام کردن در وان خطرناک است و حتما باید در حمام دستگیره وجود داشته باشد . حمام گرم و گرمای زیاد باعث ناهنجاری در جنین می شود . در صورت پاره شدن پرده ی آمنیوتیک یا خارج شدن پلاک مخاطی (ترشحات غلیظ سرویکس) نیز حمام ممنوع است .

ورزش :

ورزش خفیف تا متوسط با افزایش جریان خون جنینی همراه است . ولی هنگام ورزش باید از خستگی و افزایش درجه بدن پرهیز شود . درازکش به پشت (فشار روی ورید اجوف تحتانی) ، حرکات پیچشی ، پرش و حرکات خشن ممنوع است . ورزش زیاد باعث افزایش کار قلب و رسیدن خون به اندامها می شود در نتیجه جنین دچار هیپوکسی می شود . ورزش باعث افزایش کاتاکولامین ها می شود در نتیجه جنین دچار برادی کاردی و هیپوکسی می شود . ورزش کگل (kegel) یکی از بهترین ورزش های دوران بارداری است (برای کسب اطلاعات بیشتر به بحث پرولاپس رحم مراجعه گردد) .

فعالیت جنسی :

فعالیت جنسی در بعضی بارداری ها بنابر دستور پزشک و پس از پاره شدن پرده و شروع زایمان ممنوع است . فعالیت رحم به دلیل تحریک پستان ها ، فرآیند ارگاسم زن (اوج لذت جنسی) و پروستو گلاندین موجود در مایع منی افزایش می یابد .

دوش واژینال :

دوش واژینال با تغییر pH و فلور طبیعی واژن زمینه ی عفونت را ایجاد می کند . (زن باردار به علت افزایش تولید گلیکوژن مستعد عفونت است) در صورت لزوم انجام دوش واژینال ، نباید کیسه ی مایع را بالاتر از ۱۵ سانتی متر قرار داد .

لباس پوشیدن :

جوراب زن باردار نباید تا زانو یا بالاتر باشد چون باعث اختلال در خون رسانی می شود . کفش پاشنه بلند با افزایش قوس کمر باعث افزایش کمر درد می شود .

پستان :

برای پیشگیری از افتادگی پستان های بزرگ شده باید از سینه بند استفاده کرد . صابون باعث خشکی چربی غدد مونتگمری تروفا می شود در نتیجه نباید زیاد استفاده گردد . اندازه ی سینه به میزان شیر تولید شده ارتباطی ندارد .

دندان :

به دلیل هیپرتروفی لثه (به دلیل افزایش استروژن) و افزایش جریان خون باید از مسواک نرم استفاده کرد . هیپرپلازی فرد را مستعد ژرویت نیز می کند . افزایش ترشح بزاق (پتیلیسم) و خشکی دهان (رزوستوما) نیز در زنان باردار شایع است . زنانی که مشکلات پریدنتال (دندانی) دارند در معرض زایمان زودرس قرار دارند. دندان های شیری جنین در هفته ی ۶ بارداری و دندان های دایم در هفته ی دهم تکامل می یابند . بنابراین مصرف کلسیم ، فلوئور و غذاهای حاوی ویتامین A , C , D و پروتئین در این مواقع مناسب است .

واکسن :

واکسن های حاوی ویروس زنده ترا توژن (آسیب بالقوه به جنین) می باشند بنابراین نباید در زمان بارداری استفاده شوند (عبارتند از واکسن های MMR، آبله مرغان) . سایر واکسن ها نیز در صورت نیاز پس از سه ماهه ی اول تزریق می شود .

سوال: تزریق کدام واکسن در دوران بارداری ممنوع است؟ (ارشد ۹۷)

الف) سرخک (ب) کزاز (ج) دیفتی (د) هیپاتیت B

پاسخ: گزینه الف/

سوال: تزریق کدام واکسن در بارداری الزامی است؟ (ارشد ۹۶)

الف) کزاز (ب) توپرکلوز (ج) سرخک (د) سرخجه

پاسخ: گزینه د/

مسافرت :

چون نشستن طولانی باعث استاز خون و احتمال ترومبوز می شود بنابراین در مسافرت با ماشین باید به ازای هر ۲ ساعت نشستن در ماشین حدود ۱۰ دقیقه پیاده روی کند . مسافرت با هواپیما در صورتیکه تهویه ی داخل کابین مناسب باشد ، مشکلی ندارد .

وزن :

جنین مادران کم وزن یا مادرانی که در دوره ی بارداری وزنی گیری خوبی ندارند بیشتر در معرض وزن کم ، آپگار پایین ، زودرس بودن و ابتلاء به بیماری ها قرار دارند . افزایش وزن ۱۱/۵ - ۱۶ کیلو گرم در طول بارداری (۱۱/۵ کیلو گرم در سه ماه ی اول و سپس هر هفته حدود ۰/۵ کیلو گرم) لازم است .

تغذیه :

مصرف اسید فولیک در هفته های اول باعث پیشگیری از اغلب مشکلات اولیه ی عصبی جنین می شود . مصرف آهن از هفته ی ۱۴ تا ۲۰ برای جبران آهن مورد نیاز ضروری است . با توجه به اینکه مصرف آهن و اسید فولیک باعث کاهش جذب روی می شود بنابراین مصرف غلات کامل یا سخت پوست دریایی که حاوی روی است ، ضروری به نظر می رسد .

سوال: کمبود اسید فولیک در دوران بارداری مادران نوجوان کدام عارضه را ایجاد می کند؟(ارشد ۹۶)

- (الف) ناهنجار گوارشی
(ب) بی نظمی ضربان قلب
(ج) ضایعات لوله عصبی
(د) سندرم ناگهانی مرگ نوزاد
- پاسخ: گزینه ج/

در بارداری نیاز به ویتامین D دوبرابر ، کلسیم و فسفر ۵۰ درصد ، ویتامین B ۳۳ درصد ، و سایر ویتامین ها حدود ۲۰٪ افزایش می یابد . نیاز به ویتامین A تغییر نمی یابد. مصرف ماهی ها مخصوصا به صورت تن باید محدود گردد زیرا حاوی جیوه است . عدم تعادل کلسیم و فسفر باعث گرفتگی عضلانی می شود که در این مواقع باید منابع کلسیم مانند کلم مصرف شود .

سوال: تشخیص پرستاری «اضطراب متوسط در رابطه با عدم اطمینان از سلامت جنین» در کدام رده سنی مادران باردار بیشتر صدق می کند؟(ارشد ۹۸)

- (الف) کمتر از ۲۰ سال
(ب) ۲۰-۳۰ سال
(ج) ۳۱-۳۵ سال
(د) بیش از ۳۵ سال
- پاسخ: گزینه د/

آموزش قبل از زایمان :

هدف از آموزش قبل از زایمان کمک به والدین و خانواده ی آنها است تا اطلاعات کافی را دریافت کنند و برای حفظ سلامتی دوران بارداری و حین زایمان مشارکت فعال داشته باشند و همچنین راه های مقابله با مشکلات دوران بارداری و زایمان را یاد بگیرند . مواردی که در کلاسهای آموزش قبل از زایمان بحث می شود عبارتند از :

- آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تولید مثل
- تغییرات جسمی و روانی دوران بارداری
- رشد و تکامل جنین
- نیازهای تغذیه ای مادر و جنین
- ورزش (برای افزایش مقاومت عضلات و آرام سازی) وضعیت بدن
- روش های مقابله ای (آرام سازی ، تنفس ، معیارهای کسب آرامش)
- فرآیند تولد کودک
- نشانه های زایمان و زمان مراجعه به بیمارستان
- روش های معمول
- تغییرات هنگام زایمان
- علائم هشدار دهنده
- مراقبت پس از زایمان
- مراقبت از نوزاد تازه متولد شده
- تولد از طریق سزارین
- آماده سازی خواهر و برادر

روش های کاهش درد در زایمان و استفاده از الگوهای تنفس در زایمان مانند روش Lamaz (روش پیشگیری روانی) ، روش Efflurage ، Bradley (ماساژ شکمی ، فشار به استخوان خارجی، تنفس هی - هو (تنفس عمیق و آرام برای پیشگیری از

هیپوکسی جنین موقعی که مادر به علت درد از تنفس آرام سطحی استفاده می کند و میزان CO_2 بدن پایین می آید (آلکالوز تنفسی) و سایر روش های تنفسی نیز آموزش داده می شود .

سوال: هدف از مراقبت های بارداری کدام است؟ (ارشد ۹۶)

- (الف) پایش تکامل جنین
(ب) از بین بردن عوارض بارداری
(ج) تعیین جنسیت جنین
(د) ایجاد بستر مناسب برای فرهنگ سازی
- پاسخ: گزینه الف /

مشکلات دوران بارداری

توصیه ی پرستار به مادر ناراحتی

- تهوع و استفراغ
حساسیت پستان
تکرار ادرار
افزایش ترشحات واژن
پیروزیس (سوزش سر دل)
یبوست و نفخ
هموروئید
کمر درد
درد لیگامن گرد
گرفتگی پا
سردرد
واریس پا
ادم ساق و مچ پا
بی حالی و سرگیجه
خستگی
تنگی نفس
تعریق
- معده را خالی نگذارید-مصرف ویتامین B، عدم مصرف غذاهای ادویه دار
استفاده از سینه بند محکم، عدم شستن سینه با صابون
مصرف مایعات زیاد در طول روز و مصرف مایعات کم در شب ، کاهش مصرف کافئین-
ورزش kegel
استحمام روزانه-پوشیدن لباس زیر ، خشک و تمیز نگه داشتن پرینه ، عدم دوش واژینال
یا تامپون
قرارگیری در وضعیت نشسته تا ۳۰ دقیقه پس از غذا ، عدم مصرف غذاهای نفاخ و
چرب، عدم پرخوری
مصرف مایعات زیاد و مواد سیوس دار ، ورزش ، عدم مصرف مواد نفاخ
استفاده از پدهای خنک کننده ، پیشگیری از یبوست
حفظ وضعیت بدنی درست (سر بالا و شانه عقب)، عدم تشدید قوس کمر، چمپاتمه زدن
برای بلند کردن اشیاء، کفش پاشنه کوتاه ، استراحت ، گرمای موضعی
عدم انجام حرکات سریع و ناگهانی - حفظ وضعیت بدنی مناسب
ماساژ-افزایش کلسیم دریافتی
مصرف وعده های منظم غذایی - گزارش به مراکز بهداشتی (خطر هیپرتانسیون حاملگی)
اجتناب از نشستن یا ایستادن طولانی ، عدم مانورران والسالوا ، ورزش ، حمام گرم
عدم پوشیدن لباس های تنگ - عدم ایستادن یا نشستن طولانی
خوردن غذا در وعده های زیاد- خوابیدن به پهلو چپ ، عدم خوابیدن به پشت
۱۰-۸ ساعت خواب
تنفس عمیق - گذاشتن چند بالش زیر سر ، عدم فعالیت اضافی
حمام (ترجیحا ایستاده)

پیکا (ویا ر) :

تمایل زن باردار به خوردن موادی که ارزش غذایی ندارد مانند خاک رس ، یخ و.... عمدتا به دلیل کمبود آهن ایجاد می شود.

تغییرات فیزیولوژیک سیستم‌های مختلف بدن در دوران بارداری :

رحم : به دلیل هیپرتروفی (افزایش اندازه) و هیپرپلازی (افزایش تعداد سلولها) وزن آن افزایش می‌یابد و جریان خون آن زیاد می‌شود . در هفته‌ی ۱۲ حاملگی رحم در بالای سمفیز پوبیس است و در هفته ۲۰ بارداری فوندوس نزدیک ناف قرار می‌گیرد . در هفته‌ی ۳۶ فوندوس در بالاترین حد خود یعنی زیر گزیفونید قرار می‌گیرد .

سوال: قرار گرفتن فوندوس رحم بین سمفیز پوبیس و ناف، مربوط به کدام هفته از بارداری است؟ (ارشد ۹۸)

الف) ۱۰-۱۲ (ب) ۱۴-۱۶ (ج) ۱۶-۱۸ (د) ۲۰-۲۲

پاسخ: گزینه د/

سوال: کدامیک از عوامل زیر می‌تواند سبب تشدید سوزش سر دل (Hear burn) در زن باردار شود؟ (ارشد ۹۷)

الف) غذاهای کم کالری (ب) خستگی (ج) استعمال دخانیات (د) کم آبی

پاسخ: گزینه ج/

سرویکس : کوتاه و نرم می‌شود . پر خون می‌شود و ترشحات غلیظی تولید می‌کند .

تخمدان‌ها : معمولاً تخمک‌گذاری انجام نمی‌شود . در ده هفته اول بارداری جسم زرد تخمک مسئول تولید استروژن و پروژسترون است .

واژن : پر خون ، ضخیم و نرم می‌شود . ترشحات آن زیاد می‌شود و گلیکوژن بیشتری تولید می‌شود . در نتیجه احتمال عفونت واژن مخصوصاً توسط کاندیدا افزایش می‌یابد . PH واژن همچنان اسیدی است .

پستان‌ها : استروژن (مجاری شیر ساز) ، پروژسترون (آلوئولها) ، پرولاکتین و HPL پستان را برای تولید شیر آماده می‌کنند . پستان‌ها بزرگ ، پر خون ، حساس و دردناک می‌شود . نیپل (نوک سینه) و هاله اطراف آن تیره‌تر می‌شود . غدد مونتوگومری برجسته می‌شود . کلسیوم از دهمین هفته حاملگی تا روز سوم پس از زایمان ترشح می‌شود .

سیستم عضلانی - اسکلتی : هورمون ریلکسین و پروژسترون جفتی باعث نرمی مفاصل می‌شود تا زایمان تسهیل گردد ولی در اواخر حاملگی به خاطر شلی مفاصل ، مادر اردک وار راه می‌رود . به علت بزرگ و به جلو کشیده شدن شکم لوردوز (تورفتگی) کمر ایجاد می‌شود در نتیجه درد کمر در مردان باردار شایع است .

سیستم قلبی - عروقی : به دلیل فشار رحم بر ورید اجوف تحتانی در حالت درازکش سندرم کاهش فشار وضعیتی (هیپوتانسیون ارتاستاتیک) دیده می‌شود . دردوران بارداری برون ده قلبی دو برابر می‌شوند حجم خون ۴۰٪ افزایش می‌یابد . عوامل انعقادی خون افزایش می‌یابد بنابراین خطر خونریزی زایمانی مهم و خطر بروز مشکلات انعقادی مانند DIC افزایش می‌یابد . سوال:

افزایش حجم خون و کمخونی کاذب مربوط به کدام سه ماهه بارداری است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

الف) اول (ب) دوم (ج) سوم (د) اول و سوم

پاسخ: گزینه ب/

سیستم تنفسی : دیافراگم به دلیل فشار رحم حدود ۴ سانتی متر بالاتر می آید ولی به علت شلی مفاصل ظرفیت ریوی ثابت باقی می ماند . تعداد و عمق تنفسی افزایش می یابد و تنفس سینه ای می شود . ممکن است به دلیل اثر پروژسترون و بالا آمدن رحم فرد از تنگی نفس شکایت کند . خونریزی از بینی به دلیل تأثیر استروژن بر عروق خونی و بهم شدن صدا به دلیل کلفتی تارهای صوتی در اثر پروژسترون نیز شایع است .

سیستم گوارشی : هیپرتروفی لثه ، تهوع ، استفراغ ، افزایش بزاق ، یبوست (تأثیر استروژن) ، رفلکس مری به معده (شلی کاردیا در اثر پروژسترون) و افزایش مقاومت نسبت به انسولین از جمله تغییرات شایع دوران بارداری است .

سوال: در مورد سوزش سر دل در زنان باردار، کدام مورد صحیح است؟ (ارشد ۹۸)

- (الف) عارضه رایج در سه ماهه اول بارداری
(ب) توصیه به مصرف آنتی اسید حاوی آلومینیوم
(ج) مصرف داروهای بلوک کننده H_2 جهت پیشگیری
(د) افزایش میزان پروژسترون عامل بروز عارضه
- پاسخ: گزینه د/

سوال: علت بروز سوزش سر دل (Heart Burn) در سه ماهه اول بارداری کدام است؟ (ارشد ۹۶)

- (الف) فشار رحم بزرگ شده
(ب) اختلال در خروج صفرا
(ج) کندی تخلیه محتویات معده
(د) افزایش ترشح اسید معده
- پاسخ: گزینه ج/

سیستم پوششی : افزایش پگمانتاسیون و بروز کلوآسما (ملاسما) به دنبال افزایش استروژن در زن باردار دیده می شود در ملاسما یا ماسک حاملگی لکه های قهوه ای در صورت ظاهر می شود که پس از زایمان رفع می شود . بر روی شکم ، سینه ، ران و باسن استریا ایجاد می شود . خال ها و اسکارهای قدیمی پررنگ تر می شوند و در کف دست ستاره های عروقی ایجاد می شود .

سوال: کدامیک از گزینه های زیر بیانر اثرات فیزیولوژیک لیبر بر مادر میباشد؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- (الف) با هر انقباض رحم، فشار خون دیاستولیک ۲۵ میلیمتر جیوه افزایش مییابد.
(ب) به دلیل افزایش میزان و عمق تنفس، میزان دفع نامحسوس آب در لیبر کاهش مییابد.
(ج) زمان تخلیه معده در نتیجه انقباضات رحمی کاهش مییابد.
(د) در نتیجه استرس در طول لیبر، سطح گلبولهای سفید خون به شدت کاهش مییابد.
- پاسخ: گزینه ج/

مشکلات و بیماری های دوران بارداری

هیپرتانسیون بارداری (Pregnancy Induced Hypertention PIH) :

تعریف : به افزایش فشار خون پس از هفته ی ۱۲ (طی سه ماهه ی دوم) که با پروتئین اوری همراه نیست و در طی شش هفته ی پس از زایمان به حالت قبلی بر می گردد هیپرتانسیون بارداری می گویند . در صورتی که هیپرتانسیون با پروتئین اوری همراه باشد . به آن پره اکلامسی می گویند و چنانچه فرد مبتلا به پره اکلامسی تشنج کند مبتلا به اکلامسی شناخته می شود . در این موارد افزایش 30mmHg یا بیشتر در فشار خون سیستولی و افزایش 15mmHg یا بیشتر در فشار خون دیاستولی را هیپرتانسیون در نظر می گیرند .

سوال: کدام تعریف پره اکلامپسی میباشد؟ (ارشد ۱۴۰۰)

الف) افزایش فشارخون بارداری قبل از هفته ۲۰ بارداری

ب) افزایش فشارخون توأم با تشنج در بارداری

ج) وجود افزایش فشارخون تا ۳ ماه بعد از زایمان

د) افزایش فشارخون و پروتئین ادرار بعد از هفته ۲۰ بارداری

پاسخ: گزینه د/

عوامل خطر: حاملگی اول - سن بیش از ۴۰ سالگی - داشتن هیپرتانسیون مزمن قبل از حاملگی - بیماری کلیوی مزمن - سندرم آنتی فسفولیپید - دیابت - چند قلوپی .

سوال: خانم ۳۵ ساله بارداری اول، ۳۰ هفته با سردرد و تاری دید مراجعه کرده است. فشار خون ۱۶۰/۱۱۰ و پروتئینوری

۳+ گزارش شده است. تشخیص احتمالی کدام است؟ (ارشد ۹۷)

الف) هیپرتانسیون مزمن (ب) پره اکلامپسی شدید

ج) هیپرتانسیون بارداری (د) سندرم نفروتیک

پاسخ: گزینه ب/

سوال: تعریف پری اکلامپسی کدام است؟ (ارشد ۹۹)

الف) افزایش فشار خون قبل از هفته ۲۰ بارداری

ب) افزایش فشار خون و پروتئین اوری بعد از هفته ۲۰ بارداری

ج) وجود افزایش فشار خون تا ۳ ماه بعد از زایمان

د) افزایش فشار خون توأم با تشنج در بارداری

پاسخ: گزینه ب/

پاتوفیزیولوژی: در افراد مستعد بنا به دلیل واکنش خود ایمنی یا واکنش های ناشناخته اسپاسم عروقی اتفاق می افتد و این اسپاسم باعث بروز مشکلات زیر می گردد:

- وازواسپاسم شریان ها باعث افزایش فشارخون در این زنان می گردد.

- اسپاسم عروق کلیوی باعث کاهش خونرسانی کلیوی و در نتیجه کاهش فیلتراسیون گلومرولی و در نهایت پروتئین اوری می شود.

- اسپاسم عروق عمومی باعث کاهش خونرسانی بافتی و در نتیجه افزایش نفوذپذیری آندوتلیال می گردد که این امر موجب خروج مایعات از عروق و ایجاد ادم می گردد. آسیب سلولهای آندوتلیالی با تشدید راههای انعقادی، خونریزی و ایجاد لخته را با اختلال همراه می سازد.

- اسپاسم عروق کبدی با ایجاد اختلال در عملکرد آن باعث ایجاد ادم کبدی و خونریزی زیر کپسولی می شود. در نتیجه ممکن است تغییرات آزمون های کبدی و درد اپی گاستر در $\frac{1}{4}$ فوقانی راست مشاهده شود. به دنبال آسیب کبدی تشنج نیز اتفاق می افتد.

- وازواسپاسم اعصاب مرکزی می تواند موجب ادم مغزی گردد که با علائم سردرد و تغییرات بینایی همراه است.

- و در نهایت اسپاسم عروق جفتی با عوارض خطرناکی مانند محدودیت رشد داخلی رحمی (IUGR)، دیسترس جنینی ناشی از هیپوکسی، زایمان زودرس و حتی مرگ جنینی می شود.

علائم و نشانه‌ها : با توجه به پاتوفیزیولوژی بیماری موارد زیر مشاهده می‌گردد :

افزایش فشار خون - درد اپی گاستر - پروتئین اوری - الیگوری - اختلالات بینایی مانند کدورت بینایی - سردرد - ترومبوستیوپنی - ادم ریوی - سیانوز - آنزیم‌های کبدی بالا - هماتوکریت بالا - خونریزی غیرعادی - پتشی - افزایش کراتینین و اسیداوریک خون .
سندرم کمک HELP : این سندرم یکی از وقایع خطرناک و مرگ بار در افزایش فشار خون حاملگی است که به علت اختلالات هماتولوژیک و کبدی ایجاد می‌شود .

هر کدام از حروف این سندرم نشان دهنده‌ی مشکلات زیر است :

H : همولیز ، آنمی و زردی

EL : افزایش سطوح آنزیم‌های کبدی

LP : کاهش پلاکت‌ها و در نتیجه اختلال در زمان انعقاد خون و حتی DIC (انعقاد منتشر داخل عروقی)

درمان : درمان این بیماران بر اصل کنترل فشار خون استوار است . معمولاً برای کنترل فشار خون خفیف رعایت رژیم کم نمک توصیه می‌شود . در صورت نیاز از هیدرالازین یا لابتالول استفاده می‌شود . بلوک کننده‌های آنژیوتانسینی در این بیماران ممنوع می‌باشد . برای پیشگیری از تشنج از سولفات منیزیم استفاده می‌شود . و در صورت بروز الگیوری ، نارسایی کلیه و سندرم کمک ختم بارداری اعلام می‌گردد . برخی از پزشکان برای پیشگیری از این بیماری یا پیشگیری از بدتر شدن آن به مادران مستعد ASA تجویز می‌کنند .

سوال: مشاهده کدام عارضه در پری اکلامپسی باید فوراً گزارش شود؟

(الف) کاهش ادرار کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت

(ب) افزایش فشار خون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلیمتر جیوه

(ج) وجود پروتئین در ادرار

(د) بالا رفتن پلاکت خون

پاسخ: گزینه الف/

اقدامات پرستاری :

- محدود کردن فعالیت و توصیه‌ی دوره‌های مکرر استراحت . زیرا استراحت موجب افزایش دیورز و کاهش فشار خون و ادم می‌شود . البته استراحت مطلق توصیه نمی‌شود .

- توزین روزانه در ساعت مشخص و ترجیحاً صبح زود پس از تخلیه‌ی مثانه تا افزایش یا کاهش احتباس مایع در بیمار مشخص شود .

- کنترل فشار خون هر چهار ساعت تا ۴۸ ساعت پس از زایمان . برای اندازه گیری فشار خون از تست Rollover استفاده می‌کنیم . به این ترتیب که ابتدا در حالت پهلو فشار خون گرفته می‌شود و سپس بیمار به پشت می‌خوابد ۵۰ دقیقه بعد دوباره فشار خون ثبت می‌گردد . در صورتیکه تفاوت فشار ۳۰/۱۵ mmHg باشد باید آن را گزارش کرد .

- کنترل مکرر (FHR) ضربانات قلب جنین به منظور بررسی وضعیت جفت و جنین

- کنترل میزان دفع ادرار و میزان تعادل جذب و دفع به منظور بررسی عملکرد کلیه‌ها

- بررسی مرتب علائم سندرم کمک

- تجویز رژیم غذایی پروتئین برای جبران پروتئین از دست رفته از ادرار و کاهش مصرف نمک برای پیشگیری از افزایش فشار خون

- آموزش کنترل پروتئین ادرار در هر روز در صورتیکه بیمار در منزل درمان می‌شود.

- توصیه به استراحت در وضعیت خوابیده به پهلو چپ برای افزایش خورسانی جفتی

- بررسی وضعیت ادم در هر روز

- کاهش محرکات محیطی مانند سر و صدا و قرار دادن بیمار در اتاق تاریک برای پیشگیری از تحریک و ایجاد تشنج

- قرار دادن کاف فشار سنج بالای سر بیمار

- آموزش بیمار برای کاهش اضطراب زیرا اضطراب می‌تواند محرک ایجاد تشنج و افزایش فشار خون شود.

تجویز سولفات منیزیم:

این دارو برای پروفیلاکسی و درمان تشنج این بیماران استفاده می‌شود و در صورت نیاز تا ۲۴ ساعت پس از زایمان نیز باید تجویز ادامه یابد. ویال‌های سولفات منیزیم به صورت محلول‌های ۱۰ - ۲۰ و ۵۰ درصدی هستند. در صورت بروز تشنج

۱- چهارگرم محلول ۵۰ درصدی به صورت وریدی با سرعت 1gr/min

۲- ده گرم محلول ۵۰ درصد به همراه ۱CC لیدوکائین ۲ درصد طی دو تزریق عمیق عضلانی به صورت Z

۳- در صورت پایدار ماندن تشنج پس از ۱۵ دقیقه دو گرم محلول ۲۰ درصد به صورت وریدی.

۴- پس از کنترل تشنج به منظور پروفیلاکسی هر ۴ ساعت ۵ گرم محلول ۵۰ درصد استفاده می‌شود. جانشین سولفات منیزیم داروی فنی توئین ۱۰ میلی گرم بر کیلوگرم در سرم NaCl با سرعت کمتر از ۵۰ mg/ml است.

سوال: عارضه احتمالی به دنبال تجویز سریع دز بالای سولفات منیزیم در مرحله قبل از زایمان کدام است؟ (ارشد ۹۹)

الف) سردرد و تاری دید ب) تعریق و برافروختگی ج) تهوع و استفراغ د) ایست قلبی

پاسخ: گزینه د/

سوال: هدف از درمان با سولفات منیزیم (Magnesium Sulfate) در مادران پره اکلامپسی کدام است؟ (ارشد ۹۶)

الف) کاهش فشار خون ب) کنترل تشنج

ج) کنترل زجر جنین د) پیشگیری از ناسازگاری خونی

پاسخ: گزینه ب/

سطوح درمانی سولفات منیزیم ۴-۷ mEq/L است. در صورت افزایش سطح آن در خون به میزان ۸-۹ mEq/L کاهش رفلکس‌ها و ۱۰-۱۲ mEq/L کاهش تعداد تنفس و $12 \text{ mEq/l} \leq$ قطع تنفس مشاهده می‌شود. بنابراین باید قبل از تجویز هر دوز

دارو برون ده ادراری بیمار در طی ۴ ساعت گذشته کنترل شود و فقط در صورت برون ده بالای ۱۰۰CC و همچنین تعداد تنفس بالای ۱۲ در دقیقه و وجود رفلکس‌های طبیعی DTR (کشک زانو و قوزک پا) دوز بعدی دارو تجویز گردد.

باید به خاطر سپرد کاهش تعداد تنفس باعث احتباس CO_2 در بدن و در نتیجه ایجاد اسیدوز تنفسی می‌شود و بدین ترتیب آسیب مغزی و ایست تنفسی سریع تر اتفاق می‌افتد. بنابراین برادی پنه (RR < ۱۲/min) باید سریعاً گزارش شود.

علائم مسمومیت با سولفات منیزیم: الیگوری، برادی پنه، کاهش DIR، هیپوتانسیون، تاکی کاردی، تعریق، گرگرفتگی، خستگی، خواب آلودگی، افزایش دما، ضعف عضلانی، اختلال در تکلم، ادم ریه به دنبال نارسایی کاردیواسکولارو ایست قلبی و

در صورت تشخیص مسمومیت با سولفات منیزیم باید از آنتی دوت آن یعنی گلوکونات کلسیم استفاده کرد . بنابراین نزد زنانی که تحت درمان با سولفات منیزیم هستند حتماً باید مقداری گلوکونات کلسیم به همراه تجهیزات احیاء نگهداری شود .

سوال: در مراقبت از بیمار دچار پره اکلامپسی حاد (sever preeclampsia) کدام مورد صحیح است؟ (ارشد ۹۸)
الف) ارزیابی مادر از نظر هیپورفلکسی (hyppreflexia)

ب) تزریق سولفات منیزیم برای کنترل تشنج

ج) کنترل علائم خونریزی واژینال هر ۱۵ دقیقه

د) استفاده از رژیم غذایی کم پروتئین - کم سدیم - پرکالری

پاسخ: گزینه ب/

سوال: علامت مسمومیت با سولفات منیزیم در مادران مبتلا به پری اکلامپسی کدام است؟ (ارشد ۹۶)

الف) افزایش دامنه رفلکس زانو

ب) دیسترس تنفسی

ج) افزایش فشار خون

د) پایین افتادن آنزیمهای کبدی

پاسخ: گزینه ب/

سوال: کدام موارد زیر نتیجه مسمومیت با تزریق سولفات منیزیم میباشد؟ (ارشد ۱۴۰۰)

الف) افزایش رفلکس پاتلار

ب) کاهش درجه حرارت بدن

ج) کاهش رفلکس و بیحالی

د) افزایش فشار خون و نبض

پاسخ: گزینه ج/

استفراغ بدخیم حاملگی (Hyperemesis Gravidarum):

تعریف: به استفراغ مداوم و غیر قابل کنترل که از هفته‌های اول حاملگی شروع و در سراسر حاملگی ادامه می‌یابد ، اطلاق می‌شود .

پاتوفیزیولوژی: دقیقاً مشخص نیست ولی مسایل زیر را در آن دخیل می‌دانند:

عوامل نژادی ، فرهنگی و شخصیتی - افزایش سریع گوندوتروپین‌های کوریونیک یا استروژن برای مثال در مول هیداتی‌فرم و حاملگی چند قلوبی ، مشکلات آندوکرینی افزایش سطح هورمون تیروئید ، آلرژی ، استرس و تردید در قبول حاملگی و بچه .

علائم و عوارض: استفراغ و در نتیجه هیپوکالمی و آلکالوز به دنبال خارج شدن اسید کلریدریک معده - اسیدوز به دنبال خروج آلکالین شیریه روده در طی استفراغ - گرسنگی و عدم مصرف غذا و در نتیجه کاهش پروتئین و ویتامین خون ، کاهش وزن و اختلالات الکترولیتی - عدم مصرف آب و در نتیجه دزدیدراتاسیون و کاهش فشار خون به دنبال هیپوولمی ، کاهش برون‌ده ادراری و در نهایت افزایش BUN و هماتوکریت خون - اختلال در عملکرد کلیه و قلب به دلیل هیپوکالمی - وجود کتون ، استون و اسیدددی استیک در ادرار به علت مصرف ناکامل چربی‌های خون - افزایش آنزیم‌های کبدی و زردی مختصر که به رژیم درمانی پاسخ می‌دهد .

درمان : NPO نکه داشتن بیمار در مرحله ی حاد ، تجویز مایعات و الکترولیت و گلوکز وریدی و تجویز ویتامین ها مخصوصاً B-C-A-D و اصلاح اسیدوز یا آلكالوز ایجاد شده جزو اصول درمانی است - از داروهای ضد تهوع مانند پرومتازین ، پرکلروپرازین و کلرپرومازین نیز استفاده می شود .

در صورت عدم کنترل بیماری ممکن است گاستروآنتریت ، کله سیستیت ، پانکراتیت ، هیپاتیت ، زخم معده ، پیلونفریت ، کبدچرب حاملگی و ... ایجاد شود .

اقدامات و مداخلات پرستاری : توصیه به رعایت موارد زیر :

- **پرهیز از غذای پرچرب و ادویه دار**

- پرهیز از پخت غذاهای محرک و بودار

- **مصرف غذا در حجم کم و دفعات زیاد (۶ وعده در روز)**

- استفاده از مواد غذایی با کربوهیدرات بالا مانند نان ، برنج ، غلات و ...

- نوشیدن مایعات و مصرف غذاهای آبکی بین وعده های غذایی (تا از دهیدراتاسیون پیشگیری شود) و نه در حین غذا (برای مثال سوپ و آش بین وعده های اصلی غذا داده شود و نه به عنوان غذای اصلی)

- استفاده از مواد غذایی پروتئین مانند پنیر و تخم مرغ

- مصرف مواد غذایی سرشار از پتاسیم و منیزیم مانند موز

- خوردن بیسکویت سوخاری قبل از بلند شدن از رختخواب

- استفاده از مایعات گرم یا سرد به جای چای و مایعات و سرم (چون باعث تحریک استفراغ می شوند)

- اجتناب از کار و فعالیت سنگین

- فراهم نمودن حمایت عاطفی و کمک به حل مسایل اجتماعی و روانی بیمار

در صورتیکه بیمار به علت آستون اوری در بیمارستان بستری باشد ، پرستار باید به موارد زیر دقت کند :

- بستری نمودن بیمار در محیط آرام ، نیمه تاریک (نور باعث تحریک می شود) و خنک

- رساندن روزانه ۳۰۰۰CC تا ۵۰۰۰CC مایع از راه ورید بر حسب شدت کم آبی

- تجویز آرام بخش هایی مانند فنوباربیتال ۱۰۰mg یا دیازپام ۵mg به صورت عضلانی در صورت دستور

- محدود کردن ملاقات های بیمار مخصوصاً افرادی که با حضور آنها استفراغ تشدید می یابد .

❖ پرستار باید به بیمار کمک کند قند خونس کاهش نیابد زیرا هیپوگلیسمی باعث تهوع می شود

❖ پوزیشن نشسته بعد از غذا با کاهش ریفلکس معدی - مری و کاهش اتساع معده باعث کاهش احساس تهوع می شود .

❖ لازم به ذکر است که در صورت عدم کنترل استفراغ و ایجاد مشکلات کبدی وخیم اتمام حاملگی ضروری است .

سوال: مهم ترین مراقبت اولیه و فوری در استفراغ های وخیم حاملگی کدام است؟ (ارشد ۹۷)

الف) آمادگی سریع جهت زایمان ب) محدودیت فعالیت مددجو

ج) کنترل علائم حیاتی و دارو درمانی د) NPO بودن و شروع IV تراپی

پاسخ: گزینه د/

حاملگی خارج رحمی یا بارداری نابجا (ECTopic Pregnancy EP)

جایگزینی جنین در جایی خارج از رحم EP نامیده می‌شود. شایع‌ترین مکان جایگزینی جفت آمپولا (گشادترین قسمت لوله) است. ولی ممکن است EP در تخمدان، شکم و سایر قسمت‌ها نیز دیده شود.

علل ایجاد EP: هر عاملی که تحریک لوله‌ای، فعالیت مژکی و انقباضات را تحت تأثیر قرار دهد (مانند مصرف داروهای پروژسترونی یا استفاده از IUD و انسداد لوله مخصوصاً انسداد نسبی ناشی از عفونت لگنی) در ایجاد EP موثر است. سابقه‌ی EP قبلی و سالپنژیت نیز در ایجاد EP نقش دارند.

علائم EP: علائم حاملگی مانند عقب افتادن عادت ماهیانه و افزایش نسبی BHCG و در صورت پارگی رحم خونریزی مختصر قهوه‌ای (بقیه خون در محیط شکم باقی ماند) دیده می‌شود. درد خنجری ربع تحتانی شکم در سمت مبتلا نیز ایجاد می‌شود.

عوارض EP: پارگی لوله و در نتیجه خونریزی زیاد از عوارض این مشکل است. در EP احتمال مرگ جنین تقریباً ۱۰۰ درصد است و علت عمده‌ی مرگ مادران شوک می‌باشد چون خونریزی حاصل از پارگی لوله در شکم جمع می‌شود و مادر به طور ناگهانی دچار شوک می‌شود.

تشخیص: استفاده از سونوگرافی بهترین راه تشخیص است. هیستروسالپنژوگرافی در این موارد خطرناک است و می‌تواند باعث مرگ مادر شود.

درمان: در صورتیکه زود تشخیص داده شود می‌توان از داروی شیمی درمانی متوتروکسات استفاده کرد. در این صورت باید به بیمار توصیه کرد از نور پرهیز کند و اسیدفولیک کمی مصرف کند. در صورت بزرگ بود رویان از لاپاراسکوپ و یا در صورت نیاز لاپاراتومی استفاده می‌شود.

مداخلات پرستاری: پرستار باید مواظب علائم پاره شدن لوله و شوک باشد. درد شانه در این بیماران نشان دهنده‌ی فشار خون تجمع یافته به عصب فرنیک دیافراگم و در نتیجه احتمال شوک قریب‌الوقوع می‌باشد.

بیماری جفت Trophoblastic Disease

مول هیداتیدفرم

بارداری مولار به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن بافت تروفوبلاستیک تکثیر می‌شود و پرزهای (ویلوژیتهای) کوریون جفتی پر از مایع می‌شود. در نتیجه ظاهری مانند خوشه‌ی انگور می‌گیرد که ممکن است دانه‌های آن از واژن خارج شود. همچنین این پرزهای متورم باعث می‌شود تا درسونوگرافی ظاهر طوفان برفی نمایان شود.

انواع مول:

- کامل: در این حالت اسپرم با تخم بدون هسته لقاح یافته - هیچ اثری از جنین در آن وجود ندارد و احتمال تبدیل این مول به مول بدخیم (مول تهاجمی و کارسینوم کوریون) زیاد است.

- نسبی : در این حالت ممکن است جنین وجود داشته باشد ولی در اغلب موارد به دلیل افزایش رشد جفت ، جنین می‌میرد .

علائم و نشانه‌ها :

- ترشح قهوه‌ای شبیه آلو از واژن و خروج پرزهای شبیه خوشه‌های انگور
- رحم بزرگتر از معمول به علت رشد زیاد جفت
- کم خونی
- تهوع و استفراغ شدید
- افزایش فشار خون قبل از ۲۴ هفتگی
- تیتربالای BHCG و افزایش سریع و غیر عادی آن به طور مکرر .

سوال: خانمی ۲۸ ساله با بارداری ۱۴ هفته، مراجعه کرده است. در سونوگرافی حرکات قلب جنین دیده نمی‌شود،

دارای ترشحات واژینال قهوه‌ای رنگ است، تشخیص کدام است؟(ارشد ۹۷)

الف) سقط ناقص ب) سقط فراموش شده ج) حاملگی نابجا د) مول هیداتایفرم

پاسخ: گزینه د/

درمان : در این بیماری محتویات رحم ساکشن می‌شود .

مسئله مهم در برخورد با زن مبتلا به مول ذکر این مطلب است که تیتربالای BHCG باید به طور مرتب تا یکسال پس از تخلیه رحم کنترل شود . زیرا افزایش آن می‌تواند نشان‌دهنده کاشته شدن تروفوبلاست در مکان دیگر (مخصوصاً کبد و ریه) باشد . در طی این یکسال باید جداً از حاملگی پیشگیری شود تا میزان BHCG به خوبی کنترل گردد . استفاده از قرص‌های ضد بارداری بهترین روش پیشگیری از بارداری در این زنان است . باید به مادران توضیح داد که نمی‌توان این حاملگی را حفظ کرد و درمورد از دست دادن حاملگی با وی همدردی کرد . در زنان Rh منفی نیز برای پیشگیری از واکنش‌های خود ایمنی از آمپول روگام استفاده می‌شود .

خونریزی‌های سه‌ماهه سوم بارداری :

خونریزی خفیف واژینال در سه‌ماهه سوم می‌تواند به دلیل پرخونی سرویکس ، پولیپ سرویکس یا التهاب دهانه‌ی رحم اتفاق بیافتد ولی علت عمده‌ی خونریزی‌های سه‌ماهه‌ی دوم و سوم شامل جفت سهرای ، دکلمان جفت و DIC است .

جفت سرراهی (Placenta Previa) (PP) :

تعریف : در جفت سرراهی ، جفت به جای جایگزینی در محل فوندوس (قله‌رحم) در مکانی دیگر و نزدیک یا بالای سوراخ سرویکس قرار می‌گیرد . اگر لبه جفت مماس با لبه‌ی سرویکس باشد جفت سر راهی خفیف نامیده می‌شود . اگر مقداری از جفت روی سوراخ سرویکس باشد جفت سرراهی نسبی و چنانچه سوراخ سرویکس به طور کامل توسط جفت پوشیده شده باشد جفت سرراهی کامل ایجاد می‌شود . جفت سرراهی خفیف را می‌توان تحت نظارت با زایمان طبیعی به دنیا آورد ولی دو نوع دیگر به سزارین نیاز دارند .

عوامل خطر : عوامل ایجادکننده‌ی آن ناشناخته است ولی مولتی‌پارتیه‌ی بالا (زایمان‌های متعدد) ، سن بالا ، حاملگی چندقلویی ، انجام سزارین قبلی ، عفونت قبلی ، فوندوس رحم و آندومتریت از عوامل موثر جفت سرراهی هستند .

پاتوفیزیولوژی : با توجه به اینکه سگمان تحتانی رحم کم عروق و کم خون است از این رو جفت مجبور است منطقه‌ی وسیعی را بپوشاند تا خون کافی دریافت کند . در طی سه‌ماهه سوم که دهانه رحم آرام آرام و به صورت منقطع باز می‌شود جفت به ناچار از رحم جدا می‌شود در نتیجه خطر خونریزی و هیپوکسی جنینی مطرح می‌شود .

علائم : خونریزی بدون درد شایع‌ترین علامت است . رحم معمولاً در لمس نرم است . تا قبل از سه‌ماهه دوم نمی‌توان توسط سونوگرافی تشخیص را مسجل کرد .

سوال: علامت جفت سرراهی کدام است؟ (ارشد ۹۶)

الف) خونریزی روشن واژینال ب) خونریزی همراه با لخته

ج) درد شدید د) عدم تحریک جنین

پاسخ: گزینه الف /

اقدامات درمانی : در صورتیکه خونریزی جزئی باشد و انقباضات رحم با داروهای توکولیتیک مانند سولفات منیزیم کنترل شود حاملگی حفظ می‌شود تا موقع زایمان حقیقی برسد ولی چنانچه خونریزی شدید باشد ، موجب هیپوکسی یا حتی مرگ جنینی شود ، رسیدگی ریه توسط آمینوسنتز بررسی می‌شود (نسبت لیستاتین به اسفنگومیلین) و سپس سزارین صورت می‌گیرد .

مداخلات پرستاری : پرستار باید بداند که جنین حاصل نارس خواهد بود ، دچار دیسرس جنینی شده است و یا احتمالاً مرده به دنیا خواهد آمد . در مورد مادر نیز مهمترین مسئله خطر خونریزی و احتمال شوک برای مادر است . سطح اتصال وسیع و لانه‌گزینی جفت در قطعه‌ی نازک تحتانی سبب انقباض نامناسب رحم پس از خروج جفت می‌شود . بنابراین خطر خونریزی زودرس پس از زایمان نیز وجود دارد . از طرفی به دلیل نزدیکی جفت به سرویکس و واژن خطر عفونت پس از زایمان نیز بالا است .

توش واژینال در این مادران خطر کندی سریع جفت را به همراه دارد بنابراین باید تابلوی توش واژینال ممنوع را بالای سر این افراد نصب کرد . به علت خطر خونریزی باز کردن دو راه وریدی بزرگ و رزرو خون نیز ضروری است .

جداشدگی زودرس جفت - دکلمان جفت (Abruptio Placenta) (AP) :

تعریف : کنده شدن جفت پس از هفته‌ی ۲۰ بارداری و قبل از خروج جنین را دکلمان جفت می‌گویند . با توجه به اینکه تا قبل از تنفس‌های خودبه‌خودی نوزاد نیازهای وی توسط جفت تأمین می‌شود ، چنانچه جفت ارتباط خود را با رحم از دست بدهد نمی‌تواند مایحتاج جنین را تأمین کند .

علت : عوامل خطر این مشکل عبارتند از : فشار خون بالای مادر ، سابقه‌ی قبلی دکلمان ، بارداری‌های متعدد ، ترومای غیرنفوذی به شکم ، بارداری چندقلویی ، مصرف مواد منقبض‌کننده عروق مانند کوکائین ، استعمال سیگار ، پلی‌هیدروآمنیوس و عفونت کوریون .

انواع :

- جدایی نسبی یا مارژینال : یک سمت جفت تا حدودی کند شده است و خون حاصل از سرویکس بیرون می‌ریزد .
- جدایی کامل : جفت از قسمت مرکزی جدا شده و خون حاصل بین جفت و رحم باقی مانده و به تدریج کل جفت از رحم جدا می‌شود .

عوارض : ورود خون به داخل عضلات رحمی مخصوصاً در نوع کامل باعث می‌شود انقباضات رحمی پس از زایمان با مشکل مواجه شود . همچنین خون تجمع یافته باعث آزاد شدن ترومبوبلاستین به داخل خون و در نتیجه ایجاد DIC می‌شود . اختلال عملکرد جفت باعث دیسرس جنینی و حتی مرگ وی می‌شود .

علائم : خونریزی به رنگ تیره به همراه دردهای انقباض رحمی ، رحم سفت و دردناک ، شوک مادر (با میزان خون خارج شده تناسب ندارد) .

سوال: کدام مورد زیر از علامت‌های کندی شدن زودرس جفت است؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- الف) خونریزی شدید بدون درد
ب) انقباضات شدید رحمی با و یا بدون خونریزی
ج) خونریزی روشن
د) خونریزی تیره همراه با کاهش ضربان قلب و انقباضات نرمال
پاسخ: گزینه ب/

برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir