

کتابچه ی آموزش به بیمار بخش زایشگاه



بیمارستان امام خمینی (ره) کلیدر
واحد آموزش سلامت 1403

فهرست

.....	مقدمه	۰
.....	فهرست	۱
.....	• بیماری های شایع در بخش زایشگاه	۳
.....	دکولمان جفت (Placental abruption)	۳
.....	زایمان زودرس preterm	۷
.....	Eclampsia اکلامپسی	۱۱
.....	gestational Diabetes دیابت بارداری	۱۸
.....	Abortion سقط	۲۴
.....	• داروهای رایج در بخش زایشگاه	۳۱
.....	فروس سولفات :	۳۱
.....	داکسی سایکلین :	۳۲
.....	سفالکسین	۳۴
.....	سولفات منیزوم:	۳۵
.....	اکسی توسین :	۳۷
.....	پیوست	۳۹
.....	منابع:	۵۰
.....	تهیه و تنظیم:	۵۰

آموزش به بیمار مجموعه تجربیاتی است که برای بیمار فراهم می شود تا تأثیری مثبت بر آگاهی، عملکرد و نگرش او در مراقبت از خود داشته باشد. امروزه آموزش به بیمار نه تنها یک مهارت بلکه یک مسئولیت است و جزو نیازهای اساسی بیماران و از مهمترین حقوق آنها محسوب می شود. بیماران نیاز دارند بدانند چه وقت، چگونه و چرا باید شیوه زندگی خود را تغییر دهند. درواقع سعی ما در آموزش به بیماران این است که آنها آنچه را باید انجام دهند اما نمیدانند چگونه انجام دهند را بیاموزند. ما به آنها کمک می کنیم مهارت ها و تواناییهای خود را شناسایی کنند و از افرادی که می توانند آنها را در اعتلای سطح سلامت یاری کنند بهره گیرند.

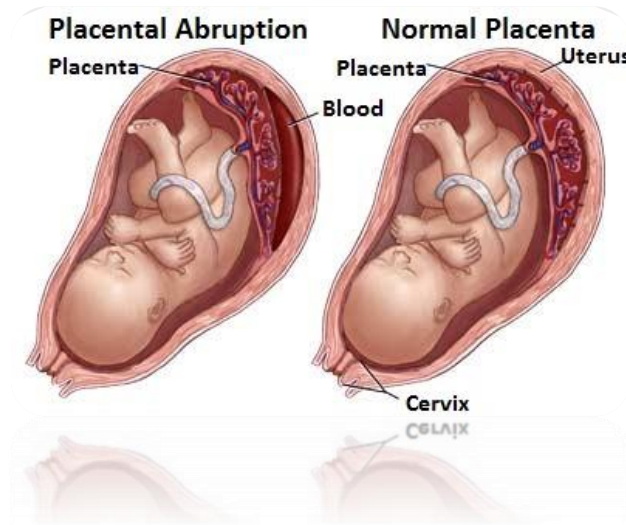
این آموزش ها بر اساس نیازهای فردی و موقعیت خاص بیمار طراحی و اجرا می شود تا تغییرات مطلوب رفتاری را ایجاد کند. این کار نیازمند تلاش گروهی تیم مراقبتی است و امروزه از مهمترین نقش های پرستاران و از اجزاء ضروری مراقبت های پرستاری محسوب می شود.

هدف از طراحی و تدوین این کتابچه، آموزش پرستار به بیمار، بروز رسانی آموزش و دانش پرستاران و بدنبال آن یکسان سازی آموزش های آنها و افزایش کیفیت خدمات پرستاری در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها و همچنین باعث ایجاد فضایی برای تعامل بین پرستار و بیمار در جهت کمک به بیمار برای بدست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر و کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی باشد.

مجموعه حاضر شامل سه بخش کلی است که بخش اول آموزش های خودمراقبتی به بیمار در مورد بیماری های شایع در بخش زایشگاه و بخش دوم داروهای رایج در بخش زایشگاه و بخش سوم (پیوست) کتابچه ی ایمنی بیمار است. امیدواریم این کتابچه برای تمامی پرسنل ماما و پرستار مفید و ارزشمند واقع شود و بتوانیم گامی در جهت نیل به تمامی اهداف برداشته باشیم.

• بیماری های شایع در بخش زایشگاه

دکولمان جفت (Placental abruption)



دکولمان جفت یا کندگی جفت (**Placental abruption**) به معنی جداشدن ناگهانی جفت از آندومتر می باشد که می تواند ناقص یا کامل باشد. چون در دکولمان کامل، خون مادر به جفت نمی رسد از این رو جنین دچار هیپوکسی می شود و اگر زایمان به سرعت (اغلب با روش سزارین) انجام نشود جنین قطعاً می میرد. معمولاً دکلمان با خونریزی مادر همراه است.

جداشدن ناگهانی جفت از رحم اغلب در ماه های آخر بارداری بوده به دلیل استرس جنین (نرسیدن خون به جنین و تند شدن ضربان قلب) خطرناک می باشد. تاخیر در درمان بخصوص در جداشدن کامل جفت موجب مرگ نوزاد می شود و باید سریعاً مادر را سزارین نمود.

علائم و نشانه های کنده شدن جفت

- علائم و نشانه های دکولمان جفت شامل یک یا چند مورد از موارد زیر است:
- خونریزی واژینال خفیف که قطع و دوباره شروع می شود (اگرچه در ۲۰٪ موارد خونریزی مشاهده نمی شود)
 - تندرنس رحم (درد در یک نقطه از رحم به دنبال فشار دادن همان نقطه)
 - انقباضات سریع
 - درد شکمی

- کمردرد
- اختلالات قلب جنین
- کاهش مایع آمنیوتیک
- رشد کند جنین

با مشاهده هرگونه خونریزی واژینال در سه ماهه سوم بارداری باید بلافاصله به پزشک مراجعه شود. اگرچه جفت سرراهی یکی دیگر از دلایل خونریزی واژینال به شمار می آید اما تشخیص نهایی به عهده پزشک است.

خطرات دکولمان جفت

جداشدن بخش کوچکی از جفت با مشکلات فراوانی همراه خواهد بود، به همین ترتیب اگر قسمت بزرگی از جفت یا کل آن از رحم مادر جدا شود مادر و جنین در معرض آسیب جدی قرار خواهند گرفت. آسیب‌هایی که مادر را تهدید می کند، عبارتند از:

- خونریزی شدید که موجب شوک یا نیاز به تزریق خون می‌شود
- مشکلات مربوط به لخته شدن خون
- نارسایی کلیه یا سایر اندام‌ها
- خطر جانی برای مادر و جنین

عوارض دکولمان برای جنین عبارتند از:

- **زایمان زودرس:** یعنی تولد قبل از هفته ۳۷، که حدود ۱۰ درصد نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به دکولمان جفت در این گروه قرار می‌گیرند.
- **مشکلات رشد:** اگر نوزاد به دلیل دکولمان جفت، زودتر از موعد مقرر به دنیا بیاید، در اوایل تولد و حتی در سال‌های بعد با مشکلات سلامتی مواجه خواهد بود.
- **مرده زایی:** به معنای مرگ جنین بعد از هفته بیستم بارداری در رحم مادر است.
- **وزن پایین هنگام تولد نوزاد:** کودکی که بر اثر کنده شدن زود هنگام جفت با زایمان اورژانسی متولد می‌شود، وزن پایینی خواهد داشت.

علت دکولمان جفت

علت دکولمان جفت به درستی مشخص نیست اما مصرف الکل و کوکائین در دوران بارداری می‌تواند امکان ابتلا به دکولمان را افزایش دهد. سایر علت‌های احتمالی دکولمان جفت یا کنده شدن جفت عبارتند از:

- 1- سابقه دکولمان جفت در بارداری‌های قبلی: اگر در بارداری‌های قبلی دچار دکولمان شده باشید، احتمال وقوع مجدد آن تا ۱۰٪ وجود دارد.
- 2- مصرف دخانیات: پژوهش‌ها نشان می‌دهد احتمال وقوع دکولمان در مادرانی که دخانیات مصرف می‌کنند، تا ۴۰٪ بیشتر است.
- 3- فشار خون بالا: اگر مادر قبل یا بعد از بارداری مبتلا به فشار خون بالا باشد، کنترل فشار خون با کمک پزشک اهمیت بسیار زیادی دارد.

- 4- مشکلات مربوط به کیسه آمنیوتیک : این کیسه که از مایع مخصوصی پر شده است، جنین را در داخل رحم نگه می دارد. چنانچه کیسه آمنیوتیک پیش از تاریخ مقرر زایمان پاره شده یا نشت کند، احتمال دکولمان جفتی افزایش می یابد.
- 5- بارداری در سنین بالا : اگر سن مادر بالای ۳۵ سال یا بیشتر باشد، احتمال وقوع دکولمان بیشتر است. در اغلب مواقع، کندگی جفت در میان مادران بیش از ۴۰ سال رایج است.
- 6- بارداری های چندقلویی : گاهی اوقات، به دنیا آمدن یک قل موجب کنده شدن جفت قبل از تولد قل بعدی خواهد شد .
- 7- تروما یا ضربه به شکم : اگر به طور مثال زمین بخورید یا در یک تصادف رانندگی ضربه ای به شکم شما وارد شود و موجب آسیب آن شود، ترومای شکمی رخ می دهد. بنابراین بهتر است همیشه شکم خود را با کمربند یا شکم بندهای مخصوص ببندید .

چگونگی تشخیص دکولمان جفت یا کنده شدن جفت

جفت بخشی از سیستم پشتیبانی حیات جنین است و اکسیژن و مواد مغذی از این طریق به او می رسد. وقتی جفت قبل از زایمان از رحم جدا شود در انتقال اکسیژن و مواد مغذی به جنین اختلال به وجود می آید. دکولمان جفت بعد از تولد یعنی با معاینه جفتی که تازه خارج شده است، تشخیص داده می شود. چند روش برای تشخیص دکولمان جفت پیش از زایمان و در دوران بارداری به منظور ارائه درمان صحیح و مؤثر وجود دارد.

روش ها تشخیص دکولمان جفت عبارتند از:

- سونوگرافی
- ارزیابی علائم بیمار (خونریزی، درد)
- آزمایش خون
- بررسی علائم جنین با نام مانیتورینگ

درمان قطعی دکولمان جفت

درمان دکولمان جفت، بسته به شدت و محل کنده شدن و سن بارداری متفاوت است. دکولمان می تواند به صورت ناقص یا کامل رخ دهد، همچنین می تواند درجات مختلفی داشته باشد که بسته به هر یک از آنها، نوع درمان متفاوتی توصیه می گردد. در جداسدگی ناقص اگر دوره بارداری کامل نشده باشد، استراحت مطلق و پایش دقیق جنین لازم است. در برخی موارد انتقال خون و سایر درمان های فوری انجام می شود.

در جداسدگی کلی یا دکولمان کامل، بهترین راه زایمان اورژانسی است. اگر وضعیت جنین ثابت باشد، مانعی برای زایمان طبیعی وجود ندارد، اما اگر جنین دچار زجر تنفسی بوده یا مادر خونریزی شدید داشته باشد، باید سزارین انجام شود. متأسفانه راهی برای جلوگیری از کنده شدن جفت یا اتصال مجدد آن وجود ندارد. جفت را نمی توان مجدداً به رحم مادر متصل کرد، بنابراین درمان به سن بارداری بستگی دارد.

- **درمان دکولمان جفت در کمتر از هفته ۳۴ بارداری :** اگر ضربان قلب جنین غیرطبیعی و دکولمان جفت شدید نباشد، ممکن است مادر برای مراقبت بیشتر در بیمارستان بستری شود. اگر وضعیت جنین خوب گزارش شود و خونریزی مادر قطع شده باشد، اجازه ترخیص داده خواهد شد. در مواردی که زایمان فوری لازم است، برای رشد سریعتر ریه های جنین داروهای مخصوصی برای مادر تجویز می گردد .

• **درمان دکولمان جفت در بعد از هفته ۳۴ بارداری:** اگر دکولمان شدید نباشد قادر به زایمان طبیعی خواهید بود ولی اگر دکولمان از نوع شدید باشد، باید هر چه سریعتر سزارین شوید در غیر این صورت سلامت خودتان و کودکتان به مخاطره می افتد. حتی ممکن است به انتقال خون نیز نیاز داشته باشید.

اگرچه راهی برای جلوگیری از بروز دکولمان جفت وجود ندارد، اما می توان با اجتناب از مصرف سیگار، قلیان و الکل احتمال وقوع آن را کاهش داد. گاهی علت بروز این عارضه ناهنجاری رحمی مادر است. چنانچه قبلاً سابقه دکولمان جفت داشتید، حتماً به پزشک اطلاع دهید تا تحت مراقبت دقیق قرار بگیرید. شاید با رعایت نکات و انجام راهکارهای خاص بتوان مانع از بروز مجدد آن گردید.

خود مراقبتی در دکولمان جفت :

۱. استراحت در بستر و عدم نزدیکی و انجام کارهای سنگین
۲. در صورت داشتن علائم خونریزی و درد شکمی و ابریزش مراجعه نماید.
۳. تزریق رگام در مادران با گروه خونی منفی و پدران مثبت
۴. توصیه به انجام سونوگرافی سریال برای بررسی موارد جفت سرراهی و مهاجرت جفت
۵. توصیه به مشاوره با پزشک داخلی در رابطه با بهبود انمی در صورت خونریزی شدید
۶. ارزیابی سلامت جنین و کنترل صدای قلب جنین
۷. انجام نوار قلب جنین و سونوی بیوفیزیکیال هفته ای یک بار
۸. تزریق استروئیدها بین هفته ۲۳ تا ۳۴ بارداری
۹. ختم بارداری در هفته ۳۷ تا ۳۸

زایمان زودرس preterm



شروع زایمان زودتر از زمان تعیین شده را زایمان زودرس یا پیش از موعد (preterm) می نامند. تولد نوزاد زودتر و قبل از زمان لازم برای رشد کامل می تواند تأثیرهای کوتاه یا بلندمدتی در سلامت کودک داشته باشد.

تشخیص زایمان پیش از موعد

با آغاز انقباضات رحمی در هفته های ۲۰ تا ۳۷ بارداری و به دنبال آن تغییر، باز و نازک شدن دهانه رحم مادر باردار، پزشک تشخیص زایمان پیش از موعد می دهد. اگر دچار انقباضات رحمی شوید، پزشک ممکن است با استفاده از لمس کردن دهانه رحم، شما را معاینه کند. معاینات واژن زمانی انجام می شود که مادر باردار دارای هر یک از علائم زیر باشد:

- انقباضات رحمی
- فشار لگنی غیر معمولی یا کمردرد
- لکه بینی یا خونریزی از واژن
- دردهای کرامپی شبیه قاعدگی
- بیشتر یا رقیق تر شدن حجم ترشحات واژن
- تغییر رنگ در ترشحات واژن؛ مایل به صورتی یا قهوه ای روشن

اگر انقباضات طی یک دوره چند ساعته ادامه پیدا کند، ممکن است میزان باز و نازک شدن دهانه رحم به صورت دوره ای بررسی و معاینه شود. اگر انقباض رحمی وجود داشته، اما دهانه رحم تغییری نداشته باشد، تشخیص پزشک معمولاً زایمان پیش از موعد نخواهد بود. در صورت احتمال زایمان پیش از موعد، پزشک با معاینات واژینال و لگنی موارد زیر را بررسی خواهد کرد:

- میزان باز و نازک شدن دهانه رحم
- میزان حرکت کودک به سمت کانال یا مسیر تولد
- بررسی ترشحات واژن برای خروج مایع آمنیوتیک یا پاره شدن کیسه آب

در صورتی که کیسه آب زودتر از موعد پاره شود، پزشک برای جلوگیری از خطر عفونت جنین، تا حد امکان معاینات واژن را انجام نخواهد داد.

عوامل مؤثر در زایمان زودرس

در حدود نیمی از موارد، علت مشخصی برای زایمان پیش از موعد وجود ندارد. اگر فرد سابقه یک زایمان پیش از موعد داشته باشد، احتمال داشتن زایمان زودرس دیگر نیز بالاست. سایر مواردی که می‌تواند احتمال زایمان زودرس را افزایش دهد شامل موارد زیر است:

- فشار خون بالا در بارداری یا پره‌اکلامپسی
- بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های کلیوی، قلبی یا دیابت
- بارداری چندقلو
- مشکلات رحم یا دهانه رحم
- بارداری پیش از ۱۷ سالگی یا بعد از ۳۵ سالگی
- وجود عفونت‌ها
- کمبود وزن شدید در زمان بارداری
- مصرف دخانیات
- سابقه سقط ناخواسته یا سقط کردن جنین
- دریافت نکردن خدمات پزشکی مناسب
- عفونت دهانه رحم
- مشغول به کار بودن در شغل‌هایی با فعالیت فیزیکی سنگین
- استرس زیاد؛ خشونت خانگی یا فوت یکی از عزیزان
- صدمه فیزیکی یا تروما (trauma)

تأثیر زایمان زودرس در نوزاد

هنگام زایمان پیش از موعد، عموماً جنین به شکلی کامل رشد نکرده است. رشد ناکامل جنین همیشه به معنای وجود مشکل سلامت برای جنین نیست، بلکه در چنین مواردی لازم است جنین مدت بیشتری را در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان تحت نظر باقی بماند. از آنجا که ریه‌های نوزادان متولدشده پیش از موعد، هنوز به صورت کامل تکامل نیافته است، مشکلات تنفسی در اکثر این نوزادان شایع است. به همین دلیل، ممکن است نیاز به استفاده از ونتیلاتور وجود داشته باشد؛ دستگاهی که به تنفس نوزاد کمک

می‌کند. پیش از این که نوزاد از بیمارستان مرخص شود، باید بتواند به راحتی نفس بکشد. همچنین ممکن است این نوزادان برای کنترل دمای نرمال بدن خود مشکل داشته باشند و در نتیجه باید دمای بدن آنها را ثابت نگاه داشت. برای رفع این مشکل ممکن است نوزاد در دستگاهی به نام انکوباتور نگهداری شود. انکوباتور نوزاد دستگاهی است که برای کنترل دما و رطوبت بدن نوزاد استفاده می‌شود. اگر نوزاد آن قدر زود متولد شده باشد که توانایی مکیدن یا بلعیدن نداشته باشد، تغذیه او از طریق آنژیوکت یا لوله‌ای خواهد بود که مواد غذایی را از طریق بینی و حلق به شکم می‌رساند.

پیشگیری از وقوع زایمان زودرس

دلایل وقوع زایمان زودرس کاملاً شناخته شده نیست، اما نکات مهمی برای پیشگیری از آن وجود دارد که رعایت کردن و عمل به آنها، تأثیر بسزایی در جلوگیری از تولد نوزادی زودتر از مدت زمان لازم برای یک بارداری طبیعی دارد. این نکات شامل موارد زیر است:

پرهیز از چاق شدن و اضافه وزن بیش از حد در بارداری: مادران باردار نیاز به اضافه کردن وزن دارند، اما این اضافه وزن باید در محدوده طبیعی و مناسب وزن‌گیری هنگام بارداری باشد تا مشکلی برای آنها و کودکشان به وجود نیاید.

پرهیز از مصرف سیگار و دخانیات: شما در دوران بارداری هرگز مجاز به کشیدن سیگار نیستید، زیرا مصرف سیگار و سایر محصولات دخانی، علاوه بر وقوع زایمان زودرس، خطرات دیگری برای شما و کودکتان به دنبال خواهد داشت. همچنین باید از قرار گرفتن در محیط‌هایی با حضور افراد سیگاری خودداری کنید.

پیشگیری از عفونت‌های دهان و دندان: به مراقبت‌های دهان و دندان قبل از اقدام به بارداری اهمیت بدهید. بعد از باردار شدن نیز بهداشت دهان و دندان خود را بیشتر از قبل رعایت کنید و حداقل دو بار با مراجعه به دندان‌پزشک در طول بارداری، از سلامت دهان و دندان‌های خود اطمینان پیدا کنید.

پیشگیری و درمان عفونت‌های ادراری: عفونت‌های مجاری ادرار از عفونت‌هایی است که می‌تواند در دوران بارداری اتفاق بیفتد. برای پیشگیری از عفونت‌های مجاری ادرار، لازم است در طول روز به میزان کافی آب بنوشید، نیاز به ادرار کردن را نادیده نگیرید و بهداشت ناحیه تناسلی خود را رعایت کنید. در صورت ابتلا به این عفونت‌ها نیز باید تحت درمان قرار بگیرید، زیرا درمان نکردن به موقع آنها، احتمال زایمان زودرس را افزایش می‌دهد. بنابراین با وقوع علائمی مثل سوزش و درد هنگام ادرار کردن، ابتلا به تب یا لرز، سریعاً به پزشک مراجعه کنید.

مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری: پزشک شما در طول بارداری با انجام معاینات لازم، سلامت شما و کودکتان را تحت نظر می‌گیرد. پس فراموش نکنید که در تمام جلسات ملاقات با پزشک حضور داشته باشید و آزمایش‌های درخواستی مراحل مختلف بارداری را به موقع انجام دهید.

خود مراقبتی در زایمان زود رس :

۱. داشتن استراحت نسبی در بستر و عدم نزدیکی و کارهای سنگین
۲. در صورت داشتن دردهای شکمی و خونریزی و ابریزش و کاهش حرکات مراجعه نماید.
۳. تزریق استروئیدها در هفته ۲۶ تا ۳۶ بارداری
۴. تزریق سولفات در هفته ۲۴ تا ۳۲ به مدت ۱۲ ساعت برای محافظت عصبی نوزاد
۵. جلوگیری از داشتن استرس و اضطراب
۶. انجام سونوگرافی برای تعیین سن حاملگی و وضعیت جفت و جنین
۷. ارزیابی علائم حیاتی و کنترل صدای قلب جنین
۸. چک حرکات جنین
۹. در صورت داشتن درد انجام معاینه وازینال
۱۰. در صورت داشتن سابقه زایمان زود رس و تک قلو تزریق پروژسترون عضلانی از هفته ۱۶ تا ۲۰ هر هفته تا هفته ۳۶ به میزان ۲۵۰ میلیگرم

اکلامپسی Eclampsia



اکلامپسی به انگلیسی Eclampsia: آغاز حملات تشنج در زنان دارای پره اکلامپسی است که پیشتر این اختلال چند ارگانی ناشی از حاملگی با نشانه‌های افزایش فشار خون و پروتئینوری یا دفع پروتئین در ادرار خود را نشان داده‌است. حمله تشنج می‌تواند پیش، در هنگام و یا پس از زایمان رخ دهد.

پره اکلامپسی و اکلامپسی (مسمومیت حاملگی) در واقع یک اختلال خطرناک در فشار خون، کارکرد کلیه و دستگاه عصبی مرکزی است که ممکن است از هفته بیستم بارداری تا هفت روز پس از زایمان رخ دهد.

علت پره اکلامپسی چیست؟

علت دقیق برای پره اکلامپسی هنوز هم به طور کامل شناخته شده نیست با این حال، شرایط پزشکی خاص مانند دیابت و فشار خون بالا می‌تواند مقدار جریان خون به جفت را محدود کند این تغییرات جریان خون می‌تواند باعث وارد شدن مقادیر بالایی از پروتئین‌های جفت به داخل جریان خون شود که می‌تواند سبب پره اکلامپسی شود.

عوامل تشدید کننده اکلامپسی

• تغذیه نامطلوب

• دیابت شیرین

• بالا بودن فشار خون قبل از بارداری

• بیماری‌های مزمن کلیه

اختلالات ایمنی، نظیر لوپوس

بارداری اول

بروز پره آکلامپسی در طی یک بارداری لزوماً به معنی تکرار آن در بارداری‌های بعدی نیست، ولی با یک بار بروز، خطر عود آن در بارداری‌های بعدی افزایش می‌یابد.

چاقی

بارداری دوقلو یا چندقلو

سابقه خانوادگی پره اکلامپسی یا آکلامپسی

علایم شایع پره اکلامپسی

پره اکلامپسی خفیف:

• افزایش قابل توجه فشار خون، حتی اگر هنوز در محدوده طبیعی قرار داشته باشد.

• ورم صورت، دست‌ها و پاها که هنگام صبح شدیدتر است.

• افزایش وزن بیش از حد معمول (بیش از نیم کیلوگرم در هفته در سه ماهه آخر بارداری)

پره اکلامپسی شدید:

◆ تداوم افزایش فشار خون

◆ تداوم ورم صورت و اندام‌ها

◆ تاری دید

◆ سردرد

◆ تحریک پذیری

◆ درد شکم

اکلامپسی:

*تشدید علایم فوق

*انقباضات عضلانی

*تشنج

*انگما

پیشگیری از پره اکلامپسی

پژوهشگران در حال مطالعه برای راه‌های پیشگیری از پره اکلامپسی هستند، اما تا کنون، هیچ استراتژی روشن پدید نیامده است. خوردن نمک کمتر، تغییر در فعالیت‌های خود، محدود کردن کالری، مصرف سیر و یا روغن ماهی خطر را کاهش نمی‌دهد.

مفید بودن افزایش مصرف ویتامین C. و E. نشان داده نشده است و تحقیقات بر روی ویتامین D. در حال پیشرفت است. با این حال در بعضی از موارد، شما ممکن است قادر به کاهش خطر ابتلا به پره اکلامپسی باشید با:

-آسپرین با دوز پایین: اگر شما در حاملگی‌های قبلی پره اکلامپسی داشتید که در نتیجه قبل از هفته ۳۴ بارداری منجر به زایمان شده است و یا ابتلا به پره اکلامپسی در بیش از یک حاملگی قبلی دارید دکتر شما ممکن است توصیه به مصرف دوز پایین آسپرین بین ۶۰ و ۸۱ میلی گرم روزانه شروع با تاخیر در اوایل سه ماهه سوم نماید.

-مکمل‌های کلسیم: در برخی از جمعیت‌ها، زنانی که کمبود کلسیم قبل از بارداری دارند و در دوران بارداری به اندازه کافی نمی‌توانند کلسیم را از طریق رژیم غذایی خود دریافت کنند ممکن است از مکمل‌های کلسیم برای جلوگیری از ابتلا به پره اکلامپسی بهره‌مند شوند.

این مهم است که شما هیچ کدام از داروها، ویتامین‌ها یا مکمل‌ها را نباید بدون مشورت با دکتر خود مصرف کنید.

قبل از اینکه باردار شوید به خصوص اگر شما در حاملگی قبلی پره اکلامپسی داشتید یک ایده خوب این است که اگر اضافه وزن دارید وزنتان را کاهش دهید و مطمئن شوید که اگر دیابت دارید به خوبی کنترل می‌شود.

هنگامی که شما حامله هستید از خود و کودکتان از طریق مراقبت‌های اولیه و به طور منظم قبل از تولد مراقبت کنید. اگر پره اکلامپسی زود تشخیص داده شود برای جلوگیری از عوارض و ایجاد بهترین انتخاب برای شما و کودکتان همکاری شما با پزشکتان لازم است.

عواقب مورد انتظار در عارضه اکلامپسی

اکلامپسی اگر تشخیص داده شود و در سراسر بارداری درمان شود، معمولاً بدون عارضه‌ای و در عرض هفت روز پس از زایمان برطرف می‌شود. پره اکلامپسی شدید و عوارض ناشی از فشار خون بالا همچنان یک عامل مهم دخیل در مرگ‌ومیر مادران محسوب می‌گردد. اگر زایمان پیش از موعد رخ دهد، احتمال زنده ماندن نوزاد بستگی به میزان بلوغ جسمی او دارد. مرگ جنین در این شرایط شایع است.

عوارض احتمالی اکلامپسی

تسکته مغزی

تشنج

آدم ریه

تئارسایی کلیه

تأفزایش خطر بروز فشار خون بالای غیرمرتبط با بارداری پس از ۳۰ سالگی

چگونه پره اکلامپسی تشخیص داده می‌شود؟

۰ پروتئین (پروتئین در ادرار).

۰ نمونه ادرار ۲۴ ساعت جمع آوری شده و مقدار پروتئین موجود در آن می‌تواند نشانه‌ای از شدت بیماری باشد.

۰ آزمایش خون برای چک کردن کبد و کلیه‌ها و لخته شدن خون انجام می‌شود.

۰ سونوگرافی جنین: بر پیشرفت کودک از نزدیک نظارت خواهد شد و مطمئن می‌شوند که او به درستی در حال رشد است.

۰ فشار خون بالا: فشار خون زن خیلی بالا است. فشار خون ۹۰/۱۴۰ میلی متر جیوه در دوران بارداری غیر طبیعی است.

۰ تست بدون استرس: دکتر چک می‌کند که چگونه ضربان قلب کودک به حرکت واکنش نشان می‌دهد اگر ضربان قلب را افزایش می‌دهد ۱۵ ضربه یا بیشتر در یک دقیقه به مدت حداقل ۱۵ ثانیه دو بار، برای هر بیست دقیقه نشانه‌ی آن است که همه چیز احتمالاً خوب است.

درمان پره اکلامپسی چیست؟

پره اکلامپسی تا زمانی که کودک به دنیا نیاید درمان نمی‌شود. تا زمانی که فشار خون مادر پایین نیاید او در معرض خطر بیشتر سکتته مغزی، خونریزی شدید، جداشدن جفت و تشنج می‌باشد.

در برخی موارد، به خصوص اگر پره اکلامپسی در اوایل آغاز شده باشد زایمان ممکن است بهترین گزینه برای جنین نباشد. زنانی که در حاملگی‌های قبلی پره اکلامپسی داشته‌اند باید در جلسات قبل از تولد بیشتر شرکت کنند.

در عارضه اکلامپسی داروهای زیر ممکن است توصیه شوند:

داروهای مورد استفاده برای کنترل فشار خون مزمن بالا در دوران بارداری عبارتند از:

*داروهای ضد فشارخون: برای کاهش فشار خون تجویز می‌شود.

*متیل دوپا.

*نیفدیبین.

*هیدرالازین: این دارو داخل وریدی به سرعت برای کاهش فشار خون به شدت بالا در دوران بارداری استفاده می‌شود.

*لابتالول: این دارو داخل وریدی به سرعت برای کاهش فشار خون به شدت بالا در بیمارستان است این داروی خوراکی برای کنترل فشار خون بالا در دوران بارداری نیز داده می‌شود.

*کورتیکواستروئیدها: اگر مادر مبتلا به سندرم HELLP یا پره اکلامپسی باشد، این داروها ممکن است کارکرد پلاکت و کبد را فراهم کنند که طول بارداری را افزایش می‌دهد.

*ضد تشنج‌ها: در موارد شدید، به منظور جلوگیری از تشنج برای اولین بار، دکتر ممکن است سولفات منیزیم تجویز کند.

استراحت: اگر تا زمان زایمان مدت زیادی باقی مانده است و نشانه‌های او خفیف است پزشک ممکن است توصیه به استراحت در رختخواب نماید این کمک می‌کند تا فشار خون پایین بیاید و به نوبه خود باعث افزایش جریان خون به جفت می‌شود که به نفع کودک است.

علائم پره اکلامپسی در عرض چند هفته بعد از زایمان رفع خواهد شد. برخی داروهای ضد فشار خون در طول حاملگی خطرناک هستند اگر شما داروهای ضد فشار خون مصرف می‌کنید با دکتر خود در مورد ایمنی پزشکی صحبت کنید.

مراقبت پس از زایمان پره اکلامپسی

اگر شما پره اکلامپسی متوسط تا شدید دارید خطر ابتلا به تشنج (اکلامپسی) برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول پس از زایمان ادامه می‌یابد. (در موارد بسیار نادر، تشنج بعداً در دوران پس از زایمان گزارش شده است) بنابراین ممکن است سولفات منیزیم به مدت ۲۴ ساعت پس از زایمان ادامه یابد.

فشار خون به احتمال زیاد چند روز پس از زایمان به حالت عادی بر می‌گردد در موارد نادر می‌تواند ۶ هفته یا بیشتر طول بکشد مگر اینکه شما دارای فشار خون بالای مزمن باشید. برخی از زنان ۶ هفته پس از زایمان هنوز فشار خون بالا دارند و در بلند مدت به سطح عادی بازگشت می‌نمایند.

اگر فشار خون شما هنوز هم پس از زایمان بالا باشد ممکن است یک داروی فشار خون به شما داده شود. بعد از آن شما نیاز به معاینات منظم پزشکی دارید.

خود مراقبتی در پره اکلامپسی

۱. توزین روزانه با یک لباس و ترازوی ثابت

۲. استراحت نسبی در بستر

۳. رژیم پر پروتئین و پر کالری باید داشته باشد.

۴. در صورت داشتن علائم خطر از جمله سردرد، تاری دید، درد اپی گاستر، تهوع و استفراغ و افزایش وزن ناگهانی هر چه سریعتر مراجعه نماید.

۵. چک فشار خون طبق دستور پزشک و در صورت بالا بودن ارجاع سریع به زایشگاه

۶. توجه به چک حرکات جنین و آموزش چارت حرکتی جنین

۷. ادامه مراقبت های روتین بارداری طبق دستور پزشک

توصیه های تغذیه ای در خصوص بیماری پره اکلامپسی

پره اکلامپسی سندرمی است که با مجموعه ای از علائم از جمله ادم و پروتئین اوری و پر فشاری خون همراه است و در نیمه دوم بارداری و بعد از ۲۰ هفتهگی اتفاق می افتد و چنانچه این عارضه با تشنج همراه شود اکلامپسی نامیده می شود.

توصیه های تغذیه ای بصورت مکمل با درمان دارویی و با بستری و درمان فرد در بیمارستان مفید است و به تنهایی نمی تواند موجب پیشگیری یا درمان این عارضه شود.

توصیه های تغذیه ای شامل تجویز ویتامین ای و مصرف کافی کلسیم و پروتئین و پتاسیم و مصرف غذایی پر پروتئین و استفاده از منابع غذایی اسید چرب ضروری اسید لینولیک و اسید لینولیک می باشد.

محدودیت شدید مصرف نمک در پره اکلامپسی و اکلامپسی توصیه نمی شود.

توصیه های تغذیه ای شامل :

۱. تنظیم کالری مورد نیاز با مشاوره کارشناس تغذیه

۲. افزایش مصرف سبزی ها و میوه ها و کاهش مصرف قندهای ساده

۳. محدودیت مصرف نمک

دیابت بارداری gestational Diabetes



دیابت حاملگی چیست؟

دیابت حاملگی نوعی دیابت است که زنان حامله به آن مبتلا می شوند. بین ۲ تا ۷ درصد زنان حامله دچار این نوع دیابت می شوند و به این دلیل این بیماری یکی از شایعترین عوارض حاملگی است. سیستم گوارش بیشتر غذای خورده شده را به نوعی قند به نام گلوکز می شکند. گلوکز وارد خون شده و با کمک انسولین (هورمونی که از لوزالمعده یا پانکراس ترشح می شود) سوخت لازم برای سلول های بدن را فراهم می کند.

در دیابت حاملگی هم نظیر دیابت های تیپ ۱ و ۲ (که در افراد غیر حامله بروز می کند)، گلوکز به جای رفتن به درون سلول ها و تبدیل شدن به انرژی در داخل خون باقی می ماند.

اما چرا در حاملگی چنین اتفاقی رخ می دهد؟

در طی حاملگی، هورمون ها استفاده از انسولین را برای بدن سخت می کنند و از این رو لوزالمعده باید انسولین بیشتری تولید کند. در بیشتر زنان حامله این مسئله مشکلی ایجاد نمی کند و پانکراس انسولین بیشتری ترشح می کند. ولی در صورتیکه پانکراس نتواند به اندازه لازم انسولین ترشح کند و سطح گلوکز در خون بالا رود دیابت حاملگی رخ می دهد.

بیشتر زنان مبتلا به دیابت حاملگی بعد از تولد کودک بهبود می یابند. با این حال ابتلا به این بیماری احتمال ابتلا در حاملگی های بعدی و یا در آینده را افزایش می دهد.

تأثیر دیابت بر روند حاملگی

امروزه بیشتر زنان مبتلا به دیابت حاملگی کودکان سالمی بدنیا می آورند. پزشک معالج بیمار را تحت نظر گرفته و قند خون با استفاده از رژیم درمانی و ورزش و در صورت لزوم تزریق انسولین در حد طبیعی نگه داشته می شود. اما در صورتیکه دیابت بخوبی کنترل نشود می تواند عواقبی جدی برای مادر و کودک به همراه داشته باشد.

در بیشتر زنان حامله مهمترین نگرانی این است که قند خون بالا سبب بالا رفتن قند خون جنین می شود. در نتیجه، لوزالمعده جنین باید برای سوزاندن گلوکز اضافی انسولین بیشتری ترشح کند. مجموعه این اتفاقات سبب می شود بدن جنین چربی بیشتری تولید کرده و وزن جنین بویژه در بالا تنه افزایش یابد. افزایش وزن در بالا تنه جنین منجر به وضعیتی به نام ماکروزومی می شود.

کودک ماکروزوم ممکن است خیلی بزرگ باشد بطوریکه در زایمان طبیعی نتواند از کانال زایمانی خارج شود. یا سر کودک در هنگام زایمان وارد کانال شود ولی شانه هایش گیر کند. در این وضعیت که "دیستوشی شانه" خوانده می شود پزشک باید برای خارج کردن جنین از رحم از مانور های خاصی استفاده کند.

زایمان طبیعی گاهی در این وضعیت منجر به شکستگی استخوانی یا آسیب به اعصاب می شود که در هر دو حالت مشکل در ۹۹٪ کودکان متولد شده بدون بجای گذاشتن عوارض دائمی بهبود می یابد. (در بعضی موارد خیلی نادر کودک ممکن است بدلیل نرسیدن اکسیژن کافی در حین زایمان دچار مشکلات مغزی گردد). مانور های انجام شده همچنین ممکن است سبب آسیب به ناحیه مهبل مادر نیز شده و یا نیازمند یک اپیزوتومی بزرگتر باشد.

به دلیل این خطرات، در صورتیکه پزشک به بزرگ بودن جنین مشکوک باشد ممکن است سزاین توصیه شود. خوشبختانه، در صورتیکه دیابت حاملگی کنترل شود، تنها در درصد کمی از موارد جنین بیش از حد بزرگ می شود.

به فاصله کوتاهی پس از تولد، قند خون کودک ممکن است افت کند زیرا بدن وی همچنان در حال تولید مقادیر اضافی انسولین است. به همین دلیل، بلافاصله در اتاق زایمان، قند خون کودک با استفاده از خون گرفته شده از پاشنه پایش کنترل می شود. در صورتیکه قند خون پایین باشد کودک باید در اسرع وقت چه با شیر مادر و چه با شیر خشک و یا آب قند تغذیه شود. (در موارد شدید افت قند خون ممکن است گلوکز وریدی به کودک داده شود).

در این کودکان خطر ابتلا به یرقان نوزادی، پلی سیمی (بالا بودن تعداد گلبول های قرمز خون)، و هیپو کلسمی (پایین بودن کلسیم خون) نیز بیشتر است. در صورتیکه دیابت حاملگی بخوبی کنترل نشود ممکن است بر عملکرد قلب جنین نیز تأثیر بگذارد. بعضی مطالعات نشان داده اند که میان دیابت حاملگی شدید و افزایش خطر مرده زایی در دو ماه آخر حاملگی رابطه وجود دارد. و در نهایت، دیابت حاملگی خطر ابتلا به پره اکلامپسی را دو برابر می کند.

تشخیص دیابت حاملگی

مادر ممکن است متوجه شود که نسبت به شرایط معمول بیشتر تشنه، گرسنه و خسته می شود و یا دچار تکرر ادرار شده است ولی اینها همگی علائم شایعی در زمان حاملگی هستند و طبیعی تلقی می شوند. واقعیت این است که دیابت حاملگی اغلب بدون علامت است. به همین دلیل است که تقریباً در تمام زنان حامله بین هفته های ۲۴ و ۲۸ قند خون اندازه گیری می شود.

با این حال، در صورتیکه خطر ابتلا به دیابت در مادر بیشتر باشد و یا علائمی از آن را داشته باشد (نظیر وجود قند در ادرار) اندازه گیری قند خون در اولین ویزیت زمان حاملگی و بعد از آن در صورتیکه نتیجه آزمایش اول منفی باشد بین هفته های ۲۴ و ۲۸ انجام می شود. مثبت بودن آزمایش قند خون دلیل بر ابتلا به دیابت حاملگی نیست ولی بیمار باید برای تشخیص قطعی مجدداً مورد آزمایش قرار گیرد.

چه عواملی خطر ابتلا به دیابت حاملگی را افزایش می دهند؟

طبق نظر انجمن دیابت آمریکا عوامل زیر خطر ابتلا به دیابت حاملگی را افزایش داده و قند خون در این موارد باید زودتر اندازه گیری شود:

چاقی (اندکس توده بدن **body mass index** - بالای ۳۰)

سابقه ابتلا به دیابت حاملگی در حاملگی های قبلی

سابقه خانوادگی دیابت

بعضی پزشکان عوامل زیر را نیز به لیست بالا اضافه می کنند:

وجود قند در ادرار (آزمایش ادرار در تمامی ویزیت های زمان حاملگی انجام می شود)

سابقه بدنی آوردن نوزاد بزرگ (بعضی ۴ کیلوگرم و بعضی ۴ کیلو و ۴۰۰ گرم را مرز در نظر می گیرند)

مرده زایی بدون دلیل

سابقه بدنیا آوردن کودک دچار نواقص زایمانی

بالا بودن فشار خون

توجه داشته باشید که بسیاری از زنانی که به دیابت حاملگی مبتلا می شوند هیچیک از این فاکتور ها را ندارند. به همین دلیل است که بیشتر پزشکان اندازه گیری قند خود را برای تمام بیماران در هفته های ۲۴ تا ۲۸ بصورت روتین درخواست می کنند. از سوی دیگر، در درصد کمی از زنان حامله ممکن است احتمال ابتلا بقدری کم باشد که اصلاً نیازی به آزمایش نداشته باشند. خصوصیات این زنان عبارتند از:

سن کمتر از ۲۵ سال

وزن متناسب

نبود سابقه خانوادگی دیابت

نبود سابقه بالا بودن قند خون

نبود سابقه بدنیا آوردن کودک بزرگ یا هر گونه عوارض دیگری که معمولاً همراه دیابت حاملگی دیده می شود

درمان دیابت حاملگی

درمان دیابت حاملگی به شدت بیماری بستگی دارد. بیمار باید قند خود را با استفاده از دستگاه های خانگی کنترل قند خون و یا نوار های حساس به قند خون کنترل کند. رژیم غذایی برنامه ریزی شده می تواند کمک کننده باشد.

در رژیم غذایی، باید تعادل صحیحی میان پروتئین، چربی و کربوهیدرات وجود داشته باشد. همچنین ویتامین های لازم، مواد معدنی و کالری لازم باید تأمین شود. از مصرف مواد شیرین باید پرهیز کرد و یا مصرف آنها را به حداقل رساند. همچنین پرهیز از حذف وعده های غذایی، بویژه صبحانه، بر ثابت نگه داشتن قند خون مؤثر است.

رعایت رژیم غذایی ممکن است در ابتدا کمی نگران کننده باشد ولی اگر به آن عادت کنید دیگر چندان سخت نیست. همچنین مادر نباید خود را تحت رژیم غذایی خاص یا محدود کننده بداند. اصول حاکم بر رژیم غذایی دیابتی برای همه افراد مفید است بنابراین اگر دیگر اعضاء خانواده هم این رژیم غذایی را رعایت کنند فرصتی فراهم شده است تا همه از یک تغذیه سالم تر بهره مند شوند.

مطالعات نشان می دهند که ورزش سبک هم به بهبود توانایی بدن در سوزاندن گلوکز کمک کرده و سبب کاهش قند خون می شود. ۳۰ دقیقه فعالیت هوازی در روز، نظیر پیاده روی یا شنا، برای بسیاری از زنان مبتلا به دیابت حاملگی سودمند است. ورزش شدید برای همه توصیه نمی شود، بنابر این برای آگاهی از میزان فعالیت ورزشی مناسب و مفید بهتر است با پزشک مشورت شود. در صورتیکه قند خون با رژیم غذایی و ورزش کنترل نشود پزشک ممکن است انسولین تزریقی نیز تجویز کند. حدود ۱۵ درصد زنان مبتلا به دیابت حاملگی به انسولین نیاز پیدا می کنند. اخیراً بعضی پزشکان به جای انسولین، داروهای خوراکی نظیر قرص های گلیبنکلامید یا متفورمین تجویز می کنند ولی هنوز در مورد مؤثر بودن این داروها تردیدهایی وجود دارد.

• دیابت بارداری چگونه درمان می شود؟

به منظور درمان دیابت بارداری، شما می بایست قند خون را مرتب اندازه گیری کنید و این کاری است که شما می توانید به آسانی یاد بگیرید. اغلب زنان سطح قند خون خود را می توانند با تغییر رژیم غذایی خود کنترل کنند. برخی از زنان به انسولین یا سایر درمان های دیابت نیاز خواهند داشت.

خود مراقبتی در دیابت بارداری

دیابت بارداری نیمه اول:

۱. کنترل قند خون تحت نظر پزشک متخصص غدد
۲. انجام مشاوره تغذیه و رعایت رژیم غذایی و داشتن ورزش
۳. سونوگرافی تعیین سن حاملگی و ارزیابی جنین با سونوگرافی هدفدار جهت بررسی نقایص لوله عصبی
۴. مصرف اسپرین برای جلوگیری از پره اکلامپسی در بیمارانی که تحت رژیم دارویی هستند از هفته ۱۲ تا ۳۶ بارداری قبل خواب
۵. ارزیابی عملکرد کلیه ها با انجام آزمایشات مربوطه
۶. انجام مراقبت های بارداری طبق دستور پزشک متخصص

دیابت بارداری نیمه دوم :

۱. سونوگرافی دقیق جهت بررسی نقایص لوله عصبی و ناهنجاری های جنینی
۲. اکوکاردیو گرافی قلب جنین در هفته ۲۰ تا ۲۲ بارداری
۳. توضیح علائم خطر پره اکلامپسی مثل سردرد و تاری دید و درد اپی گاستر و افزایش وزن ناگهانی از هفته ۲۸ بارداری به مددجو
۴. آموزش نحوه چک حرکات جنین به مددجو از هفته ۲۸ بارداری
۵. سونوگرافی ارزیابی رشد جنین از هفته ۳۲ هفته ای یک بار
۶. ویزیت هفتگی برای کنترل قند خون
۷. انجام نوار قلب جنین از هفته ۲۸ هفته ای ۲ بار
۸. انجام سونوی بیوفیزیکال طبق دستور دکتر

دیابت بارداری:

۱. افراد دیابتی که پیش از بارداری دیابت داشته اند و دیابت ان ها می تواند وابسته یا غیر وابسته به انسولین باشد.
 ۲. دیابتی که اولین بار در طی حاملگی تشخیص داده می شود.
- چه دیابت از قبل بارداری وجود داشته باشد و چه در بارداری ایجاد شده باشد شیوه مدیریت عارضه یکسان بوده و بر اساس میزان قند خون تعریف میشود.
- برخی مطالعات نشان داده اند که شیوع دیابت بارداری در شرایطی که کم خونی فقر آهن وجود دارد کاهش می یابد که شاید نشان دهنده فاکتورهایی اندک کافی نبودن تغذیه و کم بودن افزایش وزن دوران بارداری می باشد.

در این صورت ارتباط بین بهبود تغذیه و افزایش شیوع دیابت بارداری در کشورهای پیشرفته قابل توجه است .

ورزش و تغذیه مناسب از ابتدای بارداری می تواند از ابتلا به دیابت بارداری پیشگیری کند.

درمان دیابت بارداری شامل رژیم غذایی و ورزش و دارو است. رژیم غذایی نخستین گام در کنترل و درمان بیماران دچار دیابت بارداری می باشد.

فواید ورزش در بارداری :

۱. کاهش سطح گلوکز خون طی ورزش و بعد از آن

۲. کاهش غلظت انسولین پای و انسولین بعد از غذا

۳. تنظیم سطح گلوکز روزانه خون

۴. افزایش حساسیت به انسولین

۵. بهبود وضعیت لیپیدها

۶. کاهش خفیف تا متوسط فشار خون

۷. بهبود وضعیت قلبی و عروقی

۸. جلوگیری از افزایش وزن زیاد

۹. کاهش بافت چربی بدن

۱۰. ایجاد حس مطلوب و ارتقا کیفیت زندگی

درمان با انسولین

انسولین تنها دارویی است که علاوه بر رژیم غذایی و اقدامات درمانی توصیه می شود.

رژیم غذایی دیابت بارداری :

هدف از رژیم درمانی رساندن قند خون به سطح نرمال می باشد

مشخصات رژیم غذایی دیابت بارداری :

مواد غذایی	سهم ماده غذایی در رژیم غذایی
پروتیین	۲۵-۲۰ درصد کل انرژی دریافتی روزانه ۱/۳ تا ۲ گرم به ازای هر کیلو وزن بدن در صورت عدم وجود اختلال عملکرد کلیه
چربی	۲۵-۲۰ درصد کل انرژی دریافتی روزانه
سدیم	مقدار سدیم دریافتی باید مانند افراد بزرگسال و سالم و حدود ۲ گرم در روز باشد
کربوهیدرات	۱. حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد کل انرژی دریافتی روزانه ۲. حداقل ۱۵۰ تا ۲۰۰ گرم کربوهیدرات برای پیشگیری از کاهش قند خون ضروری است ۳. استفاده از کربوهیدرات های پیچیده (غلات سبوس دار و سبزی و میوه و...) پرهیز از قند های ساده تا حد امکان

بسیاری از خانم های باردار قادر به تحمل بیش از ۳۰ گرم کربوهیدرات در وعده صبحانه نیستند بنابراین هنگام برنامه ریزی غذایی می توان مقدار کربوهیدرات در وعده صبحانه را محدود و بقیه آن را در سایر وعده ها تقسیم کرد.

مواد غذایی غیر مجاز برای زنان باردار دیابتی :

۱. مصرف سه گروه از مواد غذایی در مادران باردار دیابتیک مجاز نیست

۲. مواد غذایی با سدیم بالا نظیر کالباس و سوسیس یا هر نوع ماده غذایی کنسرو شده و چیپس و پفک

۳. مواد غذایی چرب با کلسترول بالا و هر نوع غذای سرخ شده و انواع گوشت قرمز پر چرب و کله پاچه و پوست مرغ و سس مایونز شیر و لبنیات پرچرب

۴. قندهای ساده در مقادیر بالا : انواع شیرینی و بیسکویت و نوشابه های گاز دار قند و شکر و عسل و مربا و بستنی

سقط

Abortion



سقط جنین (miscarriage) یعنی از دست دادن حاملگی در بیست هفته اول. حدود پانزده تا بیست درصد از حاملگی های شناخته شده به سقط جنین منجر می شوند، و بیش از ۸۰ درصد از این اتلاف ها قبل از دوازده هفتگی اتفاق می افتند. سقط جنین شامل موقعیت هایی که شما تخمک بارور را قبل از گرفتن نتیجه ی مثبت تست باروری از دست می دهید نمی شود. مطالعات نشان داده اند که ۳۰ تا ۵۰ درصد از تخمک های بارور قبل از این که زن بفهمد که باردار شده است، از بین می روند، چون آنقدر زود از دست می روند که در زمان مقرر عادت ماهانه می شود - به عبارت دیگر زن اصلا متوجه نمی شود که باردار بوده است. اگر کودک را بعد از بیست هفتگی از دست بدهید، به آن مرده زایی (stillbirth) می گویند.

چه چیز باعث سقط جنین می شود؟

علل سقط جنین بین ۵۰ تا ۷۰ درصد از سقط جنین ها در سه ماهه ی اول، نتیجه ی اتفاقات تصادفی هستند که در اثر ناهنجاری های کروموزومی در تخمک بارور به وجود می آیند. در اغلب موارد، این سقط جنین به معنای آن است که تخمک یا اسپرم تعداد کروموزمهای نادرستی داشته و در نتیجه، تخمک بارور نتوانسته به شکل نرمال رشد کند.

در موارد دیگر، سقط جنین در نتیجه ی مشکلاتی پیش می آید که در حین فرایند پیچیده ی رشد نخستین اتفاق می افتند - مثلا، وقتی که تخمک به درستی در رحم القا نشود یا جنین نقص ساختاری داشته باشد که اجازه ی ادامه رشد پیدا نکند. از آنجا که بیشتر مراقبین بهداشت بررسی های مفصل بعد از یک سقط جنین را انجام نمی دهند، معمولا نمی توان گفت که چرا بارداری از دست رفته است. و حتی وقتی که ارزیابی مفصلی به عمل می آید - مثلا بعد از آن که دو یا سه سقط جنین متوالی داشته باشید - علت سقط جنین در نیمی از موارد همچنان ناشناخته می ماند.

وقتی که تخم بارور مشکلات کروموزومی دارد، احتمالا دچار وضعیتی می شوید که نطفه ی ناکام نامیده می شود (که حالا در مجامع پزشکی معمولا به آن نقص باروری ابتدایی می گویند). در این موارد، تخم بارور در رحم القا می شود و جفت و کیسه ی جنین شروع به رشد می کنند، اما جنین حاصل از آن خیلی زود از رشد باز می ماند یا اصلا تشکیل نمی شود. از آنجا که جفت شروع به ترشح هورمون می کند، تست حاملگی شما مثبت می شود و نشانه های ابتدایی حاملگی را خواهید داشت، اما آزمایش آلتراسوند کیسه ی جنینی را خالی نمایش می دهد. در موارد دیگر، جنین اندکی رشد می کند اما دچار ناهنجاری هایی است که ادامه حیات را غیرممکن می کند، و رشد قبل از شروع ضربان قلب باز می ایستد. وقتی که کودکتان ضربان قلب پیدا می کند - که حدود ۶ هفتگی با آلتراسوند قابل مشاهده است - احتمال سقط جنین به طرز چشمگیری کاهش می یابد.

از روی چه نشانه هایی می توانید بفهمید که سقط جنین داشته اید؟

علائم سقط جنین-لک دیدن یا خونریزی مهملی معمولاً اولین نشانه‌ی سقط جنین است. البته به یاد داشته باشید که یکی از هر چهار زن باردار در اوایل بارداری خونریزی دارند و لک می‌بینند (لکه‌های خون روی زیرپوش یا دستمال توالت)، و نیمی از این بارداری‌ها به سقط جنین منجر نمی‌شوند.

شاید درد شکمی هم داشته باشید که معمولاً بعد از اولین خونریزی شروع می‌شود. احساس انقباضات شکمی مداوم خفیف یا شدیدی دارید، یا احساسی شبیه درد پشت خفیف یا فشار در لگن خاصره. اگر درد و خونریزی را با هم دارید، احتمال دوام بارداری شما کمتر می‌شود. خیلی مهم است دقت کنید که خونریزی مهملی یا درد در اوایل بارداری ممکن است نشانه‌ی بارداری مولار **molar pregnancy** یا بارداری خارج رحمی **ectopic pregnancy** باشد. اگر هرکدام از این نشانه‌ها را داشتید، بلافاصله با دکتر یا ماما تماس بگیرید تا تشخیص دهد که مشکل بالقوه‌ای ای هست که نیاز به درمان فوری دارد یا خیر. همچنین، اگر **RH** خون شما منفی است، شاید تا دو سه روز بعد از اولین خونریزی نیاز به تزریق گلوبولین مصونیت **RH** داشته باشید، مگر آن که پدر فرزندان هم **RH** منفی باشد.

بعضی از سقط جنین‌ها در اولین معاینه پیش زادی تشخیص داده می‌شوند، وقتی که دکتر یا ماما نتواند صدای ضربان قلب نوزاد را بشنود یا متوجه شود که رحم شما آنطور که باید، بزرگتر نمی‌شود. (در اغلب موارد نطفه یا جنین چند هفته قبل از بروز نشانه‌هایی مثل خونریزی یا انقباضات شکمی دست از رشد می‌کشد). اگر مراقب شما شک به سقط جنین ببرد، دستور آزمایش آلتراسوند می‌دهد تا بفهمد در رحم شما چه خبر است و احتمالاً آزمایش خون هم بدهد.

اگر بفهمید که در حال سقط جنین هستید چه باید بکنید؟

اگر در زمان حاملگی هرکدام از نشانه‌هایی مثل خونریزی یا درد شکمی داشتید بلافاصله با دکتر یا مامای خود تماس بگیرید. مراقب شما را معاینه می‌کند تا بفهمد خونریزی از جانبِ گردنه رحم شما هست یا خیر، و رحم شما را هم معاینه می‌کند. همچنین ممکن است آزمایش خون بدهد تا هورمون **hCG** بارداری را اندازه بگیرد و اگر مقدار آن در خون شما رو به افزایش است آزمایش را در دو سه روز آینده تکرار کند.

از روی چه نشانه هایی می توانید بفهمید که سقط جنین داشته اید؟

علائم سقط جنین-لک دیدن یا خونریزی مهملی معمولاً اولین نشانه‌ی سقط جنین است. البته به یاد داشته باشید که یکی از هر چهار زن باردار در اوایل بارداری خونریزی دارند و لک می‌بینند (لکه‌های خون روی زیرپوش یا دستمال توالت)، و نیمی از این بارداری‌ها به سقط جنین منجر نمی‌شوند.

شاید درد شکمی هم داشته باشید که معمولاً بعد از اولین خونریزی شروع می‌شود. احساس انقباضات شکمی مداوم خفیف یا شدیدی دارید، یا احساسی شبیه درد پشت خفیف یا فشار در لگن خاصره. اگر درد و خونریزی را با هم دارید، احتمال دوام بارداری شما کمتر می‌شود. خیلی مهم است دقت کنید که خونریزی مهملی یا درد در اوایل بارداری ممکن است نشانه‌ی بارداری مولار **molar pregnancy** یا بارداری خارج رحمی **ectopic pregnancy** باشد. اگر هرکدام از این نشانه‌ها را داشتید، بلافاصله با دکتر یا ماما تماس بگیرید تا تشخیص دهد که مشکل بالقوه‌ای ای هست که نیاز به درمان فوری دارد یا خیر. همچنین، اگر **RH** خون شما منفی است، شاید تا دو سه روز بعد از اولین خونریزی نیاز به تزریق گلوبولین مصونیت **RH** داشته باشید، مگر آن که پدر فرزندان هم **RH** منفی باشد.

بعضی از سقط جنین‌ها در اولین معاینه پیش زادی تشخیص داده می‌شوند، وقتی که دکتر یا ماما نتواند صدای ضربان قلب نوزاد را بشنود یا متوجه شود که رحم شما آنطور که باید، بزرگتر نمی‌شود. (در اغلب موارد نطفه یا جنین چند هفته قبل از بروز نشانه‌هایی مثل خونریزی یا انقباضات شکمی دست از رشد می‌کشد). اگر مراقب شما شک به سقط جنین ببرد، دستور آزمایش آلتراسوند می‌دهد تا بفهمد در رحم شما چه خبر است و احتمالاً آزمایش خون هم بدهد.

اگر بفهمید که در حال سقط جنین هستید چه باید بکنید؟

اگر در زمان حاملگی هر کدام از نشانه هایی مثل خونریزی یا درد شکمی داشتید بلافاصله با دکتر یا مامای خود تماس بگیرید. مراقب شما را معاینه می کند تا بفهمد خونریزی از جانبِ گردنه رحم شما هست یا خیر، و رحم شما را هم معاینه می کند. همچنین ممکن است آزمایش خون بدهد تا هورمون hCG بارداری را اندازه بگیرد و اگر مقدار آن در خون شما رو به افزایش است آزمایش را در دو سه روز آینده تکرار کند.

اگر خونریزی یا درد شکمی دارید و مراقبتان کمترین شکمی به بارداری خارج رحمی ببرد، بلافاصله آزمایش آلترا سوند انجام می دهد. اگر هیچ نشانی از مشکل نباشد اما همچنان لک می بینید، حدود ۷ هفته دیگر یک آلترا سوند دیگر انجام خواهید داد. در این مرحله، اگر در سونوگرافی جنینی با ضربان قلب مشاهده گردید، شما بارداری دوام پذیری دارید و حالا خطر سقط جنین در شما کمتر است، اما اگر همچنان خونریزی دارید لازم است که بعدها آلترا سوند دیگری انجام دهید. اگر در سونوگرافی جنینی با اندازه مشخص دیده شد که ضربان قلب ندارد، این به معنای آن است که جنین زنده نمانده است.

اگر کیسه جنینی یا جنین کوچکتر از اندازه مورد نظر باشند، یعنی از زمان بندی مقرر جا مانده اید و اوضاع به آن خوبی که فکر می کردید نیست. بسته به شرایط، باید سونوگرافی خود را طی یک تا دو هفته تجدید کنید و قبل از آن که مراقب شما تشخیص آخر را بدهد آزمایش خون انجام دهید.

اگر در سه ماهه دوم هستید و سونوگرافی نشان می دهد که گردنه رحم کوتاهتر می شود یا در حال باز شدن است، ممکن است دکتر تصمیم به عملی به نام سرکلاژ Cerclage بگیرد که طی آن برای جلوگیری از سقط جنین یا زایمان پیش از موعد گردنه رحم شما را با بخیه تنگ می کند. (این در شرایطی است که نوزاد شما در آلترا سوند طبیعی باشد و هیچ نشانی از عفونت داخل رحمی نداشته باشید). سرکلاژ بدون خطر هم نیست، و همه موافق نیستند که شما گزینه مناسبی برای این کار باشید.

اگر نشانه های احتمالی سقط جنین را داشته باشید، پزشک یا مامای شما استراحت در بستر تجویز می کند بلکه احتمال سقط جنین را کاهش دهد - اما هیچ مدرکی دال بر مفید بودن استراحت در تختخواب در درست نیست. وی ممکن است پیشنهاد کند که در صورت خونریزی یا درد شکمی، مقاربت نکنید. مقاربت کردن باعث سقط جنین نمی شود، اما اگر این نشانه ها را دارید بهتر است از انجام آن خودداری کنید.

ممکن است چند هفته خونریزی خفیف یا درد شکمی داشته باشید. می توانید از نوار بهداشتی استفاده کنید اما استفاده از تامپون در این دوره ممنوع است و برای درد می توانید از استامینوفن استفاده کنید. اگر در حال سقط جنین هستید، خونریزی و درد شکمی کمی قبل از گذراندن مرحله ی «محصول لقاح» - یعنی تشکیل جفت جنین و بافت جنینی یا نطفه ای که متمایل به خاکستری است و لخته های خون دارد - بدتر می شود.

اگر می توانید، این بافت را در ظرفی تمیز نگه دارید چون ممکن است مراقب شما برای بررسی و آزمایشات جهت یافتن علت سقط جنین شما به آن احتیاج داشته باشد. در هر حال، شاید بخواهد در این مرحله شما را دوباره معاینه کند پس با او تماس بگیرید و بگویید چه اتفاقی افتاده است.

اگر مراقب گفت که دیگر باردار نیستید اما هنوز بافت را از دست نداده اید چه بکنید؟

راههای مختلفی برای این مسئله وجود دارد، و فکر خوبی است که درباره خوبی و بدی هر کدام با مراقب خود صحبت کنید. اگر تهدیدی برای سلامت شما وجود ندارد، شاید بهتر است بگذارید سقط جنین در زمان خودش اتفاق بیفتد. (بیش از نیمی از زنان در عرض یک هفته بعد از آن که می فهمند بارداری شان دوام پذیر نیست، خودبه خود سقط می کنند). یا شاید بخواهید مدت زمان معینی صبر کنید تا ببینید احتمال برداشتن بافت قبل از موعد وجود دارد یا خیر.

در برخی موارد، می‌توانید از دارو برای تسریع فرایند سقط جنین استفاده کنید، اگرچه این کار عوارضی نظیر تهوع، استفراغ، و اسهال دارد. حال بخواهید صبر کنید یا برای تسریع آن از دارو استفاده کنید، احتمال آن هست که در آخر مجبور شوید بافت را با عمل جراحی خارج کنید.

از طرف دیگر، اگر دریابید که احساساتی‌تر از آن هستید که صبر کنید، یا صبر کردن برای انداختن دردناک است، شاید تصمیم بگیرید که بافت را از بدنتان خارج کنند. این کار توسط کورتاژ ساکشنی یا اتساع و کورتاژ (D&C) انجام می‌گیرد. مطمئناً اگر مشکلی داشته باشید، مثل خونریزی قابل توجه یا نشانه‌های عفونت که صبر کردن برای سقط را ناامن می‌کند، لازم است که بلافاصله بافت را خارج کنند. و اگر این دومین یا سومین سقط جنین متوالی شما باشد، مراقب شما ممکن است این عمل را تجویز کند تا بتوانند بافت برای مورد آزمایش ژنتیکی قرار دهند.

عمل کورتاژ چه شکلی است؟

عمل کورتاژ-این عمل معمولاً نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارد مگر این که دچار عوارض شوید. و مثل هر جراحی دیگری، باید با شکم خالی بروید - یعنی از شب قبل هیچ مایعات یا غذایی نخورده باشید.

بیشتر ماماها ترجیح می‌دهند از کورتاژ ساکشنی (یا تخلیه مکشی) استفاده کنند چون کمی سریعتر و امن‌تر از روش سنتی D&C است، اگرچه برخی ترکیبی از هر دو روش را استفاده می‌کنند. در هر کدام از عمل‌ها، دکتر سپکولومی را وارد مهبل شما کرده، گرنه‌ی رحم و مهبل را با محلول ضدعفونی می‌شوید، و گردنه رحم را با میله‌های فلزی باریک اتساع می‌دهد (مگر این که گردنه رحم شما به دلیل دفع کردن مقداری از بافت خودبخود گشاد شده باشد). در بیشتر موارد، از طریق IV و بی‌حسی موضعی به شما مسکن داده می‌شود تا گردنه رحم شما را سر کند.

در کورتاژ ساکشنی، دکتر لوله پلاستیکی توخالی را از گردنه رحم می‌گذراند و بافت را از رحم شما به بیرون مکش می‌کند. در روش D&C سنتی، پزشک از دستگاه قاشق شکلی که کورت curette نام دارد استفاده می‌کند تا بافت را از دیواره رحم شما بتراند. کل این عمل حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد، اگرچه تخلیه بافت در کمتر از چند دقیقه انجام می‌گیرد. سرانجام، اگر خون شما RH منفی باشد، نیاز به تزریق گلوبولین مصونیت RH دارید مگر زمانی که پدر بچه هم RH منفی باشد.

بعد از سقط جنین چه می‌شود؟

چه خود شما سقط جنین کرده باشید و چه بافت را برداشته باشید، بعد از آن به مدت یک یا چند روز دردهای انقباضی خفیف شبیه قاعدگی دارید و یک یا دو هفته خونریزی خواهید داشت. به جای تامپون از نوار بهداشتی استفاده کنید و برای تسکین دردها از ایبوپروفن یا استامینوفن استفاده کنید. از آمیزش، شنا کردن، دوش گرفتن، و استفاده از داروهای واژنی به مدت حداقل یک یا دو هفته پرهیز کنید تا زمانی که خونریزی شما بند بیاید.

اگر به خونریزی شدید دچار شدید (در عرض یک ساعت نوار بهداشتی شما خیس شد)، یکی از نشانه‌های عفونت را داشتید (مثل تب، دردناکی، یا ترشحات واژنی بویناک)، یا احساس درد شدید داشتید، بلافاصله با مراقب خود تماس بگیرید یا به بخش فوریتهای پزشکی بروید. اگر خونریزی شما شدید است و احساس ضعف، سرگیجه، یا منگی می‌کنید، ممکن است دچار شوک شوید. در چنین شرایطی بلافاصله با اورژانس تماس بگیرید.

آیا یک بار سقط کردن به معنی آن است که باز هم سقط جنین می‌کنید؟

نه. اگرچه حق دارید که نگران احتمال سقط جنین بعدی باشید، اما متخصصان باروری یک مورد از دست دادن بارداری زود هنگام را نشانه‌ی وجود مشکلی در شما یا همسران تلقی نمی‌کنند. بعضی مراقب‌ها بعد از دو سقط جنین متوالی، دستور آزمایشات ژنتیکی و خونی مخصوص می‌دهند تا بفهمند دلیل مشکل چیست، مخصوصاً اگر بالای ۳۵ سال داشته یا شرایط خاص پزشکی باشید. در

شرایط بخصوص مثل وقتی که در سه ماهه ی دوم سقط جنین کنید یا به دلیل ضعف گرنه رحم زایمان زودرس در اوایل سه ماهه سوم داشته باشید، احتمالاً بعد از یک سقط شما را به متخصص زایمان پرخطر ارجاع می دهند تا شرایط حاملگی شما را به دقت بررسی کند.

چه وقت بعد از سقط جنین می توانید دوباره بارداری را امتحان کنید؟

بهبتر است کمی صبر کنید. چه خودبخود سقط جنین کرده باشید و چه بافت را برداشته باشید، طی چهار تا شش هفته دوباره قاعده می شوید. بعضی مراقبان می گویند که بعد از این مدت دوباره می توانید آبستن شوید، اما برخی دیگر توصیه می کنند که یک دوره قاعدگی دیگر را هم بگذرانید تا زمان بیشتری برای بهبود جسمی و روحی داشته باشید. (شاید لازم باشد در این مدت از لوازم جلوگیری استفاده کنید چون بلافاصله بعد از دو هفته از سقط شروع به تخمک گذاری می کنید).

اگر نتوانید با انداختن بچه تان کنار بیائید. چطور با آن مقابله کنید؟

حتی اگر از نظر جسمی آماده ی بارداری باشید، ممکن است از نظر احساسی آمادگی نداشته باشید. هر زنی به روش خودش با رنج از دست دادت زود هنگام بارداری کنار می آید.

بعضی زنها با معطوف کردن توجه خود به بارداری دوباره در اولین زمان ممکن این کار را می کنند. دیگران ترجیح می دهند تا ماهها بگذرد تا دوباره آمادگی آبستن شدن پیدا کنند. زمانی را صرف احساسات خودتان بکنید و کاری را که برای شما و همسران بهتر است انجام دهید. اگر فکر می کنید فایده ای دارد، از مراقب خود پرسید تا مشاور یا انجمن حمایت کننده ای را به شما معرفی کند

خود مراقبتی در سقط

۱. توصیه به استراحت در بستر و عدم نزدیکی و انجام کارهای سنگین

۲. آموزش علائم خطر از جمله افزایش خونریزی و دفع لخته و یا بافت سفید

۳. توصیه به انجام سونوگرافی اندازه گیری طول دهانه رحم

۴. توصیه بع مشاوره با پزشک داخلی در مورد خونریزی شدید و بررسی انمی مادر و در صورت نیاز درمان انمی

۵. مصرف مایعات

۶. تجویز روزانه یک عدد قرص آهن تا یکماه

۷. تزریق امپول رگام تا ۷۲ ساعت در مادر داری گروه خونی منفی و پدر مثبت

۸. تجویز استامینوفن در صورت داشتن درد های

داروهای مصرفی به همراه نحوه مصرف آنها در پره اکلامپسی

توضیحات	دوز	دارو
-احتمال بروز برادیکاردی و تب -CHF-منع مصرف در اسم و	در عرض دو دقیقه تزریق و در $10-20\text{mg/IV}$ عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض $10-20$ دقیقه، دوزهای افزایش دهنده به صورت 20 و 40 و 80 و 80 تا حداکثر 300 میلی تزریق می شود.	لابتالول (ویال) 100mg
احتمال بروز هیپوتانسیون، سردرد و تاکیکاردی - مادر و دیسترس جنینی	در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم 5mg/iv پاسخ مناسب فشار خوندر عرض 20 دقیقه، 5 تا 10 میلی گرم هیدرالازین تا حداکثر دوز توتال 30 میلی گرمدر هر سیکل درمانی استفاده می شود	هیدرالازین (ویال) 20mg
-منع مصرف داروها بصورت زیر زبانی -منع مصرف در بیماری های کرونری مادر - در صورت مصرف همزمان با سولفات منیزیم به دلیل برادیکاردی قلب جنین مانیتورینگ انجام شود -احتمال سردرد و تاکیکاردی	خوراکی به فرم آهسته روش و تکرار هر 10mg 30 دقیقه با دوز 10 میلی گرم در صورت لزوم تا دو دوز، سپس 10 تا 20 میلی گرم خوراکی هر 6 ساعت	نیفید پین (10) خوراکی) mg

داروهای مصرفی در خونریزی های بعد زایمان

اولویت	نام دارو	میزان مصرف	منع مصرف	عوارض دارویی
۱	اکسی توسین	-انفوزیون وریدی ۴۰ واحد در یک لیتر با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه حداکثر تا ۳ لیتر - یا تزریق عضلانی ۱۰ واحد سنتو مستقیم در میومتر	نباید بصورت یکدفعه‌هو سریع تزریق شود	تهوع و استفراغ، هیپوناترمی و با تجویز داخل وریدی کاهش فشار خون و افزایش ضربان قلب
۲	متیل ارگونوین	تزریق عضلانی ۰/۲ میلی گرم و تکرار درمان ۰/۲ میلی گرم پس از ۱۵ دقیقه حداکثر تا یک میلی گرم	فشار خون بالا، بیماری های قلبی، پره اکلامپسی، فرد مبتلا به ایدز که در حال مصرف داروهای ویرال است	اگر دوزهای متعدد افرین استفاده شود احتمال خونریزی مغزی وجود دارد
۳	f2a پروستا گلندین	تزریق عضلانی ۲۵۰ میکروگرم تکرار هر ۱۵-۹۰ دقیقه تا حداکثر ۸ دوز، بهتر است اگر تا ۲ دوز ماثربود روش دیگری انتخاب شود	اسم و بیماری های قلبی، ریوی، بیماری کبدیو گلوکوم	تهوع و استفراغ، تب، تاکیکاردی، حساسیت به دارو، گر گرفتگی، سردرد و لرز و افزایش فشار خون
۴	میزوپروستول	۴۰۰ تا ۸۰۰ میکروگرم زیر زبانی یا ۴۰۰ میکرو زیر زبانی و ۶۰۰ میکروگرم رکتال	بطور نادر حساسیت به دارو	تهوع و استفراغ، اسهال و تب و سردرد
۵	فاکتور هفت	۴۰-۶۰ میکروگرم / کیلوگرم		
۶	تران اگزامیک اسید	تزریق وریدی آهسته یک گرم در یک دقیقه و در صورت ادامه خونریزی تکرار آن هر نیم ساعت		

• داروهای رایج در بخش زایشگاه

فروس سولفات :



موارد مصرف فروس سولفات (Ferrous)

الف) درمان کمبود آهن.

ب) پیشگیری از کم خونی ناشی از کمبود آهن.

عوارض قرص فروس سولفات:

یکی از عوارض قرص فروس سولفات یا سولفات آهن تحریک مجرای گوارش است. تهوع و درد اپی گاستریک وابسته به مقدار مصرف ممکن است رخ دهد.

یکی دیگر از عوارض این قرص اینست که مصرف آهن از راه خوراکی در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده، شاید منجر به اسهال شود.

و از دیگر عوارض آن هم باید بگوییم که مصرف آهن از راه خوراکی گاهی سبب بروز یبوست، مخصوصاً در سالمندان خواهد شد.

توصیه های خودمراقبتی به بیمار:

۱. هنگامی که فراورده های خوراکی آهن با شکم خالی خورده می شوند یا بین وعده های غذایی بهتر جذب می شوند با این حال برای به حداقل رساندن عوارض گوارشی داروممکن است دارو با یا بلافاصله پس از غذا مصرف شود.
۲. از آنجایی که آهن مخرب است قرص یا کپسول نباید یک ساعت قبل از غذا خورده شود و برای اطمینان از گذر دارو به معده مایعات کافی باید همراه دارو خورده شود.

۳. بطور کلی جهت پیشگیری از رنگی شدن دندان ها و برای مخفی کردن طعم دارو فراورد های مایع را بخوبی رقیق کرده و از یک نی یا بوسيله قطره چکان که باعث می شود دارو در پشت زبان قرار می گیرد استفاده شود.
۴. به بیمار بیاموزید که بلافاصله بعد از خوردن دارو دهان خود را با آب شفاف شستشو دهد و همچنین مسواک کردن دندان ها با جوش شیرین قبل از خواب، از رنگی شدن دندان ها جلوگیری می کند.
۵. دارو را در ظرف در بسته و دور از رطوبت نگه دارد و قرص های تغییر رنگ داده را مصرف ننماید. دارو را در دمای ۱۵-۳۰ درجه نگهداری کند.
۶. پاگیوفازی (اشتیاق زیاد به یخ) ممکن است نشانه ای از آنمی فقر آهن باشد که بیمار باید در پی برطرف نمودن علت آن باشد.
۷. بیمار باید بداند که نباید قرص را خرد نماید .
۸. اسید اسکوربیک جذب آن را افزایش داده و مصرف آب مرکبات و یا گوجه فرنگی می تواند جذب آهن را افزایش دهد.
۹. در صورتی که آهن با شیر یا تخم مرغ یا نوشیدنی کافیین دار خورده شود جذب آهن ممکن است مهار شود.
۱۰. بیمار باید بداند که فراورده های آهن سبب مدفوع سبز تیره یا سیاه می شوند. بیمار باید یبوست و یا اسهال را اطلاع دهد.
۱۱. غذاهای سرشار از آهن عبارتند از : دل ، جگر، قلوه، جوانه گندم، زرده تخم مرغ، نخود و لوبیا، صدف ، ماهی ، مرغ، سبزیجات برگ تیره و.....

داکسی سایکلین :



گروه درمانی: آنتی بیوتیک
 شکل دارویی: کپسول ۱۰۰ میلی گرمی
 مصرف در دوران حاملگی: غیر مجاز مگر در شرایط ویژه به صورت حداقل

موارد مصرف: عفونت های حاد گونوکوکی ، سیفلیس ، عفونت های لوله رحمی ، عفونت دستگاه تناسلی
 میزان مصرف: ابتدا یک کپسول هر ۱۲ ساعت در روز و سپس هر روز یک کپسول
 موارد منع: حساسیت شدید دارویی، تشنج ، زخم معده و روده

عوارض جانبی: تهوع و استفراغ ، اسهال ، تغییر رنگ دندان در بچه ها ، ضایعات پوستی ، علائم آسم ، زخم معده ، زخم دهان ،
 زبان سیاه رنگ ، دل درد
 توجهات: بهتر است قبل از شروع درمان ، از محل عفونت کشت تهیه شود. عملکرد کلیوی بیمار کنترل شود. اسهال باید جدی
 تلقی شود.

توصیه های خود مراقبتی به بیمار:

۱. در صورتی که بیمار به هر کدام از تتراسیکلین ها حساسیت دارد باید اطلاع دهد. در صورت مصرف الکل توسط بیمار حتما باید
 اطلاع داده شود.

۲. در اطفال و کودکان زیر ۸ سال منجر به تغییر رنگ دائمی دندان ها و زرد شدن آنها می شود.

۳. حتما به تاریخ انقضا دارو توجه نمایند چون فرآورده های فاسد تتراسایکلین نفروتوکسیک می باشند.

۴. برخلاف سایر تتراسایکلین ها ، برای به حداقل رساندن تهوع بدون تاثیر آشکار بر فراهم زیستی دارو می توان آن را با غذا یا شیر
 میل کرد.

۵. دارو باید در ظرف در بسته و مقاوم به نور در دمای ۱۵-۳۰ درجه نگه داری شود.

۶. برای پیشگیری از زخم مری و اطمینان از عبور دارو به معده آن را باید با یک لیوان آب پر میل کرد و پس از خوردن دارو به
 مدت ۹۰ ثانیه در وضعیت قائم قرار بگیرد

۷. از خوردن کپسول ظرف یک ساعت از دراز کشیدن یا خوابیدن خودداری کند.

۸. برای کاهش اثر خطر فتو توکسیک به بیمار تذکر دهید مادامی که داکسی سایکلین مصرف می کند و ۴ یا ۵ روز پس از اتمام
 درمان از قرار گرفتن در معرض نور خورشید دوری کند.

۹. به بیمار توصیه شود دوره درمان را کامل نماید.

سفالکسین



سفالکسین نوعی آنتی بیوتیک از نسل سفالوسپورین می باشد. این دارو برای درمان عفونت های باکتریایی توسط پزشک تجویز می شود و موجب توقف رشد باکتری ها می گردد

سفالکسین در درمان گروه زیادی از بیماریهای عفونی، مثل عفونت های تنفسی، عفونت گوش میانی، عفونت پوست و بافت نرم، عفونت های استخوانی یا مفصلی و عفونت های ادراری تناسلی مؤثر می باشد. سفالکسین هم چنین در جلوگیری از عفونت در افرادی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند و افراد دیگری که به هر علت مستعد عفونت می باشند، استفاده می شود

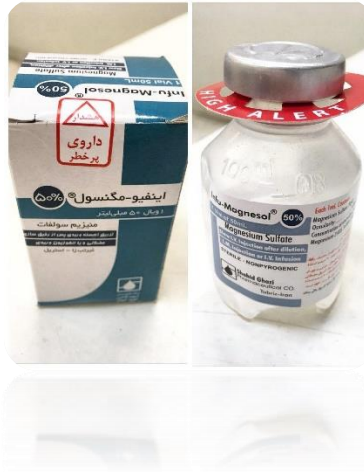
عوارض جانبی سفالکسین کیپسول و قرص سفالکسین نیز مانند هر داروی گیاهی و صنعتی دیگر، می تواند عوارضی به همراه داشته باشد. البته توجه داشته باشید که این عوارض جانبی نادر هستند. با این وجود شایع ترین عوارضی که ممکن است به دنبال مصرف تهوع استفراغ اسهال مشکلات گوارشی :کیپسول سفالکسین شاهد آن ها باشیم، عبارتند از

توصیه های خود مراقبتی به بیمار:

۱. چنانچه بیمار به داروهای نسل سفالسیپورین ها حساسیت دارد و یا مشکل شدید عملکرد کلیه را دارد باید حتما اطلاع دهد.
۲. در صورت مصرف دارو و داشتن علائم زیر حتما اطلاع دهد: سرگیجه و سردرد و خستگی، تهوع و استفراغ، بی اشتهایی، راش و کهیر، درد شکم
۳. کیپسول و قرص آن را باید در دمای ۱۵-۳۰ درجه نگه دارند.
۴. پروبنسید دفع کلیوی دارو را کاهش می دهد در صورت مصرف پروبنسید حتما اطلاع دهد.
۵. دارو را برای دوره کامل درمانی طبق دستور پزشک مصرف نماید.
۶. در بیماران تحت درمان طولانی مدت دارو، بایستی بصورت دوره ای عملکرد کلیه و کبد انجام شود.

۷. بیماران باید از نشانه های عفونت اضافی مطلع باشند و بلافاصله آن را گزارش دهند و درمان مناسب را شروع نمایند.

سولفات منیزیم:



سولفات منیزیم تزریقی جهت پیشگیری از تشنج در پره اکلامپسی، زایمان زودرس و به ندرت در درمان آریتمی های قلبی مصرف می شود.

موارد مصرف منیزیم سولفات

این دارو برای برطرف کردن کمبود منیزیم، آریتمی، بعد از موارد مشکوک به سکته قلبی و جلوگیری از تشنج ناشی از اکلامپسی مصرف می شود.

مکانیسم اثر منیزیم سولفات

مکانیسم اثر منیزیم کاملاً شناخته شده نیست. اما بر پمپ $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ATPase}$ ، کانالهای سدیمی، پتاسیمی و کلسیمی تأثیر می گذارد. همچنین موجب کاهش آزاد شدن استیل کولین در محل اتصال عصب - عضله می گردد.

فارماکوکینتیک منیزیم سولفات

از راه وریدی اثر دارو بلافاصله شروع و حدود ۳۰ دقیقه ادامه می یابد. این دارو از طریق کلیه ها دفع می شود. اثر دارو از راه عضلانی پس از یکساعت شروع می شود و طول اثر آن ۳-۴ ساعت است.

منع مصرف منیزیم سولفات

در صورت بلوک قلبی و نارسایی کلیه نباید مصرف شود.

عوارض جانبی منیزیم سولفات

زیادی منیزیم خون، نهوع ، استفراغ ، تشنگی، برافروختگی پوست، کاهش فشار خون، آریتمی، اغماء ، تضعیف تنفسی، خواب‌آلودگی ، توهم ،فقدان رفلکس تاندونی و ضعف عضلانی از عوارض جانبی این دارو هستند.

تداخلات دارویی منیزیم سولفات

این دارو به علت رقابت با یون کلسیم اثر داروهای غیر دپلاریزان شل‌کننده عضلات را افزایش می‌دهد.

توصیه های خود مراقبتی به بیمار :

۱. بیمار باید در صورت داشتن علائم زیر سریعاً اطلاع دهد: گرگرفتگی و تعریق، تشنگی مفرط و هیپوتانسیون، ضعف عضلانی، دهیدراتاسیون
۲. در روند دارو درمانی حتماً باید جذب و دفع بیمار کنترل شود و الیگوری و تغییرات نسبت جذب و دفع سریع گزارش شود.
۳. مددجو در صورت مصرف خوراکی دارو برای پیشگیری از هدر رفتن آب بدن باید در طی روز آب کافی بنوشد.
۴. مقدار مصرف مجاز روزانه منیزیم باید با رژیم طبیعی حاصل شود
۵. منابع سرشار از منیزیم شامل: تمام غلات و حبوبات، لوبیا و باقلا، گردو و فندق، گوشت‌ها و غذاهای دریایی، شیر و اکثر سبزیجات برگ تیره و موز می باشد
۶. در صورت مصرف داخل وریدی جهت بیمار باید قبل از تکرار هر دوز دارو با زتاب زانویی بیمار که همان رفلکس پتلا می باشد چک شود. تضعیف یا فقدان بازتاب‌ها نشانه مفیدی از مسمومیت اولیه با منیزیم می باشد و باید تزریق دارو قطع گردد.
۷. بیمارانی که از این دارو بصورت وریدی استفاده می نمایند باید از نظر علائم تنفسی حتماً چک شوند و در صورت تضعیف تنفسی دادن دارو قطع می گردد.
۸. در صورت کاهش میزان ادرار مددجو به کمتر از ۱۰۰ سی سی در ۴ ساعت دارو درمانی متوقف می شود.

اکسی توسین :



اکسی توسین، برای جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان و سقط جنین و همچنین به عنوان داروی کمک تشخیصی در ناراحتی های رحمی جفتی به کار می رود. این دارو با افزایش غلظت کلسیم درون سلولی موجب تحریک انقباضات عضلات صاف رحمی می شود، بنابراین با افزایش انقباضات رحمی موجب باز شدن دهانه رحم می شود.

گروه دارویی - درمانی:

- هورمون پلی پتیدی مشابه هورمون هیپوفیز خلفی
- هورمون آگروژن
- محرک انقباضات رحم
- محرک ترشح شیر

مصارف جانبی:

- بررسی نارسایی جفتی رحمی و بررسی دیسترس جنینی (Oxytocin Challenge Test)
- مکانیسم اثر:

- این دارو برای جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان و سقط جنین و همچنین به عنوان داروی کمک تشخیصی در ناراحتی های رحمی جفتی به کار می رود.
- میومتر رحم دارای گیرنده های اختصاصی برای دارو است.
- اکسی توسین با افزایش غلظت کلسیم درون سلولی موجب تحریک انقباضات عضلات صاف رحمی می شود. بنابراین با افزایش انقباضات رحمی موجب باز شدن دهانه رحم می شود.
- تعداد گیرنده های اکسی توسین در طول بارداری افزایش می یابد و در زمان زایمان به حداکثر می رسد. هر چقدر تعداد این گیرنده ها بیشتر باشد پاسخ رحم به این دارو شدیدتر است.

- اکسی توسین با تحریک عضلات صاف موجب تسهیل خروج شیر از پستان می شود، اما تولید شیر را افزایش نمی دهد. دارو با انقباض سلول های میو اپی تلیال اطراف آلئول های پستان، شیر را از آلئول ها به مجاری بزرگتر هدایت می کند.

موارد منع مصرف:

- حساسیت مفرط به دارو
- نامناسب بودن وضعیت سر نوزاد نسبت به لگن مادر
- دیسترس جنینی
- نزدیک نبودن زایمان و نارس بودن نوزاد

موارد احتیاط:

- سه ماهه نخست و دوم بارداری
- سابقه جراحی سرویکس یا رحم
- سابقه تعداد زیاد زایمان
- عفونت رحمی
- زایمان تروماتیک
- رحم بیش از حد متسع شده

تداخلات دارویی:

- در صورتی که پس از مصرف اکسی توسین از داروهای منقبض کننده عروق استفاده شود، پرفشاری خون شدیدی ایجاد خواهد شد.
 - در صورت کاربرد این دارو هنگام بیهوشی با سیکلوپروپان تغییرات قلبی عروقی شدیدی ایجاد می گردد.
- توصیه های خود مراقبتی به بیمار:**

۱. مددجو باید در صورت داشتن علائم زیر حتما پرسنل را اطلاع دهد: تهوع، استفراغ، افت فشار خون، مسمومیت شدید با آب، آریتمی، هماتوم لگن، اضطراب، دیسپنه، درد جلوی قفسه سینه، ادم، سیانوز، قرمزی پوست
۲. در صورت تجویز داخل عضلانی دارو برای مددجو، ماساژ محل آن برای جذب بهتر دارو باید انجام شود.
۳. در طی تجویز دارو باید ضربان قلب بیمار و فشارخون و نبض وی دقیقا چک شود.
۴. در صورتی که بیمار از داروهای منقبض کننده عروق استفاده می نماید حتما کادر درمانی را مطلع نماید.
۵. تجویز بیش از حد دارو منجر به مسمومیت با آب می گردد و بیمار باید از علائم آن که شامل (بی حالی، سردرد، خواب آلودگی، آنوری، افزایش وزن و ادم) اطلاع داشته باشد تا کادر درمان را سریعاً خبر نماید.
۶. جذب و دفع مایعات در حین تجویز دارو حتما باید چک شود.
۷. بیمار باید سردرد شدید ناگهانی را سریعاً گزارش نماید.
۸. به بیمار هدف از تجویز دارو گفته شود و همچنین به وی اطلاع داده شود که در طی مراحل دریافت انفوزیون دارو به ست سرم و زیاد و کم کردن آن دست نزند.
۹. داروی اکسی توسین داروی یخچالی می باشد.

پیوست

مراقبت های ایمنی

هرروزه تعداد بسیاری از بیماران در بیمارستان ها بطور ایمن مورد وداوومعالجه قرار میگیرند اما ارتقای دانش و تکنولوژی موجب پیچیده تر شدن خدمات درمانی و افزایش احتمال ایجاد خطر برای بیمار و بروز خطا از طرف ارائه دهندگان خدمت شده است . بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار بعنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام سلامت به شمار میرود .

گامهای اصلی ایمنی عبارتند از :

*استقرار فرهنگ ایمنی

*تعهد و حمایت مدیریت ارشد از مقوله ایمنی بیمار

*استقرار مدیریت خطر و استفاده از اصول آن در کلیه فعالیت ها

*تشویق در گزارش وقایع

*استفاده از نظرات و تجربیات بیماران و جامعه در مقوله ایمنی بیمار

*ارتقای فرایند یادگیری

*به اشتراک گذاشتن تجربیات و درس های حاصل از آن بین سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی و استفاده از روش های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی

حقوق بیمار

توجه به کرامت و الای انسانی یکی از اصول نظام جمهوری اسلامی بوده که در قانون اساسی به آن اشاره شده و دولت را موظف نموده تا خدمات بهداشتی، درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین نماید .

منشور حقوق بیمار در ایران بر پایه قانون اساسی و برگرفته از آموزه های دینی و با تائید ارزش های والای انسانی، برابری و کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان خدمت و گیرندگان خدمت تنظیم گردیده است .

شناسایی صحیح بیمار

به منظور به حداقل رساندن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار، الزامی است که کلیه بخش های بستری بیمارستان در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

*تأیید و تحویل دستبند شناسایی توسط بیمار یا همراه وی انجام گیرد.

*ثبت شناسه های زیربرروی دستبند شناسایی الزامی است

-نام ونام خانوادگی -تاریخ تولد-شماره پرونده - (در صورت مشابهت نام ونام خانوادگی دو بیمار بستری ضروری است نام پدر نیز قید گردد.

* هنگام پذیرش بیمار آموزش ضرورت وجود دستبند شناسایی و مراقبت آن به بیمار و همراه وی انجام گیرد .

* رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده

* رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه و تشنج پلی فارمسی (بیماری که بیش از ۴ دارو مصرف می کند)

شناسایی صحیح نوزاد

* درج مشخصات زیر بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است

* نام ونام خانوادگی مادر-جنس نوزاد -تاریخ تولد -ساعت تولد-شماره پرونده مادر

شناسایی صحیح بیمار قبل از تزریق خون

* اخذ نمونه خون وریدی و برچسب گذاری بر روی شیشه آزمایش بر بالین بیمار (برچسب حاوی نام ونام خانوادگی بیمار، نام پدر، شماره تخت، نام بخش و شماره آزمایش می باشد)

* انجام کلیه مراحل انتقال و تزریق خون با شناسایی صحیح بیمار و کنترل دونفر پرستار واجد صلاحیت صورت گیرد .

شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

* از بیمار هوشیار بخواهید نام ونام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد.

مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی را اظهارات بیمار مقایسه کنید.

* در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی و یا بیهوش است با پرسش از والدین همراه و اطرافیان او را به طور صحیح شناسایی کنید.

* کلیه مراحل عمل جراحی مطابق با چک لیست جراحی ایمن انجام گیرد .

تزریقات ایمن

* محل تمیز : تعیین مکان خاص برای تزریق ، قرار دادن وسایل مورد نیاز ، دفع بلافاصله سرنگ در نزدیک ترین محل به تزریق در

Safety Box

* شست و شوی دست

* تمیز کردن محل تزریق :

۱- در صورتی که محل تزریق کثیف است آن را با آب و صابون شست و شو دهید .

۲- به صورت دایره ای محل تزریق را با پنبه الکل ۷۰ درجه ضد عفونی کنید .

۳- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید .

* سر سوزن و سرنگ استریل : سالم بودن بسته بندی سرنگ و سر سوزن ، کنترل تاریخ انقضاء ، دست نزدن به سر سوزن قبل و بعد از تزریق و اجتناب از درپوش گذاری مجدد سر سوزن .

فرایند دادن داروی صحیح به بیمار صحیح

جهت پیشگیری از اشتباه در تجویز دارو به بیمار به علت بروز اشتباه در شناسایی بیمار از فرایند دادن داروی صحیح به بیمار صحیح استفاده گردد :

--بیمار صحیح

-داروی صحیح

-راه صحیح

- زمان صحیح

- دوز صحیح

-مستند سازی صحیح

-حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردارویی داده شده.

بهداشت دست

رعایت بهداشت دست که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود . هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید .

جهت بهداشت دست از ۲ روش استفاده می شود .

شستن دست ها با آب و صابون hand wash

استفاده از محلول های بنیان الکی Hand Rub

شرایط لازم جهت شست و شوی دست :

- ۱ - نباید در دست زینت آلات باشد ، و ساعت مچی نیز باید باز شود .
 - ۲ - در بخش های ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه ازدواج باید برداشته شود .
 - ۳ - بریدگی ها و خراشیدگی های دست باید با پانسمان ضد آب پوشانده شود .
 - ۴ - ناخن ها باید کوتاه بوده (حداکثر ۶ میلی متر) و از لاک ناخن مصنوعی هم استفاده نشود .
 - ۵ - دست با دستکش نباید شسته و یا ضد عفونی شود .
- موارد شستن دست با آب و صابون :
- ۱ - دست ها به صورت آشکارا کثیف می باشد .
 - ۲ - دست ها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
 - ۳ - دست ها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده در ارگانیزم های تولید کننده اسپور باشند ، از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل .
 - ۴ - بعد از استفاده از سرویس های بهداشتی
 - ۵ - بعد از در آوردن دستکش ها
 - ۶ - قبل از انجام اعمال آسپتیک و اقدامات تهاجمی
 - ۷ - در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
 - ۸ - قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- موارد استفاده از محلول های بنیان الکی به روش : Hand Rub
- قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران :
- قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اند یا خیر ؟) .
- بعد از تماس با غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده ، یا پانسمان زخم در بیماران .
- در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی ، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار ، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت .
- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار .

تحويل و تحول صحیح بیماران

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر ، از سرویسی به سرویس دیگر ، از بخش به واحد های پاراکلینیک ، تحویل بیمار از پزشک به پرستار ، از پرستار به پزشک ، در خواست مشاوره برای بیمار می توان از روش SBAR استفاده کرد .
SBAR ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران بین ارائه دهندگان خدمت می باشد . در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارند .

SBAR مخفف چیست ؟

Situation : تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)

Background : بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار

Assessment : وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند . (نتیجه گیری ، آن چه که فکر می کنید)

Recommendation : پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می کند . (آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن)

هموویتزایانس

به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون (از زمان جمع آوری خون تا زمان تزری آن به گیرنده) به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آن ها شود.

*شناسایی صحیح بیمار

*نمونه گیری صحیح از بیمار و برچسب گذاری به روش صحیح

*درخواست صحیح فرآورده

*آماده سازی بیمار و لوازم مورد نیاز جهت تزریق خون

*تحویل خون و کنترل مجدد مشخصات بیمار و درخواست و کیسه خون توسط دو پرستار آموزش دیده

*تایید هویت بیمار قبل از تزریق خون

*تزریق خون به روش ایمن طبق پروتکل هموویتزایانس

*بررسی و ثبت عوارض و واکنش های احتمالی ناشی از تزریق خون

زخم فشاری (زخم بستر)

زخم فشاری: شامل هرگونه آسیب پوستی بافتی در اثر بی تحرکی و اصطکاک بین منطقه فشار با بستر

پوست بیمار را حداقل یکبار در روز بررسی نمایید و هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از تشک مواج جهت بیمار استفاده شود.

نقاط تحت فشار بدن بیمار و محل های متعدد زخم بستر مانند لگن، ستون مهرها، قسمت تحتانی کمر و شانه ها، آرنج، سرین ها، قوزک و پاشنه پا را هر روز بررسی نمایید.

در تغییر پوزیشن بیمار، باسن بیمار را نکشید و با قرار دادن یک ملحفه در زیر باسن بیمار و کمک سایرین بیمار را بلند و جابجا کنید.

جهت پیشگیری از سرخوردن بیمار به طرف داخل بستر، (بجز در هنگام تغذیه و تا یک ساعت بعد از آن)، سر بیمار را بیش از ۳۰ درجه بالا نیاورید.

ب بخش دقت کنید که ملحفه بیمار صاف و عاری از چین و چروک و عاری از ذرات ریز غذا و مواد زائد باشد.

به دلیل افزایش احتمال آسیب پذیری پوست به سبب رطوبت ناشی از تماس مستقیم با عرق، ادرار، مدفوع یا ترشحات زخم، لباس و ملحفه بیمار را با تعویض مکرر خشک و تمیز نگه دارید.

جهت شستشوی زخم فشاری از سرم فیزیولوژی و یا نرمال سالین استفاده نمایید.

اتصالات بیمار

*سوند ادراری :

-روانه با آب و صابون شستشوی پرینه را برای بیمار انجام گردد.

- کیسه جمع آوری ادرار را در سطحی پایین تر از مجاری ادرار قرار گیرد.

- کیسه ادراری هر ۷۲ ساعت تعویض گردد .

-اگر ظرف ۶-۸ساعت ادرار به داخل کیسه ادرار جریان نیافت پس از اطمینان از عدم پیچ خوردگی سوند یا عدم خم شدگی سوند به بیمارستان مراجعه گردد .

-محل ثابت کردن سوند ادراری لازم است یک درمیان جابجا شود . داخل ران برای زنان و بالای ران یا شکم برای مردان و به طور مطمئن با چسب محکم شود تا از کشیده شدن آن جلوگیری شود.

-از کشیده شدن یا خم کردن و یا پیچ خوردگی لوله سوند ادراری خودداری نمایید.

-کیسه های تخلیه ادرار نباید با زمین تماس داشته باشند بهتر است بوسیله چسب یا گیره از لبه تخت آویزان باشند و یا درحین حرکت با یک گیره یا سنجاق قفلی به لباس بیمار متصل گردد .

-سوند های ادراری لازم است هر دو هفته یکبار تعویض شوند.

-تعویض یا درآوردن سوند ادراری فقط توسط پزشک یا پرستار و به روش استریل انجام می شود تا مجرای ادراری صدمه نبیند و یا دچار عفونت ادراری نشود.

*کاتترهای عروقی :

-پرسنل پرستاری باید کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را از قبیل گارو، چسب، پد الکلی، آنژیوکت سایز مناسب، دستکش لاتکس، سیفتی باکس و ماژیک را در سینی مخصوص رگ گیری آماده نماید و ترجیحا در اتاق کار یا اتاق مخصوص رگ گیری انجام شود و در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترولی دارویی به همراه سیفتی باکس و سطل زباله عفونی استفاده نمایند.

- پرسنل کادر پرستاری قبل از جاگذاری کاتتر عروق محیطی باید بهداشت دست و پوشیدن دستکش را رعایت نمایند.

-جهت آماده سازی و ضد عفونی پوست محل رگ گیری از اسپری الکل و یا سواپ پنبه یکبار مصرف آغشته با محلول پایه الکلی (سپتی پرپ) استفاده شود و موضع تزریق از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز شود. (حداقل به مدت ۳۳ ثانیه)

- از هر آنژیوکت فقط یکبار استفاده شود و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری آنژیوکت جدید استفاده شود.

- پرسنل پرستاری باید نحوه مراقبت از آنژیوکت و حفظ تمیزی و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت محل آنژیوکت مثل درد و حساسیت محل تزریق، قرمزی ناحیه، خروج ترشح و تورم ناحیه را به بیمار و همراه وی آموزش دهند.

-آنژیوکت تعبیه شده را می توان به مدت ۷۲ ساعت نگه داشت و بعد از این مدت نسبت به تعویض آن اقدام نمود و در صورت نشستی و قرمزی فلبیت و .. زودتر تعویض گردد.

* کاتتریزاسیون ورید و شریانهای مرکزی:

-اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی حتما باید توسط پزشک معالج تعیین گردد.

- قبل از انجام پروسیجر توسط پزشک جراح کلیه وسایل مورد نیاز جهت کاتتریزاسیون مانند دستکش استریل، شان استریل بزرگ ، ست CVC یا کت داون، کلاه ، ماسک ، عینک محافظ صورت ، گان ، سرنگ استریل در اندازه های مختلف، لیدوکائین، بتادین، گازاستریل و کاتتر CVC با سایز تعیین شده توسط پزشک معالج، بر بالین بیمار توسط پرسنل پرستاری آماده گردد.

- جهت ضد عفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از محلول بتادین و کلر هگزیدین استفاده گردد.

- در هنگام جاگذاری کاتترهای مرکزی (وریدی و شریانی) حداکثر حفاظت را جهت ایجاد شرایط آسپتیک بکار ببرند، یعنی اسکراب جراحی انجام دهند و دستکش و گان استریل بپوشند و از ماسک و کلاه استفاده نمایند.

-پانسمان کاتتر ورید مرکزی بصورت پوشش گازی استریل می باشد، هر ۲۴ ساعت یکبار با سرم نرمال سالین و پماد موپروسین تعویض گردد.

- از تماس دست آلوده با محل جاگذاری کاتتر خودداری نمایید.

- مراقب بیمار باید در صورت مشاهده علایم حساسیت در محل کتتر، قرمزی، تب بدون علامت و یا علائم ترومبوز سریعاً به پرستار و پزشک معالج اطلاع داده شود تا نسبت به خروج کتتر اقدام شود و دیگر از آن محل جایگزین نشود.

*لوله تراشه:

- شستشوی دست قبل و بعد از تماس با بیمار

- استفاده از وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان، محافظ صورت، پیش بند پلاستیکی، دستکش) هنگام ساکشن یا اقداماتی که احتمال پاشیده شدن ترشحات وجود دارد.

- استفاده از کاتتر های یکبار مصرف جهت ساکشن و بعد از هر بار استفاده باید تعویض گردد.

- کاتتر های ساکشن نبایستی بین بیماران بطور مشترک استفاده گردد. هر بیمار لاین ساکشن مجزا داشته باشد.

- آب مورد استفاده جهت شستشوی سریع بعد از هر بار ساکشن بایستی استریل بوده و هر بار تعویض گردد.

- پرسنل و پزشکان و مراقبین بایستی بعد از هر بار استفاده دست های خود را بشویند.

- پرستار مسئول بیمار باید کاتتر های جداگانه جهت ساکشن دهان و تراشه تراکئوستومی استفاده نماید و همچنین از اریگاتور جهت شستشوی لاین ساکشن استفاده کند و ترجیحاً از باز کردن سرم نرمال سالین جهت شستشوی لاین ساکشن خودداری کند و در صورت استفاده هر شیفت تعویض گردد.

- در بیمارانی که تراکئوستومی دارند جهت ایجاد رطوبت کافی از بخور استفاده شود.

- در صورت وجود علائمی چون تب تاکیکاردی تاکی پنبه ترشح و قرمزی اطراف تراکئوستومی پرستار مسئول بیمار و یا همراه مراقب بیمار باید در گزارش پرستاری قید نماید و به پزشک معالج اطلاع دهد.

- ترشحات ریه مرتب ساکشن گردد.

- سر بیمار در زاویه (۴۵-۳۰) درجه بالا نگهداشته شود.

- دهانشویه (بهداشت دهان و آلودگی زدایی) برای بیماران در هر شیفت انجام شود.

- آموزش تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه به بیماران هوشیار انجام شود.

- لوله تراشه بیمار در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده و کم شدن قطر لومن لوله و ایجاد علائم در بیمار تعویض گردد. در غیر این صورت تا ۷ تا ۱۴ روز قابل استفاده است و بعد از این مدت باید نسبت به ایجاد تراکئوستومی با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک معالج تصمیم گرفته شود.

*سوند معده :

- وسایل مورد نیاز را از قبل آماده نمایید.

- شستشوی دست قبل و بعد از تماس با بیمار

- لوله گذاری معده توسط پزشک یا پرسنل آموزش دیده انجام گیرد .
- با آسپیراسیون از محل صحیح لوله غذایی اطمینان پیدا کنید .
- قبل از انجام گاوژ ماده غذایی را از نظر دما کنترل کنید.
- لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار دهید.
- سرنگ را بالا بگیرید تا با نیروی جاذبه ماده غذایی وارد معده شود.
- در صورت عدم تحمل بیمار گاوژ را متوقف کرده و به پرستار اطلاع دهید.
- در صورت خروج لوله معده از جای گذاری مجدد آن خودداری نموده و به پرستار اطلاع دهید.

*کنترل درد

- پرستار پس از پذیرش بیماران از بیمار میخواهد به درد خود نمره بدهد(۰ تا ۱۰)
- در صورت نداشتن دستور تزریق آرامبخش وضعیت بیمار به اطلاع پزشک رسانده میشود.
- آموزش لازم به بیمار و همراه وی در زمینه نحوه کنترل درد ،اطلاع رسانی به پرستار در زمینه میزان ،شدت و محل درد و همچنین نوع درد انجام گیرد .
- پرستار طبق دستور پزشک معالج داروی آرامبخش مربوطه را تزریق می نماید.
- در طول این مدت بیمار از نظر باز بودن راه هوایی و پایش مداوم علائم حیاتی و ایمنی مانند پیشگیری از سقوط از تخت و عوارض آرام بخش ها و کنترل درد و میزان دوز مجاز و عوارض دارو و راههای پیشگیری و درمان عوارض توسط پرستار کنترل میشود. (توالی اورژانس در دسترس باشد-بدساید بالا میباشد-تعیین دوز داروی آرام بخش زیر نظر پزشک معالج انجام میشود)
- بعد از ۱۵ دقیقه مجددا درد بیمار توسط پرستار ارزیابی میشود در صورت عدم تسکین طبق دستور مجددا اقدام بعدی توسط پرستار صورت میگیرد.

*سقوط:

- از آن جا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد ،اسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جز اتفاقات ناخواسته ای قلمداد می شوند که هرگز نباید رخ دهند .
- در ابتدای پذیرش بیمار پرستار طبق معیار مورش بیمار را سطح بندی نموده و میزان خطر سقوط بیمار را مشخص کرده و در صورت وجود خطر سقوط بالا از برچسب زرد بر روی دستبند شناسایی استفاده نماید.
- آموزش های لازم به بیمار و همراه وی در زمینه پیش گیری از بروز خطر سقوط توسط پرستار انجام گردد .

-پرستار از استفاده از کفش و دمپایی مناسب، وجود صندلی، عصا یا واکر در کنار تخت و وسایل کمک حرکتی و hand rail اطمینان حاصل نماید.

-ارتفاع تخت از زمین متناسب باشد.

-حفاظت تخت bed side در بیماران پر خطر همیشه بالا باشد و در آموزش های اولیه به بیمار و همراه وی مورد تاکید قرار گیرد.

-جابجایی بیماران و نقل و انتقال از تخت به برانکارد یا ویلچر به صورت ایمن انجام گیرد.

-آموزش لازم جهت مراقبت از سقوط در منزل و پس از ترخیص بیمار به بیمار و همراه وی انجام گیرد*(در محیط شب نور کافی برای تردد بیمار در منزل وجود داشته باشد)* در صورت نیاز به حضور همراه جهت حرکت و فعالیت در منزل حتما یک مراقب بیمار را همراهی نماید* وسایل کمک حرکتی از قبیل عصا، واکر و ویلچر در صورت نیاز بیمار در منزل تهیه گردد).

*مهار فیزیکی:

- جهت پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری صورت می گیرد.

- پرستار مسئول بیمار پس از پذیرش بیمار اقدام به ارزیابی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار در بدو پذیرش بیمار وضعیت بالینی را مورد بررسی قرار داده و در صورت بیقراری و اضطراب با دستور پزشک اقدام به مهار فیزیکی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار بدو ساید بیمار را بالا کشیده و دست و پاهای بیمار را در صورت بیقراری با دستبند مناسب طبق دستور پزشک میبندد.

- پرستار مسئول بیمار اقدامهای مهار شده بیمار را از نظر رنگ پوست و وضعیت خونسازی بررسی نماید.

- مهار فیزیکی حتما توسط پزشک معالج order شده باشد و مدت زمان داشته باشد.

-آموزش های لازم در زمینه مراقبت از بیمار، توضیحات لازم در زمینه لزوم استفاده از مهار فیزیکی و همچنین مدت زمان استفاده از مهار فیزیکی به بیمار و همراه وی توسط پرستار ارائه می گردد.

*مهار شیمیایی:

- پرستار مسئول بیمار پس از پذیرش بیمار اقدام به ارزیابی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار در بدو پذیرش بیمار وضعیت بالینی را مورد بررسی قرار داده و در صورت بیقراری و اضطراب با دستور پزشک اقدام به مهار شیمیایی بیمار مینماید.

- پرستار فاصله زمانی معین شده جهت دریافت دارو توسط پزشک را مدنظر میگیرد.

-پرستار قبل از استفاده از مهار کننده های شیمیایی وضعیت همودینامیک بیمار را پایش کرده و سپس برای بیمار مورد استفاده قرار میدهد.

- پرستار تمامی اقدامات انجام شده و واکنش بیمار نسبت به آن را به پزشک اطلاع داده و در گزارش پرستاری ثبت مینماید.

- آموزش های لازم در زمینه مراقبت از بیمار، توضیحات لازم در زمینه لزوم استفاده از مهار شیمیایی و همچنین مدت زمان استفاده از مهار شیمیایی به بیمار و همراه وی توسط پرستاران ارائه می گردد.

منابع:

- ۱) نیک روان مفرد ، م ؛ شیری ، ح : اصول مراقبتهای ویژه در ICU CCU دیالیز . انتشارات حیدری ، تهران ، ۱۳۹۷.
- ۲) مجیدی ، س ع ؛ اصغر نیا ، م: کتاب جامع اورژانس ها . انتشارات حیدری ، تهران ، ۱۳۹۵.
- ۳) جانیس ال ، هینکل ؛ کری اچ ، چیویر : درسنامه پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۱۴ . ترجمه ملاحح نیکروان مفرد و دیگران . نشر جامعه نگر ، تهران ، ۱۳۹۳.
- ۴) نارویی ، س و دیگران : داروهای ژنریک ایران . انتشارات آبنوس ، تهران ، ۱۳۹۱.
- ۵) ترکستانی ، ف و دیگران : راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم). انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، تهران ، ۱۳۹۶.

تهیه و تنظیم :

ثریا خانقرد - سوپروایزر آموزش سلامت