



فرایند مرحله دوم زایمان

دانشکده علوم پزشکی ساوه زمستان ۱۴۰۰



گردآوردگان:

رسول کرانی بهادر: کارشناس مسئول بهبود کیفیت مجتمع بیمارستانی ۱۷ شهریور و مدرس

سحر طالب: عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی ساوه

فاطمه همتی: مسئول اداره مامایی دانشکده علوم پزشکی ساوه

تهمینه زابلی: کارشناس بهبود کیفیت

سمانه فخاریان: سوپروایزر آموزشی

زهرا غفاری: مسئول بخش زایمان

زهرة یوسفی: کارشناس مادران پرخطر

فاطمه رضازاده: کارشناس مامایی دبیر کمیته پره ناتال بیمارستان

محدثه نادمی: کارشناس مامایی معاونت درمان



علائم ورود به مرحله دوم زایمان

- ۱- ظهور عرق بر صورت و پشت لب
 - ۲- لرزش
 - ۳- بی قراری مادر
 - ۴- به زبان آوردن جملاتی مانند: دیگر نمیتوانم ادامه دهم
 - ۵- خستگی و عدم تمرکز
 - ۶- حالت تهوع و استفراغ. (استفراغ مداوم و پشت سر هم علامت خطر است)
 - ۷- کمردرد، افزایش انقباضات عضلات شکم و طولانی شدن انقباضات
 - ۸- احساس کشیده شدن پرینه
 - ۹- برجسته شدن پرینه
 - ۱۰- احساس فشار و دفع
 - ۱۱- احساس حضور سر در واژن توسط مادر
- ❖ نکته: در صورت وجود هر یک از علائم فوق، قبل از هر اقدامی کنترل صدای قلب جنین و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان صورت بگیرد.
- ❖ نکته: به تعداد بارداری مادر (شکم اول یا بالاتر) و ترم بودن بارداری بر اساس تاریخ اولین روز قاعدگی توجه شود.
- ❖ نکته: در افرادی که بی حسی اپیدورال شده اند، این علائم ممکن است مشخص نشود.

راهنمای ۱: معاینه واژینال

آنچه که باید هنگام انجام VE در نظر داشته باشیم

- ۱- آیا انجام معاینه واژینال لازم است و آیا به تصمیم گیری بالینی کمک می کند
 - ۲- روش کار برای مادر توضیح داده شود و رضایت بگیرید
 - می تواند برای برخی از زنان ناخوشایند و آزار دهنده باشد
 - ۳- حریم خصوصی مادر و راحتی او را در نظر بگیرید
 - ۴- آموزش تنفس به مادر برای آرام سازی
 - ۵- از خالی بودن مثانه اطمینان حاصل کنید.
- بعد از معاینه تصمیم بگیرید مادر میتواند به توالد برود و یا نه. در صورت امکان او را به توالد رفتن تشویق نماید قرار گرفتن مادر در وضعیت squat قطر خروجی لگن را افزایش میدهد، به نزول کمک میکند و عضلات کف لگن را ریلکس می نماید. در صورتی که مادر بعد از دوبار دچار شکست در تلاش برای ادرار کردن شد میتواند از سوند نلاتون استفاده نمود.
- ۶- معاینه شکم و سمع FHR انجام شود
 - ۷- مادر در هر وضعیت upright میتواند معاینه واژینال شود
 - ۸- ناخن ها کوتاه و تمیز باشد
 - ۹- دست ها شسته شود مطابق اصول استاندارد
 - ۱۰- پوشیدن دستکش لاتکس (استریل برای ROM)
 - ۱۱- استفاده از ماده آنتی سپتیک، ژل محلول در آب، نرمال سالین

تعریف: دیلاتاسیون سرویکس کامل شده بدون احساس push در مادر

مراقبت ها و ارزیابی passive second stage:

در این مرحله دیلاتاسیون و افسمان کامل شده اما مادر احساس pushing ندارد.

۱- استفاده از روش های کاهش درد

۲-۱ مادر در هر وضعیتی که راحت است قرار بگیرد (راهنمای شماره ۲)

۲-۲ کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم

۲-۳ تن آرامی تصویر سازی و تجسم مثبت

۲-۴ تزریق زیر جلدی آب مقطر استریل (راهنمای شماره ۳)

۲-۵ استفاده از TENS (راهنمای شماره ۴)

۲-۶ ماساژ (راهنمای شماره ۵)

۲-۷ رایحه درمانی

۲-۸ تنفس مناسب (راهنمای شماره ۶)

۲-۹ موسیقی و آوا

۲-۱۰ قرار گرفتن در وان آب و در صورت تمایل مادر ادامه فرایند زایمان در آب (توجه به دمای آب و سایر شرایط و راهنمای زایمان در آب)

❖ نکته: توجه شود استفاده از هر یک از روش های کاهش درد دارویی نیازمند دستور پزشک، رضایت بیمار و وجود

امکانات و مشاوره متخصص بیهوشی می باشد .

❖ نکته: انجام روش های کاهش درد غیر دارویی منوط به رضایت مادر، وجود امکانات و مهارت فرد ارائه دهنده

خدمت می باشد.

۲- حمایت عاطفی مادر (راهنمای شماره ۷)

۳- ارزیابی وضعیت مادر و جنین

۳-۱ بررسی پیشرفت زایمان و نزول عضو پرزائنه

۳-۲ کنترل FHR هر ۱۵ دقیقه یکبار (در صورتی که مادر پرخطر باشد کنترل هر ۵ دقیقه انجام میشود) (راهنمای شماره

۸)

نکته: در هنگام کنترل صدای قلب جنین همزمان نبض مادر برای اطمینان از صحت انجام کار کنترل شود.

۳-۳ کنترل دمای بدن و فشارخون حداقل یکبار (راهنمای شماره ۹)

۳-۴ کنترل دمای مادر در صورت غوطه ور بودن مادر در آب هر ۳۰ دقیقه یکبار چک شود

۳-۵ ارزیابی مداوم انقباضات هر ۱۵ دقیقه یکبار (راهنمای شماره ۱۰)

۳-۶ معاینه شکم قبل از معاینه واژینال و قبل از مانیتورینگ جنین

۳-۷ معاینه واژینال در صورت لزوم توصیه می شود (به راهنمای ۱ مراجعه شود)

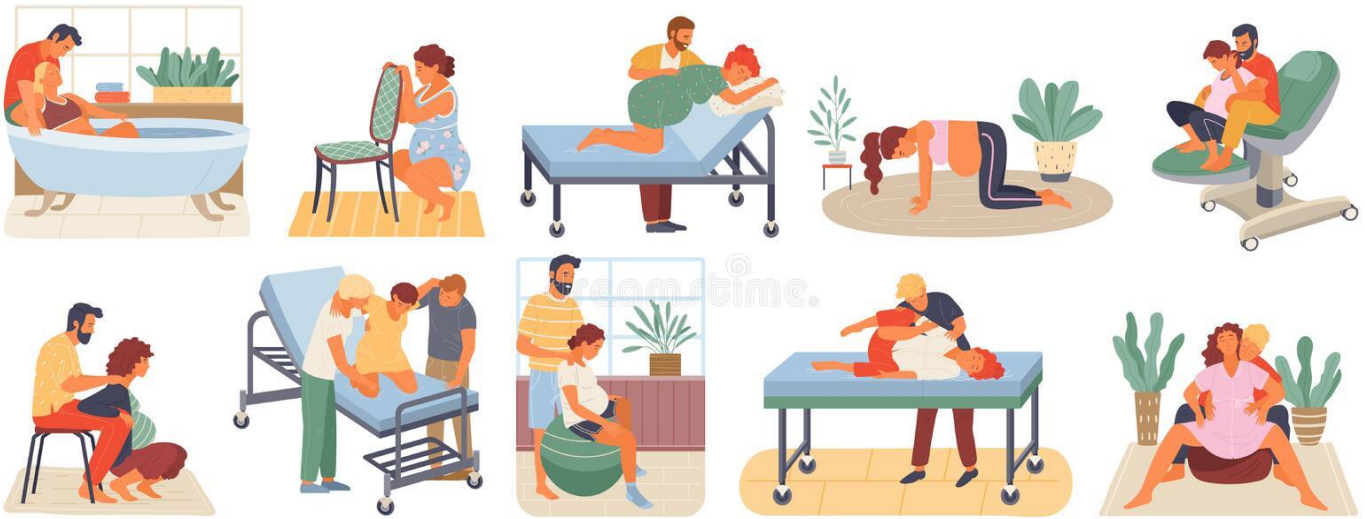
۳-۸ تغذیه و وضعیت هیدراسیون مادر، اغلب مصرف مایعات رقیق بین انقباضات توصیه شود.

۳-۹ میزان خونریزی به صورت مداوم پایش شود.

۳-۱۰ به پر بودن مثانه توجه شود و تشویق مادر به تخلیه صورت بگیرد.

۳-۱۱ مادر اقدام به Pushing نکند تا زمانی که این احساس ایجاد شود

۳-۱۲ ارزیابی آگاهی مادر در خصوص تکنیک های زور زدن و انتظارات وی در ارتباط با زور زدن



Walking



Sitting/leaning



Tailor sitting



Semirecumbent



Hands and knees



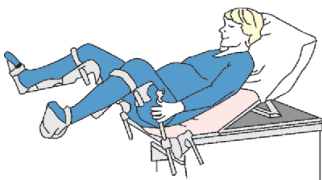
Standing



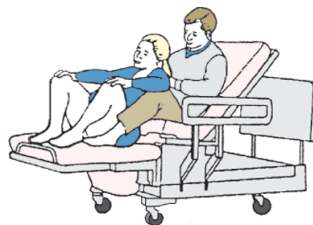
Squatting



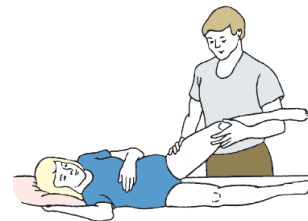
Kneeling and leaning forward with support



Lithotomy

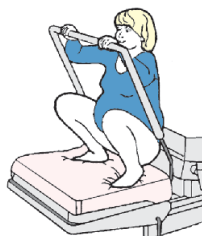


Semirecumbent



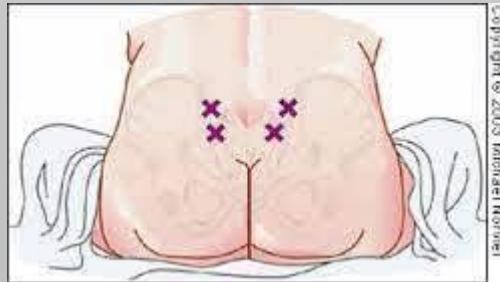
Lateral recumbent

B



راهنمای شماره ۳: تزریق آب استریل

تزریق آب استریل (SWI) یک روش موثر برای تسکین کمردرد در زایمان است. این روش به صورت تزریق زیر جلدی یا داخل پوستی مقدار کمی آب استریل (۰,۱ میلی لیتر تا ۰,۲ میلی لیتر) است که در چهار نقطه در قسمت پایین کمری -خاجی (ساکروم) انجام میشود. احساس سوزش تیز و گذرا در ثانیه های اول استفاده وجود دارد اگر تزریق به صورت داخل جلدی انجام می شود، این احساس آشکارتر می شود. شروع تسکین درد سریع است. معمولاً در عرض چند دقیقه اثر میگذارد اما می تواند ۱ تا ۲ ساعت طول بکشد. درمان را می توان چندین بار تکرار کرد

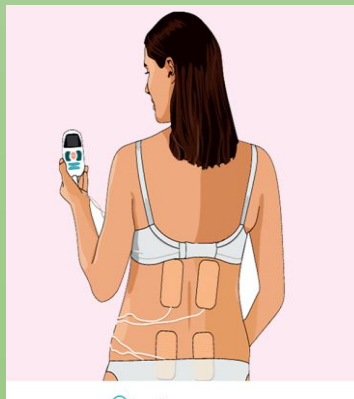


راهنمای شماره ۴: TENS

تحریک عصب از راه پوست (TENS) به عنوان وسیله ای برای کاهش درد در زایمان پیشنهاد شده است. واحد TENS تکانه های الکتریکی ولتاژ پایینی را منتشر می کند که از نظر فرکانس و شدت متفاوت است. در طول زایمان، الکترودهای TENS معمولاً در قسمت پایین کمر قرار می گیرند

قبل از قرار دادن پدها روی پشت مادر، خاموش بودن دستگاه را بررسی کنید. دو تا از پدها را در دو طرف ستون فقرات مادر قرار دهید، به طوری که پدها تقریباً در سطح بند سینه بند قرار گیرند. دو تای دیگر را پایین تر، تقریباً در سطح گودی در قسمت پایین کمر، قرار دهید. دستگاه را روشن کنید و با کمک کنترلی که در دست مادر قرار می دهید در پایین ترین حالت ولتاژ تحریک را شروع کنید. با قوی تر شدن انقباضات یا زمانی که درد کم شدت میابد، به مادر آموزش دهید ولتاژ را به تدریج افزایش دهد. در اوج هر انقباض از دکمه boost استفاده کنید. عملکرد تقویت ولتاژ منجر به احساس سوزن سوزن شدن یا وزوز شدیدتر می شود. به یاد داشته باشید که پس از پایان انقباض، دکمه boost را دوباره خاموش کنید. به این دلیل که دفعه بعد که انقباض شدید شروع شد، مزایای تقویت ولتاژ احساس شود.

کنترل تنظیم ولتاژ را دست مادر دهید تا بتواند در کنترل درد خود نقش داشته باشد. اگر پدها شروع به از دست دادن چسبندگی کردند، قبل از قرار دادن مجدد پدها، چند قطره آب به قسمت ژله ای پدها بمالید. هرچه پدها محکم تر روی بدن چسبیده باشند، بهتر اثر می کنند. اگر فکر می کنید بعد از مدتی عملکرد دستگاه نمیتواند درد را کاهش دهد آنها را برداشته و از سایر روش های کاهش درد بهره ببرید.



راهنمای شماره ۵: ماساژ

ماساژ کمر: در صورت کمر درد ماساژ چرخشی، محکم و ریتمیک در ناحیه لومبوساکرال و یا ماساژ چرخشی با دو دست در دوطرف ساکرو ایلیاک کمک کننده است

ماساژ پاها: ماساژ به صورت ورز دهنده با دو دست روی ران ها و کف پاها

ماساژ پرینه: در صورت لزوم و تشخیص پزشک می توان با کمک انگشتان سبابه و میانی در ناحیه پرینه (ساعت ۳ تا ۹) به شکل حرکت رفت و برگشت به صورت حرکت U به آرامی این کار را انجام داد

راهنمای شماره ۶: تکنیک تنفس

دمیدن برای جلوگیری از pushing

• به مادر آموزش دهید

زمانی که احساس می کنید میل به زور زدن دارید اما دهانه رحم هنوز کامل دیلاته نشده از این تکنیک تنفس استفاده کنید.

• به طور مکرر به گونه های خود پاف های کوتاه بزند (مثل اینکه شمع ها را فوت می کند یا سعی می کند یک پر را در هوا نگه دارد) تا زمانی که میل به فشار آوردن از بین برود، سپس به الگوی تنفس قبلی خود بازگردد.

تنفس در حین Pushing

به مادر آموزش دهید:

یک نفس سازماندهی شده بکشد. به این ترتیب که به محض شروع انقباض، یک آه بزرگ بکشد و در حین بازدم، تمام تنش را رها کند (از سر تا انگشتان پا).

روی حرکت جنین به سمت پایین و خروج او از کانال زایمان تمرکز کند و نه چیز دیگری.

به آرامی نفس بکشد، و اجازه دهید انقباضات شدت لازم را پیدا کند در این زمان میتواند در صورت لزوم برای راحتی تنفس خود را تسریع یا آرام کند. هنگامی که نمی تواند در مقابل میل به فشار آوردن مقاومت کند (زمانی که "مجبور" می شود)، نفس عمیقی بکشد، چانه خود را به سینه بچسباند، بدن خود را به جلو خم کند. سپس در حالی که نفس خود را حبس کرده با غرغر یا ناله به آرامی هوا را آزاد کند، و همزمان به پایین زور بیاورد. مهمتر از همه، شل کردن کف لگن است. به مادر توصیه کنید با رها کردن هر گونه تنش در پرینه به پایین آمدن نوزاد کمک میکند.

پس از ۵-۶ ثانیه نفس را رها کند و تا زمان فروکش کردن انقباض به این روش ادامه دهد. هدف این است که با هر انقباض ۳ بار فشار به پایین آورده شود.

راهنمای شماره ۷: حمایت روانی مادر

هدف ارایه مراقبت محترمانه مادر میباشد. به مراقبت سازماندهی شده ای اشاره دارد که به همه زنان به گونه ای خدمات ارائه می شود که حرمت زن حفظ گردد همچنین حفظ حریم خصوصی و رهایی از هر گونه آسیب جسمی، روحی، روانی و بد رفتاری را تضمین می کند و امکان انتخاب آگاهانه و مستمر را برای مادر فراهم می سازد.

ارتباط موثر بین ارائه دهندگان مراقبت های زایمان و زنان با مادر در هنگام زایمان با استفاده از روش های ساده و قابل قبول فرهنگی، توصیه می شود.

حضور همراه آموزش دیده و یا ماما همراه در طول تمامی مراحل لیبر و زایمان در کنار مادر برای حمایت روانی وی توصیه میشود.

راهنمای شماره ۸: کنترل صدای قلب جنین

نکته ۱: باید صدای قلب جنین را به مدت ۱ دقیقه کامل در طی انقباض و بلافاصله پس از پایان انقباض شنید و در هنگام شنیدن به الگوی طبیعی ضربان قلب نیز توجه شود. تعداد طبیعی ضربان قلب جنین ۱۱۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه است اگر مادر در وان آب قرار دارد از سونیکیدهای مخصوص ضد آب استفاده شود. چنانچه در دسترس نبود می توان با استفاده از یک پوشش پلاستیکی روی پروپ سونیکید، به صدای قلب جنین گوش داد.

نکته ۲: در بارداریهای پرخطر صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه کنترل شود.

نکته ۳: در صورت دسترسی به مانیتورینگ الکترونیکی، کنترل صدای قلب جنین در بارداریهای پرخطر در فاز فعال مرحله اول و مرحله دوم به طور مداوم انجام شود. در فاز فعال ضربان قلب جنین هر ۱ ساعت یک بار یک تراسه ۲۰ دقیقه ای ارزیابی و نتایج آن چاپ شود و در پرونده مادر با ذکر نام و نام خانوادگی، ساعت و تاریخ الصاق گردد. در صورت وجود تغییرات غیر طبیعی به الگوریتم مانیتورینگ الکترونیکی صدای قلب جنین راهنمای کشوری مراجعه شود.

نکته ۴: در موارد تاخیر رشد داخل رحمی، پره اکلامپسی، دکلمان، دیابت نوع ۱ و القای زایمان با اکسی توسین، حتما از مانیتورینگ الکترونیک مداوم استفاده شود.

راهنمای شماره ۹: کنترل علائم حیاتی

در مرحله دوم زایمان، وضعیت علائم حیاتی به شرح زیر تغییر می کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان ۱۵ تا ۲۵ میلی متر جیوه. افزایش آن تا ۱۰ میلی متر جیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.
- افزایش تعداد نبض. تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است و باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود.
- افزایش درجه حرارت به میزان ۰/۵ تا ۱ درجه سانتیگراد.
- تعداد تنفس تغییری نمی کند.

معیارهای ارزیابی علائم حیاتی:

- فشار خون ۱۴۰/۹۰ و بالاتر "فشارخون بالا" در نظر گرفته می شود. (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود)
- تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است. (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود)
- درجه حرارت بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد "تب" است. (درجه حرارت به مدت ۳ تا ۵ دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود).
- تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است. (تعداد تنفس به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود).

راهنمای شماره ۱۰: وضعیت انقباضات رحم:

-تکرار (Frequency) از قله انقباض تا قله انقباض بعدی یا از شروع انقباض تا شروع انقباض بعدی

-شدت (Intensity) قدرت انقباض (تعیین میزان سفت شدن رحم، به عبارتی در اوج انقباض موثر، انگشت شست به سادگی در قله رحم فرو نمی رود

-طول مدت هر انقباض (Duration) فاصله شروع تا خاتمه هر انقباض

-استراحت (Rest) فاصله بین انقباض ها، فاصله خاتمه یک انقباض تا شروع انقباض بعدی

مراقبت ها و ارزیابی active second stage

- تعریف: دیلاتاسیون کامل در حالی سرجنین قابل مشاهده است و مادر احساس pushing دارد
(نکته: زور زدن مادر تا زمان نزول جنین به جایگاه مثبت ۱ و شروع رفکس فرگوسن که باعث برانگیختن خودبخودی انقباضات عضلات شکم می گردد به تعویق افتد).
- ۱- تشویق به زور زدن با گлот باز به مدت ۴-۶ ثانیه به دنبال خروج آهسته هوا (بازدم) صورت گیرد این وضعیت ۵-۶ بار در هر انقباض تکرار گردد، تا جایی که ممکن است از حبس نفس در هنگام زور زدن خودداری گردد
 - ۲- مادر در هر وضعیتی که راحت است قرار بگیرد اما پوزیشن های upright انجام شود. (راهنمای شماره ۲)
 - ۳- ارزیابی وضعیت مادر و جنین:
 - ۳-۱ بررسی پیشرفت زایمان و نزول عضو پرزائنه انجام شود
 - ۳-۲ کنترل FHR بعد از هر انقباض یا حداکثر هر ۵ دقیقه یکبار (راهنمای شماره ۸)
 - ۳-۳ کنترل دمای بدن و فشارخون حداقل یکبار (راهنمای شماره ۹)
 - ۳-۴ کنترل دمای مادر در صورت غوطه ور بودن مادر در آب هر ۳۰ دقیقه یکبار چک شود
 - ۳-۵ کنترل ضربان قلب مادر هر ۱۵ دقیقه یکبار و اگر لازم باشد همزمان با کنترل FHR چک شود برای تمایز.
 - ۳-۶ ارزیابی مداوم انقباضات (راهنمای شماره ۱۰)
 - ۳-۷ معاینه شکم قبل از معاینه واژینال و قبل از مانیتورینگ جنین
 - ۳-۸ معاینه واژینال در صورت لزوم توصیه می شود (راهنمای شماره ۱)
 - ۳-۹ میزان خونریزی به صورت مداوم پایش شود
 - ۴- تغذیه و وضعیت هیدراسیون مادر، اغلب مصرف مایعات رقیق بین انقباضات توصیه می شود
 - ۵- مثانه: به پر بودن مثانه توجه شود و تشویق مادر به تخلیه صورت بگیرد
 - ۶- درد و ناراحتی مادر، با قرار دادن کمپرس گرم در ناحیه پرینه می توان درد مادر را تسکین داد بعلاوه جلوی پارگی ها را گرفت

فرایند زایمان

آماده سازی وسایل:

۱- ست زایمان (حداکثر اندازه ست ۵۰ در ۳۰ سانتی متر) ست زایمان داخل پارچه دولایه تافته (جمعا ۴ لایه) استریل شود.
❖ نکته: مشاهده دقیق وسایل ست توسط عامل زایمان قبل از شروع زایمان انجام شود در صورت وجود هر گونه مشکلی از جمله نواقص و یا سالم نبودن ویا هرگونه عامل قابل مشاهده که دال بر عدم انجام استریلیته صحیح باشد ست کنار گذاشته شود و ست دیگری باز گردد.
برای اطمینان حاصل شدن از استریل بودن وسایل عامل زایمان باید نشانگر داخل ست را مشاهده کرده . مامای کمک زایمان آن را بعد از زایمان پیوست پرونده مادر در برگه الصاق خدمات پاراکلینیکی نماید .
تاریخ انقضای استریلیتی هر ست داخل کمد در بسته حداکثر یک ماه و در قفسه باز حداکثر سه هفته می باشد.

۲- وسایل مورد نیاز داخل ست زایمان شامل:

- ✓ گان استریل برای عامل زایمان
- ✓ ۶ عدد شان که چهار شان استریل جهت درپ (پوشاندن بدن زائو) و دو شان یا دو حوله جهت نوزاد که در کات گذاشته میشود
- ✓ گالی پات به همراه ۹ پنبه جهت شستشو
- ✓ رسیور یا سینی
- ✓ گاز استریل
- ✓ پد یا گاز برای مانور ریتگن
- ✓ پوار
- ✓ دو عدد قیچی (قیچی صاف برای بند ناف و قیچی مخصوص اپی زیاتومی)
- ✓ یک عدد پنس یا رینگ فورسپس برای شششوی پرینه
- ✓ دو عدد پنس برای کلامپ بند ناف

- ۳- دمای اتاق تنظیم شود (۲۵ تا ۲۸ درجه سانتیگراد) برای این منظور لازم است یک دماسنج در محل زایمان تعبیه شده باشد.
- ۴- درها و پنجره ها به منظور کاهش جریان هوا در هنگام تولد نوزاد بسته باشد، پنکه و کولر خاموش شود.
- ۵- تشک و میز احیا برای نیاز احتمالی نوزاد به احیا آماده شود. سطح میز با حوله استریل پوشانده شود.
- ۶- منبع تولید گرما چک شود و گرمای آن تنظیم شود. در فاصله ۵۰ تا ۶۰ سانتی متری بالای تخت نوزاد قرار گیرد. دما روی ۳۶ تا ۳۸ درجه تنظیم شود.
- ۷- پروب سنجش دمای بدن نوزاد چک شود.
- ۸- روشنایی اتاق زایمان کافی باشد.
- ۹- دستگاه اکسیژن و مانومتر ، ماسک و بگ و وسایل مورد نیاز استریل جهت احیا نوزاد آماده باشد.

آماده شدن عامل زایمان

- ۱- پوشیدن چکمه
 - ۲- پوشیدن پیش بند
 - ۳- پوشیدن ماسک
 - ۴- گذاشتن عینک
 - ۵- اسکراب
 - ۶- صحبت کردن با مادر و حمایت عاطفی وی
 - ۷- باز کردن پگ جراحی زایمان
- ۷-۱ پوشیدن گان

۷-۱-۱ با کمک دست به شکلی که فقط با داخل گان برخورد کند گان را باز کرده

۷-۱-۲ دست ها را به درون آستین برده دست ها را تا مچ گان وارد می کنیم.

۷-۱-۳ با کمک همکار قسمت داخلی شانه گان روی شانه عامل زایمان کشیده شده و بند های آن پشت گردن بسته میشود

۷-۱-۴ سایر بند های گان نیز توسط همکار بسته میشود.

۸- بازکردن ست

۸-۱ لایه خارجی ست را بعد از کنترل برچسب با دست باز کرده

۸-۲ وسایل لازم از قبیل سرنگ ۵ سی سی ، پوآر، ۲ عدد کلامپ بند ناف و دستکش جراحی به طریق استریل باز شده و داخل ست انداخته می شود توسط نیروی کمکی زایمان.

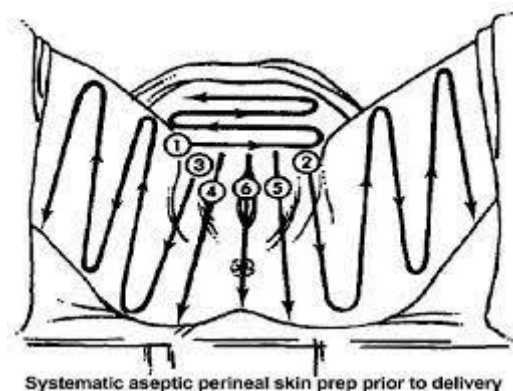
۸-۲ پوشیدن دستکش استریل (دستکش را طوری می پوشیم که مچ گان درون آن قرار گیرد مراقبت باشیم که دست به سطح خارجی دستکش برخورد نکند و رعایت نکات استریلیتی صورت گیرد)

۸-۳ با رعایت شرایط استریل لایه داخلی ست باز شده

۹- پرپ کردن: شستشوی پرینه، حداقل با ۶ پنبه سوآپ بزرگ انجام میشود

۹-۱ ابتدا پنبه های داخل گالی پات با محلول شستشوی پویدین آیدین توسط نیروی کمکی عامل زایمان اغشته می شود.

۹-۲ سپس مطابق شکل پرپ انجام میشود.



- ۱۰- درپ: ۶ عدد شان استریل داخل پگ جراحی زایمان وجود دارد.
- ۴ شان برای پوشاندن مادر که،
- ۱-۸ ابتدا یک شان برای زیر مادر انداخته می شود
- ۲-۸ شان بعدی روی پای سمت ست زایمان انداخته شود
- ۳-۸ شان بعدی روی شکم مادر
- ۴-۸ یک شان روی پای مقابل قرار می گیرد.
- سپس ۲ شان برای نوزاد را درون کات گذاشته شود
- ❖ نکته: بهتر است بعد از پرپ یک گاز روی ناحیه آنوس قرار بگیرد

اداره زایمان

- ۱- باید به مادر اجازه داده شود تا در هر وضعیتی که راحت است قرار گیرد. (تشویق مادر به وضعیت های upright : چمباتمه یا نشسته روی صندلی زایمان، ایستاده، خوابیده به پهلو و نیمه نشسته)
 - ❖ نکته ۱: وضعیت supine در این مرحله به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.
 - ❖ نکته ۲: در موارد نمایش غیر طبیعی، چند قلوبی، دیستوشی شانه وضعیت لیتاتومی بهترین انتخاب است. در واریکوز شدید پاها ی مادر پوزیشن supine (بدون قرار گرفتن در وضعیت لیتاتومی) توصیه می شود
 - ❖ نکته ۳: چنانچه CPD وجود نداشته باشد با توجه به شرایط مادر در هر وضعیت غیر طبیعی مانند OP یا اسینکلیتیسیم و غیره قرار گرفتن مادر در وضعیت Lunging تکیه به جلو و یا تکیه به عقب را باید تشویق کرد. همچنین در نبود CPD چنانچه انقباضات رحم مناسب نباشد القای زایمان باید انجام شود.
- ۲- در صورت تشخیص نمایش ها و یا موقعیت های غیر طبیعی جنین پوزیشن لازم داده شود. (به راهنما مراجعه شود)
- ۳- اگر مادر احساس زور زدن دارد عامل زایمان مادر را به زور زدن تشویق کند. (به مادر آموزش pushing داده شود)
- ۴- در صورت عدم حس زور زدن تغییر پوزیشن، خالی کردن مثانه و تشویق مادر انجام شود.
- ۵- اگر احساس شدید زور زدن وجود داشت و هنوز دیلاتاسیون کامل نبود مانورگاسکین (چهار دست و پا) یا تکنیک های تنفسی برای مادر انجام شود.
- ۶- زور زدن شدید و خیلی زود می تواند باعث کاهش PH خون جنین و صدمات اعصاب و عضلات کف لگنی گردد.
- ۷- در هر زور زدن تنفس نباید بیش از ۶ ثانیه حبس گردد. مادر نباید در هر انقباض بیش از ۳ بار زور بزند.
- ۸- مادر را به صورت کلامی و غیر کلامی حمایت شود
- ۹- انجام فوندال پرشر (فشار مستقیم بر روی رحم) برای تسریع زایمان خودداری گردد.
- ۱۰- وضعیت پرینه ارزیابی شود. با هر انقباض سر جنین مدخل ولوواژینال را متسع کرده و به تدریج دهانه ای بیضی شکل و در نهایت تقریباً گرد تشکیل می شود. این حالت که در آن حلقه ولو بزرگترین قطر سر جنین را محصور می کند، تاجی شدن crowning نامیده می شود. پرینه نازک شده و ممکن است پارگی های کوچکی در آن رخ دهد. مقعد به شدت تحت کشش قرار میگرد و دیواره قدامی رکتوم ممکن است به آسانی از داخل مقعد قابل رویت شود.
- ۱۱- با توجه به وضعیت پرینه مادر تصمیم برای انجام اپیزیاتومی گرفته شود. (اندیکاسیون های اپی زیاتومی شامل، جنین درشت، پرینه سفت، خستگی مادر، نیاز به سرعت بخشیدن به زایمان، نگرانی در مورد افت قلب جنین ، استفاده از زایمان ابزاری، نمایش بریج، پوزیشن OP) مراجعه به راهنمای اپیزیاتومی
- ۱۲- برای جلوگیری از پارگی خود به خود واژن قبل از زایمان و تسریع روند زایمان خود به خودی می توان از روش هایی مانند: ماساژ پرینه، کمپرس گرم و تکنیک hands on بهره برد. ماساژ پرینه میتواند حین زایمان انجام شود تا مدخل واژن برای عبور سر پهن تر شود و قابلیت اتساع پرینه افزایش یابد. ماساژ با لوبریکانت انجام می شود به صورتی که عامل زایمان پرینه را در خط وسط با دودست خود و با استفاده از انگشت شست و انگشتهای مقابل آن می گیرد. کشش رو به خارج و جانبی برای نازکتر شدن پرینه به طور مکرر انجام میشود. از کمپرس گرم میتوان برای کاهش درد و کاهش پارگی ها در محل پرینه استفاده نمود

❖ نکته: در کارازمایی های بالینی ماساژ پرینه باعث کاهش میزان پارگی ها شده است اما این میزان از لحاظ آماری معنادار نبوده است.

۱۳- اپی زیاتومی در زمان مناسب انجام شود (مراجعه شود به راهنمای اپی زیاتومی)

در صورت نیاز به اپی زیاتومی زمان درست انجام آن بسیار مهم می باشد زیرا در صورتی که زودتر از موقع انجام شود ممکن است خونریزی حاصل از انسزیون در دوره قبل از زایمان به حد چشمگیری برسد. اگر بسیار دیر انجام شود نمیتواند از بروز پارگی ها جلوگیری کند. بهتر است اپی زیاتومی در طی یک انقباض و هنگامی که ۴-۵ سانت از سر جنین قابل مشاهده شده است انجام گیرد. و برش مدیولترال از خط وسط فورشت آغاز شده و با زاویه ۶۰ درجه نسبت به خط وسط به سمت چپ یا راست جهت داده شود. (محاسبه این زاویه تغییر شکل آناتومی پرینه در جریان crowning لحاظ شده است. و در نهایت هنگام ترمیم انسزیونی با زاویه ۴۵ درجه انحراف از خط وسط بخیه زده می شود.) (مراجعه شود به فرایند اپی زیاتومی)

۱۴- مانور خروج سر: هنگامی که سر جنین ولو و پرینه را به حدی متسع میکند که مدخل واژن با قطر ۵ سانتی متر یا بیشتر باز میشود، میتوان با یک دست پرینه را حمایت کرد. و از دست دیگر برای هدایت و کنترل سر استفاده نمود. تا از زایمان سریع و یکباره سر جنین جلوگیری بعمل آید.

❖ نکته: زایمان آهسته سر میزان پارگی ها را کاهش می دهد.

❖ نکته: حائل کردن دست در پرینه میزان آسیب اسفنگتر مقعد را در مقایسه با رویکرد عدم مداخله کاهش میدهد.

❖ نکته: اگر نیروی زور زدن مادر کافی نباشد و یا زایمان سریع ضرورت داشته باشد میتوان از نوع مانور ریتگن تعدیل شده و یا اپی زیاتومی استفاده نمود.

✓ مانور تعدیل شده ریتگن: با کمک انگشتان دست از زیر یک حوله تمیز فشار رو به جلو از طریق پرینه و درست در جلوی دنبالچه بر روی چانه جنین وارد می شود. همزمان دست دیگر از بالا روی اکسی پوت فشار آورده و بدین ترتیب با کمک به اکستانسیون سر زایمان سر را تسهیل می کند.

۱۵- بعد از زایمان سر کنترل بند ناف گردنی انجام شود به طوری که با انگشتان دست به آرامی دور گردن جنین را جهت وجود بند ناف لمس می کنیم در صورت وجود بند ناف :

کمی کشش ایجاد کنید اگر بندناف شل بود می توان به راحتی آن را از دور گردن نوزاد رها کرد

در صورت محکم بود باید با دو کلامپ به فاصله ۲ سانتی متری از هم بند ناف را کلامپ و سپس آن را قطع کرده و از دور گردن آزاد کنید

۱۶- سر جنین پس از خارج شدن به طرف خلف می افتد و صورت جنین تقریباً در تماس با مقعد مادر قرار می گیرد.

۱۷- ساکشن حلق و بینی به صورت روتین توصیه نمی شود.

❖ نکته: ساکشن نازوفارنکس ممکن است سبب برادی کاردی نوزاد شود.

❖ نکته: از ساکشن فوری یا پوار حتی در صورت وجود مکونیوم بعد از زایمان اجتناب شود.

❖ نکته: ساکشن فقط در صورتی که نوزاد دچار انسداد واضح و ناتوانی در تنفس خود به خود هستند و یا نیاز به تهویه مکانیکی دارند انجام شود.

❖ نکته: نوزادان مادران مبتلا به ایدز و هپاتیت نباید پوار شوند

۱۸- فرصت کافی جهت چرخش خارجی داده شود .

نکته: در چرخش خارجی اکسی پوت بلافاصله به سمت یکی از ران های مادر بر میگردد و سر در موقعیت عرضی قرار می گیرد. این چرخش خارجی باعث می شود قطر بیس اکرومیال (فاصله بین شانه ها) چرخش پیدا کرده و در قطر قدامی خلفی لگن قرار گیرد و زایمان شانه را تسهیل نماید.

۱۹- زایمان شانه:

دو طرف سر جنین با دست گرفته و کشش ملایم رو به پایین اعمال شود تا شانه قدامی زیر سمفیز پوبیس نمایان شود. سپس با حرکت رو به بالا شانه خلفی آزاد بشود.

❖ نکته: جهت جلوگیری از آسیب شبکه بازویی از اعمال فشار ناگهانی یا شدید اجتناب گردد.

۲۰- خروج سایر قسمت های بدن:

میتوان با اعمال یک کشش متوسط و رو به خارج بر سر زایمان را تسریع کرد.

❖ نکته: از قلاب کردن انگشتان در ناحیه زیر بغل اجتناب شود زیرا این کار ممکن است به اعصاب اندام فوقانی

آسیب بزند و منجر به فلج دائمی یا گذرا شود.

❖ نکته: نوزاد بسیار خیس و لغزنده است مراقب باشید نوزاد از دستتان سر نخورد.

۲۱- تعیین کنید نوزاد نیاز به احیا دارد یا خیر با ارزیابی سریع تون، تنفس، ترم.

۲۲- اگر نیاز به احیا نداشت مراقبت های عادی نوزاد به شرح ذیل انجام شود:

۲۳- نوزاد متولد شده را روی شکم مادر گذاشته و با یک پارچه گرم آن را خشک نمایید

۲-۲۲ پارچه یا حوله نوزاد را تعویض کنید و از خشک و گرم بودن نوزاد اطمینان حاصل نمایید

۳-۲۲ تحریک ملایم پوستی انجام شود

۴-۲۲ بلافاصله سر نوزاد را با حوله یا کلاه خشک بپوشانید

۲۴- در صورت عدم نیاز به احیا بند ناف را کلامپ کنید، بدین صورت که با فاصله ۶ - ۸ سانتی متری از شکم بین دو کلامپ

زده شده بندناف کات شود. سپس یک کلامپ با ۲-۳ سانتی متر فاصله از شکم نوزاد در محل قرار داده شود.

❖ نکته: در نوزادان ترم و پره ترم که نیازمند احیا نیستند کلامپ تاخیری در حد ۶۰ ثانیه انجام شود. این کار باعث

افزایش ذخایر تام بدن، افزایش حجم خون و کاهش کم خونی در نوزاد می شود.

۲۵- آپگار دقیقه اول تعیین شود

۲۶- اگر نوزاد و مادر وضعیت خوبی دارند شیردهی آغاز شود.

۲۷- در صورت نیاز و اندیکاسیون خون بند ناف برای اندازه گیری ABG به آزمایشگاه ارسال شود.

مرحله سوم زایمان (خروج جفت)

پس از کلامپ بند ناف با لمس شکم مادر و اطمینان از نبود قل دیگر اداره فعال مرحله سوم شروع می شود.

توجه شود:

- ۱- بلافاصله بعد از تولد نوزاد اندازه و قوام فوندوس رحم چک شود.
- ۲- هرگز مادر رها نشود
- ۳- با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید
- ۴- به حال عمومی مادر توجه نمایید
- ۵- در صورتی که مادر با وضعیت چمباتمه یا نشسته زایمان نموده است میتوانید مرحله سوم را در همان وضعیت ادامه دهید. در غیر این صورت مادر باید در وضعیت خوابیده به پشت و کف پا روی زمین (supine or dorsal) قرار گیرد. دقت کنید در وضعیت خوابیده به پهلو برای پیشگیری از آمبولی حتما دو پا را با هم به خط وسط بر گردانید و سپس برای خروج جفت از همدیگر باز کنید.
- ۶- با توجه به شرایط مادر برای نحوه خروج جفت تصمیم بگیرید:

۱- اداره فیزیولوژیک یا انتظاری

۲- اداره فعال در صورتی که تشخیص خونریزی بعد از زایمان برای مادر داده شد انجام میشود.

- ✓ در اداره فیزیولوژیک یا انتظاری شامل منتظر ماندن برای بروز نشانه های جداشدگی جفت و خروج جفت به صورت خود به خود و یا به کمک تحریک نیپل یا نیروی جاذبه است.
- ✓ اداره فعال مرحله سوم: کلامپ سریع بند ناف، کشش کنترل شده بند ناف در جریان خروج جفت، تجویز فوری یوتروتونیک پروفیلاکسی است.
- ❖ نکته: عوامل یوتروتونیک را می توان بدون افزایش میزان خونریزی پس از زایمان ، افزایش احتمال باقی ماندن جفت، و یا احتمال افزایش مدت سوم لیبر قبل یا بعد از خروج جفت تجویز کرد.
- ❖ نکته: در صورتی که رحم سفت و خونریزی نامعمول وجود نداشته باشد " انتظار توام با دقت " تا هنگام جدایی جفت اقدامی معمول است.

۷- ماساژ رحم صورت نگیرد فقط فوندوس به طور مکرر لمس گردد تا از عدم آتونیک شدن آن اطمینان حاصل شود.

۸- توجه کنید مثانه خالی باشد.

۹- برای بیرون کشیدن جفت از اعمال کشش بر بند ناف اجتناب شود این کار منجر به وارونگی رحم خواهد شد.

۱۰- توجه به نشانه های کنده شدن جفت:

۱-۵ گردد تر و سفت تر شدن فوندوس

۲-۵ خروج ناگهانی خون به واژن

۳-۵ دراز تر شدن بند ناف

۴-۵ بالارفتن رحم

نکته: این نشانه ها در عرض یک تا ۵ دقیقه پس از زایمان پدیدار میشود.

۱۱- بعد از اطمینان از کنده شدن جفت از مادر بخواهد زور بزند یا سرفه کند
۱۲- برای کنده شدن جفت تا ۳۰ دقیقه میتوان زمان داد اگر بیشتر از این مدت سپری شد و جفت هنوز خارج نشده سریعاً به پزشک اطلاع دهید. در صورت نبود خونریزی و علائم شوک اقدامات ذیل انجام شود:

۱۲-۱ تجویز مجدد ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی

۱۲-۲ تشویق به شیردادن نوزاد

۱۲-۳ تشویق مادر به تخلیه ادرار و در صورت پر بودن مثانه و عدم توانایی مادر تخلیه با سوند

۱۲-۴ کشش کنترل شده بندناف

۱۲-۵ انتظار برای شروع انقباضات

❖ نکته: قبل از مشاهده و اطمینان از جدا شدن جفت، هرگز نباید به زور اقدام به کشش بندناف و خارج کردن جفت کرد.

۱۳- جفت به آرامی به همراه پرده ها با حرکت چرخشی خارج شود.

۱۴- زمان خروج جفت و پرده ها ثبت شود.

۱۵- تجویز یوتروتونیک ها:

- اکسی توسین: به عنوان خط اول درمان توصیه شده است. دوز پروفیلاکتیک مشخصی برای آن تعریف نشده. معمولاً ۲۰ واحد (۲ میلی لیتر) در هر لیتر محلول انفوزیون می شود. این محلول با سرعت ۱۰-۲۰ میلی لیتر در دقیقه به مدت چند دقیقه بعد از خروج نوزاد تجویز می شود. تا رحم در حالت منقبض و سفت باقی بماند و خونریزی کنترل شود. سپس سرعت انفوزیون به ۱-۲ میلی لیتر در دقیقه کاهش می یابد تا مادر آماده انتقال از لیبر به بخش شود. در صورتی که مادر IVLINE نداشت ۱۰ واحد اکسی توسین داخل عضلانی تجویز می شود.

در صورتی که اکسی توسین در دسترس نباشد :

- مترژن: ۲/۳ mg داخل عضلانی (در صورت فشار خون بالا تجویز نشود)

- پروستا گلاندین (PGE1- PGF2α): میزوپروسترول ۶۰۰ میکروگرم خوراکی به مادر داده می شود.

- در صورتی که مادر فشار خون بالا دارد تجویز ارگومترین و PGF2α توصیه نمیشود

۱۶- معاینه کامل جفت و عروق و بند ناف انجام شود. (راهنمای شماره ۱۱)

۱۷- اگر حین خروج جفت یا پرده ها یا بعد از معاینه متوجه شدید بخشی از پرده ها یا جفت باقی مانده اقدامات زیر را انجام دهید
۱۷-۱ به پزشک اطلاع دهید

۱۷-۲ مادر را از نظر خونریزی ارزیابی کنید

۱۷-۳ دستکش های خود را تعویض نمایید و یک دستکش استریل بپوشید

۱۷-۴ با کمک فورسپس یا دست تکه های باقی مانده پرده را خارج نمایید، کانال زایمان را بررسی کنید

۱۷-۵ در صورت نیاز کوراژ توسط پزشک انجام شود

۱۸- جستجو و ارزیابی وجود پارگی های احتمالی کانال زایمان (پرینه، دیواره ای خلفی میانی و قدامی واژن و سرویکس) انجام شود. این کار باید قبل از ترمیم هر گونه پارگی یا برشی انجام شود.

۱۹- ترمیم پارگی های احتمالی و برش اپی زیاتومی بعد از ارزیابی پارگی ها و معاینه جفت و پرده ها صورت پذیرد.

❖ نکته: به دقت مادر را معاینه کنید در صورت وجود پارگی خونریزی دهنده یا بیش از یک سانتی متر در سرویکس، واژن و پرینه،

آن را ترمیم کنید

راهنمای شماره ۱۱: معاینه جفت و بند ناف

جفت را باید به دقت معاینه کرد تا مطمئن شد که هیچ تکه ای از آن باقی نمانده است. جفت طبیعی عدسی شکل بوده، بزرگترین قطر آن ۱۵ تا ۲۱ سانتی متر، بیشترین ضخامت آن ۲ تا ۳ سانتی متر و وزن آن ۴۱۱ تا ۶۱۱ گرم است. نکاتی که باید در معاینه جفت دقت شود، شامل:

- مشاهده سطح جنینی برای بررسی محل بندناف (مرکزی، کناری، والمنتوز)
- بررسی از نظر وجود لب فرعی (در صورت ادامه عروق نافی از کناره آزاد جفت تا پرده ها)،
- مشاهده سطح مادری برای بررسی کامل بودن، بزرگ بودن و رنگ پریدگی کوتیلدون ها، کلسیفیکاسیون و انفارکتوس جفتی.
- برای معاینه پرده ها، می توان جفت را آویزان نگه داشت و با داخل بردن دست درون آن از کامل و سالم بودن آن مطمئن شد.
- مشاهده بندناف از نظر تعداد شریان (۲ شریان ۱ ورید)،
- طول بندناف (به طور متوسط ۵۱ تا ۷۱ سانتی متر)،
- گره های حقیقی و کاذب.

ملاحظات: هرگز بند ناف را قبل از جدا شدن جفت نکشید

چنانچه مادر در وضعیت غیر خوابیده زایمان کرده است، باید مراقب کشیده شدن بندناف پس از خروج نوزاد باشید در صورت بزرگ بودن و رنگ پریدگی جفت، حتماً آزمایش VDRL را درخواست کنید

اقدامات بعد از خروج جفت و ترمیم اپی زیاتومی:

- ۱- پرینه با آب گرم یا پارچه تمیز پاک کنید و یک پد تمیز بر روی ولو بگذارید.
 - ۲- شان ها و لباس های خیس را تعویض نمایید.
 - ۳- پاهای مادر به طور همزمان از رکاب خارج کرده و در وضعیت مناسب قرار دهید و روی او را بپوشانید.
 - ۴- مادر و نوزاد را گرم نگهدارید. اگر مادر لرز دارد از پتوی گرم و اقدامات حمایتی استفاده کنید.
 - ۵- مادر را از نظر داشتن درد ارزیابی کنید (نوع، محل، شدت).
 - ۶- هر موردی که باعث ناراحتی مادر میشود را رفع نمایید.
 - ۷- با انجام یک ماساژ ملایم از جمع بودن رحم اطمینان حاصل نمایید
 - ۸- میزان خونریزی را ارزیابی نمایید
 - ۹- به مادر نوشیدنی گرم یا سرد (بر حسب تمایل) بدهید.
 - ۱۰- نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
 - ۱۱- از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید
 - ۱۲- به مادر و همراهان وی در مورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.
- ❖ نکته: اگر زایمان با بی حسی اپیدورال بوده در این مرحله باید کاملاً هوشیار بوده و به راحتی نفس بکشد. در پایان یک ساعت باید حس گزگز از پای وی برطرف شده و بتواند پای خود را از تخت بلند کند.

| جدول مراقبت های مادر در دوره ی پس از زایمان | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|
| ردیف | زمان مراقبت | ساعت ۱ هر ۱۵ دقیقه | ساعت ۲ هر ۳۰ دقیقه | ساعت ۳-۶ هر ۱ ساعت از ساعت ۶ تا ترخیص هر ۶ ساعت |
| ۱ | حال عمومی و هوشیاری | | | |
| ۲ | میزان خونریزی | | | |
| ۳ | وضعیت رحم | | | |
| ۴ | وضعیت پرینه | | | |
| ۵ | فشارخون | | | |
| | درجه حرارت | | | |
| | نبض | | | |
| | تنفس | | | |
| ۶ | برونده ادراری | | | |
| ۷ | تماس پوست با پوست | | | |
| ۸ | وضعیت پستان ها و شیردهی | | | |

راهنمای تکمیل جدول مراقبت ها:

۱- حال عمومی و هوشیاری:

تغییر در شرایط پوست (تعریق، سرد شدن، خاکستری یا رنگ پریدگی بخصوص اطراف دهان)

تغییر سطح هوشیاری و گیجی

عطش به آب و هوا و حالت خمیازه

لرز و بی قراری

در ساعت اول پس از زایمان هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و پس از آن هر ۶ حال عمومی و هوشیاری مادر ارزیابی شود.

۲- ارزیابی خونریزی پس از زایمان (به راهنمای خونریزی پس از زایمان مراجعه شود).

روش های تخمین میزان خونریزی:

جمع آوری خون در ظروف مدرج دارای شان پلاستیکی (Drapes) دارای کیسه های مدرج (در صورت در دسترس بودن).

استفاده از وسایل بصری همانند پوستر که اندازه و ظاهر خون را در سطوح مختلف (مانند پد زایمانی، روکش تخت و اسفنج) با حجم خون جذب شده توسط آن سطح ارتباط می دهد (مثال: در یک شان با ابعاد ۴۵×۴۵: در صورتی که ۵۰٪ شان آغشته به خون باشد؛ خونریزی معادل ۲۵ میلیلیتر است. در صورتی که ۷۵٪ آغشته به خون باشد، خونریزی معادل ۵۰ ml و در صورتی که تمام سطح آغشته به خون باشد خونریزی معادل ۷۵ ml و در صورتی که خون از آن می چکد، خونریزی ۱۰۰ ml است)

اطلاع از وزن وسایل، گاز، شان، گان و روکش سطوح به گرم در هنگامی که خشک هستند و اندازه گیری وزن این وسایل در هنگامی که آغشته به خون شده اند و تفاضل وزن این دو تقریباً معادل مقدار خون از دست داده شده به میلی لیتر است.

تخمین خونریزی زودرس پس از زایمان:

- از دست دادن حدود ۵۰۰ سی سی و یا بیشتر طی ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی
- از دست دادن حدود ۱۰۰۰ سی سی پس از عمل جراحی سزارین
- ۱۰ درصد کاهش در میزان هماتوکریت پس از زایمان

۳- بررسی وضعیت رحم:

بعد از زایمان ارزیابی تونیسیتته رحم برای تشخیص زودرس آتونی در تمامی زنان باید انجام شود. در هنگام معاینه رحم باید منقبض و در خط وسط درست زیر ناف لمس شود. جهت ماساژ رحمی دست چپ به طور مستقیم پشت سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی رحم قرار گرفته و با دست راست به صورت فنجان مانند اطراف قله رحم را در دست بگیرید و به آرامی ماساژ دهید.

❖ نکته: حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است زیرا بعد از زایمان لیگامان ها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل یا بخشی از رحم خواهد شد.

❖ نکته: این ماساژ فقط در زمانی انجام شود که فوندوس سفت نیست زیرا تحریک بیش از حد میومتر می تواند در خسته شدن و شل شدن عضله سهیم باشد.

نکته: مثانه پر یا خونریزی شدید رحمی ممکن است باعث انحراف رحم از خط وسط شود.

❖ نکته: جمع بودن رحم و اینکه چند سانتی متر بالا یا پایین ناف لمس میشود در پرونده ثبت شود.

❖ نکته: به مادر توضیح داده شود: ضرورت انجام ماساژ، ناراحتی و درد کرامپی ناشی از انقباض، تشویق مادر برای انجام ماساژ.

در صورتیکه رحم حالت نرم یا خمیری داشته باشد می تواند نشان دهنده بروز خونریزی شدید و یا وجود لخته باشد. لذا ماساژ سریع و صحیح رحم توصیه می شود. در هنگام ماساژ از یک دست به منظور انجام فشار ثابت و محکم بر روی قله رحم و به منظور خروج لخته استفاده شده و دست دیگر به منظور پیشگیری از صدمه به لیگامان ها از بخش تحتانی رحم حمایت می کند. در حین بررسی مداوم وضعیت قرارگیری و وضعیت رحم و ترشحات را از نظر رنگ، مقدار و خروج لخته بررسی کنید.

در ساعت اول پس از زایمان هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و از ساعت سوم تا ساعت ششم هر یک ساعت (بوکلت) و ساعت ششم تا زمان ترخیص هر ۴ ساعت (ACOG) رحم را از نظر جمع بودن و میزان خونریزی بررسی کنید.

۴- بررسی محل اپی زیاتومی:

وضعیت پرینه و محل اپی زیاتومی را در پایان ساعت اول و پس از آن هر ۴ ساعت (ACOG) و قبل از ترخیص بررسی کنید.

در صورت احساس درد و ناراحتی در محل اپی زیاتومی در ۲۴ ساعت اول می توان از سرمای موضعی مثل ice pack، ice gel و اسپری بنزوکائین و در ۲۴ ساعت دوم از گرمای مرطوب ۳-۴ بار در روز هر بار به مدت ۲۰ دقیقه استفاده کرد. در مسکن های خوراکی گروه NSAIDs مثل استامینوفن یا ایبوپروفن قابل توصیه است.

نکته: استفاده از شیاف رکتال در پارگی درجه ۳ و ۴ ممنوع است.

معیارهای تشخیص هماتوم:

احساس درد زیاد هنگام لمس پرینه یا محل ترمیم

ادم غیر قرینه پرینه یا محل ترمیم

ایسکمی پوست پرینه یا محل ترمیم

افزایش سفتی پوست پرینه یا محل ترمیم

احساس فشار به رکتوم

کبودی محل درد

نکته: در صورت بروز هماتوم اندازه آن بررسی شود. اگر اندازه به تدریج افزایش یافت و یا بیشتر از ۵ سانتی متر بود لازم است، هماتوم در اتاق عمل تخلیه شود. در غیر این صورت مادر با کمپرس یخ، تجویز مسکن و کنترل علائم حیاتی تحت نظر گرفته شود.

۵- کنترل علائم حیاتی و حال عمومی مادر:

ساعت اول پس از زایمان: فشارخون، ضربان قلب و تنفس هر ۱۵ دقیقه و درجه حرارت فقط یکبار بررسی کنید.

ساعت دوم پس از زایمان: فشارخون، تنفس و ضربان قلب هر ۳۰ دقیقه بررسی کنید.

از ساعت سوم تا ششم: فشارخون، تنفس و ضربان قلب هر یک ساعت بررسی کنید.

از ساعت ششم تا زمان ترخیص: فشارخون، تنفس و ضربان قلب را بر اساس بوکلت هر ۶ ساعت/ بر اساس ACOG هر ۴ ساعت بررسی کنید

درجه حرارت بدن مادر را در یک ساعت اول یکبار و سپس هر ۴ ساعت تا ۸ ساعت اول و پس از آن هر ۸ ساعت و یک ساعت قبل از ترخیص بررسی کنید.

۶- برونده ادراری:

قبل از ترخیص مادر باید از دفع ادرار مطمئن شد. میزان مورد انتظار تخلیه ادرار ۳۰ تا ۵۰ سی سی در ساعت است. چنانچه مادر تا ۴ ساعت پس از زایمان قادر به تخلیه مثانه نبود، ابتدا وضعیت مثانه، واژن و ولو از نظر هماتوم بررسی شود. در صورت نبود هماتوم اقدامات زیر صورت گیرد.

۱- اگر مادر منع حرکت ندارد به توالی راهنمایی شود.

۲- گوش دادن به صدای آب

۳- خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب

۴- ریختن آب ولرم روی پرینه

۵- پاشویه در لگن آب حاوی عصاره نعنا

۶- فشار آرام روی سوپراپوبیک

۷- شل کردن پرینه توسط مادر

۸- استفاده از سوند نلاتون جهت تخلیه ادرار

نکته: در صورت دهیدراسیون و نبود ادرار، ۴۰۰ سی سی سرم در مدت ۲ ساعت تزریق شود و مادر مجدداً به تخلیه ادرار تشویق شود. اگر بعد از دوبار تلاش در انجام اقدامات فوق، مادر قادر به تخلیه ادرار نبود پس از بررسی دقیق کانال زایمانی، وضعیت رحم و میزان خونریزی اقدامات زیر به ترتیب انجام شود.

۱- میزان باقی مانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود.

۲- در صورت وجود حجم ادرار باقی مانده بیش از ۲۰۰ سی سی، سوند ادراری برای ۲۴ ساعت ثابت شود.

۳- سوند پس از ۲۴ ساعت خارج شود.

۴- اگر بعد از خارج کردن سوند مجدداً مادر نتواند بعد از ۴ ساعت دفع ادرار داشته باشد حجم باقی مانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود.

۵- با حجم ادرار بیش از ۲۰۰ سی سی مجدداً سوند به مدت ۲۴ ساعت ثابت گردد، هر دو ساعت کلامپ گردد و نیم ساعت آزاد باشد و سپس سوند خارج شود.

۷- تماس پوست با پوست

بلافاصله پس از تولد، نوزاد را برای حداقل یک ساعت در صورت عدم نیاز به احیا و اقدام فوری در تماس پوست با پوست مادر قرار دهید. این کار از هیپوترمی نوزاد جلوگیری کرده و باعث موفقیت در فرایند شیردهی میشود.

۸- شیردهی:

همه نوزادان متولد شده حتی نوزادان LBW که قادر به مکیدن هستند و از نظر کلینیکی شرایط پایداری دارند در صورت آمادگی مادر و نوزاد باید هر چه زودتر بعد از زایمان برای شیر خوردن روی سینه مادر قرار بگیرند. مادر را تشویق کنید به شناسایی علائم آمادگی شیرخوار برای تغذیه با شیر مادر بپردازد، در صورت لزوم جهت شیردهی به آنها کمک کنید.

❖ نکته: در کنار مراقبت های ذکر شده آموزش به مادر در این دوره اهمیت بسزایی در جهت حفظ و ارتقای

سلامت مادر و نوزاد دارد.

آموزشات به شرح ذیل می باشد

۱- دفع:

کاهش عملکرد روده ها در دفع پس از زایمان امری طبیعی است که با استفاده از رژیم غنی از فیبر، مصرف مایعات فراوان و حرکت کردن به محض کسب توانایی لازم، قابل پیشگیری است.

در صورت عدم توانایی مادر در دفع ۳ روز بعد از زایمان تجویز داروهای ملین مثل Docusate sodium یا Bisacodyl توصیه میگردد.

نکته: پس از تجویز هر دارو فرصت کافی جهت اعمال اثر دارو داده شود و داروی جدید سه روز بعد به داروی قبلی اضافه شود.

۲- حرکت:

به محض اینکه مادر احساس توانایی راه رفتن دارد می بایست با کمک یک همراه صورت گیرد.

نکته: پیش از بلند شدن از تخت، مادر بنشیند پاها را از تخت آویزان کند و در صورت عدم احساس سرگیجه، سبکی سر و افت فشار از تخت پایین آید.

۳- رژیم غذایی و استراحت:

بعد از زایمان جهت تامین انرژی، بازیابی قوا و دفع ماده بیهوشی فرصت استراحت کافی به مادر داده شود. در مورد زنانی که به روش واژینال زایمان کرده اند محدودیت غذایی خاصی وجود ندارد. رژیم غذایی پرفیبر و همراه با مایعات کافی توصیه می شود.

۴- تجویز رگام:

در مادران RH منفی، RH نوزاد پس از تولد مورد ارزیابی قرار گیرد. در صورت مثبت بودن RH نوزاد در طی ۷۲ ساعت پس از زایمان ۳۰۰ میکروگرم گلوبولین ایمیون آنتی D (رگام) تجویز گردد.

۵- سایر موارد:

علائم خطر، لوشیا، کاهش وزن، بهداشت فردی، مصرف مکمل ها، ایمنسازی در نهایت آموزشات مراقبت از نوزاد به مادر داده شود.

موفق باشید