

# نمودار نامه بارداری و زایمان

## ویلیامز ۲۰۱۸

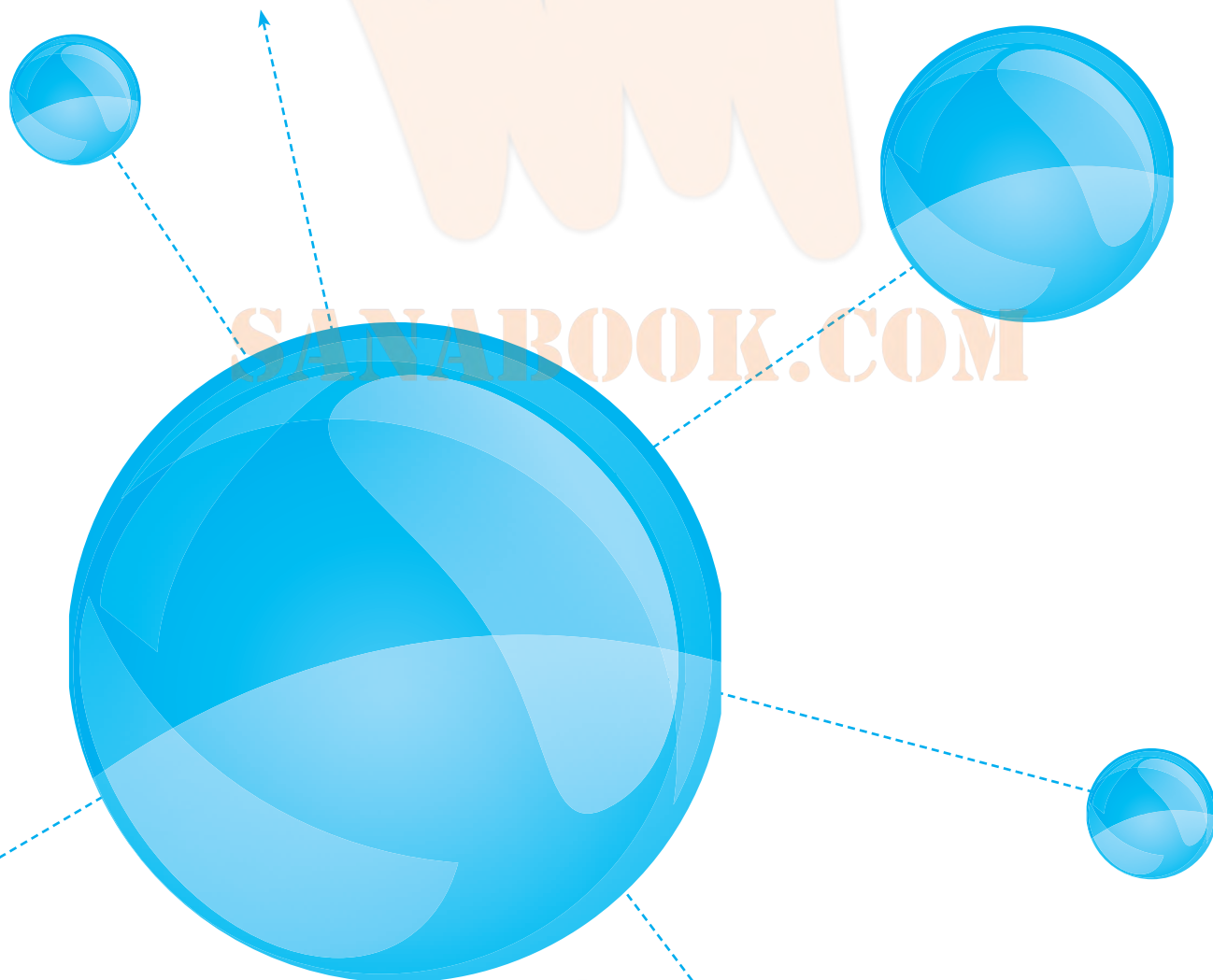
تدوین، گردآوری و تألیف:

زری دولت‌آبادی تکابی

کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مهدیه طاهری

کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران



مشاوره و پشتیبانی

جزوه



تقویت رزومه

نمره زبان / MSRT / MHLE



کلاس (گروهی و خصوصی)

آزمون آزمایشی





در طی چندین سال تحصیل و تدریس در علوم پزشکی به کرات به دانشجویان و داوطلبانی برخوردیم که علی‌رغم تلاش فراوان برای مطالعه و یادگیری مطالب پر حجم کتب علوم پزشکی، نمی‌توانند سر جلسه امتحان یا کنکور نتیجه مطلوب را بگیرند. با بررسی شیوه مطالعه این افراد به این نتیجه رسیدیم که بسیاری از آن‌ها توانایی دسته‌بندی و تفکیک مطالب و نگاه کل به جزء را در ذهن خود ندارند. مشکل این است که این افراد از ابتدا به مطالب به‌صورت جزء به جزء نگریسته‌اند، در حالی که قبل از فرود به جزیره ناشناخته هر فصل می‌بایست از بالا مختصات کلی آن را در ذهن ترسیم کرد. دقیقاً مثل نرم‌افزار نقشه گوگل (google map) یک بار نمای کلی نقشه را با دیدن نام مناطق، اتوبان‌ها در نظر می‌گیرید و سپس بر روی فلان خیابان یا کوچه زوم می‌کنید. نگاه کل به جزء و دسته‌بندی شده در مطالعه نیز به همین صورت است. اگر شما مطالب را در قالب نکات مجزا حفظ کنید، هیچ وقت نمی‌توانید ارتباط آن‌ها را با یکدیگر متوجه شوید.

مزیت کتاب‌های نمودارنامه علاوه بر خلاصه بودن، دسته‌بندی مطالب مرتبط باهم است. در حقیقت نویسنده، کتاب رفرنس را پس از مطالعه، خلاصه برداری کرده و مطالب سردسته و زیردسته را برای شما به شکلی زیبا در قالب نمودارها و شاخه‌ها رسم کرده است. به‌طوری که وقتی یک صفحه از کتاب نمودارنامه را می‌خوانید و می‌فهمید، مطمئن باشید که چندین صفحه از کتاب رفرنس را خوانده و فهمیده‌اید! بنابراین بعد از تهیه این کتاب، تنها کاری که شما انجام می‌دهید، این است که کتاب را باز کنید و بخوانید!! خلاصه‌برداری نکنید، فقط سعی کنید ارتباط مطالب را با هم پیدا کنید و دیگر هیچ ...

## دلایلی که باعث شده اساتید و دانشجویان دانشگاه‌های تهران در طول ترم از کتاب‌های نمودارنامه استفاده کنند:

۱. فضاهای خالی زیادی که در اطراف نمودارها وجود دارد، باعث شده که استاد در حین تدریس بتواند به دانشجویان بگوید نکته‌ای که لازم است را در کنار همان مطلب یادداشت کنند.
۲. برخلاف کتب تشریحی که سرشار از متون و نکات پشت سرهم است، کتاب‌های نمودارنامه با بکار بردن هنر گرافیک، چیدمان مطالب را به گونه‌ای انجام داده که دانشجو بتواند با کمک حافظه تصویری مطالب را بفهمد نه اینکه حفظ کند.
۳. کتب نمودارنامه با حجم پایین خود در حالی که هیچ مطلب مهمی از آن جا نیفتاده است، باعث می‌شود دانشجو در طول ترم و در ایام امتحانات هراسی از خواندنش نداشته باشد.

## دلایلی که باعث شده داوطلبان آزمون‌های ارشد، دکتری و استخدامی از کتاب‌های نمودارنامه استقبال کنند:

۱. در ایام نزدیک به کنکور، کتب نمودارنامه برای آنهایی که هر منبعی خوانده‌اند به عنوان یک کتاب مروری بسیار کمک خواهد کرد.
۲. کتاب‌های نمودارنامه با حجم کمی که دارد، برای داوطلبانی که فرصت زیادی تا کنکور ندارند یا ساعات مطالعه کمی دارند، معجزه می‌کند! بخصوص اگر در کنار کتاب‌های تست تاس و یا جعبه سیاه مطالعه شوند.
۳. داوطلبانی که حتی از کتاب‌های محبوبی همچون صفر تا صد یا نود پلاس بعنوان درسنامه برای کنکور استفاده می‌کنند، قبل از شروع مطالعه هر فصل نگاهی به همان فصل از نمودارنامه می‌کنند و مطالب سردسته و زیردسته را در ذهن خود ترسیم می‌کنند. این کار باعث می‌شود تا زمان زیادی را در طول مطالعه برای خود ذخیره کنند.

دلایل فوق، ما را بر آن داشت که کتاب نمودارنامه را این گونه برنامه‌ریزی و طراحی کنیم و با قبول زحمت نویسندگان عزیز، این اثر هم اکنون پیش روی شماست. در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هر گونه اشکال تایپی و املائی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک [sanabook.comment@gmail.com](mailto:sanabook.comment@gmail.com) اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب‌روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان بخاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه بصورت فایل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.

مدیریت مؤسسه علمی انتشاراتی سنا «سامانه نوین آموز»  
دکتر منیره ملکی - دکتر هادی طیفانی



بارداری و زایمان همواره مهمترین و اصلی‌ترین درس برای دانشجویان مامایی است. تسلط و درک کافی این درس همواره نقش موثری در بهبود عملکرد بالینی افراد دارد. این درس با برخورداری از بیشترین ضریب در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری مامایی، نقش مهمی در موفقیت شما دارد. با توجه به حجم گسترده مطالب و زمان بر بودن مرور این درس، بر آن شدیم کتابی جامع و نموداری برای مطالعه سریع و آسان تهیه کنیم. این کتاب به صورت نموداری برای یادگیری بهتر و مفهومی‌تر درس بارداری و زایمان با متنی روان و بر اساس کتاب بارداری و زایمان ویلیامز نگارش شده است. از ویژگی‌های این کتاب می‌توان به ارائه مطالب به صورت دسته‌بندی شده و افزایش سرعت مطالعه اشاره کرد. امید است که این مجموعه بتواند در ارتقای علمی دانش‌پژوهان عزیز مفید واقع گردد و سهمی در موفقیت شما داشته باشد. در پایان از تمام عزیزانی که ما را در تهیه این کتاب یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارم.

با سپاس

زری دولت‌آبادی

SANABOOK.COM



## فهرست



|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| فصل ۱: بارداری و زایمان در دید وسیع               | ۷   |
| فصل ۲: آناتومی مادر                               | ۹   |
| فصل ۳: ناهنجاری‌های دستگاه اداری- تناسلی مادرزادی | ۱۹  |
| فصل ۴: فیزیولوژی مادر                             | ۳۱  |
| فصل ۵: لانه‌گزینی و تکامل جفت                     | ۵۰  |
| فصل ۶: اختلالات جفت                               | ۶۳  |
| فصل ۷: امبریون‌ز و تکامل جنین                     | ۷۱  |
| فصل ۸: مراقبت‌های قبل از بارداری                  | ۸۵  |
| فصل ۹: مراقبت‌های پره‌ناتال                       | ۹۱  |
| فصل ۱۰: تصویربرداری از جنین                       | ۱۰۳ |
| فصل ۱۱: مایع آمنیون                               | ۱۲۴ |
| فصل ۱۲: تراتولوژی، تراتوژن‌ها و عوامل فتوتوکسیک   | ۱۲۹ |
| فصل ۱۳: ژنتیک                                     | ۱۳۷ |
| فصل ۱۴: تشخیص پره‌ناتال                           | ۱۴۷ |
| فصل ۱۵: اختلالات جنینی                            | ۱۵۶ |
| فصل ۱۶: درمان جنین                                | ۱۶۴ |
| فصل ۱۷: بررسی جنین                                | ۱۷۴ |
| فصل ۱۸: سقط                                       | ۱۷۸ |
| فصل ۱۹: بارداری اکتوپیک                           | ۱۸۸ |
| فصل ۲۰: بیماری تروفوبلاستیک بارداری               | ۱۹۷ |
| فصل ۲۱: فیزیولوژی لیبر                            | ۲۰۳ |
| فصل ۲۲: لیبر طبیعی                                | ۲۱۳ |
| فصل ۲۳: لیبر غیرطبیعی                             | ۲۲۲ |
| فصل ۲۴: بررسی هنگام زایمان                        | ۲۲۹ |
| فصل ۲۵: آنالژزی و بیهوشی در زایمان                | ۲۳۸ |





|                                                  |     |
|--------------------------------------------------|-----|
| فصل ۲۶: القا و تقویت لیبر                        | ۲۵۰ |
| فصل ۲۷: زایمان واژینال                           | ۲۵۷ |
| فصل ۲۸: زایمان بریچ                              | ۲۶۹ |
| فصل ۲۹: زایمان واژینال ابزاری (اپراتیو)          | ۲۷۷ |
| فصل ۳۰: زایمان سزارین و هیستریکتومی هنگام زایمان | ۲۸۴ |
| فصل ۳۱: زایمان سزارین قبلی                       | ۲۹۳ |
| فصل ۳۲: نوزاد                                    | ۲۹۸ |
| فصل ۳۳: بیماری‌ها و آسیب‌های نوزادان ترم         | ۳۰۷ |
| فصل ۳۴: نوزاد پره ترم                            | ۳۱۶ |
| فصل ۳۵: مرده‌زایی                                | ۳۲۱ |
| فصل ۳۶: دوره نفاس                                | ۳۲۵ |
| فصل ۳۷: عوارض نفاسی                              | ۳۳۵ |
| فصل ۳۸: جلوگیری از بارداری                       | ۳۴۲ |
| فصل ۳۹: عقیم‌سازی                                | ۳۵۲ |
| فصل ۴۰: اختلالات هیپرتانسیو                      | ۳۵۵ |
| فصل ۴۱: خونریزی زایمانی                          | ۳۸۰ |
| فصل ۴۲: لیبر پره‌ترم                             | ۴۰۰ |
| فصل ۴۳: حاملگی پست ترم                           | ۴۱۳ |
| فصل ۴۴: اختلالات رشد جنین                        | ۴۱۶ |
| فصل ۴۵: بارداری‌های چندقلویی                     | ۴۲۳ |

SANABOOK.COM



## تعاریف

- دوره پری ناتال (Perinatal Period):** از لحظه تولد نوزاد (بعد از هفته ۲۰ بارداری و یا در صورت احتساب وزن نوزاد با وزن ۵۰۰ گرم) تا ۲۸ روز کامل بعد از زایمان
- تولد (Birth):** خارج شدن یا خارج ساختن جنین از مادر بعد از هفته ۲۰ حاملگی (در صورت عدم وجود معیارهای دقیق زمانبندی وزن بالای ۵۰۰ گرم)
- وزن هنگام تولد (Birth Weigh):** وزن نوزاد بلافاصله بعد از زایمان و یا در کمترین فاصله بعد از زایمان بر حسب گرم
- میزان تولد (Birth Rate):** تعداد تولدهای زنده به ازای هر هزار نفر جمعیت
- میزان باروری (Fertility Rate):** تعداد تولدهای زنده به ازای هر ۱۰۰۰ زن واقع در سنین باروری (۱۵-۴۴ ساله)
- تولد زنده (Live Birth):** مواردی از تولد که نوزاد خود به خود تنفس کرده (و یا هر نشانه حیات دیگری مثل وجود ضربان قلب و یا حرکات قطعی و خود به خود عضلات ارادی) در هنگام تولد و یا مدتی بعد از آن
- مرده زایی (Stillbirth) یا مرگ جنین (Fetal Death):** فقدان نشانه‌های حیات در هنگام تولد یا بعد از تولد
- مرگ اوایل نوزادی (Early Neonatal Death):** مرگ نوزاد زنده در ۷ روز اول بعد از تولد
- مرگ اواخر نوزادی (Late Neonatal Death):** مرگ نوزاد پس از ۷ روزگی تا قبل از ۲۹ روزگی
- میزان مرده زایی (Stillbirth Rate) یا میزان مرگ جنین (Fetal Death Rate):** تعداد نوزادان مرده متولد شده در هر ۱۰۰۰ تولد شامل تولدهای زنده و موارد مرده زایی
- میزان مرگ و میر نوزادان (Neonatal Mortality Rate):** تعداد موارد مرگ نوزاد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- میزان مرگ و میر پری ناتال (Perinatal Mortality Rate):** تعداد موارد مرده زایی به اضافه تعداد موارد مرگ نوزادان در هر ۱۰۰۰ تولد کلی
- مرگ شیر خوار (Infant Death):** مرگ شیرخواران زنده متولد شده از زمان تولد تا پایان ماه دوازدهم زندگی
- میزان مرگ و میر شیرخواران (Infant Mortality Rate):** تعداد مرگ‌های شیرخواران در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- وزن کم هنگام تولد (Low Birth Weigh):** وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم
- وزن بسیار کم هنگام تولد (Very Low Birth Weigh):** وزن نوزاد کمتر از ۱۵۰۰ گرم
- وزن بی نهایت کم هنگام تولد (Extremely Low Birth Weigh):** وزن نوزاد کمتر از ۱۰۰۰ گرم
- نوزاد ترم (Term Neonate):** نوزاد متولد شده پس از ۳۷ هفته کامل (روز) حاملگی تا ۴۲ هفته کامل حاملگی (روزهای ۲۶۰ تا ۲۹۴)
- نوزاد پره ترم (Preterm Neonate):** نوزاد متولد شده قبل از ۳۷ هفته کامل (روز) حاملگی تا ۳۴ هفته کامل (روز) حاملگی
- نوزاد پست ترم (Postterm Neonate):** نوزاد متولد شده بعد از ۴۲ هفته کامل (روز) حاملگی (از روز ۲۹۵ به بعد)
- محصول سقط (Abortus):** جنین یا رویان خارج شده از رحم مادر در هفته ۲۰ و یا کمتر (یا وزن کمتر از ۵۰۰ گرم در صورت عدم وجود معیارهای دقیق زمانبندی)
- ختم القا شده حاملگی (Induced Termination Of Pregnancy):** از بین بردن حاملگی با هدفی غیر از تولد نوزاد زنده
- مرگ مادری مسقیم (Direct Maternal Death):** مرگ مادر در اثر عوارض زایمانی حاملگی، لیبر و دوره نفاس و یا در اثر مداخلات، درمان

نادرست و سهل انگاری ها - کلاس (گروهی و خمبومی)

مثال: مرگ مادر در اثر خونریزی شدید پس از پارگی رحم

مشاوره و پشتیبانی

جزوه

نمره زبان MSRT / MHLE

آزمون آزمایشی

## تعاریف

- مرگ مادری غیر مستقیم (Indirect Maternal Death)**
  - الف) مرگ مادر با عللی که مستقیماً در اثر علل زایمانی ناشی نمی‌شوند.
  - ب) مرگ مادر در اثر بیماری‌های قبلی یا بیماری‌های ایجاد شده در جریان حاملگی، لیبر و دوره نفاس و تشدید شده در اثر تطابق‌های فیزیولوژیک مادر با حاملگی
  - پ) مثال: مرگ مادر در نتیجه عوارض بیماری تنگی دریچه میترال
- مرگ غیر مادری (Nonmaternal Death):** مرگ مادر در اثر علل غیر مرتبط با حاملگی یا علل تصادفی
  - مثال: مرگ مادر به علت تصادف و یا بدخیمی‌های همزمان با حاملگی
- نسبت مرگ و میر مادری (Maternal Mortality Ratio):** تعداد مرگ‌های مادری ناشی از روند تولید مثل به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
- مرگ همراه با حاملگی (Pregnancy Associated Death):** مرگ هر زنی به هر علتی در جریان حاملگی و یا یک سال تقویمی پس از ختم حاملگی صرف‌نظر از مدت و یا محل حاملگی
- مرگ مرتبط با حاملگی (Pregnancy Related Death):** مرگ‌های مرتبط با حاملگی در اثر
  - الف) عوارض خود حاملگی
  - ب) زنجیره حوادث ایجاد شده و منجر به مرگ در اثر حاملگی
  - پ) تشدید وضعیت‌های منجر به مرگ غیر مرتبط، به علت آثار فیزیولوژیک و یا فارماکولوژیک حاملگی

## معیارهای مراقبت زایمانی

- مرگ و میر پری‌ناتال
- مرگ‌های دوره شیرخوارگی
- مرگ و میر مادری

معیارهای مراقبت زایمانی

- الف) انفارکتوس حاد میوکارد
- ب) نارسایی حاد کلیه
- پ) سندروم دیسترس تنفسی حاد
- ت) آمبولی مایع آمنیون
- ث) ایست قلبی / فیبریلاسیون بطنی
- ج) انعقاد داخل عروقی منتشر
- چ) اکلامپسی
- د) نارسایی قلبی در حین اقدامات عملی
- ر) آسیب‌های قفسه سینه، شکم و لگن
- ز) آسیب‌های داخل جمجمه‌ای
- س) اختلالات مغزی-عروقی در دوره نفاس
- س) ادم ریه
- س) عوارض شدید بی‌هوشی
- ص) سپسیس
- ض) شوک
- ط) بحران سلول داسی
- ظ) پایش قلبی
- ع) تبدیل ریتم قلبی
- غ) هیستریکتومی
- ف) جراحی قلب
- ق) تراکتوتومی
- ی) تهویه

موربیدیتۀ شدید مادر: شاخص‌ها



با کتابیار  
اسکن کن،  
اتاق گفتگوی  
خوانندگان این فصل

با کتابیار  
اسکن کن،  
ارسال نظر  
برای نویسنده و ناشر

## دیواره قدامی شکم

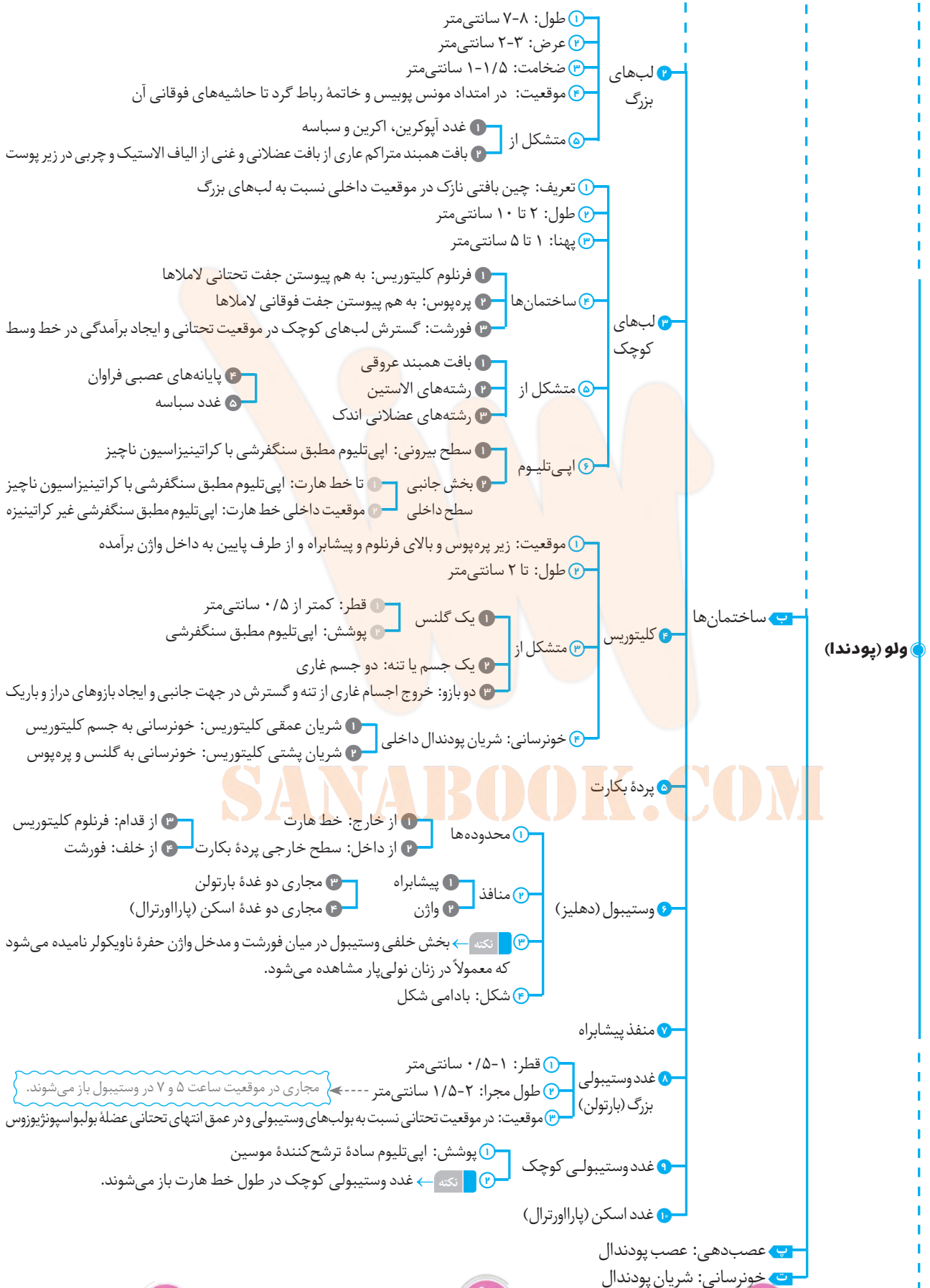


## اعضای تولیدمثلی خارجی

اعضای تولیدمثلی خارجی (ولو (پودندا)

الف) تعریف: کلیه ساختمان‌های قرارگرفته از پوبیس تا جسم پرینه  
ب) ساختمان‌ها: ۱) مونس پوبیس: بالشتک مملو از چربی قرار گرفته بر روی سمفیز پوبیس

## اعضای تولیدمثلی خارجی



ولو (پودندا)

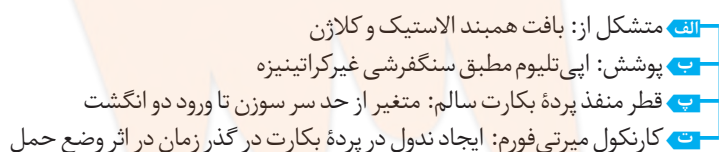
SANABOOK.COM

## اعضای تولیدمثلی خارجی

## واژن

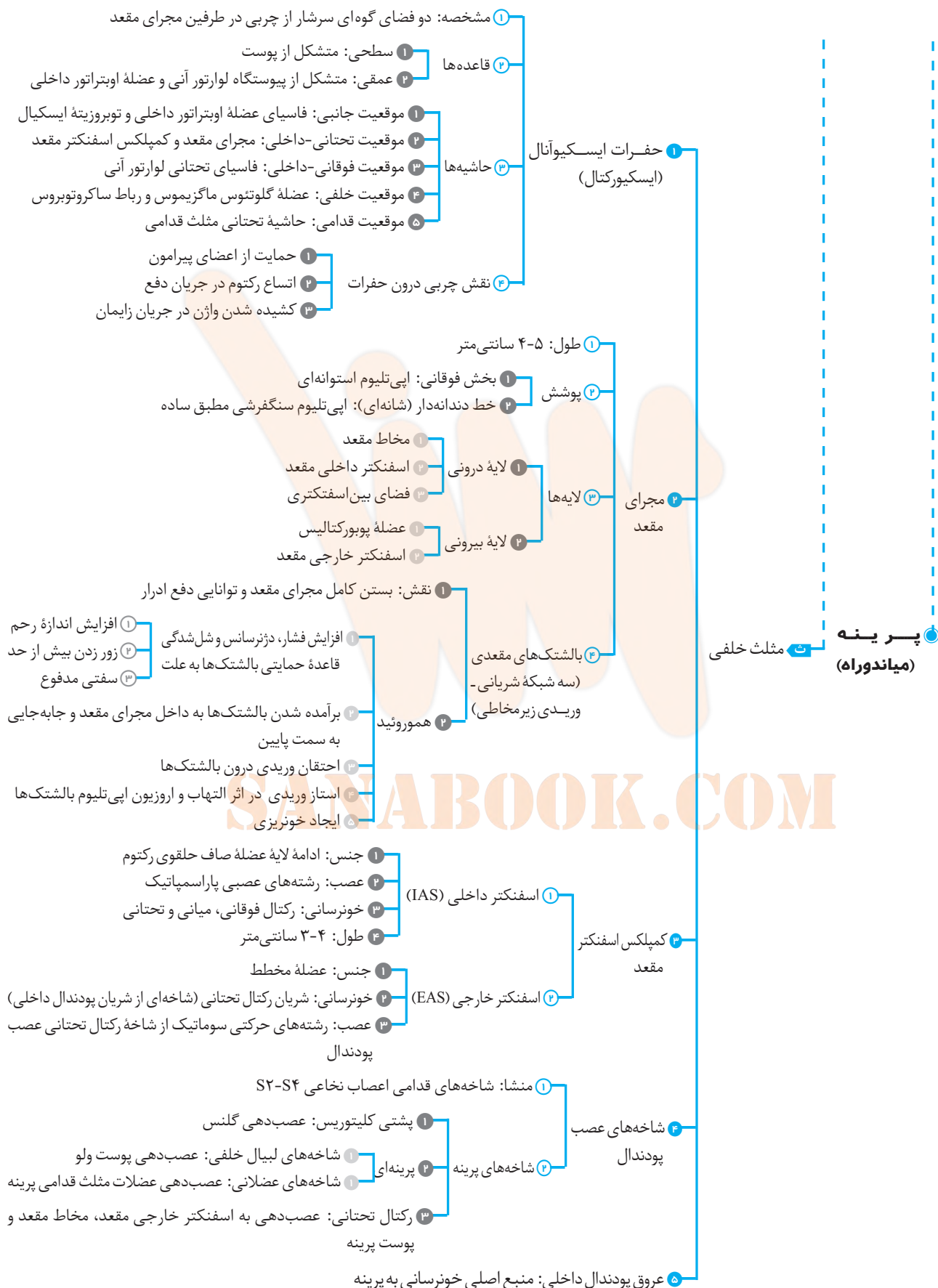


## پرده بکارت

پرینه  
(میان‌دوره)

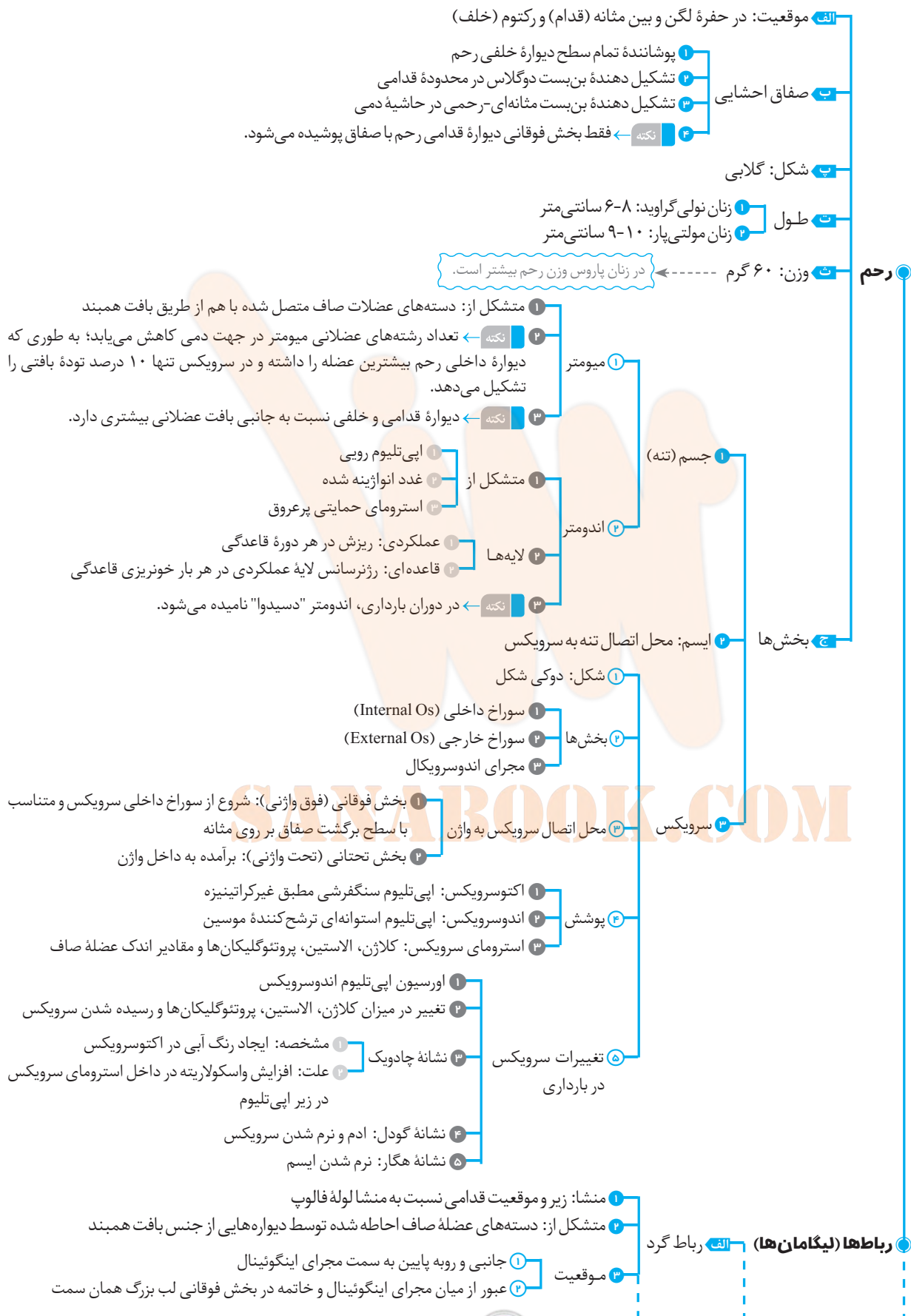
[illegible]

## اعضای تولیدمثلی خارجی



## اعضای تولیدمثلی داخلی

## اعضای تولیدمثلی داخلی



## رشد ناهماهنگ جنین‌های دوقلو

### اتیوپاتوز

تدابیر ارزیابی

ارزیابی جنین

## مرگ جنین

الف عوامل مرتبط با مرگ

- ۱ زیگوسیته
- ۲ کوریونیسیته
- ۳ همزمانی رشد

ب زمان

- ۱ اوایل بارداری: تظاهر به صورت قل ناپیدا (Vanishing twin)
- ۲ نزدیک به ترم: احتمال عدم تشخیص تا زمان زایمان
- ۳ ویژگی‌های جنین مرده
- ۴ جنین فشرده (Fetus compressus)
- ۵ جنین کاغذی (Fetus papyraceus)
- ۶ در این حالت جنین در اثر خشک شدن کاملاً صاف و پهن است.

ب عوامل مؤثر در پیش آگهی قل زنده مانده

- ۱ بارداری مونوکوریون یا دی کوریون
- ۲ سن بارداری در زمان مرگ قل اول:
- ۳ عدم افزایش خطر مرگ قل زنده مانده در موارد قل ناپیدا پس از سه ماهه اول
- ۴ فاصله زمانی بین مرگ و قل اول و زایمان قل زنده
- ۵ در تمام بارداری‌های دوقلویی خطر مرده زایی با سن بارداری ارتباط دارد و بیشترین خطر در بارداری‌های دوقلویی مونوکوریون با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته است.

## مرگ یک جنین

ت عواقب (براساس نتایج مطالعات):

- ۱ افزایش خطر زایمان پره ترم در موارد
- ۲ مرگ یک قل در بارداری دوقلویی مونوکوریون قبل از هفته‌های ۲۸ و ۳۲
- ۳ در موارد مرگ یک قل پس از هفته ۳۴ بارداری، میزان زایمان پره ترم افزایش نمی‌یابد.
- ۴ اختلالات نورولوژیک
- ۵ پیش آگهی وابسته به وضعیت کوریونیسیته
- ۶ افزایش خطر اختلالات نورولوژیک در بارداری‌های مونوکوریون نسبت به دی کوریون
- ۷ کاهش فیبرینوژن پلاسما در ابتدا و سپس افزایش
- ۸ افزایش محصولات تجزیه فیبرینوژن-فیبرین در ابتدا و سپس به مقادیر طبیعی
- ۹ کوآگولوپاتی (در موارد پیشرفته بارداری) کوآگولوپاتی مصرفی گذرا یا خودبه‌خود محدودشونده
- ۱۰ در هنگام زایمان بخشی از جفت که وظیفه خونرسانی به قل مرده را بر عهده داشته است به محل رسول فیبرین تبدیل می‌شود.
- ۱۱ سن بارداری
- ۱۲ علت مرگ
- ۱۳ خطرات وارده بر جنین زنده
- ۱۴ عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری
- ۱۵ سقط‌های سه‌ماهه اول: عدم نیاز به نظارت

- ۱ روش‌های
- ۲ داپلر شریان
- ۳ گروه‌بندی
- ۴ نوع سه:
- ۵ فقدان متناوب یا معکوس شدگی جریان انتهای دیاستولی
- ۶ خطر کمتر آشفته‌گی جنین نسبت به نوع دو با توجه به وجود آناستوموزهای بزرگ شریان به شریان در جفت
- ۷ در بارداری‌های چندقلویی دی کوریون بدون عارضه، ارزیابی قبل از زایمان تأثیری بر بهبود پیامدهای پری‌ناتال نداشته است.
- ۸ توصیه ACOG: اندیکاسیون‌های انجام تست‌های قبل از زایمان در بارداری‌های چندقلویی مشابه با بارداری‌های تک‌قلویی است (فصل ۱۷).
- ۹ پروتکل بیمارستان پارکلند در زنان با میزان ناهماهنگی بیش از ۲۵ درصد: بستری و پایش روزانه

## مرگ جنین

## مرگ یک جنین

تدابیر درمانی

مرگ پس از  
سه ماهه اولبارداری های  
مونو کوریونعلت اصلی موربیدیت: ۱  
آنستوموزهای عروقی ۲۱ مرگ در یک قل  
کاهش ناگهانی فشار خون در قل دیگر ۲  
تدابیر درمانی: ختم بارداری در موارد مرگ یکی از جنین ها پس  
از سه ماهه اول و قبل از کسب قابلیت حیات۲ عوارض مادری (کتواسیدوز، پره اکلامپسی یا دکولمان): اداره بر اساس تشخیص و  
وضعیت مادر و جنین زنده  
۳ ناهنجاری های مادرزادی ناهماهنگ: عدم تأثیر بر قل زنده در بارداری های دی کوریون

پیامدها

آسیب نورولوژیک ۱

مرگ ۲

زایمان پره ترم ۳

بیشتر در بارداری های مونو کوریون

۲ نکته  
مرگ یک قل در این زمان، بیشترین خطر را در قل زنده مانده  
وارد می کند.مرگ در اواخر سه ماهه دوم  
یا اوایل سه ماهه سوم:۱ تجویز کورتیکواستروئیدها با هدف تسریع بلوغ ریه  
۲ طولانی تر کردن بارداری در موارد وضعیت داخل رحمی  
غیر آسیب رسان۴ زمان زایمان  
۱ دوقلوهای دی کوریون: هنگام ترم  
۲ دوقلویی مونو کوریون: زایمان بین هفته های ۳۴ و ۳۷  
بارداریمرگ قریب الوقوع  
یکی از جنین هاالف مرگ یک قل در زمان ترم: ختم بارداری  
ب اثبات بلوغ ریه: ختم بارداری با هدف نجات جنین سالم و قل در معرض خطر  
پ نارس بودن: تصمیم گیری براساس احتمال بقای "کامل" در هر دو جنین

## مراقبت های پره ناتال

## هدف

الف پیشگیری از عوارض  
ب مقابله با عوارض در صورت بروز

زمان بندی (بیمارستان پارکلند): هر ۲ هفته یک بار از هفته ۲۲ بارداری

نکته در هر ویزیت معاینه انگشتی سرویکس با هدف شناسایی کوتاه شدگی یا دیلاتاسیون سرویکس صورت می گیرد.

## مراقبت های پره ناتال

## رژیم غذایی

الف حاوی  
۱ ۲۰ درصد پروتئین  
۲ ۴۰ درصد کربوهیدرات  
۳ ۴۰ درصد چربیب وعده های غذایی  
۱ سه وعده غذایی اصلی  
۲ سه میان وعده

پ افزایش وزن ۲۴/۵ - ۱۷ کیلوگرم (۵۴-۳۷ پوند) در زنان با BMI طبیعی

ت تجویز مکمل های در حد فوقانی میزان دریافتی پیشنهاد  
شده توسط "هیات غذا و تغذیه موسسه پزشکی"۱ کلسیم  
۲ منیزیم  
۳ روی  
۴ ویتامین D، C و E

ث افزایش دریافت کالری به میزان ۴۵-۴۰ کیلوکالری بر کیلوگرم

## سونوگرافی اهداف

۱ شناسایی رشد غیرطبیعی جنین

۱ تکنیک: سنجش عمیق ترین بسته عمودی در ۱ میزان کمتر از ۲ سانتی متر: اولیگو هیدرآمیوس  
هر یک از ساک های حاملگی ۲ میزان بیشتر از ۸ سانتی متر: هیدرآمیوس۲ تعیین حجم مایع  
آمنیون  
۱ علت احتمالی: دلالت بر اختلالات رحمی - جفتی  
۲ اقدام: بررسی بیشتر از نظر سلامت جنین

مشاوره و پشتیبانی

جزوه

تقویت رزومه

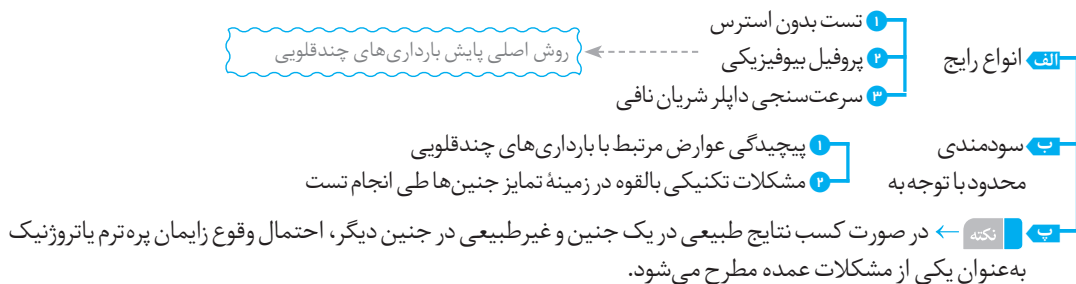
نمره زبان MHLE / MSRT

کلاس (گروهی و خصوصی)

آزمون آزمایشی

## مراقبت‌های پره‌ناتال

## نظارت قبل از زایمان بر جنین



## زایمان پره‌ترم

## شیوع

- الف دوقلویی: ۵۰ درصد
- ب سه قلویی: ۷۵ درصد
- پ چهارقلویی: ۹۰ درصد

## پیشگویی

- الف سنجش طول سرویکس ← پیشگویی کنندهٔ پر قدرت لیبر و زایمان پره‌ترم
- ب بسته بودن سوراخ داخلی سرویکس هنگام معاینه
- پ طبیعی بودن طول سرویکس همراه با تست منفی فیبرونکتین جنینی

- ۱ عدم تأثیر بستری در بیمارستان در کاهش میزان زایمان پره‌ترم
- الف استراحت در بستر
- ۲ اقدامات لازم جهت کاهش میزان زایمان پره‌ترم
- ۱ محدودیت در فعالیت فیزیکی
- ۲ ترک زود هنگام فعالیت‌های شغلی
- ۳ ویزیت‌های مکرر مراقبت‌های بهداشتی
- ۴ ارزیابی سونوگرافیک مکرر
- ۵ آموزش به مادر در مورد خطرات زایمان پره‌ترم

## پیشگیری

- ۱ عدم تأثیر در کاهش میزان زایمان پره‌ترم
- ۲ استفاده از تربوتالین خوراکی با توجه به ایجاد عارضه در مادر توصیه نمی‌شود (FDA).
- ب توکولیز پروفیلاکتیک
- پ درمان با پروژسترون داخل عضلانی: عدم تأثیر در کاهش خطر زایمان پره‌ترم در زنان با بارداری دوقلویی (حتی در زنان با سرویکس کوتاه)
- ت درمان با پروژسترون واژینال: عدم تأثیر در کاهش خطر زایمان پره‌ترم در زنان با بارداری دوقلویی
- ۱ سرکلاژ پروفیلاکتیک: عدم تأثیر بر بهبود پیامدهای پری‌ناتال
- ۲ سرکلاژ سرویکس: احتمال آثار سودمند در موارد بارداری دوقلویی در سه‌ماهه دوم و سرویکس دیلاته

- ۱ عملکرد
- ۲ تغییر زاویه مجرای سرویکس
- ۳ برداشته شدن فشار مستقیم از روی سوراخ داخلی سرویکس
- ۱ تحت فشار قرار دادن سرویکس
- ۲ توصیه ACOG: عدم استفاده از پساری
- ۳ پساری

## درمان

- ۱ عدم بهبود پیامدهای نوزادی در موارد تأخیر در زایمان پره‌ترم
- ۲ افزایش خطر در مقایسه با بارداری‌های تک‌قلویی
- ۱ افزایش نیازهای قلبی
- ۲ تشدید هیپرولمی ناشی از بارداری
- ۱ افزایش خطر ادم ریه یا تروژنیک
- ب گلوکوکورتیکوئیدها برای بلوغ ریه: گایدلاین‌های تجویز گلوکوکورتیکوئیدها در بارداری‌های چندقلویی مشابه با گایدلاین‌های بارداری تک‌قلویی است (فصل ۴۲).

## PPROM

- الف میزان شیوع با افزایش تعداد جنین‌ها افزایش می‌یابد.
- ب تدابیر درمانی: درمان انتظاری مشابه با بارداری تک‌قلویی

## زایمان تأخیری قل دوم

- الف ملاحظات درمانی
- ۱ ارزیابی دقیق از نظر عفونت، دکولمان و ناهنجاری‌های مادرزادی
- ۲ مشاوره کامل با مادر (به ویژه توضیح خطر احتمالی عفونت‌های مخاطره‌آمیز)
- ب نکته اجتناب از زایمان در هفته‌های ۲۶-۲۳ بیشترین سودمندی را به همراه دارد.

## لیبر و زایمان

### آمادگی‌ها

الف) عوارض بارداری‌های چندقلویی

- ۱ زایمان پره‌ترم
- ۲ اختلال عملکرد انقباضی رحم
- ۳ نمایش غیرطبیعی جنین
- ۴ پرولاپس بندناف
- ۵ پلاستتا پروپا
- ۶ دکولمان جفت
- ۷ زایمان ابزاری اورژانسی
- ۸ آنونی رحم

ب) آمادگی‌های لازم

- ۱ همراهی یک فرد کمکی آموزش دیده در تمام طول لیبر
- ۲ پایش مداوم خارجی ضربان قلب ترجیح داده می‌شود، اما پس از پارگی پرده‌ها و دیلاتاسیون سرویکس می‌توان از پایش داخلی وضعیت قل اول را ارزیابی کرد.
- ۳ برقراری سیستم انفوزیون داخل وریدی
- ۴ در صورت عدم خونریزی، رینگ لاکتات یا دکستروز با سرعت ۶۰-۱۲۵ میلی لیتر در ساعت انفوزیون می‌شود.
- ۵ دسترسی آسان به فرآورده‌های خونی جهت ترانسفوزیون (در صورت نیاز)
- ۶ حضور متخصص زایمان با تجربه در زمینه شناسایی داخل رحمی اجزای جنین و دستکاری داخل رحمی
- ۷ دسترسی آسان به دستگاه سونوگرافی جهت ارزیابی نمایش و وضعیت جنین‌ها
- ۸ دسترسی تیم بی‌هوشی
- ۹ در صورت
- ۱۰ ضرورت انجام سزارین اورژانسی
- ۱۱ نیاز به دستکاری‌های داخل رحمی در زایمان واژینال
- ۱۲ دسترسی یک فرد کمکی و ماهر در زمینه احیا و مراقبت از نوزاد (برای هر جنین)
- ۱۳ کفایت فضای اتاق زایمان بر عملکرد کارآمد اعضای تیم‌های پرستاری، مامایی، بی‌هوشی و کودکان

### زمان بندی زایمان

الف) عوامل تأثیرگذار در زمان زایمان

- ۱ سن بارداری
- ۲ رشد جنین
- ۳ بلوغ ریه
- ۴ وجود عوارض مادری
- ۱ افزایش نسبت لیسیتین به اسفنگومیلین پس از هفته ۳۲ (به مقادیر بیش از ۲)
- ۲ افزایش میزان سورفاکتانت پس از هفته ۳۱ بارداری

ب) در بارداری‌های دوقلویی، سن بارداری ۴۰ هفته پست‌ترم در نظر گرفته می‌شود.

- ۱ بارداری‌های دوقلویی دی‌کورین بدون عارضه: ۳۸ هفته
- ۲ بارداری‌های دوقلویی دی‌آمنیون مونوکورین بدون عارضه: ۳۴ تا ۳۷
- ۳ بارداری‌های دوقلویی مونوآمنیون بدون عارضه: ۳۲-۳۴

در صورتی که اندیکاسیون‌های زایمانی وجود نداشته باشید می‌توان زایمان را در هفته ۳۷ انجام داد.

الف) شایع‌ترین‌ها

- ۱ سفالیک-سفالیک
- ۲ سفالیک-بریچ
- ۳ سفالیک-عرضی

### نمایش جنین

ب) نمایش‌های مرکب، بریچ، فوتلینگ، صورت و پیشانی نسبتاً شایع است و در صورتی که حجم بالای مایع آمنیون، جنین کوچک و پاریتته بالای مادر، شیوع بیش از پیش افزایش می‌یابد.

- ۱ تصمیم‌گیری
- ۲ اقدام به زایمان واژینال در صورت سفالیک بودن قل اول
- ۳ افزایش میزان زایمان سزارین با توجه به تمایل برای پرهیز از عوارض زایمانی

### القا یا تحریک لیبر

الف) آهسته بودن پیشرفت لیبر در بارداری‌های دوقلویی (نولی‌پار و مولتی‌پار)

ب) اقدام به تجویز اکسی‌توسین در زنان فاقد کنترااندیکاسیون

- ۱ پروتکل بیمارستان پارکلند
- ۲ عدم استفاده از اکسی‌توسین جهت القا یا تقویت لیبر
- ۳ القا با آمینیوتومی در موارد تمایل زن به زایمان واژینال

### آنالژی و بی‌هوشی

الف) روش ایده‌آل در لیبر: آنالژی اپیدورال < مزایا:

- ۱ تسکین بخشی مؤثر
- ۲ گسترش آنالژی به سرعت در جهت سری در صورت نیاز به چرخش پودالیک داخلی با زایمان سزارین

ب) در صورت ضرورت بی‌هوشی عمومی به منظور دستکاری‌های داخل رحمی، می‌توان از مواد هالوژنه استنشاقی به منظور شل‌شدگی رحم استفاده کرد.

## لیبر و زایمان



## روش زایمان

## زایمان واژینال قل دوم

## زایمان واژینال بعد از سزارین

## زایمان سزارین در بارداری چندقلویی

**الف** توصیه ACOG: اقدام به آزمون لیبر در زنان با سابقه یک بار انسیزیون عرضی تحتانی  
**ب** بیمارستان پارکلند: توصیه به تکرار زایمان سزارین

**الف** انسیزیون ارجح: عرضی تحتانی  
**ب** استفاده از انسیزیون عمودی در موارد جنین دارای قرار عرضی و پشت به پایین  
**ب** استفاده از فورسپس پایپر در صورت بریچ بودن قل دوم

## لیبر و زایمان

### بارداریهای سه‌قلویی یا پرتعدادتر

الف توصیه ACOG: اقدام به زایمان سزارین

- ب اندیکاسیون‌های زایمان واژینال
- ۱ عدم وجود امکان بقا به علت ناریسی شدید جنین‌ها
  - ۲ خطرناک بودن زایمان سزارین برای مادر

### کاهش انتخابی تعداد جنین‌ها

## کاهش انتخابی جنین‌ها یا ختم انتخابی بارداری

الف هدف: افزایش میزان بقای سایر جنین‌ها

- ب فاکتورهای انتخاب جنین‌ها
- ۱ جنین‌های کوچک
  - ۲ جنین‌های مبتلا به ناهنجاری

- ۱ سرویکال
- ۲ واژینال

پ روش‌ها

آسان‌ترین روش  
ترانس ایدومینال

۱ زمان: بین هفته‌های ۱۰ تا ۱۳ بارداری  
۲ علت

- ۱ وقوع اکثر سقط‌های خودبه‌خود قبل از این زمان
- ۲ بزرگ شدن جنین‌ها به حدی که بتوان آنها را از طریق سونوگرافی بررسی کرد.
- ۳ باقی ماندن میزان کم بافت مرده جنین پس از عمل
- ۴ کم بودن خطر از بین رفتن همه جنین‌ها به دنبال عمل مذکور

۲ تکنیک: تزریق کلریدپتاسیم به داخل قلب یا قفسه سینه جنین‌های انتخاب شده تحت هدایت سونوگرافی

۳ نکته: کاهش تعداد جنین‌ها در مقایسه با درمان انتظاری، منجر به کاهش عوارض مادری، زایمان پره‌ترم و مرگ نوزادان می‌شود (بر اساس نتایج مطالعات).

### ختم انتخابی بارداری

الف اندیکاسیون: ناهنجاری شدید و غیرکشنده جنین

- ب نکته: با توجه به تشخیص ناهنجاری‌های جنینی در سنین بالاتر بارداری، میزان خطر در مقایسه با کاهش انتخابی جنین‌ها بیشتر است.

۱ تشخیص دقیق جنین ناهنجار

۲ اطمینان قطعی از محل جنین ناهنجار

۳ انجام فقط در بارداری‌های چندقلویی مولتی‌کوریون (به استثنای استفاده از روش قطع بندناف)

پ پیش شرط‌ها

۱ سقط جنین‌های باقی‌مانده

۲ سقط یا باقی ماندن جنین یا جنین‌های اشتباهی

۳ وارد شدن آسیب غیرکشنده به یکی از جنین‌ها

۴ پره‌ترم لیبر

۵ ناهماهنگی یا محدودیت رشد

۱ عفونت

۲ خونریزی

۳ انعقاد داخل عروقی منتشر

الف جنینی

ب مادری

### خطرات

اتاق گفتگوی  
خوانندگان این فصل

ارسال نظر  
برای نویسنده و ناشر

