

راهنمای جامع ورود به بخش زایشگاه



مدرس: فاطمه صادقی

کارشناسی ارشد مامایی

دانشگاه علوم پزشکی جیرفت_ آبان ماه ۱۴۰۲

اهداف

هدف از مراقبت، سهولت دستیابی به بهترین نتایج ممکن برای **مادر و نوزاد** مراقبت حول سه محور است:

۱. مراقبت از سلامت جسمی مادر و توجه به سلامت جنین

۲. مراقبت و حمایت روانی و تکریم مادر

۳. آموزش های مورد نظر و تکنیک های بی دردی و انواع پوزیشن ها

اصول بخش لیبر

اصول بخش لیبر:

- ارزیابی خطر فوری قبل از هر اقدامی
- **تحویل قلب**
- بررسی و وضعیت زایمانی و فوریت های مادر و تشکیل پرونده
- کنترل علائم حیاتی، معاینات و اژینال
- قرار دادن مادر در گروه **پر خطر و کم خطر** و اقدامات مناسب
- عدم نیاز به شیو و انما و رگ گیری و سرم و خواباندن مادر
- حمایت مادر با رفتار محبت آمیز آمادگی و تشریح لیبر
- ادامه راه رفتن و تمرینات آرام سازی و تمرینات عصبی عضلانی، تجسم و تمرکز- تکنیک های تنفسی
- وجود همراه آموزش دیده

علائم زایمان قریب الوقوع

۱. ظاهر شدن عرق بر روی صورت و پشت لب و لرزش انتهاها
 ۲. افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند دیگر نمی توانم ادامه دهم
 ۳. تهوع و استفراغ (یک بار استفراغ و یا استفراغ اسپوردایک در این مرحله طبیعی است. ولی استفراغ مداوم پشت سرهم علامت خطر است)
 ۴. احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شده پرینه و احساس سوزش پرینه
- توجه : در صورت وجود هریک از حالات فوق **قبل از هر اقدامی کنترل قلب جنین** و معاینه واژینال برای تشخیص قریب الوقوع بودن زایمان صورت گیرد.
- نکته مهم : به تعداد بارداری (شکم اول یا بالاتر) و ترم بودن باردای بر اساس تاریخ آوردن روز آخرین قاعدگی توجه شود.

مهم ترین اقدامات در اتاق معاینه

مهمترین اقدامات در اتاق معاینه

- مرور پرونده بارداری: تعیین سن حاملگی با استفاده از تاریخ آخرین قاعدگی LMP^۱ (۴ شرط تاریخ مطمئن، قاعدگی منظم، عدم شیردهی در قاعدگی و عدم مصرف قرص‌های ضدبارداری حداقل ۳ ماه قبل از آخرین قاعدگی) و سونوگرافی سه ماهه اول
- بررسی آزمایشات بارداری و تعیین موارد غیر طبیعی
- سمع FHR^۲
- کنترل علائم حیاتی
- اندازه‌گیری وزن و قد
- شرح حال کلی و سریع با تکیه بر شکایت اصلی
- انجام معاینه فیزیکی
- انجام معاینات لئوپولد
- انجام معاینه واژینال^۳
- بررسی کلی سایر اعضای بدن (پوست، ادم، اسکار، دیاستاز شکم^۴)
- پایش الکترونیکی ضربان قلب جنین قبل از پذیرش و در هنگام پذیرش
- برخی از محققین چنین پیشنهاد کرده‌اند که زنان دارای حاملگی‌های کم‌خطر در هنگام پذیرش به منظور بررسی سلامت جنین تحت پایش قرار گیرند؛ این بررسی، تست جنین

معاینه

▶ مانور های لثوپولد (مثانه خالی باشد)

بررسی تعداد قل، نمایش، قرار، پوزیشن، تخمین وزن جنین، ارتفاع رحم

▶ معاینه واژینال:

۱. وضعیت ظاهر دستگاه تناسلی از نظر ادم، واریس، زخم، ختنه اسکار های قبلی، زگیل، هرپس، شپش
۲. وضعیت واژن از نظر وجود زگیل، زخم، سیستول و رکتوسل در مولتی پارها (به طور معمول واژن باید گرم و مرطوب و دیواره های صاف و قابل کشش باشد.)
- نکته : در صورت وجود اسکار در واژن یا پرینه (مانند ترمیم سیستوسل و رکتوسل،) در مورد زایمان تصمیم گیری شود.
۳. وضعیت سرویکس: بررسی فورنیکس ها، طول و نرمی سرویکس (دیلاتاسیون و افسمان) نحوه قرار گیری سرویکس (قدامی - خلفی - میانی)
۴. وضعیت ترشحات و خونریزی
۵. وضعیت کیسه آب: پاره بودن یا بمبه بودن در صورت پارگی به مقدار رنگ و مایه توجه شود.
۶. وضعیت جنین، ایستگاه، نمایش جنین

نکات مهم در معاینه

۱. شستن دست ها (ناخن ها باید کوتاه بوده و زیر آنها تمیز باشد)
 ۲. پوشیدن دستکش لاتکس (استفاده از دستکش استریل در صورت وجود هر نوع ضایعه ولو و واژن و احتمال پارگی کیسه آب)
 ۳. استفاده از مواد آنتی سپتیک (طبق پروتکل کنترل عفونت بیمارستان)، ژل محلول در آب، نرمال سالین
 ۴. برقراری ارتباط کلامی با مادر در همه موارد
 ۵. توضیح به مادر و اخذ اجازه برای انجام معاینه و به آرامی
- نکته» برای معاینه واژینال نیازی به دراز کشیدن به پشت نیست در تمام وضعیت ها می توان معاینه واژینال را انجام داد.
۶. اطمینال از خالی بودن مثانه
 ۷. آموزش مادر به تنفس آرام و راحت هنگام معاینه
 ۸. حفظ حریم شخصی

ملاحظات حین بستری

- خوشامدگویی به مادر
- معرفی افراد یا فرد مراقبت کننده و بخش زایمان به مادر
- توجه به سلیقه و علاقه مادر در استفاده از وسایل شخصی مانند رنگ لباس، پوشش ملحفه و بالش
- آوا و موسیقی
- و وسایل برای تزئین اتاق در صورت امکان
- ثبت نتایج ارزیابی در پرونده (فرم مراقبت از مادر)
- گرفتن نمونه خون برای تعیین هموگلوبین و هماتوکریت
- تعیین گروه خونی و ارهاش (در صورت نیاز)
- اخذ رضایت نامه کتبی برای انجام روز کاهش درد و سایر مداخلات

ملاحظات حین بستری

- ▶ تحویل وسایل شخصی و زیورآلات به فرد مورد اعضای خانواده
- ▶ توجه به باورها، هنجارهای فرهنگی و مذهبی
- ▶ حفظ حریم شخصی
- ▶ برقراری ارتباط چشمی، کلامی و عاطفی مناسب
- ▶ آگاه کردن مادر و کسب اجازه از وی برای انجام هر اقدامی
- ▶ آموزش مختصر به مادر در مورد روند زایمان . روش کاهش درد زایمان و تشویق به مشارکت در زایمان با رهایت حق انتهاب
- ▶ اشویق و ترغیب به راه رفتن و تغییر وضعیت .
- ▶ پرهیز از انجام مداخلات (شیو، انما، رگ گرفتن، اینداکشن، فشار روی رحم، پاره کردن کیسه آب، اپی زیاتومی، سوند زدن مکرر مثانه) بدون اندیکاسیون NPO

شیو و انما

اندیکاسیون: ➤

شیو: در مواردی که احتمال چارگی با اپی زیاتومی وجود دارد، موهای نیمه خلفی با پرینه با قیچی کوتاه می شود. ➤

انما: در صورت نگرانی مادر از دفع حین زایمان، انما انجام شود. ➤

نکته: در صورت بالا بودن عضو پرزائته، پارگی کیسه آب، خونریزی، پره ترم لیبر، بریچ و پره اکلامپسی شدید انما انجام نشود. ➤

سوند زدن

□ برای جلوگیری از سوند زدن مثانه و رفع احتباس دارار چنانچه مادر منع حرکت ندارد، به توالی راهنمایی شود، در صورت احتباس ادرار موارد زیر را به ترتیب انجام دهید:

۱. گوش دادن به صدای آب
۲. خیس کردن و تکان دادن انگشتان در آب
- ریختن آب ولرم روی پرینه
۴. ریختن عصاره نعنا در لگن آب
۵. فشار آرام روی سوپراپوبیک
۶. ریلکس کردن پرینه توسط مادر

موارد پرخطر و کم خطر

موارد پرخطر"

- ▶ سابقه بیماری قلبی : بیماری قلبی، کلیوی (پیلونفریت)، ریوی (آسم و پنومونی) گوارشی (کبد چرب)، تیروئید، کم خونی (آنمی سیکل سل)، فشارخون (پره اکلامپسی)، دیابت، بیماری انعقادی، بیماری عفونی (هرپس، سل، ابله مرغان، بیماری مقاربتی) بیماری اعصاب و روان (صرع)، بیماری اتوایمیون (لوپوس)، بیماری اسکلتی، تب، کیست تخمدان
- ▶ ابتلا به ناهنجاری: ناهنجاری اسکلتی، ناهنجاری تناسلی

سایر موارد خطر:

- ▶ اعتیاد، الکل، نمایه توده بدنی بیشتر از ۴۰، چندقلویی، مرگ جنین داخل شکمی، تست های غیر طبیعی سلامت جنین، سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته و بیش از ۴۲ هفته، اولیگوهایدرآمیوس و پلی ، تاخیر رشد داخل رحمی، جفت سرراهی، نمایش غیرسفالیک، پرولاپس بندناف، سزارین قبلی، بارداری بیش از ۵ بار، سابقه ناهنجاری جنینی، نداشتن سونوگرافی و انجام ندادن مراقبت های بارداری، هموگلوبین کمتر از ۸
- ▶ سوابق بارداری و زایمان قبلی :
- ▶ پره اکلامپسی و دکلمان جفت، جفت سرراهی، مرده زایی، مرگ نوزاد، سزارین، زایمان سخت، زایمان سریع، دیابت بارداری

کنترل علائم حیاتی

< 1_7084496806



نکته ۱: در صورت وجود ضایعه فعال هرپس ژنیتال صرف نظر از سالم یا پاره بودن کیسه آب، سزارین انجام شود.
نکته ۲: در مواردی که اسکار یا ضایعه ولو مانع خروج سر جنین می شود، باید سزارین انجام شود.

راهنمای ۵: کنترل علائم حیاتی

بعد از ۲ ساعت اول تا زمان ترخیص	مرحله چهارم (۲ ساعت اول پس از زایمان)	مرحله دوم	مرحله اول	
			فاز نهفته	فاز فعال
فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت ۱ بار تا چهار ساعت، سپس هر ۶ ساعت ۱ بار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر ۱۵ دقیقه ۱ بار و درجه حرارت ۱ بار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر ۳۰ دقیقه ۱ بار	حداقل ۱ بار*	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت ۱ بار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت ۱ بار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۴ ساعت ۱ بار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت ۱ بار)

* 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.

کنترل علائم حیاتی

1. تغییرات علائم حیاتی در مرحله دوم:

افزایش فشارخون سیستول به میزان ۱۵ تا ۲۵ میلی مترجیوه، افزایش آن تا ۱۰ میلی مترجیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.

افزایش تعداد نبض

افزایش درجه حرارت به میزان ۰.۵ تا ۱ درجه

تعداد تنفس تغییری نمی کند.

معیارها از ارزیابی علائم حیاتی:

فشارخون بیش تر از ۱۴۰/۹۰ و بالاتر "فشارخون بالا" در نظر گرفته می شود (فشارخون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود).

تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است (تعداد نبض باید در **یک دقیقه** کامل اندازه گیری شود).

تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است. (تعداد تنفس به مدت **یک دقیقه** کامل اندازه گیری شود).

درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد "تب" است (درجه حرارت به مدت ۳ تا ۵ دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود).

کنترل صدای قلب

< 1_7084496806



راهنما

راهنمای ۶: کنترل صدای قلب جنین

مرحله دوم	مرحله اول	
	فاز فعال	فاز نهفته
هر ۱۵ دقیقه ۱ بار	هر ۳۰ دقیقه ۱ بار	هر ۶۰ دقیقه ۱ بار

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 مادر در وان آب قرار دارد از سونیکدهای 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 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 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.

کنترل انقباضات رحمی

< 1_7084496806



راهنمای ۷: کنترل وضعیت انقباضات رحم

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

مرحله اول (فاز فعال)	مرحله دوم
هر ۳۰ دقیقه ۱ بار (در مدت ۱۰ دقیقه)	هر ۱۵ دقیقه ۱ بار (در مدت ۱۰ دقیقه)

نکته: مانیتورینگ خارجی برای بررسی شدت انقباضات رحمی کافی نیست و فقط تعداد انقباضات را مشخص می کند.

معاینه واژینال

< 1_7084496806



راهنمای ۸: بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال

مرحله اول (فاز فعال)	مرحله دوم
هر ۴ ساعت ۱ بار	هر ۲ ساعت یک بار

نکته ۱: به طور کلی کنترل پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال، بستگی به وضعیت مادر و توانمندی ماما دارد. تغییر رفتار مادر، الگوی انقباضات، احساس زور به مادر، تغییر شدت کمردرد، تغییر محل شنیدن صدای قلب ج است که در تشخیص پیشرفت لیبر کمک کننده است.

نکته ۲: در فاز فعال زایمان، میزان پیشرفت از طریق ترسیم نمودار پارتوگراف بررسی شود.

نکته ۳: بهتر است معاینه واژینال در موارد زیر انجام شود:

- هنگام بستری
- پیش از انجام هر نوع مداخله (دارویی و غیر دارویی)
- در زمان احساس زور آمدن به مادر
- پس از پارگی خود به خودی کیسه آب
- در صورت ضربان قلب جنین کمتر از ۱۱۰ یا بیشتر از ۱۶۰ و یا الگوی غیر طبیعی

بررسی پیشرفت زایمان

▶ کنترل پیشرفت زایمان با انجام معاینه واژینال بستگی به وضعیت مادر و توانمندی ماما دارد.

▶ تغییر رفتار مادر، الگوی انقباضات، احساس زور به مادر، تغییر شدت کمر درد، تغییر محل شنیدن صدای قلب از مواردی است که در تشخیص پیشرفت لیبر کمک کننده است.

▶ در فاز فعال زایمان میزان پیشرفت از طریق ترسیم نمودار پارتوگراف بررسی می شود

❖ **پیشرفت رضایت بخش فاز نهفته زایمان:**

▶ افزایش تدریجی و تکرار انقباضات رحمی و منظم شدن انقباضات

▶ تغییر پیشرونده در دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس

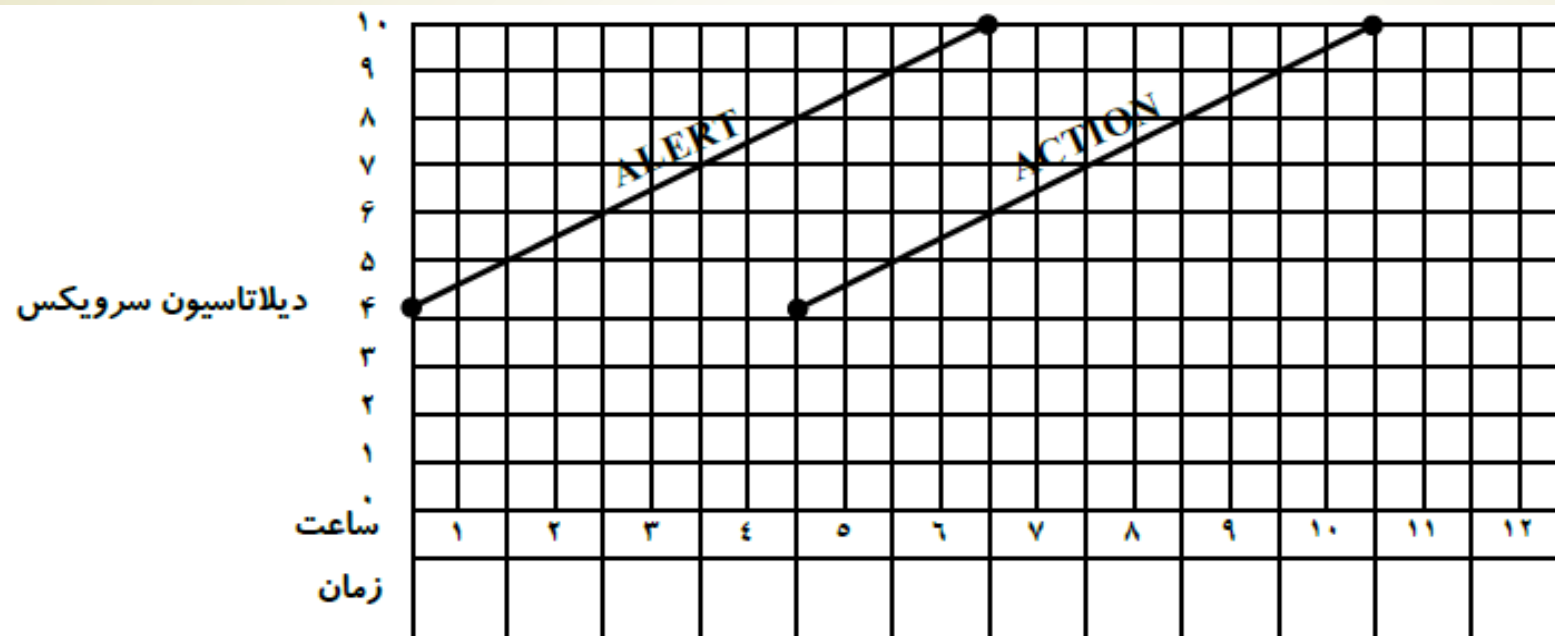
❖ **پیشرفت رضایت بخش فاز فعال زایمان:**

▶ قرارگیری مناسب عضو پرازنته روی سرویکس

▶ افزایش پیشرفت طبیعی لیبر در فاز فعال زایمان (طبق پارتوگراف)

▶ نکته: چنانچه اندازه جنین خیلی بزرگ باشد و یا لگن مادر خیلی کوچک باشد عدم تطابق سر جنین با لگن مادر مطرح است که بر اساس معاینه واژینال و تخمین وزن جنین فرد معاینه کننده مشخص می گردد. پلویمتری نیز یکی از راهای تشخیص تنگی لگن می باشد.

پارتوگراف



جنس نوزاد: دختر پسر

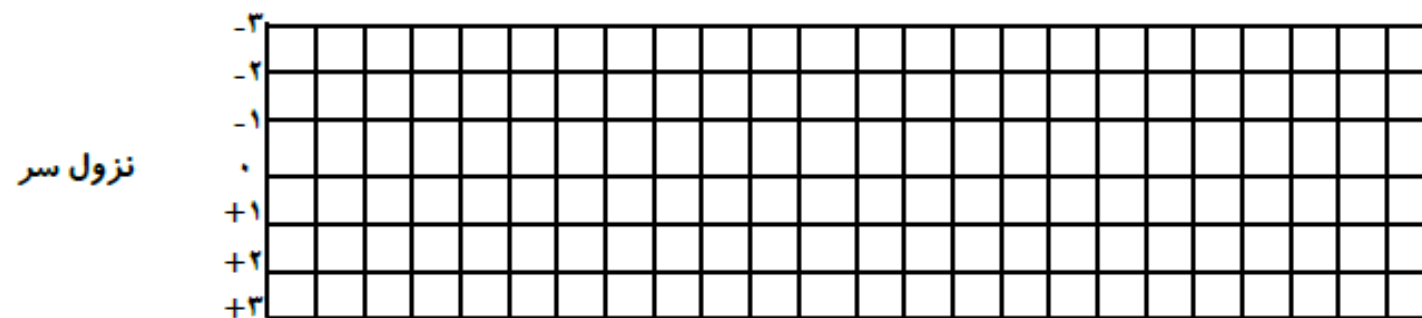
..... زمان خروج جفت:

وضعیت جفت و پرده ها:

ناقص کامل

خیر اپی زیاتومی: بلی

درجه پارگی:



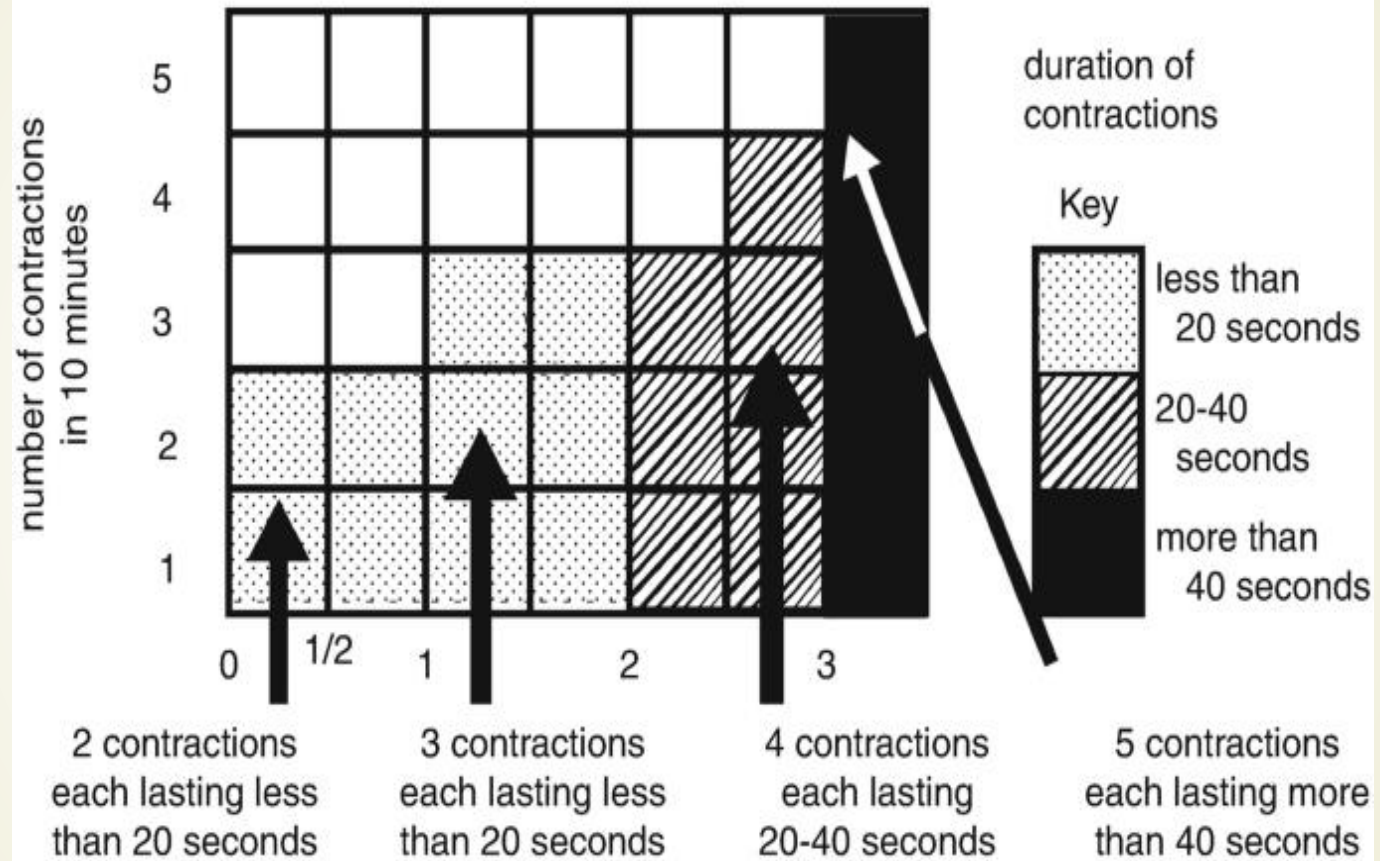
تعداد انقباض در ۱۰ دقیقه

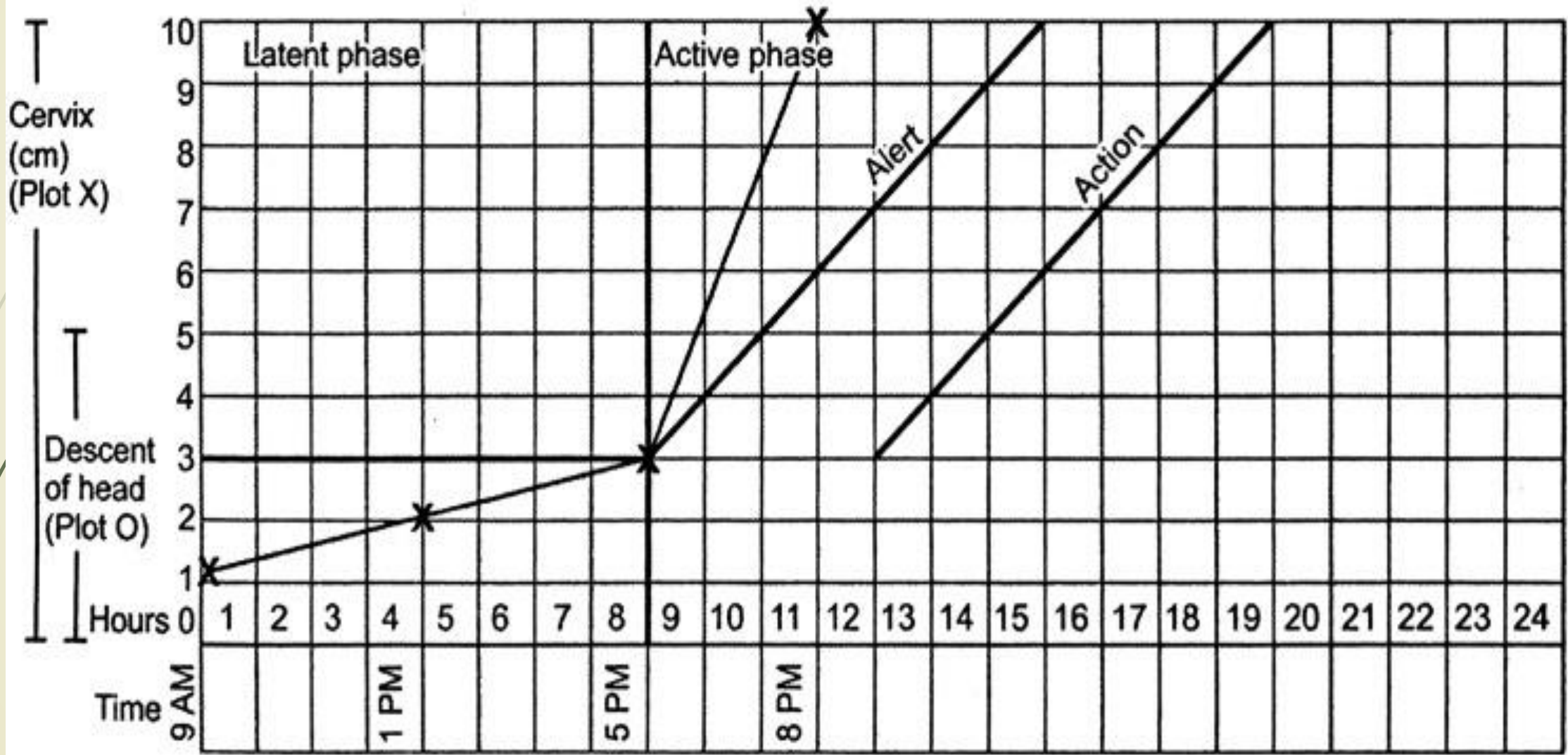


پوزیشن زایمان:

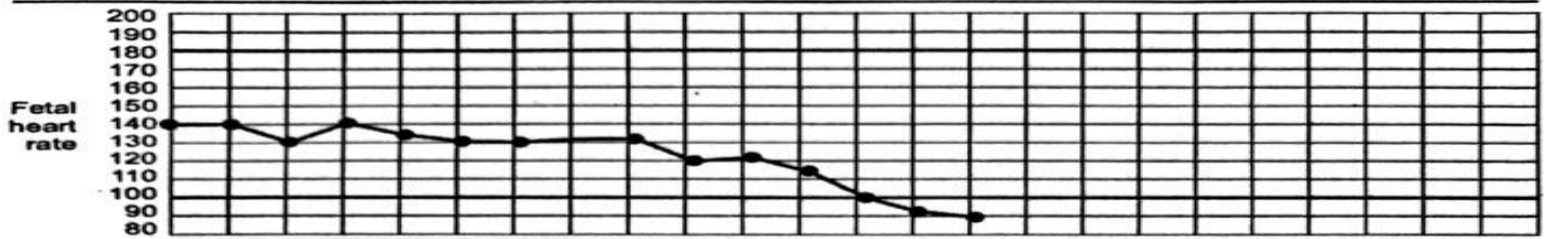
upright لیتاتومی

Recording contractions

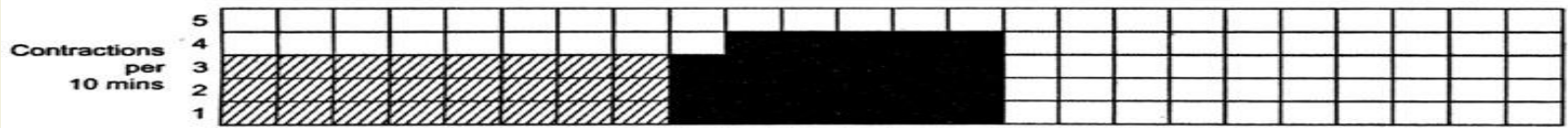
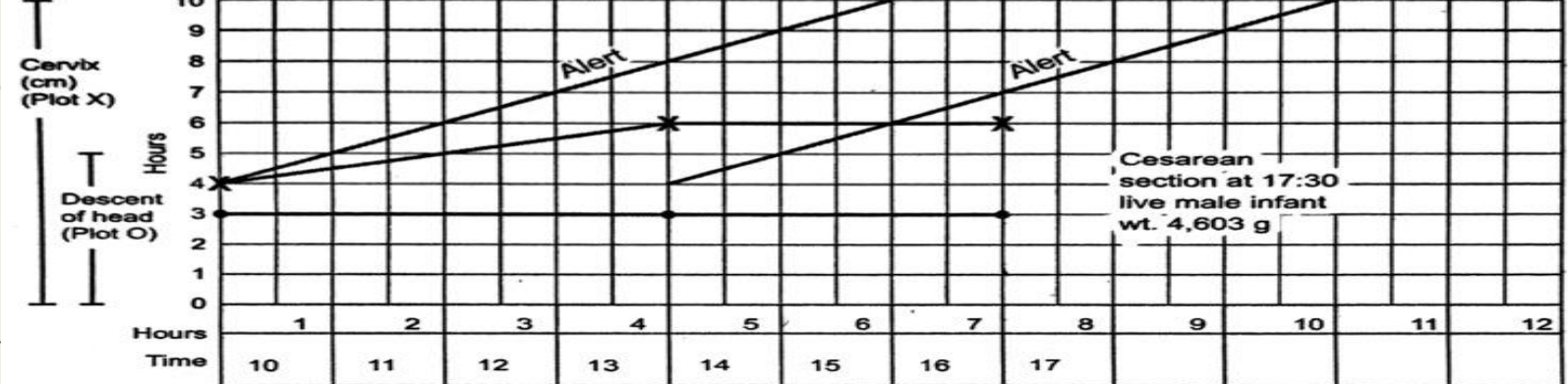




Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital No. _____
 Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ Hours _____

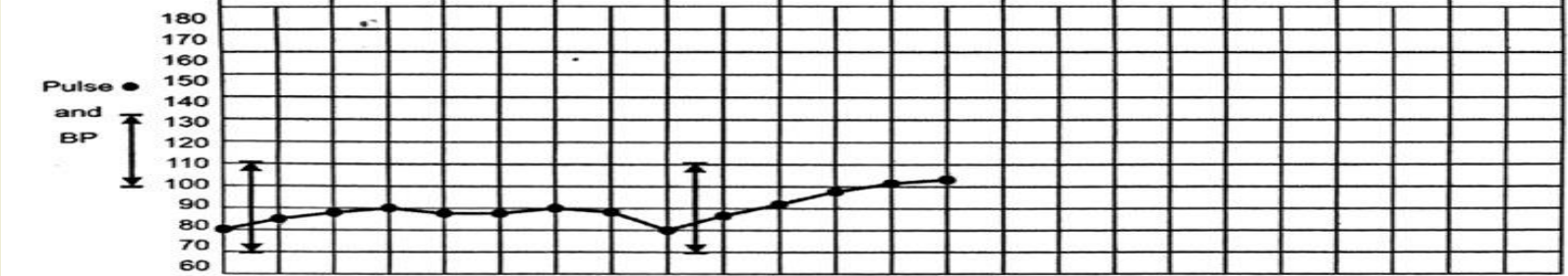


Amniotic fluid moulding: C 1+, C C C C C C C C 2+, B B B M M 3+



Oxytocin U/L drops/min _____

Drugs given and IV fluids _____



Temp °C: 36.8, 37, 37

Urine { Protein: —, Acetone: —, Volume: 200, 100



تکنیک های کاهش درد

تکنیک های کاهش درد

روش های غیر دارویی:

الف) روشهای که گیرنده های حسی محیطی را فعال می کند:

- غوطه ور شدن در آب هنگام لیبر و زایمان
- لمس و ماساژ
- سب سوزنی و طب فشاری
- تحریک الکتریکی اعصاب عبور کننده از پوست
- تزریق داخل جلدی آب استریل
- آروماتوراپی (عطر درمانی)
- حرارت و سرمای سطحی
- گذارانیدن کیسه یخ اطراف ساکروم
- استفاده از پارچه مرطوب و خنک روی پیشانی، پشت گردن و بالای سینه

تکنیک های کاهش درد

استفاده از کیسه آب گرم اطراف ساکروم و پایین شکم با رعایت حفاظت پوست از سوختگی (کیسه آب گرم بدون آموزش به همراه مریض داده نشود، حتما داخل یک پارچه پیچیده شود. مستقیماً روی پوست گذاشته نشود)

ب) روش هایی که فیدبک محیطی به درد را کاهش می دهند:

- تمرکز و منحرف کردن حواس، تجسم خلاق

- هیپنوتیزم

- موسیقی و آوا

- بیوفیدبک

ج) روش هایی که محرک های درد آور را کاهش می دهند:

- حرکت مادر و تغییر وضعیت

- فشار متقابل، ماساژ

تکنیک های کاهش درد

به کار گیری تکنیک های تنفسی

تنفس در لیبر :

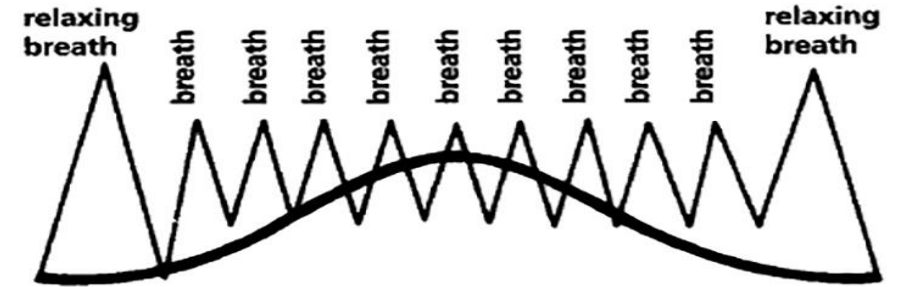
هدف از آموزش و به کار گیری تمامی تکنیک های تنفسی، تمرکز بر تنفس و انحراف فکر از درد تنفس در لیبر: هدف از آموزش و به کار گیری تمامی تکنیک های تنفسی، تمرکز بر تنفس و انحراف فکر از درد است. این امر موجب کاهش درک درد، ایجاد آرامش، کاهش اضطراب و در نهایت حفظ اکسیژن رسانی به مادر و جنین می شود.

الگوهای تنفسی مهم در مرحله اول لیبر شامل :

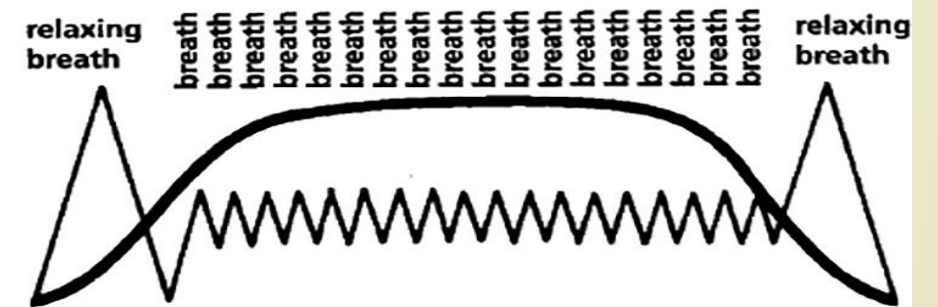
- تنفس آرام
- تنفس تعدیل یافته
- تنفس ترکیبی
- تنفس الگویی

تکنیک های تنفسی

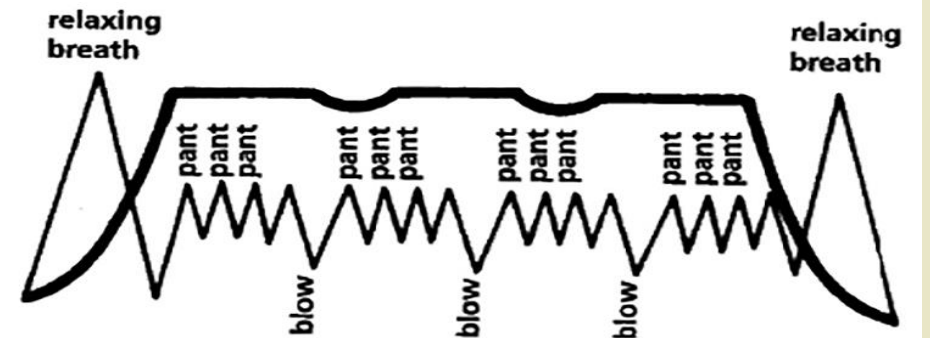
Slow paced breathing



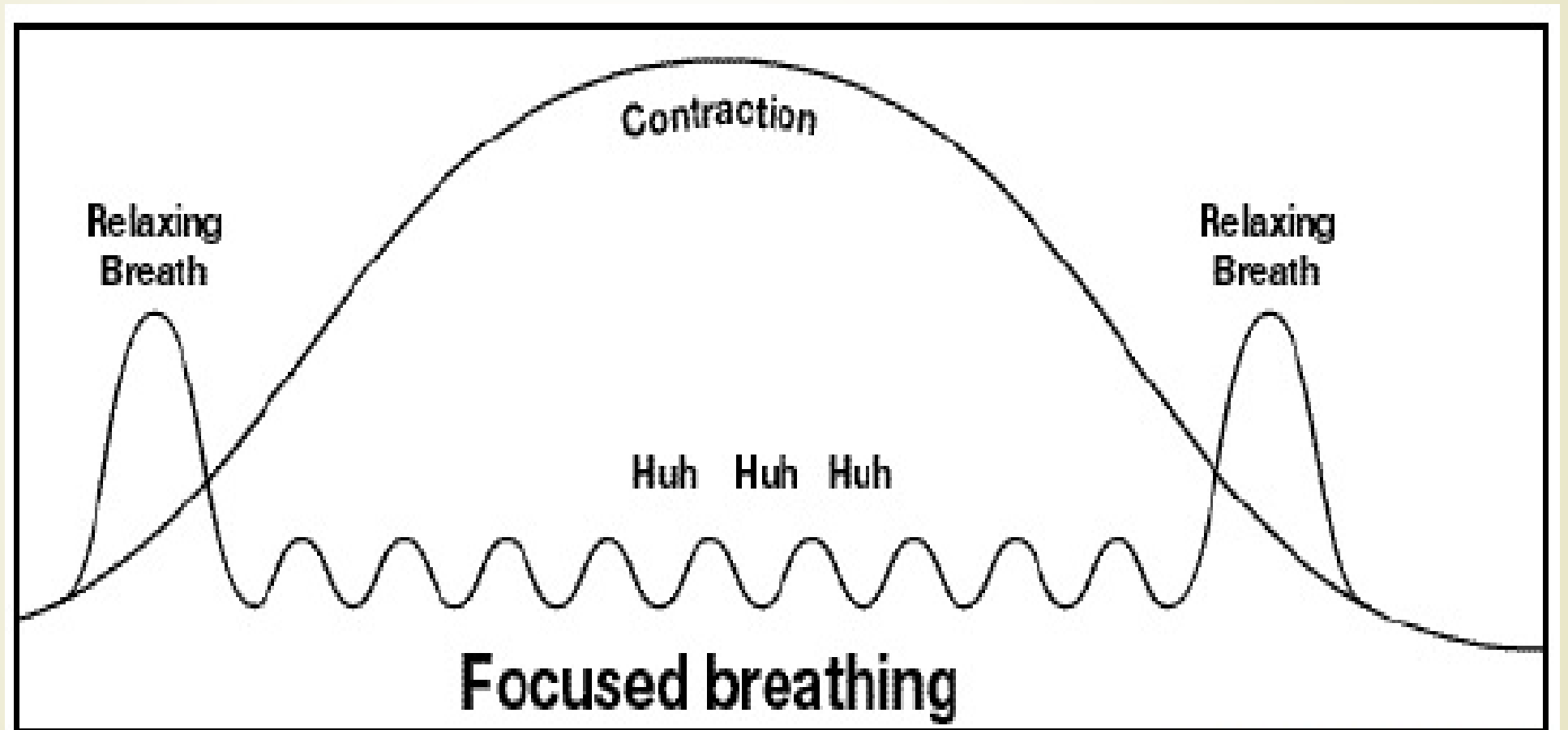
Modified paced breathing



Patterend paced bretahig



تکنیک های تنفسی



تکنیک های کاهش درد

ماساژ می تواند توسط خود فرد یا فرد دیگری بر روی شکم، پشت، ران، ساکروم و به صورت دورانی یا ضربه ایی یا نوازش پر مانند انجام شود.

ماساژ توسط خود فرد (self Massage)

ماساژ توسط افراد دیگر (Massage by Others)

ماساژ شکمی (Abdominal rub)



بی دردی در فاز نهفته

۱. استفاده از وضعیت ها

۲. ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه

۳. تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام. طولانی با آگاهی به تعداد ۶-۹ تنفس در دقیقه

۴. آموزش و یاد آوری تکنیک های تنفس، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت در مراحل مختلف زایمان

۵. تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی. یا موسیقی مورد علاقه و یا خواندن کتاب

۶. استفاده از آب: حمام کردن و دوش گرفتن

۷. گرما و سرما درمانی سطحی

انواع وضعیت ها در حین لیبر

انتخاب وضعیت بر طبق تمایل مادر است. لازم است مادر از قرار گرفتن در یک وضعیت خاص بطور مداوم خودداری کرده و هر ۲۰-۳۰ دقیقه آن را تغییر دهد.

وضعیت های Upright: اقطار خروجی لگن را در ۲۸-۳۰ درصد افزایش می دهد

وضعیت Supine: در مرحله دوم به علت از بین رفتن نیروی جاذبه و کاهش فشار عضو نمایش روی عضلات کف لگن باعث توقف در زور زدن منظم می شود.

وضعیت لیتاتومی: فقط در موارد وجود عوارض مانند نمایش غیر طبیعی، چندقلویی، دیستوشی شانه، بهترین وضعیت است و نباید برای همه مادران از این وضعیت استفاده شود.

وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

مرحله اول : فاز نهفته و فعال

فاز فعال :

چمباتمه squatting

الاکلنگی Rocking

حمله ای Lunging

زانوزدن kneeling

رقص نوسان swaying

متمایل به جلو _ خوابیده به پهلو _ نیمه نشسته

قدم زدن

فاز نهفته :

ایستادن Standing

قدم زدن walking

نشسته sitting

وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

مرحله دوم زایمان

چمباتمه squatting

الاکلنگی Rocking

حمله ای Lunging

زانوزدن kneeling

رقص نوسان swaying

متمایل به جلو - خوابیده به پهلو - نیمه نشسته

وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت الا کلنگی :

خستگی مادر و کمر درد

روی صندلی نشسته و خودش را به جلو عقب خم می کند
خیلی اصرار نباید داشت که به جلو خم شود چون ممکن
اس تعادل خودش را از دست ده و دچار سرگیجه شود.

توجه در ادم ولو و سرویکس استفاده نشود.

(چون نشستن طولانی مدت باعث ادم می شود.)



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت نشسته:

- افزایش احساس راحتی بیشتر در مادر با ایجاد کشش بسیار مناسب در ناحیه داخلی ران و پشت به ویژه حالت نشسته روس صندلی (زانوها پایین تر از رانها قرار دارد)
- معمولا اوایل لیبر است.
- هنگام کمردرد و در زمان نیاز به استراحت در مرحله اول یا دوم لیبر استفاده می شود.
- برای مواردی که ادم سرویکس ممنوع است
- اگر زیاد در این مرحله بماند ممکن است باعث ادم سرویکس شود.



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت متمایل به جلو:

پیشرفت مرحله فعال

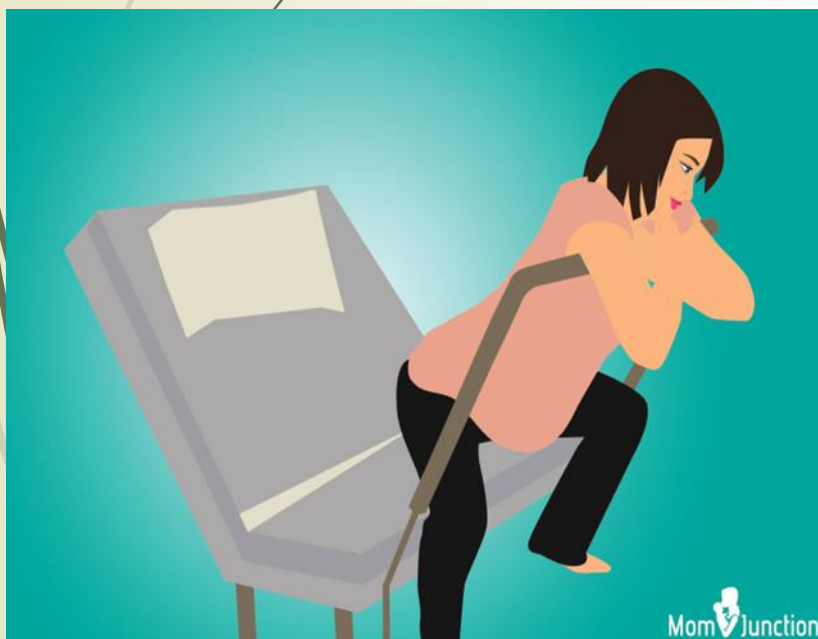
زمانی است سر جنین هنوز نچرخیده است.

چرخش سر جنین از وضعیت پس سری خلفی (در مقایسه با وضعیت خوابیده به پشت و نیمه

نشسته) به دلیل کاهش فشار تنه جنین از ستون فقرات مادر

محور جنین و لگن در مقایسه با وضعیت نشسته و خوابیده به پشت افزایش می یابد.

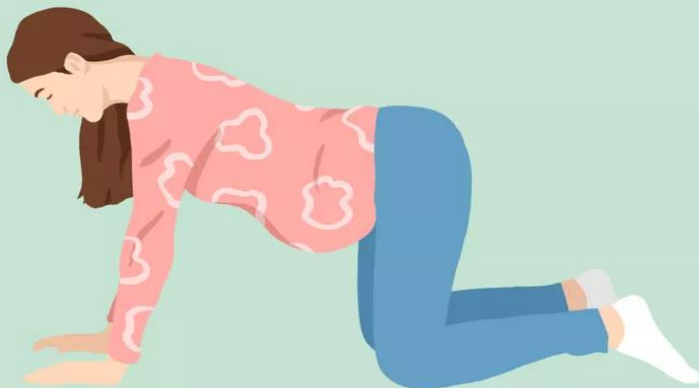
درد کمر را تسکین می دهد و ماساژ پشت به راحتی انجام می شود.



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت چهار دست و پا :

- بهترین روش برای چرخش جنین از وضعیت خلفی به قدامی (به ویژه اگر با حرکات نوسانی، مارپیچی و چرخشی همراه شود)
- مادرانی که در وضعیت اکسی پوت خلفی
- در اواخر مرحله اول لیبر کمک به از بین رفتن ادم سرویکس (لبه قدامی سرویکس) کامل شدن افسمان و دیلاتاسیون
- بهبود افت ضربان قلب جنین مخصوصا افت متغیر ناشی از فشار بر بند ناف (فشار جنین از روی بند ناف برداشته شود
- قرار گرفتن در این وضعیت در زمان انقباضات شدید موجب می شود مادر به یک استراحت موقت دست یابد.
- راحت فشردن استخوان خاجی و فسردن دو طرفه لگن (برای همراه بیمار راحت تر است)



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت زانو زدن و خم شدن به جلو با حمایت

□ قرار گرفتن در این وضعیت و بالانگه داشتن ران ها موجب ایجاد کشش ملایمی بر روی یک سری از عضلات ران شده و موجب حرکت ایسکیوم به طرفین می شود که نتیجه آن افزایش قطر ورودی لگن است.

□ نسبت به وضعیت چهار دست و پا کشش بر روی مچ دست و پا کمتر است.

□ کمک به نزول سر جنین در مواردی که ایستگاه سر جنین بالاست و نزول سر کافی نیست

□ کمک به پیشرفت مرحله فعال زایمان

□ بهبود اکسیژن رسانی در صورت وجود شواهدی از دیسترس جنینی و افت قلب جنین

□ امکان حمایت و ماساژ و تسکین در کمر توسط همراه



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت لانژ حمله ای

- بالا گذاشتن یکی از پاها موجب هدایت ایسکیوم به سمت خارج توسط استخوان فمور می شود. (فمور، نقش اهرم در مفصل ران دارد)
- مادر به طرفی را انتخاب می کند که برای او راحت تر است چون در آن طرف فضای بیشتر برای تطابق سر جنین وجود دارد.
- پیشرفت آهسته مرحله فعال زایمان
- به منظور کمک به چرخش سر از وضعیت پس سری خلفی
- امکان حمایت و ماساژ و تسکین درد کمر در مادر توسط همراه



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت نیمه نشسته:

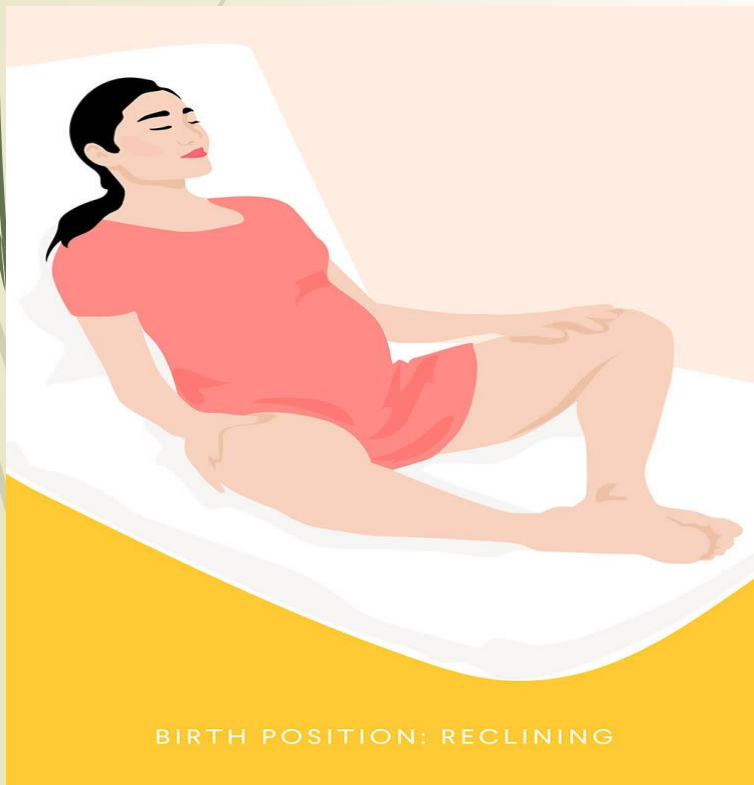
در مراحل اولیه لیبر که انقباضات زیاد نیست و طی مرحله دوم زایمان چون پرینه در معرض دید است. می توان استفاده کرد فواید آن:

افزایش اقطار تنگه ورودی لگن

بهبود اکسیژن رسانی به جنین ، وضعیتی راحت برای مادر که نیاز به استراحت دارد.

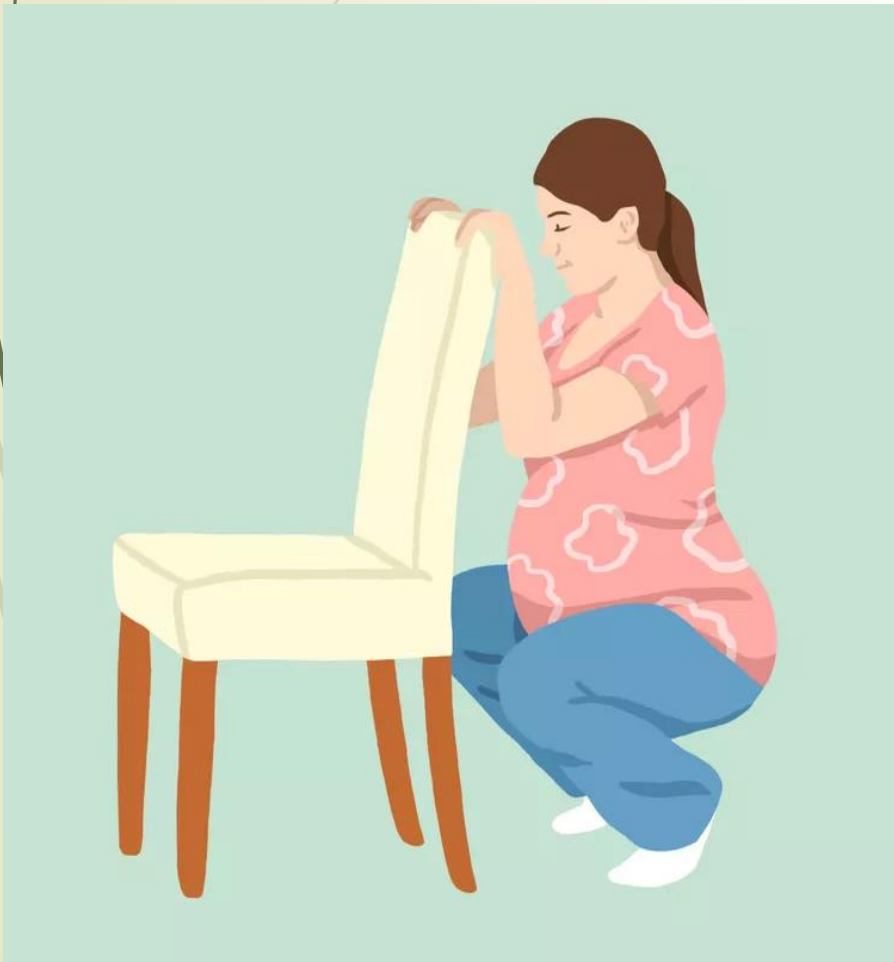
زمانی که از بی حسی اپیدورال استفاده می شود.

دیسترس جنینی بهبود پیدا می کند.



BIRTH POSITION: RECLINING

وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر



وضعیت چمباتمه

- ممکن است در افراد چاق نتوان به خوبی استفاده کرد.
- در این وضعیت بیشترین کمک به نزول سر جنین است.
- اگر خروجی لگن کمی محدود است (در فاصله بین اقطار لگن زیاد می کند و همچنین خروجی لگن که باعث می شود جنین راحت تر جلو بیاید.
- فواید سرعت بخشیدن به نزول سر جنین، افزایش خروجی لگن ، کاهش کمر درد، کاهش نیاز به اپی زیاتومی
- نکته : برای افرادی که همورئید دارند و واریس شدید دارند توصیه نمی شود(همچنین مادران چاق)

وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

وضعیت خوابیده به پهلو:

در صورت خسته بودن مادر کمک به استراحت ماددر، و پیشرفت مناسب زایمان
درمادرانی که درد زیادی دارند

بهبود خونرسانی به جنین و مادر و ازبین رفتن دیسترس جنینی و اختلالات ضربان قلب جنین
به دلیل برداشته شدن فشار رحم برروی ورید اجوف تحتانی

درصورت پیشرفت خیلی سریع مرحله اول و دم زایمان، خنثی کردن اثر نیروی جاذبه و
کاهش سرعت زایمان (جلوی پیشرفت طبیعی زایمان گرفته نمی شود)

یک پوزیشن مناسب برای کاهش درد ناحیه مقعد. بهتر است که یک بالش بین دو پا قرار
بگیرد (تا خروجی لگن بسته نشود).

کمک به فشارخون بالا (چون ممکن است این افراد که بارداری پر خطری دارند احساس
ناراحتی بیشتری داشته باشند. این پوزیشن بهتر است).



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

پوزیشن راه رفتن

- ❑ نکته : در مادر ها بخصوص افراد چاق چون مرکز سقل بدن تغییر کرده است بهتر است به هیچ عنوان تنها راه نروند. یک همراه داشته اشد)
- ❑ مزایا : تسهیل چرخش سر جنین ، تسهیل نزول، قرار دادن جنین هم راستا با لگن ، کاهش طول لیبر با افزایش انقباضات
- ❑ کاهش نیاز به بی هوشی ناحیه ای
- ❑ اغلب مادران در اوایل لیبر با راه رفتن احساس راحتی دارد.



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

نشستن روی توپ (برس):

❑ یک وضعیت مناسب برای برطرف شدن ادم سرویکس

❑ خستگی (ماساژ کمر و شانه)



وضعیت های مختلف بر اساس مرحله لیبر

رقص نوسانی :

- به خم شدن سر جنین کمک می کند .
- سبب چرخش سر جنین از وضعیت پس سری خلفی می شود (به ویژه اگر با حرکات نوسانی مادر همراه باشد)
- احساس زور زدن را طی مرحله دوم زایمان افزایش می دهد.
- با کاهش فشار قسمت نمایشی سر جنین یا ساکروم نادر درد کمر کاهش می یابد .
- به نزول خیلی کمک می کند
- مادر که احساس فشار زیاد دارند این روش کمک می کند .
- باید یک همراه وجود داشته باشد که بتواند وزن مادر تحمل کند .



علائم ورود به مرحله دوم زایمان

از دیلاتاسیون و افاسمان کامل تا خروج نوزاد:

- ✓ طول مدت این مرحله به طور مدت وسط در زنان نخست زارا ۶۰ دقیقه و در زنان چندزا ۲۰ دقیقه است.
- ✓ طول مدت مرحله دوم در زنان **نخست زایمان** از ۲ ساعت و برای چند زایمان **از یک ساعت** نیاز به بررسی دارد
- ✓ در صورت طبیعی بودن وضعیت مادر و جنین گذشت بیضشر از ۲ ساعت از مرحله دوم زایمان به معنای غیر طبیعی بودن نیست.
- ✓ افزایش نمایش خونی (یکدفعه در طی زور زدن خون خارج می شود).
- ✓ ظاهر شدن عرق بر روی صورت و شت بی و لرزش انتهاها (به علت افزایش کاتکول آمین - بیشتر این در بعد از زایمان)
- ✓ افزایش بی قراری و گفتن کلامی مانند: دیگر نمی توانیم ادامه دهیم
- ✓ تهوع و استفراغ (اگر شدی باشد نیاز به بررسی دارد)
- ✓ احساس زور زدن و اجابت مزاج، کشیده شدن و احساس سوزش پرینه
- ✓ طول مدت انقباضات می تواند تا یک و نیک دقیقه
- ✓ نکته: در افرادی که بی حسی اپیدورال ممکن است این علائم تجربه نکنند.

ادراه مرحله دوم

- به مادر اجازه دهید در هر وضعیتی که راحت هست قرار بگیرد (تشویق مادر به وضعیتهای **upright** : چمباتمه یا نشسته روی صندلی یا چهار پایه زایمان، ایستاده، خوابیده به پهلو، نیمه نشسته)
- نکته ۱: وضعیت سوپاین 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. بدون قرار گرفتن در حالت لیتاتومی توصیه می شود.
- نکته ۲: در موارد نمایش غیر طبیعی، چندقلویی، دیستوشی شانه، وضعیت لیتاتومی بهترین وضعیت است. در واریکوز شدید پاهای مادر، پوزیشن **Supine** بدون قرار گرفتن در حالت لیتاتومی توصیه می شود.
- چنانچه **CPD** تکیه به جلو و یا تکیه به عقب را باید تشویق کرد. همچنین در نبود **lunging** یا آسنکلیتیسم و...، قرار گرفتن مادر در وضعیت **OP** وجود ندارد، با توجه به شرایط مادر، در هر وضعیت غیر طبیعی مانند **CPD**
- - یک قطعه پارچه تمیز زیر مادر بیاندازید.
- - مادر را به زور زدن در هر زمانی که احساس زور می کند، تشویق کنید. به مادر توصیه کنید تا نفس خود را طولانی مدت حبس نکند

ادراه مرحله دوم

- نکته ۲: در صورت احساس زور به مادر و کامل نبودن دیلاتاسیون سرویکس، با تغییر وضعیت (چهار دست و پا) استفاده از تکنیک های تنفسی زور زدن مادر کاهش داده شود.
- - از دستکاری پرینه پرهیز گردد.
- - به مادر به شکل کلامی و غیر کلامی اطمینان دهید و از نظر روحی و روانی او را حمایت کنید. وجود همراه برای حمایت روحی و روانی بسیار کمک کننده است.
- - تنها در موارد زیر اپی زیاتومی انجام شود:
 - علل جنینی دیسترس جنینی، احتمال دیستوشی شانه
 - نکته: اپی زیاتومی در زایمان زودرس و مقاومت زیاد واژن ممکن است لازم باشد.
 - استفاده از فورسپس و واکيوم
 - نمایش اکسی پوت خلفی، نمایش صورت، نمایش ته
 - امکان زایمان با عارضه (بافت با مقاومت کم، بزرگی سر یا تنه جنین، کوتاهی پرینه، امکان پارگی وسیع و نامنظم پرینه)
 - نکته: در صورت نیاز به اپی زیاتومی در مادران مبتلا به ضایعات ولو، واریس، سوختگی و کیست بارتولن، برش در محلی زده شود که امکان کمترین آسیب را دارد
- از فشار مستقیم بر روی رحم (Fundal pressure) خودداری شود.

ادراه مرحله دوم

- ▶ مانور ریتگن اصلاح شده برای خروج سر را انجام دهید.
- ▶ دور گردن جنین را برای وجود بند ناف کنترل کنید: در صورت شل بودن، بند ناف از دور گردن آزاد گردد و در صورت محکم بودن، با دو کلامپ به فاصله ۲ سانتی متر از هم بند ناف را کلامپ و سپس قطع کرده و از دور گردن آزاد کنید.
- ▶ با شروع انقباض بعدی با فشار ملایم به طرف پایین شانه قدامی را آزاد کنید و سپس با فشار ملایم رو به بالا شانه خلفی با حمایت و اداره پرینه خارج شود. در انتها نوزاد را با دو دست نگه دارید و آن را روی شکم یا در آغوش مادر بگذارید.

نکته: در وضعیت های **Upright** نیاز به مانور خروج سر نمی باشد و تنها نظارت دقیق عامل زایمان کافیست.

نکته: از معاینه داخلی رحم بعد از خروج جنین به صورت روتین اجتناب شود.

نکته: اگر مادربه به بیماری **HBS Ag** مثبت و یا **HIV** مثبت و ... مبتلاست، پس از زایمان، اتاق و وسایل باید ضد عفونی شود.

ادراه مرحله دوم

➤ آماده شدن مادر:

- انتقال به اتاق زایمان: زمان انتقال مادر در نوبی پارها وقتی است که قطری از عضو نمایش (سر جنین) در هر انقباض در حدود ۴-۳ سانتیمتر پدیدار شود. این زمان در مولتی پارها، وقتی است که دیلاتاسیون سرویکس به میزان ۹-۷ سانتیمتر برسد.

نکته: اگر اطاق لیبر و زایمان یکی است، نیازی به انتقال مادر به اتاق زایمان نمی باشد

تمیز کردن پرینه و ولو: در صورت تمیز نبودن، پرینه و ولو با محلول آب و صابون و در صورت نیاز به اپی زیاتومی با یک دترژن غیر محرک

بتادین یا کلرهگزیدین شسته می شود. در صورت انجام اپی زیاتومی، موهای نیمه خلفی پرینه کوتاه و با سه گاز آغشته به بتادین یا کلرهگزیدین از مدخل واژن به طرف مقعد شستشو داده می شود.

- آماده سازی روانی و آموزش جهت همکاری در طول زایمان

➤ آماده کردن وسایل:

- ست زایمان وزن حدود ۶ کیلوگرم است ست زایمان باید در داخل پارچه دولایه تافته (جمعاً ۴ لایه) استریل شود. تاریخ انقضای استریلیتی هر ست داخل کمد در بسته حداکثر یک ماه و در قفسه باز حداکثر سه هفته می باشد. در صورت استفاده از پارچه های معمولی و سالم، ست زایمان حداکثر دو هفته استریل می ماند.

- گرم کننده تابشی

- دو عدد شان یا پارچه (حوله) که از قبل گرم شده باشد

- دستگاه اکسیژن و مانومتر، ماسک و بگ

- پوار

ادراه مرحله دوم

وسایل و تجهیزات احیاء نوزاد:

- وسایل ساکشن

- سرنگ

- ساکشن مکانیکی و لوله آن

کاتترهای ساکشن به شماره - 5 F .6 F .8 F .10 F .12 F

- لوله تغذیه به شماره

- مکنده مکونیوم

- وسایل بگ و ماسک

وسيله تهويه با فشار مثبت بگ بايد قادر به رساندن اكسيژن ۴۱ تا ۱۱ درصد باشد

ماسكهاى صورت، با اندازه هاى نوزاد ترم و نارس ترجيحاً ماسكهاى با لبه نرم

منبع اكسيژن با جريان سنج جريان حداكثر تا ده ليتر در دقيقه و لوله هاى مربوط

اداره نوزاد

- به محض خروج سر نوزاد، نیاز به استفاده از پوار یا ساکشن برای پاک کردن راه های هوایی نیست. در صورت نیاز به پوار ابتدا دهان و سپس بینی پوار شود.
- پس از خروج کامل نوزاد، نوزاد را روی سینه مادر گذاشته تا تماس پوست با پوست برقرار شود، حوله از قبل گرم شده را روی نوزاد قرار دهید. در صورت عدم تمایل مادر، از همراه یا فرد دیگری کمک گرفته شود و نوزاد را روی حوله از قبل گرم شده منتقل کنید.
- نکته: در هنگام گذاردن نوزاد بر روی سینه مادر، باید به کشیده شدن بندناف توجه شود.
- ارزیابی سریع نوزاد از نظر ترم بودن سن بارداری، آغشته بودن به مکونیوم، تنفس یا گریه کردن، تون عضلانی مناسب انجام شود. نتیجه ارزیابی، نیاز یا عدم نیاز به احیاء را مشخص می کند.
- در صورت طبیعی بودن ارزیابی سریع مراقبت عادی نوزاد به شرح زیر انجام شود:
- فراهم کردن گرما (قراردادن نوزاد روی سینه مادر و پوشاندن با حوله گرم. دمای مناسب اتاق ۲۵-۲۸ درجه سانتی گراد
- پاک کردن راه های هوایی با پوار در صورت نیاز پس از خروج کامل نوزاد
- خشک کردن بدن نوزاد با حوله گرم
- ارزیابی رنگ نوزاد
- تعیین آپگار

اداره نوزاد

- ▶ کلامپ و بریدن بندناف: بند ناف در فاصله ۳ و ۵ سانتی متر از قاعده شکم نوزاد کلامپ شود و سپس بین دو کلامپ بریده شود. در صورت بد حال بودن نوزاد، بند ناف بلندتر بریده شود.
- ▶ در صورت عدم نیاز به احیا عجله ای برای قطع کردن بند ناف نیست و حدود ۱۲۰ - ۳۰ ثانیه پس از تولد قطع گردد.
- ▶ نکته ۱: بلافاصله پس از زایمان، مادر به شیردهی تشویق شود
- ▶ نکته ۲: نوزاد مادران **HbsAg** و **HIV** مثبت پوار نشود. به نوزاد مادر **HIV** مثبت شیر مادر داده نشود.
- ▶ نکته ۳: از تمامی نوزادان خون بند ناف برای تعیین گروه خون و اره‌اش گرفته شود.
- ▶ نکته ۴: در نوزادان با آپگار کمتر از ۷، خون بند ناف برای اندازه گیری **ABG** به آزمایشگاه ارسال شود .

اداره فعال مرحله سوم زایمان

پس از قطع بند ناف، با لمس شکم مادر و اطمینان از نبود قل دیگر، اداره فعال مرحله سوم شروع می شود. به نکات زیر توجه شود:

– هرگز مادر را تنها رها نکنید.

– با مادر صحبت کنید و از او پاسخ بشنوید.

در صورتی که مادر با وضعیت چمباتمه یا نشسته زایمان نموده است، می توانید مرحله سوم زایمان را در همان وضعیت ادامه دهید. در غیر اینصورت مادر باید در وضعیت خوابیده به پشت و کف پا روی زمین **Dorsal** یا **Supine** قرار گیرد. دقت کنید در وضعیت خوابیده به پهلو برای پیشگیری از آمبولی حتماً دو پا را با هم به خط وسط برگردانده و سپس از همدیگر باز کنید تا جفت بتواند خارج شود.

حتماً تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول برقرار گردد و مادر را به شیر دادن نوزاد بلافاصله پس از تولد تشویق کنید. از همراه برای شیردهی و تماس پوستی کمک بخواهید.

تزریق اکسی توسین:

بلافاصله پس از خروج کامل نوزاد، ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی به مادر تزریق کنید. در مورد مادرانی که رگ باز دارند، ۱۰ واحد اکسی توسین در داخل ۵۰۰ سی سی سرم ریخته شود. سرعت تنظیم قطرات سرم ۱۰ سی سی در دقیقه تا زمانی که تون رحم به حالت عادی برگردد و پس از آن ۲ سی سی در دقیقه تا انتقال مادر به بخش پس از زایمان می باشد.

اداره فعال مرحله سوم زایمان

بررسی روند جدا شدن جفت

برای زایمان جفت، به علائم جدا شدن آن باید توجه کرد. این علائم شامل:

- سفت و کروی شدن رحم نخستین نشانه
- خروج فورانی و ناگهانی خون از واژن
- بالاتر رفتن رحم در شکم به دلیل قرار گرفتن جفت در سگمان تحتانی
- نزول بندناف و بلند تر شدن طول آن

انجام مانورهای خروج جفت

- طی دقیقه اول بعد از زایمان نوزاد، بند ناف در نزدیکی پرینه با استفاده از رینگ فورسپس، کلامپ شود.
- بند ناف کلامپ شده و انتهای فورسپس را با یک دست نگه داشته شده و دست دیگر در بالای سمفیز پوبیس قرار گیرد.
- با فشار ملایم و در جهت مخالف کشش بند ناف، رحم به سمت بالا رانده شود.
- فشار مختصری روی بند ناف وارد شده و تا انقباض قوی بعدی رحم، به مدت ۲ تا ۳ دقیقه باید صبر شود.
- با ورود جفت به مدخل واژن، خیلی آرام بند ناف باید به سمت پایین کشیده شود تا زایمان جفت صورت گیرد. تشویق مادر به افزایش فشار داخل شکمی می تواند در خروج جفت موثر باشد.

اداره فعال مرحله سوم زایمان

نکته: اگر طی ۳۰ تا ۴۰ ثانیه کشش کنترل شده بند ناف، جفت خارج نشد، کشش و فشار بیشتری نباید به بند ناف وارد کرد. به آرامی بند ناف را نگه داشته شده و باید منتظر انقباض بعدی رحم ماند. اگر طول بند ناف بلندتر شد، فورسپس گردد در محلی نزدیک تر به پرینه، کلامپ می شود با انقباض بعدی، بند ناف با کششی کنترل شده در خلاف جهت فشار به رحم، کشیده می شود.

پس از خروج جفت، پرده های نازک آن ممکن است پاره شود. در اینصورت اقدامات زیر را انجام دهید:

- جفت را باید با دو دست نگه داشته و به آرامی چرخاند تا پرده ها به دور جفت بپیچد.

سپس به آرامی جفت را کشیده تا زایمان تکمیل شود. بهتر است با یک رینگ فورسپس پرده ها کلامپ شود تا خروج کامل و کنترل آن با اطمینان صورت گیرد.

- اگر پرده ها پاره شد، با تعویض دستکش و پوشیدن دستکش استریل دیگری، قسمت فوقانی واژن و سرویکس معاینه می شود و با استفاده از رینگ فورسپس یا دست، هر تکه ای از پرده ها را که باقی مانده، باید خارج نمود.

- پس از خروج جفت، باید فوندوس لمس شود و از سفت بودن و انقباض رحم و عدم خونریزی اطمینان پیدا کرد.

در صورت عدم خروج جفت طی ۳۱ دقیقه تا یک ساعت پس از زایمان و نبود خونریزی و علائم شوک:

- تجویز مجدد ۱۱ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی

- تشویق به شیر دادن نوزاد

اداره فعال مرحله سوم زایمان

- ▶ تشویق مادر به تخلیه ادرار در صورت پر بودن مثانه (و سونداژ مثانه در صورت عدم توانایی تخلیه ادرار
- ▶ - تکرار کشش کنترل شده بندناف
- ▶ - انتظار برای شروع انقباضات
- ▶ نکته ۱: قبل از مشاهده و اطمینان از جدا شدن جفت، هرگز نباید به زور اقدام به کشش بندناف و خارج کردن جفت کرد. خطر وارونگی رحم
- ▶ نکته ۲: در صورت عدم خروج کامل و یا باقی ماندن قسمتی از جفت و پرده ها و یا پاره شدن بندناف، از دستکاری بیشتر اجتناب کرده

بررسی جفت، پرده ها و بندناف

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 ۲۰ سانتی متر، بیشترین ضخامت آن ۲ تا ۳ سانتی متر و وزن آن ۴۰۰ تا ۶۰۰ گرم است.

نکاتی که باید در معاینه جفت دقت شود، شامل:

- مشاهده سطح جنینی برای بررسی محل بندناف (مرکزی، کناری، ولامنتوز) و 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 و ورید 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.

- 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.

- 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.

اطمینان از جمع بودن رحم و ماساژ فوندوس رحم

بلافاصله پس از خروج کامل جفت، فوندوس رحم ماساژ داده شود و از جمع بودن آن اطمینان حاصل گردد. در ۲ ساعت اول زایمان، هر ۱۵ دقیقه و سپس تا ۶ ساعت، هر یک ساعت ماساژ رحم باید تکرار شود. بعد از اتمام هر بار ماساژ

رحم، باید مطمئن شد که رحم نرم و شل نیست. خونریزی طبیعی باید به صورت جریان آهسته خون مخلوط با بافت دسیدوا و لخته های کوچک به رنگ قرمز روشن باشد.

اقدامات برای جلوگیری از خونریزی شامل:

- شیر دادن سریع به نوزاد

- تشویق مادر به تخلیه مثانه

- خارج کردن لخته ها از رحم

تکنیک ماساژ فوندوس رحم:

ماساژ فوندوس رحم بلافاصله پس از زایمان، موجب تحریک میومتر برای انقباض و ایجاد هموستاز و خروج لخته ها می شود. این روش با استفاده از دو دست به شرح زیر است:

یک دست در بالای سمفیز پوبیس برای نگه داشتن سگمان تحتانی قرار می گیرد و دست دیگر به آرامی ناحیه قله رحم را ماساژ می دهد. حمایت کامل سگمان تحتانی با انجام ماساژ به آرامی و ملایمت ضروری است، زیرا بعد از زایمان، لیگامانها شل است و مقاومت کمی دارد. ماساژ شدید موجب افتادگی کامل و یا بخشی از رحم خواهد شد. 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.

نکاتی که باید به مادر توضیح داده شود: ضرورت انجام ماساژ، احساس ناراحتی و درد کرامپی ناشی از انقباض، تشویق مادر برای انجام ماساژ (به مادر آموزش داده شود که قله رحم را در حد ناف یا پایین تر لمس نماید، ماساژ دهد و سفتی آنرا حس کند و یاد بگیرد که اگر پس از تخلیه ادرار قله رحم همچنان بالا بود یا حالت سفت نداشت و یا احساس خونریزی و خیس شدن داشت، ماما یا پزشک را مطلع نماید.

اقدامات پس از خروج جفت

- ۱ پرینه را 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 کنید.
- ۳ مادر و نوزاد را گرم نگه دارید. اگر مادر لرز دارد از پتوی گرم و اقدامات حمایتی استفاده کنید.
- ۴ به مادر نوشیدنی سرد یا گرم (بر حسب تمایل مادر) بدهید.
- ۵ نوزاد را در آغوش مادر قرار داده و او را به شیردهی تشویق کنید.
- ۶ از راحت بودن وضعیت مادر اطمینان حاصل کنید.
- ۷ به مادر و همراهان در مورد وضعیت نوزاد اطمینان دهید.

بررسی محل ترمیم برش یا پارگی

پس از زایمان جفت، ناحیه قدامی، خلفی و دیواره های واژن باید از نظر وجود پارگی، تعیین میزان پارگی یا وسعت اپی زیاتومی بررسی شود.

تعیین درجه پارگی به شرح زیر می باشد:

پارگی درجه ۱: پارگی فورشت، پوست پرینه و مخاط واژن

پارگی درجه ۲: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن و عضله پرینه

پارگی درجه ۳: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه و اسفنکتر مقعدی

پارگی درجه ۴: پارگی فورشت، پوست پرینه، مخاط واژن، عضله پرینه، اسفنکتر مقعدی به همراه مخاط رکتوم

نکته: درد پرینه در ۲۴ ساعت اول پس از تولد ممکن است به علت وجود هماتوم باشد

معیار های 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 بتدریج افزایش یافت و یا بیشتر از ۵ سانتی متر بود لازم است، هماتوم در اتاق عمل تخلیه شود. در غیر اینصورت مادر با کمپرس یخ، تجویز مسکن و کنترل علائم حیاتی تحت نظر گرفته شود.

اطمینان از دفع ادرار

قبل از ترخیص مادر باید از دفع ادرار مطمئن شد. میزان مورد انتظار تخلیه ادرار ۳۰ تا ۵۰ سی سی در ساعت است. مادر را تشویق به تخلیه مثانه کنید. 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 انجام 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 و تخلیه ادرار

نکته: در صورت دهیداسیون و نبود ادرار، ۴۰۰ سی سی سرم در مدت ۲ ساعت تزریق شود و مادر مجدداً به تخلیه ادرار تشویق شود.

اگر با 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 باقیمانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود

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

۳- سوند پس از ۲۴ ساعت خارج شود.

۴- اگر بعد از کشیدن سوند مجدداً مادر نتواند بعد از ۴ ساعت دفع ادرار داشته باشد حجم باقیمانده ادراری با سوند نلاتون اندازه گیری شود.

۵- با حجم ادرار بیش از ۲۰۰ سی سی مجدداً سوند ثابت به مدت ۲۴ ساعت دیگر گذاشته شود هر ۲ ساعت سوند کلامپ شود و نیم ساعت آزاد باشد و سپس سوند خارج شود.

توجه به علایم خطر

- خونریزی شدید یا افزایش ناگهانی خونریزی
- تنفس مشکل
- تب یا احساس داغی
- درد شدید شکم
- سردرد شدید و تاری دید
- تشنج
- ترشح بودار
- درد پشت زانو
- احتباس ادرار
- احساس فشار به رکتوم
- درد شدید ناحیه پرینه یا محل اپی زیاتومی
- شناسایی مادرانی که ممکن است به نوزاد یا خودشان آسیب برسانند