

به نام خدا

# رویکرد های مبتنی بر مامایی

## (جلد دوم)

اثر

Et al Peter F. Schnatz

مترجمان :

فاطمه احمدی آغداش

ثمین اسدزاده

آیدا نظری شیخ احمد

صبا رحیمیان

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۴)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr.ir

سرشناسه: احمدی آغداش، فاطمه، ۱۳۸۳  
عنوان و نام پدیدآورندگان: رویکرد هایی مبتنی بر مامایی / مولفان فاطمه احمدی آغداش، ثمین اسدزاده، آیدا نظری شیخ احمد، صبا رحیمیان  
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۴.  
مشخصات ظاهری: ۴۴۰ ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۱۷-۷۷۸-۳  
شناسه افزوده: اسدزاده، ثمین، ۱۳۸۵  
شناسه افزوده: نظری شیخ احمد، آیدا، ۱۳۸۲  
شناسه افزوده: رحیمیان، صبا، ۱۳۷۹  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
یادداشت: کتابنامه.  
موضوع: مامایی  
رده بندی کنگره: TP ۹۸۳  
رده بندی دیویی: ۵۵/۶۶۸  
شماره کتابشناسی ملی: ۹۹۷۶۵۸۸  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: رویکرد هایی مبتنی بر مامایی  
مولفان: فاطمه احمدی آغداش - ثمین اسدزاده - آیدا نظری شیخ احمد - صبا رحیمیان  
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۴  
چاپ: زبرجد  
قیمت: ۵۷۰۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://:chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۱۷-۷۷۸-۳  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست

کیس ۳۶..... ۱۱

۱۴..... چگونه بارداری بر عملکرد تیروئید تأثیر می‌گذارد

۱۶..... چگونه بیماری تیروئید بر بارداری تأثیر می‌گذارد

۲۳..... References

کیس ۳۷..... ۲۷

۳۱..... هموگلوبینوپاتی

۳۲..... ارزیابی کم‌خونی در اوایل بارداری

۳۲..... آلفا تالاسمی

۳۴..... بتا تالاسمی

۳۵..... بیماری سلول داسی شکل

۳۶..... مدیریت بارداری

۳۹..... References

کیس ۳۸..... ۴۱

۴۵..... آزمایش اچ‌آی‌وی

۴۷..... مدیریت بارداری

۴۹..... برنامه‌ریزی زایمان

۵۵..... References

کیس ۳۹..... ۵۹

۶۱	.....	CMV در بارداری
۶۶	.....	References
۷۰	.....	کیس ۴۰
۷۳	.....	تشخیص سیفلیس
۷۵	.....	ارزیابی آزمایش سیفلیس
۷۸	.....	مدیریت سیفلیس در بارداری
۸۴	.....	References
۸۸	.....	کیس ۴۱
۹۲	.....	عفونت‌های لیستریا
۹۵	.....	تصمیم‌گیری مشترک
۹۶	.....	پیشگیری اجتناب از غذا
۹۶	.....	آماده‌سازی غذا
۱۰۰	.....	References
۱۰۶	.....	کیس ۴۲
۱۰۹	.....	هرپس در بارداری
۱۰۹	.....	اپیدمیولوژی
۱۱۰	.....	تظاهرات بیماری HSV نوزادی و مادرزادی
۱۱۱	.....	HSV مادری
۱۱۳	.....	درمان

زایمان ..... ۱۱۴

References ..... ۱۱۸

کیس ۴۳ ..... ۱۲۰

ویروس واریسلا زوستر ..... ۱۲۳

جنین‌درمانی واریسلا ..... ۱۲۵

آبله مرغان مادر ..... ۱۲۶

آبله مرغان نوزادی ..... ۱۲۸

پیشگیری از آبله مرغان ..... ۱۲۹

References ..... ۱۳۲

کیس ۴۴ ..... ۱۳۴

ویژگی‌های بالینی بیماری پنجم ..... ۱۳۶

غربالگری سرولوژیک برای عفونت پاروویروس B<sub>۱۹</sub> ..... ۱۳۸

ارزیابی و مدیریت عوارض جنینی ناشی از عفونت پاروویروس B<sub>۱۹</sub> ..... ۱۳۹

پیشگیری از عفونت پاروویروس B<sub>۱۹</sub> ..... ۱۴۲

References ..... ۱۴۶

کیس ۴۵ ..... ۱۴۸

عفونت‌های ناشی از سوزاک در دوران بارداری ..... ۱۵۲

References ..... ۱۶۱

کیس ۴۶ ..... ۱۶۵

۱۶۷	.....	عدم موفقیت IOL
۱۷۲	.....	References
۱۷۶	.....	کیس ۴۷
۱۸۰	.....	فاز نهفته طولانی مدت زایمان
۱۸۲	.....	رویکردهای مدیریتی
۱۸۸	.....	References
۱۹۰	.....	کیس ۴۸
۱۹۴	.....	فاز فعال غیرطبیعی
۱۹۵	.....	دستورالعمل‌های اجماعی مراقبت‌های مامایی
۱۹۶	.....	فاز فعال زایمان
۲۰۲	.....	References
۲۰۶	.....	کیس ۴۹
۲۰۹	.....	نمایش بریج در زمان ترم
۲۱۱	.....	نسخه سفالیک خارجی
۲۱۲	.....	زایمان طبیعی با بریج
۲۱۶	.....	References
۲۲۰	.....	کیس ۵۰
۲۲۳	.....	نمایش ابرو و صورت
۲۲۸	.....	References

کیس ۵۱..... ۲۳۰.....

مدیریت مادر باردار ..... ۲۳۲.....

References ..... ۲۴۱.....

کیس ۵۲..... ۲۴۳.....

مدیریت مادر و جنین ..... ۲۴۵.....

زایمان واژینال ابزاری ..... ۲۴۶.....

References ..... ۲۵۵.....

کیس ۵۳..... ۲۵۹.....

مدیریت مادر ..... ۲۶۱.....

گیر افتادن سر جنین ..... ۲۶۱.....

عوارض ..... ۲۶۲.....

ورود ..... ۲۶۲.....

شل شدن رحم ..... ۲۶۳.....

تکنیک هل دادن ..... ۲۶۴.....

تکنیک کشیدن ..... ۲۶۵.....

دستگاهها ..... ۲۶۷.....

آمادگی ..... ۲۶۸.....

References ..... ۲۷۱.....

کیس ۵۴..... ۲۷۴.....

گسترش هیستروتومی رحمی ..... ۲۷۸

ترمیم رباط پهن ..... ۲۸۰

هماتوم رباط پهن ..... ۲۸۱

References ..... ۲۸۵

**کیس ۵۵** ..... ۲۸۹

یافته‌های حین عمل ..... ۲۹۰

مدیریت شرایط ..... ۲۹۰

آسیب‌های دستگاه ادراری در طول جراحی سزارین ..... ۲۹۱

آناتومی ..... ۲۹۲

پیشگیری و تشخیص ..... ۲۹۴

مدیریت ..... ۲۹۶

References ..... ۲۹۸

**کیس ۵۶** ..... ۳۰۳

آسیب‌های زایمانی اسفنکتر مقعد ..... ۳۰۵

References ..... ۳۱۳

**کیس ۵۷** ..... ۳۱۷

عوامل خطر پارگی رحم ..... ۳۱۹

بررسی سونوگرافیک در بارداری برای پیش‌بینی خطر پارگی رحم : ..... ۳۲۲

تشخیص پارگی رحم ..... ۳۲۲

۳۲۳.....	پیامدهای مادری و جنینی پارگی رحم
۳۲۵.....	زایمان های بعدی
۳۲۷.....	References
۳۳۱.....	کیس ۵۸
۳۳۴.....	ایست قلبی در بارداری
۳۳۴.....	تغییرات فیزیولوژیکی
۳۴۲.....	References
۳۴۴.....	کیس ۵۹
۳۴۷.....	مرگ مادری در اثر ایست قلبی
۳۵۳.....	References
۳۵۵.....	کیس ۶۰
۳۵۹.....	وارونگی رحم
۳۶۶.....	References
۳۶۸.....	کیس ۶۱
۳۷۱.....	جفت باقی مانده
۳۸۰.....	References
۳۸۴.....	کیس ۶۲
۳۸۷.....	بحث
۳۹۶.....	References

کیس ۶۳..... ۳۹۸.....

خونریزی پس از زایمان..... ۴۰۱.....

References..... ۴۰۹.....

کیس ۶۴..... ۴۱۳.....

اندومتريت پس از زایمان..... ۴۱۷.....

References..... ۴۲۴.....

کیس ۶۵..... ۴۲۸.....

ترومبوآمبولی وریدی..... ۴۳۱.....

References..... ۴۳۹.....

## کیس ۳۶

خانم ۲۳ ساله، باردار اول در هفته هشتم بارداری با خستگی، یبوست و عدم

تحمل سرما

### سابقه بیماری فعلی

یک خانم ۲۳ ساله با بارداری اول در هفته هشتم بارداری، برای اولین ویزیت دوران بارداری به مطب شما مراجعه می‌کند. او از شروع بارداری خود دچار خستگی، گرفتگی عضلات و یبوست شده و این علائم اخیراً بدتر شده‌اند. با وجود پوشیدن لباس‌های چندلایه، او اغلب در خانه احساس سرما می‌کند. سابقه پزشکی او عادی است و هیچ جراحی یا آلرژی قبلی ندارد. او در حال حاضر ویتامین‌های دوران بارداری مصرف می‌کند و آخرین ویزیت پزشک مراقبت‌های اولیه او، شامل آزمایش خون معمول و سیتولوژی دهانه رحم، ۶ ماه پیش انجام شده است.

### معاینه فیزیکی

#### • علائم حیاتی:

◦ دمای بدن: ۳۶/۶ درجه سانتیگراد

◦ نبض: ۶۵ ضربه در دقیقه

°فشار خون: ۷۰/۱۱۰ میلی‌متر جیوه

تعداد تنفس: ۱۴ نفس در دقیقه

• شاخص توده بدنی: ۳۲ کیلوگرم بر متر مربع

• ظاهر عمومی: رشد مناسب، تغذیه مناسب، بدون هیچ گونه ناراحتی ظاهری

• گردن: غده تیروئید بزرگ، سفت و غیر حساس

• پوست: سرد و خشک

• شکم: نرم، غیر حساس

• لگن: دستگاه تناسلی خارجی طبیعی؛ واژن با چین‌های طبیعی، بدون ترشح یا ضایعه؛

دهانه رحم طبیعی بدون ضایعه؛ رحم بزرگ شده مطابق با تاریخ‌ها، ضمائم بدون بزرگی یا

حساسیت

• اندام‌ها: فاز شل شدن طولانی مدت رفلکس‌های تاندونی عمقی

• مطالعات آزمایشگاهی:

°TSH: ۶ mU/L

۰.۱ ng/dL: fT<sub>۴۰</sub>

آنتی‌بادی‌های ضد تیروئید پراکسیداز (TPOAb): مثبت

۹.۳ g/dL: Hgb

• تصویربرداری:

آزمایش سونوگرافی ترانس واژینال، یک بارداری داخل رحمی منفرد و قابل دوام را در هفته ۸ بارداری نشان می‌دهد، با صدای قلب جنین ۱۷۰ ضربه در دقیقه. یک کیست تخمدان ۳ سانتی‌متری سمت راست وجود دارد که با جسم زرد مطابقت دارد.

چگونه این بیمار را مدیریت می‌کنید؟

بیمار مبتلا به کم‌کاری تیروئید درمان نشده است که باعث خستگی، گرفتگی عضلات، یبوست و عدم تحمل سرما می‌شود. به بیمار در مورد اهمیت حفظ عملکرد کافی تیروئید برای جلوگیری از عوارض آموزش داده شد. ما همچنین مجموعه‌ای از توصیه‌های مبتنی بر شواهد را برای کمک به بیمار در تصمیم‌گیری آگاهانه بررسی کردیم.

به بیمار توصیه شد که روزانه ۱۰۰ میکروگرم داروی لووتیروکسین (LT<sub>۴</sub>) مصرف کند. برای رفع کم‌خونی، به بیمار یک بار در روز سولفات آهن و یک ملین اسمزی برای مدیریت یبوست تجویز شده است. توجه به این نکته مهم است که سولفات آهن می‌تواند بر جذب

T<sub>۴</sub> تأثیر بگذارد و باید حداقل ۴ ساعت پس از LT<sub>۴</sub> مصرف شود. در معاینه ۴ هفته‌ای بیمار برای مراقبت‌های معمول دوران بارداری، او بهبود قابل توجهی در علائم خود گزارش کرد. سطح TSH تکرار شده او ۵ میلی‌واحد در لیتر بود و هموگلوبین او به ۱۰/۱ گرم در دسی‌لیتر افزایش یافت. افزایش اضافی در LT<sub>۴</sub> او برای نرمال کردن TSH او انجام شد. در اواسط سه ماهه دوم، سطح TSH او در محدوده طبیعی بود.

بقیه دوران بارداری بدون عارضه بود. بیمار قبل از بارداری LT<sub>۴</sub> مصرف نمی‌کرد، بنابراین دوز مصرفی او حفظ شد و در ویزیت ۶ هفته پس از زایمان، آزمایش عملکرد تیروئید انجام داد. ما به او توصیه کردیم که به مدیریت بیماری تیروئید خود با پزشک مراقبت‌های اولیه ادامه دهد.

### چگونه بارداری بر عملکرد تیروئید تأثیر می‌گذارد

در دوران بارداری، غده تیروئید دچار تغییراتی در اندازه و عملکرد می‌شود. این امر به عوامل مختلفی مانند افزایش دفع ید توسط کلیه‌ها، افزایش تولید هورمون‌های تیروئید، افزایش سطح پروتئین‌هایی که به T<sub>۴</sub> متصل می‌شوند و تحریک غده تیروئید توسط hCG نسبت داده می‌شود.

در مناطقی که ید کافی وجود دارد، غده تیروئید تقریباً ۱۰٪ بزرگ می‌شود. با این حال، در مناطقی که کمبود ید وجود دارد، این غده می‌تواند تا ۲۰ تا ۴۰ درصد رشد کند [۱،۲]. پس از لقاح، افزایش تولید استروژن رخ می‌دهد که منجر به افزایش سطح گلوبولین متصل

شونده به  $T_4$  (TBG) می‌شود. گلوبولین متصل شونده به تیروکسین مسئول اتصال بیشتر هورمون تیروئید است و غلظت TBG و  $T_4$  را تا هفته ۷ بارداری به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. این سطوح تقریباً در هفته ۱۶ به اوج خود می‌رسند و تا زمان زایمان بالا می‌مانند [۳].

در سه ماهه اول بارداری، hCG مادر گیرنده TSH را تحریک می‌کند و باعث افزایش تولید  $T_4$  و کاهش موقت سطح هورمون آزاد کننده تیروتروپین (TRH) و TSH سرم می‌شود. تا ۱۵٪ از زنان سالم ممکن است در ۱۲ هفته اول بارداری، TSH کمتر از حد پایین غیرباردار  $0.4 \text{ mIU/L}$  را تجربه کنند. در طول سه ماهه سوم، سطح TSH به تدریج افزایش می‌یابد و به دلیل رشد جفت و تولید دیودیناز جفتی به مقادیر پایه برمی‌گردد [۱،۲]. حد مرجع بالا برای غلظت TSH سرم در دوران بارداری قبلاً بر اساس شش مطالعه بارداری از سال ۲۰۱۱،  $2.5$  میلی‌واحد در لیتر در سه ماهه اول و  $3.0$  میلی‌واحد در لیتر در سه ماهه دوم و سوم تعریف شده بود. با این حال، یک مطالعه کوهورت گسترده‌تر، تغییرات قابل توجهی را در حد مرجع بالا به دلیل عواملی مانند وضعیت ید، روش‌های سنجش TSH مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل، BMI، جغرافیا و شهر قومی نشان داد. علاوه بر این، در طول بارداری، محدوده مرجع TSH یک تغییر رو به پایین را تجربه می‌کند که منجر به کاهش حد پایین و بالای TSH مادر در مقایسه با محدوده مرجع TSH معمولی غیرباردار می‌شود [۱]. از آنجایی که تفاوت‌های قابل توجهی در سطح TSH مادر در بین زنان سالم، TPOAb