

بسم الله الرحمن الرحيم

درسنامه طلایی زنان و مامایی (جلد اول)

گردآوری و تالیف :

خانم دکتر زهرا نادری



موسسه آموزشی نوآوران دانش‌آماهان

www.noavaranedanesh.ir

فهرست

فصل اول: ارزیابی سلامت زنان، شرح حال و معاینه بدنی	۴
فصل دوم: امبریولوژی	۱۲
فصل سوم: مراقبت‌های قبل از بارداری و زایمان	۱۷
فصل چهارم: فیزیولوژی مادر و جنین	۳۷
فصل پنجم: زنتیک	۴۶
فصل ششم: مراقبت‌های حین بارداری	۵۹
فصل هفتم: لیبر غیر طبیعی و پایش جنین هنگام زایمان	۷۴
فصل هشتم: مراقبت اولیه از نوزاد	۹۱
فصل نهم: دوره پست پارتوم	۹۶
فصل دهم: خونریزی بعد از زایمان (PPH)	۱۰۴
فصل یازدهم: چند قلوبی	۱۱۳
فصل دوازدهم: محدودیت رشد داخل رحمی و ماکروزومی	۱۱۹
فصل سیزدهم: زایمان زود رس	۱۲۴
فصل چهاردهم: خونریزی سه ماهه سوم	۱۳۴
فصل پانزدهم: بارداری پس از موعد	۱۴۰
فصل شانزدهم: بارداری خارج رحمی	۱۴۳
فصل هفدهم: سقط	۱۴۹
فصل هجدهم: اختلالات اندوکراین در بارداری	۱۵۳
فصل نوزدهم: عوارض گوارشی کلیوی و جراحی	۱۶۰
فصل بیستم: اختلالات قلبی عروقی و ریوی	۱۶۷
فصل بیست و یکم: اختلالات هماتولوژیک و ایمنولوژیک	۱۷۸
فصل بیست و دوم: بیماری‌های عفونی در بارداری	۱۸۳



فصل اول

ارزیابی سلامت زنان، شرح حال و معاینه بدنی

رابطه پزشک با بیمار باید همراه با همدلی (Empathy) و همدردی (sympathy) بوده و پزشک از نگاه بیمار به بیماری بنگرد. درین صورت مدت زمان ویزیت کاهش یافته و دقت تشخیصی بالا می رود. سلام کردن پزشک به بیمار بایستی دوستانه اما خنثی باشد. در دو سوم ابتدایی ویزیت، پزشک و بیمار بایستی به یک میزان صحبت کنند. مصاحبه با بیمار بایستی انگیزشی بوده (motivational interview) و پزشک از نصیحت کردن (Advice Giving) بیمار پرهیز کند. همچنین بهتر است پزشک بیمار را تحریک به صحبت کردن کرده و صحبت‌های او را تایید کند (Reflective listening)

جدول ۱-۱: گام‌های ویزیت مراقبت بهداشتی زنان با الگوی مشارکت بیمار محور

گام	توضیح	ارتباط‌های همدلانه مفید و اقدامات حمایتی در ویزیت
۱	آغاز کردن ویزیت (متمرکز بر بیمار)	به بیمار خوشامد گفته، خود را معرفی کنید. از بیمار بپرسید؛ دوست دارد چگونه وی را خطاب کنید. از آمادگی بیمار و حفظ حریم خصوصی وی مطمئن شوید. با خاموش یا ساکت کردن تلفن همراه موانع ارتباط را رفع کنید. با استفاده از مهارت‌های ارتباط همدلانه بیمار را در حالت آرامش قرار داده، از راحت بودن او مطمئن شوید.
۲	شکایت اصلی یا علت مراجعه بیمار و دیگر مشکلات و موارد را مشخص کنید (بخش متمرکز بر بیمار در روند ویزیت).	اشاره به فرصت موجود برای ویزیت داشته باشید. فهرستی از تمام مشکلات و مواردی که بیمار می‌خواهد مطرح شود به دست آورید و موارد بهداشتی مراقبتی را که بر اساس پرونده بیمار نیازمند توجه هستند معین کنید. برنامه جلسه ویزیت را خلاصه و نهایی کنید، اگر تعداد موارد زیاد است درباره نکات خاص سخن بگویید و جلسه ویزیت دیگری را برای پرداختن به شکایات باقی مانده برنامه‌ریزی کنید
۳	شرح حال مشکل کنونی یا شکایت اصلی (گوش دادن فعال پزشک، برابری تمرکز بر سخن بیمار و پرسش‌های پزشک)	پرسش‌های باز بپرسید، از سکوت و ارتباط غیرکلامی بهره ببرید. به بیمار بیشتر از تنظیم پرونده و نگارش مطالب توجه داشته باشید. درباره شرح حال مشکل کنونی یا شکایت بیمار اطلاعات کامل؛ شامل جزئیاتی مانند وضع عاطفی بیمار را به دست آورید.
۴	شرح حال کامل مشکل کنونی یا شکایت اصلی شامل جزئیات، معاینه بدنی، تاریخچه پزشکی پیشین و مرور دستگاه‌های بدن (بخش متمرکز بر پزشک) یک یافته پیش‌بینی نشده در معاینه ممکن است موردی را به برنامه قبلی شمل بیفزاید چه در این ویزیت چه در ویزیت بعدی	هم از ارتباط‌های باز استفاده کنید هم از ارتباط متمرکز توجه دقیق به سیر زمانی مشکل یا شکایت‌های بیمار ارزش ویژه‌ای دارد زیرا ممکن است نقشی حیاتی در تشخیص یا پیشرفت بیماری داشته باشد. برای مستندسازی ویزیت و نگارش در پرونده معمولی یا الکترونیک بیمار ابتدا برایش توضیح داده، از وی اجازه بگیرید. معاینه بیمار را با اجازه گرفتن از وی، قبل از شروع آغاز کنید. اگر معاینه لگن لازم است، دوباره اجازه بگیرید و یک همکار در کنارتان باشد تا در حین معاینه کمک کند و نقش ملازم بیمار را صرف‌نظر از جنسیت پزشک ایفا کند. یک قاعده خوب این است: همیشه قبل از لمس بیمار، با وی صحبت کنید.
۵	تعیین مشارکتی مشکلات یا موارد و توافق درباره طرح‌های تشخیصی درمانی (تمرکز تقسیم شده میان بیمار و پزشک)	آنچه گفته شده را خلاصه کرده، از صحت اطلاعات با کسب تأیید بیمار مطمئن شوید. بر سر طرح مراقبت شامل ویزیت‌های بعدی با بیمار به توافق برسید.



سوابق پزشکی

شامل موارد زیر است :

- ۱- شکایت اصلی (CC) - هر علتی که موجب مراجعه بیمار به کلینیک شده است.
- ۲- تاریخچه کسالت کنونی - توصیف زمان بندی شده شکایت اصلی بیمار است.
- ۳- تاریخچه سوابق پزشکی - به ویژه افتراق واژینیت از PID مهم است.
- ۴- تاریخچه مسائل زنان که شامل موارد زیر است :

(الف) منارک (سن شروع قاعدگی)

(ب) آخرین دوره قاعدگی یا پرئود

(پ) مدت زمان پرئود بر حسب روز

(ج) فاصله بین پرئودها به روز

(چ) خونریزی غیرطبیعی

(ه) خونریزی بین پرئود یا پس از مقاربت

(و) کلاً هر تغییر تازه‌ای در پرئودی

خونریزی‌های خفیف اما منظم از نظر تشخیصی مهم‌اند / دفع لخته به اندازه حداکثر یک سکه طبیعی است. سابقه قاعدگی همچنین شامل شکایت‌های پیش از قاعدگی مانند: اضطراب، احتباس مایع، اختلال خلقی، وسوسه غذایی، تغییر در احساسات جنسی و مشکل خواب و درد می‌باشد.

دردی که نیازمند مسکنی فراتر از مسکن غیرمخدردی است یا دردی که با زندگی روزمره تداخل دارد غیر طبیعی است.

واژه یائسگی (منوپاز) به توقف دوره‌های قاعدگی به مدت بیشتر از یک سال گفته می‌شود.

پیش قاعدگی (پری منوپاز) یک تا دو سال انتهایی دوران باروری بوده که با نقص عملکرد تخمدان همراه است.

سوابق جنسی بایستی با پرسش‌های باز و فارغ از قضاوت هویت جنسی پرسیده شود همچنین بیمار بایستی از تاریخچه سکس تعداد و جنسیت شرکای جنسی اش مورد سوال واقع شود. بدون در نظر گرفتن جنسیت پزشک اگر بیمار درخواست داشتن همراه حین انجام معاینه را داشته باشد بایستی به درخواست او عمل شود.

سوابق مامایی :

گراویدیتی یعنی اینکه زن چند بار حامله شده ؟ (چه بارداری به زایمان نوزاد ترم برسد، چه سقط شده و یا

به صورت پره مچور به دنیا بیاید)

پارایته یعنی تعداد زایمان های بالای ۲۰ هفته (چه جنین زنده باشد چه مرده)



جدول ۱.۲: عبارات رایج مورد استفاده در توصیف زادآوری (پاریته)	
زنی که باردار است یا باردار بوده	گراویدا (Gravida)
زنی که در حال تجربه نخستین بارداری است یا بوده است.	پریمی گراوید (primigravida)
زنی که بیش از یک بار باردار شده است.	مولتی گراوید (Multigravida)
زنی که هرگز باردار نشده و اکنون نیز باردار نیست.	نولی گراوید (Nulligravida)
زنی که نخستین بار است باردار شده یا فقط یک فرزند به دنیا آورده است.	پریمی پارا (Primipara)
زنی که دوبار یا بیشتر زایمان کرده است.	مولتی پارا (Multipara)
زنی که هرگز زایمان زنده نداشته یا هرگز روند بارداری را فراتر از سن بارداری سقط نکرده است.	نولی پارا (Nullipara)

مراقبت و مشاوره پیش از بارداری

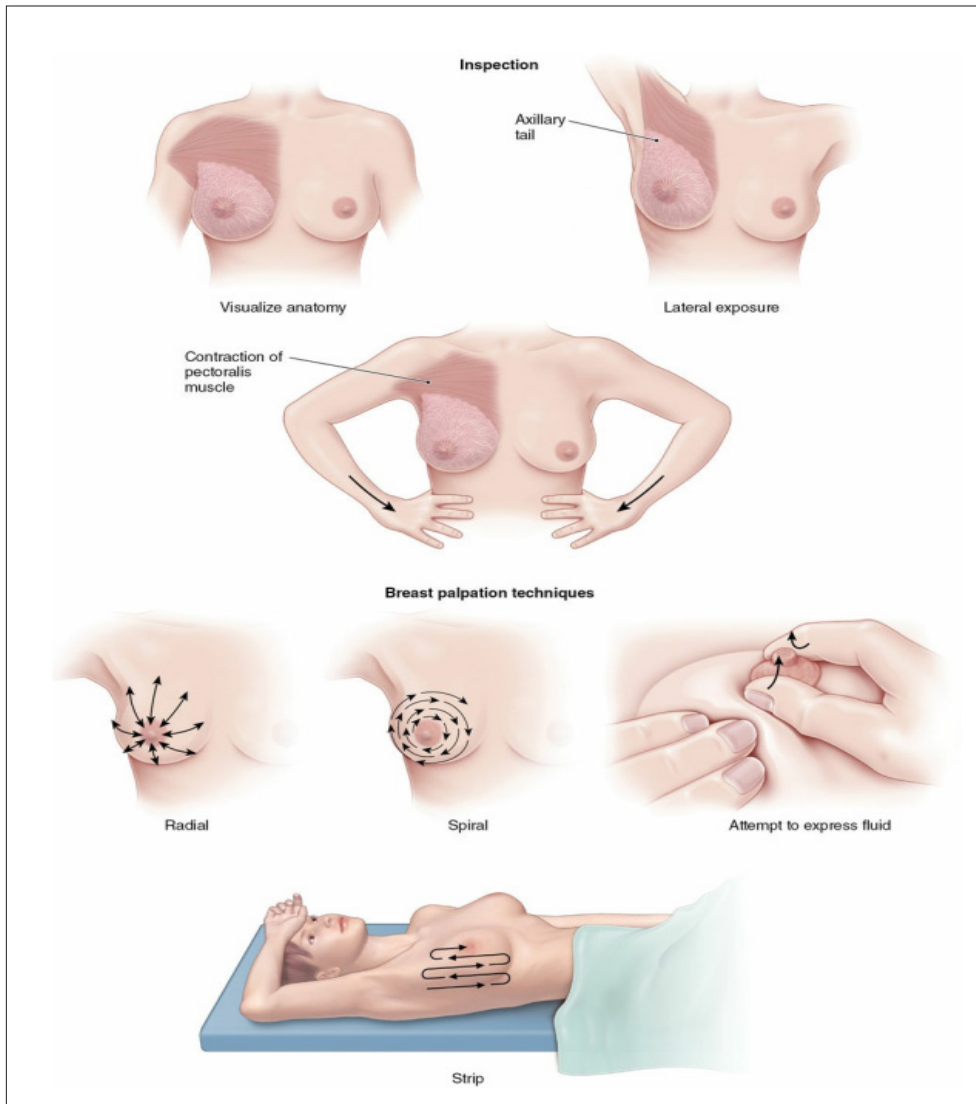
اگر بیمار سابقه ناباروری (عدم موفقیت بعد از تلاش یک ساله مکرر) دارد پرسش از: سوابق بارداری - مدت زمان تلاش برای بارداری و جراحی‌هایی که ممکن است بر باروری تأثیر گذاشته باشد ضرورت دارد. برای زنان با سن بالای ۳۵ سال ارزیابی ناباروری پس از ۶ ماه تلاش ناموفق شروع شود زیرا قدرت باروری رو به افول است. سابقه خانوادگی باید شامل بیماری‌هایی نظیر دیابت سرطان و پوکی استخوان و بیماری‌های قلبی باشد.

علائم حیاتی

در تعریف جدید مقوله **pre htn** حذف و به فشار بالای ۱۳۰/۸۰ هاپیرتنشن اطلاق می‌شود.

جدول ۱-۳: گروه بندی مقادیر فشار خون		
گروه فشار خون	فشار خون سیستولیک* (میلی متر جیوه)	فشار خون دیاستولیک** (میلی متر جیوه)
طبیعی	<۱۲۰	همراه با: <۸۰
افزایش یافته (Elevated)	۱۲۰-۱۲۹	همراه با: <۸۰
پرفشاری خون درجه ۱	۱۳۰-۱۳۹	یا: ۹۰-۸۰
پرفشاری خون درجه ۲	۱۴۰ یا بیشتر	۹۰ یا بالاتر
کریز (Crisis) پرفشاری خون	>۱۸۰	>۱۲۰

**/* فشار خون سیستولیک هنگام یا پس از دو صدای قلبی اول، فشار خون دیاستولیک درست قبل از محو شدن صدای قلبی ثبت می‌شود فشار خون را باید در حالت نشسته پس از ۵ دقیقه سکوت با فشارسنج سایز مناسب اندازه گرفت. ملاک تشخیص میانگین دوبار اندازه‌گیری فشار خون یا بیشتر در دو ویزیت یا بیشتر است.



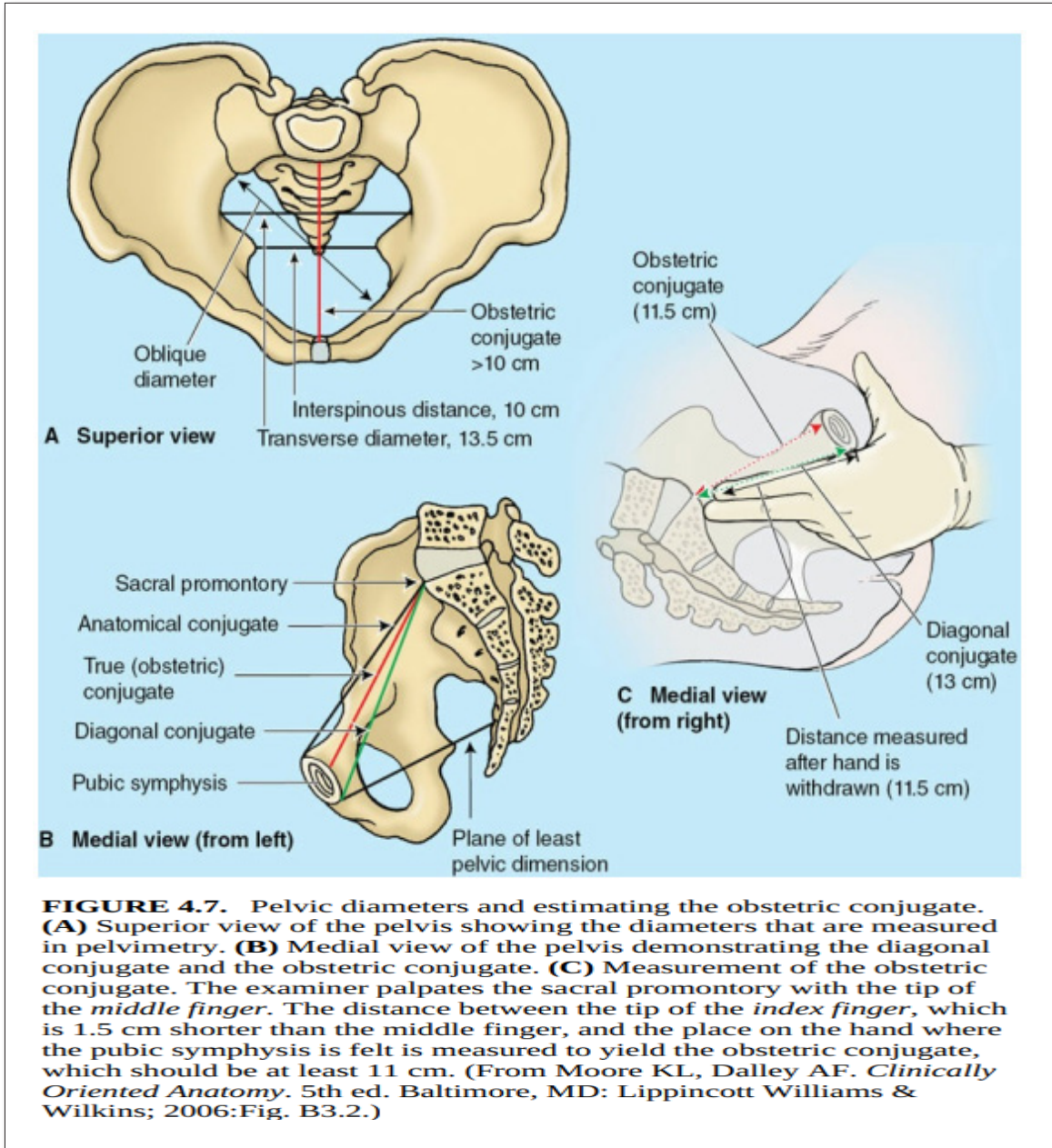
نوآوران دانش

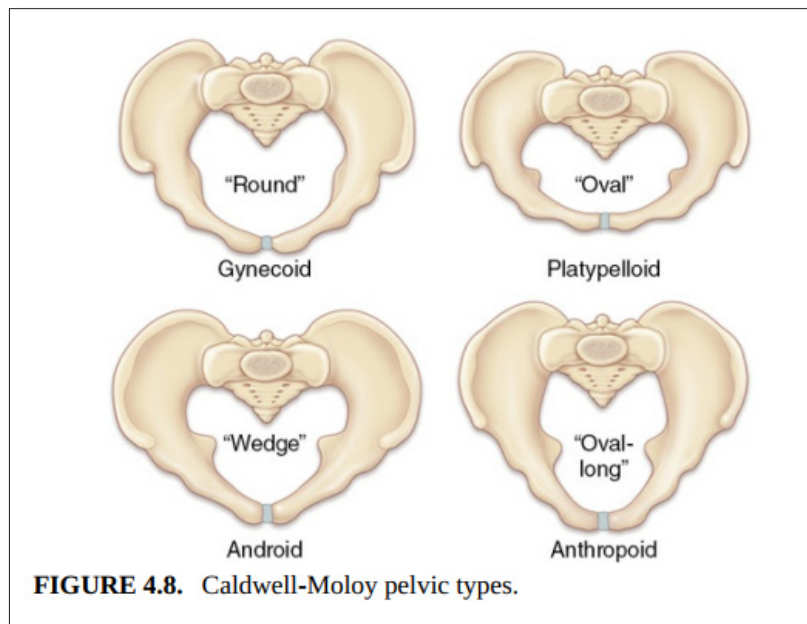
معاینه پستان

مشاهده: تغییر رنگ یا زخمی شدن پوست پستان. ادم لنفاوی که ظاهری شبیه به پوست پرتقال ایجاد می‌کند موارد غیر طبیعی هستند.

تشریح دوطرفه شفاف و یا شیری نشان‌دهنده سطوح افزایش یافته پرولاکتین (گالاکتوره) می‌باشد. ترشح خونی غیر طبیعی و معمولاً یک طرفه بوده معمولاً ناشی از پاپیلوم اینتراداکتال است (رد کردن سرطان ضروری است). **لمس:** زنان دارای پستان بزرگ ممکن است نوار عرضی از بافت محکم و سفت در لبه پایین پستان داشته باشند (infra mammary ridge) که یافته‌ای طبیعی است.

معاینه شامل دوشیدن ارثول نیز می‌شود و در صورت وجود مایع باید برای بررسی سلولی کشت و آنتی بیوگرام به آزمایشگاه ارسال شود.





انواع لگن

ژنیکوئید: ۳۰-۵۰ درصد

انتروپوئید: ۳۰ درصد

اندروئید: ۲۰

پلاتی پوئید: ۳-۵ درصد

ولو و پرینه

لابیا مینور برخلاف لابیا ماژور فولیکول مو و چربی زیرین ندارد. خونرسانی واژن توسط شریان واژینال که شاخه‌ای از شریان هیپوگاستریک است انجام می‌شود.

رحم

رحم توسط لیگامان‌های پهن (broad) - اینفندیبولوپلوئیک (حاوی عروق تخمدانی بوده و مسئول چسباندن تخمدان‌ها به دیواره خلفی شکم می‌باشد - یوتروساکرال (حمایت‌کننده اصلی رحم) - کاردینال - و ساکرواسپاینوس (به رحم وصل نمی‌شود و از آن جهت حمایت از احشا لگنی در جراحی می‌توان استفاده نمود) حمایت می‌شود. لیگامان‌های پهن دارای شریان و ورید رحمی و حالب می‌باشد. لذا شناسایی آن برای جلوگیری از آسیب حین جراحی مهم است. قبل از بلوغ نسبت جسم رحم به سرویکس برابر بوده که بعد از بلوغ نسبت جسم به سرویکس ۲ یا ۳ به یک می‌شود. خطر پارگی رحم متعاقب اعمالی مثل دیلاتاسیون و کورتاژ یا تعبیه ابزار داخل رحمی (IUD) در رحم‌های انته یا رتروفلکس بیشتر است.

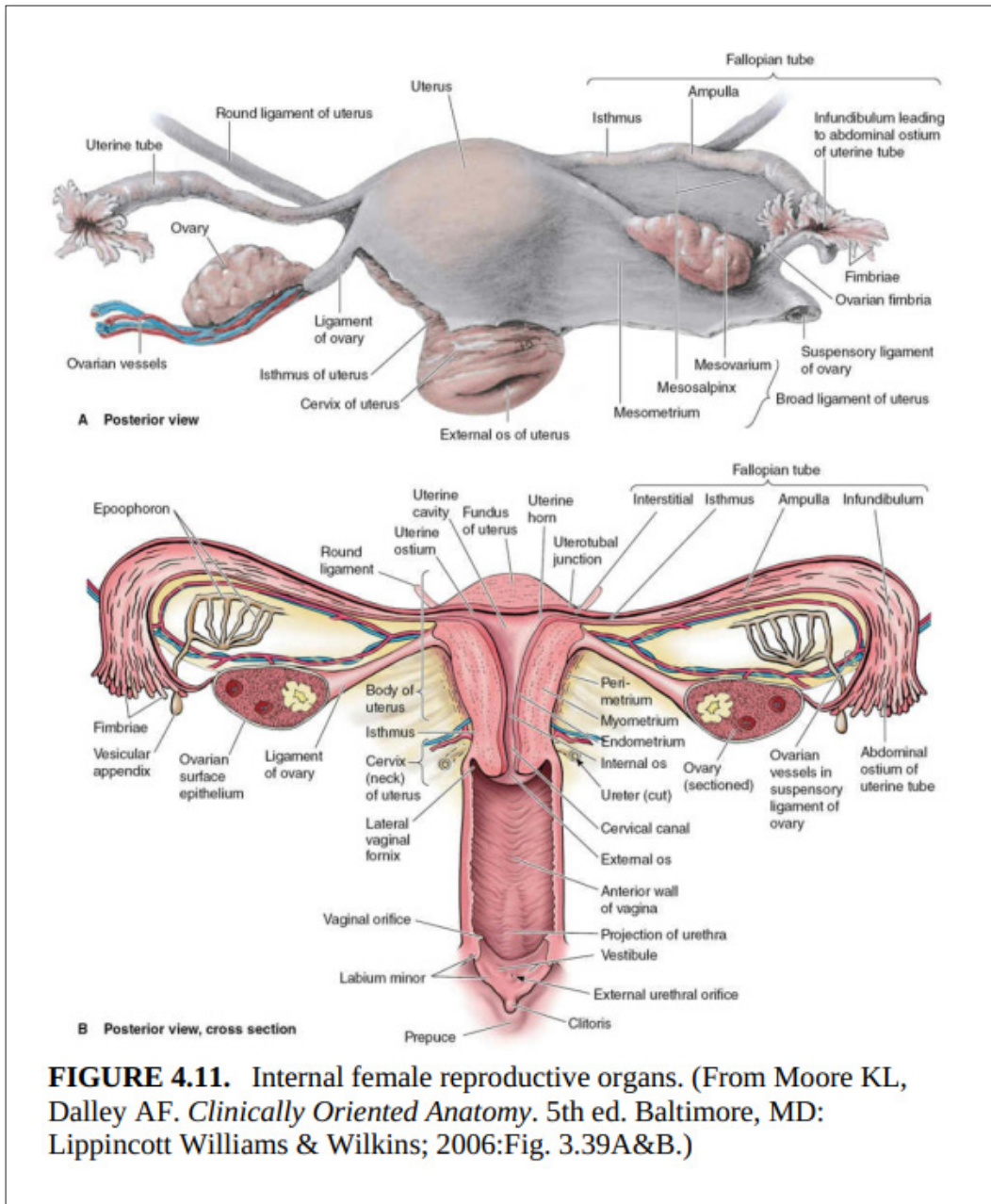


FIGURE 4.11. Internal female reproductive organs. (From Moore KL, Dalley AF. *Clinically Oriented Anatomy*. 5th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:Fig. 3.39A&B.)

(ماهان)

تخمدان‌ها

دو سوم اندازه آن پس از یائسگی از بین می‌رود.
 خونرسانی - شریان تخمدانی از آئورت و شریان رحمی از هایپوگاستریک.
 بازگشت وریدی تخمدان راست مستقیماً به وناکاو و تخمدان چپ به ورید کلیوی چپ می‌باشد.