

آموزش تخصصی بخش زنان

حاملگی خارج از رحمی E.P

لانه گزینی بلاستوسیت در مکانی غیر از آندومتر حفره ی رحم، حاملگی نابجا نام دارد و 95% موارد در لوله های رحم ، رخ می دهد. محل شایع EP به ترتیب لوله های تخمدان، شکم و سرویکس هستند.

مهمترین عامل خطر ساز در EP سابقه جراحی روی رحم است و بعد از آن سابقه حاملگی خارج از رحم می باشد

اتیولوژی:

الف) عوامل مکانیکی: این عوامل مانع رسیدن تخم به درون رحم می شوند یا آن را به تاخیر می اندازند:

1. سابقه جراحی روی رحم

2. التهاب لوله رحم

3. چسبندگی اطراف لوله به دنبال عفونت بعد از سقط

4. ناهنجاری های تکاملی لوله فالوپ

5. تومورهای که روی لوله فشار می آورند.

6. سقط های متعدد

ب) عوامل عملکردی: این عوامل عبور تخم به درون رحم را به تاخیر می اندازند.

1. تغییر در تحرک لوله به دنبال تغییر سرمی استروژن و پروژسترون

2. خانم های که یک لوله فالوپ دارند.

3. سایر عوامل (IUD، سیگار، برگشت خون قاعدگی)

علائم و نشانه های بالینی:

درد ناگهانی، شدید پایین شکم شایع ترین شکایت بیماران است و بعد از آن تندرُس در شکم و لگن

علائم قبل از پارگی رحم

درد شکم و لگن-آمنوره – تهوع و استفراغ-توده حساس در یک سمت رحم

علائم بعد از پارگی رحم:

درد ناگهانی و یک طرفه شدید-خونریزی شدید- تاکیکاردی- کاهش فشار خون

تشخیص: سونوگرافی سریال- اندازه گیری سطح BHCG- کورتاژ تشخیصی –
لاپاراسکوپی-لاپاراتومی

اقدامات درمانی:

1. درمان طبی: تزریق متوترکسات از راه واژن در ساک نا بجا

2. درمان جراحی: بر داشتن لوله رحم

تدابیر پرستاری:

1. کنترل علائم حیاتی، درد و مقدار خونریزی

2. کنترل علائم خونریزی داخلی (تاکیکاردی- سرگیجه-هایپوتانسیون) و اطلاع به پزشک

3. آموزش به بیمار برای اجتناب از قرارگیری در معرض نور خورشید طی درمان با
متوترکسات

4. عدم استفاده از غذاهای نفاخ در 2-3 روز اول درمان با متوترکسات

هیسترکتومی:

هیسترکتومی یک نوع عمل جراحی به منظور برداشتن رحم می باشد. سه نوع می باشد:

1. هیسترکتومی توتال: شامل برداشتن رحم و سرویکس است.

2. هیسترکتومی ساب توتال: سرویکس حفظ می شود.

3. هیسترکتومی رادیکال: علاوه بر رحم یک سوم فوقانی واژن و غدد لنفاوی خارج می شود.

مراقبت های قبل از عمل جراحی:

* شستشوی قسمت تحتانی شکم، پوبیس و کشاله ران

* تخلیه کامل روده و مثانه، دوش واژینال روز قبل از عمل

* تجویز داروهای آرام بخش قبل از عمل

* قطع آسپرین و ویتامین E

* دریافت آنتی بیو تیک پروفیلاکسی

مراقبت های بعد از عمل:

گذاشتن سوند- پیشگیری از ترومبوفلیت و DVT

اقدامات پرستاری:

تسکین درد-از بین بردن اضطراب- پایش و چک علایم حیاتی- چک پدهای مصرفی پرینه جهت تشخیص خونریزی – بدلیل احتمال بالای بروز مشکلات ادراری سوند فولی تاچند روز بعد از عمل خارج نمی گردد – بدلیل خطر DVT و آمبولی ریه از جورابه های الاستیک استفاده گردد.

کورتاژ:

جهت تشخیص بیماری، درمان و توقف موقت خونریزی است. کورتاژ نوعی روش درمانی و جراحی برای حذف بقایای جنین و بافت از داخل رحم است. همچنین در تشخیص برخی بیماری مانند سرطان کاربرد دارد. در این روش کانال سرویکس به وسیله گشاد کننده های مخصوص، متسع و سپس به وسیله کورت آندومتر رحم تراشیده می شود. هدف دستیابی به بافت برای آزمایش سیتولوژی و کنترل غیر طبیعی رحمی و درمانی برای سقط نارس است

در روش کورتاژ از ساکشن برای مکش و به منظور حذف محتویات رحم استفاده می شود. اگر جنین و سایر بافت ها به طور طبیعی دفع نشده باشند، ممکن است پس از سقط جنین از این ساکشن استفاده شود چرا که اگر این بافت ها به طور کامل برداشته نشوند ممکن است عفونت یا خونریزی شدید رخ دهد.

آمادگی های قبل از عمل کورتاژ:

اخذ رضایت عمل-NPO

اقدامات پرستاری بعد از کورتاژ:

تسکین درد- چک خونریزی واژینال- استراحت ب مدت 24 ساعت- آموزش به بیمار که تا 2 هفته رابطه جنسی نداشته باشد.

متوترکسات:

آنالوگ اسید فولیک است که فعالانه روی رشد سلول ها شامل بافت تروفوبلاست، سلول های بدخیم مغز استخوان، مخاط روده و اپی تیلوم تنفسی را تحت تاثیر قرار میدهد. تقریباً 35% بیماران بیماران EP کاندید درمان اولیه با متوترکسات هستند و در بیمارانی که شک بالایی به حاملگی خارج رحمی دارد که از نظر همودینامیک پایدار هستند و شواهد از پارگی وجود ندارد.

کنترل اندیکاسیون متوترکسات:

شیر دهی- بیماری کبدی- حساسیت به متوترکسات- نقص ایمنی – بیماران کلیوی یا خونی

اقدامات قبل از تجویز متوترکسات:

آزمایشات CBC- گروه خونی – تستهای کبدی – الکترولیت ها شامل cr- CXR- ویک هفته بعد تجویز مجدداً چک شود.

عوارض جانبی: عوارض جانبی درمان متوترکسات وابسته به دوز و تعداد است شایع ترین عوارض تهوع- استفراغ- درد شکمی

رژیم MTX به چه صورت می باشد؟

1. تک دوز (50 میلی گرم در روز صفر)
2. چند دوز (یک میلی گرم /kg در روز 1 و روز 5 و 7 روز)
3. دو دوز (50 میلی گرم در روز صفر و روز 4)

اقدامات پرستاری در مصرف MTX

- خودداری از مصرف NSAID ها به علت تداخل دارویی در مدت 6-7 روز درمان متوتروکسات، در صورت نیاز به مسکن فقط استامینوفن تجویز شود
- خودداری از در معرض نور آفتاب جهت به حداقل رساندن خطر درماتیت
- خودداری از مصرف غذا و ویتامین های حاوی اسید فولیک
- خودداری از معاینه واژینال همزمان با طول مدت درمان با متوتروکسات به علت احتمال پارگی لوله رحم
- خودداری از مقاربت و بارداری مجدد تا اطمینان از نبودن BHCG در خون

سولفات منیزیم:

داروی ضد تشنج موثری است که سبب تضعیف دستگاه عصبی مرکزی نمی شود این دارو را میتوان از راه داخل وریدی (بصورت انفوزیون مداوم) و یا از راه داخل عضلانی (بصورت تزریقات متناوب تجویز کرد).

زنان مبتلا به پره اکلامپسی شدید یا اکلامپسی معمولاً در طی لیبر به مدت 24 ساعت بعد از زایمان سولفات منیزیم دریافت می کند . mgso_4 به منظور درمان هیپرتاسیون تجویز نمی شود منیزیم به احتمال زیار نوعی اثر ضد تشنجی اختصاصی به قشر مغز اعمال می کند و پس از دوز لودینگ (4gr) تشنج مادر متوقف می شود.

نحوه تجویز سولفات منیزیم:

دوز اولیه سولفات منیزیم 4gr طی 20-30 دقیقه و دوز نگهدارنده 2-3gr در ساعت است که بصورت انفوزیون وریدی تجویز می شود.

مراقبت های پرستاری: چک DTR - بررسی رفلکس های تاندونی عمقی (رفلکس های پاتلار) - چک وضعیت تنفسی- بررسی برون ده ادراری، طی 4 ساعت 30 CC حفظ شود. پایش از نظر مسمومیت با منیزیم (میزان منیزیم بین 4-7 میلی اکسی والان حفظ شود.) بعد از شروع سولفات منیزیم هر یک ساعت باید رفلکس پاتلار، سطح هوشیاری کنترل شود. و بیمار از نظر آتونی رحم چک شود.

اگر منیزیم 10 باشد باعث تضعیف تنفسی و رفلکس های پاتلار از بین میرود.

اگر منیزیم 12 باشد باعث فلج تنفسی می شود.

افزایش سطح سرمی منیزیم بیش از 8mg/dl علایم و نشانه ها به ترتیب به صورت کاهش و از بین رفتن رفلکس زانویی-احساس گرما و گرفتگی ، دوبینی، خواب آلودگی ،فلج عضلانی و در نهایت ایست قلبی بروز می کند.

درمان مسمومیت با منیزیم: قطع منیزیم -تجویز 1gr گلوکونات کلسیم به صورت آهسته وریدی.

سزارین:

خارج کردن جنین از طریق ایجاد برش روی شکم و رحم، وضع حمل به روش سزارین نام دارد.

اندیکاسیون های سزارین:

1. خطرناک بودن بودن زایمان واژینال برای مادر و جنین یا کمتر اندیکاسیون های زایمان مانند جفت سر راهی- سزین قبلی

2. ناموفق بودن القای زایمان

3. عدم پیشرفت زایمان

4. اختلال در ضربان قلب حین زایمان

5. وضعیت های اورژانسی، هرپس تناسلی- پرولاپس بند ناف.

عوارض سزارین:

الف) عوارض زود رس: تب با منشاء نامشخص- عفونت ادراری - خونریزی- عفونت محل زخم- آمبولی ریوی- ترمبوآمبولی

ب) عوارض دیررس: انسداد روده در اثر چسبندگی- باز شدن محل بخیه رحم-تهاجم غیر عادی جفت به میومتر

ج) عوارض جنینی: آسپیراسیون مایع آمینوتیک -دپرسیون تنفسی - زخمی شدن تصادفی جنین

مراقبت های پرستاری قبل از سزارین:

1. بستری ، یک روز قبل عمل، 8 ساعت قبل از عمل NPO

2. IV Line مناسب- شیو مناسب- سوند گذاری- اخذ رضایت عمل

3. تست های آزمایشگاهی (Hb-hct-BG) – RH و رزرو خون

4. تجویز ملین شب قبل از عمل از تخلیه روده ، تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی

مراقبت های پرستاری بعد از سزارین:

1. استراحت و NPO تا 24 ساعت

2. کنترل سطح هوشیاری علائم حیاتی، برون ده ادراری- سمع صدا های روده ای

3. کنترل انقباضات رحم با لمس فوندوس رحم

4. کنترل خونریزی واژینال و خونریزی از محل زخم

5. کنترل محل برش سزارین، ضد عفونی و تعویض پانسمان

6. آموزش تنفس عمیق و سرفه و تشویق به حرکت کردن هرچه سریعتر جهت پیشگیری از ترومبو آمبولی

7. تسکین درد با پیتدین یا مرفین، تجویز سرم سنتو و آنتی بیوتیک تراپی

8. خارج کردن سوند فولی در روز اول و شروع تغذیه در حد تحمل به همراه شیاف ملین و شربت

پره اکلامپسی:

افزایش فشار خون بعد از هفته ی 20 حاملگی در صورتی که همراه با پروتینوری و یا ادم باشد پره اکلامپسی نام دارد.

علائم بالینی:

*افزایش فشارخون

*ادم: ادم زمانی پاتوژیک است که در دست و صورت خصوصاً پس از بیدار شدن از خواب ظاهر شود

*پروتینوری: دفع حداقل 300mg پروتین در ادرار 24h یا 100mg/dl پروتین در حداقل دو نمونه تصادقی ادرار به فاصله 6 ساعت، پروتینوری نام دارد.

در پره اکلامپسی معمولاً اول آب به بدن اضافه شده و فشار خون بالا می رود و در نهایت پروتینوری ظاهر می شود.

عوامل مستعد کننده:

*1. حاملگی اول

*سن کمتر از 16 و بالاتر از 35

*بیماری مزمن مانند بیماری قلبی عروقی، دیابت ، فشار خون بالا، نارسایی کلیه

*بزرگ شدن بیش از حد رحم، جفت بزرگ، ناسازگاری RH، چند قلویی

*سابقه پره اکلامپسی در حاملگی های قبلی یا در خانواده

*سوء تغذیه ، چاقی، استرس، نژاد سیاه، عوامل اقتصادی اجتماعی

اتیولوژی و پاتولوژی:

علت اصلی این سندرم نا شناخته است ولی عوامل ژنتیکی ، هورمونی و ایمونولوژیکی در بروز آن نقش دارند.

تدابیر درمانی در پره اکلامپسی:

هر بیمار مشکوک به پره اکلامپسی ابتدا باید بستری شده و آزمایشات لازم برای اثبات تشخیص و بررسی سلامت جنین انجام شود تنها درمان قطعی برای پره اکلامپسی زایمان است ولی اگر جنین به ترم نرسیده باشد (کمتر از 37 هفته) معمولاً درمان انتظاری است به این معنی که اگر جنین از سلامت کافی برخوردار باشد تا زمان ترم، درمان حمایتی و نگهدارنده است.

مراقبت پرستاری:

- *استراحت نسبی به پهلو چپ در اتاقی کم نور و کم صدا
- *کنترل فشار خون هر 4 ساعت بجز شب ها، کنترل جذب ، دفع مایعات و بررسی الگیوری
- *اندازه گیری روزانه وزن و بررسی ادم بیمار
- *انجام تست های آزمایشگاهی 2 بار در هفته
- *رژیم غذایی پر پروتئین
- *سونو گرافی در زمان تشخیص برای ارزیابی حجم مایع آمنیوتیک
- *آموزش علایم هشدار دهنده و خطرناک به بیمار (تهوع-استفراغ-سردرد شدید و پایدار-درد اپی گاستر-تاری دید-کاهش حرکات جنین-خونریزی واژینال)

اکلامپسی:

بروز تشنج در فرد مبتلا پره اکلامپسی، اکلامپسی نام دارد به شرط آنکه تشنج علت دیگری نداشته باشد به عبارت دیگر تشنج همراه با فشار خون بالا، ادم و پروتینوری بعد از هفته 20 حاملگی، اکلامپسی نام دارد.

علائم و نشانه ها:

معمولا قبل از بروز تشنج علایمی مانند سردرد شدید و مداوم، تاری دید، ترس از نور، درد اپی گاستر، تهوع و استفراغ رخ می دهد. تشنج ممکن است قبل از زایمان و یا پس از زایمان رخ دهد در اکلامپسی تشنج از نوع تونیک کلونیک ژنرالیزه است و 1-2 دقیقه طول می کشد. سردرد شدید شایعترین و اولین علامت اکلامپسی است و 90% موارد قبل از تشنج وجود دارد.

علل تشنج های اکلامپسی:

اختلالات انعقادی- رسوب فیبرین و ترمبوزهای پلاکتی در CNS- اسپاسم عروقی- هایپوکسی ناشی از تنگی موضعی عروق و وجود کانون های خونریزی در کورتکس مغز

عوارض اکلامپسی:

*ادم ریوی (به دلیل فشار خون بالا و مایع درمانی زیاد)

*کوری (بدلیل جدا شدن شبکیه و یا اسکیمی، ادم لوب اکسی پیتال مغز)

*خونریزی شدید مغز

*همی پلژی و مرگ ناگهانی

تدابیر درمانی:

تمام بیماران مبتلا به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی باید بستری شود.

درمان بر 5 اصل استوار است

1. اقدامات اولیه و حفاظتی: کنترل علایم حیاتی هر 5 دقیقه تا پایدار شدن- استراحت به پهلو- برقراری IV line و تجویز مایعات وریدی- ارزیابی و ثبت رفلکس زانویی، تعداد تنفس و میزان ادرار هر 1 ساعت پس از شروع سولفات منیزیم

2. اصلاح فشار خون بالا: داروهای مورد استفاده برای کاهش فشار خون (هیدرولازین- لابتالول)

3. پیشگیری و درمان تشنج: سولفات منیزیم داروی انتخابی برای پیشگیری از تشنج های اکلامپسی است.

:NST

تست بدون استرس روش غیر تهاجمی، آسان و ارزان است که تغییرات FHR را هنگام حرکات جنین بررسی می کند و معمولاً اولین تستی است که برای بررسی فعالیت رحمی و سلامت جنین انجام می شود. مادر نیم ساعت قبل از انجام NST یک ماده شیرین خورده و به پهلوی چپ می خوابد سپس دستگاه را به مادر متصل می کنند و دستگاه به طور مداوم ضربان قلب جنین را روی نوار ثبت می کند. بطور طبیعی با هر حرکت جنین سالم FHR افزایش می یابد. افزایش گذرا در FHR بیش از مقدار پایه تشدید یا صعود نام دارد که معمولاً همزمان با فعالیت جنین دیده می شود و نشانه سلامت جنین است. NST به مدت 20 دقیقه ادامه می یابد اگر جنین در این مدت حرکت نکرد یا خواب است یا ناسالم در نتیجه تست را 20 دقیقه دیگر ادامه میدهند اگر باز هم جنین حرکت نکرد سلات جنین را با آزمون های دیگری بررسی می کنند.

نتایج NST به حالت های زیر دیده می شود:

1. طبیعی (فعال) منفی: اگر تغییرات پایه FHR طبیعی باشد و جنین 20 دقیقه حداقل دو حرکت داشته باشد که هر کدام 15 ضربه در دقیقه به مدت 15-20 ثانیه به تعداد پایه FHR افزوده شود تست منفی و جنین سالم و طبیعی است.
2. غیر طبیعی (غیر فعال) مثبت: اگر FHR با حرکت جنین افزایش پیدا نکند یا برای کاردی رخ دهد نتیجه تست مثبت است و ممکن است جنین دچار هیپوکسی یا زجر شده باشند. برادیکاردی طولانی می تواند نشانه مرگ قریب الوقوع جنین باشد.

آمینو سنتز:

آمینو سنتز روش تهاجمی است که اوایل بارداری برای تشخیص ابنورمالیتی های جنینی مانند ناهنجاری های لوله عصبی (با اندازه گیری سطح آلفا فتوپروتئین)، آنالیز کروموزمی، ناهنجاری های ژنتیکی مانند سندرم دوان و مادران بالای 35 سال انجام می

شود. آمینوسنتز در پلی هیدرآمینوس و سندرم ترانسفیوژن قل به قل است که با بر داشتن حجم اضافی مایع آمینوتیک به طور سریال و متناوب انجام می شود. زمان انجام آمینوسنتز از ابتدای سه ماهه دوم حاملگی است و معمولاً در هفته های 14-20 حاملگی انجام می شود زیرا رحم از لگن خارج شده و در بالای سمفیز پوبیس قرار دارند و در این زمان حجم مایع آمینوتیک کافی بوده.

قبل از آمینوسنتز، مثانه مادر باید خالی باشد و علائم حیاتی مادر و FHR قبل و بعد از آمینوسنتز کنترل شود برای انجام آمینوسنتز ابتدا به وسیله سونوگرافی، محل جفت و جنین را مشخص می کنند و سپس محل مورد نظر را روی شکم ضد عفونی کرده و بی حسی موضعی میدهند در نهایت با استفاده از سرنگ و تحت هدایت سو نو گرافی ، حدود 20cc

از مایع آمینوتیک را از کیسه آمینون بیرون می کشند نمونه حاصل از نظر رنگ و خصوصیات ظاهری، بررسی های بیوشیمیایی و آنالیز کروموزومی آزمایش می کنند.

کنترل FHR، یکی از مراقبت های فوری پس از آمینوسنتز است در مادران RH منفی تجویز روگام بعد از آمینوسنتز ضروری است.

باید به مادر آموزش داد تا در صورت افزایش یا کاهش حرکات جنین، اقباضات رحمی و دردهای شکمی، خروج ترشحات خونی یا آبی از واژن و تب و لرز اطلاع دهد.

عوارض آمینوسنتز:

شایع ترین عارضه خونریزی موقت واژینال می باشد، نشت مایع آمینوتیک، مرگ جنین (کمتر از 5 درصد)

عفونت های دستگاه ادراری:

عفونت های سیستم ادراری، شایع ترین عفونت های باکتریال طی حاملگی هستند و در بین آنها باکتریوری بدون علامت شایع تر است. عفونت های علامت دار ممکن است بصورت سیستیت یا پیلونفریت ایجاد شوند ارگانیزم های مسبب این عفونت ها فلور طبیعی پرینه هستند.

تغییرات دستگاه ادراری در حاملگی زمینه عفونت دستگاه ادراری را در حاملگی فراهم می کند.

وجود بیش از ده هزار باکتری در هر میلی متر ادرار بدون وجود علامت بیماری، باکتریوری نام دارد. و احتمال آن در زنان مبتلا به آنمی، دیابت شیرین، بیشتر است. نژاد و سطح اجتماعی اقتصادی از دیگر عوامل خطر هستند تشخیص این بیماری با کشت ادرار انجام می شود. این بیماری احتمال پیلونفریت حاد، زایمان زود رس، پره اکلامپسی و آنمی را در مادر افزایش میدهد، عدم تشخیص و درمان آن در خانم های حامله، احتمال پیلونفریت را به 25-40% می رساند.

درمان: 1. تجویز آنتی بیوتیک: آمپی سیلین و یا بر اساس آنتی بیوگرام

2. کشت ادرار: یک هفته پس از پایان درمان

الگیوهیدرآمینوس:

کاهش حجم مایع آمینوتیک به کمتر از 300ml در نزدیکی ترم ، الگیوهیدرآمینوس نام دارد. که ممکن است زود رس قبل از هفته های 35-37 یا دیررس حاملگی پست ترم باشد نوع زود رس پیش آگهی بدی دارد و معمولاً با ناهنجاریهای شدید جنینی همراه است.

علل الیگوهیدرآمینوس:

1. حاملگی پس از موعد post term

2. آنومالی های جنینی

3. پارگی زودرس پرده های جنینی

4. سندرم ترنسفوژیون قل به قل

5. سایر علل: عفونت داخل رحمی ها، هایپوولمی مادر

عوارض:

1. فشردگی و پرولاپس بند ناف و در نتیجه دستیرس جنینی

2. پوست خشک، چروکیده و چرمی شکل در جنین

3. هایپوپلازی ریه

4. ناهنجاری های عضلانی اسکلتی بدلیل چسبندگی پرده آمنیون به اندام های جنین

5. سایر موارد: دفع مکونیوم، افت ضربان جنین، دکولمان جفت

درمان: درمان اصلی رفع علت ایجاد بیماری است. معمولاً بیمار تحت نظر قرار گرفته و هفته ای دو بار NST انجام می شود. سایر اقدامات شامل هیدراتاسیون مادر، ختم حاملگی و آمینوآنفوزیون است. آمینوآنفوزیون معمولاً جهت جلوگیری از پروپلاپس بند ناف در حین زایمان استفاده می شود.

دیابت حاملگی:

غلظت قند خون مادر در بارداری کاهش می یابد ولی بعد از غذا قند خون مادر به مدت بیشتری بالا باقی می ماند که باعث مقاومت به انسولین است. افزایش استروژن و پروژسترون در حاملگی باعث هایپرپلازی پانکراس و در نتیجه ترشح انسولین در بارداری 2-3 برابر می شود.

اواخر بارداری مقاومت به انسولین در مادر باعث مصرف چربی ها شده و گلوکز به مصرف جنین می رسد.

مرز بین قند خون ناشتای طبیعی و غیر طبیعی در حاملگی 105mg/dl ولی در افراد غیر باردار قند بیشتر از 120mg/dl دیابت محسوب می شود.

انواع دیابت حاملگی:

1. دیابت آشکار: قبل از حاملگی دیابت داشته است.

2. دیابت حاملگی: اولین بار در حاملگی تشخیص داده می شود.

عوامل مستعد کننده دیابت حاملگی:

*سن بالای 30

*چاقی

*سابقه خانوادگی دیابت

*سابقه جنین مرده

*جنین بزرگ

تست غربالگری دیابت حاملگی :

تمام خانم های باردار باید بین هفته های 24 تا 28 هفته حاملگی تست غربالگری دیابت انجام دهند.

تاثیر حاملگی بر دیابت:

*حاملگی باعث تشدید دیابت می شود.

*مقاومت به انسولین در سه ماهه سوم حاملگی

*کنترل دیابت در حاملگی به علت تهوع و استفراغ مشکل است

* حاملگی باعث وخامت رینویاتی دیابتی می شود.

*احتمال به عفونت در بارداری، افزایش می یابد بدلیل مقاومت به انسولین و کتو اسیدوز

اثرات دیابت بر حاملگی:

با کنترل قند خون قبل و حین بارداری از بسیاری عوارض پیشگیری می شود.

اثرات سوء دیابت بر مادر:

*احتمال بروز پره اکلامپسی و اکلامپسی 4 برابر می شود.

*شیوع عفونت های باکتریال افزایش می یابد

*احتمال سزارین افزایش می یابد

*خونریزی بعد از زایمان در مادران دیابتیک شایع تر است.

*مورتالیتیه مادر به علت عوارض دیابت ، افزایش می یابد.

اثرات سوء دیابت بر جنین ونوازد:

1.افزایش IUFD

2.ناهنجاری های شدید در جنین مادران دیابتک 3 برابر است

3.احتمال زایمان زود رس

4.هایپوگلیسمی و هیپوکلسمی نوزاد

5.سندرم ARDS در نوزادان دیابتیک بیشتر است.

6.ماکروموزمی

7.عوارض قلبی در نوزادان مادران دیابتیک بیشتر است

8.هایپر بیلی روبینمی

مراقبت از بیماران دیابتیک در بارداری:

*ویزیت هر 2 هفته در سه ماه اول ودوم و سه ماه سوم از نظر غلظت گلوکز

*سونوگرافی

*NST

*شمارش حرکات جنین

*غربالگری آلفا فتو پروتین سرم

*رژیم غذایی و ورزش

*انسولین:بهتر است از انسانی و پمپ انفوزیون استفاده شود. داروهای خوراکی کاهنده قند خون در حاملگی منع مصرف دارد.

مراقبت های حین و بعد از زایمان:

در هنگام زایمان گلوکز خون باید به خوبی کنترل شود تا از هیپوگلاسمی نوزاد جلوگیری شود. هایپرگلاسمی مادر حین زایمان موجب هایپیرانسولینمی جنین و در نتیجه هایپوگلاسمی نوزاد بعد از تولد می شود. بعد از زایمان به دلیل کاهش هورمون های جفت نیاز به انسولین کاهش زیادی پیدا می کند.

عفونت محل برش سزارین:

شیوع عفونت در محل سزارین 4-12% است، چاقی، دیابت، ضعف ایمنی بدن و کم خونی از عوامل زمینه ساز آن بشمار می روند.

علائم و نشانه ها: تب، اریتم و ترشح زخم، باز شدن زخم و نکروز

درمان:

1. بازکردن برش سزارین، دبریدمان بافت های نکروزه و سپس ترمیم زخم

2. تجویز آنتی بیوتیک

3. ضد عفونی محل زخم

زایمان:

زایمان طبیعی یک فرآیند فیزیولوژیک است که در اثر انقباض خودبخودی رحم آغاز شده و جنین بانمای سر خارج می شود و سپس جفت و پرده های جنینی به طور کامل خارج می شوند بدون اینکه صدمه ای به مادر و جنین وارد شود و این روند بیشتر از 18-24 ساعت طول نمی کشد.

زایمانی که بیشتر از 24 ساعت طول بکشد زایمان طولانی نام دارد اگر دردهای زایمان قبل از هفته 37 حاملگی آغا ز شود زایمان زود رس و اگر بعد از هفته 42 آغاز شود زایمان دیرس نام دارد.

عوامل موثر بر زایمان طبیعی:

1. جنین

2. کانال زایمان

3. نیروهای زایمان به خروج جنین کمک می کند و شامل انقباضات غیرارادی عضله رحم و انقباضات ارادی عضله رحم و انقباضات ارادی عضلات شکم است.

4. عوامل روانی موثر بر زایمان طبیعی: اضطراب عامل بزرگی در تشدید انقباض عضلانی و احساس درد زایمان است، به علاوه در شل و جمع نشدن رحم و در نتیجه خونریزی بعد از زایمان نیز اثر دارد.

تئوری آغاز زایمان :

مکانیسم دقیق شروع زایمان شناخته نشده است. مجموعه ای از عوامل گوناگون با تاثیر در زمان های مختلف روند زایمان را آغاز می کنند.

علائم شروع زایمان:

شروع روند زایمان با باز شدن دهانه رحم و کوتاه شدن طول کانال سرویکس مشخص می شود.

علائم زیر نشانه شروع زایمان است:

1. دیلاتاسیون: باز شدن تدریجی دهانه رحم و کامل 10cm است.

2. افاسمان: کوتاه و نازک شدن طول کانال دهانه رحم، افاسمان دارد.

3. نمایش خونی: خارج شدن مقدار کمی ترشح خونی از واژن نمایش خونی نام دارد که نشانه آغاز زایمان است.

مراحل زایمان:

1. مرحله اول زایمان: از شروع انقباضات منظم رحمی تا دیلاتاسیون کامل سرویکس

2. مرحله دوم زایمان: از اتساع کامل سرویکس تا خروج کامل جنین

3. مرحله سوم زایمان: از تولد نوزاد تا خروج کامل

4. مرحله چهارم زایمان: چند ساعت اول بعد از خروج جفت

مراقبت های مرحله اول زایمان:

1. کنترل علائم حیاتی

6. تخلیه مثانه

2. کنترل ضربان قلب جنین FHR

7. تخلیه رکتوم

3. کنترل انقباضات رحمی

8. نظافت پرینه

4. تغذیه

9. حمایت روانی

5. فعالیت و استراحت

10. تجویز ضد درد و آرام بخش

مراقبت های مرحله دوم زایمان:

*آماده کردن اتاق و وسایل: اتاق زایمان باید گرم و روشن، بدون سر و صدا، وسایل شامل ست زایمان، سرم سنتو

*وضعیت مناسب مادر: پس از اتساع کامل دهانه رحم، مادر را به تخت زایمان منتقل می کنند.

*رعایت نکات کامل استریل

*کنترل FHR و علائم حیاتی مادر

*توجه به نوزاد

مراقبت های مرحله سوم زایمان:

*بررسی علائم جدا شدن جفت و کنترل میزان خونریزی

*ماساژ فوندوس رحم از روی شکم بلافاصله پس از خروج جفت به منظور جمع شدن رحم و کاهش خونریزی

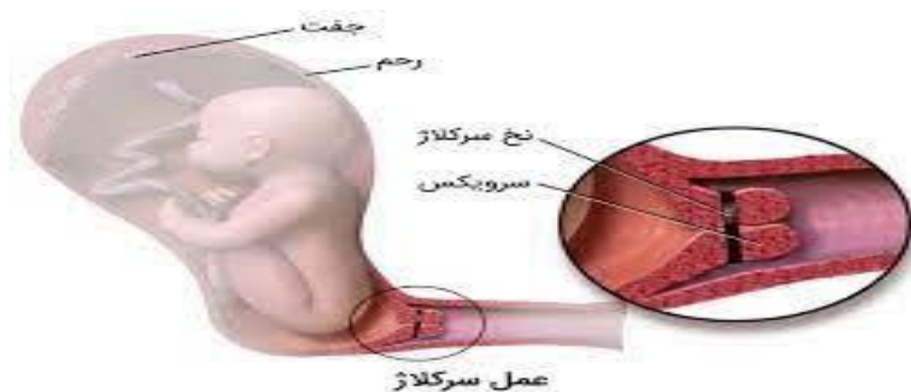
*انفوزیون اکسی توسین به میزان 20 واحد در یک لیتر سرم

مراقبت های مرحله چهارم زایمان:

مراقبت از مادر در ساعات اولیه پس از زایمان تا زمان ترخیص شامل موارد زیر است:

1. کنترل علائم حیاتی
2. کنترل خونریزی واژینال
3. کنترل جمع شدن رحم و ماساژ فوندوس رحم
4. بررسی محل اپی زیاتومی
5. بررسی برون ده ادراری
6. تغذیه: 2 ساعت بعد از زایمان po شود تا یک هفته از ملین ها استفاده کند.
7. راه رفتن: پس از زایمان بهتر است مادر هرچه سریعتر OOB شود.
8. تجویز دارو
9. آموزش مراقبت از محل اپی زیاتومی به مادر: آموزش به مادر بهتر است روزی 3 بار از حمام نشیمنگاهی با آب گرم و کمی بتادین به مدت 10 دقیقه استفاده شود.
10. ترخیص: 24-48 ساعت پس از زایمان ، به مادر آموزش های لازم در مورد شیردهی و مراقبت از اپی زیاتومی داده شود.

سرکلاژ:



عمل سرکلاژ، روشی برای بسته نگه داشتن سرویکس در دوران بارداری است تا از زایمان زودرس جلوگیری کند. در زنان بارداری که دهانه رحم ضعیف و شل دارند، پزشک متخصص زنان این عمل را تجویز می‌کند. در این روش که معمولاً بین هفته‌های ۱۴ تا ۱۸ بارداری انجام می‌گیرد، دهانه رحم با استفاده از بخیه‌ها بسته می‌شود (البته در شرایط اضطراری ممکن است در هفته 25 یا حتی بعد از آن نیز سرکلاژ انجام شود) و جنین تا رسیدن به زمان زایمان حفظ می‌شود. برای این هدف، پزشک یک یا چند بخیه در دهانه سرویکس می‌زند تا در طول بارداری بسته بماند. سرویکس در واقع قسمت تحتانی یا دهانه رحم است. رحم همانند کیسه یا کیف است و عمل سرکلاژ هم شبیه بندهایی است که در کیف را بسته نگه می‌دارند.

از مزایای عمل سرکلاژ می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

پیشگیری از سقط ناخواسته جنین

جلوگیری از زایمان زودرس ناشی از گردن رحم ضعیف

تولد نوزاد سالم / ماندن جنین در رحم مادر در زمان نرمال

مراقبت های لازم بعد از انجام عمل سرکلاژ:

بعد از عمل سرکلاژ، استراحت و آرامش کامل بسیار مهم است. دستورات پزشک درباره استراحت مطلق، عدم فعالیت سنگین، و پرهیز از راه رفتن طولانی را جدی بگیرید. در صورتی که پزشک داروهای ضدالتهاب و آنتی بیوتیک تجویز کرده باشد، حتماً به موقع و دقیق مصرف کنید.

در صورتی که علائم غیرمعمولی مانند خونریزی شدید، درد شدید در ناحیه سرویکس، تب، تغییر رنگ ادرار دارید، بلافاصله به پزشک مراجعه کنید. از دیگر دستورات مراقبتی لازم بعد از انجام عمل سرکلاژ سرویکس می‌توان به پرهیز از رابطه جنسی، رعایت بهداشت ناحیه تناسلی و عدم فشار به آن ناحیه اشاره کرد.

عوارض و خطرات جراحی سرکلاژ:

طی ۲۴ ساعت اول بعد از عمل ممکن است بیمار با عوارضی مانند پارگی دهانه رحم، خونریزی، آسیب یا تروما سرویکس، پاره شدن کیسه آب و زایمان زودرس، تب و عفونت شدید مادر مواجه شود. از دیگر عوارض این عمل عبارتند از:

* عفونت

* تورم، درد، گرمی و قرمزی در ناحیه سرویکس

* خونریزی شدید و طولانی مدت

* افزایش فشار در ناحیه سرویکس و افزایش خطر نارسایی رحمی

علائم باز شدن بخیه سرکلاژ شامل موارد زیر می‌شوند:

* خونریزی بیش از حد همراه درد یا تغییر در رنگ و بوی خون

* درد مزمن در ناحیه سرویکس که به مرور زمان شدت می‌گیرد.

* تغییر در ترکیبات واژنی و افزایش رطوبت، ترشحات واژنی غیرمعمول، بوی ناگوار یا تغییر در رنگ ترشحات واژن

* احساس فشار و تنش بیشتر در ناحیه سرویکس مانند دشواری در نشستن، راه رفتن یا حین تحرک

CRP

عمل پرینورافی یا عمل CRP یک عمل جراحی زیبایی و ترمیمی است و از بی‌حسی و یا بیهوشی ساده برای انجام آن استفاده می‌شود و جراح با نزدیک کردن دیواره‌های پشتی به یکدیگر با بخیه آنها را به هم متصل می‌کند. با انجام چنین عملی واژن تنگ خواهد شد.

دلایل و عوامل متعددی باعث شل‌شدگی و گشاد شدن واژن می‌شود. یکی از عوامل بسیار مهم زایمان طبیعی است که در چنین حالتی جراح برای خروج راحت نوزاد قسمتی از ناحیه پرینه را برش داده و به آن اپیزیوتومی گفته می‌شود. یکی دیگر از دلایل کاهش وزن شدید

و یا برعکس افزایش وزن و چاقی است. با کاهش ناگهانی زیاد وزن عضلات ناحیه پریینه شل می‌شوند و باعث آویزان شدن دائمی آن خواهد شد. با عمل جراحی CRP

زنان می‌توان این مشکل را برطرف کرد.

گشاد شدن واژن علائم مختلفی دارد که در زیر به برخی از موارد اشاره می‌کنیم:

*داشتن عفونت‌های مکرر

*ارگاسم دشوار و نرسیدن به ارگاسم در رابطه زناشویی

*بی‌اختیاری ادرار

*عدم رضایت در نزدیکی طرفین

*احساس پری در ناحیه زیر شکم

*احساس درد در حین رابطه جنسی

دوره نقاهت جراحی پرینورافی واژن به شرح زیر است:

*یک هفته بعد از انجام‌دادن عمل جراحی CRP

برگشتن به فعالیت‌های عادی روزانه بلامانع بوده؛ ولی انجام رابطه جنسی تا یک ماه نباید صورت بگیرد.

*محل جراحی را همیشه خشک و تمیز نگه دارید که از بروز هرگونه عفونتی جلوگیری شود.

*استفاده از داروهایی آنتی‌بیوتیک که پزشک تجویز می‌کند الزامی خواهد بود.

*پس از جراحی پرینورافی میزان درد بسیار کم بوده و با مصرف مسکن ساده می‌توانید درد خود را به صفر کاهش دهید.

*انجام فعالیت‌های سنگین و ورزش‌هایی مانند دوچرخه‌سواری، اسب‌سواری و... ممنوع است.

*برای کاهش میزان فشار به ناحیه واژن پس از جراحی باید از بروز یبوست خودداری کنید.

*این جراحی اگر توسط پزشک ماهر و متخصص انجام شود هیچگونه عوارض بعد عملی نخواهید داشت.

عوارض جراحی تنگ کردن واژن

پس از انجام دادن عمل جراحی CRP (تنگ کردن واژن)

عوارض کمی وجود دارد؛ اما اگر هر یک از موارد زیر که به آن اشاره می‌کنیم ایجاد شد حتماً به پزشک معالج خود مراجعه کنید.

*داشتن علائم عفونت

*خونریزی شدید

*یبوستی که با دریافت فیبر هم برطرف نمی‌شود.

*ترشحات واژن همراه با بوی بد

تهیه شده در واحد آموزش ضمن خدمت بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه