

کووید در بارداری

دکتر سوسن کیانی
جراح و متخصص زنان و زایمان

مادر باردار بدون بیماری کووید ۱۹

استفاده از ماسک برای مادر و ارائه دهنده خدمت الزامی است. در صورت نداشتن ماسک مرکز مربوطه موظف به ارائه ماسک به مادر میباشد.

در سالن انتظار فاصله اجتماعی صندلی ها رعایت شود. تعداد حاضرین در سالن به حداقل ممکن رسانده شود.

به مادران برای ورود به درمانگاه نوبت دهی تلفنی انجام شود.

در نوبت دهی تلفنی غربالگری شفاهی از نظر سابقه تماس و علائم بیماری کووید انجام شود.

در صورت مثبت بودن غربالگری به مراکز جامع سلامت منتخب کووید جهت بررسی ارجاع شود.

مراقبت بارداری در بارداری کم خطر

تعداد مراقبتهای حضوری 5 - 4 بار بر اساس شرایط منطقه مراقبت می باشد.
(6 - 10 هفته _ 28 - 30 هفته _ 31 - 34 هفته و 37 هفته)

مراقبت غیر حضوری نیز 4 بار انجام می شود.

مراقبت حضوری 16 - 20 هفته (مراقبت پنجم) در مناطق آبی اضافه می شود.

در مراقبت اول کلیه آزمایشات مربوطه، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و درخواست سونوگرافی های مراقبت اول و دوم انجام شود.

در مراقبت سوم آزمایشات روتین دوم بارداری، تست تحمل گلوکز 75 گرمی، سونوگرافی بررسی رشد جنین، توصیه به انجام تست سریع اچ آی وی انجام شود.

با توجه به عوارض ترومبوآمبولی در بیماری کووید توجه خاص به ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در کلیه مراقبتها انجام شود.

در کلیه مادران با سابقه سزارین قبلی در درخواست سونوگرافی نیمه دوم بارداری، بررسی های محل جفت و احتمال چسبندگی ها تاکید شود.

در صورت پاسخ سونوگرافی مبنی بر احتمال چسبندگی جفت یا جفت سر راهی جهت بررسیهای تکمیلی و تعیین زمان و محل ختم بارداری با بیمارستان سطح 3 هماهنگ شود.

مراقبت بارداری در بارداری پرخطر

تعداد مراقبتها مطابق دستور سلامت مادران عمل می باشد.

گردش کار تیم مدیریت بحران چند تخصصی:

۱- در زمان ورود یا پذیرش مادر باردار به بیمارستان حداکثر طی 30 دقیقه اول بستری ویزیت توسط متخصص زنان انجام پذیرد.

۲- بر اساس شرایط مادر باردار و حداکثر طی شش ساعت بستری مادر باردار، به درخواست متخصص زنان مسئول سلامت مادر تیم چند تخصصی مدیریت بحران تشکیل گردد.

۳- تعیین اعضای تیم بر اساس شرایط مادر باردار خواهد بود و حداقل شامل متخصص بیهوشی/اینتنسیویست، زنان/پریناتولوژیست، عفونی، داخلی/ریه، مامای مجرب می باشد و دعوت سایر تخصص ها/فوق تخصص ها بر اساس شرایط یا برای همان نشست اول مشخص می گردد یا به تصمیمات تیم بحران موکول شود

۴- سوپروایزر کشیک مسئول پیگیری تشکیل تیم مدیریت بحران به محض دریافت درخواست از متخصص زنان خواهد بود.

۵- حضور ریاست بیمارستان برای موارد شدید و بحرانی در کمیته الزامی است.

۶- در موارد شدید و بحرانی ضمن حضور ریاست بیمارستان در کمیته مدیریت بحران، اطلاع رسانی به معاون محترم درمان الزامی است.

۷- در اولین نشست تیم بحران مسئول مدیریت مشکلات تنفسی/ایماری زمینه ای مادر باردار مشخص گردد.

۸- شرایط و تواتر تشکیل کمیته تصمیم گیری در اولین نشست مشخص گردد.

۹- کلیه اقدامات و تصمیمات مستند شود.

وظایف متخصص زنان مسئول سلامت مادر حین بارداری تا 42 روز پس از زایمان:

✓ ویزیت روزانه مادر

✓ نظارت بر شرایط مامایی مادر

✓ همکاری و پایش روند عملکرد تیم بحران

وظایف مسئول مدیریت شرایط تنفسی / بیماری زمینه ای مادر:

✓ درخواست از سوپروایزر جهت دعوت از متخصص ها / فوق تخصص های لازم جهت حضور بر بالین بیمار) بدیهی است به محض درخواست، مسئولیت نظارت بر تشکیل تیم به عهده ریاست بیمارستان خواهد بود)

✓ تجمیع نظرات اعضای تیم بر اساس شواهد و مستندات علمی و ادله موجود با هماهنگی متخصص زنان مسئول سلامت مادر برای مداخلات درمانی

✓ بدیهی است تصمیم گیری برای ادامه یا ختم بارداری با در نظر گرفتن شرایط بالینی و مامایی مادر توسط تیم چند تخصصی صورت می گیرد.

وظایف حوزه های نظارتی در مدیریت بحران (سوپروایزر کشیک بیمارستان، رئیس بیمارستان، حوزه معاونت درمان دانشگاه)

✓ ویزیت به موقع و حذف مشاوره های تلفنی

✓ بررسی لزوم اعزام و تسهیل موارد نیازمند اعزام

✓ نظارت بر تشکیل به موقع تیم بحران

✓ ارزیابی دوره ای مداخلات

نظارت بر حسن اجرای برنامه به عهده معاونت درمان است. مسئولیت تیم استاد معین دانشگاهی

✓ بررسی موارد بستری در بخش های مراقبت ویژه

✓ نظارت بر روند مدیریت بیماری در این بخش ها

✓ حمایت برنامه های مشاوره از راه دور

✓ پذیرش موارد نیازمند اعزام به سطوح فوق تخصصی

✓ تعیین روزانه افراد معین مراکز منتخب کووید 19 در دانشگاه برای تعیین
تکلیف موارد خفیف با بیماری زمینه جهت اعزام یا مدیریت در منزل

مراقبت طبی / مامایی در مادران بستری شده

تعیین تکلیف زنان باردار با علائم خفیف بیماری کووید همراه با بیماری زمینه ای **(فشارخون کنترل نشده، دیابت یا دیابت بارداری، بیماری مزمن کلیوی، بیماری مزمن قلبی ریوی، نقص سیستم ایمنی)** با هماهنگی تیم چند تخصصی درمان سرپایی معین مراکزمنتخب کووید انجام شود

بدیهی است در صورت تصمیم گیری به مراقبت در منزل کارشناس رابط پرخطر سلامت مادران در حوزه بهداشت ضمن پیگیری روزانه شرایط مادر در صورت بروز علایم خطر جهت اعزام مادرهماهنگی های لازم را به عمل آورد.

با توجه به لزوم بستری مادران بارداری در مراحل متوسط، شدید، بحرانی هماهنگی های لازم قبل از اعزام با بیمارستان مرجع بیماری کووید انجام شود و درمان های سرپایی در این موارد مجاز نمی باشد.

ضمن بررسی هفتگی اعزامهای انجام شده، تذکرات لازم به مراکز برای پیشگیری از اعزام های بی هدف و به سطوح غیر مرتبط داده شود.

تشخیص افتراقی :

علائم بالینی (سردرد، اختلالات مغزی و عروقی، تشنج) و آزمایشگاهی (افزایش PT، افزایش دی دایمر، پروکلسی تونین، CRP، لوپوس آنتی کواگولانت مثبت، کاهش فیبرینوژن) بیماری کووید 19 در بارداری می تواند با پره اکلامپسی، سندرم هلمپ (افزایش آنزیم های کبدی، همولیز، کاهش پلاکت) شباهت داشته باشد.

آسیب حاد کلیه در کووید 19 مرحله شدید یا بحرانی ممکن است رخ دهد و در عین حال می تواند نشانه اختلال شدید حاصل از اورژانسهای مامایی مانند پره اکلامپسی، دکلمان یا شوک هموراژیک باشد.

ارزیابی قلب جنین:

یک امر مهم در بارداری ارزیابی قلب جنین در سنین قابل حیات Viability است. مشاوره با خانواده در خصوص احتمال در خطر بودن جنین یا مرگ داخل رحمی با توجه به شرایط مادر لازم است. نیاز و فواصل ارزیابی قلب جنین به سن بارداری، علائم حیاتی و اکسیژناسیون مادر و سایر بیماری های مادر بستگی دارد:

- در زمان بستری در صورت ناپایدار بودن علائم حیاتی، مانیتور دائم جنین جهت تصمیم گیری از نظر نیاز به ختم بارداری ممکن است لازم باشد.
- در صورت تراسه غیر طبیعی، ممکن است با اصلاح وضعیت اکسیژناسیون مادر، شرایط بهتر شود. به همین دلیل قبل از هر گونه تصمیم برای مداخلات مامایی تشکیل تیم مدیریت بحران چند تخصصی و بررسی راهکارهای اصلاح اکسیژناسیون الزامی است.
- در مادران با سطح اشباع اکسیژن خون پایدار، سونوگرافی جهت ارزیابی اولیه جنین رشد و قرار گیری جنین، حجم مایع و جفت، NST یک تا دو بار در روز توصیه می شود.

مانیتور مادر از نظر احتمال زایمان زودرس:

تمامی زنان باردار مبتلا به کووید باید از نظر علائم و نشانه های زایمان زودرس بررسی شوند.

حمایت تنفسی مادران باردار:

مراقبت حمایتی تنفسی در این گروه از بیماران مشابه سایر بیماران مبتلا به سندرم دیسترس حاد تنفسی است. عوارض شایع سندرم دیسترس حاد تنفسی وابسته به بیماری کووید 19 شامل نارسایی حاد کلیه، افزایش آنزیم های کبدی، آسیب قلبی (کاردیومیوپاتی، پریکاردیت، افیوژن پریکارد، آریتمی، مرگ ناگهانی قلبی) است.

در زمان بارداری بایستی اشباع اکسیژن خون مساوی یا بیش از 95 % حفظ شود. اگر این میزان به کمتر از 95 % برسد، گازهای خون شریانی، جهت تعیین میزان فشار نسبی اکسیژن شریانی اندازه گیری می شود. اندازه PaO_2 بیش از 70 میلیمتر جیوه، جهت انتشار مناسب اکسیژن از سمت مادر به جنینی جفت ایده آل است.

با پایدار شدن شرایط مادر، بنا به توصیه سازمان بهداشت جهانی، اشباع اکسیژن خون شریانی مساوی 92 % تا 95 % مناسب است.

در بخش مراقبت ویژه، افراد در مرحله شدید بیماری در پرون پوزیشن (خواییده روی شکم) و یا خواییده به پهلو (سمتی که ریه سالمتر است) قرار داده می شوند.

ولی در بارداری حتی قراردادن در وضعیت نیمه پرون خصوصا در نیمه دوم سخت است و در صورت عدم امکان پرون، در سن بارداری بالای 24 هفته، قرار دادن بالش بالا و پایین رحم جهت کاهش فشار رحمی و مهار فشردگی آئورتوکاوال کمک کننده است.

در صورت وجود اندیکاسیون، استراتژیهای ECMO در زمان بارداری، قابل انجام است.

پیگیری مادر بارداری که از کووید 19 بهبود یافته است:

در موارد ابتلای قطعی / مشکوک و ترخیص از بیمارستان سونوگرافی جهت بررسی رشد جنین و حجم مایع آمنیوتیک از نظر احتمال IUGR مطابق راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان 14 روز پس از بهبود علایم شروع می شود .

در موارد عفونت سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم، سونوگرافی سلامت جنین با جزییات در 23 - 18 هفته توصیه می شود.

که در صورت وجود تب در زمان ابتلا اکوی قلب جنین هم انجام شود.

انجام NST یا بیوفیزیکال پروفایل بر اساس دستور عمل سلامت مادران انجام شود.

زمان ختم بارداری در زنان مبتلا:

بیماری غیر شدید

برای اکثریت مادران باردار پره ترم مبتلا به کووید 19 - بدون علامت یا با علایم خفیف بیماری با سن بارداری 39 هفته یا بیشتر ختم بارداری را می توان در نظر داشت.

برای بارداری کمتر از 39 هفته و نوع غیر شدید، که اندیکاسیون مامایی یا طبی دیگری برای ختم بارداری ندارد، زایمان اندیکاسیون ندارد.

می تواند بعد از اتمام قرنطینه یا نتیجه تست منفی تصمیم گیری برای ختم انجام شود.

بدیهی است در موارد اندیکاسیون مامایی یا بیماریهای طبی مطابق دستور عمل و بر اساس تصمیم تیم بحران و تمهیدات لازم جهت پایداری مادر قبل، حین و پس از ختم بارداری تصمیم گیری شود.

بیماری شدید /بحرانی

در افراد مبتلا با بیماری شدید، مسائل متعددی باید در نظر گرفته شود و زمان زایمان بر اساس شرایط فردی تعیین می شود.

احتمال بهبودی بیماری تنفسی با زایمان
ریسک انتقال به نوزاد و پرسنل در فاز حاد

افزایش مصرف اکسیژن در بارداری

و کاهش functional residual capacity بارداری که در پنومونی وضع
را وخیم تر می کند

اتساع شکم در چند قلوپی و پلی هیدرآمیوس

**تصمیم گیری برای زمان ختم بر اساس شرایط مادر و تیم مدیریت چند رشته ای
انجام شود.**

در مادران باردار بستری که پنومونی دارند ولی اینتوبه نیستند، بعضی ختم بارداری بعد از هفته 34 - 32 بارداری را در شرایطی که حال عمومی مادر رو به بدتر شدن می باشد، توصیه می کنند.

در مادران با بیماری شدید غیر اینتوبه با سن بارداری کمتر از 32 هفته، ختم بارداری را بدلیل مشکلات پره منچوریتی توصیه نمی کنند.

در مادران باردار اینتوبه با وضعیت بحرانی:

بعد از 34 - 32 هفته در صورت نارسایی تنفسی هیپوکسمیک مقاوم به درمان یا وضعیت بحرانی رو به بدتر شدن، توصیه به ختم بارداری می شود.

در فاصله بین سن قابل حیات جنین و سن بارداری کمتر از 32 هفته، تا زمانی که شرایط مادر تثبیت یا رو به بهبود باشد، تداوم حمایت مادر با مونیتورینگ جنینی ادامه می یابد.

نکته ۱:

در مادرانی که در ابتدای بارداری به بیماری کووید 19 مبتلا شده و بهبود یافته اند زمان ختم بارداری تغییری نمی کند و مطابق اندیکاسیونهای مامایی انجام می شود.

نکته ۲:

در صورت ابتلای مادر در اواخر بارداری تصمیم گیری برای ختم بارداری بر اساس شرایط بارداری انجام شود.

نکته ۳:

در زمان ویرمی حاد و اوج بیماری در صورت ختم بارداری ضمن توجه خاص به حضور تیم ماهر بیهوشی، زنان، کودکان و مامایی در کنترل زایمان طبیعی/سزارین و مراقبت نوزاد، تمهیدات مراقبتی پیشگیرانه برای پرسنل و تیم درمان در نظر گرفته شود.

روش زایمان در مبتلا / مشکوک به کووید 19

ابتلا یا احتمال ابتلا به کووید 19 علتی برای تغییر روش زایمان نیست. سزارین بر اساس اندیکاسیون های طبی یا مامایی انجام می گیرد. برای مادران در شرایط حاد بیماری تنفسی یا مرحله بحرانی، تصمیم گیری نحوه ختم بارداری بر اساس تصمیم گیری تیم مدیریت بحران انجام شود.

ادر موارد ایتوبه گرچه می توان اینداکشن انجام داد ولی با توجه به احتمال آلودگی تجهیزات و پرسنل در صورت طولانی شدن اینداکشن تصمیم برای روش ختم بارداری توسط تیم مدیریت بحران و با مراقبت های لازم اتخاذ شود.

• آنالژی و آنستزی

- در بیماران محتمل یا قطعی، استفاده از روش بیهوشی نورآکزیال برای کاهش درد های زایمانی ممنوع نیست و این روش هم باعث کاهش فشار قلبی ریوی ناشی از درد و اضطراب می شود و هم شانس انتشار عفونت ویروسی در فضا را کم می کند. و ضمناً در صورت نیاز به سزارین اورژانس، سرعت مداخلات را افزایش می دهد.
- استفاده از نیتروس اکساید با توجه به احتمال آلودگی وسایل و آئروزیولیزاسیون احتمالی در زایمان توصیه نمی شود. استفاده از آن در مراکز منوط به وجود پروتکل مشخص مراقبت از انتقال به افراد و روش ضد عفونی وسایل با مسئولیت آن مرکز خواهد بود.

• آنالژی با کنترل بیمار هم به دلیل خطر دپرسیون تنفسی توصیه نمی شود.

• در موارد بیهوشی عمومی (اینتوباسیون / اکستوباسیون)، استفاده از ماسک ان 95 توسط تیم درمان لازم است.

• اینتوباسیون توسط ماهرترین فرد حاضر در بیمارستان انجام شود.

• منیزیم سولفات:

- در زنان با مشکلات تنفسی، به دلیل ایجاد دپرسیون تنفسی، جهت استفاده از منیزیم سولفات به منظور پروفیلاکسی تشنج یا نوروپروتکشن جنینی بایستی بر اساس شرایط بیمار تصمیم گیری شود و تصمیم در این رابطه با تیم چند تخصصی مدیریت بحران است.
- در بیماران با نارسایی حاد کلیوی، تنظیم دوز منیزیوم سولفات توصیه می شود .
- در بیماران اینتوبه ، به دلیل این که ممکن است علائم تنفسی مسمومیت منیزیوم سولفات دیده نشود، و آریتمی قلبی یا ایست قلبی اولین علائم باشد، مراقبت های بیشتر در زمان تجویز این دارو لازم است .

مدیریت زایمان:

✓ مانیتورینگ الکترونیک مداوم جنینی توصیه می شود.

✓ مصرف مایعات و حجم ادرار بایستی مانیتور شود.

✓ از هیدراسیون شدید بایستی خودداری کرد (خطر ادم ریوی)

✓ حجم توتال مایعات تجویزی 75 میلی لیتر در ساعت مناسب است

✓ در مواردی که مادر خسته یا هیپوکسیک است لازم است مرحله دوم زایمان کوتاه شود.

✓ در موارد هیپوکسی به علت احتمال کاهش قدرت انقباض میومتر مدیریت خونریزی پس از زایمان با دقت مد نظر قرار گیرد.

✓ در تاکی کاردی مادر علاوه بر مسایل قلبی و تنفسی به علل مامایی مانند خونریزی ها و پارگی رحم و توجه خاص شود.

نکته قابل توجه در کنترل عفونت

زایمان و پوشینگ حین آن می تواند منجر به دفع مدفوع و انتشار ویروس شود که دقت در رعایت شرایط بهداشتی در این زمان مهم است.

در صورت استفاده از توپهای زایمان در این مادران بدلیل احتمال انتقال ویروس، مراقبت های بهداشتی لحاظ شود.

با عنایت به آلوده شدن کانول بینی یا ماسک صورت به ترشحات تنفسی مادر، جهت انتقال ویروس به تیم درمان، رعایت شرایط استاندارد تماس با این وسایل تاکید شود .

مدیریت روند زایمان بر اساس دستور عمل های سلامت مادران توصیه می شود.

ذخیره خون بند ناف اگر برنامه ریزی شده بوده، در صورت وجود پروتکل مشخص پیشگیری از انتقال عفونت و محل جداگانه نگهداری در مرکز قابل انجام است.

تاخیر کلامپ بند ناف ۶۰ - ۳۰ (ثانیه) قابل انجام است، مگر در مواردی که نیاز به احیای نوزاد باشد.

تماس پوست با پوست در صورت تحمل مادر، با رعایت استانداردهای پوششی و بهداشت دست ها می توان توصیه کرد.

➤ در بیماران کووید 19 در مرحله شدید / بحرانی استفاده از ترانس اگزامیک اسید به دلیل اثرات آنتی فیبرینولیتیک آن و افزایش ریسک ترومبوزیس توصیه نمی شود.

➤ در بیماران در مرحله شدید / بحرانی استفاده از متیل ارگونوین توصیه نمی شود.

مراقبت پس از زایمان:

مادران مشکوک / قطعی بیماری کووید ۱۹:

✓ می بایست از سایر مادران جدا سازی شده و مراقبتهای مطابق دستورات زیر ادامه دهند.

قطعی بدون علامت: مادران مشکوک

✓ مراقبتهای روتین پس از زایمان را دریافت نمایند.

مادران مشکوک / قطعی در مرحله خفیف بیماری:

✓ چک علائم حیاتی، مایعات مصرفی و دفعی و ثبت آن هر 4 ساعت تا 24 ساعت پس از زایمان طبیعی و تا 48 ساعت پس از سزارین لازم است.

بیماران با بیماری متوسط:

✓ پالس اکسیمتری مداوم در 24 ساعت اول زایمان یا تا بهبود علائم و نشانه ها هر کدام طولانی تر باشد توصیه می شود.

✓ در صورت لزوم بر اساس شرایط بیمار آزمایشات خاص و بررسی های رادیولوژیک انجام شود.

بیماری شدید / بحرانی:

- مانیتورینگ دقیق در بخش های مراقبت ویژه و انجام بررسی های آزمایشگاهی / رادیولوژیک بر اساس شرایط مادر لازم است.

در ساعت اول هر 15 دقیقه یکبار سپس هر نیم ساعت تا دو ساعت و در ادامه هر یک ساعت تا سه ساعت و ادامه مراقبت بر اساس شرایط مادر تصمیم گیری شود.

مراقبتها توسط ماما انجام شود.

- لازم است بلافاصله پس از زایمان تیم مدیریت تخصصی چند رشته ای و به منظور تعیین تکلیف ادامه درمان و مراقبتها تشکیل شود.

مادر توسط متخصص زنان مسئول تا زمان تشکیل تیم فوق حداقل ساعتی یک بار ویزیت شود.

تواتر ویزیت های بعدی گروه های تخصصی بر اساس شرایط مادر و تصمیم تیم چند تخصصی مدیریت بحران خواهد بود.

نکته:

در مادران پس از زایمان در موارد هیپوکسمی و یا تنگی نفس، تشخیص افتراقی شامل کووید 19 شدید، سپسیس، آنفلونزا، کاردیومیوپاتی و آمبولی ریوی می باشد.

نکته:

در هر مادر باردار در هر مرحله ای از زایمان که تاکنون بررسی از نظر کووید نشده است یا تست قبلی منفی بوده است، در صورت شروع جدید علائم بیماری حتما تست بیماری کووید انجام شود.

تب حین زایمان/ پس از زایمان

عفونت کووید 19 بایستی قسمتی از تشخیص افتراقی تب زایمانی یا پس از زایمان خصوصا در صورت همراهی با علائم تنفسی و کاهش اکسیژناسیون باشد.

تشخیص افتراقی تب پس از زایمان در بیماران مشکوک/مبتلا به بیماری کووید 19 شامل:

✓ سیر عفونی بیماری

✓ اندومتريت پس از زایمان

✓ عفونت محل جراحی

✓ التهاب یا عفونت پستان

✓ آنفلوانزا

✓ پیلونفریت

✓ سایر عفونتهای تنفسی باکتریال و ویرال

✓ در موارد نادر کولیت پسودوما مبرانوس

علائم و معاینه فیزیکی و بررسی آزمایشگاهی به تشخیص کمک می کند.

درمان انتخابی برای تب، استامینوفن خوراکی است.

پروفیلاکسی ترومبوآمبولی وریدی پس از زایمان

✓ در بیمارانی که قبل از زایمان پروفیلاکسی را دریافت نکرده اند، در صورتی که بدون علامت و یا دارای علائم خفیف ابتلا به کووید 19 باشند و زایمان بدون مشکل داشته باشند و بر اساس دستور عمل ها اندیکاسیون تجویز پروفیلاکسی را ندارد، لزومی بر تجویز نیست.

✓ در سایر موارد (بیماری متوسط /شدید یا بحرانی) که پروفیلاکسی را از قبل از زایمان دریافت می کرده اند، در صورت تداوم بی حرکتی، جراحی اخیر، توصیه به ادامه پروفیلاکسی می شود

مدت زمان ادامه پروفیلاکسی توسط تیم چند تخصصی مدیریت بحران تعیین شود.

اندیکاسیونهای درخواست مشاوره قلب در مادران مبتلا یا مشکوک به کووید

19

۱- وجود سابقه یا ابتلای کنونی به هر بیماری قلبی مثلا سابقه اختلالات دریچه ای، بیماریهای مادرزادی، کاردیو میوپاتی، سابقه جراحی ها یا اقدامات مداخله ای قلبی، بیماریهای ایسکمی قلب و غیره

۲- وجود هر ریسک فاکتور مستعد کننده بیماری قلبی مانند دیابت، سابقه فشار خون بالا، استعمال دخانیات، چاقی (با معیار شاخص توده بدنی بیشتر یا مساوی) ۳۰ و بارداری دو یا چند قلویی، پره اکلامپسی و کلیه ی بیمارانی که اساسا با توجه به پروتکل کشوری حاملگی و قلب نیاز به مشاوره داشته اند....

۳- افزایش پیشرونده سطح تروپونین به بیشتر از 2 برابر پایه یا % 99
پرسانتایل در طی 48 ساعت از زمان بستری

نکته:

در بیماران مشکوک یا مبتلا به کوید 19 در صورت بارداری در بدو
بستری باید تروپونین اندازه گیری شود.

۴- یکی یا بیشتر از شواهد زیر در بررسی CT scan قفسه سینه و یا Chest – x ray

✓ مایع پریکارد بیشتر از حد خفیف

✓ وجود مایع پلور

✓ در گیری پاراکاردیاک یا سترال که نسبت به درگیری پریفرال یا ساب پلورال، dominant باشد (قبل از ایجاد فاز ARDS)

✓ وجود کلسیفیکاسیون دریچه، کرونر و یا پریکارد

✓ کاردیومگالی واضح در CT scan قفسه سینه یا کاردیومگالی نامتناسب (disproportionate) با بارداری در Chest – x ray

۵- وجود تغییرات واضح در نوار قلب طی روزهای مختلف یا وجود هر یک از موارد زیر:

- a. Sustained supra ventricular or ventricular arrhythmia
- b. AV block
- c. Significant ST-T changes
- d. Prolonged QT

۶- وجود سوفل قلبی پاتولوژیک در سمع قلب یا هر گونه تغییر در سمع قلب در مقایسه با یافته های اولیه

۷- افزایش ضربان قلب (بیشتر از 120 ضربه در دقیقه) یا کاهش ضربان قلب (کمتر از 60 ضربه در دقیقه)

۸- کاهش فشار خون با معیارهای زیر:

الف - اگر بیمار قبلاً مبتلا به پرفشاری خون نبوده است :
فشار خون سیستولیک کمتر یا مساوی 90 میلیمتر جیوه که با علائم شوک همراه باشد یا معیار MAP کمتر یا مساوی 65 mmHg

ب - اگر بیمار قبلاً مبتلا به پرفشاری خون بوده است :
کاهش بیشتر یا مساوی 40 میلیمتر جیوه در فشار خون سیستولیک نسبت به فشارخون پایه بیمار

۹- تیترا آزمایشگاهی NTproBNP بیشتر از 450

۱۰- بروز ادم جنرالیزه

مراقبت از نوزاد

۱- توصیه می شود در صورت امکان، قبل از تولد، مشاوره پریناتال توسط پزشک نوزادان با مادر مشکوک / مبتلا و نیز خانواده، در ارتباط با خطرات، نحوه ختم بارداری، وضعیت نوزاد پس از تولد و ... انجام شود.

۲- با توجه به اطلاعات کم موجود، انتقال داخل رحمی صرفاً در حد موارد محدودی بوده است ولی منتفی نیست .

حدود 2 درصد نوزادانی که از مادران مبتلا به کووید 19 به دنیا آمده اند در 24 الی 96 ساعت اول تولد تست PCR مثبت داشته اند.

شواهد موجود نشان می دهند که انتقال عفونت به نوزاد، بیشتر از اینکه عمودی باشد، افقی بوده و از طریق مادر یا مراقبین نوزاد کسب می شود .

با این وجود؛ رعایت احتیاطات، تا زمان بررسی های جامع تر منطقی به نظر می رسد .

مهمترین شیوه انتقال، همچنان از راه قطرات تنفسی و در زمانی است که شخص مبتلا سرفه و عطسه می کند یا در حال صحبت است، ترشحات تنفسی و بزاق، مایعات مهم عفونی در انتقال فرد به فرد می باشند.

لذا احتیاطات لازم تماسی و قطره ای، در حین تماس با این مایعات و نیز خون و مایع آمنیوتیک و ... ضروری است.

تمام نوزادان متولد شده از مادر مشکوک یا مبتلا به کووید 19 باید تا آماده شدن جواب تست PCR نوزاد ، مشکوک در نظر گرفته شوند.

۳- احیای این نوزادان با استفاده از وسایل حفاظت شخصی شامل کلاه، عینک یا شیلد صورت، ماسک N95، گان مقاوم به نفوذ مایعات و روکشی، یا لباس های ضد آب مخصوص مراقبت از بیماران کووید 19 و دستکش لاتکس، مقدور می باشد .

این تجهیزات فرد را در برابر آئروسول های مادر و نیز اقدامات احیای نوزاد که بالقوه خطر تولید آئروسول دارند (شامل تهویه با بگ و ماسک، ساکشن، استفاده از اکسیژن با فلوی بیش از 2 لیتر، فشار مثبت مداوم راه های هوایی و انتوباسیون) محافظت می کنند.

هرچند بر اساس مرور سیستماتیک منتشر شده در سال 2014 در این موارد ریسک تولید آئروسول پایین است ولی منتفی نیست.

در پایان فرایند احیا، صرفنظر از اینکه تا چه مرحله ای احیا انجام شده است، باید محل احیا بطور کامل ضد عفونی شود.

۴- در زمان تولد نوزاد، پزشک مسئول نوزاد یا تیم احیای پیشرفته نوزاد، باید درحالیکه وسایل حفاظت شخصی بر تن دارد ، در اتاق مجاور محل تولد، حضور داشته باشد.

در صورت نیاز به انجام عملیات احیای پیشرفته در نوزاد، بلافاصله پس از تولد، در اتاق زایمان یا اتاق عمل سزارین حضور یابد

برای انجام عملیات احیا نوزاد، در صورت امکان؛ فضایی جدا از اتاق زایمان و جدا از محل احیای نوزادان سالم، در نظر گرفته شده و نوزاد بلافاصله پس از تولد به آنجا منتقل گردد.

در صورت نداشتن مکان جداگانه، در همان اتاقی که تولد صورت می گیرد، اقدامات احیا انجام شود.

ولی فاصله ی مادر و نوزاد حداقل دو متر باشد و ترجیحا پردهای از جنس پلاستیک شفاف بین مادر و نوزاد حایل شود.

۵- تماس پوستی مادر با نوزاد در بدو تولد در مواردیکه مادر و نوزاد حال عمومی خوب و علایم بالینی پایدار دارند یا مادر و نوزاد هر دو بدون علامت می باشند بلامانع است .

۶- توصیه می شود تمام نوزادان متولد شده از مادرانی که در طی 14 روز قبل از زایمان ، مشکوک / مبتلا به کووید 19 می باشند، اگر مادر توانایی مراقبت از نوزاد خود را ندارد، به وسیله انکوباتور از قبل گرم شده به بخش (ایزوله) یا فضای تعیین شده، انتقال یابند.

تیم احیا قبل از خروج از اتاق ، وسایل حفاظت شخصی را درآورده و طبق دستورالعمل، داخل کیسه سطل زباله های عفونی مخصوص انداخته شود و مجددا وسایل حفاظت شخصی تمیز پوشد .

در صورت توانایی مادر، در مراقبت از نوزاد و نیز عدم نیاز نوزاد به بستری، با تمهیداتی که در ادامه خواهند آمد؛ نوزاد با مادر هم اتاق خواهد شد.

در حین انتقال داخل بیمارستانی نوزاد، تیم انتقال، تا تحویل نوزاد به بخش نوزادان (یا ایزوله) یا بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، وسایل حفاظت شخصی را بر تن داشته باشند.

گان و دستکش ها در بخش ایزوله یا هم اتاقی مادر و نوزاد و شیلد یا عینک و ماسک، بعد از خروج از اتاق (ایزوله)، خارج شوند.

۷- برای گرفتن اثر کف پای نوزاد، تماس کف پای نوزاد به صفحه استامپ نباید انجام شود، می توان از پد پنبه ای که به استامپ زده و جوهری می شود به کف پای نوزاد کشیده و اثر کف پا در فرم مربوطه دریافت و سپس پنبه استفاده شده با رعایت اصول بهداشت محیط در امحای زباله های عفونی، معدوم گردد. توصیه می شود برگه کاغذی مربوط به اثر کف پای نوزاد، پس از قرار دادن در یک کاور پلاستیکی، در پرونده بالینی نوزاد قرار گیرد.

۸- بعد از تولد، همانند سایر عفونت های ویروسی که از طریق ترشحات و خون مادر منتقل می شوند ، شستشوی نوزاد در صورت پایدار بودن وضعیت نوزاد و با تمهیدات لازم جهت پیشگیری از هیپوترمی، انجام شود.

۹- تصمیم به ایزوله کردن نوزاد مشکوک بدون علامت ، در بخش مراقبت ویژه نوزادان ، در مواردی که نوزاد اندیکاسیون بستری را ندارد ، باعث در معرض خطر قرار گرفتن نوزادان دیگر آسیب پذیر شده و نباید انجام شود

تاخیر در بستن بند ناف (DCC)

تاخیر در کلامپ بند ناف حداقل به مدت بیش از 30 ثانیه بر اساس NRP 2020 در مادران مبتلا به کووید 19 نیز مثل سایر نوزادان، (غیر از در مواردی که نیاز به احیا داشته یا در برنامه احیای نوزاد منع شده)، طبق پروتکل کشوری باید اجرا شود .

مادران مبتلا و یا مشکوک باید از ماسک در تمام مدت تماس با نوزاد خود استفاده کنند.

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در نوزاد بدون علامت بالای 34 هفته:

داده های اخیر، نشاندهنده آن است که ریسک کسب عفونت توسط نوزاد از مادر، پایین می باشد، بنابراین در نوزادان ترم (و با تصمیم پزشک در نوزاد با سن حاملگی 34 الی 36 هفته و 6 روز) که وضعیت تنفسی خوب است و تون مناسبی دارند ، مانند سایر نوزادان؛ تماس پوست با پوست بلافاصله بعد از تولد باید انجام شود.

تفاوتی در ریسک عفونت، در نوزادانی که در اتاق جدا از مادر مراقبت شده اند با نوزادانی که با مادر مانده اند؛ دیده نشده است.

تاکنون بر اساس شواهد منتشر شده ، نوزادی مستقیماً در اثر ابتلا به کووید 19 کسب شده در زمان تولد، فوت نکرده است.

در مادران مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید 19 ، برای کاهش خطر انتقال ویروس از مادر به نوزاد، لازم است موارد زیر رعایت شود:

۱- در صورت پایدار بودن وضعیت نوزاد، برای برقراری تماس پوست با پوست نوزاد تازه متولد شده با مادر ؛ الزاما باید دست ها، حداقل یک بار پستان مادر (در صورت نیاز) با آب و صابون شسته و مادر باید همیشه ماسک جراحی داشته باشد.(از شستشوی پستان با مواد ضد عفونی کننده ، به ویژه با پایه الکلی پرهیز شود).

۲- در صورتی که وضعیت بالینی مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید 19، به گونه ای باشد که قادر به مراقبت از نوزاد خود نباشد، یا مادر نیاز به سطح بالای مراقبت دارد، این مادر نمی تواند احتیاطات را به درستی رعایت کند و نوزاد مشکوک یا بدون علامت، باید به طور موقت از وی جدا شده و در اتاق دیگری توسط همراه سالم و ترجیحاً در انکوباتور نگهداری شود.

۳- جدا سازی مادر و نوزاد در نوزادانی که دارای بیماری شدید هستند ، ضروری است.

۴- جدا سازی مادر و نوزاد در مادر مشکوک یا مبتلا ؛ که تست PCR نوزاد نیز ، مثبت شده است و نوزاد نیاز به بستری ندارد ، نباید انجام شود.

۵- در صورتی که مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید 19 ، قادر به مراقبت از نوزاد باشد و نوزاد نیاز به بستری ندارد ، مادر و نوزاد می توانند هم اتاق بوده (اتاق اختصاصی در صورت امکان) مادر می تواند بعد از شستن دست ها و زدن ماسک مناسب جراحی سه لایه ، به نوزاد ، بدون تماس دست خود به چشم ، بینی و دهان نوزاد ، شیر بدهد.

در این موارد بهتر است تست PCR برای نوزاد ارسال شود ، اما اگر محدودیت در انجام تست وجود دارد، ارسال تست برای این نوزادان بدون علامت ، الزامی نیست .

بعد از شیر دادن باید نوزاد در فاصله 2 متری مادر و ترجیحا در انکوباتور کنار مادر نگهداری شود و در صورت عدم امکان نگهداری در انکوباتور، یک پرده شفاف پلاستیکی بین مادر و نوزاد قرار داده شود .
اتاق باید تهویه مناسب داشته باشد .

شیلد پلاستیکی صورت و ماسک، در نوزادان نباید استفاده شود.

با آرزوی موفقیت