

مدیریت درمان بیماران باردار مبتلا به کووید ۱۹

فیروزه رخشانی مقدم
متخصص زنان و زایمان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

راهنمای تشخیص و درمان کووید-۱۹ در بارداری - نسخه اسفند ۹۹

گروه دوم: مادر باردار و بیماری کووید-۱۹ در موارد بستری

در مراجعه مادر به مراکز بهداشتی درمانی، در صورت وجود علائم متوسط، شدید یا بحرانی لازم است فوراً جهت بستری به بیمارستان اعزام شوند.

ارزیابی همه مادران مراجعه کننده به بیمارستان:

در مورد مادرانی که به دلایل مامایی مراجعه می کنند، باید از نظر ابتلا غربالگری شوند:

✓ چک درجه حرارت

✓ سوال در مورد وجود سرفه، تب، تنگی نفس، گلودرد، درد عضلانی، آبریزش بینی، احتقان بینی، اختلالات بویایی/

چشایی

✓ سابقه تماس با فرد مبتلا یا محتمل کووید در ۱۴ روز گذشته

در صورت تب دار بودن یا مثبت بودن پاسخ موارد دوم و سوم ضمن استفاده از الگوریتم ارزیابی شدت ابتلا و اقدامات لازم مطابق دستور عمل صورت پذیرد.

مادران باردار محتمل یا قطعی در زمان زایمان در اتاق مجهز فشار منفی بایستی قرار گیرند، بایستی ماسک طبی داشته باشند.

خدمات تشخیص و درمان بیماران بستری

شرایط بستری در بیمارستان

پس از ارجاع بیمار به بیمارستان، بر اساس معاینات بالینی و بررسی های انجام شده، برای تعیین محل بستری وی تصمیم گیری خواهد شد.

اندیکاسیون بستری

بستری بیماران مشکوک/مبتلا به بیماری کووید در بیمارستان شامل موارد زیر است:

۱. تب بیش از 39 درجه علیرغم درمان دارویی
۲. وجود یک بیماری زمینه ای (فشار خون یا دیابت کنترل نشده و اورژانسه های مامایی مانند: پره اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، خونریزی رحمی و...)
۳. علایم و نشانه بیماری متوسط یا شدید (سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵٪، تعداد تنفس بیشتر از ۲۴، نیاز به حمایت تنفسی شامل اکسیژن درمانی)
۴. بیماری بحرانی (نارسایی تنفسی، افت فشار خون علیرغم هیدریشن مناسب، اختلالات هوشیاری، اختلالات کبدی یا کلیوی، اختلالات قلبی)

نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان (Patient Flow): مادر باردار ارجاع شده باید هر چه سریعتر تعیین تکلیف شود مسئولیت تعیین تکلیف مادر باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان در وهله اول به عهده متخصص زنان می باشد. از زمان ورود مادر باردار در موارد مشکوک به بیماری کووید ترجیحا محل تریاژ بایستی متفاوت از ورود سایر مادران باردار باشد. حداکثر در طی ۳۰ دقیقه ویزیت مادر باردار توسط متخصص زنان در بیمارستانهای درمانی و در بیمارستانهای آموزشی تا زمان حضور متخصص زنان مسئول توسط دستیار سال ۴ یا ۳ معاینه از نظر شرایط بیمار کووید و مامایی انجام شود. حداکثر طی ۶ ساعت اول پس از پذیرش توسط تیم چند تخصصی درمان برای بستری تعیین تکلیف شود. تعیین تکلیف از نظر محل بستری، مدیریت شرایط مامایی و بیماری عفونی مادر، تعیین مسئول مدیریت تنفسی/بیماری سیستمیک مادر در تیم چند تخصصی الزامی است. تصمیم گیری در مورد مداخلات مامایی با هماهنگی تیم چند تخصصی انجام شود.

در صورت تایید تشخیص (تشخیص قطعی با پاسخ مثبت تست مولکولی) یا تأیید بالینی (یافته های مطرح کننده کووید-۱۹ در سی تی اسکن) و زمانی که به تشخیص پزشک معالج شک قوی به کووید-۱۹ وجود دارد، به بخش کووید-۱۹ منتقل شود. در این بخش لازم است به بیماریهای زمینه ای و شرایط مامایی مادر توجه شود و در صورت نیاز، مشاوره های تخصصی برای بیماریهای زمینه ای داده شود. مسئولیت سلامت با پزشک متخصص زنان است و نحوه مدیریت بیماری و ختم بارداری با کمیته بیمارستانی چند رشته ای با مدیریت متخصص زنان و زایمان شامل متخصص بیهوشی یا اینتنسویست، داخلی، فوق تخصص ریه، کودکان یا نوزادان، عفونی، رادیولوژی، قلب، و رشته های دیگر بر اساس شرایط مادر، انجام می شود.

در صورت تداوم علائم زیر و با تشخیص و صلاحدید پزشک معالج، بیمار ممکن است نیازمند مراقبت در بخش ویژه باشد:

- هیپوکسمی مقاوم به درمان غیر تهاجمی
- کاهش سطح هوشیاری
- ناپایداری همودینامیک
- هیپرکپنیا- خستگی تنفسی

در بیماران فوق فاصله پایش عملکرد ارگانها باید کمتر شده و اقدامات حمایتی و درمان اختصاصی تر انجام شود.

جهت مدیریت مراقبت بیماران در مراحل شدید/ بحرانی مطابق ضمیمه "مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در ICU" نسخه

۰۹ اقدام شود

آزمایش های توصیه شده برای موارد بستری

آزمایشات بیماران مشکوک به کووید-۱۹ عمدتاً به دو دسته تقسیم می شوند:

- آزمایشاتی که برای تشخیص بیماری کووید-۱۹ انجام می شود.
- آزمایشاتی که برای ارزیابی شدت بیماری و سیر بالینی توصیه می شود.

در بسیاری از موارد، سیر آزمایشات بیمار مانند سیر بیماری، برای تصمیم گیری های درمانی بیمار تعیین کننده است. در جدول شماره ۱ آزمایشات لازم به عنوان آزمایشات زمان بستری، برای تعیین پیش آگهی احتمالی، ارزیابی احتمال پیشرفت بیماری و ارزیابی عملکرد ارگان های داخلی بدن پیشنهاد شده است. بدیهی است که در نهایت درخواست سایر آزمایش ها بر مبنای تصمیم گیری بالینی پزشک معالج خواهد بود

جدول شماره ۱: آزمایشات بیماران بستری در بیمارستان

آزمایش های روتین	
روز اول بستری (درخواست این آزمایشات و تکرار آن می تواند بر اساس نیاز فرد و به صلاحدید پزشک و متناسب با بیماری زمینه ای فرد نیز باشد):	
CBC	
ESR	
Quantitative CRP	
BUN/Cr, ALP, SGPT, CPK, SGOT	
P, K, Na, Mg, Ca, BS	
LDH	
Ferritin (در صورت دسترسی)	
ECG (اولیه به عنوان پایه تا در مورد ادامه سیر بیماری یا عوارض دارویی بتوان قضاوت کرد-اندازه QT در پرونده بیمار ثبت شود)	

آزمایشات زیر بر اساس شرایط بالینی بیمار (شدت بیماری) ممکن است درخواست و/یا تکرار شود:

• ABG, Ferritin, LDH, D-dimer برای تمام مادران با درصد اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵ درصد

در صورت بروز علائم نارسایی حاد کلیوی (افزایش کراتینین سرم بیش از ۰.۳ از حد پایه)

• U/A

• BUN/Cr

• Pr/Cr ادرار

آزمایشات زیر در صورت صلاحدید پزشک و امکان دسترسی ممکن است درخواست شود:

• Fibrinogen

• NT-proBNP

• INR,PTT,PT

در صورت الزام بالینی

• کشت خون در صورت شک به عفونت باکتریال

• Procalcitonin (شک به عفونت ثانویه باکتریال)

• تست های تشخیصی HBV, HCV

*نتایج آزمایشگاهی غیر طبیعی همراه با مرحله شدید بیماری	
افزایش	
D.Dimer	>1000ng/ml
CRP	>100mg/l
LDH	>245units
Troponin	>2× the upper limit of normal (normal range for troponin T high sensitivity: females 0 to 9 ng/L)
Ferritin	>500 mcg/L (normal range: females 10 to 200 mcg/L)
CPK	2× the upper limit of normal (normal range: 40 to 150 units/L)
کاهش	
Absolute lymphocyte count	<800/microL (normal range for age ≥21 years: 1800 to 7700/microL)

سایر آزمایشات: ترومبوسیتوپنی، افزایش آنزیمهای کبدی و افزایش PT، نشانه های آسیب حاد کلیوی است
 *این آزمایشات می توانند موید شدت بیماری باشند ولی ارزش پروگنوستیک ندارند .

مدیریت مراقبت و درمان موارد بستری

مطابق دسته بندی بیماران بر مبنای سیر بیماری افراد در فاز "ریوی متوسط"، "ریوی شدید" و "تشدید التهاب- خیلی شدید" می بایست بستری شوند.

۱. فاز ریوی متوسط

در صورت تشخیص فاز متوسط با هماهنگی استاد معین ترجیحا مادر به بیمارستان مرجع کووید ارجاع داده شود.

اقدامات تشخیصی

الف - تست های تشخیصی کووید-۱۹: برای تمام موارد بستری تست مولکولی باید درخواست شود.

ب- تست تشخیصی کووید -۱۹ سرولوژی (IgG, IgM): در حال حاضر توصیه نمی شود.

ج- سایر آزمایش ها: بر اساس شرایط بالینی بیمار و مطابق جدول شماره ۲ می تواند توصیه شود.

د- اقدامات تصویر برداری: اقدامات تصویر برداری (رادیوگرافی ریه / CT scan ریه) بر اساس شرایط بیمار و تصمیم پزشک توصیه می شود

سی تی اسکن در صورت لزوم باید انجام شود و دوز اشعه با توجه به اندازه آن باعث آسیب به جنین نخواهد شد. (تنظیمات و توصیه های مربوط به LOW DOSE HRCT پیوست می باشد.)

اقدامات مراقبت و درمان

اقدامات توصیه شده برای این بیماران شامل موارد زیر است:

- اکسیژن درمانی* مهمترین اقدام است و باید با نظارت دقیق انجام شود. هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد و در صورت عدم پاسخ بیمار، برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به بیمار تصمیم گیری شود. ارجحیت با High flow nasal Canula and NIV می باشد
- اصلاح آب و الکترولیت و سایر درمان های حمایتی مورد نیاز
- رعایت اصول بهداشت فردی (شستشوی دست ها، ماسک و ...)
- جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- بطور کلی آنتی بیوتیک در درمان کووید-۱۹ ضرورتی نداشته و توصیه نمی شود. در بیماران با شک به CAP^y و سایر علل عفونی، برای تجویز آن تصمیم گیری شود

۲. فاز ریوی شدید/ بحرانی

اقدامات تشخیصی

- الف -تست مولکولی (RT-PCR) کووید-۱۹: در صورتی که از شروع بیماری تا این زمان ارسال نشده باشد
 - ب-تست سرولوژی (IgG,IgM) کووید-۱۹ : توصیه نمی شود
 - ج-سایر آزمایشات: بر اساس شرایط بالینی بیمار و مطابق جدول شماره ۲ می تواند توصیه شود
- همان گونه که در جدول اشاره شده است، درخواست آزمایشات زیر بر اساس شرایط بالینی بیمار ممکن است صورت گیرد و با تواتر مناسب تکرار شود.

• ABG ,ALT ,AST ,Ferritin ,LDH ,D-dimer

درخواست آزمایشات زیر در صورت صلاحدید پزشک و امکان دسترسی ممکن است صورت گیرد:

• IL6 , Fibrinogen,NT-proBNP, در موارد در دسترس

د-توصیه های رادیولوژیک:

انجام سی تی اسکن در صورت لزوم برای بررسی از نظر وسعت بیماری باید انجام شود و LOW DOSE HRCT در بارداری مجاز می باشد. (تنظیمات و توصیه های مربوط به LOW DOSE HRCT پیوست می باشد).
تکرار سی تی اسکن بر اساس شرایط مادر و اندیکاسیونهای خاص قابل انجام است.

اقدامات مراقبت و درمان

اقدامات توصیه شده بر در مرحله شدید شامل موارد زیر می باشد:

- اکسیژن درمانی که باید به دقت انجام شود. این کار در حقیقت مهمترین اقدام درمانی است و باید با نظارت دقیق انجام شود. هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد و در صورت عدم پاسخ بیمار، برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به بیمار تصمیم گیری شود. ارجحیت با High flow nasal Canula and NIV می باشد
- اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- بطور کلی آنتی بیوتیک برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد و توصیه نمی شود. در بیماران با شک به عفونت های باکتریال تنفسی و سایر علل عفونی برای تجویز آن تصمیم گیری شود
- بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و فاصله گذاری اجتماعی تا زمان مقرر رعایت شود.
- افراد از نظر تشدید علائم بیماری به طور دقیق پایش شوند.

در مرحله بحرانی بیمار نیازمند مراقبت های ویژه می باشد و مراقبت های تنفسی بر اساس راهنمای مربوطه باید ارائه شود. این بیماران ممکن است نیازمند حمایت تنفسی تهاجمی (Mechanical ventilation) باشند. ضمیمه "مدیریت مراقبت و درمان مبتلایان به کووید-۱۹ در ICU" نسخه ۰۹ اقدام شود

- اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- آنتی بیوتیک بطور روتین برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد و توصیه نمی شود. در موارد مورد نیاز بیماران برای تجویز آن بر مبنای نظر پزشک متخصص تصمیم گیری شود
- رعایت بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم

سایر روش های درمانی:

درمانهای آنتی ویرال:

توجه: هیچگونه شواهدی مبنی بر تاثیر قطعی داروهای آنتی ویرال در درمان بیماری کووید ۱۹ وجود ندارد و عمدتاً درمانهای موجود به عنوان رژیم درمانی در صورت پیشنهاد، بررسی و تأیید در کمیته چند رشته ای سلامت مادران آن بیمارستان/دانشگاه قابل استفاده خواهد بود.

رمدزیویر: در صورت دسترسی، برای مادران بستری در بیمارستان با هماهنگی فوکال پوینت درمان بیماری کووید در بیمارستان قابل استفاده است. دوز دارو: ۲۰۰ میلی گرم روز اول IV و سپس ۱۰۰ میلی گرم روزانه IV برای ۵ روز. در صورت ترخیص بیمار قبل از اتمام دوره درمانی دارو قطع شود.

- ✓ کنتراندیکاسیون مصرف دارو: آلانین ترانسفراز مساوی یا بیشتر از ۵ برابر محدوده نرمال
- ✓ در صورت افزایش آلانین ترانسفراز مساوی یا بیشتر از ۵ برابر محدوده نرمال در طی درمان یا بروز سایر شواهد آسیب کبدی درمان قطع شود.
- ✓ در صورت لزوم استفاده از این دارو در بیماران با اختلالات کلیوی لازم است مشاوره با نفرولوژیست جهت بررسی عملکرد کلیوی به عمل آید.

استفاده از Convalescent plasma تنها در قالب کار آزمایی های بالینی ثبت شده کشوری یا دانشگاهی صورت می گیرد.

استفاده از سایر داروها و یا روش های درمانی تا زمان نهایی شدن نتایج مطالعات بین المللی در مورد هزینه اثربخشی این اقدامات، تنها در قالب پروژه تحقیقاتی به صورت کار آزمایی های بالینی ثبت شده کشوری صورت می گیرد.

هر گونه رژیم های درمانی دیگر، تنها در قالب مطالعات کار آزمائی بالینی ثبت شده و پس از تصویب در کمیته علمی کشوری کرونا ، اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و پس از تامین منابع مورد نیاز می تواند در مراکز درمانی اجرا شود. مراکز درمانی مجری کار آزمایی های بالینی موظفند نتایج را در اختیار کمیته علمی کشوری کرونا قرار دهند. لیست کار آزمایی های بالینی ثبت شده در سایت IRCT.ir قابل دستیابی است .

در مبتلایان به بیماری کووید ۱۹ نوعی از اختلال انعقادی دیده می شود که تحت عنوان کووید کواگولوپاتی شناخته میشود. در این نوع اختلال انعقادی افزایش سطح مارکرهای التهابی و فیبرینوژن و دی دایمر دیده میشود و در ابتدای تظاهر، اختلال در تست های PTT، PT و شمارش پلاکتی ناشایع است. این نوع اختلال انعقادی با بروز حوادث ترومبوآمبولی همراه است. وجود شواهد انعقاد منتشر داخل عروقی با پیش آگهی نامطلوب در این بیماران همراه می باشد. در مطالعات نشان داده شده است که استفاده از پروفیلاکسی با انوکسپارین یا هپارین در موارد شدید بیماری کووید-۱۹ یا بیمارانی که سطح دی دایمر بیشتر از ۶ برابر نرمال دارند باعث کاهش مرگ و میر شده است.

در این زمینه رعایت موارد زیر حائز اهمیت است:

۱. در تمام مادران بارداری که به دلیل ابتلا به بیماری کووید ۱۹ در بیمارستان بستری می شوند، پروفیلاکسی دارویی به وسیله انوکسپارین یا هپارین توصیه می شود. (در مادران بارداری که بنا به دلایل مامایی بستری شده اند یا در مراحل بدون علامت بیماری یا خفیف هستند پروفیلاکسی دارویی بر اساس دستور عمل ارائه خدمات مامایی و زایمان انجام شود).
۲. در انتخاب دوز و نوع داروی ضدانعقاد پروفیلاکسی میزان خطر خونریزی، عملکرد کلیوی، شمارش پلاکتی و وزن بیمار باید مورد توجه قرار گیرد.
۳. در بیماران بستری در بیمارستان که شرایط بالینی *critical* ندارند (در بخش های مراقبت ویژه بستری نیستند) پس از ارزیابی خطر خونریزی دوز استاندارد پروفیلاکسی آنتی کواگولانت توصیه میگردد. در موارد نزدیک به زایمان و یا بلافاصله پس از زایمان در صورت اندیکاسیون تجویز هپارین ارجح است.

- زنان باردار نزدیک به زایمان که در مرحله شدید یا بحرانی بیماری نیستند: UFH 5000u/SQ BD در بیماران با BMI ≥ 40: Heparin 7500 IU SC BD
- در زنان باردار با فاصله چندین روزه تا زایمان و یا پس از زایمان: Enoxaparin 40 md Daily و در بیماران BMI ≥ 40: Enoxaparin 60 mg SC Daily
- ۴. در بیمارانی که شرایط بالینی **critical** دارند (در بخش های مراقبت ویژه بستری می باشند) ، پروفیلاکسی با دوز متوسط آنتی کواگولانت توصیه میشود. دوز متوسط عبارت است از: انوکساپارین ۶۰ میلی گرم یک بار در روز و یا هپارین ۷۵۰۰ واحد دو بار در روز زیر جلدی.
- ۵. تغییر دوز داروی آنتی کواگولانت پروفیلاکسی صرفاً بر اساس عدد دی دایمر توصیه نمی شود.
- ۶. در بیمارانی که تست های انعقادی مختل دارند تصمیم گیری در مورد استفاده از آنتی کواگولانت پروفیلاکسی در تیم چند تخصصی مدیریت بحران سلامت مادران آن بیمارستان/دانشگاه انجام شود.
- ۷. در بیمارانی که منع مصرف داروهای آنتی کواگولانت دارند، استفاده از روش های پروفیلاکسی مکانیکال مانند **compression stocking** توصیه میشود.
- ۸. در صورت شواهدی به نفع ترومبوآمبولی تشخیص و درمان مطابق دستور عملهای اداره سلامت مادران اقدام گردد.
- ۹. بیمارانی که به علل مدیکال دیگری تحت درمان با آسپیرین هستند، پس از بستری به علت کوید ۱۹ ادامه آسپیرین با مشاوره پریناتولوژیست / **intensivist** توصیه می شود.
- ۱۰. ضمن رعایت مراقبت های مربوط به شروع دارو های ضد انعقاد مانند زمان جراحی، مواردی که تجویز این داروها بدون انجام تستهای تشخیصی پیشنهاد می گردد عبارتند از:
 - بیماران اینتوبه که به صورت ناگهانی دچار شواهد بالینی (مثلاً کاهش اشباع اکسیژن) و آزمایشگاهی ترومبوآمبولی می شوند.
 - وجود علایم بالینی منطبق بر ترومبوز روی ارتریال لاین یا کاتتر CVP مانند ترومبوفلبیت سطحی یا ایسکمی و سیانوز محیطی یا ترومبوز فیلتر و یا کاتتر دیالیز یا وجود پورپورای مشبک (retiform purpura) در اندامها
 - در بیماران با نارسایی تنفسی به خصوص وقتی دی دایمر و یا فیبرینوژن بسیار بالا باشد علت دیگری مانند سندروم زجر تنفسی حاد یا اورلود توجیه کننده علایم بیمار نباشد و ترومبوآمبولی بسیار مورد ظن باشد.
 - بیمارانی که تحت درمان با **ECMO**^۸ یا **CRRT**^۹ قرار می گیرند.

:Convalescent plasma

تصمیم به تجویز پلاسمای بهبود یافته در قالب تراپال با ثبت مشخصات مادر و بعد از تایید تیم مدیریت بحران مادر تحت درمان مجاز می باشد. در همین راستا توصیه شده است که در صورت تجویز پلاسمای نقاهت بهتر است در ۳ روز اول شروع علائم، تجویز شود^{۱۱،۱۰} بدیهی است که برای استفاده، پلازما باید حاوی تیترا مناسب آنتی بادی باشد. احتمال بروز عوارض نامطلوب ناشی از دریافت پلاسمای نقاهت با تیترا پایین آنتی بادی نیز مطرح شده است^{۱۲،۵}.

کورتیکواستروئید ها:

برای همه مادران در موارد شدید و بحرانی بیماری کوئیکواستروئید به شرح زیر تجویز شود:

دگزامتازون ۶ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز و یا پردنیزولون خوراکی روزانه ۴۰ میلی گرم تا ده روز یا زمان ترخیص هرکدام زودتر رخ دهد در صورت سن بارداری ۲۴ تا ۳۳ هفته و شش روز ابتدا دوز درمانی بلوغ ریه جنین دگزامتازون: ۴ دوز ۶ میلی گرم تزریق عضلانی هر ۱۲ ساعت یا بتامتازون: ۲ دوز ۱۲ میلی گرم تزریق عضلانی هر ۲۴ ساعت داده شود و سپس مطابق درمان بالا ادامه یابد.

در بیماران باردار مبتلا به کووید برای مدیریت طوفان سیتوکینی، قبل از ختم بارداری یا هر مداخله جراحی، استرس دوز اولیه ۲۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون توصیه می شود.

سپس ۲۰۰ mg هیدروکورتیزون یا معادل آن بلافاصله پس از عمل و روز بعد توصیه می شود و در ادامه دگزامتازون ۶ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز یا زمان ترخیص هرکدام زودتر رخ دهد.

تبصره 1: بیمارانیکه با ماسک اکسیژن معمولی ساچوریشن اکسیژن شریانی کمتر از ۹۰٪ دارند حتی اگر با ماسک رزروئور و یا NIV، اگر ساچوریشن بیشتری هم داشته باشند، در این گروه قرار میگیرند.

تبصره ۲: بیمارانیکه دچار لنفوپنی، افزایش آنزیم های کبدی و افزایش CRP هستند در صورتیکه مشکل دیگری ندارند حداقل دوز کورتون را دریافت نمایند.

تبصره ۳: برای مدیریت بالینی بیمارانیکه دچار شواهد میوکاردیت هستند مشاوره قلب از نظر تعیین دوز درمانی کورتیکواستروئید و درمانهای مربوطه انجام گیرد.

معادل سازی ترکیبات کورتیکواستروئید ها :

50 mg prednisolone

40 mg methylprednisolone

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 علائم 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 ۱۹ در بارداری می تواند با پره اکلامپسی، سندرم هِلپ (افزایش آنزیم های کبدی، همولیز، کاهش پلاکت) شباهت داشته باشد.

آسیب حاد کلیه در کووید ۱۹ 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.

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 -۱۹ 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 ۹۵٪ حفظ شود. اگر این میزان به کمتر از ۹۵٪ برسد، گازهای خون شریانی، جهت تعیین میزان فشار نسبی اکسیژن شریانی اندازه گیری می شود. اندازه PaO2 بیش از ۷۰ 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 ۹۲٪ تا ۹۵٪ مناسب است. در بخش مراقبت ویژه، افراد در مرحله شدید بیماری در پرون پوزیشن (خوابیده روی شکم) و یا خوابیده 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 ۲۴ 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.

آسپیرین با دوز پایین و داروهای غیر استروئیدی ضدالتهابی:

- برای زنان با ابتلای احتمالی یا قطعی به کووید -۱۹، در صورتی که آسپیرین استفاده می کرده اند، تداوم مصرف بر اساس شرایط فردی مشخص می شود. و توصیه می شود در صورت پلاکت زیر ۵۰ هزار آسپیرین قطع گردد.
- مادران بارداری که به دلیل بیماری، داروهای غیر استروئیدی ضدالتهابی استفاده می کرده اند، با مشاوره با پریناتولوژیست باید مصرف را ادامه دهند.
- در زنان مبتلا یا محتمل ابتلا به کووید -۱۹، در موارد زایمان زودرس، مدیریت شرایط بر اساس تصمیم تیم چند تخصصی مدیریت بحران خواهد بود و در صورت تصمیم به مهار زایمان زودرس، اقدامات مطابق دستور عمل کشوری سلامت مادران خواهد بود.

- 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 ۱۴ 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 ۱۸-۲۳ 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 -۱۹ بدون علامت یا با علایم خفیف بیماری با سن بارداری ۳۹ هفته یا بیشتر ختم بارداری را می توان در نظر داشت
برای بارداری کمتر از ۳۹ هفته و نوع غیر شدید، که اندیکاسیون مامایی یا طبی دیگری برای ختم بارداری ندارد، زایمان اندیکاسیون ندارد و 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 چندقلویی و پلی هیدرآمنیوس) 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 ۳۲-۳۴ بارداری را در شرایطی که حال عمومی مادر رو به بدتر شدن می باشد، توصیه می کنند و در مادران با بیماری شدید غیر اینتوبه با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته، ختم بارداری را بدلیل مشکلات پره مجاوریتی توصیه نمی کنند.
- در مادران باردار اینتوبه با وضعیت بحرانی: بعد از ۳۲-۳۴ 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 ۳۲ هفته، تا زمانی که شرایط مادر تثبیت یا رو به بهبود باشد، تداوم حمایت مادر با مونیتورینگ جنینی ادامه می یابد.

Thanks For Attention

























