
بسم الله الرحمن الرحیم

زمان ختم بارداری در زنان مبتلا :

- بیماری غیر شدید
  - ۳۹ هفته یا بیشتر ختم بارداری را می توان در نظر داشت .
  - در موارد اندیکاسیون مامایی یا بیماری های طبی بر اساس تصمیم تیم بحران .
- بیماری شدید / بحرانی
  - زمان زایمان بر اساس شرایط فردی تعیین می شود .

- الف)

- در مادران باردار بستری که پنومونی دارند ولی اینتوبه نیستند :
  - ختم بارداری بعد از هفته ۳۲ – ۳۴ بارداری در شرایطی که حال عمومی مادر در حال بدتر شدن می باشد .
- ب)
  - در مادران با بیماری شدید غیر اینتوبه با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته ختم بارداری توصیه نمی شود .

- **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 .

روش زایمان در مبتلا / مشکوک به کووید –۱۹ :

- ابتلا یا احتمال ابتلا به کووید -۱۹ علتی برای تغیر روش زایمان نیست . سزارین بر اساس اندیکاسیون های طبی یا مامایی انجام می گیرد .

- در موارد اینتوبه می توان ایندکشن انجام داد ولی تصمیم برای روش ختم بارداری توسط تیم مدیریت بحران است .

- آنالژزی و آنستزی :
  - روش بیهوشی نورآکزیال برای کاهش درد های زایمانی ممنوع نیست .
  - استفاده از نیتروس اکساید توصیه نمی شود .

- در موارد بیهوشی عمومی (اینتوباسیون / اکستوباسیون)، استفاده از ماسک ان ۹۵ توسط تیم درمان لازم است .

- منزیم سولفات :

- در زنان با مشکلات تنفسی، به علت ایجاد دپریسیون تنفسی، تصمیم در این رابطه با تیم چند تخصصی مدیریت بحران است .

- در بیماران اینتوبه ، مراقبت های بیشتر در زمان تجویز این دارو لازم است .

مدیریت زایمان :

- مانیتورینگ الکترونیک مداوم جنین .
- مصرف مایعات و حجم ادرار مانیتور شود .
- حجم توتال مایعات تجویزی ۷۵ میلی لیتر در ساعت .
- در موارد هیپوکسی مدیریت خونریزی پس از زایمان مد نظر قرار گیرد .
- در تاکی کاردی مادر علاوه بر مسائل قلبی و تنفسی به علل مامایی مانند خونریزی ها توجه خاص شود .
- ذخیره خون بند ناف در صورت وجود پروتکل مشخص پیشگیری از انتقال عفونت و محل جداگانه نگهداری قابل انجام است .

نکات مهم :

- در بیماران کووید -۱۹ 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 جدا سازی شوند .
- **مادران مشکوک / قطعی بدون علامت :** مراقبتهای روتین پس از زایمان .
- **مادران مشکوک / قطعی در مرحله خفیف بیماری :** چک علائم حیاتی ، مایعات مصرفی و دفعی و ثبت آن هر ۴ ساعت تا ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی و تا ۴۸ ساعت پس از سزارین لازم است .
- **بیماران با بیماری متوسط :** پالس اکسیمتری مداوم در ۲۴ ساعت اول زایمان یا تا بهبود علائم و نشانه ها هر کدام طولانی تر باشد توصیه می شود .

بیماری شدید / بحرانی :

- مانیتورینگ دقیق در بخش های مراقبت ویژه . در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یکبار سپس هر نیم ساعت تا دو ساعت و در ادامه هر یک ساعت تا سه ساعت و ادامه مراقبت بر اساس شرایط . مراقبت ها توسط ماما انجام می شود .
- مادر توسط متخصص زنان مسئول تا زمان تشکیل تیم بحران حداقل ساعتی یک بار ویزیت شود .

نکته :

- در مادران پس از زایمان در موارد هیپوکسمی و یا تنگی نفس ، تشخیص افتراقی شامل کووید ۱۹ شدید ، سپسیس ، آنفلونزا ، کاردیومیوپاتی و آمبولی ریوی می باشد .

- در هر مادر باردار در هر مرحله ای از زایمان که تا کنون 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 :

- **تشخیص افتراقی تب** :
- عفونت کووید -۱۹ ، اندومتریت پس از زایمان ، عفونت محل جراحی ، التهاب یا عفونت پستان ، آنفلوانزا ، پیلونفریت ، عفونت های تنفسی باکتریال ، کولیت پسودومامبرانوس

پروفیلاکسی ترومبوآمبولی وریدی پس از زایمان :

- در صورتی که بدون علامت و یا دارای علائم خفیف ابتلا به کووید-۱۹ باشند و زایمان بدون مشکل داشته باشند و اندیکاسیون تجویز پروفیلاکسی را ندارند ، لزومی به تجویز نیست .
- در مواردی که اندیکاسیون پروفیلاکسی وجود دارد ، مطابق دستورالعمل اقدام شود .
- در موارد بیماری متوسط / شدید یا بحرانی که پروفیلاکسی را از قبل زایمان دریافت می کرده اند ، در صورت تداوم بی حرکتی ، جراحی اخیر ، توصیه به ادامه پروفیلاکسی می شود .

مراقبت از نوزاد :

- ۱ . مشاوره پریناتال توسط پزشک نوزادان با مادر مشکوک / مبتلا
- ۲ . دو درصد از نوزادانی که از مادران مبتلا به کووید ۱۹ به دنیا آمده اند ۲۴ الی ۹۶ ساعت اول تولد تست PCR مثبت داشته اند . انتقال عفونت به نوزاد بیشتر افقی بوده و از طریق مادر یا مراقبین نوزاد کسب می شود . ترشحات تنفسی و بزاق ، مایعات مهم عفونی در انتقال فرد به فرد می باشند ، تمام نوزادان متولد شده از مادر مشکوک یا مبتلا به کووید ۱۹ باید تا آماده شدن جواب تست PCR نوزاد ، مشکوک در نظر گرفته شوند .
- ۳ . احیای این نوزادان با استفاده از وسایل حفاظت شخصی
- ۴ . در زمان تولد نوزاد ، پزشک مسئول نوزاد یا تیم احیای پیشرفته نوزاد ، وسایل حفاظت شخصی بر تن داشته باشند و برای احیای نوزاد باید فضایی جدا از اتاق زایمان و جدا از محل احیای نوزادان سالم وجود داشته باشد . در صورت نداشتن مکان جداگانه ، فاصله ی مادر و نوزاد حداقل دو متر باشد .

- ۵ . تماس پوستی مادر و نوزاد در بدو تولد در مواردی که مادر و نوزاد حال عمومی خوب دارند یا مادر و نوزاد هر دو بدون علامت باشند بلامانع است .
- ۶ . تمام نوزادان متولد شده از مادرانی که طی ۱۴ روز قبل از زایمان مبتلا به کووید-۱۹ می باشند ، اگر مادر توانایی مراقبت از نوزاد را ندارد ، به وسیله ی انکوباتور از قبل گرم شده به بخش (ایزوله) یا فضای تعیین شده ، انتقال یابند . در صورت توانایی مادر ، در مراقبت از نوزاد و نیز عدم نیاز نوزاد به بستری ، نوزاد با مادر هم اتاق خواهند شد .
- ۷ . برای گرفتن اثر کف پای نوزاد ، از پد پنبه ای که به استامپ زده و جوهری می شود به کف پای نوزاد کشیده و برگه کاغذی مربوط به اثر کف پای نوزاد ، پس از قرار دادن در یک کاور پلاستیکی ، در پرونده بالینی نوزاد قرار گیرد .

تاخیر در بستن بند ناف (DCC):

- در مادران مبتلا به کووید ۱۹ نیز حداقل به مدت بیش از ۳۰ ثانیه ، مانند مثل سایر نوزادان ، باید اجرا شود . مادران مبتلا و 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 ۳۴ هفته :

- ریسک کسب عفونت توسط نوزاد از مادر ، پایین می باشد . در نوزادان ترم یا پره ترمی که وضعیت تنفسی خوب است ، تماس پوست با پوست بلافاصله 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 .

برای کاهش خطر انتقال ویروس از مادر ، باید :

- ۱ . در صورت پایدار بودن وضعیت نوزاد ، برای برقراری تماس پوست با پوست نوزاد تازه متولد شده با مادر ؛ الزاماً باید دست ها و حداقل یکبار پستان مادر (در صورت نیاز) با آب و صابون شسته و مادر باید همیشه ماسک جراحی داشته باشد .(از شستشو پستان با مواد ضد عفونی کننده و بویژه با پایه الکلی پرهیز شود)
- ۲ . در صورتی که وضعیت بالینی مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید ۱۹ ، به گونه ای باشد که قادر به مراقبت از نوزاد خود نباشد ، نوزاد مشکوک یا بدون علامت باید به طور موقت از وی جدا شده و اتاق دیگری توسط همراه سالم در انکوباتور نگهداری شود .
- ۳ . جدا سازی مادر و نوزاد در نوزادانی که دارای بیماری شدید هستند ضروری است .
- ۴ . جداسازی مادر و نوزاد در مادر مشکوک یا مبتلا به کووید-۱۹ که تست PCR نوزاد نیز ، مثبت شده است و نوزاد نیاز به بستری ندارد ، نباید انجام شود .
- ۵ . 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 . بعد از شیر دادن باید نوزاد در فاصله دو متری مادر و ترجیحا در انکوباتور کنار مادر نگهداری شود و یک پرده شفاف پلاستیکی بین نوزاد و مادر قرار داده شود . اتاق تهویه مناسب داشته باشد . شیلد پلاستیکی صورت و ماسک ، در نوزادان نباید استفاده شود .