



مراقبت های طبی/مامایی در مادران بستری

مبتلا به کووید ۱۹

مبتلا به کووید ۱۹



دکتر شهناز برات

دانشیار و مدیر گروه زنان و زایمان دانشگاه

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 مراکز منتخب 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



## تشخیص افتراقی:



علائم بالینی : سردرد، اختلالات مغزی و عروقی، تشنج

علائم آزمایشگاهی : افزایش **PT**، **CRP**، افزایش دی دایمر، پروکلسی تونین، لوپوس آنتی کواگولانت مثبت، کاهش فیبرینوژن

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



## ارزیابی قلب جنین:



نیاز و فواصل ارزیابی قلب جنین به سن بارداری ، علائم حیاتی واکسیژناسیون 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.

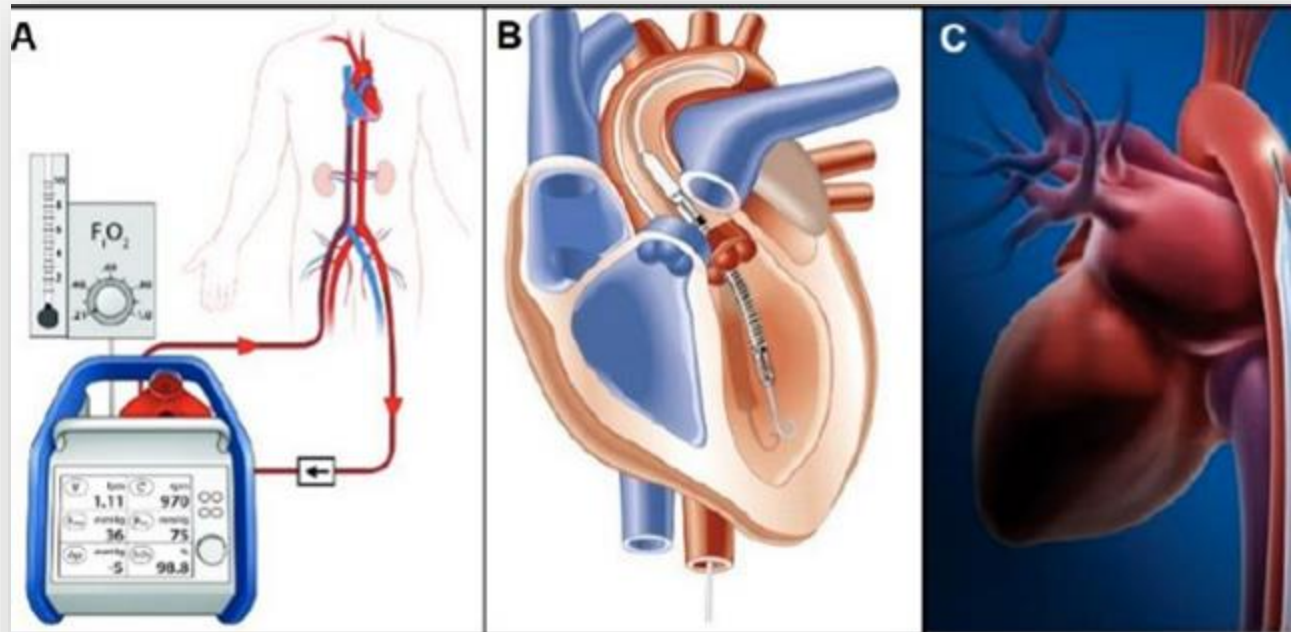


ولی در بارداری حتی قراردادن در وضعیت نیمه پرون خصوصا در نیمه دوم سخت است و در صورت عدم امکان پرون، در سن بارداری بالای ۲۴ هفته، قرار دادن بالش بالا و پایین رحم جهت کاهش فشار رحمی و مهار فشردگی آنورتوکاوال کمک کننده است.



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

## Extracorporeal membrane oxygenation



## 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 . 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 العمل کشوری سلامت مادران خواهد بود.





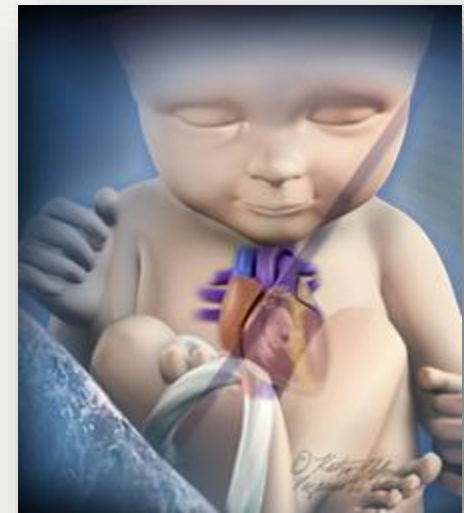
پیگیری مادر بارداری که از کووید - ۱۹ بهبود یافته است .





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 علائم شروع می شود .



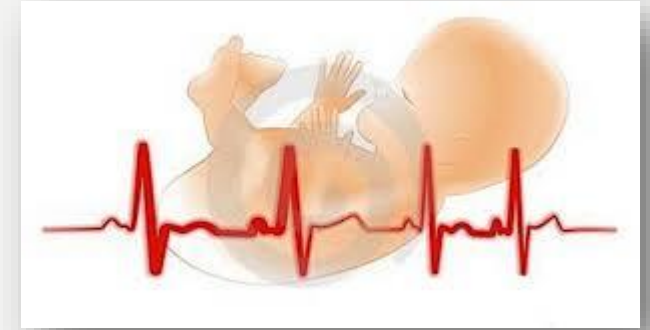


در موارد عفونت سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم، سونوگرافی سلامت جنین با جزئیات در ۱۸ - ۲۳ هفته توصیه می شود.

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







**NST** یا بیوفیزیکیال پروفایل بر اساس دستورالعمل سلامت مادران انجام شود.





# زمان ختم بارداری در زنان مبتلا به کوید ۱۹



## بیماری غیر شدید



برای اکثریت مادران باردار ترم مبتلا به کووید - ۱۹ بدون علامت یا با علائم 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 دستورالعمل 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
- 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 مادرو 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 غیراینتوبه با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته ، ختم بارداری را بدلیل مشکلات پره مچوریتی 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 می‌یابد.





☞ در مادرانی که در ابتدای بارداری به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده و بهبود یافته اند زمان ختم بارداری تغییری نمی کند و مطابق اندیکاسیونهای مامایی انجام می شود.

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





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.





# رویش زایمان در مادر مبتلا / مشکوک به کووید





ابتلا یا احتمال ابتلا به کووید - ۱۹ علتی برای تغییر روش زایمان نیست



★ برای مادران در شرایط حاد بیماری تنفسی یا مرحله بحرانی ، تصمیم گیری نحوه ختم بارداری بر اساس تصمیم گیری تیم مدیریت بحران انجام شود.

★ در موارد اینتوبه 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.





## ← آنالژزی و آنستزی :

در بیماران محتمل یا قطعی، استفاده از روش **بیهوشی نورآگزیکال** برای کاهش درد های زایمانی ممنوع نیست و این روش هم باعث کاهش فشارقلبی ریوی ناشی از درد واضطراب می شود و هم شانس انتشار عفونت ویروسی درفضا 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 آئروزیواسیون احتمالی در زایمان توصیه نمی شود.





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



در موارد بیهوشی عمومی (اینتوباسیون/ اکستوباسیون) ، استفاده از ماسک N95 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 براساس 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 ۷۵ 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 ، 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 کاندول بینی یا ماسک صورت به ترشحات تنفسی مادر، جهت انتقال ویروس به تیم درمان، رعایت شرایط استاندارد تماس با این وسایل تاکید 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 ( ۳۰ - ۶۰ 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.



# کنترل خونریزی پس از زایمان



مطابق دستورالعمل های ابلاغی توصیه می شود.

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 سے زایمان



**مادران مشکوک /قطعاً بیماری کووید ۱۹ :** می بایست از سایر مادران جدا سازی شده و مراقبت‌های مطابق دستورات زیر ادامه دهند.

**مادران مشکوک /قطعاً بدون علامت:** مراقبت‌های روتین پس از زایمان را دریافت نمایند.

**مادران مشکوک /قطعاً 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.

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 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 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.





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



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

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.



در صورتی که مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید ۱۹ ، 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 ) و 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 ۲ 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.





# گرددش کار تبع مدیریت بحران چند تخصصی



1- در زمان ورود یا پذیرش مادر باردار به بیمارستان حداکثر طی ۳۰ دقیقه اول بستری ویزیت توسط متخصص زنان انجام پذیرد.

2 - 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.

3 - تعیین اعضای تیم بر اساس شرایط مادر باردار خواهد بود و حداقل شامل متخصص بیهوشی /اینئتسیویست، 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 .



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

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

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

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

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

9 - کلیه اقدامات و تصمیمات مستند شود.



وظایف متخصص زنان مسئول سلامت مادر حین بارداری تا ۴۲ 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)

✓ جمع 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 - ۱۹ در دانشگاه برای تعیین تکلیف موارد خفیف با بیماری زمینه جهت اعزام یا مدیریت در منزل



Thank  
You!

