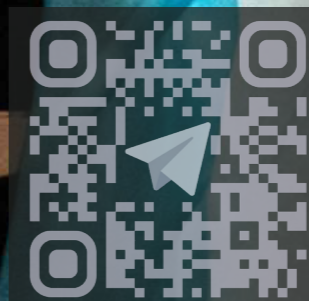




## در این شماره می خوانیم

۱۱	بررسی گرایش دکترای تولیدمثل
۶۱	آشنایی با بیماری -وزاک
۶۹	احیای نوزاد و اورژانس های اتاق زایمان
۷۹	چگونه می توانم در لینکدین شروع کنم؟





# شناسنامه اثر

اولین گاهنامه علمی تخصصی مامایی  
دانشگاه علوم پزشکی ایران  
شماره ششم  
تابستان ۱۴۰۲



صاحب امتیاز: الیکا عباس زادگان

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۸ / دانشگاه علوم پزشکی ایران



مدیر مسئول / سردبیر / ویراستار: دنیا بهرامی هزاوه

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۸ / دانشگاه علوم پزشکی ایران

صفحه آرا: مهرداد شهباز پور

کارشناسی اتاق عمل / ورودی ۹۶ / دانشگاه علوم پزشکی اراک

[@mahdadsp](#)

گروه نویسندگان:

ستایش سهیلی یکتا / نرگس سوری / فاطمه اسماعیلی  
فاطمه جوادی / سها بابازاده شایان / سارا شیرعلی نژاد  
فاطمه مدرس خیابانی / معصومه حسین زاده / سارای رجایی  
سیده زهرا موسوی / کوثر طایفه خانی / زهرا حسینجانی  
محدثه صحرايي / فاطمه صفی خانی / هستی جعفری  
زهرا دهاقین / یاسمن حاج سلیمی / دلنیا دلپذیر  
زهرا صادقی / فاطمه مهتدی / سپیده روزبهانی

# ماتایمز



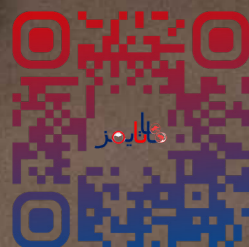
نشانی: تهران / بزرگراه همت جنب برج میلاد  
دانشگاه علوم پزشکی ایران

راه های ارتباطی: [@](#) [@](#)

کانال تلگرام نشریه [@mametimes\\_iums](#)

صفحه اینستاگرام نشریه [@mametimes.iums](#)

صفحه اینستاگرام انجمن [@iums\\_midwifery\\_asso](#)





# به نام خدایی که تن را نور جان داد

## فهرست

۱۱	ماماگرافی
۱۰	حرفه ای شو
۲۳	ژورنالیز
۲۹	ویزیت
۳۳	مادرانه
۴۵	دراگ استور
۵۵	خوشمزه
۶۱	ایزوله
۶۹	جوانه
۷۹	میدمارکتینگ
۸۷	روانشناس
۹۳	خبرگزاری
۱۰۱	صدای ماما
۱۰۳	کتابخانه



ویزیت

۲۹



۶۱

بخش ایزوله



دراگ استور

۴۵



میدمارکتینگ



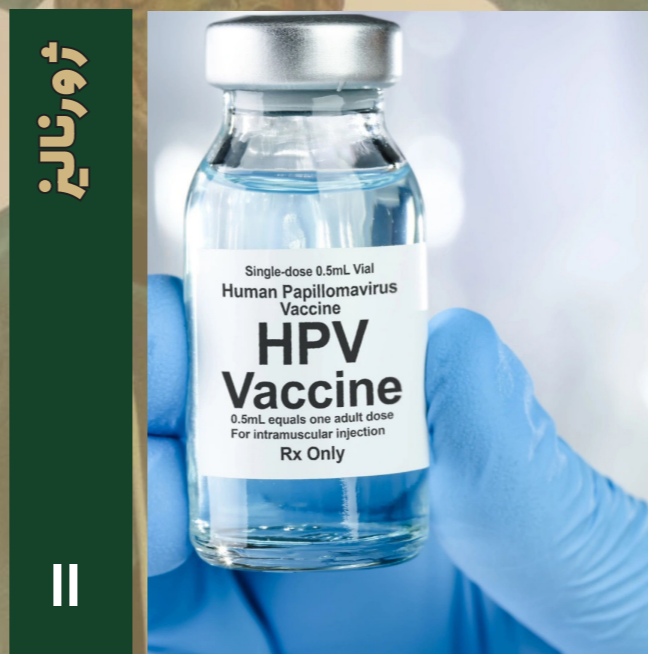
کتابخانه

۱۰۳



جوانه

۷۹



ژورنالیز

۱۱

روانشناسی

۸۷



۹۳

۱۰۱

۱۰۳



## سخن آغازین

به نام خداوند جان

مخاطبان عزیز ماماتایمز ایران ... سلام  
ششمین شماره از نشریه‌ی زیبای ما در روزهای بهاری نگاشته و در تابستان منتشر شد.  
مانند شماره‌های قبل با دغدغه‌ای همیشگی نسبت به افزایش آگاهی مخاطب در ارتباط با علم زنان، زایمان، مامایی و کودکان دست‌به‌قلم شدیم. ما افتخار می‌کنیم نشریه‌ای را ارائه می‌دهیم که رسالت آن خدمت به جامعه‌ی زنان، مادران، دختران و کودکان ایران جان است.  
روزهای پایانی تحصیل را سپری می‌کنم و یکی از مهم‌ترین دغدغه‌هایم ماماتایمزی است که با عشق و انگیزه فراوان آن را ساختیم و در این راه خانواده‌ی بزرگی تشکیل دادیم، امیدوارم ادامه یابد این راه و بزرگ‌تر شود این خانواده بعد از ما...  
اما با تمام سختی‌ها و مشغولیات فراوان روزهای نزدیک فارغ‌التحصیلی تمام سعی خود را کردم تا ماماتایمز با همان روال قبل نگاشته و منتشر شود امید دارم که شماره‌ی هفتم را نیز در کنار شما با مهر فراوان بنویسیم و شماره‌های بعد را نیز...  
طبق روال همیشه و با افتخار تشکر می‌کنم از تیم حرفه‌ای و باانگیزه‌ی ماماتایمز که با تعهد در کنار ما تلاش کردند برای انتشار ماماتایمزی زیباتر، پربارتر و ثابت‌قدم‌تر در جهت اهدافی مهم  
ما با عشق می‌نویسیم شما هم با عشق بخوانید ...

دنیا بهرامی هزاوه / سردبیر و مدیرمسئول ماماتایمز ایران



دنیا بهرامی هزاوه

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۸ / دانشگاه علوم پزشکی ایران

هدیر هئول / سردبیر





## ماماگرافی

هدف از تدوین این بخش، معرفی کامل رشته مامایی به شما دوستان عزیز است. این معرفی از بیان تاریخچه تا تعریف گرایش‌های ارشد و دکتر، طرح مامایی، طرح درس‌ها و غیره است.



## مادرانه

دیگر بر عالم و آدم عیان شده که یک بخش خیلی مهم در حرفه مامایی، مباحث مربوط به مادر و نوزاد است. اصلاً مگر می‌شود اسم ماما بیاید و حرفی از بارداری نشود؟ در این بخش، در هر شماره قرار است یک مسئله مربوط به بارداری را به شما آموزش دهیم. از بیماری‌های مربوط به دوران بارداری تا تغییرات بارداری؛ و البته چون بعد از بارداری می‌رسیم به مسائل شیردهی و نوزادی، پس مطمئناً این بخش‌ها هم به‌طور کامل پوشش داده خواهند شد.



## حرفه‌ای شو

از آن بخش‌هایی است که خودش دارد می‌گوید اینجا چه خبرهایی است. قرار است در هر شماره، یکی از بیماری‌های زنان، مسائل مربوط به رشد و بلوغ، یائسگی، غربالگری‌ها و در کل هر آنچه به علم زنان مربوط است را از «الف تا ی»، برایتان بیاوریم. همچنین افتراق‌های مهم، شاه‌علامت‌های بیماری‌ها، داروهای رایج و هر چیزی که ممکن است حفظ کردنش چالش‌برانگیز و گیج‌کننده باشد را تحت عنوان «نقطه سر خط» بنویسیم؛ تا بتوانید از آن عکس گرفته و یا نسخه چاپی را به دیوار اتاقتان بزنید و هرروز مرور کنید.



## دراگ‌استور

جزو بخش‌هایی است که از این شما اضافه کردیم. از دسته بندی داروهای مختلف در دوران بارداری شروع میکنیم و در هر شماره از نشریه، داروهای ویژه ی درمان یک بیماری در دوران بارداری را بررسی خواهیم کرد.



## ژورنالیز

یه ترکیب طلایی از دو واژه ژورنال و آنالیز. تقریباً هیچ شکی درش نیست که در هر رشته‌ای که باشید، لازم است از مقالات معتبر و به‌روز آن رشته آگاهی یابید؛ و شاید بررسی چندین و چند پایگاه داده در هرروز برایتان مقدور نباشد. پس ما آمده‌ایم تا در این بخش، در هر شماره، یک مقاله جدید و به‌روز و مربوط با موضوع «حرفه‌ای شو»ی آن شماره را برایتان تحلیل کنیم.



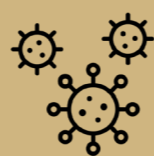
## خوشهزه

رژیم غذایی مناسب برای بیماری‌های مختلف در دوران بارداری را شرح خواهیم داد. با دنبال کردن این بخش قادر خواهید بود در کنار درمان‌های دارویی، با پیشنهاد رژیم غذایی متناسب با وضعیت مادر به او در مدیریت بیماری کمک کنید.



## ویزیت

در این بخش نویسنده یک کیس از بیماری‌های زنان، دوران بارداری، نوزادان یا کودکان را شرح میدهد و به دنبال آن نحوه ی مدیریت، پیگیری‌ها و درمان را شرح میدهد. این بخش کاملاً مطابق یک ویزیت مامایی طراحی شده است و مهارت شما را در خخط درمان‌های متفاوت بالا میبرد.



## ایزوله

بیماری‌های عفونی جزو مهم‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری‌ها برای تمام انسان‌ها به‌خصوص افراد با سیستم ایمنی پایین مثل خانم‌های باردار و کودکان، هستند. در بخش ایزوله قصد داریم تا در هر شماره به+ یک یا دو بیماری عفونی مهم اشاره کنیم.





## جوانه

هدف ما از قرار دادن این بخش در نشریه، آموزش مطالب مربوط به علم جنین و نوزادان از کل تا جز است. در این تیتر سعی می‌کنیم تمامی مطالب منتشرشده، خلاصه‌ای از رفرنس‌های اصلی این درس در رشته مامایی باشد.



## صدای ماها

در این قسمت از ماماتایمز، ما صدای ماماها می‌شویم و هر دغدغه و گله و شکایتی که داشته باشند را منتشر می‌کنیم کاملاً واضح و صریح ... از مشکلات و درد دل‌های دانشجویان گرفته تا ماماها‌های شاغل و حتی اساتید.



## هیدمارکتینگ

در دنیای دیجیتال و مجازی، از اصول مهم هر کسب‌وکاری این است که بدانید چگونه در دنیای واقعی و مجازی کسب‌وکار خود را ترقی داده و جایگاه کاری خود را بالاتر ببرید. در این بخش اصولی که باید برای راه انداختن یک کسب‌وکار مجازی رعایت کنید را یاد می‌گیرید. هم‌چنین شیوه‌های مطب داری، بازاریابی مامایی و غیره را نیز به شما می‌گوییم تا راحت‌تر بدانید شرح وظایف‌تان چیست و کجاها می‌توانید استخدام شوید و در کل هر چیزی که برای تضمین آینده کاری نیاز دارید در اینجا خواهد آمد.



## کتابخانه

بخشی مختص کتاب‌خوان‌ها، چه چیزی از این جذاب‌تر؟ از شماره‌ی سوم تصمیم گرفتیم تا کتاب‌های مفیدی که دانشجویهای دیگر تجربه‌ی خواندنشان را دارند، معرفی کنیم تا شما هم بخوانید و لذت ببرید.



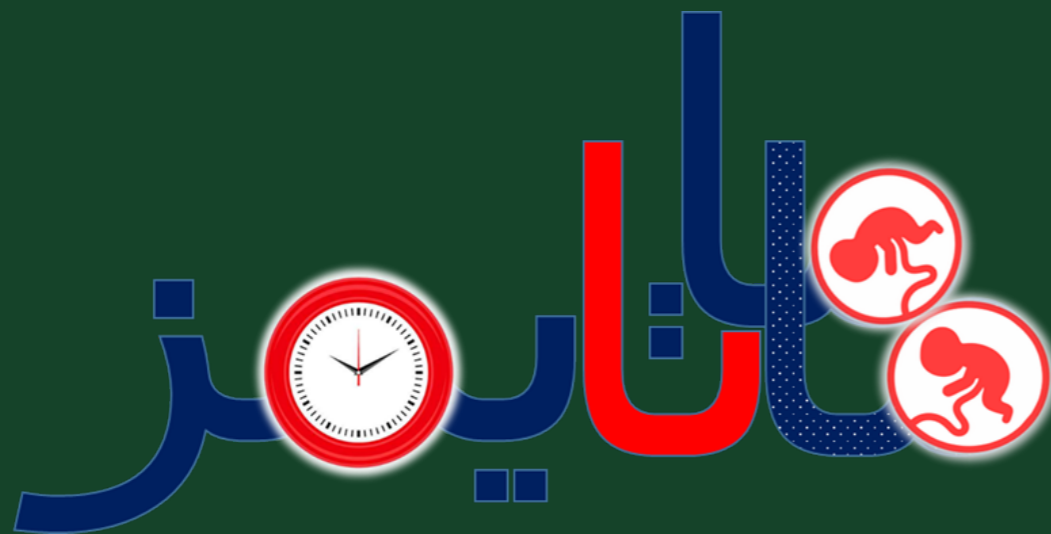
## روانشناسی

فرض کنید مادر بارداری در دوران بارداری با یک اختلال روحی روانی مواجه شود و یا یک فرد با مشکلات روحی و روانی باردار شود ..... چگونه او را راهنمایی خواهید کرد؟ در بخش روانشناسی در هر شماره چند اختلال روانی مهم را در بارداری مطرح خواهیم کرد تا مهارت لازم را به دست آورید.



## خبرگزاری

تا حالا شده یک کارگاهی را بخواهی شرکت کنی ولی ندانی کدامیک بهتر است؟ یا شده بخواهی خبرهای مهم علمی و افتخارآفرینی‌های پزشکی را یکجا و به‌صورت خلاصه بخوانی؟ یا حتی بدانی جدیدترین اختراعات در چه حوزه‌هایی بوده‌اند؟ اگر آری؛ پس بدان که این بخش فقط برای خودت نوشته‌شده.







# ماماگرافی



بررسی گرایش دکترای تولیدمثل از کنکور تا بعد فارغ التحصیلی



ستایش سهیلی یکتا

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۸ / دانشگاه آزاد کرج

در شماره پنجم ماماتایمز درباره طرح مامایی صحبت کردیم و در این شماره به موضوع دکترای مامایی در این رشته می‌پردازیم و بیشتر در حیطه گرایش تولیدمثل همراهتان هستیم.

گرایش‌های دکترای مامایی در ایران در حال حاضر شامل رشته‌های زیر می‌باشد:

- بیولوژی تولیدمثل
- بهداشت باروری
- سالمند شناسی
- فیزیولوژی
- انفورماتیک پزشکی
- سلامت در بلایا و فوریت‌ها
- سلامت و رفاه اجتماعی
- اپیدمیولوژی
- مددکاری اجتماعی
- گفتاردرمانی

در این بین به بررسی گرایش بیولوژی تولیدمثل در این شماره می‌پردازیم.





### این موارد شامل:

- پژوهشی
- مدیریتی
- آموزشی
- مشاوره‌ای



#### درزمینه مدیریتی

- نظارت و هماهنگ شدن لازم جهت کنترل کیفی و کمی آزمایشگاه‌ها در راستای افزایش موفقیت روش‌های لقاح آزمایشگاهی در درمان افراد نازا در سطح کشور
- هماهنگی و نظارت در جهت پیاده کردن راه‌کارهای جدید آزمایشگاهی جهت افزایش سلامت باروری در کلیه مراحل رشد و تکامل جنین در طول مراحل آزمایشگاهی.
- هماهنگی و نظارت بر تهیه بانک‌های اطلاعاتی مربوطه
- طراحی، اجرا و مدیریت مراکز مرتبط با تولیدمثل



#### درزمینه پژوهشی

- طراحی، تألیف و اجرای طرح‌های تحقیقاتی در خصوص بیولوژی تولیدمثل
- تحقیقات در زمینه‌های کاربردی با اهداف یافتن راه‌حل‌های جدید درزمینهٔ درس تولیدمثل
- تحقیقات در پروژه‌های پژوهشی و مواد آموزشی استخراج‌شده از تحقیقات در زمینه‌های گوناگون بیولوژی تولیدمثل
- ارائه یافته‌های پژوهشی در مجامع داخلی و بین‌المللی
- هدایت تحقیقات دانشجویی درزمینهٔ بیولوژی تولیدمثل



#### درزمینه مشاوره‌ای

- ارائه مشاوره رایگان به زوج‌های نابارور
- مشاوره به انواع مراکز درمانی و بیمارستان‌ها در زمینه‌های مرتبط با تولیدمثل
- ارائه مشاوره به شرکت‌های دارویی و بهداشتی و صنایع مرتبط با تولیدمثل



#### درزمینه آموزشی

- آموزش و تحقیق برنامه‌های آموزشی در زمینه‌های بیولوژی تولیدمثل مانند آموزش و یادگیری یک یا چند درس نظری و عملی در زمینه‌های مرتبط با بیولوژی تولیدمثل در سطوح دانشگاهی یا دیگر مراکز علمی در سطح کشور
- آموزش و یادگیری و به‌کارگیری روش‌های بهینه جهت آموزش دانشجویان و انجام نوآوری‌ها و خلاقیت‌های لازم در این رابطه و کارآفرینی در حوزه مربوطه

## درس امتحانی و ضرایب آزمون دکتری بیولوژی تولیدمثل



زیست‌شناسی سلولی و مولکولی (۲۵ سوال-ضریب ۳)



علوم تولید مثل (۷۵ سؤال - ضریب ۶)



استعداد تحصیلی (۳۰ سؤال - ضریب ۱)

### دکتری تخصصی (PHD) رشته بیولوژی تولید

مثل رشته‌ای است که افراد با علوم پایه، طب تولیدمثل و درمان ناباوری سروکار دارند، این افراد توانایی آموزش، نظارت و کنترل و پیگیری آزمایشگاه و تحقیق در رشته بیولوژی تولیدمثل را خواهند داشت. با توجه به وجود حدود دو میلیون زوج نازا در کشور، مراکز بیولوژی تولیدمثل از مراکز مهم درمانی هستند که در کار مشارکت با مراکز ناباروری هستند و در ایجاد آزمایشگاه‌های ژنتیک و... نقش دارند. این مراکز نیازمند افرادی هستند که دارای دانش کافی از علوم آندروولوژی، جنین‌شناسی، فریز کردن نمونه‌ها و... باشند. همچنین این افراد متخصص در کارهای عملی و تکنیکی، تخصصی و درمانی نقش زیاد و تأثیرگذاری دارند.



**علاوه** بر اشخاصی که از رشته ماماگرافی وارد این گرایش می‌شوند از سایر رشته‌ها که شامل لیست زیر می‌باشد نیز پذیرش صورت می‌گیرد:

- دکتری پزشکی عمومی
- دامپزشکی
- دکتری حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی
- کارشناسی ارشد پرستاری
- ماماگرافی
- فیزیولوژی
- بیوشیمی بالینی
- ژنتیک انسانی
- ویروس‌شناسی پزشکی
- میکروبیولوژی پزشکی
- ایمنی‌شناسی پزشکی
- خون‌شناسی آزمایشگاهی
- بانک خون
- علوم تشریحی
- بیولوژی تولیدمثل
- بیولوژی (کلیه گرایش‌ها)
- زیست‌فناوری پزشکی

### درس علوم تولید مثل شامل مواد امتحانی:

جنین‌شناسی، بافت‌شناسی و فیزیولوژی تولیدمثل و غدد می‌باشد.

### زمان کنکور این رشته که در گروه دو آزمون دکتری

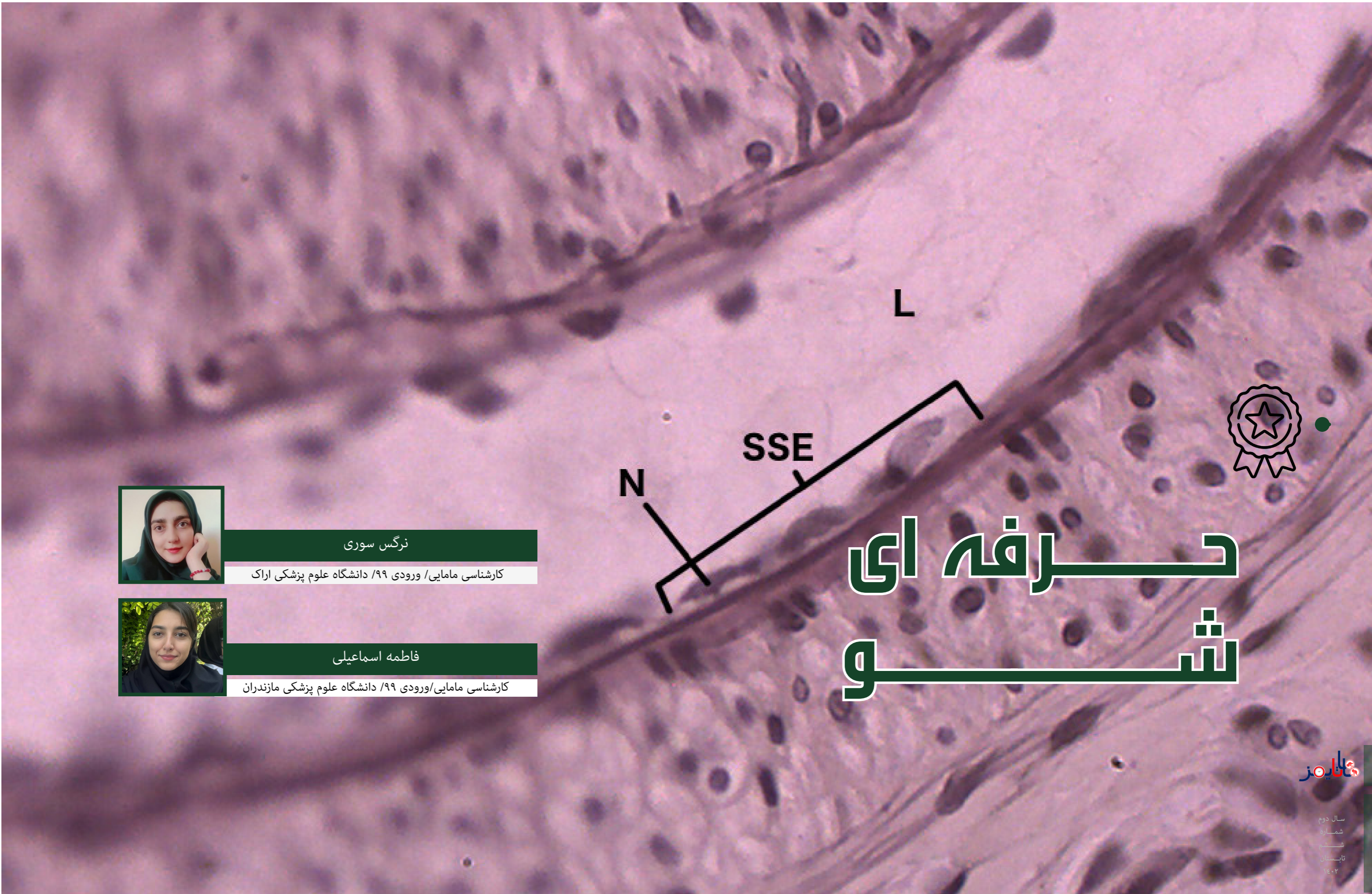
وزارت بهداشت می‌باشد؛ در آبان ماه هر سال برگزار می‌شود که از سایت سنجش پزشکی اطلاع‌رسانی می‌شود.

## بازار کار

### رشته‌ای که ذکر شد بیشتر در زمرهٔ رشته‌های

تحقیقاتی و آزمایشگاهی است و به طبع آن بازار کار آن نیز بیشتر در همین حوالی است. به‌طورکلی می‌توان چهار زمینه را برای فعالیت در بازار کار رشته بیولوژی و تولیدمثل نام برد:





نرگس سوری  
کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی اراک



فاطمه اسماعیلی  
کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی مازندران

# حرفه ای شو



## ساختمان سرویکس :

- اگزوسرویکس: اپی تلیوم سنگفرشی
- اندوسرویکس: اپی تلیوم استوانه‌ای

### SCJ (اسکوامو کولمولاژ جانکشن):

نقطه دینامیک محلش ثابت نیست بر اساس وضعیت هورمونی مکانش تغییر می‌کند به سمت بالا یا پایین تغییر می‌کند، در نوزاد در محل اگزوسرویکس، در دوران باروری که سطح هورمون بیشتر است (بافت استوانه‌ای رشد می‌کند) به طرف پایین، در یائسگی (پسرفت می‌کند) به طرف بالا

### Transformation Zone:

از محل اولیه SCJ تا محل SCJ فعال فیزیولوژیک (که در حال حاضر وجود دارد) از این نظر اهمیت دارد که می‌تواند منشأ (CIN) نئوپلازی داخل اپیتلیومی سرویکس باشد.

### کیستهای نابوت:

تعیین محل SCJ اصلی (زمانی که اپیتلیوم استوانه‌ای رشد پیدا می‌کند و زیر اپیتلیوم سنگفرشی قرار می‌گیرد چون حاوی منافذ غدد می‌باشد ترشحات آن زیر اپیتلیوم سنگفرشی تجمع پیدا می‌کند و به صورت کیست نابوت درمیاید)

### ناحیه تغییر شکل ترمیم‌یافته:

اپیتلیوم متاپلاستیک سلول‌های بالغ که گلیکوژن می‌سازد و به محرک‌های انکوژن مقاومت نسبی دارد (فعالیت تکثیری در سلول‌ها داریم ولی بدون میتوز بنابراین دیسپلازی و بدخیمی محسوب نمی‌شود تغییر سلولی خوش‌خیم می‌باشد اگر به صورت بالغ باشد اگر بالغ نباشد مانند زمان منارک یا دوران باروری که بیشترین تکثیر سلولی را داریم و سلول‌ها هنوز در شکل اولیه خودشان هستند و بالغ نیستند احتمال دیسپلازی و حساسیت به انکوژن‌ها بیشتر خواهد بود)



## پولیپ سرویکس:

- شایع‌ترین تومور خوش‌خیم سرویکس
- در چندزا و ۵۰-۴۰ سال شایع‌تر
- منشأ اغلب اپیتلیال اندوسرویکس
- اغلب منفرد و مرتبط با عفونت‌های مزمن سرویکس

- 🏆 **علائم:** خونریزی و لکه بینی بین قاعدگی یا PCB، لکوره، توده نرم کروی شکننده و قرمز رنگ
- 🏆 **درمان:** کندن با پنس یا گره زدن پایه افتراق با کارسینوم، بقایای حاملگی، سارکوم، پولیپ آندومتر

## لیومیوم سرویکس:

نوع اولیه نادر بیشتر ثانویه به میوم رحم

- 🏆 **علائم:** در موارد پیشرفته تنگی سرویکس و علائم ادراری گوارشی
- 🏆 **درمان:** میومکتومی یا هیسترتکتومی

## لکوپلاکی سرویکس:

کراتینیزاسیون بافت اسکواموس

- 🏆 **علائم:** پلاک‌های سفید کمی برجسته
- 🏆 **عوامل:** HPV، CIN و کارسینوم کراتینیزان، ترومای مزمن درمان: (پساری، دیافراگم، تامپون)، پرتودرمانی نیاز به بیوپسی

## پاپ اسمیر:

- 🏆 **۲ روش دارد:**
- Liquid-based pap smear
- Auto pap

### تشخیص:

موکوپوس (ترشحات چرکی زرد Mucopus متماثل به سبز)

در گنوره داریم در کلامیدیا غلیظ موکوپورولانت که از سرویکس به بیرون جریان دارد رنگ آمیزی گرم، افزایش نوتروفیلها خونریزی از اپی تلیوم شکننده

### درمان سرویسیت:

- گنوره
- Amp Ceftriaxone ۲۵۰ mg + Cap Azithromycin ۱gr
- Tab Cefixime ۴۰۰ mg + Cap Azithromycin ۱gr
- درمان شریک جنسی Metronidazole
- کلامیدیا
- Cap Azithromycin ۱gr
- Cap Doxycycline ۱۰۰ mg/BD/۷days

- اگزوسرویکس صورتی زنگ می‌باشد
- اندوسرویکس قرمز رنگ می‌باشد
- اندوسرویسیت با اندوسرویکس طبیعی ممکن است اشتباه گرفته شود در اندوسرویکس طبیعی حالت قرمزی در لب بالا و پایین متقارن می‌باشد ولی در اندوسرویسیت این‌گونه نیست وقتی بلید اسپکولوم رو بیرون هدایت می‌کنم اندوسرویکس طبیعی به داخل کشیده می‌شود و سطح سرویکس دیگر قرمز دیده نمی‌شود

### سرویسیت: التهاب اپیتلیوم

### عامل:

- اپی تلیوم سنگفرشی: تریکومونا، کاندیدا، هرپس (مریض ممکن است خونریزی بعد از نزدیکی داشته باشد)
- اپی تلیوم غده‌ای: گنوره و کلامیدیا مایکوپلاسما ژنیتالایوم



USPSTF	ACP	ACOG	ACS-ASCCP-ASCP
۲۱	۲۱	۲۱	۲۱
سیتولوژی / ۳ سال	سیتولوژی / ۳ سال	سیتولوژی / ۲ سال	سیتولوژی / ۳ سال
co-test / 5 سال یا سیتولوژی (مایع) / 3 سال یا HPV پرخطر / 5 سال	co-test / 5 سال یا سیتولوژی / 3 سال	co-test / 3 سال یا سیتولوژی / 3 سال	co-test (ارجح) / 5 سال یا سیتولوژی / 3 سال
قطع غربالگری اگر قبلاً کافی بوده و بیمار در معرض خطر بالا نباشد	قطع غربالگری اگر قبلاً کافی بوده	قطع غربالگری -70 سالگی اگر 3 نتیجه منفی در 10 سال اخیر باشد	قطع غربالگری اگر 3 تست پاپ منفی یا منفی HPV 2 تست در 10 سال اخیر که آخرین تست در 5 سال اخیر باشد


### واکسن HPV:

- واکسن در پیشگیری از CIN<sub>۲،۳</sub> و ادنوکارسینوم این سایتو توسط تایپ ۱۶ و ۱۸ در زنان ۱۵-۲۶ ساله بسیار مؤثر است.
- در افراد سرونگاتو ۳ نوبت واکسن کارایی ۱۰۰٪ دارد اثر محافظتی تا ۶/۴ سال
- در عفونت فعال کارایی ندارد و برای درمان بکار نمی‌رود واکسیناسیون حداکثر تا ۲۶ سالگی توصیه در ۱۸-۹ سالگی
- زیر ۱۵ سال دو دوز کافی است بالای ۱۵ سال ۳ دوز
- واکسن سرواریکس (دو ظرفیتی) سه دوز صفر-۱-۶
- واکسن گاردسیل (چهار ظرفیتی) سه دوز صفر-۲-۶

### غربالگری با دفعات بیشتر در موارد:

- HIV مثبت (۲ بار در سال اول، سپس سالانه)
- سرکوب سیستم ایمنی، دختران مادران مواجه شده با DES ، سابقه CIN<sub>۲</sub> و بالاتر (سالانه تا ۲۰ سال)
- بعد از ۶۵ سال ارزیابی سالانه عوامل خطر برای شروع مجدد
- قطع غربالگری بعد از هیستریکتومی برای موارد خوش خیم در صورت فقدان سابقه CIN درجه بالا یا سرطان

## کولپوسکوپی ( colposcopy )

یک روش تشخیصی پزشکی برای بررسی یک دید و مقیاس روشن از دهانه رحم و بافت‌های واژن و اندام تناسلی زنان است. هدف اصلی از کولپوسکوپی جلوگیری از سرطان سرویکس یا دهانه رحم با تشخیص ضایعات پیش سرطانی زودرس و درمان آنهاست. وقتی یک زن برخی نشانه‌ها و علائم سرطان سرویکس یا سرطان گردن رحم را داشته باشد یا در تست پاپ اسمیر او سلول‌های غیرطبیعی مشاهده شود، تست کولپوسکوپ برای تشخیص دقیق انجام می‌شود. کولپوسکوپ یک وسیله پزشکی با لنزهایی است که قدرت بزرگ کننده دارد و برای مشاهده دهانه سرویکس و بافت اطراف آن به کار می‌رود.  **این آزمایش** بهتر است زمانی انجام شود که زنان در دوره قاعدگی خود نیستند. حداقل ۲۴ ساعت قبل از آزمون، شما نباید کارهای زیر را انجام دهید:

- دوش واژینال گرفتن
- استفاده از داروهای واژینال
- رابطه جنسی
- استفاده از تامپون

تشخیص کولپوسکوپی شامل دو قسمت مشاهده مناطق و ضایعات و آغشته کردن با اسید استیک و دیدن تغییرات است ، گاهی هم در صورت مشاهده ضایعه غیرطبیعی بیوپسی انجام می‌گیرد.

## یافته‌های کولپوسکوپی

**( الف ) اپی تلیوم استوویت:** اپی تلیومی که پس از آغشته شدن به اسید استیک ۳-۵ درصد به رنگ سفید درمی‌آید درواقع سلول‌های بالغ و طبیعی تولیدکننده گلیکوژن از اسید استیک تأثیر نمی‌پذیرند و همچنین اسید استیک نمی‌تواند به زیر ثلث خارجی اپی تلیوم که سلول‌های نابالغ و کوچکی هستند هم نفوذ کند پس درنتیجه این سلول‌ها هم صورتی کم‌رنگ مشاهده می‌شوند و بنابراین سلول‌های دیس پلاستیک که دارای هسته‌های بزرگ و مقادیر بسیار زیاد و غیرطبیعی کروماتین هستند متأثر از اسید استیک نمی‌شوند. ما می‌دهند و ناحیه دارای متاپلازی را نمایان می‌کنند.

## ب ( لکوپلاکی

لکوپلاکی در معنای لغوی به اپی تلیومی سفیدرنگ اطلاق می‌شود که قبل از تماس با اسید استیک هم قابل مشاهده است.

لکوپلاکی در اثر قرارگیری لایه‌ای کراتین در سطح اپی تلیوم سلول‌های سنگفرشی نابالغ در واژن و سرویکس ایجاد می‌شود که روند تمایز طبیعی سلولی را طی می‌کنند اما نکته موردتوجه این است که تولید کراتین در مخاط سرویکوواژینال غیرطبیعی است و معمولاً لکوپلاکی در همراهی با HPV است گاهی هم دارای ایتولوژی های دیگر شامل ترومای مزمن ناشی از استفاده از تامپون ، دیافراگم و یا پرتودرمانی است نکته مورد توجهی که وجود دارد باید بین لکوپلاکی و پلاک سفیدرنگ ناشی از عفونت کاندیدیایی که به راحتی با اپلیکاتور نوک پنبه‌ای کنده می‌شود افتراق داد.

## ج ( منقوط شدن

به حضور مویرگ‌های متسع که در سطح خاتمه می‌یابند و به صورت منقطع و پراکنده و معمولاً در ناحیه استوویت دیده می‌شود و نشان دهنده CIN درجه بالا است، در حالت طبیعی این مویرگ‌ها خودبه‌خود پسرفت می‌کنند اما اگر همراه ضایعات CIN باشند برجسته تر می‌شوند.

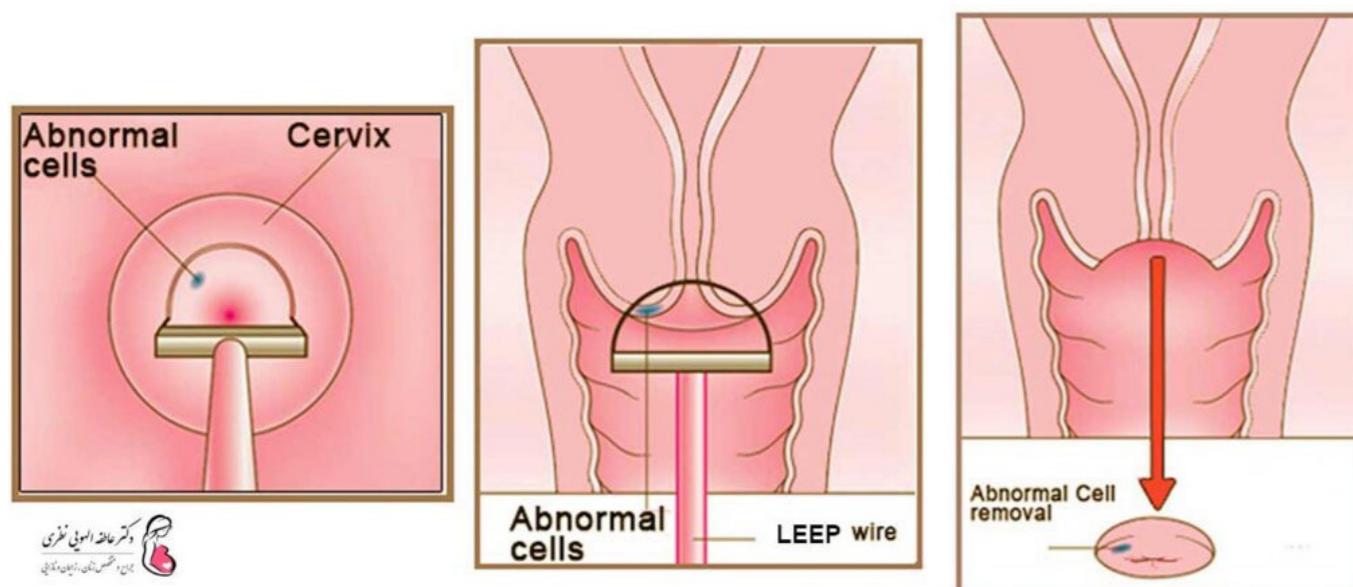
## د ( حالت موزاییکی

مویرگ‌های انتهایی که بلوک‌هایی تقریباً حلقوی یا چندوجهی از اپی تلیوم استوویت را احاطه می‌کند ، این عروق طرح سبکی را در اطراف اپی تلیوم غیرطبیعی تشکیل می‌دهد که اصطلاحاً حالت موزاییکی نامیده می‌شود و احتمال وجود ضایعات با احتمال بدخیمی بالاتر را می‌دهد.

## ه ( الگوهای عروقی غیرطبیعی

الگوهای عروقی آنبیک شامل عروق قوسی، عروق شاخه زننده و عروق رتیکولر ( مشبک ) که مشخصه سرطان مهاجم سرویکس محسوب می‌شود.





دکتر علیرضا انوشی نوری  
رئیس انجمن تخصصی مامایی

## روش‌های درمانی

### کرایوتراپی

این روش به سه شکل اجرا می‌شود: الف) کرایوتراپی نیتروژن مایع: سرما درمانی یکی از روش‌های اصلی برای درمان زگیل تناسلی است که پزشک متخصص نیتروژن مایع با دمای ۱۹۶- سانتی‌گراد یا دی‌اکسید کربن را روی زگیل‌ها می‌گیرد. معمولاً کرایوتراپی که برای درمان ضایعات واژن و سرویکس استفاده می‌شود همین نوع کرایوتراپی است.

ب) کرایوتراپی با دی‌اکسید کربن: در این روش از سیلندر حاوی دی‌اکسید کربن منجمد استفاده می‌کنند که مستقیماً روی ناحیه آسیب‌دیده به کار می‌رود.

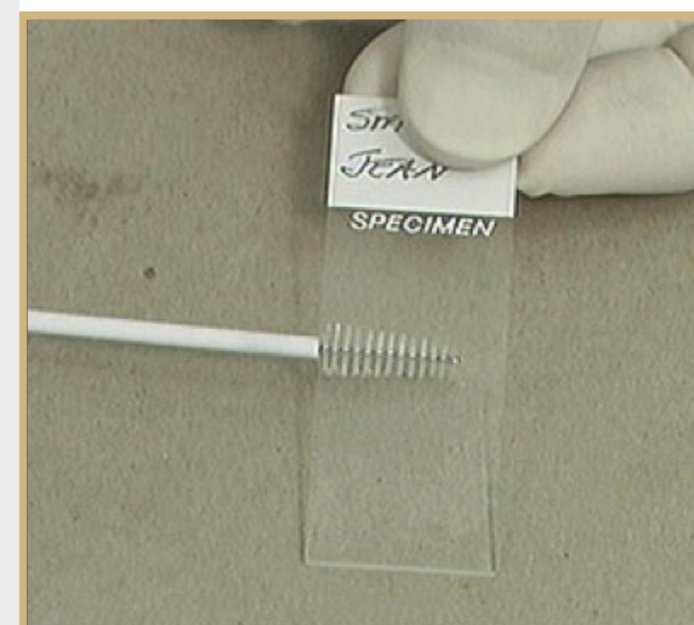
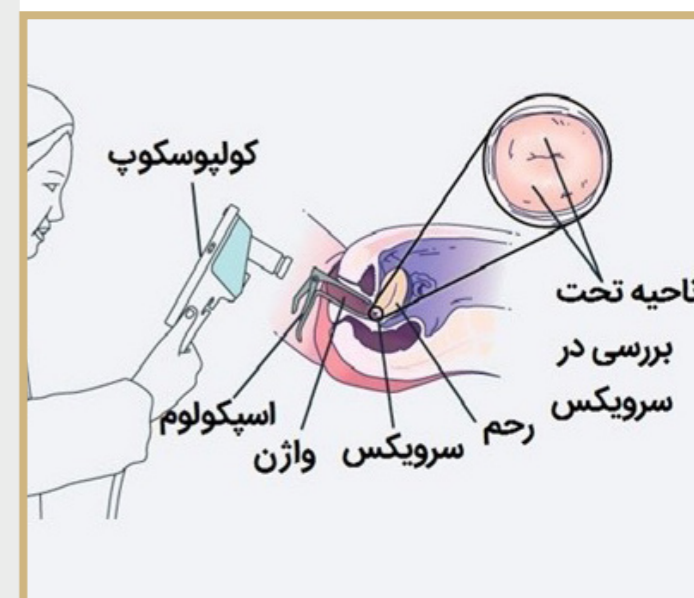
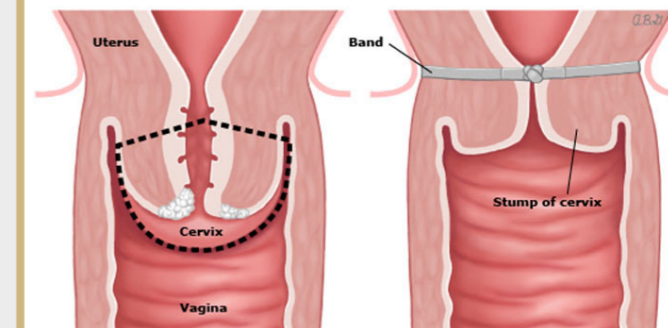
ج) سرما درمانی با DMEP (دمای ۵۷- درجه سانتی‌گراد) به کار می‌رود. این روش گاهی با درد، سوزش، التهاب، قرمزی و تورم همراه است.

### اندیکاسیون انجام کرایوتراپی:

- کوچک بودن ضایعه
- قرار داشتن ضایعه تنها در اکتوسرویکس و فقدان درگیری اندوسرویکس
- CIN ۱ و CIN ۲ که به مدت ۲۴ ماه پابرجا بماند.

### مخروط برداری یا کونیزاسیون

یک نوع نمونه‌برداری وسیع از دهانه رحم است که برای بررسی تغییرات غیرطبیعی سلول‌های گردن رحم انجام می‌شود. به این دلیل به آن نمونه‌برداری مخروطی می‌گویند که بافت برداشته شده شبیه مخروط است. این روش که هم درمانی و تشخیصی است و مزیت آن نسبت به روش‌های دیگر به دست آوردن بافت برای بررسی‌های بعدی و رد کردن سرطان‌های مهاجم است ابزارهایی که با آن مخروط برداری را انجام می‌دهند شامل اسکالپل، لیزر کربن دی‌اکسید و LEEP.



### هیستریکتومی

### اکسزیون با بود الکتروسرجیکال (LEEP)

از یک حلقه سیم گرم شده توسط جریان الکتریکی برای از بین بردن سلول‌ها و بافت سرویکس استفاده می‌شود.

اندیکاسیون‌های هیستریکتومی:

- تهاجم میکروسکوپی
- مزیت این روش هم این است که فرایند تشخیص و درمان را هم‌زمان می‌گذراند و نسبت به کونیزاسیون تکنیک ساده‌تری است.
- ضایعات با درجه بالای بدخیمی راجعه
- وجود دیگر مشکلات ژنیکولوژیک مثل پرولاپس و آندومتریوز و PID.

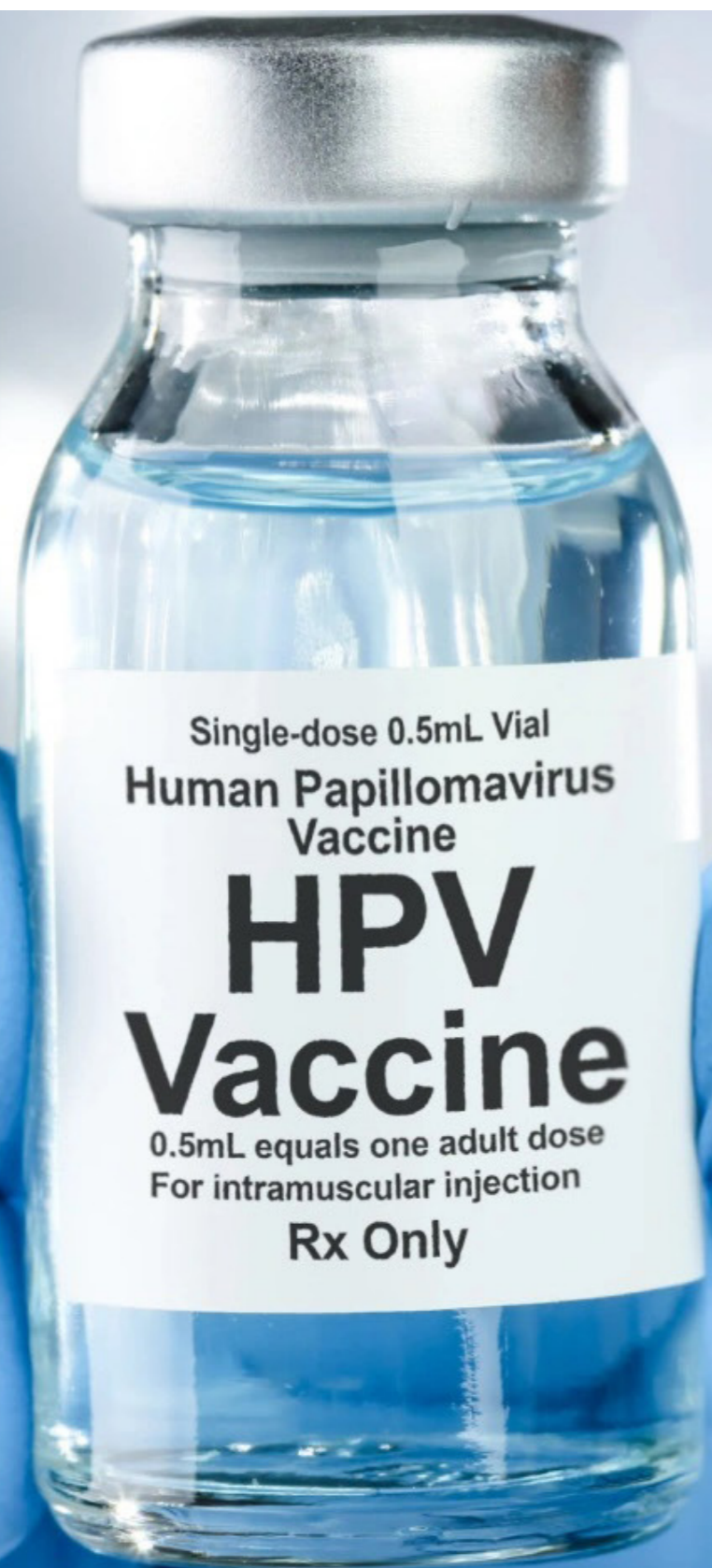
این روش با افزایش خطر زایمان پره‌ترم، پارگی پیش از موعد پرده‌ها و وزن کم هنگام تولد در حاملگی‌ها همراه است.





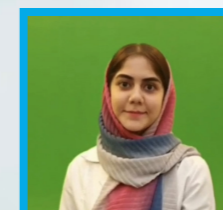
# ژورنالیز

واکسن HPV و خطر سرطان مهاجم دهانه رحم



فاطمه جوادی

کارشناس مامایی/ورودی ۹۵ / دانشگاه علوم پزشکی ایران



سها بابازاده شایان

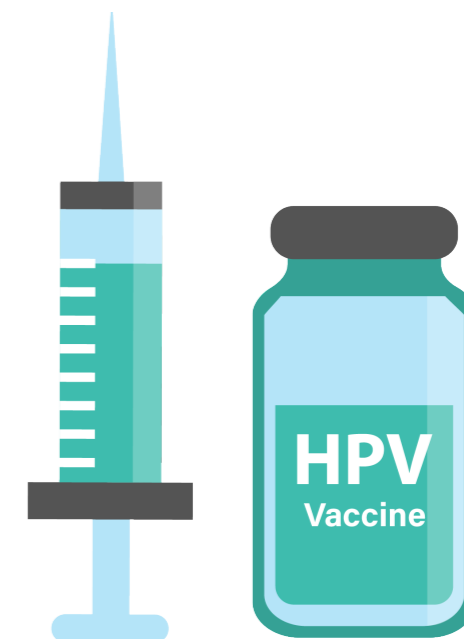
کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی ایران

امروزه یکی از بیماری‌های شایع در زنان، ابتلا به ویروس پاپیلوماوی انسانی (HPV) است. همان‌طور که می‌دانید بیش از ۱۲۰ نوع از این ویروس شناسایی شده است که برخی از آن‌ها با خطرات بیشتری مانند ابتلا به سرطان دهانه رحم، مقعد، دستگاه تناسلی و حنجره مرتبط هستند و سایر آن‌ها تنها می‌توانند باعث ایجاد ضایعات پوستی و زگیل تناسلی شوند.





هدف نهایی واکسیناسیون، پیشگیری  
از سرطان مهاجم دهانه رحم از  
طریق جلوگیری از عفونت با انواع  
اصلی انکوژن می باشد



**عفونت** با ویروس پاپیلوماوی انسانی، علت اصلی سرطان سرویکس و ضایعات پیش ساز آن هست که انواع پرخطر آن، عامل حدود ۹۰ درصد ضایعات داخل اپی تلیومی درجه بالا و سرطان هستند. از آنجایی که عفونت های HPV معمولاً علامت خاصی ایجاد نمی کنند، واکسیناسیون علیه آن از اهمیت زیادی برخوردار است. در بسیاری از مقالات، اثربخشی و کارایی واکسن چهار ظرفیتی ویروس HPV در پیشگیری از ایجاد زگیل های تناسلی و ضایعات درجه بالای سرویکس (CIN۲ و CIN۳) بررسی شده است، اما در این بخش سعی داریم با تحلیل این مقاله جدید، ارتباط بین واکسیناسیون علیه ویروس پاپیلوماوی انسانی و خطر سرطان مهاجم دهانه رحم را بررسی کنیم.

**در این مقاله** کوهورت، ۱۶۷۲۹۸۳ دختر یا زن ۱۰ تا ۳۰ ساله که بدون سابقه ابتلا به سرطان دهانه رحم و واکسیناسیون علیه HPV بودند، از ژانویه ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۷ از طریق سیستم ثبت ملی این کشور تحت نظر قرار گرفتند. هم چنین این افراد از نظر اطلاعاتی مانند محل تولد، ویژگی های جمعیت شناختی، سطح تحصیلات، میزان درآمد سالانه خانوار، سابقه ابتلا مادر به CIN۳ و سایر سرطان ها ارزیابی شدند. همان طور که گفته شد، واکسن چهار ظرفیتی HPV در این کشور از سال ۲۰۰۶ در برنامه واکسیناسیون کشوری قرار گرفت و در سه دوز تجویز می شود.

**هدف نهایی واکسیناسیون**، پیشگیری از سرطان مهاجم دهانه رحم از طریق جلوگیری از عفونت با انواع اصلی انکوژن HPV (۱۶، ۱۸، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۲، ۵۶، ۵۸، ۵۹ و ۶۸) می باشد. به همین دلیل در مجموع ۱۲۴ کشور در دنیا، برنامه ای ملی برای واکسیناسیون علیه این بیماری را اجرا می کنند. به عنوان مثال در سوئد، واکسیناسیون علیه HPV از سال ۲۰۰۶ آغاز شد و تقریباً به طور انحصاری از واکسن چهار ظرفیتی آن که انواع ۶، ۱۱، ۱۶ و ۱۸ را تحت پوشش قرار می دهد، استفاده می شود.





**جامعه مورد مطالعه** ما شامل ۱۶۷۲۹۸۳ دختر و زن ۱۰ تا ۳۰ ساله بود که ۵۲۷۸۷۱ نفر از آنها حداقل یک دوز واکسن HPV را در طول دوره مطالعه دریافت کردند (جدول ۱). از بین تمام دختران و زنان واکسینه شده در جمعیت مورد مطالعه، ۴۳۸۹۳۹ نفر (۸۳٫۲٪) قبل از ۱۷ سالگی واکسیناسیون را آغاز کردند.

**سرطان دهانه رحم** در ۱۹ زن که واکسن HPV چهار ظرفیتی دریافت کرده بودند و در ۵۳۸ زن که واکسن دریافت نکرده بودند، تشخیص داده شد. بروز تجمعی سرطان دهانه رحم در بین زنانی که واکسینه شده بودند ۴۷ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و در بین زنانی که واکسینه نشده بودند ۹۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بود. پس از تعدیل سن در زمان پیگیری، نسبت بروز برای مقایسه جمعیت واکسینه شده با جمعیت واکسینه نشده ۰٫۵۱ بود (۹۵٪ فاصله اطمینان [CI]، ۰٫۳۲ تا ۰٫۸۲).

**در این مقاله واکسیناسیون HPV** به عنوان یک متغیر مواجهه با زمان در نظر گرفته شد و دختران و زنان در صورتی که حداقل یک دوز واکسن چهار ظرفیتی را دریافت کرده بودند، در گروه واکسینه شده‌ها قرار می‌گرفتند. همچنین سن شروع واکسیناسیون نیز با دو زیرگروه زیر ۱۷ سال و زیر ۲۰ سال ارزیابی شد؛ زیرا بر اساس مطالعات قبلی، شروع واکسن در سنین پایین‌تر با اثربخشی بیشتر در پیشگیری از ابتلا به زگیل تناسلی و ضایعات پیش سرطانی سرویکس همراه بوده است.

**علاوه بر این**، احتمال بروز تجمعی سرطان سرویکس بر اساس وضعیت واکسیناسیون HPV و سن افراد تخمین زده شد و میزان ابتلا به سرطان سرویکس بین گروه‌های واکسینه شده با واکسینه نشده مقایسه شد.

در این مطالعه بزرگ و سراسری بر روی دختران و زنان جوان ۱۰ تا ۳۰ ساله که از طریق برنامه‌های واکسیناسیون HPV واکسینه شده بودند، دریافتیم که واکسیناسیون HPV با کاهش قابل توجه خطر سرطان مهاجم دهانه رحم همراه است.

منابع:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997908/>

**Table 1. Characteristics of the Study Population at Baseline.<sup>a</sup>**

Variable	Unvaccinated	Vaccinated	Vaccinated before Age 17 Yr	Vaccinated before Age 20 Yr
Total population — no.	1,145,112	527,871	438,939	498,524
Birth cohort — no. (%)				
1975–1979	258,244 (22.6)	190 (<0.1)	0	0
1980–1984	243,776 (21.3)	2,602 (0.5)	0	0
1985–1989	246,446 (21.5)	21,763 (4.1)	4 (<0.1)	4,604 (0.9)
1990–1994	174,458 (15.2)	117,758 (22.3)	61,683 (14.1)	108,409 (21.7)
1995–1999	100,162 (8.7)	129,796 (24.6)	121,585 (27.7)	129,749 (26.0)
2000–2007	122,026 (10.7)	255,762 (48.5)	255,667 (58.2)	255,762 (51.3)
Mother's country of birth — no. (%) <sup>†</sup>				
Sweden	882,560 (77.1)	448,652 (85.0)	373,292 (85.1)	424,223 (85.1)
Other country	195,601 (17.1)	77,810 (14.7)	64,673 (14.7)	73,094 (14.7)
Missing data <sup>‡</sup>	66,951 (5.8)	1,409 (0.3)	974 (0.2)	1,207 (0.2)
Highest parental education level — no. (%) <sup>†§</sup>				
Low	84,301 (7.4)	14,107 (2.7)	11,087 (2.5)	12,997 (2.6)
Middle	528,999 (46.2)	206,050 (39.0)	169,608 (38.6)	195,522 (39.2)
High	467,543 (40.8)	307,002 (58.2)	257,808 (58.8)	289,407 (58.1)
Missing data <sup>‡</sup>	64,269 (5.6)	712 (0.1)	436 (<0.1)	598 (0.1)
Highest annual household income level — no. (%) <sup>†¶</sup>				
Low	204,079 (17.8)	69,323 (13.1)	57,651 (13.1)	65,871 (13.2)
Middle	429,852 (37.5)	204,812 (38.8)	173,234 (39.5)	195,639 (39.2)
High	446,765 (39.1)	253,337 (48.0)	207,812 (47.3)	236,718 (47.5)
Missing data <sup>‡</sup>	64,416 (5.6)	399 (0.1)	242 (0.1)	296 (0.1)
Maternal history of CIN3+ — no. (%) <sup>  </sup>				
Yes	50,217 (4.4)	21,085 (4.0)	17,227 (3.9)	19,681 (3.9)
No	1,094,895 (95.6)	506,786 (96.0)	421,712 (96.1)	478,843 (96.1)
Maternal history of noncervical cancer — no. (%) <sup>  </sup>				
Yes	47,293 (4.1)	13,570 (2.6)	10,730 (2.4)	12,404 (2.5)
No	1,097,819 (95.9)	514,301 (97.4)	428,209 (97.6)	486,120 (97.5)

Percentages may not total 100 because of rounding.  
<sup>a</sup>When data were available for both biologic and adoptive parents, data from the adoptive parents were used.  
<sup>†</sup>Missing data for mother's country of birth, highest parental education level, and highest annual household income level were classified as a separate stratum and were included in the regression model.  
<sup>‡</sup>The highest parental education level was assessed in the year before the start of follow-up and was classified as "low" if the parent had 9 years or less of primary education, "middle" if the parent had 2 to 3 years of secondary schooling (similar to senior high school), and "high" if the parent had postsecondary education and above (equivalent to university studies).  
<sup>§</sup>The highest annual household income level was assessed in the year before the start of follow-up and was categorized as "low" if it was below the 33rd percentile, "middle" if it was from the 33rd to the 67th percentile, and "high" if it was above the 67th percentile, determined on the basis of three levels of annual household income derived from data for all Swedish persons 35 to 65 years of age in the year that income was assessed.  
<sup>||</sup>Maternal history of CIN3+ (cervical intraepithelial neoplasia of grade 3 or worse) and noncervical cancer were considered to be a diagnosis of the disease at any time before the start of follow-up. When data were available for both a biologic and an adoptive mother, a maternal diagnosis of CIN3+ or a diagnosis of noncervical cancer was recorded if both the biologic mother and the adoptive mother had the corresponding disease.



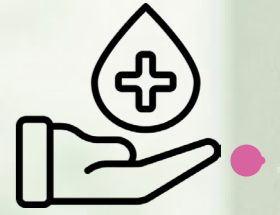


سارا شیرعلی نژاد

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۹/دانشگاه علوم پزشکی مازندران

خانم ۳۶ ساله متأهل  $G2P1Ab1Lch1$  با شکایت از ترشح واژینال شدید و ضایعات پیشرونده تناسلی همراه با نتیجه غیرطبیعی پاپ اسمیر و نتیجه مثبت اچ پی وی مراجعه کرده است.

# ویزیت







## معاینه

در معاینه فیزیکی پلاک‌های بنفش‌رنگ لوپوس روی گونه و بازوها آشکار است. در معاینه واژینال ندولهای متعدد روشن به رنگ پوست با سطح ناصاف و گل‌کلمی پایه‌دار در اطراف مدخل واژن، آنوس و روی لایبیا مینورها به نفع واژینال و ارت مشاهده می‌شود. ترشحات شدید کف دار زرد و اریتم و التهاب سرویکس به نفع تریکومونازیس مشاهده می‌شود. در معاینه بای منوال رحم و ادنکس‌ها طبیعی هستند و علامتی از PID وجود ندارد.



به گفته بیمار این ضایعات از سه ماه قبل ایجاد شده‌اند و تعداد و اندازه آن‌ها بزرگ‌تر شده است. هیچ درد و خارش ندارند. همچنین ترشح واژینال شدید همراه دیسپارونی و دیزوری و PCB را گزارش می‌کند.

در بارداری اول ده سال پیش بیمار به علت نارسایی سرویکس در هفته ۱۶ بارداری تحت سرکلاژ و در هفته ۳۵ به علت IUGR تحت سزارین قرار گرفت.

در گزارش پاپ اسمیر انجام شده در ماه گذشته LSIL گزارش شده است.

در اچ پی وی تایپینگ تیپ کم‌خطر ۶ و تیپ‌های پرخطر ۱۶ و ۵۸ شناسایی شده است.

سابقه لوپوس از پنج سال پیش را ذکر می‌کند که در حال حاضر با درمان دارویی تحت کنترل می‌باشد.

بارداری دوم پنج سال پیش به علت اثبات ابتلای جنین به تریزومی ۱۸ توسط آمنیوسنتز به سقط در هفته ۱۸ منجر شد و به علت بقایای بارداری کورتاژ انجام شد.

سابقه جراحی رینوپلاستی، سرکلاژ و سزارین و کورتاژ را ذکر می‌کند.

## اقدامات درمانی

برای درمان تریکومونا قرص مترونیدازول ۵۰۰ طبق دستور ضمیمه تجویز شد برای بیمار و همسر بیمار تجویز شد عدم وجود رابطه جنسی تا پایان هفت روز طول درمان توضیح داده شد. برای از بین بردن ضایعات ناشی از اچ پی وی درمان موضعی با پماد پودوفیلوکس ۰,۵ درصد طبق دستور ضمیمه شد. با توجه به گزارش پاپ اسمیر مبنی بر تغییرات درجه پایین سلول‌های اپیتلیال سرویکس (LSIL) بیمار برای انجام کولپوسکوپی معرفی شد.

## دستورات دارویی

Tab metronidazole 500mg n:28 (Bd/7days)

+Husband treatment: n: (28)

Top. Oint podophlox 0.5% BD/3days

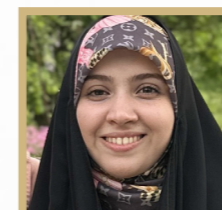
## کنترل

در حال حاضر برای کنترل لوپوس از آسپرین، هیدروکسی کلروکین و دوزهای محدود آزاتیوپرین در حملات شدید لوپوس استفاده می‌کند.



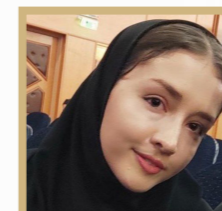


# مادرانه



فاطمه مدرس خیابانی

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۹/دانشگاه علوم پزشکی ایران



معصومه حسین زاده

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۹/دانشگاه آزاد بجنورد

## دیستوشی

### تعریف:

از نظر تعریف زایمان با پیشرفت طبیعی eutocia و به زایمان با پیشرفت غیرطبیعی زایمان مشکل dystocia یا گفته می‌شود. اکثر موارد نیز در مرحله اول زایمان رخ می‌دهد. در مرحله اول زایمان در ۲۵٪ زنان نولی پار و ۱۰٪ تا ۱۵٪ زنان مولتی پار در مرحله دوم زایمان در ۵٪ تا ۱۰٪ زنان نولی پار و کمتر از ۲٪ زنان مولتی پار



## دیستوشی

- دیستوشی** ممکن است در اثر یک یا چند اختلال زیر به جود آید:
- اشکال در فعالیت انقباضی رحم (دیسفونکسیون رحم) یا اختلالات نیروها
  - اشکال در جنین: passenger مانند ماکروزومی و پرزانتاسیون یا پوزیشن غیرطبیعی، هیدروسفالی و عدم تناسب عضو نمایش با لگن و ...
  - اشکال در کانال زایمانی: Pasege مانند تنگی لگن استخوانی، اختلال در بافت نرم (نتوپلازی یا توده‌های مجرای زایمانی یا محل نادرست جفت) و عدم تناسب جنین با لگن

اختلال انقباضی رحم شایع‌ترین علت دیستوشی و شایع‌ترین علت سزارین (حداقل در زنان نولی پار) است. دیسفونکسیون رحم ممکن است به صورت منفرد و یا همراه با سایر اختلالات باشد.

**به‌طورکلی** هرگاه اختلال در کانال زایمانی یا جنین و به عبارتی عدم تناسب بین عضو نمایش و کانال زایمانی وجود داشته باشد، اختلال انقباض رحمی (اینرسی) نیز شایع است.

**بر اساس مکانیسم** بیماری اختلال انقباضی رحم به دو نوع تقسیم می‌شود.

- ۱- هایپرتونیک
- ۲- هایپوتونیک

**در اختلال** هایپرتونیک انقباض رحمی قدرت کافی (و شاید بیشتر) دارند اما ناموزون و ناهماهنگ هستند (انقباض قوی‌تر قسمت میانی نسبت به فوندوس رحم و یا غیرهمزمان بودن مبدأ انقباضات از گوشه‌های رحم) و نمی‌توانند باعث اتساع و افسامان شوند.

**فرد مبتلا** به سوزاک همیشه دارای علامت نبوده بلکه ممکن است ناقل بدون علامت باشد که در این صورت نیز می‌تواند آن را به سایر افراد انتقال دهد.

**علائم در مردان** ممکن است طی ۲ الی ۳۰ روز پس از قرار گرفتن در معرض نایسریا گونه‌ها علائم قابل توجهی ایجاد شود اما به‌طورکلی چندین هفته طول می‌کشد تا علائم ظاهر شده و حتی ممکن است فرد علائمی را تجربه نکند. سوزش یا درد هنگام ادرار معمولاً اولین علائمی است که فرد متوجه می‌شود.

سایر علائم عبارت‌اند از:

- تکرر یا فوریت ادرار
- خروج ترشحات چرک مانند زرد، سفید یا سبز از آلت تناسلی
- تغییر رنگ و تورم در دهانه آلت تناسلی
- تورم یا درد بیضه‌ها
- خارش و درد مقعد
- خونریزی یا ترشح از مقعد
- درد هنگام اجابت مزاج
- علائم در زنان

**شیوع** این نوع اختلال بسیار کم بوده (۳٪ تا ۴٪) و معمولاً در فاز نهفته مرحله اول زایمان رخ می‌دهد و از نظر بالینی با انقباضات دردناک (حتی درد بین انقباضات) بدون تغییر در افسامان و اتساع سرویکس همراه با حساسیت رحمی و رفع آن‌ها با استراحت یا مسکن مشخص می‌شود.

**وقتی** تون رحم در حالت استراحت بالای ۲۵ میلی‌متر جیوه باشد، مادر از درد دائمی شکایت دارد و رحم در لمس دردناک است.

**در مواجهه** با این نوع اختلال شاید علت دکومان جفت و یا تحریک بیش‌ازحد رحم (در اثر تجویز داروهای اکسی‌توسیک) باشد.

**در اختلال** هایپوتونیک قدرت، طول مدت و یا فرکانس انقباضات رحمی کمتر از حد مطلوب است.

**این نوع اختلال** شایع‌ترین نوع دیسفونکسیون رحمی (بیش از ۹۰٪ موارد) بوده و اکثراً در فاز فعال مرحله اول زایمان و گاهی در مرحله دوم زایمان رخ می‌دهد.

**انقباضات طبیعی:** حداقل ۳ تا ۵ انقباض رحمی در مدت ۱۰ دقیقه و هر یک با قدرتی بیش از ۲۵ میلی‌متر جیوه است.

**انقباضات طبیعی** خودبه‌خود اغلب سبب اعمال فشارهایی در حد تقریباً ۶۰ میلی‌متر جیوه می‌شوند. حد تحتانی فشار انقباضی موردنیاز برای دیلاتاسیون سرویکس ۱۵ میلی‌متر جیوه است.

**به‌طورکلی** اکثر زنان با ورود به فاز فعال ظرف ۳ تا ۴ ساعت و بیش از ۹۵٪ زنان ظرف ۱۰ ساعت زایمان خودبه‌خودی خواهند داشت.

**از نظر تعریف** به طول مدت زایمان بیش از ۲۴ ساعت زایمان طولانی prolonged labor گفته می‌شود. زایمان طولانی ممکن است در اثر اختلال در هر یک از مراحل مختلف زایمان به وجود آید که در مورد مرحله اول زایمان شامل موارد زیر می‌باشد.

## عوارض دیستوشی:

۱. عفونت: به دلیل طولانی شدن زایمان و انجام معاینات مکرر واژینال خطر آندومتیت در مادر افزایش می‌یابد.
۲. سزارین
۳. خونریزی پس از زایمان در لیبرهای طولانی شده و تقویت‌شده: به دلیل ادامه انقباضات معیوب رحمی، خونریزی پس از زایمان افزایش می‌یابد.
۴. دهیدراتاسیون مادر: به دلیل طولانی شدن زایمان
۵. تشکیل حلقه انقباضی پاتولوژیک باندل و به دنبال آن پارگی رحم
۶. تشکیل فیستولهای وزیکو واژینال، وزیکوسرویکال یا رکتوواژینال در اثر نکرور فشاری به دنبال طولانی شدن بیش‌ازحد مرحله دوم. البته این فیستول‌ها به جزء در کشورهای توسعه‌نیافته بندرت دیده می‌شود.

LABOR PHASE: Labor Disorder	Traditional Criteria and Treatment		Obstetrical Care Consensus Criteria
	Nulliparas	Multiparas	
<b>LATENT PHASE</b> Prolongation Disorder Prolonged latent phase	>20 hr	>14 hr	Supportive care Oxytocin or amniotomy CD not indicated
<b>ACTIVE PHASE</b> Protraction Disorders Protracted active-phase dilation Protracted descent	<1.2 cm/hr <1 cm/hr	1.5 cm/hr <2 cm/hr	Expectant care CD for CPD
<b>Arrest Disorders</b> Prolonged deceleration phase Secondary arrest of dilation Arrest of descent Failure of descent	>3 hr >2 hr >1 hr No descent in deceleration phase or second stage	>1 hr >2 hr >1 hr	CD indications: Ruptured membranes and No progress after 4 hr of adequate contractions or No progress after 6 hr of inadequate contractions despite oxytocin stimulation

CD = cesarean delivery; CPD = cephalopelvic disproportion.  
American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019b; Cohen, 1983.





## انواع لگن

■ لگن زنانه (۵۰٪ زنان سفیدپوست) gynecoid : دهانه ورودی لگن مختصری بیضی شکل (قطر قدامی خلفی کمی کمتر از قطر عرضی) و دیواره‌های جانبی آن تقریباً مسطح بوده، خارهای خاصه‌ای برآمده نبوده، قوس سوپراپوبیک باز (بیش از ۹۰) بوده و ساکروم مقعر می‌باشد. این نوع، بهترین لگن برای زایمان واژینال بدون عارضه است.

■ لگن مردانه (۳۰٪ زنان سفیدپوست و ۱۵٪ زنان سیاه‌پوست) android : در این نوع دهانه ورودی لگن wedge شکل بوده، سگمانهای خلفی در تمامی سطوح کوچک بوده، دیواره‌های جانبی لگن متقارب (convergent)، خارهای ایسکیال برآمده بوده، قوس ساب پوبیک باریک (کمتر از ۹۰ و اغلب ۷۰) و یک سوم تحتانی ساکروم به قدام انحراف یافته است.

FDP ممکن است مطلق (عدم امکان عبور جنین از کانال زایمان تحت هیچ شرایطی) یا نسبی باشد. در سه صورت ممکن است رخ دهد:

۱. تنگی لگن
  ۲. نامناسب بودن جثه و اندام جنین (نظیر ماکروزومی، هیدروسفالی و ...)
  ۳. پرزانتاسیون و پوزیسیون‌های غیرطبیعی جنین
- تنگی لگن pelvic contraction

تنگی لگن اصطلاح چندان دقیق و ارزشمندی نیست، زیرا چه بسا ممکن است لگنی دارای ابعاد طبیعی باشد اما به دلیل اشکال در پرزانتاسیون یا اندام جنین امکان عبور جنین از آن وجود نداشته باشد و یا برعکس.

لذا در بررسی‌های لگن همواره بایستی ابعاد و پوزیسیون جنین نیز مورد ارزیابی و در نظر قرار گیرد.

## عوارض دیستوشی برای نوزاد

- افزایش میزان بروز سپسیس جنینی پری پارتوم
- بوس زایمانی
- مولدینگ
- تروماهای مکانیکی مانند آسیب عصبی، شکستگی‌ها، سفال هماتوم
- آسیب‌های شبکه بازویی (فلج ارب دوشن، کلامپه)

## عدم تناسب جنین با لگن

عدم تناسب جنین با لگن (fetopelvic disproportion) به اختصار FDP یا به اصطلاح رایج‌تر، عدم تناسب سر با لگن (cephalopelvic disproportion)، به اختصار CPD یکی از علل مهم دیستوشی بوده (یک مورد به ازای هر ۲۵۰ حاملگی) و اغلب باعث اشکال در مرحله دوم زایمان می‌شود، اما ممکن است بر روی هر سه مرحله زایمان اثرات منفی و سوئی داشته باشد.

۷. آسیب کف لگن: نیروهایی که کف لگن را تحت کشش قرار می‌دهند و متسع می‌کنند سبب تغییرات عملکردی و آناتومیک در عضلات و بافت‌های همبند می‌شوند. ممکن است بر قدرت دفع ارادی ادرار و مدفوع و حمایت لگنی تأثیر بگذارند.

۸. آسیب عصبی اندام تحتانی مادر به دنبال مرحله دوم طولانی‌مدت لیبر: در اثر وضعیت نادرست پاها بر روی رکاب‌های تخت زایمان. خوشبختانه در اکثر زنان علائم در عرض ۶ ماه پس از زایمان برطرف می‌شود.

۹. اثر منفی روی باروری بعدی





در این نوع، سر تمایل دارد به صورت اکسی پوت خلفی وارد لگن شود و همراه با پوزیشن اکسی پوت خلفی پایدار و *deep transverse arrest* می‌باشد. در صورت چرخش اکسی پوت خلفی به قدام، نزول و خروج سر بسیار مشکل خواهد بود و با صدمات شدید پرینه همراه خواهد بود.

■ لگن میمونی (۸۵٪ زنان سیاه‌پوست و ۲۰٪ سفیدپوست) : anthropoid

در این نوع دهانه ورودی لگن بیضی شکل بوده، قطر قدامی خلفی آن به مراتب بیشتر از قطر عرضی‌اش است (در اکثر سطوح)، دیواره‌های جانبی لگن واگرا (divergent) بوده، ساکروم به عقب منحرف بوده و قوس ساب پوییک باز است.

در این نوع، سر اغلب به صورت اکسی پوت خلفی وارد لگن شده و باعث وضعیت اکسی پوت خلفی پایدار می‌شود. در کل پیش‌آگهی زایمان واژینال در این نوع بهتر از دو نوع مردانه و مسطح است.

■ لگن مسطح (۳٪ کل موارد) platypelloid : این نوع با قطر عرضی طویل (صرفه نظر از اندازه قطر قدامی خلفی) دهانه ورودی مشخص شده (به شکل کلیه) و اکثراً همراه با *deep transverse arrest* است و بالاترین میزان سزارین در این نوع لگن است.

## INLET

تنگی (عدم تناسب) دهانه ورودی تنگی مدخل لگن به قطر قدامی خلفی مامایی کمتر از ۱۰ سانت یا قطر عرضی کمتر از ۱۲cm (هر دو) گفته می‌شود که دیستوشی بسیار بیشتری ایجاد می‌کند. در مواردی که هردو قطر کاهش می‌یابند: میزان دیستوشی بسیار بیشتر از مواردی که فقط یک قطر کاهش پیدا کرده است.

■ قطر بای پاریتال سر جنین ۹/۵-۹/۸ سانتیمتر+ عبور جنین از قطر قدامی خلفی کمتر از ۱۰ سانتیمتر دشوار یا غیرممکن است.



■ از نظر بالینی می‌توان گفت که هرگاه قطر دیاگونال کمتر از ۱۱,۵ cm باشد. تنگی مدخل لگن وجود دارد (قطر مامایی ۱,۵cm کمتر از قطر دیاگونال است).

■ قطر قدامی- خلفی مامایی: حد فاصله پرومنتوری به وسط سطح خلفی سمفیز پوییس است.

■ قطر دیاگونال: حد فاصله پرومنتوری به قسمت تحتانی خلفی سمفیز پوییس است. طول آن ۱۲/۵ سانتیمتر است و با معاینه واژینال قابل اندازه‌گیری است. با کم کردن ۲-۱/۵ سانت از آن اندازه قطر مامایی به دست می‌آید.

■ این نوع تنگی ممکن است در اثر اختلالات تکاملی، یا تغییرات ریکتزی و یا صدمات لگن به وجود آید. تنگی مدخل لگن ممکن است با اختلالات و عوارض زیر همراه باشد:

نمایش و وضعیت‌های غیرطبیعی جنین (پرزانتاسیون صورت و شانه که سه برابر میزان معمول می‌شود، دفلکسیون)

■ اختلال در انگازمان شامل:

- وقفه یا طولانی شدن نزول
- آسینکلیتیسیم شدید
- پرولاپس بند ناف یا اندام به میزان ۶-۴ برابر
- اختلال در دیلاتاسیون
- پارگی زودرس کیسه آمیون
- دیستوشی رحمی
- تشکیل حلقه پاتولوژیک bundle
- مولدینگ شدید و کاپوت ساکسیدنتوم بزرگ

■ یافته‌هایی که مشخصاً مطرح کننده تنگی لگن هستند عبارت‌اند از:

مس راحت دماغه خاجی (مطرح کننده قطر دیاگونال کمتر از ۱۱cm)

مس یکی از گوش‌ها در معاینه واژینال (مطرح کننده آسینکلیتیسیم شدید)

عدم امکان ورود سر به داخل لگن با وارد کردن فشار ظریف و مداوم به فوندوس رحم و عدم پیشرفت مطلوب دیلاتاسیون سرویکس در فاز فعال باوجود انقباضات کافی و مطلوب رحمی.

■ موارد شدید و واضح تنگی (عدم تناسب) مدخل لگن را بایستی سزارین کرد اما در موارد خفیف و مشکوک می‌توان با احتیاط و مراقبت‌های خاص زایمان واژینال را امتحان نمود.

## تنگی ورودی لگن

■ زنان با جثه کوچک، احتمالاً لگن کوچک دارند و معمولاً جنین‌های کوچک دارند.

■ در تنگی ورودی لگن چون سر جنین در ورودی لگن متوقف می‌شود، کل نیروی اعمال شده توسط رحم به طور مستقیم بر بخش‌هایی از پرده‌ها که در تماس با سرویکس در حال دیلاتاسیون قرار دارند، وارد می‌شود، در نتیجه احتمال پارگی خودبه‌خود و زود هنگام پرده‌ها افزایش می‌یابد.

■ پس از پارگی پرده‌ها اگر از طرف سر جنین بر روی سرویکس و سگمان تحتانی رحم فشار وارد نشود، زمینه برای انقباضات کم اثرتر فراهم می‌شود در نتیجه ادامه دیلاتاسیون ممکن است بسیار آهسته‌تر و یا اصلاً پیشرفت نکند.

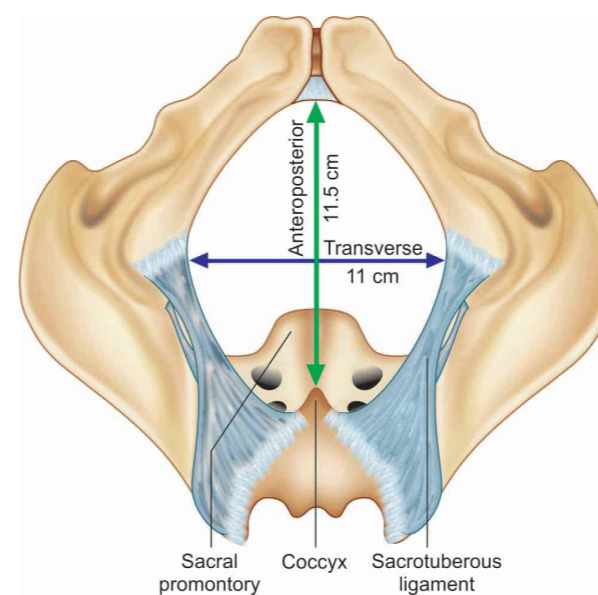
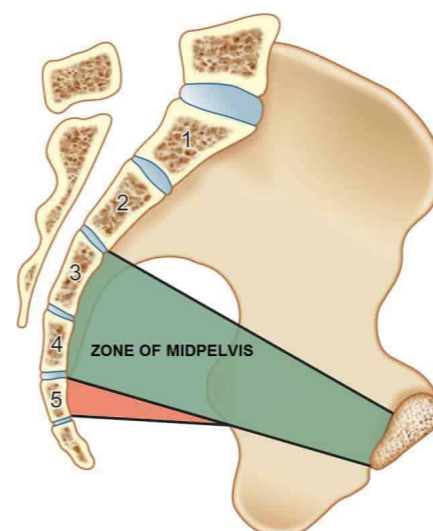
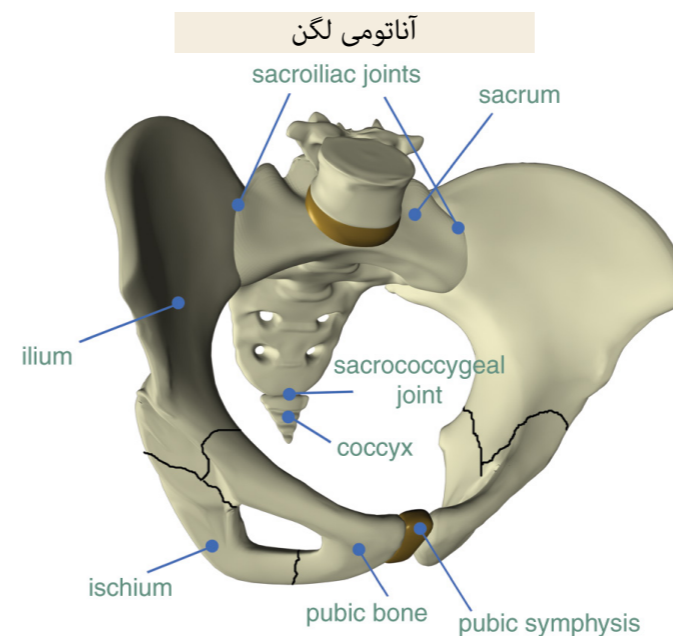
■ تطابق مکانیکی سر جنین با لگن نقش مهمی در تعیین کارایی انقباضات دارد و در نتیجه پیشرفت لیبر دارد. در زنان نولی پاری که گنجایش لگن آنان طبیعی است عضو نمایش جنین در هنگام ترم معمولاً قبل از شروع لیبر، به درون حفره لگن نزول می‌کند.

■ در مواردی که تنگی قابل توجه ورودی لگن و یا آسینکلیتیسیم شدید وجود دارد نزول جنین تا پس از شروع لیبر رخ نمی‌دهد و یا اینکه اصولاً نزول صورت نمی‌گیرد.



## MIDLET تنگی (عدم تناسب) لگن میانی

- شایع‌تر از تنگی لگن ورودی است.
- لگن میانی (midpelvic) یا میانه لگن کوچک‌ترین ناحیه لگن بوده و سطح فرضی است که از قسمت تحتانی سمفیزپوبیس و خارهای خاصه‌ای گذشته و ساکروم را قطع می‌کند (معمولاً در محل اتصال S5 و S4)
- قطر عرضی لگن میانی فاصله بین خارهای (interspinous) بوده و در حالت طبیعی ۱۰٫۵ سانتی‌متر طول دارد.
- قطر قدامی خلفی لگن میانی از قسمت تحتانی سمفیزپوبیس تا محل اتصال S5 و S4 بوده و ۱۱٫۵cm طول دارد و قطر فرضی بین خار ای، قطر قدامی خلفی را به قسمت ساژیتال خلفی و قدامی تقسیم می‌کند.
- بخش ساژیتال قدامی: از جلو به لبه تحتانی سمفیزپوبیس و از طرفین به شاخ‌های ایسکیوپوبیک محدود می‌شود.
- بخش ساژیتال خلفی: از پشت به استخوان ساکروم و از طرفین به رباط‌های ساکرواسپینوس (که حدود تحتانی بریدگی ساکروسیاتیک را تشکیل می‌دهند) محدود می‌شود. طول ساژیتال خلفی به‌طور طبیعی ۵ سانت است.
- زمانی که مجموع قطر بین خار ای و ساژیتال خلفی مساوی یا کمتر از ۱۳٫۵ باشد، تنگی لگن میانی (contraction midpelvic) تشخیص داده می‌شود. مقدار طبیعی آن: ۱۰/۵ سانتی‌متر به‌اضافه ۵ سانتی‌متر یعنی ۱۵/۵ سانتی‌متر
- تنگی لگن میانی و دهانه خروجی به‌جز در موارد نادر تقریباً همیشه باهم وجود دارد.



- این نوع تنگی لگن میانی اغلب باعث طولانی شدن یا وقفه مرحله دوم زایمان، deep transverse arrest، افزایش زایمان دشوار با فورسپس می‌شود که نتیجه آن‌ها ممکن است دیستوشی رحم، modling و کاپوت ساکسیدنوم شدید باشد.
- تنگی لگن میانی باعث افزایش سزارین می‌شود.
- deep transverse arrest : به عدم امکان و توقف مکانیسم چرخش سر در لگن میانی (در سطح خارهای خاصه‌ای) وقفه عرضی عمقی گفته‌شده. در چنین حالتی سوچور ساژیتال به‌صورت عرضی قرار گرفته و سر فلکسیون طبیعی را ندارد (هر دو فونتانل قدامی و خلفی قابل‌لمس هستند).
- تنگی لگن میانی به‌طور شایع سبب توقف عرضی سر جنین شده و ممکن است باعث زایمان دشوار با فورسپس میانی و یا زایمان سزارین شود.

## تشخیص تنگی لگن میانی

- اگر قطر بین خاری کمتر از ۱۰ سانتی‌متر باشد احتمال تنگی
- کمتر از ۸ سانتی‌متر = تنگی قطعی
- روش معاینه بالینی دقیق وجود ندارد.
- بالین‌حال: در صورت خارهای برجسته و دیوارهای جانبی لگن حالت همگرا یا بریدگی ساکروسیاتیک باریک باشد احتمال تنگی لگن است.
- در صورت باریک بودن قطر بین دو توبروزیته در لگن خروجی، احتمال تنگی بین خاری وجود دارد، اما در صورت طبیعی بودن رد نمی‌شود.

## تنگی خروجی لگن

- کاهش قطر بین توبروزیته‌های ایسکیال (intertuberos) و رسیدن به ۸ سانتی‌متر یا کمتر
- خروجی لگن تقریباً مشابه دو مثلث است که قطر بین توبروزیته‌های ایسکیال قاعده هر دو مثلث را تشکیل می‌دهد.

- مثلث قدامی: شاخ‌های پوبیک: رأس تحتانی- خلفی: سمفیزپوبیس
- مثلث خلفی: کناره‌های استخوانی ندارد: رأس آن مهره‌های خاجی
- کاهش قطر بین دو توبروزیته ای + باریک شدگی مثلث قدامی: فشار سر جنین به سمت خلف
- تنگی خروجی لگن = تقریباً در یک درصد موارد
- ممکن است سبب دیستوشی شود: اما به‌خودی‌خود عامل اصلی دیستوشی نیست.
- اغلب موارد تنگی لگن میانی همراه با این تنگی: عامل دیستوشی
- تنگی خروجی لگن بدون تنگی هم‌زمان صفحه میانی نادر است.
- عدم تناسب بین سر جنین و خروجی لگن در حدی نیست سبب دیستوشی شود اما نقش مهم در ایجاد پارگی‌های پرینه دارد. با تشخیص چنین حالتی بایستی اپی زیاتومی میانی طرفی (معمولاً وسیع) انجام می‌شود.

- با باریک شدن بیشتر قوس پوبیس، اکسی پوت نمی‌تواند به‌طور مستقیم زیر سمفیزپوبیس ظاهر شود، بلکه فشار بیشتری در جهت رو به پایین بر شاخ‌های ایسکیوپوبیک وارد می‌کند. در نتیجه پرینه متسع شده و احتمال پارگی آن افزایش می‌یابد. شکستگی‌های لگن
- شایع‌ترین علت: تروما از تصادفات اتومبیل
- الگوی شکستگی: برهم خوردن خفیف امتداد استخوان و وجود پروتز اندیکاسیون مطلق زایمان سزارین نیست.
- در صورت شکستگی اخیر، زایمان سزارین ضرورت دارد.
- هنگامی مناسب بودن فرد برای زایمان واژینال بررسی می‌شود که ۸-۱۲ هفته از زمان شکستگی گذشته باشد چون ترمیم شکستگی ۸-۱۲ هفته زمان می‌برد.





## اندازه بدن و سر جنین

- این عوامل شامل: آسینکلیتیسیم، وضعیت اکسی پوت خلفی، نمایش‌های صورت یا پیشانی و سینسیپوت
- تلاش‌هایی که در حوزه بالین و رادیوگرافیک برای پیش‌بینی CPD نامیدکننده بوده است.
- مانور مولر - هیلیس: نوعی مانور بالینی که در آن سر جنین از طریق دیواره شکم گرفته می‌شود و فشار محکمی به سمت پایین در جهت محور ورودی لگن وارد می‌شود.
- اگر هیچ‌گونه عدم تناسبی وجود نداشته باشد، سر به راحتی وارد لگن می‌شود و می‌توان زایمان واژینال را پیش‌بینی کرد.
- نتیجه ارزیابی مانور مولر - هیلیس به‌طور آینده‌نگر توسط محققین: این مانور پیشگویی‌کننده ضعیفی برای دیستوشی لیبردر مراحل بعدی است.
- قطر بای پاریتال و دور سر جنین را می‌توان با استفاده از روش‌های سونوگرافیک اندازه‌گیری کرد.
- محققان از شاخص جنینی - لگنی برای شناسایی عوارض لیبر استفاده کردند، حساسیت این اندازه‌گیری‌ها برای ضعیف است. CPD پیش‌بینی

- ارزیابی فعلی ظرفیت لگن معمولاً فقط از طریق: بررسی انگشتی لگن استخوانی
- روش‌های رادیولوژیکی، پلویمتری با اشعه ایکس در نمایش‌های سفالیک ارزش پیشگویی ضعیفی برای تشخیص CPD دارد.
- مزایای پلویمتری با سی تی، در مقایسه اشعه ایکس دقت بیشتر و انجام آسان‌تر است. در هردوی این‌ها هزینه تقریباً یکسان و میزان برخورد با اشعه اندک است.
- مطالعات نشان دادند، پلویمتری با MRI دقت مناسبی در پیشگویی زایمان سزارین به علت دیستوشی ندارد. ولی مزایای آن: فقدان اشعه یونیزان، اندازه‌گیری‌های صحیح و توانایی ارزیابی دیستوشی ناشی از بافت نرم است.
- اندازه جنین به‌تنهایی، به‌ندرت توجیه مناسبی برای عدم پیشرفت (شکست) لیبر است.
- اکثر موارد CPD در جنین‌هایی است که وزن آن‌ها کامل در محدوده جمعیت عمومی زایمانی قرار دارد.
- دوسوم نوزادانی که پس از تلاش ناموفق برای زایمان با فورسپس به زایمان سزارین نیاز پیدا کردند: وزن کمتر از ۳۷۰۰ گرم دارد، بنابراین وضعیت نادرست سر جنین مانع عبور جنین از مجرای زایمان می‌شوند.





# دراگ استور



## صرع چیست؟

گروهی از اختلالات مزمن سیستم اعصاب مرکزی که با تشنج‌های عودکننده همراه است.

در زمان حمله تشنجی در مغز چه روی می‌دهد؟  
وقوع هرگونه حمله تشنجی، ناشی از انتقال ناگهانی تعداد بسیار زیادی از پیام‌های عصبی در مغز است. چیزی که سبب می‌شود این رخداد غیرطبیعی باشد، این است که در حالت عادی نباید به‌صورت هم‌زمان مقدار زیادی پیام غیر لازم از مغز صادر شود.



سارای رجایی

کارشناسی مامایی/ورودی ۱۴۰۰ / دانشگاه علوم پزشکی ایران



سیده زهرا موسوی

کارشناسی مامایی/ورودی ۱۴۰۰ / دانشگاه علوم پزشکی ایران





■ **میوکلونیک:** معمولاً این حملات ملایم، قرینه و دوطرفه بوده و غالباً اندام‌های فوقانی را درگیر می‌کند. در جریان این حملات، به‌هیچ‌وجه هشجاری مختل نمی‌گردد؛ اما ممکن است به‌ندرت این حملات پاها را درگیر کرده و موجب افتادن بیمار به روی زمین شود.

■ **صرع آتونیک:** این حمله به‌صورت از دست‌دادن ناگهانی وضعیت بدن به شکل آویزان شدن سر یا افتادن است.

■ **تونیک:** در این نوع صرع حرکات خودبه‌خودی و پشت سر هم رخ می‌دهد.

### 🛒 صرع پارشیال

■ **ساده:** در این صرع، حمله به‌صورت یک‌طرفه و همراه با اختلال حس، حرکت و یا تکلم است. این نوع تشنج، موجب تغییر در سطح هشجاری نمی‌شود.

■ **پیچیده:** در این حمله، رفتار غیرطبیعی، گیجی و حرکات تکراری یک‌جور مانند جویدن یا دایره‌وار راه رفتن رخ می‌دهد. موجب تغییر در سطح هشجاری شده و شخص ارتباط منطقی خود با محیط را از دست می‌دهد.

## انواع حمله‌های تشنجی و صرع

**صرع عمومی (General):** این نوع تشنج معمولاً از قسمت مرکزی مغز منشأ می‌گیرد و به‌طور ناگهانی تمام سطح قشر مخ را درگیر می‌کند.

انواع صرع عمومی:

**تونیک کلونیک:** در این نوع حمله تشنجی، بیمار بدون هیچ‌گونه علامت هشداردهنده‌ای ناگهان روی زمین می‌افتد، تنفس قطع می‌شود، اندام‌های فوقانی و تحتانی بیمار در این حالت کاملاً سفت می‌شود؛ این مرحله فاز تونیک نام دارد. سپس بیمار شروع به لرزیدن و تکان خوردن می‌کند که نشانه ورود به فاز کلونیک است. این دو مرحله روی هم معمولاً از ۳۰ ثانیه تا ۱ دقیقه طول می‌کشد. در زمان وقوع حمله، گاهی اوقات خروج کف از دهان دیده می‌شود.

**صرع کوچک (Absence):** حمله بدون هیچ‌گونه هشجاری شروع می‌شود، بیمار به مدت چندثانیه دچار خیرگی شده و ارتباط خود را با محیط از دست می‌دهد.







## داروهای ضد صرع



### بنزودیازپین ها

**دیازپام:** به صورت قرص، تزریقی و سوسپانسیون وجود دارد. به صورت وریدی یا مقعدی نیز قابل مصرف است.

**کاربرد درمانی:** تسکین اضطراب، اختلالات خواب و اختلالات هراس، ضد تشنج و شل کننده ماهیچه اسکلتی

**عملکرد:** تضعیف سیستم عصبی مرکزی و تقویت اثر GABA

**عوارض جانبی:** گیجی، خواب آلودگی و لتارژی  
**طبقه بندی بارداری:** گروه D، بنابراین، در صورت بارداری بودن، برای مصرف دارو به پزشک اطلاع دهید.

**کلونازپام:** این دارو به صورت قرص موجود است.

**کاربرد درمانی:** درمان افسردگی و اختلال روانی خواب ناله، اختلال هراس و اختلال حرکتی، ضد اضطراب، پیشگیری و درمان تشنج

**عملکرد:** تضعیف سیستم اعصاب مرکزی  
**عوارض جانبی:** آتاکسی، تغییرات رفتاری و خواب آلودگی  
**طبقه بندی بارداری:** گروه C

**نکته:** در صورتی که این داروها قبل یا حین زایمان توسط مادر مصرف شوند، برای چند روز در خون نوزاد باقی می ماند. از این رو می تواند موجب بی حالی و بی رمقی نوزاد شود که خود را به شکل خستگی، ضعف تون عضلانی و ضعف در مکیدن نشان می دهد. علاوه بر آن ممکن است موجب بروز سندرم محرومیت در نوزاد شود.

### فنوباربیتال



این دارو به شکل های قرص، کپسول، الکسیر و تزریقی وجود دارد.

**کاربرد درمانی:** حملات تشنجی موضعی، تونیک کلونیک، حاد تونیک و حاد میوکلونیک

**عملکرد:** سرکوب شدن انتقال موج الکتریکی از کانون صرعی در قشر مغز

**عوارض جانبی:** خواب آلودگی، اسپاسم حنجره و خماری  
**طبقه بندی بارداری:** گروه D

### اسیدوالپروئیک



به شکل های کپسول و تزریقی وجود دارد.

**کاربرد درمانی:** حملات تشنجی عمومی

**عملکرد:** افزایش سطح GABA

**عوارض جانبی:** گیجی، سردرد، بی خوابی، اختلال بینایی، بی اشتها، تهوع، اسهال، استفراغ و لرزش

**طبقه بندی بارداری:** گروه D

**ناهنجاری های ناشی از اسید والپروئیک:**

نقص لوله عصبی، اسپینا بیفیدا و نقص اندام مانند عدم تشکیل استخوان رادیوس

**ناهنجاری های با شیوع بالا:**

نقص قلب، شکاف کام و لب، ناهنجاری های مجاری ادراری، ناهنجاری های اسکلتی مانند دیسپلازی کف پا یا مفصل ران، ناهنجاری های چشم (پتوز) و نقص لوله عصبی (می تواند در اثر استفاده از کاربامازپین نیز ایجاد شود).

### کاربامازپین



به شکل قرص و شربت وجود دارد.

**کاربرد درمانی:** درمان حملات تشنجی موضعی و تونیک کلونیک

**عملکرد:** مهارکننده کانال سدیم

**عوارض جانبی:** بثورات پوستی، سندرم استیون جانسون، آمی آپلاستیک، سرگیجه، خواب آلودگی، تهوع، استفراغ، زخم های دهان، کبودی یا خونریزی غیرمعمول، گلودرد و زرد شدن پوست

**طبقه بندی بارداری:** گروه D

**نکته:** تنها در صورت وجود هرگونه سابقه فامیلی اسپینا بیفیدا در خانواده بیمار یا همسرش، باید تا حد ممکن از مصرف این داروها در ۳ ماه اول بارداری صرف نظر کرد.

### ویگابترین



این دارو به شکل قرص موجود است.

**کاربرد درمانی:** درمان صرع پارشیال

**عملکرد:** مهار غیرقابل بازگشت آنزیم گابا آمینوترانسفراز

**عوارض جانبی:** خواب آلودگی، سرگیجه، افزایش وزن، اختلال غیرقابل برگشت شبکیه چشم و کوری

**طبقه بندی بارداری:** گروه C

### فنی توئین



این دارو به شکل های قرص جویدنی، سوسپانسیون، کپسول و تزریقی وجود دارد.

**کاربرد درمانی:** حملات تشنجی فوکل و اتونیک کلونیک

**عملکرد:** کاهش انتشار تشنج با تغییر انتقال یون

**عوارض جانبی:** آتاکسی، نیستاگموس، دوبینی، هایپرپلازی لثه، افت فشارخون، تهوع و راش

**طبقه بندی بارداری:** گروه D

### فلبامات



به صورت قرص و سوسپانسیون وجود دارد.

**کاربرد درمانی:** درمان صرع پارشیال و تونیک کلونیک

**عملکرد:** مهارکننده گیرنده NMDA

**عوارض جانبی:** آمی آپلاستیک، هپاتیت شدید، بی خوابی، سردرد، تهوع و بی اشتها

**طبقه بندی بارداری:** گروه D

**نکته:** به علت عوارض شکلی، تنها در مواردی که به درمان های دیگر پاسخی مشاهده نشده باشد، استفاده می شود.





## توپیرامات



- این دارو به شکل کپسول موجود است.
- کاربرد درمانی: درمان صرع پارشیال
- عملکرد: مسدود کردن کانال‌های سدیم در نورون‌ها و تقویت اثر مهارى نوروترنسمیتر گابا
- عوارض جانبی: گیجی، خواب‌آلودگی، اختلال تمرکز، کندی حرکتی، مشکل در گفتار، دوبینی، نیستاگموس، تهوع، کاهش وزن، آتاکسی و پاراستزی
- طبقه‌بندی بارداری: گروه C

## لوتیرامتام



- این دارو به شکل‌های قرص، محلول خوراکی و محلول تزریقی وجود دارد.
- کاربرد درمانی: بیماران مبتلا به حملات تشنجی حاد مقاوم به درمان، صرع‌های حساس به نور و انواع مختلف صرع‌های عمومی
- عملکرد: کاهش آزادسازی گلوتامات از وزیکول‌های پایانه عصبی
- عوارض جانبی: بی‌خوابی، بی‌حالی، اختلال تعادل، سرگیجه و خستگی
- طبقه‌بندی بارداری: گروه C

داروهای کلاسیک اسید والپروئیک، کاربامازپین، فنوباریتال و فنی‌توئین تراوتون هستند؛ اما ناهنجاری‌های ناشی از هرکدام متفاوت است. اسید والپروئیک در میان داروهای ضد صرع بیشترین خطر و لاموتریژن کمترین خطر تراوتون را دارد. در صورت عدم بروز حمله تشنجی طی چند سال، امکان قطع داروی ضد صرع وجود دارد.



**نکته**

## لاموتریژن



- این دارو به شکل قرص و محلول خوراکی وجود دارد.
- کاربرد درمانی: تشنج ایدئوپاتیک و عمومی
- عملکرد: اثر بر کانال‌های سدیم و مهار نوروترنسمیترهای تحریکی
- عوارض جانبی: آتاکسی، سرگیجه، سردرد، تهوع، استفراغ، حساسیت به نور و راش
- طبقه‌بندی بارداری: گروه C

## گاباپنتین



- این دارو به شکل قرص، کپسول و محلول خوراکی وجود دارد.
- کاربرد درمانی: درمان صرع فوکال، دردهای نوروپاتیک و سندرم پای بی‌قرار
- عملکرد: کاهش عملکرد کانال‌های کلسیم
- عوارض جانبی: خواب‌آلودگی، اختلال تعادل، نیستاگموس و سردرد
- طبقه‌بندی بارداری: گروه C





## صرع و باروری

### اسیدفولیک و داروهای ضد صرع:

- توصیه عمومی برای بیماران مبتلابه صرع که می‌خواهند باردار شوند، مانند هر بارداری دیگر این است که آن‌ها مکمل اسیدفولیک مصرف کنند.
- دوز و زمان مصرف: ۰/۸ میلی‌گرم در روز از ۶ ماه پیش از بارداری تا پایان ارگانوژنز (هفته ۱۰ بارداری)
- اسیدفولیک متابولیسم داروها را با فعال کردن هیدروکسیلازهای کبد افزایش می‌دهد که منجر به کاهش برخی از داروهای ضد صرع در مادر می‌شود.

### ویتامین K و داروهای ضد صرع:

- همه نوزادان نارس کمبود ویتامین K را نشان می‌دهند که برای جلوگیری از مشکلات خونریزی لازم است درست پس از تولد ۱-۰/۵ میلی‌گرم ویتامین K داخل عضلانی تزریق شود.

- داروهای کربامازپین، اتوسوکسیمید، فنی‌توئین، فنوباریتال، پریمیدون، توپیرامات و ویگابترین با القای آنزیم، منجر به کاهش ویتامین می‌شوند. در صورت استفاده مادر از این داروها، اقدامات زیر انجام می‌شود:

- تجویز ویتامین K در ۴ هفته آخر بارداری؛ ابتدا ۱۰ میلی‌گرم در روز و در ۲ هفته آخر، ۲۰ میلی‌گرم در روز

### سندرم داروهای ضد تشنج جنینی:

- محدودیت رشد
- میکروسفالی (به‌ویژه با فنی‌توئین و با درمان ترکیبی ضد صرع)
- اختلالات روانی و علائم مشابه اوتیسم (بیشتر با اسید والپروئیک)
- هایپوپلازی میانی صورت: بینی کوتاه و پهن، هایپرتلوریسم و لب بالایی بلند
- ناهنجاری بندهای انگشتان: ناخن‌های کوچک و بند انتهایی کوتاه انگشتان
- نقایص مینای دندان

### مراقبت‌ها:

- صرع و داروهای ضد صرع احتمال باروری را کاهش می‌دهند.
- فردی که قصد بارداری دارد و مبتلابه صرع است، باید بداند که هنگام استفاده از داروهای ضد صرع، خطر ابتلا به ناهنجاری‌های اساسی دو تا سه برابر افزایش می‌یابد.
- تجویز هم‌زمان چند داروی ضد صرع خطر سمیت جنین را افزایش می‌دهد؛ از این رو مونوتراپی ترجیح داده می‌شود.
- در صورت عدم بروز حمله تشنجی از ۹ ماه پیش از بارداری، خطر تشنج در دوران بارداری فقط حدود ۱۰٪ است.
- تا حد امکان در طول ارگانوژنز، دوز دارو باید در حد پایین نگه‌داشته شود.
- با تعیین سطح داروی ضد صرع در خون مادر، TDM باید هر سه ماه یک‌بار انجام شود.



## منابع:



کتاب صرع و تشنج در زنان تالیف دکتر کوروش قره‌گلی  
کتاب راهنمای بالینی داروها برای پرستاران







# خوشمزه



کوثر طایفه خانی

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی ایران

تنبلی تخمدان و یا با اصطلاح پزشکی سندروم تخمدان پلی کیستیک یکی از معضلاتی می‌باشد که این روزها بسیاری از بانوان را درگیر خود کرده است. pco یکی از شایع‌ترین اختلالات غدد درون‌ریز است که ۵-۱۶٪ زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد.





### ۴۲۲ چه مواد غذایی درمان تخمدان پلی کیستیک توصیه می‌شود؟

از مفیدترین مواد غذایی برای مقابله با مقاومت انسولین و کاهش اثر قند بر سلول‌ها، غذاهای غنی از فیبر است. این مواد غذایی برای افراد مبتلا به تخمدان پلی کیستیک مفید و مؤثر هستند.

### ۴۲۳ موارد زیر از مهم‌ترین مواد غذایی غنی از فیبر به شمار می‌آیند:

- انواع کلم و کاهو مثل کلم بروکلی، گل‌کلم و کلم بروکسل
- فلفل دلمه‌ای سبز و قرمز
- عدس و لوبیا
- بادام
- بری‌ها مثل رزبری، بلوبری و توت‌فرنگی
- سیب‌زمینی شیرین
- کدوخلوبی و کدوتنبلی

اگرچه برش‌های کم‌چرب گوشت گوساله و گوسفندی، مرغ و ماهی فاقد فیبر هستند اما به دلیل خاصیت سیرکنندگی و ضد گرسنگی از مواد غذایی مفید برای افراد مبتلا به تخمدان پلی کیستیک محسوب می‌شوند. غذاهایی که به کاهش التهاب کمک می‌کنند نیز گزینه‌های خوبی برای افراد مبتلا به تخمدان پلی کیستیک است.

### ۴۲۴ مهم‌ترین غذاهای کاهش‌دهنده التهاب عبارت‌اند از:

- گوجه‌فرنگی
- کلم کیل
- اسفناج
- بادام و گردو
- روغن‌زیتون
- میوه‌ها به‌ویژه بلوبری و توت‌فرنگی
- ماهی‌های غنی از امگا ۳ نظیر سالمون و ساردین

- از مصرف مواد فرآوری شده که در آن‌ها مواد نگه‌دارنده وجود دارد مانند تنقلات کارخانه‌ای به شدت پرهیز کنید.
- بشقاب خود را به‌صورت دوسوم سبزیجات، یک‌سوم کربوهیدرات و یک‌سوم پروتئین بچینید.
- از مصرف جوانه‌ها به‌خصوص جوانه‌های گندم و ماش غافل نشوید.
- از مصرف میوه‌هایی که قند بالا دارند خودداری کنید.
- شب‌ها بعد از صرف شام میوه مصرف نکنید.
- در طول روز دمنوش‌های گیاهی حاوی دارچین استفاده کنید.
- از مصرف نوشیدنی‌های کافئین دار پرهیز کنید مانند قهوه و چای.
- روزانه نیم ساعت ورزش کنید.
- شب‌ها بین ساعت ۱۱ الی ۱۱:۳۰ خواب باشید و صبح‌ها بین ساعت ۸ الی ۸:۳۰ صبحانه را میل کنید.
- شام باید سبک و بدون روغن باشد.
- در اصول تغذیه در افراد مبتلا به تبلی تخمدان به دلیل اینکه شیرها و لبنیات پاستوریزه مقدار زیادی مواد نگه‌دارنده و افزودنی دارند توصیه می‌شود مصرف مواد لبنی را به حداقل برسانید. هنوز به‌طور قطعی مشخص نشده است که محصولات لبنی می‌توانند موجب بروز سندروم تخمدان پلی کیستیک شوند اما تحقیقات زیادی مبنی بر رابطه مواد لبنی و تبلی تخمدان انجام شده است که به نظر می‌رسد با محدود کردن و قطع مواد لبنی می‌توان تا حدودی از علائم مربوط به سندروم تخمدان پلی کیستیک کاست؛ بنابراین توصیه می‌کنیم اگر خیلی به محصولات لبنی علاقه‌مند می‌باشید نهایتاً هفته‌ای یک‌بار آن‌ها را مصرف کنید و سعی کنید از لبنیات کم‌چرب و به‌خصوص پنیرهای لاکتیکی یا سنتی استفاده کنید.
- وعده‌های غذایی را حذف نکنید.
- مایعات فراوان بنوشید.

۴۲۵ این عارضه معمولاً با قطع قاعدگی خود را نشان می‌دهد و در سطح تخمدان‌ها تعداد زیادی فولیکول‌های نابالغ وجود دارند که هرگز به تخمک تبدیل نشده و آزاد نشده‌اند. در افراد مبتلا به تبلی تخمدان سطح بالای آندروژن و مقاومت به انسولین می‌تواند میزان سوخت‌وساز بدن آن‌ها را کاهش داده و دچار اضافه‌وزن و چاقی شکمی شوند. در این بیماران خطر دیابت نوع ۲، افزایش چربی خون، بیماری‌های قلبی - عروقی، عدم تخمک‌گذاری در طولانی‌مدت، ناباروری، ابتلا به سرطان آندومتر و سرطان پستان افزایش می‌یابد.

۴۲۶ در مطالعات متعدد ارتباط بین رژیم غذایی، اصلاح سبک زندگی، برنامه‌های ورزشی باهدف طبیعی کردن سطوح آندروژن و برقراری تخمک‌گذاری به‌عنوان خط اول درمان این افراد در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین به رژیم غذایی مؤثر برای کاهش علائم و درمان PCO می‌پردازیم.

۴۲۷ در مطالعات دیده شده که افرادی که مصرف روزانه داروهای مکمل (حاوی آهن، کلسیم، روی، ویتامین D) را گزارش کرده بودند، بروز PCOS در آن‌ها کمتر بود مصرف فست فودها به‌خصوص پنیر پیتزا، سوسیس، کالباس، غذاهای فرآوری شده را به حداقل برسانید.

۴۲۸ غذاهای تان را با کمترین میزان روغن طبخ کنید (از سرخ کردن پروتئین در روغن زیاد خودداری کنید. از روش‌های سالم پخت‌وپز غذا مثل کبابی کردن، آب‌پز و یا بخارپز کردن استفاده کنید. برش‌های کم‌چرب گوشت را انتخاب کنید و مرغ نیز بدون پوست باشد. علاوه بر این توصیه می‌شود هر هفته یک وعده ماهی در برنامه غذایی خود قرار دهید.) بهتر است از روغن‌های گیاهی استفاده کنید مانند از روغن‌زیتون.



### در رژیم برای تخمدان پلی کیستیک از مصرف چه غذاهایی پرهیز کنیم؟

کربوهیدرات‌های تصفیه‌شده مثل قند و شکر از عوامل اصلی بروز التهاب و مقاومت به انسولین هستند و بایستی مصرف آن‌ها به حداقل ممکن برسد.

### از کربوهیدرات‌های تصفیه‌شده می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

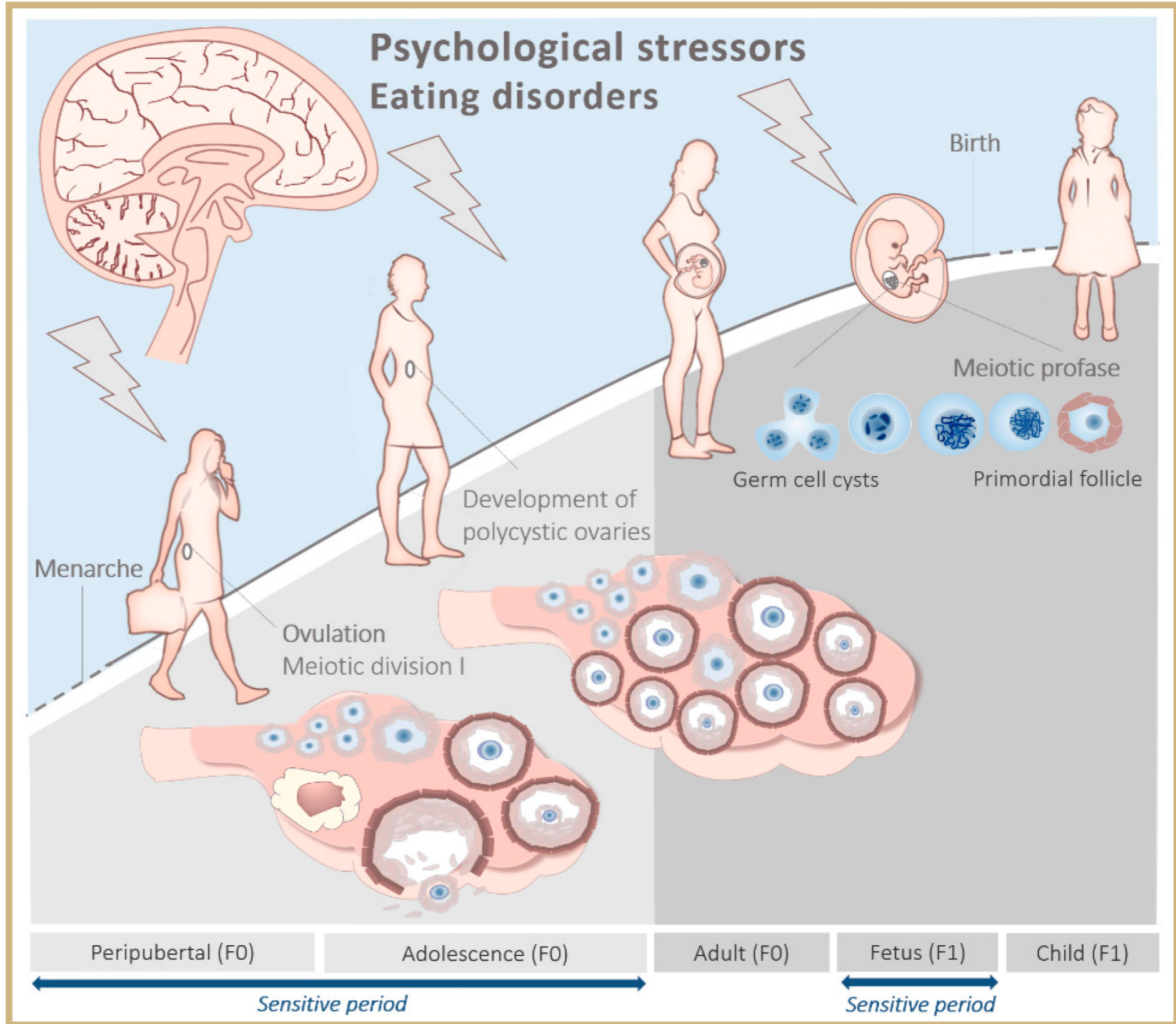
- آرد سفید
- انواع شیرینی و شکلات
- دسرهای شیرین
- هر خوراکی، نان و غذایی که با آرد سفید تهیه شود

ماکارونی و نودل‌های تولیدشده با آرد سمولینا و آرد دوروم نیز از مواد غذایی مضر در رژیم برای درمان بیماری تخمدان پلی کیستیک به شمار می‌روند چراکه پر کربوهیدرات و کم فیبر هستند. همان‌طور که بیان شد قند و شکر از مواد غذایی زیان‌آور برای بیماری تخمدان پلی کیستیک هستند بنابراین در هنگام مواد غذایی به برچسب محصولات دقت کنید و اگر در ترکیب آن‌ها شکر، ساکارز، فروکتوز و یا دکستروز قید شده است خریداری نکنید. همه ترکیبات ذکرشده از خانواده قند و شکر هستند و باعث تشدید التهاب می‌شوند.

### علاوه بر موارد ذکرشده، مواد غذایی زیر نیز تشدیدکننده بیماری هستند:

- انواع نوشابه
- آب‌میوه‌های صنعتی
- فرآورده‌های گوشتی صنعتی
- غذاهای سرخ‌کردنی
- انواع فست‌فودها

البته توصیه می‌شود قبل از هرگونه تغییر و یا حذف ماده غذایی از رژیم غذایی با پزشک خود مشورت نمایید. بدون دستور پزشک اقدام به پیروی از هیچ رژیمی نکنید. پزشک با معاینه شما و در نظر گرفتن فاکتورهای تعیین‌کننده، برنامه غذایی مؤثرتری را تنظیم می‌کند.







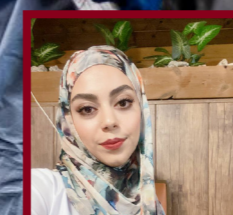
# بخش ایزوله

بیماری سوزاک چیست؟



زهرا حسینجانی

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۸/دانشگاه علوم پزشکی ایران



محدثه صحرائی

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۹/دانشگاه علوم پزشکی اراک

## بیماری سوزاک چیست؟

سوزاک یا گنوره (Gonorrhea) بیماری منتقله‌ی جنسی (STD) است که عامل ایجادکننده آن باکتری به نام نایسریا گنوره (Neisseria Gonorrhoea) است. این بیماری می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی طولانی‌مدت و حتی ناباروری شود اما به‌وسیله درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توان آن را درمان کرد و عوارض را کاهش داد.





**این باکتری** تمایل دارد که مناطق گرم و مرطوب بدن را هدف قرار دهد از جمله:

- مجرای ادرار
- چشم‌ها
- گلو
- مقعد
- آلت تناسلی مردان
- واژن و دستگاه تناسلی شامل لوله‌های فالوپ، سرویکس و رحم

سوزاک می‌تواند افراد با هر سن، جنسیت و نژاد را در بین نوجوانان STD تحت تأثیر قرار دهد اما این و بزرگسالان جوان ۱۵ تا ۲۴ سال شیوع بیشتری دارد

بیماری سوزاک چگونه منتقل می‌شود؟

**سوزاک** از طریق رابطه جنسی دهانی، مقعدی یا واژینال با فرد آلوده انتقال می‌یابد. استفاده از کاندوم یا سایر روش‌های بازدارنده هنگام رابطه جنسی می‌تواند تا حد زیادی شانس انتقال بیماری‌های مقاربتی مانند سوزاک را کاهش دهد. این نکته قابل توجه است که کاندوم نمی‌تواند از انتقال ۱۰۰٪ جلوگیری کند و خطر انتقال را کاملاً از بین ببرد به ویژه اگر به درستی مورداستفاده قرار نگیرد. برخی شواهد نشان داده است که سوزاک می‌تواند از طریق بوسیدن با زبان نیز انتقال یابد با این حال نیازمند تحقیقات بیشتری برای دانستن خطر بالقوه است.

**اگر قبلاً به سوزاک مبتلا شده‌اید، شانس ابتلای مجدد شما بیشتر است.** سوزاک در صورتی که درمان نشود می‌تواند خطر ابتلا به سایر STD ها را افزایش دهد امکان ابتلا نوزاد از مادر مبتلا در حین زایمان نیز وجود دارد.

سوزاک چه علائمی دارد؟

**فرد مبتلا** به سوزاک همیشه دارای علامت نبوده بلکه ممکن است ناقل بدون علامت باشد که در این صورت نیز می‌تواند آن را به سایر افراد انتقال دهد.

**علائم در مردان** ممکن است طی ۲ الی ۳۰ روز پس از قرار گرفتن در معرض نایسریا گنوره علائم قابل توجهی ایجاد شود اما به طور کلی چندین هفته طول می‌کشد تا علائم ظاهر شده و حتی ممکن است فرد علائمی را تجربه نکند. سوزش یا درد هنگام ادرار معمولاً اولین علائمی است که فرد متوجه می‌شود.

سایر علائم عبارت‌اند از:

- تکرر یا فوریت ادرار
- خروج ترشحات چرک مانند زرد، سفید یا سبز از آلت تناسلی
- تغییر رنگ و تورم در دهانه آلت تناسلی
- تورم یا درد بیضه‌ها
- خارش و درد مقعد
- خونریزی یا ترشح از مقعد
- درد هنگام اجابت مزاج
- علائم در زنان

**علائم** می‌تواند از یک روز تا چند هفته پس از قرار گرفتن در معرض نایسریا گنوره ظاهر شود که نسبتاً خفیف است اما بسیاری از افراد هیچ‌گونه علامتی ندارند.

نکته قابل توجه این است که علائم این بیماری در زنان شباهت زیادی به واژینیت قارچی و باکتریایی دارد که همین موضوع تشخیص را دشوارتر می‌کند.

علائم احتمالی عبارت‌اند از:

- ترشحات آبکی شیری یا سبزرنگ واژینال
- درد یا سوزش هنگام ادرار
- میل به دفع بیشتر ادرار
- قاعدگی‌های شدیدتر یا لکه بینی بین قاعدگی‌ها
- درد حین نزدیکی (دیسپارونی)
- درد شدید زیر شکم
- خارش و درد مقعد
- خونریزی یا ترشح از مقعد
- حرکات روده‌ای دردناک
- سایر علائم سوزاک
- این STD در مواردی ممکن است تب ایجاد کند.

**سوزاک** می‌تواند دهان و گلو را نیز تحت تأثیر قرار دهد که علائم آن عبارت‌اند از:

- گلودرد مداوم
- التهاب و قرمزی در گلو
- تورم در غدد لنفاوی گردن
- امکان سرایت سوزاک به چشم نیز وجود دارد و معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که محل عفونت را لمس کرده و قبل شستن دست‌ها، دست آلوده با چشم تماس پیدا کند.

**علائم کنژنکتیویت گنوکوکی** یا سوزاک چشم عبارت‌اند از:

- درد، سوزش و حساسیت چشم
- تورم در پلک
- التهاب و قرمزی چشم
- مخاط سفید یا زردرنگ در اطراف چشم

سوزاک چگونه تشخیص داده می‌شود؟

**سوزاک از چند طریق قابل تشخیص است:**

کشت مایعات بدن: تهیه یک سوآپ از آلت تناسلی، واژن، گلو و راست‌روده و انجام کشت آزمایشگاهی راه‌های تشخیصی قابل اعتماد است.

آزمایش ادرار: نمونه ادرار ۱۰٪ قدرت تشخیص دارد. آزمایش خون: در موارد نادر ممکن است درمانگر از این روش برای تشخیص استفاده کند زیرا این آزمایش ممکن است قطعی نباشد.

اگر فرد مشکوک به سوزاک است تا زمانی که نتیجه منفی آزمایش‌ها را دریافت نکرده است باید از هرگونه فعالیت جنسی پرهیز کند.

درمان سوزاک چگونه است؟

**آنتی‌بیوتیک‌های** موجود در بازار می‌تواند سوزاک را درمان کند اما این بیماری با داروهای بدون نسخه و درمان‌های خانگی درمان نمی‌شود.

درمان ارجح تزریق عضلانی سفتریاکسون ۲۵۰mg تک‌دوز است.

**درمان خوراکی شامل:**

کپسول داکسی‌سایکلین هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ روز یا قرص سفیکسیم ۴۰۰mg به صورت تک‌دوز

CDC قبلاً تجویز سفتریاکسون به همراه آزیترومایسین را توصیه می‌کرد اما طبق دستورالعمل‌های جدید، باکتری‌های ایجادکننده سوزاک به آزیترومایسین به‌طور فزاینده‌ای مقاوم می‌شوند.

پس از مصرف آنتی‌بیوتیک علائم بیمار در عرض چند روز تسکین می‌یابد اما فرد باید یک هفته کامل پس از درمان خود و شریک جنسی از رابطه جنسی پرهیزد.





## آیا سوزاک قابل درمان است؟

**ظهور** گونه‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک چالش‌هایی را برای درمان موفقیت‌آمیز ایجاد کرده است اما نکته‌ای که باید به فرد توصیه نمود این است که حتی اگر علائم قبل از اتمام داروها از بین رفت فرد باید تمام داروهای خود را برای درمان کامل عفونت مصرف کند. اگر پس از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها فرد همچنان دارای علائم بود باید درمان‌های دیگری صورت گیرد.

## سوزاک و بارداری

**در اکثر زنان** حامله عفونت گنوکوکی محدود به دستگاه تناسلی تحتانی است. از طرفی سالپنژیت حاد در دوران حاملگی نادر است، اما تعداد نامتناسب و زیادی از موارد عفونت گنوکوکی منتشر را در زنان حامله می‌بینیم. با این حال آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توانند آن را درمان کرده و احتمال عوارض را کاهش دهند. این عفونت معمولاً تمایل دارد مناطق گرم و مرطوب بدن را هدف قرار دهد، از جمله:

- مجرای ادرار یا لوله‌ای که ادرار را از مثانه تخلیه می‌کند.
- گلو ■ واژن ■ چشم‌ها ■ مقعد
- دستگاه تناسلی زنان که شامل
- لوله‌های فالوپ، دهانه رحم و رحم می‌شود.

## راه انتقال سوزاک در بارداری

**انتقال** عمودی گنوره، عمدتاً از تماس جنین با ترشحات واژینال در طی زایمان ناشی می‌شود.

## غربالگری و درمان سوزاک در بارداری

**زنان حامله‌ای** که در مناطق شیوع بالای عفونت گنوکوکی زندگی می‌کنند و یا در معرض خطر گنوره هستند باید تحت غربالگری در سه‌ماهه‌ی اول قرار می‌گیرند.

# GONORRHEA

Gonorrhea is a Common Sexually Transmitted Disease - STD

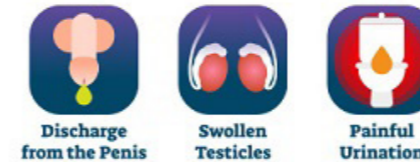
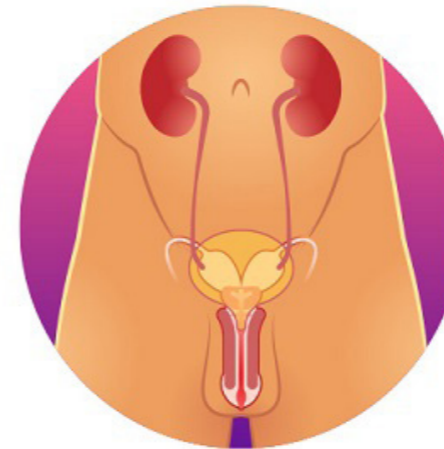
Gonorrhea is Caused by the Bacterium Neisseria Gonorrhoeae



### FEMALE



### MALE



**در صورت امکان** قبل از درمان، غربالگری از نظر سیفلیس، عفونت کلامیدیایی و HIV انجام شود. چون ممکن است عفونت گنوکوکی هم‌زمان با عفونت کلامیدیایی رخ دهد، در نتیجه اگر امکان انجام تست کلامیدیا برای فرد وجود نداشته باشد ما باید درمان حدسی کلامیدیا نیز در زنانی که به علت گنوره تحت درمان هستند انجام دهیم. و اما برای درمان سوزاک آنتی‌بیوتیک‌ها در اکثر موارد می‌توانند مؤثر باشند. با این حال ظهور سویه‌های سوزاک مقاوم به آنتی‌بیوتیک، چالش‌هایی را برای درمان موفقیت‌آمیز ایجاد می‌کند. به همین دلیل است که معمولاً هم دوز تزریقی و هم دوز خوراکی آنتی‌بیوتیک تجویز می‌شود.

## غربالگری را با روش‌های زیر انجام می‌دهند:

از طریق کشت یا تست‌های تقویت اسید نوکلئیک (NAAT)، نمونه‌های واژینال یا سرویکال ترجیح داده می‌شوند. چون در بررسی نمونه‌ی ادرار میزان شناسایی عفونت‌ها حدود ۱۰ درصد کمتر می‌شود. اما اگر هم از نمونه‌ی ادرار استفاده می‌شود باید دقت کرد که قسمت ابتدایی جریان ادرار و نه قسمت میانی آن جمع‌آوری شود. عوامل خطر آن عبارت‌اند از: سن مساوی با کمتر از ۲۵، سابقه عفونت گنوکوکی، سایر stdها، روسپی‌گری، شرکای جنسی جدید یا متعدد، سو مصرف مواد، زنان سیاه‌پوست، زنان نژاد آمریکای لاتین و بومیان آمریکا و استفاده‌ی غیر مداوم از کاندوم.

**درمان** فعلی در دوران حاملگی ۲۵۰ میلی گرم سفتریاکسون داخل وریدی به‌اضافه یک گرم آزیترومایسین خوراکی است.

**آزیترومایسین** داروی است که می‌تواند هم‌زمان بر عفونت گنوره و کلامیدیایی مؤثر باشد. و اما اگر ممنوعیت مصرف سفتریاکسون وجود داشته باشد رژیم خوراکی ۴۰۰ میلی‌گرم سفکسیم به‌اضافه گرم آزیترومایسین مؤثر می‌باشد. در موارد آلرژی یک سفالوسپورین می‌توان از یک دوز ۲۴۰ میلی‌گرم جنتامایسین داخل عضلانی همراه با دو گرم آزیترومایسین خوراکی استفاده کرد.

**بیماران** باید دقت کنند که تا ۷ روز پس از تکمیل درمان خود و شریک جنسی خود باید از نزدیکی جنسی پرهیز کنند.

**در تمام** زنان دارای عفونت گنوکوکی در سه‌ماهه اول بارداری درمان شده‌اند و در تمام زنان که فاقد عفونت که در معرض خطر عفونت گنوکوکی هستند تکرار تست در سه‌ماهه سوم توصیه می‌شود. باکتری گنوکوکی ممکن است باعث عفونت‌های منتشر شود که به‌صورت ضایعات پتشیال یا پوستولی پوست، آرترالژی یا آرتریت سپتیک تظاهر می‌یابند. برای درمان این عفونت‌ها تجویز یک گرم سفتریاکسون داخل عضلانی یا داخل وریدی هر ۲۴ ساعت یک‌بار به‌اضافه‌ی دوز واحد یک گرمی آزیترومایسین خوراکی توصیه می‌شود.

در موارد **اندوکاردیت گنوکوکی** درمان باید حداقل ۴ هفته سفتریاکسون با دوز ۱-۲ گرم به‌صورت داخل وریدی هر ۱۲ ساعت ادامه داشته باشد.

در موارد **مننژیت** این درمان به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز انجام می‌شود.

یک نکته بسیار مهم در طول درمان این است که تمام داروهای خود را برای درمان کامل عفونت مصرف کنید، حتی اگر علائم شما قبل از اتمام نسخه از بین برود.





## عوارض

**در خانم‌ها** شانس بیشتری برای تجربه عوارض طولانی‌مدت سوزاک درمان‌نشده وجود دارد. از عوارض آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱) بیماری التهابی لگن (PID) عفونت می‌تواند وارد دستگاه تناسلی شود و رحم، لوله‌های فالوپ و تخمدان‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، که می‌تواند باعث درد شدید و مزمن و آسیب به اندام‌های تناسلی شود.

۲) انسداد یا اسکار لوله‌های فالوپ، یکی دیگر از عوارض احتمالی است که خود می‌تواند باعث دشواری باردارشدن و حاملگی خارج رحمی شود.

**در مردان** هم یکسری عارضه به وجود می‌آورد که از جمله آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱) زخم مجرای ادرار

۲) وجود یک آبسه دردناک در داخل آلت تناسلی که می‌تواند بر باروری تأثیر بگذارد.

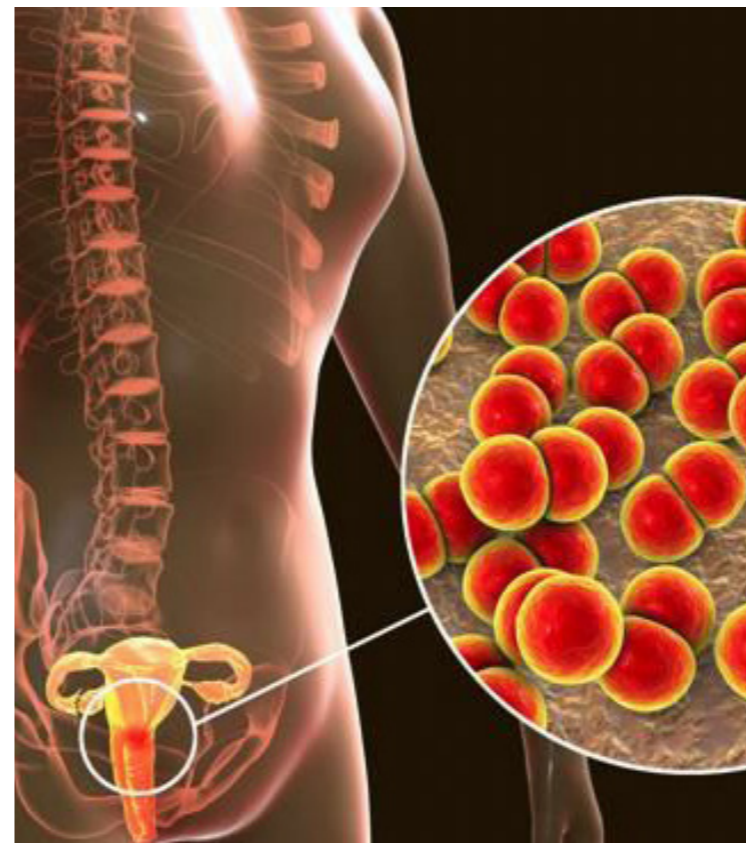
۳) اپیدیدیمیت یا التهاب لوله‌های حامل مایع منی در نزدیکی بیضه‌ها

عفونت درمان نشده همچنین می‌تواند به جریان خون سرایت کند، جایی که می‌تواند عوارض نادر اما جدی مانند آرتریت و آسیب دریچه قلب ایجاد کند.

**همچنین** سوزاک در هرکدام از سه‌ماهه‌ها می‌تواند تأثیر مخربی داشته باشد. مثلاً ممکن است سرویسیت گنوکوکی درمان‌نشده، سقط سپتیک و یا همچنین عفونت بعد از سقط اختیاری به دنبال هم بروز پیدا کنند. از عوارض شایع سوزاک در بارداری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

زایمان پره‌ترم، پارگی پیش از موعد پرده‌ها، کوریوآمیونیوت و عفونت بعد از زایمان در زنان مبتلابه عفونت گنوکوکی.

## نشانه‌های بیماری سوزاک



## پیشگیری

**محققان** در حال کار بر روی ساخت واکسن ضد سوزاک هستند با این حال تا به امروز، هیچ واکسنی نتوانسته از عفونت جلوگیری کند. اما از راه‌های ایمن پیشنهادی برای جلوگیری از ابتلا به این بیماری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

استفاده از کاندوم یا سایر روش‌های پیشگیری در هر بار رابطه جنسی دهانی، مقعدی یا واژینال به کاهش خطر ابتلا به بسیاری از بیماری‌های مقاربتی کمک می‌کند.

**گام مهم دیگری** برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های مقاربتی این است که همیشه قبل از شروع یک رابطه جنسی با شریک جنسی خود در مورد وضعیت جسمانی خود و بیماری‌های مقاربتی که به آن مبتلا هستید و یا آزمایش‌هایی که در این جهت انجام داده‌اید صحبت کنید. اگر شریک جنسی علائم سوزاک یا هر بیماری مقاربتی دیگری دارد، او را تشویق کنید تا آزمایش‌ها را انجام دهد و تا زمانی که نتیجه منفی دریافت نکرده آید از فعالیت جنسی خودداری کنید.

## اگر به سوزاک مبتلا شده‌اید چه کاری باید انجام دهید؟

به خاطر داشته باشید که این عفونت بسیار شایع است و هیچ‌چیزی برای احساس شرم یا خجالت وجود ندارد. بنابراین اگر فکر می‌کنید ممکن است به سوزاک مبتلا شده باشید، باید از فعالیت جنسی خودداری کنید و حتماً برای تست و مطمئن شدن از ابتلا به متخصص مراجعه کنید. همچنین حتماً باید به شریک جنسی فعلی خود اطلاع دهید که باید فوراً آزمایش سوزاک انجام دهند تا از انتقال بیش از حد این بیماری جلوگیری شود و با تشخیص به موقع قابل درمان باشد.

## منابع:



<https://www.healthline.com/health/gonorrhea#takeaway>

جلد سوم کتاب ویلیامز





# جوانه

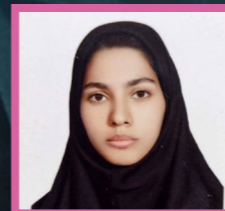


احیای نوزاد و اورژانس‌های اتاق زایمان



فاطمه صفی خانی

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی ایران



هستی جعفری

کارشناسی اتاق عمل/ورودی ۱۴۰۰/دانشگاه علوم پزشکی ایران

اکثر نوزادان مرحله گذر به زندگی خارج رحمی را بدون مشکل پشت سر می‌گذارند. باوجوداین، درصد اندکی از آنان پس از تولد به احیای نیاز پیدا می‌کنند. اهداف احیای نوزادان به شرح زیر هستند: برقراری مجدد تنفس‌های کافی، دستیابی به برونده قلبی کافی و جلوگیری از موربیدیت و مرگ‌ومیر مرتبط با آسیب بافتی هیپوکسیک. ایسکمیک (مغز، قلب و کلیه). وضعیت‌های پرخطر باید با توجه به شرح‌حال حاملگی و ویژگی‌های لیبر پیش‌بینی شوند. بهبود مراقبت‌های پره ناتال و تشخیص پره ناتال ناهنجاری‌های جنینی، انتقال مناسب مادر را برای انجام کارهای پرخطر امکان‌پذیر است. نوزادانی که در هنگام تولد شل، سیانوز یا آبنه دارند و یا بدون نبض هستند قبل از بررسی امتیاز آپگار دقیقه اول به احیای فوری نیاز دارند.





**باید برای بهبود** تهویه اقدام به اجرای مراحل اصلاحی شود. با توجه به علامت اختصاری MRSOPA می‌توان ۶ اقدام اصلاحی را به شرح زیر انجام داد. تنظیم مجدد ماسک (mask)، تنظیم مجدد وضعیت سر (reposition)، ساکشن دهان و بینی (suction)، باز کردن دهان (open)، افزایش فشار (pressure) و راه هوایی جانبی (alternative) در نوزادان مبتلابه تضعیف شدیدی که به PPV با کیسه - ماسک پاسخ نمی‌دهند، پس از انجام اصلاحی باید اقدام به لوله‌گذاری داخل تراشه شود. در نوزادانی که از سایر جهات دارای راه هوایی سالم هستند و وزن آن‌ها کمتر از ۱۰۰۰ گرم است، اندازه ETT معمولاً ۲/۵ میلی‌متر است. پاسخ ضعیف به تهویه، ممکن است از عوامل زیر ناشی شود: شل بودن ماسک، موقعیت نادرست ETT، لوله‌گذاری در مری، انسداد راه هوایی، فشار ناکافی، افوزیون پلور، پنوموتوراکس، وجود هوای اضافی در معده که باعث مقاومت شکمی می‌شود، آسیستول، هیپوولمی، فتق دیافراگم یا آسفیکسی داخل رحمی طولانی‌مدت.

**راه هوایی** ماسک حنجره‌ای نیز ابزار ارزشمندی برای حفظ راه هوایی است (به‌ویژه در مواردی که PPV ناکارآمد بوده و تلاش برای لوله‌گذاری ناموفق باشد). علت زمینه‌ای کاهش ضربان قلب اکثر نوزادان به خاطر علل قلبی اولیه نیست بلکه این حالت از تهویه ناکارآمد (غیرموثر) ناشی می‌شود. اگر پس از ۶۰ ثانیه با انجام PPV و اقدامات اصلاحی MRSOPA ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه باشد، برای دستیابی به تهویه کارآمد باید اقدام به لوله‌گذاری نوزاد شود (اگر قبلاً انجام نشده باشد). پس‌ازاینکه لوله‌گذاری در نوزاد انجام شد، در صورتی که همچنان تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه باشد، باید همراه با تهویه مداوم، فشار بر قفسه سینه آغاز شود و تهویه به ۱۰۰ درصد افزایش یابد.

**اگر در یک نوزادترم**، اگر ضربان قلب از کمتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد. باید تهویه با فشار مثبت (PPV) از طریق ماسک کیسه‌ای با اندازه مناسب که به‌طور محکم در جای خود، قرار گیرد. تهویه با فشار مثبت باید با فشار تقریباً ۲۰ سانتی‌متر و با ۶۰-۴۰ تنفس در دقیقه و ابتدا با کسر اکسیژن ۲۱ درصد برای نوزادان ترم شروع شود. هم‌زمان با آغاز تهویه با فشار مثبت، پالس اکسیمتر بر روی دست راست (preductal) و لید قلبی بر روی قفسه سینه قرار داده می‌شود.

**درگذشته** توصیه می‌شد که گاز استنشاقی در احیای نوزاد اکسیژن ۱۰۰ درصد باشد. باوجوداین، در نوزادان ترم احیا با هوای اتاق به همان اندازه مؤثر است. نشانه‌های تهویه موفق و کارآمد به شرح زیر هستند: بالا رفتن کافی قفسه سینه، افزایش رنگ صورتی، صداهای تنفسی قرینه، ضربان قلب بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه، افزایش اشباع O<sub>2</sub>، تنفس‌های خودبه‌خود و بهبود تون نوزاد، اگر پس از ۳۰ ثانیه عرضه PPV نشانه‌های تهویه کارآمد دیده نشود.



**ریه‌های نوزادان** مبتلابه اختلالاتی مانند هیپوپلازی ریه و پره‌مچوریتته فاقد کمپلیانس هستند و تلاش‌های اولیه برای شروع ممکن است برای شروع تهویه کارآمد، ناکافی باشند.

اقدامات در روند احیای نوزاد از ترتیب ABC پیروی می‌کنند:

■ پیش‌بینی و حفظ برقراری راه تنفسی باز از طریق قرار دادن نوزاد در موقعیتی که سر در حالت کمی کشیده و پوزیشن saiffingsniffing (چانه در سطح بالاتر از قفسه سینه) قرار دارد و انجام ساکشن در صورتی که بتواند راه ترشحات تنفسی را که باعث انسداد شده باز کند.

■ آغاز تنفس از طریق استفاده از محرک تماسی و به دنبال آن تهویه با فشار مثبت PPV، از طریق ابزار ماسک کیسه‌ای و ETT از در صورتی که نوزاد بعدازآن همچنان در حالت آپنه قرار داشته باشد و یا با PPV تهویه مؤثر حاصل نشده باشد.

■ تثبیت گردش خون از طریق اعمال فشار بر قفسه سینه و در صورت نیاز، از دارو استفاده شود.

**گایدلاینهای** برنامه احیای نوزادان (NRP) بر پایه توصیه‌های «کمیته ارتباطات بین‌الملل احیا در مورد توصیه‌های درمانی»، استوار هستند. این توصیه‌ها که شامل مواردی از قبیل بررسی هم‌زمان ظاهر نوزاد و عوامل خطر است. اصول اساسی، شامل بررسی راه هوایی و برقراری تنفس‌های کارآمد و گردش خون کافی و همچنین ضربان قلب هستند. تجهیزات موردنیاز که به‌طور روتین شامل موارد زیر هستند:

تخت گرم‌کننده، پتوها، کلاه نوزاد، استوسکوپ، پوآر کاتتر ساکشن یا ساکشن دیواری، وسیله‌های کیسه ماسک، منبع اکسیژن همراه با مخلوط کننده، پالس اکسیمتر، لارنگوسکوپ همراه با تیغه و لوله‌های تراشه (ETT ها). تجهیزات باید موردبررسی قرار گیرند و مطمئن شوند که به‌طور مناسب کار می‌کنند. باید اعضای تیم به یکدیگر معرفی شوند، رهبر تیم تعیین شود، نقش هر کس در احیا تعیین شود. در موارد احیای پیچیده، ممکن است فردی وجود داشته باشد که تنها وظیفه وی ثبت زمان و ثبت نوع مداخلات صورت گرفته است. تمام نوزادان ترم بعد از تولد باید خشک، گرم و تحریک شوند. اگر نوزاد نیاز به احیا نداشته باشد، می‌توان درحالی که کلامپ بند ناف با تأخیر انجام می‌شود، بر روی شکم مادر انجام داد.

**هم‌زمان** با این اقدامات باید تون نوزاد، تلاش تنفسی و ضربان قلب وی ارزیابی شود. ناتوانی در تنفس هنگام تولد نسبتاً شایع است و ۵ تا ۱۰ درصد نوزادان به مداخلات نیاز دارند. نوزادان مبتلابه آپنه اولیه، به تحریک به‌صورت تثبیت تنفس طبیعی پاسخ می‌دهند. در نوزادان مبتلابه آپنه ثانویه به‌منظور تثبیت تلاش خودبه‌خود، درجاتی از حمایت تهویه‌ای ضرورت دارد. آپنه ثانویه معمولاً از دستگاه عصبی مرکزی و در نتیجه آسفیکسی و یا به‌صورت محیطی ((CNN و در نتیجه اختلالات عصبی - عضلانی، منشأ می‌گیرد.





## ۲- دکولمان جفت

**Abruptio Placentae** در هنگام تولد ممکن است نوزاد علائمی مانند رنگ‌پریدگی، آبنه، تون ضعیف، کاهش پرفیوژن و برادی کاردی را داشته باشد. همچنین احتمال خونریزی جنینی حجیم و هیپوولمی و آمی نوزاد وجود دارد. در این موارد علاوه بر احیای روتین، اقدام به انجام اورژانسی کاتر ورید نافی UVC در موقعیت low-lying و درخواست خون-O ارجحیت دارد. در خونریزی حاد، خون باید در حداکثر سرعت ممکن (مجموعه ۱۰ میلی‌لیتر بر کیلوگرم) تجویز شود. برای اطمینان کامل در مورد دکولمان، ارتباط بین متخصص زایمان و متخصص کودکان برای شناسایی و درمان مؤثر است.

## ۱- مکونیوم

آغشته شدن مایع آمنیون به مکونیوم ممکن است از نشانه‌های استرس جنینی باشد. در صورت مشاهده این وضعیت در نوزادان غیر سرحال، لوله‌گذاری جهت جلوگیری از آسپیراسیون مکونیوم موجود در زیر طناب صوتی ضروری است، ضمن اینکه توصیه‌های NRP دیگر از این کار حمایت نمی‌کنند. و این مسئله مورد توجه است که لوله‌گذاری در تراشه ممکن است آغاز PPV کارآمد را دچار وقفه نماید. در این مورد سرحال یا غیر سرحال بودن نوزاد مدنظر نیست و نوزاد باید تحت احیای پایه قرار گیرد و مانند سایر نوزادان بررسی شود.

در نوزادان صرف‌نظر از استفاده یا عدم استفاده از راه هوایی جانبی، اعمال فشار بر قفسه سینه همواره در هماهنگی با PPV صورت می‌گیرد. اعمال بر قفسه سینه باید بدون انقطاع به مدت ۶۰-۴۵ ثانیه و قبل از بررسی مجدد ضربان قلب برای تعیین اقدامات بعدی، صورت می‌گیرد.

## اورژانس‌های اتاق زایمان

در اتاق زایمان هم مانند سایر بخش‌ها ممکن است، شرایط اختصاصی به وجود آید و نوزاد احتیاج به مراقبت‌های ویژه داشته باشد که در این بخش به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

**اعمال فشار** بر قفسه سینه، باید در روی یک‌سوم تحتانی استرنوم با تعداد ۹۰ بار در دقیقه آغاز شود. نسبت اعمال فشار به تهویه، ۳ به ۱ است (۹۰ اعمال فشار: ۳۰ تنفس). برای اعمال فشار بر قفسه سینه، فرد دیگری جدا از فردی که تهویه را انجام می‌دهد، مورد نیاز است. برای اعمال فشار بر قفسه سینه دو تکنیک متفاوت وجود دارد: تکنیک انگشت شست و تکنیک دوانگشتی. در تکنیک انگشت شست، برای فروربردن استرنوم از نوک هر دو انگشت شست استفاده می‌شود و بقیه انگشتان در طرفین قفسه سینه قرار داده می‌شوند تا قفسه سینه را در میان بگیرند. این تکنیک، روش ارجح برای اعمال فشار بر قفسه سینه است. چون دیده شده است که با این روش میزان بالاتری از فشارخون حاصل می‌شود، پرفوزیون کرونری افزایش می‌یابد و میزان خستگی حاصل کمتر است. در تکنیک دوانگشتی، برای پایین بردن استرنوم از نوک انگشتان میانی و اشاره استفاده می‌شود و در همان حین با کف دست دیگر، پشت نوزاد مورد حمایت قرار می‌گیرد.





### ۳- آنسفالوپاتی نوزادان

این‌گونه نوزادان با عملکرد نورولوژیک غیرطبیعی مانند کاهش سطح هشیاری، تون عضلانی، رفلکس‌ها و اختلال تلاش تنفسی به دنیا می‌آیند. اتیولوژی‌های احتمالی وسیعی برای این اختلال توصیف شده، اما در صورتی که نوزاد دارای علائم پری ناتال تعریف شده مانند دکولمان جفت یا پرولاپس بند ناف باشد؛ علت آنسفالوپاتی با احتمال بالا آسیب مغزی هیپوکسیک ایسکمیک است. در مورد نوزادان ترمی که احتمال آنسفالوپاتی نوزادی در آن‌ها وجود دارد، علاوه بر احیای معمول، نوزاد باید در اتاق زایمان به صورت پاسیو (غیرفعال) سرد شده و سپس به تخت وارمر انتقال داده شود.

پس از انجام اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت، باید اقدامات نورولوژیک جامع‌تری انجام و معیارهای رسمی آنسفالوپاتی متوسط تا شدید در نوزاد بررسی شود. در صورت دارا بودن معیارها، اقدامات لازم جهت

### ۴- انسداد راه هوایی

انسداد راه هوایی فوقانی ممکن است در اثر هیپوپلازی مندیبل به همراه جابه‌جایی خلفی زبان ایجاد شود. که در این وضعیت با کشیدن زبان یا مندیبل به سمت جلو، قرار دهی نوزاد در پوزیشن پرون به علائم طور موقت تسکین می‌یابد. علل مختلف دیگر مانند آترزی یا تنگی حنجره، تراتوژنها، هیگرومها، تومورهای دهان سبب انسداد راه هوایی نوزاد می‌شوند که در مقایسه با مورد اول نادرتر هستند.

در صورت تشخیص پره ناتال این اختلال، با برنامه‌ریزی صحیح می‌توان محل زایمان و مداخلات لازم و در دسترس را مشخص کرد. و همچنین درمان‌های خارج رحمی نیز حین زایمان فرصت لازم برای تثبیت راه هوایی نوزاد قبل از جدا شدن از جفت فراهم می‌کند. در ضمن تبادل گاز رحمی-جفتی در تمام طول این عمل حفظ می‌شود.



### ۵- دیسترس تنفسی

این اختلال هم به دلایل مادرزادی اتفاق می‌افتد و هم علل یاتروژنیک ناشی از اقدامات ضروری احیا می‌توانند در بروز آن دخیل باشند. شکم قایقی (اسکفویید) غیر قرینگی حرکات یا شکل قفسه سینه دلالت بر فتق دیافراگمی دارند. نوزادانی که دارای اشکال شناخته‌شده‌ای از این اختلال هستند، باید در اتاق زایمان تحت لوله‌گذاری قرار گیرند. لوله‌گذاری اوروگاستریک (دهانی-معدی) برای جلوگیری از اتساع گازی در اثر گریه و PPV، ضرورت دارد. همچنین بررسی بیشتر نوزاد باید در مراکز فوق تخصصی انجام گیرد.

### ۶- نقایص دیواره شکم (اومفالوسل و گاستروشیزی)

نقایص دیواره شکم و نقایص لوله عصبی

از بین دو مورد بالا گاستروشیزی رایج‌تر بوده و به‌طور تیپیک روده‌ها با غشا پوشیده نمی‌شوند؛ و روده‌های در معرض دید، پس از زایمان باید به آرامی در کیسه پلاستیکی شفاف استریل قرار گیرند

اومفالوسل در اغلب موارد با غشا پوشیده شده و احتیاج به مراقبت‌های لازم جهت جلوگیری از پارگی را دارند.

در این نوزادان لوله نازوگاستریک نیز تعبیه می‌شود. در این بیماران اداره مناسب از اتلاف بیش‌ازحد مایعات جلوگیری می‌کند و خطر آسیب‌دیدگی اعضای در معرض را به حداقل می‌رساند.

### نقایص لوله عصبی (میلومننگوسل)

این‌گونه نوزادان، باید تحت مراقبت‌های ویژه باشند تا در برابر تروما و عفونت محافظت شوند. برای احیا نوزاد را در پوزیشن پرون (خوابیده به شکم) و لترال (خوابیده به پهلو) قرار داده ناحیه دارای نقص توسط پانسمان استریل مرطوب پوشانده شده تا از خشکی و عفونت موضع جلوگیری کند. تمامی بیماران باید برای مشاوره جراحی و بررسی سایر ناهنجاری‌ها تحت نظر مراکز فوق تخصصی قرار بگیرند.

### آسیب‌های در جریان زایمان

### آسیب به دستگاه عصبی مرکزی

این اتفاق شامل آسیب‌های داخل جمجمه‌ای و خارج جمجمه‌ای می‌باشد که ممکن است پس از تولد نوزاد مشاهده شود. در بین آسیب‌های داخل جمجمه‌ای خون‌ریزی ساب دورال از خون‌ریزی‌های ساب آراکنوئید و هماتوم اپی دورال، شایع‌تر بوده و در هنگام زایمان واژینال ابزاری با شیوع بیشتری دیده می‌شود. آسیب‌های خارج جمجمه‌ای شامل سفالوهماتوم، خون‌ریزی ساب گائال و کاپوت سوکسدانوم می‌باشد.







### شکستگی‌ها

شایع‌ترین نوع شکستگی استخوانی در جریان لیر و زایمان، شکستگی ترقوه است که در شرایط دیستوشی شانه و باز بودن اندام فوقانی در زایمان بریچ، این استخوان بیشتر در معرض شکستگی قرار می‌گیرد. علائم شکستگی ترقوه: کریپتوس قابل‌لمس، غیر قرینگی یا فقدان رفلکس مورو در سمت مبتلا، بی‌نظمی استخوانی، عدم تحرک بازو در قسمت درگیر شکستگی استخوان‌های دراز شیوع کمتری دارد و علائم آن معمولاً به‌صورت فقدان حرکت خودبه‌خود ایجاد می‌شود. در بعضی موارد نیز امکان درگیری عصبی وجود دارد که درمان آن با بی‌حرکتی اندام مبتلا، اسپلینت کردن و پیگیری ارتوپدیک است.

### آسیب‌های شبکه براکیال یا بازویی

این‌گونه آسیب‌ها در اثر کشیدگی و پارگی شبکه بازویی به وجود می‌آیند، دیستوشی شانه نیز احتمال خطر را بالا می‌برد و ممکن هست در جریان زایمان روتین نیز رخ دهد.

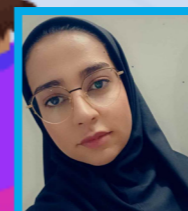




# میدمارکتینگ



## LinkedIn



زهرا دهاقین

کارشناسی علوم آزمایشگاهی/ورودی ۱۴۰۰/دانشگاه علوم پزشکی همدان

لینکدین بزرگ‌ترین شبکه حرفه‌ای دنیا در اینترنت است. شما می‌توانید از لینکدین برای یافتن شغل یا کارآموزی مناسب، ارتباط و تقویت روابط حرفه‌ای و یادگیری مهارت‌هایی که برای موفقیت در حرفه خود نیاز دارید استفاده کنید. می‌توانید از طریق دسکتاپ، اپلیکیشن موبایل لینکدین یا وب موبایل به لینکدین دسترسی پیدا کنید. یک پروفایل کامل لینکدین می‌تواند به شما کمک کند با نمایش داستان حرفه‌ای منحصر به فرد خود از طریق تجربه، مهارت‌ها و آموزش، با فرصت‌ها ارتباط برقرار کنید.



## چگونه می‌توانم در لینکدین شروع کنم؟

لینکدین یک پلت فرم آنلاین است که حرفه‌ای‌های جهان را به هم متصل می‌کند. در اینجا چند مرحله برای شروع لینکدین وجود دارد:

نمایه خود را ایجاد کنید: ثبت نام و ایجاد نمایه خود بهترین راه برای شروع استفاده از LinkedIn است. یک نمایه کامل لینکدین، تجربیات حرفه‌ای شما را با ارتباطات شما، کارفرمایان فعلی و آینده و استخدام‌کنندگان خلاصه می‌کند. از طریق نمایه خود، می‌توانید زندگی حرفه‌ای، نقاط عطف، مهارت‌ها و علایق خود را به نمایش بگذارید.

نمایه لینکدین شما یک صفحه فرود حرفه‌ای برای مدیریت برند شخصی خود است. این یک راه عالی برای شما است که با نمایش تاریخچه کلی از تجربیات و دستاوردهای حرفه‌ای خود به مردم بگویید که هستید و چه می‌کنید. از نمایه لینکدین خود برای اضافه کردن یک ویژگی شخصی استفاده کنید که ممکن است در یک رزومه یا CV معمولی منعکس نشود. ما ویژگی‌های متنوعی برای کمک به شما در دستیابی به اهداف خود، با استفاده از نمایه خود یا نمایه سایر اعضا داریم. یک نمایه کامل لینکدین می‌تواند به شما کمک کند با فرصت‌ها ارتباط برقرار کنید. توجه: بسیاری از افراد از کلمه «پروفایل» برای توصیف حساب لینکدین خود استفاده می‌کنند. نمایه خود را ویرایش کنید تا با مدیریت اطلاعات نمایش داده شده در نمایه خود بهترین استفاده را از حساب خود ببرید.



**LinkedIn**

## چه کسانی می‌توانند از لینکدین استفاده کنند؟

لینکدین یک پلتفرم برای کسانی است که به دنبال پیشرفت شغلی خود هستند. این می‌تواند شامل افرادی با زمینه‌های مختلف حرفه‌ای، مانند صاحبان مشاغل کوچک دانشجویان و جویندگان کار باشد. اعضای لینکدین می‌توانند از لینکدین برای استفاده از شبکه‌ای از متخصصان، شرکت‌ها و گروه‌های داخل و خارج از صنعت خود استفاده کنند.





# LinkedIn Company Page

in

## بخش مقدمه

قسمت بالای نمایه شما که جزئیات وضعیت شخصی و حرفه‌ای فعلی شما را نشان می‌دهد. این شامل: نام، عکس، پروفایل، عکس پس‌زمینه، عنوان، موقعیت فعلی، تحصیلات، اطلاعات تماس خلاصه برای یافتن شغل جدید، استخدام و ارائه خدمات است.

## تجربه

شامل موقعیت‌ها و تجربه‌های حرفه‌ای، شامل مشاغل، کارهای داوطلبانه، ورزش حرفه‌ایو ... است.

## آموزش

شامل اطلاعات مدرسه، دانشگاه و سایر مراکز آموزشی است.

## مهارت‌ها

فهرست مربوط به مهارت‌ها در نمایه شما به دیگران کمک می‌کند تا نقاط قوت شما را درک کنند و احتمال یافتن شما در جستجوهای دیگران را افزایش می‌دهد.

## توصیه‌ها

می‌توانید توصیه‌های حرفه‌ای را از هم‌تایان خود درخواست کنید.

## دوره‌ها

اضافه کردن مجموعه دوره‌های آموزشی شما می‌تواند به برجسته شدن آموزش شما کمک کند.

## افتخارات و جوایز

جوایز خود را که به سختی به دست آورده‌اید نشان دهید.





# Linked in

## Home

- همچنین اعلان‌هایی درباره تأییدیه‌های خود، افرادی که نمایه شما را مشاهده کرده‌اند، فعالیت در محتوایی که به اشتراک گذاشته‌اید و موارد دیگر دریافت خواهید کرد.
- می‌توانید اعلان‌های به‌روزرسانی‌هایی را که نمی‌خواهید درباره آن‌ها مطلع شوید، حذف لغو دنبال کردن یا غیرفعال کنید.

- حاوی فید لینکدین شما با پست‌ها و مقالاتی از ارتباطات، گروه‌ها و شرکت‌هایی است که دنبال می‌کنید.
- شما می‌توانید محتوا را به اشتراک بگذارید تا توسط دیگران دیده شود و همچنین شرکت‌ها و افراد را دنبال یا لغو کنید تا به‌روزرسانی‌های موردنظر خود را دریافت کنید.

## Jobs

- شامل مشاغل ذخیره‌شده شما، مشاغلی که برای آن‌ها درخواست داده‌اید، مشاغلی که ممکن است به آن‌ها علاقه‌مند باشید و شرکت‌های موجود در شبکه ارتباطی شما می‌باشد.

- شما همچنین می‌توانید فرصت‌های شغلی را بر اساس عنوان، کلمه کلیدی یا شرکت، جستجو و درخواست دهید.

## My Network

- حاوی دعوت‌نامه‌هایی است که افراد برای ارتباط با شما ارسال کرده‌اند و فهرست کاملی از ارتباطات لینکدین شما.
- همچنین می‌توانید از افراد پیشنهادی که ممکن است بشناسید یا از مخاطبین دستگاه تلفن همراه خود، اضافه کنید.

## Notifications

- به‌روزرسانی‌هایی درباره آنچه در شبکه ارتباطی شما اتفاق می‌افتد، از جمله تغییرات شغلی، سالگردهای کاری، تولدها، به‌روزرسانی‌های قبل و بعد از جلسه و مقالات جدیدی که ارتباطات شما منتشر کرده‌اند، ارائه می‌کند.

## زبان‌ها

زبان‌هایی که می‌فهمید یا صحبت می‌کنید.

## سازمان‌ها

مشارکت خود را با جوامعی که برای شما مهم هستند نشان دهید.

## اختراعات

هر حق ثبت اختراعی که برای آن درخواست داده‌اید یا دریافت کرده‌اید.

## انتشارات

انتشاراتی که آثار شما را به نمایش گذاشته‌اند.

## پروژه‌ها

پروژه‌هایی را که روی آن‌ها کار کرده‌اید به همراه اعضای تیم به نمایش بگذارید.

## نمرات آزمون

نمرات خود در آزمون‌ها را فهرست کنید تا دست آورده‌هایتان را مورد تاکید قرار دهید.

## تجربه داوطلبانه

علاقی خود و نحوه همکاری کردن مجدد را شرح دهید.



از نوار جستجو برای جستجوی لینکدین برای افراد مرتبط، شرکت‌ها، مشاغل یا هشتگ‌ها استفاده کنید.

از برگه پیام‌رسانی برای برقراری مکالمات حرفه‌ای با اتصالات خود استفاده کنید.

قسمت‌های دیگر را می‌توانید در پایین صفحه اصلی خود پیدا کنید. می‌توانید با ضربه زدن روی نمادها در نوار پیمایش، بین برگه‌های اپلیکیشن موبایل لینکدین حرکت کنید:

**برنامه موبایل LinkedIn** در فروشگاه برنامه‌ی موبایل شما در دسترس بوده و امکان اتصال و یا ساخت حساب جدید LinkedIn را از این طریق فراهم می‌کند.

**برای دسترسی** به نمایه، تنظیمات حساب و اطلاعات مربوط به افرادی که نمایه شما را مشاهده کرده‌اند، روی عکس نمایه خود در گوشه سمت چپ بالا ضربه بزنید. از بالای صفحه اصلی خود، همچنین می‌توانید:





# روانشناسی

## اختلال دوقطبی

# Bipolar disorder

اختلال دوقطبی (BD) یک اختلال خلقی عاطفی شدید است که با طیف وسیعی از تغییرات خلقی مادام‌العمر که بین دوره‌های افسردگی، هیپومانیک، شیدایی یا مختلط متفاوت است، مشخص می‌شود. شیوع مادام‌العمر برای شایع‌ترین تغییرات در BD، طیف، BD-I و BD-II، به‌عنوان ۱-۲،۴٪ گزارش شده است.



یاسمن حاج سلیمی

کارشناسی مامایی / ورودی ۹۹ / دانشگاه علوم پزشکی ایران



دنیا دلپیر

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۸/دانشگاه علوم پزشکی کردستان





# Bipolar disorder

## انواع اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی به چند گروه تقسیم می‌شود. هرکدام از این گروه‌ها شامل الگوی متفاوتی از علائم و نشانه‌هاست. انواع اختلال دوقطبی (Bipolar disorder) عبارت‌اند از:

### ۱- اختلال دوقطبی نوع یک

وجود یک یا چند دوره شیدایی. نوسانات خلقی در این نوع از اختلال دوقطبی می‌تواند باعث بروز مشکلات قابل توجهی در محیط کار، مدرسه و یا روابط شما شود. این حملات جنون‌آمیز می‌تواند شدید و خطرناک باشد.

### ۲- اختلال دوقطبی نوع دوم

در اختلال دوقطبی نوع دوم ممکن است دچار تحریک‌پذیری و ایجاد برخی از تغییرات در عملکرد خود شوید، اما به‌طور کلی می‌توانید زندگی روزانه خود را به روال عادی ادامه دهید. به‌جای مانیای شدید شما دچار هایپومانیا هستید که فرم خفیف شده مانیاست. در دوقطبی نوع دوم، دوره افسردگی به‌طور معمول طولانی‌تر از دوره‌های مانیای خفیف است.

### ۳- اختلال خلق ادواری

در نوع شاهد خلق افسرده همراه با بی‌قراری و فعالیت بیش‌ازاندازه ناشی از شیدایی خواهیم بود. این اختلال نیز یک فرم خفیف شده اختلال دوقطبی است. اختلالات خلق ادواری در کنار مانیای خفیف و افسردگی می‌تواند مخمل و بسیار مخرب باشد.



### علائم دقیق

اختلال دوقطبی از فردی به فردی دیگر متفاوت است. افسردگی در برخی افراد، مشکلات بسیاری را برای دیگران ایجاد می‌کند، علائم مانیا نگران‌کننده است. علائم افسردگی و همین‌طور نشانه‌های مانیا ممکن است باهم اتفاق افتد. بدین ترتیب است که همواره این دو به‌عنوان یک مشکل واحد شناخته و بررسی شده است.



### زمانی

که بسیاری از زنان حاملگی، زایمان و اوایل پس از زایمان را تجربه می‌کنند، با دوره‌ای بین ۱۸ تا ۳۰ سالگی همپوشانی دارد، به نظر می‌رسد که بیماران زن مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی دارای ویژگی‌های منفی بیشتری در رابطه جنسی و تولید مثل هستند.



### اختلال دوقطبی

پری ناتال کمتر تشخیص داده می‌شود، به‌ویژه زمانی که بیمار با افسردگی مراجعه می‌کند. دوره‌های پری ناتال ممکن است با مراقبت‌های ضعیف قبل از تولد، بی‌خوابی، سوء‌مصرف مواد، پیوند ضعیف با نوزاد در طول و بعد از بارداری، ناتوانی در مراقبت از نوزاد، وسواس در مورد کودک، هذیان، توهم، خودکشی و نوزادی پیچیده شود. اگرچه میزان خودکشی در بارداری کمتر از زنان غیر باردار است، اما خودکشی یکی از علل اصلی مرگ مادران در بارداری و سال اول پس از زایمان است.

### غربالگری اختلال دوقطبی

در صورتی که غربالگری اختلال دوقطبی نیز انجام نشود، غربالگری افسردگی پری ناتال با ابزارهایی از جمله مقیاس ممکن است (EPDS) افسردگی پس از زایمان ادینبورگ منجر به تشخیص نادرست افسردگی تک‌قطبی شود. شایع‌ترین تظاهرات زنان مبتلا به اختلال دوقطبی در طول دوره پری ناتال یک دوره افسردگی است.

تصویر پیچیده‌ای از مشکلاتی که زنان مبتلا به BD با آن روبرو هستند عبارت‌اند از: رفتارهای پرخطر از نظر جنسی در طول دوره‌های شیدایی، - خطرات مربوط به سلامتی برای مادر و/یا کودک تصمیمات در مورد مصرف دارو در دوران بارداری و همچنین تصمیمات مربوط به بارداری ناخواسته/ناخواسته؛ و عفونت‌های مقاربتی بارداری و پس از زایمان نشان‌دهنده زمان افزایش آسیب‌پذیری برای زنان مبتلا به اختلال دوقطبی است، با این حال این وضعیت هنوز کمتر تشخیص داده شده و تحت درمان قرار نمی‌گیرد، زیرا ۵۰ درصد بارداری‌ها برنامه‌ریزی نشده‌اند، خطرات مرتبط با بیماری و خطرات بالقوه مرتبط با درمان باید در نظر گرفته شود.



### زنان

مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض خطر بالای عود در دوران بارداری و بعد از آن هستند. شروع سریع علائم شایع است و به‌خصوص در دوره پس از زایمان، این بیماری ممکن است با ویژگی‌های روان‌پریشی همراه باشد. روان‌پریشی پس از زایمان ممکن است اولین تظاهر اختلال دوقطبی باشد.





**پرسشنامه** اختلال خلقی (MDQ) گسترده‌ترین ابزار غربالگری اختلال دوقطبی است که برای استفاده در دوره پس از زایمان تأیید شده است اما هنوز در دوران بارداری تأیید نشده است. ۲۱-۴ درصد از بیمارانی که از نظر علائم افسردگی در EPDS مثبت بودند، از نظر اختلال دوقطبی در MDQ نیز مثبت بودند.

**غربالگری** جهانی برای اختلال دوقطبی در بارداری توسط شبکه کانادایی درمان خلق‌و‌خو و اضطراب (CANMAT) توصیه شده است، اما هنوز توسط کالج آمریکایی متخصصان زنان و زایمان توصیه نشده است. ما غربالگری را برای زنانی که غربالگری افسردگی مثبت دارند و سابقه افسردگی، هیپومانیا، روان‌پریشی، اختلالات اضطرابی یا سوءمصرف مواد یا کسانی که سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی دارند توصیه می‌کنیم.

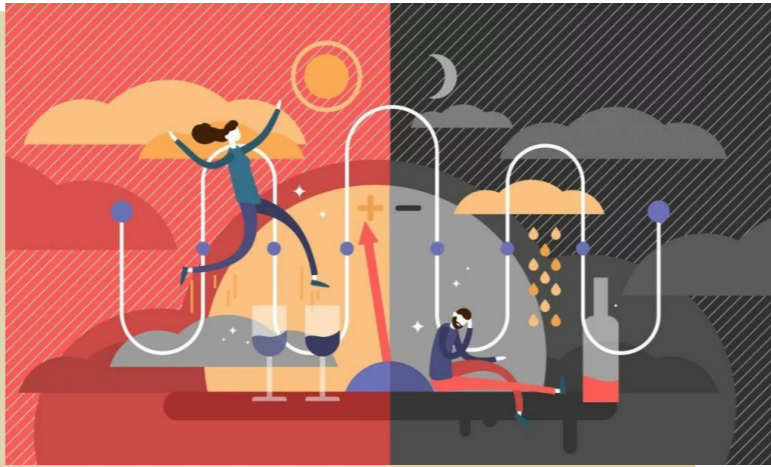
**از آنجایی** که بی‌ثباتی خلق‌و‌خو در دوران بارداری بزرگ‌ترین پیش‌بینی کننده اپیزودهای پس از زایمان است، عاقلانه است که بیماران در اولین مراجعه برای مراقبت، غربالگری شوند.

**مادرانی** که اختلال دوقطبی دارند در دوران بارداری خود با مشکلات خاصی مواجه خواهند شد. آن‌ها اغلب با مجموعه‌ای از مسائل قبل و اختلال دوقطبی با نوسانات خلقی که طیف وسیعی از افسردگی تا اوج دیوانگی و شیدایی (مانیا) را در برمی‌گیرد، در ارتباط است. وقتی که دچار افسردگی می‌شوید، ممکن است در انجام بسیاری از

غم و ناامیدی و از دست دادن علایق یا لذت‌ها با شما همراه باشد و در زمانی دیگر که خلق‌و‌خوی تان تغییر کرد، ممکن است احساس سرخوشی و پارانرژی بودن کنید. تغییرات خلقی ممکن است تنها چند بار در سال و یا به صورت چند بار در روز اتفاق بیافتد. در برخی موارد نیز، اختلال دوقطبی به‌طور هم‌زمان با نشانه‌های افسردگی و مانیا همراه است.

### اثرات بیماری بر مادر و جنین

شانس بروز بیماری در مادر باردار نسبت به قبل از حالت حاملگی افزایش نمی‌یابد. همراه با بروز یا عود بیماری، علائم رفتاری در بیمار ظاهر می‌شود که می‌تواند برای مادر و جنین وی مخاطره‌آمیز باشد. بی‌خوابی، بی‌قراری، افزایش احتمال سوءمصرف مواد، الکل و سیگار، افزایش رفتارهای پرخطرانه از جمله مواردی است که می‌تواند برای جنین مادر با خطراتی همراه باشد. در مواردی نیز با بروز هذیان و توهم که ممکن است مربوط به جنین باشد، احتمال بروز رفتارهای خطرناک و آسیب مستقیم به جنین افزایش می‌یابد.



### انواع روش‌های روان‌درمانی برای کنترل و درمان اختلال دوقطبی

روان‌درمانی یکی دیگر از روش‌های مهم درمان اختلال دوقطبی است. این روش‌ها عبارت‌اند از:

- گروه درمانی:** در گروه‌درمانی می‌توانید با بیمارانی که وضعیت مشابه شما را دارند ارتباط برقرار کرده و توانایی برقراری ارتباطات اجتماعی در شما افزایش پیدا می‌کند.
- خانواده درمانی:** این روش شامل تشکیل جلسات مشاوره با روانشناس به همراه اعضای خانواده است و به شناسایی و کاهش استرس در خانواده کمک کند.
- ماساژ درمانی:** این روش به تسکین اضطراب و استرس و هر آنچه علائم این بیماری را شدت می‌دهد کمک می‌کند.
- یوگا:** یوگا نقش پررنگی در کاهش افسردگی و نوسانات خلقی مرتبط با اختلال دوقطبی داشته و از خواص درمانی بی‌شماری برخوردار است.
- طب سوزنی:** این طب باستانی چینی‌ها که با قرار دادن سوزن‌های کوچک بر روی پوست صورت می‌گیرد می‌تواند در رهایی از علائم افسردگی به شما کمک کند؛ اما جهت اثبات مزایا و بررسی فواید آن بروی این بیماری به مطالعات بیشتری نیاز است.

الکتروشوک درمانی (ECT): در این روش جریان الکتریکی از طریق مغز به بدن شما منتقل می‌شود. این تصور وجود دارد که شوک الکتریکی باعث تغییرات شیمیایی در مغز می‌شود و می‌تواند در بهبود خلق‌و‌خو و رفتار افراد مؤثر باشد. الکتروشوک درمانی (ECT)، جزو روش‌های درمانی بدون خطر بوده و در صورت عود بیماری در زمان حاملگی بسیاری از روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند که به‌جای دارو از ECT استفاده کنند.

### اثرات داروهای کنترل اختلال دوقطبی بر جنین در دوران بارداری

داروهایی که اغلب برای کنترل و درمان اختلال دوقطبی بکار می‌روند عبارت‌اند از:

- Lithium (لیتیوم) داروهای ضد تشنج
- Antipsychotic (داروهای آنتی سایکوتیک)
- Anti-depressant (داروهای ضد افسردگی)
- Benzodiazepine (بنزودیازپین)
- Chlorodiazepoxide (کلرودیازپوکساید)

هرچند خطرناک بودن برخی از داروهای ضد افسردگی برای جنین به اثبات نرسیده است ولی روان‌پزشکان معتقدند که در دوران بارداری علی‌الخصوص در سه‌ماهه اول از تجویز دارو به مادر باردار مبتلا به اختلال دوقطبی خودداری کنند.

برای این‌که بتوان در سه‌ماهه اول دارو مصرف نکرد بهترین شرایط این است که زمان بارداری را از پیش برنامه‌ریزی کنند. در این صورت ضروری است این تصمیم را به اطلاع پزشک معالج خود برسانند تا قبل از بروز بارداری داروهای مصرفی مادر مبتلا به اختلال دوقطبی به‌تدریج کم و قطع شود. در این موارد با سپری شدن سه‌ماهه اول حاملگی، در صورت لزوم داروها دوباره تجدید خواهند شد.







# NEWS

## خبرگزاری



زهرا صادقی

مهندسی پزشکی/ورودی ۱۴۰۱/دانشگاه امام رضا (ع)

- هفته پرستاری و مامایی در اروپا
- ارتباط مصرف الکل مادران قبل و حین بارداری با تغییر در فرم صورت کودکان
- ارتباط کیفیت پایین هوا با مشکلات شناختی در نوزادان
- نیتروژن موجود در شیر مادر، ابزار باکتری‌های مفید روده نوزاد در ارتقای سلامت بدن
- مادران، پیشگامان عرصه آموزش کودکان





## هفته پرستاری و مامایی در اروپا

« هفته پرستاری و مامایی در اروپا » در راستای تصدیق و تجلیل از پرستاران و ماماها ی اروپایی، توسط اتحادیه ملی انجمن های پرستاری و مامایی اروپا معرفی شد. بدین ترتیب، پنجم تا دوازدهم ماه می هفته پرستاری و مامایی در اروپا نام گرفت که سه هدف عمده را دنبال می کند:

۱. حمایت از حرفه پرستاری و مامایی به عنوان جامعه ای گسترده در اروپا
  ۲. افزایش و تقویت آگاهی عمومی در مورد نیروی کار پرستاری و مامایی و نقش آنان در پیشبرد مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، همسو با سازمان های حیاتی در سطح اروپا
  ۳. ایجاد اعتماد و همبستگی و معرفی روش های نوآورانه جهت همکاری همه فعالان حوزه پرستاری و مامایی در سطوح محلی، ملی و منطقه ای
- این نام گذاری همچنین مردم را جهت شرکت در جنبشی روبه رشد در راستای رسیدن به آرمان اروپای سالم، تشویق می کند. این اقدام ضمن به رسمیت شناختن خدمات پرستاری و مامایی، بر حل مسائل چالشی در راستای بهبود سلامت عمومی در اروپا تأکید می کند. «اکنون زمان آن رسیده است که افتخارات و تجربیات خود به عنوان یک پرستار و ماما را هرروز با همه اهالی اروپا به اشتراک بگذارید» و «قدرت ما در همکاری با یکدیگر است» از جمله شعارهای برگزارکنندگان در طول هفته پرستاری و مامایی در اروپا بود.







## ارتباط کیفیت پایین هوا با مشکلات شناختی در نوزادان

چنین تأثیراتی می‌تواند سال‌ها ادامه یافته و بر رشد بلندمدت کودک اثر سوء بگذارد. همچنین داده‌ها حاکی از آن است که کیفیت هوا در خانه‌هایی که از مواد پخت‌وپز جامد مانند فرآورده‌های گاوی استفاده می‌کنند، ضعیف‌تر است. از این رو تلاش برای کاهش انتشار گازهای گلخانه‌ای حاصل از پخت‌وپز در منازل، باید به هدفی کلیدی برای مداخلات آینده تبدیل شود.

تحقیقات جدید نشان می‌دهد که کیفیت پایین هوا می‌تواند باعث بروز مشکلات شناختی در نوزادان و کودکان نوپا شود. بدون مداخلات درمانی، تأثیر منفی طولانی‌مدت بر رشد مغز کودکان می‌تواند عواقب پایدار و جبران‌ناپذیری داشته باشد. محققین در این پژوهش با خانواده‌های ساکن شیوگار هند (یک جامعه روستایی) که کیفیت هوای ضعیفی دارد، کار کردند. آن‌ها حافظه کاری-بصری و سرعت پردازش تصویر ۲۱۵ نوزاد را با استفاده از یک تکلیف شناختی ویژه ارزیابی کردند. همچنین از مانیتورهای مخصوص برای سنجش میزان انتشار و کیفیت هوای محل زندگی کودکان استفاده کردند. به گفته پروفیسور اسپنسر (محقق ارشد پروژه) نتایج این تحقیق برای اولین بار نشان داد که بین کیفیت پایین هوای تنفسی و اختلالات بینایی در طول دو سال اول زندگی کودک (زمان اوج رشد مغز)، ارتباط معناداری وجود دارد.



## ارتباط مصرف الکل مادران قبل و حین بارداری با تغییر در فرم صورت کودکان

رابطه بین مصرف الکل و شکل صورت در کودکان با سنین بالاتر، ضعیف‌تر ارزیابی شد. به طوری که وقتی محققان به بررسی داده‌های کودکان ۱۳ ساله پرداختند، هیچ ارتباط معناداری یافت نکردند. از این رو ممکن است با بالا رفتن سن کودک و تجربه سایر عوامل محیطی، این تغییرات چهره کودکان کاهش یافته یا توسط الگوهای رشد طبیعی پنهان شوند؛ اما این هرگز به این معنا نیست که اثرات منفی الکل بر سلامتی نیز از بین خواهد رفت؛ بنابراین، باید گفت که هیچ سطح ایمنی برای مصرف الکل در دوران بارداری وجود ندارد و توصیه می‌شود که نوشیدن الکل پیش از اقدام به بارداری کنار گذاشته شود تا از سلامت مادر و جنین در حال رشد، اطمینان حاصل شود.

محققان از هوش مصنوعی و تکنیک‌های یادگیری عمیق برای یافتن ارتباط بین تغییر شکل صورت کودکان و میزان الکل مصرفی مادران آن‌ها قبل از بارداری و در طول بارداری استفاده کرده‌اند. این مسئله از این نظر اهمیت دارد که شکل صورت کودک می‌تواند نشانه مشکلات سلامتی و رشدی او باشد. دکتر شیانجینگ لئو، طراح الگوریتم هوش مصنوعی این پروژه درباره نتایج گفته است: «ارتباط آماری معناداری بین قرار گرفتن در معرض الکل پیش از تولد و شکل صورت در کودکان نه ساله وجود دارد. به طوری که هرچه مادران الکل بیشتری مصرف کنند، این تغییرات آماری نیز بیشتر خواهد بود. رایج‌ترین ویژگی‌ها بین کودکانی که در دوران جنینی در معرض مصرف الکل مادر قرار گرفته‌اند، عبارت‌اند از: کوتاه شدن بینی، بیرون زدگی بیش از حد چانه و تغییر شکل پلک پایین.»





## ■ نیترژن موجود در شیر مادر، ابزار باکتری‌های مفید روده نوزاد در ارتقای سلامت بدن



سلا و همکارانش متوجه شدند که *Bifidobacterium infantis* (یک باکتری مفید همزیست در روده نوزاد) توانایی تجزیهٔ اوره (مولکولی که پستانداران به‌عنوان مادهٔ زائد در ادرار دفع می‌کنند) را دارد. از آنجایی‌که اورهٔ زیادی در شیر مادر موجود است، آن‌ها معتقدند که میکروب‌ها از نیترژن موجود در این مادهٔ زائد (اوره) برای انجام متابولیسم‌های اساسی خود استفاده می‌کنند. به کمک این دستاورد می‌توان مداخلات تغذیه‌ای و ابزارهای تشخیصی مناسب برای حل مشکلات تغذیه‌ای در نوزادان طراحی کرد. همچنین با درک شیوهٔ کمک میکروبیوم روده به تغذیهٔ نوزاد، می‌توان شمای بهتری از فرآیند تأمین غذا برای نوزادان سالم و همچنین نوزادان نارس یا مستعد ابتلا به بیماری‌های گوناگون ترسیم کرد.

یک دانشمند علوم تغذیه (که به مطالعهٔ شیر مادر می‌پردازد) به‌تازگی نشان داده است که میکروب‌های مفید ساکن در رودهٔ نوزادان، از نیترژن موجود در شیر انسان برای بهبود تغذیه و رشد کودکان استفاده می‌کنند. دیوید سلا (دانشیار علوم تغذیه) معتقد است که مولکول‌های موجود در شیر مادر نه تنها کودک را تغذیه می‌کند، بلکه غذای میکروب‌های مفید رودهٔ کودک نیز محسوب می‌شود. این میکروب‌ها نقشی کلیدی در رشد نوزاد دارند؛ برای مثال به عملکرد سریع سیستم ایمنی و دستگاه گوارش و رشد مغز نوزاد کمک می‌کنند.



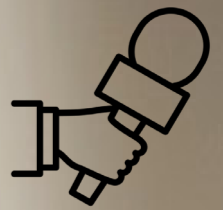
## ■ مادران، پیشگامان عرصهٔ آموزش کودکان

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش گویای این است که تأثیر تحصیلات مادر بر تحرک اجتماعی فرزندانش، بسیار پررنگ است. در بسیاری از نقاط جهان، مادران همچنان بیش‌ترین مسئولیت‌های مرتبط با فرزند پروری را برعهده دارند. از دیگر سو، با افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی (به‌ویژه مادران مجرد) در سطح جهان، نقش مادر در وضعیت تحصیلی اجتماعی کودکان تقویت شده است. امید است یافته‌های این پژوهش به بهبود سیاست‌گذاری‌های آموزشی-تربیتی در حوزهٔ کودکان بیانجامد.

یک مطالعهٔ جهانی جدید نشان می‌دهد که وضعیت تحصیلی مادر نقش بسیار مهمی در شکل‌دهی وضعیت تحصیلی فرزندان دارد؛ درحالی‌که نقش وضعیت تحصیلی پدر چندان چشم‌گیر نیست. به‌بیان‌دیگر، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که اهمیت وضعیت تحصیلی مادر در پیشرفت تحصیلی فرزندان (مخصوصاً دختران) به‌ویژه در آفریقا، آسیا، اقیانوسیه و اروپا، از وضعیت تحصیلی پدر پیشی گرفته است. نتایج این تحقیق ثابت می‌کند که با افزایش نسبت مادرانی که با افراد کم‌سواد ازدواج می‌کنند، ارتباط مادر با وضعیت تحصیلی فرزند، قوی‌تر شده؛ درحالی‌که ارتباط پدر با وضعیت تحصیلی فرزند ضعیف‌تر می‌شود.







# صدای ماما



فاطمه مهدی

کارشناسی مامایی/ورودی ۹۸/دانشگاه آزاد دزفول

یک روز شیفت صبح خافی با سن بارداری ۳۴ هفته با شکایت آبریزش به درمانگاه مامایی مراجعه کرده بود بعد از انجام تست آمنیوشور پارگی پرده‌ها تأیید شد و اون خانم بستری لیبر شد اقدامات موردنظر پزشک زنان انجام شد برای چک کردن ضربان قلب جنین مادر به مانیتور NST وصل شد. همه چیز خوب بود نه خونریزی وجود داشت نه انقباضات رحمی نه مادر از چیزی شکایت داشت. ولی یک دفعه شرایط تغییر کرد نوار قلب جنین قابل تفسیر نبود تاکی کارد بود بعد افت می‌داد بیت تو بیت مناسب نبود و بعد از اقدامات حمایتی نوار قلب نرمال می‌شد و چند دقیقه بعد دوباره روز از نو و روزی از نو بالاخره با پیگیری‌های مامای مسئول بیمار خانم باردار تحت عمل سزارین قرار گرفت پزشک متخصص زنان دکولمان وسیع جفت رو گزارش کرد و نوزاد با آپگار پایینی به دنیا اومده بود ولی خدا رو شکر بعد از چند روز بستری شدن توی NICU شرایطش خوب شد و از بیمارستان مرخص شد اگر اون مادر باردار توی بیمارستان نبود اگر مامای مسئول کمی دیرتر اقدام می‌کرد اتفاقات خیلی بدی برای مادر و جنینش می‌افتاد. نمی‌دونم چقدر اهل کتاب خوندن هستی. نمی‌دونم تا حالا کتاب‌های افغانستانی رو خوندی یا نه من چندتایی خوندم داستان این کتاب‌ها معمولاً با به دنیا اومدن یک بچه شروع می‌شد که مادرش سر زایمان جوش رو از دست می‌ده و بعد در ادامه خط داستان از اتفاقاتی که به واسطه‌ی مرگ اون مادر برای فرزندش، همسرش، همسایه‌اش و یا هرکس دیگه که فکرش رو بکنید. این مسئله یادآور اهمیت حضور یک مامای تحصیل‌کرده‌ی آکادمیک هست. قدر خودتون رو بدوینید و یادتون نره بعد از نجات جون هر آدم به خودتون افتخار کنید.







# کتابخانه



سپیده روزبهانی

کارشناسی مامایی/ورودی ۱۴۰۰/دانشگاه علوم پزشکی یزد

کتاب: مورتالیته و جیغ سیاه  
نویسنده: زویا طاووسیان







توضیحات: این کتاب نوشته یک رزیدنت زنان هست که در مورد روزنوشت‌های خودش درحالی‌که دوره آموزش رزیدنتی را در یک شهر غریب جهت اخذ مدرک تخصص شروع می‌کند و با مرارت بسیار زندگی تحصیلی شغلی خودش را آغاز می‌کند زویا مادر دو دختر کوچک است و همسر و فرزندان زویا جهت تسهیل این امر به شهر محل تحصیل او مهاجرت کرده‌اند

این کتاب شامل ۵ فصل با عناوین: آموزش با اعمال شاقه، ایستاده با عشق، سقوط مافیا، از رنجی که می‌بریم و تولد یک پروانه می‌باشد.

علاوه بر روایات و خاطرات جالبی که به تصویر کشیده شده است مرارت‌های که بر دانشجویان این علم و زنان این سرزمین که از کمبود آگاهی رنج می‌برند نیز به خوبی به نثر کشیده شده همسر زویا هرروز مسافت زیادی را برای رفتن به محل کارش طی می‌کند و هر صبح زود دو دختر کوچک را به مهدکودک شبانه‌روزی می‌سپارد البته چراکه شاید به دلیل کشیک‌های طولانی چند روز مجبور به ندیدن فرزندانش باشد.

زویا از استرس بی‌تجربگی و بی‌نظارتی تلفن‌هایی که دستوراتی در باب عمل به آن‌ها می‌دهد و فشار آن‌که کوچک‌ترین خطا جان حداقل ۲ نفر را به مخاطره می‌اندازد و اینکه گاهی تا چند روز استراحت و تغذیه مناسبی ندارد اما باوجود تمام این فشارها هنوز باغم مادران اشک می‌ریزد و از شادی‌شان شاد می‌شود.

در بخشی از خاطرات زویا می‌خوانیم: مراقب زن دیگری بودم که وضعیت فول بود اما سر بچه پایین نمی‌آمد و خوب نمی‌چرخید و جنین دچار افت قلب واضح شده بود سال دویی‌ها هنوز اتاق عمل بودند و سروکله‌ی چیف کشیک پیدا شد، جغد سبز لبخند وقیحانه‌ای زد و گفت: کشیک اضافه خوردی؟ عیبی نداره ما هم سال یکی که بودیم زیاد به‌جای سال بالایمون تنبیه می‌شدیم.

اما به سال یکی خوب همیشه باید هوای سال بالایش رو داشته باشه. گفتم این بیمار به این زودی‌ها نمیتونه زایمان کنه چیکار کنیم خانم دکتر؟ جغد سبز گفت: دهننتو ببند، هر طور شده می‌زائونیش، تاژها از اتاق عمل دراومدم و حوصله ندارم.

از افت قلبش هم توی پرونده چیزی ننویس و رفت پاپیون!

کتاب: مورتالیتة و جیغ سیاہ  
نویسنده: زویا طاووسیان





m o m a t i o n

اولین گاهنامه علمی تخصصی مامایی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

شماره ششم

تابستان ۱۴۰۲

*mosp*