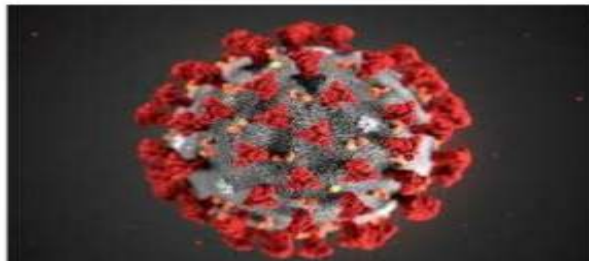


COVID 19 & PREGNANCY



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مدیریت زایمان و پس از زایمان در مادران باردار مبتلا به کوید ۱۹

منصوره یزدخواستی

دکتری تخصصی بهداشت باروری

Labour & delivery



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز





سوالات

- ۱- چه زمانی می توان بارداری را در مادر مبتلا به کوید ۱۹ خاتمه داد؟
- ۲- روش زایمان در مادر مبتلا به کوید ۱۹ چیست؟
- ۳- آیا انجام ایندکشن در صورت استفاده از توپهای زایمان در این مادران بدلیل احتمال انتقال ویروس، مراقبت های بهداشتی لحاظ شود مجاز است؟ اگر مادر اینتوبه باشد چطور؟
- ۴- آیا مجاز به استفاده از انتونوکس در مادر مبتلا به کوید ۱۹ هستیم؟
- - در مورد زمان کلامپ بندناف در مادر مبتلا به کوید ۱۹ چه مواردی رعایت می شود؟



سوالات ..

- تشخیص افتراقی تب بعد از زایمان چه مواردی هستند؟
- در چه صورتی پروفیلاکسی قبل از زایمان در مادران مبتلا به کوید -۱۹ لازم است؟
- در مادران غیر مبتلا ، نحوه مراقبت های حضوری و غیر حضوری چگونه است؟



عناوین

- زمان ختم بارداری در مادران مبتلا به کوید-۱۹
- روش زایمان در مبتلا/ مشکوک به کووید - ۱۹
- مدیریت زایمان
- مراقبت پس از زایمان



زمان ختم بارداری در مادران مبتلا به کوید-۱۹

• بیماری خفیف / غیر شدید

❖ **سن بارداری** (سن بارداری کمتر از ۳۹ هفته بدون اندیکاسیون ختم بارداری = ادامه بارداری)

❖ **سن بارداری** (سن بارداری بالای ۳۹ هفته می توان بارداری را خاتمه داد)



زمان ختم بارداری در مادران مبتلا به کوید-۱۹

• بیماری شدید/ بحرانی

- ❖ در افراد مبتلا با بیماری شدید، مسائل متعددی باید در نظر گرفته شود و زمان زایمان بر اساس شرایط فردی تعیین می شود.
- ❖ مادر بستری با اینتوبه + شرایط رو به بدتر شدن یا مقاومت به درمان با سن بارداری ۳۲ تا ۳۴ هفته = ختم بارداری
- ❖ مادر بستری بدون اینتوبه + شرایط رو به بهبود و سن بارداری زیر ۳۲ هفته = تداوم حمایت مادر با مانیتورینگ
- ❖ مادر بستری بدون اینتوبه + شرایط رو به بدتر شدن که نیاز به اینتوبه را موجب شود اگر وضعیت روبه بدتر شدن باشد با سن بارداری ۳۲ تا ۳۴ هفته = ختم بارداری



زمان ختم بارداری در مادران مبتلا به کوید-۱۹

- در فاصله بین سن قابل حیات جنین و سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته، تا زمانی که شرایط مادر تثبیت یا رو به بهبود باشد، تداوم حمایت مادر با مونیترینگ جنینی ادامه می یابد.



نکات

- نکته ۱: در مادرانی که در ابتدای بارداری به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده و بهبود یافته اند زمان ختم بارداری تغییری نمی کند و مطابق اندیکاسیونهای مامایی انجام می شود.
- نکته ۲: در صورت ابتلای مادر در اواخر بارداری تصمیم گیری برای ختم بارداری بر اساس شرایط بارداری انجام شود.
- نکته ۳: در زمان ویرمی حاد و اوج بیماری در صورت ختم بارداری ضمن توجه خاص به حضور تیم ماهر بیهوشی، زنان، کودکان و مامایی در کنترل زایمان طبیعی/سزارین و مراقبت نوزاد، تمهیدات مراقبتی پیشگیرانه برای پرسنل و تیم درمان در نظر گرفته شود.



نکته ۱

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



نکته ۲

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



نکته ۳

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



روش زایمان و ... در مبتلا/ مشکوک به کووید - ۱۹

- ابتلا یا احتمال ابتلا به کووید - ۱۹ علتی برای تغییر روش زایمان نیست. سزارین بر اساس اندیکاسیون های طبیی یا مامایی انجام می گیرد.
- در موارد اینتوبه گرچه می توان اینداکشن انجام داد ولی با توجه به احتمال آلودگی تجهیزات و پرسنل در صورت طولانی شدن اینداکشن تصمیم برای روش ختم بارداری توسط تیم مدیریت بحران و با مراقبت های لازم اتخاذ شود



روش زایمان و ... در مبتلا/ مشکوک به کووید - ۱۹

- استفاده از **نیترو اکساید** با توجه به احتمال آلودگی وسایل و آئروزیولیزاسیون احتمالی در زایمان توصیه نمی شود. استفاده از آن در مراکز منوط به وجود پروتکل مشخص مراقبت از انتقال به افراد و روش ضدعفونی وسایل با مسئولیت آن مرکز خواهد بود .
- **آنالژزی** با کنترل بیمار هم به دلیل خطر دیپرسیون تنفسی توصیه نمی شود.



سولفات منیزیم در زنان با مشکلات تنفسی؟

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



مدیریت زایمان

- مانیتورینگ الکترونیک مداوم جنینی توصیه می شود.
- مصرف مایعات و حجم ادرار بایستی مانیتور شود.
- از هیدراسیون شدید بایستی خودداری کرد (خطر ادم ریوی)
- در مواردی که مادر خسته یا هیپوکسیک است لازم است مرحله دوم زایمان کوتاه شود.
- در موارد هیپوکسی به علت احتمال کاهش قدرت انقباض میومتر مدیریت خونریزی پس از زایمان با دقت مد نظر قرار گیرد.
- در تاکی کاردی مادر علاوه بر مسایل قلبی و تنفسی به علل مامایی مانند خونریزی ها و پارگی رحم و توجه خاص شود.



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



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



تاخیر بندناف سی تا شصت
ثانیه در صورت عدم نیاز به
احیا انجام می شود



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



کنترل خونریزی پس از زایمان

- کنترل خونریزی پس از زایمان : مطابق دستور عمل های
ابلاغی توصیه می شود،

❖ در بیماران کووید ۱۹ در مرحله شدید / بحرانی استفاده از
ترانس اگزامیک اسید به دلیل اثرات فیبرینولیتیک آن و
افزایش ریسک ترومبوزیس توصیه نمی شود.

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



مراقبت پس از زایمان

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



مراقبت پس از زایمان

• بیماری شدید/بحرانی:

❖ مانیتورینگ دقیق در بخش های مراقبت ویژه و انجام بررسی های آزمایشگاهی / رادیولوژیک بر اساس شرایط مادر لازم است. در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یکبار سپس هر نیم ساعت تا دو ساعت و در ادامه هر یک ساعت تا سه ساعت و ادامه مراقبت بر اساس شرایط مادر تصمیم گیری شود. مراقبتها توسط ماما انجام شود.

❖ مادر توسط متخصص زنان مسئول تا زمان تشکیل تیم فوق حداقل ساعتی یک بار ویزیت شود. تواترویزیت های بعدی گروه های تخصصی بر اساس شرایط مادر و تصمیم تیم جند تخصصی مدیریت بحران خواهد بود.



تب حین زایمان / پس از زایمان

• تشخیص افتراقی تب پس از زایمان :

❖ در بیماران مشکوک/مبتلا به بیماری کووید ۱۹ شامل سیر عفونی بیماری، اندومتريت پس از زایمان، عفونت محل جراحی، التهاب یا عفونت پستان، آنفلوآنزا، پیلونفریت، سایر عفونتهای تنفسی باکتریال و ویرال و در موارد نادر کولیت پسودومامبرانوس که ترکیب از علایم، معاینه فیزیکی و بررسی آزمایشگاهی به تشخیص کمک می کند.



تب حین زایمان / پس از زایمان

- عفونت کووید - ۱۹ بایستی قسمتی از تشخیص افتراقی تب زایمانی یا پس از زایمان خصوصا در صورت همراهی با علائم تنفسی و کاهش اکسیژناسیون باشد.

❖ درمان انتخابی برای تب، استامینوفن خوراکی است.



پروفیلاکسی ترومبوآمبولی وریدی پس از زایمان

- عدم دریافت پروفیلاکسی قبل از زایمان، بدون علامت یا دارای علائم خفیف کوید-۱۹ = **نیازی به پروفیلاکسی نیست.**

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



مادر باردار بدون بیماری کووید-19

- ❖ استفاده از **ماسک برای مادر و ارائه دهنده خدمت الزامی** است. در صورت نداشتن ماسک مرکز مربوطه موظف به ارائه ماسک به مادر میباشد.
- ❖ به مادران برای ورود به **درمانگاه نوبت دهی تلفنی** انجام شود.
- ❖ در نوبت دهی تلفنی غربالگری شفاهی از نظر سابقه تماس و **علائم بیماری کووید انجام شود. در صورت مثبت بودن غربالگری به مراکز جامع سلامت منتخب کووید جهت بررسی ارجاع شود**



مادر باردار بدون بیماری کووید-19

- مراقبت بارداری در بارداری کم خطر: تعداد مراقبت‌های حضوری ۴ تا ۵ بار (۶ تا ۱۰ ، ۲۸-۳۱ ، ۳۰ تا ۳۴ ، و هفته ۳۷)
- مراقبت غیر حضوری نیز ۴ بار انجام می شود.
- در مراقبت اول کلیه آزمایشات مربوطه، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و درخواست سونوگرافی های مراقبت اول و دوم انجام شود.



مادر باردار بدون بیماری کووید-۱۹

- در مراقبت
- سوم آزمایشات روتین دوم بارداری، تست تحمل گلوکز ۷۵ گرمی، سونوگرافی بررسی رشد جنین، توصیه به انجام تست سریع اچ آی وی انجام شود.
- با توجه به عوارض ترومبوآمبولی در بیماری کووید توجه خاص به ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در کلیه مراقبتها انجام شود.

سلامت و پیروز باشید





مروری بر مراقبتهای بارداری وزایمان در مادران غیر مبتلا در شرایط کووید ۱۹

ارائه دهنده: دکتر مهناز اکبری کامرانی
دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری
دانشگاه علوم پزشکی البرز

شهریور ۱۴۰۰

✓مروری بر مراقبتهای بارداری وزایمان در مادران غیر مبتلا در شرایط کووید۱۹

ملاحظات مربوط به واکسیناسیون دوران بارداری

مراقبت سرپایی در مادران باردارمبتلا به کووید۱۹

مراقبت بستری در مادران باردارمبتلا به کووید۱۹

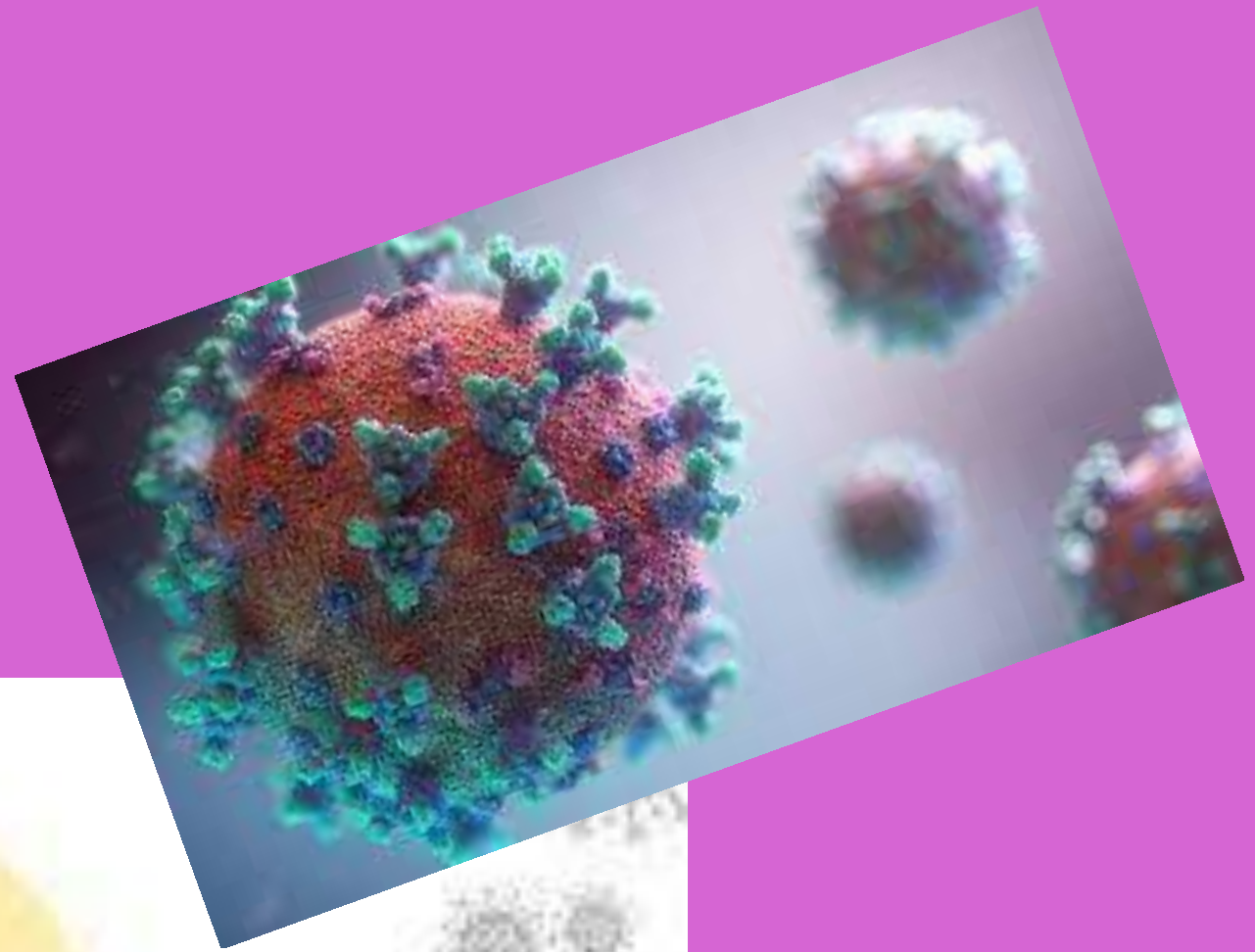
مراقبت حین زایمان وپس از زایمان در مادران مبتلا و غیر مبتلا به کووید۱۹

مراقبت از نوزاد مادر مشکوک یا مبتلا به کووید۱۹

شیردهی در مادران مبتلا به کووید۱۹

داروهای کووید۱۹ در باراری وشیردهی

مقدمه





COVID-19

Pregnant and Recently Pregnant People

At Increased Risk for Severe Illness from COVID-19

Updated Aug. 16, 2021

[Print](#)

Pregnant and recently pregnant people are at an increased risk for severe illness from COVID-19—including illness that results in ICU admission, mechanical ventilation, and death—compared with non-pregnant people. Additionally, pregnant people with COVID-19 are at increased risk of preterm birth and might be at increased risk for other adverse pregnancy outcomes.

- **Although the overall risk of severe illness is low, pregnant people and recently pregnant people are at an increased risk for severe illness from COVID-19 when compared to non-pregnant people.**
- Having certain underlying medical conditions, and other factors, including age, can further increase a pregnant or recently pregnant (for at least 42 days following end of pregnancy) person's risk for developing severe COVID-19 illness.
- Pregnant people with COVID-19 are also at increased risk for preterm birth (delivering the baby earlier than 37 weeks) and might be at increased risk for other poor pregnancy outcomes.



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy

Risk factors associated both with being infected and hospitalized with COVID-19 include: ethnic minority backgrounds, having a BMI above 25 kg/m², having a pre pregnancy co-morbidity, (e.g. diabetes or hypertension), a maternal age of 35 years or older, living in increased socioeconomic deprivation and working in healthcare or other public-facing occupations.

Certain factors can increase risk

Other factors can further increase a pregnant or recently pregnant person's risk for getting severely ill from COVID-19, such as:

- Having certain underlying medical conditions
- Being older than 25 years
- Living or working in a community with high numbers of COVID-19 cases
- Living or working in a community with low levels of COVID-19 vaccination
- Working in places where it is difficult or not possible to keep at least 6 feet apart from people who might be sick
- Being part of some racial and ethnic minority groups, which have been put at increased risk of getting sick from COVID-19 because of the health inequities they face

07/09/2021



Centers for Disease
Control and Prevention

COVID-19

گزارش اداره سلامت وزارت بهداشت در خصوص آمار مبتلایان در بارداری (16 شهریور 1400)

موضوع	موضوع
ابتلا حدود ۹۹ هزار مادر باردار به صورت سرپایی و بستری (حدود ۴۴ هزار مورد مربوط به سال گذشته و ۵۵ هزار مورد برای سال جاری تا نیمه شهریور)	موارد ابتلا از مرداد ۹۹ تا نیمه شهریور ۱۴۰۰
حدود ۲۵ هزار نفر (تعداد ۹ هزار و ۷۰۰ بستری مربوط به سال ۹۹ و بیش از ۱۵ هزار بستری مربوط به ۵ ماه اول سال ۱۴۰۰) (	کل موارد بستری

Pregnant women¹ with COVID-19, United States, January 22, 2020 - August 30, 2021

TOTAL CASES¹
112,806

TOTAL DEATHS
135

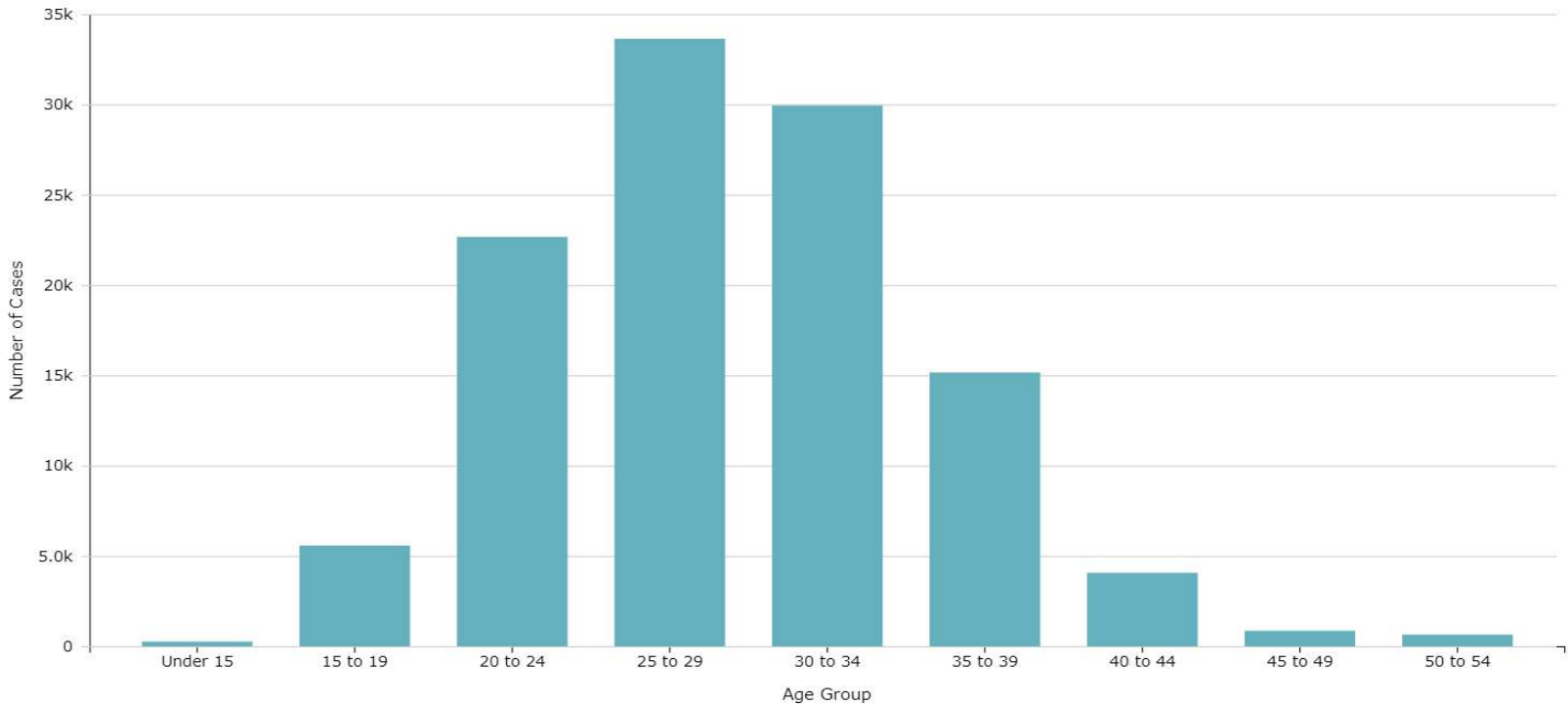
Pregnant Women with COVID-19 who were hospitalized, United States, January 22, 2020 - August 30, 2021

Data were collected from 112,806 women, but hospitalization data were only available for 89,969 (79.8%).

HOSPITALIZED CASES³
19,060

Pregnant women with COVID-19 by age, United States, January 22, 2020 - August 30, 2021

Data were collected from 112,806 women, and age was available for 112,806 (100%) women.



ویژه پزشکان، ماماها، مراقبین سلامت و پرستاران



راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید-۱۹ در بارداری

این راهنما با تلاش و مشارکت جمعی از اساتید رشته های تخصصی و فوق تخصصی و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تمرکز بر فلوجارت نحوه برخورد با بیماران باردار در سطوح سرپایی و بستری تهیه شده است که در تاریخ اسفند ماه ۱۳۹۹ به تصویب نهایی کمیته علمی سلامت مادران / مدیریت بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹) رسیده است.

مقرر شده است که این راهنما با نظر کمیته علمی و براساس شواهد علمی و ارزیابی های میدانی (نظیر تعداد بیماران بستری، نتایج و میزان تجویز و مصرف دارو) در فواصل زمانی مورد نیاز به روزرسانی شود.

مجموعه دستورالعمل های بهداشت و درمان در کنترل اپیدمی بیماری COVID-19

اسفند ماه ۱۳۹۹

مراقبتهای بارداری وزایمان در مادران غیر مبتلا در شرایط کووید ۱۹

- استفاده از ماسک برای مادر و ارائه دهنده خدمت الزامی است. در صورت نداشتن ماسک مرکز مربوطه موظف به ارائه ماسک به مادر می باشد.
- در سالن انتظار فاصله اجتماعی صندلی ها رعایت شود. تعداد حاضرین در سالن به حداقل ممکن رسانده شود. به مادران برای ورود به درمانگاه نوبت دهی تلفنی انجام شود.
- در نوبت دهی تلفنی غربالگری شفاهی از نظر سابقه تماس و علایم بیماری کووید انجام شود. در صورت مثبت بودن غربالگری به مراکز جامع سلامت منتخب کووید جهت بررسی ارجاع شود.
- مراقبت بارداری در بارداری کم خطر: تعداد مراقبتهای حضوری ۵-۴ بار بر اساس شرایط منطقه مراقبت می باشد (۶-۱۰ هفته، ۲۸ - ۳۰ هفته ۳۱-۳۴ هفته و ۳۷ هفته) مراقبت غیر حضوری نیز ۴ بار انجام می شود. مراقبت حضوری ۱۶-۲۰ هفته (مراقبت پنجم) در مناطق آبی اضافه می شود.
- در مراقبت اول کلیه آزمایشات مربوطه، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی و درخواست سونوگرافی های مراقبت اول و دوم انجام شود. در مراقبت سوم آزمایشات روتین دوم بارداری، تست تحمل گلوکز ۷۵ گرمی، سونوگرافی بررسی رشد جنین، توصیه به انجام تست سریع HIV انجام شود.

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: کاهش موقت تعداد مراقبت های بارداری

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۱۰۰/۱۶۰۴ مورخ ۹۸/۱۲/۷ در خصوص اطلاعیه شماره ۳ و پیرو بندهای اول و دوم نامه مذکور، به منظور مدیریت بیماری کرونا و ویروس در کشور و پیشگیری از ابتلای مادران باردار، خواهشمند است به آنان توصیه شود از مراجعه غیر ضرور به مراکز بهداشتی درمانی خودداری کنند و جهت کاهش تردد مادر باردار و کاهش مواجهه وی با آلودگی های محیطی است تا زمان مهار بیماری تعداد مراقبت های معمول مادران باردار کم خطر از ۸ مراقبت به ۴ مراقبت به شرح زیر کاهش یابد:

• اولین مراقبت: هفته ۶ تا ۱۰ بارداری

- گرفتن شرح حال، مراقبت هفته ۶ تا ۱۰ مطابق بسته خدمت
- انجام آزمایش های نوبت اول

- مشاوره غربالگری ناهنجاری جنین و توصیه لازم در این زمینه بر اساس شرح حال
- درخواست سونوگرافی آنومالی مادرزادی جنین برای ۱۶-۱۸ هفته ی بارداری

• دومین مراقبت: هفته ۲۸ تا ۳۰ بارداری

- مراقبت هفته ۲۶ تا ۳۰ مطابق بسته خدمت و آزمایش نوبت دوم

• سومین مراقبت: هفته ۳۱ تا ۳۴ بارداری

- مراقبت هفته ۳۱ تا ۳۴ مطابق بسته خدمت
- درخواست سونوگرافی رشد جنین

• چهارمین مراقبت: هفته ۳۷ بارداری

- مراقبت هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری مطابق بسته خدمت
- تعیین زمان ختم بارداری با توجه به بسته خدمت (در جنین ماکروزوم و مادر مبتلا به دیابت، سزارین تکراری، ...)
- آموزش مادر جهت مراجعه مادر با درد زایمانی به بیمارستان های زنان و مامایی (ترجیحا متفاوت از مراکز پذیرش بیماران مبتلا به کووید-۱۹)
- جهت اجرای بهینه ی این مراقبت ها لازم است:
- در مراقبت های حضوری کیفیت خدمت مد نظر قرار گیرد و در صورت نیاز ارزیابی های ترومبوآمبولی و کاردیومیوپاتی انجام شود.
- به مادر توصیه شود تحرک کافی داشته باشد و مایعات بنوشد.
- بررسی وضعیت مادر در فواصل مراقبت ها، نتایج آزمایش ها و سونوگرافی های انجام شده از طریق تلفن یا پیامک پیگیری گردد و در صورت نیاز به سطوح تخصص ارجاع شود.
- موارد فوق به مراکز ارائه دهنده غیر دولتی اطلاع رسانی شود.

دکتر علیرضا رئیسی
معاون بهداشت



شماره
تاریخ
دوره

۵۳۰۰/۲۵۰۰
۱۳۹۹/۰۲/۲۹

معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: اصلاحیه تعداد مراقبت های بارداری در زمان شیوع بیماری کووید- ۱۹

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۳۰۰/۳۱۷۰۸ مورخ ۹۸/۱۲/۱۲ در خصوص کاهش تعداد مراقبت ها، با توجه به کنترل نسبی بیماری کووید-۱۹ در کشور و کاهش بار مراجعه بیماران به مراکز جامع/پایگاه ها و خانه های بهداشت، موارد نیازمند بازنگری در مراقبت های بارداری و پس از زایمان به شرح زیر اعلام می گردد:

۱- در مناطق کم خطر از نظر شیوع بیماری کووید- ۱۹، در مادران باردار کم خطر، تعداد مراقبت های بارداری از ۴ نوبت به ۵ نوبت افزایش یابد. بدین منظور علاوه بر هفته های بارداری تعیین شده در نامه فوق، مراقبت هفته ۱۶ تا ۲۰ بارداری نیز اضافه شده و از وضعیت پیگیری تلفنی به حضوری تغییر یابد. در مناطق زرد و قرمز تعداد مراقبت تغییر نمی کند.

۲- تعداد و محتوای مراقبت پس از زایمان مشابه بسته خدمت مادران انجام شود.

۳- در نوبت سوم مراقبت پس از زایمان انجام دقیق غربالگری سلامت روان برای مادر اهمیت دارد.

۴- در مادران باردار پر خطر (مبتلا به بیماری های زمینه ای مانند دیابت و آسم، چند قلوبی، فشار خون

۴- در مادران باردار پر خطر (مبتلا به بیماری های زمینه ای مانند دیابت و آسم، چند قلوبی، فشار خون بالا، چاقی مفرط و ...) تعداد مراقبت ها مشابه بسته خدمت مادران و مطابق نظر پزشک متخصص مربوطه است.

۵- در هنگام ارائه مراقبت ها به منظور کاهش تماس فردی در مراکز لازم است:

- روز و ساعات ملاقات برای تمامی مراجعه کنندگان تعیین شود.
- تعداد مراجعه کنندگان در هر روز محدود شود.
- مراقبت بدون اتلاف وقت و در زمان کوتاه تر ولی موثر انجام شود.
- نوبت بعدی آزمایش ها، سونوگرافی و غربالگری های لازم در مراجعه حضوری مادر در خواست شود.

۶- شستن مرتب دست ها، رعایت فاصله اجتماعی، پوشیدن ماسک و تست کش به مادران در زمان مراجعه تاکید شود.

۷- مادران باردار مبتلا به کووید- ۱۹ پس از بهبودی حتما برای ارزیابی سلامت جنین ارجاع شوند.

دکتر علیرضا رئیسی
معاون بهداشت

مراقبتهای بارداری وزایمان در مادران غیر مبتلا در شرایط کووید ۱۹

- با توجه به عوارض ترومبوآمبولی در بیماری کووید توجه خاص به ارزیابی خطر ترومبوآمبولی در کلیه مراقبتهای انجام شود.
- در کلیه مادران با سابقه سزارین قبلی در درخواست سونوگرافی نیمه دوم بارداری، بررسی های محل جفت و احتمال چسبندگی ها تاکید شود. در صورت پاسخ سونوگرافی مبنی بر احتمال چسبندگی جفت یا جفت سر راهی جهت بررسیهای تکمیلی و تعیین زمان و محل ختم بارداری با بیمارستان سطح ۳ هماهنگ شود.
- مراقبت بارداری در بارداری پرخطر: تعداد مراقبتهای مطابق دستور سلامت مادران عمل می باشد

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



دستور عمل مراقبت مادر باردار از ویروس کرونا حوزه بهداشت و درمان

• ***در همه ی مادران مراجعه کننده با شکایت مامایی، ضمن ارزیابی از نظر احتمال ابتلا به بیماری یا تماس نزدیک با فرد مبتلا/مشکوک /محتمل ، مراقبت های لازم در صورت مثبت بودن ارزیابی بعمل آید.

نکته :1آزمایش PCR برای همه مادران باردار با علامت بیماری کووید یا مادران با سابقه تماس نزدیک مطابق دستور عمل انجام شود.

نکته :2در مراجعه مادر باردار، علاوه بر بررسی مادر از نظر بیماری کووید - ،19حتما سلامت مادر و جنین مطابق دستور عمل ارزیابی شود.

نکته :3در صورت وجود علائم زیر با یا بدون علائم تنفسی اعزام به بیمارستان الزامی است:

✓تب 38درجه یا بیشتر که با سه روز مصرف استامینوفن بهبود نیافته است، عدم تحمل خوراکی مایعات و داروها

✓درد پایدار قفسه سینه، گیجی، خواب آلودگی، اختلال هوشیاری، سیانوز

How to Protect Yourself and Others

Accessible version: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-to-getting-sick/prevention.html>

Know how it spreads



- The best way to prevent COVID-19 is to avoid being exposed to this virus.
- The virus is thought to spread mainly from person-to-person.
 - » Between people who are in close contact with one another (within about 6 feet).
 - » Through respiratory droplets produced when an infected person coughs, sneezes, or talks.
 - » These droplets can land in the mouths or noses of people who are nearby or possibly be inhaled into the lungs.
- » COVID-19 may be spread by people who are not showing symptoms.

Everyone should

Clean your hands often



- Wash your hands often with soap and water for at least 20 seconds, especially after you have been in a public place, or after blowing your nose, coughing, or sneezing.
- If soap and water are not readily available, use a hand sanitizer that contains at least 60% alcohol. Cover all surfaces of your hands and rub them together until they feel dry.
- Avoid touching your eyes, nose, and mouth with unwashed hands.

Avoid close contact



- Limit contact with people who don't live in your household as much as possible.
- Avoid close contact with people who are sick.
- Put distance between yourself and other people.
 - » Remember that some people without symptoms may be able to spread virus.
 - » This is especially important for people who are at increased risk for severe illness. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html>



[cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

Cover your mouth and nose with a mask when around others



- You could spread COVID-19 to others even if you do not feel sick.
- Everyone should wear a mask in public settings and when around people not living in their household, especially when social distancing is difficult to maintain.
 - » Masks should not be placed on young children under age 2, anyone who has trouble breathing, or is unconscious, incapacitated or otherwise unable to remove the mask without assistance.
- A mask helps prevent a person who is sick from spreading the virus to others, and offers some protection to the wearer as well.
- Do NOT use a facemask meant for a healthcare worker.
- Continue to keep at least 6 feet between yourself and others. The mask is not a substitute for social distancing.

Cover coughs and sneezes



- Always cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze or use the inside of your elbow.
- Throw used tissues in the trash.
- Immediately wash your hands with soap and water for at least 20 seconds. If soap and water are not readily available, clean your hands with a hand sanitizer that contains at least 60% alcohol.

Clean and disinfect



- Clean AND disinfect frequently touched surfaces daily. This includes tables, doorknobs, light switches, countertops, handles, desks, phones, keyboards, toilets, faucets, and sinks. www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/disinfecting-your-home.html
- If surfaces are dirty, clean them: Use detergent or soap and water prior to disinfection.
- Then, use a household disinfectant. You can see a list of [EPA-registered household disinfectants here](#).

[cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus)

Important Ways to Slow the Spread of COVID-19

- Get a **COVID-19 vaccine** as soon as you can. **Find a vaccine.**
- Wear a **mask that covers your nose and mouth** to help protect yourself and others.
- **Stay 6 feet apart from others** who don't live with you.
- Avoid crowds and poorly ventilated indoor spaces.
- **Wash your hands often** with soap and water. Use hand sanitizer if soap and water aren't available.

- Healthcare providers should be aware of the increased risk of domestic abuse in pregnancy, which has escalated during the pandemic.
- There is evidence that the pandemic has resulted in a greater level of anxiety and other mental health problems in pregnant women compared the overall population. Women should be asked about their mental health at every contact.

اطلاعیه شماره ۰۳ قرارگاه کنترل و مراقبت کووید-۱۹

الف- دستور عمل مراقبت مادر باردار از ویروس کرونا حوزه بهداشت و درمان

۱. از تجمع مراجعین به خصوص مادران باردار در مراکز ارائه دهنده خدمت مانند پایگاه سلامت، خانه بهداشت، مطب، بیمارستان و ... خودداری شود. به این منظور اسامی مراجعین به ویژه مادران باردار از لیست پی گیری سامانه های الکترونیکی استخراج شود. زمان و ساعت مشخصی برای مراجعه آنان تعیین و از طریق تلفن یا پیامک اطلاع رسانی شود.
۲. در موارد عدم تمایل مادران باردار به حضور برای دریافت مراقبت، بایستی از ایشان در مورد حرکات جنین / علائم تنفسی یا تب استعلام شود.

۳. نکات ایمنی برای پیشگیری از ابتلا به ویروس مطابق دستور عمل کشوری رعایت شود:

- تامین محل مناسب با امکانات لازم جهت مراقبت معمول مادران باردار سالم جدای از سایرین
- حفاظت ایمنی ارائه دهندگان خدمت مانند رعایت حداقل ۱ متر از مراجعین، استفاده از ماسک، شستشوی دستها و ... رعایت شود.

- ماده ضد عفونی کننده برای دستها در پایگاه در دسترس باشد.

- به شستشوی مکرر دستها با آب و صابون تاکید شود.

- پس از استفاده از وسایل پزشکی مانند دستگاه فشار خون و ... تا حد امکان وسایل تمیز و با الکل ۷۵ درصد به بالا ضد عفونی شود.

۴. در صورت مراجعه مادر تب دار به پایگاه سلامت یا خانه بهداشت حتماً به پزشک مرکز ارجاع شود:

- پزشک مرکز پس از معاینه مادر تب دار در صورت نداشتن علائم تنگی نفس و مشکلات تنفسی با درمانهای حمایتی و علامتی مانند استراحت در منزل، مصرف مایعات فراوان و مسکن های تب بر انجام شود.
- در صورت نیاز به اعزام به بیمارستان ، ضمن هماهنگی با رابط پرخطر حوزه ی معاونت درمان، با ۱۱۵ تماس گرفته شود .

۵. اسامی بیمارستان های مرجع پذیرش مادران باردار مشکوک یا مبتلا به کووید ۱۹ به انجمن های علمی مرتبط و عموم مردم اطلاع رسانی شود.
۶. برای همه مادران با شکایت سرفه و تنگی نفس هنگام ورود به بیمارستان تریاژ عفونی انجام پذیرد، سپس تریاژ مامایی مطابق معمول انجام پذیرد.
۷. در مادران باردار مراجعه کننده به تریاژ مامایی، در صورت مشاهده علائم تنفسی (سرفه، تنگی نفس) یا تب، حتما به تریاژ عفونی ارجاع شوند.

۸. بدیهی است انتظار بر این است که اقدامات تشخیصی لازم در هر بیمارستانی بر اساس دستورعمل های ابلاغی و با رعایت شرایط پوشش های محافظتی مناسب برای بیمار و پرسنل درمانی انجام شود و اعزام مادران نیازمند بستری به بیمارستان های مرجع اعلام شده با هماهنگی ۱۱۵ صورت پذیرد.
۹. در صورت نبود بیمارستان مرجع دارای بخش تخصصی زنان و زایمان، بستری با مدیریت گروه تخصصی زنان و ویزیت روزانه زنان در بخش های مشخص شده به این منظور در بیمارستان های منتخب انجام شود.
۱۰. بدیهی است در زمان انتقال و ارجاع مادران باردار، شرایط مامایی مادران پرخطر منطبق با سطح بندی خدمات پریناتال بایستی در نظر گرفته شود.

۱۱. کمیته مشورتی متشکل از پزشک متخصص زنان، بیهوشی، عفونی، کارشناسان مامایی درمان، کارشناسان مادران بهداشت، رئیس مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی زیر نظر معاون درمان هفته ای یک بار تشکیل شود. شرح وظایف کمیته فوق عبارت است از:

- مشخص شدن سیر حرکت مادر مراجعه کننده از طریق آمبولانس ۱۱۵ به منظور تعیین تکلیف سریع مادر برای اقدامات مناسب
 - نظارت بر بیمارستان ها برای نحوه پذیرش و ارجاع مادر باردار
 - ارسال گزارش موارد ابتلا و بستری از طرق سامانه پورتال معاونت بهداشت اداره سلامت مادران
 - بررسی وضعیت مادران باردار مشکوک یا مبتلا برای نحوه بستری و درمان
 - تصمیم گیری در مورد زمان و روش ختم بارداری
 - نظارت بر تامین امکانات لازم حفاظتی برای ارائه دهندگان خدمات مامایی بر اساس دستور عمل های
- ارسالی وزارت بهداشت

۱۲. رابطین پرخطر درمان بر اساس شرح وظایف، مسئول تعیین مسیر اعزام و نظارت بر روند اجرایی بستری و درمان مادران می باشند.

۱۳. کارشناس رابط پرخطر بیمارستان، مسئول تعیین مسیر انتقال، نظارت بر اقدامات تشخیصی و بستری مادران مشکوک یا مبتلا معرفی شده توسط حوزه بهداشت و اطلاع رسانی اسامی مادران ترخیص شده از بیمارستان به کارشناس رابط پرخطر حوزه بهداشتی می باشد.

۱۴. در موارد ترخیص مادران باردار مشکوک به بیماری کرونا مطابق دستورعمل، مشخصات مادر جهت پیگیری های بعدی به کارشناس پرخطر واحد معاونت های بهداشتی اطلاع داده شود.

۱۵. کارشناس رابط پرخطر بهداشت مسئول پیگیری مادران ترخیص شده و اطلاع رسانی وضعیت ایشان به ستاد می باشد .

۱۶. کلاس های آمادگی تا پایان سال تشکیل نشود و لغو کلاس ها به مادران اطلاع رسانی شود. پس از آن با توجه به شرایط تصمیم گیری شود.

۱۷. کلان مناطق آمایشی موظف هستند نسبت به برگزاری ویدئو کنفرانس های سلامت مادران در این موضوع به صورت منظم جهت بررسی موارد و تبادل تجربیات اقدام نمایند .

۱۸. نشست های مشورتی دوره ای (ویدئو کنفرانس) در این مهم از طریق کمیته ی کشوری سلامت مادران و با حضور کلان مناطق در همین زمینه برگزار خواهد شد .

آموزش و اطلاع رسانی:

۱. آموزش ارائه دهندگان خدمات مامایی در مورد شرایط و نحوه استفاده از وسایل حفاظتی
۲. هماهنگی با شبکه های محلی/ استانی صدا و سیما برای اطلاع رسانی به جامعه در خصوص نحوه پیشگیری، آشنایی با علائم بیماری و نحوه به مراجع به مراکز و بیمارستان ها و اعلام اسامی مراکز پذیرنده ی مادران باردار از طریق زیرنویس و سخنرانی های علمی و ...



ملاحظات مربوط به واکسیناسیون دوران بارداری

مدرس: زهرا مهدی زاده

عضو هیات علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۱. واکسیناسیون مادران باردار واجد شرایط، منوط به رضایت وی پس از مشاوره خواهد بود.

نکات لازم به ذکر در مشاوره واکسیناسیون (واکسن سینوفارم) در بارداری

- ✓ مادران باردار در خطر بالاتر ابتلا به بیماری نیستند، اما در صورت ابتلا اشکال شدید تر بیماری در مادران باردار نسبت به زنان غیر باردار در سن مشابه بیشتر خواهد بود.
- ✓ واکسن سینوفارم ویروس غیر فعال می باشد، و بنا به توصیه سازمان جهانی بهداشت (با توجه به خطرات تهدید کننده سلامت مادر در صورت ابتلا به کووید-۱۹)، به مادران باردار قابل توصیه است.
- ✓ به دلیل حفظ ایمنی بیشتر تا حصول نتایج و مستندات کافی، ترجیحا واکسیناسیون بعد از هفته ۱۲ بارداری صورت پذیرد.
- ✓ واکسیناسیون به معنای ایجاد ایمنی قطعی نیست و تداوم اقدامات پیشگیری از ابتلا به کووید برای مادر باردار و اعضای خانواده الزامی است.

بخشنامه شماره ۸۶۷۰/۳۰۰د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۶

۲. توصیه می شود واکسیناسیون بعد از هفته ۱۲ بارداری انجام شود.
۳. گروه سنی مادران باردار واجد شرایط واکسیناسیون :
 - ✓ همه مادران باردار با سن ۳۵ سال و بالاتر
 - ✓ مادران در همه گروه های سنی شاغل در بهداشت و درمان
 - ✓ همه مادران باردار در شرایطی که همسران ایشان در بخش های کرونا و یا مراکز بهداشتی مدیریت کرونا شاغل هستند.
 - ✓ مادران در همه گروه های سنی شاغل در گروه های شغلی اولویت دریافت واکسن مطابق دستور عمل های واکسیناسیون کشوری
۴. همه مادران باردار با نمایه توده بدنی ۳۵ و بالاتر
۵. همه مادران با بارداری های دو قلویی و چندقلویی، بارداری با IVF
۶. همه مادران باردار با بیماری زمینه ای شامل بیماری دیابت، قلبی، فشار خون بالا، مصرف داروهای ایمنوساپرسیو، بیماری مزمن کلیوی، آنمی سیکل سل، پیوند اعضا، سیروز کبدی و آسم

۷. به علت خطرات ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در سه ماهه سوم بارداری، ضمن تاکید بر شناسایی مادران باردار واجد شرایط، واکسیناسیون مادران واجد شرایط با سن بارداری ۲۸ هفته و بیشتر در اولویت خواهد بود.

۸. در صورت تزریق دوز اول واکسن قبل از بارداری و یا عدم اطلاع از بارداری در زمان واکسیناسیون، توصیه می شود پس از مشاوره با مادرو بر اساس ترجیح وی (در رابطه با زمان واکسیناسیون)، تزریق دوز دوم با واکسن سینوفارم به فاصله ۲۸ روز از تزریق قبلی یا بعد از هفته دوازده بارداری، صورت پذیرد.

۹. فاصله بین واکسن ویروس کرونا با واکسن آنفلوآنزا یا توام در بارداری حتی الامکان ۱۴ روز باشد.

بخشنامه شماره ۸۶۷۰/۳۰۰د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۶

۱۰. تزریق ایمنوگلوبولین D تداخلی با واکسن ویروس کرونا ندارد و همانند دستورعمل های ابلاغی سلامت مادران انجام شود.

۱۱. واکسیناسیون مادران باردار شاغل، تابع اولویت های شغلی در دستورعمل های واکسیناسیون کشوری خواهد بود.

۱۲. برای همه مادران باردار شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی، رعایت ضوابط حفظ امنیت شغلی مادران باردار (موضوع نامه دورکاری به شماره ۸۶۷۰/۳۰۰د مورخ ۲۰ اسفند ۱۳۹۹) بعد از واکسیناسیون هم الزامی است و در صورت لزوم فعالیت ایشان توجه به نکات ذیل لازم است:

✓ در صورت الزام به فعالیت حضوری ایشان در مراکز بهداشتی و درمانی، تا ۲۸ هفته اول

بارداری، محل فعالیت خارج از مراکز مدیریت سرپایی یا بستری بیماران کووید-۱۹ باشد.

✓ در سن بارداری بعد از ۲۸ هفته، اتخاذ تمهیداتی برای دورکاری ایشان لازم است.

۱۳. زمان واکسیناسیون در موارد ابتلا یا شک به بیماری کووید در مادر باردار، تابع دستورعمل کشوری واکسیناسیون خواهد بود.

نکته ۱: تاکید و آموزش های لازم در مورد تداوم رعایت پروتکل های پیشگیری از ابتلا به کووید-۱۹ به مادران باردار پس از واکسیناسیون الزامی است.

نکته ۲: در مادرانی که تحت درمان با داروهای ضد انعقادی هستند، تزریق واکسن می بایست به صورت عمیق در عضله دلتوئید انجام شود.

با عنایت به مطالب پیشگفت، لازم است در اسرع وقت نسبت به اطلاع رسانی و جمع آوری اطلاعات مادران باردار واجد شرایط واکسیناسیون در آن دانشگاه و اجرای فرایند واکسیناسیون اقدام شود.

کمیته دانشگاهی واکسیناسیون مادران باردار:

کمیته دانشگاهی واکسیناسیون مادران متشکل از مدیر گروه زنان و زایمان، حداقل یک نفر پریناتولوژیست، مدیر گروه عفونی و مدیر گروه داخلی با ریاست معاون محترم بهداشت می باشد. (دعوت به حضور سایر تخصص ها بر اساس شرایط مادران باردار به عهده معاون محترم بهداشت خواهد بود). ضمناً دانشگاه هایی که برای تشکیل کمیته، متخصص پریناتولوژی ندارند می توانند با دانشگاه سر قطب خود هماهنگ نمایند.

مهم ترین موارد نیازمند بررسی در کمیته دانشگاهی واکسیناسیون:

- ✓ مادران با شرایط حاد یا وخامت بیماری های زمینه ای
 - ✓ مادران دارای بیماری های زمینه ای که در این دستور عمل ذکر نشده
 - ✓ مادران متقاضی تزریق واکسن آسترازنیکا
- مطابق نامه ۳۰۰/۴۳۲۸د مورخ ۱۲ خرداد ماه سال جاری با عنایت به شرایط واکسن آسترازنیکا، در صورت ترجیح به واکسیناسیون با آسترازنیکا بایستی مورد در کمیته دانشگاهی واکسن مادران باردار بررسی شود و بر اساس تصمیم کمیته و مادر اقدام شود، بدیهی است در صورت عدم صدور مجوز استفاده از این واکسن توسط کمیته، تزریق واکسن سینوفارم بر اساس نظر کمیته انجام می پذیرد.
- موارد تزریق واکسن مادران باردار در سامانه پورتال سلامت مادران به آدرس www.health.gov.ir دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس اداره سلامت مادران ستون لیستها واکسیناسیون مادران باردار ثبت شود. دسترسی ثبت برای کارشناسان ستادی سلامت مادران حوزه بهداشت و کارشناس مسئول مامایی حوزه درمان، کارشناسان مادران ستاد شهرستان و ماما مسئول بیمارستانها فراهم شده است. (نام کاربری و رمز عبور همانند ثبت اطلاعات زایمان در بیمارستان و خارج بیمارستان، سامانه ایمان می باشد)

بخشنامه شماره ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

موضوع: در خصوص واکسیناسیون مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان پیرو نامه شماره ۸۶۷۰/۳۰۰ د مورخ ۱۶ مرداد ۱۴۰۰ (پاسخ به سئوالات)

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۸۶۷۰/۳۰۰ د مورخ ۱۶/۵/۱۴۰۰ در خصوص واکسیناسیون مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان با توجه به سئوالات مکرر همکاران نکات زیر مورد توجه قرار گیرد:

۱. در واکسیناسیون زنان در سنین باروری، نیازی به آزمایش بارداری قبل از واکسیناسیون و تعویق اقدام برای بارداری نمی باشد.

۲. در صورت وقوع بارداری در هر زمانی مطابق دستور عمل فوق، اقدام شود.

۳. مفاد نامه شماره ۸۶۷۰/۳۰۰ د مورخ ۱۶ مرداد ماه ۱۴۰۰ شامل حال مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان واجد شرایط می باشد، بدیهی است بعد از این دوره زمانی (از روز ۴۳ پس از زایمان به بعد) شرایط واکسیناسیون در شیردهی مطابق نامه شماره ۴۱۳۹/۳۰۲ د مورخ ۱۱ خرداد ماه ۱۴۰۰ خواهد بود.

۴. مشاوره برای واکسیناسیون مادران باردار لازم است، اما مطابق نامه ۴۳۲۸/۳۰۰ د مورخ ۱۲ خرداد ماه سال جاری، در صورت تایید لزوم تجویز واکسن آسترازنیکا در بارداری توسط کمیته دانشگاهی، اخذ رضایت نامه کتبی از این گروه مادران (موارد تزریق واکسن آسترازنیکا) الزامی است.

بخشنامه شماره ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

۵. مادران باردار با هر شرایط برای واکسیناسیون بایستی در سامانه های سلامت ثبت شوند. برای مادران بخش خصوصی، جهت صدور مجوز واکسیناسیون حداقل ثبت یک بار مراقبت در سامانه های سلامت ضروری است.

۶. نوع بیماری زمینه ای مادر بر اساس مستندات، در سامانه های سلامت ثبت گردد.

۷. در صورت واکسیناسیون، ثبت اطلاعات لازم در سامانه پورتال سلامت مادران به آدرس www.health.gov.ir دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ستون لیست ها واکسیناسیون مادران باردار، الزامی است.

بخشنامه شماره ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

۸. در حال حاضر واکسیناسیون مادران باردار در گروه سنی ۱۸-۳۵ سال محدود به شرایط اعلام شده در نامه ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۶ مرداد ماه (وجود بیماریهای زمینه یا BMI مساوی یا بیشتر از ۳۵ یا داشتن همسر شاغل در ارتباط با بیماران مشکوک یا مبتلا به کووید در بهداشت و درمان) و گروه های هدف فعلی واکسیناسیون کووید ۱۹ مطابق دستور عمل کشوری واکسن می باشد.

۹. در حال حاضر واکسن های اعلام شده برای تزریق در بارداری، در سن کمتر از ۱۸ سال مجوز تجوز ندارند.

۱۰. همانطور که در نامه ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۶ مرداد ماه تاکید شده، همه مادران در سن بارداری ۲۸ هفته و بالاتر (سه ماهه سوم) اولویت دریافت واکسن هستند، اما لازم است که برای پیشگیری از فوت وقت، هم زمان برای واکسیناسیون مادران باردار با سن بارداری ۱۲ تا ۲۸ هفته نیز برنامه ریزی های لازم به صورت نزولی از نظر سن بارداری (از ۲۸ هفته به پایین) به عمل آید.

۱۱. اطلاع رسانی به مادران برای واکسیناسیون به عهده دانشگاه است. این مهم می تواند از طریق هماهنگی با صدا و سیما محلی و نظام پزشکی شهرستانها و همکاران فعال در سامانه ۴۰۳۰ مادران انجام شود.

بخشنامه شماره ۱۰۵۹۶/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۱۰

معاون محترم بهداشت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: واکسیناسیون بیماری کووید ۱۹ در مادران باردار سایر گروهها پیرو نامه شماره ۳۰۰/۸۶۷۰ د

با سلام و احترام

پیرو نامه شماره ۳۰۰/۸۶۷۰ د مورخ ۱۴۰۰/۵/۱۶ در خصوص واکسیناسیون مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان نکات زیر مورد توجه قرار گیرد:

۱. به منظور تعمیم واکسیناسیون مادران باردار ۱۸ تا ۳۵ سال همانگونه که در نامه فوق اشاره شده در صورت تایید کمیته واکسیناسیون مادران باردار آن دانشگاه، واکسیناسیون سایر گروه ها بر اساس مستندات قابل انجام است، که در این زمینه و حسب تصمیم گیری آن کمیته، مصادیق واکسیناسیون سایر مادران باردار زیر ۳۵ سال، بر اساس مستندات نظام مراقبت مرگ مادران و عوارض شدید بارداری نیز قابل شمول هست. بدیهی است تعیین تکلیف مادران این گروه سنی در صورت تمایل مادران بارداری فاقد اندیکاسیون های تعیین شده به عهده کمیته دانشگاهی خواهد بود.
۲. در بارداری های سه ماهه سوم تا یک هفته قبل از ختم بارداری مطابق تاریخ تقریبی زایمان، واکسیناسیون انجام شود. در مادران باردار در هفته ۳۹ و بیشتر تزریق نشود.

بخشنامه شماره ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

۳. اولین زمان واکسیناسیون پس از زایمان یا سقط، در مراقبت ۱۵-۱۰ روز خواهد بود، بدیهی است قبل از واکسیناسیون، بایستی بررسی کامل از نظر عوارض خاص مامایی مطابق دستور عمل انجام شود و در صورت سلامت کامل واکسیناسیون قابل انجام است و البته تا ۴۲ روز اول زایمان پیروی از دستور عمل موضوع نامه پیوست الزامی است. همچنین به منظور واکسیناسیون پس از زایمان مادرانی که در بخش خصوصی مراقبت می شوند، ضمن هماهنگی معاونت های درمان و بهداشت، اسامی واجدین شرایط دریافت و مطابق برنامه ی مشخص شده دانشگاهی واکسیناسیون انجام پذیرد.
۴. واکسیناسیون مادران غیر ایرانی دارای کارت اقامت مانند مادران ایرانی انجام شود.

بخشنامه شماره ۸۹۴۷/۳۰۰ د مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۸

۵. در همین زمینه ضمن ارسال جدول برآورد ماهانه انجام واکسیناسیون مادران باردار هر دانشگاه، مقتضی است بر اساس برآورد تعداد مادران واجد شرایط و تعداد احتمالی افزون بر موارد اعلام شده، جهت ایجاد پوشش حداکثری موارد برآورد شده با تامین زیر ساخت های مناسب اقدام بفرمایید. لازم به ذکر است مسئول مستقیم برنامه ریزی مربوطه حوزه معاونت بهداشت با هماهنگی کامل واحد های سلامت خانواده و مبارزه با بیماریها می باشد.



به امید روزهای روشن

Zahra Mehdizadeh(Abzums)







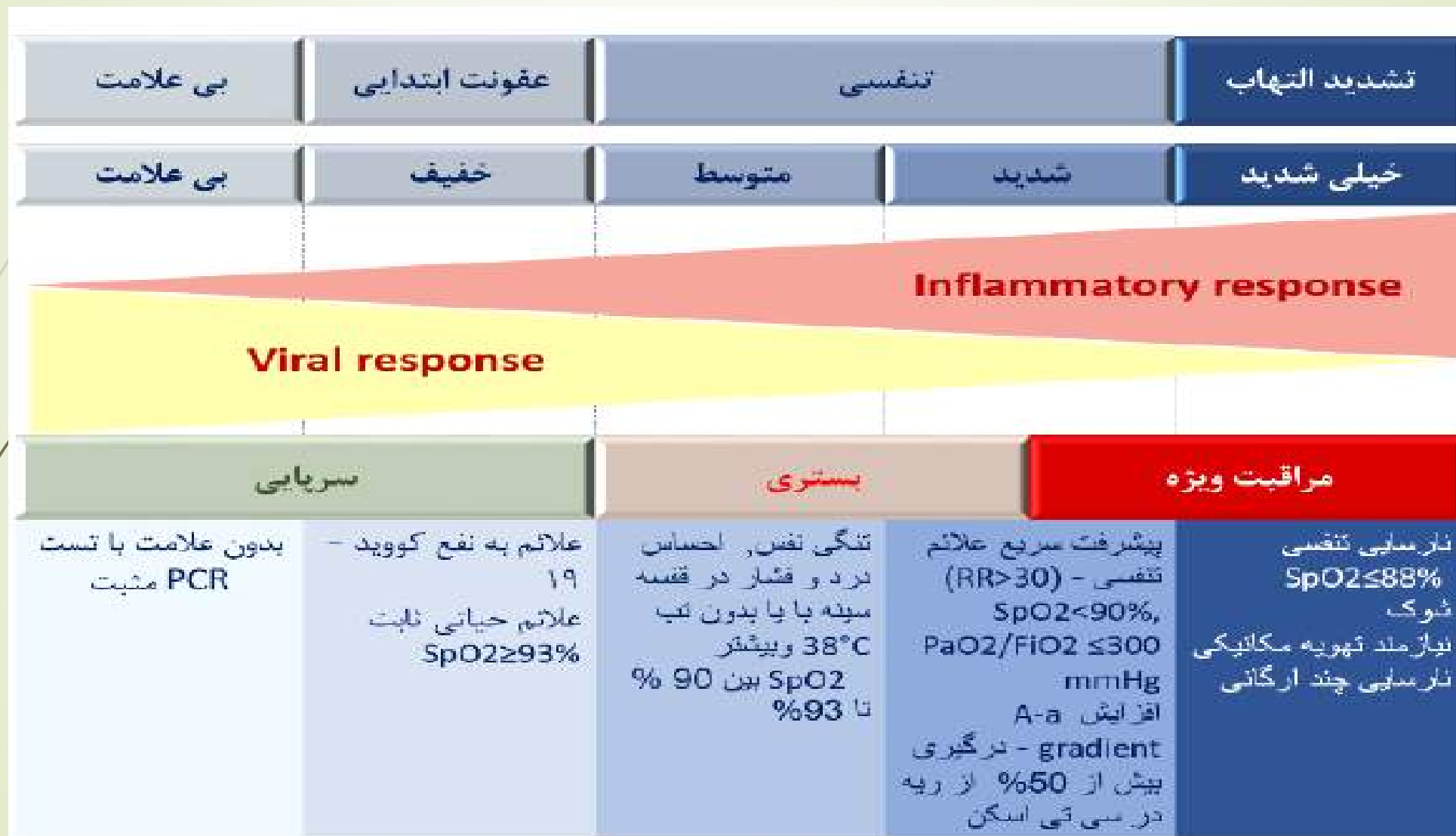
دانشگاه علوم پزشکی البرز

وبینار بارداری و زایمان در پاندمی کووید ۱۹ مراقبت ها در موارد بستری

دکتر راضیه لطفی دکترای تخصصی سلامت باروری
عضو هیات علمی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی البرز

۱۷ شهریور ۱۴۰۰

سیر بیماری



مرحله دو (فاز تنفسی)

فاز تنفسی متوسط

وجود علائم تنفسی (شامل تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه سینه، ...) با یا بدون تب مساوی / بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد

اشباع اکسیژن بیش از ۹۵ درصد

درگیری ریوی کمتر از ۵۰ درصد

فاز تنفسی شدید

پیشرفت سریع علائم تنفسی به ویژه تشدید تنگی نفس

تاکی پنه ($RR > 24$)

اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵ درصد

درگیری ریوی بیش از ۵۰ درصد

مرحله سه : فاز تشدید التهاب – بحرانی Critical

➡ ملاک های ورود به این مرحله:

➡ بروز علائم نارسایی تنفسی علیرغم اکسیژن درمانی غیرتهاجمی

➡ بروز نشانه های شوک

➡ بروز نارسایی چند ارگانی

➡ زنان باردار در مرحله شدید یا بحرانی بیماری و زنان باردار با بیماری های زمینه ای در هر مرحله ای از بیماری، باید در بالاترین سطح درمانی (سطح ۳ بیمارستانی) واجد بخش حاملگی پرخطر و بخش مراقبت ویژه بستری شوند.

سیر بیماری کووید ۱۹

- آنچه اهمیت بسیار دارد، ارزیابی وضعیت بیمار بر اساس روند بیماری است
- با یک بار چک سطح اکسیژن، نمی توان به سادگی مرحله بیماری را تعیین نمود.
- روند تغییرات بیمار در افت اکسیژن و یافته های رادیولوژیک، در کنار مجموع علائم وی، باید راهنمای تصمیم گیری های درمانی باشد.
- بروز انواع شدید بیماری در هر زمانی از سیر بیماری ممکن است رخ دهد و بروز آن الزاماً مستلزم طی همه مراحل قبلی نیست.

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

➤ در صورت وجود علائم متوسط، شدید یا بحرانی لازم است اعزام فوری جهت بستری در بیمارستان

➤ غربالگری مادران مراجعه کننده به بیمارستان

➤ چک درجه حرارت

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

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

اندیکاسیون بستری

- ▶ تب بیش از ۳۸ درجه علیرغم درمان دارویی
- ▶ وجود یک بیماری زمینه ای (فشار خون یا دیابت کنترل نشده و اورژانسهای مامایی مانند: پره اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، خونریزی رحمی و...)
- ▶ درد پایدار قفسه سینه، گیجی، خواب آلودگی، اختلال هوشیاری، سیانوز
- ▶ علائم و نشانه بیماری متوسط یا شدید (سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵٪، تعداد تنفس بیشتر از ۲۴، نیاز به حمایت تنفسی شامل اکسیژن درمانی)
- ▶ بیماری بحرانی (نارسایی تنفسی، افت فشار خون علیرغم هیدریشن مناسب، اختلالات هوشیاری، اختلالات کبدی یا کلیوی، اختلالات قلبی)
- ▶ مسئولیت اصلی به عهده متخصص زنان (حداکثر در مدت نیم ساعت ویزیت)
- ▶ حداکثر مدت ۶ ساعت بعد از ویزیت تعیین تکلیف

اندیکاسیون بستری

- در صورت تایید تشخیص یا تایید بالینی و شک قوی پزشک معالج به کووید ۱۹
- توجه به بیماری های زمینه ای و شرایط مامایی و مشاوره تخصصی
- مسئولیت با پزشک متخصص زنان
- نحوه مدیریت بیماری و ختم بیماری با کمیته بیمارستانی چند رشته ای شامل:
 - متخصص بیهوشی یا اینتنسویست
 - داخلی
 - فوق ریه
 - نوزادان
 - عفونی
 - رادیولوژی
 - قلب

در موارد بستری

- در صورت تداوم علائم زیر نیاز به بخش مراقبت های ویژه
- هایپوکسمی مقاوم به درمان غیرتهاجمی
- کاهش سطح هوشیاری
- ناپایداری همودینامیک
- خستگی تنفسی
- اقدامات حمایتی و درمان های تخصصی

آزمایشات در موارد بستری

➡ آزمایشات برای تشخیص بیماری کووید-۱۹

➡ آزمایشات برای ارزیابی شدت بیماری و سیر بالینی

آزمایشات زمان بستری

روز اول بستری (درخواست و تکرار با توجه به وضعیت بیمار و صلاحدید پزشک)

CBC

ESR

Quantitative CRP

BUN/Cr, ALP, SGPT,CPK,SGOT

P, k, Na, Mg, Ca

LDH

Ferritin

ECG

آزمایشات زمان بستری

➤ برای همه مادران با اشباع اکسیژن کمتر از ۹۵ درصد

D-dimer ➤

Ferritin ➤

ABG ➤

➤ علائم نارسایی حاد کلیوی (افزایش کراتینین سرم بیش از ۰,۳ از حد پایه)

U/A ➤

BUN/Cr ➤

Pr/Cr ادرار ➤

آزمایشات زمان بستری

*نتایج آزمایشگاهی غیر طبیعی همراه با مرحله شدید بیماری

افزایش

D.Dimer	>1000ng/ml
CRP	>100mg/l
LDH	>245units
Troponin	>2× the upper limit of normal (normal range for troponin T high sensitivity: females 0 to 9 ng/L)
Ferritin	>500 mcg/L (normal range: females 10 to 200 mcg/L)
CPK	2× the upper limit of normal (normal range: 40 to 150 units/L)

کاهش

Absolute lymphocyte count	<800/microL (normal range for age ≥21 years: 1800 to 7700/microL)
---------------------------	---

اقدامات مراقبت و درمان در مرحله متوسط

- با هماهنگی استاد معین ترجیحا ارجاع مادر به بیمارستان مرجع کووید
- اکسیژن درمانی مهمترین اقدام
- هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد
- ارجحیت با High flow nasal canula and NIV
- اصلاح آب و الکترولیت و سایر درمان های حمایتی مورد نیاز
- رعایت اصول بهداشت فردی (شستشوی دست ها، ماسک و ...)
- جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- عدم توصیه به آنتی بیوتیک

توصیه های رادیولوژیک:

➡ انجام سی تی اسکن در صورت لزوم برای بررسی از نظر وسعت بیماری باید انجام شود و در بارداری مجاز می باشد.

اقدامات مراقبت و درمان در مرحله شدید

➤ اکسیژن درمانی مهمترین اقدام درمانی است و باید با نظارت دقیق انجام شود. هر یک ساعت ارزیابی صورت گیرد و در صورت عدم پاسخ بیمار، برای بهبود وضعیت اکسیژن رسانی به بیمار تصمیم گیری شود.

➤ High flow nasal Canula and NIV

➤ اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز

➤ پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف

➤ بطور کلی آنتی بیوتیک برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد و توصیه نمی شود.

➤ بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و فاصله گذاری اجتماعی تا زمان مقرر رعایت شود.

➤ افراد از نظر تشدید علائم بیماری به طور دقیق پایش شوند.

اقدامات مراقبت و درمان در مرحله بحرانی

- مراقبت های ویژه و مراقبت های تنفسی بر اساس راهنمای مربوطه
- نیازمند حمایت تنفسی تهاجمی (Mechanical ventilation)
- اصلاح آب و الکترولیت و درمان های حمایتی مورد نیاز
- پایش دقیق افراد از نظر تشدید علائم و درمان های حمایتی برای ارگانهای مختلف
- آنتی بیوتیک بطور روتین برای درمان کووید-۱۹ ضرورتی ندارد
- رعایت بهداشت فردی در بیماران بستری و جداسازی از سایرین و رعایت فاصله گذاری فیزیکی تا زمان لازم

راهنمای اکسیژن درمانی مادران باردار در بخش کووید

- ▶ هایپوکسمی خفیف (سچوریشن ۹۰ تا ۹۴ درصد) کانول بینی (۳ تا ۶ لیتر در دقیقه)
- ▶ هایپوکسمی متوسط (سچوریشن ۸۵ تا ۸۹ درصد) ماسک ساده (۶ تا ۱۰ لیتر در دقیقه)
- ▶ هایپوکسمی شدید (سچوریشن زیر ۸۵ درصد) از ماسک دارای بگ ذخیره (۸ تا ۱۵ لیتر در دقیقه)

پروفیلاکسی دارویی مادران باردار در بخش کووید

➤ کوآگولوپاتی و کووید ۱۹

➤ پروفیلاکسی با انوکسپارین یا هپارین در موارد شدید بیماری کووید-۱۹ یا بیمارانی که سطح دی دایمر بیشتر از ۶ برابر نرمال دارند باعث کاهش مرگ و میر شده است.

➤ در تمام مادران بارداری که به دلیل ابتلا به بیماری کووید ۱۹ در بیمارستان بستری می شوند، پروفیلاکسی دارویی به وسیله انوکسپارین یا هپارین توصیه می شود.

تجویز کورتیکواستروئیدها

- ▶ برای همه مادران در موارد شدید و بحرانی
- ▶ دگزامتازون ۶ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز و یا پردنیزولون خوراکی روزانه ۴۰ میلی گرم تا ده روز یا زمان ترخیص هر کدام زودتر رخ دهد.
- ▶ در صورت سن بارداری ۲۴ تا ۳۳ هفته و شش روز ابتدا دوز درمانی بلوغ ریه جنین
- ▶ در بیماران باردار مبتلا به کووید برای مدیریت طوفان سیتوکینی ، قبل از ختم بارداری یا هر مداخله جراحی، استرس دوز اولیه هیدروکورتیزون توصیه می شود.

اندیکاسیون تجویز کورتیکواستروئیدها

بیمارانی که با ماسک اکسیژن معمولی ساچوریشن اکسیژن شریانی کمتر از ۹۰٪ دارند.

تشخیص افتراقی

➤ علائم بالینی (سردرد، اختلالات مغزی و عروقی، تشنج) و آزمایشگاهی (افزایش PT، افزایش دی دایمر، CRP، کاهش فیبرینوژن) بیماری کووید ۱۹ در بارداری می تواند با پره اکلمپسی، سندرم هِلپ (افزایش آنزیم های کبدی، همولیز، کاهش پلاکت) شباهت داشته باشد.

➤ آسیب حاد کلیه در کووید ۱۹ مرحله شدید یا بحرانی ممکن است رخ دهد و در عین حال می تواند نشانه اختلال شدید حاصل از اورژانس های مامایی مانند پره اکلمپسی، دکلان یا شوک هموراژیک باشد.

در صورت بستری مادر: ارزیابی قلب جنین

- مشاوره با خانواده درمورد احتمال در خطر بودن جنین
- ارزیابی قلب جنین با توجه به سن بارداری، علائم حیاتی و اکسیژناسیون مادر
- مانیتورینگ مداوم در صورت ناپایدار بودن وضع جنین
- NST روزی یک بار در صورت اشباع اکسیژن پایدار
- مانیتور مادر برای زایمان زودرس



حمایت تنفسی

➤ با پایدار شدن شرایط مادر، بنا به توصیه سازمان بهداشت جهانی، اشباع اکسیژن خون شریانی مساوی ۹۲٪ تا ۹۵٪ مناسب است.

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

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

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

پیگیری مادر بارداری که از کووید بهبود یافته

➤ پس از بهبودی و ترخیص مادر سونوگرافی جهت بررسی وضعیت جنین و مایع آمنیوتیک ۱۴ روز بعد از بهبود علائم

➤ در موارد عفونت سه ماهه اول یا اوایل سه ماهه دوم، سونوگرافی تفصیلی سلامت جنین در ۱۸-۲۳ هفته

زمان ختم بارداری در زنان مبتلا به بیماری غیر شدید

➤ برای اکثریت مادران باردار مبتلا به کووید -۱۹ بدون علامت یا با علائم خفیف بیماری با سن بارداری ۳۹ هفته یا بیشتر ختم بارداری را می توان در نظر داشت.

➤ برای بارداری کمتر از ۳۹ هفته و نوع غیر شدید، که اندیکاسیون مامایی یا طبی دیگری برای ختم بارداری ندارد، زایمان اندیکاسیون ندارد و می تواند بعد از اتمام قرنطینه یا نتیجه تست منفی تصمیم گیری برای ختم انجام شود.

زمان ختم بارداری در زنان مبتلا به بیماری شدید/بحرانی

➡ تصمیم گیری برای زمان ختم بارداری بر اساس شرایط مادر و تیم مدیریت چند رشته ای

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

زمان ختم بارداری در زنان مبتلا به بیماری شدید/بحرانی

➡ در مادران باردار **ایننتوبه** با وضعیت بحرانی: بعد از ۳۲-۳۴ هفته در صورت نارسایی تنفسی هیپوکسمیک مقاوم به درمان یا وضعیت بحرانی رو به بدتر شدن، توصیه به ختم بارداری می شود.

➡ در فاصله بین سن قابل حیات جنین و سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته، تا زمانی که شرایط مادر تثبیت یا رو به بهبود باشد، تداوم حمایت مادر با مونیتورینگ جنینی ادامه می یابد.

➡ در مادران باردار بستری که **ایننتوبه نیستند**، بعضی ختم بارداری بعد از هفته ۳۲-۳۴ بارداری را در شرایطی که حال عمومی مادر رو به بدتر شدن می باشد، توصیه می کنند و در مادران با بیماری شدید غیر ایننتوبه با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته، ختم بارداری را بدلیل مشکلات پره مچوریتی توصیه نمی کنند.

سپاس از توجه شما





مراقبت از نوزاد متولد شده از مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری Covid-۱۹





شیوع

- حدود ۲ درصد از نوزادانی که از مادران مبتلا به کووید ۱۹ به دنیا آمده اند در ۲۴ الی ۹۶ ساعت اول تولد تست کووید مثبت داشته اند.
- در حال حاضر شواهدی مبنی بر انتقال داخل رحمی وجود ندارد .
- میزان انتقال عفونت به نوزاد، بیشتر از این که عمودی باشد، افقی بوده و از طریق مادر یا مراقبین نوزاد کسب می شود.





نوزاد مشکوک به کووید ۱۹ نوزادی است که:

- از مادر با ابتلای قطعی کووید ۱۹ در طی ۱۴ روز قبل از زایمان، به دنیا آمده است.
- نوزاد متولد شده از مادر مشکوکی که بعد از تولد تست کووید ۱۹ مادر به روش PCR مثبت شده است.
- نوزادی که به علت ناخوشی در بیمارستان بستری شده و سابقه تماس نزدیک با مورد قطعی کرونا را در شرح حال خود دارد.
- نوزاد مرخص شده و با علائم حاد تنفسی مجدداً بستری شده است.



نوزاد مبتلا به کووید ۱۹ نوزادی است که:

- در طی ۲۸ روز ابتدای حیات، تست PCR مثبت برای کووید ۱۹ دارد.
- نوزاد علامت دار (سرفه، تب و ...)، که شواهد پاراکلینیک مثل درگیری ریه منطبق بر بیماری کووید ۱۹ در تصویربرداری (علیرغم منفی بودن تست PCR) را دار باشد.



احیا نوزاد

• -احیای این نوزادان با استفاده از وسایل حفاظت شخصی شامل

• کلاه

• عینک یا شیلد صورت

• ماسک N95

• گان مقاوم به نفوذ مایعات

• لباس های مخصوص ضد آب مراقبت از بیماران کووید ۱۹

• دستکش لاتکس

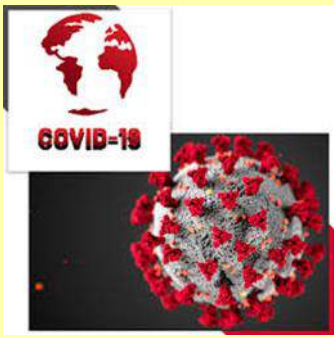
• روکشی باشد.





..... احیا نوزاد

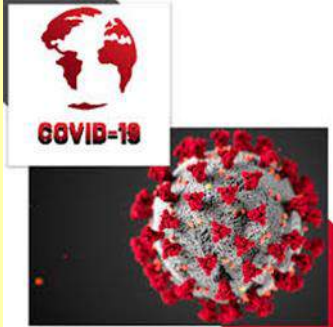
- در زمان تولد نوزاد، پزشک مسئول نوزاد یا تیم احیای پیشرفته نوزاد، باید در اتاق مجاور محل تولد حضور داشته باشد .
- جهت انجام عملیات احیا نوزاد، در صورت امکان، فضایی جدا از اتاق زایمان و جدا از محل احیای نوزادان سالم، در نظر گرفته شده و نوزاد بلافاصله پس از تولد به آنجا منتقل گردد.
- در صورت نداشتن مکان جداگانه، در همان اتاق اقدامات احیا انجام شود، ولی فاصله ی مادر و نوزاد حداقل دو متر باشد و ترجیحاً پرده ای بین مادر و نوزاد باشد.



انتقال نوزاد

- تماس پوستی مادر با نوزاد در مواردی که مادر علائم تنفسی خفیف دارد یا مادر و نوزاد هر دو بدون علامت می باشند بلامانع است.
- در صورتی که نوزاد متولد شده از مادر مشکوک یا مبتلا به کرونا، نیاز به مراقبت در بیمارستان دارد (نارسی، دیسترس تنفسی، شک به آسفیکسی و . . .)، نوزاد باید به واحد ایزوله بخش مراقبت ویژه نوزادان منتقل گردد. در صورت نداشتن واحد ایزوله در بخش مراقبت ویژه نوزادان در فضای اختصاصی و جداگانه ای، داخل انکوباتور و با رعایت اصول ایزولاسیون و پیشگیرانه نگهداری، و مراقبت ها ارایه گردد.





...انتقال نوزاد

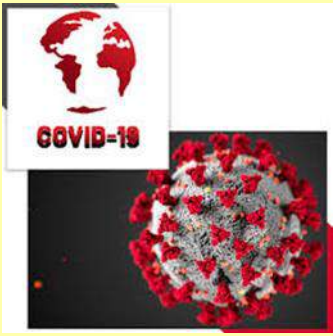
تیم انتقال، تا تحویل نوزاد به بخش ایزوله وسایل حفاظت شخصی را بر تن داشته باشند، گان و دستکش ها در بخش ایزوله یا هم اتاقی مادر و نوزاد و شیلد یا عینک و ماسک، در بخش عادی (غیر ایزوله) خارج شوند.

- ترتیب پوشیدن و درآوردن تجهیزات حفاظت شخصی:

- ترتیب پوشیدن: شستن دست ها، پوشیدن گان، زدن ماسک، گذاشتن عینک یا شیلد صورت، دستکش

- ترتیب در آوردن: دستکش، گان، شستن دست ها، خروج از اتاق، درآوردن عینک یا شیلد صورت، در آوردن ماسک، شستن دست ها





نکات مهم در انجام مراقبتهای نوزاد

- برای گرفتن اثر کف پای نوزاد، تماس کف پای نوزاد به صفحه استامپ نباید انجام شود، می توان از پد پنبه ای که به استامپ زده و جوهری می شود به کف پای نوزاد کشیده و اثر کف پا در فرم مربوطه دریافت و سپس پنبه استفاده شده بار عایت اصول بهداشت محیط در امحای زباله های عفونی، معدوم گردد.
- برگه کاغذی اثر کف پای نوزاد، بهتر است پس از قرار دادن در یک کاور پلاستیکی در پرونده بالینی نوزاد قرار گیرد.
- بعد از تولد، همانند سایر عفونت های ویروسی که از طریق ترشحات و خون مادر منتقل می شوند، شستشوی نوزاد بعد از پایدار شدن وضعیت نوزاد انجام شود.
- داشتن مامای ثابت در ارائه مراقبت به نوزاد



بستن بند ناف

- تاخیر در کلامپ بند ناف به مدت ۳۰ الی ۶۰ ثانیه باعث افزایش خطر انتقال عمودی نمی شود و بر اساس گایدلاین CDC در مادران مبتلا به کووید ۱۹ نیز مثل سایر نوزادان در مواردی که حوادث جفت و بند ناف رخ نداده و چند قلویی نمی باشند و نوزاد نیاز به احیا ندارد، توصیه می شود.





تماس مادر و شیرخوار

- ریسک کسب عفونت توسط نوزاد از مادر، پایین می باشد، همچنین تفاوتی در ریسک عفونت در نوزادانی که در اتاق جدا از مادر مراقبت شده اند با نوزادانی که با مادر مانده اند دیده نشده است .





.....تماس مادر و شیرخوار

- ایزوله کردن نوزاد بدون علامت، در بخش مراقبت ویژه نوزادان، در مواردی که نوزاد اندیکاسیون بستری در NICU را ندارد، باعث در معرض خطر قرار گرفتن نوزادان دیگر شده و توصیه نمی شود.

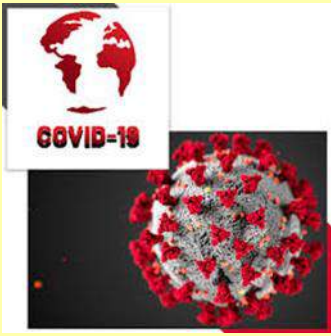




.....تماس مادر و شیرخوار

- در مادران مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید ۱۹، برای کاهش خطر انتقال ویروس از مادر به نوزاد، موارد زیر باید رعایت شود:
- در صورت پایدار بودن وضعیت نوزاد، برای برقراری تماس پوست با پوست نوزاد تازه متولد شده با مادر؛ الزاماً باید دست ها، شکم و پستان مادر با آب و صابون شسته و مادر ماسک بزند. (از شستشوی شکم و پستان با مواد ضد عفونی کننده به ویژه با پایه الکلی پرهیز شود).





.....تماس مادر و شیرخوار

- در صورتی که وضعیت بالینی مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید ۱۹ به گونه ای باشد که قادر به مراقبت از نوزاد خود نباشد، یا مادر نیاز به سطح بالای مراقبت دارد، این مادر نمی تواند احتیاطات را به درستی رعایت کند و نوزاد باید به طور موقت از وی جدا شده و در اتاق دیگری توسط همراه سالم ترجیحاً در انکوباتور نگهداری شود.
- جدا سازی مادر و نوزاد در نوزادانی که دارای بیماری شدید هستند ضروری است.
- جدا سازی مادر و نوزاد در مادر مشکوک یا مبتلا که تست PCR نوزاد نیز مثبت شده است، لازم نیست.



.....تماس مادر و شیرخوار

- در صورتی که مادر مشکوک یا مبتلا به بیماری کووید ۱۹ قادر به مراقبت از نوزاد خود باشد و نوزاد نیاز به بستری ندارد، مادر و نوزاد می توانند هم اتاق بوده و در فاصله ۲ متری مادر و ترجیحاً در انکوباتور نگهداری شود و در صورت عدم امکان نگهداری در انکوباتور، یک پرده بین مادر و نوزاد قرار داده شود. اتاق باید تهویه مناسب داشته باشد. برای نوزاد شیلد پلاستیکی صورت توصیه نمی شود و ماسک صورت هم در نوزادان نباید استفاده شود.
- بهتر است مادر یک همراه سالم آموزش دیده داشته باشد که مراقبت های مربوط به نوزاد را انجام دهد. همراه باید، اصول بهداشت فردی و پیشگیرانه (مانند شست و شوی مکرر دست ها با آب و صابون مایع یا الکل، زدن ماسک و ...) را رعایت نماید و در حد امکان عوض نشود.



مراقبت از نوزادان علامت دار و بستری

- علایم در نوزادان غیر اختصاصی و بیشتر شامل
- ناپایداری درجه حرارت
- دیسترس تنفسی
- بی میلی به شیر خوردن
- خواب آلودگی، علایم گوارشی مثل استفراغ یا اسهال می باشند.
- نوزادان مشکوک یا مبتلا باید از نظر علایم حیاتی، تنفسی و گوارشی و سیستم عصبی مرکزی مانیتور شوند.





اقدامات تشخیصی:

- تست PCR از ترشحات نازوفارنژیال و اوروفارنکس یا در صورت اینتوبه شدن نوزاد، از ترشحات ریوی انجام می شود. (این نمونه ها باید تا زمان انجام آزمایش در دمای ۲ الی ۸ درجه سانتی گراد نگهداری شوند).
- آزمایشات دیگر مانند Ferritin, LDH, CPK و ... به طور معمول (روتین) توصیه نمی شود.
- مشاوره و مراقبت چند تخصصی:
- در نوزادان مشکوک یا مبتلا به کرونا انجام مشاوره با سایر فوق تخصص ها یا تخصص ها (در صورت نیاز) مانند تمام مراقبت های چند تخصصی دیگر توصیه می شود.



اندیکاسیون انجام تست PCR کرونا برای نوزادان بستری

- نوزاد علامت دار، متولد شده از مادری که در ۱۴ روز قبل از تولد تا ۲۸ روز پس از تولد، تست PCR مثبت دارند.
- نوزادی که در دوران همه گیری کرونا علایم بالینی یا پاراکلینیک منطبق با عفونت ویروس کرونا داشته باشد.
- نوزاد علامت داری که در تماس نزدیک با فرد مبتلای قطعی به ویروس کرونا اعم از والدین، بستگان نزدیک، آشنایان و کارکنان بخش که نوزاد در آن بستری بوده است.
- نوزاد علامت داری که علیرغم تست PCR منفی در مادر، مادر دارای سایر معیارهای کووید ۱۹ (شامل شواهد آزمایشگاهی، یا تصویربرداری و ... مبتلا به کرونا در نظر گرفته می شود).
- آزمایش PCR در نوزادان بدون علامت اختیاری است.





زمان انجام تست

- برای نوزادان علامت دار متولد شده از مادر مشکوک یا مبتلا، باید در حوالی ۲۴ ساعت پس از تولد، تست PCR انجام شود.





درمان:

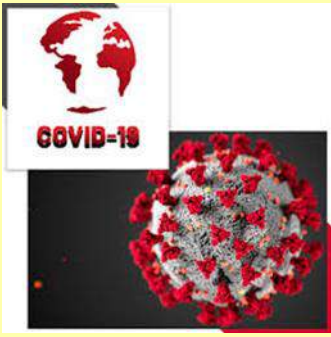
- اقدامات درمانی عمومی: درمان در این نوزادان عمدتاً شامل اقدامات حمایتی مانند تجویز اکسیژن، استفاده از حمایت های تنفسی غیر تهاجمی و یا در صورت نیاز تهاجمی؛ توجه و اصلاح وضعیت آب و الکترولیت و اسید و باز، اصلاح اختلالات انعقادی و تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف می باشند.
- در صورتی که نوزاد شواهد RDS را حتی بعد از ۳ روز اول تولد، پیدا کرده و مورد مشکوک یا قطعی کرونا می باشد، تجویز سورفاکتانت و تکرار آن در صورت صلاحدید پزشک فوق تخصص نوزادان توصیه می شود.
- داروهای ضد ویروسی کووید ۱۹ در نوزادان مبتلا به کووید ۱۹ به طور روتین توصیه نمی شود.





ملاحظات ویژه والدین

- حضور مادران مبتلا به کووید ۱۹ در بخش های NICU، نوزادان و نیز اتاق مادران، تا زمانی که امکان سرایت بیماری وجود دارد (تا ۱۰ روز پس از مثبت شدن PCR در افراد بدون علامت، تا ۱۰ روز پس از شروع علائم در افراد علامت دار در صورتی که حداقل ۲۴ ساعت از قطع تب گذشته و علائم بالینی بهبود یافته باشند، ممنوع می باشد.
- در کسانی که ضعف سیستم ایمنی دارند، رعایت اقدامات جداسازی تا سه هفته از شروع علائم لازم است، در این مادران بهتر است شیر مادر دوشیده، و برای نوزاد استفاده شود.
- پس از اتمام این دوران، مادر قادر به اقامت در بیمارستان و مراقبت از فرزند خود در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا سایر بخش ها می باشد، بر استفاده از ماسک و نیز شستن دست ها همچنان تاکید شود.



..... ملاحظات ویژه والدین

- برای جلوگیری از انتشار عفونت کرونا ویروس در صورت تمایل مادر به اقامت در بیمارستان؛ به جز موارد ضروری، رفت و آمد او به خارج از بیمارستان به حداقل برسد.
- در صورتی که ساختار اتاق استراحت مادران طوری است که فضا کم و تخت های استراحت مادران به هم نزدیک است مادران اقامت ۲۴ ساعته نداشته باشند. تا حد امکان مادران از حمام بیمارستان استفاده نکنند.
- برای کاهش نگرانی خانواده ها در ساعت هایی مقرر، امکان پاسخگویی تلفنی به سوالات والدین توسط پزشک یا پرستار مربوط فراهم شود.





غربالگری ها:

- معاینه کامل نوزاد قبل از ترخیص نوزاد نیز باید انجام شود. در معاینه نوزاد از اقداماتی که ریسک تولید آئروسول دارند (مثل استفاده از آبسلانگ برای مشاهده کام و ... باید پرهیز کرد). در ارتباط با غربالگری های روتین، طبق دستور عمل سایر نوزادان عمل شود.
- غربالگری شنوایی مطابق روال معمول و بهتر است قبل از ترخیص از بیمارستان، یا حداکثر تا یک ماهگی، انجام شود.





واکسیناسیون

- با توجه به فعال بودن خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی، واکسیناسیون نوزادان و کودکان طبق روال قبلی کشوری باید انجام شود.





ترخیص نوزاد

- در نوزادی که سایر معیارهای ترخیص را دارد، نتیجه تست PCR نوزاد، نباید در تصمیم گیری برای ترخیص لحاظ شود، اما در مورد نتیجه تست (در صورتی که در دسترس می باشد باید با والدین صحبت شود).
- در صورتی که تست نوزاد مثبت است ولی علامت بیماری کووید ۱۹ را ندارد، پس از ترخیص باید با رعایت اصول قرنطینه مراقبت شود و باید پس از آموزش نشانه های ناخوشی در نوزاد به مادر یا مراقبین نوزاد، توسط مراقب مامای سلامت به صورت تلفنی یا در صورت نیاز معاینه نوزاد در مرکز در طول ۱۴ روز پس از تولد پیگیری و ارزیابی شود. بنابراین اعلام مشخصات این دسته از نوزادان به حوزه بهداشت برای انجام مراقبت های مورد نیاز ضروری می باشد.
- تمام نوزادان ترخیص شده باید توسط کارکنان بهداشتی در روزهای ۳ الی ۵ روزگی ارزیابی شوند و در ارزیابی ها به سطح هوشیاری، کم آبی نوزاد، کاهش وزن، زردی و علایم تنفسی نوزاد دقت شود.



قرنطینه خانگی

- به اعضای خانواده نوزاد در مورد قرنطینه خانگی فرزندشان توضیحات شفاف و دقیق داده شود و به آن ها در مورد اصول بهداشتی و پیشگیری از انتقال بیماری به ویژه شستن دست ها و استفاده از ماسک صورت، آموزش داده شود.
- در صورت امکان در منزل، یک اتاق و یا حداقل یک فضای مشخص و جداگانه برای نوزاد اختصاص یابد.
- فردی که غیر از مادر مراقبت نوزاد را به عهده دارد، نباید در گروه افراد در معرض خطر (مانند دیابت، بیماری قلبی، نقص ایمنی و . . .) باشد.
- توضیح داده شود که در صورت ناخوشی نوزاد، به بیمارستان، مراجعه نمایند.
- علایم بدحالی نوزاد به والدین توضیح داده شوند.



..... قرنطینه خانگی

- مطابق دستور العمل های پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا، فرد مراقب نوزاد در منزل، قبل و بعد از هرگونه مراقبت و تماس با نوزاد (شامل تغذیه نوزاد، تعویض پوشک، تماس با مایعات و ترشحات بدن نوزاد و ...، دستان خود را با آب و صابون مایع، حداقل به مدت ۲۰ ثانیه بشوید و از ماسک و دستکش یک بار مصرف استفاده نماید، بعد از انجام مراقبت ها ماسک و دستکش با رعایت اصول بهداشتی دور انداخته شده و مجدداً دست به مدت ۲۰ ثانیه با آب و صابون شسته شود.
- در پیگیری، در صورتی که نوزاد در ۲۸ روز اول پس از تولد، با شک به بیماری کووید ۱۹ دوباره بستری شود، بر اساس دستورالعمل های ابلاغی کووید ۱۹، افراد خانواده، برای تعیین منشأ بیماری باید بررسی شوند.



زمان خروج نوزاد از قرنطینه

- در صورتی که نوزاد علامت دار بوده است باید حداقل ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد، حداقل ۲۴ ساعت بدون علائم باشد.
- در نوزادان بدون علامت بعد از ۱۰ روز از اولین نتیجه PCR مثبت، نوزاد می تواند از قرنطینه خارج شود.
- اخذ PCR مجدد به منظور تصمیم گیری در مورد خروج از قرنطینه توصیه نمی شود، مگر شخص دچار نقص ایمنی ثابت شده باشد. یا این که در موارد استثنایی به دلایلی خروج از قرنطینه بخواهد زودتر از موعد مقرر صورت بگیرد.
- در صورتی که نوزاد به دلیل نارسایی شدید و یا سایر موارد، بیشتر از دو هفته نیاز به بستری داشته باشد و یک بار تست PCR منفی داشته باشد، نیاز به اقدامات خاصی نیست.



ممنون از توجه شما

شیردهی در مادران مبتلا به covid19

ارائه: حمیده ظاهری کارشناس ارشد مامایی
عضو گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی البرز



مقدمه

- ▶ از ابتدای بروز و شیوع بیماری کووید ۱۹ در سطوح جهانی و ملی راهنماها و دستورالعمل هایی در مورد تغذیه نوزاد و شیرخوار با شیرمادر در مادران شیرده با ابتلای قطعی و مشکوک انتشار یافته. با این حال به نظر می رسد که برنامه های ترویج تغذیه با شیر مادر از این بیماری تاثیر پذیرفته است و بعضا حتی پزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد انجام مشاوره و راهنمایی مادران دچار مشکل هستند.
- ▶ به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت در مستندی تحت عنوان پاسخ به سوالات رایج کارکنان بهداشتی در مورد شیردهی و کووید ۱۹ منتشر کرده است

آیا COVID-19 می تواند از شیر مادر عبور کند؟

- این ویروس تاکنون در شیر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 مشاهده نشده است.

بنابراین بعید است از طریق تغذیه مستقیم از پستان مادر یا از طریق شیر مادر مبتلای قطعی /

مشکوک به COVID-19 منتقل شود. تحقیقات بر روی شیر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به

COVID-19 همچنان ادامه دارد.

در جوامعی که COVID-19 شایع است، آیا مادر می تواند کودک خود را با شیر مادر تغذیه کند؟

▶ بله. تغذیه با شیرمادر در هر شرایط اقتصادی و اجتماعی، شانس بقا را ارتقا داده و مزایای طولانی مدت سلامت و تکامل نوزادان و کودکان را فراهم می کند. به علاوه تغذیه با شیر مادر وضعیت سلامت مادر را بهبود می بخشد. از طرف دیگر انتقال COVID-19 از طریق تغذیه مستقیم از پستان مادر و از طریق شیر مادر تا کنون اثبات نشده است، از این رو دلیلی برای قطع شیردهی یا جلوگیری از آن وجود ندارد.

آیا پس از زایمان می توان تماس پوست با پوست نوزاد را با مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 بلافاصله برقرار کرد و تغذیه با شیر مادر را شروع کرد؟

- ▶ بله. برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و تداوم مراقبت کانگورویی، موجب بهبود وضعی تنظیج دمای بدن نوزاد و پیاآمدهای فیژیولوژیکی دیگری وی شده و با کاهش مرگ و میر نوزادان نیز همراه است.
- ▶ قرار گرفتن نوزاد در کنار مادر، شروع زودرس تغذیه باشیرمادر را امکان پذیری ساخته و باعث کاهش مرگ و میر نوزادان نیز می شود.
- ▶ "به طور کلی مزایای بی شمار برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر از خطرات احتمالی انتقال و بی ماری های مرتبط با COVID-19 بی شتر است."

آیا مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 می تواند به شیردهی ادامه دهد؟

➤ بله. انتقال ویروس COVID-19 از طریق تغذیه مستقیم از پستان مادر یا از طریق شیر مادر ثابت نشده است. البته در حین شیردهی، مادر باید نکات بهداشتی مناسب مثل استفاده از ماسک در صورت امکان را رعایت کند تا از احتمال انتشار قطرات حاوی COVID-19 به شیرخوار کاسته شود. دانستن این موضوع برای مادر و خانواده مهم است که در اغلب موارد ابتلا به عفونت COVID-19، کودکان بی‌ماری خفیف یا بدون علامت را تجربه کرده اند. از طرف دیگر شواهد قوی نشان می دهد که تغذیه با شیر مادر باعث کاهش مرگ و میر نوزادان، شیرخواران و کودکان شده و موجب بهبود وضعیت سلامت و تکامل کودکان در تمام مناطق جغرافیایی و اقتصادی می شود.

توصیه های بهداشتی برای مادر شیرده مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 دارید؟

- دست ها را به طور مرتب با آب و صابون بشویید یا از شوینده های پاییه الکلی استفاده کنید (به خصوص قبل از لمس کودک)
- هنگام تغذیه کودک از ماسک استفاده کنید. توجه به نکات ذیل در این خصوص مهم است:
- به محض مرطوب شدن ماسک، آن را تعویض کنید
- بلافاصله ماسک ها را دور بریزید
- از ماسک چندین بار استفاده نکنید
- برای در آوردن ماسک، جلوی ماسک را لمس نکنید بلکه آن را از پشت ماسک جدا کنید
- در صورت عطسه یا سرفه بر روی دستمال، بلافاصله آن را دور انداخته و مجدداً دست ها را با آب و صابون بشویید یا از شوینده های پاییه الکلی دست استفاده کنید.
- [^] مرتباً سطوح را تمییز و ضد عفونی کنید.

اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 ماسک ندارد، آیا باید همچنان کودک را با شیر مادر تغذیه کند؟

▶ بله. تغذیه با شیر مادر بدون شک مرگ و میر نوزادان و شیخواران را کاهش می دهد و موجب بهبود وضعیت سلامت و تکامل مغزی کودک و شیخوار می شود. به مادرانی که علائم COVID-19 دارند توصیه می شود از ماسک استفاده کنند ولی حتی اگر استفاده از ماسک امکان پذیری نباشد، تغذیه با شیر مادر باید ادامه یابد. اقدامات پیشگیری رانه دی گر، مانند شستن دست ها، تمیزی کردن سطوح، عطسه یی سرفه در دستمال تمیزی زنی ز مهم است.

▶ تأثیرگذاری استفاده از ماسک های غیر پزشکی (مانند ماسک های خانگی یی پارچه ای) ارزیابی نشده است و در این خصوص، توصیه ای به نفع یی ضرر استفاده از این ماسک ها وجود ندارد.

آیا ضروری است مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19، پستان خود را قبل از شیردهی مستقیم یا دوشیدن شیر مادر بشوید؟

▶ اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به کووید ۱۹ تازگی بر روی پستان یا قفسه سینه خود سرفه کرده باشد باید قبل از تغذیه کودک، پستان خود را به آرامی با آب گرم و صابون حداقل به مدت ۲۰ ثانیه بشوید و لی شست و شوی روتین پستان، قبل از هر بار تغذیه کودک با پستان مادر یا دوشیدن شیر مادر ضرورتی ندارد.

اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 قادر تغذیه شیرخوار با شیر مادر نباشد، بهترین روش تغذیه شیرخوار چیست؟

- ▶ شیر دوشیده شده:
- ▶ – دوشیدن شیر مادر در درجه اول با کمک دست و در صورت لزوم با استفاده از پمپ مکانیکی انجام می شود. دوشیدن با دست به همان اندازه پمپ می تواند مؤثر باشد.
- ▶ – انتخاب شیوه دوشیدن بستگی به تمایل مادر، در دسترس بودن تجهیزات، شرایط بهداشتی و هزینه دارد.
- ▶ – دوشیدن شیر مادر برای حفظ تولید شیر مادر حائز اهمیت است تا مادر پس از بهبودی بتواند شیرخوار را با شیر مادر تغذیه کند.
- ▶ – مادر و هرکسی که به او کمک می کند، باید قبل از دوشیدن شیر مادر یا لمس هر قسمت از پمپ یا بطری دست خود را بشوید و از تمیز شدن مناسب پمپ بعد از هر بار استفاده اطمینان حاصل شود. (در اسلایدهای بعد توضیح داده خواهد شد)
- ▶ – شیر دوشیده شده مادر را باید فردی که علامت یا علائم بیماری ندارد و شیرخوار با او احساس راحتی می کند و ترجیحاً با استفاده از یک فنجان تمیز و یا قاشق) تمیز کردن آن راحت باشد(به شیرخوار بدهد. مادر / مراقب باید قبل از تغذیه شیرخوار دست خود را بشوید.

اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 قادر تغذیه شیرخوار با شیر مادر نباشد، بهترین روش تغذیه شیرخوار چیست؟

- ▶ شیر اهدایی بانک شیر:
- ▶ اگر مادر قادر به دوشیدن شیر نباشد و شیر اهدایی بانک شیر انسانی در دسترس باشد، تا بهبودی حال مادر می توان از شیر اهدایی بانک شیر استفاده کرد.
- ▶ اگر استفاده از شیر دوشیده شده یا شیر اهدایی امکان پذیر یا در دسترس نیست روش های زیر را در نظر بگیرید:
- شیر دایه (در اسلایدهای بعد توضیح داده می شود)
- شیر مصنوعی با تدابیری که از امکان پذیر بودن، طرز صحیح تهیه، ایمن و پایدار بودن آن اطمینان حاصل شود.

آیا تغذیه شیرخوار با شیر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 ایمن است؟

► بله. ویروس COVID-19 تاکنون در مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 تایید نشده است.
بعید است ویروس از طریق شیر دوشیده شده مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 منتقل شود.

آیا مادر تأیید شده / مشکوک به COVID-19، برای دوشیدن شیر باید اقدامات خاصی انجام دهد؟ (مثلاً در هنگام کار با شیردوش یا ظروف نگهداری شیر یا وسایل تغذیه ای شیر مادر)

- ▶ حتی بدون در نظر گرفتن COVID-19، لازم است بعد از هر بار استفاده تمام وسایل کمک تغذیه ای از جمله شیردوش، ظروف نگهداری شیر و ... به طرز صحیح تمیز شوند.
- ▶ شیردوش و ظروف نگهداری شیر باید بعد از هر بار استفاده با صابون مایع شسته شده و به مدت ۱۰ - ۱۵ ثانیه با آب گرم آبکشی شوند.
- ▶ بعضی از قسمت های پمپ شیردوش را در صورت امکان می توان در قسمت بالای ماشین ظرفشویی قرار داد. بهتر است قبل از آن، راهنمای مربوط مطالعه شود.

آیا به مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 که قادر به تغذیه مستقیم کودک از پستان یا شیر دوشیده شده خود نیست، می توان شیر دایه را توصیه کرد؟

► بسته به مقبولیت شیر دایه برای مادر/ خانواده، راهنمای کشوری، مقبولیت فرهنگی، دسترسی به دایه و خدمات پشتیبانی دایه/ مادر می توان استفاده از آن را توصیه کرد.

اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 به دلیل خیلی بد حال بودن یا بیماری دیگری نمی تواند به کودک خود شیر بدهد، چه زمانی می تواند مجددا شروع به شیردهی کند؟

- ▶ هر زمان که مادر احساس خوبی برای شیردهی دارد می تواند مجددا شیردهی را شروع کند و هیچ فاصله زمانی مشخصی بعد از موارد قطعی / مشکوک به COVID-19 وجود ندارد. شواهدی که نشان دهد شیردهی دوره بالینی COVID-19 را در مادر تغیری نمی دهد نیز وجود ندارد.
- ▶ برای حصول بهبودی کامل مادر، باید از سلامت عمومی و تغذیه مادر مورد حمایت قرار گیرد. برای شروع شیردهی نیز باید مادر را حمایت کرد.

آیا نتایج آزمایش COVID-19 در توصیه های مربوط به تغذیه شیرخوار و کودک خردسال تفاوتی ایجاد می کند؟

▶ نتایج این آزمایش هیچ تاثیری در تصمیمات آنی تغذیه شیرخوار و کودک خردسال ندارد. با این حال ، تأیید COVID-19 به این معنی است که مادر باید در دورانی که احتمالاً عفونت دارد یعنی علامت دار است یا ۱۴ روز پس از شروع علائم (هر کدام که طولانی تر است) توصیه های مناسب بهداشتی را رعایت کند.

– آیا به مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 توصیه می شود که علاوه بر شیر مادر از شیر مصنوعی نیز برای شیرخوار استفاده کند؟

► خیر، اگر مادر شیرده مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 است، هیچ نیازی اضافه کردن شیر مصنوعی به تغذیه با شیر مادر نیست. دادن شیر مصنوعی، تولید شیر مادر را کاهش می دهد. مادران شیرده باید در خصوص وضعیت به پستان گذاشتن و پستان گرفتن مورد مشاوره و حمایت لازم قرار گیرند تا از تولید شیر کافی اطمینان حاصل شود. در مشاوره مادر باید به موضوعاتی از قبیل تغذیه پاسخگو، کمبود شیر مادر، چگونگی پاسخ دادن به نشانه های گرسنگی شیرخوار نیز پرداخته شود تا دفعات تغذیه با شیر مادر نیز افزایش یابد.

پیام های کلیدی برای مادری که می خواهد شیرخوار را با شیر مادر تغذیه کند اما نگران انتقال COVID-19 به اوست چیست؟

► اضطراب مادر و خانواده در مورد COVID-19 را باید به عنوان بخشی از مشاوره پذیری رفت و با پیام های زیر به آنها پاسخ داد:

۱ - ویروس در شیر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 اعم از تأیید شده یا مشکوک، تشخیص داده نشده است و شواهدی دال بر انتقال ویروس از طریق شیردهی تاکنون مشاهده نشده است.

۲ - نوزادان و شیرخواران از نظر عفونت COVID-19 کم خطر هستند. در اغلب موارد ابتلا به عفونت COVID-19، کودکان بی ماری خفیف یا بدون علامت را تجربه کرده اند.

۳ - تغذیه با شیر مادر و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، خطر مرگ نوزاد و شیرخوار را به میزان قابل توجهی کاهش داده و موجب ارتقای فوری و طولانی مدت سلامت و تکامل مغزی وی می شود. همچنین تغذیه با شیر مادر خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان مادر را کاهش می دهد.

۴ - مزایای متعدد و ذاتی تغذیه با شیر مادر بیشتر از خطرات احتمالی انتقال COVID-19 و بی ماری های مرتبط با آن است.

اگر مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 است، آیا تغذیه با شیر مصنوعی برای شیرخوار ایمن تر است؟

- ▶ خیر، همیشه خطرات تغذیه با شیر مصنوعی برای نوزاد و شیرخوار وجود دارد.
- ▶ هر زمان که شرایط خانه و جامعه به خطر بیفتد، قطعاً خطرات استفاده از شیر مصنوعی نیز افزایش می‌یابد (کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی برای کودک بی‌مار، کاهش دسترسی به آب تمیز و بهداشتی، عدم دسترسی و تأمین آسان، تضمین شده و مستمر به شیر مصنوعی).
- ▶ قطعاً مزایای متعدد و ذاتی تغذیه با شیر مادر بیشتر از خطرات احتمالی انتقال COVID-19 و بی‌ماری‌های مرتبط با آن است.

توصیه های WHO در خصوص تغذیه با شیر مادر و COVID-19 تا چه زمانی است؟

► توصیه های مراقبت و تغذیه شیرخوار مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19، برای زمانی است که مادر احتمالاً عفونت دارد یعنی علامت دار یا ۱۴ روز پس از شروع علائم است (هر کدام که طولانی تر است).

چرا به نظر می رسد توصیه هایی که برای مادر مبتلای قطعی / مشکوک به و شیرخوار ارائه می شود با توصیه های فاصله گذاری اجتماعی COVID-19 برای عموم مردم متفاوت است؟

- ▶ توصیه های ارائه شده با هدف فاصله گذاری اجتماعی برای بزرگسالان و کودکان بزرگتر در راستای کاهش تماس با افراد بدون علامت و کاهش انتقال ویروس COVID-19 است. این استراتژی باعث کاهش شیوع کلی COVID-19 و همچنین کاهش تعداد بزرگسالان مبتلا به نوع شدید بیماری می شود.
- ▶ اما هدف از توصیه های ارائه شده برای مراقبت و تغذیه شیرخوار و کودک خردسال مادران مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19، ارتقای فوری و طولانی مدت بقا، سلامت و تکامل نوزاد و شیرخوار است. این توصیه ها به موضوعاتی از قبیل خطرات احتمالی و بالقوه COVID-19 در شیرخواران و خطر مرگ و بیماری شدید در شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه نمی شوند یا بطور نامناسب با شیر مصنوعی تغذیه می شوند و نیز به اثرات محافظتی تغذیه با شیر مادر و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد می پردازند.
- ▶ به طور کلی کودکان، کمتر در معرض خطر COVID-19 هستند. از بین معدود موارد ابتلا به عفونت COVID-19 در کودکان، اغلب موارد فقط بیماری خفیف یا بدون علامت را تجربه کرده اند. مزایای متعدد و ذاتی تغذیه با شیر مادر بیشتر از خطرات احتمالی انتقال COVID-19 و بیماری های مرتبط با آن است.

آیا متولیان بهداشتی مجاز هستند بسته های اهدایی رایگان شیر مصنوعی را برای شیرخواران مادران مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 بپذیرند؟

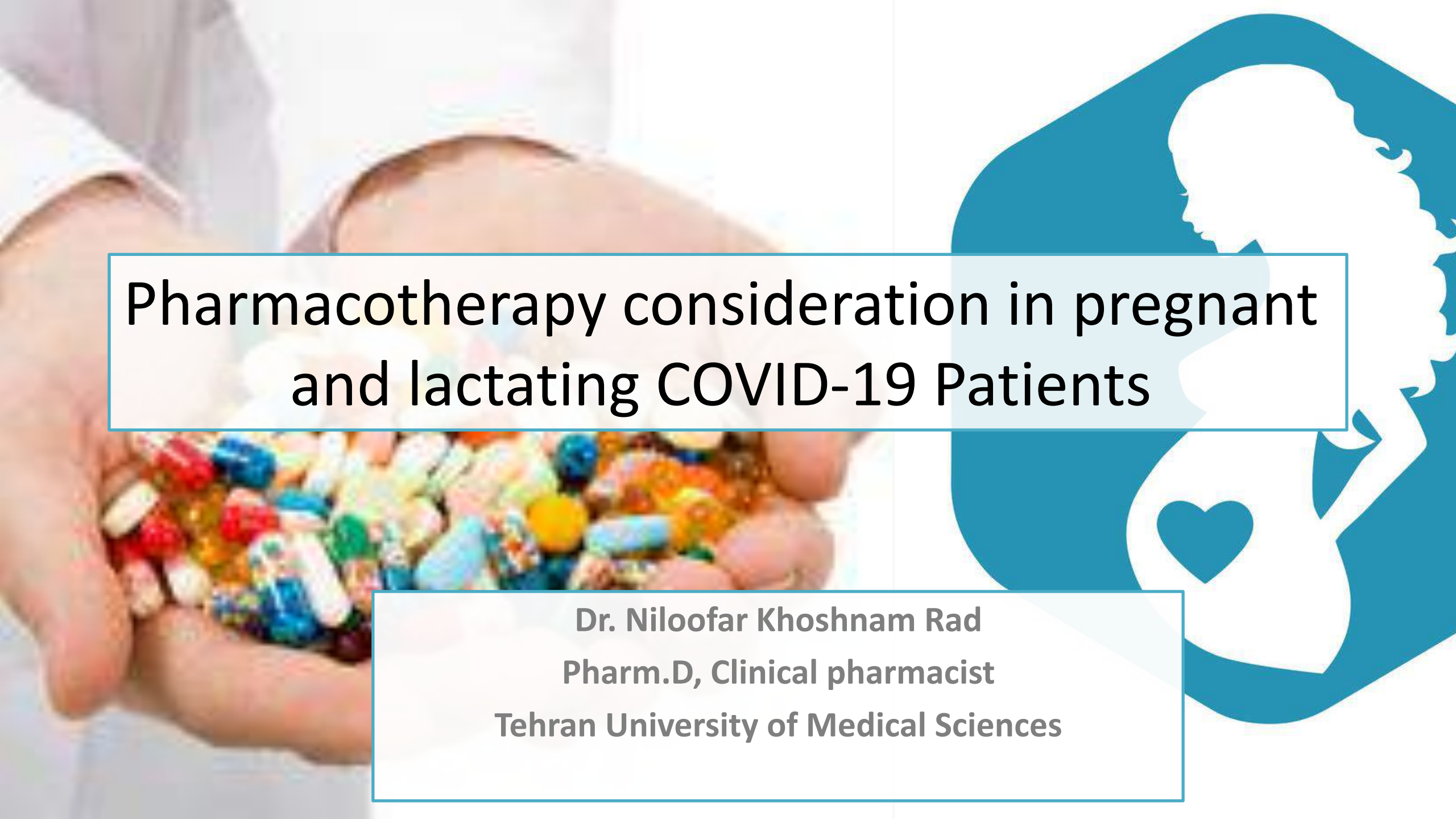
- ▶ خیر. کمک های اهدایی شیر مصنوعی را نباید پذیرفت و در صورت لزوم، این اقلام حتما باید پس از ارزیابی و نیازسنجی خریداری شوند. مشکلاتی متعاقب دریافت شیرهای اهدایی وجود دارد که شامل موارد ذیل است:
- ▶ کیفیت شیر های مصنوعی اهدا شده متغیر است؛
- ▶ از نوع مناسبی نیست؛
- ▶ برچسب شیر مصنوعی به زبان محلی نیست؛
- ▶ همراه با بسته مراقبت بهداشتی به کودک ارائه نمی شود؛
- ▶ توزیع ناعادلانه است؛
- ▶ به دست نیازمند واقعی نمی رسد؛
- ▶ استمرار ندارد و برای کاهش خطرات آن وقت و منابع زیادی صرف می شود.■

چرا توصیه های WHO در مورد تغذیه با شیر مادر و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد برای مادر مبتلای قطعی / مشکوک به COVID-19 با توصیه های برخی سازمان های ملی و تخصصی متفاوت است؟

► توصیه های WHO در این خصوص، توصیه های جامعی هستند که نه تنها به خطرات ابتلای شیرخوار به COVID-19 بلکه به خطرات مرگ و میر یا بیماری ناشی از عدم تغذیه با شیر مادر یا استفاده نامناسب از شیر مصنوعی نیز می پردازد. به علاوه به اثرات محافظتی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر نیز توجه می کند. در صورتی که سایر سازمان ها فقط به پیشگیری از انتقال COVID-19 توجه کرده و بطور جامع به اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر نمی پردازد.

THANKS FOR YOUR ATTENDANCE
GOOD LUCK



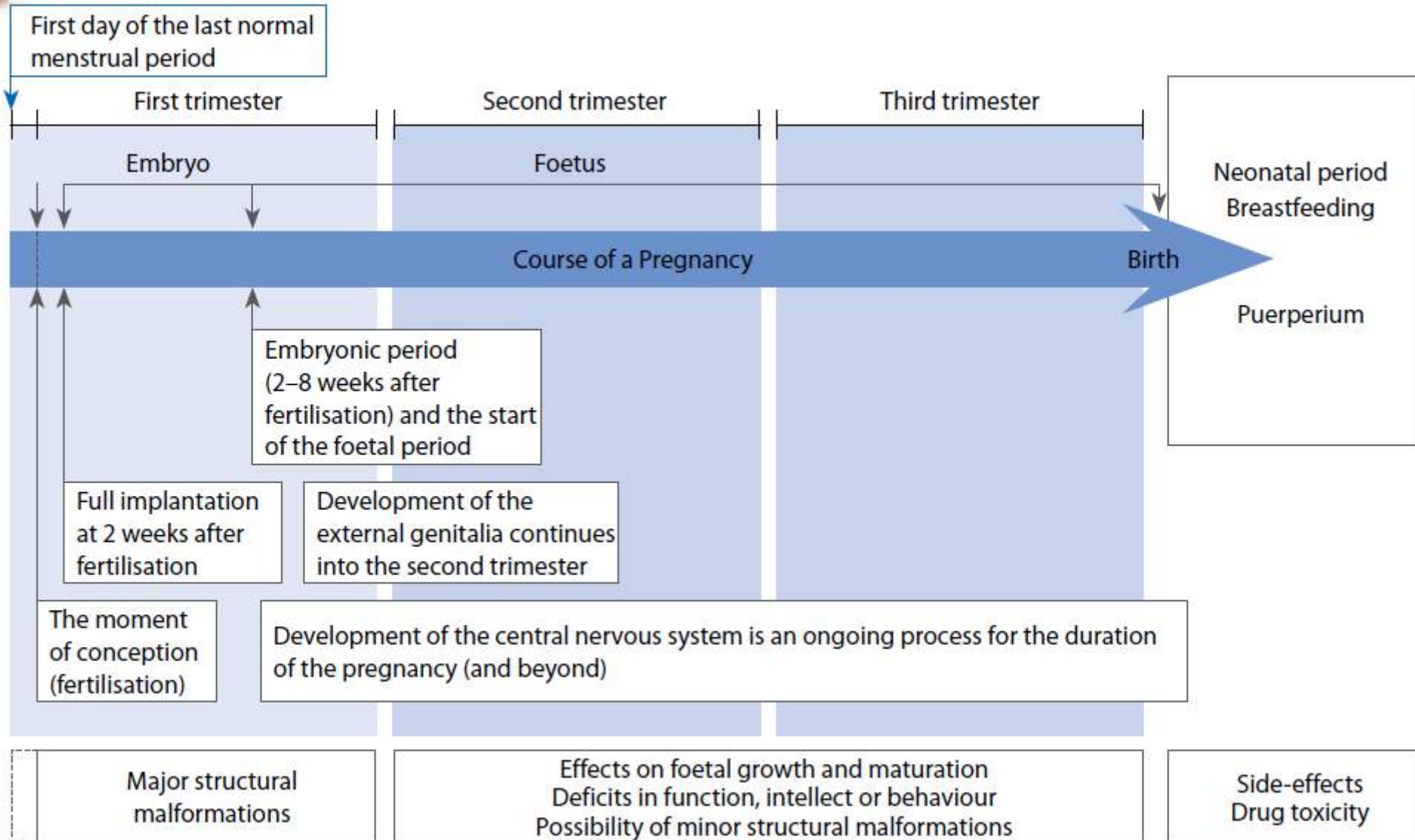


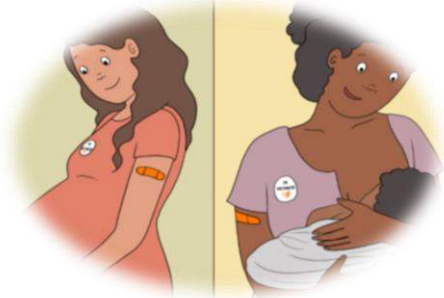
Pharmacotherapy consideration in pregnant and lactating COVID-19 Patients

Dr. Niloofar Khoshnam Rad
Pharm.D, Clinical pharmacist
Tehran University of Medical Sciences

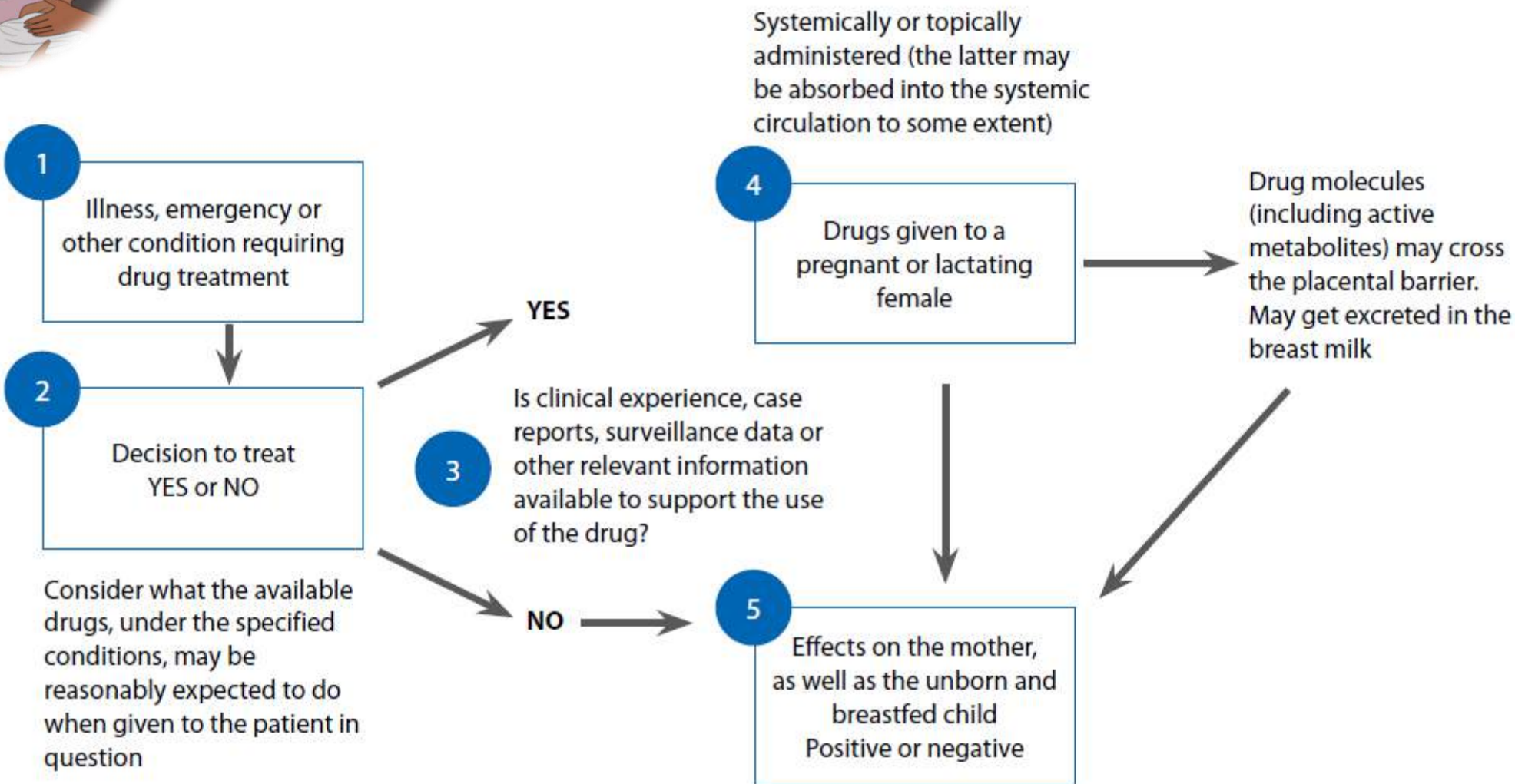


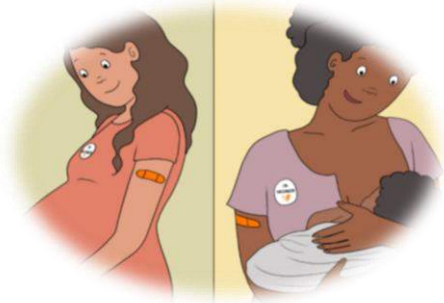
General consideration





General consideration





Pregnancy and COVID-19: pharmacologic considerations in

Antenatal corticosteroids

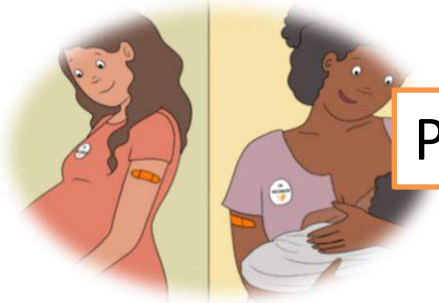
- Continue to administer when indicated for fetal lung maturation.
- There is insufficient evidence to strongly recommend use after 34W of gestation.
- Risks and benefits should be weighed carefully in women with critical illness.

Magnesium sulfate

- Respiratory muscle weakness is a potential side effect of magnesium sulfate, it should be used judiciously in women with established respiratory distress.

NSAIDs

- There are insufficient data available to recommend against use of low-dose aspirin for prevention of placenta-mediated complications.
- There are no COVID-19-specific contraindications to use of indomethacin as a tocolytic.
- There are no contraindications to use of NSAIDs for postpartum analgesia.



Pregnancy and COVID-19: Corticosteroids

📖 Administration of Systemic Corticosteroids in Patients With COVID-19 (JAMA Sept 2020)

📖 Recovery Trial: Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 – Preliminary Report (NEJM July 2020)

WHO

CDC

SCCM

ESICM

IDSA

NIH

UCSF

BWH

AIIMS

WWW.opencriticalcare.org/covid-dashboard/

- Guidelines and available data recommend the use of dexamethasone or an alternative equivalent corticosteroid for **hospitalized patients** with COVID-19 who require supplemental oxygen (**including mechanical ventilation**)
- A **5-10 day course of 6-20 mg dexamethasone** (or equivalent corticosteroid).
- Guidelines and available evidence do not support the use of doses higher than **20 mg dexamethasone** (or equivalent) per day or recurrent courses of systemic steroids for progressive or resistant critical COVID-19.

- Use of dexamethasone in pregnant women with COVID-19 who are mechanically ventilated or who require supplemental oxygen, given the potential benefit of decreased maternal mortality and the low risk of fetal adverse effects associated with this short course of therapy.
- Safe in breastfeeding

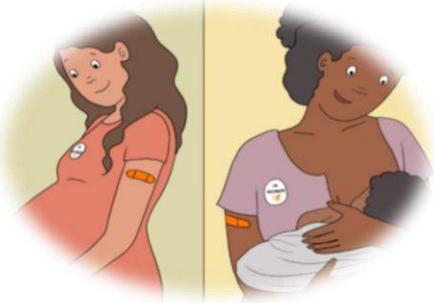
Corticosteroid Conversion Chart

Glucocorticoid	Approximate Equivalent Dose (mg)	Relative Anti-Inflammatory (Glucocorticoid) Potency	Relative Mineralocorticoid (Salt Retaining) Potency	Biological Half-Life (Hours)
Short-Acting				
Cortisone	25	0.8	0.8	8 - 12
Hydrocortisone	20	1.0	1.0	8 - 12
Intermediate-Acting				
Methylprednisolone	4	5	0.5	18 - 36
Prednisolone	5	4	0.8	18 - 36
Prednisone	5	4	0.8	18 - 36
Long-Acting				
Dexamethasone	0.75	25	0.0	36 - 54

Meikle AW et al. Potency and Duration of Action of Glucocorticoids. AM J of Med. 1977. 63 (2);200 - 207. PMID: 888843



REBEL
REVIEWS



Pregnancy and COVID-19: Thromboprophylaxis

📖 Early initiation of prophylactic anticoagulation for prevention of inpatient COVID-19 mortality in the US (BMJ Feb 2021)

📖 Association of Treatment Dose Anticoagulation With In-Hospital Survival Among Hospitalized Patients With COVID-19 (JACC July 2020)

[WHO](#)

[CDC](#)

[SCCM](#)

[ESICM](#)

[IDSA](#)

[NIH](#)

[UCSF](#)

[BWH](#)

[AIIMS](#)

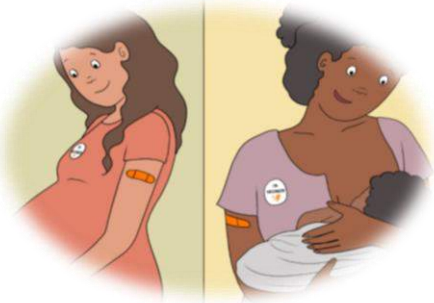
- Chemical prophylaxis with heparin or LMWH to prevent venous thromboembolism is recommended for all hospitalized patients with COVID-19 in absence of contraindications. Existing guidelines do not support the use of high-dose or "therapeutic" (in contrast to "prophylactic") dosing for routine DVT prophylaxis in patients hospitalized with COVID-19.



Low molecular weight heparin (LMWH) is the drug of choice for thromboprophylaxis in pregnant women with COVID-19.

	<i>Isolating at home</i>			<i>Inpatient</i>		
	<i>Low-risk pregnancy and low risk for VTE</i>	<i>Risk factors for VTE and not receiving TP</i>	<i>Receiving TP</i>	<i>Hospitalized for non-COVID-19-related reason, but asymptomatic or minor symptoms such as anosmia</i>	<i>Pneumonia requiring supplementary oxygen but not ventilation</i>	<i>Pneumonia requiring mechanical ventilation</i>
Antepartum	Encourage hydration and mobilization	Conduct risk assessment and consider TP on individual basis	Continue TP	Conduct risk assessment and consider TP on individual basis	Give TP (LMWH)	Give TP (LMWH); dose according to local critical care protocol
Peripartum	Not applicable	Follow local policy for interruption of anticoagulation prior to delivery	Follow local policy for interruption of anticoagulation prior to delivery	Follow local policy for interruption of anticoagulation prior to delivery	Follow local policy for interruption of anticoagulation prior to delivery	Follow local policy for interruption of anticoagulation prior to delivery
Postpartum (while in hospital)	Usual care	Conduct risk assessment and consider TP on individual basis	Continue usual TP	Conduct risk assessment and consider TP on individual basis	Give TP (LMWH)	Give TP (LMWH); dose according to local critical care protocol
Postpartum (upon discharge)	Usual care; encourage hydration and mobilization	Usual care and consider TP on individual basis; encourage hydration and mobilization	Decision based on primary indication for TP; encourage hydration and mobilization	Conduct risk assessment and consider TP on individual basis; encourage hydration and mobilization	Conduct risk assessment and consider extended TP on individual basis; encourage hydration and mobilization	Conduct risk assessment and consider extended TP on individual basis; encourage hydration and mobilization

LMWH, low molecular weight heparin; VTE, venous thromboembolism.



Pregnancy and COVID-19: IL-6 Inhibitors

Association Between Administration of IL-6 Antagonists and Mortality Among Patients Hospitalized for COVID-19 A Meta-analysis (JAMA 2021)

Tocilizumab in Patients Hospitalized with Covid-19 Pneumonia (NEJM Jan 2021)

Effect of Tocilizumab vs Usual Care in Adults Hospitalized With COVID-19 and Moderate or Severe Pneumonia (JAMA Oct 2020)

Efficacy of Tocilizumab in Patients Hospitalized with Covid-19 (NEJM Dec 2020)

Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial (The Lancet, May 2021)

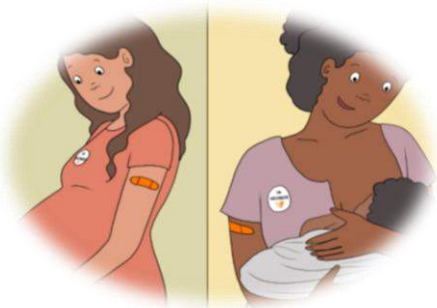
- Tocilizumab or sarilumab, have been investigated in severe COVID-19 because of their potent anti-inflammatory properties. Multiple clinical trials of IL-6 inhibitors have now been published.
- Multiple authorities now support the use of tocilizumab and/or sarilumab as an adjunctive treatment to corticosteroids in patients with severe COVID-19 pneumonia.



- Use for the treatment of COVID-19 in pregnancy is not currently recommended (NIH 2021).
- Concentrations of tocilizumab are expected to be limited in breast milk due to large molecular weight. I.V./Oral absorbtion

WHO CDC SCCM ESICM IDSA

NIH UCSF BWH AIIMS



Pregnancy and COVID-19: NSAIDs

NSAID Use if Clinically Appropriate



Current evidence does not suggest any specific harm of NSAID use in patients with COVID-19 for antipyrexia or pain control....

[Show more](#)

[WHO](#)

[CDC](#)

[SCCM](#)

[ESICM](#)

[IDSA](#)

[NIH](#)

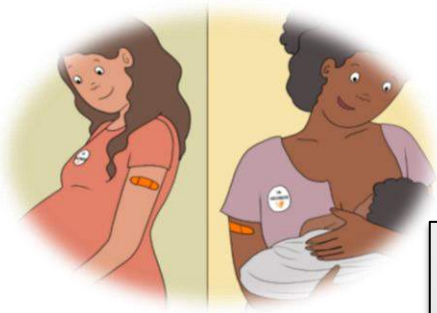
[UCSF](#)

[BWH](#)

[AIIMS](#)

Current evidence does not suggest any specific harm of NSAID use in patients with COVID-19 for anti-pyrexia or pain control. Most guidelines recommend that NSAIDs may be used if clinically appropriate and not otherwise contraindicated.

Based on available information, NSAIDs can be continued during the first 2 trimesters of pregnancy in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases; use in the third trimester is not recommended (ACR)

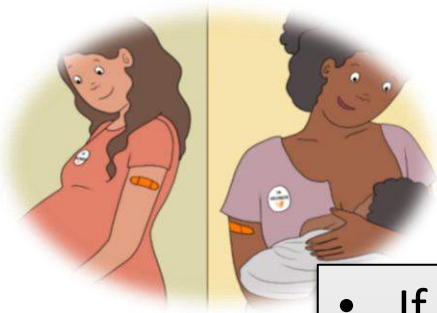


Pregnancy and COVID-19: NSAIDs

- FDA is warning that use of NSAIDs around 20 weeks gestation or later in pregnancy may cause fetal renal dysfunction leading to oligohydramnios and, in some cases, neonatal renal impairment.
- These adverse outcomes are seen, on average, after days to weeks of treatment, although oligohydramnios has been infrequently reported as soon as 48 hours after NSAID initiation.
- Oligohydramnios is often, but not always, reversible with treatment discontinuation. Complications of prolonged oligohydramnios may include limb contractures and delayed lung maturation. In some postmarketing cases of impaired neonatal renal function, invasive procedures such as exchange transfusion or dialysis were required.

NSAIDs

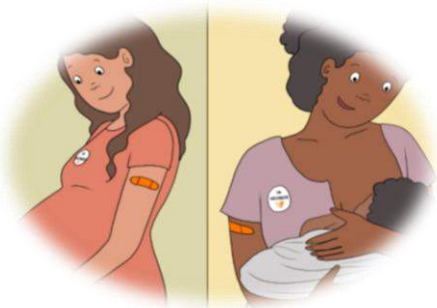




Pregnancy and COVID-19: NSAIDs

- If NSAID treatment is deemed necessary between **20 to 30 weeks** of pregnancy, limit use to the lowest effective dose and shortest duration possible.
- As currently described in the NSAID labels, avoid prescribing NSAIDs at 30 weeks and later in pregnancy because of the additional risk of premature closure of the fetal ductus arteriosus.
- Do not apply to low-dose 81 mg aspirin prescribed for certain conditions in pregnancy.
- Consider ultrasound monitoring of amniotic fluid if NSAID treatment extends beyond **48 hours**. Discontinue the NSAID if oligohydramnios occurs and follow up according to clinical practice



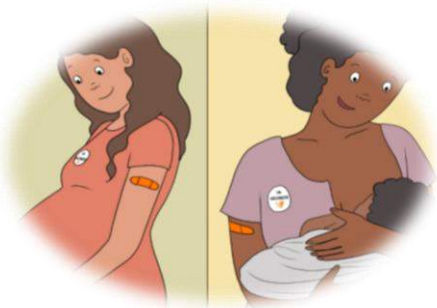


Lactation and COVID-19: NSAIDs

- **Acetaminophen** is a good choice for analgesia, and fever reduction in nursing mothers.
- There is very limited information on the use of NSAIDs during breastfeeding; **ibuprofen** and **diclofenac** are the preferred choices due to their extensive safe use during breastfeeding in clinical practice.
- If a cyclo-oxygenase-2 (COX-2) inhibitor is required, the preferred choice is celecoxib.

NSAIDs





Pregnancy-Lactation and COVID-19: Remdesivir

Remdesivir in severely-ill COVID19 patients (O2 but not on a ventilator)



Guidelines on the use of Remdesivir are mixed. The ACTT-1 trial revealed improved time to recovery with Remdesivir, but...

[Show more](#)

 [Remdesivir for the Treatment of Covid-19 \(NEJM 2020\)](#)

[WHO](#)

[CDC](#)

[SCCM](#)

[ESICM](#)

[IDSA](#)

[NIH](#)

[UCSF](#)

[BWH](#)

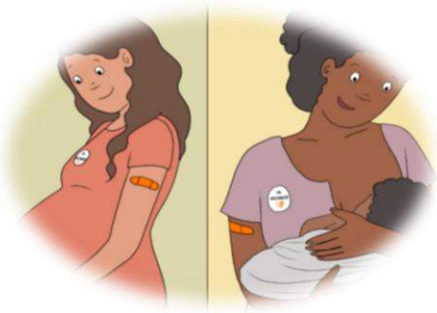
[AIIMS](#)

If available, we suggest remdesivir for hospitalized patients with severe COVID-19 because data suggest it reduces time to recovery, which we regard as a clinical benefit. Among patients with severe disease, we prioritize remdesivir for those requiring **low-flow supplemental oxygen** because it may also reduce mortality in this population.

The very limited data available to date do suggest overall that remdesivir is well tolerated in the latter stages (2nd/3rd trimesters) of pregnancy with a low risk of serious adverse events. There is an even greater paucity of data for its use in the first trimester of pregnancy

No information is available on the use of remdesivir during breastfeeding.
I.V. poorly absorbed orally





Pregnancy-Lactation and COVID-19: Inconclusive options

Inhaled Corticosteroids

Budesonide, beclomethasone, and fluticasone are preferred among the inhaled glucocorticoids as more safety information is available for these agents

Tofacitinib

Limited data
Low molecular weight

Fluvoxamine

Limited data
Up to 300 mg / older than 2 months

Remdesivir in critically-ill patients (on ventilator)

Limited data
I.V, low absorbtion

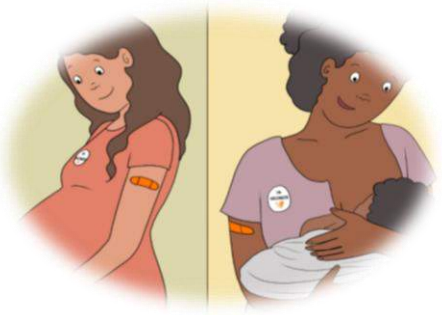
Favipiravir

No data
Not recommended



Inconclusive





Pregnancy-Lactation and COVID-19: Not recommended

Hydroxychloroquine

Antibiotics

Colchicin

Ivermectin



Don't 

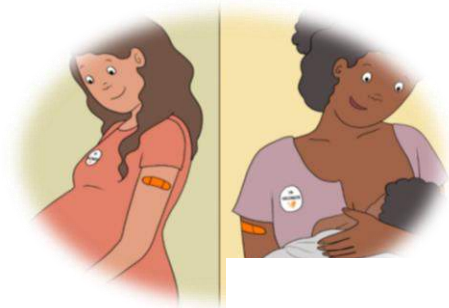


Table 1. Safety categories of potential COVID-19 drugs during pregnancy and excreted into milk.

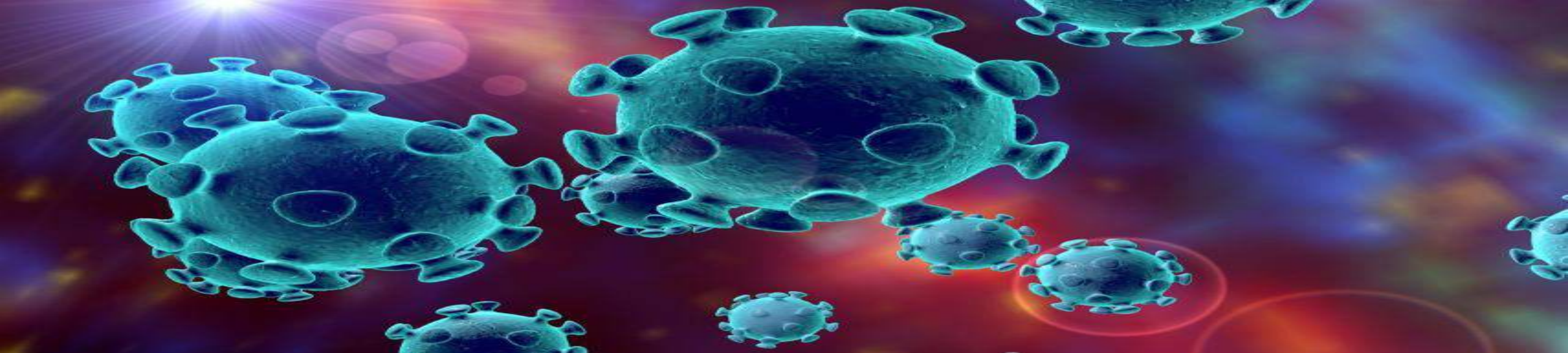
Drug	Australian Drug pregnancy Categories	United States FDA pregnancy category	Excretion into human milk
Acetaminophen	A	Not Assigned.	Yes
Azithromycin	B1	B	Yes
Baricitinib	D	Not formally assigned.	Yes ²
Chloroquine	A/D ¹	Not formally assigned.	small amounts
Favipiravir	-	-	-
Hydroxychloroquine	D	Not formally assigned.	-
Ibuprofen	C	C	small amounts
Interferon beta-1a	D	C	-
Lopinavir/Ritonavir	B3	Not assigned.	Yes
Remdesivir	B2	Not assigned.	Yes ²

¹For malaria treatment: D and for Malaria prophylaxis: A.

²Based on animal studies.

A watercolor painting of several large, vibrant flowers in shades of red, orange, and pink, with dark centers and green foliage. The style is soft and painterly, with visible brushstrokes and a gentle, artistic feel. The background is a light, neutral tone, making the colors of the flowers stand out.

Thanks for your attention



مراقبت سرپایی از مادران مبتلا به کووید ۱۹

گروه مامایی، علوم پزشکی البرز
مهسا خوشنام راد
دکترای بهداشت باروری

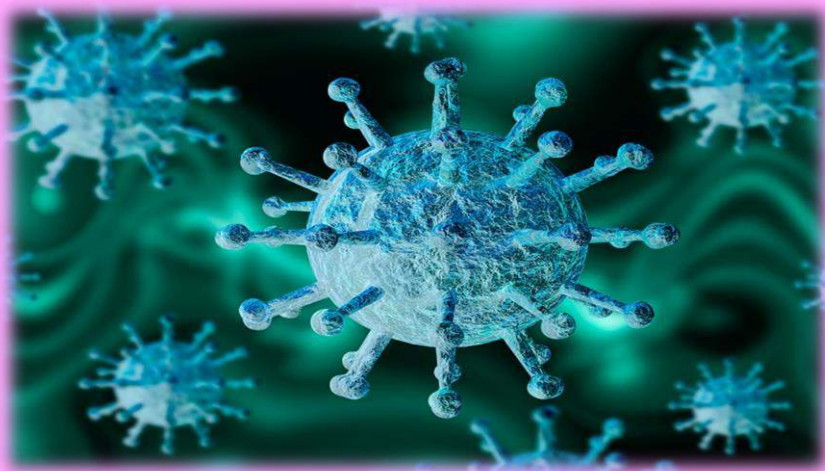
مراحل بیماری

- بدون علامت
- خفیف
- تنفسی متوسط
- تنفسی شدید
- بحرانی



مراقبت سرپایی

- علائم خفیف و نیازمند بستری نیست.
- گذر سریع از خفیف به شدید
- علائم عمومی در بارداری
(تنگی نفس، احتقان بینی، تهوع و استفراغ)
- تشخیص بر اساس الگوریتم
- آموزش علائم خطر / بهداشتی
- قرنطینه



بدون علامت



- صرفاً تست مثبت
- بعد از تماس نزدیک
- در غربالگری
- کنترل از نظر علامت دار شدن



بیماری خفیف



- تب کمتر از ۳۸
- گلودرد بدون سرفه
- سردرد
- از بین رفتن حس بویایی و چشایی
- تهوع استفراغ
- بی‌اشتهایی اسهال و ضعف و بدن درد
- یکی یا چند تا علائم فوق
- علائم حیاتی پایدار
- $O_2sa > 95$
- بستری لازم ندارند.
- پیگیری دقیق در بیماران دارای شرایط زمینه‌ای

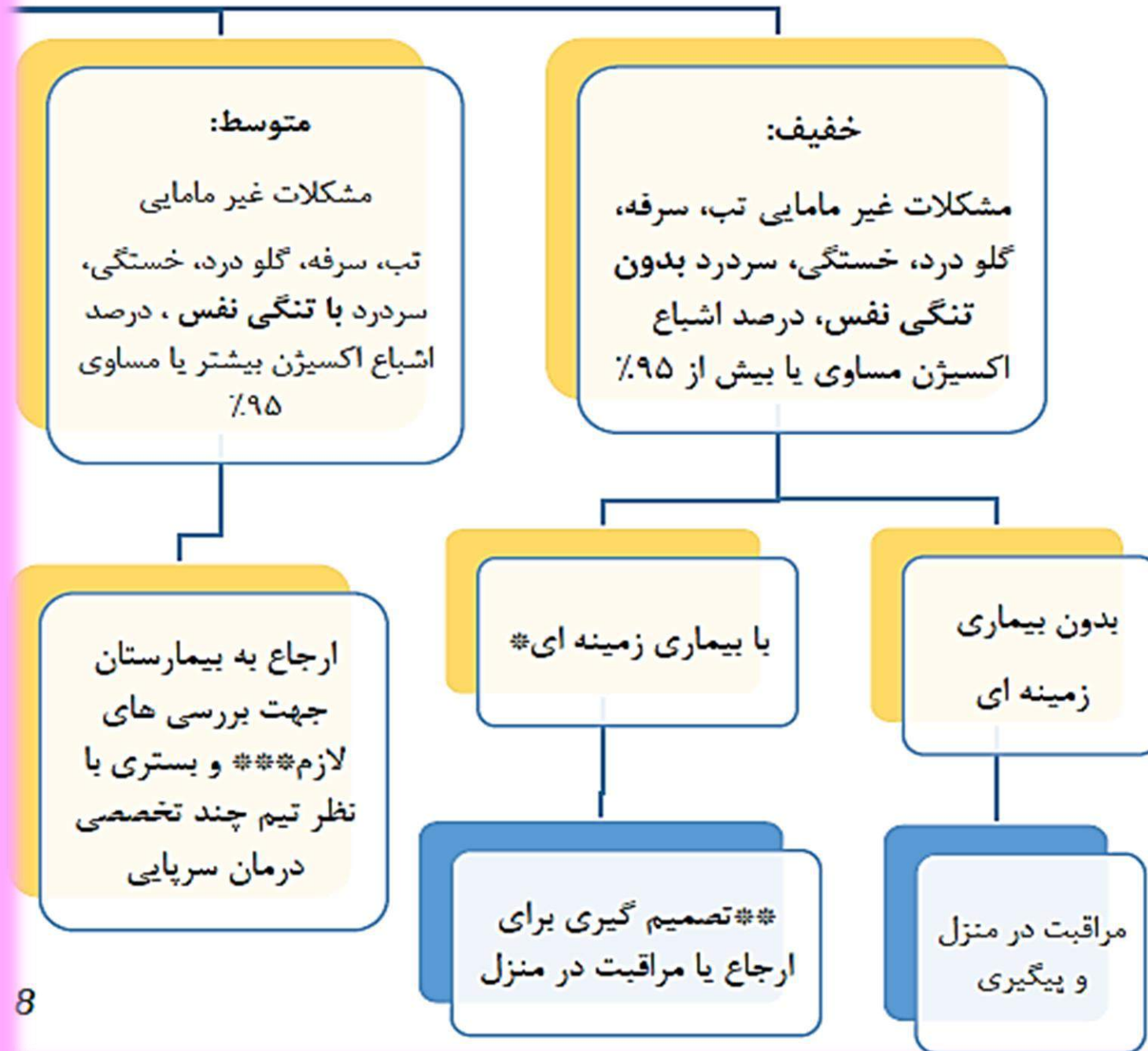
فاز متوسط- درگیری تنفسی



- $O_2sa > 95$
- درگیری ریه کمتر از ۵۰ درصد
- علائم شدیدتر مثل تب بالا

تریاز

- ماسک زده بودن
- محیط جداگانه برای تریاز
- علت مراجعه
- مامایی
- غیر مامایی (تنفسی)



اقدامات لازم

- در همه مادران کنترل از نظر علائم کووید و سابقه تماس
- بیماری‌های زمینه‌ای
- تعیین تکلیف در مراکز منتخب
- حداقل CBC و گرافی قفسه سینه
- ارزیابی سلامت مادر و جنین
- رابط مادران پرخطر (تلفنی) – حداقل در ۲۴ ساعت اول – علائم حیاتی، دمای بدن، هوشیاری، تغییر شدت علائم)

- درمان تسکینی/ علامتی
- توصیه های بهداشتی و تغذیه ای (کم شکر)
- قرنطینه
- ویتامین‌ها- فاوپی‌راویر- هیدروکسی کلروکین و..





- داروی آنتی وایرال توصیه نمی‌شود.
- مراقبت در منزل
- در صورت نیاز ارجاع به بیمارستان
- هماهنگی در اعزام
- ارجاع :
 - عدم کنترل تب بعد سه روز
 - عدم تحمل خوراکی
 - علائم شدید

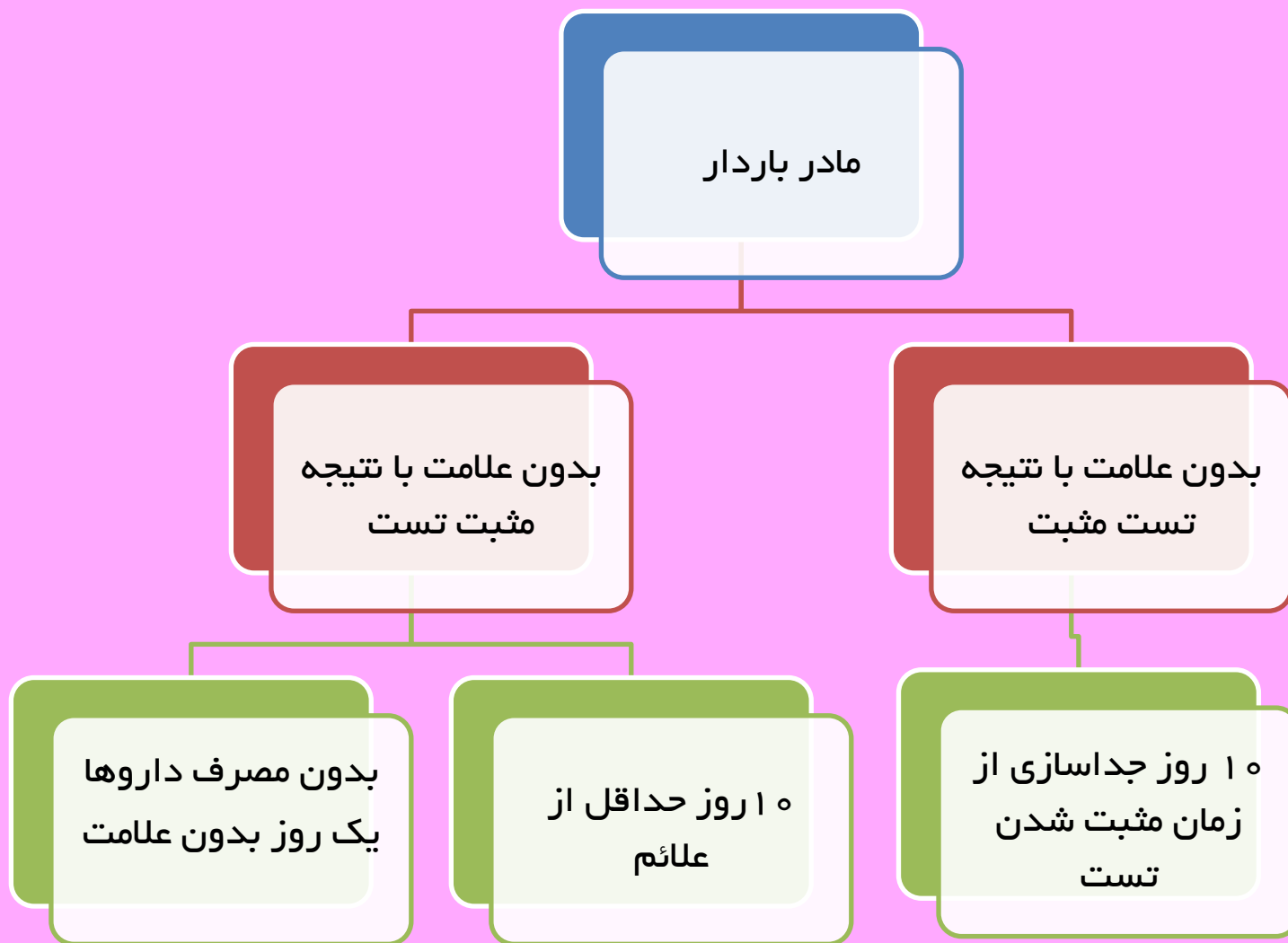


- تب بر (استامینوفن ۵۰۰ هر ساعت) – تا سه روز
- مسکن
- هیدرشن (۶–۸ بار در روز)
- هیدروکسی کلروکین ۲۰۰ هر ۱۲ ساعت ۲ قرص،
- بعد یک قرص تا ۵ روز
- فلوروکینولون‌ها: خطر آریتمی

مراقبت در منزل

- اتاق مجزا برای فرد
- دوری از افراد حساس مثل سالمندان منزل
- فضای کافی، ماسک و سطوح
- ظروف جدا برای مادر مبتلا
- تبادل هوا
- گندزدایی وسائل ملافه‌های فرد مبتلا (سفیدکننده خانگی)
- مراقبت توسط فرد غیر آسیب پذیر
- محدودیت در دید و بازدید

خروج از قرنطینه



کلینیک

- راهنمای اداره باروری سالم (فرزندآوری– مشاوره‌های تلفنی)
- محدود کردن مراقبت های بارداری
- شمردن حرکات جنین از ۲۵ هفته
- علائم خطر مامایی و علائم خطر کووید

تنگی نفس

تاکی‌پنه

تب بالا

درد قفسه سینه

گیجی و کاهش هوشیاری

سیانوز و خواب آلودگی

مطالب جدید

- لامبدا در باردار دیده شده است.
- ایتروفران پگین تروفین

Mild and Asymptomatic Covid-19 Infections: Implications for Maternal, Fetal, and Reproductive Health.

The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis, 2021.

Known or Hypothetical Factors Associated with COVID-19 Severity

Age

Malnutrition
Under nutrition
Obesity

Cardiometabolic comorbidities
(hypertension, diabetes, etc.)

Other non-communicable comorbidities:
Chronic lung disease (including asthma)
Sickle cell disease
Cancer/immunosuppression

Infectious Diseases
HIV (disease stage, treatment, CD4)
TB, malaria?

Socioeconomic status

Pregnancy-Specific Factors



Immune changes
of pregnancy

Cardio-pulmonary
changes of
pregnancy

Gestational week

Gestational
diabetes

Gestational
hypertension (pre-
eclampsia,
eclampsia, HELLP)

Potential Effect on COVID-19 Disease

COVID-19 Severity

- Hospital admission
- ICU admission
- Mechanical ventilation
- Mortality

Potential Effect on Pregnancy

Pregnancy Outcome

- Small for gestational age (SGA)
- Intrauterine Growth Restriction (IUGR)
- Placental thrombosis/infarction
- Stillbirth/miscarriage
- Preterm
- Premature Rupture of Membrane (PROM)
- Low birth weight
- Neonatal ICU care
- Neonatal SARS-CoV-2 infection/disease
- Neonatal mortality

- ۴۲ تا مطالعه با ۴۳۸۵۴ نفر
- گروه کنترل: تست منفی یا بدون علامت / خفیف / شدید
 - پره اکلامپسی
 - پره ترم
 - مرده زایی
- در موارد شدید: کمی وزن تولد، دیابت
- مکانیسم اندوتلیالی

Compared with no infection, we found that SARS-CoV-2 infection in pregnancy was associated with preeclampsia (OR 1.33, 95% CI 1.03 to 1.73; $I^2 = 31\%$; based on 13 studies) , preterm birth (OR 1.82, 95% CI 1.38 to 2.39; $I^2 = 64\%$; 18 studies) , stillbirth (OR 2.11, 95% CI 1.14 to 3.90; $I^2 = 24\%$; 6 studies), ICU admission (OR 4.78, 95% CI 2.03 to 11.25; $I^2 = 76\%$; 5 studies), lower birth weight (grams; mean difference -68.96, 95% CI -130.22 to -7.69; $I^2 = 29\%$; 13 studies) and NICU admission (OR 3.69, 95% CI 1.39 to 9.82; $I^2 = 94\%$; 10 studies). COVID-19 was not associated with gestational diabetes, cesarean delivery, postpartum or neonatal death compared with no COVID-19.hemorrhage

تشکر از توجه شما

