

دستورالعمل مراقبت‌های

مدیریت شده

مرتبط با بخش زایمان

و بستری زایمان

آموزش پرستاری

مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی

دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده شماره (۵)

درخصوص کاهش سزارین های غیر ضروری

همانگونه که مطلع هستید بارداری و مراقبتهای بهداشتی خاص آن بدلیل تاثیر در شاخصهای سلامت مورد توجه سیاستگذاران سلامتی کشور می باشند از مباحث عمده در حال حاضر افزایش استفاده از روش سزارین جهت انجام زایمان است مسلماً کاربرد این روش در موارد ضروری برای حفظ جان مادر یا جنین لازم و حیاتی است و ارزش آن را دارد که خطرات آن را بپذیریم در موارد غیر ضروری نه تنها سبب تحمیل هزینه های اقتصادی فراوان می شود بلکه سبب افزایش مرگ و میر و عوارض جدی نیز خواهد شد .

بررسی های مختلف حاکی از روند صعودی و افزایش بی رویه سزارین غیر ضروری در کشورهای جهان سوم و از جمله کشورمان می باشد . بر اساس نتایج DHS در سال ۱۳۷۹ در حدود ۳۵٪ از کل زایمانها در کشور به روش سزارین انجام می شود (در شهر ۴۲٪ و در روستا ۲۲/۵٪) . این در حالی است که طبق گزارش WHO فقط ۱۵-۵٪ کلیه زایمانها باید منجر به سزارین گردد. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به منظور تعدیل و اصلاح نسبت به تعداد موالید زایمان طبیعی و سزارین جهت نیل به یکی از شاخصهای سلامتی دستورالعمل ذیل را اعلام می دارد .

۱- انجام سزارین لازم است صرفاً بر اساس اندیکاسیون های کلاسیک نظرات کارشناسی علمی انجمن متخصصین زنان و زایمان ارائه شده و با ذکر جزئیات در پرونده توسط پزشک انجام پذیرد .

الف) پرولاپس بند ناف

ب) دکولمان (در سطح وسیع)

پ) پلاستنا پرویا در انتهای حاملگی

ت) ضایعات فعال هر پس تناسلی

ث) عدم پیشرفت (شامل عدم پیشرفت زایمان ۸ ساعت پس از شروع دردهای واقعی و داشتن دیلاتاسیون سه سانتی متر، توقف به مدت سه ساعت در مرحله دو زایمانی)

ج) سزارین قلبی در صورتی که انسیزیون قلبی طول (کلاسیک) بوده باشد و یا بیمار سزارین متعدد قلبی داشته باشد
چ) تومورهای بزرگ رحمی که سرویکس را مسدود کند

ح) اکلامپسی یا پره اکلامپسی شدید که به القای زایمانی (Induction) پاسخ ندهد.

خ) دیسترس جنینی حقیقی با ثبت علائم هشدار دهنده دیسترس جنینی در پرونده بیمار

د) اسکارهای رحمی غیر از اسکار عرضی سزارین روی سگمان تحتانی رحم و با سابقه پارگی رحم

ذ) قرار عرضی جنین یا قرار بریج در صورتی که شرایط لازم برای زایمان واژینال وجود نداشته باشد .

ر) عدم تطابق سرجنین با لگن مادر (CPD) که بسیار نادر است و اکثراً در موارد دفورمیتی لگن و یا شکستگی های درست ترمیم نشده لگن رخ می دهد .

۲- ذکراندیکاسیون های دستوشی (عدم پیشرفت و عدم تطابق سر با لگن) و سزارین قلبی بایست با ذکر جزئیات نظیر مرحله زایمانی، زمان شروع دردهای زایمانی، رسم منحنی پارتوگراف و پلویمتری لگن و... باشد

۳- تقاضا و تمایل شخصی افراد جهت انجام سزارین خارج از تعهدات و وظایف پزشکی و مراکز درمانی است و خارج از تعهدات پرداخت بیمه ای می باشد .

تبصره:

الف) هر گونه سزارین به تمایل شخصی مشروط به تکمیل رضایت نامه ضمیمه توسط بیمار و همسر وی خواهد بود .
ب) کلیه زایمانهایی که به روش سزارین انجام می شود مشروط به رضایت بیمار خواهد بود .
ج) تکمیل رضایت نامه ضمیمه و انضمام در پرونده برای کلیه زایمانهایی که به روش سزارین انجام می گردد . الزامی می باشد .

۴- کلیه مراکز درمانی دولتی و بیمارستانهای عمومی دارای بخش زایمان موظفند جهت آشنایی زنان باردار با آمادگیهای لازم جهت انجام زایمان طبیعی و فوائد آن و آگاهی از عوارض سزارین بطور دوره ای و منظم کلاسهای آموزشی را رسماً اعلام و برگزار نمایند
۵- تمامی زایشگاهها موظفند بطور رایج وسایل کمک زایمان طبیعی را با کیفیت مطلوب در بخش در دسترس داشته باشند . مانند واکيوم و فورسپس)

۶- به مراکز درمانی زایمان توصیه می شود روشهای زایمان بی درد توسط متخصص زنان و متخصص بیهوشی را ترویج و مورد استفاده قرار دهند .

۷- بر اساس سیاستهای متخذه فوق ، مراکز درمانی موظفند با پیگیری ، نظارت و مراقبت آمار سزارین خود را در مراکز دولتی به کمتر از ۲۰٪ و در مراکز خصوصی به زیر ۲۵٪ برسانند .

الف) آمار ماهیانه میزان انجام سزارین و زایمان طبیعی پزشکان ثبت و به معاونت درمان انعکاس گردد.
ب) پرداخت کارانه سزارین در مراکز دولتی منوط به وجود اندیکاسیون علمی برای آن و در بخش خصوصی نیز پرداخت سازمانهای بیمه گر منوط به وجود دلایل علمی مندرج در بند (۱) است .

۸- هماهنگ با سیاستهای متخذه فوق از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ به بعد میزان درصد انجام سزارین به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی بیمارستانها و مراکز درمانی دست اندرکار زایمان قرار خواهد گرفت بطوریکه در بیمارستانهای دولتی بالاتر از ۲۰٪ و خصوصی بالاتر از ۲۵٪ به عنوان معیار منفی ارزشیابی خواهد شد .

۹- معاونت درمان موظف است نسبت تعداد زایمان طبیعی و سزارین ماهانه پزشکان را بررسی و در صورت افزایش نامعقول تعداد سزارین بنحو مقتضی تذکرات و هشدارهای لازم را به پزشکان داده و در صورت تکرار بطور جدی مورد اخطار و پیگیری قرار دهند .

بدیهی است این اقدام علمی مبنای ارزشیابی های تخصصی حوزه های معاونین درمان در سراسر کشور برای مراقبت و ارزشیابی خواهد بود . ضمناً سازمانهای بیمه گر نیز بر این استناد پرداخت می نمایند.

دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده شماره (۸)

راهنمای استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی زنان و زایمان

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقاء خدمات سلامتی و رعایت حقوق بیماران و در راستای ایجاد وحدت رویه در ارائه خدمت‌های درمانی، دستورالعمل پروفیلاکسی آنتی بیوتیک پیش از اعمال جراحی را با عنایت به نظرات کارشناسی انجمن متخصصین عفونی ایران و باستناد مدارک علمی - پزشکی مرجع جهت بهره‌بهره‌وری اعلام می‌گردد. در تمام موارد ذکر شده انتخاب آنتی بیوتیک متفاوت یا دوز متفاوت توسط پزشک معالج بشرط ذکر دلیل در پرونده بیمار مجاز است. با تغییر مقاومت میکروبی هر منطقه تغییر خواهد کرد. اما تعداد دوز تجویز شده پیشنهادی استاندارد و مطابقت با مراجع طب کلاسیک می‌باشد.

دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پیش از اعمال جراحی زنان و مامائی

زنان و مامائی :

الف) هیستریکتومی و واژینال یا از راه شکم (شامل رادیکال هیستریکتومی)

مورد مصرف : روش / دوز/زمان : سفتریاکسون IV/gr1 (به همراه یک دوز مترونیدازول 500mg/IV در صورت شک به عفونت بی‌هوایی همراه اندیکاسیون دارد) / ۴۵-۳۰ دقیقه پیش از انسیزیون پوست

ب) عمل سزارین / هیستریکتومی :

مورد مصرف : روش / دوز/زمان : سفازولین IV/gr1 45-30 دقیقه پیش از انسیزیون. در بیماران پرخطر ممکن است سفازولین IV/gr2 پس از کلامپ و قطع بند ناف لازم باشد.

دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده شماره (۳۲)

راهنمای روش‌های تشخیص و پیگیری توده‌های پستانی

همانگونه که مستحضرید توده‌های پستانی به عنوان یکی از علل شایع مراجعه بیماران به مراکز درمانی مطرح است. با توجه به اینکه توده‌های پستانی یکی از شایعترین تظاهرات اولیه تومورهای پستانی هستند، دقت و سرعت در تشخیص آنها بسیار مهم می‌باشد. تشخیص زودهنگام و دقیق با کاهش عوارض و هزینه درمانی همچنین با امکان بهبود در مراحل اولیه بیماری همراه خواهد بود.

در این راستا معاونت سلامت جهت ایجاد هماهنگی در مراحل تشخیص و پیگیری توده‌های پستانی دستورالعمل ذیل را با توجه به نظرات کارشناسی انجمن علمی پرتوشناسی (رادیولوژی) جامعه جراحان ایران و انجمن علمی متخصصین زنان و مامایی ایران و با استناد به منابع علمی - پزشکی روز آمد اعلام می‌دارد. لازم است در اجرا دقیق آن توجه لازم صورت گیرد.

تعریف:

هر توده‌ای که توسط بیمار یا پزشک در معاینه مورد توجه قرار گیرد به عنوان توده پستانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این توده می‌تواند با یا بدون تغییر در ظاهر پستان باشد. بیماران مورد نظر پس از شک و یا تشخیص در معاینه اولیه مورد بررسی تشخیصی تکمیلی قرار می‌گیرند.

مراحل اجرایی:

تشخیص توده پستانی در مراحل اولیه آن در نتیجه درمان بسیار موثر می‌باشد. لذا جهت تشخیص سریعتر مراحل زیر بایستی به اجرا درآید.

معاینه بالینی به عنوان اولین اقدام توسط پزشک معالج است:

۱- در افراد کمتر از ۳۰ سال بدون علامت نیازی به معاینه سالیانه وجود ندارد. فقط در صورت وجود ریسک بالا اندیکاسیون معاینه سالیانه مطرح است.

۲- افراد بالای ۳۰ سال نیاز به معاینه سالیانه دارند.

۳- در موارد خاص پزشک معالج می‌تواند بیمار خود را در فواصل کمتر معاینه نماید.

۴- اولین ماموگرافی پایه در سن ۴۰ سالگی بصورت روتین توصیه می‌شود.

۵- بین سنین ۴۰ تا ۷۰ سالگی در افرادی که ریسک بالائی ندارند و در معاینه ضایعه‌ای لمس نمی‌شود. ماموگرافی حداکثر هر دو سال یکبار کافی است.

تبصره: در بیماران با ریسک بالا، ماموگرافی سالیانه نیز می‌تواند انجام شود.

۶- از سن ۷۰ سال به بالا در صورتیکه ماموگرافی و معاینه بالینی تا این سن طبیعی باشد، معاینه سالیانه و ماموگرافی هر ۵ سال یکبار لازم است.

۷- پس از تشخیص وجود توده در بررسی اولیه مراحل اجرایی بر اساس سن و جنس بیمار تعیین می‌گردند.

توده‌های پستانی در بیماران مونث:

با توجه به سن بیمار نسبت به نوع اقدامات تصمیم‌گیری می‌شود.

۱- بیماران زیر ۳۵ سال

اولین اقدام در این بیماران بررسی سونوگرافی است

الف) در صورتیکه توده کیستیک باشد جهت تشخیص بالینی آسپیراسیون صورت گیرد.

ب) در صورتیکه توده Solid یا Complex باشد F.N.A اقدام بعدی است .

تبصره :

در زنان بالای ۲۵ سال که به علت دارا بودن شرایط ذیل با ریسک بالا محسوب می شوند ، می توان از ماموگرافی به

عنوان اولین اقدام تشخیصی پس از معاینه کلینیکی در بررسی توده های پستانی استفاده نمود .

الف: شروع سرطان پستان در سن پایین (قبل از یائسگی) در خانواده

ب: وجود خویشاوندان مبتلا به سرطان تخمدان

ج: تعداد سه نفر یا بیشتر از خویشاوندان مبتلا به سرطان پستان

د: سرطان در پستان مقابل دیده شده باشد .

۲- بیماران بالای ۳۵ سال

اولین اقدام تشخیصی بعد از معاینه کلینیکی در این بیماران ماموگرافی است

الف) در صورت عدم وجود علائم بدخیمی در ماموگرافی اولیه سونوگرافی کنترل انجام شود .

ب) زمانیکه توده در ماموگرافی علائم غیر عادی نشان دهد.

اگر توده Round باشد اقدام بعدی سونوگرافی است.

اگر توده Spiculate باشد اقدام بعدی بیوپسی است .

تبصره :

در مواردی بدون توجه به سن سونوگرافی وسیله مناسب بیمار است .

- در زنان حامله و شیرده

- بعد از عمل جراحی پستان جهت بررسی تورم ایجاد شده و بررسی دیواره قسه سینه

- بررسی لنف نودهای آگزیلاری

تبصره :

در کلیه بیمارانی که تحت هورمون تراپی هستند انجام مراحل تشخیصی توده های پستانی بر اساس الویت های بالینی

توسط پزشک معالج می باشد.

دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده شماره (۳۳)

راهنمای انجام پاپ اسمیر (Pap Smear)

همانگونه که استحضار دارید یکی از بررسی‌های شایع در معاینات ژنیکولوژی انجام پاپ اسمیر در جهت شناسایی احتمال وجود بدخیمی‌های سرویکس می‌باشد. انجام پاپ اسمیر به شیوه صحیح در فواصل زمانی مناسب می‌تواند نقش مهمی در شناسایی زودرس بدخیمی‌های سرویکس و کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این بدخیمی داشته باشد. از طرف دیگر انجام پاپ اسمیر به شیوه نادرست و تکرار غیر ضروری آن نه تنها کمک کننده نیست بلکه می‌تواند بار مالی فراوانی بر دوش بیماران و سیستم بهداشتی - درمانی کشور قرار دهند. با توجه به این موارد دستورالعمل ذیل بعنوان راهنمای انجام پاپ اسمیر ارسال می‌شود. خواهشمند است در ابلاغ و اجرای صحیح آن در مراکز درمانی تحت پوشش آن دانشگاه اهتمام وافر بعمل آید.

تعریف: پاپ اسمیر عبارتست از بررسی سیتولوژیک سرویکس در جهت شناسایی سلولهای غیر طبیعی که نشانگر احتمال وجود بدخیمی‌های سرویکس می‌باشند.

۱- پس از وجود ۳ نمونه پاپ اسمیر نرمال و قابل اعتماد و در صورت عدم وجود ریسک فاکتورهای خطر می‌توان تکرار پاپ اسمیر را هر ۳ سال یکبار انجام داد و نیازی به تکرار سالیانه پاپ اسمیر نمی‌باشد.

۲- در صورت وجود ریسک فاکتورهای خطر مثل عفونت با ویروس پاپیلوما (HPV, Positive HIV) دیسپلازی Moderate سرویکس و یا شک به نئوپلازی سرویکس و وجود رفتارهای پر خطر انجام پاپ اسمیر سالیانه توصیه می‌شود.

۳- تداوم انجام پاپ اسمیر در خانم‌های سنین ۶۵ سالگی و بالاتر را در صورتی که حداقل ۳ نمونه پاپ اسمیر نرمال و قابل اعتماد داشته باشند و در تاریخچه ۱۰ سال گذشته نیز هیچگونه سیتولوژی غیر طبیعی پاپ اسمیر نداشته باشند را با اطمینان خاطر می‌توان متوقف نمود.

۴- پس از انجام هیستریکتومی توتال (خروج کامل سرویکس) جهت یک بیماری خوش خیم، دیگر نیازی به انجام بررسی سیتولوژیک واژن می‌باشد. در صورت انجام هیستریکتومی بدنبال کارسینوم insitu یا کانسر مهاجم باید سالیانه قله واژن (vaginal Apex) توسط معاینه واژینال و انجام پاپ اسمیر بررسی شود.

۵- در خانمهایی که هیستریکتومی ساب توتال داشته و سرویکس آنها باقیمانده است بررسی سرویکس باید طبق شرایط استاندارد و مندرج در دستورالعمل صورت پذیرد.

۶- توجه شود که تست پاپ اسمیر جهت اسکرینینگ کانسر آندومتر حساسیت بسیار کمی داشته و نباید با این هدف بکار برده شود.

۷- توجه به نکات زیر می‌تواند ارزشمند باشد:

الف: در کلیه خانمها پس از ازدواج شدن غربالگری آغاز می‌شود. سنین پر خطر جهت غربالگری سنین بین ۳۵-۵۴ سال است (البته در خانمهای سنین ۱۸ سال یا پایین تر در صورت ازدواج شدن حداکثر تا ۳ سال پس از ازدواج غربالگری سرطان سرویکس شروع می‌شود).

ب: انجام پاپ اسمیر در سه ماهه اول دوران حاملگی بلامانع است و در صورت لزوم صرفاً توسط پزشک متخصص زنان و زایمان نمونه گیری باید انجام شود.

ج: شرایط تهیه نمونه:

- بعد از اتمام قاعدگی تا شروع قاعدگی بعدی می توان نمونه پاپ اسمیر را تهیه کرد اما بهترین زمان تهیه نمونه حدود دو هفته پس از اولین روز آخرین قاعدگی (روز دهم تا هجدهم سیکل) می باشد .
- جهت ارسال نمونه به پاتولوژی باید علاوه بر مشخصات کامل بیمار و تاریخ نمونه گیری ، سن بیمار ، وضعیت سیکل قاعدگی ، سابقه سیتولوژی غیر طبیعی ، درمان های قبلی (مثل کرایو ، لیزر ، بیوپسی، ...) محل تهیه اسمیر(واژینال یا سرویکال) و High Risk بودن بیمار در صورت وجود حتماً ذکر گردد. (مطابق فرم Bethesda)
- حتماً باید نمونه گیری در وضعیت دورسولیتوتومی ، روی تخت ژنیکولوژی و با مشاهده کامل سرویکس صورت گیرد . ارجح است ابتدا اکتوسرویکال و سپس اندوسرویکال نمونه گیری شود .
- وسیله ارجح جهت انجام پاپ اسمیر cytobrush (جهت نمونه گیری اندوسرویکس) و spatula (جهت نمونه گیری اکتوسرویکس) است که البته در صورت موجود نبودن cytobrush می توان از اسپاچولاهای موجود جهت هر دو نمونه گیری استفاده نمود . ((اسپاچولا)) نوع پلاستیکی نسبت به نوع چوبی ارجح می باشد زیرا نوع چوبی ممکن است باعث باقی گذاشتن مواد اضافی در روی لام شود و در صورت استفاده از سواپ پنبه ای حتماً قبل از نمونه گیری با نرمال سالین مرطوب شده باشد .
- ۸-انجام پاپ اسمیر به دنبال زایمان باید حداقل ۸ هفته پس از زایمان و ترجیحاً با فاصله زمانی بیشتری صورت گیرد .
- ۹- در صورتیکه پاسخ پاپ اسمیر unsatisfactory باشد ، ارزیابی مجدد در فاصله ۶ ماه صورت گیرد . توجه شود که تکرار مجدد نمونه گیری پاپ اسمیر باید با فاصله زمانی بیشتر از ۸ هفته از انجام اسمیر قبلی صورت پذیرد .
- دز صورتیکه جواب پاپ اسمیر فاقد سلول اندوسرویکال (cells Absence of Endocervical) باشد تکرار تست با سیتوبراش با رعایت فاصله زمانی از نمونه گیری اول انجام شود .
- ۱۰- در خانم های منوپوز که پاسخ پاپ اسمیر (cells Absence of Endocervical) است نیاز به تکرار پاپ اسمیر نمی باشد . در صورت احتمال یا شک به وجود مسائل پاتولوژیک تکرار آزمایش با سیتوبراش توصیه می گردد.
- ۱۱- در خانم هایی که سابقه پاپ اسمیر با سلولهای غیر طبیعی دارند پاپ اسمیر سالیانه تکرار می شود تا زمانیکه در ۵ سال متوالی شواهدی از پاپ اسمیر با سلولهای غیر طبیعی مشاهده نشده و سپس بررسی بصورت ۳ سال یکبار صورت می گیرد .
- ۱۲- آزمایشگاههای ارائه دهنده گزارش بررسی لام پاپ اسمیر ، باید نظارت و کنترل لازم جهت خواندن سیتولوژی لامها توسط پاتولوژیست را داشته باشند.

دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره (۳۵)

راهنمای مراقبت از دیابت در طول حاملگی

استحضار دارید که دیابت یکی از شایع ترین بیماریهای غدد است و البته در جوامع مختلف شیوع متفاوتی دارد. با توجه تغییراتی که در شیوه ها و عادات زندگی، نحوه تغذیه و پیشرفت فن آوری در جوامع بشری پدید آمده است، همه گیری دیابت بخصوص نوع ۲ آن در همه بخشهای جامعه انسانی در حال گسترش است. گروه ویژه ای از بیماران دیابتی که نیازمند مراقبت مضاعفی در مقوله بیماری دیابت هستند، خانمهای بارداری هستند که یا پیش از شروع بارداری به دیابت مبتلا بوده اند و یا پس از شروع بارداری، به دلیل عواملی همچون استعداد زمینه ای، دیابت در آنها پدیدار شده است. بنابراین، دیابت در حاملگی به دو صورت بروز می کند:

۱- دیابت حاملگی (Gestational Diabetes Mellitus: GDM)

۲- دیابت قبل از حاملگی (pre-GDM : Pre-Gestational Diabetes Mellitus)

در اینجا بر اساس تقسیم بندی فوق، به شرح نحوه مراقبت از این بیماران پرداخته می شود. خواهشمندم دستور فرمایید در دانشگاه تحت پوشش حضرتعالی، این دستورالعمل در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه به نحو مناسب به اجرا در آید.

۱- دیابت حاملگی (GDM)

۱-۱- تقسیم بندی: عدم تحمل کربوهیدرات ها با درجه های مختلف که برای اولین بار در دوران حاملگی بروز می کند دیابت حاملگی نامیده می شود. این افراد به دو گروه مهم ((علامت دار)) و ((بدون علامت)) تقسیم می شوند.

۱-۱- الف علامت دار: ابتلا به دیابت در این گروه، علائمی مانند پرنوشی، پرخوری، پراداری، کاهش وزن، گیجی، اختلال های بینایی دارد. قند خون این افراد غیر معمولی بوده و درصد HbA1C نیز در آنها بالا است. در این گروه انجام آزمایش تحمل گلوکز لزومی ندارد.

۱-۱- ب بدون علامت: ابتلا به دیابت در این گروه بدون علائم خواهد بود و مشکل اصلی در این گروه تشخیص بیماری است. اکثر مبتلایان به دیابت حاملگی در این گروه قرار می گیرند: به طوری که حدود ۷۰٪ موارد دیابت حاملگی بدون علائم بالینی است. برای تشخیص دیابت در این گروه از بیماران با هدف جلوگیری و کاهش عوارض در مادر و جنین (عدم کنترل دیابت تا ۹۰٪ در نوزاد و تا ۳۰٪ در مادر با مرگ و میر همراه است)، جستجوی زودرس این اختلال با کمک آزمایش غربالگری طی دوره ی حاملگی ضروری است. به علاوه این افراد در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند و جستجوی دیابت حاملگی امکان انجام اقدام های پیشگیرانه را فراهم می کند.

در دیابت حاملگی بدون علامت قند خون مادر باردار حدود ۲۰٪ پایین تر از حد معمول بوده و به طور معمول بین 55-56 mg/dl است.

هورمون های متعددی در بدن اثر دیابتوژنیک دارند که مهم ترین آنها عبارتند از : استروژن ، پروژسترون ، پرولاکتین و کورتیزول .

۱-۲- نحوه ی غربالگری دیابت حاملگی

در اولین مراجعه چنانچه زن باردار در معرض خطر باشد (دارای سابقه ی مرده زدایی ، حداقل ۲ بار سقط خودبه خودی ، تولد نوزاد ۴ کیلوگرم و بیشتر ، سابقه ی دیابت در افراد درجه یک خانواده و چاقی به معنی bmi مساوی یا بیشتر از 30 m / kg قبل از حاملگی) باید یک آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز در شرایط غیر ناشتا انجام شود . چنانچه پلاسمای وریدی در نتیجه ی آزمایش یک ساعته ی قند خون کمتر از 130 mg/dl باشد ، احتمال دیابت حاملگی منتفی است اما در هفته های ۲۴-۲۸ حاملگی باید آزمایش تکرار شود . در صورتی که نتیجه ی آزمایش مساوی یا بیشتر از 130 mg/dl باشد ، باید OGTT تا سه ساعت با ۱۰۰ گرم گلوکز انجام شود و تفسیر نتایج مانند آزمایش ۲۴-۲۸ هفتگی صورت گیرد .

۱-۳- مراقبت از دیابت حاملگی

در مراقبت و درمان افراد مبتلا به دیابت حاملگی ، باید به موارد ذیل توجه شود :

قند پلاسمای ناشتا $90-60 \text{ mg/dl}$

قند دو ساعت بعد از غذا 120 mg/dl

قند قبل از هر وعده ی غذایی 105 mg/dl

۱-۳-۱ - اهداف درمانی :

الف- بررسی کامل عوارض چشمی و کلیه در دوران حاملگی از طریق انجام آزمایش آلبومین ادرار و بررسی افتالموسکوپیک ضروری است که بیمار باید جهت انجام آنها به واحد دیابت ارجاع شود .

ب- در دوران حاملگی ، پیگیری و مراقبت باید به تناوب بیشتر(در فواصل کمتر) انجام شود. به طور معمول توصیه می شود ۲-۴ هفته یک بار بررسی انجام شود . در صورت لزوم مدت زمان بررسی کوتاه تر می شود .

ج- کالری مورد نیاز برای خانم های باردار با وزن مطلوب حدود 30 kcal/kg/day و برای خانم های باردار و چاق (بالای ۲۰٪ وزن ایده ال) حدود 24 kcal/kg/day است . به تاکید توصیه می شود دفعه های غذا خوردن بیشتر و مقدار مصرف کم باشد .

د- شروع کنترل دیابت حاملگی در واحد دیابت خواهد بود و پس از آن ممکن است با نظارت واحد دیابت توسط پزشک تیم دیابت ادامه یابد .

ه- ورزش و فعالیت در اندام فوقانی (مانند بازو) سبب بهبود کنترل دیابت می شود .

و- در صورت هیپرتانسیون ، متیل دو پا و هیدرالازین بی خطر بوده ، ولی ACEIS منع استعمال دارند .

ز- اختلال آزمایش های عملکرد تیروئید در دیابت نوع ۱ و حاملگی شایع بوده و باید در دوران حاملگی و پس از زایمان انجام شود . با مشاهده ی هر گونه اختلال در آزمایش ها ، بیمار باید به واحد دیابت ارجاع شود .

ح- ممکن است علائم چشمی در دوران حاملگی بیماران مبتلا به رتینوپاتی دیابتی تشدید شود .

ط- زمان مناسب برای بستری در بیمارستان به طور معمول دو هفته قبل از زایمان یعنی حدود ۳۶ هفتگی بوده و باید نسبت لسیتین به اسفنگومیلین (L/Sration) مایع آمنیوتیک برای ارزیابی درجه بلوغ سورفاکتانت ریه جنین جهت پیشگیری از سندرم دیسترس تنفسی (RDS) اندازه گیری شود . با این حال ارزیابی نوزاد پس از تولد از نظر عوارض زودرسی مانند RDS و یا هیپوگلیسمی ضروری است .

ی- اندازه گیری گلوکز ادرار در دوران حاملگی به علت تغییر آستانه ی کلیه قابل اطمینان نیست

ک- در طول مدت درمان ترجیح داده می شود که تزریق انسولین به ۳-۴ بار در روز تقسیم شود . البته بعضی از بیماران با دو تزریق روزانه یا مخلوط انسولین با اثر کوتاه و متوسط به خوبی کنترل می شوند . در هر صورت کنترل و درمان زن باردار مبتلا به دیابت باید زیر نظر پزشک متخصص (فوق تخصص غدد یا متخصص داخلی) یا پزشک عمومی دوره دیده انجام شود .

ل- زایمان باید با همکاری پزشک متخصص داخلی یا فوق تخصص غدد و یا پزشک عمومی دوره دیده و متخصص زنان و زایمان انجام شود و در مواردی که دیابت به خوبی کنترل شود زایمان طبیعی بوده و مشکلی نخواهد داشت .

م - در مراقبت بعد از زایمان باید کنترل قند خون با تناوب کمتری انجام شود و دز انسولین به منظور اجتناب از هیپوگلیسمی دوباره تنظیم شود . زیرا در این مرحله نیاز به آن کمتر است و دز کمتری لازم خواهد شد .

زنان باردار مبتلا به GDM بعد از ازایمان باید پیگیری و معاینه شوند . در زنان مبتلا به دیابت حاملگی باید ۶ هفته پس از ختم حاملگی دوباره (از نظر وجود دیابت) FBS یا OGTT استاندارد انجام شود و در صورتی که قند پلاسمای خون وریدی ناشتا کمتر از 200 mg/dl باشد، زن مبتلا به دیابت بوده و بیمار است.

۲-دیابت قبل از حاملگی (pre-GDM)

۱-۲- هدف از مراقبت: آموزش و درمان زنان مبتلا به دیابت که قصد حاملگی دارند ، باید چند ماه قبل از قاعدگی انجام شود . همچنین باید از کنترل دقیق قند خون در هفته های اول حاملگی مطمئن شد . لازم به ذکر است که هیپرگلیسمی عامل اصلی مالفورماسین های مادرزای به خصوص در ۸ هفته ی اول حاملگی است .

۱-۱-۲- زنانی که با داروهای خوراکی به خوبی تحت کنترل هستند ، در صورت تصمیم برای حاملگی باید قبل از حاملگی ، درمان آنها به انسولین تغییر کند .

۲-۱-۲- زنانی که تنها با رژیم غذایی تحت درمان هستند ، باید تا زمانی که کنترل خوب انجام می شود درمان اولیه ادامه پیدا کند . در غیر این صورت ، انسولین درمانی شروع می شود.

به طور کلی باید قبل از حاملگی به معیارهای هدف درمان رسید . هدف این است که سطح گلوکز قبل و بعد از غذا معمولی یا در حد معمول بوده و ۶-۲ هفته قبل از حاملگی ، میزان HbA1C (در صورت دسترسی) در حد معمول باشد .

۲-۱-۳- زنانی که فشار خون بالا دارند ، باید داروهای کنترل فشار خون آنها به متیل دو پا ، هیدرالازین یا سایر داروهای مجاز در دوران حاملگی تبدیل شود .

در صورت وجود عوارض دیابت ، کنترل آنها باید قبل از حاملگی توسط واحد دیابت انجام شود.

دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره (۳۶)

راهنمای نфроپاتی دیابتی

دیابت یکی از بیماریهای بسیار جدی و دارای اولویت مهم در نظام سلامت همه کشورهای جهان است. پیش از این نیز دستورالعمل های شماره ۲۴ و ۳۵ از مراقبتهای مدیریت شده در خصوص قسمتهایی از روند مراقبت از بیماران دیابتی محضر حضرتعالی ارسال شده است. خواهشمندم دستور فرمایید دستورالعمل حاضر که در مورد نحوه مراقبت از بیماران مبتلا به نfroپاتی در زمینه دیابت است، در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی تابعه آن دانشگاه محترم به اجرا در آید.

۱- مقدمه

نfroپاتی دیابتی یکی از عوارض مهم دیابت و یکی از علت های اصلی مرگ در افراد مبتلا به دیابت است. امروزه دیابت به تنهایی به صورت شایع ترین علت بیماری مرحله ی نهایی کلیه ها در ایالات متحده و اروپا در آمده، و این به خاطر واقعیت های ذیل است:

(۱) میزان شیوع دیابت به ویژه نوع ۲، رو به افزایش است.

(۲) افراد مبتلا به دیابت امروز بیشتر از گذشته زنده می مانند.

(۳) امروزه بیش از پیش افراد دیابتیک مبتلا به بیماری مرحله ی نهایی کلیه ها، برای درمان بیماری مرحله ی نهایی کلیه پذیرفته می شوند.

در سال ۱۹۹۷ در کشور آمریکا، نfroپاتی دیابتیک حدود ۴۰٪ از موارد جدید بیماری مرحله ی نهایی کلیه را تشکیل می داد و هزینه ی درمان بیماران از ۱۵/۶ میلیارد دلار نیز بالاتر بود.

اما جدای از عوارض بالینی ناشی از نfroپاتی دیابتی، نfroپاتی دیابتی از جمله عوامل مهم ایجاد ناتوانی و در نتیجه افزایش هزینه ها در سلامت هر کشور است. نfroپاتی با علائم افزایش فشار خون، پروتئینوری و کاهش GFR و در نهایت نارسایی مزمن کلیه مشخص می شود و ممکن است به نارسایی شدید کلیه و در مرحله ی آخر (ESRD) به دیالیز و پیوند کلیه منجر شود. به علاوه نfroپاتی دیابتی هم اکنون یکی از مهم ترین علت های نارسایی مزمن کلیه محسوب می شود.

نfroپاتی دیابتی در ۵۰٪ - ۳۰٪ بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و در ۲۵٪ - ۲۰٪ بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دیده می شود و به طور قطع استعداد ژنتیکی، هیپرگلیسمی و هیپرتانسیون در ایجاد و تشدید آن موثر است.

از علائم اولیه نfroپاتی بالینی پروتئینوری است که به صورت میکروآلبومینوری ظاهر می شود.

۲- مراحل پیشرفت نfroپاتی دیابتی

نfroپاتی دیابتی شامل پنج مرحله است:

۱-۲- هیپرفیلتراسیون گلومرولی و رنو مگالی .

۲-۲- لزیون های ابتدایی گلومرولی (ضخیم شدن مامبران بازال ، افزایش ماتریکس مزانژیوم) و نیز میکروآلبومینوری به دنبال فعالیت بدنی و ورزش

۳-۲- میکروآلبومینوری معادل دفع ادراری آلبومین به میزان $20-200 \text{ mg/1}$ در ۲۴ ساعت و یا دفع پروتئین به میزان $30-300 \text{ mg/1}$ در ۲۴ ساعت است . میکروآلبومینوری علائم نامساعدی داشته و نشانه ای از پیشرفت بیماری است . میکروآلبومینوری توسط Dipstick آشکار نشده و نیاز به روش های حساسی مانند RIA دارد، داشته باشد .

۴-۲- ماکروآلبومینوری و کاهش GFR که در این حالت دفع آلبومین بیش از ۲۰۰ میلی گرم در لیتر در ۲۴ ساعت می رسد و یا دفع پروتئین به بیشتر از 300 mg در لیتر در ۲۴ ساعت می رسد. ماکروآلبومینوری در صورت عدم دخالت سبب کاهش GFR به میزان یک میلی لیتر در دقیقه در ماه می شود .