



۱- هدف: این دستورالعمل جهت شناسایی اندیکاسیون های علمی سزارین و با هدف کاهش سزارین های غیر ضروری و در راستای سیاست استقرار زایمان ایمن و ترویج زایمان طبیعی در کشور در بیمارستان نیکان تدوین شده است.

۲- دامنه کاربرد: بخش های بلوک زایمان و ستایش
صاحبان فرایند: پزشکان متخصص زنان و بیهوشی، پرستاران و ماماها بخش بلوک زایمان و ستایش

۳- تعاریف:

دیسترس: زجر جنین که ناشی از کاهش اکسیژن رسانی می باشد و اگر عامل ایجاد کننده دیسترس بر طرف نگردد می تواند منجر به مرگ شود.
سزارین: به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد انسیزین های شکم (لاپاراتومی) و دیواره رحم (هیستروتومی) را سزارین می گویند.

اندیکاسیون های سزارین:

* علل مادری:

- سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی و...)
- سابقه جراحی های ترمیمی سرویکس و واژن (کولپورافی قدیمی، واژینوپلاستی) و سرکلاژ داخل شکمی
- توجه: در موارد یک بار سزارین قبلی با توجه به پروتکل زایمان طبیعی پس از سزارین، در صورت تمایل مادر، زایمان طبیعی منعی ندارد.
- اختلالات لانه گزینی جفت (سرراهی، چسبنده)، پرولاپس بند ناف
- نکته: در صورت تشخیص پیش از ترم پلاسنتا اکرتا، ختم بارداری در هفته 38 تا 39 بارداری به طور انتخابی در بیمارستان مجهز با آمادگی کامل انجام شود. در این مورد انجام سزارین هیستروتومی باید مد نظر باشد. (مطابق پروتکل خونریزی مبحث چسبندگی جفت)
- خونریزی شدید مادر و به مخاطره افتادن جان مادر
- عفونت مادری (هرپس فعال با علائم پرودرمال در زمان ختم بارداری، HIV مثبت)
- در مادران HIV مثبت سزارین می بایست قبل از شروع دردهای زایمان و پاره شدن کیسه آب در هفته 39 بارداری انجام شود. به پروتکل اچ آی وی و بارداری مراجعه شود.
- چند قلوبی
- هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود.
- کانسر مهاجم سرویکس
- ضرورت به ختم بارداری و وجود کنترا اندیکاسیون های القاء زایمان
- اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری اورژانس و سرویکس نامطلوب یا عدم پاسخ با القای لیبر با نظر و صلاحدید پزشک مسئول مطابق پروتکل پره اکلامپسی
- بیماری قلبی یا ریوی مادر با توجه به پروتکل مراقبت از بیماران قلبی در بارداری، زایمان و پس از زایمان
- در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد از ۳ تا ۹ دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.

* علل جنینی:

- دیسترس جنینی، مطابق پروتکل الگوی ضربان قلب جنین
- اختلالات خونریزی دهنده جنین
- آنومالی قابل درمان جنین که انجام زایمان طبیعی منجر به آسیب خوردن به آن عضو می شود مثل منگو میلوسل و...
- تاخیر رشد داخل رحمی جنین مطابق پروتکل اندازه رحم کوچکتر از سن حاملگی
- نمایش غیرطبیعی جنین مثل نمایش صورت، پیشانی پایدار، قرار عرضی و نمایش بریچ
- نکته: زایمان بریچ در صورت جنین زنده، قابل حیات و نداشتن موارد زیر می بایست به طریق سزارین انجام شود.



- ♦ مواردی که می‌توان در نمایش بریچ زایمان واژینال انجام داد (دو مورد اول از ضروریات انجام زایمان طبیعی در نمایش بریچ است).
- وجود فرد ماهر برای انجام زایمان طبیعی
- درخواست مادر به انجام زایمان طبیعی
- جنین با وزن کمتر از 9333 گرم
- جنین ترم
- جنین غیرقابل حیات
- نداشتن سابقه قبلی مرگ پری ناتال یا ترومای زایمان
- نمایش جنین فرانک بریچ
- عدم هیپراکستانسیون سر
- شکل لگن مناسب
- نداشتن سابقه قبلی سزارین
- شروع خودبخودی درد زایمان (القا و تقویت زایمان در نمایش بریچ کنتراندیکه است).

* علل مادری و جنینی:

- دیستوشی، عدم پیشرفت سیرزایمانی یا CPD (عدم تناسب سر جنین و لگن مادر) ناشی از لگن تنگ، جنین ماکروزوم یا هر دو برای تشخیص عدم تناسب سرجنین و لگن مادر لازم است تا با وجود دردهای زایمانی دیلاتاسیون سرویکس حداقل به ۳ سانتی‌متر رسیده باشد. در فاز فعال در موارد پیشرفت کند دیلاتاسیون از نظر دیستوشی بررسی گردد (مطابق فرم پارتوگراف) سایز کفش مادر، اندازه قد مادر و تخمین اندازه جنین بوسیله سونوگرافی یا معاینه، معیاری برای تشخیص CPD نمی‌باشد.

- ♦ در دکلمان جفت در صورت وجود شرایط زیر سزارین با نظر و تصمیم گیری پزشک مسئول انجام می‌شود:

جنین زنده و بالغ و قریب‌الوقوع نبودن زایمان واژینال

دیسترس جنینی

- دوقلویی قابل حیات و غیر سفالیک بودن یکی از قل‌ها (زایمان واژینال بسته به شرایط مادر و جنین و مهارت پزشک درموارد سفالیک- سفالیک یا سفالیک - بریچ قابل انجام است).

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف شناسایی اندیکاسیونهای علمی سزارین و با هدف کاهش سزارین‌های غیر ضروری و در راستای سیاست استقرار زایمان ایمن و ترویج زایمان طبیعی در کشور مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو : مدیر درمان

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

۱-۶ مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارد.

۷- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا

پزشک متخصص زنان و زایمان

۷-۱- انجام سزارین صرفاً براساس اندیکاسیون‌های 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 هرپس تناسلی
ث) عدم پیشرفت (شامل عدم پیشرفت زایمان ۸ ساعت پس از شروع دردهای واقعی و داشتن دیلاتاسیون سه سانتی‌متر، توقف به مدت سه ساعت در مرحله دو زایمانی)
ج) سزارین قبلی در صورتی که انسیزیون قبلی طول (کلاسیک) بوده باشد و یا بیمار سزارین متعدد قبلی داشته باشد.

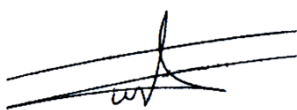
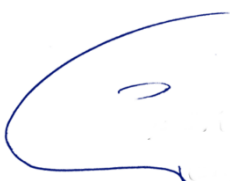


	(ج) تومورهای بزرگ رحمی که سرویکس را مسدود کند. (ح) اکلامپسی یا پره اکلامپسی شدید که به القای زایمانی (Induction) پاسخ ندهد. (خ) دیسترس جنینی حقیقی با ثبت علائم هشدار دهنده دیسترس جنینی در پرونده بیمار (د) اسکارهای رحمی غیر از اسکار عرضی سزارین روی سگمان تحتانی رحم و با سابقه پارگی رحم (ذ) قرار عرضی جنین 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.
ماما	۷-۲- ذکر اندیکاسیون های دیستوشی (عدم پیشرفت و عدم تطابق سر با لگن) و سزارین قبلی با ذکر جزئیات نظیر مرحله زایمانی، زمان شروع دردهای زایمانی، رسم منحنی پارتوگراف توسط ماما و پلویمتری لگن در رادیولوژی باشد.
ماما / پرستار	۷-۳- مطابق قانون و براساس دستورالعمل های وزارت بهداشت، تقاضا و تمایل شخصی افراد جهت انجام سزارین خارج از تعهدات و وظایف پزشکی و مراکز درمانی است. تبصره: (الف) هرگونه سزارین به تمایل شخصی باید مشروط به تکمیل رضایت نامه ضمیمه توسط بیمار و همسر وی باشد. (ب) کلیه زایمان هایی که به روش سزارین انجام می شود باید مشروط به رضایت بیمار باشد. (ج) تکمیل رضایت نامه ضمیمه و انضمام در پرونده برای کلیه زایمان هایی که به روش سزارین انجام می گردد الزامی است.
سرپرستار بلوک زایمان	۷-۴- کلاس های آموزشی با هدف آشنایی زنان باردار با آمادگی های لازم قبل از انجام زایمان طبیعی و زایمان بی درد و فوائد زایمان طبیعی و آگاهی از عوارض سزارین به طور دوره ای و منظم و همچنین مجازی برگزار گردد.
سرپرستار بلوک زایمان	۷-۵- وسایل کمک زایمان طبیعی با کیفیت مطلوب در بخش زایمان در دسترس باشد (مانند واکيوم).
متخصص زنان و سرپرستار بلوک زایمان	۷-۶- روش های زایمان بی درد توسط متخصص زنان و متخصص بیهوشی ترویج و مورد استفاده قرار گیرد.
متخصص زنان و سرپرستار بلوک زایمان	۷-۷- آمار ماهیانه میزان انجام سزارین و زایمان طبیعی پزشکان ثبت و به مدیر درمان و واحد معاونت درمان دانشگاه داده شود و موارد بارداری های پرخطر و سزارین های بدون اندیکاسیون مورد تایید در کمیته ترویج زایمان طبیعی بررسی شود.
سرپرستار بلوک زایمان	۷-۸- پرداخت کارانه زایمان طبیعی جهت رعایت اندیکاسیون های سزارین و ترویج زایمان طبیعی به طور عادلانه و صحیح انجام شود.
مدیر درمان	۷-۹- مدیردرمان نسبت تعداد زایمان طبیعی و سزارین ماهانه پزشکان را بررسی و در صورت افزایش نامعقول تعداد سزارین به نحو مقتضی تذکرات و هشدارهای لازم را به پزشکان و در صورت تکرار به طور جدی مورد اخطار و پیگیری قرار دهد.
مدیر درمان	۷-۱۰- مدیر درمان بر انجام سزارین های تقویمی نظارت دقیق داشته باشد و موارد خارج از اندیکاسیون در کمیته فنی طرح و بررسی گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده سرپرستار بخش مربوطه می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۸-۲- نظارت: مدیر درمان از طریق پیگیری گزارشات مربوطه از سرپرستار بخش بلوک زایمان و بررسی شاخص نسبت سزارین به زایمان طبیعی بر اجرائی صحیح دستورالعمل و روش نظارت و اطمینان حاصل می نماید.	
۹- مرجع تایید، تصویب ، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	



۱۰- منابع و مراجع:

- ۱-۱۰- مراقبت های مدیریت شده شماره ۵ - معاونت سلامت-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۱-۱۰- راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دفتر سلامت خانواده و جمعیت اداره سلامت مادران
 ۳-۱۰- راهنمای بالینی زایمان به روش سزارین-۳۰۲/۱۲۲۷۴-د وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	