

بیانیه ی اجماعی ISUOG، جهت منطقی سازی ارائه ی مراقبت های اوایل بارداری و پیش بینی خدمات سونوگرافی در شرایط SARS-CoV-2

مترجمین: دکتر پریچهر پور انصاری، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی، دکتر عاطفه ابراهیمی، پریناتالوژیست

ویرایش: دکتر سولماز پیری، پریناتالوژیست، مسئول روابط بین الملل انجمن متخصصین زنان و مامایی ایران

Translation by: Parichehr Pooransari, MD, Obs and Gyne, Perinatologist, Associate Professor, Perinatology Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Atefeh Ebrahimi, MD, Obs and Gyne, Perinatologist, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Reviewed by: Solmaz Piri, MD, Obs & Gyne, Perinatologist, Director of International Affairs of National Association of Iranian Gynecologists and Obstetricians (NAIGO), Tehran, Iran.

مقدمه:

با توجه به چالش های کنونی پاندمی کروناویروس (SARS-CoV-2) و جهت محافظت از بیماران و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی (شامل پزشکان، انجام دهندگان سونوگرافی، و حرفه های مرتبط) انجمن بین المللی سونوگرافی زنان و مامایی (ISUOG) این راهنما را براساس شواهد و نظراساتید، برای اداره عوارض اوایل بارداری، گردآوری کرده است. این بیانیه پیشنهادات و گزینه هایی را برای مدیریت بیماران ارائه می دهد که از جانب پزشکان دست اندرکار مراقبت های بهداشتی اوایل بارداری، جهت ارزیابی ارجاع شده اند.

سونوگرافی ترانس واژینال نقش اساسی در تصمیم گیری بالینی در اوایل بارداری دارد. ولی در حال حاضر تریاژ مناسب برای اولویت بخشی به استفاده از این روش خدمت در بارداری های در معرض خطر بالای عوارض، علی الخصوص بارداری اکتوپیک، که در آن ویزیت های بیمارستان از مشاوره از راه دور ایمن تر خواهد بود، ضروری است. کاهش موقت ظرفیت پذیرش بیمار، خطر انتقال SARS-CoV-2 بین بیماران و نیز بین بیماران و کادر درمان را میکاهد. پزشکانی که سونوگرافی انجام می دهند برای مدت زمان قابل توجهی در فاصله نزدیک با بیمار قرار میگیرند و نشان داده شده که در خطر بالاتری برای ابتلا به عفونت SARS-CoV-2 میباشند¹.

در واکنش به این پاندمی بی سابقه، منطقی سازی ویزیت بیماران و ارائه ی مراقبت های بارداری بسیار مهم است تا بتوان کارکنان و منابع را بسیج کرد و در عین حال اطمینان حاصل نمود که زنان در معرض خطر عوارض دوران بارداری همچنان بطور ایمن مراقبت میشوند. با در نظر گرفتن کاهش غیر قابل اجتناب در منابع و ظرفیت ها، که تعداد سونوگرافی های ممکن را محدود میکنند، لازمست که ویزیت های اوایل بارداری به یکی از سه روش زیر تریاژ شود:

- سونوگرافی ها و/یا ویزیت هایی که بایستی بدون تأخیر صورت گیرند؛
- سونوگرافی ها و/یا ویزیت هایی که میتوان بدون تأثیر قرار گرفتن مراقبتهای بالینی، آنها را به تأخیر انداخت؛
- سونوگرافی ها و/یا ویزیت هایی که میتوان در طی دوران پاندمی از انجام آنها اجتناب نمود.

تاکید این بیانیه ی اجماعی ، بر بیمارانی است که با شکایات شایع با مراکز مراقبت اوایل بارداری (مثل. بخش مراقبتهای اوایل بارداری، اورژانس های دارای سونوگرافی، و کلینیک سونوگرافی) تماس میگیرند. توصیه های پیشنهادی ما میتواند در هر منطقه، بر اساس در دسترس بودن منابع و زیرساخت های آنها، تغییر یابد، تا بتوان در حالی که انجام سونوگرافی به حداقل رسانده میشود، استفاده از آن را در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد، ادامه داد.

پیشنهادات در مورد تریاز سونوگرافی اوایل بارداری بر اساس شروع علائم و یافته های ارزیابی سونوگرافیک قبلی به ترتیب در جداول 1 و 2 به طور اجمالی آورده شده است. علل این موارد در متن ارائه شده است.

جدول 1 پیشنهادات جهت منطقی سازی اداره اوایل بارداری شامل سونوگرافی (USS)، بر اساس علائم، در شرایط پاندمی کووید-19

علائم	جزئیات	اقدام پیشنهادی
سونوگرافی هایی که بایستی بدون تأخیر انجام شوند		
درد شکم یا لگن (بدون سونوگرافی قبلی)	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه. کمیت درد را بر اساس visual analogue score امتیاز دهید (1-10)	طی 24 ساعت سونوگرافی انجام شود. [†]
خونریزی شدید برای بیش از 24 ساعت و وجود علائم سیستمیک خونریزی	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه. امتیاز خونریزی 3-4	طی 24 ساعت سونوگرافی انجام شود. [†]
وجود عوامل خطر برای بارداری خارج رحمی* همراه با درد و/یا خونریزی	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه.	طی 24 ساعت سونوگرافی انجام شود. [†]
سونوگرافی هایی که میتوان به تأخیر انداخت بدون اینکه مراقبت بالینی را تحت تأثیر قرار دهد		
خونریزی متوسط	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه. امتیاز خونریزی 2.	مشاوره تلفنی با یک پزشک با تجربه. از بیمار بخواهید طی یک هفته UPT انجام دهد: <ul style="list-style-type: none"> ○ نتیجه ی منفی: نیاز به پیگیری ندارد؛ ○ نتیجه ی مثبت: USS را پیشنهاد کنید.
خونریزی شدید که بهبود یافته است.	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های اورژانس، اتاق های اورژانس، مراقبت اولیه. امتیاز خونریزی 3-4 که در حال حاضر برطرف شده است.	مشاوره تلفنی با یک پزشک با تجربه. از بیمار بخواهید طی یک هفته UPT انجام دهد: <ul style="list-style-type: none"> ○ نتیجه ی منفی: نیاز به پیگیری ندارد؛ ○ نتیجه ی مثبت: USS را پیشنهاد کنید.
سونوگرافی های اوایل بارداری که میتوان در طی دوران پاندمی از انجام آنها اجتناب نمود.		

اطمینان دهی	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری ، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه.	مشاوره تلفنی با یک پزشک با تجربه. سونوگرافی های روتین لازم نیست
سقط (های) قبلی	موارد ارجاعی به علت سابقه سقط (ها)	مشاوره تلفنی با یک پزشک با تجربه. سونوگرافی های روتین لازم نیست
خونریزی خفیف با یا بدون درد، که برای بیمار مشکل ساز نباشد.	موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، مراکز مراقبت های اولیه. امتیاز خونریزی 1. کمیت درد را بر اساس visual analogue score امتیاز دهید (10-1)	مشاوره تلفنی با یک پزشک با تجربه. سونوگرافی های روتین لازم نیست
*عوامل خطر: سابقه ی بارداری اکتوپیک؛ سابقه جراحی لوله فالوپ؛ سابقه جراحی شکمی یا لگنی؛ عفونت های مقاربتی؛ بیماری التهابی لگن؛ استفاده از وسایل پیشگیری کننده از بارداری یا وسیله داخل رحمی پیشگیری از بارداری؛ استفاده از روش های کمک باروری. UPT (Urine Pregnancy Test) آزمایش ادرار بارداری. زمانی که تریاژ تلفنی صورت میگیرد، باید همیشه از قضاوت بالینی استفاده کرد، و در صورتیکه در مورد شرایط بالینی بیمار نگرانی وجود داشته باشد، باید بررسی فوری مقرر گردد.		

جدول 2 پیشنهادات جهت منطقی سازی پیگیری در اوایل بارداری بر اساس یافته های USS ابتدایی در شرایط پاندمی کووید-19

یافته ی سونوگرافی	جزئیات	اقدام پیشنهادی
بارداری زنده در محل طبیعی	سونوگرافی، جنین با ضربان قلب را نشان میدهد (حتی اگر با تاریخ قاعدگی تطابق نداشته باشد)	نیاز به پیگیری ندارد. با توجه به سونوگرافی-تاریخ بارداری را تعیین نمایید.
بارداری در محل طبیعی با قابلیت زنده ماندن نامشخص (PUV)	سونوگرافی، بارداری در مراحل اولیه در محل طبیعی را بدون وجود جنین با ضربان قلب نشان میدهد	یافته ها مطابق تاریخ قاعدگی باشد: نیاز به پیگیری ندارد. یافته ها مطابق با تاریخ قاعدگی نباشد: خطر سقط را توضیح دهید و تست ادرار بارداری و پیگیری تلفنی را طی 2 هفته مد نظر قرار دهید.
بارداری با محل نامشخص (PUL)	سونوگرافی نمیتواند بارداری داخل یا خارج رحمی را مشخص کند.	آزمایش خون طبق پروتکل محلی انجام شود. β -HCG با یا بدون پروژسترون اندازه گیری شود. از طرح M6 میتوان استفاده کرد (http://earlypregnancycare.co.uk/) طبق طرح یا سیاست منطقه ای تریاژ کنید.
بارداری اکتوپیک	بارداری اکتوپیک خارج رحمی یا رحمی	در صورت امکان مدیریت محافظه کارانه در پیش بگیرید. از متوترکسات با احتیاط و بعد از مذاکره با تیم چند تخصصی (MDT) استفاده کنید. جراحی انجام ندهید مگر اینکه USS توسط پزشک ارشد مورد تایید قرار گرفته باشد، و گزینه ی درمانی دیگری وجود نداشته باشد. در صورت انجام لاپاراسکوپی، از اقدامات احتیاطی دقیق برای فیلتر CO2 اطمینان حاصل شود و از PPE مناسب استفاده گردد. به عنوان جایگزین مینی لاپاراتومی را مد نظر قرار دهید.
سقط	بارداری در محل طبیعی که معیارهای سقط را داشته باشد.	در صورت امکان واکيوم آسیپراسیون دستی یا با دارو. بی حسی موضعی را مد نظر قرار دهید.
بارداری مولار	ویژگی های سونوگرافیک مطرح کننده بارداری مول کامل یا ناقص.	مشاوره توسط پزشک ارشد در مورد اداره ی بیمار

شرایطی که نیاز به درمان خواهند داشت		
استفراغ های شدید بارداری	تهوع و استفراغ در طی بارداری که نیاز به درمان با ضد تهوع دارد.	از ابزار غربالگری PUQE استفاده کنید. از پروتکل مربوط به درمان های دارویی که باید تجویز شوند پیروی کنید. مراقبت سرپایی در صورت لزوم.
(گنادوتروپین جفتی انسانی β) β -HCG, β -human chorionic gonadotropin; MDT, multidisciplinary team; (تیم چند تخصصی) PPE, personal protective equipment; (تجهیزات محافظت فردی) PUQE, pregnancy unique quantification of emesis		

راهنمای عمومی

غربالگری برای SARS-CoV-2

تمام خانم هایی که نیاز به مراقبت دارند باید بر اساس علائم و وضعیت عفونت تریاژ شوند. ارجح آن است که این اقدام بصورت تلفنی، توسط یک پزشک ارشد ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، قبل از ملاقات حضوری انجام شود. در شرایطی که بیمار ابتدا در درمانگاه ویزیت میشود، پرسنل انجام دهنده تریاژ باید تجهیزات محافظت فردی مناسب (PPE) بپوشند. بسیار مهم است که بیمار قبل از ورود به فضای درمانگاه جهت انجام سونوگرافی یا مشاوره از نظر علائم شایع مثل تب و سرفه² تریاژ گردد. غربالگری از نظر عوامل خطر از جمله مسافرت، شغل، تماس و مکانهای تجمع بیماری (TOCC) نیز باید انجام شود (پیوست 1). در صورتیکه شیوع محلی SARS-CoV-2 افزایش یابد، سیاست مدیریت تمام بیماران به عنوان بیمار پرخطر از یک مقطع زمانی ممکن است اجرا شود. همچنین پیشنهاد میکنیم پزشک ارشد ارائه دهنده مراقبت بهداشتی، شرح حال دقیقی از بیماران بگیرد، تا تعیین کند آیا نیاز به حضور در بیمارستان یا درمانگاه دارند یا خیر.

پروتکل بیماران مشکوک و یا قطعی کووید-19

باید از بیماران مبتلا به کووید-19 مشکوک یا قطعی خواست که در بخش حضور نیابند. اگر نیاز به بررسی باشد، آنها باید در قسمتی که برای کووید-19 اختصاص داده شده است ویزیت شوند. فقط باید از بیماران با غربالگری منفی یا بیماران مشکوک کووید-19 که نیاز به بررسی بدون تأخیر دارند، خواسته شود که در بخش حضور یابند. اگر نیاز به سونوگرافی باشد، توصیه میشود در صورت امکان یک دستگاه سونوگرافی و یک اتاق به بیماران مشکوک و یا قطعی کووید-19 اختصاص یابد. مهم است که تمیز کردن تجهیزات بر اساس دستورالعمل ایمنی انجام شود³.

شک به وجود همزمان عفونت SARS-CoV-2 در هر بیمار باید سریعاً به اطلاع کلیه اعضای تیم مراقبت بهداشتی برسد.

بیماران مشکوک به کووید-19 که نیاز به بستری دارند

اگر بیمار مشکوک به کووید-19 وضعیت پایدار داشته باشد، و از نظر بالینی ممکن باشد، باید به خانه فرستاده شود تا خود را برای 7 روز ایزوله کند. در هر فردی که با بیماری که علائم احتمالی کووید-19 را دارد، همخانه باشد مطلوب آن است که برای 14 روز خود را ایزوله کند. اگرچه در مراقبت های اوایل بارداری بعید است که این

امر قابل اجرا باشد. هر اتاق یا قسمتی از دیپارتمان که بیمار در آن حضور یافته باشد نیاز به ضد عفونی کردن اساسی خواهد داشت. اگر بیمار نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد، محل آن تا زمانی که آزمایش SARS-CoV-2 شرایط وی را روشن کند، به اندیکاسیون بستری و نیز در دسترس بودن یک اتاق اضافی، بستگی دارد.

شک به وجود همزمان عفونت SARS-CoV-2 در هر بیمار باید سریعاً به اطلاع کلیه اعضای تیم مراقبت بهداشتی برسد.

وقتهای ویزیت و تریاژ

وقتهای ویزیت جدید در طی ساعات کار عادی

در صورت امکان، موارد ارجاعی از مراکز مراقبت های فوری، مراکز اورژانس، ماماها و پزشکان مراکز مراقبت های اولیه به سرویس های حمایتی اوایل بارداری باید از طریق شماره تلفن اختصاصی انجام شود، تا بتوان هم از نظر خطر کووید-19 و هم از نظر علائم اوایل بارداری توسط یکی از اعضای تیم، تریاژ تلفنی انجام داد. اگر به علت محدودیت های لجستیک یا الزامات قانونی این امکان وجود نداشته باشد، آنگاه باید با پزشک آنکال که اورژانس های زنان را پوشش میدهد بطور مستقیم برای بحث و مشاوره تماس گرفته شود. یک فرم استاندارد برای غربالگری بیمار از نظر علائم و فاکتور های خطر TOCC باید پر شود. این برگه شامل سه سوال مربوط به مشخصات بیمار (نام، تاریخ تولد، شناسه ی فردی بیمار) میباشد؛ اگر شناسه ی فردی بیمار در دسترس نباشد توصیه میشود آدرس بیمار ثبت شود (پیوست 1). از این فرم میتوان برای ثبت دقیق جزئیات مشاوره، و مشخص کردن اینکه آیا بیمار نیاز به بررسی فوری دارد و اینکه آیا میتوان از راه دور به بیمار مشاوره داد یا خیر، استفاده کرد. این فرم یک گزارش پزشکی از مشاوره انجام شده است که می توان آن را با سوابق بیمار بایگانی نمود.

برای اینکه بیماران را به واحدهای خدمات اوایل بارداری ارجاع دهیم، لازم است یک آزمایش ادرار بارداری (UPT) مثبت داشته باشند. باید در موارد اورژانس زنان مثل شک به تورشن تخمدان، با یک پزشک ارشد آنکال مشاوره انجام شود.

وقتهای ویزیت جدید در خارج از ساعات عادی کار (عصر، شب و روزهای تعطیل)

از پزشکانی که در خارج از ساعات عادی کار، مراقبت های اولیه ارائه میدهند و همچنین کارکنان اورژانس درخواست میشود که بیماران را به پزشک آنکالی که اورژانس های زنان را پوشش میدهد ارجاع دهند (در صورت امکان، اینکار تلفنی انجام شود).

تریاژ تلفنی بیماران باید به شرح زیر انجام شود:

- به بیماران به شدت بدحال توصیه میشود که به اورژانس بروند. اگر هم اکنون در اورژانس هستند، باید توسط پزشک آنکال متخصص زنان یا جانشین وی بررسی شوند؛
- اگر ارزیابی "نسبتاً فوری" نیاز باشد، برای معاینه باید بیمار را به یک واحد ارزیابی ژنیکولوژی و یا اورژانس هدایت نمود؛
- اگر وضعیت بیمار پایدار باشد، باید شرح حال دقیقی از بیمار گرفته شود. در صورت امکان، برای ارزیابی بیشتر و بمنظور تریاژ یک پزشک با تجربه باید تلفنی با بیمار صحبت کند.

تریاژ

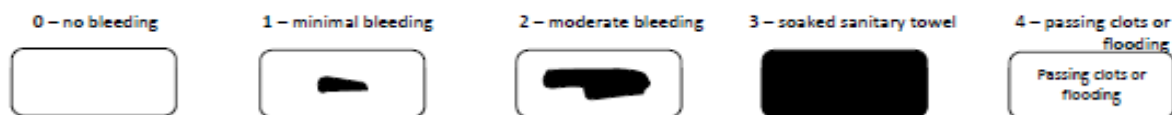
ایده آل آن است که تریاژ از راه دور و تلفنی انجام شود. در زمان تریاژ باید اطلاعات زیر جمع آوری شوند (پیوست 1)، اگرچه این موارد بر اساس منابع و زیرساختهای موجود قابل تغییر هستند:

- شناسه ی فردی بیمار
- علائم مرتبط با کووید-19
- عوامل خطر TOCC
- جزئیات شکایتی که بیمار با آن مراجعه کرده است (و توصیه های ارائه شده به وی)

شکایت/درخواستی که بیمار با آن مراجعه کرده است

شایعترین شکایتی که بیمار با آن مراجعه میکند خونریزی واژینال یا بدون درد لگنی میباشد. مقیاس های عینی خونریزی واژینال شامل نمودار تصویری ارزیابی خون از دست رفته (شکل 1) میباشد⁴. از مقیاس بصری امتیاز دهی درد که طیفی از 0 تا 10 (0 یعنی بدون درد و 10 یعنی درد شدید) میتوان برای تعیین شدت درد لگنی استفاده کرد.

Figure 1 Pictorial bleeding chart



مهم است که توجه داشته باشید اگر یک خانم با خونریزی واژینال و/یا درد لگنی مراجعه کند که قبلا سونوگرافی انجام داده که مطرح کننده بارداری در محل طبیعی (در حال پیشرفت یا سقط شده) باشد، قبل از اینکه ارزیابی سونوگرافیک برایش مدنظر قرار گیرد، باید ابتدا و در اسرع وقت با یک پزشک با تجربه، تلفنی مشاوره شود.

ارزیابی و پیگیری بر اساس علائم

سونوگرافی های اوایل بارداری که بایستی بدون تأخیر انجام شوند (پیوست 4)

- اگر یک خانم بارداری با درد لگنی مراجعه کرده باشد و قبلا سونوگرافی لگنی انجام نداده باشد که در آن وجود بارداری در محل طبیعی داخل رحم گزارش شده باشد، باید به او گفته شود تا در عرض 24 ساعت برای انجام سونوگرافی مراجعه کند.
- اگر یک خانم در اوایل بارداری خونریزی شدید واژینال (امتیاز خونریزی 3 یا بیشتر) شود که بیشتر از 24 ساعت طول کشیده و دچار علائم از دست رفتن خون شده باشد، باید به او گفته شود تا در عرض 24 ساعت برای انجام سونوگرافی مراجعه کند.
- اگر خانم با عوامل خطر بارداری اکتوپیک دچار علائم (مثل درد لگنی و/یا خونریزی واژینال) شود، باید به او گفته شود تا در عرض 24 ساعت برای انجام سونوگرافی مراجعه کند.
- عوامل خطر بارداری اکتوپیک شامل این موارد میشود:
 - (a) سابقه بارداری اکتوپیک؛
 - (b) سابقه جراحی لوله ی فالوپ؛

- (c) سابقه ی جراحی شکمی یا لگنی؛
- (d) عفونت های مقاربتی؛
- (e) بیماری التهابی لگن؛
- (f) وجود وسیله داخل رحمی پیشگیری از بارداری یا سیستم داخل رحمی؛
- (g) استفاده از روش های کمک باروری

هنگام انجام تریاژ تلفنی، باید همیشه از قضاوت بالینی استفاده کرد، و در صورتیکه در مورد شرایط بالینی بیمار نگرانی وجود داشته باشد، باید بررسی فوری مقرر گردد.

سونوگرافی هایی که میتوان به تأخیر انداخت بدون اینکه مراقبت بالینی را تحت تأثیر قرار دهد (پیوست 4)

- در صورتیکه بیمار در اوایل بارداری خونریزی واژینال متوسط (امتیاز خونریزی 2) داشته باشد، میتوان از او خواست که صبر کند و در عرض یک هفته آزمایش بارداری ادرار (UPT) را تکرار کند:
 - (a) اگر UPT منفی باشد، نیاز به پیگیری نیست؛
 - (b) اگر UPT مثبت باشد، باید پیشنهاد شود که بررسی سونوگرافیک انجام گیرد. زمان انجام این سونوگرافی به علائم بالینی بیمار بستگی دارد.
- اگر یک بیمار قبلاً در اوایل بارداری خونریزی شدید واژینال داشته (امتیاز خونریزی 3 یا بیشتر) و در حال حاضر برطرف شده است، میتوان از او خواست که صبر کند و در عرض یک هفته آزمایش بارداری ادرار (UPT) را تکرار کند:
 - (a) اگر UPT منفی باشد، نیاز به پیگیری نیست؛
 - (b) اگر UPT مثبت باشد، باید پیشنهاد شود که بررسی سونوگرافیک انجام گیرد. زمان انجام این سونوگرافی به علائم بالینی بیمار بستگی دارد.

سونوگرافی های اوایل بارداری که میتوان در طی دوران پاندمی از انجام آنها اجتناب نمود

- خانم های بدون علامت در دوران اوایل بارداری که صرف نظر از عوامل خطر، جهت اطمینان خاطر درخواست انجام سونوگرافی دارند؛
- خانم های بدون علامت در دوران اوایل بارداری که سابقه ی سقط دارند؛
- بیماران در دوران اوایل بارداری که علائم کمی مثل خونریزی خفیف واژینال (امتیاز خونریزی 1) با یا بدون ناراحتی خفیف لگنی (با استفاده از مقیاس بصری درد تعیین میگردد) دارند، که خودبخود بهبود می یابد.

پیگیری در مواقعی که قبلاً یکبار سونوگرافی انجام شده (پیوست 5)

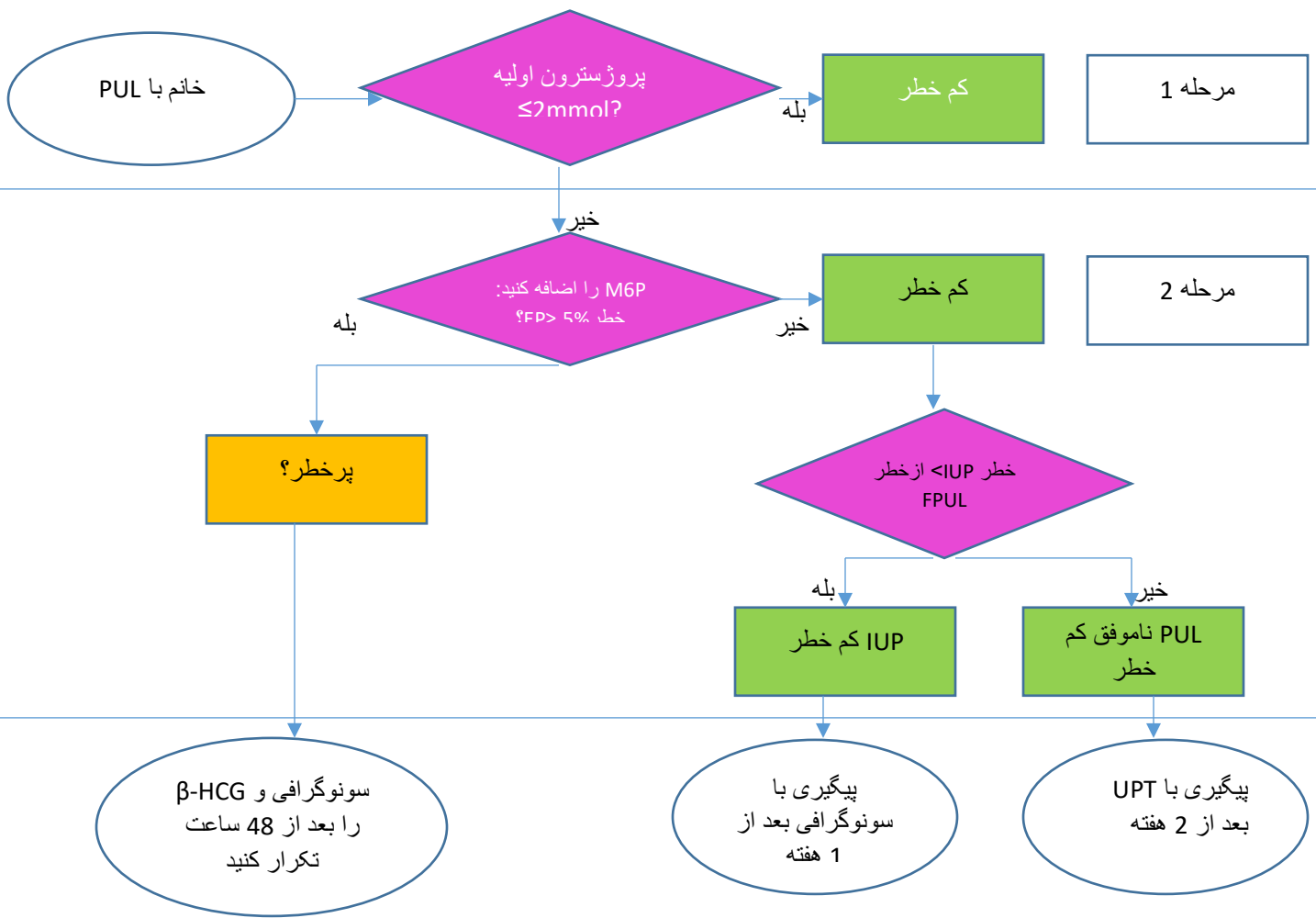
- بارداری داخل رحمی زنده یا بارداری داخل رحمی که قابلیت حیات آن نامشخص است. نباید به بیمار سونوگرافی اضافه تر پیشنهاد داد، مگر اینکه با توجه به بالین بیمار نیاز باشد. از بیمارانی که قابلیت حیات جنین آنها نامشخص است میتوان خواست 2 هفته دیگر UPT انجام دهند.
- بارداری در محل نامشخص (PUL)، طبق پروتکل منطقه ای یک آزمایش خون بایستی گرفته شود (جهت اندازه گیری گنادوتروپین جفتی انسانی β (HCG- β) با یا بدون پروژسترون). حساس ترین روش معتبر برای تفسیر این نتایج از طریق پروتکل دو مرحله ای (شکل 2) که شامل سطح اولیه ی پروژسترون سرمی میباشد و یا مدل تعیین خطر M6 که از سطح اولیه ی HCG- β ، سطح اولیه ی پروژسترون و

سطح β -HCG ی 48 ساعت بعد استفاده میکند، میباشد^{6،7}. در واحدهایی که اندازه گیری پروژسترون بخشی از پروتکل استاندارد آنها نیست میتوان نسخه ی مدلی را که در آن تنها از β -HCG استفاده میشود، بکار برد. سپس بیماران می توانند مطابق با نتیجه تعیین ریسک و سیاست منطقه مدیریت شوند. مدل M6 بصورت رایگان و آنلاین قابل دسترسی است. (<http://earlypregnancy.co.uk>).

این مدل ، خانم ها با PUL را براساس اینکه از نظر وقوع عوارض پرخطر یا کم خطر باشند به ترتیبی که در زیر اشاره شده است، تریاژ میکند:

- (a) PUL ناموفق کم خطر: باید به بیمار توصیه کنید 2 هفته بعد UPT انجام دهد؛ اگر آزمایش مثبت بود، باید با واحد مراقبت اوایل بارداری تماس بگیرد؛
- (b) بارداری داخل رحمی کم خطر: بیمار باید بعد از یک هفته سونوگرافی ترانس واژینال انجام دهد تا محل بارداری و قابلیت حیات آن اثبات شود؛
- (c) بارداری اکتوپیک ی پرخطر: باید به بیمار توصیه کنید بعد از 48 ساعت جهت تکرار اندازه گیری β -HCG و ارزیابی سونوگرافیک، به کلینیک مراجعه کند.

شکل 2 مدیریت بالینی پیشنهادی با استفاده از مدل M6 برای تعیین بارداری ها با محل نامشخص (PUL)



- **تهوع و استفراغ در بارداری (هایپر امزیس گراویداروم):** بیمار باید تلفنی ارزیابی شود و توصیه به مصرف ضد تهوع گردد. یک ابزار غربالگری معتبر برای بیماران باردار با تهوع و استفراغ در پیوست 2، و لیست داروهای ضدتهوع پیشنهادی نیز که برگرفته از راهنمای بریتانیا است (و ممکن است بر حسب کشور یا مرکز استفاده کننده تغییر داده شود) جهت توصیه ی تلفنی، در پیوست 3 ارائه شده است.⁸ نسخه را میتوان به پزشکان ارائه دهنده ی مراقبت های اولیه، یا در صورت امکان مستقیماً به خود بیمار تحویل داد. در صورتیکه نیاز به هیدراتاسیون داخل وریدی باشد، مراکزسرپایی برای این کار مناسب هستند.⁹ احتمال اندک بارداری مولار در موارد استفراغ های شدید بارداری و سایر علائم مثل خونریزی واژینال باید مد نظر باشد. در صورتیکه به علت افزایش بار کلینیکی در پاندمی، سونوگرافی های روتین جهت تعیین تاریخ بارداری به تأخیر بیفتند، به خانم هایی که به بیماری تروفوبلاستیک حاملگی مشکوک هستیم باید پیشنهاد کنیم در مراکز خدمات اوایل بارداری ارزیابی شوند.

- **بارداری اکتوپیک:** بیماران در صورت امکان باید مطابق پروتکل منطقه ای، با درمان محافظه کارانه مدیریت بشوند. جهت هدایت درمان تشخیص دقیق بارداری اکتوپیک بسیار مهم است؛ لذا سونوگرافی این بیماران باید توسط مجرب ترین پزشک در دسترس انجام گردد. در صورتیکه پزشک ارشد در بیمارستان نباشد و یا خود را ایزوله کرده باشد، این امکان باید فراهم شود که وی بتواند عکس های سونوگرافی را بصورت آنلاین و با رعایت رازداری بیمار، بررسی کند.

موارد زیر پیشنهادات و نکات عملی مناسب و مهم در ارتباط با اداره ی بیماران با بارداری اکتوپیک هستند:

(a) درمان انتظاری: از پیگیری مناسب اطمینان حاصل کنید، تا حد امکان تماس با بیمار را کاهش دهید، تعداد سونوگرافی را محدود کنید و در صورت امکان بیمار را بوسیله ی β -HCG مانیتور کنید.

(b) درمان دارویی: شایعترین داروی آنتی متابولیت مورد استفاده متوترکسات میباشد¹⁰. برای محاسبه ی دوز آن از اندازه سطح بدن استفاده میشود. یکی از خطرات شناخته شده به دنبال مصرف متوترکسات خطر اندک تضعیف ایمنی میباشد¹¹. در حال حاضر مشخص نیست که آیا تضعیف ایمنی منجر به افزایش اثر عفونت SARS-CoV-2 میشود یا خیر و آیا تجویز اینگونه داروها در بیماران SARS-CoV-2 مثبت منجر به تشدید عوارض پنومونی آن میشود یا خیر. احتمال دارد که اثرات مضر متوترکسات در بیماران کووید-19 کم باشد، ولی به هر حال این احتمال باید در نظر گرفته شود و در زمان استفاده از درمان دارویی باید با یک پزشک ارشد مشورت شود و در جلسه ای با حضور متخصصین چند رشته ای بررسی گردد. بسته به پروتکل بیمارستان محلی غربالگری قبل از تجویز متوترکسات باید مدنظر قرار گیرد.

(c) یک بیانیه ی مشترک توسط کالج های سلطنتی جراحان بریتانیا اظهار داشته است که لاپاروسکوپی باید تنها در شرایط خاص در طی پاندمی کووید-19 انجام شود^{12،13}. سایر انجمن های ملی مثل انجمن آندوسکوپی زنان بریتانیا و کالج سلطنتی زنان و مامائی، استفاده از لاپاروسکوپی را با رعایت احتیاطات لازم مجاز می دانند. شواهد محدودی در مورد خطر عفونت SARS-CoV-2 در حین لاپاروسکوپی وجود دارد؛ لذا، حین لاپاروسکوپی، باید شدیداً احتیاط شود که از نشت CO2 به داخل اتاق عمل جلوگیری گردد، و پرسنل اتاق عمل باید PPE مناسب بپوشند¹⁴. در صورتیکه این احتیاطات با اطمینان قابل اجرا نباشند باید از لاپاروتومی بجای لاپاروسکوپی استفاده کرد.

- **سقط:** خانم ها با تشخیص سقط باید بر طبق پروتکل منطقه ای مدیریت شوند. در صورت امکان باید مشاوره تلفنی پیشنهاد و انجام شود. با اینحال باید تلاش شود میزان بستری کاهش یابد؛ گزینه های ارجح، درمان دارویی و واکووم آسپیراسیون دستی هستند، اگر در واحد محلی در دسترس باشند¹⁰:

(a) در خانم هایی که تحت درمان انتظاری یا در مان دارویی قرار میگیرند نیازی نیست توصیه شود سونوگرافی بیشتری انجام دهند، ولی باید سه هفته بعد UPT انجام دهند. اگر تشخیص سقط در بیمارستان داده شود، باید مسکن مناسب مثل استامینوفن کدئین به بیمار داده شود. مراکز باید سعی کنند که در صورت در دسترس بودن امکانات، سه هفته بعد از سقط امکان مشاوره تلفنی را برای بیمار جهت ارزیابی سلامتی جسمی و روحی فراهم کنند؛

(b) امکانات جراحی باید در هر منطقه، بطور روزانه بررسی شود و در صورتیکه درمان جراحی اندیکاسیون داشته باشد اقدامات احتیاطی لازم در ارتباط با جراحی و PPE باید صورت گیرد. در صورت مناسب و در دسترس بودن، واکویم آسپیراسیون دستی باید انجام شود، تا خطر وسایل مورد نیاز مرتبط با بیهوشی عمومی کاهش یابد.

برنامه ریزی و سازمان دهی و قتهای ویزیت

وقتهای ویزیت قبلی

- باید فوریت بالینی و قتهای ویزیت قبلی توسط تیم پزشکی بصورت هفتگی بازنگری شوند؛
- تمام سونوگرافی های غیر اورژانسی باید برای (حداقل) 14 روز به تعویق بیفتند و بر اساس الگوهای توصیه شده برای مراقبت های ضروری تنظیم شوند؛
- برای و قتهای ویزیت روتین و غیر اورژانسی، باید به خانم ها تلفنی توصیه شود که مراقبت بارداری آنها لطمه نخواهد خورد ولی تغییراتی در آن ایجاد میشود تا بیمار و فرزندش در طی پاندمی -SARS-CoV-2 ایمن باشند. باید به خانمهای باردار توصیه شود که طبق راهنماهای کشوری و منطقه ای حتی الامکان به بیمارستانها مراجعه نکنند و در صورت نیاز خود را 14 روز قرنطینه نمایند.

احتیاطاتی که باید در اتاق های انتظار و معاینه رعایت شوند

1. با در نظر داشتن توصیه های فاصله گذاری اجتماعی، مهم است که به و قتهای داده شده برای ویزیت، رعایت فاصله گذاری زمانی بین و قتهای ویزیت برای جلوگیری از شلوغی در اتاق انتظار و فاصله 2 متری بین صندلی ها در اتاق انتظار توجه شود.
2. ضد عفونی کننده دست باید در محل ورودی و نیز در اتاق انتظار در دسترس باشد. باید به بیماران و همسرانشان (اگر حضور داشته باشند) توصیه کنیم به محض ورود و نیز مکررا در زمان انتظار در بخش و قبل از انجام سونوگرافی از آن استفاده کنند. اگر به علت کمبود، ضد عفونی کننده در دسترس نباشد، باید به خانم ها توصیه کنیم دست های خود را با صابون حداقل به مدت 20 ثانیه قبل از انجام سونوگرافی بشویند.
3. ماسک های صورت مطابق با دستورالعمل منتشر شده ی قبلی باید در دسترس قرار گیرند¹. علی الخصوص بیماران علامتدار یا افرادی که فکر میکنید ممکن است مبتلا به کووید-19 باشند، باید از ماسک جراحی استفاده کند. انجام دهنده سونوگرافی باید بسته به خطر انتقال عفونت از بیمار، ماسک جراحی یا ماسک تنفسی (N95, FFP2/3) استفاده کند.
4. باید از بیماران خواسته شود زمانی که برای ویزیت می آیند به تنهایی و یا فقط با یک همراه بزرگسال مراجعه کنند. هیچ کودک یا بزرگسال بالای 60 سالی نباید در زمان ویزیت حضور یابد. خانم هایی که علائم مشکوک به عفونت کروناویروس دارند باید از مراجعه به بخش ها پرهیز کنند، مگر اینکه

اندیکاسیون بالینی قطعی برای ویزیت وجود داشته باشد. در این شرایط فرد باید در قسمتهای مخصوص بیماران عفونی و یا قسمتهای ارزیابی SARS-CoV-2 بررسی گردند.

راهنما برای افرادی که سونوگرافی های روتین و یا تخصصی انجام میدهند

1. دستورالعمل تمیز و ضد عفونی کردن تجهیزات و پروب ها، نیز چگونگی محافظت از بیمار و انجام دهنده سونوگرافی حین انجام سونوگرافی های زنان و مامائی در یک راهنمای مجزا تهیه شده است³.
2. باید از تمامی توصیه هایی که توسط بخش های کنترل عفونت منطقه ای ارائه شده اند پیروی شود که شامل موارد ذیل میشوند:
 - دست فرد سونوگرافر باید از زیر آرنج برهنه باشد؛
 - سونوگرافر نباید ساعت و یا هیچ زیورآلاتی استفاده کند.
3. پزشکان باید قبل و بعد از تماس مستقیم با بیمار دست های خود را بشویند یا ضد عفونی کنند.
4. پزشکان باید حین انجام سونوگرافی دستکش های بدون لاتکس یکبار مصرف بپوشند و بعد از هر بیمار آن را تعویض کنند.
5. توصیه میکنیم از آنجایی که سونوگرافر ها برای انجام سونوگرافی مدت زمان طولانی در تماس نزدیک با بیمار قرار میگیرند، حداقل از ماسک جراحی سه لایه استفاده کنند. وقتیکه در حال کنترل بیمار مشکوک/محمتمل / یا قطعی ابتلا به کووید-19 هستند از ماسک تنفسی (N95, FFP2/3) استفاده کنند¹.
6. توصیه میشود بجای ظرف های ژل از بسته های یکبار مصرف ژل حتی در زمان انجام سونوگرافی شکمی استفاده شود.
7. باید به کارکنان غیر بالینی (مثل مسئول پذیرش و منشی) توصیه شود از آیین نامه ی کنترل عفونت منطقه ای پیروی کنند. در صورتیکه این افراد بتوانند وظایف خود را بدون تماس نزدیک با بیمار انجام دهند، استفاده از ماسک جراحی سه لایه برای آنها ضروری نیست.
8. تمامی پرسنلی که در بخش سونوگرافی کار میکنند باید از علائم عفونت SARS-CoV-2 مثل تب، سرفه و تنگی نفس که جدیداً شروع شده آگاهی داشته باشند. اگر هر کدام از این علائم در آنها دیده شد، در صورتیکه پروتکل های منطقه ای اجازه دهد، باید فوراً مشاوره پزشکی و آزمایش انجام دهند.

هماهنگ کردن بخش منطقه ای خود در طی پاندمی کووید-19

علاوه بر نیازهای معمول روزانه برای اداره بخش منطقه ای، موارد زیر را نیز توصیه میکنیم:

- انبار PPE باید روزانه بررسی شود تا مطمئن شویم که بخش ما آماده است و ذخیره دارد؛
- تمامی کارکنان باید برای ماسک های FFP3 فیت تست را انجام دهند و سوابق باید ثبت شود؛
- مدیران باید پیش بینی کنند که کارکنان (یا افراد خانواده ی آنها) ممکن است طی دوران پاندمی، بیمار شوند، و لذا، باید مطابق با امکانات منطقه ای، برای تامین کارکنان و پیشامدهای اضطراری برنامه ریزی کنند؛
- اگر بیماران از نظر SARS-CoV-2 بررسی شدند، اطمینان حاصل کنید که سوابق آزمایش های ارسالی نگهداری میشوند، و این نتایج روزانه چک میگردند. اطمینان حاصل کنید که نتیجه ی آزمایش به اطلاع بیمار رسانیده شود، و در صورتیکه بستری بوده است، کارکنان بخش و تیم بیمارستان در اسرع وقت در جریان قرار گیرند؛
- اگر جلسات تیم چند تخصصی (MDT) به درمان بیماران مربوط باشند، توصیه موکد میشود که MDT هفتگی انجام شود، که می تواند با استفاده از یک فضای جلسه آنلاین (مثل Zoom) ترتیب داده شود، تا در مورد بیماران بحث شود؛

- با توجه به اینکه خطر انتقال SARS-CoV-2 بین کارکنان بالاست، باید فاصله گذاری اجتماعی بین همکاران تا حد امکان رعایت گردد و جلسات باید به حداقل لازم برسد. استراحت و سرو غذا باید به صورت تکی و نه به صورت گروهی انجام شود.

REFERENCES

1. Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall'Asta A, Deng J, Harrison G, Marsal K, Lee JCS, Lim A, Miloro P, Poon LC, Salvesen KJ, Sande R, ter Haar G, Westerway SC, Xie MX, Lees C. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. *ISUOG* 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/b8dde768-08a2-424c-a4615551637515e9/ISUOG-Safety-Committee-statement-on-COVID19-and-PPE.pdf>.
2. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Lie C, Hui D, Du B, Li L. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *NEJM* 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
3. Poon LC, Abramowicz JS, Dall'Asta A, Sande R, ter Haar G, Marsal K, Brezinka C, Miloro P, Basseal J, Westerway SC, Abu-Rustum RS. ISUOG Safety Committee Position Statement: safe performance of obstetric and gynecological scans and equipment cleaning in the context of COVID-19. *ISUOG* 2020. <https://www.isuog.org/resource/isuog-safety-committee-statement-covid19.html>.
4. Herman MC, Mak N, Geomini PM, Winkens B, Mol BW, Bongers MY. Is the Pictorial Blood Loss Assessment Chart (PBAC) score associated with treatment outcome after endometrial ablation for heavy menstrual bleeding? A cohort study. *BJOG* 2016. DOI: 10.1111/1471-0528.14434.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Ectopic Pregnancy. *ACOG* 2018. <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/pregnancy/ectopic-pregnancy>.
6. Bobdiwala S, Saso S, Verbakel JY, Al-Memar M, Van Calster B, Timmerman D, Bourne T. Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2019; 126(2): 190–198.
7. Bobdiwala S, Christodoulou E, Farren J, Mitchell-Jones N, Kyriacou C, Al-Memar M, Ayim F, Chohan B, Kirk E, Abughazza O, Guruwadahyhalli, Guha S, Vathanan V, Bottomley C, Gould D, Stalder C, Timmerman D, Van Calster B, Bourne T. Triaging women with pregnancy of unknown location using two-step protocol including M6 model: clinical implementation study. *UOG* 2019. DOI:10.1002/uog.20420.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum Green top guideline No 69. *RCOG* 2016. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>.
9. Mitchell-Jones N, Farren J, Tobias A, Bourne T, Bottomley C. Ambulatory versus inpatient management of severe nausea and vomiting in pregnancy: A randomized control trial with patient preference arm. *BMJ Open* 2017; 7(12): e017566.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. Guideline. *NICE* 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>.
11. British National Formulary. Methotrexate. *BNF* 2020. <https://bnf.nice.org.uk/drug/methotrexate.html>.
12. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic surgeons. Update to SAGES recommendations regarding surgical response to COVID-19 crisis. *SAGES* 2020. <https://www.sages.org/update-to-sages-recommendations-regarding-surgical-response-to-covid-19-crisis/>

13. The Royal College of Surgeons of Edinburgh. Intercollegiate General Surgery Guidance on COVID-19. *RCSED* 2020. <https://www.rcsed.ac.uk/news-public-affairs/news/2020/march/intercollegiate-general-surgery-guidance-on-covid-19>

14. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Annals of Surgery* 2020.

15. National Institute for Health and Care Excellence. Doxylamine/pyridoxine (Xonvea) for treating nausea and vomiting of pregnancy. Evidence summary. *NICE* 2019. <https://www.nice.org.uk/advice/es20/chapter/Key-messages>.

AUTHORS

T. Bourne, Tommy's National Centre for Miscarriage Research, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK; Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

C. Kyriacou, Tommy's National Centre for Miscarriage Research, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

A. Coomarasamy, Tommy's National Centre for Miscarriage Research, Institute of Metabolism and Systems Research, College of Medical and Dental Sciences, University of Birmingham, Edgbaston, UK

M. Al-Memar, Tommy's National Centre for Miscarriage Research, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, London, UK

M. Leonardi, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

E. Kirk, Early Pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Royal Free NHS Foundation Trust, London, UK

C. Landolfo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Dipartimento Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica, Rome, Italy

M. Blanchette-Porter, Larner College of Medicine at University of Vermont Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences Division, Reproductive Medicine and Infertility Burlington, Vermont, USA

R. Small, Birmingham Heartlands Hospital, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Bordesley Green East, Birmingham, UK

G. Condous, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia

D. Timmerman, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgium; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgium

پیوست 1: مثال چک لیست علایم و TOCC

چک لیست علایم و TOCC

1	علایم بیماری مشابه انفلوانزا	احتیاطات دراپلت برای بیماران → با علایم تنفسی احتیاطات تماسی →
<input type="checkbox"/>	تب	
<input type="checkbox"/>	سرفه	
<input type="checkbox"/>	گلودرد	
<input type="checkbox"/>	تنگی نفس	
<input type="checkbox"/>	اسهال و/یا استفراغ	
<input type="checkbox"/>	هیچکدام از علایم فوق	
<input type="checkbox"/>	عدم اطلاعات کافی	در صورت وجود علایم بیماری TOCC + مشابه انفلوانزا → ایزولاسیون مناسب → احتیاطات دراپلت، ایربورن و تماسی
2	14 روز قبل از شروع علایم: TOCC	
<input type="checkbox"/>	سابقه سفر اخیر به مناطق آلوده تا تاریخ سفر از محل سفر _____	
<input type="checkbox"/>	(مثل کارمندان آزمایشگاه، کارمندان بهداشتی درمانی، ارتباط نزدیک با حیوانات وحشی) مشاغل پر خطر	
<input type="checkbox"/>	تاریخچه تماس با: بیمار مبتلا به عفونت تابی شده کووید 19 مصرف حیوانات وحشی د مناطق آلوده به کووید 19	
<input type="checkbox"/>	جمع مبتلایان به بیماری مشابه انفلوانزا یا پنومونی (بیشتر یا مساوی دو نفر)	
<input type="checkbox"/>	هیچکدام از موارد فوق	
<input type="checkbox"/>	عدم اطلاعات کافی	
3	انواع احتیاطات جداسازی لازم:	
<input type="checkbox"/>	احتیاطات دراپلت	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	احتیاطات تماسی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	احتیاطات ایربورن	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	هیچکدام	
تاریخ		
نام و امضا		
سطح مراقبت		

احتیاطات دراپلت: بیمار ماسک استفاده کند، اتاق مجزا داشته باشد، پرسنل هنگام ورود به اتاق PPE داشته باشند و حتما ماسک استفاده کنند.

احتیاطات تماسی: اتاق مجزا، پرسنل هنگام ورود به اتاق PPE داشته باشند شامل دستکش، گان و وسایل یکبار مصرف.

احتیاطات ایربورن: بیمار حتما ماسک داشته باشد، اتاق ایزوله فشار منفی، پرسنل هنگام ورود به اتاق PPE داشته باشند شامل ماسک تست شده از نظر اندازه مناسب، دستکش، گان، محافظ صورت و چشم، اتاق ایزوله فشار منفی، محدودیت ورود پرسنل در معرض خطر داخل اتاق، استفاده از لوازم یکبار مصرف.

پیوست 2 راهکار سریع ارزیابی استفراغ شدید حاملگی در اوایل بارداری

سیستم امتیاز دهی میزان استفراغ خاص بارداری (PUQE)⁸

در تمام بیمارانی که با تهوع و استفراغ در اوایل بارداری مراجعه میکنند پر شود

1. طی 12 ساعت گذشته برای چه مدتی شما احساس تهوع یا ناراحتی در معده خود داشتید؟

اصلا	1 ساعت یا کمتر	2-3 ساعت	4-6 ساعت	بیشتر از 6 ساعت
امتیاز = 1	امتیاز = 2	امتیاز = 3	امتیاز = 4	امتیاز = 5

2. آیا طی 12 ساعت گذشته استفراغ کرده اید یا بالا آورده اید؟

بالا نیاورده ام	1-2	3-4	5-6	7 مرتبه یا بیشتر
امتیاز = 1	امتیاز = 2	امتیاز = 3	امتیاز = 4	امتیاز = 5

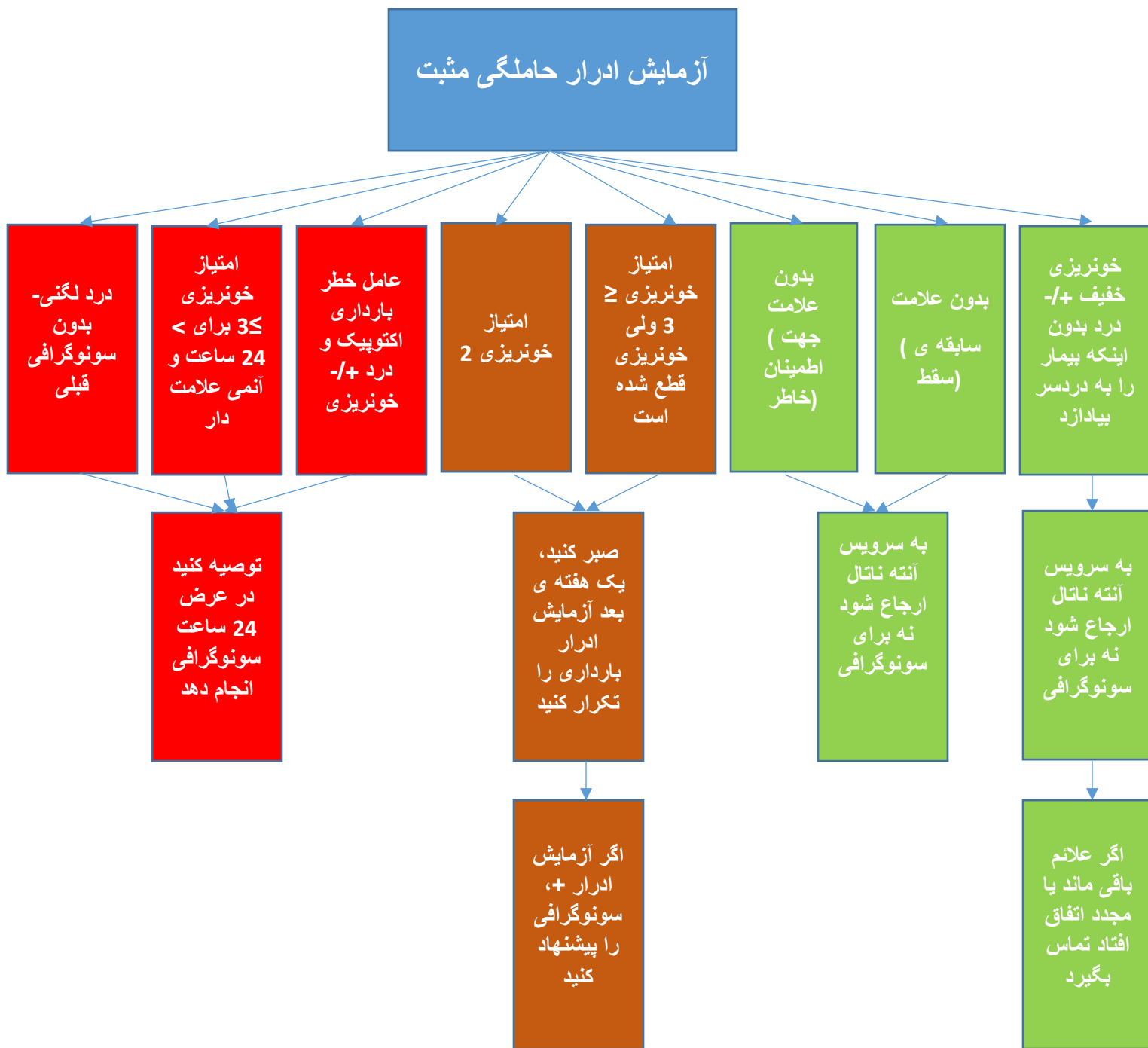
3. چند مرتبه عذقه زده اید بدون اینکه استفراغ کنید؟

اصلا	1-2	3-4	5-6	7 مرتبه یا بیشتر
امتیاز = 1	امتیاز = 2	امتیاز = 3	امتیاز = 4	امتیاز = 5

تفسیر امتیازات

امتیاز > 6	تهوع و استفراغ خفیف بارداری توصیه به مصرف ضد تهوع طبق پروتکل توصیه کنید در صورت بدتر شدن علائم، مراجعه کند
امتیاز 7-12	تهوع و استفراغ متوسط بارداری توصیه به مصرف ضد تهوع طبق پروتکل توصیه کنید در صورت بدتر شدن علائم، مراجعه کند
امتیاز ≤ 13	تهوع و استفراغ شدید / هیپرامزیس گراویداروم نیاز به درمان های مراقبتی سطح 2 دارد: به تیم ژنیکولوژی ارجاع شود در صورت امکان درمان سرپایی انجام شود

دارو	طرز عملکرد	دوز / روش تجویز	امنیت	عوارض جانبی
خط اول				
سیکلیزین	آنتی هیستامین آنتاگونیست رسپتور H1 خواص آنتی کولینرژیک	خوراکی / IV/ IM/ PR 50mg هر 8 ساعت، تزریق آهسته ی وریدی. انفوزیون زیرجلدی (150mg طی 24 ساعت)	دارای ایمنی خوب در دوران بارداری شواهدی به نفع تراتوژن بودن آن وجود ندارد	خواب آور، عوارض آنتی کولینرژیک (تاکیکاردی، خشکی دهان، سرگیجه، بیوست، تاری دید)، اثر سرخوشی / توهم زایی
زونوا (داکسیلامین همراه با پیریدوکسین (B6))	آنتی هیستامین آنتاگونیست رسپتور H1 تأثیر ضد تهوع پیریدوکسین نامشخص است	خوراکی دیکلکتین: 10mg داکسیلامین + پیریدوکسین 10mg. 2-4 قرص در روز در دوزهای منقسم	ایمن است نگرانی که سابقاً در مورد افزایش نقایص موقع تولد به دنبال مصرف این دارو وجود داشت، رد شده است	خواب آور، عوارض آنتی کولینرژیک
پروکلرپرازین	فوتیازید آنتاگونیست دوپامین	خوراکی: 5-10mg TDS زیرزبانی: 3-6mg BD تزریق عضلانی: 12.5mg TDS	دارای ایمنی خوب در دوران بارداری شواهدی به نفع تراتوژن بودن آن وجود ندارد	عوارض اکثر اپیرامیدال
خط دوم				
متوکلوپرامید	ترکیب دوپامین و آنتاگونیست 5-هیدروکسی تریپتامین (-5) (HT)	خوراکی/IV/IM 10mg سه بار در روز انفوزیون زیرجلدی -30 100mg در 24 ساعت دوز های داخل وریدی طی حداقل 3 دقیقه	دارای ایمنی خوب در دوران بارداری شواهدی به نفع تراتوژن بودن آن وجود ندارد	عوارض اکستراپیرامیدال (دیسستونی حاد، کریز اوکولوژیبریک). باید برای مدت کوتاه تجویز شود، آژانس دارویی اروپا توصیه میکند حداکثر 5 روز مصرف شود.
اندانسترون	آنتاگونیست گیرنده 5-HT تایپ 3 که هم بصورت محیطی عمل ملکند و هم مرکزی	خوراکی/IV/IM/PR/SL 4-8mg سه بار در روز انفوزیون زیر جلدی تا 32mg طی 24 ساعت	با نقایص دهانی / صورتی (شکاف لب/کام) همراه است. بزرگترین مطالعات مشاهده ای مطرح میکنند که شواهدی به نفع تراتوژنسیته یا عوارض نامطلوب بارداری با این دارو وجود ندارد.	بیوست، گرگرفتگی، آریتمی سندرم QT طولانی (در صورتیکه همزمان اختلالات الکترولیتی وجود داشته باشد، خطر آن بالاتر است)



پیوست 5 فلوجارت خلاصه ی توصیه های منطقی در مورد پیگیری بیمار در دوران اوایل بارداری بر اساس یافته های اولیه ی سونوگرافی در شرایط پاندمی کووید-19

