



معاونت درمان

---

# اصلاحیه راهنمای بالینی اندیکاسیون های سزارین در مادران باردار مبتلا به بیماریهای زمینه ای

---

پاییز سال 1403

## گردآوری، تهیه و تدوین:

انجمن پریناتولوژی ایران، دکتر اشرف جمال، دکتر حمیرا وفایی، دکتر ریحانه پیرجانی،  
دکتر پریچهر پور انصاری، دکتر زهرا پناهی، دکتر مریم نورزاده، دکتر مریم ربیعی، دکتر  
نفیسه صاعدی

## بسم الله الرحمن الرحيم

### راهنمای بالینی اندیکاسیون های سزارین در مادران باردار مبتلا به بیماریهای زمینه ای

مادر مبتلا به هر یک از بیماریهای مزمن و زمینه ای از جمله بیماری قلبی، ریوی، لوپوس، کلیوی، مغز و اعصاب، ارتوپدی، چشم، انکولوژی، روانپزشکی و سایر بیماریها نیاز به توجه ویژه ای در دوران بارداری دارد. زمان و روش ختم بارداری ( زایمان طبیعی یا سزارین ) در این مادران نیز بسیار مهم است. با عنایت به شروع اجرای هماهنگ سیاستهای جوانی جمعیت در کشور و مطابق با تکلیف ماده ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ( تامین حفظ و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و کاهش سالانه ۵ درصد از میزان زایمان غیر طبیعی نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی ) یکی از دغدغه های موجود، انتخاب روش صحیح ختم بارداری در مادران باردار مبتلا به بیماریهای زمینه ای است.

تا کنون راهنمای بالینی که، روش ختم بارداری در مادران باردار مبتلا به بیماریهای مزمن و زمینه ای بیان شده باشد در کشور تدوین نگردیده است. با تدوین این راهنمای بالینی بر اساس آخرین مراجع علمی، از یک طرف از انجام سزارین های بدون اندیکاسیون علمی در راستای سیاستهای کاهش زایمان سزارین جلوگیری شده و از طرف دیگر با مشخص گردیدن مواردی که به دلیل بیماری زمینه ای مادر، لازم است روش تولد فرزند با انجام سزارین صورت گیرد مشخص گردیده و از عوارض مورتالیتته و موربیدیتته مادری کاسته می گردد.

لذا، پیرو ابلاغ دستورالعمل اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و بر اساس اقدامات ذیل ماده ۵۰، "برای یکپارچه سازی سیاستها" و با هدف توجه ویژه به کاهش بروز خطر برای سلامت مادر و جنین یا شرایط وخیمی که ممکن است در جریان زایمان طبیعی برای یکی از آنها به وجود آید، همچنین جهت کاهش اشتباه و سردرگمی در تصمیم گیری ها ی مربوط به نحوه ختم بارداری در مادران باردار مبتلا به بیماریهای مزمن و زمینه ای، تدوین و ابلاغ " اندیکاسیون های سزارین در مادران باردار مبتلا به بیماریهای زمینه ای" ضروری به نظر می رسد.

## اهداف:

- 1- یکپارچه سازی سیاستهای ترویج زایمان طبیعی و هماهنگی در عملکردها در راستای کاهش زایمان به روش جراحی به ویژه در مادران باردار با بیماریهای زمینه ای
- 2- توجه ویژه به کاهش بروز خطر برای سلامت مادر و جنین یا عوارضی که ممکن است در جریان زایمان طبیعی برای بعضی از بیماران به وجود آید
- 3- کاهش اشتباه و سردرگمی در تصمیم گیری های مربوط به نحوه ختم بارداری در مادران باردار با بیماری زمینه ای
- 4- تعدیل و اصلاح نسبت تعداد موالید زایمان طبیعی به سزارین همزمان با ارتقای شاخصهای سلامتی در حوزه مرگ و میر مادر و نوزاد
- 5- کاهش ارجاع مادران باردار جهت انجام مشاوره های تخصصی قبل از زایمان برای دستیابی به انتخاب بهترین روش ختم بارداری و کاهش هزینه ها و اتلاف وقت بیمار و پزشک
- 6- تسهیل عملکرد متخصصین در راستای انتخاب بهترین روش برای ختم بارداری

### ماده 1 : اندیکاسیون های سزارین در زنان باردار با بیماریهای زمینه ای شایع (جدول پیوست)

1- **زنان باردار با بیماریهای قلبی<sup>1,2,22</sup>**: در شرایطی که به دلیل بیماریهای قلبی امکان زایمان طبیعی ایمن ( safe setting for NVD) وجود نداشته باشد، در ضمن انجام مشاوره قلب در همان مرکز، روش ختم بارداری به روش سزارین مدنظر قرار می گیرد.

در مواردی که امکان زایمان طبیعی ایمن تحت آنالژی اپیدورال وجود داشته باشد، وجود هر کدام از موارد زیر کمتر اندیکاسیون زایمان طبیعی می باشد و زایمان سزارین بایستی مدنظر قرار گیرد: بیماران دارای آنورت دیلاته در زمینه هر بیماری (دیلاتاسیون ریشه آنورت بیشتر از 4 سانتیمتر یا آنورسم آنورت)، هیپر تانسیون پولمونر شدید در هر زمینه ای، تنگی شدید خروجی سمت چپ ( تنگی شدید میترال؛ تنگی شدید آنورت؛ کوآرکتاسیون آنورت؛ کاردیو میوپاتی هایپر تروفیک با انسداد شدید)، نارسایی قلبی با  $EF \leq 30\%$ ، مصرف وارفارین و زایمان اورژانسی در حالی که بیمار تحت درمان با وارفارین ظرف 2 هفته اخیر بوده است، سکتة قلبی اخیر (طی 6 ماه قبل)، severe RV dysfunction, severe LV dysfunction و PAP بالا (بالتر از 2/3 فشار خون سیستمیک)، دایسکسیون آنورت (اندیکاسیون سزارین اورژانس)، در بیمار قلبی که نیازمند اقدام مداخله ای اورژانسی هستند، از اندیکاسیونهای قطعی سزارین است.

**تبصره 1:** در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد طی 3 تا 4 دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.

**تبصره 2:** برای زایمان ایمن واژینال در مادران باردار با سایر بیماریهای قلبی، حضور متخصص بیهوشی اکسپرت، انجام آنالژی کافی و متخصص اطفال مقیم و متخصص زنان الزامی است.

2- **زنان باردار با بیماریهای عفونی<sup>3,4</sup>**: HIV مثبت (در صورتی که HIV RNA load بیش از 1000 copies/ mL در سن بارداری 34 هفته به بعد داشته باشد و یا تحت درمان با داروهای ضد ویروس نبوده و یا بررسی میزان بار ویروسی نشده است، همچنین در موارد همزمانی HIV و هپاتیت C، سزارین قبل از شروع دردهای

زایمانی و پاره شدن کیسه آب در هفته 38 بارداری انجام شود)، هرپس ژنیتال فعال و یا در موارد وجود علائم پرودرومال هرپس (شامل بی حسی و گزگز ناحیه) چه ناشی از هرپس اولیه و چه راجعه باشد، HPV اگر ضایعه بزرگ آنورژنیتال داشته باشد به طوریکه منجر به انسداد مسیر زایمان گردد از اندیکاسیونهای قطعی سزارین است.

- 3- زنان باردار با بیماریهای مغز و اعصاب<sup>5,22,23</sup>** : مادران باردار مبتلا به کوادری پلژی یا پاراپلژی، آسیب نخاعی یا MS که سبب کانتراکچر شدید گردد بطوریکه اقطار لگن را محدود ساخته باشد از اندیکاسیون های سزارین می باشد، در بیماران با سابقه فشار داخل مغز بالا (ICP)، اولیه یا ثانویه به تومور مغزی یا آبسه مغزی یا ترومبوز سینوس کاورنو طبق نظر نورولوژیست و یا جراح مغز و اعصاب جهت روش ختم بارداری تصمیم گیری شود.
- 4- زنان باردار با بیماریهای گوارشی<sup>6,22,24</sup>** : مادران باردار مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) با بیماری فعال پرینه یا درگیری رکتال به منظور اجتناب از آسیب پرینه حین زایمان (بیماری کرون فیستوله) و سابقه ترمیم فیستول رکتوواژینال و وجود آنوریس شریان طحالی از اندیکاسیون های سزارین می باشد.
- تبصره 1:** سیروز کبدی با هایپر تانسینون پورت که سبب واریس مری شده باشد (واریس مری ثانویه به سیروز کبدی)، با توجه به احتمال خونریزی از واریس ها حین مانور و السالوا زایمان طبیعی و همچنین احتمال خونریزی های لگنی حین جراحی سزارین بایستی تصمیم گیری در مورد روش ختم بارداری، طبق نظر کمیته منتخب در حضور فوق تخصص گوارش، بیهوشی، پریناتولوژیست و جراح انجام گردد.
- 5- زنان باردار با بیماریهای اورولوژی<sup>7,6</sup>** : مادران باردار مبتلا به بیماری اکستروفی شدید مثانه از اندیکاسیونهای سزارین است.
- 6- زنان باردار با بیماریهای نفرولوژی<sup>8,6</sup>** : اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد ولی در موارد خاص اقدام براساس مشاوره انجام می شود.
- 7- زنان باردار با بیماریهای ارتوپدی<sup>9,10</sup>** : مادران باردار مبتلا به دفرمیتی لگن استخوانی ناشی از شکستگی لگن یا علل مختلف بطوریکه کانال زایمانی را تنگ کرده باشد. از اندیکاسیونهای سزارین است..
- 8- زنان باردار با جراحی مغز و اعصاب<sup>11,22,23</sup>** : مادران باردار مبتلا به آنومالیهای آناتومیکی مغز مثل Arteriovenous Malformations درمان نشده، آنوریسم پاره شده و خونریزی ساب آراکنوئید، آنوریسم درمان شده بر اساس نظر متخصص جراح مغز و اعصاب، آنوریسمی که هنگام زایمان تشخیص داده شود، بیماران با خونریزی داخل کرانیال و استروک در صورتی که شیفیت مید لاین وجود داشته باشد. از اندیکاسیونهای سزارین است.
- در موارد دیسک کمر، در صورت هر نیاسیون قابل توجه دیسک به طوریکه علایم اختلال عملکرد نورولوژیک طبق معاینه نورولوژیست و یا جراح مغز و اعصاب به اثبات برسد و طبق مشاوره با ایشان سزارین اندیکاسیون دارد.
- **تبصره :** مادران دچار مرگ مغزی بالای سن Viability جنین با تصمیم گیری کمیته مرگ مغزی که از اعضای آن بایستی پریناتولوژیست، نورولوژیست، جراح مغز و اعصاب، بیهوشی و ICU باشند، بایستی در مورد سزارین پریمورتوم تصمیم گیری شود.
- 9- زنان باردار با بیماریهای چشم<sup>12,6</sup>** : اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد ولی در موارد خاص اقدام براساس مشاوره انجام می شود.
- 10- زنان باردار با بیماریهای غدد<sup>13,14</sup>** : مادران باردار مبتلا به بیماریهای فنوکروموسیتوما، دیابت آشکار و یا دیابت حاملگی در صورت تخمین وزن جنین 4000 گرم یا بیشتر از اندیکاسیونهای سزارین است.
- تبصره :** در جنین ماکروزوم و یا CPD مطابق فرم پارتوگراف و پروتکل کشوری باید عمل شود.
- 11- بارداری با استفاده از روشهای کمک باروری (ART) :** در صورت درخواست مادر باردار
- 12- زنان باردار با بیماریهای ریوی<sup>15,6</sup>** : اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد. ولی در موارد خاص اقدام براساس مشاوره ریه انجام می شود.

**13- زنان باردار با بیماریهای روماتولوژی 16,6,25 :** اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد. ولی در صورت وجود مشکلات اسکلتی و نسج نرم ناشی از بیماری زمینه ای روماتولوژی اقدام براساس مشاوره انجام می شود.

**تبصره :** در موارد اسکلودرمی با نظر تیم درمانگر (قلب و ریه و روماتولوژی) در مورد سزارین بیمار تصمیم گیری می شود.

**14- زنان باردار با بیماریهای انکولوژی 17 :** مادر باردار مبتلا به کانسر مهاجم ولو؛ سرویکس باید تحت عمل سزارین قرارگیرد. هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان واژینال شود اندیکاسیون سزارین دارد، در کلیه بیماریهای انکولوژی در مورد روش ختم بارداری و زمان ختم براساس مشاوره انکولوژی تصمیم گیری شود

**15- زنان باردار با بیماریهای روانپزشکی 18 :** اندیکاسیون قطعی جهت سزارین در این بیماران وجود ندارد. در موارد ذیل انتخاب نوع زایمان طبیعی یا سزارین بسته به شرایط خاص انجام می شود:

**الف- افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و وسواس اندیکاسیون قطعی سزارین نیستند ولی باید در نظر داشت ممکن است در سیر زایمان اختلال ایجاد نمایند و مادر کاندید سزارین اورژانس شود.**

**ب- زایمان هراسی:** ترس از زایمان (Tokophobia) به درجات مختلف در حدود 75 درصد از زنان حامله و موارد شدید و مرضی آن در 1/6 تا 10 درصد از زنان حامله گزارش شده است که می تواند با اختلالات روانپزشکی نظیر افسردگی، اضطراب، وسواس، و حتی روان پریشی همراه باشد و اگر درمان نشود می تواند به سقط یا امتناع از حاملگیهای بعدی منجر شود.

**پ- فشار روانی بیشتر از متعارف،** هرگاه روانپزشک با ارزیابی بالینی فرد دچار اختلالات روانپزشکی یا فردی که پیشتر دچار این اختلالات تشخیص داده نشده است، به این نتیجه برسد که زایمان طبیعی برای او موجب فشار روانی (استرس) نامتعارفی خواهد شد به صورتیکه سلامت روان یا سیر اختلال روانپزشکی او را به خطر خواهد انداخت، می تواند عمل سزارین را توصیه کند.

**تبصره 1 :** در مورد بندهای ب و پ، گام نخست روان درمانی است. در صورت شکست یا موفقیت نا کافی این روش یا نبود زمان کافی برای انجام آن یا در دسترس نبودن درمانگر ماهر در این زمینه، روانپزشک می تواند عمل سزارین را توصیه کند.

**تبصره 2:** در صورت توکوفوبیای شدید ابتدا مادر باردار به مرکز حمایتی روان در زمینه پره ناتال و مرکز مشاوره زایمان بی درد فرستاده شده در صورتی که مادر پس از انجام مشاوره همچنان زایمان واژینال را نپذیرد بهتر است سزارین انجام شود.

**تبصره 3 :** سابقه خودکشی و سابقه بستری در بخشهای روانپزشکی و ترس از زایمان اندیکاسیونی قطعی برای سزارین نمی باشد.

**تبصره 4 :** در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین بایستی مطابق با بند ب دستورالعمل فرآیند اجرایی سزارین به درخواست مادر به شماره 400/22313-د مورخ 1398/9/12 اقدام گردد.

**تبصره 5 :** در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از انجام مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان اصرار می ورزد؛ انجام سزارین بلا مانع است اما تحت پوشش بیمه نمی باشد.

**16- زنان باردار با بیماریهای انکولوژی خون<sup>19</sup> :** مادران باردار با سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر، برادر یا خویشاوندان درجه یک و دو و شک به گرفتاری جنین و در مواردیکه جنین بیماری خونریزی دهنده ثابت شده داشته باشد. از اندیکاسیونهای سزارین است.

**17- زنان باردار با سابقه جراحی<sup>20,21</sup> :** از جمله سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی رحم، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی و...)، سابقه جراحی های ترمیمی سرویکس و واژن (کولپورافی قدامی، واژینوپلاستی)، سابقه ترمیم فیستول وزیکوواژینال، رکتوواژینال، پارگی درجه 3 و 4 با بی اختیاری مدفوع، ساکروهیستروپکسی، هرگونه مش واژینال به منظور درمان بی اختیاری ادرار با پروالپس قدامی اپیکال، سرکلاژ داخل شکمی از اندیکاسیونهای سزارین است.

**تبصره :** در موارد یک بار سزارین قبلی با توجه به پروتکل زایمان طبیعی پس از سزارین، در صورت تمایل مادر، زایمان طبیعی منعی ندارد.

## **ماده 2: فرایند تجویز روش زایمان سزارین در مادران دارای بیماری زمینه ای**

- 1-** در اندیکاسیون های ذکر شده در ماده 1 این راهنمای بالینی به استناد مدارک پزشکی و پرونده سلامت و سوابق بیمار و گواهی متخصص مربوطه، به منظور حفظ جان مادر و جنین، روش انتخابی سزارین برای مادر باردار از قبل از هفته 37 بارداری می تواند تعیین گردد.
- 2-** ارائه گواهی از پزشک متخصص در رشته های مرتبط با بیماری و مستندات اعم از آزمایشات و پاراکلینیک بیمار به همراه نسخه گواهی متخصص زنان معالج مبنی بر تجویز زایمان سزارین الزامی است.
- 3-** رییس بخش زنان بیمارستان (عضو کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستانی) مستندات وارد شده را بررسی و ضمن معرفی به بیمارستان دستور قطعی سزارین را صادر می نماید.
- 4-** رییس بخش زنان در صورت متقاعد نشدن برای تجویز سزارین، پس از بررسی و تطبیق مستندات با اندیکاسیون های جدول ذکر شده در این راهنمای بالینی، می تواند مادر باردار را برای ارزیابی و مشاوره مجدد با متخصصین مربوطه مد نظر کمیته ترویج زایمان طبیعی ارجاع دهد.

**تبصره 1 :** برای انجام مشاوره مجدد مادر باردار در صورت نیاز، کمیته ترویج زایمان طبیعی موظف است از رشته های مختلف تخصصی مندرج در جدول اندیکاسیون های قطعی سزارین، لیست پزشکان متخصص شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه مربوطه را مشخص نموده و در صورت نداشتن رشته تخصصی مربوطه از پزشکان قابل اعتماد در شهر تحت پوشش دانشگاه یا نزدیکترین شهر به دانشگاه انتخاب نماید.

**تبصره 2 :** انجام سزارین در موارد علل مادری و جنینی لازم است صرفاً بر اساس اندیکاسیون های ابلاغ شده ارائه شده و با ذکر جزئیات در پرونده توسط پزشک مطابق با آیین نامه ها و دستورالعملهای وزارت بهداشت انجام پذیرد.

**تبصره 3 :** در بیماریهای زمینه ای که منجر به پیش آمد اندیکاسیونهای جنینی یا مادری برای سزارین میشوند، انتخاب روش ختم بارداری مطابق پروتکل ها و راهنماهای کشوری خدمات مامایی و زایمان و دستورالعمل های اندیکاسیون های سزارین با علل جنینی و مادری است.

**تبصره 4:** در بیماریهای زمینه ای دیگر به جز موارد مندرج در ماده 1 این راهنمای بالینی با توجه به پروتکل مراقبت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان بایستی بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان اقدام شود و در صورت ایجاد عارضه با نظر کمیته دانشگاهی اقدام شود.

## **ماده 3: پوشش هزینه ای سزارین در مادران باردار مبتلا به بیماریهای زمینه ای:**

صورتحساب پرونده مادران سزارینی با اندیکاسیون های فوق مانند آخرین دستورالعملهای ابلاغی از سوی سازمانهای بیمه گر محاسبه و پرداخت می گردد.

**تبصره 1 :** هزینه سزارین مادران باردار با بیماریهای زمینه ای به شرح این مستند مشابه موارد مندرج در استاندارد مربوط به سزارین با اندیکاسیونهای مادری و یا جنینی محاسبه می گردد.



**تبصره 2:** در صورتیکه مادر باردار ایرانی، هنگام پذیرش در مراکز درمانی فاقد پوشش بیمه ای باشد، بایستی مطابق با ماده 44 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گیرد.

#### **ماده 4 : نکات مراقبتی در بیماریهای زمینه ای**

مراقبت های مادران باردار با بیماری زمینه ای که اندیکاسیون قطعی سزارین دارند بر حسب نوع بیماری زمینه ای منطبق با دستورالعمل ها، استانداردها و پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.

**تبصره :** نحوه تجویز سزارین در بیماریهای زمینه ای چندانگانه و پیچیده ، در بالین و با توجه به سوابق بیمار در کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستانی تصمیم گیری انجام می شود.

#### **ماده 5: نظارت و پایش**

- 1- نظارت بر حسن اجرای برنامه این راهنمای بالینی در سطح بیمارستان برعهده رئیس بخش زنان، مسئول فنی بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه است.
- 2- مستندات مربوط به اندیکاسیون های سزارین در بیماریهای زمینه ای بصورت ماهیانه توسط دبیرکمیته ترویج زایمان طبیعی جهت بررسی در کمیته مربوطه باید مطرح و ارزیابی شود.

#### **منابع**

1. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifkova R, De Bonis M, Lung B, Johnson MR, Kintscher U, Kranke P, Lang IM. 2018 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the task force for the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal. 2018 Sep 7; 39(34):3165-241.
2. Heart Disease / Braunwald/ W.B. Saunders/ 11th Edition/ 2022.
3. Sexually transmitted infections treatment guidelines/ 2021 MMWR.
4. Mandell's Principles and Practice of Infectious Diseases / Churchill livingstone /2020.
5. Adam's and victor's Principles of neurology /11edition/ 2019
6. UpToDate: www. uptodate.com/ (2024) on selected topics as below), Foulon A, Dupas JL, Sabbagh C, et al. Defining the Most Appropriate Delivery Mode in Women with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Inflamm Bowel Dis 2017; 23:712.
7. Campbell-Walsh Urology / 2021
8. Brenner BM, Rector FC. Brenner & Rector's the kidney. 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2020.
9. Campbelle's Operative Orthopedics/ S. Terry Canale/ Mosby/ 2021
10. Rockwood & Green Fractures in Adults/ R. Bucholz. / 2020
11. Neurological surgery Youmans - 17 Edition / 2017
12. Basic and Clinical Science Course / 2022
13. Harrison's Principles of Internal Medicine/ Braunwald, Eugene / Mc Graw Hill / 2019

14. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Williams RH. Williams Textbook of Endocrinology. 12th ed. Philadelphia: Saunders/ Elsevier, 2020
15. Textbook of Respiratory medicine / Murray and Nadel's / 2021
16. Harris ED, Kelley WN. Kelley's textbook of rheumatology Philadelphia: Elsevier Saunders, 2020
17. Disaia and Creasman Clinical Gynecologic Oncology/ 2022
18. Boland R, Verduin ML, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th edition, 2022.
19. Thomas ED, Blume KG, Forman SJ, Appelbaum FR. Thomas' hematopoietic cell transplantation. Malden, Mass: Blackwell Pub, 2015.
20. Williams Obstetrics/ MC. Graw Hill/ 2022
21. Telindé's (Operative Gynecology)/12th edition/2020
22. FIGO good practice recommendations for cesarean delivery: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes/2023.
23. Systematic Review Caesarean Section for Orthopedic Indications/J. Clin. Med. 2023, 12, 7336. <https://doi.org/10.3390/jcm12237336>.
24. Gabee's Obstetric: normal and problem pregnancies, eighth edition/2021
- 25.

### جدول پیوست

ردیف	عنوان	نوع بیماری زمینه ای دارای اندیکاسیون سزارین	توضیح
1	زنان باردار با بیماریهای قلبی <sup>1,2</sup>	<p>1. در شرایطی که به دلیل بیماریهای قلبی امکان زایمان طبیعی ایمن (safe setting for NVD) وجود نداشته باشد، درضمن انجام مشاوره قلب در همان مرکز، روش ختم بارداری به روش سزارین مدنظر قرار می گیرد.</p> <p>2. در مواردی که امکان زایمان طبیعی ایمن تحت آنالژی اپیدورال وجود داشته باشد، وجود هر کدام از موارد زیر کنترال اندیکاسیون زایمان طبیعی می باشد و زایمان سزارین بایستی مدنظر قرار گیرد:</p> <p>2.1. بیماران دارای آنورت دیلاته در زمینه هر بیماری (دیلاتاسیون ریشه آنورت بیشتر از 4 سانتیمتر یا آنورسم آنورت)</p>	<p>در صورت ایست قلبی مادر در مواردی که عملیات احیا موفق نباشد طی 3 تا 4 دقیقه پس از ایست قلبی مادر سزارین فوری انجام شود.</p>

	<p>2.2. هیپر تانسیون پولمونر شدید در هر زمینه ای</p> <p>2.3. تنگی شدید خروجی سمت چپ ( تنگی شدید میترال؛ تنگی شدید آنورت؛ کوآرکتاسیون آنورت؛ کاردیو میوپاتی هایپر تروفیک با انسداد شدید)</p> <p>2.4. نارسایی قلبی با <math>EF \leq 30\%</math></p> <p>2.5. مصرف وارفارین و زایمان اورژانسی در حالی که بیمار تحت درمان با وارفارین ظرف 2 هفته اخیر بوده است</p> <p>2.6. سکته قلبی اخیر (طی 6 ماه قبل)</p> <p>2.7. sever RV dysfunction, severe LV dysfunction</p> <p>2.8. PAP بالا(بالا تر از 2/3 فشار خون سیستمیک)</p> <p>2.9. دایسکسیون آنورت(اندیکاسیون سزارین اورژانس)</p> <p>2.10. در بیمار قلبی که نیاز مند اقدام مداخله ای اورژانسی هستند</p>		
	<p>1- HIV مثبت (در صورتی که HIV RNA load از 1000 copies/ mL در سن بارداری 34 هفته به بعد داشته باشد و یا تحت درمان با داروهای ضد ویروس نبوده و یا بررسی میزان بار ویروسی نشده است، همچنین در موارد همزمانی HIV و هپاتیت C، سزارین قبل از شروع دردهای زایمانی و پاره شدن کیسه آب در هفته 38 بارداری انجام شود)</p> <p>2- هرپس ژنیتال فعال و یا در موارد وجود علائم پرودرومال هرپس(شامل بی حسی و گز گز ناحیه) چه ناشی از هرپس اولیه و چه راجعه باشد</p> <p>3- HPV اگر ضایعه بزرگ آنورژنیتال داشته باشد به طوریکه منجر به انسداد مسیر زایمان گردد از اندیکاسیونهای قطعی سزارین است.</p> <p>4-</p>	<p>2 زنان باردار با بیماریهای عفونی<sup>3,4</sup></p>	
	<p>1- مادران باردار مبتلا به کوادری پلژی یا پاراپلژی، آسیب نخاعی یا MS که سبب کانتراکچر شدید گردد بطوریکه اقطار لگن را محدود ساخته باشد از اندیکاسیون های سزارین می باشد</p>	<p>3 زنان باردار با بیماریهای مغز و اعصاب<sup>5</sup></p>	

	<p>2- در بیماران با سابقه فشار داخل مغز بالا (ICP) ، اولیه یا ثانویه به تومور مغزی یا آبسه مغزی یا ترومبوز سینوس کاورنو طبق نظر نورولوژیست و یا جراح مغز و اعصاب جهت روش ختم بارداری تصمیم گیری شود</p>		
<p>سیروز کبدی با هایپر تانسینون پورت که سبب واریس مری شده باشد (واریس مری) ثانویه به سیروز کبدی، با توجه به احتمال خونریزی از واریس ها حین مانور والسالوا زایمان طبیعی و همچنین احتمال خونریزی های لگنی حین جراحی سزارین بایستی تصمیم گیری در مورد روش ختم بارداری، طبق نظر کمیته منتخب در حضور فوق تخصص گوارش، بیهوشی، پریناتولوژیست و جراح انجام گردد.</p>	<p>1. باردار مبتلا به بیماری التهابی روده (IBD) با بیماری فعال پرینه یا درگیری رکتال به منظور اجتناب از آسیب پرینه حین زایمان ( بیماری کرون فیستوله )                  2. سابقه ترمیم فیستول رکتوواژینال                  3. وجود آنوریسم شریان طحالی</p>	<p>زنان باردار با بیماریهای گوارشی<sup>6</sup></p>	<p>4</p>
	<p>اکستروفی شدید مثانه</p>	<p>زنان باردار با بیماریهای اورولوژی<sup>7</sup></p>	<p>5</p>
<p>در موارد خاص اقدام براساس مشاوره انجام می شود.</p>	<p>اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد</p>	<p>زنان باردار با بیماریهای نفرولوژی<sup>8</sup></p>	<p>6</p>

	<p>مادران باردار مبتلا به دفرمیتی لگن استخوانی ناشی از شکستگی لگن یا علل مختلف بطوریکه کانال زایمانی را تنگ کرده باشد</p>	<p>7 زنان باردار با بیماریهای ارتوپدی<sup>9,10</sup></p>
<p>• مادران دچار مرگ مغزی بالای سن Viability جنین با تصمیم گیری کمیته مرگ مغزی که از اعضای آن بایستی پریناتولوژیست، نورولوژیست، جراح مغز و اعصاب، بیهوشی و ICU باشند، بایستی در مورد سزارین پریمورتوم تصمیم گیری شود.</p>	<p>1. مادران باردار مبتلا به آنومالیهای آناتومیکی مغز مثل Arteriovenous Malformations درمان نشده، آنوریسم پاره شده و خونریزی ساب آراکنوئید، آنوریسم درمان شده بر اساس نظر متخصص جراح مغز و اعصاب، آنوریسمی که هنگام زایمان تشخیص داده شود 2. بیماران با خونریزی داخل کرانیال و استروک در صورتی که شیفت مید لاین وجود داشته باشد 3. در موارد دیسک کمر، در صورت هر نیاسیون قابل توجه دیسک به طوریکه علایم اختلال عملکرد نورولوژیک طبق معاینه نورولوژیست و یا جراح مغز و اعصاب به اثبات برسد و طبق مشاوره با ایشان سزارین اندیکاسیون دارد. -1</p>	<p>8 زنان باردار با جراحی مغز و اعصاب<sup>11</sup></p>
<p>در موارد خاص اقدام براساس مشاوره انجام می شود.</p>	<p>اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد.</p>	<p>9 زنان باردار با بیماریهای چشم<sup>12</sup></p>
<p>در جنین ماکروزوم یا CPD مطابق فرم پارتوگراف و پروتکل کشوری باید عمل شود</p>	<p>1- فنوکروموسیتوما 2- دیابت آشکار و یا دیابت حاملگی در صورت وزن جنین 4000 گرم یا بیشتر</p>	<p>10 زنان باردار با بیماریهای غدد<sup>13,14</sup></p>
	<p>در صورت درخواست مادر باردار</p>	<p>11 بارداری با استفاده از روشهای کمک پاروری</p>
<p>در موارد خاص اقدام براساس مشاوره انجام می شود.</p>	<p>اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد.</p>	<p>12 زنان باردار با بیماریهای ریوی<sup>15</sup></p>
<p>در موارد اسکلوئودرمی با نظر تیم درمانگر (قلب و ریه و روماتولوژی) در مورد سزارین بیمار تصمیم گیری می شود.</p>	<p>اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد.</p>	<p>13 زنان باردار با بیماریهای روماتولوژی<sup>16</sup></p>
<p>در کلیه بیماریهای انکولوژی در مورد روش ختم بارداری و زمان ختم براساس مشاوره انکولوژی تصمیم گیری شود</p>	<p>1. مادر باردار مبتلا به کانسر مهاجم ولوو سرویکس 2. هرگونه توده خوش خیم و بدخیم در مسیر زایمان که باعث ایجاد انسداد در مسیر زایمان و ژینال شود</p>	<p>14 زنان باردار با بیماریهای انکولوژی<sup>17</sup></p>

<p>تذکره 1: سابقه خود کشتی و سابقه بستری در بخشهای روانپزشکی و ترس از زایمان اندیکاسیونی قطعی برای سزارین نمی باشد.</p> <p>تذکره 2: در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین بایستی مطابق با بند ب دستورالعمل فرآیند اجرایی سزارین به درخواست مادر به شماره 400/22313/د مورخ 1398/9/12 اقدام گردد.</p> <p>تذکره 3: در صورت درخواست قطعی مادر برای انجام سزارین که بعد از مشاوره های لازم (منطبق بر دستورالعمل های سلامت مادران) همچنان اصرار می ورزد؛ انجام سزارین بلا مانع است اما تحت پوشش بیمه نمی باشد.</p>	<p>اندیکاسیون قطعی جهت سزارین وجود ندارد.</p> <p>1- افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و وسواس اندیکاسیون قطعی سزارین نیستند ولی باید در نظر داشت ممکن است در سیر زایمان اختلال ایجاد نمایند و مادر کاندید سزارین اورژانس شود.</p> <p>2- ترس از زایمان (Tokophobia): در صورت توکوفوبیای شدید ابتدا مادر باردار به مرکز حمایتی روان در زمینه پره ناتال و مرکز مشاوره زایمان بی درد فرستاده شده اگر مادر همچنان زایمان واژینال را نپذیرد بهتر است سزارین انجام شود.</p> <p>3- فشار روانی بیشتر از متعارف، هرگاه روانپزشک با ارزیابی بالینی فرد دچار اختلالات روانپزشکی یا فردی که بیشتر دچار این اختلالات تشخیص داده نشده است، به این نتیجه برسد که زایمان طبیعی برای او موجب فشار روانی (استرس) نامتعارفی خواهد شد بطوریکه سلامت روان یا سیر اختلال روانپزشکی او را به خطر خواهد انداخت، می تواند عمل سزارین را توصیه کند.</p> <p>در مورد بندهای 1 و 2، گام نخست روان درمانی است. در صورت شکست یا موفقیت نا کافی این روش یا نبود زمان کافی برای انجام آن یا در دسترس نبودن درمانگر ماهر در این زمینه، روانپزشک می تواند عمل سزارین را توصیه کند.</p>	<p>زنان باردار با بیماریهای روانپزشکی<sup>18</sup></p>	<p>15</p>
	<p>1- سابقه وجود اختلال خونریزی دهنده در والدین، خواهر، برادر یا خویشاوندان درجه یک و دو و شک به گرفتاری جنین</p> <p>2- در مواردیکه جنین بیماری خونریزی دهنده ثابت شده داشته باشد.</p>	<p>زنان باردار با بیماریهای انکولوژی خون<sup>19</sup></p>	<p>16</p>

<p>در موارد یک بار سزارین قبلی با توجه به پروتکل زایمان طبیعی پس از سزارین، در صورت تمایل مادر، زایمان طبیعی منعی ندارد.</p>	<p>1- سزارین قبلی، سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم (ناشی از پارگی قبلی رحم، ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی و...)          2- سابقه جراحی های ترمیمی سرویکس و واژن (کولپورافی قدامی، واژینوپلاستی)          3- سابقه ترمیم فیستول وزیکوواژینال، رکتوواژینال، پارگی درجه 3 و 4 با بی اختیاری مدفوع، ساکروهیستروپکسی، هرگونه مش واژینال درمان بی اختیاری ادرار با پروالپس قدامی آپیکال          4- سرکلاژ داخل شکمی</p>	<p>زنان باردار با سابقه جراحی<sup>20,21</sup></p>	<p>17</p>
--	---	---	-----------

### همکاران در تدوین محتوای علمی:

- 1- دکتر اشرف آل یاسین- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ نازایی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 2- دکتر مرضیه وحید دستجردی- متخصص زنان و زایمان - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 3- دکتر لاله اسلامیان - متخصص زنان و زایمان فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 4- دکتر اشرف معینی- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ نازایی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 5- دکتر زهرا حیدر- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ نازایی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- 6- دکتر زهرا سلیمانی- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ پریناتولوژی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- 7- دکتر ریحانه پیرجانی- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 8- دکتر زهرا پناهی- متخصص زنان و زایمان فلوشیپ پریناتولوژی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 9- دکتر سعید ناطقی- متخصص قلب و عروق - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 10- دکتر آتوسا مصطفوی - متخصص قلب و عروق فلوشیپ اکو کاردیوگرافی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 11- دکتر عبدالوهاب برادران- متخصص قلب و عروق فلوشیپ اینترونشنال قلب- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- 12- دکتر نگین اسماعیل زاده بزاز- متخصص بیماریهای عفونی - هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 13- دکتر شیرین افهمی - متخصص بیماریهای عفونی - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 14- دکتر سیامک عبدی- متخصص مغز و اعصاب - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 15- دکتر اکرم پناهی - متخصص مغز و اعصاب و فلوشیپ نوروماسکولار
- 16- دکتر فرناز سینائی- متخصص مغز و اعصاب
- 17- دکتر مجید سروری - فوق تخصص بیماریهای گوارش و کبد بزرگسالان - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 18- دکتر آناهیتا صادقی - فوق تخصص گوارش و کبد بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 19- دکتر محمد حسین نبیان- متخصص ارتوپدی فلوشیپ ارتوپدی کودکان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 20- دکتر مرتضی فقیه جویباری- متخصص جراحی مغز و اعصاب- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 21- دکتر فرامرز روح الهی- متخصص جراحی مغز و اعصاب
- 22- دکتر سعید کریمی- متخصص چشم فلوشیپ شبکیه- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- 23- دکتر معصومه محبی- متخصص چشم فلوشیپ قرنیه- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 24- دکتر نوشین کریمی- متخصص چشم
- 25- دکتر شیرین حسنی رنجبر- فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم بزرگسالان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 26- دکتر مهناز پژمان ثانی- فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

- 27- دکتر کیوان گوهری مقدم- فوق تخصص ریه بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 28- دکتر رسول علیان نژاد- فوق تخصص بیماریهای تنفسی آسم و مراقبتهای ویژه- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 29- دکتر هدی کاوسی- فوق تخصص روماتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 30- دکتر بتول زمانی- فوق تخصص روماتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- 31- دکتر مجید علیخانی- فوق تخصص روماتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 32- دکتر امیر حسام علیرضایی- فوق تخصص بیماریهای کلیه بزرگسالان - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- 33- دکتر سیده فاطمه یعقوبی- فوق تخصص بیماریهای کلیه بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 34- دکتر فرناز توکلی- فوق تخصص بیماریهای کلیه بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 35- دکتر عصمت عبدالله پور- فوق تخصص بیماریهای کلیه بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 36- دکتر مهدی کاردوست متخصص جراحی کلیه، مجاری ادرار، تناسلی (اورولوژی)- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 37- دکتر سید اسدا.. موسوی- فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 38- دکتر سحر توکلی- فوق تخصصی هماتولوژی و انکولوژی بزرگسالان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 39- دکتر آزاده کیومرثی- فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 40- دکتر آزاده یوسف نژاد- متخصص زنان زایمان فلوشیپ انکولوژی زنان
- 41- دکتر احمد علی نوربالا- متخصص اعصاب و روان و فوق تخصص مشاوره روانپزشکی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 42- دکتر مجید صادقی- متخصص اعصاب و روان
- 43- دکتر فاطمه سادات قریشی- متخصص اعصاب و روان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- 44- دکتر عاطفه محمد جعفری دوکش- متخصص اعصاب و روان- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 45- دکتر اشرف السادات جمال- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 46- دکتر حمیرا وفایی- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- 47- دکتر پریچهر پور انصاری- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- 48- دکتر مریم نورزاده- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 49- دکتر مریم ربیعی- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- 50- دکتر نفیسه صاعدی- فلوشیپ پریناتولوژی- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران