

PUERPERAL INFECTION

زهرة مريمى

دانشجوی ارشد مامایی دوره بیستم

استاد مربوطه: سرکار خانم رحیمی کیان



دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

تابستان ۱۳۹۰

مقدمه

همانطور که میدانیم زایمان و وضع حمل از مقاومت داخلی یا سطحی بدن به عفونت ناشی از باکتریهای که به طور طبیعی یافت میشوند میکاهد عفونت نفاسی عموماً از باکتریهایی چون استرپتوکوک بتا همولیتیک، استافیلوکوکسی و کلی فورم و میکروارگانیزمهای متفاوت دیگر ناشی میشوند ضروری است پرستار احتمال مرگ ناشی از این عفونتها را درک کند و همچنین باید بداند که پیشگیری شامل تکنیکهای شستن خوب دست و آموزش به بیمار میتواند به طور قابل ملاحظه ای شیوع عفونتهای نفاسی را کاهش دهد همانطور که اشاره گردید تکنیکهای استریل نیز باید به کار روند به علاوه برای آگاهاندن پزشک یا پرستار ماما در ابتدای این فرایند به طوری که انجام عمل با شیوه به موقع امکان پذیر باشد پرستار باید با نشانه های علائم این عفونتها به طور صحیح آشنا شود. عفونتهای شایع در دوران پس از زایمان که در اینجا بحث میکنیم شامل تب نفاسی، عفونت رحم، عفونت زخم، عفونت محل اپی زیوتومی، فاشنیت نکروزان، عفونت ادراری، پنومونی بعد از عمل و سندرم شوک سپتیک میباشد عفونت چهارمین علت شایع مرگ مادران را تشکیل میدهد.

(مراقبت از مادران / پنی سسلر براندان ۱۳۸۱) .

- ۶۰٪ مرگ مادران در دوره بعد از زایمان اتفاق میافتد در یکی از مطالعات بروز عفونت بعد از زایمان ۱/۷٪ و عفونت جدی ۵٪ گزارش شد
- میزان حداقل از عفونت مادری جدی در کشورهای در حال توسعه ۰/۹٪ و در ویتنام ۰/۰۲٪ در یکی از مطالعات گزارش شده است.
- شیوع ۴-۸٪ مرگ مادر از عفونت در امریکا است عفونت عامل ۱۳٪ مرگهای مرتبط با حاملگی میباشد. ۹۹٪ مرگ مادر در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.

(Nguyent N Ngoc2005)

عوامل خطر عفونت نفاسی

➤ عوامل خطر قبل از زایمان

- کم خونی، تاریخچه ترومبوز وریدی، فقدان مراقبت قبل از زایمان، تغذیه ضعیف، تاریخچه عفونت واژینال یا سرویکال یا بیماری درمان نشده منتقله از طریق جنسی

➤ عوامل خطر حین زایمان

- زایمان سزارین، کوریوآمینیوت، اپی زیوتومی یا پارگیهای پرینه یا واژن، زایمان فورسپس، پارگی طولانی پرده ها، معاینات متعدد واژینال در طول زایمان به خصوص همراه با پارگی پرده ها، کنترل داخلی رحمی جنین، مراقبت ناصحیح پرینه یا شکست در تکنیک ضد عفونی

➤ خطرات بعد از زایمان

- کنترل نامناسب عفونت، باقی ماندن تکه هایی از جفت، خونریزی پس از زایمان، تکنیک نامناسب دست شستن (مراقبت از مادران/پنی سسلر ۱۳۸۱)

- هیپوترمی در حین عمل جراحی (Roney k e Edward 2003)
- احتمال عفونت بعد سزارین بستگی به فاکتورهای اجتماعی دموگرافیک و ایما سزارین قبل یا بعد لیبر ویا قبل یا بعد پارگی پرده ها انجام شده است. (Roney k Edward 2003)

ادامه...

- در بین نوجوانان حامله عفونتهای جدید از کلامیدیا وگنوره از ۷/۱٪ در ۶ ماه پیگیری تا ۱۴/۳٪ در ۱۲ ماه پیگیری افزایش می یابد. (Ickovics 2003)
- تولد در خانه تحت شرایط غیر بهداشتی که با افزایش احتمال ورود ارگانیزمهای پاتوژن به ساقه بند ناف نوزادان یا کانال زایمانی مادر همراه میباشد.
- ایمونیزاسیون مادر حامله: کاهش مرگ های مادران و نوزادان ناشی از تتانوس در نتیجه وجود کمتر عفونت بند ناف و سپسیس نفاسی (Gary I.2009)

ریسک فاکتورهای اصلی مربوط به هر یک از عفونتهای نفاسی

- اندومتریت: سزارین (خصوصا اورژانسی)، پارگی طولانی مدت پرده ها، معاینات مکرر واژینال، زایمان طولانی مدت، دستکاریهای داخل رحمی، بهداشت نامناسب
- عفونت ادراری: سوند ادراری، سابقه عفونت ادراری، انستزی اپیدورال، زایمان واژینال با وسایل مامایی
- اتلکتازی، پنومونی: انتوباسیون (بیهوشی عمومی)، بیماری مزمن ریوی، استعمال دخانیات، چاقی
- ترومبوفلیبیت: چاقی، دفعات حاملگی بیش از ۴ بار، سن بالای ۳۰ سال، تاخیر در به حرکت افتادن، سزارین، سرکوب تولید شیر، زایمان طولانی یا مشکل، کوریو آمنیونیت، زایمان با وسایل مامایی
- ماستیت: بهداشت نامناسب پستان، احتقان پستان، تروما (از جمله فیسور نیپل)
- عفونت زخم: کم خونی، سزارین، دیابت، تراشیدن موهای موضع قبل از عمل، زایمان طولانی یا مشکل، چاقی

(CMMDI386)

تب نفاسی

■ درجه حرارت ۳۸ درجه یا بالاتر که در هر یک از ۳ روز از ۱۰ روز اول بعد از زایمان (به جز ۲۴ ساعت اول) رخ میدهد و با روش استاندارد از طریق دهان ثبت میشود (حداقل ۴ بار در روز)

■ علل شایع تب نفاسی در زمانهای مختلف بعد از زایمان

چندین روز بعد از زایمان	علل اصلی و شایع
۲۴ ساعت اول $T > 38/7c$	پنومونی، اتلکتازی
۱ تا ۲	عفونت ادراری
۲ تا ۳	اندومتریت، ماستیت احتقانی
۴ تا ۵	عفونت محل بخیه ها
۵ تا ۶	ترومبوفلبیت عفونی، واکنش دارویی
۷ تا ۱۰	ماستیت عفونی

(CMMDI 386)

عفونت رحم

- اصطلاح ارجح: متریت همراه با سلولیت لگنی
- شیوع اندومتریت بعد از زایمان واژینال ۱۷/۰٪ و شیوع بعد از سزارین ۶۳/۲٪
- متریت در ۲۱ روز بعد از زایمان و بیشتر در ۱۰ روز اول بعد از زایمان اتفاق می افتد. (Martin shelden 2010)
- علل زمینه ساز: روش زایمان (مهمترین عامل) در سزارین بیشتر است. (بیشتر در اورژانس تا الکتیو) در زایمان واژینال ۶٪ در صورت پرخطر بودن مادر ۱۳٪
- در زایمان سزارین بسته به عوامل اقتصادی- اجتماعی در زنان فقیر بیشتر است.
- پیشگیری با داروهای ضد میکروبی در حول و حوش عمل
- اگر سطح مرگ و میر بعد از عفونت جراحی پایینتر از ۱۰٪ بدون یک انتی بیوتیک پروفیلاکسی میباشد انتی بیوتیک پروفیلاکسی توصیه نمیشود. (B sajina stritar2006)

■ عوامل خطر: (williams2010)

-کم خونی؟

-تغذیه؟

-کولونیزه شدن باکتریهای دستگاه تناسلی تحتانی با برخی از میکروارگانیسمها

-زایمان c/s به دلیل چند قلووی

-سن کم مادر

-نولی پار بودن

-القای طولانی مدت لیبر

-چاقی

-اغشتگی مایع آمنیون به مکونیوم (رحیمی شعر باف ۱۳۸۷)

-نمره اپگار پایین

-پره ترم (w chaim 2000)

عوارض عفونت بعد از زایمان در بریچ بیشتر از زایمان خودبه خودی

است. (B sajina stritar 2006)

دسته بندی بیماری

گرید ۱: رحم بزرگ ابنورمال و ترشحات رحم چرکی بدون علائم سیستمیک از بیماری

گرید ۲: همراه با علائم سیستمیک شامل: کاهش تولید شیر، تب بالای ۳۹/۵ درجه
گرید ۳: شامل علائم از توکسمیا شامل: بی میلی، بی اشتها، انتهای سرد، افسردگی و یا فروپاشی که پیش آگهی ضعیف دارند.

- اثرات نهایی از بیماری رحم: نازایی، کاهش تولید شیر، هزینه برای درمان
- توسعه از بیماری کلینیکی رحم بستگی به تعادل بین ایمنی میزبان و پاتوژنیسیته از باکتری دارد
- این تعادل میتواند به وسیله فاکتورهای خطر مانند باقی ماندن جفت، دیستوشی، دوقلویی، و مرده زایی به هم بخورد.

(Martin shelden 2010)

علائم بالینی

- تب
- لرز
(همراه با تب بر باکتری می دلالت دارد)
- درد شکم
- حساسیت پارامتر
- لوشیای بدبو
- لکوسیتوز ۱۵۰۰۰-۳۰۰۰۰ (willlms2010)
- بزرگ شدن رحم و یک مایع قهوه ای - قرمز ابکی تا زرد - سفید چرکی از ترشحات رحم (Martin shelden 2010)

درمان

- متريت ضعيف بعد از زايمان: داروهای ضد میکروبی خوراکی
- عفونتهای متوسط تا شدید: درمان داخل وریدی
- در ۹۰٪ زنان بهبود در عرض ۷۲-۴۸ ساعت و در صورت تداوم تب: عفونت مقاوم لگن، فلگمون پارامتر، سلولیت شدید، ابرسه لگن یا ابرسه محل انسزیون جراحی، هماتوم عفونی، ترومبوفلبیت سپتیک لگن

عفونت زخم

- به دنبال زایمان سزارین ۶٪ و در صورت تجویز داروهای ضد میکروبی به کمتر از ۲٪
- عوامل خطر: چاقی، دیابت، درمان کورتیکواستروئیدی، سرکوب ایمنی، کم خونی، هموستاز ضعیف همراه با تشکیل هماتوم، تاریخچه ای از زایمانهای سزارین، نمره کم اپگار (williams2010)
- در یکی از مطالعات میزان عفونت زخم بعد از سزارین ۳/۹۶٪ گزارش شد
- سن حاملگی، هیپر تنشن مادر، دیسترس جنینی و مورتالیتیه پری ناتال وانمی با عفونت زخم همراه نبودند. (wchaim2000)

فاشئیت نکروزان

- جدی ترین عفونت زخم که مرگ و میر بالایی دارد و در آن نکروز بافتی قابل توجهی ایجاد میشود.
- در آنسزیون سزارین و یا در پارگیهای پرینه یا اپی زیوتومی
- علائم: بیمار غالباً هوشیار است و متوجه ضایعه نمی باشد ولی ظاهر او توکسیک بوده تب و تاکیکاردی دارد
- تشخیص افتراقی: بایستی از میوزیت کلستریدیال یا گانگرن عروقی افتراق داد تا بیش از حد لازم درمان نشود فاشئیت سریعاً پیشرفت میکند در صورتی که گانگرن جلدی مزمن و پیشرونده بسیار آهسته گسترش مییابد. (vista.ir)
- عوامل خطر: چاقی، دیابت، هیپرتانسیون (williams2010)
- برای تشخیص در مراحل اولیه بیماری بایستی شک بالینی قوی وجود داشته باشد اصولاً در هر بیماری که چند روز بعد از اپیزیوتومی به سرعت دچار درد شدید محل اپیزیوتومی شده است (و تب) دارد بایستی به فکر فاشئیت نکروزان بود بخیه ها باز و بافتهای عمقی بررسی شوند.

- تشخیص درموقع جراحی وبا از بین رفتن مقاومت معمولی فاسیا وبافتهای زیرجلدی تیره ونکروز تایید میشود(رد شدن فورسپس)
- Myonecrosis درصورت درگیری عضلات،بیمار کاملاً توکسیک است،اکسیژن هیپرتونیک تاحدی کمک کننده است،۸۰٪ عامل کلستریدیوم پرفرژنس است(CMMDI 386)
- درمان:درمان اصلی دبریدمان سریع ناحیه مبتلا همراه با تجویز انتی بیوتیکهای وسیع الطیف است.(پنی سیلین،کلیندامایسین،جنتامایسین)،حمایت حجم خون

عفونت محل اپی زیوتومی

- در ۱-۰/۵٪ اپی زیوتومیها
- علائم: تشدید درد ۶۵٪، ترشح سروز یا چرکی ۶۵٪ تب ۴۵٪، اریتم وادم موضعی، گاهی از هم گسیختگی محل اپی زیوتومی
- علل از هم گسیختگی: عفونت، اختلالات انعقادی، استعمال دخانیات و عفونت ویروس پاپیلوما ی انسانی
- درمان: موارد خفیف که سلولیت وسیع، ابرسه، علائم سیستمیک (به جز تب) وجود ندارد را میتوان به صورت سرپایی با انتی بیوتیک (سفالوسپورین نسل اول یا دوم)، مسکن، لگن اب گرم بتادینه، و گرمای موضعی با تابش نور لامپ درمان نمود
- در صورت وجود سلولیت منتشر، از هم گسیختگی زخم، ابرسه یا علائم سیستمیک بایستی بیمار بستری شده و تحت درمان با انتی بیوتیک وسیع الطیف تزریقی، باز کردن بخیه ها و دبریدمان بافت های نکروز قرار گیرد محل برش را میتوان بلافاصله پس از تخلیه ترشحات و بافت های نکروزه و پس از تشکیل بافت ترمیمی صورتی رنگ ۵-۷ روز بعد دوخت و ترمیم کرد. (CMMDI 386)

اتلکتازی/پنومونی

- ۲ عارضه نه چندان ناشایع در ۱-۲ روز اول بعد از بیهوشی عمومی
- علائم: تب، علائم تنفسی در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل
- اتلکتازی به تنهایی باعث تب نمیشود بر حسب وضعیت گرفتاری ممکن است بدون علامت و یا با علائم تنفسی باشد بوسیله معاینه و رادیوگرافی قابل شناسایی خواهد بود.
- اقدامات پیشگیرانه: تنفس عمیق و سرفه کردن هر ۴ ساعت در ۲۴ ساعت اول بعد از بیهوشی
- پنومونی میتواند سبب تب در ۱-۲ روز اول بعد از سزارین شود که در آن یافته های تنفسی واضح وجود خواهد داشت
- شایعترین جرم در این دوران: استرپتوکوک پنومونی و مایکوپلازما پنومونی میباشد

احتباس و عفونت ادراری

- عفونت ادرار در ۵٪ زنان بعد از زایمان اتفاق میافتد و در زنانی که نیاز به کاتتریزاسیون پیدا میکنند در ۱۵٪ موارد دیده شده است.
- جرم شایع Ecoli ۷۵٪ موارد
- عوامل خطر: زایمان و اژینال اول، بیهوشی اپیدورال، بی حسی، سزارین، ترومای پرینه (NurseHomework.com)
- مثانه هیپوتونیک بعد از زایمان و استاز ادرار در نتیجه افزایش خطر عفونت
- عفونت غالباً قسمت تحتانی دستگاه ادراری را گرفتار میکند و در روز اول تا دوم (سیستیت) و یا سوم تا چهارم (پیلونفریت) بعد از زایمان ظاهر میکند
- عفونت خفیف سبب بروز حالت ضعف، درد در پشت و پهلوها و در بعضی از موارد درد در هنگام تخلیه ادرار میشود ممکن است درجه حرارت بدن بالا نرود.
- عفونتهای شدیدتر میتواند سیستیت حاد با سوزش و درد هنگام دفع ادرار و یا پیلونفریت باشد که سبب بالا رفتن درجه حرارت بدن، درد ناحیه کلیه ها، و هماچوری میشود. (MYLES TEXT BOOK ۲۰۰۹)
- درمان: شروع انتی بیوتیک برای سیستیت ۷ روز و برای پیلونفریت ۱۰ روز
- در UTI عارضه دار بررسی از نظر سنگهای ادراری، دیورتیکولوم پیشابراه و انومالیهای دستگاه ادراری به عمل آید.
- ۱-۲ هفته بعد از ختم درمان کشت ادراری گرفته شود. (CMMDI 386)

سندرم شوک توکسیک

سندرم شوک توکسیک یک بیماری حاد در اثر توکسین های استاف اورئوس است. در حدود ۶٪ زنان استاف اورئوس را در واژن خود دارند ولی فقط ۲٪ از زنان گونه ای از باکتری را با خود حمل می کنند که قابلیت تولید سم مولد شوک توکسیک را دارد. این سندرم ارتباط زیادی با قاعدگی و احتمالاً استفاده از تامپون دارد. با این حال عفونت استاف پستان و آندومتریوم بعد از زایمان یا از زخم های جراحی شکم نیز می تواند باعث سندرم شوک توکسیک شود. (www.iranamir.com)

علائم: تب، سردرد، کنفوزیون عقلانی، راش اریتمانوی ماکولر منتشر، ادم زیر جلدی، تهوع، استفراغ، اسهال ابکی و تغلیظ شدید خون

به دنبال نارسایی کلیه ممکن است نارسایی کبد، انعقاد داخلی عروقی منتشر و کلاپس گردش خون در یک توالی سریع رخ بدهد. (williams 2010)

ادامه....

تامپون واژینال در صورتی که در واژن باشد باید خارج شود. بیمار باید بستری شده و در صورت لزوم حجم بالایی مایع برای حفظ فشار خون تجویز گردد. در صورتی که نمی توان سایر علل سپسیس باکتریال مانند منگوکوکسمی را رد کرد باید آنتی بیوتیک های لازم را اضافه نمود. امکانات و اقدامات حمایتی مانند انتوباسیون، تجویز وازوپرسورها و دیالیز معمولاً لازم است و با این امکانات میزان مرگ و میراز ۱۵٪ به ۳٪ کاهش یافته است. اثر آنتی بیوتیک ها در بهبود وضعیت فاز حاد تأثیر چندانی ندارد ولی در کاهش میزان عود از ۳۰٪ به ۵٪ بسیار موثر واقع شده است.

توصیه می شود که زنان از مصرف طولانی مدت و شبانه تامپون یا وسایل جلوگیری از بارداری داخل واژن خودداری کنند، هر چند کارایی این روش چندان مشخص نیست. در ۶-۸ هفته بعد از زایمان توصیه به عدم استفاده از تامپون می شود. زنانی که دچار سندرم شوک توکسیک شده اند، باید از احتمال عود آگاه و از استفاده مجدد از تامپون منع شوند. (www.iranamir.com)

در افراد مبتلا به سندرم شوک توکسیک استرپتوکوکی اغلب هیسترکتومی ضرورت مییابد.

تحقیقات در ایران

- **تاثیر اسانس لاوند در مراقبت از زخم اپی زیوتومی پس از زایمان**
 - استفاده از بتادین: اثرات منفی در بهبود زخم
 - هدف: اثر ترکیب اسانس روغنی اسطوخودوس و روغن زیتون بر بهبود زخم اپی زیاتومی و مقایسه با بتادین در یکی از بیمارستانهای شهر اراک
 - مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی-مادرانی که زایمان طبیعی داشته همراه با اپی زیاتومی بدون استفاده از وسیله، مبتلا به هیچ بیماری حاد و مزمن نبوده، از نظر اجتماعی اقتصادی و رعایت بهداشت در یک سطح، جنین تک قلو، سابقه الرژی نداشته باشند
 - روش استفاده: ۵-۱۰ قطره در ۵ لیتر اب از روغن لاوند به روش حمام نشسته-گروه شاهد استفاده از بتادین
 - نتایج بعد از مراجعه در روز پنجم: قرمزی و التهاب در گروه لاوند به طور معنی داری کمتر بود. میزان درد تفاوت معنی داری نداشت. ادم در گروه لاوند بیشتر بود. اختلاف معنی داری در میزان عفونت و باز شدن لبه های زخم در ۲ گروه وجود نداشت. تفاوت معنی دار در ترمیم زخم اپی زیاتومی وجود نداشت.
- (وکیلیان و همکاران ۱۳۸۷)

بررسی تاثیر برنداشتن موهای زائد محل عمل در ایجاد عفونت زخمهای سزارین ۱۳۸۰

- مطالعه به صورت غیر تصادفی بر روی ۲۵۶ مادر گروه شاهد ۱۲۲ نفر که موهای عمل برداشته شد و گروه تجربی ۱۳۴ نفر که موهای زائد برداشته نشد.
- میزان بروز عفونت زخم در ۷-۱۰ روز و ۴۰-۵۰ روز بعد عمل در هر گروه ۴ نفر و در مجموع ۸ نفر بود.
- نتیجه: در مورد سزارینهای اورژانس مانند زجر جنین میتوان اینکار را انجام نداد.

(دکتر پروین تدین ۱۳۸۰)

اثر شستشوی زیر جلد با نرمال سالین در کاهش بروز عفونت زخم سطحی در جراحیهای شکمی و مامایی ۱۳۸۳

- مطالعه از نوع کار آزمایشی بالینی روی ۲ گروه ۱۰۰ نفره از بیماران که کاندید جراحی ژنیکولوژیک یا مامایی بودند انجام شد
 - در گروه آزمایش پس از ترمیم فاسیا و خونگیری کامل زیر جلد با استفاده از ۱۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالین شستشو و سپس جدار بسته شد در حالیکه در گروه شاهد بدون شستشوی زیر جلد و پس از خونگیری کامل جدار ترمیم گردید کلیه بیماران در ۲ گروه از نظر عفونت زخم تا زمان ترمیم کامل پیگیری شدند..
 - یافته ها: بیماران ۲ گروه از نظر سن، شاخص توده بدنی، مدت جراحی و نوع عمل (ژنیکولوژیک یا مامایی) تفاوت معنی داری نداشتند میزان عفونت زخم در گروه مورد آزمایش ۱٪ و در گروه شاهد ۷٪ بود که تفاوت معنی داری را از نظر آماری نشان داد.
 - نتیجه: شستشوی زیر جلد با نرمال سالین روش موثر، ارزان، ساده و بی خطر است که میتواند عفونت زخم را کاهش دهد پیشنهاد میشود از این روش در افرادی که در معرض بالای عفونت زخم هستند استفاده شود.
- (محسن فکرت ۱۳۸۳)

بررسی تاثیر درمان خوراکی با انتی بیوتیک در پیشگیری از عفونت اپیزوتومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان علوی اردبیل در سال ۱۳۸۰

- مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی بوده جامعه پژوهش کلیه خانمهای حامله شکم اول و دوم کم خطر مراجعه کننده به بیمارستان علوی بوده است.
- معیارهای انتخاب بیماران کم خطر شامل پارگی کیسه اب کمتر از ۶ ساعت، تعداد معاینه واژینال در طول لیبر کمتر از ۶ بار، طول مدت مرحله دوم زایمان ۵۰ دقیقه یا کمتر، شستشوی کامل دستگاه تناسلی حین زایمان و عدم استفاده از واکنوم یا فورسپس در ختم زایمان بوده است.
- خانمهای حامله واجد شرایط فوق به طور تصادفی به ۲ گروه ۲۰۳ نفره تجربی و مقایسه شدند به گروه اول کیسول امپلی سیلین و به گروه بعدی دارونما داده شد بیماران در روز دهم بعد از زایمان از نظر عفونت محل اپی مورد بررسی قرار گرفتند.

■ با توجه به اینکه شیوع عفونت اپی زیوتومی در تحقیقات مشابه در کشورهای خارجی ۰/۳۵-۰/۸٪ و در مراکز آموزشی علوی اردبیل ۱/۱٪ در گروه تجربی و ۲۵/۳٪ در گروه مقایسه بوده که بسیار بالاتر از امار جهانی است و بین شیوع عفونت در گروه تجربی و کنترل تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد بنابراین تجویز انتی بیوتیک پس از زایمان در شرایط فعلی در این مرکز ضروری است.

(اهدایی وند فرناز و همکاران ۱۳۸۰)

- Gary L. Darmstadt, Mohamed Hassan, Zohra P. Balsara, Peter J. Winch, Reginald Gipson, and Mathuram Santosham 2009 Impact of Clean Delivery-kit use on Newborn Umbilical Cord and Maternal Puerperal Infections in Egypt
- W Chaim, A Bashiri, J Bar-David, I Shoham-Vardi, and M Mazor 2000 Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection.
- Martin Sheldon, James Cronin, Leopold Goetze, Gaetano Donofrio, and Hans-Joachim Schuberth 2010 Defining Postpartum Uterine Disease and the Mechanisms of Infection and Immunity in the Female Reproductive Tract in Cattle
- MYLES TEXTBOOK for midwives 2009 edited by Dianem. fraser.uk et a
- W Chaim, A Bashiri, J Bar-David, I Shoham-Vardi, and M Mazor 2000 Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection
- J Ickovics, L Niccolai, J Lewis, T Kershaw, and K Ethier 2003 High postpartum rates of sexually transmitted infections among teens: pregnancy as a window of opportunity for prevention
- Nguyen T N Ngoc, Nancy L Sloan, Tran S Thach, Le K B Liem, Beverly Winikoff. [Journal of Health, Population and Nutrition](#). Dhaka: [Jun 2005](#). Vol. 23, Iss. 2; pg. 121, 10 pgs **Incidence of Postpartum Infection after Vaginal Delivery in Viet Nam**
- B sajina stritar may 2006 **POSTPARTUM INFECTION COMPLICATIONS AFTER OBSTETRIC OPERATIONS IN SLOVENIA**
- Rodney k Edwards, kaivou, patrick duff 2003 **Is perioperative hypothermia a risk factor for post-cesarean infection?**
- **Williams obstetrics 2010**

ادامه...

- تاثیر اسانس لاندور در مراقبت از زخم اپی زیوتومی پس از زایمان، کتایون وکیلان، مهتاب عطارها، رضا بخردی، فریبا قیله، زهرا حاتمی، ابوالفضل سراج ۱۳۸۷
- بررسی تاثیر درمان خوراکی با انتی بیوتیک در پیشگیری از عفونت اپی زیوتومی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان علوی اردبیل، اهدایی وند و همکاران ۱۳۸۰
- بررسی تاثیر مایع امنیوتیک اغشته به مکونیوم و عفونت پس از زایمان، فاطمه رحیمی شریف باف ۱۳۸۷
- اثر شستشوی زیر جلد با نرمال سالین در کاهش بروز عفونت زخم سطحی در جراحی های شکمی زنان و مامایی دکتر محسن فکرت ۱ ، دکتر مریم کاشانیان ۱۳۸۳
- بررسی تاثیر برنداختن موهای زائد محل عمل در ایجاد عفونت زخم های سزارین در بیمارستان حکیم هیدجی ۱۳۷۶-۷۷ دکتر پروین تدین
- اصول بارداری و زایمان CMMD تالیف دکتر پرویز قره خانی ۱۳۸۶
- مامایی و مراقبتهای ویژه تالیف مهوش دانش کجوری ۱۳۷۸
- راهنمای پرستاری بالینی، مراقبت از مادران پنی سسلر براندان مترجمان فرشته نارنجی، نازی نجات ۱۳۸۱_

www.vista.ir

www.nurse Home work.com

www.iranamir.com

خسته نباشيد

