

## پلی هیدرآمنیوس

**تعریف:** پلی هیدرآمنیوس، عبارت است از تجمع مایع آمنوتیک بیش از ۲۰۰۰ میلی لیتر، AFI بیشتر از ۲۴ سانتی متر و بیشتر در سه ماه سوم حاملگی و MVP بیش تر از ۸ سانتی متر.

MVP= Maximum vertical pocket

### شایعترین علل:

- ۱- دیابت مادر
- ۲- ماکروزومی یا حاملگی چندقلویی
- ۳- ناهنجاری جنینی

### عوارض و خطرات:

- ۱- اتساع زیاد رحم و پارگی پرده ها
- ۲- زایمان زودرس
- ۳- خونریزی پس از زایمان
- ۴- افزایش فشار داخل شکمی
- ۵- کاهش ظرفیت تنفسی
- ۶- مرگ و میر پری ناتال بین ۱۵ الی ۳۰٪ به علت نواقص همراه با زایمان، اختلالات کروموزومی، پارگی زودرس پرده ها و حوادث بند ناف.

۱

## الیگو هیدرآمنیوس

**تعریف:** در الیگو هیدرآمنیوس، AFI کمتر یا مساوی ۵ سانتی متر است. به طور کلی الیگو هیدرآمنیوس در اوایل حاملگی کمتر ایجاد می شود و معمولاً پیش آگهی بدی دارد. حجم مایع آمنیونی به طور طبیعی بعد از هفته ۳۵ حاملگی کاهش می یابد.

### شایعترین علل:

- ۱- انسداد دستگاه ادراری جنین
- ۲- آرنژی کلیوی جنین
- ۳- تراوش مزمن مایع از شکافهای موجود در پرده ها

### عوارض و خطرات:

- ۱- فشرده شدن بند ناف حین لیبر
- ۲- خطر دفع مکنونیوم غلیظ
- ۳- افزایش میزان سزارین
- ۴- افت متغیر صدای قلب جنین

**درمان:** اداره کردن الیگو هیدرآمنیوس در اواخر حاملگی بستگی به وضعیت کلینیکی دارد در یک حاملگی عارضه دار شده با الیگو هیدرآمنیوس و محدودیت رشد جنینی به دلیل عوارض همراه، مراقبت دقیق جنینی مهم است و زایمان به دلایل مادری و جنینی توصیه می شود.

۳

### تشخیص:

بزرگ شدن رحم به همراه اشکال در لمس اجزا کوچک جنین و اختلال در شنیدن صدای قلب جنین، معمولاً اولین یافته بالینی هیدرآمنیوس است. در موارد شدید دیواره رحم آنقدر سفت است که لمس هیچ قسمتی از جنین مقدور نیست. از سونوگرافی و رادیوگرافی می توان در تشخیص کمک گرفت.

### درمان

در حدود ۵۰٪ موارد به خصوص در موارد خفیف مشکل خودبخود حل می شود، چنانچه تنگی نفس یا درد شکم وجود دارد یا حرکت کردن مشکل می باشد بستری کردن بیمار ضروری است.

استراحت مطلق و تسکین بیمار تا حدودی وضعیت را تحمل پذیر می کند، ولی به ندرت روی مایع تاثیر می گذارد در صورتی که مایع خیلی زیاد باشد و یا سبب ناراحتی زیادی شود پزشک ممکن است با استفاده از روشی به نام آمنیوستنز درمانی مقداری از مایع را خارج کند.

۲



## فلش کارت بخش زایمان

### بیمارستان بنت الهدی



### پارگی زودرس کیسه آب (PROM)

**تعریف:** در پارگی زودرس کیسه آب دو اصطلاح

Preterm rupture of membranes

Premature rupture of membranes

وجود دارد که اصطلاح اول به معنی پاره شدن کیسه آب قبل از ۳۸ هفته و اصطلاح دوم به پاره شدن کیسه آب در هر زمانی قبل از شروع مراحل زایمانی گفته میشود.

#### شایعترین علل PROM:

- ۱- عفونت های واژن و سرویکس - مقاربت
- ۲- فیزیولوژی غیر طبیعی پرده ها
- ۳- ناهنجاری های جنینی
- ۴- پایین بودن موقعیت های اجتماعی - اقتصادی
- ۵- تحریک پذیری رحم - کشیده شدن غشاها
- ۶- حالاتی که در ارتباط با حجم افزایش یافته رحم هستند (پلی هیدرآمنیوس و حاملگی های چندقلو )

۴

۲- اگر سن حاملگی ۳۴ تا ۳۶ هفته باشد و وزن جنین ۲۰۰۰ الی ۳۰۰۰ گرم باشد مانند سن حاملگی بالای ۳۶ هفته اقدام می شود .

۳- اگر سن حاملگی ۲۶ الی ۳۴ هفته باشد ، دیسترس جنینی و کوریوآمنیوتیت وجود نداشته باشد.درمان محافظه کارانه است.

#### اقدامات پرستاری:

- بستری و ارسال آزمایشات روزانه مثل CRP ، ESR ، WBC
- سرم
- کنترل علائم حیاتی به ویژه درجه حرارت
- سونوگرافی برای تعیین حجم AF
- کشت ترشحات سرویکس
- آنتی بیوتیک تراپی
- تجویز کورتیکو استروئید (بنامتازون ۱۲ میلی گرم عضلانی)
- تعیین میزان دیلاتسیون و افاسمان سرویکس

۶

#### عوارض و خطرات :

زایمان زودرس ، سیتی سمی بعد از زایمان، هپتو پلازی ریوی، پرولاپس بندناف ، کوریو آمنیوتیت

شایعترین عارضه بالینی آشکار در حاملگی های توام با پارگی کیسه آب ، سندرم زجر تنفسی نوزاد است.

#### تشخیص PROM

بر ذکر شرح حال ، خارج شدن مایع از واژن و اثبات وجود مایع آمنیوتیک در واژن استوار است.

#### درمان بر اساس سن حاملگی

۱- اگر سن حاملگی بیشتر از ۳۶ هفته باشد تا ۱۲ ساعت به مادر فرصت داده و اگر علائم شروع زایمان وجود نداشت در صورت عدم وجود کنتراآندیکاسیون مامایی برای تجویز اکسی توسین ، القای زایمان انجام می شود .

۵

#### نکات اساسی در ثبت گزارش مادر باردار مبتلا به PROM

- ۱- بررسی علائم PROM : نشست مایع از واژن ، انجام تست نیتراژین ، انجام آزمایشات CRP، ESR، CBC
- ۲- آموزش علائم خطر به مادر: حساسیت رحمی ، ترشحات بدبو ، تاکی کاردی و تب
- ۳- تشویق مادر به استراحت مطلق
- ۴- انجام معاینات تشخیصی کوریو آمنیوتیت توسط ماما ( بررسی تندرینس رحمی ، تاکی کاردی ، درجه حرارت ، ترشحات بدبو و ..)
- ۵- کنترل صدای قلب جنین و بررسی انقباضات رحمی و ثبت در پرونده
- ۶- دادن به موقع آنتی بیوتیک و کورتیکو استروئیدهای مادر
- ۷- سونوگرافی تشخیص عضو پرزائنه ، حجم مایع AF، سن بارداری

۷

### اقدامات لازم:

- ۱- بستری
- ۲- کنترل علائم حیاتی، میزان خونریزی مادر، ارتفاع رحم
- ۳- مانیتورینگ دائم صدای قلب جنین و انقباضات مادر
- ۴- انجام آزمایشات لازم و رزرو خون

تصمیم گیری جهت نحوه زایمان بر اساس نوع دکولمان و شدت خونریزی و وضعیت جنین ممکن است به صورت واژینال یا سزارین باشد.

### جفت سرراهی

**تعریف:** جفت روی منخل سرویکس یا خیلی نزدیک به آن قرار می گیرد.

**علل:** جفت سرراهی در موارد زیر افزایش می یابد:

- ۱- مادران چندزا
- ۲- سن بالای مادر
- ۳- مادرانی که قبلاً سزارین شده اند و یا عمل جراحی بر روی رحم داشته اند.
- ۴- سقط القا شده
- ۵- سیگار کشیدن

### تشخیص:

علائم بالینی  
سونوگرافی

۱۰

### خونریزی سه ماهه سوم

۱. دکولمان جفت ۲- جفت سر راهی

**تعریف دکولمان جفت:** جدا شدن جفت از محل اتصالات قبل از زایمان جنین

### انواع دکولمان:

**فرم مخفی:** ۲۰٪ موارد را شامل می شود که خونریزی آشکار وجود ندارد عوارض آن اغلب شدید می باشد.

**فرم آشکار:** که ۸۰٪ موارد را تشکیل می دهد خونریزی آشکار وجود دارد عوارض کمتر و از شدت کمتر برخوردار است

### علل ایجاد دکولمان:

علت اصلی و اولیه ناشناخته است اما مهمترین عوامل مستعد کننده دکولمان عبارتند از:

- ۱- فشارخون ناشی از حاملگی، یا فشارخون مزمن مادر

۸

### علائم بالینی:

علامت اصلی جفت سرراهی خونریزی بدون درد با خصوصیات زیر است: ناگهانی، زیاد، قرمز روشن که گاهی اولین مرحله خونریزی در خواب رخ می دهد.

### سونوگرافی:

اولین، ساده ترین، دقیق ترین و سالم ترین راه تعیین محل جفت، استفاده از سونوگرافی است.

### اقدامات لازم:

- ۱- بستری
- ۲- کنترل علائم حیاتی، میزان خونریزی مادر، ارتفاع رحم
- ۳- مانیتورینگ دائم صدای قلب جنین و انقباضات مادر
- ۴- انجام آزمایشات لازم و رزرو خون

روش انتخابی زایمان حتی در درجات خفیف جفت سرراهی، سزارین می باشد.

### عوارض جفت سرراهی:

- ۱- شوک درمادر ۲- تولد نوزاد نارس

### مهم:

در هر زن حامله ای که دارای خونریزی رحمی در نیمه دوم حاملگی باشد دو تشخیص همواره مد نظر می باشد، جفت سرراهی و دکولمان جفت، بنابراین اولین اقدام سونوگرافی است که به تشخیص قطعی کمک می کند.

۱۱

ادامه .....

- ۲ سابقه دکولمان قبلی ۳- پارگی زودرس کیسه آب ۴- ضربه خارجی ۵- مصرف سیگار، کوکائین، الکل و مواد مخدر ۶- توده های رحمی ۷- سن بالای مادر ۸- مادران چندزا

### علائم دکولمان:

- ۱- خونریزی واژینال ۲- زجر جنین
- ۳- انقباض رحمی و درد شکم ۴- زایمان زودرس ۵- جنین مرده

**مشخصات خونریزی واژینال:** خونریزی تیره، دفع لخته گاهی، همراهی با درد

**تشخیص:** علائم بالینی، سونوگرافی، یافته های آزمایشگاهی

### عوارض دکولمان:

- ۱- شوک ۲- اختلالات انعقادی ۳- نارسایی کلیه ۴- تولد نوزاد نارس

۹

### پره اکلامپسی شدید

- $BP \uparrow = 160/110$  یا بالاتر
- پروتئینوری  $2g/24h$  یا  $2+$
- کراتینین سرم بالاتر از  $1/2 mg/dl$
- پلاکت کمتر از  $100,000$
- همولیز میکروآنژیوپاتیک (LDH بالا)
- $ALT-AST \uparrow$
- سردرد پایدار، سایر اختلالات مغزی یا بینایی
- درد مداوم اپی گاستر
- الیگوری  $500cc / 24h \geq$

۱۴

### نکات اساسی در ثبت گزارش مادر باردار مبتلا به خونریزی

- ۱- کنترل علائم حیاتی مادر هر یک ساعت و ثبت در پرونده
- ۲- مانیتورینگ دائم صدای قلب جنین
- ۳- کنترل انقباضات مادر در صورت افزایش تون پایه رحم به پزشک اطلاع داده شود.
- ۴- انجام آزمایشات لازم:  $Hb, HCT$
- ۵- انجام سونوگرافی برای تشخیص قطعی جفت سرراهی و ثبت در پرونده
- ۶- کنترل خونریزی مادر از نظر رنگ و مقدار و ثبت در پرونده
- ۷- آموزش به مادر که افزایش مقدار خونریزی، انقباض و یا کاهش حرکت جنین را اطلاع دهد.
- ۸- اندازه گیری دقیق ارتفاع رحم

۱۲

### نحوه برخورد با پره اکلامپسی خفیف:

برای تشخیص قطعی بستری در بیمارستان  
ارزیابی آزمایشگاهی شامل پروتئین ادرار ۲۴ ساعته، هماتوکریت، شمارش پلاکت، اوره و کراتینین سرم و سطح  $LDH, ALT, AST$   
سونوگرافی: بر ای ارزیابی حجم مایع آمنیوتیک و تخمین وزن جنین  
درمان قطعی برای پره اکلامپسی ختم حاملگی است.  
در بیماران ترم انجام وضع حمل، در بیماران پره ترم نحوه برخورد با بیمار بر اساس سطح فعالیت، رژیم غذایی، داروهای ضد فشارخون و رویکرد انتظاری برای وضع حمل است.

### علائم خطر:

تهوع و استفراغ، سردرد شدید مداوم، درد اپی گاستر، وجود لکه کور در میدان بیماری، دید مبهم، کاهش حرکات جنین، پارگی پرده های جنینی، خونریزی واژینال، انقباضات منظم  
روش ترجیحی وضع حمل، زایمان طبیعی است. انجام سزارین فقط در موارد اندیکاسیون های مامایی بکار می رود.  
در روند زایمان برای پیشگیری از تشنج، سولفات منیزیم تجویز می گردد.

۱۵

### هایپر تانسیون

تعریف:  $BP \geq 140/90$  MmHg در دو نوبت به فاصله حداقل ۶ ساعت و حداکثر یک هفته از یکدیگر، یا افزایش  $15/30 \geq$  دیاستول/سیستول و  $20 \geq$  فشار متوسط شریانی

تعریف پروتئینوری:  $300$  میلی گرم پروتئین یا بیشتر در ادرار ۲۴ ساعت

### پره اکلامپسی

$BP \geq 140/90$  در ۲ مرتبه به فاصله حداقل ۶ ساعت و

پروتئینوری  $300 mg/24h$  یا  $dipstick = +1$

عواقب نوزادی: بستگی به سن حاملگی دارد.

عواقب مادری: شامل: DIC خونریزی داخل جمجمه - نارسایی کلیه - جاشدگی شبکه - ادم ریوی - پارگی کبد - پارگی جفت و مرگ.

۱۳

ادامه....

در بیماران با سن حاملگی ۳۲ هفته و کمتر رویکرد انتظاری و به شرح زیر است:

۱- ارزیابی سلامت جنین با آزمایشات غیر استرس زا و تعیین هفتگی AFI

۲- آموزش جهت بررسی حرکات جنین توسط مادر

۳- ارزیابی رشد جنین هر ۲ تا ۳ هفته با سونوگرافی

۴- آزمایشات بالینی مادر روزانه یا روز در میان

هرگونه بدتر شدن وضعیت جنین یا مادر وضع حمل را بدون توجه به سن حاملگی ضروری می سازد.

در موارد زیر ختم حاملگی باید بلافاصله صورت گیرد:

هائپرتانسیون شدید کنترل نشده ، اکلامپسی ، اولیگوری مداوم ، پارگی جفت ، شمارش پلاکتی  $> 100,000 \text{ mm}^3$  ، بالا بودن آنزیم های کبدی همراه با درد اپی گاستر یا تندرینس ربع فوقانی راست شکم ، ادم ریوی ، سردرد شدید یا مقاوم ، تغییرات بینایی مرگ جنین، روند زایمانی خودبخود، پارگی پرده ها ، سن حاملگی  $\leq 34$  هفته ، شواهد دال بر دیسترس جنینی

۱۶

داروهای رایج در درمان پره اکلامپسی در بخش زایمان

سولفات تراپی :

دوز stat : تزریق سولفات منیزیم ۴ تا ۶ گرم وریدی در ۱۰۰ سی سی سرم و با سرعت حداکثر ۱ گرم در دقیقه

دوز loading: انفوزیون ۲ گرم سولفات منیزیم در ۱۰۰ سی سی سرم رینگر که در طی یک ساعت انفوزیون می شود .

ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان از شرایط زیر می باشد:

۱- وجود رفلکس پتیلار

۲- نبود دپرسیون تنفسی

۳- وجود برون ده ادراری به میزان بیش از ۱۰۰ سی سی در مدت ۴ ساعت

در صورت مسمومیت با سولفات منیزیم (وجود آپنه، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ سی سی (۱ گرم) گلوکونات کلسیم در مدت ۲ دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید.

داروهای کاهش دهنده فشارخون

هیدرالازین : ۵ تا ۱۰ میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۳۰ میلی گرم می توان تکرار کرد.

دiazepam: به میزان ۱۰ میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت ۲ دقیقه که در تشنج هم استفاده می شود.

۱۷

### نکات اساسی در ثبت گزارش مادر باردار به پره اکلامپسی

۱- کنترل علائم حیاتی به ویژه فشار خون مادر هر

یک ساعت و ثبت در پرونده

۲- آماده کردن وسایل احیا بر بالین مادر

۳- مونیتورینگ دائم صدای قلب جنین

۴- اندازه گیری پروتئینوری، اندازه گیری هموگلوبین،

هماتوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی

۵- کنترل دقیق تجویز داخل وریدی سولفات منیزیم

۶- گذاشتن سوند ادراری

۷- مادر را در تخت مناسبی قرار دهید که در صورت

تشنج سقوط نکند. وی را به پهلو چپ خوابانیده و سر

او را به منظور جلوگیری از اسپیراسیون احتمالی

بالا تر از سطح بدن قرار دهید.

۸- ادامه تجویز سولفات منیزیم تا ۲۴ ساعت بعد از

زایمان

۹- تحت نظر قرار دادن بیمار از نظر ایجاد سندرم

HELLP (همولیز میکرو آنژیوپاتیک ، کریز آنزیم های

کبدی ، افت پلاکت )

۱۸

### حاملگی طول کشیده یا پست ترم

تعریف : در حاملگی پست ترم طول دوران حاملگی از ۴۲ هفته یا از ۲۹۴ روز از LMP بیشتر می شود

شایعترین علل:

۱- تخمین اشتباه سن بارداری شایع ترین علت حاملگی طول کشیده

است ۲- سابقه حاملگی طول کشیده، ۳- سن پایین مادر، ۴- اولین

زایمان ۵- علل هورمونی

عوارض جنینی:

۱- خطر بلع مکنونیوم توسط جنین

۲- صدمات حین تولد به علت ماکروزومی جنین

۳- کاهش مایع آمنیون (فشردگی بند ناف)

۴- اختلالات ضربان قلب جنین حین زایمان

۵- چروکیدگی پوست جنین (سندرم پست مچوریته)

۶- مرگ جنین

عوارض مادری:

آسیب به بافت مسیر زایمان ناشی از بزرگ بودن جنین ، خونریزی

۱۹

### نکات اساسی در ثبت گزارش مادر بارداری مبتلا به کاهش حرکات جنین در post date

- ۱- بررسی دقیق سن بارداری و ثبت در پرونده
- ۲- بررسی سونوهای قبلی مادر
- ۳- آموزش به بیمار در مورد نحوه شمارش حرکات جنین ( خوردن مایعات شیرین و کنترل حرکات جنین نیم ساعت بعد که باید در طی یک ساعت حداقل ۴ حرکت داشته باشد)
- ۴- تشویق مادر به خوابیدن در پوزیشن پهلو چپ
- ۵- سونوگرافی جهت تعیین دقیق AFI و سونوی BBP
- ۶- آموزش به بیمار که در صورت بروز انقباض، کاهش حرکات جنین، آبریزش و یا خونریزی اطلاع دهد.
- ۷- انجام NST در اسرع وقت
- ۸- ثبت زمان بروز آبریزش، انقباض و یا خونریزی در پرونده

۲۱

### اقدامات درمانی

- دخالته و ارزیابی از سن ۴۱ هفته بارداری شروع می شود
- ۱- در صورت نامشخص بودن تاریخ بارداری، تست های ارزیابی سلامت جنین و بررسی بلوغ ریه جنین لازم است.
  - ۲- ارزیابی سلامت جنین بعد از هفته ۴۱ بارداری شامل، هفته ای ۲ بار NST، اندازه گیری AF، BBP، OCT است
  - ۳- اقدام برای رایب کردن سرویکس با ۲۵ میکروگرم میزوپروستول و اژینال

### اندیکاسیون بستری:

- ۱- الیگو هیدرآمیوس ۲- کاهش حرکت جنین ۳- سن بارداری ۴۱ هفته و بیشتر ۴- اختلال تست های سلامت جنین

### اندیکاسیون ختم بارداری

- ۱- اولیگو هیدرآمیوس ۲- گذشت ۴۲ هفته از بارداری ۳- تمایل مادر پس از ۴۱ هفته

۲۰

**انقباضات مناسب** یعنی رخداد حداقل سه انقباض مناسب (انگشت شست به سادگی در قله رحم فرو نمی رود) در ده دقیقه که هر کدام ۴۰ ثانیه طول بکشد.

**باید NST قبل از القای زایمان بصورت روتین انجام شود.**

در صورت نبود امکان مانیتورینگ دائم هر ۲ ساعت در فاز فعال یک تراسه ۲۰ دقیقه ای گرفته شود.

**روش های قابل استفاده جهت القای زایمان:**

### ۱- کاتتر فولی

کاتتر فولی جانشین خوبی برای پروستاگلاندین ها جهت رایب کردن سرویکس است.

در صورت جفت سر راهی، پارگی کیسه آب یا عفونت واضح واژن از کاتتر فولی نباید استفاده کرد

### ۲- پاره کردن کیسه آب

### القای زایمان

**اندیکاسیون:** در زمانی که لازم است بارداری قبل از شروع دردهای زایمانی خاتمه داده شود و در صورت وجود اندیکاسیون های مامایی و نبود کنترا اندیکاسیون ها، القای زایمانی انجام می شود.

**کنترا اندیکاسیون های مادری:** انسزیون کلاسیک یا جراحی بر روی رحم، جفت یا رگ سر راهی، ناهنجاری لگنی، هرپس فعال ژنیتال، کانسر سرویکس و رحم بزرگتر از حد معمول.

**کنترا اندیکاسیون های جنینی:** ماکروزومی 4511 (گرمی)، پرزانتاسیون های غیر طبیعی، وضعیت نگران کننده جنین و برخی از آنومالی ها که مغایرت با زایمان طبیعی دارد.

**اینداکشن:** تحریک انقباضات رحم برای آغاز فرایند زایمان همراه با مانیتورینگ دائم

**آگمنت:** تحریک انقباضات رحم پس از آغاز زایمان که موجب افزایش مدت، دامنه و شدت هر انقباض شود.

۲۲

۲۳

## نکات اساسی در ثبت گزارش مادر بارداری که القای زایمانی می شود

- ۱- بررسی دقیق سن بارداری و ثبت در پرونده
- ۲- بررسی سونوهای قبلی مادر
- ۳- انجام القای زایمان فقط با دستور پزشک
- ۴- کنترل و ثبت دقیق صدای قلب جنین حین انجام کار (مانیتورینگ دائم)
- ۵- کنترل و ثبت دقیق انقباضات رحمی
- ۶- آموزش مادر که در صورت آبریزش ، خونریزی و شروع انقباضات رحمی اطلاع دهد و ثبت زمان دقیق بروز آبریزش ، انقباض و یا خونریزی در پرونده
- ۸- استفاده از سرم قندی و نمکی یا رینگر
- ۹- به محض ایجاد انقباضات مناسب تزریق در همان قطرات حفظ شود.

۲۵

## روش های دارویی در القای زایمان

### پروستاگلاندین

میزو پروستول ( $E_1$ ) به میزان ۲۵ میکرو گرم در فورنیکس خلفی کار گذارده می شود یا ۵۰ میکرو گرم خوراکی استفاده می شود.

این دوز را در صورت عدم تغییر وضعیت سرویکس و عدم شروع انقباضات می توان ۶ ساعت بعد نیز تکرار کرد.

### اکسی توسین

انفوزیون اکسی توسین فقط با سرم قندی نمکی یا رینگر انجام شود.

روش کار: ۱۰ واحد در ۱۰۰۰ سی سی سرم، از ۴ تا ۸ قطره در دقیقه شروع و سپس هر ۱۵ دقیقه ، ۴ قطره اضافه شده تا به حداکثر ۶۴ قطره در دقیقه برسد.

در صورتی که انقباضات مناسبی با میزانی از اکسی توسین داریم (سه انقباض در ۱۰ دقیقه و هر کدام ۴۰ ثانیه) تزریق در همان سرعت حفظ شود.

۲۴

## درمان:

سن حاملگی کمتر از ۳۴ هفته : دیلاتاسیون کمتر از ۵ سانتی متر ، جنین سالم ، کیسه آب سالم ، تجویز داروهای متوقف کننده و یا کاهش دهنده انقباضات رحمی ، داروهای ضد میکروبی

سن حاملگی ۳۴ هفته و بیشتر : درمان محافظه کارانه

در صورت پارگی بیش از موعد پرده ها : مطابق prom اقدام می شود.

### اقدامات پرستاری:

- بستری ، برقراری IV line و سرم
- کنترل علائم حیاتی به خصوص درجه حرارت
- سونوگرافی ، کشت ترشحات سرویکس
- آنتی بیوتیک تراپی و تزریق کورتیکو استروئیدها
- تعیین میزان دیلاتاسیون و افساسمان سرویکس

۲۷

## زایمان پره ترم

تعریف: شروع درد های زایمانی قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری

شایعترین علل: جفت سر راهی ، عفونت مایع آمنیون ، علل ایمنولوژیک ، بی کفایتی سرویکس ، ناهنجاری جنینی ، تروما یا جراحی ، ناهنجاری رحم ، مثل فیبروئیدهای رحمی ، واژینوز باکتریال ، عوامل مربوط به شیوه زندگی ، سابقه زایمان پره ترم قبلی

### علائم:

انقباضات دردناک رحمی (۴ تا در ۲۰ دقیقه) ، پارگی خودبخود پرده ها ، دیلاتاسیون بیش از ۱ سانتی متر ، افساسمان بیش از ۸۰ درصد

### عوارض:

دیسترس جنینی

خونریزی داخل جمجمه ای نوزاد

۲۶

### نکات اساسی در ثبت گزارش مادر باردار زایمان پره ترم

- ۱- بررسی دقیق سن بارداری و سونوهای قبلی مادر و ثبت در پرونده
- ۲- کنترل و ثبت دقیق صدای قلب جنین ، انقباضات رحمی
- ۳- آموزش مادر که در صورت آبریزش ، خونریزی و شروع انقباضات رحمی اطلاع دهد.
- ۴- ارسال آزمایشات CBC ، U/A ، U/C و ....
- ۵- ثبت زمان دقیق بروز آبریزش ، انقباض و یا خونریزی در پرونده
- ۶- در صورت آبریزش ، علائم حیاتی مادر به ویژه تب هر یک ساعت و ثبت در پرونده
- ۷- دادن به موقع آنتی بیوتیک و بتامتازون تجویز شده به مادر
- ۸- معاینه دقیق دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس

۲۹

### تجویز کورتیکواستروئیدها به منظور تسریع در مجوریتی ریه جنین:

در هفته ۲۶ تا ۳۶ بارداری ۱۲ میلی گرم بتامتازون به صورت عضلانی و تکرار آن به فاصله ۲۴ ساعت و یا ۶ میلی گرم دگزامتازون به صورت عضلانی چهار دوز به فاصله ۱۲ ساعت می باشد.

### تجویز سولفات منیزیم جهت حفاظت عصبی نوزاد

جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته ۲۲ تا ۳۲ بارداری در صورت که وقت کافی وجود دارد، تزریق ۶ گرم سولفات منیزیم اولیه و بعد هر ساعت ۲ گرم حداقل تا ۱۲ ساعت تجویز شود.

### کنتراندیکاسیون های توکولیز:

**مطلق :** پره اکلامپسی شدید، دکولمان شدید، خونریزی شدید، کوریو آمینیوت، مرگ جنین، آنومالی مغایر با حیات جنین، دیسترس جنین و محدودیت رشد رحمی شدید.

**نسبی:** دیابت کنترل نشده مادر ، هیپرتیروئیدسم مادر ، بیماری قلبی مادر ، دیسترس جنینی ، فشارخون مزمن خفیف ، دکولمان خفیف ، دیلاتاسیون بیش از ۵ سانتی متر سرویکس .

۲۸