

زایمان پره ترم



تهیه کننده: زینب موسوی شیرازی
کارشناس مامایی

منبع: بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۱۴

زایمان قبل از ۳۷ هفته کامل حاملگی که به ۲ زیرگروه تقسیم می شوند:

۱- زایمان پره ترم زودرس.

۲- زایمان پره ترم دیررس

زایمان پره ترم زودرس به تولدهی قبل از 32w+6d گفته می شود.

زایمان پره ترم دیررس: تولدهای بین ۳۴ هفته کامل تا ۳۶ هفته و ۶ روز را گویند که حدود ۷۰ درصد زایمان های قبل از ۳۷ هفته را به خود اختصاص می دهد.

زایمان پره ترم عامل دو سوم مرگ و میر نوزادان می باشد.

در زایمان پره ترم مرگ و میر نوزادی عمدتاً تحت تاثیر سن حاملگی است و کمتر تحت تاثیر وزن هنگام تولد می باشد.

علل زایمان پره ترم

۱- لیبر پره ترم غیرقابل توجه خود به خود همراه با پرده های سالم.

۲- پارگی بیش از موعد و پره ترم ایدیوپاتیک پرده ها.

۳- زایمان به علت اندیکاسونهای مادری یا جنینی.

۴- حاملگی دوقلوئی و حاملگی های چندقلوئی

علل زایمان پره ترم دیر هنگام

۱- لیبر پره ترم خود به خود یا پارگی پیش از

موعد پره ها (۸۰ درصد).

۲- هیپرتانسیون و حوادث مربوط به جفت (۲۰ درصد).

فاکتورهای اولیه و مربوط به زایمان پره ترم

- تهدید به سقط در این حاملگی- سیگار

کشیدن- افزایش ناکافی وزن مادر در طی

حاملگی مصرف داروهای مخدر- سن بالا یا

پایین مادر- فقر- کمبود ویتامین C -

عوامل شغلی

- سابقه زایمان پره ترم- فواصل بین بارداری ها-

سابقه عفونت - وزن زیاد و چاقی مادر

علائم زایمان پره ترم

۱- احساس فشار در لگن

۲- انقباضات با یا بدون درد

۳- اساس درد در قسمت تحتانی کمر

۴- کرامپ های شبیه قاعدگی

۵- ترشحات آبکی از واژن

افتراق زودهنگام لیبر حقیقی از لیبر کاذب قبل

از افاسمان و دیلاتاسیون دشوار است ولی

۱- وجود انقباض در ۲۰ دقیقه یا ۸ انقباض

در ۶۰ دقیقه

۲- دیلاتاسیون سرویکس به میزان بیش از

یک ساعت.

۳- افاسمان سرویکس به میزان ۸۰ درصد

درمان پره ترم همان درمان PPR OM است

۱- درمان انتظاری:

درمان انتظاری:

(اگر اندیکاسیتون مادری و جنینی وجود نداشته باشد) بستری در بخش لیبر و تحت نظر قرار می دهیم و برای پیشگیری از کوریوآمینونیت داروهای ضد میکروبی وسیع الطیف تجویز می شود.

۲ - تجویز داروهای کورتیکواستروئیدی برای بلوغ ریه در حاملگی های ۲۴ تا ۳۲ هفته بارداری شامل:

الف: بتامتازون با فاصله ۲۴ ساعت: (۲ دوز 12mg بصورت Im با فاصله 24h).

ب: دگزامتازون (۴ دوز 5mg بصورت Im با فاصله 12h)

درمان پیشنهادی زایمان پره ترم

در صورتی که سن حاملگی کمتر از ۲۴ هفته باشد:

-مشاوره با مادر

-درمان انتظاری یا القای لیبر

-درمان آنتی بیوتیک توصیه نمی شود.

-کورتیکواستروئید پیشنهاد نمی شود.

- اگر در سن ۲۴ تا ۳۱ هفته باشد:

درمان انتظاری

- پروفیلاکسی گروه B توصیه می شود.

- بتامتازون

- تجویز آنتی بیوتیک

- توکولیتک

۳۲ هفته یا ۳۳ هفته کامل:

- درمان انتظاری مگر بلوغ ریه مشخص شده باشد.

- پروفیلاکسی گروه B استرپتوکوک

- توافق نظر در مورد بتامتازون وجود ندارد.

- آنتی میکروبیال

۳۴ هفته یا بیشتر

- انجام زایمان معمولاً با القای لیبر

- پروفیلاکسی علیه استرپتوکوک گروه B

اداره زایمان پره ترم

- اختلالات HR و انقباضات رحمی باید بررسی و مانیتور شود.

- تاکی کاردی جنین همراه با PPRM نشانه سپسیس است.

- در زایمان در صورتی که خروجی واژن به اندازه کافی ریلکس نباشد، اپیزیوتومی ممکن برای سر جنین که به پرینه رسیده لازم باشد.

توکولیتیک برای درمان تهدید به پره ترم لیبر

-ریتودرین - توبوتالین

- ایندومتاسین ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم بصورت خوراکی ورکتال هر ۸ ساعت تا ۲۴ ساعت و حداکثر دوز 200mg.

نیفیدپین

-سولفات منیزیم: لودینگ دوز

بصورت ۴ گرم سولفات منیزیم ۲۰ درصد در 100mg سرم رینگر بصورت IV در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه

دوز نگهدارنده

- ۲ گرم سولفات منیزیم در 100mg سرم رینگر IV به میزان ۱ گرم در ساعت.

