



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
«بیمارستان امام خمینی (ره) استهبان»

PLP

Pre mature labor pain

یا

زایمان زودرس

تهیه کننده: صدیقه فالیزکار-کارشناس مامایی
منبع: زنان، زایمان و مامایی / نوشته ی: دکتر
حجت اله اکبر زاده پاشا- دکتر علی اکبر زاده پاشا

تاریخ تدوین: تابستان ۱۳۹۸

تاریخ بازنگری: بهار ۱۴۰۲



– تعریف زایمان زودرس:

شروع دردهای زایمان قبل از هفته ی ۳۷ ماهگی
زایمان زودرس، ۱۵-۵ درصد حاملگی ها می باشد

علت زایمان زودرس:

اشکالات پرده های جنینی و مایع آمنیوتیک ،
پارگی کیسه آب به طور خود به خود، عفونت
مایع آمنیوتیک، هیدرآمیوس (افزایش مایع
آمنیوتیک بیش از ۲۰۰۰ml)

اشکالات جفت : دکولمان جفت (کنده شدن
زودرس جفت) ، جفت سر راهی

اشکالات جنین : مرگ جنین ، دوقلویی ، نقص
های جنینی

اشکالات رحم : نارسایی سرویکسن ، بدشکلی
های رحم ، باقی ماندن IUD

اشکالات مادر : سابقه زایمان زودرس ، بیماری
های سیستمیک مادر

علائم:

انقباضات دردناک یا بدون درد رحمی ، فشار
لگنی ، کرامپ های شبیه قاعدگی ، ترشحات
آبکی یا خونی و درد پشت در قسمت پایین از
نشانه های قریب الوقوع بودن زایمان زودرس می
باشند .

تشخیص:

انقباضات منظم رحمی بعد از ۲۰ هفته ی و قبل از
۳۷ هفته ی به فواصل هر ۸-۵ دقیقه یا کمتر به
همراه یک یا چند از تغییرات از جمله :

-تغییر پیشرونده در سرویکس

-دیلاتاسیون سرویکس (باز شدن سرویکس) به
میزان ۱ cm یا بیشتر

-افاسمان سرویکس (طول سرویکس) به میزان
٪۸۰ یا بیشتر

-وجود انقباضات رحمی به صورتی که در ۲۰
دقیقه چهار عدد یا در ۶۰ دقیقه ۸ عدد انقباض
رحمی باشد .

اقدامات درمانی:

-بستری : هر زن حامله با شروع انقباضات
زایمانی باید بستری شود

-استراحت مطلق : بهترین و اولین قدم درمانی
در زایمان زودرس استراحت مطلق و خوابیدن
بیمار به پهلو می باشد. این امر ممکن است باعث
جلوگیری وحتىی توقف زایمان زودرس گردد .

-کنترل علائم حیاتی ، چک ضربان قلب جنین
، انقباضات رحمی ، CBC ، Diff

-سونوگرافی : سونوگرافی برای تعیین سن ،
اندازه و طرز قرار گرفتن جنین و محل قرارگیری
جفت صورت می گیرد .

-الکتروولیت ها و قند خون ناشتا: در مواردی که بیمار کاندید دریافت داروهای توکولوتیک شد، الکتروولیت ها و قند خون ناشتا باید چک گردد -آمیوسنتز ، کورتیکواستروئید : در مواردی که سن جنین از ترم زیاد دور باشد (کمتر از ۳۴ هفته) برای ارزیابی میزان بلوغ ریه جنین ، آمیوسنتز می تواند صورت گیرد ، اگر L/S (لسیتین به اسفنگومیلین) مایع آمنیوتیک کمتر از ۲ باشد نشان دهنده عدم بلوغ ریه جنین می باشد و اگر جنین جنینی متولد شود احتمال سندرم زجر تنفسی (RDS) زیاد است در این موارد می توان از بنامتازون (۲ دوز ۱۲ میلی گرم هر ۲۴ ساعت) استفاده کرد اگر تولد جنین بعد از این درمان انجام شود احتمال وقوع RDS به حداقل می رسد

*در موارد زیر جنین به علت استرس مزمن از نظر بلوغ ریه ها مشکلی ندارد لذا کورتیکواستروئید خیلی توصیه نمی شود .

۱- بیماری های مزمن مادر ، آنمی سیکل سل ، اعتیاد به هروئین ، تیروئید پرکار

۲- انفارکتوس جفت ، کوریوآمیونیوت ، پارگی کیسه آب

(۳)

۳- قل کوچکتر یا آنمیک در دو قلوبی سدا تیو و سرم : سداسیون توأم با هیدراسیون بیمار یکی از روش های مناسب برای تعریف زایمان زودرس بخصوص قبل از اینکه توکولتیک استفاده شود ، می باشد این روش به تنهایی در بیش از ۸۰٪ از بیمارانی که به آن پاسخ می دهند ، به مدت بیش از ۲ هفته حاملگی را طولانی می کند .

*داروهای توکولتیک : در صورت عدم توقف زایمان با استراحت و استفاده از سدا تیو و سرم ، داروهای توکولتیک می توانند استفاده شوند مشروط بر اینکه کنتراندیکاسیونی وجود نداشته باشد .

*داروهای توکولتیک شامل :

- ۱-سولفات منیزیم
 - ۲-محرکین رسپتورهای بتا ۲ : رتیودرین ، تربوتالین
 - ۳-نیفیدپین (بلوکر کانال کلسیم)
 - ۴-ایندومتاسین (آنتاگونیست پروستاگلاندین)
- سولفات منیزیم بصورت وریدی و محلول در سرم بصورت رقیق شده می باشد که در برخی بیماران باعث گر گرفتگی و گرم شدن ، می شود

(۴)

. سولفات منیزیم ابتدا ۴ گرم از محلول ۲۰٪ IV و سپس انفوزیون وریدی آن به میزان ۲ گرم در ساعت می باشد و در صورت بروز عوارض ، دارو قطع می گردد .

*عوارض بالقوه عوامل توکولتیک:

- داروهای بتا آدرنژیک : ادم ریه ، هیپوتاسیون ، آریتمی،هیپوکالمی، هیپر گلیسمی ، نارسایی قلبی
- سولفات منیزیم : دپرسیون تنفسی، فلج عضلانی ، ایست قلبی
- ایندومتاسین : هپاتیت ، نارسایی کلیه
- نیفیدپین : هیپوتانسیون موقتی
- آنتی بیوتیک : عفونت با استرپتوکوک گروه B شایع و خطرناک است پنی سیلین ، یا آمپی سیلین IV هر شش ساعت تا زمان زایمان زنان > ۳۷ هفته در حال زایمان توصیه می شود .

(۵)