



اولین دوره توانمند سازی متخصصین طب ایرانی در حیطة زنان و ناباروری

شروع دوره: ۳۰ آذر ماه

مدت دوره: ۹۰ ساعت

چهارشنبه هر هفته

ساعت برگزاری: ۷:۴۵-۹:۳۰

با همکاری:
گروه علمی نسل طیب
انجمن علمی مامایی
انجمن علمی طب سنتی



برگزار کننده: دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی



نام مدرس: خانم دکتر آرزو حاصلی
نام مبحث: زایمان زودرس
تاریخ برگزاری: ۱۴۰۱/۱۱/۵



فهرست:

تعاریف زایمان زودرس

بیماریزایی (پاتوژنز) زایمان زودرس

عوامل خطر زایمان زودرس

یافته های بالینی و red flags

اداره زایمان زودرس

درمانهای طبی در زایمان زودرس

در پایان این جلسه شما قادر خواهید بود:

زایمان زودرس را تعریف نمایید.

بیماریزایی (پاتوژنز) زایمان زودرس را بدانید.

با عوامل خطر زایمان زودرس آشنا شوید

یافته های بالینی و red flags زایمان زودرس را تشخیص دهید

اداره زایمان زودرس را انجام دهید.

با درمانهای طبی مورد استفاده در زایمان زودرس آشنا شوید.



Prematurity

A birth that occurs **before 37 completed weeks** (less than **259 days**) of gestation.

- ✓ birth that occurs from 20+0 to 36+6 weeks of gestation
- ✓ Iran: birth that occurs from 22+0 to 36+6 weeks of gestation

It is associated **considerable risk of morbidity and mortality**, particularly among extremely preterm infants (**gestational ag <28 weeks**).

Different degrees of prematurity: by **gestational age (GA)** or **birth weight (BW)**.



definitions

BW CLASSIFICATION

- Low birth weight (LBW) – BW <2500 gr
- Very low birth weight (VLBW) – BW <1500 g
- Extremely low birth weight (ELBW) – BW <1000 g

We will primarily use this classification in this topic review.

GA CLASSIFICATION

- ✓ **Late preterm infants** – GA between 34 weeks and 36 weeks and 6 days
- ✓ **Moderate preterm infants** – GA between 32 weeks and 33 weeks and 6 days
- ✓ **Very preterm (VPT) infants** – GA <32 weeks
- ✓ **Extremely preterm (EPT) infants** – GA <28 weeks



Incidence of prematurity

— Worldwide, the incidence of preterm birth is estimated to be approximately **10 percent**

(range 5 percent in parts of Europe to 18 percent in parts of Africa)

85 percent occurred at 32 to 36 W (GA)

10 percent occurred at 28 to <32 weeks GA

5 percent occurred at <28 weeks GA.



PATHOGENESIS FOR PRETERM BIRTH

The four primary **causes** that lead to preterm labor and delivery are:

- Activation of the maternal or fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axis (Fetal distress, Major maternal psychosocial stress) (CRH)
- Infection (PT<30 W, 50%)
- Decidual hemorrhage (placental abruption)
- Pathological uterine distention



Risk Factors for Preterm Birth

Risk factors for preterm birth

Prior OB/GYN history

- Prior PTB (especially multiple PTBs or PTB at an early gestational age)
- Prior cervical surgery (eg, cone biopsy, LEEP)
- Multiple D&Es
- Uterine anomalies

Maternal demographics

- <17 or >35 years of age
- Non-Hispanic Black race, Indigenous women
- Lower educational level (eg, <12 grades)
- Single marital status
- Lower socioeconomic status
- Short interpregnancy interval (eg, <18 months)
- Other social factors (eg, poor access to medical care, physical abuse, acculturation)

Nutritional status/physical activity

- BMI <18.5 kg/m² or prepregnancy weight <50 kg (<120 lb)
- Poor nutritional status
- Long working hours (eg, >80 hours/week)
- Hard physical labor (eg, shift work, standing >8 hours)



Risk Factors for Preterm Birth

Current maternal/pregnancy characteristics

- Conception by assisted reproductive technology (eg, IVF)
- Multiple gestation
- Fetal disorder (eg, chromosome anomaly, structural abnormality, growth restriction, death, etc)
- Vaginal bleeding (eg, 1st and 2nd trimester, placenta previa, abruption)
- Poly- or oligohydramnios
- Maternal medical conditions (eg, hypertension, diabetes, thyroid disease, asthma, etc)
- Maternal abdominal surgery during pregnancy
- Psychological issues (eg, stress, depression, unplanned pregnancy)
- Substance use:
 - Smoking (eg, tobacco)
 - Heavy alcohol consumption
 - Cocaine
 - Heroin
- Infection:
 - Bacterial vaginosis
 - Trichomoniasis
 - Chlamydia
 - Gonorrhea
 - Syphilis
 - Urinary tract (eg, asymptomatic bacteriuria, pyelonephritis)
 - Severe viral infection
 - Intrauterine infection
- Short cervical length between 14 and 28 weeks



Intervention in Risk Factors for Preterm Birth

زایمان پره ترم قبلی

قوی ترین عامل خطر برای PTB آینده است و عود اغلب در همان سن حاملگی رخ می دهد.

خطر عود ۱۵ تا ۳۰ درصد بعد از یک

PTB و تا ۶۰ درصد بعد از دو PTB

بیشتر است. زایمان ترم خطر ابتلا به

PTB را در حاملگی های بعدی کاهش

می دهد.

مکمل پروژسترون خطر ابتلا به

sPTB مکرر را تقریباً ۳۰ درصد

کاهش می دهد

Management of women with previous preterm delivery or second-trimester loss

Patient population	Interventions to be considered	Options in next pregnancy if history- indicated <u>cerclage was not successful (ie, preterm birth <33 weeks)</u>
Women with: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 2 consecutive prior second-trimester losses* or ▪ ≥ 3 early (<34 weeks) preterm births 	<u>Transvaginal cerclage at 12 to 14 weeks and</u> <u>Hydroxyprogesterone caproate 250 mg IM weekly from 16 to 36 weeks</u>	<u>Transabdominal cerclage</u> Hydroxyprogesterone caproate 250 mg IM weekly from 16 to 36 weeks
Women with: <ul style="list-style-type: none"> ▪ One prior second-trimester loss* or ▪ One or two preterm births 	<u>Hydroxyprogesterone caproate 250 mg IM weekly from 16 to 36 weeks</u> <u>Serial measurement of cervical length beginning at 14 to 16 weeks and ending at 24 weeks</u> If cervical length ≤ 25 mm before 24 weeks, place transvaginal cerclage	

IM: intramuscular.

* Usually a spontaneous pregnancy loss between 16 and 27+6 weeks of gestation.

Data from: Iams JD, Berghella V. Care for women with prior preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:89.

UpToDate™



Intervention in Risk Factors for Preterm Birth

ترک سیگار

درمان سوء مصرف دارو

درمان باکتریوری بدون علامت

دستیابی به / حفظ شاخص توده بدنی

فاصله بین بارداری

آسپرین با دوز پایین - آسپرین با دوز پایین را برای پیشگیری از SPTB تجویز نمی‌کنیم.

آسپرین با دوز پایین را برای زنان باردار با عوامل خطر متوسط یا بالا برای پره اکلامپسی تجویز می‌شود تا خطر ابتلا به آن اختلال و عواقب آن را کاهش دهیم که شامل PTB می‌شود.



Red Flags

یافته‌های بالینی که زایمان واقعی را تعریف می‌کنند (یعنی **انقباضات منظم که منجر به تغییر دهانه رحم** می‌شود) چه زایمان زودرس و چه در ترم یکسان هستند.

علائم و نشانه‌ها پیش‌درومال زیر ممکن است چند ساعت قبل از برآورده شدن معیارهای تشخیصی برای زایمان وجود داشته باشند:

- ❖ دردهای قاعدگی مانند
- ❖ انقباضات خفیف و نامنظم
- ❖ کمر درد
- ❖ احساس فشار در واژن یا لگن
- ❖ ترشحات مخاطی واژینال، که ممکن است شفاف، صورتی یا کمی خونی باشد (یعنی پلاک مخاطی، نمایش خونی)
- ❖ لکه بینی، خونریزی خفیف



COMPONENTS OF THE **DIAGNOSTIC EVALUATION**

- ✓ History and initial examinations
- ✓ Speculum examination
- ✓ Transvaginal ultrasound examination
- ✓ Obstetric ultrasound examination
- ✓ Laboratory evaluation (CBC, UA, ...)



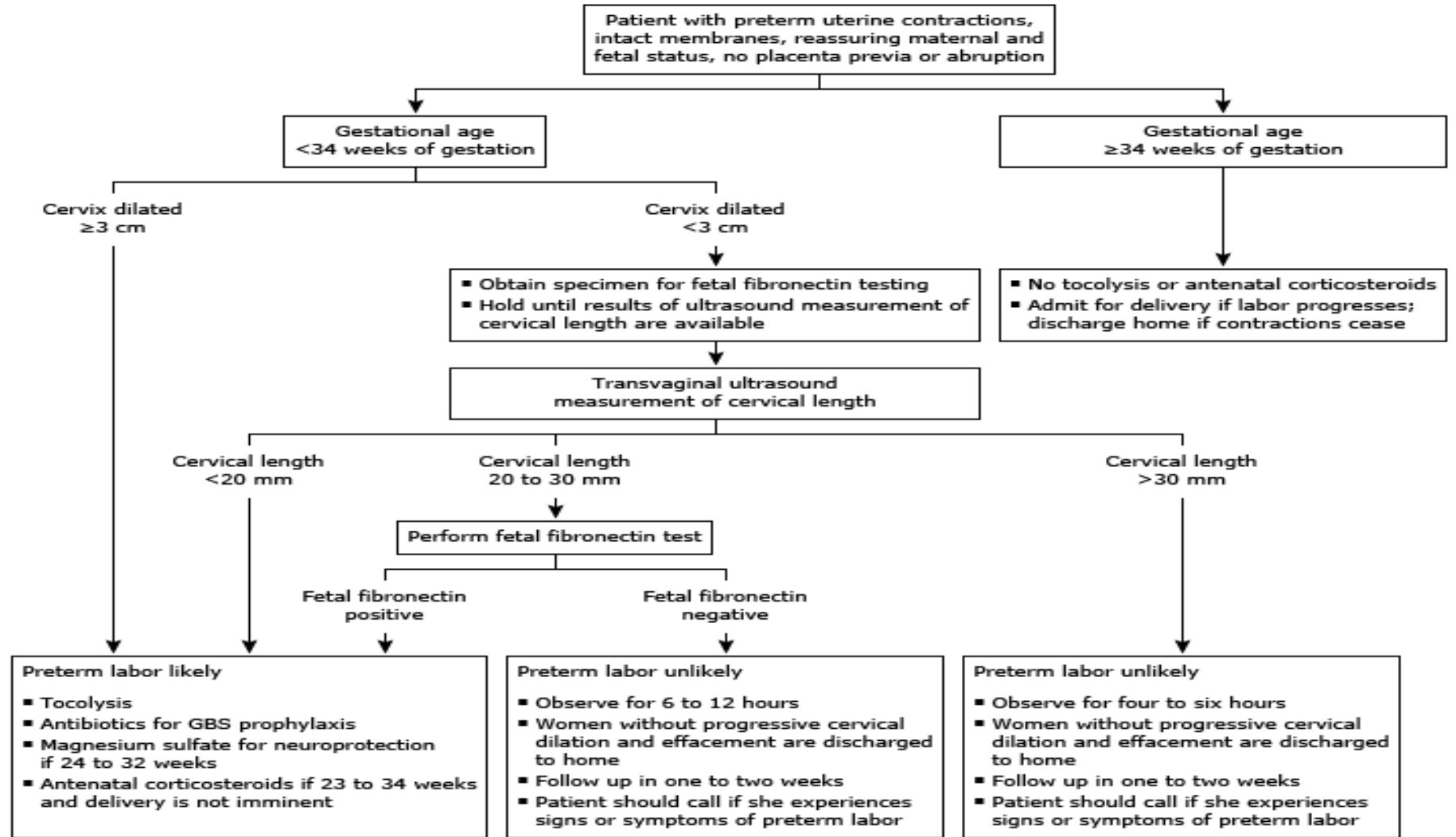
Diagnosis

Clinical criteria of **regular painful uterine contractions** accompanied by **cervical change** (dilation and/or effacement). **Vaginal bleeding** and/or **ruptured membranes** in this setting increase diagnostic certainty.

- ❖ Uterine contractions (≥ 4 every 20 minutes or ≥ 8 in 60 minutes) **plus**
 - Cervical dilation ≥ 3 cm **or**
 - Cervical length < 20 mm on transvaginal ultrasound **or**
 - Cervical length 20 to < 30 mm on transvaginal ultrasound and **positive fetal fibronectin**



Suggested approach to management of suspected preterm labor



GBS: group B streptococcus.

اداره زایمان پره ترم



اداره زایمان پره ترم

<p><u>سن بارداری زیر ۳۴ هفته:</u></p> <p>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از ۴ ساعت باشد.</p> <p>- اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p><u>سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر:</u></p> <p>- معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی):</p> <p>- دیلاتاسیون سرویکس <math>= 3</math> سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p>	<p>شروع زایمان (ترم یا پره ترم)</p>	<p>ترشحات خونی یا دفع موکوس با رگه های خونی، انقباضات طبیعی رحمی (حداقل ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه)</p> <p>(در نیمه دوم بارداری)</p>
<p>- دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت ۲ ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائم خطر و پیگیری ۱ هفته بعد</p>		

سؤال کنید:

محل و شدت درد، سابقه سزارین قبلی، میزان خونریزی، تهوع و استفراغ، اسهال، سوزش ادرار، تکرر ادرار، احساس نیاز به دفع سریع ادرار، آبریزش، ترشح آبکی و بد بوی واژینال، لرز

تعیین کنید:

درجه حرارت، فشار خون، نبض، تنفس، تعداد ضربان قلب جنین، سن بارداری، محل درد (زیر دل، شکم، پهلوها و...)، شدت انقباضات رحم

معاينه کنید:

ارتفاع و تونیسیتة رحم، شکم و پهلوها، انقباضات رحمی



الف) تجویز کورتیکواستروئیدها به منظور تسریع در مجوریتی ربه جنین:

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

ب) تجویز سولفات منیزیم جهت حفاظت عصبی نوزاد

جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته ۲۲-۲۴ 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.

ج) داروهای توکولیتیک قابل استفاده:

❖ بلوک کننده های کانال کلسیمی مانند نیفدیپین با دوز اولیه ۱۰ میلی گرم تجویز شده و در صورت لزوم، دوز بعدی به فاصله ۲۰ دقیقه خوراکی تکرار شود. در صورت مشاهده پاسخ، با کنترل فشار خون مادر هر ۴-۶ ساعت یک دوز ۱۰ میلی گرم تجویز شود. (عدم مصرف هم زمان با سولفات منیزیم)

❖ مهار کننده های پروستاگلاندین مانند ایندومتاسین که تا پایان هفته ۲۲ بارداری قابل استفاده است. ایندومتاسین ۱۰۰-۵۰ میلی گرم و تکرار هر ۸ ساعت (نباید از ۲۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت بیشتر شود).

❖ سولفات منیزیم به میزان ۴ گرم دوز اولیه و سپس ۲ گرم در ساعت به صورت انفوزیون وریدی شروع و حداقل تا ۱۲ ساعت پس از قطع انقباضات ادامه یابد. رفلکس پتلا، تعداد تنفس، حجم ادراری و ادم ریوی باید کنترل شود. (عدم مصرف هم زمان با نیفدیپین)
این دارو را حداکثر تا ۴۸ ساعت می توان به مادر تجویز کرد.

کنتراندیکاسیون های توکولین:

- مطلق: پره اکلامپسی شدید، دکولمان شدید، خونریزی شدید، کوریو آمیونیوت، مرگ جنین، آنومالی مغایر با حیات جنین، دیسترس جنین و IUGR شدید.
 - نسبی: فشار خون مزمن خفیف، دکولمان خفیف، بیماری قلبی مادر، هیپر تیروییدیسم، دیابت کنترل نشده، دیسترس جنینی، دیلاتاسیون سرویکس بیش از ۵ سانتی متر
- نکته: تهیه سورفاکتانت قبل از زایمان در حاملگی های زیر ۲۴ هفته مد نظر قرار گیرد.

نکاتی در مورد سابقه زایمان زودرس

- در صورت سابقه زایمان زودرس و تک قلو: تزریق پروژسترون عضلانی از هفته ۲۰-۱۶ هر هفته تا ۳۶ هفته بارداری به میزان ۲۵۰ میلی گرم
- در صورتی که سابقه زایمان زودرس ندارد ولی طول سرویکس قبل از هفته ۲۴ بارداری کمتر یا مساوی ۲۰ میلی متر است، تجویز شیاف پروژسترون روزانه به میزان ۲۰۰-۱۰۰ میلی گرم تا هفته ۳۶ بارداری
- حاملگی چند قلو و سابقه زایمان زودرس یا طول سرویکس کمتر یا مساوی ۲۰ میلی متر، پروژسترون به عنوان پیشگیری داده شود.



Choice of tocolytic drug

First-line therapy >32+0 weeks – For patients >32+0 and $\leq 34+0$ weeks of gestation who are candidates for tocolysis, we suggest nifedipine as the first-line therapy

For second-line therapy, we use nifedipine at $\leq 32+0$ weeks and terbutaline at >32+0 and $\leq 34+0$ weeks, and for patients $\leq 32+0$ weeks who received nifedipine as a first-line agent.

Magnesium sulfate neuroprotection mechanism of action in fetal

– In patients with an acute episode of preterm labor, bedrest, hydration, sedatives, antibiotics, and progesterone supplementation are **ineffective for preventing preterm birth.**



دختر سالم

مادر سالم جامعه سالم

