

# زایمان زودرس (پره‌ترم لیبر): راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری

## مبثنی بر شواهد

### مقدمه

زایمان زودرس به شروع زایمان بین هفته‌های ۲۴ تا ۳۷ بارداری گفته می‌شود که با انقباضات منظم رحمی و تغییرات پیش‌رونده دهانه رحم (افاسمان و اتساع) همراه است. با وجود شیوع حدود ۱۰-۱۲ درصد، این عارضه علت اصلی مرگ و میر و عوارض نوزادان محسوب می‌شود. پرستاران و ماماها نقش کلیدی در تشخیص سریع و دقیق با استفاده از تست‌های تشخیصی، مدیریت درمان با کورتیکواستروئیدها و توکولیتیک‌ها، و هماهنگی انتقال داخل رحمی برای کاهش عوارض نوزادی ایفا می‌کنند.

### تشخیص و ارزیابی اولیه

#### تعریف و عوامل خطر

| عوامل خطر کلیدی                                         | تعریف                                                         | نوع                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|
| سابقه زایمان زودرس قبلی، سزارین با دیلاتاسیون کامل      | انقباضات بدون تغییرات دهانه رحم ( 37 هفته)                    | تهدید به زایمان زودرس |
| کوتاهی دهانه رحم ( > ۲۵ میلی‌متر)، سابقه ضربه به سرویکس | انقباضات منظم با تغییرات دهانه رحم (اتساع $\leq 3$ سانتی‌متر) | زایمان زودرس قطعی     |

|                                |                                                          |                                                       |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| پارگی زودرس کیسه آب<br>(PPROM) | پارگی پرده‌ها قبل از شروع<br>دردهای زایمانی ( < 37 هفته) | عقوت‌های دستگاه ادراری و<br>واژینال، بارداری چندقلویی |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

نکته بالینی: عواملی مانند سن کمتر از ۱۷ سال یا بالای ۳۵ سال، مصرف سیگار، چاقی ( $BMI < 19$ )، فشار خون بالا و دیابت نیز خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهند.

علائم هشداردهنده و ارزیابی بالینی

| علامت              | توضیح و اقدام پرستاری                                                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| انقباضات منظم      | $\leq 4$ انقباض در ساعت یا دردهای منظم هر ۱۰ دقیقه.<br>از مادر بخواهید استراحت کرده و تعداد آن‌ها را طی<br>یک ساعت بشمارد. |
| درد کمر و فشار لگن | کمر درد مبهم یا فشار و پری لگن (احساس پایین آمدن<br>جنین). این علائم را هرگز نادیده نگیرید.                                |
| ترشحات واژینال     | افزایش ترشحات آبکی، خونی یا مخاطی. در صورت<br>پارگی کیسه آب، از انجام معاینه واژینال دیجیتال<br>خودداری کنید.              |
| علائم عفونت        | تب، تاکی کاردی مادری یا جنینی؛ که می‌تواند<br>نشانه‌ای از کوریو آمنیونیت باشد.                                             |

### تست‌های تشخیصی و پایش دقیق

| ابزار تشخیصی    | توضیح و کاربرد بالینی                                                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| اسپکولوم معاینه | برای مشاهده دهانه رحم، کیسه آب و انجام تست‌ها<br>بدون استفاده از هیچ نوع ژل یا روان‌کننده‌ای. |

|                         |                                                                                                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| تست Actim Partus        | تست سریع برای تشخیص پروتئین‌های مرتبط با زایمان (ترجیحاً در هفته ۲۲ تا ۳۳). منفی بودن آن، قدرت پیش‌بینی بالایی برای عدم زایمان در ۷ روز آینده دارد.      |
| سونوگرافی ترانس واژینال | اندازه‌گیری دقیق طول دهانه رحم. $\text{طول} \geq ۲۵$ میلی‌متر در هفته ۲۴، خطر بالای زایمان زودرس را نشان می‌دهد.                                         |
| فیبرونکتین جنینی (FFN)  | تست ترشحات واژینال برای پیش‌بینی زایمان زودرس (در صورت موجود بودن و نبود موارد منع مصرف مانند خونریزی یا پارگی کیسه).                                    |
| کاردیوتوکوگرافی (CTG)   | پایش همزمان ضربان قلب جنین و انقباضات رحمی برای ارزیابی وضعیت جنین.                                                                                      |
| QUiPP App               | ابزار کمکی تصمیم‌گیری که با ترکیب سابقه بالینی و طول دهانه رحم، ریسک زایمان را محاسبه می‌کند. اگر ریسک در ۷ روز آینده بیش از ۵٪ باشد، درمان آغاز می‌شود. |

## مراقبت‌های پرستاری و مدیریت درمانی

### ۱. تثبیت و اقدامات اولیه

انتقال داخل رحمی: اگر بیمارستان فاقد بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) سطح ۳ است، بهترین اقدام، انتقال مادر (نه نوزاد پس از تولد) به مرکز مجهز است.

اکسیژن‌درمانی: در صورت نیاز و پایش اشباع اکسیژن مادر.

هیدراتاسیون: تجویز مایعات وریدی در صورت دهیدراتاسیون (اگرچه شواهد قوی برای تأثیر آن بر توقف زایمان وجود ندارد) .

۲. مدیریت دارویی (هدف: خرید زمان ۴۸ ساعته)

| نکات مهم پرستاری                                                                                             | هدف اصلی                | دارو                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| دگزامتازون یا بتامتازون (۲ دوز ۲۴ ساعته). اگر زایمان در ۷ روز آینده پیش‌بینی می‌شود، تجویز شود (تا ۳۴ هفته). | تسریع بلوغ ریه جنین     | کورتیکواستروئید     |
| در صورت زایمان قبل از ۳۲ هفته، برای کاهش خطر فلج مغزی نوزاد تجویز شود.                                       | محافظت عصبی از مغز جنین | سولفات منیزیم       |
| دوز بارگیری: ۳۰-۲۰ میلی گرم خوراکی و سپس ۲۰-۱۰ میلی گرم هر ۶ ساعت. هدف، خرید زمان برای اثر استروئیدها است.   | کاهش موقت انقباضات      | نیفدپین (توکولیتیک) |

موارد منع مصرف توکولیتیک: کوریوآمینیونیت، خونریزی شدید واژینال (دکلمان جفت)، دیسترس جنینی، پره‌اکلامپسی شدید و اتساع بیش از ۳ سانتی متر سرویکس .

### ۳. مراقبت‌های پرستاری در منزل (آموزش به مادر)

اگر علائم خفیف بوده و دهانه رحم تغییر نکرده باشد، مادر با توصیه‌های زیر به منزل بازمی‌گردد :

| دستورالعمل‌های کلیدی                                                                                                                           | حوزه آموزشی |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| کاهش فعالیت‌ها؛ استراحت به پهلوی چپ (نه استراحت مطلق در بستر).                                                                                 | فعالیت      |
| تا زمان تأیید پزشک، از نزدیکی و تحریک نوک سینه‌ها خودداری کنید.                                                                                | ممنوعیت‌ها  |
| هرگز انقباضات را نادیده نگیرید. اگر در یک ساعت بیش از ۶ انقباض داشتید یا خونریزی شدید یا پارگی کیسه آب رخ داد، فوراً به بیمارستان مراجعه کنید. | نکات حیاتی  |
| آموزش تشخیص انقباضات با لمس فوندوس رحم و ثبت زمان آن‌ها.                                                                                       | تشخیص علائم |

### تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

| مداخلات کلیدی                                                                                                        | تشخیص پرستاری           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| پایش دقیق علائم و انقباضات با کار دیوتو کوگرافی و سونوگرافی سریال سرویکس. همکاری در تجویز به موقع کورتیکواستروئیدها. | خطر زایمان زودرس        |
| توضیح واضح و آرام‌بخش روند درمان و نقش اقدامات دارویی. حضور مداوم و پاسخ به سوالات مادر.                             | اضطراب (مادر و خانواده) |
| هماهنگی با تیم نوزادان و آماده‌سازی تجهیزات احیای نوزاد در کنار تخت (در صورت زایمان قریب‌الوقوع).                    | خطر عوارض نوزادی        |

|                            |                                                                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| خطر عفونت (کوریو آمنیونیت) | در صورت پارگی کیسه آب، از انجام معاینه دیجیتال خودداری کنید و علائم حیاتی مادر و جنین را برای تب یا تاقی کاردی پایش کنید. |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## جمع بندی

زایمان زودرس با تشخیص زودهنگام (با استفاده از تست Actim Partus، سونوگرافی سرویکس و فیبرونکتین) و مدیریت هدفمند (کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه، توکولیتیک برای خرید زمان، و سولفات منیزیم برای محافظت عصبی) قابل مدیریت است. شواهد جدید نشان می‌دهد که در موارد با طول دهانه رحم ۱۵ تا ۳۰ میلی‌متر که تغییری نمی‌کند، مدیریت انتظاری (بدون درمان توکولیتیک) بی‌خطر بوده و از عوارض دارویی مادری می‌کاهد. پرستاران با ایفای نقش ارزیاب و پایش‌گر، هماهنگ‌کننده تیم درمان (به ویژه انتقال داخل رحمی) و آموزنده، نقشی حیاتی در کاهش مرگ و میر و عوارض نوزادان نارس دارند.

## منابع

Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Preterm Birth, Optimisation and Delivery Clinical Guideline. 2026.

BMJ Best Practice. Premature Labour. 2026.

Northwestern Medicine. Understanding Preterm Labor. 2026.

Frimley Health and Care ICS. Preterm Birth - Reducing Incidence and