**پره ترم لیبر**

 **تعریف: لیبر زودرس یعنی بروز انقباض قبل از 37 هفته حاملگی ،در این زمان انقباضات رحمی به طور زود رس شروع شده و در صورت عدم سرکوب انقباض ها و یا نا موفق بودن سرکوب انقباض ،منجر به باز شدن دهانه رحم وسر انجام خروج جنین می شود.**

**پذیرش باردار مبتلا به پره ترم**

**1-پذیرش بیمار از درمانگاه مامایی و یا بخش زایمان با ویلچر یا برانکارد**

**2-خواندن برگه دستورات پزشک ،شرح حال ،شرح معاینه واژینال و .....**

**3-اجرای دستورات پزشک و انجام اقدامات پرستاری لازم**

**4-در صورت تجویز مخدر جهت کاهش درد ،کنترل انقباض رحمی 60-30 بعد از تزریق**

**5-در صورت عدم مهار انقباض پس از تجویز مخدر ،اطلاع به پزشک جهت شروع سولفات تراپی**

**6-دادن آموزش های لازم در بدو ورود به منظور اطلاع علائم زایمان زود رس :استراحت مطلق ،مصرف داروهای توصیه شده جهت ساپرس انقباض ،همکاری لازم با پرستاران جهت تجویز سولفات منیزیم (در صورت تجویز پزشک)و ....، آموزش در مورد عوارض سولفات منیزیم (برافروختگی ،تپش قلب،سر درد ،تهوع ،استفراغ و.....)**

**8-بررسی انقباض رحمی توسط ماما**

**9-بررسی بیمار از لحاظ علائم مسمومیت با سولفات منیزیم**

**10-کنترل دقیق علائم حیاتی**

**11-کنترل علائم شروع زایمان زودرس (وجود انقباض علیرغم استفاده از داروهای سرکوب کننده انقباض ،کوتاه شدن فواصل بین انقباض ها و افزایش شدت و مدت انقباض ها ،دردناک شدن انقباض های رحمی ،پیشرفت دیلاتاسیون و افاسمان و ...**

**12-کنترل صدای قلب جنین و حرکت جنین**

**13-استفاده از داروهای گلوکوکورتیکوئید(جهت تسریع بلوغ ریه )طبق دستور پزشک**

**14-تجویز آنتی بیوتیک وریدی طبق دستور پزشک (برای پیشگیری از پره ترم لیبر در صورتی که علت آن عفونت باشد و هم چنین پیشگیری از پنومونی استرپتوکوکی در نوزاد در صورت بروز زایمان )**

**15- انجام NST همراه با TOCO**

**16-چک دستی انقباض**

**17-در صورت عدم مهار انقباض رحمی ،اطلاع به مسئول شیفت NICU برای رزرو ونتیله(درصورتیکه سن جنین زیر 34 هفته باشد)**

**18-انفوزیون دقیق سولفات منیزیم**

**نکات اساسی در ارائه آموزش ها به مادر و ثبت صحیح موارد در گزارش پرستار پره ترم لیبر**

**1-رعایت استراحت در بستر**

**2- وجود و یا عدم وجود انقباض،آبریزش ،خونریزی واژینال**

**3-رعایت بهداشت فردی**

**4-استفاده بموقع داروها و آنتی بیوتیکها**

**5-ثبت رضایت بیمار از حرکات جنین**

**6-عدم استفاده از اپلیکاتور برای داروهای واژینال (در صورت استفاده فقط 3/1 اپلیکاتور داخل واژن برده شود)**

**7-بررسی علائم مسمومیت با سولفات منیزیم و ثبت در برگه مخصوص**

 **راهنمای طبابت بالینی در زایمان زودرس**

**اقدامات:**

**ابتدا علائم اورژانس شامل فشار خون ، خونریزی شدید ، تب و پارگی کیسه آب ارزیابی شود.**

**الف )درصورت جنین سالم و دیلاتاسیون کمتر از 5 سانتی متر :**

1. **آزمایشات CBC,U/A,U/C انجام شود.**
2. **سونوگرافی و تست های ارزیابی سلامت جنین انجام شود.**
3. **جهت توقف دردهای زایمانی اقدام و کورتیکوستروئید تزریق شود. در صورت توقف دردها، درمان با توکولتیک حداقل 12 ساعت ادامه یابد.در صورت عدم توقف درد 2 گرم آمپی سیلین در فاز فعال تزریق و جهت ختم بارداری اقدام شود .**

**ب ) در صورت داشتن بیماری زمینه ای مادر (قلبی – ریوی – دیابت و...)اقدامات زیر انجام شود:**

1. **مشاوره داخلی جهت بررسی وضعیت مادر برای ادامه بارداری انجام شود .**
2. **در صورت اندیکاسیونهای مامایی ختم بارداری انجام شود.**

**ج- در صورت داشتن دیسترس جنینی اکسیژن تجویز، تغییر پوزیشن داده و در صورت داشتن اندیکاسیونهای مامایی جهت ختم بارداری اقدام شود.**

**د) در صورت دیلاتاسیون 5 سانت و بیشتر 2 گرم آمپی سیلین تزریق و مادر جهت انجام زایمان کنترل شود.**

**ذ) در صورت داشتن آنومالی شدید جنین و مغایر با حیات ختم بارداری انجام شود**

**الف( تجويز كورتيکواستروييدها به منظور تسريع در مچوريتي ريه جنين :**

**در هفته 36 - 26 بارداري 12 میلی گرم بتامتازون به صورت عضلانی و تکرار آن به فاصله 24 ساعت و يا 6 میلی گرم دگزامتازون به صورت عضلانی چهار دوز به فاصله 12 ساعت می باشد.**

**ب( تجويز سولفات منيزيوم جهت حفاظت عصبي نوزاد**

**جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته 32-24 بارداري در صورت که وقت کافی وجود دارد، تزريق 6 گرم سولفات منیزيوم اولیه و بعد هر ساعت 2 گرم حداقل تا 12 ساعت تجويز شود.**

**ج( داروهای توكولتيک قابل استفاده :**

**بلوك كننده های كانال كلسيمي مانند نیفديپین با دوز اولیه 10 میلی گرم تجويز شده و در صورت لزوم، دوز بعدي به فاصله 20 دقیقه خوراکی تکرار شود. در صورت مشاهده پاسخ، با کنترل فشاار خون **

**مادر هر 6-4 ساعت يک دوز 10 میلی گرم تجويز شود. )عدم مصرف هم زمان با سولفات منیزيم(**

**مهار كننده های پروستاگلاندين مانند ايندو متاسین که تا پايان هفته 32 بارداري قابل استفاده است. ايندومتاسین 100-50 و تکرار هر 8 ساعت )نبايد از 200 میلی گرم در 24 ساعت بیشتر شود)**

**سولفات منيزيم به میزان 4 گرم دوز اولیه و سپس 2 گرم در ساعت به صورت انفوزيون وريدي شروع و حداقل تا 12 ساعت پس از قطع انقباضات ادامه يابد. رفلکس پتلار، تعداد تنفس، حجم ادراري و ادم ريوي بايد کنترل شود. )عدم مصرف هم زمان با نیفديپین(**

**اين دارو را حداکثر تا 48 ساعت می توان به مادر تجويز کرد.**

**کنتراندیکاسیون های توکولیز**

**- مطلق : پره اکلامپسی شديد، دکولمان شديد، خونريزي شديد، کوريو آمنیونیت، مرگ جنین، آنومالی مغاير با حیات جنین، ديسترس جنین وIUGR شدید**

**- نسبی: فشار خون مزمن خفیف، دکولمان خفیف، بیماري قلبی مادر، هیپر تیرويیديسم، ديابت کنترل نشده، ديسترس جنینی، ديلاتاسیون سرويکس بیش از 5 سانتی متر**

**نکته: تهیه سورفاکتانت قبل از زايمان در حاملگی هاي زير 34 هفته مد نظر قرار گیرد.**

**نکاتي در مورد سابقه زايمان زودرس**

* **در صورت سابقه زايمان زودرس و تک قلو: تزريق پروژسترون عضلانی از هفته 20-16 هر هفته تا 36 هفته بارداري به میزان 250 میلی گرم**
* **در صورتی که سابقه زايمان زودرس ندارد ولی طول سرويکس قبل از هفته 24 بارداري کمتر يا مساوي 20 میلی متر است، تجويز شیاف پروژسترون روزانه به میزان 200-100 میلی گرم تا هفته 36 بارداري**
* **حاملگی چند قلو و سابقه زايمان زودرس يا طول سرويکس کمتر يا مساوي 20 میلی متر، پروژسترون به عنوان پیشگیري داده شود.**