

به نام خدا

راهنمای زایمان ایمن و شیردهی هوشمند در عصر دیجیتال

مولفان :

رؤیا مرادی

زهرا اسدی دادقانسرای

نیلا نوروزی

طیبه رستمی قاله‌ری

زهرا سادات سیدی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۵)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr.ir



chaponashr.ir



iran-journals.com



سرشناسه : مرادی، رؤیا ، ۱۳۷۸
 عنوان و نام پدید آورندگان : راهنمای زایمان ایمن و شیردهی هوشمند در عصر دیجیتال/ مولفان: ، زهرا اسدی
 رؤیا مرادی ، دادقانسرائی ، نیلا نوروزی ، طیه رستمی قالهری ، زهرا سادات سیدی
 مشخصات نشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۵.
 مشخصات ظاهری : ۹۵ ص.
 شابک : ۳-۴۰۵-۱۲۹-۶۲۲-۹۷۸
 شناسه افزوده: اسدی دادقانسرائی ، زهرا ، ۱۳۷۸
 شناسه افزوده: نوروزی ، نیلا ، ۱۳۶۹
 شناسه افزوده: رستمی قالهری ، طیه ، ۱۳۷۴
 شناسه افزوده: سیدی ، زهرا سادات ، ۱۳۷۸
 وضعیت فهرست نویسی : فیپا
 یادداشت : کتابنامه.
 موضوع : راهنمای زایمان ایمن - شیردهی هوشمند - عصر دیجیتال
 رده بندی کنگره : TP ۹۸۳
 رده بندی دیویی : ۶۶۸/۵۵
 شماره کتابشناسی ملی : ۷۸۳۷۶۱۵۳
 اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نام کتاب : راهنمای زایمان ایمن و شیردهی هوشمند در عصر دیجیتال
 مولفان : رؤیا مرادی - زهرا اسدی دادقانسرائی - نیلا نوروزی - طیه رستمی قالهری - زهرا سادات سیدی
 ناشر : انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
 صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: محدثه فرهمند
 تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
 نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۵
 چاپ: زبرجد
 قیمت: ۱۶۰۰۰ تومان
 فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان :
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
 شابک : ۳-۴۰۵-۱۲۹-۶۲۲-۹۷۸
 تلفن مرکز پخش : ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست

فصل ۱: جسم من، جاده زایمان ۵

مقدمه فصل ۵

درس ۱: بدنم چطور برای زایمان آماده می‌شود؟ ۸

درس ۲: نشانه‌های خطر که نباید نادیده بگیرم ۱۴

درس ۳: زایمان طبیعی یا سزارین؟ انتخاب آگاهانه من ۱۸

فصل ۲: روز زایمان و روزهای اول ۲۳

مقدمه فصل ۲۳

درس ۱: در اتاق زایمان چه خبر است؟ ۲۵

درس ۲: عوارض شایع و راه فرار از آن‌ها ۳۰

درس ۳: بهبودی سریع‌تر، بازگشت قوی‌تر ۳۵

فصل ۳: شیر مادر، آغاز هوشمند ۳۹

مقدمه فصل ۳۹

درس ۱: اولین قطره، اولین معجزه ۴۲

درس ۲: شیر کم، باور غلط؛ راه‌حل‌های واقعی ۴۶

درس ۳: تغذیه من، تغذیه کودکم ۵۱

فصل ۴: وقتی تکنولوژی به کمک می‌آید ۵۷

مقدمه فصل ۵۷

درس ۱: دنیای اپلیکیشن‌های مادر و نوزاد ۵۹

درس ۲: هوش مصنوعی؛ مشاور جیبی شیردهی ۶۳

درس ۳: ردگیری سلامت نوزاد با ابزارهای دیجیتال ۶۸

فصل ۵ : آرامش مادر، آرامش خانه	۷۳
مقدمه فصل	۷۳
درس ۱: خستگی، افسردگی و راه عبور	۷۵
درس ۲: رابطه من، همسرم و نوزادم	۸۱
درس ۳: مادری در دنیای واقعی، دور از کامل گرایی	۸۶
سخن پایانی	۹۲
منابع:	۹۳

فصل ۱:

جسم من، جاده زایمان

مقدمه فصل

زایمان یکی از مهم‌ترین و در عین حال ناشناخته‌ترین تجربه‌های زندگی بسیاری از زنان است. هرچه زمان تولد نوزاد نزدیک‌تر می‌شود، پرسش‌هایی درباره آنچه در بدن رخ خواهد داد، ذهن مادر را بیشتر به خود مشغول می‌کند: زایمان چگونه آغاز می‌شود؟ بدن چگونه برای این رویداد آماده می‌شود؟ کدام تغییرات طبیعی هستند و کدام یک نیاز به توجه پزشکی دارند؟

در هفته‌های پایانی بارداری، ممکن است مادر احساس کند که بدنش در آستانه ورود به مرحله‌ای ناشناخته قرار گرفته است؛ مرحله‌ای که هر انقباض، هر تغییر و هر نشانه جدید، او را به زمان تولد نزدیک‌تر می‌کند. این احساس ناآشنایی و انتظار، گاه با نگرانی همراه است، اما آنچه در پس این تغییرات رخ می‌دهد، نه بی‌نظمی و آشفتگی، بلکه نتیجه مجموعه‌ای از فرآیندهای فیزیولوژیک دقیق و هماهنگ است. آغاز و پیشرفت زایمان حاصل تعامل پیچیده میان سیستم عصبی، دستگاه غدد درون‌ریز، رحم، دهانه رحم و جنین است. هر یک از این اجزا از طریق سازوکارهای تنظیمی مشخص، در آماده‌سازی بدن برای زایمان و پیشبرد مراحل آن نقش ایفا می‌کنند. شناخت این فرآیندها می‌تواند درک روشن‌تری از تغییرات بدن در آستانه زایمان فراهم کرده و بسیاری از ابهامات و نگرانی‌های رایج این دوره را کاهش دهد.

بر همین اساس، هدف از فصل نخست این کتاب، با عنوان «جسم من، جاده زایمان»، ارائه تصویری روشن، مستند و مبتنی بر شواهد از فرآیند زایمان است و تلاش می‌شود نگاه انتزاعی و گاه هراس‌آور به زایمان، با درکی علمی و قابل اتکا بر پایه فیزیولوژی تولیدمثل جایگزین شود؛ درکی که به خواننده امکان می‌دهد تغییرات بدن خود را بهتر بشناسد و رویدادهای منتهی به تولد را در چارچوب سازوکارهای طبیعی و شناخته‌شده زیستی تفسیر کند.

شواهد علمی نشان می‌دهند که ترس از زایمان، که در ادبیات پزشکی با عنوان "توکوفوبیا" شناخته می‌شود، اغلب با فقدان اطلاعات دقیق و سوءبرداشت از فرآیندهای طبیعی بدن تشدید می‌گردد. در مقابل، آگاهی از فیزیولوژی زایمان، نه تنها اضطراب را کاهش می‌دهد، بلکه مادر را به مشارکت‌کننده‌ای فعال در تصمیم‌گیری‌های بالینی تبدیل می‌کند. در این فصل، سازوکارهای فیزیولوژیکی مؤثر در آغاز و پیشرفت زایمان، از تغییرات دهانه رحم و نقش هورمون‌های کلیدی گرفته تا تعامل میان سیستم عصبی، رحم و جنین، بر اساس جدیدترین مقالات مروری و گایدلاین‌های کالج سلطنتی زنان و زایمان^۱ بررسی خواهند شد. همچنین، تفاوت میان نشانه‌های طبیعی نزدیک شدن به زایمان و علائم هشداردهنده‌ای که نیازمند ارزیابی فوری پزشکی هستند، مورد بحث قرار می‌گیرد.

^۱Tokophobia

^۲Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)



توانایی تشخیص به موقع نشانه‌های خطری همچون خونریزی واژینال، کاهش حرکات جنین یا پارگی زودرس پرده‌های جنینی، می‌تواند پیامدهای مادری و نوزادی را به طور معناداری تغییر دهد. در نهایت، انتخاب آگاهانه بین زایمان طبیعی و سزارین، نه به عنوان یک ترجیح شخصی ساده، بلکه به عنوان یک تصمیم پزشکی مبتنی بر اندیکاسیون‌ها، خطرات و مزایای هر روش، تحلیل خواهد شد. این فصل تلاش می‌کند تا با زبانی علمی و در عین حال روان، مادر را با نقشه راه جسم خویش آشنا ساخته و او را برای تجربه‌ای ایمن و کنترل‌شده آماده نماید.

درس ۱: بدنم چگونه برای زایمان آماده می‌شود؟

آمادگی بدن برای زایمان، نتیجه یک برنامه‌ریزی زیستی دقیق است که هفته‌ها پیش از شروع دردهای زایمانی آغاز می‌شود. این فرآیند حاصل تعامل پیچیده میان جنین، جفت و ارگان‌های مادری است و مجموعه‌ای از تغییرات هورمونی، مولکولی و ساختمانی را در بر می‌گیرد که در نهایت رحم و دهانه رحم را برای زایمان آماده می‌کنند. در متون علمی، این مرحله به عنوان «فاز فعال‌سازی میومتر» شناخته می‌شود؛ مرحله‌ای که طی آن رحم از حالت آرامش نسبی دوران بارداری به عضوی با قابلیت ایجاد انقباضات هماهنگ و مؤثر تبدیل می‌شود.

شواهد موجود نشان می‌دهد که جنین نیز ممکن است در آغاز زایمان نقش فعالی داشته باشد. تصور می‌شود جنین از طریق عوامل هورمونی و مولکول‌های پیام‌رسانی که از طریق گردش خون یا مایع آمنیوتیک منتقل می‌شوند، سیگنال‌هایی را به جفت، پرده‌های جنینی و بافت‌های مادری ارسال کند. این پیام‌ها می‌توانند در فعال شدن مسیرهای مولکولی منتهی به زایمان نقش داشته باشند، هرچند مکانیسم دقیق این فرآیند هنوز به طور کامل شناخته نشده است.

ریه جنین فاکتور فعال‌کننده پلاکت^۱ را تولید می‌کند که به عنوان یک عامل یوتروتونیک شناخته می‌شود. تصور می‌شود *PAF* همراه با پروتئین‌های سورفاکتانت در مسیرهای پیام‌رسانی میان جنین و مادر مشارکت داشته و در فعال شدن فرآیندهای منتهی به زایمان نقش ایفا کند، اگرچه اهمیت نسبی و مکانیسم دقیق اثر این عوامل همچنان در دست بررسی است.

^۱Platelet-Activating Factor (PAF)

علاوه بر این، ریه جنین برای تکامل و بلوغ طبیعی خود، پروتئین A سورفاکتانت^۱ را نیز تولید می‌کند. این پروتئین علاوه بر نقش اساسی در عملکرد و بلوغ ریه، ممکن است در تنظیم برخی از فرایندهای مرتبط با آغاز زایمان نیز مشارکت داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که $SP-A$ می‌تواند تولید پروستاگلاندین $F2\alpha$ را در دسیدوا مهار کند و از این طریق در حفظ حالت آرامش رحم طی بخش عمده بارداری نقش داشته باشد. با نزدیک شدن به زمان زایمان، غلظت $SP-A$ در مایع آمنیوتیک کاهش می‌یابد که ممکن است به رفع تدریجی این اثر مهاری کمک کند. در نتیجه، افزایش تولید پروستاگلاندین‌ها در دسیدوا و میومتر زمینه را برای فعال شدن انقباضات رحمی فراهم می‌سازد. همچنین در اواخر بارداری، میزان گیرنده‌های پروستاگلاندین $F2\alpha$ در دسیدوا افزایش می‌یابد و حساسیت رحم به اثرات انقباضی این واسطه‌ها بیشتر می‌شود. مجموعه این تغییرات در آمادگی رحم برای شروع زایمان مؤثر هستند.

علاوه بر نقش پروستاگلاندین‌ها در افزایش فعالیت انقباضی میومتر، این واسطه‌ها در ایجاد تغییرات و آماده سازی دهانه رحم نیز نقش اساسی دارند. پروستاگلاندین‌ها، به ویژه انواع $F2\alpha$ و $E2$ ، در آماده‌سازی سرویکس برای زایمان مشارکت می‌کنند. پیش از آنکه انقباضات مؤثر زایمانی آغاز شوند، سرویکس باید از یک ساختار نسبتاً سفت و مقاوم که در طول بارداری قادر به حفظ جنین در حفره رحم است، به بافتی با کمپلیانس^۲ بالا تبدیل شود. این فرآیند تدریجی با نرم‌شدگی دهانه رحم^۳ آغاز شده و در ادامه به مرحله رسیدگی دهانه رحم^۴ می‌رسد. گذر از مرحله نرم‌شدگی به مرحله رسیدگی معمولاً طی هفته‌ها یا

^۱Surfactant Protein A (SP-A)

^۲Compliance

^۳Cervical Softening

^۴Cervical Ripening

روزهای منتهی به زایمان رخ می‌دهد و یکی از پیش‌نیازهای ضروری زایمان طبیعی محسوب می‌شود.

دهانه رحم عمدتاً از بافت همبند غنی از کلاژن تشکیل شده است و در طول بارداری به واسطه سازمان‌یافتگی و تراکم فیبرهای کلاژن استحکام و سفتی خود را حفظ می‌کند. رسیدگی دهانه رحم یک فرآیند فعال بیولوژیک است که با بازآرایی گسترده ماتریکس خارج‌سلولی همراه است. تحت تأثیر پروستاگلاندین‌ها، فعالیت آنزیم‌های ماتریکس متالوپروتئیناز^۱ افزایش یافته و بازسازی شبکه کلاژنی تسهیل می‌شود. همزمان، میزان هیالورونان^۲ در بافت سرویکس افزایش می‌یابد و به تدریج جایگزین بخشی از گلیکوزآمینوگلیکان‌های موجود می‌شود. هیالورونان با جذب آب، موجب افزایش هیدراسیون بافت، افزایش ویسکوالاستیسیته و تسهیل بازآرایی ماتریکس خارج‌سلولی می‌شود. در نتیجه، سازمان‌یافتگی و تراکم فیبرهای کلاژن کاهش یافته و دهانه رحم به تدریج نرم‌تر، انعطاف‌پذیرتر و قابل‌اتساع‌تر می‌شود.

این تغییرات سرویکس را برای پاسخ به نیروهای مکانیکی ناشی از انقباضات رحمی آماده می‌کنند. در نهایت، تحت تأثیر انقباضات مؤثر و هماهنگ رحم، دهانه رحم دچار افاسمان (محو شدن) و دیلاتاسیون (باز شدن) شده و شرایط لازم برای عبور جنین از کانال زایمانی فراهم می‌شود.

همزمان با رسیدگی سرویکس، ظرفیت انقباضی میومتر نیز افزایش می‌یابد. اکسی توسین که در نوروهای ماگنوسلولار نوروهای سوپراپتیک و پاراونتریکولار (اطراف بطنی) هیپوتالاموس سنتز شده و از هیپوفیز خلفی آزاد می‌شود، یکی از مهم‌ترین هورمون‌های

^۱Matrix metalloproteinases (MMPs)

^۲Hyaluronan

مؤثر بر انقباضات رحمی است. با این حال، آنچه در آغاز زایمان اهمیت بیشتری دارد، افزایش غلظت اکسی توسین نیست، بلکه افزایش بیان گیرنده‌های اکسی توسین در میومتر است. در طول بارداری، پروژسترون با مهار بیان برخی ژن‌های مرتبط با انقباض، از جمله گیرنده‌های اکسی توسین، به حفظ حالت آرامش رحم کمک می‌کند. با نزدیک شدن به زمان زایمان و کاهش عملکردی اثر پروژسترون همراه با افزایش اثرات استروژنی، این مهار به تدریج کاهش می‌یابد. در نتیجه، تعداد گیرنده‌های اکسی توسین در میومتر افزایش یافته و رحم نسبت به غلظت‌های فیزیولوژیک اکسی توسین حساس‌تر می‌شود. این افزایش حساسیت، همراه با سایر تغییرات مولکولی و سلولی، زمینه را برای ایجاد انقباضات مؤثر و هماهنگ زایمانی فراهم می‌کند.

مکانیسم انقباض سلول‌های عضلانی صاف رحم وابسته به افزایش غلظت کلسیم داخل سلولی است. اتصال اکسی توسین و سایر عوامل انقباضی به گیرنده‌های غشایی موجب ورود یون‌های کلسیم از طریق کانال‌های غشایی و همچنین آزادسازی آن از شبکه سارپلاسمی می‌شود. افزایش غلظت کلسیم آزاد، برهم‌کنش اکتین و میوزین را تسهیل کرده و در نهایت منجر به کوتاه‌شدن فیبرهای عضلانی و ایجاد انقباض می‌شود.

با این حال، ایجاد انقباض در یک سلول منفرد برای پیشبرد زایمان کافی نیست. آنچه رحم را به عضوی قادر به ایجاد انقباضات مؤثر زایمانی تبدیل می‌کند، افزایش ارتباط الکتریکی میان سلول‌های میومتر است. در اواخر بارداری، تعداد اتصالات شکافدار^۱ میان سلول‌های عضلانی رحم به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. این اتصالات که عمدتاً از پروتئین

^۱Gap Junctions

کانکسین-۴۳^۱ تشکیل شده‌اند، امکان انتقال سریع یون‌ها و پیام‌های الکتریکی را بین سلول‌های مجاور فراهم می‌کنند.

در نتیجه، میومتر به صورت یک واحد عملکردی هماهنگ عمل کرده و انتشار پتانسیل‌های الکتریکی در سراسر رحم تسهیل می‌شود. این هماهنگی سبب ایجاد انقباضات منظم، هماهنگ و قدرتمند می‌شود که برای افسامان و اتساع دهانه رحم و پیشرفت زایمان ضروری هستند. در مقابل، در انقباضات براکستون-هیکس، هماهنگی الکتریکی و سلولی به اندازه زایمان فعال وجود ندارد؛ بنابراین این انقباضات معمولاً نامنظم، پراکنده و فاقد قدرت کافی برای ایجاد تغییرات قابل توجه در دهانه رحم هستند.

در کنار تغییرات هورمونی و مولکولی مرتبط با زایمان، بافت‌های همبند و ساختارهای لیگامانی لگن نیز در اواخر بارداری دستخوش تغییراتی می‌شوند. ریلکسین که از جسم زرد، دسیدوا و جفت ترشح می‌شود، در بازسازی بافت همبند و تغییر ویژگی‌های مکانیکی آن نقش دارد. این هورمون می‌تواند موجب افزایش انعطاف‌پذیری لیگامان‌های لگنی، به‌ویژه در ناحیه سمفیز پوبیس و مفاصل ساکروایلیاک شود و از این طریق به تطابق عملکردی لگن در جریان زایمان کمک کند.

علاوه بر عوامل هورمونی، سیستم عصبی خودمختار نیز در تنظیم فعالیت رحم نقش دارد. سلول‌های عضلانی صاف دارای گیرنده‌های آدرنرژیک هستند و کاتکول آمین‌ها (اپی نفرین و نوراپی نفرین) می‌توانند از طریق این گیرنده‌ها بر تون و فعالیت انقباضی میومتر اثر بگذارند. به طور کلی، تحریک گیرنده‌های بتا-آدرنرژیک با شل شدن عضله صاف رحم همراه است و می‌تواند موجب کاهش شدت یا هماهنگی انقباضات شود.

¹Connexin-43

در شرایطی مانند درد، اضطراب یا استرس، افزایش سطح کاتکول آمین‌ها ممکن است بر الگوی فعالیت رحمی اثر گذاشته و به کاهش فعالیت انقباضی میومتر منجر شود. اما این پدیده به عنوان یک مکانیسم قطعی و مستقل در شروع یا توقف زایمان مطرح نمی‌شود و بخشی از تنظیم چندعاملی فعالیت رحم است. در مجموع، پیشرفت زایمان نتیجه هماهنگی چندعاملی میان تغییرات هورمونی، سلولی و عصبی در واحد جنینی_جفتی_مادری است که در نهایت به ایجاد انقباضات مؤثر و پیشرفت لیبر منجر می‌شود.

در کنار این فرآیندهای فیزیولوژیک، در گایدلاین‌های معتبر مامایی توصیه شده است که فراهم کردن محیطی حمایتی، کاهش استرس، نور ملایم و حداقل مداخلات غیرضروری می‌تواند به بهبود تجربه زایمان کمک کند.



درس ۲: نشانه‌های خطر که نباید نادیده بگیرم

تشخیص به موقع نشانه‌های خطر در اواخر بارداری و حین زایمان، یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش موربیدیتی و مورتالیتی مادری و نوزادی است. تأخیر در شناسایی و مراجعه برای دریافت مراقبت‌های مامایی یکی از عوامل مهم بروز عوارض مادری و نوزادی محسوب می‌شود. در این درس، مهم‌ترین نشانه‌های هشداردهنده بر اساس گایدلاین‌های سازمان جهانی بهداشت^۱ و کالج آمریکایی زنان و زایمان^۲ بررسی می‌شوند.

نخستین و فوری‌ترین علامت خطر، خونریزی واژینال در نیمه دوم بارداری است. هرگونه خونریزی واژینال در این دوره نیازمند ارزیابی فوری پزشکی است. دو علت عمده این خونریزی، جفت سرراهی^۳ و دکولمان جفت^۴ هستند. در جفت سرراهی، بافت جفت به طور کامل یا جزئی، سیستم داخلی دهانه رحم را پوشانده است. با شروع افاسمان و دیلاتاسیون، عروق جفتی پاره شده و خونریزی بدون درد، ناگهانی و اغلب شدید رخ می‌دهد. تشخیص قطعی با سونوگرافی ترانس‌آبdomینال و در صورت لزوم ترانس‌واژینال انجام می‌شود. در مقابل، دکولمان جفت، جداسازی زودرس جفت از دیواره رحم پیش از تولد نوزاد است که با خونریزی (ممکن است مخفی بماند)، درد مداوم رحمی و هیپرتونوسیتة رحم تظاهر می‌کند. عوامل خطری چون پره‌اکلامپسی، ترومای شکمی و مصرف کوکائین، احتمال دکولمان را افزایش می‌دهند. در هر دو حالت، مراجعه فوری به بیمارستان ضروری است.

^۱World Health Organization (WHO)

^۲American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

^۳Placenta Previa

^۴Placental Abruptio

در ادامه، پارگی زودرس^۱ و پیش از موعد پرده‌های جنینی^۲ نیز از علائم مهم محسوب می‌شود. است: پارگی پرده‌ها پیش از شروع دردهای زایمانی، در ۸ تا ۱۰ درصد بارداری‌ها رخ می‌دهد. تشخیص پارگی پرده‌های جنینی معمولاً بر اساس شرح حال بیمار و معاینه با اسپکولوم استریل انجام می‌شود. در معاینه، مشاهده تجمع مایع آمنیوتیک در فورنیکس خلفی (بخش انتهایی و گودترین قسمت واژن در پشت دهانه رحم) یا خروج مایع شفاف از دهانه رحم (سرویکس) به نفع پارگی پرده‌ها محسوب می‌شود. در صورت شک، تشخیص با تست‌های تکمیلی رایج مانند مشاهده نمای سرخسی^۳ ناشی از کریستالیزه شدن مایع آمنیوتیک پس از خشک شدن روی لام^۴ و تست نیترازین^۵ بر اساس سنجش pH مایع واژن؛ در این تست در صورت وجود مایع آمنیوتیک که ماهیت قلیایی دارد ($pH > 7$)، کاغذ نیترازین از زرد به آبی تغییر رنگ می‌دهد، و در صورت لزوم با استفاده از تست ایمونوشیمیایی آمنی شور (آمینوشور)^۶ بر پایه شناسایی پروتئین آلفا میکروگلوبولین یک جفتی^۷ تأیید می‌گردد.

خطر اصلی پارگی پرده‌های جنینی، عفونت داخل آمنیوتیک یا کوریوآمنیونیت است که با تب مادر (دمای ۳۸ درجه سانتیگراد و بالاتر)، تاکی کاردی جنین، حساسیت رحمی و ترشحات بدبو تظاهر می‌کند. کوریوآمنیونیت می‌تواند در عرض چند ساعت به سپسیس مادری و دیسترس جنینی منجر شود. از این رو، هرگونه شک به پارگی پرده‌ها باید در اسرع وقت توسط تیم درمانی ارزیابی شود.

^۱Prelabor Rupture of Membranes (PROM)

^۲Preterm Prelabor Rupture of Membranes (PPROM)

^۳Ferning pattern

^۴Ferning test

^۵Nitrazine test

^۶AmniSure

^۷PAMG-1