

تشخیص ، مدیریت و درمان خونریزی های بارداری



Dr. Shadi Zamansaraei
OB & GYNECOLOGIST
Assistant Professor Of MUI

خونریزی های نیمه ی اول بارداری :

❖ به هر گونه خونریزی واژینال **قبل از هفته ی 20 بارداری** گفته میشود

علل اصلی خونریزی واژینال در ابتدای بارداری :



1. بارداری خارج از رحم

2. سقط کامل / ناکامل / تهدید به سقط

3. اختلالات سرویکس و واژن / اکتروپیون

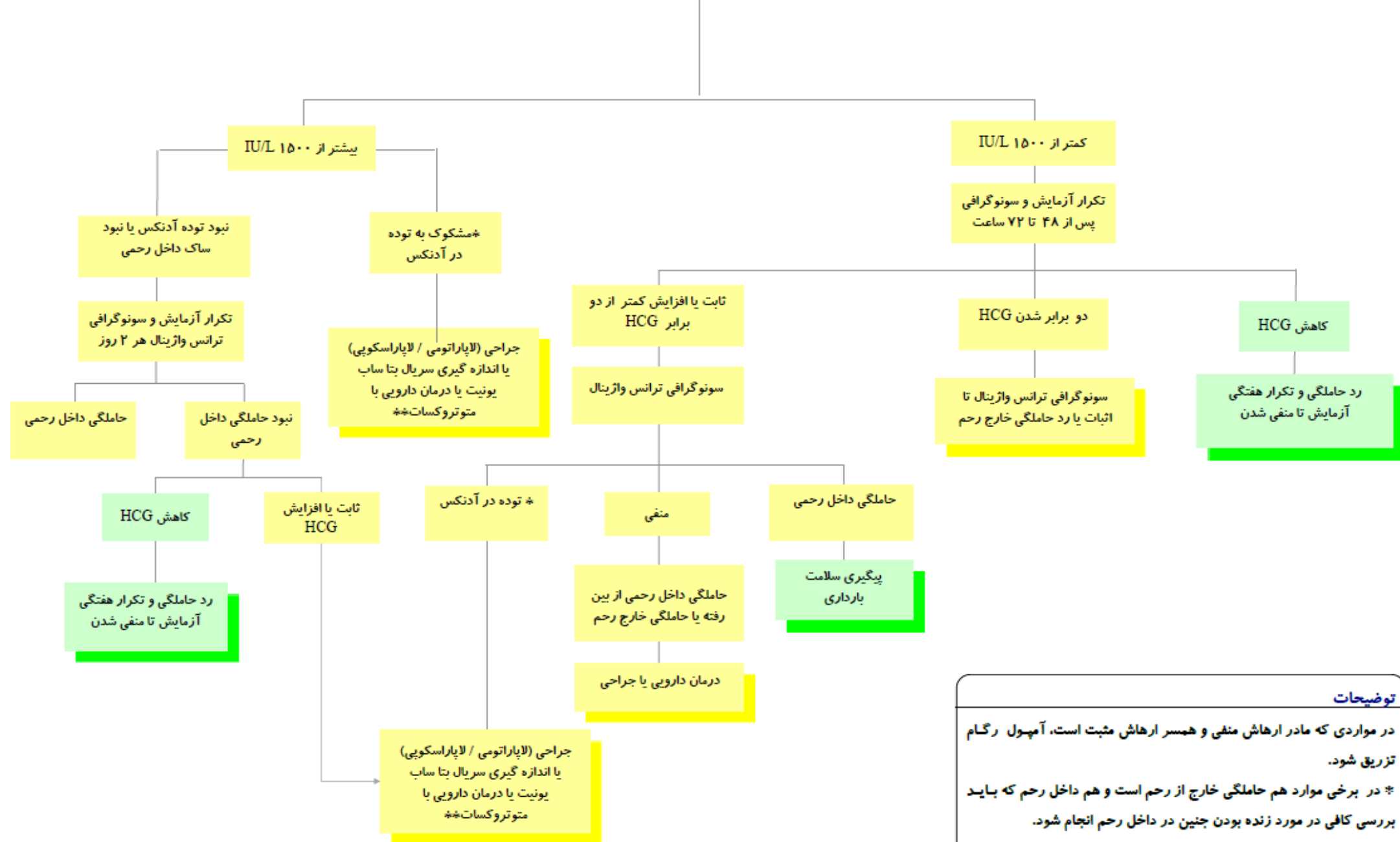
4. لانه گزینی (فیزیولوژیک)

5. بارداری در محل اسکار سزارین

6. مول هیداتی فرم

7. کوریوکارسینوما









سقط (PREGNANCY LOSS (MISCARRIAGE)

- به عنوان از دست رفتن محصول بارداری **قبل از هفته 20** تعریف می شود.
- سقط زودرس حاملگی که در سه ماهه اول (یعنی تا هفته 12+6 بارداری) اتفاق می افتد، شایع ترین نوع آن است.
- 21 درصد از بارداری ها قبل از هفته 20 بارداری خونریزی را تجربه کردند اما 12 درصد از آن ها منجر سقط شد .
- علائم یک سقط بدون عارضه ممکن است شامل از دست دادن یا کاهش علائم بارداری مانند کاهش حساسیت سینه و/یا حالت تهوع و استفراغ باشد.
- عوارض عفونت و خونریزی برای سقط های بین 12 تا 24 هفته 66 درصد است.
- معمولاً برای بررسی و نتیجه گیری درست به سه **BhCG** سریال نیاز است.
- کاهش چشمگیر Hcg بیشتر از 25 درصد در طی 48 ساعت در شرایط خونریزی رحمی به شدت حاکی از از دست دادن بارداری است و اگر سونوگرافی به راحتی در دسترس نباشد ممکن است مفید باشد.



درمان انتظاری برای دفع خود به خود

- در سه ماهه اول، میزان اثربخشی درمان انتظاری 70 تا 80 درصد است
- اگر بعد از 4 هفته از مدیریت انتظاری محصول بارداری دفع نشد، گزینه های درمانی جایگزین توصیه می شود.
- **تجویز آنتی بیوتیک اندیکاسیونی ندارد .**
- تأیید از دست دادن کامل حاملگی را می توان با استفاده از سونوگرافی، سطح hCG ادرار یا سرم، علائم بیمار یا ترکیبی از آنها انجام داد.
- درمان انتظاری طولانی مدت در موارد مرگ جنین می تواند منجر به بروز DIC شود، اگرچه این یک رویداد نادر است مگر اینکه بارداری برای چند هفته در رحم باقی بماند.
- چهار هفته پس از تشخیص، خطر بروز DIC تقریباً 10 درصد است و با مدیریت تاخیری بیشتر افزایش می یابد.
- اگر بیش از سه هفته از مرگ جنین گذشته باشد ، و سن حاملگی 15 هفته و بالاتر باشد، یا اگر پزشک به هر دلیلی نگران DIC باشد، توصیه میشود که شمارش کامل خون، مطالعات انعقادی و فیبرینوژن قبل از عمل را بررسی کنند.

تهدید به سقط (ABORTION THREATENED)

■ **تعریف :** ترشح خونی واژینال یا خونریزی در طی 20 هفته اول بارداری در حضور **سرویکس بسته**

■ **درمان و آموزش ها :**

■ در صورت کرامپ شکمی مصرف استامینوفن ، توصیه به Bed rest ، پرهیز از intercourse Sexual

■ در صورت گروه خون منفی مادر : روگام (زیر 12 هفته 50 میکروگرم و بالای 13 هفته 300 میکروگرم)

■ درمان با پروژستین ها : کنترالورسی

■ در صورت وجود باکتریال واژینوزیس : درمان شود

■ **اندیکاسیون بستری :**

■ VB شدید / چک Hb ، و در صورت آنمی یا هیپوولمی شدید : تخلیه رحم

■ در صورت وجود جنین زنده : برخی توصیه به ترانسفوزیون خون و مشاهده بعدی



سقط فراموش شده (MISSED ABORTION)

■ محصولات مرده حاملگی که روزها ، هفته ها، یا حتی ماهه ها در رحم بماند و دهانه رحم (سرویکس) نیز بسته باشد

■ دارای 2 نوع :

■ **Unembryonic** : فقدان رویان در حضور $GS < 20 \text{ mm}$

■ **Dead Embryo** : $CRL > 5 \text{ mm}$ بدون مشاهده ی FHR



درمان طبی / جراحی



■ درمان طبی سقط سه ماهه اول :

1. تعیین Rh و Group Blood
2. میزوپروستول به تنهایی : 800 میکروگرم واژینال یا زیر زبانی و تکرار آن تا نهایت 2 دوز

■ درمان طبی سقط سه ماهه دوم (14-28 هفته):

1. بستری بیمار و تجویز متناوب نارکوتیک ضروری
2. میزوپروستول 400 میکروگرم واژینال یا زیر زبانی هر 3h تا نهایت 5 دوز (در نولی پار واژینال ارجح است)

❖ آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در موارد درمان طبی :

عفونت در موارد درمان طبی : کم رخ میدهد (گاهی عفونتهای شدید در موارد استفاده میزوپروستول واژینال) و در کل ، مخالف استفاده کلی از AB پروفیلاکتیک هستیم

■ اندیکاسیون جراحی (D&C / D&E)

1. خانم هایی که نمی خواهند منتظر درمان طبی یا سقط خود بخود باشند
2. خونریزی شدید
3. سپسیس داخل رحمی

سقط اجتناب ناپذیر (INEVITABLE ABORTION)

1. پارگی قابل مشاهده در پرده ها به موازات دیلاتاسیون سرویکس

2. سرویکس دارای دیلاتاسیون و افاسمان است اما هیچ بافتی دفع نشده

■ در صورتیکه خروج مایع در نیمه اول حاملگی با درد ، تب و خونریزی همراه نباشد میتوان به بیمار استراحت داد،

■ اگر بعد از 48 ساعت خروج اضافه تر مایع وجود نداشت و خونریزی ، تب و کرامپ شکمی وجود نداشت بیمار می تواند تحرک داشته باشد ولی intercourse نداشته باشد



■ در صورت خونریزی ، کرامپ یا تب : کورتاژ و تخلیه رحم

■ درمان ها : شبیه درمانهای طبی و جراحی در سقط فراموش شده

سقط کامل / ناکامل

■ سقط ناکامل (Incomplete Abortion)

- **تعریف :** خونریزی کم بدنبال جدایی نسبی یا کامل جفت در حضور دیلاتاسیون سرویکس رخ می دهد . جنین و جفت بطور کامل ممکن است در داخل رحم بماند یا بطور نسبی از سرویکس باز خارج شود .
- **درمان :** بسته به شرایط بیمار می تواند Expectant ، طبی ، جراحی باشد درمان های طبی و جراحی شبیه درمان در سقط فراموش شده می باشد .

■ سقط کامل (Complete abortion)

- **تعریف :** خروج تمام محصولات حاملگی ، سرویکس بسته ، بدنبال سقط کامل خونریزی و کرامپ های رحمی کاهش می یابد .
- بیمار آن تشویق شوند که بافت دفع شده را همراه خود بیاورند .

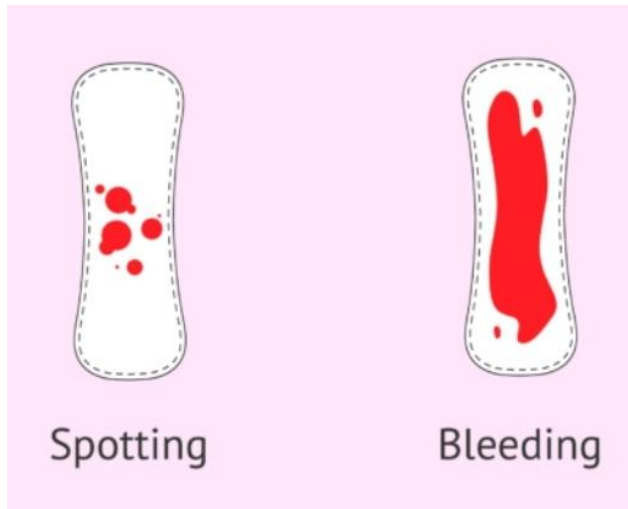
■ **سایر اقدامات :** Sonography جهت R/O سقط کامل ، تهدید به سقط ، EP

■ در صورتی که بافت دفع شده شناسایی نشود چک سریال BHCG افت سریع در سقط کامل

■ **اندیکاسیون جراحی :** عفونت / علائم حیاتی Unstable / خونریزی



خونریزی های سه ماهه دوم بارداری



- تقریباً در 4-5 درصد از تمامی بارداری ها، خونریزی در سه ماهه سوم رخ میدهد.
- خونریزی میتواند بصورت **لکه بینی** یا در حد **خونریزی شدید تهدید کننده ی حیات** باشد
- در اواخر بارداری حجم کلی خون مادر حدود 40% و برون ده قلبی او حدود 30% افزایش می یابد.
- 20% از این برون ده قلبی افزایش یافته به رحم باردار میرسد، پس خونریزی شدید میتواند بسیار خطرناک و برای مادر تهدید کننده حیات باشد.
- خونریزی شدید کمتر از لکه بینی شایع است.
- اما در صورت وقوع می تواند از دلایل اصلی مورتالیتی و موربیدیتی مادر و جنین باشد .

پاتوفیزیولوژی



علل مهم آناتومیک خونریزی سه ماهه سوم :

1. علل مرتبط به ناحیه آنال: هموروئید، تروما

2. علل مرتبط با ولو: وریدهای واریسی، تروما

3. علل مرتبط با واژن: تروما

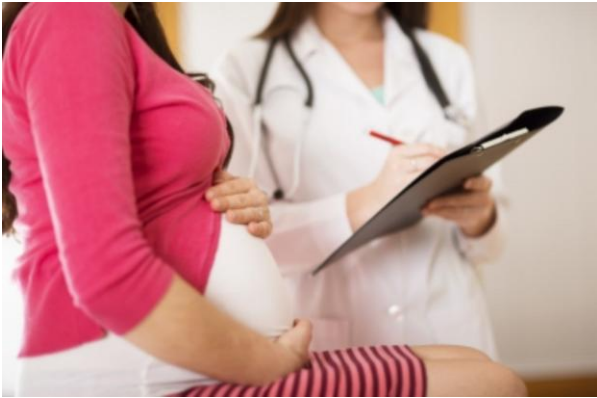
4. علل مرتبط با سرویکس: شروع پروسه زایمان، سرویست، پولیپ، اکتریپون، بافت های گلدولار شکننده، کارسینوما، تروما

5. علل مرتبط با رحم: پارگی رحم، پلاسنتا پرویا، وازوپرویا، دکولمان جفت

دو دلیل اصلی خونریزی شدید در سه ماهه سوم بارداری: **جفت سرراهی (placenta previa)** و **دکولمان جفت (placental abruption)** می باشد.

■ رابطه ی جنسی، سرویسیت تریکوموناسی و معاینات لگنی می توانند باعث بروز لکه بینی شوند. گاهی خونریزی هموروئید با خونریزی واژینال اشتباه گرفته میشود، اما به راحتی با معاینه قابل تمایز است.

شرح حال و معاینه فیزیکی



■ نکات مهم در شرح حال بیمار:

1. ارزیابی مقدار خونریزی و پرسش در مورد علایم همراه از جمله درد شکم

2. شرح حال خانوادگی و فردی بیمار در زمینه خونریزی شدید به دنبال تروما یا پروسیجرها (برای رد کردن بیماری های خونی مانند بیماری فون ویلبراند)

3. شرح حال دیسپلازی سرویکس و پرسش در مورد آخرین نوبت انجام پاپ اسمیر

4. بررسی خونریزی با منشا سایر ارگان ها (مانند خونریزی ناشی از هموروئید یا هماچوری ماکروسکوپی ناشی از سیستیت)

شرح حال و معاینه فیزیکی

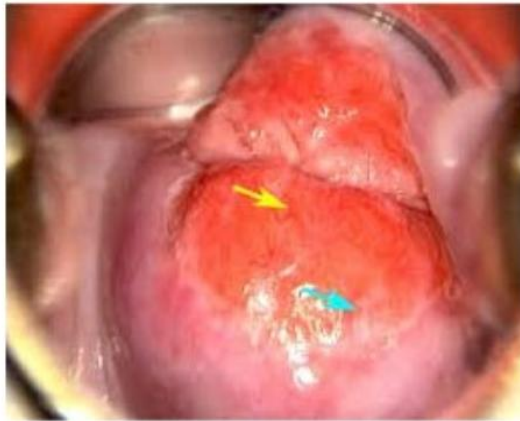
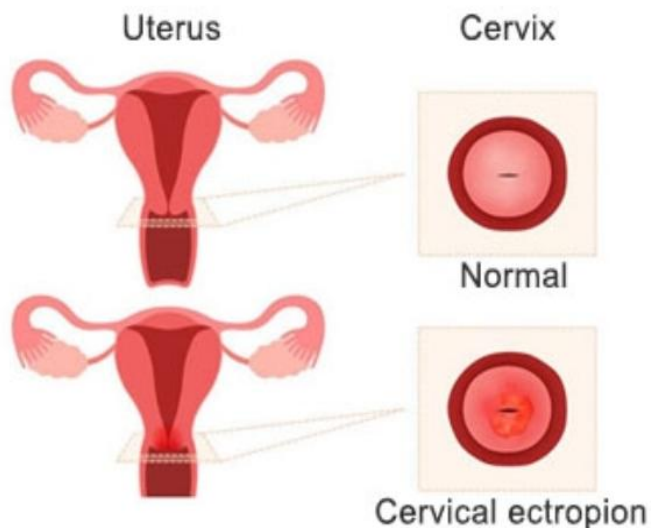
📌 نکات مهم و کمک کننده در معاینه بیمار:

1. بررسی دقیق علائم حیاتی مادر (تا زمانیکه 10-15 درصد از حجم خون مادر از دست نرود، ممکن است تغییر چندانی در علائم حیاتی بیمار رخ ندهد).
2. بررسی کلی وضعیت قلبی تنفسی مادر
3. بررسی ضربان قلب جنین
4. بررسی از نظر وجود کبودی و پتشی که میتواند مطرح کننده ی اختلالات انعقادی باشد.
5. معاینه دقیق شکم جهت بررسی قوام رحم و وجود تندرست شکمی و علائم شکم حاد

معاینه ی دودستی لگن (bimanual) تا زمان تعیین محل جفت با سونوگرافی نباید انجام شود ، چراکه در صورت وجود پلاسنتا پرویا میتواند باعث وقوع خونریزی شدید ناشی از جداشدگی جفت شود.

6. معاینه محتاطانه واژن و سرویکس با اسپکولوم
(یافته ی معمول در معاینه ی سرویکس زنان باردار ، نمای اکتروپیون در سرویکس است ، بخصوص در زنانی که سابقه ی مصرف OCP خوراکی را داشته اند.)

Cervical ectropion



❖ اکتروپیون :

✓ اکتروپیون به دلیل مواجهه ی اپیتلیوم استوانه ای اندوسرویکس که دچار بیرون زدگی شده ،با محیط اسیدی واژن ایجاد میشود .

✓ اکتروپیون به صورت بافت قرمز و شکننده دیده می شود و ممکن است حین معاینه خونریزی خفیف رخ دهد.

✓ هرچند ممکن است با مشاهده ی اکتروپیون نگران وقوع کنسر باشیم اما این ضایعات در حقیقت خوش خیم هستند.

مدیریت و درمان خونریزی شدید سه ماهه سوم

■ خونریزی شدید سه ماهه سوم یک اورژانس بسیار مهم مامایی است و در صورت وقوع اقدامات زیر ضروری است:



1. مانیتورینگ دقیق و مداوم علائم حیاتی مادر
2. تعبیه دو کاتتر وریدی سایز بزرگ جهت تجویز کریستالوئید و در صورت نیاز فراورده های خونی
3. ارسال آزمایشات CBC diff، PT، PTT، فیبریנוژن، BG/Rh
4. اطلاع به بانک خون جهت آماده سازی فراورده های خونی
5. تزریق ایمنوگلوبولین جهت پیشگیری از واکنش ضد Rh D در مادران RH D منفی
6. آمادگی جهت ختم اورژانسی بارداری در صورت وجود شرایط تهدید کننده حیات مادری-جنینی ترجیحا در مرکز مجهز .

جفت سرراهی (PLACENTA PREVIA)

❖ **جفت سرراهی** جفتی است که نزدیک یا روی دهانه سرویکس قرار گرفته است و **خطر پره ترم لیبر و مرگ و میر مادر و جنین را افزایش** میدهد.

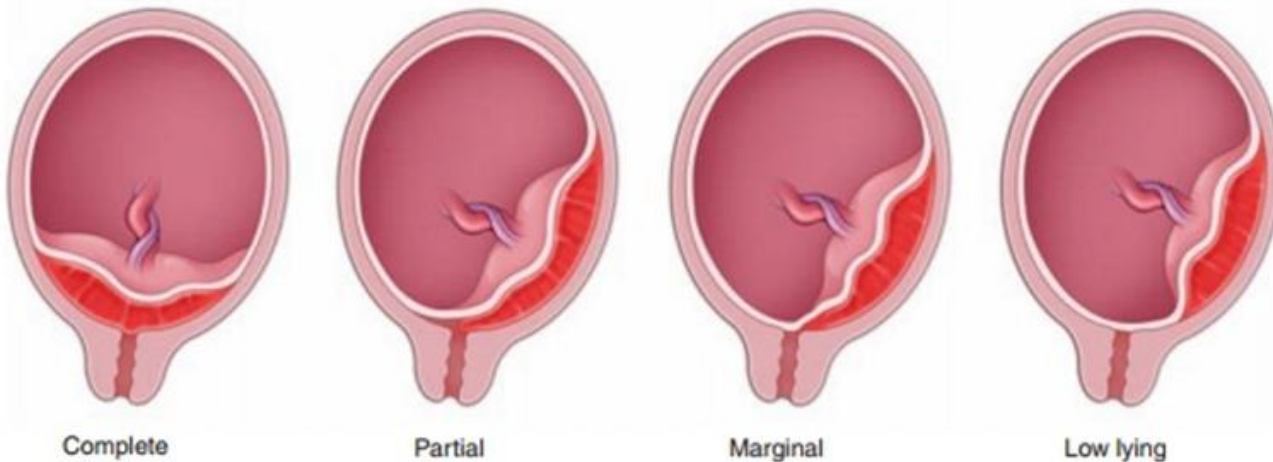
❖ تقسیم بندی انواع جفت سر راهی شامل موارد زیر است:

▪ **Complete placenta previa:** جفت به طور کامل دهانه ورودی سرویکس را می پوشاند.

▪ **Partial placenta previa:** جفت قسمتی از دهانه ورودی سرویکس را می پوشاند.

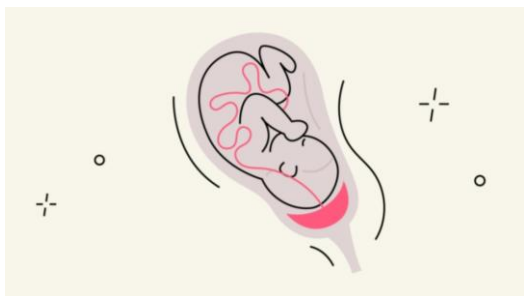
▪ **Marginal placenta previa:** جفت در فاصله کمتر از 2 سانتی متری دهانه ورودی سرویکس قرار دارد.

▪ **Low lying placenta previa:** جفت در سگمان تحتانی رحم اما در فاصله بیشتر از 2 سانتی متری دهانه ورودی سرویکس قرار دارد.



پاتوفیزیولوژی

❖ نکات مهم :



- شانس وقوع جفت سرراهی 1 در هر 200 بارداری است.
- فراوانی جفت سرراهی در اوایل بارداری بیشتر و در حدود 4-5 درصد می باشد، اما با افزایش سن بارداری این رقم کاهش می یابد.
- جفت سرراهی کامل به ندرت به طور خودبه خودی برطرف میشود، اما انواع **partial** و **low lying** اغلب تا سن حاملگی 32 تا 35 هفته برطرف خواهند شد.
- مکانیسم برطرف شدن خودبخودی جفت سرراهی بخاطر کشیده شدن و نازکتر شدن رحم و تشکیل سگمان تحتانی رحم با افزایش سن بارداری است که جفت را از دهانه ورودی سرویکس دور میکند .
- علت قطعی جفت سرراهی هنوز کشف نشده است، اما میتواند بخاطر **واسکولاریزاسیون غیر طبیعی جفت** باشد.
- جفت سرراهی به مقدار جزئی **آنومالی های جنینی** را افزایش میدهد که مکانیسم دقیق آن روشن نیست.
- این آنومالی ها شامل ناهنجاری های شدید سیستم قلبی عروقی، سیستم عصبی مرکزی، دستگاه گوارش و دستگاه تنفس می باشد.

پاتوفیزیولوژی

■ ریسک فاکتور های جفت سرراهی شامل موارد زیر است:

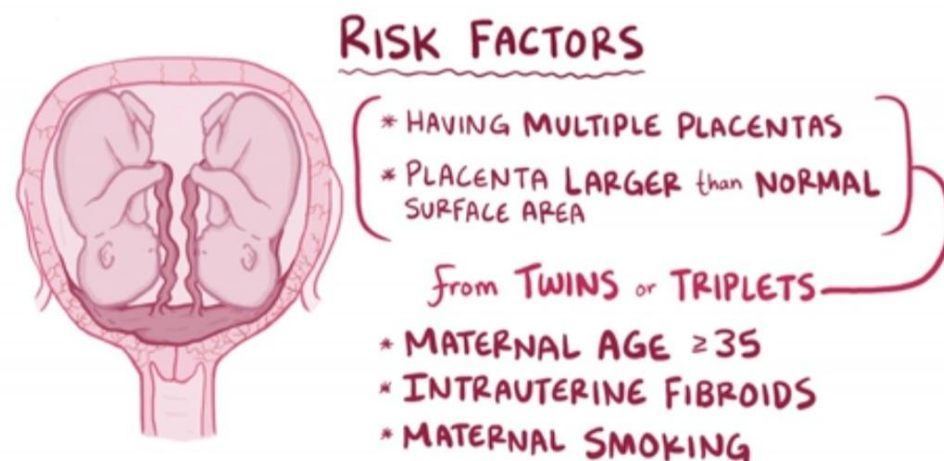
1. جفت سرراهی در بارداری قبلی (4-8 درصد شانس عود)

2. سزارین قبلی یا هر نوع عمل جراحی بروی جسم رحم

3. مولتی پاریتی

4. سن بالای مادر

5. مصرف کوکابین و سیگار



■ خونریزی بدون درد در سه ماهه سوم می تواند نشانه ای از جفت سرراهی باشد.

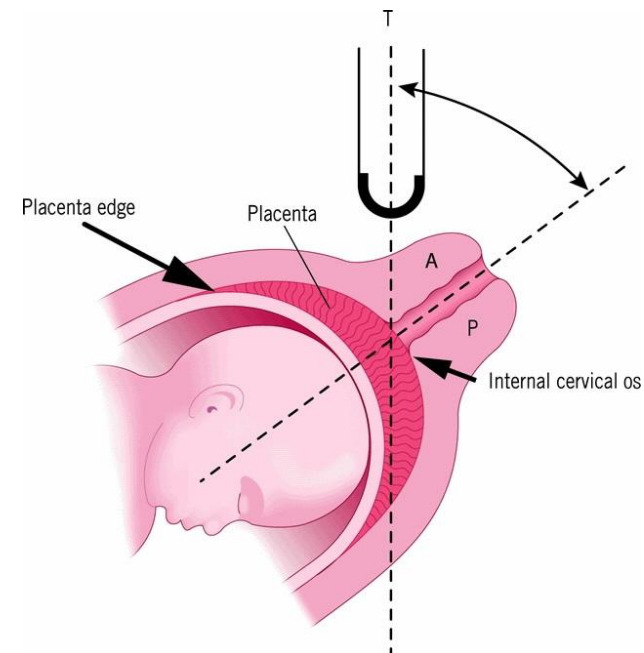
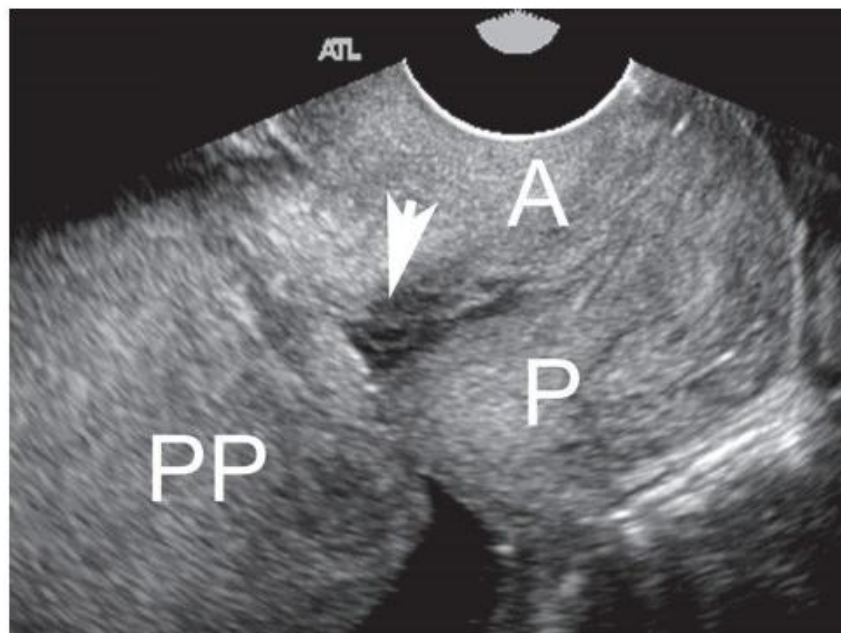
■ حدود 75 درصد از زنانی که جفت سرراهی دارند حداقل دچار یک نوبت خونریزی میشوند که معمولاً این اپیزود خونریزی بین هفته های 29-30 حاملگی اتفاق می افتد.

■ اولین اپیزود خونریزی ناشی از پلاستنا پرویا اغلب در صورتیکه به علت دیسترس مادری جنینی به ختم بارداری نیجامد، طی 1 تا 2 ساعت متوقف خواهد شد.

■ تعداد دفعات خونریزی با درجه بندی جفت پرویا و پیامدهای جنینی ارتباطی ندارد.

مدیریت بیماری و درمان

- **سونوگرافی ترانس واژینال** در تشخیص جفت سرراهی **صحت بیشتری** نسبت به سونوگرافی شکمی دارد.
- سونوگرافی شکمی بویژه در صورت خلفی بودن جفت موارد مثبت کاذب بیشتری را گزارش خواهد کرد.



مدیریت بیماری و درمان

- اقدامات لازم در صورت بروز خونریزی ناشی از پلاسنتا پروپیا :

1. مانیتورینگ دقیق مادری جنینی
2. جایگزینی کافی مایعات
3. استراحت در بستر
4. تجویز استروئید جهت بلوغ ریه جنین در مواردیکه جنین پره ترم است.

- یک دوره واحد بتامتازون در مادرانی که در سن حاملگی $34^{0/6}$ تا $36^{6/7}$ بوده و در ریسک زایمان زودرس طی 7 روز آینده قرار دارند و دوره قبلی کورتیکواستروئید را دریافت نکرده اند ، اندیکاسیون دارد.

✓ نکته مهم : در بیمارانی که شرایط پایداری دارند، ختم بارداری به روش سزارین در سن حاملگی $36^{0/7}$ تا $37^{6/7}$ صورت می گیرد.

- روش ختم بارداری در جفت پروپیا قطعا سزارین می باشد، مگر مواردی که ختم بارداری در سنین پایینتر حاملگی به طور مثال سن حاملگی 20 هفته انجام شود.

عوارض جفت سرراهی

■ عوارض جفت سرراهی شامل :

1. خونریزی سگمان تحتانی در محل اتصال جفت حین سزارین

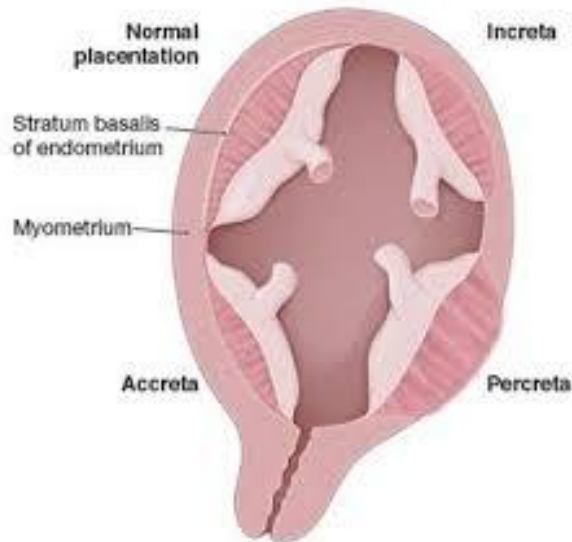
2. نیاز به هیستریکتومی اورژانسی حین یا در فاصله کوتاهی از سزارین به علت خونریزی غیر قابل کنترل از محل اتصال جفت

3. چسبندگی غیر طبیعی جفت که شامل انواع زیر می باشد:

■ **Placenta accreta**: گسترش جفت به لایه سطحی میومتر

■ **Placenta increta**: گسترش بیشتر جفت به داخل میومتر

■ **Placenta percreta**: گسترش جفت از میان سروز رحم و گاهی گسترش به سایر ارگان ها از جمله مثانه



چسبندگی غیر طبیعی جفت

■ ریسک بروز چسبندگی غیر طبیعی جفت تقریباً 1 در 533 زایمان است .

■ این میزان در بیماران با سابقه سزارین یا هر نوع جراحی رحمی قبلی به وضوح افزایش می یابد.

■ در موارد چسبندگی غیر طبیعی جفت توصیه به سزارین هیستریکتومی پره ترم* با باقی گذاشتن جفت در محل لانه گزینی می شود، زیرا کندن جفت میتواند سبب خونریزی شدید تهدید کننده حیات گردد .

■ سزارین هیستریکتومی برنامه ریزی شده نسبت به سزارین هیستریکتومی اورژانس موربیدیت و مورتالیتت کمتری را به همراه خواهد داشت.

■ ACOG ختم بارداری بعد از 34 هفته، بین 34 تا 37 هفته و پارکند بعد از 36 هفته کامل را توصیه می کنند.

ASSOCIATED WITH
PLACENTA ACCRETA



PLACENTA INVADERS
MYOMETRIUM

دکولمان جفت (PLACENTAL ABRUPTION)

■ دکولمان جفت به موارد جدا شدن غیرطبیعی زودرس جفتی که لانه گزینی طبیعی داشته است، گفته می شود.

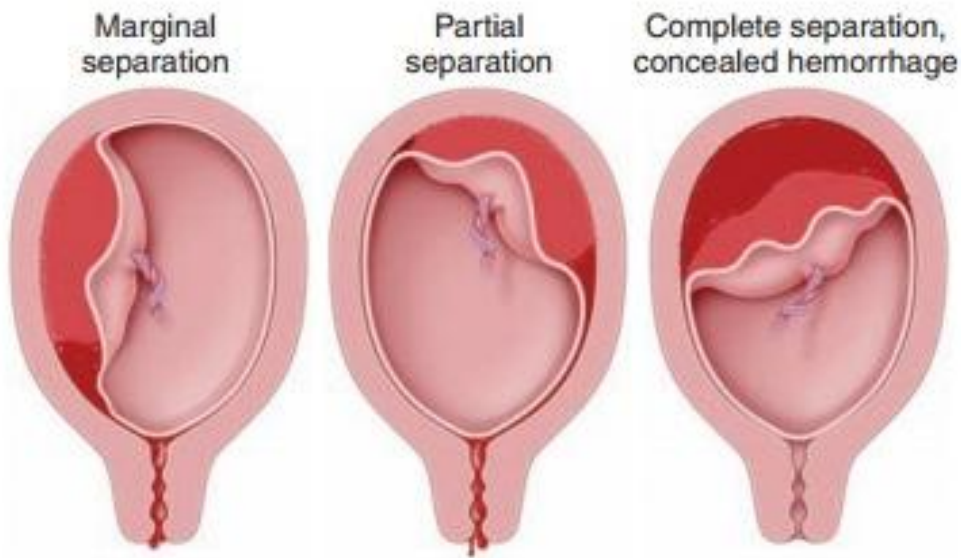
■ دکولمان جفت زمانی رخ میدهد که خونریزی در دسیدوا بازالیس باعث جدا شدن پلاسنتا و بروز خونریزی واژینال در ادامه می شود.

■ تقسیم بندی انواع دکولمان جفت شامل موارد زیر است:

1. **Complete abruption**: کل جفت از دیواره رحم جدا میشود.

2. **Partial abruption**: قسمتی از جفت از دیواره رحم جدا میشود.

3. **Marginal abruption**: کندگی محدود به لبه های جفت می باشد



پاتوفیزیولوژی

■ ریسک فاکتور های دکولمان جفت :

1. سابقه دکولمان در حاملگی قبلی (15-20 برابر احتمال وقوع در حاملگی بعدی را افزایش می دهد).
2. افزایش سطح آلفا فیتوپروتئین مادری در سه ماهه دوم می تواند احتمال دکولمان جفت را تا 10 برابر افزایش دهد.

3. فشار خون مزمن

4. چند قلوبی

5. پر اکلامپسی

6. سن بالای مادر

7. مولتی پاریتی

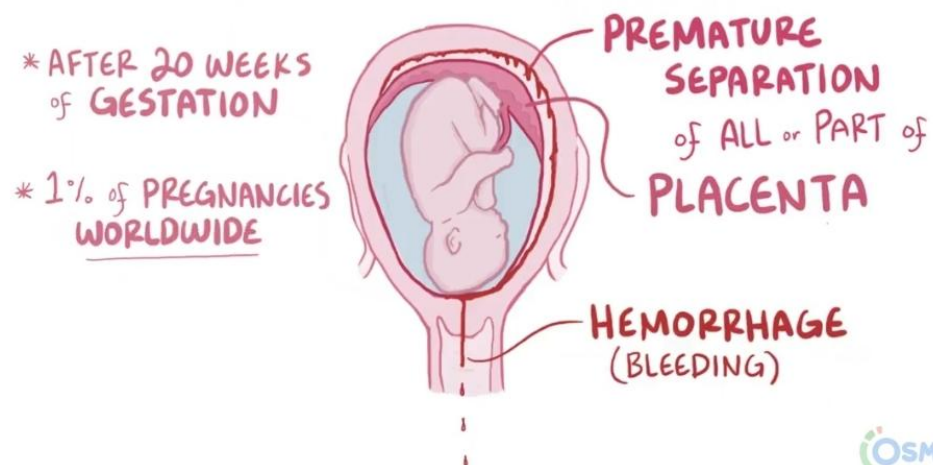
8. سیگاری بودن

9. مصرف کوکائین

10. کوریو آمینیوت

11. انواع تروما

PLACENTAL ABRUPTION



تظاهرات بالینی

■ تظاهر کلاسیک دکولمان جفت **خونریزی واژینال همراه با درد شکم** است.

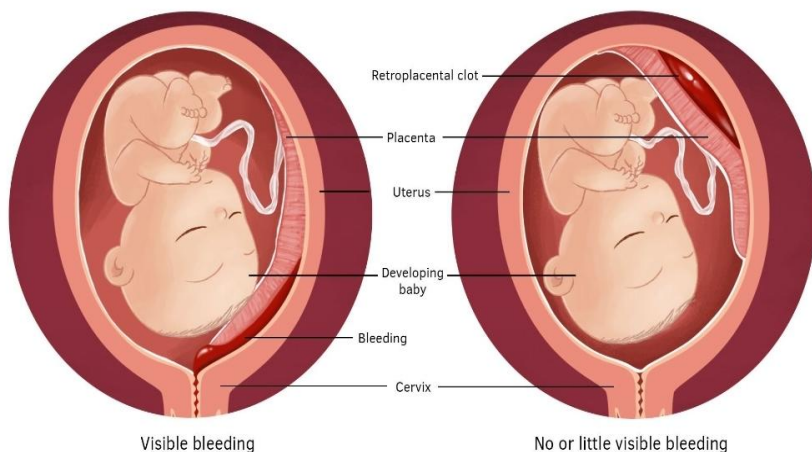
■ کندگی های مارژینال یا مختصر جفت ممکن است فقط با خونریزی تظاهر یابند.

■ **خونریزی concealed** زمانی رخ میدهد که **خونریزی پشت جفت محصور** شده و قابل خارج شدن نباشد.

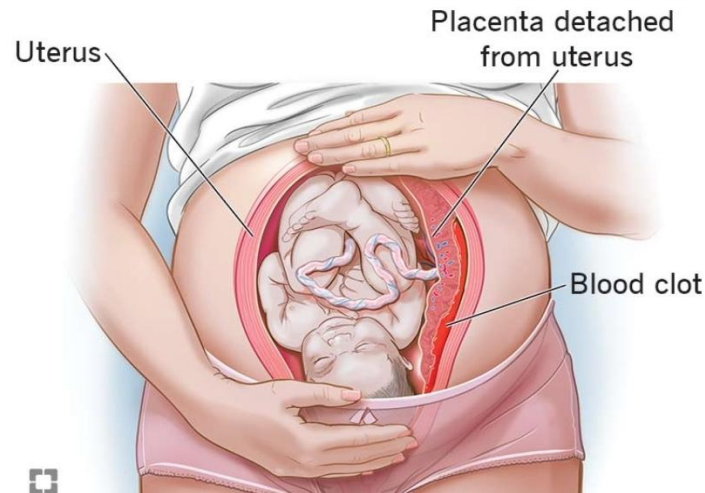
■ در موارد شدید دکولمان **concealed**، ممکن است کانترکشن دردناک رحمی، تغییرات قابل توجه در ضربان قلب جنین و **مرگ جنین** رخ دهد.

■ سونوگرافی در موارد غیر شدیدی که نیازمند ختم فوری بارداری نیستند، میتواند کمک کننده باشد

■ نکته ی مهم : دکولمان می تواند در غیاب یافته های سونوگرافی نیز رخ دهد.



مدیریت بیماری و درمان



■ اقدامات لازم در صورت بروز خونریزی ناشی از دکولمان جفت :

■ 1) مانیتورینگ دقیق مادری جنینی

■ 2) جایگزینی کافی مایعات

■ 3) ختم بارداری در موارد خونریزی شدید

✓ **توجه:** در مواردیکه جنین پره ترم است، دکولمان خفیف بوده و خونریزی تهدید کننده حیات نمی باشد، میتوان درمان انتظاری را مدنظر داشت.

✓ **تصمیم گیری در مورد ختم بارداری براساس ، وضعیت جنین، میزان خونریزی و سن حاملگی صورت می گیرد.**

✓ **نکته:** زایمان اغلب به روش سزارین انجام خواهد شد، اما زایمان واژینال امکان پذیر بوده و حتی ممکن است به دنبال دکولمان جفت زایمان سریع نیز رخ دهد.

عوارض دکولمان جفت

1. **Couvelaire uterus**: در موارد نادر، خون به حدی در رحم نفوذ کند که سروز به رنگ آبی یا ارغوانی درآید.

2. **Disseminated intravascular coagulation (DIC)** : دکولمان جفت شایع ترین علت کوآگولوپاتی در حاملگی است که با کاهش پلاکت و افزایش PT و PTT تظاهر می یابد فبیرینوژن سرمی نیز ممکن است کاهش یافته باشد.

▪ **Disseminated Intravascular Coagulation** عارضه ای نادر، اما شدیداً جدی دکولمان جفت میباشد.



ویژگی ها	پلاسنتا پرویا	دکولمان جفت
حجم خونریزی	متغیر	متغیر
مدت خونریزی	معمولا طی 1-2 ساعت قطع میشود.	معمولا ادامه دار است.
درد شکم	وجود ندارد.	وجود دارد و اغلب شدید است.
الگوی ضربان قلب جنین	نرمال	تاکیکاردی و سپس برادیکاردی، فقدان ضربان پذیری، افت ضربان قلب جنین مکررا اتفاق می افتد و مرگ جنین نیز نادر نیست.
اختلالات انعقادی	نادر	مرتبط است اما نه مکرر، در صورت بروز disseminated intravascular coagulation در زمینه دکولمان، اختلال انعقادی شدید خواهد بود.
شرح حال مرتبط بیمار	جفت سرراهی در حاملگی قبلی (4-8 درصد احتمال عود)، زایمان سزارین قبلی یا هرگونه جراحی روی جسم رحم، مولتی پاریتی، سن بالای مادر، مصرف کوکائین و سیگار فشار خون مزمن، پراکلامپسی، چندقلویی، سن بالای مادر، مولتی پاریتی، سیگاری بودن، مصرف کوکائین، کوریو آمنیونیت، تصادف وسایل نقلیه، سقوط و زمین خوردن و سایر انواع تروما	

عروق سرراهی (VASA PREVIA)

■ وازوپروپا به رد شدن عروق جنینی از روی دهانه سرویکس و زیر عضو نمایش جنین گفته می شود.

■ فراوانی وازوپروپا 1 در 2000 تا 5000 حاملگی می باشد.

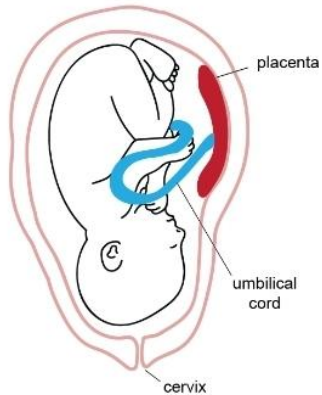
■ میتواند همراه با:

1) اتصال ولامانتوس (velamentous insertion) رخ دهد

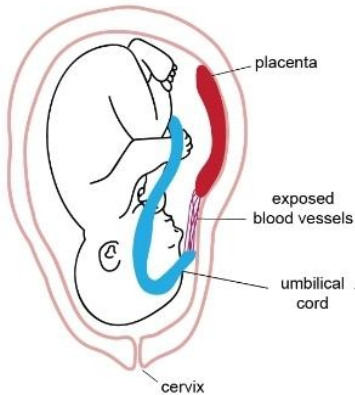
(در آن عروق قبل از اتصال به جفت بین غشاهای مابین آمنیون و کوریون عبور کرده و با ژله وارتون محافظت نمی شوند)

2) لوب فرعی (succenturiate lobe) که با مقداری فاصله از جفت اصلی وجود دارد و عروق آن از میان پرده ها و روی دهانه ورودی سرویکس رد میشود.

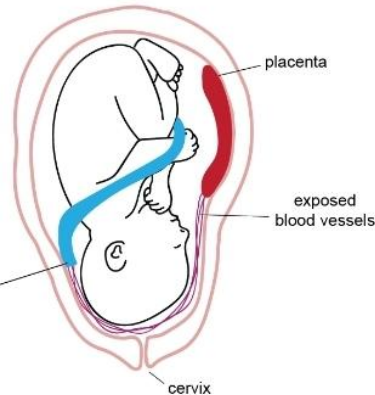
Normal Umbilical Cord Insertion



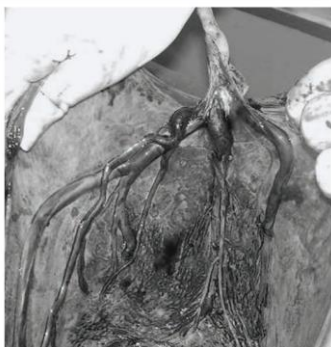
Velamentous Cord Insertion



Velamentous Cord Insertion with Vasa Previa



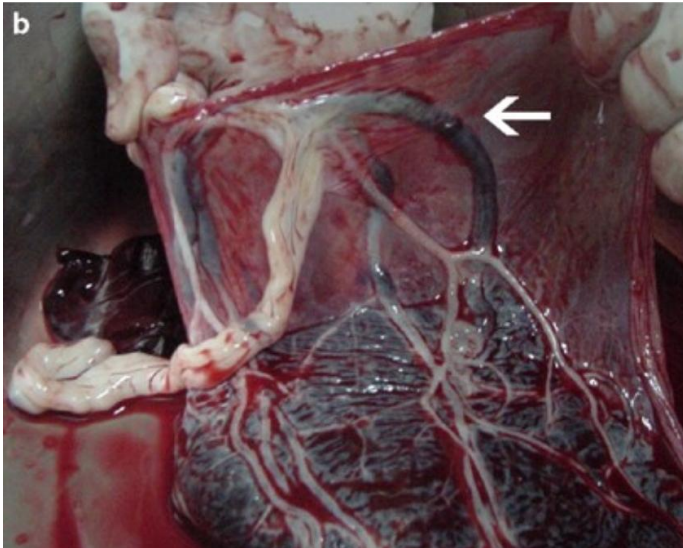
علائم و نشانه ها و اپروچ تشخیصی



- پارگی عروق جنینی در بارداری به ندرت رخ می دهد اما ریسک آن در وازوپروپیا به مراتب بیشتر است.
- پارگی عروق جنینی می تواند به سرعت به مرگ جنین بیانجامد.
- در صورتیکه پارگی عروق جنینی قبل از زایمان تشخیص داده نشود تا حدود 60% مرگ جنینی محتمل است

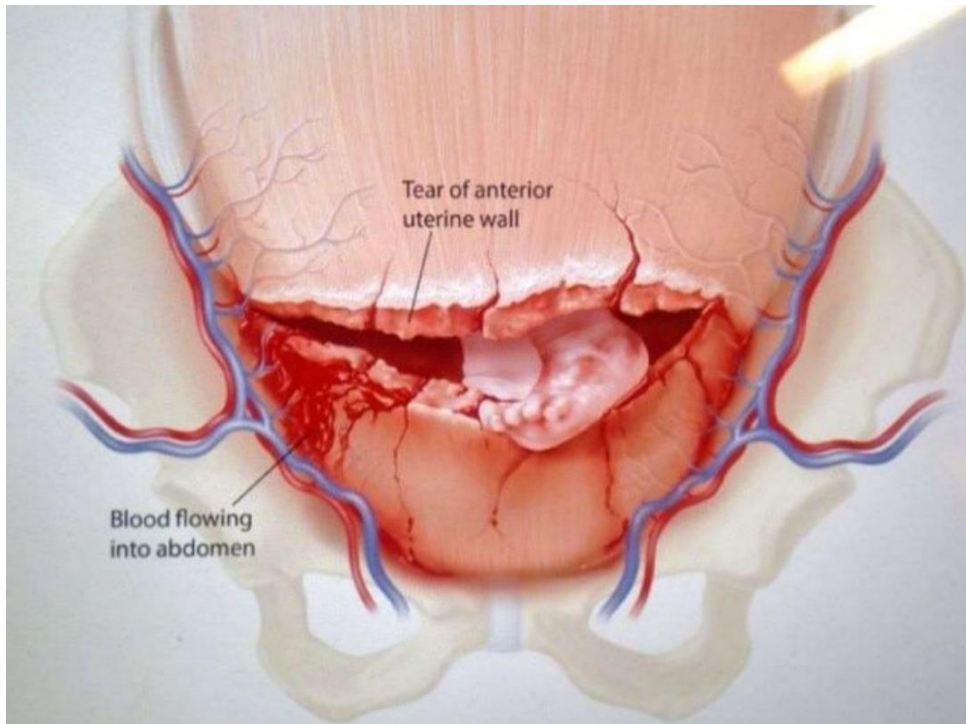
- تست Apt (Alkali denaturation test) برای افتراق منشاء خونریزی واژینال سودمند است
- در این تست نمونه خون را با آب مخلوط می کنند تا همولیز شود و پس از سانتریفیوژ آن را با NaOH مخلوط می نمایند. خون جنینی صورتی باقی مانده در حالی که خون مادر به رنگ زرد- قهوه ای در می آید.

علائم و نشانه ها و اپروچ تشخیصی



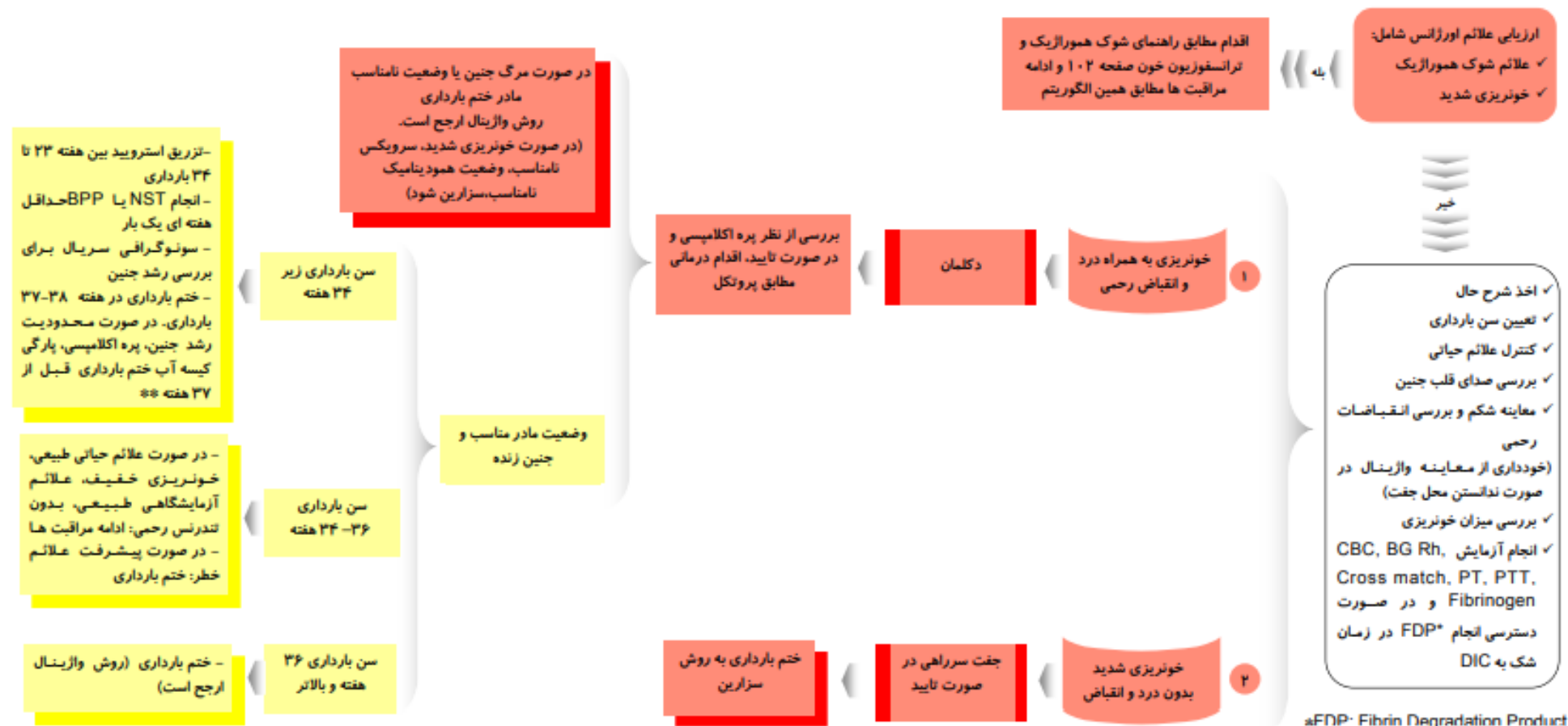
- سونوگرافی ترنس واژینال همراه با کالرداپلر ما را از وجود وازوپرویا مطمئن می سازد که مستلزم زایمان فوری و معمولاً سزارین می باشد.
- عوارض ناشی از وازوپرویا معمولاً پیش بینی نشده هستند
- معمولاً یک خونریزی غیر قابل انتظار به صورت ایاتروژنیک رخ میدهد .
- در زمان آمنیوتومی اطمینان از عدم وجود عروق جنینی بر روی دهانه سرویکس که تظاهر وازوپرویا خواهد بود، حائز اهمیت است.

پارگی رحم (UTERINE RUPTURE)



- پارگی رحم به معنای برش کامل خود بخودی دیواره رحم از اندومتر تا سروز است .
- اگر پریتون روی رحم سالم باقی بماند، به آن پارگی ناقص (partial rupture) یا **uterine dehiscence** گفته می شود.
- بیشتر موارد پارگی رحم در محل سزارین قبلی رخ می دهد.
- اگر پارگی کامل رخ دهد و جنین به داخل حفره شکمی برود **75 تا 50 درصد مورتالیتی جنینی** دارد.
- زنده ماندن جنین بیش از همه بستگی به این دارد که بخش عمده جفت تا زمان زایمان به دیواره رحم متصل باقی مانده باشد.
- برای نجات جنین و کاهش مورتالیتی مادر سزارین ضروری است

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)



****تجویز سولفات منیزیم جهت حفاظت عصبی نوزاد**

جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته ۲۳-۳۲ 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.

خونریزی پس از زایمان

■ تعریف خونریزی غیر طبیعی پس از زایمان:

✓ بیش از 500 سی سی خونریزی در زایمان واژینال

✓ بیشتر از 1000 سی سی در سزارین

✓ خونریزی به هر میزان همراه با هر گونه **تغییر همودینامیک**.

مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱	طبقه بندی شدت خونریزی
بیش از ۲۰۰۰	۱۵۰۰ - ۲۰۰۰	۱۰۰۰ - ۱۵۰۰	< ۱۰۰۰	میزان خون از دست رفته (ml)
> ۱۴۰	۱۲۰ - ۱۴۰	۱۰۰ - ۱۱۹	< ۱۰۰	تعداد ضربان قلب
کاهش	کاهش	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	طبیعی	فشار خون
کاهش	کاهش	کاهش	طبیعی	فشار نبض
> ۳۵	۳۰ - ۴۰	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۱۴-۲۰)	تعداد تنفس در دقیقه
آنوری/ بسیار جزیی	۵ - ۱۵	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۳۰-۵۰)	برون ده ادراری (ml/hr)
گیج و لتارژیک	گیج (Confused)	مضطرب (Anxious)	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین جبرانی مورد نیاز

blood loss of

more than 500 mL in normal vaginal delivery

more than 1000 mL in cesarean delivery



ارزیابی خطر

■ فاکتورهای خطر خونریزی حین بارداری/ قبل از زایمان

PPH Causes

primary PPH



grand multiparity



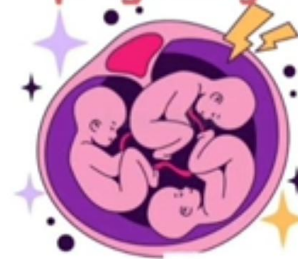
polydramnios

tone → atonicity



antepartum hemorrhage

multiple pregnancy



morbid adherent placenta



fibroid uterus



prolonged or precipitate labour

✓ مشکوک به جفت آکرتا/اینکرتا/پرکرتا

✓ شاخص توده بدنی قبل از بارداری < 50

✓ اختلالات خونریزی دهنده ی بالینی قابل توجه

✓ سایر خطرات طبی/جراحی قابل توجه

✓ جفت سرراهی

✓ سابقه سزارین کلاسیک

✓ سابقه میومکتومی

ارزیابی خطر

■ مداخلات قابل انجام پیش از زایمان :

- - در بیماران با سابقه حداقل یک بار سزارین، **قبل از زایمان باید محل جفت تعیین** گردد .
- - در بیماران با خطر بالای جفت سرراهی باید:
- **تصویربرداری مناسب** برای ارزیابی خطر قبل از زایمان باید انجام شود.
- انتقال به سطح متناسب (**سطح 3**) مراقبت ها برای زایمان در صورت شک به جفت آکرتا



ارزیابی خطر

■ فاکتورهای خطر متوسط خونریزی در حین لیبر ، زایمان و بلافاصله بعد از زایمان:



- سزارین قبلی / جراحی قبلی رحم / لاپاراتومی متعدد
- بارداری چند قلویی / سابقه بیش از 4 زایمان قبلی / میوم بزرگ / جنین ماکروزوم
- هموگلوبین کمتر از 10 dL/g همراه با سایر عوامل خطر / چاقی مفرط $BMI < 40$ / کوریوآمنیونیت
- دریافت اکسی توسین > 24 ساعت / مرحله دوم طول کشیده / دریافت سولفات منیزیوم / زایمان با وسیله / پارگی ها
- سابقه خونریزی زایمانی قبلی / سابقه خونریزی پس از زایمان / باقی ماندن جفت و پرده ها
- اختلالات فشار خون (پره اکلامپسی) / مصرف داروهای ضد انعقاد

• مداخلات قابل انجام : آزمایشات تعیین گروه خون / RH ، غربالگری آنتی بادی در صورت امکان انجام و در غیر اینصورت انجام Cross match ، اقدام بر اساس پروتکل

ارزیابی خطر

■ فاکتورهای خطر شدید برای خونریزی در حین لیبر ، زایمان و بلافاصله بعد از زایمان



- جفت سرراهی / low lying / شک به جفت آکرتا/ پرکرتا
- تعداد پلاکت کمتر از 75000 / خونریزی فعال - کوآگولوپاتی شناخته شده / خونریزی فعال جدید / دکولمان جفت (بیش از 50 درصد)
- دارا بودن دو مورد و یا بیشتر از فاکتورهای خطر متوسط هنگام لیبر، زایمان و بالفاصله پس از زایمان

• مداخلات قابل انجام : آزمایشات تعیین گروه خون / RH ، غربالگری آنتی بادی در صورت امکان انجام و در غیر اینصورت انجام Cross match ، اقدام بر اساس پروتکل

ارزیابی خطر

■ سایر عوامل خطر برای خونریزی در حین لیبر ، زایمان و بلافاصله بعد از زایمان

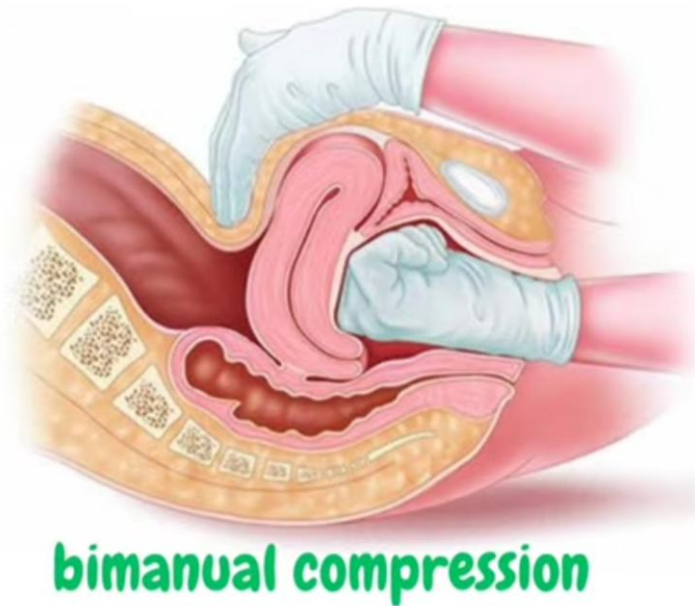


- زایمان سریع
- واریونگی رحم
- سپسیس
- بارداری با روشهای کمک باروری
- مصرف برخی داروها : شل کننده های رحمی ، داروها آنتی ترومبوتیک، داروهای ضد افسردگی

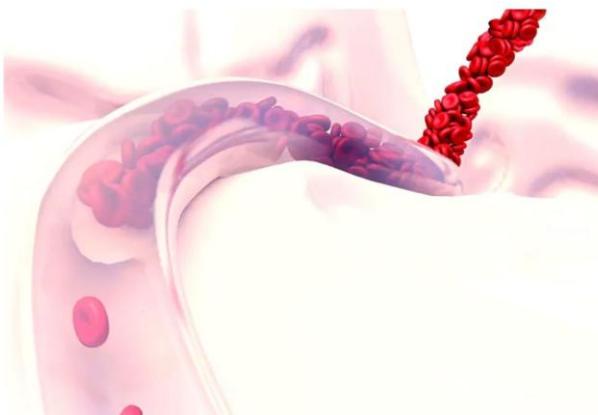
در مورد تمامی اقدامات در مورد مادران پر خطر (متوسط و شدید) از دستورالعمل های اداره سلامت مادران وزارت بهداشت پیروی گردد .

مدیریت مرحله 1 : از دست دادن بیش از 500 سی سی خون (کمتر از 1000 سی سی) در زایمان واژینال و بیش از 1000 سی سی در سزارین با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

■ گام های اولیه:



1. درخواست کمک
2. اعلام پیش کد خونریزی*
3. برقراری راه وریدی با آنژیوکت 16 یا 18
4. افزایش مایعات وریدی (مایعات کریستالوئیدی بدون اکسی توسین) حداکثر تا 3/5 لیتر
5. جایگذاری سوند فولی
6. ماساژ دو دستی قله رحم
7. گرم نگه داشتن بیمار
8. اکسیژن درمانی 6-8 لیتر در دقیقه با ماسک صورت و یا 2-4 لیتر در دقیقه با کانول بینی
9. درخواست آزمایشات (CBC/diff , PT, PTT, Fibrinogen, ABG,INR , Indirect Coombs)



■ پیش کد خونریزی:

1. اطلاع به اعضای تیم پیش کد خونریزی* حداکثر طی 15 دقیقه توسط نیروی کمکی
2. اطلاع به سوپروایزر به عنوان هماهنگ کننده تیم به محض تشخیص خونریزی
3. مشاوره به متخصص بیهوشی در هنگام تخمین خونریزی مرحله دوم (به میزان 1000-1500 سی سی) بدون تغییر علائم همودینامیک توسط متخصص زنان
4. مشاوره با متخصص بیهوشی بر بالین بیمار در موارد ذیل الزامی است: در بیماران دارای ریسک بالا / وجود تغییرات همودینامیک با هر میزان خونریزی / هر مرحله از خونریزی بالاتر از مرحله دوم
5. ثبت و درج کلیه بندهای فوق در فرم اعلام پیش کد

■ اعضای تیم پیش کد خونریزی: عامل زایمان، مامای شیفت، متخصص زنان شیفت، سوپروایزر، بیهوشی در صورت نیاز

مدیریت مرحله 1 : از دست دادن بیش از 500 سی سی خون (کمتر از 1000 سی سی) در زایمان واژینال و بیش از 1000 سی سی در سزارین با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

■ اقدامات بعدی :

POSTPARTUM HEMORRHAGE



Accurate Assessment of Postpartum Bleeding

Quantitative blood loss (QBL):
Collect and measure blood loss beginning immediately following birth of infant. Continue until bleeding is stable, usually about 2–4 hours.



Postpartum hemorrhage is bleeding 1000 mL or greater within the first 24 hours after birth, per ACOG.

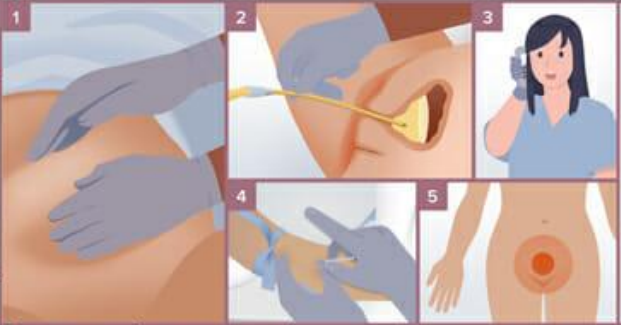
Excessive Postpartum Bleeding Initial Nursing Interventions

- 1 Apply fundal pressure, massage to firm.
- 2 Empty bladder.
- 3 Notify provider if unimproved with initial steps.
- 4 Insert large bore IV, administer IV fluids as ordered.
- 5 Identify underlying source of bleeding.

Risk Factors for PPH

- Multiparity
- Hx PPH after previous birth
- Prolonged labor
- Precipitous labor
- Multiple gestation
- Polyhydramnios
- HTN or preeclampsia
- Induction of labor

Normal Progression of Postpartum Bleeding



4 Ts Source Nursing interventions

• تعیین علت خونریزی و درمان آن

• آماده کردن اتاق عمل در صورت تشخیص بالینی (تجسم ذهنی/ معاینه)

• اطمینان از تعیین گروه خون / آماده سازی حداقل دو واحد پک سل / غربالگری آنتی بادی و در صورت عدم امکان انجام cross match

مدیریت مرحله 1 : از دست دادن بیش از 500 سی سی خون (کمتر از 1000 سی سی) در زایمان واژینال و بیش از 1000 سی سی در سزارین با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

■ علل و عوامل خطر خونریزی پست پارتوم : 4T

اصطلاح 4T	عوامل خطر / نکات
Tone : نقص در انقباض رحمی - اتساع بیش از حد رحم - عفونت داخل آمنیوتیک - به هم ریختگی آناتومیک یا عملکردی رحم - شل کننده های رحم مثل منیزیوم سولفات، نیفیدپین - اتساع مثانه	- دو یا چند قلوبی ، پلی هیدرآمنیوس ، ماکروزومی - تب، پارگی طولانی مدت پرده ها - زایمان سریع، زایمان طول کشیده، فیبروم، پلاستنا پرویا، ناهنجاری های رحم - تربوتالین، بیهوش کننده های هالوژنی، گلیسیریل تری نیترات ممکن است مانع جمع شدن رحم گردد.
Tissue : باقیماندن محصولات بارداری : - باقیماندن کوتیلیدون یا لوب فرعی جفت - باقیماندن لخته های خون	

TONE – UTERINE ATONY

TISSUE – RETAINED PLACENTA

TRAUMA – LACERATIONS

THROMBIN – COAGULATION



Trauma : صدمات دستگاه ژنی

- لاسراسیون‌های سرویکس، واژن و پرینه
- گسترده شدن یا لاسراسیون سزارین
- پارگی رحم
- وارونگی رحم

- زایمان سریع زایمان با ابزار
- وضعیت غیرطبیعی، آنگاژمان عمقی
- جراحی قبلی رحمی
- پاریتی بالا با کشش بیش از حد بندناف

Thrombin : اختلال در انعقاد

- مواردی که پیش از بارداری وجود دارند:
 - هموفیلی A
 - ایدیوپاتیک ترومبوسیتوپنیک پورپورا
 - بیماری فون ویلبراند
 - سابقه PPH قبلی
- اکتسابی در بارداری:
 - ترومبوسیتوپنی بارداری
 - پره اکلامپسی با ترومبوسیتوپنی (مثل سندروم HELLP)
- انعقاد داخل عروقی منتشر (DIC)
 - فشار خون بارداری با وضعیت شوم
 - مرگ داخل رحمی جنین
 - عفونت شدید
 - دکولمان جفت
 - آمبولی مایع آمنیوتیک
- مصرف ضد انعقاد

- سابقه بیماری ارثی انعقادی یا کبدی
- کبدی
- کبدی
- افزایش فشارخون
- اختلال انعقادی
- مرگ جنین
- تب، نوتروفیلی، نوتروپنی
- خونریزی حین زایمان^۱
- کلاپس ناگهانی
- سابقه بیماری ترومبوآمبولیک

TONE - UTERINE ATONY

TISSUE - RETAINED PLACENTA

TRAUMA - LACERATIONS

THROMBIN - COAGULATION



مداخلات دارویی

اولویت	نام دارو	میزان مصرف	منع مصرف	عوارض دارویی
۱	اکسی توسین	- انفوزیون وریدی ۴۰ واحد در یک لیتر با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه حداکثر تا ۳ لیتر - یا تزریق عضلانی ۱۰ واحد مستقیم در میومتر	نبایستی به صورت یکدفعه و سریع داخل وریدی تزریق شود. (در صورت احتمال کلاپس قلبی عروقی و افت شدید فشارخون می توان ۸۰ واحد در ۵۰۰ میلی لیتر طی ۳۰ دقیقه انفوزیون کرد).	تهوع، استفراغ، هیپوناترمی و با تجویز طولانی داخل وریدی کاهش فشار خون و افزایش ضربان قلب
۲	متیل ارگونوین (مترژین)	تزریق عضلانی به میزان ۰/۲ میلی گرم و تکرار درمان ۰/۲ میلی گرم پس از ۱۵ دقیقه حداکثر ۱ میلی گرم تزریق وریدی این دارو ممنوع است.	فشار خون بالا، بیماری قلبی، پره اکلامپسی، فرد مبتلا به HIV که در حال مصرف داروی آنتی ویرال است.	اگر دوزهای متعدد افدرین استفاده شده ممکن است پاسخ هیپرتانسیون شدید ایجاد شود و احتمال خونریزی مغزی وجود دارد
۳	* پروستاگلاندین F2α	تزریق عضلانی ۲۵۰ میکرو گرم تکرار هر ۹۰-۱۵ دقیقه تا حداکثر ۸ دوز (۲ میلی گرم). بهتر است اگر تا ۲ دوز موثر نبود روش دیگری انتخاب شود. تزریق وریدی این دارو ممنوع است.	آسم و بیماری فعال قلبی، ریوی، بیماری کبدی، گلوکوم	تهوع، استفراغ، اسهال، تب گذرا، تاکیکاردی، حساسیت به دارو، گر گرفتگی، سردرد، لرز و افزایش فشار خون و برونکواسپاسم
۴	** میزو پروستول (PGE ₁)	۴۰۰ تا ۸۰۰ میکروگرم زیر زبانی یا ۴۰۰ میکرو گرم زیر زبانی و ۶۰۰ میکرو گرم رکتال (هر قرص ۲۰۰ میکروگرم است)	به طور نادر حساسیت به دارو	تهوع، استفراغ، اسهال، لرز، تب (گذرا) و سردرد
۵	*** فاکتور هفت RFVIIa	۶۰-۴۰ میکروگرم/کیلوگرم		
۶	**** تران اگزامیک اسید	تزریق وریدی آهسته یک گرم در یک دقیقه و در صورت ادامه خونریزی تکرار آن نیم ساعت بعد توصیه می شود.		

* در زمان سزارین یا لاپاراتومی به دنبال خونریزی می توان F2α را در دیواره رحم تزریق کرد و اگر لاپاراتومی نشده بود باز هم از دیواره شکم می توان تزریق رحمی انجام داد.

** آمپول آلپروستادیل (از گروه پروستاگلاندین) هیچ جایگاهی برای درمان آتونی ندارد.

*** پس از اطمینان از جمع بودن رحم، نبود پارگی، باقی نبودن جفت و پرده ها و ادامه خونریزی و در صورت برقراری همه شرایط: پلاکت بیشتر از ۵۰ هزار در میلی لیتر، فیبرینوژن بیشتر از ۱ گرم در لیتر، مختل نبودن زمان پروترومبین (PT)، اسیدیته خون (ph) بیشتر یا مساوی ۷/۲، درجه حرارت بدن بیشتر یا مساوی ۳۵ درجه سانتی گراد، به شرطی که PPH تهدید کننده حیات بوده و به درمان ها پاسخ نداده باشد، RFVII α ممکن است برای کمک به کنترل خونریزی بکار رود.

**** ترانس اگزامیک اسید ممکن است در مواردی که تجویز اکسی توسین و پروستاگلاندین در توقف خونریزی ناموفق بوده و خونریزی در اثر تروما محتمل باشد مورد استفاده قرار می گیرد.

مدیریت مرحله 2 : از دست دادن خون به میزان 1000-1500 سی سی با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

■ گام های اولیه:

1. بسیج نیروهای کمکی بیشتر (اعلام فوری کد خونریزی)
2. برقراری راه دوم وریدی با شماره 18 یا 16 (ترجیحا اندام فوقانی) و اطمینان از باز بودن هر دو راه
3. در صورت در دسترس نبودن رگ محیطی مناسب و وجود مهارت کافی، رگ مرکزی تعبیه گردد
4. سمع ریه در فواصل ده دقیقه ای به منظور کنترل جایگزینی صحیح کاتتر تا انجام عکس ریه در اسرع وقت.
5. پیگیری جواب آزمایشات (Fibrinogen, Tests Coagulation, CBC و)
6. آماده کردن اتاق عمل
7. تعبیه مانیتورینگ همودینامیک غیر تهاجمی و در صورت صالحدید متخصص بیهوشی انجام مانیتورینگ همودینامیک تهاجمی
8. چک کردن ادرار از نظر رنگ و حجم ادرار

مدیریت مرحله 2 : از دست دادن خون به میزان 1000-1500 سی سی با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

ترانگزامیک اسید(TXA)

یک گرم IV در ۱۰ دقیقه (اضافه کردن یک ویال
یک گرمی در ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین در
حداکثر ده دقیقه، در صورت نیاز ۳۰ دقیقه بعد
تکرار شود)

دارودرمانی:

- ادامه داروهای مرحله 1 خونریزی
- ترانگزامیک اسید در نظر گرفته شود

بانک خون / آزمایشگاه:

- دو واحد پک سل را از بانک خون دریافت کنید و یک یا دو واحد را تزریق نمایید
- (منتظر جواب آزمایشات نباشید و براساس علائم/نشانه های بالینی تزریق کنید)
- تزریق دو واحد FFP در صورت تداوم خونریزی و نیاز به تزریق



مدیریت مرحله 2 : از دست دادن خون به میزان 1000-1500 سی سی با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

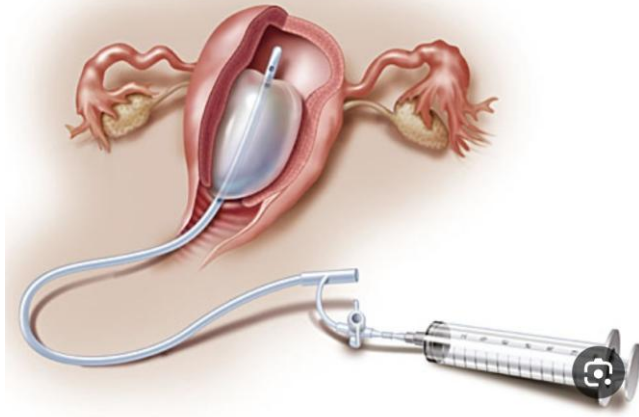
مداخلات جراحی احتمالی

- سوچور فشاری / سوچور B-Lynch
- لیگاسیون عروق رحمی
- هیسترکتومی

اقدامات بعدی :

- در موارد آتونی:

1. در نظر گرفتن بالون رحمی یا پک کردن رحم ، مداخلات جراحی مورد نیاز
2. انتقال به اتاق عمل در نظر گرفته شود
3. ادامه درمان تا برقراری هموستاز



در صورت ادامه خونریزی و/ یا علائم حیاتی غیر طبیعی به اقدامات مرحله 3 خونریزی وارد شوید

مدیریت مرحله 3 : ادامه خونریزی (از دست دادن خون به میزان بیشتر از 1500 سی سی و یا ترانسفیوژن بیش از دو واحد پک سل یا در معرض خطر خونریزی مخفی/ اختلال انعقادی یا هر بیماری با علائم حیاتی/ آزمایشات غیرطبیعی یا اولیگوری

■ گام های اولیه:

1. اطلاع به سطوح بالاتر مدیریتی توسط سوپروایزر ، ریاست بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان، ستاد هدایت و فوریت های معاونت درمان دانشگاه ...
2. ادامه گام های قبلی
3. انتقال بیمار به اتاق عمل
4. اعلام و آگاهی دادن وضعیت بالینی به همه اعضای تیم به صورت آشکار و ثبت در پرونده (علائم حیاتی و توجه به علائم شوک، میزان خونریزی، علت خونریزی)
5. ادامه مداخلات مکانیکی کنترل خونریزی
6. تعبیه مانیتورینگ همودینامیک تهاجمی

مدیریت مرحله 3: ادامه خونریزی (از دست دادن خون به میزان بیشتر از 1500 سی سی) و یا ترانسفیوژن بیش از دو واحد پک سل یا در معرض خطر خونریزی مخفی/ اختلال انعقادی یا هر بیماری با علائم حیاتی/ آزمایشات غیرطبیعی یا اولیگوری

■ دارودرمانی:

- ادامه دارودرمانی مرحله 1 خونریزی، در نظر گرفتن ترانگزامیک اسید
- در دسترس بودن و استفاده از داروهای اینوتروپ، وازواکتیو و انعقادی بنا بر تشخیص و دستور متخصص
- بیهوشی مشاور یا متخصص زنان.

■ بانک خون/ آزمایشگاه:

- اعلام و شروع انتقال خون با حجم بالا بر اساس پروتکل احیا با مایعات، خون و فراورده ها
- در صورت تشخیص بالینی اختلال انعقادی: اضافه کردن کنسانتره فیبرینوژن یا کرایو،
- چک کردن کلسیم سرم به عنوان یک فاکتور خونی و تونیک قلبی

■ اقدام:

- برقراری هموستاز، مداخله بر اساس علت خونریزی



مدیریت مرحله 4 : کلاپس قلبی عروقی (خونریزی شدید، شوک هیپوولمیک/ هموراژیک، یا آمبولی مایع آمنیوتیک)

■ گام های اولیه:

- - حضور سطوح بالاتر مدیریتی (ریاست بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان، معاون درمان...)

■ دارودرمانی:

- Advanced Cardiac Life Support(ACLS-)
- در دسترس بودن و استفاده از داروهای اینوتروپ، وازواکتیو و انعقادی بنا بر تشخیص و درخواست متخصص بیهوشی در کلیه مراحل پروتکل

■ بانک خون/ آزمایشگاه:

- ادامه ترانسفیوژن خون با حجم بالا
- توجه: در صورت ادامه خونریزی همواره بایستی شک به کراس ماچ اشتباه را در نظر داشت.
- در این گونه موارد برای کاهش احتمال اشتباه از بیمار و همراه بیمار گروه خون سوال شده و با پرونده چک شود و مجددا کراس ماچ تکرار گردد)

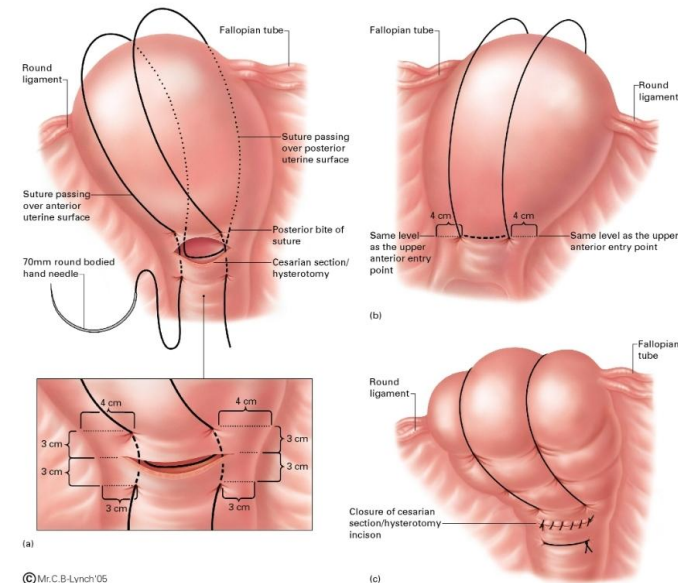
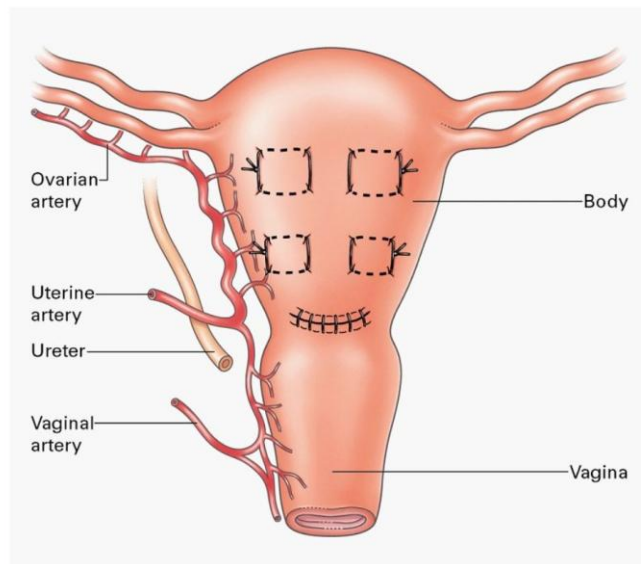
■ اقدام:

- **مداخله فوری جراحی براساس نیاز به منظور اطمینان از هموستاز (سوچور فشاری، بستن شریان ها، آمبولیزاسیون شریان رحمی، هیسترکتومی)**

مداخلات جراحی

■ اگر خونریزی پس از زایمان، به درمان دارویی یا مداخلت مکانیکی جواب نداد، می توان از **مداخلات جراحی** برای کنترل خونریزی استفاده نمود :

1. **سوچور فشاری:** برای کنترل خونریزی ناشی از آتونی رحم، جفت سر راهی و یا پالسناتا اکرتا به کار میرود. در این روش (تکنیک LYNCH-B و تکنیک square) با اتصال دیواره قدامی و خلفی به همدیگر فضاي حفره رحمی حذف میشود.

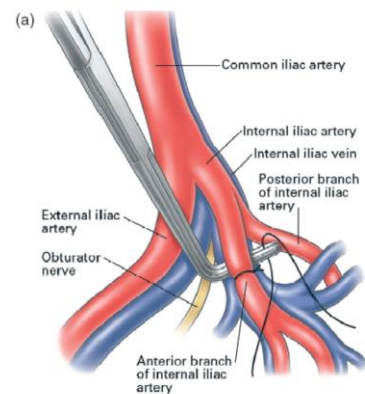


مداخلات جراحی

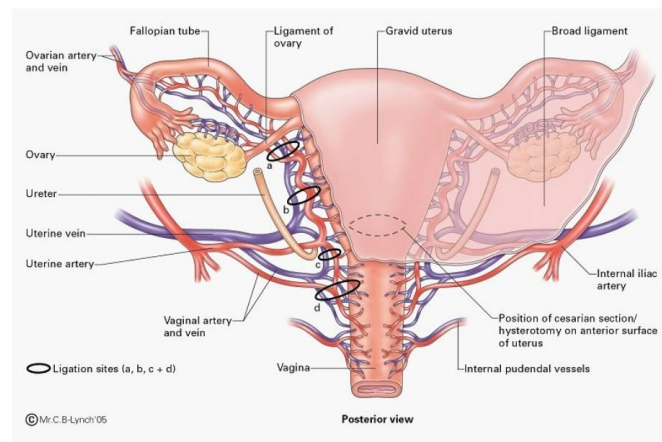
1. بستن شریان ها:

در بستن شریان هیپوگاستر باید دقت شود تا شریان انفاندیبولوپلوئیک به حاء، شریان، رحم، تخمدان، در ناحیه لنگامان، رحمی -

POSTPARTUM HEMORRHAGE



© Copyright B-Lynch '05



1. آمبولیزاسیون شریان رحمی: برای درمان آتونی در شرایطی که سایر روش های درمانی با شکست مواجه شده است از این روش میتوان استفاده کرد.

2. هیسترکتومی: آخرین انتخاب برای درمان آتونی هیسترکتومی است ولی نباید جان مادر را به دلیل روش های دیگر به خطر انداخت. در مواردی که مادر تعداد کافی فرزند دارد می تواند اولین انتخاب باشد.

■ به دلیل سهولت در انجام هیسترکتومی ساب توتال و زمان عمل کوتاه تر و اینکه اغلب بیماران جوان می باشند، هیسترکتومی ساب توتال نسبت به توتال ارجح است

اداره خونریزی ناشی از احتباس جفت

- در صورت **مدیریت فعال** مرحله سوم زایمان، عدم خروج جفت تا **30 دقیقه پس از زایمان غیر طبیعی** تلقی شده و احتباس جفت نامیده می شود.
- در صورت **مدیریت زایمان فیزیولوژیک** (بدون مداخله) مهلت خروج جفت از سی دقیقه به **شصت دقیقه** افزایش مییابد، به شرطی که موارد مستعد کننده خونریزی وجود نداشته باشد

عوامل مستعد کننده احتباس جفت:

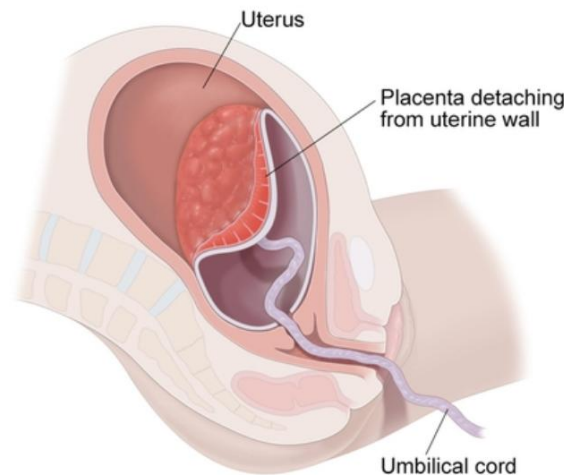
مثانه پر، سابقه احتباس جفت در حاملگی قبلی، مولتی پاریتی، جفت کوچک، سابقه قبلی دستکاری روی رحم (سزارین، کورتاژ یا ساکشن کورتاژ)، جفت سر راهی، لیو میوم، بسته شدن دهانه رحم قبل از جدا شدن جفت، رحم غیر طبیعی (رحم فیبروئید، دو شاخ و یا سپتوم دار) و چسبندگی جفت (جفت آکرتا، اینکرتا و پرکرتا)

عوارض احتباس جفت:

خونریزی پس از زایمان، شوک، عفونت، توقف یا کندی بازگشت رحم به وضعیت طبیعی (Subinvolution)، اینورژن رحمی و هیستریکتومی از عوارض احتباس جفت هستند. در مادران با سابقه سزارین، احتباس جفت باید به دقت مدیریت شود زیرا احتمال آکرتا در این گروه افزایش می یابد. در صورتیکه جفت به راحتی جدا نشود از دستکاری بیشتر پرهیز نموده و باید متخصص را فوراً در جریان گذاشت.

اصول اقدامات درمانی در احتباس جفت (مداخلات غیر جراحی)

- اطمینان از انجام مدیریت فعال مرحله سوم زایمان شامل انفوزیون اکسی توسین و کشیدن خفیف بندناف با قراردادن دست بر روی رحم .
- نکته: تزریق اکسی توسین به صورت IV سریع (بولوس) ممنوع است.
- در صورت منقبض بودن رحم و عدم خروج جفت سنتوسینون قطع شود و در صورت وجود خونریزی سنتوسینون ادامه یابد.
- گرفتن حداقل یک رگ مناسب و تعیین گروه خون و Rh، کراس مچ، رزرو خون
- تخلیه مثانه با سوند و نگهداری سوند فولی تا زمان لازم
- اطلاع رسانی به مادر و همراهان از وضعیت موجود
- اطلاع به سرویس بیهوشی و متخصص زنان دیگر

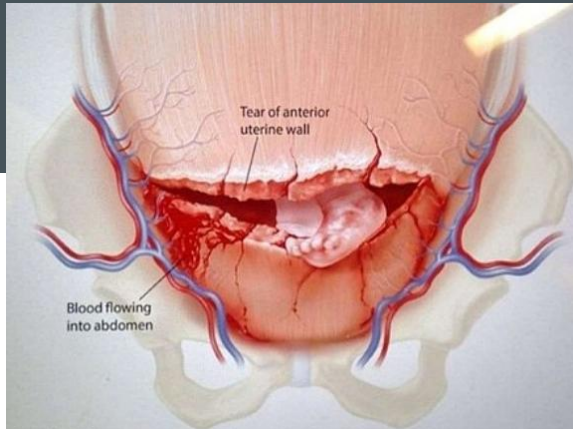


اصول اقدامات درمانی در احتباس جفت (مداخلات غیر جراحی)



- انتقال به اتاق عمل
- کنترل قبل از بیهوشی از نظر نبود جفت در سرویکس یا واژن
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف (یک گرم سفازولین و در صورت وزن بیش از 80 کیلوگرم 2 گرم سفازولین)
- خروج دستی جفت تحت بیهوشی یا بی حسی موضعی موثر و رعایت نکات استریل (پوشیدن دستکش استریل، پرپ واژن و پرینه)
- پس از اطمینان از خروج کامل جفت تجویز 40 واحد اکسی توسین در 500 میلی لیتر نرمال سالین، برای شروع 100 میلی لیتر در ساعت اول و ادامه آن برای 4 ساعت بعد
- در صورت عدم موفقیت در خروج جفت، احتمال چسبندگی آن (اکرتا، پرکرتا یا اینکرتا) مطرح است در صورت امکان سونوگرافی برای ارزیابی جفت باید صورت گیرد .

اداره خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی



■ پارگی رحم :

■ به طور نادر در زایمان واژینال اتفاق می افتد.

■ تحریک زایمانی (اینداکشن) و سابقه جراحی های روی رحم در زمان قبل از زایمان از علل مستعد کننده پارگی رحم است.

■ علائم : خونریزی واژینال، درد شکم، تاکیکاردی در مادر، کلاپس گردش خون بدون توجه به مقدار خونریزی قابل مشاهده در مادر و یا افزایش دور شکم .

■ پارگی کمتر از 2 سانتیمتر را که در سگمان تحتانی و بدون خونریزی است می توان به صورت انتظاری مراقبت و پیگیری نمود.

■ در موارد دیگر، نحوه برخورد بر اساس یافته ها و شدت عارضه است و از احیاء مادر تا عمل جراحی برای ترمیم نقص و یا حتی هیسترکتومی میتواند متفاوت باشد.

در صورتی که علائم به نفع شوک هموراژیک باشد و خونریزی خارجی وجود نداشته باشد و یا حتی رحم منقبض باشد به پارگی رحم باید فکر شود و اقدام فوری در بیمار نجات بخش جان مادر است.

اداره خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی

■ آسیب و پارگی های دهانه رحم یا واژن

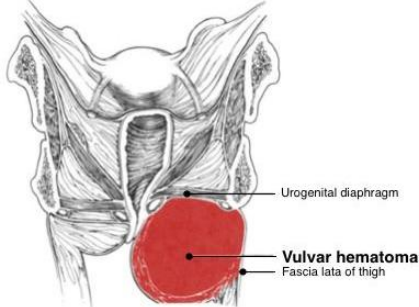
✓ همتوم یا پارگی به دلیل ترومای زایمانی می تواند باعث از دست دادن میزان قابل توجهی خون شود. بنابراین هموستاز کافی در زمان ترمیم پارگی و یا اپی زیوتومی مورد نیاز است.

✓ همتوم می تواند موجب بروز درد شود و یا برحسب شدت خونریزی موجب تغییر در علائم حیاتی گردد.

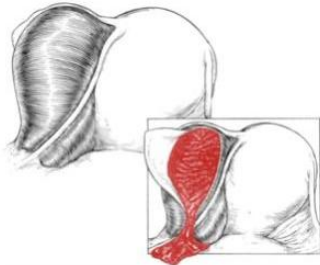
✓ همتوم در واژن یا رکتوم اغلب به شکل یک توده در معاینه قابل لمس است.

✓ معمولاً زمانی که اقدامات انجام شده برای کنترل خونریزی بعد از زایمان ناموفق باشد ممکن است در بررسی، جراحات و پارگیهای دستگاه تناسلی شناسایی شوند.

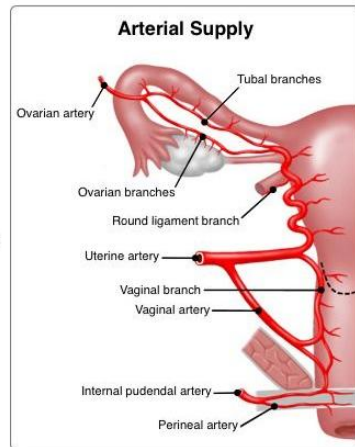
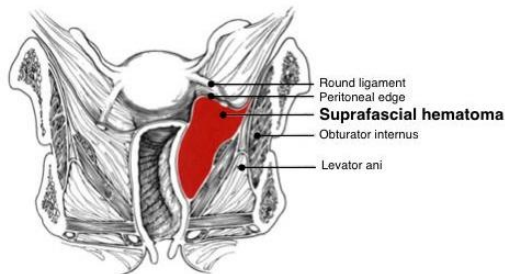
Vulvar Hematoma



Broad Ligament Hematoma

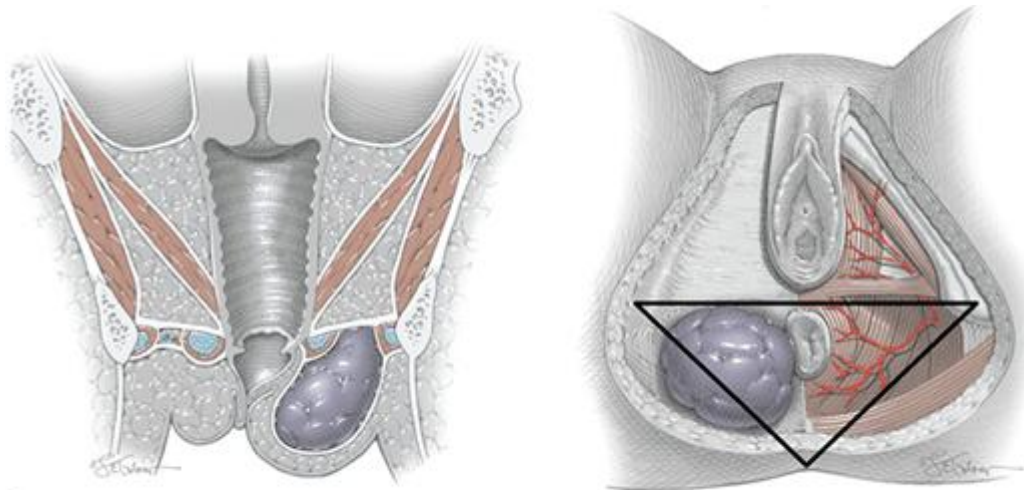


Paravaginal Hematoma

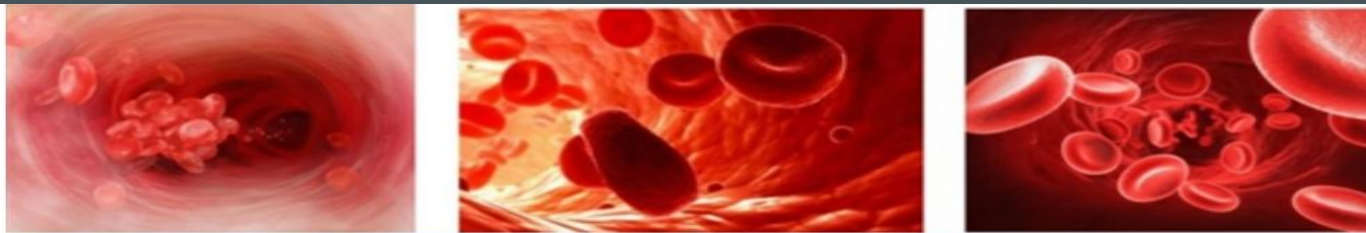


اداره خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی

- ✓ اگر هماتوم کوچک باشد می توان آن را با مدیریت انتظاری و مشاهده از نزدیک کنترل کرد.
- ✓ در مادرانی که با وجود جایگزین نمودن حجم مایعات به جای خون از دست رفته و یا پیشگیری از گسترش هماتوم هنوز **علائم حیاتی ضعیف** است، درمان هماتوم با **ایجاد انسزیون و درناژ محل هماتوم و هموستاز عروق خونی** ضروری است.
- ✓ در صورت وجود اوزینگ منتشر ضمن انجام هموستاز مطمئن توصیه به پر نمودن فضاهاي مرده و خالی (space dead) و **ارزیابی وضعیت انعقادی** به سرعت صورت گیرد و فاکتورهای انعقادی بر حسب نوع اختلال تجویز گردد

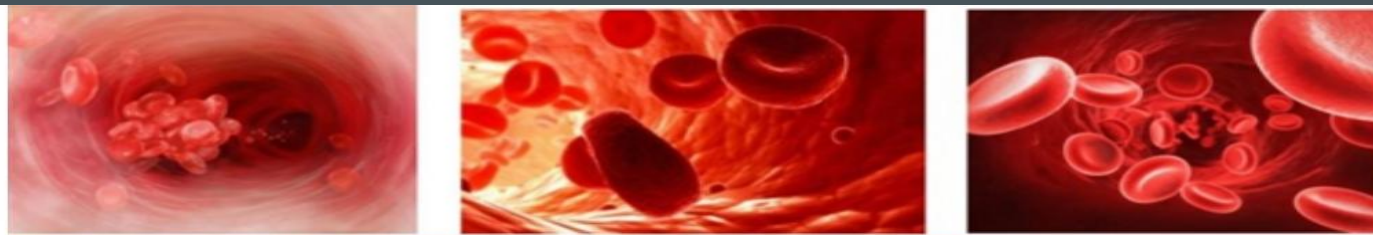


اختلالات انعقادی



- **اختلالات انعقادی** از علل نادر خونریزی پس از زایمان است. این عارضه باعث میشود که اقدامات معمول کنترل خونریزی موثر نشود.
- **وجود بیماریهای انعقادی زمینه ای:** بیماریهایی نظیر پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدئوپاتیک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترمبوتیک، بیماری فون ویلبراند و هموفیلی می تواند خونریزی پس از زایمان قابل توجهی ایجاد کند.
- برنامه ریزی مناسب و جلوگیری از خونریزی پس از زایمان این موارد در بارداری بررسی شود.
- **مصرف داروهای ضد انعقاد:** داروهای مانند آسپرین که با عملکرد پلاکت ها تداخل دارند نیز می تواند باعث افزایش خونریزی پس از زایمان شوند.
- **DIC** یکی از علل مهم اختلالات انعقادی است. در موارد پره اکلامپسی شدید، سندرم HELLP، آمبولی مایع آمنیوتیک، سپسیس، دکلمان و کندی جفت، باقی ماندن طولانی مدت جنین مرده در شکم مادر احتمال DIC وجود دارد.

اختلالات انعقادی



- اقدامات کلینیکی شامل شمارش پلاکتی، سنجش زمان پروترومبین، (Ratio Normalized International (INR، زمان ترمبوپلاستین نسبی، زمان ترومبین (TT)، سطح فیبرینوژن و محصولات تجزیه فیبرین (دی – دایمر) است.

اندازه گیری فیبرینوژن عامل پیشگویی کننده مهمی در تعیین شدت خونریزی پس از زایمان است.

- اقدامات درمانی شامل درمان بیماری زمینه ای، بررسی سریال وضعیت انعقادی، جایگزینی مناسب اجزای خونی و حمایت از حجم داخل عروقی است.



THANKS FOR YOUR ATTENTION