



مدیریت خونریزی بعد زایمان

دکتر شمین قبادی

متخصص زنان و زایمان

خونریزی بعد از زایمان

❖ خونریزی بیش از 500 میلی لیتر در زایمان طبیعی و بیش از 1000 میلی لیتر در زایمان سزارین به عنوان خونریزی پس از زایمان تعریف می شود و معمولا در 24 ساعت اول اتفاق می افتد



علل خونریزی بلافاصله بعد از زایمان

- ❖ آتونی
- ❖ احتباس جفت
- ❖ آسیب دستگاه تناسلی
- ❖ اختلال انعقادی

اداره خونریزی بعد زایمان

- اگر در خانمی خونریزی زودرس پس از زایمان (1000 میلی لیتر به صورت تخمینی) ادامه یابد و یا با مقادیر کمتر خونریزی علائم شوک و یا تاکیکاردی ظاهر شود سریعاً باید برای احیا و برقراری هموستاز اقدام شود. کنترل خونریزی پس از زایمان با انجام مداخلت دارویی، مداخلت مکانیکی (غیردارویی) و مداخلات جراحی صورت میپذیرد.
- مداخلات دارویی : استفاده از یوتروتونیک ها
- مداخلات مکانیکی : اقدامات محافظه کارانه از قبیل ماساژ رحمی و فشار بر روی رحم
- مداخلات جراحی: در صورت عدم کنترل خونریزی

اقدامات انجام شده همزمان با شروع درمان دارویی

- درخواست کمک (تعریف و اعلام کد اورژانس مامائی در هر بیمارستان ضروریست)
- قرار دادن مادر در وضعیت خوابیده و گرم نگه داشتن او
- بررسی علت خونریزی (آسیب کانال زایمان و آتونی، ...)
- گرفتن دو رگ با آنژیوکت های شماره 14-16 ادامه تزریق خون با تزریق کریستالوئید با اکسی توسین
- گذاشتن کاتتر فولی برای پایش برون ده ادراری
- تهیه 20 میلی لیتر خون وریدی برای انجام آزمایشات زیر:
 - شمارش کامل سلولهای خونی
 - تعیین گروه خون و ارهانش و غربالگری آنتی بادی ها در صورت امکان
 - رزرو 4 واحد خون کراس مچ شده (نمونه خونی باید کمتر از 7 روز عمر داشته باشد)
 - تعیین وضعیت انعقادی (فیبرینوژن، PTT, PT)
- ❖ فیبرینوژن زودتر از سایر فاکتور ها افت می کند. میزان طبیعی آن 350-650 mg/dl است و در خونریزی شدید به کمتر از 200 می رسد که نیاز به تزریق خون یا فراورده های خونی دارد.
- تستهای کلیوی و کبدی به منظور تعیین حد پایه

اقدامات انجام شده همزمان با شروع درمان

- ▶ کنترل عالی حیات؛ درجه حرارت هر 15 دقیقه یکبار، کنترل نبض (با استفاده از پالس اکسی متر)، فشار خون و تنفس هر 15 دقیقه برای خونریزی شدید و مهلک و مانیتورینگ مداوم
- ▶ دادن اکسیژن با ماسک 10-15 لیتر در دقیقه
- ▶ دادن مایعات کریستالوئید مانند محلول رینگرلاکتات، نرمال سالین، حداکثر 3/5 لیتر تا زمان دریافت خون
- ▶ ماساژ دو دستی رحم و فشار روی آئورت شکمی همزمان با اقدامات فوق
- ▶ انجام مانیتورینگ مسیر شریانی (line CV) در صورت حضور پرسنل ورزیده
- ▶ در خونریزی شدید و مهلک به محض کنترل خونریزی انتقال بیمار به بخش مراقبت ویژه انجام شود و در صورت نبود ICU، اعزام بیمار در اولین فرصت با اخذ پذیرش ضروری است.
- ▶ در خونریزی خفیف و متوسط پایش دقیق بیمار در واحد زایمانی توسط فرد ماهر الزامی است.

آتونی رحم

- ▶ منقبض نشدن رحم پس از زایمان آتونی رحم نامیده میشود که شایعترین علت خونریزی پس از زایمان است.
- ❖ علل مساعد کننده آتونی رحم:
 - ▶ استفاده از القا یا اگمنتیشن در طول زایمان
 - ▶ بیهوشی عمومی
 - ▶ دوقلو و یا تولد چندقلویی
 - ▶ افزایش مقدار مایع آمنیوتیک (polyhydramnios)
 - ▶ زایمان یک نوزاد بزرگ
 - ▶ سابقه بیش از پنج حاملگی
 - ▶ زایمان غیر طبیعی (سخت زایی)
 - ▶ عفونت (chorioamnionitis)
 - ▶ باقی ماندن جفت در رحم
 - ▶ توده های خوش خیم دیواره رحم (فیبروم)

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 ۲ لیتر - یا تزریق عضلانی ۱۰ واحد مستقیم در میومتر	نیابستی 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	* پروستاگلندین F2α	تزریق عضلانی ۲۵۰ میکروگرم 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 میکروگرم زیر زبانی و ۶۰۰ میکروگرم رکتال (هر فرض ۲۰۰ میکروگرم است)	به طور نادر حساسیت به دارو	تهوع، استفراغ، اسهال، لرز، تب (گذرا) و سردرد
۵	*** فاکتور هفت RFVIIα	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.		
<p>* 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.</p> <p>** آمپول آلپروستادیل (از گروه پروستاگلندین) هیچ جایگاهی برای درمان آتونی ندارد.</p> <p>*** 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.</p> <p>**** ترانس اگزامیک اسید ممکن است در مواردی که تجویز اکسی توسین و پروستاگلندین در توقف خونریزی ناموفق بوده و خونریزی در اثر تروما احتمال باشد مورد استفاده قرار می گیرد.</p>				

مداخلات مکانیکی

- ماساژ دو دستی

- پک کردن رحم با تامپون یا بالون رحمی یا سوند فولی

ماساژ دو دستی رحم

روشی ساده ای که در بیشتر موارد خونریزی رحمی را کنترل می کند. در این روش، دستی را که در بالای شکم است در پشت رحم قرار می دهید و دستی که در واژن است در سطح قدامی دهانه رحم به صورت مشت شده قرار داده و ماساژ را انجام می دهید. یکی از روش های اداره فعال مرحله سوم زایمان برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان ماساژ رحمی است که باید به محض تشخیص خونریزی پس از زایمان برای اطمینان از انقباض رحمی و قطع خونریزی انجام شود. این کار باید تا زمانی که رحم منقبض شود و یا خونریزی قطع گردد ادامه یابد.

ماساژ و فشردن رحم به طور اولیه بلافاصله پس از زایمان برای تخلیه لخته ها به عنوان ماساژ درمانی محسوب نمی شود

پک کردن داخل رحم

- ▶ خانم هایی که خونریزی پس از زایمان مقاوم به درمان دارند و دچار آتونی رحم هستند و تمایل به حفظ باروری دارند انجام شود.
 - ▶ هم چنین در خانم هایی که خونریزی پس از زایمان (PPH) دارند و به داروهای یوتروتونیک جواب نمیدهند و یا در مواردی که این داروها در دسترس نیستند می توان داخل رحمی را پک کرد.
 - ▶ به این منظور میتوان از گاز استریل آغشته به 5000 واحد ترومبین و 5 میلی لیتر نرمال سالین استریل استفاده نمود.
 - ❖ ابزارهای دیگری که برای این منظور به کار میروند عبارتند از:
 - ✓ بالون (از قبیل سوند فولی، بالون بکری Bakri SOS، کاتتر سنگستون بالک مور)
 - ✓ کاندوم و بالون اورولوژیک Rusch
- نکته: در صورت کنترل خونریزی بالون یا پک باید بعد از 24 ساعت خارج شود.

استفاده از سوند فولی

3-4 عدد سوند فولی شماره 16 را داخل رحم قرارداده و بادکنک آنها را به میزان 80-60 سی سی با محلول نرمال سالین پر کنید. انتهای باز کاتتر فرصت درناژ را فراهم می کند. کاتتر 24-12 ساعت بعد باید برداشته شود.

در صورت استفاده از دستکش یا کاندوم استریل توصیه می شود کاتتر فولی هم در کنار آن به کار رود تا امکان تخلیه خون پشت بالون وجود داشته باشد.

در این موارد با متوقف شدن خونریزی پس از 4-5 ساعت، از حجم مایع داخل بالونها کم کرده و مجددا خونریزی چک شود. در صورت بروز خونریزی مجددا بالون ها پر شده و تا 24 ساعت نگهداری شود. پس از 24 ساعت بایستی تخلیه در طی ساعات اولیه روز و در حضور پزشکان مجرب در بیمارستان و طی دو مرحله (مرحله اول کاهش حجم و بررسی خونریزی سپس تخلیه کامل و خروج بالون ها) انجام شود .

به دلیل خطر عفونت هنگام استفاده از تامپون رحمی تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف ($1/5 \text{ kg/mg}$ جنتامایسین هر 8 ساعت یا مترونیدازول 500 میلی گرم هر 8 ساعت تا خروج سوند) توصیه می شود.

مداخلات جراحی

- سوچور فشاری (sutures Compression)
 - بستن شریان رحمی، شریان های تخمدانی و ایلیاک داخلی
 - هیسترکتومی توتال و یا ساب توتال
- سوچور فشاری:** برای کنترل خونریزی ناشی از آتونی رحم، جفت سر راهی و یا پلاسنتا اکرتا به کار میرود. در این روش (تکنیک LYNCH-B) و تکنیک (squar) با اتصال دیواره قدامی و خلفی به همدیگر

مداخلات جراحی

- ▶ **بستن شریان ها:** در این عمل باید دقت شود تا شریان انفانیدیولوپلویک به جای شریان رحمی -تخمدانی در ناحیه لیگامان رحمی -تخمدانی بسته نشود. در کل، از آنجا که انجام این عمل به مهارت جراح نیاز دارد میزان موفقیت آن کم است.
- ▶ **آمبولیزاسیون شریان رحمی:** برای درمان آتونی در شرایطی که سایر روش های درمانی با شکست مواجه شده است از این روش میتوان استفاده کرد.
- ▶ **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. ولی می بایست از خروج کامل بستر جفت در موارد جفت سرراهی مطمئن شد که ممکن است منجر به برداشتن قسمتی از سرویکس و یا هیسترکتومی توتال نیز بشود.

هیستریکتومی

تصمیم‌گیری سریع، صحیح و اقدام به موقع موجب نجات جان مادر است. اگر بیمار خواستار بارداری نیست، هیستریکتومی همواره بهترین انتخاب است. کارایی روش‌های کم‌تهاجمی در کنترل خونریزی باید به سرعت ارزیابی شود. با این حال استفاده از روش‌های محافظه‌کارانه همواره بر روش‌های تهاجمی مقدم است. تهیه و آماده‌سازی محصولات خونی معمولاً زمان‌بر است. بنابراین خون و فرآورده‌های خونی باید هر چه سریعتر درخواست شود. اگر دلیل هیستریکتومی اتونی رحم است، باید مستندات مربوط به همه اقدامات درمانی در پرونده بیمار موجود باشد.

ملاحظات پس از کنترل خونریزی

پیشگیری از آمبولی: 24 ساعت پس از قطع خونریزی برای پیشگیری از ترومبوز وریدی، پروفیلاکسی ترومبو آمبولی را مطابق پروتکل مربوط شروع کنید.

کنترل علائم حیاتی، میزان خونریزی و برون ده ادراری مطابق پروتکل زایمان انجام شود.

احتباس جفت

- 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.
- هم چنین 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 هیسترکتومی از عوارض احتباس جفت هستند. در مادران با سابقه سزارین، احتباس جفت باید به دقت مدیریت شود زیرا احتمال آکرتا در این گروه افزایش می‌یابد. در صورتیکه جفت به راحتی جدا نشود از دستکاری بیشتر پرهیز نموده و باید متخصص را فوراً در جریان گذاشت.

اقدامات درمانی در احتباس جفت

- 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 ۷اسریع (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 الزام
- اطلاع رسانی به مادر و همراهان از وضعیت موجود
- اطلاع به سرویس بیهوشی و متخصص زنان دیگر

اقدامات درمانی در احتباس جفت

- انتقال به اطاق 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 81 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

پارگی رحم

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.

عالم پارگی رحم: 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 علایم 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.

آسیب و پارگی های دهانه رحم یا واژن

- ▶ هماتوم می تواند موجب بروز درد شود و یا برحسب شدت خونریزی موجب تغییر در علائم حیاتی گردد.
- ▶ هماتوم 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. 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 آنسیون و درناژ محل هماتوم و هموستاز عروق خونی ضروری است. برش باید در قسمتی که بیشترین اتساع را دارد انجام شود و همزمان با تخلیه خون و لخته ها نسبت به بستن محل های خونریزی دهنده اقدام گردد و حفره ناشی از برداشتن هماتوم با بخیه بسته شود. منطقه درگیر باید تمیز و کلیه عروق خون ده باید هموستاز شود. در صورت وجود اوزینگ منتشر ضمن انجام هموستاز مطمئن توصیه به پر نمودن فضاهای مرده و خالی و ارزیابی وضعیت انعقادی به سرعت صورت گیرد و فاکتورهای انعقادی بر حسب نوع اختلال تجویز گردد.

علل مستعد کننده وارونگی رحم

- جفت قدامی
- انقباض غیرعادی و شروع دیر هنگام انقباضات رحم
- وجود میوم رحمی
- عفونت رحمی
- مصرف سولفات منیزیوم
- کشش نابجای بند ناف
- چسبندگی غیر طبیعی جفت

درمان واریونگی رحم

- درخواست کمک از متخصص زنان دیگر و اطلاع به متخصص بیهوشی و حضور وی در اتاق عمل
- درمان شوک و یا هیپوولمی مادر با آنژیوکت بزرگ (اندازه 16)، تزریق محلول سریع کریستالوئید تا زمان آماده شدن خون.
- در صورت برادیکاردی و افت فشارخون تزریق وریدی آتروپین به میزان 5/1 میلی گرم
- قطع اکسی توسین -تزریق پتیدین 1 میلی گرم/ کیلوگرم وریدی و آهسته
- تمیز کردن رحم با محلول بتادین و پوشاندن رحم با یک حوله یا پارچه استریل مرطوب و گرم تا زمان جا اندازی
- جا اندازی رحم در طول محور واژن در حالی که دست دیگر از روی شکم رحم را حفظ می کند و در صورت عدم موفقیت در برگشت رحم، تزریق نیتروگلیسرین وریدی به میزان 50 میکروگرم یا تزریق تربوتالین وریدی 0/25 میکروگرم وریدی یا زیرجلدی یا تزریق سولفات منیزوم وریدی 4-6 گرم در مدت 15-20 دقیقه.
- عدم اقدام جهت جدا کردن جفت

روش های جاناندازی رحم

دادن وضعیت ترندلنبرگ به مادر
استفاده از بیهوشی و تالش برای جا انداختن مجدد رحم
لاپاراتومی و استفاده از روشهای جراحی

- ❖ **روش هانتینگتون:** لیگامان راند و فوندوس رحم کشیده می شود تا آناتومی رحم حفظ شود. این مانور در حالی که یک دستیار رحم را از واژن به طرف بال می راند، انجام می شود.
- ❖ **روش Haultain:** در این روش برشی در سگمان تحتانی خلفی رحم ایجاد کرده و فوندوس از آنجا بال کشیده می شود. سپس برش ترمیم می شود.

اقدام نهایی بعد از موفقیت در برگرداندن رحم

- ▶ کوراژ جفت و بررسی رحم با دست پس از اطمینان از خالی بودن مثانه
- ▶ قطع هالوتان و داروهای بیهوشی با نظر متخصص بیهوشی و قطع توکولیتیک ها
- ▶ ماساژ دو دستی رحم و اطمینان از جمع شدن آن و کنترل مکرر رحم از طریق واژن برای اطمینان از عدم وارونگی مجدد
- ▶ تجویز اکسی توسین 21 واحد در 511 سی سی سرم
- ▶ تجویز آنتی بیوتیک 2 گرم آمپی سیلین و 511 میلی گرم مترونیدازول وریدی یا تجویز 1 گرم سفازولین و 511 میلی گرم مترونیدازول وریدی
- ▶ ترخیص با نظر پزشک

اختلالات انعقادی

- ▶ اختلال 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: بیماریهای نظیر پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترمبوتیک، بیماری فون ویلبراند و هموفیلی
- ▶ 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، دکولمان و کندیگی جفت، باقی ماندن طولانی مدت جنین مرده در شکم مادر و خونریزی شدید که با تخلیه فاکتورهای انعقادی منجر به اختلال انعقادی مصرفی میشود احتمال DIC وجود دارد.

اقدامات لازم در موارد اختلال انعقادی

■ اقدامات کلینیکی شامل شمارش پلاکتی، سنجش زمان پروترومبین، (Ratio Normalized International INR)، زمان ترمبوپلاستین نسبی، زمان ترومبین، سطح فیبرینوژن و محصولات تجزیه فیبرین است. اندازه گیری فیبرینوژن عامل پیشگوئی 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.

ممنون از توجه شما

