خونریزی های زایمانی
و
اقدامات لازم

اهداف آموزشی:

- خونریزی های بعد از زایمان را تعریف نموده و ویژگی های بالینی آن را توصیف نماید.
- علل و عوامل زمینه ساز خونریزی های زایمانی را شرح دهد.
- تدابیر درمانی لازم در موارد بروز خونریزی های پس از زایمان را توضیح دهد.
- اقدامات درمانی لازم در موارد بروز آتونی رحم را شرح دهد.
- ویژگی های بالینی وارونگی رحم را ذکر نموده و تدابیر درمانی لازم را توضیح دهد.
- انواع پارگی های دستگاه تناسلی را نام برده و اداره تشخیصی و درمانی هریک را توضیح دهد.
- انواع هماتوم های نفاسی را نام برده و اداره تشخیصی و درمانی هریک را توضیح دهد.
- شوک هموراژیک و مدیریت آن را توضیح دهد

fppt.com

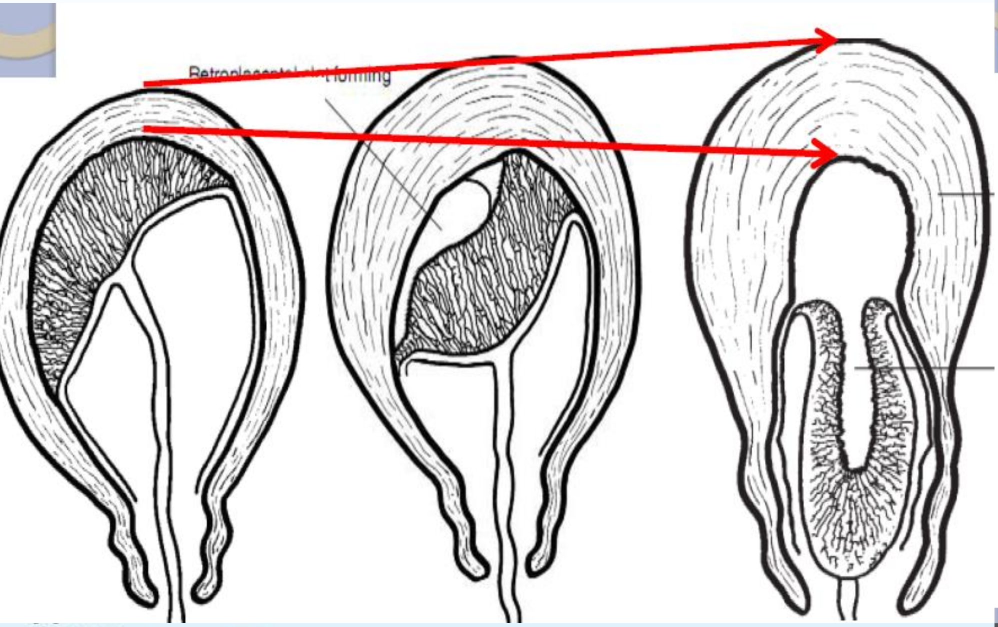
مقدمه:

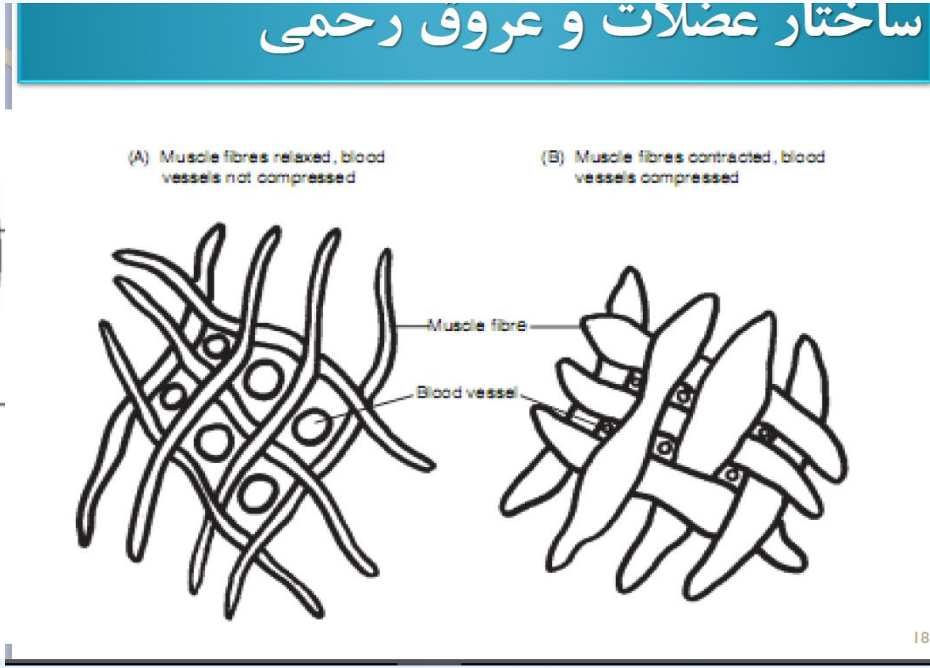
- خونریزی زایمانی همراه با HTN و عفونت به عنوان یکی از اجزای تریاد بدنام علل مرگ و میر مادران در کشورهای توسعه یافته و توسعه نیافته محسوب می شود.
- علت اصلی پذیرش زنان حامله در ICU
- عامل ۱۳٪ مرگ و میر مادری مرتبط با حاملگی در ایالات متحده
- مهم ترین علت مرگ مادران در سراسر جهان و عامل نیمی از مرگ های پس از زایمان در کشورهای در حال توسعه

fppt.com

مکانیسم هموستاز طبیعی:

- در نزدیکی زمان ترم، حداقل ۶۰۰ سی سی در دقیقه خون از میان ۱۲۰ شریان مارپیچی به داخل فضای بین پرزی جریان می یابد. این عروق فاقد لایه عضلانی هستند.
- با جدایی جفت، این عروق در محل لانه گزینی کنده می شوند و انقباضات میومتر، عامل ابتدایی در برقراری هموستاز هستند. به دنبال انقباضات میومتر، لخته شدن و انسداد مجاری عروق رخ می دهد.





مکانیسم هموستاز طبیعی:

* اگر پس از زایمان، میومتر در محل لانه گزینی جفت کنده شده و در مجاورت آن بـه شـدت منقبض شود، خونریزی کشنده از محل لانه گزینی جفت غیرمحتمل خواهد بود.
* **سیستم انعقادی سالم، برای برقراری هموستاز در دوره بعد زایمان الزامـی نیسـت، مگر این که پارگی هایی در رحم، مجرای زایمان یا پرینه وجـود داشـته باشـند.** بـا وجود این، در همان حال ممکن است علی رغم وجود سیستم انعقادی سالم، در نتیجه آتونی رحم، خونریزی کشنده بعد از زایمان رخ دهد.
* تکه های چسبیده جفت یا لخته های بزرگ خون که مانع انقباض موثر میومتر می شوند، در برقراری هموستاز در محل لانه گزینی اختلال ایجاد می کنند.

fppt.com

تعریف:

- تعریف کلاسیک PPH به صورت از دست دادن خون در حد ۵۰۰ سی سی یا بیشتر بعد از تکمیل مرحله سوم لیبر تعریف شده است.
- این تعریف مشکل ساز است چون تقریبا در نیمی از زنان که به صورت NVD زایمان می کنند مقدار خونریزی هنگامی که به صورت کمی اندازه گیری می شود مساوی یا بیش از ۵۰۰ سی سی است.
- ۵٪ زنان با NVD بیشتر از ۱۰۰۰ سی سی خون از دست می دهند.
- **مقدار تخمینی خونریزی معمولا فقط حدود نصف مقدار واقعی است.**

fppt.com

- زنان حامله طبیعی، خون از دست رفته در هنگام زایمان را که نزدیک بـه میـزان حجـم اضـافه شده در دوران حاملگی است، بدون هرگونه کاهش هماتوکریت بعد زایمان تحمـل مـی کننـد. لـذا اگـر میـزان خـون از دسـت رفتـه کمتـر از حجـم خـون افـزوده شـده در حـاملگی باشـد، هماتوکریت در مرحله حاد و نیز چند روز اول ثابت باقی می ماند. سپس هماتوکریت در هفتـه بعد همزمان با طبیعی شدن حجم پلاسما و رسیدن آن به حد غیر حاملگی افزایش می یابد.
- هرگاه هماتوکریت بعد زایمان کمتر از مقدار هماتوکریت در زمان پـذیرش باشـد، مـی تـوان مقدار خونریزی را به شرح زیر برآورد کرد: مجموع میزان محاسبه شده هیپرولمی حاملگی به اضافه ۵۰۰ سی سی به ازای هربار افت هماتوکریت در حدود ۳٪ حجمی.
- محققان از حجم گلبول های قرمز در فاصله زمانی پذیرش تا ترخیص برای محاسبه مقدار کـل خون از دست رفته استفاده می کنند.
- سایر روش های برآورد از دست رفتن بیش از حـد خـون عبارتنـد از: انـدازه گیـری مسـتقیم مقدار خون از دست رفتـه، اسـتفاده از حـد مشخصـی از کـاهش هماتوکریـت (۶٪) یـا غلظـت هموگلوبین، دفعات ترانسفوزیون

fppt.com

جدول ۲-۴۱ : خونریزی زایمانی (مامایی): علل، عوامل زمینه‌ساز و بیماران مستعد.

لانه‌گزینی غیرطبیعی جفت

پلاسنتا پرویا

دکولمان جفت

پلاسنتا اکرتا / اینکرتا / پرکرتا

حاملگی اکتوپیک

مول هیداتیفورم

آسیبهای مجرای زایمان

اپیزیوتومی و پارگیها

زایمان با فورسپس یا واکیوم

هیسترکتومی یا زایمان سزارین

پارگی رحم

اسکار قبلی رحم

پاریتهٔ زیاد

تحریک بیش‌ازحد

توقف لیبر

دستکاری داخل‌رحمی

چرخش با فورسپس میانی

خارج‌سازی بریچ

عوامل زایمانی (مامایی)

چاقی

سابقهٔ خونریزی بعد از زایمان

حاملگی پره‌ترم زودهنگام

سندرم سپسیس

بیماران مستعد

پره‌اکلامپسی / اکلامپسی

نارسایی مزمن کلیه

کوچک بودن سرشتی جثهٔ مادر

آتونی رحم

اتساع بیش‌ازحد رحم

جنین بزرگ (درشت)

حاملگی چندقلویی

هیدرآمنیوس

لخته‌های احتباس‌یافته

القای لیبر

بی‌هوشی یا بی‌حسی

عوامل هالوژنه

آنالژزی هدایتی همراه با هیپوتانسیون

اختلالات لیبر

لیبر سریع

لیبر طول‌کشیده

لیبر تقویت‌شده

کوریوآمنیونیت

آتونی قبلی رحم

اختلالات انعقادی - تشدیدکنندهٔ سایر علل

ترانسفوزیونهای فراوان (حجیم)

دکولمان جفت

سندرم سپسیس

سندرم پره‌اکلامپسی شدید

کبد چرب حاد

درمان ضدانعقادی

اختلالات انعقادی مادرزادی

آمبولی مایع آمنیون

احتباس طولانی‌مدتِ جنین مرده

سقط القاشده با سالین

عوامل زمینه ساز و بیماران مستعد خونریزی بعد از زایمان :

- آتونی رحم:

- اتساع بیش از حد رحم(دوقلویی، جنین درشت، هیدرآمنیوس، لخته احتباس یافته)
- القاء لیبر
- بیهوشی یا بی حسی با عوامل هالوژنه آنالژزی هدایتی
- اختلالات لیبر(لیبر سریع، لیبر طول کشیده ، لیبر تقویت شده، کوریو آمنیونیت)
- آتونی قبلی رحم
- پاریتی بالا و پرایمی پار بودن

fppt.com

عوامل زمینه ساز و بیماران مستعد خونریزی بعد از زایمان :

- لانه گزینی غیر طبیعی جفت: پلاسنتا پرویا، دکولمان، چسبندگی غیرطبیعی
- آسیب های مجاری زایمان: اپی زیاتومی، پارگی ها، زایمان با فورسپس و یا وکیوم
- پارگی رحم(اسکار قبلی رحم، پاریتی زیاد، تحریک بیش از حد رحم، توقف لیبر، دستکاری داخل رحمی ،چرخش با فورسپس ، خارج سازی بریچ)

- عوامل زایمانی: چاقی، سابقه PPH، حاملگی پره ترم
- بیماران مستعد: نارسایی مزمن کلیه، کوچک بودن سرشتی مادر، پره اکلامپسی و اکلامپسی

fppt.com

هر حاملگی همراه بـا خـونریزی قبـل از زایمان حتی اگر خونریزی متوقف شـده باشد و پلاسنتا پرویـا بـا سـونوگرافی رد شـده باشـد، در معـرض افـزایش خطـر پیامدهای نامطلوب قرار دارد.

Classification of PPH:

Early (Acute _ Primary)

Occure within 24 hours of brith

Late (Secondry)

Occure more than 24 hours but less than 6 weeks postpartum.

fppt.com

به طور کلی:

عواملی که سبب early PPH می شود شامل:

- آتونی رحم، صدمات مامایی، باقی ماندن بقایای جفتی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت، وارونگی رحم، عفونت های رحمی، اختلالات انعقادی و هماتوم

عواملی که سبب late PPH می شود شامل:

- عدم جمع شدن کامل محل لانه گزینی جفت، اختلال انعقادی، باقی ماندن بقایای جفتی و عفونت

fppt.com

☺ نکات مهم:

- ☜ early PPH از late PPH شایع تر می باشد.
- ☜ شایع ترین علت early PPH آتونی رحم
- ☜ شایع ترین علت late PPH عدم جمع شدن کامـل محل لانه گزینی جفت و باقی ماندن تکه های جفتی

fppt.com

ویژگی های بالینی:

- خونریزی ناگهانی شدید
- خونریزی پایدار متوسط
- آثار خونریزی بستگی به
  - حجم خون زنان دردوره قبل حاملگی
  - شدت هیپرولمی ایجاد شده در حاملگی
  - شدت خونریزی در زمان زایمان
- تغییرات ایجاد شده در علائم حیاتی
- اتساع بیش از حد رحمی ناشی از تجمع خون

fppt.com

تشخیص:

- جز در موارد تجمع خون در رحم و واژن یا پارگی رحم و خونریزی به داخل صفاق، تشخیص قاعدتا باید آشکار باشد.
- بر اساس خصوصیات و ویژگی های خونریزی
  - خون تیره ← احتمالا منشا وریدی پارگی های سطحی کانال زایمانی
  - خون روشن ← احتمالا منشا شریانی پارگی های عمیق سرویکس
  - ناتوانی خون در لخته شدن ← کوآگولوپاتی
- افتراق خونریزی ناشی از آتونی از پارگی ها

fppt.com

آتونی رحم:

- شایع ترین علت PPH
- اختلال در انقباض رحم پس از خروج جفت
- عوامل مستعد کننده آتونی شامل:

- دستکاری بیش از حد رحمی
- پاریته بالا
- بی هوشی عمومی
- اتساع بیش از حد رحمی
- لیبر طول کشیده، زایمان با ابزار، اینداکشن یا القای لیبر با اکسی توسین
- PPHدر زایمان های قبلی، اختلات ذاتی عملکرد میومتر ، میوم رحمی
- عفونت های رحمی

fppt.com

آتونی رحم:

- از مهم ترین عوامل مستعد کننده آتونی رحم عدم کنترل مناسب مرحله سوم لیبر شامل تلاش برای تسریع جفت می باشد.
- تشخیص آتونی رحم بالینی بوده و با خونریزی، رحم شل و نرم و بالاتر قرار داشتن فوندوس نسبت به حد مطلوب مشخص می شود.
- نکته: در موارد بالاتر قرار داشتن فوندوس نسبت به حد مطلوب قبل از هر چیزی بررسی احتباس ادراری از طریق معاینه شکمی یا سوند زدن

fppt.com

کنترل فعال مرحله سوم لیبر:

کنترل فعال مرحله سوم لیبر شامل:

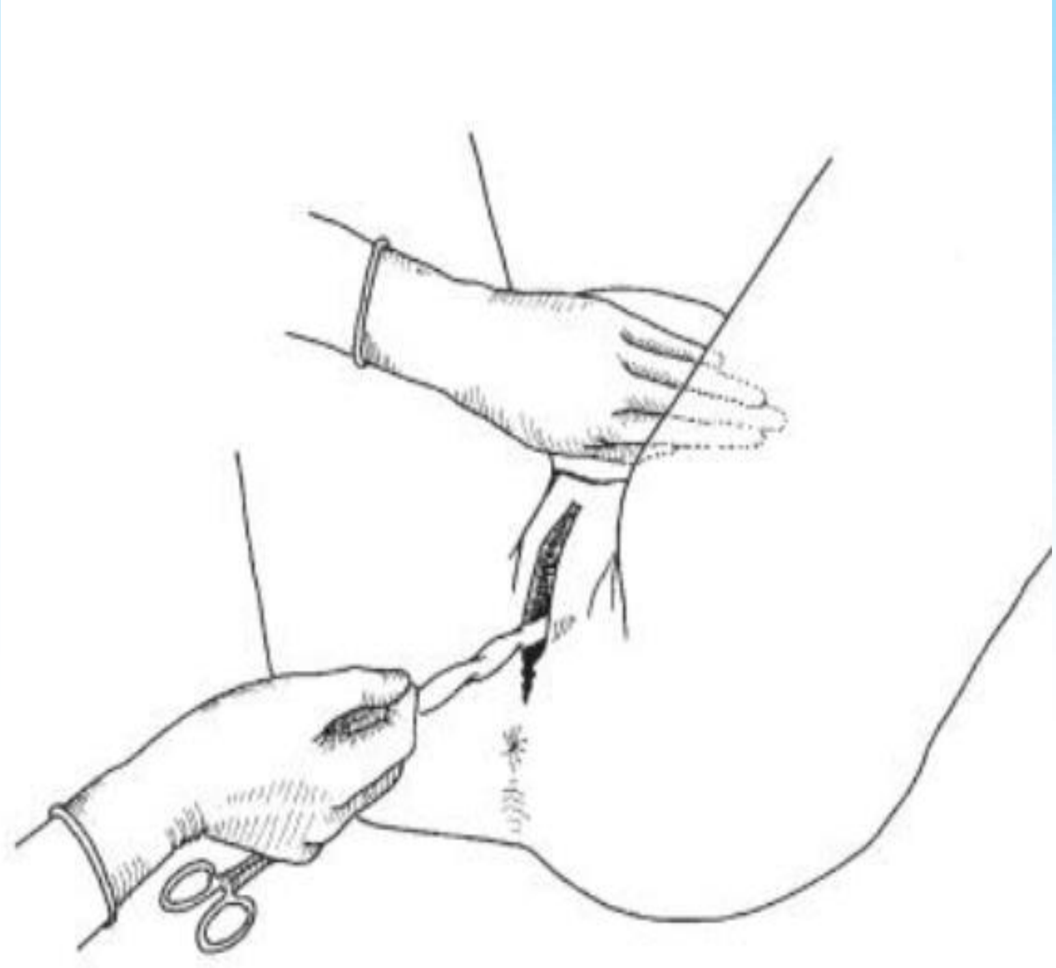
- **اداره فعال مرحله سوم زایمان** برای کاهش میزان خونریزی بعد از زایمان بسیار موثر است.
- **استفاده از اکسی توسین بلافاصله بعد از زایمان شانه قدامی**، مهمترین و موثرترین اقدامات جهت جلوگیری از خونریزی پس از زایمان است.

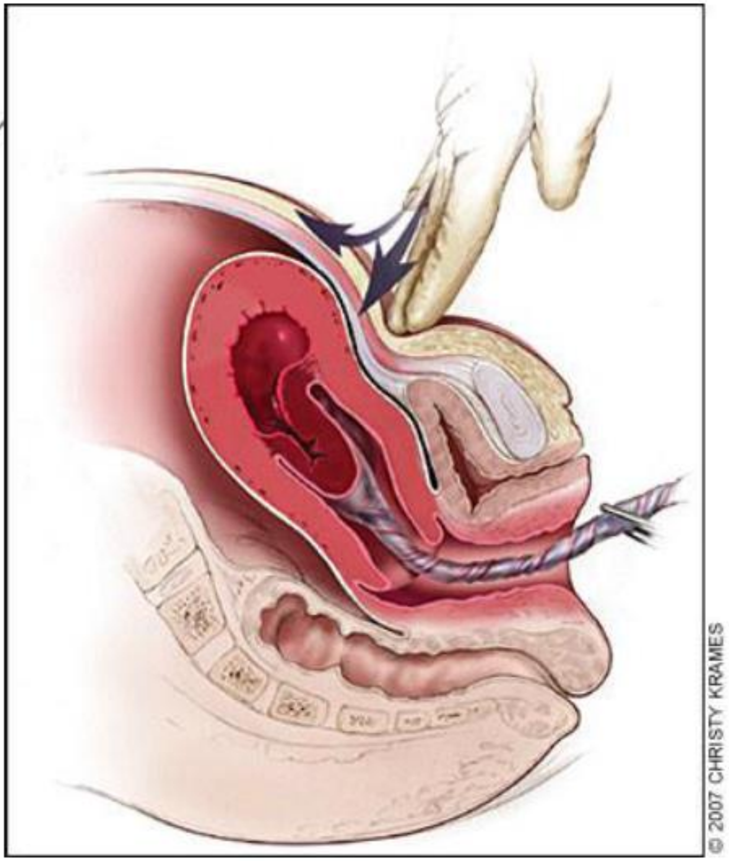
برای انجام مانور براندادرو:

– اطمینان از سفت و کروی شدن رحم

– انجام مانور براندادرو، در صورت اطمینان از منقبض بودن رحم(ظرف ۲ تا ۳ دقیقه پس از تجویز اکسی توسین).

fppt.com





Brandt-Andrews maneuver

fppt.com

اختلال در خروج جفت

- در صورتی که در عرض ۴۰- ۳۰ ثانیه از کشش ، جفت خارج نشد، از انجام کشش اضافی خودداری شود، در صورت پر بودن مثانه تخلیه آن توصیه می شود.

- **صبر کنید** تا زمانی که رحم به خوبی منقبض شود و جفت از دیواره های رحم جدا شود.

- **در حالی که از انقباض رحم مطمئن نیستیم،** هرگز بند ناف را به سمت پایین نکشیده و با دست دیگر رحم را بالا نرانید.
- در هر صورت خروج جفت و پرده ها معاینه جفت با دقت صورت می‌گیرد.
- **بلافاصله رحم ماساژ داده می‌شود** تا اطمینان از انقباض کامل رحم ...
- **کنترل مرحله چهارم زایمان:** (تزریق ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی و ماساژ رحم هر ۱۵ دقیقه)

- **در صورتی که در عرض نیم ساعت جفت خارج نشود به ان رتانسیون جفت گفته می شود.**

fppt.com

باقی ماندن جفت بیش از ۱۰ دقیقه

- در آمدن جفت معمولا ۱۰ دقیقه زمان میبرد ولی تا ۱ ساعت هم طول می کشد.
- در صورت احتباس جفت و یا خارج نشدن کامل آن، خطر خونریزی و عفونت افزایش می یابد. در رحمی که به آن چسبیده خونریزی تداوم دارد مانع از انقباض آن می‌شود.
- در صورت عدم خروج جفت **در عرض ۳۰ دقیقه، تجویز ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی+ کشش کنترل شده بر روی بند ناف**(عدم تجویز مجدد میزوپروستول).

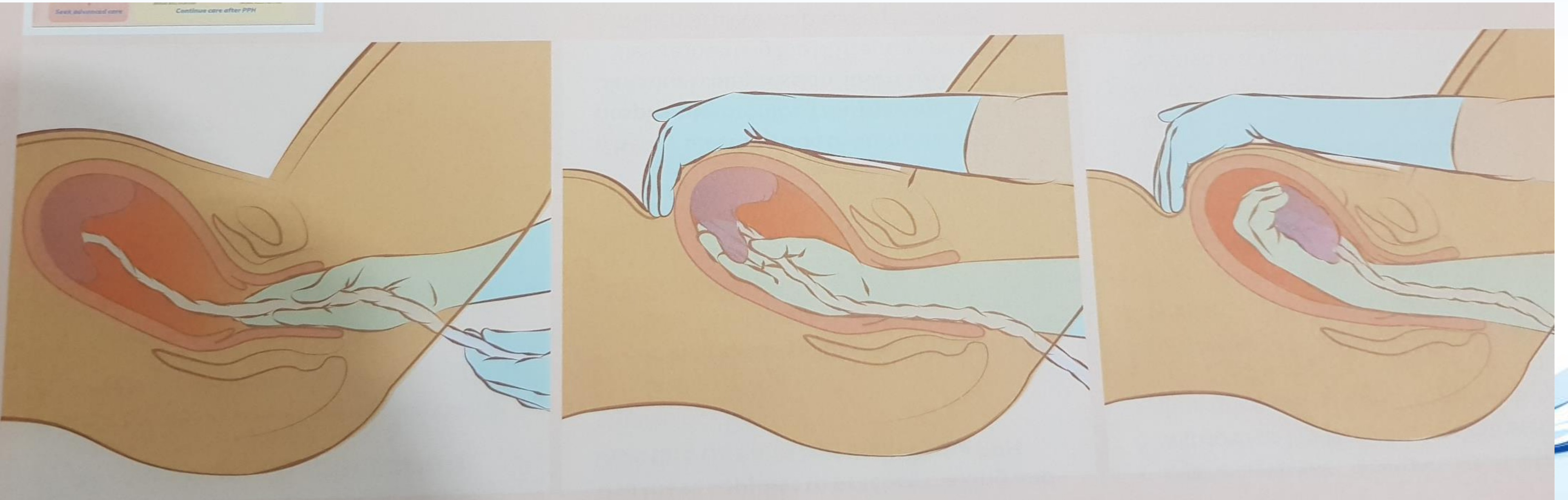
اندیکاسیون انجام خارج سازی دستی جفت:

- در صورت وجود **خونریزی شدید، یا باقی ماندن بقایای جفت و یا طول کشیدن پروسه خروج جفت بیش از یک ساعت** اقدام به خروج دستی جفت می کنیم.

fppt.com

خارج سازی دستی جفت

- در صورت **عدم خروج جفت بیش از یک ساعت،** مادران نیاز به مراقبت های پیشرفته دارند.
- **رعایت حقوق بیمار و حریم شخصی**، تخلیه مثانه با کتتر
- **هیدراتاسیون و تجویز دیازپام ۱۰ میلی گرم** به صورت عضلانی و یا داخل وریدی(در صورتی که مادر دچار شوک نشده باشد) پتیدین یا کتامین
- چک علائم حیاتی و **انجام آنتی بیوتیک تراپی** برای کاهش خطر عفونت آمپی سیلین دو گرم و یا سفازولین ۱ گرم درون وریدی



خارج سازی دستی جفت

- پس از خروج جفت قوام رحم را بررسی درصورتی که رحم شل باشد آن را ماساژ دو دستی بدهید+ ۲۰ واحد اکسی توسین داخل وریدی در یک لیتر نرمال سالین
- پس از خروج جفت آن را به طور کامل معاینه کرده

- در صورت **تداوم خونریزی بعد از خروج جفت، احتمال باقی ماندن بقایا وجود دارد**(کشیده شدن رحم به سمت بالای ناف ممکن است نشان دهنده وجود لخته در داخل رحم باشد)

- چک مرحله چهارم لیبر: **هر ۱۵ دقیقه در دو ساعت اول و سپس هر ۳۰ دقیقه در چهار ساعت بعد.**

fppt.com

-توصیه های کلیدی برای جلوگیری از آتونی:

- استفاده روتین از اکسی توسین جهت اداره فعال مرحله سوم زایمان، بهترین استراتژی برای جلوگیری خونریزی زایمان.. این اقدام موجب کاهش PPH و کاهش میزان هموگلوبین کمتر از ۹ درمادران، همچنین نیاز به درآوردن دستی جفت کاهش پیدا می کند.

- الف– استفاده از اکسی توسین فوری پس از زایمان شانه قدامی
- ب– کشش کنترل شده بر روی بندناف (مانور براندادرو)
- ج–ماساژ رحم فورا پس از خروج جفت

fppt.com

تجویز عوامل منقبض کننده رحمی (عوامل یوتروتونیك)

- خط اول: اکسی توسین

- -چند نکته مهم در مورد اکسی توسین:
  - از مهمترین عوامل یوتروتونیک در انقباض رحم و کنترل خونریزی بعد از زایمان می باشد.
  - زمان شروع اثر آن ۲.۵ دقیقه پس از تزریق IV و ۵-۳ دقیقه به روش IM و ماکسیمم اثر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول می کشد.
  - بنابراین اثر آن مداوم نمی باشد در صورت تداوم خونریزی به زمان آخرین تزریق باید دقت شود.
  - ویال اکسی‌توسین دور از نور و در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد باید نگهداری شود.

fppt.com

- خط دوم: مشتقات ارگوت (شامل متیل ارگونین=مترژین و ارگونوین) که در صورت تجویز تزریقی (۰/۲ میلی گرم IM) تقریبا به سرعت (حدود ۴۵ دقیقه) سبب تحریک انقباضات رحم می شوند.
  - زمان شروع اثر آن در عرض ۶ تا ۷ دقیقه بعد از تزریق عضلانی و مدت اثر آن ۲ تا ۴ ساعت می باشد
  - عوارض آن: سردرد، تهوع و استفراغ، افزایش فشار خون
  - کنتراندیکاسیون: فشار خون، ناراحتی قلبی عروقی، سپتیسمی شدید و مقاوم ؛ نارسایی شدید کبدی و کلیوی
  - **اکسی توسین نسبت میزو در جلوگیری و درمان آتونی رحم موثرتر می باشد و عوارض جانبی کمتری دارد.**
- در سال های اخیر خط دوم درمان آتونی رحم: سری E و F پروستاگلاندین ها

fppt.com

تدابیر درمانی در آتونی رحم:

- ⌘اداره اصلی این بیماران شامل سرعت و مداخلات صحیح توسط یک فرد ماهر
- ⌘درخواست کمک
- ⌘برقراری دو مسیر وریدی
- ⌘دادن اکسیژن و تخلیه مثانه
- ⌘تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین حاوی ۲۰ واحد اکسی توسین
- ⌘انجام ماساژرحمی (ترجیحا دو دستی) و فشار روی آئورت شکمی/ در صورت نیاز تجویز مترژین

fppt.com

تدابیر درمانی در آتونی رحم:

- اگر هنوز خونریزی غیر قابل کنترل است ادامه فشار دو دستی+ فرستادن خون جهت تعیین نوع خون و انجام کراس مچ+ مانیتور بیمار جهت بررسی نبض و فشار خون برای علائم شوک
- بررسی و مشاهده دقیق سرویکس و واژن
- بررسی حفره رحم برای یافتن اجزای باقی مانده جفت و پارگی ها
- اگر بیمار دچار علائم شوک شده است بیمار را با پتوی گرم پوشانده و تجویز اکسیژن و خون صورت گیرد.
  - نکات مهم در زمان مراقبت پیشرفته:

- الف- برقراری دورگ باز و مایع درمانی
- ب- فیکس کردن سوند فولی
- ج- فشرده سازی آئورت
- د- تامپوناد داخل رحمی

fppt.com

خونریزی مقاوم به عوامل یوتروتونیک:

- ماساژ دودستی رحم
- درخواست کمک از تیم مراقبت های اورژانس مامایی و تیم بیهوشی
- فرستادن خون جهت تعیین نوع خون و انجام کراس مچ و درخواست خون و پک سل
- برقراری دو مسیر وریدی
- فیکس فولی جهت بررسی برون ده ادراری
- انفوزیون سریع داخل وریدی محلول های کریستالوئید
- بررسی دقیق و مجدد حفره رحم برای یافتن اجزای باقی مانده جفت و پارگی ها
- بررسی و مشاهده دقیق سرویکس و واژن
- اگر وضعیت زن هم چنان ناپایدار بوده و یا خونریزی پایدار وجود دارد، ترانسفوزیون خون

fppt.com

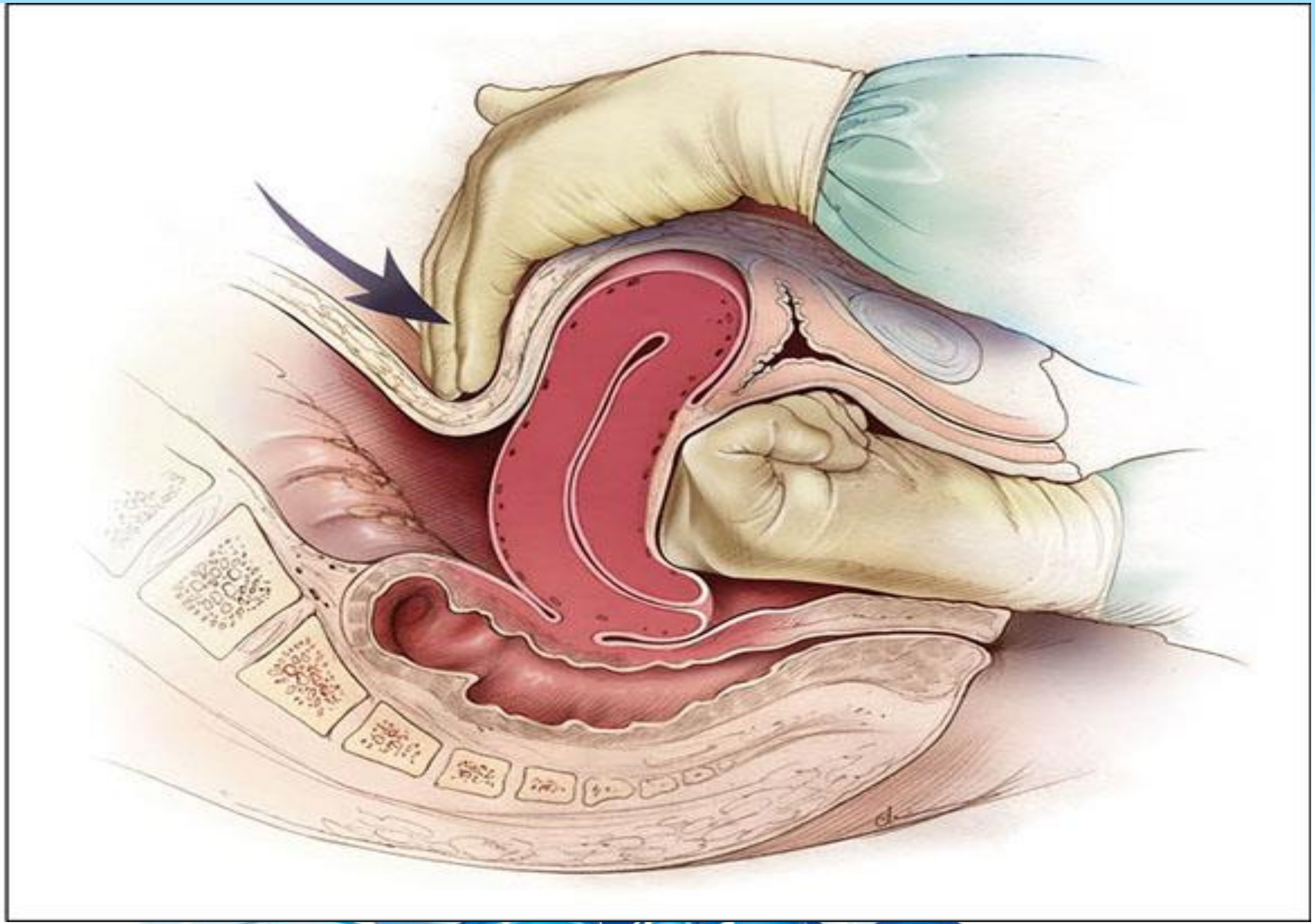
WHO: مدیریت آتونی رحم

- در صورت شل بودن رحم علیرغم ماساژ درمانی ، تجویز مجدد داروی یوتروتونیک ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی (۴۰-۱۰ واحد در سرم رینگر وریدی) و قرص زیر زبانی میزوپریستول ۸۰۰ میکروگرم.

- در صورت تداوم خونریزی مقدمات انتقال بیمار فراهم شود همچنین مانیتورینگ علائم شوک (پالس، فشار، رنگ، هوشیاری، تون رحم و تخمین خون از دست رفته) انجام شود.

- **در صورت تداوم اینرسی رحم پس از انجام اقدامات فوق**(ماساژ رحمی، داروی یوتروتونیک، تخلیه مثانه)، ماساژ دو دستی رحم الزامی می باشد تا خونریزی متوقف شود

fppt.com



REDRAWN BY CHRISTY KRAMES

fppt.com

ماساژ دودستی

- این اقدامات باید سریع انجام شود تا مادر دچار شوک نشود.
- جهت کاهش خطر عفونت **دستکش استریل** و بلند بپوشید.
- در صورت **عدم امکان ترانس خون، ارجاع فوری بیمار** به سطح مراقبتی پیشرفته
- **تداوم ماساژ دو دستی رحم** تا **زمانی که خونریزی متوقف و یا رحم سفت شود و یا تا زمانی که تامپوناد داخل رحمی** توسط فرد دیگری آماده شود.
- **ماساژ دو دستی حداقل تا ۵ دقیقه انجام می‌شود** تا خونریزی کمتر شود.

- ۱. سرعت عمل یک شرط مهم می باشد. برای درمان رحم شل صرف نظر از درمان‌های قبلی باید مجدداً اقدامات زیر تجویز شود:
- ۲- ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی+ ۲۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر نرمال سالین یا رینگر لاکتات به صورت وریدی در سریع ترین زمان.
- ۳-سرم دوم با همین دوز با ۴۰ قطره تجویز کنید.
- همراه با اکسی توسین بیش از ۳ لیتر مایع به مادر داده نشود.

fppt.com

درمان دارویی آتونی: who

- در صورت عدم دسترسی به اکسی توسین داخل وریدی و یا عدم کنترل خونریزی **تجویز مترژین مترژین ۰,۲ میلی گرم** به صورت عضلانی یا داخل وریدی آهسته (تکرار ۱۵ دقیقه در صورت نیاز هر ۴-۲ ساعت تا ۵ دوز)
- در صورت باقی ماندن جفت در رحم و یا بالا بودن فشار خون مادر و یا بیماری قلبی این دارو را تجویز نکنید.

– **یا میزوپروستول ۸۰۰ میکروگرم زیر زبانی یا رکتال ۱۰۰۰ میکرو گرم به عنوان آخرین گزینه**

– عوارض جانبی این دارو: اسهال و استفراغ، هایپوتانسیون وتاکی کاردی، ترمور و لرزش، تب و گرگرفتگی و تنگی راه هوایی بنابراین در افراد مبتلا به آسم و افراد مشکوک به آمبولی مایع آمنیون نباید استفاده شود.

– کنتراندیکاسیون نسبی آن: بیماری کبدی کلیوی و قلبی

fppt.com

درمان دارویی آتونی

- **ترانکسامیک اسید** : درصورت عدم کنترل خونریزی با اقدامات فوق و خونریزی به دلیل پارگی های سرویس و یا واژن .. باشد باید به مادر ترانکسامیک اسید داده شود.
- در صورت عدم کنترل خونریزی با این داروها: یک گرم ترانکسامیک اسید در ۱۰ سی سی رقیق و در عرض ۱۰ دقیقه تجویز شود. (در سه ساعت اول بعد از زایمان)
- ترانکسامیک به لخته شدن خون در محل خونریزی کمک می کند.
- عوارض ترانکسامیک اسید: تهوع استفراغ اسهال و ترومبوز ورید عمقی(درد یک طرفه تورم یا حساسیت و قرمز شدن ساق پا)
- تجویز دوز دوم ترانکسامید اسید
- **همزمان با دارو درمانی و سرم تراپی، ماساژ دو دستی تداوم داشته باشد.**

fppt.com

داروهای خط اول درمان		
اکسی توسین	جلوگیری از PPH: ۱۰ واحد IM یا ۱۰–۵ واحد بولوس IV درمانی : ۴۰–۲۰ واحد در ۱ لیتر نرمال سالین (۵۰۰ سی سی در عرض ۱۰ دقیقه و سپس ۲۵۰ سی سی در ساعت)	اوردوزیا استفاده طولانی مدت می تواند باعث مسمومیت با آب
خط دوم درمان		
کاربوپروست (پروستاگلندین F2الفا) (هدف درمانی)	۲۵۰ میکروگرم IM یا در رحم. تکرار هر ۱۵ دقیقه تا ۹۰ دقیقه و دوز کلی بیش از ۲ میلی نشود	در مادران مبتلا به اسم، بیماری های جدی کلیوی، کبدی و قلبی باید اجتناب شود
متیل ارگونوین مترژین (هدف درمانی)	۰.۲ میلی گرم IM و تکرار آن هر ۲ تا ۴ ساعت	از استفاده از آن در اختلالات فشار خون بارداری باید اجتناب شود. استفاده از آن در افراد نقص سیستم ایمنی و تحت درمان با داروهای مهار کننده پروتئاز احتیاط شود.
میزوپریستول (پروستاگلندین E1)	جلوگیری: ۶۰۰ میکروگرم خوراکی (استفاده از آن فقط در صورت عدم دسترسی به اکسی توسین) درمانی ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ میکرو رکتال یا ۶۰۰ تا ۸۰۰ میکرو زیرزبانی یا خوراکی	استفاده از آن در افراد با بیماری قلبی – عروقی اجتناب شود
تراکسامید اسید (هدف درمانی)	۱ گرم (IV) در عرض ۱۰ دقیقه – هر ۳۰ دقیقه تکرار شود	استفاده از آن در عرض ۳ ساعت اول پس از خونریزی

۳۰ دقیقه بعد ارزیابی واکنش مادر نسبت به سرم تراپی و دارو درمانی :

– ثابت بودنHR ما در ۹۰ ضربه در دقیقه و یا کمتر
– افزایش فشار خون سیستول ۱۰۰ میلی متر جیوه و یا بیشتر
– افزایش اوت پوت ۳۰ سی سی در ساعت
– عدم وجود اضطراب و گیجی
– در صورت بهبودی مادر، سرم تراپی به یک لیتر در ۶ ساعت تخفیف بدهید.

fppt.com

تسهیلات زایمانی

- درصورت عدم کنترل خونریزی (حتی درصورت کنترل)؛
- از آنجایی که امکان مداخلات بیشتر و امکان ترانس خون نیست مادر باید بالافاصله مراکز درمانی سطح بالاتر ارجاع داده شود.
- تداوم ماساژ دودستی
- همراه با پرونده بیمار و خود بیمار به بیمارستان بروید.

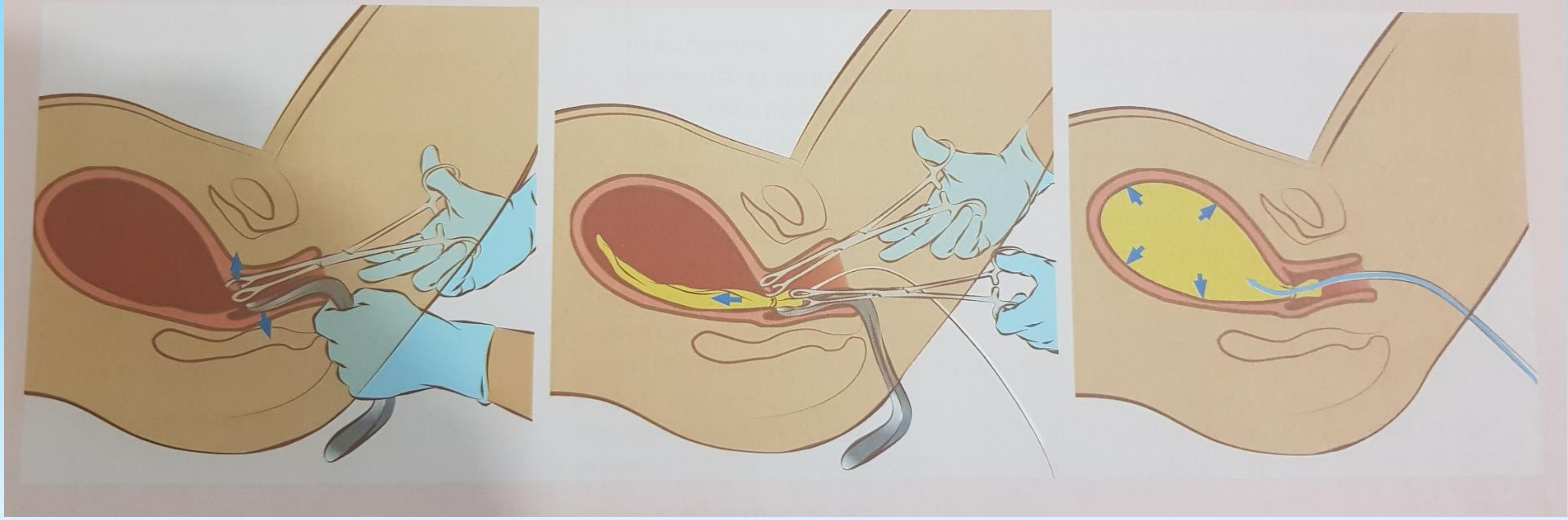
fppt.com

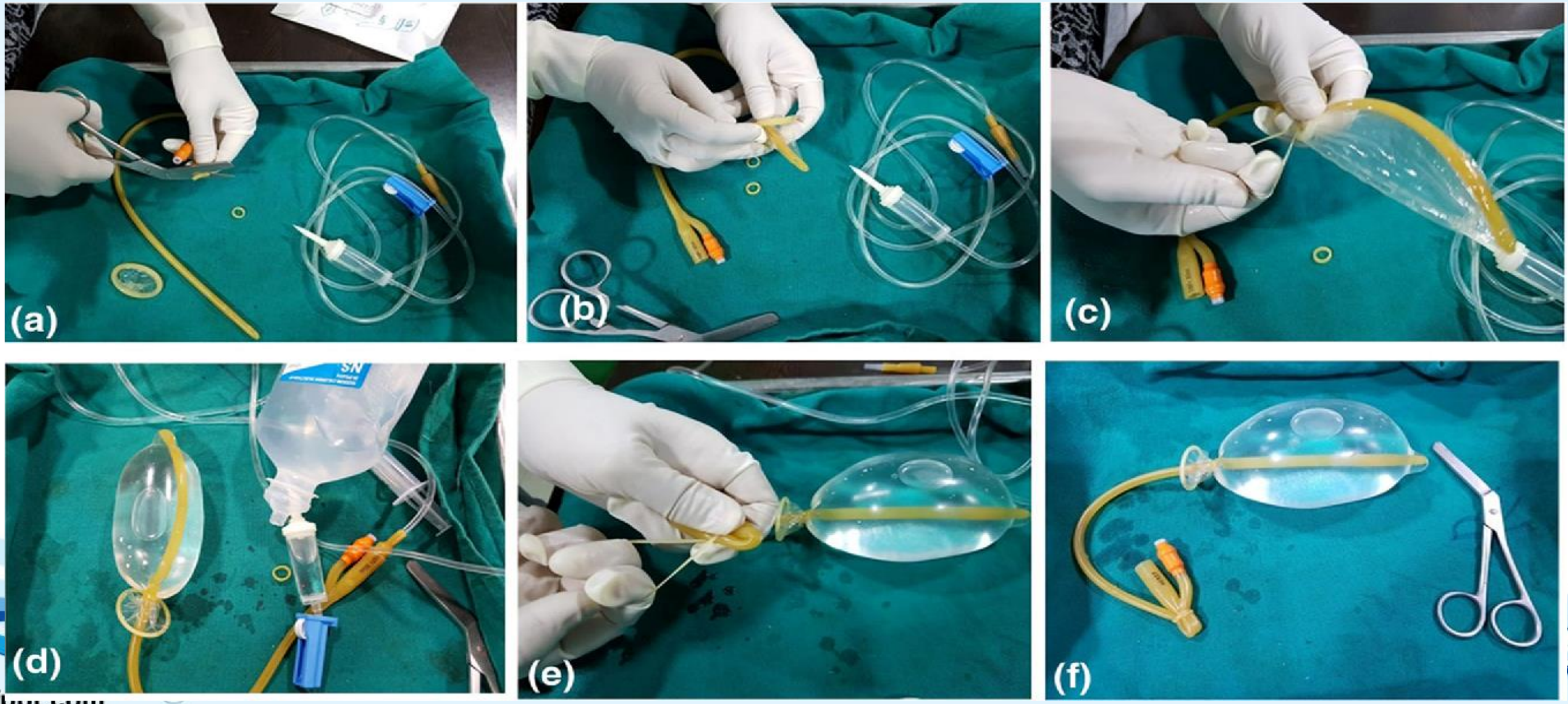
تامپون های داخل رحمی:

- در صورتی که پس از استفاده از داروهای یوتروتونیک، ترانگزامیک اسید، ماساژ دو دستی خونریزی تداوم داشته باشد تامپوناد داخل رحمی بگذارید.

- استفاده از این وسیله ریسک جراحی و انتقال خون را کاهش میدهد.
- این وسیله ارزان و در دسترس می‌باشد و باید در کیت اضطراری خونریزی پس از زایمان موجود باشد.(دستکش استریل، سرم نرمال سالین و ست سرم، قیچی و فورسپس حلقه ای، کاندوم و کاتتر فولی، اسپکولوم سیمز و نخ بخیه ابریشمی سیاه)
- قبل از قرار دادن تامپوناد باید از عدم وجود بقایای جفت و خونریزی به دلیل پارگی اطمینان حاصل کرد.
- توضیح بیمار و رعایت حریم خصوصی
- تجویز تک دوز آنتی بیوتیک تراپی آمپی سیلین دو گرم و یا سفازولین ۱ گرم
- خالی کردن مثانه
- فشرده سازی آئورت شکمی در حین گذاشتن تامپوناد داخل رحمی

fppt.com





fppt.com

تامپون های داخل رحمی:

- با استفاده از اسپکولوم و رینگ فورسپس دهانه رحم را باز کرده. کاندوم و کاتتر را در داخل حفره رحم قرار داده.
- با استفاده از ست سرم کاتتر را به سرم نرمال سالین متصل کرده و به اندازه ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی گرم آن را پر می کنیم.
- در صورتی که خونریزی تا ۱۵ دقیقه بعد از قرار دادن بالن کنترل نشد، سریعاً درخواست مراقبت جراحی می شود.

- مدت زمان قرار دادن تامپون ۱۲ تا ۲۴ ساعت....
- در صورت کنترل خونریزی و وضعیت استیبل مادر یا پس از گذشت حداقل ۱۲ ساعت، هر یک ساعت ۲۰۰ سی سی از محلول داخل کاندوم را خالی کنید.
- پس از برداشتن تامپون تا ۶ ساعت و وضعیت مادر از نزدیک نظارت می شود.
- علائم حیاتی، برون ده، رنگ پریدگی و ماساژ رحم در فواصل: در دو ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، در دو ساعت بعد هر ۳۰ دقیقه، در دو ساعت بعد یک ساعت

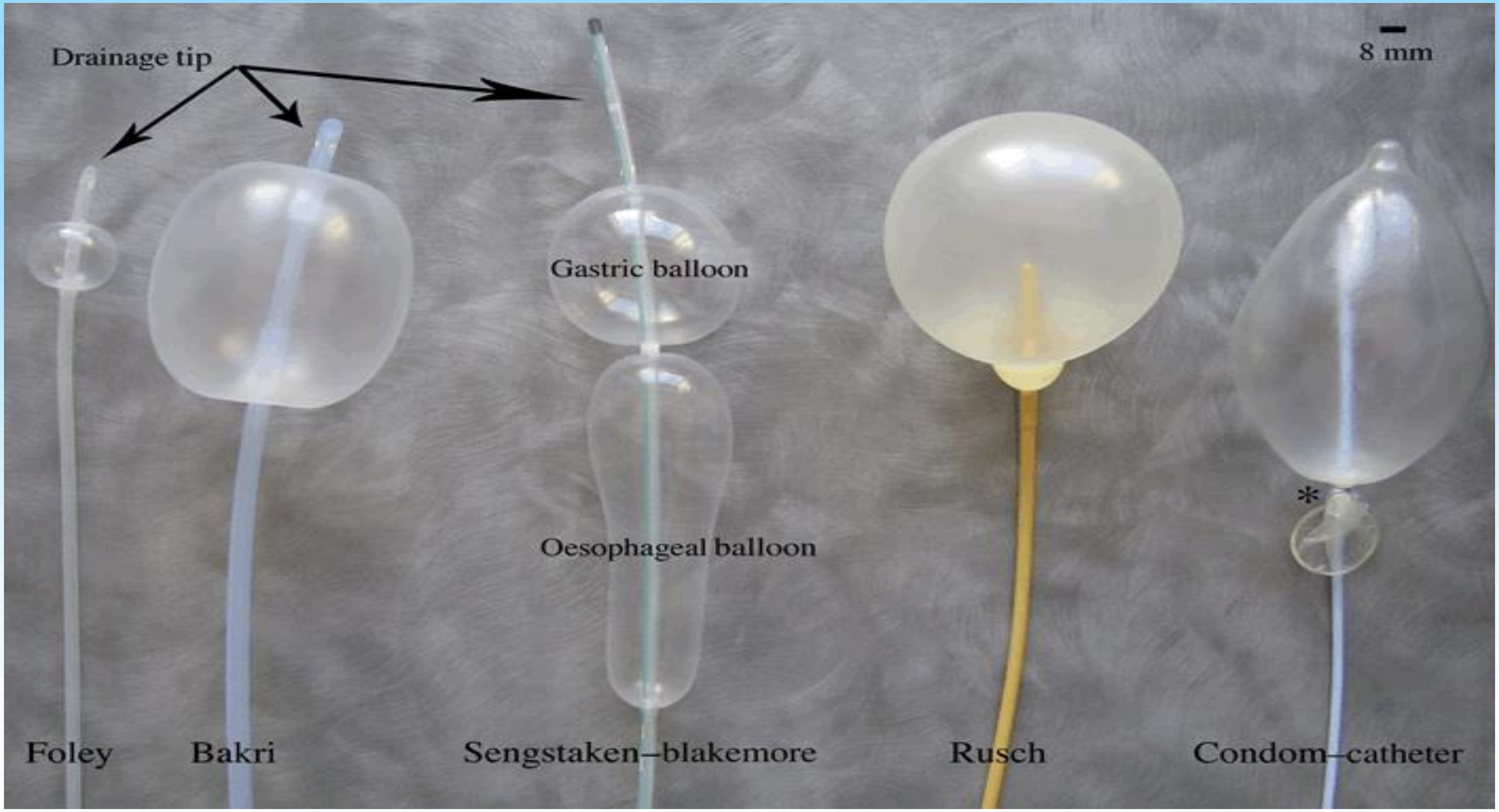
- در صورت وجود خونریزی شریانی، خطر پارگی رحم، عفونت و ناهنجاری های رحمی و اختلالات انعقادی درون عروقی منتشر از تامپوناد استفاده نکنید.

fppt.com

تامپوناد بالینی:

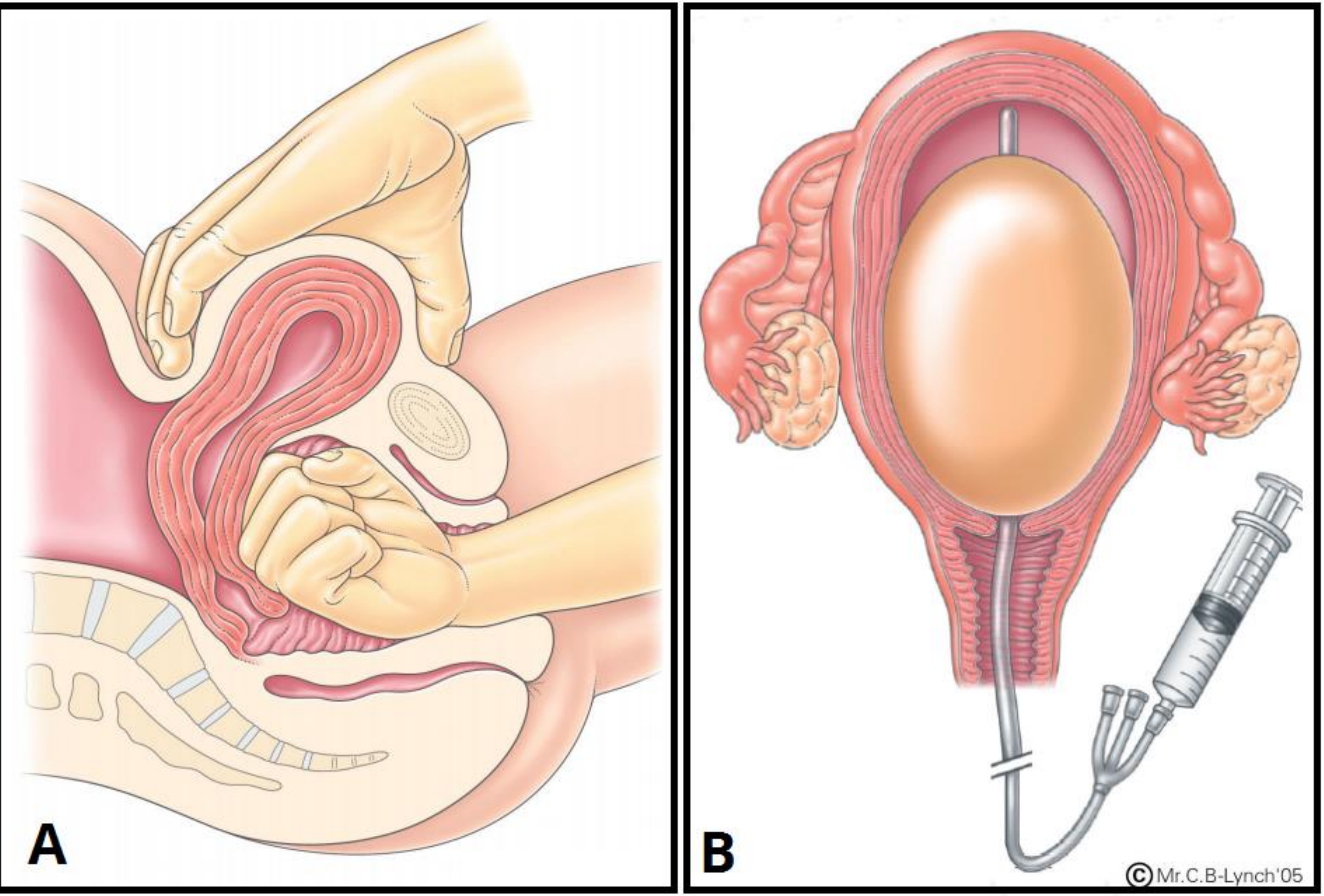
- در این تکنیک با کتتر فولی۲٤ F و یا F۳۰ و بالن ۳۰سی سی به داخل رحم رفته و با ٦۰ تا ۸۰ سی سی سالین پر میشود.
- در صورت پارگی بالن، از کتتر فولی با F34با بالون ٦۰ سی سی استفاده می شود. در صورت فروکش کردن خونریزی بعد از ۱۲ تا ۲٤ ساعت آن را خارج می کنند.
- استفاده از بالن باکری Bakriدر درمان خونریزی بعد از زایمان به سه نفر نیاز است.

fppt.com



https://www.cookmedical.com/products/wh_sosr_webds/

fppt.com



fppt.com

وارونگی رحم.

- از عوارض بالقوه تهدید کننده حیات
- شیوع آن ۱/۲۰۰۰-۱/۲۰۰۰۰
- عوامل مستعد کننده: عملکرد اشتباه : (کاشته شدن جفت در فوندوس رحم، چسبندگی های غیر طبیعی جفت، خروج دستی جفت، بند ناف کوتاه)
- خستگی رحم: (ماکروزومی جنین، مولتی پار بودن، مصرف اکسی توسین یا سولفات منیزیوم، آنومالی های رحمی و سابقه وارونگی رحم)
- وارونگی رحم بر حسب وسعت به سه نوع ناکامل، کامل و پرولاپس تقسیم می شود.
  - ☹ ناکامل: قرار گرفتن فوندوس رحم در فضای داخل
  - ☹ کامل: خروج فوندوس رحم از سوراخ خارجی سرویکس
  - ☹ پرولاپس: خروج جسم رحم از واوژن
- انواع بالینی:
  - حاد (acute): تا ۲۴ ساعت پس از زایمان
  - تحت حاد (sub acute): بیش از ۲۴ ساعت پس از زایمان
  - مزمن (chronic): بیش از یک ماه پس از زایمان

fppt.com

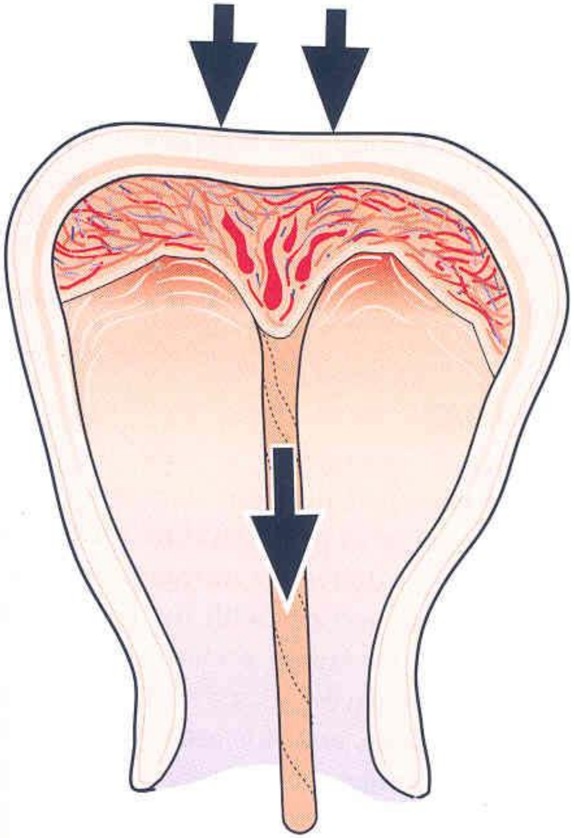


Fig. 49.9 **Undue traction on a fundally sited placenta without guarding the uterus may result in uterine inversion.**

First degree inversion

Second degree inversion

Third degree inversion

Fourth degree inversion

fppt.com

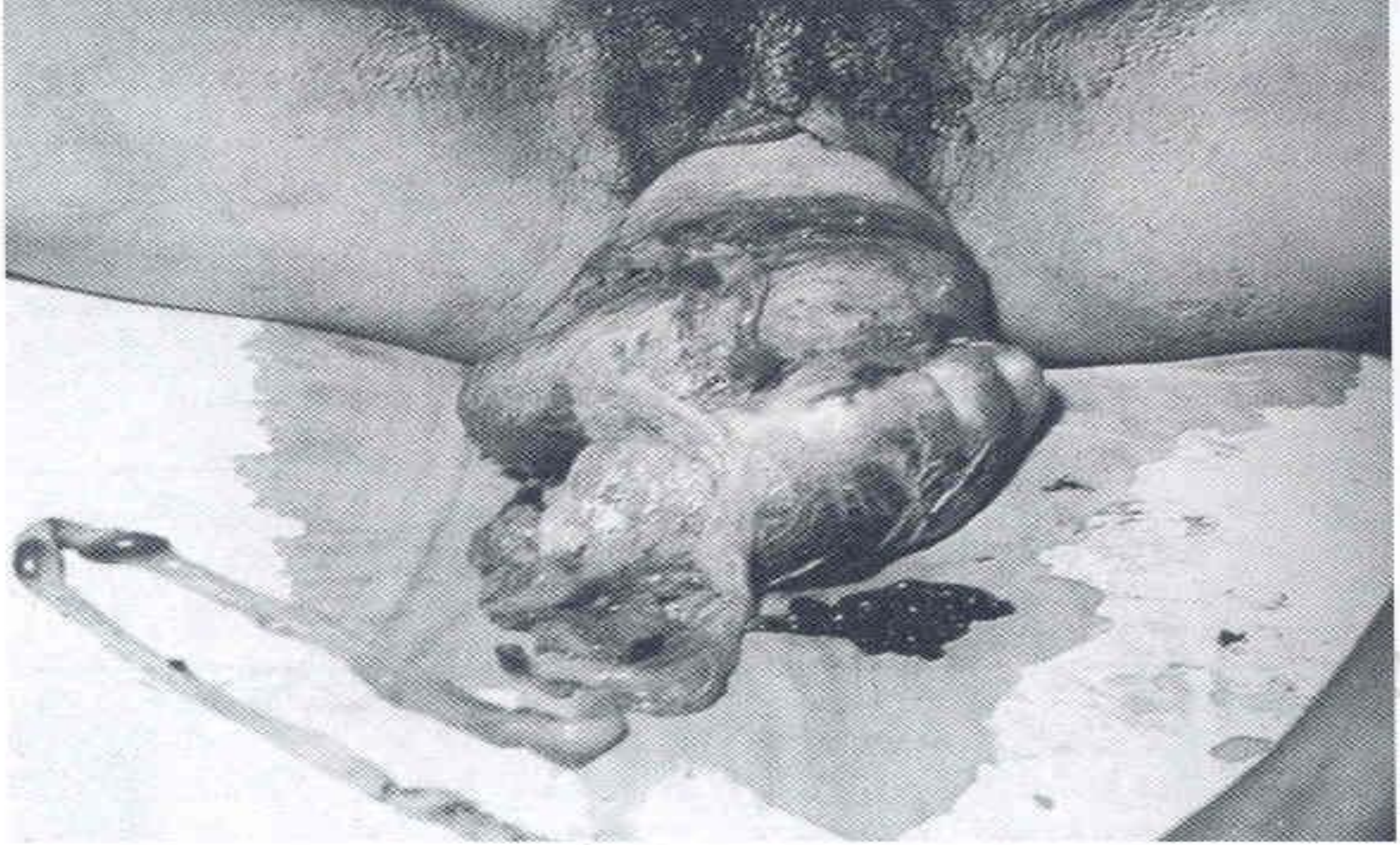


Fig. 49.10 **A fatal uterine inversion with the placenta still attached.** (Reprinted from *Williams Obstetrics*, Cunningham FG, Wenstrom KD, Gilstrap LC et al, Fig. 32-25, p. 768, 2001, with permission of The McGraw-Hill Companies.)

وارونگی رحم:

- عوارض: خونریزی شدید، شوک، عفونت، مرگ

fppt.com

علایم و نشانه ها:

- شایع ترین تظاهر وارونگی خونریزی واژینال و بروز شوک بعد از چند دقیقه، درد شدید شکمی نیز ممکن است وجود داشته باشد.
- مهم ترین یافته بالینی عدم لمس فوندوس رحم در معاینه شکمی و مشاهده یک توده خونریزی دهنده کبود رنگ در داخل واژن یا خارج از ولو

fppt.com

تدابیر درمانی:

- به محض تشخیص وارونگی رحم درخواست کمک
- نجات این بیماران در تشخیص سریع و به موقع ، اقدامات اولیه و حیاتی و اصلاح وضعیت رحم می باشد.
- ترجیحا برقراری دو مسیر وریدی
- در اغلب موارد با اعمال فشار رو به بالا بر فوندوس توسط کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، رحم تازه وارونه شده را می توان به جای خود برگرداند.
- اگر جفت چسبیده باشد پس از برقراری IV ، تجویز عوامل بیهوشی و داروهای توکولیتیک (مانند تربوتالین، سولفات منیزیوم یا نیتروگلیسرین)، سپس اقدام به بازگرداندن رحم شود.
- بعد از خارج کردن جفت، با مشت، کف دست و انگشتان فشار ثابتی بر فوندوس وارونه اعمال می شود تا شاید رحم از طریق سرویکس دیلاته به بالا فشرده شود.
- به محض بازگشت رحم به حالت نرمال، قطع داروهای توکولیتیک و تجویز اکسی توسین برای انقباض رحم و نگه داشتن دست داخل رحم برای لحظاتی
- در صورت وجود حلقه انقباضی و شکست در اقدامات فوق انجام لاپاراتومی

fppt.com

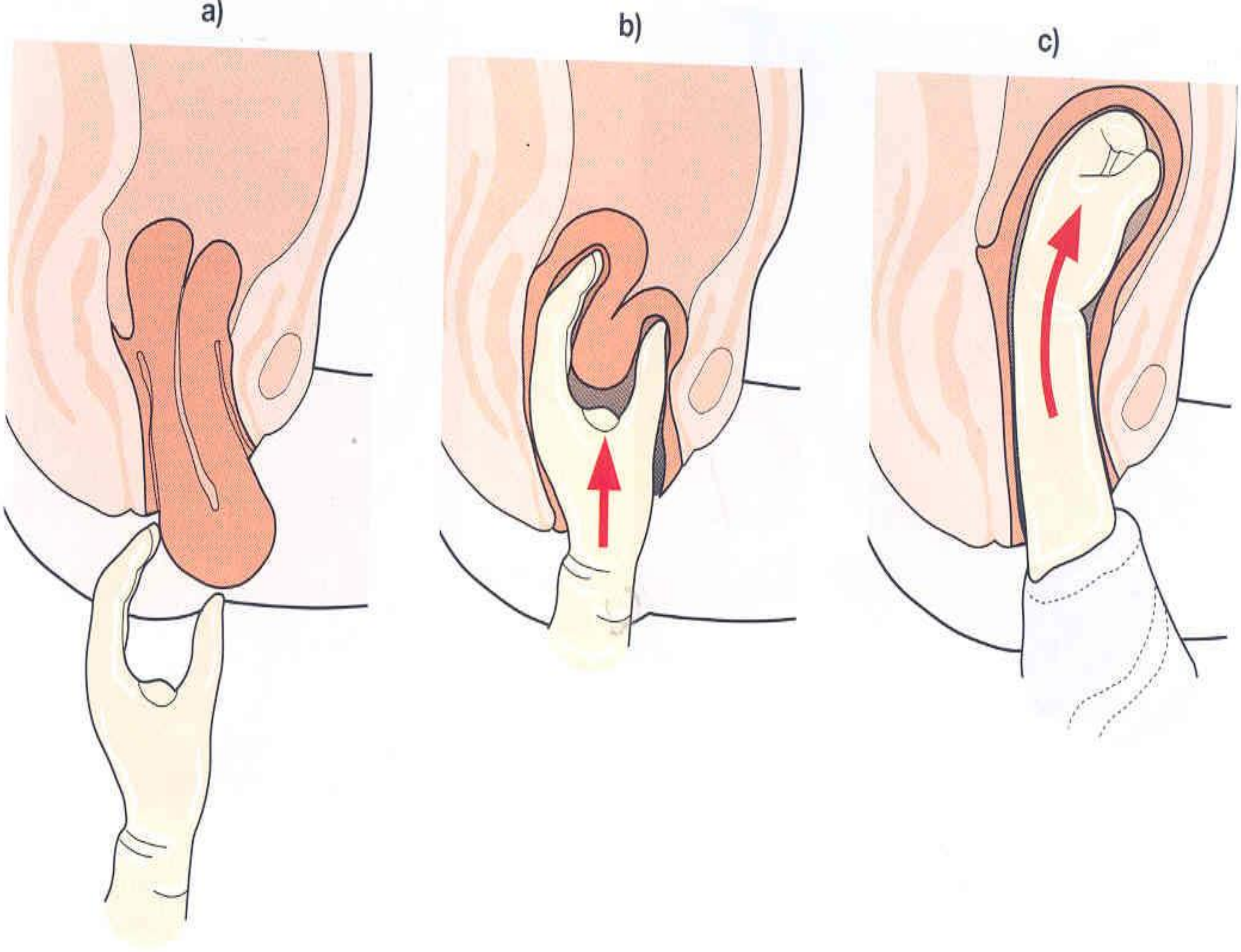


Fig. 49.8 **Replacing an inverted uterus. (a)** Recognition of uterine inversion. **(b)** Replacement of the uterus through the cervix. **(c)** Restitution of the uterus.

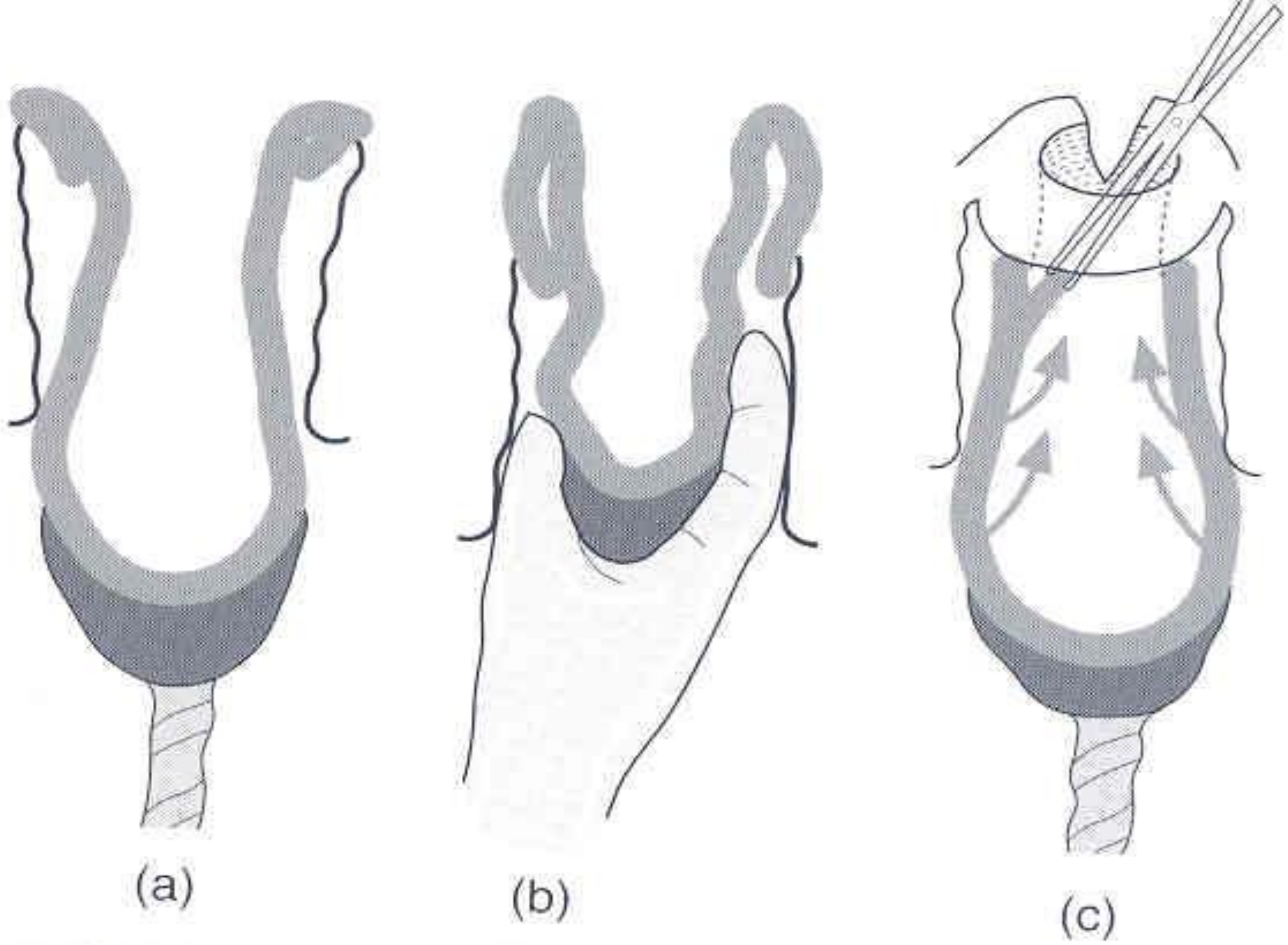


Figure 18.9 (a) and (b) Replacement of inverted uterus manually and (c) at laparotomy.

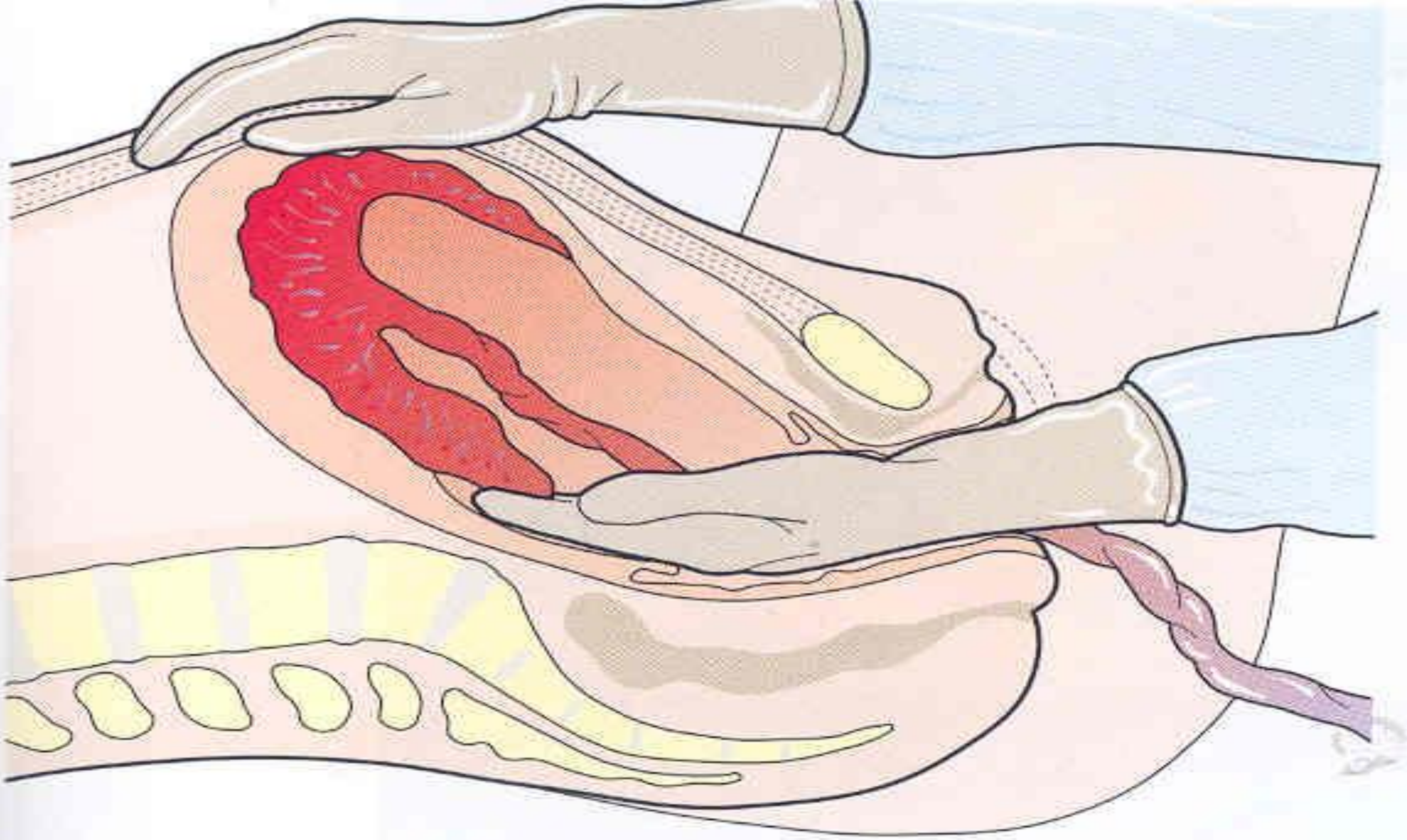


Fig. 49.5 **Manual removal of the placenta.** A cleavage plane is identified with the fingers, which then continue along the plane until the placenta is fully separated from the uterine wall.

آسیب های مجرای زایمان:
پارگی های ولوواژینال

- پارگی های کوچک دیواره قدامی واژن در مجاورت پیشابراه، نسبتا شایع هستند و اغلب سطحی و بدون خونریزی بوده و یا خونریزی اندکی به همراه دارند و معمولا ترمیم آن ها اندیکاسیون ندارد.
- پارگی های خفیف و سطحی پرینه و واژن گاهی اوقات برای ایجاد هموستاز مستلزم بخیه زدن هستند.
- پارگی های وسیع و نیازمند ترمیم گسترده، به طور معمول با مشکلات دفع ادرار همراه هستند و کاتتر ثابت مثانه این مساله را برطرف می کند.
- درجات متغیری از آسیب ثلث خارجی واژن، معمولا همراه با پارگی های عمیق تر پرینه دیده می شوند. بعضی آسیب ها گسترش می یابند و اسفنکتر مقعد یا دیواره های واژینال را با عمق متغیر درگیر می کنند.

fppt.com

پارگی های ولوواژینال:

- پارگی هایی که ۱/۳ میانی یا فوقانی واژن را گرفتار می کنند، معمولا با آسیب های پرینه یا سرویکس همراه هستند. این پارگی ها گاهی اوقات مورد توجه قرار نمی گیرند، مگر این که بخش فوقانی واژن و سرویکس به طور کامل بررسی و مشاهده شود.
- خونریزی علی رغم انقباض قوی رحم، مدرک پرقدرت در مورد پارگی دستگاه تناسلی است.

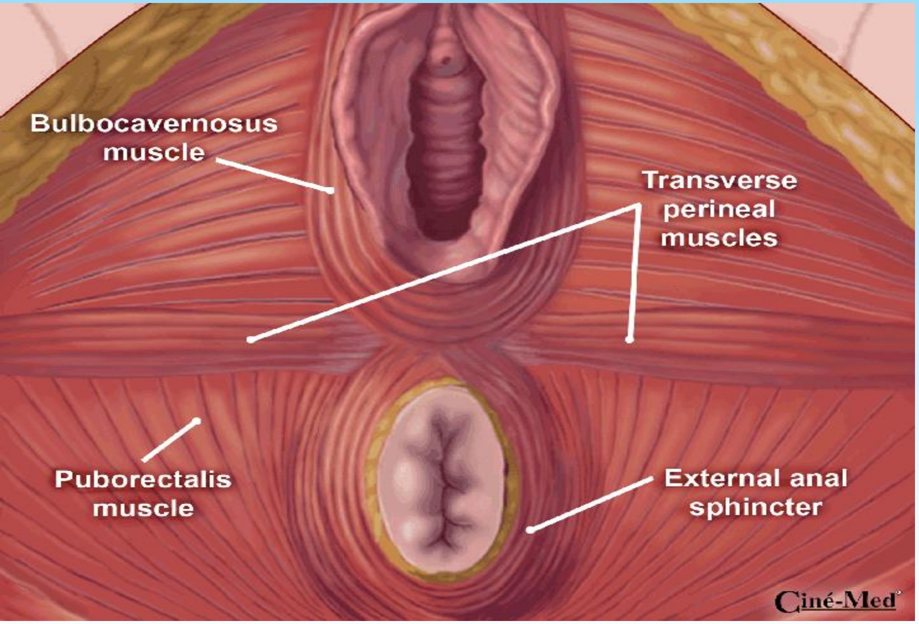
- پارگی هایی که به سمت بالا گسترش می یابند معمولا از نوع طولی بوده و ممکن است به دنبال زایمان خود به خود ایجاد شوند اما به طور شایع در جریان زایمان ابزاری ایجاد می شوند.
- اکثر این آسیب ها، بافت های عمقی تر زیرین را درگیر می کنند و بنابراین معمولا سبب خونریزی چشمگیر می شوند. ترمیم مناسب با بخیه به طور معمول خونریزی را کنترل می کند.

fppt.com

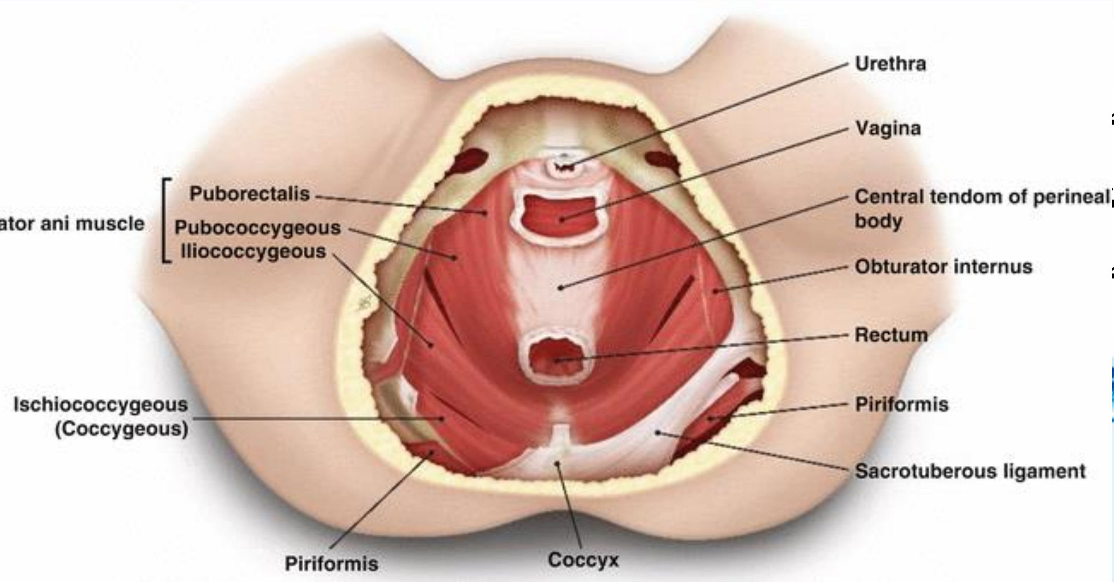
در پارگی های گسترده ولوواژینال، باید بررسی و تجسس داخل رحمی از نظر پارگی های احتمالی رحم به عمل آید.

در پارگی های عمیق ولوواژینال، معمولا ترمیم با بخیه ضروری است و آنالژزی یا بی هوشی موثر، جایگزینی شدید خون و برخورداری از افراد توانمند ضرورت دارد.

آسیب های عضلات لواتور آنی:

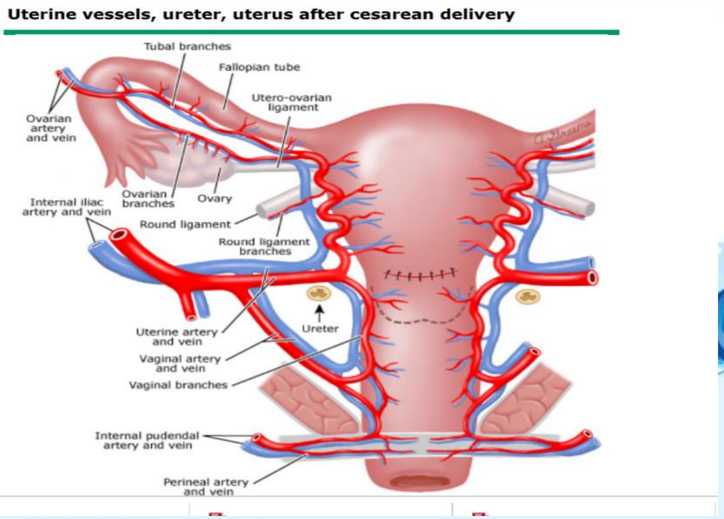


- این عضلات معمولا در پارگی های عمیق طاق واژن درگیر می شوند.
- این عضلات دچار آسیب های کششی ناشی از اتساع بیش از حد مجرای زایمان می شوند.
- فیبرهای عضلانی جدا و پاره می شوند و کاهش تون این عضلات ممکن است با عملکرد دیافراگم لگنی تداخل کند و سبب شل شدن لگن شود.
- اگر این آسیب ها عضله پوبوکوکسیژئوس را درگیر کنند، ممکن است بی اختیاری ادرار نیز به وجود آید.



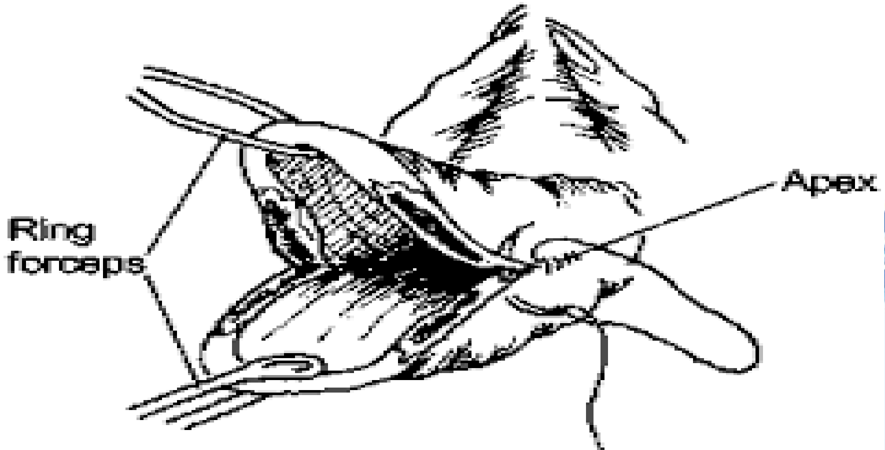
پارگی های سرویکس:

- در بیش از نیمی از تمام زایمان های واژینال، با مشاهده دقیق می توان پارگی های سطحی سرویکس را مشاهده کرد. اندازه اکثر آن ها کمتر از ۰/۵ سانتی متر بوده و به ندرت نیاز به ترمیم دارند.
- پارگی های سرویکس معمولا مشکلی ایجاد نمی کنند مگر این که سبب خونریزی شده و یا به ۱/۳ فوقانی واژن گسترش یافته باشند.
- کولپورکسی؛ جداشدگی حلقوی
- گاهی اوقات به دنبال چرخش با فورسپس یا در حضور دیلاتاسیون ناکامل سرویکس با قرار دادن تیغه های فورسپس بر روی سرویکس صورت می گیرند، رخ می دهند.
- گاهی پارگی های سرویکس به سگمان تحتانی رحم گسترش یافته و شریان های رحم و شاخه های اصلی آن را درگیر می کنند.
- گاهی پارگی ها به داخل حفره صفاق گسترش می یابند.
- پارگی های شدیدتر معمولا به صورت خونریزی خارجی یا هماتوم تظاهر پیدا می کنند.



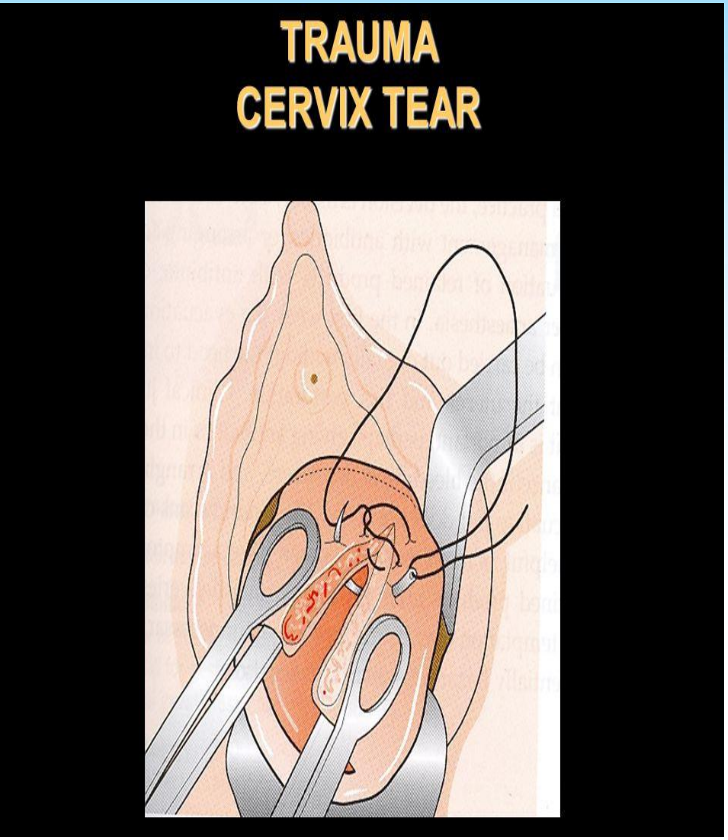
تشخیص پارگی های سرویکس:

- در زنانی دچار PPH به ویژه در صورتی که رحم کاملا سفت باشد، باید همیشه احتمال پارگی های عمیق سرویکس مطرح شود.
- به صورت روتین بعد از زایمان های واژینال ابزاری بزرگ حتی در صورتی که خونریزی مرحله سوم وجود نداشته باشد، سرویکس می بایست بررسی شود.
- با فراهم کردن دید کافی و مشاهده چشمی، می توان به طور کامل تر وسعت آسیب را شناسایی کرد. (همزمان با کششی که اپراتور با فورسپس حلقه ای بر لب های سرویکس اعمال می کند، فرد دستیار فشار محکمی رو به پایین بر رحم اعمال می کند.)



تدابیر درمانی:

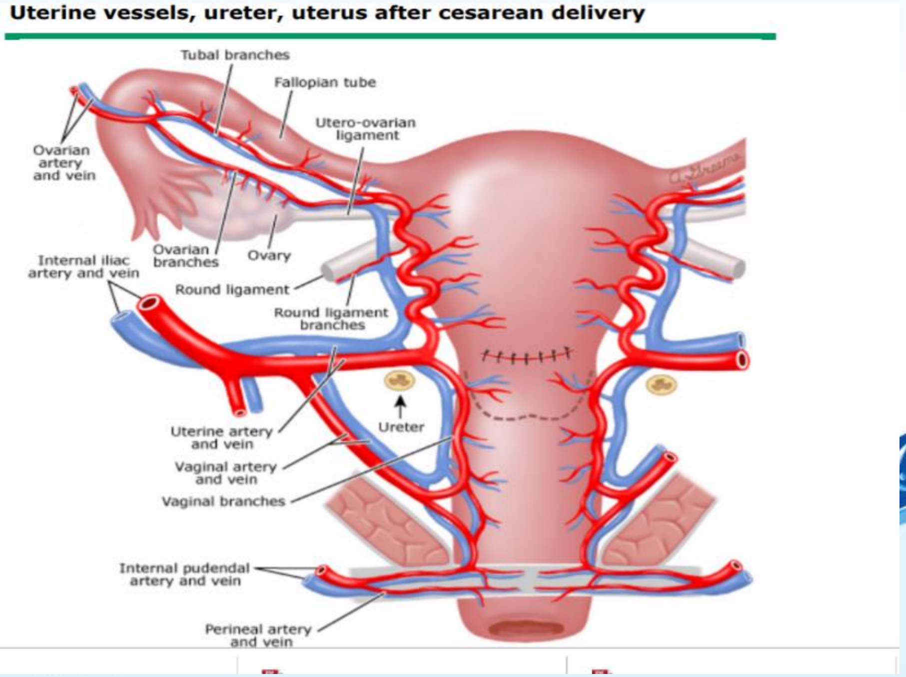
- به طور کلی پارگی های ۱ و حتی ۲ سانتی متری سرویکس نیازی به ترمیم ندارند، مگر این که پارگی ها در حال خونریزی باشند. این پارگی ها معمولا به سرعت ترمیم شده و اهمیت خاصی ندارند.
- در صورت پارگی به طول بیشتر از ۲ سانتی متر نیاز به سوچور زدن (به صورت **separate**) می باشد. (با کمک دو **ring forceps** دستیار قسمت قدامی و خلفی سرویکس را کمی به سمت بیرون می کشد تا سرویکس کاملا در معرض دید قرار گیرد.)
- در مواردی که پارگی محدود به سرویکس می باشد و یا حتی تا حدودی به فورنیکس های واژن گسترش یافته است، با بخیه زدن سرویکس پس از در معرض دید قرار دادن آن در ولو، نتایج رضایت بخشی حاصل شده است.



fppt.com

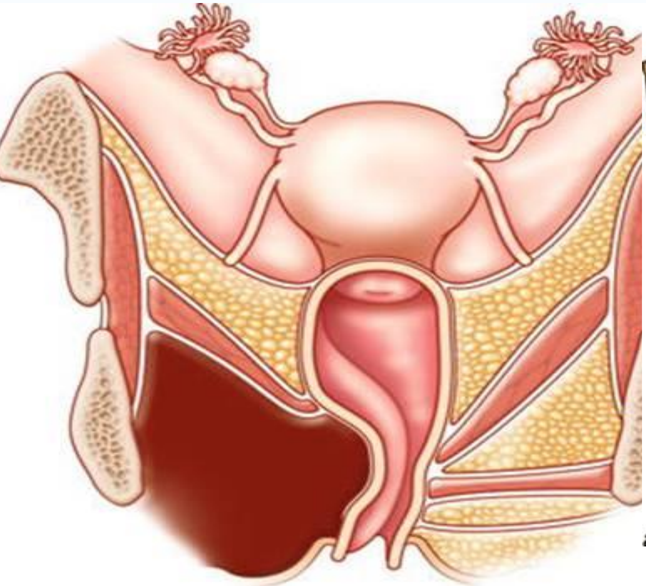
هماتوم های نفاسی:

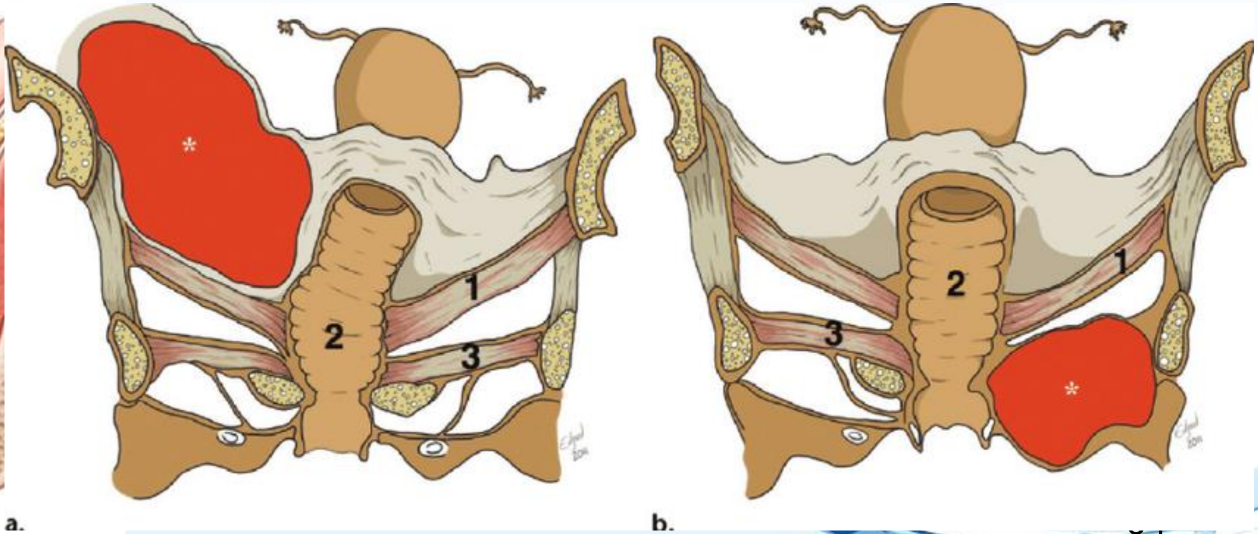
- هماتوم ها در اکثر مواقع با پارگی، اپیزیوتومی یا زایمان ابزاری در ارتباط هستند.
- با وجود این، ممکن است به دنبال پارگی یکی از عروق خونی و بدون پارگی همزمان ایجاد شوند.
- برخی مواقع هماتوم به سرعت آشکار و در برخی دیگر خونریزی با تاخیر ایجاد می شود.
- گاهی با اختلالات انعقادی زمینه ای (اکتسابی مانند DIC ناشی از دکولمان جفت و یا نارسایی کبد یا کبد چرب و یا ارثی مانند بیماری فون ویلبراند) همراه هستند.
- طبق یک سیستم طبقه بندی هماتوم های نفاسی: هماتوم ولو، هماتوم ولوواژینال، هماتوم پاراواژینال و هماتوم خلف صفاقی (رتروپریتونئال)



هماتوم های ولوواژینال:

- اغلب به سرعت ایجاد شده و سبب درد طاقت فرسا می شوند.
- درد شدید شایع ، ایجاد ناگهانی توده سفت و حساس در لمس و مواج و ایجاد اکیموز شدن پوست یا اپی تلیوم واژن یا تغییرات در علائم حیاتی
- اگر خونریزی متوقف شود هماتوم های دارای ابعاد کوچک تا متوسط ممکن است جذب شوند. اما در موارد کم تعدادی دو هفته پس از زایمان مجددا دچار خونریزی شده بودند!!!
- در مواردی که هماتوم فضای پاراواژینال را درگیر کرده و به بالای عضله لواتور آنی (قلاب لواتور) گسترش یافته است، خونریزی خلف صفاقی ممکن است شدید و گاهی اوقات کشنده باشد.





fppt.com

تشخیص هماتوم های ولوواژینال:

- معمولا با توجه به درد شدید پرینه، به آسانی تشخیص داده می شوند.
- به سرعت تورمی سفت، مواج و حساس با ابعاد متغیر ایجاد می شود و در نهایت پوست تغییر رنگ یافته ای آن را می پوشاند.
- هماتوم پاراواژینال ممکن است به طور موقت قابل تشخیص نباشد. با وجود این علائم فشار لگن، درد یا ناتوانی در ادرار کردن سبب ارزیابی و کشف توده ای گرد و مواج می شوند که به طرف مجرای واژن پیشروی می کند.
- تصویربرداری با سونوگرافی یا سی تی ممکن است در ارزیابی محل و وسعت هماتوم مفید باشد.
- هماتوم های سوپرالواتور ممکن است تا زمانی که منجر به شوک هیپوولمیک نشده اند، تشخیص داده نشوند لذا بسیار نگران کننده و مرگ آور می باشند.

تدابیر درمانی هماتوم های ولوواژینال:

- هماتوم های کوچک ولو را می توان به صورت انتظاری درمان کرد .
- اما اگر درد شدید باشد یا هماتوم به بزرگ شدن خود ادامه دهد، تجسس با جراحی ارجح خواهد بود. برشی در نقطه حداکثر اتساع ایجاد می گردد، خون و لخته ها تخلیه می شوند و نقاط خونریزی دهنده مسدود می شوند. سپس می توان حفره را با بخیه های قابل جذب از بین برد.
- حفره تخلیه شده هماتوم با جراحی مسدود می شود و واژن به مدت ۲۴-۱۲ ساعت پک می شود.
- درمان هماتوم سوپرالواتور دشوارتر است و در موارد تداوم خونریزی، لاپاراتومی توصیه می شود.

fppt.com

تدابیر درمانی هماتوم های ولوواژینال:

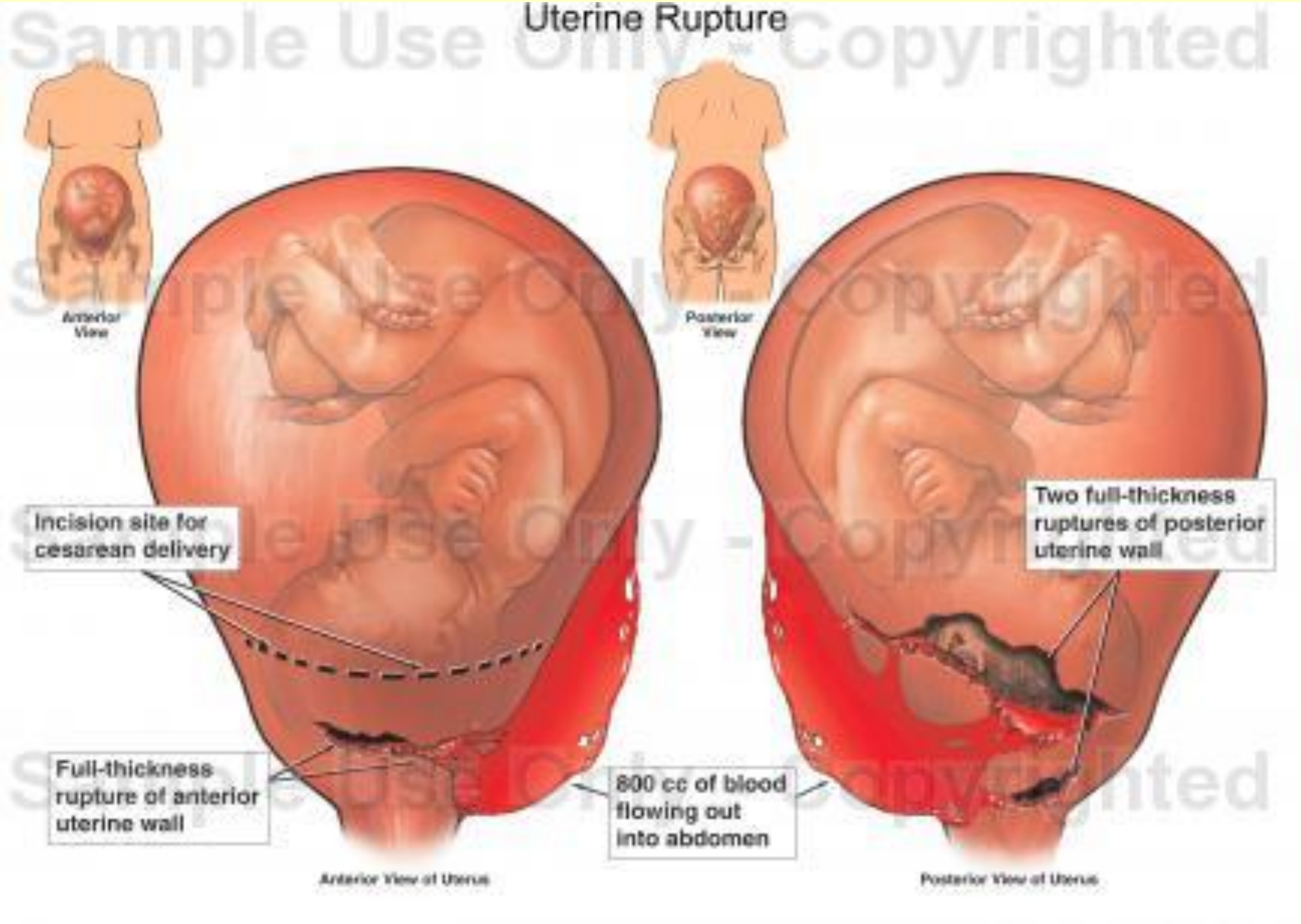
- میزان خونریزی ناشی از هماتوم های نفاسی بزرگ ، تقریبا همیشه بیشتر از مقدار برآورد شده بالینی است.
- هیپوولمی شایع بوده و هنگامی که ترمیم جراحی ضرورت می یابد ترانسفوزیون به طور شایع نیاز پیدا می کند.
- امروزه آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک (اولیه یا با احتمال بیشتر ثانویه در صورت شکست جراحی در برقراری هموستاز و یا در صورت دشوار بودن دسترسی به هماتوم با رویکرد جراحی) روشی متداول برای درمان برخی از هماتوم های نفاسی می باشد.

fppt.com

پارگی رحم:

- پارگی رحم ممکن است اولیه (در رحم سالم یا بدون اسکار) یا ثانویه (در رحمی با انسیزیون، آسیب یا ناهنجاری قبلی میومتر) باشد.
- پارگی رحم می تواند کامل (جداشدگی تمام لایه های دیواره رحم) و ناکامل (جداشدگی عضله رحم اما سالم ماندن صفاق احشایی) باشد.
- قبل از سال ۱۹۶۰، پارگی اولیه رحم غالب بود (با توجه به C/S کم و پاریته بالا) اما در طی دهه ۱۹۹۰ با افزایش تعداد C/S و به ویژه به دنبال شایع شدن آزمون بعدی لیبر در این زنان، پارگی رحم در محل اسکار هیستروتومی سزارین نوع غالب پارگی بود. امروزه میزان بروز هر دو نوع پارگی برابر است.

fppt.com


Uterine Rupture
Anterior View
Posterior View
Incision site for cesarean delivery
Two full-thickness ruptures of posterior uterine wall
Full-thickness rupture of anterior uterine wall
800 cc of blood flowing out into abdomen
Anterior View of Uterus
Posterior View of Uterus

پارگی تروماتیک رحم:

- با آن که رحم حامله متسع به طرز شگفت انگیزی در برابر ترومای کند مقاوم است اما زنان حامله ای که دچار این گونه تروماهای شکمی می شوند باید به دقت از نظر نشانه های پارگی رحم تحت نظر گرفته شوند.
- علل پارگی تروماتیک رحم که امروزه شایع نیستند: در اثر چرخش خارجی وچرخش پودالیک داخلی، زایمان دشوار با فورسپس، خارج سازی بریچ و بزرگی نامعمول جنین مثلا در هیدروسفالی

fppt.com

- **عوامل زمینه ساز:**

–اعمال و دستکاری ها بر روی میومتر : کورتاژ ، سوراخ شدن رحم، تخریب آندومتر

– مولتی پاریتی

–تحریک بیش از حد و نامناسب رحم با اکسی توسین

–توالی استفاده از پروستاگلندین و اکسی توسین و یا القای رحم با میزوپروستول

–ناهنجاری رحم یا حاملگی چند قلویی

–ضعف های ذاتی در عضله میومتر مانند ناهنجاری های آناتومیک، میوم، آدنومیوز و کوریوکارسینوم و اختلال بافت همبند مانند سندروم اهلرز دانلوس

پاتوژنز:

- پارگی رحم سالم (بدون آسیب قبلی) در طول لیبر، در اکثر مواقع سگمان تحتانی نـازک شـده را درگیر می کند.
- هنگامی که سوراخ کاملا در مجاورت سرویکس قرار دارد، اغلـب بـه صـورت عرضـی یـا مایـل گسترش می یابد.
- اگر سوراخ در بخشی از رحم که در مجاورت رباط پهـن قـرار داردایجـاد شـود، پـارگی معمـولا طولی خواهد بود. اگرچه این پارگی ها عمدتا در سگمان تحتانی رحم ایجاد می شوند، گسـترش یافتن آن ها به طرف بالا و به داخل سگمان فعال و یا به طرف پـایین بـه داخـل سـرویکس و واژن نامعلوم نیست. در برخی موارد مثانه نیز پاره می شود.

fppt.com

پاتوژنز:

- پیش آگهی جنین عمدتا باتوجه به درجه جدایی جفت و وسعت خونریزی و هیپوولمی مادر تعیین می شود.
- در برخی موارد صفاق پوشاننده سالم باقی می ماند و این حالت معمولا با خونریزی همراه است که به داخل رباط پهن گسترش می یابد و سبب هماتوم خلف صفاقی بزرگ و خونریزی گسترده می شود.

fppt.com

تشخیص:

- قبل از این که شوک هیپوولمیک رخ دهد، ممکن است علائم عجیب و غریب به نظر برسد. مثلا هموپریتوئن ناشی از پارگی رحم ممکن است در اثر تحریک دیافراگم سبب بروز دردی با ارجاع به قفسه سینه شود و شک به آمبولی را برانگیزد.
- **شایع ترین نشانه پارگی رحم: الگوی غیراطمینان بخش FHR همراه با افت های متغیر باشد** که به سمت افت های دیرهنگام، برادی کاردی و مرگ سیر کند.
- اگر عضو نمایش جنین در جریان لیبر وارد لگن شده باشد کاهش جایگاه با معاینه لگنی را می توان کشف کرد.
- اگر جنین به طور نسبی یا کامل از محل پارگی خارج شده باشد لمس شکم یا معاینه واژینال ممکن است به شناسایی عضو نمایش کمک کند.
- گاهی رحم سفت و منقبض در کنار جنین لمس می شود!

fppt.com

تدابیر درمانی و پیامدها:

- در موارد پارگی کامل ممکن است هیسترکتومی ضرورت پیدا کند.
- در موارد انتخابی می توان ترمیم با بخیه را توام با حفظ رحم انجام داد.
- پارگی رحم عامل ۱۴٪ مرگ های ناشی از خونریزی است.
- موربیدیتی و مورتالیتی پری ناتال در ارتباط با پارگی رحم به طور قابل ملاحظه ای افزایش پیدا می کند.
- یکی از نگرانی های اصلی این است که نوزادان زنده مانده دچار اختلالات شدید نورولوژیک می شوند.

fppt.com

شوک:

- در صورت عدم رسیدن خون کافی به اندام‌های حیاتی شوک رخ میدهد.
- در هر زمان که مادر دچار خونریزی شدید شود، باید علاوه بر درمان خونریزی باید مراقب نشانه های شوک در مادر باشید.
- ارزیابی سریع نشانه های شوک:
- HR ۱۱۰ بار یا بیشتر و ضعیف، فشار سیستولیک کمتر از ۹۰
- تنفس بیش از ۳۰
- رنگ پریدگی اطراف پلک دهان و کف دست
- تعریق پوست سرد و چسبناک
- اضطراب گیجی و ناهوشیاری
- کاهش برون ده ادرار
- (گیجی، پریشانی، عدم هوشیاری، HR ضعیف و BPبسیار پایین از نشانه های دیرهنگام شوک است)

fppt.com

طبقه بندی شدت خونریزی	مرحله ۱	مرحله ۲	مرحله ۳	مرحله ٤
میزان خون از دست رفته(ml)	< ۱۰۰۰	۱۰۰۰–۱۵۰۰	۱۵۰۰ ـ۲۰۰۰	بیش از ۲۰۰۰
تعداد ضربان قلب	< ۱۰۰	۱۰۰–۱۱۹	۱۲۰ ـ ۱٤۰	> ۱٤۰
فشار خون	طبیعی	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	کاهش	کاهش
فشار نبض	طبیعی	کاهش	کاهش	کاهش
تعداد تنفس در دقیقه	طبیعی (۲۰-۱٤)	۲۰ –۳۰	۳۰ –٤۰	> ۳۵
برون ده ادراری (*ml/hr*)	طبیعی (۵۰-۳۰)	۲۰ ـ ۳۰	۵ ـ ۱۵	آنوری/ بسیار جزیی
وضعیت هوشیاری	کمی مضطرب	مضطرب (Anxious)	گیج(Confused)	گیج و لتارژیک
مایع جایگزین جبرانی موردنیاز	کریستالویید	کریستالویید	کریستالویید و خون	کریستالویید و خون

fppt.com

اداره شوک:

- در صورت شک به ایجاد شوک در مادر باید یک تیم سریعا وارد عمل شود.
- با فریاد کمک بخواهید
- اطمینان از تنفس بیمار، در صورت عدم تنفس عملیات احیا شروع شود.
- اکسیژن تراپی با دوز ۶ تا ۸ لیتر در دقیقه
- چک علائم حیاتی و انقباضات رحم
- نمونه گیری تعیین میزان هموگلوبین و هماتوکریت و کراس مچ
- گرفتن سریع دورگه باز با نیدل شماره ۱۶ (آنژیوکت طوسی) یا ۱۸ (سبز) و تجویز فوری رینگر لاکتات یا نرمال سالین
- فیکس کردن سوند فولی
- استفاده سریع از لباس ضد شوک و گرم نگه داشتن مادر و بالا بردن پاهای بیمار.
- در صورت کم خونی شدید مادر هموگلوبین کمتر از ۷ و یا هماتوکریت کمتر از ۲۰ اقدام به ترانس خون.
- پس از اقدامات فوق علائم بروز شوک: فشار خون و ضربان قلب میزان خون از دست رفته هر ۱۵ دقیقه بررسی و ثبت شود.
- این کار تداوم دارد تا زمان استیبل شدن وضعیت مادر(HR کمتر از ۹۰، فشار سیستولیک بیش از ۱۰۰، دفع ادرار بیش از ۳۰ سی سی در ساعت، عدم وجود اضطراب و گیجی)

fppt.com

Start emergency management
اقدام به مدیریت اضطراری
1
2
3
4
5
Urine
6

fppt.com

استفاده از لباس ضد شوک:

- در مادرانی که در معرض خطر شوک و یا دچار شک شده اند از این لباس استفاده می شود.
- با استفاده از این لباس می‌توان مادرانی که نیاز به انتقال و یا جراحی که با تاخیر صورت میگیرد، جان مادر را نجات داد.
- لباس ضد شوک درمان علت خونریزی نیست، فرصتی برای انتقال بیمار و یافتن درمان مناسب می باشد.

- لباس ضد شوک پوششی است که با فشار بر روی اندامهای تحتانی و شکم، خون را به سمت اعضای حیاتی هدایت می کند تا وضعیت مادر دچار شوک پایدار نشود.

- تا زمان یافتن علت و یا انجام تمام مراحل کنترل خونریزی و درمان ان(منجمله جراحی) باید لباس ضد شوک برتن بیمار باشد.
- نکات مهم در طول استفاده از لباس ضد شوک: تنگی نفس و کاهش برون ده ادرار

fppt.com

- درمان قطعی خونریزی های غیرقابل تحمل و حجیم هیسترکتومی

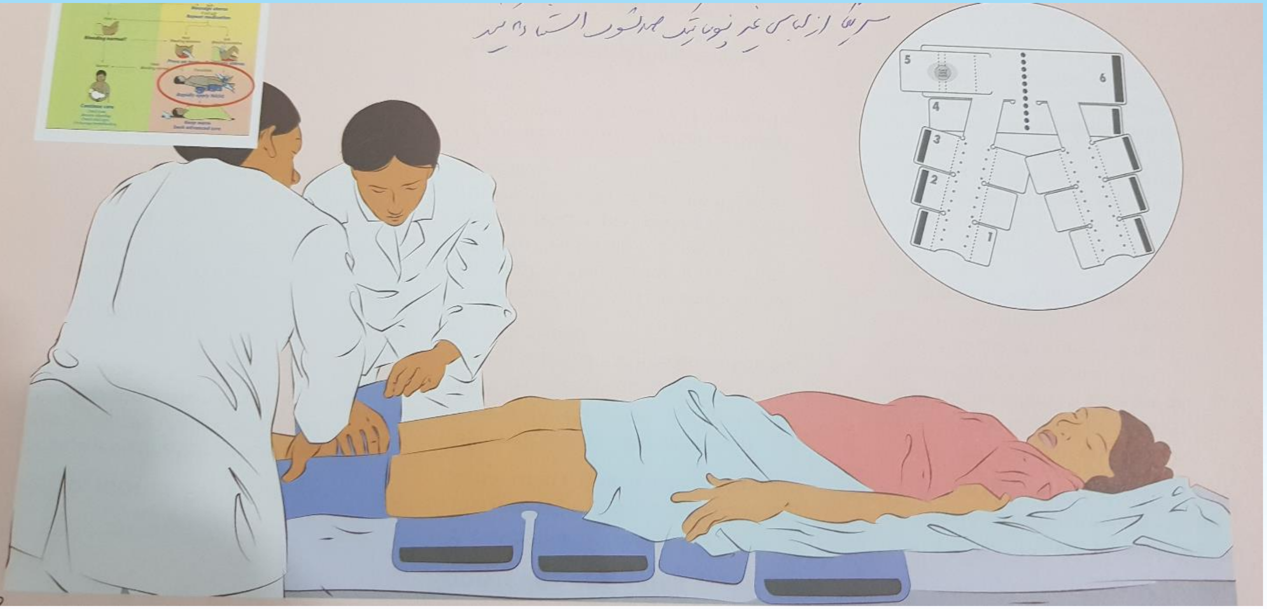


Figure 2: Demonstration of NASG application and removal in a training session.

- در صورتی که حداقل ۲ ساعت پس از استفاده از لباس موارد زیر مشاهده گردید می‌توان آن را خارج کرد:
- HR کمتر از ۱۰۰
- BP سیستولیک ۱۰۰ و یا بیشتر
- میزان خونریزی نرمال باشد
- در هنگام درآوردن لباس باید IV تراپی برقرار باشد.
- از بندهای روی قوزک پا شروع کنید ، ۱۵ دقیقه صبر کنید، VS بیمار را کنترل کنید. در صورتی که HRبیش از ۲۰ ضربان افزایش پیدا نکرد و یا فشار سیستولیک بیش از ۲۰ میلیمتر افت نکرد، جفت بند بعدی را باز کنید.

- اگر میزان افزایش ضربان قلب و یا افت فشار خون بیش از مواردی که گفته شده باشد باید دوباره لباس بسته شود.(از آخرین بند ای که باز شده به سمت پایین)

fppt.com

اصول کلی کنترل و درمان شوک هیپوولمیک:

- یکی از اجزای اصلی درمان، جایگزینی مایع خارج سلولی
- حفظ برون ده ادراری حداقل 30 سی سی در ساعت و هماتوکریت در سطح 30%
- جایگزینی مایعات حدود 3 برابر مقدار تخمینی خون از دست رفته

fppt.com

در موارد شوک هموراژیک حاد، تجویز خون به همراه محلول کریستالوئید در مقایسه با ترانسفوزیون خون به تنهایی، با افزایش میزان بقا همراه است.

پروتکل خونریزی های حجیم:

- بالا کردن پاهای مادر برای بهبود بازگشت وریدی
- تخلیه مثانه با کتتر فولی
- جهت کاهش خطرات کوآگولاپاتی های مصرفی و سایر عوارض خونریزی های پس از زایمان : به ازای هر ۴ تا ۶ واحد پک سل، ۴ واحد FFP و ۱ واحد پلاکت.

- درمان های جهت نگهداری رحم :

۱- پک کردن رحم : با استفاده از گاز ساده یا گاز آغشته به ماده وازوپرسین، کیتوسان یا کاربوپرست

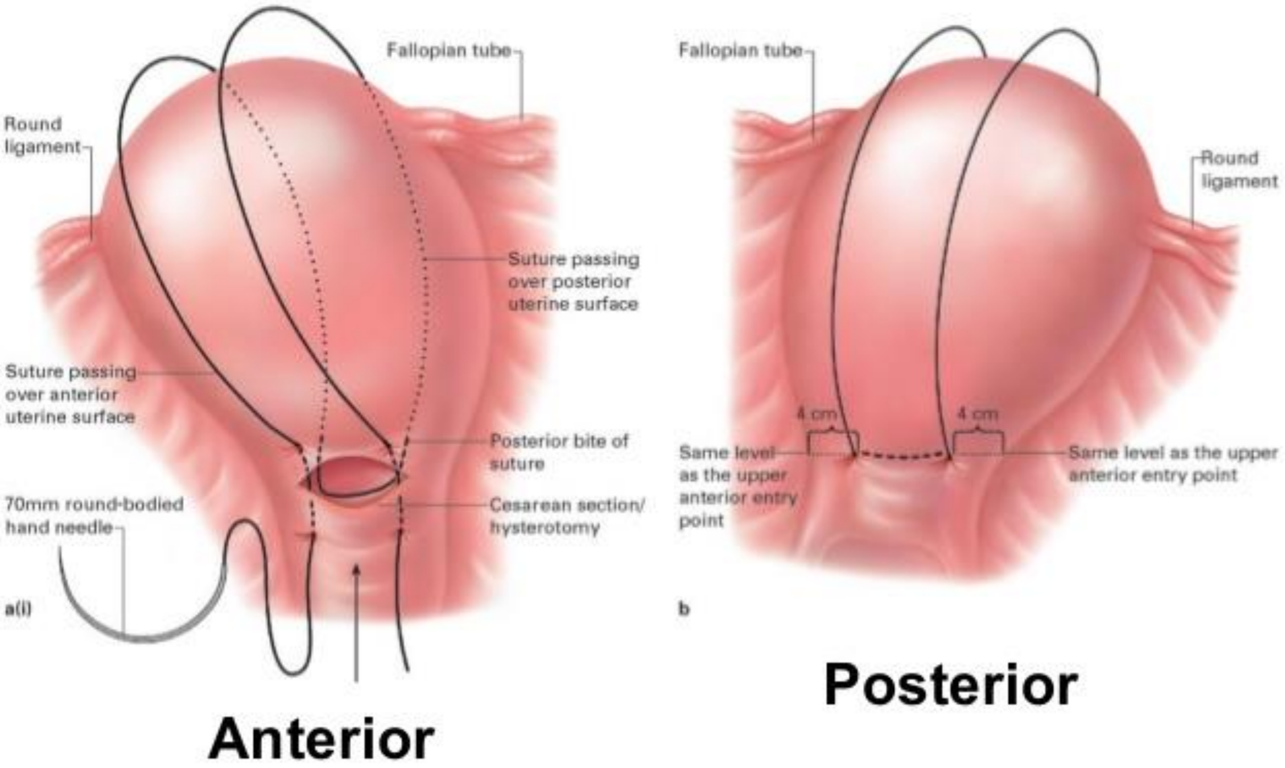
۲- تامپوناد با بالون (سوند باکری*) (فشار مستقیم بر محل های بالقوه خونریزی دهنده)

۳- بخیه های فشاری B-Lynch

۴-بستن شریان رحمی، آمبولیزاسیون شریان رحمی،بستن شریان ایلیاک داخلی، آمبولیزاسیون آنژیوگرافیگ

fppt.com

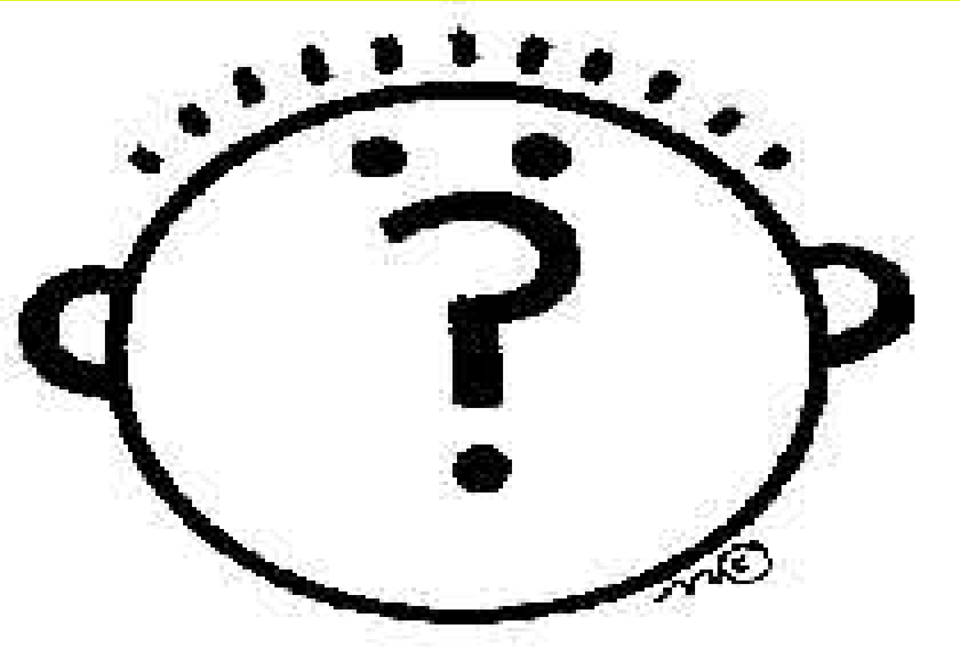
B-Lynch Suture



fppt.com

در موارد خونریزی های غیرقابل کنترل که به داروها و اقدامات ذکر شده پاسخ نداده اند اقدامات جراحی شامل:

- بستن شریان رحمی
- بستن شریان ایلیاک داخلی
- استفاده از بخیه های فشاری رحم
- آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک
- قرار دادن کاتتر شریان لگنی قبل عمل

fppt.com

shutterstock.ir