

فونرینر سیراز زایمان

1

مهناز شفیعان
عضو هیات علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام

➤ خونریزی زودرس پس از زایمان

- از دست دادن حدود ۵۰۰ سی سی و یا بیشتر از ۵۰۰ سی سی خون طی ۲۴ ساعت پس از زایمان طبیعی
 - از دست دادن بیش از ۱۰۰۰ سی سی خون پس از عمل جراحی سزارین
 - ده درصد کاهش در میزان هماتوکریت پس از زایمان
- نکته:** تا زمانی که ۱۰٪ یا بیشتر از حجم کلی خون از دست نرفته باشد، **علائم خونریزی** شامل هیپوتانسیون، گیجی، رنگ پریدگی، تائیکاردی، تئاکسی پنه و اولیگوری ظاهر نخواهد شد.

➤ روش تخمین حجم خونریزی بر اساس حجم کلی خون بدن

- ✓ برای تعیین حجم کل خون، در افراد غیر باردار وزن بدن را بر حسب کیلوگرم به ۱۲ تقسیم می کنیم
اما در زنان باردار ترم، وزن بدن را به ۱۰ تقسیم می کنیم.
- ✓ از آنجا که در زمان ترم حجم خون به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به میزان ۱۰۰ سی سی میرسد (به طور مثال در یک خانم باردار ۷۰ کیلوگرمی انتظار داریم حجم خون به ۷ لیتر برسد)، از دست دادن بیش از ۴۰ درصد حجم کل خون (حدود ۲۸۰۰ ml) برای حیات زن باردار تهدید کننده است.

➤ روش تخمین حجم خونریزی بر اساس خون از دست رفته

- ✓ تخمین چشمی حجم خونریزی ممکن است ۳۰ تا ۵۰ درصد کمتر از مقدار واقعی باشد، که در دسترس ترین روش برای تخمین حجم تقریبی است.
- ✓ به میزان خیس شدن شان زیر مادر و گازهای مصرف شده توجه شود.

➤ معیار های خونریزی پس از زایمان :

5

Scant: میزان خون و لوشیا حدود ۱۰ سی سی و یا کمتر از ۵ سانتی متر از پد آغشته به خون است.

Light: میزان خون و لوشیا از ۱۰ تا ۲۵ سی سی و یا کمتر از ۱۰ سانتی متر از پد آغشته به خون است.

Moderate: میزان خون و لوشیا از ۲۵ تا ۵۰ سی سی و یا کمتر از ۱۵ سانتی متر از پد آغشته به خون است.

Urge/ Heavy/Profuse: میزان خون و لوشیا از ۵۰ تا ۸۰ سی سی و یا یک پد در مدت ۲ ساعت کاملاً به

خون آغشته می شود.

Excessive: یک پد در مدت ۱۵ دقیقه کاملاً به خون آغشته می شود و یا خون در زیر باسن مادر جمع شده

است.

*لخته بزرگتر از یک لیمو و خروج ناگهانی حجم زیاد خون نیز نشانه خونریزی زیاد می باشد.

➤ سایر معیارهای تشخیص خونریزی پس از زایمان

- تغییر در برون ده ادراری (میزان ادرار ۶۰ سی سی در ساعت و یا حداقل ۳۰ سی سی در ساعت)
- تغییر در شرایط پوست (تعریق، سرد شدن، خاکستری یا رنگ پریدگی بخصوص اطراف دهان)
- تغییر هماتوکریت به میزان ۱۰٪ نسبت به میزان هماتوکریت در زمان پذیرش (از دست دادن ۱۰۰۰ سی سی خون در مدت یک ساعت باعث کاهش هماتوکریت به میزان ۱۰٪ می شود).
- تغییر سطح هوشیاری و گیجی
- عطش به آب و هوا و حالت خمیازه
- لرز و بی قراری

نکته ۱: خونریزی شدید مداوم طی ۱۵ دقیقه می تواند بدون علایم بالینی باعث شوک شود. وجود علایم

(احساس ضعف، سبکی سر، حالت مگس پرانی جلوی چشم، اضطراب و عطش هوا) نیاز به بررسی دارد.

نکته ۲: لرز بعد از زایمان و لرزش چانه طبیعی است. این حالت بعد از مدت کوتاهی با گرم نگه داشتن مادر

با پتو و اطمینان دادن به او از بین می رود.

نکته ۳: در صورت جریان خون مداوم، احتمال پارگی وجود دارد.

نکته ۴: در صورت دفع بافت، احتمال باقی ماندن جفت و پرده ها وجود دارد.

➤ اداره خونریزی پس از زایمان

اگر در خانمی خونریزی زودرس پس از زایمان اتفاق افتاد و یا با مقادیر کمتر خونریزی، علایم شوک و یا تائیکاردی ظاهر شود سریعاً باید برای احیا و برقراری هموستاز اقدام شود.

کنترل خونریزی پس از زایمان با انجام اقدامات زیر صورت میپذیرد:

□ **مداخلات دارویی** شامل استفاده از یوتروتونیک هاست.

□ **مداخلات مکانیکی** شامل اقدامات محافظه کارانه از قبیل ماساژ رحمی و فشار بر روی رحم است.

□ **مداخلات جراحی:** در صورت عدم کنترل خونریزی مداخلات جراحی نیز ضرورت می یابد.

➤ **همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود:**

□ درخواست کمک

□ 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 ۱۴-۱۶ چون همراه با تزریق خون، تزریق کریستالوئید با اکسی

توسین ادامه خواهد یافت.

□ گذاشتن کاتتر فولی برای پایش برون ده ادراری

➤ **همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود(ادامه):**

□ **ارسال نمونه خون وریدی برای انجام آزمایشات زیر:**

✓ شمارش کامل سلولهای خونی (CBC)

✓ تعیین گروه خون و ارهاش و غربالگری آنتی بادی ها در صورت امکان

✓ رزرو ۴ واحد خون کراس مچ شده (نمونه خونی که برای کراس مچ استفاده می شود باید کمتر از ۷ روز عمر داشته باشد).

✓ تعیین وضعیت انعقادی (فیبرینوژن، PT، PTT). فیبرینوژن زودتر از سایر فاکتور ها افت می کند. میزان

طبیعی آن ۳۵۰-۶۵۰mg/dl است و در خونریزی شدید به کمتر از ۲۰۰ می رسد که نیاز به تزریق خون یا فراورده های خونی دارد.

➤ **همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود(ادامه):**

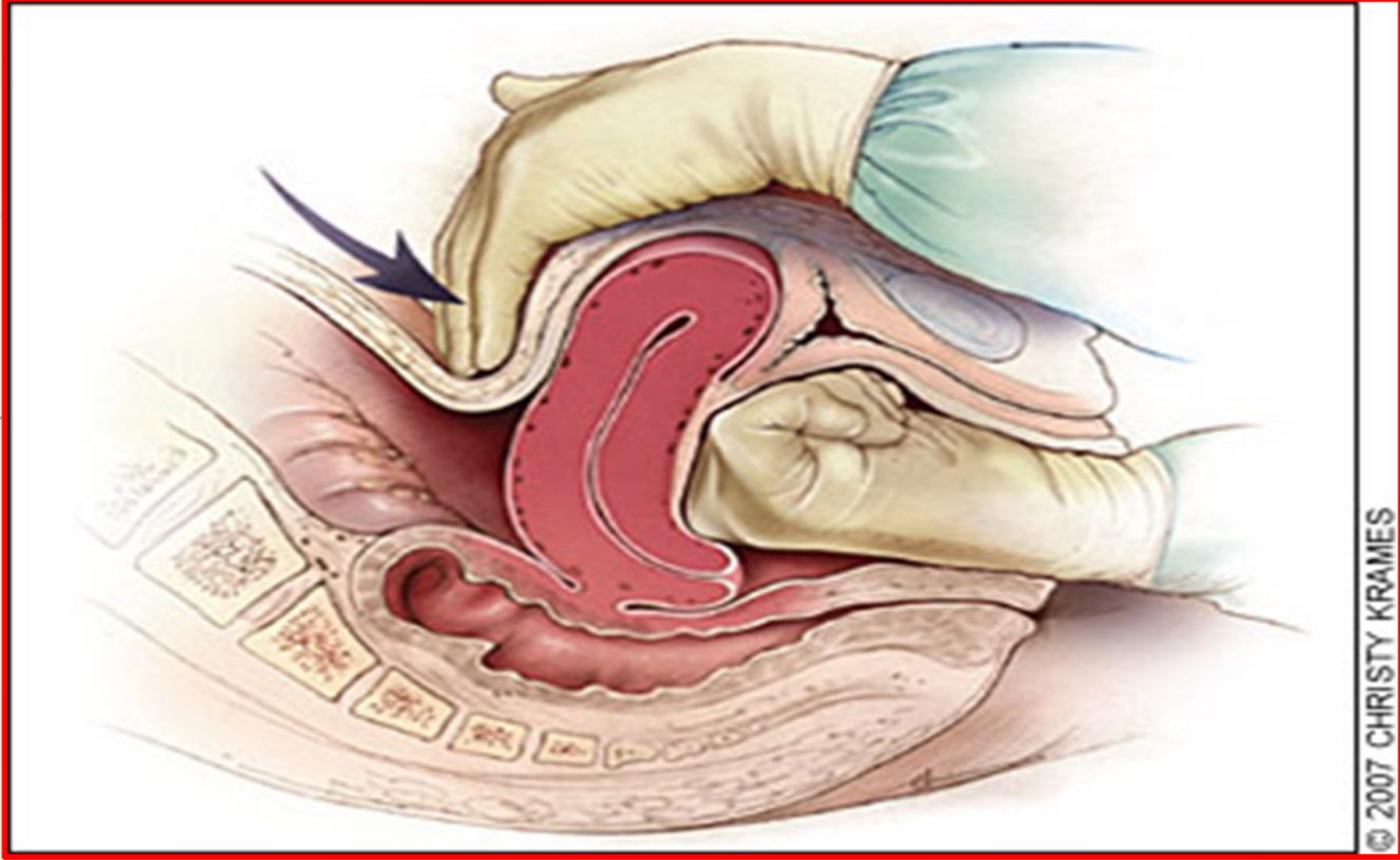
□ کنترل علائم حیاتی؛ درجه حرارت هر ۱۵ دقیقه یکبار، کنترل نبض (با استفاده از پالس اکسی متر) ، فشار

خون و تنفس هر ۱۵ دقیقه و برای خونریزی شدید و مهلک مانیتورینگ مداوم

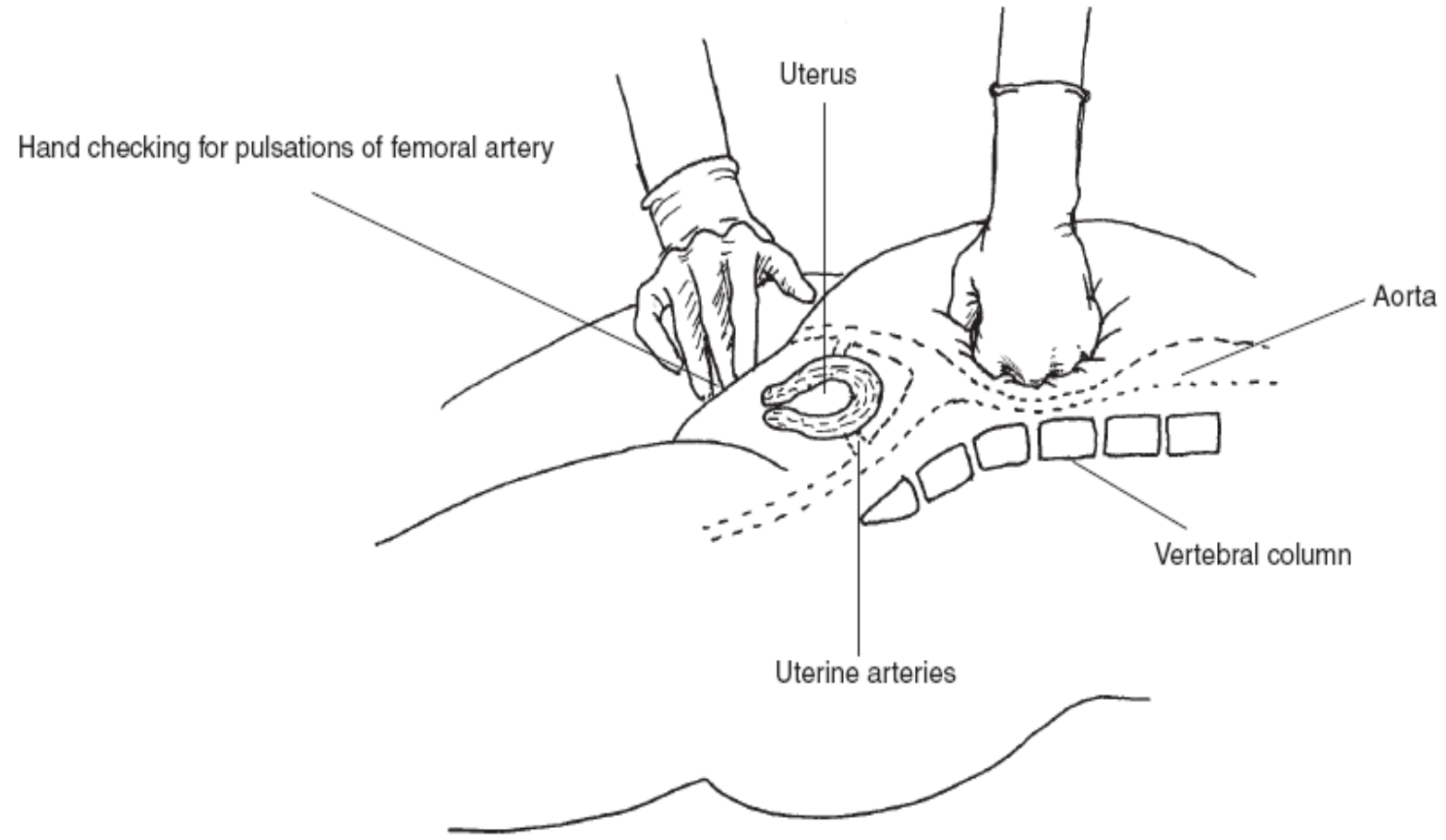
□ دادن اکسیژن با ماسک ۱۰-۱۵ لیتر در دقیقه

□ دادن مایعات کریستالوئید مانند محلول رینگر لاکتات، نرمال سالین، حداکثر ۳/۵ لیتر تا زمان دریافت خون

□ ماساژ دو دستی رحم و فشار روی آئورت شکمی همزمان با اقدامات فوق



نحوه انجام کمپرسیون دستی شریان آئورت



➤ همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود(ادامه):

- 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.
- ✓ میزان مایعات دریافتی، محصولات خونی و خون ثبت گردد.

➤ علل خونریزی بلافاصله پس از زایمان (4 T) :

۱-آتونی (Tone)

۲-احتباس جفت (Tissue)

۳-آسیب دستگاه تناسلی (Trauma)

۴-اختلال انعقادی (Thrombin)

۱- اداره 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: (موارد هشدار)

□ استفاده از القا یا اگمنتیشن در طول زایمان

□ بیهوشی عمومی

□ دوقلو و یا تولد چندقلویی

□ افزایش مقدار مایع آمنیوتیک (polyhydramnios)

➤ علل مساعد کننده آتونی رحم: (موارد هشدار)

- 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)

➤ اداره خونریزی ناشی از آتونی: ۱- مداخلات دارویی

18

عوارض 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	نبایستی به صورت یکدفعه و سریع داخل وریدی تزریق شود. (در صورت احتمال کلاپس قلبی عروقی و افت شدید فشار خون 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 ۲/۰ میلی گرم و تکرار درمان ۲/۰ 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 امکان است پاسخ هیپرتانسیون شدید ایجاد شود و احتمال خونریزی مغزی وجود دارد
۳	پروستاگلاندین F2α	– تزریق عضلانی ۲۵۰ میکرو گرم تکرار هر ۱۵-۹۰ 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	میزوپروستول (PGE ۱)	۴۰۰ تا ۸۰۰ میکرو گرم زیر زبانی یا ۴۰۰ میکرو گرم زیار زبانی و ۶۰۰ میکرو گرم رکتال (هر قرص ۲۰۰ میکرو گرم است)	به طور نادر حساسیت به دارو	تهوع، استفراغ، اسهال، لرز، تب (گذرا) و سردرد
۵	فاکتور هفت RFVIIa	۴۰-۶۰ میکرو گرم / کیلو گرم		
۶	ترانس 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 $F2\alpha$ را در دیواره رحم تزریق کرد و اگر لاپاراتومی نشده بود باز هم از دیواره شکم می توان تزریق رحمی انجام داد.

❖ 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، $RFVII \alpha$ ممکن است برای کمک به کنترل خونریزی بکار رود.

➤ نکته مهم:

❖ 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.

➤ اداره خونریزی ناشی از آتونمی:

۲- مداخلات مکانیکی

اقدامات غیر داروئی یا مکانیکی به ترتیب اولویت شامل:

✓ ماساژ دو دستی

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

✓ تکنیکهای جراحی

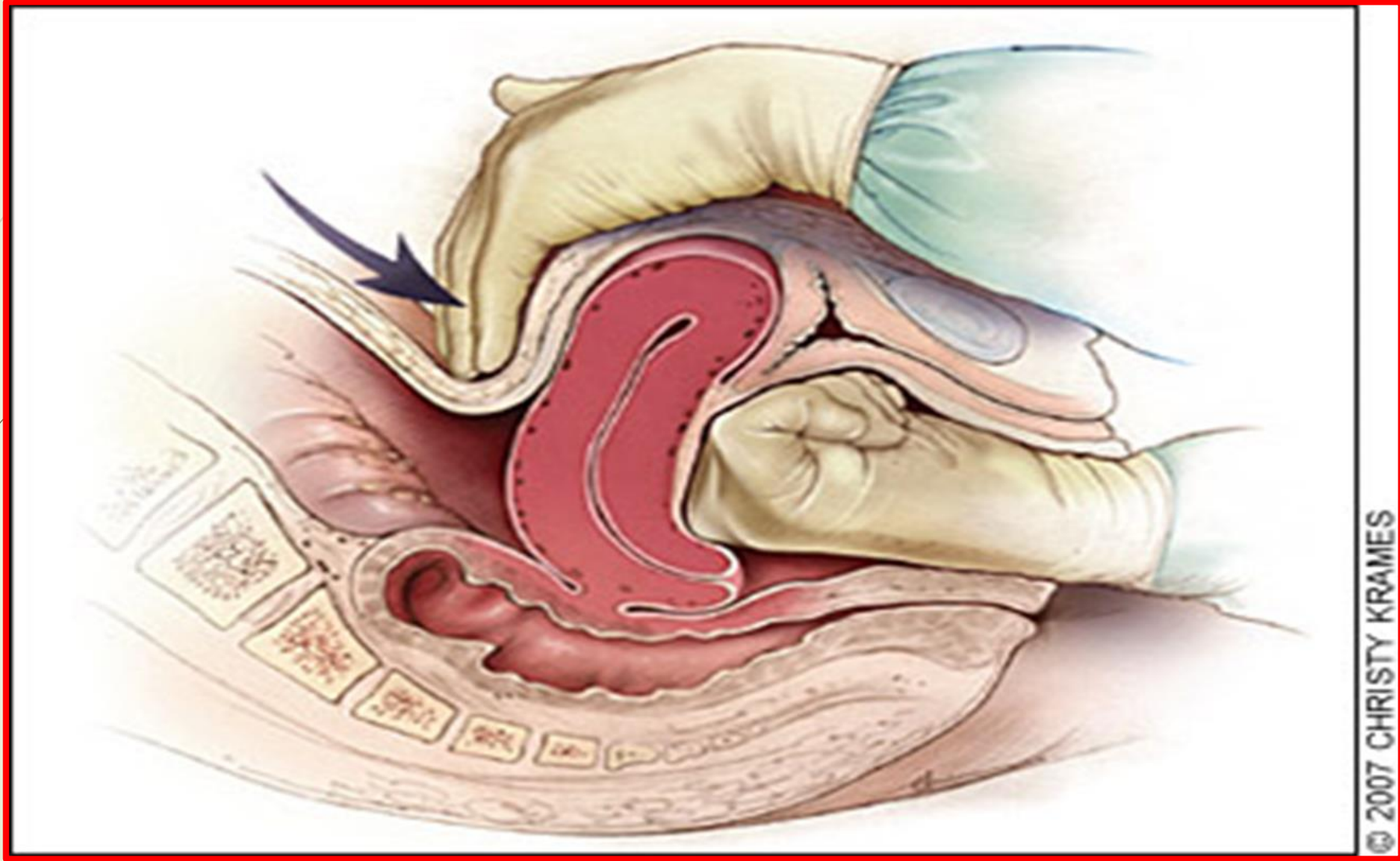
➤ ماساژ رحمی:

✓ یکی از روش های اداره فعال مرحله سوم زایمان برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان (PPH)، ماساژ رحمی است که باید به محض تشخیص خونریزی پس از زایمان برای اطمینان از انقباض رحمی و قطع خونریزی انجام شود.

✓ فشردن 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.

✓ 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 نمیشود.



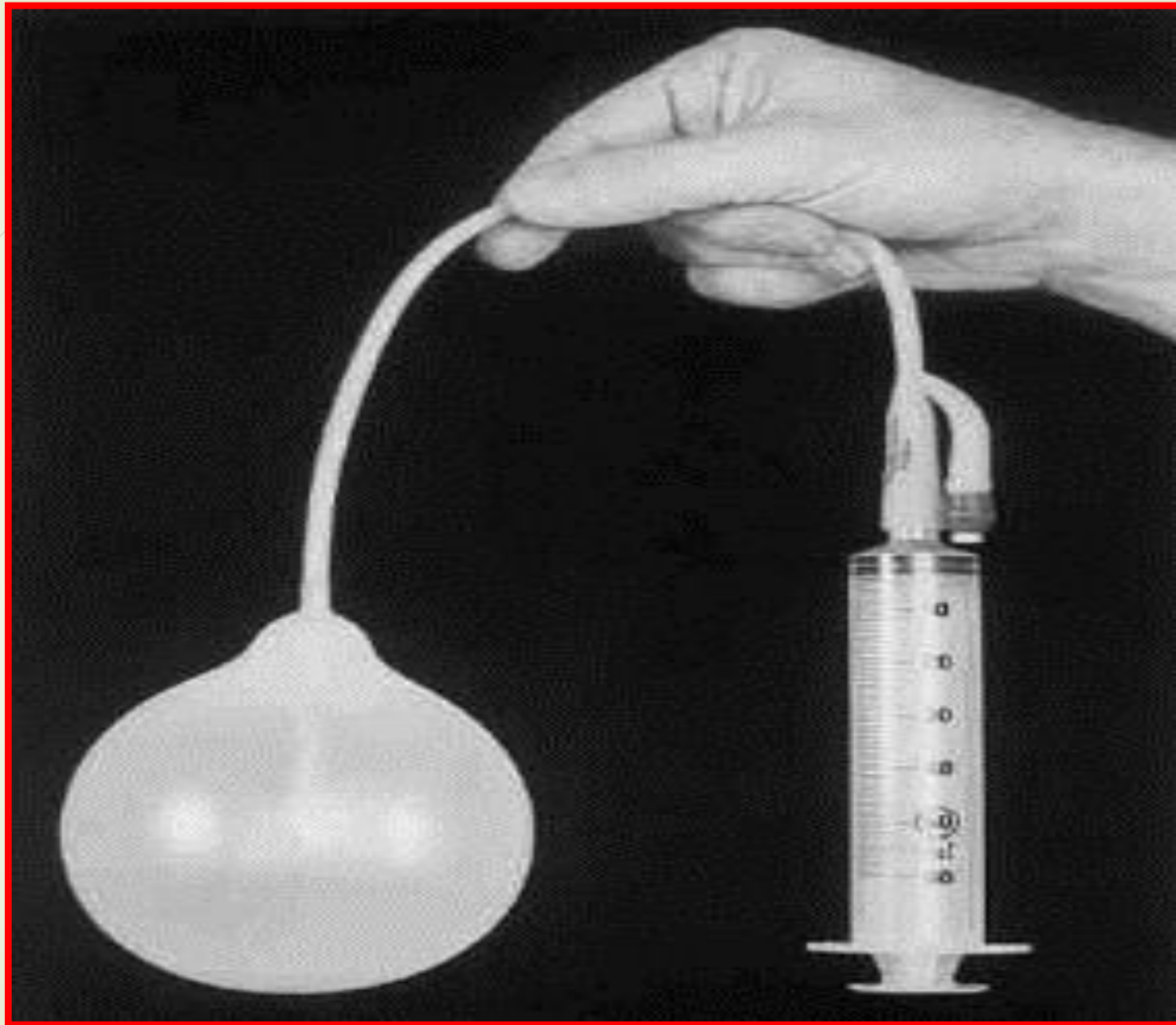
- ✓ **پک داخل رحم باید در خانم هایی که خونریزی پس از زایمان (PPH) مقاوم به درمان دارند و دچار آتونی رحم هستند و تمایل به حفظ باروری دارند انجام شود.**
- ✓ **هم چنین در خانم هایی که خونریزی پس از زایمان (PPH) دارند و به داروهای یوتروتونیک جواب نمیدهند و یا در مواردی که این داروها در دسترس نیستند می توان داخل رحم را پک کرد.**
- ✓ **به این منظور میتوان از گاز استریل آغشته به ۵۰۰۰ واحد ترومبین و ۵ میلی لیتر نرمال سالین استریل استفاده نمود.**

➤ **پک کردن رحم**

ابزارهای دیگری که برای این منظور به کار میروند عبارتند از:

✓ **بالون (سوند فولی)**

نکته: در صورت کنترل خونریزی بالون یا پک باید بعد از ۲۴ ساعت خارج شود.



➤ نکات مهم در استفاده از سوند فولی:

□ ۳-۴ عدد سوند فولی شماره ۱۶ را داخل رحم قرار داده و بادکنک آنها را به میزان ۶۰-۸۰ سی سی با محلول نرمال سالین پر کنید. انتهای باز کاتتر فرصت درناژ را فراهم می کند. کاتتر ۱۲-۲۴ ساعت بعد باید برداشته شود.

□ به دلیل خطر عفونت هنگام استفاده از تامپون رحمی تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف (۵/۱ mg/kg جنتامایسین هر ۸ ساعت یا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت تا خروج سوند) توصیه می شود.

➤ نکات مهم در استفاده از سوند فولی:

- در این موارد با متوقف شدن خونریزی پس از ۴-۵ ساعت، از حجم مایع داخل بالونها کم کرده و مجدداً خونریزی چک شود. در صورت بروز خونریزی مجدداً بالون ها پر شده و تا ۲۴ ساعت نگهداری شود. پس از ۲۴ ساعت بایستی طی دو مرحله (مرحله اول کاهش حجم و بررسی خونریزی سپس تخلیه کامل و خروج بالون ها) انجام شود.

➤ مداخلات جراحی

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

✓ سوچور فشاری (Compression sutures)

✓ بستن شریان رحمی، شریان های تخمدانی و ایلیاک داخلی

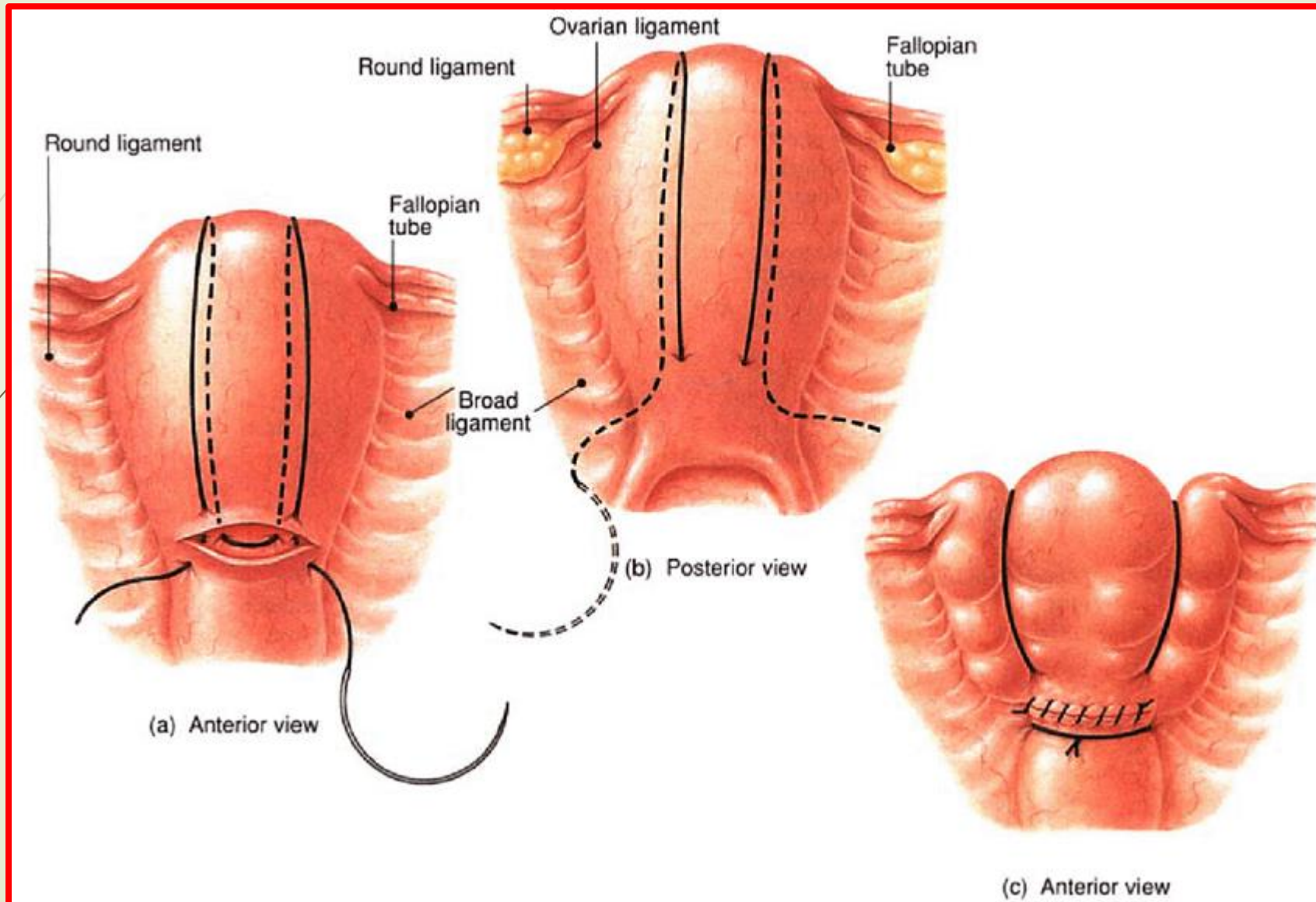
✓ هیسترکتومی توتال و یا ساب توتال.

➤ مداخلات جراحی

۱- سوچور فشاری:

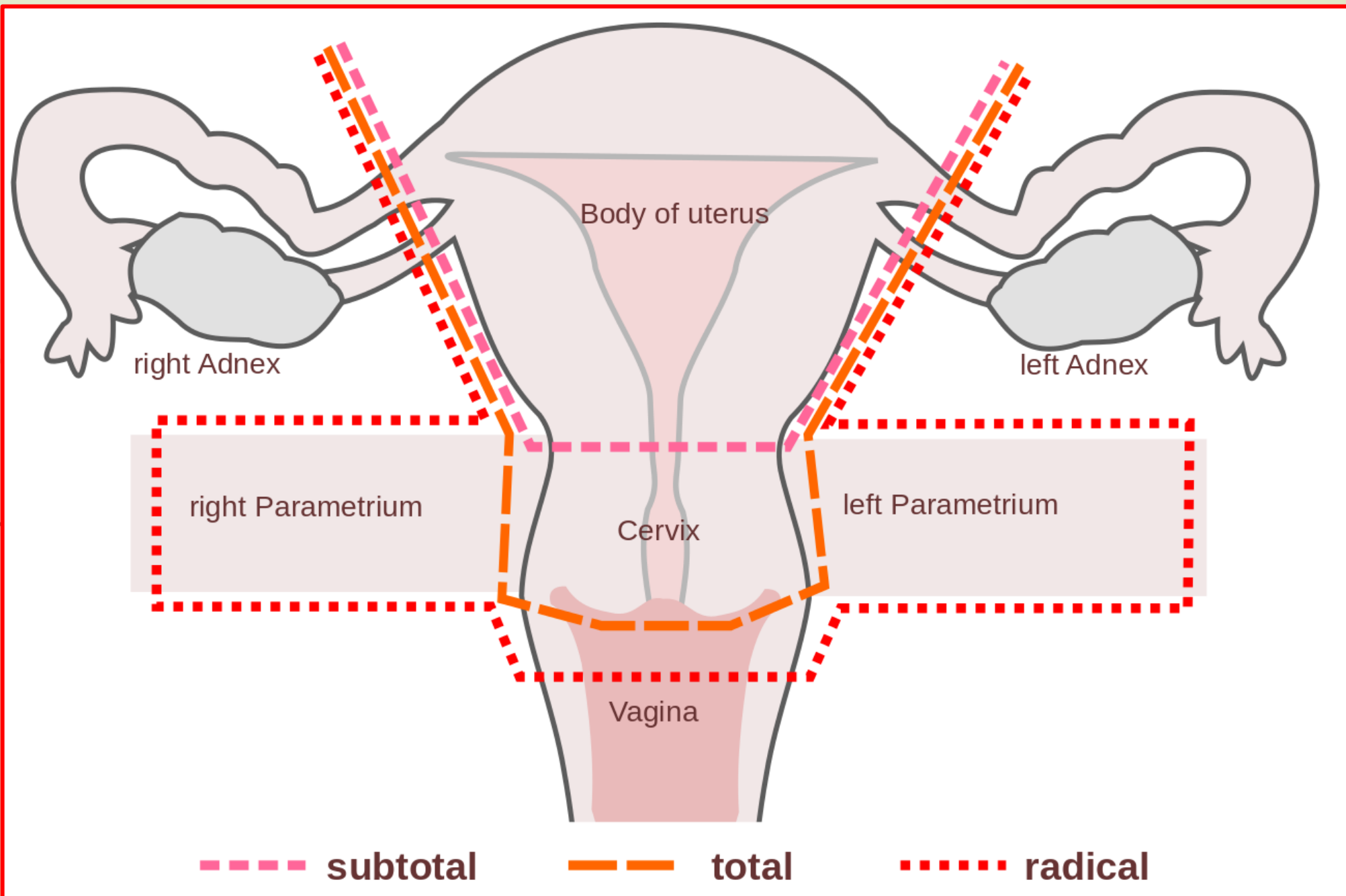
- ✓ برای کنترل خونریزی ناشی از آتونی رحم، جفت سر راهی و یا پلاستنا اکرتا به کار میرود.
- ✓ در این روش با اتصال دیواره قدامی و خلفی به همدیگر فضای حفره رحمی حذف میشود.

B-LYNCH



۴-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.



- ✓ تصمیم گیری سریع، صحیح و اقدام به موقع موجب نجات جان مادر است.
- ✓ اگر بیمار خواستار بارداری نیست، هیستریکتومی همواره بهترین انتخاب است.
- ✓ کارایی روشهای کم تهاجمی در کنترل خونریزی باید به سرعت ارزیابی شود.
- ✓ با این حال استفاده از روشهای محافظه کارانه همواره بر روشهای تهاجمی مقدم است.
- ✓ تهیه و آماده سازی محصولات خونی معمولاً زمان بر است. بنابراین خون و فراورده های خونی باید هر چه سریعتر درخواست شود.
- ✓ اگر دلیل هیستریکتومی آتونی رحم است، باید مستندات مربوط به همه اقدامات درمانی در پرونده بیمار موجود باشد.

➤ ملاحظات پس از کنترل خونریزی

***پیشگیری از آمبولی: ۲۴ ساعت پس از قطع خونریزی برای پیشگیری از ترومبوز وریدی،**

پروفیلاکسی ترومبو آمبولی شروع شود.

***کنترل عفونت: برای کنترل خونریزی دیررس پس از زایمان (۲۴ ساعت تا ۱۲ هفته پس از زایمان)**

اگر عفونت وجود داشت باید مطابق پروتکل تب پس از زایمان اقدام شود.

***کنترل علائم حیاتی، میزان خونریزی و برون ده ادراری انجام شود.**

۲- اداره خونریزی ناشی از احتباس جفت

— در صورت مدیریت فعال مرحله سوم زایمان، عدم خروج جفت تا ۳۰ 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 فیروئید، دو شاخ و یا سپتوم دار)
- ✓ چسبندگی جفت (جفت آکرتا، اینکرتا و پرکرتا)

✓ خونریزی پس از زایمان، شوک، عفونت، توقف یا کندی بازگشت رحم به وضعیت طبیعی، 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 میچ، رزرو خون

➤ ادامه اصول اقدامات درمانی در احتباس جفت

➤ □ تخلیه مثانه با سوند

□ اطلاع رسانی به مادر و همراهان از وضعیت موجود

□ اطلاع به سرویس بیهوشی و متخصص زنان دیگر

□ 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 ۸۰ کیلوگرم ۲ گرم

سفازولین)

➤ ادامه اصول اقدامات درمانی در احتباس جفت

➤ □ خروج دستی جفت تحت بیهوشی یا بی حسی موضعی موثر و رعایت نکات استریل (پوشیدن دستکش

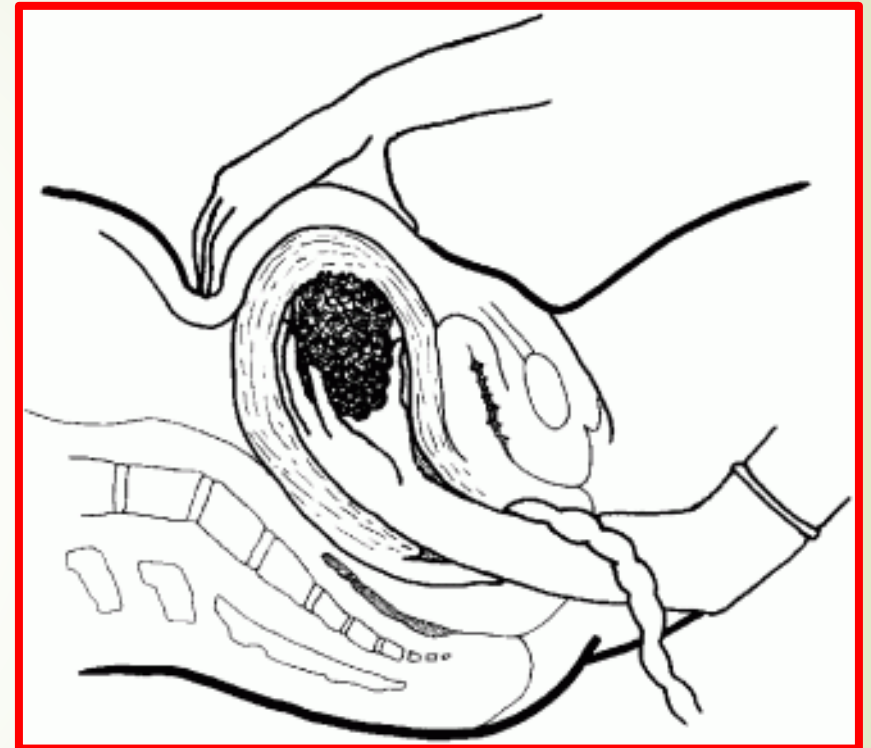
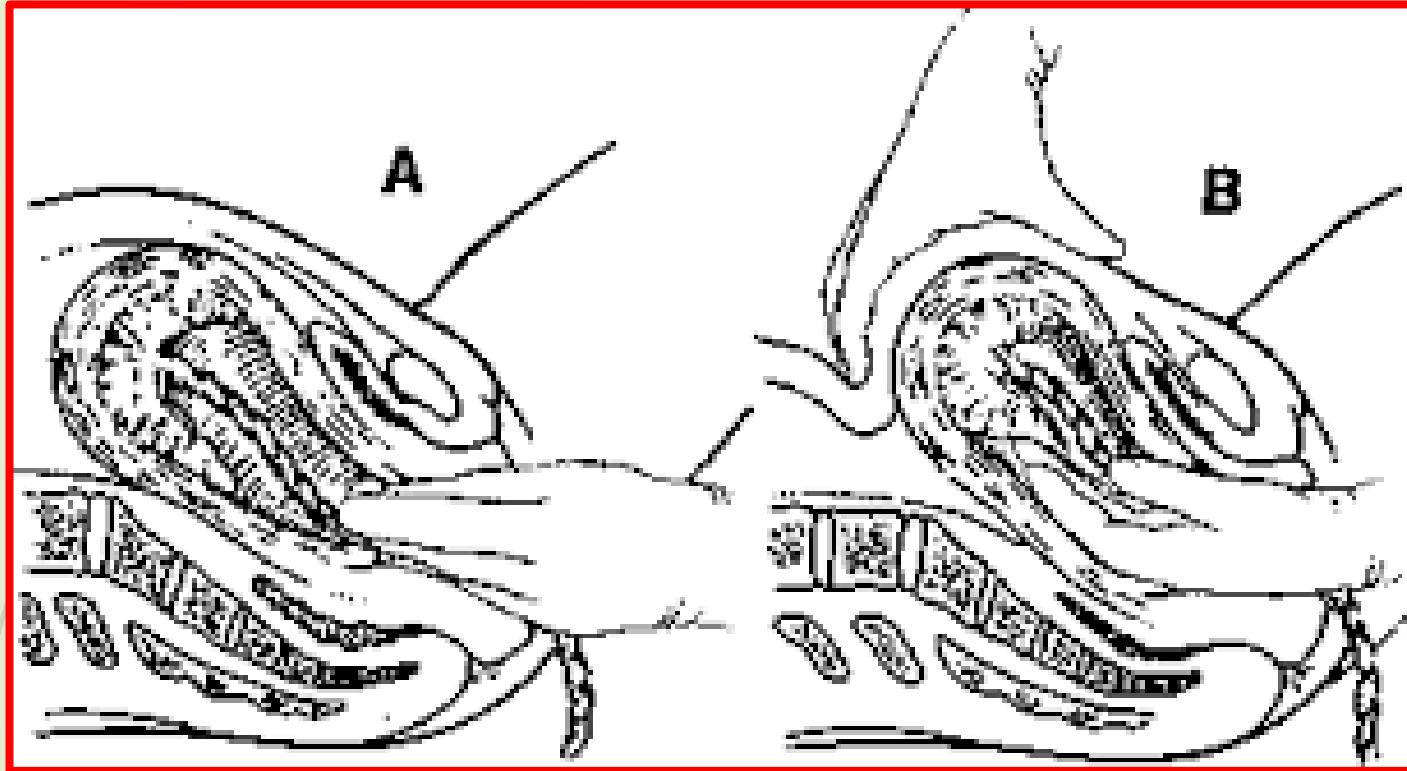
استریل، پرپ واژن و پرینه)

□ پس از اطمینان از خروج کامل جفت تجویز ۴۰ واحد اکسی توسین در ۵۰۰ میلی لیتر نرمال سالین،

برای شروع ۱۰۰ میلی لیتر در ساعت اول و ادامه آن برای ۴ 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



۳- اداره خونریزی ناشی از آسیب دستگاه تناسلی

آسیبهای دستگاه تناسلی شامل:

✓ همتوم یا پارگیهای واژن، سرویکس و همتوم لیگامان پهن

✓ پارگی رحم

✓ وارونگی رحم

➤ 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.

✓ علائم پارگی رحم: خونریزی واژینال، درد شکم، تاکیکاردی در مادر

✓ پارگی کمتر از ۲ 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 هیستریکتومی 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.

➤ آسیب و پارگی های دهانه رحم یا واژن

- ✓ هماتوم 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 زیاتومی مورد نیاز است.
- ✓ هماتوم می تواند موجب بروز درد شود و یا بر حسب شدت خونریزی موجب تغییر در علائم حیاتی گردد.
- ✓ هماتوم در واژن یا رکتوم اغلب به شکل یک توده در معاینه قابل لمس است.

✓ اگر هماتوم کوچک باشد می توان آن را با مدیریت انتظاری و مشاهده از نزدیک کنترل کرد.

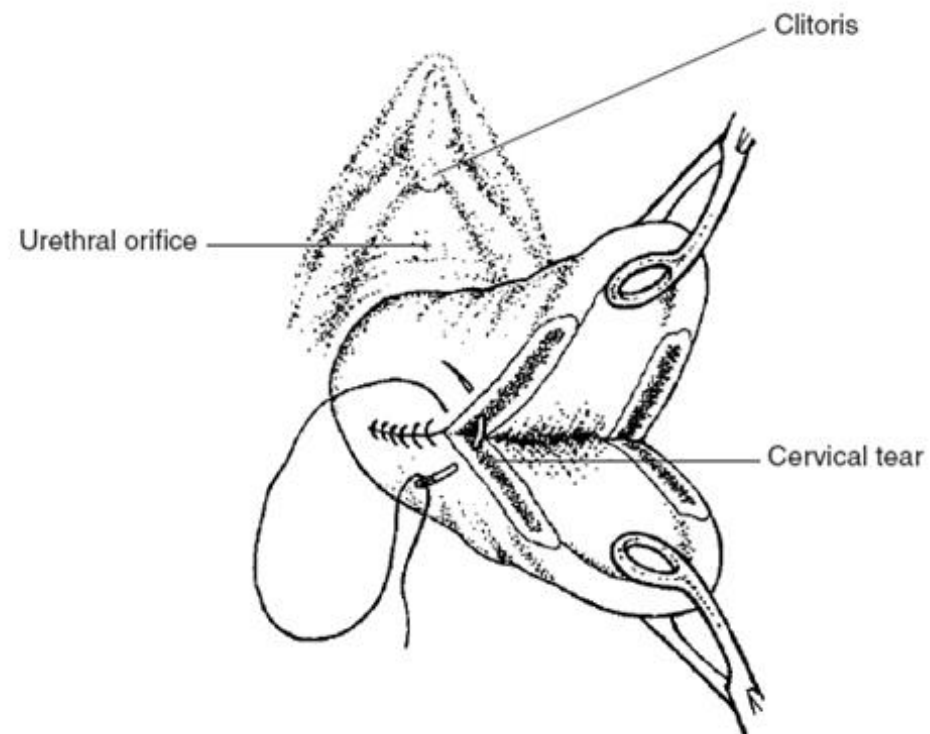
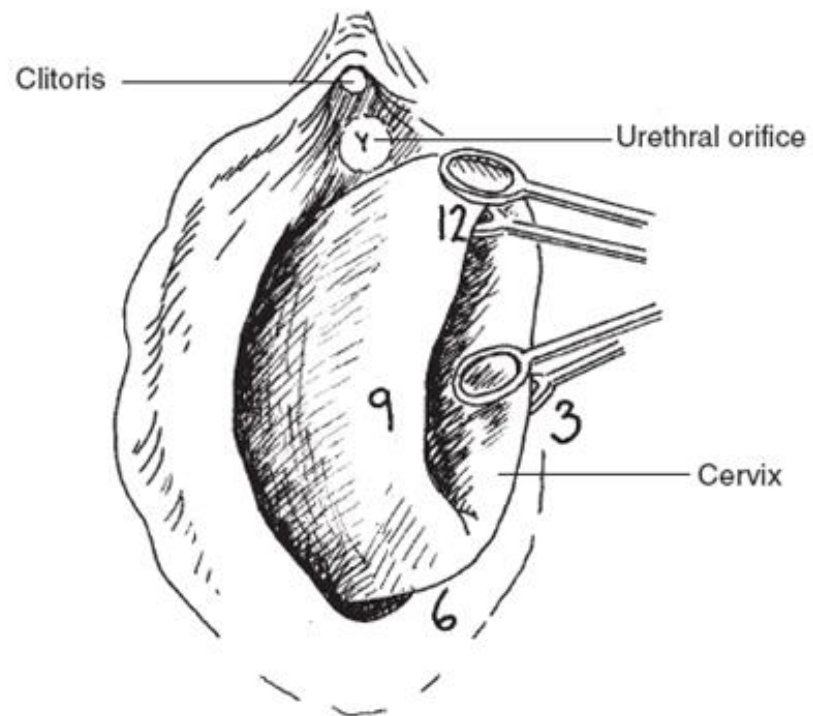
✓ در مادرانی که با وجود جایگزین نمودن حجم مایعات به جای خون از دست رفته و یا پیشگیری از گسترش هماتوم هنوز علایم حیاتی ضعیف است، درمان هماتوم با ایجاد انسزیون و درناژ محل هماتوم و هموستاز عروق خونی ضروری است.

✓ 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.



پارگی های دهانه رحم

49



➤ وارونگی رحم

عوامل مستعد کننده وارونگی رحم:

- ✓ جفت قدامی
- ✓ انقباض غیر عادی و شروع دیر هنگام انقباضات رحم
- ✓ وجود میوم رحمی یا عفونت رحمی
- ✓ مصرف سولفات منیزیم
- ✓ کشش نابجای بند ناف
- ✓ چسبندگی غیر طبیعی جفت

➤ وارونگی رحم

اقدام اولیه:

- درخواست کمک از متخصص زنان دیگر و اطلاع به متخصص بیهوشی و حضور وی در اتاق عمل
- برای درمان شوک و یا هیپوولمی مادر: با آنژیوکت بزرگ (اندازه ۱۶). تزریق محلول سریع کریستالوئید تا زمان آماده شدن خون.
- در صورت برادیکاردی و افت فشارخون تزریق وریدی آتروپین به میزان ۵/۰ میلی گرم
- قطع اکسی توسین – تزریق پتیدین ۱ میلی گرم / کیلوگرم وریدی و آهسته

ادامه اقدام اولیه:

□ 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

□ در صورت عدم موفقیت در برگشت رحم، تزریق نیتروگلیسرین وریدی به میزان ۵۰ میکروگرم یا تزریق

تربوتالین وریدی ۲۵/۰. میکروگرم وریدی یا زیرجلدی یا تزریق سولفات منیزیوم وریدی ۴-۶ گرم در

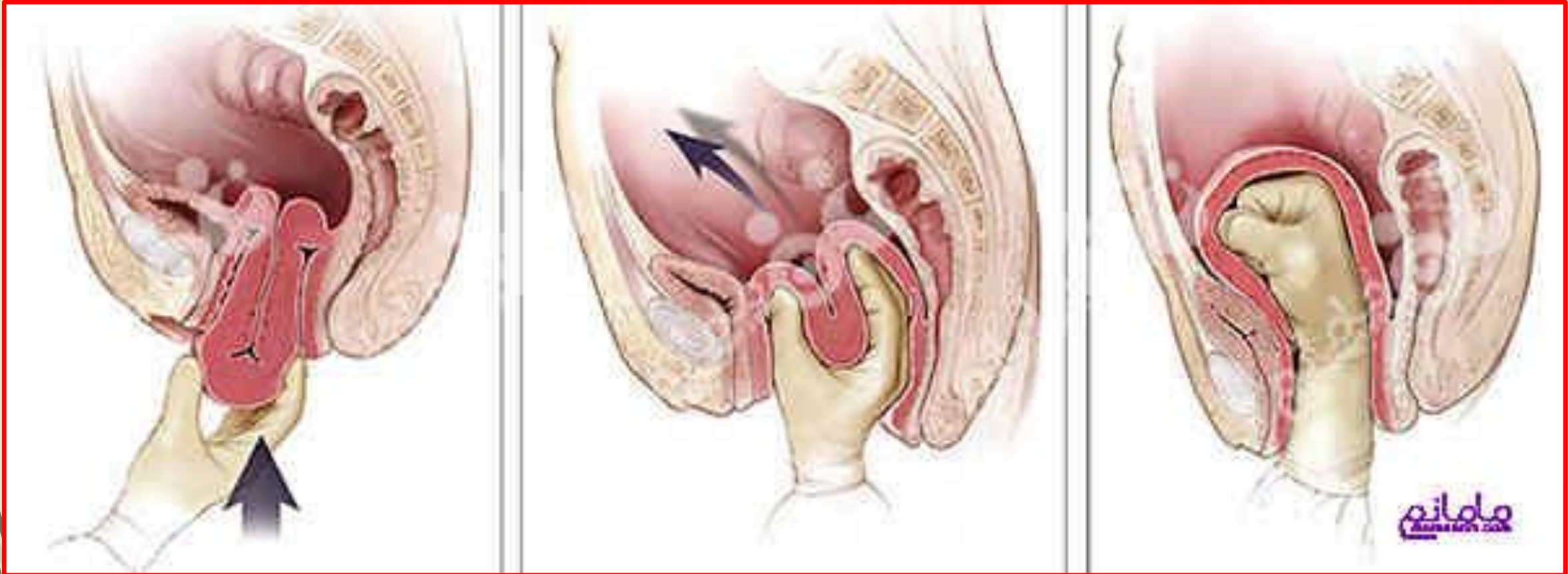
مدت ۱۵-۲۰ دقیقه.

□ عدم اقدام جهت جدا کردن جفت

➤ روش های جا اندازی رحم در وارونگی رحم:

➤ 1. استفاده از بیهوشی و تلاش برای جا انداختن مجدد رحم

2. لاپاراتومی و استفاده از روشهای جراحی



➤ اقدام نهایی در وارونگی رحم: پس از موفقیت در برگرداندن رحم

55

□ 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 ۲۰ واحد در ۵۰۰ سی سی سرم

□ تجویز آنتی بیوتیک ۲ گرم آمپی سیلین و ۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول وریدی یا تجویز ۱ گرم سفازولین و

۵۰۰ میلی گرم مترونیدازول وریدی

۴- اختلال انعقادی

اختلالات انعقادی از علل نادر خونریزی پس از زایمان است. این عارضه باعث میشود که اقدامات معمول کنترل خونریزی موثر نشود.

دلایل مختلفی برای بروز اختلالات انعقادی حین بارداری، زایمان و پس از زایمان وجود دارد.

وجود بیماریهای انعقادی زمینه ای: بیماریهایی نظیر پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترمبوتیک، بیماری فون ویلبراند و هموفیلی می تواند خونریزی پس از زایمان قابل توجهی ایجاد کند. بنابراین باید برای برنامه ریزی مناسب و جلوگیری از خونریزی پس از زایمان این موارد در بارداری بررسی شود.

مصرف داروهای ضد انعقاد: داروهایی مانند آسپرین که با عملکرد پلاکت ها تداخل دارند نیز می تواند باعث افزایش خونریزی پس از زایمان شوند.

DIC (Disseminated intravascular coagulation) :

— یکی از علل مهم اختلالات انعقادی است.

— در موارد پره اکلامپسی شدید، سندرم HELLP، آمبولی مایع آمنیوتیک، سپسیس، دکولمان جفت، باقی ماندن طولانی مدت جنین مرده در شکم مادر (IUFD) و خونریزی شدید که با تخلیه فاکتورهای انعقادی منجر به اختلال انعقادی مصرفی میشود احتمال DIC وجود دارد.

— در بیمارانی که اقدامات معمول در درمان خونریزی موثر نیست، لخته خونی تشکیل نمی شود و یا نشت خون از محل های سوراخ شده (تزریق) وجود دارد، نقائص انعقادی باید مد نظر باشد.

□ اقدامات کلینیکی شامل شمارش پلاکتی، سنجش زمان پروترومبین، INR (Normalized Ratio International) زمان ترمبوپلاستین نسبی، زمان ترومبین (TT)، سطح فیبرینوژن و محصولات تجزیه فیبرین (دی - دایمر) 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. اقدامات درمانی که برای اصلاح نقایص انعقادی در زمانی خونریزی فعال مطابق پروتکل شوک و ترانسفوزیون خون انجام میشود.

➤ اقدامات در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون

هدف: نگهداشتن هماتوکریت بین ۲۵-۳۰ یا بیشتر، پلاکت ۷۵۰۰۰ یا بیشتر، فیبرینوژن ۱۰۰mg/dl یا بیشتر و PTT کمتر از ۱/۵ است.

تخمین چشمی میزان خونریزی نادرست است و باید در ارزیابی خونریزی علائم و نشانه های بالینی در نظر گرفته شود.

آزمایش های اولیه:

BG, Rh, CBC, Hb, Hct, Cross match, PT, PTT , Cr, ABG به صورت اورژانس

➤ اقدامات در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون (ادامه)

- در خواست کمک، اطلاع به متخصص زنان و بیهوشی
- گرفتن دو رگ مناسب و تزریق محلول کریستالویدی (ترجیحاً رینگر لاکتات) ، به ازای یک لیتر خونریزی ۳ لیتر کریستالوئید و فشار خون سیستولیک حدود ۹۰ حفظ شود. اگر بعد از دادن ۲-۳ لیتر سرم همودینامیک بهتر نشد خون ۲ واحد تزریق شود.
- لازم است به ازای هر ۲-۱ واحد RBC ، ۲-۱ واحد FFP تزریق شود تا زمانی که وضعیت Stable شود و یا جواب تست ها طبیعی شود. (می توان از فرمول ۶ واحد RBC ، ۴ واحد پلاسما و یک واحد پلاکت استفاده کرد).

➤ اقدامات در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون (ادامه)

- دادن اکسیژن به میزان ۱۰-۱۵ لیتر در دقیقه و بالا بردن پاها
- گرم نگهداشتن بیمار و اطمینان از باز بودن راه های هوایی
- شناسایی محل خونریزی و علت آن و اقدام متناسب با تشخیص با توجه به الگوریتم مربوطه
- ثابت کردن سوند ادراری و حفظ برون ده ادراری (حداقل ۳۰ سی سی در ساعت)

➤ اقدامات در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون

62

□ در صورت کاهش میزان هماتوکریت به کمتر از ۲۵ درصد، ادامه خونریزی و یا مختل بودن علائم

حیاتی:

– تزریق packed cell و نرمال سالین، در صورتی که اختلال همودینامیک همچنان ادامه دارد، تا زمان آماده شدن خون می توان همان مقدار انفوزیون را بار دیگر تکرار کرد.

- مانیتورینگ بیمار در ۱۵ دقیقه اول جهت کنترل بروز عوارض ترانسفوزیون و سپس ادامه آن هر ۱۵ دقیقه یک بار – در صورت بروز عوارض اطلاع به متخصص بیهوشی و برخورد با عوارض

نکته: فراورده های خونی قبل از تجویز باید گرم شوند. برای این منظور بهتر است از دستگاه گرم کننده خون (blood warmer) و در موارد اورژانسی از گرمای زیر بغل استفاده شود.

➤ آزمایش های بعدی در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون:

□ در صورت تداوم خونریزی و یا تزریق بیش از ۵ واحد packed cell:

کنترل فاکتورهای انعقادی، فیبرینوژن، پلاکت، PT, PTT

□ در صورت شمارش پلاکت زیر ۵۰۰۰۰ و تداوم خونریزی:

تزریق ۵-۱۰ واحد پلاکت و شمارش مجدد پلاکت در ۷۲ ساعت بعد

نکته: در صورت تزریق پلاکت و ناسازگاری در فرد Rh منفی، آمپول ایمونوگلوبین آنتی دی تا ۷۲ ساعت (۳۰۰ میکرو گرم) تزریق شود.

➤ **آزمایش های بعدی در شوک همورژایک و ترانسفوزیون خون (ادامه):**

□ **در صورت فیبرینوژن کمتر از ۱۰۰ mg/dl یا PT, aPTT و INR بیشتر از ۱/۵ برابر:**

۱-۲ ویال فیبرینوژن به صورت وریدی آهسته تزریق شود.

CBC بعد از ۶ ساعت کنترل شود.

➤ در مواردی که مادر خونریزی شدید ندارد ولی به شدت آنمیک (هموگلوبین کمتر از ۷) است،

اقدامات زیر انجام شود:

□ BG, Rh, Hb, Hct, Cross match

□ تزریق packed cell و نرمال سالین

□ مانیتورینگ بیمار در ۱۵ دقیقه اول جهت کنترل بروز عوارض ترانسفوزیون و سپس ادامه آن هر ۱۵ دقیقه

یک بار – در صورت بروز عوارض اطلاع به متخصص بیهوشی و برخورد با عوارض

□ CBC بعد از ۶ ساعت کنترل شود.

طبقه بندی شدت خونریزی

طبقه بندی شدت خونریزی	خفیف I	متوسط II	شدید III	مهلک IV
میزان خونریزی از دست رفته	< 1000 سی سی	1000-1500 سی سی	1500-2000 سی سی	بیش از 2000 سی سی
تعداد ضربان قلب	< 100	100-119	120-140	> 140
فشار خون	طبیعی	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	کاهش	کاهش
فشار نبض	طبیعی	کاهش	کاهش	کاهش
برون ده ادراری (ml/hr)	طبیعی (30 تا 50)	20-30	5-15	آنوری یا بسیار جزیبی
تعداد تنفس در دقیقه	طبیعی (14-20)	20-30	30-40	> 35
وضعیت هوشیاری	کمی مضطرب	مضطرب (anxious)	گیج (confused)	گیج و لتارژیک
مایع جایگزین جبرانی مورد نیاز	کریستالوئید	کریستالوئید	کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون

مشخصات فرآورده های خونی مصرفی شایع

نوع فرآورده	محتویات	حجم هر واحد	اثرات
Whole blood	گلبول قرمز، پلاسما و فیبرینوژن، بدون پلاکت	۵۰۰ - ۴۵۰ سی سی	حفظ حجم خون و فیبرینوژن، افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Packed RBC	گلبول قرمز، مختصر فیبرینوژن، بدون پلاکت	۳۰۰ - ۲۵۰ سی سی	افزایش هماتوکریت به میزان ۳٪ تا ۴٪ به ازای هر واحد
Platelets	پلاکت و کمی RBC و WBC	۵۰ سی سی	افزایش شمارش پلاکت ها به میزان $10^9 / \mu l$ - ۵۰۰۰ به ازای هر یک واحد
Fresh Frozen Plasma	فاکتورهای انعقادی و فیبرینوژن معادل	۲۵۰ سی سی	افزایش حجم در گردش خون و افزایش فاکتورهای انعقادی به میزان ۳٪ و فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد
Cryoprecipitate	فاکتورهای VIII و XIII و فون ویلبراند و فیبرینوژن	حدود ۱۵ سی سی یخ زده	افزایش فیبرینوژن به میزان ۱۰ mg/dl به ازای هر واحد

نکات ضروری

- ✓ بهترین محل برای رگ گیری قسمت انتهایی دست ها از آرنج به پایین است و در صورت عدم امکان می توان از ورید فمورال کمک گرفت و یا اینکه اقدام به کات داون نمود. استفاده از وریدهای مرکزی برای این منظور مناسب نبوده و توصیه نمی شود.
- ✓ انفوزیون سرم باید به میزان ۳ برابر خون از دست رفته باشد یعنی به ازای ۱۰۰۰ سی سی خون از دست رفته ۳۰۰۰ سی سی کریستالوئید باید انفوزیون گردد.
- ✓ برای تزریق خون باید از خون هم گروه یا گروه خون O منفی کراس منج شده استفاده شود. اما در موارد حیاتی و عدم دسترسی می توان از گروه خونی O منفی کراس منج نشده نیز استفاده کرد.
- ✓ در بیماران هیپوولمیک تا زمانی که مایعات بدن و حجم خون به حد طبیعی نرسیده است، نبایستی از داروهای وازوپرسور بیکربنات سدیم و کلسیم استفاده نمود.
- ✓ اطلاع به متخصص کودکان و نوزادان در مورد دریافت خون توسط مادر

عوارض ترانسفوزیون

✓ واکنش های آلرژیک غیر همولیتیک:

این عوارض در اثر واکنش با آنتی ژن های موجود بر روی گلبول های سفید یا پلاکت (واکنش تب دار) و یا سرم خون تزریقی بروز کرده و خود را به صورت تب (معمولاً بالا) و لرز ظرف نیم تا یک ساعت و گاهی خارش، کهیر و در موارد شدید واکنش آنافیلاکتیک (خصوصاً برونکواسپاسم، آنژیوادم و یا شوک) تظاهر می کند. در صورت کوچکترین شک به ناسازگاری خونی (واکنش همولیتیک) ترانسفوزیون بایستی قطع شود و به متخصص بیهوشی اطلاع داده شود.

تدابیر درمانی: درمان این حالت شامل کنترل تب با استفاده از استامینوفن و واکنش های آلرژیک با استفاده از آنتی هیستامین (نظیر ۵ تا ۱۰ میلی گرم دیفن هیدرامین خوراکی یا وریدی) و در صورت لزوم استروئید (نظیر ۱۰۰ میلی گرم هیدرو کورتیزون وریدی) و اپی نفرین است.

✓ عوارضی که به طور نادر ممکن است ایجاد شود:

احساس درد یا سوزش در محل تزریق، تنگی نفس، اضطراب، درد قفسه سینه یا پشت، برافروختگی، لرز، تب، تاکیکاردی، تهوع، استفراغ و در موارد پیشرفته هیپوتانسیون و بالاخره شوک ظاهر می شود.

تدابیر درمانی:

- ۱) در صورت کوچکترین شک به واکنش همولیتیک بایستی بلافاصله ترانسفوزیون قطع شود. به متخصص بیهوشی یا داخلی اطلاع داده شود.
- ۲) نمونه خون بیمار و خون تزریقی جهت تعیین گروه خون به آزمایشگاه فرستاده شود.
- ۳) وضعیت همودینامیک با استفاده از نرمال سالین یا رینگر اصلاح شود.
- ۴) کلرفنیرامین به میزان ۱۰ میلی گرم به طور وریدی و آهسته تجویز شود.