

علل خونریزی بعد از زایمان و درمان

خونريزي پس از زايمان (PPH) به صورت از دست دادن خون
بيشتر از 500 ميلي ليتر يا بيشتر از دستگاه ژنيٲال پس از كامل
شدن سومين مرحله زايمان و يا در مدت 24 ساعت پس از زايمان
تعريف شده است و در صورتيكه ميزان خونريزي بيشتر از 1000
ميلي ليتر باشد، به آن خونريزي شديد اطلاق مي شود

► تعریف سازمان جهانی بهداشت از خونریزی پس از زایمان تمام موارد خونریزی بیشتر از 500 میلی لیتر می باشد.
بیشتر موارد مرگ و میر مربوط به خونریزی، در 24 ساعت اول اتفاق می افتد.
به خونریزی متوسط تا شدید بین 24 ساعت تا 12 هفته پس از زایمان، خونریزی ثانویه گفته میشود

► علل شایع این خونریزی عبارتند از خونریزی از محل لانه گزینی جفت، ضربه به دستگاه تناسلی و ساختارهای مجاور آن و یا هر دو، عدم جمع شدگی کامل رحم (آتونی)، پارگی رحم و اختلالات خونریزی دهنده مادر.

► آتونی رحم شایعترین علت و به عبارتی علت عمده مرگ و میر مادران در سراسر جهان می باشد

- ▶ انجمن متخصصین زنان و مامایی در کانادا در دستورالعمل پیشگیری و مدیریت PPH بطور خلاصه علل در ارتباط با PPH را به 4 T
▶ Thrombin- Tone- Trauma- Tissue تقسیم کرده است

► عوامل خطر PPH شامل بارداری ها و زایمان های متعدد می باشد.
با این حال ممکن است PPH در زنان بدون عوامل خطر مشخصی
در بالین یا سابقه بیمار رخ دهد. مدیریت فعال مرحله سوم زایمان
شامل تجویز یوتروتونیک بلافاصله پس از خروج نوزاد، کلمپ بند
ناف بدنبال مشاهده انقباض رحم تقریباً پس از 3 دقیقه و خروج جفت
با کشش کنترل شده بند ناف، برای همه زنان در زمان زایمان می
تواند کمک کننده باشد

► حتي با وجود اين تلاش ها، ممكن است نياز به درمان هاي اضافي براي جلوگيري از خونريزي وجود داشته باشد. مداخلات مختلف (درمان هاي طبي، مكانيكي، روشهاي غيرجراحي تهاجمي و اعمال جراحي) كه نيازمند مهارت و تخصص فني مي باشند، براي توقف خونريزي مورد استفاده قرار مي گيرند. براي اجراي اهداف اين دستورالعمل، فرض بر اين است كه بيمار در يك مركز پزشكي و توسط كاركنان مراقبت سلامت تحت درمان است.

► توصیه ها

- پس از تولد نوزاد، میزان خون از دست رفته و پارامترهای بالینی باید به دقت مورد ارزیابی قرار گیرند. شواهد کافی برای توصیه اندازه گیری دقیق میزان خون از دست رفته نسبت به تخمین بالینی وجود ندارد..
- در خونریزی اولیه پس از زایمان که شامل از دست دادن خون حدود 500 تا 1000 میلی لیتر (در صورت عدم وجود علائم بالینی شوک می باشد، اقدامات پایه شامل نظارت نزدیک، دسترسی وریدی، شمارش کامل خون، تعیین گروه خونی و غربالگری به منظور تسهیل عمل احیا باید انجام گیرد

▶ اگر خونریزی در بیماری با تشخیص خونریزی اولیه پس از زایمان و تخمین خونریزی در حد 1000 میلی لیتر یا تخمین خونریزی کمتر و وجود علائم بالینی شوک و تاکی کاردی ادامه یافت، باید سریعاً یک پروتکل کامل از اقدامات احیا و هموستاز صورت گیرد.

► پروفیلاکسی با اکسی توسین باید در مرحله سوم زایمان به همه زنان داده شود و این تجویز خطر ایجاد خونریزی اولیه پس از زایمان را 60 درصد کاهش می دهد

► براي زنان بدون عوامل خطر ساز براي خونريزي پس از زايمان و زايمان واژينال، (اکسي توسين 5 يا 10 واحد وريدي) عامل انتخابي براي پروفيلاکسي در مرحله سوم زايمان است

► در بیماران سزارین قبلی، باید توسط اولتراسوند (ترجیحا داپلر) محل جفت مورد ارزیابی قرار گیرد. در جایی که تسهیلات الزم برای انجام MRI وجود داشته باشد می توان از آن برای تشخیص جفت اکرتا/پرکرتا استفاده کرد

► بیماران دارای جفت اکرتا/پرکرتا در خطر بالای بروز خونریزی پس از زایمان هستند. هنگامی که پلاسنتا اکرتا/پرکرتا قبل از تولد تشخیص داده شد، باید مشاوره چند منظوره برای زایمان انجام گیرد. اساتید مشاور زنان و بیهوشی، جراح عروق و ارولوژیست باید حضور داشته باشند، رزور خون کافی (حداقل 4 واحد خون کراس میچ شده آماده باشد)، پلاسمای منجمد تازه و پلاکت داشته باشیم و زمان و محل زایمان طوری انتخاب شود که امکان دسترسی به مشاور و واحد مراقبت های ویژه وجود داشته باشد

- ▶ به محض تشخیص PPH باید چهار عمل بطور همزمان و سریع انجام شود: ارتباط، احیا، ارزیابی و جستجو، توقف خونریزی.
- ▶ ترانگزامیک اسید ممکن است در موارد زیر به عنوان یک درمان برای خونریزی پس از زایمان مورد استفاده قرار گیرد:
- ▶ الف تجویز اکسی توسین و پروستاگلندین در توقف خونریزی ناموفق باشد.
- ▶ ب-خونریزی تا حدی در اثر تروما باشد.

- ▶ ماساژ رحمي پس از تشخيص خونريزي پس از زايمان موثر مي باشد
- ▶ فشار بر رحم با دو دست، ممکن است به عنوان یک اقدام در درمان خونريزي پس از زايمان به علت آتوني رحم پس از زايمان واژينال، انجام شود
- ▶ براي مدیریت درمان خونريزي پس از زايمان، اکسي توسين نسبت به ارگومترین به تنهایی یا ترکیبی از ارگومترین و اکسي توسين
- ▶ اگر اکسي توسين در دسترس نیست یا اگر خونريزي به اکسي توسين پاسخ نمي دهد، ارگومترین یا ترکیبی از ارگومترین و اکسي توسين با دوز ثابت به عنوان درمان ثانويه مورد استفاده قرار گیرد

▶ اگر خط دوم درمان در دسترس نیست و یا اگر خونریزی به خط دوم درمان پاسخ نمی دهد، پروستاگلندین باید به عنوان خط سوم درمان بکار گرفته شود.

▶ هنگامی که درمان های دارویی در توقف خونریزی موثر نبودند، اقدام به هموستاز جراحی هر چه سریعتر بهتر است. بالون تامپوناد داخل رحم یا کاندوم تامپوناد، یک مداخله جراحی خط اول مناسب برای بیمارانی است که آتونی رحم علت اصلی خونریزی می باشد. اگر این عمل نیز موثر نباشد، مداخلات جراحی نگهدارنده بعدی، بسته به شرایط بالینی و دسترسی به متخصص مربوطه انجام خواهد شد

▶ اگر خونريزي علي رغم درمان با داروهاي منقبض کننده رحم، ساير مداخلات نگهدارنده به عنوان مثال ماساژ رحمی و فشار خارجي و داخلي بر رحم متوقف نشد، بايد مداخلات جراحي را آغاز کنید. ابتدا اقدامات محافظه کارانه و در صورت عدم پاسخ، از روشهاي تهاجمي تر استفاده کنید. به عنوان مثال اول بخيه هاي فشاري را بکار بگيريد و اگر خونريزي متوقف نشد، بستن رگ هيپوگاستريک و تخمداني- رحمي را امتحان کنید. اگر حتي پس از اين کار خونريزي تهديدکننده حيات ادامه داشت، بايد هيسترکتومي ساب توتال سوپراسرويکال يا توتال انجام شود هر چه سريعتر بهتر خصوصا در موارد جفت اکرتا و پارگي رحم

▶ اگر سایر اقدامات با شکست مواجه شد و منابع در دسترس باشد،
آمبولیزاسیون سرخرگ رحمی ممکن است به عنوان یک درمان برای
خونریزی پس از زایمان به علت آتونی رحم مورد استفاده قرار گیرد





