



خونریزی های زایمانی (مامایی)

ارایه دهنده:

خورشید ریگی

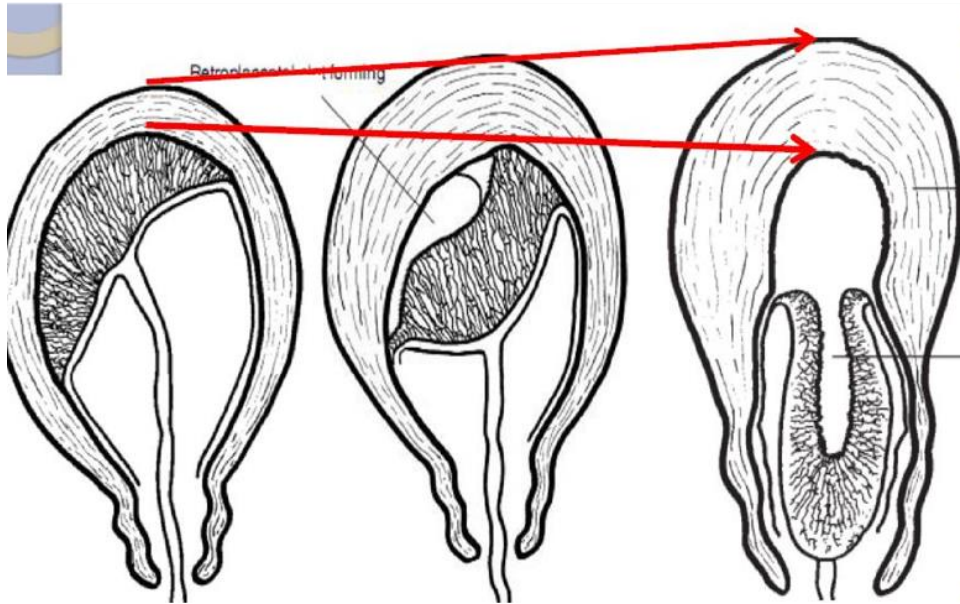
کارشناس ارشد مامایی

# مقدمه

- ▶ ☐ خونریزی زایمانی همراه با هیپرتانسیون و عفونت یکی از سه علت اصلی مرگ و میر مادران در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است.
- ▶ ☐ عامل ۱۳٪ مرگ و میر مادران مرتبط با حاملگی در ایالات متحده
- ▶ ☐ علت نیمی از مرگ و میرهای مادران پس از زایمان در کشورهای در حال توسعه
- ▶ ☐ علت اصلی پذیرش زنان حامله در بخش مراقبت ویژه

# مکانیسم هموستاز طبیعی

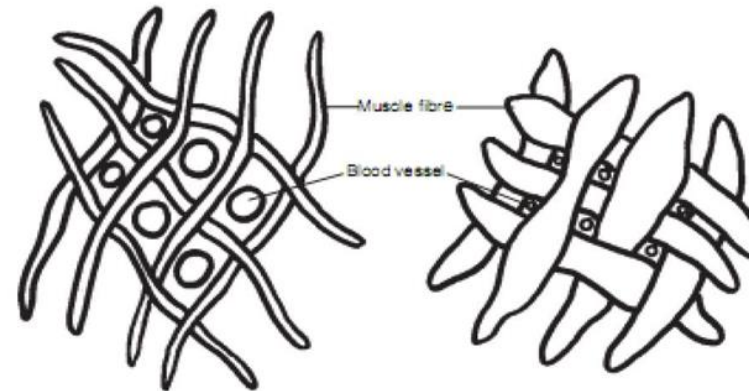
- ▶ در نزدیکی ترم مقدار ۶۰۰ سی سی خون در دقیقه توسط ۱۲۰ عدد شریان مارپیچی به داخل فضای بین پرزی جریان می یابد.
- ▶ با جدایی جفت این عروق در محل لانه گزینی کنده میشوند و عامل ابتدایی در برقراری هموستاز انقباضات میومتر هستند که باعث لخته شدن و انسداد مجاری میشوند.
- ▶ حضور سیستم انعقادی سالم در برقراری هموستاز در دوره پس از زایمان ضروری نیست مگر اینکه پارگی هایی در رحم و مجرای زایمان و پرینه وجود داشته باشد.



## ساختار عضلات و عروق رحمی

(A) Muscle fibres relaxed, blood vessels not compressed

(B) Muscle fibres contracted, blood vessels compressed



## ► تعریف و میزان بروز:

► خونریزی بعد از زایمان بصورت از دست دادن خون در حد ۵۰۰ میلی لیتر یا بیشتر بعد از تکمیل مرحله سوم لیبرت تعریف شده است این تعریف مشکل ساز است چون در نیمی از زنان که بصورت واژینال زایمان می کنند مقدار خونریزی ۵۰۰ و یا بیش از ۵۰۰ میلی لیتر است.

► به گفته ACOG، خونریزی پس از زایمان بصورت میزان تجمعی خونریزی در حد بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر همراه با علائم و نشانه های هیپوولمی تعریف میشود.



هرگاه هماتوکریت بعد از زایمان کمتر از مقدار هماتوکریت در زمان پذیرش باشد، میتوان مقدار خونریزی رابه شرح زیر برآورد کرد:

▶ مجموع میزان محاسبه شده هیپرولمی حاملگی به اضافه ۵۰۰ سی سی به ازای هربار افت هماتوکریت در حدود ۳ % حجمی.

▶ مارکر دیگر برای برآورد خونریزی میزان ترانسفیوژن است.

▶ میزان خونریزی در زایمان سزارین بیشتر است.

## عوامل زمینه ساز و بیماران مستعد خونریزی های زایمانی:

- ▶ **لانه گزینی غیر طبیعی جفت:** پلاستنا پرویا ، دکولمان جفت، چسبندگی غیر طبیعی جفت، حاملگی اکتوپیک و مول هیداتیفورم
- ▶ **آسیب های مجرای زایمان:** اپیزیوتومی و پارگی ها، زایمان ابزاری، هیستریکتومی یا سزارین، پارگی رحم
- ▶ **عوامل زایمانی:** چاقی، سابقه خونریزی بعد از زایمان، حاملگی پره ترم، سندرم سپسیس و پره اکلامپسی/ اکلامپسی
- ▶ **آتونی رحم:** اتساع بیش از حد رحم، القای لیبر، بی هوشی یا بی حسی ، اختلالات لیبر، آتونی قبلی و پاریته
- ▶ **بیماران مستعد:** نارسایی مزمن کلیه و کوچک بودن سرشتی جثه مادر

# کواگولوپاتی ها

- ▶ کواگولوپاتی تنها یک در پانصد تولد در آمریکا را گرفتار می کند و عامل کمتر از 7 درصد موارد خونریزی پست پارتوم است.
- ▶ اختلال عملکرد پلاکتی میتواند باعث مشارکت در ایجاد خونریزی پست پارتوم در زنان با یک اختلال خونریزی دهنده ارثی یا اکتسابی شود.
- ▶ کواگولوپاتی میتواند ناشی از خونریزی پست پارتوم بدنبال از دست رفتن و کاهش شدید فاکتورهای انعقادی در نتیجه خونریزی شدید ادامه دار باشد.
- ▶ زنان با بیماری فون ویلبراند بخصوص در خطر ریسک خونریزی هستند. این فاکتور در بارداری افزایش و بعد زایمان سریع کاهش می یابد.



## ▶ خونریزی بعد از زایمان :

▶ شایعترین علل شامل اتونی رحم همراه با خونریزی از محل لانه گزینی جفت، ترومای مجاری تناسلی یا هر دو می باشد. گاهی اوقات خونریزی بعد از زایمان به دنبال زایمان ابزاری است که ممکن است هم به دلیل آتونی و هم تروما باشد اگر رحم سفت باشد و پارگی های دستگاه تناسلی تحتانی مشاهده نشود رحم با دست جهت رد پارگی رحم بررسی میشود.

## برآورد میزان حجم خونریزی :

آثار خونریزی در بسیاری از موارد بستگی به میزان حجم خون در ابتدای بارداری و میزان افزایش حجم خون در دوران بارداری دارد. خونریزی دیر هنگام خونریزی بعد از ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان است. برخی از زنان در برابر خونریزی بعد از زایمان آسیب پذیر هستند. در موارد مشکوک به خونریزی شدید در زنان پرخطر، در صورت شک به هیپوولمی اقدام به تجویز سریع کریستالوئید و خون می شود.

## معیار های چشمی جهت تخمین خونریزی

- ▶ کم :خون و لوشیا کمتر از 10 سی سی یا 5 سانت یا کمتر از پد خونی شده
- ▶ سبک::خون و لوشیا 10 تا 25 سی سی یا کمتر از 10 سانت از پد خونی شده
- ▶ متوسط:خون و لوشیا 25 تا 50 سی سی یا کمتر از 15 سانت از پد خونی شده
- ▶ شدید:خون و لوشیا 50 تا 80 سی سی یا یک پد در مدت 2 ساعت کاملا آغشته شده
- ▶ مفرط:یک پد در مدت 15 دقیقه کاملا خیس شود و یا خون زیر باتک مادر جمع شده باشد.
- ▶ سایر معیارها:
- ▶ تغییر در حجم برونده ادراری و تغییرات پوست و تغییر سطح هوشیاری و عطش به آب و لرز و بی قراری

# Classification of PPH:

Early (Acute \_ Primary ) ▶

Occure within 24 hours of brith ▶

Late (Secondary) ▶

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

▶ به طور کلی:

▶ عواملی که سبب early PPH می شود شامل:

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

▶ عواملی که سبب late PPH می شود شامل:

- ▶ • لانه گزینی جفت، اختلال انعقادی، باقی ماندن بقایای جفتی و عفونت

# آتونی رحم و عوامل خطر آن

## ► اداره مرحله سوم لیبر:

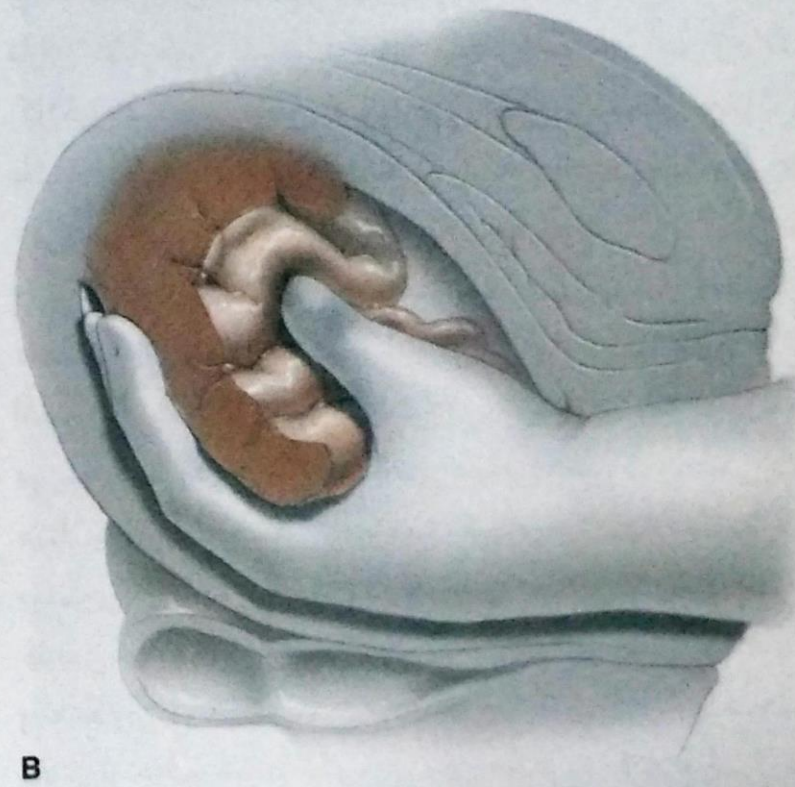
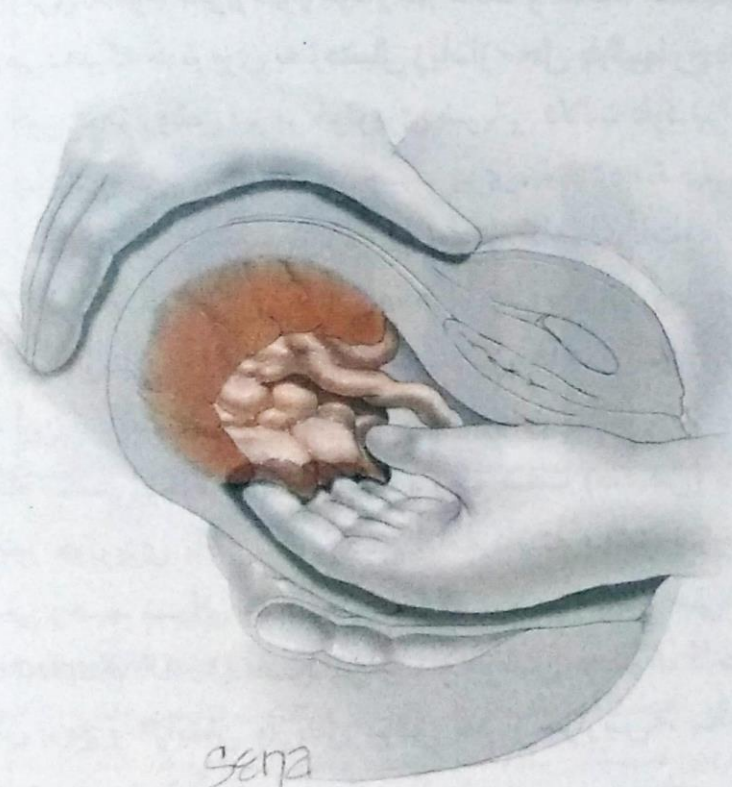
شایعترین علت خونریزی بعد از زایمان ناشی از اتونی رحم می باشد و مکانیسم جدا شدن جفت به صورت شولتز و یا دانکن است که پس از بروز نشانه های جدا شدگی جفت، در صورتی که رحم سفت نشده باشد اقدام به ماساژ رحم میشود . نزول جفت با شل شدن بندناف مشخص میشود .

► نکته مهم: کشش بندناف برای جدایی و خارج کردن جفت هنگامی که رحم آتونیک است، ممکن است سبب اینورسیون رحم شود. اگر جفت بعد از زایمان بطور نسبی و یا کامل چسبیده و خونریزی شدید وجود دارد، خارج ساختن دستی جفت اندیکاسیون دارد.

► پس از خارج ساختن جفت رحم باید ماساژ داده شود و ۲۰ واحد اکسی توسین در ۱۰۰۰ میلی لیتر محلول کریستالوئید بصورت داخل وریدی با سرعت ۱۰ میلی لیتر در دقیقه تجویز شود .

► اکسی توسین هرگز نباید بصورت بولوس تجویز شود بعلت هیپوتانسیون شدید یا آریتمی های قلبی

► **عوامل خطر :** پریمی پار بودن و پارите بالا ، رحم بیش از حد متسع ، اختلالات لیبر و سابقه آتونی رحم و خونریزی در زایمان های قبلی



شکل ۳-۴۱: خارج سازی دستی جفت. (A) با یک دست فوندوس گرفته می شود. دست دیگر به داخل حفره رحم فرو برده می شود و انگشتان همزمان با پیشروی در مسیر، جفت را از یک سمت به سمت دیگر جدا می کنند. (B) هنگامی که جفت کنده شد، با دست گرفته شده و خارج می شود.

# ارزیابی و تدابیر درمانی

بررسی و معاینه جفت :

بعلت احتمال باقی ماندن تکه هایی از جفت یا لوب اضافی

استفاده از عوامل یوتروتونیک :

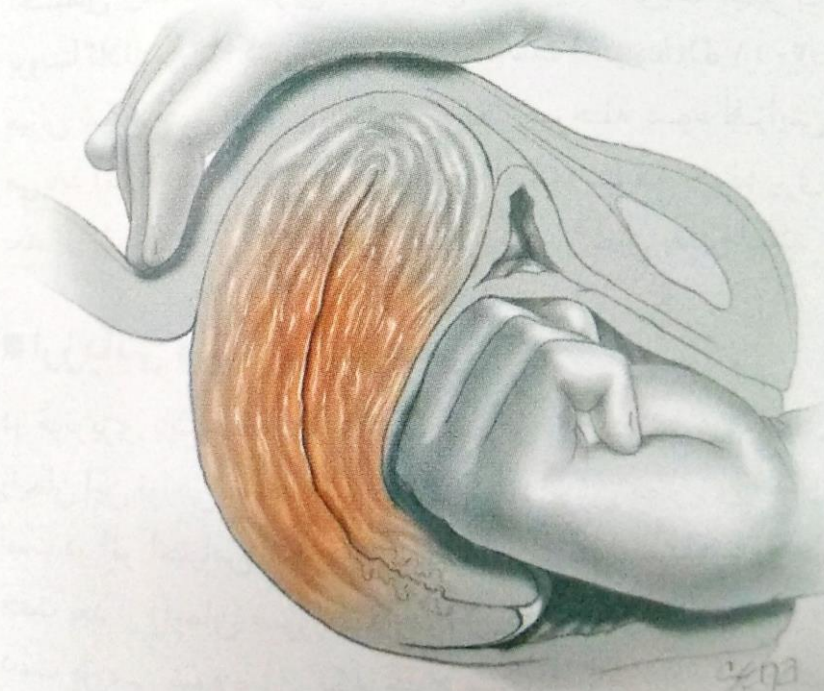
در صورت تداوم خونریزی علیرغم تجویز اکسی توسین ،از مشتقات ارگوت بعنوان دومین خط درمان استفاده میشود که شامل متیل ارگونوین و ارگونوین هستند و به مدت تقریباً ۴۵ دقیقه اعمال اثر می کنند .دوز مترژین ۰/۲ میلی گرم هر -۴ ۲ ساعت به صورت داخل عضلانی می باشد و استفاده از فرآورده های ترکیبی ارگوت ،اکسی توسین بهتر از استفاده ارگوت به تنهایی میباشد.

- ▶ دیگر فرآورده خط دوم کاربوپرست با دوز ۲۵۰ میکروگرم M در فواصل ۱۵ تا ۹۰ دقیقه حداکثر ۸ دوز می باشد و با عوارض جانبی همراه است و در افراد مبتلا به آسم و افراد مشکوک به آمبولی مایع آمنیون و پره اکلامپسی نباید استفاده شود و در بیماری کلیوی، کبدی و قلبی کنترا اندیکاسیون نسبی دارد.
- ▶ دینوپروستون (پروستاگلاندین E2 هم به صورت شیاف واژینال یا رکتال ۲۰ میلی گرمی هر ۲ ساعت تجویز میشود.
- ▶ میزوپروستول ( پروستاگلاندین E1 در پیشگیری از خونریزی بعد از زایمان موثر نیست اما ACOG استفاده از آن را برای درمان آتونی با دوز ۶۰۰-۱۰۰۰ میکروگرم رکتال، خوراکی یا زیرزبانی توصیه کرده است.

## خونریزی مقاوم به عوامل یوتروتونیک:

۱. ماساژ دودستی رحم: تحت فشار قرار دادن دیواره قدامی با دستی که روی شکم است و دیواره خلفی رحم با دستی که در داخل واژن قرار دارد.
۲. فراخواندن تیم مراقبت های اورژانس مامایی به اتاق زایمان و درخواست خون و پکسل
۳. درخواست کمک فوری از تیم بی هوشی
۴. تعبیه دو کاتتر وریدی بزرگ برای تجویز همزمان خون و محلول کریستالوئید و اکسی توسین و پایش مداوم برون ده ادراری با کاتتر فولی ثابت مثانه
- ۵.

- 
- ۵- عملیات احیای حجم با انفوزیون داخل وریدی سریع محلول کریستالوئید
- ۶- ایجاد تسکین بخشی ، آنالژزی یا بی هوشی و بررسی دستی رحم از نظر قطعات باقیمانده جفت و اختلالات رحم از جمله بریدگی و پارگی مشاهده سرویکس و واژن در صورت ناپایدار بودن وضعیت مادر یا تداوم خونریزی ، اقدام به ترانسفوزیون خون میشود.



**شکل ۴-۴۱:** اعمال فشار دودستی در موارد آتونی رحم. برای تنظیم وضعیت رحم، یکی از دستها به صورت مشت کرده در فورنیکس قدامی قرار داده می شود و به سمت دیواره قدامی شکم فشار اعمال می کند و در همان ضمن، دیواره قدامی شکم با دست دیگر که در روی شکم قرار داده شده است در محل خود نگه داشته می شود. از دست واقع در روی شکم، برای ماساژ رحم نیز استفاده می شود.

## در صورت رد تمام عوامل بجز آتونی و اصلاح هیپوولمی و تداوم خونریزی اقدامات زیر صورت می‌گیرد:

➤ **تامپوناد بالونی:** کاتتر فولی ۲۴F و ۳۰F با بالون ۳۰ میلی لیتری به داخل حفره رحم هدایت و با ۸۰\_۶۰ میلی لیتر سالین پر میشود و در صورت پارگی بالون، از کاتتر فولی ۳۴F با بالون ۶۰ میلی متری استفاده میشود. در صورت فروکش کردن خونریزی پس از ۱۲\_۲۴ ساعت کاتتر خارج میشود. بالون Bakri یا بالون BT\_Cath هم برای تامپوناد حفره رحم و قطع خونریزی استفاده میشود. برای جایگذاری بالون به سه نفر نیاز است نفر اول اقدام به سونوگرافی شکم می‌کند نفر دوم بالون بادنشته را بداخل حفره رحم قرار می‌دهد و نفر سوم بالون را با ۱۵۰ میلی لیتر مایع پر می‌کند و سپس حجم را به ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر می‌رساند و پس از قطع خونریزی بالون بعد از ۱۲ ساعت خارج می‌شود.

- ▶ **بخیه های فشاری:** استفاده از بخیه کرومیک شماره ۲ برای فشردن دیواره قدامی و خلفی رحم. از شایعترین عوارض این روش نکروز ایسکمیک رحم همراه با پریتونیت و در دراز مدت چسبندگی حفره رحم می باشد.
- ▶ **بستن عروق لگن:** دشوار است و میزان موفقیت آن ۵۰ درصد است. مهمترین مکانیسم آن کاهش ۸۵ درصدی فشار نبض در شریان های رحم می باشد و بستن دوطرفه شریان ایلیاک داخلی با قابلیت باروری در آینده تداخل ندارد.
- ▶ **آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک:** در موارد مقاوم به درمان که دستیابی به جراحی دشوار است استفاده می شود.
- ▶ **پک کردن رحم:** بدلیل نگرانی در مورد خونریزی مخفی و عفونت، محبوبیت خود را از دست داده.

## وارونه شدن (اینورسیون) رحم:

► خونریزی همراه با وارونه شدن رحم بسیار شدید است مگر اینکه فوراً تشخیص داده و درمان شود.

**عوامل خطر:** لانه گزینی جفت در فوندوس رحم، آتونی رحم، کشش بندناف قبل از جدا شدن جفت و چسبندگی غیرطبیعی محل لانه گزینی مانند سندرم های « پلاسنتا آکرت ».

**کشش بندناف قبل از اطمینان از جدا شدن جفت برای جلوگیری از وارونگی رحم منع می باشد.**

## تشخیص و تدابیر درمانی:

▶ اگرچه واریونگی کمپلکس آشکار است، رحم دچار واریونگی نسبی ممکن است با میوم رحم اشتباه شود و سونوگرافی به تمایز آنها کمک می کند. این وضعیت در بسیاری از موارد با خونریزی فوری مخاطره آمیز همراه است و در یک چهارم موارد، جایگزینی خون ضرورت می یابد.

## ▶ انجام اقدامات زیر ضروری است:

- درخواست کمک از پرسنل مامایی و بیهوشی
- تأمین خون و فراورده های خونی و گرفتن دو رگ با کالیبر بزرگ جهت انفوزیون خون و مایعات کریستالوئیدی
- اگر رحم کاملاً منقبض و جمع نباشد و جفت جدا شده باشد، اغلب میتوان رحم را به سادگی با اعمال فشار بر فوندوس و با فشار دادن کف دست و انگشتان در جهت محور دراز واژن، به جای خود برگرداند.
- اعمال فشار نباید به حدی باشد که سبب سوراخ شدن رحم با نوک انگشتان شود.

## انجام اقدامات زیر ضروری است:

- ▶ اگر جفت هنوز به رحم چسبیده است، تلاش می‌شود موقعیت رحم با جفتی که سر جای خود قرار دارد، اصلاح شود. میتوان یک داروی توکولیتیک وریدی مانند تربوتالین، سولفات منیزیم یا نیتروگلیسرین برای شل کردن رحم و برگرداندن آن استفاده کرد. اگر کاربرد این عوامل برای شل کردن رحم با شکست مواجه شود از یک عامل هالوژنه استنشاقی با عملکرد سریع استفاده میشود و بعد از جا انداختن رحم، جفت به دقت با روش دستی بیرون آورده می‌شود.
- ▶ اگر پیدا کردن موقعیت رحم با جفت چسبیده دشوار باشد اقدام به کندن جفت می‌شود و سپس رحم جایگذاری میشود.
- ▶ پس از قرار گرفتن رحم در موقعیت طبیعی توکولیز قطع می‌شود و سپس اکسی توسین و سایر عوامل بوتروتونیک انفوزیون می‌شود و میتوان برای تثبیت رحم اصلاح یافته از بالون بکری استفاده کرد.

## مداخلات جراحی :

گاهی اوقات جا انداختن دستی با شکست روبه رو می‌شود که یکی از علل شکست تشکیل حلقه انقباضی متراکم میومتری است که در این مورد لاپاراتومی الزامی است . با تجویز داروهای توکولیتیک تلاش می‌شود که با هل دادن همزمان از طرف پایین به بالا و همچنین شکم باز شده رحم بسمت بالا فشار داده شود و موقعیت خود را بازیابد.

اگر حلقه انقباضی همچنان مانع برگشت رحم به حالت اول شود یک برش طولی در موقعیت خلفی از میان حلقه عضلانی انجام می‌شود تا حلقه آزاد شود سپس میتوان فوندوسی را که در معرض دید قرار گرفته است از حالت وارونه خارج کرد و پس از جایگذاری رحم عوامل توکولیتیک قطع و عوامل یوتروتونیک تجویز می‌شوند و انسیزیون رحم ترمیم میشود.

در صورت وارونگی مجدد از بخیه های فشاری رحم استفاده می‌شود.

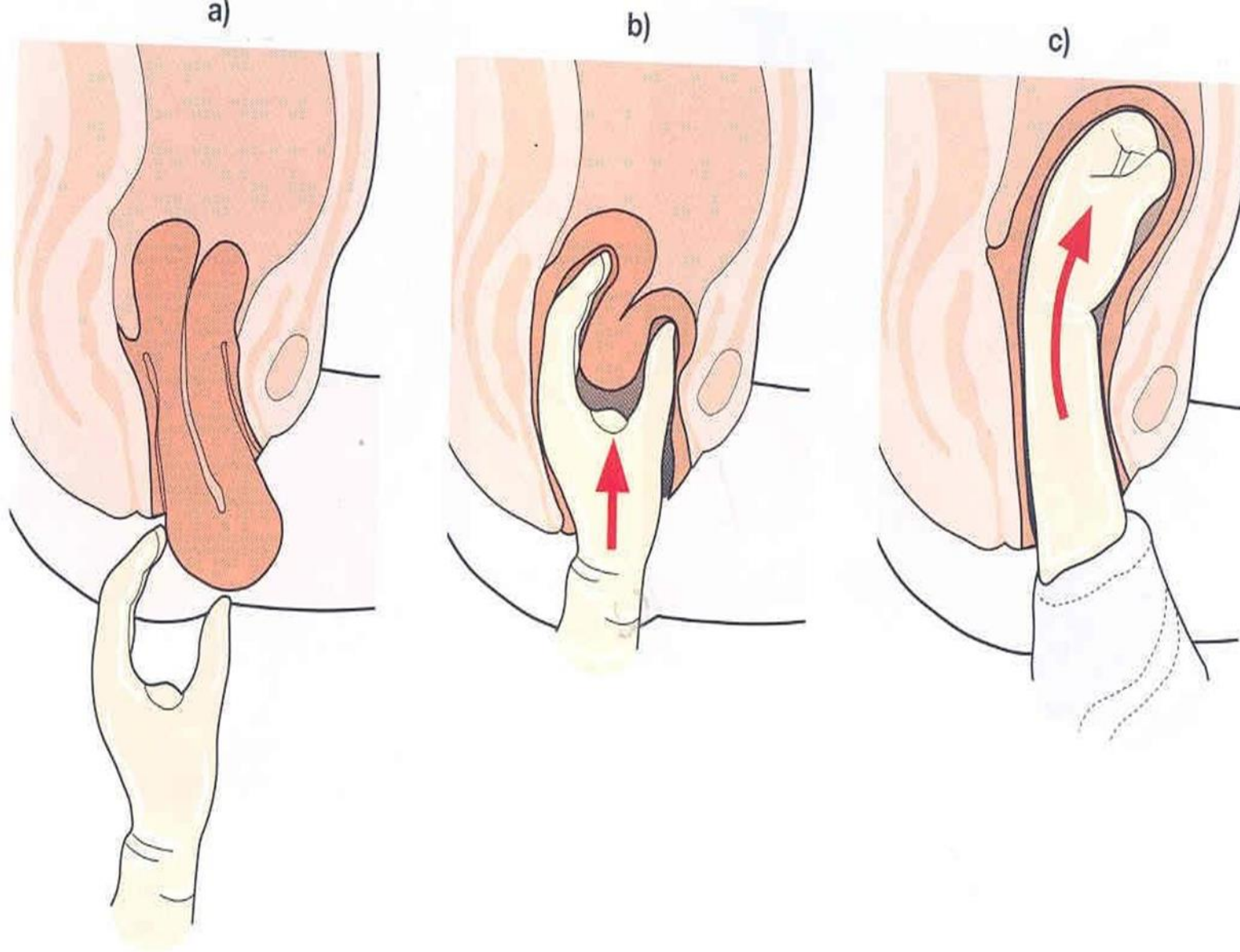


Fig. 49.8 **Replacing an inverted uterus.** (a) Recognition of uterine inversion. (b) Replacement of the uterus through the cervix. (c) Restitution of the uterus.

# آسیب های مجاری زایمان:

▶ زایمان با درجات متغیری از ترومای مجرای زایمان از جمله رحم، سرویکس، واژن و پرینه همراه است که این آسیب ها از پارگی های خفیف مخاطی تا پارگی هایی که خونریزی مخاطره آمیز و هماتوم ایجاد می کنند متغیر هستند.

## پارگی های ولوواژینال

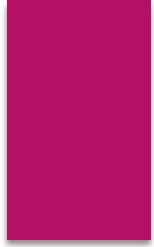
▶ پارگی های کوچک دیواره قدامی واژن در مجاورت پیشابراه شایع هستند. در صورتی که پارگی سطحی و بدون خونریزی باشد نیازی به ترمیم ندارد اما پارگی های وسیع و خونریزی دهنده باید بخیه زده شوند و در صورتی که پارگی نزدیک مجاری پیشابراه باشد جهت ترمیم آن باید سوند مجاری پیشابراه گذاشته شود. آسیب یک سوم خارجی طاق واژن معمولاً با پارگی های عمیقتر پرینه دیده می شود برخی از پارگی ها گسترش می یابند و اسفنگتر مقعد یا دیواره های واژن را با عمق متغیر درگیر می کنند. پارگی های یک سوم میانی یا فوقانی واژن، معمولاً با آسیب های پرینه و سرویکس همراه هستند و باید به دقت مورد بررسی قرار بگیرند.

## پارگی های ولوواژینال

- ▶ پارگی هایی که به سمت بالا گسترش می یابند از نوع طولی هستند و ممکن است به دنبال زایمان خودبه خود ایجاد شوند اما بطور شایع حاصل آسیب های زایمان ابزاری هستند و باید بدلیل خونریزی تحت دید مستقیم ترمیم شوند و آنالژی موثر دریافت کنند.
- ▶ در صورت پارگی های وسیع واژن و سرویکس باید از نظر خونریزی خلف صفاقی و پارگی صفاق و رحم مورد بررسی داخل رحمی قرار گیرند و در صورت شک قوی به سوراخ شدگی رحم یا پارگی صفاق باید لاپاراتومی انجام شود.

# پارگی های سرویکس

- ▶ با مشاهده دقیق میتوان پارگی های سرویکس را تحت دید مستقیم مورد ترمیم قرار داد. پارگی های کمتر از ۰/۵ سانتی متر به ندرت نیاز به ترمیم دارند و پارگی های عمیق معمولاً با زایمان ابزاری همراه هستند.
- ▶ پارگی های سرویکس که باعث خونریزی شده باشند یا آنکه به بخش فوقانی واژن گسترش یافته باشند مشکل ایجاد می کنند. در موارد نادر سرویکس به طور کامل یا نسبی ، در فورنیکس های قدامی، خلفی یا جانبی از واژن کنده می شود که به آن **کولپورکسیس** گفته میشود . یکی دیگر از انواع نادر، کنده شدن کل بخش واژینال سرویکس است که **کنده شدن دایره ای یا حلقوی** نامیده میشود که بعلت زایمان با فورسپس در حضور دیلاتاسیون ناکافی سرویکس یا با قرار دادن تیغه های فورسپس بر روی سرویکس صورت میگیرد . در برخی از زنان پارگی های سرویکس به سگمان تحتانی رحم گسترش می یابد و باعث پارگی شریان رحمی و شاخه های اصلی آن می شود که گاهی این پارگی به داخل صفاق کشیده می شود و ممکن است بصورت خونریزی خارجی یا هماتوم تظاهر یابد.



- ▶ گاهی اوقات ، لب قدامی ادماتوی سرویکس بین سر جنین و سمفیز مادر تحت فشار قرار میگیرد که خود به خود عواقب آن ترمیم می شود اما در موارد نادر سبب ایسکمی شدید می شود و ممکن است لب قدامی سرویکس دستخوش نکروز شود و از بقیه سرویکس جدا شود.
- ▶ برای معاینه کامل بیمار بهتر است به اتاق عمل منتقل شود فرد کمکی از پایین بر روی رحم فشار وارد می کند و اپراتور با فورسپس حلقه ای کشش آرامی بر لب های سرویکس اعمال می کند فرد کمکی با رترکتور های واژن فضای دید بهتری را مهیا می کند و اپراتور دور تا دور سرویکس را معاینه میکند .
- ▶ پارگی های ۱ تا ۲ سانتی متر نیاز به ترمیم ندارند مگر اینکه در حال خونریزی باشند.
- ▶ پارگی های سرویکس به سرعت ترمیم می یابند و در نهایت سبب نمای نامنظم و ستاره ای شکل سوراخ خارجی سرویکس می شوند که نشان دهنده ی سرویکس زنان پاروس است . پارگی های عمیق به ترمیم با جراحی نیاز دارند با استفاده از نخ بخیه ۰-۲ کرومیک یا پلی گلیکان ممتد یا غیر ممتد .

## هماتوم های نفاسی

- ▶ هماتوم های نفاسی به شرح زیر تقسیم بندی می شوند: هماتوم های ولو ، ولوواژینال، هماتوم پاراواژینال و هماتوم خلف صفاقی.
- ▶ هماتوم های ولو ممکن است بولبهای وستیبول ،شاخه های شریان پودندال که شامل شریان های رکتال ، پرینه آل و کلیتورال است را درگیر کند. هماتوم های پاراواژینال شاخه نزولی شریان رحمی را درگیر می کندو در برخی موارد رگ پاره شده ممکن است در بالای فاسیای لگن باشد و هماتوم سوپرالواتور را ایجاد کند که ممکن است مجرای فوقانی واژن را مسدود کند. خونریزی مداوم ممکن است به موقعیت خلف صفاق دیسکسیون پیدا کندو توده ای در بالای رباط اینگوینال لمس شود و گاهی اوقات این توده به سمت بالا در پشت کولون صعودی تا خمیدگی کبد پیش می رود .
- ▶ عوامل خطر: پارگی های واژن و پرینه، زایمان ابزاری و اپیزیوتومی و یا به دنبال کشیدگی و پارگی عروق خونی بدون پارگی دستگاه تناسلی که گاهی اوقات با اختلال انعقادی زمینه ای مرتبط است.

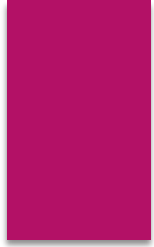
## ► تشخیص:

► در هماتوم های پرینه ، ولو و پاراواژینال درد شدید شایع است و به سرعت تورمی حساس و سفت با اندازه متغیر و تحت فشار به وجود می آید که ممکن است به مجرای واژن پیشروی کند و باعث اکیموز شدن پوست یا اپیتلیوم واژن شود. ممکن است هماتوم های پاراواژینال در آغاز قابل تشخیص نباشند ولی علائمی مانند فشار لگنی، درد و ناتوانی در دفع ادرار ممکن است وجود داشته باشد ممکن است در مراحل انتهایی با هیپوولمی تشخیص داده شود. در هماتوم های سوپرالواتور ممکن است توده در بالای رباط اینگوینال لمس شود یا نشود و تا زمان بروز علائم هیپوولمی تشخیص داده نشود.

► تصویر برداری با سی تی اسکن یا سونوگرافی ممکن است مفید باشد.

## سیر بالینی و تدابیر درمانی:

معمولاً هماتوم های کوچک گسترش پیدا نمی کنند گاهی اوقات بافت های پوشاننده هماتوم های در حال گسترش، پاره می شوند که در برخی از موارد خونریزی حجیم رخ می دهد اما در برخی دیگر لخته های بزرگ و خون کهنه خارج می شود. در هماتوم هایی که فضای پاراواژینال را درگیر کرده و به بالای قلاب لوآتور گسترش یافته اند، خونریزی خلف صفاقی ممکن است حجیم و گاهی کشنده باشد. هماتوم های ولوواژینال بسته به اندازه، محل، فاصله زمانی از زایمان و گسترش خود درمان می شوند. اگر خونریزی متوقف شده باشد، اندازه کوچک تا متوسط داشته باشد، تا هنگام جذب رویکرد انتظاری اداره می شود. در موارد دیگر اگر درد شدید باشد یا هماتوم در حال بزرگ شدن باشد، تجسس با جراحی انجام می شود. میزان خونریزی مرتبط با هماتوم های نفاسی بزرگ، تقریباً بیشتر از حدی است که برآورد می شود لذا در بیشتر موارد هیپوولمی شایع است و نیاز به ترانس خون وجود دارد. برای ترمیم انسیزیونی در نقطه حداکثر اتساع ایجاد می شود و پس از خروج خون و لخته ها اقدام به لیگاسیون تقاط خونریزی دهنده می شود سپس حفره را میتوان با بخیه های قابل جذب از بین برد و واژن به مدت ۱۲-۲۴ ساعت پک می شود.



▶ درمان هماتوم های سوپرالواتور مشکل تر است .خونریزی با استفاده از برش در ناحیه ولو یا واژن تخلیه می شود و در صورت تداوم خونریزی نیاز به لاپاراتومی و یا آمبولیزاسیون دارد.

▶ در هماتوم های سوپرالواتور یا خلف صفاق ، استفاده از آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک به صورت اولیه یا ثانویه مقبولیت دارد و در هماتوم های پاراسرویکال استفاده از بالون بکری توصیف شده است.

## پارگی رحم:

- ▶ پارگی اولیه: ایجاد پارگی در رحمی که از قبل سالم و یا بدون اسکار بوده است.
- ▶ پارگی ثانویه: ایجاد پارگی در رحمی که از قبل مورد انسیزیون، آسیب و یا ناهنجاری بوده است.
- ▶ در حال حاضر پارگی ثانویه شایعتر می باشد به دلیل افزایش تعداد زایمان سزارین و بالا رفتن میزان زایمان بعد از سزارین.

# پارگی رحم:

## عوامل زمینه ساز:

- ▶ اعمال و دستکاری ها بر روی میومتر مانند کورتاژ، سوراخ شدن رحم، تخریب آندومتر، میومکتومی، هیسترکتومی ابزاری و مولتی پارите هستند. ناهنجاری های رحم و حاملگی چند قلوئی ناشایع هستند.
- ▶ توالی تحریک رحم با پروستاگلاندین واکسی توسین و یا القای رحم با میزوپروستول باعث پارگی اولیه رحم می شود.
- ▶ ترومای غیر نافذ شکم ممکن است است پارگی رحم را تسریع کند. دیگر علل پارگی تروماتیک ناشایع ، ترومای ناشی از چرخش پودالیک داخلی، خارج سازی بریچ ، زایمان دشوار با فورسپس و بزرگی نامعمول جنین مانند هیدروسفالی هستند.
- ▶ گاهی اوقات ضعف های ذاتی در عضله میومتر زمینه را برای پارگی فراهم می کنند مانند ناهنجاری های آناتومیک، میوم ، آدنومیوز، کوریوکارسینوم و اختلال بافت همبند.



## ▶ پاتورنز:

- ▶ پارگی رحم سالم در طول لیبر، در اکثر مواقع سگمان تحتانی نازک شده را درگیر می کند. هنگامی که سوراخ کاملاً در مجاورت سرویکس قرار دارد، اغلب بصورت عرضی یا مایل گسترش می یابد و اگر سوراخ در مجاورت رباط پهن باشد، پارگی طولی خواهد بود. در برخی از موارد پارگی مثانه هم وجود دارد. در صورتی که پارگی بزرگ باشد محتویات داخل رحم وارد صفاق می شود. در برخی موارد صفاق سالم است و خونریزی به داخل رباط پهن گسترش می یابد و باعث هماتوم خلف صفاقی می شود.
- ▶ پیش آگهی جنین بستگی به میزان جدا شدگی جفت ، میزان خون از دست رفته و هیپوولمی دارد.

# تشخیص

- ▶ شایع ترین نشانه پارگی رحم الگوی غیر اطمینان بخش FHR همراه با افت های متغیر می باشد که به سمت افتهای دیر هنگام و برادی کاردی و مرگ سیر میکند.
- ▶ اگر عضو نمایش 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.

## درمان و پیامدها پارگی رحم

- ▶ پارگی های ناقص رحم هم گزارش شده است که بصورت عمودی به داخل سگمان فوقانی رحم گسترش می یابد و منبعی برای خونریزی شدید است و این پارگی ها فقط در زمان انجام هیستریکتومی تشخیص داده می شوند خونریزی در این موارد شدید است و تا زمانی که پایه های شریان رحمی به صورت دوطرفه کلامپ نشده ادامه دارد.
- ▶ در موارد پارگی کامل ممکن است هیستریکتومی ضرورت پیدا کند.
- ▶ میزان مرگ و میر و موربیدیتة نورولوژیک در نوزادان نیز افزایش می یابد.
- ▶ چاقی مادر همراه با پارگی رحم سبب افزایش پیامدهای نامطلوب نوزادان می شود.

با تشکر از توجه شما