



دکتر راضیه وجدانی
جراح و متخصص زنان و زایمان
فلوشیپ انکولوژی زنان
عضو هیات علمی دانشکده مراغه



خون ریزی بعد از زایمان

PostPartum Hemorrhage

خون ریزی بعد از زایمان

مقدمه

I. خون ریزی بعد از زایمان احتمالاً شایع ترین علت مرگ و میر مادر چه در وضع حمل و اژینال و چه سزارین

I. خون ریزی یکی از چهار علت مرگ مادران با وضع حمل بعد از ۲۰ هفتگی است

III. ۳ علت دیگر مرگ مادران

ترومبوآمبولی	}	
بیماری های هایپر تنسیو		
عفونت		

تعاریف

تعریف کلاسیک

- I. از دست دادن $ml 500$ یا بیشتر خون طی ۲۴ ساعت اول بعد وضع حمل
- II. میزان متوسط از دست دادن خون بعد از وضع حمل واژینال بدون عارضه تقریباً $ml 500$ میباشد.

به نظر میرسد تعریف خون ریزی بعد از زایمان با :

- I. حداقل خون ریزی قابل توجه که موجب ایجاد علائم و نشانه های ناپایداری همودینامیک گردد
 - II. یا خون ریزی که اگر درمان نشود منجر به تغییرات همودینامیک میگردد
- منطقی باشد

خون ریزی بعد از زایمان

انواع

I. زودرس (اولیه): طی ۲۴ ساعت اول بعد از وضع حمل

II. دیررس (ثانویه): بعد از ۲۴ ساعت تا ۶ هفته بعد از زایمان

خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

اتیولوژی

I. آتونی رحم؛ شایع ترین علت

II. پارگی مجاری تناسلی دومین علت شایع

III. باقی ماندن محصولات حاملگی

I. اختلالات انعقادی

آتونی رحم

- شایعترین علت خونریزی بعد از زایمان

- علل مستعد کننده:

۱- دستکاری های بیش از حد

۲- GA

۳- اتساع بیش از حد رحم

۴- زایمان طول کشیده

۵- مولتی پارите بالا

۶- لیومیوم رحمی

۸- اینداکشن با اوکسی توسین و القا زایمان

۹- خونریزی قبلی در مرحله سوم

۱۰- عفونت رحمی

۱۱- نشت خون به داخل میومتر

۱۲- اختلال عملکرد ذاتی میومتر

Laceration های زایمانی

- خونریزی پایدار به ویژه به رنگ قرمز روشن به همراه انقباضات خوب رحم و رحم سفت شده

- منشأ خونریزی ها :

- Laceration های رحم، سرویکس، واژن و ولو

- اپی زیوتومی

- پارگی اسکار سزارین قبلی

باقی ماندن بقایای جفت

- پلاستنا اکرتا

- خارج نکردن درست جفت در مرحله سوم زایمان

- وجود جفت فرعی

کوآگولوپاتی ها

- اختلالات انعقادی به شکل هیپوفیبرینوژنمی، ترومبوسایتوپنی و DIC تظاهر پیدا می کنند.
- تزریق بیش از ۸ واحد PC موجب کوآگولوپاتی ترقیقی می شود.
- در چند بیماری مامایی دیده می شوند:
 - جداشدگی زودرس جفت
 - آمبولی مایع آمنیوتیک
 - افزایش ترومبوپلاستین ناشی از بقایای مرگ جنین
 - پره اکلامپسی شدید
 - اکلامپسی
 - سپسیس

پیشگیری

- تمام زنان در اتاق لیبر باید از نظر ریسک فاکتور های خونریزی بعد از زایمان مورد ارزیابی قرار بگیرند :

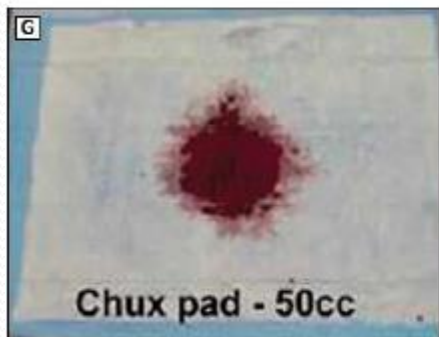
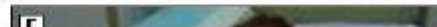
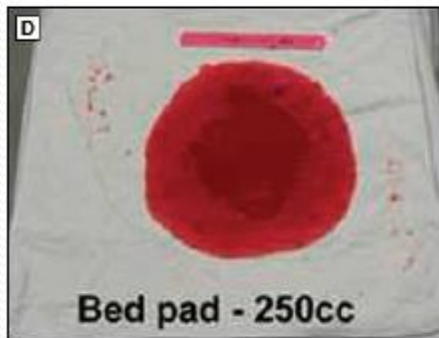
- | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| ۱- کوآگولوپاتی ها | ۸- پلی هیدرآمیوس | ۱۵- GA برای زایمان |
| ۲- خونریزی | ۹- اختلال عملکرد زایمان | ۱۶- زایمان به کمک فورسپس |
| ۳- ترانسفیوژن خون در حاملگی قبلی | ۱۰- القاء زایمان | ۱۷- تاخیر در خروج جفت بعد از زایمان |
| ۴- آنمی در حین زایمان | ۱۱- زایمان سریع | |
| ۵- مولتی پاریتی بالا | ۱۲- پره اکلامپسی شدید | |
| ۶- چند قلوئی | ۱۳- اکلامپسی | |
| ۷- نوزاد بزرگ | ۱۴- Vback | |

عوارض

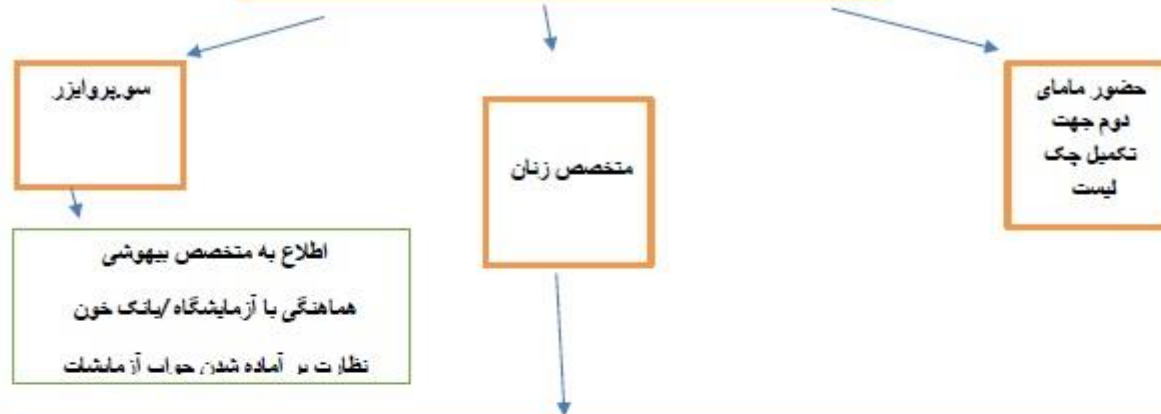
- افزایش استعداد ابتلا به عفونت های دوره نفاسی به دلیل خونریزی و آنمی
- واکنش های ایمنولوژیک و عفونت های ویروسی ناشی از ترانسفیوژن خون
- سندرم شیهان
- نارسایی حاد کلیوی و آسیب ارگان ها
- هیستریکتومی در موارد خونریزی شدید

تشخیص خونریزی با توجه به علائم

مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱	طبقه بندی شدت خونریزی
بیش از ۲۰۰۰	۱۵۰۰ - ۲۰۰۰	۱۰۰۰ - ۱۵۰۰	< ۱۰۰۰	میزان خون از دست رفته (ml)
> ۱۴۰	۱۲۰ - ۱۴۰	۱۰۰ - ۱۱۹	< ۱۰۰	تعداد ضربان قلب
کاهش	کاهش	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	طبیعی	فشار خون
کاهش	کاهش	کاهش	طبیعی	فشار نبض
> ۳۵	۳۰ - ۴۰	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۱۴-۲۰)	تعداد تنفس در دقیقه
آنوری / بسیار جزئی	۵ - ۱۵	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۳۰-۵۰)	برون ده ادراری (ml/hr)
گیج و لتارژیک	گیج (Confused)	مضطرب (Anxious)	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین جبرانی مورد نیاز



اعلام کد خونریزی



- رگ دوم (آی وی لاین 16 یا 18

- سوند فولی

- 5/3 لیتر مایع کریستالوئید بدون اکسی توسین (فشارخون سیستولیک در حد 90 میلی متر جیوه و برونده ادراری 30 سی سی در ساعت حفظ شود)

- گرم نگهداشتن بیمار

- ماساژ دو دستی رجم ، معاینه دستگاه تناسلی در وضعیت دورسال لیتوتومی مادر

- اکسیژن درمانی (6-8 لیتر در دقیقه یا ماسک صورت و یا 2-4 لیتر در دقیقه با کانول بینی)

- مانیتورینگ علائم حیاتی و اعلام آن هر 5 دقیقه، ارزیابی خونریزی هر 15 دقیقه

- درخواست آزمایشات و پیگیری جواب توسط سوپروایزر حداکثر تا 30 دقیقه :

▪ BG/RH recheck, CBC

▪ PT, PTT, Fibrinogen, INR

▪ ABG, Indirect Coombs (If Indicated)

درمان

● اقدامات قبل از زایمان

- تعیین BG و انجام اسکرینینگ از نظر خونریزی بعد از زایمان
- رزرو PC کراس مچ شده برای گروه در معرض خطر
- داشتن کاتتر وریدی بزرگ
- اگر بیمار آنمی شدید دارد، بلافاصله بعد از آماده شدن PC ، ترانسفیوژن صورت گیرد

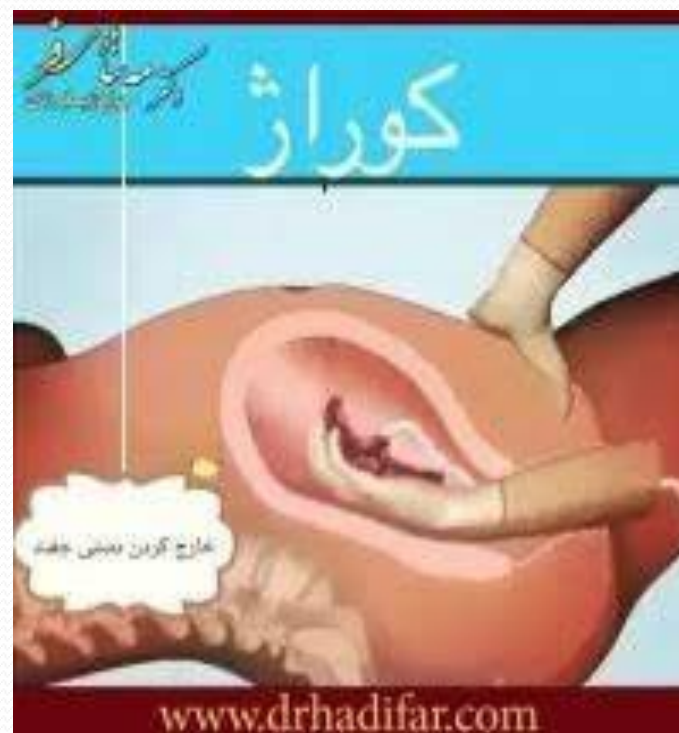
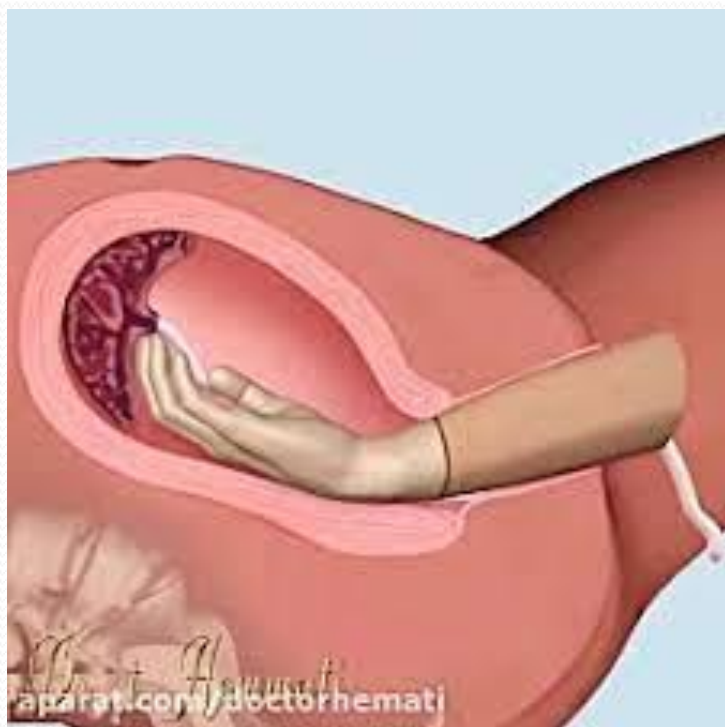
درمان

- اقدامات حین زایمان

- ماساژ رحم به صورت دورانی و عقب و جلو تا زمانی که میومتر سفت و منقبض شود

- مرحله سوم زایمان

- کشش ملایم بر روی طناب ناف
- در صورت عدم وجود خونریزی به منظور جلوگیری از خونریزی پس از زایمان، جفت باید در عرض ۱۵-۳۰ دقیقه بعد از زایمان خارج گردد.
- در صورت وجود خونریزی، صبر نمیکنیم و جهت خارج کردن دستی جفت اقدام می کنیم.



اقدامات کنترل خونریزی

- ماساژ دو دستی
- کورتاژ
- پیک کردن رحم
- استفاده از عوامل منقبض کننده رحم



خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

درمان طبی

I. تزریق پروفیلاکتیک اکسی توسین

✓ شامل ده تا بیست واحد اکسی توسین در هزار ml، RL یا سالین تجویز شده طی ده تا بیست ml/min جهت جلوگیری از آتونی رحم



درمان طبی

✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

II. متیل ارگونوین

✓ دوز مناسب IM 0.2mg

کنترل اندیکاسیون:

زنان هایپر تنسیو یا پره اکلامپسی بدلیل ایجاد HTN خطرناک



✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

Carboprost tromethamine .III

✓ پس از پاسخ ناکافی اکسی توسین، مشتقات PG شایع ترین مورد استفاده

✓ دوز مناسب IM، 0.2mg

✓ کنتراندیکاسیون در زنان بیهوش

✓ عوارض: تهوع، استفراغ، اسهال، تب، تاکی کاردی، HTN



✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

درمان طبی

Dinoprostone .IV

✓ شیاف واژینال یا رکتال در دوزهای 20mg/2h



✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

درمان طبی

✓ .v Cytotec

✓ رکتال با دوز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ میکروگرم



خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

درمان طبی

VI. فاکتور VIIa نو ترکیب

- ✓ موثر در کنترل خونریزی تهدید کننده حیات مقاوم
- ✓ عارضه احتمالی تهدید کننده حیات ترومبوآمبولی



• اکسی توسین

- ۳۰ واحد در ۵۰۰ سی سی محلول با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه هر ۱۶۷ سی سی ۱۰ واحد

• - متیل ارگونوین یا مترژین

- ۲ / ۰ میلیگرم عضلانی و تکرار آن هر ۲ - ۴ ساعت ، در صورت هیپرتانسیون تزریق نگردد.

• - ۱۵ - متیل پروستاگلاندین (Hemabate, F2α Carboprost)

- - ۲۵۰ میکروگرم عضلانی و در صورت نیاز تکرار آن هر ۱۵ - ۹۰ دقیقه ، (حداکثر ۸ دوز) در موارد آسم استفاده نشود و در صورت هیپرتانسیون با احتیاط استفاده شود). بهتر است اگر تا دو دوز موثر نبود روش دیگری انتخاب شود.

- میزوپروستول

- - ۸۰۰ میکروگرم رکتال یا ۶۰۰ میکروگرم بوکال

- - حداکثر دوز ۱۰۰۰ میکروگرم

درمان طبی

خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

.VII. پک کردن رحم

- ✓ برای خونریزی شدید و مقاوم قبل از متوسل شدن به هیستریکتومی
- ✓ نگرانی های عمده خونریزی پنهان و عفونت
- ✓ یک روش موقتی برای تامین زمان لازم برای جایگزینی حجم خون قبل از لاپاراتومی
- ✓ اگر بعنوان آخرین روش قبل از مداخله جراحی استفاده شود بیمار باید به دقت برای شناسایی خون ریزی مداوم یا خون ریزی پنهان قابل توجه تحت مراقبت قرار گیرد
- ✓ همچنین باید در زمانیکه پک رحمی در محل قرار دارد آنتی بیوتیک به صورت پروفیلاکتیک داده شود.

درمان جراحی

خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

I. بخیه های فشاری رحمی

- ✓ جایگزین بی خطری برای هیسترکتومی یا بستن شریان هایپوگاستریک
- ✓ قابلیت باروری آتی نیز حفظ میشود

II. بستن شریان رحمی

- ✓ در خونریزی های با درجه کمتر فواید ثابت شده ای دارد
- ✓ به آسانی انجام میشود و توسط بیشتر متخصصین مامایی قابل انجام است
- ✓ عوارض > یک درصد
- ✓ کارگذاری یک بخیه قابل جذب شماره یک در فاصله دو تا سه cm داخلی عروقی رحمی با عبور از میومتر و سپس یک فضای بدون رگ از لیگامان پهن
- ✓ با ۹۵٪ موفقیت همراه است

III. بستن شریان ایلپاک داخلی

- ✓ اغلب نیاز به کمک جراح (انکولوژیست متخصص زنان یا یک جراح عروق) دارد
- ✓ کاهش فشار نبض تا ۸۵٪
- ✓ امکان هموستاز و تشکیل لخته
- ✓ عوارض: بستن یا آسیب ureteral، خونریزی ناشی از آسیب وریدهای بزرگ ایلپاک، بستن ناموفق ورید ایلپاک خارجی
- ✓ بستن شدن به غلط شریان ایلپاک خارجی بعنوان شاخه شریان ایلپاک داخلی یک عارضه فاجعه آمیز بوده و منجر به از دست دادن اندام تحتانی میشود

درمان جراحی

✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

IV. هیسترکتومی

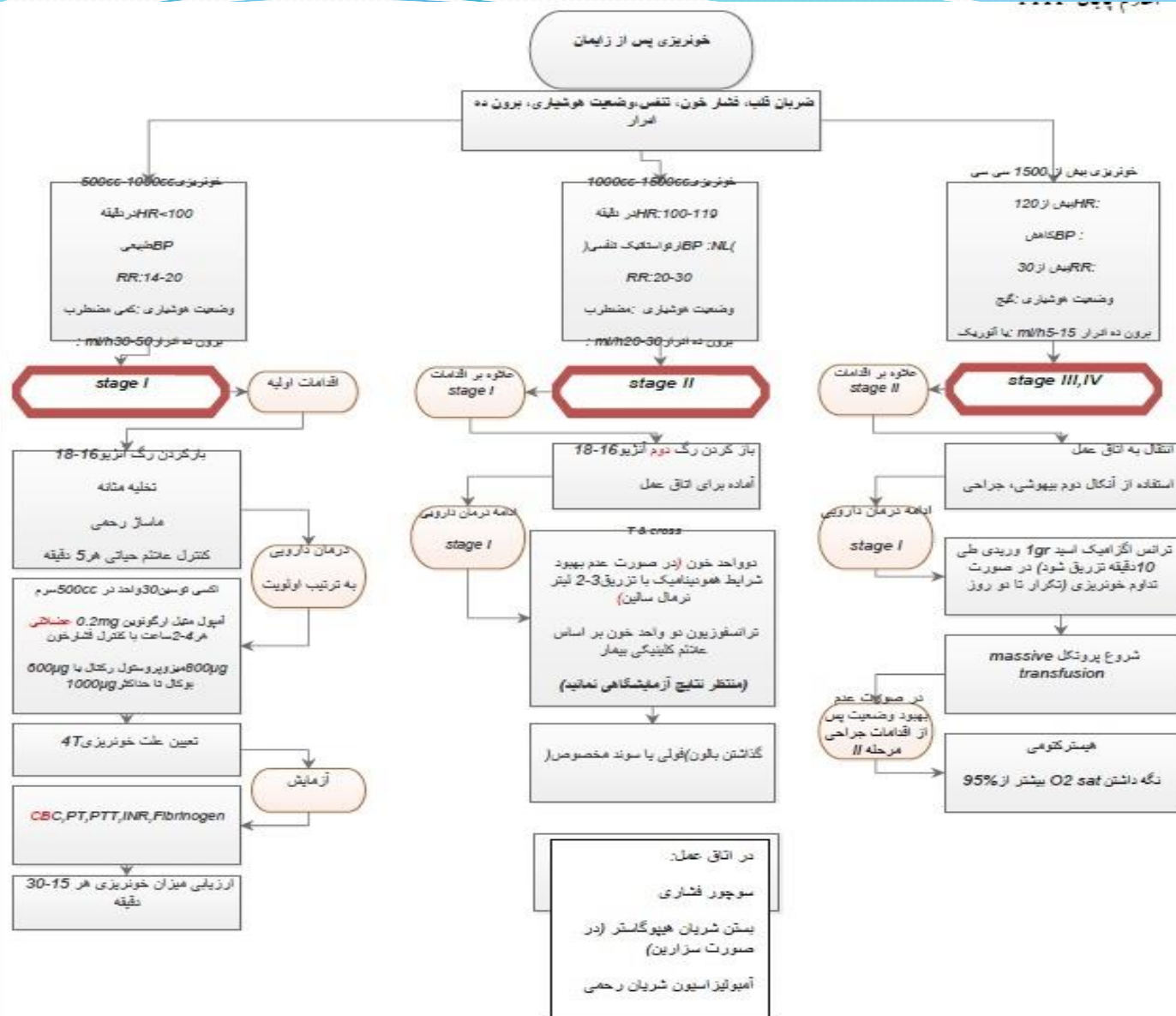
- ✓ برای کنترل خون ریزی تهدید کننده حیات بعد از عدم موفقیت سایر روشهای طبی
- ✓ یا جراحی
- ✓ عوارض: عفونت جراحی
- ✓ اندیکاسیون هیسترکتومی اورژانس: آتونی رحم، جفت آکرتا، جفت سر راهی، پارگی رحم، لیوموماتای رحمی

V. پک لگنی

- ✓ مفید و حتی نجات بخش بخصوص در موارد -----< خونریزی همراه با کواگولوپاتی
- ✓ موفقیت در ۸۰٪ موارد جفت آکرتا

VI. آمبولیزاسیون شریانی

- ✓ در کنترل خونریزی ۹۵٪ موارد موثر است
- ✓ امکان بروز عوارض پایین است که شامل: تب، ایسکمی، نکروز رحمی، آسیب عصبی و سوراخ شدگی عروق بزرگ



خونریزی بعد از زایمان
زودرس (اولیه) ✓
دیررس (ثانویه) ✓

خون ریزی دیررس (ثانویه)

تعریف

خونریزی بعد از ۲۴ ساعت تا ۶ هفته بعد از زایمان

اتیولوژی

- I. عفونت
- II. باقیماندن قطعات جفت
- III. عدم ترمیم ناکامل محل کاشته شدن جفت
- IV. کواگولوپاتی ارثی یا اکتسابی

درمان

✓ خونریزی بعد از زایمان
✓ زودرس (اولیه)
✓ دیررس (ثانویه)

I.

درمانهای خون ریزی دیررس الزاماً همان درمانهای خونریزی زودرس میباشد و با **درمان طبی با اکسی توسین و پروستاگلاندین** شروع میشود.

II.

از آنجائیکه بسیاری از این زنان عفونت دارند **آنتی بیوتیک** نیز ممکن است فواید اثبات شده ای داشته باشد

اگر چه **آمبولیزاسیون شریانی** ممکن است لازم باشد سایر اعمال جراحی بخصوص هیسترکتومی به ندرت لازم است.

درمان

- کمپرس رحم و ماساژ دو دستی رحم به مدت ۳۰ - ۴۵ دقیقه
- سونو ترانس واژینال جهت بررسی از نظر بقایای جفت
- در صورت باقی ماندن بقایای جفت، کورتاژ توصیه می گردد.
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف
- اکسی توسین ۱۰ واحد IM هر ۴ ساعت یا ۱۰ - ۲۰ واحد در لیتر بصورت انفوزیون آهسته وریدی
- 15 متیل PGF2 آلفا



با تشکر از توجه
شما عزیزان