



بسم الله الرحمن الرحيم

سمیناره دو روزه مرگ و میر مادران / ۲۰-۲۱
مرداد ۱۳۸۹

فهیمة صحتی

خونریزی بعد از زایمان

PPH

فهمه صحتی شفائی

مربی هیئت علمی گروه مامائی

دانشکده پرستاری و مامائی

مرداد ۱۳۸۹

فهمه صحتی

مرگ مادر ناشی از خونریزی اغلب ناشی از مراقبت های زیر استاندارد است.

PPH ۹-۴% همه حاملگی ها را مبتلا می کند.

تخمین صحیح خون ازدست رفته ، تشخیص صحیح و درمان اختلالات انعقادی ، درگیرکردن کلینیسین مجرب ، دسترسی به بیهوشی و حمایت سایکولوژیک کافی فاکتورهایی هستند که در پیشگیری از مرگ مادر ناشی از **PPH** موثر هستند.

علت تقریباً ۹۰-۸۰% موارد **PPH** آتونی رحم است.

PPH اولیه



تعریف



- ۱- آتونی رحم
- ۲- ترومای ژنیتال
- ۳- کوآگولوپاتی
- ۴- وارونگی رحم

علل



فاکتورهای قابل پیشگیری:
۱- آتونی رحم



- ۱- فاکتورهایی که با قدرت انقباضی رحم تداخل می کنند
- ۲- اتساع بیش از حد رحم
- ۳- خستگی رحم
- ۴- اقدامات اشتباه
- ۵- سایر علل

ریسک فاکتورها

۲- ترومای ژنیتال

- ۱- اپیزیوتومی زود یا دیر هنگام
- ۲- لیبر تسریع شده
- ۳- زایمان سزارین
- ۴- زایمان با فورسپس
- ۵- لیبر طول کشیده یا توقف لیبر
- ۶- سابقه قبلی جراحی بر روی رحم
- ۷- سابقه قبلی زایمان طول کشیده یا توقف لیبر در بارداری قبلی

ریسک فاکتورها

۳- فاکتورهای اجتماعی

ریسک فاکتورها

- ۱- باورهای سنتی در مورد مرحله سوم زایمان
- ۲- فقدان آگاهی کافی در مورد اهمیت خونریزی پس از زایمان
- ۳- مشکلات حمل و نقل
- ۴- سطح پایین وضعیت اجتماعی _ اقتصادی
- ۵- ساده انگاشتن خونریزی پس از زایمان

۴- فاکتورهای پرسنل خدمات پزشکی

ریسک فاکتورها

- ۱- تأخیر در خارج ساختن جفت در موارد احتباس جفت
- ۲- تأخیر در شروع اقدامات احیاء به علت کمبود امکانات
- ۳- تأخیر در انجام پروسیجر زایمان سزارین
- ۴- کمتر از حد واقعی تخمین زدن میزان خونریزی
- ۵- در دسترس نبودن اکسی توسین
- ۶- عدم وجود پرسنل کارآمد و آموزش دیده
- ۷- فقدان دسترسی به مراکز تخصصی
- ۸- فقدان یک پروتکل مؤثر در بیمارستان جهت اداره خونریزی

PPH ثانویه



تعریف



۱- باقی ماندن محصولات حاملگی (غشاء یا بافت جفتی)

۲- عفونت

۳- ترشحات چرکی رحم بعد از سزارین یا رحم پاره شده

۴- تروما (ترومای پرینه، ولو، واژن، سرویکس و رحم)

۵- هماتوم

علل



Etiologies of postpartum hemorrhage

Early:

- ***Uterine atony***
- ***Lower genital tract lacerations (perineal, vaginal, cervical, periclitoreal, labial, periurethral, rectum)***
- ***Upper genital tract lacerations (broad ligament)***
- ***Lower urinary tract lacerations (bladder, urethra)***
- ***Retained products of conception (placenta, membran)***
- ***Invasive placentation (placenta accreta, increta, precreta)***
- ***Uterine rupture***
- ***Uterine inversion***
- ***Coagulopathy (hereditary, aquired)***

Etiologies of postpartum hemorrhage

Late:

- ***infection***
- ***Retained production of conception***
- ***Placental site subinvolution***
- ***coagulopathy***

نحوه تخمین خون از دست رفته

کنترل علائم حیاتی 

توجه به حجم ادرار 

تخمین چشمی حجم خون از دست رفته 

اقدامات پیشگیری کننده یا کاهش دهنده خونریزی بعد از زایمان

❖ استفاده از داروهای یوتروتونیک

❶ اکسی توکسین IM ۱۰ lu یا ۴۰-۱۰ واحد در ۱۰۰۰ cc سالن یا
محلول رینگر با سرعت ۲۰۰-۱۰۰ mlu/min بعد از خروج
جفت

❷ مترژین (دومین داروی انتخابی بدلیل عوارض است) mg./2
IM single dose

❖ مشاهده جفت

❖ مشاهده کانال زایمانی

❖ کنترل دقیق در یک ساعت اول بعد از زایمان

اتونی رحم

Risk factors

- ❧ Utrine over distention (multiple gestation, polyhydramnios, fetal macrosomia)***
- ❧ Prolonged oxytocin use***
- ❧ Rapid and prolonged labor***
- ❧ Grand multiparity***
- ❧ Chorioamnionitis***
- ❧ Placenta previa***
- ❧ Use of uterine relaxing agents(tocolytic therapy, halogenatics anesthetics nitroglycerin)***

درمان

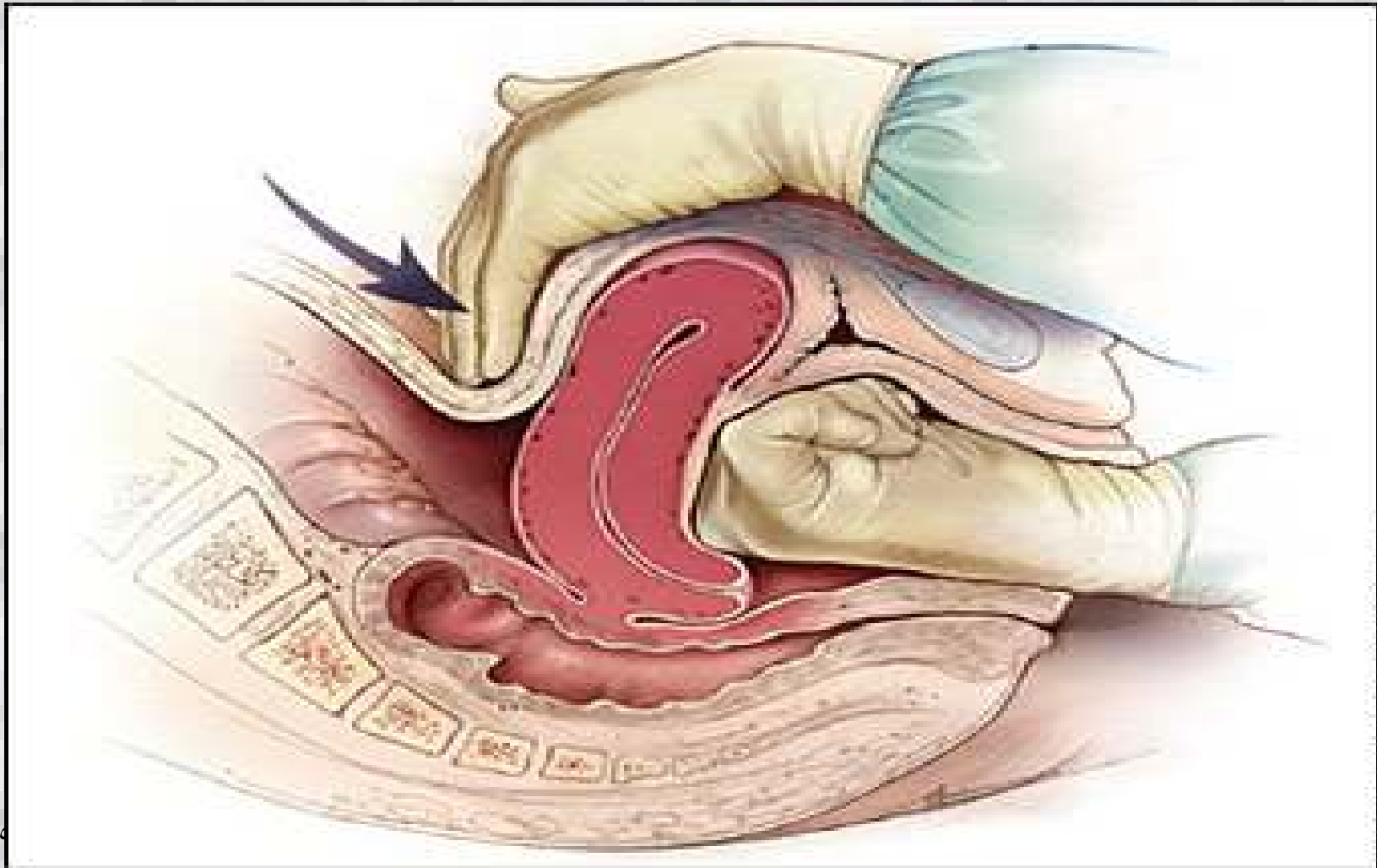
➤ ماساژ رحم از روی شکم و ماساژ دودستی رحم

➤ استفاده از مواد یوتروتونیک

* انفوزیون سریع اکسی توسین $20\text{ IU}/1000\text{ cc}$ رینگر لاکتات یا سالن
نرمال با سرعت 10 cc/min ($100-200\text{ miu/min}$)

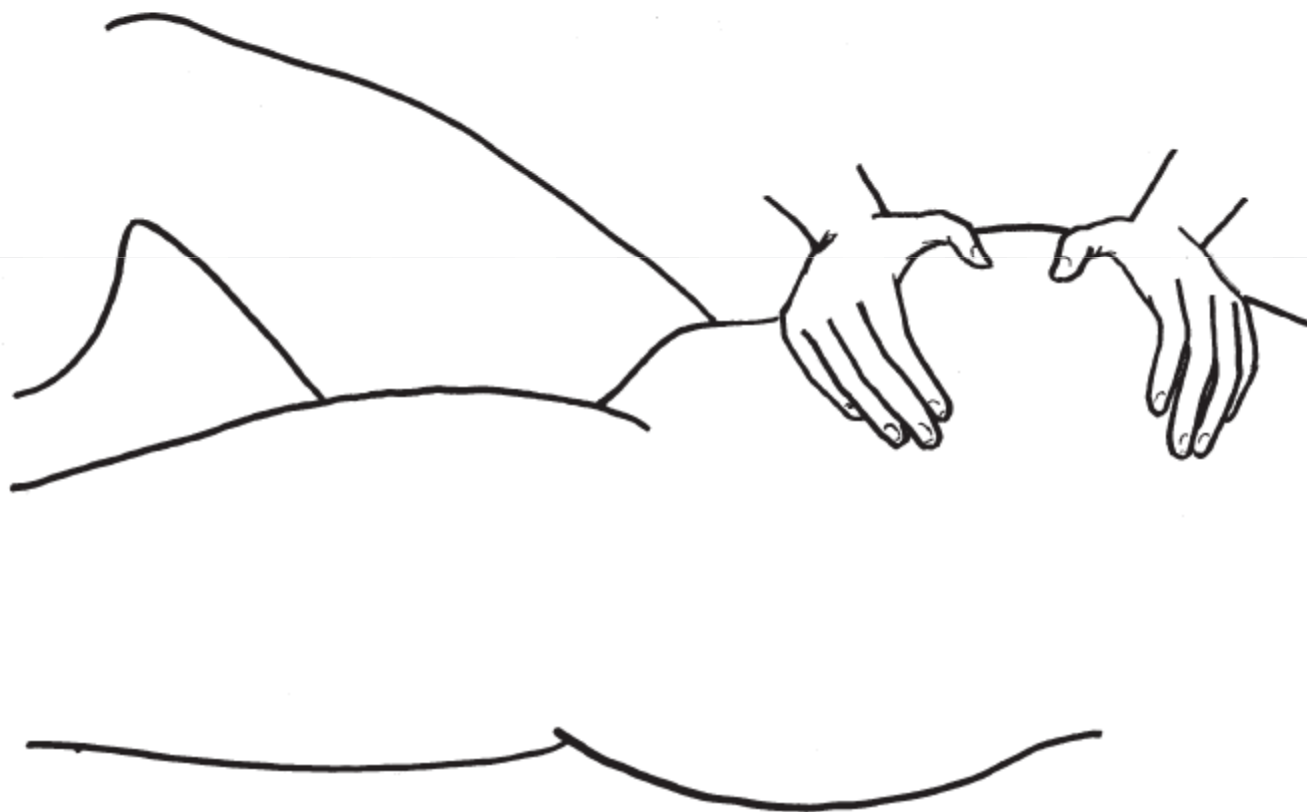
* متیل ارگونین 2 mg IM پروستاگلاندین $f_2\alpha$ (کاربوپروست)
 25 mg IM و تکرار آن در صورت نیاز هر $90-150\text{ min}$ یکبار
تا حداکثر ۸ دوز (88% موثر)

نحوه انجام IBMC

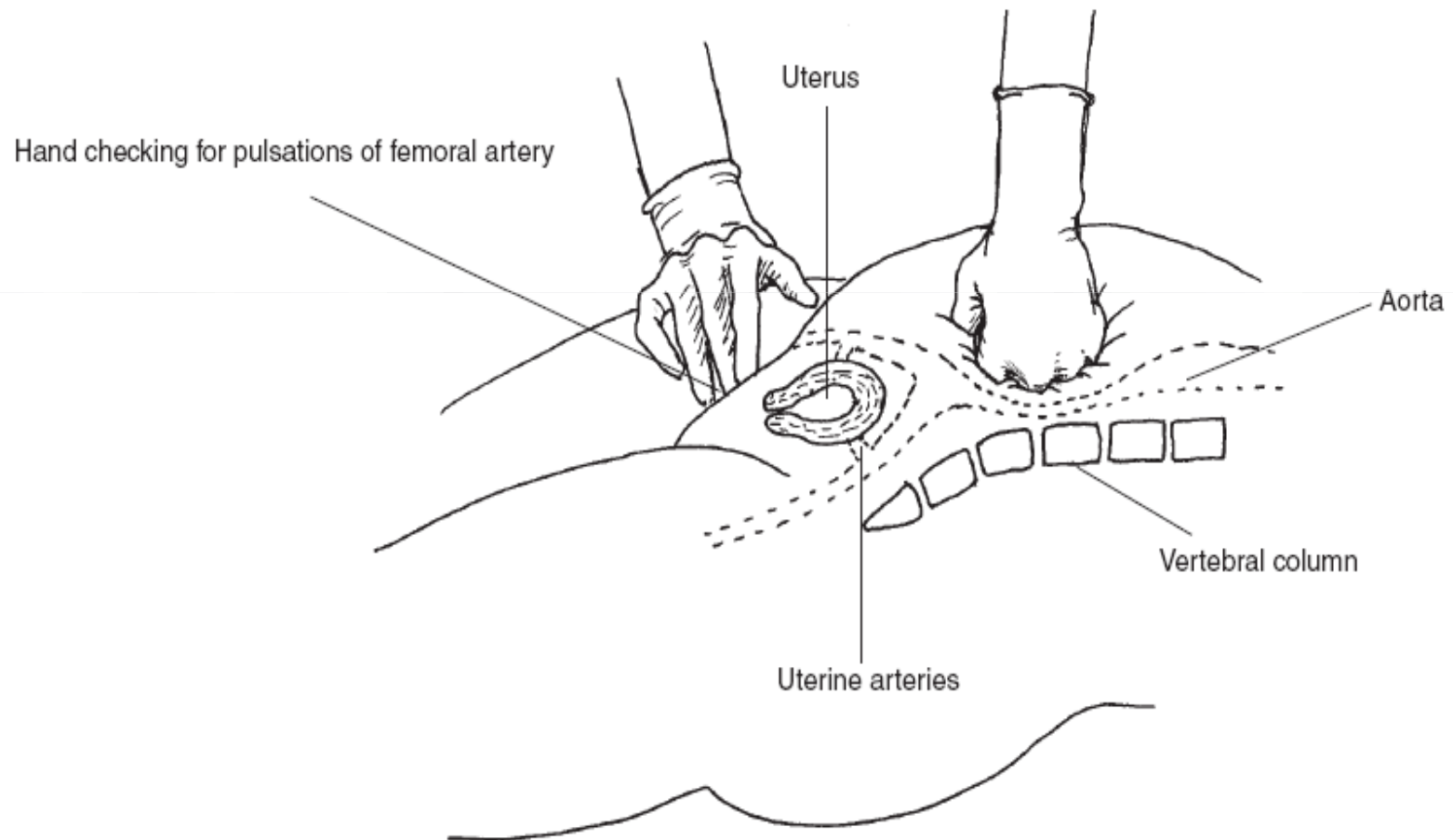


© 2007 CHRISTY KRAMES

نحوه انجام EBMC



نحوه انجام کمپرسیون دستی شریان آئورت



درمان

اگر با وجود تجویز داروهای یوتروتونیک و ماساژ رحم خونریزی تداوم داشت:

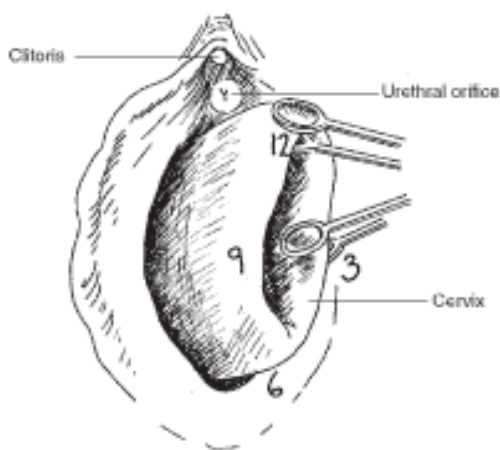
۱. درخواست کمک کنید.
۲. کاتترهای داخل وریدی (IV Line) دیگری با قطر بزرگ تعبیه کنید تا بتوانید همزمان با تجویز خون به تجویز کریستالوئید و اکسی توسین نیز ادامه دهید.
۳. شروع ترانسفوزیون خون
۴. تعبیه کاتتر فولی برای پایش برونده ادراری
۵. بررسی رحم از نظر پارگی و بقایای جفت و بررسی سرویکس و واژن از نظر پارگی ها.

- ۱- پارگیهای پرینه
- ۲- پارگیهای واژن
- ۳- آسیبهای عضله لواتور آنی (بالا برنده مقعد)
- ۴- آسیبهای سرویکس
- ۵- پارگی رحم
- ۶- پارگی تروماتیک
- ۷- پارگی خود به خود

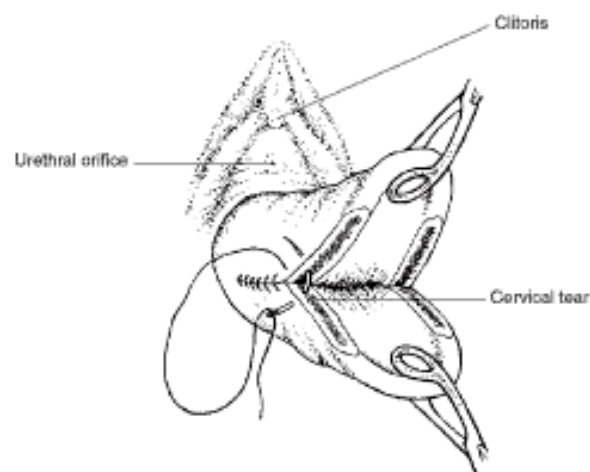
پارگیهای دستگاه تناسلی

تشخیص

درمان



و میر مادران / ۱
۱۳۸۹

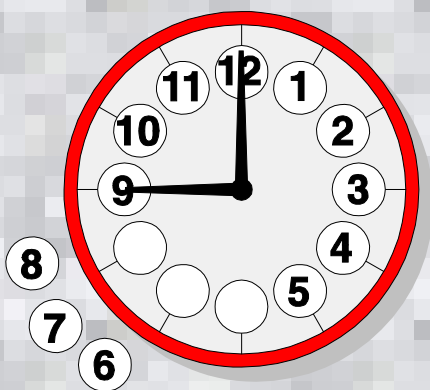


فهیمة صحتی

مهارتهای بالینی در تشخیص و کنترل PPH

- ★ شناسایی عواملی که مادر را در موقعیت پر خطر برای خونریزی پس از زایمان قرار می دهد
- ★ کنترل مرحله سوم لیبر به طور صحیح
- ★ کاتتریزاسیون
- ★ بررسی و معاینه جفت و پرده های جفتی
- ★ تخمین میزان خون از دست رفته
- ★ بررسی و ثبت دقیق مشاهدات شامل علایم حیاتی، میزان جذب و دفع، حال عمومی،...
- ★ ماساژ رحم و کمک به خروج لخته از داخل آن
- ★ گرفتن نمونه خون به منظور آنالیز آن
- ★ انفوزیون مایعات داخل وریدی و مونیتورینگ دقیق آن
- ★ مونیتورینگ ترانسفوزیون خون و حال عمومی بیمار
- ★ کمپرسیون دو دستی رحم (خارجی و داخلی)
- ★ کمپرسیون دستی شریان آئورت
- ★ سپچور پارگی های پرینه
- ★ ترمیم اپی زیوتومی





■ اقدامات لازم جهت ارجاع مادر به مراکز مجهز:

۱- حفظ یا ایجاد انقباض رحمی

۲- تخلیه مثانه از طریق کاتتریزاسیون

۳- دریافت مایعات وریدی جهت حفظ حجم خون در حد طبیعی Delay

۴- بررسی حال عمومی مادر ■

۵- گرم نگه داشتن مادر با پتو

۶- ثبت دقیق چارتهای

۷- همکاری یکی از همراهان مادر جهت ایجاد حمایت روحی- روانی

درمان

اگر با روش های فارماکولوژیک موفق به کنترل آتونی رحم نشدیم
از روش های زیر می توانیم استفاده کنیم

۱. تامپوناد رحم

۲. آمبولیزاسیون انتخابی شریانی

۳. استفاده از روش های جراحی

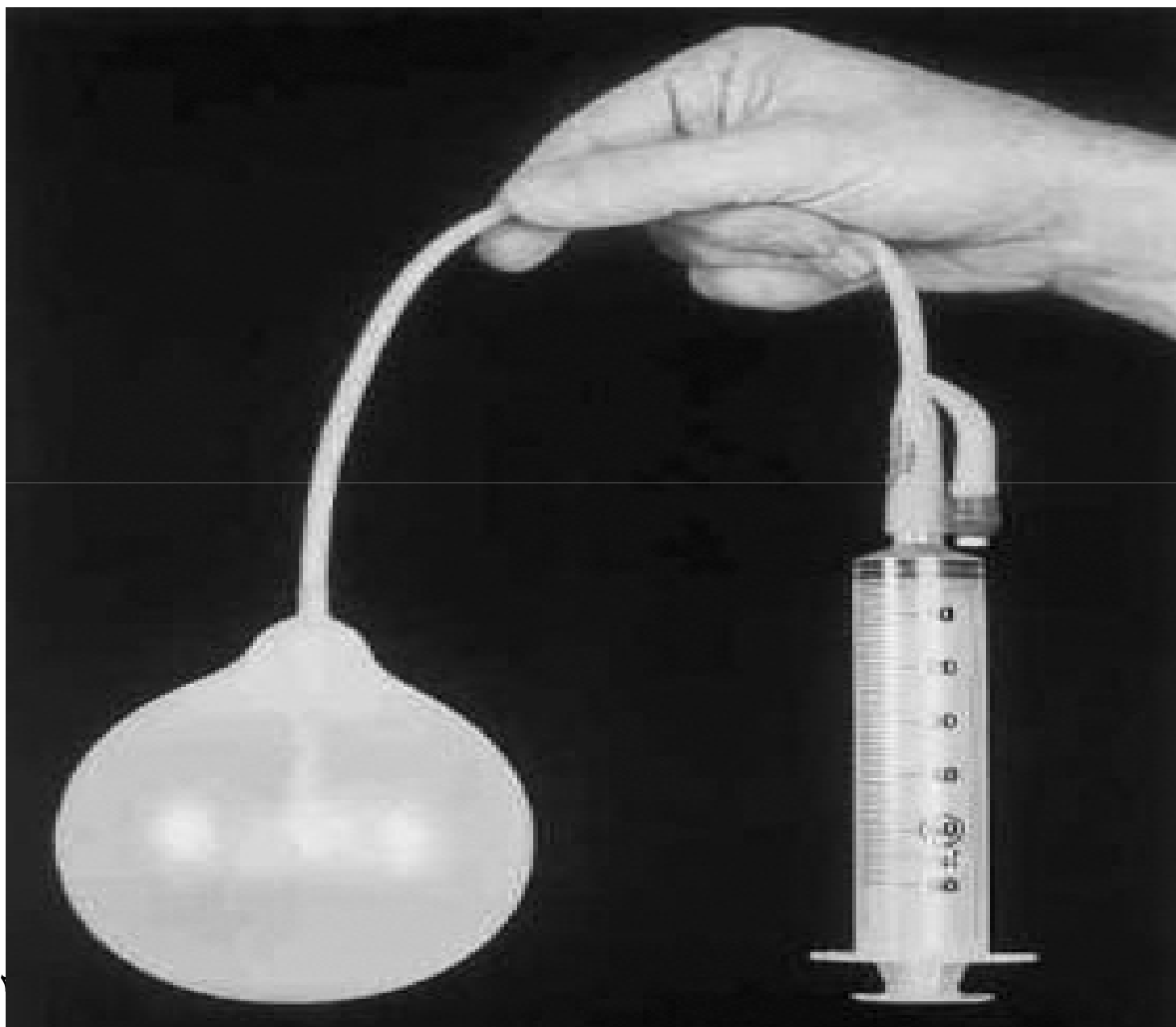
➤ بخیه های فشاری رحم

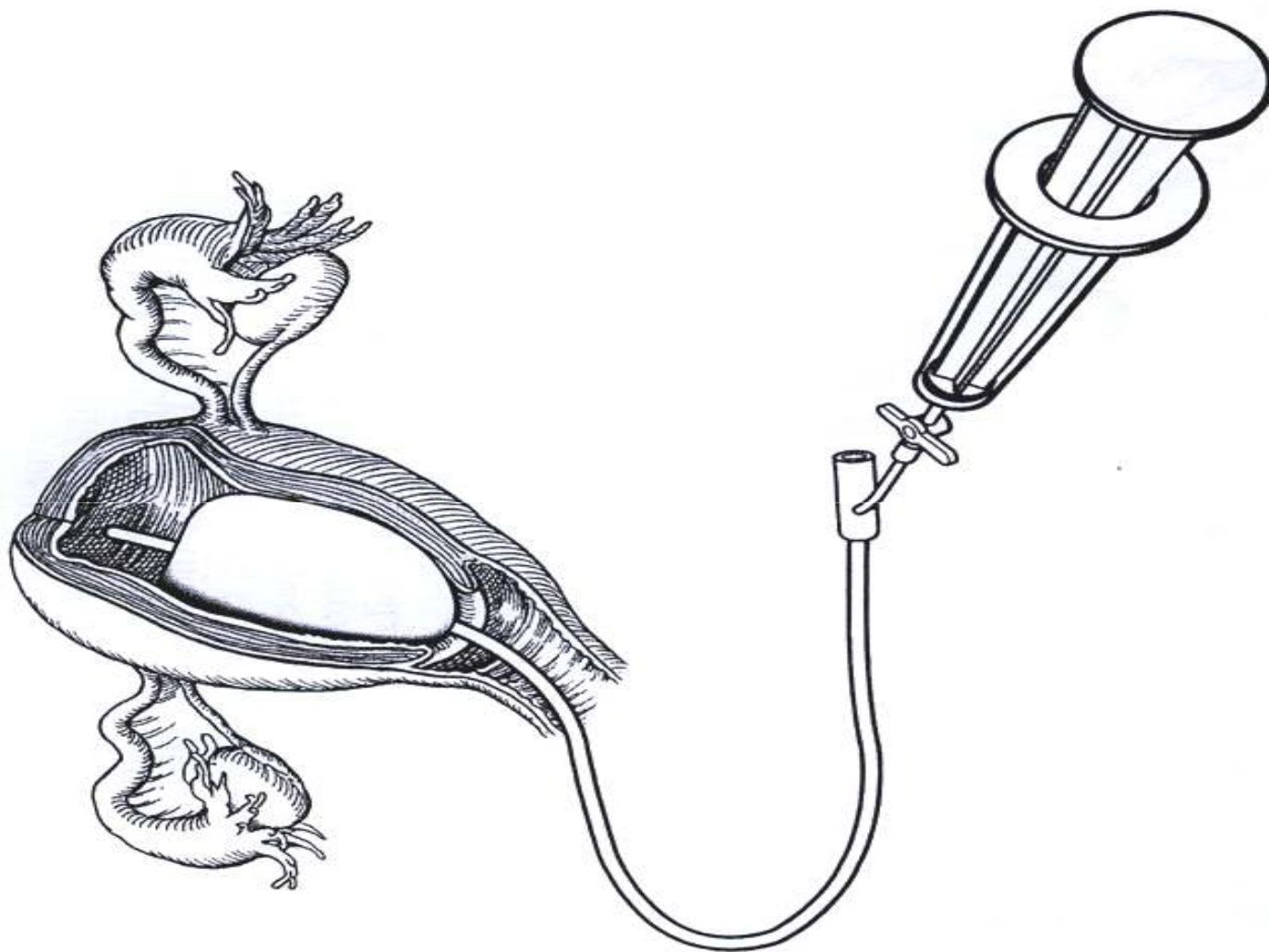
➤ بستن شریان رحمی و رحمی تخمدانی

➤ بستن شریان هیپوگاستریک

➤ هیسترکتومی

فهیمة صحتی





درمان

اگر با روش های فارماکولوژیک موفق به کنترل آتونی رحم نشدیم
از روش های زیر می توانیم استفاده کنیم

۱. تامپوناد رحم

۲. آمبولیزاسیون انتخابی شریانی

۳. استفاده از روش های جراحی

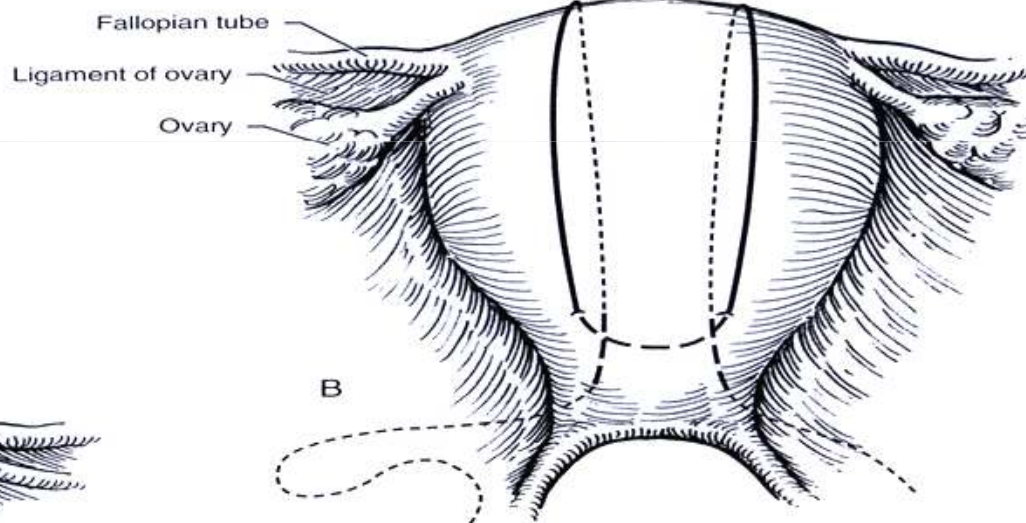
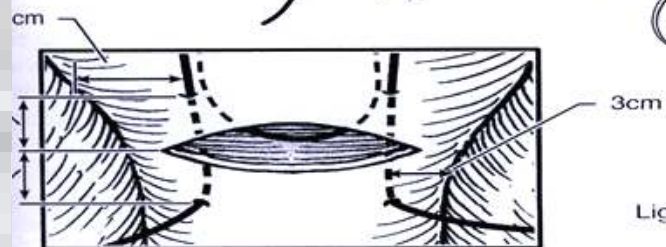
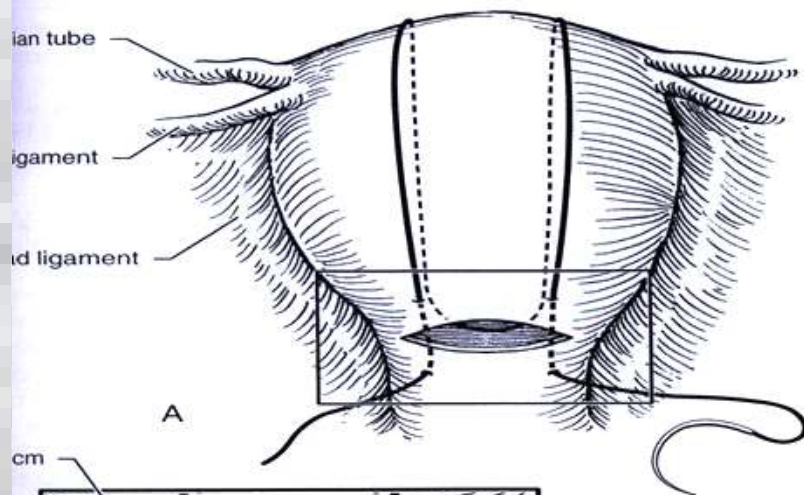
➤ بخیه های فشاری رحم

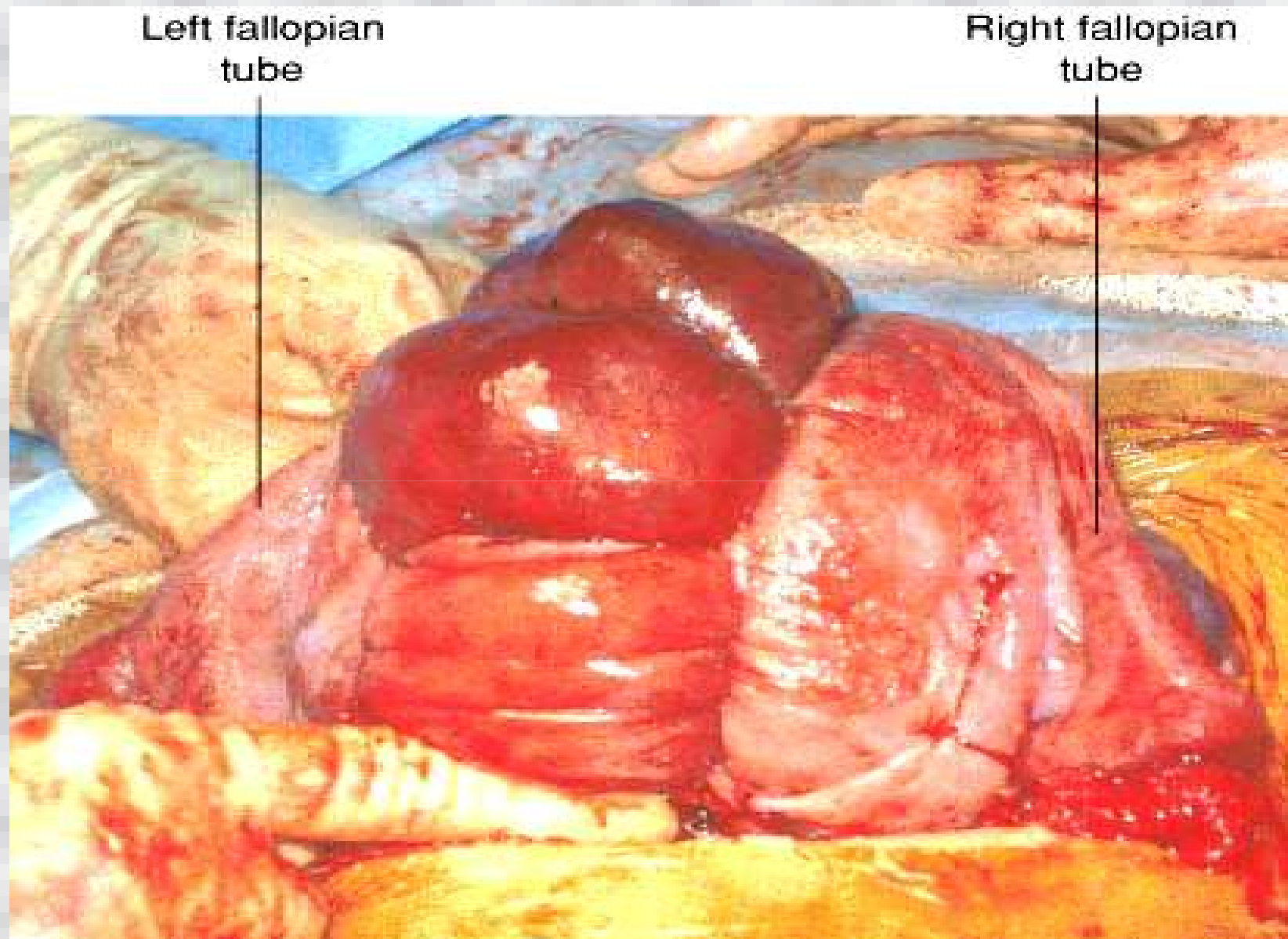
➤ بستن شریان رحمی و رحمی تخمدانی

➤ بستن شریان هیپوگاستریک

➤ هیسترکتومی

فهیمة صحتی





سمیناره دو روزه مرگ و میر مادران / ۲۰-۲۱
مرداد ۱۳۸۹

فهیمة صحتی

درمان

اگر با روش های فارماکولوژیک موفق به کنترل آتونی رحم نشدیم
از روش های زیر می توانیم استفاده کنیم

۱. تامپوناد رحم

۲. آمبولیزاسیون انتخابی شریانی

۳. استفاده از روش های جراحی

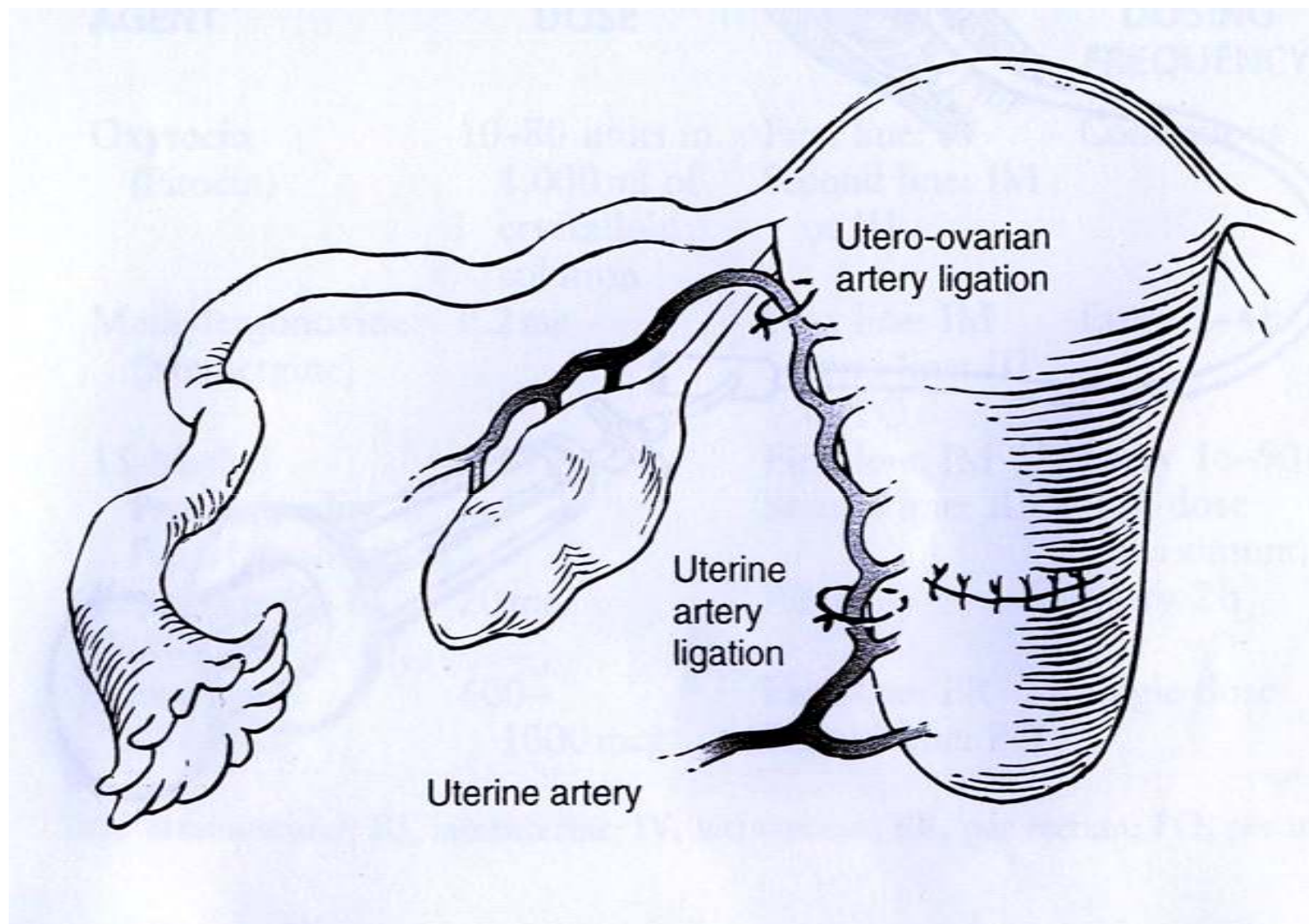
➤ بخیه های فشاری رحم

➤ بستن شریان رحمی و رحمی تخمدانی

➤ بستن شریان هیپوگاستریک

➤ هیسترکتومی

فهمه صحتی



درمان

اگر با روش های فارماکولوژیک موفق به کنترل آتونی رحم نشدیم
از روش های زیر می توانیم استفاده کنیم

۱. تامپوناد رحم

۲. آمبولیزاسیون انتخابی شریانی

۳. استفاده از روش های جراحی

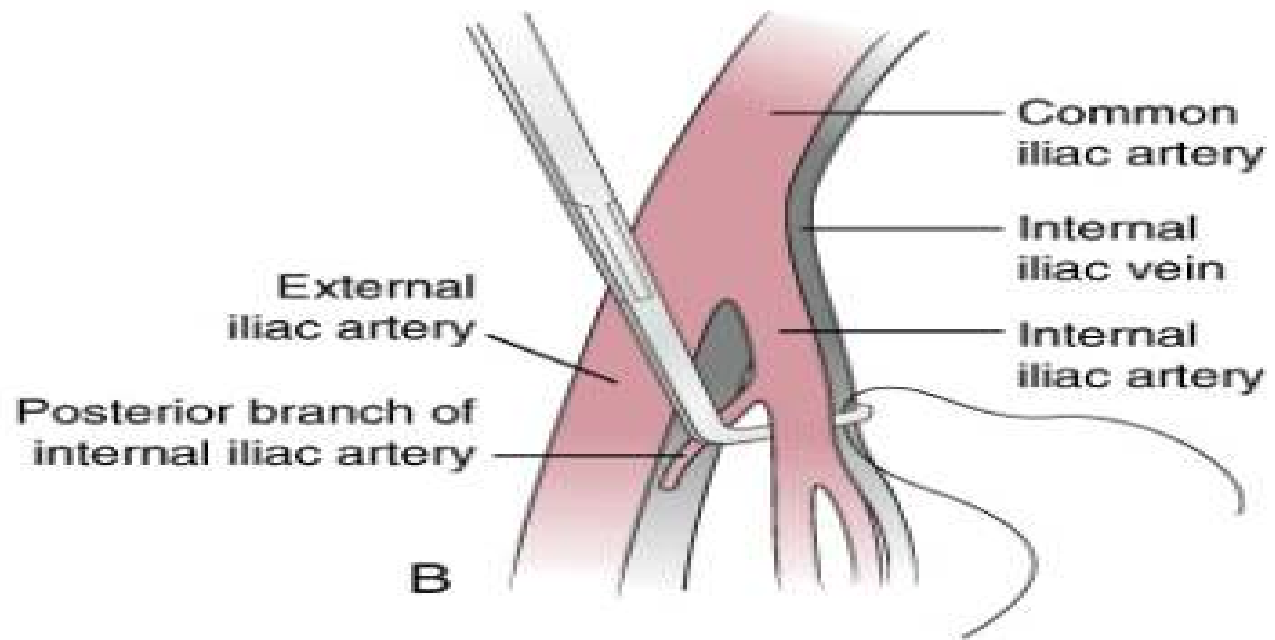
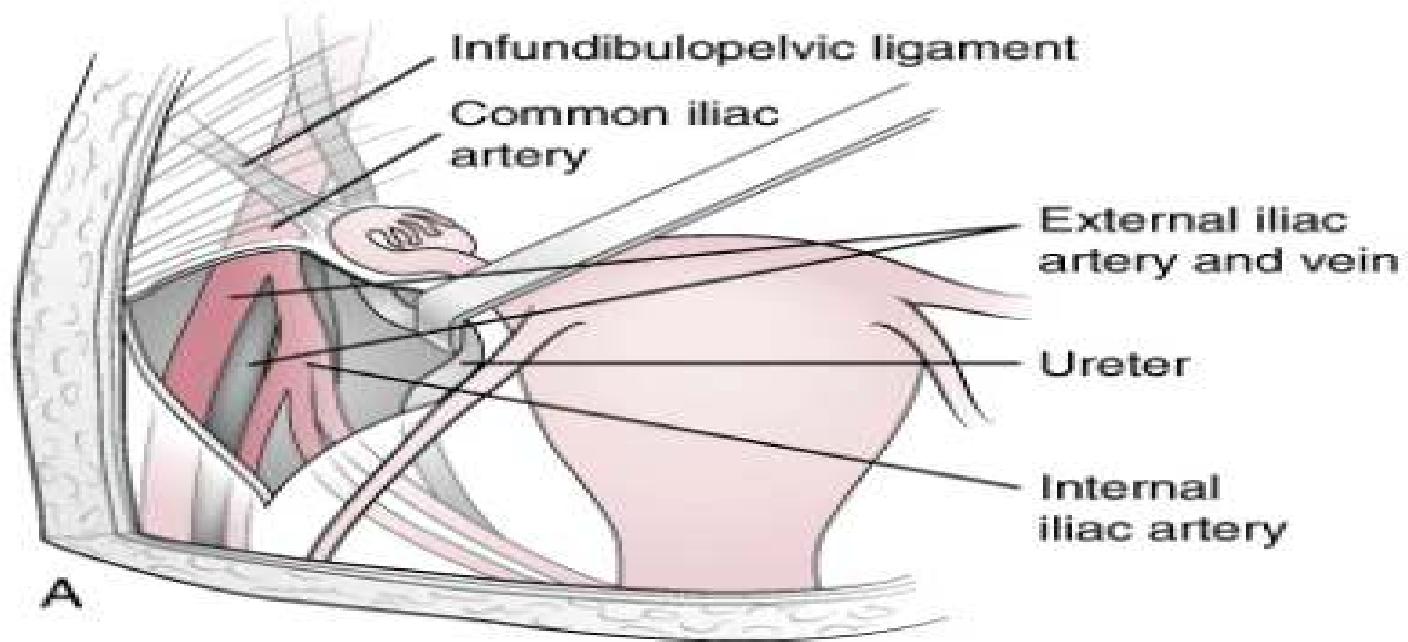
➤ بخیه های فشاری رحم

➤ بستن شریان رحمی و رحمی تخمدانی

➤ بستن شریان هیپوگاستریک

➤ هیسترکتومی

فهمه صحتی



فهمه

مرداد ۱۳۸۹





پارگی رحم

فهمه صحتی

سمیناره دو روزه مرگ و میر مادران / ۲۰-۲۱
مرداد ۱۳۸۹

پارگی رحم

(با شیوع ۱ در ۲۰۰۰ زایمان)

- ✓ شایع ترین علت پارگی رحم ، جدا شدن اسکار برش قبلی سزارین است که میزان آن بستگی به نوع برش قبلی رحم دارد.
- ✓ در وجود سابقه برش عرضی روی سگمان تحتانی رحم احتمال پارگی ۱/۵-۲% است.
- ✓ در وجود سابقه برش کلاسیک یا L شکل و low vertical احتمال بروز پارگی به ۹-۴% می رسد.
- ✓ تمایل کم برای ایجاد برش کلاسیک، سزارین تکراری الکتیو و کاهش پارите ریت کلی پارگی رحم را کاهش داده است
- ✓ بهبود تکنیکهای طبی- سیستم انتقال- سازماندهی مراقبتهای طبی و افزایش سطح آگاهی بیماران منجر به کاهش پارگی رحم شده است.

انواع پارگی رحم

کامل (پاره شدن تمام لایه های دیواره رحم)

پارشیل (پاره شدن عضله رحم اما سالم ماندن صفاق احشایی) که
uterine dehiscence نیز نامیده می شود.

ریسک فاکتورهای پارگی رحم

۱. سابقه سزارین
۲. اینداکشن
۳. سن مادر
۴. مولتی پاریتی
۵. سابقه هیستروتومی و میومکتومی
۶. دستکاری رحم مثل ورسیون داخلی پودالیک
۷. زایمان بافورسپس
۸. تروما
۹. فاصله بین زایمان ها کمتر از ۸ ماه
۱۰. ترمیم رحم در یک لایه

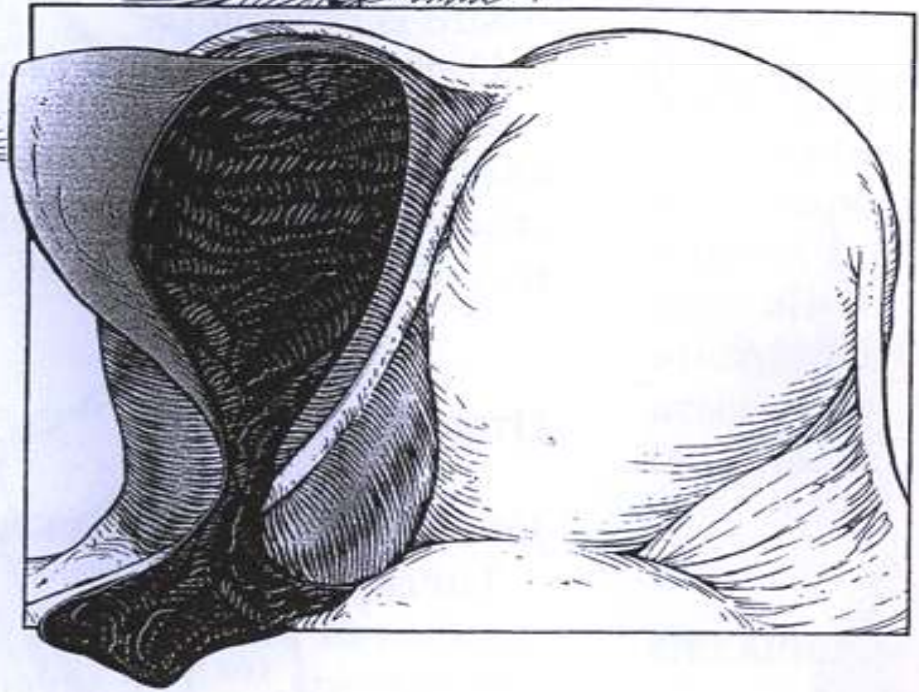
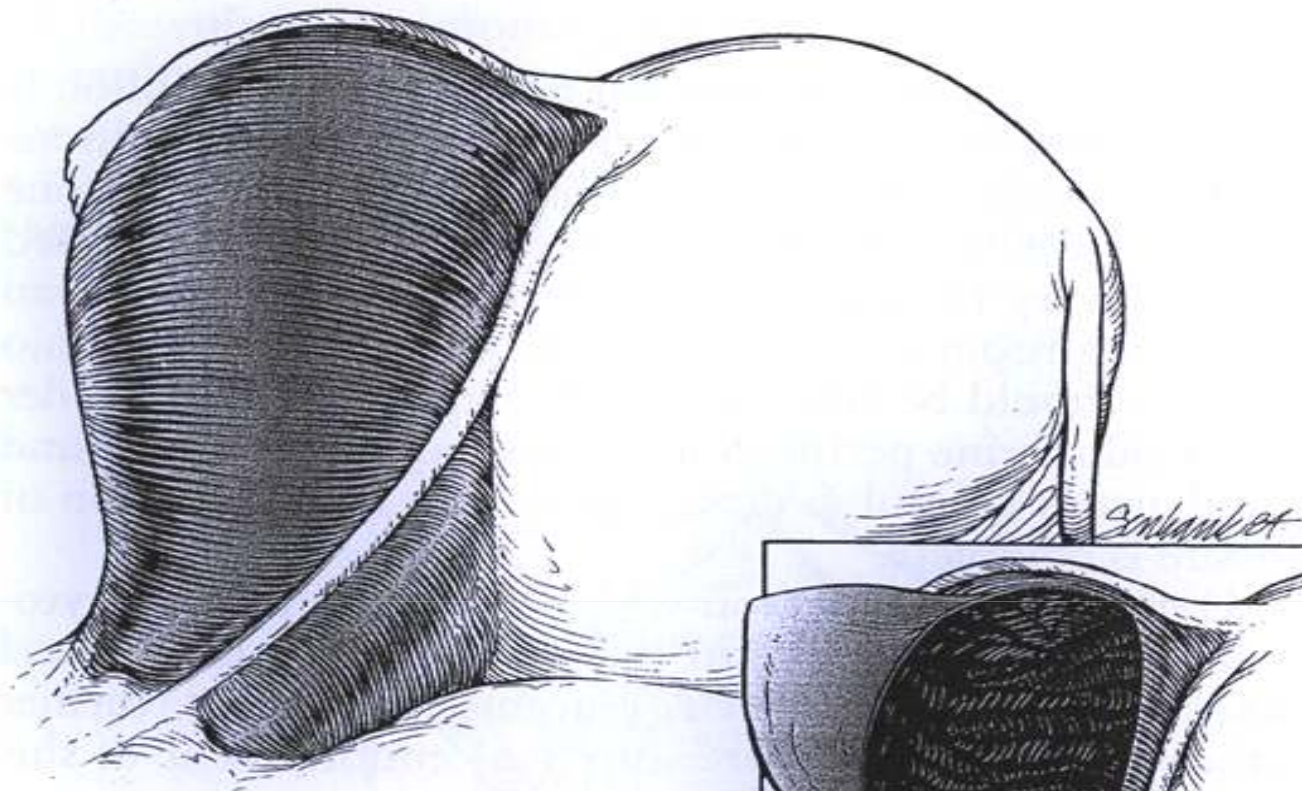
علائم پارگی رحم

علائم جنینی:

- بروز nonreassuring FHR مانند late or variable bradycardia و deceleration
- بالا رفتن عضو نمایش جنین بدلیل ورود آن به حفره صفاق
- لمس راحت اندامهای جنین از روی شکم

علائم مادری:

- بروز درد شکم
- خونریزی واژینال
- هماچوری
- وجود رحم منقبض و سفت در کنار جنین
- کلاپس ناگهانی قلبی و عروقی مادر



درمان

- لاپاراتومی به محض تشخیص
در پارگی رحم تا حد امکان باید ترمیم صورت گیردمگر اینکه آسیب بسیار شدید باشد، بخصوص اگر پارگی خودبخود در یک رحم فاقد اسکار اتفاق افتاده باشد که در این صورت هیستریکتومی مورد نیاز است.
- در هنگام VBAC اگر جداشدگی اسکار رحمی بدون خونریزی (dehiscence) ایجاد شود لاپاراتومی تجسسی اندیکاسیون ندارد.
- در پارگی وسیع که سگمان فوقانی را نیز مبتلا کرده است ریسک بالایی داشته و حاملگی ممکن است کنتراندیکه باشد بویژه در کشورهای در حال توسعه که مراقبت کامل وجود ندارد. در این موارد بستن لوله های رحمی عاقلانه است
- هیستریکتومی: در افراد با پارگی بزرگ که ترمیم آن مشکل است یا وقتی که مادر unstable است.

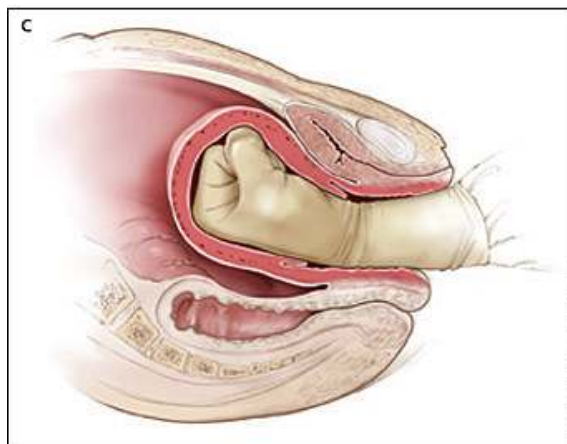
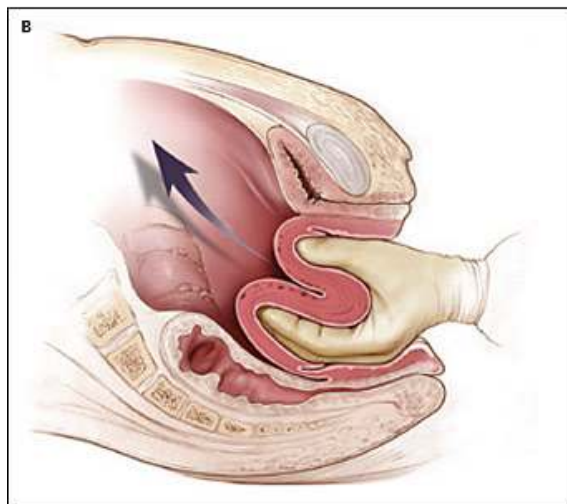
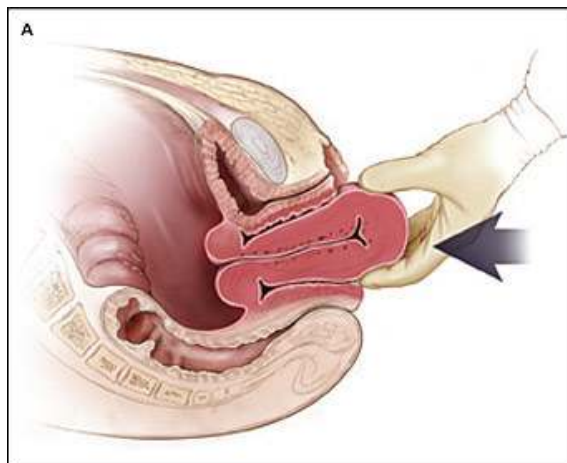
وضعیت احتمال بروز پارگی رحم در حاملگی های بعدی

- اگر پارگی محدود به سگمان تحتانی باشد، ریسک پارگی مشابه فرد با سابقه سزارین قبلی است.
- در صورت بروز حاملگی بعدی در مواردی که پارگی وسیع به سگمان فوقانی گسترش یافته بود، برنامه ریزی دقیق برای کنترل حاملگی و زایمان ضروری بوده و درمان انتخابی سزارین الکتیو در ۳۷-۳۸ هفته حاملگی است.

Uterine Inversion

تشخیص
و درمان

مداخلات جراحی



© 2007 CHRISTY KRAMES

سمینار دو روزه مرگ و میر مادران / ۲۰-۲۱
مرداد ۱۳۸۹

فهیمة صحتی



هماتومهای نفاسی



هماتومهای ولو



تشخیص و درمان



باج آرزوی موفقیت