

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

خونریزیهای دوران بارداری

فهیمة صحتی شفاءى عضو هیئت علمی گروه
مامائی دانشکده پرستاری و مامائی

این مجموعه با هدف استاندارد سازی خدمات تخصصی مامایی و زایمان در سه بخش کلی بارداری، زایمان و پس از زایمان به تفکیک مراقبت روتین و ویژه تدوین شده است. به طور مثال بخش بارداری با جدول مراقبت های روتین پیش از بارداری و بارداری شروع می شود. ستون اول این جدول مربوط به نوع مراقبت ها و ستون های بعدی مربوط به پیش از بارداری و دفعات و زمان مراقبت های بارداری است. در اکثر خانم های باردار که خدمات معمول دوره ای را دریافت می کنند، بارداری خود را به سلامت طی می کنند ولی گاهی مادر نیازمند مراقبت ویژه است یا اینکه با یک عارضه مشخص به بیمارستان ارجاع می شود. در این مجموعه پروتکل های مراقبت ویژه بر حسب نوع برخورد با عارضه به صورت الگوریتم یا راهنما (متنی، چارتی) تمایش داده شده است.

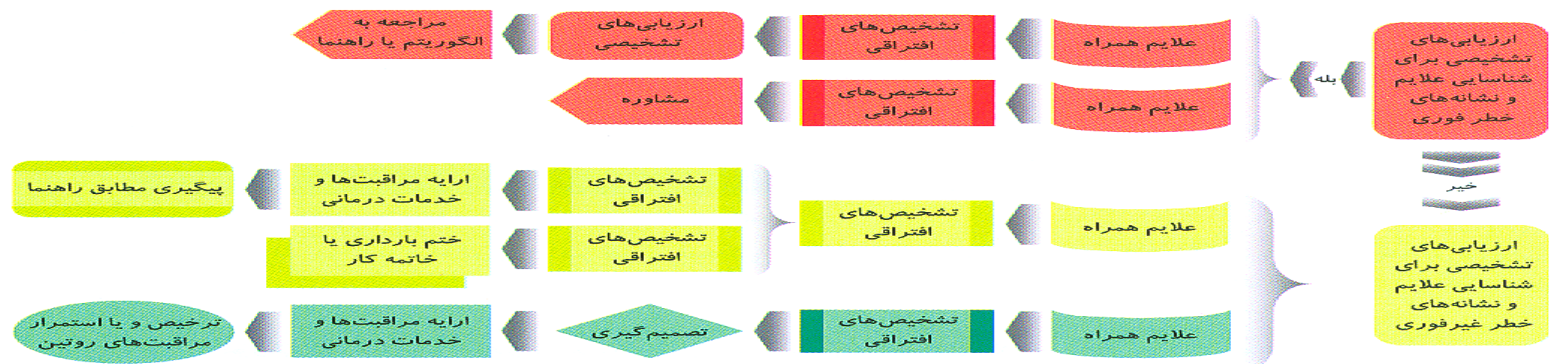
در بخش زایمان علاوه بر مراقبت های معمول و ویژه حین زایمان به مباحثی در مورد روش های بی درد دارویی و کاهش درد غیر دارویی اشاره شده است. در این بخش اقدامات برخی خانه ها به راهنما ارجاع شده است (مثلاً انجام مانورهای خروج جفت- راهنمای ۱۶) که بعد از مباحث اداره زایمان آورده شده است. راهنماها شامل گرفتن شرح حال، توجه به حالات مادر، معاینه، مادران پرخطر، ملاحظات هنگام بستری، کنترل علائم حیاتی، کنترل صدای قلب جنین، ... می باشد.

ویژگی های الگوریتم و راهنما

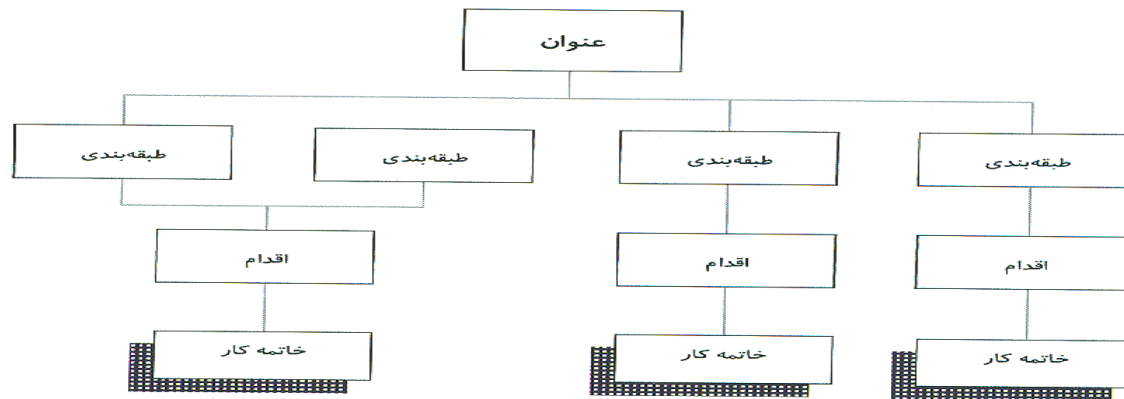
- نماد های متفاوتی در الگوریتم وجود دارد که هر یک مفهوم خاصی دارد.
- سه رنگ قرمز، زرد و سبز با مفاهیم متفاوت در الگوریتم ها دیده می شود.
- جداول ضمیمه هر الگوریتم که شرح کلی اقدامات، داروهای مورد نیاز، آزمایش ها، اندیکاسیون های بستری، درمان دارویی و جراحی، ختم بارداری و ... مورد نیاز برای مقابله با عارضه است.

تعریف رنگ ها

رنگ قرمز: مادر باید به فوریت و بدون از دست دادن وقت بستری و اقدامات لازم انجام شود.
رنگ زرد: مادر باید بستری شود ولی زمان برای انجام اقدامات اولیه، گرفتن شرح حال، انجام آزمایش ها و ... وجود دارد. در مواردی که به دنبال بررسی ها احتمال بستری مادر وجود دارد از رنگ زرد استفاده می شود.
رنگ سبز: مادر نیاز به بستری ندارد و عارضه به صورت سرپایی درمان می شود.



راهنماها به دو شکل متن و چارت است و چارت ها به صورت آبخاری طراحی شده است.



اصول کلی

- همیشه رنگ قرمز بر رنگ زرد و رنگ زرد بر رنگ سبز مقدم است. یعنی باید هر مادر ابتدا ارزیابی شده و سپس بر اساس رنگ گروه بندی و اقدامات متناسب با اولویت رنگ انجام شود.
- در صورت وجود چند علامت همزمان در مادر، پروتکل های مربوطه را مرور کنید و اقدامات مورد نظر را بر اساس اولویت رنگ انجام دهید. به طور مثال: برای مادری که تب دارد و در زمان بررسی متوجه دیابت بارداری وی شده اید، هر دو پروتکل را مرور کرده و با توجه به علائم همراه، علت تب را تعیین و بر اساس رنگ در مورد بستری و یا درمان آن تصمیم گیری کنید. همچنین سلامت مادر و جنین را بر اساس راهنمای دیابت بارداری در کنار درمان علت تب بررسی نمایید.
- اگر مادر high risk به دلیل کمبود وقت و یا مشکلات انتقال، در بیمارستانی با امکانات کمتر (از نظر سطح خدمت)، بستری گردد، می بایست در مورد شرایط بیمارستان با مادر و خانواده وی مشاوره شود.
- پس از زایمان در صورتی که نوزاد نیاز به ارجاع دارد، متعاقب انجام عملیات احیا و تثبیت شرایط نوزاد طبق دستور عمل سطح بندی خدمت، انتقال انجام شود.
- در صورت ابتلا مادر به بیماری عفونی در زمان زایمان یا مرکز کنترل عفونت بیمارستان مشاوره و به متخصص کودکان اطلاع داده شود.
- در بخش زایمان چگونگی ارائه خدمات مانند کنترل علائم حیاتی، معاینه واژینال، کنترل انقباضات و قلب جنین و ... بر اساس راهنماها ارائه گردد.
- پس از بستری مادر کم خطر (low risk) حین زایمان، شیو، انما، گرفتن رگ و وصل کردن سرم، القای زایمانی (اینداکشن یا استیمولیشن)، خواباندن مادر و ... به صورت معمول انجام نمی شود. مگر مادر شرایط استفاده از موارد گفته شده را داشته باشد. حمایت مادر از طریق معرفی پرستل، رفتار محبت آمیز، آگاه کردن از روند لیبر و زایمان، پاسخ به سئوالات در مراحل مختلف و ... از نکات مهم در ارائه خدمت است. به راهنمای ملاحظات هنگام بستری توجه شود.
- مادر می تواند در لیبر راه پرود و در هر وضعیتی که احساس راحتی می کند، قرار گیرد. تمریناتی که در دوران بارداری آموزش دیده (آرام سازی، تمرینات اسکلتی-عضلانی، تجسم مثبت، تمرکز و تکنیک های تنفس برای کاهش درد) را با کمک همراه آموزش دیده انجام دهد.
- همراه آموزش دیده می تواند در تمام مراحل زایمان، مادر را همراهی کرده و با راهنمایی عامل زایمان به وی کمک کند.

خونریزیهای نیمه اول بارداری

انواع سقط



- تهدید به سقط
- سقط اجتناب ناپذیر
- سقط ناکامل
- سقط فراموش شده
- سقط عفونی
- سقط راجعه
- سقط القائی

G T D

- مول هیداتیفرم

- نئوپلازی تروفوبلاستیک حاملگی
(G T N) بعد از مول یا تومورهای غیر
مولی

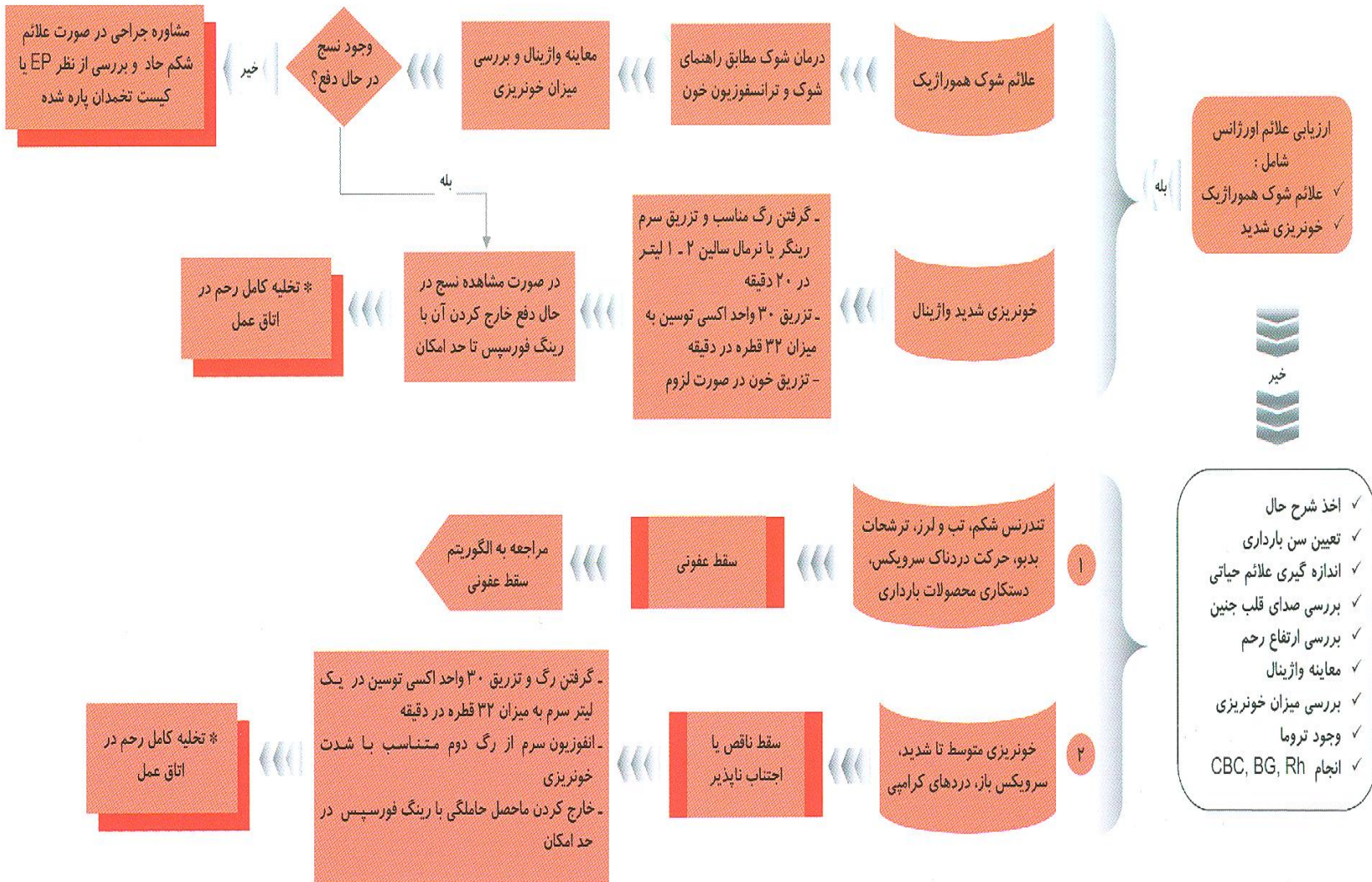


حاملگی نابجا

Ectopic Pregnancy



- شایعترین علل مرگ ومیر متعاقب سقط عبارتند از:
- عفونت (۵۰٪)
- خونریزی (۲۰٪)
- آمبولی (۱۰٪)
- آنستزی (۶/۸٪)



خونریزی خفیف با یا بدون سابقه دفع نسج

سونوگرافی جهت تعیین وضعیت باروری

وجود بقایای حاملگی

* تخلیه کامل رحم در اتاق عمل

ساک حاملگی خالی Blighted ovum

سونوگرافی مجدد ۲ هفته بعد

* انتظار برای دفع خودبخودی و یا خاتمه بارداری با نظر پزشک و تمایل مادر با استفاده از پروستاگلاندین

خیر

جنین مرده (سقط فراموش شده)

انجام آزمایش های انعقادی

کواگولوپاتی؟

اصلاح کواگولوپاتی با FFP پلاکت، خون تازه

مول

مراجعه به الگوریتم اداره مول

بله

حاملگی خارج از رحم یا عدم مشاهده ساک داخل رحم

مراجعه به راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم

ختم بارداری با توجه به وضعیت جنین به شیوه Fractional Induction یا کورتاژ

جنین زنده و سالم تهدید به سقط

- اندازه گیری طول سرویکس - پیگیری سلامت جنین - توصیه به استراحت و عدم مقاربت - آموزش علائم خطر

سرویکس بسته، وجود ضایعه خونریزی دهنده سرویکس یا واژن

- پاپ اسمیر - بیوپسی در صورت لزوم - پک کردن کوتاه مدت یا اقدام مناسب دیگر برای کنترل خونریزی

توضیحات

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود. * آمپول روگام برای مادر ارهش منفی و همسر ارهش مثبت تزریق شود.

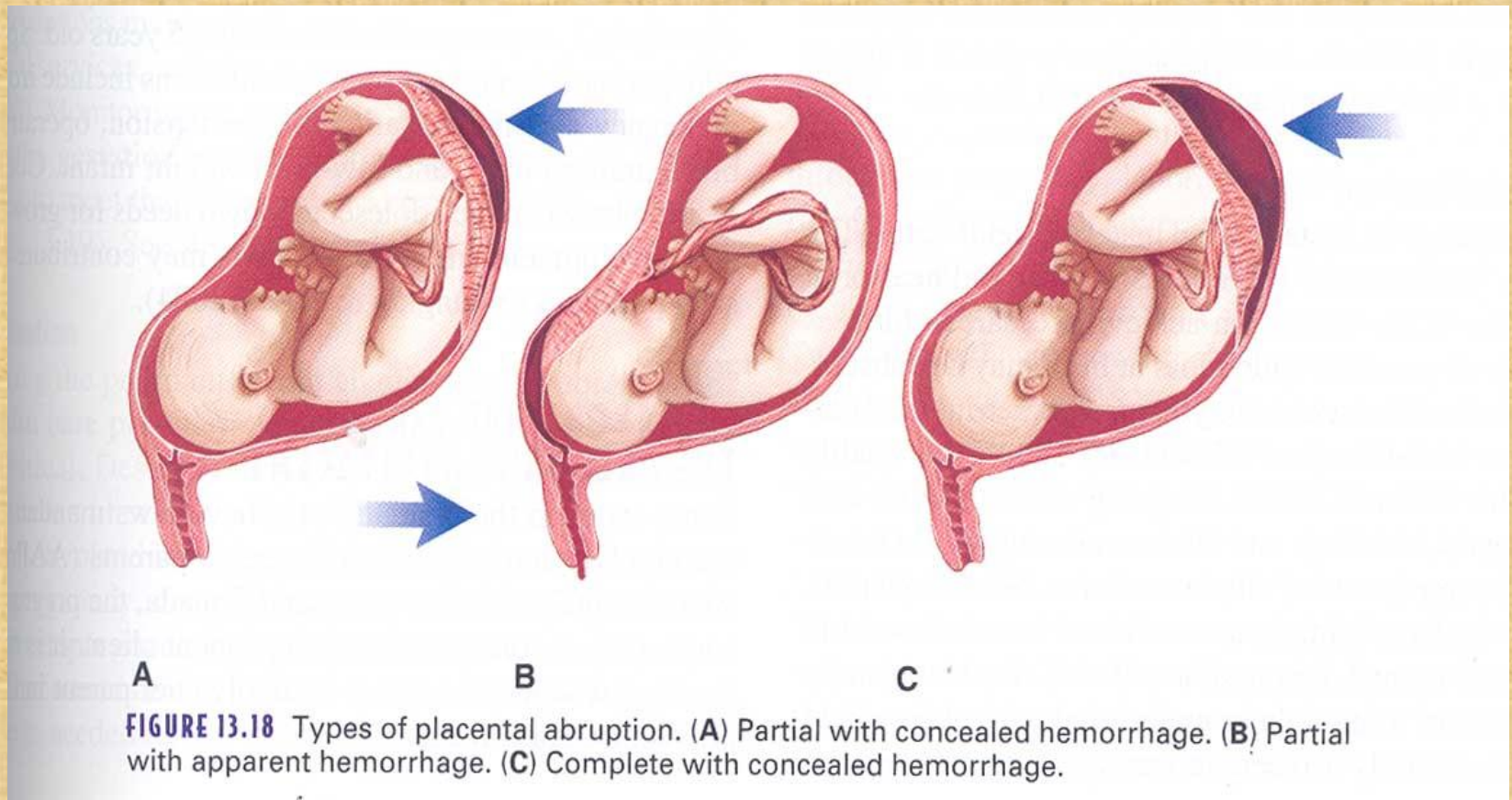
شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه دفع نسج، دستکاری محصولات بارداری، دردهای کرامپی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (تب و لرز)، معاینه واژینال (دفع نسج یا وزیکول، میزان خونریزی، باز یا بسته بودن سرویکس، حرکت دردناک سرویکس، ترشحات بدبو) و معاینه شکم (تندرنس شکم)	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، سقط عفونی، مول، وجود بقایای بارداری و یا EP	اندیکاسیون بستری
سوناگرافی پاپ اسمیر و بیوپسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس	آزمایشگاه
	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن	پاراکلینیک
Oxytocin ۳۰ واحد در لیتر (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر)	نوع دارو با ذکر دوز
در سه ماهه اول بارداری: میزوپروستول ۸۰۰ میکرو گرم واژینال (قرص های ۲۰۰ میکرو گرمی) هر ۲۴ ساعت تا ۳ دوز در هفته های ۱۴-۲۴ بارداری: میزوپروستول ۴۰۰-۱۰۰۰ میکرو گرم واژینال هر ۱۲-۶ ساعت تا ۶ دوز (کنتراندیکاسیون های میزوپروستول همانند کنتراندیکاسیون های اکسی توسین است). سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	درمان دارویی
PG ها در Missed Abortion: Oxytocin در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر	اندیکاسیون
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده	اندیکاسیون
تخلیه کامل رحم (کورتاژ)، لاپاراتومی	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی و یا دردهای کولیکی یا دفع نسج)	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده، ساک خالی حاملگی، وجود بقایای حاملگی	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
پس از توقف خونریزی و پاک شدن رحم از محصولات حاملگی و Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری سلامت جنین، اندازه گیری سرویکس در موارد تهدید به سقط، بررسی آنمی در موارد خونریزی شدید یا شوک	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

خونریزیهای نیمه دوم بارداری

Placental Abruption

Visible bleeding

Concealed bleeding



Presentation

Women often present with the following:

Painful vaginal **bleeding**

Bleeding may not be visible

Abdominal or back **pain** and uterine tenderness

Fetal distress

Abnormal **uterine contractions** (hypertonic, high frequency)

Idiopathic **premature labor**

Fetal death

DIC may result from the release of thromboplastin into the maternal circulation with placental separation

Placental abruption after delivery



Complications

DIC

Postpartum hemorrhage

Renal failure

Sheehan syndrome

Maternal mortality(1%)

**Placenta
previa**



Placenta Previa



LOW-LYING



MARGINAL



COMPLETE

Presentation

Sudden, painless, and profuse vaginal bleeding in pregnancy during the second/third trimester (usually after 28 weeks)

Thought to occur from placental detachment due to thinning of lower uterine segment in preparation for labor and/or during labor

Often bright red blood

First bleed

Usually not significant to cause hemodynamic instability or threaten fetus

Rarely maternal death

Physical Exam - Placenta Previa



- Vital signs
- Assess fundal height
- Fetal lie
- Estimated fetal weight (Leopold)
- Presence of fetal heart tones
- Gentle speculum exam
- **NO** digital vaginal exam *unless* placental location known

Laboratory – Placenta Previa

Hematocrit or complete blood count

Blood type and Rh

Coagulation tests



CO-EXISTING PLACENTAL CONDITIONS

Placenta accreta

No prior uterine surgery + previa = 4%

Previous c-section + previa = 10-35%

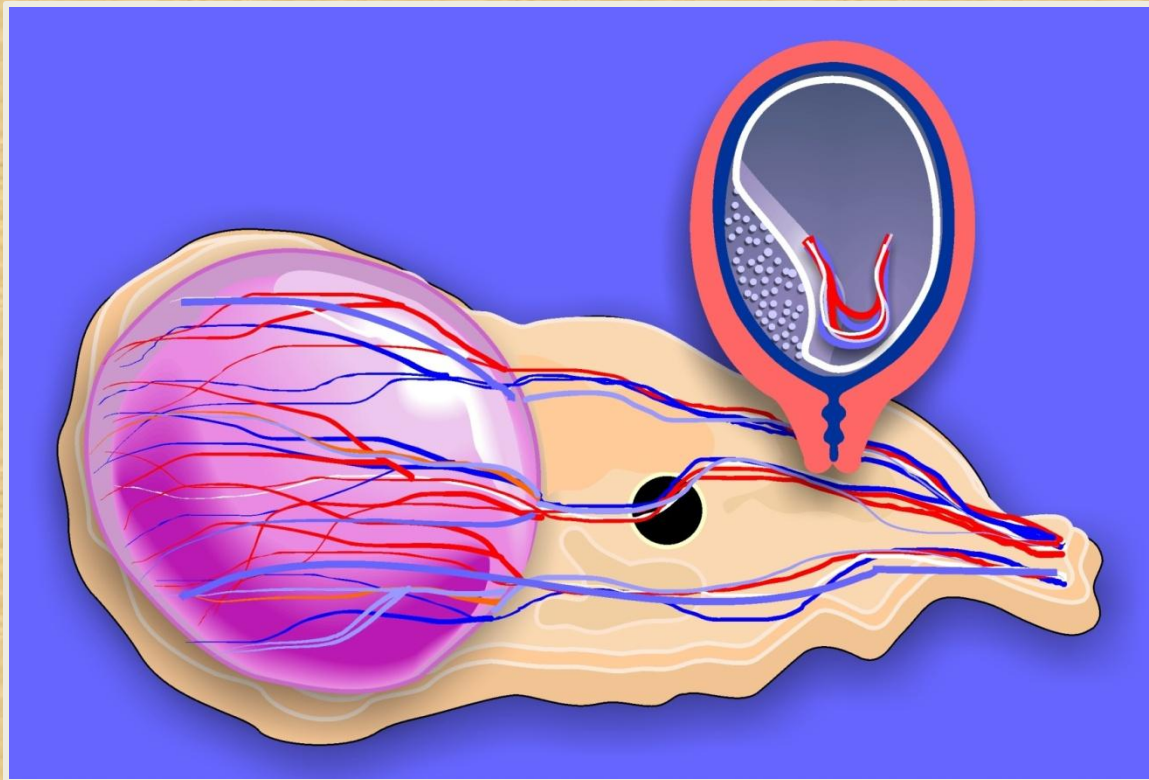
Multiple c-sections + previa = 60-65%

2/3 with previa/accreta will require cesarean hysterectomy

Placenta increta

Placenta percreta

Velamentous Insertion



Vasa Previa

Bleeding occurs with membrane rupture

Blood loss is fetal

56% mortality when undetected
before onset of labor

3% mortality when detected
prenatally

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 ✓ علائم شوک هموراژیک
 ✓ خونریزی شدید

اقدام مطابق راهنمای شوک هموراژیک و
 ترانسفوزیون خون صفحه ۹۹ و ادامه
 مراقبت ها مطابق همین الگوریتم



- ✓ اخذ شرح حال
- ✓ تعیین سن بارداری
- ✓ کنترل علائم حیاتی
- ✓ بررسی صدای قلب جنین
- ✓ معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی
- ✓ (در صورت ندانستن محل جفت معاینه واژینال ممنوع)
- ✓ بررسی میزان خونریزی
- ✓ انجام آزمایش CBC, Hb, Hct, BG Rh, platelet count, BUN, Cross match, PT, PTT, Crea, Na, K, Fibrinogen و در صورت دسترسی انجام FDP* در زمان شک به DIC

- گرفتن دو رگ مناسب
 - تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین
 - رزرو خون

۱ - مرگ جنین
 - دیسترس جنینی
 - آسیب به کلیه
 - خونریزی شدید
 - تندرس رحمی
 - آنومالی مغایر با حیات در سونوگرافی قبلی

- کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یک بار
 - ثابت کردن سوند ادراری (حجم مناسب ادرار $1/1 \text{ cc} - 30$)
 - ترانسفوزیون خون در صورت لزوم

ختم بارداری به روش واژینال (در صورت خونریزی شدید، دیسترس جنینی و جفت سر راهی تایید شده سزارین شود)

در صورت تشخیص کننده شدن زودرس جفت در زمان زایمان:
 - اطمینان از جمع بودن رحم
 - کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت

- بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال ۶-۴ ماه پس از زایمان
 - انجام زودتر تست ها در صورت جاری نشدن شیر و یا بروز نشانه های دیگر

۲ - کواگولوپاتی آشکار

- مشاوره اورژانس داخلی FFP
 - تزریق خون تازه، پلاکت،

ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین

۳ - خونریزی خفیف واژینال سن جنین ۳۷ هفته و بیشتر

بررسی سونوگرافی های قبلی و در صورت نیاز انجام سونوگرافی

جفت سر راهی؟
 خیر
 به

- آمنیوتومی زودرس و القای زایمان با اکسی توسین
 - زایمان واژینال با مانیوتورینگ دقیق مادر و جنین

ختم بارداری به روش سزارین

*FDP: Fibrin Degradation Product



توضیحات

- ✓ علل خونریزی نیمه دوم در ۵۰٪ موارد دکلمان یا جفت سرراهی است و ۵۰٪ دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، وازوپروپیا، چسبندگی غیرطبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.
- ✓ جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون صفحه ۹۹ مراجعه شود.
- ✓ معاینه با اسپکولوم می تواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد. بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پروپیا معاینه انجام شود ولی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.
- ✓ امروزه با دسترسی به دستگاه های سونوگرافی با رزولوشن بالا در مراکز درمانی، به double set up کمتر نیاز می شود. در صورت عدم دسترسی به سونوگرافی، پس از آمادگی جهت ختم بارداری double set up انجام شود.
- ✓ در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته ۳۴ بارداری، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر و جنین امکان پذیر است.
- ✓ در صورتیکه مادر خطرات را به خوبی بشناسد و اهمیت محدودیت فعالیت در منزل را درک کند و انگیزه بالا در جهت حفظ جنین داشته باشد. حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی می تواند بیمارستان را ترک نماید.
- ✓ در مورد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سر راهی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مد نظر قرار گیرد.

شرح اقدام	نوع اقدام
زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جنین آنومال، دقت در سونوگرافی انجام شده در خصوص محل جفت	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک)، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، تندرns شکم)، صدای قلب جنین، میزان خونریزی، بررسی ضایعات سرویکس پس از رد جفت سرراهی	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تندرns رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی، کنده شدن زودرس جفت	اندیکاسیون بستری
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, BUN, Cr, Na, K, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن و در صورت دسترسی FDP در زمان شک به DIC	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
NST, BPS, مانیتورینگ مادر و جنین	سایر تست های تشخیصی
آمپول روگام، آمپول استروئید، توکولیتیک (استفاده از توکولیتیک مورد بحث است) سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	درمان دارویی
شوک هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی	اندیکاسیون
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی	درمان جراحی
سزارین	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی) توصیه به تزریق آمپول رگام در جفت سرراهی، دکلمان	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی یا کنده شدن زودرس جفت (در دو مورد آخر بستگی به میزان خونریزی و سن حاملگی دارد)	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
حداقل ۳ روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی	اندیکاسیون ترخیص
-بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال بعد از ۲۴ هفته -بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال ۴ تا ۶ ماه پس از زایمان بعد از خونریزی های شدید	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی (ترجیحاً هماتولوژیست) در صورت خونریزی شدید	سایر اقدامات

سقط عفونی

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 ✓ علائم شوک سپتیک
 (هیپوتانسیون، اختلال هوشیاری، الیگوری یا بدون تب)
 ✓ شکم rigid همراه با درد شانه

بله

شکم rigid همراه با درد شانه

علائم شوک سپتیک

- تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین
 - ارسال آزمایش های اورژانس
 - شروع آنتی بیوتیک
 :

- درمان شوک مطابق راهنمای شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون
 - ارسال آزمایش *
 - شروع آنتی بیوتیک *:*

مشاوره جراحی اورژانس جهت لاپاراتومی (احتمال تروما به روده ها)

- مشاوره اورژانس با متخصص داخلی، عفونی، بیهوشی
 - گرفتن شرح حال دقیق و معاینه شکم

خیر

✓ اخذ شرح حال، سابقه دستکاری محصولات بارداری، بارداری با IUD یا پارگی کیسه آب
 ✓ تعیین سن حاملگی
 ✓ ارزیابی علائم حیاتی
 ✓ معاینه شکم از نظر وجود تندرئس و ریپاند شکمی
 ✓ معاینه واژینال برای تندرئس رحمی، حرکت دردناک سرویکس و لمس توده
 ✓ انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی، بتاساب یونیت، PT, PTT

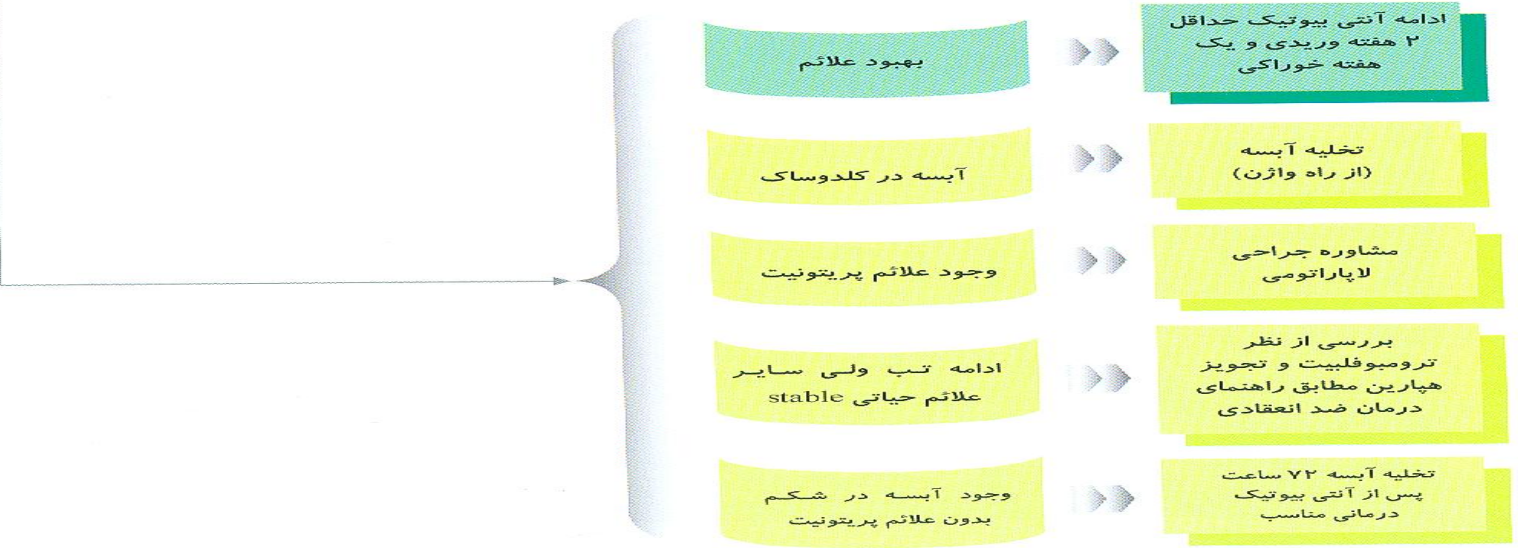
- تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین حداقل ۲۰۰ میلی لیتر در ساعت به علاوه ۳۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم تا زمان تخلیه رحم
 - شروع آنتی بیوتیک *:*
 ✓ - تزریق ۰/۵ میلی لیتر توکسویید کزاز جلدی در افراد واکسینه یا ۲۵۰ واحد ایمونوگلوبولین کزاز عضلانی

رادیوگرافی شکم در حالت خوابیده و ایستاده جهت بررسی جسم خارجی، گاز داخل میومتر، هوای زیر دیافراگم
 ✓ انجام سونوگرافی و بررسی نسج باقی مانده و وضعیت بارداری

- تخلیه رحم حداکثر ۱ تا ۲ ساعت پس از تجویز آنتی بیوتیک
 - مشاوره جراحی برای لاپاراتومی در صورتی که در رادیوگرافی علائمی دال بر هوای زیر دیافراگم و پارگی احشا وجود دارد

توضیحات

*: انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr, PT, PTT کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی، بتاساب یونیت
 : تزریق آنتی بیوتیک فوراً در محل پذیرش انجام شود: آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم stat و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت
 در مواردی که مادر بد حال است از سه آنتی بیوتیک آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین و یا آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود.



شرح اقدام	نوع اقدام
بررسی از نظر دستکاری محصولات بارداری، بارداری با IUD، یا پارگی کیسه آب، تعیین سن حاملگی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم شوک سپتیک (هیپوتانسیون، اختلال هوشیاری، الیگوری یا یا بدون تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریپاند شکمی، rigidity همراه با درد شانه)، کنترل علائم حیاتی، معاینه واژینال (تندرنس رحمی، حرکت درد ناک سرویکس و لمس توده)	معاینه
تشخیص سقط عفونی	اندیکاسیون بستری
چک الکترولیت، PTT، PT، CBC، BUN، Cr، Rh، BG، β HCG، کشت خون، اسمیر و کشت ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی	آزمایشگاه
رادیوگرافی شکم در حالت خوابیده و ایستاده، انجام سونوگرافی	تصویر برداری
	سایر تست های تشخیصی
سرم کریستالوئید و اکسی توسین، تزریق آنتی بیوتیک فوراً در محل پذیرش آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم stat و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت در صورتی که حال مادر بد است از هر سه آنتی بیوتیک آمپی سیلین و جنتامایسین و کلیندامایسین یا آمپی سیلین، جنتامایسین و مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود، هپارین، توکسوئید کزاز ۰/۵ml و در صورت وجود سابقه واکسیناسیون و یا ایمن بودن ایمنوگلوبولین ۲۵۰ واحد IM	نوع دارو با ذکر دوز
در تمام موارد سقط عفونی	اندیکاسیون
احتمال تروما به روده ها، علائم پریتونیت، همولیز و عفونت کلتريدیایی، آبسه در کلدوساک	اندیکاسیون
کورتاژ، لاپاراتومی، هیستریکتومی، تخلیه آبسه	نوع عمل
	درمان غیر دارویی و آموزش ها
	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	اندیکاسیون ترخیص
در صورت وجود آبسه غیر قابل جراحی	دستورات Follow up
مشاوره با متخصص داخلی، عفونی، جراح عمومی	سایر اقدامات

حاملگی نابجا

Ectopic Pregnancy



علائم بالینی

۱- درد : درد لگنی و شکمی در ۹۵٪

۲- آمنوره : ۷۵٪

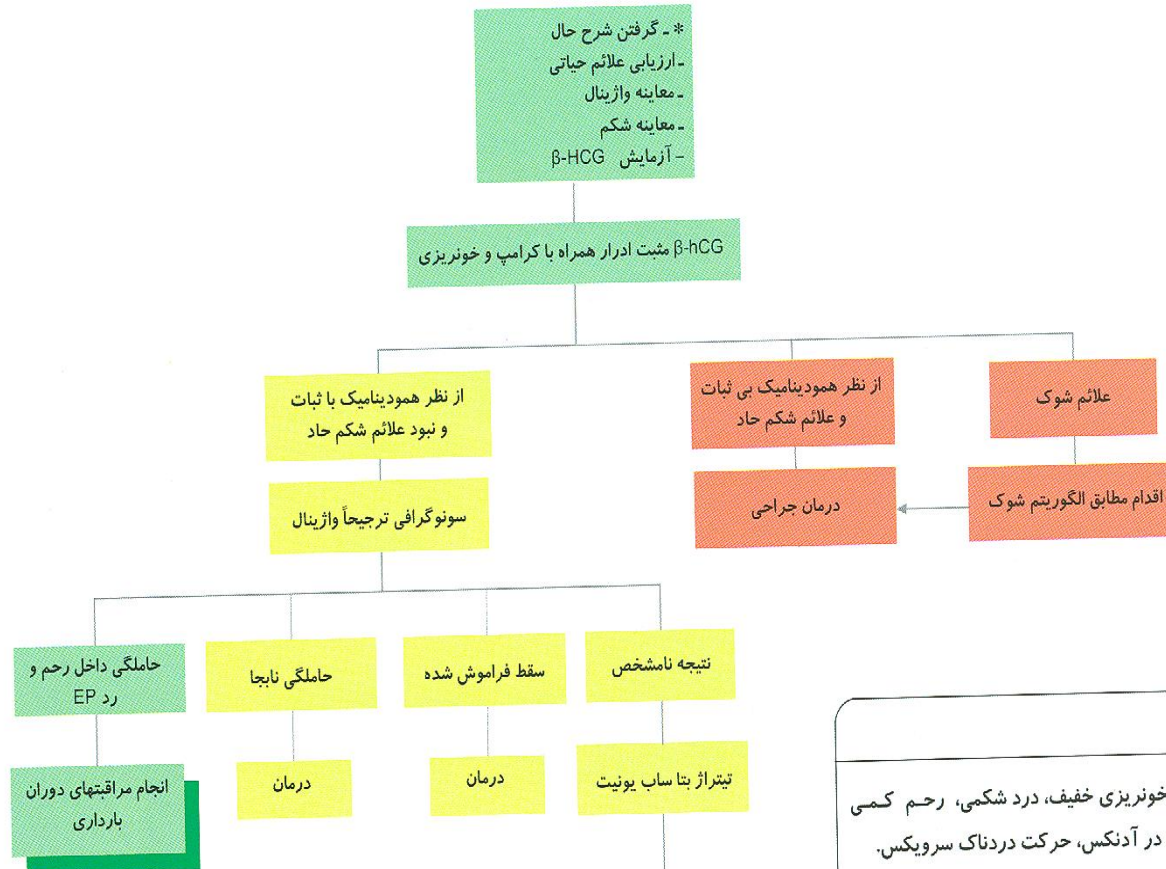
۳- خونریزی واژینال : ۶۰-۸۰٪

۴- حساسیت شکم و لگن : ۷۵٪

۵- بزرگی رحم : ۲۵٪

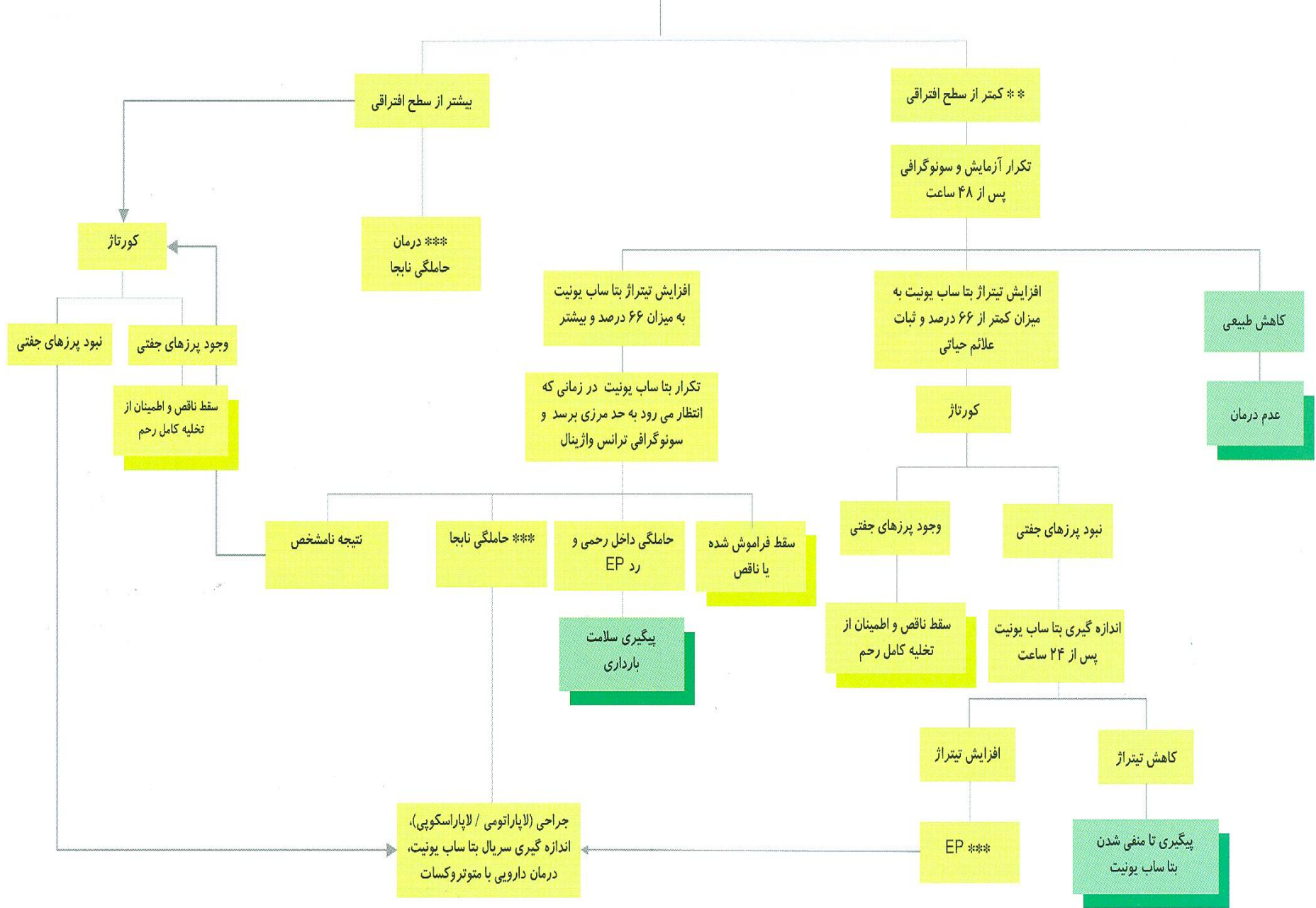
۶- فشار خون و ضربان قلب مادر


۷- توده لگنی : ۲۰ الی ۵۰٪



توضیحات

* علائم حاملگی خارج از رحم: لکه بینی یا خونریزی خفیف، درد شکمی، رحم کمی بزرگتر از حد طبیعی، تندرنس و لمس توده در آدنکس، حرکت دردناک سرویکس.
 ** حد مرزی یا افتراقی بتاساب یونیت برای سونوگرافی واژینال ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد و برای سونوگرافی شکمی ۶۰۰۰ واحد است.
 در مواردی که مادر ارهانش منفی و همسر ارهانش مثبت است، آمپول رگام تزریق شود.
 *** در برخی موارد هم حاملگی خارج از رحم است و هم داخل رحم که باید بررسی کافی در مورد زنده بودن جنین در داخل رحم انجام شود.





باتشکر از
توجه شما