



راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

بیمارستان مادر و کودک شوشتری



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گرد آوری کنندگان:

- ❖ دکتر محمد آفرید (پزشک عمومی-رئیس بیمارستان مادر کودک شوشتری)
- ❖ دکتر مریم زارع خفري (متخصص زنان زایمان- مدیر گروه زنان بیمارستان مادر کودک شوشتری)
- ❖ دکتر معصومه شیبانی متخصص زنان زایمان
- ❖ سهیلا رفیعی (کارشناس ارشد مامایی-مدیر خدمات پرستاری و مامائی بیمارستان مادر و کودک شوشتری)
- ❖ شهره ایزدپرست (کارشناس مامایی-سوپروایزر آموزشی بیمارستان مادر و کودک شوشتری)

منابع :

-راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان (بازنگری سوم ۱۳۹۶)

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

انواع سقط:

سقط خود به خودی: از بین رفتن حاملگی پیش از قابلیت حیات جنین (۲۲ هفته اول حاملگی)

مراحل سقط خود به خودی شامل:

- تهدید به سقط (حاملگی ممکن است ادامه یابد)

- سقط اجتناب ناپذیر (حاملگی ادامه پیدا نخواهد کرد و به سوی سقط ناکامل یا کامل پیش می رود)

- سقط ناقص (محصولات حاملگی به صورت کامل دفع نمی شود و تعدادی از آن در رحم باقی می ماند)

- سقط کامل: (محصولات به صورت کامل دفع می شود)

سقط القا شده: روشی که به وسیله آن حاملگی بنا به دلایل پزشکی یا هر علت دیگری، پیش از قابلیت حیات جنین خاتمه می یابد.

- سقط غیر ایمن یا سقط غیر قانونی: روشی است که به وسیله افراد فاقد مهارت های لازم یا در یک محیط فاقد حداقل استانداردهای پزشکی، یا هر دو انجام می شود.

است که با عفونت عارضه دار شده باشد، سپسیس عارضه شایع سقط - سقط عفونی: به عنوان سقطی غیر ایمن است که با مداخله و به صورت عمدی انجام گرفته است.

- درمان تهدید به سقط: درمان دارویی معمولاً ضروری نیست، به بیمار توصیه کنید از فعالیت شدید و نزدیکی خودداری کند، ولی استراحت مطلق ضروری نیست، اگر خونریزی متوقف شد، مراقبت های بارداری ادامه یابد، اگر مجدداً اتفاق افتاد، وضعیت وی را دوباره ارزیابی کنید.

اگر خونریزی مداوم بود، از نظر قابلیت حیات بودن جنین (تست حاملگی / اولتراسوند) یا حاملگی خارج رحمی (اولتراسوند) بیمار را بررسی کنید، خونریزی مداوم همراه با رحم بزرگتر از حد انتظار، دوقلویی یا حاملگی مول را مطرح نمایید.

سقط اجتناب ناپذیر:

اگر سن حاملگی کمتر از ۱۶ هفته است، پروسه درمان، تخلیه محتویات رحم است.

اگر تخلیه رحم فوراً امکان پذیر نیست:

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

بر اساس دستور پزشک تزریق ارگومترین ۰/۲ میلی گرم عضلانی (در صورت لزوم ۱۵ دقیقه بعد تکرار شود) یا میزوپروستول ۴۰۰ میکروگرم زیر زبانی (تکرار پس از ۴ ساعت)

اگر سن حاملگی بالای ۱۶ هفته است:

تا دفع خود به خودی محصولات حاملگی صبر کنید و سپس جهت خارج کردن باقی مانده محصولات حاملگی، رحم را تخلیه نمایید.

در صورتیکه خونریزی متوسط تا شدید، سرویکس باز، دردهای کرامپی وجود دارد، اقداماتی که باید انجام شود شامل گرفتن رگ و تزریق ۳۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم به میزان ۳۲ قطره در دقیقه می باشد.

-انفوزیون سرم از رگ دوم متناسب با شدت خونریزی می باشد.

-خارج کردن ماحصل حاملگی با رینگ فورسپس در حد امکان و تخلیه کامل رحم در اتاق عمل انجام شود.

سقط ناقص

در خونریزی کم تا متوسط و حاملگی کمتر از ۱۶ هفته ، برای خارج کردن محصولات حاملگی از سرویکس بیرون زده، از دست یا رینگ فورسپس استفاده نمایید.

اگر خونریزی زیاد است و سن حاملگی بالای ۱۶ هفته است، رحم را تخلیه نمایید.

آسپیراسیون با استفاده از واکيوم دستی روش انتخابی تخلیه رحم در سقط ناقص است، تخلیه با کورتاژ فقط در صورتی که امکان آسپیراسون واکيوم دستی ، وجود ندارد.

روش درمان مطابق با سقط اجتناب ناپذیر است و اگر سن حاملگی بیش از ۱۶ هفته باشد در صورت نیاز، ۲۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال را هر ۴ ساعت تا زمان دفع محصولات حاملگی می توان تجویز کرد اما نباید از ۸۰۰ میکروگرم تجاوز کند.

سقط کامل:

تخلیه رحم معمولا ضرورتی ندارد، بیمار را از نظر خونریزی شدید بررسی کنید، از پیگیری بیمار پس از درمان مطمئن باشید.

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

در موارد تندرست شکم، تب و لرز، ترشحات بد بو، حرکت دردناک سرویکس، دستکاری محصولات بارداری، به سقط عفونی فکر کنید. از بیمار شرح حال دقیق بگیرید، سابقه دستکاری محصولات بارداری یا پارگی کیسه آب را سوال نمایید، سن حاملگی، ارزیابی علائم حیاتی، معاینه شکم از IUD حاملگی با نظر وجود تندرست و ریباند شکمی صورت گیرد.

معاینه واژینال برای تندرست رحمی، حرکت دردناک سرویکس و لمس توده انجام شود.

کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت ترشحات CR, BUN, BG/RH, CBC انجام آزمایشات انجام شود. PTT و PT سرویکس و محصولات حاملگی،

پیگیری بیمارانی که سقط داشته اند:

پس از ترخیص خانمی که سقط خود به خودی داشته است به او بگویید که سقط خودبه خودی شایع است و در ۱۵٪ حاملگی ها اتفاق می افتد و شانس زیادی برای یک حاملگی موفق در آینده دارد.

برخی از خانم ها می خواهند پس از یک سقط ناقص باردار شوند، آنها را تشویق کنید تا بهبودی کامل، حاملگی را به تاخیر بیندازند.

در صورتی که خواهان بارداری نمی باشند، روش های مطمئن پیشگیری را فوراً طی ۷ روز اول آغاز کنند.

- تزریق سرم رینگر یا نرمال سیلین حداقل ۲۰۰ میلی لیتر در ساعت به علاوه ۳۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم تا زمان تخلیه رحم

- شروع آنتی بیوتیک در محل پذیرش انجام شود، آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و Stat میلی گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم جنتامایسین ۸۰ میلی گرم هر ۸ ساعت

در مواردی که مادر بد حال است از ۳ آنتی بیوتیک: آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین و یا آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود.

- تزریق ۰/۵ میلی لیتر توکسوئید کزاز جلدی در افراد واکسینه یا ۲۵۰ واحد ایمنوگلوبین کزاز عضلانی

- رادیوگرافی شکم در حالت خوابیده و ایستاده جهت بررسی جسم خارجی، گاز داخل میومتر، هوای زیر دیافراگم

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

- انجام سونوگرافی و بررسی نسج باقی مانده و وضعیت بارداری

- تخلیه رحم ترجیحا" با ساکشن کورتاژ حداکثر ۱ تا ۲ ساعت سپس تجویز آنتی بیوتیک

- مشاوره جراحی برای لاپراتومی در صورتی در رادیوگرافی علائمی دال بر هوای زیر دیافراگم و پارگی احشا وجود دارد

حاملگی خارج از رحم:

حاملگی خارج از رحم حاملگی است که در آن جایگزینی محصول بارداری در خارج از حفره رحم صورت می گیرد. شایع ترین مکان حاملگی خارج از رحم لوله های فالوپ است که در بیش از ۹۰٪ موارد دیده می شود.

علائم حاملگی خارج از رحم:

مثبت ، لکه بینی ، درد شکمی یا لگن می باشد. BHCG

اقدامات لازم شامل : گرفتن شرح حال، ارزیابی علائم حیاتی ، معاینه واژینال و معاینه شکم می باشد.

کولد و سنتز (کشیدن مایع از کولدوساک خلفی رحم از طریق سوزنی که دارد کولدوساک می شود)

یک ابزار مهم برای تشخیص پارگی حاملگی خارج از رحم است، در این آزمون اگر خون لخته نشده به دست آمد، دال به پارگی لوله است و فوراً" باید اقدام کرد ، ولی موثرترین روش تشخیص استفاده از حاملگی به همراه اولتراسونوگرافی است.

یکی از معیارهای پیگیری بیمار می باشد، در مدت IU/L کمتر یا بیشتر از B.HCG ۱۵۰۰ میزان تیترا

دو برابر شود، نشان دهنده رشد محصول بارداری است B.HCG زمان ۷۲-۴۸ ساعت در صورتیکه تیترا

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

و با سریال سونوگرافی ترانس واژینال رشد محصول بارداری و داخل یا خارج رحمی را نشان می دهد، در مثبت است، آمپول رگام تزریق شود. RH منفی و همسر RH مواردی که مادر

در موارد مشکوک به توده در آدنکس جراحی (لاپراتومی - لاپاراسکوپ) یا اندازه گیری سریال بتا ساب یونیت یا درمان دارویی با متوتروکسات از روش های درمان می باشد.

خونریزی های واژینال در نیمه دوم بارداری

در مواردی که مادر با علائم شوک هموراژیک و خونریزی شدید مراجعه می کند، درمان شوک هموراژیک و ترانسفویژن خون بلافاصله صورت گیرد و اگر مادر علائم شوک را نداشته باشد از وی شرح حال کامل بگیرید، سن حاملگی را تعیین کنید ،

علائم حیاتی و صدای قلب جنین را چک کنیم ، معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی را چک کنید، در صورتیکه از محل جفت اطلاع ندارید، از معاینه واژینال خودداری فرمایید.

و در BG/RH ,CBC, PT/PTT,Cross match,Fibrinogen میزان خونریزی را بررسی کنید، آزمایش را چک کنید. FDP ، DIC زمان شک به

اگر خونریزی به همراه درد و انقباض رحمی وجود دارد، تشخیص دکولمان داده می شود: مادر را از نظر پره اکلامپسی چک و در صورت تایید، اقدام درمانی مناسب را انجام دهید.

در صورت مرگ جنین با وضعیت نامناسب مادر، ختم بارداری به روش واژینال ارجح است ، در صورت خونریزی شدید، سرویکس نامناسب ، وضعیت همودینامیک نامناسب ، سزارین شود.

در صورتی که وضعیت مادر مناسب و جنین زنده است بر اساس سن بارداری به **۳ روش** زیر تصمیم گیری می شود:

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

۱- سن بارداری زیر ۳۴ هفته: تزریق استروئید بین هفته ۲۳ تا ۳۴ بارداری انجام می شود، NST یا

BPP حداقل هفته ای یک بار انجام شود، سونوگرافی سریال برای بررسی رشد جنین انجام شود ، در

هفته ۳۷-۳۸ ختم بارداری انجام شود و اگر IUGR ، PROM یا پره اکلیمپسی داشته باشد، ختم بارداری

قبل از ۳۷ هفته انجام می شود.

۲- سن بارداری ۳۴-۳۶ هفته: در صورتیکه علائم حیاتی طبیعی، خونریزی خفیف، علائم آزمایشگاهی

طبیعی، بدون تندررس رحمی ، مراقبت ها ادامه یابد. در صورت پیشرفت علائم خطر، ختم بارداری انجام

شود.

۳- سن بارداری ۳۶ هفته و بالاتر: ختم بارداری به روش واژینال ارجح است.

-در صورتیکه مادر با خونریزی شدید بدون درد و انقباض مراجعه کند، تشخیص جفت سر راهی می

باشد، در صورتی که مورد تایید قرار گیرد ختم بارداری به روش سزارین است.

در خونریزی خفیف واژینال و سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته، سونوگرافی انجام می شود و بر اساس نتایج

سونوگرافی به سه روش زیر تصمیم می گیریم:

- اگر هماتوم پشت جفت باشد ، تزریق استروئید زیر ۳۴ هفته بارداری انجام میشود و با کنترل

مرتب صدای قلب جنین و ارتفاع رحم ، سونوگرافی سریال ، انجام NST و BPS سریال ارزیابی

جنین انجام گردد ، اگر هماتوم کوچک نشود یا کامل از بین نرود ختم بارداری انجام میگیرد در

غیراینصورت مراقبت ها را ادامه می دهیم .

راهنمای طبابت بالینی خونریزی در دوران بارداری

- در صورتیکه در سونوگرافی تشخیص جفت سر راهی داده شود ، به بیمار توصیه می کنیم استراحت مطلق داشته باشد. حفظ HB بالای ۱۰ گرم در صد ، تزریق آمپول رگام ۳۰۰ میکرو گرم در صورت نیاز ، تزریق استروئید در هفته ۳۴-۲۳ هفته بارداری .
- سونوگرافی هر ۲-۳ هفته یکبار تا هفته ۳۴ بارداری انجام شود اگر مهاجرت جفتی صورت گرفته ختم بارداری به روش سزارین در غیر اینصورت در صورتیکه خونریزی فعال وجود ندارد، ختم بارداری به روش سزارین در هفته ۳۶-۳۷ بارداری انجام شود .
- علل خونریزی در نیمه دوم در ۵۰% موارد دکلمان با جفت سر راهی است و ۵۰ درصد دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی ، پارگی رحم ، ، چسبندگی غیر طبیعی جفت و یا علل ناشناخته است .**
- معاینه با اسپکولوم می تواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد .
- جهت حفاظت عصبی نوزادان در هفته ۳۲-۲۳ بارداری در صورتیکه وقت کافی وجود دارد تزریق ۶ گرم سولفات منیزیم اولیه و بعد هر ساعت ۲ گرم حداقل تا ۱۲ ساعت تجویز شود

