

خونریزی پس از زایمان

خونریزی اولیه پس از زایمان شایع‌ترین فرم خونریزی‌های ماژور مامایی است. تعریف آن شامل از دست دادن **mi500** یا بیشتر خون از دستگاه ژنیتال در عرض ۲۴ ساعت اول پس از زایمان می‌باشد که به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱- خونریزی خفیف (مینور) بین **mi1000-500** - خونریزی ماژور بیشتر از **mi1000** می‌باشد.

پیشگیری از خونریزی پس از زایمان

عوامل خطر حین و قبل از زایمان باید ارزیابی شود. برنامه‌های مراقبتی باید در صورت وجود این عوامل خطر تعدیل شوند. پزشکان بایستی از عوامل خطر خونریزی پست‌پارتوم آگاه باشند و باید در زمان مشاوره خانم‌های حامله در مورد محل زایمان این عوامل خطر را در نظر داشته باشند تا زایمان در محلی انجام شود که برای مادر و جنین کاملاً بی‌خطر باشد.

بیشتر موارد خونریزی پس از زایمان عامل خطر شناخته شده‌ای ندارد.

دخالت فعال در مرحله سوم زایمان سبب کاهش خونریزی و بالطبع کاهش خطر **PPH** (خونریزی پس از زایمان) می‌شود.

تجویز اکسی‌توسین پروفیلاکسی به ه مه زنان در مرحله سوم لیبر میزان خونریزی پس از زایمان را ۶۰٪ کاهش می‌دهد.

در خانم‌هایی که عامل خطری جهت بروز خونریزی پست پارتوم ندارند داروی انتخابی جهت پروفیلاکسی و پیشگیری از خونریزی در مرحله سوم زایمان اکسی‌توسین عضلانی به میزان ۱۰-۵ واحد می‌باشد.

برای زنانی که سزارین شده‌اند ۵ واحد اکسی‌توسین داخل وریدی بایستی برای تقویت انقباضات رحم و در نتیجه کاهش خونریزی مورد استفاده قرار گیرد.

یک دوز بولوس اکسی‌توسین گزینه مناسبی جهت بعضی از زنان نمی‌باشد مانند زنان مبتلا به اختلالات قلبی عروقی ماژور و دوز پایین داخل وریدی می‌تواند گزینه مناسب‌تری باشد.

سنتومتین (**Alliance**) را می‌توان در غیاب هیپرتانسیون به عنوان مثال در بیماران که قبل از زایمان هموگلوبین پایین دارند استفاده کرد که باعث کاهش خطر بروز خونریزی خفیف بعد از زایمان (**cc1000-500**) می‌شود اما سبب افزایش استفراغ نیز می‌شود.

میزوپروستول به اندازه اکسی‌توسین موثر نیست، اما ممکن است وقتی که اکسی‌توسین در دسترس نیست استفاده شود مثلاً زایمان‌هایی که در منزل انجام می‌شود. در همه زنانی که سابقه سزارین داشته‌اند، باید محل جفت به وسیله سونوگرافی مشخص شود. در مراکزی که امکانات بیشتری دارند **MRI** جهت تعیین آکرتا یا پرکرتا مفید است. زنان با جفت آکرتا یا پرکرتا در معرض خطر زیاد خونریزی پس از زایمان هستند. اگر قبل از زایمان این وضعیت تشخیص داده شد باید مشاوره بیهوشی انجام شود و امکان دسترسی سریع به خون، پلاسمای تازه منجمد و پلاکت وجود داشته باشد. زمان و مکان زایمان از پیش تعیین شده باشد تا امکان دسترسی به مراقبت‌های شدید وجود داشته باشد.

شواهد در دسترس جهت انسداد یا آمبولیزاسیون پروفیلاکتیک (پیشگیری کننده) روی شرایین کتگی در موارد پلاستتا آکرتا ارزش مساوی دارند و نیاز به ارزیابی‌های بیشتر وجود دارد.

چگونه خونریزی پس از زایمان را اداره کنیم؟

به محض تشخیص خونریزی پست‌پارتوم اداره آن شامل ۴ جزء می‌باشد که بایستی هم‌زمان به هر ۴ نکته توجه شود: ارتباط با همه متخصصین مرتبط، احیاء، مونیتورینگ و بند آوردن خونریزی. تأکید می‌شود که همه اینها باید هم‌زمان انجام شود و نکته مهم اینکه ممکن است خونریزی پست‌پارتوم خفیف به سادگی به خونریزی پست‌پارتوم شدید تبدیل شود و گاهی قابل افتراق نیستند. نحوه اداره خونریزی پست‌پارتوم در این گایدلاین مربوط به مرکزی است که دسترسی به امکانات آزمایشگاه و بانک خون مجهز و متخصصین زنان و بیهوشی ماهر دارد. در موقعیت‌هایی که خونریزی پست‌پارتوم در جایی که شرایط متفاوت دارد اتفاق می‌افتد (مثل زایمان در منزل یا مرکزی که زایمان توسط ماما انجام می‌شود) نقش متخصصین مرکز برقرار کردن کمک‌های اولیه تا زمان تنظیم هماهنگی با یک مرکز مجهز مشاوره شده جهت انتقال مادر می‌باشد.

• برقراری ارتباط:

◀ وقتی بیمار مبتلا به خونریزی پست‌پارتوم است چه کسی باید در جریان قرار گیرد؟

◻ ارزیابی‌های اولیه در موارد خونریزی پست‌پارتوم مینور: (خون از دست رفته **mi1000-500**، بدون علائم بالینی شوک)

• مامای مسئول را آگاهی کنید.

• پرسنل زنان و بیهوشی آموزش دیده در زمینه خونریزی پست‌پارتوم که در مرکز مستقر هستند آگاهی کنید.

◻ پروتکل کامل برای خونریزی پست‌پارتوم ماژور:

• تماس با یک مامای ماهر (علاوه بر مامای مسئول)

• تماس با متخصص زنان با درجه بینابینی (یک مشاور در جریان باشد).

• تماس با بیهوشی (یک مشاور در جریان باشد).

• یک هماتولوژیست بالینی به حالت آنکال باشد.

• آزمایشگاه انتقال خون آماده باش باشد.

• فراخواندن افرادی جهت حمل خون و نمونه‌ها

• یک نفر از اعضای تیم که مهارت کافی دارد مسئول ثبت وقایع، مایعات، داروها و علائم حیاتی شود.

◀ در گچ کردن زود هنگام پرسنل ارشد مناسب شامل تیم بیهوشی و متخصصین آزمایشگاهی اساس اداره PPH هستند. پرسنل انتقال خون و متخصصین بالینی باید با یکدیگر در ارتباط باشند و هم‌سویی و تفاهم در مورد یک‌سری اصول داشته باشند که شامل موارد زیر است: ۱- فرم استاندارد واژه‌ها (به عنوان مثال استفاده از واژه خون Compatible یا group specific) جهت استفاده بیماران. ۲- یک مقیاس زمانی مشخص جهت آماده شدن فرآورده‌های مختلف استفاده از واژه (خونریزی مامایی شدید کنترل شده) یا (خونریزی مامایی شدید در حال پیشرفت) ممکن است برای توصیف وضعیت اورژانسی به کار رود. مسئله حیاتی این است که متخصصین زنان و بیهوشی غیر ارشد بایستی در تماس مستقیم با همکاران ارشد باشند و در صورت نیاز خواستار حضور آنها شوند. پرسنل ارشد باید جوابگوی پرسنل غیر ارشد و ماماها باشند. اگر ماما مشاهده گر بیمار نیاز به یک متخصص مشاور را احساس کرد، باید قادر به تماس با همکاران مشاور باشد و باید بتواند علی‌رغم مخالفت متخصص زنان غیر ارشد این کار را انجام دهد. ارتباط با بیمار و پدر فرزندش بسیار مهم است و آنها باید واضحاً در جریان آنچه دارد به وقوع می‌پیوندد قرار گیرند اگرچه بسیار ترسناک است.

◀ احیاء

یک ارزیابی اولیه بیمار دچار کلاپس یا خونریزی شدید باید رویکرد ساده ABC را دنبال کند و پروسه احیا همزمان با تلاش برای شناسایی مشکل صورت گیرد. اقدامات انجام شده جهت احیاء و کنترل خونریزی به درجه شوک بستگی دارد.

B&A ■ راه هوایی و تنفس

یک غلظت بالای اکسیژن ۱۵-۱۰ لیتر در دقیقه به وسیله یک ماسک صورت باید دریافت شود، بدون توجه به غلظت اکسیژن مادر. اگر راه هوایی دچار مشکل است مثلاً در اثر نقص هوشیاری، دستیار بیهوشی باید سریعاً فراخوانده شود. معمولاً به محض بهبود سیستم گردش خون و جبران حجم در گردش کنترل راه هوایی و سطح هوشیاری بهبود می‌یابد.

C: ■ ارزیابی گردش خون

بیمار دو راه وریدی با آنژیوکت شماره ۱۴ داشته باشد و cc20 خون جهت آزمایشات تشخیصی فرستاده شود که شامل شمارش کامل خون، بررسی انعقادی، الکتrolیت‌ها و کراس میچ (۴ واحد خون) می‌باشد.

متناسب با درجه شوک باید اقدامات اورژانسی احیاء و سعی در کنترل خونریزی انجام شود.

● اقدامات اساسی در خونریزی پست‌پارتوم مینور: (ml1000-500 خونریزی یا فقدان علائم شوک)

- ۱- فراهم کردن یک مسیر وریدی شماره ۱۴
- ۲- شروع انفوزیون کریستالوئید
- پروتکل کامل جهت خونریزی پست‌پارتوم ماژور: (خونریزی بیش از cc1000 و ادامه خونریزی یا وجود علائم بالینی شوک)
- ۱- ارزیابی راه هوایی
- ۲- ارزیابی تنفس
- ۳- ارزیابی گردش خون
- ۴- دادن اکسیژن با دوز مناسب (litr15-10 در دقیقه)
- ۵- فراهم کردن دو راه داخل وریدی شماره ۱۴ (آنژیوکت نارنجی)
- ۶- پوزیشن Flat
- ۷- بیمار را گرم نگه دارید.
- ۸- تزریق خون در اولین فرصت
- ۹- تا زمان فراهم شدن خون ۳/۵ لیتر کریستالوئید گرم شده و یا کلئوئید (litr2-1) با سرعت مورد نیاز تزریق شود.
- ۱۰- بهترین تجهیزات باید جهت تزریق مایعات گرم سریع در دسترس باشد
- ۱۱- فیلترهای اختصاصی خون نباید استفاده شود، زیرا از سرعت انفوزیون می‌کاهد.
- ۱۲- جایگزینی تزریق فاکتور VIIa باید بر اساس نتایج آزمون‌های انعقادی باشد.

*بررسی و مونیتورینگ

◀ چه بررسی‌هایی باید انجام شود و بیمار چگونه باید مونیتور شود؟

ارزیابی‌های اولیه در PPH خفیف: (خونریزی ml1000-500، خونریزی متوقف شده و شواهد بالینی شوک وجود ندارد)

20 (A) ml خونگیری جهت:

- ۱- گروه خون و Rh
 - ۲- شمارش کامل خون
 - ۳- تست‌های انعقادی از قبیل فیبرینوژن
- B) فشارخون و نبض هر ۲۰ دقیقه چک و ثبت شود.

*پروتکل کامل برای خونریزی پست‌پارتوم ماژور (خونریزی بیشتر از ml1000 که تداوم داشته باشد یا وجود علائم بالینی شوک)

- ۱- انجام خونگیری جهت: کراس میچ (حداقل ۴ واحد)، شمارش کامل خون، تست‌های انعقادی شامل فیبرینوژن و تست‌های عملکرد کبد و کلیه (Baseline)

- ۲- بررسی درجه حرارت هر ۱۵ دقیقه
- ۳- ادامه ثبت فشارخون، پالس، تعداد تنفس (از اکسی متر و الکتروکاردیوگرام و دستگاه ثبت خودکار فشارخون استفاده کنید).
- ۴- سوند فولی جهت کنترل حجم ادرار تعبیه شود.
- ۵- دو عدد آنژیوکت محیطی ۱۴ یا ۱۶ داشته باشد.
- ۶- مانیاتور راه‌های شریانی را در نظر بگیرید (به محض اینکه پرسنل آموزش دیده با تجربه برای تعبیه در دسترس باشد).
- ۷- انتقال بیمار به ICU به محض کنترل خونریزی یا به یک واحد ویژه وابسته به بخش زایمان مناسب است.
- ۸- ثبت بالانس مایعات، خون، محصولات خونی و پروسیجرها

جایگزینی مایعات و استفاده از خون و محصولات خونی باید به دقت مونیاتور شود و مقادیر تجویز شده باید و با نظر پزشک مسئول (مشاور بیهوشی یا مشاور زنان) باشد. باید از نتایج CBC و تست‌های انعقادی تحت راهنمایی هماتولوژیست کمک گرفته شود CBC تخمین هماتوکریت و شمارش پلاکت را نیز شامل می‌شود. تست‌های انعقادی شامل زمان پروترومبین، زمان ترومبلاستین نسبی و سنجش فیبرینوژن می‌باشد. پیشنهاد می‌شود بسته های لوله‌های نمونه‌گیری در یخچال‌های بخش زایمان (از نظر تاریخ انقضاء چک شده باشند) برای شرایط اورژانس آماده باشد.

وجود راه وریدی مرکزی نه تنها وسیله‌ای برای مونیاتور فشار ورید مرکزی (CVP) بلکه مسیری برای جایگزینی سریع مایعات است. اگرچه آستانه شروع مونیاتورینگ تهاجمی مورد بحث است، برخی محققان دستیابی سریع به مونیاتورینگ ورید مرکزی را توصیه می‌کنند. مونیاتورینگ ورید مرکزی و فشار شریانی باید در زمانی که سیستم قلبی عروقی به وسیله خونریزی یا بیماری در خطر است مورد استفاده قرار گیرد. مونیاتورینگ CVP به بیهوشی ماهر که مسئولیت این پروسیجر در مراحل اولیه به عهده او می‌باشد نیاز دارد. به نظر می‌رسد استفاده از سونوگرافی سبب شود پروسه را بی‌خطر انجام دهیم چرا که این پروسیجر با احتمال مرگ و میر همراه است. به محض کنترل خونریزی با توجه به شدت خونریزی بیمار باید به ICU یا به واحد مراقبت‌های ویژه وابسته به بخش زایمان منتقل شود. به محض کنترل خونریزی اصلاح انعقادی و پروفیلاکسی برای ترومبوز باید آغاز شود. زیرا خطر ترومبوز بسیار بالاست. در موارد ترومبوسیتوپنی که استفاده از پروفیلاکسی کنترالیکه است می‌توان از وسایل فشاری پنوماتیک استفاده کرد. مونیاتورینگ فیزیولوژیک مداوم لازم است و ثبت پارامترها در طول زمان در چارت می‌تواند دید خوبی از پیشرفت بالینی بیمار دهد. ارزیابی مداوم وضعیت فیزیولوژیک، حتی در زمانی که به نظر می‌رسد خونریزی متوقف شده است، برای تشخیص تداوم خونریزی لازم است. بیمار و همسر وی باید در جریان وضعیت قرار گیرند و در صورت امکان به آنها اطمینان خاطر داده شود.

*اداره وضعیت بیمار توسط متخصص بیهوشی:

حضور متخصص بیهوشی جهت ارزیابی سریع وضعیت لازم است تا شروع و ادامه احیاء برای تأمین حجم داخل عروقی و تأمین بی‌حسی/بی‌هوشی مناسب انجام شود. ناپایداری قلبی عروقی کنتراندیکاسیون نسبی بی‌حسی موضعی است. بلوک سیستم سمپاتیک می‌تواند منجر به تشدید افت فشار ناشی از خونریزی شود. اگر وضعیت قلبی عروقی بیمار پایدار شود و شواهدی از اختلال انعقادی وجود نداشته باشد می‌توان از بی‌حسی موضعی استفاده کرد که بلوک اپیدورال مداوم به بلوک Spinal ارجح است. زیرا اجازه کنترل بهتر فشارخون و جراحی طولانی را می‌دهد. در صورت تداوم خونریزی و ناپایداری قلبی عروقی بی‌هوشی عمومی مناسب‌تر است. القاء سریع بهترین روش برای کاهش ریسک آمپیراسیون است. داروی القاء کننده باید کمترین خاصیت دیلاتاسیون عروق محیطی را داشته باشد و آدرنالین و آتروپین در زمان القاء بی‌هوشی در دسترس باشند. تهویه با غلظتهای بالای اکسیژن ممکن است تا زمان کنترل خونریزی مورد نیاز باشد.

*توقف خونریزی

علل خونریزی پس از زایمان ممکن است مرتبط با یک یا چند مورد از موارد زیر باشد .

تون (اختلال انقباضی رحم)

بافت (باقیمانده محصولات حاملگی)

تروما (به کانال تناسلی)

ترومبین (اختلال انعقادی)

شایع‌ترین علت خونریزی پست‌پارتوم اولیه آتونی رحم می‌باشد. در هر صورت معاینات بالینی باید برای رد سایر علل انجام شود: بقایای حاملگی (جفت، پرده‌ها، لخته) پارگی و هماتوم سرویکس یا واژن، پارگی رحم، هماتوم لیگامان پهن، خونریزی خارج تناسلی (به عنوان مثال پارگی ساب کپسولر کبد)، وارونگی رحم. وقتی آتونی رحم علت خونریزی است تا زمان قطع خونریزی بایستی اقدامات زیر انجام شود:

۱- فشار دو دستی رحم جهت تحریک انقباضات رحمی

۲- اطمینان از خالی بودن مثانه (کانتتر فولی).

۳- اکسی‌توسین ۵ واحد تزریق آهسته داخل وریدی (تکرار دوز در صورت نیاز).

۴- ارگومتین mgr5/0 تزریق آهسته وریدی یا عضلانی (در زنان مبتلا به افزایش فشارخون منع مصرف دارد).

۵- انفوزیون سنتوسینون (۴۰ واحد در ml500 محلول هارتمن با سرعت ml125 در ساعت) در صورتی که محدودیت مایعات نداشته باشیم.

۶- کاربوپروست mgr25/0 تزریق داخل عضلانی، تکرار دوز با فاصله حداقل ۱۵ دقیقه و حداکثر ۸۰ دوز (در زنان مبتلا به آسم منع مصرف دارد).

۷- تزریق مستقیم کاربوپروست به داخل میومتر mgr5/0، در افراد مبتلا به آسم منع مصرف دارد. (با مسئولین پزشک مسئول، زیرا جهت استفاده داخل میومتر توصیه نشده).

۸- میزوپروستول ۱۰۰۰ میکروگرم رکتال.

اگر اقدامات دارویی در کنترل خونریزی با شکست مواجه شود شروع درمان‌های جراحی هرچه سریع‌تر اقدام ارجح است. تامپوناد داخل رحمی به وسیله بالون یک اقدام اولیه مناسب جراحی برای بیشتر زنانی است که اتونی علت اصلی یا تنها علت خونریزی آنها است اگر این اقدام در کنترل خونریزی با شکست مواجه شد ادامه درمان باید به صورت مداخله جراحی باشد (با توجه به شرایط و امکانات قابل دسترسی) که شامل موارد زیر دست: ۱- سوچور هموستاتیک رحمی از قبیل B-Lynch 2- بستن دو طرفه شرابین رحمی ۳- بستن دو طرفه شرابین ایلیاک داخلی (هایپوگاستریک) ۴- آمبولیزاسیون انتخابی شرابین. توصیه می‌شود که دیاگرام تکنیک‌های سوچورهای رحمی همیشه در دسترس باشد. هیستریکتومی سریع نسبت به تأخیر آن به ویژه در پلاسنتا اکرتا و پارگی رحم ارجح است. یک پزشک مشاور دوم هم باید در تصمیم‌گیری جهت هیستریکتومی شرکت داشته باشد.