

خونریزی‌های پس از زایمان

دکتر زهرا حیدر*

چکیده :

زمینه و هدف: خونریزی پس از زایمان عامل اصلی مرگ مادر و نیز هیستریکتومی پس از زایمان بوده دلایل اصلی آن شامل آتروفی رحم، پارگی کانال زایمانی و ناهنجاری‌های محل جفت می‌باشد. تداخل اولیه و سریع با استفاده از داروهای یوتروتونیک، ماساژ رحمی، سونداژ مئانه، برقراری همودینامیک مناسب و ترانسفوزیون مناسب و به موقع اقدامات اولیه می‌باشند قدم بعدی بررسی کانال زایمانی و در صورت عدم تأثیر اقدام جهت اقدامات تهاجمی مثل بستن شریان ایلیاک داخلی، سوچورهای فشارنده رحمی، آمبولیزاسیون شریانی و در نهایت هیستریکتومی می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: خونریزی پس از زایمان، آتونمی، مرگ مادر.

PLT بیمار نرمال و در U/A، Alb+ داشته بیمار با دردهای مناسب خودبه‌خود بوده اینداکشن نشده و زایمان به روش بدون درد (اپیدورال) انجام می‌شود یک ساعت پس از زایمان بیمار دچار خونریزی 2+ و افت فشار می‌شود با دستور تلفنی متخصص زنان انفوزیون اکسی‌توسین و تزریق مترژن و ماساژ رحمی انجام شده و خونریزی کنترل و رحم جمع می‌شود.

۴۰ دقیقه بعد بیمار شدیداً بدحال و آژینته شده متخصص بیمار را ویزیت می‌کند شکم نرم بوده متسع نبوده 80/60Bp و تنفس نامنظم بوده است. ۵ واحد packed cell جهت بیمار انفوزیون شده بیمار ونتیله می‌شود که به علت توقف قلبی - تنفسی عملیات احیاء انجام می‌گیرد. پس از چند بار احیا بیمار در نهایت فوت می‌کند. نتیجه کالبد شکافی پارگی اندوسرویکس به طول ۴ سانتی‌متر و وجود ۲۰۰ سی‌سی خونابه و لخته فراوان در فضای شکم را گزارش کرد. (منبع مورد استفاده گزارش‌ها: اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس).

زمینه و هدف

خونریزی پس از زایمان Post Partum Hemorrhage (PPH) عامل اصلی مرگ مادر و نیز هیستریکتومی پس از زایمان است. دلایل اصلی PPH شامل آتونمی رحم (۶۹٪)، پارگی کانال

بیمار شماره یک: خانم ۴۲ ساله گراوید ۴، پارا ۳ به علت Post date شدن جهت ختم بارداری از مرکز بهداشتی روستا به زایشگاه ارجاع داده می‌شود و به مدت یک و نیم ساعت اینداکشن شده زایمان نوزاد ۳۵۰۰ گرمی با پارگی درجه یک انجام می‌شود پس از ترمیم پارگی یک ساعت و ۱۵ دقیقه بعد مادر به بخش منتقل شده همان‌زمان متوجه خونریزی شدید می‌شوند رحم منقبض بوده با دستور پزشک مترژن و سنتوسینون تزریق شده به علت ادامه خونریزی ۲۰ دقیقه بعد مجدداً به پزشک اطلاع داده شده و ۴۰ دقیقه بعد بیمار جهت هیستریکتومی به اتاق عمل منتقل می‌شود حین عمل با وجود جمع بودن رحم هیستریکتومی انجام می‌شود مادر ۳۰ دقیقه پس از انتقال به ICU، arrest کرده و فوت می‌کند.

بیمار شماره دو: خانم ۴۰ ساله G3P2 با سابقه فشارخون قبل از بارداری که در اولین ویزیت بارداری در هفته ۱۳ کاپتوپریل به متیل دوپا تبدیل شده و از هفته ۲۳ به علت ثابت شدن BP دارو قطع می‌شود. بیمار در مراجعه آخر در سن ۳۹ هفته به علت 145/95=BP و AFI=6-8cm کاندید ختم بارداری شده و با سرویکس بسته یک عدد شیاف میزوپروستول ۲۰۰ میکروگرمی اینتراواژینال گذاشته شده و دستور شروع اینداکشن با سنتوسینون ۶ ساعت بعد داده می‌شود CBC و

* استادیار دانشگاه شهید بهشتی، فلوشیپ نازایی

نویسنده پاسخگو: دکتر زهرا حیدر

گسترش به سمت لیگمان کاردینال احتمال نیاز به لاپاراتومی در وضعیت لیتوتومی را باید در نظر گرفت و نیز در هنگام سوچور زدن بالاتر از فورنیکس خطر ایجاد انسداد حالب نیز مطرح می‌باشد. هماتوم‌های واژن تنها اگر در حال گسترش باشند باید تخلیه شوند در غیر این صورت بهترین روش تحت نظر گرفتن بیمار، کنترل علائم حیاتی و تجویز مسکن می‌باشد اگر شرایط قلبی- عروقی بیمار مناسب نباشد ادامه خون‌ریزی خطرناک بوده استفاده از تامپوناد رحمی با بالون Bakri و یا Pack کردن موثر است و در تمام مدت Pack کردن باید آنتی‌بیوتیک شامل جنتامایسین + مترونیدازول یا کلیندامایسین دریافت کند. توجه به وضعیت همودینامیک و جایگزینی خون از دست رفته از ابتدا باید مورد توجه قرار گیرد نسبت کلی تزریق سه لیتر کریستالوئید به ازای هر یک لیتر اتلاف خون در این‌جا نیز مطرح است. اما اگر هموگلوبین اولیه کمتر از ۸-۷/۵ بوده و یا قبل از آماده شدن جواب آزمایش اگر همودینامیک بیمار با تزریق ۲-۳ لیتر نرمال سالین اصلاح نشود باید ۲ واحد RBC تزریق شود.^۲ هدف ترانسفیوژن برقراری $HCT < 21\%$ ، $PCT < 50000$ ، فیبرینوژن $< 100mg/dl$ و PT و PTT کم‌تر از ۱/۵ برابر نرمال می‌باشد. پروتوکول‌های مختلفی جهت تزریق خون وجود دارد اما توصیه می‌شود به ازای هر ۲-۱ واحد RBC یک واحد FFP تزریق شود. در ترانسفوزیون وسیع ۶ واحد RBC، ۴ واحد FFP و یک واحد PLT تزریق می‌شود.^۲ سطح فیبرینوژن در زمان تشخیص PPH پیشگویی کننده شدت مشکل می‌باشد و اگر فیبرینوژن زیر ۱۰۰ بوده FFP و کرایو در دسترس نباشند فیبرینوژن تغلیظ شده (Ria star) توصیه می‌شود.^۳ باید توجه داشت که DIC عامل عمده مرگ و میر بوده و فرم با شروع تأخیری آن خطرناک‌تر است^۷ روش‌های مختلف جراحی شامل بستن شریان ایلیاک داخلی سوچورهای فشارنده رحم و سوچور B-Lynch، هیسترکتومی و غیره و نیز روش‌های آمبولیزاسیون شریانی که باید البته با حضور جراح آماده انجام شود. روش‌های تهاجمی کنترل PPH می‌باشند که هر کدام دشواری‌های خاص خود را داشته و نیاز به افراد متبحر در این امور دارند و بیشتر در مواردی مثل جفت‌های آکرتا و پره‌کرتا به کار می‌روند. در شرایطی مانند دکولمان، بیماری‌های کبدی، IUFD، عفونت یا آمبولی مایع آمنیوتیک و یا ترانسفوزیون وسیع تست‌های انعقادی ممکن است مختل شود لذا علاوه بر ارسال آزمایشات اولیه شامل پروتیین‌های C، S، فیبرینوژن، PT، PTT و درخواست Cross match می‌توان تا قبل از آماده شدن جواب‌ها با انجام تست CT در بالین از وضعیت

زایمانی و ناهنجاری‌های محل جفت می‌باشد. از نظر تعریف به اتلاف خون بیشتر از یک لیتر Sever PPH اطلاق می‌شود.^۱ آن‌چه باید در اداره بیمار PPH بدان توجه شود دقت و سرعت عمل می‌باشد زیرا تأخیر در شروع احیاء نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به محض تشخیص خون‌ریزی بیشتر از حد نرمال گرفتن دو رگ مناسب، ارسال آزمایشات، درخواست رزرو خون و تزریق اکسی‌توسین داخل سرم باید آغاز شود. ماساژ رحمی از روی شکم و یا دو دستی وضعیت رحم را در این مرحله مشخص می‌کند اگر قوام رحم مناسب نباشد یوتروتونیک‌های بعدی شامل متیل ارگونوین عضلانی یا داخل میومتر و یا کاربوپروست عضلانی حداکثر ۲ دوز با فاصله ۱۵ دقیقه و یا میزوپروستول ۵-۱ قرص ۲۰۰mcg واژینال یا زیرزبانی می‌باشند نکته مهم ترتیب شروع دارو نیست بلکه شروع دقیق درمان و برآورد اثر آن می‌باشد باید دقت کرد که کاربوپروست در بیماران دچار آسم ممنوع می‌باشد اما میزوپروستول در HTN یا آسم قابل استفاده است و تنها عارضه آن افزایش درجه حرارت بیمار می‌باشد.^۲

دینوپروستون به صورت شیاف ۲۰mg واژینال یا رکتال و آنالوگ آن پروستادین تزریقی نیز یوتروتونیک‌های بعدی هستند. تزریق پروستادین در موارد نادر می‌تواند منجر به ادم ریه شود لذا با احتیاط و تحت کنترل دقیق داده می‌شود.^۴ کاربوتوسین آنالوگ طولانی اثر اکسی‌توسین بوده در یک بررسی وسیع تأثیر آن در پیشگیری از PPH در بیماران سزارینی موثرتر از اکسی‌توسین بوده است اما در NVD این برتری دیده نشد البته هنوز اطلاعات کافی در مورد میزان تأثیر و عوارض جانبی آن در دست نیست و نیاز به بررسی دارد.^۵ سولپروستون یک آنالوگ پروستاگلاندین E2 بوده و در یک بررسی میزان تأثیر آن در PPH ۵۱٪ برآورد شده، عوارض جدی آن نادر بوده و با قطع مصرف برطرف می‌شوند.^۶ اگر تداخلات اولیه موثر نباشد باید کانال زایمانی چک شود. همکار ماهر، دید خوب و بیهوشی مناسب در این مرحله بسیار مهم است نه تنها در بیماران NVD بلکه در بیماران سزارینی نیز اگر عمل در شرایط دیلاتاسیون سرویکس و نزول عضو پوزانته انجام شده باشد چک کانال زایمانی الزامی است. درد شکمی و خون‌ریزی پس از زایمان از علائم پارگی رحم می‌باشد که در حین معاینه باید بدان توجه کرد. خارج کردن بقایای محصولات بارداری با دست و یا با استفاده از ساکشن کورتاژ ۱۶mm می‌تواند در رفع آتونی رحم موثر باشد. در صورتی که پارگی سرویکس خون‌ریزی دهنده باشد باید ترمیم شود در موارد پارگی فورنیکس با توجه به خطر

نکته مهمی که هدف اصلی این مقاله می‌باشد توجه به ارزیابی اولیه، دقیق و سریع بیمار دچار PPH و حضور سریع متخصص بر بالین بیمار می‌باشد. در بیمار شماره یک عدم توجه به ادامه خون‌ریزی با وجود جمع بودن رحم و عدم دقت در انجام معاینه کانال زایمانی و نیز ادامه طولانی مدت خون‌ریزی بدون شروع ترانسفوزیون در نهایت منجر به بروز فاجعه مرگ مادر هشت فرزند شد. در بیمار شماره ۲ نداشتن Prenatal Care (PNC) مناسب، استفاده از دوز نامناسب و زیاد میزوپروستول (۲۰۰mcg به جای ۲۵mcg) برای آمادگی سرویکس، کنترل نامناسب علائم حیاتی بیمار و عدم دقت به تغییرات BP، حضور تأخیری متخصص نقاط تیره بسیار واضح در این پرونده می‌باشند نکته قابل توجه این است که تأخیر در انجام اقدامات اولیه و تزریق خون در زمانی که وضعیت بیمار شدیداً وخیم بوده آن هم با ترکیب نامناسب هیچ کمکی به بیمار نکرده است و سیر مرگ‌بار PPH مسیر خود را ادامه داده در هر دو این مادران اگر معاینات اولیه دقیق‌تر صورت گرفته و متخصص سریع بر بالین بیمار حاضر می‌گردید و هم‌زمان با شروع ترانسفوزیون کانال زایمانی را چک می‌کرد تا جلوی خون‌ریزی بیشتر گرفته شود، این تراژدی‌های غم‌بار رخ نمی‌داد.

فیبری‌نوژن وی مطلع شد که اگر طی ۱۰-۸ دقیقه لخته تشکیل شود نشانه فیبری‌نوژن کافی است.^۲

تمام انجمن‌های بین‌المللی توصیه به تداخل اولیه با مواد یوتروتونیک، ماساژ رحمی، سونداژ مثانه و ماساژ دودستی رحم می‌کنند و اگر این‌ها موثر نبود اقدامات جراحی پیشرفته توصیه می‌شود اما متأسفانه مقیاس و معیار دقیقی وجود ندارد تا بر اساس آن بتوان زمان شروع اقدامات تهاجمی را مشخص کرد^۱ و تصمیم‌گیرنده اصلی پزشکی است که به سرعت باید بر بالین بیمار حاضر شده و هر لحظه وضعیت را ارزیابی نماید.

یکی از نویسندگان سیستم Score را بر مبنای ۵ مقیاس تعریف کرده که شامل

- ۱- اختلالات محل جفت نمره ۰ یا ۱
- ۲- PT زمان بستری >50% نمره ۰ یا ۱
- ۳- HR زمان بستری <115bpm نمره ۰ یا ۱
- ۴- فیبری‌نوژن اولیه >2gl نمره ۰ یا ۱
- ۵- وجود تروپونین I در زمان بستری نمره ۰ یا ۱

در این سیستم اگر فرد در مجموع نمره صفر بگیرد در گروه کم خطر، اگر نمره یک بگیرد گروه متوسط و با نمره دو یا بالاتر در گروه پرخطر قرار می‌گیرد.^۱

Abstract:

Post partum hemorrhage

Heidar Z. MD^{*}

Introduction & Objective: Postpartum Hemorrhage (PPH) is the major cause of maternal death and postpartum hysterectomy. Uterine atonia, birth canal tearing and placental abnormality are the main causes. Rapid early introduction of uterotonic agents, simultaneously uterine massage, bladder catheterization, hemodynamic stabilization and transfusion are the essential steps. The second stage is birth canal examination and if necessary advanced interventional procedures such as int. iliac artery ligation, uterine compression sutures, arterial embolization and hysterectomy are recommended.

Key Words: PPH, uterine atony, maternal death.

^{*} *Assistant Professor of Obstetrician and Gynecology, Fellowship of Infertility, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.*

References:

1. Etinne Gayat, Mattieu Resche, Olivier Morel, predictive factors of advanced interventional procedures in a multicentre severe postpartum haemorrhage study, *Intensive Care Med*, July 2011 (online).
2. Allan J Jacobs, Charles Lockwood, management of postpartum hemorrhage of vaginal delivery, updated version 19/2 May 2011.
3. Allan J Jacobs, Charles Lockwood, management of postpartum hemorrhage at cesarean delivery updated version 19/2 May 2011.
4. Neha Baduni, Manoj K Sanwal, Aruna Jain, Acute pulmonary edema after intramyometrial prostodin, *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 27(2), Apr-Jun 2011.
5. Lin-lin Su, Xap-seng Chong, Miny Samuel, oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage, *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, D005457.
6. Schmitz T, Tarabiti K, Dupont C, Prostaglandin E2 Analogue sulprostone for treatment of atonic postpartum hemorrhage, *Obstet Gynecol*, 2011 Aug 118 (2, part1) 257-265.
7. HM Krishna, Muralikrishna Chava, patients with postpartum hemorrhage admitted in ICU, *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, V.27(2) Apr-Jun 2011.