

خونریزی پس از زایمان و روشهای کنترل آن

دکتر گیتی رحیمی

چکیده

مقدمه: در جهان ۵۰۰۰ زن در سال طی دوران بارداری و زایمان می میرند. ۹۹٪ این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد و ۱۳۰۰۰۰ زن هر سال بدنبال خونریزی پس از زایمان می میرند. پیشگیری و درمان صحیح خونریزی بعد از زایمان می تواند از بسیاری از عوارض و مرگ و میر مادران بکاهد. مواد و روش ها: این مقاله مروری بر کتابهای مرجع زنان مامائی و مقالات انگلیسی زبان موجود در اینترنت در این زمینه می باشد.

نتایج: تخمین میزان خونریزی پس از زایمان به روش مشاهده، مقدار آن را کمتر از حد واقعی برآورد می نماید و برای اندازه گیری آن، باید از روشهای دقیق استفاده نمود. اداره فعال مرحله سوم زایمان و تجویز اکسی توسین به میزان ۱۰ واحد بین المللی میزان خونریزی پس از زایمان را کاهش می دهد. استفاده از میزوپروستول خوراکی در مرحله سوم زایمان توام با تب و لرز بوده و اثبات کارایی آن در جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان مستلزم مطالعات بیشتری است. تزریق داخل وریدی بندناف نیاز به برداشت دستی جفت را کم می نماید و انجام برش پرینه میزان اتلاف خون را افزایش می دهد. جهت کاهش خونریزی بعد از زایمان، شیاف رکتال میزوپروستول و ترانگزامیک اسید وریدی پیشنهاد شده اند که بررسی کافی در مورد آنها انجام نشده است. استفاده از روشهای طبی و در نهایت جراحی محافظتی می تواند نیاز به هیستریکتومی را در این بیماران بسیار کم نماید.

بحث و نتیجه گیری: در مورد خونریزی بعد از زایمان نیز مانند سایر موارد طبی درمان با پیشگیری آغاز می شود. تشخیص عوامل مستعد کننده خونریزی، اداره صحیح مرحله سوم زایمان و درمان به موقع خونریزی بعد از زایمان از عوارض و مرگ و میر ناشی از آن خواهد کاست و در این راستا، بسیاری از روشهای جدید طبی مستلزم مطالعات بیشتری جهت اثبات کارایی خود می باشند.

واژه های کلیدی: خونریزی پس از زایمان، اداره فعال، میزوپروستول.

مقدمه

با وجود پیشرفت های اخیر، مرگ و میر ناشی از خونریزی هنوز یکی از مهمترین علل مرگ و میر مادران به شمار می رود. در ایالات متحده آمریکا، از سال ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۲ در بین ۴۹۱۵ مورد مرگ مادری، خونریزی علت مستقیم مرگ مادران در ۳۰٪ موارد بوده است. بونر (۲۰۰۰) در سال ۱۹۹۶-۱۹۸۵، خونریزی عامل اصلی مرگ مادران در کشور انگلیس بوده است. بطور مشابه ناگایا و همکاران از ژاپن (۲۰۰۰) ۱۹۷ مورد مرگ مادران را که در یک دوره دو ساله در سالهای ۱۹۹۱ و ۱۹۹۲ اتفاق افتاده بود مطالعه کردند و پی بردند که خونریزی علت ۴۰٪ از این مرگ و میرها بوده و اکثریت این مرگ ها در اثر فقدان تسهیلات مامائی کافی رخ داده بودند [۱]. خونریزی بدنبال زایمان علت مرگ و میر مادران را در آفریقای جنوبی، آفریقای غربی و اندونزی به ترتیب در (۲۵٪)، (۲۷٪) و (۴۷٪) موارد تشکیل می دهد [۲]. در یک تحقیق در زیمبابوه علت نهایی ۴۰ مورد مرگ مادران در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده خونریزی بدنبال زایمان بوده است [۳]. در کشور انگلیس در بین سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ مرگ و میر مادری ناشی از خونریزی پس از زایمان حدود ۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد بوده است [۳]. هدف از این مقاله، مروری بر راههای پیشگیری و درمان خونریزی بدنبال زایمان می باشد.

تعریف و شیوع خونریزی پس از زایمان:

خونریزی پس از زایمان به از دست دادن ۵۰۰ سی سی یا بیشتر خون بعد از تکمیل مرحله سوم زایمان گفته می شود. [۱ و ۴]. در نیمی از زنانی که به روش واژینال زایمان می کنند مقدار خونریزی بیشتر از این حد می باشد و ضرورتاً به معنی یک واقعه غیر طبیعی

نیست [۱]. بر اساس این تعریف، خونریزی پس از زایمان بطور متوسط در (۵٪) زایمانها اتفاق می افتد. خونریزی بدنبال زایمان در صورت وقوع در ۲۴ ساعت اول زایمان، خونریزی زودرس و بعد از آن به عنوان خونریزی دیررس پس از زایمان طبقه بندی می گردد. [۱]. کومبس و همکاران (۱۹۹۱) خونریزی پس از زایمان را افت هماتوکریت به اندازه ۱۰٪ حجم بعد از زایمان یا نیاز به انتقال خون تعریف کرده اند و براساس این تعریف، بروز خونریزی بعد از زایمان ۳/۹٪ و بعد از سزارین ۸-۶٪ بوده است [۱]. در کارآزمائیهای بالینی که میزان خونریزی پس از زایمان اندازه گیری شده است نسبت زنانی که ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر خون از دست می دهند در حدود ۱۲/۵ - ۰٪ بوده است [۳]. در انگلستان خونریزی بیش از ۱۰۰۰ سی سی در (۱/۳٪) از زایمانها گزارش شده است [۳]. در یک بررسی ۶ ماهه در سال ۱۳۷۹ در بیمارستانهای علوی و تامین اجتماعی اردبیل شیوع خونریزی زودرس پس از زایمان طبیعی (۶/۷۲٪) برآورد شده است [۵].

علل خونریزی پس از زایمان:

آتونی رحم، باقیماندن تکه های جفت، ضربه و پارگیهای دستگاه تناسلی، نقائص انعقادی از علل عمده خونریزی بعد از زایمان می باشند [۱]. شایعترین علت خونریزی بعد از زایمان آتونی رحم (۹۰٪ موارد) و شایعترین عامل مستعد کننده شناخته شده آتونی رحم، اتساع بیش از حد رحم در دوران بارداری می باشد [۶]. در مطالعه انجام گرفته در اردبیل شایعترین علت خونریزی پس از زایمان در (۶۳/۵٪) موارد آتونی گزارش شده و شایعترین علت زمینه ای ماکروزومی جنین (۲۵/۴٪) بوده است [۵].

زایمان و پیش بینی آن و اداره صحیح مرحله سوم زایمان در جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان نقش مهمی دارند [۱ و ۴].

الف) اداره فعال یا انتظاری مرحله سوم زایمان یکی از عوامل مهم در اداره مرحله سوم زایمان، جلوگیری از خونریزی می باشد. برای کاهش مدت مرحله سوم زایمان و میزان خونریزی بعد از زایمان در نواحی مختلف جهان اقدامات متفاوتی صورت می گیرد. بطور کلی اداره مرحله سوم زایمان ممکن است به دو صورت فعال یا انتظاری صورت گیرد. اداره فعال عبارت از درمان با داروهای دارای خاصیت اکسی توسین بلافاصله بعد از زایمان شانه یا بعد از تولد نوزاد، بستن فوری بند ناف و زایمان جفت با کشش کنترل شده بر روی بند ناف بدنبال علائم جدا شدگی جفت می باشد. در روش انتظاری، اقدامات فوق انجام نشده و منتظر علائم جداشدگی جفت شده و اجازه داده می شود تا جفت خودبخودی و یا با زور زدن مادر در اثر ثقل زمین خارج گردد [۱ و ۳]. مقایسه این دو روش نشان داده است که اداره فعال با کاهش معنی دار در پیامدهای بالینی مهم همراه می باشد. خونریزی بعد از زایمان، کم خونی بدنبال زایمان، نیاز برای تزریق خون در دوره نفاس خطر طولانی شدن مرحله سوم زایمان و استفاده از مقادیر درمانی اکسی توسین در اداره فعال کمتر بوده اند اما عوارض جانبی شامل افزایش تهوع، سردرد، افزایش فشار خون در مواقع استفاده از ارگومترین بیشتر دیده شده اند. پیامدهای نوزادی هر دو روش مشابه و میزان تغذیه با شیر مادر در حین ترخیص و شش هفته بعد از زایمان در اداره فعال بیشتر بوده است [۱، ۳، ۸]. در پنج کار آزمائی بزرگ کنترل شده در مقایسه اداره فعال با روش انتظاری، هیچ موردی از پشت و رو شدن رحم و کندی بند ناف گزارش نشده است [۹].

تشخیص خونریزی بعد از زایمان

تعیین مقدار خونریزی پس از زایمان بطور مرسوم با تخمین مشاهده ای صورت می گیرد. در سال ۱۹۶۲ پریچارد و همکاران مشاهده کردند که تخمین خونریزی معمولاً فقط معادل نیمی از مقدار خون از دست رفته واقعی است و از این جهت است که تعیین دقیق آن را با مشکل مواجه می سازد [۱]. اخیراً جهت اندازه گیری دقیق روش جدیدی را شرح داده اند، بدین ترتیب که بعد از تولد اجازه داده می شود که مایع آمنیوتیک خارج شود و پوشش بستر بیمار که توسط مایع خیس شده است با یک پارچه جاذب آب کتان یک بار مصرف جایگزین می شود و یک ظرف پلاستیکی گوه ای شکل در زیر بیمار قرار می گیرد تا خونریزی در یک ساعت آینده در آن جمع شود. شکل این ظرف به گونه ای است که مانع ترمیم اپی زیوتومی نخواهد شد. خون و لخته ها بعد از یک ساعت از ظرف زیر بیمار به ظرف مدرج استوانه ای شکل ریخته می شود و گازهای خیس خون آلود و پوشش کتان زیر بیمار وزن شده و وزن معلوم خشک آنها از وزن خیس آنها کم می گردد و با حجم خون موجود در ظرف مدرج جمع شده و بدین ترتیب خونریزی بیمار محاسبه می گردد [۳ و ۷]. به علت اینکه خون از دست رفته واقعی بطور قابل ملاحظه ای از مقادیر تخمین زده بیشتر است بنظر می رسد که آستانه تعیین خونریزی پس از زایمان بایستی به عوض ۵۰۰ سی سی، ۱۰۰۰ سی سی در نظر گرفته شود. [۳].

۱. روشهای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان: تشخیص کم خونی در دوران بارداری و اصلاح آن و نیز شناخت عوامل مستعد کننده خونریزی پس از

خونریزی بعد از زایمان به میزان ۱۰۰۰ میلی لیتر یا بیشتر در دریافت کنندگان میزوپروستول بطور قابل ملاحظه ای بیشتر بوده است و اکسی توسین روش انتخابی معمول جهت پیشگیری از خونریزی محسوب می شود. روش دیگر استفاده از میزوپروستول از راه رکتال می باشد. در یک مطالعه شیاف رکتال میزوپروستول ۴۰۰ میکروگرمی با سینتومتین برای اداره مرحله سوم زایمان مقایسه شده است. تنها عامل محدود کننده در نتیجه گیری این مطالعه تعداد کم نمونه بوده است. شیاف میزوپروستول ۴۰۰ میکروگرمی همچنین با پلاسبو در یک مطالعه دیگر مقایسه شده است که متوسط مدت مرحله سوم مشابه، اما میزان خونریزی ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر، کمتر بوده است. (۴/۸٪ در مقابل ۷٪) لرز نیز کمتر از گروه پلاسبو بوده است. شاید مهمترین مزیت این روش، میزان کمتر عوارض جانبی آن باشد و اجازه استفاده از مقادیر مصرفی بیشتر را بدهد [۳، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳].

د) استفاده از اپی زیوتومی: خونریزی از محل اپی زیوتومی (متوسط ۳۰۰ سی سی) ممکن است در از دست دادن خون بدنبال زایمان سهمیم باشد. از اینرو توصیه می شود که به جای استفاده معمول در همه موارد، فقط در شرایطی که لازم است اقدام به اپی زیوتومی گردد تا از میزان خونریزی کاسته شود [۳، ۱].

ه) احتباس جفت: متوسط طول مدت جدا شدن جفت ۶ دقیقه است در صورتی که این زمان بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد خونریزی افزایش خواهد یافت [۴، ۱]. تزریق مایعات تنها یا مایعات به همراه داروهای منقبض کننده رحمی بداخل ورید نافی جفت یک اقدام ساده و سالم بنظر می

باشد. استفاده از سینتومتین یا اکسی توسین مطالعات اخیر نشان می دهد که تاثیر اکسی توسین در مرحله سوم زایمان وابسته به مقدار مصرفی آن می باشد. یک مطالعه اخیر نشان داده است که استفاده از ترکیب ارگومتین و اکسی توسین یعنی سینتومتین (۵ واحد بین المللی اکسی توسین با ۰/۵ میلی گرم ارگومتین) در مقایسه با مصرف اکسی توسین به مقدار ۵ یا ۱۰ واحد بین المللی باعث کاهش خونریزی ۵۰۰ سی سی یا بیشتر بعد از زایمان شده است اما خونریزی ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر تفاوتی نداشته است. عوارض استفاده از سینتومتین از جمله افزایش فشار خون و تهوع مختصری نسبت به اکسی توسین تنها بیشتر بوده است [۳، ۱].

ج) استفاده از میزوپروستول در مرحله سوم زایمان: پروستاگلاندین ها، ترکیبات قوی منقبض کننده رحمی هستند که در مامائی استفاده می شوند اخیراً از میزوپروستول آنالوگ پروستاگلاندین E₁ که بصورت خوراکی در درمان زخم معده استفاده می شود برای جلوگیری از خونریزی پس از زایمان استفاده شده است. مسئله مهم در استفاده از میزوپروستول خوراکی، عوارض تب و لرز ناشی از آن می باشد. لرز در (۶۲٪) موارد و افزایش متوسط ۰/۵ درجه سانتی گراد درجه حرارت بدن بعد از استفاده از آن گزارش شده است. در کارآزمائی صورت گرفته توسط سازمان بهداشت جهانی این عوارض در مقادیر ۶۰۰ میکروگرم بیشتر از ۴۰۰ میکروگرم دیده شده اند. در این مطالعات، میزوپروستول ۶۰۰ میکروگرم با اکسی توسین (۱۰ واحد بین المللی) مقایسه شده است.

رسد. اثر مفید پیشنهاد شده برای اینکار کاهش نیاز برای برداشت دستی جفت به علت تسهیل جداشدگی آن می باشد. تزریق به داخل ورید نافی جهت اداره جفت احتباس یافته برای اولین بار توسط موجان و آسودوربالی در سال ۱۸۲۶ توضیح داده شد. نتایج تحقیقات نشان می دهند که تزریق محلول سالین به اضافه اکسی توسین نیاز به برداشت دستی جفت را کاهش می دهد. تزریق سالین تنها، بیشتر از اداره انتظاری موثر نمی باشد. تحقیقات بیشتری در زمینه مقایسه تزریق اکسی توسین با پروستاگلاندین لازم است [۳].

(و سایر پیشنهادات: سایر اقدامات پیشنهاد شده جهت کاهش خونریزی پس از زایمان که اثراتشان ثابت نشده است عبارتند از مکش زودرس و یا تحریک نوک پستان بلافاصله بعد از تولد نوزاد [۳].

۲. درمان خونریزی بعد از زایمان:

خونریزی بدنبال زایمان یک پدیده تهدید کننده حیات مادر است و از اینرو در درمان و اداره آن بایستی سرعت و دقت عمل وجود داشته باشد اصول اساسی در درمان آن عبارتند از:

(۱) درمان شوک و اصلاح کاهش حجم

(۲) تعیین منشاء و علت خونریزی

(۳) کنترل کردن خونریزی دستگاه تناسلی

تحتانی و تعیین پارگیهای کانال زایمانی

(۴) اطمینان از انقباض رحم

(۵) برداشت کامل جفت [۳].

اقدامات غیر جراحی:

در درمان آتونی رحم اقدامات اولیه اورژانسی شامل فشار دادن آئورت به روی پرومونتوار

ساکروم و ماساژ دو دستی رحم می باشند. دست موجود در داخل شود که شراین رحمی تحت کنش قرار گیرند و با کمک دست بیرونی کمک به انقباض رحم می نماید [۳]. انقباض رحم معمولا با ماساژ رحمی و تزریق اکسی توسین با یا بدون ارگومترین داخل وریدی یا انفوزیون اکسی توسین تا $100 \mu/min$ تحریک می گردد. زمانی که این روشها شکست بخورند بعضا از پروستاگلاندین استفاده می گردد. آنالوگ پروستاگلاندین $F_{2\alpha}$ (کاربوپروست) ۲۵۰ میکروگرم داخل عضلانی یا مستقیما به داخل میومتر تزریق می گردد. خطرات تزریق پروستاگلاندین بداخل میومتر بطور کافی ارزیابی نشده اند. ممکن است تزریق این ماده به داخل وریدها حین تزریق به میومتر خطرناک باشد. لذا حین تزریق، آسپیراسیون جهت اطمینان از عدم ورود به داخل عروق توصیه می شود [۱، ۳، ۶]. استفاده از پروستاگلاندین در داخل رحم و شستشوی رحم توسط آنها نیز توضیح داده شده است [۳]. استفاده رکتال از دوز بالای میزوپروستول (۱۰۰۰ میکروگرم) با اثرات خوبی در ۱۴ مورد خونریزی بعد از زایمان که به درمانهای معمول جواب نداده اند گزارش شده است ولی هیچ گروه کنترلی برای مقایسه موجود نبوده است. استفاده از ترانگزامیک اسید داخل وریدی نیز گزارش شده است که البته با وجودیکه این ماده آنتی فیبرینولیتیک اثر خوبی روی خونریزی داشته است ولی هنوز در مورد خونریزی بعد از زایمان مطالعات کافی در این مورد صورت نگرفته است [۳].

اقدامات جراحی:

ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2001:55-64.

4. Scott. J. R., Di Saia. P. J., Hammond. C. B., Spellacy. W. N. Danforth's obstetrics & Gynecology. 8th ed., Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 1999:104.

۵. سنجری، نسیم، رحیمی، گیتی. بررسی شیوع

علل خونریزی زودرس بعد از زایمان و نحوه

درمان آن در بیمارستانهای دولتی شهرستان

اردبیل دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

۱۳۷۹.

6. Limbrou. N. C., Morse. I. N., Wallach. E. E. The Johns Hopkins manual of Gynecology and obstetrics. First ed. Philadelphia, Lipincott Williams & Wilkins, 1999; 44.

7. Strand R T, dasilva F, Bergestroms, Use of cholera beds in the delivery room: a simple and appropriate method for direct measurement of postpartum bleeding, trop doct. 2003 oct; 33(4); 215-6 (Abstract)

8. Rogers J, Wood J, mc Candlish R, Agers, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labor randomized controlled trial lancet 1998, 301:693-699 (Abstract).

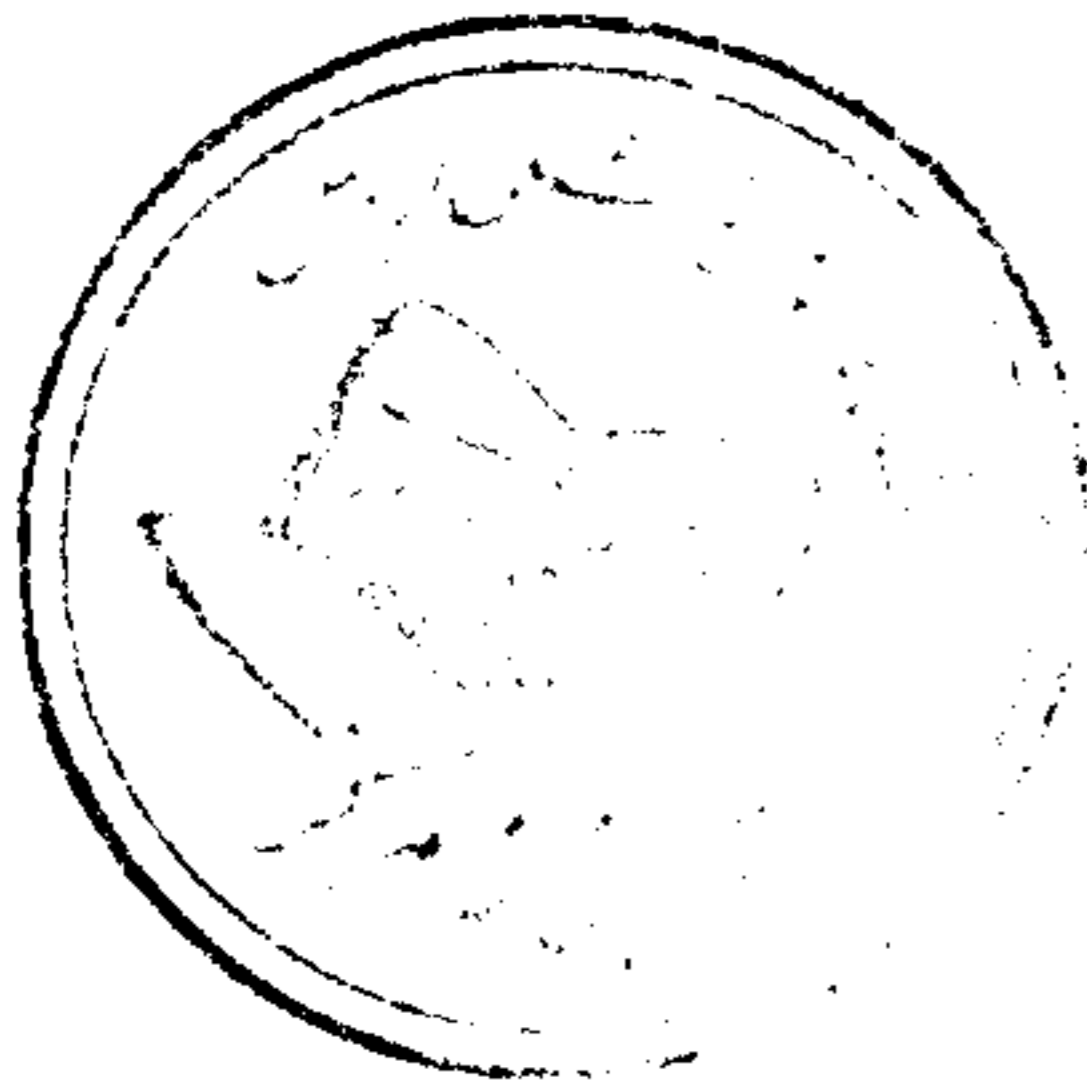
9. Prendiville. W. J. et al. Active versus expectant management in the third stage of labor (Cochrane Review. March 9. 2000). In: the Cochrane library, Issue 4, 2001, oxford: cquadete S of ware Ltd.

<http://www.Reproline.Jhu.edu/English/2mnh/zarticles/ot/lkpph.Pdf>.

روش معمول در اداره خونریزی بعد از زایمان در صورتی که به روشهای غیر جراحی پاسخ ندهد و یا واژن رحم را بالا برده و سبب می شک به پارگی کانال زایمان وجود داشته باشد در کنار اصلاح وضعیت همودینامیک بیمار استفاده از روشهای جراحی است. در صورت پارگی رحم اگر امکان باشد ترمیم، در غیر این صورت هیستریکتومی انجام خواهد شد. در موارد آتونی رحم، پر کردن حفره رحم با گازهای بزرگ و یا کاترهای فولی با حباب درشت جهت مهار خونریزی گزارش شده اند که در مطالعات سیستمیک تایید نشده اند [۳]. خونریزی از رحم ممکن است با بستن شاخه های قدامی شراین ایلیاک داخلی یا آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک و یا بستن شراین رحمی و تخمدانی کاهش یابد. [۱، ۳، ۱۴]. تحت فشار قرار دادن مستقیم محل های خونریزی رحمی در پنج گزارش موردی با استفاده از بخیه هایی که تمامی ضخامت رحم سالم را در بر می گیرند گزارش شده است [۳]. در نهایت اگر خونریزی رحمی به روشهای جراحی محافظتی جواب ندهد هیستریکتومی راه حل درمانی خواهد بود.

منابع

1. Cunningham. F. Gary, Gant. N. F., Leveno. K. J., Gilstrap. L. C., Hauth. J. C., Wenstrom. K. D. Williams's obstetrics. 21st ed. New York. Mc Graw-Hill, 2001:635-638.
2. Preventing postpartum hemorrhage. [Hrtp://www.planetwire. rg/files fcgi/3439-Bppph, J mole. Pdf](http://www.planetwire.org/files/fcgi/3439-Bppph, J mole. Pdf).
3. Bonnar John. Recent advances in obstetrics and Gynecology. 21.



10. **OborVo,Tabowei.**A randomized controlled trial of misoprostol versus oxytocin in the active management of third stage of labor. *Jo. Obstet & Gynecology*. 2003 Jan; 23(1):13-6 (Abstract).
11. **Anne D Walling.** Using rectal misoprostol in the third stage of labor American academy of Family physical. Kansas city. Jann 15. 2004. Vol. 69.1ss, Pg 400.
12. **Philip. D. Darney.** Misoprostol. A boon to safe motherhood or not? *The lancet*. London sep 1. 2001, vol. 358.1 ss. 9283; Pg 683, zpgs.
13. **A. metin Gulmezoglu, Jose. Villar, Nauyen Thi N hu Nygoc, Gilda piaggio, et al,** who multicenter randomized trial of misoprostol in the management of the third