

کد سند: SH.B -INS-CC-61	<h1 style="color: blue;">دستور العمل</h1> <h2 style="color: black;">خودمراقبتی خونریزی غیر طبیعی</h2>	 <p style="text-align: center;">معاونت درمان بیمارستان شهید دکتر بهشتی</p>
تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۲۰		
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۲۰		
شماره بازنگری: ۰		
تاریخ ابلاغ: 1400/09/10		
شماره صفحه ۱ از ۲۶		

تعریف:

خونریزی غیر طبیعی رحمی: خونریزی غیرعادی رحمی به معنای هر گونه خونریزی شدید یا غیرمعمول از رحم (از طریق واژن) است. این نوع خونریزی می تواند هر زمان در طول عادت ماهانه اتفاق بیفتد. همچنین خونریزی پیش بینی نشده در افرادی که در دوران یائسگی به سر می برند و تحت هورمون درمانی هستند.

علائم خونریزی غیرعادی رحمی: خونریزی مهبلی بین دوره های قاعدگی یکی از علایم خونریزی غیر طبیعی رحم است. خونریزی شدید در طول دوره قاعدگی همچنین می تواند به عنوان خونریزی غیرعادی رحمی در نظر گرفته شود. برای مثال خونریزی ممکن است آنقدر زیاد باشد که هر ساعت فرد را مجبور به تعویض یک یا بیش از یک تامپون یا نوار بهداشتی کند.

خونریزی رحمی که بدون دلیل و یا سابقه باشد ممکن است در هر رده سنی برای خانمها اتفاق بیفتد. هر گونه خونریزی غیرمعمول باید هر چه سریعتر مورد ارزیابی قرار گیرد. این می تواند در هر زمانی در طول چرخه ماهیانه تان ، از جمله در طول دوران قاعدگی طبیعی شما رخ دهد.

انواع خونریزی غیر طبیعی رحم

منوراژی: منوراژی به شرایطی گفته می شود که در آن در یک سیکل قاعدگی میزان خونریزی بیش از ۸۰ سی سی باشد.

هیپومنوره: به شرایطی اطلاق می شود که در آن میزان خونریزی کم و خفیف است ، معمولا در کسانی که قرص های ضد بارداری مصرف می کنند این اتفاق رخ می دهد.

متروراژی: به شرایطی که در آن مابین سیکل های قاعدگی لکه بینی یا خونریزی اتفاق می افتد (خونریزیهای نامنظم)

الیگومنوره: شرایطی که در آن فاصله دو سیکل قاعدگی بیش از ۳۵ روز باشد.

پلی منوره: به شرایطی که فاصله دو سیکل قاعدگی کمتر از ۲۱ روز باشد.

زنان جوانی که در دهه ۲۰ و ۳۰ زندگی خود هستند: یکی از عوامل رایج خونریزی در زنان حاملگی است. بسیاری از زنان در چند ماه اول یک حاملگی نرمال دچار خونریزی می‌شوند. برخی از قرص‌های ضدبارداری یا ابزار درون رحمی (IUD) همچنین می‌تواند باعث خونریزی غیر طبیعی شود.

زنانی که در دهه ۴۰ و اوایل دهه ۵۰ زندگی خود هستند: در سال‌های منتهی به یائسگی و در زمان آغاز یائسگی، زنان ماه‌های بدون تخمک‌گذاری را تجربه می‌کنند. چنین چیزی می‌تواند باعث خونریزی غیرعادی رحمی از جمله قاعدگی‌هایی با خونریزی سنگین، و سبک بصورت غیرمنظم شود.

هدف: شناخت بیماری و علایم خطر آن و پیشگیری از عوارض

دامنه: بخش‌های بستری و سرپائی

شرح اقدامات:

دلایل خونریزی غیرعادی رحمی

تقسیم بندی

خونریزی غیرطبیعی رحم را به دو گونه می‌توان تقسیم بندی کرد براساس سن بیمار یا عامل ایجاد آن

بر اساس سن

- ۱- از بدو تولد تا قبل از سن بلوغ .
- ۲- دختران در سنین بلوغ .
- ۳- خانم‌ها در سنین بارداری .
- ۴- خانم‌ها در سنین یائسگی .

بر اساس علت

۱. بیماری‌های ساختمانی رحم مثل پولیپ، فیبروم (میوم) رحمی که تومور خوش‌خیم عضله جسم رحم است، بزرگی رحم (که در اثر زایمان‌های متعدد ایجاد می‌شود) یا بروز سرطان رحم که بیشتر در خانم‌های بالای ۵۰ سال و بعد از یائسگی بروز می‌کند .
- ۲- اختلالات هورمونی و عدم تخمک‌گذاری که با وجود طبیعی بودن ساختمان رحم این خونریزی‌ها ایجاد می‌شوند و به آنها خونریزی‌های اختلال عملکرد رحم (dysfunctional Uterine Bleeding) می‌گویند .

(۱) عدم تعادل هورمونی

استروژن و پروژسترون دو هورمون تنظیم کننده‌ی چرخه‌ی قاعدگی هستند که اگر از تعادل خارج شوند ممکن است دچار لکه بینی شوید. موارد زیر می‌تواند بر تعادل هورمونی اثر بگذارد:

- تخمدان ناکارآمد

- هیپرتیروئیدیسم (پرکاری تیروئید).

- هیپوتیروئیدیسم (کم کاری تیروئید).

- سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS).

- توقف یا تغییر قرص‌های ضد بارداری و یا هورمون درمانی یائسگی.

- همچنین، بعضی از زنان در طی تخمک گذاری به علت تغییرات هورمونی دچار لکه بینی می‌شوند.

در زمان شروع هر نوع هورمونی پیشگیری از بارداری، خونریزی غیر طبیعی و لکه بینی در طول سه ماه اول استفاده شایع است. این داروهای ضد بارداری عبارتند از:

- قرص‌های ضد بارداری (از جمله یاسمین)

- دستگاه داخل رحمی (IUD).

- پیچ‌های پیشگیری از بارداری.

- ایمپلنت یا تزریقات پیشگیری از بارداری.

(۲) عوارض بارداری و تولید مثل

- بارداری: یکی از مشکلات دوران بارداری لکه بینی است و ممکن است علت خونریزی واژینال در زمان دور از انتظار باشد. لکه بینی

در دوران بارداری به معنای سقط جنین نیست. با این حال، اگر باردار هستید و خونریزی واژینال دارید، باید بلافاصله به پزشک

خود مراجعه کنید. برای اینکه بدانید چه زمانی باید به دکتر زنان مراجعه کنید، این مطلب را مطالعه کنید.

- حاملگی خارج رحمی: هنگامی که یک تخم بارور شده به جای رحم، در داخل لوله‌های فالوپ (لوله‌های رحمی) کاشته شود،

حاملگی خارج رحمی اتفاق می‌افتد.

- نوسانات سطح هورمون‌ها

- سقط جنین (قبل از هفته ۲۰ بارداری)

- دوره‌های تخمک گذاری تصادفی.

- مقاربت جنسی.

- یائسگی (زمان انتقال پیش از یائسگی).
- آتروفی واژن (سندرم ادراری تناسلی در یائسگی – GSM)

۳) توده‌های غیر سرطانی و دیگر بیماری‌های رحم

- آدنومیوز (زمانی اتفاق می‌افتد که بافت آندومتر دیواره رحم به سمت دیواره ماهیچه‌ای رحم کشیده می‌شود).
- پولیپ گردن رحم (رشد توده‌های غیر سرطانی خوش خیم در قسمت دهانه‌ی رحم).
- فیبروئید رحم (رشد توده غیر سرطانی در رحم است که در زنانی که وضع حمل کرده‌اند غیر معمول نمی‌باشد).
- پولیپ رحم (پولیپ آندومتر).

۴) عفونت

خونریزی واژینال بین دوره‌های قاعدگی، ممکن است نشان دهنده عفونت اندامهای تناسلی باشد. عفونت می‌تواند باعث التهاب و خونریزی شود و از دیگر علت‌های احتمالی خونریزی واژینال است. این علل عفونی عبارتند از:

- عفونت منتقله از راه جنسی (عفونت مقاربتی).
- دوش واژینال
- رابطه جنسی (نزدیکی).
- بیماری‌های التهابی لگن PID (التهاب در اندامهای تناسلی زنانه، منجر به زخم شدن و خونریزی می‌شود).
- عفونت گردن رحم.
- اندومتریوت (التهاب در لایه‌ی آندومتر دیواره‌ی رحم).
- سوزاک
- واژینیت اوره آپلازما
- واژینیت (التهاب باکتریایی واژن)
- کلامیدیا تراکوماتیس

۵) سرطان

ندرتا سرطان در هر یک از اندام‌های زیر می‌تواند باعث لکه بینی شود:

- سرطان گردن رحم
- سرطان آندومتر رحم
- هیپرپلازی آندومتر

- سارکوم رحم
- سرطان تخمدان
- سرطان واژن

۶) بیماری‌های پزشکی و دیگر علل نادر

سایر علل احتمالی برای خونریزی واژینال عبارتند از:

- شیء خارجی در واژن
- استرس شدید
- دیابت
- اختلالات تیروئیدی
- افزایش یا کاهش وزن قابل توجه
- بیماری سلیاک
- بیماری سیستمیک شدید، مانند بیماری کلیوی یا کبدی
- ترومبوسیتوپنی (کاهش تعداد پلاکت).
- بیماری فون ویلبراند (اختلال در لخته شدن خون).
- تامپون فراموش شده
- عوارض داروی تاموکسیفن

۷) تروما

- ترومای بلانت و یا صدمه به واژن یا دهانه رحم.
- سوء استفاده‌ی جنسی.

اختلالات قاعدگی

خونریزی غیرطبیعی قاعدگی وقتی است که الگوی دوره قاعدگی طبیعی از نظر مدت یا مقدار خونریزی تغییر کند .

یک دوره قاعدگی طبیعی در یک خانم در سن باروری شامل حدود ۲۸ روز است که در ۷-۳ روز آن خونریزی مختصری به اندازه ۸۰-۲۰ میلی لیتر رخ می‌دهد .

دلایل زیادی برای ایجاد خونریزی غیرعادی رحمی وجود دارد. حاملگی یکی از دلایل رایج است. همچنین پولیپ‌ها یا تومورهای فیبروئیدی (ضایعات کوچک و بزرگ) در رحم می‌توانند عامل خونریزی باشند. به تومور کوچک خوش خیم در دیواره رحم، پولیپ رحم می‌گویند که

باعث خونریزی شدید یا طولانی شدن قاعدگی می گردد. پولیپ رحم بیشتر در سنین باروری و به دلیل تولید یا مصرف بیش از اندازه هورمون بوجود می آید می تواند به خونریزی در زمانی غیر از قاعدگی (لکه بینی) منجر میشود. در موارد نادر، مشکل تیروئید، عفونت دهانه رحم یا سرطان رحم می تواند باعث خونریزی رحمی شود.

در بیشتر زنان، خونریزی غیرعادی رحمی به خاطر عدم توازن هورمونی ایجاد می شود. زمانی که هورمون ها عامل خونریزی هستند، پزشکان آن را خونریزی ناشی از اختلال عملکرد رحم (DUB) می نامند. خونریزی غیرعادی بخاطر عدم توازن هورمون ها در زنان با سنین پایین و یا زنانی که به دوران یائسگی نزدیک می شوند رایج تر است.

کیست تخمدان نیز موجب شدت خونریزی در دوران قاعدگی می شود. این کیست های تخمدان کیسه هایی پر از مایع هستند که داخل یا روی تخمدان ایجاد می گردند. نازسایب تخمدان هادر تولید، تکمیل و آزاد کردن تخمک (تخمک گذاری) باعث برهم زدن تعادل هورمونیو در نتیجه خونریزی شدید می گردد.

در برخی از زنان جوان مبتلا به خونریزی غیرعادی رحمی، در طول دوره قاعدگی تخمکی از تخمدان ها آزاد نمی شود (تخمک گذاری). چنین چیزی در دخترانی که تازه به سن قاعدگی رسیده اند رایج است. این مسئله باعث عدم توازن هورمونی می شود که در آن استروژن بدن باعث رشد زیاد پوشش یا غشاء داخلی رحم (endometrium) و افزایش ضخامت بیش از حد آن می شود. زمانی که در طول دوره قاعدگی، بدن این پوشش ضخیم را دفع می کند، خونریزی بسیار شدید خواهد بود.

ضخیم شدن پوشش داخلی رحم یکی دیگر از عوامل خونریزی در زنانی است که در دهه ۴۰ و ۵۰ زندگی خود قرار دارند. ضخامت پوشش داخل رحم می تواند هشدار برای سرطان رحم باشد. اگر دچار خونریزی غیرعادی رحمی هستید و در این رده سنی قرار دارید، باید با پزشک خود مشورت کنید. شاید این شرایط بخشی از فرآیند افزایش سن است، با این وجود باید مطمئن شوید که سرطان رحم عامل آن نیست.

آبودی های داخل رحمی نیز یکی از دلایل خونریزی شدید در دوران قاعدگی است. این دستگاه داخل رحمی، برای جلوگیری از بارداری به کار می رود. در خانم های بالای ۴۵ سال، خونریزی زیاد می تواند نشانگر نزدیک شدن دوران یائسگی باشد. در موارد نادر افزایش خونریزی ممکن است نشانه ای از بدخیمی در رحم باشد.

فیبروم های رحمی

فیبروم های رحم که در جداره رحم هستند می توانند باعث خونریزی شوند که در سونوگرافی خودشان را نشان می دهند و باید تشخیص داده شود که فیبروم ها خوش خیم هستند و نگران کننده نیستند. در همه این موارد نیاز به جراحی وجود ندارد، مگر در مواردی که پزشک تشخیص می دهد.

در نتیجه میوم توده خوش خیم است و اگر تغییر اندازه ندهد و برای بیمار ایجاد مشکلات ادراری یا خونریزی های خیلی شدید نکند، می تواند تا زمان یائسگی تحت نظر قرار بگیرد. زیرا خود به خود با افت هورمون های زنانه میوم هم کوچک می شوند.

پولیپ ها

ضایعات دیگری که می توانند در داخل رحم ایجاد خونریزی کنند، پولیپ ها هستند. پولیپ ها ضایعات خوش خیمی هستند که در اکثر مواقع نگران کننده نیستند. در موارد خاصی که آن هم به تشخیص پزشک طی پروسه هیستروسکوپی درمان می شوند. در هیستروسکوپی که با یک بی هوشی سبک انجام می شود و اگر ضایعه ای وجود داشته باشد با این روش می توان ضایعات را برداشت.

ضایعات دهانه رحم یا سرویکس

افزایش ضخامت اندومتر در شرایط مختلفی ایجاد و منجر به خونریزی غیر طبیعی رحم میشود. به همین علت توصیه می شود خانم ها به صورت سالیانه تست پاپ اسمیر انجام دهند که اگر ضایعات یا سلول ها به سمت بدخیمی رفته باشند، تشخیص داده شوند. سرطان سرویکس از جمله سرطان هایی است که اگر در مراحل اولیه و قبل از اینکه به **سرطان رحم** برسد، تشخیص داده شود کاملاً قابل درمان است.

توصیه می شود که بیماران سالی یکبار برای انجام تست پاپ اسمیر مراجعه کنند تا دهانه رحم آنها بررسی شود و در صورتی که تست پاپ اسمیر مشکل داشته باشد بقیه اقدامات انجام شود.

در خانم هایی که به سنین یائسگی نزدیک می شود ممکن است چهار یا پنج سال قبل از یائسگی دچار اختلالات تخمک گذاری و پرئود می شود که با توجه به علائمی که بیمار دارد، مورد بررسی قرار می گیرد.

ضایعات دهانه رحم یا سرویکس

اختلالات هورمونی

یکی از شایع ترین مواردی که در سنین باروری بین ۲۰ تا ۴۵ سال وجود دارد و ممکن است باعث خونریزی غیر طبیعی رحم شود، اختلالات هورمونی است. این مورد هم با بررسی پزشک تشخیص داده می شود که در صورت تشخیص اختلال هورمونی توسط پزشک با تجویز داروهای هورمونی مشکل رفع خواهد شد.

خونریزی های بعد از یائسگی

یکی از مواردی که خیلی مهم است خونریزی های بعد از یائسگی است. یعنی بیمار یائسه شده، ۱۲ ماه آمنوره است و پرئود نشده، بعد از ۱۲ ماه دچار خونریزی می شود. این مورد بسیار مهم است و باید به پزشک مراجعه کند و بررسی های لازم انجام شود تا دچار ضایعات مشکل دار در رحم نشده باشد.

پس اگر بیمار بعد از ۱۲ ماه که خونریزی نداشته باشد یا آمنوره باشد، دچار لکه بینی و هر ترشح خون آلود شود، حتما باید به پزشک مراجعه کند تا بررسی های لازم انجام شود.

تشخیص خونریزی غیرعادی رحم

آزمایش هایی که پزشک دستور می دهد به سن شما بستگی دارد. اگر امکان حاملگی وجود داشته باشد، پزشک شما ممکن است یک تست حاملگی تجویز کند. اگر خونریزی شدید است، علاوه بر دیگر آزمایش ها، پزشک می تواند برای اطمینان از اینکه بخاطر خونریزی دچار کاهش تعداد گلبول های خون نشده اید، آزمایش شمارش کامل آنها را توصیه کند. خونریزی شدید می تواند باعث فقر آهن و کم خونی شود. آزمایش سونوگرافی از ناحیه لگن وضعیت رحم و تخمدان ها را نشان می دهد. سونوگرافی همچنین ممکن است عامل خونریزی را نشان دهد.

پزشک شما ممکن است از غشاء داخلی رحم نمونه برداری کند. این کار در واقع آزمایش پوشش داخلی رحم است. نمونه برداری از طریق واردسازی یک لوله پلاستیکی نازک (catheter) داخل رحم انجام می شود. پزشک با استفاده از سوند سعی می کند یک تکه کوچک از پوشش داخلی رحم را جدا کند. سپس نمونه را برای بررسی به آزمایشگاه می فرستد. در صورت ابتلا به سرطان یا هرگونه تغییر سلولی آزمایش آن را نشان می دهد. نمونه برداری می تواند در مطب پزشک انجام شود و تنها درد کمی ایجاد می کند.

آزمایش دیگر هیستروسکوپی (hysteroscopy) است. یک لوله نازک همراه با دوربین کوچکی که در آن تعبیه شده وارد رحم می شود. دوربین به پزشک اجازه می دهد تا داخل رحم را ببیند. در صورت دیدن هرگونه ناهنجاری، پزشک می تواند نمونه برداری انجام دهد.

تست بارداری

تست پاپ اسمیر برای تشخیص وجود یا عدم وجود عفونت رحم

تست بررسی کارکرد تیروئید

زنان پس از یائسگی

درمان جایگزینی هورمون یک عامل رایج برای خونریزی رحمی پس از یائسگی است. از علت های دیگر می توان به سرطان پوشش داخلی (مخاط) رحم یا سرطان رحم اشاره داشت. این سرطان ها در زنان مسن تر نسبت به زنان جوانتر رایج تر است. اما سرطان همیشه عامل خونریزی غیرعادی رحم نیست. بسیاری از مسائل دیگر می توانند پس از یائسگی باعث خونریزی شوند. به همین دلیل اهمیت زیادی دارد تا در صورت هرگونه خونریزی پس از یائسگی با پزشک خود مشورت کنید.

به طور کلی یک سیکل قاعدگی بین ۲۸-۳۵ روز است و به طور میانگین یک فرد بین ۲۰-۶۰ سی سی خون از دست می دهد.

پیشگیری از خونریزی غیر طبیعی رحم

اگر خونریزی غیرعادی رحمی به علت تغییرات رحمی ایجاد شده، امکان پیشگیری وجود ندارد. اما اگر تغییرات هورمونی بخاطر افزایش وزن ایجاد شده، کاهش وزن می‌تواند به پیشگیری کمک کند. وزن شما بر تولید هورمون‌ها تاثیر می‌گذارد. حفظ وزن ایده‌آل می‌تواند از خونریزی غیرعادی رحمی جلوگیری کند.

درمان خونریزی غیرعادی رحمی

هورمون تراپی

داروهای غیراستروئیدی

کوتاز تشخیصی

هیستروسکوپی

تخریب آندومتر (endometrial ablation)

چندین درمان برای خونریزی غیرعادی وجود دارد. درمان شما به عامل خونریزی، سن، و تصمیم شما برای حاملگی در آینده بستگی دارد. پزشک برای انتخاب درمان مناسب به شما کمک خواهد کرد. برای مثال اگر پزشک به این نتیجه برسد که عدم توازن هورمونی عامل خونریزی است، ممکن است صبر کند تا خونریزی خود به خود خوب شود. برخی از گزینه‌های درمانی شامل موارد زیر است:

ابزار درون رحمی (IUD) پزشک ممکن است IUD را توصیه کند IUD یک ابزار کوچک و پلاستیکی است که پزشک از طریق مهبل و برای جلوگیری از حاملگی وارد رحم می‌کند. یک نوع از IUD قادر به رهاسازی هورمون است که می‌تواند بطور قابل توجهی خونریزی را کاهش دهد. مانند قرص‌های ضدبارداری، IUDها گاهی اوقات می‌توانند باعث ایجاد خونریزی غیرعادی شوند.

قرص‌های ضدبارداری: قرص‌های ضدبارداری حاوی هورمون‌هایی است که قادر هستند مانع ضخامت بیش از حد پوشش درونی رحم شوند. این قرص‌ها همچنین دوره قاعدگی را تنظیم می‌کنند و گرفتگی را کاهش می‌دهند. برخی از انواع قرص‌های ضدبارداری بخصوص قرص‌هایی که تنها حاوی پروژسترون هستند می‌توانند در برخی زنان خونریزی غیرعادی ایجاد کنند. اگر قرصی که مصرف می‌کنید خونریزی شما را کنترل نمی‌کند، به پزشک خود اطلاع دهید.

دیلاتاسیون و کورتاژ D&C: روشی است که در آن حفره دهانه رحم کشیده می‌شود تا یک ابزار جراحی را بتوان وارد رحم کرد. پزشک از این ابزار برای تراشیدن پوشش داخلی رحم استفاده می‌کند. پوشش برداشته شده سپس در آزمایشگاه برای هر گونه بافت غیرعادی بررسی می‌شود D&C. تحت بیهوشی عمومی (حالتی مانند خواب) انجام می‌گیرد.

زندگی با خونریزی غیر طبیعی رحم

خونریزی غیرعادی رحمی می‌تواند تاثیر منفی بر زندگی شما داشته باشد. ندانستن اینکه چه زمان خونریزی ممکن است اتفاق بیفتد باعث می‌شود همیشه استرس داشته باشید. همچنین خونریزی شدید در دوره قاعدگی ممکن است فعالیت‌های روزانه شما را در طول این دوره محدود کند. در برخی زنان این مسئله می‌تواند مانع خروج آنها از منزل شود.

همچنین باید از وجود آهن کافی در رژیم غذایی مطمئن شوید. پزشک برای اطمینان از اینکه به کم‌خونی دچار نمی‌شوید می‌تواند برای شما مکمل آهن تجویز کند.

خونریزی زایمانی

خونریزی زایمانی به صورت افت هماتوکریت به اندازه 10 درصد حجمی بعد از زایمان یا نیاز به انتقال خون تعریف شده است. ممکن است خونریزی قبل از زایمان ایجاد شود (مانند جفت سر راهی یا دکولمان) یا به احتمال بیشتر بعد از زایمان رخ دهد که ناشی از آتونی رحم، پارگی های دستگاه تناسلی یا باقی ماندن تکه های جفتی و ... باشد.

خونریزی قبل از زایمان

ایجاد خونریزی واژینال اندک در طی لیبر فعال شایع است. این نمایش خونی نتیجه افسمان و دیلاتاسیون سرویکس و پارگی ورید های کوچک است.

ممکن است خونریزی از جفتی باشد که در محلی در نزدیکی مجرای سرویکس لانه گزینی کرده است (جفت سر راهی) یا در نتیجه جدایی جفتی باشد که در محلی در حفره رحم قرار گرفته است (دکولمان جفت)

بند ناف همراه با پارگی و خونریزی از یکی از رگهای Velamentous خونریزی ممکن است نتیجه اتصال خونی جنین در زمان پارگی پرده ها باشد (وازو پرویا)

دکولمان جفت

جدایی جفت از محل لانه گزینی آن قبل از زایمان جنین به نام های مختلف کنده شدن جفت یا خونریزی تصادفی نامیده می شود . بر حسب شدت و نحوه جدا شدن به دو فرم نسبی (ناکامل) یا کامل تقسیم می شود . هم چنین خونریزی ممکن است مخفی یا آشکار باشد . در نوع مخفی دکولمان ممکن است کامل باشد ولی خونریزی آشکاری مشاهده نشود . دکولمان همراه با خونریزی مخفی خطر کواگولوپاتی مصرفی را بیشتر میکند.

اتیولوژی

افزایش سن مادر

پارینه بالا

انواع هیپرتانسیون (پره اکلامپسی -هیپرتانسیون حاملگی -هیپرتانسیون مزمن)

پارگی پیش از موعد پرده ها

سیگار کشیدن -مصرف کوکائین-

ترومبوفیلی های اکتسابی

ترومای خارجی

لیومیوم رحم

دکولمان قبلی

علائم بالینی به ترتیب شیوع

✓ خونریزی واژینال (در ۸۰ درصد موارد ناگهانی، شدید و تیره است)

✓ تندرns و درد شدید شکم یا کمر

✓ دیسترس جنینی

✓ تعداد زیاد انقباضات رحم

✓ لیبر پره ترم ایدیوپاتیک

✓ جنین مرده در ۱۵ درصد موارد

تشخیص بالینی

علائم بالینی

سونوگرافی

یافته های آزمایشگاهی

فقدان یافته های تشخیصی در سونوگرافی احتمال دکولمان جفت را رد نمی کند.

تدابیر درمانی

دو جزء اساسی درمان شامل

۱-اقدامات محافظتی و حیاتی (کنترل علائم حیاتی، برقراری IV Line مناسب و کنترل مداوم FHR و تون عضلانی رحم، رزرو خون و

سونوگرافی)

2-درمان های اختصاصی

عوارض دکولمان جفت

- ✓ اختلال انعقادی مصرفی
- ✓ شوک (معمولا شوک هیپو ولمیک)
- ✓ نارسایی کلیه (نکروز حاد کلیه)
- ✓ در اثر تجمع خون لا به لای الیاف عضلانی رحم قدرت انقباضی رحم از دست می رود(رحم Couvelaire)

جفت سر راهی Placenta Previ

در جفت سر راهی، جفت در محل بسیار نزدیک به سوراخ داخلی یا بر روی سوراخ داخلی سرویکس قرار گرفته است.

انواع جفت سر راهی

1. نوع کامل : این نوع جفت کاملا سوراخ داخلی سرویکس را پوشانده است.
2. نوع ناکامل : این نوع جفت نسبتا سوراخ داخلی سرویکس را پوشانده است.
3. جفت سر راهی مارژینال : در این نوع لبه جفت در کنار سوراخ داخلی سرویکس قرار گرفته است.
- 4 Low Lying : لبه جفت به سوراخ داخلی سرویکس نمی رسد اما در نزدیکی آن قرار دارد .

اتیولوژی

- ✓ سن بالای مادر و مولتی پاریتی
- ✓ زایمان سزارین قبلی
- ✓ سیگار کشیدن
- ✓ اریتروبلاستوزیس یا حاملگی چند قلبی

جفت سر راهی ممکن است با پلاسنتا اکرتا، اینکرتا و پرکرتا همراه باشد

در نتیجه فقدان نسبی یا کامل لایه دسیدوای قاعده ای و تکامل ناقص لایه فیبرینوئید (لایه نیتاباخ) در نوع اکرتا پرز های جفت به میومتر می چسبند.

در جفت اینکرتا پرزهای جفت به میو متر می چسبند و در جفت پرکرتا پرز های جفت از میومتر عبور می کنند.

این چسبندگی غیر طبیعی جفت اهمیت زیادی دارد و میزان بروز آن به علت افزایش زایمان سزارین افزایش یافته است

بی خطر ترین روش درمان در موارد پیشرفته انجام هیسترکتومی است.

تا زمان ارزیابی کامل و رد کردن قطعی جفت سر راهی فرد نباید مرخص شود. معاینه از طریق سرویکس هرگز مجاز نیست مگر این که تجهیزات جهت زایمان سزارین آماده باشد. چون حتی ظریفترین معاینات منجر به خونریزی سیل آسا می شود.

تشخیص

علائم بالینی و سونوگرافی

شایع ترین علامت خونریزی بدون درد است که ممکن است به رنگ قرمز روشن باشد .

در پاره ای موارد جفت سر راهی ممکن است همراه با درد هم باشد .

سونوگرافی شکمی ساده ترین، بی خطر ترین و دقیق ترین روش برای تعیین محل جفت است.

عوارض جفت سر راهی

ناهنجاری های جنینی

چسبندگی های غیر طبیعی جفت

مرگ و میر مادر در اثر خونریزی که در سال های اخیر کاهش پیدا کرده است.

خونریزی بعد از زایمان

آتونی رحم، درجاتی از باقی ماندن جفت (پلاسنتا اکرتا و ..) و پارگی های مجرای تناسلی مسئول اکثر موارد خونریزی های بعد از زایمان هستند.

در بیست سال گذشته خونریزی ناشی از پلاسنتا اکرتا از خونریزی ناشی از آتونی رحم پیشی گرفته است.

خونریزی بعد از زایمان به از دست رفتن 500 میلی لیتر یا بیشتر خون پس از تکمیل مرحله سوم لیبر گفته می شود. از دست رفتن این مقدار خون با از دست رفتن 1000 میلی لیتر خون در هنگام سزارین، 1400 میلی لیتر در هنگام هیستریکتومی انتخابی با سزارین و 3000-3500 میلی لیتر خون در هنگام هیستریکتومی اورژانسی با سزارین قابل مقایسه است.

خون از دست رفته تخمینی معمولا فقط معادل نیمی از مقدار خون از دست رفته واقعی است.

خونریزی زودرس در 24 ساعت اول بعد از مرحله سوم و خونریزی دیررس بعد از این زمان است.

علل خونریزی بلافاصله پس از زایمان:

✓ آتونی

✓ احتباس جفت

✓ آسیب دستگاه تناسلی

✓ اختلال انعقادی

اگر در خانمی خونریزی زودرس پس از زایمان ادامه یابد و یا با مقادیر کمتر خونریزی علایم شوک و یا تاکیکاردی ظاهر شود سریعاً باید برای احیا و برقراری هموستاز اقدام شود.

کنترل خونریزی پس از زایمان با انجام مداخلات دارویی، مداخلات مکانیکی (غیردارویی) و مداخلات جراحی صورت می پذیرد. مداخلات دارویی شامل استفاده از یوتروتونیک هاست .

مداخلات مکانیکی شامل اقدامات محافظه کارانه از قبیل ماساژ رحمی و فشار بر روی رحم است.

مداخلات جراحی: در صورت عدم کنترل خونریزی مداخلات جراحی نیز ضرورت می یابد .

همزمان با شروع درمان دارویی اقدامات زیر باید انجام شود:

✓ درخواست کمک (تعریف و اعلام کد اورژانس مامائی در هر بیمارستان ضروریست)

✓ قرار دادن مادر در وضعیت خوابیده و گرم نگه داشتن او

✓ بررسی علت خونریزی (آسیب کانال زایمان و آتونی،)...

✓ گرفتن دو رگ با آنژیوکت های شماره 14 - 16 چون همراه با تزریق خون، تزریق کریستالوئید با اکسی توسین ادامه خواهد یافت

✓ گذاشتن کاتتر فولی برای پایش برون ده ادراری

مسیربالینی مدیریت خونریزی های مامایی

تعریف خونریزی غیر طبیعی پس از زایمان: * تخمین بیش از ۵۰۰ سی سی خونریزی در زایمان واژینال و بیشتر از ۱۰۰۰ سی سی در سزارین و یا خونریزی (به هر میزان) همراه با هر گونه تغییر همودینامیک در زمان ارزیابی میزان خونریزی معمولاً تخمین کمتر از حدود واقعی انجام می شود و به همین دلیل توجه خاص به سایر علائم الزامی است.

مرحله ۴	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱	طبقه بندی شدت خونریزی
بیش از ۲۰۰۰	1500-2000	1000-1500	<1000	میزان خون از دست رفته ml
>140	120-140	100-119	<100	تعداد ضربان قلب
کاهش	کاهش	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	طبیعی	فشار خون
کاهش	کاهش	کاهش	طبیعی	فشار نبض
>35	30-40	20-30	طبیعی ۲۰ - ۱۴	تعداد تنفس در دقیقه
آنوری / بسیار جزئی	5-15	20-30	طبیعی ۵۰ - ۳۰	برون ده ادراری ml/hr
گیج و لتارژیک	گیج (Confused)	مضطرب Anxious	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین جبرانی موردنیاز

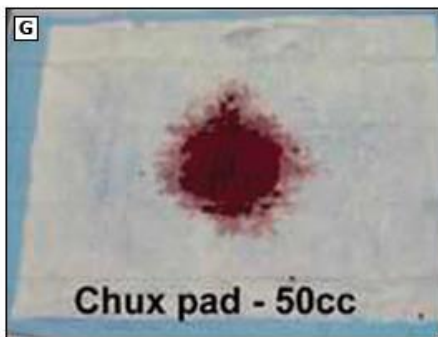
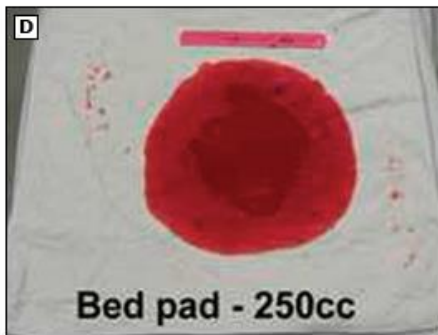
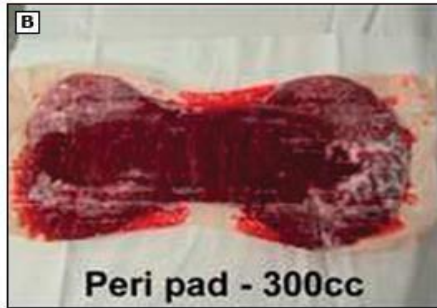
* روش های تخمین میزان خونریزی

-جمع آوری خون در ظروف مدرج دارای شان پلاستیکی (Drapes) دارای کیسه های مدرج (در صورت در دسترس بودن).

-استفاده از وسایل بصری همانند پوستر که اندازه و ظاهر خون را در سطوح مختلف (مانند پد زایمانی، روکش تخت و اسفنج)

با حجم خون جذب شده توسط آن سطح ارتباط می دهد

Visual aid for estimating intrapartum blood loss



اطلاع از وزن وسایل، گاز، شان، کان و روکش سطوح به گرم در هنگامی که خشک هستند و اندازه گیری وزن این وسایل در هنگامی که آغشته به خون شده اند و تفاضل وزن این دو تقریباً معادل مقدار خون از دست داده شده به میلی لیتر است.

اصول مدیریت خونریزی

ارزیابی خطر (علیرغم تعیین خطر، در همه ی زایمان ها بایستی درصد شرایط مادر و آگاه به احتمال بروز خونریزیهای زایمانی

باشیم .

خطر زیاد

جفت سرراهی یا اختلالات لانه
گزینی
هماتوکریت کمتر از ۳۰
خونریزی فعال در زمان بستری
اختلالات شناخته شده خونریزی
دهنده
شمارش پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰
دکولمان

خطر متوسط

جراحی قبلی رحمی
بیشتر از ۴ بارداری قبلی
سه سزارین و بیشتر
چند قلویی
اتساع بیش از حد مانند پلی هیدر آمنیوس
فیبروم بزرگ
کوریو آمیونیوت
سابقه خونریزی پس از زایمان
استفاده از منیزیم سولفات
اینداکشن
زایمان طولانی
BMI>40
EFW>4000

خطر کم

حاملگی تک قلویی
دو سزارین قبلی و کمتر
چهارتا بارداری یا کمتر
بدون سابقه خونریزی
بدون اختلال خونریزی دهنده

پیشگیری:

نکات مهم در مراقبت پره ناتال:

در موارد ذیل مشاوره با سطح ۳ فوق تخصصی جهت تعیین محل ختم بارداری لازم است:

جراحی قبلی رحمی (مانند میومکتومی...) ، بیشتر از ۴ بارداری قبلی ، سه سزارین و بیشتر ، چند قلویی، فیبروم بزرگ ، سابقه خونریزی پس از زایمان ، BMI>40 ، اختلالات خونریزی دهنده

نکات مهم در زمان پذیرش :

در موارد ذیل حداکثر طی 30 دقیقه از زمان پذیرش ویزیت مادر توسط متخصص زنان انجام گیرد ، در این موارد نسبت به پذیرش در بیمارستانهای آموزشی اقدام و بستری توسط بالاترین رده ی دستیاری 3 یا 4 تا حضور استاد مربوطه بایستی انجام پذیرد.

جراحی قبلی رحمی (مانند میومکتومی) ،... بیشتر از 4 بارداری قبلی ، سه سزارین و بیشتر ، چند قلویی، فیبروم بزرگ ، کوریو آمیونیوت، سابقه خونریزی پس از زایمان ، BMI>40 ، اختلالات خونریزی دهنده، تخمین وزن جنین بیش از 4000 گرم

نکات مهم در لیبر/ زایمان / سزارین

ریسک متوسط

در صورت اینداکشن طولانی مدت ، استفاده از منیزیم سولفات ، کوریو آمیونیوت با توجه به ریسک متوسط درخواست تایپ و اسکرین انجام شود.

در صورت وجود بیش از یک ریسک متوسط تایپ و کراس مچ دو واحد پک سل لازم است.

ریسک بالا

در بیمار stable با شواهد اختلالات لانه گزینی جفت/ جفت سرراهی انتقال به سطح سه فوق تخصصی مرجع مدیریت این مشکل در دانشگاه لازم است.

در موارد هماتوکریت کمتر از 30 ، اختلالات شناخته شده خونریزی دهنده در زمان پذیرش در هر سطحی مشاوره با استاد معین زنان دانشگاه جهت تعیین تکلیف محل مدیریت زایمان لازم است.

در موارد ریسک بالا درخواست ۴ واحد خون کراس مچ شده لازم است.

لازم به توجه است که:

- برای تشخیص مراحل خونریزی توجه هم زمان به علائم بالینی ، وضعیت همودینامیک ، میزان خونریزی و نتایج آزمایشات لازم است.
- سوپروایزر در هر شیفت بعنوان هماهنگ کننده خواهد بود و همه ی فعالیت ها با مدیریت ایشان هماهنگ خواهد شد.
- در موارد کمبود خون و فرآورده ها بایستی ریاست بیمارستان و حوزه معاونت درمان جهت هماهنگی لازم توسط سوپروایزر مطلع گردند

ب- مدیریت مراحل ۴ - ۱ خونریزی

مرحله ۱: از دست دادن بیش از ۵۰۰ سی سی خون کمتر از ۱۰۰۰ سی سی در زایمان واژینال و بیش از ۱۰۰۰ سی سی در

سزارین با علائم حیاتی و مقادیر طبیعی آزمایشگاهی

گام های اولیه:

-درخواست کمک

- اعلام کد خونریزی به متخصص زنان مقیم یا آنکال جهت حضور ، اطلاع به سوپروایزر جهت مطلع کردن متخصص بیهوشی، آزمایشگاه و بانک خون بیمارستان یا نزدیک ترین بانک خون

- تعیین مامای دوم جهت مرور چک لیست مراقبتی و تذکر مراحل لازم به انجام

-برقراری راه وریدی با آنژیوکت ۱۶ یا ۱۸

-افزایش مایعات وریدی حداکثر تا ۵ / ۳ لیتر مایعات کریستالوئیدی بدون اکسی توسین

- جایگذاری سوند فولی

-ماساژ دو دستی

-گرم نگه داشتن بیمار

-اکسیژن درمانی ۸ - ۶ لیتر در دقیقه با ماسک صورت و یا ۴ - ۲ لیتر در دقیقه با کانول بینی)

-مانیتورینگ علائم حیاتی و اعلام آن هر ۵ دقیقه

درخواست آزمایشات و پیگیری جواب توسط سوپروایزر حداکثر تا ۳۰ دقیقه

BG/RH recheck, CBC

PT, PTT, Fibrinogen, INR

ABG, Indirect Coombs(If Indicated)

دارو درمانی:

-اطمینان از دریافت داروهای متناسب با تاریخچه بیمار
-افزایش میزان اکسی توسین، منقبض کننده

بانک خون / آزمایشگاه:

-اطمینان از تعیین گروه خون
-آماده سازی حداقل دو واحد پک سل

اقدام:

-تداوم ارزیابی میزان خونریزی هر 15 دقیقه
-تعیین علت خونریزی و درمان آن
-در نظر گرفتن استفاده از بالون داخل رحمی
-پیگیری جواب آزمایشات

اکسی توسین(پیتوسین)

30واحد در ۵۰۰ سی سی محلول (سرعت ۴۰ قطره در

دقیقه) هر ۱۴۷ سی سی ۱۰ واحد

دوز بولوس اکسی توسین تا حداکثر ۴۰ واحد تجمعی

دارد(احتمال کلاپس قلبی- عروقی، پره اکلامپسی، افت 8

...شدید فشار خون)

متیل ارگونوین(مترژن)

0/2میلیگرم عضلاتی و تکرار آن هر ۲ - ۴ ساعت ، در

صورت هیپرتانسیون تزریق نگرند

15 -متیل پروستاگلاندینF2α

(Hemabate, Carboprost)

250میکروگرم عضلاتی و در صورت نیاز تکرار آن هر ۱۵

دقیقه ، حداکثر ۸ دوز) در موارد آسم استفاده نشود و در صورت

هیپرتانسیون با احتیاط استفاده شود.(بهتر است اگر تا دو دوز

موثر نبود روش دیگری انتخاب شود.

میزوپروستول (Cytotec)

800 -میکروگرم رکتال

یا

600 -میکروگرم بوکال

-حداکثر دوز 1000 میکروگرم

در مرحله اول:

-اطلاع به سوپروایزر به عنوان هماهنگ کننده تیم به محض تشخیص خونریزی

نکته: در بیمارستان های آموزشی، دستیار ارشد بیهوشی و دستیار ارشد زنان تا زمان حضور متخصص بیهوشی و متخصص زنان، مسئولیت بیمار را به عهده دارد.

مرحله 2: ادامه خونریزی (از دست دادن خون به میزان 1000 - 1500 سی سی) با علائم حیاتی و مقادیر آزمایشگاهی

طبیعی

گام های اولیه:

-مشاوره بیهوشی ، و درخواست جهت حضور بر بالین بیمار

-برقراری راه دوم وریدی با شماره 18 یا (16 ترجیحا اندام فوقانی)و اطمینان از باز بودن هر دو راه

-در صورت در دسترس نبودن رگ محیطی مناسب و وجود مهارت کافی، رگ مرکزی تعبیه گردد

-آماده کردن اتاق عمل (جهت بررسی بهتر علل خونریزی و مدیریت آن)

-تعبیه مانیتورینگ همودینامیک غیر تهاجمی و در صورت صلاحدید متخصص بیهوشی انجام مانیتورینگ همودینامیک تهاجمی

-چک کردن حجم ادرار

دارو درمانی:

-ادامه داروهای مرحله 1 خونریزی

بانک خون / آزمایشگاه:

-سوپروایزر از آزمایشگاه دو واحد خون کراس مچ شده را تحویل بگیرد

-ترانسفوزیون بر اساس علائم و نشانه های مادر باشد و منتظر جواب آزمایشات نشوید

اقدام:

در موارد آتونی: در نظر گرفتن بالون رحمی یا پک کردن رحم، مداخلات جراحی مورد نیاز

-انتقال به اتاق عمل در نظر گرفته شود

-ادامه درمان تا برقراری هموستاز

در صورت ادامه خونریزی و/ یا علائم حیاتی غیر طبیعی به اقدامات مرحله ۳ خونریزی وارد شوید

مرحله 3: ادامه خونریزی (از دست دادن خون به میزان بیشتر از 1500 سی سی) و یا ترانسفیوژن بیش از دو واحد پک سل

یا در معرض

خطر خونریزی مخفی / اختلال انعقادی یا هر بیماری با علائم حیاتی / آزمایشات غیرطبیعی یا اولیگوری

گام های اولیه:

-اطلاع به سطوح بالاتر مدیریتی توسط سوپروایزر (ریاست بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان)...

-ادامه گامهای قبلی

-انتقال بیمار به اتاق عمل

-اعلام و آگاهی دادن وضعیت بالینی به همه اعضای تیم به صورت آشکار و ثبت در پرونده (علائم حیاتی و توجه به علائم

شوک، میزان خونریزی، علت خونریزی)

-ادامه مداخلات مکانیکی کنترل خونریزی بر اساس بندهای قبل

-تعبیه مانیتورینگ همودینامیک تهاجمی

دارودرمانی:

-ادامه دارودرمانی مرحله 1 خونریزی، در نظر گرفتن ترانگزامیک اسید

-در دسترس بودن و استفاده از داروهای اینوتروپ، وازواکتیو و انعقادی بنا بر تشخیص و دستور متخصص بیهوشی مشاور

یا متخصص زنان.

بانک خون / آزمایشگاه:

-اعلام و شروع انتقال خون با حجم بالا (الگوریتم پیوست)

چک کردن کلسیم سرم به عنوان یک فاکتور خونی و تونیک قلبی

اقدام:

-برقراری هموستاز، مداخله بر اساس علت خونریزی

-افزایش مداخلات برای کنترل خونریزی توسط متخصص زنان

مرحله : 4 کلاپس قلبی عروقی (خونریزی شدید، شوک هیپوولمیک /هموراژیک، یا آمبولی مایع آمنیوتیک)

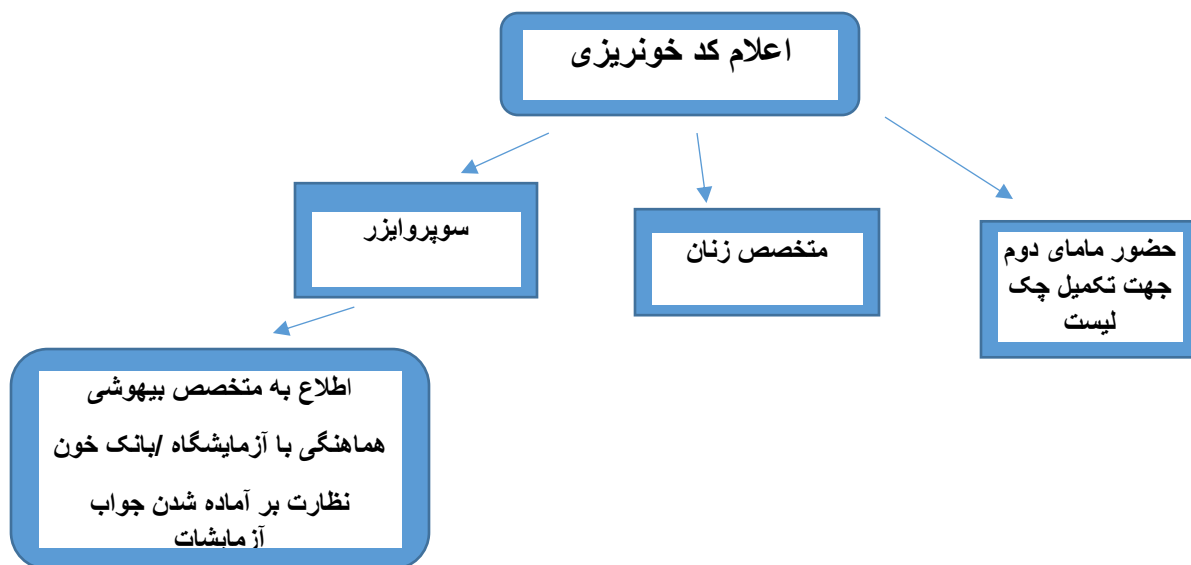
گام های اولیه:

-حضور سطوح بالاتر مدیریتی (ریاست بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان، اطلاع به حوزه معاونت درمان دانشگاه و استاد معین جهت حضور)

دارودرمانی:

(ACLS (Advanced Cardiac Life Support) -

در دسترس بودن و استفاده از داروهای اینوتروپ، وازواکتیو و انعقادی بنا بر تشخیص و درخواست متخصص بیهوشی در کلیه مراحل پروتکل حاضر



رگ دوم (آی وی لاین ۱۶ یا ۱۸)

سوند فولی

3 / 5 لیتر مایع کریستالوئید بدون اکسی توسین (فشارخون سیستولیک در حد ۹۰ میلی متر جیوه و برونده ادراری ۳۰ سی سی در ساعت حفظ شود).

گرم نگهداشتن بیمار

-ماساژ دو دستی رحم، معاینه دستگاه تناسلی در وضعیت دورسال لیتوتومی مادر

-اکسیژن درمانی (۸ - ۶ لیتر در دقیقه با ماسک صورت و یا ۴ - ۲ لیتر در دقیقه با کانول بینی)

-مانیتورینگ علائم حیاتی و اعلام آن هر ۵ دقیقه، ارزیابی خونریزی هر ۱۵ دقیقه

درخواست آزمایشات و پیگیری جواب توسط سوپروایزر حداکثر تا 30 دقیقه *PT, PTT, Fibrinogen, INR BG/RH recheck, CBC, ABG, Indirect Coombs(if Indicated)*

نکته ۱: افزایش ضربان قلب و کاهش فشار خون در بیماران مامایی نمایانگر تداوم خونریزی است ، و درمان در این جهت الزامی

است

نکته ۲: در این موارد حتی در صورت عدم تایید شواهد خونریزی توسط سونوگرافی یا معاینه شکمی ، درمان اگرسیو خونریزی لازم

است

اکسی توسین (پیتوسین)

30 واحد در ۵۰۰ سی سی محلول سرعت ۶۰ قطره در دقیقه (هر ۱۶۷ سی سی ۱۰ واحد)

-متیل ارگونوین (مترژن)

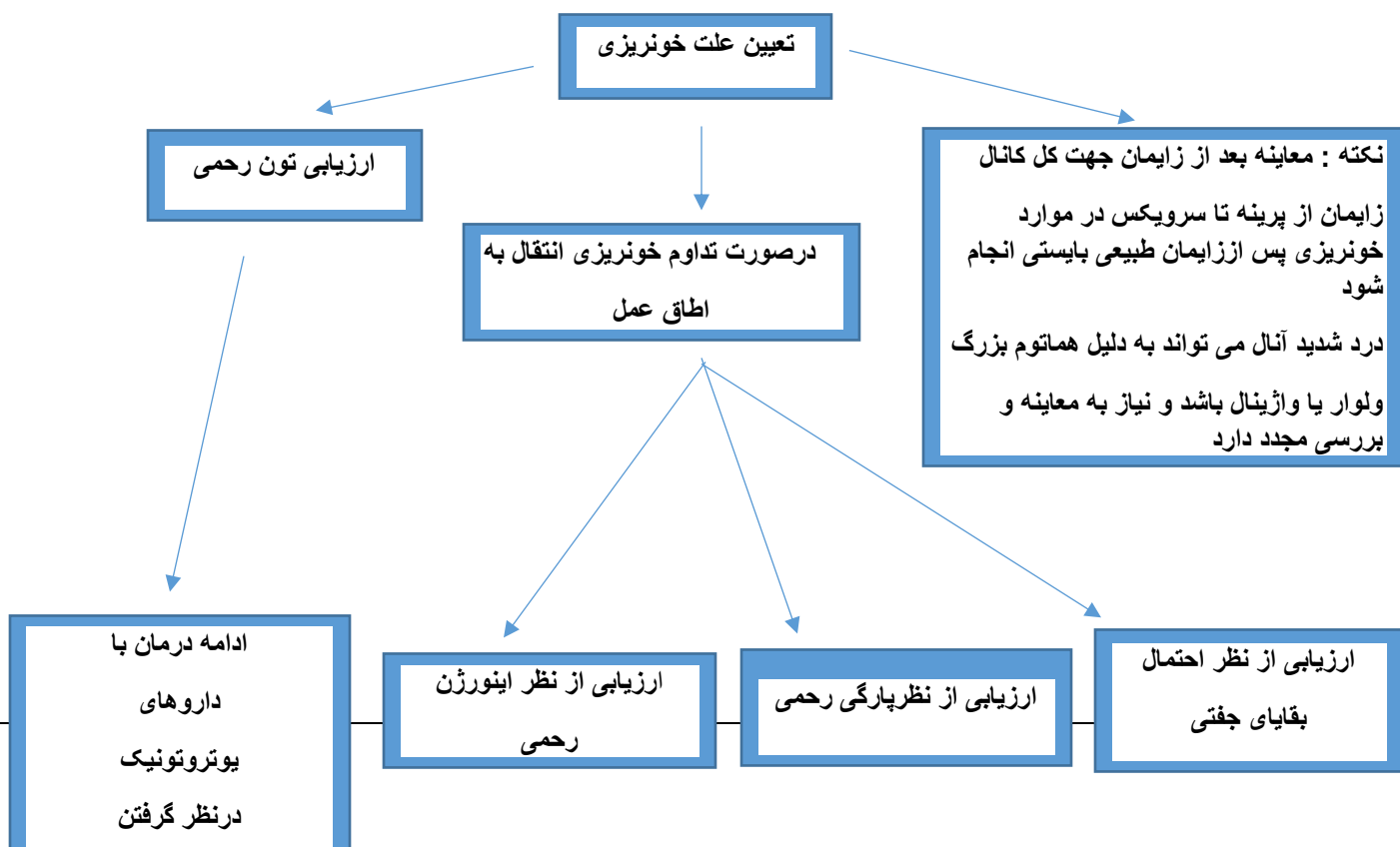
۰/۲ میلیگرم عضلانی و تکرار آن هر ۲ - ۴ ساعت ، در صورت هیپرتانسیون تزریق نگردد.

- 15 متیل پروستاگلاندین (Hemabate, Carboprost) F2α

250 -میکروگرم عضلانی و در صورت نیاز تکرار آن هر ۱۵ دقیقه ، حداکثر ۸ دوز (در موارد آسم استفاده نشود و در صورت هیپرتانسیون با احتیاط استفاده شود) بهتر است اگر تا دو دوز موثر نبود روش دیگری انتخاب شود.

800 -میکروگرم رکتال یا ۶۰۰ میکروگرم بوکال

حداکثر دوز ۱۰۰۰ میکروگرم



بعد از زایمان ، پارگی رحم معمولا با درد و خونریزی واژینال مداوم علیرغم مصرف داروهای یوتروتونیک خود را نشان می دهد. هماچوری ممکن است رویت شود.

علامت حیاتی مختل در زن پس از زایمان نامتناسب با میزان خونریزی و اتساع شکمی ، می تواند به دلیل خونریزی داخل شکمی باشد سونوگرافی ممکن است خونریزی داخل شکمی یا هماتوم لیگامان پهن را نشان دهد. پارگی خلف رحم در رحمهایی که قبل جراحی نشده اند بیشتر دیده می شود که بایستی در زمان اکسپلوریشن رحمی به آن توجه کرد.

پروتکل ماسیو ترانسفیوژن

متخصص زنان با هماهنگی متخصص بیهوشی در بیمارستان درمانی و اتند یا چیف رزیدنت بخش در یکی از شرایط زیر کد ماسیو ترانسفیوژن را به بانک خون و سوپروایزر اعلام میکند:

- 1- نیاز فوری یا قابل پیش بینی به 4 واحد پک سل در فاز اولیه احیا بیمار با همودینامیک ناپایدار -/+ خونریزی ادامه دار
- 2- خونریزی ماسیو در بیماران ترومایی ، جراحی ، مامایی یا گوارشی

مرحله اول

1- اعلام کد ماسیو ترانسفیوژن به سوپروایزر بیمارستان و تکمیل فرم درخواست خون اورژانس (آبی رنگ) جهت:

1 - 1 هماهنگی با بانک خون و آزمایشگاه

1 - 2 تعیین اعضای گروه کد ماسیو ترانسفیوژن در بیماران بستری در بخش به قرار ذیل:

الف)پرستار مسئول تعبیه رگ مناسب و تجویز خون و فرآورده

ب)سوپروایزر و استف بخش جهت انجام پیگیری های تلفنی بین بخش و بانک خون و آزمایشگاه ، گرفتن نمونه ها جهت بانک خون و آزمایشگاه و دبل چک خون و فرآوردها

ج)یک نفر (خدمات بخش) جهت تحویل نمونه ها و فرم درخواست خون اورژانس به بانک خون و آزمایشگاه و رساندن خون و فرآورده هابه بیمار در اسرع وقت

2- ارسال آزمایشات اولیه PT , PTT , INR , Fibrinogen , ABG , CBC.

3- تجویز یک گرم ترانکسامیک اسید و تکرار آن هر 8 ساعت

4- گرم کردن بیمار

5- آماده سازی جهت تجویز 4 واحد پک سل به ترتیب اولویت:

الف)هم گروه پارشیالی کراس مچ یا تایپ - اسکرین شده

ب) O منفی

ج) O مثبت در موارد مثبت بودن Rh گروه خونی بیمار

و دو واحد FFP گروه خونی بیمار یا AB مثبت

توضیح:

الف) موارد فوق الذکر می بایست از زمان اطلاع رسانی به بانک خون تا زمان تحویل، طی 15 دقیقه آماده گردد.

ب) نرسیدن فرم درخواست خون اورژانس به بانک خون بمنزله عدم تحویل خون و فرآورده نیست و در این موارد تایید شفاهی پزشک معالج و سوپروایزر کفایت می کند.

چنانچه در ارزیابی مجدد همچنان نیاز به ادامه اقدامات درمانی است به مرحله بعد میرویم

مرحله دوم

۱ - تجویز 4 واحد پک سل و 4 واحد FFP و یک واحد پلاکت SD یا 10 واحد RD

۲- ارسال مجدد آزمایشات هر 30 - 60 دقیقه

۳- تجویز یک گرم کلسیم

۴- تجویز کرایوپرسیپیتیت در صورت $Fibrinogen < 100mg/dl$

توضیح:

الف) بانک خون می بایست تا این مرحله پک سل ایزوگروپ کراس میچ شده را جهت بیمار آماده نماید.

ب) پلاکت و کرایوپرسیپیتیت ترجیحا همگروه باشد اما در موارد اورژانس تجویز غیر همگروه این دو فرآورده بلامانع است.

چنانچه در ارزیابی مجدد همچنان نیاز به ادامه اقدامات درمانی است به مرحله بعد میرویم.

Massive Transfusion (MTF)

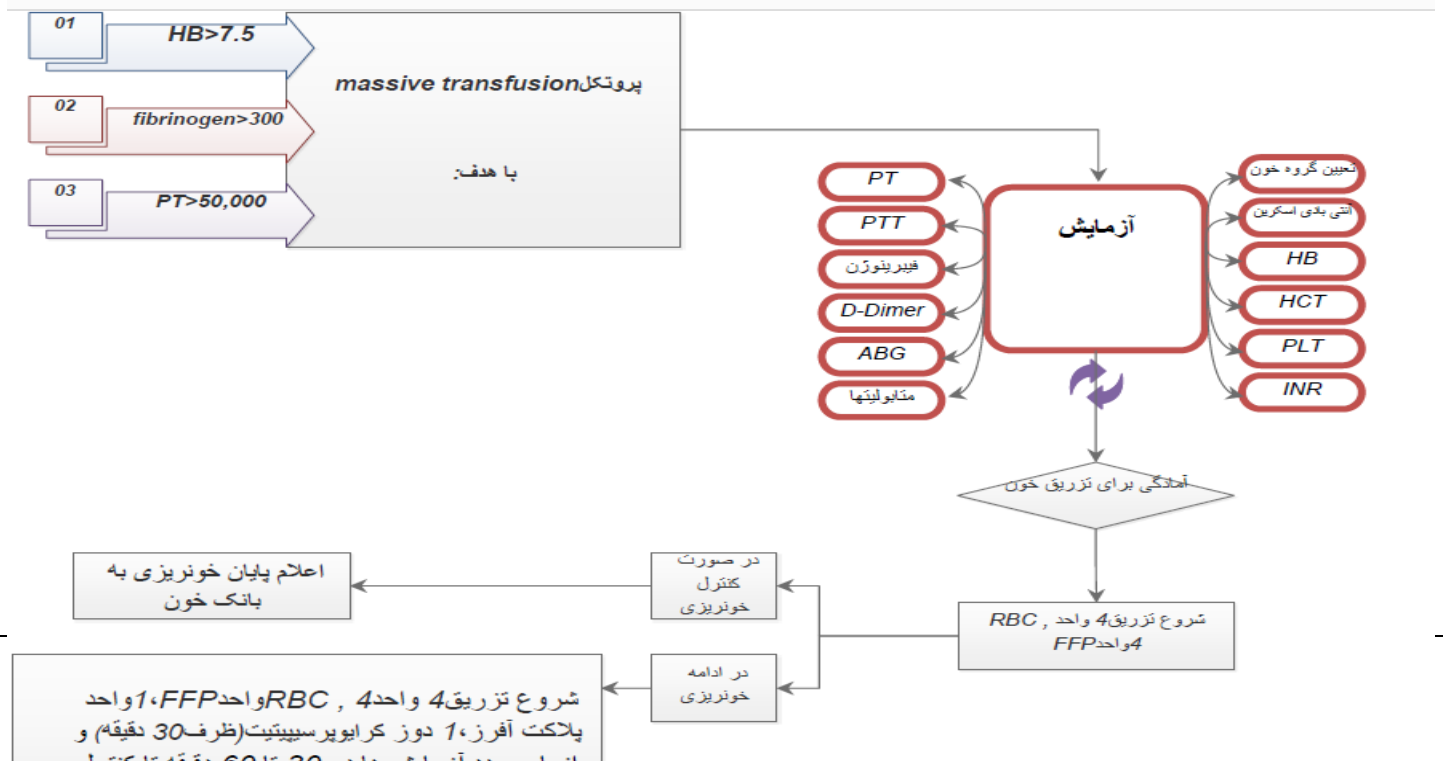
-تشکیل تیم بحران (متخصص بیهوشی، زنان، مراقبت ویژه)

-تعیین وظایف اعضای تیم

-تعیین یک نفر رابط بین آزمایشگاه، بانک خون و بیمار

-تعیین یک نفر به عنوان گزارش دهنده

-انجام پروتکل ترنسفوزیون



خونریزی پس از زایمان

ضربان قلب، فشار خون، تنفس، وضعیت هوشیاری، برون ده ادرار

خونریزی بیش از 1500 سی سی

HR: بیش از 120
 BP: کم
 RR: بیش از 30
 وضعیت هوشیاری: گیج
 برون ده ادرار: 15-30 ml/hr یا کمتر

stage III, IV

انتقال به اتاق عمل
 استفاده از اتکال دوم بیپوشی، جراحی

ترانس اگزامیک اسید 1gr وریدی طی 10 دقیقه تزریق شود (در صورت تاوان خونریزی (تکرار تا دو روز

شروع پروتکل massive transfusion

هیپوترمی
 نگه داشتن O2 sat بیشتر از 95%

خونریزی 1000cc-1500cc

HR: 100-110 در دقیقه
 BP: NL (از تو استاتیک تلفسی)
 RR: 20-30
 وضعیت هوشیاری: مضطرب

stage II

باز کردن رگ نوم لژیو 10-18
 آماده برای اتاق عمل

T & cross
 دو واحد خون (در صورت عدم بهبود شرایط همودینامیک با تزریق 2-3 لیتر نرمال سالین)
 ترانسفوزیون دو واحد خون بر اساس حالت کلیه بیمار (منتظر نتایج آزمایشگاهی نمیدان)

گذاشتن بالون (فولی یا سوند مخصوص)

در اتاق عمل:
 سوچور فشاری
 بستن شریان هیپوگاستر (در صورت سزارین)
 آمبولیزاسیون شریان رحمی

خونریزی 500cc-1000cc

HR < 100 در دقیقه
 BP طبیعی
 RR: 14-20
 وضعیت هوشیاری: کمی مضطرب

stage I

باز کردن رگ لژیو 10-18
 نظیه مثانه
 ماساژ رحمی
 کنترل حالت حیاتی هر 5 دقیقه

تیمان دارویی
 به ترتیب اولویت
 1سی توپین 30 و 60 در 500cc سرم
 آمپول متیل ارگوتونین 0.2mg عضلانی هر 4-2 ساعت با کنترل فشارخون
 500ug میزوپروستول رکتال یا 600ug بوکال تا حداکثر 1000ug

تعیین حلت خونریزی 4T
 آزمایش
 CBC, PT, PTT, INR, Fibrinogen

ارزیابی میزان خونریزی هر 15-30 دقیقه

وظایف رابط:

- بردن نمونه خون به بانک خون
- انتظار جهت آماده شدن فرآورده های خونی
- انتقال فرآورده های خونی به حضور بیمار
- بازگرداندن ذخایر خون مصرف نشده به بانک خون

وظایف فرد گزارش دهنده:

- اطلاع به بانک خون و آزمایشگاه
- اطلاع نتایج آزمایش ها به مسئول تیم
- اعلام پایان MTF

منابع/مراجع:

- راهنمای کشوری ویرایش سوم دوستدار مادر
- بیماریهای زنان کیستنر
- راهنمای بالینی مدیریت خونریزیهای مامایی بهار ۱۴۰۰

تهیه کنندگان	سمت	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت تصویب کننده:
دکتر سعیدی	رئیس بخش زنان	دکتر سعیدی	دکتر آهنگری
فاطمه اسدی	مدیر خدمات پرستاری	رئیس بخش زنان مامائی	رئیس بیمارستان
سمیرا محمدی	سوپر وایزر آموزشی و رابط مادران پرخطر		
زهرا سعیدی شریف	سوپروایزر آموزش سلامت		
لیلا شکارچی زاده	سرپرستار زنان مامائی		
لیلا نوروزی	ماما مسئول		
زهرا ادهم	رابط آموزشی زنان مامائی		
معصومه حقیقت	رابط آموزشی بلوک زایمان		

