



عنوان دوره آموزشی

اورژانس‌های زنان و مامایی

بهار ۱۴۰۰

الله أكبر

گروه هدف

رشته شغلی فوریت‌های پزشکی

اهداف آموزشی

ارتقا سطح آگاهی، دانش و نگرش فراگیران در زمینه تشخیص و درمان اورژانس‌های زنان و مامایی

روش و نحوه اجرای آموزش

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیکی

فهرست:

فصل اول	۵
خونریزیهای ۳ ماهه اول	۵
فصل دوم	۱۴
خونریزیهای ۳ ماهه سوم	۱۴
فصل سوم	۲۴
خونریزی بعد از زایمان	۲۴
فصل چهارم	۲۹
اختلالات فشار خون در بارداری	۲۹
فصل پنجم	۳۳
زایمان طبیعی	۳۳
فصل ششم	۳۹
اورژانسهای زنان	۳۹

فصل اول

خونریزیهای ۳ ماهه اول

علل خونریزیهای سه ماهه اول عبارتند از:

بارداری خارج از رحمی

حاملگی مولار

سقط سه ماه اول

بارداری خارج از رحمی (Ectopic Pregnancy=EP)

تعریف: اگر تخمک لقاح یافته در هر جای دیگری غیر از داخل رحم جایگزین شود، بارداری نابجا یا خارج رحمی اتفاق میافتد. اگر به دلایل مختلف مثل تنگی لوله های رحمی بر اثر چسبندگی ناشی از عفونت یا جراحی های شکمی این حرکت متوقف شود، تخم لقاح یافته ممکن است در محل تنگی لانه گزینی کرده و به رشد خود ادامه دهد. از آنجا که اکثر بارداریهای خارج رحمی در یکی از لوله های رحم (آمپول لوله رحم) رخ می دهند آن را بارداری لوله ای نیز می نامند. اگر بارداری خارج رحمی به موقع تشخیص داده نشود و مورد درمان قرار نگیرد، با رشد سلولی و بزرگ شدن جنین احتمال پارگی لوله های رحمی وجود دارد.

این واقعه با درد شدید و خونریزی همراه است و یک اورژانس پزشکی محسوب می شود. متأسفانه در چنین حالتی آسیب جدی یا از دست دادن کامل لوله رحمی اتفاق می افتد. در این شرایط اگر درمان سریع مقدور نباشد خونریزی شدید داخلی حتی منجر به مرگ نیز خواهد شد. اغلب بارداری های خارج رحمی حدود هفته های ۶ تا ۸ بارداری

شناسایی می شوند

عوامل خطر حاملگی نابجا:

جراحی ترمیمی، عقیم سازی لوله ای، حاملگی نابجای قبلی، وسایل داخل رحمی، ناباروری و انتقال داخل لوله ای گامت GIFT و لقاح آزمایشگاهی IVF، سابقه عفونت تناسلی، شرکای جنسی متعدد، جراحی قبلی لگنی یا شکمی، استعمال دخانیات

علائم و نشانه ها:

به علت تشخیص زودرس، علائم اولیه و یافته های فیزیکی در زنان مبتلا به حاملگی نابجا دستخوش تغییر چشمگیری شده اند.

درد:

علائم شایعتر حاملگی نابجا، شامل درد لگنی و شکمی (۹۵ درصد) و آمنوره همراه با درجاتی از لکه بینی یا خونریزی واژینال (۶۰ الی ۸۰ درصد) هستند. در صورت پارگی، درد ممکن است در هر نقطه ای از شکم احساس شود.

قاعدگی غیر طبیعی:

اکثر زنان دچار آمنوره میشوند اما در یک چهارم آنان چنین حالتی رخ نمیدهد (این افراد خونریزی رحمی را که به طور شایع در حاملگیهای لوله ای رخ میدهد، با قاعدگی واقعی اشتباه میگیرند). اگرچه خونریزی واژینال شدید بیشتر از اینکه موید حاملگی نابجا باشد بر سقط کامل دلالت دارد، این گونه خونریزی گهگاه در زنان مبتلا به حاملگیهای لوله ای نیز دیده میشود.

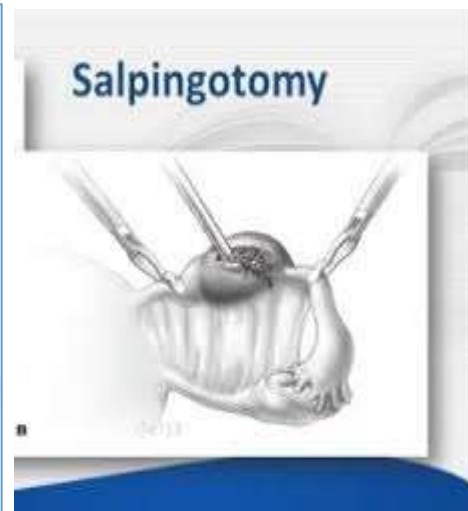
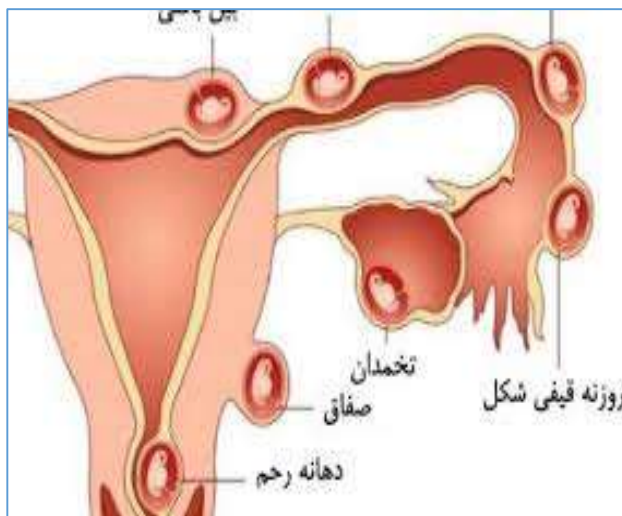
حساسیت در لمس شکم و لگن:

حساسیت بسیار شدید در هنگام معاینه شکمی و واژینال بویژه در هنگام حرکت دادن سرویکس، در بیش از سه چهارم زنان مبتلا به حاملگی لوله ای پاره شده و یا در حال پاره شدن دیده می‌شود. با وجود این ممکن است قبل از پارگی جنین حساسیتی وجود نداشته باشد.

مدیریت خونریزی در بارداری خارج از رحمی

روش درمان به زمان تشخیص و اینکه تشخیص چقدر قطعی باشد و همچنین به اندازه جنین و تکنیکهای در دسترس بستگی دارد و هدف خارج کردن جنین و حفظ توانایی باروری است. اگر بارداری به وضوح در خارج از رحم بوده و اندازه جنین هنوز کوچک باشد شاید بتوان از درمان دارویی متوترکسات استفاده کرد. در صورتی که افزایش سن بارداری و سایز جنین منجر به آسیب جدی در ناحیه شده و یا خونریزی شروع شده باشد بهترین روش جراحی است تا جنین و کلیه نسوج آسیب دیده خارج شود. نمونه های این اعمال جراحی شامل سالپنگوستومی، سالپنگوتومی و خارج سازی حاملگی نابجا از قسمت فیمبریه ای هستند.

بنابراین بهتر است سعی شود که پیش از پارگی و تخریب لوله، بارداری لوله ای تشخیص داده شود. با تشخیص زود هنگام می توان مانع از بروز خونریزی داخلی بدلیل پارگی و خونریزی لوله و احتمالاً از دست دادن لوله رحمی شد. اغلب بارداری های خارج رحمی حدود هفته های ۶ تا ۸ بارداری شناسایی می شوند. کلید تشخیص زود هنگام، توجه به علائم و شدت آن است .



۶۰ الی ۸۰ درصد زنان مبتلا به حاملگی لوله ای در جاتی از لکه بینی یا خونریزی واژینال را گزارش می کنند. اگرچه خونریزی واژینال بسیار شدید بر سقط ناقص دلالت دارد، این گونه خونریزی گاهی اوقات در بارداری های لوله ای نیز دیده میشود. علاوه بر این حاملگی لوله ای ممکن است سبب خونریزی چشمگیر داخل شکمی شود. افت فشار خون و افزایش تعداد ضربان قلب فقط در صورتی رخ می دهد که خونریزی ادامه داشته باشد و هیپوولمی به حد چشمگیری برسد. اختلالات ازوموتور نیز به وجود می آیند و طیف آنها از سرگیجه تا سنکوپ متغیر است.

تقسیم بالینی سقط خود به خود:

(۱) تهدید به سقط:

تشخیص بالینی تهدید به سقط هنگامی مطرح میشود که در ۲۰ هفته اول بارداری، ترشح واژینال خونی یا خونریزی واژینال از میان سوراخ بسته سرویکس رخ بدهد. در موارد سقط، معمولا ابتدا خونریزی رخ میدهد و چند ساعت تا چند روز بعد درد کرامپی شکم ایجاد میشود. ممکن است کرامپهای پایین خط وسط که آشکارا

ریتمیک هستند و همچنین کمردرد مداوم همراه با احساس فشار لگنی و یا ناراحتی مبهم سوپراپوبیک در خط وسط، وجود داشته باشند. خونریزی مهمترین علامت پیشگویی کننده سقط است.

مدیریت تهدید به سقط:

اغلب استراحت در بستر توصیه میشود اما پیامدها را بهبود نمیبخشد. در صورت وجود خونریزی پایدار یا شدید، هماتوکریت اندازه گیری می شود. اگر کم خونی یا هیپوولمی شدید وجود داشته باشد، عموماً تخلیه حاملگی اندیکاسیون پیدا می کند. در این موارد در صورت وجود جنین زنده، برخی از صاحب نظران اقدام به ترانسفوزیون و ادامه ی نظارت می کنند.

۲) سقط اجتناب ناپذیر:

در سه ماهه اول، تقریباً در تمام موارد به دنبال پارگی پرده ها همراه با دیلاتاسیون سرویکس، انقباضات رحمی یا عفونت رخ میدهند. خروج ناگهانی مایع واژینال در نیمه ی اول بارداری، معمولاً عواقب وخیمی به دنبال دارد. در صورت وجود خونریزی، کرامپ یا تب، سقط از نوع اجتناب ناپذیر تلقی میشود و تخلیه رحم صورت میگیرد.

۳) سقط ناقص:

وقوع خونریزی به دنبال جداشدگی نسبی یا کامل جفت همراه با اتساع سوراخ سرویکس، سقط ناقص نامیده میشود. جنین و جفت ممکن است کاملاً در داخل رحم باقی بمانند و یا به طور ناقص از میان سوراخ متسع سرویکس بیرون بزنند. قبل از هفته ی ۱۰، جنین و جفت معمولاً همراه با هم دفع میشوند، اما پس از آن خروج آنها به صورت جداگانه رخ میدهد.

۴) سقط کامل:

گاهی اوقات، قبل از مراجعه‌ی زن حامله به بیمارستان دفع کامل حاملگی رخ می‌دهد. سابقه خونریزی شدید، دردهای کرامپی و دفع بافت یا جنین شایع است. در جریان معاینه، سوراخ سرویکس بسته است. اگر ساک حاملگی کامل که دفع شده است قابل شناسایی نباشد، برای افتراق سقط کامل از تهدید به سقط یا حاملگی اکتوپیک از سونوگرافی استفاده می‌شود.

۵) سقط فراموش شده:

سقط فراموش شده که نارسایی زودرس حاملگی یا از دست رفتن زود هنگام نیز نامیده می‌شود، سابق بر این برای توصیف محصولات مرده حاملگی که به مدت چند روز، چند هفته و یا حتی چند ماه در حضور سوراخ بسته سرویکس در رحم احتباس یافته بودند، به کار میرفت. طبق تعریف و قدیمی، با توجه به آمنوره، تهوع و استفراغ، تغییرات پستان و رشد رحم، مراحل ابتدایی حاملگی ظاهراً وضعیتی طبیعی داشت. چون موارد مشکوک مرگ جنین قابل تایید نبودند، درمان انتظاری تنها گزینه موجود بود و سقط خود به خود در نهایت اتفاق می افتاد.

توجه

اگر در موارد سقط ناقص خونریزی یا عفونت شدید وجود نداشته باشد، هر یک از سه گزینه درمان انتظاری، درمان طبی و درمان جراحی قابل قبول هستند.

برخی از تکنیکهای مورد استفاده برای سقط در سه ماهه اول:

الف) جراحی

دیلاتاسیون و کورتاژ، آسپیراسیون واکيومی، آسپیراسیون قاعدگی

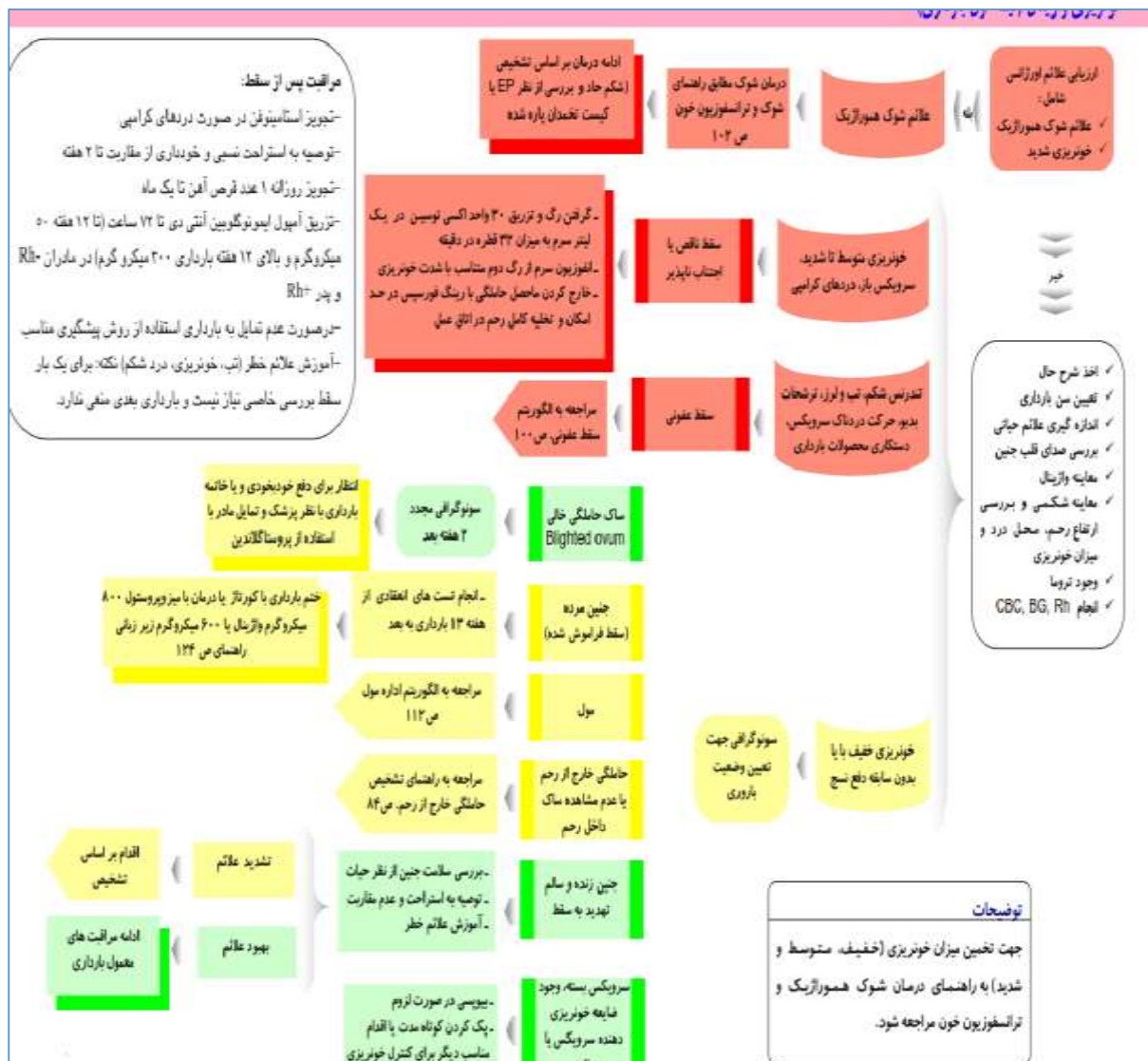
ب) طبی

پروستاگلاندینهای F₂ و F₁ و E₂، داروهای آنتی پروژسترون، میفه پروستون

رایجترین دارو میزوپرستول است. دوز میزوپرستول ۴۰۰-۶۰۰ میکروگرم است که به صورت خوراکی، زیرزبانی

و یا قرار دادن در فورنیکس خلفی واژن تجویز میشود.

مدیریت سقط بر اساس کتاب راهنمای کشوری



فصل دوم

خونریزیهای ۳ ماهه سوم

علل خونریزی های نیمه دوم بارداری

- ▶ جفت سر راهی
- ▶ دکولمان جفت
- ▶ پارگی عروق
- ▶ سرراهی
- ▶ اسکار قبلی رحم باز شدن
- ▶ پولیپ سرویکس
- ▶ نمایش خونی
- ▶ سرویسیت
- ▶ تروما به واژن
- ▶ کانسر سرویکس



تهدید کننده حیات

راهنمای کشوری: خونریزی ۳ ماهه سوم بارداری



جفت سرراهی

به قرار گرفتن و کاشته شدن جفت در قسمت تحتانی رحم جفت سرراهی گفته می شود و بر اساس موقعیت آن

نسبت به دهانه داخلی سرویکس به حالات متعددی تقسیم میشود.

- **جفت سرراهی کامل :** جفت به طور کامل سوراخ داخلی مجرای سرویکس را می پوشاند.
- **جفت سرراهی ناقص (نسبی) :** جفت سوراخ داخلی مجرای سرویکس را به طور نسبی می پوشاند.
- **جفت سرراهی مارژینال :** لبه جفت در حاشیه سوراخ داخلی سرویکس است.
- **جفت دارای قرار پایین (Low lying) :** جفت در سگمان تحتانی رحم به نحوی لانه گزینی می کند که لبه جفت به طور کامل به سوراخ داخلی مجرای سرویکس نمی رسد بلکه در مجاورت آن قرار می گیرد.

جفت سرراهی شایعترین علت خونریزی در نیمه دوم حاملگی است

- **علامت و نشانه ها :**
- خونریزی بدون درد واژینال (شاخص ترین یافته)

عوامل خطر جفت سر راهی

- سابقه قبلی جفت سرراهی، چند قلوپی (به دلیل بزرگ شدن جفت)، سابقه سزارین قبلی، سابقه جراحی رحم، مصرف سیگار و کوکائین به علت هیپرتروفی جبرانی جفت، سن بالای مادر، حاملگی چند قلوپی به علت افزایش مساحت جفت، افزایش پاریته

هنگام جفت سر راهی، خونریزی از واژن در سه ماهه آخر حاملگی اتفاق میافتد و معمولاً بدون درد است.

خونریزی بدون درد با حجم زیاد و به رنگ قرمز روشن که از حدود هفته ۲۸ حاملگی شروع می شود. این حالت معمولاً برای جنین آثار نامطلوبی ندارد، مگر این که عملکرد جفت مختل شود. علت خونریزی، اتساع دهانه رحم در سه ماهه سوم حاملگی است که جفت قادر به کشش نیست و دچار خونریزی میشود. جفت سر راهی به خودی خود مشکلی برای جنین ایجاد نمیکند، ولی گاهی به خاطر خونریزی شدید مادر، پزشک مجبور به انجام زایمان قبل از موعد مقرر می شود.

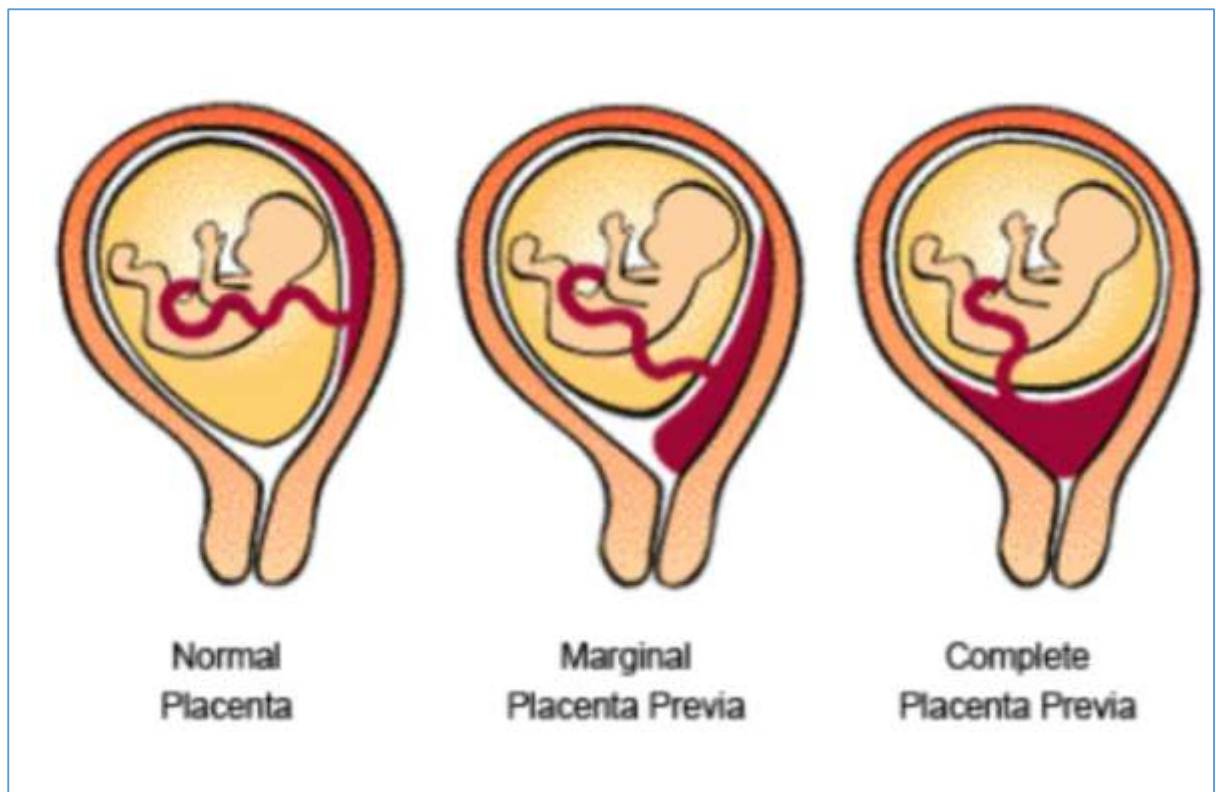
تشخیص

تشخیص جفت سر راهی معمولاً توسط سونوگرافی انجام میشود. در این موارد باید مادر سریع به بیمارستان منتقل شود. در جفت سر راهی به خصوص اگر هفته ۳۷ به بعد بارداری باشد و خونریزی شدید باشد، سزارین انجام میشود. ولی اگر قبل از هفته ۳۴ بارداری باشد و خونریزی شدید باشد، تا حد امکان برای رشد ریه جنین، مادر کورتیکواستروئید دریافت می کند و بعد سزارین انجام می شود.

اگر خونریزی قطع شود و حال مادر و جنین خوب باشد، می توان تا هفته ۳۷ صبر کرد. اگر جفت سر راهی به طور کامل دهانه رحم را مسدود کند، حتی بدون خونریزی نیز تنها راه به دنیا آمدن نوزاد سزارین است.

درمان جفت سر راهی

استراحت ، عدم انجام معاینات انگشت، ارزیابی وضعیت کلی مادر، انتقال مادر به مرکز مجهز



دکولمان جفت

جداشدگی زودرس جفت از دیواره رحم (کامل و ناقص). احتمالاً با پارگی یکی از شریانهای مارپیچی دسیدوا که سبب هماتوم پشت جفتی میشود، آغاز میشود. این هماتوم ممکن است گسترش یابد و سبب گسیختگی تعداد بیشتری از عروق و گسترش جدایی جفت شود.

عوامل خطر شناسایی شده:

فشار خون، سیگار و یا کوکائین، تروما، بزرگ شدن بیش از حد رحم (دوقلوئی و پلی هیدرامنیوس)، سابقه قبلی جداشدگی جفت (مهم ترین عامل)، نارسایی جفت، مولتی پارите، سن کم مادر (۱۲-۱۹ سالگی)، سن زیاد مادر (بیشتر از ۳۵ سال)، وراثت، بارداری چندقلوئی، آبریزش

توجه:

خونریزی در دکولمان غیرتروماتیک از خون مادر است. چون این خونریزی در اثر جدایی جفت در داخل دسیدوایی مادری ایجاد میشود. و پرزهای جفتی معمولا سالم هستند. ولی در دکولمان تروماتیک جنین آسیب میبیند.

توجه:

شدت هایپرتانسیون ضرورتا با میزان دکولمان ارتباط ندارد. ولی هایپرتانسیون مزمن همراه با پر کلامپسی افزوده شده یا محدودیت رشد جنین میزان خطر دکولمان پیش از پیش افزایش می یابد.

نشانه ها:

- درد مهم ترین علامت(شروع ناگهانی)
- حساسیت رحم
- از کرامپ خفیف تا شدید
- درد در ناحیه پشت
- خونریزی
- افزایش الفافیتوپروتئین و D-Dimer هم کمک کننده هستند.

توجه:

دکولمان ممکن است سبب انعقاد داخل عروقی منتشر یا DIC شود.

تشخیص:

منفی بودن یافته های سونوگرافی دکولمان را رد نمیکند. ولی MRI حساسیت بالایی در تشخیص دکولمان دارد.

مدیریت دکولمان:

وضعیت کلی مادر، انتقال مادر به مرکز مجهز



پارگی رحم:

پارگی ممکن است مختصر و مخفی و یا علامت دار باشد.

جراحی سزارین قبلی شایعترین علت برای پارگی اسکار رحم میباشد.

سایر علل شامل: کورتاژ یا سوراخ شدگی رحمی قبلی، مصرف نامناسب اکسی‌توسین، تروما

عوامل خطر پارگی رحم:

عمل قبلی بر روی رحم

آنومالیهای مادرزادی رحم

بزرگ شدن بیش از حد رحم

نئوپلاسم تروفوبلاستیک بارداری

آدنوما یوزیس

آنومالیهای جنینی

فشار زیاد رحمی

خروج سخت جفت

موربیدیت‌های همراه با پارگی رحم:

خونریزی همراه با آنمی، پارگی مثانه، هیستروکتومی، مرگ مادر، مرگ جنینی، دیسترس تنفسی جنین، هایپوکسی

شرح حال بیمار مبتلا به پارگی رحم

خونریزی واژینال، درد، قطع شدن انقباضات، عدم وجود ضربان قلب جنین، لمس اعضای جنین از روی شکم مادر،

تاکی کاردی و هایپوتنشن شدید مادری

نکته: شایع‌ترین یافته بدتر شدن الگوی ناگهانی ضربان قلب جنین است.

درمان در پارگی علامت‌دار رحم، سزارین اورژانسی می‌باشد.

فصل سوم

خونریزی بعد از زایمان

تعریف خونریزی پس از زایمان

▶ خونریزی در حد ۵۰۰ سی سی یا بیشتر پس از تکمیل مرحله سوم زایمان و در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

▶ خونریزی شدید: خونریزی در حد ۱۰۰۰ سی سی یا بیشتر پس از تکمیل مرحله سوم زایمان و در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان

شایع ترین علل خونریزی پس از زایمان

- ▶ آتونی رحم
- ▶ اینورسیون (وارونه شدن) رحم
- ▶ آسیبهای مجرای زایمان
- ▶ هماتومهای نفاسی
- ▶ پارگی رحم
- ▶ دکولمان جفت
- ▶ جفت سرراهی
- ▶ چسبندگیهای جفت

عوامل زمینه ساز و علل خونریزی فوری بعد از زایمان

- ▶ خونریزی از محل لانه گزینی جفت
- ▶ میومتر هایپوتونیک - آتونی رحم
- ▶ برخی داروهای بی هوشی عمومی
- ▶ اتساع بیش از حد رحم (جنین درشت، حاملگی دوقلوئی، پلی هیدرآمنیوس)
- ▶ بعد از لیبر طول کشیده

- ▶ بعد از لیبر بسیار سریع
- ▶ بعد از القا لیبر با اکسی توسین
- ▶ پاریتته زیاد
- ▶ کوریوآمنیونیت
- ▶ باقی ماندن بافت جفت (کنده شدن کوتیلدون، لوب اضافی، جفت اکرتا، اینکرتا، پره کرتا)
- ▶ ترومای دستگاه تناسلی (اپی زیاتومی بزرگ، پارگیهای واژن، پرینه و سرویکس و پارگی رحم)
- ▶ نقایص انعقادی که تمامی موارد فوق را تشدید می نماید.

توجه:

- ▶ خونریزی در زنان مبتلا به پره اکلامپسی/اکلامپسی، زنان دارای جثه کوچک و نارسایی مزمن کلیه بعلت محدودیت در افزایش حجم خون القا شده در اثر حاملگی خطرناک می باشد.
- ▶ در موارد خونریزی شدید در این زنان پرخطر و شک به هیپو ولمی: اقدام به تجویز سریع خون یا کریستالوئید (رینگر لاکتات، نرمال سالین) می شود.
- ▶ بیشتر مادران می توانند به آسانی با خونریزی در حد ۵۰۰ میلی لیتر مقابله کنند و تخمین خونریزی بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر به عنوان آستانه برای خونریزی شدید در نظر گرفته شده است و خونریزی بیش از ۴۰٪ حجم کل خون به عنوان خونریزی تهدید کننده حیات محسوب می شود
- ▶ حجم خون هر فرد با وزن وی ارتباط دارد. برای تخمین درصد خونریزی باید به وزن و هموگلوبین پایه بیمار توجه کنیم.
- ▶ تعداد ضربان قلب و فشار خون تا زمان از دست رفتن مقادیر زیاد خون، تغییراتی بیش از حد متوسط را نشان نمی دهند.
- ▶ زنان دارای BP طبیعی، در اثر آزاد شدن کاتکولامینها (اپی نفرین و نوراپی نفرین) در پاسخ به خونریزی، حتی در برخی مواقع می توانند تا حدودی هیپرتانسیو باشند.
- ▶ زنان مبتلا به پره اکلامپسی ممکن است علیرغم هیپوولمی شدید، نرموتانسیو شوند.

پیشگیری از خونریزی بعد از زایمان:

مدیریت فعال مرحله سوم زایمان شامل تجویز یوتروتونیک (اکسی توسین، ۳۰ واحد) و خروج جفت با کشش کنترل شده بند ناف برای تمامی زنان در زمان زایمان می‌تواند کمک کننده باشد. حتی با وجود این تلاش‌ها ممکن است نیاز به درمان‌های اضافی برای جلوگیری از خونریزی وجود داشته باشد. مداخلات مختلف مانند (درمان‌های طبی، مکانیکی، روشهای غیر تهاجمی و اعمال جراحی) که نیازمند تخصص و مهارت میباشد، برای توقف خونریزی مورد استفاده قرار میگیرند.

مدیریت فعال مرحله سوم زایمان در مقایسه با مدیریت انتطاری و فیزیولوژیک، خطر خونریزی پس از زایمان و یا میزان خون از دست رفته مادر را کاهش می‌دهد. پروفیلاکسی با اکسی توسین بعد از زایمان میتواند خطر خونریزی را کاهش دهد.

در خونریزی اولیه پس از زایمان که شامل از دست دادن خون حدود ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتر (در صورت عدم وجود علایم بالینی شوک) میباشد، اقدامات پایه شامل نظارت نزدیک، دسترسی وریدی، شمارش کامل خون، تعیین گروه خونی و غربالگری به منظور تسهیل عمل احیا باید انجام بگیرد.

اگر خونریزی در بیماری با تشخیص اولیه پس از زایمان و تخمین خونریزی در حد ۱۰۰۰ میلی لیتر (یا خونریزی کمتر و وجود علایم بالینی شوک و تاکی کاردی) ادامه یافت، باید سریعاً یک پروتکل کامل از اقدامات احیا و هوستاز صورت بگیرد.

به محض تشخیص خونریزی بعد از زایمان باید ۴ عمل به طور همزمان و سریع انجام شود:

ارتباط ►

احیا ►

ارزیابی و جستجو ►

توقف خونریزی ►

ارتباط

ارتباط افراد تیم درمانی فوریتهای پزشکی با همکاران دیگر بسیار حیاتی است. اطلاع دادن به بیمارستان مقصد و آگاه کردن بانک خون از نظر کراس مچ جهت جلوگیری از هرگونه اتلاف وقت لازم و ضروری است.

احیا

اقدامات پایه احیا برای بیماری با خونریزی خفیف (خونریزی ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی لیتر بدون علایم شوک):

- دسترسی وریدی با کاتلولای شماره ۱۴
- انفوزیون کریستالوئید
- کاتتر ادراری

توجه:

در صورت مایع درمانی غیر اصولی مخصوصا در زنان پره اکلامسی ممکن است بیمار به سمت ادم حاد ریه پیش رود.

اقدامات پایه احیا برای بیماری با خونریزی خفیف (خونریزی ۱۰۰۰ میلی لیتر با علایم شوک):

باز کردن راه هوایی

ارزیابی راه تنفس

ارزیابی سیستم جریان خون بیمار

اکسیژن با ماسک

تعبیه دو رگ بزرگ

نگه داشتن بیمار در موقعیت خوابیده

گرم نگه داشتن و توجه به هوشیاری بیمار

ترانسفوزیون خون در سریع ترین زمان ممکن

انفوزیون مایع گرم.

اگر پس از مایع درمانی، هنوز خون کراس مچ شده در دسترس نباشد، میتوان از بهترین جایگزین آن استفاده کرد.

خون با گروه خون O منفی میتواند بهترین گزینه باشد.

فصل چهارم

اختلالات فشار خون در بارداری

طبقه بندی اختلالات هایپر تانسیون در بارداری

- ▶ هایپر تانسیون بارداری
- ▶ سندروم پره اکلامپسی و اکلامپسی
- ▶ هایپر تانسیون مزمن با هر اتیولوژی
- ▶ سندروم پره اکلامپسی افزوده شده بر هایپر تانسیون مزمن

هایپر تانسیون مرتبط با بارداری

- ▶ هایپر تانسیون بارداری در زنانی مطرح می شود که فشار خون در آنان اولین بار بعد از اواسط بارداری به ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و یا بالاتر رسیده باشد اما در آنان پروتئینوری شناسایی نشده باشد.
- ▶ در هایپر تانسیون بارداری نشانه هایی از سندروم پره اکلامپسی وجود ندارند.

پره اکلامپسی

- ▶ فشار خون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بارداری بروز میکند همراه با پروتئینوری و یا
- ▶ فشار خون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی یا بیشتر از ۹۰ همراه با درگیری سایر ارگانها بصورت اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی و ادم ریه
- ▶ علائم مغزی: سردرد، اختلالات بینایی، حملات تشنجی

معیارهای تشخیصی پره اکلامپسی

- ▶ پروتئینوری
- ▶ مساوی یا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت یا نسبت پروتئین به کراتینین مساوی یا بیش از

▶ نتیجه +۱ پایدار در dipstick

▶ ترمبوسیتوپنی: تعداد پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میکرولیتر

▶ نارسایی کلیوی: میزان کراتینین بیش از ۱/۱ میلی گرم در دسی لیتر یا دو برابر شدن حد پایه

▶ درگیری کبد: میزان سرمی ترانس آمینازها دو برابر حد طبیعی

عوامل خطر پره اکلامپسی

▶ زنان جوان و نولی پار استعداد ویژه ای برای ابتلا به پره اکلامپسی دارند در حالیکه زنان مسن تر

بیشتر در معرض خطر هایپر تانسیون مزمن همراه با پره اکلامپسی افزوده شده هستند.

▶ همچنین میزان بروز پره اکلامپسی به شدت تحت تاثیر نژاد و قومیت قرار دارند.

▶ سایر عوامل شامل تاثیرات محیطی، اجتماعی، اقتصادی و حتی فصلی هستند.

درمان و مدیریت پره اکلامپسی شدید:

اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید، ختم بارداری است و مهمترین عامل پیشگیری کننده از مرگ و میر در پره اکلامپسی، کنترل مناسب فشار خون (سیستولیک و دیاستولیک) است.

۱- مادر را در تخت حفاظ دار بستری نمایید تا در صورت تشنج سقوط نکند. مادر بایستی به پهروی چپ بخوابد و سر او به منظور جلوگیری از آسیب راسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار بگیرد.

۲- گرفتن رگ، تزریق سرم و گذاشتن سوند: مادر را NPO نگه دارید. دو رگ مناسب از طریق کاتتر گرفته و از یکی از رگها سرم رینگر لاکتات (در صورت نبود رینگر، نرمال سالین)

۳- کنترل تشنج و تزریق سولفات منیزیم

داروی اصلی در کنترل و پیشگیری از تشنج، سولفات منیزیم است که ۴ تا ۶ گرم (۸ سی سی از سولفات منیزیم ۵۰ درصد) آن را در ۱۰۰ میلی لیتر سرم رینگر یا نرمال سالین و با سرعت حداکثر ۱ گرم در دقیقه و در طی مدت ۱۵-۲۰ دقیقه تجویز می شود و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:

الف) انفوزیون ۲ گرم سولفات منیزیم در یک ساعت و ترجیحا از طریق پمپ انفوزیون یا میکروست (باید توجه داشت که میزان سرم دریافتی از دو رگ نباید بیشتر از ۱۲۵ میلی لیتر در ساعت باشد). در مادر چاق دوز سولفات منیزیم را میتوان تا ۳ گرم افزایش داد.

ب) ۱۰ گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق ۵ گرمی در هر باتوک) از محلول ۵۰ درصد همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر ۴ ساعت یکبار ۵ گرم عضلانی تزریق شود. این دوز اضافه در مادران چاق می تواند تکرار شود.

اضافه کردن ۱ میلی گرم لیدوکائین ۲٪ به دارو برای کاهش درد در هنگام تزریق موثر است.

تذکر: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمیشود.

۴- تزریق داروهای کاهنده فشار خون: شامل لابتالول، هیدرالازین و نیفیدپین است.

نکته: هدف از کاهش فشار خون رساندن آن به ۲۵٪ فشار خون اولیه طی دو ساعت می باشد و ماکزیمم افت فشار خون باید به حد ۱۳۰-۱۵۰ میلی متر جیوه در فشار سیستولیک و ۸۰-۱۰۰ میلی متر جیوه در فشار دیاستولیک برسد.

دارو	دوز	توضیحات
لابتالول ۱۲۰ml، ۱۰۰ میلی- گرم	۱۰-۲۰ میلی گرم (۴ سی سی از ویال مذکور) در عرض دو دقیقه تزریق و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۱۰ الی ۲۰ دقیقه، دوزهای افزایش یابنده به صورت ۲۰ و ۴۰ و ۸۰ و ۸۰ تا حداکثر ۳۰۰ میلیگرم تزریق می شود.	احتمال بروز برادی کاردی و تب متع مصرف در آسم و CHF
هیدرالازین ویال ۱۲۰mg/ml	۵ میلیگرم در عرض دو دقیقه و در عدم پاسخ مناسب فشار خون در عرض هر ۲۰ دقیقه، ۵ تا ۱۰ میلی گرم هیدرالازین تا حداکثر دوز توتال ۳۰ میلی گرم در هر سیکل درمانی تزریق می شود. پودر هیدرالازین با ۴ سی سی آب مقطر حل شده و در هر سری یک سی سی (۵ میلی- گرم) در عرض دو دقیقه انفوزه شود.	احتمال بروز هایپوتانسیون، سردرد، تاکی کاردی مادر، دیسترس جنینی
نیفیدپین ۱۰mg خوراکی	۱۰ میلی گرم خوراکی به فرم آهسته روش و تکرار هر ۳۰ دقیقه با دوز ۱۰ میلی گرم و در صورت لزوم تا دوز، سپس ۱۰-۲۰ میلی گرم خوراکی هر ۶ ساعت	متع مصرف دارو به صورت زیر زبانی متع مصرف در بیماری کرونر مادر در صورت مصرف هم زمان با سولفات منیزیم به دلیل برادی کاردی قلب جنین، مانیتور قلب جنین انجام می شود. احتمال سردرد و تاکی کاردی

فصل پنجم

زایمان طبیعی

بیمار در حال زایمان باید به بیمارستان منتقل شده و زایمان در یک محیط بیمارستانی انجام بگیرد. مگر اینکه زایمان قریب الوقوع باشد.

علایم زایمان قریب الوقوع شامل موارد زیر میباشد:

► احساس زور زدن و یا فشار مشابه هنگام حرکات روده

► ظهور سر یا crowning یا تاجی شدن سر (دیده شدن قسمتی از سر) در قسمت خروجی پرینه

در صورتی که زایمان قریب الوقوع است با پزشک مرکز تماس بگیرید و راجع به شرایط مشورت بگیرید.

آماده شدن برای زایمان:

محیط ایده آل و امن (دمای مناسب ۲۳ تا ۲۴ درجه).

وسایل مورد نیاز برای زایمان یا کیت زایمان (دستکش استریل، پوار، گیره بند ناف، قیچی، کلامپ و چند

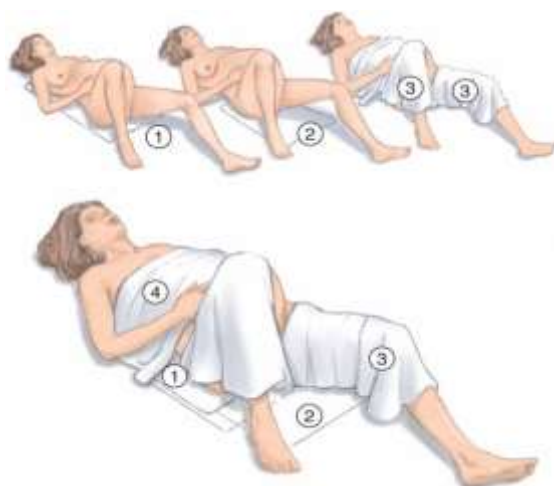
عدد ملحفه تمیز)

فشار خون مادر را کنترل نمایید

به مادر جهت رفتن به دستشویی ندهید (زمانیکه احساس زور دارد)

به مادر پوزیشن لیتوتومی بدهید.

یک ملافه استریل زیر باسن مادر، یک ملافه روی پاها و یک ملافه روی شکم مادر قرار دهید



مادر را تشویق نمایید بین انقباضات و دردهای رحمی تنفس عمیق بکشد و در حین انقباضات جنین را با

زور دادن به سمت پایین هدایت نماید.

با تاجی شدن سر، خروج جنین شروع میشود. حین خروج سر آن را با فشار ملایم کنترل کرده و طی زایمان، سر را حمایت نمایید.



گردن را از لحاظ بند ناف گردنی چک نمایید. اگر بند ناف به دور گردن پیچیده باشد، آن را به آرامی از بالای سر نوزاد عبور دهید. (اگر قادر به انجام آن نبودید، بند ناف را از دو نقطه مسدود کرده و از بین دو نقطه بریده و بند ناف را آزاد کنید).

بعد از مشاهده شانه فوقانی، سر نوزاد را به آرامی به سمت پایین هدایت نمایید تا شانه قدامی خارج شود و سپس سر را به سمت بالا هدایت نمایید تا شانه خلفی آزاد گردد.



بعد از زایمان شانه‌ها، سر و قسمت فوقانی بدن را حمایت نمایید. نوزاد لیز متولد شده را به آرامی و محکم نگه دارید. چون در این مرحله احتمال آسیب به نوزاد به دلیل لیز بودن سطح پوست بالاست.



سپس نوزاد را به آرامی روی شکم مادر قرار بدهید.

کلامپ اول و دوم را با فاصله از هم زده و فاصله بین دو کلامپ را با قیچی استریل ببرید.



نوزاد را خشک کرده و حوله خیس نوزاد را کنار بگذارید. و نوزاد را داخل حوله ای که از قبل مختصری گرم شده است بگذارید.

به جنس نوزاد و زمان تولد دقت نموده و ثبت نمایید.

اگر احیا نوزاد ضروری نیست، نمره آپگار را در ۱ و ۵ ثبت نمایید.

اگر احیا نوزاد ضروری است دستورالعملهای احیا نوزاد را انجام دهید.

خروج جفت:

تا سی دقیقه میتوان برای خروج جفت صبر نمود. ولی بعد از مشاهده علایم خروج جفت حتما باید جفت خارج شود.
(جلوگیری از احتباس جفتی)

علایم خروج جفت عبارتند از :

طولانی شدن بند ناف

خروج ناگهانی خون

جمع شدن و سفت و گلبوله شدن رحم و بالا رفتن رحم

*جفت را بعد از خروج از لحاظ باقی ماندن تکه های جفتی و یا پاره شدن غشاها یا همان لایه های آمنیون و کوریون بررسی نمایید. لایه ها باید یک و نیم برابر سطح جفت باشند. پریینه را از لحاظ پارگی بررسی نمایید.

اورژانس های هنگام زایمان

پرولاپس بند ناف

وقتی که ساک آمنیون پاره میشود، ممکن است بند ناف جنین جلوتر از سر جنین به عنوان عضو پرزانتاسیون در واژن قرار بگیرد که این حالت را پرولاپس بند ناف می گویند. وقتی که بند ناف جلوتر از عضو نمایش قرار بگیرد پرولاپس یا افتادگی رخ می دهد. این حالت موجب میشود که بند ناف بین جنین و لگن استخوانی تحت فشار قرار گرفته و جریان خون جنین قطع شود. هدف اصلی در درمان این مادران، ممانعت از زور دادن مادر و تحت فشار قرار گرفتن بند ناف است.

سعی نمایید که مادر تنفسهای کوتاه داشته باشد و به او بگویید که با هر انقباض نفس بزند که این عمل ممکن است مانع از ایجاد انقباضات کامل و زور زدن توسط مادر شود. در صورت امکان به مادر وضعیت ترندلنبرگ بدهید. حالتی که پاها بالا و سر پایین باشد. و یا می توانید به مادر وضعیت زانو-قفسه سینه (Knee-chest) باشد. به طوریکه مادر زانو بزند و به جلو خم بشود و صورت رو به پایین باشد.

در صورت لزوم دستکشیهای پوشیده خود را وارد واژن کنید و به آرامی عضو نمایش نوزاد را از بند ناف دور نمایید. میزان فشار باید به اندازه ای باشد که نبض بند ناف برقرار گردد و همچنین آسیبی به گردن و سر نوزاد وارد نشود. بند ناف را فشار ندهید و برای برگرداندن بند ناف به درون واژن هیچ تلاشی نکنید. قسمتی از بند ناف را که نمایان

است را توسط گاز و یا حوله استریل و مرطوب شده توسط نرمال سالین بپوشانید. وضعیت دست را در حین انتقال سریع به بیمارستان حفظ نمایید. درمان، انجام سزارین اورژانسی می‌باشد.



پرولاپس بندناف



وضعیت زانو-قفسه سینه

فصل ششم

اورژانسهای زنان

خونریزی واژینال:

خونریزی ممکن است ناشی از یک عادت ماهیانه طبیعی و یا از اختلالات بارداری مانند حاملگی خارج رحمی و سقط، جفت سر راهی، دکولمان و یا تروما باشد.

اقدامات پیش بیمارستانی در خونریزی واژینال:

احتیاطات مربوط به BSI را رعایت نمایید.

از ایمنی و امنیت صحنه مطمئن شوید.

ارزیابی اولیه از بیمار را انجام دهید.

وضعیت پاسخدهی (هوشیاری) بیمار را مشخص نمایید. عدم پاسخگویی بیمار نشان‌دهنده‌ی شرایط بحرانی بیمار است.

فشار خون بیمار را کنترل نموده و از بیمار بوسیله آنژیوکت صورتی و یا سبز یک رگ مطمئن جهت تزریق سرم یا دارو بگیرید.

به بیمار هوشیار پوزیشن نشسته و نیمه نشسته و بیمار را غیر پاسخگو را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. بیمار را به یک مرکز مناسب درمانی منتقل نمایید. حین انتقال ارزیابی مداوم را از لحاظ سطح هوشیاری، تنفس، نبض و ... در بیماران با شرایط تهدید کننده‌ی حیات و هر ۱۵ دقیقه برای سایر بیماران به عمل بیاورید.

درد شکم با منشا ژنیکولوژیک:

درد شکم با منشا ژنیکولوژیک می‌تواند ناشی از بیماریهای التهابی لگن، اندومتریوزیس، پارگی کیست تخمدان، تخمک‌گذاری دردناک و یا سندروم یش از قاعدگی باشد.

بیماریهای التهابی لگن:

به دنبال عفونت حاد یکی از اعضای داخلی حفره لگن زنان رخ می‌دهد. که شامل علایمی مانند درد پایین شکم می‌باشد.

اندومتریوزیس:

به معنای رشد بافت داخلی رحم در جایی بیرون از رحم است. در این بیماری اندومتر (لایه داخلی رحم) در بیرون از محل اصلی خود (رحم) تشکیل میشود. رایج‌ترین محل پدید آمدن آن شک و لگن می‌باشد که تخمدانها بیشتر گرفتار آن هستند. صرف نظر از محل آن، این بافت به تغییرات هورمونی همراه با سیکل قاعدگی پاسخ می‌دهد و بنابراین به صورت دوره ای خونریزی می‌کند. این خونریزی باعث ایجاد التهاب، زخم در بافتهای اطراف و در پی آن چسبندگی بخصوص در حفره لگن می‌شود.

علایم اندومتريوزيس شامل: درد لگن، عادت ماهيانه دردناك، درد در طی يا بعد از نزديكي، خونريزي قاعدگي طولاتي و نازايي.

سندروم پيش از قاعدگي:

مجموعه‌اي از علايم جسمي، خلقی، رواني و احساسات مربوط به چرخه قاعدگي است. علايم جسمي شامل خستگي، درد بدن، سردرد، حساسيت به لمس پستان‌ها، نفخ شکم، اسهال و يا يبوست است. علايم رواني شامل تنش يا اضطراب، خلق افسرده، هجوم گريه، نوسانات خلق و خو و تحريك پذيري يا خشم، مشكل در به خواب رفتن و يا مشكل در تمرکز است. اقدامات درمانی در سندروم پيش از قاعدگي توصيه به تغييرات سبك زندگي و دارودرمانی زیر نظر پزشك است.

تخمك گذاري دردناك:

گاهی اوقات تخمك گذاري با درد شكم در ميانه سيكل قاعدگي همراه است كه به عنوان متيل اشمرتز شناخته می‌شود. به نظر می‌رسد كه اين درد با تحريك صفاق به علت پارگی فوليكول يا خونريزي در هنگام تخمك گذاري مرتبط است. درد يك طرفه در ربع تحتانی شكم كه معمولاً خود محدود شونده است و ممكن است با لكه بينی در ميانه سيكل همراه باشد. درمان معمولاً به صورت علامتی است.

References

۱. Coleman J, Srofenyo EK, Ofori EK, Brakohiapa EK, Antwi WK. Maternal and fetal prognosis in abruptio placentae at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana. African journal of reproductive health. ۲۰۱۴;۱۸(۴):۱۱۵-۲۲.
۲. Mesghari L, Hosseini Z. Risk factors of placental ,Ghaheh HS, Feizi A, Mousavi M, Sohrabi D abruptio. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. ۲۰۱۳;۱۸(۵):۴۲۲.
۳. Martingano D, Aglialoro GC. Abruptio Placentae. The Journal of the American Osteopathic Association. ۲۰۱۷;۱۱۷(۶):۴۰۴.
۴. Schmidt P, Raines DA. Placental Abruptio (Abruptio Placentae). StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
StatPearls Publishing LLC.; ۲۰۱۸.
۵. Rouse DJ, Spong Cy, et al. Williams Obstetrics. ۲۴th ,Cunningham FG, Ikeno KJ, Bloom SL, Hawth JC .ed. ۲۰۱۴; New York: MC Graw Hill Medical;:۷۶۸-۸۱ p.
- ۶-راهنمای کشوری، رایة خدمات مامایی، بازنگری سوم، ۱۳۹۶