

پره اکلامپسی: فشار خون مساوی یا بیشتر از 140/90 به همراه پروتئین اوری .
پروتئینوری ممکن است دیرتر از هیپرتانسیون بروز کند.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 نآ تشنج
 نآ افزایش فشارخون به میزان 160/110 و بیشتر
 با یا بدون:
 نآ سردرد مداوم
 نآ تاری دید مداوم
 نآ درد اپیگاستر مداوم
 نآ رال در سمع ریه (ادم ریه)



خیر

پره اکلامپسی خفیف



نآ اخذ شرح حال
 نآ اندازه گیری ارتفاع رحم
 و تعیین سن بارداری
 نآ شنیدن صدای قلب جنین
 نآ اندازه گیری وزن

پره اکلامپسی شدید
یا اکلامپسی

مراجعه به راهنمای صفحه 45

(الف)

P بررسی دقیق فشارخون هر 4 ساعت یک بار
 (به جز نیمه شب تا صبح)
 نآ کنترل حرکت جنین (روزانه)
 نآ جمع آوری ادرار 24 ساعته (یک بار در هفته)
 نآ اندازه گیری پروتئینوری حداقل یک روز در میان
 نآ اندازه گیری CBC، کراتینین، آنزیم های کبدی،
 LDH (دو بار در هفته)
 نآ سونوگرافی سریال برای رشد جنین (هر 2 هفته یک بار)
 نآ بررسی سلامت جنین با BPS یا AFI و NST 1-2 بار در هفته (فاصله انجام تست بستگی به سن حاملگی، شدت بیماری، شدت FGR، حجم مایع آمنیوتیک و تغییرات داپلر دارد).
 نآ توزین روزانه *

- افزایش فشارخون به میزان 160/110 یا بیشتر
 - بروز پروتئینوری به میزان 2 گرم یا بیشتر
 - کراتینین بیش از 1/2 میلی گرم در دسی لیتر
 - ترومبوسیتوپنی زیر 100000
 - افزایش آنزیم های کبدی یا بیلی روبین **

1

2

3

4

5

6

7

پروتئینوری +1 یا بیشتر

نتیجه غیرطبیعی BPS یا NST

کاهش حرکت جنین

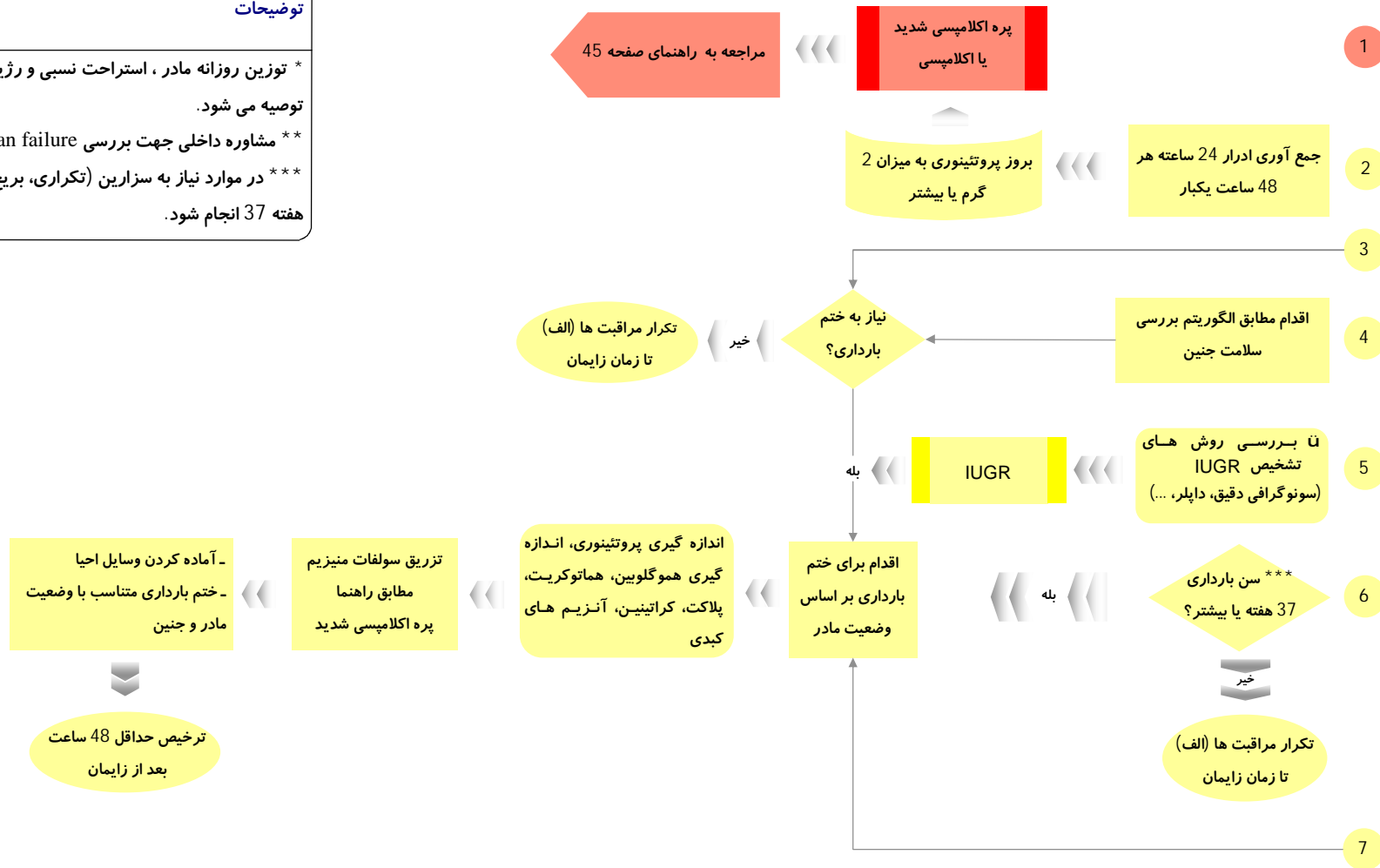
کاهش رشد جنین

فشارخون کمتر از 160/110 به همراه نتیجه طبیعی آزمایش ها و رشد مناسب جنین

نتیجه طبیعی آزمایش ها و جنین مرده

توضیحات

* توزین روزانه مادر، استراحت نسبی و رژیم پر پروتئین توصیه می شود.
 ** مشاوره داخلی جهت بررسی end organ failure
 *** در موارد نیاز به سزارین (تکراری، بریج، ...) پس از هفته 37 انجام شود.



نوع اقدام	شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه	تشنج، سر درد، تاری دید، درد اپی گاستر
معاینه	کنترل علائم حیاتی، معاینه کبد، سمع قلب و ریه، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، بررسی رشد جنین و تعیین سن بارداری، فشار خون نیمه نشستگه گرفته شود
اندیکاسیون بستری	پره اکلامپسی
پاراکلینیک	پروتئین ادرار، پروتئین 24 ساعته، اوره، کراتینین، CBC، آنزیم های کبدی، LDH
آزمایشگاه	
تصویر برداری	سونوگرافی
سایر تست های تشخیصی	بررسی سلامت جنین با NST، AFI، BPS، داپلر
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز
اندیکاسیون	مطابق با راهنمای پره اکلامپسی شدید
اندیکاسیون	پره اکلامپسی شدید
درمان جراحی	ختم بارداری
نوع عمل	سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها	رژیم غذایی پر پروتئین، افزایش میزان استراحت، آموزش علائم خطر پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی
اندیکاسیون ختم بارداری	به خطر افتادن سلامت جنین، تاخیر رشد داخل رحمی، سن بارداری 37 هفته یا بیشتر، پره اکلامپسی شدید، جنین مرده و از همه مهمتر نجات جان مادر
مدت بستری	بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص	حداقل 48 ساعت پس از زایمان و اطمینان از stable بودن وضعیت مادر
دستورات Follow up	اندازه گیری فشارخون در روزهای 10 تا 15 و 42 تا 60 روز پس از زایمان
سایر اقدامات	

راهنمای پره اکلامپسی شدید - اکلامپسی و سندرم HELLP

اقدام اصلی در پره اکلامپسی شدید ختم بارداری است

امکانات و تجهیزات:

تمامی وسایل احیا و اقدامات اورژانس شامل: کپسول اکسیژن، ماسک و بگ، وسایل انتوباسیون، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد فشارخون، گلوکونات کلسیم، air way و Tongue depressor بر بالین مادر آماده کنید.

وضعیت قرارگیری مادر:

مادر را در تخت مناسبی قرار دهید که در صورت تشنج سقوط نکند. وی را به پهلوئی چپ خوابانیده و سر او را به منظور جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی بالاتر از سطح بدن قرار دهید.

گرفتن رگ و تزریق سرم:

مادر را NPO کرده و دو رگ مناسب از طریق کاتتر گرفته و از یکی از رگها سرم رینگر لاکتات به میزان 60 تا 125 سی سی در ساعت تجویز کنید و رگ دیگر را برای شرایط اضطراری مادر باز نگه دارید. حداکثر سرم تزریقی 125 سی سی در ساعت است (در صورتی که خونریزی فعال ندارد). سوند ادراری را ثابت کرده و دریافت و دفع مایعات را کنترل و ثبت کنید.

آزمایش های لازم:

هماتوکریت، پلاکت، کراتینین، آنزیم های کبدی، تست های انعقادی، قند خون و پروتئین ادرار را اندازه گیری کنید. اختلال در نتیجه آزمایش های کبدی و انعقادی، ترومبوسیتوپنی و تغییرات همولیتیک در لام خون محیطی احتمال سندرم HELLP را مطرح می کند.

درمان دارویی:

سولفات منیزیم

- تزریق سولفات منیزیم 4 تا 6 گرم وریدی در 100 سی سی سرم و با سرعت حداکثر 1 گرم در دقیقه و سپس به یکی از دو صورت زیر ادامه می یابد:
 - الف) 10 گرم تزریق عضلانی سولفات منیزیم (دو تزریق 5 گرمی در هر باتوک) از محلول 50% همزمان با تزریق وریدی اولیه و سپس هر 4 ساعت یکبار 5 گرم عضلانی تزریق شود. نکته: در صورت وجود ترومبوسیتوپنی، تزریق عضلانی توصیه نمی شود.
 - ب) انفوزیون 2 گرم سولفات منیزیم در 100 سی سی سرم رینگر رقیق شده و در طی یک ساعت ترجیحاً از طریق پمپ انفوزیون. (باید توجه داشته باشید که میزان سرم دریافتی از دو رگ نباید بیشتر از 125 سی سی در ساعت باشد)
- ادامه تزریق سولفات منیزیم پس از اطمینان از شرایط زیر می باشد:
 - وجود رفلکس پتالار
 - نبود دپرسیون تنفسی
 - وجود برون ده ادراری به میزان بیش از 100 سی سی در مدت 4 ساعت
- در صورت over dose شدن با سولفات منیزیم (وجود آپنه، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و 10 سی سی (1 گرم) گلوکونات کلسیم در مدت 2 دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید. در صورت عدم پاسخ نیاز به ونتیلاسیون مکانیکی می باشد.
- در صورت کاهش رفلکس ها و افزایش کراتینین، سطح منیزیم را اندازه گیری کنید. نگهداری سطح منیزیم در حد $4/8 - 8/4 \text{ mg/dl}$ ($4/8 - 7 \text{ mEq/l}$) توصیه می شود. نکته: در صورت کراتینین بالاتر از $1/2$ میلی گرم در دسی لیتر، دوز سولفات منیزیم اولیه تجویز شده و دوزهای بعدی نصف می گردد، ولی بهتر است سطح سرمی منیزیم اندازه گیری و در میزان فوق الذکر حفظ شود.
- تزریق سولفات منیزیم تا 24 ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا 24 ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از 24 ساعت و سندرم HELLP، تا 48 ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیم را ادامه داد.

داروهای کاهش دهنده فشارخون

- در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی 160/110 تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود: باید توجه داشت که فشارخون به کمتر از 150/90 نزول نکند.
الف) هیدرالازین 10 - 5 میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر 20 دقیقه تا حداکثر 30 میلی گرم می توان تکرار کرد.
ب) لابتالول وریدی 20 میلی گرم در فواصل 10 دقیقه ای تا ماکزیمم 220 میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است. (افزایش دوز به صورت 20، 40، 80 و ...)
ج) نیفیدپین 10 میلی گرم خوراکی هر 20 تا 30 دقیقه و حداکثر تا 30 میلی گرم برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیک مصرف هم زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین).

داروهای جایگزین سولفات منیزیوم

داروی اصلی در درمان پره اکلامپسی - اکلامپسی سولفات منیزیوم است ولی در صورت عدم دسترسی می توان از فنی تویین یا دیازپام به شرح زیر استفاده کرد:
الف) فنی تویین: انفوزیون فنی تویین به میزان 1000 میلی گرم در صد میلی لیتر سرم نمکی (منع مصرف سرم قندی) در یک ساعت و سپس 10 ساعت بعد 500 میلی گرم فنی تویین خوراکی در صورت هوشیاری مادر تجویز کنید.
ب) دیازپام: در موارد عدم دسترسی به سولفات منیزیوم و فنی تویین می توان از آمپول دیازپام استفاده کرد. دیازپام به میزان 10 میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت 2 دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه 10 میلی گرم وریدی تکرار کنید. در حدی که مادر را آرام ولی بیدار نگهدارد. اگر میزان دریافتی بیش از 30 میلی گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است. نکته: مادر نباید در 24 ساعت بیش از 100 میلی گرم دیازپام دریافت نماید.
اگر تزریق وریدی امکان پذیر نباشد، دیازپام به صورت رکتال تجویز می شود. یک سرنگ 10 سی سی بدون سر سوزن حاوی 20 میلی گرم دیازپام را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت 10 دقیقه در حالی که باتوک ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می کند. اگر تشنج مادر کنترل نشد می توان 10 میلی گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.
به علت امکان ایست قلبی در حین تزریق دیازپام، وسایل احیا و انفوزیون در دسترس باشد.

معاینات ضروری:

هر یک ساعت علائم حیاتی و رفلکس ها را اندازه گیری و قاعده ریه های مادر را سمع و ثبت کنید.
صدای قلب جنین را در ابتدا شنیده و سپس در زمان اینداکشن مادر هر 15 دقیقه کنترل کنید.
در صورت بروز آنوری، ادم حاد ریه و تشنج بهتر است از Invasive homodynamic monitoring استفاده کنید.
در صورت بروز الیگوری طولانی و شدید fluid challenge test با 500 سی سی مایع انجام می شود. اگر حجم ادرار اصلاح نشد از CVP استفاده شود.
در صورت عدم هوشیاری مادر انجام سی تی اسکن و مشاوره اعصاب توصیه می شود.

اقدام در زمان تشنج:

- تجویز اکسیژن به میزان 6 - 4 لیتر در هر دقیقه
- گذاشتن ایروی و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ
- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج
- تجویز داروها (سولفات منیزیوم و داروهای ضد تشنج دیگر) سولفات منیزیوم 2 گرم به صورت وریدی از محلول 20 درصد و در مادران درشت اندام تا 4 گرم می توان تزریق کرد. در صورت عدم کنترل، تزریق سولفات منیزیوم تکرار شود. اگر تشنج کنترل نشد، تزریق بعدی با فنی تویین در داخل سرم (مطابق بند "الف" داروهای جایگزین) و در صورت تداوم تشنج، دیازپام (مطابق بند "ب" داروهای جایگزین) تزریق شود.
- اطلاع به متخصص بیهوشی در زمان اولین تشنج
- در صورت تشنج آنتیبیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود.

ختم بارداری:

ختم بارداری با حداقل تروما به مادر و جنین اساس درمان در پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی است.

الف) در صورت مناسب بودن سرویکس القای زایمانی (مطابق راهنمای مربوطه) انجام شود.

ب) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین زنده: انجام سزارین

ج) در صورت نامناسب بودن سرویکس (سفت و بسته) و جنین مرده یا عدم دسترسی به شرایط مناسب سزارین: استفاده از پروستاگلاندین برای آمادگی سرویکس بلامانع است ولی استفاده از آن نباید منجر به تأخیر در ختم بارداری شود.

د) سزارین در موارد اندیکاسیون های مامایی یا بدتر شدن وضعیت مادر انجام شود.

نکته: در مورد نحوه ختم بارداری بر اساس سن بارداری وضعیت مادر، جنین و وضعیت سرویکس تصمیم گیری شود.

نکته: اینداکشن باید حداکثر در مدت 6 - 3 ساعت پس از stable نمودن مادر آغاز و بارداری در مدت 12 ساعت ختم شود.

در مواقع نیاز به بی حسی، استفاده از روش بی حسی اپیدورال در این بیماران ایمن تر است.

کسب نظر متخصص اطفال در مورد نیاز به NICU ضروری است.

در بارداری 32 - 28 هفته در پره اکلامپسی شدید و نبود end organ damage، در مراکز مجهز سطح III و دارای NICU با آگاه نمودن مادر و خانواده از عوارض این بیماری، پس از کسب رضایت می توان درمان انتظاری انجام داد. این نوع درمان نیاز به مراقبت بسیار دقیق دارد. جهت تسریع در مجوریتی ریه می توان به مادر کورتیکواستروئید تجویز نمود و سولفات منیزیم طبق راهنما تجویز شده و پس از 24 ساعت برای مادر مجدداً تصمیم گیری نمود.

پس از زایمان:

تزریق سولفات منیزیم تا 24 ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است، باید تا 24 ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد. در شرایط خاص مانند اکلامپسی، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از 24 ساعت و سندرم HELLP تا 48 ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق می توان تزریق سولفات منیزیم را ادامه داد.

شرایط ترخیص مادر:

در صورت وجود شرایط زیر مادر می تواند حداقل 72 - 48 ساعت پس از پایان تزریق سولفات منیزیم، ترخیص شود:

- پس از کنترل فشارخون

- برقرار شدن ادرار به میزان کافی

- عدم احتمال تشنج مجدد

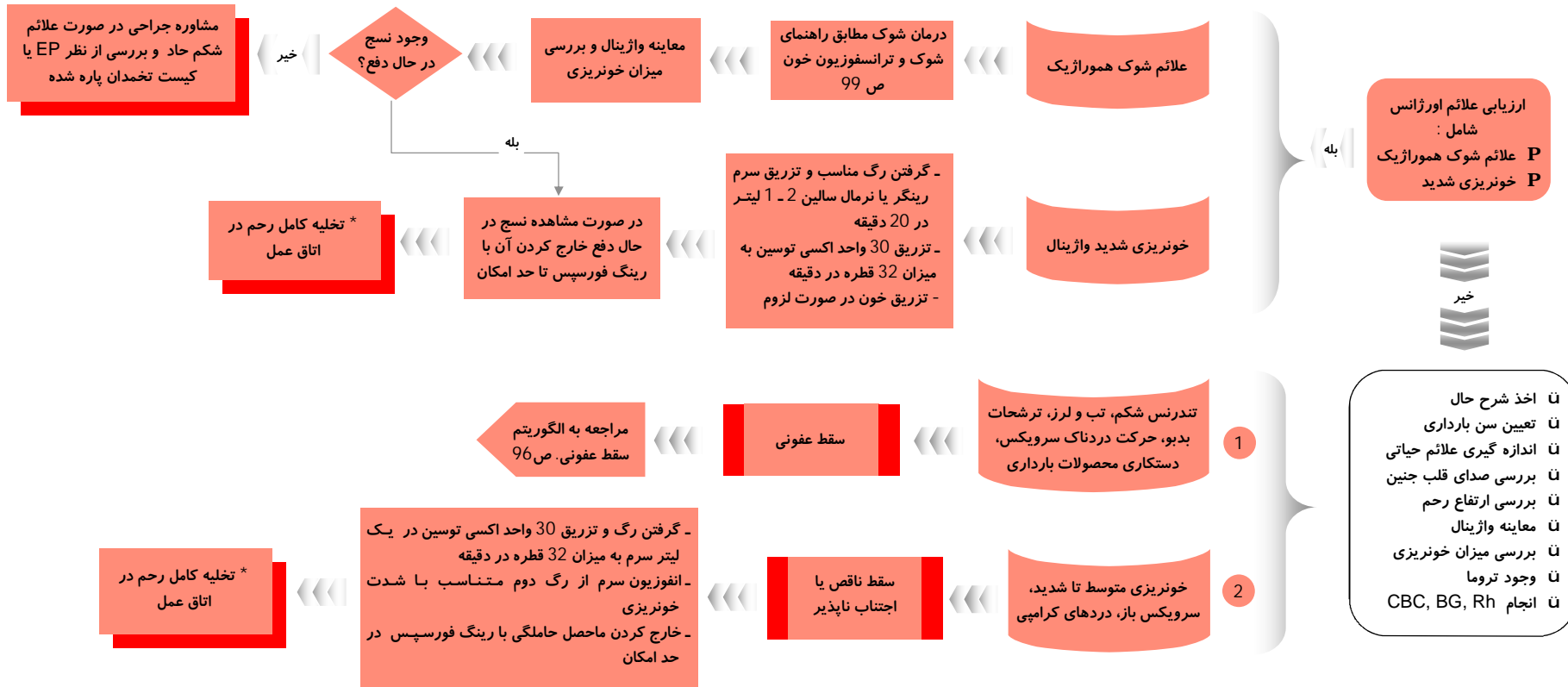
- نداشتن عوارضی مانند تاری دید، سر درد، درد اپی گاستر

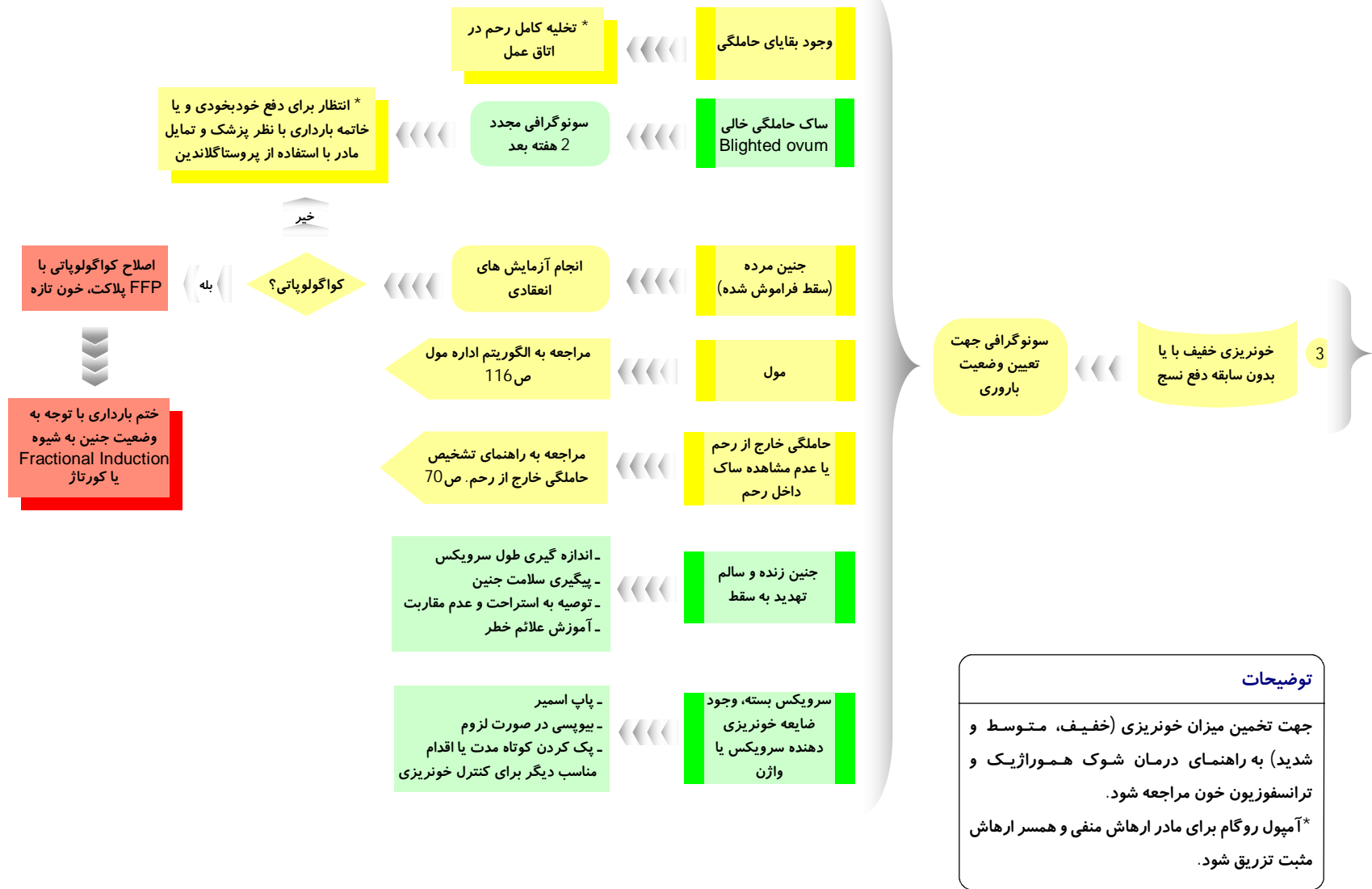
در صورتی که مادر با داروهای کاهنده فشارخون مرخص شده است باید هر هفته جهت اندازه گیری فشارخون مراجعه نماید. در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئینوری پس از 6 هفته مادر به متخصص داخلی ارجاع شود.

سندرم HELLP

شامل همولیز، اختلال در آزمایش های کبدی و ترومبوسیتوپنی در مادران فشارخون بالاست. برای درمان افراد مبتلا باید تمامی موارد مربوط به پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی رعایت شود و ضمن مشاوره با متخصص داخلی ابتدا 10 میلی گرم پتامتازون به صورت وریدی و سپس 5 میلی گرم هر 12 ساعت تا طبیعی شدن تعداد پلاکت تجویز شود. معمولاً در این سندرم تا 48 ساعت پس از زایمان، با نظارت دقیق می توان سولفات منیزیم را ادامه داد. یعنی تا زمانی که sub side علائم سندرم HELLP کنترل شود.

توجه: در مواردی که اختلال انعقادی وجود دارد تزریق عضلانی مجاز نمی باشد.





شرح اقدام	نوع اقدام
تعیین سن بارداری، زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه دفع نسج، دستکاری محصولات بارداری، دردهای کرامپی	اخذ شرح حال و سابقه
ارزیابی علائم حیاتی (تب و لرز)، معاینه واژینال (دفع نسج یا وزیکول، میزان خونریزی، باز یا بسته بودن سرویکس، حرکت دردناک سرویکس، ترشحات بدبو) و معاینه شکم (تندرنس شکم)	معاینه
علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، سقط عفونی، مول، وجود بقایای بارداری و یا EP	اندیکاسیون بستری
Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, تست های انعقادی و اندازه گیری پلاکت و فیبرینوژن	پاراکلینیک
سونوگرافی	تصویر برداری
پاپ اسمیر و بیوپسی سرویکس در شک به ضایعات سرویکس	سایر تست های تشخیصی
30 Oxytocin واحد در لیتر (در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر) در سه ماهه اول بارداری: میزوپروستول 800 میکرو گرم واژینال (قرص های 200 میکرو گرمی) هر 24 ساعت تا 3 دوز در هفته های 14-24 بارداری: میزوپروستول 400-100 میکرو گرم واژینال هر 6-12 ساعت تا 6 دوز (کنتراندیکاسیون های میزوپروستول همانند کنتراندیکاسیون های اکسی توسین است). سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون	درمان دارویی
PG ها در Missed Abortion: (Oxytocin در سقط ناقص و اجتناب ناپذیر)	اندیکاسیون
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده	درمان جراحی
تخلیه کامل رحم (کورتاژ)، لاپاراتومی	نوع عمل
استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی و یا دردهای کولیکی یا دفع نسج) توصیه به تزریق آمپول رگام	درمان غیر دارویی و آموزش ها
خونریزی شدید، شکم حاد، سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر، جنین مرده، ساک خالی حاملگی، وجود بقایای حاملگی	اندیکاسیون ختم بارداری
بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک	مدت بستری
پس از توقف خونریزی و پاک شدن رحم از محصولات حاملگی و Stable شدن شرایط بیمار	اندیکاسیون ترخیص
پیگیری سلامت جنین، اندازه گیری سرویکس در موارد تهدید به سقط، بررسی آنمی در موارد خونریزی شدید یا شوک	دستورات Follow up
	سایر اقدامات

نوع اقدام	شرح اقدام
اخذ شرح حال و سابقه	زمان شروع و میزان خونریزی، سابقه جراحی، وجود جنین آنومال، دقت در سونوگرافی انجام شده در خصوص محل جفت
معاینه	ارزیابی علائم حیاتی (علائم شوک)، معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، تندرns شکم)، صدای قلب جنین، میزان خونریزی، بررسی ضایعات سرویکس پس از رد جفت سرراهی
اندیکاسیون بستری	علائم شوک هموراژیک، خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، تندرns رحمی، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی، کنده شدن زودرس جفت
پاراکلینیک	آزمایشگاه Hb, HCT, BG, Rh, Cross match, BUN, Cr, Na, K دسترسی FDP در زمان شک به DIC
	تصویر برداری سونوگرافی
	سایر تست های تشخیصی NST, BPS, مانیتورینگ مادر و جنین
درمان دارویی	نوع دارو با ذکر دوز آمپول روگام، آمپول استروئید، توکولیتیک (استفاده از توکولیتیک مورد بحث است) سرم کریستالوئید و در صورت لزوم خون
اندیکاسیون	شوک هموراژیک، توقف درد های زایمانی، جفت سرراهی
درمان جراحی	اندیکاسیون خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آنومالی های مغایر با حیات، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی
	نوع عمل سزارین
درمان غیر دارویی و آموزش ها	استراحت، عدم انجام مقاربت و آموزش علائم خطر (تشدید خونریزی) توصیه به تزریق آمپول روگام در جفت سرراهی، دکلمان
اندیکاسیون ختم بارداری	خونریزی شدید، دیسترس جنینی، مرگ جنین، آسیب به کلیه، کوآگولوپاتی آشکار، جفت سرراهی یا کنده شدن زودرس جفت (در دو مورد آخر بستگی به میزان خونریزی و سن حاملگی دارد)
مدت بستری	بسته به شرایط بیمار و نظر پزشک
اندیکاسیون ترخیص	حداقل 3 روز پس از قطع خونریزی و Stable شدن شرایط بیمار در موارد جفت سرراهی
دستورات Follow up	-بررسی مهاجرت جفتی از طریق سونوگرافی سریال بعد از 24 هفته -بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال 4 تا 6 ماه پس از زایمان بعد از خونریزی های شدید
سایر اقدامات	مشاوره با متخصص داخلی (ترجیحاً هماتولوژیست) در صورت خونریزی شدید

خونریزی واژینال (نیمه دوم بارداری)

اقدام مطابق راهنمای شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون صفحه 99 و ادامه مراقبت ها مطابق همین الگوریتم

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 نا علائم شوک هموراژیک
 نا خونریزی شدید

بله



نا اخذ شرح حال
 نا تعیین سن بارداری
 نا کنترل علائم حیاتی
 نا بررسی صدای قلب جنین
 نا معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی
 (در صورت ندانستن محل جفت معاینه واژینال ممنوع)
 نا بررسی میزان خونریزی
 نا انجام آزمایش CBC, Hb, Hct, BG Rh, platelet count, BUN, Cross match, PT, PTT, Crea, Na, K, Fibrinogen و در صورت دسترسی انجام FDP* در زمان شک به DIC

- گرفتن دو رگ مناسب
 - تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین
 - رزرو خون

1

- مرگ جنین
 - دیسترس جنینی
 - آسیب به کلیه
 - خونریزی شدید
 - تندر نس رحمی
 - آنومالی مغایر با حیات در سونوگرافی قبلی

- کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه یک بار
 - ثابت کردن سوند ادراری (حجم مناسب ادرار $30 - 60^{\circ}\text{C}/\text{h}$)
 - ترانسفوزیون خون در صورت لزوم

ختم بارداری به روش واژینال (در صورت خونریزی شدید، دیسترس جنینی و جفت سر راهی تایید شده سزارین شود)

در صورت تشخیص کننده شدن زودرس جفت در زمان زایمان:
 - اطمینان از جمع بودن رحم
 - کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه تا 2 ساعت

- بررسی فونکسیون تیروئید و آدرنال 6 - 4 ماه پس از زایمان
 - انجام زودتر تست ها در صورت جاری نشدن شیر و یا بروز نشانه های دیگر

2

کواگولوپاتی آشکار

- مشاوره اورژانس داخلی
 - تزریق خون تازه، پلاکت، FFP

ختم بارداری با توجه به شرایط مادر و جنین

3

خونریزی خفیف واژینال سن جنین 37 هفته و بیشتر

بررسی سونوگرافی های قبلی و در صورت نیاز انجام سونوگرافی

جفت سر راهی؟

خیر

- آمنیوتومی زودرس و القای زایمان با اکسی توسین
 - زایمان واژینال با مانیوتورینگ دقیق مادر و جنین

بله

ختم بارداری به روش سزارین

*FDP: Fibrin Degradation Product



توضیحات

تا علل خونریزی نیمه دوم در 50% موارد دکلمان یا جفت سرراهی است و 50% دیگر عللی مانند ضایعات دستگاه تناسلی، پارگی رحم، وازوپرویا، چسبندگی غیرطبیعی جفت و یا علل ناشناخته است.

تا جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون صفحه 99 مراجعه شود.

تا معاینه با اسپکولوم می تواند مانند معاینه با انگشت تروماتیک باشد. بخصوص اگر جفت در پشت فورنیکس قدامی باشد. بنابراین بهتر است پس از سونوگرافی و رد جفت پرویا معاینه انجام شود ولی در صورت وجود انقباضات رحمی و عدم دسترسی به سونوگرافی، اسپکولوم با احتیاط گذاشته شود.

تا امروزه با دسترسی به دستگاه های سونوگرافی با رزولوشن بالا در مراکز درمانی، به double set up کمتر نیاز می شود. در صورت عدم دسترسی به سونوگرافی، پس از آمادگی جهت ختم بارداری double set up انجام شود.

تا در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته 34 بارداری، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر و جنین امکان پذیر است.

تا در صورتیکه مادر خطرات را به خوبی بشناسد و اهمیت محدودیت فعالیت در منزل را درک کند و انگیزه بالا در جهت حفظ جنین داشته باشد. حداقل 3 روز پس از قطع خونریزی می تواند بیمارستان را ترک نماید.

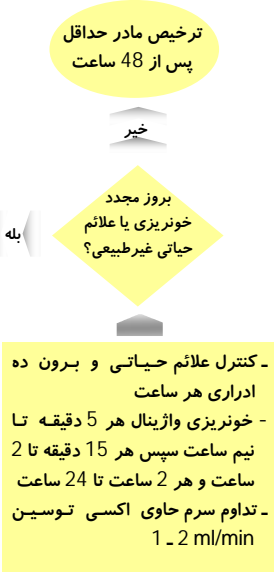
تا در مورد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سر راهی، چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مد نظر قرار گیرد.

خونریزی بلافاصله پس از زایمان

سرعت در تصمیم گیری و تخمین میزان خونریزی نجات دهنده است.

ارزیابی علائم اورژانس شامل:
 نآ علائم شوک هموراژیک
 نآ خونریزی شدید واژینال

بررسی علل دیگر خونریزی
 مانند اختلال انعقادی و
 هماتوم لگنی و یا بقایای
 جفتی با سرعت بیشتر



تجویز دارو های
 یوتروتونیک به ترتیب
 اولویت:
 تجویز اکسی توسین
 تجویز مترژن*
 میزوپروستول**
 PGf₂α***

1

رحم نرم خمیری

نآ اخذ شرح حال (نوع زایمان و زمان آن)
 نآ کنترل علائم حیاتی و برون ده ادراری
 نآ معاینه رحم و بررسی میزان خونریزی
 نآ گرفتن رگ
 نآ انجام آزمایش CBC, BG, Rh و رزرو خون
 نآ کومیس غیرمستقیم، پلاکت (فیبرینوژن و PTT, PT در
 صورت شک به دکلمان و DIC)
 نآ تجویز سرم رینگر یا نرمال سالین حاوی 20 واحد اکسی
 توسین با سرعت 10 ml/min (بجز وارونگی رحم)
 نآ دادن اکسیژن و گذاشتن سوند ادراری ثابت و تخلیه
 مثانه

درخواست کمک
 - گرفتن یک رگ دیگر
 - ماساژ دو دستی رحم و فشار
 روی آنورت شکمی
 - جستجوی رحم با دست برای
 یافتن قطعات باقی مانده جفت یا
 پارگی ها و بررسی کانال زایمان
 - گذاشتن سند فولی و پایش
 برونده ادراری
 - ترانسفوزیون خون

لاپاراتومی
 - پیک کردن رحم با سوند فولی یا بالن
 رحمی
 - بستن شریانهای رحمی و تخمدان
 - استفاده از تکنیک B-lynch
 - **** هیسترکتومی (بسته به
 وضعیت بیمار)
 - بستن شریان هیپوگاستر

توضیحات

جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.
 برای کنترل خونریزی در صورتی که اکسی توسین موثر واقع نشد به ترتیب از داروهای زیر استفاده شود:
 * در مورد فشارخون بالا و بیماری قلبی مصرف متیل ارگونوین منع دارد.
 ** 5 قرص دویست میکرو گرمی (1000 میکرو گرم) رکتال
 *** 250 میکرو گرم پروستاگلاندین عضلانی که در صورت لزوم میتوان آن را هر 15 دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا 8 دوز.
 **** در مواردی که مادر تعداد فرزندان کافی دارد هیسترکتومی می تواند اولین انتخاب باشد.

ادامه

