



مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی استان قم

اورژانس های زنان و

فوریتهای مامائی حین اعزام

نگارش:

مجدد پرورش مسعود- سید محسن چاوشی

زمستان ۱۳۹۵

حداقل سالانه بیش از ۵۰۰۰۰۰۰ نفر (از مادران باردار) در کل جهان جان خود را از دست می دهند که ۹۰ درصد این آمار در کشورهای در حال توسعه رخ میدهد.

تقریباً ۷۰ درصد مرگ و میر مادران باردار به علل زیر است:

خونریزی	۲۴٪
عفونت	۱۵٪
سقط غیرایمن	۱۳٪
هایپرتانسیون	۱۲٪
زایمان سخت	۸٪

علل زمینه ای مرگ و میر بر اثر عوارض بارداری عبارتند از :

- ✓ فقر
- ✓ تبعیض اجتماعی
- ✓ پائین بودن سطح تحصیلات
- ✓ خشونت علیه زنان باردار

به یاد داشته باشیم هرچه زنان در سنین پایین تر باردار شوند عوارض بارداری بیشتر است و همچنین افزایش تعداد بارداری موجب افزایش علل زمینه ای مرگ و میر مادران باردار می شود.

تقریباً ۴۰ درصد از زنان باردار در طول مدت بارداری، عوارض آن را تجربه میکنند که در ۱۵ درصد موارد این عوارض جدی بوده و تا آخر عمر با آنان همراه خواهد بود. سازمان بهداشت جهانی معتقد است آمار اعلام شده کشورها عدد دقیقی نیست لذا مرگ و میر مادران باردار احتمالاً بیش تر از آمارهای اعلام شده است.

تعاریف و اصطلاحات

مرگ و میر مادران:

تعریف: به مرگ مادر در خلال بارداری، زایمان و ۶ هفته پس از زایمان مرگ مادر گفته می شود، تمامی موارد مرگ مادر صرف نظر از طول مدت بارداری، محل باروری (مانند EP و...)، هر علتی که مربوط به بارداری باشد، عوارضی که در اثر بارداری تشدید شود، و یا موارد مرگ مادر که مستقیماً بعثت بارداری عارض شود همگی در آمار مرگ مادر باردار به ثبت خواهند رسید.

مرگ مادران بارداری که بر اثر حوادث و تروما حادث می شود در این آمار محاسبه نمی شود.

مرگ و میر مادران به دو گروه تقسیم می شوند:

۱- مرگ و میر مستقیم شامل:

مرگ مادران بر اثر عوارض مامائی، باردای، حین زایمان و یا پس از زایمان، مداخلات، سهل انگاریها و درمان نابجا و اشتباه، مانند مرگ بر اثر خونریزی پس از زایمان.

۲- مرگ و میر غیر مستقیم شامل:

مرگ مادران بر اثر بیماریهای قلبی مادر و یا بیماریهایی که در ضمن بارداری، زایمان و بعد از آن ظاهر و یا تشدید می شود. مانند فوت مادر باردار بر اثر کما و یا دیابت، و یا ابتلا به آنفلونزا.

مرگ تاخیری مادران باردار (late Maternal Death)

در صورتیکه مادری بین فاصله ۴۲ روز پس از زایمان تا یکسال با علت مستقیم و یا غیر مستقیم فوت کند در گروه مرگ تاخیری مادران دسته بندی میشود.

مرگ بر اثر عوامل غیر مادری (بارداری) Non Maternal Death

مرگ مادران بر اثر عوامل تصادفی یا اتفاقی که هیچگونه ارتباطی با بارداری و حاملگی ندارد را در این گروه تقسیم بندی می نمایند مانند مرگ مادر بر اثر سوانح رانندگی و یا بر اثر بدخیمی همزمان و ...

تولد (Birth):

بیرون آمدن و یا بیرون کشیدن کامل جنین از رحم بدون در نظر گرفتن آنکه بند ناف قطع شده یا قطع نشده و جفت هنوز متصل است یا خیر را، تولد گویند.



دوره حوالی تولد (Perinatal Period):

شامل تمامی تولدهای با وزن ۵۰۰ گرم یا بیشتر که این دوره ۲۸ روز بعد از تولد به پایان می رسد (در برخی منابع بجای وزن ۵۰۰ گرم از سن بارداری بیش از ۲۰ هفته استفاده شده است).

خروج جنین کمتر از ۵۰۰ گرم تولد محسوب نمی شود و از اصطلاح دفع محصولات حاملگی بهره گرفته می شود.

وزن کم تولد (low Birth Weight): شامل نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم

وزن خیلی کم تولد (Very low Birth): شامل نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم

Term neonate: نوزاد متولد شده پس از ۳۷ هفته کامل باردای تا ۴۲ هفته (از روز شروع آخرین قاعدگی) (۲۶۰ تا ۲۹۴ روز)

Preterm: نوزاد متولد شده کمتر از ۳۷ هفته (تا روز ۲۵۹)

Post term: نوزاد متولد شده بعد از هفته ۴۲ (از روز ۲۹۵ به بعد)

سقط: جنین یا رویانی که طی نیمه اول بارداری (۲۰ هفتهگی یا وزن کمتر از ۵۰۰ گرم) از رحم بیرون آید (بیرون کشیده شود)

ختم القا شده بارداری (Induced Termination of Pregnancy):

توقف عمدی بارداری داخل رحمی به قصدی غیر از تولد یک نوزاد زنده را ختم القا شده بارداری گویند که این توقف شامل احتباس محصولات بارداری به دنبال مرگ جنین نمی شود.

مرده زائی (Fetal Death) یا (Still Birth):

به مواردی که جنین پس از تولد و یا هنگام تولد هیچکدام از علائم حیات را نداشته باشد مرده زائی اطلاق می شود.

میزان مرگ و میر مادر: تعداد مرگهای مادران به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده را میزان مرگ و میر مادر گویند.

نازائی: هرگاه در یک زوج طی یکسال (علیرغم داشتن رابطه جنسی ۲-۳ مرتبه در هفته بدون استفاده از وسایل جلوگیری بارداری) بارداری رخ ندهد، نازائی مطرح می شود.

علل کاهش مرگ و میر مادران:

۱. نسبت بارداری به کل (کاهش میزان رغبت به بارداری)
۲. افزایش سن ازدواج
۳. بهبود سن بارداری (در نتیجه افزایش سن ازدواج)
۴. بهبود وضعیت تحصیلات بخصوص زنان روستایی
۵. دسترسی بهتر به مراقبتهای بهداشتی
۶. مراقبین سلامت (HCP) Health care provider

معاینه فیزیکی و شرح حال:

در معاینه فیزیکی و شرح حال توجه به نکات زیر مهم است:

- ✓ پرمویی و چاقی ممکن است از علائم PCO (کیست تخمدان) باشد.
 - ✓ داشتن رابطه جنسی (نسبت به مجرد یا متاهل بودن) از درجه اهمیت بیشتری برخوردار است.
 - ✓ نظم پریود ← یک پریود منظم ممکن است در افراد مختلف بین ۲۵-۳۵ روز طول بکشد.
 - ✓ طول دوره پریود که معمولاً ۷ روز است.
 - ✓ اختلالات تیروئیدی: ممکن است در مواردی باعث پرخونی شود.
 - ✓ بارداری: خانمی که در سنین بارداری قرار دارد در معاینه و شرح حال همیشه باید **باردار** در نظر گرفته شود مگر خلاف آن ثابت شود.
 - ✓ فیبروم: میتواند باعث خونریزی شود.
 - ✓ حجم خونریزی پریود: در حالت طبیعی ۸۰-۳۰ سی سی (بطور معمول ۵۰ سی سی) در نظر گرفته می شود.
 - ✓ الگوی خونریزی پریود: وجود لخته خون، دفع غیر طبیعی و دفع زیاد خون و ...
 - ✓ اندومتریوز (ایجاد بافت شبیه به بافت رحم در محل دیگری): علامت این بیماری درد غیر طبیعی و لکه بینی در فواصل میان پریودها بوده و عوارض آن شامل کیست تخمدانی، چسبندگی و در نهایت نازایی است.
 - ✓ عفونت: شانس ایجاد عفونت در زمان استفاده از IUD افزایش پیدا می کند.
 - ✓ EP (حاملگی نابجا): جز موارد اورژانس فوری (Full Emergency) است.
 - ✓ درد شکم: در شکم دردهای زنان، رنگ، قوام، بوی ترشحات واژینال و وجود خارش می بایست مورد توجه قرار گیرند.
 - ترشحات غلیظ به همراه خارش نشان دهنده عفونت قارچی است.
 - ترشحات سبز رنگ آبکی با بوی ماهی گندیده عفونت باکتریایی یا تریکومونائی را مطرح میکند.
- در عفونت های قارچی نیاز به درمان شریک جنسی نیست در صورتیکه عفونتهای باکتریایی شریک جنسی باید تحت درمان قرار گیرد.**
- ✓ زگیل های واژن نیاز به درمان داشته و در صورت عدم درمان ممکن است منجر به نازایی، سرطان سرویکس و دهانه رحم شود لذا به خانمها توصیه می شود قبل از اولین رابطه جنسی واکسن زگیل را تزریق نمایند.
 - ✓ گالاکتوره (خروج شیر از پستان): بعلت افزایش هورمون پرولاکتین ایجاد می شود.
 - ✓ درد در وسط شکم: احتمال بروز مشکل در رحم را افزایش میدهد و درد طرفین شکم ممکن است مربوط به مشکلات تخمدانها باشد.

مروری بر آناتومی و فیزیولوژی:

تخمدانها:

سایز تخمدان ها: $1\text{cm} \times 1/5 \times 3$.

غدد جنسی زنانه که مسئول ترشح استروژن، پروژسترون و توسترون می باشد. از دیگر وظایف این غدد رشد و آزاد سازی تخمک بالغ است.

لوله های رحمی (فالوپ):

طول لوله های رحمی ۱۵cm است که دارای ۴ قسمت می باشد. ساختارنازک و لوله مانند این اندام ها باعث می شود تا با حرکت پرستالتیسم (حرکات دودی) خود تخمک را به سمت رحم هدایت کند.

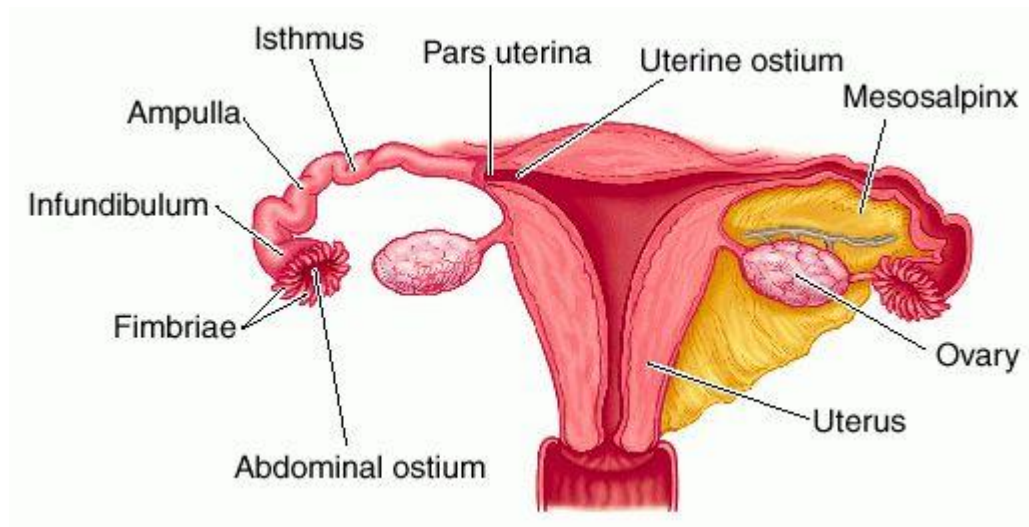
قسمتهای مختلف لوله های رحمی:

Fimbria.

Infundibulum

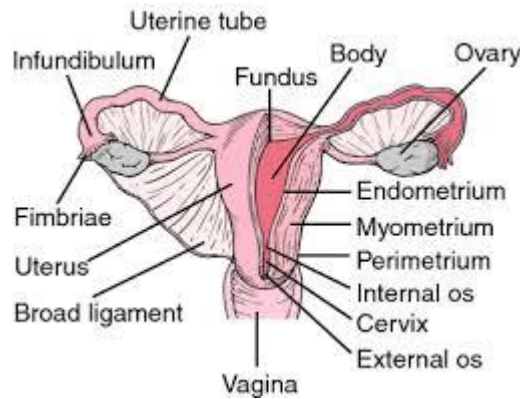
Ampulla

Isthmus



رحم ← عضو گلابی شکل که دارای ۳ قسمت است:

- Fundus (قله)
- Body (تنه)
- Cervix (گردن رحم)



این عضو محل نگهداری جنین در مدت بارداری بوده و دیگر وظیفه آن ایجاد انقباضات لازم در هنگام زایمان می باشد. رحم دارای ۳ لایه می باشد که به ترتیب از داخل به خارج عبارتند از:

داخلی ترین لایه که بخشی از آن طی قاعدگی دچار ریزش می شود و بنام Endometrium خوانده می شود. لایه میانی که شاخه اصلی عروق و اعصاب در آن قرار داشته و بنام Myometrium خوانده می شود. خارجی ترین لایه که به عنوان پوشش عمل می کند که به آن Perimetrium گفته می شود وزن رحم در خانم جوان (قبل از زایمان) ۳۰-۴۰ گرم و ابعاد آن $۸ \times ۵ \times ۲/۵$ سانتی متر است. سرویکس به ناحیه واژینا یا واژن اتصال دارد و دارای یک پوشش محافظتی (Protective Plug) می باشد. Bloody show در زمان شروع زایمان توسط سرویکس (Cervix) ترشح می شود.

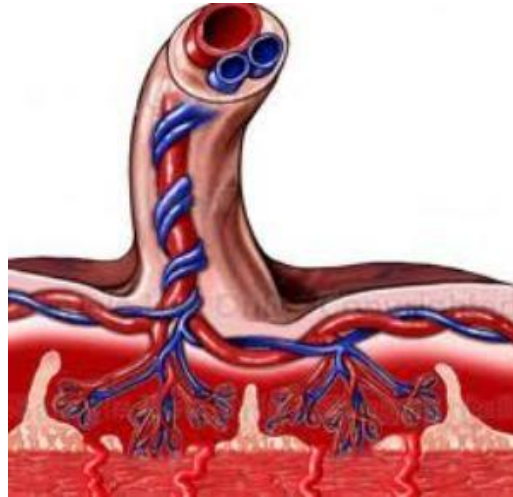
جفت (Placenta):

عضو دیسکی شکل که بعد از لقاح شروع به رشد کرده و خود را به دیواره رحم می چسباند و وظیفه تغذیه جنین را بعهده دارد و پس از زایمان جنین، از رحم خارج می شود.



بند ناف (Umbilical cord):

بند ناف دارای یک ورید و دو شریان می باشد که اطراف این عروق را ژله وار تون (Wharthon's jelly) بعنوان ماده حفاظتی احاطه کرده است.



ساک حاملگی:

ساک حاملگی با مایع آمنیوتیک پر شده و جنین در این مایع شناور می باشد.

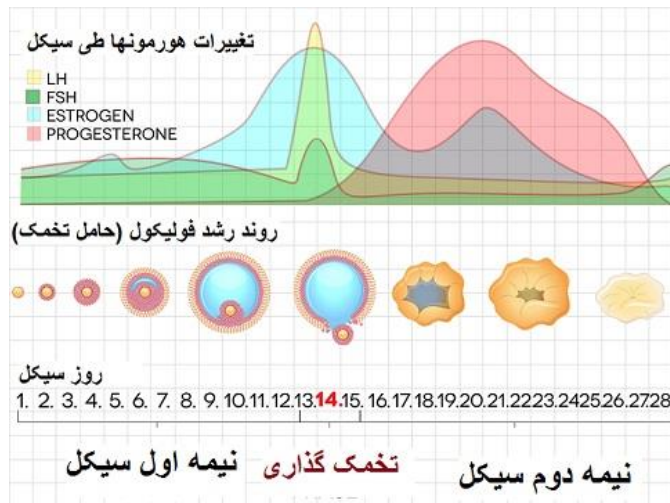


واژینا:

در قسمت تحتانی Cervix واژن (واژینا) قرار دارد.

سیکل قاعدگی:

- ✓ توسط هورمونهای استروژن و پروژسترون کنترل میشود.
- ✓ طول دوره ۲۵-۳۵ روز بوده و متوسط آن ۲۸ روز در نظر گرفته میشود.
- ✓ روز اول سیکل قاعدگی با خونریزی و خروج بافت اندومتر شروع میشود.
- ✓ بعد از ۳-۵ روز سطح استروژن افزایش پیدا می کند.
- ✓ در دو هفته اول غلبه با هورمون استروژن بوده و پس از آن دیواره رحم و اندومتریوم جهت پذیرش تخم لقاح یافته آماده میشود.
- ✓ در روز ۱۴ سیکل قاعدگی، تخمک گذاری بواسطه هرمون LH رخ میدهد.
- ✓ تخمک از طریق لوله های رحمی بین ۷-۵ روز آینده (پس از روز ۱۴) به سمت رحم می آید و در صورت عدم باروری و حاملگی تخریب اندومتریوم آغاز می شود.



فولیکول‌های اولیه در هفته ۲۰ جنینی ۷ میلیون ، در زمان تولد ۲-۱ میلیون و در نزدیک زمان بلوغ ۴۰۰-۳۰۰ هزار و طی مدت سن بارداری ۴۵۰ فولیکول آزاد میشود.

سیکل قاعدگی:

الف) مرحله تخمدانی: این مرحله دارای ۴ فاز می باشد.

۱. فاز فولیکولار : از روز اول تا روز ۱۴ ادامه پیدا می کند، در هر فاز تعداد ۱۲-۱۰ فولیکول تحت تاثیر گنادوترپین ها بخصوص F.S.H شروع به رشد می کند و در نهایت یک تخمک آزاد می شود و سایر فولیکولها آترزی (تحلیل) می-شوند. این رخ داد در هر سیکل تنها فقط در یکی از تخمدانها شروع شده و به پایان می رسد.
فولیکول گراف: فولیکولی است که تخمک در آن قرار دارد.

۲. فاز تخمک گذاری: حدود ۱۲-۱۰ ساعت قبل از تخمک گذاری میزان LH به اوج خود می رسد و باعث پارگی فولیکول گراف و آزاد شدن تخمک می گردد.

۳. فاز Luteal: در این فاز سلول های باقیمانده از فولیکول گراف تبدیل به یک غده درون ریز بنام جسم زرد می شود(Corpus luteum) این فاز حدود ۸ روز پس از تخمک گذاری شروع می شود.

ترشحات جسم زرد عمدتاً پروژسترون و طول این دوره ۱۴-۱۲ روز در همه خانمها ثابت است.

F.S.H از هیپوفیز ترشح می شود و باعث بلوغ فولیکول می شود.

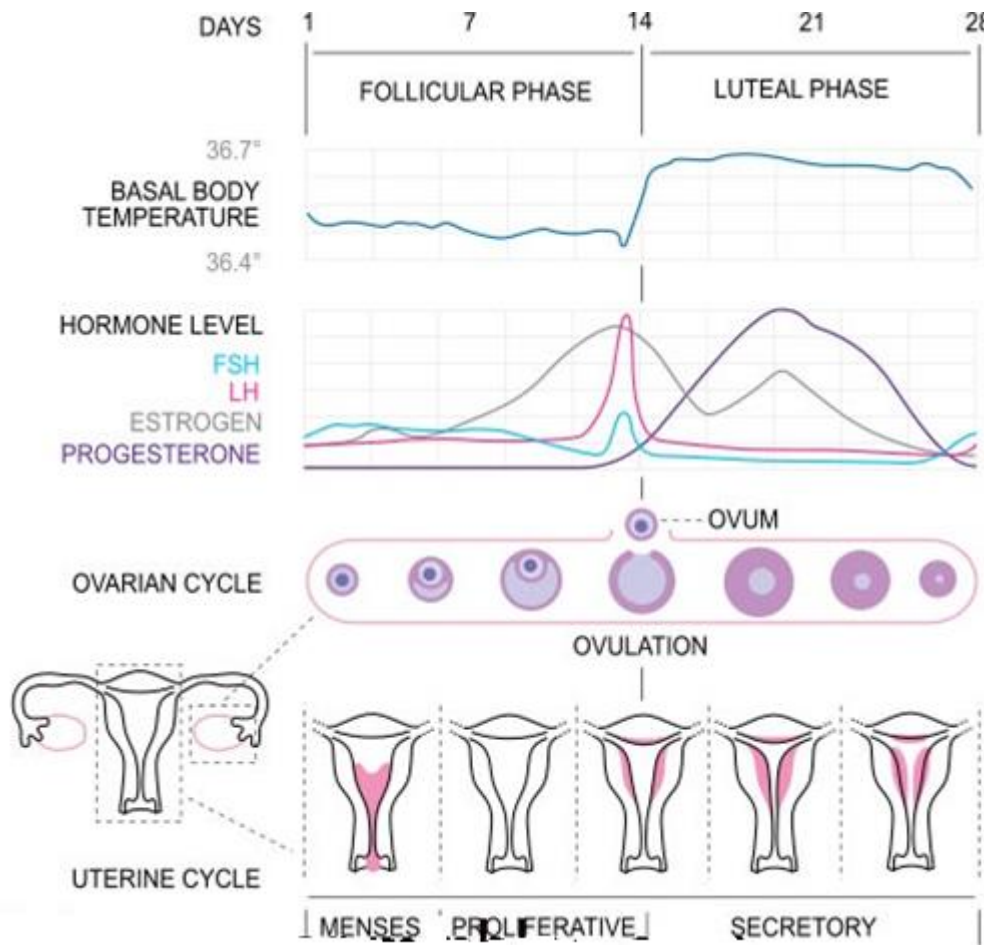
استروژن و پروژسترون از فولیکول گراف ترشح می شود که موجب افزایش ضخامت اندومتریم و بصورت فیدبک منفی کاهش F.S.H و افزایش LH را موجب می شود.

LH بر روی بقایای فولیکول اثر می گذارد و آنرا تبدیل به جسم زرد می کند

جسم زرد پروژسترون ترشح می کند که باعث تثبیت لایه اندومتریم می شود.

فاز ۴: تحلیل جسم زرد

در صورتیکه بارداری اتفاق نیفتد جسم زرد کم تحلیل می رود. تحلیل جسم زرد پس از ۸ روز (در صورت عدم بارداری) تقریباً شروع شده و موجب ریزش دیواره رحم شده تا سیکل بعد آغاز شود.



ب) مرحله رحمی (سیکل اندومتر):

این مرحله دارای ۴ فاز می باشد.

۱. فاز تکثیری (Proliferative): این مرحله مطابق با انتهای فاز فولیکولار تخمدانی است در این مرحله افزایش رشد اندومتر و عروق اسپیرال (مارپیچی) رخ میدهد.
 ۲. فاز ترشچی (Secretory): در این مرحله ضخامت اندومتر به ۶ میلی متر افزایش پیدا می کند و در این مرحله پروژسترون بر روی میومتر اثر می کند و حرکات و انقباضات آن را کم می کند. این مرحله مطابق با فاز Luteal تخمدان است.
 ۳. فاز قبل از قاعدگی: در این مرحله استحاله جسم زرد و تضعیف لایه اندومتر رخ میدهد. (در صورت عدم باروری) حدود ۲-۵ روز قبل از قاعدگی (خونریزی) این مرحله آغاز می شود.
 ۴. فاز قاعدگی: در این مرحله خونریزی شریانی و وریدی رخ میدهد.
- در برخی منابع فاز ۳ و ۴ را جمع کرده و تحت عنوان فاز ایسکمیک نامگذاری می نمایند. هجوم ماکروفاژها و کلوسیتها، تخریب اندومتریوم را باعث می شوند.

از جمله عواملی که موجب نکرور، انقباض عروق و تخریب اندومتریوم می شوند میتوان به پروستاگلاندین اشاره کرد.

LH با افزایش دمای در حدود نیم درجه سانتی گراد تشخیص تخمک گذاری را ممکن می نماید.

اعمال جفت:

۱. تبادلات گازی و اعمال تنفسی: بعلت بیشتر بودن فشار گاز CO2 از طریق انتشار و O2 نیز به همین روش جابجا می شود.
۲. تغذیه یا انتقال مواد غذایی: جنین بجز O2 به بقیه مواد غذایی نیاز دارد که بر اساس قانون انتشار و یا انتقال فعال و یا اسمز مواد مورد نیاز مانند الکترولیتها، کربوهیدراتها، چربیها، پروتئین ها، سدیم، پتاسیم و کلسیم به جریان خون جنین منتقل می شود.
۳. دفع مواد زاید: مانند اوره، کراتینین که براساس قوانین اسمز و یا انتقال فعال دفع می شود (این قسمت را می توان بعنوان نقش کلیه در نظر گرفت)
۴. عملکرد غده اندوکراین (تولید کننده هورمون): جفت بصورت موقت هورمون ترشح می کند هورمون هایی مانند استروژن ، پروژسترون که باعث تغییراتی در پستان ، ناحیه واژن ، سرویکس و لگن می شود که برای زایمان طبیعی لازم می باشد.
۵. بعنوان یک سد دفاعی عمل می کند (عملکرد نسبی)

برخی از داروها به راحتی از جفت عبور می کنند مانند استروئیدها، ناکوتیک ها، داروهای هوشبری و قسمت عمده ای از آنتی بیوتیک ها

۶. ذخیره سازی ← گلیکوژن، آهن و ویتامین های محلول در چربی را جفت ذخیره می کند.

حدود ۳ هفته بعد از کاشت تخم (زیگوت) جفت شروع به رشد می کند و فعالیت خود را از هفته چهارم آغاز می کند و در هفته ۱۴ یک ارگان کاملا مستقل و کامل می باشد.

وزن جفت بین هفته های ۲۰-۱۲ از وزن جنین بیشتر می باشد.

تریمستر (Trimester): هر ۳ ماه از دوران بارداری را بعنوان یک تریمستر در نظر می گیرند.

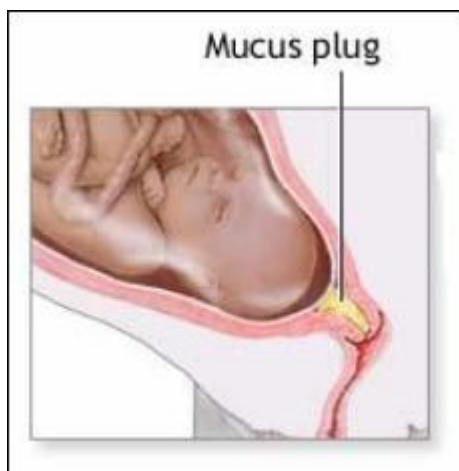
نکته: بسیاری از اورژانس های بارداری و زنان در تری مستر اول و سوم رخ میدهد.

تغییرات فیزیولوژیک در دوران بارداری:

تغییرات در سیستم تولید مثل:

- ✓ رشد رحم و رسیدن وزن آن به بالای ۲ پوند (۹۰۰ گرم)
- ✓ افزایش ظرفیت رحم به بالای ۵ لیتر .
- ✓ پرخون شدن رحم حدود یک ششم گردش خون مادر در رحم جریان پیدا می کند.

نکته: Mucus plug: در قسمت ورودی سرویکس قرار دارد که یک ماده غلیظ موکوسی بوده که از سرویکس ترشح می شود و بعنوان یک لایه حفاظتی مانع ورود میکرو ارگانیسم ها به سمت بالا می شود و بدین لحاظ مانع عفونت می شوند. لذا موکوس پلاگ یک نقش دفاعی دارد.



بزرگ شدن پستان های مادر، بیشتر حالت ندولار (دانه دانه) پیدا می کند و بعنوان تغییرات فیزیولوژیک جهت آماده سازی جهت شیردهی می باشد.

تغییرات در سیستم تنفسی (Respiratory system)

- ✓ افزایش نیاز مادر به O₂ تا ۲۰ درصد
- ✓ کاهش مقاومت مسیر تنفسی که بر اثر هورمون پروژسترون دیواره سیستم تنفسی شل می شود.
- ✓ افزایش حجم جاری (T.V) تا ۴۰ درصد
- ✓ افزایش RR

تغییرات سیستم قلبی-عروقی: Cardio vascular

- ✓ افزایش برون ده قلبی
- ✓ افزایش حجم خون مادر تا ۴۵ درصد (بیشتر پلاسما-سرم)
- ✓ افزایش ضربان قلب به میزان ۱۵-۱۰ ضربه در دقیقه
- ✓ فشار خون به صورت آهسته طی ۳ ماهه اول و دوم کم می شود و در ۳ ماهه سوم آهسته آهسته افزایش پیدا می کند و در پایان زمان بارداری به حالت طبیعی بر می گردد.

سیستم گوارشی:

- ✓ تهوع و استفراغ در ۳ ماهه اول
- ✓ نفخ و یبوست: به علت شل شدن عضلات صاف دستگاه گوارش ممکن است حرکات پرستالتیسم وجود نداشته باشد.
- ✓ سوزش سردل (Piroses): بدلیل شل شدن اسفنکتر مری اسید معده بالا می آید و موجب سوزش سردل می شود و از سوی دیگر فشار جنین به معده باعث سوزش سردل می شود.



سیستم کلیوی:

✓ جریان خون کلیوی افزایش می یابد.

GFR (Glomerular Filtration Rate) قدرت تصفیه کلیه تا ۵۰ درصد افزایش پیدا می کند (کلیه در یک فرد طبیعی ۲۵ درصد برون ده قلب را دریافت می کند)

نکته: بعلت حرکت رحم به سمت بالادر خانم باردار مثانه نیز به سمت بالا و قدام جابجا می شود.

رحم یک ارگان داخل لگنی بوده که در زمان بارداری آرام آرام به یک ارگان داخل شکمی تبدیل می شود. ولذا مثانه به سمت بالا و قدام کشیده می شود. توجه به این نکته در تروماها اهمیت ویژه دارد.

سیستم اسکلتی – عضلانی:

مفاصل لگن به علت تغییرات هورمونی شل می شوند تا امکان خروج جنین فراهم شود.

بعلت تغییر مرکز ثقل (بعلت وزن و فشارهای جنین) ممکن است مادران باردار دچار کمردرد شوند.

نکته: مایع آمنیوتیک: ۹۹ درصد آب و ۱ درصد مواد جامد غیرمحلول مانند مواد غذائی، مواد زائد و محصولات جنینی است که عملکرد این مایع بیشتر نقش حفاظتی بوده وامکان حرکت جنین در شکم رافراهم می کند. این مایع در تغذیه جنین نیز نقش دارد.

یکی از اصطلاحات مخصوص شرح حال بارداری GPAL است که در سیستم های زنان و زایمان استفاده می شود. در این قسمت به توصیف این اصطلاح می پردازیم.

←G Gravid: تعداد دفعات حاملگی خانم بعلاوه بارداری حاضر بدون توجه به نتیجه حاملگی (سقط، مرده زائی، دوقلو زائی و...) به زبان دیگر دفعات بارداری را محاسبه واعلام می کند.

←Grand multi gravid a بارداری بیش از ۵ بار

←Nolin Gravid a تاکنون باردار نشده

L (Living): تعداد فرزندان زنده را محاسبه می کند.

A (Abortion): تعداد سقط ها را محاسبه می کند (سقط خودبخودی ، القاء شده و درمانی)

P (Para): تعداد فرزندان دنیا آمده بعد از هفته ۲۰ (و با وزن بالای ۵۰۰ گرم)

← Parity با تعداد قلها بالا نمی رود و با مرده زائی نیز کاهش پیدا نمی کند.

←Multi para به تعداد زایمان های بیشتر از ۲ بار گویند.

شرح حال مامائی (Obstetric history)

- ✓ زمان بارداری
- ✓ گراویتی یا پارا
- ✓ سابقه سزارین
- ✓ سبک زندگی مادر Maternal life style
- ✓ وضعیت بیماریهای عفونی مادر
- ✓ سوابق مشکلات زنان یا بارداری مانند سقط ، EP، اکلامپسی
- ✓ سوابق تروما
- ✓ پرسش در مورد درد با محوریت OPQRST
- ✓ مقدار و ویژگی خونریزی واژینال
- ✓ وجود ترشحات غیرطبیعی واژینال (لوکوره)
- ✓ وجود Bloody show یا موکوس پلاک که علامت پارگی پرده ها و نشان دهنده زایمان قریب الوقوع است.
- ✓ وضعیت سلامت فعلی و مراقبتهای Prenatal (محل دریافت مراقبتهای بارداری)
- ✓ سابقه مصرف داروها و آلرژی و سوء مصرف مواد
- ✓ تمایل به دفع یا زور زدن اجباری که از علائم قریب الوقوع زایمان است.

نکات مربوط به معاینه فیزیکی:

- ✓ توجه به Chief Complaint (C.C) مادر.
- ✓ شناسائی موارد تهدید کننده حیات
- ✓ رنگ پوست یا General Appearance: مانند بررسی وضعیت دهیدراتاسیون بیمار (از روی وضعیت صورت)
- ✓ کنترل V.S (علامت حیاتی پنجم در مادران باردار ضربان قلب جنین Fetal heart rate است که می بایست ۱۶۰-۱۲۰ باشد)
- ✓ معاینه شکم از لحاظ دفورمیتی و یا اسکار جراحی که در هنگام معاینه شکم در نظر داشته باشید لمس می بایستی آرام انجام شود.
- ✓ اتساع بیش از اندازه شکم و مثانه (به علائم تحریک پربتوئن مانند گاردینگ و ریباند تندر نس دقت شود)

ارزیابی سایز رحم و جنین:

- ✓ در بین هفته های ۱۰-۸ هیچ چیز قرینه و منظم وجود ندارد و رحم در محدوده ای مشخص قابل بررسی نیست اما معمولا به یک سمت منحرف میشود.
- ✓ در بین هفته های ۱۶-۱۲ رحم در بالای سمفیزیس پوبیس قابل لمس است.
- ✓ هفته ۲۰ رحم در حوالی ناف دیده می شود.
- ✓ در اواخر حاملگی قله رحم حدود زایفوئید لمس می شود.

صدای قلب جنین در هفته ۱۲ قابل شنیدن است. اگر تعداد ضربان قلب جنین به مدت ۶۰ ثانیه بالای ۱۶۰ و یا کمتر از ۱۱۰ باشد نشان دهنده زجر جنین است.

✓ در هفته ۳۶ سرجنین در ناحیه سمفیزیس پوبیس بوده و بعد از هفته ۳۶ تا زمان پایان بارداری سرجنین پایین تر از این ناحیه گزارش می شود.

در موارد سقط جنین بر اثر تروما در صورتیکه سن جنین بالای ۴ ماه است باید سن دقیق جنین توسط مراجع ذیصلاح (پزشکی قانونی) تعیین شود.

در صورت تزریق بیش از اندازه سرم N/S ممکن است اسیدوز هیپرکلرمیک در بیمار ایجاد میشود.

عوارض بارداری در حاملگی:

- ✓ بعضی از بیماریها ماسکه (پنهان) می شوند (مانند هیپرتانسیون ، دیابت ، عفونتها)
- ✓ برخی از بیماریها تشدید میشوند (مانند بیماریهای اتصال عصب به عضله، بیماری قلبی)
- ✓ برخی دیگر با تظاهرات بالینی Atypical (غیرمعمول) مانند آپاندیسیت ظاهر میشوند.
- ✓ در مبتلایان به MS وضعیت بیمار در $\frac{1}{3}$ موارد تشدید

$\frac{1}{3}$ موارد بهتر

$\frac{1}{3}$ موارد بدون تغییر

استفراغ های بیمارگونه دوران بارداری (Hyper emesis Gravidum (H.G)

علائم معمولاً ۵-۲ هفته بعد از حاملگی شروع شده این تهوع و استفراغ در ۳ ماهه اول (یا در برخی منابع پایان هفته ۲۰) می بایست بهبود پیدا کند. حدود ۲۰-۱۰ درصد مادران تا زمان زایمان ممکن است تهوع و استفراغ را داشته باشند (باشدت کمتر) H.G معمولاً در حاملگی بعدی با همین الگو تکرار میشود.

علل H.G

- ✓ حساسیت مغزی به حرکت
- ✓ کاهش تخلیه معده (افزایش زمان تخلیه معده)
- ✓ ناکافی بودن مایعات دریافتی
- ✓ تغییرات هورمونی که باعث رشد سریع جفت ایجاد میشود
- ✓ ریفلکس معده به مری
- ✓ استرسهای عاطفی و فیزیکی
- ✓ کمبود ویتامینها

مراقبت از بیماران H.G

- ✓ دهیدراتاسیون را در نظر بگیرید
- ✓ کاهش وزن و اثر بر روی جنین
- ✓ سوء تغذیه و اثر بر روی جنین

درمان:

ضدتھوع و مایع درمانی: برخی مکمل ها و ویتامینها جهت مراقبت از بیماران H.G

برخی از متخصصین داروهای ضدافسردگی جهت بیمار H.G تجویز می کنند (به منظور کاهش استرس)

RH sensitization

آنتی ژن AB از نوع IGM بوده و از جفت عبور نمی کنند و آنتی ژن RH از نوع IGG بوده و از جفت عبور می کند.

این بیماری در مادران RH منفی و جنین RH مثبت ایجاد می شود لذا قطعا پدر جنین RH مثبت بوده است.

بدن مادر علیه آنتی ژن RH مثبت که از خون جنین وارد خون وی شده است آنتی بادی می سازد و معمولا دربارداری اول مشکلی ایجاد نمی کند اما دربارداریهای بعدی بدن علیه جنین وارد عمل می شود.

دراین بیماران جهت جلوگیری از واکنش آمپول روگام تزریق می شود.(ایمونوگلوبین)

مادران RH منفی باید به دقت تحت مراقبت قرار گیرند و سونوگرافی داپلر در این مادران نقش مهمی دارد.

اگر جنین دچار آنمی باشد ممکن است ترانسفوزیون داخل رحمی برای جنین انجام شود.

درمادران RH منفی برخی نوزادان بدون علامت و برخی نوزادان دارای علامت شدید Erythroblastosis Fetalis هستند که دارای علائمی همچون:

آنمی ، زردی، ادم ،هپاتومگالی (بزرگی کبد) ، اسپلینومگالی(بزرگی طحال) و ادم سراسری بدن Hydrops fetalis.

درمان این بیماری ترانسفوزیون خون است.

فشارخون دربارداری Pregnancy Induced HTN

شیوع این بیماری در ۱۰-۶ درصد از بارداریها رخ میدهد و موجب افزایش خطر برای مادر و جنین است. این بیماری به ۳ صورت

Gestational (فشارخون بارداری که دراین حالت بیمار در زمان بارداری فشار خون $\frac{140}{90}$ و بالاتر داشته و بعد از زایمان مشکل بیمار برطرف می شود).

پراکلامپسی

اکلامپسی

فشارخون بارداری ممکن است بعلت پس زدن حاملگی (Rejection) باشد که علیه جنین ایجاد می شود و یا ممکن است مرحله اول پراکلامپسی باشد.

پراکلامپسی:

فشار خون بارداری+ دفع پروتئین در ادرار (دفع پروتئین بیشتر از 300 mg/dl باشد)

این بیماری میتواند از نظر فشارخون و پروتئین اوری (دفع پروتئین در ادرار) خفیف یا شدید باشد.

نکته: فشار خون بالا باعث پروتئین اوری می شود. در بیماران پراکلامپسی دیاستول میتواند بالای ۱۰ میلی مترجیوه باشد.

تبدیل پراکلامپسی به اکلامپسی غیرقابل پیش بینی بوده و براساس مطالعات هیچ دارویی جهت پیشگیری موثر نیست.

پاتوفیزیولوژی:

✓ پراکلامپسی موجب وازواسپاسم شده و در نتیجه ایسکیمی جفت و نهایتا آسیب جنین را در پی خواهد داشت.

✓ آسیب ارگانهای مادری مانند ICH (خونریزی داخل مغزی)

✓ اندوتلیال سل اینجری (آسیب سلولهای اندوتلیال داخل عروقی) که میتواند باعث افزایش نفوذ پذیری مویرگی و به تبع آن ادم می شود.

✓ میتواند باعث فعال شدن آبشارانقادی و DIC (اختلال انعقاد داخل عروقی منتشر) شود.

ادم یکی از مشخصات این بیماری است. علائم کاهش پرفیوژن بافتی به تمام ارگانها وجود دارد همانند تپش قلب، کاهش برون ده ادراری و ...

عوامل دخیل در ایجاد این بیماری:

✓ اختلالات جفتی

✓ سن بالای مادر

✓ HTN مزمن

✓ بیماریهای کلیوی مزمن

✓ بیماریهای عروقی ناشی از دیابت

✓ سابقه لوپوس سیستمیک

✓ بارداریهای متعدد

اکلامپسی ← پراکلامپسی + تغییرات سطح هوشیاری مثل تشنج

در برخی منابع بدون توجه به فشارخون، تشنج مادر باردار را اکلامپسی تلقی می کنند.

در مواردی بدون وجود فشار خون بالا پروتئین اوری گزارش شده است.

علائم بالینی:

✓ سردرد

✓ اختلال بینایی

✓ تهوع و استفراغ

ممکن است در برخی مادران بارداری در اوایل بارداری فشار خون بالا گزارش نشود و از هفته ۲۰ به بعد تا چند هفته بعد از زایمان فشار خون بالا دیده شود.

عوامل خطر مادر و جنین در این بیماری:

- ✓ توسعه و تشدید سریع بیماری
- ✓ نادیده گرفته شدن علائم اولیه توسط مادر

لزوما همه بیماران HTN پراکلامپسی ندارند و همه بیماران پراکلامپسی فشارخون بالا ندارند.

سردرد، تغییرات فشار خون و درد اپیگاستر میتواند مطرح کننده این بیماری در مادران باردار باشد.

در پراکلامپسی پیشگیری از ورود به مرحله اکلامپسی اهمیت ویژه دارد و در فاز اکلامپسی درمان تشنج مهم است.

در ۱۰-۵ درصد مادران دچار پراکلامپسی عوارضی بنام HELLP دیده میشود.

همولیز (H)

Hemolysis

افزایش آنزیمهای کبدی (EL)

Elevated Liver enzyme

کاهش پلاکت به کمتر از ۱۰۰۰۰۰ (LP)

Low platelet

PT و PTT در این بیماران نرمال است.

سایر عوارض پراکلامپسی:

جدا شدن زودرس جفت

خونریزی از سایر قسمت‌های بدن مادر

نکته: مادران باردار دچار پراکلامپسی با فشار خون بالای $\frac{140}{90}$ نیاز به بستری دارند.

تشنج در مادران اکلامپسی معمولا تونیک، کلونیک (گراندمال یا جنرال) است که اغلب از اطراف دهان شروع شده و حالت تویچینگ (پیچیدن به خود) دارد و آینه میدهد.

این تشنجه‌ها در هفته‌های آخر ممکن است باعث زایمان زودرس شود.

نکته: پوزیشن انتقال این بیماران Left lateral است. و هنگام انتقال این بیماران از آلام و آژیر استفاده نکنند و در عبور از دست اندازها نهایت دقت شود چون ممکن است باعث تشنج شود.

درمان:

✓ O2 تراپی ضروری

✓ I.V line

✓ درمان اصلی مبتنی بر استفاده از منیزیم سولفات است. با Loading dose (دوز بارگیری) ۴gr در مدت ۲۰ دقیقه (در

برخی منابع ۶ گرم ذکر شده است) و (Maintenance dose) دوز نگهدارنده $\frac{2gr}{hour}$

نکته: در صورتیکه در بیماران اکلامپسی BP دیاستول بالای ۱۰۵ باشد نیاز به مداخله در جهت کاهش فشارخون می باشد.

از داروهای هیپراسموتیک (مانند مانیتول) و دیورتیکها (مانند لازیکس) جهت کاهش فشار خون بیماران اکلامپسی (بخصوص در هنگام بارداری) استفاده نمیشود.

افراد تحت درمان با سولفات منیزیم می بایست دائما کنترل رفلکس زانو داشته باشند و در صورت کاهش رفلکس تزریق منیزیم سولفات قطع شده و از گلوکونات کلسیم به منظور بر طرف کردن مسمومیت استفاده شود.

از دیازپام و لورازپام تزریقی میتوان بعنوان کنترل کننده تشنج، کاهش فشار خون و افزایش خونرسانی به بافت به دلیل شل کنندگی عضلات در این بیماران استفاده کرد.

مراحل زایمان:

مرحله اول: از شروع انقباضات رحمی تا اتساع کامل دهانه رحم

اتفاقات / مراحل	اولیه	فاز فعال	فاز گذرا
دیلاتاسیون سرویکس	۰-۳cm	۳-۸cm	۸-۱۰cm
فواصل انقباضات	۵-۲۰min	۴-۵min	۲-۳min
طول انقباضات	۳۰-۴۵s	۶۰s	۶۰-۹۰s
زمان	۸-۲۰ ساعت در اولین زایمان ۶-۸ ساعت در زایمانهای بعدی	۱-۲h	۱۵۰-۳۰min
علائم	درد ناحیه پشت کمر و در بین انقباضات فاقد علائم	لرز، تهوع، استفراغ در بین انقباضات ممکن است علائم دیده شود.	فشار در ناحیه رکتوم و احساس دفع

مرحله دوم: از اتساع کامل تا خروج جنین که از علائم آن Bloody show می باشد زمان آن در زایمان اول ۱-۲ ساعت و در زایمانهای بعدی تا ۳۰ دقیقه است.

مرحله سوم از خروج کامل جنین تا خروج کامل جفت.

دیابت بارداری

در بارداری افزایش ترشح انسولین و افزایش مقاومت به انسولین در بدن مادر ایجاد می شود.

علل مقاومت به انسولین در بارداری:

- ✓ هورمونهای جفت از جمله هورمون رشد و هورمونهای پروژسترون و لاکتوژن
- ✓ علل مادری: چاقی، کم تحرکی، افزایش کالری دریافتی و سایر علل همانند دیابت نوع ۲.

افراد دیابتی عموماً جنین ماکروزوم (جنین با وزن بالا) دارند.

سقط خودبخودی:

ختم غیردرمانی بارداری قبل از هفته ۲۰ (یا وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم) که جنین قابلیت حیات در خارج رحم ندارد را سقط خودبخودی گویند.

تولد جنین بین هفته ۲۱ تا هفته ۳۶ را زایمان زودرس (نوزاد نارس) گویند.

شیوع سقط خودبخودی در $\frac{1}{10}$ از بارداریها رخ میدهد که بیشتر آن در ۳ ماهه اول و قبل از هفته ۱۰ اتفاق می افتد. این بیماران اغلب مضطرب و نگران بوده و از خونریزی واژینال به همراه درد شکایت دارند (علامت اصلی این بیماران خونریزی واژینال است) این بیماران در شرح حال خود سابقه آمنوره (عقب افتادن پریود) و کمردرد را ذکر می کنند.

میزان خونریزی می تواند کم بوده و یا از خونریزی کم شروع شده و سپس زیاد شود. این بیماران ممکن است فاقد درد و یا همراه با درد و انتشار آن به قسمت تحتانی کمر و پشت شکایت داشته باشند. در این بیماران درد شبیه دوران قاعدگی و امکان بروز آن در ناحیه سوپراپوبیک (قسمت تحتانی شکم) محتمل است. دفع بافت در برخی از این بیماران نیز ممکن است گزارش شود.

در هنگام اخذ شرح حال زمان شروع خونریزی و درد باید مشخص شود. و میزان اتلاف خون می بایست تخمین زده شود

(هر پد کامل آغشته به خون حدود ۲۵-۲۰ سی سی خون در نظر گرفته می شود)

اقدامات:

- ✓ کنترل علائم شوک و خونریزی بنابراین برقراری راه وریدی در این بیماران اهمیت ویژه ای دارد.
- ✓ حمایت روانی

چهار علت اصلی خونریزی در اوایل بارداری:

- ✓ فیزیولوژی که مربوط به جایگزینی تخم لقاح یافته در دیواره رحم (که ممکن است با شروع پریود اشتباه گرفته شود)
- ✓ EP
- ✓ سقط خودبخودی
- ✓ پاتولوژی دستگاه تناسلی

(E P) Ectopic pregnancy :

قرار گرفتن (کاشته شدن) تخم لقاح یافته در هر جایی بجز رحم EP نام دارد که شیوع آن ۲ درصد و علت اصلی مرگ به دلیل خونریزی در ۳ ماهه اول بارداری است. EP معمولا در ۸-۶ هفته بعد از سیکل قاعدگی رخ میدهد

علت کلی EP تاخیر در انتقال تخم بارور شده به رحم می باشد که علت این تاخیر ممکن است PID (بیماری التهابی لگن)، چسبندگی بعلت جراحیهای شکم، انجام T.L (بستن لوله های رحمی)، EP قبلی و استفاده از IUD

در این بیماران اخذ شرح کامل ژنیکولوژی اهمیت ویژه ای دارد: زمان پرئود، روشهای جلوگیری، مقاربت

زمان پارگی EP نامشخص است اما معمولا در بین هفته های ۱۲-۲ رخ می دهد.

تشخیص افتراقی:

پارگی کیست تخمدان، PID، آپاندیسیت، سقط

تریاد کلاسیک (در EP سالم و پاره شده):

✓ درد شکمی

✓ خونریزی واژینال (کم، متوسط، شدید)

✓ آمنوره (عدم قاعدگی) و یا اولیگومنوره (خونریزی کم)

در بیماران مبتلا به EP ممکن است درد ارجاعی به شانه (به علت نشت خون به فضای شکم و تحریک دیافراگم)، تهوع، استفراغ و سنکوپ دیده شود.

علائم کلاسیک شوک، احساس دفع بعلت تجمع خون در اطراف رکتوم نیز در این بیماران گزارش می شود.

EP پاره شده یک اورژانس واقعی است که احیا سریع با مداخله جراحی الزامیست.

در صورت شک به EP پاره شده همانند شوک هموراژیک عمل کنید.

مطالعات نشان داده اند در افراد مبتلا به EP:

Ep پاره شده در ۷۸٪ موارد

وجود درد شکمی دارند، در ۹۹٪ موارد

آمنوره در ۷۴٪ موارد

خونریزی واژینال در ۵۶٪ موارد

خونریزی ۳ ماهه سوم که در ۴ درصد بارداریها رخ میدهد هرگز نرمال نیست علت ۵۰ درصد این خونریزیها عبارتند از:

- ✓ جدا شدن زودرس جفت بصورت نسبی و کامل
- ✓ جفت سرراهی
- ✓ پارگی رحم

جدا شدن زودرس جفت و یا جفت درست کاشته نشده بعد از هفته ۲۰ (در حدود ۱٪ بارداریها) که در ۱۵ درصد موارد توأم با مرگ جنین می باشد.

عوامل زمینه ساز جدا شدن زودرس جفت:

- ✓ HTN مادر
- ✓ پراکلامپسی
- ✓ بارداریهای متعدد
- ✓ تروما
- ✓ دکولمان قبلی
- ✓ دخانیات (افزایش ۲/۵ برابری)

علائم عمومی:

خونریزی در ۳ ماهه سوم و درد خفیف تا متوسط شکم یا پشت. خونریزی ممکن است کم و یا در حد تهدید کننده حیات باشد. نکته: میزان خونریزی در جدا شدن زودرس جفت ارتباطی با خونریزی قابل دید (خارجی) ندارد. هرچه قدر جدائی جفت بیشتر باشد تحریک رحم بیشتر و رحم و شکم تندرns بیشتری دارد.

در مواردی مادر انقباضات رحمی را گزارش می کند اما به نظم و ترتیب انقباضات رحمی هنگام زایمان نیست.

نبودن ضربان قلب جنین و یا کم بودن این ضربان دلیل بر شدت جدائی جفت است.

جفت سرراهی:

قرار گرفتن جفت در قسمت تحتانی رحم میتواند باعث بسته شدن کامل و یا ناقص دهانه رحم شود که ممکن است موجب:

- ✓ افزایش خونریزی
- ✓ افزایش احتمال زایمان زودرس
- ✓ افزایش سزارین

شیوع این بیماری $\frac{5}{1000}$ بارداری است.

خونریزی قرمز، روشن، بدون درد با یا بدون انقباض رحمی از علائم جفت سر راهی است.

نکته (در منابع جدید رنگ خون در تشخیص این بیماری اهمیت کمتری دارد)

علائم فوق ممکن است موردی و منقطع و خونریزی کم یا متوسط باشد. در صورت شروع زایمان و فشار جنین بر روی جفت ممکن است خونریزی افزایش پیدا کند. در این بیماران بعلت هیپوکسی ممکن است ضربان قلب جنین کاهش پیدا کند.

عوامل مرتبط با ایجاد جفت سرراهی:

- ✓ سن بالای مادر
- ✓ بارداریهای متعدد
- ✓ سابقه سزارین
- ✓ سابقه سقط
- ✓ سابقه جفت سرراهی
- ✓ مقاربت اخیر توام با خونریزی

هنگام مراقبت از این بیماران در نظر داشته باشید:

- ✓ تعیین انجام سزارین و یا عدم انجام آن مشخص شود.
- ✓ در حدود ۲۰-۳۰ درصد موارد ممکن است این خونریزیها با انقباضات و درد همراه باشد.
- ✓ گرم کردن بیمار

پارگی رحم:

اغلب بعلت باز شدن اسکار (محل سزارین قبلی) رحمی است

در هنگام مواجهه با بیمار مبتلا به پارگی رحم همانند بیمار مبتلا به پارگی سایر ارگانهای داخل شکمی برخورد می نمائیم.

علل ایجاد پارگی رحم:

- ✓ زایمان طول کشیده
- ✓ تروما حین بارداری
- ✓ جنین با وزن بالا

شیوع پارگی رحم $\frac{1}{1500}$ بارداری است.

پارگی رحم:

- ✓ در ۱ درصد موارد موجب مرگ مادر و ۲ درصد مرگ جنین می شود.
- ✓ در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ مرگ جنین ۶۵-۷۰ درصد بوده است.
- ✓ مهمترین علامت پارگی رحم افت ضربان قلب جنین است.

درد ناگهانی شکم بصورت مداوم و پاره کننده (Stead & Tearing) از ویژگیهای پارگی رحم است.

علائم:

- ✓ علائم زایمان فعال
- ✓ علائم اولیه شوک
- ✓ خونریزی که ممکن است دیده نشود.
- ✓ گاردینگ شکم
- ✓ درد منتشر شکمی که ممکن است در قسمت پائین شکم (بدلیل اسکار قبلی سزارین) و یا حتی در زیر جناغ سینه حبس شود.
- ✓ امکان حس کردن اندامهای جنین از روی شکم (بدلیل پارگی زیاد)



مراقبت:

- ✓ مراقبت از شوک
- ✓ عدم معاینه واژینال بدلیل تشدید خونریزی و زایمان زودرس
- ✓ استفاده از پد جهت کنترل خونریزی
- ✓ تعیین محل قله رحم در ابتدا و تعیین محل های بعدی قله رحم باگذشت زمان (جهت پیگیری)
- ✓ تعیین مداوم ضربان قلب جنین بدلیل احتمال تشدید خونریزی و بروز شوک.

خونریزی طول کشیده (Prolong):

خونریزی با حجم بالا (زیاده از حد) که معمولا طی ۲۴ ساعت بعد از زایمان رخ میدهد.
ولی گزارش های مبنی بر خونریزی در ۱۲ هفته بعد از زایمان نیز وجود دارد.
شایعترین محل خونریزی محل اتصال جفت به رحم است. خونریزی زایمان بالای ۸ هفته غیر طبیعی در نظر گرفته میشود.

علل خونریزی بعداز زایمان:

- ✓ عفونت
- ✓ باقی مانده محصولات حاملگی
- ✓ کانسر
- ✓ ناهنجاریهای عروق رحم
- ✓ بارداری جدید (لانه گزینی)

P.P.H. (postpartum hemorrhage) خونریزی بعد از زایمان:

یک مورد اورژانس (متعاقب زایمان طبیعی و یا سزارین) می باشد و یکی از ۳ علت مرگ و میر در کل کشورها (کشورهای غنی $\frac{1}{100000}$ و در کشورهای فقیر $\frac{1}{1000}$) میباشد.

میزان بروز P.P.H. ۵-۱ درصد بارداریها است.

اتفاق نظری در تعریف P.P.H. وجود ندارد.

تعریف ۱: خونریزی در حدی باشد که بیمار سیمپاتوماتیک (علامت دار) شود از علائمی چون رنگ پریدگی، سرگیجه، تعریق، تپش قلب و سنکوپ

تعریف ۲: خونریزی که منجر به علائم هیپوولمی شود و مانند کاهش فشارخون، افزایش HR، اولیگوری و $SPO_2 < 90\%$ تعریف افت فشار خون:

مطلق: فشارخون سیستول کمتر از ۹۰ mmHg

نسبی: افت فشار خون بیش از ۴۰ mmHg نسبت به فشار قبلی بیمار

اولیگوری: کمتر از ۵۰۰ CC ادرار در ۲۴ ساعت

آنوری: کمتر از ۵۰ CC ادرار در ۲۴ ساعت

نکته: همواره خون P.P.H. قابل رویت نیست و ممکن است داخل حفره شکم باشد.

تعریف ۳: خونریزی بعداز زایمان طبیعی مساوی و یا بیشتر از ۵۰۰ CC و متعاقب سزارین مساوی و یا بیشتر از ۱۰۰۰ CC

تعریف ۴: هموگلوبین بعد از زایمان ۱۰ درصد نسبت به هموگلوبین قبل از زایمان کاهش پیدا کرده باشد. و برخی منابع کاهش ۱۰ درصد هماتوکریت را در نظر می گیرند.

Primary- Entry: طی ۲۴ ساعت اول اول بعد از زایمان رخ میدهد.

Secondary-Late : طی ۲۴ ساعت تا ۱۲ هفته.

نکته: در افراد باردارشریان رحمی ۷۰۰-۵۰۰ CC از برون ده قلبی را دریافت می کند. که تقریبا ۱۵ درصد برونده قلبی است.

در افراد طبیعی ۲ مکانیسم جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان وجود دارد که عبارتند از:

- ✓ انقباض میومتر که منجر به انقباض عروق میشود.
- ✓ عوامل انعقادی که به دو دسته موضعی و سیستمیک (فاکتورهای انعقادی) تقسیم میشود.

عوامل خونریزیهای P.P.H. (در ۲۴ ساعت اول):

- ۱- ۸۰ درصد علل مربوط به آتونی(شلی)رحم که دارای علت های زیر است
 - ✓ اتساع بیش از حد رحم (چند قلوئی ، پلی هیدراسینوس(مایع آمنیوتیک بیش از حد) و ماکروزومی
 - ✓ عفونتهای رحمی بدلیل زایمان در شرایط غیربهداشتی
 - ✓ خستگی رحم بعلت زایمان طول کشیده
 - ✓ وارونگی رحم
 - ✓ بقایای حاملگی
 - ✓ سایر علل ناشناخته.

نکته: با گذشت ۲۴ ساعت از زایمان، رحم نبایستی بالای سمفزیس پوبیس لمس شود.

۲- تروما ← بریدگی

✓ اپیزیاتومی

✓ پارگی رحم

✓ بریدگیها

✓ لاسریشن

۳- مشکلات انعقادی

✓ اکتسابی (پراکلامپسی، جداشدن جفت، سپسیس، آمبولی مایع آمنیوتیک)

✓ مادرزادی

۴- سایر علل:

✓ سابقه P.P.H.

✓ جفت سرراهی

✓ چاقی

✓ تعدد زایمانها

✓ مرحله اول زایمان طول کشیده (بیش از ۲۴ ساعت)

پیشگیری از P.P.H. و درمان

- ✓ ماساژ قله رحم از اهمیت بالائی برخوردار است
- ✓ تزریق داروهای منقبض کننده رحم (مانند اکسی تونین)
- ✓ گرفتن ۲ راه وریدی با آنژیوکت ۱۸ و یا ۱۶ و در شرایط ایده آل استفاده از آنژیوکت ۱۴
- ✓ تجویز اکسیژن به میزان ۱۵-۱۰ لیتر

P.P.D. ثانویه

علل ایجاد کننده:

- ✓ آتونی رحم
- ✓ باقیماندن محصولات حاملگی
- ✓ عفونت
- ✓ کانسر
- ✓ ناهنجاریهای عروق

مراقبت از این بیماران شبیه به P.P.H. اولیه است اما خطر آن کمتر است.

عمده کار درمان P.P.H. کنترل علائم و عوارض ناشی از خونریزی و شناخت علت ایجاد کننده P.P.H. می باشد.

عارضه دیگر وارونگی رحم است که علیرغم نادر بودن مرتالیتیه بالایی دارد. و علت مرگ و میر این بیماران خونریزی می باشد.

انواع وارونگی رحم:

- ✓ ناقص (نسبی)
- ✓ وارونگی کامل
- ✓ پرولابس قله رحم
- ✓ پرولابس واژن

۹۰ درصد درگیریها به شکل ۳ و ۲ (وارونگی کامل و پرولابس قله رحم) میباشد.

وارونگی رحم از لحاظ زمان وقوع به صورت زیر تقسیم بندی می شود:

حاد (طی ۲۴ ساعت اول) ۸۳/۴٪

تحت حاد (بین ۲۴ ساعت تا ۴ هفته) ۲/۶٪

مزمن (پس از یکماه) ۱۳/۹٪

وارونگی رحم پاتوفیزیولوژی مشخصی ندارد اما با ماساژ بیش از اندازه رحم در آتونی و افراد دارای خونریزی رحم مرتبط است.

ریسک فاکتورهای ایجاد کننده وارونگی رحمی:

- ✓ ماکروزمی
- ✓ زایمان سریع
- ✓ بند ناف کوتاه
- ✓ استفاده از شل کننده های رحمی
- ✓ نولی پارا (رحمی که زایمان نداشته)
- ✓ کانسر رحم
- ✓ مانور کشیدن دستی جفت

وارونگی رحم بدنبال زایمان طبیعی و سزارین ممکن است رخ دهد.

علائم:

- ✓ خونریزی کم تا شدید
- ✓ درد کم تا شدید در ناحیه پائین شکم
- ✓ مشاهده خروج جسم نرم (بافت نرم)
- ✓ علائم انسداد ادراری (باتوجه به فشارورده به میزنای)

مراقبت پیش بیمارستانی تاکید بر کنترل خونریزی و شوک دارد.

اختلالات رفتاری پس از زایمان

سایکوز پس از زایمان:

عموما روانپزشکان واژه های تخصصی تر جهت سایکوز پس از زایمان بکار می برند از جمله: Post-Partum Depression

تا ۶ ماه پس از زایمان (برخی منابع تا یکسال) اختلالات رفتاری در دسته سایکوز پس از زایمان دسته بندی می شود.

ساده ترین اختلال رفتاری پس از زایمان که در حدود ۸۰ درصد خانمها آن را تجربه می کنند اختلالی به نام Baby blue (غم بچه) است در این اختلال در بیمار تغییرات روانی عمدتا بصورت بی حوصلگی ، کاهش انرژی و گاهی حالت اشکباری (گریه کردن) بروز می کند. تنها اقدام درمانی لازم در این افراد ساپورت اجتماعی از طرف همسر، اعضا خانواده و افراد با اهمیت (از نظر بیمار) می باشد. تقسیم وظایف به کمک کردن نگهداری کودک و ... در بهبودی بیمار تاثیر دارد. این اختلال معمولا در چندروز اول و نهایتا پایان هفته اول بهبود می یابد.

عوامل خطر ایجاد کننده اختلالات روانپزشکی پس از زایمان:

- ✓ حاملگی ناخواسته
- ✓ جنسیت نامطلوب کودک (از نظر بیمار و یا همسر)
- ✓ مرده زائی
- ✓ زایمان پیش از موعد

- ✓ چند قلو زائی (که مادر وظیفه سنگین تری دارد)
- ✓ ناهنجاری در کودک متولد شده
- ✓ نبود حمایت‌های اجتماعی از سوی خانواده
- ✓ نگرانی‌های قبل از بارداری

طی تحقیق انجام شده در استان گلستان عمده نگرانی‌های مادران عبارتند از:

- ✓ نحوه مراقبت از نوزاد
- ✓ حمایت خانواده بخصوص همسر پس از زایمان
- ✓ حفظ جذابیت پس از وضع حمل برای همسر
- ✓ تولد نوزاد با ناهنجاری‌های مادرزادی

نکته: ریسک ایجاد اختلالات رفتاری پس از زایمان در همه افرادی که نیست بعنوان مثال مادری که دچار سابقه اختلالات رفتاری بوده احتمال ایجاد اختلالات رفتاری پس از زایمان در او بیشتر خواهد بود.

درصدی از افراد مبتلا به Baby blue به سمت افسردگی پیش می‌روند.

افسردگی

دومین اختلال از اختلالات پس از زایمان، افسردگی است.

نکته: بیماری برچسب افسردگی دریافت می‌کند که به مدت بیش از ۲ هفته ۵ علامت یا بیشتر از علائم افسردگی را داشته و همراه آن اختلال عملکرد در رفتار بیمار دیده شود.

علائم و نشانه‌های افسردگی:

- ✓ خلق افسرده (تغییر چهره، گریه، چین و چروک صورت)
- ✓ احساس عدم لذت
- ✓ کاهش توجه و تمرکز (اختلال تمرکز)
- ✓ اختلال خواب بصورت افزایش و یا کاهش
- ✓ اختلال اشتها (بصورت پراشتهایی و کم‌اشتهایی)
- ✓ کاهش یا افزایش وزن
- ✓ افکار تکرار شونده مرگ یا خودکشی (حتی ممکن است فکر ایجاد ناراحتی و بیماری صعب‌العلاج ایجاد شود)
- ✓ احساس گناه منتشر در ابعاد مختلف زندگی
- ✓ انزوار و گوشه‌گیری در فعالیت‌های اجتماعی

نکته: نشانه‌های فوق می‌بایست با نشانه‌های مزبور به سوگ و فقدان افتراق داشته باشد.

از جمله نشانه‌های سوگ و فقدان (که یک واکنش طبیعی محسوب می‌شود) عبارتند از:

✓ احساس گناه: با این تفاوت که درسوگ اختصاصا مربوط به فقدان همان شخص میباشد و در سایر ابعاد زندگی بیمار وجود ندارد.

✓ انزوا: با این تفاوت که درسوگواری شدید نبوده و فرد حمایت‌های اجتماعی را می‌پذیرد اما در افسردگی بیمار حمایت‌های اجتماعی رانمی‌پذیرد.

سایر اختلالات روانی پس از زایمان:

الف - درصدی از مادران که دارای انواع توهم و هذیان باشند تحت عنوان سایکوز دسته بندی می‌شوند.

محتوای هذیان و توهم با موضوع زایمان ارتباط دارد مانند به دنیا آوردن کودک قدیسه، افکار مربوط به عدم تعلق کودک به وی و این کودک به گونه ای غیرعادی در رحم وی قرار داده شده است، شنیدن صدایی که بیمار را امر به از بین بردن نوزاد خود می‌کند.

✓ ممکن است مادر هم دچار افسردگی و هم دچار سایکوز شده باشد (افسرده سایکوتیک)

علتهای ایجاد اختلال رفتاری پس از زایمان

✓ تغییرات هورمونی

✓ اتفاقات حین زایمان

اهمیت تشخیص اختلالات رفتاری در مادران پس از زایمان مسائل قانونی است به گونه ای که تشخیص این اختلالات پس از زایمان بعهده کادر درمان در ارتباط با وی می‌باشد و در صورت بروز مشکل و آسیب نوزاد کادر درمان پاسخگو و مقصر اصلی هستند.

اولین نشانه های اختلالات رفتاری بخصوص سایکوز بیقراری و تحریک پذیری است.

نکته: پس از زایمان ، مادر می‌بایستی از نظر روانی ارزیابی شده و سپس نوزاد بصورت کامل در اختیار وی قرار گیرد.

ب - سایکوز:

سایکوز از اورژانس های رفتاری مادران است که نیاز به بستری دارد در مورد این مادران اقدامات زیر الزامیست:

✓ جدا کردن نوزاد از مادر و انتخاب روش جایگزین تغذیه نوزاد

✓ پس از stable شدن مادر میتوان نوزاد را تحت مراقبت به مادر جهت تغذیه تحویل داد

اما باتوجه به طولانی بودن دوره درمان حتما روش تغذیه نوزاد بررسی شود.

نکته: از عوارض جدا کردن نوزاد از بیمار عدم ایجاد دلبستگی بین مادر و فرزند است.

✓ بیماران مبتلا به سایکوز پس از زایمان حتی در صورت حمایت خانواده می‌بایست بستری شده و تحت

درمان قرار بگیرد. یک گروه مهم دچار اختلالات رفتاری که الزاما می‌بایست بستری شوند مادران افسرده پس از زایمان می‌باشند.