

خونریزی بعد از زایمان :

به از دست دادن خون به اندازه ۵۰۰ میلی لیتر یا بیشتر بعد از تکمیل مرحله سوم زایمان گفته می شود . خونریزی طبیعی در مرحله سوم زایمان بعلت جدایی جفت رخ می دهد . در صورتی که خونریزی غیر طبیعی وجود نداشته باشد ، می توان منتظر جدایی خود بخود جفت ماند.

در صورت وجود خونریزی غیر طبیعی باید اقدامات لازم انجام شود.

در ادامه مطلب به چند مورد از عوامل خونریزی غیر طبیعی بعد از زایمان اشاره می شود:

۱- آتونی رحم :

نا توانی رحم در انقباض کافی بعد از زایمان آتونی رحم گفته می شود . شایعترین علت خونریزی بعد از زایمان می باشد.

عواملی که باعث ایجاد آتونی می شود شامل : بزرگی جنین ، چند قلوپی ، تحریک زیاد زایمانی با اکسی توسین ، سابقه خونریزی بعد از زایمان ...

۲- باقی ماندن قطعاتی از جفت :

یکی از علل شایع خونریزی در اواخر نفاس و بعد از زایمان باقی ماندن قطعاتی از جفت در رحم است. به همین دلیل ضروری است که بعد از زایمان معاینه جفت صورت گیرد تا در صورتی که تکه ای از جفت کنده شده باشد و یا خونریزی بعد از زایمان تداوم یابد ، حفره رحمی جهت پاکسازی ، تکه های باقی مانده بررسی شود.

۳- پارگی دستگاه تناسلی :

خونریزی از رحمی که به شدت منقبض شده است نشانه پارگی مجرای تناسلی می باشد. بنابراین چک کامل سرویکس و واژن و پرینه بعد از زایمان الزامی است. پارگی را می توان با بخیه مناسب کنترل کرد.

۴- پارگی رحم:

یکی از عوامل خونریزی در حین زایمان و بعد از زایمان پارگی رحم می باشد که پارگی رحم در اثر عوامل زیر ایجاد می شود:

آسیب حین زایمان در اثر چرخش داخلی ، زایمان سخت با فورسپس ، زایمان سریع ، فشار شدید به رحم طی زایمان

شایعترین علت پارگی رحم ، جدا شدن اسکار سزارین قبلی است.

پارگی در زنانی که چندمین حاملگی را داشته اند ، شایع تر است.

۵- وارونگی رحم:

وارونه شدن رحم بعد از زایمان بعلت کشش محکم بر بند نافی که به جفت چسبیده به فاندوس ، متصل است رخ می دهد.

عوامل دیگری مانند : فشار روی فاندوس ، رحم ، سرویکس شل نیز در این پدیده نقش دارد.

مکانیسم جبرانی حفظ برون ده قلبی و فشار خون وقتی که کاهش حجم خون از ۲۵ درصد فراتر رفت کفایت می کند.

میزان برون ده ادراری یکی از علائم اصلی پیگیری بیماران دچار خونریزی است .

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

«بیمارستان امام خمینی (ره) استهبان»

خونریزی بعد از زایمان



تهیه کننده: کوثر شبانی / کارشناس مامایی

منبع : ۱- ویلیامز ۲۰۱۸ - ۲- راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان

تاریخ بازنگری: بهار ۱۴۰۲

تاریخ تدوین: بهار ۱۳۹۸



درمان دارویی :

۱. تجویز اکسی توسین
۲. تجویز متروژین
۳. میزوپروستول ، ۵ قرص ۲۰۰ میکروگرمی
رکتال
۴. ۲۵۰ میکروگرم پروستاگلاندین عضلانی
که در صورت لزوم می توان آن را هر
۱۵ دقیقه تکرار کرد و حداکثر تا ۸ دوز

درمان جراحی :

- ❖ کورتاژ
- ❖ بستن شریان های رحمی
- ❖ بخیه فشاری رحمی
- ❖ در مواردی که مادر تعداد فرزندان کافی
دارد ، هیستروکتومی می تواند اولین انتخاب باشد.

و میزان خونرسانی به کلیه ها و سایر اعضای حیاتی را
نشان می دهد. میزان طبیعی برون ده ادراری ۶۰-۳۰
میلی لیتر در ساعت است.

- ❖ تمام زنان در معرض خطر خونریزی باید تعیین
گروه خونی و غربالگری و یا کراس میچ در مورد
آنها انجام گیرد.
- ❖ تزریق سرم باید ۳ برابر خون از دست رفته باشد .
یعنی به ازای ۱۰۰۰ سی سی خون از دست رفته
۳۰۰۰ کریستالوئید انفوزیون گردد.

درمان غیر دارویی :

- ❖ ماساژ دو دستی رحم و فشار روی آئورت شکمی ،
جستجوی رحم با دست برای یافتن قطعات باقی
مانده جفت یا پارگی ها و بررسی کانال زایمان
- ❖ گذاشتن سوند فولی و پایش برون ده ادراری
- ❖ ترانسفوزیون (تزریق) خون