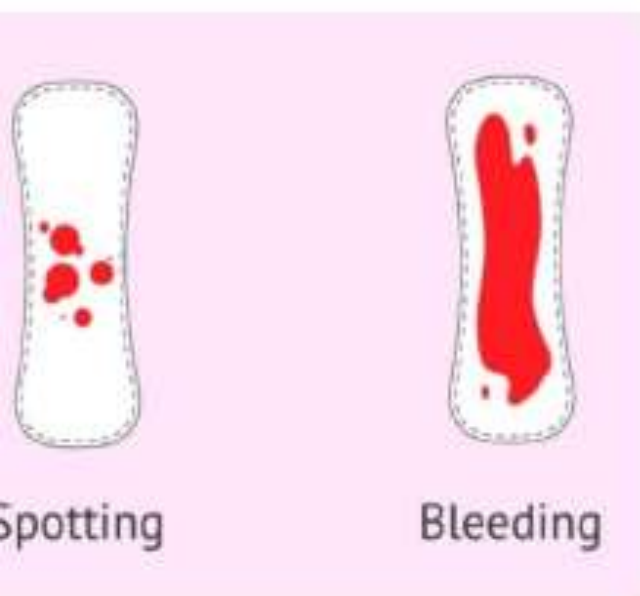


خونریزی های سه ماهه دوم بارداری

# خونریزی های سه ماهه دوم بارداری



Spotting

Bleeding

- تقریباً در 4-5 درصد از تمامی بارداری ها، خونریزی در سه ماهه سوم رخ میدهد.
- خونریزی میتواند بصورت **لکه بینی** یا در حد **خونریزی شدید تهدید کننده ی حیات** باشد
- در اواخر بارداری حجم کلی خون مادر حدود 40% و برون ده قلبی او حدود 30% افزایش می یابد.
- 20% از این برون ده قلبی افزایش یافته به رحم باردار میرسد، پس خونریزی شدید میتواند بسیار خطرناک و برای مادر تهدید کننده حیات باشد.
- خونریزی شدید کمتر از لکه بینی شایع است.
- اما در صورت وقوع می تواند از دلایل اصلی مورتالیتی و موربیدیتی مادر و جنین باشد .

# پاتوفیزیولوژی



علل مهم آناتومیک خونریزی سه ماهه سوم :

1. علل مرتبط به ناحیه آنال: هموروئید، تروما

2. علل مرتبط با ولو: وریدهای واریسی، تروما

3. علل مرتبط با واژن: تروما

4. علل مرتبط با سرویکس: شروع یروسه زایمان، سرویست، یولیب، اکتریبون، بافت های گلدولار شکننده، کارسینوما، تروما

5. علل مرتبط با رحم: یارگی رحم، یلاستنا یرویا، وازویرویا، دکولمان جفت

دو دلیل اصلی خونریزی شدید در سه ماهه سوم بارداری: **جفت سرراهی (placenta previa)** و **دکولمان جفت (placental abruption)** می باشد.

■ رابطه ی جنسی، سرویسیت تریکوموناسی و معاینات لگنی می توانند باعث بروز لکه بینی شوند. گاهی خونریزی هموروئید با خونریزی واژینال اشتباه گرفته میشود، اما به راحتی با معاینه قابل تمایز است.

# شرح حال و معاینه فیزیکی



## ■ نکات مهم در شرح حال بیمار:

1. ارزیابی مقدار خونریزی و پرسش در مورد علایم همراه از جمله درد شکم
2. شرح حال خانوادگی و فردی بیمار در زمینه خونریزی شدید به دنبال تروما یا پروسیجرها (برای رد کردن بیماری های خونی مانند بیماری فون ویلبراند)
3. شرح حال دیسپلازی سرویکس و پرسش در مورد آخرین نوبت انجام پاپ اسمیر
4. بررسی خونریزی با منشأ سایر ارگان ها (مانند خونریزی ناشی از هموروئید یا هماچوری ماکروسکوپی ناشی از سیستیت)

# شرح حال و معاینه فیزیکی

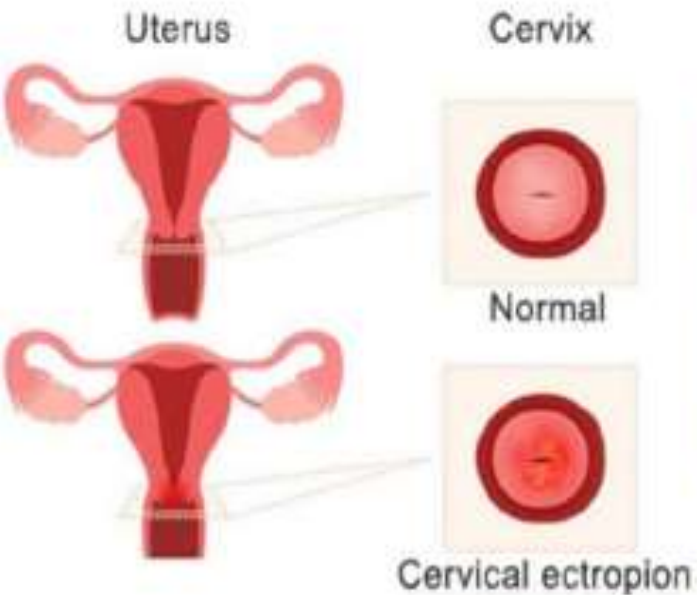
## نکات مهم و کمک کننده در معاینه بیمار:

1. بررسی دقیق علائم حیاتی مادر (تا زمانیکه 10-15 درصد از حجم خون مادر از دست نرود، ممکن است تغییر چندانی در علائم حیاتی بیمار رخ ندهد).
2. بررسی کلی وضعیت قلبی تنفسی مادر
3. بررسی ضربان قلب جنین
4. بررسی از نظر وجود کیبودی و پتشی که میتواند مطرح کننده ی اختلالات انعقادی باشد.
5. معاینه دقیق شکم جهت بررسی قوام رحم و وجود تندرس شکمی و علائم شکم حاد

معاینه ی دودستی لگن (bimanual) تا زمان تعیین محل جفت با سونوگرافی نباید انجام شود ، چراکه در صورت وجود پلاستنا پرویا میتواند باعث وقوع خونریزی شدید ناشی از جداشدگی جفت شود.

6. معاینه محتاطانه واژن و سرویکس با اسپکولوم  
یافته ی معمول در معاینه ی سرویکس زنان باردار ، نمای اکترویبیون در سرویکس است ، بخصوص در زنانی که سابقه ی مصرف OCP خوراکی را داشته اند .

## Cervical ectropion



## ❖ اکتروپیون :

- ✓ اکتروپیون به دلیل مواجهه ی اپیتلیوم استوانه ای اندوسرویکس که دچار بیرون زدگی شده، با محیط اسیدی واژن ایجاد میشود .
- ✓ اکتروپیون به صورت بافت قرمز و شکننده دیده می شود و ممکن است حین معاینه خونریزی خفیف رخ دهد.
- ✓ هرچند ممکن است با مشاهده ی اکتروپیون نگران وقوع کُنسر باشیم اما این ضایعات در حقیقت خوش خیم هستند.

# دکولمان جفت (PLACENTAL ABRUPTION)

دکولمان جفت به موارد جدا شدن غیرطبیعی زودرس جفتی که لانه‌گزینی طبیعی داشته است، گفته می‌شود.

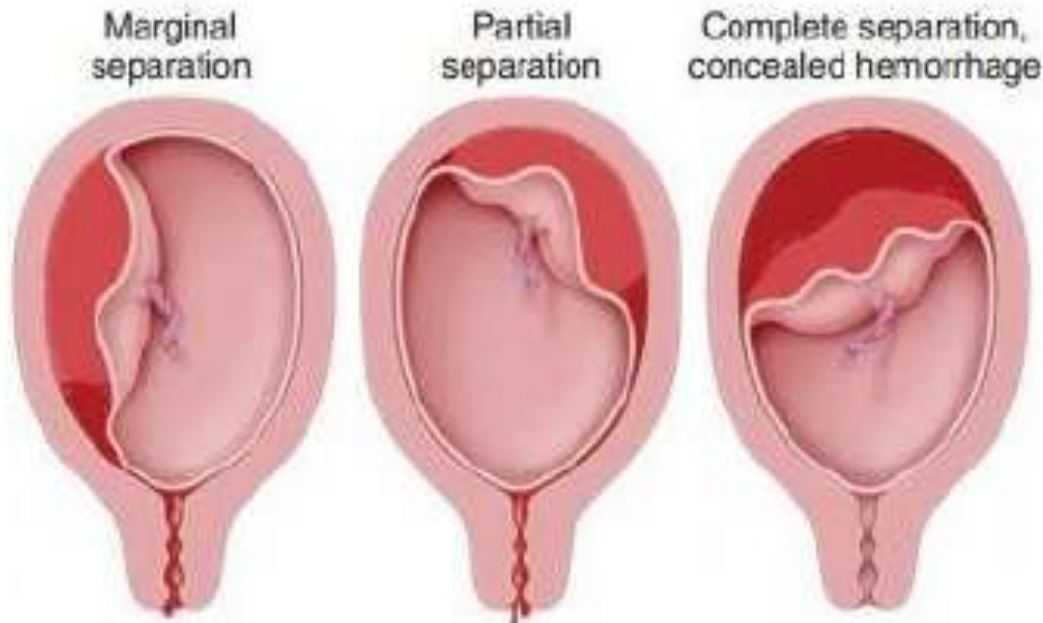
دکولمان جفت زمانی رخ میدهد که خونریزی در دسیدواپازاليس باعث جدا شدن پلاستتا و بروز خونریزی و ازینال در ادامه می‌شود.

تقسیم بندی انواع دکولمان جفت شامل موارد زیر است:

1. **Complete abruption**: کل جفت از دیواره رحم جدا میشود.

2. **Partial abruption**: قسمتی از جفت از دیواره رحم جدا میشود.

3. **Marginal abruption**: کندی محدود به لبه‌های جفت می‌باشد.



## ❑ دکولمان جفت (Abruptio Placenta):

میزان شیوع آن ۵٪ تا ۱ درصد در هر ۲۰۰ زایمان می باشد.

### ❑ عوامل خطر دکولمان:

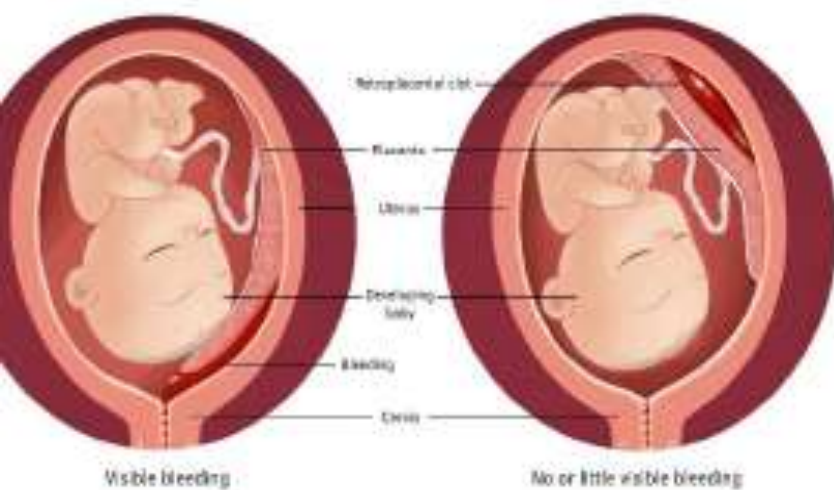
- ✓ **عوامل دموگرافیکی:** میزان شیوع دکولمان با افزایش سن مادر بیشتر می شود. زنان بالای ۴۰ سال ۳/۲ بار بیشتر از زنان ۳۵ سال یا کمتر از آن دچار دکولمان می شوند. نژاد نیز مهم است به طوری که شانس دکولمان در زنان آفریقایی - آمریکایی و سفید پوست بیشتر است.
- ✓ **هیپرتانسیون و پره اکلامپسی:**
- ✓ **پارگی زودرس پرده ها:**
- ✓ **مصرف سیگار:** میزان خطر در افراد سیگاری مبتلا به هیپرتانسیون مزمن، پره اکلامپسی شدید یا هردو ۵ تا ۸ برابر می شود.

## ❑ عوامل خطر دکولمان:

- ✓ مصرف کوکائین: خطر بروز دکولمان در مصرف کنندگان کوکائین بیشتر از افراد عادی بوده است.
- ✓ لوپوس آنتی کوآگلان و ترومبوفیلی ها: در افراد با خطر ازدیاد ترومبوآمبولی شانس دکولمان بیشتر می شود. لوپوس آنتی کوآگلان سبب انفارکتوس قسمت مادری جفت می شود.
- ✓ لیومیوم های رحمی: خصوصا لیومیوم های نزدیک سطح مخاطی و پشت محل جاگزینی جفت خطر بروز سقط و یا دکولمان بعدی جفت را افزایش می دهند.
- ✓ دکولمان عود کننده

# تظاهرات بالینی

- تظاهر کلاسیک دکولمان جفت خونریزی واژینال همراه با درد شکم است.
- کندگی های مارژینال یا مختصر جفت ممکن است فقط با خونریزی تظاهر یابند.
- خونریزی **concealed** زمانی رخ میدهد که خونریزی پشت جفت محصور شده و قابل خارج شدن نباشد.
- در موارد شدید دکولمان **concealed**، ممکن است کانترکشن دردناک رحمی، تغییرات قابل توجه در ضربان قلب جنین و مرگ جنین رخ دهد.
- سونوگرافی در موارد غیر شدیدی که نیازمند ختم فوری بارداری نیستند، میتواند کمک کننده باشد
- نکته ی مهم : دکولمان می تواند در غیاب یافته های سونوگرافی نیز رخ دهد.



## □ تظاهرات بالینی دکلمان:

- خونریزی واژینال شایعترین علامت بیماری بوده و بعد از آن تندرینس و کمر درد دیده می شود.
- منشا خونریزی تقریباً همیشه مادری است.
- جدا شدن جفت با خونریزی مخفی برای مادر خطرناکتر است. زیرا احتمال اختلالات انعقادی بیشتر و همچنین تخمین واقعی خونریزی امکان پذیر نیست.
- علایم دکولمان متغیر بوده و بسته به شدت خونریزی و میزان دفع و خروج واقعی خون فرق می کند. یک علامت خوب برای ارزیابی شدت خونریزی و شدت هیپوولمی، اولیگوری (و نه میزان خون خروجی) است. معمولاً در دکولمان با خونریزی بیرونی، **خونریزی به صورت دفع خون تیره** همراه با **درد** است.

# عوارض دکولمان جفت

1. **Couvellaire uterus**: در موارد نادر، خون به حدی در رحم نفوذ کند که سرور به رنگ آبی یا ارغوانی درآید.
  2. **Disseminated intervacular coagulation (DIC)**: دکولمان جفت شایع ترین علت کوآگولوباتی در حاملگی است که با کاهش پلاکت و افزایش PT و PTT تظاهر می یابد فیبرینوزن سرمی نیز ممکن است کاهش یافته باشد.
- **Disseminated Intervacular Coagulation** عارضه ای نادر، اما شدیداً جدی دکولمان جفت میباشد.

# مدیریت بیماری و درمان



■ اقدامات لازم در صورت بروز خونریزی ناشی از دکولمان جفت :

■ (1) مانیتورینگ دقیق مادری جنینی

■ (2) جایگزینی کافی مایعات

■ (3) ختم بارداری در موارد خونریزی شدید

✓ **توجه:** در مواردیکه جنین یره ترم است، دکولمان خفیف بوده و خونریزی تهدید کننده حیات نمی باشد، میتوان درمان انتظاری را مدنظر داشت.

✓ تصمیم گیری در مورد **ختم بارداری** براساس ، **وضعیت جنین** ، **میزان خونریزی** و **سن حاملگی** صورت می گیرد.

✓ **نکته:** زایمان اغلب به روش سزارین انجام خواهد شد، اما زایمان واژینال امکان پذیر بوده و حتی ممکن است به دنبال دکولمان جفت زایمان سریع نیز رخ دهد.

# جفت سرراهی (PLACENTA PREVIA)

❖ جفت سرراهی جفتی است که نزدیک یا روی دهانه سرویکس قرار گرفته است و خطر پره ترم لیبر و مرگ و میر مادر و جنین را افزایش میدهد.

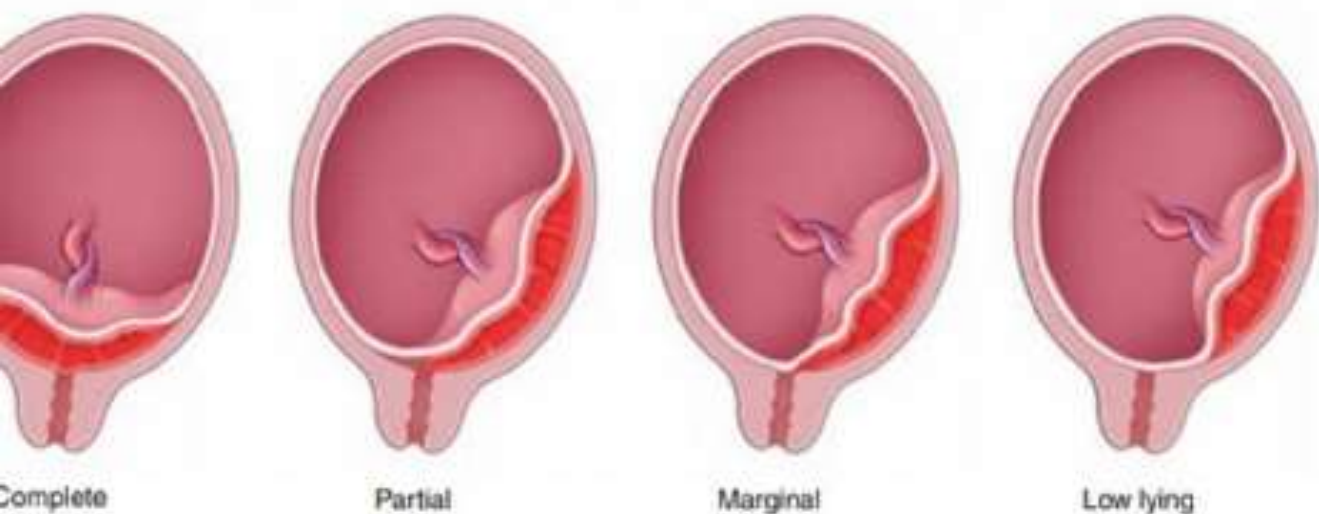
❖ تقسیم بندی انواع جفت سر راهی شامل موارد زیر است:

▪ **Complete placenta previa:** جفت به طور کامل دهانه ورودی سرویکس را می پوشاند.

▪ **Partial placenta previa:** جفت قسمتی از دهانه ورودی سرویکس را می پوشاند.

▪ **Marginal placenta previa:** جفت در فاصله کمتر از 2 سانتی متری دهانه ورودی سرویکس قرار دارد.

▪ **Low lying placenta previa:** جفت در سگمان تحتانی رحم اما در فاصله بیشتر از 2 سانتی متری دهانه ورودی سرویکس قرار دارد.



# پاتوفیزیولوژی

## ❖ نکات مهم :



- شانس وقوع جفت سرراهی 1 در هر 200 بارداری است.

- فراوانی جفت سرراهی در اوایل بارداری بیشتر و در حدود 4-5 درصد می باشد، اما با افزایش سن بارداری این رقم کاهش می یابد.

- جفت سرراهی کامل به ندرت به طور خودبه خودی برطرف میشود، اما انواع **partial** و **low lying** اغلب تا سن حاملگی 32 تا 35 هفته برطرف خواهند شد.

- مکانیسم برطرف شدن خودبخودی جفت سرراهی بخاطر کشیده شدن و نازکتر شدن رحم و تشکیل سگمان تحتانی رحم با افزایش سن بارداری است که جفت را از دهانه ورودی سرویکس دور میکند.

- علت قطعی جفت سرراهی هنوز کشف نشده است، اما میتواند بخاطر **وامسکولاریزاسیون غیر طبیعی جفت** باشد.

- جفت سرراهی به مقدار جزئی **آتومالی های جنینی** را افزایش میدهد که مکانیسم دقیق آن روشن نیست.

- این آتومالی ها شامل ناهنجاری های شدید سیستم قلبی عروقی، سیستم عصبی مرکزی، دستگاه گوارش و دستگاه تنفس می باشد.



## RISK FACTORS

- HAVING MULTIPLE PLACENTAS
- PLACENTA LARGER than NORMAL SURFACE AREA

From TWINS or TRIPLETS

- MATERNAL AGE  $\geq 35$
- INTRAUTERINE FIBROIDS
- MATERNAL SMOKING

ریسک فاکتور های جفت سرراهی شامل موارد زیر است:

1. جفت سرراهی در بارداری قبلی (4-8 درصد شانس عود)
2. سزارین قبلی یا هر نوع عمل جراحی بروی جسم رحم
3. مولتی پاریتی
4. سن بالای مادر
5. مصرف کوکابین و سیگار

خونریزی بدون درد در سه ماهه سوم می تواند نشانه ای از جفت سرراهی باشد.

حدود 75 درصد از زنانی که جفت سرراهی دارند حداقل دچار یک نوبت خونریزی میشوند که معمولاً این اییزود خونریزی بین هفته های 29-30 حاملگی اتفاق می افتد.

اولین اییزود خونریزی ناشی از پلاستتا پرویا اغلب در صورتیکه به علت دیسترس مادری جنینی به ختم بارداری انجامد، طی 1 تا 2 ساعت متوقف خواهد شد.

تعداد دفعات خونریزی با درجه بندی جفت پرویا و پیامدهای جنینی ارتباطی ندارد.



□ ریسک فاکتورهای جفت سرراهی عبارتند از:

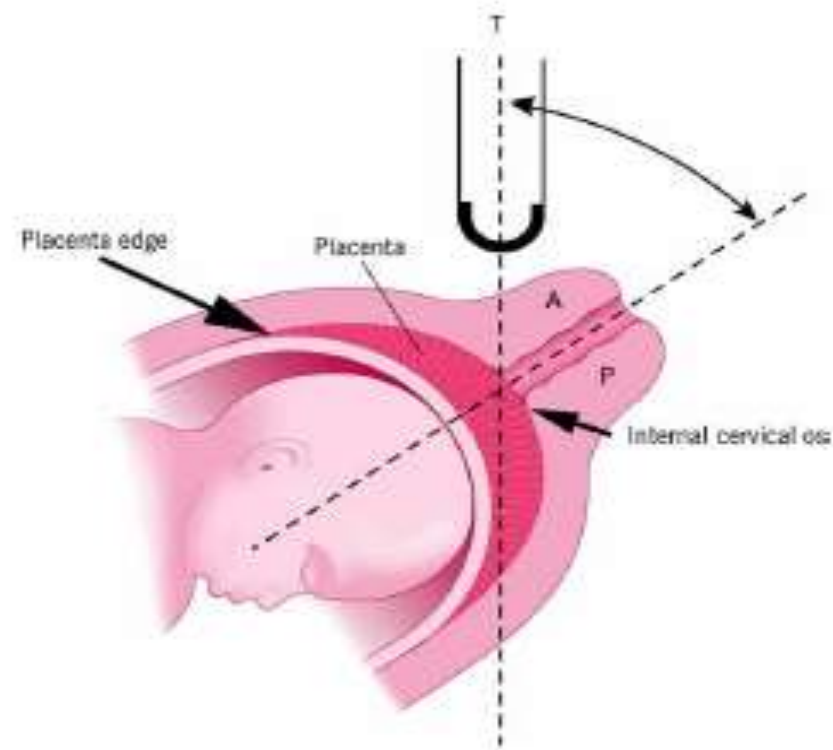
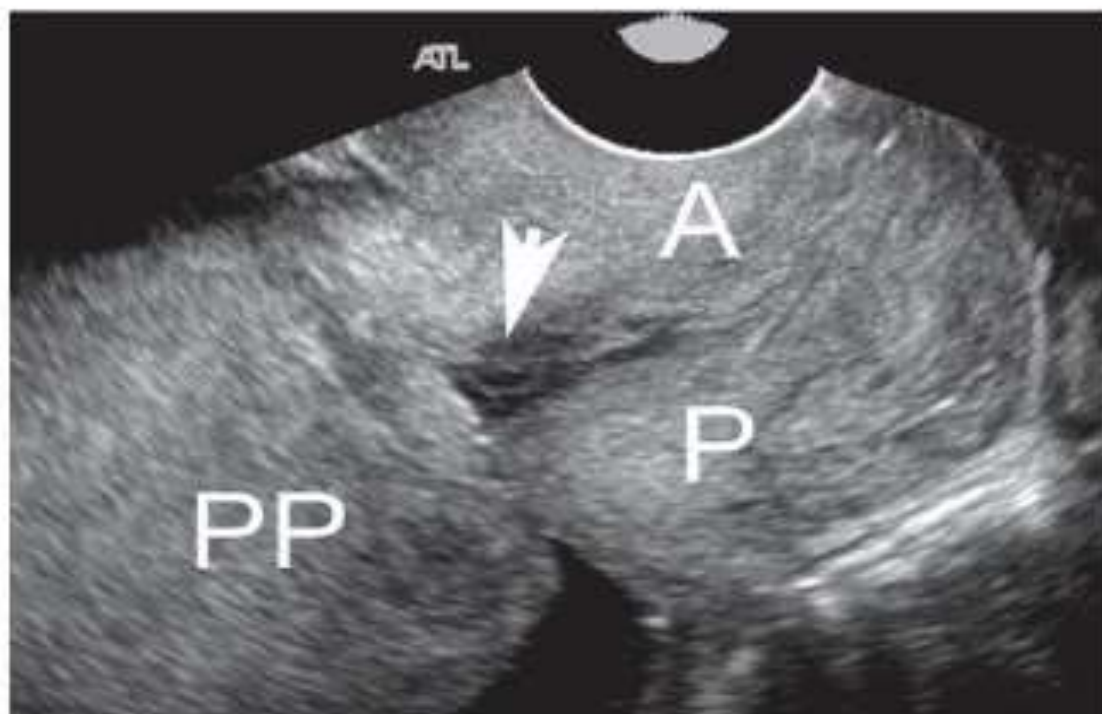
- ۱- زایمان متعدد
- ۲- افزایش سن
- ۳- زایمان سزارین قبلی
- ۴- سیگار
- ۵- جفت بزرگ (نظیر اریتروپلاستوز جنینی، چندقلویی، و بیماری سیفیلیس)
- ۶- جفت غیر طبیعی و یا جفت های دارای لوب فرعی
- ۷- افزایش سطوح غربالگری پره ناتال (MSAFP): زنان دارای سطوح افزایش یافته آلفافیتو پروتئین سرم مادری در معرض خطر پلاسنٹاپرویا هستند. زنان با پلاسنٹاپرویای دارای سطوح  $MOM \geq 2$  در ۱۶ هفتگی از خطر خونریزی در اواخر حاملگی برخوردارند.

MSAFP=Maternal Serum Alpha-Fetoprotein

MOM= multiple of the median

# مدیریت بیماری و درمان

- **سونوگرافی ترانس واژینال** در تشخیص جفت سرراهی **صحت بیشتری نسبت به سونوگرافی شکمی دارد.**
- سونوگرافی شکمی بویژه در صورت خلفی بودن جفت موارد مثبت کاذب بیشتری را گزارش خواهد کرد.



# مدیریت بیماری و درمان

■ اقدامات لازم در صورت بروز خونریزی ناشی از پلاسنتا پروپا :

1. مانیتورینگ دقیق مادری جنینی
2. جایگزینی کافی مایعات
3. استراحت در بستر
4. تجویز استروئید جهت بلوغ ریه جنین در مواردیکه جنین پره ترم است.

- ▶ طبق پروتکل تزریق منیزم سولفات برای حفاظت عصبی نوزاد ۲۳-۳۲ هفته
- ▶ تزریق کورتون ۲۳-۳۴ هفته

✓ نکته مهم: در بیمارانی که شرایط پایداری دارند، ختم بارداری به روش سزارین در سن حاملگی  $36^{0/7}$  تا  $37^{6/7}$  صورت می گیرد.

■ روش ختم بارداری در جفت پرویا قطعا سزارین می باشد، مگر مواردی که ختم بارداری در سنین پایینتر حاملگی به طور مثال سن حاملگی 20 هفته انجام شود.

- بدنبال مهاجرت جفت در طی بارداری تنها ۴۰ درصد جفتهایی که در میانه بارداری پرویا بودند (کامل) تا آخر حاملگی به همان صورت باقی مانده اند.
- گاهی بستن دوطرفه شراین هیپوگاستریک و حتی هیستریکتومی لازم است.
- اگر قرارگیری جفت در ناحیه قدامی باشد خطر وجود جفت اکرتا و انجام هیستریکتومی بیشتر خواهد بود.
- لیبر پره ترم یکی از علل اصلی مرگ و میر پری ناتال است.
- احتمال وجود ناهنجاری جنینی در جنین های همراه با جفت سرراهی تا  $2/5$  برابر افزایش می یابد.

ویژگی ها	پلاسنتا پرویا	دکولمان جفت
حجم خونریزی	متغیر	متغیر
مدت خونریزی	معمولا طی 1-2 ساعت قطع میشود.	معمولا ادامه دار است.
رد شکم	وجود ندارد.	وجود دارد و اغلب شدید است.
الگوی ضربان قلب جنین	نرمال	تاکیکاردی و سپس برادیکاردی، فقدان ضربان پذیری، افت ضربان قلب جنین مکررا اتفاق می افتد و مرگ جنین نیز نادر نیست.
اختلالات انعقادی	نادر	مرتبط است اما نه مکرر، در صورت بروز disseminated intravascular coagulation در زمینه دکولمان، اختلال انعقادی شدید خواهد بود.
شرح حال مرتبط بیمار	جفت سرراهی در حاملگی قبلی (4-8 درصد احتمال عود)، زایمان سزارین قبلی یا هرگونه جراحی روی جسم رحم، مولتی یاریتی، سن بالای مادر، مصرف کوکائین و سیگار	فشار خون مزمن، پراکلامیسی، چندقلویی، سن بالای مادر، مولتی یاریتی، سیگاری بودن، مصرف کوکائین، کوریو آمنیوتیت، تصادف وسایل نقلیه، سقوط و زمین خوردن و سایر انواع تروما

# عروق سرراهی ( VASA PREVIA )

■ وازوپرویا به رد شدن عروق جنینی از روی دهانه سرویکس و زیر عضو نمایش جنین گفته می شود.

■ فراوانی وازوپرویا 1 در 2000 تا 5000 حاملگی می باشد.

■ میتواند همراه با:

1) اتصال ولامانتوس (velamentous insertion) رخ دهد

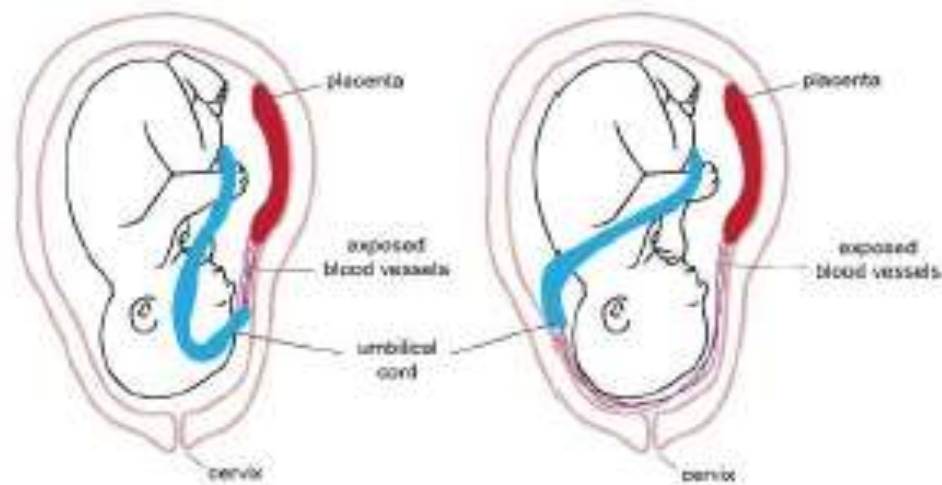
( در آن عروق قبل از اتصال به جفت بین غشاهای مابین آمنیون و کوریون عبور کرده و با زلزله و ارتتون محافظت نمی شوند )

2) لوب فرعی (succenturiate lobe) که با مقداری فاصله از جفت

اصلی وجود دارد و عروق آن از میان پرده ها و روی دهانه ورودی سرویکس رد میشود.

Velamentous Cord Insertion

Velamentous Cord Insertion with Vasa Previa



# علائم و نشانه ها و اپروچ تشخیصی

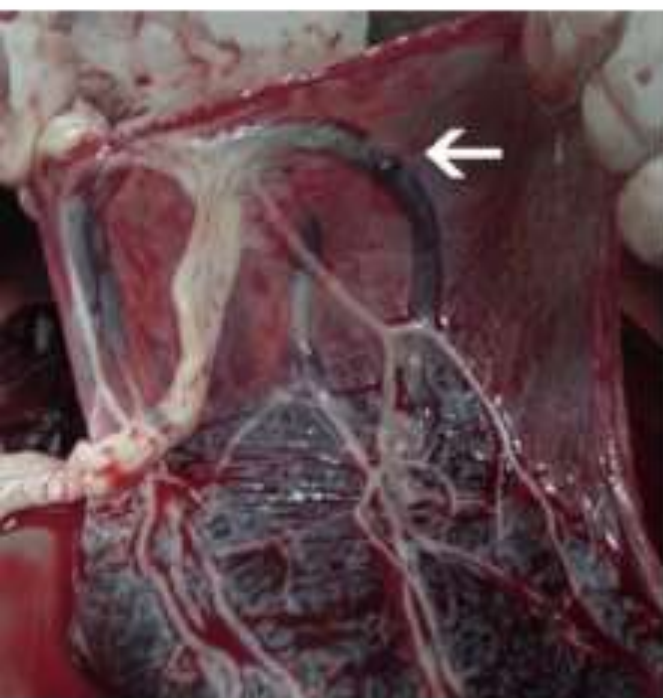


- یارگی عروق جنینی در بارداری به ندرت رخ می دهد اما ریسک آن در ازویرویا به مراتب بیشتر است.
- یارگی عروق جنینی می تواند به سرعت به مرگ جنین بیانجامد.
- در صورتیکه یارگی عروق جنینی قبل از زایمان تشخیص داده نشود تا حدود 60% مرگ جنینی محتمل است

■ تست Apt (Alkali denaturation test) برای افتراق منشاء خونریزی وازینال سودمند است

در این تست نمونه خون را با آب مخلوط می کنند تا همولیز شود و پس از سانتریفوژ آن را با NaOH مخلوط می نمایند. خون جنینی صورتی باقی مانده در حالی که خون مادر به رنگ زرد-قهوه ای در می آید.

# علائم و نشانه ها و اپروچ تشخیصی



- سونوگرافی ترنس وازینال همراه با کالرداپلر ما را از وجود وازوپروویا مطمئن می سازد که مستلزم زایمان فوری و معمولاً سزارین می باشد.
- عوارض ناشی از وازوپروویا معمولاً پیش بینی نشده هستند
- معمولاً یک خونریزی غیر قابل انتظار به صورت ایاتروژنیک رخ میدهد .
- در زمان آمنیوتومی اطمینان از عدم وجود عروق جنینی بر روی دهانه سرویکس که تظاهر وازوپروویا خواهد بود، حائز اهمیت است.



موفق باشید