

تشخیص ، مدیریت و درمان خونریزی های بارداری

دکتر فاطمه محمودی
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی



خونریزی های نیمه ی اول بارداری :

❖ به هر گونه خونریزی واژینال **قبل از هفته ی 20 بارداری** گفته میشود

علل اصلی خونریزی واژینال در ابتدای بارداری :

1. بارداری خارج از رحم
2. سقط کامل / ناکامل / تهدید به سقط
3. اختلالات سرویکس و واژن / اکتروپیون
4. لانه گزینی (فیزیولوژیک)
5. بارداری در محل اسکار سزارین
6. مول هیداتی فرم
7. کوریوکارسینوما



❑ خونریزی نیمه دوم حاملگی بویژه سه ماهه سوم علامت:

✓ جدا شدن زودتر از موعد جفت از دیواره رحم (دکلمان)

✓ جفت سر راهی ، وازو پرویا

❖ همه این موارد برای مادر و جنین خطر آفرین می باشد.

خونریزی در بارداری

❑ مفهوم کلی سقط به معنای ختم خودبه خودی یا القا شده بارداری، قبل از اینکه جنین بتواند زنده بماند

✓ ختم بر اساس وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم ملاک است که معادل ۲۲-۲۳ هفته است

❑ سقط زودهنگام: به معنای یک بارداری داخل رحمی غیر قابل حیات که در هفته ۱۲ و ۶/۷ روز ابتدای

بارداری ساک خالی است یا رویان یا جنین دیده میشود ولی فعالیت قلب ندارد

❑ کلمه ای داریم به اسم بارداری با محل نامشخص *(pul) pregnancy of unknown location* بارداری

هایی که تست HCG مثبت ولی محل بارداری با سونوگرافی مشخص نیست

❑ معادل های دیگری برای سقط خود به خودی استفاده میشود شامل:

❑ تهدید به سقط

❑ سقط اجتناب ناپذیر

❑ سقط ناقص

❑ سقط کامل

❑ سقط فراموش شده

علائم اورژانس شامل:
شوک هموراژیک بزرگ

بله

علائم شوک هموراژیک

درمان شوک مطابق راهنمای شوک و ترانسفوزیون خون ص ۱۰۲

ادامه درمان بر اساس تشخیص (شکم حاد و بررسی از نظر EP یا کیست تخمدان پاره شده

خیر

خونریزی متوسط تا شدید، سرویکس باز، دردهای کرامپی

سقط ناقص یا اجتناب ناپذیر

- گرفتن رگ و تزریق ۳۰ واحد اکسی توسین در یک لیتر سرم به میزان ۳۲ قطره در دقیقه
- انفوزیون سرم از رگ دوم متناسب با شدت خونریزی
- خارج کردن ماحصل حاملگی با رینگ فورسپس در حد امکان و تخلیه کامل رحم در اتاق عمل

تندرنس شکم، تب و لرز، ترشحات بدبو، حرکت دردناک سرویکس، دستکاری محصولات بارداری

سقط عفونی

مراجعه به الگوریتم سقط عفونی، ص ۱۰۰

وضعیت حال
سن بارداری
گیری علائم حیاتی
صدای قلب جنین
واژینال
شکمی و بررسی
رحم، محل درد و
خونریزی
بروما
CBC, BG, Rh

ساک حاملگی خالی
Blighted ovum

سونوگرافی مجدد ۲ هفته بعد

انتظار برای دفع خودبخودی و یا خاتمه بارداری با نظر پزشک و تمایل مادر با استفاده از پروستاگلاندین

جنین مرده (سقط فراموش شده)

- انجام تست های انعقادی از هفته ۱۳ بارداری به بعد

ختم بارداری با کورتاژ یا درمان با میزوپروستول ۸۰۰ میکروگرم واژینال یا ۶۰۰ میکروگرم زیر زبانی راهنمای ص ۱۲۴

مول

مراجعه به الگوریتم اداره مول ص ۱۱۲

حاملگی خارج از رحم یا عدم مشاهده ساک داخل رحم

مراجعه به راهنمای تشخیص حاملگی خارج از رحم، ص ۸۴

خونریزی خفیف یا بدون سابقه دفع نسج

سونوگرافی جهت تعیین وضعیت باروری

جنین زنده و سالم تهدید به سقط

- بررسی سلامت جنین از نظر حیات
- توصیه به استراحت و عدم مقاربت
- آموزش علائم خطر

سرویکس بسته، وجود ضایعه خونریزی دهنده سرویکس یا واژن

- بیوپسی در صورت لزوم
- پک کردن کوتاه مدت یا اقدام مناسب دیگر برای کنترل خونریزی

توضیحات

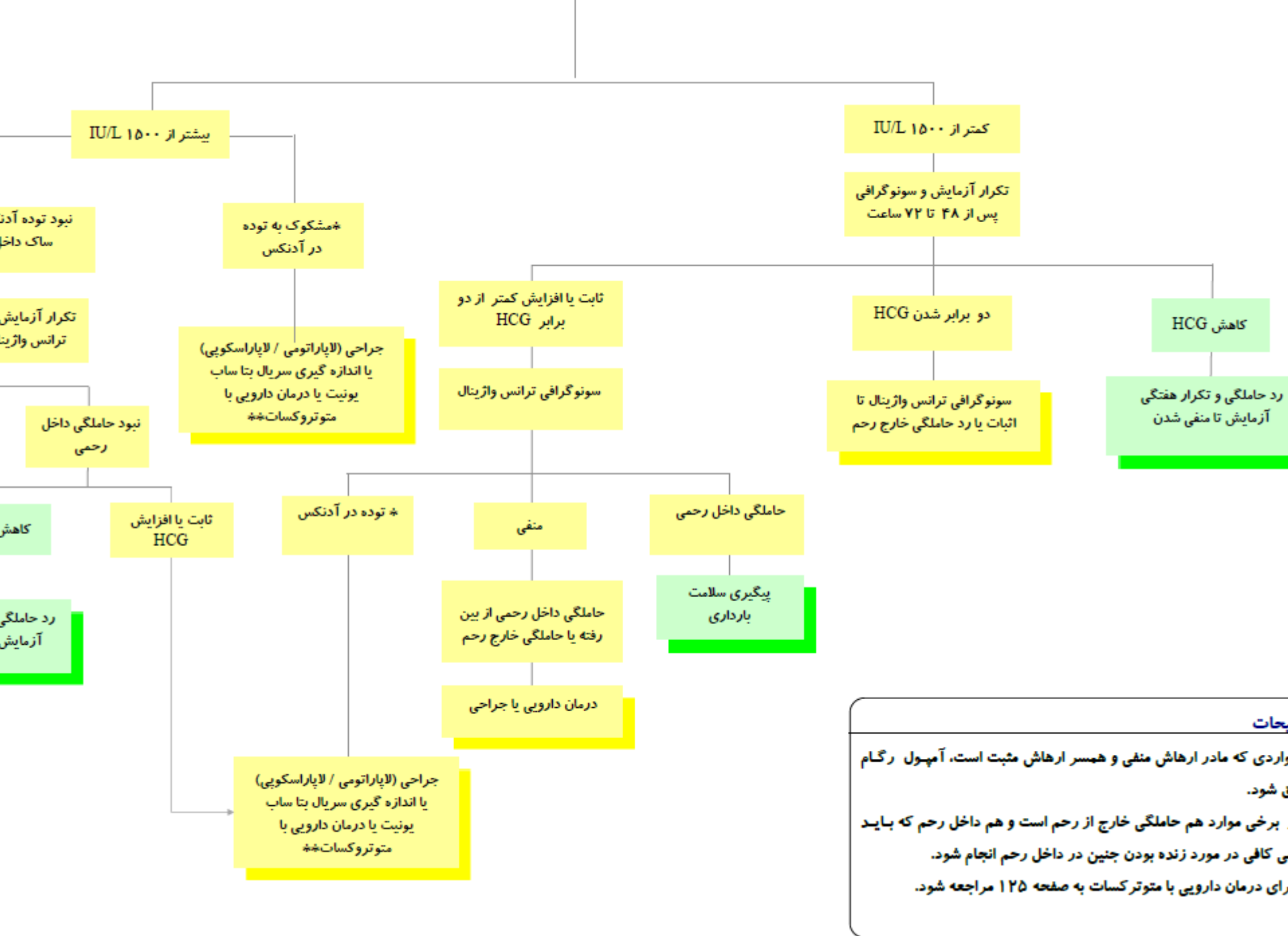
جهت تخمین میزان خونریزی (خفیف، متوسط و شدید) به راهنمای درمان شوک هموراژیک و ترانسفوزیون خون مراجعه شود.

تشدید علائم

بهبود علائم

اقدام بر اساس تشخیص

ادامه مراقبت معمول



سقط خودبخودی (Spontaneous Abortion، Miscarriage) □

- ختم حاملگی به هر وسیله ای قبل از آنکه جنین به طور مطلوب رشد کرده و قادر به ادامه زندگی باشد و یا خروج محصول بارداری قبل از شروع هفته ۲۲ حاملگی را سقط گویند.
- سقط زودرس به صورت بروز سقط قبل از هفته دوازدهم چنانچه این اتفاق پس از سه ماهه اول بارداری اتفاق بیافتد آنرا سقط دیررس می نامند.

□ ۱۵٪ الی ۲۰٪ بارداری های شناخته شده به سقط جنین منتهی می شود.

□ علل سقط:

➤ معمولاً بیش از ۸۰ درصد سقط ها در سه ماهه اول (۱۲ هفته اول) بارداری روی می دهند و مسئول حداقل ۵۰ درصد از این سقط ها، ناهنجاریها کروموزومی است.

➤ ۹۵ درصد اختلالات کروموزومی از گامتوژنز مادری است (۶۰ درصد موارد تریزومی ، مونوزومی X ۱۳ درصد ، تریپلوئیدی ۱۲ درصد)

➤ در این سقط اول **مرگ رویان یا جنین** رخ میدهد و بعد **سقط** رخ می دهد و بعد **دفع خود به خودی**

➤ در سقط هایی که رویان نداریم یا سقط های امبریونیک ، اجزای جنینی دیده نمیشود که **Blighted ovum** نام گذاری میشود

➤ خطر سقط خودبخودی رابطه مستقیمی با تعداد زایمان ها و سن مادر دارد. همچنین به نظر می رسد که در سقط های زود هنگام، نسبت جنسی جنین های سقط شده مذکر به مونث ۱/۵ باشد.

ریسک فاکتور مادری

- ▶ در مواردی که محصول سقط از نظر کروموزومی نرمال می باشد به عوامل مادری شک میکنیم
- ▶ سقط های یوپلوئیدی دیرتر از سقط های آنوپلوئیدی بروز پیدا میکنند پیک سنی سقط یوپلوئیدی در هفته سیزدهم است
- ▶ بالاتر از ۳۵ سال است بروز سقط بیشتر
- ▶ برخی بیماری های همراه با مادر از جمله : دیابت کنترل نشده
- ▶ چاقی
- ▶ بیماری های تیروئیدی
- ▶ لوپوس
- ▶ تماس با رادیاسیون با هدف درمان کنسر ها
- ▶ **رادیوتراپی** نیز منجر به سقط می شود به طوری که حداقل دوز کشنده در روز لانه گزینی ۵ راد است.

- ❖ عمل های جراحی مثل خروج تومورهای تخمدان (همراه با تزریق پروزسترون باعث سقط نمیشود
- ❖ کمبود انحصاری مواد غذایی حتی در هایپرآمسیز خطر سقط را افزایش نمیدهد

علل سقط:

➤ **علل هورمونی** مسئول ۲۵ درصد سقط های عادی بوده و شامل اختلال فونکسیون تیروئید، کمبود پروژسترون و دیابت هستند.

✓ احتمالاً کمبود پروژسترون بیشترین نقش را دارد. کمبود پروژسترون یا ترشح ناکافی آن جسم زرد یا جفت سبب سقط گردیده و تشخیص آن با پروژسترون کمتر از $ng/5\text{ ml}$ در پیک وسط فاز لوتئال داده می شود.

✓ شانس بروز سقط خودبخود در زنان دیابتیک حداقل ۳ برابر بیشتر از سایرین است. بنابراین بیماریابی از نظر تست تحمل گلوکز در تمام زنان باردار توصیه می شود. همچنین یک رابطه مشخصی بین افزایش هموگلوبین $A1\ C$ و سقط های خودبخودی وجود دارد.

➤ **سیگار** (بیشتر از ۱۴ نخ در روز)، الکل (اگر همیشه مصرف شود) و مصرف قهوه (حداقل ۵ فنجان در روز معادل ۵۰۰ میلی در روز) خطر سقط زودهنگام را افزایش می دهند.

➤ **توکسین های محیطی** از جمله فئاتلات ها، بی فنیل های پلی کربنه میتواند خطر سقط را بالا ببرد
➤ پرسنل درمان در معرض مواد استریل کننده، اشعه ایکس، داروهای آنتی نئوپلاستیک یا تماس بیش از ۳ ساعت با اکسید نیترو-----خطر سقط افزایش

❑ علل سقط:



- توکسین های محیطی نظیر آرسنیک، سرب، فرمالدئید، بنزن و اکسید اتیلن سبب سقط می شوند.
- احتمالا OCP های استروئیدی شانس سقط را افزایش می دهند ولی شواهد قطعی وجود ندارد.
- همچنین اختلالات اتوایمیون بخصوص لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE)،
- نقایص رحمی نظیر لیومیوم های رحمی، سندرم آشرمن (چسبندگی رحم)
- نقایص تکاملی و تماس قبلی با دی اتیل استیل بسترول (DES) در رحم،
- عفونت با هرپس سیمپلکس
- هیپرتیروئیدی
- عدم همخوانی آنتی ژن های HLA مادر و جنین همگی می توانند منجر به سقط گردند.
- احتمالا پریتونیت (به هر علت) و نیز ترومای ناشی از لاپاروتومی خطر سقط را افزایش می دهد.

علل سقط:

➤ اخیراً توجه زیادی به عوامل خود ایمنی به عنوان علل سقط شده است آنتی بادی های آنتی فسفولیپید، آنتی بادی های اکتسابی علیه فسفولیپید هستند و مکانیسم از دست دادن حاملگی در این زنان، **ترومبوز و انفارکتوس جفت** است.

➤ خانمهایی که سابقه از دست دادن زود هنگام جنین را دارند و میزان بالایی از این آنتی بادی های دارند، در ۷۰ درصد موارد دچار سقط مکرر می شوند.

➤ بی کفایتی سرویکس (Incompetent Cervix) به صورت متسع شدن بدون درد سرویکس در سه ماهه دوم یا اوایل سه ماهه سوم همراه با پرولاپس و برجسته شدن پرده ها به داخل واژن و نهایتاً پاره شدن پرده ها و خروج جنین نارس تعریف می شود.

❑ انواع سقط های خودبخودی:

- ✓ تهدید به سقط
- ✓ سقط غیرقابل اجتناب
- ✓ سقط ناقص
- ✓ سقط کامل
- ✓ سقط مکرر یا عاداتی

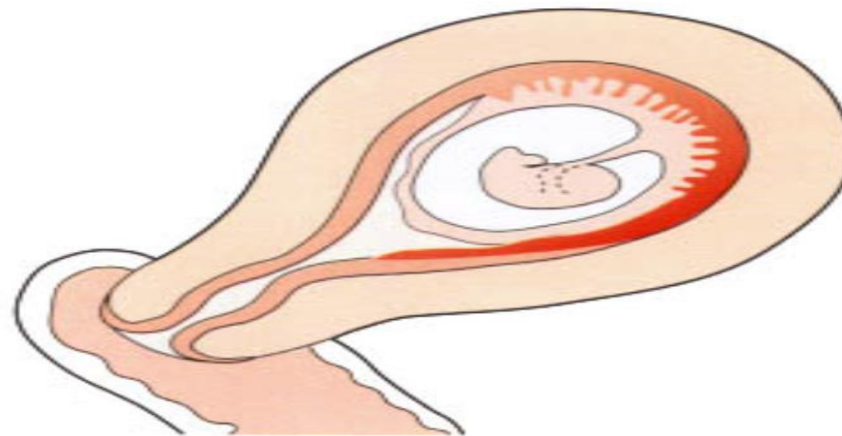
❑ انواع سقطهای عمدی:

- ✓ سقط غیر قانونی
- ✓ سقط درمانی

شایعترین علامت سقط جنین خونریزی واژینال می باشد

❑ تهدید به سقط (Threatened abortion):

❑ به صورت خونریزی داخل رحمی قبل از پایان هفته ۲۲ و بدون دیلاتاسیون سرویکس با یا بدون انقباضات رحمی تعریف می شود. همچنین به صورت خونریزی خفیف واژینال همراه با درد کرامپی خفیف (همانند درد قاعدگی) یا کمر درد در نیمه اول حاملگی توصیف می گردد. حدود ۵۰ درصد خونریزی های نیمه اول بارداری نهایتاً به سقط می انجامند.



Threatened miscarriage

تشخیص:

به طور کلی انجام سونوگرافی واژینال، سنجش بتا HCG و پروژسترون سرم مفید است.

سونوگرافی واژینال حدود ۳۴ روز بعد از LMP قادر به رویت ساک جنینی بوده و همراه با تیتراژ HCG

حدود 1000 - 1500 است لذا حتی رویت ساک جنین در حضور HCG کمتر از mlU/ml

1000 و پروژسترون کمتر از 5ng/ml قطعا نشان دهنده حاملگی غیر زنده است.

ساک بارداری در هفته ۴ و نیم به شکل یک تجمع مایع بدون اکو است. سطح بتا بین ۱۵۰۰-۲۰۰۰ است

کیسه زرده در ۵ و نیم هفتگی قابل رویت است و بایستی MSD معادل ۱۰ میل باشد

از یافته های مهم در تشخیص موارد تهدید به سقط هماتوم ساب کوریونیک است که با **اندازه هماتوم** ،

خونریزی در هفته کمتر از ۸ هفته بارداری و سن بالای مادر ارتباط نزدیک دارد

▶ اگر بدنبال خونریزی اولیه در بارداری ، سقط رخ ندهد پیامدهای آن شامل :

پیامد مادری :

▶ پرویا -دکلمان - خارج سازی جفت با دست -سزارین-هماتوم ساب کوریونیک

پیامد پری ناتال :

▶ پارگی پره ترم پرده ها

▶ زایمان پره ترم

▶ نوزاد با وزن کم هنگام تولد

▶ IUGR, مرگ جنین و نوزاد

تهدید به سقط (ABORTION THREATENED)

■ **تعریف :** ترشح خونی واژینال یا خونریزی در طی 20 هفته اول بارداری در حضور سرویکس بسته

■ **درمان و آموزش ها :**

- در صورت کرامپ شکمی مصرف استامینوفن ، توصیه به Bed rest ، پرهیز از intercourse Sexual
- در صورت گروه خون منفی مادر : روگام (زیر 12 هفته 50 میکروگرم و بالای 13 هفته 300 میکروگرم)
- درمان با پروژستین ها : کنترآورسی
- در صورت وجود باکتریال واژینوزیس : درمان شود
- **اندیکاسیون بستری :**

- VB شدید / چک Hb ، و در صورت آنمی یا هیپوولمی شدید : تخلیه رحم
- در صورت وجود جنین زنده : برخی توصیه به ترانسفوزیون خون و مشاهده بعدی



سقط کامل / ناکامل

■ سقط ناکامل (Incomplete Abortion)

- تعریف : خونریزی کم بدنبال جدایی نسبی یا کامل جفت در حضور دیلتاسیون سرویکس رخ می دهد . جنین و جفت بطور کامل ممکن است در داخل رحم بماند یا بطور نسبی از سرویکس باز خارج شود .
- درمان : بسته به شرایط بیمار می تواند Expectant ، طبی ، جراحی باشد درمان های طبی و جراحی شبیه درمان در سقط فراموش شده می باشد .

■ سقط کامل (Complete abortion)

- تعریف : خروج تمام محصولات حاملگی ، سرویکس بسته ، بدنبال سقط کامل خونریزی و کرامپ های رحمی کاهش می یابد .
- بیماران تشویق شوند که بافت دفع شده را همراه خود بیاورند .



- سایر اقدامات : Sonography جهت R/O سقط کامل ، تهدید به سقط ، EP
- در صورتی که بافت دفع شده شناسایی نشود چک سریال : BHCG افت سریع در سقط کامل
- اندیکاسیون جراحی : عفونت / علائم حیاتی Unstable / خونریزی

سقط فراموش شده (MISSED ABORTION)

■ محصولات مرده حاملگی که روزها ، هفته ها ، یا حتی ماهه ها در رحم بماند و دهانه رحم (سرویکس) نیز بسته باشد

■ دارای 2 نوع :

■ **Unembryonic** : فقدان رویان در حضور $GS < 20 \text{ mm}$

■ **Dead Embryo** : $CRL > 5 \text{ mm}$ بدون مشاهده ی FHR



❑ سقط فراموش شده (Missed abortion): به صورت مرگ جنین قبل از پایان هفته ۲۲ همراه با

احتباس محصولات حاملگی تعریف می شود بعد از مرگ جنین ممکن است خونریزی واژینال یا سایر علائم تهدید به سقط وجود داشته یا نداشته باشد.

➤ در سقط فراموش شده علی رغم سپری شدن مدت طولانی از مرگ جنین محصولات حاملگی دفع نمی شود.

معمولاً علائم حاملگی بتدریج محو می شود و تست حاملگی منفی می شود. رحم کوچکتر از سن بارداری است.

➤ نکته : در هفته پنجم تا ششم بارداری میتوان یک رویان ۱-۲ میلی متری رادر کنار کیسه زرده ببینیم. اگر

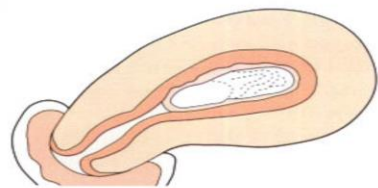
قطر ساک بیش از ۲۵ میلی باشد اما رویان دیده نشود حتما جنین مرده است

➤ فعالیت قلب جنین در هفته شش و نیم بارداری وقتی که CRL ۱-۵ میلی است و MSD ۱۳-۱۸ میلی

است دیده شود

اگر سن بارداری کمتر از ۱۰ هفته و قطر کیسه زرده بیشتر مساوی ۶ میلی باشد احتمال شکست بارداری

بسیار است



Missed miscarriage

بر اساس گایدلاین تشخیص سقط زودهنگام :

- ▶ اگر CRL بیشتر مساوی ۷ میلی و عدم فعالیت قلب جنین باشد حتما جنین مرده است
- ▶ MSD بیشتر مساوی ۲۵ میلی و عدم رویت رویان
- ▶ مشاهده یک ساک بارداری یا کیسه زرده در اسکن اولیه و عدم رویت ضربان قلب ویا رویان پس از ۱۱ روز
- ▶ عدم رویت بارداری همراه کیسه زرده در اسکن اولیه و مجددا عدم رویت رویان با ضربان قلب ، ۲ هفته پس از اسکن اولیه

درمان طبی / جراحی



■ درمان طبی سقط سه ماهه اول :

1. تعیین Rh و Group Blood
2. میزوپروستول به تنهایی : 800 میکروگرم واژینال یا زیر زبانی و تکرار آن تا نهایت 2 دوز

■ درمان طبی سقط سه ماهه دوم (14-28 هفته):

1. بستری بیمار و تجویز متناوب نازکونیک ضروری
2. میزوپروستول 400 میکروگرم واژینال یا زیر زبانی هر 3h تا نهایت 5 دوز (در نولی یار واژینال ارجح است)

❖ آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در موارد درمان طبی :

عقوت در موارد درمان طبی : کم رخ میدهد (گاهی عفونتهای شدید در موارد استفاده میزوپروستول واژینال) و در کل ، مخالف استفاده کلی از AB پروفیلاکتیک هستیم

■ اندیکاسیون جراحی (D&C / D&E)

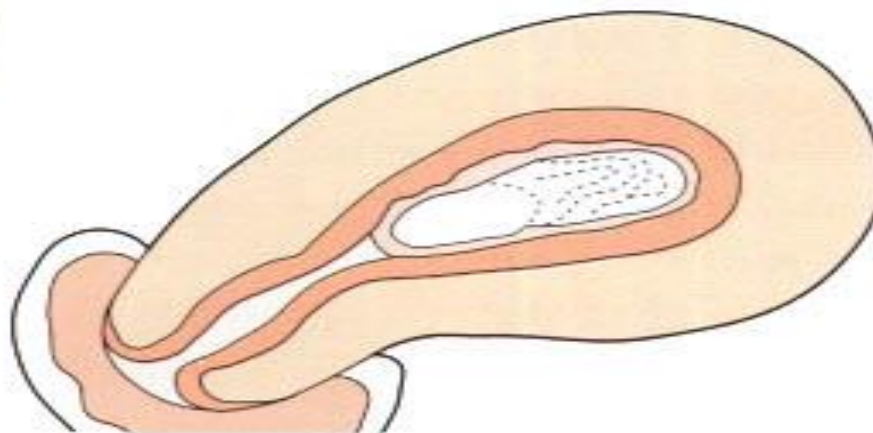
1. خانم هایی که نمی خواهند منتظر درمان طبی یا سقط خودبخودی باشند
2. خونریزی شدید
3. سپسیس داخل رحمی

دادن میزو پرستول در سقط فراموش شده

≤12 weeks	13-17 weeks	18-24 weeks	25-27 weeks
Induced Abortion Misoprostol 800µg BU/SL/PV every 3 hours until expulsion ¹	Induced Abortion Misoprostol 400µg every 3hours until expulsion BU/SL/PV ⁴	Induced Abortion Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Induced Abortion Misoprostol 200µg every 4 hours BU/SL/PV until expulsion ^{4,8}
Missed Abortion/ Anembryonic Pregnancy Misoprostol 800µg BU/SL/PV every 3 hours until expulsion ¹	Missed Abortion Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Fetal Demise Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Fetal Demise Misoprostol 200µg every 4 hours BU/SL/PV until expulsion ⁴

❑ سقط فراموش شده (Missed abortion):

- باقی ماندن طولانی مدت محصولات حاملگی به مدت بیش از ۴-۵ هفته سبب مشکلات انعقادی و DIC (Disseminated intravascular coagulation) به معنی فعال شدن سیستم انعقاد خون به صورت منتشر در رگ های مختلف بدن است. حالتی خطرناک و کشنده است بلافاصله بعد از تشخیص سقط فراموش شده باید رحم را تخلیه کرد.
- عفونت و DIC پیش آگهی را بدتر می کنند.



Missed miscarriage

❑ **سقط اجتناب ناپذیر : (Inevitable abortion):** به صورت پارگی واضح پرده ها در حضور دیلاسیون سرویکس تعریف شده و بنابراین سقط تقریبا قطعی است. با معاینه دقیق واژینال تشخیص داده می شود، هر چند اغلب سونوگرافی انجام می شود.

❑ در نیم درصد از بارداری ها رخ میدهد. فرد دچار پارگی پره ترم پرده ها میشود PPRM

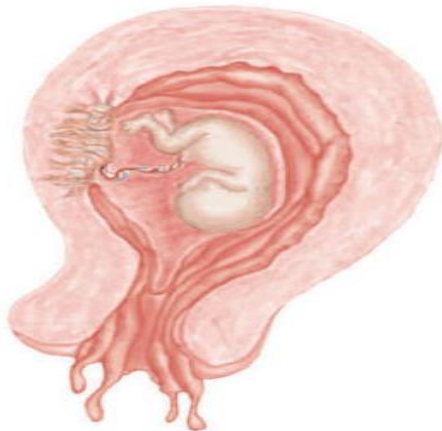
❑ **ریسک فاکتورهای PPRM**

❑ سابقه قبلی

❑ سابقه زایمان در ترمستر دوم

❑ مصرف دخانیات

Inevitable abortion



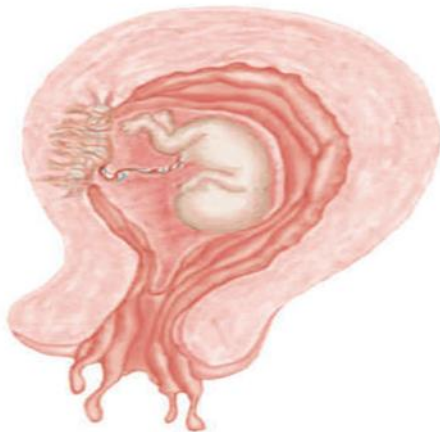
Membranes rupture, and cervix dilates.

تشخیص :

- ▶ مشاهده حجم زیاد مایع از وزن طی معاینه با اسپاکولوم
- ▶ در موارد شک تست فرنیگ روی لام یا آمنیوشور
- ▶ ارزیابی پروتئین های مایع آمنیون مثل الفا میکروگلوبولین او پروتئین متصل شونده به فاکتور رشد انسولین نیز برای تشخیص کمک کننده است
- ▶ نکته اگر پارگی ایاتروزنیک پرده ها در قسمت بالای رحم باشد احتمال ترمیم خودبخودی آن وجود دارد
- ▶ در پارگی های ترایمستر اول بیمار دچار انقباضات رحمی و عفونت میشود از این رو ختم اندیکاسیون دارد

- ▶ در ترایمستر دوم اگر **تب خونریزی و درد نباشد** درمان انتظاری است
- ▶ کاهش فعالیت بیمار
- ▶ دادن انتی بیوتیک برای ۵-۷ روز
- ▶ دادن کورتیکواستروئید برای بلوغ ریه
- ▶ نرو پروفیلاکسی با دادن سولفات منیزیم ۲۳-۳۴
- ▶ پروفیلاکسی با انتی بیوتیک بر ضد استرپتوکوک گروه B
- ▶ دادن توکولیتیک
- ▶ تلاش برای احیای نوزاد

Inevitable abortion



Membranes rupture, and cervix dilates.

سقط اجتناب ناپذیر (INEVITABLE ABORTION)

1. پارگی قابل مشاهده در پرده ها به موازات دیلاتاسیون سرویکس
2. سرویکس دارای دیلاتاسیون و افاسمان است اما هیچ بافتی دفع نشده

■ در صورتیکه خروج مایع در نیمه اول حاملگی با درد ، تب و خونریزی همراه نباشد میتوان به بیمار استراحت داد،

- اگر بعد از 48 ساعت خروج اضافه تر مایع وجود نداشت و خونریزی ، تب و کرامپ شکمی وجود نداشت بیمار می تواند تحرک داشته باشد ولی intercourse نداشته باشد



■ در صورت خونریزی ، کرامپ یا تب : کورتاژ و تخلیه رحم

■ درمان ها : شبیه درمانهای طبی و جراحی در سقط فراموش شده

سقط مکرر Recurrent pregnancy loss ☐

☐ به صورت ۳ یا بیش از ۳ بار سقط خودبخودی قبل از هفته ۲۰ یا وزن کمتر از ۵۰۰ گرم تعریف می شود. (۲۰۲۲)

☐ انجمن تولید مثل امریکا (۲۰۲۰): سقطی است که ۲ بار یا بیشتر اتفاق افتاده و با سونو و بافت شناسی تایید شود.

☐ خطر سقط مجدد بعد دوبار سقط ۲۴ درصد، بعد از سه سقط ۴۰-۵۰ درصد میرسد

☐ سقط راجعه اولیه زمانی مطرح است که ما سقط متعدد در خانی که هرگز نوزاد زنده ای نداشته است

☐ سقط راجعه ثانویه زمانی مطرح است که سقط های متعدد و پیایی در خانمی با حداقل یک نوزاد زنده به دنیا آورده باشد

✓ عوامل موثر بر سقط

❑ ۴۰-۵۰ درصد موارد ایدیوپاتیک است

❑ بررسی کروموزومی محتویات سقط و کاریوتیپ والدین توصیه می شود.

❑ سندرم انتی فسفولیپید

❑ ناهنجاری مادرزادی (رحم دوشاخ)

❑ اکتسابی (سندرم اشرمن)

❑ نارسایی دهانه رحم (ترومای قبلی به سرویکس مثلاً سابقه کونیزاسیون -۴ برابر افزایش)

❖ خانم هایی با سابقه زایمان پره ترم از هفته ۱۶-۲۴ طول CL هر دو هفته در صورتی که طول بین ۲۵-۲۹

میلی باشد هر هفته سنو سریال - اگر کمتر از ۲۵ میلی باشد سرکلاز اندیکاسیون دارد (سرکلاژ هفته ۱۴-

۲۳ انجام و خروج ۳۷ هفتگی)

عوامل اندوکراین :

نارسایی فاز لوتئال - افزایش هورمون LH بیماری تیروئید - مقاومت به انسولین و سندرم تخمدان پلی کیستیک - دیابت - افزایش پرولاکتین و کاهش ذخایر تخمدان

بیماری های عمومی :

لوپوس اریتماتوز

عفونت های منتقله جنسی

▶ زوج مبتلا به سقط مکرر باید موارد زیر را انجام شود:

▶ ۱- کاریوتایپ خون محیطی والدین

▶ ۲- بررسی حفره رحمی (اناتومی و رفع چسپندگی یا خروج میوم و..)

▶ ۳- بررسی تست های تیروئیدی و هورمون های محرکه تیروئید، آنتی بادی ضد تیروئید

▶ ۴- تست آنتی کاردیولیپین (ACA) و آنتی بادی آنتی کواگولان لوپسی (LAC) ، آنتی فسفولیپید، آنتی بتا -

۲ گلیکوپروتئین

▶ ۵- بررسی از نظر ترومبوفیلی

▶ ۶- سنجش سطح پلاکت ها

▶ در صورتی که والدین کاریوتایپ غیر طبیعی داشته باشند میتوان با IVF و یا PgD بارداری را بسراجام

رساند اما اگر کروموزوم والدین نرمال باشد PGD جایگاه ندارد

- ▶ **کریتریا های تشخیصی سندرم آنتی فسفولیپید شامل موارد زیر است :**
- ▶ کرایتریاهای بالینی زایمانی شامل بروز یک یا چند مرگ غیر قابل توجیه در جنینی که از نظر مورفولوژیک نرمال است
- ▶ بروز پره اکلامپسی شدید یا نارسایی جفت که سبب زایمان قبل از ۳۴ هفته شود و یا بیشتر مساوی ۳ سقط خودبخودی پشت سر هم غیر قابل توجیه قبل از هفته ۱۰ بارداری
- ▶ کرایتریاهای بالینی عروقی شامل وجود یک یا چند دوره ترومبوز شریانی وریدی یا عروق کوچک در هر بافت یا ارگان دیگر
- ▶ کریتریای آزمایشگاهی :وجود آنتی کواگولان لوپوسی
- ▶ سطح بالای آنتی بادی آنتی کاردیولیپین سرمی از جنس IGG,IGM یا آنتی بادی IGG,IGM
- ▶ **نکته:** برای درمان و پیشگیری از عوارض نامطلوب بارداری همراه با سندرم آنتی فسفولیپید ، تجویز اسپرین و هپارین توصیه میشود . تولد زنده ۷۰ درصد

❑ مراقبت های لازم پس از سقط جنین و کورتاژ :

- در صورتیکه گروه خون مادر منفی است بایستی پس از سقط ، جهت تزریق آمپول رگام با پزشک مشورت کنند و اقدامات لازم را انجام دهد . اگر بارداری زیر ۱۲ هفته باشد امپول رگام ۵۰ میکرو گرم و در صورت بلای ۱۲ هفته بارداری ۳۰۰ میکروگرم تزریق میگردد (طی ۷۲ ساعت پس از سقط)
- تجویز مسکن در صورت درد های کرامپی
- معمولاً تخمک گذاری ۲ هفته بعد از سقط رخ می دهد، بنا بر این بلافاصله پس از سقط از روش ضدبارداری مناسب بهتر است استفاده شود.
- خود داری از مقاربت حداقل دوهفته
- مصرف قرص آهن برای یک ماه روزانه یک عدد
- در صورت خونریزی غیر طبیعی ، دفع لخته، ترشح بدبو، درد شکم یا کمر به پزشک مراجعه نمایند .

❑ سقط عفونی یا سپتیک (Infected abortion): به صورت سقط همراه با عفونت اعضاء تناسلی مشخص می شود. سقط سپتیک یک نوع سقط عفونی بوده که با انتشار سیستمیک عفونت همراه است. معمولاً سقط عفونی با ترشح بدبو از واژن و سرویکس، درد لگن و شکم، حساسیت واضح در زیر ناف، نشانه های پریتونیت، دردناک بودن حرکت رحم یا سرویکس، تب همراه است.

علت سقط عفونی :

نفوذ میکروارگانیسم ها به داخل میومتر رحم باعث پارامتریت ، پریتونیت ، و حتی سپتیسمی شود.

علائم : تب ، تندرns شکم ، خونریزی واژینال کم/شدید و دهانه رحم باز

باکتری های عامل :

- ▶ قسمتی از فلور نرمال
- ▶ عفونت های نکروزدهنده و شوک توکسیک
- ▶ استرپتوکوک گروه A
- ▶ کلستریدیوم پرفرنژنس ، کلستریدیوم سوردرلی

▶ درمان : ختم فوری بارداری

- ▶ تزریق سرم رینگر ۲۰۰ سی سی در ساعت همراه با ۳۰ واحد اکسی توسین
- ▶ تخلیه رحم با ساکشن کورتاژی حداکثر یک تا ۲ ساعت بعد از تزریق انتی بیوتیک
- ▶ شروع انتی بیوتیک گسترده طیف
- ▶ تزریق ۰.۵ سی سی توکسئید کزاز یا ۲۵۰ واحد ایمونوگلوبولین کزاز در افراد دارای سابقه واکسیناسیون
- ▶ پس از قطع تب بیمار ، ترخیص است
- ▶ امپول رگام

سقط عفونی



توضیحات

* انجام آزمایش های CBC, BG, Rh, BUN, Cr, PT, PTT کشت خون، الکترولیت ها، اسمیر و کشت

ترشحات سرویکس و محصولات حاملگی، بتاساب یونیت

** تزریق آنتی بیوتیک فوراً در محل پذیرش انجام شود: آمپی سیلین ۲ گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی

گرم هر ۸ ساعت یا کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم Sulf و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت و جنتامایسین ۸۰

میلی گرم هر ۸ ساعت

در مواردی که مادر بد حال است از سه آنتی بیوتیک آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین و یا آمپی سیلین +

جنتامایسین + مترونیدازول (۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت) استفاده شود.

سقط القایی

- ▶ ختم عمدی بارداری از طریق جراحی یا درمان مدیکال قبل از اینکه جنین قابلیت حیات در دنیای بیرونی را داشته باشد
- ▶ کلمه ای داریم به نام سقط درمانی : ختم عمدی بارداری به دلیل اندیکاسیون های مدیکال می باشد

انواع روش های سقط در ترایمستر اول

- ▶ سقط جراحی : کورتاژ ساکشنی ، D&C ، D&E

آماده سازی سرویکس توسط دیلاتورهای هیگروسکوپیک :

- ▶ جلبک لامیناریا ۱۲-۲۴ ساعت
- ▶ دیلاپان S (ژل با بیس اکریلیک) (۴-۶ ساعت)
- ▶ داروهای الترناتیو مثل میزو پرستول ۲۰۰-۴۰۰ میکروگرم (SI,BU,PV) ۳-۴ ساعت قبل از عمل
- ▶ انتی پروزسترونی میفه پرستون با دوز ۲۰۰-میلی گرم خوراکی ۲۴-۴۸ ساعت قبل از عمل

► سقط مدیکال : از سه داروی میفه پرستون -میزوپروستول - متوترکسات دوز بالای اکسی توسین داخل وریدی

ضمیمه (۱): راهنمای دارویی میزوپروستول

در سه ماهه اول بارداری و سابقه سزارین قبلی، حتما از نظر بارداری نایجاد اسکار سزارین بررسی شود. در مادران با سابقه سزارین بعد از سه ماهه اول بارداری حتما سونوگرافی برای بررسی جفت اکرا تا انجام شود.

≤12 weeks	13-17 weeks	18-24 weeks	25-27 weeks	≥28 weeks	Postpartum Use
Induced Abortion Misoprostol 800µg BU/SL/PV every 3 hours until expulsion ¹	Induced Abortion Misoprostol 400µg every 3hours until expulsion BU/SL/PV ⁴	Induced Abortion Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Induced Abortion Misoprostol 200µg every 4 hours BU/SL/PV until expulsion ^{4,8}	Induced Abortion Misoprostol 25-50µg every 4hours PV ⁸ OR Misoprostol 50-100µg every 2 hours PO ^{3,8}	Prophylaxis of Postpartumhemorrhage (PPH) Misoprostol 600µg SL x 1
Missed Abortion/ Anembryonic Pregnancy Misoprostol 800µg BU/SL/PV every 3 hours until expulsion ¹	Missed Abortion Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Fetal Demise Misoprostol 400µg every 3hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Fetal Demise Misoprostol 200µg every 4 hours BU/SL/PV until expulsion ⁴	Fetal Demise Misoprostol 25-50µg every 4 hours PV ⁸ OR Misoprostol 50-100µg every 2 hours PO ³	Treatment of Postpartumhemorrhage (PPH) Misoprostol 800µg SL x 1
Incomplete Abortion 400µg misoprostol SL x 1 600µg misoprostol PO x 1800µg misoprostol BU x 1 dose ³	Incomplete Abortion Misoprostol 400µg every 3 hours BU/SL	Incomplete Abortion Misoprostol 400µg every 3 hours BU/SL	Induction of Labor Miso- prostol 25-50µg every 4 hours PV OR Misoprostol 50-100µg every 2 hours PO ^{3,6}	Induction of Labor Misoprostol 25-50µg every 4 hours PV ^{6,7} OR Misoprostol 50-100µg every 2 hours PO ^{3,6}	
Cervical Preparation Before Aspiration Not required ²	Cervical Preparation Before Aspiration Misoprostol 400µg 1-2 hoursBU/SL/PVbefore the procedure ³	Cervical Preparation Before D&E (Use of multiple modalities is recommended) Osmotic Dilators 1-2 days before and Misoprostol 400µg BU/SL/PV 1-2 hours before the procedure			