

بررسی علل و روش های درمانی مختلف در خونریزی های

شدید بعد از زایمان در ۲ بیمارستان دانشگاهی مشهد

دکتر مرضیه لطفعلی زاده^۱، دکتر عطیه منصوری^۲، دکتر مهسا منصوری^۳،

دکتر نیره قمیان^{۴*}

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۹

خلاصه

مقدمه: خونریزی های بعد از زایمان، یکی از دلایل عمده مرگ و میر و عوارض مادری می باشد که در صورت شناخت عوامل مستعد کننده آن و در صورت پیش بینی احتمال خونریزی، آمادگی قبلی و انجام مداخله طبی و جراحی صحیح و به موقع، می توان به میزان زیادی، مرگ و میر و عوارض مادری را کاهش داد. مطالعه حاضر با هدف بررسی علل خونریزی و روش های مختلف درمانی جهت خونریزی بعد از زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی و گذشته نگر، پرونده تمام بیماران زایمان کرده در ۲ بیمارستان دانشگاهی مشهد در سال ۸۹-۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت و زنانی که نیاز به تزریق خون و یا رزرو حداقل ۲ واحد خون داشتند، وارد مطالعه شدند. سپس علل و عوامل مستعد کننده خونریزی، روش زایمان و روش های درمانی کنترل خونریزی و عوارض مادری مورد بررسی قرار گرفت. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: از مجموع ۲۱۱۸۱ مورد زایمان، ۲۴۸ نفر (۱/۱۱/۸٪) به رزرو و یا تزریق خون نیاز داشتند. علت خونریزی ۱۳۸ نفر (۵۵/۶٪) از افراد به دلیل آتونی، ۶۶ نفر (۲۶/۶٪) رزیدو، ۴۲ نفر (۱۶/۹٪) پارگی ژنیتال و ۲ نفر (۰/۸٪) به دلیل میوم بود. روش ختم بارداری در ۶۶ نفر (۴۸٪) از افراد به روش سزارین و در ۷۱ نفر (۵۲٪) به روش زایمان طبیعی بود. روش های درمانی استفاده شده بیشتر به صورت طبی و به صورت تجویز اکسی توسین، مترژن، میزوپروستول، ماساژ دو دستی و روزیون بود و تنها ۱ بیمار به استفاده از ۱۰ روش طبی و جراحی جهت کنترل خونریزی نیاز داشت. هیچ موردی از مرگ مادری به علت خونریزی شدید مشاهده نشد.

نتیجه گیری: روش های طبی و جراحی مختلفی برای کنترل خونریزی بعد از زایمان وجود دارد و در صورتی که اقدامات صحیح و به موقع انجام شود، نیاز به روش های تهاجمی، عوارض و مرگ و میر مادر کاهش می یابد.

کلمات کلیدی: ترانسفوزیون خون، خونریزی بعد از زایمان، درمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نیره قمیان؛ مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۲۲۶۱۸؛ پست الکترونیک: ghomiann@mums.ac.ir

مقدمه

خونریزی، فشار خون و آمبولی، سه دلیل عمده مرگ و میر مادران باردار می باشند. سالانه حدود ۶۰۰/۰۰۰ زن در دنیا در اثر خونریزی ناشی از زایمان، جان خود را از دست می دهند (۱). امروزه با توجه به دسترسی آسان به خون و فرآورده های آن و با وجود روش های طبی و جراحی جدید جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان، میزان مرگ و میر مادران کاهش قابل توجهی یافته است و علت مرگ ناشی از خونریزی در کشورهای توسعه یافته بعد از آمبولی و فشار خون، قرار دارد. اما همچنان در ایران، اولین علت مرگ و میر مادران، خونریزی می باشد. انجمن سلامت جهانی تخمین زده است که ۲۵٪ از مجموع مرگ های مادری در کل جهان به دلیل خونریزی شدید می باشد، همچنین ۲۰ میلیون از عوارض مادری در سال به دلیل خونریزی می باشد (۲). خونریزی های بعد از زایمان، یکی از دلایل مرگ مادر است که در صورت پیش بینی احتمال ایجاد خونریزی، آمادگی قبلی، مداخله طبی و جراحی به موقع و صحیح می توان به میزان زیادی، مورتالیتی و موربیدیتی زنان را کاهش داد. در بررسی های انجام شده، بیشتر علت مرگ و میر مادران، عدم انجام درمان های استاندارد بوده است (۲). آتوننی رحم، خونریزی از محل جایگزین جفت در قسمت تحتانی، باقی ماندن محصولات بارداری و آسیب به کانال زایمانی و رحم از جمله دلایل خونریزی های بعد از زایمان می باشند (۳).

میانگین خونریزی بعد از زایمان با توجه به نوع زایمان متفاوت است. خونریزی مورد انتظار در زایمان طبیعی، ۵۰۰ سی سی، در سزارین ۱۰۰۰ سی سی، سزارین مکرر ۱۵۰۰ سی سی و سزارین هیستریکتومی ۳۵۰۰ سی سی می باشد (۱، ۲، ۴).

خونریزی بعد از زایمان، به عنوان خونریزی بیش از ۵۰۰-۱۰۰۰ سی سی بعد از مرحله سوم زایمان تعریف شده است و در صورتی که بدون درمان رها شود، می تواند منجر به عوارض مادری شود (۱-۳).

خونریزی وسیع، به صورت کاهش ۱۰٪ در هماتوکریت بعد از زایمان و نیاز به انتقال خون مشخص می شود که

در ۴٪ از موارد بعد از زایمان واژینال و ۶٪ بعد از سزارین ایجاد می شود (۱، ۲).

قدم اول در موفقیت درمان خونریزی بعد از زایمان، تشخیص علت اولیه آن است. آتوننی رحم، شایعترین علت خونریزی بعد از زایمان بوده که اگر به موقع و با روش های درست درمان شود، اکثر اوقات با درمان طبی بهبود یافته و نیازمند درمان جراحی نخواهد بود. باقی ماندن جفت و پارگی کانال زایمانی، نیاز به مداخله جراحی و خروج بقایای جفت و یا ترمیم محل پاره شده دارد. هر چند در این موارد نیز باید از درمان طبی به طور همزمان جهت منقبض ماندن رحم و جلوگیری از آتوننی ثانوی استفاده کرد (۳).

جهت کنترل خونریزی های بعد از زایمان از درمان های طبی مختلفی مانند ماساژ دو دستی، تخلیه مثانه، تجویز اکسی توسین و مترژین و پروستاگلاندین به خصوص میزوپروستول و درمان های جراحی مانند پک کردن رحم و واژن، بستن شریان رحمی، بستن عروق هیپوگاستریک، بخیه B لینچ، پک رحمی، آمبولیزاسیون شریانی، ترمیم پارگی در موارد آسیب به کانال زایمانی و در نهایت، هیستریکتومی استفاده می شود (۴-۸).

مطالعه حاضر با هدف بررسی علل خونریزی و روش های مختلف درمانی جهت خونریزی بعد از زایمان انجام شد تا میزان موفقیت و عوارض آنها مورد ارزیابی و در صورت لزوم مورد آموزش قرار گیرد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی و گذشته نگر، پرونده تمام بیماران باردار بستری شده در بخش زنان در ۲ بیمارستان دانشگاهی امام رضا (ع) و ام البنین (س) مشهد که میزان ختم بارداری و بارداری پر خطر در آن زیاد بود، در سال ۸۹-۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه، پرونده بیمارانی که نیاز به تزریق خون و یا رزرو حداقل ۲ واحد Pack cell داشتند، از بایگانی گرفته شد. هیچ معیار خروجی برای بیماران وجود نداشت و هر نوع نیاز خون، جزء عوامل زمینه ای در نظر گرفته شد. در این پرونده ها، دلایل خونریزی و درخواست خون، سن، پاریتی بیماری زمینه ای، سابقه

حداقل ۲ واحد خون نیاز داشتند. با توجه به اینکه در بیمارستان های دانشگاهی مشهد با احتمال دادن وجود خونریزی قبل از زایمان و یا احساس خونریزی بیش از حد طبیعی بعد از زایمان، برای تمام بیماران، حداقل ۲ واحد خون رزرو می شود، به نظر می رسد تمام موارد مشکوک به خونریزی بعد از زایمان وارد مطالعه شدند که با توجه به آمار، این میزان حدود ۲۴۸ نفر (۱۱/۸٪) بود. در بین بیماران مورد مطالعه، کمترین سن افراد ۱۸ سال و بیشترین آن ۴۲ سال بود. همچنین کمترین سن بارداری، ۲۰ هفته و ۶ روز و بیشترین آن، ۴۱ هفته و ۶ روز بود. مشخصات فردی مادران مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

مامایی، عامل مستعد کننده خونریزی، روش زایمان و روش های درمان کنترل خونریزی اعم از طبی یا جراحی و عوارض مرتبط با خونریزی یا درمان آن مورد بررسی قرار گرفتند.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، مجموع بیماران زایمان کرده در ۲ بیمارستان، ۲۱۱۸۱ نفر بود که از این تعداد، ۲۴۸ نفر (۱۱/۸٪) به علت خونریزی، به تزریق خون و یا به رزرو

جدول ۱- مشخصات فردی مادران با خونریزی بعد از زایمان در بیمارستان های دانشگاهی مشهد به مدت ۲ سال

منحنی	حداقل	حداکثر	میانگین
سن مادر	۱۸	۴۲	۲۸
پاریتی	۰	۶	۲
سابقه مرگ نوزاد	۰	۲	۱۶
سابقه تولد نوزاد	۰	۶	۱/۵۶
سابقه سقط	۰	۳	۰/۳
تعداد سزارین قبلی	۰	۴	۱/۳
سن بارداری (هفته)	۲۰	۴۱	۳۴

زودرس کیسه آب و کوریوآمینیوت و میوم (۰/۸٪)، و علت سایر موارد، نامشخص بود. علت خونریزی ۱۳۸ نفر (۵۵/۶٪) از افراد به دلیل آتونی، ۶۶ نفر (۲۶/۶٪) رزیدو، ۴۲ نفر (۱۶/۹٪) پارگی ژنیتال و ۲ نفر (۰/۸٪) به دلیل میوم بود (جدول ۲).

عوامل مستعد کننده خونریزی و بیماری های همراه در گروه مورد مطالعه شامل: سابقه سزارین (۱۷٪)، چند قلوبی (۴٪)، دیابت بارداری (۲٪)، پلی هیدروآمینوس (۰/۸٪)، حاملگی پست ترم (۲٪)، سابقه خونریزی قبل از زایمان (۱/۵٪)، اینداکشن طولانی (۳/۳٪)، زایمان سریع یا طول کشیده (۳/۵٪)، فشار خون بارداری (۵٪)، پارگی

جدول ۲- علل خونریزی در بیماران دچار خونریزی بعد از زایمان در بیمارستان های دانشگاهی مشهد

علت	تعداد	درصد
آتونی	۱۳۸	۵۵/۶
رزیدو	۶۶	۲۶/۶
پارگی ژنیتال	۴۲	۱۶/۹
میوم	۲	۰/۸
جمع	۲۴۸	۱۰۰

روش های درمان استفاده شده در جدول ۳ ذکر شده است.

روش ختم بارداری در ۶۶ نفر (۴۸٪) از افراد به روش سزارین و در ۷۱ نفر (۵۲٪) به روش زایمان طبیعی بود.

جدول ۳- تعداد روش های درمانی به کار گرفته شده جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان در بیمارستان های دانشگاهی مشهد

تعداد دفعات استفاده تعداد (درصد)	نام روش درمانی
۲۴۸ (٪۱۰۰)	تجویز اکسی توسین
۵۴ (٪۲۱/۷)	تجویز سترژین
۲۰ (٪۸/۰۶)	گلوکز هیپرتونیک + انسولین
۹۸ (٪۳۹/۵)	ماساژ دو دستی
۱۲۸ (٪۵۱/۶)	روزبرن
۳۵ (٪۱۴/۱)	تامپون داخل رحم یا واژن
۳۲ (٪۱۲/۹)	ترمیم پارگی ژنتیال
۲۴ (٪۹/۶)	بخیه B لینچ
۰	لیکاتور شریان هیپوگاستریک
۵ (٪۲/۰۱)	لیکاتور شریان رحمی
۱۴ (٪۵/۶)	هیسترکتومی

شریان رحمی، شریان هیپوگاستریک و یا آمبولیزاسیون شریانی تأکید شده است (۴-۷) و در انتها از روش هیسترکتومی به علت عدم پاسخ به درمان های طبی استفاده شده است (۸). البته در مطالعه حاضر، بیشتر از روش های درمانی طبی و از روش جراحی B لینچ جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان استفاده شد که شاید دلیل این تفاوت، مداخله زودتر درمان طبی و عدم نیاز به درمان های جراحی باشد. علاوه بر این در مطالعه آهنن و همکاران (۲۰۰۷)، از درمان طبی و به خصوص فاکتور ۷ نو ترکیب استفاده شد که مصرف این فاکتور در کشور ما مرسوم نیست (۹). در مجموع در مطالعه حاضر، روش های بستن شریان هیپوگاستریک، شریان رحمی، آمبولیزاسیون و فاکتور ۷ نو ترکیب جایگاهی نداشت. در این مطالعه، از میزوپروستول رکتال یا واژینال استفاده شد و در مطالعه شجاعی و همکاران (۲۰۰۴)، خونریزی در ۶۳٪ بیماران در مدت ۱۰ دقیقه بعد از تجویز میزوپروستول رکتال، کنترل شد (۱۰). در مطالعه هاپک و همکاران (۲۰۰۵) و چادهای و همکاران (۲۰۰۴) که روی بخیه B لینچ انجام شد، این روش جهت خونریزی ناشی از آتونی، ترومبوفیلی ها و جفت های نافذ مؤثر بود (۱۱، ۱۲) و طبق نظر انجمن B لینچ، این بخیه های فشاری باید به تمام متخصصین زنان جهت کنترل موفق خونریزی بعد از زایمان و کاهش مرگ و میر و عوارض مادری آموزش داده شود (۱۳). در

جهت کنترل خونریزی بیماران از روش های مختلف درمانی طبی و جراحی استفاده شد که به طور متوسط در بیماران از ۵ روش طبی مانند تزریق اکسی توسین مترژین، میزوپروستول، روزیون و ماساژ دو دستی استفاده شد. تنها ۱ بیمار نیاز به ۱۰ روش طبی و جراحی جهت کنترل خونریزی داشت که در انتها، بیمار تحت هیسترکتومی قرار گرفت. در بررسی های انجام شده، هیچ موردی از مرگ مادری به دلیل خونریزی بعد از زایمان گزارش نشد. عوارض خونریزی در ۲ نفر (۰/۸٪) به صورت ترومبوز عروق عمقی (DVT)^۱ و در ۸ نفر (۳/۲۲٪)، نیاز به جراحی مجدد بود.

بحث

سالانه حدود ۶۰۰/۰۰۰ زن در اثر خونریزی بعد از زایمان فوت می کنند و اغلب این خونریزی ها به دلیل آتونی رحم اتفاق می افتد. در سال های اخیر به دلیل روش های تحریکی زایمان و افزایش میزان سزارین، شیوع و شدت خونریزی بعد از زایمان افزایش یافته است (۳، ۴).

در مطالعات مشابهی که در مورد روش های درمانی مؤثر در کنترل خونریزی بعد از زایمان انجام شده است، بیشتر بر مؤثر بودن روش های جراحی مانند بستن

^۱ Deep vein thrombosis

نتیجه گیری

روش های طبی و جراحی مختلفی برای کنترل خونریزی بعد از زایمان آن وجود دارد و هر چه اقدامات صحیح و به موقع انجام شود، نیاز به روش های تهاجمی، عوارض و مرگ و میر مادر کاهش می یابد. در این مطالعه که اقدامات طبی صحیح در مراکز دانشگاهی با وجود پزشک مقیم بسیار سریع انجام شد، باعث کاهش روش های تهاجمی درمانی، کاهش نیاز به تزریق خون و کاهش عوارض و مرگ و میر مادر شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاران محترم بیمارستان امام رضا (ع) و ام البنین (س) که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

مطالعه هایک و چادهای نیز از این روش برای کنترل خونریزی در ۲۴ مورد استفاده شد.

از محدودیت های این مطالعه، عدم دقت در نوشتن پرونده های بیماران بود و علت دقیق خونریزی در بسیاری از موارد، کاملاً مشخص نبود و با اینکه جفت های نافذ، از علل خونریزی بعد از زایمان می باشند در این مطالعه اصلاً وجود نداشت. همچنین در بسیاری از موارد، جواب پاتولوژی هیستریکتومی ضمیمه پرونده بیمار نبود. علاوه بر این، یکی از معیارهای نشان دهنده خونریزی شدید بعد از زایمان، افت ۱۰٪ هماتوکریت می باشد و از آنجایی که در بسیاری از موارد، اندازه گیری هماتوکریت قبل و بعد از زایمان در پرونده ها موجود نبود، از این متغیر جهت ورود به مطالعه استفاده نشد.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams's obstetrics. 23rd ed. New York:McGraw-Hill;2010:823-39.
2. Gabbe SG, Scott JR. Clinical obstetrics and gynecology. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2002:330-40.
3. Roger MS, Chang AMZ. Postpartum hemorrhage and other problems of the third stage. In: James DK, Weiner CP, Steer PJ, Gonik B. High risk pregnancy management options. 3rd ed. Philadelphia:Elsevier;2006:1559-78.
4. Rock JA, Jones III HW. Te Linde's operative gynecology. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2008.
5. Papp Z, Toth-Pal E, Papp C, Sziller I, Silhavy M, Gavai M, et al. [Bilateral hypogastric artery ligation for control of pelvic hemorrhage, reduction of blood flow and preservation of reproductive potential. Experience with 117 cases] [Article in Hungarian]. Orv Hetil 2005 Jun 12;146(24):1279-85.
6. Ojala K, Perala J, Kariniemi J, Ranta P, Raudaskoski T, Tekay A. Arterial embolization and prophylactic catheterization for treatment for severe obstetric hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 2005 Nov;84(11):107-80.
7. Pelage JP, Laissy JP. [Management of life-threatening post-partum hemorrhage: indications and technique of arterial embolization] [Article in French]. J Gynecol Obstet Biol Report (Paris) 2004 Dec;33(8 Suppl):4S93-4S102. Review.
8. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Theodora M, Antsaklis A. Emergency obstetric hysterectomy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(2):223-7.
9. Ahonen J, Jokela R, Korttila K. An open non-randomized study of recombinant activated factor VII in major postpartum haemorrhage. Acta Anaesthesiol Scand 2007 Aug;51(7):929-36.
10. Shojai R, Desbriere R, Dhifallah S, Courbiere B, Ortega D, d'Ercole C, et al. [Rectal misoprostol for postpartum hemorrhage] [Article in French]. Gynecol Obstet Fertil 2004 Sep;32(9):703-7.
11. Habek D, Kulas T, Bobic- Vukovic M, Selthofer R, Vujic B, Ugljarevic M. Successful of the B-Lynch compression suture in the management of massive postpartum hemorrhage: case reports and review. Arch Gynecol Obstet 2005 Feb;273(5):307-9.
12. Chaudhavy P, Sharma S, Yadav R, Dhaubhadel P. B-Lynch brace suture: an effective method of conservative surgical management for placenta increta. Kathamandu Univ Med J (KUMJ) 2004 Apr-Jun;2(2):149-51.
13. EL-Hamamy E, B-Lynch C. A worldwide review of the uses of the uterine compression suture techniques as severe postpartum hemorrhage. J Obstet Gynecol 2005 Feb;25(2):143-9.