

خونریزی واژینال در نیمه دوم حاملگی:

خونریزی واژینال در نیمه دوم حاملگی (antepartum hemorrhag) در ۲% تا ۵% حاملگی ها رخ می دهد که ممکن است منشاء رحمی یا جفتی (نظیر دکولمان، جفت سرراهی یا پارگی رحم) یا دستگاه ژنیتال تحتانی (نظیر تومورها یا صدمات سرویکس یا واژن) و بندرت منشاء جنینی (رگ سرراهی) داشته باشد. از میان علل خونریزی در نیمه دوم حاملگی، دکولمان جفت عامل ۳۰% موارد و جفت سرراهی عامل ۲۰% موارد است. در حدود یک سوم موارد علتی برای خونریزی یافت نمی شود (حتی بعد از زایمان) و چنین تصور می شود که عامل اکثر موارد ناشناخته خونریزی، جدا شدن حاشیه جفت از دسیدوا باشد که به آن marginal sinus separation گفته می شود اگر چه این گروه از بیماران پیش آگهی بهتری نسبت به بیماران با خونریزی بدلیل جفت سر راهی یا دکولمان دارند اما در مقایسه با آنهایی که خونریزی ندارند پیش آگهی بدتری دارند.

جفت سرراهی placenta previa :

به فرار گرفتن و کاشته شدن جفت در قسمت تحتانی رحم (جایی که در اواخر حاملگی قطعه یا سگمان تحتانی را تشکیل می دهد) جفت سرراهی گفته می شود. جفت سرراهی بر اساس موقعیت آن نسبت به دهانه داخلی سرویکس به ۴ نوع تقسیم می شود :

۱) اگر چنانچه جفت به طور کامل سوراخ داخلی سرویکس یا external os را بپوشاند جفت سرراهی کامل یا complete p. نامیده می شود.

۲) چنانچه جفت قسمتی از سوراخ داخلی سرویکس را بپوشاند جفت سر راهی سرویک یا partiop.p نامیده می شود.

۳) چنانچه لبه جفت کنار سوراخ داخلی سرویکس باشد جفت سرراهی حاشیه ای یا marginal p.p نامیده می شود.

۴) چنانچه جفت فقط در سگمان تحتانی رحم قرار بگیرد ولی لبهی جفت به internal os و یا سوراخ داخلی سرویکس نرسیده باشد جفت پایین قرار گرفته و یا lowlying گفته می شود. نکته: در هنگام زایمان با باز شدن سرویکس ممکن است هر کدام از انواع جفت سرراهی به همدیگر تبدیل شوند مثلاً جفتی marginal باشد و در هنگام زایمان تبدیل به نسبی شود و یا بر عکس

ریسک فاکتورهای اصلی جفت سر راهی عبارتند از:

سابقه سزارین (و اصولاً هر نوع اسکار رحم)، سن بالا (بیش از ۳۵ سالگی)، حاملگی های چند قلو، دفعات حاملگی بالا (بیش از ۴ بار) و سابقه جفت سر راهی، از سیگار و کوکائین نیز به عنوان ریسک فاکتورهای جفت سر راهی نام برده شده است.

بررسی ها نشان داده اند که شیوع جفت سرراهی قبل از هفته ۲۰ حاملگی بین ۱۰٪ تا ۲۰٪ می باشد که با پیشرفت حاملگی حدود ۹۰٪ آنها برطرف می شوند (۷۵٪ در نوع کامل و ۹۵٪ در نوع نسبی) علت این مسئله تغییر محل جفت در اثر تشکیل و طول شدن سگمان تحتانی رحم بوده و به آن پدیده مهاجرت (pelacental migration) گفته می شود.

علائم و نشانه ها:

اصلی ترین و شایعترین علامت جفت سرراهی، خونریزی بدون درد واژینال است (۸۰٪ موارد) خونریزی معمولاً اواخر ماه هشتم حاملگی (۲۲/۵ هفتگی) رخ داده (یک سوم موارد قبل از ۳۰ هفتگی و یک سوم موارد بعد از ۳۶ هفتگی / در کل بیش از ۹۰٪ موارد قبل از ۳۸ هفتگی) که ممکن است در موقع استراحت و خود به خود و یا متعاقب فعالیت یا معاینه واژینال رخ دهد. بیمار چنانچه با سونوگرافی جفت سرراهی علائم بالینی نداشته باشد، نیاز به محدودیت حرکت تا هفته ۲۸ حاملگی وجود ندارد.

خونریزی در اولین حمله معمولاً خفیف و روشن (قرمز) بوده ولی در حملات بعدی (۶۰٪ بیماران و چند روز یا چند هفته بعد) میزان افزایش می یابد. در ۱۰٪ تا ۲۰٪ موارد خونریزی شدید بوده و به شوک هیپوولمیک می انجامد. علت خونریزی جدا شدن جفت از رحم در اثر اتساع و نازک شدن سگمان تحتانی و دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس بوده و در نتیجه منشاء مادری (از فضای بین ویلی) دارد به همین دلیل خونریزی اکثراً بعد از هفته ۲۶ حاملگی رخ داده در حملات بعدی شدیدتر می شود (به دلیل کم بودن میومتر در سگمان تحتانی) و تغییرات FHR رخ نمیدهد (مگر مادر دچار اختلال همودینامیک شود).

در معاینه رحم نرم و غیر حساس بوده اما در ۱۰٪ تا ۲۰٪ موارد انقباض رحمی (شروع روند زایمان زودرس) و در ۱۰٪ موارد درد وجود دارد.

نکته: به هیچ وجه برای تشخیص خون ریزی ها از معاینه واژینال استفاده نمی شود چون ممکن است در بیمار خون ریزی شدید اتفاق افتد به غیر از اینکه بیمار در اتاق عمل باشد و آماده برای سزارین باشد که اصطلاحاً به آن DOUBLE SET گویند یعنی همه ی شرایط آماده ی سزارین است.

ارزیابی پاراکلینیکی:

ساده ترین و مناسب ترین روش تشخیص جفت سرراهی ی سونوگرافی از راه شکم است و دقتی حدود ۹۵٪ دارد در مواردی جفت بزرگ بوده یا در خلف قرار داشته و یا اینکه بیمار چاق است از دقت آن کاسته شده و در این موارد سونوگرافی از راه پینه و یا واژن مناسب خواهد بود.

تمامی بیماران مشکوک به جفت سرراهی بایستی در بیمارستان بستری شده و با متخصص زنان و زایمان مشاوره انجام شود و علاوه بر سونوگرافی بررسی های زیر صورت گیرد:

(۱) آزمایش CBC diff, BG, RH ، کراس مچ و آزمایشات روتین بیماران بستری (از جمله اندازه گیری الکترولیت ها ، BUN, BS, Cr)

(۲) درخواست رزرو و حداقل ۲ واحد packed cell و ۲ واحد خون کامل

(۳) کنترل علائم حیاتی مادر و FHR در صورت لزوم بررسی وضعیت تکامل ریوی جنین اندیکاسیون بستری : تمام بیماران در (بخش زایمان) تدابیر درمانی:

درمان جفت سرراهی بستگی به شدت خون ریزی و سن حاملگی داشته و بر دو اصل کلی اقدامات محافظتی و اختصاصی استوار است .

1) استراحت در بستر، خودداری از نزدیکی، دوش وازینال و معاینه وازینال

۲) برقراری Iv Line و اصلاح وضعیت همودینامیک بیمار طبق روش کلاسیک

۳) چنانچه جنین پره ترم می باشد و خونریزی کم است به بیمار استراحت داده می شود و فقط بیمار تحت نظر قرار می گیرد ولی چنانچه بیمار تا زمان ترم سونوگرافی جفت سرراهی دارد در تمام انواع آن باید برای آن سزارین صورت گیرد ولی چنانچه در انواعی مانند marginal یا lowlying بیمار در مراحل زایمانی قرار گرفته است بدون اینکه خونریزی واضحی داشته باشند و یا صدای قلب جنین خراب شده باشد اجازه زایمان وازینال می دهیم

دکولمان جفت : placental Abruptio :

به جدا شدن و کنده شدن جفت (که در محل طبیعی کاشته شده باشد) قبل از خروج جنین و پس از هفته ۲۰ حاملگی (در برخی منابع بعد از هفته ی ۲۸ حاملگی) جدا شدن زودرس جفت یا دکولمان جفت گفته می شود.

انواع جدا شدن جفت:

می تواند به صورت ناقص و یا به صورت کامل جدا شده باشد . خونریزی ممکن است به صورت آشکار و یا به صورت مخفی باشد.

معمولاً جدا شدن ناقص جفت با خونریزی آشکار می باشد و جدا شدن کامل جفت با خونریزی مخفی می باشد. در خونریزی مخفی ممکن است جفت جدا شده ولی هنوز پرده ها اتصال دارد و در نتیجه خون خارج نخواهد شد و یا به قدری سر در لگن فیکس شده باشد که خروج امکان پذیر نباشد.

نکته: خونریزی مخفی بسیار خطرناک می باشد چون اول از همه تشخیص صورت نمی گیرد ، دوم باعث اختلال انعقادی و کوآگولوپاتی خواهد شد.

اتیولوژی دکولمان جفت:

علت اصلی دکولمان ناشناخته است ولی عوامل مستعد کننده و شناخته شده آن عبارتند از :
هیپرتانسیون (بیش از ۵۰٪ بیماران با دکولمان خطرناک و شدید دچار هیپرتانسیون هستند که
نیمی از موارد از نوع مزمن و نیمی دیگر از نوع هیپرتانسیون وابسته به حاملگی می باشد)
،ضربه(تروما به شکم) ، حاملگی چند قلویی(خروج قل اول باعث دکولمان در قل دوم می شود) ،
پلی هیدرآمניوس(خروج ناگهانی مایع آمنیوتیک) ، پاره شدن زودرس کیسه آب ، کوتاهی بند ناف ،
استعمال دخانیات و مصرف کوکائین ، وجود فیبروم های رحمی(جفتی که به طور مستقیم بر روی
فیبروم رحمی قرار گرفته) ، سابقه دکولمان ، پارите بالا ، افزایش سن
علائم بالینی:

تابلوی اصلی: خونریزی واژینال ، درد شکم یا کمر ، حساسیت و انقباض رحمی، دیسترس جنینی
در حدود نیمی از موارد دکولمان جفت بعد از هفته ۳۶ حاملگی ، حدود ۴۰٪ موارد بین هفته های
۳۲ تا ۳۶ حاملگی و بقیه قبل از هفته ۳۲ حاملگی رخ می دهد ، علائم و نشانه های بیماری بر
حسب شدت و نوع خونریزی متفاوت است.
عوارض دکولمان جفت:

وجود یک رحم هایپرتون یا رحم سنگی (چوبی) که انگشتان دست در آن فرو نمی رود و انقباضات
ریتمیک وجود ندارد ، دیسترس جنینی (صدای قلب ممکن است شنیده شود و یا نشود) ، جنین
مرده، ایجاد شوک که با میزان خونریزی بیمار تناسب ندارد و به خاطر آزاد شدن ترومبوپلاستین از
محل خونریزی می باشد . ممکن است به خاطر خونریزی مخفی کوآگولوپاتی اتفاق افتد و متعاقب
آن فیبرینوژن کاهش یابد که به آن هیپوفیبرینوژنمی گفته می شود ، ثانویه به خونریزی که اتفاق
افتاده ممکن است اولیگوری و یا نارسایی کلیوی اتفاق افتد و ممکن است به خاطر اختلال در کلیه
پوتئینوری هم اتفاق بیافتد.

نکته: ممکن است هیپرتانسیون مزمن و پره اکلامپسی هم موجب دکولمان شود
تدابیر درمانی:

در موارد خونریزی شدید و عدم آمادگی رحم برای برای زایمان یک سزارین برق آسا باید صورت
گیرد ولی چنانچه اختلالات انعقادی وجود داشته باشد و یا جنین مرده باشد اجازه زایمان واژینال
می دهیم زیرا در صورتی که بیمار اختلالات انعقادی داشته باشد و عمل سزارین را انجام دهد
ممکن است خونریزی از تمام محل های جراحی اتفاق افتد حتی در صورت زایمان طبیعی باید
انجام اپی زیاتومی محدود شود. در مواردی که جنین نارس است می توان از داروهای توکولیتیک
مثل سولفات دو منیزی و یا ریتودرین برای کاهش انقباضات استفاده کرد ، البته نگهداری این
بیماران قابل پیشگیری نمی باشد چون ممکن است در هر لحظه جدا شدن شدن بیشتر جفت
اتفاق افتد و باعث پیش روی بیماری شود.

اگر چنانچه بیمار دکولمانی وارد مرحله مر احل زایمانی شده ، خونریزی است و دیسترس جنینی وجود ندارد می توان اجازه ی زایمان واژینال داد که از طریق پاره کردن کیسه آ ب که میزان خونریزی را کاهش می دهد و استفاده از اکسی توسین به پیشرفت زایمان کمک کرده است سایر خونریزی ها در نیمه دوم حاملگی:

چنانچه که ذکر شد جفت سرراهی و دکولمان جفت مجموعاً عامل نیمی از موارد خونریزی واژینال در نیمه دوم حاملگی را تشکیل می دهند و عامل اکثر بقیه موارد ناشناخته بوده و یا بعد از زایمان مشخص می شوند علل شناخته شده آن عبارتند از:

پارگی سینوس مارژینال (۶۰٪) ، bloody show (۲۰٪) ، سرویسیت (۱۵٪) ، ترومای ژنیتال (۵٪) ، واریکوز فرج (۲٪) ، تومورهای ژنیتال ، هماچوری ، عفونتهای ژنیتال ، رگ سرراهی و پارگی رحم (هر یک حدود ۰/۵٪)

۱) Marginal Sinus Separation Rapture :

این حالت به جدا شدن مختصر حاشیه ی جفت گفته شده و در واقع می توان آن را یک فرم خفیف دکولمان جفت در نظر گرفت تظاهرات بالینی آن همانند فرم خفیف دکولمان جفت بوده و معمولاً خودبه خود متوقف و بر طرف می شود و در صورتی که جنین و مادر از سلامت مطلوبی برخوردار باشند نیازی به اقدام خاصی نداشته و تحت نظر قرار دادن بیمار کافی خواهد بود (۲) رگ سرراهی (vasa previa):

در اتصال بند ناف به جفت نوع velamentous ممکن است یک یا چند شاخه ی اصلی عروق جفتی بندناف در مجاور دهانه ی سرویکس قرار بگیرد که به آن رگ سرراهی گفته می شود که اگر پرده پاره شود باعث پارگی این عروق و در نتیجه خونریزی (یا منشاء جنینی) می شود که با دیسترس جنینی و بلافاصله مرگ جنین (در ۵۰٪ موارد) در مدت کوتاهی مشخص می شود در صورت تشخیص بایستی بلافاصله قبل از مرگ جنین ، سزارین انجام شود نکته: در هر بیمار حامله با خونریزی واژینال بدون درد (بدون انقباض رحمی) ولی با دیسترس جنینی بایستی به فکر پارگی رگ سرراهی نیز بود.