

خونریزی زایمانی:

مرگ ناشی از خونریزی همچنان یکی از علل اصلی مرگ و میر مادری است. خونریزی ممکن است قبل از زایمان ایجاد شود (مانند حالتی که در جفت سرراهی یا دکولمان جفت رخ میدهد) و یا با احتمال بیشتر بعد از زایمان رخ دهد که ناشی از آتونی رحم یا پارگیهای دستگاه تناسلی است. یکی از عواملی که عموماً به عنوان عامل مستعد کننده خونریزی شدید در نظر گرفته نمی شود، عدم دسترسی به خدمات مامایی و بی هوشی است

خونریزی قبل از زایمان :

- ❖ خونریزی واژینال اندک در طی لیبر فعال شایع است. این نمایش خونی (Bloody، show) نتیجه افاسمان و دیالتاسیون سرویکس همراه با پارگی وریدهای کوچک است.
- ❖ خونریزی ممکن است نتیجه درجاتی از جدایی در جفتی باشد که در مجاورت مجرای سرویکس لانه گزینی کرده است (جفت سرراهی)
- ❖ خونریزی ممکن است در اثر جدایی جفتی که در هر نقطه ای از حفره رحمی قرار گرفته است رخ بدهد؛ (دکولمان جفت)
- ❖ خونریزی بندرت در اثر اتصال Velamentous (حاشیه ای) بند ناف همراه با پارگی و خونریزی از یکی از رگهای خونی جنین در زمان پارگی پرده ها به وجود می آید؛ (واژوپرویا)

دکولمان جفت (Abruptio placentae)

تعریف: جدایی جفت از محل انه گزینی آن در دوره قبل از زایمان

مقداری از خونریزی ناشی از دکولمان جفت، معمولاً در بین پرده‌ها و رحم قرار می‌گیرد و سپس از طریق سرویکس خارج می‌شود و خونریزی خارجی را به وجود می‌آورد. با شیوع کمتر خون خارج نمی‌شود، بلکه در بین قسمت جدا شده جفت و رحم باقی می‌ماند و منجر به خونریزی مخفی می‌شود. ممکن است دکولمان جفت از نوع کامل یا ناکامل (ناقص) باشد. دکولمان جفت به همراه خونریزی مخفی با خطرهای جنینی و مادری بیشتری همراه است، چون هم احتمال وقوع کوآگولوپاتی مصرفی وجود دارد و هم وسعت خونریزی قابل تشخیص نیست و به طور تیپیک این عارضه دیرتر تشخیص داده می‌شود.

اتیولوژی:

علت اصلی دکولمان جفت شناخته شده نیست. اما وضعیتها و بیماریهایی که با آن در ارتباط هستند شامل:

- ۱- افزایش سن مادر و تعداد زایمانها (پاریتته)
- ۲- پره اکالمپسی، هیپرتانسیون حاملگی و هیپرتانسیون مزمن
- ۳- پارگی پیش از موعد و پره ترم پرده‌ها
- ۴- استعمال دخانیات و سوء مصرف کوکائین
- ۵- آنتی کوآگوالن لوپوسی و ترومبوفیلیهای اکتسابی یا وراثتی
- ۶- لیومیومهای رحمی، بخصوص اگر در پشت محل انه‌گزینی جفت قرار گرفته باشند
- ۷- دکولمان راجعه

خونریزی مخفی: احتمال خونریزی مخفی یا باقیمانده در شرایط زیر وجود دارد:

۱- ریزش خون در پشت جفت وجود دارد، اما هنوز لبه های جفت در حالت چسبیده باقی مانده اند.

۲- جفت کاملاً جدا شده است، اما هنوز پرده های جنینی به دیواره رحم متصل هستند

۳- خون بعد از پارگی پرده ها به حفره آمنیون راه یافته است.

۴- سر جنین چنان به سگمان تحتانی رحم فشرده شده است که خون نمیتواند از میان آن به خارج راه

پیدا کند

خونریزی جنینی_مادری: خونریزی در دکولمان جفت، تقریباً همیشه منشأ مادری دارد. احتمال

خونریزی قابل توجه جنینی در دکولمان تروماتیک بیشتر است. در این شرایط خونریزی جنینی به جای

اینکه از خود جداشدگی جفت ناشی شود، از پارگی یا شکاف جفت ناشی میگردد

تشخیص بالینی :

در اکثر زنان مبتلا به دکولمان جفت، شروع ناگهانی درد شکم، خونریزی واژینال و حساسیت رحم رخ

می -دهد. سایر یافته ها شامل انقباضات مکرر و هیپرتونی مداوم رحم میباشد .

تشخیص افتراقی :

تشخیص در موارد دکولمان شدید جفت عموماً روشن است. اما اشکال کم شدت تر و شایعتر دکولمان را

نمیتوان به طور قاطع تشخیص داد و تشخیص با رد کردن احتمالات دیگر صورت میگردد. چون جفت و

لخته های تازه خصوصیات مشابهی در تصویربرداری دارند، کاربرد سونوگرافی در تشخیص دکولمان

محدود شده است و منفی بودن یافته های دکولمان جفت در سونوگرافی، دکولمان جفت را رد نمیکند.

در مقابل، MRI حساسیت بالایی در تشخیص دکولمان دارد. در موارد دکولمان، انعقاد داخل عروقی

تقریباً همیشه وجود دارد. بنابراین افزایش میزان سرمی دایمر D ممکن است موید دکولمان باشد.

کوآگولوپاتی مصرفی: یکی از علل بسیار شایع کوآگولوپاتی مصرفی در مامایی، که از نظر بالینی

اهمیت دارد، دکولمان جفت است. هیپوفیبرینوژنمی آشکار (مقدار فیبرینوژن پلاسما کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر) همراه با افزایش میزان محصولات حاصل از تجزیه فیبرینوژن-فیبرین، افزایش دیمر D و کاهش متغیر سایر فاکتورهای انعقادی تقریباً در ۳۰ درصد دکولمانهای شدید منجر به مرگ جنین یافت میشود. مکانیسم اصلی، القای انعقاد داخل عروقی و به درجات کمتر القای انعقاد خلف جفتی است.

نارسایی کلیه: نارسایی حاد کلیه در موارد شدید دکولمان جفت دیده میشود. در مواردی که درمان هیپوولمی به تاخیر افتاده یا به صورت ناقص انجام شده است. دکولمان جفت معمولاً علت نکروز حاد قشری در حاملگی است. چون پره اکالمپسی اغلب همزمان با دکولمان جفت وجود دارد، تشدید وازواسپاسم کلیه محتمل است. حتی هنگامی که انعقاد داخل عروقی شدید در سیر دکولمان جفت رخ می دهد، درمان شدید و فوری خونریزی با خون و محلول کریستالوئید اغلب از اختلال قابل توجه عملکرد کلیه از نظر بالینی جلوگیری میکند. به دلیل ناشناخته، پروتئینوری حتی بدون پره اکالمپسی بخصوص در شکلهای شدیدتر دکولمان جفت شایع است، که معمولاً با فاصله کمی بعد از زایمان از بین میرود

رحم کولیر (Couvelaire) ممکن است خروج گسترده خون از عروق به داخل بافت عضلانی رحم و

زیر سروز رخ بدهد که اصطلاحاً آپوپلکسی رحمی-جفتی نامیده میشود. چون این اختلال فقط با لاپروسکوپی به طور قطعی تشخیص داده میشود، این گونه خونریزی میومتری بندرت به حدی با انقباضات موثر رحمی تداخل میکند که سبب خونریزی شدید بعد از زایمان شود و این خونریزی اندیکاسیونی برای هیستریکتومی محسوب نمیشود .

تدابیر درمانی:

درمان دکولمان جفت، بر اساس سن حاملگی و وضعیت مادر و جنین متفاوت است. در صورت وجود جنین زنده و رسیده (Mature) و در صورتی که زایمان واژینال قریب الوقوع نباشد، در اکثر موارد سزارین اورژانس انتخاب میشود. در صورت وجود خونریزی شدید خارجی، میتوان از طریق احیای شدید با خون و محلول کریستالوئید و زایمان فوری (به منظور کنترل خونریزی) جان مادر را نجات داد و امید داشت که جنین نیز نجات یابد. اگر تشخیص قطعی نباشد و جنین زنده و فاقد شواهد مخاطره آمیز باشد، میتوان اقدام به نظارت بسیار دقیق همراه با تدارک تسهیالت الزم برای مداخله فوری کرد.

نکته: در مواردی که دکولمان جفت از نظر بالینی آشکار است، درمان با داروهای توکولیتیک کنتراندیکاسیون دارد. **زایمان سزارین:** زایمان سریع جنینی که زنده اما تحت دیسترس است، عمال در تمام موارد به معنی انجام زایمان سزارین است.

زایمان واژینال: اگر جدایی جفت به حدی شدید باشد که جنین مرده باشد، انجام زایمان واژینال ترجیح داده میشود. مگر اینکه خونریزی به حدی سریع باشد که نتوان حتی با جایگزینی شدید خون، آن را به طور موفقیت آمیز اداره کرد و یا اینکه سایر مشکلات مامایی مانع انجام زایمان واژینال شود.

اختلالات انعقادی جدی ممکن است بویژه در زایمان سزارین مشکل آفرین باشند. در موارد اختلال سیستم انعقادی، انسیزینونهای رحمی و شکمی مستعد خونریزی بیش از حد هستند. هموستاز در محل لانه گزینی جفت، عمدتاً وابسته به انقباضات میومتر است. بنابراین در زایمان واژینال تحریک میومتر با ماساژ رحمی و با استفاده از دارو سبب میشود این عروق منقبض شوند و حتی با وجود ادامه نقایص انعقادی از ایجاد خونریزی جدی جلوگیری میشود. **جفت سرراهی (پلاستاپرویا)**

تعریف: در جفت سرراهی جفت در محلی بسیار نزدیک به سوراخ داخلی سرویکس و یا بر روی سوراخ داخلی سرویکس قرار میگیرد که بر ۴ نوع میباشد

۱- جفت سرراهی کامل: این نوع جفت به طور کامل سوراخ داخلی مجرای سرویکس را میپوشاند.

۲- جفت سرراهی ناقص (پارشیاال): این نوع جفت سوراخ داخلی مجرای سرویکس را به طور نسبی میپوشاند .

۳- جفت سرراهی مارژینال (حاشیه ای): در این نوع، لبه جفت در حاشیه سوراخ داخلی سرویکس قرار میگیرد.

۴- جفت سرراهی Low lying : در این نوع، جفت در سگمان تحتانی رحم به نحوی لانه گزینی می -کند که لبه جفت به طور کامل به سوراخ داخلی سرویکس نمیرسد، بلکه در مجاورت آن قرار می گیرد .
در وضعیت دیگری که وازاپرویا نامیده میشود، جفت به شکلی قرار میگیرد که عروق جنین از میان پرده ها عبور میکنند و در سوراخ سرویکس آشکار میشوند.

شدت جفت سرراهی به میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان معاینه بستگی دارد. معاینه انگشتی جفت به منظور تعیین ارتباط بین لبه متغیر جفت و سوراخ داخلی سرویکس ممکن است با گشاد کردن سرویکس سبب برانگیختن خونریزی شدید شود. هم در جفت سرراهی کامل و هم در جفت سرراهی نسبی در اثر تشکیل سگمان تحتانی رحم و دیالتاسیون سرویکس، به طور غیر قابل اجتناب درجاتی از جداشدگی خود به خود جفت رخ میدهد.

موربیدیته و مرگ و میر پری ناتال: در صورت درمان انتظاری، زایمان پره ترم یکی از علل اصلی مرگ پری

ناتال است. میزان ناهنجاریهای جنینی ۲/۵ برابر افزایش مییابد

اتیولوژی :

۱. افزایش سن مادر خطر جفت سرراهی را افزایش میدهد

۲. مولتی پاریده

۳. زایمان سزارین قبلی

۴. استعمال دخانیات

۵. افزایش میزان MSAFP در غربالگری پره ناتال

یافته های بالینی:

شاخص ترین یافته، خونریزی بدون درد است که معمولاً اواخر سه ماهه دوم یا بعد از آن آشکار نمیشود. خونریزی اغلب بدون هر گونه هشدار آغاز میشود و معمولاً خودبخود متوقف میشود، اما ممکن است عود کند

پلاسنٹا اکرتا، اینکرتا و پرکرتا :

جفت سرراهی ممکن است با پلاسنٹا اکرتا یا اشکال پیشرفته آن یعنی پلاسنٹا اینکرتا یا پرکرتا همراه باشد. این گونه اتصال غیر طبیعی و محکم جفت در سگمان تحتانی، به دلیل تکامل ضعیف دسیدوا قابل انتظار است. پلاسنٹا پرویایی که بر روی انسزیون قبلی سزارین قرار گرفته است، با خطر بسیار زیاد پلاسنٹا اکرتا همراه است.

نقایص انعقادی: بروز نقایص انعقادی در جفت سرراهی نادر است. احتمالاً در جفت سرراهی ترومبوپلاستین که آغازگر انعقاد داخل عروقی است، قبل از اینکه به داخل گردش خون مادری رانده شود به آسانی از مجرای سرویکس خارج میشود

تشخیص :

در زنان مبتلا به خونریزی در نیمه دوم حاملگی همیشه باید احتمال دکولمان و جفت سرراهی در نظر گرفته شود. معاینه سرویکس جهت تشخیص جفت سرراهی هرگز مجاز نیست، مگر اینکه مادر باردار در اتاق

عمل بوده و همه تجهیزات لازم جهت انجام فوری سزارین آماده باشند، چون حتی ظریفترین معاینه می -
تواند منجر به خونریزی سیل آسا شود.

تعیین محل جفت با سونوگرافی: سونوگرافی شکمی ساده ترین، بی خطرترین و دقیقترین روش برای

تعیین محل جفت است. نتایج مثبت کاذب اغلب از اتساع مثانه ناشی میشوند، بنابراین در مواردی که

اسکنهای سونوگرافیک آشکارا مثبت هستند، باید مجدداً بعد از تخلیه مثانه تکرار شوند

مهاجرات جفت: جفتهایی که در سه ماهه دوم و یا حتی در اوایل سه ماهه سوم، نزدیک سوراخ داخلی

سرویکس اما نه بر روی آن قرار دارند، با احتمال کمتری تا زمان ترم به صورت سرراهی باقی میمانند. در

زنایی که دارای سابقه سزارین هستند، بعد از اینکه جفت سرراهی پیش از هفته ۲۸ حاملگی با سونوگرافی

تشخیص داده میشود احتمال پابرجا ماندن آن بیشتر است.

تدابیر درمانی:

۱- مادران بارداری که دارای جنین پره ترم هستند و خونریزی فعال وجود ندارد، درمان شامل نظارت دقیق

می باشد. بیمار معمولاً بعد از توقف خونریزی و اطمینان از سلامت جنین میتواند مرخص شود همچنین

مادران باردار و خانواده آنها باید کاملاً از مشکلات جفت سرراهی آگاهی داشته باشند

۲- در افرادی مبتلا به خونریزی شدید، علی رغم نارسایی جنین انجام زایمان اجباری است

۳- تقریباً در تمام موارد جفت سرراهی انجام زایمان با روش سزارین ضروری است - .

➤ به علت ماهیت انقباضی ضعیف سگمان تحتانی رحم، ممکن است به دنبال خارج کردن جفت

خونریزی غیرقابل کنترل ایجاد شود. این خونریزی ممکن است علی رغم فقدان پلاسنتا اکرتا در

بررسی بافت شناسی رخ بدهد .

خونریزی بعد از زایمان :

خونریزی بعد از زایمان به طور مرسوم به از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون یا بیشتر بعد از تکمیل مرحله سوم لیبر گفته میشود و علل شایع آن شامل، آتونی رحم همراه با خونریزی از محل لانه گزینی جفت، ترومای مجاری تناسلی یا هر دو هستند. قابل ذکر است که میزان برآوردشده خون از دست رفته، معمولاً فقط معادل نیمی از مقدار واقعی اتلاف خون است. خونریزی بعد از ۲۴ ساعت اول، خونریزی تاخیری بعد از زایمان نامیده میشود .

علل خونریزی بعد از زایمان :

۱-آتونی رحم

شایعترین علت خونریزی زایمانی، ناتوانی رحم برای انقباض کافی بعد از زایمان و ناتوانی در متوقف ساختن خونریزی از عروق محل لانه گزینی جفت است. همواره باید بعد از خروج جفت، لمس فوندوس برای تایید منقبض بودن کامل رحم انجام شود .

عوامل خطر :

۱-پاریته بالا

۲-رحم بیش از حد متسع (زنان دارای جنین بزرگ یا جنین چندقلو و یا دچار هیدرآمیوس)

۳-اختلالات لیبر شامل لیبر هیپوتونیک یا هیپرتونیک

۴-القا یا تقویت لیبر با پروستاگاندین یا اکسی توسین

۵-سابقه خونریزی بعد از زایمان در حاملگی قبلی

درمان :

۱- اگر فوندوس رحم سفت نباشد، ماساژ شدید فوندوس معمولاً از خونریزی بعد از زایمان به علت آتونی جلوگیری می کند. در اکثر موارد انفوزیون داخل وریدی ۲۰ واحد اکسی توسین در ۱۰۰۰ میلی لیتر محلول کریستالوئید با سرعت ۱۰ میلی لیتر در دقیقه و به طور همزمان ماساژ کارآمد و اثربخش رحم در انقباض رحم موثر واقع میشود. اکسی توسین نباید به صورت دوز بولوس رقیق نشده تجویز شود، چون ممکن است در پی آن هیپوتانسیون شدید یا آریتمی قلبی به وجود آید.

۲- از مشتقات آرگوت به عنوان دومین خط درمانی استفاده میشود، متیل ارگونوین به مقدار ۲/ میلی گرم به صورت داخل عضلانی تجویز میشود. در صورت تجویز داخل وریدی با احتمال ایجاد هیپرتانسیون شدید بویژه در زنان مبتلا به پره اکالمپسی شدید همراه هستند

۳- در صورت پایدار ماندن خونریزی و آتونی رحم، پروستاگالندین $F2\alpha$ (کاربوپروست ترومتامین) با دوز ۲۵۰ میکروگرم (۲۵/ میلی گرم) به صورت داخل عضلانی تجویز میشود و در صورت نیاز هر ۹۰-۱۵ دقیقه یک بار حداکثر تا ۸ دوز تکرار میگردد. عواض جانبی آن در ۲۰ درصد زنان دیده می شود که شامل: اسهال، هیپرتانسیون، استفراغ، تب، گرگرفتگی و تاکی کاردی میباشد. همچنین در افراد مبتال به آسم و افراد مشکوک به آمبولی مایع آمیون نباید استفاده شود. میزوپروستول (Cytotec) که آنالوگ صناعی پروستاگالندین $E2$ میباشد، به صورت شیاف ۲۰۰ میکروگرمی رکتال هر ۲ ساعت میتواند در درمان خونریزی بعد از زایمان موثر باشد

اداره خونریزی مقاوم به عوامل یوتروتونیک :

۱- اعمال فشار دو دستی بر رحم: این روش ماساژ ساده دیواره خلفی رحم (با دستی که بر روی شکم قرار دارد) و ماساژ دیواره قدامی رحم (با استفاده از مشت دیگری که از واژن داخل شده است) را شامل میشود. با این روش اکثر خونریزیها کنترل میشود.

۲- درخواست کمک و درخواست خون و گلبول قرمز فشرده

۳- تعبیه کاتتر داخل وریدی دوم تا بتوان همزمان با تجویز خون، به تجویز کریستالوئید و اکسی توسین ادامه

داد

۴- عملیات احیای حجم را با انفوزیون داخل وریدی سریع محلول کریستالوئید آغاز کنید

۵- حفره رحم را با دست برای یافتن اجزای باقیمانده جفت یا پارگیها جستجو کنید

۶- سرویکس و واژن را بعد از اینکه بخوبی در معرض دید قرار گرفتند، به طور کامل مشاهده کنید

۷- از یک کاتتر فولی برای پایش برون ده ادراری (که معیار خوبی برای اندازه گیری پرفوزیون کلیوی

محسوب میشود) استفاده کنید

❖ آتونی بهبود ناپذیر ممکن است انجام هیستریکتومی را به عنوان روشی برای حفظ جان بیمار ضروری

سازد. همچنین بستن شریان رحمی، بستن شریان ایلیاک داخلی، استفاده از بخیه های فشاری و یا

آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک ممکن است مفید واقع شوند

۲- وارونه شدگی رحم (اینورسیون)

خونریزی همراه با وارونه شدن رحم اغلب بسیار شدید است، مگر اینکه فوراً تشخیص داده شده و به طور

مناسب درمان شود. بدترین حالت آن، وارونه شدگی کامل رحم است که در آن رحم به طور کامل از

مجرای زایمان به بیرون برآمده میشود .

عوامل خطر :

۱- لانه گزینی جفت در ناحیه فوندوس

۲- تاخیر در آغاز انقباض رحم یا قابلیت ناکافی انقباض رحم بعد از خروج جفت، و به عبارت دیگر آتونی

رحم

۳- کشش بند ناف قبل از جدا شدن جفت

۴-چسبندگی غیرطبیعی محل النه گزینی مانند سندرمهای پلاسنتا اکرتا

درمان :

۱-افراد کمکی از جمله پرسنل مامایی و بی هوشی فرا خوانده شود

۲-در اغلب موارد میتوان به سادگی با اعمال فشار فوری رو به بالا بر فوندوس توسط کف دست و انگشتان در جهت محور طولی واژن، رحمی را که به تازگی وارونه شده و جفت آن نیز قبلاً جدا شده است به جای خود برگرداند

۳-ترجیحاً دو سیستم انفوزیون داخل وریدی برقرار شود و محلول کریستالوئید و خون برای درمان هیپوولمی تجویز میگردد .

۴-اگر جفت چسبیده باشد، نباید قبل از برقراری سیستمهای انفوزیون، تجویز مایعات و عوامل بیهوشی (ترجیحاً داروهای هالوتان یا انفلوران)، اقدام به خارج سازی جفت شود. داروهای توکولیتیک مانند تربوتالین، ریتودرین یا سولفات منیزیوم به طور موفقیت آمیزی برای شل کردن رحم و برگرداندن آن به جای اول خود مورد استفاده قرار میگیرند.

۵-بعد از خارج کردن جفت، با دست چنان فشاری اعمال میشود که فوندوس از میان سرویکس به طرف بالا هل داده شود .

۶-بعد از قرار گیری رحم در موقعیت طبیعی خود، دارویی که برای شل کردن رحم به کار می رفت، قطع میشود و همزمان تزریق اکسی توسین برای منقبض کردن رحم آغاز می گردد. در همین حال عامل زایمان فوندوس را در موقعیت طبیعی خود حفظ میکند

۷- در صورتیکه به دلیل تشکیل حلقه متراکم انقباضی، نتوان رحم را با دستکاری واژینال به حالت اول خود برگرداند، انجام لاپاروتومی ضرورت می یابد .

۳- آسیبهای مجرای زایمان

پارگیهای دستگاه تناسلی شامل پارگیهای پرینه، واژن، آسیبهای عضله لواتورانی (بالا برنده مقعد) و آسیبهای سرویکس می باشد. در مواردی که علی رغم رحم بشدت منقبض خونریزی ادامه دارد، احتمال باقی ماندن تکه هایی از جفت و یا پارگی مجرای تناسلی یا هر دو مطرح میشود. ترمیم پارگیها درمان قطعی میباشد. در مورد پارگیهای سرویکس تا حد ۲ سانتی متر بسرعت بهبود می یابند اما پارگیهای عمقی نیازمند ترمیم با جراحی هستند. در حین ترمیم پارگیهای سرویکس، پارگیهای همزمان واژن را میتوان از طریق ((پک)) کردن با گاز تامپون کرد تا مانع خونریزی آنها شود.

۴- هماتومهای نفاسی :

این هماتومها در اکثر مواقع با پارگی، اپیزیوتومی یا زایمان ابزاری در ارتباط هستند، اما ممکن است به دنبال پارگی یکی از عروق خونی و بدون پارگی همزمان ایجاد شوند. هماتومهای نفاسی به صورت هماتومهای ولو، ولوواژینال، پاراواژینال و خلف صفاقی طبقه بندی میشوند. عوامل خطر شامل نولی پاریته، اپیزیوتومی، زایمان با فورسپس هستند. در مواردی نیز هماتومها به دنبال آسیب عروقی بدون پارگی بافتهای سطحی ایجاد میشوند. معمولا درد شدید پریئنال و ظهور ناگهانی توموری حساس، موج و تحت فشار در اندازه های مختلف که پوست روی آن تغییر رنگ داده است، سبب تشخیص فوری هماتوم میشود .

هماتومهای کوچک ولو را میتوان با سیاست درمان انتظاری درمان کرد. در صورت درد شدید و یا بزرگ شدن هماتوم، بهترین درمان انسزیون فوری و تخلیه خون و لخته ها و بستن محل های خونریزی است.

بعد از تخلیه هماتوم در صورتیکه هیچ گونه محل خونریزی شناسایی نشود، واژن (و نه حفره هماتوم) به مدت ۱۲-۱۴ ساعت پک میشود. درمان هماتومهای تحت صفاقی و سوپراواژینال دشوارتر است و با انسزیون پربینه میتوان این هماتومها را تخلیه کرد. ممکن است انجام لاپاروتومی ضرورت یابد .

۵- پارگی رحم

شایعترین علت پارگی رحم، جدا شدن اسکار انسزیون قبلی سزارین است، اما ممکن است در ارتباط با تروما و یا در جریان لیبر در رحمی که فاقد اسکار قبلی بوده است، رخ دهد که در اغلب موارد به علت تشکیل سگمان تحتانی بسیار نازک رحم رخ میدهد. اگر اندازه پارگی به حد کافی بزرگ باشد، محتوای رحم معمولاً از رحم خارج و وارد حفره صفاق میشود. با وجود این اگر عضو نمایش جنین به طور محکم آنگازه شده باشد، فقط بخشی از جنین میتواند از رحم خارج شود. پارگی رحم عامل ۱۴ درصد مرگهای ناشی از خونریزی است. یکی از موربیدیت‌های مادری، هیستریکتومی است که ممکن است برای کنترل خونریزی ضرورت پیدا کند

۶- خونریزی ناشی از باقی ماندن تکه های جفت

باقی ماندن تکه کوچکی از جفت از علل شایع خونریزی در مراحل آخر دوران نفاس است. مشاهده جفت بعد از زایمان باید یک اقدام روتین تلقی شود. در محل لانه گزینی جفت، مهمترین عامل برای کسب هموستاز، انقباض و جمع شدن میومتر به منظور فشردن تعداد بسیار زیادی از عروق نسبتاً بزرگ و مسدود کردن مجرای آنها است. تکه های چسبیده جفت یا لخته های بزرگ خون مانع انقباض و جمع شدن موثر میومتر می شوند و در نتیجه هموستاز را در محل لانه گزینی جفت مختل میکنند.

*** نقایص انعقادی تمام موارد فوق را تشدید میکند

نکته: افتراق خونریزی ناشی از آتونی رحم و خونریزی ناشی از پارگیها، به طور نسبی بر اساس عوامل خطر زمینه ساز و وضعیت رحم صورت میگیرد. اگر خونریزی علی رغم وجود رحم سفت و کاملا منقبض ادامه پیدا کند، به احتمال زیاد ناشی از پارگی است. وجود خون قرمز روشن نیز بر پارگی دلالت دارد. به منظور اطمینان از نقش پارگی به عنوان علت خونریزی، مشاهده دقیق واژن، سرویکس و رحم ضرورت دارد. گاهی اوقات خونریزی در اثر هر دو عامل آتونی و تروما ایجاد میشود .