

# خون ریزی بعد از زایمان

## عامل مرگ و میر مادران

پریسا پورشهریاری کارشناس مامائی - مری  
دانشکده پرستاری و مامائی

### اهمیت مسئله :

خونریزی مامایی بعنوان بزرگترین علت و بیشترین درصد (۲۸٪) مرگ و میر در دنیای در حال توسعه می باشد . مطالعات نشان میدهد که : خونریزی سبب ۳۱٪ مرگ در فی جی انگلیسی ، ۵۴٪ درمانوفیامصر ، ۱۲٪ در آدیس آبابا ، ۳۱٪ در Papua New Guinea ، ۲۳٪ در جامائیکا و ۲۲٪ در بنگلادش بوده که مستقیماً از حاملگی زایمان ناشی شده است .

خونریزی سالانه باعث مرگ و میر ۱۵۰۰۰۰ نفر (مادر) می شود بیش از نیمی از این مرگها در کشورهای آسیای جنوب مرکزی و بیش از ۱۹٪ در کشورهای جنوب شرقی آسیا روی میدهند . بالاترین میزان مرگ و میر مادری بعلت خونریزی ، ۲۳۳ مورد مرگ در ۱۰۰۰۰۰ تولد در غرب آفریقا

خونریزی بعد از زایمان ، بزرگترین علت مرگ و میر مادر در دنیای در حال توسعه می باشد . در این مقاله شیوع علل و روشهای مناسب برای جلوگیری از آن مورد بحث قرار می گیرد ؛ که از نتایج کارگاه آموزشی قبل از کنگره kobe ژاپن در اکتبر ۱۹۹۰ از (ICM/wHo/unicef) بدست آمده است .

### مقدمه

سالانه نیم میلیون زن در اثر حاملگی و زایمان از بین می روند ، که علل مهم مامایی شامل : خونریزی ، عفونت ، فشار خون ناشی از حاملگی (اکلامپسی) ، عدم پیشرفت زایمانی و سقط غیر قانونی می باشد . این مقاله خونریزی بعد از زایمان را مورد بررسی قرار داده است و دلائل اساسی و مستقیم همراه با روشهای پیشگیری از آن را بیان کرده است .



و ۲۰۸ مورد مرگ در ۱۰۰۰۰۰ تولد در جنوب شرقی آسیا می باشد .

جالب توجه است که : تنها کشورهایی با میزان بالای مرگ و میر مادری بخش وسیعی از مرگهای ناشی از خونریزی را تشکیل نمی دهد . برای مثال : در چین در مطالعه اخیر از ۲۱ استان دریافتند که از کل مرگ و میر مادری ۴۴٪ موارد ناشی از خونریزی بود ، که بالاترین رقم را در کل مرگ و میر مادری ۴۹ مورد مرگ در ۱۰۰۰۰۰ تولد دارا بود .

مطالعات نشان داده است که مرگهای ناشی از خونریزی پس از زایمان بزرگترین علت مرگ خونریزی مامایی هستند و این مقاله درباره مرگهای ناشی از این علت ویژه بحث می کند .

#### تعاریف

خونریزی پس از زایمان PPH (۱) عبارتست از: از دست دادن ۵۰۰ میلی لیتر خون یا بیشتر از دستگاه تناسلی پس از زایمان . این تعریف توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO ۱۹۹۰) پذیرفته شده است ، یک تعریف قراردادی است . انجمن فنی که در ژوئن ۱۹۸۹ توسط سازمان بهداشت جهانی تشکیل شد با میزان ۵۰۰ میلی لیتر برای تشخیص PPH موافقت کرد ، زیرا تشخیص بالینی است و اغلب تعیین خون از دست رفته ، بوسیله اندازه گیری خون جمع آوری شده به میزان قابل توجهی غیر قابل تخمین است .

این تعریف تأیید می کند که : از دست رفتن خون کمتر از این حد ، طبیعی بوده و می تواند بدون خطر

تحمل شود . مسلماً این موضوع در کشورهایی که آنمی شدید شایع بوده ، صدق نمی کند ، چون میزان توده گلبولهای قرمز در گردش خون ممکن است چنان کاهش یافته باشد که ، از دست رفتن ۲۵۰۰ میلی لیتر خون کشنده باشد . زنانی که پس از یک لیبر طولانی زایمانی سخت داشته اند ، زنان دچار اکلامپسی ، زنان با خونریزی قبل از زایمان و نیز زنانی که در حین زایمان دچار عفونت شده اند ممکن است قادر به تحمل از دست دادن مقدار کمی خون بعد از زایمان نباشند . چنین مواردی نیاز به توجه ویژه در بحث تعاریف خونریزی بعد از زایمان دارند .

PPH اولیه : که شامل وقوع خونریزی در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد نوزاد است .

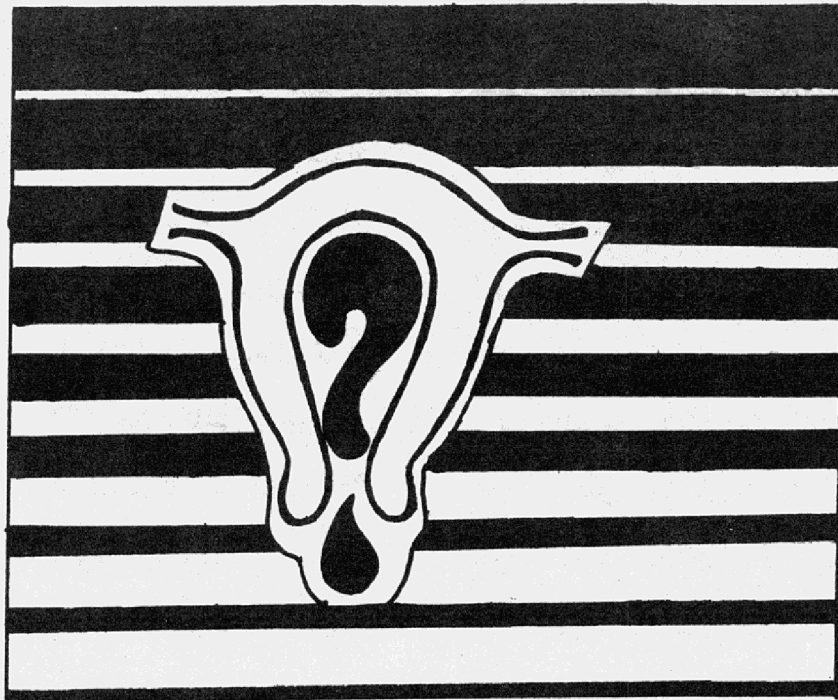
PHH ثانویه : شامل همه موارد خونریزی بعد از زایمانی که بین ۲۴ ساعت بعد از تولد و ۶ هفته بعد از زایمان می باشد .

تفاوت بین خونریزی مرحله سوم و خونریزی پس از زایمان جفت بایستی کنار گذاشته شود و تمام موارد ، در گروه خونریزی اولیه قرار گیرد (WHO ۱۹۹۰) . اصطلاح "جفت باقیمانده" برای توصیف حالتی است که جفت طی یکساعت بعد از تولد نوزاد خارج نشده باشد .

فاکتورهای موثر در خونریزی پس از زایمان

فاکتورهای مامایی و پزشکی :

۱) Post partum hemorrhage



شکل ۷۱ - تبی

۱- اینرسی رحم ۴۷٪

۲- باقیماندن جفت یا تکه هایی از آن ۱۸٪

۳- پارگی سرویکس یا واژن ۱۸٪

۴- ای بی زیوتومی ۱۲٪

۵- پارگی رحم ۰٪

شکل ۱- علل اولیه و ثانویه خونریزی بعد از

زایمان ( سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۰ )

PPH ثانویه	PPH اولیه
کوریوآمینیونیت	باقیمانده جفت
باقیمانده بافت جفت	باقیمانده کوتیلدون
	ضربه به دستگاه تناسلی
	انعقاد داخل عروقی منتشر
	اینرسی رحم

هنوز از مطالعات مختلف به روشنی مشخص نشده

خطر ناشی از خونریزی پس از زایمان به مقدار و میزان از دست رفتن خون و وضعیت سلامت مادر وابسته است. علت خونریزی هر چه باشد، مرگ همواره ناشی از يك یا چند عامل شامل شوک، آنمی، عفونت، نارسایی کلیه یا صدمه مغزی می باشد. گاهی اوقات مدتها پس از رفع علت اولیه خونریزی، مرگ اتفاق می افتد. علت اولیه و ثانویه خونریزی پس از زایمان در جدول (۱) تنظیم شده است. از زمانی که علت خونریزی پس از زایمان شناخته شده است، شایعترین علت مربوط به باقیماندن جفت (همراه با  $\frac{1}{3}$  الی  $\frac{1}{2}$  مرگ ناشی از خونریزی پس از زایمان) و اینرسی رحم می باشد.

در مطالعه ای از Ilorin در ایالات نیجریه

نسبتهای ذیل وجود داشت:



خاص در بیادآوری عوارض مراحل زایمان به خصوص مرحله سوم ضعیف بودند .

صحت شرح حال گرفته شده در پره ناتال ، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه بی ارزش است و میزان ردیابی عوامل خطر قبل از تولد ، می تواند بوسیله يك كارت حاوی اطلاعات لازم برای دوره قبل از زایمان اصلاح شود .

#### شاخص های خدمات بهداشتی :

براساس تجربه بعضی مؤلفین ، فاصله معینی از شروع عوارض تا مرگ را برای عوارض عمده حاملگی در زایمان تخمین زده اند . مهمترین خصوصیت این تخمینها مدت زمان معینی است که بین زمان شروع تا مرگ وجود دارد ، این مدت در خونریزی پس از زایمان ۲ ساعت و درعواض جدی تر ۱۲ ساعت می باشد . همانطوریکه قبلاً گفته شد PPH اغلب شایعترین علت مرگ و میر در میان مادرانی است که در کشورهای در حال توسعه در نواحی روستایی زندگی نموده و درخانه زایمان می کنند.

نتیجتاً جز بعضی روشهای کنترل سریع PPH

تعداد زیادی از زنان به کام مرگ فروخواهند رفت .

اهمیت دسترسی به تسهیلات بهداشتی در جلوگیری از مرگهای ناشی از خونریزی بوسیله مطالعه ایی در ۲۱ ایالت و نیز نواحی شهری چین شرح داده شده است .

در نتیجه این علل، نسبت مرگ و میرها در نواحی روستایی ۵۰٪ و درنواحی شهری بدلیل مهیاتر بودن

است که مرگ ناشی از پارگی رحم از مرگهای ناشی از خونریزی مستثنی شده باشد . شرایطی که زمینه را برای خونریزی پس از زایمان مستعد می کند ، در جدول شماره ۲ نشان داده شده است .

عموماً ارزش پیشگیری فاکتورهای قبل از زایمان کم است و تنها تعداد معدودی از خونریزیهای بعد از زایمان عوامل مستعد کننده قابل شناسایی در دوره قبل از تولد را دارا می باشند . فاکتورهایی مثل : نخست زایی و زایمان های متعدد خیلی شایع هستند ، و بخش اعظم مرگ زنانی را تشکیل می دهند که از خونریزی پس از زایمان می میرند ، اما وقتی که برای تشخیص بکار برده می شوند ، چندان اختصاصی نیستند .

در هر حال ، خانمی با يك نوزاد بزرگ ، یا جفت سر راهی ، عمل سزارین قبلی یا مرگ داخل رحمی مدت دو هفته یا بیشتر ، احتمالاً دچار خونریزی پس از زایمان می شود . فاکتوری که به نظر می رسد در تعیین احتمال خونریزی پس از زایمان دخالت داشته باشد ، وجود سابقه عارضه در مرحله سوم زایمان است که خطر PPH ممکن است دو تا سه برابر افزایش یابد ، و بیش از — چند زایمان که یکبار سابقه PPH در حاملگی قبلی داشتند دچار خونریزی پس از زایمان می شوند .

مطالعه ایی در ایالت Papua New Guinea

نشان داد که : ۷۱٪ از زنانی که عامل مستعد کننده خطر را داشتند ، هنوز ، در منزل زایمان می کرده اند . همچنین توصیف شده : زنان گروه نژادی



شکل ۲- عوامل مستعد کننده خونریزی بعد از زایمان (سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۰)

قبل از حاملگی	قبل از تولد	حین زایمان
نخست زایی	جفت سرراهی	تحريك زایمان
مولتی پارایلا (بیش از ۵ بچه)	جفت سرراهی با سابقه سزارین	عدم پیشرفت و طولانی شدن زایمان
فیبروئید	دکولمان جفت	زایمان سریع
پورپورای ترومبوسیتوپنیک ناشناخته	پلی هیدرآمینوس	زایمان با فورسپس
بیماری فون ویلبراند	چند قلوبی	سزارین
آئمی	سابقه عوارض مرحله سوم	بی‌هوشی عمومی واپی دورال
	مرگ داخل رحمی	کوربوآمینونیتیس
	اکلامپسی	انعقاد داخل عروقی منتشر
	هیپاتیت	

کردن پزشك .

همانگونه که در تجربه بخش Karian در مالزی اثبات شده است ، با تسهیلات بهداشتی میتوان از مرگ و میرهای مادری ناشی از خونریزی جلوگیری کرد .

قبل از پذیرش يك دیدگاه مناسب نسبت به عوامل خطر ، ۶۰٪ از کل مرگهای مادری یا ۲۱/۳۵ مرگها در سالهای ۱۹۸۰-۱۹۷۶ ناشی از خونریزی و پارگی رحم بود .

در طی ۱۹۸۱-۱۹۸۲ این مرگها بطور نمایشی تنها به مرگ ناشی از خونریزی ، نه مرگهای ناشی از پارگی رحم ، تنزل کرد و از تعداد ۳۵ مرگ و میر مادری ، فقط به ۴ مورد مرگ و میر رسیده است .

وضع اجتماعی و اقتصادی و عوامل فرهنگی :

واضح است که مرگ و میر بیماری مادران در

تسهیلات بهداشتی قابل دسترس ۲۵٪ می باشد .

بعلاوه ، مطالعه تفاوت‌های شهری - روستایی نشان می دهد که : سطوح مرگ و میر در روستاهایی که از نظر توسعه فقیر می باشند ۴ برابر بیشتر است .

بررسی های محرمانه در مورد مرگ و میر مادری در کلمبیا - مالای - اتیوپی و جامائیکا دلایل مشابهی را نشان می دهد ، که همین بررسیها ، مرگ و میر ناشی از خونریزی را نیز توضیح میدهد :

- تعلل ورزیدن در خروج دستی جفت در زنانی که جفت باقی مانده است .

- تاخیر در ارزیابی حیاتی که بخشی از آن ناشی از عدم دسترسی به خون و افزایش دهنده های حجم پلاسما می باشد .

- تکنیک ناقص در برش سزارین یا اپی زیوتومی بسیار زود

- تخمین کم خون از دست رفته و تاخیر در خیر



طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی بیشتر رخ میدهد. وضعیت اقتصادی در استفاده از خدمات بهداشتی موثر است. بسیاری از مطالعات نشان می دهد که میزان مرگ و میر در بین زنانی که مراقبتهای قبل از زایمان را دریافت نکرده اند، در مقایسه با زنانی که از این مراقبتهای بهره مند بوده اند بسیار بیشتر است. تعداد قابل ملاحظه ای از زنانی که از PPH فوت کرده اند، مراقبتهای قبل از زایمان داشته، لیکن در منزل وضع حمل نموده و در آنجا مرده اند و یا در حال مرگ به بیمارستان رسانده شده اند.

دلایل عدم استفاده از خدمات بهداشتی برای زایمان اغلب، پیچیده تر بوده و مسائلی و برای محدودیت اقتصادی صرف می باشد.

در تحقیقات بر روی استفاده از خدمات بهداشتی معلوم شده است که: اغلب زنان و خانواده های آنان از عوامل خطر داری که در ارتباط با علل اصلی مرگ و میر مادران می باشد، بی خبر هستند. این بررسی توسط Bhatia تکرار شد و نشان داد که ۲۳٪ از خانواده های روستایی و ۹٪ از خانواده های شهری هیچگونه اطلاعی در مورد وخامت حال زنان قبل از مرگ ندارند، تعداد کمی از خانواده های باقیمانده هم که نسبت به این وخامت آگاه بودند، کاری در این مورد انجام نمی دادند.

وضع حمل کردن بطریقه سنتی و قدیمی، مشکلاتی را هم برای درمان، و هم از نظر خونریزیهای بعد از زایمان بوجود می آورد. در بسیاری از کشورهای آفریقایی و آسیایی

مراقبین و خانواده زن، خونریزی بعد از زایمان را امری طبیعی می دانند، و برخی حتی جریان خونریزی (Bad Blood) در دوره پس از زایمان را خوب می دانند. در آفریقای جنوبی پزشکان، سفارشات لازم را به زنانی که از بیمارستان مرخص می شوند، می کنند.

ماماهای سنتی ممکن بود در سومین مرحله زایمان، در صورت فقدان خونریزی برای خارج کردن جفت، مداخله کنند و این کار شامل: برداشتن جفت با دست، فشار آوردن روی شکم، زن را به حالت خفگی رساندن با وارد کردن موی در دهانش و کشیدن بند ناف بوده است.

در بسیاری از جوامع، درمانهای سنتی در مورد باقیماندن جفت وجود دارد از جمله: «روش کدوی قلبیایی»، «روش جارویی»، «روش استفراغ» و «روش عطسه ایجاد کردن».

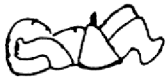
خونریزی شدید معمولاً تشخیص داده می شود و داروهای سنتی اغلب، بایک تاخیر زیان آور بکار برده می شوند.

روشهای استفاده شده توسط ماماها

سنتی برای خارج کردن جفت

**روش جارویی:** یک جاروی تازه در پایین شکم زن قرار میدهند. ماماها سنتی شکم زن را به کمک آن فشار داده، سپس جارو را حرکت میدهد به این ترتیب اجازه میدهد که شکم به جای خود بازگردد و به خروج جفت کمک شود.

**روش کدوی قلبیایی:** کدوی قلبیایی به زن داده می



اطلاعات بهداشتی فراگرفته خود را به روشی قابل فهم درمیان اجتماع بیان کنند .

۴- ماماها باید یاد بگیرند که ، زنانی را که خطر خونریزی پس از زایمان در آنها زیاد است تحت نظر بگیرند .

۵- ماماها باید در مورد چگونگی آموزش و انجام دادن برداشتن جفت با دست ، مهارکردن خونریزی با دست و روشهای جایگزینی مایع ، مهارت و شایستگی کسب کنند .

۶- ماماها باید از ضرورت اتخاذ تصمیمهای اورژانس آگاه بوده و در هنگام بروز خونریزیها به رفع آنها پردازند .

۷- ماماها باید این مسئولیت را بپذیرند که مادر و بستگان او را درباره خطرات زایمانهای بعد از عمل سزارین ، مشکلات سومین مرحله ، بیماریهایی مانند آنمی و هموگلوبینوپاتی آگاه نمایند و با فاصله گذاری بین حاملگیهای بعدی به آنان کمک نمایند .

متأسفانه تعداد خیلی کمی از مدرسین مامایی تجربه مناسب در نواحی روستایی دارند ، و بدلیل محرومیت برنامه های آموزشی ، شناخت تجربی کمی از مشکلاتی که با آنها مواجه می شوند ، دارند .

همچنین مدرسین با ماماهاهایی که در خارج بیمارستانها فعالیت می کنند ، تماس کمی دارند

#### نتیجه

۱- خونریزی بعد از زایمان شایعترین علت مرگ و میر مادران است ، گرچه دلایل اساسی این امر مناسب نبودن وضعیت اجتماعی - اقتصادی و

شود تا در آن فوت کند . فشار و کششی که بدین منظور ایجاد می شود به خروج جفت کمک می کند .

**روش تهوع و استفراغ :** يك اسپچولای چوبی به دهان زن کشیده می شود تا باعث استفراغ شود .

**روش ایجاد عطسه :** نزدیک زن فلفل را در آتش می ریزند تا سبب ایجاد عطسه شود و بدین ترتیب جفت خارج گردد .

مشکلات مربوط به آموزش مامایی

به منظور پیشگیری احتمالی و درمان فوری خونریزی بعد از زایمان ، بهره مند بودن ماماها از آموزش های لازم در این زمینه امری حیاتی است. آموزشها در این مورد ، باید شامل موارد زیر باشد :

۱- تشخیص ضرورت شناخت و درک عقاید سنتی درباره از دست دادن خون در سومین مرحله زایمان ، تجربیات سنتی در سومین مرحله ، و مداخله در مورد باقیماندن جفت و PPH . ( این مطلب معلوم شده است که برنامه های آموزشی می توانند بر پایه دادن اطلاعات در مورد خطرات خونریزی و نیاز به انجام سریع درمان تنظیم شوند ) .

۲- تشخیص آگاهانه در مورد فاصله فرهنگی بین ماما ، زن حامله و خانواده اش

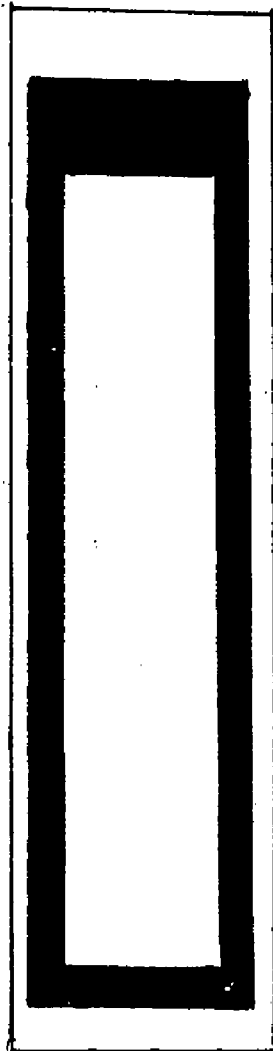
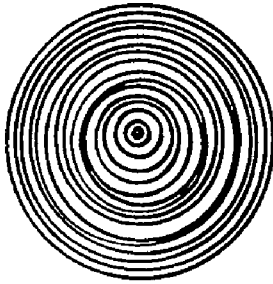
وقتی این اختلاف شناخته شود تدابیری ممکن است توسعه یابد که بتواند بر این شکافها فائق آید . همانگونه که مهیا ساختن مراقبتهای بهداشتی می تواند بسیار موثر واقع شود .

۳- ماماها احتیاج دارند بیاموزند که ، چگونه

عدم دسترسی به وسایل بهداشتی می باشد .

۲- در دسترس بودن ماماهاى شایسته در پیشگیری و معالجه PPH می تواند به میزان زیادى از وقوع مرگ ومیر ناشى از این علت بکاهد .

۳- ضرورتاً این موضوع مستلزم ایجاد دگرگونى در نحوه عمل و روش هاى تنظیمى در مواردى است که برای انجام مراقبت هاى مامایی مانع ایجاد می کنند .



3) Kwast , Barbara , E. , Post-partum Haemorrhage: Its Contribution To Maternal Mortality . Midwifery, Vol. 7,1991 P:64-69

