

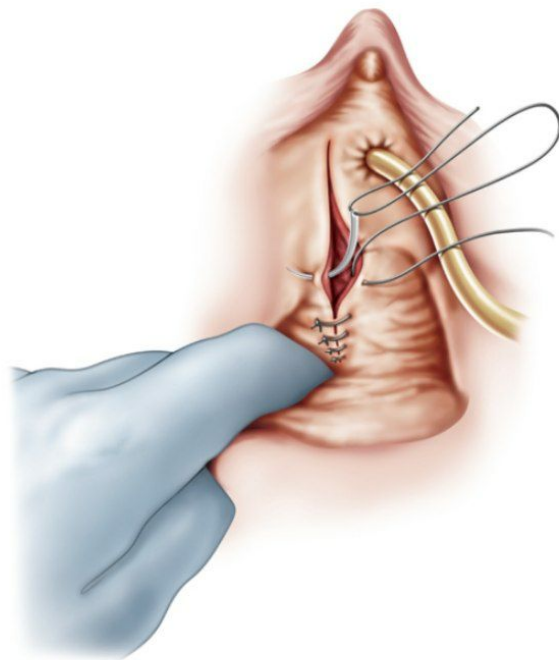
ترومای زایمانی

صدمات وارده به مجرای زایمانی

- ▶ تولد کودک همواره با وارد آمدن تروما به مجرای زایمان که مشتمل است بر رحم و سرویکس و واژن و پرینه همراهی دارد.
- ▶ این صدمات از پارگی های کم اهمیت مخاطی تا جراحات ایجاد کننده خونریزی یا هماتوم های مهلك متغییر هستند.

پارگی نزدیک پیشابراه

- ▶ نسبتا شایع
- ▶ اغلب سطحی
- ▶ خونریزی ندارد و یا خونریزی ناچیز
- ▶ ترمیم آن به طور معمول اندیکاسیون ندارد
- ▶ در صورت نیاز به ترمیم حتما باید بیمار سونداژ شود



Source: G. D. Posner, Jessica DY, A. Black, G. D. Jones: Human Labor & Birth, 6th Edition
www.obgyn.mhmedical.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

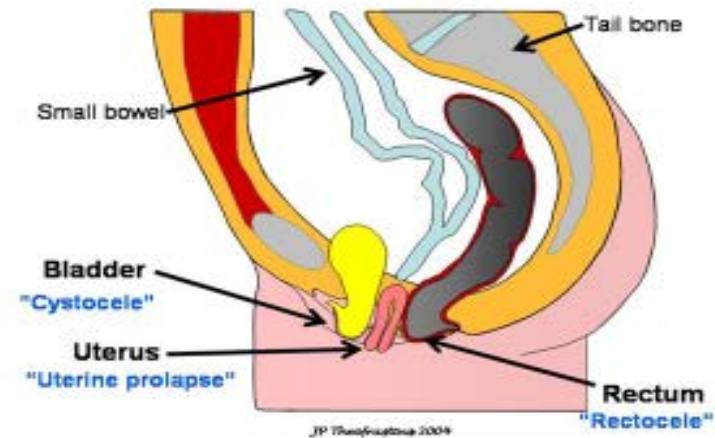
پارگی های دیواره واژن

- ▶ تداوم خونریزی با وجود انقباض خوب رحم شاهدهی قوی دال بر وجود جراحات واژن می باشد.
- ▶ در صورت نیاز به ترمیم وسیع حتما از کاتتر ادراری استفاده می کنیم.
- ▶ جراحات خفیف گاهی برای ایجاد هموستاز نیاز به بخیه دارند.
- ▶ جراحات یک سوم فوقانی سقف واژن به طور معمول ممکنه با صدمات سرویکس همراه باشد و گاهی از نظر پنهان می مانند مگر اینکه قسمت فوقانی مورد معاینه قرار گیرد. این پارگی ها معمولا به دنبال زایمان ابزاری اتفاق می افتد.
- ▶ در صورت پارگی وسیع در ناحیه واژن که تا سرویکس گسترش یافته باید ما را برانگیزد تا به دقت و فورا به دنبال شواهد خونریزی خلف صفاقی باشیم در صورت نیاز لاپاراتومی انجام می شود.
- ▶ در صورت جراحات وسیع ناحیه واژن داخل رحم نیاز به معاینه دارد.
- ▶ ۱/۵ درصد زنان دارای جراحات ناحیه واژن در نهایت نیاز به انتقال خون پیدا کرده اند.

صدمات عضلات لواتور آنی

- ▶ در صورت جراحات عمقی سقف واژن و یا اتساع بیش از حد مجرای زایمانی درگیر می شوند و آسیب می بینند.
- ▶ صدمه به این عضلات باعث اختلال عملکرد دیافراگم لگنی می شود.
- ▶ عوارض :
 - ▶ بی اختیاری ادرار و مدفوع
 - ▶ افتادگی ارگانهای لگنی

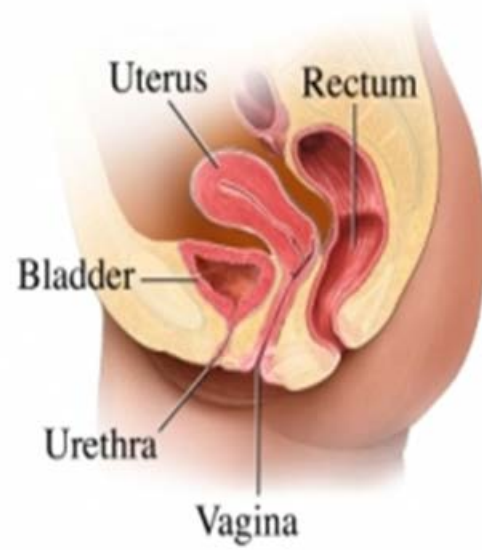
PROLAPSUS



rectocele prolapse



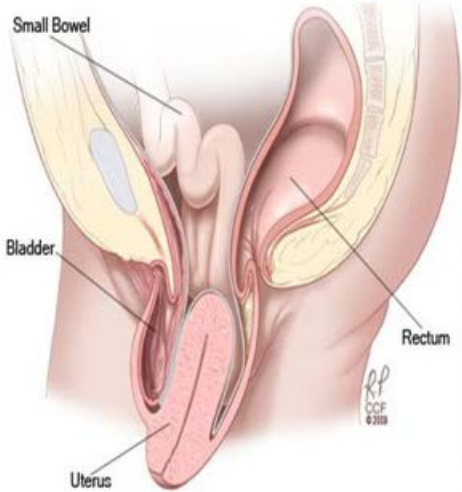
Normal
Female Pelvic Anatomy



Cystocele Prolapse



Apical prolapse



Different types of pessaries





- 2 سعی کنید ماهیچه های لگن را مانند زمانی که موقع ادرار کردن جریان ادرار را قطع میکنید ، جمع کنید

- 1 به پشت بخوابید با زانوهای خم شده کف پاهایتان را روی زمین صاف قرار دهید



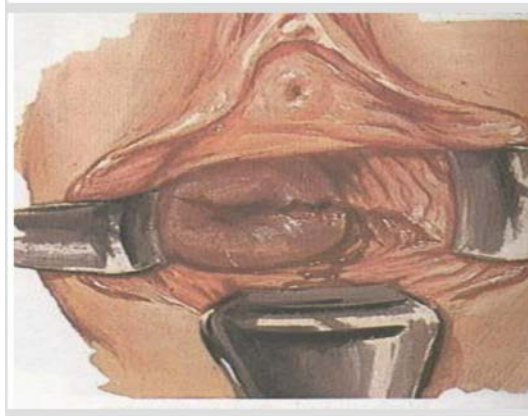
- 3 سعی کنید هر بار تا ده شماره این حالت را نگه داشته و سپس استراحت کنید . در هر مرحله تا ده بار این کار را انجام داده و در روز سه تا چهار بار انجام دهید.

پارگی سرویکس

- ▶ در بیش از نیمی از زایمانهای واژینال پارگی های سطحی سرویکس دیده می شود.
- ▶ پارگی های کمتر از ۰/۵ سانتی متر به ندرت نیاز به ترمیم دارند.
- ▶ پارگی های وسیع سرویکس با احتمال بیشتر به دنبال زایمان ابزاری اتفاق می افتد.
- ▶ پارگی های سرویکس اغلب مشکلی پیدا نمی کنند مگر اینکه سبب خونریزی شوند و یا به بخش فوقانی واژن یا خلف صفاق گسترش یابند.
- ▶ کولپورکسیس : در موارد نادر سرویکس به طور کامل یا نسبی در فورنیکس قدامی یا خلفی یا جانبی از واژن کنده می شود.
- ▶ در بعضی موارد پارگی سرویکس به سگمان تحتانی رحم گسترش می یابد و شریان رحمی و شاخه های آن را درگیر می کند.

- ▶ پارگی شدید بصورت خونریزی خارجی و یا هماتوم تظاهر پیدا می کند.
- ▶ گاهی لب قدامی ادماتو سرویکس بین سر جنین و سمفیز مادر قرار می گیرد و در موارد نادر سبب ایسکمی شدید و نکروز می شود.
- ▶ پارگی های ۱ تا ۲ سانتی متری سرویکس در صورت عدم خونریزی نیاز به ترمیم ندارد.
- ▶
- ▶ گاهی از پگ کردن با گاز تامپون برای کنترل خونریزی استفاده می شود.
- ▶ روش ترمیم : بخیه از بافت بالایی محل شروع پارگی زده می شود به صورت ممتد با و یا بدون لاک با نخ کرومیک



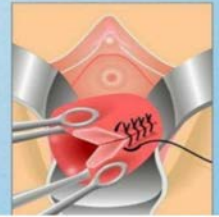


Repair of cervical laceration

ALSO



Cervical Laceration



هماتوم های نفاسی

- ▶ انواع هماتوم های نفاسی :
- ▶ هماتوم ولو (بولب وستیبول یا شاخه های شریات پودندال)
- ▶ هماتوم ولوواژینال
- ▶ هماتوم پاراواژینال (شاخه های نزولی شریان رحمی)
- ▶ هماتوم رتروپیریتونیا
- ▶ خونریزی مداوم گسترش به خلف صفاق و ایجاد توده ای در بالای رباط اینگوائینال و یا گسترش به پشت کولون صعودی تا خمیدگی کبدی
- ▶ عوامل خطر :
- ▶ زایمان ابزار
- ▶ پارگی های واژن و پرینه
- ▶ احتمال بروز تمام انواع هماتوم ها به دنبال کشیدگی و پارگی عروق خونی در غیاب پارگیهای دستگاه تناسلی وجود دارد.

تشخیص :

▶ به سرعت ایجاد شده و همراه با درد شدید هستند

▶ علایم فشار لگنی

▶ درد و ناتوانی در دفع ادرار

▶ برخی از موارد این هماتوم ها تا هنگامی که سایر ویژگیهای هیپوولمی پدیدار نشده اند تشخیص داده نمی شود.

▶ تصویربرداری با سونوگرافی یا سی تی اسکن ممکنه مفید باشد

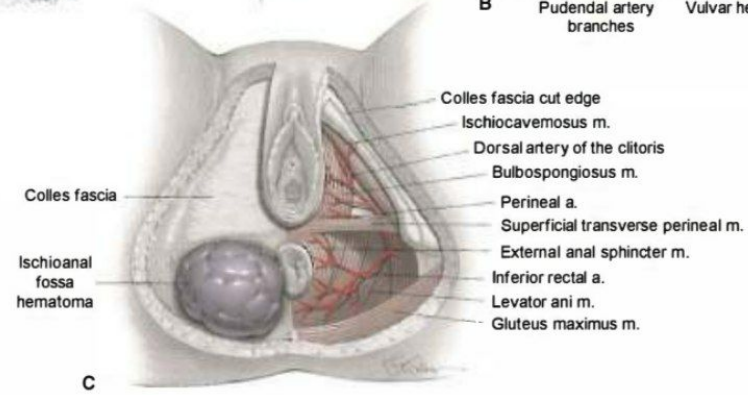
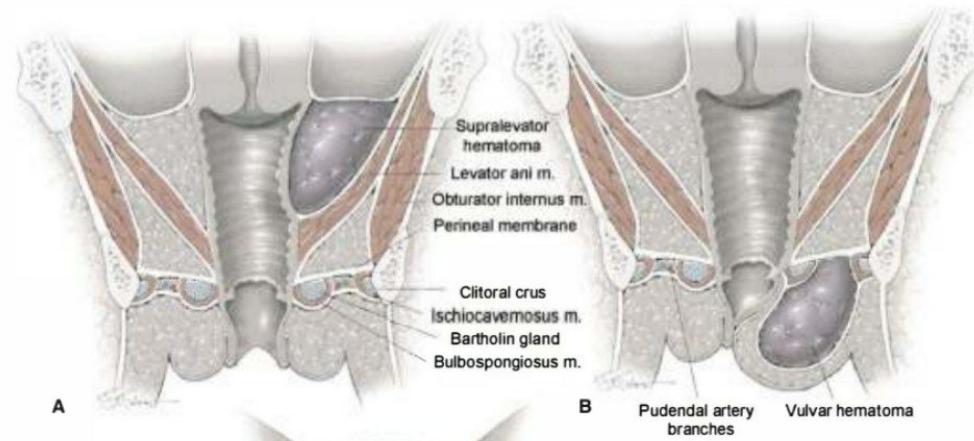
▶ درمان : هماتوم ها بسته به اندازه و محل و فاصله زمانی از زایمان و میزان گسترش درمان می شوند

▶ اگر درد شدید باشد و یا هماتوم به بزرگ شدن ادامه دهد و یا علایم هیپوولمی نمایان شود جراحی ترجیح داده می شود.

▶ میزان خونریزی هماتوم های نفاسی در تمام موارد بسیار بیشتر از حدی است که به صورت بالینی برآورد می شود.

▶ ترمیم : انسزیون در نقطه حداکثر اتساع و تخلیه خون و لیگاسیون محل خونریزی دهنده و بستن حفره و پگ کردن واژن به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت

▶ آمبولیزاسیون آنژیوگرافیک

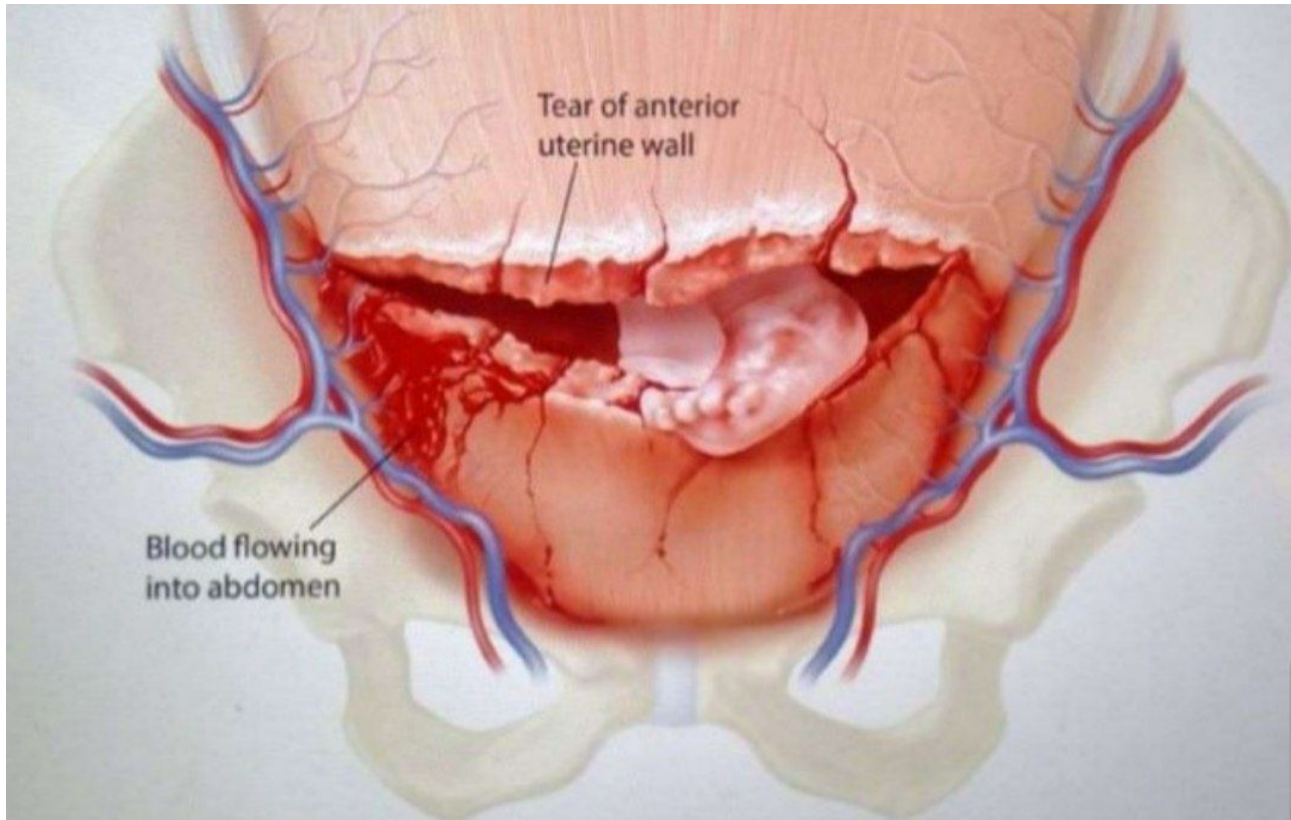


پارگی رحم

- ▶ پارگی های رحم فاجعه بار است
- ▶ انواع :
- ▶ اولیه : رحم از قبل سالم و بدون اسکار
- ▶ ثانویه : در ارتباط با انسزیون آسیب یا ناهنجاری قبلی میومتر
- ▶ پارگی رحم در محل اسکار هیستروتومی سزارین نوع غالب پارگی رحم را تشکیل میدهد.

- ▶ دیگر عوامل خطر پارگی :
- ▶ کورتاژ
- ▶ سوراخ شدن رحم
- ▶ تخریب اندومتر
- ▶ میومکتومی
- ▶ هیستروسکوپی ابزاری
- ▶ انقباضات شدید و خودبه خودی
- ▶ تحریک نامناسب رحم با اکسی توسین یا پروستاگلندین
- ▶ ترومای غیر نافذ شکم
- ▶ چرخش پودالیک داخلی و خارجی
- ▶ زایمان با فورسپس
- ▶ خارج سازی بریچ
- ▶ بزرگی نامعمول جنین
- ▶ ناهنجاری رحمی
- ▶ حاملگی چند قلوپی

- ▶ علایم :
- ▶ درد شدید ناگهانی
- ▶ افت ضربان قلب به صورت لانگ دسلریشن
- ▶ در معاینه استیشن بالا می رود



وارونه شدگی رحم (اینورسیون)

- ▶ وارونگی حاد رحم دردوران نفاس یک عارضه مامایی نادر ولی بسیارخطرناک است که درصورت عدم تشخیص سریع و به موقع می تواند سبب خونریزی شدید، شوک و حتی مرگ مادر شود .
- ▶ میزان بروز این عارضه ۱مورد در ۲۱۰۰ تا ۱ مورد در ۲۵۰۰۰ مورد از زایمان ها گزارش شده است .
- ▶ این عارضه خطرناک معمولاً در مرحله سوم زایمان یا ساعات اولیه بعد از زایمان اتفاق می افتد. موارد بسیار نادری از وارونگی حاد رحم حین عمل سزارین گزارش شده است.

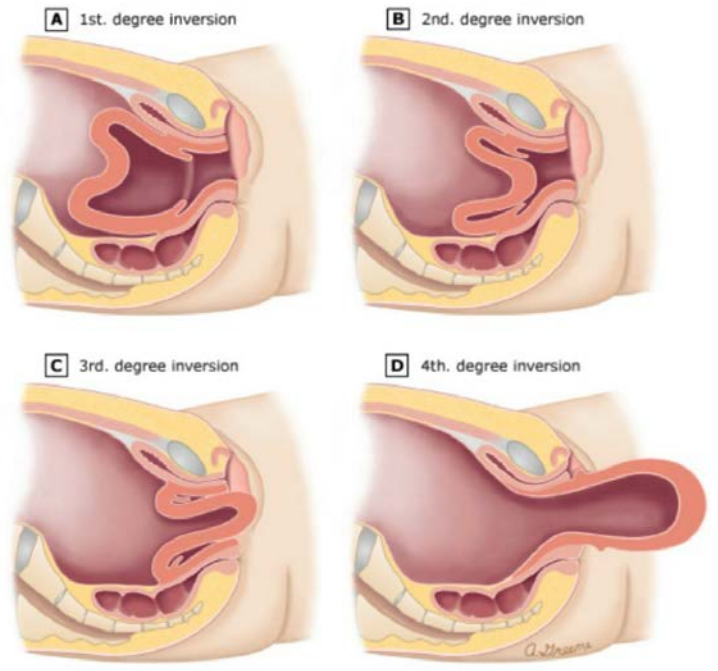


▶ علام :

رحم وارونه شده بصورت يك تورم گلابی شکل، قرمزکه معمولا با لمس به سهولت دچار خونریزی می

▶ **وارونگی رحمی طی چهار مرحله انجام می شود:**

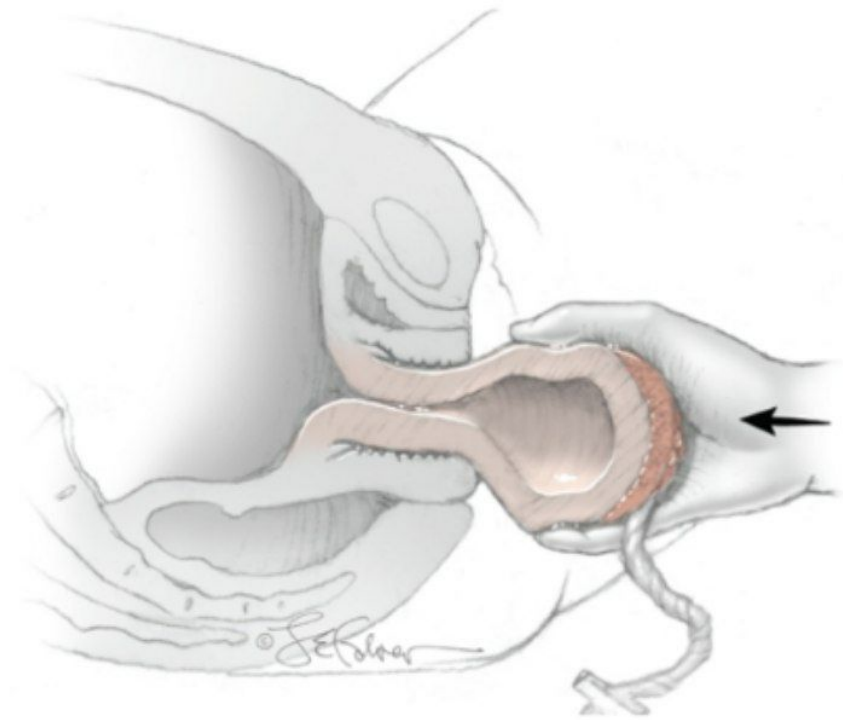
. مرحله اول

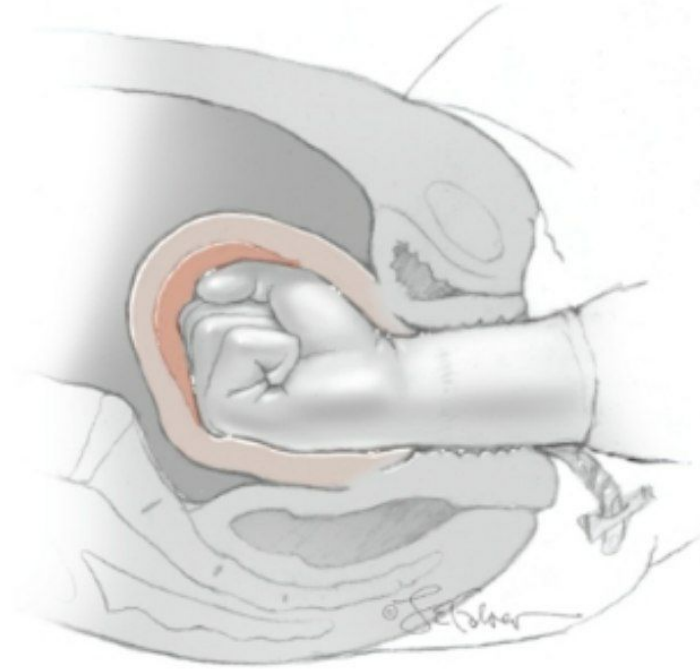


عوامل خطر : ►

لانه گزینی در ناحیه فوندوس .

- ▶ تاخیر در درمان سبب افزایش محسوس میزان مرگ و میر خواهد شد. باید اقداماتی را فوراً و هم‌زمان به مرحله اجرا در آورد:
- ▶ رحم تازه وارونه شده را که جفت به تازگی از آن جدا شده ، غالباً می‌توان به سادگی با بالا راندن فوندوس به وسیله کف دست و انگشتان (در جهت محور طولی واژن) به جای خود برگرداند .
- ▶ درخواست کمک
- ▶ درخواست خون
- ▶ گرفتن ۲ عدد رگ مناسب
- ▶ انفوزیون محلول کریستالوئید
- ▶ قبل از جانداختن رحم جفت را خارج نمی‌کنیم
- ▶ باید مراقب بود در حین جانداختن رحم فشار اعمال شده در حدی نباشد که سبب سوراخ شدن رحم با نوک انگشتان شود
- ▶ قبل از جانداختن رحم : شروع توکولیتیک داخل وریدی برای شل کردن رحم
- ▶ بعد از جانداختن رحم جفت با دقت خارج می‌شود و توکولیتیک قطع و اکسی‌توسین شروع می‌شود
- ▶ پس از خارج سازی جفت ، کف دست را روی مرکز فوندوس قرار می‌گیرد و انگشتان باز می‌شوند تا حاشیه سرویکس مشخص شود . سپس به نحوی فشار وارد می‌کنند که فوندوس از میان سرویکس به بالا رانده شود.
- ▶ بعد از جانداختن رحم اپراتور هم‌زمان با اعمال فشار دودستی برای کنترل خونریزی فوندوس رحم را در موقعیت طبیعی آناتومیک خود نگه می‌دارد





مانور Johnson

Uterine Inversion

MANUAL REPLACEMENT (JOHNSON MANOEUVRE)

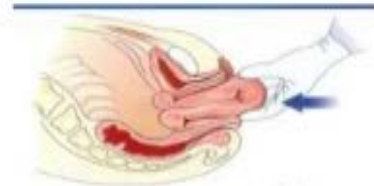


Fig. 10.10A: Grasping the protruding fundus



Fig. 10.10B: Gentle repositioning of the uterus



Fig. 10.10C: The obstetric hand must remain inside the uterine cavity until the uterine fundus contracts

Hemorrhage

Etiology and risk

- Inversion of uterus (turning inside out) factors 4

