جـامـعـة حمـاة
كلّيّة الطبّ البشريّ

نزوف أشهر الحمل الأخيرة

علم التوليد Obstetrics – السنة الرابعة

2021

د. عبد المعين كتيل
أخصائي التوليد والجراحة النسـائيـة وعلاج العقم

نزوف أشهر الحمل الأخيرة

3rd Trimester Bleeding

التعريف:

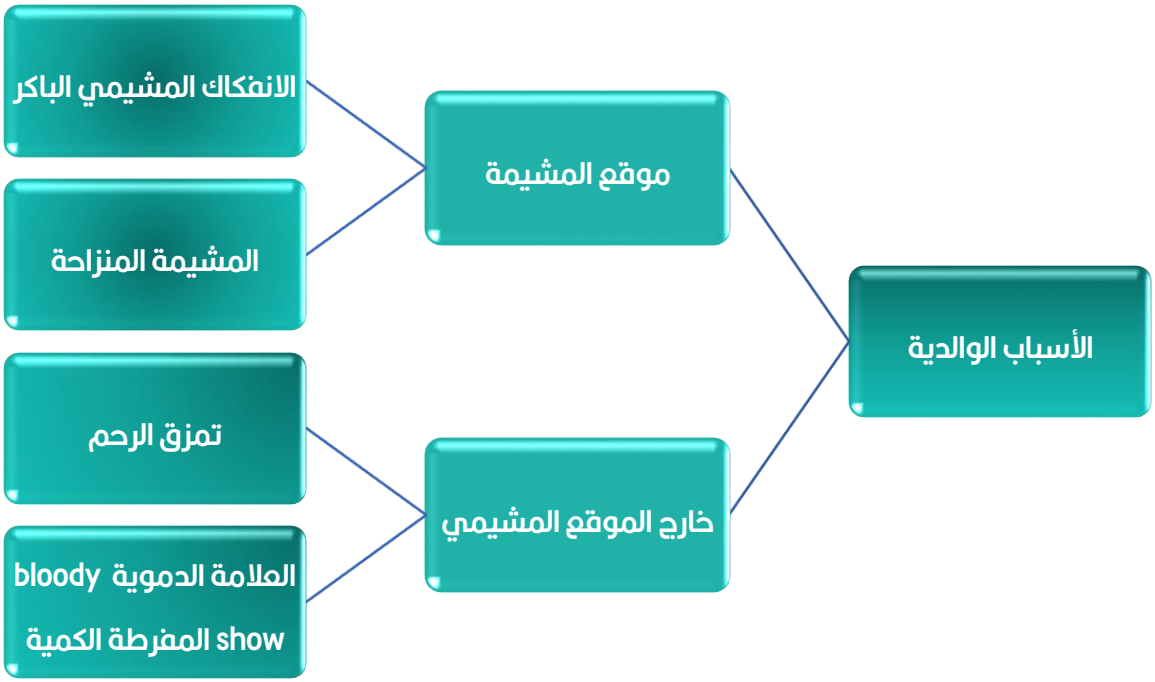
هو الترف الذي يحدث من السبيل التناسلي بعد الأسبوع (٢٠) من الحمل، وأثناء المخاض قبل ولادة الجنين.

الأسباب

أسباب توليدية:

1. أسباب والدية

٢. أسباب جنينية: الوعاء المتقدم على المجيء Vasa Previa.



ب. أسباب غير توليدية (حوالي 5٪):

تعود لسبب موضعي في السبيل التناسلي كالتآكل erosion في عنق الرحم وسرطانة عنق الرحم.

السبب الأشيع هو النزف العارض accidental Bleeding وهو شكل خفيف من انفكاك المشيمة الباكر

الانفكاك المشيمي الباكر

ABRUPTIO PLACENTAE

التعريف:

هو النزف التناسلي بسبب انفصال جزء من المشيمة عن مكان ارتكازها النظامي على باطن رحم، قبل ولادة الجنين.

نسبة الحدوث:

تختلف نسبة الحدوث لاختلاف المعايير المتبعة في وضع التشخيص، وتبلغ عموما ١/ ٢٠٠ ولادة.

السببيات:

- **مجهولة السبب:** لا يعرف فيها السبب الرئيسي لحدوث الانفكاك المشيمي الباكر (ويمثل معظم الحالات)، لكن يزداد حدوثه عندما يترافق مع الحالات التالية:
- ارتفاع الضغط المزمن أو المحرض بالحمل.
- الرض الخارجي: يشكل ١-٢٪ من حالات الانفكاك المشيمي الباكر.
- قصر الحبل السري مما يؤدي لحدوث جر على المشيمة.
- صغر حجم جوف الرحم بعد ولادة التوأم الأول أو بعد انبثاق الأغشية بوجود موه في السلى
- تشوه رحمي خلقي أو لوجود ورم فيه (الورم الليفي).
- ضغط الرحم الحامل على الوريد الأجوف السفلي مما يرفع الضغط في الأوردة خلف المشيمة مؤديا لتمزقها.
- حالات العوز في النظام الغذائي (كعوز الحمض الفولي).
- التدخين من خلال إحداثه إقفارا مشيميا.
- استخدام الكوكائين والتبغ.

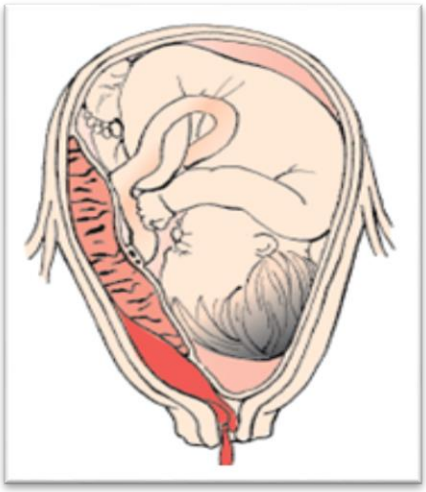
- القصة السابقة للانفكاك المشيمى الباكر: إذ تبلغ نسبة النكس 0ـ17٪ بعد هجمة واحدة في حمل سابق و25٪ بعد حدوثه مرتين في حملين سابقين.
- ارتفاع سن الأم وتعدد الولادات.

التشريح المرضي:

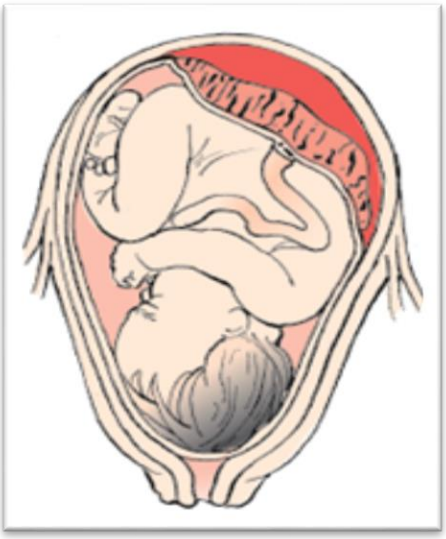
يبدأ الانفكاك المشيمي الباكر بحدوث نزف ضمن الساقط القاعدي، فيحدث شيئا فيه تاركا طبقة رقيقة منه على اتصال مع العضلة الرحمية، وبذلك تشتمل الحدثية المرضية في المراحل الباكرة على حدوث ورم دموي في الساقط يؤدي لانفكاك المشيمة المجاورة له وانضغاطها وفي النهاية تخربها، وقد لا توجد أية علامات سريرية في الفترة المبكرة. يتم الكشف عن الحالة لدى فحص المشيمة المولودة للتو حيث يلاحظ على سطحها الأمومي انخفاض حلقي يقيس بضعة سنتيمترات مغطى لجلطات دموية قاتمة، وعلى اعتبار أن هذه التبدلات التشريحية تحتاج عدة دقائق لتتظاهر فقد لا يكون بالإمكان تمييز المشيمة المنفكة حديثا عن تلك الطبيعية عند الولادة.

في حالات أخرى قد يتمزق شريان حلزوني ساقطي محدثا ورما دمويا خلف المشيمة، يؤدي عند اتساعه للإخلال بوضع أوعية أخرى مما يحدث المزيد من الانفكاك المشيمى وبزيادة النزف يزداد الانفكاك وتتسع منطقته حتى تصل لحواف المشيمة. لا تستطيع الرحم المتمددة بمحصول الحمل أن تتقلص كفاية للسيطرة على الأوعية المتمزقة التي تغذي موقع المشيمة. قد يسلخ الدم المتسرب الأغشية عن جدار الرحم ليظهر للخارج أو يبقى محتجزا ضمن الرحم.

الأنماط (حسب توضع النزف):



1. **النزف الظاهر (البسيط):** يجد بعض النزف الناجم عن الانفكاك المشيمي طريقا له بين الأغشية والرحم عادة، ثم يخرج عبر عنق الرحم ليظهر للعيان، وهذا ما يدعي النزف الظاهر (الخارجي) حيث يخرج الدم من المهبل.



2. **النزف الخفي (شديد الدرجة)** على نحو أقل تواردا، لا يجد الدم مهربا له للخارج بل يحتجز بين المشيمة المنفصلة والرحم، مؤديا لحدوث (النزف الخفي)، الذي يحمل في طياته مخاطر كبيرة تهدد الأم بزيادة خطر حدوث اعتلال التخثر الاستهلاكي، ولا يكون بالإمكان تقدير كمية النزف الحادث.

يميل النزف المحتجز أو الخفي للحدوث على نحو أكثر عندما:

- يكون هنالك تسرب للدم خلف المشيمة لكن حوافها لازالت ملتصقة بالرحم.
- تكون المشيمة مفصولة كليا، وتبقى الأغشية محتفظة باتصالها بجدار الرحم.

❖ يجد الدم سبيلا له نحو الجوف السلوي بعد إحداثه شرخا في الأغشية

❖ يكون رأس الجنين منطبقا انطباقا محكما على القطعة السفلية بحيث لا يتيح المجال للدم للخروج.

❖ في معظم تلك الحالات، تنسلخ الأغشية تدريجيا عن جدار الرحم، وسيظهر الدم عبر عنق الرحم عاجلا أو آجلا.

3. **النمط المشترك: (الدرجة المتوسطة):** معظم الحالات مشتركة (تجمع بين النزف الظاهر وذلك الخفي).

التشخيص Diagnosis:

- لابد من التركيز حين أخذ القصة على سوابق الانفكاك المشيمي الباكر وارتفاع التوتر الشرياني والرض على البطن واستخدام الكوكائين أو التبغ.
- هنالك اختلاف واسع في الأعراض والعلامات الملاحظة، فقد يكون هنالك نزف خارجي غزير مع أن درجة الانفكاك المشيمي لم تصل إلى الحد الذي يؤذي الجنين أو قد لا يشاهد أي نزف ظاهر في حين أن انفكاكاً كاملاً في المشيمة قد حدث وأودى بحياة الجنين مباشرة.
- الأعراض والعلامات الهامة والتي يمكن أن تتواجد مجتمعة أو منفردة هي:

الأعراض: ذات بداية مفاجئة. نزف مهبلي بكميات متفاوتة وبلون بني داكن لأن الدم يحتبس داخلاً لفترة قبل أن يجد طريقه للخارج، ويلاحظ النزف المهبلي الخارجي في ٨٠٪ في الحالات، والألم عرض ثابت.

العلامات: تمثل العلامات الحيوية عند الأم (ذات صلة بكمية النزف المهبلي في حالات النزف الظاهر، ولكن في حالة النزف الخفي تكون الصدمة نزفية وعصبية المنشأ)، نموذج نبضان القلب، ومقوية الرحم، المظاهر الأكثر أهمية في الفحص الفيزيائي.

يجب قياس ارتفاع قعر الرحم بصورة متسلسلة للكشف عن وجود النزف الخفي.

الأمواج فوق الصوتية: يجب أن تجرى لنفي وجود المشيمة المنزاحة قبل إجراء الفحص المهبلي، وقد تساعد الأمواج فوق الصوتية في تشخيص حدوث الانفكاك المشيمي (وجود ظل ناقص الصدى بين المشيمة وجدار الرحم). تستخدم هذه الأمواج أيضاً في تحديد وضعية الجنين وتقدير وزنه لنفي وجود تأخر النمو داخل الرحم والتحضير لاحتمال اللجوء للولادة الجراحية الإسعافية.

الفحص بالمنظار: يجرى بعد نفي وجود مشيمة منزاحة، للتأكد من عدم وجود تهتكات في المهبل، كما يجب فحص عنق الرحم.

الفحوص المخبرية:

- زمرة الدم والتصالب، CBC، زمن البروترومبين، زمن الترومبوبلاستين الجزئي ومولد الليفين.
- اختبار Kleihauer ـ Betke لتحري وجود النزف الجنيني الأمومي.
- يلجأ لاختبار Apt لمعرفة ما إذا كان الدم الجنيني يشكل جزءاً من الدم الملاحظ في المهبل، حيث يمزج ذلك الدم مع كمية مماثلة من هيدروكسيد الصوديوم Na OH (0.25 ٪)، ويرشح المزيج بورقة النشاف. إذا بقي المحلول قرنفلي اللون فهذا يعني وجود دم جنيني لأن خضاب الجنين لا يتعرض للمسخ denatured بواسطة المادة القلوية، فيما يكون الدم من الأم إذا أصبح اللون أصفر أو بنياً لأن خضاب دم الأم يتعرض للمسخ بالمادة القلوية مشكلاً الـ haematin.

النزف الخفي (الصورة الكلاسيكية) Concealed hemorrhage (classic picture)

الأعراض:

ألم بطني شديد بصورة مفاجئة، وقد توجد قصة رض أو ما قبل الإرجاج.

العلامات:

1. **الفحص العام:** علامات الصدمة والنزف الداخلي. الصدمة نزفية بسبب خسارة الدم وعصبية المنشأ نتيجة تعرض العضلة الرحمية للأذية وكذلك تعرض الغطاء الصفاقي للرحم للتمطط والتشقق.. علامات ما قبل الإرجاج، إن وجدت.

2. **الفحص البطني:**

- حجم الرحم يفوق ما هو متوقع وفقا لفترة انقطاع الطمث، كما أنه يشهد ازدياداً تدريجياً في الحجم.
- الرحم ممضة جداً وقاسية القوام (خشبية).
- لا يمكن الشعور بأجزاء الجنين بسبب قساوة جدار البطن.
- لا تسمع دقات قلب الجنين أو تبدي نموذج تألم جنين.

3. **الفحص المهبلي:** لا يوجد نزف مهبلي.

التشخيص التفريقي Differential diagnosis:

١. النزف الخفي: يجب تمييزه عن الأسباب الأخرى للألم البطني الحاد في الحمل.

٢. الترف الظاهر أو المختلط: يميز عن الأسباب الأخرى للنزف قبل الوضع، وعن المشيمة المنزاحة، بالفحص السريري وبالأمواج فوق الصوتية.

الاختلاطات Complications:

الاختلاطات الوالدية:

A. **الصدمة** النزفية في حالات النزف الظاهر والصدمة النزفية والعصبية المنشأ في حالة النزف الخفي.

B. **اعتلال التخثر الاستهلاكي:** يمثل الانفكاك المشيمي الباكر السبب الأكثر شيوعاً لحدوث اعتلال التخثر الاستهلاكي في الحمل، ويتبدى ذلك عند ٣٠٪ من السيدات المصابات بالدرجة الشديدة من الانفكاك المشيمي الباكر مع نقص واضح في مولد الليفين في الدم (أقل م ن 150 ملغ/دل من المصورة جنباً إلى جنب مع وجود مستويات مرتفعة من منتجات تدرك الليفين ومولد الليفين وانخفاض متباين الدرجات في عوامل التخثر الأخرى.

تتجلى الآلية الرئيسية في نشوء عيوب التخثر في الانفكاك المشيمي الباكر بتحريض التخثر ضمن الأوعية وبدرجة أقل خلف المشيمة. الخطوة الهامة في تعاقب أحداث التخثر ضمن الأوعية تتجلى بتحول مولد البلاسمين إلى بلاسمين الذي يتولى حل الصمة المجهرية لليفين، وهذا يحافظ على نفوذية الدوران الشعري microcirculation.

C. **احتشاءات الأعضاء البعيدة:**

- القصور الكلوي: يكون القصور الكلوي الحاد أكثر شيوعاً في الأشكال الشديدة من الانفكاك المشيمي الباكر عندما يكون هنالك تأخر في تدبير نقص حجم الدم أو معالجته بصورة غير كافية. السبب الأكيد لحدوث الأذية الكلوية المصاحبة للانفكاك المشيمي الباكر غير واضح، لكن العوامل الكبرى المرجحة لإحداثها تضم النقص الخطير في تروية الكلية نتيجة نقص النتاج القلبي والتشنج الوعائي ضمن الكلية نتيجة النزف الكتلي الحادث، وفي بعض الأحيان، اضطرابات ارتفاع الضغط الحادة أو المزمنة الموجودة. وقد يختلط الانفكاك المشيمي الباكر بدرجة شديدة من التخثر ضمن الأوعية، يمكن للمعالجة الفورية للنزف بنقل الدم ومحاليل الكهارل أن تمنع في كل الحالات تقريبا اختلال الوظيفة الكلوية المهدد للحياة.
- حدوث النخر في الفص الأمامي للغدة النخامية يؤدي لحدوث متلازمة شيهان.

D. **السكتة الرحمية المشيمية Uteroplacental Apoplexy (رحم كو فلير):**

في الحالات الشديدة من الانفكاك المشيمي الباكر، يحدث غالبا نزوح للدم خارج الأوعية على نحو واسع ويرتشح ضمن العضلة الرحمية وتحت المصلية الرحمية. وتشاهد تلك الانصبابات الدموية أيضا تحت المصلية البوقية وفي النسيج الضام للرباطين العريضين وفي جسم المبيض، في بعض الأحيان، إضافة إلى دم حر في الجوف الصفاقي ربما وجد له طريقاً من الرحم عبر البوقين. يؤدي ما سبق لضعف انقباض الرحم بعد الولادة، وهذه الرحم ذات القدرة الضعيفة على الانكماش تكون سبباً في حدوث نزف رحمي غزير بعد الوضع.

ـ معدل وفيات الأم في هذه الحالة أقل من 1٪.

القصور الكلوي

اعتلال التخثر الاستهلاكي

رحم كوفلير

متلازمة شيهان

الاختلاطات الجنينية:

زيادة الوفيات ما حول الولادة، نقص النمو، الخداج، فقر الدم عند الوليد، الاختناق، والتشوهات الكبرى.

التدبير Management:

تختلف المعالجة اعتمادا على حالة الأم والجنين:

أ. بتطور نزف كتلي عند الأم:

يتم اللجوء للمعالجة المكثفة بنقل الدم والمحاليل الحاوية على الكهارل والولادة الفورية للسيطرة على النزف، وإنقاذ حياة الأم، مع الأمل بإنقاذ الجنين. في مثل هذه الظروف قد يكون النزف ناجماً عن وجود مشيمة منزاحة وهو الأمر الأرجح أو أن المشيمة الواقعة بعيداً عن عنق الرحم قد تعرضت للانفكاك قبل الأوان.

ب. عندما تكون خسارة الدم بمعدل أبطأ بكثير:

تحدد حالة الجنين التدبير اللازم:

1. إذا كان الجنين حياً دون وجود ما يدل على تألم لديه، أي بطء قلب مستمر

أو تباطؤات منذرة بالسوء أو نموذج نبضان جيباني، ولم يكن النزف عند الأم شديداً إلى الدرجة التي تتسبب بنقص خطير في حجم الدم لديها أو بفقر الدم، يمكن اللجوء للمماطلة في حال توفر التجهيزات اللازمة للتداخل الفوري، شرط اتباع مراقبة لصيقة للحالة، وهذه الاستراتيجية تبدي نفعا واضحاً عند كون الجنين غير ناضج (الانفكاك المشيمي المزمن).

2ـ إذا وجد تألم جنين: تتضمن أسباب تعرض الجنين للتألم في الانفكاك المشيمي الباكر:

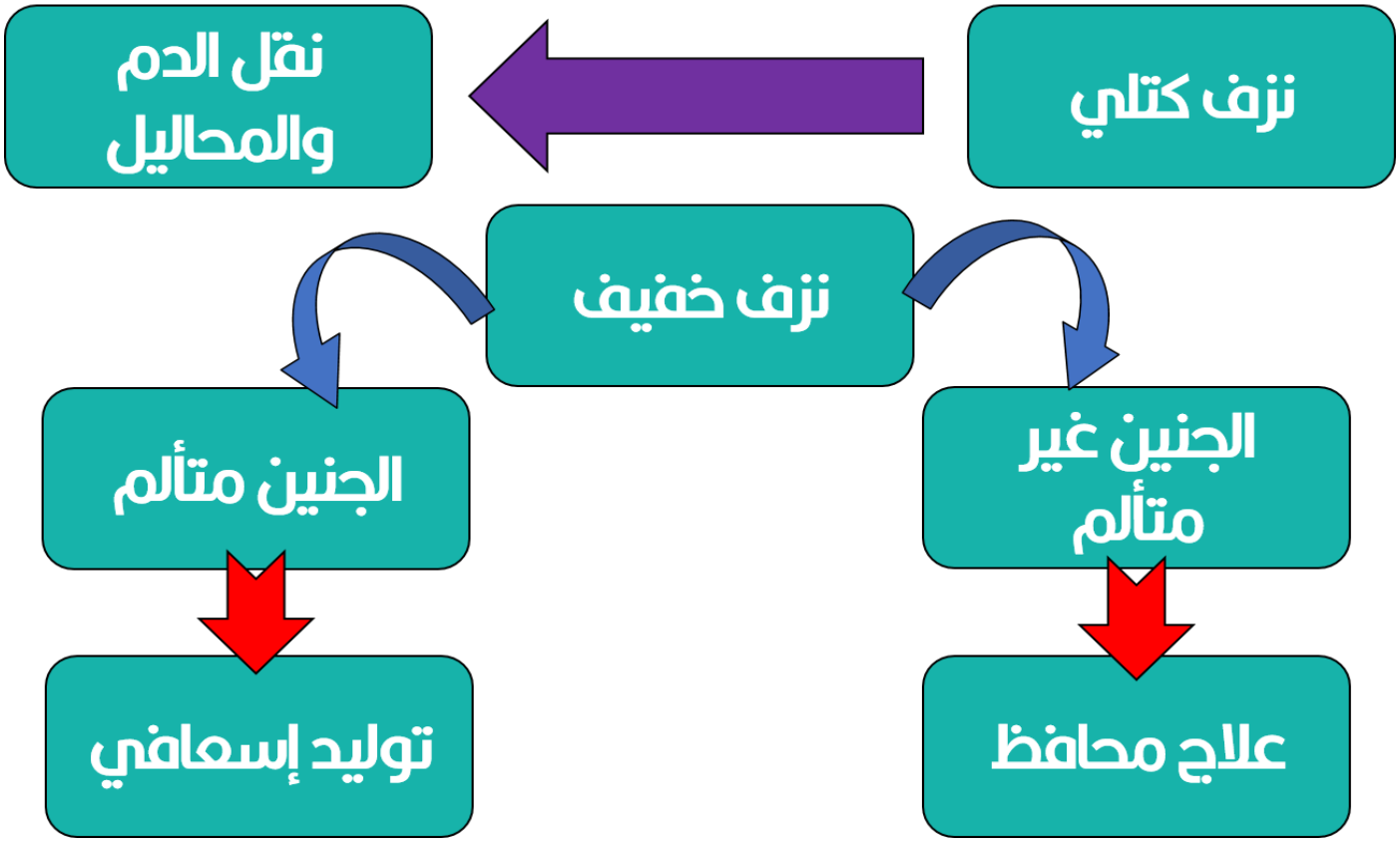
النزف عند الأم والنزف الجنيني وفرط مقوية الرحم. يتضمن التدبير:

- اتخاذ الخطوات الفورية المتعلقة بتصحيح نقص حجم الدم وفقر الدم ونقص الأكسجة عند الأم، للحفاظ على وظيفة أي جزء متبق على اتصال مع الرحم من المشيمة.
- الولادة الفورية:
  - الولادة القيصرية:

ـ إذا كان الجنين حياً ولم تجر القيصرية على الفور، ينبغي مناطرة الجنين عن كثب للكشف عن أي دليل على وجود تألم عنده، وتوليده على الفور إذا ما تعرض لها.

ـ بصورة عملية يعني توليد الجنين الحي الذي يرزح تحت التألم اللجوء للقيصرية.

○ الولادة المهبلية: إذا كان الجنين ميتاً نتيجة شدة الانفكاك المشيمى الباكر الحاصل، تفضل الولادة بالطريق المهبلي ما لم يكن النزف من الشدة بحيث تصعب السيطرة عليه حتى بنقل الدم أو كانت هنالك اختلاطات توليدية من شأنها جعل الولادة عن طريق المهبل غير ممكنة.



لماذا الولادة المهبلية ؟

إن وجود عيوب خطيرة في التخثر يجعل المشاكل التي يمكن أن تنجم عن الولادة الجراحية عن طريق البطن أكبر من تلك الملاحظة فيما لو تمت الولادة عن طريق المهبل.

- بثق الأغشية: هنالك دور هام لبثق الأغشية في أبكر وقت ممكن في الانفكاك المشيمي الباكر، فلو كان الجنين ناضجاً إلى حد معقول يمكن أن يسرع ذلك من حدوث الولادة، أما إذا كان الجنين غير ناضج، فإن جيب المياه السليم يكون أكثر كفاءة في توسيع عنق الرحم مما قد يفعله الجزء الجنيني الصغير الذي لا ينطبق جيدا على ذلك العنق.
- المخاض: في الدرجات الطفيفة من الانفكاك المشيمى الباكر، تكون التقلصات الرحمية عادة ذات تواتر طبيعي وكذلك من حيث الشدة والمدة، وتكون المقوية الرحمية منخفضة بين التقلصات، مع اتساع الانفكاك، يرجح أن تصبح الرحم مفرطة المقوية بصورة مستمرة، بسبب فرط مقوية الرحم المستمر يصبح من الصعب مع الوقت التحديد عن طريقة الجس مدى تقلص واسترخاء الرحم بالرغم من أن شكاوى المريضة من آلاماً دورية متزايدة يشير لحدوث زيادات دورية في الفعالية الرحمية.

● النزف ونقص حجم الدم:

ـ يتم تسريب الدم والمحاليل الملحية المتوازنة (محلول رنغر المضافة إليه اللاكتات) بكميات تحافظ على الهيماتوكريت بمقدار (30٪) أو أعلى قليلاً وعلى صادر بولي لا يقل عن 30 مل/ساعة والأفضل 60 مل/ساعة لمنع حدوث شح البول، وإذا اتخذ القرار بإعطاء المزيد من السوائل، لابد من مناطرة الضغط الوريدي المركزي.

ـ يستطب في بعض الأحيان التي تكون فيها الرحم قد تعرضت لدرجة كبيرة من التهتك أو لا يكون بمقدورها التقلص لتحقيق إرقاء كاف لمنطقة الانغراس إجراء استئصال للرحم.

المشيمة المنزاحة PLACENTA PREVIA

التعريف Definition:

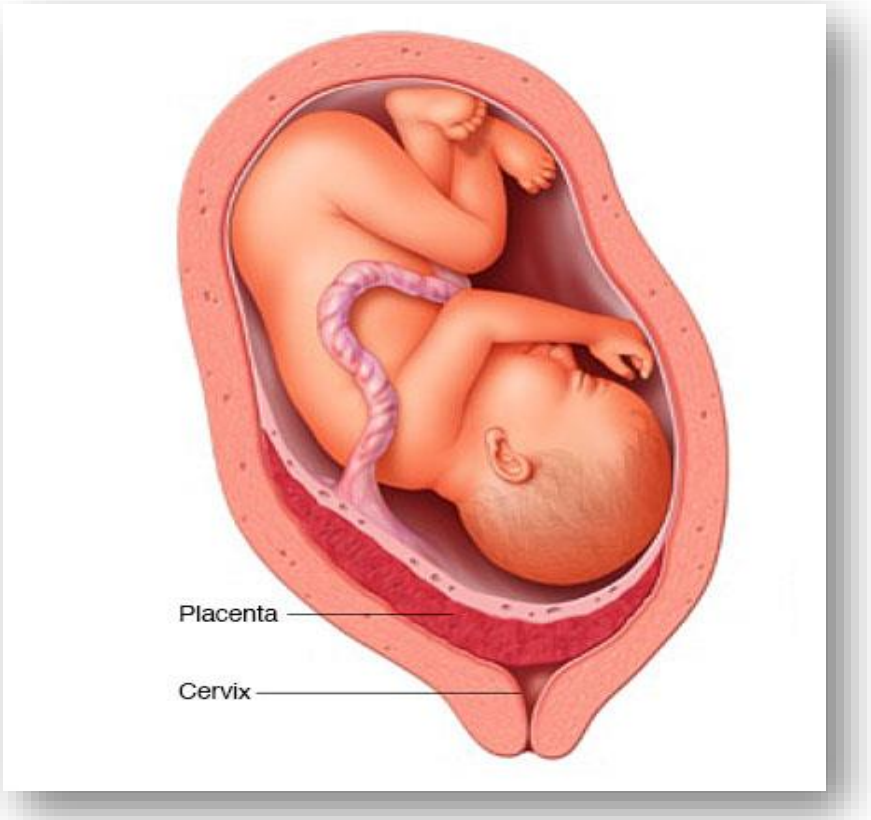
انغراس المشيمية في القطعة السفلية للرحم، تحت جزء المجيء الجنيني.

نسبة الحدوث Incidence:

تتراوح بين 1/200 ـ 1/250 حمل، وتلك النسبة أقل 1/1500 عند الخروسات وأعلى 1/20 عند عديدات الولادة جداً

السببيات Etiology:

غير معروفة، لكن نسبة الحدوث تشهد تزايداً بازدياد عمر الأم وتعدد الولادات، كما تزداد أيضا عند وجود ندبة سابقة على الرحم (قيصرية، استئصال أورام ليفية..)، تحدث 10٪ من حالات المشيمة المتاحة بعد أربع ولادات أو أكثر بالقيصرية، وتتراوح نسبة النكس بين 4٪ و8٪.



الدرجات Degrees:

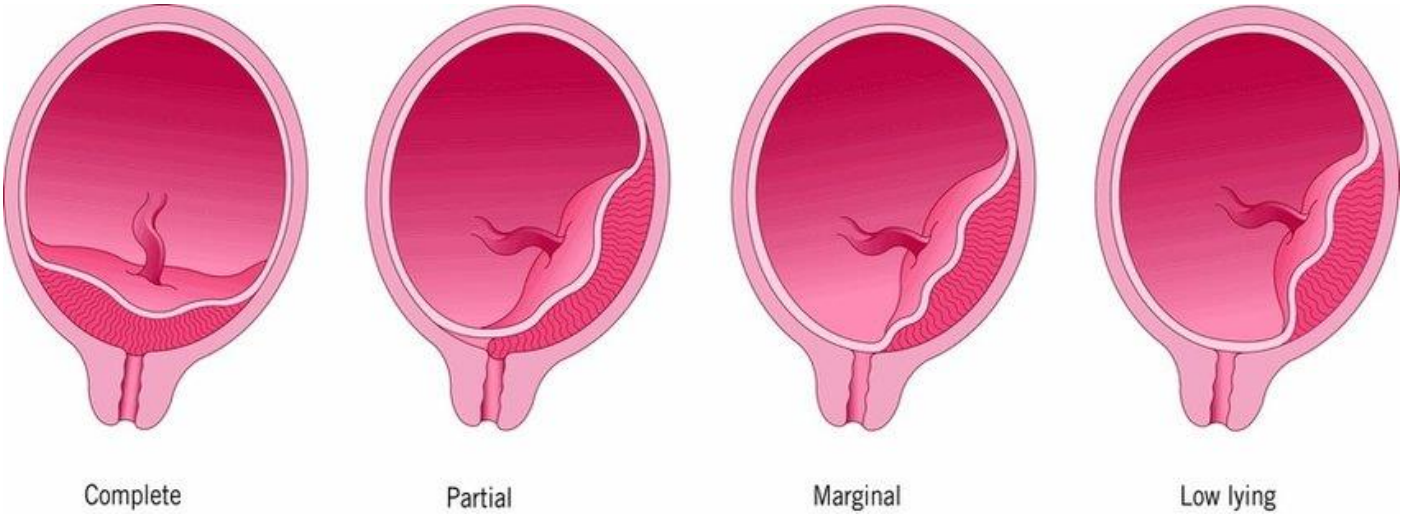
ـتم تحديد أربع درجات من شذوذ موقع المشيمة:

1ـ المشيمة ذات الارتكاز الواطئ (الدرجة 1، المشيمة المنزاحة الجانبية): تنغرس المشيمة هنا على القطعة السفلية للرحم، لا تصل حافتها لحدود الفوهة الباطنة لعنق الرحم، لكنها تكون على مقربة منها.

2ـ المشيمة المنزاحة الهامشية (الدرجة ٢): تقع فيها حافة المشيمة على حدود الفوهة الباطنة لعنق الرحم.

3ـ المشيمة المنزاحة جزئياً (الدرجة 3، المشيمة المنزاحة المركزية بشكل ناقص): وفيها تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم جزئياً بالمشيمة

4 ـ المشيمة المنزاحة كلياً (الدرجة 4، المشيمة المنزاحة المركزية بشكل تام): وفيها تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم بكاملها بالمشيمة.



الإمراض Pathogenesis

يكون السبب في حدوث النزف عندما تتوضع المشيمة فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم مع تشكل القطعة السفلية وحدوث اتساع في العنق، يؤدي إلى تفرق اتصال المشيمة مع الرحم وتمزق الأوعية الرحمية ونزفها، يزيد من حدوث الترف أيضاً عدم قدرة الألياف العضلية للقطعة السفلية على التقلص على نحو يؤدي للسيطرة على الأوعية النازفة، كما هو الحال في الوضع الطبيعي عندما تنفصل المشيمة عن الرحم الفارغة في المرحلة الثالثة من المخاض.

التشخيص Diagnosis:

A. الأعراض:

أ- العرض الأكثر شيوعاً في المشيمة المنزاحة، هو حدوث نزف مجهول السبب وغير مصحوب بألم، ولا يظهر ذلك عادة إلا بالقرب من نهاية الثلث الثاني أو بعد ذلك

يكون لون الدم أحمر قانياً عادة، ولا تكون شدة هجمة النزف الأولى مهددة للحياة، وعادة يتوقف النزف عفوياً ليعاود الكرة لاحقاً، ولا يظهر النزف في بعض الحالات حتى بداية المخاض حيث يتبدل النزف من النزف البسيط إلى الغزير، تكون ذروة الحدوث في الأسبوع الحملي 34.

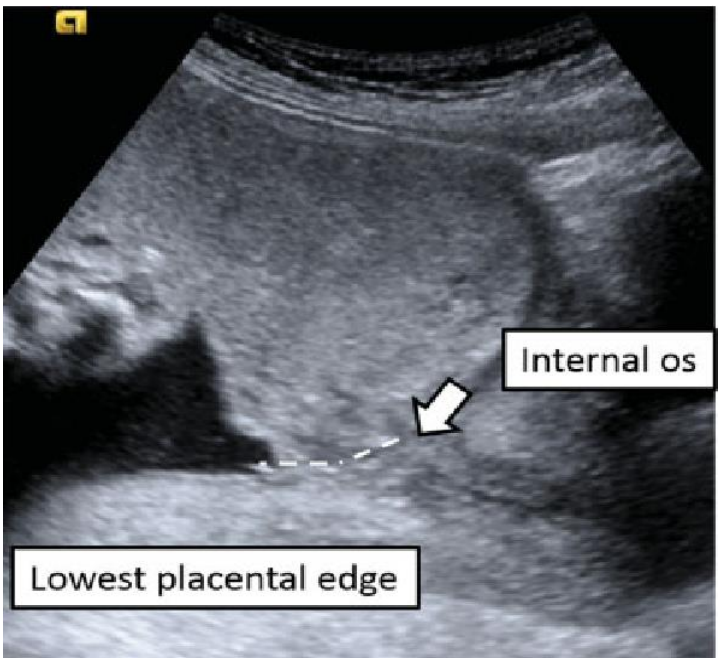
- قد يستمر النزف من مكان انغراس المشيمة في القطعة السفلية بعد ولادة المشيمة بسبب ضعف القدرة التقلصية لها مقارنة مع جسم الرحم، وبالتالي يحدث نزف بعد الوضع

B. العلامات:

- تتناسب الحالة العامة مع كمية النزف المهبلي الظاهر.

-الفحص البطي: قد تكون المجيئات معيبة كالمقعدي أو الكتفي.

C. التصوير بالأمواج فوق الصوتية:



تمثل هذه الوسيلة التشخيصية الأداة الأكثر أمانا وسهولة في تحديد موقع المشيمة، وتصل درجة دقتها إلى 98٪. يلحظ وجود ارتكاز واطئ للمشيمة في 45٪ من الحمول في الثلث الثاني، و90٪ من تلك الحالات تنتهي بسلام دون أعراض.

التدبير Management:

يمكن إدراج السيدات المصابات بالمشيمة المتراحة ضمن إحدى مجموعات أربعة:

1ـ المريضات بدون مخاض مع جنين غير ناضج.

2ـ المريضات بدون مخاض مع جنين ناضج.

3ـ المريضات بحالة مخاض

4ـ المريضات المصابات بالنزف الغزير الذي يستدعي إفراغ الرحم بالرغم من عدم نضج الجنين.

ـ يتجلى تدبير الحمل المعروف اختلاطه بالمشيمة المنزاحة مع وجود جنين لم يصل لتمام الحمل ولكن دون وجود نزف فعال، بالمراقبة والانتظار مع تهيئة الظروف التي تضمن سلامة الأم والجنين. والاستشفاء لتأمين شروط المراقبة اللصيقة والحد من الحركة وتجنب أية منابلة عبر المهبل وتوفير مستلزمات التداخل الفوري، هي أمور مثالية من حيث التدبير. تتضمن خطة علاجية كهذه إعطاء المحاليل الحاوية على الكهارل ونقل الدم وإجراء القيصرية مع تقديم عناية خبيرة بالوليد منذ لحظة الولادة.

الإجراءات الخاصة بالولادة:

أـ العملية القيصرية:

يلجأ إليها لأن (١) الولادة الفورية للجنين والمشيمة تسمح للرحم بالانقباض وإيقاف النزف.

(٢) القيصرية تتخطى احتمال حدوث تهتكات في عنق الرحم، وهي اختلاط خطير في حالات المشيمة المنزاحة الكاملة أو الجزئية.

بـ الولادة المهبلية:

يبرر اللجوء إليها وجود الأمل بإمكانية ضغط المشيمة المنفصلة على مكان انغراسها النازف أثناء المخاض وبالتالي إحداث فعل (الدك) للأوعية النازفة لدرجة تكفي لمنع حدوث العرف الغزير.

الولادة

١. العملية القيصرية: هي الطريقة المقبولة للولادة عمليا في كل حالات المشيمة المنزاحة وإجراءها مبرر حتى لو كان الجنين ميتا لأن هذا القرار متخذ لصالح الأم، هنالك أرجحية أعلى لحدوث المشيمة الملتحمة placenta accreta إذا ما توضعت المشيمة على الجدار الأمامي فوق ندبة سابقة على الرحم، قد يضطر لاستئصال الرحم للسيطرة على النزف.

٢. الطرق المهبلية:

ويلجأ إليها في حالات الارتكاز الواطئ للمشيمة فقط، وفي الممارسة الحالية تبثق الأغشية في حالات المشيمة المنزاحة الهامشية أو المنزاحة جزئيا

الاختلاطات Complications:

أ- الاختلاطات الوالدية:

١. الصدمة النزفية.

٢. المشيمة الملتحمة Placenta accreta.

٣. النزف بعد الوضع:

ويعود السبب فيه إلى:

- ضعف قدرة القطعة السفلية للرحم على التقلص والانكماش.
- العطالة الرحمية بسبب فقر الدم.
- حدوث تمزق Tear في العنق والقطعة السفلية بها بسبب زيادة الليونة والتوعية.
- المشيمة الملتحمة.
- اتساع مكان انفراس المشيمة الذي يشكل مصدر النزف.

٤. الإنتان النفاسي: بسبب كبر مساحة الموقع المشيمي، وانخفاض مكان انفراس المشيمة الذي يجعلها قريبة من المهبل، وبسبب حدوث تهتكات بعد الولادة والمنابلة المجراة لإنجاز الولادة.

ب- الاختلاطات الجنينية:

١. الخداج: ويمثل سببا رئيسيا للوفيات ما حول الولادة، رغم اتباع خطة التدبير المأمولة لحالة المشيمة المنزاحة.

٢. تكون نسبة حدوث الوفاة ما حول الولادة أعلى في الحمول المختلطة بالمشيمة المنزاحة مقارنة مع معدله العام.

٣. الاختناق Asphyxia

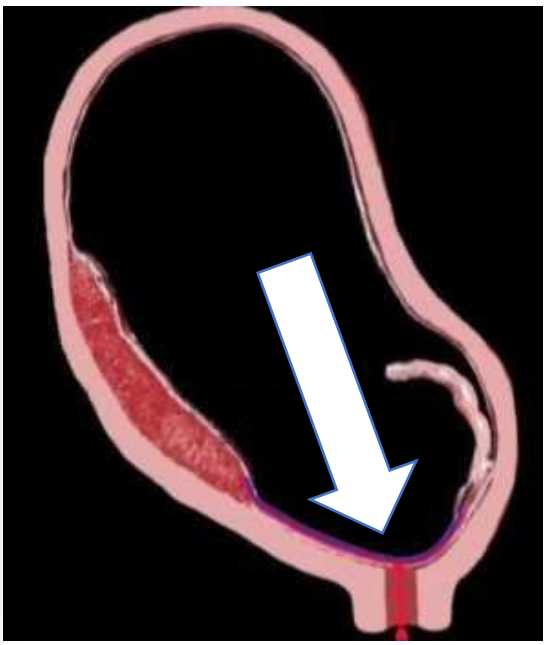
المشيمة المنزاحة	انفكاك المشيمة
نزف غير مؤلم	نزف مؤلم
النزف ظاهر – أحمر فاتح	النزف غير ظاهر – قاتم
الولادة قيصرية	قد نلجأ للولادة المهبلية
لا يجرى الفحص النسائي	يجرى الفحص النسائي
المشيمة على القطعة السفلية (US)	المشيمة في القطعة العلوية

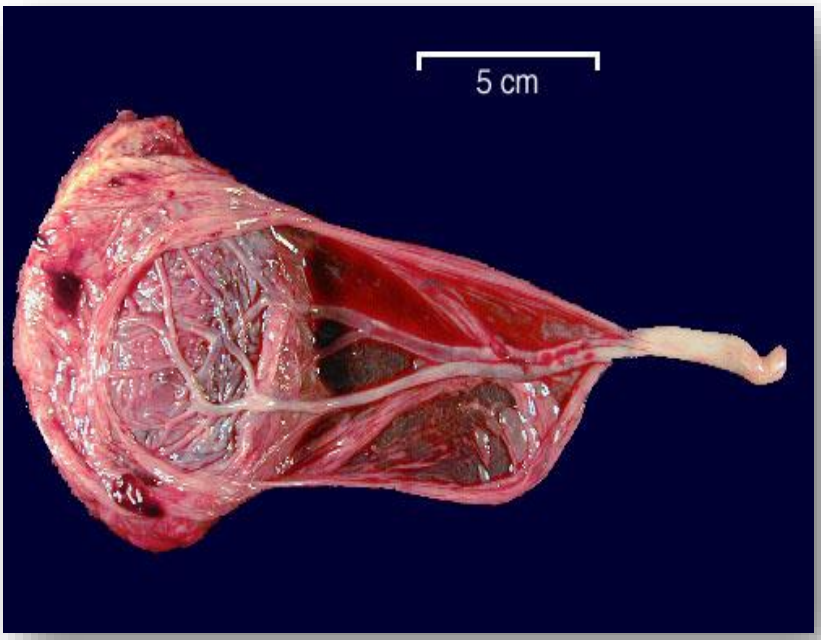
الوعاء المتقدم على المجيء

VASA PREVIA

التعريف Definition:

حالة نادرة تسير فيها الأوعية السرية في الأغشية بحيث تمر فوق الفوهة الباطنة لعنق الرحم، وتحدث في حالات الانغراس المظلي Velamentous للحبل السري مع المشيمة المتشظية Placenta Succenturiatal والمشيمة ذات المسكنين Placenta Bipartite. هذه الحالة تمثل السبب الوحيد للنزف قبل الوضع من منشأ جنيني.





نسبة الحدوث Incidence

حوالي 1 في كل 5000 ولادة.

التشخيص Diagnosis:

أ. قبل انبثاق الأغشية:

١. قد يتم جس الأوعية في الأغشية بالفحص المهبلي.

٢. التصوير بالأمواج فوق الصوتية: يجب أخذ مسألة وجود الوعاء المتقدم على المجيء بعين الاعتبار عند تشخيص وجود فص مشيمي إضافي أو كون المشيمة ذات مسكنين بواسطة الأمواج فوق الصوتية، وقد تظهر الأوعية الشاذة باستخدام الأمواج فوق الصوتية بمعونة الدوبلر الملون عبر المهبل.

ب. بعد انبثاق الأغشية:

هنالك نزف مهبلي مصحوب بتألم جنين (بطء القلب)، ويمكن إجراء اختبار Apt للتأكد أن الدم من مصدر جنيني.

المعالجة Treatment:

يجب توليد الجنين في الحال، فإذا كان العنق بتمام الاتساع يطبق ملقط الجنين أو المحجم السويدي، وتجرى العملية القيصرية إذا لم يكن اتساع العنق تاما أو عندما لا تتوفر شروط الولادة المهبلية، تبلغ نسبة وفيات الأجنة في هذه الحالة 50ـ75٪.

المصادر:

- علم التوليد- جامعة دمشق
- فن التوليد – جامعة تشرين

- Medscape
- Step 2 CK Lecture notes 2018 Ob&Gyn
- An Atlas of Human Prenatal Development Mechanics Anatomy and Staging
- UpToDate®
- Netter 's Atlas of Human Physiology Netter Basic Science