

نزوف الحمل المتأخرة

Antepartum haemorrhage

التعريف (Definition)

هو النزيف من الطريق التناسلي بعد 28 أسبوع حملي وقبل ولادة الجنين (أي خلال الثلث الثالث من الحمل، وخلال المرحلة الأولى والثانية من المخاض)

الأسباب (Etiology):

يمكن أن تعود نزوف الحمل المتأخرة إلى أسباب حملية وأسباب غير حملية.

A. الأسباب الحملية (Obstetric causes):

1. نزيف في مكان ارتكاز المشيمة (placental site bleeding)

يكون مصدر النزيف هو مكان ارتكاز المشيمة:

أ. المشيمة المنزاحة (placenta praevia)

ب. انفكاك المشيمة المبكر (placental abruption or accidental haemorrhage)

2. نزيف من خارج مكان المشيمة (extraplacental bleeding)

تمزق الرحم (rupture of uterus)

B. الأسباب غير الحملية:

يكون مصدر النزيف المهبلي غير حملي بل لأسباب في الطريق التناسلي السفلي مثل: بوليب عنق الرحم، سرطانات المهبل أو عنق الرحم، تمزق الدوالي، جروح في الفرج أو المهبل أو عنق الرحم.

وهناك نزوف مصدرها خارج الطريق التناسلي (extragenital bleeding): مثل البواسير النازفة، الشرح الشرجي، سرطانات المستقيم، المثانة.

نسبة الحدوث (Incidence): تحدث نزوف الحمل المتأخرة 3-5% من مجموع الحمل.

المعالجة: تقوم الخطوط العريضة لمعالجة النزوف قبل الولادة على مايلي:

1. قبول المريضة في المشفى فوراً.
2. فتح وريدين بقتاير وريدية واسعة (قياس 16) مباشرة.
3. نقل المحاليل الوريدية والدم بالسرعة القصوى.
4. تقدير كمية الدم الضائع من خلال الألبسة والأقمشة.
5. أخذ العلامات الحيوية ومراقبتها.
6. وضع قنطرة وريدية لمراقبة الصبيب البولي.
7. تعويض الدم المفقود ويفضل هنا الدم الطازج وكذلك إعاضة السوائل والشوارد.

المشيمة المنزاحة (Placenta Praevia)

التعريف:

هو انغراس المشيمة كلياً أو جزئياً في الجزء السفلي للرحم.

نسبة الحدوث:

تشكل نسبة 20-40% من حالات نزوف الحمل المتأخرة.

الأسباب:

السبب الحقيقي غير معروف

عوامل الخطورة:

1. العمر والولادات: نسبة حدوثها عند عديدة الحمل مرتين بالنسبة للخروس.
2. الحمل التوأمي: إن الأمر الشائع هو انغرس جزء من سطح المشيمة الكبيرة في الجزء السفلي من الرحم.
3. تشوهات رحمية.

4. سوابق التهابات في باطن الرحم.

5. سوابق قيصرية: تزداد نسبة الحدوث عند السيدات مع سوابق قيصرية.

الأنواع:

أ. الدرجة الأولى (First degree): المشيمة الجانبية: تغطي حواف المشيمة جزء بسيط من عنق الرحم.

ب. الدرجة الثانية (Second degree): المشيمة الحافية أو الهامشية: تصل الحافة السفلية للمشيمة إلى قناة عنق الرحم الداخلية.

ت. الدرجة الثالثة (Third degree): المشيمة غير المركزية: تغطي المشيمة قناة عنق الرحم الداخلية عندما تكون مغلقة ولا تغطيها وهي في كامل الاتساع.

ث. الدرجة الرابعة (Fourth degree): المشيمة المركزية: في هذه الحالة تغطي المشيمة قناة عنق الرحم عندما تكون في كامل الاتساع.

وضعيات المشيمة المنزاحة:

المشيمة المنزاحة الأمامية (anterior placenta praevia): تنغرس المشيمة في الجدار الأمامي للرحم.

المشيمة المنزاحة الخلفية (posterior placenta praevia): تنغرس المشيمة في الجدار الخلفي للرحم، تتوافق المشيمة المنزاحة بخطر عالية على حياة الجنين بسبب انضغاط رأس الجنين مقابل النتوء العجزي.

الآلية الإمبراضية للنزيف في المشيمة المنزاحة

(pathogenesis of bleeding in placenta praevia)

الانفصال المبكر للمشيمة المنزاحة أمر حتمي وبالتالي لا يمكن تجنب النزيف، حيث أن التقلصات الرحمية في الأسابيع الأخيرة من الحمل وتمدد الجزء السفلي من الرحم تؤدي لحدوث تمزق في الزغابات الكورونية، وتنفخ الأوعية في مكان انغراس المشيمة ويحدث النزف. النزيف المهبطي يكون دائما قليل ولكن متكرر على فترات ويمكن أن يصبح غزير.

يمكن أن يتعرض النزف: الجماع، الفحص المهبلي العنيف، ممارسة التمارين.

الأعراض:

- أ. النزيف المهبلي (vaginal bleeding): هو العرض المميز للمشيمة المنزاحة ويتصف النزيف التالي: غير مؤلم، بدون سبب، معاودة النزيف أو تكراره، دم طازج.
- ب. أعراض ناجمة عن فقد الدم: يمكن أن تتظاهر ب: الضعف (weakness)، التعب لأبسط جهد (easy fatigue)، قصر في التنفس (shortness of breath)، تسرع في النبض (palpitation) وأحيانا فقد الوعي والإغماء.

العلامات:

العلامات العامة (general signs): شحوب (pallor)، بطء نبض في حالات فقر الدم، وأحيانا أعراض الصدمة النزفية (الشحوب، صعوبة في التنفس، تسرع في النبض، انخفاض حرارة، انخفاض ضغط، التعرق البارد)

فحص البطن (abdominal examination):

رخاوة في جدار البطن، الجزء المتقدم من الجنين غير منحشر ويكون عالي متحرك بسهولة، يمكن جس أجزاء الجنين، ورؤية حركاته والشعور بها، نبض الجنين مسموع. الفحص المهبل: غير آمن.

العلامات المهبليّة: قناة عنق الرحم الخارجية لا متمركزة، الجزء المتقدم من الجنين عالي ويتم الشعور به بصعوبة، الشعور بأنسجة المشيمة خلال قناة عنق الرحم.

التشخيص: يتأكد التشخيص بالأمواج فوق الصوتية.

تأثير المشيمة المنزاحة على الحمل:

1. زيادة نسبة حدوث الاجهاض
2. المجيئات المعيبة
3. عدم تدخل او انحشار الجزء المتقدم من الجنين.

4. مخاطر النزيف الحتمي والغير متجنب.

5. التشوهات الجنينية.

تأثير المشيمة المنزاحة على المخاض (labour):

1. تمزق الأغشية الباكر (premature rupture of membranes)

2. المخاض الباكر (preterm labour)

3. العطالة الرحمية (uterine inertia)

4. انسداد الحبل السري (cord prolapse)

5. المشيمة الملتحمة (placenta accreta)

6. النزيف بعد الولادة بسبب: قصور في تقلص الجزء السفلي من الرحم، العطالة الرحمية،

التصاق المشيمة، حدوث تمزقات في عنق الرحم.

تأثير المشيمة المنزاحة على النفاس (puerperium):

1. انحباس الأنسجة المشيمية.

2. عدم انطمار الرحم.

3. الإنتان النفاسي.

العملية التمريضية:

(1) التقييم :

- تقييم النزف وأخذ القصة المرضية وعدد الحمل والولادات وموعد الولادة والألم المصاحب ومراقبة الأمواج فوق الصوتية.
- جس البطن ومراقبة الفحوص المخبرية خاصة نوع الدم ونسبة الخضاب والعامل الرايزيسي.

(2) التشخيص:

- نقص نتاج القلب مرتبط بفقدان الدم الكثيف المراجع لحدوث ارتكاز المشيمة
Cardiac output decrease المعيب
- نقص حجم السوائل في الجسم مرتبط بالنزف الشديد Fluid volume deficit
R/t bleeding
- خطر زيادة حجم السوائل في الجسم مرتبط بتعويض السوائل في العلاج High
risk for fluid volume excess
- نقص التروية النسيجية (محيطي) مرتبط بنقص حجم السوائل tissue
perfusion altered (peripheral)
- عالي الخطورة لأذية الجنين مرتبط بقلّة التروية المشيمية high risk for
injury (fetal)
- خوف /قلق مرتبط بالحالة المرضية والاختلاطات anxiety fear
- نقص معرفة مرتبط بإجراءات المشفى والعلاج deficit knowledge
- تغيير نمط حياة العائلة مرتبط بحالة الأم ودخول المشفى family process
altered
- حزن متوقع مرتبط بالتهديد للنفس grieving anticipatory
- عالي الخطورة للإنتان مرتبط بفقر الدم والنزيف: high risk for infection
- عالي الخطورة لأذية الأم مرتبط بالإجراءات العلاجية high risk for injury
(mother)

(3) التخطيط: الهدف

1. أن تحدد الأم وتستخدم الشخص المناسب للدعم
2. أن تظهر الأم الالتزام بالراحة في السرير
3. أن لا يحدث أي اختلاط عند الأم والجنين
4. أن تكمل الأم الحمل حتى المدة الطبيعية
5. أن تتجنب الأم طفلاً سليم الجسم

(4) التداخلات:

- 1- أن يركز المريض على التقييم الدقيق لحالة المريضة وأن يركز على أهمية الراحة في الفراش وأهمية مراقبة نوعية النزيف والإخبار عنه فوراً
- 2- تقييم العلامات الحيوية ومراقبة الفحوص المخبرية خاصة HB وعوامل التخثر
- 3- مراقبة وضع الجنين في الرحم
- 4- تحضير المرأة للعملية القيصرية إذا استدعى الأمر
- 5- الدعم العاطفي والنفسي للمرأة مهم جداً وتقديم الشرح والتثقيف المناسب لكل الإجراءات والحالة و الإختلاطات.

(5) التقويم:

- 1- حددت المرأة واستخدمت الشخص المناسب لتقديم الدعم
- 2- التزمت المرأة الراحة في الفراش
- 3- أتمت المرأة الحمل للمدة الطبيعية
- 4- أنجبت المرأة طفل سليم

انفصال المشيمة المبكر : Abruptio placenta

تعريف:

هو انفصال أو انفكاك المشيمة الجزئي أو التام من مكان ارتكازها الطبيعي، ويحدث الانفكاك عادة قبل الولادة وبعد الأسبوع 20 من الحمل. يشاهد بنسبة 20/1 من الولادات وهي حالة إسعافية في التوليد شديدة الخطورة وتعد أحد أسباب النزوف في أشهر الحمل الأخيرة.

الأسباب:

آلية حدوث انفكاك المشيمة المبكر غير معروفة ولكن بعض الأسباب قد تكون عوامل مؤهبة لذلك وهي:

1. تشنج الأوعية الرحمية وما يتبع ذلك من تدفق دموي غزير إلى المسافات ما بين الغشاء الساقط والزغابات المشيمية
2. الرض الناتج عن إجراء التحويل الخارجي إلى مجيء راسي
3. انبثاق جيب المياه الفجائي في حالة الاستسقاء الأمينوسي
4. نقص فيتامين C / نقص تغذية
5. الجر على المشيمة من حبل سري قصير
6. نقص حمض الفوليك / نقص تغذية
7. استعمال الكوكابين
8. ورم أو تشوه في الرحم

التصنيف:

هناك نوعان لتصنيف انفصال المشيمة المبكر:

التصنيف الأول:

يعتمد على درجة الانفصال أو الانفكاك للمشيمة ويقسم إلى:

- 1- الدرجة صفر: انفصال أقل من 10 % من المشيمة ولا يترافق بأعراض على الأم ولكن بعد الولادة يلاحظ قطعة دموية كضائعات مهبلية
- 2- الدرجة (I) : انفصال 10 - 20 % من المشيمة مع ظهور نزيف مهبلي وألم عند الجس وتشنج رحمي قليل ولكن لا تكون الأم أو الجنين في حالة تضايق
- 3- الدرجة (II) : انفصال 20-50 % من المشيمة ووجود ألم عند الجس وتشنج مع أو بدون وجود نزيف خارجي ظاهر ويكون الجنين في حالة تضايق
- 4- الدرجة (III): انفصال أكثر من 50 % من المشيمة ويحدث تشنج شديد في الرحم وقد تدخل الأم في صدمة

العلامات السريرية:

إن الحالات الوصفية سهلة التشخيص حيث تشكو المريضة من:

1. نرف تناسلي يتباين مقداره من الخفيف إلى الغزير
 2. الرحم مؤلم بالجس ويكون الألم معمماً أو موضعاً
 3. الرحم قاسي كالخشب أو على الأقل مفرف التوتر
 4. تغيب دقات قلب الجنين
 5. تظهر أعراض الصدمة النزفية
 6. غالباً ما يكون السائل الأمينوسي مدمى
 7. ارتفاع قعر الرحم التدريجي بسبب تراكم الخثرات خلف المشيمة
 8. نقص عوامل التخثر، HB
- أما الحالات غير الوصفية فهي الأكثر مشاهدة وإن أهم علاقة توجهنا نحو الانفكاك الباكر هو ملاحظة درجة من فرط المقوية الرحمية إذ لا يرتخي الرحم ارتخاءً واضحاً فيما بين التقلصات ، وأعراض الصدمة النزفية قد لا تتوافق مع مقدار النزف المشاهد .
- يكون التشخيص سريراً بالدرجة الأولى إلا أن التصوير بالأمواج فوق الصوتية ما يزال قليل الفائدة للآن

العلاج :

القيصرية في حال تألم الجنين والنزف الشديد

الخطة التمريضية:

(1) التقييم :

أخذ القصة المرضية حول الحمل السابقة وحدث أي إجهاضات أو انفكاك مشيمة في حمل سابقة ويجب أن نقيم :

- الألم :ونوعيته وكميته ومتى بدأ
- النزف الرحمي :اللون والخصائص
- نقيم وضع الجنين ومعدل ضربات القلب وحركاته
- وضع الرحم ووجود الألم عند الجس
- نقيم الحالة العاطفية والنفسية للمريضة ومدى علاقتها بالحالة والعلاج والاختلاطات

(2) التشخيص التمريضية:

- ألم مرتبط بالنزيف بين جدار الرحم والمشيمة
- حزن مرتبط باحتمال فقد الجنين
- فقدان القوة مرتبط بحالة المرأة ودخول المشفى

(3) الأهداف:

1. أن تحدد الأم وتستخدم الشخص المناسب للدعم
2. أن تظهر الأم الالتزام بالراحة في السرير
3. أن لا يحدث أي اختلاط عند الأم والجنين
4. أن تكمل الأم الحمل حتى المدة الطبيعية
5. أن تتجنب الأم طفلاً سليم الجسم

(4) التداخلات:

1. تقييم الأم باستمرار وتقييم العلامات الحيوية
2. تحضير المريضة للقيصرية إذا لزم الأمر وذلك بتجهيز الدم الملائم لها لنقله عند الحاجة
3. مراقبة الحالة العامة والنزف عند الأم ودقات قلب الجنين لحين وصول الطبيب
4. فتح وريدين وتسريب السوائل
5. نصح الأم الحامل بالراحة المطلقة في السرير وإجراء التحاليل و الفحوص المخبرية لها
6. تقديم الدعم النفسي والعاطفي وتقديم التنقيف اللازم للمريضة

(5) التقويم:

1. حددت المرأة واستخدمت الشخص المناسب لتقديم الدعم
2. التزمت المرأة الراحة في الفراش
3. أتمت المرأة الحمل للمدة الطبيعية
4. أنجبت المرأة طفل سليم