



جامعة حماه

كلية التمريض

السنة الرابعة

مهارات وممارسات سريرية

نزوف الحمل المتأخرة

Antepartum Haemorrhage

إعداد الأساتذة

مصطفى أحمد المصطفى

نهلة عبد الوهاب الدبس

مشرف المادة: أ. ناديا خزعل

Out Line

✓ ما المقصود بالحمول عالية الخطورة؟

✓ أهم المشاكل النزفية أثناء الحمل

✓ نزوف الحمل المتأخرة

✓ أسباب نزوف الحمل المتأخرة

A. الأسباب الحملية:

- المشيمة المنزاحة
- انفكك المشيمة المبكر

B. الأسباب غير الحملية

الحمول العالية الخطورة

High risk pregnancy

يقصد بالحمول عالي الخطورة: الحمل الذي تكون فيه حياة وصحة الأم والجنين معرضة للخطر بسبب اضطرابات حدثت أثناء الحمل أو كانت موجودة أصلاً قبل الحمل.

أنواع الحمول عالية الخطورة:

المشاكل النزفية أثناء الحمل وتتضمن:

- الإسقاط Apportion
- الحمل الهاجر Ectopic Pregnancy
- الحمل العنقودي (الرحى العذارية) Hudatidiform mole
- ارتكاز المشيمة المعيب Placenta Prevail
- انفصال المشيمة المبكر Abruption Placenta
- الداء السكري الحلمي Gestational Diabetes
- الحوامل اللواتي يعانين من ارتفاع ضغط شرياني مزمن قبل واثناء الحمل.

نزوف الحمل المتأخرة

Antepartum Haemorrhage

التعريف:

هو النزف من الطريق التناسلي بعد ٢٨ 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):

١. نزيف في مكان ارتكاز المشيمة.

يكون مصدر النزيف هو مكان ارتكاز المشيمة.

أ. المشيمة المنزاحة.

ب. انفكك المشيمة المبكر.

٢. نزيف من خارج مكان المشيمة (تمزق الرحم).

B. الأسباب غير الحملية:

يكون مصدر النزيف المهبلي غير حملي بل لأسباب في الطريق التناسلي مثل: بوليبي 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،

الشرخ الشرجي، سرطانات المستقيم والمثانة.

نسبة الحدوث (Incidence): تحدث نزوف الحمل المتأخرة ٣-٥% من مجموع الحمل.

المعالجة: تقوم الخطوط العريضة لمعالجة النزوف قبل الولادة على ما يلي:

١. قبول المريضة في المستشفى فوراً.
٢. فتح وريدين بقطاير وريدية واسعة (قياس ١٦) مباشرة.
٣. نقل المحاليل الوريدية والدم بالسرعة القصوى.
٤. تقدير كمية الدم الضائع من خلال الألبسة والأقمشة.
٥. اخذ العلامات الحيوية ومراقبتها.
٦. وضع قثطرة بولية لمراقبة الصبيب البولي.
٧. 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 من الرحم.

نسبة الحدوث:

تشكل نسبة ٢٠-٤٠% من حالات نزوف الحمل المتأخرة.

الأسباب:

السبب الحقيقي غير معروف.

عوامل الخطورة:

١. العمر والولادات: نسبة حدوثها عند الولود مرتين بالنسبة للخروس.
٢. الحمل التوأمي: إن الأمر الشائع هو انغراس جزء من سطح المشيمة الكبيرة في الجزء السفلي من الرحم.
٣. تشوهات رحمية.
٤. سوابق التهابات في باطن الرحم.
٥. سوابق قيصرية: تزداد نسبة الحدوث لدى 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.

وضعية 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، وتترافق المشيمة المنزاحة بخطورة عالية على حياة الجنين بسبب انضغاط رأس الجنين مقابل التوء 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 الكولونية، وتنتفح الأوعية في مكان انغراس المشيمة ويحدث النزف، مع العلم أن النزيف المهبلية يكون دائماً قليل ولكنه يتكرر على فترات ويمكن أن يصبح غزيراً.

يمكن أن يتعرض النزيف بسبب: الجماع، الفحص المهبلية العنيف، ممارسة التمارين الرياضية.

الأعراض:

- أ. النزيف المهبلية (Vaginal bleeding): هو العرض المميز للمشيمة المنزاحة ويتصف النزيف بأنه: 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)، قصور في التنفس (Shortness of breath)، تسرع في النبض (Palpitation)، وأحياناً فقد الوعي والإغماء.

العلامات:

✓ العلامات العامة (General signs): شحوب (Pallor)، بطء نبض في حالات فقر الدم، وأحياناً أعراض الصدمة النزفية (الشحوب، صعوبة في التنفس، تسرع نبض، انخفاض حرارة، انخفاض ضغط، تعرق بارد).

✓ فحص البطن (Abdominal examination):

رخاوة في جدار البطن، الجزء المتقدم من الجنين غير منحشر ويكون عالي متحرك بسهولة، كما يمكن جس أجزاء الجنين ورؤية حركاته والشعور بها ويكون نبض الجنين مسموعاً.

✓ الفحص المهبلية: غير آمن.

✓ العلامات المهبلية: قناة عنق الرحم الخارجية لامتركة، الجزء المتقدم من الجنين عالي ويتم الشعور به بصعوبة، كما يمكن الشعور بأنسجة المشيمة خلال قناة عنق الرحم.

التشخيص: يتأكد التشخيص بالأمواج فوق الصوتية.

تأثير المشيمة المنزاحة على الحمل:

١. زيادة نسبة حدوث الإجهاض.
٢. المجبيئات المعيبة.
٣. عدم تدخل أو انحشار الجزء المتقدم من الجنين.
٤. مخاطر النزيف الحتمي والغير متجنب.
٥. التشوهات الجنينية.

تأثير المشيمة المنزاحة على المخاض:

- ١- تمزق الأغشية الباكر.
- ٢- المخاض الباكر.
- ٣- العطالة الرحمية.
- ٤- انسداد الحبل السري.
- ٥- المشيمة الملتحمة.
- ٦- 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:

١. انحباس الأنسجة المشيمية.
٢. عدم انطمار الرحم.
٣. الإنتان النفاسي.

العملية التمريضية

(١) التقييم:

- تقييم النزف وأخذ القصة المرضية وعدد الحمل والولادات وموعد الولادة والألم المصاحب ومراقبة الأمواج فوق الصوتية.
- جس البطن ومراقبة الفحوص المخبرية، وخاصة نوع الدم ونسبة الخضاب وعامل الريزيوس.

التشخيص:

- نقص نتاج القلب مرتبط بفقدان الدم الكثيف المراجع لحدوث ارتكاز المشيمة المعيب Cardiac output decrease
- نقص حجم السوائل في الجسم مرتبط بالنزيف 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 (المحيطة) مرتبط بنقص حجم السوائل Tissue perfusion altered (peripheral)
- عالي الخطورة لأذية الجنين مرتبط بقلة التروية المشيمية High risk for injury (fetal)
- خوف/قلق مرتبط بالحالة المرضية والاختلاطات Anxiety fear
- نقص معرفة مرتبط بإجراءات المستشفى والعلاج Deficit knowledge
- تغيير نمط الحياة العائلية مرتبط بحالة الأم ودخول المستشفى Family process altered
- حزن متوقع مرتبط بالتهديد للنفس Grieving anticipatory
- عالي الخطورة للإنتان مرتبط بفقر الدم والزيغ High risk for infection
- عالي الخطورة لأذية الأم مرتبط بالإجراءات العلاجية High risk for injury (mother)

(١) التخطيط: الأهداف

١. أن تحدد الأم الشخص المناسب للدعم.
٢. أن تظهر الأم الالتزام بالراحة في السرير.
٣. ألا يحدث أي اختلاط عند الأم والجنين.
٤. أن تكمل الأم الحمل حتى المدة الطبيعية.
٥. أن تتجنب الأم طفل سليم الجسم.

٢) التداخلات التمريضية:

١. أن يركز الممرض على التقييم الدقيق لحالة المريضة، وأن يركز على أهمية الراحة في السرير وأهمية مراقبة نوعية النزيف والإخبار عنه فوراً.
٢. تقييم العلامات الحيوية ومراقبة الفحوص المخبرية وخاصة HB وعوامل التخثر.
٣. مراقبة وضع الجنين في الرحم.
٤. تحضير المرأة للعملية القيصرية إذا استدعى الأمر.
٥. الدعم العاطفي والنفسي للمرأة مهم جداً مع تقديم الشرح والتثقيف المناسب لكل الإجراءات والحالة الصحية والاختلاطات المتوقعة.

٣) التقييم:

١. حددت المرأة الشخص المناسب لتقديم الدعم.
٢. التزمت المرأة الراحة في السرير.
٣. أتمت المرأة الحمل للمدة الطبيعية.
٤. أنجبت المرأة طفل سليم.

انفصال المشيمة المبكر

Abruption Placenta

التعريف:

هو انفصال أو انفكاك المشيمة الجزئي أو التام من مكان ارتكازها الطبيعي، ويحدث الانفكاك عادة قبل الولادة وبعد الأسبوع ٢٠ من الحمل، ويشاهد بنسبة ١/٢٠٠ من الولادات وهي حالة إسعافية في التوليد شديدة الخطورة وتعد أحد أسباب النزوف في أشهر الحمل المتأخرة.

الأسباب:

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

- ١- تشنج الأوعية الرحمية وما يتبع ذلك من تدفق دموي غزير إلى المسافات ما بين الغشاء الساقط والزغابات المشيمية.
- ٢- الرض الناتج عن إجراء التحويل الخارجي إلى مجيء رأسي.
- ٣- انبثاق جيب المياه الفجائي في حالة الاستسقاء الأمينوسي.
- ٤- نقص فيتامين C / نقص تغذية.
- ٥- نقص حمض الفوليك/ نقص تغذية.
- ٦- استعمال العقارات (المخدرات والكوكائين).
- ٧- ورم أو تشوه في الرحم.

التصنيف:

هناك نوعان لتصنيف انفصال المشيمة المبكر:

■ التصنيف الأول:

يعتمد على درجة الانفصال أو الانفكاك للمشيمة ويقسم إلى:

١- الدرجة صفر: انفصال أقل من ١٠% من المشيمة ، ولا يترافق بأعراض على الأم، ولكن بعد الولادة يلاحظ قطعة دموية كضائعات مهبلية.

٢- الدرجة (١): انفصال ١٠-٢٠% من المشيمة مع ظهور نزيف مهبلي وألم عند الجس وتشنج رحمي قليل، ولكن لا تكون الأم أو الجنين في حالة تضايق.

٣- الدرجة (٢): انفصال ٢٠-٥٠% من المشيمة ووجود ألم عند الجس وتشنج مع أو بدون وجود نزيف خارجي ظاهر ، ويكون الجنين في حالة تضايق.

٤- الدرجة (٣): انفصال أكثر من ٥٠% من المشيمة ويحدث تشنج شديد في الرحم، وقد تدخل الأم في صدمة.

العلامات السريرية:

إن الحالات الوصفية سهلة التشخيص حيث تشكو المريضة من:

١. نزف تناسلي يتباين مقداره من الخفيف إلى الغزير.
٢. الرحم مؤلم بالجس ، ويكون الألم معمماً أو موضعاً.
٣. الرحم قاسي كالخشب أو على الأقل مفرط التوتر.
٤. تغيب دقات قلب الجنين.
٥. تظهر أعراض الصدمة النزفية.
٦. غالباً ما يكون السائل الأمينوسي مدمى.
٧. ارتفاع قعر الرحم التدريجي بسبب تراكم الخثرات خلف المشيمة.
٨. نقص عوامل التخثر HB.

■ أما الحالات غير الوصفية فهي الأكثر مشاهدة، وإن أهم علامة توجهنا نحو الانفكاك الباكر هو ملاحظة درجة من فرط المقوية الرحمية، إذ لا يرتخي الرحم ارتخاءً واضحاً فيما بين التقلصات، كما أن أعراض الصدمة النزفية قد لا تتوافق مع مقدار النزف المشاهد.

ع يكون التشخيص سريرياً بالدرجة الأولى إلا أن التصوير بالأمواج فوق الصوتية مايزال قليل الفائدة للآن.

العلاج:

القيصرية في حال تألم الجنين والنزف الشديد.

الخطة التمريضية:

(١) التقييم:

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

- الألم ونوعيته ومقداره ومتى بدأ.
- النزف الرحمي: اللون والخصائص.
- تقييم وضع الجنين ومعدل ضربات القلب وحركاته.
- وضع الرحم ووجود الألم عند الجنين.
- تقييم الحالة النفسية والعاطفية للمريضة ومدى علاقتها بالحالة والعلاج والاختلاطات.

٢) التشخيص التمريضية:

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

٣) الأهداف:

١. أن تحدد الأم الشخص المناسب للدعم.
٢. أن تظهر الأم الالتزام بالراحة في السرير.
٣. ألا يحدث أي اختلاط عند الأم والجنين.
٤. أن تكمل الأم الحمل حتى المدة الطبيعية.
٥. أن تنجب الأم طفلاً سليم الجسم.

٤) التداخلات:

١. تقييم الألم باستمرار وتقييم العلامات الحيوية.
٢. تحضير المريضة للقيصرية إذا لزم الأمر وذلك بتجهيز الدم الملائم لها لنقله عند الحاجة.
٣. مراقبة الحالة العامة والنزف عند الأم ودقات قلب الجنين لحين وصول الطبيب.
٤. فتح وريدين وتسريب السوائل.
٥. نصح الحامل بالراحة المطلقة في السرير وإجراء التحاليل والفحوص المخبرية لها.
٦. تقديم الدعم النفسي والعاطفي وتقديم التثقيف اللازم للمريضة.

٥) التقويم:

١. حددت المرأة الشخص المناسب لتقديم الدعم.
٢. التزمت المرأة الراحة في السرير.
٣. أتمت المرأة الحمل للمدة الطبيعية.
٤. أنجبت المرأة طفلاً سليماً.