

تهدید به سقط (Threatened Abortion)

تعریف : ترشح خونی واژینال یا خونریزی در طی ۲۰ هفته اول بارداری در حضور سرویکس بسته

درمان و آموزش ها : در صورت کرامپ شکمی : استامینوفن ، توصیه به Bed rest ، پرهیز از Sexual intercourse

پروژستین ها : کنتراورسی ، وجود باکتریال واژینوزیس : درمان ، در صورت Rh⁻ : روگام (زیر ۱۲ هفته ۵۰ μg و

بالای ۱۳ هفته ۳۰۰ μg)

اندیکاسیون بستری :

VB شدید : چک Hb ، و در صورت آنمی یا هیپوولمی شدید : تخلیه رحم

در صورت وجود جنین زنده : برخی توصیه به ترانسفوزیون خون و مشاهده بعدی

BV⁺: Bacterial vaginosis

سقط فراموش شده (Missed Abortion) :

تعریف : دارای ۲ نوع

۱- Unembryonic : فقدان رویان در حضور GS > ۲۰ mm

۲- Dead Embryo : CRL > 5mm بدون مشاهده FHR

(محصولات مرده حاملگی که روزها ، هفته ها ، یا حتی ماهها در رحم بماند و دهانه رحم (سرویکس) نیز بسته

باشد)

درمان طبی سقط سه ماهه اول (ویزیت بصورت سرپایی و تعیین Blood Group و Rh) :

Misoprostol به تنهایی : ۸۰۰ μg یا واژینال یا بوکال (روش ارجح) یا زیر زبانی و تکرار آن تا نهایت ۲ دوز

درمان طبی سقط سه ماهه دوم (14– 28 w)

بستری بیمار و تجویز متناوب نارکوتیک ضروری

میزوپروستول ۴۰۰ μg واژینال یا زیر زبانی هر ۳h تا نهایت ۵ دوز (در نولی پار واژینال ارجح است)

یا اگر میزوپروستول در دسترس نباشد :

اکسی توسین : 50 u در N/S 500 cc طی 3h انفوزیون وریدی سپس rest 1h : افزایش آن به آرامی تا نهایت به دوز 300 u برسد .

نکته : بین ۱۲۰-۳۰ دقیقه فرصت داده می شود تا جفت خارج شود و صورت عدم خروج جفت تا این زمان اقدام به کورتاژ می کنیم.

آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در موارد درمان طبی :

• عفونت در موارد درمان طبی : کم (گاهی عفونتهای شدید در موارد استفاده میزوپروستول واژینال)

در کل ، مخالف استفاده کلی از AB پروفیلاکتیک هستیم

اندیکاسیون جراحی (D&E یا D&C) :

۱- خانم هایی که نمی خواهند منتظر درمان طبی یا سقط خودبخودی باشند

۲- خونریزی شدید

۳- سپسیس داخل رحمی

مراحل D&E :

۱- دیلاتاسیون سرویکس با دیلاتوراسموتیک ، فارماکولوژی یا مکانیکی (استفاده از میزوپروستول به تنهایی کافی

نیست بهتر است از یک دیلاتور اسموتیک استفاده شود)

۲- تخلیه رحم با ساکشن ، فورسپس ، کورت

۳- بررسی تمام محصولات حاملگی از نظر کامل بودن جنین بعد از تخلیه رحم

نکته :

F/U ۲ هفته بعد / در بیماران با اسکار رحمی = D&E را ترجیح می دهیم

آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک در موارد جراحی :

داکسی سیکلین 100 mg ، یکساعت قبل عمل و 200 mg بعد عمل خوراکی

سقط اجتناب ناپذیر (Inevitable Abortion) :

تعریف :

۱- پارگی قابل مشاهده در پرده ها به موازات دیلاتاسیون سرویکس یا

۲- سرویکس دارای دیلاتاسیون و افسمان است اما هیچ بافتی دفع نشده

در صورتیکه خروج مایع در نیمه اول حاملگی با درد ، تب و خونریزی همراه نباشد میتوان به بیمار استراحت داد، اگر بعد از 48 h خروج اضافه تر مایع وجود نداشت و خونریزی ، تب و کرامپ شکمی وجود نداشت بیمار می تواند تحرک داشته باشد ولی intercourse نداشته باشد .

در صورت خونریزی ، کرامپ یا تب : تخلیه رحم

درمان ها : شبیه درمانهای طبی و جراحی در سقط فراموش شده

سقط ناکامل (Incomplete Abortion) :

تعریف : خونریزی کم بدنال جدایی نسبی یا کامل جفت در حضور دیلاتاسیون سرویکس رخ می دهد . جنین و جفت بطور کامل ممکن است در داخل رحم بماند یا بطور نسبی از سرویکس باز خارج شود .

درمان : بسته به شرایط بیمار می تواند Expectant ، طبی ، جراحی باشد

درمان های طبی و جراحی شبیه درمان در سقط فراموش شده می باشد .

سقط کامل (complete Abortion) :

تعریف : خروج تمام محصولات حاملگی ، سرویکس بسته ، بدنال سقط کامل خونریزی و کرامپ های رحمی کاهش می یابد.

بیماران تشویق شوند که بافت دفع شده را همراه خود بیاورند .

سایر اقدامات : Sonography : جهت R/O سقط کامل ، تهدید به سقط ، EP

در صورتی که بافت دفع شده شناسایی نشود

چک سریال BHCG : افت سریع در سقط کامل

اندیکاسیون جراحی :

۱- خونریزی شدید ۲- unstable VS ۳- عفونت

سقط عفونی (Septic Abortion) :

اقدامات لازم :

۱- Stable کردن بیمار ۲- تجویز مایعات وریدی

۳- AB های وسیع الطیف شامل :

Clinidamycin 900mg IV TDS + Gentamycin 5mg/kg/daily ، Ampicilin 2g/q4h

یا Metronidazol 500 mg IV TDS+ Gentamycin 5mg/kg/daily ، Ampicilin 2g/g4h

یا Levofloxacin 500 mg/daily + Metronidazol 500mg IV TDS

۴- ساکشن کورتاژ ۵- ادامه AB تا اینکه 48 h بدون تب شوند در دوره AB F/U خوراکی لازم نیست ولی

بعضی توصیه به درمان بصورت تکمیل دوره ۱۴-۱۰ روزه می کنند .

اندیکاسیون جراحی و TAH احتمالی :

۱- عدم پاسخ به AB تراپی و تخلیه رحم ۲- آبسه لگن ۳- میونکروز کلستریدیومی

در صورت Severe Sepsis Syndrome منجر به ایجاد ARDS ، ARF ، DIC : بستری در ICU

سقط القایی (Induced Abortion) :

تعریف : ختم بارداری به روش طبی یا جراحی قبل از زمان Viability جنین که شامل Therapeutic Ab -۱

۲- سقط الکتیو

درمان : شبیه درمانهای سقط فراموش شده

RPOC (Retained product of conception) :

تعریف :

بافت جفتی و یا جنینی که بعد از سقط خودبخودی ، ختم بارداری برنامه ریزی شده یا بعد از زایمان پره ترم یا ترم

بماند .

علائم بالینی : ۱- خونریزی رحمی ۲- درد لگنی ۳- تب ۴- تندرns رحمی

نکته : علائم فوق بسیار غیر اختصاصی بوده از یک وضعیت نرمال بعد از سقط تا یک وضعیت غیر نرمال می تواند متغیر باشد.

خونریزی رحمی :

مشخصات خونریزی غیر طبیعی : heavy (آنمی یا دفع لخته فراوان یا بصورت قابل توجهی بیش از پرئود)

Prolonged (> 3 w)

نکته ۱ - بصورت طبیعی مقداری اندک خونریزی بعد از سقط داریم

نکته ۲- در تخلیه جراحی رحم ، طول مدت خونریزی بعد از جراحی کوتاهتر است .

تب ± درد شکم :

تب بدنبال تخلیه رحم هرگز طبیعی نیست

کرامپ شکم تا چند ساعت تا چند روز بعد از سقط شایع : NSAID ، در صورت عدم بهبودی : بررسی RPOC

تخلیه رحم با وسیله + درد شکم ___ R/O پرفوراسیون رحم + آسیب روده

سندورم شوک توکسیک کلستریدیومی بدنبال سقط سه ماهه اول و Medical abortion گزارش شده : درد شکم ، لرز

تاکی کاردی ، لکوسیتوز اما بدون تب

تشخیص افتراقی خونریزی رحم بعد از تخلیه رحم :

۱- RPOC ۲- هماتومترا ۳- آتونی رحم و Subinvolution ۴- EP

۵- تروما به سرویکس ، واژن، رحم ، مالفورماسیون شریانی وریدی رحمی

تشخیص افتراقی تب و درد رحمی بعد از تخلیه رحم :

۱- اندومتريت ۲- RPOC عفونی ۳- PID ۴- تخلیه رحم با وسیله : R/O پرفوراسیون رحم

ارزیابی تشخیصی :

ارزیابی روتین برای RPOC بعد از تمام موارد سقط یا ختم بارداری ضرورتی ندارد .

زمانی که ارزیابی ، اندیکاسیون دارد که علائم بیمار خارج از محدوده NL باشد : خونریزی شدید یا طولانی ، تب ،
تندرنس رحمی ، درد شکم و لگن

نکته : از آنجائی که PROC یا عوارض بعد سقط میتواند Life – threatening باشد ارزیابی فوری جهت بررسی
خونریزی شدید یا سپسیس ضروری است .

شرح حال :

۱- سوال در مورد جزئیات حاملگی اتفاق افتاده (GA بر اساس LMP و سونوی قبلی)

۲- زمان دقیق دفع نسج یا زمان تخلیه رحم

۳- آیا نمونه بافتی دفع شده توسط پزشک یا پاتولوژیست بررسی شده

نکته : اگر حاملگی داخل رحمی توسط Sono ی قبلی یا معاینه بافت دفع شده تأیید شده : EP R/O

معاینه فیزیکی (Ph/EX) :

بررسی علائم Sepsis : تعریق ، Pallor ، تغییرات وضعیت روحی، تنگی نفس، تاکیکاردی، کاهش BP. hypoxemia

Abdomen : Tenderness & Rebound ، Rigidity ، Distension

Speculum : مقدار و مشخصات خونریزی

نکته : اگر یک سوآپ بزرگ پنبه ای بداخل حفره رحم راه پیدا کند یعنی int os باز است و پیشنهاد کننده RPOC

(زیرا سرویکس به سرعت (معمولا طی یک روز) بعد از تخلیه کامل رحم بسته می شود)

ارزیابی آزمایشگاهی :

اغلب NL : ارزش محدود دارد

CBC diff : لکوسیتوز همراه با نوتروفیلی و باندسل ، R/O عفونت رحمی

کشت اندومتر : بدون ارزش

Blood Culture : در زمانی که Empiric therapy شکست خورده یا مریضی که ناگهانی ill شده و تب و لرز پیدا

کرده

BHCG : غلظت منفرد آن بدون سود است زیرا تا هفته ها بعد از سقط بدون عارضه مثبت است ، منفی آن هم رد کننده RPOC نیست زیرا RPOC نکروتیک BHCG آن منفی است .

Sonography : ارزش محدود در خانمهای مشکوک به RPOC دارد . (وجود دسیدوای نکروتیک و لخته های خون ، RPOC را تقلید می کنند)

نکته ۱ : یک Mass اکوژن در داخل اندومتر یا یک جریان با مقاومت کم در ناحیه زیر آن + خونریزی شدید یا طولانی
__ اندکس حساس تشخیص RPOC

۲- ضخامت اندومتر (ET) کمک کننده نیست: گاهی 8-25 mm cut of point بکار می برند ولی اندازه گیری آن بدنبال سقط یا ختم بارداری نباید بعنوان تستی برای RPOC یا یک پیشگویی کننده نیاز به مداخله جراحی استفاده شود.
مشکوک به RPOC بر اساس شرح حال \pm Sono :

۱ - Hemodynamically unstable :

مایعات و فراورده های خونی ، در صورت نیاز مداخله جراحی ، استفاده از یوتروتونیک : میزوپروستول $200 \mu g$ ،
۴ عدد رکتال یا مترژین 0.2 mg ، q 6-8h ، ادامه خونریزی بعد از تخلیه رحم ، تامپون رحمی با یک بالون داخل رحمی ، آمبولیزاسیون ، هیسترکتومی

در صورت در دسترس بودن sono در اتاق عمل __ FF R/O در شکم یا Ruptured E
۲ - Sepsis :

AB وسیع الطیف + مایعات __ تخلیه فوری رحم از RPOC عفونی شده

تخلیه قبلی رحم + sepsis __ بررسی از نظر تندرns شکمی ، گاردینگ ، تاکی کاردی ، تب بالا :

advanced sepsis ، AB وسیع الطیف + تخلیه مجدد رحم و ارزیابی جهت پرفوراسیون رحمی ، مراقبت در ICU
شدیدا ill + عدم پاسخ به درمان طبی و تخلیه جراحی ، R/O آسیب روده ، آبنسه لگن ، میومتریست کلستریدیومی ،
لاپاراتومی و گاهی هیسترکتومی

۳ - Stable از نظر طبی + اندومتریت (تب low grade ، تندرns خفیف رحمی ، Sono : رحم خالی)

سفتریاکسون IM/Single dose / 250 mg

Metronidazol 500 mg BD 14 days

Doxycycline 100mg BD 14 days

چون علامتدار هستند ، Sono ←
← Mass اکوژن فوکال در اندومتر ، کورتاژ

AB ، Borderline or Negative ، پاسخ به درمان طبی طی 24 h ظاهر شود

مداخله جراحی نیاز ندارد .

4-Stable از نظر طبی ولی خونریزی طولانی $< 3 w$ یا خونریزی heavy

مداخله جراحی ، کورتاژ ، در سرویکس بسته ، دیلاتاسیون کافی برای ورود به حفره رحم ضروری ،

sharp or suction curettage

آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک :

در زمان تخلیه RPOC : دوز منفرد از AB وسیع الطیف

در صورت اندومتريت : تکمیل دوره درمان

درمانهای دیگر در RPOC :

Vital sign Stable ، بدون شواهد عفونت : Expectant ، در این درمان نیاز به AB پروفیلاکتیک نمی باشد

Medical intervention ، میزوپروستول در صورت R/O عفونت یا خونریزی شدید ، در این درمان نیاز به AB

پروفیلاکتیک نمی باشد ، فقط در مورد Sign و symptom های عفونت با آنها صحبت کرد .

در صورت ایجاد پرفوراسیون رحمی :

Explore شکم ضروری اگر (۱) کوتر یا ساکشن کورتاژ استفاده شده

Unstable hemodynamic (۲)

(۳) علائم خونریزی شدید رحمی یا آسیب عروقی و احشاء داخلی داریم

با کورتاژ sharp ، زیر دید مستقیم پروسه ابتدایی را کامل می کنیم .

Close observation اگر از کورتاژ sharp استفاده شده یا حین دیلاتاسیون رحمی اتفاق افتاده ، تحت گاید sono

پروسه ابتدایی را با کورتاژ sharp کامل می کنیم .

نکته : در بیماران مشکوک به پرفوراسیون ، درمان AB ضروری است داکسی سیکلین 100 mg BD + مترونیدازول

TDS 500 mg به مدت یک هفته (