دکولمان شدید جفت و خونریزی شدید وخونی شدن مایع آمنیوتیک

معصومه جعفرزاده [۱]، مهدیه مریدی [۲]، سعید فروغی [۳] ، فاطمه جعفری پور [۴]،

۱- کارشناس ارشد مامایی، بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۲- متخصص زنان و زایمان و فلوشیپ ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- دکتری تخصصی پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
۴- کارشناش ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، مربی، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره دهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۸

چکیده

دکولمان جفت، جدایی پیش از موعد جفت قبل زایمان و یکی از موارد اورژانس مامایی و زنان است که موجب خونریزی رحمی، هیپرتونیسیته رحم، افت ضربان قلب جنین و در برخی موارد موجب مرگ جنین و حتی مرگ مادر می شود. یکی از عوازض پره اکلامپسی دکولمان جفت است که یکی از علل شایع خونریزی های سه ماهه دوم و سوم بارداری است. در این گزارش مورد نادری از دکولمان جفت و خونریزی شدید به داخل مایع آمنیوتیک را در یک خانم ۴۰ساله گزارش میکنیم که خوشبختانه با اقدامات به موقع از عوارض مادری جنینی پیشگیری شد.

نتیجه گیری: در بیماران دچار پره اکلامپسی، باید احتمال بروز دکولمان را داد و پی گیری های لازم را انجام داد تا از میزان عوارض نوزادی از جمله عوارض عصبی تکاملی بجا مانده در نوزادان و عوارض مادری پیشگیری شود.

واژه‌های کلیدی: پره اکلامپسی، دکولمان جفت، رحم هیپرتون

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری الیگودرز
Email: jafarzadeh_masoumeh@yahoo.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

دکولمان جفت (جدا شدن پیش از موعد جفت) یکی از علل شایع خونریزی‌های سه ماهه دوم و سوم بارداری است. شیوع آن ۱- ۰/۵ درصد بوده و ۱۵-۱۰ درصد علت مرگ و میر پری‌ناتال را شامل می‌شود و در۱۴درصد کودکان باقی‌مانده نیز نقائص نورولوژیک دائمی ایجاد می‌کند. دکولمان به علت خونریزی و اختلال انعقادی جزء یکی از علل عمده مرگ‌ومیر مادری می‌باشد. علت دکولمان در اغلب موارد ناشناخته است(۱). از عواملی که در ایجاد دکولمان مطرح شده است سن بالای مادر، پاریتی بالا، تعدد جنین‌ها در یک حاملگی، سابقه دکولمان قبلی، ضربه، فشارخون بالا، پره‌اکلامپسی ، بند ناف کوتاه و سوء مصرف موادی همچون سیگار، کوکائین، الکل و مواد مخدر است(۱،۲). در موارد خفیف که هماتوم (لخته) پشت جفت کوچک است اغلب مشکلی برای جنین و مادر پیش نیامده و با استراحت و مایع درمانی انقباضات رحمی بهبود یافته و مادر سلامت کامل خود را باز می‌یابد، ولی در موارد شدید، دکولمان جفت منجر به خونریزی رحمی، هیپرتونیسیته رحم(انقباضات پی در پی و دردناک رحمی)، افت ضربان قلب جنین و در برخی موارد موجب مرگ جنین و حتی مرگ مادر می‌گردد(۴). در موارد ایجاد دکولمان خون از پشت جفت به د اخل میومتر (عضله صاف جدار رحم) نفوذ نموده و گاهی تمام ضخامت میومتر را در برگرفته و به رنگ قرمز تیره در می‌آورد که به آن رحم کولیر می‌گویند *(Couvelaire)*. اماخوشبختانه رحم کولیر بندرت با انقباضات موثر رحمی بعد از زایمان تداخل نموده و منجر به آتونی رحمی و ادامه خونریزی بعد از زایمان می‌شود و در اغلب موارد مشکلی برای مادر ایجاد نمی‌کند (۵). اکلامپسی، جداشدن زودرس جفت، اختلالات هماتولوژیک که باعث صدمه به ارگان‌های حیاتی می‌شود از جمله عوارض مادری پره‌اکلامپسی و وزن کم حین تولد، هیپوکسی، مرگ داخل رحمی و زایمان زودرس از عوارض جنینی آن به‌شمار می‌رود(۳). علیرغم تحقیقات فراوان اتیولوژی پره‌اکلامپسی ناشناخته باقی‌مانده و در مطالعات به برخی عوامل خطر آن مانند عدم زایمان قبلی، نژاد، سن کمتر از ۲۰ و بالای ۳۵ سال مادر، وضعیت اقتصادی اجتماعی، بارداری چندقلویی، هیدرآمنیوس، مول هیداتی‌فورم، بیماری‌های زمینه‌ای کلیوی، کبدی، قلبی و عروقی مادر و غیره اشاره گردیده است. قسمت عمده‌ای از عوارض و برخی از عوامل خطر قابل شناسایی و پیشگیری هستند. اگرچه درمان قطعی پره‌اکلامپسی ختم بارداری است، مراقبت‌های دقیق قبل از زایمان و انجام درمان‌های مناسب می‌تواند شرایط را طوری بهبود بخشد که خیلی از موارد ماحصل کار برای مادر و جنین رضایت‌بخش باشد(۵).

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۰ ساله، *G۴,P۳*، *A:۳۵w* ، با سابقه *NVD۳* و یک بار سزارین بود، شکایت اصلی بیمار در هنگام مراجعه درد شکمی بود که ۵ ساعت پیش از مراجعه شروع شده بود. بیمار با تشخیص فشارخون بالا و شک به پره اکلامپسی بستری گردید که دچار دکولمان شدید شد. علایم حیاتی و آزمایشات بدو ورود *BP:۱۳۰/۹۰,P:۸۳,T:۳۷,HB:۱۳.۵, ALP:۳۰۰,AST:۲۴,ALT:۱۲,PRO۲۴hr:۶۰۰* بیمار سابقه فشارخون در بارداری های قبلی را ذکر نمی‌کرد. اقدامات مراقبتی لازم برای مادر و جنین انجام می‌شد و طی روز اول بستری بیمار بطور ناگهانی، دچار خونریزی واژینال شدید و دفع لخته و انقباضات رحمی دردناک شد که با توجه به وضعیت نامناسب بیمار تصمیم به سزارین اورژانس گرفته شد. همزمان با انتقال بیمار درخواست فرآورده‌های خونی مناسب داده شد .علایم حیاتی هنگام انتقال به اتاق عمل *BP:۱۲۰/۸۰,P:۸۰,FHR:۱۱۵* بودند. هنگام تحویل بیمار *BP:۱۴۰/۰۹* شده بود. حین سزارین خونریزی بصورت لخته فراوان (خونریزی۳+) و مایع آمنیوتیک کاملاً خونی مشاهده و تشخیص دکولمان شدید مطرح گردید. نوزاد با آپکار۷ و سیانوزه و وزن۲ کیلو و۳۰۰گرم متولد شدکه اقدامات احیا صورت گرفت. نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه بستری گردید. آزمایشات بعد سزارین *HB:۱۱, Albomin:+۱*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

*AST:*۳۶, *ALT:*۱۸ ,*ALP:*۴۶۹ بودند. بعد عمل اقدامات درمانی و مراقبتی لازم برای بیمار انجام شد و برای مادرسولفات منیزیم تزریق شد فشار بیمار کنترل شد خوشبختانه با تشخیص و درمان به موقع، مادر با سلامت کامل پس از ۴ روز بستری و با *BP:*۱۲۰/۸۰ ترخیص شد و نوزاد بعد ۱۰ روزترخیص شد.



تصویر۱: تصویر حین عمل جراحی

بحث و نتیجه‌گیری

در این بیمار پره‌اکلامپسی موجب جدا شدن پیش از موعد جفت و خونریزی شدید به داخل مایع آمنیوتیک و در معرض خطر افتادن مادر و جنین شد. خونریزی، عفونت و پرفشاری خون علل عمده مرگ‌ومیر مادران باردار را تشکیل می‌دهند و دکولمان یکی از علل خونریزی سه ماهه دوم و سوم حاملگی است. علل مختلفی به عنوان فاکتور مساعدکننده دکولمان جفت مطرح شده‌اند از جمله : پرفشاری خون، پره‌اکلامپسی، ضربه، سن بالا، پاریتی بالا، تعدد جنین‌ها در یک حاملگی و سوء مصرف موادی همچون الکل، کوکائین و مواد مخدر(۶).

شایع‌ترین علامت دکولمان خونریزی واژینال ۷۸ درصد، درد در ناحیه رحم یا کمر ۶۶ درصد، افت ضربان قلب جنین ۶۰ درصد، تکرر زیاد انقباضات رحمی ۱۷درصد، وقوع زودرس دردهای زایمانی۲۲ درصد و مرگ جنین ۱۵ درصد است. دکولمان در شرایط خونریزی شدید موجب مرگ جنین و موربیدیتی مادر می‌شود(۷) که با مطالعه مورد نظر مطابقت دارد. در مطالعه کوهورت *Ananth* و همکاران (۲۰۰۱) مورتالیتی پری‌ناتال ۱۱۹در۱۰۰ هزار تولد در بارداری‌های همراه با دکولمان گزارش شد(۸). نارسی نوزاد، وزن کم حین تولد، مرده‌زایی، آپکار زیر۷نوزاد، افت ضربان قلب جنین از جمله عوارض جنینی است که در مبتلایان به پره اکلامپسی با اختلاف قابل توجهی نسبت به سایرین از فراوانی بالایی برخوردار است (۹،۱۰). اگرچه جداشدن زودرس جفت یک عارضه مامایی و دارای مخاطراتی برای مادر و جنین اوست و علت ناشناخته است ولی عامل زمینه‌ساز آن فشارخون بالای مادر است(۱۱). *scott* و همکاران گزارش نموده‌اند نیمی از موارد جداشدن زورس جفت با فشارخون بالا همراه است. *Ananth*و همکاران معتقدند که در برخی موارد این خطر تا۳ برابر افزایش یافته(۱۲،۱۳) که در این بیمار مشاهده شد. *Steruan* و همکاران متذکر شدند نیمی از زایمان‌های زودرس با جداشدن زودرس جفت همراه است(۱۵) که در این مطالعه دکولمان موجب زایمان زودرس گردید. *Monon* و همکاران گزارش نمودندکه دکولمان علاوه بر زایمان زودرس موجب وزن کم هنگام تولد می شود (۱۶) که در این بیمار موجب وزن کم نوزاد گردید. *Canade* و همکاران گزارش نمودند ارتباط زیادی بین جداشدن و زایمان زودرس جفت با مرگ نوزادان با وزن کم وجود دارد(۱۴،۱۷). دکولمان عامل ۰/۱ درصد مرگ مادران و ۱۵ درصد مرگ جنین گزارش شده است (۱۸،۱۹) که خوشبختانه در این مورد مرگ مادر و نوزاد نداشتیم. جداشدن زودرس جفت عامل یک چهارم مرگ‌های دوران بارداری است(۱۸). *pirtchard* و همکاران و *Ananth* و همکاران معتقدند بروز فراوانی دکولمان با افزایش سن و تعداد حاملگی‌ها افزایش یافته است(۲۰،۲۱) که با این مطالعه همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش در مورد عوارض مادری پره‌اکلامپسی نشان داد که جدا شدن زودرس جفت، سزارین و زایمان القا شده در مبتلایان به پره‌اکلامپسی به مقدار قابل توجهی بیش از غیر مبتلایان بود. در مطالعه

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

Chen و همکاران در تایوان و *Furuhashi* و همکاران ژاپن و مطالعه پورجواد در مشهد نتایج مشابهی در مورد عوارض مادری به‌دست آمد (۲۲،۲۳،۲۴) که با این مطالعه همخوانی داشت. تعداد زایمان بیشتر از ۴ و سن بالای ۳۵ سال مادر، از

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

عوامل خطر قابل توجه پره‌اکلامپسی است در مطالعه *Lawoyin* و همکاران در عربستان نیز تعداد زایمان بالا به‌عنوان عامل خطر پره‌اکلامپسی گزارش گردید(۲۵). عبدالله و همکاران در سال ۱۹۸۴ گزارش دادند که شیوع دکولمان در مادران مولتی‌پار بیشتر است. میرسا و همکاران در سال ۱۹۹۱ گزارش می‌دهند فراوانی دکولمان جفت در بارداری دوم نسبت به بارداری اول افزایش می‌یابد که مطالعه کنونی مطابق یافته‌های آن‌هاست. از طرفی مطالعات *Sarwar* و همکاران سابقه سزارین‌های قبلی را در دکولمان جفت موثر می‌دانند و دکولمان جفت را یکی از علل مرگ‌ومیر داخل رحمی می‌دانند (۲۶). در مطالعه حاضر پره‌اکلامپسی موجب دکولمان و خونریزی شدید جفت و نشت خون به داخل مایع آمنیوتیک گردید. از آن‌جایی کـــه بروز پره‌اکلامپسی با عوارض مادری جنینی همراه است و دکولمان از عوارض مادری این اختلال است و یک علت عمده مرگ و میر ناشی از خـونریزی را در مادران تشکیل می‌دهد توصیه می‌شود با توجه به افزایش سن بارداری و سابقه سزارین در کشورمان با افزایش کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری و تشخیص سریعتر و اداره مناسب این اختلال در دوران بارداری و جلوگیری از سزارین‌های بدون علت، از عوارض پیش‌آمده برای مادر و جنین پیشگیری کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از پرسنل بیمارستان حاج کریم خیریه عسلی کـه نهایت کوشش خود را برای حفظ جان بیمار انجـام دادنـد صـمیمانه تشـکر و قدردانی می‌کنیم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

References:

1. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY,Haney AF. Danforths Obstetrics and Gynecology . 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Heuth J C, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: Mc Graw-Hill. 2005.
3 .Liouyd C; Lewis VM. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Bennette VR.; Brown LK. Myles Textbook for Midwives: From Churchill Livingstons. Edinburgh: UK, 318-21, 1999.
4. James R, Ronald S, Beth Y. Danforth's Gyn. 9th ed. Philadelphia: Williams & Willlkins; 2003: 371-378.
5. Cunningham FG, Gant F, Leveno J. Williams Obstetrics. 23th ed. New York: McGraw Hill; 2010: 766-770.
6. Spinillo A, Capuzzoe E, Colonna L,Solertel L,Nicola S,Guaschino S. Factors associated with abruption placentae in preterm deliveries .Acta Obstet Gynecol Scand. 1994 Apr; 73(4) :307-12.
7. James DK, Steer PJ, Weiner CP and Gonic B. High Risk Pregnancy. 3th ed. Philadelphia: Saunders; 2006: 1266-70.
8. Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. Am J Epidemiol 2001; 153(4): 332–7.
9. Berlin Michelle. Washington Eugene. Screening for preeclampsia U.S cinical preventive services. 24(3): 43-9, 1990.
10. Lydakis C.; Beevers M.; Beevers DG.; Lip GY. The prevalance of preeclampsia and obstetric outcome in pregnancies of normotensive women attending a hospital, specialists clinic. Int J Clin pract, 55(6):361-7,2001.
11. Ananth CV, Savis DA, Williams MA. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: methodologics review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2007; 88(2): 309-18
12. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2003, P.407
13. wayner L. Diagnosis and management of preecalmpsia. Am Family physician 2004; 70(12): 1-2
14. Faiz AS, Demissie K, Ananth CV, Rhoads GG. Research examine risk factors for premature separation of the placenta among African-American in the USA. Ethnicity Health 2003; 6(3): 247-53
15. Cabbe SG, Niebyl JR, Simpson J. Normal and problem pregnancy: obstetrics. 4th ed. Illustrated, 2002,PP.510-6
16. Chin HG. Placenta abruption oncall obstetrics & gynecology. 2nd ed. W.B. Saunders; 2001, PP.137-39
17. Ananth CV, Wilcon AJ. Abruption and prenatal mortality in the United States. Am J Epidemiol 2007; 153(4):332-7
18. Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. Am J Epidemiol 2001; 53(8):771-8
19. Mistorich JJ, Krost WS, Daniel Limmer AS. Per hospital management of abruption placenta and placenta previa: beyond the basics. CEU Review from Obstetric Emergencies 2007: 1-7
20. Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. Am J Epidemiol 2001; 53(8):771-8
21. Lydon L, Easterling TR, Martin DP. First birth RM, Holt V cesarean and placental abruption and previa at second birth. J Obstet Gynecol 2007; 97(5): 765-9.
22. Chen Cl.; Cheng Y.; Wang PH.; Jung CM.; et al. Review of preeclampsia in taiwan: multi institutional study. Zhonghua Yixue Zazhi, 63(12): 869-75, 2000.
23. Furuhashi N.; Suzuki M.; Konol H.; Tanka M.; et al. Clinical background of preeclampsia in Japanese Woman, Clin Exp Hypertens, 1(4): 505-15, 1982.
24.Aail BSH.; Janghorbani M. Epidemiology of pleeclampsia in pregnant women refferred to shahid Bahonar Hospital of Kerman in 1994. Journal of kerman University of Medical Sciences, 4(1): 45-50, 1997.
25.Lawoyin TO.; Ani F. Epidemiologic aspects of preeclampsia in Saudi Arabia, East Afr Med J, 73(6): 404-6, 1996
26.Sarwar I, Abbasi AN, Islam A. Abruptioplacentae and its complications at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. J Ayub MedColl Abbottabad. 2006; 18(1):27-31.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]

Severe placental abruption and blood to the amniotic fluid

Jafarzadeh M*[1], Moridi M[2], Foroughi S[3], Jafaripoor F[4].

**1.MSc in Midwifery, Aligoudarz Nursing School, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.*
2.Gynecologist and Infertility Fellowship, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3.PhD in Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Aligoodarz, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
4.MSc in Critical care nursing, Instructor, Student research committee, Aligoudarz Nursing School, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Abstract

The placenta is a pre-natal placenta and one of the cases of emergency and gynecology medicine That causes uterine bleeding, uterine heart rate loss, and in some cases, it causes fetal death and even maternal death One of the other preeclampsia is the placenta, which is one of the most common causes of the second and third trimester of pregnancy In this report, we report a rare case of placental Abruption and severe bleeding into the amniotic fluid in a ۴۰-year-old woman, fortunately, with timely measures of fetal maternal complications.

***Conclusion**: In patients with preeclampsia, it should be the possibility of the occurrence of the abruption and the necessary procedures To prevent neonatal complications such as developmental neurological complications in newborns and maternal complications.*

***Keywords:** preeclampsia, placental abruption , Hypertone uterus*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-29]