

SID



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



کارگاه‌های آموزشی



سرویس ترجمه تخصصی



فیلم‌های آموزشی

کارگاه‌ها و فیلم‌های آموزشی مرکز اطلاعات علمی

آشنایی با پایگاه‌های اطلاعات علمی بین‌المللی و ترندهای جستجو بین‌المللی و ترندهای جستجو

کاربرد نرم افزار SPSS در پژوهش

پروپوزال نویسی (علوم انسانی)

کاربرد نرم افزار End Note در استناددهی مقالات و متون علمی

صدور گواهینامه نمایه مقالات نویسندگان در SID

مقاله خودآموزی

بر اساس مصوبه اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به همکاران محترم پزشکی عمومی، و متخصصین پزشکی قانونی، زنان و زایمان، جراحی عمومی و کودکان به بیش از ۷۰٪ سؤالات پاسخ صحیح دهند ۱/۵ امتیاز بازآموزی تعلق می‌گیرد.

تروما در حاملگی

دکتر علی امینی* - دکتر نفیسه بهرامی**

* متخصص زنان و زایمان، فوق تخصص پری ناتولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان فیروزگر، بخش زنان
** دستیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان فیروزگر

چکیده

مقدمه: تروما از عوارض مهم دوران بارداری است و یکی از عوامل مرگ و میر دوران بارداری به شمار می‌آید. تروما چه ناشی از تصادفات وسایل نقلیه و چه ناشی از خودکشی و نزاع می‌تواند منجر به مرگ جنین و حوادث تهدید کننده حیات مادر شود.

بحث: در زنان حامله دچار تروما باید از بازبودن راه هوایی اطمینان داشت و در صورت نیاز اکسیژن تکمیلی تجویز شده یا بیمار تحت لوله گذاری و تهویه مکانیکی قرار گیرد، در حاملگی، رحم خارج از لگن قرار می‌گیرد و موجب فشار روی ورید اجوف تحتانی می‌شود. حاملگی سبب کاهش حرکات دستگاه گوارشی می‌شود و معده زنان باردار را باید پر فرض کرد. در اقدامات احیاء و کمک رسانی جهت حفاظت راه هوایی و خدمت رسانی به اعضای حیاتی باید نکات فوق را در نظر داشت و در جهت رد هرگونه آسیب احتمالی جنین و سایر ضمایم حاملگی لازم است مانیتورینگ حداقل به مدت ۴ ساعت انجام شود.

نتیجه‌گیری: بررسی ها نشان می‌دهد مرگ ناشی از تروما در حاملگی قابل پیشگیری است و بازعایت نکات ایمنی و تشخیص سریع موارد مشکوک به آسیب شدید می‌توان از مرگ و میر مادر و جنین کاست.

واژگان کلیدی: حاملگی، ترومای غیر نافذ، ترومای نافذ

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۱۲/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۳/۱۷

نویسنده مسئول: تهران - بیمارستان فیروزگر Dr_nbahramiparsa@yahoo.com

مقدمه

می‌دهد که سالانه حدود دو میلیون زن در آمریکا توسط همسرانشان تحت ضرب و شتم قرار می‌گیرند که تعدادی از آنها را زنان باردار تشکیل می‌دهند. تروما چه به صورت تصادفی (مانند حوادث وسایل نقلیه) و چه مداخله‌ای (مانند خودکشی یا نزاع خانگی) باعث ۱۳۰۰ تا ۳۹۰۰ مورد مرگ جنین در سال می‌شود. مرگ و میر جنینی در ۴۰ تا ۵۰٪ موارد به دنبال ترومای تهدید کننده حیات مادر (مانند شوک مادری، آسیب سر منجر به کما، آسیب منجر به لاپاراتومی اورژانس به دلیل اندیکاسیون‌های مادری) و در ۱ تا ۵٪ موارد در اثر ترومای مینور و غیرتهدید کننده حیات رخ می‌دهد (۱).

تروما یکی از شایع‌ترین عوامل مرگ و میر زنان در جهان می‌باشد و سالانه منجر به مرگ یک میلیون نفر می‌شود. تروما یکی از عوامل مرگ و میر در دوران بارداری نیز محسوب می‌شود. در ایالات متحده برآورد شده که از هر ۱۲ حاملگی، یک مورد دچار عوارض ناشی از تروما می‌شود. در جوامع صنعتی دوسوم تمام موارد ترومای حین حاملگی، ناشی از تصادفات اتومبیل است و همچنین ضرب و شتم و ضربه مستقیم به شکم نیز دیگر عوامل شایع می‌باشند. تحقیقات نشان

ترومای غیر نافذ شکم

تصادفات رانندگی (به خصوص اگر مادر کمر بند ایمنی نبسته باشد یا آن را به پایین ترین حد ممکن، در زیر رحم، پایین نکشیده باشد)، سقوط و ضربه مستقیم به شکم، شایع ترین تروماهای غیر نافذ شکم را تشکیل می دهد. مهم ترین علت مرگ جنین در این حوادث دکولمان (جداشدگی) جفت است که تقریباً در ۵-۱٪ آسیب های مینور و ۳۵-۶٪ از آسیب های مازور رخ می دهد. شدت حادثه، وقوع دکولمان را پیشگویی نمی کند زیرا در غیاب آسیب های شدید نیز دکولمان رخ می دهد.

علائم دکولمان جفت شامل موارد زیر است:

- ۱ - افزایش فعالیت رحمی
 - ۲ - افت دیس ضربان قلب جنین
 - ۳ - وجود الگوی سینوزویدال قلب جنین (۱، ۳)
- جهت کنترل دکولمان باید مانیتورینگ خارجی مداوم جنین، کنترل انقباض رحمی، بررسی خونریزی واژینال و حساسیت رحمی به مدت ۴ ساعت انجام شود (۱). چنانچه دکولمان رخ دهد براساس وضعیت مادر و شدت جداشدگی تصمیم گیری می شود. اگر در مادر علائم هیپوولمی و شوک مشاهده گردد، تجویز مایعات و در صورت لزوم انفوزیون خون ضروری است (۱). چنانچه جنین زنده باشد براساس سن حاملگی مداخلات بعدی متفاوت است. در جنین پره ترمی که دیسترس ندارد، ضمن تزریق کورتیکوستروئید به مادر (در سن حاملگی زیر ۳۴ هفته)، مانیتورینگ مداوم ضربان قلب جنین (FHR) لازم است و در جنین ترم در صورت دکولمان، ختم بارداری روش مطمئن تری می باشد. پارگی کبد و طحال یا پارگی رحم نیز ممکن است در ترومای غیر نافذ رخ دهد. وجود نشانه های شوک یا تحریک صفاق، شک به صدمات عمده داخل شکم را برمی انگیزد (۲). از طرفی تشخیص خونریزی داخل پریتئون در دوران بارداری به علت وجود رحم بزرگ دشوار است. چنانچه به دنبال تروما وضعیت همودینامیک مادر ناپایدار بوده و با تابلوی شوک همراهی داشته باشد، بررسی خونریزی داخل شکمی با لاواژ پریتئون ضروری است. لاواژ صفاقی (DPL) روش بی خطری است و دقتی حدود ۹۲٪ در دوران بارداری دارد (۴). برای تشخیص خونریزی های خلف صفاقی چنانچه وضعیت مادر ثابت باشد، سی تی اسکن توصیه شده است. در صورت شکستگی لگن در ترومای غیر نافذ در ۶-۱٪ موارد پارگی رحم ایجاد می شود همچنین در ترومای غیر نافذ گاه به علت افزایش فشار داخل رحم پارگی رحم رخ می دهد و در ۳۹٪ موارد به دنبال شکستگی لگن مادر، آسیب هایی نظیر شکستگی جمجمه جنین، شکستگی استخوان های دراز، خونریزی مغزی و آسیب نسج نرم ممکن است روی دهد (۱). شکستگی لگن مادر در مواردی که سر جنین انگاژمان یافته است منجر به شکستگی جمجمه جنین می گردد. شکستگی لگن منجر به خونریزی خلف صفاقی می شود که عوارض و مرگ و میر زیادی به همراه دارد. آسیب

های همزمان مثانه و مجرای ادرار نیز ممکن است ایجاد گردد که منجر به هماچوری و دشواری در سوندگذاری می شود (۲). شکستگی لگن کنتراندیکاسیون مطلق زایمان واژینال نیست و زایمان واژینال موفق حتی در حضور شکستگی های توأم با جابجایی مختصر نیز ممکن می باشد ولی شکستگی ناپایدار و شدید توأم با جابجایی وسیع و تشکیل کال فراوان مانع زایمان واژینال است (۲).

در مطالعه ای که اخیراً انجام شده است در ۲۸٪ موارد ترومای غیر نافذ، تست Kleihauer-Behtke مثبت بوده است که نشان دهنده خونریزی جنین به مادر می باشد. از عوارض خونریزی های مادر و جنینی می توان آنمی مادر و جنین، آریمی قلب جنین و مرگ جنین را نام برد. در زنانی که به دنبال تروما دچار خونریزی مادر-جنینی می شوند متوسط حجم خون جنینی که وارد بدن مادر می شود حدود ۱۵ میلی متر است یعنی در ۹۰٪ موارد این حجم کمتر از ۱۰ میلی متر است بنابراین تزریق ۳۰۰ mg ایمونوگلوبولین D تقریباً تمامی مادران RH منفی را از آلوایمونیزاسیون D حفاظت می کند (۲).

تست Kleihauer-Behtke در تشخیص بیماری که حساس نشده اند یا افرادی که به نظر می رسد بیش از ۳۰ میلی لیتر خون به آنان منتقل شده است، کاربرد دارد. در این تست به ازای هر ۳۰ میلی لیتر خون منتقل شده تزریق ۳۰۰ میکروگرم آمپول روگام لازم است. تجویز آمپول روگام در طی ۷۲ ساعت اول بعد خونریزی مادر-جنینی از آلوایمونیزاسیون مادر جلوگیری به عمل می آورد. در این تست ۱ قطره از خون مادر گرفته می شود چنانچه گلبول های جنین در آن وجود داشته باشد، در مواجهه با اسید تغییر رنگ نمی دهد و به صورت گلبول های طبیعی در زمینه گلبول های تغییر رنگ یافته دیده می شود (علت عدم تغییر رنگ گلبول های جنین وجود HbF است).

ترومای نافذ شکم

از آن جا که در حاملگی رحم رشد کرده و از لگن خارج می شود، احتمال آسیب آن در تروماهای نافذ افزایش می یابد. صدمات نافذ رحم در ۹۰-۶۰٪ موارد منجر به آسیب جنین در ۷۰-۴۰٪ موارد موجب مرگ جنین و در کمتر از ۵٪ موارد منجر به مرگ مادر می شوند. مرگ جنین به دنبال ترومای نافذ ناشی از آسیب مستقیم جنین یا آسیب به بند ناف و جفت است. احتمال آسیب مادر در این موارد کمتر است زیرا احشا به وسیله رحم و محتویات آن حفاظت می شوند. صدمات نافذ ممکن است در اثر اصابت وسایل تیز و برنده نظیر چوب، چاقو، چنگک و یا پرتابه های سلاح های گرم نظیر تفنگ، نارنجک و غیره به وجود آید. بر حسب سرعت جسم نافذ در موقع برخورد بدن، صدمات نافذ به سه نوع سرعت پایین (کمتر از ۱۱۰۰ fts (فوت بر ثانیه) یعنی کمتر از سرعت صوت در هوا ۳۰۰ mps (متر بر ثانیه)، سرعت متوسط (۲۰۰۰-۱۱۰۰) و سرعت بالا (بیش از ۲۰۰۰ fts و در برخی منابع بیش از ۲۵۰۰ fts) تقسیم می شوند. ضایعات صدمات نافذ با سرعت

بررسی گردد. در آسیب قسمت تحتانی شکم چنانچه وضعیت مادر و جنین پایدار باشد و پریتون نیز آسیب ندیده باشد (هوای آزاد در عکس ایستاده شکم و سینه دیده نشود) می توان درمان انتظاری را انجام داد (۲). از سایر اقدامات تشخیصی لاپاراسکوپی، لاواژپریتون و انجام فیستولوگرام را می توان نام برد.

شوک الکتریکی

عبور جریان الکتریسیته از بدن مادر به آریتمی، ایست قلبی، انقباض عضلانی، شکستگی استخوانی و آسیب عصبی می گردد. شایع ترین آریتمی ایجاد شده در مادر، فیبریلاسیون بطنی است. گزارش های متعددی مبنی بر مرگ و میر بالای جنین به دنبال شوک الکتریکی وجود دارد. جریان برق ۱۱۰ ولت آمریکا نسبت به برق ۲۲۰ ولت ایران و اروپا کم خطرتر است. در یک حاملگی با سن ۲۹ هفته «ترومبوز ورید ایلئو فمورال» در مادر دیده شد که ناشی از عبور جریان الکتریسیته در سن ۲۲ هفته ای بوده است. مایع آمنیوتیک، جریان خون رحمی - جفتی و پوست جنین مقاومت کمی در برابر الکتریسیته دارد و لذا جنین بسیار آسیب پذیر است. شدت آسیب وارده به مادر نشانگر میزان آسیب جنینی نیست؛ زیرا برای ایجاد آسیب جنین، جریان برق کمی لازم است و می تواند منجر به ایست قلبی، ایجاد IUGR، کاهش مایع آمنیوتیک شود. لذا جنین هایی که از حادثه جان سالم به در می برند لازم است از نظر میزان مایع آمنیوتیک و ایجاد IUGR کنترل شوند (۱، ۲، ۳).

آسیب های حرارتی

زنان باردار ۷-۴٪ تمام موارد سوختگی های منجر به بستری را تشکیل می دهند. چنانچه سطح سوختگی بیش از ۶۲٪ باشد در ۹۲ تا ۱۰۰٪ موارد منجر به مرگ مادر می شود. حاملگی بقای مادر را تغییر نمی دهد ولی میزان مرگ و میر جنین به سطح سوخته بدن مادر بستگی دارد. در سوختگی های سطحی اغلب بیماران به صورت سرپایی از طریق شستشوی زخم، استفاده از کرم های موضعی آنتی بیوتیک تحت درمان قرار می گیرند. در سوختگی های تمام ضخامت وسیع، خصوصاً در ۳۶ ساعت اول ممکن است شوک هیپوولمیک روی دهد. درمان سوختگی ها نیز تفاوتی با بیماران غیر حامله ندارد، اما به دلیل افزایش حجم داخل عروقی و تغییرات قلبی - عروقی باید مایع درمانی با دقت بیشتری انجام گیرد. اگر وسعت سوختگی بیش از ۳۵-۳۰٪ باشد، زایمان زودرس افزایش می یابد. این بیماران باید از نظر وجود انقباضات رحمی تحت نظر باشند. از عوارض حاملگی به دنبال سوختگی وسیع می توان سقط خود به خود، زایمان زودرس و مرگ داخل رحمی جنین را نام برد. معمولاً زنان به طور خود به خود وارد فازلیبر می شوند و اغلب جنین مرده متولد می گردد. از عوامل موثر در مرده زایی می توان هیپوولمی، آسیب ریه و ضایعات کاتابولیک مادر را نام برد.

پایین فقط محدود به مسیر عبور جسم بوده و به صورت یک شکاف (cavity) مشخص می شود (۸).

اما در صدمات نافذ با سرعت متوسط و بالا علاوه بر این اثر، پدیده دیگری موسوم به حفره سازی (Cavitation Effect) فشار زیادی به بافت اطراف محل عبور جسم وارد می کند که باعث به وجود آمدن شکاف یا حفره موقت (Temporary Cavity) می شود. به جز "کلت" تقریباً سایر اسلحه های کمری از نوع سرعت پایین هستند و در مقابل تمامی سلاح های جنگی خان دار (از جمله تمامی مسلسل ها به جز یوزی) از نوع سرعت متوسط و بالا هستند.

ترومای ناشی از آسیب های با سرعت بالا و متوسط

شدت آسیب ناشی از گلوله به اندازه گلوله و سرعت آن، منطقه آناتومیک و زاویه ورود گلوله، مسیر و سن جنین بستگی دارد. در مورد آسیب های ناشی از گلوله، درمان استاندارد، لاپاراتومی است. اما در صورتی که شرایط زیر وجود داشته باشد بعد از تعیین محل گلوله به وسیله رادیولوژیست می توان مادر را تحت نظر گرفت:

- ۱) علایم حیاتی مادر پایدار باشد
 - ۲) ضربان قلب جنین (FHR) منظم و پایدار باشد
 - ۳) علایمی مبنی بر خونریزی داخل شکمی مادر دیده نشود
 - ۴) گلوله به ناحیه تحتانی فوندوس برخورد کرده باشد
 - ۵) گلوله داخل رحم قرار داشته باشد
- چنانچه هر کدام از شرایط فوق موجود نبود، انجام لاپاراتومی ضروری است (۴، ۵). تصمیم گیری درباره تخلیه رحم بستگی به شرایط بیمار دارد. چنانچه آسیب داخل رحمی وسیع باشد، اگر حاملگی نزدیک به ترم باشد و چنانچه خونریزی جنینی بسیار متحمل باشد یا نارسایی رحمی - جفتی وجود داشته باشد، باید زایمان صورت گیرد و رحم کاملاً بررسی گردد. انجام سزارین به جز در موارد آسیب جنینی یا استرس جنینی ضرورتی ندارد.

چنانچه رحم آسیب ندیده باشد یا آسیب بدون ورود به حفره رحم قابل ترمیم باشد، اگر جنین قابلیت حیات نداشته یا مرده باشد و اگر رحم به اندازه ای نباشد که مانع اکسپلور کافی حفره شکم گردد، در صورت برقراری هموستاز می توان از هیستروتومی صرف نظر کرد و درمان انتظاری انجام داد (۱، ۳، ۶).

ترومای ناشی از آسیب های با سرعت کم و چاقو

ترومای ناشی از چاقو در طی حاملگی شیوع چندانی ندارد و نسبت به زخم های ناشی از گلوله (با سرعت بالا) مرگ و میر کمتری دارد. مهم ترین نکته در این مورد آسیب پریتون است، ارگان های داخل شکمی مانند روده ها با پیشرفت حاملگی به طرف بالای شکم رانده می شوند و زخم نافذ این ناحیه نسبت به زنان غیر باردار، آسیب های بیشتری به وجود می آورد؛ بنابراین در آسیب های قسمت فوقانی شکم و بالای سطح فوندوس رحم لازم است لاپاراتومی انجام شود و روده ها

انتوباسیون و تهویه مکانیکی قرار می‌گیرد. یک جسم گوه‌ای شکل زیر قسمت راست لگن بیمار قرار داده می‌شود تا فشار رحم از روی ورید اجوف تحتانی برداشته شود.

حاملگی سبب کاهش چشمگیر حرکات گوارشی می‌گردد و باید چنین فرض کرد که زنان حامله یک معده پر دارند. به بیمار هوشیار باید سیترات سدیم یا یک آنتی اسید مشابه خورانه شود، در حالی که در بیمار غیر هوشیار باید راه هوایی را تحت محافظت قرار داد. لازم است یک یا دو مسیر وریدی قطور برقرار کرده و تجویز محلول رینگر لاکتاک را آغاز نمود. تزریق مقادیر زیاد کلرید سدیم منجر به اسیدوز هیپرکلرمیک و تشدید اسیدوز لاکتیک ناشی از خون‌رسانی ضعیف خواهد شد. اگر بیمار دچار خونریزی است باید گلبول قرمز فشرده به سرعت آماده و تزریق گردد. بیمار مبتلا به ایست قلبی همچون سایر بیماران نیاز به احیای کامل دارد. احیای قلبی ریوی (CPR) در بهترین شرایط می‌تواند برون ده قلبی را به ۳۰٪ نرمال برساند (۱). CPR در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ حتی ممکن است تأثیر کمتری داشته باشد. بنابراین باید بیمار را به پشت خواباند و به کمک دست رحم را از روی اجوف تحتانی بلند کرد. در حین CPR میزان خون‌رسانی رحم ناچیز است. جنین می‌تواند آسفیکسی کامل را حداکثر ۴ تا ۶ دقیقه تحمل کند. اگر فعالیت قلبی بعد از ۴ دقیقه باز نگردد و جنین هم هنوز زنده باشد باید به صورت اورژانس اقدام به سزارین کلاسیک غیر استریل بدون بیهوشی نمود و سپس برش‌های رحم و شکم را به سرعت بست. اگر ایست قلبی بیش از ۶ دقیقه طول کشیده اما جنین دارای فعالیت قلبی باشد باز هم باید زایمان را انجام داد، چرا که تخلیه رحم علاوه بر نجات جنین موجب تسهیل CPR و بهبود شرایط قلبی-عروقی خواهد شد. طبق توصیه ACOG^۱ کلیه بیماران حامله‌ای که پس از هفته ۲۲ تا ۲۴ بارداری دچار تروما شده‌اند بایستی حداقل به مدت ۴ ساعت تحت پایش جنینی قرار گیرند. در صورت مشاهده بیش از ۴ انقباض در یک ساعت یا وجود پارگی غشاهای، خونریزی، آریتمی جنینی یا افت‌های ضربان قلب جنین و یا آسیب شدید مادر، بیمار باید جهت پایش مداوم جنین حداقل ۲۴ ساعت بستری گردد. چنانچه گفته شد گاه تروما منجر به ایجاد سقط یا مرگ جنین می‌گردد معمولاً ضربه‌هایی منجر به سقط یا مرگ جنین می‌شود که مستقیماً بر روی رحم مؤثر واقع گردد. از نظر پزشکی قانونی چنانچه رحم سالم و جنین و جفت طبیعی و در مادر نیز عارضه‌ای ایجاد نشده باشد حتی اگر ضربه مستقیماً بر روی شکم مادر وارد شود موجب سقط نخواهد شد اگر آثار ضربه منجر به مرگ جنین در بدن مادر مشاهده گردد می‌توان ضربه را عامل سقط دانست.

نتیجه گیری

در بسیاری از موارد، مرگ ناشی از تروما در حاملگی قابل پیشگیری است. استفاده صحیح از وسایل ایمنی در اتومبیل،

1 - American College Obstetricians Gynecologist

مرگ جنین در اولین هفته سوختگی‌های مازور ایجاد می‌شود، اصولاً اولین هفته بعد از حادثه، پرخطرترین زمان است. اگر سوختگی بیش از ۵۰٪ باشد، زایمان فوری جنینی که قابلیت حیات دارد الزامی است. پس از سوختگی‌های شدید شکمی، اسکارهای پوستی ایجاد می‌شود که ممکن است در حاملگی بعدی دردناک باشد لذا لازم است این نوع اسکارها قبل از حاملگی بعدی برداشته شوند (۷، ۶).

صدمات نخاعی

این عارضه قبل از بارداری باید مورد بررسی قرار گیرد زیرا عوارض شایعی همچون عفونت دستگاه ادراری، زخم بستر، آسیب عملکرد ریه و دیس رفلکسی اتونومیک دارد. مناسب ترین طبقه بندی صدمات نخاع تقسیم آن به دو نوع کامل و ناقص است. در صدمات کامل نخاع تمامی فعالیت‌های نورولوژیک نخاع در پایین سطح ضایعه از بین رفته است اما در نوع ناقص برخی و درجانی از فعالیت نورولوژیک نخاعی باقی مانده است. اهمیت این نوع تقسیم بندی در پیش آگهی ضایعه است، به طوری که در نوع کامل در ۹۸٪ موارد پیش آگهی بد بوده، هر درجه‌ای از صدمات عصبی که بعد از ۲۴ ساعت باقی مانده باشد، دیگر برگشت پذیر نخواهد شد. اما برعکس در صدمات ناقص نخاع پس از چند دقیقه تا چند ساعت تقریباً همیشه درجانی از بهبودی ظاهر خواهد شد. مهم ترین عارضه آسیب نخاعی «دیس رفلکسی اتونومیک» است. این عارضه در صورتیکه سطح آسیب در حد T۶-T۵ باشد، حادث می‌شود، در این عارضه کنترل هیپوتالاموس بر رفلکس‌های سمپاتیک نخاعی کاهش یافته و در نتیجه فعالیت رفلکس‌های سمپاتیک به وسیله مراکز سوپرا اسپینال تعدیل نمی‌شود. گاهی سونداژ یا انجام توشه واژینال می‌تواند باعث ترشح کاتکول آمین ها و انقباضات عروقی، هیپرتانسیون، تکیکاردی، آریتمی قلبی، تعریق و فلاشینگ شود. انقباض عروقی رحمی - جنینی منجر به هیپوکسی جنین می‌شود و در طی لیبر همزمان با انقباضات رحمی ممکن است آنسفالوپاتی هیپرتانسیو، حوادث عروق مغز (CVA)، خونریزی بطنی، خونریزی داخل شبکیه و در نهایت مرگ مادر رخ دهد. بی‌حسی منطقه‌ای اپیدورال یا اسپینال طی لیبر برای جلوگیری از دیس رفلکسی اتونومیک می‌تواند مؤثر باشد. در مرحله دوم لیبر ممکن است نیاز به استفاده از فورسپس، واکيوم و یا سزارین پیدا شود. بیماران دچار آسیب نخاعی باید در طی دوران بارداری آموزش‌های لازم را جهت کنترل انقباضات رحمی ببینند زیرا لیبر بدون درد در این گروه شایع است (۵، ۴، ۳).

بحث

مراقبت از زن باردار دچار تروما

در برخورد با زنان حامله سانحه دیده باید ابتدا از باز بودن راه هوایی و کفایت تنفسی مطمئن شد. برای تمامی بیماران اکسیژن تکمیلی تجویز می‌گردد و بیماری که تنفس خود به خودی ندارد تحت

می‌کنند. وقتی تروما رخ داد در اولین قدم باید مادر را پایدار کرد سپس باید به جنین توجه داشت. مانیتورینگ جنین و انقباضات رحمی جز مهمی از نحوه برخورد با تروما بعد از سه ماهه دوم بارداری است.

احترام و رعایت قوانین رانندگی و شناسایی سریع و زودرس موارد مشکوک به حوادث خشونت بار راهکارهای جهت کاهش مرگ و میر مادر و جنین در حین بارداری است. پزشکان متخصص زنان و زایمان در آموزش و شناسایی موارد خطر نقش اساسی را بازی

References

- 1- ACOG educational bulletin, Obstetric aspects of trauma management. Number 251, September 1998 (replaces Number 151, January 1991, and number 161 November 1991).
- 2- Danforth DN, Scott JR. Danforth's obstetrics & Gynecology. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003; 400-410.
- 3- Queenan I. Management of high risk pregnancy. Fourth edition. USA, black well science; 1999; 385-387.
- 4- Newton ER. Trauma and pregnancy. Medicine. 2003; 2-10.
- 5- Grossman NB. Blunt trauma in pregnancy. Journal of the American academy of family physician. 2004; 70(7): 1303-13.
- 6- Sure M. Trauma during pregnancy. Obstetrics and gynecology. 2004; 24-28.
- 7- Cilles M. Trauma in pregnancy. The medical journal of Australia. 1996; 500-501.
- 8- Ivatury RR, Cayten CG. Penetrating trauma. USA Williams & Wilkins; 1996; 201-10.
- 9- Caldwell E, Surge M, Johanssoan K. Trauma in pregnancy. Obstetrics and gynecology registry on years. 1995-1999.
- 10- Mattox KL, Goetzl L. Trauma in pregnancy. Crit care Med. 2005 oct; 33: 385-9.
- 11- Cunningham G, William's obstetrics. 22nd. USA: Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, Bloom SL. Mc Graw Hill: 2005; 997-1001.
- 12- Gamus DK, Steer PJ, Weineri CP, Gonik D. High risk pregnancy. UK: WB saunders; 1999; 959-79.

SID



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



کارگاه‌های آموزشی



سرویس ترجمه تخصصی



فیلم‌های آموزشی

کارگاه‌ها و فیلم‌های آموزشی مرکز اطلاعات علمی

آشنایی با پایگاه‌های اطلاعات علمی بین‌المللی و ترندهای جستجو
بین‌المللی و ترندهای جستجو

کاربرد نرم افزار SPSS در پژوهش

پروپوزال نویسی
(علوم انسانی)

کاربرد نرم افزار End Note در استناددهی مقالات و متون علمی
استناددهی مقالات و متون علمی

صدور گواهینامه نمایه مقالات نویسندگان در SID