دانشگاه علوم پزشکی البرز، بهار ۱۴۰۰، سال ۱۰، شماره ۲، صفحه‌های ۲۱۱-۲۱۶

AUMJ
Journal
Alborz University of Medical Sciences

گزارش یک مورد پارگی رحم در خانم نولی پار بدون سابقه اسکار به دنبال زایمان طبیعی

زهره میرکازهی ریگی[1]، سعیده دادپیشه[2]، آمنه علوی[3]، فیروزه شیخی*[4]، پریا بامنی مقدم[5]

[1] مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران
[2] مربی گروه فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران
[3] کارشناسی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران
[4] مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران
[5] استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۱/۱ ؛ تاریخ پذیرش:۹۹/٤/۲۳

چکیده

مقدمه: پارگی رحم هنگام بارداری یک عارضه کشنده بوده که با عوارض شدیدی همراه است. شیوع پارگی رحم هنگام بارداری در افرادی که اسکار رحمی نداشته‌اند و به خصوص در افراد نولی پار و بدون عامل خطر بسیار نادر است. از جمله عوامل خطر پارگی رحمی در خانم‌های بدون سابقه اسکار می‌توان به مانورهای مامایی، پاریته بالا، چندقلویی، داروهای یوتروتونیک و تروما نام برد.

معرفی بیمار: بیمار خانم ۲۳ ساله، گراوید اول، حاملگی ترم، با شکایت انقباضات رحمی به بخش زایمان مراجعه می‌نماید. در معاینه اولیه: دیلاتاسیون ٤-٥cm، افاسمان:٥٠٪، جایگاه ۲- ، FHR:145 می‌باشد. در دیلاتاسیون و افاسمان کامل، به علت خستگی و عدم همکاری مادر در مرحله دوم زایمان، فشار بر روی فوندوس رحمی انجام گردید. بعد از پنج دقیقه، نوزاد آغشته به خون با آپگار پایین (٣/٤) و وزن ٣٥٠٠گرم به دنیا آمد. بعد از زایمان، جفت و ضمائم کامل خارج گردید. خونریزی بعد از زایمان شدید بوده که سرویکس چک گردید و سالم بوده است. عوامل یوتروتونیک جهت کنترل خونریزی تجویز گردید که مؤثر نبوده، ماساژ رحمی دو دستی داده شد. بیمارآژیته بوده از درد تیز و برنده در ناحیه شکم شکایت دارد. کوراژ گردید و در کوراژ بقایای رحمی نداشته ولی مشکوک به پارگی رحم بوده است. بیمار به اتاق عمل منتقل گردید. در لاپراتومی پارگی رحم در محل فوندوس و تنه رحم مشهود بود که ترمیم رحم توسط متخصص زنان صورت گرفته شد و بیمار ۷۲ ساعت بعد از عمل جراحی با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

نتیجه‌گیری: در برخی از در بیماران با فشار فوندال همراه با عوارض مادری و نوزادی مانند آپگار پایین، پارگی‌های درجه بالا، پارگی رحم و پارگی دهانه رحم بوده است. اگر چه گاهی فشار فوندال ممکن است به مادر در تولد سریع نوزاد کمک کند اما با توجه به عوارض بالای آن توصیه به عدم بکارگیری آن می‌شود.

کلمات کلیدی: خونریزی بعد از زایمان، پارگی رحم ، حاملگی

نویسنده مسئول:
مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران

۰۹۲۲۳۹۸۴۴۲۴
E-mail f_sheikhi12@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]

مقدمه

پارگی رحم رخدادی نادر و از عوارض بسیار خطرناک بارداری و زایمان می‌باشند که آمار مرگ و میر بسیار بالایی دارد. پارگی رحم هم در رحم‌های حاوی اسکار و بدون اسکار می‌تواند رخ می‌دهد. شیوع پارگی رحم در رحم‌های بدون اسکار و بدون سابقه قبلی جراحی رحم بسیار نادر بوده است و شیوع آن ۲۰۰۰۰-۱:۱۷۰۰۰ می‌باشد[1] پارگی رحم ممکن است اولیه (که به صورت پارگی در رحمی که از قبل سالم یا بدون اسکار توصیف می‌شود) یا ثانویه (در ارتباط با انسزیون، آسیب یا ناهنجاری قبلی میومتر) باشد[2].

شایع‌ترین علت پارگی رحم، افزایش میزان سزارین و اسکارهای ایجاد شده به دنبال آن می‌باشد. از سایر علل زمینه‌ساز پارگی رحم می‌توان به دستکاری‌ها یا اعمال تروماتیزه رحمی قبلی مثل کورتاژ، سوراخ شدگی رحم و یا میومکتومی چه به طریق لاپاروسکوپی و چه به طریق لاپاراتومی اشاره کرد[3]. پارگی رحم در رحم‌های بدون اسکار نیز رخ می‌دهد، شرایط مساعدکننده برای پارگی رحم شامل:گراند مولتی پاریتی، نمایش‌های غیرطبیعی جنین، دستکاری‌های رحمی، زایمان با وسیله، ماکروزمی جنین، تروما، مانورهای مامایی، سن بالای مادر، چندقلویی و عوامل یوتروتونیک می‌باشند[3].

از زمان تشخیص تا زایمان، فقط چند دقیقه قبل از مرگ غیرقابل اجتناب جنین، فرصت باقی است. مرگ جنین به علت خونریزی فاجعه آمیز، آنوکسی جنین و یا به هر دو علت رخ می‌دهد[4].

علایم اولیه پارگی رحم، غیراختصاصی هستند که منجر به دشواری تشخیص و یا تاخیر در درمان قطعی می‌شود. نشانه‌های پارگی رحم به طور مشخص بستگی به زمان، محل و اندازه پارگی دارد که شامل دیسترس جنینی، کاهش تونیسیته رحمی، کاهش انقباضات رحمی، درد شکم، بالا رفتن جایگاه قبلی عضو نمایش، خونریزی و شوک می‌باشد [5]. تشخیص اصلی پارگی رحم بر پایه علایم و نشانه‌های بالینی است. تکنیک‌های تشخیصی مثل CT Scan و MRI و سونوگرافی زیاد کمک کننده نمی‌باشند. با وجود این در صورت گزارش ضخامت دیواره رحمی کمتر از ۳/۵ میلی‌متر توسط سونوگرافی احتمال پارگی رحم بسیار بالا می‌رود. به محض تشخیص پارگی رحم درمان صحیح، لاپاراتومی اورژانسی است. اکثراً جراحت وسیع است و ترمیم به سختی صورت می‌گیرد و احتیاج به هیسترکتومی پیدا می‌کند[6].

از آنجایی که پارگی رحم مرگ و میر بالایی را به دنبال دارد و در زنان بارداری که سابقه اسکار و جراحی رحمی نداشته‌اند به خصوص در افراد نولی‌پار و بدون عوامل خطر بسیار نادر است. در این گزارش یک مورد پارگی رحم در خانم نولی پار بدون سابقه اسکار به دنبال زایمان طبیعی معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۲۳ ساله گراوید اول، حاملگی ترم، با شکایت انقباضات رحمی در ساعت ۹:۰۰AM به بخش زایمان مراجعه نمود. بیمار توسط ماما معاینه گردید. در معاینه اولیه: دیلاتاسیون ۵-٤، افاسمان:۵۰٪، جایگاه ۲-، FHR:145 ، کیسه آب سالم و کنتراکشن‌های رحمی وجود داشت. بیمار سابقه بیماری طبی، عمل جراحی، مصرف دارویی خاصی را ذکر نمی‌کند. طبق دستور متخصص زنان جهت ختم بارداری بستری گردید.

سرم تراپی انجام و آزمایشات روتین تهیه و به آزمایشگاه ارسال شد. بیمار تحت مانیتورینگ دائم صدای قلب جنین قرار گرفت و علایم حیاتی چک و چارت گردید. طبق دستور پزشک ایندکشن رحمی با ۵ واحد اکسی توسین در ساعت ۹:۳۰ آغاز گردید. در ساعت ١٤ دیلاتاسیون کامل و کرانینگ صورت گرفته و مادر به اتاق زایمان منتقل گردید. در اتاق زایمان به علت خستگی و عدم همکاری مادر در مرحله دوم زایمان، فشار بر روی فوندوس رحمی انجام گردید. در ساعت ١٤:٣٠جنین دچار برادی کاردی شدید شده (FHR:40) در ساعت ١٤:٣٥ نوزاد آغشته به خون با آپگار پایین (٣/٤) و وزن ۳۵۰۰گرم به دنیا آمد. عملیات احیا بر روی نوزاد انجام گردید.

در ساعت ١٤:٥٠ جفت و ضمائم کامل و خود به خودی خارج گردید، ماساژ رحمی داده شد. پس از خروج جفت، مادر دچار خونریزی شدید شده که پرینه از نظر پارگی چک گردید و سالم بوده است. واژن و سرویکس نیز بعلت ترومای احتمالی چک گردید و ظاهراً سالم و بدون پارگی بوده است. سرم رینگر و ۳۰

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]

واحد سنتوسینون، ماساژ رحمی، تخلیه مثانه با سند نلاتون، قرص میزوپروستول(واژینال و زیر زبانی) و آمپول مترژن تجویز شد. Iv Line دیگر گرفته شد.

در ساعت ۱۵:۰۰ علایم حیاتی چک گردید و BP:90/60, PR: 100, RR:20 بوده است. در ساعت ۱۵:۱۰ دقیقه خونریزی رحم همچنان ادامه دارد لذا با ماساژ رحمی، ادامه سرم سنتو، مترژن و شیاف میزوپروستول سعی در کنترل خونریزی شده، علی رغم اقدامات صورت گرفته خونریزی قابل کنترل نبوده، در ساعت ۱۵:۲۵ بیمار دچار افت فشارخون شده که دستور ۱۰۰۰ سی سی سرم رینگر و CBC اورژانس و رزرو ۲ واحد پکسل گردید. بیمارآژیته بوده از درد تیز و برنده در ناحیه شکم شکایت دارد.کوراژ گردید و در کوراژ بقایای رحمی نداشته ولی مشکوک به پارگی رحم بوده است. در ساعت۱۵:٤۰ بیمار به اتاق عمل منتقل گردید. توسط جراح عمومی و متخصص زنان تحت شرایط استریل و بیهوشی عمومی لاپراتومی انجام شد. شکم و لگن بررسی گردید. احشاء شکمی (کبد و طحال) سالم و پارگی در محل فوندوس و تنه رحم مشهود بود که ترمیم رحم توسط متخصص زنان صورت گرفته شد و بیمار ۷۲ ساعت بعد از عمل جراحی با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید.

بحث

خونریزی بعد از زایمان یکی از اورژانس‌های مامایی و از شایع‌ترین علل مرگ و میر مادران به شمار می‌آید که سالانه باعث ۱٤۰۰۰۰ مرگ مادران پس از زایمان در کل جهان می‌شود[۷]. آتونی رحم شایع‌ترین علت خونریزی پست پارتوم است با این حال سایر علل خونریزی شامل احتباس جفت، پارگی‌های دیواره واژن و سرویکس، وارونگی رحم، اختلالات انعقادی و پارگی رحم می‌باشند[۳].

پارگی رحم مانند پارگی هر ارگان داخلی(طحال، کبد و...) یک وضعیت تهدید کننده حیات مادر و جنین است[۸]. این فاجعه در کشورهای در حال توسعه که خدمات مراقبتی ناکافی است، شیوع بیشتری دارد[۹]. میزان بروز پارگی رحم درکشورهای مختلف متفاوت بوده و طبق گزارش‌ها در نیجریه یک مورد در هر٤۱٦ زایمان، ایالات متحده یک مورد در ۱۵۰۰ زایمان، و در کراچی یک مورد در هر ۱۸۹ زایمان بوده است[۱۰].

عوامل خطر پارگی رحم شامل: اسکار قبلی سزارین، کورتاژ، تخریب اندومتر، میومکتومی، هیستروسکوپی، هیدروسفالی، استفاده نادرست از اکسی توسین، دستکاری بیش از حد رحم،گاهی ضعف‌های ذاتی در میومتر و تروما است[۳].

مانور فشار فوندال رحمی جهت تسریع خروج جنین در مرحله دوم زایمان در برخی مراکز انجام می‌شود، هر چند در مطالعات مختلف، سود و زیان این مانور به طور کامل مشخص نشده است[۱۱] گاهاً این مانور جهت کوتاه کردن مرحله دوم لیبر در زمان افت ضربان قلب جنین و یا خستگی مادر انجام می‌شود که می‌تواند باعث افزایش فشار داخل رحمی شود. با این حال این مانور می‌تواند در همراهی با سایر ریسک فاکتورها در پارگی رحم نقش داشته باشد[۱۲].

آیتی و همکاران یک مورد خونریزی شدید پست پارتوم در نتیجه پارگی لایه داخلی میومتر به دنبال زایمان طبیعی را گزارش نمودند. طبق این گزارش خانم ۳۵ ساله، G3L2 با حاملگی ترم و شکایت پارگی پرده‌های جنینی جهت ختم بارداری تحت نظر قرار گرفته شد. به دنبال ایندکشن، زایمان طبیعی انجام شد. بعد از تولد نوزاد با وزن ۳۷۰۰ ، مادر دچار خونریزی شدید پست پارتوم شد که به دلیل عدم پاسخ به اقدامات حمایتی و داروهای یوتروتونیک و یک نوبت CPR به اتاق عمل منتقل شد و تحت هیسترکتومی قرار گرفت. در بررسی پاتولوژی رحم، پارگی لایه داخلی میومتر در دیواره خلفی رحم مشاهده شد[۱۳]. شباهت این مورد پارگی با مورد گزارش شده در این است که هر دو بیمار به دنبال زایمان طبیعی دچار خونریزی شدید مقاوم به درمان شده‌اند و ختم بارداری با استفاده از ایندکشن بوده است. هر دو بیمار سابقه بیماری سیستمیک و سابقه عمل جراحی بر روی رحم را ذکر نمی‌کنند. اما در گزارش حاضر بیمار نولی‌پار بوده و از مانور فوندال رحمی جهت خروج جنین استفاده شده است.

در گزارش دلدار و همکاران دو مورد پارگی رحم معرفی نمود که مورد اول، پارگی رحم در خانم مولتی گراوید ۲ با سن حاملگی ۳۲ هفته به دنبال ترومای موتور و مرگ جنین و زایمان اتفاق افتاده و بیمار ۷۲ ساعت بعد از ترخیص با حال عمومی بد تب ،درد شکمی و هرنی امنتوم به داخل رحم مراجعه نمود. مورد دوم خانم

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]
[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]

۳۶ ساله مولتی گراوید ٤ و سابقه سه بار زایمان طبیعی قبلی، با شکایت درد زایمان بستری شد. در دیلاتاسیون و افاسمان کامل به علت عدم همکاری بیمار با فشار بر روی فوندوس رحم زایمان انجام شد و نوزاد با آپگار۸-۲ آغشته به خون متولد گردید. بیمار بعد از زایمان هیچ‌گونه خونریزی واژینال نداشت و با حال عمومی خوب ترخیص گردید. ٤ روز بعد از زایمان بیمار با دیستانسیون شکمی، استفراغ صفراوی، درد و تب به اورژانس مراجعه نمود. در لاپاراتومی پارگی رحم در سطح خلفی مشهود بود[۱۱]. شباهت این دو گزارش با گزارش حاضر، پارگی رحم به دنبال زایمان طبیعی و عدم سابقه عمل جراحی و اسکار بر روی رحم و همچنین تروماهای وارده به رحم در اثر موتور و مانور فوندال می‌باشد. در این دو گزارش بعد از زایمان خونریزی واضح نداشته و علایم و نشانه‌های پارگی رحم به صورت دیررس و چند روز بعد از ترخیص از بیمارستان تظاهر نموده اما در گزارش حاضر خونریزی بعد از زایمان شدید بوده و در بررسی حفره رحم با دست بعد، تشخیص پارگی رحم داده شد.

شیرازی و همکاران یک مورد پارگی رحم در یک زن باردار نولی پار با سن حاملگی ٤۱ هفته بدون وجود عوامل خطر از جمله تنگی لگن، جنین ماکروزوم، اسکار و جراحی رحمی گزارش نمودند. بیمار سابقه حاملگی ناخواسته دو سال پیش از آخرین بارداری و کورتاژ در مطب در سن ۹ هفتگی بارداری را داشت. تفاوت این مورد با مورد گزارش شده اینکه بیمار سابقه دستکاری رحم و کورتاژ را داشته که عامل زمینه‌ساز برای پارگی رحم است[۱].

هندرسون و همکاران، گزارشی مبنی بر پارگی رحم در خانم ۱۷ ساله‌ای را گزارش کرده‌اند که با فاصله ۳ ماه دوباره باردار شده و در این بارداری با سن حاملگی ۳۷ هفته، سونوگرافی مرگ جنین را اثبات کرده است که هر ٤ ساعت ۲۵ میلی گرم میزوپروستول واژینال را دریافت کرده و بعد از دو دوز هیچ انقباضی نداشته اما قبل از تجویز دوز سوم، انقباضات بسیار شدید رحمی رخ داده و در نتیجه با سونوگرافی به عمل آمده، تشخیص پارگی رحم اثبات شد. بیمار به طور اورژانسی مورد لاپاراتومی قرار گرفت[۱٤] شباهت این مورد پارگی با مورد گزارش شده، پارگی رحم در عدم حضور اسکار و سابقه سزارین می‌باشد اما در این گزارش از میزوپروستول جهت القای زایمان استفاده نموده است.

نتیجه‌گیری

در حال حاضر شواهد کافی برای به کارگیری روتین از فشار فوندال در دسترس نیست. در برخی از در بیماران با فشار فوندال همراه با عوارض مادری و نوزادی مانند آپگار پایین، پارگی‌های درجه بالا، پارگی رحم و پارگی دهانه رحم بوده است. اگر چه گاهی فشار فوندال ممکن است به مادر در تولد سریع نوزاد کمک کند اما با توجه به عوارض بالای آن توصیه به عدم به کارگیری آن می‌شود و در صورت برادی کاردی جنین ارزیابی داخل رحم با دست صورت گیرد تا در صورت تشخیص پارگی رحم، اقدامات و مداخله سریع صورت گیرد.

شکل ۱: ruptured uterus

References

1.Shirazi M, Rahimi Shaar-Baf F, Moosavi SA. Rupture of an unscarred uterus in a nullipar pregnant women with a history of curettage: case report. Tehran University Medical Journal 2015;73(2):138-42.

2. Yoosefi S, Mohammadkhani H, Sanagoo A. A case report of a pregnant mother's uterus rupture with Use saffron syrup labor. journal of Nursing Development in Health 2017;8(2):67-73.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]

3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe j, Hoffman B, et al. Williams obstetrics 25TH EDITION. Thran, IRan: Golban Medical Publication; 2018.

4. Prajapati P, Sheikh M, Patel Re. Rupture uterus: Carelessness or negligenc. J Indian Acad Forensic 2012;34(1):82-5.

5. Akbarzadeh Pasha H, Akbarzadeh Pasha A. ORDER SERIES BOOKS OF PASHA MEDICAL PUBLISHING. Tehren, Iran: Golban; 2018.[In Persian]

6. James D, Steer P, Weiner C, Gonik B. High risk pregnancy, management options. 3rd ed. 2006;77:157-1572.

7. Kaplanoglu M, Kaplanoglu D, Bulbul M, Dilbaz B. an unusual presentation of antepartum and postpartum hemorrhage: case reports and review of the literaturInner myometrial laceration. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(16):4-2621.

8. Gibbins K, Weber T, Holmgren C, Porter T, Varner M, Manuck T. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(3):382.e1-6.

9.Radnia N, Otogara M, Sajadi F, Hosseinirad S. Uterine Ruptures as a Result of Misoprostol in a Case Study of a Primigravida Woman. Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ). 2016;21(1):107-13.

10. Butt M. Uterine rupture: A study of its frequency and aetiology at military hospital rawalpindi. J Postgraduate Med Institute (Peshawar-Pakistan) 2011;19(1):47-51.

11. Deldar K, Seydin S, Lotfalizade M, Mohamadnejad M. Report of two cases of forgotten uterine rupture following a normal osteoporosis delivery. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2019;11(21):91-5.

12. Sturzenegger K, Schaffer L, Zimmermann R, Haslinger C. Risk factors of uterine rupture with a special interest to uterine fundal pressure. J Perinat Med. 2017;45(3):13-309.

13. Ayati S, Porali L, Saghafi N, Shoravi A, Mohamad Zade A. Report of a rare case of severe postpartum hemorrhage as a result of the internal rupture of myometrium after normal delivery. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2018;21(10):91-4.

14. Henderson C, Hana R, Woroch R, Reilly K. Short interpregnancy interval and misoprostol as additive risks for uterine rupture: a case report. The Journal of reproductive medicine 2009;55(7-8):4-362.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]

Zohreh Mirkazehi Rigi[1], Saideh Dadpisheh[2], Amene Alavi[3], Firouze Sheikh[4*], Pariya Bamenimoghadam[5]

[1] *Instructor of Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr ,Iran*
[2] *Instructor of Physiology Department, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr ,Iran*
[3] *Midwife, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr ,Iran*
[4] *Instructor of Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr ,Iran*
[5] *Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Iranshahr University of Medical Sciences*

Report of A Case of Uterine Rupture in Pregnant Women Without Scar After Vaginal Delivery

Received: 21 Jan 2020 ; Accepted: 13 Jul 2020

Abstract

Background: Uterine rupture in pregnancy and labour is a fetal complication. Prevalence of uterine rupture in pregnancy in women with no previous uterine scare specially, nulliparous women without any risk is rare. Risk factors of uterine rupture in women with no previous scare are such as trauma, obstetrics maneuvers, high parity, multiple babies and uterotonic agents.

Casa Presentation: A 23 years woman with prime gravid, term pregnant was admitted in with chief complaint of uterine contractions. In the first examination **shows**: dilatation:4-5 cm, effacement : 50%, station: -2 and FHR:145. In full dilatation and complete effacement mother was exhusted. Due to her lack of cooperation in the 2nd Stage fundal pressure has been performed. After 5 minutes a baby with Apgare Score 3/4 has been born. Weighing 3500 grms. Placenta and it's appendix completely evacuated. Uterine massages has been performed. Hemorrhage was heavy. Cervix was observed it was intac. Uterine agents and two hand uterine massage has been performed but there was persistent hemorrhage. Patient complaints of sharp pain in the abdomen. Corrugated has been done, there was no remains. Patient was suspected to uterine rupture. Immediately she was shifted to op room. In laparotomy uterine rupture in the fundus and body has been observed and repaired by gynecologist. After 72 hrs patient has been discharged from hospital with normal state.

Conclusion: we recommend which in the patient with fundal pressure specially with bradycardia an internal evaluation to be performe. In case of uterine rupture diagnosis, therefore rapid actions can be done.

Keyword: Postpartum hemorrhage, Uterine rupture, Pregnancy

***Corresponding Author:**
Instructor of Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran

Tel:09223984424
E-mail :f_sheikhi12@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2025-06-25]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.211]