

ترضیضات در جریان بارداری

نویسنده: دوکتور سید غلام سخی رسول
ترینر متخصص شفاخانه ملالی زیژنتون

خلاصه

در زمان بارداری ۱۰-۲۰ فیصد خانمهای حامله مصاب ترضیضات فزیکي گردیده و در حدود ۱-۳ فیصد در حادثات ترافیکی مصدوم میگرددند. ترضیض در جریان حاملگی سبب اختلاطات مهم از جمله انفصال پلاستتا، تمزق رحم، خونریزی، جروحات مترافقه و مرگ جنین و مادر شده میتواند. میزان ترضیضات مترافقه احشای داخل بطنی در خانمهای حامله ۱۵ الی ۴۰ فیصد بوده که این رقم در خانمهای غیر حامله به ۸۰ الی ۹۰ فیصد میرسد. انفصال پلاستتا در حادثات ترافیکی که سرعت موتر از 30mph بیشتر باشد به کثرت دیده میشود مرگ و میر جنین نزد خانمهایی که از کمر بند استفاده نمیکنند نیز سه مراتبه بلند تر است. لاپراتومی خودش به تنهایی استطباب عملیه سیزارین نیست؛ در حالاتی مانند سن حاملگی، وضعیت جنین، وسعت جروحات رحم و همچنان آفات و جروحات توامی داخل بطنی در استطباب این عملیات رول دارند

اجرای عملیات غیراختلاطی بطنی و حوصلی در جریان ترامستر اول حاملگی خطر سقط را زیاد نمیسازد.

کلمات کلیدی: ترضیضات، بارداری، مادر، جنین.

مقدمه

در جریان حاملگی انواع مختلف تراوما ممکن به وقوع بپیوندد. ترضیضات، قتل و خشونت‌های مشابه به آن اسباب عمده مرگ را در نزد خانمهای جوان تشکیل میدهند. در حدود ۱۰ الی ۲۰ فیصد خانمهای حامله معروض به ترضیض فیزیکی میگردند.^۱

در تحقیقی که بالای ۴۸ میلیون خانم حامله در شهر کلیفورنیا صورت گرفته تقریباً از هر ۳۵۰ خانم حامله یکی آن به لوحه ترضیض بسترگردیده است. در تحقیقی تحت عنوان مرگهای مترافق با حاملگی صورت گرفته دریافت شده که حدوداً ۲۰ فیصد مرگها در مادران حامله به صورت قتل واقع شده اند. در تحقیق دیگر که به صورت Case – Control بالای جمعیت ۱۰ شهر در امریکا صورت گرفته ۵ فیصد قتلها در قشر اناث، نزدخانمهای حامله اتفاق می افتد^۱

واقعات ولادتهای قبل الميعاد و Chorioamnionitis دو مرتبه نزد خانمهایی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته اند بلند گزارش شده است. همچنان خطر ولادتهایی با وزن کم و سیزارین نزد شان بیشتر است.

بعضی از واقعات نسبتاً معمول دیگر ترضیض کند؛ عبارت از سقوط از ارتفاع و تجاوز به جبر میباشد. در کلیفورنیا در یک مطالعه یی دریافتند که در خانمهای حامله یی که از سبب ترضیض بستر شده اند جروحات در یک بر سوم آنها موجود بوده است جروحات ناریه و Crush کمتر معمول است.^۲

کسور حوصلی در جریان حاملگی حدوداً ۹ فیصد مرگ و میر مادر و ۳۵ فیصد مرگ جنین را در قبال داشته است؛ اما ترضیضات امعا کمتر معمول بوده؛ زیرا رحم محمول رول محافظوی را در مقابل امعا داراست. صدمات حجاب حاجز، طحال، کبد و کلیه به

میزان کمتر واقع میشوند.³

تصادمات ترافیکی

در حدود ۱-۳ فیصد خانمهای حامله در حادثات تصادم موترمصدوم میگردند. ترضیضات کند و جروحات به میان آمده در تصادم موترها معمولترین سبب تهدید کننده حیات در زمان بارداری اند. همچنان عمده ترین علت مرگ جنین ناشی از تروما نیز تصادمات ترافیکی اند.

استفاده درست از کمربند و شدت ضربه تعیین کننده های دقیق جهت ارزیابی چگونگی حالت مادر و طفل اند. مرگ و میر جنین نزد خانمهایی که از کمربند استفاده نمیکند سه مراتبه بلند تر است. همچنان ۸۶ فیصد خانمهای حامله از کمربند استفاده مینمایند که از آن جمله تقریباً ۵۰ فیصد از آن به صورت غلط استفاده مینمایند. تأثیرات ایربگ در زمان تصادم بالای خانمهای حامله که رانندگی مینمایند و یا منحیث راکب سفر مینمایند به صورت درست مورد مطالعه قرار نگرفته است.

از سه واقعه تصادم که در آن ایربگ به سرعت ۲۰ میل فی ساعت (mph) باز شده و خانم حامله که در ترامستر سوم قرارداشت با آن برخورد نموده هیچگونه صدمه متوجه وی نگردیده؛ اما از اثر باز شدن ایربگ با سرعت 40 mph نزد خانم حامله انفصال پلاستتا رخ داده است. در باره ایربگهای جانبی معلومات کمتری موجود است.⁴

جروحات جنین و مرگ و میر آنها

در صورت موجودیت جروحات مستقیم جنین و پلاستتا، شک نزد مادر، کسور حوصله، جروحات راس مادر و یا هایپوکسی، خطر مرگ جنین بسیار بلند است. در یک مطالعه دیگر که بالای مرگ جنین ناشی از ترضیضات در بین سالهای ۱۹۹۵ - ۱۹۹۷ اجراشده دریافت گردیده که ترضیضات ناشی از تصادم موترا در ۸۲ فیصد واقعات سبب مرگ و میر جنین میگردد و در ۵۰ فیصد واقعات پلاستتا نیز مصاب صدمات گردیده و در ۴ فیصد واقعات ریچر رحم رخ داده است.

جروحات راس و دماغ جنین معمول بوده و این جروحات وقتی بیشتر رخ میدهد که

راس در مرحله Engagement قرار داشته و حوصله مادر معروض به کسر گردد.^۵ جروحات Contrecoup دماغ میتواند در یک جنین که راس آن Engaged نشده باشد نیز رخ دهد. گزارش داده شده که نوزادی در اثنای ولادت مصاب پاراپلیژی و شخی مفاصل بوده و چندین ماه قبل از ولادت، حادثه تصادم موثر برای مادرش رخ داده بود.

انفصال پلاستتا و ریچر رحم

دو حادثه ناگوار میتواند در اثر ترضیضات کند بطن در دوران حاملگی رخ دهند: یکی آن انفصال پلاستتا و دیگر آن ریچر رحم میباشد. این دو حالت اکثر برای جنین و مادر تهدید کننده حیات اند. بعضاً واقعه ناگوار دیگری که عبارت از پارگی پلاستتا است و سبب خونریزی جنین در داخل کیسه آمنیوتیک و یا به صورت خونریزیهای مادر - جنین میگردند - نیز واقع میشود.

انفصال پلاستتا ناشی از ترضیضات

جداشدن پلاستتا اکثر از سبب خم شدن مایومتر ارتجاعی بالای پلاستتا نسبتاً غیر ارتجاعی رخ میدهد. بعضی از اشکال انفصال در ۱ الی ۶ فیصد واقعات با جروحات خفیف همراه بوده؛ در حالی که در ۵۰ فیصد واقعات با جروحات بزرگ همراه اند. انفصال پلاستتا در حادثات ترافیکی که سرعت موثر از 30mph بیشتر باشد به کثرت دیده میشود^۶. دریافتهای کلینیکی در انفصال ترضیضی پلاستتا مشابه به شکل بنفسهی آن بوده؛ اما عامل سببی آن متفاوت میباشد.

در انفصال پلاستتا نوع ترضیضی سیر آفت مخفی بوده و اکثر با دردهای رحمی و خونریزی همراه نمیشد. در گزارش آمده که حساسیت رحمی در نزد ۸۵٪ مریضان میتواند موجود باشد؛ در حالی که خونریزی مهملی صرف در نزد ۱۵٪ شان دریافت گردیده است؛ چون انفصال تروماتیک پلاستتا سیر مخفی دارد. بناءً کواگولوپتیهای مترافقه در آن نسبت به شکل بنفسهی بیشتر رخ میدهد. دریافتهای معمول دیگر عبارت

از تقلص رحم، شواهد زوال جنین مانند تکی کاردی و اسیدوزس و بالاخره مرگ جنین می باشد. در نزد خانمهایی که انفصال نامکمل پلاستا موجود باشد انفصال واضح دیده نخواهد شد. جهت دریافت فعالیتهای تقلصی رحم استفاده از آخذة های الکترونیک را در نزد چنین مریضان پیشنهاد مینمایند تا توسط آن انفصال پلاستا را تشخیص نمایند. در صورتی که تقلص رحمی کمتر از یکبار در ده دقیقه در جریان ۴ ساعت رخ دهد احتمال انفصال پلاستا بسیار کم است. خانمهایی که تعداد تقلصات بیشتر رحمی نزد شان دریافت گردد تقریباً ۲۰ فیصد چانس انفصال پلاستا نزد شان موجود است. در صورتی که مریضان از ادویه Tocolytic استفاده نموده باشند این دریافتهای مبهم و مخفی خواهد ماند.⁶

ریپر رحمی

در یک فیصد واقعات ترضیضات کند و شدید، ریپر رحمی ایجاد میشود. ریپر در رحم که قبلاً در آن نسج ندبوی موجود باشد بیشتر دیده میشود. قوه های ناشی از کاهش آنی سرعت به تعقیب تصادم با سرعتهای اضافه تر از 25mph فشار معادل 500mmHg را در داخل رحم تولید میکند. در حادثات ترافیکی انفجار غور رحم همراه با تخریب راس جنین دیده شده است و این حالت وقتی رخ میدهد که جنین در سن حدوداً ۲۰ هفته بوده و سرعت واسطه نقلیه بسیار زیاد باشد. در صورتی که جنین مرده باشد مشکل است که ریپر رحم دریافت گردد؛ اما امکان تشخیص چنین مریض بعد از هفته ۲۴ توسط CT Scan امکان پذیر است. یک واقعه تدور ۱۸۰ درجه رحم محمول بدون ریپر بعد از تصادم راپور داده شده است.⁷

خونریزی نزد جنین-مادر (Fetal-maternal)

در صورتی که در زمان ترضیض شدت قوه وارده به مقدار قابل ملاحظه یی بالا باشد به خصوص زمانی که این ترضیض سبب پاره شدن پلاستا گردد وقوع خونریزی که تهدید کننده حیات مادر و طفل است متصور است. خونریزی خفیف طفل و مادر در

یک سوم حصه واقعات ترخیصات دیده میشود. خونریزیهای شدید طفل - مادر اکثر با ریچر ترخیصی همراه بوده میتواند. خونریزیهای طفل - مادر همیشه ناشی از ریچر پلاستاست نه از ترخیص جنین.

ترخیصات نافذه

چاقو و مرمی از جمله عمده ترین عوامل ترخیصات نافذه بوده که میتواند در سیر تجاوزات خشونت بار، خودکشی و یا به قصد سقط طفل رخ دهد. میزان ترخیصات مترافقه احشای داخل بطنی در خانمهای حامله ۱۵ الی ۴۰ فیصد بوده که این رقم در خانمهای غیر حامله به ۸۰ الی ۹۰ فیصد میرسد.

در صورتی که در رحم جرحه نافذه دریافت گردد احتمال مجروح شدن جنین نسبت به مادر بیشتر است. در چنین حالت در دوسوم واقعات جنین مجروح گردیده؛ در حالی که جروح احشای بطنی مادر صرف در ۲۰ فیصد این واقعات موجود میباشد.^۷

تداوی ترخیصات

نکات عمده درین حالات عبارت از توجه و ارزیابی تأثیرات ترخیص بالای مادر، تداوی عاجل آن و ارزیابی تأثیرات جانبی آن بالای جنین میباشد. به صورت عموم عواقب حیات مادر و طفل مستقیماً مربوط به شدت ترخیص و ضربه وارده است. Severity Score به صورت دقیق نمیتواند مرگ و میر ناشی از انفصال پلاستتا را پیشگویی کند. همچنان Trauma Score به هیچ صورت نمیتواند که پیشگویی کننده عواقب حاملگی باشد.

اهداف اساسی در تداوی عبارت از بررسی و تثبیت نمودن جروحات مادر است. توجه به جروحات جنین ممکن است سبب آن گردد که جروحات تهدید کننده حیات مادر از نظر دور بماند. قواعد اساسی در تداوی عبارت از احیای مریض با ایجاد تهویه مناسب، توقف خونریزی همراه با تأمین حجم خون با تطبیق مایعات کرسنالوئید و مشتقات خون میباشد.

یکی از جوانب مهم در تداوی مریضان، وضعیت دادن رحم بزرگ از بالای اوعیه کبیره است (دورنمودن فشار رحم از بالای اوعیه بزرگ توسط وضعیت دادن جنبی مریض) تا از تنقیص دهان قلبی جلوگیری گردد. به تعقیب احیای عاجل مریض، ارزیابی جهت دریافت کسور، صدمات داخلی، خونریزی، ترضیضات پلاستنا، رحم و جنین ادامه یابد. در صورت لزوم لواژ پریتون اجرا شود.

جروحات نافذ اکثر ايجاب ارزیابی رادیوگرافیک را مینماید دریافتهای کلینیکی تخریش پریتون در زمان حاملگی مبهم است.

بناءً ايجاب لپراتومی استکشافی را مینماید؛ باوجودی که باز کردن بطن در جروحات ناریه بطن یک امر حتمی است؛ ولی تعدادی از متخصصین در واقعات انتخابی تحت مشاهده قراردادن مریض را ترجیح میدهند.

جروحات مترافقه بعضاً به صورت عجیب و موخر تظاهر مینماید، خانم حامله یی را گزارش داده اند که در سیر حاملگی بعد از ترضیض به صورت دوامدار کوماتوز باقی مانده که بعداً علت آن ترضیض بسته قحف در اوایل حاملگی اش تثبیت گردید. همچنان واقعه یی را کشف نمودند که در آن مادر و جنین مصاب تسمم مزمن سرب گردیده بودند که علت آن را یک مرمی که ۱۵ سال قبل به خانم اصابت نموده بود و کشیده نشده بود تثبیت نمودند.⁷

ولادت توسط عملیه سیزارین

چند عامل وجود دارد که در موجودیت آنها میتوان استطباب عملیه سیزارین را در یک جنین زنده گذاشت. لاپراتومی خودش به تنهایی استطباب این عملیه نیست. در حالاتی مانند سن حاملگی، وضعیت جنین، وسعت جروحات رحم آفات و جروحات

توأمی داخل بطنی در استطباب این عملیات رول دارند.

مانیتورنگ الکترونیک

مانند دیگر حالات حاد و مزمن نردمادر، در ترخیصات، خوب بودن وضعیت جنین میتواند حالت مادر را بیان نماید. همچنان مونیتور نمودن جنین یک علامه حیاتی جهت ارزیابی وسعت ترخیصات درنزد مادر میباشد؛ حتی در حالاتی که وضعیت مادر نیز ثابت باشد. مونیتور الکترونیکی میتواند در باره اینکه انفصال پلاستتا موجود است یا نه معلومات دهد. عدم موجودیت انفصال پلاستتا در حالاتی که در آن تقلصات رحمی کمتر از یکبار در هر ده دقیقه در ارزیابی ۴ ساعته باشد گزارش شده است و تقریباً ۲۰ فیصد خانمهایی که تعداد تقلصات بیش از یک بار در هر ده دقیقه برای ۴ ساعت متوالی داشته اند انفصال پلاستتا نزد شان دریافت گردیده است؛ چون انفصال پلاستتا به زودی بعد از ترخیص به وقوع میپیوندد. بناءً به مجرد ثبات حالت مادر مانیتورنگ جنین باید آغاز گردد. مدت زمانی که بعد از ترخیص باید مانیتورنگ دوام نماید به وضوح معلوم نیست؛ به اساس گزارش در صورتی که علایم واضح دیگر مانند تقلص و حساسیت رحم و یا خونریزی موجود نباشد مدت ۲ الی ۶ ساعت کافی است تا مریض تحت مشاهده باشد. مانیتورنگ تا زمانی که تقلصات، حالت غیر ثابت قلب جنین، خونریزی مهبل، حساسیت رحمی، جروحات جدی مادر و یا ریپرغشای امیوتیک موجود باشد ادامه می یابد. بعضی حالات بسیار نادر انفصال پلاستتا روزهای بعد از ترخیص به وقوع میپیوندد.⁸

لیراتومی

اجرای عملیات غیر اختلاطی بطنی و حوصلی در جریان ترایمستر اول حاملگی خطر سقط را زیاد نمیسازد. تومورهای تخمدان به صورت عمومی بدون تداخل با پروسه حمل میتواند کشیده شود. استثنای مهم، اخراج مقدم کیست Corpus luteum و یا تخمدانی که با Corpus luteum یکجا باشد اگر قبل از هفته دهم حاملگی اجرا شود تطبیق مستحضرات پروجسترون استطبیب دارد.

نتیجه

- رحم محمول رول محافظوی در جلوگیری از مصدوم شدن سایر احشای بطنی دارد.
- انفصال پلاستتا و ریپر رحم دو خطر عمده یی است که از سبب ترضیضات کند بطن در دوران حاملگی میتواند رخ دهد.
- خشونتهای فزیک و ترضیضات ترافیکی خطر ولادتهای قبل المیعاد، ولادت طفل با وزن کم و اجرای عملیه سیزارین را ازدیاد میبخشد.
- استفاده از کمر بند محافظتی در وسایط نقلیه توسط خانم حامله از اختلاطات ناشی از تصادم و ترضیض در صورتی که سرعت وسیله نقلیه از ۳۰mph کمتر باشد جلوگیری مینماید.
- از اثر ترضیض جروحات راس و دماغ جنین معمول بوده و این جروحات وقتی بیشتر رخ میدهد که راس در مرحله Engagement قرار داشته و حوصله مادر

معروض به کسر گردد و جروحات Contrecoup دماغ میتواند در یک جنین که راس آن Engaged نشده باشد نیز رخ دهد.

REFERENCES

- 1-Abraham E, Anzueto A, Gutierrez G, et al: Double-blind randomised controlled trial of monoclonal antibody to human tumour necrosis factor in treatment of septic shock. *Lancet* 351:929, 1998.
- 2-Abraham E, Glauser MP, Butler T, et al: p55 tumor necrosis factor receptor fusion protein in the treatment of patients with severe sepsis and septic shock. A randomized controlled multicenter trial. *JAMA* 277:1531, 1997.
- 3- Akhtar MA, Mulawkar PM, Kulkarni HR: Burns in pregnancy: Effect on maternal and fetal outcomes. *Burns* 20:351, 1994.
- 4-American College of Obstetricians and Gynecologists: Obstetric aspects of trauma management. Educational Bulletin No. 251, September 1998.
- 5-American College of Obstetricians and Gynecologists: Nonobstetric surgery in pregnancy. Committee Opinion No. 284, August 2003.
- 6-American College of Obstetricians and Gynecologists: New ultrasound output display standard. Committee Opinion No. 180, November 1996.
- 7-American College of Obstetricians and Gynecologists: Emergency oral contraception. Practice Bulletin No. 25, March 2001.
- 8-American College of Critical Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 26:607, 199.