

نحوه اپروچ به خانم 28 ساله باردار با خونریزی در سه ماهه اول

استاد راهنما : خانم دکتر تفرشی
کارورز ارایه دهنده : اشکان نصیری

Chief complaint

- بیمار خانم 28 ساله در هفته 12 بارداری با شکایت خونریزی وسیع ناگهانی واژینال

Present illness

بیمار خانم 28 ساله G1A0P0 که در هفته 12 بارداری است چند روز گذشته یک نوبت خونریزی روشن واژینال به صورت وسیع داشته که در حالت استراحت بیمار بوجود آمده است. و در طی چند روز بعدی لکه بینی های خفیف داشته. بیمار اشاره می کند که خونریزی به صورت ناگهانی آغاز شده. بیمار درد شکم را در حین خونریزی ذکر نمیکند. تب و لرز اخیر نداشته / ترشح واژینال نداشته/ علایم ادراری ندارد/ علایم سرماخوردگی ندارد/ رفتار های پرخطر نداشته / تنگی نفس ندارد/ طپش قلب ندارد/ سرفه ندارد

سابقه بارداری: بیمار سابقه بارداری قبلی و سقط نداشته
سابقه بیماری قبلی : سابقه بیماری زمینه ای و یا مشکل انعقادی ندارد
سابقه جراحی : -
سابقه مصرف دارو: -
سابقه مصرف سیگار و الکل و یا مواد مخدر: -
سابقه مشکل مشابه و خونریزی و یا سقط در اطرافیان :-
ازدوج فامیلی:-

بیمار در طی بارداری مراجعه منظم به پزشک داشته و مکمل های خود را طبق برنامه دریافت می کرده است.

Physical examination

بیمار خانم جوان، هوشیار و اورینته است. – ill - toxic
ملتحمه pale نیست. اسکلرا ایکتریک نیست. کاشکتیک –

Vital signs: PR: 80 BP: 100/60 RR:16 T:37.2 O2 sat: 97%

در معاینه پوست: ضایعات خاصی مشاهده نشد.

سمع ریه: نرمال است و کاهش صدا یا صدای اضافه ندارد.

سمع قلب: S1 و S2 بدون سوفل سمع شد.

معاینه شکم: نرم و بدون تندرנס

معاینه اندام ها: نرمال است. نبض های دیستال پر و قرینه است و تورم اندام ندارد

BMI:29.24 H:163 W:77.7

با توجه به شرح حال ذکر شده چه تشخیص های افتراقی برای بیمار می توان مطرح کرد؟

DDX

- Miscarriage
- Ectopic pregnancy
- Sub Chorionic Hematoma
- Molar Pregnancy
- Implantation Bleeding
- Cervical Changes
- Infection
- Uterine Fibroids
- Coagulation Disorders
- Injury

Epidemiology

First trimester bleeding: 7-24 %

Misscarriage 15-20 %

EP: 15-20 per 1000 pregnancy (Most life threatening) 2%

Infection: 1-5 %

Molar pregnancy: 1-5 per 1000 pregnancy

Physiologic or Pathologic bleeding ?

Sign and symptoms

- Bleeding
- Pain
- Fever
- Stable or unstable hemodynamic
- Abdominal exam
- Vaginal exam

Evaluation

- History of abortion or EP
- Vaginal exam with speculum
- Laboratory findings
- Trans vaginal sonography
- Fetal cardiac heart sound

Laboratory tests

- hcg
- PT/PTT/INR
- CBC

Transvaginal ultrasonography

- — Transvaginal ultrasonography is the cornerstone of the evaluation of bleeding in early pregnancy.
- If we cannot use tvs we can use Abdominal Ultrasonography

Fetal Cardiac heart sound

- Fetal cardiac heart sound is useful for fetal assessment to rule out miscarriage

Focused history and physical examination
(including speculum examination) and
ultrasound examination

Intrauterine
pregnancy

No intrauterine
pregnancy

Embryonic/fetal cardiac activity?

Is the internal cervical os open?

Yes

No

Yes

No

Is bleeding from
a vaginal or
cervical lesion?

Diagnosis: Embryonic/fetal demise,
except in the early first trimester
(ie, before about 6 weeks of gestation,
when embryonic cardiac activity is not
normally seen on ultrasound)*

Diagnosis: Probable complete or incomplete pregnancy loss

The diagnosis is confirmed by any of the following:

- Evidence of products of conception in the vagina
- Evidence of products of conception in discharged tissue collected by the patient
- A prior ultrasound showing an intrauterine pregnancy

Rule-out ectopic pregnancy[¶]

Differential diagnosis also includes
a very early pregnancy (before
pregnancy markers [eg, gestational sac,
yolk sac, embryo] are normally seen),
and a complete pregnancy loss^Δ

Yes

No, bleeding is
from the uterus

Diagnose and manage lesion,
as appropriate

Does the cervix appear to be normal
(ie, not dilated and/or effaced)?

Yes

No

Diagnosis: Threatened abortion or,
in early pregnancy,
implantation bleeding[◇]

Diagnosis: A dilated and/or effaced cervix is
consistent with an impending or incomplete pregnancy
loss and typically associated with pain/cramps

Painless cervical dilation and/or effacement
suggests cervical insufficiency[§]

Anti RhD

Women with significant first trimester vaginal bleeding should have a red blood cell antibody screen checked. Those who are Rh(D) negative are given anti-D immunoglobulin to protect against Rh(D) isoimmunization

Diagnose and Management

- Threatened abortion
- Implantation bleeding
- Heterotopic pregnancy
- Cesarean scar pregnancy

پ ۳ - خونریزی / لکه بینی

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
نیمه اول بارداری	خونریزی شدید، درد شکم	سقط، سقط عفونی، حاملگی خارج از رحم	<p>- اعزام طبق ح ۱</p> <p>اقدامات حین اعزام:</p> <p>باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸_۱۶ (طوسی یا سبز)</p> <p>- تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- در صورت تب ۳۸ درجه و بالاتر: تزریق ۲ گرم آمپی سیلین وریدی یا عضلانی</p> <p>گذاشتن اسپکولوم و مشاهده سرویکس:</p> <p>در صورت مشاهده نسج یا لخته در حال دفع، خارج کردن ماحصل حاملگی با رینگ فورسپس در حد امکان در صورت عدم مشاهده نسج یا لخته، عدم دستکاری داخل رحمی</p> <p>- پیگیری مادر پس از سقط برای ارائه مراقبت مطابق ح ۲</p>
	خونریزی کم یا لکه بینی و یکی از علائم زیر: تدریس و ریپاند شکم، یا درد گردن یا شانه یا دردهای کرامپی و یا علائم حیاتی ناپایدار	حاملگی خارج از رحم پاره شده، شکم حاد	<p>- اعزام مادر طبق ح ۱</p> <p>- اقدامات حین اعزام: باز کردن رگ و تزریق سرم سالین نرمال یا رینگر به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p>
	لکه بینی و علائم حیاتی پایدار	تهدید به سقط، مول، حاملگی خارج از رحم	<p>- در نظر گرفتن مادر ۲ ساعت</p> <p>- در صورت کم نشدن یا بیشتر شدن خونریزی و یا بدتر شدن علائم حیاتی: اعزام مادر طبق ح ۱</p> <p>- در صورت کاهش خونریزی: ترخیص مادر و توصیه به مراجعه فوری در صورت افزایش خونریزی</p> <p>- در صورت مادر Rh- و همسر Rh مثبت تزریق ایمونوگلوبین ضد دی در عرض ۷۲ ساعت اول</p> <p>- پیگیری ۲ روز بعد: در صورت توقف خونریزی ادامه مراقبت های بارداری در غیر این صورت ارزیابی مجدد</p>

ارزیابی

سؤال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی

معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

پ ۳ - خونریزی / لکه بینی (ادامه)

سن بارداری	علائم همراه	تشخیص احتمالی	اقدام
			<p>- عدم معاینه واژینال</p> <p>- خوابانیدن مادر به پهلو چپ</p> <p>- اعزام و همراهی بیمار با ست زایمان طبق ح ۱ و اقدام حین اعزام:</p> <p>- در خونریزی شدید، باز کردن دو رگ با آنژیوکت شماره ۱۸-۱۶ و تزریق سرم رینگر یا نرمال سالین به میزان حداقل یک لیتر در ۲۰-۱۵ دقیقه و سپس یک لیتر در ۳۰ دقیقه</p> <p>- گذاشتن سوند فولی و حفظ میزان ادرار بیشتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت</p> <p>- در خونریزی کم یا لکه بینی، باز کردن رگ و تزریق سرم به میزان یک لیتر در ۳-۲ ساعت</p>
			<p><u>سن بارداری زیر ۳۴ هفته:</u></p> <p>- تزریق عضلانی ۱۲ میلی گرم بتامتازون و تزریق وریدی ۲ گرم آمپی سیلین در صورتی که فاصله تا اولین مرکز زایمانی بیش از ۴ ساعت باشد.</p> <p>- اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p><u>سن بارداری ۳۴ هفته و بالاتر:</u></p> <p>معاینه واژینال (در صورت نبود جفت سرراهی در سونوگرافی):</p> <p>- دیلاتاسیون سرویکس < ۳ سانتیمتر: اعزام به بیمارستان و همراهی مادر</p> <p>- دیلاتاسیون کمتر از ۳ سانتیمتر: در نظر گرفتن مادر به مدت ۲ ساعت و در صورت عدم پیشرفت علائم زایمانی و نبود مشکلات مامایی ترخیص مادر و آموزش علائم نیازمند مراقبت ویژه و پیگیری ۱ هفته بعد</p>
			<p>- عدم معاینه واژینال در صورت اطمینان از جفت سر راهی</p> <p>- در نبود جفت سر راهی، معاینه واژینال و بررسی وضعیت زایمانی</p> <p>- در صورت طبیعی بودن ضربان قلب جنین و نبود انقباضات رحمی: درخواست سونوگرافی</p> <p>- در صورت تایید جفت سرراهی: مشاوره با استاد معین زنان جهت تعیین تاریخ ختم بارداری و محل زایمان</p>

ارزیابی

سؤال کنید:

میزان خونریزی، درد شکم

تعیین کنید:

سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، علائم حیاتی

معاینه کنید:

شکم، ارتفاع و تونسیته رحم

نیمه دوم بارداری



Sonography Report Sheet

کد ملی:		کد پذیرش:	
شماره پرونده:		نام خانوادگی:	
پزشک معالج:		نام:	
رادیوگرافی قبلی داشته: <input type="checkbox"/> خیر NO <input type="checkbox"/> بله YES		کد شناسایی:	
تاریخچه و علائم بالینی و تشخیص موقت:		سن:	
تاریخ تنظیم:		جنسیت:	
نوع بیمه:		نوع پذیرش:	
آزاد		زن	
نوع بارداری:		نوع رادیوگرافی درخواستی:	
ساک بارداری مطرح کننده ی همانوم ساب کوریونیک رویت شد که حدود ۵۵% محیط ساک را دربر گرفته است. (ابعاد تقریبی ۱۲*۶۸mm)		سونوگرافی حاملگی (شامل سن، وضع جفت، جنین و ضربان قلب)	
تاریخ تنظیم:		شماره برگه رادیولوژی:	
۱۴۰۳/۰۹/۱۷		۳۸۰۳۵۶	

گزارش ونظریه رادیولوژیست:

سونوگرافی بارداری:

در بررسی سونوگرافی بعمل آمده رحم بزرگتر از حد معمول و حاوی ساک حاملگی شامل جنین فعال است که سن آن براساس اندازه CRL ۵۵/۵۵mm ± ۲d می باشد.

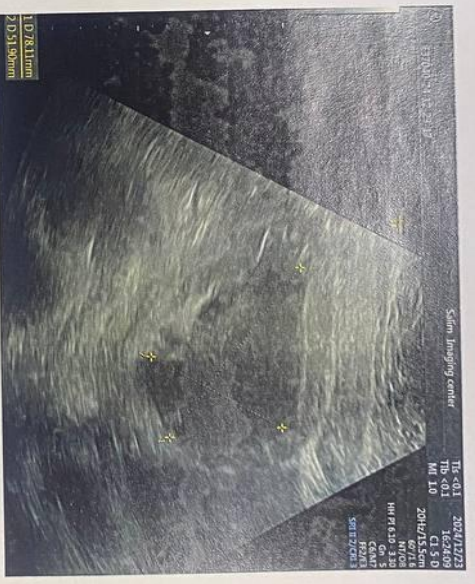
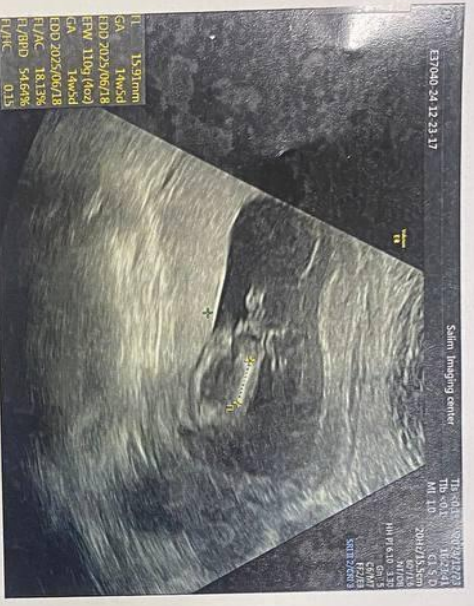
ضربان قلب جنین مشاهده شد (FHR: ۱۵۸bpm).

تصویر ناحیه هایپوکو elongated به بیشترین دیامتر ۱۲mm در اطراف قسمت قدامی و فوقانی ساک بارداری مطرح کننده ی همانوم ساب کوریونیک رویت شد که حدود ۵۵% محیط ساک را دربر گرفته است. (ابعاد تقریبی ۱۲*۶۸mm)



استاد: ایزدی آملی - گلنار
دستیار دکتر شش بلوکی
تایبیت: R





Salim Imaging center
 One of them: coutuzuzi Page 1/23

Name: DOB: Sex: Other:

Pat. Fig:

Ref. Fig:

Indication:

UAP: GA/MI EDD/MI G Ab

DOC: GA/MI EDD/MI P Ec

AC/BPD/FL/HC: 110g (6oz) ± 15g 15w2d 2025/06/18 GP Williams N/A

AC/BPD/FL/HC	110g (6oz)	± 15g	15w2d	2025/06/18	GP	Williams	N/A
2D Measurements	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm
BPD (head)	29.08	20.08	15w2d	15w2d			
OFD (head)	87.7	38.51	38.51	15w2d			
HC (head)	109.25	108.25	108.25	15w2d			
HC (head)	10.67	10.67	10.67	15w2d			
AC (head)	87.74	87.74	87.74	15w2d			
FL (head)	15.91	15.91	15.91	14w5d			

2D Calculators

CI (BPD/OTI) 75.58% (70 - 88%) HC/AC (Campbell)

FL/AC 18.13% (20 - 24%) FL/BD 54.64% (64 - 68%)

CI (BPD/OTI) 0.15 (0.00 - 0.00) FL/BD 0.15 (0.00 - 0.00)



مرکز تصویر برداری سلیم

نام بیمار: وحیده حسینی
 تاریخ مراجعه: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳
 سن: ۲۸
 تاریخ جوابدهی: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳
 شماره بیمار: ۰۳۱۰۰۰۱۲۸۲

همکار گرامی سرکار خانم دکتر نسیم عبادت

Obstetric Ultrasonography:

A single fetus with variable presentation, normal cardiac activity (FHR=163bpm) is seen.

The fetal age according to:	
BPD = 29 mm	15 W & 2 D
HC = 109 mm	15 W & 2 D
AC = 87 mm	15 W
FL = 15 mm	14 W & 5 D
According to biometry	15 W

*The placenta is posterior and fundal with normal position.
 The amniotic fluid volume is normal.
 Fetal weight = 110 gr
 Sub-chorionic hematoma measuring about 80*25mm around antero inferior of the gestational sac (more than 60%) is seen.*

With best regards:
 S. Mirzaei.MD

This sonography is not performed for evaluating anomalies

درمانگاه شبانه روزی سلیم
 دکتر نسیم میرزایی
 رادیولوژیست
 ۱۵۶۰۱۵

تلفن: ۰۲۱ - ۵۴۴۷۱ (خط ۲۰)
 فاکس: ۰۲۱ - ۵۵۳۱۳۳۲۶
 مدیریت: ۰۹۱۰۷۶۵۲۸۳۳
 خیابان دستواره، پایین تر از مترو علی آباد
 نبش کوچه ایمانی، پلاک ۹۹

salimclinic24.com
 darmangah_salim@yahoo.com
 salimclinico

Treatment

- استراحت و محدودیت در فعالیت
- تحت نظر گرفتن به مدت 2 ساعت توسط پزشک
- در صورت Rh منفی بودن مادر تزریق ایمونوگلوبولین طی 72 ساعت
- پروژسترون

بیمار در نهایت مورد تشخیص هماتوم ساب کوریونیک در سونوگرافی

یک شیاف پروژسترون دریافت کرده و مورد فالوآپ منظم قرار گرفته است.

سطوح پیشگیری

Primordial Prevention

Primary Prevention

Secondary Prevention

Tertiary Prevention

Quaternary Prevention

Primordial Prevention

۱. آموزش و حساس نمودن دولت‌مردان به مقوله اهمیت سلامتی مادران باردار و تخصیص بودجه لازم به واحد بهداشت خانواده جهت پیگیری سلامت مادران باردار
۲. آموزش اهمیت بارداری و فرزند آوری در زمان مناسب در رسانه‌های عمومی مانند تلویزیون جهت بالا بردن فرهنگ مردم و حساس سازی در آنها

Primary Prevention

۱. آموزش زوجین در بدو ازدواج جهت برنامه ریزی فرزند آوری در سن و موقعیت مناسب.
۲. آموزش پزشکان و مراقبان سلامت در مورد اهمیت باروری سالم و تهیه بوکلت مخصوص مادران باردار جهت وحدت رویه و برخورد علمی بر اساس آخرین مطالعات با علایم خطر مادران باردار
۳. آموزش زنان سنین باروری جهت جلوگیری از سقط های القایی و عفونی . ۴. تشکیل پرونده الکترونیک در مراکز بهداشتی برای تمام مادران باردار

Secondary Prevention

۱. پیگیری زنان باردار با سابقه Ep
۲. پیگیری و درمان زنان بارداری که تمایل به ادامه بارداری ندارند جهت جلوگیری از سقط های القایی و عفونی و تهدید کننده حیات مادر
۳. ارجاع فوری زنان باردار با خونریزی ماسیو به متخصص زنان

Tertiary Prevention

۱. درمان به موقع و مقتضی بر اساس آخرین و جدیدترین مطالعات
۲. مراقبت و مانیتورینگ به موقع مادران باردار
۳. پیگیری مادران باردار مطابق دستورالعمل ها

Quaternary Prevention

۱. عدم انجام اقدامات پاراکلینیکی و دارویی که تاثیر خاصی بر پیش آگهی و عوارض بیماری ندارند
۲. مونیتورینگ و follow up به موقع بیماران و ارائه خدمات درمانی مقتضی