

آتونی رحم: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد

مقدمه

آتونی رحم به عنوان شایع‌ترین علت خونریزی پس از زایمان شناخته می‌شود و عامل بیش از ۷۵ تا ۹۰ درصد موارد خونریزی مادران است که در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد. این وضعیت زمانی رخ می‌دهد که فیبرهای عضلانی رحم پس از زایمان، قادر به انقباض کافی برای بستن عروق خونریزی‌دهنده محل جفت نباشند و منجر به خونریزی شدید و ناتوان‌کننده شود. بروز آتونی در زایمان واژینال حدود ۲ تا ۴ درصد و در سزارین حدود ۶ درصد گزارش شده است. پرستاران و ماماها به عنوان اولین خط مواجهه، نقشی حیاتی در تشخیص سریع (اندازه‌گیری خونریزی با روش‌های عینی)، شروع ماساژ رحم و تزریق داروهای انقباضی دارند. مراقبت دقیق و مبتنی بر شواهد و شناسایی سریع این عارضه، نقش کلیدی در کاهش مرگ و میر مادران دارد.

عوامل خطر

پرستاران باید در ارزیابی اولیه، عوامل خطر زیر را مد نظر داشته باشند:

عوامل خطر	دسته
سابقه آتونی رحم، خونریزی پس از زایمان قبلی	سابقه مامایی
زایمان طولانی یا سریع (پر recipients) القای زایمان با اکسی‌توسین، کوریو آمینیوت	ویژگی‌های زایمان

چندقلویی، پلی هیدر آمیوس، ماکرو زومی (وزن < ۴ کیلوگرم)	عوامل مرتبط با جنین
پره اکلامپسی، چاقی، سن مادر < ۳۵ سال	بیماری های مادر
استفاده از داروهای بیهوشی (هالوتان) یا سولفات منیزیم (که انقباض رحم را مهار می کنند)	عوامل حین عمل

تشخیص و ارزیابی

علائم هشدار دهنده

خونریزی واژینال: بیش از ۵۰۰ میلی لیتر در زایمان واژینال یا بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر در سزارین، به ویژه به صورت ناگهانی و بدون لخته شدن

علائم شوک: افت فشار خون، تاکی کاردی، رنگ پریدگی، تعریق سرد، گیجی (توجه: این علائم ممکن است تا ۳۰ درصد از دست دادن حجم خون تأخیر داشته باشند)

علائم بالینی: رحم شل، نرم و بزرگ که به ماساژ پاسخ نمی دهد

ارزیابی بالینی

اقدامات	حوزه
اندازه گیری عینی خونریزی (وزن پدها یا استفاده از دستگاه های جمع آوری)	پایش خونریزی
هر ۱۵ دقیقه ثبت فشار خون، نبض و اشباع اکسیژن در مرحله حاد (با استفاده از ابزار MEOWS)	پایش علائم حیاتی
تعیه کاتتر ادراری ساکن و اندازه گیری ساعتی (هدف < ۳۰ میلی لیتر در ساعت)	پایش خروجی ادرار

آزمایشات	CBC، گروه خونی و آنتی بادی، کراس مچ، انعقاد خون و فیبرینوژن، اوره و الکترولیت ها، آزمایشات کبدی
----------	---

مراقبت های پرستاری

۱. تثبیت اولیه و احیا

به محض تشخیص آتونی، پرستار باید اقدامات زیر را به صورت سریع و هماهنگ انجام دهد:

گام	اقدامات کلیدی
ایمن سازی راه هوایی	ارزیابی سریع راه هوایی و تنفس. در صورت لزوم، اکسیژن ۱۰۰٪ با ماسک. به دلیل افزایش خطر خونریزی، از لوله های تنفسی بینی با احتیاط استفاده کنید
دسترسی عروقی	تعبیه دو کانول وریدی با سایز بزرگ (۱۶-۱۴ گیج) در دست ها بالای دیافراگم (نه پاها)؛ در صورت دشواری، کانول داخل استخوانی (IO)
احیای مایعات	حداکثر ۳.۵ لیتر مایع گرم شده (رینگر لاکتات)؛ از احیای بیش از حد مایعات خودداری کنید
تزریق خون	در صورت خونریزی شدید، تزریق خون (کلبول قرمز فشرده، پلاسما و پلاکت) طبق پروتکل تزریق گسترده (Massive Transfusion Protocol)
آماده سازی اتاق عمل	در صورت شکست درمان های اولیه، آمادگی برای جراحی و هیستریکتومی

۲. درمان‌های دارویی انقباضی (گام‌های درمانی)

بسته EMOTIVE (رویکرد جامع WHO)

گام	دارو و دوز
خط اول	اکسی‌توسین ۵ واحد به صورت وریدی آهسته (طی ۲-۱ دقیقه)
خط دوم	ارگومترین ۰.۵-۰.۲۵ میلی‌گرم وریدی آهسته (منع مصرف در فشار خون بالا) میزوپروستول ۸۰۰ میکروگرم زیرزبانی یا ۱۰۰۰ میکروگرم رکتال
درمان کمکی	ترانگزامیک اسید (TXA) ۱ گرم وریدی طی ۱۰ دقیقه، ترجیحاً ظرف ۳ ساعت پس از زایمان
مطالعات جدید	کلسیم گلوکونات ۱ گرم وریدی پس از بستن بند ناف، با کاهش خونریزی از ۵۸۱ میلی‌لیتر به ۵۲۶ میلی‌لیتر و کاهش ۵۰ درصدی نیاز به داروهای انقباضی اضافی همراه بوده است. ترکیب کلسیم گلوکونات با ارگومترین نیز زمان هموستاز را کاهش داده و شاخص‌های التهابی را بهبود بخشیده است

۳. درمان‌های مکانیکی

در صورت عدم پاسخ به داروها:

ماساژ رحم با یک دست روی فوندوس و دست دیگر روی سگمان تحتانی رحم

تامپوناد بالون داخل رحمی: قرار دادن بالون مخصوص داخل حفره رحم و باد کردن آن برای اعمال فشار مستقیم بر عروق

بستن عروق: بستن شریان‌های رحمی یا هیپوگاستریک

هیستریکتومی :به عنوان آخرین راهکار در خونریزی‌های کنترل نشده و تهدیدکننده حیات

۴. تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس مطالعات بالینی، تشخیص‌های پرستاری اصلی در آتونی رحم عبارتند از :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
کاهش حجم مایعات / شوک هیپوولمیک	پایش دقیق علائم حیاتی و خونریزی؛ تعبیه کاتترهای وریدی؛ همکاری در احیای مایعات و تزریق خون
کاهش برون‌دهی قلبی	پایش علائم کاهش پرفیوژن (رنگ‌پریدگی، الیکوری، تغییر سطح هوشیاری)؛ همکاری در تجویز وازوپرسورها در صورت نیاز
خطر عفونت	رعایت اصول استریل حین کاتترگذاری و اقدامات تهاجمی؛ پایش علائم عفونت
اضطراب (مادر و خانواده)	حضور مستمر پرستار؛ توضیح اقدامات درمانی و حمایت عاطفی؛ مشارکت همراه در صورت امکان

نقش کلیدی پرستار

پرستاران در مدیریت آتونی رحم، نقشی چندوجهی و حیاتی ایفا می‌کنند:

ارزیاب بالینی :تشخیص سریع خونریزی با روش‌های عینی و شناسایی علائم شوک

مدیر دارویی :تجویز دقیق اکسی‌توسین، ارگومتترین و میزوپروستول با دوز و زمان مناسب

مدیر مایعات :احیای هدفمند مایعات و پایش پاسخ به درمان

آموزنده :آموزش به مادر و خانواده در مورد علائم هشداردهنده و اهمیت مراجعه فوری

هماهنگ‌کننده تیم :همکاری با متخصص زنان، بیهوشی و بخش مراقبت‌های ویژه

آتونی رحم یک اورژانس تهدیدکننده حیات است که با تشخیص سریع، ماساژ رحم، تجویز به‌هنگام داروهای انقباضی (اکسی‌توسین، ارگومترین، میزوپروستول و ترانگزامیک اسید) و اقدامات مکانیکی در صورت عدم پاسخ قابل مدیریت است. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مدیر مراقبت، مربی و هماهنگ‌کننده، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان و کاهش عوارض و مرگ و میر مادران هستند.

منابع

- Cochrane Library. Strategies to implement WHO guidelines for postpartum hemorrhage. 2025.
- NHS. EMOTIVE FIRST BUNDLE and PPH Management Protocol. 2025.
- Wiley Online Library. Calcium Gluconate Combined with Ergometrine in Uterine Atony. 2025.
- IRCT. High-dose Oxytocin for Prevention of Uterine Atony during Cesarean. 2015.
- SALSO Provider Manual 2025 - PPH Resuscitation. 2025.
- ScienceDirect. Effect of Prophylactic IV Calcium Gluconate on Uterine Atony. 2025.
- Frontiers in Medicine. Evidence summary for PPH prevention and management. 2026.
- Unbound Medicine. Calcium Gluconate in Uterine Atony - RCT Results. 2025.
- Renati. Nursing Care Plan for Uterine Atony - Case Study. 2024.
- UN Kyrgyzstan. PPH Clinical Guidelines Technical Discussion. 2025.
- BVS Enfermagem. PPH Prevention and Nursing Care. 2025.
- Medicine LibreTexts. Jada System and Hysterectomy for PPH. 2025