

خونریزی پس از زایمان: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر شواهد (۲۰۲۵-۲۰۲۶)

مقدمه

خونریزی پس از زایمان (PPH) به عنوان علت اصلی مرگ و میر مادران در جهان شناخته می‌شود و حدود یک‌چهارم از کل مرگ‌های مادران را به خود اختصاص می‌دهد. این وضعیت به از دست دادن خون بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر پس از زایمان واژینال یا بیش از ۱۰۰۰ میلی‌لیتر پس از سزارین تعریف می‌شود و به دو نوع اصلی تقسیم می‌گردد:

خونریزی زودهنگام (اولیه): در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان رخ می‌دهد و شایع‌ترین نوع است.

خونریزی دیررس (ثانویه): از ۲۴ ساعت تا ۶ هفته پس از زایمان رخ می‌دهد.

تشخیص سریع و اقدام به‌موقع پرستاری، نقشی حیاتی در کاهش مرگ و میر مادران ایفا می‌کند. راهنماهای جدید WHO (۲۰۲۵) بر تشخیص زودهنگام هنگام از دست دادن خون ۳۰۰ میلی‌لیتر یا بروز علائم حیاتی غیرطبیعی تأکید دارند.

علل و عوامل خطر

چهار علت اصلی (T۴)

شرح	علت
شایع‌ترین علت (۹۰-۷۵ موارد). ناتوانی رحم در انقباض کافی پس از زایمان	Tone (آتونی رحم)

Trauma (تروما)	پارگی‌های کانال زایمان، سرویکس، واژن یا پرینه؛ اغلب در زایمان‌های سریع، با وسایل کمک‌کننده یا ماکروزومی
Tissue (بافت باقی‌مانده)	باقی ماندن قطعات جفت یا غشاها در رحم که از انقباض کامل جلوگیری می‌کند
Thrombin (اختلال انعقادی)	اختلالات انعقادی مادرزادی یا اکتسابی مانند DIC، مصرف آسپرین یا هپارین

عوامل خطر

پرستاران باید در ارزیابی اولیه به عوامل خطر زیر توجه داشته باشند:

چندقلویی، ماکروزومی (وزن نوزاد > 4 کیلوگرم)، پلی‌هیدرامنیوس

زایمان طولانی یا بسیار سریع

القای زایمان با اکسی‌توسین

جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت

چاقی (BMI بالا)

سن مادر < 35 سال

مراقبت‌های پرستاری: بسته EMOTIVE (رویکرد جامع WHO)

بر اساس جدیدترین دستورالعمل‌های WHO و FIGO (۲۰۲۵) بسته مراقبتی EMOTIVE به عنوان استاندارد طلایی برای مدیریت خونریزی پس از زایمان توصیه می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که این بسته مراقبتی باعث کاهش خطر عوارض شدید مادری تا ۶۰ درصد می‌شود

اجزای بسته EMOTIVE

شرح و اقدامات دقیق	جزء
تشخیص خونریزی با اندازه گیری عینی (نه تخمین چشمی). استفاده از ابزارهای جمع آوری خون مانند درپوش های کالیبره شده. فعال سازی هشدار در از دست دادن خون ≤ 300 میلی لیتر	E – Early detection (تشخیص زودهنگام)
لمس فوندوس رحم و ماساژ آن برای تحریک انقباضات. اطمینان از تخلیه کامل مثانه (کاتتر ادراری ساکن)	M – Massage the uterus (ماساژ رحم)
خط اول: اکسی توسین ۵ واحد وریدی طی ۲-۱ دقیقه (حتی در صورت دریافت دوز پروفیلاکتیک). در صورت عدم پاسخ، خط دوم: ارگومترین ۰.۵-۰.۲۵ میلی گرم وریدی یا میزوپروستول ۸۰۰ میکروگرم زیربانی/۱۰۰۰ میکروگرم رکتال	O – Oxytocic drugs (داروهای انقباضی)
تجویز ۱ گرم ترانکزامیک اسید وریدی طی ۱۰ دقیقه، ترجیحاً ظرف ۳ ساعت پس از زایمان. دوز دوم در صورت ادامه خونریزی پس از ۳۰ دقیقه یا توقف و شروع مجدد در ۲۴ ساعت	T – Tranexamic acid (ترانکزامیک اسید)
حداکثر ۳.۵ لیتر مایع گرم شده (رینگر لاکتات یا نرمال سالین). از احیای بیش از حد خودداری کنید	I – IV fluids (مایعات وریدی)
معاینه کامل کانال زایمان برای رد تروما یا بافت باقی مانده. در صورت عدم پاسخ، ارتقاء به مداخلات جراحی (تامپوناد بالون، بستن عروق، هیسترکتومی)	V – Examination & Escalation (معاینه و ارتقاء)

اقدامات مکانیکی در صورت عدم پاسخ به درمان دارویی

بر اساس آخرین توصیه‌های WHO 2025 :

اقدام	کاربرد
تامپوناد بالون داخل رحمی	در آتونی رحم که به درمان خط اول پاسخ نمی‌دهد (در صورت دسترسی به جراحی و خون)
فشاردن دو دستی رحم	اقدام موقت تا زمانی که مراقبت مناسب در دسترس قرار گیرد
فشاردن آئورت خارجی	اقدام موقت برای کنترل خونریزی تا رسیدن به مراقبت مناسب
گارمنت ضدشوک غیر پنوماتیک (NASG)	اقدام موقت تا زمانی که مراقبت مناسب در دسترس باشد
جراحی	در صورت عدم پاسخ به درمان‌های دارویی و مکانیکی: بستن شریان‌های رحمی، آمبولیزاسیون، یا هیسترکتومی

ارزیابی و پایش بالینی (نقش کلیدی پرستار)

اقدامات اولیه در مواجهه با خونریزی

تیم چندتخصصی: اطلاع‌رسانی فوری به متخصص زنان، بیهوشی و بخش خون.

دسترسی عروقی: تعبیه دو کانول وریدی با سایز بزرگ (۱۶-۱۴ گیج):

آزمایشات: نمونه خون برای گروه خونی و کراس‌مچ، CBC، انعقاد (شامل فیبرینوژن)، اوره و الکتrolیت‌ها، LFTها.

پایش: ثبت علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه، استفاده از سیستم امتیازدهی هشدار زودهنگام مامایی (MEOWS) برای تشخیص زودهنگام وخامت.

کاتتر ادراری: برای اندازه‌گیری دقیق خروجی ادرار (هدف ≤ 30 میلی لیتر/ساعت).

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس مطالعات و شواهد بالینی:

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
کاهش حجم مایعات / شوک هیپوولمیک	پایش دقیق علائم حیاتی و خونریزی؛ تعبیه کاتول‌های وریدی؛ همکاری در احیای مایعات و تزریق خون
خطر خونریزی	پایش مداوم میزان و رنگ خونریزی؛ ماساژ رحم در صورت شلی؛ تجویز داروهای انقباضی
الگوی تنفسی ناکارآمد	پایش اشباع اکسیژن و تعداد تنفس؛ اکسیژن درمانی در صورت هیپوکسی؛ در صورت افت هوشیاری، آمادگی برای احیا
اضطراب (مادر و خانواده)	حضور مداوم پرستار؛ توضیح اقدامات درمانی و حمایت عاطفی؛ مشارکت همراه در صورت امکان

مراقبت‌های حمایتی پس از تثبیت

بر اساس دستورالعمل‌های WHO 2025:

مکمل آهن: تجویز خوراکی به مدت ۶-۱۲ هفته پس از زایمان برای کاهش خطر کم‌خونی. در صورت عدم تحمل یا کم‌خونی شدید، آهن وریدی.

پایش: ادامه پایش علائم حیاتی، علائم عفونت و بهبودی عمومی.

حمایت روانی: خونریزی شدید می‌تواند تأثیر روانی قابل توجهی داشته باشد. ارائه حمایت عاطفی و ارجاع به مشاوره در صورت نیاز.

نقش کلیدی پرستار

پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی زیر، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان خونریزی پس از زایمان هستند:

ارزیاب بالینی: تشخیص سریع خونریزی با روش‌های عینی و استفاده از سیستم MEOWS برای شناسایی زودهنگام وخامت.

مدیر مراقبت: اجرای بسته EMOTIVE (ماساژ رحم، تجویز داروهای انقباضی، ترانگزامیک اسید و مایعات) با دقت و زمان‌بندی مناسب.

هماهنگ‌کننده تیم: اطلاع‌رسانی فوری به تیم چندتخصصی و هماهنگی برای انتقال به اتاق عمل یا ICU در صورت نیاز.

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

پشتیبان روانی: کاهش اضطراب مادر با حضور مداوم و ارائه اطلاعات دقیق.

جمع‌بندی

خونریزی پس از زایمان یک اورژانس تهدیدکننده حیات است که با تشخیص سریع (با استفاده از روش‌های عینی اندازه‌گیری خونریزی)، اجرای بسته مراقبتی EMOTIVE (ماساژ رحم، داروهای انقباضی، ترانگزامیک اسید، مایعات و ارتقاء مراقبت) و پایش دقیق علائم حیاتی با سیستم MEOWS قابل مدیریت است. شواهد جدید نشان می‌دهد که بسته EMOTIVE می‌تواند خطر عوارض شدید مادری را تا ۶۰ درصد کاهش دهد. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مدیر مراقبت، هماهنگ‌کننده و حمایت‌کننده، نقشی حیاتی در کاهش مرگ و میر مادران و بهبود پیامدهای مادری ایفا می‌کنند.

Egyptian Health Council. Primary Postpartum Hemorrhage Nursing Guidelines. 2025 [cited 2026 Aug 29].

Chen Y, Ling M, Nan D, et al. Effectiveness of evidence-based nursing protocols in managing postpartum hemorrhage after vaginal delivery: a prospective observational quality-improvement evaluation. Arch Gynecol Obstet. 2026;313:142.

World Health Organization (WHO). Consolidated Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Postpartum Haemorrhage. 2025.

Frontiers in Medicine. Evidence summary of best practices for prevention and management of postpartum hemorrhage in obstetric clinical practice. 2026.

Gallos I, Devall A, Martin J, et al. Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. N Engl J Med. 2023;389(1):11-21.

Vogel JP, Nguyen PY, Ramson J, et al. Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2024;231(1):67-91