

# A postpartum vérzések tanulmányozása a Marosvásárhelyi 1. sz. Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika 2 éves anyagában

Bereczky Lujza-Katalin, Szabó Béla, Pușcașiu Lucian, Turós János-Levente, Kraft Hunor-Norbert, Máthé Réka  
Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 1. sz. Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika

## Studiul hemoragiilor în postpartum într-un material de 2 ani a Clinicii de Obstetrică-Ginecologie I. din Târgu-Mureș

După nașterea fătului contracția adecvată a uterului, precum coagularea locală a sângelui în artere (crearea thrombus-urilor) este răspunzătoare pentru domolirea sângerării. Luând în considerare fluxul de sânge deosebit de semnificativ al uterului în timpul sarcinii și suprafața mare de plagă placentară, care se formează după dezlipirea placentei, este de înțeles, că în cazul complicațiilor acestor mecanisme poate să apară o hemoragie serioasă, care să pună în pericol viața lăuzei (hemoragia postpartum). Sângerarea după naștere poate să apară din cauza dezlipirii/decolării anormale a placentei sau a aderențelor placentare anormale, a contracției necorespunzătoare a uterului, a leziunilor traumatice de părți moi și a tulburărilor de coagulare a sângelui. Dacă hemoragia din postpartum are loc în perioada a IV-a a nașterii și în primele 24 de ore după naștere, atunci este vorba de hemoragia primară din postpartum (în lăuzia imediată); dacă sângerea are loc după primele 24 de ore, dar în timpul celor 6 săptămâni de lăuzie, atunci vorbim de hemoragie secundară din postpartum (hemoragia din postpartumul tardiv). Hemoragia din postpartum se poate constata la 5% din totalul nașterilor, din care 80% intră în categoria primară și 20% în categoria secundară. În lucrarea noastră am încercat să identificăm factorii favorizanți hemoragiilor, studiind cauzele sângerărilor din postpartum, deoarece, în cazul existenței acestor factori, ne putem aștepta cu șansă mai mare la această patologie. Cunoașterea acestor factori de predispunere este esențială și din punctul de vedere al tratamentului, deoarece, prin recunoașterea din timp a acestora, se pot lua măsuri preventive și astfel majoritatea sângerărilor din postpartum pot fi prevenite.

*Cuvinte cheie: hemoragia din postpartum, atonia uterină, uter*

## The study of the postpartum bleeding in 2 years material of the Obstetrical and Gynecological Clinic I. Târgu-Mureș

After the fetus's birth the adequate contraction of the uterus as well as the local blood coagulation in the arteries (thrombus creation) is responsible for the bleeding diminution. Considering the significant blood flow of the uterus during the pregnancy and the great area of the lesion, it is comprehensible that in case of complications of these mechanisms grave bleeding may occur (haemorrhagia postpartum) which can endanger the mother's life. The bleedings after delivery may occur due to scaling or retention anomalies of the placenta, inadequate contraction of the uterus, lesion of the uterine canal and thrombotic disturbance. If the postpartum bleeding is laid during delivery and in the next 24 hours then we speak about primaer (early) postpartum bleeding; if the postpartum bleeding is laid after the first 24 hours but during the 6 weeks postpartum there is a secundaer (late) postpartum bleeding. Postpartum bleedings can be observed at 5% of total deliveries where 80% are early and 20% are late postpartum bleedings. In our study we attempted to identify the predisposing factors by investigating the causes of postpartum bleedings. If these factors exist, there is a major chance of postpartum bleeding. It is essential to know these predisposing factors regarding the treatment, because with their early recognition we can take measures of precautions and most postpartum bleedings can be prevented.

*Keywords: postpartum bleeding, uterine atony, uterus*

Orvostudományi Értesítő, 2011, 84 (1): 27-31

www.orvtudert.ro

Bár a terhesség, a szülés és a gyermekágyas időszak élet-tani folyamat, számos, életet veszélyeztethető, akár halált okozó szövödmény léphet fel az anyánál. A 20. század előtt az anyai halálozás leggyakoribb oka az elvérzés (méhen kívüli terhesség, placenta praevia, abruptio placentae, magzatvíz-embólia, DIC, ruptura uteri, atonia uteri) és a sepsis volt, de még napjainkban is, különösen a fejlődő országokban a vezető anyai halálokok közé tartozik [8,9].

Figyelembe véve a méh terhesség alatti igen jelentős vérátáramlását és a méhlepény leválását követően kialakuló nagy sebfelületet, érthető, hogy a magzat megszületése után a vérzés csillapodásáért felelős mechanizmusok (méh megfelelő összehúzódása, erekben kialakuló localis vérárvadás) zavara esetén komoly, a gyermekágyas életét

veszélyeztető vérzés (haemorrhagia postpartum) jöhet létre [11]. Postpartum vérzés az összes szülések 5%-ban észlelhető. Amennyiben ez a postpartum vérzés a szülés alatt és az ezt követő 24 órában történik primaer (korai) postpartum vérzésről, a szülést követő 24 órán túl, de 6 héten belül fellépő vérzés esetén secundaer (késői) postpartum vérzésről beszélünk. A postpartum vérzések 80%-a korai, 20%-a a késői csoportba tartozik.

Dolgozatunk célja a postpartum vérzések okainak tanulmányozása és ezáltal az erre hajlamosító tényezők felismerése, ugyanis ezen tényezők megléte esetén postpartum vérzés nagyobb eséllyel várható. Ezen hajlamosító tényezők ismerete a kezelés szempontjából is lényeges, mivel korai felismerésükkel praeventiv lépések tehetők és ezáltal a legtöbb postpartum vérzés megelőzhető.

Dr. Bereczky Lujza-Katalin  
540098 Marosvásárhely - Târgu Mureș  
str. Mihai Viteazu 29/6  
E-mail: bereczky@rdslink.ro

## Anyag és módszer

Dolgozatunkban megvizsgáltuk a Marosvásárhelyi 1. sz. Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika 2 éves anyagában (2009. január 1. - 2010. december 31. között) lezajlott szüléseket. Figyeltük a postpartum vérzések megjelenését, tanulmányozva ezen vérzések kiváltó okait, illetve kerestük az erre hajlamosító tényezőket:

### 1. korai postpartum vérzés, mely jelentkezhethet:

- magzat megszületését követően a placenta távozása előtt (placentaris szakban), melynek oka a lepény leválásának zavarában keresendő:
  - lepény beágyazódási zavarok (placenta adhaerens, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta, placenta transcreta),
  - placenta incarcerata – annak ellenére, hogy a placenta levált, nem tud kilökődni,
- a lepény megszületése után (postplacentaris szakban), melynek oka: placentaris szövetretenció, méhatónia, lágyszövet-sérülések, véralvadási zavarok;

2. késői postpartum vérzés, mely mintegy 0,5-1,0%-ban fordul elő, ennek okai: retentio cotyledonis, subinvolutio uteri, sérülésből eredő vérzés, véralvadási zavar, a méhnyálkahártya hiányos regenerációja, thrombuskilökődés, méhnyálkahártya-gyulladás, rosszindulatú daganat [2,10].

Dolgozatunkban csak a méhlepény beágyazódási zavaraira, illetve a méhatónia okaival foglalkoztunk, mivel ezek a leggyakoribb kórállapotok, melyek postpartum vérzéshez vezetnek.

A postpartum vérzésre hajlamosító körülményeket is kerestük, mint: többször szülő nők (3 vagy több szülés), vérzés szempontjából terhelő anamnesis (előző szülések során erős vérzés), megelőző császármetszés, myoma kiágyazása vagy az uteruson végzett egyéb műtét (műtéti hegen tapadhat a lepény), az uterus fejlődési rendellenessége (uterus septus, bicornis, subseptus), submucosus, intramuralis myomagóc, adenomyosis uteri (akadályozza a méhizom összehúzódását), az izomrostok túlfeszülése (polyhydramnion, nagy magzat, ikerterhesség), elhúzódó szülés (fájásgyengeség), gyorsan zajló szülés.

### 3. táblázat. A szülésszám, a placentaris szak vérzéseit kiváltó okok évenkénti megoszlása

Év	Szülések száma	Szívósan tapadó méhlepény	Placenta incarcerata	Placenta accreta	Placenta percreta
2009	2293	74 (3,22%)	17 (0,74%)	3 (0,13%)	1
2010	1951	55 (2,81%)	13 (0,66%)	3 (0,15%)	-
Összesen	4244	129 (3,03%)	30 (0,70%)	6 (0,14%)	1 (0,23%)

### 4. táblázat. A szülésszám, a postplacentaris szak vérzéseit kiváltó okok évenkénti megoszlása

Év	Szülések száma	Placentaris szövetretenció	Méhatónia
2009	2293	225 (9,81%)	55 (2,39%)
2010	1951	161 (8,25%)	49 (2,51%)
Összesen	4244	386 (9,09%)	104 (2,45%)

## Eredmények

A Marosvásárhelyi 1. sz. Szülészeti-Nőgyógyászati Klinikán 2009. január 1. - 2010. december 31. között 4244 szülés zajlott le, ebből a hüvelyi úton történő szülések részaránya 73,23% volt. Az esetek évenkénti megoszlása az **1. táblázatban** látható.

A 4244 szülést tanulmányozva, ebből 52 szülés intézeten kívül történt, melyek részaránya 1,22%-ot képvisel. Az intézeten kívüli szülések megoszlása a **2. táblázatban** látható.

A korai postpartum vérzések kiváltó okait tanulmányozva

### 1. táblázat. A szülésszám, a hüvelyi szülések és a császármetszések évenkénti megoszlása

Év	Szülések száma	Hüvelyi szülések száma	Császármetszések száma
2009	2293	1714 (74,74%)	579 (25,25%)
2010	1951	1394 (71,45%)	557 (28,54%)
Összesen	4244	3108 (73,23%)	1136 (26,76%)

### 2. táblázat. A szülésszám, az intézeten belüli és kívüli szülések évenkénti megoszlása

Év	Szülések száma	Intézetben belüli szülések száma	Intézetben kívüli szülések száma
2009	2293	2262 (98,64%)	31 (1,35%)
2010	1951	1930 (98,92%)	21 (1,07%)
Összesen	4244	4192 (98,77%)	52 (1,22%)

nyozva a *placentaris szakban* beteganyagunkban a szívósan tapadó méhlepény patológiájával találkoztunk a leggyakrabban. A placentaris szak vérzéseinek kiváltó okait a **3. táblázat** szemlélteti.

A 6 placenta accreta esetében 4 alkalommal méheltávolítás történt, 2 esetben sikerült a méhet megtartani, a placenta percreta esetében szintén méheltávolításra került sor. A *postplacentaris szakban* előforduló vérzések okait az **4. táblázat** szemlélteti.

A korai postpartum vérzések okait tanulmányozva a szülés módozatának függvényében a következő eredményeket találtuk, melyeket az **5. táblázat** szemléltet.

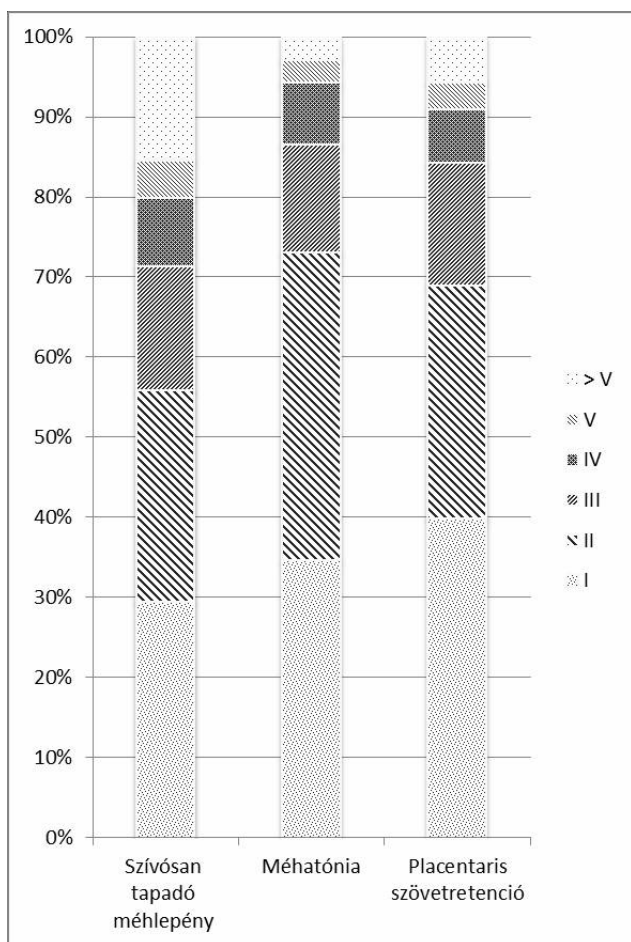
5. táblázat. A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlása a szülés módozatának függvényében

Szülés módozata	Intézetben belüli hüvelyi szülések száma	Intézetben kívüli hüvelyi szülések száma	Császármetszések száma	Esetek száma
<b>Vérzések okai</b>				
Szülések száma a 2 éves beteganyagban	3056 (72,00%)	52 (1,22%)	1136 (26,76%)	4244
Szívósan tapadó méhlepény	126 (4,12%)	3 (5,76%)	-	129 (3,03%)
Placenta incarcerata	-	30 (57,69%)	-	30 (0,70%)
Placenta accreta	1(0,32‰)	-	5 (4,40‰)	6 (0,14%)
Placenta percreta	-	-	1 (0,88‰)	1(0,23‰)
Placentaris szövetretenió	374 (12,23%)	12 (23,07%)	-	386 (9,09%)
Méhatónia	96 (3,14%)	1 (1,92%)	7 (0,61%)	104 (2,45%)

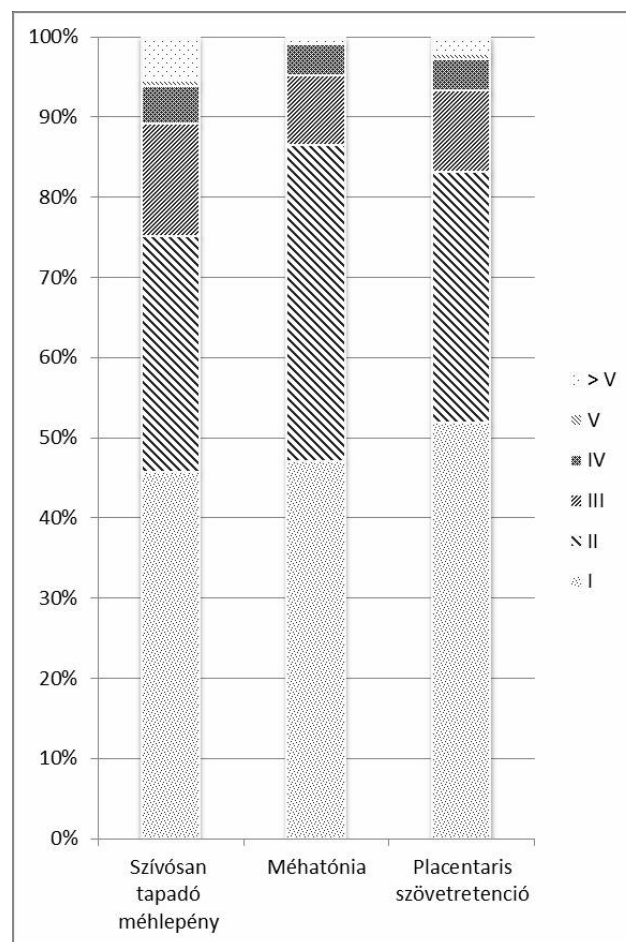
A korai postpartum vérzésekre hajlamosító tényezőket is vizsgáltuk, éspeedig: többször szülő (3 vagy több szülés), nagy magzat, ikerterhesség, terhelő anamnesis (megelőző császármetszés, myoma kiagyazása vagy az uteruson végzett egyéb műtét-műtéti hegen tapadhat a lepény, a placenta alakí és tapadási rendellenességei), ugyanis ezen tényezők megléte esetén postpartum vérzés nagyobb eséllyel várható [5,6,7].

A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlását a gestáció függvényében az **1. ábra** szemlélteti. A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlását a paritás függvényében a **2. ábra** szemlélteti. A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlását a magzati súly függvényében a **3. ábra** szemlélteti.

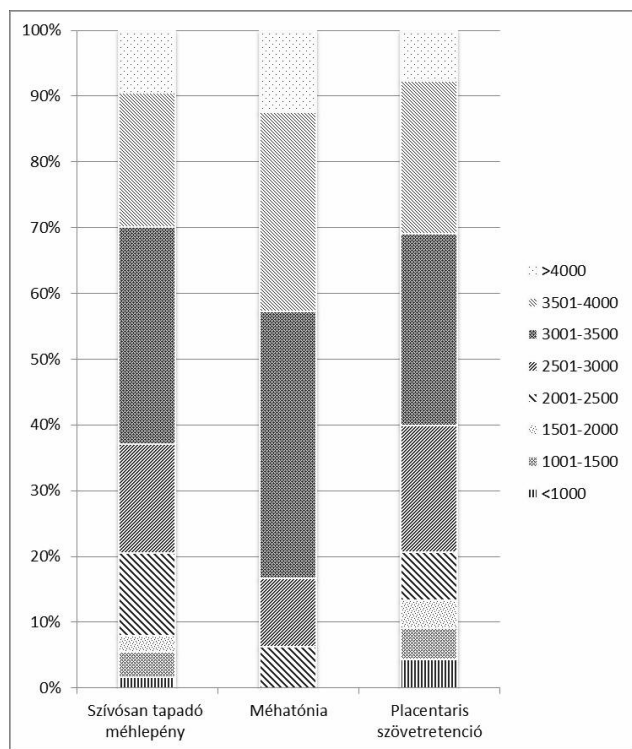
Előzetes császármetszés, illetve a placenta tapadási rendellenességei is fellelhetők a hajlamosító tényezők között, éspeedig:



1. ábra. A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlása a gestáció függvényében



2. ábra. A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlása a paritás függvényében



**3. ábra.** A korai postpartum vérzések kiváltó okainak megoszlása a magzati súly függvényében

- a 129 szívósan tapadó méhlepény esetében – 5 esetben császármetszés utáni heges méhen zajlott le hüvelyi szülés (3,87%),
- a 6 placenta accreta esetén – 2 esetben császármetszés utáni heges méh szerepelt (ebből egyik eset kétszeresen heges méh), illetve 2 esetben placenta praevia patológia is társult (ebből az egyik eset a kétszeresen heges méh),
- az 1 placenta percreta esetén – placenta praevia fordult elő,
- a 386 placentaris szövetretenció esetében - 7 esetben császármetszés utáni heges méhen zajlott le hüvelyi szülés (1,81%),
- a 104 méhátónia esetében: - 4 esetben szívósan tapadó lepény manuális lepényleválasztása után alakult ki az atónia (3,84%), 9 esetben placentaris szövetretenció műszeres eltávolítása után lépett fel atónia (8,65%).

Késői postpartum vérzés 9 esetben (0,21%) fordult elő, ezekben az esetekben a méhür műszeres letapintása történt, a kaparék kórszövettani vizsgálata pedig 4 esetben cotyledoretenciót, 3 esetben placentaris polypust igazolt, 2 esetben pedig nem kértek kórszövettani vizsgálatot.

## Megbeszélés

A méhlepény beágyazódási és leválási zavarai, illetve a méhátónia, ezek a leggyakoribb kórállapotok, melyek postpartum vérzéshez vezetnek. Ha a lepény tapadási helyén csak piciny rész is (cotyledo) visszamarad a lepényből, vagy a melléklepény (placenta succenturiata) retineálódik, a méhből nem szűnik meg a vérzés. A lepényrész visszamaradásának jellemző tünete az uterinalis vérzés, amely kisebb-nagyobb szünetekkel addig tart, amíg a placentarész a tapadási helyén marad, esetleg a lepényszövet maradványára néhány napos, vagy 1-2 hetes problémamentes időszakot követően vérzés hívhatja fel a figyelmet [1]. A vérzés lehet olyan mértékű, hogy kivérzéses shockot vagy halált okozhat (atóniás vérzés), de leggyakoribb a tartós vérezgetés és az ennek talaján kialakult anaemia. A retentio nemcsak vérzést, hanem méhüri fertőzést is okozhat, a fertőzés a méh környezetére is ráterjedhet, napjainkban ez a gyermekágyi sepsis leggyakoribb forrása. A visszamaradt lepényrész előbb-utóbb elhal, elfolyósodik vagy kilökődik, máskor fibrin és véralvadék rakódik a felszínére, és mint polypus placentaris kerül észlelésre a gyermekágy 2-3. hete után. A retineálódott placentarészletből később igen ritkán choriocarcinoma is kialakulhat [3,4].

Ennek elkerülésére a placentát igen gondosan meg kell vizsgálni és ha csak gyanú (suspicio retentionis cotyledonis) merül fel arra, hogy hiányosan távozott (töredezett, sérült, a burkokon elszakadt ér melléklepényre utal) méhüri betapintást kell végezni és a lepényrészt el kell távolítani [2,5]. Irodalmi adatok szerint postpartum vérzés az összes szülések 5%-ban észlelhető, 80%-a korai, 20%-a a késői csoportba tartozik.

Beteganyagunkban méhátónia miatt bekövetkező vérzést 2,45%-ban találtunk, mely megegyezik az irodalmi adatokkal, de ha a többi kiváltó tényezőt is figyelembe vesszük a postpartum vérzések gyakorisága 15,66%, ebből a korai postpartum vérzés gyakorisága 15,45%, míg a késői postpartum vérzések előfordulása viszont csak 0,21%. Valószínű, hogy az emelkedett számú korai postpartum vérzések szakszerű ellátása következtében alacsonyabb a késői postpartum vérzések incidenciája, ugyanis az irodalmi adatok szerint ezen vérzések előfordulási gyakorisága 0,5-1,0%-ra tehető.

Beteganyagunkban az irodalmi adatokkal megegyezően fellelhető a hajlamosító tényezők szerepe is ezen vérzések esetén, mint például: többször szülő (3 vagy több szülés), nagy magzat, ikerterhesség, terhelő anamnesis (megelőző császármetszés-műtési hegen tapadhat a lepény, a placenta alaki és tapadási rendellenességei).



## Következtetések

A dolgozat eredményeinek összegzésével az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. Annak ellenére, hogy a szülés és a gyermekágyas időszak élettani folyamat, életet veszélyeztethető szövődemény (postpartum haemorrhagia) léphet fel az anyánál.

2. Ezen vérzések hátterében leggyakrabban alepény beágyazódási zavarai (placenta adhaerens, accreta, increta, percreta), illetve részleges visszamaradása (placentaris szövetretenció), valamint a méhatónia áll.

3. Ennek elkerülésére a placentát igen gondosan meg kell vizsgálni és ha csak gyanú (suspicio retentionis cotyledonis) merül fel arra, hogy hiányosan távozott méhűri betapintást kell végezni és a lepenyrészt el kell távolítani, ugyanis a visszamaradt lepenyrész késői következményekhez vezethet, mint például: endometriumkárosodás (következő terhességben a lepeny beágyazódási és tapadási rendellenessége), Ashermann-szindróma, uterinalis eredetű meddőség, choriocarcinoma.

4. A hajlamosító tényezők (többes szülés-3 vagy több szülés, nagy magzat, ikerterhesség, terhelő anamnesis: megelőző császármetszés-műtéti hegen tapadhat a lepeny, a placenta alaki és tapadási rendellenességei) felismerése fontos, ugyanis ezen tényezők megléte esetén postpartum vérzés nagyobb eséllyel várható.

5. A legtöbb postpartum vérzés a szülés és a lepenyi szak helyes vezetésével, valamint a hajlamosító tényezők korai felismerésével megelőzhető, ugyanis ezen tényezők megléte esetén praeventív lépések tehetők.

## Irodalom

1. Achiron R., Goldenberg M., Lipitz S. et al. - Transvaginal duplex Doppler Ultrasonography in bleeding patients suspected of having residual tissue, *Obstet Gynaecol*, 1993, 81:507-511.
2. Alexander J., Thomas P., Sanhghera J. - Treatments for secondary postpartum haemorrhage, *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002.
3. Ben-Ami I., Schneider D., Maymon R. et al. - Sonographic versus clinical evaluation as predictors of residual trophoblastic tissue, *Hum Reprod*, 2005, 20:1107-1111.
4. Hertzberg B.S., Bowie J.D. - Ultrasound of the postpartum uterus, prediction of retained placental tissue, *J Ultrasound Med*, 1991; 10:451-456.
5. Hoveyda F., MacKenzie I.Z. - Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management, *Br J Obstet Gynaecol*, 2001; 108:927-930.
6. Khong T.Y., Khong T.K. - Delayed postpartum hemorrhage: a morphologic study of causes and their relation to other pregnancy disorders, *Obstet Gynecol*, 1993; 82:17-22.
7. King P.A., Duthie S.J., Dong Z.G. et al. - Secondary postpartum haemorrhage, *Aust NZ Obstet Gynaecol*, 1989; 29:394-398.
8. Lewis G. - Why Mothers Die 2000-2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, *RCOG Press*, London, 2004.
9. Lewis G. - The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, *CEMACH*, London, 2007.
10. Neill A.M.C., Nixon R.M., Thornton S. - A comparison of clinical assessment with ultrasound in the management of secondary postpartum haemorrhage, *Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol* 2002; 104:113-115.
11. Papp Z. - A szülészeti-nőgyógyászati tankönyve, *Semmelweis Kiadó*, Budapest, 2002, 537-558.