دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۱ ،شماره ۱، پاییز ۱۴۰۲

گزارش یک مورد خونریزی شریانی فعال بعد از زایمان طبیعی موفق

لهراسب طاهری(MD)[۱]، نوید کلانی(PhD)[۲]، فریده مقرب(MD)[۳]

گزارش مورد

چکیده

سابقه و هدف: خونریزی بیش از حد در حین و بعد از زایمان یکی از عوارض جدی است که میتواند زندگی مادر را به خطر بیاندازد. مطالعه حاضر به گزارش یک مورد خونریزی شریانی فعال بعد از زایمان طبیعی پرداخته است.

معرفی بیمار: بیمار خانمی است ۲۲ ساله G2L1 (شکم دوم) که به علت دردهای زایمانی و کاهش حرکات جنین و گذشتن از وقت زایمان تحت زایمان طبیعی قرار گرفت. بدون هیچ گونه مشکلی نوزاد دختر با آپگار ۹ و وزن ۳۰۵۰ گرم بدون دیستوشی و یا عارضه خاصی به صورت طبیعی و بدون اپی زیاتومی متولد شد. بعد از گذشت تقریباً سه ساعت از زمان زایمان، مادر به دنبال پایین آمدن از تخت دچار سرگیجه و Fainting شد که پالس بیمار در آن زمان ۱۲۰min و بیمار رنگ پریده (pale) بود. فشار خون بیمار ۹۰/۶۰ گزارش شد که در آن زمان نیز خونریزی واژینال وجود نداشت و رحم در بالای سوپرپوبیک در محل نرمال خود لمس شد. واژن و سرویکس مجدداً چک شد که بدون هیچ گونه عارضه یا خونریزی بود. درخواست سونوگرافی شکمی و لگنی اورژانس داده شد که با تأخیر چندین ساعته انجام شد، کانسالت با یورولوژیست کشیک داده شد. سونوگرافی شکمی از بیمار انجام شد که در سونوگرافی شکم هماتوم بزرگ ۱۴/۳ ×۵/۷×۱۷ سانتی متر در جلوی رحم و پشت مثانه گزارش شد. بیمار به اتاق عمل انتقال یافت و تحت بیهوشی عمومی، شکم از راه برش عرض باز شد. هماتوم بزرگ cm ۱۷×۱۸ در ناحیه پشت مثانه و جلوی رحم وجود داشت که تا بالای رحم (فاندوس رحم) و لیگامان های پهن گسترش یافته بود. هماتوم تخلیه شد، در وسط سگمان تحتانی رحم، بدون ارتباط با سرویکس یا داخل رحم، در یک نقطه، فوکال، دارای خونریزی شریانی فعال بود که خونریزی با کمک نخ ویکریال دو کنترل شد. سگمان تحتانی، نازک شده بود و سرویکس رحم و احشای داخل شکم، چک شد که همگی نرمال بودند. جهت اطمینان از سالم بودن مثانه، متیلن بلو تزریق شد و مثانه سالم بود. یک عدد هموبگ در داخل شکم و یک عدد در پشت مثانه گذاشته شد و بعد از عمل بعد از تزریق جمعاً پنج واحد خون Hb بیمار به ۱۰/۸ افزایش یافت و دو روز بعد از عمل، بیمار با حال عمومی مطلوب، ترخیص شد.

نتیجه گیری: خونریزی اولیه و ثانویه فعال داخل شکمی یکی از اورژانس های جراحی پس از زایمان است. بیمار باید فوراً تحت عمل جراحی قرار گیرد و خونریزی کنترل شود. تمامی جراحان زنان و زایمان باید علاوه بر مهارت لازم در انجام زایمان طبیعی و سزارین، توانایی کنترل عوارض پس از جراحی مانند خونریزی را داشته باشند.

واژه های کلیدی: زایمان طبیعی، خونریزی، لاپاراتومی، اورژانس

مولف مسئول: فریده مقرب، استادیار گروه زنان، مرکز تحقیقات سلامت و بیماری های زنان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم
- تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۱۳۵۲۶ E-mail: faridehmogharabgyn@gmail.com
۱. استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۲. مربی، گروه بیهوشی، مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۳. استادیار گروه زنان، مرکز تحقیقات سلامت و بیماری های زنان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۰ **اصلاح:** ۱۴۰۲/۰۸/۰۷ **پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۸/۱۵

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]
[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]

مقدمه

خونریزی پس از زایمان یکی از علل عمده مرگ و میر مادران در سراسر جهان است و شایع ترین دلیل برای انتقال خون پس از زایمان است (۱). در سراسر جهان، خونریزی پس از زایمان عامل هشت درصد از مرگ و میر مادران در مناطق توسعه یافته جهان و ۲۰ درصد از مرگ و میر مادران در مناطق در حال توسعه است (۲). سازمان جهانی بهداشت خونریزی پس از زایمان (PPH) را به عنوان از دست دادن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون پس از زایمان طبیعی یا بیش از ۱۰۰۰ میلی لیتر پس از سزارین تعریف می کند (۳). کالج آمریکایی زنان و زایمان دستورالعمل‌های خونریزی پس از زایمان را صادر کرده است که بیان می‌کند: خونریزی پس از زایمان معمولاً در عرض ۲۴ ساعت تا شش تا ۱۲ هفته پس از زایمان اتفاق می‌افتد، که از آن به عنوان خونریزی پیشرفته پس از زایمان یاد می‌شود (۴). معیارهای جایگزین پیشنهادی برای تعریف و تشخیص خونریزی پس از زایمان شامل تغییر در هماتوکریت، نیاز به تزریق خون، سرعت از دست دادن خون و تغییرات در علائم حیاتی است که همگی به دلیل ماهیت اضطراری شرایط پیچیده هستند (۵). عوارض خونریزی پس از زایمان شامل افت فشار خون، کم خونی و خستگی است که می تواند شیردهی و مراقبت مادر از نوزاد را دشوارتر کند (۶). اطلاعات کمی در مورد میزان و عوامل خطر برای خونریزی پس از زایمان وجود دارد. علل شایع شامل آتونی رحم، تروما از جمله آسیب های دستگاه تناسلی، احتباس جفت و نارسایی سیستم انعقاد خون است. آتونی رحم مسئول اکثر (۷۵ درصد) موارد خونریزی پس از زایمان است (۷). مطالعه حاضر به گزارش یک مورد خونریزی شریانی فعال بعد از زایمان طبیعی موفق پرداخته است.

معرفی بیمار

بیمار خانمی است ۲۲ ساله G2L1 (شکم دوم) به علت دردهای زایمانی و آبریزی (Leakage) و کاهش حرکات جنین و گذشتن از وقت زایمان (۳+۴۰) مراجعه نموده است. در تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۰۳ ساعت ۱۱:۳۰ صبح، بستری و پس از طی مسیر طبیعی زایمان خودبه خودی، بدون هیچ گونه مشکلی نوزاد دختر با آپگار ۹/۱۰ و وزن ۳۰۵۰ گرم بدون دیستوشی و یا عارضه خاصی به صورت طبیعی و بدون اپی زیاتومی در ساعت ۱۸:۳۰ همان روز زایمان کرده و بعد از زایمان در ساعت ۲۱ شب به دنبال پایین آمدن از تخت دچار سرگیجه و Fainting می شود که پالس بیمار در آن زمان ۱۲۰min و بیمار رنگ پریده (pale) بود. فشار خون بیمار ۹۰/۶۰ گزارش شده بود که در آن زمان نیز خونریزی واژینال وجود نداشت و رحم در بالای سوپرپوبیک در محل نرمال خود لمس می شد. واژن و سرویکس مجدداً چک شد که بدون هیچ گونه عارضه یا خونریزی بود. تنها دو عدد پارگی کوچک ۱cm-۲ در واژن بود که ترمیم شد و کیسه ادراری جهت بیمار گذاشته شد که برون ده ادراری بیمار نرمال بود. هیدراتاسیون با ۱۰۰۰ml رینگرلاکتات انجام شد. Hb اورژانس فرستاده شد که Hb از ۱۱ به هشت افت داشت، که با احتمال خونریزی تشخیص داده نشده حین زایمان، جهت بیمار یک واحد خون تزریق شد. پالس بیمار از ۱۲۰ به ۹۵-۱۰۰ تقلیل یافته و حال عمومی بیمار بهتر و سرگیجه رفع شده بود و برون ده ادراری بیمار در رنج نرمال ۲۰۰c در عرض ۲/۵ ساعت بود ولی بیمار همچنان رنگ پریده و Pale بوده که دستور تزریق یک واحد خون دیگر داده شد. در ساعت ۲۴ ادرار بیمار خونی (Bloody) شده بود که یک ویال ترانگزامیک تزریق شد که به دنبال آن رنگ ادرار نرمال و clear شد و آزمایشات انعقادی بیمار نرمال و برون ده ادراری نیز نرمال بود. بیمار در ادامه شب بدون مشکل و خواب بود. Hb بیمار هر چهار ساعت چک شد که ۹/۱ و سپس ۸/۹ گزارش شد. بیمار کاملاً stable بود. از این جهت غذا جهت بیمار شروع شد و مجدداً بیمار چک شد که خونریزی نداشت ولی شکم به نظر دچار سفتی غیرطبیعی در ناحیه سوپراپوبیک بود و مجدداً ادرار بیمار خونی شده بود که مجدداً یک ویال ترانگزامیک اسید تزریق شد. در معاینه مجدد بیمار، سرویس دیگر قابل رؤیت نبود و حتی با گذاشتن والوهای داخل واژینال نیز سرویکس قابل رؤیت نبود، از این جهت درخواست سونوگرافی شکمی و لگنی اورژانس داده شد که با تأخیر چندین ساعته انجام شد. کانسالت با یورولوژیست کشیک داده شد که اعلام شد سیستوگرام انجام شود و سونوگرافی شکمی از بیمار انجام

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]
[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]

شود. در سونوگرافی شکم هماتوم بزرگ ۱۴/۳ ×۵/۷×۱۷ سانتی متر در جلوی رحم و پشت مثانه گزارش شد. مایع آزاد در داخل شکم وجود نداشت که با احتمال پارگی رحم، توصیه به انجام MRI از بیمار شد. در طی این مدت بیمار stable و پالس بیمار ۱۱۰-۱۰۰ و دارای برون ده ادراری نرمال بود (۱۵۰۰cc در شیفت عصر). MRI انجام شد و رحم وجود نداشت. تنها همان هماتوم در جلوی رحم و پشت مثانه گزارش شده بود. Hb بیمار در حد هشت ثابت باقی مانده بود که تصمیم به بازکردن بیمار جهت علت هماتوم و تخلیه هماتوم بعد از هشت ساعت از NPO بودن بیمار گرفته شد. اما در ساعت ۱۹ شب ۱۴۰۰/۰۸/۰۴ (یعنی ۲۴ ساعت بعد از زایمان) مجدداً پالس بیمار بالا رفته و به ۱۲۰ رسیده بود و بیمار دچار دردهای شکمی شده بود و زیر ناف کاملاً دچار تندرنس شکمی شده بود. در سونوگرافی مجدد نیز هماتوم بزرگ تر شده بود ولی هنوز مایع آزاد داخل شکم دیده نمی شد. دو واحد دیگر خون تزریق شد، و بیمار به اتاق عمل انتقال یافت و تحت بیهوشی عمومی، شکم از راه برش عرض باز شد هماتوم بزرگ ۱۸×۱۷ cm در ناحیه پشت مثانه و جلوی رحم وجود داشت که تا بالای رحم (فاندوس رحم) و لیگامان های پهن گسترش یافته بود. هماتوم تخلیه شد، در وسط سگمان تحتانی رحم، بدون ارتباط با سرویکس یا داخل رحم، در یک نقطه، فوکال، دارای خونریزی شریانی فعال بود که خونریزی با کمک نخ ویکریال دو کنترل شد. سگمان تحتانی، نازک شده بود و سرویکس رحم و احشای داخل شکم، چک شد که همگی نرمال بودند. جهت اطمینان از سالم بودن مثانه، متیلن بلو تزریق شد که مثانه سالم بود. یک عدد هموبگ در داخل شکم و یک عدد در پشت مثانه گذاشته شد و بعد از عمل بعد از تزریق جمعاً پنج واحد خون Hb بیمار به ۱۰/۸ افزایش یافته بود. دو روز بعد از عمل، بیمار با حال عمومی خوب، ترخیص شد.

بحث

شیوع کلی خونریزی پس از زایمان در سراسر جهان بین شش تا ۱۱ درصد تخمین زده می شود (۷،۸). خونریزی اولیه پس از زایمان در ۲۴ ساعت اول اتفاق می افتد. علل اولیه عبارتند از آتونی رحم (حدود ۷۰ درصد موارد)، باقی ماندن بقایای جفت، اندومتریت، پارگی دستگاه تناسلی، وارونگی یا پارگی رحم و اختلالات انعقادی است(۹). خونریزی ثانویه پس از زایمان به معنای خونریزی بیش از حد است که از ۲۴ ساعت پس از زایمان تا شش تا ۱۲ هفته پس از زایمان شروع می شود و معمولاً بین هشت تا ۱۴ روز پس از زایمان رخ می دهد (۱۰). علل شایع عبارتند از: بقایای باقی مانده از حاملگی، پیچش بستر جفت، و آندومتریت (۱۱). مورد گزارش شده درمطالعه حاضر در وسط سگمان تحتانی رحم، بدون ارتباط با سرویکس یا داخل رحم، در یک نقطه، فوکال، دارای خونریزی شریانی فعال بود. علائم ظاهری خونریزی داخل شکمی ممکن است به دلیل تغییرات فشار شکمی پس از زایمان غیر معمول باشد و اجازه می دهد حجم بیشتری از خون قبل از علامت دار شدن در داخل شکم جمع شود (۱۲). بنابراین تشخیص زودهنگام خونریزی پس از زایمان به کیفیت پایش بیمار در بخش بستگی دارد. به همین دلیل، به طور سیستماتیک باید بر روی پنج علامت بالینی پس از عمل نظارت شود. نشانگرهای غیر اختصاصی هیپوولمی (تاکی کاردی، افت فشار خون، بی‌هوشی) و نشانگرهای خاص نظارت پس از سزارین (معاینه اسکار شکمی، درد شکم) (۱۳). در مطالعه حاضر بیمار حدود سه ساعت پس از عمل در هنگام پایین آمدن از تخت دچار سرگیجه و Fainting شد که پالس بیمار در آن زمان ۱۲۰min و بیمار رنگ پریده (pale) بود و فشار خون بیمار ۹۰/۶۰ گزارش شده بود که در آن زمان نیز خونریزی واژینال وجود نداشت و رحم در بالای سوپرپوبیک در محل نرمال خود لمس می شد. این موارد نشان دهنده تاخیری بودن علایم ناشی از خونریزی داخل شکمی در بیماران با خونریزی فعال است که باید به دقت چک شوند. تاکی کاردی و/یا افت فشار خون مادر پیش‌بینی‌کننده ترین عوامل برای خونریزی داخل شکمی نیازمند لاپاراتومی است (۱۴). در مطالعه حاضر تاکی کاری، افت فشار خون و هموگلوبین از عوامل پیش ببینی کننده خونریزی داخل شکمی بود. مطالعات قبلی گزارش کرده اند که خونریزی داخل شکمی علت اصلی لاپاروتومی مجدد پس

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]
[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]

از سـزارین بوده اسـت (۱۵،۱۶). کسـوس و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که خونریزی ۷۰ درصـد از اندیکاسیون های لاپاروتومی مجدد را تشکیل می دهد (۱۷). در مطالعه حاضـر بیمار اگر چه تحت زایمان طبیعی قرار گرفته بود اما با خونریزی فعال داخل شکمی مواجه شده بود. بنابراین باید خونریزی داخل شکمی را در زایمان طبیعی نیز مورد توجه قرار داد. در طی لاپاراتومی خونریزی و آسـیب اندام را می توان با یک تکنیک جراحی خوب به حداقل رساند. ایمنی بیمار نباید فدای سرعت شود. پزشکان زنان و زایمان هنگام بازگشت بیمار ممکن است با استرس مرتبط با مرگ بیمار مواجه شـوند که در چنین شـرایطی کمک یک همکار با تجربه در این مقطع ضـروری اسـت (۱۸). بیمارانی که طی لاپاراتومی قرار می گیرند باید در طول زمان پس از عمل در بخش مراقبت‌های ویژه تحت نظر باشند و در صورت نیاز، خون و فرآورده‌های خونی دریافت کنند (۱۹).

نتیجه گیری

خونریزی اولیه و ثانویه فعال یکی از اورژانس های جراحی پس از زایمان اسـت که بیمار باید فوراً تحت عمل جراحی قرار گیرد و خونریزی کنترل شـود. بنابراین جراحان زنان و زایمان باید علاوه بر مهارت لازم در انجام زایمان طبیعی و سـزارین، توانـایی کنترل عوارض پس از جراحی مـانند خونریزی را داشـته باشـند که در گزارش موردی حاضـر به خوبی بیمار تحت عمل مجدد قرار گرفت و با حال عمومی خوب ترخیص شد.

سپاسگزاری

از همه اعضای تیم پزشکی و مامایی بیمارستان استاد مطهری که در مراقبت و درمان بیمار در این موقعیت اساسی نقش داشتند تشکر و قدردانی می شود

References

1. Gilbert L, Porter W, Brown VA. Postpartum haemorrhage--a continuing problem. Br J Obstet Gynaecol. 1987;94:67–71.

2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health 2014;2(6):e323-e333.

3. World Health Organization. WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and Retained Placenta; 2009 .Avail from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009 9789241598514_eng

4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet global health. 2014 Jun 1;2(6):e323-33.

5. Rath WH. Postpartum hemorrhage--update on problems of definitions and diagnosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2011 May;90(5):421-8. PMID: 21332452.

6. Thompson JF, Heal LJ, Roberts CL, Ellwood DA. Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicenter cohort study. Int Breastfeed J 2010; 5:5. pmid:20504372

7. Lutomski JE, Byrne BM, Devane D, Greene RA. Increasing trends in atonic postpartum hemorrhage in Ireland: an 11-year population-based cohort study. BJOG 2012; 119:306–314. Pmid:22168794

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]

[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]

8. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008 Dec;22(6):999-1012. PMID: 18819848.

9. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, et al. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2012;7(7):e41114.

10. ACOG Practice Bulletin, "Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: Postpartum hemorrhage," Obstetrics and Gynecology, vol. 108, p. 1039, 2006.

11. T. Y. Khong and T. K. Khong, "Delayed postpartum hemorrhage: a morphologic study of causes and their relation to other pregnancy disorders," Obstetrics and Gynecology, vol. 82, no. 1, pp. 17–22, 1993.

12. Abdel-Razeq SS, Campbell K, Funai EF et al.. Normative postpartum intraabdominal pressure: potential implications in the diagnosis of abdominal compartment syndrome. Am J Obstet Gynecol 2010;203:149.e1–4.

13. Parant O, Guerby P, Bayoumeu F. Obstetric and anesthetic specificities in the management of a postpartum hemorrhage associated with cesarean section. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2014; 43:1104–22

14. Seffah JD. Re-laparotomy after Cesarean section. Int J Gynecol Obstet. 2005;88(3):253–257.

15.Pencole L, Peyronnet V, Mandelbrot L, Lepercq J. Risk factors of relaparotomy for intra-abdominal hemorrhage after cesarean delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2021 May 1;260:118-23.

16. Lurie S, Sadan O, Golan A. Re-laparotomy after cesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;134:184–187.

17. Kessous R, Danor D, Weintraub YA, Wiznitzer A, Sergienko R, Ohel I, Sheiner E. Risk factors for relaparotomy after cesarean section. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Nov;25(11):2167–2170.

18. Ashton P, Beischer N, Cullen J, Ratten G. Return to theatre experience at the Mercy Maternity Hospital, Melbourne 1971–1982. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1985; 25:159–169.

19. Alam IP, Das SR. Relaparotomy in Obstetrics and Gynaecology Department of Faridpur Medical College Hospital-Experience in One Year. Faridpur Med Col J. 2012; 7(2):75-8.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]

[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]

Torbat Jam University of Medical Sciences
Health Research and Development Journal
Vol. 1, No. 1, November 2023

Active Arterial Hemorrhage after Successful Vaginal Delivery: A Case Report

Lahrasb Taheri[1], Navid Kalani[2], Farideh Mogharab[3]

1. Assistant Professor, Department of Surgery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
2. Instructor, Department of Anesthesiology, Research Center for Anesthesiology and Pain Control, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Research Center for Women's Health and Diseases, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Case Report

Abstract

Background: Excessive bleeding during and after childbirth is a serious complication that can endanger the life of the mother. The present study reported a case of active arterial bleeding after normal delivery.

Case Presentation: The patient is a 22-year-old woman, G2L1 (second pregnancy), who underwent natural childbirth due to labor pains, decreased fetal movements, and exceeding the due date. The baby girl was born naturally without any complications, with an Apgar score of 9 and a weight of 3050 grams, without dystocia or any specific abnormalities. Approximately three hours after delivery, the mother experienced dizziness and fainting while trying to get out of bed. At that time, the patient's pulse was 120 bpm, and she appeared pale. The patient's blood pressure was reported as 60/90, and there was no vaginal bleeding. The uterus was palpated in its normal position above the suprapubic area. The vagina and cervix were checked again and found to be without any abnormalities or bleeding. Due to the persistence of the patient's symptoms, an emergency abdominal and pelvic ultrasound was requested, which was performed after several hours of delay. Consultation with a urologist was requested, and it was suggested to perform a cystogram and abdominal ultrasound on the patient. The abdominal ultrasound reported a large hematoma measuring 3.14 x 7.5 x 17 cm in front of the uterus and behind the bladder. The patient was transferred to the operating room and underwent general anesthesia. The abdomen was opened through a wide incision. A large hematoma measuring 17 x 18 cm was found in the area behind the bladder and in front of the uterus, extending up to the fundus of the uterus and broad ligaments. The hematoma was drained and found to be located in the lower uterine segment, without any connection to the cervix or inside the uterus.

Conclusion: Active primary and secondary intra-abdominal hemorrhage is one of the surgical emergencies after delivery. The patient should undergo surgery immediately and the bleeding should be controlled.

Key words: Vaginal Delivery, Bleeding, Laparotomy, Emergency

Corresponding author: Farideh Mogharab E-mail address: faridehmogharabgyn@gmail.com

Received: 12.10.2023 **Revised**: 29.10.2023 **Accepted**: 06.01.2023

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-02-04]

[DOI: 10.61186/jhrd.1.1.27]