اداره خونریزی وسیع در یک سزارین الکتیو با حضور پلاسنتا پرکرتا

سید علیرضا موسوی[۱]، پیمان رضاقلی[*۲]، مصطفی صادقی[۱]

۱) بیمارستان مهر حضرت عباس مشهد، مشهد، ایران

۲) گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۲۴ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۶**

چکیده

بیمار خانم ۳۴ ساله با سابقه سزارین قبلی ۳۴ هفته پلاسنتا پرویا و پرکرتا که برای ختم حاملگی به اتاق عمل آورده شد. به دلیل این که جفت پلاسنتا پرویا پرکرتا بود ابتدا از دست راست بیمار یک خط وریدی با آنژیوکت خاکستری که یک خط وریدی دیگر با آنژیوکت سبز داشت با سرم رینگر برقرار شد و از دست چپ بیمار نیز یک خط وریدی با آنژیوکت خاکستری با سرم نرمال ساین برقرار شد. بعد از به دنیا آمدن نوزاد جراح از وخیم بودن عمل و احتمال خونریزی وسیع خبر داد. سرویس اورولوژی و جراحی نیز به دلیل دست اندازی جفت به حالب ها و روده ها بر بالین بیمار حاضر شدند. دو کیسه گلبول قرمز فشرده بر بالین بیمار آماده و آهسته شروع به ترانسفوزیون شد. به صورت ناگهانی بیمار در حین دستکاری جراحی شروع به خونریزی کرد و در مدت ۱۰ دقیقه حجم خونریزی به ۳ لیتر رسید. فوراً برای مریض خون بدون کراس مچ درخواست داده شد. مرتب از ۳ تا خط وریدی مریض فرآورده های خونی تزریق می شد. در پایان عمل مریض با تنفس خود به خود و انتوبه به بخش مراقبت های ویژه فرستاده شد و ۳ ساعت بعد در ICU اکستیوب شد.

واژه های کلیدی: پلاسنتا پرکرتا، حاملگی، خونریزی

* نویسنده مسئول: گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Email:paimanrezagholy@gmail.com

Copyright © 2018 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

مقدمه

خونریزی پس از زایمان، شایع ترین علت پست پارتوم هیسترکتومی(Post-partum hysterectomy) است که یکی از علل مهم آن چسبندگی های غیر طبیعی جفت است و یکی از فاجعه آمیزترین حوادثی است که در مامایی اتفاق می افتد. چسبندگی های غیر طبیعی جفت بر حسب میزان تهاجم به ۳ دسته تقسیم می شوند: ۱)جفت اکرتا(Placenta increta) ویلی های جفت به سطح دسیدوا(آستر غشائی رحم) چسبیده است. ۲)جفت اینکرتا(Placenta increta): ویلی های جفت به داخل میومتر نفوذ کرده است. ۳)جفت پرکرتا(Placenta Percreta): ویلی های جفت به سروز رحم و احشاء مجاور آن چسبیده است(۱). تشخیص چسبندگی های غیر طبیعی جفت بر اساس دو معیار عمده بالینی و پاتولوژی می باشد. پس از زایمان جفت معمولاً به طور خود به خود جدا می شود و هر گونه سختی در جدا کردن جفت و یا نیاز به اقدامات جراحی جهت خروج جفت به عنوان یک معیار بالینی پلاسنتا اکرتا در نظر گرفته می شود. معیار دیگر بالینی خونریزی غیر قابل کنترل از محل خروج جفت پس از زایمان یا سزارین می باشد(۲). میزان شیوع چسبندگی های غیر طبیعی جفت بین ۱ در ۲۰۱۵ بارداری گزارش شده است(۲،۳) و میزان بروز آن طی ۵۱ سال اخیر ۱۱ برابر شده است و این به دلیل افزایش میزان سزارین قبلی بوده که میزان چسبندگی غیر طبیعی جفت را ۸/۷ درصد کرده است(۲). در مطالعه زلپو و همکاران(۱۹۹۳) و گلازو و همکاران(۲۰۰۸)، یک سوم تا دو سوم موارد پری پارتوم هیسترکتومی را هموراژی غیر قابل کنترل از محل لانه گزینی جفت در چسبندگی های غیر طبیعی جفت گزارش گردید(۴،۳). با افزایش لجام گسیخته تعداد زایمان های سزارین، عوارضی هم چون چسبندگی های غیرطبیعی جفت و بارداری نا به جا در محل اسکار سزارین قبلی می توانند بسیار خطرآفرین تر باشند(۵). نیاز به کاهش میزان زایمان های سزارین از سال ۱۹۷۴ مطرح شد ولی آمار سزارین در ایالات متحده آمریکا از سال ۱۹۷۰ که ۵/۵ درصد بود تا ۲۰۰۷ که ۳۱/۸ درصد شد با نوساناتی رو به افزایش بوده است(۵). خطر پارگی خود به خود هم در چسپندگی غیر طبیعی و هم در حاملگی درون اسکار سزارین گاهاً بی سر و صدا به طوری که بیمار با شوک هموراژیک بدون علایم هشدار دهنده قبلی مراجعه کند وجود دارد ۱۰-۷ درصد مرگ و میر مادر و ۹ درصد مرگ میر جنین(عمدتاً به دلیل نارسی) گزارش شده است(۶). ایمن ترین راه درمان، سزارین همراه با هیسترکتومی به صورت برنامه ریزی شده است ولی در موارد نادری که حفظ باروری ضروری است یا به دلیل چسبندگی به احشای مجاور امکان خون ریزی غیر قابل کنترل وجود دارد می توان به درمان کنسرواتیو فکر کرد(۶). ۶ درصد موربیدیتی و ۷ درصد مورتالیتی در زنان دچار پلاسنتا آکرتا(Accreta) گزارش شده که به این میزان باید عوارض پری ناتال نوزاد را هم افزود(۷). هر زنی که سابقه سزارین یا کورتاژ یا هر نوع جراحی قبلی روی رحم و پلاسنتا پرویا بالاخص قدامی داشته باشد در معرض خطر بالای پلاسنتا آکرتا است. شایع ترین علت هیسترکتومی(Hysterectomy) در حین سزارین قبلا آتونی رحم بود ولی در حال حاضر جای خود را به چسبندگی های غیرطبیعی جفت داده است(۸).

در این مطالعه، بیماری که با پلاسنتاپرویا پرکرتا (Placenta percreta) به صورت الکتیو به اتاق عمل جهت ختم حاملگی آورده شد معرفی می گردد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۴ ساله با سابقه سزارین قبلی ۳۴ هفته با پلاسنتا پرویا و پلاسنتا پرکرتا که برای ختم حاملگی به اتاق عمل آورده شد. بیمار سابقه دیابت بارداری دارد که با رژیم کنترل شده است. نتیجه آزمایش ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است:

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

جدول شماره ۱. نتیجه آزمایش های سرولوژی بیمار

Hb	۱۰/۱	BS	۱۰۶	M.C.H.C	۳۳/۳
PLT	۱۱۲۰۰۰	HCT	۳۰/۳	RBC	۳/۳۱
WBC	۸/۵	INR	۱	BUN	۸
PT	۱۱	M.C.V	۹۱/۵	Urea	۱۸
PTT	۳۰	M.C.H	۳۰/۵	Cr	۰/۷

Hb:Hemoglobin- BS: Blood suger-M.C.H.C: Mean corpuscular hemoglobin concentration-PLT: Platelet-HCT: Hematocrit-RBC: Red blood cell-WBC: White blood cell-INR: International normalization ratio-BUN: Blood urea nitrogen-PT: Prothrombin time-M.C.V: Mean corpuscular volume-PTT: Partial Thromboplastin Time-M.C.H: Mean corpuscular hemoglobin-Cr: Creatine

علایم حیاتی بیماردر زمان ورود به اتاق عمل به صورت زیر بود:

BP=122/79 mmHg, PR=85, O2Sat=%95

به دلیل این که جفت پلاسنتا پرویا پرکرتا بود ابتدا از دست راست بیمار یک خط وریدی با آنژیوکت خاکستری که یک خط وریدی دیگر با آنژیوکت سبز داشت با سرم رینگر برقرار شد و از دست چپ بیمار نیز یک خط وریدی با آنژیوکت خاکستری با سرم نرمال سالین برقرار شد. بعد از آورده شدن ۲ واحد خون کراس مچ شده در اتاق عمل، شروع به ایناکشن بیمار با ۳۰۰ میلی گرم تیوپنتال و ۱۰۰ ساکسنیل کولین کردیم. بیمار انتوبه شد و لوله شماره ۷ گذاشته شد و بعد ازفیکس کردن لوله تراشه و گذاشتن رو ونتیلاتور، به تیم جراحی اجازه شروع داده شد. بعد از به دنیا آمدن نوزاد با آپگار ۹، برای مریض ۱۰۰ مایکروگرم فنتانیل تزریق شد و برای نگهداری بیهوشی از انفوزیون پروپوفول، فنتانیل، آتراکریوم و اکسیژن استفاده کردیم و از دادن ایزوفلوران و N2O صرف نظر کردیم. بعد از به دنیا آمدن نوزاد جراح از وخیم بودن عمل و احتمال خونریزی وسیع خبر داد. سرویس اورولوژی و جراحی نیز به دلیل دست اندازی جفت به حالب ها و روده ها بر بالین بیمار حاضر شدند. دو کیسه گلبول قرمز فشرده بر بالین بیمار آماده و آهسته شروع به ترانسفوزیون شد. که به صورت ناگهانی بیمار در حین دستکاری جراحی شروع به خونریزی کرد و در مدت ۱۰ دقیقه حجم خونریزی به ۳ لیتر رسید. فوراً برای مریض خون بدون کراس مچ درخواست داده شد. مرتب از ۳ تا خط وریدی مریض فرآورده های خونی تزریق شد. یک بار در طول عمل به دلیل افت فشار BP=50/30 ۲۰ میلی گرم افدرین تزریق شد و فشار بعد از ۵ دقیق به ۱۰۱/۵۸ رسید. به طور کلی حجم خونریزی حدود ۱۲ لیتر بود و در کل ۲۵ واحد Packed cell که تنها ۴ واحد آن کراس مچ شده بود، ۱۴ واحد FFP (پلاسمای تازه منجمد)، ۱۳ واحد پلاکت، ۱۲ واحد کرایوپروسیپیتات، یک ویال فیبرینوژن، ۳ لیتر رینگر، ۱ لیتر رینگرلاکتات، ۲ لیتر نرمال ساین، ۱ لیتر سرم ۲/۳ ۱/۳، ۱ لیتر والوون و ۱ لیتر هماکسل تزریق شد. در پایان عمل مریض با تنفس خود به خود و انتوبه به بخش مراقبت های ویژه فرستاده شد و سه ساعت بعد در ICU اکستیوب شد. دو روز بعد مریض برای باز کردن شکم و خارج کردن لنگازها به اتاق عمل آورده شد و شکم با سرم فراوان شستشو داده شد و شکم مریض بسته شد. بیمار دوباره برای مراقبت بیشتر به مدت سه روز به ICU منتقل شد و بعد از مطلوب بودن حال مریض به بخش منتقل شد و بعد از سه روز از بیمارستان ترخیص شد(جدول شماره ۲).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

جدول شماره ۲. علایم حیاتی بیمار قبل از شروع عمل تا ٤ ساعت بعد از شروع عمل جراحی

زمان		دقایق بعد از عمل								
علایم حیاتی	قبل از شروع عمل	۱۵	۳۰	۴۵	۶۰	۹۰	۱۲۰	۱۵۰	۱۸۰	۲۱۰	۲۴۰
فشار خون سیستولیک	۱۲۲	۱۱۸	۱۱۶	۱۱۴	۵۰	۱۰۱	۱۰۵	۱۱۰	۱۱۱	۱۰۶	۱۱۸
فشار خون دیاستولیک	۷۹	۷۵	۷۸	۷۵	۳۰	۵۸	۶۰	۵۹	۶۲	۶۱	۶۸
ضربان قلب	۸۵	۸۸	۹۰	۹۲	۱۰۵	۹۵	۹۲	۸۸	۹۰	۹۱	۹۰
SPO2	٪۹۶	٪۹۸	٪۹۸	٪۹۹	٪۹۸	٪۹۸	٪۹۸	٪۹۷	٪۹۸	٪۹۸	٪۹۹

بحث و نتیجه گیری

در پلاسنتا پرویا پرکرتا انجام سزارین الکتیو در سن حاملگی قابل قبول(تقریباً ۳۴ هفته) توصیه می شود، بی هوشی عمومی روش انتخابی در بیماران پلاسنتا پرکرتا (Placenta percreta) است. هم چنین ملاحظاتی که هنگام بی هوشی در این بیماران باید مورد نظر قرار گیرند این است که بیمار حداقل باید دو رگ بزرگ و یک خط شریانی داشته باشد و ما در اداره بی هوشی این مریض همه نکات را رعایت کردیم(۱۰-۸). گذاشتن خط وریدی مرکزی(CV line) با توجه به میزان بالای عوارض در خانم های باردار(۱۱)، تنها در بیماران با دشواری وریدهای محیطی و با کمک اولتراسوند استفاده می شود(۱۲). لازم است INR بیشتر از ۱/۳، پلاکت بیشتر ۵۰×۱۰^{۹} و PTT بیشتر از ۳۷ نباشد(۱۳). چون حاملگی، سبب افزایش انعقادپذیری می شود(۱۴)، در حالی که فعالیت ضد انعقاد فیزیولوژیک کاهش می یابد، پس بیماران حامله در معرض کواگولوپاتی مصرفی هستند(۱۵). بنا بر این در برخورد با خونریزی شدید حوالی سزارین باید نکات زیر رعایت شود: ۱-حداقل استفاده از کریستالویید، کلویید(۱۶) ۲-بیشتر شدن نسبت FFB و پلاکت نسبت به RBC (۱۷) ۳-استفاده مناسب از کرایوپرسیپیتیت و عوامل ضد فیبرینولیتیک. سطوح بالاتر فیبرینوژن برای هموستاز کافی مورد نیاز است(۱۸). فعالیت فاکتور XIII باید بالاتر از ۶۰-۵۰ درصد نگه داشته شود(۱۹). برای افزایش فیبرینوژن به میزان ۱ گرم در لیتر FFB به میزان ۳۰ میلی لیتر بر کیلوگرم نیاز است(۲۰). حتی در زمان ترانسفوزیون نسبت FFP به RBC بالا، تجویز سریع کرایوپرسیپیتیت به مادر توصیه شده است(۲۱). ۴-فاکتور VII: مقدار ۸۱/۵ الی ۹۲ میکروگرم بر کیلوگرم سبب کاهش واضح خونریزی در ۸۵-۷۶ درصد خانم ها بدون افزایش خطر حوادث ترومبوآمبولیک شده است(۲۳-۲۲). چک PT، PTT، شمارش پلاکت و سطح فیبرینوژن باید هر ساعت بعد از شروع ترانسفوزیون سریع انجام شود(۲۴). البته PTT و PT هیچکدام عملکرد پلاکت و سطح فاکتور XIII و پایداری لخته و فعالیت فیبرینوژن را نشاند نمی دهند(۲۵). الکترولیت های پلاسما باید به صورت پایه و هر ساعت بعد از شروع ترانسفوزیون ماسیو به ویژه از نظر هیپرکالمی و هیپومنیزیومی، هیپوکلسمی و هیپرکلرمی(افزایش کلرورهای خون) چک شوند. در یک مطالعه ۵۱/۶ درصد از بیماران پلاسنتا آکرتا نیاز به ICU پیدا کردند(۲۶). به دلایل فوق نیز و گرایش زیاد به هیسترکتومی در سزارین این بیماران، بی هوشی عمومی روش انتخابی در بیماران پلاسنتا پرکرتا (Placenta percreta) است(۱۷).

سپاسگزاری

بدین وسیله از پرسنل اتاق عمل بیمارستان خصوصی مهر حضرت عباس مشهد که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

References

1.Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics, 24th ed. McgrawHill Publication. 2014; P.0231-5.

2. Baughman WC, Corteville JE, Shah RR. Placenta accreta spectrum of US and MR imaging findings. Radiographics2008; 28:1905-16.doi:10. 1148/ rg.287085060.

3. Derman AY, Nikac V, Haberman S, Zelenko N, Opsha O, Flyer M. MRI of placenta accreta: a new imaging perspective. Am J

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

Roentgenol2011;197:1514-21. doi: 10.2214/ AJR. 10.5443.

4. Timortritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207:14-29. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.007.

5.Marjani M. MD Pathologic placental adhesions an overview of some late cesarean consequences. J Obstet Gynecol2011;7:23-7.

6. Sonin A. Nonoperative treatment of placenta percreta value of MR imaging. Am J Roentgenol2001;177:1301-3. doi:10. 2214/ajr.177.6.1771301.

7. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology diagnosis, and management of placenta accreta. Obstetrics and gynecology international2012;2012:873929. doi:10. 1155/ 2012/873929.

8.Sentilhes L, Kayem G, Ambroselli C, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Fertility and pregnancy outcomes following conservative treatment for placenta accreta. Hum Reprod 2010;25:2803-10. doi:10.1093/humrep/deq239

9. Chestnut DH, Dewan DM, Redick LF, Caton D, Spielman FJ. Anesthetic management for obstetric hysterectomy a multi institutional study. Anesthesiology 1989;70:607-10.

10.Kato R, Terui K, Yokota K, Watanabe M, Uokawa R, Miyao H. Anesthetic management for cases of placenta accreta presented for cesarean section: a 7-year single-center experience. Masui. Japanese J Anesthesiol2008;57:1421-6.

11.Nuthalapaty FS, Beck MM, Mabie WC. Complications of central venous catheters during pregnancy and postpartum a case series. Am J Obstet Gynecol2009;201:311-1.doi:10.1016/j.ajog.2009.06.020.

12.Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. Current Opin Anesthesiol 2011;24:274-81. doi:10. 1097/ACO.0b013e328345d8b7.

13.Mumtaz H, Williams V, Hauerjensen M, Rowe M, Henrytillman RS, Heaton K, et al. Central venous catheter placement in patients with disorders of hemostasis. Am J Surg2000;180:503-6.

14.Waters JH, Biscotti C, Potter PS, Phillipson E. Amniotic fluid removal during cell salvage in the cesarean section patient. Anesthesiol J Am Soci Anesthesiol2000;92:1531-6.

15. Holmes V, Wallace J. Haemostasis in normal pregnancy a balancing act. Biochem Soc Trans2005; 33:428-32. doi:10. 1042/BST0330428.

16.Mittermayr M, Streif W, Haas T, Fries D, Veliksalchner C, Klingler A, et al. Effects of colloid and crystalloid solutions on endogenous activation of fibrinolysis and resistance of polymerized fibrin to recombinant tissue plasminogen activator added ex vivo. British J Anaesthe 2007;100:307-14. doi:10.1093/bja/aem363.

17.Sihler KC, Napolitano LM. Complications of massive transfusion. Chest2010;137:209-20. doi:10.1378/ chest.09- 0252.

18.Charbit B, Mandelbrot L, Samain E, Baron G, Haddaoui B, Keita H, et al. The decrease of fibrinogen is an early predictor of the severity of postpartum hemorrhage. J Thromb Haem 2007;5:266-73. doi:10. 1111/j.1538-7836.2007.02297.x.

19.Wettstein P, Haeberli A, Stutz M, Rohner M, Corbetta C, Gabi K, et al. Decreased factor XIII availability for thrombin and early loss of clot firmness in patients with unexplained intraoperative bleeding. Anesth Analg 2004 1;99:1564-9. doi:10.1097/ALN.0b013e318194b21e.

20.Chowdhury P, Saayman AG, Paulus U, Findlay GP, Collins PW. Efficacy of standard dose and 30 ml/kg fresh frozen plasma in correcting laboratory parameters of haemostasis in critically ill patients. British J Haematol2004;125:69-73. doi: 10.1111/j.1365-2141.2004.04868.x.

21.Solomon C, Pichlmaier U, Schoechl H, Hagl C, Raymondos K, Scheinichen D, et al. Recovery of fibrinogen after administration of fibrinogen concentrate to patients with severe bleeding after cardiopulmonary bypass surgery. British J Anaesth2010 26;104:555-62. doi:10.1093/ bja/aeq058.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

22.Franchini M, Franchi M, Bergamini V, Montagnana M, Salvagno GL, Targher G, et al. The use of recombinant activated FVII in postpartum hemorrhage. Clin Obstet Gynecol2010;53:219-27.

23.Phillips LE, Mclintock C, Pollock W, Gatt S, Popham P, Jankelowitz G, et al. Recombinant activated factor VII in obstetric hemorrhage experiences from the Australian and New Zealand Haemostasis Reg Anesth Analg2009;109: 1908-15. doi:10.1213/ANE.0b013e3181c039e6.

24.Rugeri L, Levrat A, David JS, Delecroix E, Floccard B, Gros A, et al. Diagnosis of early coagulation abnormalities in trauma patients by rotation thrombelastography. J Thromb Haem 2007;5:289-95. doi:10.1111/ j.1538-7836.2007.02319.x.

25.Schochl H, Nienaber U, Hofer G, Voelckel W, Jambor C, Scharbert G, Kozek-Langenecker S, Solomon C. Goal directed coagulation management of major trauma patients using thromboelastometry guided administration of fibrinogen concentrate and prothrombin complex concentrate. Crit Care2010;14:55-60. doi:10.2450/2012.0171-12 .

26.Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. Clin Perinatol2008;35519-29. doi:10. 1016/j.clp. 2008.07.003.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]

Management of Massive Hemorrhage in Placenta Percreta: A CASE Report

Mousavi A[1], Rezagholy P[2], Sadeghi M[1]*

(Received: June 14, 2017 Accepted: September 17, 2017)

Abstract

The case in this study was a 34-year-old woman with a history of cesarean delivery. She was subjected to the surgery for the pregnancy determination at her 34 weeks of gestation with placenta percreta. Due to placenta percreta, there were two peripheral venous catheters inserted into the intravenous lines patient's right hand; a green one and a gray one linked to Ringer's solution. Moreover, a gray catheter was inserted into the intravenous line in left hand to administer normal saline. After the delivery, the surgeon reported the severity of the operation and the possibility of massive hemorrhage. The urology and surgical modalities were immediately available due to incomplete placental separation from the uterine wall. Afterwards, two units of packed red blood cells were transfused slowly. Suddenly, there was massive bleeding for about 10 min with the estimated blood loss of 3 L. The blood bank was immediately asked for the blood with no cross-matching. Blood products were repeatedly injected through the three intravenous lines. At the end of the operation, the patient was sent to the intensive care unit with spontaneous breath and intubation; therefore, 3 h later, the patient was extubed.

Keywords: Placenta percreta, Pregnancy, Hemorrhage

1. Mehr Hazrat Abbas Hospital, Mashhad, Mashhad, Iran
2. Dept of Operating Room , Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
** Correspondin author Email: paimanrezagholy@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.26.5.89]