

بررسی مقایسه‌ای اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان

سیده فاطمه واثق رحیم‌پور* (کارشناس ارشد مامایی) - اعظم بحیرایی** (کارشناس ارشد مامایی) - دکتر محمود محمودی*** (استاد) - لیلی صالحی**** (دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مامایی)

** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه حیات

سال دهم شماره ۲۳ زمستان ۱۳۸۳ صص ۷۶-۶۷

تاریخ دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۳

تاریخ پذیرش مقاله: مهر ماه ۱۳۸۳

چکیده

مقدمه: زایمان جفت و پرده‌ها (مرحله سوم زایمان) یکی از مهم‌ترین مراحل زایمان است که می‌تواند باعث خونریزی پس از زایمان و به دنبال آن افزایش میزان مرگ و میر مادران گردد. وجود اختلاف نظر در مورد استفاده معمول از داروهای اوکسی توسیک در مرحله سوم زایمان برای خانم‌های کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان و نیز عوارض این داروها و با توجه به هدف هدایت زایمانی مبنی بر انجام زایمان به روش فیزیولوژیک که مادر و نوزاد کمترین صدمه را ببینند لزوم انجام این پژوهش را ایجاب می‌نماید.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی کنترل شده و با تعیین و مقایسه طول مدت و عوارض مرحله سوم زایمان در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان انجام شده است. نمونه‌های پژوهش دو گروه ۴۷ نفری بود. در گروه اداره فعال ۱۰ واحد آمپول سنتوسینون در ۵۰۰ میلی‌لیتر محلول قندی ۵٪ پس از زایمان جنین تزریق و بند ناف پس از قطع کامل نبض آن کلامپ و قطع شد. جفت با استفاده از مانور براندت اندروز خارج گردید. در گروه اداره فیزیولوژیک پس از خروج نوزاد، یک میلی‌لیتر دارونما در محلول ریخته شد، پس از کلامپ بند ناف و قطع آن جفت با اعمال کشش ملایم روی بند ناف همراه با تلاش و زور صادر خارج گردید.

یافته‌ها: دو گروه از نظر تمام مشخصات فردی و عوامل مؤثر بر میزان خونریزی پس از زایمان و احتباس جفت همگن بودند. میزان ابتلا به خونریزی پس از زایمان در گروه اداره فیزیولوژیک (۱۴/۵۸ درصد) بیشتر از اداره فعال (۱۰/۶۴ درصد) بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/2945$). میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اداره فیزیولوژیک (۱۳ دقیقه) طولانی‌تر از اداره فعال (۹ دقیقه) بود که این اختلاف نیز معنادار نبود. هم‌چنین بین احتباس جفت ($p=0/5$) و باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها ($p=0/428$) نیز در دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش لزومی به استفاده معمول از داروی سنتوسینون در اداره مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان نمی‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مرحله سوم زایمان، اداره فعال، اداره فیزیولوژیک

* نویسنده مسؤول مقاله: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن و نمابر: ۶۶۹۳۳۶۰۰

E-mail: vaseghrh@sina.tums.ac.ir

مقدمه

زایمان روندی است که در طی آن جنین، جفت و پرده‌ها از مسیر زایمانی خارج می‌گردند (۱). وضع حمل موفقیت‌آمیز فقط منحصر به زایمان جنین نبوده بلکه خروج جفت و پرده‌های جنینی را نیز در برمی‌گیرد. احتباس جفت و پرده‌ها اغلب یکی از مشکلات عمده مامایی به شمار می‌آید زیرا در برخی موارد به علت خونریزی، شوک و عفونت که از عوارض احتباس جفت و پرده‌های جنینی هستند، مرگ مادر اتفاق می‌افتد (۲). عوارض مرحله سوم زایمان شامل خونریزی پس از زایمان، برگشت رحم و شوک می‌باشد. خونریزی پس از زایمان به خونریزی اطلاق می‌شود که از زمان خروج جنین تا ۶ هفته پس از زایمان ادامه دارد. اگر خونریزی در طی مرحله سوم زایمان تا ۲۴ ساعت پس از زایمان رخ دهد اصطلاحاً خونریزی اولیه پس از زایمان نامیده می‌شود و اگر خونریزی پس از ۲۴ ساعت اول اتفاق بیفتد، خونریزی ثانویه پس از زایمان نامیده می‌شود (۱). زایمان جفت و پرده‌ها (مرحله سوم زایمان) یکی از خطرناک‌ترین مراحل زایمان است که می‌تواند باعث خونریزی پس از زایمان و به دنبال آن افزایش میزان مرگ و میر مادران گردد (۳). این مرحله از زایمان می‌تواند به دو صورت فعال و فیزیولوژیک اداره شود. اداره فعال شامل تجویز معمول و پیشگیرانه^۱ از داروهای منقبض‌کننده عضله رحم (از قبیل سنتوسینون یا اکسی‌توسین^۲)، کلامپ سریع بند ناف و قطع آن و کشش کنترل شده بند ناف است. در اداره فیزیولوژیک که بعضی اوقات اداره نگهدارنده یا انتظاری نامیده می‌شود از داروهای منقبض‌کننده استفاده نمی‌گردد و بند ناف تا قطع

کامل نبض آن قطع نمی‌شود و جفت به وسیله تلاش و زور زدن مادر خارج می‌شود (۴). در مقایسه با درمان فیزیولوژیک، درمان فعال مرحله سوم زایمان باعث کاهش خطر خونریزی پس از زایمان و نیاز کمتر به استفاده از داروهای منقبض‌کننده و نیز باعث افزایش خطر عوارض جانبی نامطلوب دارو مانند تهوع، استفراغ و کاهش فشارخون می‌گردد (۵). همچنین در گروه اداره شده به روش فعال، افزایش میزان احتباس جفت نیز نشان داده شده است (۴). در حالی که در مورد اثر داروی سنتوسینون در درمان خونریزی پس از زایمان شکی نیست ولی این که استفاده پیشگیرانه و معمول از این دارو می‌تواند سبب کاهش خطر خونریزی پس از زایمان در زنان کم خطر شود، مورد قبول همه نیست. برای مثال نوردستروم می‌نویسد که: از مجموع پرسشنامه‌هایی که برای ۵۵ بخش زایمان در سوئد در مورد چگونگی اداره مرحله سوم فرستاده شد، ۳۴ بخش زایمان از اداره فعال به طور معمول استفاده نمی‌کردند. همچنین در تحقیقی نشان داده شد که اداره فعال ممکن است باعث کاهش طول مرحله سوم زایمان گردد ولی باعث کاهش خون از دست رفته در مقایسه با اداره فیزیولوژیک در زنان کم خطر نمی‌گردد (۶).

مؤثر بودن اداره فعال مرحله سوم زایمان در زنانی که کمتر در معرض خطر خونریزی پس از زایمان هستند مورد قبول همه نیست. فواید استفاده از داروهای منقبض‌کننده عضله رحم برای پیشگیری از خطر خونریزی در خانم‌های کم خطر باید در مقابل مضرات نادر ولی جدی که گاهی پیش می‌آید سنجیده شود. وجود نتایج ضد و نقیض در مورد مطالعات مربوط به استفاده

1 - prophylactic

2 - Syntocinone or Oxytocine

3 - Nordstrom

آمده، تعداد نمونه ۹۴ نفر (۴۷ نفر در هر گروه) با حدود اطمینان ۹۵ درصد و خطای کمتر از ۵ درصد تعیین گردید.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی بوده است. زنانی که شرایط پذیرش را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه اداره فعال (۴۷ نفر) و اداره فیزیولوژیک (۴۷ نفر) قرار گرفتند. بدین منظور پژوهشگر با مراجعه به مرکز زایمانی، هر خانم بارداری که به این مرکز مراجعه و دارای مشخصات واحدهای پژوهش بود را انتخاب نموده و به اولین نفر مراجعه‌کننده عدد فردی تعلق گرفته و به عنوان شاهد ۱۰ واحد سنتوسینون در ۵۰۰CC محلول قندی ۵ درصد به صورت داخل وریدی تزریق شده و به دومین فرد مراجعه‌کننده عددی زوج تعلق گرفته و به عنوان مورد دارونما داده و در گروه فیزیولوژیک قرار داده شد و به همین ترتیب افراد با شماره‌های فرد در گروه اداره فعال و افراد با شماره‌های زوج در گروه اداره فیزیولوژیک قرار داده شدند و نمونه‌گیری تا کامل شدن نمونه‌ها ادامه یافت.

در این پژوهش واحدهای پژوهش از خصوصیات و شرایط تعیین شده ذیل برخوردار بوده‌اند: تعداد حاملگی ۵ یا کمتر، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک قلو، عضو نمایش سر، جنین زنده، میزان هموگلوبین ۱۰ گرم بر دسی‌لیتر یا بیشتر، عدم وجود خونریزی قبل از تولد و پس از هفته ۲۰ در حاملگی فعلی، عدم وجود سابقه خونریزی پس از زایمان، عدم وجود ممنوعیت استفاده از داروی سنتوسینون در گروه اداره فعال، سن هنگام بارداری شدن ۳۵ سال یا کمتر، عدم وجود سابقه سزارین، عدم وجود فشار خون سیستولی کمتر از ۱۴۰ و فشار خون دیاستولی کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه، عدم وجود دیابت، بیماری‌های قلبی، کبدی و مشکلات انعقادی

معمول از این داروها برای خانم‌های کم‌خطر از نظر خونریزی پس از زایمان و متفاوت بودن روش‌های اداره مرحله سوم زایمان در زایشگاه‌های مختلف بر طبق مشاهدات پژوهشگران و با توجه به هدف هدایت زایمان مبنی بر انجام زایمان طبیعی که مادر و نوزاد کمترین صدمه را ببینند و نیز توجه به عوارض داروی اکسی‌توسین همگی باعث گردید که پژوهشگران لزوم انجام چنین پژوهشی را احساس کنند تا مرحله سوم زایمان و عوارض این مرحله را در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان مقایسه نمایند.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی کنترل شده تصادفی است که در سال ۱۳۷۸ در بیمارستان خاتم الانبیاء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد. در این مطالعه پژوهشگران به بررسی مقایسه‌ای اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان پرداخته‌اند و دو گروه را از نظر میزان ابتلا به خونریزی پس از زایمان، طول مرحله سوم زایمان، میزان احتباس جفت و یا باقیمانده تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها مقایسه نموده‌اند. جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر دو گروه از نظر سایر عوامل مؤثر بر میزان خونریزی پس از زایمان، طول مدت مرحله سوم، باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها بررسی و از نظر همگن بودن مقایسه شده‌اند.

برای تعیین تعداد نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات تجربی استفاده گردید. مقادیر جایگزین شده در فرمول بر اساس آمارهای موجود در مقالات و منابع به دست

شناخته شده، عدم وجود عارضه زایمانی (از قبیل هیدروآمنیوس^۱، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و ...) و عدم استفاده از تشدید یا تحریک زایمانی.

در این مطالعه ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه، برگه ثبت اطلاعات، پرونده بیمار، ترازوی بالغین، دستگاه فشارسنج از نوع عقربه‌ای ساخت ژاپن، ساعت، وزنه‌ی نوزاد تانیتا^۲ ساخت ژاپن مدل ۱۵۸۳ و وسایل آزمایشگاهی جهت اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت و سانتی‌متر جهت اندازه‌گیری قد بیمار بود. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه، مشاهده و اندازه‌گیری فیزیولوژیک بود. برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده گردید.

چون در این پژوهش در مورد تمام نمونه‌ها پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات توسط شخص پژوهشگر تکمیل گردیده، بنابراین نیاز به بررسی پایایی در این مورد نبوده است. کلیه نوزادان با وزنه نوزاد و تمامی مادران با ترازوی بالغین موجود در اتاق زایمان وزن گردیدند و فشار خون کلیه مادران با یک فشارسنج گرفته شد. طول مرحله دوم و سوم زایمان توسط یک ساعت اندازه‌گیری شده است و جهت اعتبار علمی آنها ابتدا درستی آنها توسط تکنسین ابزار پزشکی کنترل شده بود. قد تمام زائوها هم با استفاده از سانتی‌متری که در اتاق زایمان نصب گردیده بود سنجیده شد. همه آزمایشات در یک آزمایشگاه و توسط یک نفر اندازه‌گیری شد که صحت دستگاه‌ها توسط مسئول آزمایشگاه تأیید گردیده بود.

یکی از پژوهشگران به مدت ۶ ماه با حضور در مرکز زایمان بیمارستان خاتم‌الانبیاء دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، ابتدا در اتاق پذیرش، هر خانمی که با درد زایمان مراجعه می‌کرد و دارای

مشخصات واحدهای پژوهش بود انتخاب می‌کرد. وزن و قد زائو اندازه‌گیری و یک نمونه از خون وی جهت اندازه‌گیری هموگلوبین و هماتوکریت گرفته می‌شد. سپس تعدادی سؤالات پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات تکمیل می‌گردید و خانم باردار را تا هنگام زایمان تحت نظر می‌گرفت. وزن نوزاد به صورت بالینی با معاینه شکم مادر تخمین زده می‌شد و در صورتی که بیش از حد معمول به نظر می‌آمد نمونه حذف می‌گردید. زایمان نمونه‌ها توسط پژوهشگران انجام می‌شد. در صورتی که نمونه‌ای دچار احتباس جفت و یا باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها پس از زایمان می‌گردید تمام این موارد یادداشت و جزء عوارض مرحله سوم زایمان محسوب می‌شد. تشخیص خونریزی زیاد حد فاصل خروج جفت و جنین به وسیله تخمین چشمی و بالینی صورت می‌گرفت. طول مرحله سوم زایمان به وسیله ثبت ساعت خروج نوزاد و ساعت خروج جفت و تفاضل این دو از هم محاسبه می‌گردید. در گروه اداره فعال، بلافاصله پس از زایمان نوزاد، ۱۰ واحد داروی سنتوسینون در ۵۰۰ میلی‌لیتر محلول قندی ۵ درصد به صورت داخل وریدی تزریق می‌شد و بند ناف بلافاصله پس از تولد نوزاد کلامپ و قطع می‌شد و جفت با استفاده از روش براندت اندروز^۳ تعدیل شده خارج می‌گردید. در گروه اداره فیزیولوژیک به جای اکسی‌توسین ۱ میلی‌لیتر آب مقطر در محلول قندی ۵ درصد ریخته می‌شد و بند ناف تا قطع کامل نبض آن کلامپ و قطع نمی‌گردید. پس از اطمینان از جدا شدن جفت، با کشش ملایم بند ناف همراه با سعی و تلاش مادر و بدون انجام مانور براندت اندروز جفت خارج می‌گردید. وضعیت مادر در تمامی زایمان‌ها به صورت خوابیده به پشت بود. جهت اندازه‌گیری زمان در تمام زایمان‌ها تنها از

1 - Hydroamnios

2 - Tanita

3 - Brandt – Andrews Method

یک‌ساعت کمک گرفته شد. وزن نوزادان توسط وزنه موجود در اتاق زایمان سنجیده شد. پس از زایمان هم تعدادی از سؤالات پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات تکمیل گردید. سپس زائو با تأکید بر یادداشت نمودن تعداد دفعات شیردهی و برگشت به مرکز در صورت بروز پس درد یا خونریزی و بازگشت مجدد و حتمی پس از ۲۴ ساعت به مرکز بدون دادن نسخه یا دارویی، ۲ ساعت پس از زایمان مرخص می‌شد. پس از ۲۴ ساعت با مراجعه مجدد زائو، از وی نمونه خون گرفته می‌شد و به تعدادی از سؤالات پرسشنامه و برگه مشاهده جواب داده می‌شد. در صورتی که نمونه‌ای پس از ۲۴ ساعت مراجعه نمی‌کرد از مطالعه حذف می‌شد. ۱۰ نفر بدین طریق از مطالعه حذف شدند. نمونه‌گیری تا کامل شدن نمونه‌ها، ادامه یافت. تعدادی از نمونه‌ها که در طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان دچار عارضه خونریزی پس از زایمان می‌شدند دوباره به مرکز مراجعه می‌کردند و اقدامات درمانی در مورد آنها انجام می‌گرفت. در این مطالعه از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی) و همچنین از آزمون‌های t ، مجذور کای و فیشر استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS به کار برده شد.

در کلیه مراحل نمونه‌گیری مسایل اخلاقی رعایت گردید. به طوری که هدف و ماهیت پژوهش برای کلیه واحدهای پژوهش تشریح شد و به آنها توضیح داده شد که در رد یا قبول شرکت در این پژوهش آزاد هستند. در هر شرایطی سلامتی زائو در درجه اول اهمیت قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. پژوهشگران جهت دستیابی به نتایج

دقیق‌تر، مشخصه‌های فردی و مامایی، عوامل مؤثر بر خونریزی پس از زایمان و طول مرحله سوم زایمان و احتباس جفت و پرده‌ها را که می‌تواند در نتیجه پژوهش مؤثر واقع شود را در دو گروه مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. این عوامل در جداول شماره ۱ و ۲ مشخص گردیده به طوری که در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی و در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفی در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. طبق جداول فوق، آزمون‌های آماری اختلاف آماری معناداری بین دو گروه از نظر کلیه متغیرهای کمی و کیفی نشان نداده یعنی دو گروه همگن بوده‌اند.

در جدول شماره ۳ طول مرحله سوم زایمان در دو گروه در نظر گرفته شده است. نتایج حاصل نشان داد که میانگین طول مرحله سوم زایمان در اداره فعال ۹ دقیقه و در اداره فیزیولوژیک ۱۳ دقیقه بوده است. در واقع طول مرحله سوم زایمان در اداره فعال کوتاه‌تر از اداره فیزیولوژیک بوده ولی این اختلاف از نظر آماری معنادار نبوده است.

جدول شماره ۴ عوارض مرحله سوم زایمان را در اداره فعال و فیزیولوژیک آن نشان می‌دهد. آزمون‌های آماری اختلاف معناداری را از نظر احتباس جفت، باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها پس از خروج جفت و میزان ابتلا به خونریزی زودرس پس از زایمان بین دو گروه نشان ندادند.

جدول شماره ۵ میزان هموگلوبین و هماتوکریت قبل و ۲۴ ساعت بعد از زایمان و تغییرات آنها را در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک نشان می‌دهد. میزان هموگلوبین و هماتوکریت قبل و پس از زایمان در هر دو گروه اختلاف داشت اما آزمون آماری t اختلاف معناداری بین میانگین تغییرات

هموگلوبین و هماتوکریت قبل و پس از زایمان بین دو گروه نشان نداد.

در مورد عوارض داروی سنتوسینون یافته‌های پژوهش نشان داد که شایع‌ترین عارضه در گروه اداره فعال پس درد شدید (دردهای رحمی پس از زایمان که نیاز به داروی مسکن تزریقی داشت) (۳۸/۳ درصد) و سپس پس درد ضعیف (دردهای رحمی پس از زایمان که نیاز به داروی مسکن خوراکی داشت)

(۱۹/۱ درصد) می‌باشد و نیز در گروه اداره فیزیولوژیک شایع‌ترین عارضه پس درد ضعیف و شدید (۲۹/۷۹ درصد) می‌باشد. میزان تهوع و استفراغ در گروه اداره فعال ۴/۳ درصد و در گروه اداره فیزیولوژیک میزان تهوع ۴/۳ درصد و میزان استفراغ ۲/۱۳ درصد بود. آزمون‌های آماری مجذور کای و فیشر اختلاف معناداری بین عوارض دارو در دو گروه نشان ندادند.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک در سال ۱۳۷۸

نتیجه آزمون	اداره فیزیولوژیک	اداره فعال	گروه	
			متغیر کمی	
$t=۱/۳۹$	$۲۳/۵ \pm ۴/۴۲$	$۲۴/۹۴ \pm ۵/۲۱$	سن مادر (سال)	
$t=۰/۱۶۵$	$۲۸/۷۷ \pm ۱/۳۳$	$۲۸/۷۲ \pm ۱/۱۵$	سن حاملگی (هفته)	
$t=۰/۹۶۷۶$	$۳/۰۶ \pm ۱/۲۹$	$۲/۷۹ \pm ۱/۴۷$	تعداد حاملگی	
$t=۱/۱۴۹$	$۳۱۳۰/۸۵ \pm ۳۶۲/۴۴$	$۳۲۳۰/۸۵ \pm ۴۷۳/۹۵$	وزن نوزاد متولد شده (گرم)	
$t=۱/۲۵$	$۲۲/۸۸ \pm ۲/۹۴$	$۲۴/۹۱ \pm ۴/۰۳۲$	شاخص توده بدنی	
$t=۱/۹۴۴$	$۱۱/۶۶ \pm ۱/۰۲$	$۱۲/۰۵ \pm ۰/۹۲$	میزان هموگلوبین قبل از زایمان	
$t=۰/۷۱۲$	$۳۵/۵۳ \pm ۳/۱۰$	$۳۶/۶۰ \pm ۲/۹۳$	میزان هماتوکریت قبل از زایمان	
$t=۰/۵۹۳۹$	$۸/۸۹ \pm ۳/۹۵$	$۹/۴۴ \pm ۳/۸۲$	طول مرحله اول زایمان (ساعت)	
$t=۰/۹۶۳۷$	$۱۸/۵۸ \pm ۲/۵۷$	$۲۳/۶۲ \pm ۲۲/۵$	طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)	
$t=۰/۲۷۲۵$	$۵/۰۹ \pm ۱/۷$	$۵/۲۱ \pm ۲/۴۳$	تعداد دفعات شیردهی	

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی متغیرهای کیفی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک در سال ۱۳۷۸

نتیجه آزمون	اداره فیزیولوژیک		اداره فعال		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر کیفی	
$p=۰/۲۶۸۲$ $df=۱$	۱۰/۶	۵	۱۴/۹	۷	انجام شده	اپی‌زیاتومی
	۸۹/۴	۴۲	۸۵/۱	۴۰	انجام نشده	
$p=۰/۵$ $p=۰/۷۵$	۰	۰	۵۰	۱	درجه ۱	نوع پارگی
	۱۰۰	۱	۵۰	۱	درجه ۲	
	۰	۰	۰	۰	درجه ۳	
	۰	۰	۰	۰	اطراف مجرا	
$\chi^2=۰/۲۰۲۰$ $df=۱$	۴۶/۸	۲۲	۳۸/۳	۱۸	دختر	جنس نوزاد
	۵۳/۲	۲۵	۶۱/۷	۲۹	پسر	
$p=۰/۲۰۵۰$ $df=۱$	۹۱/۵	۴۳	۱۰۰	۴۷	دارد	شیردهی از پستان
	۸/۵	۴	۰	۰	ندارد	
$p=۰/۲۹۴۵$ $df=۱$	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۱	داشتند	خونریزی زیاد مرحله سوم زایمان
	۹۷/۸۷	۴۶	۹۷/۸۷	۴۶	نداشتند	

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک بر حسب طول مرحله سوم زایمان در سال ۱۳۷۸

اداره فیزیولوژیک		اداره فعال		گروه	طول مرحله سوم زایمان (دقیقه)
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۲/۷۷	۶	۵۳/۱۹	۲۵		۱-۵/۵۹
۲۹/۷۹	۱۴	۲۱/۲۸	۱۰		۶-۹/۵۹
۲۵/۵۳	۱۲	۱۰/۶۴	۵		۱۰-۱۴/۵۹
۱۴/۸۹	۷	۶/۳۸	۳		۱۵-۱۹/۵۹
۱۲/۷۷	۶	۲/۱۳	۱		۲۰-۲۴/۵۹
-	-	-	-		۲۵-۲۹/۵۹
۴/۲۵	۲	۶/۳۸	۳		≥۳۰
۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۴۷		جمع
۱۳		۹			میانگین
۷/۳		۸/۹			انحراف معیار

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک بر حسب عوارض مرحله سوم زایمان در سال ۱۳۷۸

نتیجه آزمون	اداره فیزیولوژیک						اداره فعال						گروه وضعیت فراوانی عوارض
	جمع		خیر		بلی		جمع		خیر		بلی		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=۰/۵$	۱۰۰	۴۷	۹۵/۷۴	۴۵	۴/۲۶	۲	۱۰۰	۴۷	۹۳/۶۲	۴۴	۶/۳۸	۳	احتباس جفت
$p=۰/۲۴۲۸$	۱۰۰	۴۷	۹۳/۶۳	۴۴	۶/۳۸	۳	۱۰۰	۴۷	۸۷/۲	۴۱	۱۲/۸	۶	باقیمانده تکه‌هایی از جفت و یا پرده‌ها
$p=۰/۲۹۴۵$	۱۰۰	۴۷	۸۵/۴۲	۴۱	۱۴/۵۸	۷	۱۰۰	۴۷	۸۹/۳۶	۴۲	۱۰/۶۴	۵	میزان ابتلا به خونریزی زودرس پس از زایمان

جدول شماره ۵- توزیع میانگین و انحراف معیار هموگلوبین و هماتوکریت قبل از زایمان و ۲۴ ساعت بعد از آن و تغییرات این دو مقدار در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک در سال ۱۳۷۸

اداره فیزیولوژیک						اداره فعال						گروه زمان شاخص نوع آزمایش
تغییرات		پس از زایمان		قبل از زایمان		تغییرات		پس از زایمان		قبل از زایمان		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱/۶۶	۱/۳۱	۱/۳۳	۱۰/۳۵	۱/۰۲	۱۱/۶۶	۱/۳۷	۱/۷۰	۱/۷۷	۱۰/۲۱	۰/۹۲	۱۲/۰۵	هموگلوبین (gr/dl)
۳/۵۷	۳/۹۵	۳/۷۷	۳۱/۵۹	۳/۱۰	۳۵/۵۳	۳/۷۱	۴/۸۲	۴/۰۶	۳۱/۷۷	۲/۹۳	۳۶/۶۰	هماتوکریت (%)

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک از نظر طول مرحله سوم زایمان اختلاف آماری وجود نداشت گرچه این زمان در اداره فعال کوتاه‌تر از اداره فیزیولوژیک بود ولی با توجه به تعداد کم نمونه‌ها کاملاً منطقی است که از نظر آماری اختلاف معنادار نباشد (۹ دقیقه در مقابل ۱۳ دقیقه). در تحقیقی که توسط نوردستروم بر روی ۱۰۰۰ نفر در خصوص مقایسه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان انجام شد. طول مرحله سوم زایمان در دو گروه یکسان گزارش گردید (۱۵ دقیقه در اداره فیزیولوژیک و ۱۴ دقیقه در اداره فعال). در این پژوهش خروج جفت در هر دو اداره یکسان و با زور زدن مادر صورت گرفت (۶). به نظر می‌رسد علت تفاوت بیشتر بین طول مرحله سوم زایمان در اداره فعال و فیزیولوژیک پژوهش حاضر نسبت به مطالعه نوردستروم، روش انجام زایمان جفت است نه اثر دارو. به طوری که در مطالعه نوردستروم ملاحظه گردید، به رغم کاربرد دارو در یک گروه و عدم استفاده از آن در گروه دیگر، طول مرحله سوم زایمان در دو گروه تقریباً یکسان بود چون روش خروج جفت در هر دو گروه یکسان و تنها با زور زدن مادر صورت گرفت. در حالی که در مطالعه حاضر در گروه اداره فیزیولوژیک جفت با زور مادر و در گروه اداره فعال جفت با روش برانت‌اندروز خارج گردید.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین عوارض مرحله سوم زایمان در دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ولی

میزان ابتلا به خونریزی پس از زایمان اولیه در اداره فیزیولوژیک بیشتر از اداره فعال و میزان احتباس جفت و باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها در اداره فعال بیشتر از اداره فیزیولوژیک بود.

سوئیت میزان خون از دست رفته را در اداره فعال ۵/۹ درصد و در اداره فیزیولوژیک ۱۷/۹ درصد گزارش نمود (۸). پرنویل و همکاران نیز گزارش کردند که شیوع خونریزی پس از زایمان در اداره فعال (۷درصد) کمتر از اداره فیزیولوژیک (۱۷درصد) بوده است و استفاده معمول از اکسی‌توسین، باعث کاهش خطر خونریزی پس از زایمان از ۱۰درصد به ۶درصد می‌گردد (۹). در پژوهش نوردستروم مشخص گردید که اداره فعال باعث کاهش میزان خونریزی پس از زایمان می‌گردد ولی موارد احتباس جفت در اداره فعال بیش از اداره فیزیولوژیک است، اگرچه این اختلافات از نظر آماری معنادار نبود. لازم به ذکر است که میزان خونریزی پس از زایمان در این پژوهش به وسیله ظرف مدرج اندازه‌گیری می‌گردید (۶). یافته‌های مطالعه نوردستروم مشابه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. تیلگانانان و همکاران معتقدند که استفاده از داروی اکسی‌توسین میزان خون از دست رفته را در زنان کم خطر کاهش نمی‌دهد. در این پژوهش میزان خونریزی پس از زایمان به روش تخمینی سنجش هموگلوبین ارزیابی

1 - Sweet

2 - Prendvill

3 - Thilaganathan

زمینه مقایسه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان توصیه می‌کنند. با توجه به نتایج این پژوهش لزومی به استفاده پیش‌گیرانه و معمول از داروی سنتوسینون در اداره مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان نمی‌باشد.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و پرسنل محترم مرکز زایمان بیمارستان خانم الانبیاء دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و مادران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی می‌گردد.

گردید (۷). سسیلی و همکاران می‌نویسند: نیازی به اداره فعال مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر وجود ندارد. آنها در تحقیقی که بر روی ۴۲۹ زن کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان انجام دادند گزارش کردند اگرچه میزان خون از دست رفته در اداره فیزیولوژیک بیشتر از اداره فعال بود ولی این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. آنها در پژوهش خود نتیجه گرفتند که خونریزی پس از زایمان اولیه بیش از هر چیز به مهارت و تجربه عامل زایمان در رابطه با اداره مرحله سوم زایمان بستگی دارد (۱۰).

اگر چه اداره فعال باعث کاهش میزان خونریزی پس از زایمان می‌گردد ولی میزان احتباس جفت در اداره فعال بیشتر از اداره فیزیولوژیک است (۱۱) و استفاده از داروهای منقبض‌کننده عضله رحم در اداره مرحله سوم زایمان کاری بی‌فایده است (۱۲). در اکثر موارد در مورد زنان کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان، می‌توان مرحله سوم زایمان را بدون استفاده از این داروها به نحوی اداره کرد که میزان خونریزی پس از زایمان در حد طبیعی باشد (۲).

به نظر می‌رسد علت اختلاف بین نتایج تحقیقات ذکر شده، تفاوت در نحوه انجام کار، زمان تجویز دارو، نحوه زایمان و روش سنجش خونریزی پس از زایمان بوده است. پژوهشگران با توجه به مطالعاتی که در این زمینه انجام داده و با توجه به نتایج ضد و نقیض گزارش شده در این رابطه، انجام پژوهش‌های بیشتری را در

منابع

- 1 - Bennet VR, Brown LK. Myle's textbook for midwives. India: Harcourt publishers; 1999.
- 2 - Cunningham F, Gant NF, Leveno KJ. William's obstetrics. 21st ed, New York: Mc Graw-Hill; 2001.
- 3 - Scott JR, Disaia PJ. Danforth's obstetric & Gynecology. Philadelphia: Lippincott. W & W Co; 1999.
- 4 - Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingbrooke randomised controlled trial. Lancet. 1998 Mar 7; 351(9104): 693-9.
- 5 - Decherney AH, Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th ed. New York: Mc Graw Hill Co; 2003.
- 6 - Nordstrom L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. Br J Obstet Gynaecol. 1997 Jul; 104(7): 781-6.
- 7 - Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, Beard R. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1993 Jan; 48(1): 19-22.
- 8 - Sweet BR. May's Midwifery: A textbook for midwives. London: Bailliere Tindal; 2001.
- 9 - Prendiville WJ. The prevention of post partum haemorrhage: optimising routine management of the third stage of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 Oct; 69(1): 19-24.
- 10 - Cecily M. Postpartum haemorrhage, who is at risk? Midwives chronicle, 1999; 102-6.
- 11 - Begley CM. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. Midwifery. 1990 Mar; 6(1): 3-17.
- 12 - Candussi G, Carlomagno G, Bouche C, Luksa V. [Administration of uterotonic drugs at the end of the expulsion stage. Comparison of the use of oxytocin and ergometrine maleate] Minerva Ginecol. 1989 Nov; 41(11): 535-40.