

بررسی مقایسه ای تأثیر تخلیه خون جفت از بندناف و تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر طول مرحله سوم زایمان

سیما نظریور^ک M.Sc

چکیده

هدف: بررسی و مقایسه تأثیر تخلیه خون جفت از بندناف و تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر طول مرحله سوم زایمان. **مواد و روشها:** در این پژوهش که یک مطالعه نیمه تجربی است، جمعاً ۱۸۰ زن که زایمان طبیعی داشتند بطور تصادفی در سه گروه (۶۰ نفری) شاهد، تخلیه و اکسی توسین قرار گرفتند. گروه شاهد مراقبتهای معمول در اتاق زایمان را دریافت داشتند، در مورد گروه تخلیه علاوه بر مراقبتهای معمول پس از تولد کامل نوزاد، بندناف توسط پژوهشگر باز و خون جفت تخلیه گردید. در گروه اکسی توسین علاوه بر مراقبتهای معمول پس از تولد کامل نوزاد، ۱۰ واحد اکسی توسین رقیق شده در ۱۰ میلی لیتر سرم فیزیولوژیک بداخل ورید بند ناف تزریق گشت. به منظور مقایسه گروهها از نرم افزار SPSS و آزمونهای آنالیز واریانس و اختلاف میانگین دو جامعه (آزمون t) و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها: بین میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه تخلیه و شاهد اختلاف معنی داری وجود نداشت. مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین و شاهد نشانگر وجود اختلاف آماری معنی دار بود و مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین و تخلیه نیز اختلاف آماری معنی دار را نشان می‌داد.

نتیجه گیری: روش تخلیه خون جفت از بندناف بر طول مرحله سوم زایمان تأثیر نداشته ولی روش تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر طول مرحله سوم زایمان مؤثر بوده است و آن را کوتاه می‌کند. این روش یک روش بی خطر است که سبب جدا شدن و خروج جفت می‌گردد و می‌تواند جهت پیشگیری از خارج سازی دستی جفت در برخی زنان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مرحله سوم زایمان، اداره فعال، تخلیه خون جفت، اکسی توسین.

مقدمه

حاملگی و زایمان تجربه بزرگی در زندگی یک زن است و هدف از علم مامایی کمک در بدست آوردن یک تجربه سالم و رضایت بخش از زایمان می‌باشد. پس از تولد یک نوزاد سالم، زایمان جفت یک امر به ظاهر ساده و بی اهمیت به نظر می‌رسد ولی هر گونه تغییری در روال عادی این امر می‌تواند اثرات سوئی بر مادر و خانواده اش داشته باشد. مطالعات نشان داده است که طولانی شدن مرحله سوم زایمان ارتباط مستقیمی با بروز خونریزیهای پس از زایمان دارد (۱). طولانی شدن مرحله سوم زایمان، احتباس جفت و بدنبال آن مسائلی چون خونریزیهای پس از زایمان، خارج سازی جفت با دست، بیهوشی عمومی، تزریق خون و پیامدهای آن از نکات قابل توجه می‌باشند که وقوع آنها اساساً تجربه شاد یک زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بدنبال این مسائل ناچار تغذیه نوزاد با شیر مادر و ارتباط مادر و نوزاد به تعویق خواهد افتاد. از طرف دیگر کلیه این مسائل هزینه زایمان را افزایش می‌دهند (۳ و ۲). خونریزیهای پس از زایمان از علل مهم عوارض و مرگ و میر در مادران می‌باشند. اداره فعال مرحله سوم زایمان از جمله استفاده از عوامل منقبض کننده رحم (uterotonic) در کاهش میزان خونریزی پس از زایمان موثر می‌باشند (۴) و بطور کلی می‌توانند باعث کاهش عوارض و مرگ و میر حوالی زایمان در زنان گردد (۵).

در طی سالها محققین درصدد این بوده اند تا روشهای مختلف اداره فعال مرحله سوم زایمان را تجربه نمایند تا بتوانند مؤثرترین و کم خطرترین را به مسئولین امر زایمان توصیه نمایند. بر همین اساس در مورد چگونگی اداره مرحله سوم زایمان و کوتاه شدن مرحله سوم زایمان، پیشنهادها و مطالعات متعددی صورت گرفته است که یکی از روشهای پیشنهاد شده که به عنوان قسمتی از اداره فعال مرحله سوم زایمان ذکر می‌گردد تخلیه کردن خون جفت پس از قطع بند ناف می‌باشد (۶). تحقیقات انجام شده در این مورد محدود می‌باشند. یکی از این تحقیقات، بررسی‌ای است که توسط Giacalone و همکاران در سال ۲۰۰۰ به منظور ارزیابی اثرات تخلیه خون جفت از بندناف بر کاهش خونریزی انجام گردید. نتایج بررسی نشان داد عمل تخلیه خون جفت بر کاهش طول مرحله سوم زایمان و میزان

خونریزی موثر بوده است و می‌تواند باعث کاهش عمل خارج سازی دستی جفت گردد (۷). در این زمینه تحقیق دیگری توسط Thomas و همکاران در سال ۱۹۹۰ انجام گرفت که هدف اصلی آن امتحان این فرضیه بود که تخلیه جفت از بندناف شیوع احتباس جفت را کاهش می‌دهد. نتایج بررسی هیچ اختلاف قابل ملاحظه‌ای را در میزان احتباس جفت بین دو گروه نشان نداد. طول مرحله سوم و شدت خونریزی نیز در دو گروه یکسان بود (۸).

یکی دیگر از روش‌های اداره فعال مرحله زایمان استفاده از مواد اکسی توسیک و روش تزریق اکسی توسین به داخل ورید ناف پس از تولد نوزاد می‌باشد که احتمالاً با مکانیسم انتشار ماده در فضای بین پرزی در جفت سبب انقباض موضعی عضله رحم و باعث جدا شدن سریع تر جفت و در نتیجه تسهیل خروج جفت می‌گردد در همین زمینه تحقیقی توسط Ghulmiyyah و همکارانش در سال ۲۰۰۷ با هدف ارزیابی تزریق اکسی توسین داخل ورید ناف بر کاهش طول مرحله سوم زایمان انجام گرفت. هر کدام از خانمها بطور تصادفی ۳۰ میلی لیتر نرمال سالین یا ۲۰ واحد اکسی توسین محلول در ۳۰ میلی لیتر نرمال سالین را از طریق ورید ناف دریافت داشتند. نتایج بررسی نشان داد که در گروه اکسی توسین میزان احتباس جفت بیش از ۱۵ دقیقه و در نتیجه خونریزی کمتر از گروه سالین تنها بود (۹). در همین زمینه تحقیق دیگری توسط Habec و Franicevic در سال ۲۰۰۷ به منظور ارزیابی اثرات تزریق داخل ورید ناف یک عامل یوتروتونیک بر طول مرحله سوم زایمان انجام گردید. نتایج بررسی نشان داد که تزریق مواد یوتروتونیک به داخل ورید ناف یک روش غیر تهاجمی، موثر و مطمئن برای کاهش طول مرحله سوم زایمان در موارد احتباس جفت می‌باشد (۱۰). تحقیق دیگری در همین زمینه توسط Ghulmiyyah و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نشان داد که تزریق اکسی توسین داخل ورید ناف تاثیری بر میانگین طول مرحله سوم زایمان نداشته است ولی باعث کاهش میزان احتباس جفت بیش از ۱۵ دقیقه جفت می‌گردد (۱۱). در بررسی دیگری که توسط Devi و همکاران در سال ۲۰۰۳ انجام گردید، در گروه مورد پس از کلامپ بند ناف در مرحله سوم زایمان، ۱۰ واحد اکسی توسین در ۲۰ میلی لیتر نرمال سالین در ورید ناف تزریق

زایمان طبیعی نمودند. معیارهای پذیرش نمونه‌ها در این بررسی شامل حاملگی یک قلو، زنده بودن جنین تا هنگام زایمان و زایمان طبیعی با نمای سر بود، در تمام موارد جفتها دارای چسبندگی طبیعی بودند و موارد و سابقه غیرطبیعی که به نحوی بر طول مرحله سوم زایمان مؤثر باشد وجود نداشت.

در این پژوهش تعداد ۱۸۰ نفر از زنانی که معرف جامعه پژوهش بودند و کلیه مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند پس از اخذ رضایت نامه کتبی، در سه گروه شاهد، تخلیه و اکسی توسین قرار گرفتند. نمونه گیری در این پژوهش از نوع تصادفی بود. در زمانهای مختلف صبح، عصر و شب اقدام به نمونه گیری گردید. به این ترتیب که زنان واجد شرایطی که در طی یک ماه و نیم در زمان انجام نمونه گیری جهت زایمان به بیمارستان مذکور مراجعه کرده و زایمان طبیعی نمودند، در تحقیق شرکت داده شدند. از ۱۸۰ نفر نمونه شرکت داده شده در پژوهش به صورت تصادفی ۶۰ نفر در گروه شاهد، ۶۰ نفر در گروه تخلیه و ۶۰ نفر دیگر در گروه اکسی توسین قرار گرفتند. بدین ترتیب که از آغاز نمونه گیری اولین فردی که جهت زایمان به اتاق زایمان منتقل شد به عنوان شاهد در نظر گرفته شد، نفر دوم به عنوان تخلیه و نفر سوم به عنوان اکسی توسین و به همین ترتیب تا انتهای نمونه گیری، نمونه‌ها بطور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. معیارهای حذف نمونه شامل موارد زایمانهای پنج‌م و بالاتر، حاملگی کمتر از ۳۷ هفته، ابتلا به پراکلامپسی یا اکلامپسی، هیدرآمیوس، مصرف داروهای ضد درد یا بیهوشی در حین زایمان، وجود سابقه احتباس جفت در زایمانهای قبل، وجود سابقه سزارین در بچه‌های قبل یا هر گونه اسکار قبلی روی رحم، وجود سابقه کورتاژ، چسبندگی‌های غیرطبیعی جفت، جفت سرراهی یا جدا شدن زودرس جفت به تشخیص پزشک یا ماما، ناهنجاریها و موارد غیرطبیعی مانند فیبروم و تومورهای رحمی تشخیص داده شده و دیستوشی‌های زایمانی به تشخیص پزشک بودند.

داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم، پرسش و پاسخ از افراد و استفاده از پرونده‌های آنان گردآوری گشت. در این پژوهش ابزارهای گردآوری شامل برگ ثبت موارد، ساعت ثانیه شمار، ترازو و سانتی متر بود. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی

گشت و در گروه کنترل ۱۰ واحد اکسی توسین در ۵۰۰ میلی لیتر نرمال سالین داخل وریدی تزریق گردید در نتایجی که از مقایسه دو گروه بدست آمد، میزان متوسط خونریزی و طول متوسط مرحله سوم زایمان در گروه مطالعه کمتر از گروه کنترل بود. این مطالعه نشان داد که تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی میزان خونریزی و طول مرحله سوم زایمان را کاهش می‌دهد(۱۲).

از آنجا که تأثیر تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر مرحله سوم زایمان دارای نتایج متفاوت و موضوعی قابل بحث می‌باشد، بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعات مختلف جهت بررسی چگونگی تأثیر روشهای مختلف اداره مرحله سوم زایمان و مقایسه دو روش تخلیه خون جفت از بندناف و تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی، پژوهش حاضر با هدف "تعیین اختلاف تأثیر دو روش تخلیه خون جفت از بندناف و تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر طول مرحله سوم زایمان" انجام گردید.

در این پژوهش ۳ فرضیه مطرح شد که عبارتند از:

- ۱- تخلیه خون جفت از بندناف بر طول مرحله سوم زایمان مؤثر می‌باشد.
 - ۲- تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی بر طول سوم زایمان مؤثر می‌باشد.
 - ۳- طول مرحله سوم زایمان در گروهی که تخلیه خون جفت از بندناف شده اند با گروهی که تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی داشته اند تفاوت ندارد.
- جهت اثبات یا رد فرضیه‌های مذکور در این پژوهش اثر دو روش مذکور بر طول مرحله سوم زایمان و پیامدهای زایمانی ناشی از آنها بررسی شده و با هم مقایسه گردیده اند.

مواد و روشها

این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی است که بر روی ۱۸۰ نفر از زنانی که زایمان طبیعی داشتند انجام گردید. جامعه پژوهش شامل کلیه زنانی بود که جهت زایمان خود به بیمارستان شهید اکبرآبادی که یکی از بیمارستاهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران است، مراجعه کردند و پس از پذیرش، در اتاق زایمان در وضعیت لیٹاتومی

از تأیید همگون بودن گروهها در مورد مشخصات در نظر گرفته شده، طول مرحله سوم زایمان در سه گروه به طور کلی و نیز بر حسب هر یک از مشخصات مورد پژوهش توسط آزمونهای آنالیز واریانس و اختلاف میانگین دو جامعه (آزمون t) با هم مقایسه شدند. برای مقایسه پیامدهای زایمان در سه گروه نیز از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

نتایج

در این بررسی به منظور همگون سازی مشخصات و عوامل احتمالی که می‌توانند بر طول مرحله سوم زایمان مؤثر باشند در سه گروه واحدهای مورد پژوهش (شاهد، تخلیه و اکسی توسین) تعیین و مقایسه گردیدند. این مشخصات شامل سن، تعداد حاملگی قبلی، تعداد زایمانهای قبلی، سابقه سقط، مصرف اکسی توسین در طول زایمان، طول مرحله اول زایمان، طول مرحله دوم زایمان، فشار بر قله رحم، بی حسی جهت اپی زیوتومی (Episiotomy)، مکانیسم خروج جفت، ناهنجاری جفت، وزن جنین، طول بندناف، وزن جفت و قطر جفت بودند. یافته‌ها نشان دادند که بطور کلی هر سه گروه از نظر مشخصات مورد نظر یکسان بودند. بجز در مورد وزن جفت که بین گروه شاهد و تخلیه اختلاف معنی دار وجود داشت ($t = 2/573$ ، $p < 0/01$) (جدول شماره ۱).

نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد که روش تخلیه خون جفت از بندناف بر طول مرحله سوم زایمان تأثیری نداشت. مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه تخلیه (۶/۷۷ دقیقه) و شاهد (۶/۹۳ دقیقه) نشانگر عدم وجود اختلاف آماری معنی دار است ($t = 0/232$) (جدول شماره ۲).

نتایج نشان داد که روش تزریق اکسی توسین داخل ورید نافی طول مرحله سوم زایمان را تحت تأثیر قرار داد است و باعث کوتاه شدن این مرحله می‌گردد. مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین (۴/۴۵ دقیقه) و شاهد (۶/۹۳ دقیقه) نشانگر وجود اختلاف آماری معنی دار است ($t = 3/824$ ، $p < 0/05$) (جدول شماره ۲).

نتایج بدست آمده از تحقیق در مورد مقایسه دو روش تخلیه و اکسی

استفاده گردید و به منظور تعیین اعتماد علمی (پایایی) از روش هم ارزی یا تساوی در مقدار استفاده شد. در مورد ابزارهای اندازه گیری که شامل ترازو، ساعت و سانتی متر بود، در تمام موارد از یک ساعت، یک ترازو و یک سانتی متر جهت اندازه گیری استفاده شد و قبل از مصرف ترازو در تمام موارد تنظیم بودن آن کنترل گردید.

روش استفاده از ابزار بدین ترتیب بود که ابتدا پرونده بیمار را قبل از زایمان بررسی گردید و موارد لازم در برگ ثبت موارد درج گردید. نکاتی که در پرونده وجود نداشت از بیمار سوال شد و فرم ثبت موارد تکمیل گشت. هنگام زایمان پژوهشگر حضور داشت و نکات لازم را درج می‌نمود. بیمارانی که قبل از زایمان از طریق سرم اکسی توسین دریافت می‌کردند، هنگام زایمان نوزاد، سرم آنها قطع گردید. در تمام موارد در سه گروه پس از زایمان نوزاد، بندناف بسته و قطع شد. در گروه تخلیه پس از قطع، بندناف باز و اجازه داده شد که خون جفت از طریق بندناف تخلیه گردد. در گروه اکسی توسین نیز ۱۰ واحد اکسی توسین رقیق شده در ۱۰ میلی لیتر محلول نرمال سالین در بالای محل بستن بندناف توسط سرنگ در ورید نافی تزریق شد. سپس پنیسی که توسط آن بندناف بسته شده بود، به بالاتر از محل تزریق زده شد و بدین ترتیب از خروج مایع تزریق شده و خون جفت از سوراخ محل تزریق جلوگیری گشت. در هیچ یک از موارد سه گروه در مرحله سوم رحم دستکاری نشد و فشاری بر قله رحم وارد نشد. در تمام موارد با بروز علائم جدا شدن و نزول جفت، توسط مانور Brand't andrews جفت خارج گشت. پس از خروج جفت، وزن جنین و جفت توسط ترازو اندازه گیری شد. طول بندناف و قطر جفت و پرده‌ها از نظر کامل بودن کنترل گردید و بیمار تا یک ساعت از نظر خونریزی و عوارض احتمالی تحت نظر گرفته شد و موارد لازم درج گردید.

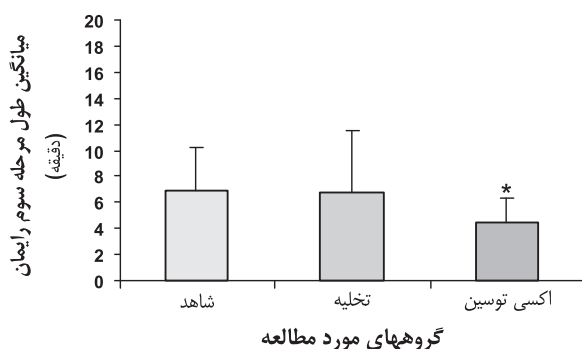
گردآوری داده‌ها در این پژوهش یک مرحله‌ای بود و در یک نوبت جمع آوری گردید و به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، یافته‌های پژوهش توسط آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مشخصات واحدهای مورد پژوهش پس از تعیین میانگین و انحراف معیار در سه گروه توسط آزمونهای آنالیز واریانس، کای دو و آزمون دقیق فیشر با هم مقایسه شدند. پس

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین متغیرها در نمونه‌های مورد پژوهش سه گروه شاهد، تخلیه و اکسی توسین

نام متغیر	گروه	شاهد	تخلیه	اکسی توسین
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)		۵/۱۱ \pm ۲۳/۶۷	۵/۱۶ \pm ۲۳/۳۲	۴/۷۹ \pm ۲۲/۱۲
تعداد حاملگی قبلی		۱/۳۷ \pm ۱/۳۷	۱/۳۷ \pm ۱/۲۲	۱/۱ \pm ۱/۱۲
تعداد زایمانهای قبلی		۱/۴۲ \pm ۱/۲۸	۱/۳۸ \pm ۱/۲	۱/۱۹ \pm ۰/۹۲
سابقه سقط (درصد)		۸/۳۳	۱/۶۷	۱۰
مصرف اکسی توسین در طول زایمان (درصد)		۲۶/۶۷	۳۱/۶۷	۲۰
طول مرحله اول زایمان (ساعت)		۳/۹۶ \pm ۸/۰۷	۴/۰۳ \pm ۸/۹	۳/۷۲ \pm ۸/۵۱
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)		۱۹/۵ \pm ۲۴/۱۴	۲۳/۰۵ \pm ۲۴/۸۷	۲۰/۴۱ \pm ۲۲/۹۴
اعمال فشار بر قله رحم (درصد)		۳۰	۳۵	۳۱/۶۷
بی حسی جهت اپی زیوتومی (درصد)		۵۰	۴۶/۶۷	۵۱/۶۷
مکانیسم خروج جفت به روش شولتز (درصد)		۶۶/۶۷	۸۱/۶۷	۶۶/۶۷
مکانیسم خروج جفت به روش دانکن (درصد)		۳۳/۳۳	۱۸/۳۳	۳۳/۳۳
وجود ناهنجاری جفت (درصد)		۶/۶۷	۶/۶۷	۱۰
وزن جنین (گرم)		۳۴۸/۷ \pm ۳۲۸۵/۲	۳۸۱/۴ \pm ۳۲۸۲	۴۱۰/۷ \pm ۳۲۶۴/۵
طول بند ناف (سانتیمتر)		۱۲/۴ \pm ۴۰/۷۸	۹/۷۶ \pm ۳۶/۰۵	۱۰/۱۵ \pm ۳۸/۳۷
وزن جفت (گرم)		۹۸/۲۵ \pm ۵۹۸/۸۳	۷۵/۳۸ \pm ۵۴۸	۱۳۸/۵۶ \pm ۵۷۶/۵
قطر جفت (سانتیمتر)		۱/۹۱ \pm ۲۰/۱	۱/۸۹ \pm ۱۹/۶۷	۱/۹ \pm ۱۹/۸۷

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در سه گروه شاهد، تخلیه و اکسی توسین

گروه	شاهد	تخلیه	اکسی توسین	نتیجه آزمون آنالیز واریانس
میانگین طول مرحله سوم (دقیقه)	۶/۹۳	۶/۷۷	۴/۴۵	
انحراف معیار	۳/۳۵	۴/۷۲	۱/۸۶	۹/۱۷



نمودار شماره ۱- میانگین طول مرحله سوم زایمان در سه گروه شاهد،

تخلیه و اکسی توسین

توسین نشان داد که طول مرحله سوم زایمان در مواردی که اکسی توسین داخل ورید نافی تزریق شد (۴/۴۵ دقیقه) کوتاهتر از مواردی بود که خون از طریق بندناف تخلیه می‌گشت (۶/۷۷ دقیقه) (جدول شماره ۲). مقایسه میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین و تخلیه نشانگر وجود اختلاف آماری معنی دار است (۳/۵۹۳ $t = P < 0.05$). (نمودار شماره ۱)

در مورد پیامدهای زایمان، در سه گروه اختلاف معنی دار مشاهده نگردید و مداخلات انجام شده توسط تخلیه خون جفت از بندناف و یا تزریق اکسی توسین داخل ورید ناف منجر به بوجود آمدن هیچگونه عارضه خاصی در مرحله سوم زایمان نگردید.

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این تحقیق به منظور تعیین تأثیر و مقایسه دو روش تخلیه خون جفت از بندناف و تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه بر طول مرحله سوم زایمان مبین این مطلب بود که بین میانگین طول مرحله سوم گروه تخلیه با گروه شاهد اختلاف معنی دار وجود نداشت و بدین ترتیب مشخص گردید که روش تخلیه خون جفت از بندناف بر طول مرحله سوم زایمان بی تأثیر می‌باشد و بدین ترتیب فرضیه اول پژوهش رد شد. این یافته موافق عقیده Thomas و همکاران (۱۹۹۰) می‌باشد که پس از انجام تحقیق در این مورد اظهار داشتند: تخلیه خون جفت از بندناف در تسهیل خروج جفت بی تأثیر می‌باشد ولی عارضه ای نیز در این روش ذکر نکردند. در این پژوهش نیز با مقایسه پیامدهای زایمان در سه گروه، عارضه خاصی در گروه تخلیه نسبت به گروه شاهد وجود نداشت (۸).

نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بین میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین با گروه شاهد اختلاف معنی دار وجود دارد و بدین ترتیب آشکار شد که روش تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه می‌تواند بر طول مرحله سوم زایمان مؤثر باشد و باعث تسهیل خروج جفت گردد و بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش اثبات گردید. نتیجه حاضر موافق یافته‌های Habec و Franicevic (۲۰۰۷) در کرواسی می‌باشد که طی تحقیقی نشان دادند تزریق مواد یوتروتونیک به داخل ورید نافه یک روش موثر برای کاهش طول مرحله سوم زایمان در موارد احتباس جفت می‌باشد (۱۰). Devi و همکاران (۲۰۰۳) در هند نیز بررسی انجام شده اظهار نمودند که تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه باعث کوتاه شدن مرحله سوم زایمان می‌گردد و به نظر می‌رسد این روش وسیله مفیدی در کنترل مرحله سوم زایمان و کاهش خونریزی پس از زایمان باشد (۱۲).

بررسی‌های به عمل آمده توسط Stephen و همکارانش (۱۹۸۹) در رودایسلند نیز با یافته‌های بدست آمده در این پژوهش مشابه می‌باشد. او و همکارانش در تحقیقی اثر تزریق داخل ورید نافه اکسی توسین را روی مرحله سوم زایمان بررسی نمودند و نتایج بررسی آنها نشان داد که میانگین طول مرحله سوم زایمان در

گروهی که اکسی توسین به داخل ورید نافه آنها تزریق گشت (۴/۶ دقیقه) با گروهی که نرمال سالیین به بند ناف آنها تزریق گشته بود (۴/۱ دقیقه) با هم اختلاف آماری معنی‌دار داشتند و از آن کوتاهتر بود (۱۳). Hubr و همکاران (۱۹۹۷) نیز بر اساس بررسی‌ای که انجام دادند بیان نمودند که تزریق اکسی توسین و نرمال سالیین داخل ورید بندناف باعث کوتاه شدن طول مرحله سوم زایمان می‌شود (۱۴). ولی در مطالعه Labib و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف تأثیر تزریق نرمال سالیین در مقایسه با اکسی توسین به همراه نرمال سالیین داخل ورید بندناف بر طول مرحله سوم زایمان انجام گردید تفاوت معنی داری بین این دو گروه مشاهده نشد (۱۵). Bider و همکاران (۱۹۹۱) نیز طی بررسی اظهار داشتند تزریق داخل ورید نافه اکسی توسین و حجمهای متفاوت نرمال سالیین ۲۰، ۳۰ و ۴۰ سی سی بر طول مرحله سوم زایمان موثر نمی‌باشد (۱۶).

با بررسی تحقیقات مختلفی که در مورد تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه بعمل آمد آنچه جلب نظر می‌کند روشها و زمانهای متفاوت تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه می‌باشد. برای مثال Ghulmiyyah و همکارانش (۲۰۰۷) ۲۰ واحد اکسی توسین را محلول در ۳۰ میلی لیتر سالیین را بکار بردند (۹) در حالی که Habec و Franicevic (۲۰۰۷) ۲۰ واحد اکسی توسین محلول در ۲۰ میلی لیتر نرمال سالیین بکار بردند (۱۰)

به این ترتیب به نظر می‌رسد که میزان و روش تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه می‌تواند در تأثیر این روش بر طول مرحله سوم زایمان دخالت داشته باشد. و احتمالاً تفاوت نتایج تحقیقات مختلف در این زمینه می‌تواند بعلاوه روشهای مختلف استفاده از این شیوه باشد که اثبات این مسئله مستلزم بررسی‌های بیشتر می‌باشند.

مقایسه گروه تخلیه و اکسی توسین نشان داد که میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین کمتر از گروه تخلیه است. بنابراین اثر دو روش مذکور بر طول مرحله سوم زایمان با یکدیگر اختلاف داشته است و فرضیه سوم پژوهش رد شد.

نتایج این پژوهش می‌تواند در پیشبرد علم بکارگیری شیوه‌های درست در زمینه اداره مراحل زایمان مفید باشد. تزریق اکسی توسین داخل ورید نافه یک روش ساده، بی خطر و ارزان جهت اداره مرحله

5- Goerke K, Steller J, Valet A. Clinical manual of obstetrics and gynaecology. Jena, Germany, Gustav Fischer Publisher; 1997. P. 245-6.

6- Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labor. Cochrane database of systematic reviews (online) 2005; 4: CD004665.

7- Giacalone PL, Vignal J, Daures JP, Boulot P, Hedon B, Laffargue F. A randomised evaluation of two techniques of management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 2000; 107: 396-400.

8- Thomas IL, Jeffer TM, Brazier JM, Burt CL, Barr KE. Does cord drainage of placental blood facilitate delivery of placenta? Aus Newzealand J Gynaecol 1990; 30: 314-8.

9- Ghylmiyyah LM, Wehbe SA, Saltzman SL, Ehleben C, Sibai BM. Intraumbilical vein injection of oxytocin and the third stage of labor: Randomized double – blind placebo trial 2007; 24: 347-51.

10- Habek D, Franičević D. Intraumbilical injection of uterotonics for retained placenta. Int J Gynecol Obstet 2007; 99: 105-9.

11- Ghylmiyyah LM, Wehbe SA, Saltzman ST, Ehleben C, Sibai BM. Effects of intraumbilical vein injection of saline versus oxytocin plus saline on duration of the third stage of labor: A randomized double-blind placebo trial. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 18.

12- Devi LA, Singh RM, Singh MC. Intraumbilical vein injection of oxytocin in the third stage of labour. J Med Society 2003; 17: 8-10.

13- Stephen BY, Young S, Martelley P, Greb L,

سوم زایمان می‌باشد که می‌تواند سبب جدا شدن و خروج جفت گردد. این روش می‌تواند جهت پیشگیری از خارج سازی دستی جفت در برخی زنان مورد استفاده قرار گیرد. این تکنیک می‌تواند در اداره احتباس جفت یا طولانی شدن مرحله سوم زایمان و کاهش خونریزیهای پس از زایمان مفید باشد. و بدین ترتیب در پیشگیری از عوارضی که بدنبال طولانی شدن مرحله سوم زایمان و مداخلات مربوط مثل تزریقات داخل عضلانی و وریدی ایجاد می‌شود و نیز هزینه‌های گران مراقبت و درمان آنها مؤثر واقع شود.

سپاسگزاری

در اینجا بر خود لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه مسئولان و پرسنل اتاق زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران که در انجام تحقیق حاضر مرا یاری نمودند و نیز از آقای دکتر جهانگیر درخشان و خانم فرنگیس شاهپوریان که با راهنمایی‌های ارزنده خود مرا در انجام صحیح این بررسی یاری نمودند تقدیر و تشکر نمایم.

References

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22 ed. The United States of America McGRAW- Hill; 2004.
- 2- Niebyl JR, Simpson JL, Gabbe SG, Senkarik, M, Cooley M. Obstetric Hemorrhage. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 4th ed. Philadelphia Churchill Livingstone. 2002. P. 503-38.
- 3- Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. Obstetrics Gynecol 2005; 105: 290-3.
- 4- Gulmezoglu AM, et al. WHO multicentre randomized trial of misoprostol in the management of the third stage of labor. Lancet 2001; 358: 689-95.

Considine G, Coustan D. The effect of intra umbilical. Oxytocin on the third stoge of labor. *Obstet Gynecol* 1989; 71: 736-7.

14- Hubr M. et al. Umbilical vein administration of oxytocin for the mangement of retained placenta. *Am J obstet gynecol* 1997; 164: 1216-9.

15- Labib M, Ghulmiyyah, Salim A, Wehbe, Steven L, et al. Effects of intraumbilical vein injection of saline versus oxytocin plus saline on duration of the third stage of labor: A randomized double-blind placebo trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:18-20.

16- Bider D, Zolti M, Menashe y, Dulity M, Mashiach S, Ben-Rafael Z. oxytocin or saline injected intraumblically did not influence the third stage of labor. *Acta Obstet Gynecol* 1991; 70: 321-3.