

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۲، شماره ۹، صفحات ۷۶۸ تا ۷۷۲ (۱۳۸۳)

تأثیر راه رفتن مادر در طی فاز فعال زایمان بر روی روند لیبر و زایمان

دکتر رباب بهدانی (استادیار)*، دکتر سوسن اساسی (دستیار)*، دکتر رقیه مقیمی (استادیار)**

* گروه جراحی زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر راه رفتن مادر در طی فاز فعال زایمان بر روی روند لیبروزایمان است.

مواد و روش‌ها: بدین منظور کارآزمایی بالینی ترتیب داده شد و ۲۴۰ بیمار وارد مطالعه شدند که بطور تصادفی، ۱۲۰ نفر در گروه راه رونده (گروه A) و ۱۲۰ نفر در گروه مراقبت معمول (گروه B) قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که در هر دو گروه از نظر متغیرهایی مانند سن، گراویدیتی، سن حاملگی، دیلاتاسیون اولیه سرویکس، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. میزان استفاده از آنالژزیک برای تسکین درد در گروه B $7/78\%$ (۹۴ نفر) و در گروه A $3/48\%$ (۵۸ نفر) بود ($p \leq 0/001$). میانگین زمان لیبر در ۸۴ نفر از زنان گروه B که زایمان طبیعی داشتند $1 \pm 27/2$ دقیقه و برای ۱۰۰ نفر از زنان گروه A که زایمان طبیعی داشتند $16 \pm 18/5$ دقیقه بود ($p \leq 0/001$). تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود، البته این تفاوت عمدتاً مربوط به مرحله اول زایمان بود و میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. زایمان در $30/7\%$ (۳۶ نفر) از زنان گروه B و $16/7\%$ (۲۰ نفر) از زنان گروه A به طریقه سزارین انجام گردید و در بقیه افراد بصورت زایمان طبیعی بود ($p=0/08$). نیاز به تقویت لیبر با اکسی‌توسین در زنان گروه B $3/23\%$ (۲۸ نفر) و در زنان گروه A $7/6\%$ (۸ نفر) بود ($p=0/01$).

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که توصیه به راه رفتن در طی فاز فعال زایمان یک روش ساده، ارزان و بی‌خطر بوده علاوه بر آنکه در کاهش مصرف داروهای آنالژزیک و استفاده از اکسی‌توسین مؤثر بوده باعث کاهش میانگین زمان لیبر گردیده است. بعلاوه در بسیاری از موارد که القاء زایمان توسط اکسی‌توسین غیر مجاز می‌باشد می‌توان این روش را توصیه نمود لذا بکارگیری این روش القایی به عاملین امر زایمان اعم از ماماها یا متخصصین زنان و زایمان توصیه می‌شود.

رفته بودند در مورد اینکه در طی لیبر آینده هم باز راه رفتن را انتخاب خواهند کرد، قویاً نشان می‌دهد که راه رفتن روی هم رفته سبب بهبود تحمل فردی لیبر می‌شود (۳). در ارتباط با استفاده از نارکوتیک‌ها و آنستزی اپیدورال در پنج آزمون گزارش شده که دفعات تجویز در گروه عمودی (upright) کمتر بود (۱).

آماده‌سازی زن باردار از نظر روحی در سراسر طول بارداری و زایمان می‌تواند اثر مثبتی در جهت تحمل دردهای زایمانی داشته باشد.

از آنجائی که در دهه‌های اخیر تمایل مادران به انجام سزارین انتخابی عمدتاً به دلیل ترس از دردهای زایمانی، زیاد شده است ما بر آن شدیم تا مطالعه تأثیر راه رفتن بر روی روند زایمان را انجام دهیم. چنانچه نتایج پژوهش نشان می‌دهد که راه رفتن تأثیر منفی بر روی روند زایمان ندارد یا حتی در این زمینه تأثیر مثبت نیز دارد می‌توان به راحتی در طی لیبر به مادر راه رفتن را توصیه نمود. در رابطه با تمایل مادران برای پوزیشن حین لیبر مطالعات متعددی انجام شده که نشان می‌دهد مادران در اوایل لیبر (early labor) پوزیشن upright و در مراحل دیرتر پوزیشن خوابیده به پهلو را ترجیح می‌دهند (۱).

با توجه به اینکه سزارین هزینه بالایی دارد و مورتالیتی و موربیدیتی آن نسبت به زایمان طبیعی چندین برابر است با نتیجه گرفتن از این طرح و اجراء آن در بیمارستان‌ها شاید بتوان گامی در جهت کاهش اضطراب حین زایمان و کمک به پیشرفت زایمان نمود.

مواد و روش‌ها

الگوی مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی (R.C.T) می‌باشد. ۲۴۰ زن باردار با سن حاملگی ۳۶ الی ۴۱ هفته که بدلیل شروع دردهای زایمانی به بیمارستان روین تن آرش تهران مراجعه نموده بودند و معیارهای ورودی را دارا بودند تحت مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) مشخص، پرزانتاسیون ورتکس و دیلاتاسیون سرویکس بین ۳ الی ۵ سانتی‌متر. زنان با جفت سر راهی، IUGR چند قلبی، زنان با سابقه نازایی، زنان عارضه‌دار و زنان با هر اندیکاسیونی برای انجام سزارین از مطالعه کنار گذاشته شدند.

مقدمه

در مورد فرایند زایمان همواره سؤالات زیادی مطرح بوده از جمله اینکه چه فاکتورهایی قادرند ناراحتی زایمان را به حداقل برسانند و چه درمانها و روش‌های خاصی قادرند که زمان و طول مدت فرایند زایمان را کاهش دهند. تمام دخالتها در طی لیبر می‌بایست عمدتاً در جهت فراهم کردن ایمنی جنین و راحتی مادر باشد.

یکی از مسائل مهم و مؤثر در طی زایمان وضعیت (پوزیشن) مادر در طول این مدت است. در مورد تأثیر احتمالی وضعیت مادر روی پیشرفت زایمان، احساس درد و سلامت جنین بحث و جدل زیادی شده است. سه مورد از بزرگترین مطالعات مقایسه‌ای اثرات حالت عمودی با خوابیده بر روی درجه آپگار نتوانستند تفاوتی را برای این شاخص در دو گروه بدست بیاورند (۱).

بیشتر مطالعات پوزیشن مادر را در لیبر بر روی جریان رحم مؤثر دانسته‌اند، خصوصاً ثابت شده است که پوزیشن خوابیده به پهلوی چپ، پوزیشن مطلوبی است و هر وقت که از تحمل لیبر توسط جنین نگران باشیم این پوزیشن را توصیه می‌کنیم. بجز پوزیشن طاقباز (supine) سایر پوزیشن‌ها تأثیر سونی روی روند زایمان ندارند و نباید منع شوند (۲).

در یک مطالعه در سال ۱۹۹۸ برای تعیین اینکه آیا راه رفتن در لیبر با سایر پیامدهای مادری یا جنینی تغییری ایجاد می‌کند یا نه یک کارآزمایی تصادفی (Randomized trial) ترتیب داده شد. ۱۰۶۷ زن با حاملگی بدون عارضه بین ۳۶ تا ۴۱ هفته حاملگی و فاز فعال لیبر بصورت تصادفی در دو گروه راه رونده و مراقبت معمول در لیبر قرار داده شدند. در این مطالعه بین دو گروه از نظر طول مرحله اول لیبر، نیاز به تقویت (augmentation) لیبر با اکسی‌توسین، استفاده از آنالژزی، کوریوآمنیونیت، نیاز به زایمان با فورسپس، زایمان به طریق سزارین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. پیامد نوزادان نیز در هر دو گروه مورد مطالعه مشابه بود. نتیجه حاصل از این مطالعه این بوده که راه رفتن زیمان فعال را نه پیشرفت می‌دهد و نه مشکل ایجاد می‌کند و برای مادر و جنین نیز ضرری ندارد. در ضمن اتفاق آراء بیشتر زنانی که در طی واقعاً راه

در گروه A $3/85 \pm 0/1$ سانتی متر و در گروه B $3/66 \pm 0/1$ سانتی متر بود ($p=0/2$) (جدول شماره ۱).

در میان زنان گروه A $11/66\%$ (۱۴ نفر) نتوانستند راه بروند، در بقیه افراد این گروه که قادر به راه رفتن بودند میانگین زمان راه رفتن $58/87 \pm 5/9$ دقیقه بود و این افراد بطور میانگین در دیلاتاسیون ۶ سانت به دلخواه به بستر بازگشتند.

زنان گروه B همگی استراحت در بستر داشتند و راه رفتن در این گروه فقط در حد رفتن به دستشویی بود.

$78/3\%$ (۹۴ نفر) از زنان گروه B برا تسکین درد از داروهای آنالژزیک استفاده کردند در حالیکه در زنان گروه A این میزان $48/3\%$ (۵۸ نفر) بود ($p \leq 0/0001$). از نظر دوز مصرف آنالژزیک در گروه B میانگین دوز مصرفی آترپین $1/6$ واحد و پرومتازین $0/56$ واحد و در گروه A میانگین دوز مصرفی آترپین $1/1$ واحد و پرومتازین $0/54$ واحد بود ($p=0/005$ و $p=0/072$).

میانگین فاز اول زایمان در زنان گروه B که زایمان طبیعی داشتند 254 ± 17 دقیقه و در زنان گروه A که زایمان طبیعی داشتند 165 ± 14 دقیقه بود ($p \leq 0/001$). میانگین فاز دوم زایمان در زنان گروه B $23/5 \pm 2/5$ دقیقه و در زنان گروه A $17/9 \pm 1/8$ دقیقه بود ($p=0/06$). زایمان در 30% (۳۶ نفر) از زنان گروه B در $16/7\%$ (۲۰ نفر) از زنان گروه A بصورت سزارین و در بقیه بصورت زایمان طبیعی (NVD) انجام گردید. شایع ترین علت سزارین در گروه راه رونده تیک مکنونیوم و در گروه مراقبت معمول، عدم پیشرفت زایمان بود. نیاز به تقویت لیبر با اکسی توسین در زنان گروه B $23/3\%$ (۲۸ نفر) و در زنان گروه A $6/7\%$ (۸ نفر) بود ($p=0/01$). نیاز به اپی زیوتومی در زنان گروه B $56/7\%$ (۶۸ نفر) و در زنان گروه A $58/3\%$ (۷۰ نفر) بود ($p=0/85$).

از نظر عوارض مادری در گروه B هیچگونه عارضه مادری مشاهده نگردید ولی 5% (۶ نفر) زنان گروه A دچار عارضه گردیدند ($p=0/14$). ۶ مورد عارضه گروه A همگی پارگی کانال زایمان بودند که ۴ مورد پارگی پرینه و ۲ مورد پارگی کول بود و همگی در زایمانهای تسریع شده رخ داده بودند. از نظر عوارض جنینی در هر دو گروه $13/3\%$ (۱۶ مورد) عارضه جنینی رخ داد که در جدول شماره ۲ آمده است.

افراد واجد شرایط پس از موافقت آگاهانه و تکمیل فرم رضایت نامه بر اساس بلوک های تصادفی به دو گروه ۱۲۰ نفری تحت عناوین "گروه راه رونده" (گروه A) و "گروه استراحت در بستر" (گروه B) تقسیم گردیدند. افراد گروه A در طی فاز فعال زایمان تشویق به راه رفتن شدند. سمع قلب جنین هر ۱۵ دقیقه توسط سونو کیت انجام شد. زنانی که در طی راه رفتن ضربان قلب جنین شان غیر نرمال و یا مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم گردید و زنانیکه دچار تشدید انقباضات رحمی گردیدند، از راه رفتن باز داشته شدند. به افراد گروه B اجازه داده شد که وضعیت نشسته یا خوابیده را انتخاب نمایند و فقط در حد رفتن به دستشویی راه رفتند.

در طی مدت لیبر وضعیت پرده های جنینی، رنگ مایع آمنیوتیک، نوع دردهای زایمان، وضعیت پیشرفت زایمان و وضعیت جنین ثبت شد. پس از جمع آوری داده های مورد نیاز، داده ها توسط نرم افزار SPSS نگارش ۱۰ وارد رایانه گردید. متغیرهای کمی به کمک آزمونهای T-test و Fisher exact test و متغیرهای کیفی به کمک تست کای دو در سطح معنی داری $\alpha < 0/05$ بررسی شدند.

یافته ها

تجزیه و تحلیل بر روی ۱۲۰ زن در گروه مراقبت معمول یا استراحت در بستر (گروه B) و ۱۲۰ زن در گروه راه رونده (گروه A) انجام شد که نتایج آن به قرار زیر می باشد:

میانگین سنی زنان گروه A $24/5 \pm 0/77$ سال و زنان گروه B $24/2 \pm 0/71$ سال بود ($p=0/72$).

پاریتی زنان گروه A $0/6 \pm 0/11$ و زنان گروه B $0/62 \pm 0/15$ بود ($p=0/92$). گراویتی در زنان گروه A $1/77 \pm 0/14$ و در زنان گروه B $1/7 \pm 0/18$ بود ($p=0/92$).

میانگین سن حاملگی در گروه A بر حسب LMP $39/6 \pm 0/1$ هفته و بر حسب سونوگرافی معتبر $39/24 \pm 0/19$ هفته و در گروه B بر حسب LMP $39/1 \pm 0/2$ هفته و بر حسب سونوگرافی معتبر $39/02 \pm 0/17$ هفته بود ($p=0/4$ و $p=0/12$). دیلاتاسیون اولیه نیز

بحث

در مطالعه حاضر تأثیر راه رفتن مادر در طی فاز فعال زایمان بر روی روند زایمان در ۲۴۰ زن در حال زایمان که بطور تصادفی در یکی از گروه‌های راه رونده یا مراقبت معمول قرار گرفتند بررسی شده است. ۱۱/۶۶٪ (۱۴ نفر) از زنان گروه راه رونده خوابیدن را ترجیح دادند و نتوانستند راه بروند که این افراد همگی زایمان تسریع شده داشتند و احتمالاً پیشرفت سریع زایمان مانع راه رفتن آنان شده بود.

هر دو گروه از نظر سن، گراویتی، سن حاملگی و دیلاتاسیون اولیه سرویکس با یکدیگر مقایسه گردیدند که تفاوت بازاری با یکدیگر نداشتند و این نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای مذکور مشابه هستند و می‌توانیم تأثیر راه رفتن مادر را بر روی پیامدهای زایمان بررسی نماییم.

در مطالعه انجام شده میزان داری آنالژزیک مصرفی جهت تسکین درد و دوز مصرفی آن در زنان گروه مراقبت معمول بطور بازاری بیشتر از زنان گروه راه رونده بود (۷۸/۳٪ در مقابل ۴۸/۳٪). این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. در تحقیق مشابهی (۳) که در آمریکا انجام شده است تفاوت معنی‌داری از نظر مصرف آنالژزیک بین دو گروه وجود نداشت. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت نژاد ایرانی با آمریکایی در قبال تحمل درد و پاسخ به داروهای آنالژزیک باشد.

میانگین زمان لیبر در گروه مراقبت معمول $278/2 \pm 18$ دقیقه و در گروه راه رونده $187/5 \pm 16$ دقیقه بود. تفاوت بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود. در مطالعات مشابه، نیز در بعضی تفاوت بارز وجود داشته و در بعضی وجود نداشته است که این شاید بعلت تفاوت در متدولوژی مطالعات باشد (۱،۳). با اینحال این زمان در مطالعه حاضر در دو گروه تفاوت کاملاً بارز داشت. میانگین مرحله اول زایمان در زنان گروه مراقبت معمول که زایمان طبیعی داشتند 252 ± 17 دقیقه و در زنان گروه راه رونده که زایمان طبیعی داشتند 165 ± 14 دقیقه بود. تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. در مطالعه مشابه چنین تفاوتی مشاهده نشده بود (۳).

میانگین مرحله دوم زایمان در گروه مراقبت معمول $23/5 \pm 2/5$ دقیقه و در گروه راه رونده $17/9 \pm 1/8$ دقیقه بود.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین متغیرهای دموگرافیک و مامایی در دو

گروه تحت مطالعه		گروه مراقبت معمول	
P.V*	گروه راه رونده (n=120)	گروه مراقبت معمول (n=120)	
	(mean±SD)	(mean±SD)	
۰/۷۲	۲۴/۵±۰/۷۷	۲۴/۲±۰/۷۱	سن (سال)
۰/۹۲	۰/۶±۰/۱۱	۰/۶۲±۰/۱۵	باریتی
۰/۷۶	۱/۷۷±۰/۱۴	۱/۷±۰/۱۸	گراویدیتی
۰/۴	۳۹/۶±۰/۱	۳۹/۱±۰/۲	سن حاملگی بر حسب LMP (هفته)
۰/۱۲	۳۹/۲۴±۰/۱۹	۳۹/۰۲±۰/۱۷	سن حاملگی بر حسب سونوگرافی (هفته)
۰/۲	۳/۸۵±۰/۱	۳/۶۶±۰/۱	دیلاتاسیون اولیه

*P.V بر اساس T-test محاسبه شده است.

جدول شماره ۲- مقایسه پیامدهای مادری و جنینی در دو گروه تحت

مداخله		گروه مراقبت معمول		گروه راه رونده		P.V*
پایامد مادری یا جنینی		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
نوع زایمان						
NVD		۸۴ (۷۰)	۱۰۰ (۸۳/۳)	۰/۰۸		
سزارین		۳۶ (۳۰)	۲۰ (۱۶/۷)	۰/۰۸		
واکیوم یا فورسپس		۰	۰	—		
نیاز به اکسی‌توسین		۲۸ (۲۳/۳)	۸ (۶/۷)	۰/۰۱		
ابی‌زیونومی		۶۸ (۵۶/۷)	۷۰ (۵۸/۳)	۰/۸۵		
مصرف آنالژزیک		۹۴ (۷۸/۳)	۵۸ (۴۸/۳)	≤۰/۰۰۱		
عوارض مادری		۰	۶ (۵)	۰/۱۴		
عوارض جنینی		۱۶ (۱۳/۳)	۱۶ (۱۳/۳)	۰/۹۹		
تیک مکونیوم		۱۰ (۸/۳)	۱۶ (۱۳/۳)	—		
دیسترس جنینی		۶ (۵)	۰	—		
نسوزادان بزرگ (۴۰۰۰ گرم و بالاتر)		۶ (۵)	۰	۰/۴۲		
آپگار کمتر از ۴		۰	۲ (۱/۷)	۰/۳۸		
مرگ پری‌ناتال		۰	۰	—		

*P.V بر اساس تست χ^2 محاسبه شده است.

معنی‌دار نبود. عوارض جنینی در دو گروه کاملاً با یکدیگر برابر بود. همچنین پیامد نوزادی چه در اتاق زایمان و چه در اتاق نوزادان وجود نداشت. یکی از وظایف اصلی در حیطه مامایی، بررسی و شناخت مسائل و مشکلات مادران و کمک به کاهش میزان عوامل خطرزا در حاملگی می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که توصیه به راه رفتن در طی فاز فعال زایمان یک روش ساده، ارزان و بی‌خطر بوده علاوه بر آنکه در کاهش مصرف داروهای آنالژزیک و استفاده از اکسی‌توسین مؤثر بوده باعث کاهش میانگین زمان لیبر گردیده است. بعلاوه در بسیاری از موارد که القاء زایمان توسط اکسی‌توسین غیر مجاز می‌باشد می‌توان این روش را توصیه نمود لذا بکارگیری این روش القایی به عاملین امر زایمان اعم از ماماها یا متخصصین زنان و زایمان توصیه می‌شود.

تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود که این مطلب کاملاً با اکثر مطالعات انجام شده نیز هماهنگی دارد (۱،۳،۴،۵).

نیاز به تقویت لیبر با اکسی‌توسین در زنان گروه مراقبت معمول ۲۳/۳٪ (۲۸ نفر) و در زنان گروه راه رونده ۶/۷٪ (۸ نفر) بود. این تفاوت شاید ناشی از آن باشد که در افراد خوابیده زودتر تصمیم به مداخله جهت بهتر شدن دردهای زایمان گرفته می‌شد.

نیاز به اپی‌زیوتومی در دو گروه تفاوت بارزی نداشت با این حال نکته قابل توجه این است که یک مورد از زنان برایمی‌گراوید گروه راه رونده نیاز به اپی‌زیوتومی پیدا نکرد.

از نظر عوارض در گروه مراقبت معمول هیچگونه عارضه مادری وجود نداشت. در گروه راه رونده ۵٪ (۶ نفر) از زنان دچار عارضه گردیدند که همگی پارگی کانال زایمان بودند (۴ مورد پارگی پرینه و ۲ مورد پارگی کول) ولی این تفاوت از نظر آماری

منابع

1. Freaser WD, Sokol R. Amniotomy and maternal position in labor, clinical obstetrics and Gynecology Sept 1992; Vol 35: 538-543.

2. Scott JR, Disaia PJ et al. Danforth's hand book of obstetrics and Gynecology 1996; Chapter 6.

3. Bloon SL, McIntire D et al. Lack of effect of walking on labor and delivery, New Eng July 1998; 339(2): 76-79.

4. Winslow H, FAAN RN et al. Dose walking help or hurt? Nursing journal 2000; 82-86.

5. Biol; Vertical position during the first stage of the course of labor and neonatal outcome; Eur J Obstet Gynecol Reprod Sept 1980; 11.