# بررسی مقایسه ای اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان

لیلی صالحی[۱]، اعظم بهیرائی[۲]، فاطمه واثق[۲]

**خلاصه**

**سابقه و هدف:** مرحله سوم زایمان یکی از مهمترین مرحله زایمان است که می‌تواند موجب افزایش خونریزی پس از زایمان و مرگ و میر مادران گردد. این مرحله به دو صورت فعال و فیزیولوژیک اداره می‌شود. مطالعه حاضر به منظور مقایسه اداره فعال و فیزیولوژیک این مرحله در زنان مراجعه کننده به زایشگاه خاتم‌الانبیاء هرمزگان جهت زایمان، صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود که به بررسی مقایسه‌ای اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان تحت شرایط خاص پرداخت. نمونه های پژوهش به دو گروه ٤٧ نفری تقسیم شدند. در گروه اداره فعال نمونه‌ها ۱۰ واحد سنتوسینون در ۵۰۰ سی‌سی سرم دریافت می‌کردند، بند ناف بلافاصله پس از زایمان کلامپ قطع می‌شد و زایمان جفت به کمک روش براندنت آندروز صورت می‌گرفت. در گروه فیزیولوژیک ابتدا ۱ سی‌سی آب مقطر در ۵۰۰ سی‌سی سرم ریخته می‌شد، بند ناف پس از قطع کامل نبض آن کلامپ و قطع می‌گردید و خروج جفت با کشش ملایم بند ناف همراه با زورزدن مادر بدون استفاده از مانور براندنت آندروز انجام می‌شد. پس از خروج، جفت و پرده‌ها از نظر باقیماندن قسمتهایی از آنها به دقت مورد معاینه قرار می‌گرفتند.

**یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان خونریزی پس از زایمان در گروه فیزیولوژیک (١٤/٥٨ درصد) بیشتر از گروه فعال (١٠/٦٤ درصد) بود، ولی تستهای آماری اختلاف معنی‌داری را در این زمینه بین دو گروه نشان ندادند. متوسط طول مدت مرحله سوم زایمان در اداره فیزیولوژیک از اداره فعال بیشتر بود ولی تستهای آماری اختلاف معنی‌داری را در این زمینه نیز بین دو گروه نشان ندادند. بین میزان باقیماندن جفت یا تکه‌هایی از جفت و پرده ها نیز بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نگردید.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده در این مطاله توصیه می‌شود مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان به روش فیزیولوژیک اداره شود.

**واژگان کلیدی:** مرحله سوم زایمان، اداره فعال و فیزیولوژیک، خونریزی پس از زایمان، عوارض مرحله سوم زایمان

۱- دانشجوی *Ph.D* آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه خدمات بهداشتی
۲- کارشناس مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه مامایی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۰/٦/۱۵
تاریخ تایید مقاله: ۸٤/۸/۱۵

**پاسخگو:** لیلی صالحی
✍ تهران، خ پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی

**مقدمه**

زایمان روندی است که طی آن جنین ، جفت و پرده‌ها از راه کانال زایمانی خارج می‌گردند (۱). وضع حمل موفقیت آمیز فقط منحصر به زایمان جنین نمی‌باشد بلکه خروج جفت و پرده‌ها نیز اغلب جزو معضلات عمده مامایی بشمار می‌آید. چرا که در برخی موارد به علت خونریزی، شوک و عفونت که از عوارض احتباس جفت و پرده‌های جنینی هستند، مرگ مادر اتفاق می‌افتد ( ۲). زایمان جفت و پرده‌ها (مرحله سوم زایمان) یکی از خطرناکترین مراحل زایمان با افزایش خطر مرگ و میر مادران می‌باشد (۳). این مرحله از زایمان میتواند به دو صورت فعال و فیزیولوژیک اداره شود (٤). فواید و مضرات این دو نوع اداره بطور یکسان بیان نگردیده است. اداره فعال باعث کاهش طول مدت مرحله سوم زایمان، کاهش خونریزی پس از زایمان، نیاز کمتر به استفاده از داروهای منقبض‌کننده و در مقابل، باعث افزایش خطر عوارض جانبی نامطلوب میگردد (۵). این روش، افزایش میزان احتباس جفت نیز گزارش شده است (٤). در حالیکه در مورد اثر سنتوسینون در درمان خونریزی پس از زایمان شکی نیست ولی اینکه استفاده پیشگیرانه و روتین از این دارو می‌تواند سبب کاهش خطر خونریزی پس از زایمان در زنان کم‌خطر شود، مورد قبول همه نیست. *Nordstorm* می نویسد از مجموع پرسشنامه‌هایی که برای ۵۵ بخش زایمان در سوئد فرستاده شد، ۳٤ بخش زایمان از اداره فعال بطور روتین استفاده نمی‌کردند. اداره فعال ممکن است باعث کاهش طول مرحله سوم زایمان گردد ولی باعث کاهش خون از دست رفته با اداره فیزیولوژیک در زنان کم خطر نمی‌گردد (٦).

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29 ]

مؤثر بودن اداره فعال مرحله سوم زایمان از نظر خونریزی پس از زایمان در زنانی که کمتر در معرض خطر خونریزی پس از زایمان هستند مورد قبول همه نیست *Thilaganathan* و همکاران معتقدند استفاده از داروهای اکسی توسیک از نظر خونریزی پس از زایمان در خانمهای کم خطر باید در مقابل مضرات نادر و جدی که گاهی پیش می‌آید سنجیده شود (۷). *Prendivill* در سال ۱۹۸۸ برای اولین بار این موضوع را مورد توجه قرار داد و جهت تعیین اثر اداره فعال برکاهش خونریزی پس از زایمان مطالعه‌ای را در بیمارستان مادران بریستول انگلستان بر روی ٦۹۵ نفر انجام داد (۸). وجود نتایج ضد و نقیض در مورد مطالعات مربوط به استفاده روتین از این دارو برای خانمهای کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان، متفاوت بودن روشهای اداره مرحله سوم زایمان در زایشگاههای مختلف بر طبق مشاهدات پژوهشگر، توجه به این نکته که زایمان طبیعی با هدف به حداقل رساندن صدمات مادر و نوزاد انجام می شود و نیز عوارض داروی اکسی توسین (سنتوسینون) همگی باعث گردیدکه پژوهشگر لزوم انجام چنین پژوهشی را احساس کند و طی آن طول مرحله سوم زایمان و عوارض این مرحله را در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک مقایسه نماید.

**مواد و روش‌ها**

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بود که در آن به بررسی مقایسه‌ای اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان پرداخته شد و دو گروه از نظر میزان ابتلا به خونریزی پس از زایمان، طول مرحله سوم زایمان، میزان احتباس جفت و یا باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها مقایسه شدند.

کلیه زنانی که شرایط پذیرش را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه اداره فعال (٤٧ نفر) یا اداره فیزیولوژیک (٤٧ نفر) قرار گرفتند. بدین منظور پژوهشگر با مراجعه به مرکز زایمانی خاتم‌الانبیاء دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، خانمهای باردار مراجعه کننده و دارای مشخصات واحدهای پژوهش شامل تعداد حاملگی ۵ یا کمتر، سن حاملگی ٤۲-۳۷ هفته، حاملگی تک‌قلو، 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 ممنوعیت استفاده از سنتوسینون، سن هنگام باردارشدن ۳۵ سال یا کمتر، عدم وجود سابقه سزارین، عدم وجود فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱٤۰ میلی متر جیوه، عدم وجود دیابت و بیماریهای قلبی کبدی و مشکلات انعقادی شناخته شده، عدم وجود عارضه زایمانی (از قبیل هیدرآمینوس، پره اکلامپسی و اکلامپسی و....) و عدم استفاده از تشدید یا تحریک زایمانی، را انتخاب و به ترتیب شماره‌گذاری نمود. افراد با شماره‌های فرد در گروه اداره فعال و افراد با شماره‌های زوج در گروه اداره فیزیولوژیک قرار گرفتند و نمونه‌گیری تا کامل شدن گروهها ادامه یافت. آنگاه برای گروه مورد یا اداره فعال، ۱۰ واحد سنتوسینون در ۵۰۰ سی‌سی سرم به صورت داخل وریدی تزریق شد و برای گروه شاهد یا اداره فیزیولوژیک از دارونما استفاده گردید.

برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. چون در این پژوهش درمورد تمام نمونه ها، پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات توسط شخص پژوهشگر تکمیل گردید، بنابراین نیاز به بررسی پایایی در این مورد نبود.

کلیه نوزادان با ترازوی موجود در اتاق زایمان توزین شدند، فشارخون کلیه مادران با یک فشارسنج گرفته شد و طول مرحله دوم و سوم زایمان توسط یک ساعت اندازه‌گیری شده است که جهت اعتبار علمی درستی همه وسایل قبلاً توسط تکنیسین ابزار پزشکی کنترل شده بود. قد تمام زائوها هم با استفاده از متری که در اتاق زایمان نصب گردیده بود گرفته شد. همه آزمایشها در یک آزمایشگاه و توسط یک نفر انجام شد که صحت دستگاهها توسط مسؤول آزمایشگاه تایید گردیده بود.

پژوهشگر طی مدت ٦ ماه حضور در مرکز زایمانی مزبور، ابتدا در اتاق پذیرش، هر خانمی که با درد زایمان مراجعه می‌نمود و دارای مشخصات واحدهای پژوهش بود انتخاب می‌کرد. آنگاه وزن و قد وی اندازه‌گیری و یک نمونه خون جهت سنجش هموگلوبین و هماتوکریت گرفته می‌شد. سپس سوالات پرسشنامه و برگه ثبت اطلاعات تکمیل می‌گردید. پژوهشگر خانم باردار را تا هنگام زایمان تحت نظر می‌گرفت وزن جنین نوزاد به صورت بالینی با معاینه شکم مادر تخمین زده می‌شد و در صورتیکه بیش از حد معمول به نظر می‌آمد نمونه حذف می‌گردید. زایمان نمونه‌ها منحصراً توسط پژوهشگر انجام می‌شد. در صورتیکه نمونه‌ای دچار احتباس جفت و یا باقیماندن تکه‌هایی از جفت و پرده‌ها پس از زایمان می‌گردید، بعنوان عوارض مرحله سوم زایمان ثبت می‌شد. تشخیص خونریزی زیاد حد فاصل خروج جفت و جنین به وسیله تخمین چشمی و بالینی صورت می‌گرفت. طول مرحله سوم زایمان بر اساس فاصله زمانی خروج نوزاد تا خروج جفت محاسبه می‌گردید. مرحله سوم زایمان مشابه تحقیق *Rogers* و همکاران ( ٤) به دو صورت فعال و فیزیولوژیک اداره می گردید، بدین صورت که درگروه فعال، بلافاصله پس اززایمان نوزاد ،۱۰ واحد

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29 ]

سنتوسینون در ۵۰۰ سی‌سی سرم بصورت داخل وریدی تزریق می‌شد، بند ناف بلافاصله پس از تولد نوزاد کلامپ و قطع می‌گردید و جفت با استفاده از روش براندت آندروز تعدیل شده ( *Khan* و همکاران (۹) خارج می‌گردید. در گروه اداره فیزیولوژیک بجای اکسی توسین ۱ سی‌سی آب مقطر در ۵۰۰*cc* سرم ریخته شده و بند ناف تا قطع کامل نبض آن کلامپ و قطع نمی‌گردید.

خارج کردن جفت پس از اطمینان از جدا شدن آن، با کشش ملایم بندناف همراه با سعی و تلاش مادر و بدون انجام مانور صورت می‌گرفت. وضعیت مادر در تمامی زایمانها بصورت خوابیده به پشت بود. جهت اندازه‌گیری زمان در تمام زایمانها تنها از یکساعت استفاده شد. سپس زائو با تاکید بر یادداشت نمودن تعداد دفعات شیردهی، برگشت به مرکز در صورت بروز پس درد یا خونریزی و بازگشت مجدد و حتی پس از ۲۴ ساعت به مرکز بدون دادن نسخه یا دارویی، ۲ ساعت پس از زایمان مرخص می‌شد. پس از ۲۴ساعت با مراجعه مجدد زائو، از وی نمونه خون گرفته می‌شد و به تعدادی از سوالات پرسشنامه و چک لیست جواب داده می‌شد. حدود ۱۰ نفر در این مسیر حذف شدند. نمونه‌گیری تا کامل شدن نمونه‌ها، ادامه یافت. تعدادی از نمونه‌ها که طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان دچار عارضه خونریزی پس از زایمان می شدند مجددا به مرکز مراجعه و اقدامات درمانی در مورد آنها انجام می گرفت.

در این مطالعه جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آزمونهای آماری $t$ ، کای دو، فیشر و کوکران به همراه نرم افزارهای *EPI6* و *Instate* استفاده گردید. در کلیه مراحل نمونه‌گیری مسایل اخلاقی رعایت شد، بطوریکه هدف و ماهیت پژوهش برای کلیه واحدهای پژوهش تشریح و به آنها توضیح داده شد که در رد یا قبول شرکت در این پژوهش آزاد هستند. در هر شرایطی سلامتی مادر و کودک در درجه اول اهمیت قرار داشت.

**یافته ها**

در این پژوهش، اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان مورد بررسی و مقایسه قرارگرفت. پژوهشگر جهت دستیابی به نتایج دقیقتر، مشخصه‌های دموگرافیک و مامایی، عوامل مؤثر بر خونریزی پس از زایمان و طول مرحله سوم زایمان و احتباس جفت و پرده‌ها را در دو گروه مورد بررسی و مقایسه قرارداد. این عوامل درجداول شماره ۱ و ۲ مشخص گردیده است بطوریکه در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی و در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفی مورد مقایسه قرارگرفته اند. طبق جداول فوق، آزمونهای آماری اختلاف معنی داری بین دوگروه از نظر متغیرهای کمی و کیفی نشان نداده‌اند یعنی دوگروه همگن بوده‌اند.

*جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک**

| متغیر کمی | اداره فعال | اداره فیزیولوژیک |
|---|---|---|
| سن (سال) | **۲۴/۹۴±۵/** | ۲۳/۵±۴/۴۲ |
| سن حاملگی (هفته) | ۳۸/۷۲±۱/۱۵ | ۳۸/۷۷±۱/۳۳ |
| تعداد حاملگی | ۲/۷۹±۱/۴۷ | ۳/۰۶±۱/۲۹ |
| وزن نوزاد متولد شده (گرم) | ۳۲۳۰/۸۵±۴۷۳/۹۵ | ۳۱۳۰/۸۵±۳۶۲/۴۴ |
| شاخص توده بدنی | ۲۴/۹۱±۴/۰۳۲ | ۲۳/۸۸±۲/۹۴ |
| میزان هموگلوبین قبل از زایمان | ۱۲/۰۵±۰/۹۲ | ۱۱/۶۶±۱/۰۲ |
| میزان هماتوکریت قبل از زایمان | ۳۶/۶۰±۲/۹۳ | ۳۵/۵۳±۳/۱۰ |
| طول مرحله اول زایمان (ساعت) | ۹/۴۴±۳/۸۲ | ۸/۸۹±۳/۹۵ |
| طول مرحله دوم زایمان (دقیقه) | ۲۳/۶۲±۲۲/۵ | ۱۸/۸۵±۲/۵۷ |
| تعداد دفعات شیردهی | ۵/۲۱±۲/۴۳ | ۵/۰۹±۱/۷ |

* هیچ اختلاف معنی داری بین متغیرهای دو گروه وجود نداشت
** میانگین و انحراف معیار می باشد.

*جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق ونسبی و متغیرهای کیفی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک**

| متغیر کیفی | | اداره فعال | اداره فیزیولوژیک |
|---|---|---|---|
| اپی زیوتومی | انجام شد | ** ۷ (۱۴/۹) | ۵ (۱۰/۶) |
| | انجام نشد | ۴۰ (۸۵/۱) | ۴۲ (۸۹/۴) |
| نوع پارگی | درجه ۱ | ۲۳ (۴۹) | ۰ (۰) |
| | درجه ۲ | ۲۴ (۵۱) | ۴۷ (۱۰۰) |
| | درجه ۳ | ۰ (۰) | ۰ (۰) |
| | اطراف مجرا | ۰ (۰) | ۰ (۰) |
| جنس نوزاد | دختر | ۱۸ (۳۸/۳) | ۲۲ (۴۶/۸) |
| | پسر | ۲۹ (۶۱/۷) | ۲۵ (۵۳/۲) |
| شیردهی از پستان | دارد | ۴۷ (۱۰۰) | ۴۳ (۹۱/۵) |
| | ندارد | ۰ (۰) | ۴ (۸/۵) |
| خونریزی زیاد مرحله سوم زایمان | داشتند | ۱ (۲/۱۳) | ۱ (۲/۱۳) |
| | نداشتند | ۴۶ (۹۷/۸۷) | ۴۶ (۹۷/۸۷) |

* هیچ اختلاف معنی داری بین متغیرهای دو گروه وجود نداشت.
** تعداد و (درصد) می باشد.

در جدول شماره ۳ طول مرحله سوم زایمان در دوگروه در نظر گرفته شده است. میانگین طول مرحله سوم زایمان در اداره فعال، ۹ دقیقه و در فیزیولوژیک، ۱۳ دقیقه بود، ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29 ]

*جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک بر حسب طول مرحله سوم زایمان*

| طول مرحله سوم زایمان (دقیقه) | اداره فعال | اداره فیزیولوژیک |
|---|---|---|
| ۱-۵/۵۹ | ۲۵ (۵۳/۱۹)* | ۶ (۱۲/۷۷) |
| ۶-۹/۵۹ | ۱۰ (۳۱/۲۸) | ۱۴ (۲۹/۷۹) |
| ۱۰-۱۴/۵۹ | ۵ (۱۰/۶۴) | ۱۲ (۲۵/۵۳) |
| ۱۵-۱۹/۵۹ | ۳ (۶/۳۸) | ۷ (۱۴/۸۹) |
| ۲۰-۲۴/۵۹ | ۱ (۲/۱۳) | ۶ (۱۲/۷۷) |
| ۲۵-۲۹/۵۹ | - | - |
| ≥۳۰ | ۳ (۶/۳۸) | ۲ (۴/۲۵) |
| جمع | ۴۷ (۱۰۰) | ۴۷ (۱۰۰) |
| کلی | ۹±۸/۹** | ۱۳±۷/۳ |

* تعداد و (درصد) می باشد.

** میانگین و انحراف معیار است.

**جدول شماره ۴ عوارض مرحله سوم زایمان را در اداره فعال و فیزیولوژیک آن نشان میدهد. آزمونهای آماری اختلاف معنی‌داری 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 ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش در دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک بر حسب عوارض مرحله سوم زایمان**

| عوارض | اداره فعال | | اداره فیزیولوژیک | |
|---|---|---|---|---|
| | بلی | خیر | بلی | خیر |
| احتباس جفت | ۳ (۶/۳۸)** | ۴۴ (۹۳/۶۲) | ۲ (۴/۲۶) | ۴۵ (۹۵/۷۴) |
| باقیماندن تکه جفت و یا پرده | ۶ (۱۲/۸) | ۴۱ (۸۷/۲) | ۳ (۶/۳۸) | ۴۴ (۹۳/۶۳) |
| خونریزی زودرس پس از زایمان | ۵ (۱۰/۶۴) | ۴۲ (۸۹/۳۶) | ۷ (۱۴/۵۸) | ۴۱ (۸۵/۴۲) |

* هیچ اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد

** تعداد و (درصد) می باشد.

**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. در هر دو گروه به صورت جداگانه، بین هموگلوبین و هماتوکریت قبل و بعد از زایمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ولی هر دو گروه با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند.**

*جدول 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*

| نوع آزمایش | اداره فعال | | | اداره فیزیولوژیک | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل از زایمان | پس از زایمان | تغییرات | قبل از زایمان | پس از زایمان | تغییرات |
| هموگلوبین (gr/dl) | ۰۵±۰/۹۲ * ۱۲ | ۱۰/۲۱±۱/۷۷* | ۱/۷۰±۱/۲۷ | ۱۱/۶۶±۱/۰۲ | ۱۰/۳۵±۱/۲۲ | ۲۱±۰/۶۶ ۱ |
| هماتوکریت (٪) | ۲۶/۶۰±۲/۹۳ | ۳۱/۷۷±۴/۰۶ | ۴/۸۲±۲/۷۱ | ۲۵/۵۳±۳/۱۰ | ۳۱/۵۹±۳/۷۷ | ۹۵±۰/۵۷ ۳ |

* میانگین و انحراف معیار است

**در رابطه با عوارض داروی سنتوسینون یافته های پژوهش نشان داد که شایعترین عارضه در گروه فعال پس درد شدید (۳۸/۳ درصد) و سپس پس‌درد ضعیف (۱۹/۱درصد) میباشد. در گروه اداره فیزیولوژیک هم شایعترین عارضه، پس درد ضعیف و شدید (۲۹/۷۹درصد) بود. میزان تهوع و استفراغ در گروه اداره فعال ۴/۳ درصد و درگروه اداره فیزیولوژیک، تهوع ۴/۳ درصد و استفراغ ۲/۱۳ درصد بود. آزمونهای آماری کای دو و فیشر اختلاف معنی‌داری بین عوارض دارو در دو گروه نشان ندادند.**

**بحث**

**یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه اداره فعال و فیزیولوژیک از نظر طول مرحله سوم زایمان اختلاف آماری وجود ندارد ولی این زمان در اداره فعال کوتاهتر از اداره فیزیولوژیک بود (۹ دقیقه در مقابل ۱۳ دقیقه). *Nordstorm* هم طول مرحله سوم زایمان را در دو گروه ۵۰۰ نفره یکسان گزارش کرد (۱۵دقیقه در اداره فیزیولوژیک و ۱۴دقیقه در اداره فعال). در پژوهش او خروج جفت در هر دو گروه یکسان و با زور زدن مادر صورت می گرفت (۶). به نظر می‌رسد علت تفاوت بیشتر بین طول مرحله سوم زایمان در اداره فعال و فیزیولوژیک پژوهش حاضر نسبت به مطالعه وی، روش انجام زایمان جفت باشد نه اثر دارو. بطوریکه در مطالعه یاد شده علیرغم کاربرد دارو در یک گروه و عدم استفاده از آن در گروه دیگر، مرحله سوم زایمان در دو گروه یکسان و تنها با زورزدن مادر صورت گرفت. درحالیکه در مطالعه**

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29 ]

حاضر در گروه اداره فیزیولوژیک جفت با زور زدن مادر و در گروه اداره فعال با روش برانت آندروس (*Khan* و همکاران) خارج گردید.

همچنین بین عوارض مرحله سوم زایمان در دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. ولی میزان ابتلا به خونریزی پس از زایمان اولیه در اداره فیزیولوژیک بیشتراز اداره فعال و میزان احتباس جفت و پرده‌ها در اداره فعال بیشتر از اداره فیزیولوژیک بود.

*Sweet* میزان خون از دست رفته را در اداره فعال ۵/۹ درصد و در اداره فیزیولوژیک ۱۷/۹ درصد گزارش نمود (۱۰). *Prendivill* و همکاران نیزگزارش کردند که شیوع خونریزی پس از زایمان در اداره فعال ۱۷ درصد بوده است و استفاده روتین از اکسی توسین، خطر خونریزی پس از زایمان را از ۱۰ درصد به ٦ درصد کاهش می‌دهد (۱۱). در پژوهش *Nordstorm* 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، اگر چه این اختلافات از نظر آماری معنی دار نبود (٦).

*Thilaganathan* و همکاران معتقدند که استفاده از داروی اکسی توسین میزان خون از دست رفته را در زنان کم خطر کاهش نمی‌دهد. لازم به توضیح است که در این پژوهش میزان خونریزی پس از زایمان به روش تخمینی و سنجش هموگلوبین ارزیابی گردید (۷). *Cecily* و همکاران معتقدند نیازی به اداره فعال مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر وجود ندارد. آنها در تحقیقی که بر روی ٤۲۹ 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 معنی دار نبود. آنها 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 (۱۲).

اگرچه اداره فعال باعث کاهش میزان خونریزی پس از زایمان می‌گردد ولی میزان احتباس جفت در اداره فعال بیشتر از اداره فیزیولوژیک است (۱۳) و استفاده از داروهای اوکسی توسیک در اداره مرحله سوم زایمان کاری بی‌فایده است ( ١٤). در اکثر موارد در مورد زنان کم خطر، می‌توان مرحله سوم زایمان را بدون استفاده از داروهای اکسی توسیک به نحوی اداره کرد که میزان خونریزی پس از زایمان در حد طبیعی باشد.

## نتیجه‌گیری

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 باشد. پژوهشگر با توجه به مطالعاتی که در این زمینه انجام داده است و با توجه به نتایج ضد و نقیض گزارش شده در این رابطه، انجام پژوهشهای بیشتر را در زمینه مقایسه اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان توصیه می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش لزومی به استفاده پیشگیرانه و روتین از داروی سنتوسینون در اداره مرحله سوم زایمان در زنان کم خطر از نظر خونریزی پس از زایمان نمی‌باشد.

***References:***

*1. Bennet VR. Brown LK. Myles A.* ***Texstbook for midwives.*** *India: Harcourt publisher:1999.*
*2.Cunningham F. Norman F. Gant K. Larry C.* ***Williams Obstetrics.*** *21st ed, New York: Mc Graw-Hill: 2001.*
*3. Scott JR. Disaia PJ. Danforth s.* ***Obestetric & Gynecology .*** *Philadelphia: Lippinctt:1999.*
*4. Rogers J. Wood J. Ayers S.* ***Active versus expectant management of third stage of Labor. The Hinchingbrook randomized controlled trial.*** *The lancet. 1998; 7: 693-698.*
*5. Decherney AH. Nathan L.* ***Current Obestetric & Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th ed.*** *New York: McGraw Hill co: 2003.*
*6. Nordstorm L.* ***Routine oxytocine in the third stage of labour–A placebo controlled randomized trial Obstetrics and Gynecology.*** *1997;104: 781-786.*
*7.Thilaganathan B. Cutner A. Beard R.* ***Mangement of the third stage of labor in women at Low risk of post partum hemorrhage.*** *Eur-J-Obstet-Gyncol-Report-Biol. 1993; 48: 19-22.*
*8. Prendivill WJ. Harding JE. Stirrat GM. Elbourne D.* ***The Bristol third stage trial : Active versus physiological management of third stage of labor.*** *BMJ. 1988; 297: 1295-1300.*
*9. Khan, GQ. John I. Wani S.* ***Third stage trial: Oxytocin versus syntometrine in the active management of the third stage of labor.*** *Eur. J. Obestetric & Gynecology .1995; 158: 144-151.*
*10. Sweet BR. May S. Midwifery.* ***A textbook for midwives.*** *London: Bailliere Tindal: 2001.*
*11.Prendivill WJ.* ***The prevention of post partum hemorrhage optimizing routine management of third stage of labour.*** *European Journal of Obestetric & Gynecology and Reproductive Biology. 1996; 69: 19-24.*
*12.Cecily M.* ***Postpartum hemorrhage, who is at risk? Midwives chronical****.1999; 102-106.*
*13.Begley CA.* ***Comarisson of active and physiologic management of the third stage of labour .*** *Midwifery.1999; 6: 3-17.*
*14. Candussi G. Carlomagno G. Luksa V.* ***Administration of uterotonic drugs at the end of the expulsion. Comparison of the use of oxytocin and ergometrin Maleate.*** *Minervaginecol. 1989; 41: 533-540.*

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-03-29 ]