بررسی شیوع خروج دستی جفت، عوامل همراه و عوارض آن در زایمان‌های واژینال

دکتر زهره طبسی[۱]، دکتر زهرا اشرفی[۲]، زهره سادات[۳]

چکیده

سابقه و هدف: یکی از نگرانی‌ها در زایمان مسأله خروج دستی جفت است. میزان شیوع متفاوت و عوارض آن و عوامل مرتبط با آن و عدم اطلاع از وضعیت آنها در منطقه باعث شد که این تحقیق در مراجعین به بیمارستان شبیه‌خوانی کاشان در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ انجام گردد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق با طراحی مقطعی بر روی کلیه زنانی که طی مدت بررسی مراجعه کردند، انجام شد. و شیوع خروج دستی جفت، عوامل فردی، عوامل مامایی و عوارض خروج دستی به دست آورده شده و با آمارهای توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها: طی مدت مورد بررسی از تعداد ۳٦۳۳ زایمان واژینال بالای ۲۰ هفته، ۱۳٦ مورد (۳/۷ درصد) کوراژ انجام شده است که ۱٤ درصد به علت عدم خـروج جفت در مدت ۳۰ دقیقه بود. ۱۱۱ مـورد (۸۱/٦ درصد) به علت ناکامل بودن جفت یا پرده‌ها و ٦ مورد (٤/٤ درصد) به علت خونریزی شدید مرحله سوم نیاز به خروج دستی جفت پیدا شده بود. بیشتر افراد تحت مطالعه (٦٤/۷ درصد) ۲۰ تا ۲۹ ساله، ۸/۸ درصد افراد پره ترم (زیر ۳۷ هفته) و ۹۱/۲ درصد ترم بودند. ٦۲ نفر (٤٥/٤ درصد) پریمی گراوید و ۷٤ نفر (٥٤/٦ درصد) مولتی‌پار بودند. گراویدیته بالای ۳ در ۹/٥ درصد موارد وجود داشته است. سابقه قبلی کوراژ در ۱۲/٥ درصد، اسکار رحمی در ۰/۷ درصد و سابقه خروج دستی جفت در ٥/٤ درصد وجود داشت. شایع‌ترین عارضه خونریزی پس از زایمان (۱۲/٥ درصد) بود. شیوع آندومتریت ٤/٤ درصد بود. در یک مورد (۰/۷ درصد) پارگی رحم و هیسترکتومی انجام شد.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: شیوع بالای کوراژ و عوارض بالای آن نگران‌کننده است و اقدامات بعدی برای کاهش آن را توصیه می‌نماید.

واژگان کلیدی: خروج دستی، کوراژ، مرحله سوم زایمان

۱- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- دستار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

مقدمه

در زایمان واژینال پس از اتمام مرحله دوم (تولد نوزاد)، خروج فیزیولوژیک جفت اتفاق می‌افتد. متوسط جدا شدن جفت ٦ دقیقه و ۳/۳ درصد پس از ۳۰ دقیقه انجام می‌شود. با نزدیک شدن به زمان ۳۰ دقیقه احتمال کوراژ افزایش می‌یابد (۱). اگر مرحله سوم زایمان (خروج جفت) خود به خود انجام نشود و یا تا مدت مناسب خارج نشود (که در اکثر مطالعات از ۱۰ دقیقه تا ۲ ساعت عنوان شده است و به طور قراردادی در بعضی منابع ۳۰ دقیقه عنوان شده است (۲) و یا خونریزی شدید غیرقابل کنترل در هر زمان از مرحله سوم رخ دهد، جداسازی با دست توصیه شده است. پس از بی‌حسی یا بیهوشی کافی و با یک تکنیک آسپتیک و پس از گرفتن فوندوس رحم از طریق دیواره شکم و دست دیگر وارد واژن و پس از شناسایی لبه جفت، کندن جفت از محل اتصال و خارج کردن تدریجی آن انجام می شود (۳). شیوع کوراژ را ۰/٦ درصد تا ۳/۳ درصد گزارش کرده‌اند (۲).

از شیوع این تکنیک در منطقه اطلاعی نداریم. هم‌چنین انجام کوراژ می‌تواند عوارضی را در پی داشته باشد که در مطالعات بررسی شده است. خونریزی پس از زایمان که حدود ۱۰/۵ درصد ذکر شده است، نیاز به تزریق خون که در موارد خروج دستی بیشتر بوده است (۱۳/٤ درصد)، هم‌چنین آندومتریت به دنبال خروج دستی جفت که حدود ۳/۵ درصد گزارش شده است از جمله این عوارض هستند. نیاز به کوراژ پس از زایمان ٤/٤ درصد گزارش شده است. در ۰/۸ درصد به علت آکرتا بودن جفت، خروج دستی جفت با شکست مواجه شده و نیاز هیسترکتومی وجود داشته است (۲). خروج دستی جفت در برخی شرایط بیشتر انجام می‌شود به عنوان مثال کم بودن سن مادر، مولتی پاریته، پره‌ترم بودن (۲). هم‌چنین در موارد مصرف مترژن، خروج دستی جفت افزایش داشته است. در مورد کوراژ یا $D\&C$ قبلی، اسکار رحم و وجود سپتوم رحم با افزایش خروج دستی همراه بوده است (٤). با یافتن شیوع خروج دستی جفت و یافتن عوامل مرتبط با آن و پی بردن به عوارض آن در مراجعین به بیمارستان شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱، به بررسی این تکنیک و تعیین وضعیت آن در منطقه خویش می‌پردازیم تا راه‌کارهایی برای کاهش شیوع آن و کاهش عوارض مرتبط با آن بیابیم.

مواد و روش‌ها

این تحقیق با طراحی مقطعی بر روی کلیه زنانی که در این فاصله زمانی (۸۲ - ۱۳۸۱) زایمان واژینال انجام داده‌اند، انجام گرفت. در بین این زنان کسانی که زایمان واژینال بالای ۲۰ هفته تک‌قلو زنده داشته‌اند و نیاز به خروج دستی جفت پیدا کرده‌اند، در این مطالعه آورده شدند. (به علت این که اکثریت افراد مورد مطالعه (۹۷/۷ درصد) به طور روتین از اکسی‌توسین استفاده کرده بودند، اکسی توسین به عنوان عامل منقبض‌کننده رحم از عوامل مامایی حذف گردید).

اطلاعات لازم از طریق مصاحبه با مادر و مراجعه به پرونده دریافت شد (از قبیل سوابق بیمار، سابقه کوراژ قبلی، سابقه خروج دستی جفت، سابقه اسکار رحمی و ...)، سن حاملگی به طور دقیق محاسبه شد. (بر اساس LMP در صورت منظم بودن سیکل‌های قاعدگی و در صورت عدم دانستن آن بر اساس سونوگرافی). کوراژ توسط دستیار زنان انجام و عوارض ایجاد شده توسط خود او پیگیری شد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

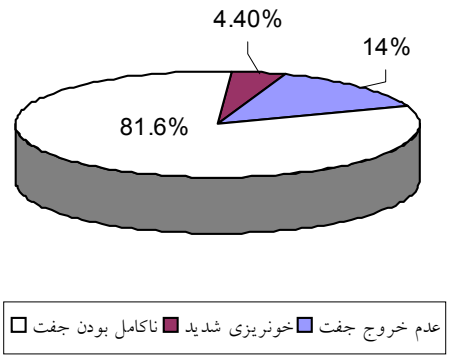
خونریزی پس از زایمان به صورت تخمین بالینی بیش از ۵۰۰cc خون پس از زایمان جفت می‌باشد و در صورت نیاز به تزریق خون، تعداد واحدهای مورد نیاز ثبت شد.

در صورت علائم متریت (تب، درد شکم ...) ظرف ۱۰ روز پس از زایمان بیمار مراجعه کرده و تمام بیماران از نظر عوامل مساعدکننده مامایی به دقت مورد بررسی قرار گرفتند.

اطلاعات لازم در فرم اطلاعاتی درج شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات جداول فراوانی تنظیم شد. فراوانی خروج دستی جفت بر اساس خصوصیات فردی مادر و بر اساس عوامل مامایی محاسبه شد و جداول فراوانی بر اساس عوارض خروج دستی جفت ارائه گردید.

یافته‌ها

در مدت مطالعه، تعداد ۳۶۳۳ زایمان یک قلو زنده بالای ۲۰ هفته داشتیم. از این تعداد در ۱۳۶ مورد (۳/۷ درصد) کوراژ انجام شده است. از این ۱۳۶ مورد، ٤ نفر (۲/۹ درصد) تحت بیهوشی عمومی، ۲ نفر (۱/۵ درصد) تحت بی‌حسی اپیدورال (همراه با زایمان بی‌درد) قرار داشتند و ۱۳۰ نفر (۹۵/٦ درصد) به وسیله آمپول پتیدین وریدی *sedate* گردیده بودند. مواردی از *revision* رحم که پس از زایمان جفت به علت خونریزی شدید واژینال پس از زایمان جهت پیگیری خونریزی بوده است و بقایای جفت باقی نمانده بود، حذف گردید. علل خروج دستی جفت در نمودار شماره ۱ ارائه گردید. نشان می‌دهد که در ۱۱۱ مورد (۸۱/٦ درصد) علت کوراژ، ناکامل بودن جفت یا پرده‌ها بوده است. در ۱۹ مورد (١٤ درصد) به علت عدم خروج جفت در مدت ۳۰ دقیقه و در ٦ مورد (٤/٤ درصد) به علت خونریزی شدید مرحله سوم نیاز به خروج دستی شدیم.



نمودار ۱- توزیع ۱۳٦ مورد خروج دستی جفت بر حسب علل

عوامل فردی مادر شامل سن مادر، سن حاملگی و تعداد حاملگی در جدول ۱ ارائه گردیده نشان می‌دهد که ٤٥/٦ درصد افراد گراویدیته یک، ۹۱/۲ درصد سن حاملگی بیشتر از ۳۷ هفته و ٦٤/۷ درصد افراد ۲۰ تا ۲۹ ساله بودند.

جدول ۱- توزیع ۱۳٦ مورد خروج دستی جفت بر حسب خصوصیات فردی مادر

فراوانی / عوامل فردی	تعداد	درصد
تعداد حاملگی (سال):		
۱	٦۲	٤٥/٦
٤-۲	۷۱	۵۲/۲
۵ به بالا	۳	۲/۲
سن حاملگی (هفته):		
۲٦-۲۰	۱	۰/۷
۳۷-۲٦	۱۱	۸/۱
۳۷ و بیشتر	۱۲٤	۹۱/۲
سن مادر (سال):		
کمتر از ۲۰	۱٤	۱۰/۳
۳۰-۲۰	۸۸	٦٤/۷
۳۰ و بیشتر	۳٤	۲۵

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

بررسی عوامل مامایی خروج دستی جفت نشان می‌دهد که سابقه کوراژ در ۱۷ مورد (۱۲/۵ درصد) و مصرف مترژن در ۹ نفر (٦/٦ درصد) وجود داشته است. ٦ نفر (٤/٤ درصد) *PROM* طولانی داشتند. سابقه خروج دستی جفت در ٤ مورد (۲/۹ درصد) گزارش شد. اشکال غیر عادی جفت در ۲ مورد (۱/٤ درصد) گزارش شد که هر دو مورد جفت فرعی بوده است. آنومالی رحم (رحم سپتوم‌دار)، سابقه *D&C* و اسکار رحمی هر کدام در یک مورد (۰/۷ درصد) موجود بود.

جدول ۲- توزیع ۱۳٦ مورد خروج دستی جفت بر حسب عوامل مامایی

عوامل فردی / فراوانی	مقدار	درصد
سابقه کوراژ	۱۷	۱۲/۵
مترژن	۹	٦/٦
Prom طولانی	٦	٤/٤
سابقه خروج دستی جفت	٤	۲/۹
اشکال غیر عادی جفت	۲	۱/٤

۳۲ مورد عوارض خروج دستی جفت در ۲۰ نفر گزارش شد که عبارت بودند از: ۱۷ مورد (۱۲/۵ درصد) خونریزی پس از زایمان، ٦ مورد (٤/٤ درصد) متریت متعاقب کوراژ، ٤ مورد (۲/۹ درصد) پارگی سرویکس، ۳ مورد نیاز به تزریق خون (۲ نفر به ۲ واحد و ۱ نفر به ۸ واحد نیاز پیدا کرد)، یک مورد (۰/۷ درصد) پارگی رحم که به هیسترکتومی منجر شد و یک مورد باقی ماندن قطعات جفت.

جدول ۳- توزیع ۱۳٦ مورد خروج دستی جفت بر اساس عوارض

عوامل فردی / فراوانی	تعداد	درصد
خونریزی پس از زایمان	۱۷	۱۲/۵
متریت	٦	٤/٤
پارگی سرویکس	٤	۲/۹
تزریق خون	۳	۲/۲

بحث

در بررسی اخیر فراوانی خروج دستی جفت در مرکز ما ۳/۷ درصد ذکر شد. در مطالعه‌ای در استرالیا زایمان‌های واژینال خروج دستی جفت ۳ درصد ذکر شده است (۲).

در مطالعه‌ای در بیمارستان *Ramathibodi*، بروز خروج دستی جفت ۲/۱ درصد بوده است (٤). در بیمارستان دانشگاهی *Haukeland* در نروژ طی ۵ سال مطالعه، از ۲٤۷۵۰ زایمان، جفت در ۰/٦ درصد با دست جدا شده بود (۵). در مطالعه دیگری در بیمارستان *Kasturba* در ۲/۳ درصد تمام تـولدها در طی ۱۵ سال، جفت با دست خارج شده بود (٦). در مطالعه دیگری در بیمارستان *Hutzel* در آمریکا فراوانی خروج دستی جفت ۲ درصد ذکر شده است (۷). در مطالعه‌ای در بیمارستان ملبورن استرالیا، خروج دستی جفت ٤/۲ درصد گزارش شده است که تنها مطالعه‌ای است که از مرکز ما آمار بیشتری را ذکر کرده است ولی آنها مواردی را که جفت از سرویکس نیز گرفته شده است، جزء مطالعه آورده‌اند.

در مطالعه *Titi* و همکاران که شیوع ۳ درصدی ذکر شده است، در مورد کوراژ به علت خروج ناکامل جفت صحبتی به میان نیامده است، هم‌چنین در مورد زمان دقیق انتظار جهت خروج خود به خودی جفت بحث نشده و در آن مرکز خروج دستی وقتی انجام شده است که جدا شدن آن مختل شده یا پس از تکمیل مرحله دوم زایمان، خونریزی شدید ایجاد شده باشد (۲).

در این مطالعه ذکر شده است که در تمام موارد به غیر از ۱۱ مورد که به علت خونریزی شدید مرحله سوم قبل از سپری شدن یک ساعت اقدام به خروج دستی جفت شده است، زمان انتظار بیش از

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

یک ساعت بوده است، در حالی که در مرکز ما بیشترین علت خروج جفتی، ناکامل بودن جفت یا پرده‌ها بود. از طرف دیگر دقت بیش از حد در معاینه جفت پس از زایمان و شک به ناکامل بودن جفت یا پرده‌ها توسط دستیاران زنان، اقدام به کوراژ را در آنان برانگیخته و قطعات کوچکی که احتمالاً با لوشیا خارج شده است را با کوراژ خارج کرده‌اند.

در این تحقیق بیشتر افراد تحت مطالعه (٦٤/٧ درصد) در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بودند که از این نظر مشابه اکثر تحقیقات دیگر می‌باشد (۲، ٤، ٦).

در مطالعه ما اکثر افراد کوراژ شده (۹۱/۲ درصد) سن حاملگی ۳۷ هفته و بالاتر داشتند. این یافته مشابه نتایج مطالعه *Chittachraen* بود (٤) در حالی که در مطالعات دیگر کوراژ در زایمان‌های پره‌ترم بیشتر انجام شده است. به طوری که در مطالعه *Titi* ۱۰/۵ درصد افراد پره‌ترم بوده‌اند (که نسبت به گروه شاهد بالاتر بوده است) (۲). در مطالعه دیگری نیز ۳۲/٤ درصد نمونه‌ها پره‌ترم بوده‌اند (٦).

شیوع کمتر موارد پره‌ترم در مرکز ما احتمالاً به دلیل غیر رفرال بودن مرکز می‌باشد. از طرف دیگر شاید تمایل بیشتر برای خروج جفت احتباس یافته پس از زایمان پره‌ترم در اتاق عمل با *Ring Forceps* در مرکز ما، علت حذف این افراد از مطالعه باشد.

در مطالعه ما ٦۲ نفر پریمی گراوید (٤٥/٥ درصد) و ۷٤ نفر مولتی‌پار (٥٤/٦ درصد) بودند. گراویدیته بالای ۳ نیز در ۹/۵ درصد مشاهده شد.

در مطالعه *Titi* میزان مولتی پاریته بیشتر بود به طوری که گراویدیته بالای ۳ در ۲۷/۲ درصد موارد گزارش شد (و بیشتر از گروه کنترل بوده است) (۲). در مطالعه بیمارستان *Chittachraen* آمار مولتی‌پاریته خیلی زیاد (۷۳/۱ درصد) ذکر شده است (٤). آمار کمتر مولتی‌پاریته در مرکز ما ممکن است به علت جدیدتر بودن مطالعه ما نسبت به مطالعات دیگر باشد. در آن مطالعات که به صورت گذشته‌نگر آمار چندین سال قبل را در تحقیق آورده‌اند، با توجه به شیوع بیشتر مولتی‌پاریته در زایمان‌های سال‌های گذشته و بالاتر بودن پاریته بالا در زایمان‌های سال‌های گذشته و کمتر بودن پاریته بالا در زایمان‌های امروزی این تفاوت را ایجاد کرده باشد.

سابقه کوراژ قبلی در مرکز ما ۱۲/۵ درصد موارد بوده است که شایع‌ترین عامل همراه بود. با این حال در یک مطالعه سابقه قبلی کوراژ در ۳٤/۷ درصد نمونه‌ها بود که نسبت به مطالعه ما بیشتر می‌باشد (٤) البته در این مطالعه اگر افراد زیر ۳۷ هفته را در نظر بگیریم سابقه کوراژ در ۲۵ درصد افراد پره‌ترم وجود داشته و احتمالاً به علت کم بودن شیوع کلی زایمان پره‌ترم در مرکز ما نسبت به سایر مراکز ارجاعی، شیوع کلی سابقه کوراژ کمتر است.

در مرکز ما مصرف اکسی‌توسین پس از زایمان نوزاد به طور روتین انجام می‌شود به طوری که در اکثر افراد تحت مطالعه به طور پروفیلاکسی استفاده شده ولی مصرف مترژن امروزه چندان شایع نیست و احتمالاً به خاطر ترس از عوارض آن بر فشار خون مادر، مگر در موارد خاص، از مصرف آن اجتناب می‌شود.

مصرف مترژن در ۹ مورد در مرکز ما (٦/٦ درصد) وجود داشت در حالی که در مطالعه *Titi* ۵۰ درصد موارد سنتومترژین دریافت کرده بودند (۲). از ۷٤ فرد مولتی پار در مرکز ما، ٤ نفر (٥/٤ درصد) سابقه خروج دستی جفت را ذکر می‌کردند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

در مطالعه *Titi* سابقه خروج دستی در ۷/۹ درصد (۲)، در مطالعه *Tandbery* در ۱۶ درصد (۵) و در مطالعه *Chabra* ۱۴/۱ درصد بوده است (۶). فراموش کردن سابقه توسط مادر در زایمان‌های قبلی یا ناکامل بودن شرح زایمان‌های قبلی ممکن است علت کمتر بودن درصد آن باشد.

در مطالعه ما اشکال غیرعادی جفت تنها در ۲ مورد (۱/۴ درصد) وجود داشته است که هر دو مورد جفت فرعی بود. هر چند در کتاب‌های مرجع اشاره به احتمال باقی ماندن جفت در اشکال غیرعادی جفت شده است (۱) ولی در مطالعات قبلی اشاره واضحی به این موضوع نشده است. وجود اسکار قبلی رحم تنها در یک مورد (به علت هیستروتومی قبلی) وجود داشت (۰/۷ درصد) که مغایر با مطالعات دیگر است. در مطالعه‌ای در عربستان آسیب قبلی رحم ارتباط مهمی با جفت احتباس یافته داشته است (۸). در مطالعه *Chabra* نیز درصد بالایی (۱۹/۶ درصد) از افراد تحت کوراژ سابقه جراحی رحمی قبلی را داشتند (۶).

در تحقیق *Titi* نیز سابقه سزارین در ۵/۳ درصد وجود داشته است (۲). درصد پایین اسکار رحمی در افراد تحت کوراژ در مرکز ما شاید به علت عدم روتین بودن زایمان واژینال پس از سزارین باشد. اکثر این افراد، مجدداً تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند. در کل ۹۹ نفر از افراد تحت کوراژ بدون عامل مساعدکننده بودند (۷۲/۷ درصد) ولی از این موارد فقط ۳ نفر (۲/۲ درصد) نیاز به تزریق خون پیدا کردند. در تحقیق *Titi* (که خونریزی پس از زایمان را ذکر نکرده است) نیاز به تزریق خون در ۱۳/۴ درصد نمونه‌ها وجود داشت (۲). هم‌چنین در مطالعه‌ای در نروژ ۱۰ درصد افراد نیازمند تزریق خون بوده‌اند که آن هم در مقایسه با مطالعه حاضر بیشتر است (۵). این در حالی است که در مطالعه *Dombrowski* تزریق خون در ۳/۵ درصد موارد صورت گرفت (که مشابهت بیشتری با مرکز ما دارد) (۷).

شیوع بیشتر تزریق خون در مطالعات دیگر، احتمالاً به این علت است که در تحقیق ما اکثر افراد تحت کوراژ به علت باقی ماندن قطعات جفت کوراژ شده‌اند و در مطالعاتی که بیشترین علت کوراژ، عدم خروج جفت در مدت ۳۰ دقیقه بوده و یا علت آن خونریزی شدید مرحله سوم بوده است، نیاز به تزریق خون نیز افزایش یافته است.

شیوع آندومتریت پس از کوراژ در مطالعه ما ۴/۴ درصد بود. در مطالعه *Titi* این رقم ۴/۴ درصد (در مقابل ۰/۹ درصد در گروه کنترل) (۲) و در مطالعه *Tandbery* ۱/۸ درصد (و بیش از کنترل) (۵) گزارش شده است. درصد بالاتر آندومتریت پس از کوراژ در مرکز ما شایان توجه است. ممکن است در مرکز ما در تکنیک کوراژ رعایت استریلیته لازم نمی‌شود یا چند بار اقدام به آن می‌شود. در عین حال دستیابی به شیوع آندومتریت در کل زایمان‌های واژینال و مقایسه با آن لازم است.

پارگی سرویکس در ۴ مورد (۲/۹ درصد) وجود داشت. به هر حال این عارضه ممکن است بالقوه متعاقب کوراژ اتفاق بیافتد. در تحقیق *Titi* نیز یک مورد (۰/۸ درصد) شکست روش و نیاز به هیسترکتومی به علت جفت آکرتا پیدا شده است (۲). در مطالعه دیگری در توکیو یک مورد پارگی رحم به دنبال خروج دستی جفت اتفاق افتاد که هیستوکتومی گردید و جفت آکرتا یافت شد (۹). در مطالعه دیگر در مدت ۳۱ ماه، ۲۵ مورد پارگی رحم در بیمارستانی در آفریقا وجود داشت که ۵ تا پس از خروج دستی جفت بوده است (۱۰).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]

باقی ماندن قطعات جفت بعد از انجام کوراژ تنها در یک مورد (۰/۷ درصد) وجود داشته است ولی نیاز به کوراژ بعدی نبوده است.

در مطالعه *Tandbery* ۳ درصد علیرغم کوراژ قطعات باقی مانده داشتند که ۲ روز پس از زایمان نیازمند کوراژ بوده‌اند (۵). در مطالعه *Titi* ٤/٤ درصد نیازمند کوراژ پس از زایمان بودند (۲). کم بودن آمار باقی ماندن قطعات جفت متعاقب کوراژ تأییدی بر این مطلب است که دستیاران ما چندین بار برای جهت پاکسازی رحم از قطعات جفت تلاش می‌کنند حال آنکه در تحقیقات دیگر یک بار این تکنیک انجام شده که کاهش آندومتریت در مطالعات را نیز توجیه می‌کند.

پیشنهادات

شیوع بالاتر کوراژ و عوارض بالای آن خصوصاً آندومتریت و خونریزی پس از زایمان که عوارض مهمی می‌باشند، نیاز به راه‌کارهایی جهت کاهش شیوع و عوارض آن را پیشنهاد می‌کند. شاید قرار دادن زمان انتظار بیشتر جهت خروج خود به خودی جفت (بیش از ۳۰ دقیقه که در مرکز ما به طور قراردادی وجود دارد)، دقت در انجام یک بار تکنیک کوراژ و اجتناب از انجام چند باره آن توصیه‌های معقولی باشند. هم‌چنین انجام یک بی‌دردی کامل با *conduction analgesia* یا بیهوشی عمومی در مقابل آنالژزی ناکامل تنها با مخدر وریدی، با افزایش همکاری بیمار، به یک بار انجام تکنیک منجر شود.

هم‌چنین دقت خاص در هنگام کوراژ به علت احتمال همراهی آن با جفت آکرتا توصیه می‌شود. به هر حال یک مطالعه مورد ـ شاهدی وسیع لازم است که با به کارگیری گروه شاهد و حذف عوامل مداخله‌گر بتواند، رابطه دقیق خروج دستی جفت و علل و عوارض آن را نشان دهد.

Reference:

1. Cunningham F, et al, editors. Williams Obstetrics. 21st edi. New York: Mc Graw–Hill; 2001.
2. Titi ZM, Wallace A, Vaak Lander D. Manual removal of the placenta, 1992-99. Aust N Z Y Obstet Gynecol 2001; 41(1): 41-4.
3. Gamos DK, et al, editors. High Risk Pregnancy. 2nd edi: London; WB Saundrs; 2000.
4. Chittachroen A, Suthutvoravut, Pony T. Manual removal of placenta at Ramathibodi Hospital 1985-88. J Med Assoc Thai 1993; 46(supple 1): 52-5.
5. Tandbery A, Albrechtsen S, Iversen OE. Manual removal of the palcenta; Incidence and clinical significance. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78(1): 33-6.
6. Chhabra S, Dhorey M. et al. Retained placenta continue to be fatal but frequency can be reduced. J Obstet Gynecol 2002; 22(6): 630-3.
7. Dombrowski MP, et al. Third stage of labor: Unianalysis of duration and clinical practice. Am J Obstet Gynecol 1995; 172(4): 1279-84.
8. Adelusi B. Risk of retained placenta: Multivariate approach. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76(5): 414-8.
9. Okuduira S, et al. Uterine perforation following manual removal of the placenta. J Nippon Med Sci 2003; 70(5): 449-51.
10. Maphahlele M. Rupture of the uterus: 25 cases. S Afr J Obstet Gynecol 1997; 9(2): 450–8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-08-01]