

۱۳۸۰ / ۱۱ / ۲۷



دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
دانشکده پزشکی

سرکار خانم دکتر مریم خوشبیده
مدرس

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای عمومی

عنوان:

مقایسه تأثیر اکسی توسین و ستومترین در میزان نیاز به مدفلات بعدی
جهت کنترل فونریزی بعد از زایمان

016048

استاد راهنما: سرکار خانم دکتر مریم خوشبیده

استاد مشاور: جناب آقای مهندس قنبری

نگارش: اکرم طالبی

شماره پایان نامه: ۶۹۳

تابستان ۱۳۸۰

۳۹۲۸۹

چکیده:

با توجه به اهمیت خونریزیهای بعد از زایمان و مورتالیتی و موربیدیتی ناشی از آن، این مطالعه به مقایسه تأثیر دو داروی اکسی توسین و سنتومتین در نیاز به مداخلات بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان در زنان مراجعه کننده به زایشگاه قدس می پردازد. مطالعه بصورت مداخله ای صورت می گیرد. در دو گروه ۳۰۹ نفری انتخاب شده از زنان مراجعه کننده جهت زایمان به زایشگاه قدس زاهدان، به یک گروه حین زایمان و بعد از خروج شانه قدامی جنین، ۵ واحد اکسی توسین و به گروه دوه واحد اکسی توسین و ۰/۵ میلی گرم مترژن تزریق گردید و تعداد موارد خونریزی غیر طبیعی و نیاز به اقدامات لازم جهت کنترل خونریزی، بین دو گروه را مقایسه کردیم که نتایج زیر بدست آمد:

در گروه اول که اکسی توسین تزریق شده بود ۱۴ مورد خونریزی بیش از حد طبیعی داشتیم که نیاز به اقدامات بعدی جهت کنترل خونریزی لازم شد. در گروه دوم که سنتومتین تزریق شده بود ۴ مورد خونریزی غیر طبیعی داشتیم. که با انجام تست Chi-Square ($p < 0.05$) اختلاف دو گروه، از نظر نیاز به مداخلات بعدی بدلیل خونریزی، معنی دار بود.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فهرست
	چکیده

فصل اول :

۲.....	مقدمه
۴.....	معرفی طرح
	اهداف پژوهش :
۶.....	الف - هدف کلی
۶.....	ب - اهداف ویژه
۶.....	ج - سؤالات یا فرضیات

فصل دوم :

۸.....	تعریف زایمان
۸.....	عوامل اساسی در زایمان
۹.....	مراحل زایمان
۱۰.....	علائم جدا شدن جفت
۱۱.....	اداره فعال زایمان
۱۱.....	اداره فعال و فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان

- تعریف خونریزی پس از زایمان ۱۳
- انسیدانس ۱۴
- عوامل مستعد کننده خونریزی پس از زایمان ۱۵
- علائم بالینی ۱۶
- تشخیص ۱۷
- شوک مامایی ۱۸
- پیش آگهی ۱۹
- سندرم شیهان ۱۹
- درمان خونریزی مرحله سوم زایمان ۲۰
- روش خارج نمودن جفت با دست ۲۱
- روش درمان بعد از زایمان جفت ۲۱
- جفت آکرتا ۲۴
- مواد اکسی توسیک : ۲۵
- اکسی توسین ۲۶
- اثرات قلبی - عروقی ۲۶
- اثرات ضد ادراری ۲۷
- ارگونوین و متیل ارگونوین ۲۸
- پروستا گلندین ها ۲۸

فصل سوم:

- ۳۱..... نوع مطالعه
- ۳۱..... نحوه انتخاب نمونه
- ۳۱..... حجم نمونه
- ۳۲..... روش اجرای طرح
- ۳۳..... فرم جمع آوری اطلاعات

فصل چهارم:

- ۳۵..... جداول و نمودارها

فصل پنجم:

- ۳۹..... بحث و نتیجه گیری کلی
- ۴۱..... پیشنهادات
- ۴۲..... منابع

چکیده به انگلیسی

فصل اول

مقدمه و معرفی طرح

مقدمه

مامائی شغلی آغشته به خون است . انجام زایمان در محیط بیمارستان و سهولت دسترسی به خون برای موارد ضروری، موجب کاهش چشمگیری در میزان مرگ و میر مادران شده است ولی با وجود^{این} اغلب گزارشات حاکی از این واقعیت هستند که عمده ترین علت مرگ مادران خونریزی است . مرکز کنترل بیماریها ، ۱۴۵۳ مورد مرگ مادران که مربوط به سقط نبوده است را، طی سالهای ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰ در آمریکا بررسی نموده نتیجه این بررسی نشان داد که خونریزی در حداقل ۲۹ درصد موارد علت مستقیم مرگ بوده است (1996, Berg) همچنین اطلاعات حاصل از انجمن مرگ و میر مادران نشان داد که ۱۱ درصد از موارد مرگ مادران ناشی از خونریزی بود (Rochat - ۱۹۸۸) .

شواهدی وجود دارد که دال بر کاهش میزان مرگ و میر مادران بخاطر خونریزی موجود است . این بهبود ناشی از مدرن شدن روشهای مامایی می باشد . بعنوان مثال Sachs در سال ۱۹۸۷ گزارش نمود که ، از اواسط ۱۹۵۰ تا اواسط دهه ۱۹۸۰ ، میزان مرگ و میر ناشی از خونریزی مامایی در ماساچوست ده برابر کاهش یافته است . در کشورهای در حال توسعه ، خونریزی مامایی علت مهمتری برای مرگ و میر مادران می باشد (Harrison - ۱۹۸۹) .

در شرایطی که دسترسی فوری به خون یا محصولات خونی وجود ندارد ، خونریزی مامایی به احتمال بیشتری باعث مرگ مادران می شود . برقراری تسهیلات مورد نیاز برای تجویز فوری خون و اقدامات طبی ، دارویی اساسی در جهت کنترل خونریزیهای مامایی ، جزء ضروریات یک بخش مامایی مطلوب و قابل قبول محسوب می شود . زیرا ممکن است

خونریزی در مراحل قبل از زایمان (نظیر جفت سر راهی یا کنده شدن زودرس جفت) و یا بطور شایعتر در مراحل بعد از زایمان (نظیر آتونی رحم یا جراحات دستگاه تناسلی) رخ دهد . ما برآن شدیم که با چنین تحقیقی ، با استفاده از حداقل امکانات طبی و دارویی موجود در بخش ، گامی در جهت کاهش موربیدیتی و مورتالیتی و هزینه ناشی از اعمال جراحی تهاجمی و بزرگ و پیامدهای آن جهت بیماران برداریم .

معرفی طرح

زایمان فرایند پیچیده ای است که طی مراحل مختلف صورت می گیرد. مراحل زایمانی شامل مرحله اول که از شروع زایمان تا دیلاتاسیون کامل سرویکس است. مرحله دوم زایمانی، از دیلاتاسیون کامل سرویکس تا خروج جفت می باشد. مرحله سوم، خروج جفت و ضمائم آن می باشد و مرحله چهارم، یکساعت بعد از خروج جفت است که این مرحله بحرانی بوده و خونریزی بعد از زایمان در اثر آتونی رحم در این زمان بسیار محتمل است. (۳)

یکی از علل مهم مرگ و میر مادران بخصوص در کشورهای در حال توسعه، عوارض مرحله سوم زایمان و بخصوص خونریزیهای پس از زایمان است (۶).

خونریزی پس از زایمان را معمولا بصورت از دست رفتن خون به میزان ۵۰۰ میلی لیتر یا بیشتر بعد از پایان مرحله سوم زایمان تعریف می کنند. (۳) که بر این اساس خونریزی پس از زایمان در ۵ درصد زایمانها اتفاق می افتد (۵). خونریزی پس از زایمان، بعلت خونریزی بیش از حد و صدمات وارده به اعضای تناسلی و ساختمانهای مجاور و یا هر دو ایجاد می شود (۳). هر چه جفت مدت بیشتری در رحم بماند خطر خونریزی بیشتر است چون رحم تا وقتی جفت را درخود دارد نمی تواند بطور کامل منقبض شود (۷).

داروهای اکسی توسیک (اکسی توسین، مترژن و ...) را در انتهای مرحله دوم زایمان یا بعد از خروج جفت، به منظور داشتن انقباضات موثر رحمی و لذا کاهش خونریزی و یاتسریع در جدا شدن جفت تجویز می کنند (۷).

Mitchel , Elbourn در سال ۱۹۹۳ دریافتند که برای جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان ، استفاده از سنتومترین عضلانی ، همزمان با خروج شانه قدامی بسیار مؤثرتر از اکسی-توسین بتنهایی است (۳) .

Thilaganthan در سال ۱۹۹۳ ، استفاده از سنتومترین (۵ واحد اکسی توسین با ۰/۵ میلی گرم ارگومترین) را در کوتاه کردن مدت زمان مرحله سوم توصیه کرد ولی کاهش در خون از دست رفته حاصل نگردید (۳) .

McDonald در سال ۱۹۹۳ پیشنهاد کرد که اثرات اکسی توسین و سنتومترین در کاهش ریسک خونریزی بعد از زایمان یکسان هستند (۸) .

با توجه به اهمیت خونریزی پس از زایمان و مورتالیتی و موبیدیتی ناشی از آن ، ما بر آن تصمیم شدیم که با تزریق اکسی توسین و سنتومترین ، میزان نیاز به مداخلات و اقدامات بعدی در خونریزیهای پس از زایمان را سنجیده و با هم مقایسه کنیم .

اهداف طرح :

هدف کلی : مقایسه تاثیر اکسی توسین و سنتومتین در میزان نیاز به مداخلات بعدی جهت

کنترل خونریزی بعد از زایمان

اهداف ویژه :

۱- تعیین تاثیر اکسی توسین در میزان نیاز به مداخلات بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از

زایمان

۲- تعیین تاثیر سنتومتین در میزان نیاز به مداخلات بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از

زایمان

سوالات یا فرضیات :

۱- آیا باتزریق اکسی توسین نیاز به مداخله بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان

وجود دارد ؟

۲- آیا باتزریق سنتومتین نیاز به مداخله بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان وجود

دارد ؟

۳- آیا تفاوتی در میزان نیاز به مداخلات بعدی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان بعد از

تزریق اکسی توسین و سنتومتین وجود دارد ؟

فصل دوم

مروری بر متون و مطالعات انجام شده

در زمینه پژوهش

تعریف زایمان :

زایمان پروسه فیزیولوژیکی است که طی آن انقباضات دردناک رحمی منجر به افسمان و دیلاتاسیون سرویکس می شود (۱) همینطور کوششهای ارادی که برای خارج نمودن محتویات حاملگی از راه واژن صورت می گیرد (۲).

یکی از خطرترین تشخیص ها در مامایی ، تشخیص دقیق زایمان است . اگر تشخیص زایمان به اشتباه صورت گیرد ممکن است به منظور ایجاد تسریع در زایمان ، اقدامات نامناسبی انجام شود و بر عکس اگر زایمان تشخیص داده نشود جنین یا نوزاد ممکن است بعلت بروز عوارض پیش بینی نشده ، در مکانهایی که به امکانات و تسهیلات پزشکی دسترسی وجود ندارد ، مورد صدمه واقع گردد . لذا تشخیص افتراقی بین زایمانهای کاذب و واقعی حائز اهمیت است (۳)

در زایمان واقعی ، انقباضات در فواصل منظم رخ میدهند ، فواصل بتدریج کوتاهتر و شدت انقباضات بتدریج بیشتر شود و ناراحتی در شکم و پشت احساس می شود . سرویکس باز می شود و با مصرف مسکن ها ، ناراحتی برطرف نمی شود در زایمان کاذب عکس این وقایع رخ میدهد (۳) .

عوامل اساسی در زایمان :

پیشرفت زایمان و نتیجه آن تحت تاثیر چهار عامل قرار داد : ۱- عبور (قسمتهای استخوانی و بافتهای نرم جنینی از داخل لگن مادر)
۲- وجود نیرو (انقباضات یا فشارهای رحمی)

۳- عبور کننده (منظور جنین است)

۴- وضعیت روانی

وجود ناهنجاری در هر یک از این مرحله چه به تنهایی و چه همراه با عوامل دیگر می تواند

موجب سخت زایی گردد (۲)

مراحل زایمان :

چهار مرحله در زایمان وجود دارد که هر یک بطور مجزا در نظر گرفته می شود (۴) .

مرحله اول زایمان : از شروع زایمان حقیقی تا دیلاتاسیون کامل سرویکس را شامل می

شود (به مقدار ۱۰ سانتی متر) . (۴) این مرحله معمولا طولانی ترین مرحله زایمانی است .

مدت زمان متوسط مرحله اول در یک زن پرایمی گراوید ۱۲-۸ ساعت و در زن مولتی پار ۸

-۶ ساعت است . (۲) که اولین مرحله زایمان متشکل از دو فاز است . یک فاز نهفته که طی

آن افسمان و دیلاتاسیون اولیه رخ می دهد و یک فاز فعال که در آن دیلاتاسیون

سرویکس سریعتر صورت می گیرد . (۴)

به مرحله ^{اول} زایمان ، مرحله سرویکال گویند . (۱)

مرحله دوم زایمان : از زمان باز شدن کامل دهانه رحم تا زمان خروج نوزاد ادامه می یابد .

(۲) مرحله دوم زایمان بطور متوسط در زنان شکم اول ۵۰ دقیقه و در زنان چند زا ۲۰

دقیقه بطول می انجامد ولی این زمان می تواند متغیر باشد . (۳) به مرحله دوم زایمانی ،

مرحله پلویک نیز میگویند (۱) .

با اتساع کامل سرویکس ، زائو ممکن است احساس تهوع یا احساس نیاز به دفع مدفوع

داشته باشد . اغلب در این مرحله یک افزایشی در bloody show دیده می شود . غشاء اگر تا

این مرحله سالم باشد، پاره می شود. انقباضات رحمی با تلاش مادر منجر به نزول پرتکس می شود. (۱)

مرحله دوم زمان بحرانی برای جنین می باشد چون کوچکترین فشاری روی بند ناف ممکن است سبب افت ضربان قلب جنین شود و حتی در صورت ادامه دیسترس جنینی و عدم پاسخ به اقدامات دیگر، زائو نیاز به سزارین پیدا کند (۱).

مرحله سوم زایمان: مدت زمانی است که از زمان خروج نوزاد تا خروج جفت طول می کشد (۲) به مرحله سوم، مرحله جفتی (Placental) گویند. (۱) بلافاصله بعد از تولد نوزاد، ارتفاع قله رحم و قوام آن مشخص می شود. مادامی که رحم سفت مانده است و خونریزی غیر طبیعی وجود ندارد، معمولاً باید منتظر جدا شدن جفت ماند. رحم ماساژ داده نمی شود، فقط دست باید مرتباً روی قله رحم گذاشته شود تا مشخص شود که رحم آتونیک نشده و خون در پشت جفت جمع نشده است (۲) با انقباضات رحمی، جفت از بستر خود جدا می شود. (۱) تا جدا شدن جفت هیچ گونه تلاشی نباید جهت خروج آن انجام شود و گرنه مادر دچار خونریزی شدیدی می شود (۱) اگر جایگزینی جفت، فوندال باشد و کشش بند ناف قبل از جدا شدن جفت صورت گیرد برگشت رحم که یکی از عوارض خطرناک زایمان است اتفاق می افتد (۱) علائم جدا شدن جفت: ۱- رحم بصورت کروی در آمده و سفت تر می شود. این اولین علامتی است که نمایان می شود.

۲- اغلب یک جهش ناگهانی خون به بیرون وجود دارد.

۳- رحم در شکم بالا می رود زیرا جفت جدا شده به طرف سگمان تحتانی رحم و واژن آمده و در نتیجه رحم را به سمت بالا می راند.