

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

۱۸۹۷۸۴

# دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین

## دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای تخصصی جراحی زنان و زایمان

### موضوع:

مقایسه زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر

### استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر فاطمه لالوها

### استاد مشاوره:

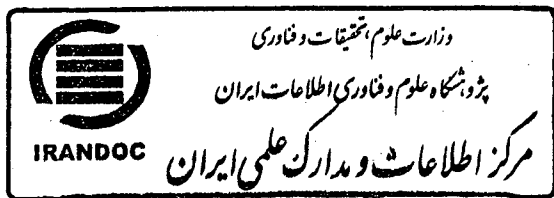
جناب آقای دکتر سعید آصف زاده

### نگارش:

دکتر لیلا علیجانی

سال تحصیلی 88-89

شماره پایان نامه: 230



۱۵۹۶۸۳

۱۳۹۰/۳/۲۶

تقدیم به:

پدر و مادر فداکار و بزرگوارم

به همسر عزیز

به خواهران مهربانم

و به تمام ره پویان راه پر فراز و نشیب علم و فرهیختگی

با تشکر فراوان از:

استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر فاطمه لالوها  
که منش بی نظیر و راهنمایی های بی دریغ ایشان  
همواره چراغ راهمان است.

با تشکر فراوان از:

جناب آقای دکتر سعید آصف زاده (مشاور آماری طرح) و

سرکار خانم مهندس هدی علیجانی

و سرکار خانم دکتر ندا علیجانی

و کلیه عزیزانی که در تمامی مراحل طرح مرا یاری نمودند.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
1	مکیده
	<u>فصل اول</u>
4	مقدمه
10	اهداف و فرضیات
	<u>فصل دوم</u>
12	بررسی متون
	<u>فصل سوم</u>
17	جدول متغیرها
18	نوع و جمعیت مورد مطالعه
18	معیار ورود و خروج
19	مجم نمونه
19	روش اجرای طرح
19	روش تجزیه تحلیل داده ها
20	محدودیت ها و مشکلات

## فصل چهارم

21

نتایج و یافته ها

## فصل پنجم

40

بحث و نتیجه گیری

## فصل ششم

43

پیشنهادات

## فهرست جداول

### صفحه

- جدول شماره 1- توزیع گروه های سنی در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 26
- جدول شماره 2- توزیع گراویدیتی در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 28
- جدول شماره 3- توزیع تعداد زایمان ترم در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 29
- جدول شماره 4- توزیع تعداد زایمان پره ترم در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 31
- جدول شماره 5- توزیع تعداد سقط در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 32
- جدول شماره 6- توزیع دیلاتاسیون هنگام پذیرش در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 33
- جدول شماره 7- توزیع میانگین وزن نوزاد در دو گروه مورد مطالعه 35
- جدول شماره 8- توزیع فراوانی اپی زیوتومی در هنگام زایمان در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 35
- جدول شماره 9- توزیع فراوانی پارگی در هنگام زایمان در جمعیت مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان 37
- جدول شماره 10- توزیع میانگین هموگلوبین هنگام پذیرش در دو گروه مورد مطالعه 39
- جدول شماره 11- توزیع میانگین هموگلوبین 6 ساعت بعد از زایمان در دو گروه مورد مطالعه 39



## فهرست نمودارها:

صفحه

- 27 نمودار 1- توزیع گروه های سنی در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان
- 28 نمودار 2- توزیع گراویدیتی در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان
- 30 نمودار 3- توزیع تعداد زایمان ترم در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان
- 34 نمودار 4- توزیع دیلاتاسیون هنگام پذیرش در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان
- 36 نمودار 5- توزیع فراوانی اپی زیوتومی هنگام زایمان در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان
- 38 نمودار 6- توزیع فراوانی پارگی هنگام زایمان در جمعیت مورد مطالعه بر مبنای نوع زایمان

## چکیده

### زمینه:

در این مطالعه سعی شده تا زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک (بدون مداخله) در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر بررسی شود. با توجه به اینکه در زایمان فیزیولوژیک هیچگونه مداخله ای اعم از اپی زیوتومی، رگ گیری، تجویز اکسی توسین و ... صورت نمی گیرد و خروج جفت هم خودبخود است، در ضمن بیمار در هنگام زایمان در هر وضعیت که مطلوب خود است قرار می گیرد. در این مطالعه میزان پارگی ها در گروه زایمان واژینال فیزیولوژیک مقایسه شدند. در ضمن میزان افت هموگلوبین (با بررسی هموگلوبین اولیه و 6 ساعت بعد زایمان) در هر دو گروه بررسی شده است.

### هدف:

مقایسه کردن زایمان فیزیولوژیک و زایمان واژینال مرسوم در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر.

### روشها:

مطالعه اخیر، یک بررسی اپیدمیولوژیک تحلیلی، از نوع موردی شاهدی می باشد که بر روی 500 خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر با درد زایمان، انجام شده است، که به صورت تصادفی در دو گروه زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک قرار گرفته اند (هر کدام 250 نفر) و سیر زایمان توسط دستیاران و ماماها کنترل شده و اگر در طی این مدت یکی از عوامل که باعث خروج از این طرح می شد، پیش می آمد، از مطالعه خارج می شدند. سپس اطلاعات و پرسشنامه براساس آن تکمیل شده است.

## یافته ها:

میانگین سنی در گروه زایمان فیزیولوژیک  $27.72 \pm 5.32$  و در گروه زایمان واژینال مرسوم  $26.92 \pm 5.012$  بود که تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود نداشت. (Pvalue:0.085)

میانگین گراویدیتی، در گروه زایمان فیزیولوژیک  $2.66 \pm 1.06$  و در گروه زایمان واژینال مرسوم  $2.49 \pm 0.98$  بود که از نظر آماری تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود نداشت. (Pvalue:0.074)

میانگین دیلاتاسیون هنگام پذیرش، در گروه زایمان فیزیولوژیک  $4.02 \pm 2.111$  بود و در گروه زایمان واژینال مرسوم  $3.7 \pm 2.052$  بود که از نظر آماری تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود نداشت. (Pvalue:0.94)

میانگین وزن نوزاد، در گروه زایمان واژینال مرسوم  $3249.96 \pm 456.271$  و در گروه زایمان فیزیولوژیک  $3183.20 \pm 386.819$  گرم بود که از نظر آماری بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود نداشت. (Pvalue:0.078)

در گروه زایمان فیزیولوژیک هیچ مورد اپی زیوتومی انجام نشده بود که از این افراد 167 مورد (66.8%) اصلا پارگی نداشتند، در حالی که در گروه زایمان واژینال مرسوم 183 مورد (73.2%) اپی زیوتومی شده بودند و فقی 67 نفر (26.8%) اپی زیوتومی داده نشده بودند، که از این گروه بدون اپی زیوتومی فقط 36 نفر (53.7%) پارگی نداشتند.

در گروه زایمان واژینال مرسوم که اپی زیوتومی نشده بودند، 41.8% پارگی درجه یک، و در گروه زایمان فیزیولوژیک 29.6% پارگی درجه یک داشتند.

پارگی درجه دو در گروه زایمان واژینال مرسوم که اپی زیوتومی نشده بودند 4.5% و در گروه زایمان فیزیولوژیک 3.6% بود.

هموگلوبین اولیه در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت ( $Pvalue: 212.0$ ) ، در حالی که میانگین هموگلوبین 6 ساعت بعد زایمان ، در گروه زایمان فیزیولوژیک  $12.479 \pm 1.158$  در گروه زایمان واژینال مرسوم  $11.618 \pm 1.223$  بود که بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود داشت. ( $Pvalue: 0.000$ ) و افت هموگلوبین در گروه زایمان فیزیولوژیک کمتر بود.

### **نتایج:**

نتایج ما نشان داد که میزان بروز پارگی و افت هموگلوبین در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است. بنابراین می توان زایمان فیزیولوژیک را به صورت بهینه به کار برد.

### **واژگان کلیدی:**

*Episiotomy -Tearing -NVD -Hb Decrease*

# فصل اول

## مقدمه

زایمان فرآیندی فیزیولوژیک است که خداوند اسباب و شرایط انجام آن را در انسان همانند سایر پستانداران مهیا ساخته است و باید بدون مداخله پزشکی به صورت طبیعی انجام گیرد. بررسی ها و مطالعات مختلف نشان داده اند که حدود 85٪ زایمانهای طبیعی نیاز به مداخله پزشکی ندارند و فقط با مراقبت صحیح طی دوران بارداری و آموزش های صحیح قابل انجام هستند. نکته مهم در روند زایمان حمایت روحی و عاطفی از مادر می باشد. از آنجا که ترس و اضطراب موجب اشکال در طی مراحل زایمان میشود باید سعی شود، ترس و اضطراب، در مادران کاهش یابد و از راههای کاهش ترس و اضطراب در مادران آموزشهای لازم در دوران بارداری می باشد. (3)

تولد نوزاد فرآیندی است که از شروع انقباضات منظم رحم آغاز می شود و با بیرون آمدن جفت پایان می یابد. این فرآیند لیبر نام دارد. واژه لیبر در زبان انگلیسی به معنای زحمت، ناراحتی، زورزدن، رنج و پیامد کار می باشد. تمام این مفاهیم ضمنی برای پزشکان مناسب به نظر می رسد و بر نیاز افراد مسئول مراقبت و حمایت از نیازهای زنان در حال لیبر تاکید دارد. (1)

در سال 2003 در بیمارستان پارکلند فقط 53٪ از 2139 زن حامله دارای جنین تک قلو با نمایش سفالیک، زایمان خودبخود داشته اند و بقیه دارای لیبر غیر موثر نیازمند تقویت بوده اند. (1)

از سال 1996 میزان کلی زایمان سزارین افزایش یافته است و در سال 2001 برابر با 26.1 درصد بود، که تاکنون بالاترین میزان گزارش شده در ایالات متحده است. (2)

با توجه به افزایش میزان سزارین و لزوم کاهش این میزان و توجه به زایمان واژینال و اهمیت مسئله سلامت مادر و نوزاد که شاخص های مهم پیش بینی وضعیت بهداشتی یک جامعه هستند، لذا بر آن شدیم تا در این مطالعه زایمان واژینال مرسوم و وزایمان فیزیولوژیک را بررسی کنیم.

در طی مراحل زایمان واژینال مرسوم ممکنست مداخلات مختلفی توسط عامل زایمان صورت گیرد که برخی از آنها پذیرفته شده نیستند. از جمله این مداخلات شامل موارد زیر است:

- انما:

شواهد علمی جهت انجام آن وجود ندارد و نیازی به انجام آن نیست، انما برای مادر اضطراب آور و دردناک است. برخی از افراد خودشان درخواست انجام انما دارند که می توان در مورد آنها انجام داد. وجود میکروب های طبیعی در ناحیه پرینه و تماس نوزاد با میکروب های پرینه از نظر فیزیولوژیک جهت نوزاد مهم است. (3)

- معاینه واژینال:

انجام معاینه واژینال، باعث بالا رفتن احتمال اضطراب در مادر و ناراحتی مادر و حتی طول کشیدن زمان لیبر می شود، انجام معاینات مکرر موجب دستکاری سرجین می شود و باعث می شود که احتمال عفونت ها بالا روند و حتی اگر پرزانتاسیون صورت باشد، باعث آسیب چشم نوزاد شود.

چون سائز انگشتان دست در افراد مختلف یکسان نیست، در برخی موارد معاینه واژینال قابل اعتماد نیست و لذا راههای دیگر جهت ارزیابی وجود دارد. (3)

- خوردن و آشامیدن در لیبر:

برخی خوردن در طی لیبر را بدلیل احتمال آسپیراسیون و استفراغ منع کرده اند، می دانیم ترشح اسید معده جزئی از فرآیند گوارش است و با شروع انقباضات رحمی، متوقف نخواهد شد، اگر بیمار غذا نخورد، اسید معده ترشح می شود که حتی آن هم می تواند آسپیره شود. خوردن مقادیر کم مایعات و غذاهای نیمه جامد در زنان لیبر مشکلی ایجاد نمی کند.

در طی دوران بارداری تجمع چربی در بخش های مختلف بدن را داریم که این چربی در حین لیبر استفاده می شود و کتون تولید می شود. (بوی کتون دهان مادر)

اگر مادر دهیدراته شود باعث دردناک شدن انقباضات می شود و در نهایت باعث کاهش انرژی و نارضایتی مادر می شود. (3)

- رگ گرفتن:

برخی رگ گرفتن را جهت دادن دارو، و جلوگیری از دهیدراته شدن مادر توصیه می کند ولی معایب آن شامل دریافت مایعات اضافی، عدم حرکت، عدم راحتی، افزایش درد، افزایش اضطراب در مادر می باشد. (3)

#### - اینداکشن:

نباید جهت ختم بارداری عجله کرد. حدود 50٪ خانمهای باردار با رسیدن به تاریخ احتمالی زایمان، زایمان می کنند. اگر وضعیت مادر و نوزاد خوب است نیاز به ختم انتخابی نخواهیم داشت. حتی تا 10 روز بعد 40 هفته می توان صبر کرد، شواهد نشان داده اند که حتی تا 96 ساعت بعد پارگی کیسه آب می توان صبر کرد.

اینداکشن احتمال افت FHR و دفع مکونیوم و پارگی رحم را بالا می برد، در ضمن باعث می شود تا 50٪ شانس انجام مداخلات دیگر افزایش یابد. در صورت انجام اینداکشن فقط در 40٪ موارد نیاز به مداخلات دیگر وجود نداشته است.

باید به این نکته توجه کرد که 40٪ زنان Low Risk، زایمان راحت دارند.

انجام اینداکشن هزینه را بالا می برد و مداخلات بیشتر می شود و میزان سزارین الکتیو بالا می رود. در ضمن نیاز به اپی زیوتومی بیشتر می شود. (3)

#### - وضعیت لیتوتومی:

در وضعیت لیتوتومی مادر روی تخت می خوابد پاها روی رکاب قرار میگیرد که برای مادر ناراحت کننده است و با سر جنین هنگام خروج مطابقت ایجاد نمی شود. فقط باعث می شود قطر خروجی لگن افزایش یابد. این وضعیت باعث هیپوتانسیون، گرفتگی پا، اضطراب، پارگی بیشتر پرینه می شود.

بهترین وضعیت قرارگیری در مرحله دوم، Upright می باشد، چون باعث می شود اقطار لگن افزایش یابند. در ضمن بیمار احساس می کند که خلوت وی رعایت شده است. از نیروی جاذبه حداکثر استفاده می شود و باعث می شود خروج جنین راحت انجام شود و نیاز به معاینه واژینال در این حالت وجود ندارد. چون مادر می تواند آئینه بین دو پا قرار دهد و مراحل خروج جنین دیده شود.



وضعیت چمباتمه طولانی باعث درد گرفتن پای مادر می شود و جهت رفع این مسئله ، اگر انقباض قطع شد، مادر می تواند بایستد و جهت انقباض بعدی از چمباتمه استفاده کند. از زانو زدن هم می توان استفاده کرد، در این وضعیت از همراه یا دسته صندلی استفاده می شود. اگر مادر سابقه زایمان قبلی سریع دارد، به جلو خم شدن باعث می شود مرحله دوم زایمان آهسته تر شود. (3)

#### - فشار بر فوندوس رحم در طی مرحله دوم (Fundal pressure):

فشار بر فوندوس در طی مرحله دوم لیبر، برای کوتاه کردن مرحله دوم زایمان استفاده می شود که باعث پارگی بیشتر پرینه و سرویکس می شود و برای مادر بسیار درد ناک است. در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته فقط در مانورهای دیستوشی شانه استفاده می شود. (3)

#### اپی زیوتومی:

اپی زیوتومی یک برش جراحی است و در پرینه جهت گشاد کردن مدخل واژن برای کمک به زایمان واژینال به کار می رود. این برش می تواند به صورت **Midline** یا **Mediolateral** (از انتهای زاویه خلفی) انجام شود که جهت انجام نیاز به آنستزی لوکال می باشد. اپی زیوتومی یکی از اقدامات بسیار شایع در مامایی می باشد. (1)، که در دهه های اخیر استفاده روتین از آن کاهش یافته و محدود به اندیکاسیون های خاص آن شده است. اکثر پزشکان که اپی زیوتومی را به صورت روتین به کار می برند، عقیده دارند که ترومای پرینه کاهش می یابد و نقایص آتی عملکردی کف لگن پیش نخواهد آمد. در ضمن اتلاف خون در طی زایمان کاهش خواهد یافت و از ترومای نوزاد جلوگیری خواهد شد. (19)

برخی مطالعات نشان داده اند که ارتباطی بین جلوگیری از افتادگی کف لگن و انجام اپی زیوتومی وجود ندارد. و پرولاپس و بی اختیاری استرسی ربطی به اپی زیوتومی ندارند. (10)

در پارگی های خودبخود بافت سریعتر به حالت اول بر می گردد ، چون دیواره ها نامنظم هستند و بهتر داخل هم قرار می گیرند و ترمیم بهتر انجام می شود. (12)

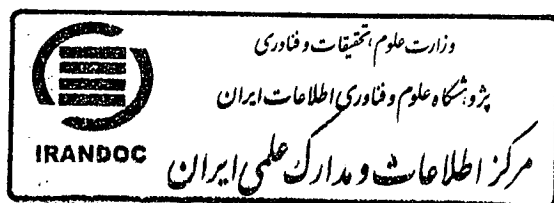
از مزایای ندادن اپی زیوتومی این است که مادر بعد زایمان بهتر راه می رود، راحت تر می نشیند و مراقبت از نوزاد خود را بهتر انجام می دهد. (13)

پارگی های درجه یک اکثرا به ترمیم نیاز ندارند، فقط تمیز نگه داشتن محل توصیه می شود. در پارگی های درجه دوم معمولا نیاز به ترمیم نداریم مگر رگ خونریزی دهنده داشته باشیم. (12)

ماساژ پرینه در طی بارداری، پارگی های طی زایمان را کم می کند. سه هفته آخر بارداری بهترین زمان برای ماساژ است، ماساژ نباید هنگام زایمان انجام شود، به عنوان یک قانون کلی در هنگام زایمان نباید پرینه دستکاری شود، چون حساس است. (15)

لازم به ذکر است بیماران در گروه زایمان فیزیولوژیک هنگام بستری رگ گرفته نمی شد. بیمار در هنگام زایمان در هر وضعیت که مطلوب خود بود قرار می گرفت و دستکاری پرینه اصلا انجام نمی شد. بیمار هر زمان که خودش تمایل داشت اقدام به **Pushing** می نمود، هنگام زایمان اپی زیوتومی انجام نمی شد و خروج سر جنین خود بخود بود؛ خروج شانه جنین به صورت خودبخود بود و بند ناف بعد تولد نوزاد کلامپ می شد و سپس خروج جفت خودبخود بود.

با توجه به نکات گفته شده در این مطالعه سعی شده تا زایمان واژینال در دو گروه شامل گروه زایمان واژینال مرسوم که مداخلات روتین جهت ایشان انجام شده و گروه زایمان فیزیولوژیک که مداخلات (که مهمترین آن ندادن اپی زیوتومی است) انجام نشده است. بررسی شود و هدف اصلی بررسی میزان پارگی ها و خونریزی در دو گروه بوده است تا بتوان بدینوسیله زایمان واژینال بدون مداخله (زایمان فیزیولوژیک) را رواج داد و این مسئله خود کمکی باشد جهت کاهش شیوع زایمان سزارین.



## اهداف و فرضیات:

### الف- هدف اصلی طرح:

مقایسه کردن زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر

### ب- اهداف فرعی:

مقایسه نیاز به اپی زیوتومی در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه فراوانی پارگی درجه یک در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه فراوانی پارگی درجه دو در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه فراوانی پارگی درجه سه در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه فراوانی پارگی درجه چهار در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه افت هموگلوبین در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه میزان آتونی در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه آپگار دقیقه اول در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

مقایسه آپگار دقیقه پنجم در دو روش زایمان واژینال مرسوم و زایمان فیزیولوژیک در خانمهای باردار مراجعه کننده به بیمارستان کوثر شهر قزوین

### ج- اهداف کاربردی:

هدف از این مطالعه مقایسه دو روش زایمان فیزیولوژیک و زایمان واژینال مرسوم است تا در صورت اثبات برتری زایمان فیزیولوژیک بتوان از آن به صورت بهینه در ترویج زایمان فیزیولوژیک استفاده کرد و میزان سزارین را کاهش داد.

### د- فرضیه ها:

میزان نیاز به اپی زیوتونی در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

میزان پارگی درجه یک در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

میزان پارگی درجه دو در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

میزان پارگی درجه سه در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

میزان پارگی درجه چهار در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

متوسط افت هموگلوبین، در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

میزان آتونی در زایمان فیزیولوژیک کمتر از زایمان واژینال مرسوم است.

آپگار دقیقه اول نوزاد در دو روش زایمان واژینال مرسوم و فیزیولوژیک یکسان است.

آپگار دقیقه پنجم نوزاد در دو روش زایمان واژینال مرسوم و فیزیولوژیک یکسان است.