

۵۳۹۱

"دانشگاه ملی ایران"

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجهٔ دکترای پزشکی

موضوع :

((تحریک زایمان))

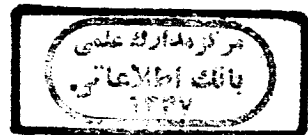
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر پرویز معین

گردآورنده :

مصطفی دشتی زاده

سال تحصیلی ۱۳۵۲ - ۱۳۵۱



تقدیم ہے :

روان پاک پسرورم

مطالعہ شدہ
میں
میں
میں

۸۷۹۱

تقدیم بسند :

استاد گرامی جناب آقای دکتر پرویز ممیلی که از مرنظر

را عنمای اینجانب بوده انسد .

"فهرست مطالب"

صفحه

مقدمه

۱/	<u>I - تحريك زایمان</u>
۱/	II - فیزیولوژی :
۱/	۱ مسائل مکانیکی
۲/	۲ - مسائل الکتریکی
۲/	۳ - خصائص فیزیولوژیک انقباضات
۵/	۴ - از نظر کمیست
۶/	۵ - پتانسیل الکتریکی زهدان در مرحله کار
	۶ - مطالعه انقباضات زهدان با در نظر گرفتن نتایج که باروشهای
۶/	مختلف بدست آمده .
۹/	۷ - تعیین کننده عصبی انقباضات زهدانی
۹/	۸ - خصوصیات درد های زایمانی
۱۳/	۹ - علت پیدایش درد های زایمانی
۲۴/	III - موارد استفاده از زایمان مصنوعی
۲۴/	۱ - اندیگاسیون برای مادر

- ۲۵/ ۲- اندیکاسیون برای جنین
- ۲۶/ IV - ممنوعیت‌های تحریک زایمان
- ۳۷/ V - خطرات تحریک زایمان
- ۲۷/ ۱- برای جنین
- ۲۷/ ۲- برای مادر
- ۳۹/ VI - تحریک زایمان :
- ۳۱/ A - تحریک زایمان بطریق جراحی :
- ۱- افزایش فعالیت زعدان بطریق رفلکس پس از افزایش
- ۳۱/ فعالیت روده و حالب .
- ۳۱/ ۲- جدا کردن کیسه آب از اطراف دمانه زعدان
- ۳۲/ ۳- پاره کردن کیسه آب
- ۳۳/ ۴- تخلیه مایع باقیمانده در پرده
- ۳۴/ ۵- پاره کردن پرده بتنهائی
- ۳۵/ ۶- تعبیه یوزی
- ۷- تزریق مایع امپروتونیک بداخل کیسه آمنیوتیک با اضافه
- ۳۶/ یک مقاله در این باره .

B - تحريك زایمان بطریق طبیعی : ۵۰/

۱- تحريك زایمان با سولفات اسپارتین (باشرح حال مربوطه)
۵۰/

۲- تحريك زایمان با سنتوسینون (باشرح حال مربوطه)
۵۹/

۳- تحريك زایمان با پیرستوگلا ندین ۸۱/

VII - شرح چندین مقاله

۱- تحريك زایمان بوسیله آمیوتوی و تزریق داخل وریدی استیتوسیک

مقایسه ای بین پرومستوگلا ندین و اوکسی توسین ۱۰۱/

۲- سطح اوکسی توسین در خون متعاقب مصرف سیتومترین از راه داخل

وریدی و داخل عضلانی . ۱۱۴/

۳- مقایسه ای بین زایمان طبیعی ، تحريك زایمان بوسیله

اوکسی توسین و سالیین همپرتونیک از طریق متدهای مختلف ۱۲۳/۰

VIII - خلاصه تحريك زایمان ۱۳۵/

IX - بحث و انتقادها ۱۴۸/

X - منابع ۱۵۱/

"مقدمه"

تحريك زایمان از دیرزمانی رایج بوده است ، امروزه در آمریکا ۲۷ درصد

از زایمانها بوسیله " تحريك خاتمه می یابد .

روز بروز کوشش بیشتری برای پیدا کردن راه جدید تری بدین منظور

میشود آخرین جستجوها در این زمینه منجر به پیدایش پروستوگلا ندین شده

که فعلا " بیشتر در دست تحقیق است تا آنکه معمول گردد

منظور ما در این پایان نامه همانطور که از فهرست مطالب عاید میگردد

بیشتر مربوط بتعریف و بحث تحريك زایمان بعد از هفته ۲۴ حاملگی است و اگر

شرح درباره " محلول همیپرتونیک نیز آمده است برای تکمیل بحث است

(بایستی توجه داشت که محلول همیپرتومیک بیشتر برای مرگ جنین در داخل

رحم استفاده میشود) .

تعريف تحريك زایمان :

زایمان مصنوعی زایمانی را گویند که بتوسط روشهای مصنوعی شروع گردیده

باشد .

" مطالعات فیزیولوژیك انقباضات زهدان انسانی "

روش مطالعه :

روشهای ترسیم انقباضات زهدان مسائلی مکانیکی یا الکتریکی این موضوع

را مورد مطالعه قرار میدهند .

مسائل مکانیکی :

الف : ترسیم بوسیله راه خارجی انقباض زهدانی را بطور غیر مستقیم از راه جدار شکم مورد تجزیه و تحلیل قرار میدهند ، نیروی تحریکی مکانیکی بصورت يك نیروی الکتریکی که آسانتر میتواند مورد مطالعه قرار گیرد تفییری باید . این روش اطلاعات مؤثری روی شکل کلی منحنی های انقباضی میدهد ، ولی نمیتواند گویای حقیقت در مورد نیروئی که جنین در موقع انقباض زهدان تحمل میکند بدهد .

ب : ترسیم فشار مایع آمنیوتیک بوسیله راه داخلی فعالیت کلی انقباض زهدان را اندازه گیری میکند . این عمل با وارد کردن يك کاته ترسیارنسازك ونرم از پلی اتیلن بداخل کیسه آب یا از راه شکم و یا از فضای مقابل گوی زهدان

انجام میشود . این روش بخوبی نیروی فشار آمپوس ، تونوس عضله زهدان ریتم و شدت انقباضات زهدانی را تعیین میسازد ولی نمیتواند محل ضایعات انقباضی را مشخص سازد .

Caldeyrobarcia با وارد کردن بالن های بسیار بسیار ریز

بداخل جدار عضله زهدان از راه پوست شکم توانست طبقات مختلف زهدان ته ، قسمت میانی ، و سگمان تحتانی را مورد مطالعه قرار دهد .

مسائل الکتریکی :

بوسیله الکترو هیستروگرافی فعالیت الکتریکی عضله زهدان در مسدود

کار مورد سنجش قرار میگیرد ، این روش دستگاهی که دارای Amplification قوی (تاده میکروولت در دقیقه) باشد لازم دارد .

خصائص فیزیولوژیک انقباضات :

۱- خصائص تجزیه ای انقباضی در جریان کار :

الف : خصائص از نقطه نظر منحنی : در این منحنی خط افقی

معرف زمان و خط عمودی معرف فشار خطی موازی با خط افقی معرف خطی است که از روی آن منحنی شروع خود را آغاز مینماید .

الف : انقباضات توسط حرکات موجی شکل مشخص میشود که بسا در

نظر گرفتن مقدار شدت مدت و مرحله کار قابل تغییر است .

ب : خط حد مینیمم معرف تونوس پایه است که خود معرف استراحت بالینی بین انقباضات است . تونوس یک خاصیت کلی از فعالیت همیشگی عضله زنده است . درجه ایست از فعالیت بصورت بسیار کم و همیشگی نسج عضلانی در مورد عضله زهدان تونوس اغلب اوقات بصورت یک خط ساده ادامه دارد در موارد دیگر فعالیت بین دو مرحله فقط توسط یک نقطه که در محل بهم پیوستن پایه قسمت منحنی نزولی و پایه منحنی بعدی در قسمت صعودی بوجود آمده مشخص میشود .

ج : سه نوع منحنی انقباضی در حالات طبیعی وجود دارد :

— اولین نوع شکل یک ناقوس است ، در طرف منحنی بطور قریبیه قرار گرفته اند ، مرحله نزولی منحنی شبیه مرحله صعودی آنست ، بین انقباضات یک استراحت فیزیولوژیکی کم و بیش طولانی وجود دارد ، در این زمان فشار انقباضی باندازه تونوس پایه است .

— دومین نوع بیشتر دیده میشود ، مرحله صعودی سریع است ، مرحله

نزولی طولانی است و تا شروع انقباض بعدی ادامه می یابد . حالت استراحت

حقیقی برای زهدان وجود ندارد .

نهری مشابه تونوس پایه درروی منحنی فقط درموقع شروع انقباض بعدی

بدست میآید .

- سومین نوع که تقریبا " استثنائی است نشان دهنده " دو نوع منحنی

انقباضی بطوریکه درمیان و مرتب است که درنیرو ، مدت ، شکل خود با یکدیگر

فرق دارند .

درهرتناوب منحنی یک درمیان شبیه یکدیگر هستند ، این نوع عجیب

میتواند درتمام مدت کارتا مرحله " خروج وجود داشته باشد .

حد Pollaillon نقطه ای است ازمنحنی که ازآن به بعد

انقباض دردناک حس میشود ، این حد ازیک زاویه تا یک زاویه دیگر فرق میکند .

قبل از شروع مرحله " کارزهدان دارای انقباضات نامرتب است ولی نهری

آنها بسیار کم است ، این انقباضات سبب فراهم آوردن شرایط مناسب مرحله "

کارمیگردند .

درروی منحنی انقباضی یک زن درپایان دوره " آبستنی وروی انقباضات

نامرتب که دارای نیروی کمی هستند گاهی اوقات بطورنامرتب انقباضات دارای

فشاربیشتری ظاهر میشوند که بنام انقباضات Braxionhicks نامیده

میشوند . گاهی اوقات بدون آنکه دردناک باشند قابل احساس ازطرف زن هستند .

د : تناسبی که بین فعالیت عضله در حالت تونوس و فعالیت انقباض آن وجود دارد تا حد زیادی مربوط به کیفیت نیروی انقباض است یا به عبارت دیگر سیر صحیح و خوب مرحله کار Fleche تیری که قله منحنی را بخط افقی وصل میکند تیر قدرت انقباضی است .

تیری که قله منحنی را بر روی خط تونوس پایه وصل میکند قدرت مؤثر انقباضی است ، بخوبی روشن است که قدرت مؤثر در صورتیکه نیروی انقباضی دارای کمبود باشد و یا تونوس پایه بطور غیر طبیعی بالا باشد کمتر خواهد شد .

از نقطه نظر کمیست :

- ۱- فشار تونوس پایه بین ۵ تا ۱۴ میلیمتر جیوه تغییر مینماید .
- ۲- مقدار انقباضات هر چه قدر که بیشتر شود ، یک انقباض هر ۲ دقیقه در شروع ، بعد هر ۵ دقیقه و بعداً هر دو دقیقه در پایان دیلاتاسیون گوی زعدان .
- ۳- نیروئی که بجنین در هر انقباض وارد میشود از یک زن بزنی دیگر متغیر است .

حتی در شرایط یکسان ، شدت متوسط نیروی انقباضی در شروع گسار ۳۰ تا ۴۰ میلیمتر جیوه است . این نیرو به ۵۰ تا ۶۵ میلیمتر در مرحله بعدی

که برای دیلاتاسیون کامل لازم است میرسد ، حتی در پایان این مرحله گاهی به ۷۰ تا ۹۰ میلیمتر جیوه ممکن است برسد ، در مرحله خروج این نیرو خیلی بیشتر از این حد است .

پطانسیل الکتریکی زهدان در مرحله کار :

ترسیم پطانسیل نیرو در موارد طبیعی اجازه داده است دو نوع فعالیت را بشناسیم :

– يك نوع فعالیت آهسته که وجود آنرا همگان قبول ننموده اند که از موجهای دارای نیروی بسیار ضعیف از يك تا دو میلی ولت و مدت ۵ تا ۶ ثانیه تشکیل یافته است .

– يك فعالیت تند که از يك عده موجهای مرتب ۵ تا ۹ در هر انقباض زهدانی بنیروی ۵۰ تا ۱۰۰۰ میکروولت که بمنحنی شکلی سینوزال میدهد که مصرف انقباضات زهدانی است .

آنچه مهم است اینست که این فعالیت الکتریکی میتواند در هر نقطه از زهدان شروع شود و نقطه شروع از يك انقباض بانقباض دیگر تغییر می یابد .

انتشار فعالیت نیز مختلف است و در هر انقباض فرق میکند زیرا راه انتشار مشخصی وجود ندارد و بالاخره باید گفته شود که این نیروی تمام زهدان پخش نمیشود

و فقط در يك نقطه فعالیت دارد .

مطالعه انقباضات زهدان با در نظر گرفتن نتایج که باروشهای مختلف

بدست آمده :

نتایج بدست آمده توسط روشهای مکانیکی با نتایج بدست آمده با

روشهای الکتروفیزیولوژی تطابق ندارد . بدین علت چندین تئوری برای تفهیم

انقباضات زهدان پیشنهاد گردیده است .

مطالعه فعالیت زهدان توسط راه خارجی که در روی قسمتهای مختلف

زهدان صورت گرفته که معلوم ساخته اند که فعالیت ته زهدان از شروع کار لحظه

بلحظه بیشتر میشود . در صورتیکه فعالیت قسمت میانی زهدان کمتر بالا میسرود

و همچنین فعالیت سگمان انفریور کمتر شده را ازین میسرود .

بنظر میرسد که موج انقباضی در یکی از نقاط زهدان سرچشمه میگیرد .

زهدان دارای دو مرکز انقباضی است یکی راست و دیگری چپ که محل

وارد شدن لوله زهدان بر جسم زهدان قرار گرفته اند .

معمولا " يك مرکز برای يك موج انقباضی فعالیت دارد . معمولا " مرکز

راست و بعدا " موج بنقاط دیگر زهدان پخش میشود و فقط در قسمت ته زهدان است

که جهت آن کمی صعودی است .

موج زهدان را از یک طرف تا طرف دیگر در حدود ۱۰ تا ۲۰ ثانیه یا سرعت ۱ تا ۲ سانتیمتر در ثانیه میبیماید .

اگر زهدان را به طبقه ، ته زهدان ، سگمان تحتانی و گوی زهدان تقسیم کنیم ترسیم منحنی سه ترکیب با اثر نقصان پذیر خواهد داشت .
 - ته زهدان اولین قسمتی است که منقبض میشود و بعد کششی از پائین بی بالا خواهد داشت که روی قسمتهای پائین عمل میکند ، این عمل از بالا بی پائین تا گوی زهدان بهمین طریق عمل میشود .

شدت انقباضات در ته زهدان در ماکزیمم خود است و از بالا بی پائین کم شده و در نقطهٔ سگمان تحتانی ضعیف و در منطقهٔ گوی زهدان به صفر میرسد . مدت انقباضی نیز بتدریج از بالا بی پائین کم میشود بطرقی که ماکزیمم انقباضی برای تمام طبقات Synchronone است .

با در نظر گرفتن نتایج بدست آمده از تجربیات الکتروفیزیولوژی عدهٔ دیگر عقیده بر هموزن بودن جسم زهدان دارند و متذکر میشوند که مرکز تحریک کننده وجود نداشته و فعالیت فیزیولوژیکی انقباضی در هر نقطه از زهدان میتواند سرچشمه بگیرد .