

طولانی شدن

مرحله سوم

زایمان

ترجمه و تلخیص :

مینوپارسا

دانشجوی ترم هفتم مامایی



ما ، حدود ۱۲۹۷۹ زایمان واژینال يك قلو را به طور متوالی در طی بیش از ۱۱ سال مطالعه کردیم . در ۳/۳٪ زایمانها ، مدت مرحله سوم زایمان ۳۰ دقیقه یا بیشتر بود . شیوع خونریزی بعد از زایمان ، انتقال خون و D&C (دیلاتاسیون و کورتاژ) در مرحله سوم زایمان کمتر از ۳۰ دقیقه ثابت باقی ماند ، سپس بطور تصاعدی افزایش یافته و در مدت ۷۵ دقیقه به يك حد یکنواخت رسید .

ازدیاد عوارض در خروج خودبخودی و نیز در خروج دستی جفت ، بعد از ۱۳۰ دقیقه مشاهده شد . در يك تحلیل آماری رگرسیون ، عوامل مهمی که با طولانی شدن مرحله سوم ارتباط داشتند عبارت بودند

گرچه جفت باقی مانده يك علت

مهم خونریزی بعد از زایمان می باشد ، اما درباره خروج دستی جفت که برای پیشگیری از خونریزی بکار برده می شود اتفاق نظری وجود ندارد . ما در صدد آن هستیم که موارد ذیل را مشخص کنیم :

(۱) مدت زمان مشخصی که برای مرحله سوم زایمان ، غیرطبیعی محسوب می شود .

(۲) مدت زمانی که منجر به بروز عوارض می شود .

(۳) شرایطی که زمینه ساز طولانی شدن مرحله سوم می باشد .

بیمارستان Moffitt با اطلاعاتی (داده هایی) که شامل بیش از ۱۵۰ متغیر برای هر زایمان بود ، مورد حمایت واقع شد . در سال ۱۹۸۷ انجام هماتوکریت نیز به این اطلاعات پایه ای اضافه شد . به طور خلاصه هر کدام از زایمانها توسط متخصص مسئول در فرم های مخصوصی کدگذاری و قبل از ورود به کامپیوتر توسط فرد متخصصی تجدید نظر شده است .

در این مطالعه در کمتر از ۰/۵ درصد تمام متغیرها اطلاعات فراموش شده وجود داشت ، به جز متغیر هماتوکریت و نژاد که میزان آنها به ترتیب ۲۷/۵ درصد و ۰/۸ درصد بوده است .

*** مرحله سوم زایمان ، از زمان زایمان کامل نوزاد تا خروج کامل جفت تعریف می گردد . که این زمان بلافاصله پس از زایمان ثبت می شود .**

این مطالعه شامل همه تولدهای واژینال يك قلو از هفته ۲۰ حاملگی یا بیشتر از ژانویه ۱۹۷۸ تا دسامبر ۱۹۸۸ می شود . طول مرحله سوم زایمان در حاملگی های چندقلو مورد بررسی قرار نگرفت . در طی بررسی از داروی پیشگیری کننده اکسی توسین بندرت در طول مرحله سوم زایمان استفاده شده است . بیشتر متخصصین مامائی از يك یا چند مانور بی خطر برای فشردن و خروج جفت از قبیل کشیدن بندناف - مانور کرده (Crede) و مانور برانت آندروس (Brandt - Andrews) یا فشار فوندوس رحم استفاده می کردند . با وجود این ، اینها در اطلاعات کلی کدگذاری نشد و در این تحقیق

از : زایمان زودرس (به نسبت ۳/۸) ، زایمان در تخت لیبر (به نسبت ۲/۱۷) پراکلامپسی (به نسبت ۱/۷۶) ، لیبر تسریع شده (به نسبت ۱/۴۷) ، و نخست زائی (به نسبت ۱/۴۵) . در مواردی که مرحله سوم زایمان بیش از ۳۰ دقیقه طول می کشید ، افزایش خونریزی وجود نداشت . پیشنهاد می شود که در صورت نبودن خونریزی ، کشش دستی جفت قبل از ۳۰ دقیقه بکار برده نشود.

یکی از علل خونریزی بعد از زایمان ، عدم خروج خودبخودی جفت است . با این همه در مورد زمان اقدام برای کشش دستی جفت باقی مانده ، به منظور جلوگیری از خونریزی ، اتفاق نظر وجود ندارد . برخی از مولفان معتقدند که اگر مرحله سوم زایمان بیشتر از ۱۰ دقیقه بطول انجامد ، غیر طبیعی بوده و باید برای خروج دستی جفت اقدام شود . برخی دیگر نیز منتظر ماندن بمدت ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت ، مخصوصاً در زایمان های زودرس را توصیه کرده اند .

ما در این بررسی برآنیم که موارد زیر را تعیین کنیم :

(۱) مدت زمان مشخصی که برای مرحله سوم زایمان، غیرطبیعی محسوب می شود .

(۲) مدت زمانی که منجر به بروز عوارض می شود .

(۳) شرایطی که زمینه ساز طولانی شدن مرحله سوم می باشد .

اصول و روش ها :

از سال ۱۹۷۵ خدمات زنان و مامائی در

مورد بررسی قرار نگرفت . زایمان خودبخودی جفت ، در صورت عدم کشش دستی جفت ، در نظر گرفته شد .

مبا برای تعیین مدت طبیعی مرحله سوم ، مدت زمان مرحله سوم را با یا بدون کشش دستی جفت ، مورد بررسی و تحلیل قرار داده ، سپس ارتباط بین طول مرحله سوم زایمان و شیوع چندین عارضه را مانند خونریزی (که از نظر تشوری به صورت از دست دادن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون در هنگام زایمان و به صورت عینی ، کاهش هماتوکریت به میزان ۱۰ درصد یا بیشتر تعریف شده است) ترانسفوزیون گلبولهای قرمز ، D&C و نهایتاً چند عامل مستعدکننده بالقوه را در ارتباط با طولانی شدن مرحله سوم زایمان بررسی کردیم . از آنجا که آنالیزهای فوق الذکر نشان می دهد که طولانی شدن مرحله سوم زایمان بیش از ۳۰ دقیقه با ناهنجاری و عوارض همراه خواهد بود ، بنابراین اگر خروج جفت ۳۰ دقیقه یا بیشتر طول بکشد ، می توان گفت که این مرحله طولانی شده است .

نتایج :

در طول مدت بررسی تعداد ۱۲۹۷۹ زایمانی واژینال يك قلو وجود داشت . طول مرحله سوم در ۴۲۷ زایمان در حدود ۳۰ دقیقه یا بیشتر بود (۳/۳٪) به جز مواردی که نسبت به خروج دستی جفت اقدام گردیده بود .

شکل ۲، ارتباط بین شیوع خونریزی و انتقال خون و D&C با طول مدت مرحله سوم زایمان را نشان

می دهد . شیوع تمام این عوارض در مرحله سوم زایمان کمتر از ۳۰ دقیقه ثابت بوده و سپس به طور تصاعدی افزایش می یابد ، تا در دقیقه ۷۵ به سطح ثابتی می رسد . يك عامل گمراه کننده حاصل از نتایج این بررسی نشان می دهد که خروج دستی جفت در مواردی که مرحله دوم طولانی تر از ۳۰ دقیقه بود به میزان قابل ملاحظه ای بیشتر از مواردی که طول این مرحله کمتر از ۳۰ دقیقه بود انجام گرفت .

در اغلب موارد به دلیل خونریزی یا تلاش جهت جلوگیری از خونریزی ، خروج دستی جفت کاربرد نداشت . به هر حال ، افزایش شیوع عوارض در مرحله سوم زایمان ، بدون توجه به روش زایمان جفت ، در مواردی که مرحله دوم بیش از ۳۰ دقیقه بطول انجامیده بود بیشتر مشاهده شد . عوامل متعددی با مرحله سوم ۳۰ دقیقه ای یا طولانی تر ارتباط داشتند .

طولانی شدن مرحله سوم به طور قابل ملاحظه ای در زایمانهای زودرس مشهود بود ، خصوصاً اگر این زایمان زودرس در اوائل حاملگی بنا به دلایل پزشکی اعمال می گردید . (از قبیل : پره اکلامپسی ، خونریزی ، عقب ماندگی رشد ، آنومالیهای جنینی ، ایزوایمنونیزاسیون و دلایل دیگر) .

هم چنین در مرحله سوم طولانی شده بعد از يك لیبر تسریع شده ، عفونت پرده آمنیون ، پارگی کیسه آب به مدت طولانی ، سابقه سقط و سزارین قبلی شایعتر است و به میزان قابل توجهی در هنگام بیهوشی ، انجام زایمان در اطاق زایمان ، زایمان توسط متخصص و در زنان آسیایی کمتر اتفاق

می افتد .

بعد از کنترل فاکتور گمراه کننده ، مهمترین

فاکتور تعیین کننده طولانی شدن مرحله سوم، زایمان

زودرس بود (با نسبت ۳/۸۱) . زایمان در تخت

لیبر (با نسبت ۲/۷۱) فاکتور تعیین کننده مهم

دیگر بود .

پره اکلامپسی ، زایمان سریع ، نخست زایی ،

زایمان توسط ماما ، سن بالای مادر و سابقه سقط

اهمیت کمتری داشتند ولی از نظر آماری عوامل

تعیین کننده ای بودند .

احتمال طولانی شدن مرحله سوم زایمان در زنان

آسیابی نسبت به زنان غیرآسیابی کمتر بود .

با کنترل کردن این متغیرها ، ارتباطی بین مرحله

سوم طولانی شده و عفونت پرده آمنیون ، طولانی

شدن مدت زمان پارگی پرده ها و زایمان القاء شده یا

بیهوشی وجود نداشت .

بحث :

چند بررسی دلیل طولانی شدن مرحله سوم زایمان

را نشان داده است.

مکانیسم احتمالی شامل آتونی رحم ،

جایگزینی غیرطبیعی جفت و

تلاش ناکافی جهت خروج جفت است.

Petr^۳ , Hradek , Bachmann طولانی شدن

مرحله سوم زایمان را احتمالاً در ارتباط با آتونی

رحم و زایمان طولانی و لیبر طولانی شده و زایمان

القائی و نخست زایی تشخیص دادند . بررسی های

ما ، این ارتباطات را تأیید کرد . با وجود این وقتی

که چند نوع بررسی برای کنترل فاکتورهای دیگر بکار

برده شد ارتباط بین مرحله سوم طولانی شده و زایمان

غیر طبیعی ضعیف بوده (نسبت ۱/۴۷) و نیز

ارتباطی با زایمان القاء شده نداشت .

همچنین يك ارتباط بین طولانی شدن مرحله سوم

زایمان با پره اکلامپسی توسط Petr , Hradek

مورد توجه قرار گرفت که در بررسی ما نیز تأیید

شد . این ارتباط ممکن است در اثر آتونی رحم ناشی

از سولفات منیزیم ، و یا مرتبط با جایگزینی

غیرطبیعی جفت در بیماران پره اکلامپسی بوده

باشد . جایگزینی غیرطبیعی جفت مانند پلاستاکرتا

را ممکن است در زنانی با کورتاژ قبلی و سزارین

قبلی مشاهده کنیم . ارتباط بین جفت باقی مانده و

کورتاژ قبلی در بررسی فعلی نیز تأیید شد . اخیراً

ارتباط بین جفت باقی مانده و تماس داخل رحمی با

دی اتیل استیل بسترویل^(۱) که ممکن است همراه با

جایگزینی غیرطبیعی جفت باشد نیز گزارش

شده است .

Romere و همکاران ، افزایش شیوع احتباس

جفت را در بیمارانی که زایمان زودرس داشتند ،

گزارش کرده اند . در این بررسی ، طولانی شدن

مرحله سوم زایمان ، در زنانی که زایمان زودرس

القاء شده داشتند ، نسبت به زنانی که زایمان

خودبخودی داشتند ، افزایش چشمگیری داشته

است .

در کنترل مرحله سوم زایمان ، اهمیت درگیر شدن

با خطر خونریزی ناشی از کشش دستی جفت ، در

1) diethylstilbestrol

مستلزم نیاز به کشش دستی جفت را کاهش می دهد یا نه تردید وجود دارد .

همچنین مانورهای بی خطر برای خروج جفت ممکن است مرحله سوم را کوتاه کند . اما نیازها باید بصورت آینده نگر مطالعه شود . اساساً مرحله سوم زایمان طولانی تر از ۳۰ دقیقه ، بدون توجه به روش خروج جفت ، خطر خونریزی را افزایش می دهد .

ما معتقدیم که ، یک بررسی بالینی تصادفی می تواند بهترین روش را برای خروج جفت در مرحله سوم طولانی تر از ۳۰ دقیقه تعیین کند .

مقابل خطر خونریزی ناشی از جفت باقی مانده بیشتر است .

نتایج بررسی ما نشان می دهد که تا قبل از ۳۰ دقیقه ، خطر افزایش پیدا نمی کند . بنابراین اقدام مناسب برای این مرحله اقدام محافظه کارانه می باشد .

ممکن است شیوع خونریزی با تجویز پروفیلاکتیک اکسی توسین داخل وریدی ، داخل عضلانی یا از طریق ورید نافی کاهش یافته و مدت زمان مرحله سوم نیز کوتاه شود . در این خصوص که آیا این

Combs , A. and Russell , K . L . Prolonged third stage of labor : Morbidity and risk factors " Obstetrics and Gynecology Vol . 77 , No . 6 , June 1991 PP:863-867

