

القاء زایمان یکی از روشهای مهم و باارزش در مامایی بوده که روش درمانی قابل قبول برای موارد خاص مامایی یا طبی می باشد. هنگامی که تحریک زایمان به دلیل راحتی و یا مسایل روانی و اجتماعی انجام شود زایمان القایی گفته می شود. با افزایش تعداد مشخصین زنان و مامایی و بیمارانشان که زایمان القایی را انتخاب می کنند میزان زایمان القایی در حال افزایش است.

در سال ۱۹۹۰ در بیمارستان مادران هانتیگتون ۳۰٪ موارد تحریک زایمانی بصورت انتخابی و بدون دلایل مامایی یا پزشکی خاص صورت گرفته است. گرچه مقالات محدودی درباره القاء انتخابی زایمان وجود دارد، ولی منافع و مضرات آن توضیح داده شده است.

در مورد خطرات القاء انتخابی زایمان برای مادر و جنین عقاید مختلفی وجود دارد. این مطالعه گذشته نگر برای معتبر کردن یا ترویج القاء انتخابی زایمان انجام نشده است، بلکه بیشتر برای تشخیص این است که آیا القاء انتخابی زایمان در مقایسه با زایمان خودبخودی^۲ مادر و جنین را در معرض خطر بیشتری قرار می دهد یا خیر؟

بیماران و روشها: بیمارانی که برای این مطالعه انتخاب شدند همگی در بیمارستان مادران پاسادونا در کالیفرنیا طی سال ۱۹۹۰ زایمان کرده اند. بیمارستان پاسادونا، یک مرکز مراقبتی خصوصی می باشد که آمار زایمان در سال ۱۹۹۰ در آن ۵۵۶۱ نفر بوده است. بیماران انتخاب شده بایستی واجد شرایط زیر می بودند: داشتن حاملگی یک قلو، نمایش سفالیک، سن حاملگی بین ۴۱-۳۴ هفته، عدم وجود مشکلات پزشکی یا مامایی که نیازمند القاء زایمان باشد.

نتایج بدست آمده از ۲۶۶ بیمار می باشد که در گروه القاء انتخابی بودند. برای هر بیمار در گروه القاء

مقایسه اینداکشن انتخابی با زایمان خودبخودی

حکیمه خوش آموز

و

ملک نساء مبرهن یکتایی

مربی کارشناسی مامایی دانشکده

پرستاری و مامایی رشت

اختلال در ضربانات قلب جنین بود که پزشک مجبور به خاتمه زایمان از طریق سزارین یا زایمان توأم با عمل می شد. این داده ها برای آنالیز آماری به کامپیوتر داده شد.

نتایج:

بیماران در هر دو گروه با هم از لحاظ سن، تعداد زایمان و سن حاملگی قابل مقایسه بودند که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

اکسی توسین به تنهایی یا به همراه پاره کردن مصنوعی کیسه آب در ۲۳۴ بیمار از ۲۵۳ بیمار (۹۲/۵٪) جهت القاء زایمان بکار برده شد. جدول شماره ۲ در گروه اینداکشن ۱/۲۴٪ از بیماران یک ضریب $bishop < 5$ و ۹/۷۵٪ یک ضریب $bishop$ بیشتر از ۵ داشتند.

طول مرحله اول زایمانی در گروه مطالعه کوتاهتر از گروه کنترل بود (۶ ساعت در مقایسه با ۷/۲ ساعت).

مرحله دوم زایمان در دو گروه تفاوتی نداشت. مدت زمان پارگی کیسه آب نیز در دو گروه مشابه بود (۵/۶ ساعت برای گروه مطالعه و ۵ ساعت برای گروه کنترل). بعلاوه تعداد دفعات معاینات واژینال در دو گروه مشابه هم بود.

۴۰٪ از گروه زایمان خودبخودی جهت افزایش شدت انقباضات در حین لیبر، اکسی توسین دریافت کردند. استفاده از بیهوشی اپیدورال از نظر آماری بین دو گروه متفاوت بود. در ۸/۸۳٪ از گروه مطالعه از بیهوشی اپیدورال استفاده شد، در حالیکه ۷/۵۵٪ از گروه کنترل از بیهوشی اپیدورال استفاده کردند.

میزان سزارین اولیه در گروه مطالعه ۱۴/۶٪ و در گروه کنترل ۱/۱۱٪ بود. میزان زایمان توأم با عمل (واکیوم و فورسپس) برای گروه اینداکشن ۷/۲۷٪ و برای گروه زایمان خودبخودی ۹/۲۰٪ بود.

اختلالات قابل ملاحظه ای در میزان زایمان

انتخابی زایمان، یک بیمار با همان مشخصات که زایمان وی بطور خودبخودی شروع شده بود بعنوان گروه کنترل انتخاب شد. آنها از لحاظ سنی $4 \pm$ سال، تعداد زایمان، سن حاملگی $1 \pm$ هفته و عامل زایمانشان با هم تطبیق داده شدند. اولین هماهنگی مناسب هر مورد توسط شخصی که غیر وابسته به این مطالعه بود صورت گرفت. برای ۱۳ نفر از بیماران که در گروه اینداکشن بودند معادل مناسبی در گروه کنترل پیدا نشد، بنابراین از گروه خارج شدند و ۲۵۳ نفر در هر گروه باقی ماندند.

برای دستیابی به اهداف این مطالعه، اینداکشن یا القای انتخابی زایمان به معنای ایجاد دردهای زایمانی در خانمی، که دارای کیسه آب سالم و فاقد انقباضات منظم رحمی است، تعریف شد.

برای هر بیمار در گروه اینداکشن یا القای انتخابی زایمان یک ضریب $bishop > 5$ یا $5 <$ تخمین زده اند. این تخمین بر مبنای گزارش اولیه معاینه سرویکس قبل از شروع اینداکشن بود، روشی که در اینداکشن بکار برده شد شامل پاره کردن مصنوعی کیسه آب، انفوزیون اکسی توسین، استعمال ژل یا شیاف پروستاگلاندین E_2 یا ترکیبی از آنها بود.

در گروه کنترل زایمان خودبخود، شروع انقباضات منظم رحمی هر ۵ دقیقه یک بار همراه یا بدون پارگی کیسه آب تعریف شد. همچنین تعداد بیمارانی که در گروه کنترل نیاز به افزایش بخشیدن به شدت انقباضات بوسیله اکسی توسین داشتند، ثبت گردید. اطلاعات بدست آمده در مورد ۵۰۶ بیمار از طریق بررسی جامع گزارشات بیماران انجام گرفت. این بررسی شامل گزارشات لیبر، زایمان و بعد از زایمان، گزارشات پرستاری و بررسی نوشته خلاصه پزشک در حین زایمان بود.

اختلالات لیبر (شامل اختلال در انقباضات، در پیشرفت دیلاتاسیون و اناسمان و نزول عضو نمایش) با داده های فریدمن تعریف شد. زجر جنینی، مواردی از

اینداکشن ۳۵۵۳ گرم و در گروه زایمان خودبخودی ۳۴۳۴ گرم بود.

در گروه اینداکشن ۳۳ نوزاد وزن بیشتر از ۴۰۰۰ گرم و در گروه زایمان خودبخودی ۲۱ نوزاد دارای جنین وزنی بودند. تفاوت قابل ملاحظه ای در دو گروه از لحاظ تعداد نوزادانی که با آپگار کمتر از ۷ < بدنی آمدند، مشاهده نشد. بعلاوه اختلافی هم در میزان نامرتب بودن ضربان قلب جنین یا دیگر عوارض جنینی وجود نداشت. ۱۷ مورد از بیماران گروه اینداکشن مکونیوم داشتند. (۶/۷٪) در حالیکه این میزان در گروه زایمان خودبخودی بیشتر بود (۴۱ بیمار ۱۶/۲٪).

در گروه زایمان خودبخودی ۶ مورد پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه داشتیم در حالیکه در گروه اینداکشن موارد پذیرفته شده در این بخش ۲ نوزاد بود. تمام این نوزادان از بخش مراقبتهای ویژه با وضعیت خوب مرخص گردیدند. در دو گروه اختلاف مهمی از لحاظ مشاهده پارگیها، عوارض مادری در هنگام زایمان و یا مشکلات بعد از زایمان مشاهده نشد.

بحث:

طبق نظریه دانشکده آمریکایی زنان و مامایی، القای زایمان زمانی انجام می شود که از نظر پزشک خطر انجام زایمان برای مادر و جنین یا هر دو کمتر از خطر ادامه حاملگی باشد. این روش باید زمانی مورد استفاده قرار گیرد، که نشان داده شود، افزایش خطری برای مادر یا جنین وجود ندارد و مزایای موفقیت آمیز آن بیشتر از مضرات شکست آن می باشد.

عقاید مختلفی در مورد خطراتی که مادر و جنین را در طول انجام القای انتخابی زایمان تهدید می کند، وجود دارد. طرفداران القای انتخابی زایمان عقیده دارند که آنها با این اقدام از عواقب شوم ناشی از زایمان دیررس، پره اکلامپسی و مرگ داخل رحمی جنین رسیده با علت نامعلوم، جلوگیری می کنند و

خودبخود واژینال در بین دو گروه مشاهده شد. این میزان برای گروه مطالعه ۵۷/۷٪ و برای گروه شاهد ۶۸٪ بود که نشانگر افزایش چشمگیری در میزان سزارین و زایمان واژینال توأم با عمل در گروه اینداکشن در مقایسه با گروه شاهد می باشد (۳/۴۲٪ در مقایسه با ۳۲٪ در گروه شاهد)، با این حال وقتی که فقط بیمارانی که بیهوشی اپیدورال دریافت کرده بودند، در نظر گرفته شدند، در هر دو گروه میزان سزارین و زایمان واژینال توأم با عمل تقریباً یکسان بود (۴۷/۶٪ برای گروه اینداکشن و ۴۸/۲٪ برای گروه کنترل). وقتی که نقش تعداد زایمان بر طریقه و روش زایمان بررسی شد، در بیماران نخست زای گروه اینداکشن، میزان سزارین نسبت به بیماران نخست زای گروه زایمان خودبخودی بیشتر بود (۳۳/۸٪ در مقایسه با ۲۲/۱٪).

در بیماران چند زایمان سزارین در دو گروه برابر بود. تفاوت چشمگیری از لحاظ آماري در زایمان واژینال توأم با عمل با توجه به تعداد حاملگی پیدانشد. سزارین در بیماران نخست زای با ضرب $bishop < 5$ بیشتر از بیماران نخست زایی بود که ضرب $bishop > 5$ داشتند (۵۰٪ در مقایسه با ۲۶/۴٪).

میزان سزارین در بیماران نخست زای گروه شاهد (زایمان خودبخودی) ۲۲/۱٪ بود. به نظر نمی رسد ضرب $bishop$ در بیماران چند زای بتواند روی میزان سزارین اثر بگذارد. دلایل انجام سزارین بجز علت (توقف اولیه در دیلاتاسیون) در دو گروه، مشابه هم بود. زمان انجام زایمان در گروه زایمان خودبخودی در تمام ۲۴ ساعت شبانه روز بطور یکنواخت پراکنده بود، در حالیکه در گروه اینداکشن فقط ۱۱٪ از زایمانها بین نیمه شب تا ساعت ۸ صبح اتفاق افتاد.

وضعیت جنین و نوزاد: تمام نوزادان زنده بدنیا آمدند و مواردی از مرگ نوزاد وجود نداشت. در گروه مطالعه پره ماچوریتی بدلیل اشتباه محاسبه پزشک مشاهده نشد. میانگین وزن نوزادان متولد شده در گروه

بیماران با زایمان خودبخودی این رقم ۷/۵۵٪ بود. توضیح احتمالی ممکن است این باشد که عده زیادی از بیماران که موافق برنامه ریزی زایمان می باشند برنامه ای جهت کنترل درد را نیز در نظر دارند.

گروه مطالعه، مرحله اول زایمانی کوتاهتری نسبت به گروه کنترل داشتند که این حالت در افراد نخست زای بیشتر بود. افزایش چشمگیری در تعداد سزارین یا زایمان توأم با عمل در گروه مطالعه وجود نداشت. این مخالف یافته های یودکین و همکارش ویرهوت بود در حالیکه شبیه به یافته های سانندی و مارتین و همکارانش بود.

یافته های ما نشان دهنده آن است که عده ای از گروه اینداکشن در معرض خطر سزارین بودند. از ۲۴ بیمار نخست زای گروه مطالعه که ضریب bishop آنان کمتر یا مساوی ۵ بود، ۱۲ نفر ۵۰٪ سزارین شدند.

در مواردی که ضریب bishop در خانمهای نخست زای بیشتر از ۵ بود میزان سزارین در آنها تفاوتی با گروهی که شروع درد خودبخود داشتند، وجود نداشت (۴/۲۶٪ در برابر ۱/۲۲٪). اسمیمت نیز افزایشی در شیوع سزارین در بیماران نخست زای مشاهده کرد.

مکونیوم، اغلب در گروه کنترل مشاهده شد و این مسئله علت افزایش با متخصصین نوزادان در اطاق زایمان بود. با این حال به نظر می رسد وجود مکونیوم تأثیر نامطلوبی بر جنین داشته باشد. این یافته افزایش دفع مکونیوم در بیماران فوق تقریباً در تمامی مقالات بطور ثابت دیده شده است. چنین بنظر می رسد که در جنینهایی که با استرس مواجه می شوند لیبر خودبخود شروع شده و این می تواند توجیهی برای شیوع بیشتر مکونیوم در بیماران با شروع زایمان خودبخودی باشد.

با القای زایمان، دردهای زایمانی بیمار قبل از اینکه جنین در معرض استرس قرار گیرد آغاز می شود. گرچه وزن نوزادانی که در گروه مطالعه قرار دارند

عده دیگری از آنها معتقدند که القای انتخابی زایمان موجب می شود که زایمانها در طول روز انجام گیرد و بدین سبب بیمار استراحت داشته و پرسنل، مراقبت پزشکی بهتری داشته باشند. این مسئله موجب می شود که پزشک، بیمار و خانواده وی بهتر بتوانند برنامه ریزی کنند و با حضور پزشک بر بالین زائو و برنامه ریزی برای کنترل درد با بی حسی اپیدورال، اضطراب بیمار کاهش یافته و تجربه دلپذیرتری از زایمان پیدامی کند. از طرفی مخالفان اینداکشن، دلیل خود را چنین عنوان می کنند که نه تنها عمدتاً این روش توسط دانشکده مامایی و زنان آمریکا یا اداره مواد غذایی و دارویی^۳ توصیه نمی شود بلکه آنرا یک روند غیر ضروری و غیر طبیعی می دانند. نگرانی هایی نیز در مورد القای زایمان قبل از بلوغ جنین وجود دارد.

اسمیت نگرانی خود را چنین ابراز کرد که «وقتی پزشک نوعی از مداخله فعال (تصمیم برای القای انتخابی زایمان) را شروع می کند، ممکن است تمایلی برای قبول آسانتر مداخلات بعدی بصورت سزارین یا زایمان توأم با عمل وجود داشته باشد».

در مطالعات قبلی مشکلاتی در مورد انتخاب گروه کنترل در مقایسه با گروه مطالعه و نیز کنترل اختلاف روشهای اعمال شده از طرف پزشکان مختلف وجود داشته است، ولی در این مطالعه گروه کنترل بسیار مشابه گروه مطالعه بوده است. تمام بیماران در نظر گرفته شده در گروه کم خطر قرار داشته و فاقد هر گونه عوارض طبی یا مامایی بودند.

یکی از مسایلی که به نظر می رسد در تمامی مقالات بطور نسبتاً ثابت وجود داشته باشد، افزایش استفاده از بی حسی اپیدورال در گروه اینداکشن می باشد.

این مسئله با گزارشات قبلی نیز هماهنگی دارد، زیرا در ۸/۸۳٪ بیمارانی که القای زایمانی شدند از بی حسی اپیدورال استفاده شده در حالیکه در گروه

نداشت که این مسئله با عدم افزایش عوارض حین و بعد از زایمان مشخص شد.

بطور خلاصه باید گفت القای زایمان بطور انتخابی در زمان ترم در مقایسه با شروع خودبخودی زایمان موجب افزایش خطر برای مادر و جنین وی در بیمارانی که با دقت انتخاب شده اند، نمی شود. اما ایندکشن لیبر در بیماران نخست زایی که فاقد شرایط مطلوب سرویکس می باشند، نو می دکننده است.

اندکی بیشتر است ولی این مسئله نتایج زایمانی ما را تحت تأثیر قرار نمی دهد و اندازه جنین تنها ممکن است سبب شود که پزشک ختم حاملگی را قبل از هفته ۴۱ حاملگی انجام بدهد.

دو گروه تفاوت چندانی از نظر جدول آبگاری و مشکلات دیگر نداشتند با اینحال گرچه این تفاوت از نظر آماری مهم به نظر نمی رسد، پذیرش نوزادان در بخش مراقبتهای ویژه در گروه زایمان خودبخودی بیشتر بود و ایندکشن نیز تأثیر نامطلوب روی مادر

جدول شماره ۱: مقایسه ملاکهای تطابق بین دو گروه

معیارها	گروه ایندکشن	گروه کنترل
سن مادر (سال)	۲۹/۹	۲۹/۸۵
میانگین	۴/۹۲	۴/۶۷
انحراف معیار	۳۰/۴	۳۰/۴
تعداد زایمان (درصد)	۶۹/۶	۶۹/۶
نخست زایی	۳۹/۴۳	۳۹/۳۲
چندزایی	۱/۰۲	۰/۰۹
سن حاملگی به هفته		
میانگین		
انحراف معیار		

جدول شماره ۲: روش القای زایمان

نوع	تعداد	درصد
اکسی توسین	۲۱۳	۸۴/۲
اکسی توسین همراه با پارگی مصنوعی کیسه آب	۲۱	۸/۳
پاره کردن مصنوعی کیسه آب	۶	۲/۴
بروستاگلاندین	۴	۱/۶
بروستاگلاندین همراه با اکسی توسین	۹	۳/۶
مجموع	۲۵۳	۱۰۰