مقایسه سرانجام زایمان با اکسی توسین و خودبخودی در زنان باردارکم خطر

پروین آستی*[1]، سهیلا اکبری[2]، مژگان مسعودی[1]، خاطره عنبری[3]

۱- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۴ / زمستان ۹۳ / مسلسل ۶۲

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۹/۱۱ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۲

مقدمه: درسال های اخیر، مداخلات پزشکی در لیبر شایع شده است که استفاده از اکسی توسین برای تسریع در زایمان یکی ازآنها می‌باشد. متأسفانه تجویز بی رویه آن می تواند منجر به عوارض مادری و نوزادی شود. هدف این مطالعه، مقایسه سرانجام زایمان با اکسی توسین و خودبخودی در زنان باردارکم خطرمی باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقایسه ای، ۳۹۵ زن با جنین تک قل، نمایش سر، زایمان طبیعی ، درمرحله فعال زایمان وارد مطالعه شدند. ۱۹۷ نمونه باتوجه به دستور پزشک اکسی توسین دریافت کردندکه درگروه زایمان با اکسی توسین و ۱۹۸ نمونه بدون دریافت اکسی توسین درگروه زایمان خودبخودی قرارگرفتند. در دو گروه ، برخی از پیامدهای مادری و نوزادی مانند عوارض مادری، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم ، ورود به بخش مراقبت های ویژه نوزادان و... بررسی شد.داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۵ و آزمون‌های تی، کای دو و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد اکسی توسین به طور قابل ملاحظه ای باعث افزایش میزان اپی زیاتومی، پارگی کانال زایمان، خونریزی بعد از زایمان، بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه و کاهش نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد شد که از نظر آماری ارتباط معنی دار بود ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سرعت بخشیدن به روند زایمان یک روش امن نیست و میزان عوارض مادری و نوزادی را افزایش می دهد. بنابراین، در صورت وجود دلایل پزشکی می توان از آن استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: زایمان خودبخودی، اکسی توسین، پیامد، مادری، نوزادی.

*آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری مامایی.

پست الکترونیک: Asti_par@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

زایمان فرآیندیست طبیعی که با پیشرفت های پزشکی قرن بیستم ایمنی آن افزایش یافته ولی در اکثر موارد دخالت‌های پزشکی، مفهوم زایمان به عنوان پدیده فیزیولوژیک را که در بعضی موارد نیاز به مداخله پزشکی دارد از بین برده است (۱). به باور نادرست زنان، طبی شدن زایمان بدان معنی است که مدیریت پزشکی ارجح بر عملکرد فیزیولوژیک بدن می‌باشد (۲-۱). در حال حاضر در مامایی مدرن به طور وسیعی از تجویز داخل سرمی اکسی توسین برای تحریک، تسریع و پیشگیری از زایمان طولانی، با یا بدون پارگی مصنوعی پرده‌های جنینی استفاده می شود (۵-۳). اکسی توسین، هورمون پپتیدی است که از هیپوتالاموس تولید و از بخش خلفی هیپوفیز ترشح می‌گردد (۶).

نقش این هورمون در روند فیزیولوژیکی مانند پیشرفت مراحل زایمان، بازگشت تغییرات دستگاه تناسلی بعد از زایمان و شیردهی به حالت اولیه، به اثبات رسیده است (۷). اکسی توسین یک داروی منقبض کننده بسیار قوی رحمی می باشدکه کار برد نادرست آن با مقادیر بالا و طولانی مدت می تواند سبب عوارضی نظیر خونریزی زیر عنکبوتیه ناشی از فشار خون، تشنج یا کومای ناشی از مسمومیت با آب، افت فشارخون، افزایش تعداد ضربان و برون‌ده قلبی، تهوع واستفراغ، حساسیت و انقباضات شدید رحم، جداشدن زودرس جفت، افزایش بیلی‌روبین خون، آنوکسی و خفگی نوزاد، افزایش نرخ سزارین، تشدید دردها و استفاده از ابزار کمک زایمانی، افزایش مصرف داروهای مسکن و بی‌حسی موضعی، اینرسی بعد از زایمان، پارگی کانال زایمان، اپی زیوتومی، تزریق خون، طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان، نیاز به سایر مداخلات پزشکی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان، هیسترکتومی، دیسترس جنینی، احیاء و انتقال نوزاد به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، کاهش نمره آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از تولد، وجود تب بعد از زایمان، تأخیر در تغذیه با شیرمادر، مرگ و میر پری ناتال در مادر و نوزاد) شود (۱۳-۸).

اخیراً، اکسی توسین به ۱۱ داروی با علایم هشدار بالا توسط موسسه شیوه مصرف سالم داروها اضافه شده تا تضمینات خاص به منظور کاهش خطای آن صورت گیرد (۱۴). اخیراً در ایالات متحده امریکا در اکثر زایمانها بشکل انتخابی از آن استفاده می شود (۱۵). از دو دهه گذشته، استفاده جهانی از آن با روش پایش ضربان قلب جنین و انقباضات رحم که مصرف آن را امن‌تر کرده، همراه است (۱۷-۱۶). با توجه به تحقیقات و نتایج ارائه شده بر آن شدیم مطالعه‌ای با هدف تعیین مقایسه سرانجام زایمان با اکسی‌توسین و خودبخودی در زنان باردارکم خطر بستری در زایشگاه بیمارستان عسلی شهر خرم آباد در سال۹۳- ۱۳۹۱ انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقایسه ای است که بر روی ۳۹۵زن باردار کم خطر مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان آموزشی عسلی شهر خرم‌آباد در سال۹۳-۹۱ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه (۱۸) و زیر نظر مشاور آمار و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۳۹۶ نفر تعیین شد. روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه تاکامل شدن نمونه‌ها بود. شرایط ورود به مطالعه شامل: زنان ۳۵-۱۸ سال، تعداد حاملگی ۳-۱، حاملگی ترم، تک قلو، نمایش سر، داشتن شرایط انجام زایمان طبیعی، دیلاتاسیون سرویکس ۴-۳ سانتی متر، وجود دردهای حقیقی، جنین زنده، وزن تخمینی نوزاد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم بود. معیارهای خروج از مطالعه: سابقه بیماری قلبی، فشار خون مزمن و حاملگی، دیابت، نارسایی کلیه و کبد، مصرف داروهای مربوطه، سابقه جراحی روی رحم وکف لگن، جدا شدن زودرس

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

جفت، جفت سر راهی، سابقه نازایی، زایمان دیررس و زودرس، ناهنجاری‌های جنین، بروز هرگونه عارضه در حین زایمان و نیاز به سزارین اورژانسی، وجود مکونیوم و عدم تمایل مادر به شرکت در مطالعه می باشد.

پس از اخذ رضایت نامه کتبی از همه واحدهای مورد پژوهش، نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه وارد مطالعه شدند. در دو گروه به محض بستری شدن معاینه واژینال و برقراری رگ باز انجام گرفت و در صورت لزوم اقدام به پارگی مصنوعی پرده‌ها شد. در صورت تجویز اکسی توسین به دستور پزشک برای سرعت بخشیدن لیبر در فاز فعال زایمان، این افراد در گروه زایمان با اکسی توسین (تعداد=۱۹۷) و مادرانی که اکسی توسین دریافت نکردند در گروه زایمان خودبخودی (تعداد=۱۹۸) قرار گرفتند. پژوهشگر و کمک پژوهشگر در حین لیبر، زایمان و بعد از زایمان اطلاعات را از طریق مصاحبه و مشاهده کسب و ثبت نمودند.

ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول آن شامل: مشخصات واحدهای پژوهش (مشخصات فردی، تاریخچه مامایی، نتایج علائم حیاتی) و... قسمت دوم پرسشنامه که از اهمیت بیشتری برخوردار بود شامل: مرحله اول زایمان (فرم پارتوگراف، ضربان قلب جنین، دیلاتاسیون سرویکس، جایگاه سر جنین در لگن، تعداد انقباضات، مصرف اکسی توسین، وضعیت پرده ها، طول مدت فاز فعال از زمان دیلاتاسیون ۴ سانتی متر)، مرحله دوم زایمان (طول مدت مرحله دوم، نوع زایمان، نحوه پارگی کیسه آب، وجود مکونیوم در کیسه آب، ضربان قلب جنین، نیاز به احیای نوزاد یا انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، وزن و آپگار دقیقه اول وپنجم نوزاد و...)، مرحله سوم (طول مدت مرحله سوم، میزان خونریزی بعد از زایمان، داروهای منقبض کننده رحم، زمان شروع تغذیه با شیر مادر و...) و تعیین عفونت در ۱۰ روز اول بعد از زایمان بود که علایم تب و عفونت نفاسی توسط پژوهشگر وکمک پژوهشگر به مادران توضیح داده شد.

باز شدن بخیه ها و بستری در بیمارستان، توسط خود پژوهشگر به صورت تلفنی چک گردید. میزان خونریزی مرحله سوم زایمان با ترازوی دیجیتال صاایران و وزن کردن گازهای مصرفی، شان، پلاستیک زیر باسن زائو و اختلاف وزن برای هر یک گرم معادل یک سی سی محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش از نرم افزار آماری SPSS15 و روش-های آماری توصیفی، آزمون تی مستقل، مجذورکای یا آزمون دقیق فیشر و من ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها

تمام واحدهای پژوهش از نظر میانگین سنی، تعداد بارداری، سن حاملگی، وزن نوزاد و... در دو گروه یکسان بودند و اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول۱). میانگین ضربان قلب جنین در دیلاتاسیون سرویکس (۱۰-۸، ۷-۵ سانتیمتر) و در مرحله دوم زایمان در گروه زایمان خودبخودی به صورت معنی داری بالاتر از گروه زایمان با تحریک اکسی‌توسین بود (P< ۰/۰۰۱). در رابطه با اهداف اصلی مطالعه یافته‌ها در چهار جدول ذیل خلاصه شده اند.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱. مقایسه برخی ازمشخصات فردی وزایمانی در دردوگروه

متغیرها		زایمان		P.V
		خودبخودی (تعداد=۱۹۸)	با اکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	
سن مادر (سال)		۲۵/۸۴ ±۵/۵۱	۲۴/۸۱ ±۵/۳۴	۰/۳*
سن حاملگی (روز)		۲۷۷/۸۴±۷/۲۸	۲۷۷/۸۴±۶/۹۲	۰/۱*
وزن نوزاد (گرم)		۳۳۱۵/۶۵±۳۴۵/۰۲	۳۳۲۱/۶۴ ±۳۴۹/۲۵	۰/۹۸*
تعدادزایمان	۱	۱۴۳(/.۷۲/۲۲)	۱۴۶(/.۷۴/۱۱)	۰/۲۴**
	۲	۴۲(/.۲۱/۲۱)	۳۹(/.۱۹/۷۹)	
	۳	۱۳(/.۶/۵۶)	۱۲(/.۶/۰۹)	
شغل مادر	خانه دار	۱۸۷(/.۹۴/۴۶)	۱۹۱(/.۹۷)	۰/۱۶۳**
	شاغل	۱۱(/.۵/۶۳)	۶(/.۳)	
	بی سواد	۳۴(/.۱۷/۲۵)	۱۷(/.۸/۷۱)	۰/۲**
تحصیلات مادر	ابتدایی	۵۶(/.۲۸)	۳۶(/.۱۸/۴۲)	
	سیکل	۳۳(/.۱۷)	۵۷(/.۲۸/۶۳)	
	دیپلم وبالاتر	۷۵(/.۳۸)	۴۴(/.۸۷)	
جنس جنین	دختر	۸۴(/.۴۲/۲۴)	۸۹(/.۴۴/۹۱)	۰/۶۳**
	پسر	۱۱۴(/.۵۷/۸۱)	۱۰۸(/.۵۵)	

*آزمون تی مستقل

**آزمون دقیق فیشر

جدول ۲: پیامدمرحله اول زایمان دردوگروه

متغیر		زایمان		P.V
		خودبخودی(تعداد=۱۹۸)	بااکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	
طول فاز فعال مرحله اول زایمان(دقیقه)		۴۲۴/۲۵ ±۱۲۴/۵۱	۲۴۸/۵۶±۱۴۱/۳۲	*۰/۰۰۱
ضربان قلب جنین	۳-۴	۱۳۷/۵۵ ±۵/۲۱	۱۳۱/۹۷ ±۷/۹۱	*۰/۱۵
دردیلاتاسیون	۵-۷	۱۳۴/۱۵ ±۴/۸۱	۱۳۶/۲۳±۴/۵۶	*۰/۱
دهانه رحم(سانتیمتر)	۸- ۱۰	۱۲۷/۶۳ ±۷/۹۴	۱۲۴/۸۱ ±۹/۵۷	*۰/۱
	۱۰	۱۲۰/۹۵ ±۶/۶۲	۱۱۲۱±۱۱/۵	*۰/۰۰۱
ایستگاه سر جنین در دیلاتاسیون	۳-۴	-۲/۵۲±۰/۷۲	-۲/۳۱±۱/۱۲	*۰/۲۳
دهانه رحم (سانتیمتر)	۵-۷	-۱/۴۲±۰/۹۷	-۱/۱۳±۱	*۰/۵۴
	۸- ۱۰	۰/۰۴±۰/۹۸	۰/۰۴±۰/۸۶	*۰/۹۷
	۱۰	۱/۱±۰/۶۳	۱/۰۶±۰/۴۷	*۰/۲۳

*آزمون تی مستقل

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۳. پیامد مرحله دوم زایمان دردوگروه

متغیر		زایمان		P.V
		خودبخودی(تعداد=۱۹۸)	بااکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)		۴۹/۵ ±۲۷/۱	۴۶/۰۲ ±۲۶/۳	*۰/۴۸
ضربان قلب جنین درمرحله دوم زایمان		۱۱۴/۹۲±۱۲/۳	۱۱۹/۴۴±۶/۹۱	*۰/۰۰۱
وجود مکونیوم		۸(/.۴)	۵۶(/.۲۵/۹)	**۰/۰۰۱
نوع زایمان	اپی زیاتومی	۸۴(/.۴۲/۲)	۱۴۵(/.۷۳/۵)	**۰/۰۰۱
	وکیوم	۳(/.۱/۶)	۴۰(/.۲۰/۴)	
زایمان با پارگی	درجه یک	۸(/.۴/۰۴)	۱۶(/.۸/۱)	**۰/۰۰۱
	درجه دو	۶(/.۳/۰۳)	۴۵(/.۲۲/۸۴)	
	گسترش اپی زیاتومی	۸(/.۴/۰۴)	۵۱(/.۲۵/۹)	

*آزمون تی مستقل **آزمون دقیق فیشر

جدول ۴. پیامد مرحله سوم و ده روز اول بعداز زایمان دردوگروه

متغیر		زایمان		P.V
		خودبخودی(تعداد=۱۹۸)	بااکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	
طول مدت مرحله سوم زایمان(دقیقه)		۸/۵ ±۴/۶	۱۱/۰۲ ±۷۳	*۰/۰۴۸
آپگار دقیقه اول		۸/۶±۰/۶۸	۷/۶±۱/۳	*۰/۰۰۱
آپگار دقیقه پنجم		۹/۹±۰/۲۵	۹/۶ ±۱/۰۵	*۰/۰۰۱
احیای نوزاد		۱۸(/.۹/۰۹)	۸۷(/.۴۴/۱۶)	**۰/۰۰۱
انتقال به بخش نوزادان		۶(/.۳/۱)	۳۶(/.۱۸/۴۱)	**۰/۰۰۱
انتقال به بخش ویژه نوزادان		۱۵(/.۷/۵۷)	۵۱(/.۲۵/۹)	**۰/۰۰۱
مرگ نوزاد		۰	)/.۱/۱(۲	**۰/۲۴
خونریزی ۳۰ دقیقه اول بعد از زایمان(سی سی)		۱۹۲±۲۸۵/۲۵	۳۲۵±۷۷۲/۶۶	*۰/۰۰۱
خونریزی ۳۰ دقیقه دوم بعد از زایمان(سی سی)		۴۲/۲۶±۶۴/۴۸	۱۵۹/۱۵±۱۵۹/۲۹	*۰/۰۰۱
شیردهی خوب طی ۴۸ ساعت اول بعداز زایمان		۱۵۳(/.۷۷/۳)	۹۸(/.۴۹/۸)	**۰/۰۰۱
مصرف آنتی بیوتیک		۹۰(/.۴/۴۵)	۱۵۲(/.۷۱/۱۵)	**۰/۰۰۱
باز شدن بخیه ها		۵(/.۲/۲۵)	۴۹(/.۲۴/۸۷)	**۰/۰۰۱
وجود تب در۱۰روز بعد از زایمان		۴(/.۲/۰۲)	۲۱(/.۱۰/۶۶)	**۰/۰۰۱
نحوه خروج جفت	خودبخودی	۱۹۵(/.۹۸/۴)	۱۹۳(/.۹۸)	**۰/۰۰۱
	بادست	۳(/.۱/۶)	۴(/.۲)	
نحوه کنترل خونریزی بعداز زایمان	اکسی توسین اضافی	۱۷(/.۸/۵۸)	۱۶۵(/.۸۳/۷۵)	**۰/۰۰۱
	مترژین	۱۴(/.۷/۰۷)	۷۸(/.۳۹/۶)	
	میزوپروستول	۴(/.۲/۲)	۴۹(/.۲۴/۹)	
	ماساژ رحم	۱۹(/.۹/۴)	۱۲۵(/.۶۳/۳)	

* آزمون تی مستقل ** آزمون کای دو (آزمون دقیق فیشر)

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد فراوانی استفاده از اپی زیاتومی و وکیوم در مرحله دوم زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بصورت معناداری بالاتر از گروه زایمان خودبخودی بود (P<۰/۰۰۱). نتایج مطالعات متعدد در این راستا نشان داد میزان اپی زیاتومی و استفاده از وکیوم در زایمان با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی و انتظاری است (۱۷- ۱۶،۱۲) که با نتایج مطالعه ما همسو می‌باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

نتایج مطالعات مشابه متعدد نشان داد میـزان اسـتفاده از وکیوم در مرحله دوم زایمان در زایمان خودبخـودی بیـشتر از زایمان با اکسی توسین و این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار است (۱۹-۲۱،۹) که با نتایج مطالعه ما مطابقت ندارد. در ایـن مطالعه فاز فعـال زایمـان در گـروه زایمـان بـا اکـسی توسـین کوتاه‌تر از گروه زایمان خودبخودی بـود کـه ایـن اخـتلاف بـه لحاظ آماری معناداراست (P<۰/۰۰۱).

نتـایج مطالعـات متعـدد در ایـن زمینـه نـشان داد کـه میانگین طول فاز فعال مرحله اول زایمان در گـروه زایمـان بـا اکسی توسین بیشتر از گروه زایمان خودبخودی بـود و از نظـر آمـاری ایـن تفـاوت معنـا دار بـود (۱۰،۹-۲۲،۱۲). نتـایج بررسی‌های فوق با این مطالعه مطابقت ندارد.

نتایج بررسـی رحیمـی‌کیـان و همکـاران در ایـن زمینـه تفاوت معنا داری بین میانگین طول مدت مرحلـه اول زایمـان در دو گروه را ذکر نکردند (۲۳). نتیجـه مطالعـه فـوق بـا ایـن مطالعه همخوانی دارد. یافته های مطالعـه حاضـر حـاکی از آن است کـه فیتـال دیـسترس و وجـود مکونیـوم در مرحلـه دوم زایمان، نمره آپگار پایین دقیقه اول و پنجم در زایمان با اکسی توسین در مقایسه با زایمان خودبخودی بیشتر و ایـن اخـتلاف از نظر آماری معنـی داراسـت (P<۰/۰۰۱). گـوئرا و همکـاران دریافتند که خونریزی بعد از زایمان، تجویز داروهـای منقـبض کننده رحم جهت پیشگیری از خونریزی پس از زایمان، انتقال خـون، پـارگی پرینـه، هیـسترکتومی، بـستری در بخـش مراقبـت‌هـای ویـژه نـوزادان، اقامـت طـولانی مـدت مـادر در بیمارستان، بی حسی در طی لیبر، مرگ زودرس نوزاد، تـأخیر در شروع تغذیه با شیر مادر از یک تا هفـت روز، آپگـار دقیقـه پنجم کمتر از ۷ در گروه زایمان القای انتخابی با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی بود (۹). بسیاری از نتایج مطالعـه فوق با نتایج بررسی حاضر مطابقت دارد. نتـایج بررسـی هـا در این مورد نشان داد که افت ضربان قلب جنین و وجود مکونیوم در مرحله دوم زایمان، پایین بـودن نمـره آپگـار دقیقـه اول و پنجم بعد از زایمان در گروه زایمان با اکسی توسـین بیـشتر از زایمان خودبخودی است و این اختلاف از لحـاظ آمـاری در دو گروه معنی دار می باشد (۲۴،۲۵). نتایج بررسی فـوق بـا ایـن مطالعه همخوان است. در این مطالعـه نیـاز بـه احیـای نـوزاد، انتقال به بخش های مراقبت های ویژه نوزادان در گروه زایمان بـا اکـسی توسـین بطـور معنـاداری بیـشتر از گـروه زایمـان خودبخودی بود که از لحاظ آمـاری اخـتلاف معنـاداری وجـود دارد (P<۰/۰۰۱). شاید نیاز به اینتوباسیون، احیـاء و اقـدامات پیشرفته درمانی و انتقال نوزاد به بخش مراقبت هـای ویـژه در گروه زایمان با اکسی توسین بـه دلیـل افـزایش میـزان فیتـال دیسترس، دفع مکونیوم و پایین بودن نمره آپگار دقیقـه اول و پنجم بعد از تولد در این گروه زایمان می باشد که با یافته‌های مطالعه وینبرگ و همکـاران همخـوانی دارد (۲۵). یافتـه‌هـای مطالعات همسو بسیاری تایید کننده نتـایج حاضـر مـی باشـد (۲۶،۲۳،۱۲،۹). نتـایج مطالعـه گلمزوگلـو و همکـاران در ایـن مورد نشان داد که افت ضربان قلب جنین، نیاز به احیای نوزاد، انتقال به بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان، گیر کردن شـانه و افزایش بیلی روبین خون نـوزاد در گـروه زایمـان بـا اکـسی توسین بطور معناداری کمتر از گروه زایمـان خودبخـودی بـود (۲۷). نتیجه بررسی مذکور با این مطالعه همخوان نیست.

در این مطالعه میانگین حجم خونریزی در ۳۰ دقیقه اول و دوم بعد از زایمان، پارگی‌های درجـه (یـک و دو)، گـسترش اپی‌زیاتومی و استفاده از اکسی توسین، مترژین، میزوپروستول، ماساژ رحم جهت کنتـرل خـونریزی بعـد از زایمـان در گـروه زایمان با اکـسی توسـین در مقایـسه بـا زایمـان خودبخـودی بیشتر بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجـود داشـت (P<۰/۰۰۱). نتایج بررسی‌هـای متعـدد همـسو تاییـد کننـده

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

نتایج مطالعه حاضر می‌باشند (۳۲- ۳۰،۲۶ ،۱۰-۱۲،۹). نتایج مطالعات متعدد در این زمینه تفاوت معناداری بین میزان حجم خونریزی بعد از زایمان، نیاز به داروهای منقبض کننده رحم جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان، اپی زیاتومی و پارگی کانال زایمان در دو گروه زایمان مشاهده نکردند (۳۴-۳۳) که با نتیجه این مطالعه مطابقت ندارد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد میزان عفونت بعد از زایمان و باز شدن بخیه‌های محل پارگی یا اپی زایاتومی در گروه زایمان با اکسی توسین در مقایسه با زایمان خودبخودی بیشتر و این تفاوت از نظر آماری معناداری بود ($P<۰/۰۰۱$) ولی عفونت بعد از زایمان در همه واحدهای مورد پژوهش خیف بود که نیاز به بستری شدن در بیمارستان نداشتند و همگی سرپایی درمان شدند. نتایج مطالعه صحتی شفائی و همکاران در این زمینه نشان داد عفونت بعد از زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی است (۳۵). نتایج بررسی فوق با این مطالعه همخوان است.

با توجه به نتایج این پژوهش تجویز بی رویه اکسی توسین جهت تسریع زایمان درمقایسه با زایمان خودبخودی موجب افزایش عوارض مادری، جنینی و نوزادی می شود. بنابراین پیشنهاد می شود:

۱. درصورت وجود دلایل پزشکی از این روش استفاده می‌شود.

۲. ضرورت اجرا وگسترش زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) بیش از پیش احساس می‌گردد.

۳. انجام تحقیقات طولی در این زمینه ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و پرسنل محترم بخش زایمان بیمارستان عسلی خرم آباد نهایت تشکر به عمل می آید. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۶۶۶ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان می باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

References

1. Gibson F. Science-based maternity care for the 21 Century, 2nd ed. New York: ACCM, 2006; 156-161.
2. Khorsandi M,Ghofranipour F,Hidarnin A,Faghizadeh S,Vafaei M,Rousta F,et al.The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery amonge primiparous women .Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)2008;11(3):29-36. (In Persian)
3. El-Hamamy E, Arulkumaran S. Poor progress of labour. Curr Obstet Gynaecol 2005;15:1-8.
4. Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labor compared with routine care. Cochrane Database Syst Rev2009; 15 (2):CD006794.
5. Miller LA. Oxytocin, excessive uterine activity, and patient safety: time for a collaborative approach. J Perinat Neonatal Nurs 2009; 23(1):52-58.
6. Speroff L, Fritz MA. Clinical gyneocologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
7. Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions.Psychoneuro endocrinology 1998;23(8):819-835.
8. Sehati F, Firouzan V, Heydari L, Hosseini MB, Ghojezadeh M.Comparison of two methods of induction and continuous pulse on pregnancy outcome in pregnant women. J Lorestan Univ Med Sci 2008; 10(1):11-8. (In Persian)
9. Guerra G, Cecatti J, Souza J. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America.Bull World Health Organ .2011;89: 657-665.
10. Induction of Labour (2008) Induction of Labour. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available: http://www.rcog.org.ukAccessed 2012 Jun 26.
11. Macer J, Macer C, Chan L, Fearl J (1992) Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcome. Discussion Am J Obstet Gynecol 1690-1696.
12. Stock S, Ferguson E, Duffy A, Ford I. Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. BMJ 2012; 344: e2838.
13. Cunningham FG, Williams JW, Leveno KJ, Bloom S, Hauth JC (2009) Williams Obstetrics. McGraw-Hill Professional. 1 pp.
14. Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. MCN Am J Mater n Child Nurs 2009; 34(1):8-15.
15. Clark SL, Simpson KR,Knox GE,et al. Oxytocin :new perspectives on an old drug. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:35.e1-35.e 6.
16. Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88(12):1352-1357.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

17. Goer H, Leslie MS, Romano A. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care: Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. J Perinat Educe. 2007; 16(1): 32S-64S.
18. Tracy S, Sullivan E, Wang Y, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with interventions in Labor amongst low risk women: A population-based study Women. Birth J 2007; 20 (7): 41-48.
19. Cole RA, Howie PW, Macnaughton MC. Elective induction of labour. A randomised prospective trial. Lancet 1975; 1:767-770.
20. Dublin S, Lydon-Rochelle M, Kaplan RC, Watts DH, Critchlow CW.Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:986-994.
21. van Gemund N, Hardeman A, Scherjon SA, Kanhai HH. Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with a spontaneous onset. A matched cohort study. Gynecol Obstet Invest 2003; 56:133-138.
22. Nachum Z, Garmi G, Kadan Y, Zafran N, Shalev E, Salim R. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. Reprod Biol Endocrinol 2010 7; 8:136.
23. Rahimikian F, Talebi F, Golian Tehrani SH, Mehran A. Comparison of the Effect of Physiological Birth and Routine Normal Delivery on Some of Maternal and Fetus Outcomes. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2013 ;(1.13)4: 398-405. (In Persian).
24. Odd DE, Rasmussen F, Gunnell D, Lewis G, Whitelaw A. A cohort study of low Apgar scores and cognitive outcomes. Arch Dis Child Fetal Neonatal ED 2008; 93(2):115-120.
25. Weinberge B, Anwa Mr, Hegy T, Hiatt M, Koons M, Paneth N. Antecedents and neonatal consequences of low Apgar scores in preterm newborns, a population study. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154(3): 294-300.
26. Vogel JP, Souza JP, Gu¨ lmezoglu AM. Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: A Secondary Analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. PLoS ONE 2013; 8(6): e65612. doi:10.1371/journal.pone.0065612.
27. Gülmezoglu A, Crowther C, Middleton P . Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2012 ;13;6:CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.
28. Darney GB , Snowden MJ, Cheng WY, Jacob L , Nicholson M J, et al. Elective induction of labor at term compared with expectant management: Maternal and Neonatal Outcome. Obstet Gyncole 2013; 122(4):761-769.doi:10.1097/AOG.0b013e3182a6a4d0.
29. Caughey B A, Sundaram V, Kaimal J A, Gienger A, Cheng W Y, et al. Systematic Review: Elective Induction of Labor Versus

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

Expectant Management of Pregnancy. Ann Intern Med 2009; 151:252-263.

30. Grotegut CA, Paglia MJ, Johnson LN, et al. Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. Am J Obstet Gynecol 2011; 204:56.e1.

31. Sheiner E, Sarid L,Levy A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med 2005; 18:149–154.

32.Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidenc e and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ 2001; 322:1089–1093.[Abstract/FREE Full text]

33. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, et al. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. Am J Obstet Gynecol 2010;204:238.e1.

34. Heimstad R, Skogvoll E,Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, SalvesenKA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy:a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007;109:609-61736. Abotalib ZM. Elective induction of labor at term: doing a lot to gain a little?Saudi Med J 1999;20:185-188.

35. Sehhati Shafai F, Kazemi S, Ghojazadeh M. Comparing Maternal Outcomes in Nulliparous Women in Labor in Physiological and Conventional Labor: A Randomized Clinical Trial. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2013;(97) 22:122-131.(In Persian)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]