

بررسی تاثیر عدم تزریق عضلانی اکسی توسین بر خونریزی بعد از زایمان

ملک تاج مشکید حقیقی*، آزیتا کامجو**، دکتر پروین پدوئیم***، پرویز کمالی****

چکیده

مقدمه: خونریزی پس از زایمان یکی از علل مهم مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه است. کاربرد اکسی توسین در کنترل این عارضه یکی از موفقیت‌های علم پزشکی است. ولی باید توجه داشت که مفید بودن دارو در شرایط خاص بدین معنی نیست که به طور روتین از آن استفاده شود. هدف: تعیین تاثیر عدم تزریق عضلانی اکسی توسین بر میزان خونریزی بعد از زایمان.

نوع پژوهش: پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با گروه کنترل بود که در آن گروه مورد بدون تزریق اکسی توسین مراحل زایمان را سپری نمود و به گروه شاهد به صورت روتین ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی بعد از خروج جفت تزریق شد. مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان (ساعت اول بعد از زایمان)، ۲۳ ساعت بعد از مرحله چهارم و در مجموع ۲۴ ساعت پس از زایمان در دو گروه محاسبه و مقایسه شد.

نمونه: ۱۲۰ زن با حاملگی یک قلو و ترم (۳۸ تا ۴۲ هفته) و زایمان طبیعی که هیچگونه مشکلی در رابطه با حاملگی و زایمان خود نداشتند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه مورد (بدون تزریق عضلانی اکسی توسین) و شاهد (باتزریق روتین اکسی توسین) قرار گرفتند (۶۰ نفر در هر گروه).

نتایج: مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان، ۲۳ ساعت بعد از مرحله چهارم و به طور کلی ۲۴ ساعت بعد از زایمان در دو گروه یکسان بود. بحث و نتیجه‌گیری: مصرف اکسی توسین، چنانچه مشکلی وجود نداشته باشد، به طور روتین ضروری به نظر نمی‌رسد ولی تصمیم‌گیری قطعی در این زمینه نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: خونریزی بعد از زایمان، اداره فعال مرحله سوم و چهارم زایمان.

* عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

** کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی بندرعباس.

*** عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

**** عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

مقدمه

خونریزی پس از زایمان از عوارض مهلك و جدی بوده و یکی از مهمترین علل مرگ و میر مادران به شمار می‌آید. خونریزی می‌تواند بصورت ناگهانی رخ دهد یا جریانی آهسته و مداوم داشته باشد. خونریزی بعد از زایمان دو خطر عمده آئمی و عفونت را بدنبال دارد و بحرانی‌ترین زمان وقوع آن در طول یکساعت و نیم پس از تولد نوزاد است.

به هنگام خونریزی، تشخیص به موقع و انجام اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز عوارض از اهمیت زیادی برخوردار است. ولی متأسفانه در بسیاری از موارد تشخیص به راحتی صورت نمی‌گیرد، چرا که گاهی علائم کاهش حجم خون به وضوح مشاهده نمی‌شود. مشکل دیگر جایگزین کردن خون از دست رفته است که خود خالی از خطر نیست. علاوه بر خطرات ناشی از درمان بوسیله تزریق خون مانند واکنش در اثر ناسازگاریهای خونی و یا عفونتهای ویروسی منتقل شده، نارسایی کلیه در اثر کاهش فشار خون نیز خطر دیگری است که زندگی زنان را تهدید می‌نماید.

اقدامات مختلفی در جهت اداره مرحله سوم و چهارم زایمان پیشنهاد شده است که در آنها بستن بند ناف نوزاد به عنوان اولین قدم و استفاده از داروها به عنوان آخرین دخالت مطرح شده‌اند. Akyns (۱۹۹۵) اداره فعال مرحله سوم و چهارم زایمان (با استفاده از دارو) را در مقابل اداره غیر فعال یا فیزیولوژیک (بدون استفاده از دارو) قرار می‌دهد که در اداره فعال از داروهای اکسی توسیک نظیر اکسی توسین و سنتومتین استفاده می‌شود.

به کشف و کاربرد داروهای اکسی توسیک باید به عنوان یکی از موفقیت‌های بزرگ در پزشکی نگریست. ولی مفید بودن دارو در شرایط خاص بدین معنی نیست که باید به طور روتین از

آن استفاده کرد. با توجه به عوارض این داروها نظیر افت فشارخون، افزایش برون ده قلبی و پس دردهای زایمانی استفاده از آنها به طور روتین توصیه نمی‌شود Begly، 1991. اداره فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان، یعنی اداره آن بدون نیاز به تزریق دارو، توسط بسیاری از صاحب نظران پیشنهاد می‌شود. توجه به علایم جدا شدن جفت و قرار دادن نوزاد روی سینه مادر و مکیدن پستان مادر توسط نوزاد از جمله اقداماتی است که در این مرحله پیشنهاد می‌شود. صاحب نظران پیرو این عقیده معتقدند که بدین ترتیب تجربه زایمان و تولد نوزاد برای مادر مطلوب‌تر خواهد شد Cochran (1990).

پژوهش حاضر نیز با این هدف انجام گرفته است تا تاثیر عدم تزریق عضلانی اکسی توسین را بر میزان خونریزی بعد از زایمان مورد آزمون قرار دهد. با این امید که نتایج آن بتواند گامی در جهت تصمیم‌گیری استفاده روتین از این داروها پس از زایمان باشد تا علاوه بر حفظ سلامتی زنان موجب صرفه جویی در هزینه‌ها نیز شده و به جامعه در حال رشد ایران اسلامی از نظر اقتصادی کمک نماید.

فرضیه‌ها

۱- میزان خونریزی مرحله چهارم زایمان (یکساعت پس از زایمان) در زنانی که تزریق عضلانی اکسی توسین داشته و یا نداشته‌اند تفاوتی ندارد.

۲- میزان خونریزی ۲۳ ساعت بعد از مرحله چهارم در زنانی که تزریق عضلانی اکسی توسین داشته و یا نداشته‌اند تفاوتی ندارد.

۳- میزان خونریزی ۲۴ ساعت پس از زایمان (مرحله چهارم + ۲۳ ساعت) در زنانی که تزریق عضلانی اکسی توسین داشته و یا نداشته‌اند تفاوتی ندارد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود. تعداد ۱۲۰ نفر از زنانی که دارای حاملگی تک قلو بودند با مراجعه مستمر پژوهشگر از مهرماه لغایت اسفند ماه ۱۳۷۶ به بیمارستان شهرستان بندرعباس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند.

زنان با خصوصیات زیر در پژوهش شرکت داده نشدند:

- نمای جنین غیر از نمای سر
- سابقه خونریزی در طول بارداری یا هنگام شروع زایمان (جفت سرراهی، جداشدن زودرس جفت)
- پارگی کیسه آب بیش از ۱۲ ساعت
- نیاز به القاء یا تحریک زایمان با استفاده از اکسی توسین
- استفاده از داروهای ضد درد در طول زایمان
- سابقه خونریزی بعد از زایمان در زایمانهای قبلی
- سابقه سزارین
- زایمان سریع (زایمان در مدت کمتر از ۲ ساعت پس از شروع انقباضات منظم رحمی)
- زایمان با وسیله (فورسپس یا وانتوز)
- زایمان طولانی (مرحله اول بیشتر از ۱۴ ساعت، مرحله دوم بیشتر از ۶۰ دقیقه، مرحله سوم بیشتر از ۳۰ دقیقه)
- نیاز به انجام اپی زیاتومی یا وقوع پارگی پرینه
- سن حاملگی کمتر از ۳۸ یا بیشتر از ۴۲ هفته
- سابقه ۵ زایمان یا بیشتر
- متولد نمودن نوزادی با وزن کمتر از ۵/۲ و یا بیشتر از ۴ کیلوگرم.
- ابتلاء به بیماریهای جسمی نظیر بیماریهای قلبی، عروقی، فشارخون
- ابتلاء به عوارض حاملگی مانند پره اکلامپسی یا هیدرآمیونیوس

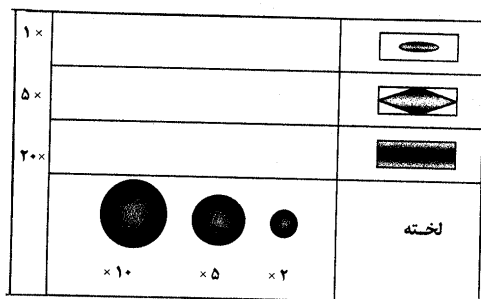
- سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۵ سال

مشخصات فردی زنان در دو گروه مورد (بدون تزریق اکسی توسین) و شاهد (باتزریق اکسی توسین) در جدول شماره (۱) به نمایش گذاشته شده است و آزمونهای آماری بیانگر آن بود که دو گروه فقط از نظر میزان هماتوکریت ($P=0/04$) با یکدیگر تفاوت دارند و در دیگر موارد اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

روش کار بدین ترتیب بود که به نفر اول به عنوان عضوی از گروه شاهد ۱۰ واحد اکسی توسین عضلانی بعد از خروج جفت تزریق شد و نفر دوم به عنوان عضوی از گروه مورد بدون تزریق اکسی توسین مراحل زایمان را سپری نمود. بدین ترتیب زنان به صورت یکی در میان در دو گروه قرار گرفتند تا تعداد ۶۰ نفر در هر یک از دو گروه تکمیل گردید.

پس از خروج جفت و تخلیه کامل رحمی، از نمودار تصویری هیگام (نمودار شماره ۱) جهت تعیین مقدار خونریزی پس از زایمان استفاده می‌شد. برای این منظور میزان آغشته شدن نوارهای بهداشتی مصرف شده به خون با اندازه‌های مشخص شده در نمودار تصویری هیگام مقایسه می‌شد. علاوه بر آن لخته‌های خون دفع شده نیز مورد نظر قرار می‌گرفت و براساس اندازه آنها مقدار خون تشکیل دهنده آنها محاسبه می‌شد. (لازم به ذکر است که مقدار خون دفع شده همراه با خروج جفت در محاسبات منظور نشده و اندازه‌گیری پس از کامل شدن مرحله سوم و آغاز مرحله چهارم زایمان آغاز می‌شد) براساس اندازه خون مشاهده شده بر روی نوار بهداشتی و استفاده از ضرایب ۱۰ و ۲۰ به نسبت اندازه لکه خون بر روی نوار بهداشتی و تعداد نوارهای بهداشتی، هم چنین با در نظر گرفتن اندازه لخته‌های دفع شده با قطرهای ۱ و ۲ سانتی متر و استفاده از ضرایب ۲ و ۱۰ به نسبت اندازه لخته‌ها و تعداد لخته‌های دفع شده مقدار خونریزی تخمین زده می‌شد. این محاسبات برای

نمودار تصویری هیگام



نمودار شماره ۱

نتایج

یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که میانگین وانحراف معیار مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان (یکساعت اول پس از زایمان) در گروه مورد $27/26 \pm 43/68$ و در گروه شاهد $39/58 \pm 28/69$ میلی‌لیتر می‌باشد (جدول شماره ۲). نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان اختلافی وجود ندارد ($t=0/80$).

هموگلوبین $Z=1/13$ و هماتوکریت $Z=1/46$ می‌توان گفت که بازهم اختلافی بین دو گروه مورد و شاهد از نظر مقدار خونریزی وجود ندارد و این دو عامل بر خونریزی پس از زایمان مداخله‌ای نداشته‌اند.

میانگین وانحراف معیار خونریزی طی ۲۴ ساعت پس از زایمان (مرحله چهارم زایمان + ۲۳ ساعت پس از این مرحله) در گروه مورد $57/67 \pm 109/1$ و در گروه شاهد $55/73 \pm 107/81$ میلی‌لیتر به دست آمد (جدول شماره ۴). با به کارگیری آزمون t مستقل مشخص شد که به طور کلی طی ۲۴ ساعت پس از زایمان مقدار خونریزی در دو گروه مورد و شاهد تفاوتی ندارد ($t=0/12$).

ساعت اول پس از کامل شدن مرحله سوم زایمان یعنی مرحله چهارم زایمان و ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم هرکدام به طور جداگانه محاسبه شد. علاوه بر آن مجموع خونریزی ۲۴ ساعت اول نیز مورد نظر و محاسبه قرار گرفت. در مواردیکه ملافه ویالباس بیمار به خون آغشته می‌شد میزان خونریزی با آغشته کردن ملافه یا لباس با حجمهای معینی از خون و اندازه‌گیری سطح خیس شده آن تخمین زده شده و به مقدار خونریزی محاسبه شده از نوارهای بهداشتی و لخته‌ها اضافه می‌شد.

اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین میزان خونریزی مرحله چهارم زایمان، ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم و ۲۴ ساعت بعد از زایمان در دو گروه مورد و شاهد محاسبه شده و با استفاده از آزمون t مستقل مقایسه گردید. از آزمون کوکران نیز جهت ثابت نگهداشتن متغیرهای سن، تعداد حاملگی، میزان هموگلوبین و هماتوکریت به هنگام پذیرش

به تحقیق در مقایسه مقدار خونریزی‌ها در دو گروه استفاده شد تا از عدم دخالت این متغیرها در تاثیر اکسی‌توسین بر مقدار خونریزی اطمینان حاصل شود.

نتایج به دست آمده در رابطه با ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم زایمان نشان داد که میانگین وانحراف معیار مقدار خونریزی در گروه مورد $23/6837/35$ و در گروه شاهد $41/6504/40$ میلی‌لیتر می‌باشد (جدول شماره ۳). نتایج آزمون t مستقل از نظر مقدار خونریزی طی این مدت در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($t=0/41$). با توجه به نتایج آزمونهای کوکران در رابطه با ثابت نگه داشتن مقادیر هموگلوبین و هماتوکریت هنگام ورود به پژوهش در مقایسه مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان به ترتیب در مورد هموگلوبین $Z=0/84$ و هماتوکریت $Z=1/36$ و مقدار خونریزی ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم زایمان به ترتیب در مورد

بحث و نتیجه گیری

حاملگی و زایمان خود مشکلی ندارند ضروری به نظر

نمی‌رسد. چرا که نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان اظهار نمود که

تزریق اکسی توسین به صورت روتین حداقل برای زنانی که با

جدول شماره ۱: مشخصات فردی زنان مورد پژوهش در دو گروه مورد (n=60) و شاهد (n=60)

گروه		میانگین و انحراف معیار
شاهد	مورد	
۲۵/۹۱+۳/۸۱	۲۶/۱۸+۴/۱۱	سن
۳۹/۶۵+۰/۹۳	۳۹/۶۸+۱/۱۱	سن حاملگی
۲/۸۱+۰/۹۳	۲/۸۱+۰/۷۹	تعداد حاملگی
۲/۸۱+۰/۹۳	۱/۸۱+۰/۷۹	تعداد زایمان
۱۰۷/۷۵+۱۱/۵۵	۱۰۶/۳۳+۹/۵۱	فشارخون سیستولیک
۶۵/۱۶+۱۰/۲۹	۶۵/۲۵+۹/۱۷	فشارخون دیاستولیک
۱۱/۴۲+۱/۲۵	۱۱/۰+۱/۱۷	هموگلوبین (g/dl)
۳۵/۰۷+۳/۶۴	۳۳/۸۱+۳/۲۳	هماتوکریت (درصد)
۱۵/۱۳+۶۰/۲۶	۶۱/۲۵+۶۶/۲۴	مدت پاره شدن کیسه آب به هنگام شروع زایمان (دقیقه)
۵/۲۶+۱/۶۳	۵/۰۵+۱/۵۳	طول مرحله اول زایمان (ساعت)
۱۵/۱۸+۹/۸۵	۱۳/۰۵+۱۰/۰۸	طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)
۵۹۰+۲/۷۱	۵/۵۳+۳/۱۹	طول مرحله سوم زایمان (دقیقه)
۳۱۰۶/۳۳+۲۸۴/۷۶	۳۱۵۰/۳۳+۳۷۸/۶۷	وزن نوزاد (گرم)

جدول شماره ۲: میزان خونریزی مرحله چهارم زایمان در دو گروه مورد (n=60) و شاهد (n=60)

گروه		میزان خونریزی مرحله چهارم زایمان (میلی لیتر)
شاهد	مورد	
(۲۸/۳)۱۷	(۳۵)۲۱	کمتر از ۳۰
(۴۵)۲۷	(۵۳/۳)۳۲	۳۰-۵۹
(۲۱/۷)۱۳	(۵)۳	۶۰-۸۹
(۵)۳	(۶/۷)۴	۹۰ و بیشتر

* اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: میزان خونریزی ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم زایمان در دو گروه مورد ($n=60$) و شاهد ($n=60$)

گروه		میزان خونریزی ۲۳ ساعت پس از مرحله چهارم زایمان (میلی لیتر)
شاهد	مورد	
(۳۸/۲)۲۳	(۲۵)۱۵	کمتر از ۴۵
(۴۰/۲)۲۴	(۱۵/۷)۳۱	۴۵-۸۹
(۱۳/۳)۸	(۱۵)۹	۹۰-۱۳۴
(۸/۳)۵	(۸/۳)۵	۱۳۵ و بیشتر

* اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می دهد

جدول شماره ۴: میزان خونریزی ۲۴ ساعت پس از زایمان در دو گروه مورد ($n=60$) و شاهد ($n=60$)

گروه		میزان خونریزی ۲۴ ساعت بعد از زایمان (میلی لیتر)
شاهد	مورد	
(۳۸/۲)۲۳	(۲۵)۱۵	کمتر از ۶۵
(۴۰/۲)۲۴	(۱۵/۷)۳۱	۶۵-۱۲۸
(۱۳/۳)۸	(۱۵)۹	۱۲۹-۱۹۲
(۸/۳)۵	(۸/۳)۵	۱۹۳ و بیشتر

* اعداد داخل پرانتز درصدها را نشان می دهد

میانگین مقدار خونریزی ۲۴ ساعت بعد از زایمان ($t=0/12$) نیز در دو گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی داری ندارند. لذا فرضیه دوم و سوم این پژوهش نیز مورد قبول واقع می شوند. Pederon و همکاران (۱۹۷۸) نیز در تحقیق خود دریافتند که بین میزان خونریزی ۲۴ ساعت پس از زایمان زنانی که مقدار ۲۰ واحد اکسی توسین محلول در ۲۵ میلی لیتر سرم قندی ۵ درصد به صورت تزریق وریدی بلافاصله بعد از تولد نوزاد دریافت کرده بودند با گروهی دیگر که این دارو را دریافت نمی کردند تفاوتی وجود نداشت.

Cocilly و همکاران (۱۹۹۱) در بررسی خود در رابطه با پیدا کردن زنان در معرض خطر خونریزی بعد از زایمان، به یک گروه مقدار ۵ واحد سنتوسینون و ۰/۵ میلی گرم مترژن به

مقدار خونریزی مرحله چهارم زایمان در گروه مورد یعنی زنان بدون تزریق اکسی توسین و شاهد یعنی زنان با تزریق اکسی توسین از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود نداشت ($t=0/80$). لذا فرضیه اول پژوهش مورد قبول واقع می شود. صالحی نژاد (۱۳۷۶) نیز در پژوهش خود دریافت که بین میزان خونریزی ۲ ساعت پس از زایمان و تزریق ۱۰ واحد اکسی توسین به صورت عضلانی ارتباطی وجود ندارد.

یافته های پژوهش (Begly 1991) نشان داد که مقدار خونریزی پس از زایمان بانحوه تزریق (عضلانی یا وریدی) و زمان استفاده از داروهای اکسی توسیک در ارتباط می باشد.

یافته های پژوهش هم چنین نشان داد میانگین مقدار خونریزی ۲۳ ساعت بعد از مرحله چهارم ($t=0/41$) و نیز

منابع

- خسروی، ماندانا. (۱۳۷۳)، بررسی شیوع علل مستعد کننده خونریزی زود رس بعد از زایمان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مامایی، دانشگاه تربیت مدرس.
- صالحی نژاد، پروین. (۱۳۷۶)، بررسی تاثیر زمان تزریق وریدی اکسی توسین بر میزان خونریزی پس از زایمان، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- واثق رحیم پرور، فاطمه. (۱۳۷۲)، بررسی اختلاف اثر ستوسسیون و مترژن بر میزان خونریزی پس از زایمان و عوارض جانبی مترژن در مراجعین به بخش زایمان بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- AKyns E., (1995), Post partum hemorrhage, journal of nurse midwifery, vol 32,2: 123-133.
- Begly R., (1991), Post partum hemorrhage: who id at risk? Midwives chronicle, vol39 2: 102-105.
- Cocilly M., et al (1991). Post partum hemorrhage: who id at risk? Midwives chronicle & Nursing Notes, vol 39,2: 12-15.
- Pederon J., (1987), Estimates of Post partum Conception, vol35.4: 22-24.
- Thilaganathan, C., et al. (1993), Management of the third stage of labour in woman at low risk of Post partum hemorrhage. European journal of obstetrics, gynecology and reproductive kbiology, vol48,1: 19-22.
- Wigroot A., (1996), Prevention of Post partum hemorrhage, Clinical obstetric and gyneco-logy, vol 9,3: 310-14.

صورت عضلانی تزریق نمودند و به گروهی دیگر هیچ دارویی تزریق نکردند. نتایج تحقیق ایشان بیانگر آن بود که در افراد چندزا با سن بالا تزریق دارو ضروری به نظر می‌رسد و بدون تزریق آن زنان در معرض خطر خونریزی پس از زایمان قرار می‌گیرند. واثق رحیمی پرور (۱۳۷۲) نیز در مطالعه خود دریافت که مقدار ستوسسیون دریافتی به صورت ۵ و ۱۰ واحد با میزان خونریزی پس از زایمان و میزان خونریزی پس از زایمان با سن زنان ارتباطی ندارد. خسروی (۱۳۷۳) پایین بودن میزان هماتوکریت (کمتر از ۳۰٪) و هموگلوبین (کمتر از ۱۱ g/dl) را از عوامل مستعد کننده خونریزی پس از زایمان ذکر می‌کند. ولی در پژوهش حاضر ارتباطی بین میزان خونریزی و سن، تعداد حاملگی و میزان هماتوکریت و هموگلوبین زنان مشاهده نشد.

باتوجه به موارد ضد و نقیض در تحقیقات موجود و یافته‌های پژوهش حاضر تصمیم‌گیری قطعی در مورد تزریق یا عدم تزریق اکسی توسین پس از زایمان نیاز به تحقیقات بیشتری در این زمینه دارد. چرا که با توجه به عوارض این داروها و هزینه‌های مربوطه همانگونه که Wigroot و همکاران (۱۹۹۶) می‌نویسند استفاده روتین از این داروها در زنانی که در معرض خطر خونریزی نمی‌باشند مورد تایید نمی‌باشد مگر آنکه نتایج بالینی کارایی آنها راه اثبات برسانند.

Thilaganathan (۱۹۹۳) در تایید این مطلب می‌نویسد: اداره فعال (با استفاده از دارو) در مقایسه با اداره فیزیولوژیک (بدون استفاده از دارو) در زنانی که پس از زایمان با خطر خونریزی کمتری مواجه هستند طول مرحله سوم را کاهش می‌دهد اما تاثیری بر میزان خونریزی پس از زایمان ندارد لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقات وسیع‌تری در این زمینه صورت گیرد و گروه‌های در معرض خطر شناسایی شوند.

INTRAMUSCULAR OXYTOCIN; SHOULD IT BE INJECTED AS ROUTINE TO CONTROL POSTPARTUM HEMORRHAGE?

Mooshkbid Haghghi, M. Kamjoo, A. Pedoim, P. Kamali, P

ABSTRACT

Background: Postpartum hemorrhage considered to be one of the most important cause of women mortality in developing countries. Usage of oxytocin is one of the outstanding success in medicine but it should not be taken for granted and should be used only if it is necessary and not as routine.

Objective: To determine the amount of postpartum hemorrhage on the absence of IM injection of oxytocin.

Design: This was a randomized controlled clinical trial. Control group received to units of oxytocin after completion of second of labor which was the hospital's routine but the trial group did not get any drugs. The amount of blood for first one hour after completion of 3rd stage, 23 hours after that, and altogether 24 hours after labor were compared in two groups.

Sample: 120 full term women with singleton pregnancy who had no problem were randomly assigned to one of the trial (with out oxytocin) or control (with oxytocin) group (60 in each group).

Results: There was no significant difference between the two groups considering amount of post partum hemorrhage at 4th stage of labor, 23 hours after that and altogether 24 hours after delivery.

Discussion: The usage of oxytocin is not recommended as routine at least for those who have normal pregnancy and delivery. But further researches are necessary to make us able to make definite decision.

Key Words: Postpartum hemorrhage, Active and physiologic management of 3rd and 4th stage of labor.