

مقایسه اثر دو روش درمانی دارویی و غیر دارویی

بر بهبود ادم دهانه رحم در مراحل زایمان

ناهید جهانی شوراب^۱، کبری میرزاخانی^{۱*}، دکتر شوکت ابراهیمی^۲، دکتر سیدرضا مظلوم^۳،کبری امیری جامی^۴

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. متخصص زنان و مامایی، بیمارستان هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. کارشناس مامایی، بیمارستان ام البنین، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۰

خلاصه

مقدمه: یکی از مشکلات زایمانی، تورم دهانه رحم در مرحله اول زایمان است. اما در مورد روش درمانی مطلوب آن، در منابع معتبر علمی مامایی اطلاعات چندانی وجود ندارد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر دو روش درمانی دارویی و غیر دارویی بر بهبود ادم دهانه رحم انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از تیر ماه سال ۱۳۹۰ لغایت تیر ماه سال ۱۳۹۱ بر روی ۸۰ زن مبتلا به ادم دهانه رحم در مرحله اول زایمان در زایشگاه های هاشمی نژاد و ام البنین شهر مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند و با توجه به روش درمانی، در دو گروه دارویی (آتروپین، پتدین) و غیردارویی (تکنیک تنفسی و تغییر وضعیت) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی و معاینه بود. تجزیه و تحلیل آماری داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های پیروسون، من ویتنی، کای دو و فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه درمانی از نظر سن، تعداد بارداری و زایمان، تعداد و مدت انقباضات در قبل و بعد از درمان تفاوت آماری معناداری نداشتند. اما مدت بهبود ادم در گروه غیر دارویی کوتاه تر از گروه دارویی بود ($p=0/046$).
نتیجه گیری: روش های غیر دارویی به دلیل تسریع بهبود ادم دهانه رحم و ایمنی بیشتر، یک روش درمانی مناسب می باشند.

کلمات کلیدی: ادم، مرحله اول لیبر، دهانه رحم، درمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: کبری میرزاخانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: MirzakhaniK@mums.ac.ir

مقدمه

مشکلات دهانه رحم، از جمله اختلالات بافت نرم است که می تواند یکی از دلایل سخت زایی^۱ باشد. سخت زایی، شایعترین عامل سزارین غیر تکراری است (۱). گاهی اوقات در لیبر، ادم دهانه رحم با اتساع پیشرفته دهانه رحم (اتساع ۶ سانتیمتر) مشاهده می شود بدون آن که ضایعه پاتولوژیکی مانند سرطان دهانه رحم وجود داشته باشد. معمولاً ادم لبه دهانه رحم، مانع پیشرفت فاز اول زایمان و طولانی شدن لیبر می شود (۲). طولانی شدن مرحله اول زایمان با عوارض جنینی مانند تحت فشار بودن سر، اختلال اکسیژن رسانی، آپگار پایین و در نهایت مرگ جنین همراه است. از طرف دیگر، در زایمان های طولانی، میزان مرگ و میر حوالی تولد تا ۳/۵ درصد افزایش می یابد (۳). طولانی شدن بیش از حد زایمان، باعث افزایش احتمال عفونت، صدمات جسمی - عصبی و مرگ در جنین و نوزاد شده و مادر نیز در معرض خونریزی و عفونت بعد از زایمان و همچنین مشکلاتی نظیر اضطراب، بی خوابی و خستگی قرار می گیرد (۴). طولانی شدن فاز فعال مرحله اول زایمان در ۲ درصد زنان نخست زا و ۱ درصد زنان چندزا گزارش شده است. هر چند این آمار نشان می دهد که درصد بالایی از زنان در لیبر با این مشکل روبرو نخواهند شد، اما به دلیل عوارض زیاد زایمان طولانی پیشگیری از آن، یکی از اجزای مهم مراقبت مادری در طی مراحل زایمان محسوب می شود (۵).

از طرف دیگر در طول زایمان، لبه قدامی و متورم دهانه رحم بین سر جنین و سمفیز پوبیس فشرده می شود، از این رو احتمال آسیب دهانه رحم به دلیل اختلال در خون رسانی افزایش می یابد و در صورت کم خونی شدید، لبه دهانه رحم ممکن است دچار نکروز شده و جدا شود. در موارد نادرتر، ممکن است کل بخش واژینال دهانه رحم از بقیه دهانه رحم جدا شود (۲). همچنین ادم شدید دهانه رحم با ایجاد حالت انسدادی در مسیر مجرای ادرار، گاهی اوقات باعث احتباس ادراری نیز می شود (۶). مثانه پر نیز مانعی در نزول سر جنین در مرحله اول زایمان می باشد (۷).

از این رو در موارد طولانی شدن مرحله اول زایمان توصیه شده است که ماما در معاینه واژینال، وضعیت خلفی پایدار سر و یا ادم دهانه رحم را مورد بررسی قرار دهد (۸). در اکثر اوقات که جنین، نمای غیر قرینه سر و یا وضعیت پس سری خلفی دارد، اتساع دهانه رحم، غیر قرینه است و این امر باعث تشکیل لبه دهانه رحم می شود (۹). همچنین اجبار مادر به زور زدن قبل از دیلاتاسیون کامل، یکی دیگر از دلایل ادم دهانه رحم می باشد (۱۰). یکی از مشکلاتی که با تورم دهانه رحم همراه است، افتادگی دهانه رحم می باشد. هی وود (۱۹۹۷) و کلانز و کانتر (۱۹۹۷)، در اغلب موارد همراهی ادم دهانه رحم در لیبر را با افتادگی دهانه رحم در بارداری را اعلام کرده اند (۱۱، ۱۲).

همچنین در مواردی تورم دهانه رحم با سندرم کلیپل ترثونی^۲، گزارش شده است. سندرم کلیپل ترثونی، یک بیماری ارثی نادر است که با سه علامت: اختلال در مویرگ های وریدی (۹۸٪)، واریس (۸۰٪) و هیپرتروفی استخوان یا بافت نرم مشخص می شود (۱۳).

اختلال در خون رسانی، یکی دیگر از دلایل ادم موضعی است (۱۴). زور زدن غیر ارادی زائو در اتساع ۸-۹ سانتی متری و قبل از اتساع کامل دهانه رحم، باعث ادم دهانه رحم می شود. قرار گرفتن در حالت چمپاتمبه در این مواقع هر چند باعث افزایش فضای لگنی می شود، اما وضعیت خون رسانی را بهبود نمی بخشد (۱۵).

در صورتی که زائو در وضعیت هایی که نیروی جاذبه در آن خنثی است و یا وضعیت های ضد نیروی جاذبه (مانند چهار دست و پا، زانو زدن روی یک توپ و یا وضعیت سجده ای باز) قرار گیرد، این وضعیت ممکن است باعث حرکت سر جنین از روی دهانه رحم شده و تا حدودی فشار را از بین ببرد و باعث اصلاح عارضه شود. غوطه وری در وان پر از آب، بی وزنی و شناوری، اثرات نیروی جاذبه را کاهش داده و ممکن است فشار بر روی دهانه رحم را کاهش دهد (۱۶). بنابراین تغییر در وضعیت مادر و روش هایی که به نحوی اثرات نیروی جاذبه را از روی دهانه رحم متورم بدون تجویز دارو بر می دارد، جزء روش های غیر دارویی بهبود دهانه رحم

²Klippel Trenaunay syndrome

¹Distocia

در بیمارستان های هاشمی نژاد و ام البنین حضور یافت. کمک پژوهشگرها، دو کارشناس مامایی با سابقه کار بیش از ۱۵ سال در زایشگاه ام البنین (س) و هاشمی نژاد بودند. قبل از شروع مطالعه، برای محاسبه ضریب توافق ارزیابان نتایج معاینه واژینال بر روی ۵ مولاژ دیلاتاسیون و افاسمان توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر ثبت شده است و ضریب همبستگی آن محاسبه شد ($r=0/93$). با توجه به نظر مشاور آمار، مطالعه به صورت مقدماتی طرح ریزی شد و در هر گروه درمانی، ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که با احتمال ۲۵٪ درصد ریزش نمونه، ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ایرانی با بارداری تک قلو، جنین زنده و سالم و فاقد هر گونه عارضه طبی و قرار داشتن در فاز فعال زایمانی (حداقل دیلاتاسیون ۴ سانتی متر) بود و افراد در صورت بروز هر گونه عارضه مامایی و زایمانی (مانند خونریزی صدای قلب غیر اطمینان بخش جنین یا عدم تناسب سر با لگن) و یا فقدان ادم دهانه رحم از نظر کمک پژوهشگر، از مطالعه خارج شدند.

در طول یک سال مطالعه، در صورت بروز ادم دهانه رحم در زائوی حائز شرایط مطالعه، کمک پژوهشگر در محیط حضور می یافت و پس از تکمیل رضایت نامه کتبی توسط زائو، نحوه اداره وی در اتاق زایمان و نوع روش درمانی برای بیمار را تحت نظر می گرفت. قابل ذکر است که در تمام موارد، نوع روش درمانی با توجه به نظر پزشک معالج و مامای مسئول بیمار انتخاب می شد. سپس معاینه واژینال زائو، قبل و بعد از درمان، هر نیم ساعت تا هنگام زایمان توسط کمک پژوهشگر انجام می شد. در این مطالعه، ادم بر اساس لمس تجمع مایع در دهانه رحم (که باعث تغییر در ضخامت و قوام دهانه رحم می شود) توسط کمک پژوهشگر گزارش می شد و بهبود تورم دهانه رحم به معنای برگشت تورم به حالت طبیعی در نظر گرفته می شد. بطوریکه عدم احساس تجمع مایع در دهانه دهانه رحم در طی معاینه واژینال، به عنوان بهبود کامل ثبت می شد و عدم بهبود تا زمانی که ادم (عدم ایجاد تغییر در ضخامت و قوام دهانه رحم)

محسوب می شوند، اما داروهای نسبتاً زیادی نیز جهت بهبود ادم دهانه رحم به ویژه در طب چینی استفاده می شود که از جمله آن، تجویز آتروپین به تنهایی و یا به صورت ترکیب با لیدوکائین به صورت تزریق در محل تورم دهانه رحم می باشد (۱۷). برخی مطالعات، میزان موفقیت آتروپین در رفع ادم دهانه رحم را ۹۲/۵ درصد یک ساعت پس از درمان گزارش کردند (۱۸).

در مطالعه دهقانی و همکاران (۲۰۰۷)، تجویز یک سی آتروپین (۰/۵ میلی گرم) وریدی در مرحله فعال زایمان با عوارضی نظیر بروز خشکی دهان (۴۹٪)، تاکی کاردی مادر (۲۹٪)، احتباس ادراری (۱٪) و در ۲۱٪ موارد بدون عارضه جانبی گزارش شده است (۱۹). همچنین در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۸)، تجویز آتروپین با دوزهای بالاتر از ۰/۰۱ میلی گرم بر هر کیلوگرم با افزایش فعالیت رحمی، صدای قلب جنین و افزایش فشار خون مادر همراه بود (۲۰).

برخی مطالعات نشان داده اند که مصرف موضعی سولفات منیزیم باعث بهبود ادم شدید دهانه رحم می شود. لاثو و همکار (۲۰۰۸)، کاهش ادم بسیار شدید دهانه رحم را (قطر ۹ سانتی متر) در یک گزارش موردی پس از ۲ ساعت از کاربرد موضعی سولفات منیزیم بدون عوارض جانبی گزارش کردند (۲۱).

بر اساس جستجوهای انجام شده، مطالعات بسیار محدودی در زمینه روش های دارویی و یا روش های غیر دارویی انجام شده است و کاربرد این روش ها عمدتاً با تأکید بر تجربه بالینی ماما یا پزشک متخصص زنان به کار گرفته می شوند. هرچند تجربه بالینی از ارزش بالایی برخوردار است اما مطمئناً نمی توان از آن به عنوان یک سند علمی استفاده کرد. به منظور انتخاب مناسب ترین روش اداره زنان مبتلا به ادم دهانه رحم، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثر دو روش درمانی دارویی و غیردارویی بر بهبود ادم دهانه رحم انجام شد.

روش کار

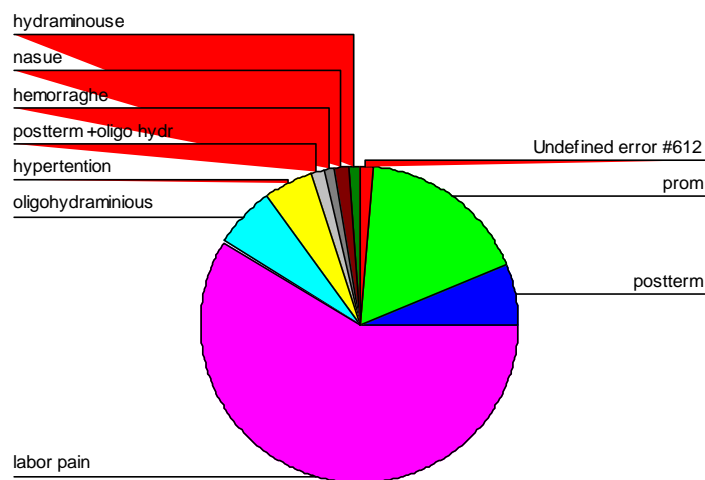
در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق و هماهنگی با مسئولین مربوطه، از تیر ماه سال ۱۳۹۰ لغایت تیر ماه سال ۱۳۹۱

یافته ها

اکثر واحدهای پژوهش (۵۶/۳٪) در بخش زایمان بیمارستان ام البنین بستری شده بودند و اکثر آنان (۶۸/۸٪)، بارداری اول و اولین زایمان خود را تجربه می کردند. میانگین سن افراد مورد مطالعه $25/4 \pm 4/3$ سال بود. افراد دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، سن بارداری، تعداد زایمان ها، تعداد انقباضات و مدت آن قبل از بروز ادم دهانه رحم، همسان بودند. در بررسی علل بستری مشخص شد که ۱۴ نفر (۱۷/۵٪) از افراد به دلیل پارگی کیسه آب، ۴۷ نفر (۵۸/۳٪) به دلیل درد زایمان و ۵ نفر (۶/۳٪) به دلیل اولیگوهایدرآمیوس، بستری شده بودند. پست ترمی و سایر دلایل، علت بستری ۵ نفر (۶/۳٪) از شرکت کنندگان در مطالعه را تشکیل می داد. علل بستری افراد در نمودار ۱ نشان داده شده است.

در طی معاینات واژینال بعدی پس از درمان وجود داشت، در پرسشنامه درج می شد. لازم به ذکر است که تمام این معاینات توسط همان کمک پژوهشگری که در طول مدت درمان بر بالین بیمار حضور داشت، انجام می گرفت.

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی و معاینه بود که روایی آن از طریق روایی محتوا ($CVR=0/80$) و پایایی آن از طریق پایایی ارزیابان ($r=0/83$) تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی، آزمون کای دو و فیشر انجام شد. برای مقایسه دو گروه از آزمون تی و در شرایط غیر نرمال از آزمون من ویتنی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.



نمودار ۱- علل بستری زنان مبتلا به ادم دهانه رحم

تا زایمان 23 ± 12 ساعت و میانگین طول مدت ادم تا زایمان 134 ± 155 دقیقه بود. همچنین وضعیت قرارگیری سر جنین قبل از بروز ادم در ۳۵ نفر (۴۸/۳٪)، عرضی بود. برخی مشخصات بالینی زنان در زمان لیبر در جدول ۱ نشان داده شده است.

در اکثر زنان مبتلا به ادم دهانه رحم، اتساع دهانه رحم در زمان پذیرش، کمتر از ۵ سانتی متر (۹۶/۵٪) و در بیشتر موارد (۹۶/۳٪)، جایگاه سر جنین ۲- و بالاتر گزارش شد. همچنین در بدو پذیرش، بیش از نیمی (۵۳/۸٪) از واحدهای پژوهش دچار پارگی کیسه آب بودند و میانگین طول مدت بستری آنان از زمان پذیرش

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی از مشخصات زنان مبتلا به ادم دهانه رحم در بدو پذیرش و قبل از بروز ادم

متغیرها	فراوانی تعداد (درصد)
اتساع دهانه رحم قبل از بروز ادم	کمتر از ۵ سانتی متر ۳۵ (۴۳/۸) بیشتر از ۵ سانتی متر ۴۵ (۵۶/۳)
افاسمان قبل از بروز ادم (درصد)	کمتر از ۵۰ درصد ۵۰ (۶۲/۵) بیشتر از ۵۰ درصد ۳۰ (۳۷/۵)
جایگاه سر جنین قبل از بروز ادم	۲- و بالاتر ۷۷ (۹۶/۳) ۱- تا ۳+ ۳ (۳/۸)
وضعیت پارگی کیسه آب قبل از بروز ادم	سالم ۳۷ (۴۶/۳) پاره ۴۳ (۵۳/۸)
وضعیت قرارگیری مادر قبل از بروز ادم	خوابیده به پشت ۶۴ (۸۰) خوابیده به پهلو ۱۲ (۱۵) ایستاده ۵ (۴)

تنفسی، بیشترین موارد گزارش شده در اتاق زایمان بود. در روش تکنیک تنفسی به بیمار توصیه می شد که در صورت احساس فشار، با له له زدن از زور زدن خودداری کند. قبل از درمان، بین دیلاتاسیون و افاسمان دهانه رحم در دو روش درمانی به کار رفته اختلاف معنی داری وجود داشت ($p=0/004$). سایر مشخصات زنان قبل از درمان ادم دهانه رحم در دو گروه دارویی و غیر دارویی در جدول ۲ نشان داده شده است.

در هر دو بیمارستان، داروی مصرفی رایج در درمان ادم دهانه رحم، استفاده از آتروپین ۰/۵ میلی گرمی به صورت موضعی (خیس کردن نوک انگشت معاینه ماما با محلول آمپول و مالیدن آن به محل ادماتوی دهانه رحم همراه با ماساژ لبه) و پتدین (۲۵ میلی گرم عضلانی و ۲۵ میلی گرم وریدی) بود و در گروه درمان غیر دارویی، تغییر وضعیت زائو (خوابیدن به پهلو، در صورت یک طرفه بودن در سمت غیر مبتلا) و کاربرد تکنیک

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار برخی از مشخصات زنان قبل از درمان ادم دهانه رحم به تفکیک گروه دارویی و غیر دارویی

مشخصات زنان	گروه درمانی		
	دارویی میانگین \pm انحراف معیار	غیر دارویی میانگین \pm انحراف معیار	کل میانگین \pm انحراف معیار
سن	۲۶/۱ \pm ۵/۳	۲۴/۶ \pm ۳/۱	۲۵/۴ \pm ۴/۳
تعداد بارداری	۱/۷ \pm ۱/۰۲	۱/۷ \pm ۱/۰	۱/۷ \pm ۱/۰
تعداد زایمان	۰/۶ \pm ۰/۹	۰/۸ \pm ۱/۰	۰/۷ \pm ۰/۹
تعداد انقباضات در ۱۰ دقیقه	۳/۴ \pm ۰/۹	۳/۷ \pm ۰/۷	۳/۵ \pm ۱/۰۲
مدت انقباض (ثانیه)	۳۴/۱ \pm ۶/۱	۳۶/۱ \pm ۱۶/۶	۳۵/۲ \pm ۶/۴
اتساع دهانه رحم (سانتی متر)	۵/۳ \pm ۱/۴	۶/۳ \pm ۱/۸	۵/۸ \pm ۱/۱۶
افاسمان (درصد)	۵۱/۲ \pm ۹/۶	۵۸/۵ \pm ۱۲/۵	۵۴/۸ \pm ۱۱/۶
امتیاز بی شاپ	۷/۴ \pm ۱/۵	۷/۷ \pm ۲/۲	۷/۵ \pm ۱/۹

دهانه رحم، تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/097$, $U=611$). تعداد و مدت انقباضات، اتساع دهانه رحم و برخی از مشخصات بالینی واحدهای مورد پژوهش به تفکیک گروه درمانی دارویی و غیر دارویی در جدول ۳ ارائه شده است.

طول مدت برطرف شدن ادم در روش های دارویی $58/7 \pm 24/7$ دقیقه و در روش های غیر دارویی $53/6 \pm 26/3$ دقیقه بود که بر اساس آزمون من ویتنی، این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/046$ ، $U=599/5$)، اما دو گروه از نظر طول مدت تکمیل اتساع

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار برخی مشخصات زنان بعد از درمان ادم دهانه رحم به تفکیک گروه دارویی و غیر دارویی

نتیجه آزمون	گروه درمانی		مشخصات زنان
	دارویی میانگین ± انحراف معیار	غیردارویی میانگین ± انحراف معیار	
	کل میانگین ± انحراف معیار		
$p=0/127, U=0/625$	$3/5 \pm 1/0$	$3/7 \pm 0/7$	تعداد انقباضات در ۱۰ دقیقه
$p=0/626, U=752$	$37/1 \pm 7/1$	$37 \pm 7/3$	مدت انقباض (ثانیه)
$p=0/168, U=660$	$7/6 \pm 2/3$	$7/1 \pm 1/8$	اتساع دهانه رحم (سانی متر)
$p=0/097, U=633$	$67/0 \pm 16/9$	$71 \pm 17/1$	افاسمان (درصد)
$p=0/000, U=408$	$9/6 \pm 1/6$	$10/3 \pm 1/6$	امتیاز بی شاپ
$p=0/159, U=658/5$	$109/2 \pm 11/2$	$107/2 \pm 11/6$	فشارخون سیستولیک (میلی متر جیوه)
$p=0/105, U=642$	$69/6 \pm 8/8$	$67/8 \pm 8/8$	فشارخون دیاستولیک (میلی متر جیوه)

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روش های درمانی غیر دارویی ادم دهانه رحم را نسبت به روش های دارویی، زودتر درمان می کنند.

در بررسی های انجام شده، گزارشی از تجویز پتدین جهت رفع تورم دهانه رحم یافت نشد. عمده ترین موارد تجویز پتدین، جهت تسکین درد می باشد (۲۲)، هر چند در برخی مواقع، جهت تسریع لیبر نیز از پتدین استفاده می شود (۲۳). بیشترین روش های دارویی جهت درمان ادم دهانه رحم، استفاده از آتروپین و ریدید یا موضعی و یا تزریق لیدوکائین موضعی، به ویژه در طب چینی می باشد، هر چند در برخی موارد، تجویز پروکائین (۲۴) و یا دیازپام و ریدید نیز گزارش شده است. همچنین تغییر وضعیت زانو توسط هنسون (۲۰۰۹) (۲۵) و یا سیاست انتظار توسط فالکو از روش های غیر دارویی پیشنهاد شده است. بدون آن که پژوهشی تجربی در این زمینه انجام شده باشد (۸).

اگرچه در مطالعه روجین (۲۰۰۸)، کاربرد و تأثیر مثبت آتروپین موضعی در بهبود ادم دهانه رحم و در مطالعه شان و همکاران (۲۰۰۸)، تزریق موضعی آتروپین در ترکیب با لیدوکائین گزارش شد (۲۶، ۲۷)، اما میانگین مدت بهبود ادم در هیچ یک از مطالعات فوق ذکر نشده است. در مطالعه زانگ (۲۰۱۰) نیز که اثربخشی دیازپام و ریدید با آتروپین و ریدید در درمان ۱۰۶ زانو مبتلا به ادم دهانه رحم به مقایسه شده است، تأثیر بهتر آتروپین و ریدید نسبت به دیازپام و ریدید در رفع ادم دهانه رحم

تأیید شده است؛ به گونه ای که با گذشت یک ساعت از درمان، برطرف شدن ادم در ۹۲/۵ درصد از دریافت کنندگان آتروپین و ریدید مشاهده شد در حالی که در مدت مذکور، بهبود ادم دهانه رحم تنها در ۷۷/۴ درصد از دریافت کنندگان دیازپام وجود داشت (۱۸). در مطالعه روجین، شان و زانگ، تنها روش درمانی اداره ادم دهانه رحم، روش دارویی و عمدتاً روش تزریقی بوده است (به جز مطالعه روجین)، با این وجود، مدت برطرف شدن ادم دهانه رحم در این مطالعات تفاوت چندانی با مطالعه حاضر و در هنگام کاربرد روش های غیر دارویی نداشته است. ضمن این که استفاده از روش های دارویی، خطرات و هزینه بالاتری را نسبت به روش های غیر دارویی به همراه دارد.

هرچند که مطالعه حاضر نیز تأثیر مثبت آتروپین موضعی در بهبود ادم دهانه رحم را انکار نمی کند، اما انجام مطالعات بیشتر از نوع تجربی و مقایسه آن با روش های غیر دارویی پیشنهاد می شود. در بسیاری از مطالعات، اثر آتروپین، معادل اثر القایی اکسی توسین دانسته شده است. افزایش فعالیت رحمی به دنبال تجویز آتروپین گزارش شده است (۲۰). خوابیدن به پهلو نیز باعث افزایش شدت انقباضات می شود (۱۰). در مطالعه حاضر، دو گروه درمانی از نظر مدت و تعداد انقباضات، طی ۱۰ دقیقه قبل و بعد از درمان، تفاوت آماری معناداری نداشتند، هر چند در گروه تغییر وضعیت (خوابیده به پهلو)، شدت انقباضات بیشتر بود. مطالعه کائینگهام و همکاران (۲۰۱۰) نیز افزایش شدت انقباضات در وضعیت خوابیده به پهلو را تأیید می کند (۱)، زیرا خوابیدن در

وضعیت پهلو با بهبود خون رسانی، در بسیاری از موارد باعث برطرف شدن تورم دهانه رحم می شود (۲۸). تری و همکاران (۲۰۰۶)، عوارضی نظیر ادم پرینه را در زایمان های خوابیده به پشت نسبت به خوابیده به پهلو به علت اختلال در خون رسانی گزارش کردند (۲۹).

علی رغم توصیه های فراوان به استفاده از وضعیت های خوابیده به پهلو در لیبر، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هنوز هم غالباً وضعیت قرارگیری زانو در اتاق های زایمان خوابیده به پشت می باشد، در مطالعه حاضر نیز ۸۰ درصد زنان قبل از بروز ادم، در وضعیت خوابیده به پشت بودند.

بروز ادم به هر دلیلی که باشد، معمولاً یک احساس فشار کاذب در زانو ایجاد می کند؛ به گونه ای که در انتهای مرحله اول لیبر، شروع به زور زدن می کند. برای رفع ادم لبه دهانه رحم، بدترین کار این است که دهانه رحم تحت فشار قرار گیرد. این کار باعث آسیب و خونریزی دهانه رحم می شود (۳۰). از این رو در اتاق های زایمان، ماماها به تجربه دریافتند که با آموزش تنفس هایی شبیه له له زدن به زانو که مانع زور زدن زانو می شود، به رفع ادم دهانه رحم کمک کنند.

نتایج مطالعه حاضر در مورد چگونگی انتخاب روش های درمانی نشان داد که تجربه مامای مسئول زانو و شرایط زانو، از جمله عوامل تأثیرگذار بر نوع درمان می باشند؛ به این معنا که در شرایط پیشرفته تر مرحله اول زایمان (اتساع و نازک شدگی بیشتر دهانه رحم)، عاملین زایمان ترجیح می دادند که از روش های غیر دارویی استفاده کنند. از این رو در شروع درمان، بین اتساع دهانه رحم دو گروه دارویی و غیر دارویی اختلاف آماری معناداری وجود داشت. از طرف دیگر، علت بستری افراد، عامل مؤثر دیگری در انتخاب نوع روش درمانی (دارویی و غیر دارویی) بود، هر چند که بین علت بستری در دو گروه اختلاف آماری مشاهده نشد، اما در ۵۰ درصد موارد،

علت بستری افراد در گروه درمانی دارویی، عوارضی نظیر گذشتن از تاریخ زایمان، پارگی زودرس کیسه آب و فشارخون بالا در بارداری بود و تنها ۴۲/۵٪ آنان به دلیل درد زایمان بستری شده بودند. در حالی که در گروه درمانی غیر دارویی، ۷۶/۹٪ موارد به دلیل درد زایمان بستری شده بودند. بنابراین عامل دیگری که در انتخاب شیوه درمانی مؤثر می باشد، وضعیت بارداری از نظر خطر همراه می باشد. به این معنا که در صورت وجود بارداری پر خطر مانند گذشتن از تاریخ زایمان، عاملین زایمان استفاده از روش های دارویی را به منظور تسریع در زایمان به غیر دارویی ترجیح می دهند زیرا اعتقاد بر این است که این داروها باعث افزایش سرعت زایمان می شوند (۱۵).

قابل ذکر است که این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات از محدودیت هایی نیز برخوردار بود، از جمله این که امکان طرح ریزی آن به صورت تجربی و تصادفی ممکن نبود، بنابراین انجام مطالعات بیشتر در این زمینه مورد نیاز می باشد.

نتیجه گیری

اداره ادم دهانه رحم در لیبر با استفاده از شیوه های غیر دارویی به دلیل سرعت بخشیدن به بهبود ادم دهانه رحم نسبت به روش های دارویی مناسب تر می باشند، ضمن این که فاقد هرگونه عارضه جانبی و یا هزینه می باشند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از طرح با کد ۸۸۵۰۴ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد انجام شد. بدینوسیله از مساعدت مدیریت بیمارستان ام البنین (س) و هاشمی نژاد و مسئولین بخش های زایمانی این مرکز که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rded. New York:McGraw-Hill;2010.
2. Varney H, Kaiebs J M, Gegor C .Varney's midwifery. 4th ed. Sudbury, Mass:Jones and Battlett Publisher;2004.
3. Littleton-Gibbs LY, Engebretson J. Maternal andneonatal and women's health nursing. Albany, NY:Delmar/Thomso Learning;2002.
4. Safarzadeh A. [Effect of massage on labor pain in nulliparous women] [Article in Persian]. J ShahrekordUniv Med Sci 2006 Winter;9(4):20-5.
5. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. Danforth ´ s obstetrics and gynecology: Complication of labor. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2008:432-435
6. Ziv E, Levavi H, Ovadia J. Sever edema of the uterine cervix - an unusual cause of acute urinary retention in pregnancy . IntUrologynecol J 1995;6(3)180-3.
7. Ministry of Health and Medical Education . Iran guideline to delivery and midwifery care in mother-baby friendly hospital. Tehran:Charsooyhonar Publisher;2011:148. [in Persian].
8. Falcao R. Cervical lips.support prenatal care and birth. Available from: www.gentlebirth.org/archives/protocols.html /cervical Lips. August 2012;25.
9. Fallon J. Textbook on chiropractic and pregnancy. Arlington, VA:International Chiropractors Association;1994:455.
10. Murray ML, Huelsmann G. Labor and delivery nursing: a guid to evidence-based practice. New York:Springer Pub;2008:49.
11. Haywood L. Cervical prolapse complicating pregnancy. Journal of the National Medical Association. 1997; 89(5): p346-348
12. Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. J Natl Med Assoc 1997 May;89(5):346-8.
13. Minguez JA, Auba M. Olartecoechea B. Cervical prolapse during pregnancy and Klippel-Trenaunay syndrome. Int J GynecolObstet 2009 Nov;107(2):158.
14. Bickley LS, Szilagyi PG, Bates B. Bates' guide to physical examination and history taking. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009:499.
15. Davis E. Heart and hands : a midwife's guide to pregnancy and birth. 4th ed. Berkeley:Celestial Arts;2004:95.
16. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia. 3rd ed. Chichester:Wiley- Blackwell;2011:72.
17. Yang K, Wang Y, Tang P, Jiang J. Observation of the treatment of cervical edema at the active phase of birth process: using the combination of expansion of cervix and phloroglucinol and lidocaine. J Nanchang Univ 2010;4: 49-54.
18. Zhang GC. Effect comparison of intravenous diazepam and atropine on cervical edema. J HanionUniv Med 2010;6: 22-28.
19. DehghaniFirouzabadi R, Tayebi N. [Effect of atropine on Friedman curve in active phase in primiparus women] [Article in Persian]. Feyz 2007 Summer;11(2):12-6).
20. SahafEbrahimi F, AbbasalizadehSh, Mashrabi O. Effect of atropinevs oxytocin in arrest of dilation and descent. Res J BiolSci 2008;3(7):716-9.
21. Lau S, Rijhsinghani A. Extensive cervical prolapse during labor: a case report. J Reprod Med 2008 Jan;53(1):67-9.
22. Konefal H, Jaskot B, Czeszyńska MB. [Pethidine for labor analgesia; monitoring of newborn heart rate, blood pressure and oxygen saturation during the first 24 hours after the delivery] [Article in Polish]. Ginekol Pol 2012 May;83(5):357-62.
23. MortazaviF, Rakhshani, M. [Effect of atropine, hyoscine and promethazine on the duration and progress of labor in multiparous] [Article in Persian]. J GorganUniv Med Sci 2005;14(3):92-6.
24. Zhou L, Xu Y. Procaine adds the atropine seal treatment produces when the cervix of the uterus dropsy. J Bao Med Colleg 2001;4(1):22-29.
25. Hanson L. Second-stage labor care: challenges in spontaneous bearing down. J Perinat Neonatal Nurs 2009 Jan-Mar;23(1):31-9.
26. Rujin X. Atropin union fingering massage treatment cervix of the uterus dropsy difficult labor 50 example clinical analysis. J Yojiang Med Colleg Nation 2008;30(1):۱۲-۱۷.
27. Shan GL, Ying L. Analysis of the curative effect of cervix edema during labor treated by cervix blockade. J Chin General Pract 2008;2:27-33.
28. Snelson J. Prolonged first stage and maternal exhaustion. the center for unhindered. Available from: <http://www.unhinderedliving.com/exhaust.html>.
29. Terry RR, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vsnonsupine delivery by midwives. J Am Osteopath Assoc 2006 Apr;106(4):199-202.
30. Cohen WR, Fridmen EA. Labor and delivery care: a practical guide. London:John Wiley & Sons;2011:157.