

اداره فعال مرحله سوم زایمان طبیعی با استفاده از

دکستروز ۱۰٪: کار آزمایی بالینی

ملیحه اکبری^۱، دکتر حمید تقی نژاد^۲، نازنین رضایی^۱، سارا ضیاغم^۳،

زینب سهرابی^{۴*}

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.
۴. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۶

خلاصه

مقدمه: خونریزی پس از زایمان از مهم‌ترین عوارض زایمانی است. اداره فعال مرحله سوم زایمان خطر خونریزی پس از زایمان را کاهش می‌دهد، لذا مطالعه حاضر با هدف تأثیر دکستروز بر طول مرحله سوم زایمان انجام شد. **روش کار:** این مطالعه کار آزمایی بالینی در سال ۹۲-۱۳۹۱ بر روی ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام انجام شد. افراد به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه دکستروز و اکسی توسین قرار گرفتند. پس از خروج جنین در گروه دکستروز تزریق آهسته داخل وریدی ۲۰۰ سی‌سی دکستروز ۱۰٪ و در گروه اکسی توسین از ۲۰ واحد اکسی توسین در ۱۰۰۰ میلی‌لیتر سرم رینگر به صورت انفوزیون وریدی استفاده شد. سپس طول مرحله سوم زایمان بر حسب دقیقه ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای اسکور و تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: هر دو گروه از نظر ویژگی‌های مادری و نوزادی یکسان بودند. میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه دکستروز ($5/11 \pm 1/28$ دقیقه) به صورت معناداری کمتر از گروه اکسی توسین ($7/86 \pm 1/14$ دقیقه) بود ($p=0/001$). در هیچ یک از دو گروه، موردی از احتباس جفتی یا نیاز به خروج دستی جفت مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** اداره فعال مرحله سوم زایمان با تجویز دکستروز ۱۰٪ به عنوان یک روش غیرتهاجمی می‌تواند طول مرحله سوم زایمان را کاهش دهد.

کلمات کلیدی: اداره فعال، دکستروز ۱۰٪، زایمان طبیعی، مرحله سوم زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: زینب سهرابی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۸۴-۳۲۲۲۷۱۲۳؛ پست الکترونیک:

suhrabi2007@yahoo.com

مقدمه

زایمان روندی است که طی آن جنین، جفت و پرده‌ها از راه کانال زایمانی خارج می‌شوند. وضع حمل موفقیت‌آمیز فقط منحصر به زایمان جنین نمی‌باشد، بلکه عدم خروج جفت و پرده‌ها اغلب جزء معضلات عمده مامایی به شمار می‌آید (۱). مرحله سوم زایمان، بلافاصله بعد از زایمان جنین شروع می‌شود و با خروج جفت و پرده‌های جنین خاتمه می‌یابد (۲). به طور معمول این مرحله ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و طول کشیدن این مرحله بیش از ۳۰ دقیقه غیرطبیعی بوده و موجب افزایش خونریزی می‌شود (۳). خونریزی ناشی از طولانی شدن مرحله سوم زایمان بخش بزرگی از خونریزی پس از زایمان را تشکیل می‌دهد (۴). مکانیسم خونریزی و خروج جفت در مرحله سوم زایمان از کاهش حجم ناگهانی رحم و انقباض رحم ناشی می‌شود (۲).

مرحله سوم زایمان به دو روش فعال و فیزیولوژیک یا انتظاری اداره می‌شود. اداره فعال زایمان شامل: استفاده از داروهای اکسی توسین یا متیل ارگونوونین وریدی یا عضلانی بعد از زایمان شانه قدامی جنین، کشش کنترل شده بندناف در زمان انقباض رحم و ماساژ رحمی جهت جلوگیری از خونریزی پست پارتوم است. اداره فیزیولوژیک یا انتظاری، به تلاش جهت خروج جفت با استفاده از نیروی گرانش زمین یا قرار دادن نوزاد بر روی سینه مادر بدون استفاده از داروهای یوتروتونیک اطلاق می‌شود (۵، ۶). اداره فعال مرحله سوم زایمان با افزایش عوارض جانبی نامطلوبی با تجویز اکسی‌توسین نظیر تهوع و استفراغ، انقباض زودرس بطنی، خونریزی پس از زایمان، آریتمی قلبی، کاهش فشارخون، مسمومیت شدید با آب و مرگ مادر همچنین افزایش فشارخون در موارد استفاده از ارگومترین همراه است (۲).

بنابراین ضروری است که به فکر راه‌های غیردارویی جهت اداره مرحله سوم زایمان باشیم. در مطالعات نشان داده شده که گلوکز (دکستروز) می‌تواند بر عضلات صاف تأثیر بگذارد (۷). یکی از منابع مهم تأمین انرژی جهت انقباض عضلانی، گلیکوژن می‌باشد که فرم ذخیره‌ای گلوکز است. استرس زایمان منجر به انقباض عضلانی (رحم و اسکلتی) شده و موجب مصرف گلوکز و کاهش

ذخایر مصرفی میومتر و به دنبال آن خستگی میومتر و در نتیجه آتونی رحم می‌شود. خود کاهش گلوکز موجب افزایش کتون‌ها و بالطبع کتون‌آوری شده که مانع از انقباض عضله رحم می‌شود و می‌توان با دادن گلوکز به مادر از این پروسه جلوگیری کرد (۸). در مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۰۶) تزریق دکستروز ۱۰٪ در جمع شدن رحم پس از سزارین موثر بود (۷).

از آنجا که گسترش زایمان طبیعی از اهداف مهم وزارت بهداشت و درمان (۹) بوده و باید تلاش کرد با حداقل‌ترین عوارض ممکن انجام شود و این که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص تأثیر دکستروز بر طول مدت مرحله سوم زایمان انجام نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تأثیر دکستروز بر طول مرحله سوم زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۲-۱۳۹۱ بر روی ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام انجام شد. پژوهشگر پس از تأیید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام در بخش زایشگاه این بیمارستان به انجام مطالعه پرداخت. نمونه‌گیری ابتدا به روش غیر احتمالی آسان انجام شد، سپس واحدهای پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه دکستروز ۱۰٪ و اکسی‌توسین ۲۰ واحد در لیتر تقسیم شدند. جهت رعایت کامل اخلاق در مطالعه برای هر یک از واحدهای پژوهش موضوع مطالعه کاملاً توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، وارد مطالعه شدند. جهت اطمینان از تصادفی شدن گروه‌ها از جدول اعداد تصادفی استفاده شد. جهت تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵٪ و خطای نوع دوم ۱۰٪ و انحراف معیار ۱/۷ و اینکه حجم نمونه بتواند ۱ دقیقه اختلاف طول مدت را معنی‌دار نشان دهد از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مقایسه دو میانگین استفاده شد و ۶۰ نفر در هر گروه به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۳۵-۱۸ سال، بارداری تک‌قلو، وزن تقریبی جنین بین ۴۵۰۰-۲۵۰۰، زایمان واژینال و چک BS هنگام پذیرش بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن هیپرتنشن،

میلی لیتر سرم رینگر به صورت انفوزیون وریدی استفاده شد. سپس طول مدت مرحله سوم زایمان که از زمان خروج جنین تا خروج جفت بود بر حسب دقیقه ثبت شد. در هر دو گروه در ساعت اول هر یک ربع و در ساعت دوم هر نیم ساعت فشار خون، درجه حرارت، نبض و تنفس ثبت شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای اسکور و تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر بر اساس آزمون آماری تی مستقل، بین دو گروه دکستروز و اکسی‌توسین از نظر مشخصات فردی (سن مادر، شاخص توده‌بدنی)، عوامل مامایی (سن بارداری، طول فاز فعال، طول مرحله دوم زایمان، عوامل نوزادی (وزن نوزاد و آپگار) اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند ($p > 0/001$) (جدول ۱).

دیابت بارداری، جفت سرراهی، دکلمان جفت، کم‌خونی طولانی‌شدن مرحله اول لیبر بیشتر از ۱۵ ساعت، پلی‌هیدرامنیوس، بارداری چندقلویی و هرگونه سابقه‌ای از خونریزی در طول بارداری، کورتاژ، سزارین، خونریزی بعد از زایمان در بارداری‌های قبلی، زایمان ابزاری، مصرف داروهای ضد انعقاد بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه فرم مصاحبه، فرم مشاهده و ساعت بود. اعتبار علمی سؤالات مربوط به فرم مصاحبه و چک لیست مشاهده به روش اعتبار محتوا سنجیده شد (نظر خواهی از ۵ نفر از اعضای هیئت علمی و اعمال اصلاحات مورد نظر آن‌ها) و جهت کسب اعتماد علمی آن‌ها، همزمان توسط پژوهشگر و همکار ماما در مورد ۱۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش، فرم‌های مذکور تکمیل شدند که ضریب همبستگی ما بین آن‌ها محاسبه شد که این ضریب برای فرم‌های مصاحبه و مشاهده به ترتیب ($r=0/80$ و $r=0/86$) بود.

در گروه دکستروز پس از خروج جنین تزریق آهسته داخل وریدی ۲۰۰ سی‌سی دکستروز ۱۰٪ و در گروه اکسی‌توسین بر اساس اداره روتین مرحله سوم زایمان پس از خروج جنین از ۲۰ واحد اکسی‌توسین در ۱۰۰۰

جدول ۱- مقایسه برخی مشخصات فردی، عوامل مامایی و نوزادی در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه آزمون	سطح معنی‌داری	گروه اکسی‌توسین (میانگین \pm انحراف معیار)	گروه دکستروز (میانگین \pm انحراف معیار)	گروه متغیر
	۰/۶۲	۲۹/۱۵ \pm ۴/۱۳	۲۸/۶۴ \pm ۴/۰۹	سن مادر (سال)
	۰/۵۶	۲۳/۸۲ \pm ۱/۳	۲۴/۵۵ \pm ۲/۳	شاخص توده‌بدنی
	۰/۴۸	۳۸/۸۹ \pm ۱/۱	۳۹/۴۵ \pm ۰/۹	سن بارداری (هفته)
	۰/۵۳	۱/۸۲ \pm ۰/۷	۱/۷۶ \pm ۰/۵	تعداد بارداری
NS	۰/۴۱	۲۴۱/۷۱ \pm ۵۳/۷	۲۶۰/۲۷ \pm ۴۳/۳	طول فاز فعال (دقیقه)
	۰/۴۷	۵۱/۷۹ \pm ۶/۲	۵۹/۴۵ \pm ۵/۱	طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)
	۰/۲۱	۲۸/۲۵ \pm ۵/۸	۳۲/۱۵ \pm ۴/۸	طول مدت شیردهی (دقیقه)
	۰/۳۲	۳۲۰۰ \pm ۳۳۰	۳۲۵۰ \pm ۲۱۹	وزن نوزاد (گرم)
	۰/۵۵	۸/۹۸ \pm ۰/۰۸	۹/۱۵ \pm ۰/۰۲	آپگار

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار طول مدت مرحله سوم زایمان در دو گروه مورد مطالعه

گروه	دکستروز (میانگین \pm انحراف معیار)	اکسی‌توسین (میانگین \pm انحراف معیار)	سطح معنی‌داری
زمان	۵/۱۱ \pm ۱/۲۸	۷/۸۶ \pm ۱/۱۴	۰/۰۰۱
مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)			

میانگین طول مدت مرحله سوم زایمان در گروه دکستروز ۵/۱۱±۱/۲۸ و در گروه اکسی توسین ۷/۸۶±۱/۱۴ دقیقه بود که بر اساس آزمون تی مستقل، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۱) (جدول ۲). همچنین

طول مدت مرحله سوم زایمان در افراد گروه دکستروز و اکسی توسین به ترتیب ۳۸/۳۳٪ و ۲۱/۶۶٪ کمتر از ۵ دقیقه، ۶۳/۳۲٪ و ۷۴/۹۸٪ بین ۳۰-۵ دقیقه و ۱/۶۶٪ و ۳/۳۳٪ بیش از ۳۰ دقیقه بود (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی طول مدت مرحله سوم زایمان در دو گروه مورد مطالعه

اکسی توسین		دکستروز		گروه	مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)
تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۲۱/۶۶	۱۳	۳۸/۳۳	۲۳		کمتر از ۵
۴۶/۶۶	۲۸	۴۸/۳۳	۲۹		۵-۱۰
۱۶/۶۶	۱۰	۱۱/۶۶	۷		۱۱-۱۵
۱۱/۶۶	۷	۳/۳۳	۲		۱۶-۳۰
۳/۳۳	۲	۱/۶۶	۱		بیشتر از ۳۰

بحث

خروج جفت یک رویداد بسیار سریع پس از خروج نوزاد در فرآیند زایمان است. شکست در این امر باعث خونریزی‌های وخیم بعد از زایمان می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهند خروج جفت در ۵۰٪ موارد در عرض ۵ دقیقه اول و ۹۰٪ در عرض ۱۵ دقیقه رخ می‌دهد (۱۰). سازمان جهانی بهداشت در بررسی خود بر روی ۹ هزار زایمان با اداره فعال مرحله سوم، میانگین طول مدت مرحله سوم زایمان را ۸/۳ دقیقه اعلام کرد (۱۱). با توجه به مطالعات مختلف میانگین طول مرحله سوم زایمان حدود ۹ دقیقه می‌باشد. با افزایش طول این مرحله به بیش از ۳۰ دقیقه، عوارض بعد از زایمان از قبیل خونریزی بعد از زایمان، تزریق خون، دیلاتاسیون و کورتاژ افزایش می‌یابد (۱۰). تائبی و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی طول مرحله سوم زایمان‌های تک‌قلو در زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان میانگین و میانه مرحله سوم زایمان به ترتیب ۶/۰۳ و ۵ دقیقه به دست آوردند (۱۲). لذا جهت پیشگیری از طولانی شدن مرحله سوم زایمان و خونریزی ناشی از انقباض ناکافی عضلات رحمی اداره فعال مرحله سوم ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس مطالعه حاضر، تزریق ۲۰۰ سی‌سی دکستروز ۱۰٪ می‌تواند داروی انتخابی مناسب جهت اداره مرحله سوم زایمان و پیشگیری از طولانی شدن مرحله سوم زایمان محسوب شود.

بر اساس مطالعه حاضر، میانگین طول مدت مرحله سوم زایمان در گروه دکستروز کمتر از میانگین طول مدت مرحله سوم زایمان در گروه اکسی توسین می‌باشد. بر اساس آزمون تی مستقل، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۰۶) با مقایسه تأثیر دکستروز ۱۰٪ با اکسی توسین ۴۰ واحد در لیتر در جمع شدن رحم پس از سزارین نشان دادند که تزریق دکستروز ۱۰٪ در جمع و سفت شدن رحم بعد از سزارین موثرتر از دوز اکسی توسین ۴۰ واحد در لیتر بود (۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

مطالعه حاتمی‌راد و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی تأثیر سرم نرمال سالین و دکستروز سالین بر طول مراحل زایمان و برخی پیامدهای زایمانی در زنان نخست‌زا انجام شد، نشان داد که مصرف محلول‌های دکستروز در زنان نخست‌زا در مقایسه با مصرف سرم نرمال سالین موجب کوتاه‌تر شدن مرحله اول و دوم زایمان می‌شود (۱۳). در مطالعه رحمانی بیلندی و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی تأثیر دریافت مواد غذایی حاوی ۶۰ کیلوکالری (سه عدد خرما همراه با ۱۱۰ سی‌سی آب، سه عدد خرما همراه با ۱۱۰ سی‌سی چای یا ۱۱۰ سی‌سی آب پر تقال) در طول فاز فعال زایمان بر پیامد مادری زنان باردار پرداختند، طول مرحله دوم زایمان در گروه مداخله کوتاه‌تر از گروه کنترل بود (۱۴). در مطالعه یوسفی جدیدی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که مصرف خرما می‌تواند راهکاری مؤثر در شروع خودبه

به خروج دستی جفت و نیز عوارض جانبی مادری، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (۲۰). مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۴) با مقایسه تأثیر سنتوسینون، سنتومترین و روش فیزیولوژیک بر طول مدت مرحله سوم زایمان و پیامدهای آن، نشان داد نیاز به داروی اکسی توسیک اضافی در گروه فیزیولوژیک بیشتر از گروه سنتوسینون است و در گروه سنتومترین نیاز به دارو وجود ندارد (۲۱).

با توجه به اینکه مکانیسم جدا شدن جفت از دیواره رحم در مرحله سوم زایمان از کاهش حجم ناگهانی رحم و انقباض میومتر ناشی می‌شود (۴)، لذا هر عاملی که بتواند انقباض مؤثرتری در میومتر رحم ایجاد کند، می‌تواند زمان جدا شدن جفت و خروج آن را از کانال زایمانی کوتاه‌تر کند. در مورد مکانیسم اثر دکستروز در ایجاد انقباض مؤثر بر عضله رحم و در نتیجه کوتاه کردن مرحله سوم زایمان این فرضیه مطرح شده است که وجود کانال‌های کلسیمی به خصوص نوع L-type وابسته به ولتاژ آن از دیرباز در سلول‌های میومتر انسان شناخته شده است؛ به‌طوری‌که وجود این کانال‌ها باعث می‌شود هم کلسیم از منابع خارج سلولی و هم از منابع داخل سلولی جهت تقویت انقباض‌های رحمی در دسترس سلول‌های میومتر قرار گیرد. در این بین وجود کانال‌های پتاسیمی حساس به ATP و نقش مهمی که آن‌ها بر روی کانال‌های کلسیمی L-type وابسته به ولتاژ دارند و باعث کاهش انقباضات رحمی می‌شوند نیز مورد توجه قرار گرفته است (۷). هیپرگلیسمی حاد از طریق افزایش فعالیت پروتئین کیناز-C و آن نیز به نوبه خود با تولید سوپر اکسید باعث کاهش وازو دیلاتاسیون عروقی شده توسط کانال‌های پتاسیمی حساس به ATP می‌شود. البته این موضوع نه تنها در بُعد انسانی بلکه در بُعد آزمایشگاهی نیز به اثبات رسیده است. مطالعه لی (۲۰۰۳) بر روی سلول‌های عضلات صاف عروق کرونر موش، نشان داد غلظت بالای گلوکز از طریق کاهش فعالیت کانال‌های پتاسیمی، شل شدن عضلانی و در نتیجه دیلاتاسیون عروقی با واسطه cAMP را تعدیل می‌کند. از آنجایی که وجود کانال‌های پتاسیمی حساس به ATP و کانال‌های کلسیمی وابسته به ولتاژ در عضله

خودی زایمان، جلوگیری از بارداری طولانی مدت و کاهش نیاز به لقا باشد (۱۵). مکانیسم عمل خرما در شروع زایمان، تولید پیش‌ساز پروستاگلاندین و مواد شبه اکسی‌توسین و اثر آن بر فعالیت رحم و میومتر است. خرما با داشتن کالری بالا در ذخیره انرژی، رفع خستگی و همچنین به دلیل داشتن تانین در انقباض عضله صاف رحم نقش عمده‌ای دارد (۳، ۱۶، ۱۷). در مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی تأثیر مصرف خوراکی شربت عسل خرما طی زایمان، بر پیشرفت زایمان زنان نخست‌زا انجام شد، نشان داد که پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس در گروه عسل خرما بیشتر از دو گروه پلاسبو و مراقبت معمول است (۱۷). محمدیان و همکاران (۲۰۱۳) با بررسی تأثیر زمان تزریق اکسی توسین عضلانی بر طول مرحله سوم زایمان نشان دادند بین میانگین طول مرحله سوم زایمان در گروه مداخله و گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (۱۸). نارنجی و همکاران (۲۰۱۲) با مقایسه تأثیر تزریق اکسی توسین عضلانی و تحریک پستانی بر میزان خونریزی و طول مرحله سوم زایمان نشان دادند که طول مرحله سوم زایمان در گروه تزریق اکسی‌توسین تقریباً با گروه تحریک پستانی مشابه و کمتر از گروه اداره فیزیولوژیک بود هرچند ارتباط آماری معنی‌داری در نتایج مشاهده نشد (۴).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در ۱۱/۶۶٪ گروه دکستروز و ۱۵٪ گروه اکسی‌توسین عوارضی همچون نیاز به مواد یوتروتونیک اضافه، مرحله سوم زایمان بیشتر از ۳۰ دقیقه و نیاز به معاینه دودستی مشاهده شد. اگرچه عوارض در گروه اکسی‌توسین بیشتر بود ولی آزمون آماری تی‌تست تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد. دباغی قلعه و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی اثر اکسی‌توسین وریدی و میزوپروستول خوراکی در کاهش خونریزی بعد از زایمان انجام شد، نشان داد که میزان نیاز به اکسی‌توسین در گروه اکسی‌توسین به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه میزوپروستول بود (۱۹). موحد و همکار (۲۰۰۷) با مقایسه سنتومترین عضلانی و اکسی‌توسین وریدی در اداره مرحله سوم زایمان به این نتیجه دست یافتند که از لحاظ نیاز به تزریق مجدد داروی یوتروتونیک، مدت زمان مرحله سوم زایمان، نیاز

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی ایلام می‌باشد و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی کشور با کد IRCT201304146790N6 ثبت شده است. بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این طرح یاری کردند به ویژه از پرسنل محترم بخش زایشگاه بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام جهت تأمین مالی پروژه و تمام مادرانی که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

صاف رحم انسان نیز به اثبات رسیده است، تأثیر تزریق ۲۰۰ سی‌سی دکستروز ۱۰٪ بعد از زایمان و ایجاد هیپرگلیسمی حاد در تقویت انقباضات رحمی و کاهش خونریزی بعد از زایمان را می‌توان توجیه کرد (۷). از نقاط قوت مطالعه حاضر، مقایسه روش جدید استفاده از دکستروز با روش معمول اداره فعال زایمان یعنی اکسی‌توسین بود. از محدودیت‌های مطالعه، عدم وجود گروه سوم (بدون اداره فعال مرحله سوم) و عدم کنترل دقیق وضعیت روحی و روانی مادر بود.

نتیجه گیری

اداره فعال مرحله سوم زایمان با تجویز دکستروز ۱۰٪ به عنوان یک روش غیرتهاجمی می‌تواند طول مرحله سوم زایمان را کاهش دهد.

منابع

1. Salehi LB, Vasegh, AF. A comparative study of active and physiologic management of the third stage of labor. *Fayz* 2005; 4(36):18-22. (Persian).
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014.
3. Sohrabi Z, Ziagham S, Akbari M, Bastami A. Effect of oxygen inhalation on postpartum hemorrhage. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(168):1-6. (Persian).
4. Narenji F, Bahmani Z, Mirzaie R. Comparison of the effect of oxytocin IM injection and nipple stimulation on bleeding and length of third stage of delivery. *Complement Med* 2012; 2(1):119-25. (Persian).
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Review). *New York: Cochrane Database of Systematic Reviews On line*; 2000.
6. Zargar Shoushtari S, Makvandi S, Mirzaeian S, Bastami A. The effect of placental cord drainage on the length of the third stage of labor in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(84):20-5. (Persian).
7. Rafiee MR, Samimi M, Noroldini M, Mousavi SG. Comparing the effects of IV infusion of 10% dextrose and 40 IU/L of oxytocin on uterine contraction after Cesarean section. *Yafte* 2006; 8(1):13-9. (Persian).
8. Mirtimori M, Khojastan F, Borayri T. A comparison of therapeutic effect between intravenous calcium gluconate and hypertonic glucose on atonic uterine in maternity hospital in Zahedan, Iran. *J Sabzevar Sch Med Sci Health Ser* 2003; 2(28):7-9. (Persian).
9. Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z. Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Womens Health* 2010; 6(3):377-81. (Persian).
10. Magann EE, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2):290-3.
11. Shinar SS, Shenhav M, Maslovitz S, Many A. Distribution of third-stage length and risk factors for its prolongation. *Am J Perinatol* 2016; 33(10):1023-8.
12. Taebi MA, Abedzadeh M, Sadat Z, Saberi F. Average length of third stage of labor in singleton delivery at shabihkhani hospital, Kashan, 2005-2006. *Feyz* 2008; 11(4):46-51. (Persian).
13. Najjar S, Hekmat K. Effects of intravenous normal saline with and without dextrose on labour duration and delivey outcomes in nulliparous women. *Koomesh* 2012; 13(4):434-9. (Persian).
14. Rahmani B, Moslem AR, Askari F. The effect of food intake during labor on maternal outcomes: a randomized controlled trial. *Horizon Med Sci* 2009; 15(2):17-23. (Persian).

15. Jadidi MY, Sang SJ, Lari H. The effect of date fruit consumption on spontaneous labor. *J Res Relig Health* 2015; 1(3):4-10. (Persian).
16. Mojahed S, Aflatunian A, Khadem N, Dehghani Firouzabadi R, Karimi Zarchi M. An investigation into effectiveness of date (Rutab) on Postpartum hemorrhage. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20(2):159-66. (Persian).
17. Kordi M, Aghaei Meybodi F, Tara F, Nematy M, Shakeri M. The effect of date consumption in late pregnancy on the onset of labor in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(77):9-15. (Persian).
18. Mohamadian S, Mirzakhani K. The Effect of the timing of intramuscular oxytocin injection on maternal bleeding during the third stage of labour. *J Midwifery Reprod Health* 2013; 2(1):66-70. (Persian).
19. Dabbaghi Gale T, Elmizadeh K, Moradi SD, Rashvand Melli E. Comparison of intravenous oxytocin and oral misoprostol in reduction of postpartum hemorrhage. *Zanjan Univ Med Sci J* 2012; 20(81):1-8. (Persian).
20. Movahed F, Abbasi HA. Comparison of intramuscular syntometrine and intravenous oxytocin in management of the third stage of labor. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007; 11(2):27-32. (Persian).
21. Dolatian M, Volae N. Comparing the effects of oxytocin on the duration of syntocinon and physiological third stage of labor and its consequences. *Med J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2004; 3:191-6. (Persian).