

## دستورالعمل شماره 39

راهنمای تحریک و تشدید دردهای زایمان با اکسی توسین

تاریخ ارسال دستورالعمل: 84/4/20

مقدمه (اهمیت موضوع)

تحریک زایمان (Induction) و تشدید دردهای زایمانی (Augmentation) توسط اکسی توسین یکی از روش های مفید در اختتام حاملگی در موارد ضروری می باشد، از طرف دیگر به مثابه یک شمشیر دولبه است که می تواند هم از نظر مادری و هم از نظر جنینی بسیار خطرناک باشد. لذا انجام آن نیازمند پایش دقیق و مناسب می باشد، بنابراین با هدف افزایش میزان زایمان طبیعی و همچنین کاهش موریبیدیتی و مورتالیتی مادران و نوزادان ناشی از عوارض زایمانی و با توجه به سیاست های معاونت سلامت در جهت ترویج زایمان طبیعی و پیرو دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره 5 و 16، دستورالعمل حاضر بعنوان یکی از روش های تسریع، تسهیل و کمک کننده در انجام زایمان واژینال تهیه گردیده است.

محتوای دستورالعمل

تعریف ایندکشن Induction : القاء و تحریک رحم برای شروع انقباضات رحمی و آغاز لیبر قبل از شروع خودبخود لیبر.

تعریف Augmentation : تشدید انقباضات رحم در طول لیبر در جهت افزایش فرکانس، قدرت و طول مدت انقباض رحمی.

1- اندیکاسیون انجام Induction و Augmentation لیبر : در زمانی باید انجام شود که خاتمه حاملگی و زایمان جهت مادر و جنین نسبت به تداوم حاملگی ارجحیت داشته باشد (مثل پره اکلامپسی شدید، حاملگی پست ترم و .....)

اکیداً توصیه می شود بطور روتین جهت تمام خانم های زائو بدنبال بستری در پخش زایمان سرم اکسی توسین انفوزیون نشود.

- 2- انجام **Induction** و **Augmentation** توسط اکسی توسین باید در مراکز زایمانی انجام شود که در هنگام مواجهه با عوارض ناشی از القاء و تشدید زایمان پرسنل و امکانات لازم جهت تصمیم گیری برای خاتمه سریع حاملگی و انجام سزارین اورژانس وجود داشته باشد .
- 3- تصمیم جهت خاتمه حاملگی با روش اینداکشن یا تشدید دردهای زایمان (**Augmentation**) با توجه به شرایط بیمار توسط پزشک متخصص زنان - زایمان اخذ می شود و مراحل آن توسط ماما تحت نظارت پزشک متخصص زنان - زایمان انجام می شود .
- 4- تصمیم گیری برای انجام اینداکشن لیبر در تک تک بیماران ، با بررسی تمام فواید و مضرات حاصله انجام شود (**individual**) زیرا انجام یک اینداکشن بی موقع ، نامناسب و بدون پایش می تواند باعث افزایش احتمال بروز دیسترس جنینی، پارگی رحم و انجام سزارین شود.
- 5- شایع ترین و یکی از بهترین روش های دارویی مورد استفاده جهت انجام القاء یا تشدید دردهای زایمان اکسی توسین صناعی می باشد.
- 6- انفوزیون اکسی توسین با سرم قندی - نمکی یا رینگر انجام شود . 10 واحد در 1000 سی سی سرم و از 4-8 قطره در دقیقه شروع کرده و در هر 15 دقیقه تعداد قطرات را 4 قطره اضافه کرده تا زمانی که رحم انقباضات مناسب بدست آورد یا تعداد قطرات حداکثر به 64 قطره در دقیقه برسد . در صورتی که انقباضات به میزان مناسب (3 انقباض در 10 دقیقه هر کدام بیش از 40 ثانیه و حداکثر 60 ثانیه باشند) حاصل شد، نیازی به افزایش بیشتر دوز نمی باشد و تزریق در همان سرعت حفظ شود، توجه شود که حساسیت و پاسخ بیماران مختلف نسبت به اکسی توسین متفاوت بوده و دوز اکسی توسین جهت هر فرد باید جداگانه تنظیم شود.
- 7- در موارد اینداکشن یا تشدید دردهای زایمانی با اکسی توسین، پایش ضربان قلب جنین و پایش انقباضات رحمی توسط فرد مسئول انجام اینداکشن باید انجام پذیرد که این کار می تواند به دو طریق انجام شود :
- الف) لمس انقباضات رحمی و سمع صدای قلب جنین توسط سونو کیت با فاصله زمانی در مرحله اول لیبر هر 15 دقیقه یکبار و در مرحله دوم لیبر هر 5 دقیقه یکبار.
- ب) از طریق مانیتورینگ الکترونیکی دائم فعالیت رحمی و صدای قلب جنین.
- 8- اکیداً توصیه می شود ، بیماران زائو در حال دریافت اکسی توسین باید بطور مداوم (**Bed side**) توسط ماما طبق مفاد بند 7 کنترل شوند و به ویژه از نظر بروز هایپراستیمولاسیون رحمی

**Hyper stimulation** و عوارض آن (بروز دیسترس جنینی یا ندرتاً پارگی رحم) تحت نظارت و پایش دقیق قرار داشته باشند و فوراً به متخصص زنان - زایمان مسئول بیمار اطلاع دهند. توجه گردد خانم زائو در حال دریافت انفوزیون اکسی توسین هرگز نباید تنها گذاشته شود.

9- در موارد تشخیص اختلال عملکرد رحمی ، تجویز اکسی توسین فقط باید پس از بررسی و رد کردن عدم تناسب جنینی - لگنی انجام شود.

10- کنتراندیکاسیون های القاء زایمانی از نظر مادری عبارتند از : انسزیون کلاسیک یا سابقه جراحی بر روی رحم، جفت سر راهی، ناهنجاری لگنی، هرپس فعال ژنیتال، مولتی گراوید بالا(6 یا بیشتر)، پلی هیدرآمیونیوس پاتولوژیک و از نظر جنینی عبارتند از : ماکروزومی، نمایش های غیر طبیعی جنین ترم ، وضعیت نگران کننده جنین (با توجه به ضربان قلب جنین و وجود مکونیوم غلیظ در مایع آمنیون) و برخی از آنومالی هایی که مغایر با زایمان طبیعی هستند.

11- در صورتی که تعداد انقباضات رحمی به طور ثابت بیش از 5 انقباض در عرض 10 دقیقه یا بیش از 7 انقباض در عرض 15 دقیقه باشد، همچنین اگر انقباضات بیش از 60 تا 90 ثانیه طول بکشد و یا الگوی ضربان قلب جنین حالت مخاطره آمیز پیدا کند (کمتر از 100 ضربه در دقیقه) فوراً تزریق اکسی توسین قطع شود.

12- بدیهی است قبل از شروع تجویز اکسی توسین به بیمار، باید معاینه دقیق لگن مادر و وضعیت جنین توسط پزشک متخصص زنان و زایمان انجام گیرد و در پرونده ثبت گردد.

13- در صورتی که معاینه سرویکس، سرویکس نامناسب (Unripe) است توصیه می شود ، جهت موفقیت آمیز شدن و کوتاه نمودن زمان القاء با اکسی توسین، ابتدا با استفاده از روشهایی همانند کارگذاری سوند فولی و یا استفاده از پروستاگلاندین اقدام به آماده کردن (Ripening) سرویکس شود.

منابع:

- 1- Cunningham, G; Gant, F; Leveno, J; Gilstrap, C; Hault , C; Wenstrom, D. Williams Obstetrics, New York : McGraw- Hill, ۲۰۰۱ (۲۱<sup>st</sup> ed), ch. ۲۱
- 2- National Guideline Clearinghouse Inducion of Labor, Aug ۲۰۰۲
- 3- American college of obstetricians and Gynecologists ۱۹۹۹. Induction of labor.
- 4- WHO Department of reproductive Health and research – Managing complication in Pregnancy and childbirth (IMPAC) , world Health org , ۲۰۰۰.

**Ten steps of the mother – friendly childbirth initiative for mother – friendly -5  
hospitals , birth centers , and home birth services , ۱۹۹۶ by CIMS**

6- مجموعه استانداردهای ارائه خدمات در بیمارستان های دوستدار مادر ، اداره سلامت مادران ، دفتر سلامت خانواده و جمعیت .

نامه شماره 2/403 ب مورخ 84/1/31 دفتر سلامت خانواده و جمعیت