

تأثیر فشار روی نقطه ۶ طحالی بر شدت درد مرحله اول زایمان

معصومه کردی^{۱*}، سمانه روحانی مشهدی^۲، علیرضا فدایی^۳، حبیب اله اسماعیلی^۴

۱. عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان ۱۷ شهریور، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. متخصص بیهوشی و مراقبتهای ویژه، دستیار درمان درد و طب سوزنی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زن در طول زندگی تحمل می کند. به علت اثرات نامطلوب درد شدید زایمان برای مادر و جنین تلاش برای تسکین درد امری ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر فشار روی نقطه ۶ طحالی بر شدت درد مرحله اول زایمان انجام گرفت.

روش کار: در یک کارآزمایی بالینی سه گروه یک سوکور ۱۰۲ زن باردار کم خطر با سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته به طور تصادفی به سه گروه فشار، لمس و مراقبت معمول تقسیم شدند. از اتساع ۳-۴ سانتی متر دهانه رحم به مدت ۳۰ دقیقه در طول هر انقباض رحم در گروه فشار، فشار دو طرفه روی نقطه ۶ طحالی و در گروه لمس این نقطه فقط لمس شد. در گروه مراقبت معمول فقط مراقبت های معمول زایشگاه انجام گرفت. شدت درد زایمان با استفاده از مقیاس تطابق دیداری درد بلافاصله، ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله در سه گروه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آنالیز یک طرفه واریانس، کروسکال والیس، مجذور کای انجام گرفت.

یافته ها: میانگین شدت درد کلی زایمان بعد از مداخله در سه گروه اختلاف آماری معنی دار داشت ($p=0/03$). هم چنین میانگین نمره شدت درد زایمان ۹۰ دقیقه و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی نسبت به گروه لمس و مراقبت معمول کم تر بود که از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/01$). اما بین گروه لمس و مراقبت معمول تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت.

نتیجه گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر فشار نقطه ۶ طحالی شدت درد مرحله اول زایمان را کاهش می دهد، بدون آن که برای مادر و جنین زیان آور باشد و می تواند به عنوان یک روش آسان، ارزان و غیر تهاجمی برای کاهش درد زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درد زایمان؛ طب فشاری؛ مرحله اول زایمان؛ نقطه ۶ طحالی

* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه کردی؛ مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی؛
پست الکترونیک: kordim@mums.ac.ir

مقدمه

درد زایمان برای اکثر زنان یکی از دردناک ترین وقایع زندگی است که زن در طول زندگی تحمل می کند. به طوری که میانگین نمره درد زایمان ۸ تا ۱۰ درجه بالاتر از دردهای کمتری مزمن، دردهای کمتری مزمن، دردهای فانتومی و دردهای ناشی از نورالژی هرپسی است و از نظر شدت درد فقط با درد ناشی از سنگ کلیه یا قطع انگشت قابل مقایسه است (۱). درد زایمان محرک قوی تنفسی است و باعث کاهش ۱۰ تا ۵۰ درصدی در فشار اکسیژن شریانی مادر می شود و اگر این فشار به کم تر از ۷۰ میلی متر جیوه برسد اثرات زیانباری چون هایپوکسی و کاهش ضربان قلب جنین به همراه دارد (۲). تحقیقات پیروز در سال ۱۹۸۱ نشان داده است که انقباض عضلات اسکلتی ثانویه به درد و ترس ممکن است سبب ایجاد انقباض واکنشی در عضلات کف لگن و سرانجام اختلال در پیشرفت زایمان، نزول و چرخش عضو نمایش جنین گردد و در نتیجه نیاز به القای زایمان و درخواست برای سزارین افزایش می یابد (۳). گاهی اوقات درد زایمان به قدری شدید و طاقت فرساست که خارج از حد تصور و تحمل مادر بوده و سبب ایجاد عوارضی نظیر احساس ناتوانی، بی کفایتی، ضعف، خستگی، تیرگی حافظه و اختلال در درک زمان و موقعیت می شود (۴). بنابراین به علت اثرات نامطلوب درد زایمانی بر روی مادر و جنین، تلاش برای تسکین درد امری ضروری به نظر می رسد. امروزه روش های متفاوتی برای کنترل درد زایمان به کار می روند که به دو دسته دارویی و غیردارویی تقسیم می شوند. داروها اغلب تأثیر خوبی در کاهش درد زایمان دارند، ولی استفاده از آن ها باید در شرایط کاملاً انتخاب شده باشد و با محدودیت ها و عوارضی همراه است.

بر اساس فلسفه سنتی چین تمام پدیده های طبیعی به دو ماهیت یین و یانگ تقسیم می شوند. هر فردی که در این جهان هستی وجود دارد دارای دو نیروی متضاد یین و یانگ است و با تضاد و تعادل این دو نیرو است که وجود و هستی پیدا می کند. به عبارتی هدف نهایی طب چینی ایجاد تعادل بین این دو نیرو است. از دیدگاه طب

سنتی چین ۱۲ کانال در بدن وجود دارد که انرژی حیاتی (Qi) در این کانال ها که مریدین نام دارد جریان می یابد. هر گونه انسدادی در طول این کانال ها سبب کمبود یا افزایش انرژی حیاتی و در نتیجه سبب اختلالات و بیماری های مختلف می شود. درد زایمان نیز نتیجه عدم تعادل بین این دو انرژی است. بنابراین تجربه زایمان برای یک زن به این بستگی دارد که چطور بین انرژی های فیزیکی روحی و روانی خود تعادل برقرار کند. طب فشاری یکی از شاخه های اصلی طب سنتی چین است که امروزه طرفداران زیادی پیدا کرده است. تصور می شود که طب فشاری با فعال کردن انرژی حیاتی در طول مریدین ها با مکانیسم های گشادی عروق خون و در نتیجه بهبود جریان خون، شل کردن گروهی ماهیچه ها و ترشح اندورفین ها از مغز اثر می کند (۵و۶).

اساساً طب فشاری ماساژ نقاط طب سوزنی است. طب فشاری روشی ساده، بی خطر و بدون عارضه جانبی جدی است. از بین نقاط مورد استفاده در طب سوزنی برای کاهش درد زایمان، نقطه ۶ طحالی (SP6) - چهارانگشت بالای قوزک داخلی پا- بیش تر مورد توجه محققین بوده است (۶). نتایج مطالعه لی و همکاران در (۶) و دبرا بتس (۷) نشان داد نقطه ۶ طحالی درد زایمان را کاهش و طول مدت زایمان را کوتاه و میزان اتساع دهانه رحم را افزایش می دهد (۵و۶). در مطالعه پارک با فشار روی این نقطه شدت درد زایمان کاهش یافت، اما طول مرحله اول و دوم زایمان و شدت و تعداد انقباضات رحم کاهش نداشت (۸) نتایج مطالعه میرحسینی نشان داد که طب فشاری شدت درد زایمان را کاهش می دهد (۹).

با توجه به این که مطالعات و کارآزمایی بالینی محدودی در زمینه طب فشاری بر تسکین درد زایمان صورت گرفته است و نظر به این که نقطه ۶ طحالی نیاز به مهارت خاصی ندارد و به سادگی می توان به همراه زائو آموزش داد، مطالعه ای به منظور تعیین تأثیر فشار روی نقطه ۶ طحالی بر شدت درد مرحله اول زایمان زنان بستری در زایشگاه بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام گرفت.



روش کار

در یک کارآزمایی بالینی تصادفی سه گروهه یک سوکور ۱۰۲ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد در فاصله اول آذرماه ۱۳۸۴ تا پایان فروردین ۱۳۸۵ با سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته، جنین تک قلو با نمایش قله سر، شروع خود به خودی انقباضات رحم به روش آسان انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه گروه فشار، لمس (کنترل ۱) و مراقبت معمول (کنترل ۲) تقسیم شدند. در گروه فشار در اتساع ۳-۴ سانتی متری دهانه رحم با شروع انقباض رحمی، فشار دو طرفه به صورت چرخشی و در جهت عقربه های ساعت با انگشتان شست پژوهشگر روی نقطه ۶ طحالی اعمال می شد تا زائو احساس تی چی - احساس گزگز شدن، مورمور شدن، سنگینی یا داغی - در آن ناحیه کند و با پایان انقباض رحمی فشار نیز خاتمه می یافت. به طوری که این تکنیک به مدت ۳۰ دقیقه در طول هر انقباض تکرار می شد. فشار انگشتان دست پژوهشگر ۲۰ بار قبل از شروع مداخله با وزنه یک کفه ای نوزاد با دقت اندازه گیری ۵۰ گرم مورد سنجش قرار گرفت به طوری که میانگین فشار انگشت راست پژوهشگر ۳۲۵۰ گرم و فشار انگشت چپ پژوهشگر

۳۱۲۵ گرم بود. در گروه لمس در طی هر انقباض این نقطه فقط لمس می شد. در گروه مراقبت معمول فقط مراقبت های معمول زایشگاه برای زائو انجام می شد.

شدت درد زایمان با استفاده از مقیاس تطابق دیداری درد ۱۰۰ میلی متری توسط کمک پژوهشگر بلافاصله، ۳۰ دقیقه، ۶۰ دقیقه، ۹۰ دقیقه و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفت و سه گروه با یک دیگر مقایسه شدند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکال والیس، مجذور کای انجام شد.

نتایج

سن مادر، نمره شدت درد زایمان، خستگی، اضطراب، گرسنگی مادر و نمره بیشاپ دهانه رحم در بدو پذیرش، وزن و دور سر نوزاد، در سه گروه اختلاف آماری معنی دار نداشت (جدول ۱).

تعداد زایمان در سه گروه تفاوت آماری معنی دار نداشت، به طوری که در گروه طب فشاری، لمس و مراقبت معمول به ترتیب ۶۱/۸، ۵۷/۶، ۵۴/۳ درصد زنان نولی پار بودند.

جدول ۱- مقایسه سه گروه طب فشاری، لمس و مراقبت معمول از نظر میانگین متغیرهای مداخله گر

متغیر	طب فشاری	لمس	مراقبت معمول	آزمون آماری	P
سن مادر (سال)	۲۳/۹ ± ۴/۰	۲۴/۶ ± ۴/۴	۲۴/۲ ± ۴/۲	F=۰/۲۴	۰/۷۸
نمره شدت درد زایمان	۳۰/۹۷ ± ۲۲/۷۹	۴۱/۳۶ ± ۲۲/۶	۳۹/۹۷ ± ۲۱/۹۷	F= ۲/۱	۰/۱۲
نمره سطح اضطراب	۵۱/۱۴ ± ۳۳/۶	۴۷/۳۳ ± ۳۱/۵	۴۱/۰۸ ± ۲۹/۴۹	F=۰/۸۹	۰/۴۱
نمره سطح گرسنگی	۲۱/۰۸ ± ۲۹/۵	۲۶/۴۲ ± ۲۹/۱۴	۲۶ ± ۳۲/۶	F= ۰/۳۱	۰/۷
نمره سطح خستگی	۳۰/۵۵ ± ۲۷/۹	۳۱/۳۰ ± ۲۸/۳۱	۲۹/۵۷ ± ۲۷/۷۲	F=۰/۳۳	۰/۹
نمره بی شاپ سرویکس	۶/۱ ± ۱/۵	۶/۱ ± ۱/۴	۵/۹ ± ۱/۵	F=۰/۱۳۵	۰/۸۷
دور سر نوزاد (سانتی متر)	۳۴/۱۵ ± ۱/۶۲	۳۴/۵ ± ۱/۹	۳۴/۲۷ ± ۱/۴	F=۰/۲۴	۰/۷
وزن نوزاد (گرم)	۳۳۰۳/۳ ± ۳۵۹/۶	۳۳۵/۵۲ ± ۹۴۳/۴	۳۲۸۸/۵۷ ± ۳۸۵/۵	F=۰/۷۴	۰/۴۸

فشار و مراقبت معمول ($p=۰/۰۰۲$) و گروه فشار و لمس ($p=۰/۰۱$) بود و بین گروه لمس و مراقبت معمول اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. هم چنین میانگین نمره شدت درد زایمان ۹۰ و ۱۲۰

میانگین شدت درد کلی بخش فعال زایمان زایمان در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی به طور معنی داری کم تر از گروه لمس و مراقبت معمول بود ($p=۰/۰۳$). بر اساس یافته های آزمون توکی، این اختلاف بین گروه

(جدول ۳) ($p=0/01$). میانگین مدت انقباضات رحم در سه گروه تفاوت آماری معنی دار نداشت. نیاز به روش های تسکین درد طی زایمان در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی، لمس و مراقبت معمول به ترتیب ۱۹/۵، ۳۶/۵ و ۴۴ درصد بود که در سه گروه تفاوت آماری معنی داری داشت ($p=0/001$).

دقیقه بعد از مداخله به طور معنی داری در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی کم تر از گروه لمس و مراقبت معمول بود ($p=0/01$) ولی بین گروه لمس و مراقبت معمول تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۲). در بررسی واحدهای پژوهش از نظر تناوب انقباضات رحم مشخص شد که تناوب انقباضات رحم در بین سه گروه اختلاف آماری معنی داری داشت

جدول ۲- مقایسه میانگین شدت درد زایمان بلافاصله، ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله و میانگین شدت درد کلی بخش فعال مرحله اول زایمان در سه گروه طب فشاری، لمس و مراقبت معمول

متغیر	طب فشاری	لمس	مراقبت معمول	آزمون آماری	P
بلافاصله بعد از مداخله	۴۰/۲۶ ± ۲۵/۰	۴۴/۵ ± ۲۳/۶	۴۶/۵ ± ۲۲/۶	F=۰/۶۱	۰/۵۴
۳۰ دقیقه بعد از مداخله	۴۳/۳۲ ± ۲۶/۹	۵۵/۵۷ ± ۲۶/۵	۵۱/۵ ± ۲۷/۰۱	F=۲/۴	۰/۰۹
۶۰ دقیقه بعد از مداخله	۵۲/۱۸ ± ۲۸/۶	۶۹/۵۹ ± ۶۵/۹	۶۲/۷۷ ± ۲۵/۳	F=۱/۳۳	۰/۲
۹۰ دقیقه بعد از مداخله	۴۸/۵ ± ۳۲/۲	۷۰/۵ ± ۲۴/۹	۶۵/۲۲ ± ۲۶/۹	F=۴/۸	۰/۰۱
۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله	۵۴/۴ ± ۳۴/۷	۷۷/۷ ± ۲۵/۲	۷۰/۸۶ ± ۲۷/۰۸	F=۴/۸	۰/۰۱
بخش فعال مرحله اول زایمان	۳۶/۵ ± ۱۹/۵	۴۹/۶ ± ۲۵/۴	۴۶/۸ ± ۱۷/۵	F=۳/۶	۰/۰۳

جدول ۳- مقایسه تناوب انقباضات رحم بلافاصله، ۳۰، ۶۰ و ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله طی ده دقیقه در سه گروه طب فشاری، لمس و مراقبت معمول

تناوب انقباضات رحم	طب فشاری	لمس	مراقبت معمول	آزمون آماری	P
بلافاصله بعد از مداخله	۳/۳ ± ۰/۸۴	۲/۸۷ ± ۰/۶۴	۲/۹۱ ± ۰/۶۱	F=۴/۶	۰/۰۱
۳۰ دقیقه بعد از مداخله	۳/۵ ± ۰/۸۶	۳/۰۳ ± ۰/۵۲	۳/۱ ± ۰/۷۵	F=۴/۵	۰/۰۱
۶۰ دقیقه بعد از مداخله	۳/۷ ± ۰/۹	۳/۳ ± ۰/۷۳	۳/۲ ± ۰/۷۸	F=۲/۹	۰/۰۵
۹۰ دقیقه بعد از مداخله	۳/۶ ± ۰/۸۳	۳/۴ ± ۰/۷۲	۳/۵ ± ۰/۸	F=۰/۲۹	۰/۷
۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله	۳/۸ ± ۰/۶۹	۳/۸ ± ۰/۶۵	۳/۷ ± ۰/۷۲	F=۰/۱۵	۰/۸

بحث

سنجش درد مقیاس تطابق دیداری ۱۰ سانتی متری بود. در پژوهش ما تناوب انقباضات رحم به عنوان یک عامل مؤثر بر شدت درد زایمان سنجیده شد که در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی نسبت به گروه کنترل ۱ و ۲ تناوب انقباضات رحم بلافاصله و ۳۰ دقیقه بعد از مداخله افزایش یافته بود و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله بسیار نزدیک به سطح معنی داری بود ($p=0/05$). با این حال شدت درد زایمان در این زمان ها در گروه فشار افزایش نیافته بود و حتی نسبت به گروه کنترل ۱ و ۲ کاهش هم نشان داد، اما از نظر آماری معنی دار نبود. میرحسینی

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که نمره شدت درد زایمان ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله به طور معنی داری در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی کم تر از گروه لمس و مراقبت معمول بود. لی و همکاران در یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوگروهه نشان دادند شدت درد زایمان بلافاصله، ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله به طور معنی داری کم تر از گروه کنترل است (۶). در پژوهش آن ها شدت درد زایمان ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله مورد بررسی قرار نگرفت و ابزارمورد استفاده برای

زایمان در اتساع های مختلف در سه گروه مورد مطالعه امکان پذیر نبود و هم چنین سنجش شدت انقباضات رحم فقط با لمس قله رحم انجام گرفت و امکان استفاده از مانیتورینگ داخلی مقدور نبود.

نتیجه گیری

در این مطالعه مشخص شد که فشار روی نقطه ۶ طحالی بدون این که برای مادر و جنین زیان آور باشد شدت درد مرحله اول زایمان را کاهش می دهد. به علاوه نیاز به سایر روش های بی دردی دارویی را کاهش می دهد. در نتیجه باعث صرف هزینه ها و کاهش عوارض جانبی ناشی از مصرف داروها می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۸۵/۷/۲۸ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی صورت گرفته است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر می شود. هم چنین از همکاری صمیمانه جناب آقای دکتر فرید نیک بین رئیس بخش طب مکمل بیمارستان میلاد تهران کمال تشکر و قدردانی را داریم. از جناب آقای دکتر ساحل نحیر متخص طب سوزنی که در طول این پژوهش از مساعدت های ایشان بی نصیب نبودیم سپاسگزاریم.

نیز گزارش کرد که میانگین شدت درد زایمان یک و دو ساعت بعد از مداخله در گروه طب فشاری کم تر از گروه کنترل است (۹) در مطالعه وی نقاط مورد استفاده بیش از یک نقطه بود به طوری که نقاط SP₆، LI₄، M₃₆ توسط سی باند کشی دکمه دار تحت فشار و نقاط B₃₁₋₃₄ در هر انقباض با کف دست ماساژ داده می شد.

بر اساس مطالعه ضیایی و حاجی پور شدت درد زایمان یک و دو ساعت بعد از مداخله بین سه گروه آزمایشی (طب سوزن واقعی)، کنترل (طب سوزنی ساختگی) و گروه مراقبت معمول (بدون مداخله) تفاوت آماری معنی دار نداشت (۱۰) در مطالعه آن ها مادرانی که طی مداخله نیاز به اکسی توسین داشتند حذف نمی شدند.

در پژوهش حاضر علاوه بر کاهش میانگین شدت درد زایمان نیاز به بی دردی در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی به طور معنی داری کم تر از گروه کنترل ۱ و ۲ بود. نشیم و همکاران طی یک کارآزمایی بالینی سه گروه در سال ۲۰۰۳ به این نتیجه رسیدند که طب سوزنی میزان استفاده از مپریدین را طی زایمان به طور معنی داری کاهش می دهد (p=۰/۰۰۰۱). علاوه بر این نیاز به بی حسی اپیدورال و دیگر بی دردها را نیز کاهش می دهد (۱۱).

انجام پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود، از جمله این که با توجه به حجم نمونه مقایسه شدت درد

منابع

1. Scott Jr. Obstetric analgesia and anesthesia. In: Hawkin JL. Danforth's obstetric and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.57-60.
2. Jafari Javid M. Anesthesia in obstetric. Tehran: Porsina; 1379. [Text in Persian]
3. Phumdoury S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. Pain Manag Nurs 2003;4(2):S4-61
4. Simkin P. Commentary: the meaning of labor pain. Birth 2000;27(1):Suppl 54-6.
5. Navidi A. Principles of basic and clinical acupuncture. Tehran: Tymorzade-Tabib Publication; 1381. [Text in Persian]
6. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effect of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in woman during labor. J Altern Complement Med 2004;10(6):959-65.
7. Bettes D. Acupressure techniques for use during childbirth and pregnancy: Natural pain relief techniques for childbirth using. 2001; [8] available from: <http://www.home.clear.net.nz/pages/debra-bettes/Brown ST, Douglase C & Flood LP>.

8. Park Y, Cho J, Kwon J, Ahn E, Lim J, Chang S. The effect of san-yin-jiao (SP6) acupressure on labor progression. *AJOG* 2003;189(6 Suppl):209.
9. Mirhoseini M. Effect of acupressure on labour pain (M.Sc. Dissertation). Mashhad: Mashhad university of medical science (Faculty of Nursing & Midwifery); 1377. [Text in Persian]
10. Ziaei S, Hajipoure L. Effect of acupressure on labour. *Int J Gynecol Obstet* 2006;(92):71-2.
11. Nesheim B, King R, Berg B, Alfredsson B, Allgot E, Hove G, et al. Acupuncture during labor can reduce the use of meperidin: a controlled clinical study. *Clin J Pain* 2003;9:187-91.