

# تأثیر طب فشاری بر تسکین درد زایمان: مرور سیستماتیک کارآزمایی های بالینی

ژیلا گنجی<sup>۱</sup>، دکتر افسانه کرامت<sup>۲\*</sup>، مرجان احمد شیروانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. دانشیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱

## خلاصه

**مقدمه:** تسکین درد زایمان، یکی از مراقبت های نوین مامایی است. امروزه روش های غیر دارویی تسکین درد زایمان از جمله طب فشاری به دلیل اثرات جانبی کم، مورد توجه می باشند. مطالعه حاضر با هدف مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر طب فشاری بر تسکین درد زایمان انجام شد.

**روش کار:** تمام مقالات چاپ شده تا سال ۲۰۱۳ در پایگاه های اطلاعاتی SID، Iranmedex، Magiran، Pubmed، Medline، Embase، Cinhal، Cochrane و IRCT که بر روی زنان باردار گروه سنی ۱۸-۳۵ سال، بارداری ۳۷-۴۱ هفته، تک قلو، سفالیک و آغاز فاز فعال زایمان انجام شده بود، بر اساس معیار جداد بررسی شدند. مطالعاتی که نمره مساوی یا بیشتر از ۳ را گرفتند، انتخاب شدند. در نهایت نتایج به صورت کمی و کیفی گزارش شدند.

**یافته ها:** ۱۸ کارآزمایی بالینی بررسی شد که ۱۲ مقاله بر اساس معیار جداد نمره مساوی یا بیشتر از ۳ را کسب کردند. نقاط استفاده شده در ۷ مقاله ۶ طحالی، ۲ مقاله هوگو، ۱ مقاله ۲۱ کیسه صفا و ۶ طحالی، ۱ مقاله هوگو و ۶۷ مثنه ای و ۱ مقاله هوگو و ۶ طحالی بود. اکثر مطالعات مؤید اثربخشی مثبت طب فشاری بر کاهش درد زایمان بودند، اما عوارضی جانبی گزارش نشده بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به اینکه مطالعات متعددی با اعتبار بالا در زمینه تأثیر طب فشاری صورت گرفته است، می توان این روش را برای کاهش درد زایمان پیشنهاد کرد. از نقاط ۶ طحالی و هوگو در مقایسه با سایر نقاط (۲۱ کیسه صفا، ۳۲ مثنه، ۶۷ مثنه) با اطمینان بیشتری جهت کاهش درد زایمان می توان استفاده کرد، زیرا در بیشتر مطالعات دارای اعتبار قابل قبول، از این نقاط استفاده شده بود.

**کلمات کلیدی:** درد زایمان، طب فشاری، کارآزمایی بالینی، مرور سیستماتیک

\* نویسنده مسئول مکاتبات: افسانه کرامت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۵۴۹۸۰۷۵؛ پست الکترونیک: keramat1@yahoo.com



## مقدمه

درد، جزء اجتناب ناپذیر فرآیند زایمان است. شدت درد زایمانی در ۱۵٪ موارد خفیف، ۳۵٪ متوسط، ۳۰٪ شدید و ۲۰٪ بسیار شدید و غیرقابل تحمل گزارش شده است (۱). ماهیت درد زایمان با سایر دردها متفاوت است. عامل ایجاد دردهای زایمانی، انقباض عضله رحم می باشد که برخلاف انقباضات ماهیچه ای فیزیولوژیک دردناک است. علت دردناک بودن انقباض میومتر به درستی مشخص نیست اما علل احتمالی آن شامل: هیپوکسی میومتر منقبض شده، فشار روی گانگلیون های عصبی سرویکس و بخش تحتانی رحم، کشیده شدن سرویکس در طی اتساع و کشیده شدن صفاق پوشاننده فوندوس رحم می باشد. همچنین در مرحله دوم زایمان، کشش واژن و پرینه و فشار بر روی عضلات کف لگن در ایجاد درد مؤثر هستند (۲، ۳). از طرفی احساس درد زایمان انعکاسی کاملاً فردی از محرک های مختلف است و شرایط احساسی، انگیزشی، شناختی، اجتماعی و فرهنگی بر این محرک ها اثر می گذارند؛ به طوری که قبل از شروع زایمان، توانایی پیش بینی میزان درد اندک است؛ با این وجود هرگاه صحبت از زایمان میشود، دردی شدید و غیر قابل تحمل در ذهن مجسم میشود (۴-۶). همین مسئله باعث شده است که بسیاری از زنان، حتی کسانی که سابقه تجربه زایمان را نداشته اند، سزارین را علی رغم همه خطرات و عوارض جانبی به زایمان طبیعی ترجیح دهند (۷، ۸). از سوی دیگر ترس از درد منجر به تشدید درد می شود (۲). درد شدید نیز باعث تشدید ترس و اضطراب مادر هنگام زایمان شده و به این ترتیب یک سیکل معیوب بین ترس و درد ایجاد میشود. پیامد این مسئله، افزایش درد و طولانی شدن لیبر، افزایش درخواست برای سزارین و تجربه منفی زایمان می باشد (۴، ۹-۷).

از آنجایی که وجود انقباضات رحمی و اتساع واژن و پرینه برای پیشرفت زایمان ضروری است، بنابراین نمی توان منبع درد را حذف کرد، بنابراین باید به دنبال استفاده از روش های دیگر برای کاهش احساس درد بود. از آنجایی که استفاده از دارو به دلیل احتمال ایجاد عوارض مادری جنینی، نیاز به تخصص، بار مالی و

کاهش مشارکت فعال زنان در طی زایمان با محدودیت هایی روبرو است، امروزه استفاده از روش های غیر دارویی جهت تسکین درد زایمان مورد توجه قرار گرفته است (۲). از جمله روشهای غیردارویی کاهش درد، طب فشاری می باشد که بدون استفاده از وسایل خاص و صرفاً با کمک دست انجام میشوند. طب فشاری، یک هنر التیام بخش کهن است که از ۵۰۰ سال قبل در آسیا گسترش یافت. در این روش از انگشتان، آرنج و یا ابزار دیگر برای فشار روی نقاط خاص در سطح پوست جهت تحریک توانایی های درمانگر خود بدن استفاده می شود (۱۰).

مطالعات متعددی در مورد تأثیر طب فشاری بر درد زایمان صورت گرفته است. در دو مرور سیستماتیک، اخیراً محققین با مرور این مطالعات به بررسی کیفیت آن ها و نتیجه گیری در مورد بکارگیری طب فشاری برای کاهش درد زایمان پرداخته اند، اما مطالعات ایرانی مورد مرور قرار نگرفتند (۱۱، ۱۲). لذا مطالعه حاضر با هدف تحلیل و خلاصه نمودن کارآزمایی های بالینی انجام شده در ایران و سایر نقاط در مورد تأثیر طب فشاری بر کاهش درد زایمان انجام شد.

## روش کار

تمام مقالات چاپ شده تا سال ۲۰۱۳ در پایگاه های اطلاعاتی SID، IranMedex، IranDoc، Magiran، Embase، Medline، PubMed، GoogleScholar، Cochrane، CINAHAL، مجلات طب مکمل و مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) مورد بررسی قرار گرفتند. علاوه بر این با نویسندگان مقالات در حال چاپ تماس گرفته شد. دو پژوهشگر به طور همزمان جستجوی مقالات را انجام دادند و جهت افزایش اعتبار و پایایی مطالعه، کیفیت مقالات را به طور جداگانه مورد ارزیابی قرار دادند. جهت ارزیابی مقالات از معیار جاد استفاده شد. این معیار، مقالات را بر اساس احتمال وجود سوگیری در تصادفی سازی، پیگیری بیماران و کورسازی بررسی می کند که حداقل امتیاز در این معیار ۱ و حداکثر امتیاز ۵ می باشد (۱۳). بر اساس این معیار، مقالاتی که نمره ۳ یا بیشتر گرفتند، وارد

مطالعه شدند. معیارهای ورود مقالات در این مطالعه شامل مقالاتی بود که در مورد طب فشاری بر روی زنان باردار گروه سنی ۳۵-۱۸ سال، سن بارداری ۴۱-۳۷ هفته، بارداری تک قلو، نمایش سفالیک و آغاز فاز فعال زایمان (دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متر) انجام گرفته بودند. معیارهای خروج در این مطالعات شامل: افراد با اختلالات روانی و آناتومیکی (سایکوز، اسکیزوفرنی، ناهنجاری های رحمی و تنگی لگن)، بیماری های مزمن (قلبی، ریوی، فشار خون، دیابت)، بیماری های پوستی (هرگونه ضایعه، التهاب و آگزما در ناحیه مداخله)، فشار خون بارداری، پلی هیدرآمیوس و الیگوهدرآمیوس شناخته شده با سونوگرافی، کاهش حرکات جنین، محدودیت رشد جنین، مرگ جنین، استفاده از ناکوتیک، الگوهای غیرطبیعی قلب جنین، سابقه نازایی، هرگونه مشکل حادث شده در طی مطالعه (دکولمان، وضعیت غیرطبیعی جنین و پرولاپس بندناف) و عدم تمایل زائو به ادامه مداخله مورد نظر بود. فقط مطالعاتی وارد پژوهش شدند که کارآزمایی بالینی در مورد روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان بودند و مطالعاتی که در آن ها از روش های

دارویی استفاده شده بود، از مطالعه خارج شدند. در نهایت نتایج به صورت کمی و کیفی گزارش شد.

### یافته ها

در این مطالعه ۱۸ کارآزمایی بالینی بررسی شده و از بین این مقالات، ۱۴ مقاله مربوط به نویسندگان ایرانی و ۴ مقاله توسط محققین خارجی به چاپ رسیده بود. در کل ۱۲ مقاله بر اساس معیار جداد نمره ۳ و بیشتر و ۵ مقاله ایرانی و یک مقاله خارجی نمره کمتر از ۳ کسب کردند. بر اساس بررسی های انجام شده، بیش ترین نقاط مورد استفاده در ۷ مقاله نقطه ۶ طحالی، ۲ مقاله نقطه هوگو، ۱ مقاله نقطه ۲۱ کیسه صفرا و ۶ طحالی، ۱ مقاله نقطه هوگو و ۶۷ مثانه ای، ۱ مقاله نقطه هوگو و ۶ طحالی بود. در ۷ مطالعه حذف شده از ۱۸ مقاله که براساس معیار جداد نمره کمتر از ۳ گرفته بودند، ۳ مقاله نقطه هوگو، ۲ مقاله نقطه ۶ طحالی و یک مقاله نقطه ۳۲ مثانه و ۲۱ کیسه صفرا را مورد بررسی قرار داده بودند. مطالعات انجام شده به صورت کارآزمایی بالینی همراه با گروه کنترل بود. اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه دارای اثر بخشی مثبت بودند و عوارض جانبی گزارش نشده بود. مقالات بررسی شده در جدول ۱ خلاصه شده اند.

جدول ۱- مطالعات انجام شده در مورد کاربرد طب فشاری در کاهش درد زایمان

نویسنده (سال)	ویژگی مطالعه	جداد
	<b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی دوسوکور	
	<b>نمونه:</b> ۱۲۸ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان کمالی کرج	
حیدری (۲۰۰۸) ۱۴	<b>روش کار:</b> اعمال فشار به مدت ۳۰ دقیقه در نقطه SP6 بین انقباضات رحمی به طور متناوب ۶ ثانیه فشار تا حدی که آزمودنی کمی احساس درد در محل داشته باشد و سپس ۲ ثانیه استراحت، در گروه کنترل فقط لمس ناحیه SP6 بدون فشار، سنجش عددی بصری درد.	۳
	<b>یافته ها:</b> میانگین شدت درد کلی زایمان بعد از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشت. همچنین میانگین نمره شدت درد زایمان ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله در گروه فشار نسبت به گروه لمس و مراقبت معمول کمتر بود.	
	<b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی سه گروهی دو سوکور	
	<b>نمونه:</b> ۱۰۲ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد	
کردی (۲۰۱۰) ۱۵	<b>روش کار:</b> ۳۴ نفر در گروه طب فشاری، فشار دو طرفه روی نقطه ۶ طحالی از اتساع ۴-۳ سانتی متری به مدت ۳۰ دقیقه در طول هر انقباض رحمی، ۳۴ نفر فقط لمس این نقطه بدون فشار، گروه کنترل ۳۴ نفر مراقبت معمول، مقیاس VAS.	۲
	<b>یافته ها:</b> میانگین تفاضل تعدیل شده شدت درد زایمان در ۲ دقیقه بعد از شروع مداخله، تفاوت معنی داری بین سه گروه داشت، ولی پس از ۳۰ دقیقه بین گروه ها تفاوت وجود نداشت.	

۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی</p> <p><b>نمونه:</b> ۶۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران</p> <p><b>روش کار:</b> ۳۵ نفر در گروه مداخله فشار در نقطه هوگو در دیلاتاسیون ۴-۵ و ۶-۷ و ۸-۱۰ در زمان انقباضات رحمی، ۴۵ نفر عدم فشار، مقیاس درجه بندی عددی.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود.</p>	<p>ازگلی ۱۶ (۲۰۱۰)</p>
۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۳۱ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان مریم تهران</p> <p><b>روش کار:</b> ۴۱ نفر فشار در نقطه ساینجیائو، ۴۱ نفر لمس این نقطه، ۴۱ نفر مراقبت معمول، مقیاس VAS.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد، طول مدت زایمان و میزان اضطراب درد و گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود.</p>	<p>صمدی ۱۷ (۲۰۱۰)</p>
۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شاهرود</p> <p><b>روش کار:</b> گروه مداخله ۵۰ نفر، در شروع فاز فعال با دیلاتاسیون ۳-۵ طب فشاری در هر دو دست به صورت همزمان، در هر دقیقه ۵ دوره فشار به نقطه LI4. هر دوره شامل ۱۰ ثانیه فشار و ۲ ثانیه استراحت به مدت ۲۰ دقیقه، میزان فشار اعمال شده در حدود ۳-۵ کیلوگرم؛ گروه کنترل ۵۰ نفر، لمس به مدت ۲۰ دقیقه فقط ناحیه LI4، سنجش عددی بصری درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> میزان شدت درد بلافاصله طب فشاری، ۲۰ دقیقه، ۶۰ دقیقه و ۱۲۰ دقیقه پس از طب فشاری بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری نشان داد.</p>	<p>حمیدزاده ۱۸ (۲۰۱۱)</p>
۱	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی دوگروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان اکبرآبادی تهران</p> <p><b>روش کار:</b> ۶۰ نفر در گروه مداخله فشار ناحیه ساینجیائو در طول انقباضات، ۶۰ نفر فقط لمس ناحیه ساینجیائو بدون فشار، مقیاس دیداری شدت درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد، مدت زایمان و میزان سزارین در گروه مداخله کمتر بود.</p>	<p>شاه علی ۱۹ (۲۰۱۰)</p>
۴	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور سه گروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۸۳ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین شهر مشهد</p> <p><b>روش کار:</b> ۲۷ نفر فشار در نقطه LI4، ۲۸ نفر لمس این نقطه، طی یک دوره ۴۰ دقیقه ای ۲۰ دقیقه دست چپ و سپس ۲۰ دقیقه دست راست؛ ۲۸ نفر در گروه مراقبت معمول، مقیاس VAS.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه طب فشاری کمتر از دو گروه دیگر بود.</p>	<p>کردی ۲۰ (۲۰۱۰)</p>
۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی سه گروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۹۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان ایران شهر</p> <p><b>روش کار:</b> ۳۰ نفر فشار در نقطه هوگو، ۳۰ نفر فشار در نقطه ساینجیائو، ۳۰ نفر مراقبت معمول و لمس، مقیاس VAS.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در دو گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود. طول مدت مرحله فعال زایمان در سه گروه اختلاف معنی داری داشت.</p>	<p>صالحیان ۲۱ (۲۰۱۱)</p>
۴	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور سه گروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۵۰ زن باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان شوشتری و حافظ شیراز</p> <p><b>روش کار:</b> ۱۵۰ نفر به طور مساوی به سه گروه فشار نقطه GB21، فشار نقطه SP6 و گروه کنترل لمس بدون فشار نقاط فوق تقسیم شدند. مداخله در دیلاتاسیون ۳-۴ و ۷-۸ انجام شد. سنجش عددی بصری شدت درد قبل، بلافاصله، ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه های مداخله به طور معنی دار کمتر از گروه کنترل بود، اما با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشت.</p>	<p>اکبرزاده ۲۲ (۲۰۱۲)</p>

۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی سه گروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۳۵ زن باردار مراجعه کننده به اتاق درد بیمارستان زینبیه شیراز</p> <p><b>روش کار:</b> طب فشاری در ۴۵ نفر در دیلاتاسیون ۴-۳ به بعد به مدت نیمساعت با شروع هر انقباض در ناحیه SP6، گروه دوم برای ۴۵ نفر تنس، ۴۵ نفر در گروه کنترل، مقیاس VAS.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه و هر یک ساعت بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان در دو گروه تفاوت نداشت.</p>	حسین پور ۲۳ (۲۰۱۲)
۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۳۱ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان شوشتری شیراز</p> <p><b>روش کار:</b> ۵۵ نفر فشار در نقطه LI4، ۵۵ نفر ماساژ با یخ در این نقطه، ۵۵ نفر لمس ناحیه LI4 بدون فشار، مقیاس VAS.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه مداخله در تمام دیلاتاسیون ها کمتر از گروه کنترل بود.</p>	کاویانی ۲۴ (۲۰۱۲)
۲	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۳۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان شهید طالقانی اراک</p> <p><b>روش کار:</b> ۶۵ نفر در فاز فعال لیبر و در شروع هر انقباض به مدت یک دقیقه طب فشاری نقاط ۳۲ مئانه و ۲۱ کیسه صفر، گروه کنترل طب فشاری نقطه ۶ پریکاردیوم به عنوان پلاسبو، مقیاس دیداری سنجش درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> طب فشاری در نقاط کیسه صفرای ۲۱ و ۶ طحالی در کاهش شدت درد زایمان مؤثر نبود.</p>	سیدزاده اقدم ۲۵ (۲۰۱۲)
۲	<p><b>نوع مطالعه:</b> مطالعه نیمه تجربی</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۰۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل</p> <p><b>روش کار:</b> ۵۰ نفر در گروه طب فشاری، فشار روی نقطه هوگوبین انگشتان شست و اشاره طی مدت زمان ۲۰ دقیقه در دیلاتاسیون ۲، ۴، ۶، ۸ در حین انقباضات، ۵۰ نفر فشار در خارج از نقطه هوگو در هر دو دست، سنجش عددی بصری درد</p> <p><b>یافته ها:</b> فشار بر روی نقطه هوگو طول زایمان، شدت درد، میزان نیاز به اکسی توسین، سزارین، رضایت مندی مادر و تغذیه با شیر مادر را بهبود می بخشد.</p>	خاوندی زاده اقدم ۲۶ (۲۰۱۰)
۲	<p><b>نوع مطالعه:</b> نیمه تجربی</p> <p><b>نمونه:</b> ۹۰ زن باردار نخست زا</p> <p><b>روش کار:</b> ۹۰ نفر به طور مساوی به سه گروه مداخله فشار نقطه LI4، ماساژ این نقطه با یخ و گروه مراقبت معمول تقسیم شدند. در گروه مداخله اعمال فشار در حین انقباضات به مدت ۳۰ دقیقه، سنجش عددی بصری شدت درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه طب فشاری و ماساژ با یخ کمتر از گروه کنترل بود.</p>	حاجی امینی ۲۷ (۲۰۱۲)
۳	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی یک سوکور</p> <p><b>نمونه:</b> ۱۲۷ زن باردار نخست زا و چندزا</p> <p><b>روش کار:</b> ۱۲۷ نفر به طور مساوی به سه گروه مداخله، ماساژ به روش افلورج و گروه مراقبت معمول تقسیم شدند. در گروه مداخله فشار در نقطه LI4 , BL67 به مدت ۲۰ دقیقه، سنجش عددی بصری شدت درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه طب فشاری کمتر از دو گروه دیگر بود.</p>	چانگ ۲۸ (۲۰۰۳)
۴	<p><b>نوع مطالعه:</b> کارآزمایی بالینی دو گروهی</p> <p><b>نمونه:</b> ۷۵ زن باردار نخست زا و چندزا</p> <p><b>روش کار:</b> ۳۶ نفر در گروه مداخله فشار ناحیه SP6 در طول انقباضات، ۳۹ نفر فقط لمس ناحیه SP6 بدون فشار، مقیاس دیداری شدت درد.</p> <p><b>یافته ها:</b> شدت درد در گروه مداخله بلافاصله، ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله کمتر از گروه کنترل بود.</p>	لی (۲۰۰۴) ۲۹

نوع مطالعه: کارآزمایی بالینی یک سوکور	نمونه: ۲۱۲ زن باردار نخست زا و چندزا	هجلست ۳۰ (۲۰۱۰)
روش کار: ۱۲۷ نفر به طور مساوی به سه گروه مداخله فشار نقطه SP6، لمس نقطه SP6 و گروه مراقبت معمول ۳ تقسیم شدند. در گروه مداخله اعمال فشار در حین انقباضات به مدت ۳۰ دقیقه، سنجش عددی بصری شدت درد. یافته ها: شدت درد در گروه طب فشاری کمتر از دو گروه دیگر بود.	نوع مطالعه: نیمه تجربی	
نمونه: ۱۰۰ زن باردار نخست زا و چندزا	روش کار: ۵۰ نفر در گروه مداخله فشار ناحیه SP6 در طول انقباضات، ۵۰ نفر در گروه مراقبت معمول، مقیاس ۲ دیداری شدت درد.	حمید ۳۱ (۲۰۱۳)
یافته ها: شدت درد در گروه مداخله بلافاصله، ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله کمتر از گروه کنترل بود.		

در مطالعه ازگلی و همکاران (۲۰۱۰) در گروه طب فشاری نقطه هوگو در مقایسه با گروه کنترل شدت درد در دیلاتاسیون های ۵-۴، ۷-۶ و ۱۰-۸ و زمان انقباضات رحمی کمتر از گروه کنترل بود (۱۶). در مطالعه اکبرزاده و همکاران (۲۰۱۲) که طب فشاری با گروه کنترل مقایسه شده بود، استفاده از طب فشاری در نقاط کیسه صفرا ۲۱ و ۶ طحالی توانست در کاهش شدت درد زایمان مؤثر باشد. شدت درد بلافاصله، ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود (۲۲). در مطالعه حسین پور و همکاران (۲۰۱۲) که طب فشاری نقطه SP6 و تحریک الکتریکی پوست (TENS) در گروه های مداخله و کنترل مقایسه شده بود، شدت درد بلافاصله و ۳۰ و ۶۰ دقیقه پس از مداخله در گروه طب فشاری و تحریک الکتریکی پوست نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافته بود (۲۳). در مطالعه حمیدزاده و همکاران (۲۰۱۱) که از طب فشاری نقطه هوگو استفاده شده بود، شدت درد بلافاصله، ۲۰ دقیقه، ۶۰ دقیقه و ۱۲۰ دقیقه پس از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری را نشان داد (۱۸). در مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۸) که از طب فشاری SP6 استفاده شده بود، شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه و هر یک ساعت بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت (۱۴). در مطالعه صالحیان و همکاران (۲۰۱۱) که فشار در نقطه هوگو و سانینچیاو با گروه کنترل

در مطالعه سیدزاده اقدم و همکاران (۲۰۱۲) طب فشاری در نقاط ۳۲ مثانه و ۲۱ کیسه صفرا باعث کاهش شدت درد و مدت فاز فعال زایمان نشد، اما به دلیل اینکه از مقیاس جداد نمره ۳ را گرفته بود، از مطالعه خارج شد (۲۵). در مطالعه خاوندی زاده و همکاران (۲۰۱۲) با فشار در نقطه هوگو شدت درد و طول مدت زایمان کمتر از گروه کنترل بود، ولی چون از مقیاس جداد نمره ۲ را گرفته بود، از مطالعه خارج شد (۲۶). همچنین در مطالعه شاه علی و همکار (۲۰۱۰) شدت درد، طول مدت زایمان و میزان سزارین در گروه طب فشاری در نقطه سانینچیاو کمتر از گروه کنترل بود، اما این مطالعه به دلیل اینکه از مقیاس جداد نمره ۱ را گرفته بود، از مطالعه خارج شد (۱۹). در مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۰) میانگین شدت درد کلی زایمان بعد از مداخله در سه گروه اختلاف آماری معنی داری داشت. همچنین میانگین نمره شدت درد زایمان ۹۰ و ۱۲۰ دقیقه بعد از مداخله در گروه فشار روی نقطه ۶ طحالی نسبت به گروه لمس و مراقبت معمول کمتر بود، اما این مطالعه به دلیل اینکه از مقیاس جداد، نمره ۲ را گرفت، از مطالعه خارج شد (۱۵). در مطالعه حاجی امینی و همکاران (۲۰۱۲) که طب فشاری و ماساژ یخ در نقطه LI4 با گروه کنترل مقایسه شد، شدت درد در دو گروه مداخله کمتر بود. این مطالعه نیز امتیاز ۲ را از مقیاس جداد کسب کرد (۲۷).

مقایسه شده بود، شدت درد در دو گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و طول مدت مرحله فعال زایمان در سه گروه اختلاف معنی داری داشت (۲۱). در مطالعه صمدی و همکاران (۲۰۱۰) نیز که سه گروه طب فشاری در نقطه سانینجیائو، لمس نقطه سانینجیائو و گروه کنترل با هم مقایسه شده بودند، میانگین تفاضل تعدیل شده شدت درد زایمان در ۲ دقیقه بعد از شروع مداخله بین سه گروه تفاوت معنی داری داشت، اما پس از ۳۰ دقیقه مداخله بین سه گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. گروه ها از نظر نوع زایمان نیز تفاوت معنی داری نداشتند (۱۷). در مطالعه کاویانی و همکاران (۲۰۱۲) که سه گروه طب فشاری نقطه هوگو، ماساژ با کیسه یخ و گروه کنترل با هم مقایسه شده بودند، شدت درد، مدت زایمان و میزان اضطراب در دو گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود (۲۴). در مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۰) که سه گروه طب فشاری در نقطه هوگو، لمس نقطه هوگو و گروه کنترل با هم مقایسه شده بود، شدت درد در گروه طب فشاری کمتر از دو گروه دیگر بود (۲۰). در مطالعه چانگ و همکاران (۲۰۰۳) که به مقایسه طب فشاری در نقاط LI4 و BL67 با ماساژ افلورج و مراقبت معمول پرداخت، درد در گروه طب فشاری نسبت به دو گروه دیگر کاهش معنی داری نشان داد (۲۸). لی و همکاران (۲۰۰۴) با مقایسه طب فشاری و لمس نقطه SP6، کاهش درد را بلافاصله و ۳۰ و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله در طب فشاری گزارش کردند (۲۹). هجلمست و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه ای مشابه با لی به نتیجه ای مشابه دست یافتند (۳۰). در مطالعه حمید و همکاران (۲۰۱۳) نیز با مقایسه طب فشاری در این نقطه و گروه کنترل نتیجه مشابه با مطالعه لی به دست آمد (۳۱).

## بحث

طب فشاری از دیرباز به عنوان یکی از روش های غیر دارویی جهت کاهش درد و طول مدت زایمان استفاده می شود. هدف مطالعه حاضر، ارزیابی کارآزمایی های بالینی انجام شده در مورد تأثیر طب فشاری بر کاهش درد زایمان بود. در ارزیابی این مطالعات از نحوه

تصادفی سازی<sup>۱</sup> شرکت کنندگان، پیگیری<sup>۲</sup>، کورسازی<sup>۳</sup>، کورسازی تخصیص<sup>۴</sup> و نحوه آنالیز آماری<sup>۵</sup> که از معیارهای جداد می باشند، استفاده شد. استاندارد طلایی در کارآزمایی بالینی، تصادفی سازی است (۳۲). مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی سازی نشده اثرات درمانی را نسبت به مطالعات تصادفی شده، بیش از حد تخمین می زنند (۳۳). اندازه تخمین بیش از حد، زمانی که تصادفی سازی به روش درست انجام نشود تا ۴۰٪ گزارش شده است (۳۲). تصادفی سازی، تورش ناشی از انتخاب نمونه و کورسازی تورش ناشی از مشاهده گر را از بین می برد (۳۴).

طب فشاری، شاخه ای از طب سوزنی است که در آن همان نقاط به شکل غیر تهاجمی با فشار تحریک می شوند. در زمینه استفاده از روش طب فشاری در لیبر ۱۲ مطالعه با کیفیت خوب انجام شده بود (۳۰-۲۸، ۲۴-۱۸، ۱۶-۲۰، ۱۴-۱۶). ۶ مقاله نیز از کیفیت خوب برخوردار نبودند (۱۵، ۱۹، ۲۷-۲۵، ۳۱). بنابراین شواهد کافی برای بیان آثار مفید طب فشاری در لیبر برای کاهش درد زایمان وجود دارد. در اغلب مطالعات برای کاهش درد زایمان از فشار در نقطه SP6 (۳۱-۲۹، ۲۳-۲۲، ۱۹، ۱۷، ۱۵-۱۴) و نقطه هوگو (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۴، ۲۷، ۲۸) استفاده شده بود. نقطه ۶ طحالی که نقطه SP6 و سانینجیائو نیز نامیده می شود، محل اتصال سه کانال طحال، کبد و کلیه است. این نقطه، ۴ انگشت بالای قوزک داخلی پا در پشت لبه خلفی تیبیا قرار دارد. نقطه هوگو یکی از نقاط فشاری مربوط به کانال انرژی روده بزرگ است، برای همین نقطه large intestine 4 یا L14 نیز نامیده میشود. این نقطه در پرده پوستی دست بین انگشت شست و اشاره و بین محل اتصال اولین و دومین استخوان متاکارپ قرار دارد (۲۱). در تعدادی از مطالعات نیز تأثیر طب فشاری بر کاهش درد زایمان در نقاط ۲۱ کیسه صفرا (GB21) واقع در وسط خط فرضی که از مهره ۷ گردن به بالاترین بخش شانه متصل می شود، ۳۲ مثانه واقع در زیر کمر روی

<sup>1</sup>Randomization

<sup>2</sup>Follow up

<sup>3</sup>Blinding

<sup>4</sup>Concealment allocation

<sup>5</sup>Intention to treat

درد زایمان و طول مدت لیبر مؤثر است که این شواهد نیز از نتایج مطالعه حاضر حمایت می کند (۱۲). البته در مطالعه حاضر تعداد مقالات انجام شده با کیفیت در این زمینه بیشتر بود و مطالعات انجام شده در ایران نیز به آن اضافه شد، بنابراین با قطعیت بیشتری می توان بیان نمود که طب فشاری در کاهش درد زایمان مؤثر است و میتوان این روش را برای کاهش درد زایمان پیشنهاد کرد. همچنین چون مطالعات متعددی در مورد کاربرد طب فشاری برای کاهش درد زایمان در ایران انجام شده است، انجام مطالعه در مورد سایر روش های کاهش درد زایمان و توجه به افزایش کیفیت کارآزمایی های بالینی پیشنهاد می شود.

### نتیجه گیری

طب فشاری در کاهش درد زایمان مؤثر است و از نقاط ۶ طحالی و هوگو نسبت به سایر نقاط (۲۱ کیسه صفرا، ۳۲ مثانه، ۶۷ مثانه) با اطمینان بیشتری می توان جهت کاهش درد زایمان استفاده کرد، زیرا در مطالعات بیشتری از این نقاط استفاده شده بود و این مطالعات دارای اعتبار قابل قبولی بوده و نتایج مثبت در کاهش درد زایمان داشته اند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین محترم کتابخانه و واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی شهروود جهت همکاری در جستجوی مقالات تشکر و قدردانی می شود.

سوراخ دوم ساکروم و ۶۷ مثانه واقع در وسط لبه بیرونی انگشت کوچک پا گزارش شد. چینی ها در طب سنتی معتقدند که دو نیروی یین و یانگ در بدن وجود دارند که عدم تعادل بین این دو باعث بروز اختلال و بیماری می شود (۲۹). همچنین مطابق با نظر طب چینی، کانال های انرژی تحت عنوان مریدین در بدن وجود دارند که مسدود شدن آن ها باعث عدم تعادل در این نیروها می شود. بر این اساس ممکن است طی زایمان، گرفتگی در مریدین ها ایجاد شود که منجر به بهم خوردن تعادل انرژی ها و در نتیجه درد می شود. بنابراین تحریک این نقاط می تواند باعث تعادل انرژی و برطرف شدن درد شود (۲۸). مکانیسم دقیق تأثیر طب فشاری بر درد مشخص نیست، اما به نظر می رسد با تحریک کانال های انرژی، تعادل بین نیروها و جریان انرژی برقرار شود. همچنین ممکن است طب فشاری از انتقال محرک درد جلوگیری و باعث افزایش سطح آندورفین شود (۲۹). از سوی دیگر با کاهش سطح اضطراب ممکن است باعث کاهش درد شود (۲۹)، زیرا اضطراب با افزایش کاتکول آمین ها همراه است که خود منجر به کاهش آندورفین، افزایش درد و طولانی شدن لیبر میشود (۳۵). مکانیسم دیگر بر اساس تئوری کنترل دریاچه ای است که بر این اساس فشار فیبرهای عصبی بزرگ را تحریک کرده و در نتیجه با بسته نگه داشتن دروازه های انتقال درد، باعث کاهش احساس درد می شود (۳۶). مطالعه سیستماتیک اسمیت و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که طب فشاری منجر به کاهش درد زایمان می شود که در راستای نتایج مطالعه حاضر بود (۱۱). مطالعه سیستماتیک لی و همکار (۲۰۱۱) نیز نشان داد که طب فشاری در کاهش

### منابع

1. Abushaikha L, Oweis A.. Labor pain experience: a Jordanian perspective. *Int J NursPract.* 2005; 11(1): 33-8.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics.* 21<sup>th</sup>ed. New York: Mc Grow Hill Medical; 2010.
3. El-Wahab N, Robinson N. Analgesia and anesthesia in labor. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine.* 2011; 21(5): 137-41.
4. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186: S16-24.
5. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor findings from a large prospective study. *Birth.* 1993; 20: 65-72.
6. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol.* 1995; 59:S9-15.



7. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T. Maternal request for caesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?. *Birth*. 2006; 33(3):221-8.
8. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Håger R, et al. Indications for caesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003; 188: 864-70.
9. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with child birthing among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2007; 25:155-62.
10. Deepak AKR, Chopra S. Effect of acupressure on intensity of labor pains and duration of first stage of labor among primigravida mothers. *Nursing of Midwifery Research Journal*. 2013; 9(4): 178-86.
11. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;6(7):CD009232.
12. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 42(4):589-603.
13. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled Clinical Trials*. 1996; 17 (1): 1-12.
14. Heidari P, Mojdeh F, Mazloom R, Tanbakoi K, Judaki K. Effect of acupressure on labor pain intensity. *Hakim Research Journal*. 2008; 11(2): 39- 46.[Persian]
15. Kordi M, Firoozi M, Esmaili H. Effect of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor in nulliparous women. *The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2010; 16(3,4): 95-101.[Persian]
16. Ozgoli G, Sedigh S, Heshmat R, AlaviMajd H. Effect of right hand hegu acupressure on pain intensity of active phase of labor in primiparous women. *Kowsar Medical Journal*. 2010; 14(4): 229-34.[Persian]
17. Samadi P, Lamiyan M, Heshmat R, Faghihzadeh S. Effect of acupressure at SP6 point on labor pain intensity. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010; 14(1): 55-64.[Persian]
18. Hamidzadeh A, Shahpourian F, JamshidiOrak R. Effect of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *Koomesh*. 2011; 12(2): 196-203.[Persian]
19. Kashanian M, Shahali Sh. Effect of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparous women. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010; 12(3): 7-11.[Persian]
20. Kordi M, RohaniMashadi S, Fadaee A, Esmaili H. Effects of SP6 acupressure on reducing the labor pain during the first stage of delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 12(4): 7-12. [Persian]
21. Salehian T, Safdari-Dehcheshmehi F, Alavi A, Rahimi- Madiseh M. Effect of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on labor pain and delivery time in nulliparous women. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2011; 12(4): 8-14.[Persian]
22. Akbarzadeh M, Moradi Z, Zare N, Hadianfard MJ, Jekar A. Comparing the effect of acupressure at two GB-21 and SP-6 points on the pain severity of active phase of delivery among primiparous women. *Armaghan-danesh*. 2012; 16(6): 498-506.[Persian]
23. Hossein Pour N, Kaviani M, Razaghi M. Comparison of effect of transcutaneous electrical nerve stimulation and acupressure in decreasing labor pain in primiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(12): 27-33. [Persian]
24. Kaviani M, Ashoori M, Azima S, RajaeiFard A, HadianFard MJ. Comparing the effect of two methods of acupressure and ice massage on the pain, anxiety levels and labor length in the point LI-4. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2012; 20(2): 220-8. [Persian]
25. SayyedzadehAghdam N, Vakilian K, Davood M. Effect Of Bladder 32 and Gall bladder 21 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *TebMokamel*. 2012; 2: 29-35. [Persian]
26. KhavandizadehAghdam S, Daryabakhsh A. Effect of acupressure at Hugo point on the process and outcomes of labor in nulliparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15(27): 14-20. [Persian]
27. Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement TherClinPract*. 2012; 18(3):169-72.
28. Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res*. 2003;11(4):251-60.
29. Lee MK, Chang SB, Kang D. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*. 2004;10(6):959-65.
30. Hjelmstedt A, Shenoy ST, Stener-Victorin E, Lekander M, Bhat M, Balakumaran L, et al. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *ActaObstetGynecol Scand*. 2010; 89(11):1453-9.

31. El Hamid NAEF, Obaya HE, Gaafar HM. Effect of Acupressure on Labor Pain and Duration of Delivery among Laboring Women Attending Cairo University Hospital. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*. 2013; 7(2): 71-6.
32. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. *JAMA*. 1995; 273: 408.
33. Chalmers TC, Matta RJ, Smith J Jr, Kunzler AM. Evidence favoring the use of anticoagulants in the hospital phase of acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1977; 297(20): 1091-6.
34. McQuay H, Carroll D, Moore A. Variation in the placebo effect In randomized controlled trials of analgesics: all is as blind as it seems. *Pain*. 1996; 64(2): 331-5.
35. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with child birthing among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2007; 25(2):155-62.
36. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain*. 2007; 127(3): 214-20.

Archive of SID