

از کارهای بیمارستان زنان

زایمان پی درد پوسپیله تزریق «اوسیتو نارژنول»

Ocytonargénol

نکارش

دکتر علی راسخ

و

دوشیزه دکتر س قویمی

رئیس بخش وابسته بیمارستان زنان

دستیار بیمارستان زنان

در شماره آذرماه ۱۳۲۷ مجله شهریر شرحی راجع به زایمان با دارو والکتربك ترجمه از پرس مدیکال نگاشته شده بود و همچنین در شماره ۱۲ جهان پزشکی (اسفند ۱۳۲۷) مقاله درباره پیشرفت در بیماریهای زنان و تسکین درد در موقع زایمان ترجمه آقای دکتر ابوتراب نفیسی از مجلات پزشکی امریکادر ج شده بود و اینجانب را بر آن داشت تا تحقیقات و تجربیات بیمارستان زنان را در این مورد به اطلاع همکاران برسانم. خصوصاً آنکه در دو ماه قبل توسط نمایندگی «کلن» دو جعبه آمپول محتوی «اوسیتو نارژنول» بطور نمونه به اینجانب داده شد که در مورد زائوها آزمایش نموده و نتیجه را اطلاع دهم. چون قبلاً با این داروی اختصاصی آشنا بودم و به هنگام آسیستانی در زایشگاههای «تارنیه» و بودلوك (۱) (پاریس) در سه سال قبل آزمون هائی با این دارو شروع کرده بودم لذا بدنباله آن با همکاری خانم دکتر قویمی برای زایمان سریع و بی درد در زائوهای بیمارستان زنان تجربیاتی بعمل آمد و در زیر نتیجه را از نظر خوانندگان میگذرانم.

قبلاً باید متذکر شوم که در دو سال قبل هم کنفرانسی تحت عنوان

زایمان بی درد با تزریق نوکائین اپیدورال توسط آقای دکتر صالح رئیس دانشکده پزشکی داده شده و ناگزیرم ابتداء داروهای مختلفی که به این منظور استعمال میشود با فوائد و مضار هر يك شرح دهم:

۱- زایمان بی درد با تزریق اپیدورال نوکائین (۱) که منظور بیحس

کردن اسافل بدن است اولین بار توسط «باژس» اسپانیولی در سال ۱۹۲۱ متداول و بعداً از سال ۱۹۴۳ تغییرات در روش آزمون بوسیله «هینگ سان» وادوارد داده شد که نتیجه آن رضایت بخش است ولی مستلزم اسباب بخصوص و پزشک کارشناس است بعلاوه بیمار هم باید در بیمارستان حتماً بستری باشد بنابراین در همه جا نمیتوان آنرا بکار برد.

۲- داروهای مخدره فرار از قبیل اتر- کلروفرم علاوه بر خطراتی که در حین بیهوشی ممکن است پدیدار شود درخوت (۲) عضلات را ایجاد میکند و زهدان بحال بی حرکتی (۳) قرار گرفته و برای خارج کردن جنین باید فرسپس بکار برد. پس بهتر است فقط در موقع خروج سر خیلی کم اتر داد ولی بیمار در هر صورت رنج در دراز دوره دیلاتاسیون و «آنکاژمان» (۴) تحمل نموده است. کلرفرم خیلی به آهستگی دفع میشود بنابراین اگر به مقدار زیاد داده شود روی جنین اثر میکند بعلاوه چون عده از زنان آبستن مبتلا به عدم کفایت کبدی هستند کلرفرم روی کبد اثر بدی داشته ولی برعکس به مقدار منکسر (۵) بطور (۶) ضرر ندارد.

۳- پروتوکسید دازت - بهترین داروی مخدر فرار است و ما

در سرویس پرفسور «لامنتو» گل «نتایج گرانبهای گرفته، نه در مادر و نه در جنین عوارض بدی ندارد، بیمار در موقع استنشاق بحال بیهوشی (۷) افتاده و تنها

۱ - caudal anesthesia ۲ - relachement ۳ - inertie

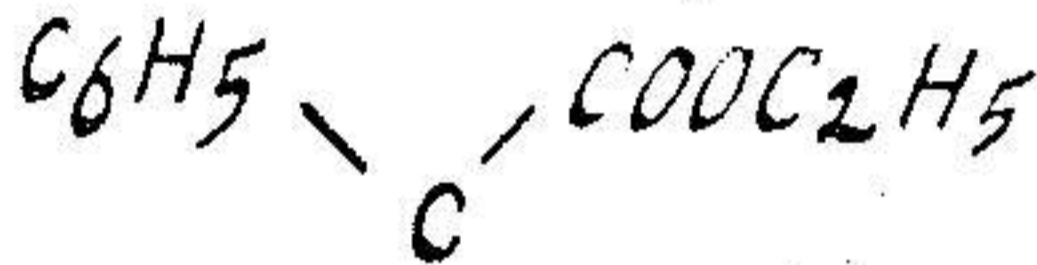
۴ - engagement ۵ - dose fractionné

۶ - technique à la reine ۷ - inconscience

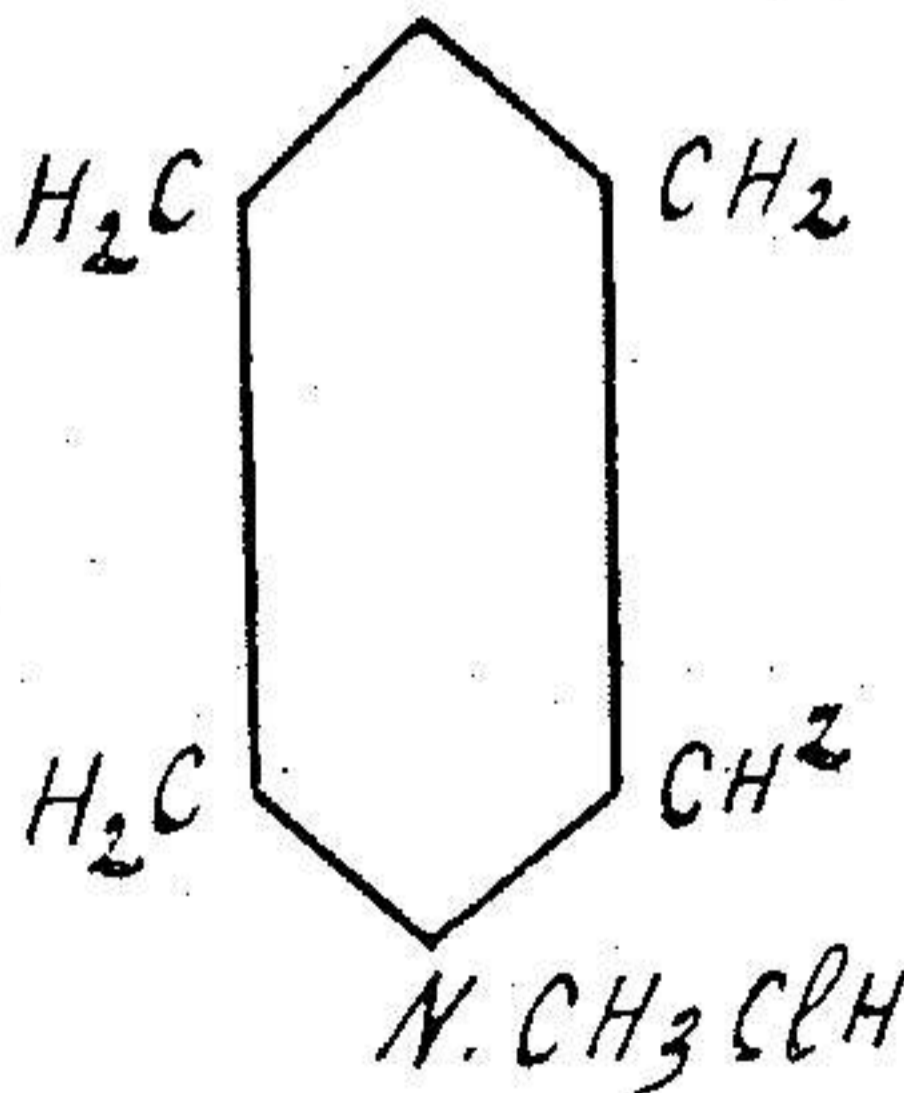
عیب آن لزوم تانگت مخصوص برای نگاهداری گاز است که در منازل حمل و نقل آن کمی مشکل است.

۴- داروهای خواب آور استعمال نشده که به مقدار کم فقط ادراک را محو و زائل و به مقدار زیاد اگرچه درد را برطرف میکند ولی در روی جنین اثر نا مطلوبی دارد. داروهای مخدر نیز همین خاصیت را دارد و با تزریق مرفین نه فقط تنوس عضله زهدان کم میشود بلکه نوزاد که بدنیا می آید تنفس بدو ناراحتی دارد.

۵- داروهای دیگر از قبیل «کورار» و «دولانتین» که آمریکائی ها «دمرول (۱)» و انگلیسی ها «پتی دین» (۲) نام نهاده و گاهی به اختصار S-۱۴۰ و یا D۱۴۰ میگویند یک داروی ساختگی است که هم اثر تسکین شبیه مرفین و هم خاصیت اسپاسمولیتیک دارد (هم از گروه «نوروتروپ» مثل آتروپین و هم از گروه موسکولو-تروپ مثل پاپاورین) فرمول شیمیائی آن:



hydrochlorure de l'ester
ethylique du
1 methyl 4 phenyl
piperidine 4 carboxylique



اگرچه بعقیده کارتر آمریکائی بواسطه زود گشاد شدن قسمت سفلی

۱ - Demerol ۲ - pethidine

زهدان زایمان تسریع و درد تخفیف و روی تنفس طفل هم اثر سوئی ندارد ولی تصور مینمایم بعلت بی حسی که در عصب واك ایجاد و هم چنین بواسطه پائین آوردن فشار خون و وازودیلاتاسیون که ایجاد می نماید استعمال این دارو را تا حدی محدود مینماید .

در سال ۱۹۴۳ وک وایرو نیک عمل مسکن (۱) و ضد اسپاسم آنرا بیان کردند. با تزریق آن پارزی عصب واگک ایجاد و نیز اتساع عمومی عروق را باعث میشود. دارویی است بی ضرر و کم خطر « بارمز » در سال ۱۹۴۷ در مجله جراحی انگلیسی مقاله مفصلی نگاشته و خواص زیادی از آن شرح داده. گوئی نیز در مجله طبی کانادا نتایج شبیه به آنچه که همکار انگلیسی خود بیان کرده راجع به خواص « دمرول » (ساخت کارخانه وینتروپ) نگاشته است .

۶ - سولفات دواسپارتئین در سال ۱۹۲۰ «تام باتا» اثر محرک اسپارتئین را در روی عضله زهدان دانست و در سال ۱۹۳۹ کلین اثر «اوسیتوسیک» آنرا مشاهده کرد. یعنی با در نظر گرفتن شباهتی که مابین عضله قلب و زهدان است ب فکر افتاد که سولفات دواسپارتئین در روی عضله زهدان همان اثر را میگذارد که روی عضله قلب یعنی دامنه انقباضات را زیاد میکند. ولی دنباله تجربیات خود را نگرفت تا اینکه در سال ۱۹۴۶ لوی سولان و مرسیه ابتدا این تجربه را در روی خرگوش و موش و بعد در روی زن نموده و نه فقط عقیده کلین را تصدیق بلکه برای اولین بار در زایمان استعمال کردند .

سولفات دواسپارتئین قوتی به انقباضات زهدان داده و تنوس آنرا در حال فحل زیاد میکند ولی اگر داروهای از قبیل آدرنالین و یا کافئین که عمل دپرسور دارند استعمال کنیم عمل اسپارتئین را خنثی کرده و اگر مجدداً اسپارتئین تزریق کنیم مجدداً عضله زهدان تنوس خود را بدست

میآورد. این تجربه فقط در روی زهدان هائی که در حال فحل است نتیجه دارد و اگر زهدان حیوان عقیم شده را برای این منظور مورد عمل قرار دهیم هیچ نوع انقباض حتی با تزریق مقدار زیاد اسپارتنین بدست نخواهد آمد مگر اینکه مقدار زیادی فولیکولین به حیوان تزریق کنیم. بنابراین فولیکولین برای حساسیت عضلات نسبت به عمل اسپارتنین لازمست. لوی سولال که تجربه بیات خود را در روی موش انجام داده بدین نتیجه رسید که در زن آبستن موقع وضع حمل هر گاه انقباضات زهدان متوقف شده باشد تزریق آن انقباضات را متوالی و شدت و طول مدت انقباضات را زیاد میکند. بنا بر این خاصیت اوسیتوسیک دارد و بدین لحاظ دیالاناسیون را خیلی سریع میکند مقدار سولفات دو اسپارتنین که به منظور اوسیتوسیک بکار میرود بین ۱۵-۲۰ سانتیگرام است اولین انقباض بفاصله ۵-۱۰ دقیقه بعد از تزریق پیدا میشود و حداکثر تاثیر آن نیمساعت بعد از تزریق میباشد و اثر دارو ۲-۴ ساعت ادامه خواهد داشت. هر گاه نتیجه مطلوبه با تزریق آمپول اول گرفته نشده میتوان بدون ترس تزریق مجدد ۱۰-۱۵ سانتیگرام دیگر کرد. پرفسور لانتوزول معتقد است که تنها یک گرام و نیم سولفات دو اسپارتنین ممکن است عضله زهدان را بحال تنانیزاسیون در آورد و بنا بر این استعمال ۲۰-۳۰ سانتیگرام به هیچ وجه خطر پی توایتترین که هم ممکن است پارگی زهدان را ایجاد و هم جنین را خفه نماید ندارد، پس اسپارتنین نه تولید انقباض شدید و نه کلاسیپوس که اغلب تزریق هیپوفیز دارد نمیکند. هر گاه بیماری به تزریق ۲۰-۳۰ سانتیگرام عکس العمل نکرد نباید مجدداً تزریق کرد زیرا زهدان در مقابل اسپارتنین مقاومت دارد. امروزه در بعضی موارد موقع عمل جراحی قیصری پس از خارج کردن جنین بجای پیوتوئیتترین سولفات دو اسپارتنین به عضله زهدان تزریق

میکنند. سانولسکو و همکارانش (در بخارست) بتازگی در مجله «پرس مدیکال» پاریس مقاله راجع به تزریق اسپارتئین نگاشته و نتایج مفصلی در اوسرواسیون هائی مثبتی از تزریق آن بدست آورده اند که عبارتند از:

الف- از تمام املاح اسپارتئین سولفات آن اثر اوسیتوسیک قویتری دارد.

ب- این اثر اوسیتوتیک در دوره آبستنی هیچ است و فقط در موقع زایمان یعنی موقع اتساع خاصیت خود را میبخشد. درد ها را منظم و شدت آنرا زیاد میکند.

ج- رجحان آن بر عصاره قسمت خلفی هیپوفیز اینست که نه خشن است و نه تولید انقباض شدید زهدان میکند. انقباضاتی که میدهد بتدریج زیاد و در فاصله دو درد دوره استراحت است که عضله زهدان در حال رخوت کامل است.

د- ممکن است آنرا بجای ارگوتین و یا پیتوئترین بعد از کنده شدن جفت و هر گاه جفت را کوراژ کرده باشیم در عضله زهدان از روی جدار شکم تزریق نمود.

ه- در بیماران قلبی و یا مبتلا به فشار خون و مسلول میتوان سولفات دو اسپارتئین را بکار برد. تنها در موردیکه زهدان بحال هیپرتونی باشد باید از تزریق آن صرف نظر کرد.

۷- اوسیتو نارژنول: سولفات دو اسپارتئین چنانچه دیدیم فقط اثر اوسیتوسیک دارد است. از سال ۱۹۳۹ که خواستند زایمان بی درد و یا کم درد ایجاد کنند ابتدا مخلوطی از مرفین اسکوپولامین و هیپوفیز بکار بردند ولی بزودی فرمول آنرا تغییر دادند زیرا به نتیجه نمیرسید و یا اگر نتیجه داشت خطراتی متوجه جنین و مادر میشد. پس بجای مرفین که جنین را مسموم میساخت

او کودال (۱) یکی از ترکیبات کدئین که مسمومیتش کمتر بود استعمال شد. اسکوپولامین را چون خاصیت ضد اسپاسم داشت اضافه کردیم چون مخلوط « او کودال - اسکوپولامین » اثر رگ گشا دارد لذا ادرین اضافه شد و بجای هیپوفیز هم اسپارتین بکار برده شد. در این فرمول مرسیه و کلین و «مورن» تغییرات کم و زیادی دادند 206 RM ساخته و اوسیتونار ژنول که ما از آن نام میبریم همان 206 RM است که توسط کارخانه کلن وارد بازار گردیده است.

206 RM بواسطه گروه کدئینون رخوت کامل به عضله زهدان در فاصله های انقباضات داده و بواسطه گروه اسپارتین ریتم انقباضات را منظم میکند.

پس مخلوط 206 RM نه فقط تسریع در زایمان و دیلاتاسیون را سریع میکند بلکه درد زایمان را هم تقریباً از بین میبرد. ولی باید متذکر شد که اصولاً بیماران آبستن نسبت به این دارو یکسان عکس العمل نشان نمیدهند. یعنی نژاد - حالت روحی - اراده حساسیت شخصی و قابلیت پذیرش نسبت به داروهای مسکن مؤثر بوده و لذا نمیتوان اثر آنرا در تمام بیماران مساوی بدانیم.

موضوع دیگر چنانچه اشاره شد به موقع باید استعمال کرد یعنی فقط در دوره شروع دیلاتاسیون و الا اگر با پیدا شدن اولین درد های خفیف زایمان تزریق کنیم اثر زیادی نخواهد داشت و باید زائورا از راه مقعد آزمایش نمائیم تا شروع دیلاتاسیون را حس کنیم.

طرز تزریق. آمپولهایی که در دسترس ما گذارده شد محتوی 2 cc

از محلول اوسیتونار ژنول است. ابتدا اندازه های لگن مادر گرفته میشود که طبیعی

باشد و وضعیت بچه از لحاظ بزرگی سرو نمایش نیز باید طبیعی قرار گرفته باشد. دیلاتاسیون دهانه زهدان به ۵ ریالی که رسید اولین تزریق را انجام میدهم بطوریکه دو آمپول (۴ سانتی متر مکعب) را یکجا شکسته و در سرنک کشیده به آرامی هر چه تمامتر (یک دقیقه مدت تزریق طول بکشد) در عضله سرین مریض وارد میکنیم. در بیمارانی که ما مورد آزمایش قرار دادیم هرگز بادو آمپول اول نتیجه گرفته نشد.

در صورت احتیاج به تجدید تزریق باید ۲ cc دیگر و حتماً زودتر از ۵ ساعت نباشد تزریق نمود. توام با آن یک آمپول کورامین نیز به مریض میزنیم.

اوبسرواسیونهایی که در بیمارستان زنان بتوسط خانم دکتر قویمی تهیه گردید چهار و بقرار زیر است:

۱ - بتول ۲۶ ساله حاملگی دوم. زایمان قبلی راحت و بدون عارضه سپری شده.

وضع کنونی قبل از تزریق: مادر و بچه طبیعی و سالمند دهانه زهدان بقدریک ۵ ریالی باز، دردها هر چهار دقیقه یکبار، انقباضات رحم منظم و محسوس، قلب بچه ۱۴۰ و فاصله سربک انگشت کامل است، کیسه آب پاره نشده.

اولین تزریق بعمل آمد. مریض احساس حرارت زیادی در سر و صورت نمود فشار خون تغییری نکرد. دردها ۱۰ دقیقه بعد از بین رفت. پس از ۶ ساعت که مجدداً دردها ظاهر شد تزریق دوم (۲ cc) انجام گرفت. (توأم با کورامین)

مجدداً دردها از بین رفت و زایمان ۷/۵ ساعت بعد از اولین تزریق انجام گرفت، در حالی که مریض مختصری درد میکشید. بنا بگفته مریض زایمان

اوازلحاظ راحتی هیچ طرف مقایسه با بار اول نیست. (نتیجه مثبت)
 ۲ - بیمارزنی است ۲۰ ساله بعلت دردهای زایمانی مراجعه نمود.
 حاملگی بار اول. اندازه‌های لگن طبیعی، سر بیچه نیز طبیعی است. فاصله
 يك انگشت کامل و دیلاتاسیون ۵ ریالی است. قلب بیچه ۱۴۸ در دقیقه، درد
 ها هر ۷ دقیقه یکبار، کیسه آب پاره نشده.

تزریق اول ساعت ۵ ر ۱۰ صبح بعمل آمد. درد ها آرام شد و
 انقباضها هم خفیف تر گردید.

در حدود ساعت ۵ عصر درد ها شدید و تزریق ثانوی توأم با
 کورامین انجام گرفت (بعلت پیدایش و شدت مجدد دردها) در این موقع
 فاصله سر کم نشده بود، و دیلاتاسیون مختصری از ۵ ریالی بیشتر بود.
 مریض برای سومین بار در ساعت ۱۰ روز بعد معاینه گردید. پیشرفت زیاد
 نبود. قلب بیچه خوب و در ساعت ۱۲ چون قلب بیچه آریتمی پیدا کرد و
 دیلاتاسیون هم کامل شده بود بکمک فرسپس بیچه خارج شد. (نتیجه منفی)
 ۳ - بیمار زنی است ۲۸ ساله، بعلت دردهای زایمانی مراجعه
 نموده است. سومین بار است که حامله شده دوبار را راحت و بدون عارضه
 گذرانیده است.

در معاینه، فاصله سر دو بند انگشت و نیم، دیلاتاسیون ۵ ریالی، دردها
 هر ۴ دقیقه یکبار، قلب بیچه ۱۳۶، کیسه آب پاره نشده دو ساعت بعد از
 تزریق اول اسیتونارژنول دردها با شدت اولیه شروع شد. بعد از ۵ ساعت
 و نیم تزریق دوم انجام گرفت. ۱۵ ساعت بعد از تزریق اول زایمان انجام
 گرفت، در حالیکه مریض با شدت طبیعی درد میکشید. در اواخر دوره درد
 مریض کمی « اینرسی » داشت. بیچه سالم و طبیعی خارج شد. (نتیجه منفی)
 ۴ - بیمارزنی است ۲۵ ساله، سومین بار است که میزاید. دیلاتاسیون

۵ ریالی، قلب بچه خوب، ۱۱ ساعت بعد از اولین تزریق زایمان انجام گرفت و چند ساعت بعد از تزریق بیمار کاملاً راحت و بدون رنج بود، زایمان کم درد و نوزاد هم سلامت بود (نتیجه مثبت)