

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۱، بهار ۱۳۹۱

مقایسه تاثیر تزریق اکسی توسین عضلانی و تحریک پستانی بر میزان خونریزی و طول مرحله سوم زایمان

فرشته نارنجی^{۱*}، زهرا بهمنی^۲، راضیه میرزایی^۳

۱. مربی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

۲. ماما، کارشناس، شبکه بهداشتی ورامین، دانشگاه شهید بهشتی.

۳. ماما، کارشناس، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۲۸

چکیده

مقدمه: خونریزی بعد از زایمان یکی از علل عمده مرگ و میر مادران به خصوص در کشورهای در حال توسعه می باشد و تحریک پستانی به وسیله گذاشتن نوزاد بر روی سینه مادر و مکیدن آن یک روش فیزیولوژیک و بدون هزینه و کارآمد در کاهش میزان خونریزی مرحله سوم زایمان می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که به منظور مقایسه تاثیر تزریق اکسی توسین عضلانی و تحریک پستانی بر طول مدت و میزان خونریزی مرحله سوم زایمان بر روی ۱۵۰ زن باردار مراجعه کننده به زایشگاه طالقانی شهر اراک انجام گردیده است واحدهای مورد پژوهش از شکم اول تا چهارم با سن ۱۸-۳۵ سال بارداری ترم (۳۸-۴۲) هفته، تک قلو، سفالیک، عدم ماکروزومی جنین بود و نمونه ها به طور تصادفی در ۳ گروه قرار داده شدند. در یک گروه بلافاصله پس از قطع بند ناف نوزاد و بستن بند ناف نوزاد بر روی سینه مادر گذاشته می شد و در گروه دیگر اکسی توسین به صورت عضلانی به مادر تزریق می شد. گروه سوم نیز دارویی دریافت نکرده اداره فیزیولوژیک شدند. سپس در سه گروه طول و میزان خونریزی مرحله سوم زایمان اندازه گیری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان دادند که میانگین سن در زنان باردار شرکت کننده در پژوهش $26/86 \pm 4/95$ سال بوده و اکثراً (۴۶٪) نخست زای دارای تحصیلات سیکل (۷۲٪)، سن حاملگی ۴۰ هفته (۶۷٪) و خانه دار (۹۸٪) می باشند. بر طبق آزمون کای دو مشخص گردید که توزیع سن، تعداد بارداری، تحصیلات، سن حاملگی، تعداد سقط جنین و شغل مادران باردار در سه گروه یکسان می باشد. همچنین یافته ها نشان دادند میانگین میزان خونریزی مرحله سوم زایمان به ترتیب از کم به زیاد در گروه اداره فیزیولوژیک $167/14 \pm 306/70$ ، تحریک پستانی $219/71 \pm 329/79$ و تزریق عضلانی $220/20 \pm 331/200$ سی سی می باشد. اما طول مرحله سوم زایمان در گروه تزریق اکسی توسین $5/54 \pm 10/42$ تقریباً با گروه تحریک پستانی $4/91 \pm 10/50$ مشابه و کمتر از گروه اداره فیزیولوژیک بود هر چند ارتباط آماری معنی داری در یافته ها دیده نشد.

نتیجه گیری: با وجود معنی دار نبودن نتایج این تحقیق به نظر می رسد مصرف اکسی توسین در کنترل خونریزی مرحله سوم زایمان سودمندی چندانی ندارد.

کلیدواژه ها: خونریزی زایمانی، مرحله سوم زایمان، اکسی توسین، تحریک پستانی.

*نویسنده مسئول: Email: narenji@arakmu.ac.ir

مقدمه :

کاهش فشار خون و واکنش آلرژیک می‌باشد و در مواردی که به صورت طولانی مدت ما حجم زیاد مایع مصرف شود به علت خاصیت آنتی دیورتیک این دارد ممکن است سبب مسمومیت شدید با آب همراه مرگ احتمالی مادر به دلیل پیامدهای فشار خون خونریزی زیر عنکبوتیه شود. اکسی توسین به جای آنکه خروج جفت را تسریع کند، ممکن است سبب مهار شدن خروج آن شود (۴).

در حالی که در مورد اثر اکسی توسین در درمان خونریزی پس از زایمان شکی نیست ولی این که استفاده پیشگیرانه و روتین از این دارو می‌تواند سبب کاهش خونریزی پس از زایمان در زنان کم خطر شود مورد قبول همه نیست (۳). به همین دلیل بسیاری از محققان به دنبال راه‌های مناسب‌تری می‌گردند تا میزان دریافت دارو را به مادر بکاهند و یا به روش دیگری کنترل این مرحله را انجام دهند از میان این روش‌ها می‌توان به اثر تحریک پستان بر روی انقباض رحم و کنترل خونریزی مرحله سوم زایمان اشاره کرد که پس از مرحله سوم زایمان و اتمام یافتن کلیه مراحل زایمانی به طور معمول نوزاد بر سینه مادر قرار داده می‌شود اما با توجه به مطالعات محدود از این روش برای مرحله سوم زایمان استفاده نمی‌گردد و یا ندرتاً استفاده می‌شود (۸) و از طرفی این روش نیازی به باز کردن راه ورود دارو به بدن مادر نمی‌باشد و همچنین برقراری ارتباط عاطفی مادر و نوزاد را بهبود می‌بخشد تحقیقاتی نه چندان زیاد در این مورد صورت گرفته است اما این روش به ظاهر مناسب برای معمول شدن در اجرا نیاز به مطالعات بیشتر و وسیع‌تر دارد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در آن تعداد ۱۵۰ زن باردار تک قلوئی با سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال شکم اول تا چهارم بدون ابتلا به عارضه داخلی و جراحی و جنین غیر ماکروزوم مراجعه کننده به اتاق زایمان بیمارستان طالقانی شهر اراک که تمایل به شرکت در تحقیق داشتند بطور تصادفی در سه گروه قرار داده شدند. با استفاده از فرمول

خونریزی پس از زایمان از تهدیدهای بزرگ زندگی زنان می‌باشد و هنوز از شایع‌ترین علل مرگ و میر مادران کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود (۱). در واقع نیمی از مرگ‌های بعد از زایمان در کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهد (۲) وضع حمل موفقیت‌آمیز فقط منحصر به زایمان جنین نمی‌باشد بلکه خروج جفت و پرده‌ها نیز اغلب جزو معضلات عمده مامایی به شمار می‌آید. چرا که در برخی موارد زیر علت خونریزی‌های شوک و عفونت که از عوارض احتباس جفت و پرده‌های جنینی هستند، مرگ مادر اتفاق می‌افتد (۳). خونریزی بعد از زایمان به از دست دادن حداقل ۵۰۰ سی‌سی خون در زایمان طبیعی و حداقل ۱۰۰۰ سی‌سی در سزارین پس از پایان مرحله سوم زایمان اطلاق می‌شود.

شیوع خونریزی بعد از زایمان، در زایمان طبیعی ۲/۴٪ و در سزارین ۶٪ گزارش شده است (۴) و خونریزی ناشی از طولانی شدن مرحله سوم زایمان نه تنها بخش بزرگی از خونریزی پس از زایمان را بوجود می‌آورد بلکه موجب افت مکانیسم‌های دفاعی بدن، نکروز هیپوفیز و همچنین شیوع عفونت پس از زایمان می‌گردد (۱). مرحله سوم زایمان از زمان خروج جنین آغاز شده و با خروج جفت پایان می‌یابد. به طور معمول این مرحله ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و طول کشیدن بیش از ۳۰ دقیقه این مرحله غیرطبیعی بوده و موجب افزایش خونریزی می‌گردد (۵-۶). مکانیسم خونریزی و خروج جفت در مرحله سوم زایمان از کاهش حجم ناگهانی رحم و انقباض رحم ناشی می‌گردد (۱) مرحله سوم زایمان می‌تواند به دو صورت فعال و فیزیولوژیک اداره شود (۳). عقاید مختلف و متضادی طی سال‌های اخیر برای اداره مرحله سوم زایمان بیان شده است اداره فعال، عامل زایمان را درگیر مداخله می‌کند و اداره فیزیولوژیک زایمان اجازه می‌دهد که جریان به طور طبیعی پیش رود (۴).

اکسی توسین دارای عوارضی مثل تهوع و استفراغ، انقباض زودرس بطنی، خونریزی پس از زایمان، آرتیمی قلبی،

مشکلی است که گاه نیاز به مداخله فعال را ایجاب می کند و خود نیز سبب عوارض دیگری می گردد. هر چه جفت بیشتر در رحم باقی بماند خطر خونریزی بیشتر می گردد (۱۴ و ۱۵).

در حالی که اداره فیزیولوژیک زایمان اجازه می دهد که جریان به طور طبیعی پیش رود (۴) و تحریک پستانی با به سینه مادر گذاشتن نوزاد بلافاصله پس از زایمان، یکی از روش های توصیه شده جهت برقراری فوری ارتباط مادر و نوزاد و افزایش سطوح اکسی توسین در خون مادر می باشد (۱۴) اکسی توسین به عنوان یکی از داروهای کنترل کننده خونریزی پس از زایمان که می تواند با ایجاد انقباض در رحم سیر کنترل خونریزی را تندتر کرده و مدت مرحله سوم را کوتاه کند پیشنهاد می گردد و در پاره ای از موارد استفاده از آن در مرحله سوم زایمان به صورت انفوزیون وریدی و یا تزریق عضلانی جهت کاستن طول مدت مرحله سوم زایمان و کاهش حجم خونریزی توصیه می کنند (۷). نتایج این پژوهش تفاوت معنی داری را در میانگین میزان خونریزی مرحله سوم زایمان در سه گروه زایمان فیزیولوژیک، تزریق تحریک پستانی و داخل عضله مادر نشان نداد. هر چند این میزان در گروه زایمان فیزیولوژیک ($167/147 \pm 306/7$) میلی لیتر) کمتر از دو گروه تزریق داخل عضلانی ($220/21 \pm 321/20$) میلی لیتر و تحریک پستانی ($219/71 \pm 329/2$) میلی لیتر) بود و میزان این خونریزی در استفاده از هر یک از این روش ها در محدوده خونریزی طبیعی است (۱). در حالی که در مورد اثر اکسی توسین در درمان خونریزی پس از زایمان شکی نیست ولی این که استفاده پیشگیرانه و روتین از این دارو می تواند سبب کاهش خونریزی پس از زایمان در زنان کم خطر شود مورد قبول همه نیست (۳). اگر چه در بسیاری از مطالعات دیده شده است که مصرف اکسی توسین در مرحله سوم زایمان منجر به کاهش خونریزی در این مرحله می گردد (۳ و ۱۰ و ۱۶) و استفاده روتین از اکسی توسین پس از زایمان خطر خونریزی پس از زایمان را ۱۰٪ کاهش می دهد (۱۶) ما در مطالعه خود به چنین نتیجه ای در مرحله

مقایسه نسبت ها و با توجه به $\alpha = 5\%$ و $\beta = 20\%$ تعداد نمونه در هر یک از گروه ها ۵۰ نفر تعیین گردید. در یک گروه بلافاصله پس از قطع بندناف نوزاد پس از زایمان میزان ۱۰ واحد اکسی توسین در عضله مادر تزریق گردید، در گروه دوم بلافاصله پس از تولد نوزاد و بستن بندناف، نوزاد بر روی پستان مادر قرار داده شد و در گروه سوم مداخله ای صورت نگرفته و زایمان به طور فیزیولوژیک پیشرفت کرد. سپس در هر گروه طول مدت و میزان خونریزی مرحله سوم زایمان اندازه گیری گردید و نتایج مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار داده شد معیار خروج مادر عدم تمایل به ادامه مشارکت در تحقیق بود. خونریزی مرحله سوم زایمان به وسیله جمع آوری در ظرف مجزا که در زیر تخت بیمار قرار داشت و اندازه گیری آن توسط ظرف مدرج و توزین شانه های یک اندازه و یکسانی که برای تمام مادران در مرحله سوم زایمان استفاده می گردید، تعیین گردید. کلیه نکات اخلاقی هلسینکی در این طرح رعایت و نتایج بر اساس آزمون های آماری توصیفی و استنباطی، کای دو، Anova تعیین گردید.

یافته ها:

یافته های پژوهش نشان دادند که میانگین سن در زنان باردار شرکت کننده در پژوهش $26/39 \pm 4/95$ سال بوده و اکثراً (۴۶٪) نخست زایمانی دارای تحصیلات سیکل (۷۲/۷٪)، سن حاملگی ۴۰ هفته (۶۷/۷٪) و خانه دار (۹۸/۷٪) می باشند. بر طبق آزمون کایسکویر مشخص گردید که توزیع سن، تعداد بارداری، تحصیلات، سن حاملگی، تعداد سقط جنین و شغل مادران باردار در سه گروه یکسان می باشد. یافته ها در چهار جدول خلاصه گردیده است.

بحث:

در هر یک از مراحل زایمانی که شامل پیشرفت دیلاتاسیون، خروج جنین، خروج جفت و یک ساعت پس از زایمان می باشد احتمال بروز عوارض متعدد وجود دارد که می تواند سبب افزایش مرگ و میر و ناتوانی فراوان مادر شود و همچنین تأخیر در خروج جفت در مرحله سوم زایمان،

چفت دیده نشد اما در گروه اداره فیزیولوژیک (۴٪) احتباس جفت و خروج با تأخیر وجود داشت. افشار و ایرانفر هم در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اکسی توسین عامل خطری برای احتباس جفت نمی‌باشد (۱۸). در حالی که محبیان و همکاران در مطالعه خود میزان احتباس جفت را با افزایش میزان مصرف اکسی توسین افزایش یافته دیدند (۴) و صالحی و همکاران مانند مطالعه ما در مطالعه خود میزان احتباس جفت را در اداره فیزیولوژیک مرحله سوم زایمان بیشتر دیدند (۱۰).

در این مطالعه میزان اینرسی پس از زایمان در گروه تحریک پستانی (۴٪) بیشتر از دو گروه دیگر (۲٪) در هر گروه) بود. اما در اغلب مطالعات مورد بررسی پژوهشگر بر میزان اینرسی پس از زایمان در گروه‌های مورد پژوهش اشاره‌ای نگردیده است.

نتیجه‌گیری:

با توجه به معنی‌دار نبودن نتایج به دست آمده در این تحقیق به نظر می‌رسد مصرف اکسی توسین سودمندی چندانی برای کنترل خونریزی مرحله سوم زایمان نداشته باشد.

تشکر و قدردانی:

این تحقیق نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک به شماره ۲۸۴ می‌باشد بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی و بهداشتی اراک که ما را یاری نموده و کلیه هزینه‌های این پژوهش را تقبل نموده‌اند و کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد. طرح پژوهشی فوق در سایت کارآزمایی‌های بالینی با کد N۱۸۱۹۹۹۰۶۰۱۲۰ ثبت گردیده است.

سوم زایمان دست نیافتیم. به دلیل مصرف روزافزون اکسی توسین در القاء و کمک به دردهای زایمانی، دستیابی به مادرانی که با دردهای خود به تنهایی زایمان می‌کنند امری دست نیافتنی گردیده است شاید یکی از دلایل تفاوت نتیجه این تحقیق استفاده از اکسی توسین در مرحله اول زایمان در تمام مادران شرکت کننده در این پژوهش باشد. البته تیلاگاناتان و همکاران نیز بر اساس یافته‌های خود معتقد بودند که استفاده از داروی اکسی توسین نمی‌تواند میزان خون از دست رفته را در زنان کم خطر کاهش دهد (۱۷).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان دادند که طول مرحله سوم زایمان به دقیقه در گروه تزریق عضلانی اکسی توسین ($10/42 \pm 0/784$) نسبت به دو گروه تزریق داخل بند ناف ($10/5 \pm 0/765$) و زایمان فیزیولوژیک ($11/2 \pm 1/141$) کوتاه‌تر می‌باشد اما این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. عبدالهی و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که تزریق اکسی توسین در ورید بندناف طول مرحله سوم زایمان را نسبت به گروه شاهد کمتر می‌کند و این تفاوت در مطالعه آنان از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۳). اما با این وجود طول این مرحله در مطالعه ما در گروه تزریق عضلانی اکسی توسین از دو گروه دیگر کمتر بود. کانینگهام در چاپ نوزدهم کتاب ویلیامز نیز اشاره می‌کند مدت مرحله سوم زایمان در اداره فعال کوتاه‌تر از اداره فیزیولوژیک است اما میزان خونریزی این مرحله در گروه اداره فعال کاهش نمی‌یابد (۱۸). میزان احتباس جفت یکی از شایع‌ترین عوارض حین تولد ذکر گردیده است که می‌تواند موجب خونریزی و عفونت در مادر گردد (۴). اثر تجویز اکسی توسین بر احتباس جفت مشخص نیست اما بعضی از محققین معتقدند که تجویز اکسی توسین میزان احتباس جفت را افزایش می‌دهد (۱۷). در مطالعه ما در گروه اکسی توسین و تحریک پستانی هیچ موردی از احتباس

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی میانگین میزان خونریزی در سه گروه

آزمون Anova	انحراف معیار \pm میانگین	خونریزی (سی سی)
		گروه ها
P=۰/۸۲۱	۲۲۰/۲۰ \pm ۳۳۱/۲۰۰	تزریق عضلانی
	۲۱۹/۷۱ \pm ۳۲۹/۷۹	تحریک پستانی
	۱۶۷/۱۴ \pm ۳۰۶/۷۰	اداره فیزیولوژیک

با استفاده از آزمون آماری Anova مشخص گردید اختلاف آماری معنی داری بین میانگین خونریزی در سه گروه وجود ندارد.

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین میزان طول مرحله سوم زایمان در سه گروه

آزمون Anova	انحراف معیار \pm میانگین	طول مرحله زایمان (دقیقه)
		گروه ها
P=۰/۱۶۲	۵/۵۴ \pm ۱۰/۴۲	تزریق عضلانی
	۴/۹۱ \pm ۱۰/۵۰	تحریک پستانی
	۸/۰۷ \pm ۱۱/۲۰	اداره فیزیولوژیک

با استفاده از آزمون آماری Anova مشخص گردید اختلاف آماری معنی داری بین میانگین طول مرحله سوم زایمان در سه گروه وجود ندارد.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی احتباس جفت در سه گروه

اداره فیزیولوژیک		تحریک پستانی		تزریق عضلانی		احتباس جفت گروه ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴٪	۲	۰٪	۰	۰٪	۰	بله
۹۶٪	۴۸	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	خیر
۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	جمع

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی اینرسی رحم پس از زایمان در سه گروه

اداره فیزیولوژیک		تحریک پستانی		تزریق عضلانی		اینرسی گروه ها
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲٪	۱	۴٪	۲	۲٪	۱	بله
۹۸٪	۴۹	۹۶٪	۴۸	۹۸٪	۴۹	خیر
۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	۱۰۰٪	۵۰	جمع

References:

- 1- Abdolahi F, Fani Saberi L, [Study of comparison of intera ombelical cord oxytocin injection on third stage bleeding]. Mazandaran Journal of Research in Medical Science 2000 winter; 9(25): 49 [Persian].
- 2- Caningham F Gray, [Abstract of Wiliams obstetrics 23 Edition]. Translated by Ebrahimi Adib T, Sobhan Publish 2010: 253.
- 3- Salehi L, Bahiraie A, Vasegh F, [Study of physiologic management of third stage of delivery]. Kashan Journal of Research in Medical Science 2006 winter; 36:18 [Persian].
- 4- Mohebian M, Salehi A, Anjazab B, Tbatabaie A, [Comparing the effectiveness of two methods of oxytocin infusion in preventing atonic uterus]. International Journal of Fertility & Sterility 2005 summer 6(23): 24.
- 5- varney H, g, kriebs and C Ggor, editors, varneys midwifery (thed jones and Bartlett, sndbury NA(200tth): 907.
- 6- Brucker M, C, [Management if third stage of labour: An evidence – based approach], Journal of midvifery womens health 2001 Nov-Des 46(6):381-92.
- 7- Katzoong B, [Clinical Pharmacology Katzoong], Translat by Adib A, Ghafghazi T, 20005 Sama Publish.
- 8- Niromanesh SH, [Comparison of effect of oxytocin injection and berets feeding immediatly after delivery on third stage length and bleeding]. Babol Journal of Research in Medical Science 2000 [Persian].
- 9- Irones DW, Siriskandabalan P, Bullough Ch, Asimple alternative to parental oxytocine for the third stage of labour, Int GYN J, 1994 Jul 46(1): 8-15.
- 10- Salehinejad P, Nahidi F, [Effect of oxytocin injection on third stag bleeding]. Ghazvin Journal of Research in Medical Science 2003 Atom [Persian].
- 11- Caningham F Gray, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rous D, Spong C, [Wiliams obstetrics]. Translated by Ebrahimi Adib T, GolbanPublish 2010: 253.
- 12- Dolatian M, Sharafi A, Shademani N, [Comparison of Sanosinon, Santometrin and physiologic management on third stag length and outcomes]. Journal of Research in Medical Science of Shahid Behshti University 2003 Sep 27(3): 191-96 [Persian].
- 13- Mhri Mahani I, Ghasemi A, Ghaemi S, [The effect of the time of oxytocin IM injection on bleeding after delivery]. Ghazvin Journal of Research in Medical Science 2006;10(1): 52-56 [Persian].
- 14- Habek D, Franicevic D, Intraumbilical injection of uterotonics for retained placenta. International journal of Obs and Gyn, 2007, 99, p:105-109.
- 15- Khorshide M, Shahriari A, [Comparison of the effect of oxytocin in prevention of after delivery bleeding] 2001; 1(17): 52-56 [Persian].
- 16- Thilaganathan B, Cunter A, Beard R. Mangment the third stage of labor in women of low risk postpartum hemorage. Eur-J-Obestet-Gyncol-Report-Biol, 1993; 48:19-22.
- 17- Sweet BR, May S. A textbook for Midwife. London: Bailliere Tindal: 2001.
- 18- Afshar F, Iranfar SH, [The effect of oxytocin on third stag length and bleeding in secondary pregnant women] Kermanshah Midwifery Nursing Collage Journal 1991[Persian].

Comparison of the effect of oxytocin IM injection and nipple stimulation on bleeding and length of third stage of delivery

Narenji F^{*1}, Bahmani Z², Mirzaie R³

1. Academic member, Dept, of Maternity Nursing Arak University.
2. Midwife, Healthy Network of Varamin, Shahidbehshiti University.
3. Midwife, Shohada Hospital, Ilam University.

Received: 19May, 2012; Accepted: 18December,2012

Abstract:

Introduction: Third stage of delivery is one of important stage of delivery and is still one of the most common causes of mothers death in third world countries.

Methods: It is a clinical trial study to compare the effect of injection of oxytocin to mothers intramuscularly, nipple stimulation and physiologic managment of third stage of delivery on length and bleeding range of this stage on 150 pregnant women from first to fourth pregnancy, referring to labor room of taleghaani hospital. The purpose of present study is research which were placed accidentally into three groups. In the first group immediately after delivery and cutting the umbilical cord, 10 units of oxytocin was injected into the mothers muscle, in the second group, right after delivery and cutting umbilical cord and take the baby in mother breast and the last group manage physiologically and did not receive any medicines. Then length and range of bleeding of the third stage of delivery in each group was studied and analyzed statistically.

Results: Findings indicated that the average age of pregnant woman who were participated in this study was about (0/406)+26/39 years and according to Chi-square test it was determined that age attribution, delivery numbers, educational level, pregnancy age, abortion numbers and pregnant mothers jobs in three groups are nearly similar to each other.

The results showed that the min amount of bleeding of third stage of delivery from low to high was (167/147)±306/7) in the physiologically managed group, (220/21)±321/20 in oxytocin ejection group and (219/71)±329/2 and the min of the length of third stage of delivery from low to high was (4/91)±8/83 in the nipple stimulation group, (5/54)±10/42 in oxytocin ejection group and 2(8/07)±11/20 in physiologically managed group. And these differences was not statistically significant (p=0/821 & p=0/162).

Conclusion: As there was not any impressive and meaningful difference in distinction of average bleeding of third stage of delivery and the length of period in these groups ,it seems that using oxytocin injection ,does not have any positives effect on the amount of bleeding of the third stage of delivery.

Key words: Third stage of delivery, oxytocin, nipple stimulation.

*Corresponding author: Email: narenji@arakmu.ac.ir