پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۴ , پي در پي ۶۴ ، صفحات ۳۶۹ تا ۳۷۴
مهر و آبان ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۱۰/۳۰
تاريخ پذيرش مقاله ۸۷/۳/۲۸

بررسي تأثير استريپ كردن بر طول مدت بارداري

دكتر ميترا پارسا پور[۱]، دكتر ليلا خليلي[۲] *، دكتر زهره اميري[۳]

چكيده

سابقه و هدف: *حاملگي از موعد گذشته به عنوان يكي از مهم ترين مشكلات دوره حاملگي محسوب مي گردد. با توجه به اهميت طول كشيدن مدت بارداري و گزارشات متفاوت از تأثير استريپ بر كاهش طول مدت بارداري اين تحقيق به منظور تعيين تأثير استريپ روي شروع و روند زايمان و كاهش طول مدت بارداري در زنان باردار با سن حاملگي ۴۰ هفته و بالاتر در مركز آموزشي و درماني بيمارستان آيت ا ... طالقاني در سال هاي ۸۶-۸۵ انجام شد.*

مواد و روش ها: *بر اساس يک مطالعه كار آزمايي باليني دوسوكور با حجم نمونه ۱۰۰ زن باردار با سن حاملگي ۴۰ هفته يا بيش تر و بدون حاملگي عارضه دار انجام گرفت و نمونه ها به صورت تصادفي در دو گروه مطالعه و كنترل مورد استريپ و يا معاينه واژينال قرارگرفتند. افراد دو گروه به لحاظ سن، سن حاملگي و مرتبه حاملگي مشابه سازي شدند. زمان استريپ يا معاينه واژينال تا زايمان به همراه عوارض زايماني و نوع زايمان در آن ها مورد ارزيابي قرار گرفت. جهت تجزيه و تحليل آماري از آزمون مجذور كاي و دقيق فيشر استفاده گرديد.*

يافته ها: *ميانگين و انحراف معيار سن بيماران به ترتيب در گروه شاهد و تجربي ۴/۸± ۲۶/۲ و ۴/۴± ۲۵/۴ (سال) و هم چنين سن حاملگي در زمان معاينه يا استريپ به ترتيب ۱±۲۸۱ و ۱±۲۸۲روز بوده كه تفاوت معني داري نداشتند. در گروه شاهد ۶۶% و تجربي ۶۸% افراد نولي پار بودند. زمان انتظار تا زايمان ۱/۹± ۶/۲ روز در گروه شاهد و ۱/۲± ۳/۷ روز در گروه تجربي بود (P< ۰/۰۰۱). در خصوص عوارض زايمان شامل خونريزي واژينال, PROM و ديسترس تنفسي جنيني بين دو گروه تفاوت معني داري مشاهده نشد. اما ميزان سزارين در گروه شاهد ۳۴% و در گروه استريپ ۱۴% بود (P< ۰/۰۲).*

نتيجه گيري: *استريپ كردن موجب كاهش طول مدت بارداري مي شود و نيز ميزان سزارين را كاهش مي دهد. استريپ كردن پرده هاي جنيني باعث افزايش عوارضي مثل پارگي كيسه آب نمي شود و بنابر نتايج اين مطالعه، استفاده از آن توصيه مي گردد.*

واژگان كليدي: *زايمان پس از موعد ، استريپ كردن پرده ها ، القاي زايمان*

مقدمه

از ابتداي بارور شدن تخمک و سپس جايگزيني تخم, حاملگي مي تواند مواجه با خطرات بسياري باشد كه براي فرد حامله و خانواده وي و حتي متخصص زنان و زايمان سبب نگراني هاي فراوان شود. يكي از مشكلاتي كه مي تواند هر حاملگي را تهديد كند، گذشتن ازموعد زايمان (Post Term Pregnancy) است كه بنا به تعريف به حاملگي بيش از ۴۲ هفته از شروع آخرين خونريزي قاعدگي (LMP) اطلاق مي گردد و شيوع آن تا ۱۸% از حاملگي ها گزارش شده است (۱). خطراتي كه حاملگي هاي post term را تهديد مي كند, از چند جنبه قابل بحث است. با گذشتن از موعد زايمان, ميزان مايع آمنيوتيک كه تا ۳۶ هفته حاملگي افزايش داشته، كاهش قابل توجهي مي يابد. اين كاهش باعث

۱ . استاديار، گروه زنان و زايمان ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۲ * . نويسنده مسؤول : دستيار زنان و زايمان ، بيمارستان آيت ا... طالقاني ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي . پست الكترونيک: **dr.l_khalili@yahoo.com**
۳ . مربي ، دانشكده تغذيه و صنايع غذايي ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

فشار بر بند ناف (خصوصاً هنگام انقباضات رحمي) مـي شـود كه به صورت افت ضربان قلب جنين و دفع مكونيـوم خـود را نشان مي دهد و به آن ديسترس جنين مي گويند. ديسترس جنين از عوامل مهم افزايش ميزان سزارين در مادر و افزايش مرگ و مير جنين مي باشد. ضمناً با گذشتن از موعد زايمان در صورتي كه مشكل سيستميک موجود نباشـد و اخـتلالات عروقي وجود نداشته باشد معمولاً جنين درشت مي شود كـه اين امر هـم باعـث افـزايش مـرگ و ميـر در مـادر و جنـين مي گردد. بنابراين در مامايي سعي بـر آن اسـت كـه در حـد امكان از طولاني شدن حاملگي ممانعت شـود. پروتكـل هـاي متفاوتي در هر مركز به اجرا در مي آيد كه بـر اسـاس آن در سنين خاصي از حاملگي كه معمولاً ۴۱ تا ۴۲ هفته و يا حتي ديرتر مـي باشـد زايمـان را تحريـک مـي كننـد و يـا گـاهي سـونوگرافي هـاي مكـرر و بررسـي ميـزان مـايع آمنيوتيـک و تـست هـايي كـه وضـعيت جنـين را نـشان مـي دهـد، انجام مي دهند و تا زماني كه جنين يا مادر را خطري تهديد نكنـد, اجـازه ادامـه حـاملگي را مـي دهنـد. حـاملگي هـاي post term نه تنها قبل از شروع دردهاي زايمـاني بلكـه در هنگام درد و زمان ختم حاملگي خطر بيش تري براي جنـين دارند. گـاهي القـاء درد زايمـان در ايـن بيمـاران پروسـه اي طولاني مي شود و نياز به چند روز تحريک زايمان و معاينات مكرر دارد كه براي بيمار بسيار آزار دهنـده اسـت و امكانـات مالي بسيار بيش تري از زايمان معمولي را مي طلبد و گـاهي حتي عامل نوعي تقابل بين پزشک و بيمار مي شود. چه بـسا هنگـام تحريـک زايمـان بـه دليـل معاينـات مكـرر و انتقـال ميكروارگانيسم ها, پارگي كيسه آب و بـه دنبـال آن عفونـت پرده ها و عفونت بعد از زايمان و انـواع اخـتلالات عفـوني در نوزاد رخ مي دهد (۲).

چنان چـه بتـوان شـيوه اي يافـت كـه از حـاملگي هـاي post term ممانعت كند يا احتمال آن را كم كند، اين مهم از چند نظر مي تواند مفيد باشد:

۱) ميزان تحريک زايمان هاي طولاني مدت كه براي بيـمار خسـته كننـده است و وقت و هزينه ي مـالي زيـادي را مي طلبد, كاهش مي يابد.

۲) احتمـال ديـسترس جنينـي بـه دليـل كـاهش مـايع آمنيوتيک در حاملگي post term تقليل مي يابد.

۳) احتمال سزارين به دليل عدم پيـشرفت و جنـين هـاي درشت به حداقل مي رسد.

يكي از شيوه هايي كه قبلاً در چند مقاله علمي بـه عنـوان راهي جهت پيـشگيري از حـاملگي هـاي post term مـورد مطالعه قرار گرفته, استريپ كردن پرده هاي جنيني مي باشـد. در برخي تحقيقات نشان داده شـد كـه اسـتفاده از اسـتريپ موجب كاهش طول مدت بارداري مي گردد (۳). هرچنـد در برخـي ديگـر از تحقيقـات نـشان داده شـده كـه اسـتفاده از استريپ تأثير معني داري نداشته اسـت (۷و۸). بـا توجـه بـه تناقض هاي موجود و به منظور تعيين تأثير استريپ كـردن و عدم آن (گروه شاهد)، اين تحقيق بر روي زنان باردار با سـن حاملگي ۴۰ هفته و بيش تر مراجعه كننده به مركز آموزشـي و درماني آيت ا.. طالقاني در سال ۸۶-۸۵ انجام شد.

مواد و روش ها

تحقيـــق بـــه صـــورت كارآزمـــايي بـــاليني از نـــوع Randomized Double Blind Clinical Trial انجام گرفت. براي تمام بيماران توضيح داده شد كه سعي در انجـام اقـدامي بـي خطـر در جهـت خـتم حـاملگي مـي باشـيم. هم چنين كسب رضايت آگاهانه از بيمار انجام گرديـد. تمـام زنان باردار با سن حاملگي ۴۰ هفته و يا بيش تـر بـر اسـاس LMP و يا سونوگرافي سـه ماهـه اول حـاملگي بـا حـاملگي تک قلو با پرزانتاسيون سفاليک و كيسه آب سالم كه در ليبر نبودند (بيش از ۳ انقباض در ۱۰ دقيقه) وارد مطالعه شدند. در صورت وجود شكايت از آبريزش، كـاهش حركـات جنـين، تاريخچـه بيمـاري سيـستميک، وجـود ديـسترس جنينـي و حاملگي با ريسک بالا وكنترا انديكاسـيون ايندكـشن (وجـود برش قبـلي در رحـم و هرپس فعـال و در خطر بودن جنين)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

از مطالعه خارج مي گرديد.

کليه بيماران بدون توجه به پاريته، ديلاتاسيون و افاسمان انتخاب مي شدند و در دو گروه کنترل يا مطالعه مورد معاينه واژينال و يا استريپ قرارگرفتند. بيماراني که در گروه استريپ بودند هر ۲۴ ساعت يک بار به صورت سرپايي استريپ گرديدند (تا شروع ليبر و يا سن حاملگي ۴۲ هفته). براي تمامي بيماران فرم اطلاعاتي تنظيم و تکميل گرديد که مشخصات بيمار در ويزيت هاي مکرر اعم از ديلاتاسيون، افاسمان، تعداد ضربان قلب جنين، فشار خون بيمار و سن حاملگي در آن ثبت مي شد. بيماراني که درد زايمانشان شروع مي شد در بلوک زايمان تحت نظر قرار مي گرفتند و برايشان تصميم گيري مي شد. بيماراني که پس از ۴۲ هفته زايمان نمي کردند، جهت ختم حاملگي بستري مي شدند. بقيه اطلاعات پرونده بيماران حاصل معاينه آن ها در بخش زايمان و سپس در هنگام زايمان است. اين اطلاعات شامل درجه حرارت، تعداد ضربان نبض، ديلاتاسيون و افاسمان، احتمالاً پارگي کيسه آب در بدو ورود به بخش زايمان و وجود و يا عدم وجود مکونيوم يا خونريزي غير طبيعي در ترم و يا هنگام زايمان مي باشد. سپس اين اطلاعات در قبل و هنگام زايمان با توجه به سن حاملگي بيماران در هنگام زايمان و فاصله زماني بين معاينه واژينال يا استريپ پرده هاي جنيني تا زايمان، وجود پارگي کيسه آب يا علايم کوريوآمنيونيت، خونريزي غير طبيعي، دفع مکونيوم، تب و ميزان سزارين در دو گروه ثبت و با روش هاي آماري با هم مقايسه گرديد.

تنها يک نفر در انجام معاينات واژينال يا استريپ پرده هاي جنيني نقش داشته که تمام فرم هاي مطالعاتي نيز توسط همين فرد تکميل شده است. ولي هنگام مراجعه براي زايمان بيماران توسط افراد متفاوتي معاينه شده يا مورد تصميم گيري قرار گرفتند. درنتيجه نه پزشک و نه بيمار از گروه خود اطلاعي نداشتند. در اين مطالعه در ابتدا بيش از ۱۲۰ بيمار به مطالعه وارد شدند که به دلايل مختلف ناچار به حذف ۲۰ نفر از آن ها شديم. دلايل حذف اين افراد، قرار گرفتن در گروه بيماران پرخطر در معاينات بعدي يا عدم مراجعه اين بيماران بود. مراجعين بر پايه تخصيص تصادفي در گروه مربوطه قرار گرفتند و زمان استريپ يا معاينه واژينال تا زايمان به همراه عوارض زايماني و نوع زايمان در آن ها مورد ارزيابي قرار گرفت. از آزمون مجذور کاي (يا دقيق فيشر) ،t-test گروهي و جهت تجزيه و تحليل آماري استفاده گرديد و سطح معني داري ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS 11 تجزيه و پردازش گرديد. جهت تجزيه وتحليل آماري يافته هاي تحقيق در خصوص متغيرهاي کمي ابتدا کليه متغيرهاي کمي توسط آزمون کولموگروف- اسميرنوف (Kolmogorov-Smirnov) جهت تطابق با توزيع نرمال مورد بررسي قرار گرفت. در صورت نرمال بودن توزيع متغيرها از آزمون تي گروهي (Group t-test) براي تعيين وجود تفاوت ميانگين در دو گرو ه استفاده شد و در غير اين صورت از آزمون من ويتني (Mann-Whitney U) براي وجود تفاوت در دو گروه استفاده شد. در خصوص متغيرهاي کيفي پژوهش از آزمون (Chi-square) استفاده گرديد.

يافته ها

سن بيماران به ترتيب در گروه شاهد و تجربي ۴/۸ ± ۲۶/۲ و ۴/۴±۲۵/۴ بود. سن حاملگي در زمان استريپ يا معاينه ۱±۲۸۲ و ۱±۲۸۱ روز بود. فاصله زماني از معاينه واژينال تا زايمان ۱/۹±۶/۲ و در گروه تجربي فاصله زماني استريپ تا زايمان ۱/۲±۳/۷ روز بود. دو گروه به لحاظ سن و سن حاملگي مشابه بود. تأثير استريپ بر زمان معاينه تا زايمان بر حسب پاريته در جدول ۱ ارائه شده است و نشان مي دهد که در نولي پارها طول مدت حاملگي به ميزان ۲/۷ روز و يا حدوداً ۴۲% کاهش دارد. در مولتي پارها اين ميزان به ۲۶/۷% کاهش مي رسيد. از نظر درجه حرارت و تعداد ضربان نبض اختلافي بين دو گروه مشاهده نگرديد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۱- فاصله زمان معاينه يا استريپ تا زايمان برحسب پاريته و به تفكيک استفاده از استريپ

گروه	مرتبه بارداري	فاصله زمان معاينه تا زايمان
بدون استريپ	اول (N=۳٤)	٦/۳۸ ± ۱/۸٤
	دوم و بيش تر (N=١٦)	۵/۸۱ ± ۱/۹۰
با استريپ	اول (N=۳۳)	۳/٦٧± ۱/١٦
	دوم و بيش تر (N=١٧)	۳/٦۵ ±۱/۱۵

بـروز عـوارض در گـروه هـاي مـورد بررسـي در جـدول ۲ ارائـه شـده اسـت و نـشان مـي دهـد كـه ميـزان خـونريزي، PROM و ديسترس جنيني در دو گروه مشابه بـوده اسـت. اما ميزان سزارين در گـروه شـاهد ۳۴% و در گـروه اسـتريپ ۱۴% بوده است.

جدول ۲- توزيع افراد مورد بررسي بر حسب موارد مثبت عوارض زايماني به تفكيک استفاده از استريپ

استريپ	بروز عوارض			
	خونريزي	**PROM**	ديسترس جنيني	سزارين
بدون استريپ	۲ (۴)	۱۱ (۲۲)	۸ (١٦)	۱۷ (۳٤)
با استريپ	۷ (١٤)	۵ (١٠)	٦ (١٢)	۷ (١٤)
نتيجه آزمون	P<۰/۰۶	P<۰/۶	P<۰/۰۷	P<۰/۰۲

بحث

نتايج اين مطالعه نشان داد كه اسـتريپ كـردن پـرده هـاي جنيني باعث كاهش طول مـدت حـامگي و كـاهش سـزارين مـي شـود. در مطالعـه اي كـه در سـال ۲۰۰۶ توسـط de Miranda و همكارانش گرفـت, تـأثيرات اسـتريپ در خانم هاي باردار با سن حاملگي ۴۱ هفته, جهت جلوگيري از حـاملگي post term مـورد بررسـي قـرار گرفـت. در ايـن مطالعه كه در۵۱ مركز باروري انجام گرفتـه بـود, ۷۴۲ خـانم باردار با سن حاملگي ۴۱ هفته و حاملگي بدون عارضه مـورد بررسي قرار گرفتند. اين افراد به دو گروه بـه صـورت رانـدوم تقسيم شدند. گروه اول هـر ۴۸ سـاعت اسـتريپ شـدند (تـا زماني كه ليبر شروع شود و يا بارداري به ۴۲ هفته برسد). در گروه دوم فقط معاينه واژينـال انجـام مـي گرديـد. در نتـايج حاصل از اين بررسي مشخص گرديد كه استريپ پـرده هـاي جنيني در ۴۱ هفته, خطـر حـاملگي post term را كـاهش مي دهد (۳).

در يک بررسي متا آنـاليزي مطالعـات قبلـي كـه در سـال ۲۰۰۵ انجام گرفت, ۲۴ مـورد مطالعـه مـستقل انجـام شـده مورد بررسي منسجم و متمركز قرار گرفت كـه شـامل ۲۹۹۷ خانم باردار بوده است. در ۲۰ مطالعه, استريپ با انجام معاينه واژينال مقايسه شده و در۳ مطالعه انجام اسـتريپ بـا تجـويز پروستاگلندين مقايـسه شـده و در يـک مطالعـه اسـتريپ بـا اكسي توسين مقايسه شده بود. نتيجه اين بررسـي مبنـي بـر مـؤثر بـودن اسـتريپ بـر شـروع زايمـان و كـاهش تعـداد بارداري هاي بالاي ۴۱ و۴۲ هفته بوده است (۴).

مطالعه اي كه در سـال ۲۰۰۲ توسـط Dare FO انجـام گرديده كه در اين مطالعه بررسـي اثـر و ايمنـي اسـتريپ در كاهش بارداري post term مورد بررسي قرار گرفتـه اسـت. در ايـن مطالعـه ۱۳۷ خـانم بـاردار ۳۸ هفتـه بـه دو گـروه تقسيم شدند كه به صورت راندوم در ۶۹ نفر آن هـا اسـتريپ انجام شد و در ۶۸ نفر فقط معاينه واژينـال انجـام شـده بـود زناني كه استريپ شده بودند, زايمان زودتري داشته و تعـداد بارداري بيش از ۴۱ هفته در اين گـروه كـم تـر بـوده اسـت. بنابراين در اين مطالعه استريپ بـه عنـوان يـک روش ايمـن براي كاهش شيوع حاملگي post term شناخته شد (۵).

در مطالعه ديگـري كـه در توسـطMichel Boulvain در سال ۱۹۹۹به صورت بازنگري مطالعـات انجـام گرفـت, اثـرات استريپ براي جلوگيري از بـارداري post term و آغـاز ليبـر مورد ارزيابي قرار گرفت. نتايج اين بازنگري به اين صـورت بـود كه انجام استريپ در زنان ترم, طول مـدت بـارداري را كـاهش داده و تعداد بارداري بالاي ۴۱ و ۴۲ هفتـه تقليـل يافتـه و در نتيجه عوارض و مرگ و مير مادر و جنين كاهش مي يابد (۶).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

در مطالعه اي كه در سال ۱۳۷۵ توسط خانم دكتر كاشانيان در دانشگاه علوم پزشكي ايران انجام شده است, اثر استريپ در شروع ليبر با حاملگي ترم مورد بررسي قرار گرفته است. در اين مطالعه ۱۰۱ خانم باردار بالاي ۳۹ هفته به دو گروه مورد و كنترل به صورت راندوم تقسيم بندي گرديد. در اين بررسي مشخص گرديد كه انجام استريپ در هفته ۳۹ هفته بارداري هيچ اثر مشخصي روي مدت بارداري ندارد (۷).

مطالعه اي در سال ۱۹۹۷ توسط St. John انجام گرفت, هدف از انجام اين مطالعه اين بود كه آيا انجام استريپ در ۳۸ الي ۴۰ هفته باعث شروع ليبر خودبه خود در عرض ۷ روز مي شود يا خير؟ جهت انجام اين مطالعه ۱۴۰ خانم باردار ۳۸ الي ۴۰ هفته به دو دسته كنترل و انجام استريپ تقسيم شدند. هيچ گونه اختلافي بين دو گروه در شروع ليبر در عرض ۷ روز وجود نداشت (۸).

حال سؤال اين است كه چرا استريپ كردن موجب كاهش طول بارداري ميشود ؟ صدمه بافتي و اختلال در جريان خون دسيدواي جداري و هم چنين قرار گرفتن در معرض ترشحات واژن منجر به بوجود آمدن پاسخ التهابي در اين بافت ها مي شود. پروستاگلندين كه در بافت كيسه قدامي ايجاد مي شود و از مشتقات اسيد آراشيدونيک است، وارد مايع آمنيوتيک شده و هم چنين به داخل مايع واژن ترشح مي شود.

به نظر مي رسد پروستاگلندين هايي كه از بافت ها به داخل واژن ترشح شده اند، وارد جريان خون مادر مي شوند. اين امر ممكن است توضيحي باشد براي اين پديده كه پاره كردن كيسه آب و دستكاري سرويكس باعث افزايش PGFM در پلاسماي مادر خواهد بود (۹). در حمايت از اين تئوري مقادير زيادي از پروستاگلندين را در طي زايمان در مايع آمنيوتيک يافته اند. اين امر هم چنين در مورد فاكتور فعال كننده پلاكتي (PAF) هم صدق مي كند.

شواهدي به نفع دخالت پروستاگلندين ها در زايمان انسان به قرار زير موجود مي باشد:

۱- تجويز پروستاگلندين در زن حامله از هر طريقي سبب سقط يا زايمان در تمام مراحل حاملگي مي شود.

۲- سطح پروستاگلندين يا متابوليت هاي آن در مايع آمنيوتيک، پلاسما و ادرار مادر در حين زايمان افزايش مي يابد.

۳- گرچه قوياً اين مطلب پذيرفته شده نيست ولي به طور شايع باور بر اين است كه با دادن مهار كننده هاي آنزيم سازنده PGE2 به زن حامله، شروع زايمان تحريک شده يا زايمان خودبه خودي به تأخير مي افتد و گاهي زايمان زودرس متوقف مي شود.

۴- پروستاگلندين ها سبب انقباض تعدادي از بافت هاي عضلاني صاف در محيط آزمايش مي شوند. نتايج حاصل روشن كرده است كه معاينه واژينال در انتهاي حاملگي انسان، سريعاً غلظت پروستاگلندين در جريان خون را بالا مي برد. اين واقعيت كه استريپ كردن يا پاره كردن پرده هاي جنيني، سطح پروستاگلندين را بيش تر افزايش مي دهد، نشان دهنده آن است كه تخريب اتصال پرده هاي جنيني به ديواره رحم يا سوراخ كردن پرده ها با خروج مايع آمنيوتيک نيز، تحريكي براي آزاد شدن پروستاگلندين مي باشد (۹)

براي ارزيابي ميزان مفيد بودن استريپ كردن پرده ها بايد مرگ و مير احتمالي حاصل از آن را هم در نظر داشت. عوارضي مثل پارگي كيسه آب، خونريزي واژينال، كوريو آمنيونيت، ديسترس جنيني و عفونت هاي نفاسي در اين رابطه قابل بررسي است.

سؤال ديگر در اين رابطه اين است كه آيا Stripping در حاملگي هاي ترم، طول حاملگي را كوتاه تر مي كند؟ ميانگين فاصله زماني بين استريپ يا معاينه واژينال تا زايمان در دو گروه با استفاده از آزمون برسلو بررسي شد كه در گروه يک ۳/۶ روز و در گروه دو ۶/۲ روز بود ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراين مي توان گفت كه استريپ كردن پرده هاي جنيني

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

طول مدت حاملگي را كوتاه تر مي نمايد.

در اين تحقيق سعي بر مشابه سازي از نظر سن مادر، سن حاملگي و پاريته بوده است. هم چنين در اين تحقيق، به دليل سياست حاكم بر اصول درماني امكان بررسي موارد حاملگي هاي post term موجود نبود. چون در اين مركز درماني تقريباً تمام بيماران در سن حاملگي ۴۱ تا ۴۲ هفته تحريک زايمان شده و حاملگي شان ختم مي شود. بدين علت ما تنها امكان يافتيم فاصله استريپ كردن پرده هاي جنيني يا معاينه واژينال تا زايمان را بررسي كنيم.

يافته هاي اين تحقيق نشان داد كه استريپ كردن پرده هاي جنيني در زنان با حاملگي ۴۰ هفته و بيش تر باعث كاهش طول مدت حاملگي و كاهش حاملگي post term مي گردد. در خصوص عوارض زايمان شامل خونريزي واژينال, PROM و ديسترس تنفسي جنيني بين دو گروه تفاوت معني داري مشاهده نشد. اما ميزان سزارين به طور معني داري در گروه تجربي نسبت به گروه شاهد كاهش نشان داد كه شايد به علت كاهش دخالت در ختم بارداري طول كشيده باشد. بنابراين در اين مطالعه استريپ به عنوان روشي كم هزينه وآسان وبدون عارضه در جلوگيري از حاملگي طول كشيده توصيه مي شود.

REFERENCES

1. Adair CD. Nonpharmacological approaches to cervical priming and labor induction. Clin Obstet Gyneocol 2000; 43: 447-54.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. USA: McGraw-Hill. 2005; P: 3346.
3. de Miranda E, van der Bom JG, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. BJOG 2006; 113(4): 402-9.
4. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD004945.
5. Wong SF, Hui SK, Choi H, Ho LC. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? BJOC 2002; 109(6): 632-6.
6. Boulvain M, Irion O, Marcoux S, Fraser W. Sweeping of the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour: a systemic review. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(5): 481-5.
7. Kashanian M, Akbarian A, Baradaran H, Samiee MM. Effect of membrane sweeping at term pregnancy on duration of pregnancy and labor induction: a randomized trial. Gynecol Obstet Invest 2006; 62(1): 41-4.
8. Mitchell MD, Flint APF, Bibby J, Brunt J, Anderson ABM, Turnbull AC. Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. Br Med J 1977; 2: 1183-5.
9. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. USA: McGraw-Hill. 2005; PP: 871-5.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]