

## بررسی اثر استریپ کردن پرده‌های جنینی در طول مدت حاملگی و القای زایمان و عوارض آن

### چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثر استریپ کردن پرده‌های جنینی در حاملگی‌های ترم، روی طول مدت حاملگی و القای خودبخود زایمان و عوارض آن بوده است. در این بررسی ۱۰۱ بیمار که سن حاملگی ۳۹ هفته داشتند و براساس LMP و سونوگرافی ۲ ماهه اول، این مطلب تأیید شده بود، وارد مطالعه شدند و در ۲ گروه به طور تصادفی و یک درمیان قرار گرفتند. از این تعداد ۵۱ نفر در گروه شاهد بودند و تنها برای تعیین Bishop score معاینه واژینال می‌شدند و ۵۰ نفر در گروه استریپ شده قرار گرفتند که توسط پژوهشگر، پرده‌های جنینی از سگمان تحتانی رحم در آن‌ها جدا می‌گردید یا در صورت عدم وجود دیلاتاسیون به شدت سرویکس ماساژ داده می‌شد. از نظر سن، پاریتی، Bishop Score و وزن نوزاد در زمان تولد اختلاف معنی‌داری بین ۲ گروه وجود نداشت هیچ یک از بیماران فاکتورهای حاملگی پرخطر را نداشته و سونوگرافی برای رد احتمال وجود جفت سرراهی در تمام آن‌ها صورت گرفته بود. براساس نتایج به دست آمده فاصله زمانی استریپ کردن تا زایمان در ۲ گروه تفاوت معنی‌داری نداشت بدین معنی که در این مطالعه استریپ کردن روی کوتاه کردن طول حاملگی موثر نبوده است. از سوی دیگر استریپ کردن تأثیری روی پارگی کیسه آب، خون‌ریزی واژینال، افزایش دفع مکنیوم در جنین، میزان سزارین و تب پس از زایمان نداشت. به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت استریپ کردن پرده‌ها به تنهایی تأثیری در طول مدت حاملگی ندارد و ممانع از گذشتن از موعد زایمان نمی‌شود و انجام دادن آن سبب افزایش میزان پارگی کیسه آب، خون‌ریزی واژینال، دفع مکنیوم توسط جنین، سزارین و تب پس از زایمان نمی‌شود و روشی ایمن محسوب می‌گردد.

\*دکتر مریم کاشانیان I

دکتر میترا مشکی سمیعی II

کلیدواژه‌ها: ۱- استریپ کردن پرده‌های جنینی ۲- طول مدت حاملگی

۳- گذشتن از موعد زایمان

### مقدمه

به کار می‌رود (۲). این کار با معاینه واژینال و توسط انگشت صورت می‌گیرد بدین ترتیب که انگشت فرد معاینه کننده از طریق سوراخ داخلی دهانه رحم وارد شده و به صورت

استریپ کردن به معنی لخت و برهنه کردن در زبان فارسی است (۱). واژه Sweep همراه با کلمه استریپ برای توصیف جدا کردن پرده‌های جنینی از سگمان تحتانی رحم

این مقاله خلاصه‌ای است از پایان نامه خانم دکتر میترا مشکی سمیعی جهت دریافت درجه دکترای تخصصی بیماری‌های زنان و زایمان به راهنمایی دکتر مریم کاشانیان، سال ۱۳۷۵.

(I) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان شهید اکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (\*مؤلف مسئول).

(II) متخصص بیماری‌های زنان و زایمان

## روش بررسی

این مطالعه به صورت تصادفی دو سویه کور در مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی انجام شد و طی آن ۱۰۱ خانم حامله که سن حاملگی ۳۹ هفته داشتند و با LMP و سونوگرافی ۳ ماهه اول این مطلب تأیید شده بود مطالعه شدند.

تعداد افراد مورد مطالعه بیش از ۱۰۰ بیمار در نظر گرفته شده بود که با توجه به مطالعات قبلی و با استفاده از فرمول  $n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$  به دست آمده بود.

در هیچ یک از بیماران فاکتورهای حاملگی پرخطر وجود نداشت و هیچ یک از آنها سابقه آبریزش، کاهش حرکات جنین یا بیماری سیستمیک را نداشتند و در معاینه نیز اثری از بیماری‌های سیستمیک دیده نشد.

در گروه استریپ شده ۵۰ نفر و در گروه شاهد ۵۱ نفر به طور تصادفی و یک در میان قرار گرفتند.

برای رد جفت سرراهی و نمای غیرطبیعی، سونوگرافی در تمام بیماران انجام گردید.

استریپ کردن و نیز معاینه واژینال بیماران توسط فرد پژوهشگر صورت گرفت به صورتی که استریپ کردن، معاینه واژینال و تعیین Bishop Score یکسان باشد.

بیماران گروه شاهد تنها توسط پژوهشگر معاینه واژینال شده و Bishop Score آنها تعیین می‌گردید اما بیماران گروه مطالعه، توسط پژوهشگر، استریپ می‌شدند یعنی پرده‌های جنینی از سگمان تحتانی رحم در حد امکان و به میزان ۱-۲ سانتی‌متر جدا و در مواردی که دیلاتاسیون دهانه رحم به اندازه یک انگشت نبود با شدت ماساژ داده می‌شد (۶).

هیچ یک از بیماران از نوع روش به کار برده شده در مورد آنها اطلاعی نداشتند. پس از انجام دادن این کار بیماران به منزل فرستاده می‌شدند و در صورتی که

دورانی پرده‌ها را از سگمان تحتانی رحم جدا می‌کنند (۳). در اثر این عمل، کوریون از دیواره رحم جدا شده و در اثر صدمه به دسیدوا و نیز دیلاتاسیون مکانیکی، پروستاگلاندین و مواد دیگری مانند عامل فعال کننده پلاکتی (PAF) و سیتوکین‌ها که واسطه‌های پدیده التهاب هستند آزاد می‌شود سپس وارد مایع آمنیوتیک و خون شده و سرانجام سبب ایجاد یا تشدید انقباضات رحمی می‌گردند (۲ و ۴).

در مطالعه‌ای که توسط Mitchell و همکاران (۵) صورت گرفت، غلظت پلاسمایی پروستاگلاندین F قبل و ۵ دقیقه پس از پاره کردن کیسه آب، معاینه واژینال با استریپ کردن پرده‌های جنینی و معاینه واژینال بدون استریپ کردن پرده‌های جنینی اندازه‌گیری شد.

با وجود آن که پاره کردن کیسه آب و معاینه واژینال با استریپ کردن، محرک‌های قوی‌تری نسبت به معاینه واژینال به تنهایی بودند، در هر ۳ مورد سطح پروستاگلاندین F به طور واضحی افزایش یافته بود.

در مطالعه دیگری که پیش از آن توسط Swann (۶) انجام شده بود نشان داده شد که استریپ کردن پرده‌های جنینی نسبت به معاینه واژینال به تنهایی، محرک قوی‌تری برای شروع دردهای زایمانی می‌باشد.

تاکنون تلاش‌هایی شده تا از این مکانیسم برای کمک به جلوگیری از پست ترم شدن حاملگی یا مواردی که نیاز به ختم حاملگی وجود دارد، برای آماده کردن دهانه رحم و جلوگیری از زایمان استفاده شود.

این مطالعه به منظور بررسی اثر استریپ کردن پرده‌های جنینی در حاملگی‌های ترم روی طول مدت حاملگی و القای خودبخود زایمان صورت گرفت و اثر آن روی پارگی زودرس کیسه آب، خون‌ریزی واژینال، دفع مگونیوم و تعداد موارد سزارین و تب پس از زایمان ارزیابی گردید.

انحراف معیار ۶/۹ و در گروه شاهد ۷/۱ روز با انحراف معیار ۵/۶ بود.

بررسی این میانگین‌ها با Student T.Test در ۲ گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p=0/61$ ) بنابراین در این مطالعه، استریپ کردن پرده‌های جنینی تأثیری در کوتاه کردن طول مدت حاملگی نداشته است. از ۱۰۱ زن حامله، تنها ۶ نفر با پارگی کیسه آب مراجعه کردند که ۲ نفر در گروه استریپ شده و ۴ نفر در گروه شاهد قرار داشتند.

با استفاده از Fisher's exact test،  $P=0/43$  به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد بنابراین می‌توان گفت استریپ کردن پرده‌های جنینی سبب افزایش احتمال پارگی کیسه آب نمی‌شود.

در هیچ یک از ۲ گروه شاهد و مطالعه، خون‌ریزی واژینال قابل توجهی مشاهده نشد بنابراین به نظر می‌رسد که استریپ کردن پرده‌های جنینی در صورتی که قبلاً با سونوگرافی قابل اطمینان احتمال وجود جفت سرراهی رد شود، موجب افزایش احتمال خون‌ریزی واژینال نمی‌شود.

در ۱۳ مورد از ۱۰۱ بیمار، مایع آمنیوتیک آغشته به مکنیوم بود که ۸ نفر در گروه استریپ شده و ۵ نفر در گروه شاهد قرار داشتند که با استفاده از تست chi-square این اختلاف معنی‌دار نبود ( $P=0/17$ ) بنابراین می‌توان گفت که استریپ کردن پرده‌ها سبب افزایش احتمال دفع مکنیوم نمی‌گردد.

پنج نفر از ۱۰۱ نفر در ۱۰ روز بعد از زایمان دچار تب شده بودند که ۳ نفر در گروه شاهد قرار داشتند که این اختلاف بین ۲ گروه معنی‌دار نبود (جدول شماره ۱).

در هر دو گروه ۶ مورد سزارین انجام شد که در این رابطه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

دردهای زایمان شروع می‌شد مراجعه کرده و بستری می‌گردیدند.

در مواردی که درد وجود نداشت حاملگی به طور هفتگی تا ۴۱ هفته تمام دنبال شده و در صورت شروع نشدن دردها بیمار جهت اینداکشن و ختم زایمان بستری می‌گردید که در این مورد نیز پژوهشگر نمی‌دانست بیمار بستری شده جزء کدام گروه است.

پس از پایان کار و زایمان با مراجعه به پرسش‌نامه‌ها گروه بیمار مشخص می‌شد (مطالعه دو سویه کور).

سن بیمار، پاریتی، Bishop Score، درجه حرارت، تعداد نبض، وجود یا عدم وجود پارگی کیسه آب، وجود یا عدم وجود مکنیوم یا خون‌ریزی غیرطبیعی در زمان بستری ثبت می‌شد. هم‌چنین تعداد موارد سزارین، تب پس از زایمان و تا ۱۰ روز پس از زایمان و وزن نوزاد کنترل و ثبت می‌گردید و فاصله زمانی استریپ کردن پرده‌ها تا زایمان محاسبه می‌شد.

به بیماران در رابطه با بی‌خطر بودن ختم حاملگی و مطالعه توضیح داده شده و از آن‌ها رضایت گرفته می‌شد.

اطلاعات به دست آمده در ۲ گروه مقایسه و با روش‌های آماری ارزیابی گردید.

### نتایج

هر دو گروه بیماران از نظر سن، پاریتی، وزن نوزاد و Bishop Score اولیه اختلاف معنی‌داری نداشتند.

میانگین فاصله زمانی بین استریپ کردن پرده‌ها و معاینه واژینال تا زایمان، در گروه استریپ شده ۷/۷ روز با

جدول شماره ۱- مشخصات و نتایج حاصل از ۲ گروه استریپ شده و شاهد

گروه‌ها	تعداد	فاصله زمانی از استریپ کردن یا معاینه واژینال تا زایمان (روز)	ROM	V.B	Mec	تب پس از زایمان
گروه استریپ شده	۵۰	$(SD \pm 6/9) 7/7$	۲ (%/۴)	.	۸ (%/۱۶)	۳ (%/۶)
گروه شاهد (فقط معاینه واژینال)	۵۱	$(SD \pm 5/6) 7/1$	۴ (%/۷/۸۴)	.	۵ (%/۹/۸)	۲ (%/۳/۹۲)

## بحث

براساس نتایج به دست آمده گروه استریپ شده زودتر از گروه شاهد زایمان کردند ( $p=0/003$ ) اما میزان پارگی کیسه آب و سزارین و خون ریزی واژینال در ۲ گروه تفاوتی نداشت.

نتایج مطالعه Weissberg و همکارانش (۱۰) برخلاف نتایج مطالعات ذکر شده می‌باشد. در مطالعه آن‌ها ۹۱ بیمار با سن حاملگی ۳۷ هفته یا بعد از آن وارد مطالعه شدند.

از این تعداد ۴۶ نفر استریپ شدند و برای ۴۵ بیمار به عنوان شاهد تنها معاینه واژینال انجام گردید.

در این بررسی تفاوت معنی‌داری بین ۲ گروه از نظر طول مدت حاملگی وجود نداشت و عارضه‌ای نیز در ۲ گروه مشاهده نشد.

این مطالعه نشان داد زمانی که القای زایمان از نظر طبی ضرورت دارد، استریپ کردن پرده‌ها ارزش محدودی دارد.

در مطالعه دیگری که توسط Foong و همکارانش (۱۱) صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که استریپ کردن پرده‌ها به تنهایی اثرات بالینی مفیدی ندارد اما اگر به صورت کمکی استفاده شود میزان پایین‌تری از اکسی‌توسین برای القای زایمان مورد نیاز خواهد بود و تعداد زایمان واژینال را افزایش خواهد داد.

کالج آمریکایی زنان و مامایی (۱۲) نیز در بولتن خود در رابطه با روش‌های مکانیکی القای زایمان به استریپ کردن پرده‌های جنینی پرداخته و چنین نتیجه می‌گیرد که نتایج در مورد اثر آن گیج‌کننده است اما افزایش قابل توجهی در میزان فعالیت فسفولیپاز A<sub>۲</sub> و پروستاگلاندین F<sub>۲</sub> در موارد استفاده از این روش دیده می‌شود.

Boulvain و همکارانش (۱۳) ۱۳ گزارش در مورد استریپ کردن پرده‌های جنینی برای القای زایمان و جلوگیری از حاملگی پست‌ترم را در ۲۰۰۰ زن مورد بازبینی قرار دادند.

در این بررسی استریپ کردن پرده‌های جنینی در حاملگی ترم ایمن (از نظر مادری و نوزادی) بیان شد.

میزان سزارین نیز در این گروه و گروه شاهد مشابه بود که از این نظر با مطالعه حاضر

در این مطالعه اثر استریپ کردن پرده‌های جنینی در حاملگی‌های ترم روی طول مدت حاملگی و نیز عوارض آن مورد بررسی قرار گرفت که براساس نتایج به دست آمده این روش تأثیری بر طول مدت حاملگی نداشته است. این نتیجه با بعضی از مطالعات قبلی همخوانی ندارد.

در سال ۱۹۹۲ مطالعه‌ای توسط Torkey و همکاران (۷) صورت گرفت و طی آن اثر استریپ کردن روی زنان با سن حاملگی ۴۱ هفته تمام مورد بررسی قرار گرفت و ۳۳ زن حامله استریپ شدند و ۳۲ نفر نیز به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند.

براساس نتایج این مطالعه زایمان خودبخود در گروه استریپ شده بیش از گروه شاهد بود ( $P=0/002$ ) میزان عفونت و سزارین و عاقبت نوزادان (neonatal outcome) در ۲ گروه مشابه بود.

در مطالعه دیگری که توسط مک گولین و همکارانش (۸) صورت گرفت ۹۰ بیمار با سن حاملگی ۳۸ هفته به صورت هفتگی استریپ شده و در ۹۰ نفر دیگر تنها معاینه واژینال هفتگی به منظور تعیین Bishop Score صورت گرفت.

در این مطالعه در گروه استریپ شده تعداد حاملگی پست ترم (بیش از ۴۲ هفته تمام حاملگی) به طور واضح کاهش یافته بود ( $p=0/004$ ) که در زنان نولی‌پار بیش‌تر دیده شد. هم چنین زنان این گروه زودتر از گروه شاهد زایمان کردند ( $p=0/0001$ ) اما عوارض ایجاد شده در ۲ گروه شاهد و مطالعه یکسان بود.

شاید تکرار دفعات استریپ کردن پرده‌ها برای کارایی بیش‌تر این روش کمک‌کننده باشد که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با این روش در ایران صورت گیرد. میزان پارگی کیسه آب و خون‌ریزی واژینال و نیز سزارین مانند مطالعه حاضر با گروه شاهد تفاوتی نداشت.

در مطالعه دیگری که توسط مک گولین و همکارانش (۹) صورت گرفته بود، ۹۹ بیمار شرکت کردند که از این تعداد ۵۱ نفر استریپ شده و ۴۸ نفر نیز در گروه شاهد قرار گرفتند. سن حاملگی در آن‌ها ۳۸ تا ۴۲ هفته تمام بود.

زایمان‌ها پست‌ترم شده بودند. عوارض در هر دو گروه یکسان بوده است. Doany و همکارانش (۱۸) مجموعه ژل پروستاگلاندین  $E_2$  و استریپ کردن پرده‌های جنینی را در بیماران پست ترم با هم به کار بردند که با پلاسبو و نیز با یکدیگر به تنهایی مقایسه شدند.

در گروهی که هر دو روش را با یکدیگر دریافت کرده بودند، زایمان زودتر صورت گرفته بود. Poma (۱۹) در یک بررسی مجدد روی روش‌های آماده‌سازی سرویکس گزارش کرد که استریپ کردن پرده‌های جنینی روشی ارزان و بی‌ضرر بوده و در مقایسه با روش‌هایی مانند پروستاگلاندین‌ها که نیاز به بستری و کنترل مادر و جنین دارند، انجام آن راحت‌تر و بی‌دردتر می‌باشد.

وجود گزارش‌های ضد و نقیض در مورد اثر آن ممکن است مربوط به تعداد کم افراد مورد مطالعه در هر یک از مطالعات باشد و شاید مطالعات بزرگ‌تر، نتایج متفاوت‌تری داشته باشند. اما به طور کلی در مواردی که نیاز فوری به ختم حاملگی وجود دارد استریپ کردن پرده‌های جنینی نمی‌تواند کمک کننده باشد چون نیازمند زمان است.

Boulvain و همکارانش (۲۰) در مطالعه خود اثر استریپ کردن پرده‌ها را در ایندکشن ۳ ماهه سوم مورد ارزیابی مجدد قرار دادند. در این رابطه ۱۹ مطالعه clinical trial مورد بازبینی قرار گرفت که ۱۷ مطالعه استریپ کردن پرده‌ها را با معاینه واژینال به تنهایی، ۳ مطالعه با پروستاگلاندین‌ها و یک مطالعه با اکسی‌توسین مقایسه کرده بودند.

در اغلب پژوهش‌ها این روش سبب کوتاه شدن طول مدت حاملگی و جلوگیری از پست ترم شدن حاملگی شده بود و عارضه خاصی در مادر و جنین دیده نشده بود. با وجود این محققان مطرح کردند که استفاده معمول از استریپ کردن پرده‌ها از هفته ۳۸ حاملگی به بعد، به نظر نمی‌رسد که از نظر بالینی کمک کننده باشد.

با بررسی مجموعه مقالات و بررسی‌های ذکر شده چنین به نظر می‌رسد که بر خلاف مطالعه حاضر، اغلب مقالات بر این عقیده‌اند که استریپ کردن پرده‌های جنینی کمک کننده

هم‌خوانی دارد اما استریپ کردن در القای زایمان مؤثر گزارش شد و زایمان تعداد کم‌تری از این زنان پست ترم شده بود.

در مطالعه دیگری که توسط Dare و همکاران (۱۴) برای بررسی تأثیر و ایمن بودن استریپ کردن پرده‌های جنینی در زمان ترم روی کاهش حاملگی پست ترم (۴۱ هفته و بالاتر) انجام شد، ۱۳۷ زن با سن حاملگی ۳۸ هفته به صورت تصادفی در ۲ گروه با استریپ کردن پرده‌ها (۶۹ نفر) و معاینه واژینال به تنهایی (۶۸ نفر) قرار گرفتند. زنان گروه استریپ شده زودتر زایمان کردند ( $P < 0/001$ ) و کمتر به حاملگی پست ترم تبدیل شدند ( $P = 0/009$ ).

تفاوت معنی‌داری از نظر میزان پارگی کیسه آب، کوریوآمینیونیت و زجر جنین در ۲ گروه وجود نداشت. این مطالعه با بعضی از مطالعات قبلی به طور کامل هم‌خوانی دارد در حالی که از نظر اثر بر طول مدت حاملگی، مطالعه حاضر با این مطالعه نتیجه یکسانی را ارائه نمی‌دهد اما در زمینه بروز عوارض مطابقت دارد.

در مطالعه دیگری که توسط Tannirandom و همکاران (۱۵) روی ۸۰ بیمار صورت گرفت نتیجه‌ای مشابه مطالعه قبل به دست آمده بود.

در مطالعه دیگری توسط Magann (۱۶) اثر استریپ کردن پرده‌های جنینی به طور روزانه و ژل پروستاگلاندین به صورت روزانه با معاینه واژینال روزانه در حاملگی‌های ۴۱ هفته تمام و با Bishop Score ۴ یا کمتر مورد مقایسه قرار گرفت که ۲ روش اول نسبت به روش معاینه واژینال به تنهایی برای شروع دردهای زایمانی مؤثرتر بوده‌اند ( $p = 0/0001$ ) این مطالعه روی ۱۰۵ بیمار صورت گرفته بود.

در مطالعه دیگری که توسط WiriyaSirivinj و همکارانش انجام شد (۱۷)، ۱۲۰ زن حامله با سن حاملگی ۳۸ هفته به صورت هفتگی استریپ یا تنها معاینه واژینال شدند. براساس نتایج مطالعه آن‌ها زایمان گروه استریپ شده زودتر صورت گرفته بود ( $p = 0/014$ ) و تعداد کم‌تری از

5- Mitchell MD., Flint AP., Bibby J., Brunt J. Rapid increases in plasma prostaglandin concentration after vaginal examination and amniotomy, Br. Med. J, 1977, 2: 1183-1188.

6- Swann Rq. Induction of labor by stripping membranes, ob, Gyn, 1985, 11: 70-74.

7- El Trokey M., Grant JM. Sweeping of the membranes is an effective method of induction of labor in prolonged pregnancy: a report of a randomized trial, Br J ob Gyn, 1992, 99: 455-458.

8- Mc Golin SQ., Hampton HL., Mc caul JF., Howard Pr. Stripping membranes at term: can it safely reduce the incidence of post term pregnancies? Ob, Gyn, 1990 oct, 76(4): 678-680.

9- Mc Golin SW., Patrissi GA., Morrison GC. Stripping the fetal membranes at term: Is it safe and efficacious? Rep. Med, 1977, 19: 125-127.

10- Weissberg SM., Spellacy WN. Membranes stripping to induce labor, Med, 1977, (19-3): 125-129.

11- Foong LC., Vanaja K., Tan G., Chua S. Membrane sweeping in conjunction with labor, induction, Ob, Gyn, 2000, 96: 539-42.

12- American college of obstetricians and Gynecologist. Induction of labor, practice bulletin no 10, washington D.C: ACOG, 1999.

13- Boulvain M., Iron D., Marcoux S., Fraser W. Sweeping of the membranes to prevent post term pregnancy and to induce labor: Asystemic review, Br J ob Gyn, 1999, 106: 481-483.

14- Dare F.O., Oboro V.O. The role of membrane stripping in prevention of post term pregnancy: A randomized clinical trial, J. Ob. Gyn, 2002 May, 22(3): 283-6.

15- Tannirandom Y., Jumrustansan T. A comparative study of membrane stripping and nonstripping for induction of labor in

است و بدون داشتن عارضه (مانند تحقیق حاضر) این روش بدون عارضه و ایمن می‌باشد. هم چنین هزینه‌ای برای بیمار ندارد اما در صورتی که ختم حاملگی ضرورت داشته باشد به طور مسلم نمی‌توان از این روش استفاده کرد و استفاده معمول از آن برای تمام بیماران توصیه نشده است اما به عنوان یک روش کمکی همراه با سایر روش‌ها برای آماده‌کردن سرویکس کاربرد دارد.

با توجه به مطالب ذکر شده پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در این زمینه با تعداد بیشتری از بیماران صورت گیرد. هم چنین استریپ کردن مکرر پرده‌های جنینی بررسی شود شاید بدین ترتیب کاربرد بیشتری داشته باشد. در صورتی که این مطالعات بتوانند نشان دهند که استریپ کردن پرده‌ها به صورت معمول می‌تواند مانع پست ترم شدن حاملگی شود این مطلب می‌تواند تویدبخش باشد.

محدودیت مطالعه حاضر احساس ناراحتی بیمار بود که ممکن است تأثیر گذار باشد و مشخص نیست آیا این نکته می‌تواند در شروع انقباضات موثر باشد یا نه که این مسئله از اختیار پژوهش‌گر خارج بوده است.

#### منابع

۱- س - حیم. فرهنگ انگلیسی به فارسی، چاپ اول، تهران، یهودا بروخیم، ۱۳۵۳، صفحه: ۶۴۳.

2- Gary cunningham, Norman. F Gant. Williams obstetrics, 21 st ed, NewYork, Mc Graw-Hill 2001, PP: 474.

3- Adair CD. Non pharmacologic approaches to cervical priming and labor induction, Clin obstet Gyn, 2000, 43: 447-54.

4- Josie T. Tenore. Methods for cervical ripening and induction of labor, American family physician J, 2003 may, 93(4): 95-103.

uncomplicated term pregnancy, J Med Assoc-Thai, 1999 mar: 82, 3: 229-33.

16- Magann EF., Chauham SP., Nevils BG., Mc Namara MF., Kinsella MJ., Morrison JC. Management of pregnancies beyond forty-one weeks gestation with an unfavourable cervix, Am J Ob Gyn, 1998 Jun, 178, 6: 1279-87.

17- Wiriyasirivaj B., Vutyavanich T., Ruangsri RA. A randomized controlled trial of membrane stripping at term to promote labor, Ob Gyn, 1996 May, 87(5PT1): 767-70.

18- Doany W., Mc Carty J. Outpatient management of the uncomplicated post date pregnancy with intravaginal prostaglandin E2 gel and membrane stripping, J Matern Fetal Med, 1997 Mar-Apr, 6(2): 71-8.

19- Poma PA. Cervical ripening. A review and recommendation for clinical practice, J report Med 1999 Aug, 44(8): 657-68.

20- Boulvain M., Stan C., iron. Membrane sweeping for induction of labor. Cochrane review, 2003 Feb 3.

Archive of SID

## *The Effect of Membrane Stripping at Term Pregnancy on the Duration of Pregnancy and Labor Induction and Its Complication*

**\*M. Kashanian, MD<sup>I</sup>      M. Meshki Samiei, MD<sup>II</sup>**

### *Abstract*

The object of the present study was to investigate the effect of membrane stripping at term pregnancy on the duration of pregnancy and labor induction and its complication. Therefore, a randomized trial of membrane stripping at term pregnancy versus vaginal examination alone was performed. In this study 101 patients with 39 completed weeks pregnancy were selected. All the patients, 50 patients(membrane stripping) and 51 patients(vaginal examination alone), were similar in age, parity, Bishop score and birth weight. Also, placenta previa was excluded by sonography in all of them. The obtained results showed that the interval between membrane stripping until delivery was not significantly different from that of control group. Therefore, membrane stripping could not decrease the duration of pregnancy in this study and at the same time did not have any effect on membrane rupture, vaginal bleeding, meconium passage, cesarian delivery and puerperal fever. It can be concluded that membrane stripping does not have any significant effect on the duration of pregnancy and probably prevention of post-term pregnancy, but it is safe and without any significant complications.

**Key Words:**      **1) Membrane Stripping      2) Duration of Pregnancy**  
**3) Post-term Pregnancy**

*This article is a summary of the thesis by M. Meshki Samiei, MD for the degree of specialty in Gynecology and Obstetrics under supervision of M. Kashanian, MD in 1996.*

**I)** Assistant Professor of Gynecology and Obstetrics, Shahid Akbbar Abadi Hospital, Molavi Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(\*Corresponding Author).

**II)** Gynecologist and Obstetrician.