

خلاصه تحقیق :

یکی از روشهای تحریک زایمان جدا کردن پرده های جنینی از سگمان تحتانی رحم است که اصطلاحاً به آن استریپینگ گفته می شود. اگر این روش در شرایط مناسبی صورت گیرد، روش ساده، کم هزینه و موثری در تحریک زایمان می باشد و نیاز به روشهای دیگر تحریک زایمان کمتر خواهد شد و حتی میزان سزارین کاهش خواهد یافت. با وجود آنکه این روش قدمت ۱۸۳ ساله دارد ولی در باره آن مطالعه به اندازه کافی صورت نگرفته است. لذا این پژوهش به منظور بررسی تأثیر استریپینگ بر شروع زایمان در حاملگی طولانی و آزمودن فرضیه استریپینگ بر شروع زایمان انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان می دهد که ۷۰ درصد زنانی که استریپینگ شدند طی سه روز شروع خود بخودی زایمان داشتند در حالیکه این میزان در گروه شاهد ۳۵ درصد است. همچنین میانگین زمان شروع زایمان در گروه مورد ۶۶/۲ ساعت و در گروه شاهد ۱۲۱ ساعت می باشد.

بنابراین زمان شروع زایمان در گروه مورد کوتاهتر از گروه شاهد است. براساس نتایج بدست آمده استریپینگ بر نوع زایمان، آپگارنوزاد، نیاز به اکسی توسین برای تسريع زایمان تأثیر ندارد زیرا در دو گروه مورد و شاهد نتایج یکسان بوده است. بر اساس نتایج این پژوهش استریپینگ روش سالم و موثری برای تحریک زایمان در حاملگی طولانی می باشد.

مقدمه :

حاملگی و زایمان در انسان و تمام پستانداران بطور فیزیولوژی و طبیعی انجام می شود. سیر حاملگی از زمان لانه گزینی تخمک بارور شده تا حدود ۲۶ روز پس از آن طی می شود بنابراین زایمان انجام شده در

بررسی تأثیر

استریپینگ^۱

بر
شروع زایمان

در
حاملگی طولانی

پژوهش از:

سیده نوشاز میرحق جو

کارشناس ارشد مامایی

مری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

شهید بهشتی رشت

می شود. این روش اولین بار توسط جیمز هامیلتون^۱ در سال ۱۸۱۰ در انگلستان انجام شد^(۶) طی تحقیقات میشل^۲ و همکارانش در سال ۱۹۷۷ مشخص گردید که این روش باعث افزایش متابولیتهای پروستاگلاندین در جریان خون مادر می گردد و تحریک زایمان را سبب می شود^(۷). اکثر زنان با حاملگی طولانی، دهانه رجم نامساعد دارند که احتمالاً نقص در تولید پروستاگلاندین و یا نقص در پاسخ دهانه رجم به پروستاگلاندین با منشأ داخلی می باشد. در نتیجه اکثراً به تحریک زایمان با اکسی توسین جواب نمی دهند^(۸) در واقع تحریک زایمان، با اکسی توسین که بطور معمول در درمان حاملگی طولانی انجام می شود، تأثیری در اصلاح نتایج حاملگی ندارد و سبب افزایش میزان سزارین می گردد. اما به دنبال انجام استریپینگ دهانه رحم مساعد می شود که می تواند نتیجه ای از آزادشدن پروستاگلاندین موضعی از پرده های جنینی یا دهانه رحم باشد که از مزیت های این روش به شمار می آید. اگر این روش در شرایط مناسبی صورت گیرد می تواند روش ساده، کم هزینه و موثری در تحریک زایمان باشد و نیاز به روش های دیگر تحریک زایمانی کمتر خواهد شد و در صورتیکه استریپینگ در شرایط نامناسبی انجام شود می تواند با عوارضی چون خونریزی در اثر پاره شدن زودرس پرده های جنینی، عفونت و پاره شدن زودرس پرده های جنینی همراه باشد. با وجود آنکه استریپینگ پرده های جنینی در تحریک زایمان خوب بخودی قدمتی ۱۸۳ ساله دارد و بطور کلینیکی این روش در حد وسیعی مورد استفاده قرار می گیرد اما در باره آن مطالعات به اندازه کافی صورت نگرفته است. با یک نظر اجمالی به کتب پزشکی و تحقیقات انجام شده از سال ۱۹۰۰ به بعد

موعد مقرر بین آغاز هفته ۳۸ تا پایان هفته ۴۲ اتفاق می افتد. زایمان مرحله ای از بارداری است که در طی آن اعمالی بطور طبیعی انجام شده و در نتیجه مادر فارغ و نوزاد بدنیا می آید. اینکه جرقه زایمان توسط مادر زده می شود یا جنین، هنوز بخوبی مشخص نگردیده است. پاسخ به این سوال حداقل در مورد انسان کار دشواری است. چرا که این سوال برای حدود ۲۵۰۰ سال است که مطرح می باشد. ما هنوز نمی دانیم که چطور یک رحم خاموش به رحمی با انقباضات قوی تبدیل می شود. ولی تغییرات مربوط به مایع آمنیوتیک، جفت، جنین، رحم و دهانه رحم مهم هستند و در تمام فرضیه های مطرح شده برای زایمان نقشی برای سیستم های که شامل تولید پروستاگلاندین ها هستند تصور می شود^(۱). بدلاً لیل نامعلومی بارداری ممکن است تا چندین هفته پس از موعد مقرر بطول انجامد بطوریکه شیوع آن ۱۱-۱۲ درصد گزارش شده است^(۴). در طی این مدت ممکن است خطراتی جان جنین را مورد تهدید قرار دهد. بنابر تحقیقات براون^۱ در سال ۱۹۶۳ میزان مرگ و میر قبل و بعد از تولد در هفته ۴۲ حاملگی دوباره و در هفته ۴۳ سه برابر می شود^(۳). به علت وجود عوارض پزشکی و زایمانی ادامه حاملگی بیش از هفته ۴۲ غیر عاقلانه می باشد. در حقیقت در بسیاری از موارد هر چه زودتر حاملگی را باید به پایان رسانید. باخترا^۲ و همکارانش در سال ۱۹۸۳ به این نتیجه رسیدند که تحریک زایمان از پایان ۴۰ هفتگی باید شروع شود زیرا شیوع جنین مرده با علت نامشخص بسیار کم می شود^(۱). در صورتیکه سلامت مادر و جنین در معرض خطر باشد به نفع هر دو آنهاست که حاملگی خاتمه یابد. روش های مختلفی برای تحریک زایمان وجود دارد. یکی از روش های تحریک زایمان جدا کردن پرده های جنینی از سگمان تحتانی رحم بوسیله انگشتان شخص معاینه کننده است که اصطلاحاً به آن استریپینگ گفته

-
1. Brown.
 2. Bakhner.
 3. Games Hamilton.
 4. Michel.

استریپینگ شده اند ۶۹ درصد و در گروه کنترل ۲۶ درصد بوده است. در این بررسی ۱۴۷ زن در گروه مورد و ۷۴ زن در گروه شاهد قرار گرفتند. در گروه مورد، استریپینگ سه روز متوالی انجام شد و در صورتیکه ۲۴ ساعت بعد از آخرین استریپینگ زایمان شروع نمی شد نشان دهنده عدم موفقیت روش فوق بوده است. در این مطالعه بیشتر زنان بدنبال استریپینگ دردهای نامنظم و لکه بینی داشتند(۶).

اپلی^۲ و جانسون^۳ در سال ۱۹۸۴ تحقیقی در زمینه عوارض استریپینگ انجام دادند. ۱۷۹ نفر در گروه مورد و ۲۹۴ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. گروه مورد در پایان هفته ۳۶ استریپینگ شدند ولی گروه شاهد فقط ازنظر وضعیت دهانه رحم بررسی گردیدند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که شیوع پاره شدن زودرس پرده های جینی در هر دو گروه ۱۵ درصد بوده است. طولانی شدن فاز نهفته در گروه مورد ۱/۳ درصد و در گروه شاهد ۱/۲ درصد می باشد. تفاوتی در میزان سزارین در دو گروه وجود نداشت. شیوع آندومتریت در گروه مورد ۲/۳ درصد و در گروه شاهد ۳/۶ درصد اعلام گردید. از نظر عوارض جینی دو گروه مورد بررسی قرار گرفتند غیر طبیعی بودن تعداد ضربان قلب جینین در گروه مورد ۱۵/۳ درصد و در گروه شاهد ۱/۱ درصد بوده است. آغشته شدن مایع آمنیوتیک در گروه مورد ۲/۳ درصد و در گروه شاهد ۳/۶ درصد می باشد این بررسی نشان می دهد که افزایش در عوارض مادری- جینی و عوارض بعد از زایمان ناشی از انجام استریپینگ دیده نشده است (۲).

ویزبرگ^۴ و اسپلاسی^۵ در سال ۱۹۷۷ مطالعه ای

تنها چهار تحقیق در این زمینه صورت گرفته است. با توجه به اهمیت ضرورت دخالت در حاملگی های طولانی و بر اساس نتایج حاصله از تحقیقات انجام شده مبنی بر موثر بودن، کم عارضه بودن و در بر نداشتن هزینه زیاد نسبت به روش های تحریک زایمان با اکسی توسین و سزارین، به منظور تأثیر استریپینگ بعنوان روشی موثر در حاملگی های طولانی شده این پژوهش پی ریزی شده است.

بیان مسئله پژوهش:

در این تحقیق تأثیر استریپینگ بر شروع زایمان مادرانی که حاملگی طولانی داشتند و به درمانگاه مامائی بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد در سال ۱۳۷۳ مراجعه کردند مورد بررسی قرار گرفته است.

اهداف پژوهش:

هدف کلی: تعیین تأثیر استریپینگ بر شروع زایمان زنانی که حاملگی طولانی داشتند و به کلینیک مامائی امام رضا(ع) شهر مشهد مراجعه نمودند.

اهداف جزئی:

۱) تعیین درصد مادرانی که طی سه روز پس از انجام معاینه لگنی و استریپینگ شروع خودبخودی زایمان داشته اند.

۲) تعیین درصد مادرانی که طی سه روز پس از انجام معاینه لگنی، شروع خودبخودی زایمان داشته اند.

۳) مقایسه شروع خودبخودی زایمان در طی سه روز در گروهی که استریپینگ شده اند و گروهی که استریپینگ نشده اند.

مروری بر مطالعات:

بر اساس مطالعه سووان^۱ در سال ۱۹۵۸ تحت عنوان «تحریک زایمان بوسیله استریپینگ پرده های جینی» شروع زایمان خودبخودی در گروهی که

1. Swann.
2. Epley.
3. Johnson.
4. Weissberg.
5. Spellacy.

استریپینگ پرده‌های جنینی روش موثری برای تحریک زایمان در زنان با حاملگی طولانی می‌تواند باشد» انجام داد. در این بررسی ۶۵ زن حامله با سن حاملگی ۴۱-۴۲ هفته در کلینیک مامائی بیمارستان بلشیل^۴ انگلستان در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که اتساع بیش از ۴ سانتی متر دهانه رحم در اولین معاینه لگنی در زنانیکه استریپینگ شده‌اند ۴۰ درصد بوده است در حالیکه در گروه کنترل ۱۶ درصد است. همچنین شروع زایمان خودبخودی در گروه مورد ۷۶ درصد گزارش گردید. براساس این تحقیق استریپینگ روش موثری است و عوارض مانند عفونت بعد از زایمان، آپگار کمتر از ۶ و مرگ و میر جنین قبل و بعد از زایمان و عفونت نوزادی در انجام این روش مشاهده نگ دید (۹).

روش پژوهش:

نوع پژوهش: این پژوهش یک بررسی نیمه تجربی دو گروهی می باشد که افراد مورد مطالعه در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند و سپس اثر متغیر مستقل که استریپینگ پرده های جنبی است بر متغیر وابسته یعنی شروع ایمان مودودی رسمی، قرار گرفته است.

جامعه پژوهش: جامعه پژوهش در این بررسی کلیه زنان حامله با سن حاملگی بیشتر از ۴۰ هفته است که علائم شروع زایمانی نداشته و به کلینیک مامائی بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد مراجعه نموده اند.

نمونه پژوهش: در این پژوهش ۴۰ نفر از مادرانی که سن حاملگی آنها بیشتر از ۴۰ هفته بوده و علائم

تحت عنوان «استریپینگ پرده‌های جنینی برای تحریک زایمان» انجام دادند. در این بررسی ۹۱ زن حامله که در هفته ۳۷ حاملگی قرار داشتند بطور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. این روش موقعی غیرموثر تلقی گردید که در عرض ۴۸ ساعت پس از معاينه لگنی زایمان شروع نشده بود. نتایج حاصله نشان می‌دهد که شروع زایمان در زنانیکه استریپینگ شده‌اند $\frac{43}{5}$ درصد و در زنانی که استریپینگ نشده‌اند $\frac{22}{5}$ درصد می‌باشد. ضمناً ضریب بی‌شاب^۱ در زنانی که استریپینگ شدند و در عرض ۲ روز زایمانشان شروع شد بین 5° - 5° بوده است. طبق این مطالعه استریپینگ روش موثری است که باعث تحریک زایمان می‌گردد و عوارض جنینی و مادری در دو گروه زایمان می‌داند. مطالعه دیده نشده است (۱۰).

کولگین^۲ در سال ۱۹۹۰ مطالعه‌ای تحت عنوان «آیا استریپینگ پرده‌های جنینی در هنگام ترم می‌تواند بطور موثری تعداد حاملگی‌های دیررس را کاهش دهد.» انجام داد در این مطالعه ۱۸۰ زن حامله با سن حاملگی ترم در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. برای همه زنان هر هفته تا زمان زایمان معاینه لگنی صورت می‌گرفت. در گروه شاهد معاینه لگنی برای تعیین ضریب بی‌شایپ انجام می‌شد. در حالیکه در گروه مورد، علاوه بر تعیین ضریب بی‌شایپ پرده‌های جنینی از سگمان تحتانی جدا می‌گردید. بر اساس نتایج این تحقیق مدت زایمان بعد از اولین معاینه در زنانی که استریپینگ شده‌اند ۷۴/۸+۰ روز و در گروه شاهد ۱۵/۱۴+۰ روز بوده است. ۳ زن با حاملگی دیررس در گروه مورد وجود داشت در حالیکه در گروه شاهد ۱۴ زن با حاملگی دیررس دیده شد. کاهش حاملگی دیررس در زنان اول زا که ضریب بی‌شایپ خوبی نداشتند قابل توجه بوده است. این بررسی نشان داد که انجام این روش باعث کاهش تعداد حاملگی دیررس می‌گردد (۵).

التركي^٣ در سال ١٩٩٢ تحقیقی تحت عنوان «آیا

1. Bishop Scor.
 2. Colgin.
 3. El - Turkey.
 4. Belshil Hospital.

معاینه بالینی و در صورت لزوم یافته های سونوگرافی بوده است. ابتدا برای همه خانم های واجد شرایط معاینه لگنی انجام گردید و ضریب بی شاپ تعیین شد و سپس در دو گروه مورد و شاهد قرار می گرفتند مادر به منزل فرستاده می شد و با شروع زایمان به واحد دانشگاه بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه می کرد. برای تعیین زمان شروع زایمان به مادر آموزش داده شد تا در صورتیکه حداقل دو انقباض در دنائی در طی ده دقیقه داشته زمان آنرا بخاطر بسپارد و در کارتهایی که به این منظور تهیه شده است یاد داشت نموده و به کلینیک مامائی یا بخش زایمان بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه نماید تا شروع زایمان تأیید گردد. اطلاعات مربوط به نتایج زایمانی از پرونده استخراج گردیده است. برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات روش اعتبار محتوی بکار برده شده است. تعیین اعتماد علمی ابزار اندازه گیری اطلاعات توسط مطالعه راهنمای انجام گرفت.

بحث و بررسی یافته ها :

نتایج حاصله از این پژوهش نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین استریپینگ و شروع خودبخودی زایمان وجود دارد.

$X^2 = 4 / 0.9$ DF=1 PV < 0 / 02 (۱) بیانگر آن است که پژوهش در جدول شماره (۱) شروع خودبخودی زایمان در گروه استریپینگ ۷۰ درصد و در گروه شاهد ۳۵ درصد می باشد. یافته های پژوهش در جدول شماره (۲) تفاوت معنی داری را بین دو گروه مورد و شاهد از نظر شروع زایمان بیان می کند $DF = 38 T = 2 / 2$ PV < 0 / 03 (۲) میانگین زمان شروع زایمان در گروه مورد ۶۶ / ۲ ساعت و در گروه شاهد ۱۲۱ ساعت می باشد. یافته های پژوهش در نمودار شماره (۱) نشان می دهد که ۳۰ درصد افرادیکه استریپینگ شدند در مدت کمتر از ۲۴ ساعت شروع خودبخودی زایمان داشته اند در حالیکه این میزان در

شروع زایمانی در آنها دیده نشده است و ممنوعیتی برای انجام عمل استریپینگ نداشتند (نظیر دوقلوئی، نمایش های غیرطبیعی، جفت سرراهی، ضربان قلب غیرطبیعی جنین، عدم تطابق لگن مادر با جنین) بطور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری مورد و شاهد قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن مادر، سن حاملگی، تعداد زایمان، وزن تخمینی جنین و ضریب بی شاپ معادل شدند تعداد نمونه بر اساس مطالعه راهنمای تعیین درصد نمونه بطور تخمینی و جاگذاری در فرمول بدست آمده است.

محیط پژوهش : محیط پژوهش کلینیک مامایی بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد است که یک بیمارستان دانشگاهی است و دلیل انتخاب این محیط دستیابی به نمونه کافی مورد نظر می باشد.

روش گردآوری اطلاعات : جهت جمع آوری اطلاعات از فرم مصاحبه و پیگیری که شامل مشاهده و استفاده از اسناد و مدارک می باشد، استفاده شده است. پژوهشگر پس از توضیح هدف پژوهش و کسب موافقت مادران واجد شرایط به جمع آوری اطلاعات پرداخته است. اطلاعات برگه مصاحبه در چهار قسمت تنظیم شده است. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک و قسمت های بعدی به بررسی خصوصیاتی از قبیل سابقه حاملگی قبلی، سابقه حاملگی های فعلی، علائم حیاتی می پردازد. برگه پیگیری که در واقع از ابزار اصلی گردآوری داده ها در این پژوهش است به بررسی معیارهای مربوط به ضریب بی شاپ، شروع زایمان و همچنین نتایج زایمانی می پردازد. در این بررسی سن حاملگی با استناد به اولين روز آخرین قاعده‌گي طبیعی که مادر اظهار نموده است و یافته های سونوگرافی قبل از هفته ۲۸ حاملگی می باشد. تشخیص موارد منع انجام استریپینگ براساس گرفتن تاریخچه دقیق از مادر،

گروه شاهد ۵ درصد بوده است. جدول شماره (۳)

موارد استفاده در مامایی:

نتایج این پژوهش در موارد ذیل می تواند مورد استفاده، قرار گیرد: (۱) با توجه به اهمیت نقش ماما در سلامت جامعه، نتایج تحقیقات جدید در زمینه اداره مناسب حاملگی بایستی در اختیار ماماهای قرار گیرد تا با تسلط بیشتری خدمات خود را ارائه دهند. نتایج این پژوهش می تواند کمک موثری در تصمیم گیری آنها در اداره مناسب حاملگی باشد (۲) از آنجا که اقدامات مامائی در جهت سلامت مادران و نوزادان می باشد لذا مربیان مامائی می توانند با آموزش در این زمینه از این یافته ها در جهت آموزش دانشجویان مامائی استفاده کنند (۳) به علت موثر، ساده و بی خطر بودن این روش نسبت به روش های تحریکی دیگر زایمانی می توان از آن در خدمات بالینی مامائی در بیمارستانها استفاده نمود (۴) در حاملگی طولانی شده اضطراب و نگرانی مادر به علت طول کشیدن حاملگی افزایش می یابد با دادن توضیحات لازم مبنی بر بی خطر بودن این روش می توان اضطراب و نگرانی مادر را به حداقل رساند.

نشان می دهد که ۵۰ درصد افرادی که دارای ضریب بی شاپ مساوی و کمتر از ۵ بودند استریپینگ شدند در طی ۷۲ ساعت زایمان خود بخودی در آنها آغاز گردید، در حالیکه ۲۰ درصد افرادی که ضریب بی شاپ بیش از ۵ داشته اند طی ۷۲ ساعت شروع خود بخودی زایمان در آنها مشاهده گردید. ضمناً نتایج حاصله از این مطالعه نشان می دهد که استریپینگ تأثیر سوئی بر نتایج زایمانی نداشته است بطوریکه از نظر میزان پارگی زودرس پرده های جنبی، نیاز به اکسی توسین برای تسریع زایمان، دو گروه مورد و شاهد یکسان بوده اند. از طرفی میزان سزارین در گروه مورد کمتر از گروه شاهد مشاهده شده است بطوریکه میزان سزارین در گروه مورد ۱۰ درصد و در گروه شاهد ۲۵ درصد بوده است (نمودار شماره ۲). جهت اثبات این مسئله احتیاج به نمونه بیشتر و مطالعات وسیعتری می باشد. نتایج حاصله از این تحقیق نشان می دهد که استریپینگ روش سالم و موثری برای تحریک زایمان در حاملگی طولانی می باشد.

جدول شماره (۱):

توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک زمان شروع زایمان

کلینیک مامایی بیمارستان امام رضا (ع) (۷۲-۷۳)

جمع	شاهد	مورد	گروهها	
			فراوانی	فاصله زمانی از معاینه لگنی تا شروع زایمان
تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد		
(۵۲/۵) ۲۱	(۳۵) ۷	(۷۰) ۱۴		<۷۲ _h
(۴۷/۵) ۱۹	(۶۵) ۱۳	(۳۰) ۶		>۷۲ _h
(۱۰۰) ۴۰	(۵۰) ۲۰	(۵۰) ۲۰	جمع	

$$X^2 = 4/09 \quad Pv < 0/02 \quad DF = 1$$

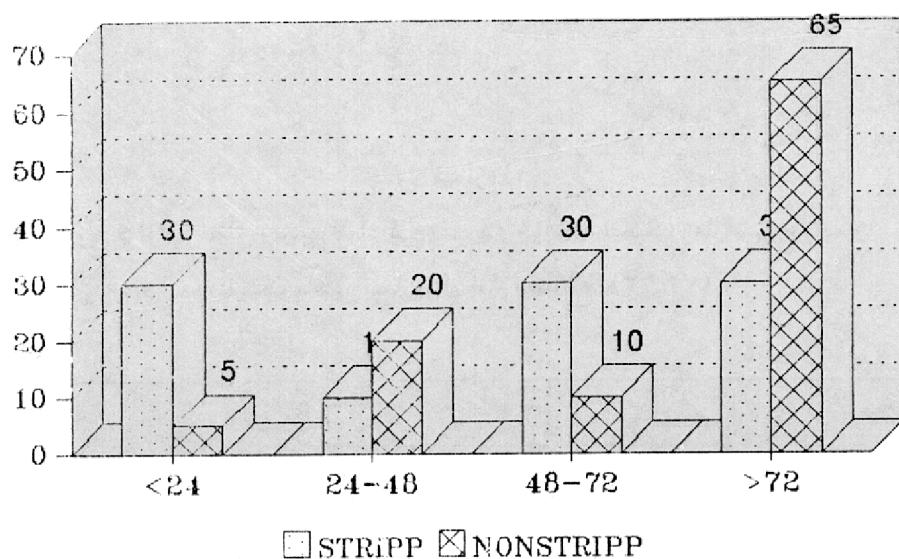
جدول شماره (۲) :

مقایسه میانگین زمان شروع زایمان بر حسب ساعت
در دو گروه مورد و شاهد کلینیک مامائی بیمارستان امام رضا (ع) (۷۲-۷۳)

گروهها	میانگین زمان شروع زایمان (ساعت)	انحراف معیار	(حداکثر زمان شروع زایمان)	(حداقل زمان شروع زایمان)
مورد	۶۶/۲	۶۴	۲۸۰	۴/۳۰
شاهد	۱۲۱	۸۷/۴	۲۸۰	۱۵

$$T=2/26 \quad Pv < 0/03 \quad DF=38$$

TIME OF LABOR IN STRIPP & NONSTRIPP



نمودار شماره (۱) :

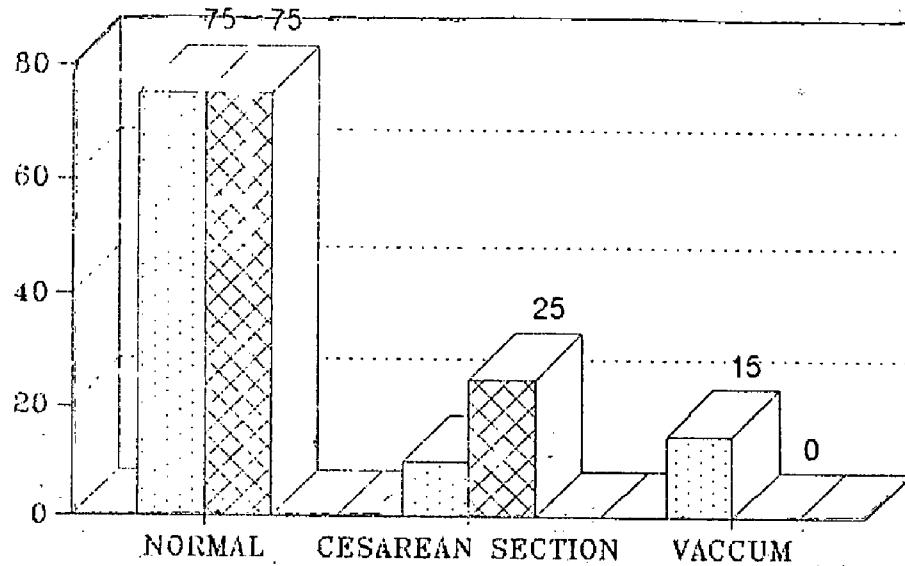
توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک مدت زمان شروع زایمان.
کلینیک مامائی بیمارستان امام رضا (ع) (۷۲-۷۳)

جدول شماره (۳)

توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه استرپینگ به تفکیک ضرب بی شاب و مدت زمان شروع زایمان
کلینیک مامائی بیمارستان امام رضا (ع) (۷۲-۷۳)

جمع	>۷۲ _h		<۷۲ _h		مدت زمان شروع زایمان
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	
(۸۰) ۱۶	(۳۰) ۶	(۵۰) ۱۰	<۵		فراوانی
(۲۰) ۴	(۰) ۰	(۲۰) ۴	>۵		ضرب بی شاب
(۱۰۰) ۲۰	(۳۰) ۶	(۷۰) ۱۴			جمع

KIND OF DELIVERY IN TWO GROUPS STRIPP & NONSTRIPP



■ STRIPP □ NONSTRIPP

:نمودار شماره (۲)

توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک نوع زایمان. کلینیک مامائی بیمارستان امام رضا (ع) (۷۲-۷۳)

منبع:

- 1- Cunningham, Macdonald Gant. williams obstetrics 19th edition, Appleton &, London,1993.
- 2- Epley s.L. johnson S.R, "The morbidity of membrane stripping J.Reprod. Med.19:125,1977.
- 3- Fanaroff A.A.Martin' R.J, "Neonatal perinatal Medicine Disease of The Fetus and infant," 5th editon, Mosby yearbook, London1992.
- 4- Fernando Arias,MD, "practical Guide To Highrisk pregnancy and delivery" 2th edition, Mosby yearbook, London1992.
- 5- Mc colgin, patrissi GA, Morrison J.C "Stripping membrane at term can it safely reduce The incidence of postterm pregnancies? "obstet & Gynecol VOL76 PP678,1990.
- 6- Swann R,Mo, "Induction of Labor by stripping membranes" obstet & Gynecol 11:74,1958.
- 7- Sweet BR, "Maye's midwifery, Atexbook for midwives" 11The ed. Bailliere Tindall, London,1988.
- 8- Trofatter, K. MD, "Cervical ripening" Clinical obstetrics and Gynecology VOL35, NO3,1992.
- 9- Torkey M. EL.Grant M, "Sweeping of the membranes is an effective method of induction in prolonged pregnancy". British Jurnal of obstetric & Gynecology VOL99 PP.455-4581992.
- 10- Weissberg S.M. Spellacy W.N. "Membrane stripping to induced labor" J.Reprod & Med 9(3)PP 125-127,1977.