

تأثیر جدا کردن پرده های جنینی در جلوگیری از حاملگی طول کشیده در افراد نخست زا

لیلی سخاوت^۱، رباب داور^۲، فاطمه زارع طرزجان^۱

۱- استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه شهید صدوقی یزد

۲- استادیار، عضو گروه ناباروری دانشگاه شهید صدوقی یزد

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۰/۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۴/۱۱

خلاصه

مقدمه: این مطالعه جهت تعیین اثر جدا کردن پرده های جنینی در جلوگیری از حاملگی طول کشیده در حاملگی بار اول انجام شده است.

روش کار: در یک مطالعه آینده نگر، دوسو کور، مورد و شاهد، در بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد، ۱۳۴ زن نخست زای طبیعی ترم (۲۸۰ روز و بیشتر) که هنوز در آنها دردهای زایمان شروع نشده بود به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه مورد (مامبران جدا شده، ۶۶ نفر) که در آنها هر ۴۸ ساعت یکبار تا زمان زایمان یا رسیدن به هفته ۴۲ بارداری پرده های جنینی جدا می شد؛ و گروه کنترل (۶۸ نفر) که در آنها فقط معاینه واژینال انجام می شد در هر دو گروه فاصله زمانی شروع معاینه تا زایمان، میزان طول کشیدن زایمان تا ۴۲ هفته و عوارض حاملگی مثل پارگی کیسه آب، خونریزی و یا دفع مکنونیوم بررسی شد. نتایج حاصل جمع آوری و با نرم افزار SPSS 15.0 با آزمون های تی و کای اسکوئر با یکدیگر مقایسه شد. $P < 0/05$ تفاوت معنی دار تلقی گردید.

نتایج: جدا کردن پی در پی پرده های جنینی به طور معنی دار ی حاملگی تا هفته ۴۲ را کاهش داد (۱۶/۵٪ در گروه مورد در مقابل ۴۴٪ در گروه کنترل $p < 0/05$). همچنین فاصله زمانی شروع زایمان در گروه مورد کمتر بود (۵/۶ روز در مقابل ۹/۴ روز، $p < 0/05$). در گروه مورد زایمان خودبخود نیز به طور معنی دار بیشتر از گروه کنترل بود (۵/۰٪ در مقابل ۰/۰٪). از نظر عوارض حاملگی مثل پارگی زودرس کیسه آب، خونریزی واژینال و دفع مکنونیوم در دو گروه تفاوت، معنی دار نبود.

نتیجه گیری: جدا کردن پرده های جنینی در هفته ۴۰ حاملگی می تواند سبب جلوگیری از زایمان طول کشیده شود.

(مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره یازدهم، شماره سوم، پاییز ۸۷: ۶-۱)

کلمات کلیدی: جدا کردن پرده های جنینی، حاملگی طول کشیده، زایمان خودبه خود، حاملگی نخست زا

* نویسنده مسؤل: لیلی سخاوت

آدرس: یزد، صفاییه، بیمارستان آموزشی شهید صدوقی،

گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

L_sekhavat@yahoo.com

تلفن: ۰۱۱۸۲۲۴۰۰۱ (۳۵۱) ۹۸+



مقدمه

جدا کردن به معنی لخت کردن می باشد که در مورد پرده های جنینی منظور جدا کردن پرده های جنینی از سگمان تحتانی رحم می باشد (۱). جداسازی پرده های جنینی تحت معاینه واژینال و توسط انگشت دست صورت می گیرد به این ترتیب که فرد معاینه کننده با انگشت دست داخل سوراخ دهانه رحم به صورت چرخشی حرکت کرده و با این کار باعث جدا شدن پرده های جنینی از سگمان تحتانی رحم می شود (۲). با این عمل کوریون از دیواره رحم جدا شده و بر اثر صدمه دیدن دسیدوا و دیلاتاسیون ایجاد شده با انگشت دست پروستاگلاندین و فاکتور فعال کننده پلاکتی و سایر واسطه های التهابی آزاد و وارد خون و مایع آمنیوتیک شده و انقباضات رحمی را آغاز و یا تشدید می کند (۳).

در یک مطالعه غلظت پروستاگلاندین پلاسما را قبل و بعد از معاینه واژینال و جدا کردن پرده های جنینی اندازه گیری نمودند، مشاهده شد که در مقایسه با افرادی که معاینه نشده بودند میزان پروستاگلاندین پلاسما در افرادی که معاینه شده بودند و یا پرده های جنینی شان جدا شده بود بالاتر بود (۵،۴). در مطالعه دیگری دیده شد جدا کردن پرده های جنینی می تواند محرک قوی ایجاد دردهای زایمانی باشد (۶). در مطالعات متعدد جدا کردن پرده های جنینی از دهانه رحم به عنوان یکی از روشهای القای زایمان و جلوگیری از زایمان طول کشیده آمده است و گزارش شده است که جدا کردن پرده های جنینی می تواند باعث کاهش میزان القای زایمان و مدت القای زایمان شود (۷-۱۲). Salamalekis در مطالعه خود جدا کردن را با اکسی توسین مقایسه کرده و اثر آن را در القای زایمان بیشتر از اکسی توسین دانست (۱۳). با این وجود در گروه دیگری از مطالعات جدا کردن پرده های جنینی را در جلوگیری از زایمان طول کشیده و شروع درد زایمان موثر ندانستند (۱۴-۱۶). در اکثر مطالعات عوارض ناخواسته لیبر مثل دفع مکونیوم و یا خونریزی واژینال و یا پارگی کیسه آب

در گروه جدا شده بیشتر از گروه کنترل نبود (۱۶،۱۵،۱۰).

زایمان طول کشیده^۱ یعنی حاملگی بیشتر از ۴۲ هفته (۲۹۴ روز)، که در ۱۰٪ حاملگی ها دیده می شود (۱۷). این پدیده با عوارض مادری و جنینی متعددی همراه است بخصوص که به علت پیر شدن جفت و خونرسانی ناکافی به جنین میتواند باعث دیسترس جنینی و حتی مرگ جنین شود (۱۹).

تا به حال مطالعات متعددی در مورد پیشگیری از زایمان طول کشیده انجام شده است و از بوتروتونیک ها مثل پروستاگلاندین جهت القای زایمان و شروع درد زایمان استفاده شده است که مصرف دارو ها با عوارض جانبی و صرف هزینه همراه بوده است.

هدف از این مطالعه بررسی اثر جدا کردن پرده های جنینی (که یک پدیده طبیعی است) در ایجاد انقباضات رحم و شروع زایمان و جلوگیری از زایمان طول کشیده در حاملگی های نخست زا می باشد. همچنین عوارض این عمل مورد مطالعه قرار گرفته تا از بی خطر بودن آن اطمینان حاصل شود.

روش کار

این مطالعه به صورت آینده نگر، دوسو کور، مورد و شاهد در بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد (بین ۱۳۸۲-۱۳۸۵) انجام گرفته است. تعداد ۱۳۴ حامله نخست زا که سن حاملگی آنها بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) و یا سونوگرافی قبل از ۲۰ هفته حاملگی بین ۴۰-۴۱ هفته (۲۸۱-۲۸۷ روز) بود، مورد مطالعه قرار گرفتند.

شرایط حذف از مطالعه شامل اسکار قبلی اعمال انجام شده روی رحم (مثل میومکتومی)، سابقه بیماری سیستمیک مادر (مثل دیابت)، پارگی زودرس کیسه آب (PROM)، جفت غیر طبیعی (قبل از پذیرش برای مطالعه تمام افراد توسط پژوهشگر سونوگرافی می شدند)، سن حاملگی نا مشخص، وجود شرایط ختم حاملگی اورژانسی (مثل پره اکلامپسی)، تنگی لگن، ماکروزومی و

شد و سپس به خانه فرستاده می شدند. از این بیماران خواسته شد در صورت عدم شروع درد زایمان ۴۸ ساعت بعد جهت انجام مجدد مراجعه کنند. کنترل سلامت جنین در این گروه نیز طبق روتین مامایی انجام می شد و به آنها آموزش داده شد تا با وجود هر عارضه دیگر مثل آبریزش و یا خونریزی واژینال مراجعه کنند. در ضمن از مقاربت جنسی نیز پرهیز نمایند تا هیچگونه تحریک دهانه رحم خارج از مطالعه ویا پارگی کیسه آب صورت نگیرد. در صورت شروع درد زایمان بیماران بستری شده و فاصله زمانی شروع مطالعه و شروع درد زایمان و سپس عوارض حین لیبر و نوع زایمان و آپگار جنین نیز یادداشت شد. سپس محاسبات آماری با نرم افزار SPSS 15.0 و توسط تستهای تی و کای اسکوئر بررسی شد. $p < 0.05$ معنی دار تلقی شد.

نتایج

در دو گروه مطالعه از نظر سن مادر، سن بارداری، Bishop score اولیه و آپگار نوزاد اختلاف معنی دار وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات فردی زنان نخست زای شرکت کننده در بررسی تاثیر جداکردن پرده های جنینی

مشخصات	گروه مورد	گروه کنترل	P value
سن مادر*	۲۷± ۲/۳	۲۶± ۲/۶	> ۰/۰۵
سن حاملگی*	۲۸۰± ۱/۸	۲۸۰ ± ۲/۱	> ۰/۰۵
Bishop score**	۶	۷	> ۰/۰۵
آپگار نوزاد**	۹	۸	> ۰/۰۵

* برحسب میانه ± انحراف معیار

** بر حسب میانه

بود ($p < 0.05$). در گروه مورد در ۲۴ نفر (۳۶/۴٪) پرده ها جدا شده و در ۴۲ نفر (۶۳/۶٪) ماساژ دهانه رحم داده شد که از نظر فاصله زمانی و زایمان بعد از ۴۲ هفته در این مورد اختلاف معنی دار نشد ($p > 0.05$). از ۱۱ نفر زایمان طول کشیده در گروه مورد ۶ نفر (۵۴/۵٪) زایمان خودبخود داشتند در صورتیکه در گروه کنترل تنها ۱ نفر (۲/۳٪) بعد از ۴۲ هفته زایمان خودبخودی داشت ($p < 0.05$).

یا علل دیگر جهت سزارین بود. به تمام افراد واجد شرایط نوع مطالعه و نحوه انجام آن شرح داده می شد و از آنها اجازه کتبی گرفته می شد.

دو گروه جدا شده (۶۶ نفر) و گروه کنترل (۷۸ نفر) با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. جدا کردن و معاینه واژینال توسط یک نفر (پژوهشگر) انجام شد تا شرایط یکسان باشد ولی بررسی کننده نتایج مطالعه از گروه افراد بدون اطلاع بود.

برای گروه کنترل معاینه واژینال جهت تعیین Bishop score بدون دستکاری اضافی انجام می شد و به آنها آموزش داده شد که با شروع درد زایمان و یا هر عارضه دیگر مثل آبریزش و یا خونریزی واژینال مراجعه کنند. کنترل سلامت جنین در این گروه طبق روتین مامایی انجام می شد. در ضمن از آنها خواسته شد تا شروع زایمان از مقاربت جنسی پرهیز کنند تا هیچگونه تحریک دهانه رحم ویا پارگی کیسه آب صورت نگیرد. در گروه مورد در معاینه واژینال اول Bishop score تعیین و سپس در صورت باز بودن دهانه رحم با انگشت سبابه و با حرکت چرخشی پرده های جنینی از سگمان تحتانی رحم به میزان ۱-۲ سانتیمتر جدا شد و در صورت باز نبودن دهانه رحم به مدت ۳۰ ثانیه دهانه رحم ماساژ داده

جدول ۲ نتایج بدست آمده در دو گروه مورد و کنترل را نشان می دهد. میانگین فاصله زمانی شروع جداکردن پرده های جنینی از دسیدوا و شروع درد زایمان در گروه جدا شده ۵/۶ روز و در گروه کنترل فاصله زمانی شروع مطالعه و شروع درد زایمان ۹/۴ روز بود که اختلاف معنی دار بود ($p < 0.05$). در گروه مورد ۱۱ نفر (۱۶/۵٪) و در گروه کنترل ۳۰ نفر (۴۴٪) زایمان بعد از ۴۲ هفته داشتند که در این مورد نیز اختلاف معنی دار

جدول ۲- نتایج بدست آمده از بررسی تاثیر جداکردن پرده های جنینی در جلوگیری از حاملگی طول کشیده در افراد نخست زا

P value	گروه کنترل	گروه مورد	
< ۰/۰۵	۲/۴ ± ۹/۴ روز	۵/۶ ± ۱/۹	فاصله زمانی تا زایمان* (به روز)
< ۰/۰۵	۳۰ (%/۴۴)	۱۱ (%/۱۶/۵)	زایمان بعد از ۴۲ هفته**
< ۰/۰۵	۱ (%/۳/۳)	۶ (%/۵۴/۵)	شروع زایمان خودبخودی*** (بعد از ۴۲ هفته)
> ۰/۰۵	۵ (%/۷/۳)	۴ (%/۶)	سزارین**
> ۰/۰۵	۲۳ (%/۳۳/۸)	۱۹ (%/۲۸/۸)	دفع مکنیوم**

* برحسب میانه ± انحراف معیار

** بر حسب عدد و درصد

است که جدا کردن پی در پی را موثرتر از فقط یکبار می دانست (۹).

در این مطالعه نشان داده شد که جدا کردن پرده های جنینی می تواند باعث کاهش طول کشیدن زایمان تا ۴۲ هفته در زنان حامله بار اول شود. این مطلب با نتیجه بدست آمده در دو مطالعه اخیر برابر است (۱۳،۸). گرچه Foong در مطالعه خود به این نتیجه رسیده بود که جدا کردن پرده های جنینی فقط در زنان نولی پار موثر است (۷). Wong و Boulvain گزارش کردند که جدا کردن پرده های جنینی در شروع زایمان و کم کردن زایمان طول کشیده تاثیر می ندارد (۱۶،۱۴).

در مطالعه ما شروع زایمان خودبخود در گروه جدا شده (۵/۵٪) در مقایسه با (۳/۳٪) از گروه کنترل بود و این مورد حتی در افرادی که بعد از ۴۲ هفته حاملگی زایمان کردند نیز معنی دار شد. Foong در سال ۲۰۰۰ نیز همین نتیجه را اعلام کرده است (۷). این نتیجه می تواند نشانگر اثر تحریک دهانه رحم بر انجام زایمان خودبخود باشد و حتی اگر تحریک دهانه رحم نتواند مانع طول کشیدن حاملگی شود، اثر سودبخش آن کاهش نیاز به القای زایمان بعد از ۴۲ هفته است که خود القای زایمان با عوارض متعدد مادری و جنینی همراه است.

گرچه Goldenberg و همکارانش گزارش کرده اند که با جدا کردن پرده های جنینی میزان پارگی کیسه آب افزایش می یابد (۱۲)، ولی عکس این نتیجه در مطالعه

پارگی کیسه آب و خونریزی واژینال در هیچ گروه دیده نشد. گرچه در ۵ مورد در گروه جدا شده لکه بینی دیده شد ولی بدنبال آن درد زایمان نیز شروع شده و لکه بینی به عنوان علامت زایمان تلقی گردید. دفع مکنیوم در لیبر در ۱۹ نفر (۲۸/۸٪) از گروه مورد و ۲۳ نفر (۳۳/۸٪) از گروه کنترل دیده شد که اختلاف معنی دار نبود (p>۰/۰۵)؛ همچنین در گروه مورد ۴ مورد (۶٪) و در گروه کنترل ۵ مورد (۷/۳٪) سزارین وجود داشت که اختلاف معنی دار نشد (p>۰/۰۵).

بحث

مطالعه فعلی جهت تعیین اثر جدا کردن پرده های جنینی بر روی کاهش میزان حاملگی طول کشیده در حاملگی بار اول انجام شد و مشاهده گردید که جدا کردن پرده های جنینی از زمان ۴۰ هفته حاملگی و به صورت پی در پی (۴۸ ساعت یکبار) می تواند باعث کاهش میزان حاملگی طول کشیده و همچنین افزایش زایمان خودبخود گردد. همچنین در این روش افزایش عوارض حاملگی مثل دفع مکنیوم، خونریزی واژینال و PROM نیز دیده نشد.

در این مطالعه جدا کردن پرده های جنینی بعد از ۴۰ هفته شروع می شد چون قبل از ترم احتمال موثر بودن تحریک زایمان و القای زایمان کم است (۱۱). همچنین جدا کردن پرده های جنینی به طور متوالی انجام می شد و این مطابق با روش مطالعه Magann

نتیجه گیری

بر اساس این مطالعه جدا کردن متوالی پرده های جنینی در ۴۰ هفته حاملگی روشی بدون عارضه و موثر در جلوگیری از حاملگی طول کشیده در حاملگی بار اول است.

تشکر و قدر دانی

لازم است از همکاری پرسنل اتاق زایمان بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد به علت کمک در انجام این مطالعه قدر دانی به عمل آید.

ما مشاهده شد. (پارگی کیسه آب در گروه جدا شده بیشتر نبود). همچنین در مطالعه فعلی در گروه جدا شده هیچ احساس ناراحتی گزارش نشد، در صورتیکه در مطالعه انجام شده توسط Wong جدا کردن پرده های جنینی همراه با احساس درد و ناراحتی بوده است (۱۶). ولی به طور کلی مطالعات نشان داده که عوارض خطرناک حاملگی که منجر به موربیدیتی مادر و جنین شود در روش جدا کردن پرده های جنینی بوجود نمی آید (۷، ۱۴، ۱۶، ۱۸). از طرفی چون در این روش هیچ دارو و یا عمل خاصی انجام نمی شود علاوه بر بی خطر بودن از نظر کم هزینه بودن نیز مفید است (۱۹).

منابع

- Henderson C, Maedonala S. May's midwifery textbook 2005: 442.
- Adair CD. Non pharmacologic approach to cervical priming and labor induction. Clin Obstet Gynecol 2000; 43:447-457.
- Osict J Tenoxe. Methods for cervical ripening and induction of labor. Am family Physician J 2003;93(4):95-103.
- Jenkin G, Young I. Mechanisms responsible for parturition; the use of experimental models. Anim Reprod Sci. 2004 82:567-581.
- Rayburn WF. Preinduction cervical ripening: basis and methods of current practice. Obstet Gynecolo Surv 2002;57(10):683 692.
- Tan PC, Jacob R, Omar SZ. Membrane sweeping at initiation of formal labor induction: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2006;107(3): 569-577.
- Foong LC, Vanaja K, Mracog, TG. Membrane sweeping in conjunction with induction. Obstet Gynecol 2000;96:539-542.
- Magann E F, Chauhan S P, McNamara MF, Bass JD, Estes CM. Membrane sweeping versus dinoprostone vaginal insert in the management of pregnancies beyond 41 weeks with an unfavorable cervix. J Perinatol 1999;19:88-91.
- Darc FO, Obro VD. The role of membran stripping in prevention of post-term pregnancy: a randomized clinical trial. Obstet Gynecol 2002;22(3):283-286.
- Cammu H, Haitisma. Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1998;105(1):41-44.
- Gupta R, Vasishta K, Sawhney H, Ray P. Safety and efficacy of stripping of membranes at term. Int J Gynecol Obstet 1998;60:115-121.
- Goldenberg M, Dulitzky M, Feldman B, Zolti M, Bider D. Stretching of the cervix and stripping of the membranes at term: a randomised controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;66:129-132.
- Salamalekis E, Vitoratos N, Kassanos D, Loghis C, Batalias L. Sweeping of the membranes versus uterine stimulation by oxytocin in nulliparous women. A randomized controlled trial. Gynecol Obstet Invest 2000;49(4):240-243.
- Boulvain M, Stan C, Jriou O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst. Rev 2005;25 (1):CD 000451.

15. Fraser WD, Marcoux S, Fontaine JY, Boulvain M, Bazin S. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(1):34-40.
16. Wong SF, Hui SK, Choi H, Ho LC. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labor?. *BJOG* 2002;109(6):632-636.
17. ACOG Practice Bulletin #55: Management of Postterm Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104:639.
18. Miranda E, Bom JG, Bonsel GJ, Bleker. OP, Rosendaalb. FR. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *BJOG* 2006;113 (4):402.
19. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(1):222-227.