# بررسی وضعیت شاخص‌های لیبر در زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طول کشیده در زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان طی سال ۱۳۸۳-۱۳۸۲

اعظم باقری *، ناهید سرافراز، محبوبه کفایی

**خلاصه**

**سابقه و هدف:** طولانی شدن بارداری از جنبه‌های مختلف، سلامت مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اگرچه بسیاری از محققین پذیرفته‌اند که انجام مداخلات درمانی قبل از شروع زایمان ضروری است ولی در مورد نحوه‌ی به کارگیری و زمان آن اختلاف نظرهای فراوانی وجود دارد. با توجه به فراوانی حاملگی طول کشیده و به منظور تعیین و مقایسه‌ی شاخص‌های لیبر، این مطالعه در مورد زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طول کشیده طی سال‌های ۸۳-۸۲ در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به روش توصیفی روی کلیه‌ی ٤٥٠ زن باردار که هیچ مشکل طبی و یا مامایی نداشته و حداقل سن حاملگی آنها (بر اساس LMP و یا سونوگرافی زیر ۳۰ هفته) ٤٠ هفته بوده و جهت ختم حاملگی بستری شده بودند، انجام شد و شاخص‌های لیبر (دیلاتاسیون و افاسمان موقع پذیرش، دفعات القا، طول مدت بستری تا زایمان، نوع زایمان و دیستوشی) و اطلاعات مربوط به سابقه‌ی حاملگی طول کشیده، سن مادر و تعداد پاریتی تعیین و سپس بر حسب سن حاملگی در ٤ گروه (٤٠ هفته تا ٤٠ هفته و سه روز، ٤٠ هفته و چهار روز تا ٤١ هفته، ٤١ هفته و یک روز تا ٤١ هفته و سه روز و ٤١ هفته و ٤ روز و بالاتر) با هم مقایسه شدند. نتایج با استفاده از آمارهای توصیفی، کای دو، تی زوجی، کروسکال والیس و من ـ ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج پژوهش نشان داد که ۱۳۱ نفر (۲۹/۱٪) از زنان در سن حاملگی بین ٤٠ هفته تا ٤٠ هفته و سه روز، ۱۳۰ نفر (۲۸/۹٪) در سن حاملگی بین ٤٠ هفته و ٤ روز تا ٤١ هفته، ۱۵۰ نفر (۳۳/۳٪) در سن حاملگی بین ٤١ هفته و یک روز تا ٤١ هفته و ۳ روز و تنها ۳۹ نفر (۸/۷٪) در سن حاملگی بالای ٤١/٥ هفته ختم حاملگی شده بودند که از آنان فقط ۱۲ نفر (۲/۷٪) سن حاملگی بیشتر از ٤٢ هفته داشتند. دیلاتاسیون و افاسمان موقع پذیرش، نوع زایمان و دیستوشی در زنان مورد مطالعه بر حسب سنین مختلف حاملگی اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد. اما زنان از نظر طول مدت بستری، دفعات القا و علت سزارین بر حسب سن حاملگی با یکدیگر اختلاف داشتند ($p<0/05$) به طوری که با اقدام به ختم حاملگی در سنین کمتر طول مدت بستری و میانگین دفعات القا بیشتر شده و علت سزارین، اغلب عدم پاسخ به القا و مداخلات درمانی بود.

**نتیجه‌گیری:** ختم حاملگی در سن کمتر از ٤١/٥ هفته به خاطر ترس از ناخوشی‌های مادر ضرورت نداشته و توصیه می‌شود با سیاست انتظار ختم حاملگی در زنان با حاملگی طولانی را حداقل تا ٤١/٥ هفته به تعویق انداخت.

**واژگان کلیدی:** آبستنی طولانی مدت، زایمان، نسبت بیماری به سلامت، سزارین

مربی گروه مامایی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: اعظم باقری

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

پست الکترونیک: asambagheri@yahoo.com

تلفن: ۵۵۵٦٦۳۳ ۰۳٦۱

دورنویس: ۵۵۵٦٦۳۳ ۰۳٦۱

تاریخ دریافت: ۸٤/۹/۳۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۸٦/۱/۳۰

**مقدمه**

طبق تعریف استاندارد بین‌المللی، حاملگی طولانی به کامل شدن ٤٢ هفته بارداری از روز اول LMP (۲۹٤روز یا بیشتر) گفته می‌شود و حاملگی‌های تا ٤١ هفته و ٦ روز اگرچه در هفته ٤٢ هستند اما تا روز هفتم سپری نشده باشد ٤٢ هفته کامل محسوب نخواهد شد [۱]. میزان وقوع حاملگی طول کشیده بسته به معیارهای استفاده بین ١٤-٤٪ (متوسط ۱۰٪) می‌باشد و عواملی مانند ژنتیک، تعداد پاریتی، سابقه‌ی حاملگی طول کشیده، طبقه‌ی



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04 ]

اجتماعی ـ اقتصادی و سن می‌تواند از جهات مختلف در پیدایش حاملگی طول کشیده موثر باشد [۲، ۳]. در صورت طول کشیدن حاملگی، مشکلاتی از قبیل مرگ و میر پری‌ناتال، اختلال عملکرد جفتی، زجر جنینی، القای مکرر، اولیگوهیدرامینوس، لیبر طولانی و سندروم پست‌ماچوریتی در نوزاد معمولا همراه با آن مشاهده می‌شود [۳، ٤]. البته اکثر مطالعات خطر افزایش مسایل فوق‌الذکر را مختص به زمانی می‌دانند که سن بارداری از ٤۲ هفته کامل بیشتر شود [٥] از این رو پیشنهادات مختلفی مبنی بر مداخلات درمانی در جهت جلوگیری از عوارض مادری و جنینی وجود دارد، در جایی که پارکلند حتی مداخلات ارزیابی سلامت جنین را تا ٤۲ هفته لازم نمی‌داند [۱] و یک سری مطالعات نشان داده‌اند شاخص‌های لیبر بر حسب سن حاملگی تا ٤۲ هفته هیچ تفاوتی نمی‌کند و اقدام به ختم حاملگی قبل از هفته ٤۲ تنها منجر به افزایش بار اقتصادی دولت و خانواده می‌شود [٦، ۷، ۸]. الکساندر جی‌ام و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند طول مدت بستری و فراوانی سزارین در زنان بارداری که جهت ختم حاملگی القا می‌شدند به مراتب بیشتر از زنانی بود که خود به خود وارد لیبر شده بودند [٦] البته بر خلاف نظر وی برخی مطالعات نشان می‌دهد که طول مدت بستری، فراوانی سزارین، دیستوشی، واکیوم و عواقب نوزادی در زنانی که تحت القا جهت ختم حاملگی قرار گرفته‌اند هیچ تفاوتی با لیبر خود به خودی نداشته است [۷، ۸]. این در جایی است که یک سری دیگر از مطالعات خبر از افزایش قابل ملاحظه عواقب مادری و جنینی با افزایش سن حاملگی داده و پیشنهاد کردند ختم حاملگی قبل از ٤۲ هفته آغاز شود [۹، ۱۰]. لیکن صاحب‌نظران در مورد این که آیا در هفته ٤۱ ، ٤۲ و یا پس از آن ختم حاملگی صورت بگیرد به توافق نرسیده‌اند [۱۱]. از این رو با توجه به شواهد و مطالعات ضد و نقیض و فراوانی بالای زنانی که قبل از هفته ٤۲ و یا پس از آن نیاز به ختم حاملگی پیدا می‌کنند شاخص‌های لیبر (دیلاتاسیون و افاسمان موقع پذیرش، دفعات القا، طول مدت بستری، نوع زایمان و دیستوشی) در زنانی که با تشخیص حاملگی طولانی و جهت ختم حاملگی در زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۲ بستری شده بودند ارزیابی و سپس بر حسب سن حاملگی مقایسه گردید. امید که با سیاست انتظار ختم حاملگی در زنان با حاملگی طولانی را مدت زمان بیشتری به تعویق انداخته و بلافاصله پس از چهل هفته نسبت به آن اقدام نکرد.

**مواد و روش‌ها** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی بوده که روی کلیه ٤٥۰ زن باردار یک‌قلو که بر حسب LMP و یا یک سونوگرافی زیر ۳۰ هفته حداقل سن حاملگی آنها ٤۰ هفته بود انجام شد. کیسه‌ی آب زنان در موقع پذیرش سالم بوده و جهت ختم حاملگی و القا بستری شده بودند. در صورت وجود مشکلات طبی از قبیل دیابت، فشار خون یا هر نوع بیماری که منجر به درمان شده یا مشکلات مامایی از قبیل خون‌ریزی، آب‌ریزش، پره‌اکلامپسی، پرویا زنان از مطالعه حذف شدند. پس از تایید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه، توجیه پرسش‌گران و کسب رضایت مراجعین، مطالعه آغاز شد و پژوهش‌گران به صورت تمام وقت کشیک بوده و هر پرسش‌نامه در صورت عدم تکمیل به پرسش‌گر بعدی تحویل می‌شد. اطلاعات به روش مصاحبه (سن، سابقه، پاریتی) مطالعه‌ی پرونده، معاینه و مشاهده در حین مداخلات (دیلاتاسیون و افاسمان موقع پذیرش، نوع زایمان، دیستوشی، دفعات القا) اندازه‌گیری و محاسبه (طول مدت لیبر، و طول مدت بستری) جمع‌آوری و ثبت شد. داده‌ها از فرم اطلاعاتی استخراج، شماره‌گذاری و طبقه‌بندی گردید و شاخص‌های لیبر با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی تعیین شد. سپس بر حسب سن حاملگی در ٤ گروه (٤۰ هفته تا ٤۰ هفته و سه روز، ٤۰ هفته و چهار روز تا ٤۱ هفته، ٤۱ هفته و یک روز تا ٤۱ هفته و سه روز و ٤۱ هفته و ٤ روز و بالاتر) با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو ($\chi^2$)، تی زوج، کروسکال والیس و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

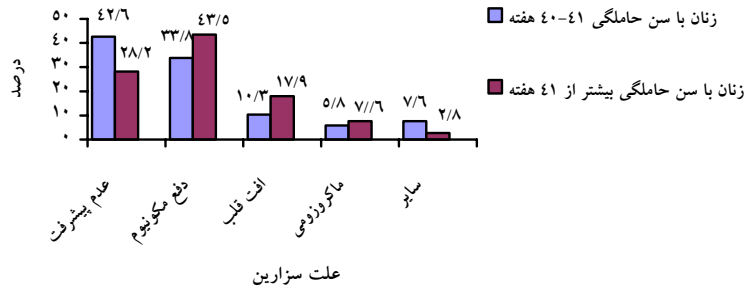
از مجموع ٤٥۰ نفر زنان که جهت ختم حاملگی بستری شده بودند ۱۳۱ نفر (۲۹/۱٪) سن حاملگی بین ٤۰ هفته تا ٤۰ هفته و سه روز، ۱۳۰ نفر (۲۸/۹٪) سن حاملگی بین ٤۰ هفته و ٤ روز تا ٤۱ هفته، ۱٥۰ نفر (۳۳/۳٪) سن حاملگی بین ٤۱ هفته و یک روز تا ٤۱ هفته و سه روز و ۳۹ نفر (۸/۷٪) سن حاملگی ٤۱ هفته ٤ روز و بالاتر داشتند و تنها ۱۲ نفر (۲/۷٪) از کل زنان در سن حاملگی بالای ٤۲ هفته ختم حاملگی شده بودند. زنان با سنین مختلف حاملگی از نظر سن، سابقه‌ی حاملگی طولانی و پاریتی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند ($p>۰/۰٥$). بر اساس نتایج این تحقیق در صورت ختم حاملگی در سنین مختلف حاملگی کمتر از ٤۲ هفته متغیرهای دیلاتاسیون و افاسمان موقع پذیرش، وقوع سزارین و وقوع دیستوشی تفاوت چشم‌گیری نمی‌کند ($p<۰/۰٥$). که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۱ ارایه گردیده است.



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04 ]

جدول ۱- توزیع فراوانی شاخص‌های لیبر در زنان بستری شده با حاملگی طولانی در زایشگاه شبیه‌خوانی طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۲

| شاخص لیبر | سن حاملگی | | | | جمع | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ۴۰ هفته تا ۴۰ هفته و سه روز | ۴۰ هفته و چهار روز تا ۴۱ هفته | ۴۱ هفته و یک روز تا ۴۱ هفته و سه روز | ۴۱ هفته و چهار روز و بالاتر | | |
| زایمان سزارین | ۲۵(۳۲/۴) | ۳۳(۳۰/۶) | ۳۳(۳۰/۶) | ۷(۲۷/۳) | ۹۸(۲۱/۸) | ۰/۶۲ |
| وجود دیستوشی | ۱(۰/۸) | ۴(۳/۱) | ۲(۱/۳) | ۱(۲/۶) | ۸(۱/۸) | ۰/۶۶ |
| وجود دیلاتاسیون | ۱۲۳(۹۳/۹) | ۱۲۸(۹۸/۵) | ۱۴۵(۹۶/۷) | ۳۷(۹۴/۹) | ۴۳۳(۹۶/۲) | ۰/۲۶ |
| وجود افاسمان | ۷۲(۵۴/۹) | ۶۹(۵۳/۱) | ۸۰(۵۳/۳) | ۲۵(۶۴) | ۲۴۶(۵۴/۷) | ۰/۴ |




نمودار ۱- توزیع علل سزارین در ۴۵۰ زن بستری شده با تشخیص حاملگی طولانی در زایشگاه شبیه‌خوانی طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۲

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین فاصله‌ی بستری تا زایمان و دفعات القا در زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طولانی در زایشگاه شبیه‌خوانی در سال ۱۳۸۳-۱۳۸۲

| شاخص لیبر | سن حاملگی | | | | P |
|---|---|---|---|---|---|
| | ۴۰ هفته تا ۴۰ هفته و سه روز | ۴۰ هفته و سه روز تا ۴۱ هفته | ۴۱ هفته تا ۴۱ هفته و سه روز | ۴۱ هفته و سه روز < | |
| میانگین فاصله بستری تا زایمان | ۱۲/۷۸±۱۰/۵ | ۱۰/۳۸±۴/۹ | ۱۰/۴۷±۶/۸ | ۹/۹۲±۵/۷ | ۰/۰۲ |
| دفعات القا | ۱/۱۸±۰/۵ | ۱/۰۶±۰/۲۴ | ۱/۰۵±۰/۳۲ | ۱/۰۵±۰/۴ | ۰/۰۴ |

**علل سزارین در زنان مورد مطالعه این پژوهش در نمودار شماره‌ی ۱ ارائه گردیده است. نتایج مطالعه نشان داد عدم پاسخ به القا و عدم پیشرفت زایمان بیشترین علت سزارین در زنان با سن حاملگی بین ۴۱-۴۰ هفته ودفع مکونیوم بیشترین علت سزارین در زنان با سن حاملگی بالای ۴۱ هفته بود (p<۰/۰۵). بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر که در جدول شماره‌ی ۲ ارایه گردیده است میانگین دفعات القا بر حسب سن حاملگی به طور معنی‌داری از نظر آماری تفاوت می‌کند (p<۰/۰۵) و هر چه سن حاملگی کمتر باشد میانگین دفعات القا بیشتر شده و در صورت ختم حاملگی در سنین حاملگی بالای ۴۱ هفته میانگین دفعات القا کمتر می‌شود. ضمنا میانگین فاصله بستری تا زایمان بر حسب سن حاملگی تفاوت چشم‌گیری نشان داد به طوری که کمترین فاصله‌ی زمانی بین بستری تا زایمان متعلق به زنان با سن حاملگی بالای ۴۱/۵ هفته و بیشترین فاصله‌ی زمانی بین بستری تا زایمان متعلق به گروه زنان با سن حاملگی بین ۴۰ هفته تا ۴۰ هفته و سه روز بود (p<۰/۰۵).**

## بحث

**این تحقیق نشان داد که اکثریت زنان قبل از اتمام ۴۲ هفته کامل بارداری جهت ختم حاملگی بستری و القا می‌شوند و تنها ۲/۶٪ از زنان در سن حاملگی بالای ۴۲ هفته ختم حاملگی شده‌اند که احتمالا به علت مراجعه‌ی دیرتر خود ایشان به پزشک بوده است، این در جایی است که parkland حتی مداخلات ارزیابی سلامت جنین را قبل از هفته‌ی ۴۲ لازم نمی‌داند [۱] اکثر مطالعات ختم حاملگی را پس از هفته ۴۱ بارداری توصیه می‌کنند و انجام روتین القا را قبل از هفته ۴۱ بارداری لازم نمی‌دانند و**

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04 ]

توصیه می‌کنند سیاست انتظار برای زنان با حاملگی طولانی حداقل تا پایان هفته ٤١ بارداری روشی ایمن و بی‌خطر است. این در حالی است که ٢٦١ نفر (٥٧/٩٪) از زنان مورد این مطالعه قبل از اتمام هفته ٤١ بارداری جهت ختم حاملگی القا شده بودند و اصولا سیاست انتظار یعنی ارزیابی مایع آمنیوتیک و کنترل حرکات جنین قبل از اقدام به ختم بارداری به هیچ عنوان انجام نمی‌شد. بر اساس نتایج این پژوهش سرویکس اکثریت زنان در زمان پذیرش دارای افاسمان و دیلاتاسیون بوده لیکن تفاوت معنی‌دار آماری در وضعیت دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس بر حسب سن حاملگی زیر ٤٢ هفته مشاهده نشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نمی‌توان انتظار تغییرات معنی‌دار و موثر در افاسمان و دیلاتاسیون قبل از اتمام ٤٢ هفته کامل بارداری را داشت همان طور که Harris. Ba و همکاران در تحقیق خود در ایالات متحده در سال ١٩٨٣ نتیجه گرفتند که افاسمان و دیلاتاسیون در زنان بالای ٤٢ هفته نقش پیش‌بینی کننده در پیشرفت زایمان دارد [١٢] و Bodner-Alder B و همکارانشان در مطالعه‌ای که از ژوئن ٢٠٠٢ تا آوریل ٢٠٠٤ در دانشکده‌ی پزشکی Vienna انجام شد، سزارین را به عنوان روش ختم حاملگی برای زنان بالای ٤١ هفته و ٣ روز پیشنهاد کردند البته در صورتی که سرویکس نامطلوب داشته و برای نوزادشان وزن زیادی تخمین زده می‌شود [٩]. نتایج این پژوهش نشان داد که تاخیر بارداری تا قبل از هفته‌ی ٤٢ منجر به وقوع دیستوشی نمی‌شود بنابراین به نظر می‌رسد ترس از پیدایش دیستوشی در سن کمتر از ٤٢ هفته توجیهی منطقی برای شروع زودرس القا و القای زایمان نمی‌باشد. Pasquini و همکارانش نیز در مطالعه‌ی خود در سال ٢٠٠٣ در عمان نتیجه گرفتند که ختم حاملگی در زنان بین ٤٢-٤٠ هفته از نظر پیدایش دیستوشی و یا استفاده از واکیوم تفاوت معنی‌دار آماری نشان نمی‌دهد [١٣] و مطالعه Ushakrian و همکارانشان در بیمارستان دانشگاهی wales در سال ٢٠٠٥ نشان داد که فراوانی القا، سزارین، دیستوشی شانه و واکیوم در زنان پست‌ترم چاق و با BMI بالای ٣٠ افزایش چشم‌گیری می‌یابد [١٤]. در ضمن بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر تاخیر بارداری تا هفته ٤٢ اگرچه باعث تفاوت معنی‌دار آماری در فراوانی سزارین نشده است لیکن با افزایش سن حاملگی یک روند نزولی در انجام سزارین وجود داشت و هرچه سن حاملگی به هفته‌ی ٤٢ بارداری نزدیکتر می‌شد انجام سزارین کمتر بود. تجزیه و تحلیل علت‌های سزارین حاکی از آن بود که عدم پیشرفت زایمان و پاسخ ندادن به القا بیشترین علت سزارین در زنان با سن حاملگی بین ٤١-٤٠ هفته بود، لذا به نظر می‌رسد در صورتی که القای زایمان در زنان کمتر از ٤١ هفته انجام نشده و فرصت بیشتری به زنان این گروه داده شود میزان پاسخ به القا بیشتر شده و فراوانی سزارین به این علت نیز بسیار کمتر خواهد شد. Cuccoc و همکارانش نیز در مطالعه خود در دانشگاه شیکاگو در سال ٢٠٠٣ به این نتیجه رسیدند که انجام روتین القا پس از هفته ٤١ تاثیری بر فراوانی سزارین نداشته است لیکن علت سزارین در صورت ختم حاملگی بالای ٤٢ هفته بیشتر عدم تطابق سر با لگن ذکر شد و عدم پاسخ به القا قبل از هفته ٤٢ حاملگی بیشتر بود [١٥]. مقایسه‌ی میانگین دفعات القا در زنان با سنین مختلف حاملگی نشان داد که با افزایش سن حاملگی القا به مراتب کمتر انجام شده است بنابراین می‌توان توصیه کرد که در صورت تاخیر بارداری در یک محدوده سنی ایمن می‌توان از القاهای مکرر و عواقب مربوط به آن به میزان زیادی کاست. Alexander JM و همکاران نیز در مطالعه خود در سال‌های ١٩٩٧ تا ٢٠٠٠ در دانشگاه تگزاس نشان دادند که دفعات القا با اکسی‌توسین از هفته ٤٠ حاملگی به طرف هفته ٤٢ به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد. ضمنا بر اساس نتایج این پژوهش در صورت تاخیر مداخلات درمانی از هفته ٤٠ به طرف ٤٢ میانگین فاصله‌ی زمان بستری تا زایمان نیز به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد [٦]، بنابراین در صورت دادن فرصت بیشتر به زنان با حاملگی طولانی می‌توان از میزان بستری و معطلی آنان به مراتب کاست. در زنان مورد مطالعه Alexander JM و همکاران نیز طول زمان پذیرش تا زایمان در زنان با سن حاملگی بین ٤٢-٤١ هفته به طور متوسط بالای ١٠ ساعت بود و در صورتی که ختم حاملگی با القا شروع شده بود نسبت به کسانی که خود به خود وارد لیبر شده بودند، میزان بستری و معطلی بیمار به طور معنی‌داری بالاتر گزارش شده [٦] که نتایج این مطالعه را تایید می‌کند.

## نتیجه‌گیری

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که نه تنها به خاطر ترس از ناخوشی‌های مادر و نامطلوب شدن شاخص‌های لیبر از قبیل پیدایش دیستوشی و فراوانی بیشتر سزارین نیاز به القا بلافاصله پس از اتمام ٣٩ هفته بارداری نیست بلکه در صورتی که القای زایمان در یک محدوده‌ی ایمن و کنترل شده به تاخیر بیفتد منافعی از قبیل عدم انجام سزارین به خاطر عدم پاسخ به القا، کم شدن معطلی بیمار و طول مدت بستری، کاهش هزینه‌های اقتصادی و طبیعتا کمک به افزایش وزن‌گیری نوزاد حاصل خواهد شد و نتایج این پژوهش نشان داد که ختم حاملگی تا رسیدن به سن حاملگی حداقل ٤١ هفته و سه روز که بیشترین تعداد نمونه این مطالعه را



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04 ]

تشکیل می‌داد ضروری نبوده لیکن مطالعات بیشتر و کنتـرل شـده روی زنان با سن حاملگی بالای ٤٢ هفته توصیه می‌گردد.

**References:**


[1] Alan H Decherney, Luren Nathan .Current Obstetric and Gynecology. 9th Edition. Langmedical books/mc Graw-Hill. 2003. p. 286-299.

[۲] قاضی جهانی بهرام، در ترجمه بارداری و زایمان، ویلیامز ۲۰۰۵ کانینگهام. هوث. لونو. گیلسترب. بلوم. ونستروم. چاپ تهـران: انتشـارات گلبـان، ۱۳۸۵، صفحات ۱۰۳۱-۱۰۲۹.

[۳] ولایتی اکبر در ترجمه بیماریهای نوزادان نلسون، بهرمن. کیلمن. جنسون انتشارات شهر آب، ۱۳۸۳، صفحات ۷۱-٦۹.

[4] Chris Henderson, Sue Macdonald. Mays Midwifery. 13th Edition. Biliere Tindall, Royal Collage Midwives London, uk. 2004. p. 868-881.

[5] James R. Scott, Ronalds. Gibbson, Bethy. Karlan, Arthur. Haney. Danforths Obstetrics. 9th Edition. Lippin Cott Williams and Wilkins. 2003. p. 219-222.

[6] Alexander JM. MCIntire DD. Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births. ***Obstet Gynecol*** 2001; 97: 911-915.

[7] Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. ***Cochrane database syst Rev.*** 2000; CD000 170.

[8] Maly Z. Novotna M. Pulkvabkova S. Gogelo J. Comparison of the risk of fetal hypoxia in active and expectant management of post-term delivery. ***Ceska Gynekol*** 2002; 67 suppl; 1: 13-15.

[9] Treger M. Hallak M. Silberstein T. Friger M. Katz M. Mazor M. Post-term pregnancy: should induction of labor be considered before 42 weeks?. ***J Matern fetal Neonatal Med*** 2002; 11: 50-53.

[10] Bodner-Adler B. Bodner K. Pateisky N. Kimberger O. Chalubinski K. Mayerhofer K. et al. Influence of labor induction on obstetric outcomes in patients with prolonged pregnancy: a comparison between elective labor induction and spontaneous onset of labor beyond term. ***Wien Klin Wochenschr*** 2005; 117: 287-292.

[۱۱] قره‌خانی پرویز، ساداتیان سید اصغر در ترجمه اصول بارداری و زایمان CMMD، چاپ اول، انتشارات نوردانش، ۱۳۸۱، صفحات ۲۸٤-۲٦۹.

[12] Harris BA Jr. Huddleston JF. Sutliff G. Perlis HW. The unfavorable cervix in prolonged pregnancy. ***Obstet Gynecol*** 1983; 62: 171-174.

[13] Pasquini. Amniotic fluid analysis as a screening test in term and post term pregnancy. ***Minerva Ginecol*** 2003; 55: 69-73.

[14] Usha kiran TS. Hemmadi S. Bethel J. Evans J. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. ***BJOG*** 2005; 112: 768-772.

[15] Cuccoc. Maternal-fetal outcomes in prolonged pregnancy. ***Am J Obstet Gynecol*** 2003; 101: 1312-1318.


[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04 ]