

## تعیین عوامل مادری موثر بر طول مدت مرحله دوم زایمان

فرناز شیشه‌گر<sup>۱</sup>، اکرم پیمان<sup>۱</sup>، سولماز روشندل<sup>۱</sup>

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران

افلاک / سال سوم / شماره ۸ و ۹ / پاییز و زمستان ۱۳۸۶

### چکیده

**مقدمه و هدف:** افزایش طول مرحله دوم زایمان اغلب باعث فشار روحی بر عامل زایمان می‌گردد. عقیده بر این است که مرحله دوم زایمان طولانی‌تر با افزایش خطرات مادری و جنینی توأم است. طول مدت ایده‌آل و بی‌خطر جهت مرحله دوم زایمان به خوبی تشریح نشده است و اغلب افزایش طول مرحله دوم زایمان باعث نگرانی در ماماها گردیده و به علاوه زائو را خسته و ناتوان می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین عوامل مادری موثر در افزایش طول مرحله دوم زایمان انجام گردیده است.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در فاصله سالهای ۸۶-۸۵ در ۸۰۴ زائو (۴۰۰ نفر اول زا و ۴۰۴ نفر چندزا) بانمایش سر و زایمان طبیعی در سه بیمارستان دولتی شهر تهران صورت گرفته است. اطلاعات توصیفی شامل سن مادر، میزان افزایش وزن مادر در طی حاملگی، تعداد زایمان، دیلاتاسیون سرویکس در موقع پذیرش در بیمارستان و دیلاتاسیون سرویکس در موقعی که کیسه آب به صورت عمدی پاره گردیده، ومدت تحریک والقای زایمان بودند. جهت بررسی ارتباط یافته‌ها از آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون  $t$  جهت متغیرهای پیوسته استفاده شد. سطح معنی داری در این تحقیق  $0/05$  در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** اطلاعات به دست آمده نشان داد که متوسط طول مرحله دوم زایمان  $4/52$  دقیقه در شکم اول ها و  $9/20$  دقیقه در چند زها بود و ارتباط معنی داری بین افزایش وزن مادر در طی حاملگی ( $P=0/019$ )، سن مادر ( $P<0/001$ )، تعداد زایمان ( $P<0/001$ )، دیلاتاسیون سرویکس در موقع پذیرش در بیمارستان ( $P<0/001$ )، و دیلاتاسیون سرویکس در موقع پارگی عمدی کیسه آب ( $P=0/006$ )، ومدت القای زایمان ( $P<0/001$ ) و طول مرحله دوم زایمان وجود داشت.

**نتیجه گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اداره فعال زایمان (القای زایمان، پارگی زودرس و عمدی کیسه آب، پذیرش زائو در فاز نهفته زایمان) و افزایش طول مرحله دوم زایمان ارتباط وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد که اقدامات مداخله‌ای کمتر جهت خاتمه زایمان می‌تواند باعث بهبود پروسه زایمان گردد. در واقع هر پروسه درد زایمانی بایستی با توجه به شرایط مادری مورد تصمیم‌گیری قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مدت، مرحله دوم زایمان، عوامل مادری

## مقدمه

در مورد طول مدت مرحله دوم زایمان مناسب، اتفاق نظر وجود ندارد. اداره مناسب مرحله دوم زایمان باعث افزایش شانس زایمان و کمترین خطر عوارض و مرگ و میر مادر و نوزاد می‌گردد (۱).

افزایش طول مرحله دوم زایمان می‌تواند نشان دهنده عدم تطابق سر و لگن باشد و همپوشانی بیش از حد استخوانهای جمجمه جنین می‌تواند باعث افزایش فشار داخل جمجمه‌ای جنین گردد (۲، ۳). و اگر احیاناً پزشک متوجه همپوشانی استخوانهای جمجمه نگردد و زایمان توسط واکئوم یا فورسپس صورت گیرد امکان صدمه جدی به جنین وجود دارد. در بعضی از مطالعات عقیده بر این است که افزایش طول مرحله دوم زایمان می‌تواند منجر به آسفکیسی جنینی گردد. در این مطالعات کاهش میزان PH خون جنینی اثبات گردیده است (۴). و بالاخره این که افزایش مرحله دوم زایمان پزشک و بیمار را به لحاظ جسمی و روحی ناتوان کرده و در واقع در این مرحله تمایل زیادی به ختم حاملگی وجود دارد (۱). چگونگی پیشرفت و طول مراحل زایمان در رابطه با خصوصیات دموگرافیک مادر و اثرات و عواقب آن بر نتایج بارداری در مطالعات اخیر مورد توجه قرار گرفته است (۵، ۶، ۷، ۸). عوامل موثر بر پیشرفت و سیر لیبر اساساً بر نتایج مبتنی بر مطالعات فریدمن<sup>۱</sup> در ۴۰ تا ۵۰ سال گذشته است که بریک جمعیت کوچک از زنان صورت گرفته است (۹، ۱۰). بیشتر مطالعات اخیر این باور را که یک الگوی منحنی لیبر جهت پیشرفت زایمان بتواند برای تمام زنان بکار آید را مورد تردید قرار داده اند. چنانچه گرینبرگ<sup>۲</sup> نشان داد که طول مراحل لیبر در نژاد های مختلف متفاوت است (۱۱).

سایر مطالعات اثرات وزن مادر، افزایش وزن مادر در حاملگی و سن حاملگی را در طول مراحل زایمان مورد بررسی قرار دادند (۱۲، ۱۳). از طرف دیگر امروزه شاهد روند رو به رشد پاره

کردن زودرس کیسه آب در مراکز درمانی هستیم. پارگی زودرس کیسه آب به معنای پارگی کیسه آب در زمانی که وضعیت سرویکس نامناسب می باشد، تعریف شده است (۱۴). این روش بطور گسترده ای جهت القا زایمان مورد استفاده قرار گرفته است تاثیر پارگی زودرس کیسه آب در طول مراحل زایمان مورد بحث است بعضی از مطالعات کاهش طول مرحله اول زایمان را با پارگی زودرس کیسه آب گزارش کردند (۱۴، ۱۵). اما مطالعه سگال<sup>۳</sup> و همکاران نشان داد که پارگی زودرس کیسه آب باعث افزایش طول مراحل زایمانی می شود (۱۶).

از این رو با توجه به روند رو به پیشرفت اداره فعال زایمان (شامل تشخیص سریع درد زایمان، پارگی زودرس کیسه آب، استفاده از سنتوسینون در صورتی که دردهای زایمانی موثر نباشند) در اکثر مراکز درمانی و بستری زانو در فاز نهفته زایمان و دخالت در سیر زایمان (با استفاده از پارگی عمدی وزود رس کیسه آب و القا زایمان) بر آن شدیم که تأثیر بعضی از عوامل مادری موثر بر طول مرحله دوم زایمان را تعیین کنیم.

## مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۸۶ بر روی ۸۰۴ زانو با زایمان طبیعی و نمایش سر و سن حاملگی ۳۸ - ۴۱ هفته (ترم) صورت گرفت. نمونه های مورد پژوهش بعد از اخذ رضایت جهت شرکت در مطالعه در جریان مطالعه وارد شدند. انتخاب واحدهای مورد پژوهش با روش نمونه گیری مستمر و تدریجی صورت گرفت. در انتخاب واحد های مورد پژوهش افرادی که دارای حاملگی چند قلو، مرگ داخل رحمی جنین، استفاده از واکئوم و فورسپس بودند از جریان مطالعه حذف شدند. جهت

1. Friedman
2. Greenberg
3. Segal

زاهای بطور متوسط  $458/28 \pm 26/82$  دقیقه و در چندزاهای  $414/36 \pm 245/7$  دقیقه، و مدت تحریک زایمان در اول زایمان به طور متوسط  $175 \pm 122/94$  و در چندزاهای  $115/64 \pm 95/14$  دقیقه بوده است. با استفاده از تست پیرسون نشان داده شد که در اول زایمان و چند زایمان بین مدت القای زایمان و طول مدت مرحله دوم زایمان به ترتیب با  $(P < 0/001, r = 0/326)$  و  $(P < 0/001, r = 0/266)$  ارتباط وجود دارد و بین مدت تحریک زایمان و طول مدت مرحله دوم زایمان به ترتیب در اول زایمان و چندزاهای با  $(P < 0/001, r = 0/316)$  و  $(P < 0/001, r = 0/28)$  ارتباط وجود دارد. بعضی از عوامل مادری که طول مرحله دوم زایمان را تحت تاثیر قرار می دهند در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

ارتباط معناداری بین تعداد زایمان و طول مدت مرحله دوم زایمان وجود دارد. زمان متوسط مرحله دوم زایمان در زنان اول زایمان  $52/4$  دقیقه و در زنان چند زایمان  $20/89$  دقیقه بود  $(P < 0/001)$ . متوسط طول مرحله دوم زایمان در زنان بالای ۳۰ سال  $22/7$  دقیقه و در سنین زیر ۳۰ سال  $39/35$  دقیقه بود  $(P < 0/001)$ . همچنین اختلاف معناداری بین افزایش وزن مادر در حاملگی و طول مدت مرحله دوم زایمان به دست آمد  $(P = 0/019)$  در این مطالعه  $27/5$ ٪ (۲۲۲ نفر) از واحدهای مورد پژوهش موقع پذیرش در بیمارستان دیلاتاسیون ۱-۰ سانتی متر داشتند و  $22/5$ ٪ (۵۸۲ نفر) دیلاتاسیون ۱۰-۲ سانتی متر داشتند. همچنین فقط در  $8/6$ ٪ واحدهای مورد پژوهش کیسه آب به صورت خودبخودی پاره و در  $91/4$ ٪ آنان کیسه آب توسط ماما پاره گردیده بود. آزمون T مستقل نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار در میانگین مدت مرحله دوم زایمان و تعداد زایمان  $(P < 0/001)$ ، سن مادر  $(P < 0/001)$ ، دیلاتاسیون سرویکس زمان پذیرش در بیمارستان  $(P < 0/001)$  و دیلاتاسیون سرویکس موقع پارگی عمدی کیسه آب  $(P = 0/006)$  می باشد. همینطور آزمون آنالیز واریانس

تمام نمونه های پژوهش پرسشنامه ای که نشاندهنده وضعیت حاملگی (تعداد حاملگی، سن حاملگی، افزایش وزن مادر در حاملگی (که از تفاضل وزن مادر در موقع بستری از وزن مادر در اولین ویزیت دوران بارداری بدست آمد)، سن مادر، دیلاتاسیون سرویکس در موقع پذیرش، دیلاتاسیون سرویکس در زمان پارگی کیسه آب تکمیل شد. بیماران هر ۱-۲ ساعت معاینه گردیدند. جهت بررسی ارتباط یافته ها از آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون t جهت متغیرهای پیوسته استفاده شد. سطح معنی داری در این تحقیق ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۴۱۱ زائو  $(51/6 \%)$  اینداکشن شدند و در ۳۰۰ زائو  $(37/8 \%)$  تحریک زایمانی و اپیزیاتومی مدیولترال<sup>۱</sup> در ۵۸۵ بیمار  $(72/19 \%)$  صورت گرفت. متوسط سن مادر  $25/33$  سال  $(SD = 4/91)$  و  $15-39$  سال و در  $83/7 \%$  (۶۷۱ نفر) سن مادر کمتر از ۳۰ سال بود و در  $16/2 \%$  (۱۳۳ نفر) سن مادر بین ۳۰-۳۹ سال بود. تعداد زایمان بین ۱-۳ بود و  $49/8 \%$  (۴۰۰ نفر) از واحدهای پژوهش شکم اول و  $50/2 \%$  (۴۰۴ نفر) چندزایمان بودند، متوسط مرحله دوم زایمان  $52/4$  دقیقه در شکم اول ها و  $20/89$  دقیقه در چندزایمان بود. در  $3/7 \%$  (۳۰ نفر) واحدهای مورد پژوهش مدت مرحله دوم زایمان بیش از ۲ ساعت به طول انجامید. میانگین سن مادر در شکم اولها  $3/9 \pm 23/07$  و در چند زاهای  $4/8 \pm 27/55$ ، میانگین افزایش وزن در اول زاهای  $3/76 \pm 13/55$  و در چندزاهای  $6/27 \pm 11/9$  کیلوگرم، دیلاتاسیون سرویکس موقع پذیرش در شکم اول ها  $1/3 \pm 1$  و در چند زاهای  $0/5 \pm 2/1$  سانتی متر و دیلاتاسیون سرویکس موقع پارگی کیسه آب در اول زاهای و چند زاهای به ترتیب  $2/1 \pm 0/3$  و  $2/7 \pm 0/4$  بود. مدت القای زایمان در اول

## 1. Medio Lateral Episiotomy

نشاندنده اختلاف معنی دار بین میانگین افزایش وزن مادر در بارداری و طول مرحله دوم زایمان بود ( $P=0/001$ ).

### بحث

در این مطالعه بعضی از فاکتورهای مادری موثر در طول مدت مرحله دوم زایمان مورد بررسی قرار گرفتند در ۲۰/۲٪ (۱۶۲ نفر) مدت مرحله دوم زایمان بیشتر از ۶۰ دقیقه طول کشید و فقط در (۳۰ نفر) ۳/۷٪ بیماران مرحله دوم زایمان بیش از ۲ ساعت طول کشید. مطالعه ما نشان داد که اول زایی، افزایش وزن مادر در زمان بارداری، دیلاتاسیون سرویکس موقع پذیرش، دیلاتاسیون سرویکس موقع پارگی کیسه آب و طول مدت القا و تحریک زایمان بر افزایش طول مرحله دوم زایمان اثر دارند. مطالعات گذشته نشان دهنده این است که سن مادر فاکتور موثری در افزایش طول مدت مرحله دوم زایمان می باشد. آلبرس<sup>۱</sup> افزایش طول مرحله دوم زایمان را در مادران بالای ۳۰ سال گزارش کرده است (۱۷). همچنین پترسون<sup>۲</sup> و همکاران بین افزایش سن مادر و طول مدت مرحله دوم زایمان ارتباط مثبتی را گزارش کردند (۱۸). گرینبرگ نیز نشان داد که طول مرحله اول و دوم زایمان در زنان زیر ۲۰ سال در مقایسه با افراد بالای ۴۰ سال کوتاهتر می باشد (۱۹).

شیسل<sup>۳</sup> و همکاران بین طول مدت مرحله دوم زایمان و سن مادر ارتباط معناداری را گزارش نکردند (۲۰). در این مطالعه زنان بالاتر از ۳۰ سال مرحله دوم زایمان کوتاهتری را داشتند که این یافته می تواند ناشی از این مطلب باشد که اکثریت قریب به اتفاق زنان بالای ۳۰ سال چند زا بودند. نیکلسون<sup>۴</sup> و همکاران اول زایی را به عنوان یک عامل مهم تأثیر گذار بر مرحله دوم زایمان گزارش کردند (۲۱). نتایج این مطالعه نیز با یافته فوق همخوانی دارد. تحقیقات کیو<sup>۵</sup> و همکاران نشان دهنده این مطلب بود که عواملی نظیر اول زایی، افزایش وزن مادر در طی حاملگی ارتباط معناداری با افزایش طول

مرحله دوم زایمان دارد (۲۲). یافته های این پژوهش نیز با موارد بالا مطابقت دارند.

ادیس کول<sup>۶</sup> اداره فعال زایمان را چنین تعریف می کند «اداره فعال زایمان شامل تشخیص سریع شروع زایمان، پارگی زودرس کیسه آب و اینداکشن بیمار با مقادیر بالای اکسی توسین می باشد که می تواند منجر به کاهش موارد سزارین و زایمان های صورت گرفته با واکيوم و فورسپس شود» (۲۳، ۲۴).

اما یافته های فریگولتو<sup>۷</sup> و همکاران نشان داد که اداره فعال زایمان باعث کاهش میزان سزارین نمی شود (۲۵) و وتا و سیبیس<sup>۸</sup> نیز نشان دادند که اداره فعال زایمان باعث افزایش تعداد زایمان های انجام گردیده با واکيوم و فورسپس می گردد (۲۶).

سگال و همکاران نشان دادند دخالت سریع در سیر زایمان و پاره کردن زودرس و عمدی کیسه آب باعث افزایش موارد سزارین و عدم پیشرفت زایمان و ضربان غیر عادی قلب جنین شده است (۱۶). نتایج این مطالعه نیز نشاندنده افزایش طول مرحله دوم زایمان در افرادی بود که کیسه آب بصورت زودرس و عمدی پاره شده بود.

شیسل و همکاران نشان دادند که القای زایمان با افزایش طول مرحله دوم زایمان توام بوده است (۲۰). نتایج این مطالعه نیز با یافته فوق همخوانی دارد.

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1. Albers    | 5. Kuo           |
| 2. Paterson  | 6. O Discoll     |
| 3. Schiessl  | 7. Frigoletto    |
| 4. Nicholson | 8. Votta & Cibis |

### نتیجه گیری

مطالعه ما حاکی از این مطلب است که پذیرش افراد در اتاق زایمان در فاز نهفته زایمان و دخالت سریع در سیر زایمان باعث افزایش طول مدت مرحله دوم زایمان گردیده است. هم چنین نتایج مطالعه نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش القای زایمان، پارگی عمده و زودرس کیسه آب داشتند که همین امر نشان دهنده روند روبه رشد اداره فعال زایمان در مراکز درمانی می باشد. در مجموع از یافته های این پژوهش این طور استنباط می گردد که انجام مداخلات بیشتر در پروسه زایمان باعث بهبود نتایج آن نگردیده است. نهایتاً ارزیابی و تصمیم گیری در مورد هر پروسه زایمانی بایستی با توجه به فاکتورهای مادری موثر بر طول مدت مرحله دوم زایمان انجام گیرد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه همکاران شاغل در اتاق زایمان و مسئولین بخش و افرادی که به نحوی ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاری می کنیم.

جدول شماره ۱: فراوانی فاکتورهای مادری موثر بر طول مدت مرحله دوم زایمان

متغیرها	تعداد	طول مرحله دوم		P-Value
		درصد	زایمان (دقیقه)	
تعداد زایمان				
*				
	۴۰۰	%۴۹/۸	۵۲/۴	P<۰/۰۰۱
	۴۰۴	%۵۰/۲	۲۰/۸۹	
افزایش وزن مادر در طی حاملگی (کیلوگرم)				
**	۱۰۴	%۱۲/۹۴	۳۵/۶	P=۰/۰۱۹
	۶۰۷	%۷۵/۵	۳۸/۲	
	۹۳	%۱۱/۵۶	۴۷/۵	
سن مادر (سال)				
*	۶۷۱	%۸۳/۸	۳۹/۳۵	P<۰/۰۰۱
	۱۳۳	%۱۶/۲	۲۲/۲۷	
دیلاتاسیون سرویکس در موقع پذیرش (سانتیمتر)				
شکم اول				
*	۱۰۴	%۲۶	۶۲/۵	P<۰/۰۰۱
	۲۹۶	%۷۴	۴۰/۴۹	
چند زا				
*	۱۱۸	%۲۹/۲	۲۶/۱	P<۰/۰۰۱
	۲۸۶	%۷۰/۸	۱۵/۳۵	
دیلاتاسیون سرویکس در موقع پارگی عمده کیسه آب (سانتیمتر) (N= ۷۳۵)				
شکم اول				
*	۲۱۰	%۵۹/۳۳	۵۸/۶	P<۰/۰۰۶
	۱۴۴	%۴۰/۶۷	۴۵/۹۳	
چند زا				
*	۱۹۸	%۵۱/۹۶	۲۷/۲۹	P<۰/۰۰۱
	۱۸۳	%۴۸/۰۴	۱۴/۳۵	

\*آزمون T مستقل

\*\*آزمون آنالیز واریانس یکطرفه

## منابع

1. Saunders N S, Paterson CM, Wads worth J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labor. *Br J obstet Gynecol* 1992; 99: 381-5
2. Amiel – Ti son C, Sureau C, Shnider SM. Cerebral handicap in full-term neonates related to the mechanical forces of labor. *Baillieres clin obstet Gynecol* 1988, 2: 145-65
3. Stepwart KS, Philpott RH. Fetal response to cephalopelvic disproportion. *Br J obstet Gynecol* 1980, 87: 641-9
4. Roemer VM, Harms K, Buess H. Response of fetal acid –base balance to duration of second stage of labor. *Int J Gynecol obstet* 1987, 14:455-71
5. Jacobsson B, Ladfors L, Milson L, Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: *obstet gynecol* 2004, 104:727-33
6. Cleary – Goldman J, Malon FD, Cohen W. Impact of maternal age on obstet outcome. *Obstet Gynecol* 2005, 105: 983-90
7. Luke B, Brown MB. Elavated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Rep* 2007, 22: 1264-72
8. Ecker JL, Chan KT, Cohen AP, Riley LE. Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age, indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001 , 185: 883-7
9. Friedman EA. The graphic analysis of labor .*Am J Obstet Gynecol* 1954; 68:1568-75
10. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955, 6: 567-89
11. Greenberg MB, Cheng YW, Hopkins LM. Are there ethnic differences in the length of labor? *Am J Obstet Gynecol* 2006, 195:743-48
12. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Savitz DA. Maternal prepregnancy overweight and obesity and pattern of labor progression in term nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2004, 104: 943-51
13. Caughy AB, Nicholson JM, Cheng YW, Leyll DJ. Induction of labor and cesarean delivery by gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 2006, 195:700-5
14. Barrett JF, Savage J, Philips K, Lilford RJ. Randomized trial of amniotomy in labor versus the intention to leave membranes intact until the second stage. *Br J Obstet Gynecol* 1992, 99:5-9
15. Wetrich DW. Effect of amniotomy upon labor; a controlled study . *Obstet Gynecol* 1970, 35:800-6
16. Segal D, Sheiner E, Yohai D, Kats M. Early amniotomy high risk factors for cesarean section. *European J Obstet& Gynecol and Reproductive Biology* 1999, 86:145-149
17. Albers LL. The duration of labor in healthy women. *J Perinatol* 1999, 19:114-9
18. Paterson CM. Saunders N S, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labor in 25069 singleton deliveries in the north west thames health region 1988. *Br J obstet Gynecol* 1992, 99: 377-80
19. Greenberg M, Yvonne W, Cheng, Sullivan M. Does length of labor vary by maternal age?. *American journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 197: 428. e1-428.e7
20. Schissl B, Jann W, Rammel KJG. Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 118: 17-20
21. Nicholson J, Morgan H. Active management of risk in nulliparous pregnancy at term: association between a higher preventive labor induction rate and improved birth outcomes. *Am J Obstet & Gynecol* 2009, 200: 254.e1-254.e13

22. Kuo YC, Chen CP, Wang KG. Factors influencing the prolonged second stage and the effects on perinatal and maternal outcomes. *J Obstet Gynecol Res* 1996, 22: 253-7
23. O'Discol K, Meagher D. Active management of labor. 1st ed. Saunders London 1980: 24
24. O 'Discol K, Meagher D, Boylan PC. Active management of labor. 3rd ed. Mosby, London, 1993: 33-34
25. Frigoletto F, Lieberman E, Long J M, Cohen A, Barss V Ringer S, Datta SA. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995, 335: 747-50
26. Votta RA, Cibis LA. Active management of Prolonged Preganncy. *Am J obstet Gynecol* 1993, 168: 557-563