

استریای حاملگی و عوامل همراه در زنان باردار نخست‌زا

دکتر مریم اصغرنیا (M.D)^۱ - *دکتر فریبا میربلوک (M.D)^۱ - دکتر رویا فرجی (M.D)^۱ - سیده مریم موسوی چهارده (B.S)^۱

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری

پست الکترونیک: faribamirblouk@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱۹

چکیده

مقدمه: استریای حاملگی در ۵۰-۹۰ درصد زنان حامله سه‌ماهه سوم حاملگی اتفاق می‌افتد و هیچ‌گاه به طور کامل ناپدید نمی‌شود لذا از نظر زیبایی‌شناسی یک نگرانی عمده برای اغلب زنان محسوب می‌شود.

هدف: بررسی فراوانی استریای حاملگی و عوامل همراه در زنان باردار نخست‌زا

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی و مقطعی بر ۲۰۰ زن حامله نخست‌زای واجد شرایط بالای ۳۶ هفته مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) در سال ۱۳۸۸ انجام شد. اطلاعات شامل وجود استریای بارداری، محل و شدت آن، نوع پوست و مو بود که معاینه بالینی بدست آمد. مشخصه دموگرافی شامل سن، تعداد و سن بارداری هنگام ظهور استریا، سابقه استریا قبل از بارداری، سابقه بیماری‌های پوستی، سابقه خانوادگی استریا، وزن پیش از بارداری، شاخص توده بدنی (BMI) و افزایش وزن طی بارداری، استفاده از لوسیون موضعی، جنس جنین، سابقه مصرف کورتیکواستروئید و بیماری تخرمان پلی‌کیستیک بود که با پرسش از بیمار گردآوری شد. اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS و ویرایش ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: از ۲۰۰ نفر مورد مطالعه ۴۹ نفر (۲۴/۵٪) دچار استریای حاملگی و ۵۱ نفر (۲۵/۵٪) بدون آن بودند. تفاوت آماری معنی‌دار بین وجود استریا و متغیرهایی مانند سن مادر، افزایش وزن دوران بارداری، BMI قبل از حاملگی و طی بارداری، میزان تحصیلات و سابقه خانوادگی بدست آمد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: افزایش وزن بیش از حد در بارداری با همراهی بیشتر استریا دیده شده و سابقه خانوادگی نیز به عنوان عامل همراه بوده و هر چه سن مادر پایین‌تر باشد احتمال بروز استریا بیشتر است.

کلید واژه‌ها: استریای حاملگی / نخست‌زا / شاخص توده بدنی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و دوم شماره ۸۵، صفحات: ۶۰-۵۴

مقدمه

ضخامت پوست شکم و وزن هنگام تولد اشاره‌کرد (۳). عوامل دیگری که ممکن است در بروز استریا نقش داشته باشند شامل شاخص توده بدنی (Body Mass Index)، رنگ پوست مادر، اختلال تحمل گلوکز، سابقه خانوادگی، سن بارداری، وزن جنین، سوءتغذیه، طبقه اجتماعی-اقتصادی، جنس نوزاد، نوع زایمان، رنگ مو، استفاده از کرم‌ها و پمادهای موضعی است (۷-۸). استریای حاملگی در زنان باردار نخست‌زا گراوید، دارای پوست تیره‌رنگ، چاق و جوان شایع‌است (۸).

در مورد علت پیشرفت استریا هنوز هم اختلاف نظر وجود دارد. اما به نظر می‌رسد استریا به علت تغییر کششی اتصال بافتی و کاهش ارتجاعی و کلاژن بوجود می‌آید که منجر به گسیختگی فیبرهای کلاژن شده‌است، این روند با تحریک

استریای حاملگی، ضایعاتی خطی هستند که به‌طور شایع در دوران حاملگی پدیدار می‌شوند و معمولاً بر روی شکم و بعضاً در پوست پستان و ران‌ها و زیر بغل ایجاد می‌شود و در ۵۰-۹۰ درصد زنان حامله سه‌ماهه سوم حاملگی اتفاق می‌افتد. استریای حاملگی در شدت‌های مختلف و به‌صورت ضایعات پوستی خطی قرمز و بنفش رنگ ظاهر می‌شوند که پس از زایمان بتدریج کم‌رنگ و آتروفی می‌شود و سرانجام به شکل اسکار نقره‌ای رنگ و چروکیده به‌طور دائم باقی می‌ماند و هیچ‌گاه به طور کامل ناپدید نمی‌شود لذا از نظر زیبایی‌شناسی نگرانی عمده در اغلب زنان بشمار می‌رود (۲۰).

عوامل متعددی در بروز استریا نقش دارند که از آن جمله می‌توان به سن مادر، قد، وزن، افزایش وزن حین بارداری،

(nigra) - این گروه در مواجهه با نور خورشید همیشه دچار سوختگی می‌شود ولی براحتی برنزه نمی‌شوند.

گروه Medium یا متوسط: چهره گندمی تا زیتونی که بین دو گروه تیره و بور قرار می‌گیرند. این گروه بعضی اوقات در مواجهه با نور آفتاب، سوختگی پیدا می‌کند.

گروه Dark skinned یا چهره تیره: چهره تیره (قهوه‌ای یا زیتونی تیره) دارای پیگمانتاسیون مشهود (از قبیل وجود Line nigra)، این گروه بندرت در مواجهه با نور خورشید می‌سوزد و به راحتی برنزه می‌شوند.

مشخصات دموگرافی افراد شامل سن، تعداد و سن بارداری هنگام ظهور استریا، سابقه استریا پیش از بارداری، سابقه بیماری‌های پوستی، سابقه خانوادگی استریا، وزن قبل از بارداری، شاخص توده بدنی (BMI) و افزایش وزن دوران بارداری، استفاده از لوسیون موضعی، جنس جنین، سابقه مصرف کورتیکو استروئید و بیماری تخمدان پلی‌کیستی که بر حسب مصاحبه و پرسش گردآوری شد. اطلاعات مربوط به بیماری پلی‌کیستیک تخمدان با پرسش علائم بالینی بیماری از مادران جمع‌آوری شد. بر اساس سیستم Davey وجود استریا از روی تقسیم‌بندی شکم به چهار قسمت براساس خط وسط و خط افقی که از روی ناف رد می‌شود بررسی شد. شدت استریا در ناحیه شکم، سینه، باسن و ران مورد بررسی قرار گرفت. در صورت نداشتن قرمزی نمره صفر، اریتم صورتی یا قرمز روشن نمره ۱، اریتم مشخص به رنگ قرمز تیره نمره ۲، و اریتم بنفش ارغوانی نمره ۳ داده می‌شد. امتیاز بین ۹-۴، استریای خفیف، ۱۰-۱۵ استریای متوسط و بیش از ۱۵ استریای شدید بشمار می‌آید. این خصوصیات در هر یک از چهار قسمت شکم ارزیابی شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار آماری spss ویرایش ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون Chi-square و Independent t-test برحسب نوع متغیر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

جمعیت مورد مطالعه ۲۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) رشت بودند که ۱۴۹ نفر

تغییر فاکتورهای هورمونی نظیر آدرنوکورتیکواستروئیدها، استروژن و ریلاکسین در حاملگی رخ می‌دهد (۱، ۳ و ۹).

بیشتر مطالعات موجود سن حاملگی در هنگام ظهور استریا را در حدود ۲۴ هفته اعلام کرده‌اند (۳). کرم‌ها، نرم‌کننده‌ها و روغن‌های متعدد نظیر ویتامین E، کره کاکائو، لوسیون آلورا و روغن زیتون به عنوان درمان موضعی استفاده شده‌اند ولی مدارکی که نشان دهنده مؤثر بودن این درمان‌ها باشد وجود ندارد (۹). گرچه با وجود مشکلات اشاره شده، استریای حاملگی به‌عنوان عامل تهدیدکننده سلامت محسوب نمی‌شود، ولی طی چون این زنان با دلواپسی برای رفع این ضایعات به انواع و اقسام درمان‌های پرهزینه، دردناک و لوازم آرایشی که فروشندگان آن ادعا دارند تأثیر خوبی بر درمان یا پیشگیری این ضایعات دارند، روی می‌آورند و اغلب مورد سودجویی تبلیغات فریبنده قرار می‌گیرند، جای تأمل و توجه بیشتری دارد. در این مطالعه سعی شده با توجه به اختلاف مؤثر عوامل محیطی، ژنتیکی، نژادی، تغذیه‌ای، الگوی پوستی، ساختمان بدنی، سبک زندگی و... مطرح شده در پژوهش‌های کشورهای غربی اطلاعات دقیق‌تری از فراوانی استریای بارداری و عوامل همراه آن در نمونه مورد مطالعه بدست آید. نتایج از یک طرف می‌تواند در مشاوره‌های پزشکی و آگاهی زنان باردار از عوامل شناخته شده منطبق با جامعه و همچنین پیشرفت برنامه‌های مراقبت‌های زنان باردار و احتمالاً در پیشگیری و درمان آن مؤثر واقع شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی و مقطعی بر ۲۰۰ زن باردار نخست‌زای بالای ۳۶ هفته مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س) رشت در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۸ انجام شد و زنان با حاملگی دوقلویی و پلی‌هیدرامنیوس از مطالعه خارج شدند. کلیه زنان باردار از نظر وجود استریای بارداری، محل و شدت آن، نوع پوست و موها معاینه بالینی شدند. درجه‌بندی نوع پوست بر اساس توصیفات Murphy انجام شد. در این درجه‌بندی نوع پوست در ۳ گروه تقسیم می‌شود:

گروه Fair یا بور: چهره بسیار سفید (Pale) گاهی کک مکی و دارای دست‌کم پیگمانتاسیون پوستی (از قبیل نداشتن Line

۷۴/۵ درصد) از آنان استریا داشتند. اکثر افراد (۱۰۱ بیمار) سالگی بود (جدول ۱).
استریای خفیف داشتند. میانگین سنی افراد $23/96 \pm 5/33$

جدول ۱. مقایسه میانگین سنی زنان مورد مطالعه در شدتهای مختلف استریای بارداری

گروه مادران با استریا	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین سن (سال)	برآورد آماری
خفیف (امتیاز ۹-۴)	۱۰۱	۲۳/۰۵ \pm ۴/۵۵	P=۰/۰۲۱
متوسط (امتیاز ۱۵-۱۰)	۳۳	۲۲/۹۲ \pm ۳/۹۸	
شدید (بیشتر از ۱۵)	۱۵	۲۱/۹۱ \pm ۲/۶۴	

۷۳/۱ درصد در گروه مادران با استریا قرار می گرفتند که از نظر آماری معنی دار نبود (P=۰/۱۰۲).

در بررسی بیماری های پوستی ۱۷ مورد سابقه بیماری داشتند که ۱۰ مورد آکنه، ۵ مورد آگزما و ۲ مورد شامل سایر بیماری های پوستی می شد. ارتباط آماری معنی دار بین سابقه بیماری های پوستی و استریا در مادران باردار بدست نیامد (P=۰/۶۹۹).

۱۴ بیمار سابقه تخمدان پلی کیستی را ذکر کردند که ۵۷/۱ درصد آنها استریا داشتند. در حالی که در بیماران بدون سابقه تخمدان پلی کیستی ۷۴/۸ درصد استریا پیدا کرده بودند. ارتباط آماری معنی دار بین سابقه تخمدان پلی کیستی و استریا در مادران باردار دیده نشد (p>۰/۰۵).

۲۲ بیمار سابقه مصرف کورتیکواستروئید خوراکی و موضعی داشتند که در ۱۹ بیماری که قبل از بارداری از کورتیکواستروئیدها استفاده کرده بودند، پس از بررسی داده ها بین مصرف کورتیکواستروئیدها پیش و حین بارداری و بروز استریا ارتباط آماری معنی دار بدست نیامد (P=۰/۴۷۱).

۱۱۴ بیمار سابقه خانوادگی استریای بارداری داشتند و از این تعداد، ۸۵/۱ درصد دچار استریای حاملگی شده بودند که نشان از معنی دار بودن این یافته است (P=۰/۰۰۰۱) (جدول ۲).

۲۲ بیمار از کرم و لوسیون برای پیشگیری از استریا استفاده می کردند که فقط یک نفر از مصرف کنندگان دچار استریا نبود. بررسی آماری داده ها نشان دهنده وجود بیشتر استریا در مصرف کنندگان کرم و لوسیون بود (P=۰/۰۱۷) (جدول ۲).

در مجموع در ۱۰۱ جنین دختر ۷۱/۳ درصد و ۹۹ جنین پسر ۷۷/۸ درصد، مادران شان استریای حاملگی داشتند. این یافته از

در بررسی استریا با توجه به رده های سنی بیشتر بیماران در رده سنی ۲۸-۱۸ ساله بودند. بررسی آماری داده ها نشان دهنده وجود رابطه آماری معنی دار بین رده سنی و وجود استریا بود (P=۰/۰۰۰۱) (جدول ۲).

اکثر افراد (۹۰ بیمار) دارای تحصیلات راهنمایی بودند و کمترین تعداد (۱۱ بیمار) از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند. پس از بررسی داده ها مشخص شد که بین میزان تحصیلات مادر و وجود استریا در آنها ارتباط آماری معنی دار دیده می شود (P=۰/۰۳۲) (جدول ۲).

۱۷۸ بیمار اولین بارداری و ۲۱ بیمار نیز بارداری دوم خود را تجربه می کردند. همه بیماران گراوید دو، در نخستین بارداری خود سقط جنین داشتند. پس از بررسی داده ها مشخص گردید که ارتباط آماری معنی دار بین رده های گراویدته مادران و وجود استریا در مادران باردار دیده نمی شود (P=۰/۲۰۶).

رنگ پوست و رنگ موی افراد بررسی شد که اکثر آنان (۱۳۴ بیمار) رنگ پوست گندمی یا زیتونی روشن داشتند. همچنین، بیشتر بیماران رنگ موی قهوه ای-مشکی (۱۹۳ بیمار) داشتند. پس از بررسی داده ها ارتباط آماری معنی دار بین رده های گراویدتی مادر و وجود استریا در آنان بدست نیامد (P>۰/۰۵).

همه افراد مورد مطالعه سن بارداری بالای ۳۶ هفته (۴۰-۳۶ هفته و بالاتر) داشتند. پس از بررسی داده ها مشخص گردید که ارتباط آماری معنی داری بین سن بارداری مادران و وجود استریا دیده نمی شود (P=۰/۱۳۶۱).

۱۴ بیمار سابقه استریا داشتند که ۹۲/۹٪ آنها استریای حاملگی بود و از ۱۸۶ نفر دیگری که این سابقه را نداشتند،

لحاظ آماری قابل ملاحظه نبود ($p=0/292$). بارداری و BMI هفته ۳۷-۳۶ بارداری در زنان دو گروه از نظر یافته‌های حاصل از مقایسه میانگین افزایش وزن دوران بارداری تا هفته ۳۷-۳۶ بارداری و BMI مادران قبل از

جدول ۲: توزیع فراوانی استریای بارداری در واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات مادران، سابقه فامیلی استریا، استفاده از کرم و لوسیون و

رده‌های سنی از سه ماهه اول			
گروه	بدون استریا گراویداروم (درصد) تعداد	با استریا گراویداروم (درصد) تعداد	برآورد آماری
میزان تحصیلات مادران			
-یسواد و ابتدایی	۱۳(٪۴۰/۶)	۱۹(٪۵۹/۴)	$P=0/032$
-زیر دیپلم	۱۹(٪۲۱/۱)	۲۱(٪۲۸/۹)	
-دیپلم	۱۹(٪۲۸/۴)	۴۸(٪۷۱/۶)	
-تحصیلات دانشگاهی	۰(٪۰)	۱۱(٪۱۰۰)	
سابقه فامیلی استریا			
-داشتند	۳۴(٪۳۹/۵)	۵۲(٪۶۰/۵)	$P=0/0001$
-نداشتند	۱۷(٪۱۴/۹)	۹۷(٪۸۵/۱)	
استفاده از کرم و لوسیون از سه ماهه اول			
-داشتند	۵۰(٪۲۸/۱)	۱۲۸(٪۷۱/۹)	$P=0/017$
-نداشتند	۱(٪۴/۵)	۲۱(٪۹۵/۵)	
رده سنی (سال)			
-کمتر از ۱۸	۴(٪۱۷/۴)	۱۹(٪۸۲/۶)	$P=0/001$
-۱۸-۲۸	۳۰(٪۲۰/۷)	۱۱۵(٪۷۹/۳)	
-۲۸-۳۸	۱۴(٪۵۱/۹)	۱۳(٪۴۸/۱)	
-بیشتر از ۳۸	۳(٪۶/۰)	۲(٪۴/۰)	

جدول ۳: مقایسه میانگین افزایش وزن دوران بارداری تا هفته ۳۷-۳۶ بارداری، مقایسه میانگین BMI قبل از بارداری و مقایسه میانگین BMI

هفته ۳۷-۳۶ در زنان مورد مطالعه در دو گروه مورد مطالعه			
گروه	تعداد	انحراف معیار± میانگین	برآورد آماری
بدون استریا	۵۱	۱۱/۶۶±۴/۸۴	$P=0/021$
	۱۴۹	۱۳/۵۶±۵/۰۶	
با استریا	۵۱	۲۳/۳۴±۳/۹۳	$P=0/024$
	۱۴۹	۲۵/۰۶±۴/۸۵	
بدون استریا	۵۱	۲۸/۳۳±۳/۷۶	$P=0/002$
	۱۴۹	۳۰/۴۱±۴/۹۹	

بحث و نتیجه گیری

از بارداری مراجعه‌کنندگان ۶۵-۵۵ کیلوگرم بوده است (۳). همچنین در مطالعه ما مادران دچار استریا جوان‌تر بودند که مشابه نتایج مطالعات قبلی نظیر مطالعات osman, thomas و J-orh بوده است (۱۱-۱۳). در بررسی شدت استریا، بیشترین تعداد مادران، استریای نوع خفیف داشتند که با نتیجه مطالعه Atwal همخوانی داشت در حالی که در مطالعات Osman و J-orh و قاسمی بیشتر مادران

در مطالعات مختلف میزان فراوانی استریای بارداری از ۵۰ درصد تا ۹۰ درصد متغیر است (۱، ۲، ۹، ۱۰). در مطالعه ما میزان فراوانی استریای بارداری ۷۵/۴ درصد بدست آمد که با نتیجه مطالعه سال ۲۰۰۸ Rateree-J و همکاران همخوانی داشت (۱۱). در مطالعه Samuel lurie فراوانی استریا ۲۵ درصد بود که البته ممکن است به این علت باشد که وزن قبل

ارتباطی با ایجاد استریا نداشت در حالی که برخی گزارش‌ها صدمه پوستی ناشی از شکسته شدن فیبرهای الاستین و تغییر هورمونی را از علل مهم ایجاد استریا می‌دانند (۱۶و۵،۴). همچنین، در این مطالعه ارتباطی بین مصرف کورتیکواستروئید خوراکی یا موضعی با بروز استریای حاملگی دیده نشد در حالی که در مقاله‌های متعدد این ارتباط وجود داشت (۱۷و۲،۳). این یافته می‌تواند در ارتباط با مقدار یا مدت مصرف کورتون باشد.

در این مطالعه BMI قبل از بارداری، BMI سه‌ماهه سوم بارداری و میزان افزایش وزن حین بارداری عاملی موثر در بروز استریای حاملگی بودند که تقریباً در تمام مطالعات انجام شده پیشین به جز مطالعه Chang، دیده شده بود (۱۵و۲-۱۰). این یافته می‌تواند به این علت باشد که افزایش سریع وزن و همچنین BMI بالا باعث پاسخ مکانیکی و کشش پوست شده، منجر به بروز استریا می‌شود.

در این مطالعه استریای حاملگی در زنانی که از لوسيون و کرم از سه‌ماهه اول بارداری استفاده می‌کردند بیشتر بود که البته توجیه‌کننده این نکته است که مادران به علت ابتلای به استریا شروع به استفاده از کرم و لوسيون کردند نه این‌که استفاده از آنها باعث استریا شده باشد. در مطالعات پیشین نظیر مطالعه Madlon-kay نیز زنان به‌رغم تمایل به پیشگیری از استریا، به‌طور منظم از این کرم‌ها و لوسيون‌ها استفاده نکرده بودند و در مطالعه Osman نیز هیچگونه ارتباط مثبتی بین استفاده از لوسيون و کرم و کاهش استریا وجود نداشت ولی در برخی بررسی‌ها استفاده از لوسيون مفید بوده است (۷ و ۱۳).

وزن پیش و حین بارداری و سابقه خانوادگی نقش مؤثری در ایجاد استریای حاملگی دارد لذا آشنا کردن زنان باردار با این ضایعه پوستی فیزیولوژی، پیشنهاد رسیدن به BMI طبیعی پیش از بارداری و وزن‌گیری مناسب در دوران بارداری می‌تواند در شناخت و پیشگیری از استریای بارداری مؤثر باشد. چون در سن پایین، شدت استریا بیشتر است، با آموزش زنان در سن باروری و رهنمود اقدام به بارداری در سن مناسب می‌توان از شدت استریا کاست. پیشنهاد می‌شود بررسی بیشتری هم از نظر شناسایی عوامل همراه و مستعد

استریای نوع شدید داشتند (۱۱، ۱۲ و ۱۴).

در مطالعه ما در بررسی میزان تحصیلات، زنانی که سطح تحصیلی بالاتری داشتند به میزان بالاتری دچار استریای حاملگی شده بودند. این نتیجه شاید به این علت باشد که افراد مراجعه‌کننده جوان‌تر بودند و در عین حال میزان تحصیلات اکثر آنان از متوسطه تا تحصیلات دانشگاهی بود. در مطالعه Osman وضعیت اقتصادی- اجتماعی بررسی شده ولی ارتباطی بین بروز استریا و وضعیت اقتصادی- اجتماعی مادر مشاهده نشده بود. از طرفی در برخی مطالعات دیگر طبقه اجتماعی اقتصادی پایین از عوامل مؤثر بوده است (۷-۴). در مطالعه ما بین نوع پوست و استریای حاملگی ارتباط معنی‌داری بدست نیامد که البته با نتیجه مطالعه Osman همخوانی داشت (۶). در عین حال در برخی دیگر از مطالعات نظیر Atwal این ارتباط معنی‌دار بود (۱۳). در این مطالعه ارتباطی بین رنگ مو و استریای بارداری دیده نشد. طبق مطالعه Madlon-Kay DJ و Liu DT رنگ مو می‌تواند از عوامل مؤثر در ایجاد استریا باشد (۴ و ۶).

در مطالعه ما زنان نولی‌پار بالای ۳۶ هفته (۴۰-۳۶ هفته و بالاتر) بررسی شد. ارتباط معنی‌داری بین سن بارداری مادران و استریا بدست نیامد. در مطالعه Osman و J-orh این مسئله مطرح شده بود که هر چه سن حاملگی بیشتر باشد، شانس بروز استریا بیشتر خواهد بود که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی نداشت (۱۱ و ۱۲).

در مطالعه ما ارتباط معنی‌دار بین سابقه خانوادگی استریا و بروز استریای حاملگی وجود داشت که احتمالاً به علت تأثیر عوامل ژنتیکی در ایجاد استریا باشد. این یافته در مطالعات قبلی از جمله مطالعه Salter و مطالعه Chang و مطالعه قاسمی در تهران نیز بدست آمده بود (۲، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۵).

در مطالعه ما هیچ‌گونه ارتباط مثبتی بین نتایج بدست آمده از متغیر جنس جنین و بروز استریا مشاهده نشد که با یافته مطالعه Osman همخوانی داشت، اگر چه برخی مطالعات جنس جنین را در ایجاد استریا بی‌تأثیر نمی‌دانستند و بروز بیشتر استریا را در مادران با جنین پسر را گزارش کرده بودند (۴ و ۱۲).

سابقه بیماری پوستی و تخمدان پلی‌کیستیک در مطالعه ما

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم دکتر مائده ذاکری‌دانا است که بدین‌وسیله از ایشان تشکر می‌شود.

کننده استریای حاملگی و هم از نظر آزمون داروها یا لوسیون‌های درمانی برای پیشگیری و ارائه راه‌حل‌های مؤثر درمانی انجام شود.

منابع

1. Taavoni S, Soltanipour F, Haghani H, Ansarian H, Kheirkhah M. Effects of Olive Oil on Striae Gravidarum in the Second Trimester of Pregnancy. *Complement Ther Clin Pract* 2011; 17(3):167-9.
2. Salter SA, Kimball AB. Striae Gravidarum. *Clin Dermatol* 2006; 24: 97-100.
3. Lurie S, Matas Z, Fux A, Golan A, Sadan O. Association of Serum Relaxin with Striae Gravidarum in Pregnant Women. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283(2):219-22.
4. Madlon-Kay DJ. Striae Gravidarum. *Folklore and Fact. Arch Fam Med* 1993; 2:507-11.
5. Davey CMH. Factors Associated with the Occurrence of Striae Gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 1972; 79:1113-14.
6. Liu DT. Striae Gravidarum. *Lancet* 1974; 1:625.
7. Murphy KW, Dunphy B, O'Herlihy C. Increased Maternal Age Protects Against Striae Gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 1992; 12:297-300.
8. Buchanan K, Fletcher HM, Reid M. Prevention of Striae Gravidarum with Cocoa Butter Cream. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108(1):65-8.
9. Tunzi M, Gray GR. Common Skin Conditions During pregnancy. *Am Fam Physician* 2007; 75(2):211-8.
10. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, et al. Striae Gravidarum: Associated Factors. *JEADV* 2007; 21: 743-746.
11. J-orh R, Titapant V, Chuenwattana P, Tontisirin P. Prevalence and Associate Factors for Striae Gravidarum. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(4):445-5.
12. Osman H, Rubeiz N, Tamim H, Nassar AH. Risk Factors for the Development of Striae Gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 62-5.
13. Thomas RG, Liston WA. Clinical Associations of Striae Gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 270-1.
14. Atwal GS, Manku LK, Griffiths CE, Polson DW. Striae Gravidarum in Primiparae. *Br J Dermatol* 2006; 155(5):965-9.
15. Chang AL, Agredano YZ, Kimball AB. Risk Factors Associated with Striae Gravidarum. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 881-5.
16. Tashima CK. Striae Gravidarum. *Lancet* 1974; 1:924.
17. Weedon D. Disorders of Collagen. In: Weedon D. (ed) *Skin Pathology*. 2nd ed. New York; Churchill Livingstone, 2002; 358-9.

Striae Gravidarum and the Associated Factors in Nulliparus Pregnant Women

Asgharnia M. (M.D)¹- *Mirblouk F. (M.D)¹- Faraji R. (M.D)¹- Mosavi S.M. (B.S)¹

*Corresponding Address: Reproductive Health Research center, Department of Obstetric & Gynecology, Al -Zahra Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

Email: faribamirblouk@yahoo.com

Received: 7/Apr/2012 Accepted: 10/Oct/2012

Abstract

Introduction: Striae gravidarum occurs in 50-90% of pregnant women in the third trimester and never completely disappears, so it is a major aesthetic concern for most women.

Objective: Survey of frequency of striae gravidarum and the associated factors in nulliparus pregnant women

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was done on 200 women over 36 weeks pregnant primiparous qualify, referred to AL- Zahra hospital in 1388. Information including location and severity of the stria gravidarum, skin type and hair were examined clinically. Demographic features of the participants' age, gravidity, gestational age, stria history of prior pregnancies, history of skin diseases, family history for stria, weight before pregnancy, BMI, weight gain during pregnancy, using corticosteroid and local creams or lotions, fetal sex, and PCO were gathered through interviews and questionnaires. Collected data were analyzed by SPSS version 11.5.

Results: There were 149 cases (74.5%) with stria gravidarum and 51 cases (25.5%) without it. A significant difference was observed between striae and the variables of maternal age, weight gain during pregnancy, BMI before pregnancy, educational level and family history.

Conclusion: As revealed, the more weight gaining during pregnancy, the more risk was there for stria gravidarum formation. Positive family history of striae gravidarum seems to be an important associated factor and a greater chance of striae exists for younger mother.

Key words: Striae Gravidarum/ Nulligravidity/ Body Mass Index(BMI)

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 85, Pages: 54-60