مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۸۹
صفحه: ۱۶-۸

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 18, No 1, March/Apr 2010
Pages: 8-16

مقایسه میزان تأثیرپروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی با اکسی‌توسین با دوز بالا بر القای سقط

سعیده دشتی*[1]، محمد غفورزاده[2]، تهمینه فرج خدا[3]، راضیه دهقانی فیروزآبادی[4]

۱-دستیار زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی
۲-استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی
۳-عضو هیات علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی
۴-دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۵/۱

چکیده

مقدمه: برای القای سقط از روش‌های گوناگون طبی و جراحی استفاده می‌شود. پروستاگلندین‌ها به اشکال مختلف، مانند قرص واژینال، ژل، تزریق داخل آمنیونی و خارج آمنیونی، کاربرد دارد. این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی با اکسی‌توسین با دوز بالا در القای سقط طراحی گردید.

روش بررسی: در این مطالعه ۶۰ زن مراجعه‌کننده جهت القای سقط به بیمارستان شهید صدوقی یزد طی سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶ به روش در دسترس، انتخاب و براساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۳۰ نفره پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی و اکسی‌توسین با دوز بالا تقسیم شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ازآزمونهای آماری دقیق فیشر و کای‌دو استفاده گردید.

نتایج: در مقایسه تأثیر روش القای سقط میزان موفقیت در گروه درمانی پروستاگلندین بیشتر بود (p=۰/۰۱۴)، همچنین میانگین زمان القای سقط در روش پروستاگلندین کوتاه‌تر بود (p=۰/۰۰۰۱). میانگین زمان القای تا سقط در هر دو گروه، در جنینهای مرده کوتاه‌تر از جنینهای زنده بود، [در گروه پروستاگلندین(p=۰/۰۰۱) و در گروه اکسی‌توسین (p=۰/۰۱۱)]. میزان بروز عوارض ناشی از درمان تفاوت معنادار آماری نداشت. در هر دو گروه، میانگین زمان القای سقط در سن حاملگی ۱۴-۱۲ هفته طولانی‌تر از هفته‌های ۱۱-۸ و ۱۹-۱۵ بوده که در گروه پروستاگلندین این تفاوت معنادار بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: استفاده از روش پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی در القای سقط مؤثرتر از اکسی‌توسین با دوز بالا بوده و با کوتاه کردن زمان القایی سقط و کاهش نیاز به کورتاژ می‌تواند سبب کوتاه‌تر شدن زمان بستری، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی بیماران گردد.

واژگان کلیدی: سقط- پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی- اکسی‌توسین

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۸۲۲۴۰۰۱-۰۳۵۱ ، پست الکترونیکی: saeideh_dashti@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

سقط یکی از شایع‌ترین مباحث درطب زنان محسوب می‌شود(۱) که روند رو به رشدی داشته(۲) به گونه‌ای که شیوع سقط در سال ۲۰۰۵ معادل ۲۱ میلیون نفر در آمریکا برآورد شده(۳) و تقریباً هر سال ۴۶ میلیون سقط در دنیا انجام می‌شود(۴). یکی از نتایج پیشرفتهای چشمگیر و قابل توجه در تشخیص پره‌ناتال، افزایش نیاز به القای سقط می‌باشد(۵).

یک روش ایده‌آل القای سقط، روشی است که در عین موثر بودن، بی‌خطر نیز باشد(۶). روش جراحی و طبی هر دو گزینه‌های قابل قبولی محسوب می‌شوند که هر یک مزایا و معایب خاص خود را دارند(۷،۸). فاکتورهای موثر بر انتخاب تکنیک شامل سن حاملگی، تجربه پزشک، ترجیح بیمار، اهمیت کلینیکی دفع کامل جنین، وجود عوارض طبی و سایر شرایط بالینی می‌باشد(۸).

در سال‌های قبل، جراحی یک روش درمانی ارجح، در ختم حاملگی محسوب می‌شد اما از اواسط دهه ۱۹۹۰ با توسعه درمان‌های داروئی انجام روش طبی القای سقط امکان‌پذیر شد(۹). جراحی عموماً روش قطعی و قابل پیش بینی است، اما روش تهاجمی، عارضه دار و پرهزینه محسوب شده و علاوه بر این انجام آن در تمام زنان ضرورت ندارد(۷). مطالعات انجام شده در این خصوص نشان داده‌اند که عوارض سقط طبی کمتر و مزایای هزینه- اثربخشی روش داروئی نسبت به جراحی بیشتر است(۲).

بنابراین از میان روشهای مختلف ختم حاملگی روش طبی، متد ارجح در اغلب مراکز محسوب شده(۸) که روند رو به رشدی نیز داشته است(۳). امروزه سعی بر این است که از روشهای طبی برای القای سقط استفاده شود(۶).

بیش از ۱۵ سال است که رژیم اکسی‌توسین تغلیظ شده با اثر بخشی فراوان و ایمنی بالا در دانشگاه آلاباما مورد استفاده قرار گرفته و در ۹۰-۸۰ درصد موارد منجر به سقط شده است(۱۱،۱۰،۴). در این روش دوز بالای اکسی‌توسین، به خصوص همراه با محلول آبی دکستروز و بدون الکترولیت، ممکن است به علت اثرآنتی دیورز (شباهت ساختمانی اکسی‌توسین به وازوپرسین) و هیپوناترمی حاصل از آن منجر به تشنج مادر شود. از طرفی استفاده از اکسی‌توسین با دوز بالا در صورت عدم کنترل دقیق قطرات می‌تواند منجر به افزایش شدت انقباضات رحمی، دکولمان جفت، پارگی رحم و خونریزی شدید واژینال شده که گاهاً برای درمان این عوارض، جراحی ناخواسته به صورت هیستروتومی به مادر تحمیل می‌گردد. علاوه بر آن ممکن است القای اولیه موفقیت آمیز نباشد، بنابراین اکسی‌توسین با دوز بالا به عنوان یک درمان طبی به علت عوارض دارویی، جراحی و طولانی بودن زمان استفاده از آن تا دفع محصولات حاملگی، ممکن است مشکلات مراقبتی زیادی را برای پزشک و مادر باردار به همراه داشته باشد (۴،۱۲).

از میان روشهای طبی پیشنهادی، تجویز پروستاگلندین‌ها (PG:Prostaglandin)، جایگاه خاصی را در القای سقط داشته است(۶).

پروستاگلندین‌ها متابولیت‌های اکسیژنه ۲۰ – C کربوکسیلیک اسید می‌باشند که در اغلب بافتهای بیولوژیک یافت شده و به صورت واسطه‌های سلولی عمل می‌کنند(۱۱،۱۲). مطالعات متعدد نقش پروستاگلندین‌ها را در تولید مثل و زایمان نشان داده است. جهت پایان دادن به حاملگی (در هر مرحله) از پروستاگلندین‌های E و F و آنالوگهای آنها استفاده شده که قادرند موجب انقباضات رحمی و دیلاتاسیون سرویکس شوند(۱۲).آنالوگهای PGE_2 نسبت به پروستاگلندین‌های F به دلیل عمل انتخابی بیشتر بر روی میومتر و عوارض گوارشی کمتر، مقبولیت بیشتری داشته و بیشتر در القای سقط مورد استفاده قرار می‌گیرند(۸).

عوارض جانبی این دارو عبارتند از: استفراغ، اسهال، تب و انقباض برونشها. عوارض دیگری که ممکن است رخ دهند، مربوط به اثرات وازوموتور و وازوواگال PGE_2 بوده و شامل افت فشار خون، افزایش فشار خون، سنکوپ، گیجی، برافروختگی می‌باشد(۱۲). پروستاگلندین‌ها می‌تواند به اشکال مختلف نظیر قرص واژینال، ژل، تزریق داخل آمنیونی و خارج آمنیونی و یا ترکیبی از روشهای مختلف مورد استفاده قرار گیرد که علاوه بر کم خطر بودن از تأثیر مناسبی نیز برخوردار است(۶).

در مطالعه‌ای که Jarvinen و همکاران درباره القای سقط به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

وسیله پروستاگلندین داخل و خارج آمنیونی انجام دادند، نتایج نشان داد که تجویز پروستاگلندین خارج آمنیونی روشی مناسب جهت درمان طبی سقط در جنینهای مرده محسوب می‌شود و میانگین زمان القای سقط تا ختم حاملگی را نیز کاهش می‌دهد(۱۳).

تجویز پروستاگلندین به صورت خارج آمنیونی روشی مؤثر، ایمن و کم هزینه است و خصوصاً در کشورهای در حال توسعه همراه با نتایج عالی بوده و توصیه شده است(۱۴). از مزایای این روش می‌توان دوز کم داروی مورد استفاده و عوارض جانبی کمتر و همچنین کاهش هزینه‌های درمانی را نام برد(۲).

Jaschevatzky و همکاران نیز که به مقایسه انفوزیون خارج آمنیونی پروستاگلندین واکسی‌توسین داخل وریدی به منظور القای سقط پرداخته بودند نشان دادند که پروستاگلندین خارج آمنیونی روش موثرتری در القای سقط در مقایسه با اکسی‌توسین با دوز بالا بوده است(۱۵). همچنین Sharami و همکاران استفاده از اکسی‌توسین با دوز بالا به علاوه‌ی سالین خارج آمنیونی را نسبت به ژل پروستاگلندین روش مؤثرتری دانسته‌اند(۱۶).

از آنجایی که ختم حاملگی زیر ۲۰ هفته یکی از پیامدهای جدی و شایع دوران بارداری می‌باشد و در صورت اداره نامناسب، می‌تواند عوارض مادری سویی را به دنبال داشته باشد، لذا این پژوهش با هدف مقایسه میزان تأثیر پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی و اکسی‌توسین با دوز بالا طراحی گردید.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده (RCT) بود جامعه پژوهش را زنان باردار با سن حاملگی زیر ۲۰ هفته تشکیل می‌دادند که جهت ختم حاملگی طی سالهای ۸۷-۱۳۸۶ به بیمارستان آموزشی شهید صدوقی مراجعه کردند. پس از تصویب و اخذ موافقت کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی یزد و کسب رضایتنامه آگاهانه افراد واجد شرایط ورود به مطالعه که از ویژگی‌هایی از جمله داشتن اندیکاسیون ختم بارداری با سن حاملگی زیر ۲۰ هفته، حاملگی تک قلو، عدم وجود آنومالی دستگاه تناسلی، عدم وجود مشکلات طبی و سیستماتیک در دوران بارداری، عدم شروع خودبخودی انقباضات مؤثر رحمی جهت دفع محصولات حاملگی و حداکثر اتساع دهانه رحم در حدی که تنها سوند فولی از آن رد شده و ازروش دیگری برای ختم حاملگی استفاده نکرده بوده به روش آسان انتخاب و بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه استفاده‌کننده از پروستاگلندین خارج آمنیونی(نفر ۳۰= n) و گروه دریافت‌کننده اکسی‌توسین با دوز بالا (نفر ۳۰= n) تقسیم شدند. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ برای رسیدن به اختلاف معنی‌دار ۳۰٪ در میزان دفع کامل محصولات حاملگی در گروه‌های درمانی پروستاگلندین و اکسی‌توسین تعداد ۳۰ نمونه مورد نیاز بود. معیارخروج از مطالعه نیز بروز علائم مربوط به افزایش حساسیت به داروهای تجویز شده تعیین گردید. در ابتدا شرح حال بالینی و معاینه فیزیکی لازم از جمله معاینه شکم، تعیین FH (ارتفاع فوندوس رحم) و معاینه واژینال انجام شد و به منظور تعیین سن حاملگی، سونوگرافی ترانس واژینال برای کلیه افراد انجام گرفت.

در گروه دریافت‌کننده پروستاگلندین خارج آمنیونی بعد از قرارگرفتن فرد در وضعیت لیتوتومی، شستشوی واژن و گذاشتن اسپکولوم، کاتتر فولی شماره ۱۶ زیر دید مستقیم از کانال سرویکس عبور داده شده و کاتتر با تزریق آب مقطر ثابت می‌گردید. آمپول پروستاگلندین Prostine E_2 (5mg/0.5ml) با ۱۹cc آب مقطر رقیق شد و سپس ۴cc (دوز اولیه) از طریق کاتتر، انفوزیون شده و هر ساعت ۲cc تا بروز علائم دفع محصولات حاملگی و یا خروج کاتتر فولی، انفوزیون ادامه می‌یافت.

تجویز اکسی‌توسین در گروه شاهد نیز به این ترتیب صورت گرفت که ابتدا بیماران در عرض ۳ ساعت، انفوزیونی از ۵۰ واحد اکسی‌توسین در ۵۰۰cc دکستروز ۵٪ یا نرمال سالین را دریافت می‌کردند و سپس به مدت یک ساعت اکسی‌توسین تجویز نشده و پس از آن به مدت سه ساعت ۱۰۰ واحد در محلول ۵۰۰cc داده می‌شد. مجدداً یک ساعت انفوزیون قطع و پس از آن ۱۵۰ واحد در محلول ۵۰۰ به مدت سه ساعت، انفوزیون گردید. انفوزیون در عرض سه ساعت و پس از آن یک ساعت قطع انفوزیون، به تناوب تکرار می‌شد. علاوه بر این میزان اکسی‌توسین در هر دوره ۵۰ واحد افزایش می‌یافت تا به غلظت نهایی خود یعنی ۳۰۰ واحد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

در ۵۰۰cc رسیده و یا علائم دفع محصولات حاملگی بروز نماید.

داروی پروستاگلندین E_2 مورد استفاده در مطالعه تولیدی شرکت Pharmacia به صورت ویال ۰/۵cc حاوی 5mg با نام تجاری Prostine و داروی اکسی‌توسین نیز تولیدی شرکت عبیدی به میزان ۵ واحد در هر 1cc به صورت ویال بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشتمل بر چند بخش از جمله مشخصات فردی، سابقه باروری و مامایی و نیز ثبت داده‌های مربوط به انجام پروتکل درمانی و عوارض جانبی از ابتدا تا پایان مطالعه بود که توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. داده‌های مطالعه نیز با استفاده از نرم افزارآماری Spss نسخه ۱۵ وآزمون‌های آماری کای‌دو، آموزن تی و دقیق فیشر تحلیل گردید.

نتایج

در این مطالعه ۶۰ نفر شامل ۳۰ نفر در گروه پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی و ۳۰ نفر درگروه اکسی‌توسین با دوز بالا شرکت داشتند که نتایج نشان داد میان دو گروه در متغیرهایی نظیر سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، سن حاملگی براساس LMP(Last Menstrual Period) و سونوگرافی، در زمان تصمیم به ختم حاملگی طبق جدول یک، تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید (P= ۰/۷۷۵)(جدول ۱).

هدف کلی این مطالعه تعیین میزان تأثیر پروستاگلندین خارج آمنیونی در مقایسه با اکسی‌توسین با دوز بالا در القای سقط بود که نتایج نشان داد میزان دفع کامل محصولات حاملگی در گروه درمانی پروستاگلندین ۵۰٪ بود و ۵۰٪ سقط ناقص داشته و کورتاژ شدند، که در گروه درمانی اکسی‌توسین میزان دفع کامل محصولات حاملگی ۲۰٪ و میزان سقط ناقص و نیاز به کورتاژ ۸۰٪ تعیین شد که از این نظر اختلاف معنادار آماری (P=۰/۰۱۴) در دو گروه درمانی مشاهده گردید(جدول ۲).

بررسی میانگین زمان القای سقط از شروع تا دفع محصولات حاملگی نشان داد، میانگین زمان القای سقط در گروه پروستاگلندین (۲/۲۴±۸/۷ ساعت) به طور معنی‌داری کوتاه‌تر از اکسی‌توسین با دوز بالا (۳/۲۴±۱۳/۴۶) بود(P= ۰/۰۰۰۱).

بررسی میزان دفع کامل و ناقص محصولات حاملگی در واحدهای پژوهش براساس زنده یا مرده بودن جنین (وجود یا عدم وجود FHR:Fetal Heart Rate) نشانگر آن بود که تعداد جنین‌های زنده و مرده در هر دو گروه یکسان بود (در گروه پروستاگلندین ۱۵ جنین زنده و ۱۵ جنین مرده و در گروه اکسی‌توسین نیز، ۱۵ جنین زنده و ۱۵ جنین مرده). بررسی ارتباط میان دفع کامل و ناقص محصولات حاملگی در جنین‌های زنده و مرده در دو گروه درمانی پروستاگلندین و اکسی‌توسین تفاوت معنادار آماری از این نظر نشان نداد(جدول ۳).

مقایسه میانگین مدت زمان القای سقط برحسب وجود یا عدم وجود ضربان قلب جنین در دو گروه مورد مطالعه بیانگر آن بود که میانگین زمان دفع محصولات حاملگی در جنین‌های مرده کوتاه‌تر از جنین‌های زنده می‌باشد که این تفاوت در هر دو گروه درمانی پروستاگلندین و اکسی‌توسین از تفاوت معنادار آماری برخوردار بود، در گروه پروستاگلندین ۲/۳۲±۱۰ ساعت در جنین زنده در مقابل ۱/۱۸±۷/۴۰ ساعت در جنین مرده (P=۰/۰۰۱) و در گروه اکسی‌توسین ۲/۸۴±۱۴/۹۳ ساعت در جنین زنده در مقابل ۳/۰۲±۱۲ ساعت در جنین مرده (P=۰/۰۱۱) (جدول ۴).

متغیر دیگر تعیین عوارض استفاده از پروستاگلندین و اکسی‌توسین در دو گروه شرکت‌کننده در مطالعه بود که نتایج نشان داد، میزان بروز عوارض ناشی از درمان نظیر خونریزی شدید، درد شدید، افزایش دمای بدن، گرگرفتگی، افت فشار خون و تاکیکاردی در دو گروه، تفاوت معنادار آماری نداشت.

برای بررسی ارتباط میان سن حاملگی (برحسب سونوگرافی) و میانگین زمان القای سقط در دو گروه درمانی مورد مطالعه هر یک از دو گروه برحسب توزیع فراوانی نمونه‌ها به سه زیرگروه تقسیم شدند:

زیرگروه ۱ با سن حاملگی ۱۱-۸ هفته که در این زیرگروه تعداد نمونه‌ها برای پروستاگلندین ۱۰ نفر و برای اکسی‌توسین ۸ نفر، زیرگروه ۲ با سن حاملگی ۱۴-۱۲ هفته که در این زیرگروه تعداد نمونه‌ها برای پروستاگلندین ۱۰ نفر و برای اکسی‌توسین ۱۳ نفر، زیرگروه ۳ با سن حاملگی ۱۹-۱۵ هفته که در این زیرگروه تعداد نمونه‌ها برای پروستاگلندین ۱۰ نفر و برای اکسی‌توسین ۹ نفر.

مطالعه نشان داد، میانگین زمان القای سقط در هر یک از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

هفته‌های ۱۱-۸، ۱۴-۱۲ و ۱۹-۱۵ در گروه پروستاگلندین به ترتیب ۱/۱۳±۸/۲۰، ۲/۴۲±۱۰/۴۵، ۱/۴۵±۷/۱۱ ساعت بود که این میزان برای گروه اکسی‌توسین نیز به ترتیب ۲/۷۲±۱۲/۹۰، ۳/۲۹±۱۴/۸۰، ۳/۵۶±۱۲/۷۰ گزارش گردید که با توجه به P= ۰/۰۰۰۱ ، P=۰/۰۰۳ و P = ۰/۰۰۰۱ اختلاف معنادار آماری بین میانگین زمان القای سقط و سن حاملگی برحسب هفته در دو گروه مورد مقایسه وجود دارد. علاوه بر این، میانگین زمان القای سقط در گروه پروستاگلندین در هفته ۱۹-۱۵ بارداری کوتاه‌تر از هفته‌های ۱۱-۸ و ۱۴-۱۲ می‌باشد که از نظر آماری نیز از ارتباط معنادار برخوردار است (p=۰/۰۰۱) در حالی که این ارتباط بین میانگین زمان القای سقط و هفته‌های ۱۹-۸ بارداری در گروه اکسی‌توسین مشاهده نشد (p=۰/۲۸۹)(جدول ۵).

جدول ۱: مقایسه ویژگیهای دموگرافیک و سابقه مامائی دو گروه شرکت‌کننده در مطالعه

	سن(سال)		گراوید (G)		پارا (P)		سقط (Ab)		سن حاملگی (GA)		سن حاملگی سونوگرافیک (SGA)	
	بازه	میانه	بازه	میانه	بازه	میانه	بازه	میانه	بازه	میانه	بازه	میانه
پروستاگلندین	۳۵-۱۹	۲۵	۵-۱	۲	۵-۰	۱	۲-۰	۰	۱۹-۹	۱۳/۵	۱۹-۷	۱۲/۵
اکسی‌توسین	۳۴-۱۹	۲۵	۵-۱	۲/۵	۴-۰	۱	۳-۰	۰	۱۹-۸	۱۳	۱۹-۷	۱۳
Pvalue	۰/۷۷۵		۰/۹۹۲		۰/۹۱۷		۰/۸۳۱		۰/۹۲۹		۰/۵۱۱	

جدول ۲: مقایسه میزان دفع کامل محصولات حاملگی در هر یک از گروه‌ها

	دفع				آزمون مجذور کای
	کامل		ناقص (کورتاژ)		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پروستاگلندین	۱۵	۵۰	۱۵	۵۰	Pvalue=۰/۰۱۴
اکسی‌توسین	۶	۲۰	۲۴	۸۰	

جدول ۳: مقایسه ارتباط بین وجود یا عدم وجود ضربان قلب جنین با میزان دفع کامل و ناقص

	FHR+		FHR-		P
	دفع کامل (درصد)	دفع ناقص (درصد)	دفع کامل (درصد)	دفع ناقص (درصد)	
پروستاگلندین	۴۶/۷	۵۳/۳	۵۳/۳	۴۶/۷	۱
اکسی‌توسین	۲۰	۸۰	۲۰	۸۰	۱
Pvalue	۰/۱۲۱		۰/۰۵۸		

جدول ٤: مقایسه میانگین زمان القاء تا سقط از شروع درمان بر حسب وجود یا عدم وجود ضربان قلب جنین در دو گروه مورد مطالعه

	زمان (ساعت)		Pvalue
	FHR+	FHR-	
پروستاگلندین	۲/۳۲±۱۰/۰	۱/۱۸±۷/۴۰	۰/۰۰۱
اکسی‌توسین	۲/۸۴±۱۴/۹۳	۳/۰۲±۱۲/۰۰	۰/۰۱۱
Pvalue	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۵: ارتباط میانگین زمان القای سقط برحسب سن حاملگی به تفکیک روش‌های درمانی

	میانگین زمان القای سقط (ساعت) در هر یک از گروه‌ها بر حسب SGA*			P
	(۸-۱۱ هفته)	(۱۲-۱۴ هفته)	(۱۵-۱۹ هفته)	
پروستاگلندین	۸/۲۰ ±۱/۱۳ (۱۰ نفر)	۱۰/۴۵ ± ۲/۴۲ (۱۰ نفر)	۷/۱۱ ± ۱/۴۵ (۱۰ نفر)	۰/۰۰۱
اکسی‌توسین	۱۲/۹۰ ± ۲/۷۲ (۸ نفر)	۱۴/۸۰ ± ۳/۲۹ (۱۳ نفر)	۱۲/۷۰ ± ۳/۵۶ (۹ نفر)	۰/۲۸۹
Pvalue	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰۱	–

*۱ Sonographic Gestational Age

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این مطالعه مقایسه میزان تأثیر پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی با اکسی‌توسین با دوز بالا در القای سقط بود. بررسی دفع محصولات حاملگی به صورت کامل و ناقص در دو گروه مورد مطالعه نشان داد، میزان دفع کامل محصولات حاملگی در گروه درمانی پروستاگلندین خارج آمنیونی به طور معناداری از گروه اکسی‌توسین بیشتر است که این یافته با مطالعه Atad و همکاران مشابه است، در مطالعه آنها اثربخشی پروستاگلندین خارج آمنیونی برای سقط تریمستر دوم مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد انجام کورتاژ روتین بعد از سقط، مزیت بیشتری نداشته و دفع محصولات حاملگی به طور کامل صورت گرفته بود(۱۷). همچنین در مطالعه‌ای که توسط Rath بر روی اثر پروستاگلندین E_2 و $F_{2\alpha}$ خارج آمنیونی برای ختم حاملگی‌های همراه با مرگ داخل رحمی انجام گرفت نیز این مطلب تأیید گردید (۱۸).

در مطالعه انجام شده توسط Jaschevatzky و همکاران نیز پروستاگلندین $F_{2\alpha}$ خارج آمنیونی مؤثرتر از اکسی‌توسین با دوز بالا بود(۱۵)، که در مطالعه اخیر نیز بیشتر بودن میزان موفقیت در دفع کامل محصولات حاملگی در گروه درمانی پروستاگلندین، نشانگر آن است که استفاده از پروستاگلندین خارج آمنیونی موثرتر از اکسی‌توسین با دوز بالا در القای سقط می‌باشد.

مقایسه میانگین زمان القای تا دفع محصولات حاملگی در گروه درمانی پروستاگلندین خارج آمنیونی با گروه اکسی‌توسین با دوز بالا نشان داد در گروه پروستاگلندین میانگین زمان القای سقط تا دفع محصولات حاملگی (۸/۷±۲/۴۴ ساعت) کوتاه‌تر از اکسی‌توسین با دوز بالا (۱۳/۴۶±۳/۲۴ساعت) بود که با نتایج حاصل از مطالعه Islam همخوانی داشته است که در این مطالعه نیز میانگین زمان القای تا دفع محصولات حاملگی در گروه درمانی پروستاگلندین $F_{2\alpha}$ خارج آمنیونی کوتاه‌تر بود(۱۴).

همچنین در مطالعه Rech و همکاران، بکار بردن پروستاگلندین به جای اکسی‌توسین، احتمال موفقیت القای را افزایش داده و کاربرد PGE_2 با موفقیت ۸۸٪ همراه بوده است(۱۹) کوتاه‌تر بودن میانگین زمان القای سقط می‌تواند تا حدودی در کوتاه‌تر کردن زمان بستری بیماران نقش داشته باشد. در مطالعه انجام شده توسط Islam و همکاران نیز نتیجه‌گیری شد که $PGF_{2\alpha}$ خارج آمنیونی در بیماران با وضعیت اقتصادی پایین، روشی مطمئن و کم هزینه است (۱۴).

هدف دیگر مطالعه تعیین درصد سقط کامل و ناقص بر اساس وجود یا عدم وجود ضربان قلب جنین بود که نتایج نشان داد درصد سقط کامل و ناقص بر اساس وجود یا عدم وجود ضربان قلب جنین (زنده یا مرده بودن جنین) در دو گروه درمانی پروستاگلندین خارج آمنیونی و اکسی‌توسین با دوز بالا یکسان بوده به طوری که تفاوت معنادار آماری در میزان دفع کامل و ناقص جنین‌های زنده و مرده به تفکیک روش درمانی القای سقط وجود ندارد، اما میانگین زمان القای سقط تا دفع محصولات حاملگی بین جنین‌های زنده و مرده متفاوت بود به گونه‌ای که میانگین زمان القای سقط در گروه پروستاگلندین در جنین‌های مرده (۷/۴۰±۱/۱۸ ساعت) کوتاه‌تر از جنین‌های زنده (۱۰±۲/۳۲ساعت) تعیین گردید، که این تفاوت، در گروه درمانی اکسی‌توسین نیز قابل مشاهده بود (۱۲±۳/۰۲ ساعت در جنین‌های مرده در مقابل ۱۴/۹۳±۲/۸۴ ساعت در جنین‌های زنده). مطالعه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

Debby و همکاران نیز که به مقایسه میانگین مدت زمان دفع محصولات حاملگی در جنین‌های زنده و مرده توسط PGE_2 خارج آمنیونی پرداخته بود، نشان داد مدت زمان القای تا دفع محصولات حاملگی در جنین‌های مرده کوتاه‌تر بوده است(۲۰) که با نتایج حاصل از مطالعه کنونی نیز همخوانی دارد.

بررسی بروز عوارض جانبی در دو گروه درمانی پروستاگلندین خارج آمنیونی و اکسی‌توسین با دوز بالا نشان داد که به طور کلی بروز این عوارض جانبی در دو گروه درمانی مشابه بود. در مطالعه انجام شده توسط Jaschevatzky و همکاران فقط در ۳٪ بیماران تحت درمان با پروستاگلندین خارج آمنیونی فعالیت بیش از حد رحم وجود داشت و عارضه دیگری از جمله عوارض گوارشی مشاهده نگردید و در گروه اکسی‌توسین نیز فقط در ۱٪ بیماران خونریزی دیده شد(۱۵). نتایج مطالعه کنونی با مطالعه Irshaid از نظرمیزان شیوع عوارض جانبی مشابهت دارد که در آن مطالعه نیز این روش مطمئن و کم عارضه شناخته شده است(۲۱).

نتایج مطالعه کنونی نشان داد بین میانگین زمان القای سقط تا دفع محصولات حاملگی و سن حاملگی واحدهای پژوهش ارتباط معناداری مشاهده می‌شود و میانگین زمان القای سقط در گروه پروستاگلندین در هفته‌های ۱۹-۱۵ بارداری، کوتاه‌تر از هفته‌های ۱۱-۸ و ۱۴-۱۲ می‌باشد که از نظر آماری نیز از ارتباط معنی‌داری برخوردار است (p=۰/۰۰۱). در حالی که این ارتباط در گروه اکسی‌توسین مشاهده نشد (p=۰/۲۸۹). در تحقیقی که توسط Krofta صورت گرفت، رابطه‌ای بین مدت زمان القای سقط و سن حاملگی یافت نشدکه با نتایج به دست آمده در گروه اکسی‌توسین هم‌خوانی دارد(۲۲).

از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به انجام کورتاژ در تعدادی از واحدهای پژوهش با وجود کامل بودن سقط به دلیل جدید بودن روش درمانی و نگرانی واحدهای پژوهش از وقوع عوارض ناخواسته، مانند باقی ماندن محصولات حاملگی و نیز وجود تفاوت‌های فردی در پاسخ درمانی به پروستاگلندین خارج آمنیونی اشاره نمود.

نتایج نشان داد در گروه پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی میزان دفع کامل محصولات حاملگی بیشتر بوده و زمان القای سقط نیز کوتاه‌تر بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری نمود پروستاگلندین E_2 خارج آمنیونی اثری بهتر از اکسی‌توسین با دوز بالا در دفع محصولات حاملگی در القای سقط داشته و با توجه به کوتاه بودن زمان بستری و نیاز کمتر به کورتاژ، مقرون به صرفه‌تر بوده (کاهش هزینه‌های مربوط به بستری و درمان) و به صورت روشی مؤثر، کم عارضه و کم هزینه برای القای سقط در موارد مرگ داخل رحمی جنین و نیز در سقط درمانی کاربرد داشته که علاوه بر تقلیل عوارض ناشی از جراحی و مشکلات متعاقب آن، سبب افزایش رضایتمندی مراجعان و کاهش بار مراقبتی تیم درمانی می‌گردد. علاوه بر بخش درمان در سایر حیطه‌ها از جمله آموزش و پژوهش نیز می‌توان از نتایج مطالعه بهره جست.

سپاسگزاری

از کلیه کسانی که در انجام این مطالعه مشارکت و همراهی داشتند از جمله اعضای محترم هیات علمی گروه زنان و مامایی یزد و همکاران محترم دستیار زنان و نیز واحدهای پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1- Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, Henshaw Sk. ***Estimated pregnancy rates by outcome for the united states***, 1990-2004. Nati Vital Heath Stat. Rep. 2008 Apr14; 56(15):1-25.

2- Lie ML, Robson SC, May CR. ***Experiences of abortion: Anarrative review of qualitive studies***. BMC Health Serv Res 2008 Jul 17;8:150.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

3- Jones. RK, Zolna MR, Henshaw SK, Finer LB. ***Abortion in the united states: Incidence and access to services 2005. Perspectives on sexual and reporducitve.*** Health. Clin Obstet Gynecol 2008; 40 (1): 6-16.

4- Berek JS, Novak E. ***Berek and Novak's gynecology***. 14th ed. Lippincott Williams and wilkins; 2007. p. 295-301.

5- Shapira S, Goldberger S, Beyth Y, Fejgin MD. ***Induced second trimester abortion by extra – amniotic prostaglandin infusion in patients with a cesarean scar is it safe?*** Acta obstet gynerol scand coden aggsae. 1999; 78(6):511-14.

6- Bal H, Kumar Sing S. ***A study of midtrimester abortion using cerviprime gel and extra – amniotic prostodin.*** MJAFI 2006, 62(2): 129-30.

7- Cunningham FG, Williams JW. ***Williams obstetrics***. 22th ed. Mc Graw – Hill; 2005.p.232-47.

8- James DK. ***High risk pregnancy management options***. 3rd ed. Saunders: 2005.p.1404 –13.

9- Wiebe E, Dunn S, Guilbert E, Jacot F, lugtig L. ***Comparison of abortion induced by methotrexate or mifepriston followed by misoprostole.*** Obstet Gynecol 2002 May; 99(5 pt1): 813-19.

10- Ramsey PS, owen J. ***Midtrimester cervical ripening and labor induction***: Clin Obstet Gynecol 2000 Sep;43(3):495-512.

11- Brunton Laurence L, lazo J, Parker K. ***Goodman and Gilman's the pharmacological Basis of therapeutics***, 11th ed. Mc Graw Hill; 2005.p.1507-9.

12- Katzung BG. ***basic and clinical pharmacology***,10th ed. Mc Graw Hill; 2007.p.613-14.

13- Jarvinen PA, Pennanen S, Ylostalo P. ***Induction of abortion by intra– and extra–amniotic prostaglandin F2 administration***. Prostaglandins 1973 Apr;3(4):491-504.

14- Islam A, Abbasi AN, Srwari I. ***use of foley's catheter and prostaglandin F-2 Alpha in second trimester termination of pregnancy***. J Ayub Med Coll Abbottabad 2006 Jul-Sep;18 (3):35-9.

15- Jaschevatzky OE, Rosenberg RP, Noy Y, Dascalu S, Anderman S, Ballas S. ***comparative study of extra–amniotic prostaglandin F2 alpha infusion and increasing intravenons oxytocin for termination of second trimester missed abortion***. J Am Coll Surg 1994 May; 178(5): 435-38.

16- Sharami SH, Milani F, Zahiri Z, Mansour-Ghasemi F. ***A randomize trial of prostaglandin E2 gel and extra–amniotic saline infusion with high dose oxytocine for cerviced ripening***. Med Sci monit 2005,11(8):381–86.

17- Atad J, Hallak M. ***Uterine curettage following second trimester abortion by extra- ovular instillation of prostaglandin E2, A prospective randomized trial***. Eur J obstet Gynecol Reprod Biol 1999 Aug; 85 (20):147-50.

18- Rath W, Kuhn W, Kuhnle H. ***Treatment of intrauterine fetal death by intracervical and extra-amniotic PGF2 alpha/PGE2***. POPLINE Doc. Num: 027119, 1984; 49-56.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

19- Rech F, Patella A. ***The role prostaglandin E2 in cervixe maturation and labor induction, clinical experience***. Minerva Ginecol 1995 oct; 47(10):423-29.

20- Debby A, Sagiv R. ***Extra-aminotic prostaglandin E2 for midtrimester termination of pregnancy in live fetuses vs. fetal demise***. Arch Gynecol Obstet 2003 Oct; 268(4):301- 3.

21- Bani-Irshaid I, Athamneh TZ. ***Termination of second and early Third trimester pregnancy: comparison of 3 methods***. East Mediterr Health J 2006 sep; 12(5):605-9.

22- Krofta l, Calda P. ***Termination of pregnancy in the 2nd trimester using intra- amniotic administration of prostaglandins***. Ceska Gynekol 1998 Oct; 63(5): 414-17.

23- Rock JA, Jones HW. ***Telinde's operative Gynecology*** 10th ed. Lippincott williams and wilkins; 2008: 776-83.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]