مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشی - درمانی شهید صدوقی یزد
سال دوازدهم ، شماره اول ، بهار ۱۳۸۳ ، ص ۲۹

بررسی نتایج درمان طبی سقط ناقص تریمستر اول با متیل ارگـونوین

دکتر لیلی سخاوت [۱]، دکتر امید بیکی بندرآبادی [۲]، دکتر ملیحه هاشمی نژاد [۳]

چکیده

مقدمه : تقریباً از هرچهار زن یکی در طول زندگـی خود سقط ناقص را تجربه می‌کند . در تمام طول قرن بیستم سقط ناقص توسط تخلیه محتویات رحم باردار درمان می‌شد و برای این کار از فورسپس و کورتاژ استفاده می‌کردند. ارزیابی مجدد درمانهای موجود برای این بیماری کاملاً محسوس است .هدف از این مطالعه ارزیابی نتایج درمان طبی سقط نـاقص تریمسـتراول بـا متیـل ارگـونوین می‌باشد.

روش بررسی : یک مطالعه مشاهده ای توصیفی ـ تحلیلی جهت ارزیابی اثر حداکثرچهار دوزmg ۲ متیل ارگـونوین تزریقی بر روی سقط ناقص درتریمستر اول طراحی گـردید.در سال ۱۳۸۱ در بیمارستان حضرت فاطمـه الزهـرا(س) شهرسـتان مهریـز مجموعـاً ۱۰۰ بیمار به صورت نمونه گـیری آسان انتخاب گـردیدند. بیماران دوز اولیه متیل ارگـونوین را به صورت وریـدی و سـه دوز بعـدی بـه صورت عضلانی و به فاصله سه ساعت دریافت نمودند. در صورت شک به باقیمانده‌های جفت در رحـم و عـدم وجـود خـونریزی فعال بیمار۵ روز درمان خوراکی با قرص متیل ارگـونوین هر ۶ ساعت انجام می‌شد بـه بیمـاران همزمـان اکسـی‌توسـین هـم تجـویز می‌گـردید . ارزیابی نتایج با استفاده از سونوگـرافی ابدومینال بعد از ۲۴ ساعت از پذیرش صورت می پذیرفت.آنالیز آماری توسط آزمونهای آماری t-test و مجذور کای و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گـرفت.

نتایج : تعداد ۱۰۰ زن با حداقل سنی ۱۴ و حداکثر ۴۵ سال وارد مطالعه گـردیدند شایع‌ترین گـروه سـنی را زنـان ۲۹-۲۰ سـاله بـا فراوانی نسبی ۴۰٪ تشکیل می‌دادند (بیشترین موارد ابتلا به سقط ناقص در این مطالعه در زنان بـا سـن حاملگـی ۱۰-۸ هفتـه روی داده بود (۵۹٪) و تعداد حاملگی در زنان مبتلا در بیش از ۷۰ درصد موارد سه زایمان و یا کمتر بود . در ۹۷ بیمار متیل‌ارگـونوین در تخلیه کامل محصولات حاملگـی موفق بود. در هیچکدام از بیماران عارضه‌ای که مانع ادامه درمان بـا متیـل ارگـونوین گـردد ایجاد نشد.

نتیجه‌گیری : این مطالعه ضمن اینکه اثر مفید و مؤثر متیل ارگـونوین را درمان سـقط نـاقص تریمسـتراول نشـان مـی‌دهـد بـر انجـام مطالعات بیشتر بر روی این مقوله تأکید می‌ورزد.

واژه های کلیدی :سقط ناقص ، متیل ارگـونوین

مقدمه

سقط جنین اتلاف زودرس بارداری بصـورت پایـان دوره باروری قبل از رسیدن جنین به مرحله قابل حیات است [۱۳،۱۲] در صورت احتباس تمامی یا بخشی از جفت در رحم ، سقط نـاقص بـوده و بـا علامـت اصـلی خـونریزی ظـاهر مـی‌شـود [۹] (Spontaneous Miscarriage) تقریباً از هـر چهـار زن یکـی در طول زندگـی خود این بیماری را تجربه می‌کند [۱۵] .

۱- استادیارگروه زنان و زایمان
۲و۳- پزشک عمومی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

از علل این بیماری می‌توان بـه عوامـل ژنتیکـی ، عوامـل آناتومیک ، عوامـل آنـدوکرینولوژی ، عفـونی و ایمونولوژیـک اشاره نمود . تقریباً در تمام طول قرن بیسـتم سـقط نـاقص توسـط تخلیه محتویات حامل از بارداری درمان می‌شد و برای اینکـار از فورسپس و کورتاژ اسـتفاده مـی کردنـد [11] کـه بـا پیشـرفت در ساخت وسایل به آسپیراسـیون در خـلا (Vacuum Aspiration) تغییر یافت .این ا عتقاد که محصولات احتباس یافته همواره نیاز به تخلیه دارند به دلیل دو عارضه عمده خونریزی و عفونـت کـه در مـوارد درمـان نـاقص(تخلیـه نـاقص) دیـده مـی شـد تقویـت می گـردید ولی با تغییر در وضعیت سلامت عمـومی و پیشـرفت عملکرد طبی این مساله به زیر سوال رفت و این سـوالات مطـرح گـردید کـه آیـا تمـام زنـان مبـتلا واقعـاً بـه تخلیـه محصـولات حاملگـی نیـاز دارنـد و اگـر ندارنـد چگـونه مـی تـوان تصـمیم گـرفت چه کسی به تخلیه نیاز دارد ؟ ما اکنون در زمان مهمی به سر می بریم که نیاز به ارزیابی مجدد درمانهای موجود برای ایـن بیمـاری کـاملاً محسـوس اسـت و درمانهـای دیگـری همچـون درمانهای طبی بـا آنالوگهـای پروستاگـلاندین یـا درمـان انتظـار مطرح گـردیده اند .در طی سالهای اخیر مطالعات زیادی بر روی میزوپروسـتول واژینـال یـا خـوراکی یـا بـدون متوتروکسـات یـا میفه‌پریسـتون (Mifepristone) انجـام گـردیده اسـت [15،14،7،2].

آنچه از نتیجه تمام مطالعات فوق خلاصه می‌گردد این است که میزان اثر بخشی میزوپروسـتول بـا دوز و نحـوه تجـویزآن مـرتبط مـی باشـد بطـور خلاصـه در تجـویز دوزهـای متعـدد و بـه روش واژینال اثر بیشتری مشاهده می گـردد در کل در مقایسه با درمان جراحی این درمان نیاز به ضد درد بیشتری دارد. هدف ما طی این مطالعه بررسی نتایج درمان سقط ناقص به دنبـال اسـتفاده از متیـل ارگـونوین می باشد کـه تـا بـه حـال جهـت درمـان ایـن بیمـاری استفاده نگـردیده است و مطالعه ای در مـورد آن تـاکنون منتشـر نشده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مشـاهده‌ای و توصـیفی - تحلیلـی اسـت که بر روی ۱۰۰ نفر زن که بـه دلیـل سـقط نـاقص در بیمارسـتان حضرت فاطمه الزهرا(س) شهرستان مهریز طی سـال ۱۳۸۱ بسـتری شده بودند به طریق نمونه‌گیری آسان انجام گـردید. تعداد نمونه این مطالعه پیامد (Outcome Study) از فرمـول بـا آلفـای ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۸ (d) و شیوع ۰/۸ (p) که از بررسی متـون بدسـت آمـد ۹۶ تعیین شد .ابتدا از بیماران مبتلا شرح حال کامل اخذ گـردیده و بیماران با علایم حیاتی پایدار و فاقد سـابقه بیمـاری خـاص در جریان انجام تحقیق و شیوه درمان و عـوارض احتمـالی آن قـرار گـرفته و داوطلبانه و پس از اعلام رضایت به صورت کتبـی وارد مطالعه می گـردیدند . پـس از انجـام معاینـات و بـرآورد میـزان خـونریزی بیمـار و در صـورت لـزوم سونوگـرافی جهـت تأییـد تشخیص و انجام آزمایشات اولیه و رزرو خـون بصـورت روتـین بیماران تحت اسـتراحت کامـل ، تزریـق سـرم (ترجیحـاً رینگـر)واکسی توسین (۲۰ واحد در لیترسرم) قرار گـرفته و اولـین دوز متیل ارگـونوین بصـورت وریـدی و بـا دوز ۲mg تزریـق آهسـته قرار می گـرفتند .دوز بعدی نیز به میزان ۲mg ولی عضـلانی سـه ساعت بعدتزریق می گـردید در صورت ادامه خونریزی دوزهای سوم و چهـارم بـه میـزان۲ mg هـر سـه سـاعت عضـلانی تزریـق می‌گـردید در تمام مدت بیماران از نظر علایم حیاتی و خونریزی و عوارض احتمالی دارو تحت نظر کامل قرار داشتند در صورت کنترل خونریزی سرم و اکسی‌توسین تا ۲۴ ساعت ادامه یافته و در روز دوم با سونوگـرافی آبدومینال توسط متخصص زنان از عـدم وجود باقی‌مانده محصولات حاملگـی (با مشاهده خـطInterface به صورت کامل در رحم) اطمینان حاصل نموده و بیمار ترخیص می‌گـردید در صـورت وجـود باقیمانـده و یـا شـک بـه آن و در صورت عدم وجود خونریزی یا وجود خونریزی خفیف بیمار بـه مدت ۵ روز در خانه تحت درمان بـا قـرص متیـل ارگـونوین هـر ۶ ساعت قرار می‌گـرفت و یک هفته بعد جهت وی سونوگـرافی کنترل انجام می گـردید. در صورت عـدم کنتـرل خـونریزی در زمان بستری اولیه(بعد از ۴ دوز متیل ارگـونوین) و یا یک هفتـه بعد از ترخیص و یا مشاهده مجدد باقیمانده محصولات در زمـان یک هفته بعد از ترخیص کورتـاژ صـورت مـی گرفـت. از تمـام بیماران پرسشنامه ای در مورد سن حاملگـی، نتایج حاملگـی های قبلی ، میزان خونریزی ، دوزهای دریافتی متیل‌ارگـونوین ، نیاز به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

انجام کورتاژ ، سونوگرافی و علایم و عوارض دارویی تکمیل می‌گردید. آنالیز آماری توسط آزمونهای آماری t-test و Chi-Square و با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت.از نظر اخلاقی به دلیل اینکه امروزه درمان اورژانسی سقط ناقص کمتر مطرح بوده و اغلب منابع بر استفاده از درمانهای جراحی به عنوان آخرین روش تاکید می‌کنند مشکلی وجود نداشت.

نتایج

تعداد ۱۰۰ زن با حداقل سنی ۱۴ و حداکثر ۴۵ سال وارد مطالعه گردیدند. شایعترین گروه سنی را زنان ۲۹-۲۰ ساله با فراوانی نسبی ۴۰٪ تشکیل می دادند (نمودار۱) بیشترین موارد ابتلا به سقط ناقص در این مطالعه در زنان با سن حاملگی ۱۰-۸ هفته روی داده بود ۵۹ مورد (۵۹٪) و تعداد حاملگی در زنان مبتلا در بیش از ۷۰ درصد موارد سه زایمان و یا کمتر بود . حاملگی مرتبه اول ۳۵ مورد (۳۵٪) از کل موارد را تشکیل می‌داد(جدول ۱) .

در مورد توزیع فراوانی سقط ناقص در نمونه مورد بررسی بر اساس میزان خونریزی مشاهده گردید که ۵۲ نفر (۵۲٪) دارای خونریزی از نوع متوسط بودند (جدول ۲). در پایان مطالعه تنها سه مورد (۳٪) نیاز به کورتاژ جهت درمان سقط ناقص پیدا کردند و بقیه موارد(۹۷٪) به متیل‌ارگونوین (تزریقی و یا تزریقی-خوراکی) پاسخ دادند. دو مورد در همان ۲۴ ساعت اول و یک مورد بعد از ۴روز از ترخیص با مراجعه مجدد تحت درمان کورتاژ قرار گرفتند . در هر سه مورد به دلیل اثر مناسب متیل‌ارگونوین و بدلیل خاصیت توکوتونیک آن رحم به اندازه کافی منقبض گردیده و کورتاژ به دلیل برطرف‌شدن نرمی و پرخونی اولیه رحم به علت سقط ، بدون هیچ عارضه‌ای انجام پذیرفت .با آزمونهای مجذور کای وT.Student تفاوت معنی‌داری از نظر نحوه پاسخ به متیل‌ارگونوین در گروههای مختلف از نظر سن حاملگی ، تعداد حاملگی قبلی و نوع سقط از نظر میزان خونریزی مشاهده نگردید. در این مطالعه ۶۳ بیمار (۶۳٪) با متیل‌ارگونوین تزریقی در ۲۴ ساعت اول تخلیه کامل رحم داشتند و از مجموع ۹۷ بیمار که به درمان طبی با متیل‌ارگونوین پاسخ مثبت دادند ، ۳۴ مورد (۳۴٪) کل بیماران (به دلیل شک به وجود بقایای جفت در رحم) در سونوگرافی کنترل که ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان انجام گردید به درمان خوراکی با قرص متیل‌ارگونوین نیاز پیدا کردند (جدول۳) .

نمودار ۱ : توزیع فراوانی مشخصات سنی بیماران مورد مطالعه

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات حاملگی در بیماران مورد مطالعه

مشخصات حاملگی		فراوانی	درصد
سن حاملگی(هفته)	کمتر از ۸	۲۹	۲۹
	۱۰-۸	۵۹	۵۹
	بیش از ۱۰	۱۲	۱۲
	جمع	۱۰۰	۱۰۰
تعداد حاملگی	۱	۳۵	۳۵
	۳-۲	۳۸	۳۸
	۵-۴	۱۸	۱۸
	۵+	۹	۹
	جمع	۱۰۰	۱۰۰

جدول۲ : توزیع فراوانی سقط ناقص در مورد بررسی بر اساس میزان خونریزی

نوع خونریزی	فراوانی	درصد
خفیف	۳۲	۳۲
متوسط	۵۲	۵۲
شدید	۱۶	۱۶
جمع	۱۰۰	۱۰۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

عـوارض داروی متیـل ارگـونوین در ایـن مطالعـه در ۱۳ مـورد (۱۳٪) مشاهده گـردید که عوارض مـذکور بصـورت زیـر ظـاهر گـردید:

۱- تپش قلب (Palpitation) ۸ مورد .

۲- حساسیت به دارو بصورت احساس عطش و قرمز شدن پوست ۲ مورد.

۳- افزایش فشار خون (HTN) به صـورت BP>140/90mmHg ۳ مورد.

تمامی عوارض فوق بدون هیچ درمان خاصی برطرف و در مورد داروی اکسی‌توسین عارضه‌ای مشاهده نگـردید.

جدول ۳: توزیع فراوانی نتایج درمان بیماران مورد بررسی با متیل ارگونوین

نحوه پاسخ به متیل ارگونوین	فراوانی	درصد
پاسخ به متیل ارگونوین تزریقی در ۲۴ ساعت اول بستری	۶۳	۶۳
پاسخ به متیل ارگونوین خوراکی به مدت ۵ روز	۳۴	۳۴
عدم پاسخ به متیل ارگونوین و انجام کورتاژ	۳	۳
جمع	۱۰۰	۱۰۰

بحث

سقط جنین خودبخود شـایعترین عارضـه بـارداری اسـت . سقط ناقص حالتی است که تمامی یـا بخشـی از جفـت در رحـم احتباس می یابد و علامت اصلی آن خونریزی می باشد. اکثراً در درمان سقط ناقص انجام عمل جراحی و کورتاژ اجتناب ناپذیر به نظر می رسد که این عمل معمولاً با عوارضی نیز همراه است.

ایـن روش پـر هزینـه بـوده نیـاز بـه نیروهـای متخصـص و تجهیزات پیشرفته جراحی و بیهوشی و اتـاق عمـل وجـود دارد و انجام آن در هر مکانی امکانپذیر نیست.مطالعـات زیـادی جهـت دستیابی به روش درمانی کم خطر و کم تهاجم برای درمان سقط تا به امروز ادامه دارنـد ولـی حتـی امـروزه نیـز داروهـای انـدکی موجود است که هم مؤثر و هم کم خطر باشد. بنـابراین همچنـان جراحی راه حل درمان این بیماری به شمار می آید. در مطالعه ما که بر روی اثرات متیل ارگـونوین مالئات (مترزین) بر روی سقط ناقص انجام پذیرفتـه نتـایج اولیـه نشـان از اثـر مناسـب ایـن دارو داشتند این دارو دارای اثرات سمپاتولیتیک و اکسی‌توسیک است که با تحریک مستقیم عضلات رحمی موجب افـزایش قـدرت و دفعـات انقباضـات مـی‌شـود . ایـن دارو در پیشگـیری و درمـان خونریزی ناشی از اتونی رحم پس از زایمان و سقط ناقص بکـار می رود و نقش مفید و مؤثر آن در این زمینه ثابت شده است [۱] .

در ایـن مطالعـه بـدون مشـاهده عـوارض قابـل تـوجهی از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۹۷٪ بیمـاران بـه متیـل ارگـونوین پاسـخ دادند و بدون نیاز به کورتاژ محصـولات حاملگـی بطـور کامـل دفع گـردید. درمان طبی سقط نـاقص بـه صـورت فزاینـده‌ای در حال گـسترش مـی باشـد در درمـان طبـی سـقط نـاقص بـر روی آنالوگهـای پروستاگـلاندین بـویژه Misoprostol مطالعـات متعددی انجام پذیرفته ا ست و جالب این است که میزان موفقیت درایـن مطالعـات بـین ۱۳ الـی ۹۶ درصـد متفـاوت بـوده است [۲،۷،۸،۱۰،۱۸] . این تفاوت فاحش به دلایل متعـددی از قبیـل انتخاب بیماران ، استفاده همزمان با Mifepristone , نوع آنالوگ پروستاگـلاندین، دوز و روش تجویز و غیره بوده است .

این مطالعات تنها یک مورد که آنهم توسـط Bugalho و همکـارانش انجـام پـذیرفت از تجـویز همزمـان میزوپروسـتول و متیل‌ارگـونوین استفاده گـردید و از ۲۲۸ مورد ۱۷۳ بیمـار بـدون نیاز به کورتاژ درمان شدند [۵] .

مطالعه ای که تنها بر روی اثر متیل‌ارگـونوین بدون تجویز همزمـان بـا آنـا لوگـهای پروستاگـلاندین انجـام پذیرفتـه باشـد نیافتیم. اکثریت بیماران مـورد مطالعـه مـا سـنی بـین ۲۹-۲۰ سـال داشته و سن حاملگـی آنها بین ۱۰-۸ هفته بوده و سقط نـاقص در

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

حاملگی اول تا سوم آنها روی داده بود اکثراً خونریزی متوسط داشته و همگی Stable بودند هر چند با توجه به محدودیت تعداد نمونه و روش نمونه‌گیری نمی‌توان این خصوصیات را به کل جامعه تعمیم داد و لیکن با توجه به نتایج حاصل به نظر می‌رسد این مطالعه نیز می تواند مدرکی دال بر عدم نیاز به کورتاژ در بیشترین موارد سقط ناقص باشد و استفاده از درمان‌های پیشگیرانه مدنظر قرار گیرد.

در پایان پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای گسترده به صورت کارآزمایی بالینی و با در نظرگرفتن اثرات مصرف همزمان اکسی‌توسین جهت دستیابی به نتایج دقیق طراحی و اجراگردد.

منابع

۱- شهراز سعید ، غازیانی طاهره . داروهای ژنریک ایران ، ایران فارما ، ۱۳۸۱ : ۴۷۰ .

2- Autry A, Jacobson G, Sandhu R, Isbill K. ***Medical management of non-variable early first trimester pregnancy.*** Int J Gynaecol Obstet. 1999 Oct; 67(1):9-13.

3- Ayres-de-Campos D, Teixeira-da-Silva J, Campos I, Patricio B. ***Vaginal misoprostol in the management of first-trimester missed abortions.*** Int J Gynaecol Obstet. 2000 Oct; 71(1):53-7.

4- Ballagh SA, Harris HA, Demasio K. ***Is curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortion***. Am J Obstet Gynecol. 1998 Nov; 179(5):1279-82. Review.

5- Bugalho A, Bique C, Pereira C, Granja AC, Bergstrom S. ***Uterine evacuation by vaginal misoprostol after second trimester pregnancy Interruption.*** Acta Obstet Gynecol Scand. 1996 Mar; 75(3):270-3.

6- Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. ***Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation.*** Eur J Contracept Reprod Health Care. 1999 Mar; 4(1):35-40.

7- Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. ***Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical Evacuation with conservative management using misoprostol .*** Fertil Steril. 1999 Jun; 71(6):1054-9.

8- De Jonge ETM , Makin JD, Manefeld E . et al. ***Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage.*** Br. Med. J.1995 : 311- 662.

9- F. Gary Cunningham, Norman F. Gant,Kenneth J. Leveno,Larry C. Gilstrap,John C. Hauth, Kathrine D. Wenstrom . ***Williams Obstetrics*** 2001 21st editi : 855-877.

10- Henshaw RC , Cooper K , El-Refaey H ,et al. ***Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion .*** Br Med J , 1993 , 306 : 894-895.

11- Hertig AT, Livingstone RG. ***Spontaneous, threatened, habitual abortion: Their pathogenesis and treatment.*** N Engl J Med 1944 , 230: 797-806.

12- Leon Speroff,Robert H.Glass, Nathan G. Kase.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Lippincott Williams & Wilkins.1999. Sixth edition.

13- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recommendations arising from the study group on problems in early pregnancy: advances in diagnosis and management. London: RCOG, 1997.

14- Tam WH, Lau WC, Cheung LP, Yuen PM, Chung TK. ***Intrauterine adhesions after conservative and surgical management of Spontaneous abortion.*** J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2002 May; 9(2):182-5.

15- Warburton D, Fraser FC. ***Spontaneous abortion risks in man: data from reproductive histories collected in a medical genetics unit.*** Hum Genet 1964; 1-25.

16- Wood SL . ***Brain ph – medical management of missed abortion: a randomized*** . Obster Gynecol. 2002 Apr : 99.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]