

تأثیر میزوپروستول واژینال و زیربانی در ختم بارداری های سه ماهه دوم در بیماران سزارین قبلی

دکتر صدیقه آیتی^{۱*}، دکتر فاطمه وحید رودسری^۲، دکتر مرجان امینی^۳، دکتر محمد تقی شاکری^۴، دکتر ملیحه حسن زاده^۵، ازهار برهمت^۶

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار تخصصی گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. کارشناس مامایی، دانشکده علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۲

خلاصه

مقدمه: سقط القاء شده به معنای خاتمه بارداری به روش طبی یا جراحی است، پیش از آن که جنین قابلیت زنده ماندن داشته باشد. اخیراً به دلیل عوارض جراحی، درمان های دارویی متداول تر شده و میزوپروستول (آنالوگ پروستاگلاندین E₁) به دلیل ارزان بودن، استفاده آسان به روش های مختلف و مؤثر بودن، کاربرد وسیعی پیدا کرده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر میزوپروستول واژینال و زیربانی در ختم بارداری های سه ماهه دوم در بیماران سزارین قبلی انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ بر روی ۷۰ زن باردار در سه ماه دوم بارداری و با سابقه سزارین قبلی که جهت ختم بارداری به یکی از بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. افراد به طور تصادفی به دو گروه میزوپروستول واژینال ۴۰۰ میکروگرم تا حداکثر ۱۶۰۰ میکروگرم و میزوپروستول زیربانی ۴۰۰ میکروگرمی و در ادامه ۲۰۰ میکروگرمی تا حداکثر ۱۶۰۰ میکروگرم تقسیم شدند. افراد از نظر عوارض و پیامد سقط مورد بررسی قرار گرفتند. جهت مقایسه دو گروه مورد مطالعه از آزمون های تی و کای اسکوئر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵/۴۸ ± ۲۹/۲۵ سال و سن بارداری آنها ۴/۳۱ ± ۱۷/۹۰ هفته (محدوده ۱۴-۲۹ هفته) بود. در هر گروه، ۳ نفر (۹٪) دچار تب شدند و در مجموع، ۵ نفر (۷٪) دچار تهوع (۴ نفر در گروه میزوپروستول واژینال و ۱ نفر در گروه زیربانی) شدند که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p > ۰/۰۵). در بین افراد مورد مطالعه، هیچ کس نیاز به کورتاژ نداشت و هیچ کس دچار پارگی رحم نشد.

نتیجه گیری: مصرف میزوپروستول به روش واژینال و زیربانی برای سقط طبی در سه ماهه دوم بارداری در بیماران سزارین قبلی کم عارضه بوده و بسیار مؤثر می باشد.

کلمات کلیدی: سزارین قبلی، سقط، سه ماهه دوم، میزوپروستول زیربانی، میزوپروستول واژینال

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه وحید رودسری؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک: vahidroodsarif@mums.ac.ir

مقدمه

ختم بارداری در سه ماهه دوم به روش های مختلفی انجام می شود. در بیماران سزارین قبلی نیازمند سقط، تصمیم در مورد روش ختم بارداری برای پزشک دشوار می باشد. یکی از روش های ختم بارداری، استفاده از درمان های طبی جهت ایجاد انقباض رحمی و باز شدن دهانه رحم و خروج محصولات بارداری می باشد. در این راستا از موادی نظیر محلول های هیپرتونیک (سالین یا اوره) و مواد مؤثر بر ایجاد انقباضات رحمی استفاده می شود که با اثر مستقیم روی میومتر باعث ایجاد انقباضات رحمی می شوند.

داروهای شایع و مؤثر بر ایجاد انقباضات رحمی شامل پروستاگلاندین ها و اکسی توسین با دوز بالا می باشند که هر دو روش به سهولت و نسبتاً ساده انجام می شود. استفاده از اکسی توسین، نیاز به دوز بالا و زمان طولانی دارد و ممکن است منجر به ایجاد عوارضی نظیر مسمومیت با آب، خستگی بیمار به دلیل طولانی شدن مدت درمان و افزایش هزینه بیمار در اثر بستری بودن طولانی شود (۱).

پروستاگلاندین ها انواع مختلفی دارند که شامل PGE_1 (میزوپروستول) و E_2 (دینوپروستول) و $PGF_{2\alpha}$ (کروپروست) می باشد. از بین این داروها، میزوپروستول به دلیل بی خطر بودن نسبت به دو داروی دیگر، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. میزوپروستول به صورت قرص های ۲۰۰ میکروگرمی با قابلیت نگهداری در دمای معمول اتاق در دسترس می باشد. روش ها و دوزهای مختلفی جهت ختم بارداری سه ماهه دوم پیشنهاد شده است. عوارض پروستاگلاندین ها شامل تهوع، استفراغ، اسهال و تب می باشد که با داروهای ضد تهوع و ضد اسهال و تب بر کاهش می یابد (۱).

سقط القاء شده به معنای خاتمه بارداری به روش طبی یا جراحی است، پیش از آن که جنین قابلیت زنده ماندن داشته باشد. برخی اختلالات طبی یا جراحی نظیر: عدم جبران مداوم قلبی، خصوصاً اگر همراه با هیپرتانسیون تثبیت شده ریوی باشد؛ بیماری های عروقی فشار خون پیشرفته، دیابت پیشرفته و بدخیمی، دلایل خاتمه بارداری محسوب می شوند. در حال حاضر شایع ترین دلیل خاتمه

بارداری پیشگیری از تولد نوزادی با اختلالات قابل توجه ذهنی، متابولیک یا آناتومیک می باشد (۱).

مکانیسم عمل میزوپروستول، تغییرات بافت شناسی شامل تجزیه رشته های کلاژن و افزایش سلولی است (۱). میزوپروستول جذب کامل واژینال یا خوراکی دارد. اوج جذب خوراکی آن ظرف مدت ۳۰ دقیقه است و در عرض ۱۲۰ دقیقه سطح آن افت می کند (۱).

میزوپروستول یک داروی نسبتاً ارزان و با عوارض جانبی کم می باشد. هر قرص ۱۰۰ میکروگرمی آن کمتر از یک دلار قیمت دارد. در مقایسه با ژل ۰/۵ میلی گرمی دینوپروستول که ۷۵ دلار قیمت دارد. در ایران هر قرص میزوپروستول ۲۰۰ میکروگرمی به قیمت ۳۵۰۰ ریال به صورت کلی و در داروخانه ها ۵۵۰۰ ریال است (۲، ۳).

سقط و یا ختم بارداری در سه ماه دوم در کسانی که سابقه جراحی بر روی رحم و یا سزارین قبلی داشته اند، یکی از موارد مورد بحث در روش های ختم بارداری است (۱-۴). در مطالعه نقوب و همکاران (۲۰۱۰)، استفاده از میزوپروستول واژینال جهت ختم بارداری در سه ماه دوم در افراد با سابقه سزارین قبلی مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که میزوپروستول در ۹۰٪ افراد مؤثر بود و هیچگونه عارضه ای از نظر پارگی رحم نداشت (۳).

مطالعه دیکینسون (۲۰۰۵) که در مدت ۷/۵ سال انجام شد، نشان داد که مصرف میزوپروستول در زنان با سابقه سزارین قبلی نسبت به زنانی که سابقه سزارین نداشتند، با عوارض بیشتری همراه نبود (۹).

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر میزوپروستول واژینال و زیر زبانی در ختم بارداری های سه ماهه دوم در بیماران سزارین قبلی انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ در بیمارستان قائم (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. در طول مدت ۱ سال، کلیه بیماران سزارین قبلی در سه ماه دوم بارداری (۱۴-۲۸ هفته بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول و LMP) که به هر دلیلی نیاز به ختم بارداری داشتند (اعم از اینکه جنین زنده و یا مرده باشد و منعی جهت تجویز پروستاگلاندین

میزوپروستول تا دفع جنین در نظر گرفته شد، اگر دفع کامل بود، مداخله دیگری انجام نمی شد، ولی در صورت دفع ناقص محتویات بارداری، کورتاژ انجام شد. پس از دفع کامل، بیماران به مدت حداقل ۶ ساعت در بخش، تحت نظر قرار گرفتند و سپس ترخیص شدند. در همه موارد ۲ هفته بعد، پیگیری بعدی انجام شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس دو گروه با استفاده از روش های آمار توصیفی شامل جداول، نمودارها و شاخص های آماری با هم مقایسه شدند. جهت مقایسه دو گروه مورد مطالعه از آزمون های تی و کای اسکور استفاده شد و در صورتی که شرایط انجام آزمون ها فراهم نبود، از آزمون های معادل در روش های ناپارامتری شامل آزمون های من-ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. در این مطالعه سعی بر کنترل دو متغیر سن بارداری و سن مادر در دو گروه مورد مطالعه شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات فردی و مشخصات افراد مورد مطالعه در دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

نداشتند) با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. از آنجایی که تاکنون مطالعه ای در این زمینه انجام نشده، به ناچار مطالعه به صورت پایلوت در نظر گرفته شد. با توجه به امکانات و زمان انجام مطالعه، حجم نمونه در هر گروه ۳۵ نفر در نظر گرفته شد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. به افراد گروه اول در شروع درمان، ۴۰۰ میکروگرم میزوپروستول (ساخت شرکت Cytotec کشور انگلستان) که با سالیین مرطوب شده بود، به صورت واژینال در فورنیکس خلفی واژن تجویز شد و بعد از هر ۶ ساعت، ۴۰۰ میکروگرم تا حداکثر ۱۶۰۰ میکروگرم به مدت ۲۴ ساعت تجویز شد. در صورت عدم پاسخ، پس از ۲۴ ساعت از روش دیگری جهت ختم بارداری استفاده شد. به افراد گروه دوم، ابتدا میزوپروستول زیر زبانی ۴۰۰ میکروگرم تجویز شد، سپس هر ۳-۶ ساعت با دوز ۲۰۰ میکروگرم زیرزبانی تا حداکثر ۲۴ ساعت و حداکثر ۱۶۰۰ میکروگرم ادامه داشت، سپس نتایج درمان در دو گروه مقایسه شد. در این گروه نیز درمان تا ۲۴ ساعت ادامه داشت و در صورت عدم پاسخ، از سایر روش ها استفاده شد. در طی تجویز میزوپروستول، علائم حیاتی و عوارض جانبی توسط محقق، هر ۱ تا ۴ ساعت کنترل شد. زمان ختم بارداری از شروع تجویز اولین دوز

جدول ۱- اطلاعات فردی و مشخصات واحدهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه ختم بارداری با میزوپروستول

سطح معنی داری	گروه ها		متغیرها
	میزوپروستول زیر زبانی	میزوپروستول واژینال	
$p=0/139$	$28/28 \pm 4/94$ سال	$30/22 \pm 5/88$ سال	سن مادران (میانگین \pm انحراف معیار)
$p=0/394$	$17/45 \pm 3/34$ هفته	$18/34 \pm 5/11$ هفته	سن بارداری (میانگین \pm انحراف معیار)
$p=0/497$	$80/00 \pm 252/05$ میکروگرم	$857/14 \pm 401/67$ میکروگرم	دوز کلی میزوپروستول جهت ختم بارداری (میانگین \pm انحراف معیار)
$p=0/507$	$16/57 \pm 6/15$ ساعت	$15/52 \pm 6/91$ ساعت	فاصله زمانی از تجویز اولین دوز تا دفع کامل جنین (میانگین \pm انحراف معیار)

مقایسه عوارض جانبی بین دو گروه مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- مقایسه عوارض جانبی مصرف میزوپروستول دو گروه مورد مطالعه

عوارض جانبی مصرف میزوپروستول	گروه ها	
	میزوپروستول واژینال تعداد (درصد)	میزوپروستول زیرزبانی تعداد (درصد)
تب	۳ (۹)	۳ (۹)
تهوع	۴ (۱۱)	۱ (۳)
استفراغ	۲ (۶)	۰ (۰)
تجویز مسکن	۲۴ (۶۹)	۲۱ (۶۰)
لرز	۰ (۰)	۱ (۳)
اسهال	۱ (۳)	۰ (۰)
دفع جنین	۳۵ (۱۰۰)	۳۴ (۹۷)

بحث

در مطالعه حاضر فاصله سزارین تا بارداری اخیر در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت واژینال $3/33 \pm$ سال $4/61$ (بازه ۱۸-۱ سال) و در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت زیرزبانی $2/19 \pm 4/14$ سال (بازه ۱۰-۰/۵ سال) بود. دو گروه از نظر میانگین فاصله سزارین تا بارداری اخیر اختلاف معناداری نداشتند ($p=0/49$).

در مطالعه حاضر علت سقط (سقط درمانی) در بین افراد مورد مطالعه، ۵ نفر (۲۱٪) به دلیل هیدروپس، ۱۶ نفر (۶۷٪) به دلیل آنومالی و ۳ نفر (۱۲٪) به دلیل الیگوهیدرآمنیوس شدید بود و دو گروه از این نظر تفاوت معناداری نداشتند. سن بارداری در کل افراد مورد مطالعه $4/31 \pm 17/90$ هفته (بازه ۲۹-۱۴ هفته) بود و دو گروه از این نظر اختلاف معناداری نداشتند. در مطالعه کنوار و همکاران (۲۰۱۰) میانگین سن بارداری آنها $21/1$ هفته (رنج ۱۳-۲۶ هفته) بود (۱۱) که با مطالعه حاضر از نظر میانگین سن بارداری همخوانی نداشت.

در مطالعه وانگ و همکاران (۲۰۰۰) 400 میکروگرم میزوپروستول ۳ ساعته و ۶ ساعته از طریق واژینال در ختم بارداری سه ماهه دوم تجویز شد، مدت زمان القاء سقط در رژیم ۳ ساعته به طور معنی داری کمتر از ۶ ساعته بود ولی عوارض جانبی نیز در این گروه بیشتر بود (۱۲) ولی در مطالعه پانگساتا و همکاران (۲۰۰۴)، نتایج حاکی از اثربخشی بیشتر رژیم ۳ ساعته در مقایسه با ۶ ساعته بدون افزایش در عوارض جانبی نامطلوب بود (۱۳). در مطالعه موحد و همکاران (۲۰۱۰) میزوپروستول با دوز 400 میکروگرم هر ۶ ساعت و یا ۱۲ ساعت تجویز شد.

دو گروه مورد مطالعه (میزوپروستول واژینال و زیرزبانی) از نظر تعداد بارداری و تعداد زایمان اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p>0/05$).

از افراد مصرف کننده میزوپروستول به صورت واژینال، ۲۵ نفر (۷۷٪) سابقه یک بار سزارین، ۹ نفر (۲۷٪) ۲ بار و ۱ نفر (۳٪) سابقه ۳ بار سزارین داشتند. در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت زیرزبانی، ۲۷ نفر (۷۱٪) سابقه یک بار سزارین، ۷ نفر (۲۱٪) ۲ بار و ۱ نفر (۳٪) سابقه ۳ بار سزارین داشتند که این اختلاف بین دو گروه، از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/599$).

دلیل ختم بارداری در افراد مصرف کننده میزوپروستول به صورت واژینال، ۳ نفر (۲۱٪) به دلیل هیدروپس، ۱۰ نفر (۷۲٪) به دلیل آنومالی و ۱ نفر (۷٪) به دلیل الیگوهیدرآمنیوس شدید و در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت زیرزبانی، ۲ نفر (۲۰٪) به دلیل هیدروپس، ۶ نفر (۶۰٪) به دلیل آنومالی و ۲ نفر (۲۰٪) به دلیل الیگوهیدرآمنیوس شدید مجبور به ختم بارداری در جنین زنده شدند که این اختلاف بین دو گروه، از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/574$).

نتیجه دفع جنین در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت واژینال، برای هر ۳۵ نفر (۱۰۰٪) جنین دفع شد. در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت زیرزبانی، برای ۳۴ نفر (۹۷٪) جنین دفع شد و در ۱ نفر (۳٪) جنین دفع نشد. بر اساس آزمون دقیق فیشر تفاوت مشاهده شده در نتیجه دفع جنین بین دو گروه، از نظر آماری معنی دار نبود ($p=1/000$).

گروه زیربانی) بودند که دو گروه از این نظر نیز تفاوتی نداشتند ($p > 0.05$).

در مطالعه هرابوتیا و همکاران (۲۰۰۳)، تجویز دارو با فواصل ۱۲ ساعت، به اندازه تجویز ۶ ساعته در ختم بارداری مؤثر بود و بروز عوارض تب دار نیز کمتر بود که علت آن کمتر بودن میزان کلی داروی مصرفی در رژیم ۱۲ ساعته بود (۱۶).

در مطالعه پانگساتا و همکاران (۲۰۰۶)، تب $47/1\%$ ، لرز $23/5\%$ ، تهوع $17/6\%$ و نیاز به مسکن $29/4\%$ گزارش شد (۱۸). در مطالعه حاضر در ۹۹٪ افراد مورد مطالعه، جنین دفع شد و باقی مانده جنین (رزیدو) وجود نداشت. یک نفر در گروه میزوپروستول زیربانی که جنین وی دفع نشد، قبل از اقدام بعدی درمانی توسط پژوهشگر از ادامه مطالعه انصراف داد. در مطالعه شاماس و همکاران (۲۰۰۶) سقط ناقص و باقی ماندن رزیدو 82% گزارش شد (۱۰).

در مطالعه حاضر در بین افراد مورد مطالعه هیچ کس نیاز به کورتاژ نداشت و هیچ موردی از پارگی رحم مشاهده نشد. فیضی و همکار (۲۰۱۰) نیز عارضه پارگی رحم را برای میزوپروستول در افراد با سابقه سزارین قبلی گزارش نکردند و از این نظر، این دارو را ایمن خواندند (۵). در مطالعه داپونته و همکاران (۲۰۰۶) در فرانسه، در اللقاء سقط در بیماران با سابقه سزارین قبلی یک مورد پارگی رحم و یک مورد جدا شدگی گزارش شد. البته در آن مطالعه از میزوپروستول واژینال ۲۰۰ میکروگرمی با فواصل ۳ ساعته استفاده شد (۴).

در مطالعه دیلباز و همکاران (۲۰۰۴) در آنکارا، در بارداری بین ۱۲ تا ۲۰ هفته ابتدا ۲۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال و متعاقب آن ۱۰۰ میکروگرم به صورت خوراکی هر ۲ ساعت تجویز شد و در صورت عدم سقط ظرف ۲۴ ساعت، سوند سرویکال گذاشته شد؛ نتایج حاکی از آن بود که در ۹۸٪ موارد سقط در طی ۲۴ ساعت اول رخ داد، البته با افزایش سن بارداری (بیشتر از ۱۶ هفته) متوسط زمان اللقاء سقط طولانی تر شد. در مجموع تجویز توأم میزوپروستول واژینال و خوراکی روش مؤثری جهت ختم بارداری در نظر گرفته شد (۲۰).

میزان متوسط دوز تجویزی در گروه ۶ ساعت 1600 ± 761 و در گروه دوم 1200 ± 385 میکروگرم بود (۱۴).

در مطالعه حاضر، فاصله زمانی از تجویز اولین دوز تا دفع کامل جنین در کل افراد مورد مطالعه $16/05 \pm 6/52$ ساعت (بازه ۲-۳۶ ساعت) بود. فاصله زمانی از تجویز اولین دوز تا دفع کامل جنین در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت واژینال $15/52 \pm 6/91$ ساعت (بازه ۴-۳۶ ساعت) و در گروه مصرف کننده میزوپروستول به صورت زیر زبانی $16/57 \pm 6/15$ ساعت (بازه ۲-۲۸ ساعت) بود. دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری نداشتند.

اگر چه نیمه عمر میزوپروستول ۸۰ دقیقه است، مطالعات داروشناسی نشان داده اند که متعاقب تجویز واژینال دارو، حداکثر غلظت پلاسمایی پس از ۴ ساعت به آهستگی کاهش می یابد (۱۵، ۱۶).

در مطالعه سیتاچارون و همکاران (۲۰۰۳) میانگین زمان شروع القاء تا خروج جنین $10/38 \pm 18/87$ بود که تفاوت آن با مطالعه اخیر در مصرف دوز کمتر دارو بود (۱۷).

در مطالعه هرابوتیا و همکاران (۲۰۰۳) جهت تعیین اثربخشی میزوپروستول در ختم بارداری سه ماهه دوم، مصرف ۶۰۰ میکروگرم میزوپروستول هر ۶ ساعت و ۱۲ ساعت با هم مقایسه شدند. به طور متوسط در گروه مورد $15/1$ ساعت و برای گروه شاهد $15/8$ ساعت جهت ختم بارداری، زمان مورد نیاز بود (۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۶، فاصله زمانی از زمان تجویز میزوپروستول تا دفع جنین $34/1 \pm 25/9$ ساعت گزارش شد (۱۸).

همبستگی بین دوز کلی میزوپروستول جهت ختم بارداری و فاصله زمانی از تجویز اولین دوز تا دفع کامل جنین، با ضریب مثبت پیرسون وجود دارد به این معنی که هر چه سقط در فاصله زمانی بیشتر از زمان تجویز اولین دوز اتفاق بیفتد، دوز داروی مصرفی در بیماران بیشتر است ($p < 0.001$, $r = 0.622$).

در مطالعه حاضر در دو گروه مورد مطالعه، ۳ نفر (۹٪) دچار تب شدند و در مجموع، ۵ نفر (۷٪) دچار حالت تهوع (۴ نفر در گروه میزوپروستول واژینال و ۱ نفر در

در گروه واژینال در ۲۴ ساعت اول ۹۳٪ و در گروه خوراکی ۱۹٪ بود که این مقدار برای ۴۸ ساعت اول به ترتیب به ۱۰۰ و ۷۰٪ افزایش یافت (۲۳). پیشنهاد می شود که مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالاتری در مقایسه با گروه های درمانی سقط به روش غیر طبی انجام شود تا بتوان به طور کلی ایمن بودن این روش را به جامعه تعمیم داد. از نقاط قوت این مطالعه این است که نمی توان روش جراحی را به بیماران تحمیل کرد و اکثر بیماران تمایل دارند که روش خوراکی را تجربه کنند.

نتیجه گیری

مصرف میزوپروستول به روش واژینال و زیرزبانی برای سقط طبی در سه ماهه دوم بارداری در بیماران سزارین قبلی کم عارضه بوده و بسیار مؤثر می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۸۷۷۳۹ می باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در قالب پایان نامه درجه دکتری تخصصی تأمین مالی شده است. لذا نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به تأمین منابع مالی این طرح اعلام می دارند.

در مطالعه کنوار و همکاران (۲۰۱۰)، تقریباً تمام زنان باردار (۹۶/۶٪) ظرف ۴۸ ساعت زایمان کردند و در نهایت به این نتیجه رسیدند که استفاده از میزوپروستول ارزان، روشی مناسب و مؤثر برای ختم بارداری است (۱۱). داسکالاکیس و همکاران (۲۰۰۵) استفاده از میزوپروستول را به منظور ختم بارداری سه ماهه دوم در زنان با سابقه سزارین قبلی (۱۰۸ مورد) و بدون سابقه سزارین (۲۱۶ مورد) مقایسه کردند. میزان بروز عوارض در هر دو گروه تقریباً مشابه بود و فقط یک مورد پارگی رحم در گروه زنان فاقد سابقه سزارین مشاهده شد و همچنین نتیجه گرفتند که تجویز میزوپروستول در زنان با سابقه سزارین قبلی باعث افزایش خطر بروز عوارض نمی شود (۱۹). دیکینسون (۲۰۰۵) نیز مصرف میزوپروستول را در زنان با سابقه سزارین برای ختم بارداری های سه ماهه دوم مورد توجه قرار داد و نتیجه گرفت که مصرف میزوپروستول در زنان با سابقه سزارین قبلی نسبت به زنانی که سابقه سزارین نداشتند با عوارض بیشتری همراه نیست (۹). در مطالعه بوجالهو و همکاران (۱۹۹۳) نیز که در ۱۶۹ زن باردار با اندیکاسیون ختم بارداری در سه ماهه دوم از دوزهای ۲۰۰، ۴۰۰ و ۸۰۰ میکروگرمی استفاده شد، میزان موفقیت در ۴۸ ساعت اول ۹۱٪ گزارش شد (۲۲). در مطالعه گیلبرت و همکاران (۲۰۰۱)، میزان موفقیت میزوپروستول خوراکی و واژینال در ختم بارداری های سه ماهه دوم مقایسه شد و درصد موفقیت ختم بارداری

منابع

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. William obstetrics. 22nd ed. New York:McGraw-Hill;2005.
- 2- Saxena P, Salhan S, Sarda N. Sublingual versus vaginal route of misoprostol for cervical ripening prior to surgical termination of first trimester abortions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006 Mar;125(1):109-13.
- 3- Naguib AH, Morsi HM, Borg TF, Fayed ST, Hemeda HM. Vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination after one previous cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet 2010 Jan;108(1):48-51.
- 4- Daponte A, Nzewenga G, Dimopoulos KD, Guidozi F. The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. Contraception 2006 Oct;74(4):324-7.
- 5- Fawzy M, Abdel-Hady el-S. Midtrimester abortion using vaginal misoprostol for women with three or more prior cesarean deliveries. Int J Gynaecol Obstet 2010 Jul;110(1):50-2.
- 6- Varras M, Akris Ch. Misoprostol for second trimester abortion in women with prior uterine incisions. Clin Exp Obstet Gynecol 2010;37(1):10-2.
- 7- Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2008 Feb;48(1):101-6.
- 8- Grapsas X, Liberis V, Vassaras G, Tsikouras P, Vlachos G, Galazios G. Misoprostol and first trimester pregnancy termination. Clin Exp Obstet Gynecol 2008;35(1):32-4.
- 9- Dickinson JE. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. Obstet Gynecol 2005 Feb;105(2):352-6.

- 10- Shammas AG, Momani MD. Misoprostol for termination of second trimester pregnancy in a scarred uterus. *Saudi Med J* 2006 Aug;27(8):1173-6.
- 11- Kunwar S, Saha PK, Goel P, Huria A, Tandon R, Sehgal A. Second trimester pregnancy termination with 400 µg vaginal misoprostol: efficacy and safety. *Biosci Trends* 2010 Dec;4(6):351-4.
- 12- Wong KS, Nagi CS, Yeo EL, Tang LC, Ho PC. A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: a randomized comparative trial. *Hum Reprod* 2000 Mar;15(3):709-12.
- 13- Pongsatha S, Tongsong T. Intravaginal misoprostol for pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet* 2004 Nov;87(2):176-7.
- 14- Movahed F, Jalali S, Javadi A. [Comparison of two medical methods of vaginal misoprostol 6 and 12 h for second trimester termination] [Article in Persian]. *J Birjand Univ Med Sci* 2010;17(2):72-8.
- 15- Danielsson KG, Marions L, Rodriguez A, Spur BW, Wong P, Bygdeman M. Comparison between oral and vaginal administration of misoprostol on uterine contractility. *Obstet Gynecol* 1999 Feb;93(2):275-80.
- 16- Herabutya Y, Chanarachakul B, Punyavachira P. Induction of labor with vaginal misoprostol for second trimester termination of pregnancy in the scarred uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2003 Dec;83(3):293-7.
- 17- Chittacharoen A, Herabutya Y, Punyavachira P. A randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death. *Obstet Gynecol* 2003 Jan;101(1):70-3.
- 18- Pongsatha S, Tongsong T. Second-trimester pregnancy interruption with vaginal misoprostol in women with previous cesarean section. *J Med Assoc Thai* 2006 Aug;89(8):1097-100.
- 19- Daskalakis GJ, Mesogitis SA, Papantoniou NE, Mouloupoulos GG, Papapanagiotou AA, Antsaklis AJ. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG* 2005 Jan;112(1):97-9.
- 20- Dilbaz S, Caliskan E, Dilbaz B, Kahraman BG. Frequent low-dose misoprostol for termination of second-trimester pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2004 Mar;9(1):11-5.
- 21- Mazouni C, Provencal M, Porcu G, Guidicelli B, Heckenroth H, Gamberre M, et al. Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section. *Contraception* 2006 Mar;73(3):244-8.
- 22- Bugalho A, Bique C, Almeida L, Faúndes A. The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy. *Stud Fam Plann* 1993 Sep-Oct;24(5):319-23.
- 23- Gilbert A, Reid R. A randomised trial of oral versus vaginal administration of misoprostol for the purpose of mid-trimester termination of pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001 Nov;41(4):407-10.