

ختم حاملگی با

پروستاگلاندین F_2a

صدیقه پاک سرشت کارشناس ارشد مامانی -
عضو هیئت علمی

$pGF_2\alpha$ ($1/20 \pm 6/7$ ساعت) بطور قابل
ملاحظه ای کوتاهتر از کسانی که اکسی توسین
($2/7 \pm 8/8$ ساعت) دریافت داشتند ، بود در ۳
نفر از خانمهای حامله يك نفر در هر گروه در طی
تزریق $pGF_2\alpha$ عوارض جانبی جزئی مثل تهوع ،
استفراغ و همچنین افزایش تونسیته* رحم
مشاهده شد که با قطع موقت تزریق برطرف گردید .
براساس این نتایج ، به نظر می رسد که تزریق
داخل رحمی پروستا گلاندین $F_2\alpha$ نسبت به اکسی
توسین داخل وریدی در ختم حاملگی با پارگی کیسه
آب درسه ماهه دوم موثرتر باشد .
P.R.O.M (۱) به عنوان يك عارضه شایع
۸-۱۰٪ از کل حاملگیها اتفاق می افتد . چنانچه

تاثیر تزریق داخل رحمی $pGF_2\alpha$ و تزریق داخل
وریدی اکسی توسین به عنوان دو روش درمانی در
ختم حاملگی ، در زنانی که در سه ماهه دوم بارداری
دچار پارگی کیسه آب بودند ، با يك دیگر مقایسه
شده اند .

۲۲ زن حامله مبتلا به این مشکل بطور تصادفی
انتخاب شدند که در يك گروه ۲۰ میلی گرم $pGF_2\alpha$
(در ۵۰۰ میلی گرم NaCl ۰/۹ درصد رقیق شده
بود) با يك سُنْد فولی به داخل سرویکس وارد شد و
در گروه دیگر ، اکسی توسین بصورت دُر افزایشی
داده شد و نتایج آن مورد بررسی قرار گرفت . همه
افرادى که برای نخستین بار $pGF_2\alpha$ دریافت نمودند
سقط کردند ، اما در ۳ نفر از کسانی که تحت درمان
با اکسی توسین قرار داشتند نیاز به تزریق مجدد
بود .

متوسط زمان ایجاد سقط در افراد تحت درمان با

1) Premature rupture of Membranes

* uterine hypertonus



قبل از هفته بیست و پنجم حاملگی باشد ، با پیش آگهی بد و خطر بالای عفونت آمنیون (۲) همراه است در صورت موافقت مادران مبتلا به این عارضه ، به حاملگی خاتمه داده می شود.

جهت ختم حاملگی در سه ماهه دوم چند روش وجود دارد که معمولی ترین آنها تزریق اکسی توسین ، دیلاتاسیون و تخلیه رحم می باشد . بر اساس توصیه Grunsten و Peretz از روش انفوزیون اکسی توسین یا دژ افزایشی ، جهت ختم حاملگی استفاده شده است .*

میزان عدم موفقیت در اولین تجویز اکسی توسین ۱۵-۲۰ درصد می باشد که غالباً به تکرار در دوره های بعدی نیاز دارد . بنابر این ، در طی ۶ سال قبل از این بررسی ، از تزریق داخل رحمی $pGF_2\alpha$ به عنوان روش دیگری برای ختم حاملگی با پارگی کیسه آب در سه ماهه دوم استفاده شده است. این روش ، چنان که توضیح داده شد ، امروزه به عنوان یک درمان انتخابی برای ختم سقط های فراموش شده (۳) در سه ماهه دوم حاملگی بکار برده می شود .

هدف از این مطالعه ، مقایسه تاثیر تزریق داخل

رحمی $pGF_2\alpha$ و تزریق داخل وریدی اکسی توسین با دژ افزایشی در ختم حاملگیهای با پارگی کیسه آب در سه ماهه دوم می باشد .

روش تحقیق

جمعیت مورد مطالعه در این بررسی شامل ۲۲ زن بستری شده در بخش با حاملگیهای يك قلو و پارگی کیسه آب بین ۲۴-۲۵ هفته حاملگی بودند . سن حاملگی بر اساس LMP (۴) صحیح تخمین زده شد و با انجام سونوگرافی در تمام موارد تحت بررسی ، سن حاملگی ، وزن جنین و عدم مرگ جنین مشخص شد .

زنان با علائم کلینیکی عفونت (تب - حساسیت رحم) ، سرویکس باز شده ، پارگی کیسه آب بیشتر از ۲۴ ساعت یا اسکار رحم ، همچنین زنان با خون ریزی قبل از زایمان و بیماریهای تنفسی ، قلبی ، کلیوی و کبدی و جنین مرده از این بررسی خارج شدند . پارگی کیسه آب با معاینه کلینیکی و تست نیتراژین تأیید شد .

* اکسی توسین يك محرك قوی در انقباضات میومتر رحم محسوب می شود ، اما تاثیر کمی در سرویکس دارد که احتمالاً بدلیل تعداد کم گیرنده های اکسی توسین سرویکس در مقایسه با تعداد زیاد گیرنده های آن در میومتر و دیسیدوا است که با پیشرفت حاملگی بر تعداد آنها افزوده می شود .

2) Aminionitis

3) Missed Abortion

4) Last menstrual period



مطالعات آزمایشگاهی شامل موارد زیر بود :

۱- شمارش گلبول های خون (C . B . C)

۲- C- Reactive protein

۳- قند

۴- اوره خون

۵- الکترولیت های خون

۶- کشت باکتریولوژی ادرار

۷- اسمیرسرویکس و واژن

سوند فولی کلمپ شده و در همانجا باقی می ماند
تزریق داخل وریدی اکسی توسین با دوز افزایشی ۵
واحد اکسی توسین در ۵۰۰ میلی لیتر سرم گلوکز
۵٪ و تزریق محلول ۱ میلی لیتر (۱۰ mlu) در
دقیقه بود . میزان تزریق ثابت ولی به غلظت اکسی
توسین با افزایش ۵ واحد هر بیست دقیقه افزوده
می شد تا انقباضها شروع شود . البته با رعایت این
مسئله که کل میزان اکسی توسین تزریقی به بیش از
۱۰۰ واحد نرسد در صورت عدم سقط تزریق دو روز
بعد تکرار و چنانچه تکرار تزریق غیر موثر بود
تشخیص عدم موفقیت داده شده و از روش دیگر
استفاده می شد .

در هر دو گروه بعد از خروج محصول حاملگی ،
کورتاژ تحت بیهوشی انجام شد و جفت و جنین نیز برای
آزمایشات پاتولوژیک ارسال گردید . از کلیه جفت
های زنان تحت بررسی کشت میکروبی باکتریایی به
عمل آمد .

افزایش تونسیته رحم ، در این مطالعه به مفهوم
احساس درد مداوم ، رحم منقبض و دردناک در لمس
تعیین می شود . سفالکسین به صورت پروفیلاکسی
۳ گرم در روز به تمام زنان داده شد و تا ۱۴ ساعت
بعد از سقط ادامه پیدا کرد .

افراد مورد مطالعه ، بر حسب جدول کامپیوتری
بطور تصادفی در ۲ گروه تقسیم شدند . گروه اول با
تزریق داخل رحمی $pGF_2\alpha$ و گروه دوم با تزریق
داخلی وریدی اکسی توسین با دوز افزایشی درمان
شدند، تزریق داخل رحمی $pGF_2\alpha$ در بیماران با
پوزیشن لیٹاتومی (۱) انجام گرفت . ابتدا سرویکس
با محلول پویدین آبودین ، تمیز و یک سوندفولی
(شماره ۱۸ با بالن ۳۰ میلی لیتر) به داخل
سرویکس (با روش استریل) وارد گردید . بالن با
۳۰ میلی لیتر از ۰/۹ NaCl درصد پر شده و سوند
به پاهای بیمار ثابت شد . ۲۰ میلی گرم از
پروستاگلاندین با ۵۰۰ میلی لیتر از ۰/۹ NaCl
درصد رقیق شده توسط سوندفولی از طریق پمپ
انفوزیون (۲) وارد رحم شد.

میزان اولیه آن ۰/۴ میلی گرم در دقیقه بود که تا
شروع انقباضات حداکثر تا ۰/۱۲ میلی گرم در
دقیقه بطور تصاعدی افزایش داده شد .

در مواردیکه قبل از انجام سقط انفوزیون تمام شود

1) lithotomy position

2) infusion pump



نمودار ۱ توزیع فراوانی موارد تحت بررسی را از

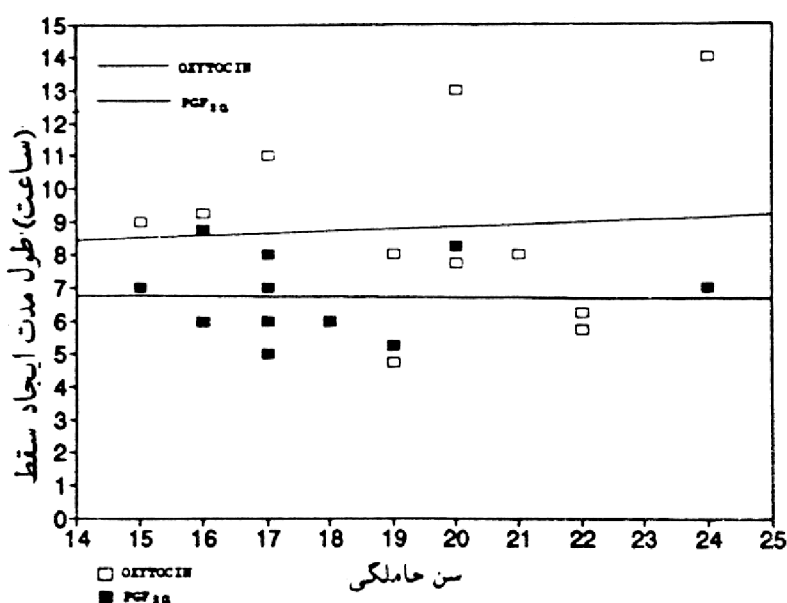
نظر طول مدت ایجاد سقط و سن حاملگی نشان می دهد .

در ۳ مورد درمان شده با $pGF_{2\alpha}$ عوارض جانبی جزئی مانند تهوع و استفراغ مشاهده شد که درمان علامتی با متوکلوپرامید (۱) انجام گردید و تزریق نیز موقتاً قطع شد . عارضه گوارشی با اکسی توسین مشاهده نشد . در هر دو گروه يك مورد افزایش انقباض رحم (۲) مشاهده شد که با قطع موقت انفوزیون برطرف گردید . هیچ علائم کلینکی یا آزمایشگاهی به جز افزایش میزان (C-Reactive protein) در تمام موارد (حدوداً ۶ mg/L) مشاهده نشد .

1) Meto clopromide

2) uterine hypertonus

۲۲ زن حامله ای که پروستاگلاندین $F_{2\alpha}$ و اکسی توسین دریافت کرده بودند به دو گروه مساوی تقسیم شدند که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد . تمام بیمارانی که با $pGF_{2\alpha}$ درمان شدند و ۸ نفر از کسانی که اکسی توسین دریافت کردند تا ۱۴ ساعت پس از شروع درمان ، سقط کردند و در ۳ نفر از کلیه افرادی که با اکسی توسین درمان شده بودند، تکرار مجدد آن لازم گردید . متوسط زمان ایجاد سقط در افراد تحت درمان با $pGF_{2\alpha}$ ($1/2 \pm 6/7$ ساعت) ، نسبت به کسانی که اکسی توسین دریافت کرده بودند ($2/7 \pm 8/8$ ساعت) بطور قابل ملاحظه ای کوتاهتر بوده است . البته این اختلاف زمان وقتی با سن حاملگی مقایسه شد، تفاوتی بین دو گروه نشان داد که از لحاظ آماری فاقد ارزش بود .





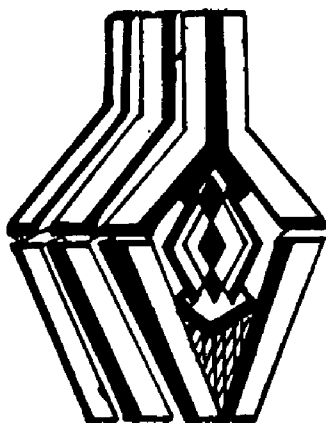
PGS باز شدن سرویکس را آسانتر می کند که

ممکن است بتواند علت کوتاهتر شدن مدت ایجاد سقط را در گروهی که $pGF_{2\alpha}$ می گیرند توجیه کند .

زیان این روش ، احتمالاً افزایش خطر عفونت به دنبال وارد کردن سوند به داخل حفره رحمی می باشد .

Jaschevatzky , Oscar E. Intrauterine $PGF_{2\alpha}$ Infusion For Termination of Pregnancies with Second-Trimester Rupture of Membranes , Obstetrics and Gynecology Vol. 79 , No. 1, منبع پاورقی :

Lamont . R . F , British journal of obs & Gyn . "Intrauterine Pressurers in Labouts induced by amniotomy and oxytocin or vaginal prostaglandin gel Compared with Spontaneous Labour ." May 1991 , Vol 98 , PP: 441-7



هیچ مورد خونریزی بیش از اندازه و نیاز به ترانسفوزیون خون دیده نشد . متوسط زمان اقامت در بیمارستان بین ۲ گروه اختلاف آماری معنی داری را نشان نداده است .

[با پروستا گلاندین $F_{2\alpha}$ ($1 \pm 2/2$ روز) و با اکسی توسین ($0.9 \pm 2/8$ روز)]

بحث

روش های با ارزش جهت ختم حاملگی در موارد P.R.O.M محدود است . انجام دیلاتاسیون و تخلیه رحم به عنوان روش قابل قبول پیشنهاد می گردد . خطر پارگی و صدمه به رحم و احتباس محصول حاملگی ، مخصوصاً بعد از ۱۶ هفتهگی را دربردارد . تزریق اکسی توسین با غلظت افزایشی روشی بی خطرتر است . اما گاهی از اوقات دُر زناد اکسی توسین خطر مسمومیت با آب را در بردارد بعلاوه در بعضی از موارد پاسخ به اکسی توسین خوب نیست . براساس نتایج کلینیکی ، بنظر می رسد که تزریق داخل رحمی $pGF_{2\alpha}$ يك روش مناسب برای ختم حاملگی در موارد پارگی کیسه آب در سه ماهه دوم باشد . با این تکنیک می توان PGS را بطور مداوم تزریق کرد و بر حسب عدم حصول انقباض مقدار آنرا زیاد کرد و در صورت هیپرتونسیتی رحم مقدار آنرا کاهش داد و یا آن را قطع نمود . تزریق داخل رحمی پروستا گلاندین $F_{2\alpha}$ نسبت به تزریق اکسی توسین تاثیر بیشتر داشته و طول مدت ایجاد سقط بوسیله آن کوتاهتر است .