مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه‌ای تاثیر میزوپروستول واژینال توام با اکسی توسین و اکسی توسین به تنهایی در آماده‌سازی و القاء زایمان در حاملگی‌های سه ماهه سوم

فاطمه بهادری[۱]، طاهره بهروزی لک[۲]*، فرزانه برومند[۳]، فریبا نان بخش[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/٦/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۷/۱۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: در برخی شرایط طبی مامائی القاء زایمان و ختم حاملگی قبل از شروع خودبه‌خود انقباضات و آماده‌سازی سرویکس یک ضرورت می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی میزوپروستول واژینال در آماده‌سازی سرویکس و طول مدت زایمان و بیشاب اسکور پایین در سه ماهه سوم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این طرح که به‌صورت کارآزمایی بالینی با تخصیص تصادفی انجام شد ۱۰۰ خانم باردار ترم با اندیکاسیون ختم حاملگی و بیشاب اسکور پایین دردو گروه مساوی تحت آماده‌سازی با ۲۵gμمیزوپروستول واژینال و سپس اکسی توسین(مورد) و یا اکسیتوسین به تنهایی (شاهد) قرار گرفته و از نظر وضعیت سرویکس، طول مدت زایمان، نحوه زایمان و نتایج نوزادی مقایسه گردیده و نتایج آماری بین دو گروه ارزیابی شد.

یافته‌ها: در گروه مورد بیشاب اسکوراز ۱/۲۵±۱/۷۶به ۲/۵۷ ± ۵/۴ افزایش پیدا کرد(P<۰/۰۵). میانگین و انحراف معیار زمان شروع القاء تا زایمان درگروه مورد کم‌تر از گروه شاهد بود. (P ۰/۰۰۸). در گروه مورد ۲۲ نفر نیاز به ادامه القاء با اکسی توسین نداشتند که ۱۶ نفر (۷۲/۷درصد) زایمان واژینال طبیعی و ۶ نفر(۲۷/۳درصد) تحت سزارین واقع شدند. روش زایمان، دفع مکونیوم، آپگار دقایق اول و پنجم و وزن نوزادان در دو گروه تفاوتی نداشتند. در گروه مورد سه رخداد تهوع داشتیم که نیاز به درمان خاصی نداشت.

بحث و نتیجه گیری: استفاده از میزوپروستول قبل از القاء زایمان در ختم حاملگی‌های ترم با سرویکس نامناسب توصیه می‌گردد. در خصوص دوز لازم و دفعات آن مطالعات گسترده‌تری لازم می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اکسی توسین، میزوپروستول، آماده‌سازی سرویکس، القاء زایمان

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره ششم، پی در پی ۳۵، بهمن و اسفند۱۳۹۰، ص ۴۳۰-۴۲۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، بیمارستان مطهری، تلفن:۰۴۴۱۲۲۳۷۰۷۷
Email: t.behrooz2@yahoo.com

مقدمه

القاء و تقویت زایمان قبل از شروع خودبه‌خود انقباضات رحمی زمانی انجام می‌شود که ادامه زندگی جنینی و حاملگی برای جنین یا مادر زیانبار باشد. (۳، ۲، ۱) بنابر اعلام مرکز ملی آمار حیاتی میزان القا یا تقویت زایمان در ایالات متحده در هر سال افزایشی حدود دو برابر داشته و از۹/۵درصددر سال ۱۹۹۱به۲۲/۵درصد درسال۲۰۰۶ رسیده است.

۳۵درصد زایمان‌ها در بیمارستان پارکلند با اکسی توسین القاء شده ودر دانشگاه آلاباما ۲۰درصد زنان برای القاء زایمان و ۳۵درصد جهت تقویت زایمان اکسی توسین استفاده کردند. (۳)

[۱] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جراح و متخصص زنان و زایمان پریناتولوزیست
[۲] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جراح و متخصص زنان و زایمان (نویسنده مسئول)
[۳] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جراح و متخصص زنان و زایمان
[٤] دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جراح و متخصص زنان و زایمان

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

القای زایمان در مقایسه با زایمان طبیعی با عوارضی همراه است، عوارضی همچون کوریوآمینونیت و افزایش سزارین که مورد دوم ناشی از آمادگی ناکافی رحم برای زایمان می‌باشد (۳) وضعیت سرویکس شامل فرم، قوام، دیلاتاسیون آن تأثیر مهمی در پیش آگهی القاء دارد بر این اساسBishop در سال ۱۹۶۴ اسکوربندی مناسبی ارائه داد که ارتباط مستقیمی با موفقیت اینداکشن دارد (۱،۲). روند رسیدگی و آماده‌سازی سرویکس اشاره به تعدادی عوامل دارویی و غیردارویی دارد که ازطریق مکانیسم‌های هورمونی بیوشیمیایی سبب تغییر درکلاژن سرویکس و بافت زمینه‌ای آن شده و در چنین مواردی با حضور سرویکس آماده میزان شکست اینداکشن، اینداکشن های تکراری، موربید یتی مادری جنینی، روزهای اقامت در بیمارستان و احتمالاً میزان سزارین کاهش خواهد یافت (۲).

روش‌های دارویی آماده‌سازی سرویکس شامل پروستاگلندین E2 (دینوپروستون)، پروستاگلندین E1 (میزوپروستول)، اکسی‌توسین، استروژن، میفپریستون، اناپریستون می‌باشند. از عوامل غیردارویی استریپینگ پرده‌ها، دیلاتورهای هیگروسکوپیک (لامیناریا) کاتتربالن دار وآمنیوتومی را می‌توان نام برد (۱،۲). تلاش‌های اولیه برای آماده‌سازی سرویکس توسط داروها بر فرآورده‌های پروستاگلندینE2 سرویکال و واژینال متمرکز بود روش دارویی میزوپروستول خوراکی یا واژینال اخیراً به خاطر هزینه کم آن و امکان نگهداری آسان آن مورد استقبال عموم واقع شده است (۳).

میزوپروستول آنالوگ پروستاگلندینE1 است که به‌صورت قرص‌های ۱۰۰ میکروگرم و ۲۰۰ میکروگرم در درمان اولسر پپتیک به‌کار می‌رود در دمای اتاق قابل نگهداری بوده و به فرم اورال، واژینال، رکتال استفاده می‌شود (۳). کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا تجویز اینترا واژینال ۲۵ میکروگرم میزوپروستول را در زنانی که سرویکس آماده‌ای ندارند، حداکثر هر ۳ تا ۶ ساعت موثر دانسته است (۳). فرم واژینال جذب راحت‌تری داشته و سطح خونی آن در پلاسما به مدت طولانی‌تری نسبت به فرم اورال بالا می‌ماند (۴). مطالعات اولیه نشان داد که فرم واژینال آن معادل یا برتر از PGE2 اینترا سرویکال می‌باشد میزوپروستول مرحله اول زایمان، طول اینداکشن تا زایمان، انسیدانس القاء با اکسی توسین و دوزکلی آن را کاهش می‌دهد (۳). در مطالعات انجام شده میزوپروستول واژینال در مقایسه با دینوپروستون و اکسی توسین در نرم کردن دهانه رحم و القاء زایمان موثر بوده است (۳،۴). روش‌های درمانی مختلفی آزموده شده است از جمله ۲۵ میکروگرم قرص واژینال هر ۳-۲ ساعت ۵۰ میکروگرم (هر ۳-۴ ساعت) و یا دوز منفرد ۱۰۰ میکروگرم (۴).

دوز توصیه شده میزوپروستول به‌منظور نرم کردن دهانه رحم و اینداکشن لیبر ۲۵ میکروگرم دوز اولیه بوده است که هر ۳ تا ۶ ساعت قابل تکرار بوده است و دوز ماگزیمم ۴ تا ۸ دوز ممکن است طی ۲۴ ساعت اول لازم شود تا این‌که فاز اکتیو شروع گردد. بعد از قرص واژینال در صورت استفاده از اکسی توسین نباید کم‌تر از چهار ساعت از آخرین دوز دریافتی شروع شود (۵،۶). کالج متخصصین زنان و مامایی آمریکا در بررسی ۱۹ کارآزمایی تصادفی آینده‌نگر بر روی بیش از ۱۹۰۰ زنی که ۲۵ تا ۲۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال دریافت کرده بود، توصیه نمود که میزوپروستول اینترا واژینال با دوز ۲۵ میکروگرم مصرف شود که این مقدار باعث کاهش نیاز به اکسی توسین، افزایش زایمان واژینال در عرض ۲۴ ساعت از القای زایمان و کاهش معنی‌دار فاصله القاء تا وضع حمل می‌شود (۳).

مواد و روش کار

این مطالعه که بعد از تصویب موضوع در شورای پژوهشی و تأیید آن توسط کمیته اخلاقی به‌صورت Randomized controlled trial انجام شد.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

خانم‌های حامله سه ماهه سوم مراجعه کننده به بیمارستان مطهری ارومیه طی ۸۶-۸۵ که دارای اندیکاسیون ختم حاملگی بودند انتخاب شدند. حجم نمونه با توان ۸۰درصد و ضریب اطمینان ۹۵درصد برای هر گروه حدود ۵۰ نفر احتساب شد. قبل از ورود به مطالعه کلیه بیماران فرم رضایت‌نامه را تکمیل نمودند. بارداران که هیچ اطلاعی از گروه مورد یا شاهد نداشتند با انتخاب یکی از۱۰۰کد شماره داخل پاکت به گروه مورد یا شاهد راه یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل حاملگی بالای ۲۸ هفته: اندیکاسیون طبی ختم حاملگی، پست‌ترم بودن، آنومالی جنینی مغایر زندگی، مرگ داخل رحمی جنینی، Bishop score≤۵، کیسه آب سالم، اندکس مایع امنیوتیک نرمال، حاملگی تکی، نولی پارتی، پرزانتاسیون سفالیک، FHR نرمال(درصورت زنده بودن جنین). معیارهای خروج از مطالعه شامل: خون‌ریزی واژینال نامعلوم، جفت سر راهی، تخمین وزن جنین بالای ۴kgتوسط سونوگرافی و بررسی بالینی، شواهدی ازعدم تناسب سر جنین و لگن مادر در معاینه، اسکار قبلی رحم و کنتراندیکاسیون طبی میزوپروستول شامل اختلالات کلیوی، آسم، هیپرتانسیون، اختلالات کبدی، ریوی، گلوکوم، اپی لپسی. وجود لیبر فعال (حداقل ۳ انقباض به مدت۴۰ ثانیه) در دو گروه بعد انجام ارزیابی سن و سلامت جنین و مانیتورینگ الکترونیکی قلب جنین وکنترل علایم حیاتی مادر، بیشاب اسکور سرویکس تعیین شد. در گروه مورد ۲۵gμ قرص میزوپروستول (cytotec، ساخت کارخانه Searle) توسط یک نفر در فورنیکس خلفی واژن گذاشته شد، بیمار بعد از گذاشتن قرص در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ به مدت`۳۰-۶۰`قرار گرفت و علایم حیاتی مادر هر چهار ساعت چک شد و مونیتورینگ الکترونیک قلب جنین در طی تجویز و بعد آن انجام شد. بعد از چهار ساعت، معاینه بعدی توسط فرد دیگری انجام شد تا از سوگیری احتمالی پیشگیری شود که با ارزیابی مجدد بیشاب اسکور و وضعیت کنتراکشن‌های رحمی بررسی شده که در صورت وجود انقباضات موثر رحمی (طی ۱۰` چهار انقباضات۴۰-۴۵ ثانیه) اکسی توسین اضافه نشده. در غیر این‌صورت اکسی توسین با ۲mu/min شروع و حداکثر تا mu/min ۴۰ ادامه یافت. در گروه شاهد نیز بعد از ارزیابی بیشاب اسکور اکسی توسین با ۲mu/min شروع و تا ایجاد انقباضات موثر طی ۱۰`چهار انقباضات۴۰-۴۵ ثانیه و یا حداکثر تا mu/min ۴۰ اکسی‌توسین افزایش داده شد.

در نهایت در دو گروه طول مدت مداخله تا زایمان، نوع زایمان، تغییرات FHR، آپگار جنینی، عوارض ایندکشن، هیپراستیمولاسیون به تفکیک ارزیابی و تحت آنالیز آماری واقع شدند و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS آمارهای توصیفی و شاخص‌های مناسب مانند میانگین، انحراف معیار و نسبت وابسته با استفاده از آزمون تی تست و کای مجذور و در صورت نیاز آزمون‌های ناپارامتریک که معادل آن‌ها است استخراج شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۵/۰۸ ± ۲۴/۸و ۲۱/۵۴±۳/۸۷ سال بود (P = ۰/۰۸) و میانگین و انحراف معیار سن حاملگی در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۴/۳۴± ۳۸/۲۲ و ۳۸/۲۶±۳/۶۸ هفته بود (P=۰/۷۹).

میانگین و انحراف معیار بیشاب اسکور اولیه در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۲۵/ ۱ ±۱/۷۶ و ۱/۳۲ ±۱/۹۶ (P=۰/۹) اختلاف آماری با هم نداشتند (جدول ۱) میانگین و انحراف معیار بیشاب اسکور اولیه و ثانویه (قبل و بعد استفاده از میزوپروستول) ۱/۲۵±۱/۷۶و ۲/۵۷ ± ۵/۴ بودکه به‌طور وضوح بیشاب اسکور افزایش یافت P< ۰/۰۵ (جدول۲).

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره (۱): خصوصیات دموگرافیکی گروه‌ها

میانگین وانحراف معیار	مورد ۵۰ =N	شاهد ۵۰ =N	مقدار P
سن مادران	۲۴/۸ ± ۰/۰۸	۲۱/۵۴± ۳/۸۷	۰/۰۸
سن حاملگی	۳۸/۲۲± ۴ /۳۴	۳۵/۲۶ ± ۳/۶	۰/۷۹
بیشاب اسکور اولیه	۱/۷۶ ± ۱/۲۶	۱/۹۶ ± ۱/۳	۰/۹
وزن نوزادان	۳۰۳۴ ± ۸۵۲/۴	۲۷۸۱ ± ۷۹۲/۷	۰/۷۳
آپگار دقیقه اول	۶/ ۷±۳/۰۸	۶/۸±۲ /۴۷	۰/۸
آپگار دقیقه پنجم	۷/۹ ±۳/۷۸	۸±۲/۷۹	۰/۹

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار بیشاب اسکور اولیه و ثانویه در گروه مورد

	تعداد	Mean±SD	مقدار P
قبل مداخله	۵۰	۱/۷۶±۱/۲۵	۰/۰۰۰۱
بعد مداخله	۵۰	۵/۴±۲/۵۷	

از ۵۰ خانم باردار در گروه مورد ۲۸ نفر (۵۶درصد) نیاز به استفاده از اکسی توسین پیدا کردند در حالی‌که ۲۲ نفر بدون نیاز به اکسی توسین وارد فاز فعال زایمانی شدند.

از تعداد ۲۲ نفر که بدون اکسی توسین وارد فاز فعال زایمان شدند، ۱۶ نفر (۷۲/۷درصد) زایمان داشتند که میانگین فاصله زمانی از گذاشتن میزوپروستول تا زایمان واژینال طبیعی ۵۳۴/۶۸ دقیقه بود. شش نفر (۲۷/۳درصد) نیز به‌دنبال تک دوز میزوپروستول تحت سزارین واقع شدند که چهار نفر به علت دیسترس قلب جنینی و دو نفر نیز به علت دفع مکونیوم تحت سزارین واقع شدند (نمودار۲). میانگین و انحراف معیار طول مدت القاء زایمان و استفاده از اکسی توسین در ۲۸ نفر از گروه مورد که نیاز به القاء پیدا کردند ۹۲/۷۸ ± ۱۹۱/۰۷دقیقه و در گروه شاهد ۶۷/ ۳۵۲ ± ۵۶۸/۲۰ دقیقه بودکه اختلاف معنی‌دار بوده و مدت القاء در گروه میزوپروستول کم‌تر بوده است (P< ۰/۰۵).

مدت زمان مداخله تا زایمان (واژینال طبیعی-سزارین) در دو گروه از زمان گذشتن میزوپروستول در گروه مورد میانگین و انحراف معیار ۳۷۱/۰۵±۶۶۳/۹ و در گروه شاهد ۳۷۱ ± ۶۳۵/۹ دقیقه بود که اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند (P= ۰/۶۹).

میانگین دوز اکسی توسین استفاده شده جهت القاء تا زایمان طبیعی در گروه مورد (۳۶نفر) ۲۶ mu و در گروه شاهد که ۳۲ نفر تحت القاء زایمان واژینال کردند۴۰/۲ mu/min بود که میزان نهایی دوز اکسی توسین استفاده شده در گروه کنترل به وضوح کم است.

در بررسی روش زایمان فراوانی واژینال طبیعی گروه مورد ۳۶ نفر(۷۲درصد) و در گروه شاهد ۳۲ نفر (۶۴درصد) داشتند و سزارین نیز در گروه مداخله ۱۴ نفر (۲۸درصد) و در گروه شاهد ۱۸ نفر (۳۶درصد) بود که اختلاف آماری قابل توجهی با هم نداشتند (P=۰/۳۹). میانگین و انحراف معیار آپگار دقایق اول و پنجم در گروه مورد ۳/۰۸± ۶/۷ و ۳/۷۸± ۷/۹ و در گروه شاهد ۲/۴۷ ± ۶/۸ و ۲/۷۹±۸ بودکه در دو گروه با هم تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشتند. میانگین و انحراف معیار وزن نوزادان در گروه مورد و شاهد اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). فراوانی اندیکاسیون‌های ختم حاملگی و نیز علل سزارین در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. از عوارض میزوپروستول در گروه مورد فقط سه رخداد تهوع گزارش شد که نیاز به اقدام درمانی خاصی نداشتند.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره (۳): روش زایمان در دو گروه

تعداد فراوانی و درصد	گروه مورد	گروه شاهد	P
NVD	(٪۷۲)۳۶	(٪۶۴)۳۲	p>۰/۰۵
سزارین	(٪۲۸)۱۴	(٪۳۶)۱۸	

بحث ونتیجه گیری

القاء لیبر علی‌رغم سرویکس نامطلوب در بعضی از حاملگی‌ها یک ضرورت به‌شمار می‌رود. اکسی توسین، تنها داروی مورد تأیید می‌باشد که در این موارد استفاده می‌شود. نتیجه نهایی القا در ارتباط تنگا تنگ با وضعیت سرویکس می‌باشد. در بیماران بابیشاب اسکور کم‌تر از ۴-۵ شانس سزارین به علت عدم پاسخ به القا بالا می‌رود.

اخیراً استفاده از میزوپروستول واژینال جهت نرم کردن، آماده کردن و القاء زایمان مورد استفاده قرار گرفته، مطالعات متعددی در مورد مصرف واژینال و خوراکی میزوپروستول شده است، در دوز مساوی، میزان انقباضات رحمی در نوع واژینال بیشتر است (۷،۸) و باعث کوتاه شدن طول مدت زایمان می‌شود به علت اثر فارماکوکینتیک دارو می باشد (۱۰-۹).

در مطالعه‌ای جهت نرم کردن و القاء زایمان میزوپروستول در بارداران ترم با سرویکس نامناسب که با دوز ۲۵ میکروگرم استفاده شد زمان ایندکشن تا زایمان در گروه میزوپروستول ۴/۴ ± ۱۰/۶ ساعت در گروه شاهد۵/۱ ±۱۴/۸ ساعت بوده (۱۰)که در مطالعه ما نیز در گروه میزوپروستول ۵/۵ ±۱۱/۰۶ ساعت و گروه اکسی توسین۶/۱±۱۰/۵ بوده است که نتایج زمانی میزوپروستول مطالعه ما علی‌رغم تک دوزمیزوپروستول مشابه مطالعه فوق می‌باشد. در مطالعه دکتر افتخاری و همکاران در بیمارستان باهنر کرمان که ۲۵ میکروگرم میزوپروستول واژینال هر چهار ساعت تا حداکثر ۱۰۰ میکروگرم استفاده کردند میانگین فاصله زمانی میزوپروستول تا زایمان ۲۲۳ ±۶۸۵ دقیقه و درگروه اکسی توسین ۱۹۸ ± ۶۸۵ دقیقه بوده است (۱۲) که در مطالعه ما نیز در گروه میزوپروستول تک دوز ۳۳۰ ± ۶۶۳ دقیقه و در گروه اکسی توسین۳۷۱± ۶۳۵ دقیقه می‌باشد (۱۱).

در مطالعه B.B.Afolabi که درلاگوس انجام شده ۵۰ خانم حامله ترم با تک دوز ۱۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال تحت القاء واقع شدند و با گروه کاتتر فولی مورد مقایسه قرار گرفتند.که در ۲۹ خانم در گروه میزوپروستول، Ripening و القاء موفق داشتند که در مطالعه ما نیز ۲۲ نفر با تک دوز ۲۵ میکروگرم میزوپروستول القاء موفق داشتند (۱۲). در این مطالعه درصد افرادی که به‌دنبال استفاده از ۱۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینال نیاز به استفاده از اکسی توسین داشتند ۲۴درصد بود که در مطالعه ما درصد افرادی که به دنبال ۲۵ میکروگرم میزوپروستول از اکسی توسین استفاده کردند، ۵۶درصد می‌باشد که این اختلاف بالا ناشی از دوز چهار برابری (۱۰۰ میکروگرم) در قیاس با (۲۵ میکروگرم) می‌باشد. در این مطالعه دو مورد پارگی رحم به دنبال استفاده میزوپروستول وجود داشت که ۷ و ۱۱ ساعت به دنبال استفاده از میزوپروستول دچار هیپراکتیویتی رحم و ابنرمالیته FHR شدند که نیاز به سزارین اورژانس پیدا کردند. در مطالعه ما در هیچ یک از گروه‌ها تاکی‌سیستول مشاهده نشد. از طرفی ریت کلی سزارین در یک مطالعه ۳۶درصد بود که در مطالعه ما ۱۶درصد بود که به‌نظر می‌رسد ناشی از دوز بالا و سطح عوارض بالای تغییرات FHR و هیپراستیمولاسیون در مطالعه فوق می‌باشد(۱۲). به‌نظر می‌رسد دوز به‌کار برده شده در این مطالعه از ایمنی کافی جهت برخوردار نبوده است و محققان این مطالعه اعلام کردند که بررسی‌های بیشتری در خصوص تعیین دوز پایین و safe میزوپروستول لازم است. در مطالعه‌ای که توسط خانم دکتر حقیقی و همکارانش به منظور بررسی اثر میزوپروستول واژینال بر طول مدت زایمان در پارگی زودرس وقبل از ترم کیسه آب در خانم‌های باردار با بیشاپ اسکور کم‌تر از چهار انجام شده فاصله

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

زمانی بین القا دردهای زایمانی تا زایمان در گروهی که از میزوپروستول ۲۵ میکروگرم استاده شده بود نسبت به گروه اکسی‌توسین کم‌تر بود. علی‌رغم تشابه میزان کلی سزارین در دو گروه، میزان سزارین به‌علت عدم پاسخ به القای زایمان در گروه مورد کم‌تر از گروه شاهد بود (۹ درصد در مقابل ۱۹ درصد p=۰/۰۰۴ دو گروه از نظر وزن هنگام تولد و آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان تفاوتی نداشتند (۱۴) که در مطالعه ما نیز یافته‌های مشابهی دارد.

پیشنهادات

با توجه به انجام القاء زایمان در بعضی شرایط که ادامه زندگی داخل رحمی مغایر سلامتی مادر یا جنین می‌باشد به‌کار بردن روش‌ها و راه‌هایی جهت پیشبرد و تسهیل القاء و آماده‌سازی دهانه رحم ضرورت دارد. لذا پیشنهاد می‌شود قبل از القای لیبر در موارد ختم حاملگی جهت سهولت القا و کاهش مدت زمان بستری بیمار، و کاهش هزینه‌های لازم از روش‌های نرم کردن سرویکس استفاده گردد.

براساس این مطالعه و مطالعات دیگر در این زمینه به‌نظر می‌رسد که میزوپروستول واژینال، در نرم کردن و القای زایمان، موفق‌تر از دیگر روش‌ها بوده و جهت استفاده روتین از این روش و راهیابی به دوز ایمن و موثر مطالعات جامع دیگری صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

از سرکار خانم دکتر صابری معاونت محترم داروی وقت و تمامی عزیزانی که در اجرای این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References:

1. James DK, Steet PJ, Weiner CP. High risk pregnancy management options. 6th Ed. Philadelphia: Saunders Co; 2007. P. 333-4.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. William's obstetrics and gynecology. 22nd Ed. New York: McGraw-Hill; 2005
3. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Eankster D. Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. Obstet Gynecol 1997;90(1);88-92.
4. American College of Obstetrician and Gynecologists. Instruction of labor with misoprostol. Int J Gynecol Obstet 2000; 69: 77-8.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2004.
6. Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. J Matern Fetal Med 1998; 7(3): 115-9.
7. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Hum Reprod 2002; 17(2): 332-6.
8. Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol intermination of second trimester pregnancy. Obstet Gynecol 1997; 90(5): 735-8.
9. Shetty A, Danielian P, Templeton A. Sublingual misoprostol for the induction of labor at term. Am Obstet Gynecol 2002; 186(1): 72-6.
10. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric conveniences elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. J Perin Neonat Nurs 2005; 19: 134-44.
11. Eftekhari N, Motamedi B, Said H. A comparison of vaginal Misoprosto; with intravenous oxytocin for cervical ripening and labor induction. Acta Med Iran 2002; 40(4): 219-22.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

12. Folabi BBA, Oyeneyin OL, Ogedengbe OK. Intravaginal misoprostol versus foley catheter for cervical ripening and induction of labor. Int J Gynecol Obstet 2005; 89: 263-7.

13. Haghighi L, Rahmanian M. The effect of intravaginal misoprostol on the duration of labor in preterm premature rupture of membrane. J Iran Univ Med Sci 2005;12(48): 75-81. (Persian)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]