

خبر نامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

قطر آن	3-5 mm	Small size
قطر آن	6-8 mm	Medium size
قطر آن	8-10 mm	Large

Laminaria را یک روز قبل از اینکه می خواهند القاء سقط را به روش جراحی انجام دهند استفاده می کنند.
Laminaria را با پنس وارد Cervix می کنیم، به طور متوسط در خانمها طول Cervix حدود چهار سانتیمتر می باشد پس تا چهار سانتیمتر وارد می شود.
Laminaria کم کم آب Cervix را جذب می کند و متورم میشود و هنگامی که به حد کافی Cervix را دیلاته کرد شل شده و به بیرون خارج میشود.

روش قرار دادن Laminaria اهمیت دارد به عنوان مثال اگر بالاتر قرار بگیرد ممکن است کیسه آب را سوراخ کند و یا اگر پائین تر از محل مورد نظر قرار گیرد نمیتواند بطور کامل Cervix را دیلاته کند.

Laminaria در سقط های سه ماهه دوم روش بسیار مناسبی می باشد زیرا Cervix را باز و دیلاته می کند .در مرحله بعدی به بیمار اکسی توسین یا پروستاگلاندین را تجویز کرده تا انقباضات رحمی شروع شود.

پروستاگلاندین E2 (Dinoprostone)

D تکنیک Insertion یا جا اندازی Laminaria :

ابتدا دهانه رحم با بتادین شسته می شود و با Tenaculum گرفته می شود.
با توجه به شرایط بیمار قطر Laminaria را انتخاب می کنیم.
مثلا اگر بارداری اول فرد باشد Cervixآن Pin Point بوده و از سایزهای کوچک آن استفاده می کنیم و یا در مورد خانمی که چندین بار زایمان طبیعی داشته از سایز 6-8 mm آن استفاده می کنیم.

بعد از 4-6 ساعت Laminaria متورم شده Cervix را دیلاته کرده و خارج می شود.
از عوارض Laminaria که برای بیماران خوشایند نیست ایجاد درد و Cramp هنگام Expansion آن می باشد به همین دلیل رضایت بیماران از مصرف میزوپروستول بیشتر از Laminaria می باشد

پروستاگلاندین E2 (Dinoprostone)

D پروستاگلاندین ها :

PG های مختلفی در بازار دارویی وجود دارد.
بررسی های متعدد نشان داده که PG ها چه بصورت شیاف باشند و چه قرص خوراکی ، بهترین راه مصرفشان قرار گرفتن در کلدوساک خلفی است.
چون جذب واژینال این داروها بسیار خوب است .

برای دیلاته کردن Cervix دو قرص 200 µg میزوپروستول را در کلدوساک خلفی قرار می دهیم (چهار ساعت قبل از روش D & C).

D داروهای مورد استفاده در سقط های Medical :

داروهای متنوعی در این مورد استفاده می شوند. به عنوان مثال در هند و بنگلادش از داروهای گیاهی که بصورت Package هایی در داروخانه ها و سوپرمارکت ها عرضه میشود و مانند چای استفاده شده ، وسیعاً سقط ایجاد می شود. حتی ادعا میشود لازم نیست که تست بارداری (+) شود. به محض اینکه سیکل فردی تاخیر داشت میتواند از این Package ها استفاده کند. عوارض و مرگ و میرهایی نیز با آنها گزارش شده است .

امروزه گفته می شود درسقط های زیر هفت هفته Medical Abortion انتخاب اول است.
بعد از هفته هفتم ، Suction کورتاژ و D & C روش ارجح می باشد.

بهترین داروهایی که از سال 2000 به بعد درسقط های دارویی توصیه می شوند عبارتند از:

- آنتی پروژسترون (Mifepriston) که در چین و فرانسه بسیار استفاده می شود.

- متوترکسات

- میزوپروستول

امروزه دربیشتر رژیم ها متوتوکسات یا میفپریستون را همراه میزوپروستول تجویز می کنند، چون در ایران Mifepriston موجود نیست بیشتر مواقع میزوپروستول به تنهایی تجویز می شود.
بدلیل اینکه متوترکسات و میزوپروستول هر دو تراژوژن هستند توصیه می شود اگر برای بیماری این دو دارو تجویز شد و سقط صورت نگرفت حتما بیمار پیگیری شود.
اگر جنین سقط نشده باشد باید Suction کورتاژ یا D & C صورت گیرد.

متوترکسات و میفپریستون از طریق افزایش انقباضات رحمی باعث القاء سقط می شوند. (پروژسترون باعث مهار انقباضات رحمی می شود. میفروستون ومتوترکسات عکس این عمل را انجام می دهند یعنی عمل پروژسترون را مهار کرده و باعث افزایش انقباضات رحمی می شوند).

میزوپروستول و PG های دیگر به صورت مستقیم سبب انقباض میومتر شده و باعث سقط می شوند.

D رژیم سقط های درمانی در ماه های اول بارداری :

- Mifepriston plus Misoprostol:
- Mifepriston , 100-600 mg orally followed by Misoprostol, 400 µg orally or 800 µg vaginally in 6-72 hr.

عوارض گوارشی میزوپروستول (خوراکی) شدید می باشد. این دارو هنگامی که به صورت خوراکی مصرف می شود سریع اثر کرده و سریعتر نیز اثر آن از بین می رود. در صورتیکه هنگامی که واژینال مصرف می شود عوارض گوارشی آن کمتر بوده و طولانی مدت هم باقی می ماند.
در این روش ابتدا میفپریستون را به بیمار تجویز کرده و بعد از 24 ساعت فرد به مطب فراخوانده میشود. در مطب پزشک ، میزوپروستول را تجویز کرده و بیمار را چهار ساعت در مطب نگه می دارند. معمولاً اکثر سقط های زیر هفت هفته در عرض چهار ساعت رخ می دهد. اگر سقط انجام نشد بیمار یک هفته بعد مراجعه می کند و دوز بعدی میزوپروستول را تکرار می کنند.

- Methotrexate Plus Misoprostol :
- MTX 50 mg/m² intramuscularly or orally.
- Followed by: Misoprostol 800 µg vaginally in 3-7 days, repeated if needed 1 WK after MTX initially given.

در این روش یک هفته بعد از تجویز متوترکسات بیمار مراجعه می کند. اگر سقط انجام نشده بود ، میزوپروستول را به صورت خوراکی یا واژینال تجویز می کنند.
همانطور که ذکر شد در روش Medical بیمار باید چندین بار ویزیت شود تا مطمئن شویم سقط کامل صورت گرفته است.
دربسیاری از رژیم ها نیز میزوپروستول را به تنهایی مصرف می کنند و موثرمی باشد

D موارد منع مصرف Medical Abortion :

- آلرژی به بعضی داروها مخصوصا PG ها.

- اگر فردی بوسیله IUD باردار شده باشد.

- آنمی شدید.

- کوآگولوپاتی(Coagulopathy).

- بیماریهای کبدی فعال.

- بیماریهای قلبی –عروقی.

- تشنجی که کنترل نشده باشد.

- بیماریهای غده آدرنال یا بیماری هایی که گلوکوکورتیکوئید تراپی می شوند.(زیرا میزوپروستول متابولیسم گلوکوکورتیکوئید را طولانی می کند)

اگر پس از مصرف میزوپروستول خونریزی رخ نداد و جفت و جنین خارج نشد، بیمار باید یک هفته بعد مراجعه کند و اگر پس از سونوگرافی مشاهده شد که سقط ناقص است حتما کورتاژ انجام می دهیم.

از عوارض این داروها میتوان به درد و خونریزی اشاره کرد. میتوان برای کاهش درد از مسکن های نارکوتیک استفاده کرد. آمار

شماره هشت

1388/1/11

پروستاگلاندین E2 (Dinoprostone)

نشان می دهد زیر هفت هفته سقط دارویی 98% - 90٪ موثر بوده و به تداخل جراحی نیاز ندارد.

D سقط های سه ماهه دوم :

ناهنجاریهای جنینی بیشتر در این مرحله تشخیص داده می شوند.
بهترین زمان آمنیوسنتز حدود 15-14 هفتهی است. جهت تشخیص ناهنجاریهای جنینی حدود پنج سی سی از آن را برای بررسی سیتوژنتیک به آزمایشگاه ارسال میکنند.(این آزمایش هم حدود دو هفته طول می کشد)
معمولا در 16 هفتهی ناهنجاری جنین تشخیص داده میشود.

D داروهای مورد استفاده در این دوره :

- اکسی توسین High dose
- پروستاگلاندین (E2 به صورت شیاف - E1 به صورت قرص)
- Laminaria که دهانه رحم را نرم می کند و طول مدت جراحی یا دفع جنین را کوتاه تر می کند.
- یک پروتکل به نام Novak وجود دارد که از سال 2002 به بعد مورد استفاده قرار گرفته است و بسیار موثر می باشد. در این روش اکسی توسین با غلظت بالا تجویز می شود.

در این پروتکل 50 واحد اکسی توسین در 500 cc سرم N/S در طول سه ساعت تجویز می شود هر سه ساعت بیمار بررسی می شود. اگر انقباضات شروع نشد یک ساعت استراحت داده و دوز را دو برابر می کنیم.(یعنی 100 واحد)
به همین ترتیب دوباره هر سه ساعت بیمار بررسی می شود و اگر انقباضات رخ نداد دوز دارو را به ترتیب :

100 UI → 150 IU → 200 IU → 250 IU → 300 IU

بالا می بریم. یعنی دوز اکسی توسین را میتوانیم تا 300 UI در 500 cc N/S بالا ببریم.

در مقالات شیاف PGE2 را با اکسی توسین High dose مقایسه کرده اند و مشاهده شده میزان سقط آنها یکسان بوده و در مورد هر دو دارو در 15% افراد سقط ایجاد نشده و نیاز به جراحی بوده است.

D پروستاگلاندین E2 (Dinoprostone) :

PGE2 بصورت شیاف های 20 mg می باشد آن را در کلدوساک خلفی قرار می دهیم.
از عوارض این دارو : تهوع، استفراغ، تب و اسهال می باشد.
برای جلوگیری از این عوارض می توانیم از متوکلوپرامید بعنوان ضد تهوع، از استامینوفن به عنوان ضد تب و برای جلوگیری از اسهال نیز از دیفنوکسیلات و آتروپین استفاده کنیم.

استفاده از PGE2 در سقط های سه ماهه دوم موثرتر از دوزهای بالای اکسی توسین نمی باشد.

D پروستاگلاندین E1 :

دوز آن در سقط های سه ماهه دوم 600 µg به صورت واژینال در کلدو ساک خلفی قرار می دهیم سپس تا زمانی که جنین دفع شود هرچهارساعت 400 µg (دو قرص 200 µg) به صورت واژینال استفاده می کنیم.

آمار نشان می دهد که در عرض 24 ساعت 95% دفع صورت می گیرد 2% نیاز به تداخل جراحی با کورتاژ دارند.

در صورت استفاده از پروستاگلاندین E2 و دوز بالای اکسی توسین احتمال تداخل جراحی با کورتاژ 15% می باشد.

* در مورد خانمی که Scar در رحمش وجود دارد یا قبلا سزارین شده استفاده از PG کنترااندیکه می باشد.

* بطور کلی هر چه سن بارداری (از 8 هفتهی) بیشتر شود، ریسک عوارض مخصوصا پارگی رحم بیشتر می شود.(ریسک پارگی رحم در سقط 3/8% می باشد).

در مورد بیمارانی که قبلاً سزارین شده اند پزشک در مورد سقط های بعدی که بوسیله دارو القاء میشود باید بسیار با احتیاط عمل کند و کاملاً مراقب بیمار باشد.

D عواقب سقط :

D مرگ و میر مادر :

این مرگ و میر در اثر سقط های غیر قانونی (مخصوصا در کشور ما) خیلی بیشتر از سقط های Elective یا انتخابی می باشد. آمار سازمان جهانی بهداشت در مورد سقط های Elective 0/7 در صد هزار Procedure (زیر هشت هفته) می باشد.

هر دو هفته که سن بارداری بالا می رود میزان مرگ و میر دو برابر می شود که از دلایل آن میتوان به سوراخ شدن رحم، عفونت که میتواند Septic Abortion ایجاد کند و خونریزی می توان اشاره کرد.

پرفوراسیون زمانی است که پزشک در حین جراحی یک تروما به روده یا عروق داخل لگن وارد کند و در این صورت بیمار به علت پریتونیت یا به عبارتی عوارض جراحی فوت می کند.

D Septic Abortion :

در کشور ما بسیار اهمیت دارد و بسیاری از زنان جوان با سقط های عفونی می میرند.
اصولاً این خانم ها با تب، درد شکمی و Rebound Tenderness مراجعه می کنند و اکثر آنها اطلاع از اقداماتی که انجام داده اند نمی دهند و باردار نیز هستند.

یکی از اورژانس های زنان، سقط های عفونی می باشد که سریع باید بیمار بستری شده، آنتی بیوتیک های وسیع الطیف تجویز شود و به سرعت محصول حاملگی خارج شود.
در این موارد میکرو ارگانیسم های موجود در روده آندومتر را گرفتار کرده و آندومتريت به وجود می آید و از طریق لوله های فالوپ پریتونیت ایجاد میشود و بیمار در اثر Septic Shock می میرد. البته این مورد گاهی هم در سقط Elective ممکن است رخ دهد.
که علت آن آلودگی وسایل و یا نقص سیستم ایمنی مادر است ولی در این موارد(سقط های Elective) احتمال سقط عفونی کم تر است. سقط های عفونی بیشتر در کشور ما در اثر سقط های غیر قانونی که زیر نظر پزشک صورت نمی گیرد رخ می دهد.

پس هنگامی که بیمار علائم سقط عفونی داشت بررسی صورت می گیرد و آزمایش های لازم را (آزمایش های CBC، آزمایش ادرار و ……)انجام می دهیم. بیمار هم بستری می شود.

Dپروتکلهای درمانی متعددی وجود دارد بهترین آنها :

- آمپی سیلین + جنتامایسین + مترونیدازول
- آمپی سیلین + جنتامایسین + کلیندامایسین

پس بطور کلی :

تجویز سه آنتی بیوتیک وسیع الطیف را برای بیمار شروع کرده و بیمار به اتاق عمل فرستاده میشود تا جنین به طور کامل خارج شود.

D اثراتی که سقط روی حاملگی های بعدی دارد :

سقط های مکرر ریسک Placenta Previa (جفت سر راهی) را زیاد می کند.
اثر سقط روی Ectopic Pregnancy (EP) (بارداری خارج رحمی) هنوز کاملاً مشخص نیست ولی مشاهده شده است که سقط های عمدی قبل از حاملگی بعدی، ریسک EP را نیز بالا می برد.

اگر سقط غیر قانونی و تروماتیک باشد، آندومتر از بین می رود و سندرم آشرمن(Asherman) در این موارد مشاهده می کنیم. (خانمهای جوانی هستند که تخمک گذاری کامل دارند ولی سیکل قاعدگی آنها اتفاق نمی افتد زیرا در اثر سقط های مکرر آندومترشان از بین رفته است .)
سقط های قانونی در کشور ما قبل از چهار ماهگی پذیرفته می شود سقط های بعد از چهار ماه فقط در صورتی است که جان مادر در خطر باشد (به عنوان مثال مادر Cancer داشته باشد و باید شیمی درمانی شود).

درکشور ما رضایت همسر جهت سقط الزامی است ولی درکشورهای دیگر رضایت همسر نیازی نیست.
در ضمیمه خبر نامه موارد قانونی سقط ذکر شده است.

همکاران :

دکتر معینی(متخصص زنان و زایمان)-دکتر جهانگیری - دکتر

اسماعیلی



مرکز دارو پزشکی 13 آبان

القاء سقط:

روشهای جراحی و کاربرد داروها

خبرنامه مرکز دارو پزشکی 13 آبان شامل بخش‌هایی از جمله منوگراف داروهایی که به تازگی وارد داروخانه‌های دانشکده داروسازی شده‌اند، پروتکل‌های درمانی و بسته به مقتضیات زمانی مقالات عمومی و یا تخصصی و کاربردی گوناگونی نیز به عنوان بخش‌های متغیر نشریه در نظر گرفته شده است. مرکز دارو پزشکی 13 آبان پذیرای پیشنهادات و انتقادات شما از طریق شماره تلفن 82101 می‌باشد.

تاریخچه :

تقریباً از سال 1973 القاء سقط در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکا آزاد شد. تا قبل از این تاریخ قانون در همه کشورهای همانند کشور ما بود، یعنی سقط زمانی مجاز بود که یا بیماری در مادر که خطر مرگ برای وی داشت و یا یک ناهنجاری آناتومیکی در جنین که مغایر با زندگی بود وجود داشت.

همانطور که ذکر شد بعد از سال 1973 سقط در بسیاری از کشورها (فرانسه در این مورد پیش قدم بود) آزاد شد. در واقع در این کشورها این گونه تصمیم گیری شد که سقط یک رابطه خصوصی بین یک خانم و پزشک می باشد و هر زمانی که آن خانم تصمیم بگیرد که جنین را نمی خواهد میتواند به پزشک مراجعه کرده و ختم حاملگی رخ دهد.

امروزه در کشورهای مختلف، سعی بر این است که سقط در Trimester اول (1st) صورت گیرد و اگر مادر در Trimester دوم برای سقط مراجعه کند بیشتر سعی می کنند با مشاوره های روانپزشکی مادر را منصرف کنند و اگر در نهایت باز هم تمایل نداشت سقط صورت می گیرد.

بطور کلی حاملگی یا دوران بارداری را به سه Trimester تقسیم می کنیم:

- Trimester اول : تا 14 هفتگی
- Trimester دوم : از 15 هفتگی تا 28 هفتگی
- Trimester سوم : از 29 هفتگی تا پایان بارداری

آمار نشان می دهد که 60٪ سقط ها در خلال هشت هفته اول بارداری رخ داده و 88٪ آنها در 12 هفته اول بارداری رخ می دهد. همچنین آمار نشان می دهد، در کشورهایی که سقط آزاد است به ازای هر چهار نوزادی که در بیمارستان متولد می شوند یک سقط رخ می دهد.

در کشور ما چون سقط آزاد نیست در مورد سقط های درمانی یا Therapeutic abortion بحث می کنیم.

سقط هایی را درمانی می نامیم که ختم بارداری ، قبل از زنده ماندن جنین و برای نجات جان مادر باشد از جمله این موارد ، بیماریهای قلبی ، بیماریهای عروقی ، کلیوی ، سرطان دهانه رحم و می باشد.

همچنین در مواردی که در سونوگرافی نشان داده شده است که جنین دفرمیتی آناتومیک یا Mental دارد نیز سقط درمانی محسوب می شود. در بسیاری از کشورها مواردی که خانم به علت تجاوز باردار شده سقط مجاز می باشد ولی این قانون در کشور ما وجود نداشته و سقط در این مورد نیز مجاز نمی باشد.

Elective Abortion ، به مواردی اطلاق می شود که مادر بیماری خاصی نداشته و جنین هم سالم است ، ولی فرد خواستار ختم حاملگی بطور داوطلبانه است.

بطور کلی تکنیک های سقط یا Medical می باشند یا Surgical

تکنیک های جراحی (Surgical) :

در زیر به برخی از تکنیک های جراحی که دارای مزیت هایی نسبت به داروها میباشند اشاره
Cervix، دیلاته شده و بعد محصول حاملگی خارج می شود.

محصول حاملگی یا با کورتاژ خارج می شود یا با اسپیراسیون (Suction Curettage) که این روش در روزهای اول موثر است. وقتی جنین بزرگ تر شد، یعنی بعد از Trimester اول، Dilatation & Evacuation (D & E) یا Dilatation & Extraction (D & X) زمانی است که سر جنین بزرگ شده و در این مورد با وسایل مخصوصی استخوان های جمجمه را Extraction می کنند. یعنی با چرخاندن و تکنیکهای خاصی جنین را خارج کرده به ترتیبی که تروما و زخم به دهانه رحم وارد نشود.

: Menstrual Aspiration

در این تکنیک (که بیشتر در هند و پاکستان انجام می شود و اصطلاحاً در این کشورها به این روش تنظیم کردن سیکل قاعگی گفته می شود) فردی که 3-1 هفته عادت ماهیانه اش تاخیر داشته و تست بارداریش هم مثبت شده است در این موارد از وسیله ای به نام Karman Cannula (که یک وسیله Flexible و از جنس پلی اتیلن می باشد) استفاده می کنند و یک سرنگ به انتهای کارمن کانولا متصل کرده و آن را وارد Cervix می کنند.

در این روش ریسک این که زیگوت به آندومتر چسبیده باشد و به وسیله Suction جدا نشود زیاد است و پزشک باید بعد از این عمل مریض را Follow up کند، زیرا ریسک اینکه تست (+) بماند هنوز باقی است.

Laparotomy

Hysterectomy و Hysterotomy، مخصوصاً در Trimester دوم جایگاه دارند و در مواردی که به دلایلی بیمار نمی تواند از روش های Medical استفاده کند به عنوان مثال: وجود میومای متعدد، اسکار روی رحم، سابقه سزارین و ... دیده می شود این دو روش اهمیت دارند.

پس بطور خلاصہ :

Surgical Tecuniques

- Cervical dilatation followed by uterine evacuation
- - Curettage
- - Vacuum aspiration (Suction curettage)
- - Dilatation & Evacuation (D & E)
- - Dilatation & Extraction (D & X)

مقایسه روش : Surgical Abortion , Medical

درکشورهایی که سقط آزاد است مشاهده شده خانمها روش Medical را ترجیح میدهند.

هنگامی که می‌خواهیم سقط را با روش جراحی انجام دهیم، لازمه آن این است که یک Cervix نرم، دیلاته و آماده برای خروج جفت را داشته باشیم.

D & C

شایعترین روش جراحی D & C Dilatation & Curettage می باشد در Trimester اول ابتدا Cervix ، دیلاته می شود و محصول حاملگی خارج می شود که این کار بوسیله Sharp Curettage کورت های فلزی و یا Suction Curettage انجام میشود . معمولاً اگر جنین بزرگ تر باشد روش Sharp کورتاژ چون طولانی است و تروما به آندومتر بیشتر است به کار برده نمیشود و ترجیح دهیم Suction انجام دهیم .

Cannula پلاستیکی که به Suction متصل است را وارد حفره رحم می کنیم و محصولات حاملگی را Suction می کنیم.

اول یعنی قبل از 15 – 14 هفته‌گی استفاده می شود هر چه سن بارداری بیشتر شود عوارض ناشی از سقط D & C در Trimester بیشتر است .

از جمله این عوارض مهم، سوراخ شدن رحم، پارگی دهانه رحم، خونریزی و در نهایت خارج شدن ناکامل جنین و جفت و ایجاد عفونت می باشد. با اینکه سقط در Trimester اول، نیازی به بستری کردن بیمار نیست ولی توصیه می شود که سقط در محیطی انجام شود که وسایل CPR را داشته باشد.

D & E D

D بعد از Trimester اول می باشد (از 16 هفته به بعد) در این روش نیز Cervix دیلاته می شود همانند روش (D & C) و دیلاته اند بوسیله یکسری وسایل فلزی به نام Hegar Dilator صورت گیرد. که از شماره صفر تا یازده درجه بندی دارد. در روش D & E مکانیکی، تکه های جینی را خارج می کنند.

D & X D

D هنگامی صورت می گیرد که جنین بزرگ تر است که امروزه با وجود پروستاگلاندین ها، این روش ها بسیار آسان تر شده اند چون راحتی باز می شود.

م سقط های Surgical آنتی بیوتیک تجویز می شود اگر بیمار تب نداشته باشد از قبل از عمل مصرف Doxycycline شروع شده و تا بعد از عمل مصرف آن را به صورت BD ادامه می دهیم.

100 mg Po before Procedure & 200 mg orally after procedure

دو روش دیگر عبارتند از : _ پروستاگلاندین ها

Laminaria _ (که در ایران این وسیله را نداریم).

Laminar بسیار وسیله مناسبی است و در ساخت این وسیله از جلبک های دریایی ژاپنی استفاده می شود و به صورت استرل تهیه می شود. مثیل چوب کبریت می باشد که به یک سر آن نخ متصل است و درسایز های مختلف وجود دارد.