

## انتهاء موت محصول الحمل في الثلث المتوسط باستخدام الميسوبروستول (سايوتيك) مهلبياً

الدكتور خالد مرعشلي\*

الدكتور مروان زيات\*

### الملخص

تم في هذه الدراسة ، تحريض التقلصات الرحمية عند ١٠٣ امرأة مع حالة موت محصول الحمل في ثلثه الثاني حيث طبق في المجموعة الأولى المؤلفة من ٥٣ حالة الميسوبروستول (سايوتيك) مهلبياً، على حين في المجموعة الثانية المؤلفة من ٥٠ حالة اتبعت الطريقة التقليدية بوضع قثطرة فولي والتحريض بالاكسيتوسين بالتسريب الوريدي ، فوجدنا:

١- قصر متوسط الزمن اللازم لبدء التقلصات الرحمية عند مريضات المجموعة الأولى (٢,٢٨ + ١,٢ مقابل ١٧,٤٦ + ٤,٣٨) ساعة، وبلغ معامل الاختلاف (T = ٢,٥٣)

٢- قصر زمن انطراح محصول الحمل عند مريضات المجموعة الأولى (٧,٢٢ + ٢,١٤ ساعة مقابل ٣١,٤٩ + ٦,٣٤ ساعة) في مريضات المجموعة الثانية، وبلغ معامل الاختلاف (T = ٣,٦٢).

٣- انخفاض معدل اللجوء إلى تجريف الرحم الآلي في مريضات المجموعة الأولى بمعدل النصف (١٣,٢% مقابل ٣٠%)، ومعامل الاختلاف (T = ٢,١٦).

٤- انخفاض معدل التهاب الملحقات الحاد والتهاب البطانة الرحمية الحاد في المجموعة الأولى (٣,٧٧% ، ١,٨٨%) على الترتيب مقابل (١٦% ، ١٤%) في المجموعة الثانية، ومعامل الاختلاف (T = ٢,٣١ ، ٢,١) على الترتيب .

مما سبق نلاحظ أفضلية اللجوء إلى التطبيق المهلب للميسوبروستول في تحريض التقلصات الرحمية وإنهاء موت محصول الحمل في الثلث المتوسط بحالات موت محصول الحمل على الطريقة التقليدية القديمة .

### Termination of the missed abortion in the second trimester by vaginal misoprostol (Cytotec)

\* قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Marwan Zayat\*

Khaled Marachly\*

---

### Abstract

In this study , 103 pregnant women with the diagnosis of missed abortion in the second trimester of pregnancy had been accepted to terminate the pregnancy, by one of two methods : In the first group (53 patients ) we used vaginal Misoprostol (cytotec ) ; in the second group (50 patients) we used the classic method by insertion of Foley catheter followed by induction of uterine contractions by oxytocine . (intravenous infusion ) .

We found :

- 1- The time, which was necessary to initiate the uterine contractions in the 1<sup>st</sup> group was : 2.28 + 1.2 hours Vs. 17.46 + 4.38 hours in the 2<sup>nd</sup> group. This variation is significant statistically ( T= 2.53)
- 2- The time of expulsion of gestational product in the 1<sup>st</sup> group was 7.22 + 2.14 hours Vs. 31.49 + 6.34 hours in the 2<sup>nd</sup> group ( T= 3.62).
- 3- The rate of the dilatation and curettage ( D&C) in the 1<sup>st</sup> group was (13.2 % ) Vs. (30%) in the 2<sup>nd</sup> group ( T=2.16 ) .
- 4- The rate of the acute salpingitis and acute endometritis in the 1<sup>st</sup> group was : ( 3.77% , 88% ) Consequently Vs. ( 16% , 14% ) Consequently in the 2<sup>nd</sup> group ( T= 2.1 , 2.31 ) consequently.

As a final result we advise to use the new mentioned method to terminate the pregnancy ( missed abortion ) .

---

\*Dep. of Obstetrics and Gynecology - Fac. of Medicine – Damascus University.

## المقدمة

طريق التسريب الوريدي)، علماً بأن هذه الطريقة ما تزال تستخدم على نطاق واسع في المشافي المختلفة في الجمهورية العربية السورية ولإنجاز هذه المهمة كان لا بد من الخطوات الآتية:

- ١- قصة سريرية مفصلة
- ٢- فحص سريري عام
- ٣- فحص من الناحية النسائية
- ٤- دراسة مفصلة بوساطة الأمواج فائقة الصدى .
- ٥- فحوص الدم الروتينية : خضاب ، هيماتوكريت ، بيض وصيغة ، .. الخ.
- ٦- اختبارات التخثر : عدد الصفائح الدموية ، تركيز الفيبرينوجين PTT. PT ... الخ .
- ٧- المراقبة المستمرة للمريضات بعد انطراح محصول الحمل في فترة الـ ٧٢ ساعة الأولى، كما قمنا بفحص المريضات بعد أسبوع من انطراح محصول الحمل .

## الأهمية العلمية للبحث

تعدُّ هذه الدراسة الأولى من نوعها على مستوى القطر والتي تبين مدى فاعلية استخدام الـ Misoprostol ضمن المهبل لإنهاء موت محصول الحمل في ثلثه المتوسط .

## حجم العينات والطرائق التشخيصية المتبعة في البحث

تم تحريض التقلصات الرحمية وإنهاء الحمل عند ١٠٣ من الحوامل بسبب موت محصول الحمل حصراً (٥٣) بوساطة الـ (Misoprostol) ضمن المهبل و ٥٠ بوساطة وضع قنطرة فولفي في عنق الرحم ثم المتابعة بوساطة التسريب الوريدي للأوكسيتوسين )

وفي حال وجود معطيات تشير إلى وجود أي مضاد استجاب (من الناحية الداخلية) لتحريض التقلصات الرحمية ، كنا نقوم بإعطاء العلاج المناسب لتدبير الانحرافات المرضية قبل البدء بعملية التحريض ، كما تم استبعاد المريضات

تشكل مشكلة إنهاء موت محصول الحمل في ثلثه المتوسط واحدة من أهم المعضلات التي تواجه الأطباء النسائيين [1,2,9,12,13,14,17] ، ومازال المهتمون بهذا الموضوع في عملية بحث مستمر عن طرق جديدة لإنجاز هذه العملية تكون أكثر نجاعة وأماناً من جهة، وتحمل أقل قدر ممكن من الأخطار والآثار الجانبية من جهة أخرى [6,7,10,11,16,19].

في وقتنا الحاضر تعد البروستاغلاندينات ومشتقاتها المختلفة من أهم العقاقير المستخدمة في تحريض التقلصات الرحمية [3,4,5,8,12] ويمكن استخدام البروستاغلاندينات لهذا الغرض سواء عن طريق التسريب الوريدي أو الحقن ضمن الجوف الأمينيوسي أو حول الجوف الأمينيوسي [15,16] ، كما يمكن إعطاء بعض المركبات البروستاغلاندينية عن طريق المهبل لإنهاء موت محصول الحمل في الثلث الأول للحمل [18].

ولكن ما تزال حتى الآن الدراسات والبحوث العلمية حول إمكانية استخدام مركب الـ Misoprostol لإنهاء موت محصول الحمل في ثلثه المتوسط قليلة عالمياً وتكاد تكون معدومة على مستوى قطرنا ، لذلك رأينا أنه من الأهمية بمكان أن نضطلع بهذه المهمة الشاقة والتي لم يسبقنا إليها أحد حتى الآن - حسب رأينا ( على مستوى القطر) .

## هدف البحث

تقويم فاعلية استخدام الميسو بروسبتول ( Misoprostol ) ضمن المهبل في تحريض التقلصات الرحمية الفاعلة وصولاً لانقذاف محصول الحمل، ومقارنة النتائج السريرية ( سير عملية الإسقاط ونسبة المضاعفات ) مع نتائج استخدام تحريض التقلصات الرحمية بالطرق التقليدية المعروفة حتى وقتنا الحاضر ( وضع قنطرة فولفي في عنق الرحم ثم المتابعة بوساطة التحريض بالأوكسيتوسين بتركيبة عالية جداً عن

## إنهاء موت محصول الحمل في الثلث المتوسط باستخدام الميسوبروستول (ساتيوتيك) مهلبياً

ولا بد من الإشارة هنا إلى أننا جربنا في البداية إعطاء مركب الـ Misoprostol عن طريق الفم وبجرعة ٨٠٠ ملغ، ولكن النتائج لم تكن مشجعة أبداً حيث كانت تبدلات عنق الرحم إما منعدمة أو قليلة واحتاجت إلى زمن طويل كما أن الآثار الجانبية (غثيان، إقياء، إسهال...) كانت شديدة وكثيرة المصادفة، مما اضطرنا للعزوف عن إعطاء الـ Misoprostol عن طريق الفم واتباع الطريق المهلبلي حصراً.

ويتضح من الجدول رقم (١) الفرق الواضح بين متوسط الزمن اللازم لبدء التقلصات الرحمية عند مريضات المجموعتين (الأولى والثانية) حيث كان ٢,٢٨ + ١,٢ ساعة و ٤٦,٤٦ + ٤,٣٨ ساعة على الترتيب. علماً بأن هذا الفارق معنوي إحصائياً حيث بلغ معامل الاختلاف (T = ٢,٥٣).

اللاتي لديهن مضاد استطباب (توليدي) لتحريض التقلصات الرحمية.

تراوح سن الحمل عند جميع الحوامل بين ١٤-٢٧ أسبوعاً حملياً بعد تدقيق وقت موت الجنين باستخدام الأمواج فائقة الصدى، وكان سبب تحريض التقلصات الرحمية، كما ذكرنا سابقاً، هو موت محصول الحمل في كل الحالات دون استثناء، وتتلخص طريقتنا بوضع ٤ حبات من الـ Misoprostol تحتوي الحبة الواحدة على ٢٠٠ ميكروغرام في الرنج الخلفي للمهبل، تكرر بعد ٤ ساعات عند الضرورة.

### النتائج

كما ذكرنا سابقاً قمنا بتحريض التقلصات الرحمية عند ٥٣ امرأة حاملاً بوساطة الـ Misoprostol ضمن المهبل (المجموعة الأولى)، وكذلك عند ٥٠ امرأة حاملاً بوساطة الطريقة التقليدية التي سبق شرحها (المجموعة الثانية).

الجدول رقم ١: سير عملية تحريض التقلصات الرحمية حسب طريق التحريض (المجموعة الأولى "ميسوبروستول"، أو المجموعة الثانية "التقليدية")

معامل الاختلاف T	المجموعة الثانية n=50	المجموعة الأولى n= 53	الصفات الرئيسية لعملية إنهاء موت محصول الحمل
٢,٥٣	٤٦,٤٦ + ٤,٣٨ ساعة	٢,٢٨ + ١,٢ ساعة	زمن بدء التقلصات الرحمية
			صفات التقلصات الرحمية
لا يوجد فارق إحصائي	٤٧ (٩٤%)	٤٩ (٩٢,٤٥%)	أ - منتظمة
لا يوجد فارق إحصائي	٣ (٦%)	٤ (٧,٥٤%)	ب - غير منتظمة
٣,٦٢	٣١,٤٩ + ٦,٣٤ ساعة	٧,٢٢ + ٢,١٤ ساعة	زمن انطراح محصول الحمل
١٩,٤٣	٤٩ (٩٨%)	٥ (٩,٤٣%)	نسبة مشاركة التحريض

			بالأوكسيتوسين
٢,١٦	١٥ (٣٠%)	٧ (١٣,٢%)	تجريف الرحم الآلي بعد انطراح محصول الحمل

زمن انطراح محصول الحمل

تجريف الرحم الآلي

**الشكل رقم ١: مقارنة زمن انطراح محصول الحمل والحاجة لتجريف الرحم الآلي عند مريضات مجموعتي الدراسة**

هذا الفارق هو معنوي حيث كانت قيمة  $T=$  (٢,١). تمّ تشخيص التهاب الملحقات الحاد أو التهاب البطانة الرحمية الحاد اعتماداً على الأعراض والعلامات السريرية، وتمّ تأكيد التشخيص بإجراء لطاخة من باطن عنق الرحم وزرع مفرزات باطن عنق الرحم.

أما بالنسبة لالتهاب البطانة الرحمية الحاد فقد وجد في حالة واحدة ضمن المجموعة الأولى (١,٨٨ %) وعند ٧ مريضات في المجموعة الثانية (١٤%)؛ وهذا الفارق ذو دلالة إحصائية معنوية حيث بلغت قيمة  $T=$  ٢,٣١.

فيما يتعلّق بتأخر أو سوء انطمار العضلة الرحمية فيظهر من الجدول والشكل رقم (٢) الفارق الشاسع بين نسبة مصادفته في المجموعتين حيث كانت (١,٨٨ %) و (١٨%) على الترتيب. علماً بأن قيمة  $T$  كانت ٢,٨.

كذلك يتضح من الجدول والشكل رقم (١) الفرق الهائل بين متوسط الزمن اللازم لانطراح محصول الحمل عند مريضات المجموعتين، حيث كان ٧,٢٢ + ٢,١٤ ساعة و ٣١,٤٩ + ٦,٣٤ ساعة على الترتيب وهذا الفارق معنوي إحصائياً حيث بلغت قيمة  $T=$  (٣,٦٢).

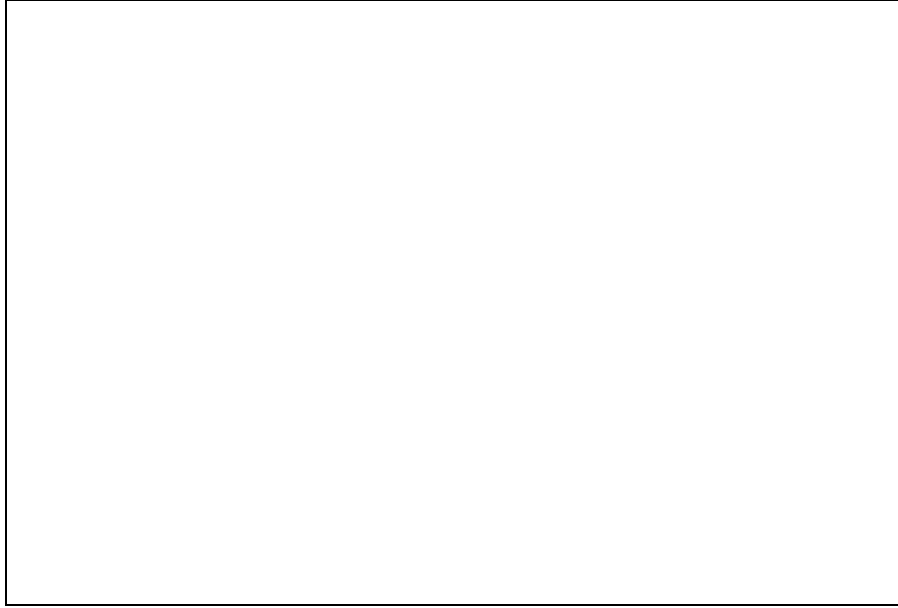
أما نسبة تعرض المريضات لتجريف الرحم الآلي بعد انطراح محصول الحمل فقد كانت في المجموعة الثانية (٣٠%) أي أكبر من ضعفي تلك النسبة في المجموعة الأولى (١٣,٢%)، والمعاملة الإحصائية أثبتت أن هذا الفارق معنوي حيث بلغت قيمة  $T=$  ٢,١٦.

أما نتائج متابعة المريضات بعد مرور أسبوع كامل على انطراح محصول الحمل فهي مبيّنة في الجدول والشكل رقم (٢)؛ حيث يبدو جلياً الفرق الشاسع بين نسبة الإصابة بالتهاب الملحقات الحاد في المجموعتين والتي كانت (٣,٧٧% و ١٦%) على الترتيب علماً بأن

## إنهاء موت محصول الحمل في الثلث المتوسط باستخدام الميسوبروستول (ساتيوتيك) مهلبياً

الجدول رقم ٢: عقابيل إنهاء موت محصول الحمل المكتشفة في اليوم السابع بعد انطراحه

معامل الاختلاف T	المجموعة الثانية n= 50	المجموعة الأولى n=53	المضاعفة
٢,١	٨ (١٦ %)	٢ (٣,٧٧ %)	التهاب الملحقات الحاد
٢,٣١	٧ (١٤ %)	١ (١,٨٨ %)	التهاب البطانة الرحمية الحاد
٢,٨	٩ (١٨ %)	١ (١,٨٨ %)	تأخر انطمار العضلة الرحمية



### الشكل رقم ٢: عقابيل إنهاء موت محصول الحمل في اليوم السابع بعد انطراحه

الرحم قد تمت بمراعاة شروط التعقيم ، تماماً كما جرى لدى مريضات المجموعة الأولى .

### التوصيات

اعتماداً على نتائج دراستنا يمكننا التوصل إلى التوصيات الآتية:

١- تعدُّ طريقة استخدام المركب البروستاغلاندينني Misoprostol ضمن

ويمكن تفسير النتائج التي جاءت في الجدول والشكل رقم (٢) وفي المضاعفات الثلاث هو – حسب رأينا – بسبب الإمكانية الكبيرة للإصابة الخمجية في حالة تطبيق الطريقة التقليدية لتحريض التقلصات الرحمية في الثلث المتوسط .  
علماً بأننا قمنا بتعقيم المنطقة التناسلية والمهبل حسب الأصول قبل البدء بالتحريض عند كل المريضاة الـ ١٠٣ دون استثناء، وكذلك نؤكد أن وضع القطرة في عنق الرحم ومراقبة تبدلات عنق

نسبياً يحمل دلالة اقتصادية هامة إذ من المعروف أنّ ثمن مادة الميسوبروستول رخيص نسبياً بالإضافة إلى الجانب الإيجابي من الناحية النفسية سواء للمريضة أو للأطراف الطبية المشاركة في إنجاز عملية إنهاء موت محصول الحمل .

٥- ينصح باتّباع الطريقة الجديدة التي استخدمناها نظراً لفعاليتها ونجاحتها الواضحة من جهة، وقلة الآثار الجانبية والمضاعفات وخاصة الخمجية منها من جهة أخرى .

المهبل لتحريض التقلصات الرحمية في الثلث المتوسط للحمل طريقة فعالة وناجحة جداً .

٢- يلاحظ الانخفاض الواضح في نسبة مصادفة المضاعفات الخمجية عند تطبيق طريقتنا في تحريض التقلصات الرحمية بالمقارنة مع الطريقة التقليدية .

٣- إن استخدام الـ Misoprosto عن طريق المهبل يجنب المريضات الآثار الجانبية لاستخدام الـ Misoprostol عن طريق الفم .

٤- إن تميز طريقتنا بكونها تحتاج لزمان قصير

## المصادر

- 1- Abramovici D, Goldwasser S, Mabie BC, Mercer BM, Goldwasser R, Sibai BM. A randomized comparison of oral misoprostol versus Foley catheter for induction of labor at term. Am J Obstet Gynecol . 1999 Nov. 181(5 Pt 1): 1108-12
- 2- Apgar BS. Current trends in cervical ripening and labor induction Am Fam Physician. 1999 Aug,60(2):418-20
- 3- Blanchette HA, Nayak S, Erasmus S. Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prosta E1) with those of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. Am J Obstet Gynecol. 1999 Jun, 180 (6Pt 1) 1551-9.
- 4- Butt KD, Bennett KA, Crane JM, Hutchens D, Young DC. Randomized comparison of oral misoprostol and oxytocin for labor induction at term with prelabor membrane rupture. Obstet Gynecol. 1999 Dec,94(6)994-9
- 5- Cunha M, Bugalho A, Bique C, Bergstrom S. Induction of labor by vaginal misoprostol in patients with previous cesarean delivery Acta Obstet Gynecol Scand 1999 Aug, 78(7):653-4
- 6- Danielian P, Porter B, Ferri N, Summers J, Templeton A. Misoprostol for induction of labour at term: a more effective agent than dinoprostone vaginal gel. Br J Obstet Gynaecol . 1999 Aug;106(3):793-7
- 7- Enoch J. Misoprostol (Cytotec): a new method of inducing labor Midwifery Today Int Midwife 1999 Spring;(49):22-30.
- 8- Gaskin IM. The problem with Cytotec is that it has not been approved for obstetrical practice. Birth Gax. 1999 Spring:15(2):3
- 9- Harman JH Jr, Kim A. Current trends in cervical ripening and labor induction, 1999. Aug(2): 477-84.
- 10- Hofmeyr GJ, Gulmexoglu Am, Alfirevic z. Misoprostol for induction of labour. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Aug;156(8):798-803.
- 11- Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pre Birth 1999 Dec;26(4):264.
- 12- Kolderup L, McLean L, Grullan K, Safford K, Kilpatrick SJ. Misoprostol



- is more efficacious for labor induction than with prostaglandin E2. Is it associated with more risk? Am J Obstet Gynecol. 1999 Jun;18(6 Pt1):1543-50
- 13- Mathews JE, Mathai M, George A. Uterine rupture in a multiparous woman during labor induction with oral misoprostol. Int J Gynaecol Obstet. 2000 Jan;68(1):43-4
- 14- McLean MT. Labor induction with misoprostol : a midwife's perspective. Midwifery Today Int Midwife. 1999 Spring;(49):28.
- 15- Ngai SW, Lam SW, Lao TT. Labour characteristics and uterine activity: misoprostol compared with Oxytocin in women at term with prelabour rupture of the membranes. Br J Obstet Gynaecol. 2000 Feb; 107(2):222-7
- 16- Nunes F, Rodrigues R, Meirinho M. Randomized comparison between intravaginal misoprostol and dinoprostone cervical ripening and induction of labor. Am J Obstet Gynecol. 1999 Sep; 181(3):626-9
- 17- Poma PA. Cervical ripening. A review and recommendations for clinical practice. J Reprod Med. 1999 Aug; 44(8):657-68
- 18- Singh K, Fong YF, Prasad RN, Dong F. Vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming : is there an optimal evacuation time interval ? Br J Obstet Gynaecol. 1999 Mr; 106(3):266-9
- 19- Wing DA. Labor induction with misoprostol. Am J Obstet Gynecol. 1999 Aug;181(2):339-45

· تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/٤/١٨.  
· تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٠/٧/٣.