

بررسی پیامدهای دو روش جراحی و انتظاری در درمان سقطهای ناکامل اوایل حاملگی

دکتر پروین تدین^۱، دکتر بهناز مولایی^۱، دکتر سعیده مظلوم زاده^۲

نویسنده مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، گروه بیماری‌های زنان و زایمان tadayon@zums.ac.ir

دریافت: ۸۸/۱۲/۲۲ پذیرش: ۸۹/۱۰/۸

چکیده

زمینه و هدف: سقط‌ها شایع‌ترین عارضه‌ی دوران حاملگی می‌باشند. با توجه به اهمیت مساله تصمیم گرفته شد پیامدهای زودهنگام دو روش جراحی و انتظاری در درمان سقطهای ناکامل اوایل حاملگی مطالعه شود.

روش بررسی: این مطالعه در بیمارستان آیت الله موسوی و ولیعصر (عج) در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ بر روی ۴۸ نفر با تشخیص سقط ناکامل اوایل حاملگی انجام شد. بیماران بر اساس انتخاب و تمایل شخصی در دو گروه درمان جراحی (۲۳ نفر) و انتظاری (۲۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه جراحی کورتاژ تخلیه‌ای با کورت انجام شد. در گروه انتظاری به بیماران دو هفته فرصت داده شد تا دفع خود به خود داشته باشند، و پس از دو هفته سونوگرافی انجام گردید. دو گروه را از نظر رضایتمندی، برگشت به فعالیت روزانه، مدت زمان خونریزی، درد لگن، طولانی شدن مدت پیگیری مورد مقایسه قرار دادیم.

یافته‌ها: دفع خود به خود در گروه انتظاری در ۱۹ نفر (۷۶ درصد) انجام شد. در گروه انتظاری، رضایتمندی بیشتر و زمان برگشت به فعالیت روزانه کوتاه‌تر از گروه جراحی بود، ولی مدت زمان خونریزی بیشتر بود. تعداد بیمارانی که نیاز به پیگیری بیش از دو هفته داشتند، در گروه انتظاری بیشتر از گروه جراحی بودند. درد لگن در دو گروه تفاوتی نداشت.

نتیجه‌گیری: روش انتظاری یک روش آلترناتیو مناسب در درمان سقطهای ناکامل اوایل حاملگی است، ولی برای تعمیم نتایج به مطالعات بیشتری نیاز داریم.

واژگان کلیدی: سقط، درمان انتظاری، درمان جراحی

مقدمه

درمان سقط ناکامل در سال‌های اخیر تغییر کرده است و روش‌های غیر جراحی مثل درمان انتظاری و استفاده از داروهایی مثل میزوپروسترو و متوتروکساید جانشین آن شده است. ولی روش جراحی هنوز در بسیاری از مراکز معتبر استفاده می‌شود. از مزایای درمان جراحی قطعی بودن این

روش و از معایب آن احتمال عوارضی مثل سوراخ شدن رحم و ایجاد سندروم آشرمن و نازایی در آینده است. علاوه بر این در مطالعه‌ای در چین روش جراحی نسبت به روش دارویی و انتظاری دارای هزینه بیشتر است (۱). از مزایای درمان انتظاری کاهش میزان جراحی و از معایب آن افزایش زمان

۱- متخصص زنان و زایمان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص اپیدمیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

حاملگی (۳-۱ مورد)، بسته بودن سرویکس در معاینه‌ی واژینال، وجود بقایای حاملگی بین ۲ تا ۴ سانتی‌متر در سونوگرافی آبدومینال، ثابت بودن وضعیت بالینی بیمار بود. **شرایط خروج از مطالعه شامل:** وجود بیماری سیستمیک، سابقه‌ی نازایی، سابقه‌ی مصرف پروژسترون در حاملگی فعلی، وجود تب و ترشح غیر طبیعی، خونریزی شدید، سابقه‌ی سقط بود. پس از توضیح کامل در مورد دو روش درمان، بیماران بر حسب میل شخصی روش درمان خود را انتخاب کردند. در روش جراحی، در بیماران پس از تشخیص سقط ناکامل کورتاژ باکورت انجام شد و قبل از عمل ۲ گرم کفلین و یا آمپی‌سیلین وریدی دریافت نموده و نوع بیهوشی IV بود. فردای روز عمل بیمار مرخص شد و به بیماران توصیه شد دو هفته بعد مراجعه کرده، ویزیت شده و اطلاعاتی مانند درد لگن، روزهای خونریزی، رضایت از روش درمان و برگشت به فعالیت روزانه در پرسشنامه ثبت شد. در صورت نرمال بودن علایم بالینی و معاینه، پیگیری و درمان خاتمه یافته قلمداد شد. در روش درمان انتظاری، به بیماران توصیه شد، تا دو هفته برای دفع خود به خود بقایای حاملگی صبر کنند و در صورت خونریزی، درد و دفع نسج به بیمارستان مراجعه کنند، در صورت ایجاد این علایم سونوگرافی از نظر کامل بودن سقط انجام شد. در صورت گزارش مشاهده نشدن بقایای حاملگی، بیماران دو هفته بعد، از نظر پیامدهای این روش بررسی و ویزیت شدند و اطلاعاتی از رضایتمندی، درد لگن، روزهای خونریزی، برگشت به فعالیت روزانه در پرسشنامه ثبت گردید. در افرادی که علایم بالینی و معاینه نرمال بود، درمان و پیگیری خاتمه یافته تلقی گردید. در افرادی که پس از سقط خود به خود بقایای حاملگی گزارش شد، درمان برحسب مورد انجام گردید. در بیمارانی که تا دو هفته، سقط خود به خود در آن‌ها ایجاد نگردید، روش درمانی مثل گروه جراحی انجام گردید.

پیگیری و احتمال نیاز به جراحی اورژانس برنامه‌ریزی نشده است. یکی از علل مهم پزشکان در انتخاب روش جراحی افزایش میزان عفونت در روش انتظاری است، ولی یک مطالعه‌ی بزرگ نشان می‌دهد، که میزان عفونت در روش انتظاری تا ۲ هفته فرقی باروش جراحی ندارد (۲). در بسیاری از مراکز معتبر درمانی، روش جراحی برای درمان سقط‌های ناکامل به کار می‌رود. در یک مطالعه رتروسپکتیو درمیشگان نشان داده شد که در مراکز درمانی در درمان انواع سقط‌ها بیشتر از روش‌های جراحی و در مراکز دانشگاهی بیشتر از روش‌های غیر جراحی استفاده می‌شود. این مطالعه نشان دهنده‌ی تفاوت روش‌های مختلف در مراکز مختلف در درمان سقط‌ها در کشورهای پیشرفته است. در این مطالعه نشان داده شد که تمایل بیماران در انتخاب روش درمان در نظر گرفته نمی‌شود (۳). با توجه به اینکه ۱۵ تا ۲۰ درصد از حاملگی‌ها در اوایل حاملگی سقط می‌شوند، و سقط شایع‌ترین عارضه‌ی دوران حاملگی بوده، هنوز درمان‌های مختلفی در مراکز گوناگون برای آن وجود دارد، لذا تصمیم گرفتیم که پیامدهای دو روش درمان جراحی و انتظاری در درمان سقط ناکامل را مقایسه کنیم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی ابتدا در بیمارستان ولیعصر انجام شد و پس از انتقال بخش زنان به بیمارستان موسوی در این بیمارستان پیگیری شد (از اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۷ تا دی‌ماه سال ۱۳۸۸). بیماران افرادی بودند که به علت خونریزی و حاملگی به درمانگاه زنان مراجعه و از روی علایم بالینی و سونوگرافی تشخیص سقط ناکامل داده شده بود. معاینه توسط متخصص زنان و سونوگرافی توسط متخصص رادیولوژی انجام شد.

شرایط ورود به مطالعه شامل: سن بیمار (۲۰ تا ۳۵ سال)، سن حاملگی (۱۲ هفته یا کمتر از روی LMP قابل اعتماد)، تعداد

یافته‌ها

۵۰ نفر در این مطالعه شرکت داشتند، (با در نظر گرفتن خروج ۲ نفر از مطالعه) ۲۳ نفر (۴۹ درصد) روش جراحی و ۲۵ نفر (۵۱ درصد) روش انتظاری را انتخاب کردند. در گروه جراحی که دو هفته پس از کورتاژ ویزیت شدند، ۷ نفر از درد لگن شکایت داشتند، ۸ نفر کار روزمره را شروع کرده بودند، در ۱۷ نفر خونریزی قطع شده بود. در این گروه ۶ نفر از انجام روش درمان خود رضایت داشتند و هیچکدام از بیماران نیاز به پیگیری بیش از ۲ هفته نداشتند. پاتولوژی در تمام بیماران وجود بقایای جفت را نشان داد.

در گروه انتظاری ۴ نفر به علت عدم دفع خود به خود پس از ۲ هفته بستری شده، کورتاژ شدند. ۲ نفر پس از دفع خود به خود، در سونوگرافی بقایای کمتر از یک و نیم سانتی‌متر داشتند، که در پیگیری‌های بعدی دفع کامل داشتند. در گروه

انتظاری ۱۹ نفر دفع خود به خود داشتند و سونوگرافی بقایای جفت را نشان نداد. دو هفته بعد این گروه ویزیت شدند. در این ویزیت، ۱۹ نفر کارهای روزمره خود را شروع کرده، ۹ نفر درد لگن داشتند، ۱۸ نفر از روش درمان رضایت داشتند، در ۶ نفر خونریزی به طور کامل قطع شده بود و تمام ۱۹ نفر به کار روزمره خود برگشته بودند.

نتایج بر طبق آزمون کای-اسکویر بررسی شدند و در مورد درد لگن آزمون فیشر انجام شد. این نتایج نشان داد که در روش انتظاری نسبت به روش جراحی رضایتمندی بیشتر و برگشت به فعالیت روزانه زودتر است. ولی مدت خونریزی گروه انتظاری بیشتر از گروه جراحی بوده، تعداد بیشتری نیاز به پیگیری بیش از دو هفته داشتند. از نظر درد لگن در دو گروه تفاوتی مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک افراد دو گروه

گروه جراحی (۲۳ نفر)	گروه انتظاری (۲۵ نفر)
انحراف از معیار $\pm$ میانگین	انحراف از معیار $\pm$ میانگین
سن بیمار	۲۷/۳ $\pm$ ۴/۵
اندازه‌ی بقایای حاملگی به سانتی‌متر	۲/۷۶ $\pm$ ۰/۷۱
سن حاملگی (هفته)	۸/۵۷ $\pm$ ۲/۰۶
تعداد حاملگی	۱/۸۳ $\pm$ ۰/۸۳
	۲۸/۲۴ $\pm$ ۴/۲
	۲/۹۸ $\pm$ ۰/۷۳
	۸/۹۲ $\pm$ ۱/۷۲
	۱/۷۲ $\pm$ ۰/۷۹

جدول ۲: مقایسه‌ی پیامدهای روش جراحی و انتظاری

P-value	گروه جراحی (۲۳ نفر)	گروه انتظاری (۲۵ نفر)
رضایتمندی	۶ (۲۶/۱٪)	۱۸ (۷۲٪)
برگشت به فعالیت روزانه	۸ (۳۴/۸٪)	۱۹ (۷۶٪)
قطع خونریزی	۱۷ (۷۳/۹٪)	۶ (۲۴٪)
درد لگن	۷ (۳۰/۴٪)	۹ (۳۶٪)
پی‌گیری بیشتر از دو هفته	۰ (۰٪)	۶ (۲۴٪)
		۰/۰۱۵
		۰/۰۰۴
		۰/۰۰۰۵
		۰/۶۸
		۰/۰۲

بحث

این مطالعه نشان داد که درمان انتظاری یک روش قابل قبول در درمان سقط ناقص در بیمارانی که تمایل به انتخاب آن داشته باشند و از نظر بالینی مشکلی نداشته باشد، مطالعات اخیر نشان می‌دهد، که روش انتظاری تا ۲ هفته به طور معمول موفق است (۴) و به خوبی توسط خانم‌ها تحمل می‌شود (۵). این روش به خصوص در بیمارانی که ترس از جراحی دارند یک آلترناتیو قابل قبول است. ۷۲ درصد از خانم‌ها معتقدند، که اگر با سقط روبرو شوند، درمان انتظاری را در مقابل درمان جراحی انتخاب خواهند کرد (۶). ولی در مطالعه‌ی دیگری خانم‌ها روش جراحی را ترجیح می‌دادند (۳). موفقیت روش درمان انتظاری در مطالعات مختلف، متفاوت است. این موفقیت در مطالعه‌ی ما ۷۶ درصد و مشابه نتایج مطالعات دیگر می‌باشد (۷)، ولی در برخی منابع میزان موفقیت تا ۹۶ درصد نیز گزارش شده (۸)، که این تفاوت‌ها به احتمال زیاد بستگی به نحوه‌ی انتخاب بیمار و معیارهای تشخیصی دارد. در مطالعه‌ی ما ۵۱ درصد بیمار و روش جراحی و ۴۹ درصد روش انتظاری را انتخاب کردند. رضایت از روش انتخاب شده دو هفته بعد از درمان در گروه جراحی ۲۶ درصد و رضایت از روش انتظاری ۷۲ درصد بوده است. در بیشتر مطالعات نیز رضایتمندی از روش انتظاری بیشتر از روش جراحی است.

در یک مطالعه در استرالیا میزان موفقیت روش انتظاری در انواع مختلف سقط مورد بررسی قرار گرفت. هدف این مطالعه بررسی موفقیت روش انتظاری در درمان سقط در عرض ۱۴ روز و بررسی "قانون ۲ هفته" بود. در این مطالعه به بیمارانی که تشخیص سقط سه ماهه‌ی اول حاملگی داشتند، روش انتظاری یا روش جراحی پیشنهاد شد، و بیمار و انتخاب بین این دو روش آزاد بودند. ۸۰ درصد بیمار و بین این دو روش، روش انتظاری را انتخاب کردند. بیمارانی که روش انتظاری را انتخاب کردند، هر هفته تا دو هفته

سونوگرافی می‌شدند. این گروه آزاد بودند در صورت تمایل روش درمانی خود را تغییر داده، روش جراحی را انتخاب کنند. پس از ۲ هفته در صورت عدم دفع خود به خود، به این بیماران توصیه شد که کورتاژ شوند، و اگر راضی به کورتاژ نبودند، یک هفته وقت اضافی به آن‌ها داده شد. میزان موفقیت روش انتظاری در افرادی که سقط ناقص داشتند، پس از ۲ هفته ۷۱ درصد بود. ولی در انواع دیگر سقط‌ها موفقیت این روش کمتر بود و نویسندگان مقاله نتیجه گرفتند که روش انتظاری بر اساس ۲ هفته صبر کردن یک انتخاب قابل قبول و بی‌خطر در درمان سقط‌ها است (۹). در یک مطالعه‌ی تصادفی در یک مرکز دانشگاهی در ناتی‌نگ‌هام (۱۰) تعداد ۳۵ بیمار با تشخیص سقط خود به خود به طور تصادفی به دو گروه ۱۹ نفره در درمان انتظاری و ۱۶ نفره در درمان جراحی تقسیم شدند. در این مطالعه افرادی که حاملگی زیر ۱۳ هفته داشتند و هموگلوبولین نرمال داشتند و از نظر همودینامیک ثابت بودند، و بقایای حاملگی زیر ۵ سانتی‌متر در سونوگرافی واژینال نشان داده بودند، بررسی شدند. در این مطالعه افراد هر دو گروه ۱ هفته، ۲ هفته و ۶ ماه بعد ویزیت شدند، و از نظر پیامد دو روش (روزهای خونریزی، درد، روزهای کسالت، رضایتمندی، برگشت به فعالیت روزانه، زمان برگشت قاعدگی، و حاملگی مجدد) باهم مقایسه شدند. روزهای خونریزی در گروه انتظاری طولانی‌تر و روزهایی که احساس کسالت داشتند، در گروه جراحی بیشتر بود. این نتایج مشابه مطالعه‌ی ما بود که روزهای خونریزی در گروه انتظاری بیشتر بود. احساس کسالت در گروه جراحی در این مطالعه طولانی‌تر بود. در مطالعه‌ی مانیز برگشت به کار روزانه در گروه جراحی دیرتر بود. در این مطالعه رضایتمندی در گروه انتظاری بیشتر از گروه جراحی بود، که این نتیجه مشابه نتایج گروه ما بود. در این مطالعه مثل مطالعه‌ی ما عارضه‌ی مهمی در دو گروه دیده نشد. در یک مرکز دانشگاهی در لیسبون

برای دفع خود به خود صبر کنند، این روش پیشنهاد شود (۱۱). به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر تمایل زیادی به درمان‌های دارویی و روش‌های محافظه کارانه در درمان انواع سقط‌ها ایجاد شده است. اما روش انتظاری فقط در افرادی که آگاهی کافی برای پیگیری دارند، قابل قبول می‌باشد. عوارض درازمدت روش انتظاری و کورتاژ مثل ایجاد چسبندگی‌های رحمی و اثر در ناباروری و یا اثر در پیش آگهی حاملگی‌های بعدی از جمله ایجاد عوارضی مثل جفت‌های سرراهی و آکره‌تا در مطالعات تصادفی مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند. در درمان انتظاری بیماران باید به مراکز اورژانس دسترسی داشته باشند، تا در صورت بروز عوارضی مثل خونریزی زیاد و عفونت بستری شده و در صورت لزوم درمان جراحی انجام شود.

نتیجه‌گیری

درمان سقط ناقص به روش انتظاری باعث کاهش مداخلات جراحی و عوارض آن به همراه رضایتمندی بیشتر بیماران می‌شود. ولی در انتخاب این روش نیاز به آگاهی و پیگیری بیمار و دسترسی بیمار به مراکز درمانی الزامی است. برای تعمیم نتایج فوق به تمام بیماران با سقط ناکامل اوایل حاملگی، به مطالعات بیشتری نیاز داریم.

پرتغال برای بررسی تاثیر و مقبولیت روش درمان انتظاری در درمان سقط ناکامل سه ماهه‌ی اول حاملگی، مطالعه‌ای انجام شد. در این بررسی ۹۶ خانم که تشخیص سقط ناکامل در سه ماهه اول حاملگی داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۰ نفر از بیماران سقط ناکامل خود به خود و ۶۶ نفر به دنبال استفاده از میزوپروسترول (جهت درمان طبی و یا سقط داوطلبانه) سقط ناکامل داشتند. بیماران هر هفته سونوگرافی شدند. اطلاعات از نظر دفع خود به خود، طول مدت خونریزی، مدت زمان دفع خود به خود، درد لگن، میزان عفونت، رضایتمندی، و تعداد ویزیت‌های برنامه‌ریزی نشده، ثبت شد. میزان دفع خودبه خود پس از ۲ هفته در هر دو گروه بیش از ۸۰ درصد و پس از یک ماه ۱۰۰ درصد بود. میزان رضایتمندی در هر دو گروه ۱۰۰ درصد بود. در این مطالعه میزان رضایتمندی از روش انتظاری بیشتر از مطالعه‌ی ما بود که شاید منعکس کننده‌ی رضایت بیشتر بیماران از سیستم درمانی در آن مراکز باشد. در این مطالعه در هیچ‌کدام از بیماران عوارضی مثل عفونت لگن و آنمی دیده نشد. نویسندگان مقاله توصیه کردند که خانم‌هایی که سقط ناقص دارند، در انتخاب روش درمان خود آزاد باشند، و به تمام افرادی که سقط ناقص دارند، و از نظر بالینی وضعیت ثابت داشته و عفونت نداشته باشند، و بتوانند

References

- 1- You JHS, Chung TKH. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. *Hum Reprod.* 2005; 20: 2873-8.
- 2- Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Result of randomized controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ.* 2006; 332: 1235-40.
- 3- Petrou S, McIntosh E. Woman's preferences for attributes of first-trimester miscarriage management: a stated preference discrete-choice experiment. *Value Health.* 2009; 12: 551-9.
- 4- Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician.* 2005; 72: 1243-50.
- 5- El-sayed MM, Mohamed SA, Jones MH. Expectant management of first trimester miscarriage. *J Obstet Gynaecol.* 2009; 29: 681-5.

- 6- Harris LH, Dalton VK, Johnson TR. Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J of Obstet Gynaecol.* 2007; 196: 445.e1-5.
- 7- Nielsen S, Hahlin M, Platz-Christensen J. Randomised trial comparing expectant with medical management for first trimester miscarriages. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106: 804-7.
- 8- Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Costa MA, Montenegro N. How should success be defined when attempting medical resolution of first-trimester missed abortion? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 118: 71-6.
- 9- Casikar I, Bignardi T, Reimke J, Alhamdan D, Condous G. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 35: 223-7.
- 10- Chipchase J, James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 840-1.
- 11- Pauleta JR, Clode N, Graca LM. Expectant management of incomplete abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 106: 35-8.

Outcome of Conservative and Surgical Methods in the Management of Early Incomplete Abortions

Tadayon P¹, Molaie B¹, Mazloomzadeh S²

¹Dept. of Obstetric and Gynaecology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran

²School of Medicine, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Tadayon P, Dept. of Obstetric and Gynaecology, School of Medicine, Zanjan University of Medical Science, Zanjan, Iran

E-mail: tadayon@zums.ac.ir

Received: 13 Mar 2010 **Accepted:** 29 Dec 2010

Background and Objective: Abortions are the most common complications of pregnancy. This study was conducted to figure out primary outcomes of surgical and conservative management of incomplete abortions in early pregnancy.

Materials and Methods: This study was carried out in Mousavi and Vali Asr hospitals of Zanjan in 2008-2009. 48 women with incomplete abortions were divided into two groups based on their own preferences: conservative management (n=25) and surgical management (n=23). In the conservative group, the patients were granted with a two-week interval for spontaneous resolution and then a sonography was performed. In the surgical group curettage was done and after two weeks patients were visited. In both groups, we compared satisfaction, time taken to do normal activities, bleeding days, pelvic pain and the need for follow up care after two weeks.

Results: In the conservative group, spontaneous resolution occurred in 19 patients (76%) after two weeks. In this group satisfaction was higher and time taken to return to the normal activities was shorter than the surgical group, but bleeding days was longer in the conservative group and more patients needed follow up care after 2 weeks. There was no significant difference in pelvic pain between two groups.

Conclusion: Conservative management is a superior alternative method in the management of incomplete abortions in early pregnancy. However, further researches are necessary in order to attribute these results to all patients.

Keywords: Abortion, conservative management, surgical management