

مقایسه اثر تجویز شیاف پروژسترون با سالبوتامول بر کاهش زایمان زودرس در زنان در معرض خطر

محبوبه زنگوئی^۱، ملیحه زنگوئی^۲، مریم تولیت^۳

^۱ متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۲ متخصص بیهوشی دارای برد تخصصی بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۳ کارشناس ارشد پرستاری عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی بیرجند

نشانی نویسنده مسؤول: بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، گروه پرستاری - مامایی، مریم تولیت

E-mail: tolyatm@yahoo.com

وصول: ۹۲/۷/۲۴، اصلاح: ۹۲/۹/۸، پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: زایمان زودرس، مهم‌ترین عامل مرگ نوزاد در ۲۸ روز اول زندگی در سراسر دنیاست. یک راه‌کار درمانی مناسب، می‌تواند منجر به طولانی‌تر شدن مدت بارداری، تکامل سیستم‌های مختلف بدن نوزاد و در نهایت، تحویل نوزادی سالم به اجتماع شود. هنوز تأثیر داروهای نگهدارنده‌ی زایمان زودرس؛ مورد توافق همگانی نیست. از طرفی دیگر، با توجه به عوارض زایمان زودرس و همچنین با توجه به این نکته که توافق نظری در مورد استفاده از داروهای مختلف در درمان زایمان زودرس وجود ندارد، تصمیم‌گیری برای درمان امری تجربی می‌باشد. لذا، هدف از مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی اثر شیاف پروژسترون و سالبوتامول بر کاهش زایمان زودرس در زنان در معرض خطر می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی تصادفی، ۵۶ زن باردار در معرض خطر زایمان زودرس که در طی سال‌های ۸۷ تا ۸۸ به درمانگاه زنان بیمارستان ولی عصر بیرجند مراجعه کرده و بین ۲۶ تا ۳۴ هفته‌ی بارداری قرار داشته‌اند، به روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی، در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفته‌شده‌اند. در گروه اول، شیاف پروژسترون ۲۰۰ میلی گرم (رکتال) به‌صورت یک روز در میان تا پایان هفته‌ی ۳۴ حاملگی و در گروه دوم، سالبوتامول تا پایان هفته‌ی ۳۴ حاملگی تجویز شده‌است. پس از پیگیری دو گروه و ثبت تاریخ زایمان بیماران، داده‌های به‌دست‌آمده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ وارد شده و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو و تی تست، تجزیه و تحلیل و نتایج در سطح معنادار ۰/۰۵ درصد گزارش شده‌اند.

یافته‌ها: میانگین سن جنینی در هنگام زایمان در گروه دریافت‌کننده‌ی پروژسترون $1/3 \pm 37/7$ هفته و در گروه دریافت‌کننده‌ی سالبوتامول $2/1 \pm 36/9$ هفته بوده و اختلاف معنادار وجود نداشته‌است ($P=0/18$). میانگین مدت باقی ماندن جنین در رحم، به‌دنبال اقدام درمانی در گروه دریافت‌کننده پروژسترون $1/8 \pm 12/5$ هفته و در گروه دریافت‌کننده سالبوتامول $2/3 \pm 11/7$ هفته بوده و از لحاظ آماری، معنادار نبوده‌است ($P=0/18$).

نتیجه‌گیری: اطلاعات حاصل از این پژوهش، نشان‌دهنده‌ی آن است که به‌طور متوسط، دو رژیم درمانی پروژسترون و سالبوتامول، به‌ترتیب به میزان $12/5$ هفته و $11/7$ هفته توانسته‌اند حاملگی را حفظ نمایند. نتایج بیانگر آن است که رژیم درمانی پروژسترون در مقایسه با رژیم سالبوتامول، توانسته است به‌طور میانگین $0/8$ هفته بیشتر مدت ماندگاری حاملگی را افزایش دهد، هرچند این اختلاف از نظر آماری معنادار نبوده‌است.

واژه‌های کلیدی: شیاف پروژسترون، زایمان زودرس، زنان در معرض خطر، سالبوتامول، داروی بتامیمیتیک.

مقدمه

هنوز تأثیر داروهای نگهدارنده‌ی زایمان زودرس، مورد توافق همگانی نیست و این مسأله محدود به استفاده از داروی خاصی نمی‌باشد. از طرفی دیگر، با توجه به عوارض زایمان زودرس و همچنین با توجه به این‌که، توافق نظری در مورد استفاده از داروهای مختلف در درمان پره ترم لیبر وجود ندارد و تصمیم‌گیری برای درمان امری تجربی می‌باشد (۱۲)، لذا شایسته‌است تحقیقات لازمی در این زمینه صورت بگیرد تا ضمن تشخیص زایمان زودرس، هم درمان مناسبی جهت بیماران انجام شود و هم علاوه بر طولانی‌تر شدن مدت بارداری، سیستم‌های مختلف بدن نوزاد نیز تکامل یافته، نوزادی سالم تحویل اجتماع گردد. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثر تجویز دو رژیم درمانی شیاف پروژسترون و بتامیمتیک بر کاهش زایمان زودرس، انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه، کارآزمایی بالینی تصادفی شده بوده و جامعه‌ی مورد نظر، کلیه‌ی خانم‌های بارداری بوده‌اند که در طی سال‌های ۸۷ تا ۸۸ به خاطر داشتن عوامل خطر زایمان زودرس، به درمانگاه زنان بیمارستان ولی عصر بیرجند مراجعه کرده‌اند. بیماران واجد شرایط، پس از ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شده‌اند. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی محاسبه و ۵۰ نفر در نظر گرفته شده که این تعداد، به‌طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم‌گرفته‌اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: نارسایی سرویکس، سابقه‌ی زایمان زودرس، ناهنجاری رحم و معیارهای خروج از مطالعه: ناهنجاری جنینی، پره اکلامپسی، حساسیت به پروژسترون و حساسیت به داروی بتامیمتیک بوده‌است. در این مطالعه، پس از تصویب کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ابتداء شرایط ورود به مطالعه به‌طور کامل برای تمامی شرکت‌کنندگان توضیح و در صورت رضایت به شرکت در

زایمان زودرس، به تولد قبل از هفته‌ی ۳۷ حاملگی اطلاق می‌شود که شیوع آن از ۵ تا ۱۵٪ متغیر است (۱،۲). به‌طوری‌که در کشورهای توسعه یافته، ۶ تا ۱۲ درصد و در کشورهای در حال توسعه، شیوع بیشتری دارد (۳). این عارضه، یکی از مسائل مهم در زنان و مائمی و همچنین طب کودکان است. زیرا نوزادان زودرس، استعداد فراوانی در ابتلاء به عوارض سخت و مرگ را دارند (۴). علی‌رغم پیشرفت‌های زیاد در درمان زایمان زودرس، شیوع آن در طول دو دهه‌ی اخیر کاهش پیدا نکرده‌است (۵). از طرفی، نگهداری نوزادان نارس، هزینه‌ی هنگفتی را به جامعه تحمیل می‌نماید و علاوه بر این، عوارض ناشی از آن در آینده نیز همچنان گریبانگیر نوزاد خواهد بود (۶). درباره‌ی اهمیت زایمان زودرس، همین بس که مهم‌ترین عامل مرگ نوزاد در عرض ۲۸ روز اول زندگی در سراسر دنیا است (۷). در حال حاضر، در درمان زایمان زودرس داروهای متعددی به عنوان توکل‌تیک جهت سرکوب فعالیت رحم به‌کار می‌روند که از آن میان، می‌توان از بتامیمتیک‌ها، سولفات منیزیم، مسدودکننده‌های کانال کلسیم و ضد پروستاگلاندین‌ها (ایندومتاسین) نام برد (۸). از سال ۱۹۶۰، آلفا هیدروکسی پروستروژن، برای ارزیابی ایمنی و مؤثر بودن در جلوگیری از زایمان زودرس مورد مطالعه قرار گرفته‌است. بررسی‌های اخیر نشان داده که ترکیبات پروژسترون، زایمان زودرس را در خانم‌هایی که سابقه‌ی زایمان زودرس داشته‌اند، کاهش می‌دهد (۹). مطالعات نشان داده که آلفا هیدروکسی پروستروژن، قادر به کاهش زایمان زودرس در خانم‌های دو قلو نمی‌باشد. هر چند مطالعات نشان داده که استفاده از پروژسترون در سه ماهه‌ی دوم حاملگی، خطر بسیار پایینی برای بروز عوارض تراتوژنیک دارد، اما ترس از عضلانی شدن جنین مؤثرت در مورد پروژسترون‌ها، به‌خصوص آنهایی که دارای اثرات آندروژنیک می‌باشند، وجود دارد (۱۰، ۱۱).

پژوهش، رضایت کتبی از بیماران گرفته شده است. برای هر یک از بیماران، پرسش نامه‌ای شامل سن مادر، تحصیلات، شغل، گراویته، سابقه سقط و غیره تکمیل گردیده است. در اولین مراجعه ترشحات واژینال، نخست بیماران از نظر تریکومونا، گاردنلا، استریپتوکوک و گنوره بررسی و در صورت نیاز، درمان شده‌اند. در گروه مورد، شیاف پروژسترون ۲۰۰ میلی گرم (رکتال) به صورت یک روز در میان تا پایان هفته‌ی ۳۴ حاملگی و در گروه شاهد، داروهای بتا میمیتیک {سالبوتامول} (شربت ۵ سی سی یا قرص ۲ میلی گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت) تا پایان هفته‌ی ۳۴ حاملگی تجویز شده است. بیماران، درمان را به صورت سرپایی و در منزل ادامه داده و فقط برای چکاپ حاملگی و کنترل انقباضات (هر ۲ هفته یکبار) مراجعه کرده‌اند. پس از پیگیری دو گروه و ثبت تاریخ زایمان بیماران، داده‌های به دست آمده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ وارد و با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو و تی تست تجزیه و تحلیل شده و نتایج در سطح معناداری ۰/۰۵ درصد گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه مورد $27 \pm 3/4$ سال و در گروه شاهد $28/1 \pm 4/7$ سال بوده که بر اساس نتیجه آزمون تی، تفاوت معناداری در میانگین سنی دو گروه مشاهده نگردیده است ($P=0/4$). در این مطالعه، در گروه مورد، $28/7$ (نفر) وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم داشته و میانگین وزن در گروه مورد 63 ± 7 کیلوگرم بوده است. در گروه شاهد، $20/5$ (نفر) وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم داشته و میانگین وزن در گروه مورد 65 ± 6 کیلوگرم بوده است. بر اساس آزمون تی، تفاوت معناداری در میانگین وزن دو گروه مشاهده نشده است ($P=0/66$). از ۲۵ بیمار مورد مطالعه در گروه مورد، $36/9$ (نفر) دارای گراوید ۱ و $64/16$ (نفر) دارای گراوید ۲ و یا بیشتر بوده‌اند. در گروه شاهد نیز، نتایج به همین صورت بوده که بر اساس آزمون آماری کای

دو، اختلاف معناداری از نظر آماری مشاهده نگردیده است ($P=1$). در گروه مورد، $24/6$ (نفر) دارای تحصیلاتی در سطح بیسواد و ابتدایی، $44/11$ (نفر) راهنمایی و متوسطه و $32/8$ (نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی و در گروه شاهد، $16/4$ (نفر) دارای تحصیلاتی در سطح بیسواد و ابتدایی، $52/13$ (نفر) راهنمایی و متوسطه و $32/8$ (نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند. آزمون کای دو، اختلاف معناداری در سطح تحصیلات دو گروه مورد و شاهد نشان نداده است ($P=0/75$). در گروه مورد، ۱۷ بیمار، خانه دار ($68/7$) و ۸ بیمار، شاغل بوده‌اند ($32/7$). در مقابل، در گروه شاهد، ۱۸ بیمار، خانه دار ($72/7$) و ۷ بیمار، شاغل بوده‌اند ($28/7$) که بر اساس آزمون آماری کای دو، اختلاف معناداری در وضعیت شغلی در دو گروه مورد و شاهد مشاهده نشده است ($P=0/75$). در این مطالعه، بیشترین علت ورود به مطالعه، نارسایی سرویکس در گروه مورد با فراوانی ۱۳ نفر (52 درصد) و در گروه شاهد نیز ۱۵ نفر (60 درصد) بوده است (جدول ۱). بررسی زایمان قبل از هفته‌ی ۳۷ حاملگی در هر دو گروه، نشان داده که گروه مورد، ۱۹ نفر (76 درصد) بدون زایمان زودرس و ۶ نفر (24 درصد) با زایمان زودرس و گروه شاهد، ۱۷ نفر (68 درصد) بدون زایمان زودرس و ۸ نفر (32 درصد) با زایمان زودرس داشته‌اند که بر اساس نتیجه آزمون کای دو، اختلاف بین دو گروه معنادار نبوده است ($P=0/52$).

در این مطالعه در گروه مورد، ۲ بیمار قبل از هفته‌ی ۳۴ بارداری ($8/4$)، ۴ بیمار بین هفته‌ی ۳۴ تا ۳۷ بارداری ($16/1$) و ۱۹ بیمار بعد از هفته ۳۷ بارداری وضع حمل کرده‌اند ($76/7$). در گروه شاهد نیز، ۴ بیمار قبل از هفته‌ی ۳۴ بارداری ($16/1$)، ۴ بیمار بین هفته‌ی ۳۴ تا ۳۷ بارداری ($16/1$) و ۱۷ بیمار بعد از هفته‌ی ۳۷ بارداری وضع حمل کرده‌اند ($68/7$) (جدول شماره‌ی ۲). میانگین سن جنینی در هنگام زایمان در گروه شاهد، $36/9 \pm 2/1$ هفته و میانگین سن زایمان در گروه مورد، $37/7 \pm 1/3$ هفته بوده-

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی علل ورود بیماران به مطالعه در گروه شاهد و مورد

علل ورود	گروه مورد مطالعه		گروه شاهد		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
نارسایی سرویکس	۱۳	۵۲٪	۱۵	۶۰٪	۲۸
سابقه پره ترم	۵	۲۰٪	۵	۲۰٪	۱۰
ناهنجاری رحم	۳	۱۲٪	۲	۸٪	۵
بستری در بخش	۴	۱۶٪	۳	۱۲٪	۷
جمع	۲۵	۱۰۰٪	۲۵	۱۰۰٪	۵۰

جدول ۲: مقایسه فراوانی زمان زایمان در گروه شاهد و مورد

مقدار p	گروه مورد		گروه شاهد		زمان زایمان
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
	۲	۸٪	۴	۱۶٪	قبل از هفته ۳۴
۰/۵۲	۴	۱۶٪	۴	۱۶٪	بین هفته ۳۴ تا ۳۷
	۱۹	۷۶٪	۱۷	۶۸٪	بعد از هفته ۳۷

جدول ۳: مقایسه میانگین سن جنینی و مدت باقی ماندن جنین در رحم در گروه شاهد و مورد

مقدار p	گروه مورد		گروه شاهد		شاخص آماری
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
	۳۷/۷ ± ۱/۳	سن جنینی	۳۶/۹ ± ۲/۱	۰/۱۸	
	۱۲/۵ ± ۱/۸	مدت باقی ماندن جنین	۱۱/۷ ± ۲/۳	۰/۱۸	

غیرآلیکس (۵ مورد در مقابل ۲ مورد، ۵۰٪ در مقابل ۲۸/۵۶٪)، Ecoli (۲ مورد در مقابل ۰ مورد، ۲۰٪ در مقابل ۰٪)، کوکسی گرم مثبت (۱ مورد در مقابل ۱ مورد، ۱۰٪ در مقابل ۱۴/۲۸٪)، کلبسیلا (۱ مورد در مقابل ۰ مورد، ۱۰٪ در مقابل ۰٪)، استاف کوآگولاز مثبت (۰ مورد در مقابل ۱ مورد، ۰٪ در مقابل ۱۴/۲۸٪)، استرپتوکوک بتا همولیتیک گروه A (۰ مورد در مقابل ۱ مورد، ۰٪ در مقابل ۱۴/۲۸٪).

بحث

با وجود انجام مطالعات بالینی گسترده در زمینه زایمان زودرس و پیشرفت‌های زیادی که در علم مامایی ایجاد شده، هنوز ارائه‌ی بهترین درمان مورد بحث است. متأسفانه طی دو دهه‌ی اخیر، هیچ‌گونه پیشرفتی در جهت کاهش میزان زایمان زودرس رخ نداده است (۱۳). هز چند مطالعات مختلفی در زمینه‌ی

است. نتیجه‌ی آزمون تی، اختلاف معناداری در میانگین سن زایمان در دو گروه نشان نداده است (P=۰/۱۸). در گروه مورد، میانگین مدت باقی ماندن جنین در رحم به دنبال اقدام درمانی ۱۱/۸ ± ۱۲/۵ هفته بوده که این زمان در گروه شاهد ۲/۳ ± ۱۱/۷ هفته بوده که براساس آزمون تی، اختلاف معنادار وجود نداشته است (P=۰/۱۸). (جدول شماره ۳) در مقابل ۸ بیمار گروه شاهد (۳۲٪)، در گروه مورد، ۶ بیمار زایمان قبل از هفته‌ی ۳۷ بارداری (زایمان زودرس) داشته‌اند (۲۴٪) که بر اساس آزمون آماری کای دو، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبوده است (P=۰/۵۲). ۴۰٪ بیماران در گروه مورد و ۲۸٪ در گروه شاهد، دارای نتیجه‌ی کشت مثبت بوده‌اند که بر اساس آزمون آماری کای دو، این اختلاف معنادار نبوده است (LP=0/48). ارگانوسم‌های یافت‌شده در کشت ترشحات واژینال بیماران در دو گروه مورد و شاهد، به ترتیب عبارت بوده‌اند از: کاندیدا آلیکس (۱ مورد در مقابل ۲ مورد، ۱۰٪ در مقابل ۲۸/۵۶٪) کاندیدا

±۲۷ سال و در گروه شاهد ۲۸/۱±۴/۷ سال بود که با مطالعه خادم در مشهد هم خوانی دارد اما مطالعات برنا ۳۶/۷±۱/۵ و مطالعه محتشم ۲/۱±۳۸/۶ سال گزارش شد که با مطالعه ما هم خوانی ندارد (۱۳، ۱۶).

دوز پروژسترون استفاده شده در مطالعات مختلف جهت کنترل زایمان زودرس متفاوت بوده است. برنا در مطالعه‌اش از شیاف پروژسترون ۴۰۰mg، محتشم شیاف ۱۰۰ و خادم از آمپول پروژسترون ۲۵۰ عضلانی به صورت هفتگی استفاده کرده‌اند که به نظر می‌رسد حداقل پروژسترون استفاده شده نیز در کاهش زایمان زودرس، مؤثر است و نیازی به استفاده از دوز بالای پروژسترون نمی‌باشد. چرا که در تمام این مطالعات، نتایج مشابهی مبنی بر این که، میانگین سن جنینی در هنگام زایمان در مطالعه‌ی برنا ۱۷/۹±۳۶/۱ و در مطالعه‌ی محتشم ۳/۵±۳۵/۸ و در مطالعه‌ی ما ۱/۳±۳۷/۷ به دست آمده است.

کوینبای سادرن و همکارانش در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در کانادا که به منظور بررسی اثرات پروفیلاکتیک بتامیمتیک‌های خوراکی در پیشگیری از زایمان زودرس انجام داده، به این نتیجه رسیده‌اند که توکولیتیک‌ها به‌ویژه بتامیمتیک‌ها (سالبوتامول) و ایندومتاسین، مدت بارداری را طولانی می‌کنند و دارای اثرات سوئی در زنان در معرض خطر زایمان زودرس نیز نیستند (۱۷).

چنانکه گفته شد، اگرچه مکانیسم اثر پروژسترون در طولانی شدن حاملگی کاملاً شناخته شده نیست، اما با توجه به مطالعاتی که تاکنون در این زمینه صورت گرفته، پروژسترون باعث شل شدن عضلات صاف میومتر، مهار اثر اکسی توسین و مهار تشکیل اتصالات بین سلول‌های میومتر رحم می‌شود که برای هماهنگی عضلات رحمی که منجر به زایمان می‌گردند، ضروری است (۱۸).

آنچه از این مطالعه حاصل آمده، آن است که به‌طور نسبی رژیم درمانی پروژسترون، بهتر از سالبوتامول توانسته است در نگهداری حاملگی عمل کند. اگرچه این

تأثیر رژیم‌های درمانی پروژسترون و سالبوتامول بر روی زایمان زودرس انجام شده، ولی تاکنون در هیچ‌کدام از این پژوهش‌ها، اثر این دو رژیم بایکدیگر مقایسه نشده است.

در مطالعه‌ی حاضر، مقایسه‌ی دو رژیم درمانی پروژسترون و سالبوتامول در پیشگیری از زایمان زودرس در زنان در معرض خطر انجام شده است. اطلاعات حاصل از این پژوهش، نشان داده که به‌طور متوسط، دو رژیم درمانی پروژسترون و سالبوتامول، به ترتیب به میزان ۱۲/۵ هفته و ۱۱/۷ هفته، توانسته‌اند حاملگی را حفظ نمایند. رژیم درمانی پروژسترون در مقایسه با رژیم سالبوتامول، توانسته است به‌طور میانگین ۰/۸ هفته مدت ماندگاری حاملگی را بیشتر افزایش دهد، هرچند این اختلاف از نظر آماری معنادار نبوده است.

به عنوان مثال: فونسکا در سال ۲۰۰۳، در مطالعه‌ای در آمریکا نشان داده جهت پیشگیری از زایمان زودرس در اواسط حاملگی، تجویز شیاف پروژسترون، میزان عود را در خانم‌های با سابقه‌ی زایمان زودرس، نصف کرده است. فونسکا اعتقاد داشته که استفاده از شیاف پروژسترون واژینال که روزانه بین هفته‌های ۲۴ تا ۳۴ حاملگی به کار می‌رود، در خانم‌های دارای سابقه‌ی زایمان زودرس قبل از ۳۷ هفته‌ی و سابقه‌ی سرکلار سرویکس و یا آنومالی رحمی ضروری است (۱۴).

در مطالعه‌ی وایت و فرانکو در انگلستان، دادن پروژسترون در حاملگی دوقلویی برای کاهش میزان زایمان زودرس با شکست مواجه شده است (۱۵). گفتنی است در مطالعه‌ی حاضر نیز حاملگی‌های چندقلویی، جزء معیارهای خروج از مطالعه محسوب شده‌اند. اما پاسخ این سوال که چرا پروژسترون در خانم‌هایی با حاملگی تک قلو و سابقه‌ی زایمان زودرس قبلی مؤثر، اما در خانم‌های با بارداری دوقلو بی‌تاثیر است، ممکن است با شناخته شدن بهتر مکانیسم زمینه‌ای زایمان زودرس و عملکرد پروژسترون داده شود (۱۶).

میانگین سن حاملگی در مطالعه حاضر در گروه مورد ۳/۴

نوزادی انجام شود تا بتواند در نهایت برتری هر کدام از رژیم‌های درمانی مورد استفاده در این مطالعه را در پیشگیری از زایمان زودرس به درستی نشان دهد.

اختلاف از نظر آماری، معنادار نبوده، لیکن انجام مطالعه‌ای با حجم نمونه‌ی بیشتر، ممکن است بتواند این اختلاف را معنادار نشان بدهد. همچنین لازم است مقایسه‌ای در رابطه با اثرات هر کدام از رژیم‌های مذکور بر پیامدهای

References

- Gonzalez R. Parenteral Administration of Progesterone for Preventing Preterm Birth: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization; 2008
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics, 21st edition; New York: MC Graw-Hill, 2001.
- Saghafi N, Khadem N, Mohajeri T, Shakeri M. Efficacy of 17 α -Hydroxyprogesterone Caproate in Prevention Preterm Delivery. J Obstet Gynecol Res. 2011; 37(10): 1342-5.
- Hopkins J. Manual of Gynecology and obstetrics; preterm labour. Philadelphia: Lippincott, 1999: 51-60.
- Guvenal T, Kantas E, Erselcan T, Culhaoglu Y, Cetin A. Beta human chorionic gonadotropin and prolactin assays in cervicovaginal secretions as a predictor of preterm delivery. Int J Gynecol obstet. 2001; 75(3): 229-34.
- Hoyert DL, Mathews TJ, Menacker F, Strobino DM, Guyer B. Annual Summary of Vital Statistics: 2004. Pediatrics. 2006; 117: 168-83.
- Pillitteri A. Maternal – child health nurse Leadership Academy. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 5th ed. 2007: 763-7.
- Jongen VH, van Roosmalen J. Complications of cervical cerclage in rural areas. Int J Gynecol obstet. 1997; 57(1): 23-6.
- Mizrahi M, Furman B, Shoham – Vardi I, Vardi H, Maymon E, Mazor M. perinatal outcome and peripartum complications in preterm singleton and twins deliveries: a comparative study. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol, 1999; 87 (1): 55-61.
- Dudás I, Gidai J, Czeizel AE. Population-based case-control teratogenic study of hydroxyprogesterone treatment during pregnancy. Congenit Anom (Kyoto). 2006; 46(4): 194-8.
- Bahadori F, Borna S, Shakouie nejad S, Sahabi N. Progesterone and the latency period: threatened preterm labor. Tehran University Medical Journal 2008; 66(3): 208-13. [Persian]
- D'ercole C, Bretelle F, shojai R, Desbriere R, Boubli L. Tocolysis: indications and contraindications. When to start and when to stop. J Gynecol obstet Biol Reprod (Paris). 2002; 31 (7S UPPL): 5584-95.
- Saghafi N, Khadem N, Mohajeri T, Shakeri M, Amini M. Efficacy of 17 α -Hydroxyprogesterone Caproate in Preterm Delivery Prevention. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2011; 14(2): 28-33.
- da Fonseca EB, Bittar RE, Carvalho MH, Zugaib M. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk; a randomized placebo-controlled double-blind study. Am J Obstet Gynecol. 2003 Feb; 188(2): 419-24.
- Akbari S, Birjandi M, Mohtasham N. Evaluation of the effect of progesterone on prevention of preterm delivery and its complications. SJKU. 2009; 14 (3) : 11-9. [Persian]
- DeFranco EA, O'Brien JM, Adair CD, Lewis DF, Hall DR, Fusey S, Soma-pillay P, Poter K, Schakis R, et al. Vaginal progesterone is associated with a decrease in risk for early preterm birth and improved neonatal outcome in women with a short cervix; a secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 ; 30(5): 697-705.
- Whitworth M, Quenby S. Prophylactic oral betamimetics for preventing preterm labour in singleton Pregnancies. Cochrane Database Syst Rev. 2008.
- March of Dimes Foundation. Effectiveness of progesterone in reducing preterm birth may be altered by genetic predisposition. Science daily [Access time 2009 Feb.7]: Available from: URL: <http://www.sciencedaily. Com/releases/2009/01/090130084153.htm>.

Comparison the effects of Progesterone suppository with Salbotamol on reduction preterm birth risk

Mahboobeh Zangoie

Department of obstetrics & gynecology, Birjand University of Medical Science

Malihe Zangoie

Anaesthetist, Birjand University of Medical Science

Maryam Tolyat

Birjand University of Medical Science

Received:16/10/2013, Revised:29/11/2013, Accepted:01/01/2014

Corresponding authors:

Maryam Tolyat, Birjand
University of Medical Science,
Email: tolyatm@yahoo.com

Abstract

Introduction and objective: preterm labor is the most important cause of neonatal mortality in the first 28 days of life in the world. Usin an appropraite theraphutic stratgy can lead to longer pregnancy duration, more evolution of neonate's organs and bearing a healthy neonate. The effects of drugs to prevent pre-term labor is still controversial. On the other hand making decision about treatment is based on practical experiences due to detrimental impacts of pre-term labor and lack of general agreement on using drugs. The purpose of this study was to compare the effect of Progesterone with Salbotamol on reduceing the risk of preterm birth.

Methods: In this randomized clinical trial study, 56 high-risk pregnant women who were between 26 and 34 weeks of gestation were selected via convenience sampling method, and were allocated to progesterone or salbotamol according to a randomized number table.

In the case group Progesterone supp was administrated every 2days until the end of 34 week of pregnancy. In the control group was administrated salbotamol until the end of 34 week of pregnancy. After the following two groups and recording the time of delivery, data were analyzed in SPSS software(11.5) by means of student test and Chi square tests.

Results: the mean score of gestational age at the time of delivery in the progesterone group was $37/7 \pm 1/3$ weeks and in the salbotamol one was $36/9 \pm 2/1$ weeks and there was no significant differenc between them ($P=0.18$).ferthermore,the mean length of continuation of pregnancy in progesterone and salbutamol groups were 12.5 ± 1.8 weeks and 11.7 ± 3.2 weeks, respectively which were not significant statistically. ($P = 0.18$).

Conclusion: According to the findings, two regimens of progesterone and salbutamol have been able to maintain pregnancy 12.5 and 11.7weeks, respectively.

The results indicate that progesterone treatment comparing to salbutamol may increase remaining pregnancy 8.0 weeks in average however this difference was not statistically significant.

Keywords: Progesterone suppository, preterm birth, women at increased risk, salbotamol, Betamimetics drugs