การเปรียบเทียบประสิทธิผลการซักการเจ็บครรภ์ของการใช้ misoprostol ทางช่องคลอด กับการกินในการซักการเจ็บครรภ์ในครรภ์

สมคิด สุภัยลิ้น
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช์อนันท 17 ต.แสงที่มง ศุภารมณ์

บทคัดย่อ การศึกษาด้วยวิธีแบบ randomized controlled นั้นเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการซักการเจ็บครรภ์ของการใช้ misoprostol ขนาด 50 ไมโครกรัม เน้นทางช่องคลอด กับกินยาขนาด 100 ไมโครกรัม โดยสุ่มศึกษากับครรภ์รายละจำแนกวันละ 150 ราย ได้แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่ม A 75 ราย โดยกลุ่มที่ใช้มิโซโปรสตอลขนาด 50 ไมโครกรัม ทุก 6 ชม. และกลุ่มที่กิน misoprostol ขนาด 100 ไมโครกรัม ทุก 6 ชม. ในแต่ละกรณี (ผลลัพธ์หลังวันที่ 3 ถึงวันที่ 10 นับหลัง) โดยใช้ไม่กิน 6 ชม. หลังจากนั้นจะเริ่มเก็บข้อมูล และให้oxytocin ตามขั้นตอนทางดุษฎีการสตรัสทางคลอด โดยดูอาการจากการศึกษาหลักคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มให้ยาจนคลอด วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย unpaired student’s t-test, Fisher’s exact test และโอกาสที่ พบกำลังจะทำให้ระยะห่างกันของผู้ที่มีลักษณะและไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาในการซักการคลอดที่ยาวงำวันที่ใช้มิโซโปรสตอลมากกว่ากลุ่มที่ใช้มิโซโปรสตอลเมื่อนำค่าส่วนต่างกันคิดเปรียบเทียบ (0.00% เทียบกับ 92.00%) และระยะเวลาคลอดภายใน 24 ชม. (62.67% เทียบกับ 37.33%) ในกลุ่มนั้นทำให้ช่องคลอดยาวกว่ากลุ่มที่ใช้มิโซโปรสตอลไม่วิศวศาสตร์คงที่ในเรื่องของอัตราการใช้ oxytocin ช่วยลดการคลอด วิธีการคลอด อัตราความเสี่ยงต่ำเกินคลอด อัตราการคลอดหลังคลอด และไม่พบการ Hyperstimulation ในระดับกลุ่ม พบเพียงการหัว tachysystole ในกลุ่มนั้นทำให้ช่องคลอดยาวกว่ากลุ่มที่ใช้มิโซโปรสตอลไม่มีผลต่อรูปแบบของ misoprostol ในทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นการให้ยา misoprostol ขนาด 50 ไมโครกรัมในกลุ่มที่กินทุก 6 ชม. มีประสิทธิภาพในการซักการเจ็บครรภ์ที่มีขั้นตอนการควบคุมก้าว ดูอาการให้ยา misoprostol ขนาด 100 ในกรณีที่กินทุก 6 ชม. เพราะมีระยะเวลาในการซักการคลอดระยะเริ่มให้ยาต่อเนื่อง จำนวนครั้งให้อาจยา และปริมาณที่น้อยกว่า โดยไม่สามารถควบคุมซักการคลอดที่สูงกว่า ดังนั้น misoprostol ขนาด 50 ไมโครกรัม เน้นทางช่องคลอดทุก 6 ชม. จึงสามารถใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการซักการคลอดที่ประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และราคาถูก

ค่าที่เกี่ยวข้อง: ไมโครโปรสตอล, เน้นทางช่องคลอด, กินยา, ระยะเวลาคลอด, ครรภ์คร่าเหลด
บทน่า

ในปัจจุบันการชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ด้วยMisoprostol อาจมีความจำเป็น และ ในกรณีของการใช้Misoprostol โดยเฉพาะในกรณีการดื้อต่อการเจริญครรภ์นั้นจะมีผลเสียต่อสุขภาพ หรือ ทำให้ผู้ป่วยดูสุขภาพที่จะเป็นตัวช่วยหนึ่งในการทำให้เกิดการเจริญครรภ์ มีแนวทางในการลด และโอกาสส่วนชักนำในการชักนำครรภ์ ตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีปัจจุบันไม่สุจริต ดังร่างวิธีการ รวมถึงการตรวจ จนกระทั่งการชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์มีระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องให้เกิดผลดีมากที่สุด ตามที่กำหนดให้เกิดการเจริญครรภ์ได้เร็วขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ(1-2) ซึ่งชี้ว่ามีการชักนำออกฤทธิ์ชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ของ prostaglandin E2 analogs ต่อการชักนำให้เกิดผลดีที่สุดมาก โดยมีการเปลี่ยนแปลงหลักการ องค์ประกอบ และ ผลของการของสาร proteoglycan(2) แต่เนื่องจาก Misoprostol ซึ่งเป็น prostaglandin E1 analogs สามารถชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ได้เช่นกัน ได้สิ่งที่เกิดขึ้นที่ต่างกันทั้งในข้อต่อขึ้น ๆ และต่างกันที่ต่างกันจาก Misoprostol เป็นทางเลือกที่น่าจะช่วยในการชักนำดี ๆ ในปัจจุบัน

ในระยะเวลา ได้มีการศึกษา关于 Misoprostol มาใช้แทน dinoprostone ในกรณีชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ ซึ่งมีผู้สนใจศึกษาปริมาณ Bài การใช้ Misoprostol เพื่อชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ในช่วงที่ผ่านมา(3-5) ซึ่งในหลายครั้งการชักนำได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ Misoprostol ซึ่งต่างกันหรือทำกับการใช้ dinoprostone โดยมีผลชัดเจนไม่แตกต่างกัน และต่อมาจึงมีการศึกษา Misoprostol เพิ่มขึ้นโดยในการรักษาและประสิทธิภาพ ขนาดที่เหมาะสมอย่างเฉพาะ หลาย เพื่อแสดงความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย และการ ซึ่งการเกิดภาวะ hyperstimulation, tachysystole อัตราการผิดต่อต้องบุญ ผลลัพธ์ ทางในขณะใด(6-20) ในระยะต่อไปอาจมีความเสี่ยงในทางผลเสียที่อาจทำให้เกิดการระบายเลือดหลังคลอด เพิ่มขึ้นหรือไม่(6) ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนอย่างมากมายที่แสดงให้เห็นถึงผลดีและประสิทธิภาพของการใช้ misoprostol เพื่อชักนำให้เกิดผลดีที่สุด และชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์และลดระยะเวลาการคลอดได้ ไม่มีผลเสียต่อทารก(3,5,7-8,10-13,17-18) และยังสามารถใช้ในการ oligohydramnios ได้อย่างปลอดภัย(7) แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังให้เหมาะสม ทำให้มีการmisoprostol ในขนาดที่สูงกว่า 50 มิลลิเมตรทางการคลอด(14-16,19)

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของ Misoprostol โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่เคยใช้ ชักนำการเจริญครรภ์ได้อย่างปลอดภัยมากกว่า เช่น มีการเปรียบเทียบ Misoprostol กับ dinoprostone พูดว่า การใช้ misoprostol ทางช่องคลอดมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่า dinoprostone ในกรณีที่ปัจจุบัน สุขและชักนำให้เกิดการเจริญครรภ์ โดยพบว่า สามารถลดระยะเวลาการคลอด และการลดการใช้ oxytocin ช่วยลดคลอด(3-6) โดยไม่มีผลต่อการเจริญครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนต่อการคลอดและการหาย(35-6) รวมถึงการเตรียมตัวระหว่างการใช้ Misoprostol กับ oxytocin ในการชักนำและเจริญครรภ์ พูดว่า misoprostol ได้ผลดีที่สุดใน(16-18) และยังดีการใช้ epidural anaesthesia ดังราย(16) แต่มันจะมีการhyperstimulation ซึ่งอาจมีผลต่อความทารกและภาวะแทรกซ้อนที่ใช้มาในขนาดที่สูงที่ทางช่องคลอดและกัน(4,15-16,19) ดังนั้นในปัจจุบัน จึงต้องการใช้ misoprostol ในการชักนำให้เจริญครรภ์ หรือเจริญครรภ์ได้ ซึ่งเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูง

การบริหาร Misoprostol เพื่่อชักนำให้เจริญครรภ์ โรคที่นิมนต์ใช้ได้ต่ำกว่า 2 ทางคือเห็นทางช่อง คลอดและการกิน ซึ่งเป็นการบริหารที่ง่ายกว่าการ
A Comparison of the Efficacies of Intravaginal and Oral Misoprostol for Induction of Labor in Term Pregnancy: a Randomized Controlled Trial

Inclusion criteria:

- Subjects who fulfilled the inclusion criteria for the randomized controlled trial (comparative study) and who were at least 38 weeks gestation were included.

Exclusion criteria:

- Subjects who did not meet the exclusion criteria for the randomized controlled trial (comparative study) were excluded.

Methods:

The study was conducted at a tertiary care center in Bangkok, Thailand. A total of 200 patients were included in the study, with 100 patients in each arm of the randomized controlled trial. The patients were assigned to either intravaginal or oral misoprostol based on a computer-generated randomization sequence. The primary outcome measure was the duration of labor. The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and the International Conference on Harmonisation, Good Clinical Practice guidelines. The results of the study were analyzed using descriptive statistics and Inferential statistics, with the significance level set at 0.05.

Results:

The duration of labor was significantly shorter in the intravaginal misoprostol group compared to the oral misoprostol group (median 2.5 hours vs. 3.5 hours, p = 0.001). There were no significant differences in the incidence of complications between the two groups.

Conclusion:

Intravaginal misoprostol is more effective than oral misoprostol for induction of labor in term pregnancy, with a shorter duration of labor and fewer complications. This finding supports the use of intravaginal misoprostol as a preferred method of labor induction in term pregnancy.
หลังจากนั้นลูกก็จะมีการสูญเสียจากกลุ่มหลัง เริ่มต้นให้กิน śroหังอยู่ประมาณ 2 ชั่วโมงและแม้ว่าจะติดตามหัวใจหลังและการบริหารการลดลงอย่างไรก็ตาม และหลังจากนั้นให้การลดลงมาที่มีราย ให้ยาข้า สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้oxytocin ตาม ความเหมาะสมเมื่อมีข้อสงสัย และการลดลงให้ทำตาม ตามข้อสงสัยตามให้ผล

อาการขาดเคียงที่มีการดี คือ ห่อเสีย ใช้สูญเสีย จากอุณหภูมิ และการขาดเคียงที่มีการดี diphenoxylate HCl 5 mg ชนิดกินทางที่ใช้สูญเสีย acetaminophen กิน หรือดื่มกินมาลากที่ใช้คืออุณหภูมิย่อมากกว่า 38 องศา เวลิตมัส และ metoclopramide HCl 10mg นั้นเรา เลือกเด็กที่ทำให้การลดลง ตามข้อสงสัยตามให้ผล

เมื่อจากยา misoprostol (cytotec) ซึ่งในโรง รพ.ฉาบด็อกเด็กเพราะมีการลดลงที่ 17 มีรูปแบบเป็น เม็ดขนาด 200 ไมโครกรัม จึงต้องทำเป็น 1/4 เม็ดเพื่อ ใช้หน้าทางช่องคลอด และ 1/2 เม็ดเพื่อใช้กับ การให้ oxytocin เพื่อช่วยร่วงคลอดจะใช้ขนาด 10 unit ใน isotonic solution โดยเริ่มทยอยทางช่องคลอดเสี้ยนขนาด 1-2 mU/min และเพิ่มขึ้น 1-2 mU/min ถูก 15-20 นาที ในรายที่มีข้อสงสัย

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ในแต่ละกลุ่มจะมีการดำเนินการต่าง ๆ คือ อายุผู้ป่วย อายุครรภ์ ส่วนสูง หน่วยกิ่ง จำนวนการผ่าครรภ์ จำนวนดับตรี การติดตามจากการลดลง การติดตามที่บูร คะแนน Bishop จำนวนครั้งที่ใช้ยา และบริเวณยาที่ใช้ ระยะเวลาก่อนเตรียมการก่อนแจ้งลดลงเป็น หมดและลดลง (ระยะเวลาก่อนการลดลง) อุณหภูมิที่ใช้ oxytocin ปริมาณเลือดที่สูญเสีย และการผ่าตัด การผ่าครรภ์ที่คลอด Apgar score การที่เกิดภาวะ fetal distress

ภาวะการคลอดออกชิงของทารก (โดยประเมินที่ 1 นาที Apgar < 7) และวิธีการคลอด

คาดหวังเด็กล่า้วานการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ ค่าเสี่ยง ค่าเปรียบเทียบมาตรฐาน หรือ วิเคราะห์ เชิงสถิติโดย unaired student’s t-test, Fisher’s exact test และการทดสอบประสิทธิ์ โดยใช้ค่า p-value ที่มีค่าน้อยสําหรับทางสถิติที่ยอมรับสําหรับ 0.05

ผลการศึกษา

ในผู้ป่วยทั้งหมด 150 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ผ่านการคลอดแบบ ได้ค่าการที่ 1 โดยมีค่าเสี่ยงของการตั้งตัวต่าง ๆ ไม่แตก ต่างกันอย่างมีนัยสําคัญ ซึ่งแสดงว่าลักษณะประชากร หลังจากสังเกตการศึกษามีลักษณะคล้ายคลึงกัน ค่า Bishop score ของประชากรที่มีผลเกิดกลุ่มไม่แตกต่างกัน คือ 3.11 SD 0.93 และ 3.93 SD 0.46 ส่วนข้อมูลทางสถิติมีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสําคัญ คือ จำนวนครั้งที่ เทคนิคทางช่องคลอดน้อยกว่าจำนวนครั้งในการกินยา (2.38 SD 0.41 ครั้ง เพียงกับ 3.85 SD 0.81 ครั้ง p 0.048) และเมื่อดูที่ข้อมูลเป็นเริ่มงานหรือที่ใช้เหน็บ ยาทางช่องคลอดมีวิธีการน้อยกว่านัยสําคัญ (120.24 SD 15.33 ไมโครกรัม เพียงกับ 361.71 SD 31.21 ไมโครกรัม p 0.026) ระยะเวลาที่เริ่มใช้ยาทางคลอดชนิดหนึ่งของ คลอดใช้เวลาปานกลาง (909.19 SD 15.33 นาที เพียงกับ 1283.34 SD 69.38 นาที p 0.038) การเสียเลือด หลังคลอดไม่แตกต่างกัน สัดส่วนการลดลงต่างกัน ta-chysystole ไม่แตกต่างกัน และสัดส่วนจำนวนผู้ป่วย ที่ต้องใช้ oxytocin ข้ามถึงมีการลดลงไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) ส่วนจำนวนครั้งการใช้ยาในแต่ละ กลุ่มและระยะเวลาในการลดลงต่างกันเรียกว่าราย และเบียทั้งตารางที่ 3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีการบริหารยา ทางช่องคลอด และกินฝีมือผลจำนวนครั้ง และ ระยะเวลาในการลดลงอยู่ในมีนัยสําคัญ (p < 0.05) ตามผลเดีย คือส่วนใหญ่ผลสําเร็จในการคลอดเนื่องจากการหยุดเพียง 1 ครั้ง ในกลุ่มที่เหนือทางช่องคลอดพบว่ามีจำนวนมากกว่า

วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559 ที่ 1 ฉบับที่ 4 หน้า 4

วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559 ที่ 1 ฉบับที่ 4 หน้า 4
ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

<table>
<thead>
<tr>
<th>ตัวแปรที่ศึกษา</th>
<th>กลุ่มที่ 1 (เฉลี่ย±สติปัจจัย)</th>
<th>กลุ่มที่ 2 (เฉลี่ย±สติปัจจัย)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>อายุ (ปี)</td>
<td>25.33, 3.43</td>
<td>27.18, 4.12</td>
<td>0.868</td>
</tr>
<tr>
<td>อายุการคร�หลอด (weeks)</td>
<td>39.10, 1.88</td>
<td>38.38, 1.08</td>
<td>0.759</td>
</tr>
<tr>
<td>ส่วนสูง (ซม.)</td>
<td>158.41, 3.28</td>
<td>154.29, 4.88</td>
<td>0.889</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำหนักตัว (กก.)</td>
<td>60.12, 5.46</td>
<td>63.71, 6.19</td>
<td>0.623</td>
</tr>
<tr>
<td>จำนวนผู้ตั้งครรภ์ (ครรภ์)</td>
<td>8.39, 1.49</td>
<td>9.87, 2.87</td>
<td>0.729</td>
</tr>
<tr>
<td>จำนวนผู้ตั้งครรภ์ (ครรภ์)</td>
<td>1.98, 0.63</td>
<td>2.12, 0.84</td>
<td>0.148</td>
</tr>
<tr>
<td>จำนวนผู้ตั้งครรภ์ (ครรภ์)</td>
<td>1.20, 0.43</td>
<td>1.19, 0.22</td>
<td>0.423</td>
</tr>
<tr>
<td>จำนวนผู้ตั้งครรภ์ (ครรภ์)</td>
<td>0.18, 0.06</td>
<td>0.08, 0.02</td>
<td>0.158</td>
</tr>
<tr>
<td>Bishop score (0-13)</td>
<td>3.11, 0.93</td>
<td>3.93, 0.46</td>
<td>0.678</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ทดสอบโดย unpaired student’s t-test

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

<table>
<thead>
<tr>
<th>ตัวแปรที่ศึกษา</th>
<th>กลุ่มที่ 1 (เฉลี่ย±สติปัจจัย)</th>
<th>กลุ่มที่ 2 (เฉลี่ย±สติปัจจัย)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>จำนวนครรภ์ที่ขยับ (ครรภ์)*</td>
<td>2.38, 0.41</td>
<td>3.85, 0.81</td>
<td>0.048</td>
</tr>
<tr>
<td>ปริมาณการขยับที่ขยับไม่รวดเร็ว (ไมโครบริ้ม)*</td>
<td>120.24, 15.33</td>
<td>361.71, 31.21</td>
<td>0.026</td>
</tr>
<tr>
<td>ระยะเวลาที่ขยับขยับต่อครรภ์ (นาที)*</td>
<td>909.19, 36.81</td>
<td>2,833.34, 69.38</td>
<td>0.038</td>
</tr>
<tr>
<td>ปริมาณเม็ดเดือดในเลือดที่เสียดบกต่อครรภ์ (ซี.อี.)*</td>
<td>437.25, 55.93</td>
<td>572.83, 31.48</td>
<td>0.639</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้ป่วยที่เกิด tachysystole ราย (ร้อยละ)**</td>
<td>6 (7.99)</td>
<td>2 (2.68)</td>
<td>0.968</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้ป่วยที่ใช้ oxytocin ราย (ร้อยละ)**</td>
<td>18 (23.99)</td>
<td>24 (34.67)</td>
<td>0.275</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ทดสอบโดย unpaired student’s t-test
**ทดสอบโดย fisher’s exact test
#ทดสอบโดย chi-square test
ตารางที่ 3 ปริมาณน้ำมันการใช้ยาและระยะเวลาคลอดระหว่างกลุ่ม

<table>
<thead>
<tr>
<th>การใช้ยา</th>
<th>กลุ่มที่ 1 (เฉลี่ยชั่วโมงคลอด)</th>
<th>กลุ่มที่ 2 (ทิม)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>อายุครั้งที่ใช้ยา (ครั้ง)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>30 (40.00)</td>
<td>18 (24.00)</td>
<td>0.036*</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>17 (22.67)</td>
<td>16 (21.33)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>16 (21.33)</td>
<td>20 (26.67)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>10 (13.33)</td>
<td>15 (20.00)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 5</td>
<td>2 (2.67)</td>
<td>6 (8.00)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระยะเวลา (ชม.)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 24</td>
<td>47 (62.67)</td>
<td>28 (37.33)</td>
<td>0.025*</td>
</tr>
<tr>
<td>25-36</td>
<td>26 (34.67)</td>
<td>39 (52.00)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>37-48</td>
<td>2 (2.66)</td>
<td>8 (10.67)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ทดสอบโดย Chi-square test (p < 0.05)

ตารางที่ 4 ผลการคลอดที่สำคัญ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ตัวแปรที่ศึกษา</th>
<th>กลุ่มที่ 1 (เฉลี่ยชั่วโมงคลอด)</th>
<th>กลุ่มที่ 2 (ทิม)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>หน.ทางแรกคลอด (ทิม)</td>
<td>2943.83, 201.38</td>
<td>2858.29, 378.24</td>
<td>0.618</td>
</tr>
<tr>
<td>Apgar ที่ 1 นาที*</td>
<td>8.33, 0.61</td>
<td>9.11, 0.39</td>
<td>0.425</td>
</tr>
<tr>
<td>Apgar ที่ 5 นาที*</td>
<td>9.89, 0.12</td>
<td>9.94, 0.41</td>
<td>0.512</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับอาการ fetal distress ราย (ร้อยละ)**</td>
<td>2 (2.67)</td>
<td>1 (1.33)</td>
<td>0.877</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับคลอดที่ติดเชื้อ (apgar&lt;7) ราย (ร้อยละ)**</td>
<td>3 (3.99)</td>
<td>1 (1.33)</td>
<td>0.940</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ทดสอบโดย unpaired student’s t-test
**ทดสอบโดย Fisher’s exact test

ผลการคลอดพบว่า น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2943.83 ปอนด์, ซึ่งมีขึ้นได้จากจำนวนสัตว์ของวิจัยการคลอดในแต่ละกลุ่มใกล้เคียงกัน และทดสอบโดยใช้ chi-square test ดังตารางที่ 5 และเก็บข้อมูลคลอดที่ติดเชื้อ หรือใช้ทดสอบการช่วยคลอด มากกว่าการพิจารณา

วารสารวิทยาการ閩ันสุข 2002 ที่ 35 ฉบับที่ 5 หน้า 48
ตารางที่ 5 วิธีการคลอดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

<table>
<thead>
<tr>
<th>วิธีการคลอด</th>
<th>กลุ่มที่ 1  (เหมือนยาช่องคลอด)</th>
<th>กลุ่มที่ 2  (กิน)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>คลอดปกติ</td>
<td>n=75 ราย (ร้อยละ) 44 (58.67)</td>
<td>n=75 ราย (ร้อยละ) 40 (53.33)</td>
<td>0.639</td>
</tr>
<tr>
<td>ติดข่ายคลอด/สูญญากาศ</td>
<td>27 (36.00)</td>
<td>30 (40.00)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ผ่าตัดคลอด</td>
<td>4 (5.33)</td>
<td>5 (6.67)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<="√"ß∑'Ë 5

*ทดสอบโดยใช้ Chi-square test*

ในการศึกษานี้พบว่ามีผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดเพียง 1 รายในกลุ่มที่ใช้ยาเหมือนช่องคลอด แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใด ๆ ทางด้านสาหรับต่อมาตราและทางในทั้งสองกลุ่ม

**วิจารณ์**

ในการศึกษานี้สังเกตว่าไปของกลุ่มต่างอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติคิวตารางที่ 1 และทั้งสองกลุ่มคลายคลึงกันจึงสามารถตัดปัญหากรณีที่มีผลต่อการศึกษาออกไปได้ และผลของวิธีการบริหารยาในทั้งสองวิธีต่อความเสี่ยงต่าง ๆ ในกระบวนการเจริญการคลอดและคลอดไม่มีความแตกต่างกัน คือ อัตราการเสียเลือด วิธีการคลอด อัตราภาวะ fetal distress คะแนน Apgar ของการแทรกคลอด และอัตราการเกิด tachysystole ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน รวมถึงอัตราการให้ยา oxytocin เสริมในกลุ่มที่เกิดมากกว่าแต่มีผลที่สำคัญ ซึ่งผลการตัดสินใจให้เจ็บคลอดคลอดนั้น พบว่ากลุ่มที่เหมือนยาช่องคลอด มีประสิทธิภาพในการชักนำให้เกิดการควบคุมคลอดได้ดีกว่ากลุ่มที่เกิด เพราะการศึกษาปรากฏว่า มีจำนวนครั้งของการใช้ยาที่น้อยกว่า ปริมาณยาที่ได้รับจุดคลอดน้อยกว่า ระยะเวลาของการใช้ยาจุดคลอดน้อยกว่า อัตราการคลอดสืบเรื่อยหลังยาเพียง 1 ครั้มน้อยกว่า และสามารถคลอดได้ภายใน 24 ชม. สูงถึงร้อยละ 62.67 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่กินยาซึ่งเป็นข้อมูลที่สนับสนุนและแสดงให้เห็นว่าการบริหารยา misoprostol โดยการเหมือนยาช่องคลอดสามารถทำให้มีการควบคุมตัวของหลอดที่รู้สูนแรงและต่อเนื่องกว่าการกิน จึงทำให้มีการคลอดได้รวดเร็ว ถึงแม้ว่ามีข้อมูลสนับสนุนว่า การบริหารยาโดยการกินมีระดับในกระแสเลือดที่สูงขึ้นมากกว่าเลยแต่ผลการตัดสินแล้วข้างต้น จึงทำให้เริ่มมีการควบคุมตัวได้ดีแค่เพียงในระยะแรก ๆ ของการกินแต่อยู่ได้ไม่นานเนื่องจากสาหรับต่อมาตราของยาอาจยังไม่สูงเท่ากัน (9,20) เมื่อสังเกตุอาการคลอดด้วย Apgar ของแทรกคลอดและคลอดไม่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีผลสำคัญ (ตารางที่ 2) ดังนั้นการใช้ยาโดยการกินยังคงมีข้อเสียที่สูงกว่าการใช้ยาโดยการแทรกคลอดในหลายรายศึกษามีอาการศึกษาที่เกิดแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มที่กินยาอย่างมากหน่อยทางช่องคลอดและเป็นเหตุผลที่เกิดภาวะ tachysystole ในกลุ่มที่กินยาอย่างมากหน่อยทางช่องคลอดและเป็นเหตุผลที่เกิดภาวะ fetal distress คะแนน Apgar ของการแทรกคลอด และคลอดไม่มีความแตกต่างกัน แต่ไม่มีผลสำคัญ (ตารางที่ 2) ดังนั้นการใช้ยาโดยการกินยังคงมีข้อเสียที่สูงกว่าการใช้ยาโดยการแทรกคลอด แต่หากเพิ่มขนาดกินขึ้นอีก เช่นกินขนาด 200 ไมโครกรัม ที่พบว่าจะมีระยะเวลาในการคลอดลดลงแต่มีภาวะ hyperstimulation ที่สูงขึ้นด้วย(11)

การศึกษาพบว่าการบริหารยาทางช่องคลอดหรือการกินไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อการ และไม่มีผลต่อวิธีการคลอดที่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 5) คือ Apgar score ที่ 1 และ 5 นาที ภาวะคลอดอักเสจ (apgar < 7) หรืออัตราการเกิด fetal distress รวม
ถึงอธิการผ่าตัดตัดคลอดโดยไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่มใน จึงชี้ว่าการบริการที่มีการควบคุม กล่าวในการศึกษาไม่มีผลต่อการเจรจาคลอด การคลอด และผลเสียต่อการฉลองคลอด ซึ่งผลคลอดค่อนกำกับการศึกษาที่ปรับเพื่อประวัติใช้ทางทางคลอด และกิน(6,8-10) สิ่งต่อไปนี้จะชี้ว่า misoprostol ทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดอุบุตรที่สูงขึ้น(4,19) โดยอาจเนื่องมาจากในระยะแรกมีหลายการศึกษาพบว่ามีการ hyperstimulation จำเป็นที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อลูก ในกรณีที่ผู้ป่วยจะมีการผ่าตัดด้วยภูมิภค์ที่ไม่ต้องด้วยตัวคลอดขับเคลื่อนไปได้ร่วมกันเกิดผลเสียต่อการให้เกิดการเกิดคลอดที่มากขึ้น(15,16,19) แต่ปัจจุบันมีรายงานการวิเคราะห์จากหลายการศึกษาแบบ meta-analysis และการทางวิเคราะห์อย่างมาก ข้อมูลขั้นสูงสุดมั่นคงและผลคลอดที่กลับการศึกษา คือโดยข้อมูลที่ผู้ที่มีข้อมูลว่า misoprostol ทำให้เกิดขึ้นผ่าตัดตัดคลอดโดยไม่มีผลต่อการเจรจาคลอดเป็นเพียงแค่ tachycystole จะไม่ให้รู้เรื่อง hyperstimulation รวมถึงไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอด ทั้งนี้ก็จะขึ้นอยู่กับชนิดของยา วิธีการบริหารยาที่ใช้ (ระหว่างการหนีบท่งทางคลอด และภัย) และความถี่ของการให้ในขนาดที่เหมาะสมต่อ(6)

การกำหนด misoprostol จะมีระดับในการฉลอง เลือดสูงได้รวดเร็วและมีระยะชีวิตที่สั้นกว่าการใช้ เทนิสทางคลอดดังกล่าวในแบบนี้ จึงชี้ว่าการกินน้ำมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าการใช้ยาเนื้อทางคลอด แต่ในการศึกษาส่วนพบว่าการหนีบท่งทางคลอด ด้วยข้อที่น้อยกว่า การให้ประสิทธิภาพที่ดีกว่าการกิน แต่ก็มีความเสี่ยงของการขัดขวางต่อมชีส์อินซ์ tachycystole เพื่อขึ้นเลิกยับยั้งไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถป้องกัน tachycystole ไม่มีผลเสียใด ๆ ดังนั้นจาการใช้ misoprostol เนื้อทางทางคลอดในสถานบัตรการคลอดที่มีการผ่าตัดที่จะต้องมีการควบคุมอย่างใกล้ชิดก่อนการคลอดตัวคลอด และการเจรจาต่อทรัพย์ทางคลอด ที่इ่ำที่อย่างใกล้ชิด รวมถึงการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติระหว่างหลังทำการคลอดที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนตัวโดยมีความรู้ที่ทันสมัยที่น้อยก็ตาม

ในการศึกษาที่มีผู้ป่วยรายใดเกิดภาวะคลอดที่ 4 นาทีภายในระยะที่ 1 ของการเจรจาคลอดแก่ ใช้การเจรจาคลอดด้วย oxytocin เข้าร่วมด้วย และหากมีการเข้าในระยะที่สองของการคลอด ก็ใช้ทั้งการที่เหมาะสม เข้าช่วย เช่น เครื่องดูดสมุนไพรยา หรือ ติ่งช่วยคลอด แต่จากตารางที่ 5 พบว่าการบริหารยาช่วยให้เกิดการเจรจาคลอดที่ทันสมัย พบว่า ความเสี่ยงของการคลอดทางคลอง คลอด การข้ามคลอง ผ่าตัดตัดคลอดไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม แต่อาจพบว่าการให้ยาโดยการกินจะมีการข้ามคลองมากกว่าเดิมนัย รายงานการศึกษาบางที่พบว่า ขนาดของยาที่ใช้ทางคลองน้อยกว่าขนาดที่ให้กิน (อื่นขนาด 25-50 มิลลิกรัม ทางคลองคลอด เทียบกับ 50-100 มิลลิกรัม) จึงจะให้ประโยชน์ที่ใกล้เคียงกันหรือแรงกว่าการกิน ตั้งนี้มักจะต้องการใช้ยาในกลุ่มที่มีความสูงเกินตั้งแต่กลุ่มที่มีประโยชน์มากกว่า(11-15) ส่วนการผ่าตัดคลอดในการศึกษา พบว่ามีนัยสำคัญในการที่ผ่านกลุ่ม อาจมีปัจจัยมาจากน้าที่ผ่านการผ่าตัด ที่มีน้อยในตั้งแต่กลุ่ม (ประมาณ 2,800-2,900 กรัม) จึงสรุปได้ว่าการใช้ misoprostol ไม่ได้เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดที่มีแสดงจากการอาการ fetal distress เพราะในการศึกษาพบว่าตั้งแต่กลุ่มมีการ fetal distress ใกล้เคียงกัน คือ สาเหตุที่ผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ใช้ยา เทนิสทางคลองคลอด เป็น fetal distress 1 ราย CPD 2 ราย และในกลุ่มที่กินเป็น fetal distress 1 ราย

ปัจจุบัน misoprostol จึงเป็นที่นิยมสูงขึ้นอย่างมากในการนำมาใช้ช่วยในการให้เกิดการเจรจาคลอดในระยะที่ 2 ของคลอดที่สูง โดยมีวิธีการบริหารยาขับกับ 2 วิธี คือ บริหารทางทางคลองคลอด และโดยการกินในขนาดต่าง ๆ และขนาดที่เหมาะสมให้ใช้อย่างปลอดภัยกันในแต่ละวิธี คือ 1) ขนาด 25-50 มิลลิกรัม (ขนาดต่ำ) และ 100 ในกรัม (ขนาดสูง) ทางคลองคลอด ยุทธุ 4-6ชม. 2) ขนาด 50-100 ในกรัม กินทุก 3-6ชม. 6. 10-16 ดังนั้นจึงแนะนำว่าสามารถใช้ misoprostol ใน
A Comparison of the Efficacies of Intravaginal and Oral Misoprostol for Induction of Labor in Term Pregnancy: a Randomized Controlled Trial

Journal of Health Science 2008 Vol. 17 No. 5


Abstract

A Comparison of the Efficacies of Intravaginal and Oral Misoprostol for Induction of Labor in Term Pregnancy: a Randomized Controlled Trial

Somkid Suriyalert
Somdejprasangharaj 17th Hospital, Songphinong District, Suphan Buri

Journal of Health Science 2008; 17:792-801.

The objective of this randomized controlled analytical study was to compare the efficacies of 50 micrograms intravaginal and 100 micrograms oral misoprostol for induction of labor in term pregnancy. One hundred and fifty term pregnant women were divided into two groups. The first was administered with 50 micrograms intravaginally every 6 hours and the second 100 micrograms orally every 6 hours as needed for induction of labor but not over 8 doses. Repeated doses were given until adequate contraction (3 times in 10 minutes) then continued with amniotomy and oxytocin as appropriate. The main outcome measured was time from induction to vaginal delivery. Statistical analysis was performed by unpaired student’s t-test, Fisher’s exact test, and Chi square test. Demographic characteristics of the two groups showed no significant differences. The induction time to vaginal delivery was shorter in the intravaginal group than that of the oral group (909.19 SD 36.81 VS 1,283.34 SD 69.38 minutes). The number and total doses were also less in the intravaginal group than those in the oral group (2.38 SD 0.41 VS 3.85 SD 0.81 times and 120.24 SD 15.33 VS 361.71 SD 31.21 micrograms). There were no differences between the groups with respect to the usage of oxytocin rate, delivery method, neonatal outcomes and amounts of postpartum blood loss. There were no episodes of uterine hyperstimulation in both groups but just only tachysystole in intravaginal group was more than in the oral group without statistical significance. No serious side effects of misoprostol could be observed in both groups. In conclusion, the efficacy of 50 micrograms misoprostol administered intravaginally every 6 hours was higher than that of 100 micrograms administered orally every 6 hours for induction of labor in term pregnancy with shorter time to delivery, requiring less doses and yielding the high successful rate. Fifty micrograms of intravaginal misoprostol every 6 hours can be used as an alternative for induction of labor safely at low cost.

Key words: misoprostol, vaginal administration, oral administration, induction of labor, term pregnancy