

Dagbókarverkefni úr klínísku námi í ljósmóðurfræði

Hríðastormur eftir gangsetningu fæðingar

Hér á eftir er dagbókarverkefni frá nemanda á 2. ári í ljósmóðurfræði sem fjallar um gangsetningar með Cytoteclyfinu. Eftirfarandi er álit hans um þetta umdeilda lyf og í framhaldi af því kynnt dæmisaga úr starfi. Það er á ábyrgð heilbrigðisstarfsfólks að vera með nýjustu þekkingu og byggja á gagnreyndum upplýsingum. Það er ekkert lyf alveg öruggt, og á meðan fræðimenn telja að frekari rannsóknir þurfi á lyfinu og að það ætti ekki að nota það nema eftir að vandadar rannsóknir hafi farið fram, tel ég að við ættum að fara eftir því. Á meðan ekki er vitað með vissu hver öruggasta skammtastærðin er eða gjafaleið, er best að fara að öllu með gát og mér finnst að konur hafi rétt á að vita þetta.

Fæðingarsagan:

Það var á hádegi í Hreiðrinu þegar þangað kemur fjölbyrja sem gengur með sitt fjórða barn. Hún hafði komið inn til gangsetningar á meðgöngudeildina um morguninn þar sem hún var með meðgöngusykursýki. Hún var gengin 41 viku og 3 daga og henni hafði gengið vel að meðhöndla sykursýkina með matraræði á meðgöngunni. Fyrsta fæðing hennar hafði gengið hálf brösulega, og endað með sogklukku. Næstu tvær höfðu gengið mjög vel fyrir sig og upplifði hún þær mjög vel. Þennan dag var mikið að gera á fæðingar-gangi svo hún kom yfir í Hreiðrið.

Það átti að gangsetja fæðinguna með Cytotec og konan fær fyrstu töfluna klukkan 10 um morguninn á meðgöngudeildinni. Ekki var vitað hversu hagstæð hún var til gangsetningar þar sem ekki hafði verið metið Bishop skor í mæðraverndinni og ekki heldur á meðgöngudeildinni. Klukkustund síðar eða um kl. 11 fer hún að fá samdrætti



Hrafnhildur Halldórsdóttir
nemi á 2. ári í ljósmóðurfræði

og hálf tíma síðar er gerð innri skoðun. Leghalsinn reynist þá vera full stytur, opinn 5 cm og kollur stendur í -2 við spina. Hríðarnar verða strax kröftugar og flyst hún því strax í Hreiðrið. Hríðarnar ágerast hratt og kl. 11:50 koma þær á tveggja mín fresti og eru mjög harðar eða þriggja krossa. Við ytri þreyfingu virðist barnið vera stórt og áætla ég þyngd barnsins vera um 4500 gr. Konan tekst vel á við hríðarnar og andar sig vel í gegnum þær í byrjun, en þær harðna mjög hratt og finnst henni sem þær líði illa úr. Konan fer að ókyrrast og hún virðist eiga erfiðara með að takast á við hríðarnar, hún stynur upp inn á milli „roslega eru þær harðar“. Ég hlusta eftir fósturhjartslætti reglulega og er hann eðlilegur, en mér og ljósmóðurinni sem var með mér stendur ekki á sama hve stutt er á milli hríða og hvað þær líða illa úr. Við ákveðum því að hafa konuna í mónitor til að geta betur fylgst með líðan barnsins, sem virðist þola vel þessar hörðu hríðar. Mér og ljósmóðurinni líst ekki á blikuna og við ákveðum að setja upp æðalegg sem

gengur ekki þar sem konan á erfitt með að vera kyrr og æðarnar virðast allar vera herptar saman og er konan með gæsaþétt um allan líkamann. Þar sem hríðarnar halda áfram að ágerast og líða illa úr íhugum við að gefa Bricanil til að slaka á legvöðvanum, en ákveðum að skoða konuna fyrst innri skoðun (kl 12:30) til að meta framgang því hlutirnir virðast vera að gerast mjög hratt. Kollurinn reynist hafa gengið mjög vel niður og er útvíkkun að klárast og er 9. Ég kem upp á bungandi belgi og er kollur í -1 við spina. Við ákveðum því að bíða bara og sjá hverju framvindur. Fósturhjartsláttur er allan tíman góður. Fimmtán mínútum síðar fer konan að finna fyrir rembingþörf og líður mjög illa. Hún er róleg en er við það að fara að gráta og spyr af hverju sóttín sé svona hörð, hún liggur á hliðinni og eru hríðarnar mjög örur og erfitt að greina hvenær ein byrjar og önnur endar. Hún fer á fjóra fætur og líður aðeins betur við það. Mér finnst erfitt að styðja við konuna í þessum hríðastormi og maðurinn hennar virðist skelkaður og stendur hjá og aðhefst ekkert. Á endanum biður hún guð að hjálpa sér. Sem betur fer getur konan fljótlega farið að rembast og virðist koma aðeins hlé á milli hríðana þegar kemur að rembingnum og nær hún góðri stjórn á honum strax og rembist af krafti. Kollurinn gengur vel fram og fæðist barnið fimm mínútum síðar í sigurkufli, tæpum tveimur tímum eftir fyrstu hríð. Hjartsláttur barnsins er allan tíman góður og fær barnið 9 og 10 í apgar. Móðirin er aftur á móti eftir sig og nötrar hún öll og skelfur og virðist brugðið. Hún treystir sér ekki til að hafa barnið í fanginu og fer það því fljótt í fang föður síns. Hún fær inj. syntocinon 10 ie í vöðva og svo er beðið eftir fylgjunn. Legið er hart en konan er

aum í kviðnum eftir fæðinguna og er rög við að rembast til að fæða fylgjuuna. Hún fæðist svo 40 mínútum eftir fæðingu barnsins og er eðlileg blæðing í kjölfarið. Konan hefur aðeins rifnað 1 gráðu rifu og þegar saumaskapurinn er búinn, er hún tilbúin að fá barnið sitt í fangið og það tekur strax brjóst. Barnið reynist 4595 gr og er kröftugt á brjóstinu og konunni er farið að líða betur. Henni er tíðrætt um hversu harðar hriðarnar hafi verið og er lengi hálf skjálfandi á eftir. Lífsmörk eru góð og sængurlegan gengur vel. Við ljósmóðirin vorum líka eftir okkur því erfitt var að horfa upp á hriðastorminn og geta lítið gert til að hjálpa. Mig langaði því að skoða frekar lyfið Cytotec, hvaða rannsóknir væru til og hverju væri mælt með. Mig langaði að sjá hvort ég finndi eitthvað um hvernig konur upplifa gangsetningar almennt, þar sem þessi kona upplifði þessar ákøfu hriðar erfiðar og ég gat ekki varist þeirri tilhugsun að það hlyti að vera hægt að gera þetta á mildari hátt. Mér fannst ég ekki vera að veita gæða þjónustu þrátt fyrir góða útkomu barnsins.

Misoprostol til gangsetningar

Misoprostol eða Cytotec® er synthetic prostaglandin sem hægt er að gefa um munn, leggöng eða undir tungu. Misoprostol er prostaglandin E1 methyl ester (PGE1) sem örvar samdrætti í þunguðu legi með því að bindast EP1/ og EP3 prostaglandin viðtökum í leginu. Í fyrstu var notkun þess hugsuð til að koma í veg fyrir magasár af völdum NSAID lyfja en var fyrst notað til að koma af stað fæðingum árið 1991 (Souza, Amorim og Feitosa 2008). Í flestum löndum hefur lyfið ekki verið skráð til notkunar á meðgöngu. En algengt er að lyfið sé notað til gangsetningar þrátt fyrir það. Helstu ástæður þess eru þær, að lyfið er ódýrt, stöðugt við stofuhita og er árangursríkt til að valda samdráttum í legi og framkvæma fæðingu. Auðvelt er að gefa Cytotec um munn, en stórir skammtar geta valdið oförvun í legi og legrofi sem getur ógnað lífi móður og fósturs (Hofmeyr, Neilson, Alfirevic, Crowther, Duley, Gülmezoglu, Gyte og Hodnett, 2008).

Á Íslandi er nýlega byrjað að nota Cytotec til gangsetningar og er það að öllu jöfnu gefið undir tungu. Ekki eru allir sammála um hvaða leið er vænlegust við Cytotec gjöf eða í hvaða skömmtum er best að gefa lyfið. Í

yfirlitsgrein (systematic review) sem gefin er út á þessu ári, er borin saman Cytotec lyfjagjöf um leggöng og undir tungu. Þar kemur fram að greinarhöfundar telja að enn hafi ekki komið fram fullnægjandi rannsóknir á skammtastærð eða á gjafaleiðum og telja því ekki réttlæt看legt að gefa Cytotec undir tungu nema að um rannsókn sé ræða. Rannsóknir benda jafnframt til þess, að þegar Cytotec er gefið undir tungu verður þéttni þess í blóði hærri en þegar lyfið er gefið um leggöng, og er jafnvel talið að helmingi minni skammta þurfi undir tungu en um leggöng. Ekki er marktækur munur á tímalengd fæðingar efir því hvort lyfið er gefið undir tungu



eða um leggöng en hraðsláttur fósturs virðist vera algengari með lyfjagjöf undir tungu. Lyfjagjöf undir tungu hefur þann kost umfram gjöf um leggöng, að konur virðast vera ánægðari með hana, en rannsóknir þess efnis eru einnig af skornum skammti og er mælt með frekari rannsóknum áður en hægt er að mæla með þessari leið (Souza, Amorim og Feitosa, 2008).

Cochrane gagnagrunnurinn (2008) telur í samantekt sinni á rannsóknum um Cytotec til gangsetningar, að Cytotec gefið um munn sé að minnsta kosti jafn áhrifaríkt og vaginal dinoprostone (PGE2). Þeir telja þó að ýmsum spurningum um öryggi lyfsins sé ósvarað, þar sem hlutfallslega hátt hlutfall oförvunar verður með gangsetninga með Cytotec og vegna þess að ekki eru til nægilegar rannsóknir á skammtastærðum.

Í leiðbeiningum NICE frá júní á þessu ári (National Institute for Health and Clinical Excellence) er ekki mælt með notkun lyfsins á meðgöngu nema þegar um fósturlát er að ræða, eða í sambandi við klínískar rannsóknir. Þar er mælt

á að nota Bishop skor til að meta hversu hagstæður leghálsinn er fyrir gangsetningu og bjóða konum belgjalosun eftir 41 viku. Í NICE leiðbeiningunum er mælt með notkun vaginal prostaglandins (PGE2) nema að sérstakar klínískar ástæður séu fyrir að nota það ekki, og þá er sérstaklega átt við hættu á oförvun í legi. Ekki ætti að nota belgjarof með eða án oxytocins nema sérstakar ástæður séu fyrir að nota ekki vaginal prostaglandin og þá er vísað til hættu á oförvun. Íhuga skal notkun tocolysis lyfja (t.d. Bricanyl) ef um oförvun er að ræða.

Rannsóknir á gangsetningum kvenna með hagstæðan legháls og heila belgi eru af skornum skammti. Flestar rannsóknir

á gangsetningum beina sjónum sínum að konum með óhagstæðan legháls, eða þá að konum með hagstæðan legháls séu hafðar með í bland. Mikilvægt að taka Bishop skor með í reikninginn þegar finna á þá aðferð sem best er til gangsetningar fyrir konuna. Þær rannsóknir sem eru til benda til að kjörmeðferð til gangsetningar hjá konum með hagstæðan legháls, sé oxytocin í kjölfar belgjarofs (Crane og Young, 2003).

Í handbók í ljósmóðurfræði er talað um að hægt sé að byrja gangsetningu með belgjarofi ef leghálsinn er hagstæður og konan uppfyllir ákveðin skilyrði. Ef konan fær ekki reglulega samdrætti í kjölfar belgjarofs ætti að gefa öllum frumbyrjum oxytocin í æð strax í kjölfar belgjarofs og hjá þeim fjölbyrjum sem þarf að gangsetja í flýti. Hjá fjölbyrjum sem eru heilbrigðar og ekki þarf að gangsetja með hraði, er í lagi að bíða í tvo tíma með að setja upp oxytocin eftir belgjarof, ef hriðar fara ekki af stað af sjálfu sér. Fara skal með gát ef um mikla fjölbyrju er að ræða, því oförvun á legi hjá þessum konum

getur valdið legrofi en er mjög sjaldgæft hjá frumbyrjum (Medforth, Battersby, Evans, Marsh og Walker, 2007).

Nýjar verklagsreglur tóku gildi á LSH í vor (2008) þegar byrjað var að gangsetja með Cytotec. Í þeim er gert er ráð fyrir að konur séu skoðaðar í mæðraverndinni eftir 41 viku, metin sé hæfni legháls og konum boðið að hreyfa við belgjum. Þessar upplýsingar eiga svo að fylgja með þegar konan kemur inn til gangsetningar í fyrsta lagi við 41 viku og 3 daga í eðlilegri meðgöngu. Foreldrar skulu upplýst um ástæður og framkvæmd gangsetningar og fá afhent upplýsingablað þess efnis. Cytotec er notað til gangsetningar hjá öllum konum, nema þeim sem eru með ör á legi t.d. eftir fyrri keisaraskurð. Við komu á deild eru tekin lífsmörk móður, lega barnsins skráð og er síritun fósturhjársláttar og legsamdráttu í 30 mínútur. Ef hjársláttarrit er eðlilegt er gefið Cytotec 50 mícrogrömm undir tungu á 4 klst fresti þar til hriðir hefjast og er hámarksskammtur 200 mícrogr. Konan dvelst á deildinni til eftirlits fram að næstu lyfjagjöf. Þegar samdrættir hefjast svo, er aftur fylgst með fósturhjárslætti með sírita og gerð er innri skoðun þar sem leghálsinn er metinn. Ef Bishop skor er jafnt eða meira en 6 er gert belgjarof við fyrsta hentugleika. Örvun með oxýtósín dreypi er svo hafin 2 klst frá belgjarofi, en þó aldrei fyrr en 4 klst eru liðnar frá Cytotec gjöf. Ef oförvun verður í leginu má gefa hriðaslakandi lyf, Brycanyl 0,25 mg undir húð eða í æð.

Upplifun kvenna af gangsetningum

Rannsóknir virðast benda til að konur séu hrifnari af því að vera settar af stað heldur en að bíða og sjá til, þegar þær eru gengnar lengra en 41 viku. Í rannsókn Heimstad og fleiri (2007) þar sem viðhorf og upplifun kvenna af gangsetningu annars vegar og af bíða og sjá meðferðinni (expectant management) eftir 41 viku hins vegar voru kannaðar, kemur fram að þær konur sem voru gangsettar voru líklegri til þess að velja sömu meðferð aftur í næstu meðgöngu (74%) en þær sem fóru sjálfar af stað (38%) og voru undir auknu eftirliti fram að fæðingu. Hins vegar upplifðu gangsettu konurnar ákafari hriðar og styttra var á milli þeirra auk þess sem fæðingin var styttri. Þrátt fyrir að meirihluti gangsettu kvennana myndi kjósa þessa gangsetningu aftur ef sama staða



kæmi upp á næstu meðgöngu, vildi minnihlutinn alls ekki láta gangsetja sig aftur og var þá helsta ástæða þess sú, hversu hraðar og ákafar hriðarnar voru. Vilja greinarhöfundar tengja þessa upplifun kvennana við notkun 50 mícrogr af Cytotec í leggöng og hvetja til frekari rannsókna á lyfinu og skammtastærðum.

Sýnt hefur verið fram á tengsl milli gangsetningar og minni ánægju kvenna með fæðingarupplifun sína. Þetta hefur sérstaklega verið tengt skorti á fræðslu til kvenna um gangsetninguna sjálfa. Konum finnst þær oft ekki hafa fengið nægilegar upplýsingar um gangsetninguna áður en ákvörðun um hana var tekin, og því hafi ákvörðunin ekki verið upplýst (Shetty, Burt, Rice og Templeton, 2005).

Í fræðilegri samantekt Cochrane gagnagrunnsins (2008) kemur fram að sú stefna að gangsetja konur við 41 viku borið saman við að bíða eftir að kona fari sjálf af stað í viku eða fram að fæðingu, tengist lægri burðarmálsdauða. Hins vegar er áhættan ákaflega lítil.

Rannsóknir hafa líka sýnt fram á, að ef að náð eftirlit er haft með konum eftir 41 viku meðgöngu er ekki munur á útkomu (Heimstad, Skogvoll, Mattsson, Johannsen, Ek-Nes og Salvansen, 2007). Hjá sykursjúkum konum er annað upp á teningnum þar sem aukin áætla er á dauða í móðurkviði hjá þessum konum og er því mælt með að gangsetja þær við 40 viku ef allt gengur vel (Hofmeyr, Neilson, Alfirevic, Crowther, Duley, Gülmezoglu, Gyte og Hodnett, 2008).

Skiptar skoðanir um ágæti Cytotec

Ekki eru allir á eitt sáttir um ágæti Cytotec eins og komið hefur fram. Enginn vafi liggur á því að lyfið er árangursríkt við að framkalla samdrætti í legi og til að framkalla fæðingu, það er ódýrt og auðvelt er að gefa það. Í flestum tilfellum verkar það vel og engin vandamál koma upp. En það eru aukaverkanir lyfsins sem vefjast fyrir fólki og sú staðreynd að lyfið er notað án þess að hafa verið rannsakað á fullnægjandi hátt að margra mati. Ina May Gaskin ljósmóðir er ein þeirra sem látið hefur í ljós áhyggjur sínar og efast um að konur væru jafn viljugar að taka þetta lyf ef þær væru að fullu upplýstar um mögulegar aukaverkanir þess. Hún hvetur til að um upplýst samþykki sé að ræða í hverju tilfelli fyrir sig. Hún er jafnframt meðlimur í hópi 40 bandarískra kvenna sem hafa allar fengið alvarlega fylgikvilla í kjölfar gangsetningar með Cytotec (Gaskin, 2003).

Bandaríska lyfjaeftirlitið FDA (2005) hefur ekki samþykkt notkun Cytotec á meðgöngu til gangsetningar, eða eftir fæðingu til að stöðva blæðingu. Þeir telja að ekki hafi verið sannað að lyfið sé árangursríkt eða öruggt. Þeir segja lyfið geta haft alvarlegar afleiðingar eins og legrof þegar lyfið er notað til gangsetningar, sem getur valdið alvarlegri blæðingu, legnámi eða dauða móður eða barns. Aukaverkanir eru algengari hjá konum sem hafa ör á legi eftir keisaraskurð eða hafa fætt mörg börn.

Fleiri hópar hafa mótmælt notkun lyfsins og þarf ekki að leita lengi á

veraldarvefnum til að finna síður þar sem konur segja sögu sína og hvetja til að konur verði upplýstar um aukaverkanir lyfsins.

Samantekt

Ég er búin að hugsa mikið um þessa fæðingu og velt því fyrir mér hvernig konan myndi lýsa upplifun sinni ef ég hittir hana í dag. Það situr í mér að þegar hriðarnar voru sem harðastar og lítil grið voru á milli hriða, hvað ég upplifði mig úrræðalítla, mér fannst ég lítið getað hjálpað henni og mér fannst lítið náttúrulegt við þessar hriðar. Ég hef lært það í náminu mínu að treysta náttúrunni fyrir þessu mikla undri sem barnsfæðing er. Ég hef líka lært að stundum þarf að grípa inn í og hjálpa til t.d. þegar um sjúkdóma er að ræða. Í þessu tilfelli tel ég að það hafi verið réttlætlanlegt að gangsetja konuna þar sem hún var gengin 41 viku og 3 daga og greind með meðgöngusykursýki. Ég velti því fyrir mér hvort það hefði verið betra í þessu tilfelli að gera gat á belgi og athuga hvort konan færi ekki af stað án lyfja. Mér finnst skrítið að gangsetja konu sem gengur með sitt fjórða barn án þess að skoða upp á leghálsinn og meta hversu hagstæður hann er, áður en henni eru gefin lyf. Verklagsreglur eiga að vera til viðmiðunar og við hljótum að eiga að skoða og meta hvert tilfelli fyrir sig.

Það má segja að það hafi verið jákvætt að konan fór strax í gang og fæddi eðlilega, barnið var hraust, þoldi þetta vel og fékk 9 og 10 í apgar. Það má því segja að á ákveðnum mælikvarða hafi þetta verið mjög árangursrík gangsetning. Ef við tökum upplifun konunnar inn í myndina, breytist hún svolítið og ég tel mikilvægt að það sé tekið með í reikninginn þegar útkoma úr gangsetningum er metin, hvernig konurnar upplifa hana. Það er jákvætt að í þeim rannsóknum sem ég skoðaði að flestar konur voru sáttar við gangsetninguna sína. Það sem kom mér á óvart var að konur virðast frekar vilja láta gangsetja sig heldur en fá nánara eftirlit eftir 40 vikur og leyfa náttúrunni að hafa sinn gang. Kannski eru konur ekki nógu vel fræddar um gangsetningar og mögulegar afleiðingar. Kannski eru þær margar orðnar þreyttar á meðgöngni og vilja að henni ljúki sem fyrst. Ég tel að konur þurfi að taka upplýsta ákvörðun um gangsetningu, þar sem áhætta kemur fram, og sjálfsagt að þær skrifi undir upplýst samþykki eins og við aðgerðir.

Konur þurfa að fá bestu hugsanlegar upplýsingar án fordóma, um áhættuna sem fylgir lengri meðgöngu og hafa möguleika á að velja hvort hún vilji gangsetningu eða bíða og fá nánara eftirlit. Hún þarf að þekkja hugsanlegan ávinning og áhættu með hvoru tveggja. Konur þurfa að fá stuðning heilbrigðisstarfsfólks hvort sem þær ákveða að halda meðgöngunni áfram eða fá gangsetningu. Ljósmeður þurfa að standa vörð um hagsmuni skjólstæðinga sinna og konurnar verða að vera vissar um að þær fái meðferð sem stefni öryggi þeirra ekki í hættu. Ég tel að við verðum að gera allt sem í okkar valdi stendur til að meðferðin sé einstaklingsmiðuð, hún sé örugg, og að upplifun fæðingarinnar sé sem ánægjulegust.

Eftir því sem ég les meira og öðlast meiri þekkingu í ljósmóðurfræði geri ég mér betur og betur grein fyrir, hvað það er margt sem við vitum ekki. Ekki síst um áhrif inngrípa í eðlilegt ferli fæðingar sem er og verður yndislegur leyndardómur sem verður aldrei skilinn til fullnustu.

Heimildaskrá

Bandaríska Lyfjaeftirlitið FDA (2005, Maf) Misoprostol (markeded as Cytotec) Information. Sótt 10 október 2008 af <http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/misoprostol/default.htm>

Crane, J. M. G. og Young, D. C. (2003). Induction of Labour with a favorable cervix and/or prelabour rupture of membranes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 17(5). 795-809

Gaskin, I.M. (2003). *Ina May'S Guide to Childbirth*. New York: Bantam Dell

Heimstad, R., Romundstad, P. R., Hyett, J., Mattson, L. og Salvarsen, K. (2007). Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(8). 950-956

Heimstad, R., Skogvoll, E., Mattson, L.A., Johansen, O. J., Eik-Nes, S. H. og Salvarsen, K. A. (2007). Induction and Labour or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstetric and Gynecology* 109(3). 609-617.

Hofmeyr, G. J., Nelson, J. P., Alfirevic, Z., Crowther, C. A., Duley, L. Gülmezoglu, M. Gyte, G. M. L. og Hodnett, E. D. (2008). *A Cochrane Pocketbook: Pregnancy and Childbirth*. West Sussex: Wiley.

Induction of Labour: NICE clinical guideline 70 (2008, júlí). Sótt 8 október 2008 af <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG070NICEGuideline.pdf>

Landspítali (2008, október). Framköllun fæðingar: verklagsregla. Gefið út af vinnuhópi fyrir Kvinnasvið LSH. Sótt af innra neti Landspítala þann 14 október 2008.

Medforth, J., Battersby, S., Evans, M., Marsh, B. og Walker, A. (Ritstj.) (2006) *Oxford Handbook Of Midwifery*. New York: Oxford University Press.

Shetty, A., Rice, P. og Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour- A Questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 123. 56-61.

Souza, A.S.R., Amonim, M. M. R. og Feito, F. E. L. (2008). Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for the induction of labour: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115(11). 1340-1349.

