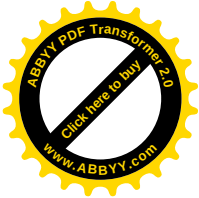




دستورالعمل روش‌های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران

بازنگری اول

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره تنظیم خانواده و جمعیت



دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران
بازنگری اول

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره تنظیم خانواده و جمعیت

تهیه و تنظیم: دکتر محمد اسلامی - دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو
با همکاری: روشنگ احمدیان - دکتر مجید رحیمی
پرنیان عندلیب - دکتر زهرا محمدی بلوک
و حمایت اساتید محترم و مدیران گروه های زنان و زایمان
زیر نظر: دکتر محمدمیر امیرخانی
تیراژ: ۲۰/۰۰۰ نسخه
صفحه آرای و چاپ: انتشارات فوزان گرافیک



“مقدمه معاون محترم سلامت”

تنظیم خانواده در کشور ما، از آغاز برنامه با کنترل جمعیت و کاهش رشد جمعیت مترادف شده است. حال آنکه هدف این برنامه براساس مستندات موجود، توانمند ساختن خانواده ها و جامعه به منظور تصمیم گیری آگاهانه و آزادانه برای انتخاب تعداد فرزندان، فاصله گذاری بین بارداری ها، انتخاب زمان بارداری ها، پیشگیری از بارداری های ناخواسته و به حداقل رساندن بارداری های پرخطر در راستای ارتقای سلامت مادران و کودکان، خانواده و در نهایت جامعه بوده است.

این هدف که از مسئولیت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به ویژه معاونت سلامت است، محقق نخواهد شد مگر آنکه همواره کوشش ها و فعالیت ها در راستای ارتقای کیفیت برنامه ها و بهره گیری از آخرین مستندات و پیشرفت های علمی روز ادامه یابد. از مصادیق پویایی این فعالیت ها، بازنگری و به روز نمودن دستورالعمل های ارایه خدمت در بسته های سلامت است.

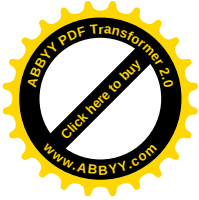
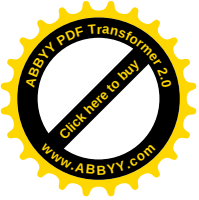
آخرین "دستورالعمل های روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران" در سال ۱۳۸۳ منتشر شد و از همان تاریخ همکاران اداره تنظیم خانواده و جمعیت بنا را بر آن گذاشتند که در فاصله زمانی نسبتاً مشخص و براساس سوالاتی که از محیط های ارایه خدمت و نیز تغییراتی که در مستندات علمی برنامه حاصل می گشت، محتوی علمی این دستورالعمل را به روز نگه دارند. خدای بزرگ را سپاس می گوئیم که این امر با پیگیری مداوم همکاران یادشده عملی گشت و امروز می توانیم بازنگری اول کتاب را به جامعه علمی و اجرایی کشور تقدیم نماییم.

امید است که از این طریق بتوان پسته استاندارد خدمت را ارتقا بخشیده، با به کار بستن آخرین اصول علمی و بهره گیری از دانش و تجربه اساتید محترم و اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور و توانمندی اجرایی شبکه بهداشت و درمان و بخش غیر دولتی، نیازهای گیرندگان خدمت را به نحو مطلوب تری برآورده نماییم.

برخود واجب می دانم که از همه عزیزان اعضای هیات علمی و مدیران اجرایی برنامه که در بازنگری این مجموعه، همکاری صمیمانه ای با متولیان امر داشته اند، تشکر و قدردانی نمایم.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت



“مقدمه مدیر کل محترم سلامت جمعیت، خانواده و مدارس”

در دنیای رو به رشد امروز، حجم اطلاعات و تغییر علم پزشکی آن چنان وسیع است که تقریباً محال است هیچ ارایه کننده خدمات سلامتی بتواند تمامی مقاله ها و موضوع های جدید رشته کاری خود را مطالعه کند. نظام های مراقبت بهداشتی در سراسر دنیا بر آن هستند که با کمک و استفاده از آخرین دستاوردهای علمی، مطالب علمی روز را به زبانی ساده و با قابلیت کاربری آسان برای ارائه دهندگان خدمات تبدیل کنند. این امر نیازمند پروتکل ها و دستورالعملهای مشخصی است که باید با مقتضیات زمان و شرایط کشور هماهنگ باشد.

کتاب حاضر که اولین بازنگری دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران است که در سال ۱۳۸۳ منتشر شده است، حاصل کوشش طولانی مدت اعضای محترم هیئت علمی و مدیران محترم گروه های بهداشت خانواده معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور و نیز همکاران من در اداره تنظیم خانواده و جمعیت است که می تواند به عنوان مرجعی مناسب برای مدیران، کارشناس های بهداشتی کشور، ارایه کنندگان خدمات در بخش های دولتی و خصوصی، مدرسین موضوعات تنظیم خانواده در دانشگاه ها و همچنین دانشجوی های مختلف رشته های پزشکی و پیرا پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

از کوشش های طولانی مدت همکارانی که در طراحی، تدوین و نهایی سازی و چاپ این مجموعه زحمت های قابل توجهی را متحمل شده اند، سپاسگزارم.

دکتر محمدامیر امیرخانی

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

پیش گفتار رییس اداره تنظیم خانواده و جمعیت

گذشت چهار سال از تدوین کتاب دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران، و دریافت نظرها و پیشنهادهای ارائه دهندگان خدمات، مدیران گروه های آموزشی دانشگاه های کشور و مدیران خدمات بهداشتی و تکامل و تغییر دانش روز تنظیم خانواده و روش های متعدد آن ما را بر آن داشت که مجموعه ای باهدف:

- به روز شدن دستورالعملهای ارائه خدمت،
- پاسخگویی به سوال هایی که در مجموعه های قبلی پاسخی برای آن ها وجود نداشت،
- تجمیع دستورالعمل های روش های جدید پیشگیری از بارداری که در فاصله سال های گذشته به برنامه کشوری تنظیم خانواده اضافه شده است،
- تجمیع بخشنامه هایی که در فاصله زمانی انتشار دستورالعملهای پیشین تا کنون در دوره های مختلف و حسب مورد صادر گردیده است،
- تهیه راهنمایی کامل برای ارائه دهندگان خدمت در راستای بهبود کیفیت ارائه خدمت، تهیه و تنظیم گردد. استاندارد کردن دستورالعملهای روش های پیشگیری از بارداری در کشور، مقدمه ای بر تهیه و تدوین مجموعه مراقبت های تنظیم خانواده بصورت Package های دوسطحی ویژه غیرپزشکان و پزشکان خواهد بود. در کتاب حاضر فقط به روش هایی که در سیستم ارائه خدمات دولتی موجود بوده و به رایگان ارائه می شوند، اشاره شده است.

در فاصله چهار سال یادشده بیش از ۲۰۰ سوال از بیش از پانزده دانشگاه علوم پزشکی کشور درباره کتاب چاپ شده به اداره تنظیم خانواده و جمعیت ارسال شد. سوالات دریافت شده جمع بندی و پس از حذف سوالات تکراری به چند دسته عمده تقسیم شد:

سوالات نیازمند استعلام از انجمن های علمی ذیربط، سوالات نیازمند جستجوی بیشتر در متون علمی و تخصصی مربوطه و سوالات نیازمند برگزاری جلسات بحث و تبادل نظر و استعلام از افراد مجرب هیات علمی.

در این راستا مکاتبات مختلفی با انجمن های غدد درون ریز، بیماری های گوارش و کبد، بیماری های عفونی و انجمن زنان و زایمان انجام شد. خوشبختانه همه انجمن های یاد شده، بجز انجمن زنان و زایمان پاسخ سوالات مربوطه را تهیه و به اداره تنظیم خانواده و جمعیت ارسال نمودند. پاسخ سوالات ارسالی برای انجمن زنان و زایمان، به دلیل عدم پاسخگویی انجمن یادشده پیرو مکاتبات مکرر، از اداره مرکزی سازمان جهانی بهداشت استعلام و پاسخ آنها دریافت شد.



منابع علمی که در بازنگری کتاب دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از:

۱. The pill and other forms of hormonal contraception/ The facts, Sixth edition,

JOHN GUILLEBAUD, Oxford University Press, ۲۰۰۵

۲. Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS, WHO, ۲۰۰۷

۳. MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE, Third edition, WHO, ۲۰۰۴

۴. SELECTED PRACTICE RECOMMENDATION FOR CONTRACEPTIVE USE,

Second edition, WHO, ۲۰۰۴

۵. A CLINICAL GUIDELINE FOR CONTRACEPTION, FOURTH EDITION, LEON SPEROF,

PHILIP D. DARNEY, ۲۰۰۵

۶. Contraception your questions answered, Third Edition, John Guillebaud, ۲۰۰۰

۷. MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE, ۲۰۰۸ Update, WHO

۸. SELECTED PRACTICE RECOMMENDATION FOR CONTRACEPTIVE USE, ۲۰۰۸

Update, WHO

اطلاعات مرتبط با هر کدام از روش های پیشگیری از بارداری موجود در شبکه ارائه خدمت، از کتاب های فوق جمع آوری شد و با استفاده از این اطلاعات سعی بر آن شد که متون مندرج در کتاب قبلی به روز شده و به سوالاتی که در پی انتشار دستورالعمل قبلی دریافت شده بود پاسخ داده شود. در موضوع هایی که اکثر قریب به اتفاق کتاب ها مطالب مشابهی را ذکر کرده بودند، مطلب مورد نظر در درون پیش نویس مجموعه قرار گرفت. مواردی که در آن ها:

۱. فقدان اتفاق نظر در مستندهای موجود در کتب مرجع یاد شده

۲. فقدان مطلب در برخی از کتب مرجع درباره ی برخی از عناوین مورد نظر وجود داشت، بعنوان موارد نیازمند بررسی همراه با ذکر مطالب موجود در رفرنس های متفاوت در مجموعه ای آماده و در اختیار اعضای محترم هیات علمی دانشگاه ها، مدیران گروه های بهداشت خانواده و کارشناسان اداره تنظیم خانواده و جمعیت قرار گرفت و از آنها تقاضا شد تا نقطه نظرهای خود را به اداره تنظیم خانواده و جمعیت ارسال نمایند. نقطه نظرهای دریافتی با ذکر رفرنس ها و افراد پیشنهاد کننده به صورت Comment در حاشیه متن اعمال شد و به عنوان متن نهایی در نشست دوروزه در اهواز با حضور همه افراد و گروه های یاد شده مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و نتیجه بحث های این نشست به عنوان پیش نویس نهایی بازنگری اول دستورالعمل برای برخی از اعضای گروه فوق ارسال شد. دریافت نقطه نظرهای این بزرگواران و اعمال آنها در متن پیش نویس نهایی اول منجر به تهیه متن حاضر گردید.

شایان ذکر است که به دلیل موجود نبودن مستندهای علمی کشوری در بخش های

نادری از عناوین مورد بحث، اجماع نظرات به عنوان مبنای ادامه کار در نظر گرفته شد. از سوی دیگر در برخی موارد، با در نظر گرفتن شرایط موجود نظام ارائه خدمات تصمیم گیری دارای جنبه اجرایی بوده و سعی شده است حداکثر ملاحظه ها برای تامین حقوق گیرنده خدمت مد نظر باشد.

با توجه به نکته های فوق این کتاب به عنوان سند مرجع روش های تنظیم خانواده در اختیار مدیران محترم گروه های بهداشت خانواده، تنظیم خانواده، آموزش بهورزی (در سطوح معاونت بهداشتی و شهرستان)، و پزشک های مراکز بهداشتی و درمانی قرار خواهد گرفت.

همچنین با ارسال این کتاب برای گروه های زنان و زایمان، اورولوژی، پرستاری و مامایی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سراسر کشور، بخش های خصوصی ارائه خدمت، انجمن های علمی مرتبط کشور و مدرسین دروس جمعیت و تنظیم خانواده فرصت بهره گیری از نظریات کلیه گروه های یاد شده، همانند دوره قبل، برای بازنگری های بعدی مهیا خواهد گردید. جای بسی خوشوقتی خواهد بود که مطالعه کنندگان این کتاب با ارسال نقطه نظرهای خود به اداره تنظیم خانواده و جمعیت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، فرصت بهره گیری از دانش علمی و تجربیات عملی خود را برای مجموعه تهیه کنندگان این کتاب و کتب بعدی فراهم نمایند.

در انتها لازم می دانم از بزرگوارانی که همه مساعی خود را در تدوین این کتاب بکار برده اند، به شرح زیر تقدیر و تشکر نمایم.

کمیته علمی و مشورتی تنظیم خانواده،

جناب آقای دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو، متخصص بهداشت مادر و کودک و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه،

کارشناس های اداره تنظیم خانواده:

۱. سرکار خانم روشنگر احمدیان،

۲. جناب آقای دکتر مجید رحیمی،

۳. سرکار خانم پرنیان عندلیب،

۴. سرکار خانم دکتر زهرا محمدی بلوک،

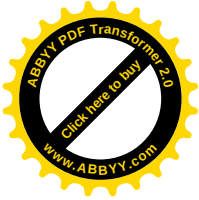
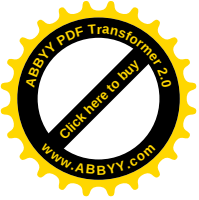
مدیران گروه بهداشت خانواده دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی: اصفهان، سمنان، همدان، مازندران، کرمان، چهارمحال و بختیاری.

دکتر محمد اسلامی

رییس اداره تنظیم خانواده و جمعیت

” عزیزانی که در تهیه این کتاب همکاری نموده اند عبارت هستند از “ الف- اعضای محترم هیات علمی (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|---|---|
| <p>دکتر صفیه شهریاری افشار
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> | <p>دکتر عبدالرسول اکبریان
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران</p> |
| <p>دکتر زهرا علامه
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان</p> | <p>دکتر شهره بهاصدري
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران</p> |
| <p>دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو
متخصص بهداشت مادر و کودک
مربی ارشد NSV
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی</p> | <p>دکتر منیره پورجواد
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد</p> |
| <p>دکتر معصومه فلاحیان
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی</p> | <p>دکتر فاطمه توسلی
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد</p> |
| <p>دکتر شیرین قاضی زاده
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران</p> | <p>دکتر نوشین جعفری
متخصص زنان و زایمان
مشاور دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس</p> |
| <p>دکتر عطا... قهیری
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان</p> | <p>دکتر شهلا چایچیان
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی تهران</p> |
| <p>دکتر محمد علی کریم زاده
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد</p> | <p>دکتر فاطمه خشتی
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران</p> |
| <p>دکتر اعظم السادات موسوی
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران</p> | <p>دکتر تقی رازی
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز</p> |
| <p>دکتر ابوالفضل مهدیزاده
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران</p> | <p>دکتر مهوش زرگر
متخصص زنان و زایمان
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز</p> |



ب-همکاران محترم شاغل در معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر رضا آگاه

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر پژمان عقدک

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پروین احمدی

کارشناس تنظیم خانواده
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر فرشید فریور

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی سمنان

دکتر وحید حقیقی

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

نیره اعظم قره چه

کارشناس مسئول تنظیم خانواده
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر کامران دهقان

معاون بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر محمد کاظم زاده

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی همدان

پریچهر راکیان

کارشناس تنظیم خانواده
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

مینا موسوی

کارشناس مسئول تنظیم خانواده
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

لیلا رشیدی

کارشناس تنظیم خانواده
دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر عبدالناصر میرشاک

معاون اجرایی
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر علی ضامن صالحی فرد

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

دکتر عبدالرسول نیکخوی

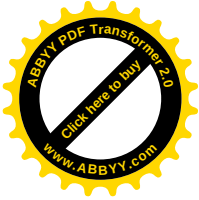
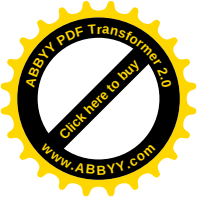
معاون بهداشتی
دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر مهرداد عباباف

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دکتر مهدیه یزدان پناه

مدیر گروه بهداشت خانواده
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



ت- همکاران دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس (به ترتیب حروف الفبا):

روشنک احمدیان

کارشناس تنظیم خانواده
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

نیلوفر پیماندار

کارشناس
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

دکتر مجید رحیمی

کارشناس تنظیم خانواده
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

پرینان عندلیب

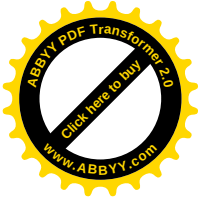
کارشناس تنظیم خانواده
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

عزیزه فلک زاده

کارشناس
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

دکتر زهرا محمدی بلوک

کارشناس تنظیم خانواده
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس



فهرست

فصل اول

قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری

فصل دوم

آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری

فصل سوم

قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی

فصل چهارم

آمپول دیپو مدروکسی پروژسترون استات

فصل پنجم

آی یو دی

فصل ششم

بستن لوله های رحمی

فصل هفتم

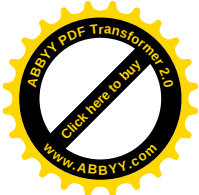
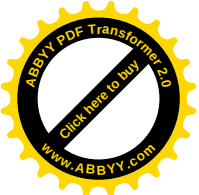
بستن لوله های اسپرم بر

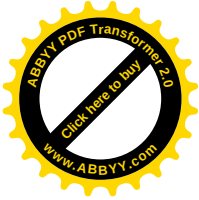
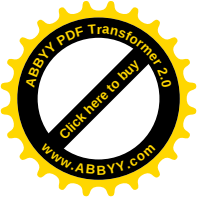
فصل هشتم

کاندوم

فصل نهم

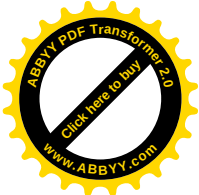
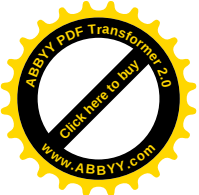
روش پیشگیری اورژانس از بارداری





فرصت‌های ترکیبی

پیشگیری از بارداری



“قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری”

توضیح روش

یکی از روش های جلوگیری از بارداری، قرص های ترکیبی (حاوی استروژن پروژسترون) است که به دو شکل یک مرحله ای (LD) و سه مرحله ای (تری فازیک) در سیستم ارایه خدمات تنظیم خانواده موجود می باشد. مصرف این قرص ها هر روزه بوده و توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده ارایه می شود.

مکانیسم عمل

- ۱- جلوگیری از تخمک گذاری
- ۲- تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر)
- ۳- ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم به دلیل افزایش ضخامت موکوس سرویکس
- ۴- جلوگیری از لقاح با تاثیر بر حرکات لوله های رحم

اثربخشی

اثربخشی قرص های ترکیبی در صورت مصرف صحیح، ۹۸ درصد است.

مزیت ها

- اثربخشی بالا

- برگشت سریع باروری پس از قطع روش
- نداشتن محدودیت سنی در استفاده از روش
- منظم شدن، کاهش درد و خونریزی قاعدگی (کاهش سندرم پیش از قاعدگی) و کاهش کم خونی به دنبال قاعدگی ها،
- احتمال کاهش بروز کیست های تخمدانی
- احتمال کاستن از بروز بیماری های خوش خیم پستان
- افزایش تراکم استخوان ها
- کاهش بروز بیماری های التهابی لگن (PID)
- کم شدن بروز سرطان های رحم و تخمدان
- کاهش بروز حاملگی خارج از رحم (EP)
- احتمال کاهش بروز اندومتریوز
- احتمال کاهش بروز آرتريت روماتوئید

عیب ها

- مناسب نبودن برای افراد فراموشکار
- نیاز به تهیه بلیستر جدید در هر دوره قاعدگی
- پیشگیری نکردن از بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (STIs)
- مناسب نبودن برای مادران شیرده در ۶ ماه اول پس از زایمان

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها

عارضه های شایع معمولاً در ماه های اول مصرف بروز نموده و در عرض ۲-۳ ماه

کاهش یافته و یا از بین می روند. این عارضه ها و چگونگی برخورد با آن ها به شرح زیر است:

۱- **افزایش وزن:** دلایل افزایش وزن، تجمع مایعات در بدن به دلیل اثر پروژسترون، افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی است. افزایش وزن با ورزش منظم و رژیم غذایی متعادل بهبود می یابد.

۲- **لکه بینی و خونریزی بین قاعدگی ها:** معمولاً در مدت ۲-۳ ماه اول مصرف دیده شده و می تواند ناشی از فراموشی قرص نیز باشد (در این صورت توصیه به مصرف مرتب قرص و سعی در فراموش نکردن مصرف مرتب آن، اقدام اصلی خواهد بود). برای آگاهی از شیوه حل این مشکل به تذکراتی که در مصرف مراجعه شود.

۳- **حساسیت پستان ها:** با رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بند های محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم رفع می شود. اگر مشکل ادامه یابد، فرد به ماما، پزشک و در صورت نیاز به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.

۴- **سردردهای خفیف:** غالباً با مسکن های معمولی برطرف می شود. سردردهای شدید و یا سردردهایی که با فشارخون بالا، علائم عصبی یکطرفه و یا اختلالات بینایی همراه باشد، از علائم هشدار بوده و باید ارجاع فوری به متخصص مربوطه و تغییر روش را به دنبال داشته باشد.

۵- **تهوع:** خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، خوردن مایعات بیشتر و سبزی و میوه تازه راهی موثر برای کاهش شدت تهوع های خفیف و قابل تحمل خواهد بود. درمان موقت تهوع برای ۲-۳ ماه اول با داروهای ضد تهوع (مثل شیبی یک قرص ویتامین B۶) نیز امکان پذیر است. خوردن قرص در صورت تهوع شدید و غیر قابل تحمل ادامه نخواهد یافت.

عوارض نادر و چگونگی برخورد با آن ها

عوارض نادر ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا بسیار کم مشاهده شود. این عارضه ها عبارت هستند از:

- ۱- تغییر خلق و خوی (افسردگی)
 - ۲- لکه های رنگی در پوست صورت (کلوآسما)
 - ۳- بروز سرطان پستان
 - ۴- عوارض پیش سرطانی سرویکس
 - ۵- بروز تومورهای خوش خیم و بدخیم کبدی (آدنوم و کارسینوم کبد)
 - ۶- لخته شدن خون در ورید ها (ترومبوز وریدی)، به ویژه در افراد سیگاری و مبتلا به اختلالات انعقادی خون
 - ۷- سکته های قلبی (به ویژه در سیگاری ها)
 - ۸- سکته مغزی (به ویژه در افراد سیگاری و دارای فشارخون بالا)
 - ۹- افزایش فشارخون به بیش از ۱۶۰ میلیمتر جیوه روی ۱۰۰ میلی متر جیوه
 - ۱۰- احتمال بروز خونریزی های نامنظم رحمی
 - ۱۱- آمنوره
- اگر هر کدام از موارد یاد شده دیده شود، ارجاع فرد به متخصص مربوطه ضرورت دارد.

موارد منع مصرف مطلق

- شک یا اطمینان به وجود حاملگی
- در فاصله زمانی کمتر از سه هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده
- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن

- هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
- کارسینوم اندومتر
- خونریزی های رحمی بدون علت مشخص
- مصرف سیگار در افراد ۳۵ ساله و بالاتر^۱
- بیماری فعال یا مزمن کبدی (شامل: اختلال کار واضح کبدی و یا هپاتیت ویرال، سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص، آدنوم یا کارسینوم کبد، سیروز کبدی، تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد، شستوزومیاژیس با فیروز شدید کبدی)
- ابتلای فعلی یا سابقه ترومبوفلیت وریدهای عمقی، اختلالات ترومبوآمبولیک و یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها
- بیماری های دریچه ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشار ریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حاد باکتریال و یا مصرف داروهای ضد انعقاد
- بیماری عروق کرونر قلب، آنژین قلبی (هر نوع درد جلوی قلب و پشت استرنوم)، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آنها
- بیماری سیانوتیک قلبی
- سکته مغزی
- بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آنها
- دیابت با بیماری های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی یا نوروپاتی یا ابتلای بیش از بیست سال به دیابت
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی (کاهش میدان دید چشم بطور مشابه، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان)
- میگرن بدون علائم فوکال عصبی و سن بیشتر از ۳۵ سال
- افزایش چربی های خون (دیس لیپیدمی بخصوص لیپوپروتئین نوع II)

^۱ براساس صفحه های ۹۰ و ۹۱ کتاب ۲۰۰۵/ Leon Speroff Philip D.Darney/ Clinical Guide For Contraception/ Fourth Edition/ A، استفاده از قرص های ترکیبی در خانم های سیگاری دارای منع مصرف نسبی و در خانم های سیگاری بالای ۳۵ سال دارای منع مصرف مطلق است.

- شرایط نیازمند به بی حرکتی کامل (باید مصرف قرص از ۲۸ روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل، قطع شود- دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد).
- سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف OCP مثل: کره، فشار خون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگوییید حاملگی، سندرم استیون-جانسون،
Thrombotic Thrombocytopenic Purpura , Hemolytic Uremic Syndrome
- ابتلا به Serious trauma, Cancer, Lukemia, Vascular diseases (SLE, ...)

موارد منع مصرف نسبی

- فشارخون کنترل شده بین ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه
- نئوپلازی داخل اپیتلیومی (خفیف) تا شدید سرویکس
- بیماری فعال کیسه صفرا
- سابقه یرقان انسدادی در حاملگی
- خانم های سیگاری کمتر از ۳۵ سال
- توده پستانی تشخیص داده نشده
- ترومبوفلیت سطحی
- بیماری های دریچه ای بدون عارضه قلبی
- مادران شیردهی که از زایمان آن ها کمتر از شش ماه می گذرد
- میگرن بدون علائم عصبی
- دیابت بدون درگیری عروقی
- افسردگی بسیار شدید
- مصرف دارو برای اپی لپسی (بجز والپروئیک اسید)
- مصرف ریفامپین یا گریزوفولوین
- ابتلای به بیماری های التهابی روده مانند کرون یا کولیت زخمی^۲

^۲ ابتلای به این بیماری ها باعث می شود که فرد مبتلا در معرض ترومبوز وریدهای عمقی (Deep Vein Thrombosis) قرار گیرد.
(نامه انجمن متخصصین گوارش و کبد ایران)

زمان شروع استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری

وضعیت متقاضی از نظر زمان شروع^۳:

- ۱- **دوران قاعدگی:** مصرف این قرص ها باید در پنج روز اول قاعدگی (روز اول تا روز پنجم) آغاز گردد. برای اطمینان بیشتر بهتر است که مصرف آن از روز اول خونریزی قاعدگی شروع شود.
 - ۲- **غیر از دوران قاعدگی:** استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری را، در هر زمان که اطمینان از باردار نبودن وجود داشته باشد می توان آغاز کرد. باید توجه داشت تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری قرص ترکیبی، باید هفت روز از کاندوم استفاده شود.
 - ۳- **پس از سقط:** مصرف این قرص ها را می توان در پنج روز اول بلافاصله بعد از سقط آغاز نمود.
 - ۴- **تغییر از یک روش دیگر:** اگر فرد خواهان قطع کاربرد روش پیشگیری از بارداری فعلی خود (لاینسترونول، آی یو دی، DMPA و آمپول ترکیبی) و استفاده از قرص های ترکیبی بوده و قطع روش های فوق در یکی از ۵ روز اول قاعدگی اتفاق بیافتد، باید به شرح زیر توصیه های لازم به او داده شود:
 - فرد می تواند مصرف این قرص ها را بلافاصله شروع کند. در غیر این صورت، آغاز استفاده از قرص های ترکیبی تا قاعدگی بعدی به تاخیر افتاده و تا آن زمان استفاده از کاندوم پیشنهاد می شود.
 - کاربران لاینسترونول به شرط آمнوره و استفاده مرتب از لاینسترونول، بلافاصله پس از قطع لاینسترونول و کاربران DMPA که دچار آمнوره هستند، اگر DMPA را در فاصله زمانی ۱۴-۹۰ روز قبل تزریق کرده باشند و کاربران آمپول ترکیبی اگر که آمپول ترکیبی را در فاصله ۲۷-۳۳ روز قبل تزریق کرده باشند، می توانند استفاده از قرص های ترکیبی را آغاز نمایند.
- در سایر موارد آغاز استفاده از قرص در گرو بررسی حاملگی و رد احتمال آن است.

^۳ مصرف این قرص ها پس از زایمان و در دوران شیردهی به دلیل تاثیر آن ها بر روی شیرمادر (کم کردن مقدار و ترشح شدن آن در شیر) توصیه نمی شود. اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد، می تواند مصرف این قرص ها را سه هفته پس از زایمان آغاز نماید.

شیوه استفاده از قرص های ترکیبی

قرص در ساعت خاصی از شبانه روز تا پایان بسته ۲۱ عددی خورده می شود. باید فرد استفاده کننده از قرص را به این امر تشویق کرد که برای پرهیز از فراموشی مصرف قرص، آن را هر روزه در ساعت معینی میل کند و یا آن را با یک کار مداوم هر روزه مانند مسواک زدن، نماز خواندن ... هماهنگ کند. مصرف بسته بعدی پس از یک فاصله هفت روزه آغاز خواهد شد.

تغییر روش از قرص های ترکیبی به روش های دیگر

کاربران قرص های ترکیبی، در صورت تمایل به قطع مصرف آن و استفاده از روش های دیگر پیشگیری از بارداری، می توانند روش مورد نظر خود را مطابق دستورالعمل مربوطه شروع نمایند.

آزمایش و معاینه های لازم

جلسه اول :

- ۱- معاینه مراجعه کننده از نظر زردی
- ۲- اندازه گیری فشارخون
- ۳- اندازه گیری قد و وزن برای محاسبه BMI (نمایه توده بدنی)
- ۴- معاینه پستان
- ۵- آزمایش پاپ اسمیر (۴-۶ هفته پس از زایمان و مطابق دستورالعمل کشوری)
- ۶- بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون (در صورت سابقه ترومبوز و یا بیماری های قلبی در بستگان درجه یک زیر ۵۰ سال)
- ۷- اندازه گیری تری گلیسرید: اگر تری گلیسرید متقاضی در آغاز استفاده از قرص های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد، به فاصله ۲-۴ هفته پس از آغاز

مصرف قرص ترکیبی، آزمایش مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش تری گلیسرید در طی این مدت به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر، ادامه استفاده از قرص های ترکیبی به دلیل احتمال ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

توجه ۱: در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری است. در صورت عدم وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک باید حداکثر تا سه ماه پس از اولین مراجعه انجام شود. در موارد BMI (نمایه توده بدنی) بیش از ۳۰ مراجعه کننده در مراجعه اول، ویزیت پزشک پیش از ارایه خدمت قرص ضرورت داشته و تحویل قرص پس از آن انجام خواهد شد.

توجه ۲: انجام آزمایش های بندهای ۵، ۶ و ۷ در ویزیت اول اجباری نیست. این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین ویزیت انجام شود.

مراجعه های پیگیری

اولین بررسی پیگیری پس از ۳ ماه و پس از آن هر ۶ ماه یکبار تا دوسال، و از آن پس در صورت نبودن هرگونه مشکل هر ساله و به شرح زیر انجام می شود:

۱- فشارخون

۲- وزن (برای کنترل BMI)

۳- پیگیری بروز علائم هشدار و عارضه ها و در صورت لزوم بررسی آن ها

۴- بررسی دقیق تر خانم های با بیماری های مزمنی که اثر قرص ترکیبی روی آن بیماری ها مشخص نیست (منظور بیماری هایی است که در موارد منع مصرف قرص اشاره ای به آن نشده است مانند گواتر)

اگر هر کدام از مشکلات یاد شده وجود داشته باشد، ارجاع به متخصص مربوطه انجام می شود. بررسی سالانه قند، چربی و لیپو پروتئین برای خانم های با شرایط زیر در مراجعه های پیگیری بطور روتین ضروری است:

- خانم های ۳۵ ساله و بالاتر

- خانم های با سابقه بیماری قلبی، یا فشار خون بالا
 - دیابتی ها
 - خانم های با سابقه دیابت حاملگی
 - خانم های با نمایه توده بدنی (BMI) بیشتر از ۳۰
- (در صورت وجود مشکل در بررسی های یادشده و خارج شدن بیماری از کنترل، ارجاع به سطح بالاتر انجام خواهد شد.)

تذکرات حین مصرف

الف- فراموشی مصرف قرص های ترکیبی LD و Triphasic :

- ۱- در صورت فراموشی خوردن یک قرص و بخاطر آوردن آن پیش از زمان مصرف قرص بعدی، به محض به یاد آوردن قرص فراموش شده، آن قرص خورده شده و خوردن بقیه قرص ها طبق معمول ادامه می یابد. اگر فراموشی تا زمان خوردن قرص بعدی ادامه پیدا کند، باید دو قرص در ساعت معین خورده شود.
 - ۲- چنانچه دو قرص فراموش شود، به محض به خاطر آوردن در دو شب بعد، هر شب دو قرص خورده شده و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده می شود.
 - ۳- در صورت فراموشی سه قرص یا بیشتر در هر زمان از سیکل، خوردن بقیه قرص ها (روزی یک عدد) ادامه یافته و به مدت یک هفته از داشتن رابطه جنسی خودداری و یا از کاندوم استفاده می شود. مصرف بسته بعدی قرص بدون رعایت فاصله هفت روزه بین بسته ها و بلافاصله در روز بعد از پایان بسته قبلی آغاز خواهد شد. همچنین در صورت داشتن تماس جنسی در این فاصله زمانی و عدم استفاده از کاندوم، استفاده از روش پیشگیری اورژانس از بارداری توصیه می شود.
- نکته:** ضمن ارایه خدمت قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری، کاندوم نیز به تعداد مورد نیاز به گیرنده خدمت داده می شود تا در موارد ۲ و ۳ از آن استفاده کند.

ب- اگر شک به حاملگی با مصرف هم زمان قرص وجود داشته باشد، باید بلافاصله مصرف آن قطع و تا اطمینان یافتن از وضعیت حاملگی، از کاندوم استفاده شود.

پ- لکه بینی بین قاعدگی ها در عرض ۳-۲ ماه کاهش یافته و یا اینکه برطرف می گردد. باید به یاد داشت که مصرف نامرتب قرص و استفاده از داروهای ضد صرع و ریفامپین از دلایل بروز لکه بینی است. برخی روش ها برای این لکه بینی ها پیشنهاد و نیز گذشت زمان بیشتر نیز به عنوان یک راه حل مطرح گردیده است.^۴ اگر مشکل علیرغم این درمان ادامه یابد، ارجاع به متخصص زنان انجام خواهد شد. استفراغ به فاصله یک تا دو ساعت پس از مصرف قرص می تواند لکه بینی را به دنبال داشته باشد. در این موارد باید بر پایه دستورالعمل مربوطه اقدام نمود.

ت- آمنوره ناشی از مصرف قرص: در صورت سابقه یک دوره آمنوره با مصرف صحیح قرص، و قاعده نشدن در فاصله هفت روزه بین مصرف دو بسته، میتوان بسته بعدی را پس از پایان فاصله هفت روزه آغاز نمود. ولی شروع بسته سوم مشروط به قاعده شدن پس از پایان بسته دوم است. در غیر این صورت (دو دوره آمنوره متوالی)، باید وجود حاملگی با انجام β -hCG بررسی شود.

اگر آمنوره با مصرف نادرست قرص هم زمان گردد، آزمایش بارداری (β -hCG) انجام می شود که در صورت منفی بودن، مصرف بسته بعدی شروع شده و اگر آمنوره ادامه یابد، فرد به مراکز تخصصی ارجاع خواهد شد.

ث- استفراغ به فاصله ۲-۱ ساعت بعد از خوردن قرص: یک قرص (از یک بسته دیگر^۵) خورده شده و مصرف مرتب بقیه قرص های بسته اصلی در زمان مقرر ادامه می یابد. در صورت تداوم استفراغ و یا اسهال شدید، ضمن مصرف قرص در زمان مقرر، روش کمکی آغاز شده و استفاده از آن تا یک هفته پس از اتمام بیماری ادامه خواهد یافت.

^۴ براساس صفحه ۱۷ کتاب Family Planning, A Global Handbook For Providers، می توان با شروع لکه بینی از یک رژیم پنج روزه - روزی سه بار از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، مانند Ibuprofen یا داروهای مشابه استفاده کرد. براساس صفحه ۱۷ کتاب Family Planning, A Global Handbook For Providers و صفحه ۱۶۵ از کتاب John Guillebaud, Sixth edition, ۲۰۰۵ the pill and other forms of hormonal contraception/ تغییر نوع قرص ترکیبی، بدون افزودن مقدار استروژن آن می تواند این مشکل را حل کند.

^۵ در صورت استفراغ قرص در مصرف کننده قرص تری فازیک، باید از همان رنگ و از یک بسته جدید قرص مربوطه دوباره خورده شود.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

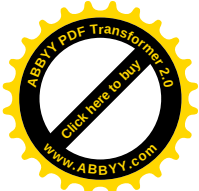
عوارض جدی به دنبال مصرف قرص نادر است، ولی اگر هر کدام از علامت های زیر (که نشان دهنده یک مشکل جدی است) بروز کند، مصرف کننده فوراً به بیمارستان ارجاع می شود:

- ۱- درد شدید در قسمت بالای شکم
- ۲- درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی
- ۳- تورم یا درد شدید در یک پا
- ۴- مشکلات چشمی (از دست دادن یک طرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید)
- ۵- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر و سردرد با علائم اولیه مانند: تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پarestزی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه مانند ضعف)

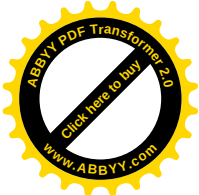
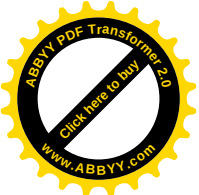
موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی

پیگیری مصرف کنندگان قرص های پیشگیری از بارداری دارای اهمیتی ویژه است. به منظور پیگیری موارد ذیل باید به مصرف کنندگان تاکید شود:

- در طول هفته قبل از پایان بسته، برای دریافت بسته بعدی مراجعه نمایند.
 - در هر بار مراجعه برای دریافت بسته جدید باید در خصوص چگونگی مصرف، رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و یا عوارض مصرف با دقت پرسش شود.
- محدوده سنی استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری: مصرف این نوع قرص ها می تواند تا ۵۰ سالگی، با رعایت موارد مندرج در منع مصرف قرص های ترکیبی، ادامه یابد.



آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری



آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری

توضیح روش

آمپول ترکیبی یک روش هورمونی ترکیبی و تزریقی پیشگیری از بارداری است. این آمپول ها در بردارنده نیم میلی لیتر ماده موثره (۲۵ میلی گرم دپو مدروکسی پروژسترون استات و ۵ میلی گرم استرادیول سیپیونات) می باشد. آمپول ترکیبی توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده یا پزشک و در فاصله های یک ماهه تزریق می شود.

مکانیسم عمل

- ۱- جلوگیری از تخمک گذاری
- ۲- تاثیر بر مخاط داخلی رحم و مهار پرولیفراسیون آندومتر
- ۳- ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم از طریق افزایش ضخامت ترشحات دهانه رحم (موکوس سرویکس)

اثربخشی

اثربخشی این روش در سال اول استفاده ۹۹.۸ درصد است.

مزیت ها

- اثربخشی بالا
- آسانی استفاده و آسانی قطع استفاده
- برگشت نسبتاً سریع باروری پس از قطع روش
- بی تاثیر بودن روی میل جنسی
- بهبود دیسمنوره شدید

- مناسب برای افرادی که با استفاده مداوم و هر روزه از یک روش مشکل دارند (افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و.....)
- کاهش خونریزی قاعدگی
- مناسب برای افراد با سابقه بارداری خارج رحمی (EP)
- پایین بودن عوارض افزایش وزن و خونریزی نامنظم (در مقایسه با قرص های ترکیبی)
- پایین بودن عوارض ناشی از استروژن (در مقایسه با قرص های ترکیبی)
- کم نشدن اثربخشی در صورت اسهال و استفراغ (در مقایسه با قرص های ترکیبی)
- قابل استفاده همزمان با آنتی بیوتیک ها (بجز ریفامپین و گریزوفلوین)
- تاثیر کم بر سیستم انعقادی

معایب

- پیشگیری نکردن از بیماریهای قابل انتقال از طریق تماس جنسی (STIs)
- عدم امکان قطع روش یا تغییر آن پس از تزریق آمپول تا از بین رفتن اثر آن (اتمام دوره)
- مناسب نبودن برای دوران شیردهی تا ششماهگی

موارد منع مصرف مطلق

- شک یا اطمینان به وجود حاملگی
- در فاصله زمانی کمتر از سه هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده
- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن
- هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
- کارسینوم اندومتر
- خونریزی های رحمی بدون علت مشخص
- مصرف سیگار در افراد ۳۵ ساله و بالاتر

- بیماری فعال یا مزمن کبدی (شامل: اختلال کار واضح کبدی و یا هپاتیت ویرال، سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص، آدنوم یا کارسینوم کبد، سیروز کبدی، تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد، شیزتوز و میازیس با فیروز شدید کبدی)
- ابتلای فعلی یا سابقه ترومبوفلیت وریدهای عمقی، اختلالات ترومبوآمبولیک و یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها
- بیماری های دریچه ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشار ریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حاد باکتریال و یا مصرف داروهای ضد انعقاد
- بیماری عروق کرونر قلب، آنژین قلبی ناپایدار (ابتلای به هر نوع دردهای جلو قلبی و پشت استرنوم)، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آنها
- بیماری سیانوتیک قلبی
- سکته مغزی
- بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آنها
- دیابت با بیماری های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی یا نوروپاتی یا ابتلای بیش از بیست سال به دیابت
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی (کاهش میدان دید چشم بطور مشابه، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان)
- میگرن بدون علائم فوکال عصبی و سن بیشتر از ۳۵ سال
- افزایش چربی های خون (دیس لیپیدمی: بخصوص هیپرلیپوپروتینمی نوع II)
- شرایط نیازمند به بی حرکتی کامل (باید مصرف آمپول از ۲۸ روز قبل از عمل جراحی تا پایان دوره بی حرکتی پس از عمل، قطع شود- دادن هشدار قبل و بعد از عمل جراحی بزرگ ضرورت دارد)^۶
- سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص های ترکیبی یا آمپول های ترکیبی مثل: کره، فشارخون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگوبید حاملگی، سندرم استیون-جانسون Thrombotic Thrombocytopenic Purpura, Hemolytic Uremic Syndrome.
- ابتلا به Serious trauma, Cancer, Lukemia, Vascular diseases.

^۶ در مواردی که فرد تحت عمل جراحی قرار خواهد گرفت که او را تا یک هفته بی حرکت خواهد کرد، می تواند استفاده از آمپول های یک ماهه را دو هفته پس از عمل آغاز کند.

موارد منع مصرف نسبی

- فشارخون کنترل شده بین ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه
- نئوپلازی داخل اپیتلیومی (خفیف) تا شدید سرویکس
- بیماری فعال کیسه صفرا
- یرقان انسدادی در حاملگی
- خانم های سیگاری کمتر از ۳۵ سال
- توده پستانی تشخیص داده نشده
- ترومبوفلیت سطحی
- بیماری های دریچه ای بدون عارضه قلب
- مادران شیردهی که از زایمان آن ها کمتر از شش ماه می گذرد
- میگرن بدون علائم عصبی
- دیابت بدون درگیری عروقی
- افسردگی بسیار شدید
- مصرف دارو برای اپی لپسی (بجز والپروئیک اسید)
- مصرف ریفامپین یا گریزوفلووین
- بیماری سلول داسی شکل

زمان شروع استفاده از آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری

- ۱- در دوران قاعدگی: اولین تزریق (شروع استفاده از روش)، در یکی از ۵ روز اول دوره قاعدگی انجام می شود.
- ۲- غیر از دوران قاعدگی: استفاده از آمپول های ترکیبی پیشگیری از بارداری را در هر زمان که اطمینان از باردار نبودن وجود داشته باشد می توان آغاز کرد. باید توجه داشت تا ایجاد تاثیر پیشگیری از بارداری اولین آمپول، باید هفت روز از کاندوم استفاده شود.

۳- پس از زایمان:

- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد، می تواند مصرف این روش را در فاصله روزهای ۲۸-۲۱ پس از زایمان آغاز کند.
- اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر دهد و در استفاده از آمپول اصرار داشته باشد، ضمن تاکید بر منع مصرف نسبی تا شش ماهگی، اگر هنوز خونریزی قاعدگی رخ نداده باشد، می تواند تزریق آمپول را پس از انجام β -hcg آغاز کند.
- ۴- **پس از سقط:** مصرف این آمپول را می توان در ۵ روز اول بلافاصله پس از سقط سه ماهه اول یا دوم شروع کرد. در این موارد نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست. شروع استفاده از آمپول در فاصله بیش از ۵ روز از سقط سه ماهه اول یا دوم مانند بند ۲ خواهد بود.

۵- تغییر روش:

- در صورت تغییر روش از قرص به آمپول های ترکیبی، فاصله هفت روزه بین دو بسته قرص، بهترین زمان برای تزریق است. در این فاصله زمانی نیازی به استفاده از کاندوم نیست.
- در صورت تغییر روش از آمپول های سه ماهه به آمپول ترکیبی یک ماهه، باید آمپول ترکیبی در زمان تزریق بعدی آمپول سه ماهه تزریق شود.
- در صورت تمایل به تغییر روش از IUD به آمپول ترکیبی در ۵ روز اول قاعدگی، باید آمپول را تزریق نموده و داوطلب را بلافاصله برای خارج نمودن IUD ارجاع داد. در زمان های به جز پنج روز اول قاعدگی، آمپول را تزریق نموده و داوطلب در دوره بعدی قاعدگی برای خارج نمودن IUD ارجاع داده شود.

عوارض شایع

عوارض شایع معمولاً در ماههای اول مصرف بروز نموده و در عرض ۳-۲ ماه کاهش یافته و یا از بین می رود. این عوارض عبارتند از:

- ۱- سردرد و سرگیجه
- ۲- حساسیت پستانها
- ۳- افزایش وزن خفیف

۴- آکنه

۵- افزایش بروز افسردگی و اضطراب

۶- کاهش HDL و کم شدن نسبت HDL به LDL

۷- کم شدن مقدار و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی

عوارض ناشایع

۱- خونریزی نامنظم رحمی

۲- آمنوره

نحوه برخورد با عوارض

۱- در صورت بروز سردردهای خفیف ناشی از تزریق آمپول، می توان از مسکن های معمولی مانند آسپرین (۶۵۰-۳۲۵ میلی گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم) یا استامینوفن (۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم) استفاده کرد. در صورت برطرف نشدن مشکل، فرد ارجاع خواهد شد.

۲- حساسیت پستانها معمولاً با رعایت توصیه های بهداشتی: استفاده از پستان بند های محکم و مسکن های معمولی، استفاده از کمپرس سرد یا گرم و استفاده از مسکن های معمولی مانند آسپرین (۶۵۰-۳۲۵ میلی گرم)، ایبوپروفن (۴۰۰-۲۰۰ میلی گرم) یا استامینوفن (۱۰۰۰-۳۲۵ میلی گرم) رفع می گردد. بدیهی است که در صورت برطرف نشدن مشکل، فرد ارجاع خواهد شد.

۳- افزایش وزن بدلیل تجمع مایعات در بدن در پی اثر پروژسترون و افزایش اشتها و به دنبال آن افزایش مصرف مواد غذایی است. افزایش وزن با انجام ورزش منظم و رعایت رژیم غذایی برطرف خواهد شد.

۴- آکنه: با تغییر رژیم غذایی (کاهش میزان چربی مصرفی خصوصاً تنقلات چرب و افزایش مصرف میوه و سبزی تازه) و تمیز نگه داشتن پوست برطرف می شود.

۵- تغییرات خلق و خوی (افسردگی): با ادامه استفاده از آمپول، رفع می گردد. در غیر

اینصورت و در صورت گذشت زمانی بیشتر از سه ماه، ارجاع به پزشک ضروری است.

۶- خونریزی نامنظم رحمی: شایع نیست و معمولاً در عرض ۳-۲ ماه اول استفاده از آمپول برطرف شده و حداکثر پس از یکسال منظم می شود. برای رفع کوتاه مدت این مشکل می توان استفاده روزانه ۸۰۰ میلی گرم ایبوپروفن را در سه وعده و به مدت پنج روز توصیه کرد. می توان از سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نیز استفاده کرد. در صورت ادامه پیدا کردن خونریزی نامرتب رحمی، علیرغم گذشت سه ماه زمان از استفاده از آمپول، یا شروع شدن خونریزی نامرتب پس از چندماه استفاده از این آمپول ها، فرد باید به متخصص زنان ارجاع شود.

۷- خونریزی شدید و طولانی رحمی: معمولاً در عرض ۳-۲ ماه اول استفاده از آمپول ترکیبی برطرف می شود. برای رفع کوتاه مدت این مشکل می توان استفاده روزانه ۸۰۰ میلی گرم ایبوپروفن را در سه وعده و به مدت پنج روز توصیه کرد. می توان از سایر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نیز استفاده کرد. استفاده از این داروها با شروع خونریزی شدید آغاز می شود. در صورت ادامه پیدا کردن خونریزی شدید یا طولانی، یا شروع شدن خونریزی شدید یا طولانی پس از چندماه استفاده از این آمپول ها با خونریزی قاعدگی عادی یا آمنوره، فرد باید به متخصص زنان ارجاع شود.

۸- آمنوره: شایع نیست. در صورت وقوع باید آزمایش حاملگی انجام شود، در صورتی که آمنوره از عوارض مصرف دارو باشد باید آموزش و مشاوره لازم به گیرنده خدمت داده و در صورت عدم موافقت وی روش راعوض کرد. خونریزی رحمی ۸۰٪ زنانیکه با مصرف DMPA دچار آمنوره شده اند، با تغییر روش به آمپول یک ماهه شروع میگردد.

توجه: اگر استفاده کنندگان آمپول یک ماهه به دلیل عوارض، خواهان قطع مصرف و استفاده از روش های دیگر پیشگیری از بارداری باشند، می توانند روش مورد نظر خود را مطابق دستورالعمل مربوطه شروع نمایند.

هشدارها

- در صورت بروز هر کدام از علامت های زیر (که نشان دهنده یک مشکل جدی است)، مصرف کننده فوراً به بیمارستان ارجاع می شود:
- ۱- درد شدید در قسمت بالای شکم
 - ۲- درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی
 - ۳- تورم یا درد شدید در یک پا
 - ۴- مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی و از دست دادن قدرت دید)
 - ۵- سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر)
 - ۶- زردی اسکلرا و پوست

آزمایش ها و معاینه های لازم

مراجعه اول:

- ۱- معاینه مراجعه کننده از نظر زردی
- ۲- اندازه گیری فشارخون
- ۳- اندازه گیری قد و وزن برای محاسبه BMI (نمایه توده بدنی)
- ۴- معاینه پستان
- ۵- آزمایش پاپ اسمیر (۴-۶ هفته پس از زایمان و مطابق دستورالعمل کشوری)
- ۶- بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون (در صورت سابقه ترومبوز و یا بیماری های قلبی در بستگان درجه یک زیر ۵۰ سال)
- ۷- اندازه گیری تری گلیسیرید: اگر تری گلیسیرید متقاضی در آغاز استفاده از آمپول های ترکیبی بیش از ۲۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد، به فاصله ۲-۴ هفته پس از تزریق آمپول ترکیبی آزمایش مجدد انجام خواهد شد. در صورت افزایش تری گلیسیرید در طی این مدت به بیش از ۵۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر، ادامه استفاده از آمپول های ترکیبی به دلیل احتمال ابتلای به پانکراتیت قطع می شود.

توجه ۱: در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری است. در صورت عدم وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک باید حداکثر تا سه ماه پس از اولین مراجعه انجام شود. در موارد BMI (نمایه توده بدنی) بیش از ۳۰ مراجعه کننده در مراجعه اول، ویزیت پزشک پیش از تزریق آمپول ضرورت داشته و تزریق آمپول پس از آن انجام خواهد شد.

توجه ۲: انجام آزمایش های بندهای ۵، ۶ و ۷ در ویزیت اول اجباری نیست. این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین تزریق انجام شود

مراجعه های بعدی

اولین بررسی پس از ۳ ماه و سپس هر ۶ ماه یکبار تا دو سال، و از آن پس در صورت نبودن هرگونه مشکل هر ساله و به شرح زیر انجام می شود:

- ۱- اندازه گیری فشارخون
 - ۲- اندازه گیری وزن
 - ۳- پیگیری بروز علائم هشدار و عارضه ها و در صورت لزوم بررسی آن ها
 - ۴- بررسی دقیق تر خانم های با بیماری مزمنی که اثر آمپول روی آن بیماری ها مشخص نیست (بیماری هایی که در موارد منع مصرف آمپول اشاره ای به آن نشده است)
- اگر هر کدام از مشکلات یاد شده وجود داشته باشد، باید به متخصص مربوطه ارجاع شود. بررسی سالانه قند، چربی و لیپو پروتئین برای خانم های زیر در مراجعه های پیگیری انجام می شود:

- خانم های ۳۵ ساله و بالاتر
- خانم های با سابقه بیماری قلبی، یا فشار خون بالا
- دیابتی ها
- خانم های با سابقه دیابت حاملگی
- خانم های چاق

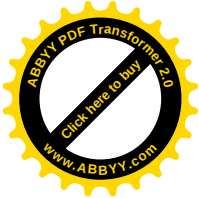
در هر مراجعه برای تزریق بعدی، باید در خصوص رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و یا عوارض مصرف با دقت پرسش شود.

تذکرات هنگام مصرف

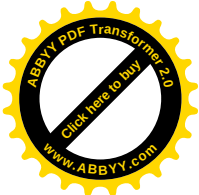
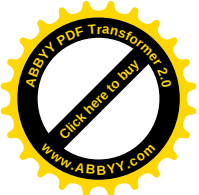
- ۱- تزریق آمپول ترکیبی باید هر ۳۰ روز انجام شود. اگر متقاضی در فاصله زمانی تا ۳ روز زودتر یا ۳ روز دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، آمپول های ترکیبی را تزریق کرد. شایان ذکر است که فاصله بین تزریق ها نباید بیشتر از ۳۳ روز باشد.
- ۲- پیش از کشیدن آمپول به داخل سرنگ، باید آمپول یا ویال را به آرامی تکان داد. در صورت سرد بودن آمپول یا ویال، باید پیش از تزریق آن را با دمای بدن هماهنگ نمود. مالش آمپول یا ویال بین دست ها به این کار کمک می کند.
- ۳- تزریق آمپول های ترکیبی عضلانی (بالای بازو یا قسمت فوقانی خارجی باسن) و عمیق (با استفاده از سرسوزن بلند) است. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.
- ۴- در صورت تاخیر برای تزریق بعدی (بیش از ۳۳ روز)، انجام تزریق با اطمینان پیدا کردن از نداشتن تماس جنسی (پس از فاصله ۳۳ روز تا زمان مراجعه) و یا اطمینان از باردار نبودن فرد مقدور خواهد بود. در غیر این صورت باید فرد از نظر حاملگی بررسی و تا تزریق بعدی از یک روش کمکی دیگر استفاده کند.

برگشت باروری پس از قطع روش

در اغلب موارد بازگشت تخمک گذاری ۲-۳ ماه پس از آخرین تزریق رخ می دهد.



دوره پیشگیری از بارداری “دوران شیردهی”



“ قرص پیشگیری از بارداری دوران شیردهی ”

توضیح روش

لاینترنول، قرص خوراکی پروژسترونی پیشگیری از بارداری بوده که فقط مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان می توانند از آن برای پیشگیری از بارداری استفاده کنند^۸. این قرص باید هر روز در ساعت معینی خورده شود. خدمت این قرص توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده ارائه می شود.

مکانیسم عمل

- ۱- دشوار نمودن رسیدن اسپرم به رحم به دلیل افزایش غلظت ترشحات دهانه رحم
- ۲- جلوگیری از تخمک گذاری ماهانه (در نیمی از استفاده کننده ها)
- ۳- تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر)

اثر بخشی

اثر بخشی این قرص هم زمان با شیردهی به کودک کمتر از شش ماه ۹۹٪ است.

مزیت ها

- نداشتن اثر منفی بر کمیت و کیفیت شیر مادر
- افزایش مدت زمان شیردهی
- بازگشت باروری بلافاصله پس از قطع قرص
- قابل استفاده در مادران شیرده با فرزند کوچک تر از شش ماه

^۸ با توجه به پایین بودن میزان ماده موثر در قرص لاینترنول، استفاده از این قرص منحصر در شش ماه اول تولد و همزمان با شیردهی مادر ممکن خواهد بود. برای پیشگیری از بارداری در خانم های با منع مصرف استروژن می توان از سایر روش های پیشگیری از بارداری بدون هورمون یا آمپول های پیشگیری از بارداری پروژسترونی استفاده کرد.

- نداشتن فاصله هفت روزه بین بسته ها و کم شدن احتمال مصرف نادرست
- عدم نیاز به قطع روش قبل از عمل جراحی

عیب ها

- قرص ها باید همه روزه، راس ساعتی معین خورده شوند. در غیر این صورت (به ویژه در مادران شیردهی که قاعدگی آن ها بازگشته است)، احتمال شکست روش افزایش می یابد
- تاثیر کمتر در پیشگیری از بارداری خارج رحمی در مقایسه با بارداری داخل رحمی
- نامنظم شدن قاعدگی ها

عارضه شایع و چگونگی برخورد با آن

خونریزی نامرتب رحمی: این عارضه معمولاً در ماه های اول مصرف دیده شده و ۲ تا ۳ ماه پس از آغاز مصرف از بین رفته یا کاهش می یابد. در صورت تداوم خونریزی نامرتب و یا نارضایتی فرد، برای قطع خونریزی تا پنج روز، کپسول مفنمایک اسید (۲۵۰ میلی گرمی)، روزی سه بار و در هر بار دو کپسول تجویز می گردد. هرگونه اقدام پس از سه ماه توسط متخصص انجام خواهد شد.

عوارض غیر شایع و چگونگی برخورد با آن ها

این عارضه ها ممکن است به ندرت مشاهده شود. اگر شک به بروز هر کدام از این عارضه ها وجود داشته باشد، ارجاع به سطح بالاتر (مطابق شرح زیر) ضرورت خواهد یافت. این عارضه ها عبارت هستند از:

۱- کیست های تخمدانی: ارجاع به متخصص زنان.

- ۲- حاملگی خارج از رحم (EP): در صورت هرگونه شک ارجاع به متخصص زنان.
- ۳- خونریزی شدید: تا پنج روز، روزی سه نوبت و در هر نوبت دو عدد کپسول مفنمیک اسید (۲۵۰ میلی گرمی) و نیز یک قرص آهن تجویز میگردد. اگر خونریزی علیرغم درمان یاد شده ادامه یابد، ارجاع به متخصص زنان ضروری است.
- ۴- سردرد: در صورت بروز سردردهای شدید (میگرن، سردردهای همراه با تاری دید) و یا سردردهای طولانی مدت و مزاحم، باید فرد را به متخصص داخلی یا اعصاب ارجاع داد.
- ۵- حساس شدن پستان‌ها: حساس شدن پستان‌ها با رعایت توصیه های بهداشتی مانند استفاده از پستان بندهای محکم، مسکن های معمولی و کمپرس سرد یا گرم رفع می گردد. در غیر این صورت باید فرد را به ماما و در صورت نیاز به متخصص زنان ارجاع نمود.

موارد منع مصرف مطلق

- خونریزی غیر طبیعی رحمی
- اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هپاتیت و ...)
- سابقه و ابتلا به سرطان پستان
- ابتلای فعلی به ترومبوز وریدهای عمقی، آمبولی

موارد منع مصرف نسبی

- وزن بیشتر از ۷۰ کیلوگرم
- سابقه کلستاز بارداری
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)
- مصرف هم زمان داروهای ضد تشنج و ریفامپین^۹ و احتمالاً گریزوفولوین
- سابقه حاملگی خارج رحمی (EP)

^۹براساس کتاب (WHO), ۲۰۰۴, Medical eligibility criteria, Third edition استفاده از این داروها منع مصرف نسبی برای استفاده از ترکیبات پروژسترونی خوراکی پیشگیری از بارداری است. در صورت اجبار به استفاده از پروژسترون های خوراکی، مصرف روزانه دو قرص توصیه می شود.

زمان شروع و استفاده از لاینسترنول

- ۱- شروع نشدن قاعدگی ها: در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر، مصرف قرص ۶ هفته پس از زایمان آغاز خواهد شد.
- ۲- شروع شدن قاعدگی ها: در صورت بازگشت قاعدگی و یا تغذیه انحصاری با شیر مادر، مصرف قرص باید در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول شروع شود.
- ۳- تغییر از سایر روش ها: اگر مادر شیردهی از سایر روش های مدرن پیشگیری از بارداری استفاده نموده و خواهان تغییر آن و استفاده از لاینسترنول باشد، اگر کمتر از ۶ ماه از زمان زایمان وی گذشته باشد، باید مطابق شرح زیر استفاده از لاینسترنول را آغاز کند:
 - اگر مادر شیرده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری استفاده کرده باشد، می تواند بلافاصله خوردن قرص پروژسترونی را آغاز کند. در این حالت نیازی به استفاده از کاندوم نخواهد بود.
 - اگر مادر شیرده از آمپول های سه ماهه پیشگیری از بارداری استفاده کرده باشد، در زمان تزریق دوز بعدی یا حداکثر یک هفته بعد از آن می تواند خوردن قرص پروژسترونی را شروع کند. در این حالت نیز نیازی به استفاده از روش پشتیبان نیست. بدیهی است در صورت تاخیر بیشتر از یک هفته از زمان تزریق دوز بعدی آمپول، نیاز به یک هفته استفاده از کاندوم خواهد بود.
 - در صورت استفاده از روش های کاندوم و آی یو دی باید در پنج روز اول قاعدگی و ترجیحاً روز اول استفاده از لاینسترنول آغاز شود، در غیر این صورت باید به مدت یک هفته از کاندوم استفاده کرد.
 - در صورت تمایل مادر شیرده دارای فرزند کوچکتر از شش ماه به استفاده از لاینسترنول و نداشتن هیچکدام از شرایط یاد شده، باید بررسی بارداری با β -hCG انجام شود و ارایه خدمت لاینسترنول بر آن اساس صورت گیرد.

چگونگی استفاده از لاینسترنول

هر بلیستر لاینسترنول، ۲۸ قرص دارد که باید هر شب یک عدد از آن راس ساعت معینی خورده شود. باید فرد استفاده کننده از لاینسترنول را تشویق کرد که خوردن قرص را با یک کار مداوم هر روزه مانند مسواک زدن، نماز خواندن ... هماهنگ نماید. شروع مصرف بسته بعدی قرص، بلافاصله پس از پایان بسته قبلی است. دقت شود: بین مصرف دو بسته قرص نباید هیچ فاصله زمانی وجود داشته باشد.

فراموشی مصرف لاینسترنول

۱- فراموشی مصرف یک قرص تا ۳ ساعت مسئله ای نبوده و ضمن خوردن قرص فراموش شده (تا ۳ ساعت)، آموزش و تاکید برای خوردن قرص بعدی در ساعت مقرر لازم است.

۲- در صورتی که مصرف یک قرص بیش از ۳ ساعت به تاخیر افتد و یا خوردن یک قرص تا نوبت بعدی فراموش شود، قرص فراموش شده هر زمان که به یاد آید، خورده شده و قرص نوبت بعدی نیز در زمان تعیین شده خورده خواهد شد. ضمناً تا ۲ روز هم از کاندوم استفاده شود.

۳- در صورتی که مصرف ۲ قرص (۲ روز متوالی) فراموش شود باید به محض به یاد آوردن، قرص های فراموش شده یکجا خورده شده و بقیه قرص ها ادامه یافته و تا ۷ روز از کاندوم هم استفاده شود. در صورت قاعده نشدن در مدت ۶-۴ هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم است. در صورت داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز از EC استفاده شود. در صورت استفاده از EC، پس از گذشت سه هفته باید بررسی های لازم برای تعیین وضعیت بارداری انجام شود.

۴- در صورت فراموشی سه قرص متوالی و بیشتر و داشتن نزدیکی محافظت نشده در عرض ۱۲۰ ساعت گذشته، تجویز EC و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر صورت گیرد. در صورتی که از نزدیکی محافظت نشده در زمان عدم مصرف

قرص، بیش از ۱۲۰ ساعت می گذرد، آزمایش بارداری (β -hCG) ضروری است. شایان ذکر است که تا مشخص شدن جواب آزمایش (β -hCG) فرد باید از کاندوم استفاده نماید.

آزمایش و معاینه های لازم

- ۱- اندازه گیری و ثبت فشار خون
- ۲- پاپ اسمیر (با توجه به دستورالعمل کشوری)
- ۳- اندازه گیری وزن
- ۴- معاینه لازم حسب مورد در صورت وجود هرگونه نکته خاص در شرح حال

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

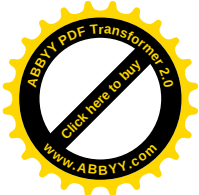
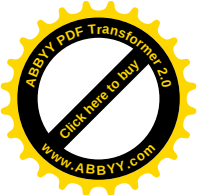
اگر هر کدام از علائم:

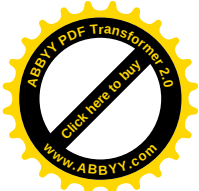
- سردرد شدید (میگرن، سردردهای همراه با تاری دید)
- درد شدید قفسه سینه پس از شروع مصرف لاینسترنول
- خونریزی نامرتب رحمی و یا هر خونریزی بدون دلیلی که احتمال بیماری زمینه ای و یا حاملگی را مطرح نماید
- زردی پوست و چشم
- درد شدید شکمی بخصوص در قسمت پایین شکم و لگن (احتمال EP و پارگی کیست تخمدان) بروز نماید، مراجعه به متخصص مربوطه یا بیمارستان ضروری است

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی

- با توجه به اینکه استفاده از این روش حداکثر تا شش ماهگی کودک (و همزمان با شیردهی)، مجاز است پیگیری و بررسی های لازم در فاصله های زمانی سه ماهه انجام می شود. در این بررسی ها وزن و فشارخون اندازه گیری خواهد شد. در صورت

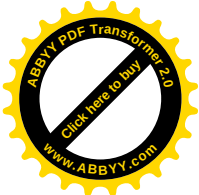
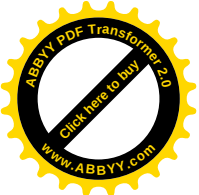
- بروزهرگونه مشکل براساس لیست موارد منع مصرف نسبی، توصیه های لازم به گیرنده خدمت برای تغییر روش در صورت افزایش وزن و یا ارجاع به سطح بالاتر برای بررسی و کنترل فشار خون صورت خواهد گرفت. شایان ذکر است که استفاده از قرص های پروژسترونی خوراکی پیشگیری از بارداری هیچ افزایشی در فشار خون های سیستمیک و دیاستولیک یا بروز بیماری فشارخون ایجاد نمی کند. در صورت نبودن عارضه برای مصرف کننده و داشتن موجودی کافی در محل ارایه خدمت، می توان چند بسته قرص در اختیار متقاضی قرار داد.
- گیرنده خدمت باید اطمینان داشته باشد که می تواند در هر زمانی که مایل است برای دریافت کمک، راهنمایی و یا تغییر روش مراجعه کند.
- آگاهی و توانایی مصرف کننده در شناختن علائم هشدار به گونه ای که در صورت رویارویی با هر یک از آن ها به بیمارستان و یا نزدیک ترین مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نماید.
- سوال درباره رضایت مصرف کننده از روش، طریقه مصرف و یا مشکلات احتمالی در هر بار مراجعه.
- ارجاع به سطح بالاتر در صورت نیاز.





آمپول دیومدرکسی پروژسٹرون استات

Depot Medroxy Progesterone Acetate



“آمپول دیومدروکسی پروژسترون استات”

توضیح روش

DMPA، یک روش تزریقی پیشگیری از بارداری است. آمپول DMPA حاوی ماده موثره دیومدروکسی پروژسترون استات بوده و سه ماه از بارداری پیشگیری می نماید. ارایه خدمت این روش توسط کارکنان بهداشتی دوره دیده صورت می گیرد.

مکانیسم عمل

- ۱- جلوگیری از تخمک گذاری
- ۲- دشوار نمودن رسیدن اسپرم به رحم از طریق افزایش غلظت ترشحات دهانه رحم
- ۳- تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر)

اثربخشی

اثربخشی این روش در سال اول استفاده بیش از ۹۹.۷٪ است.

مزیت ها

- اثربخشی بالا
- آسانی استفاده
- فاصله های استفاده نسبتاً طولانی مدت (هر ۳ ماه یک بار)
- مناسب برای افرادی که با استفاده مداوم و هر روزه از یک روش مشکل دارند (افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و)

قابل استفاده در آنمی سیکل سل

- کاهش ابتلا به سرطان های اندومتر و تخمدان، بیماری های التهابی لگن (PID)، کم خونی، فیبروم رحم، اندومتریوز، حاملگی خارج از رحم (EP)، به خاطر جلوگیری از تخمک گذاری)، کاندیدیازیس واژن به دلیل تغییر فلور واژن، سندرم قبل از قاعدگی (PMS)، درد زمان قاعدگی و میتل اشمرز
- نداشتن عوارض استروژنی (بدلیل نداشتن استروژن)
- مناسب برای افراد مبتلا به دیابت
- مناسب برای افراد مبتلا به بیماری تیروئید
- قابل استفاده از سن ۱۶ سالگی
- قابل استفاده در دوران شیردهی
- افزایش شیر مادر
- تداخل نداشتن با تماس جنسی
- عدم نیاز به قطع مصرف قبل از اعمال بزرگ جراحی
- مناسب برای بیماران تشنجی (بجز بیمارانی که از داروهایی مانند کاربامازپین و فنی توئین استفاده می کنند).

عیب ها

- تاخیر در بازگشت باروری
- لزوم تزریق در فاصله های زمانی سه ماهه
- عدم پیشگیری از بیماری های مقاربتی از جمله ایدز
- احتمال افزایش وزن
- اختلالات خونریزی قاعدگی: آمنوره، لکه بینی و خونریزی نامرتب
- احتمال بروز تغییرات خلقی

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها

۱- اختلالات قاعدگی (لکه بینی، آمنوره و خونریزی نامرتب): خونریزی نامرتب رحمی معمولاً در ماه های اول مصرف دیده شده و در عرض ۳-۲ ماه اول از بین رفته یا کاهش می یابد (شایان ذکر است که رفع این عارضه گاه نیازمند زمانی معادل ۱۲-۶ ماه خواهد بود). در صورت تداوم خونریزی نامرتب رحمی، باید فرد را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان معرفی نمود.

اگر دلیل خونریزی تزریق DMPA باشد، کپسول مفنایمیک اسید (۲۵۰ میلی گرمی) روزی سه بار و در هر بار دو عدد، تا ۵ روز تجویز می گردد. در صورت بهبود نیافتن تا سه ماه و یا وقوع خونریزی به هر دلیل دیگر (بجز تزریق DMPA) ارجاع به متخصص زنان ضرورت دارد.

اگر آمنوره از ابتدای تزریق آمپول ایجاد شود، نیاز به درمان نداشته و صرفاً باید به فرد اطمینان خاطر داده شود. بررسی بارداری در مواردی که فرد پس از تزریق آمپول، خونریزی قاعدگی منظم داشته و بعداً دچار آمنوره شده باشد، لازم است.

۲- افزایش وزن: افزایش وزن بیشتر به دلیل آثار هورمون پروژسترون، افزایش اشتها و مصرف بیشتر مواد غذایی و ایجاد اثر آنابولیک بوده و معمولاً تا دو کیلوگرم در سال اول استفاده از DMPA گزارش شده است. این افزایش وزن با احتباس مایعات همراه نیست. در بررسی افزایش وزن باید سایر عوامل افزایش وزن را در نظر گرفت. مشکل افزایش وزن با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است.

۳- حساس شدن پستان ها: با استفاده از پستان بندهای مناسب و مسکنهای معمولی برطرف می گردد. در غیر این صورت ارجاع به ماما و در صورت نیاز ارجاع به متخصص زنان ضروری است.

عوارض غیر شایع و چگونگی برخورد با آن ها

این عارضه ها ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا خیلی به ندرت مشاهده شود. اگر این عارضه ها مشاهده شود، ارجاع ضروری است. عارضه های غیر شایع DMPA عبارت هستند از:

۱- تغییر خلق (بی خوابی و افسردگی): ارجاع به روانپزشک.

۲- سردرد و گیجی: ارجاع به متخصص زنان.

۳- نفخ شکم: ارجاع به پزشک مرکز.

۴- کاهش میل جنسی: ارجاع به روانپزشک.

۵- تاخیر در برگشت باروری: ارجاع به متخصص زنان.

۶- شک به وجود سرطان پستان: ارجاع به متخصص جراحی.

۷- حساسیت: این عارضه بسیار نادر است. توصیه شود که استفاده کنندگان از DMPA بلافاصله پس از تزریق واحد ارایه خدمت را ترک نکنند و در صورت بروز علائمی که می توانند نشان دهنده حساسیت باشد، مانند احساس خارش در محل تزریق، این علائم را گزارش کنند. در صورت بروز حساسیت به DMPA، اقدام لازم متناسب با شدت حساسیت ایجاد شده انجام خواهد شد.

موارد منع مصرف مطلق

- بارداری
- سرطان پستان
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص
- اختلالات شدید انعقادی
- سابقه تومور (آدنوم) کبدی ناشی از مصرف هورمون های استروئید جنسی
- ترومبوا مبولی فعلی
- سابقه سکته مغزی
- فشارخون کنترل نشده

موارد منع مصرف نسبی

- بیماری کبدی
- سابقه و بیماری فعلی قلبی عروقی شدید
- وجود عوامل متعدد ابتلای به بیماری های قلبی و عروقی (سیگاری بودن، دیابت، فشارخون بالا و سن بالای ۴۵ سال)
- تمایل به برگشت سریع باروری
- مشکلات مرتبط با تزریق (ترس، ...)
- چاقی (نمایه توده بدنی بیشتر از ۳۰)
- افسردگی شدید
- فشار خون کنترل شده
- دیابت با ضایعه عروقی و یا ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر از آن،
- سابقه مول
- سن کمتر از ۱۶ سال

زمان شروع استفاده از DMPA

- ۱- در زمان قاعدگی:
 - اولین تزریق (شروع استفاده از روش) در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده می شود.
- ۲- مادران غیر شیرده:
 - پس از زایمان: اولین تزریق DMPA تا ۳ هفته پس از آن امکان پذیر بوده و نیازی به برگشت قاعدگی نیست.
 - پس از سقط: اگر متقاضی خدمت DMPA را به عنوان روش پیشگیری از بارداری

انتخاب کند، استفاده از آن تا ۵ روز بعد از سقط سه ماهه اول یا دوم امکان پذیر است. تزریق DMPA پس از این فاصله زمانی (۵ روز) منوط به دریافت پاسخ منفی تست بارداری β -hCG از آزمایشگاه و رعایت سایر شرایط خواهد بود.

۳- مادران شیرده:

- در صورت قاعده نشدن و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیر مادر و انتخاب DMPA بعنوان روش پیشگیری از بارداری، مصرف DMPA باید ۶ هفته پس از زایمان آغاز گردد.
- در صورت قاعده شدن، تزریق باید در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام شده و تا یک هفته نیز از کاندوم استفاده شود.
- به دنبال قطع یک روش؛ اگر فرد در پنج روز اول دوران قاعدگی مراجعه کند، می توان بلافاصله DMPA را تزریق و یک هفته نیز از کاندوم استفاده کرد. در غیراین صورت تا فرارسیدن دوره قاعدگی بعدی (برای تزریق DMPA) کاندوم در اختیار فرد قرار داده شود.

چگونگی استفاده از DMPA

- ۱- یک آمپول ۱۵۰ میلی گرمی DMPA هر ۳ ماه یکبار تزریق می گردد. اگر متقاضی در محدوده فاصله زمانی ۲ هفته زودتر و یا ۲ هفته دیرتر از موعد مقرر مراجعه نماید، می توان ضمن تاکید بر لزوم رعایت زمان تعیین شده، DMPA را تزریق کرد.
- ۲- قبل از تزریق و برای بوجود آوردن سوسپانسیون یکنواخت، باید ویال یا آمپول را به شدت تکان داد.
- ۳- تزریق DMPA عضلانی (بالای عضله بازو یا باسن) و عمیق (با استفاده از سرسوزن بلند) است. محل تزریق نباید ماساژ داده شود.

آزمایش ها و معاینه های لازم

- ۱- اندازه گیری و ثبت وزن در هر مراجعه

۲- اندازه گیری و ثبت فشار خون (فشار خون کنترل شده از موارد منع مصرف نسبی است. در پیگیری ها، فشارخون سالانه اندازه گیری و به تغییر فشار خون دقت شود).

۳- انجام پاپ اسمیر (بر اساس دستورالعمل کشوری)

۴- اندازه گیری لیپوپروفایل (یکبار) اگر LDL پایه متقاضی خدمت از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر بوده و دو فاکتور خطر عروقی^{۱۰} و یا اختلالات نادر لیپیدی مانند CHOLESTROLEMIA و FAMILIAL HYPER وجود داشته باشد، آغاز استفاده از روش توصیه نمی شود.

۵- کنترل سالانه لیپیدهای سرم^{۱۱}

توجه ۱: در صورت وجود پزشک در واحد ارایه خدمت در زمان اولین مراجعه، ویزیت پزشک همزمان با ارایه خدمت ضروری است. اگر انجام معاینه های فوق در اولین مراجعه ممکن نباشد، می توان اولین نوبت آمپول را تزریق کرد. پرسنل بهداشتی درمانی آموزش دیده قادر به انجام اولین تزریق بوده و باید به خاطر داشت که انجام معاینه های یادشده حداکثر تا سه ماه پس از تزریق اول ضرورت دارد.

توجه ۲: انجام آزمایش های بندهای ۳ و ۴ و ۵ در ویزیت اول اجباری نیست. این آزمایش ها باید تا حداکثر سه ماه پس از اولین ویزیت و بر اساس دستورالعمل ها انجام شود.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

بروز هر یک از علائم زیر نشان دهنده ضرورت مراجعه به پزشک است.

۱- افزایش فشار خون در حدی که نیازمند درمان باشد (فشارخون ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بیشتر از آن)

۲- زردی چشم و پوست

۳- سردرد شدید همراه با تاری دید

۴- خونریزی شدید

۵- خونریزی طولانی (در هنگام قاعدگی یا جز آن)

^{۱۰} برخی از فاکتورهای خطر عروقی عبارتند از: سن بالا، سیگار کشیدن، دیابت و فشارخون بالا.

^{۱۱} براساس نامه انجمن محترم متخصصین غدد درون ریز و متابولیسم ایران مصرف DMPA سبب اختلال در کنترل قند نمی شود. معهذاً تغییراتی مانند کاهش LDL و افزایش HDL گزارش شده است که گاهی موقتی است. به هرصورت توصیه می شود که در صورت مصرف طولانی مدت DMPA، لیپیدهای سرم سالانه چک شوند.

- ۶- تاخیر قاعدگی (در فردی که حین استفاده از DMPA قاعدگی مرتب داشته است)، شایان ذکر است که موارد ۴-۱ نیازمند ارجاع فوری و موارد ۶-۵ از مصادیق ارجاع غیر فوری است.

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی

- در صورت تاخیر بیش از ۲ هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از این روش، بررسی احتمال بارداری و تذکر به استفاده از یک روش دیگر (مانند کاندوم) تا قاعدگی بعدی ضروری است. در صورت وجود آمنوره به دلیل تزریق آمپول و تاخیر بیش از ۲ هفته، تزریق بعدی پس از دریافت پاسخ منفی آزمایش β -hCG، انجام خواهد شد.
- در موارد قطع قاعدگی (آمنوره) در استفاده کنندگان از روش، اطمینان دادن به فرد در ارتباط با عادی و بی خطر بودن این مسئله (قطع خونریزی ماهانه-آمنوره) و اینکه این حالت در اغلب استفاده کنندگان از DMPA در طول زمان اتفاق می افتد، ضروری است. هیچ دلیلی برای قطع استفاده از DMPA به دلیل تداوم آمنوره وجود ندارد. همچنین فرد باید مطمئن شود که قطع قاعدگی دلیل وجود بارداری یا از بین رفتن توان باروری نخواهد بود. در صورتی که قطع قاعدگی برای فرد آزاردهنده باشد، باید نسبت به تغییر روش پیشگیری از بارداری اقدام کرد.
- در صورت بروز لکه بینی یا خونریزی بین دوره های قاعدگی، باید گیرنده خدمت از عادی، شایع و بی خطر بودن این عارضه اطمینان داشته باشد. اگر خونریزی ادامه پیدا کند، گیرنده خدمت باید به مراکز مربوطه ارجاع شود. (بخش برخورد با عوارض شایع)
- خونریزی قاعدگی شدید یا طولانی (مقدار خونریزی یا مدت آن دو برابر معمول باشد) نادر، اما مهم و نیازمند ارجاع به پزشک است. در این موارد می توان برای پیشگیری از آنمی، به گیرنده خدمت خوردن روزانه یک قرص آهن در دوران خونریزی و خوردن غذاهای آهن دار مانند گوشت و جگر پرندگان و گوساله و نیز خوردن حبوبات را پیشنهاد کرد.

- سابقه سردرد شدید (میگرن)، مانع استفاده از DMPA نیست. اگر مصرف DMPA با شروع و یا تشدید سردرد، تاری دید، از بین رفتن موقت بینایی، برق زدن در چشم (فلاشینگ)، دیدن خطوط زیگزاگی و یا اختلال در تکلم و حرکت همراه گردد، استفاده از یک روش غیر هورمونی توصیه می شود. همچنین برای آغاز درمان مناسب، ارجاع این فرد ضرورت خواهد داشت.
- اگر مشکلی وجود نداشته باشد و فرد مایل به ادامه استفاده از DMPA باشد، ضمن ارایه خدمت مطابق دستورالعمل، به فرد تذکر داده می شود که پس از سه ماه، برای تزریق نوبت بعدی (تزریق در فاصله ۱۴ + ۹۰ روز) مراجعه نماید. در تداوم استفاده از DMPA باید به این نکته توجه داشت که، DMPA باعث کاهش تراکم مواد معدنی استخوان می شود. اگر استفاده از DMPA به فاصله دو تا سه سال پیش از یائسگی قطع شود، تراکم مواد معدنی استخوان پس از این فاصله ۲-۳ ساله با افرادی که از DMPA استفاده نکرده اند، مشابه خواهد بود. بنابراین در تداوم استفاده از DMPA در زنان ۱۸-۴۵ ساله که واجد شرایط برای استفاده از آن هستند، نباید محدودیتی اعمال شود.
- در هر مراجعه برای تزریق بعدی باید رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و عارضه ها سوال و بررسی شود.

استفاده از DMPA پیش از زایمان اول

استفاده از DMPA باعث تاخیر در بازگشت باروری می شود^{۱۲}.

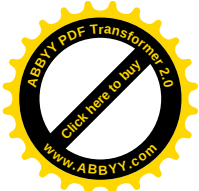
حاملگی هم زمان با استفاده از DMPA

اگر هم زمان با استفاده از DMPA بارداری اتفاق بیافتد، احتمال افزایش مرگ و میر نوزادی به علت کاهش وزن هنگام تولد (IUGR) وجود دارد. بنابراین در بارداری های هم زمان با استفاده از این روش، نیاز به دقت بیشتر در مراقبت ها و (در صورت لزوم) ارجاع به متخصص زنان است.

^{۱۲} با توجه به اینکه برگشت باروری پس از تزریق DMPA معمولاً ۹-۸ ماه بطول می انجامد، باید به افرادی که فرزند نداشته و خواهان استفاده از این روش هستند و یا برای بارداری زمان مشخصی را در نظر گرفته اند، در مشاوره پیش از استفاده از روش بر این مسئله تاکید گردد.

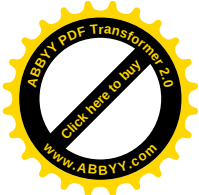
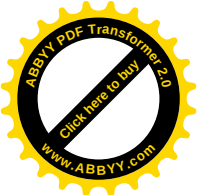
برگشت باروری پس از قطع روش

- ۱- ممکن است بازگشت باروری در کاربر DMPA پس از قطع استفاده از روش با تاخیر مواجه گردد، این تاخیر بطور معمول حدود ۹-۸ ماه پس از آخرین تزریق بطول می انجامد.
- ۲- تزریق DMPA ناباروری دائمی ایجاد نمی کند.
- ۳- اگر فرد نخواهد باردار شود و نیز مایل به ادامه استفاده از DMPA نباشد، علیرغم تاخیری که در بازگشت باروری با استفاده از DMPA پس از پایان مدت ۳ ماهه وجود دارد، در زمان تزریق بعدی باید استفاده از یک روش دیگر پیشگیری از بارداری را آغاز نماید.



و آی - یو - دی

آی - یو - دی A ۳۸۰ TCu



“آی-یو-دی ۳۸۰ A TCu”

توضیح روش

این نوع آی - یو-دی یک وسیله کوچک حاوی مس است که در داخل رحم کار گذاشته شده و تا ده سال از بارداری پیش گیری می کند. ارایه خدمت این روش توسط پزشک و ماما صورت می گیرد.

مکانیسم عمل

مکانیسم عمل آی یو دی کاملاً شناخته شده نیست. این وسیله اساساً از Fertilization پیشگیری نموده و ایجاد سقط نمی کند. در حال حاضر دو مکانیسم زیر به عنوان مکانیسم های اصلی عمل آی یو دی عنوان می شوند:

- ۱- ایجاد التهاب در حفره رحم و صدمه به اسپرم
- ۲- اختلال در حرکات لوله های رحمی و جلوگیری از انتقال اسپرم و رسیدن آن به تخمک
- ۳- تغییر در سرویکال موکوس و ترشحات اندومتر

اثر بخشی

اثر بخشی آی یو دی ۳۸۰ A TCu حدود ۹۹.۸ درصد می باشد.

مزیت ها

- اثر بخشی بالا
- قابلیت برگشت باروری بلافاصله پس از خروج IUD
- طولانی مدت بودن اثر پیشگیری از بارداری

- نیاز نداشتن به یادآوری روزانه
- عدم تاثیر بر شیردهی
- نداشتن آثار و عوارض هورمونی
- قابل استفاده تا دوران منوپوز^{۱۳}
- عدم تداخل با تماس جنسی
- تداخل نداشتن با مصرف داروها
- احتمال کاهش شیوع سرطان اندومتر و سرویکس

عیب ها

- لزوم کارگذاری و خروج توسط فرد دوره دیده
- خروج خودبخودی
- عدم پیشگیری از انتقال بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (STIs)
- لزوم معاینه دوره ای

عوارض شایع و برخورد با آن ها

- ۱- افزایش خونریزی و درد هنگام قاعدگی: به فرد آگاهی لازم داده می شود که این مشکل ۲-۳ ماه پس از گذاردن IUD رفع خواهد شد. در صورت نیاز، درمان با داروهایی مانند ایندومتاسین، مفنایمیک اسید (روزانه ۳ بار و در هر بار ۲ کپسول ۲۵۰ میلی گرمی بمدت ۵ روز)،... و آهن آغاز می شود. اگر مشکل خونریزی و درد زمان قاعدگی با این درمان برطرف نگردد، علت آن بررسی و در صورت نیاز IUD خارج می شود.
- ۲- خونریزی نامنظم و لکه بینی بین قاعدگی ها: به فرد آگاهی داده می شود که این مشکل در عرض ۲-۳ ماه برطرف خواهد شد. اگر مشکل پس از گذشت ۲-۳ ماه ادامه یافت، ارجاع به متخصص زنان ضرورت می یابد.

^{۱۳} با توجه به اینکه کنترل IUD منحصر به بررسی آن در فاصله های شش ماهه می باشد، استفاده از این وسیله در خانم های قبل از منوپوز، مناسب است. ممکن است به دلیل نامنظم بودن خونریزی قبل از منوپوز مشورت با متخصص ضرورت یابد. در صورت وقوع منوپوز قبل از ۵۰ سالگی، خروج IUD دو سال بعد و در صورت وقوع آن پس از ۵۰ سالگی، خروج IUD یک سال بعد انجام می شود.

۳- افزایش ترشحات واژینال: در صورت افزایش ترشح واژینال، نوع آن بررسی و سپس درمان آغاز می گردد. در صورت نیاز، ارجاع به متخصص زنان ضروری است. (ترشحات عفونی عمدتاً بدبو، همراه با سوزش و خارش بوده و رنگ آن با ترشحات غیر عفونی تفاوت دارد).

عوارض غیر شایع و برخورد با آن ها

- ۱- بیماری های التهابی لگن (PID): در صورت بروز معمولاً در ۲۰ روز اول پس از کارگذاری مشاهده می شود. دلیل اصلی آن تشخیص ندادن عفونت موجود قبل از IUD گذاری و یا رعایت نکردن استریلیتی در زمان جای گذاری است. باید در این موارد فرد را به بیمارستان ارجاع نمود.
- ۲- سوراخ شدن رحم هنگام کارگذاری (که به دو صورت اتفاق می افتد):
 - با علائم بالینی: معمولاً هنگام اندازه گیری عمق رحم (با هیسترومتر) و یا کارگذاری IUD رخ داده و فرد احساس درد دارد.
 - بدون علائم بالینی: علامتی نداشته و از علائم بی بردن به آن کوتاه شدن طول نخ است. در موارد احتمال سوراخ شدن رحم، در صورت امکان باید IUD را خارج کرده و فرد را به متخصص زنان یا بیمارستان ارجاع داد.

موارد منع مصرف مطلق

- شک یا اطمینان به حاملگی
- سابقه PID راجعه با بستری در بیمارستان^{۱۴}
- رحم با شکل غیر طبیعی (براساس معاینه لگن)
- بیماری ویلسون یا حساسیت به مس (برای IUD های مس دار)
- نقص سیستم ایمنی
- فیبرومی که اندازه و شکل حفره رحم را تغییر داده باشد

^{۱۴} علائم PID عبارت هستند از: درد، حرکات دردناک سرویکس و حساسیت آدنکس ها. علامت های دیگر مانند WBC بالا، تب و... (لکوره، اروزئون و ترشح سرویکس به تنهایی ثابت کننده وجود PID نیست).

- خون ریزی شدید قاعدگی (دفع لخته) یا آنمی شدید
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص
- اختلالات انعقادی
- شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت وجود آن
- در فاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل ۱ سال)
- سل لگنی

موارد منع مصرف نسبی

- سابقه PID بدون بستری در بیمارستان
 - سابقه منوراژی
 - سابقه دیسمنوره
 - داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی)^{۱۵}
 - ابتلای به STIs یا سابقه آن (ابتلای اخیر)
 - اندومتریوت پس از زایمان و یا سقط عفونی در ۳ ماه گذشته
 - سرویسیت^{۱۶} و واژینیت درمان نشده^{۱۷}
 - نداشتن سابقه زایمان
- توجه: استفاده از IUD در افراد دیابتی نیازمند بررسی خاصی نیست.

زمان شروع استفاده از IUD

۱- در زمان قاعدگی: باتوجه به اطمینان از باردار نبودن، نرمی سرویکس و راحت تر بودن

^{۱۵} آموزش ویژه برای این گروه افراد ضرورت دارد.
^{۱۶} در موارد گذاردن IUD پس از سرویسیت با ترشحات چرکی، رعایت حداقل سه ماه فاصله زمانی پس از درمان ضروری است.
^{۱۷} واژینیت بدون سرویسیت چرکی مانع IUD گذاری نمی باشد. این افراد از نظر STIs مورد توجه قرار می گیرند. همچنین براساس سوال ۳۰ از کتاب ۲۰۰۵, WHO, 2nd edition, Selected Practice Recommendation استفاده از آی یو دی در افراد در معرض STI باید پیش از گذاشتن آی یو دی بررسی های لازم از نظر سرویسیت چرکی، عفونت های گونوکوکی و کلامیدیایی انجام شود. همچنین بهتر است که در این افراد تست های غربالگری STI و HIV انجام گردد.

ارایه خدمت، کارگذاری IUD در ۵ روز اول خونریزی قاعدگی توصیه می شود. (خونریزی و درد ناشی از کارگذاری IUD، با خونریزی و درد دوران قاعدگی پوشیده خواهد شد).

۲- پس از زایمان (طبیعی، سزارین): کوتاه ترین فاصله زمانی ممکن برای آغاز استفاده از IUD، ۶ هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین است. ضمناً شیردهی مانع گذاشتن IUD نبوده و IUD اثری بر شیر مادر ندارد.

۳- پس از سقط یا کورتاژ: پس از سقط یا کورتاژ زیر ۱۲ هفته و به شرط عفونی نبودن^{۱۸} آن، می توان در ۵ روز اول پس از سقط IUD گذاری را انجام داد. در موارد سقط بالای ۱۲ هفته، این کار باید با ۶ هفته تاخیر و پس از بررسی های لازم توسط متخصص انجام شود^{۱۹}.

۴- در مادران شیردهی که قاعدگی آن ها برنگشته است: IUD را می توان ۶ هفته پس از زایمان با انجام آزمایش β -hCG و اطمینان از عدم بارداری کار گذاشت.

آزمایش ها و معاینه های لازم

اولین مراجعه:

۱- معاینه لگن برای بررسی اندازه و وضعیت رحم و آدنکس ها^{۲۰}

۲- اندازه گیری هموگلوبین خون

۳- بررسی موارد کنترااندیکاسیون های مطلق و نسبی

مراجعه های بعدی

۱- دیدن نخ IUD (معاینه توسط خود فرد لازم نیست): بررسی نخ IUD پس از اتمام اولین دوره خونریزی قاعدگی بعد از گذاشتن IUD انجام شده^{۲۱} و کنترل های بعدی آن هر

^{۱۸} در صورت وجود عفونت پس از سقط، باید درمان آغاز شده و کارگذاری آی-یو-دی به فاصله زمانی حداقل سه ماه پس از بهبودی کامل موکول شود.

^{۱۹} بررسی ناهنجاریهای رحمی توسط متخصص زنان ضرورت دارد.

^{۲۰} شکل غیرطبیعی رحم مانند رحم Bicomuate و میومی که اندازه رحم را تغییر داده باشد از موارد منع مصرف مطلق IUD است. عمق مناسب رحم برای IUD گذاری ۹-۶ سانتیمتر می باشد.

^{۲۱} با توجه به اینکه گذاشتن آی یو دی بطور معمول در دوره پرئود انجام می شود و معمولاً خروج خودبخودی آی یو دی در زمان پرئود انجام می شود (احتمال خروج آی یو دی در غیر از دوران پرئود کاهش می یابد)، اولین پرئود پس از آی یو دی گذاری معمولاً فاصله زمانی حدود یک ماه از گذاشتن آی یو دی را در بر می گیرد. براساس سوال ۳۲ از کتاب WHO, ۲۰۰۵

Selected Practice Recommendation, 2nd edition,

۶ ماه یکبار (در غیر از زمان قاعدگی) صورت خواهد گرفت. شایان ذکر است که در چند ماه اول پس از گذاشتن IUD و بویژه در دوران قاعدگی احتمال خروج خودبخود آن وجود دارد. در صورت افزایش طول نخ و یا در حال خروج بودن IUD، سونوگرافی درخواست خواهد شد. اگر نتیجه سونوگرافی تایید کننده جابجا شدن آی یو دی باشد، باید نسبت به خروج کامل آن اقدام شود. بلافاصله پس از خروج IUD و در صورت مناسب بودن شرایط فرد (حامله نبودن، نداشتن عفونت و تقاضا برای ادامه روش)، می توان نسبت به گذاردن IUD جدید اقدام کرد.

۲- اندازه گیری هموگلوبین خون در صورت وجود علائم^{۲۲}

۳- معاینه لگن برای بررسی ترشح ها و حساسیت رحم و آدنکس ها

۴- انجام پاپ اسمیر براساس دستورالعمل کشوری

۵- بررسی وضعیت رضایت مندی، داشتن مشکل با استفاده از IUD، تقاضا برای تغییر روش و یادآوری مسایلی که فرد در صورت بروز آن ها باید مراجعه نماید.

تذکر: در صورت رویارویی با هر کدام از علائم، عارضه ها و هشدارها مراجعه به مراکز ارایه خدمت ضروری است.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

۱- دیده نشدن نخ یا عدم لمس نخ IUD توسط فرد معاینه کننده: نخ آی یو دی در فاصله ۲.۵ سانتی متری از سرویکس بریده می شود. اگر نخ IUD دیده نشود، باید برای بررسی بیشتر از نظر حاملگی، پاره شدن نخ، سوراخ شدن رحم، ورود IUD به حفره شکمی و خروج IUD سونوگرافی درخواست شده و در صورت نیاز ارجاع صورت گیرد.

۲- تاخیر قاعدگی: در موارد تاخیر قاعدگی، آزمایش بارداری برای حصول اطمینان درخواست می شود. اگر پاسخ آزمایش بارداری هم زمان با استفاده از IUD مثبت باشد، باید حاملگی را از نظر داخل و یا خارج رحمی بودن بررسی نمود. شانس بارداری خارج رحمی با استفاده از IUD افزایش نیافته، ولی در صورت وقوع حاملگی هم زمان با استفاده از IUD باید بارداری خارج رحمی را مد نظر داشت.

^{۲۲} در صورت وجود علائمی مانند: رنگ پریدگی ناخن ها؛ پلک یا پوست، خستگی، ضعف، گیجی، تحریک پذیری، سردرد، احساس صدای زنگ در گوش، زخم زبان و ناخن شکننده انجام این آزمایش پیشنهاد می شود.

۳- در موارد:

الف- حاملگی داخل رحمی: اگر در نیمه اول حاملگی باشد و نخ IUD دیده نشود فرد ارجاع خواهد شد ولی اگر بتوان نخ را دید، سعی می شود که با کشیدن آن IUD را خارج کرد. اگر این مانور با موفقیت همراه نباشد، ارجاع به متخصص انجام خواهد شد. در نیمه دوم حاملگی، با هر شرایطی (دیده شدن یا دیده نشدن نخ) ارجاع فرد انجام می شود.

ب- حاملگی خارج رحمی: فرد را باید فوراً به بیمارستان ارجاع داد.

شایان ذکر است که:

- در صورت ادامه حاملگی با داشتن IUD، باید به فرد هشدار داد که اگر به هر کدام از علائم عفونت مانند تب، علائم شبه آنفلوآنزا، درد شکمی و خونریزی دچار شود، ضرورت دارد که در اولین فرصت به مرکز بهداشتی درمانی برای ارجاع فوری و یا مستقیماً و فوری به بیمارستان مراجعه نماید.
 - در صورت سقط با IUD (بویژه در سه ماهه دوم)، خطر سپتی سمی وجود دارد.
 - اگر بارداری با داشتن IUD تا ترم ادامه یابد، وجود IUD در رحم باعث ناهنجاری جنینی نخواهد شد.
- ۴- وجود علائمی چون: درد پایین شکم، ترشح واژینال چرکی و بدبو، تب و لرز، استفراغ و حرکت دردناک سرویکس احتمال وجود بیماری های التهابی لگن را مطرح نموده و باید فرد به بیمارستان ارجاع شود
- ۵- بدخیمی دستگاه تناسلی: اگر هر کدام از موارد بدخیمی دستگاه تناسلی قطعیت پیدا کند، باید IUD را خارج نموده و فرد را به متخصص ارجاع داد.

پیگیری

- مراجعه های پیگیری IUD در مراکز ارائه خدمت دو دسته بوده و به شرح زیر انجام می شوند:
- مراجعه هایی که به منظور کنترل انجام می شوند: ۱ ماه پس از کارگذاری IUD (پس از پایان

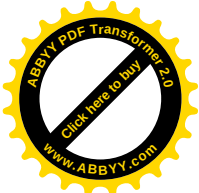
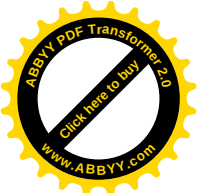
خونریزی قاعدگی) و سپس هر شش ماه یک بار در دوره پاکی برای بررسی نخ IUD. در مراجعه های پیگیری نیازی به انجام روتین معاینه لگن نیست. معاینه لگن در صورت وجود STI و PID و خروج نسبی یا کامل IUD توصیه می شود.

با توجه به اینکه آنمی فقر آهن در استفاده کنندگان از آی یو دی با خونریزی زیاد ممکن است مورد غفلت قرار گیرد، باید در مراجعه های پیگیری این مسئله و معاینه ها و در صورت لزوم آزمایش های مربوطه مد نظر قرار گیرد. اندازه گیری هموگلوبین یک بار یک ماه پس از گذاشتن آی یو دی و یک بار دیگر سه ماه پس از گذاشتن آی یو دی انجام خواهد شد.

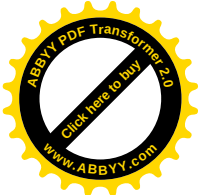
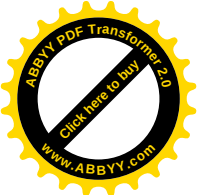
- مراجعه پس از پایان مدت اثربخشی IUD: برای خروج IUD و در صورت نیاز جای گذاری IUD جدید.

خروج IUD

اگر فرد بخواهد که IUD را زودتر از پایان مدت اثر آن خارج نموده و نیز تمایلی به بارداری نداشته باشد، باید در زمان قاعدگی برای خارج نمودن IUD به مرکز ارائه خدمت مراجعه نموده و پس از خارج نمودن آن بلافاصله از یک روش دیگر پیش گیری از بارداری استفاده نماید. اگر IUD در زمانی غیر از دوران قاعدگی خارج شود، احتمال بارداری وجود داشته و در صورت وجود تماس جنسی در عرض ۱۲۰ ساعت گذشته، (پس از خروج IUD) استفاده از روش های اورژانس پیش گیری از بارداری ضرورت دارد.



دوبستن لوله های رخمی



” بستن لوله های رحمی “

توضیح روش

بستن لوله های رحمی در خانم ها یک عمل جراحی ساده و کم خطر است. در این عمل لوله های رحمی متقاضی طی بیهوشی عمومی یا بی حسی موضعی بسته می شود. این عمل توسط متخصص زنان، بصورت سرپایی و یا یک روز اقامت در بیمارستان قابل انجام است.

مکانیسم عمل

با بسته شدن لوله های رحمی از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری بعمل می آید.

اثر بخشی

اثر بخشی روش بیش از ۹۹ درصد است.

مزیت ها

- دایمی بودن
- اثر بخشی بالا
- عدم نیاز به یاد آوری و مراجعه مکرر
- نداشتن عارضه برای سلامتی فرد استفاده کننده روش در دراز مدت
- تاثیر نداشتن در روابط جنسی
- کاهش ابتلا به سرطان تخمدان

عیب ها

- نیاز به عمل جراحی
- پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت باروری

عوارض غیر شایع و چگونگی برخورد با آن ها

- ۱- احتمال تغییر میزان خونریزی قاعدگی،
 - ۲- TL مانند سایر اعمال جراحی می تواند خطرهای بیهوشی را (به میزان بسیار کم) به همراه داشته باشد.
- در صورت بروز عارضه اول، فرد به متخصص زنان ارجاع می شود.

موارد تاخیر عمل جراحی TL

- بیماری های التهابی لگن در سه ماهه اخیر^{۲۳}
- بیماری های تروفوبلاستیک بدخیم
- سابقه اخیر بیماری های قلبی حاد،
- ابتلا به ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) یا آمبولی ریه
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص
- مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان مانند پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، پارگی کیسه آب (بیش از ۲۴ ساعت)، تب زمان زایمان یا بلافاصله پس از آن، وجود عوارض پس از زایمان مثل خونریزی و عفونت سایر نقاط بدن (داشتن شرایط نامساعد جسمی)
- بیماری های فعال مقاربتی (STIs)
- سرطان های لگن

^{۲۳} در این موارد عمل بستن لوله های رحمی به سه ماه پس از درمان موکول خواهد شد.

نکته های مهم

- بستن لوله های رحمی در صورت وجود هر کدام از مشکلات فوق، پس از رفع مشکل انجام خواهد شد.
- بایستی قبل از TL، ضمن مشاوره دقیق به زن و شوهر در مورد کم بودن احتمال موفقیت، پرهزینه و دشوار بودن عمل جراحی برگشت توانایی باروری تذکر داد.
- این روش برای زوجینی که خانواده خود را از نظر تعداد فرزند کامل نموده و از زندگی با ثباتی برخوردارند، مناسب است. قبل از عمل بایستی رضایت متقاضی خدمت و همسر وی کسب شود.
- بجز موارد عنوان شده فوق منع خاصی برای زمان انجام عمل مطرح نیست. لازم است با توجه به فاکتورهای سن، تعداد و سن فرزندهای متقاضی، ضمن انجام مشاوره، به متقاضی در اتخاذ تصمیم مناسب کمک شود.

زمان انجام عمل TL

- ۱- در صورت اطمینان از باردار نبودن متقاضی، بستن لوله های رحمی در هر زمانی از سیکل قاعدگی امکان پذیر است (دو هفته اول سیکل قاعدگی دوره زمانی مناسب تری است).
 - ۲- پس از زایمان طبیعی.
 - ۳- هنگام سزارین (بستن لوله های رحمی براحتی امکان پذیر است).
- توجه:** پس از سقط عفونی و نیز در فاصله زمانی ۴۲-۷ روز پس از زایمان، زمان مناسبی برای انجام عمل توبکتومی نیست.

تکنیک عمل جراحی TL

بستن لوله های رحمی در خانم ها به دو روش عمده انجام می شود:

۱- روش شکمی که به سه شکل:

الف - لاپاراسکوپی

ب- لاپاراتومی

پ- مینی لاپاراتومی

می باشد. در این روش با ایجاد یک برش کوچک (۲-۳ سانتیمتری) در پایین شکم، لوله های رحمی را گرفته و با برداشتن قطعه ای از لوله و یا مسدود کردن آن توسط نخ، حلقه، کلیپس و یا منعقد کردن لوله با روش الکترو کوآگولاسیون، عمل TL انجام می شود. امروزه در بسیاری از کشورها این عمل به روش لاپاراسکوپی انجام می شود.

۲- هیستروسکوپی

آزمایش ها و معاینه های لازم

۱- گرفتن سابقه بیماری ها

۲- انجام β -hCG (در موارد غیر همزمان با سقط و بارداری)

۳- سایر آزمایش ها (بر اساس دستورالعمل معاونت سلامت در مورد اعمال جراحی غیر اورژانس)

۴- معاینه لگنی (بجز موارد بارداری)

۵- اندازه گیری فشار خون

۶- پاپ اسمیر (مطابق دستورالعمل کشوری)

تذکرها

- نخوردن مایعات و مواد غذایی حداقل ۸ ساعت قبل از عمل
- مصرف نکردن دارو ۲۴ ساعت قبل از عمل (مگر به تجویز پزشک)
- حمام کردن شب قبل از عمل
- استفاده از لباس های تمیز و راحت
- نداشتن لوازم زینتی و لاک ناخن
- داشتن همراه برای برگشت به منزل (در صورت امکان)

تذکرات بعد از عمل بستن لوله های رحمی

- ۱- مراقبت های بعد از عمل :
 - حمام کردن روزانه
 - استفاده از مسکن (در موارد احساس درد)
 - تمیز و خشک نگه داشتن محل بخیه
 - نداشتن رابطه زناشویی حداقل تا یک هفته (اگر درد پس از یک هفته ادامه یابد لازم است که تا زمان رفع درد از رابطه جنسی خودداری گردد)
- ۲- نیاز نداشتن به استفاده از روش مضاعف

هشدارها و چگونگی برخورد با آنها

- ۱- تب بالاتر از ۳۸ درجه
- ۲- درد و تورم محل عمل و خروج چرک و خون از آن تا یک هفته و قرمزی محل عملی که بدتر شود یا از بین نرود
- ۳- درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود

۴- از حال رفتن، گیجی شدید در چهار هفته اول و به ویژه در هفته اول پس از عمل در صورت بروز هر کدام از موارد فوق، فرد به بیمارستان ارجاع خواهد شد.

مراجعه های پی گیری و اقدامات مربوطه

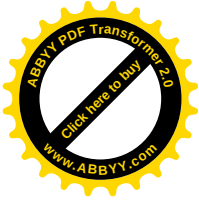
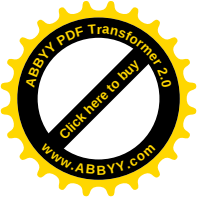
- ۱- زمان مراجعه بعدی: مراجعه در فاصله هفت روز بعد از عمل به منظور کشیدن بخیه ها و معاینه محل عمل.
- ۲- داشتن IUD و انجام TL: لزوم مراجعه فرد در اولین سیکل قاعدگی پس از عمل، برای خروج IUD.
- ۳- بررسی رضایت از عمل، عارضه ها، هشدارها، راهنمایی و مشاوره (در صورت وجود مشکل خاص) از کارهای لازم در مراجعه های پی گیری است.

حاملگی در افراد TL شده

حاملگی در افراد TL شده بسیار کم بوده، ولی در صورت تاخیر قاعدگی، تهوع، حساس شدن پستان ها، درد و حساسیت زیر شکم و خونریزی واژینال بررسی آن ضروری است. حاملگی بعد از TL، بدون وجود هیچ اشکال تکنیکی در عمل بستن لوله های رحمی ممکن خواهد بود. با توجه به خارج رحمی بودن نیمی از موارد حاملگی های پس از TL (با روش کواگولاسیون دو قطبی)، هر مورد شک به حاملگی باید از نظر EP نیز بررسی گردد (ارجاع به متخصص زنان).

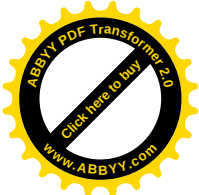
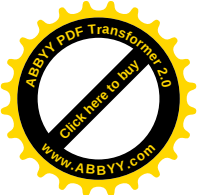
سن مناسب برای بستن لوله های رحمی

این عمل برای خانم های مولتی پار بالای ۳۵ سال که دیگر نمی خواهند تعداد فرزند بیشتری داشته باشند، بسیار مناسب است. درمورد متقاضیان زیر ۳۰ سال با توجه به احتمال طلاق، ازدواج مجدد و ... بهتر است انجام عمل مشروط به مشاوره دقیق شده و با در نظر گرفتن احتیاط های لازم همراه گردد.



دوستن لوله‌های اسپرم‌بر

(واژکتومی بدون تیغ جراحی)



” بستن لوله های اسپرم بر (واژکتومی بدون تیغ جراحی) “

توضیح روش

واژکتومی بدون تیغ جراحی یک روش دائمی پیشگیری از بارداری برای آقایان است. این روش با یک عمل جراحی سرپایی و بی حسی موضعی و معمولاً در فاصله زمانی کوتاه تر از ۲۰ دقیقه انجام می گیرد. طی این عمل لوله های اسپرم بر، از طریق ایجاد یک سوراخ کوچک بر روی کیسه بیضه ها بسته می شوند.

مکانیسم عمل

بسته شدن لوله های اسپرم بر از ورود اسپرم ها به مایع منی جلوگیری می نماید. در این حالت مایع منی فرد بدون اسپرم بوده و لقاح انجام نخواهد شد.

اثربخشی

یکی از اثربخش ترین روش های پیشگیری از بارداری است. با پیگیریهای بعد از عمل و انجام دونوبت آزمایش آنالیز اسپرم پس از عمل جراحی که نبودن اسپرم در مایع منی را تایید کند، میزان موفقیت نزدیک به ۱۰۰٪ است.

مزیت ها

- اثربخشی بالا
- نیاز نداشتن به بیهوشی
- دائمی بودن

- تداخل نداشتن با فعالیت جنسی
- عدم نیاز به یادآوری و مراجعه های مکرر
- نداشتن اثر منفی بر قدرت مردانگی، میل جنسی و صفت های ثانویه مردانه (ریش، سبیل و صدای مردانه)
- عارضه نداشتن برای سلامتی استفاده کننده از روش دراز مدت
- تاثیر نداشتن بر حجم و ظاهر مایع منی و کیفیت تماس جنسی
- افزایش لذت جنسی بدلیل از بین رفتن نگرانی حاملگی ناخواسته
- اثربخشی بیشتر، نیاز کمتر به مراقبت های قبل و پس از عمل، احتمال بیشتر در موفقیت عمل بازگشت، زمان کوتاه تر عمل جراحی، امکان کسب اطمینان از موفقیت عمل و عارضه های کمتر در مقایسه با بستن لوله های رحمی

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها

واژکتومی عارضه دراز مدت قابل توجه و سیستمیک نداشته و عارضه های احتمالی محدود به محل عمل می باشد. این عارضه ها شامل درد، سوزش و کبودی مختصر ناحیه عمل بوده که عموماً بعد از حداکثر یک هفته برطرف می شوند.

عوارض غیر شایع و چگونگی برخورد با آن ها

- ۱- هماتوم
 - ۲- عفونت پوست ناحیه عمل و یا اپیدیدیمو اورکیت عفونی
 - ۳- اپیدیدیمیت احتقانی و درد مزمن بیضه ها
- در صورت بروز هر یک از عارضه های غیر شایع یادشده، متقاضی باید به مرکز (مراکز) ارائه خدمت واژکتومی مراجعه کند.

سن مناسب برای انجام وازکتومی

انجام وازکتومی در افراد جوان توصیه نمی شود^{۲۴}.

موارد منع استفاده مطلق

باید توجه داشت هیچگونه منع مطلق در انجام وازکتومی وجود ندارد، اما در برخی شرایط وازکتومی باید با «احتیاط»، «تاخیر» و یا «ارجاع» به یک مرکز مجهز انجام گیرد. این موارد به شرح ذیل می باشند:

موارد احتیاط

مواردی هستند که خدمت وازکتومی برای متقاضی با احتیاط انجام می شود. این موارد عبارت هستند از:

- آسیب اسکروتوم و یا سابقه عمل جراحی آن
- واریکوسل و هیدروسل بزرگ
- عدم نزول بیضه یکطرفه (وازکتومی در سمت نزول یافته انجام گرفته و اگر ۳ ماه بعد از عمل در مایع منی اسپرم وجود داشته باشد، وازکتومی سمت مقابل نیز باید انجام گیرد)
- دیابت

موارد تاخیر

مواردی هستند که وازکتومی با تاخیر (به منظور رفع مشکل و درمان در صورت لزوم) انجام می شود. این موارد عبارت هستند از:

^{۲۴} مردان جوان متقاضی وازکتومی باید مانند همه مردان متقاضی این روش از نظر دایمی بودن روش و در دسترس بودن سایر روش های طولانی اثر و بسیار موثر جایگزین، مشاوره شوند. شواهد نشان می دهد که مردانی که در سنین جوانی تحت عمل وازکتومی قرار گرفته اند در مقایسه با مردانی که این خدمت برای آنها در سنین بالاتر انجام شده است، بیشتر تمایل به برگشت روش دارند. همچنین پشیمانی در افرادی که در زمان انجام وازکتومی دارای زندگی بی ثباتی بوده، کمتر از ۳۱ سال داشته، فرزند نداشته یا فرزند آنها بسیار کوچک بوده و تصمیم خود را در مقاطع بحرانی زندگی گرفته اند، بیشتر است.

- بیماری مقاربتی فعال
- التهاب سر آلت، لوله های اسپرم بر و یا بیضه ها
- عفونت پوست اسکروتوم
- عفونت حاد سیستمیک و یا گاستروانتریت شدید
- فیلاریازیس و الفانتیازیس
- اپیدیدیمیت و یا اورکیت

موارد ارجاع

مواردی هستند که متقاضی باید برای انجام وازکتومی به بیمارستان ارجاع شود. این موارد عبارت هستند از:

- فتق کشاله ران
- عدم نزول بیضه دو طرفه
- اختلالات انعقادی
- ایدز
- وجود توده در کیسه بیضه ها
- سابقه حساسیت به لیدوکائین

تکنیک عمل وازکتومی بدون تیغ جراحی:

وازکتومی بدون تیغ جراحی توسط دو پنس خاص NSV به نام های پنس شکافنده (Dissecting forceps) و پنس گرد (Ringed clamp)، قیچی راست کوچک و پنس هموستات انجام می گیرد. با تزریق ۰.۵ cc لیدوکائین ۱٪ یا ۲٪ بدون آدرنالین در زیر پوست و ۲.۵ cc از آن در هر طرف اسکروتوم، پوست و وازدفران های چپ و راست بی حس می شوند. هر دو وازدفران از محل سوراخ ایجاد شده روی اسکروتوم خارج

و در دو نقطه به فاصله ۱ سانتی متر با نخ سیلک گره زده شده و طولی از وازدفران که بین دو گره قرار گرفته است، چیده می شود.

آزمایش ها و معاینه های لازم

معمولاً، قبل از انجام وازکتومی نیاز به درخواست هیچگونه آزمایشی نیست. در گرفتن شرح حال، سابقه پزشکی متقاضی بررسی و معاینه فیزیکی عمومی با توجه ویژه به دستگاه ژنیتال انجام شود.

دستورهای پس از عمل

- استراحت به مدت یک روز
- آب نزدن به محل عمل تا دو روز
- نداشتن تماس جنسی تا ۴ روز
- پوشیدن شورت تنگ و یا بیضه بند
- انجام ندادن کار سنگین تا یک هفته

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

مواردی هستند که فرد وازکتومی شده در صورت رویارویی با آن ها، باید فوراً به مرکز (مراکز) انجام دهنده وازکتومی مراجعه نماید.

- ۱- تب بیش از ۳۸ درجه تا ۴ هفته، بویژه در هفته اول
- ۲- درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ ندهد
- ۳- خروج خون و چرک از محل زخم
- ۴- تورم بیش از حد اسکروتوم

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی

- بهتر است فرد وازکتومی شده یک هفته پس از عمل برای معاینه محل عمل به پزشک ارایه دهنده خدمت مراجعه نماید.
- فرد وازکتومی شده باید سه ماه بعد از عمل از نظر آواسپرمی (نبودن اسپرم در مایع منی) آزمایش شود. لازم است در این مدت و تا اخذ نتیجه آزمایش، یک روش مطمئن جلوگیری از بارداری (مانند کاندوم) مورد استفاده قرار گیرد. برای پیگیری و اطمینان از موفقیت کامل عمل، اسپرم آنالیز بعدی با فاصله زمانی یک ماه از آزمایش اول (چهار ماه پس از عمل) انجام خواهد شد.

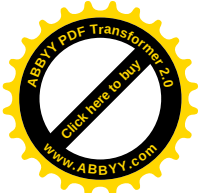
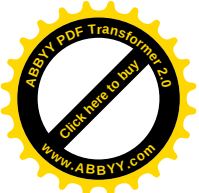
برگشت پذیری وازکتومی بدون تیغ جراحی

وازکتومی بدون تیغ جراحی یک روش دائمی پیشگیری از حاملگی بوده و متقاضیانی که خواهان فرزند دیگری هستند به هیچ عنوان نباید از این روش استفاده نمایند. در موارد نادری ممکن است متقاضی پس از وازکتومی، خواهان انجام عمل Vasectomy Reversal گردد.

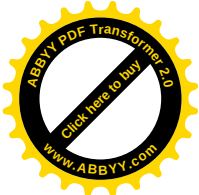
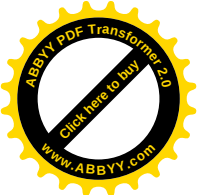
Reversal Vasectomy (عمل جراحی برگشت وازکتومی)، یک عمل جراحی است که با استفاده از میکروسکوپ و یا لوپ انجام و طی آن دو انتهای بریده شده وازدفران به یکدیگر پیوند زده می شوند. میزان موفقیت عمل برگشت بین ۶۰ تا ۸۰ درصد و ظهور اسپرم در مایع منی پس از عمل برگشت، تا بیش از ۹۵٪ گزارش گردیده است.^{۲۵}

^{۲۵} براساس صفحه ۳۸۱ از کتاب Guide for Contraception, Fourth Edition, LEON SPEROFF, PHILIP D. DARNEY A Clinical برگشت وازکتومی در بیش از ۵۰٪ موارد بارداری را بدنال دارد. احتمال بارداری با طولانی تر شدن فاصله زمانی بین عمل وازکتومی و عمل برگشت آن کاهش می یابد و به حدود ۳۰٪ در فاصله ۱۰ سال بعد از عمل می رسد.

براساس صفحه ۵۶۳ از کتاب CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY, ۱۸th EDITION, ۲۰۰۴ درصد حضور اسپرم در مایع منی پس از عمل برگشت میکروسکوپی حدود ۷۵-۱۰۰ درصد است. احتمال بارداری نیز ۸۲-۳۸ درصد گزارش شده است.



“کاندوم”



“ کاندوم ”

توضیح روش

کاندوم یک وسیله پیشگیری از بارداری از جنس لاتکس است. کاندوم تنها روشی است که علاوه بر پیشگیری از بارداری از انتقال بیماری‌های قابل انتقال از تماس جنسی مانند STIs/HIV/AIDS نیز جلوگیری میکند. این وسیله در اندازه، طرح و رنگ‌های مختلف در دسترس بوده و رایج خدمت آن توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام می‌شود.

مکانیسم عمل

جلوگیری از ریختن مایع منی به داخل واژن و ممانعت از رسیدن اسپرم به تخمک.

اثر بخشی

اثر بخشی کاندوم با استفاده صحیح، حدود ۹۷ درصد است.

مزیت‌ها

- جلوگیری از انتقال بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی (STIs/HIV/AIDS)
- کاهش خطر بروز سرطان دهانه رحم
- قابل استفاده در هر دوره سنی
- کمک به جلوگیری از انزال زودرس
- آسانی استفاده و نداشتن عوارض موضعی و عمومی

- نداشتن آثار هورمونی
- قابل استفاده بلافاصله پس از زایمان
- نداشتن اثر بر شیردهی

عیب ها

- ایجاد حساسیت به کاندوم (در بعضی از کاربرها)
- کاهش لذت جنسی به دلیل کاهش حس لمس
- لزوم استفاده پس از نعوظ (Erection)
- احتمال خارج شدن یا پاره شدن آن

موارد منع استفاده از کاندوم

حساسیت به لاتکس (و سایر مواد استفاده شده در کاندوم) و بروز خارش یا لکه های پوستی در هر کدام از زوجین به دنبال استفاده از کاندوم.

نکته های قابل توجه در مصرف کاندوم

- ۱- در هر بار نزدیکی باید از یک کاندوم جدید استفاده شود.
- ۲- کاندوم باید پیش از مصرف مشاهده و از سالم بودن آن اطمینان حاصل شود.
- ۳- کاندوم باید در حالت نعوظ و قبل از انجام نزدیکی به روی آلت کشیده شود.
- ۴- لازم است بلافاصله پس از انزال کاندوم خارج شود. برای اینکار، در حالیکه هنوز نعوظ وجود دارد، با گرفتن حلقه بالایی کاندوم نسبت به خارج نمودن آن اقدام خواهد شد.

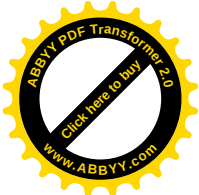
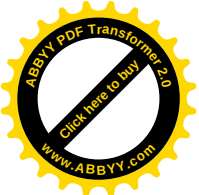
- ۵- با توجه به اینکه مالیدن لوبریکانتها (وازلین، روغن های نباتی و گیاهی و...) احتمال آسیب به کاندوم و پاره شدن آن را افزایش خواهد داد، لازم است که از استفاده از این گونه مواد خودداری گردد (با توجه به افزایش احتمال پاره شدن کاندوم در صورت استفاده همسر فرد از کرم های طبی، باید مصرف این کرم ها به پس از تماس جنسی موکول گردد).
- ۶- حین استفاده باید مواظب بود که کاندوم با ناخن، انگشت یا انگشت سوراخ نشود.
- ۷- باید توجه نمود که کاندوم پس از انزال در داخل واژن باقی نماند.
- ۸- نباید از کاندوم های شکننده، تاریخ گذشته، تغییر شکل و تغییر رنگ داده و یا کاندومی که بسته بندی داخلی آن صدمه دیده است، استفاده کرد.

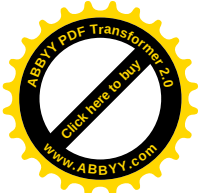
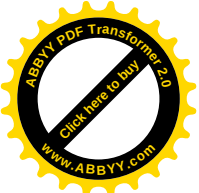
موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی

- ۱-۳-۴ هفته پس از دریافت کاندوم و حتما پیش از تمام شدن کاندوم، برای دریافت بسته بعدی، مراجعه نماید.
- ۲- در هر مراجعه برای دریافت کاندوم می بایست رضایت از روش، شکایت ها، حساسیت احتمالی و چگونگی استفاده از کاندوم به دقت پرسیده شود.
- ۳- آگاهی فرد از روش پیگیری اورژانس از بارداری (EC) بررسی و در صورت نیاز به فرد آموزش داده شود.
- ۴- باید داشتن قرص های روش EC از فرد سؤال شده و در صورت نیاز قرص های لازم در اختیار او قرار گیرد. (مطابق دستورالعمل مربوطه).

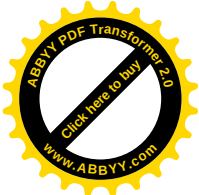
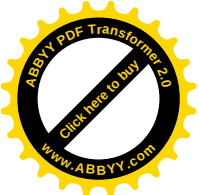
چگونگی نگهداری کاندوم

کاندوم بایستی دور از نور مستقیم آفتاب، گرما، رطوبت، نور لامپ فلوئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده و در جای خشک و خنک نگهداری شود.





دوربین پیشگیری اورژانس از بارداری



“روش پیشگیری اورژانس از بارداری”

توضیح روش

روش پیشگیری اورژانس از بارداری (Emergency Contraception)، روشی است که خانم‌ها با استفاده از آن می‌توانند در صورت استفاده نکردن از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری و یا هر موردی که احتمال بارداری ناخواسته پس از تماس جنسی را داشته باشد، تا ۱۲۰ ساعت از بارداری پیشگیری کنند. این روش توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده ارائه می‌گردد. بدلیل درصد بالاتر شکست این روش و مداوم نبودن مصرف آن در مقایسه با سایر روش‌های مطمئن، فقط باید در موارد مشخص از آن استفاده کرد.

مکانیسم عمل دقیقاً معلوم نیست، ولی به موارد زیر تقسیم بندی می‌شود

۱- پیشگیری از تخمک گذاری

۲- تاخیر در تخمک گذاری

۳- اختلال در اندومتر

۴- اختلال در نفوذ اسپرم

۵- اختلال در حرکت لوله‌ها

۶- اختلال در لقاح

شایان ذکر است که در اغلب موارد مجموعه‌ای از این مکانیسم‌ها مانند اختلال در تخمک گذاری و تغییر موکوس سبب کاهش قدرت نفوذ اسپرم و کمتر شدن احتمال لقاح می‌شود.

اثر بخشی

اثر بخشی روش اورژانس پیشگیری از بارداری با قرص های لوونورجسترل حدود ۹۹٪ و با قرص های ترکیبی، حدود ۹۷٪ و میزان حاملگی با استفاده از این روش در صورت استفاده از قرص های لوونورجسترل حدود ۱٪ و با استفاده از قرص های ترکیبی حدود ۳٪ گزارش شده است. اثر بخشی این روش با فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش ارتباط قابل توجهی دارد. هر چقدر فاصله زمانی تماس جنسی تا آغاز استفاده از روش کوتاه تر باشد، اثر بخشی آن بیشتر خواهد بود.

عارضه ها و چگونگی برخورد با آن ها

- ۱- تهوع و استفراغ حین مصرف: میزان تهوع و استفراغ با قرص های ترکیبی به ترتیب حدود ۵۰٪ و ۲۰٪ بوده که این عوارض با قرص های لوونورجسترل به حدود ۲۰٪ و ۶٪ کاهش می یابد. بهتر است قبل و ۴-۶ ساعت پس از مصرف هر دوز EC از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یا دیفن هیدرامین استفاده شود. قرص دیمن هیدرینات ۵۰-۲۵ میلی گرم ۳-۴ بار در روز یا قرص (شربت) دیفن هیدرامین ۵۰-۲۵ میلی گرم (۲-۴ قاشق غذاخوری کوچک) که مصرف دوز اول آن نیم ساعت قبل از خوردن قرص EC و دوز های بعدی (در صورت نیاز) با فاصله های ۶ ساعته پس از آن است، در کاهش شدت تهوع و استفراغ موثر است.
- ۲- اختلال قاعدگی: ممکن است که قاعدگی بعدی چند روز زودتر یا دیرتر آغاز، طول مدت آن تغییر یافته و تغییر در مقدار خونریزی ایجاد شود. فرد باید در مورد بی خطر بودن این مسئله آگاهی داشته باشد.
- ۳- سردرد و سرگیجه.

موارد منع مصرف

تقریباً همه افراد می توانند از این روش استفاده کنند. موارد منع مصرف استفاده از این روش برای انواع قرص های در دسترس به شرح زیر است

قرص های ترکیبی	قرص لوونورجسترل
• بارداری (بدلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین) • موارد منع مصرف استروژن، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)	• پورفیری حاد فعال • بیماری فعال و شدید کبد در حال حاضر • بارداری (بدلیل بی اثر بودن و نه خطر برای جنین) • خونریزیهای غیرطبیعی و تشخیص داده نشده دستگاه تناسلی

افرادی که می توانند از این روش استفاده کنند

دقت در این نکته بسیار مهم است که این روش نباید مورد استفاده دایم قرار گیرد و لازم است که کاربرد آن در صورت وجود تماس جنسی محافظت نشده، به موارد خاص زیر محدود گردد

- استفاده نکردن از کنتراسپتیوها
- تجاوز
- وجود شرایط نشان دهنده استفاده نادرست یا شکست کنتراسپتیو همراه با داشتن تماس جنسی مانند:

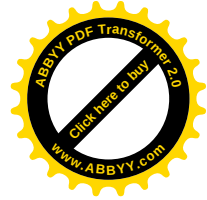
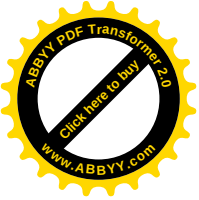
۱- پارگی کاندوم

۲- خارج شدن کاندوم

۳- فراموشی خوردن قرص ترکیبی برای سه نوبت پیاپی

۴- فراموشی خوردن قرص شیردهی به مدت بیش از سه ساعت^{۲۶}

^{۲۶} در ارتباط با فراموشی بیش از سه روز قرص های ترکیبی و بیش از سه ساعت قرص های پیشگیری از بارداری دوران شیردهی، استفاده از روش اورژانس یا تداوم استفاده از روش قرص ترکیبی یا قرص دوران شیردهی براساس دستورالعمل های موجود فراموشی قرص ها در همین کتاب به تشخیص ارایه دهنده خدمت منوط خواهد بود. به این مفهوم که در صورت تشخیص ارایه دهنده خدمت مبنی بر اینکه فرد می تواند اشتباه خود را اصلاح نموده و حتی الامکان از تکرار آن پرهیز کند، تداوم استفاده از روش پیشنهاد خواهد شد. اگر قضاوت ارایه دهنده خدمت مبنی بر ناتوانی گیرنده خدمت از استفاده درست از قرص ترکیبی یا قرص دوران شیردهی باشد، ضمن مشاوره برای انتخاب روش جدید، از روش پیشگیری اورژانس از بارداری نیز استفاده خواهد شد.



- ۵- تاخیر بیش از دو هفته در تزریق آمپول DMPA
- ۶- تاخیر بیش از سه روز در تزریق آمپولهای ترکیبی
- ۷- استفاده نادرست از روش طبیعی
- ۸- خروج IUD در زمانی بجز دوران قاعدگی
- ۹- استفاده از روش طبیعی یا منقطع با شک به تماس جنسی که می تواند منجر به بارداری گردد

زمان شروع و چگونگی استفاده از EC

اگر بیش از ۱۲۰ ساعت از زمان نزدیکی مشکوک نگذشته باشد (مصرف اولین دوز این روش باید حداکثر در فاصله زمانی ۱۲۰ ساعت از تماس جنسی مشکوک صورت گیرد)، داوطلب می تواند با کاربرد یکی از روش های زیر از حاملگی ناخواسته جلوگیری کند:

- ۱- قرص لوونورجسترل، دو عدد یک جا در اولین فرصت
 - ۲- قرص LD، ۴ عدد در اولین فرصت و چهار عدد ۱۲ ساعت بعد
 - ۳- قرص تری فازیک، ۴ عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید ۱۲ ساعت بعد (قرص های مرحله سوم)
- نکته:** در موارد تجاوز جنسی، خدمت EC به فرد ارائه شده و سپس ارجاع به مراکز تخصصی برای بررسی STIs و مسایل دیگر توصیه می گردد.

تذکرات حین مصرف

- ۱- باید قرص ها در اولین فاصله زمانی ممکن پس از تماس جنسی محافظت نشده خورده شوند تا بهترین اثربخشی را ایجاد نمایند.
- ۲- بهتر است که قرص ها باشکم خالی خورده نشوند.

۳- در صورت استفراف تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص‌ها ضروری است.

۴- حداکثر دفعات مجاز استفاده از این روش در هر سیکل قاعدگی یک بار است. آموزش کاربرد صحیح این روش ضروری بوده و باید تاکید شود که این روش می‌بایست در حداقل دفعات ممکن در طول دوران باروری استفاده گردد. مجاز بودن مصرف یکبار از این روش در هر دوره قاعدگی دلیلی بر تایید مصرف آن در هر دوره قاعدگی به عنوان روش پیش‌گیری از بارداری نیست.

۵- اثربخشی این روش با استفاده از فنی تویین و ریغامپین کاهش می‌یابد. در صورت استفاده همزمان از این داروها باید مصرف قرص لونورجسترل به میزان ۱۰۰٪ (جمعا ۴ عدد) افزایش یابد.

۶- با توجه به اینکه افزایش تعداد تماس‌های جنسی بدون محافظت، اثربخشی روش را کاهش و احتمال حاملگی را افزایش می‌دهد، یک خانم نباید در صورت داشتن چند تماس جنسی محافظت نشده در طول یک دوره قاعدگی، چند بار از روش پیشگیری اورژانس از بارداری استفاده نماید و براساس موارد مطروحه در بند ۴، استفاده از این روش در هر دوره قاعدگی فقط برای یک نوبت مجاز خواهد بود.

دلائل اختصاصی مراجعه به مرکز ارائه خدمت

- استفاده از این روش می‌تواند باعث تغییر در زمان قاعدگی بعدی شود. معمولاً این تغییرات کم بوده و قاعدگی چند روز زودتر یا دیرتر اتفاق می‌افتد. اگر تاخیر قاعدگی بیش از ۷ روز شود، باید احتمال بارداری را در نظر داشت. در این صورت بررسی فرد و معرفی برای انجام تست بارداری (B-hcG) ضرورت دارد.
- حاملگی هم زمان با روش:** با توجه تراژون نبودن این روش برای جنین، در صورت وقوع حاملگی، نیازی به ختم آن نخواهد بود.

