

دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران

تهیه و تنظیم: دکتر نوشین جعفری - دکتر شیرین کاویانپور
دکتر سهیلا خوشبین - معصومه آرشین چی
و حمایت اساتید محترم و مدیران گروه های زنان و زایمان
و اورولوژی کشور
زیر نظر: دکتر بهرام دلاور - دکتر محمد اسلامی

فهرست

صفحه	عنوان
۳	مقدمه
۴	پیش گفتار
۸	همکاران تهیه کتاب
۱۲	قرص های ترکیبی
۲۴	قرص پروژسترونی دوران شیردهی
۳۱	اورژانس پیشگیری از بارداری
۳۶	مگسترون
۴۶	آی-یو-دی
۵۵	بستن لوله های رحمی
۶۲	بستن لوله های اسپرم بر
۶۹	کاندوم

مقدمه

در دنیای رو به رشد امروز، حجم اطلاعات و تغییر علم پزشکی آن چنان وسیع است که تقریباً محال است هیچ پزشکی بتواند تمامی مقاله ها و موضوع ها جدید رشته کاری خود را مطالعه کند. نظام های مراقبت بهداشتی در کشورهای 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 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 دفتر سلامت خانواده و جمعیت است که می تواند به عنوان مرجعی مناسب برای مدیران، کارشناس های بهداشتی کشور و همچنین دانشجویهای مختلف رشته های پزشکی و پیرا پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. از کوشش های چند ساله همکارانی که در طراحی، تدوین و نهایی سازی و چاپ این مجموعه زحمت های قابل توجهی را متحمل شده اند، سپاسگزارم.

دکتر محمد اسماعیل اکبری

معاون سلامت

پیش گفتار:

گذشت بیش از هشت سال از تدوین کتاب راهنمای تنظیم خانواده در کشور 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،

- جمعیت 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.

تهیه کتاب حاضر در اداره تنظیم خانواده با استفاده از آخرین تجدید نظرهای کتاب های مرجع زنان و زایمان و تنظیم خانواده زیر آغاز گردید:

1. William's Obstetrics/ F. Gary Cunningham...[et al.]/ 21Th edition/ 2001
2. Novak's Textbook of Gynecology/ Jonathan S Berck, Eli Y Adashi, Paula A Hillard 12Th edition/ 1996
3. Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R., and Geller, J.S/ The Essentials of Contraceptive Technology/ 3Th Printing/ 2001
4. Family Planning and Reproductive Health Care/ Anna Glaiser, Alisa Gebie/ 4Th edition/ 2000
5. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility / Leon Speroff, Robert H Glass, Nathan G Kase/ 6Th edition/ 1999

6. Kistner Gynecology and Women Health/ K. J. Ryan, R. S. Berkowitz, R. L. Barbieri, A. Dunaif/ 7th edition/ 2001

اطلاعات مرتبط با هرکدام از روش های پیش گیری از بارداری موجود در شبکه ارائه خدمت، از کتاب های فوق جمع آوری شد. در موضوع های 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 مستندها موجود در کتب مرجع یادشده
۲. فقدان مطلب در برخی از کتب مرجع درباره ی برخی از عناوین مورد نظر

وجود داشت، بعنوان موارد نیازمند بررسی در مجموعه ای جداگانه جمع آوری گردید. بخشی که از موارد ناهمخوانی مستندها با سیستم ارائه خدمت به حساب می آمد، در بیش از ده جلسه سه ساعته با حضور اینجانب مورد بحث و بررسی قرار گرفته و مواردی را که در مورد آن ها اتفاق نظر حاصل گردید، از مجموعه یادشده خارج شد.

باقیمانده مطالب نیازمند بررسی، در یک همایش دوازده در بهمن ماه سال ۱۳۸۲ در شهرستان بوشهر و با همکاری اعضای محترم هیئت علمی زنان و زایمان، مدیران محترم گروه های بهداشت خانواده دانشگاه های علوم پزشکی، همکاران اداره تنظیم خانواده و معاونت سلامت مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

در این همایش پاسخ بسیاری از سوال های مطروحه با بحث، تبادل نظر و بهره گیری از تجربه کلیه اعضای شرکت کننده تهیه و مقرر گردید برخی از سوال ها برای دریافت پاسخ نهایی به انجمن های علمی مربوطه ارسال گردند. با لحاظ نمودن نتایج بدست آمده از همایش یادشده و پاسخ انجمن های علمی مورد نظر به سوال های مطروحه، پیش نویس دستورالعملهای تنظیم خانواده توسط همکاران اداره تنظیم خانواده تهیه و به منظور اخذ نظر نهایی برای کلیه اعضای محترم هیئت علمی شرکت کننده در همایش بوشهر ارسال گردید. پس از لحاظ نمودن اظهار نظر

ها و پاسخ های عزیزان یادشده در پیش نویس قبلی، تهیه محتوی علمی متن حاضر پایان یافت.

شایان ذکر است که به دلیل موجود نبودن مستندهای علمی کشوری در بخش های مورد بحث، در بسیاری موارد بر اجماع نظرات بسنده شده است. 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، فرصت بهره گیری از نظریات کلیه گروه های یادشده برای تدوین راهنمای ارائه خدمت مهیا خواهد گردید. جای بسی خوشوقتی خواهد بود که مطالعه کنندگان این کتاب با ارسال نقطه نظرهای خود به اداره تنظیم خانواده دفتر سلامت خانواده و جمعیت از طریق پست و یا پست الکترونیکی (Email:FP@FHP.HBI.IR) 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 که از همکارانی که همه مساعی خود را در تدوین این کتاب بکار برده اند، به شرح زیر تقدیر و تشکر نمایم.

- کمیته علمی و مشورתי تنظیم خانواده،
- سرکار خانم دکتر سهیلا خوشبین: مسئولیت نظارت بر جمع آوری مستندها/ نظارت بر تدوین بخش ها در آغاز فعالیت،

- جناب آقای دکتر محمد اسلامی: نظارت بر تدوین کلیه بخش ها/ تدوین بخش NSV/ بازخوانی، ویرایش و بازنویسی کلیه بخش ها،
- سرکار خانم دکتر نوشین جعفری: تعیین و ترجمه مستندها/ همکاری در تدوین کلیه روش ها/ مشاور علمی،
- سرکار خانم دکتر شیرین کاویانپور: تعیین و ترجمه مستندها/ مشاور علمی،
- کارشناس های اداره تنظیم خانواده:
- ۱. سرکار خانم معصومه آرشینچی: جمع آوری همه مستندها/ تدوین بخش های قرص های ترکیبی و اورژانس پیشگیری از بارداری/ نظارت بر تدوین سایر بخش ها/ پیگیری همه امور اجرایی،
- ۲. سرکار خانم روشنک احمدیان: تدوین بخش های لاینسترنول و مگسترون،
- ۳. سرکار خانم پری حاجی سید عزیزی: تدوین بخش بستن لوله های رحمی،
- ۴. سرکار خانم پرنیان عندلیب: همکاری در جمع آوری مستندها/ تدوین بخش IUD،
- ۵. سرکار خانم حورا فرختاز: پی گیری امور اجرایی،
- ۶. سرکار خانم بی بی ملیحه نظری: تدوین بخش کاندوم،
- مدیران گروه بهداشت خانواده و کارشناس های تنظیم خانواده دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی: اصفهان، بوشهر، تهران، سمنان، سیستان و بلوچستان، شهیدبهبشتی، فارس،
- همکارهای واحد اداری:
- ۱. سرکار خانم طاهره حامد: تایپ مجموعه،
- ۲. جناب آقای علی اصغر جعفرزاد: تایپ مجموعه،
- ۳. سرکارخانم اعظم قاضی: تایپ مجموعه،
- ۴. سرکار خانم شهین نژاد احمد: تایپ مجموعه.

دکتر بهرام دلاور

مدیرکل سلامت خانواده و جمعیت

عزیزانی که در تهیه این کتاب همکاری نموده اند عبارت هستند از:

الف- همکارهای محترم اعضای هیئت علمی:

- دکتر شهناز آرام
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- دکتر عبدالرسول اکبریان
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فاطمه توسلی
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- دکتر فاطمه خشتی
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علی روشنی
متخصص اورولوژی/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- دکتر سعید شاکری
متخصص اورولوژی/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فاطمه عباس علیزاده
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر زهرا علامه
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- دکتر حمیدرضا فرخ اسلاملو
متخصص بهداشت مادر و کودک/ مربی ارشد NSV/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی
- دکتر شیرین قاضی زاده
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

- دکتر عطا... قهیری
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- دکتر محمد علی کریم زاده
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد
- دکتر فاطمه مستاجران
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- دکتر اعظم السادات موسوی
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر جعفر نصوحی
متخصص زنان و زایمان/ هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ب- همکاران محترم شاغل در معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور:

- دکتر آزیتا انارکی
مدیر گروه بهداشت خانواده/ دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- فاطمه توکل
کارشناس مسئول تنظیم خانواده/ دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر علی حدیدی
مدیر گروه بهداشت خانواده/ دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر غلامرضا حیدری
معاون بهداشتی/ دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر مجید رحیمی
مدیر گروه بهداشت خانواده/ دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر مهدی صدق آذر

مربی ارشد NSV / دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

▪ افسون صیدالی

کارشناس مسئول تنظیم خانواده / دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

▪ دکتر پژمان عقدک

مدیر گروه بهداشت خانواده / دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

▪ دکتر فرشید فریور

مدیر گروه بهداشت خانواده / دانشگاه علوم پزشکی سمنان

▪ شهلا قنبری

مدیر گروه بهداشت خانواده / دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

▪ دکتر سید امیر کیانی

مربی ارشد NSV / دانشگاه علوم پزشکی گیلان

پ- همکاران بخش خصوصی:

▪ دکتر علی طریقی راسخی

مربی ارشد NSV

▪ دکتر سعید محمدزاده

مربی ارشد NSV

ت- همکاران دفتر سلامت خانواده و جمعیت

▪ معصومه آرشین چی

کارشناس تنظیم خانواده / دفتر سلامت خانواده و جمعیت

▪ روشنگ احمدیان

کارشناس تنظیم خانواده / دفتر سلامت خانواده و جمعیت

▪ دکتر محمد اسلامی

- ریس اداره تنظیم خانواده/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر نوشین جعفری
- متخصص زنان و زایمان/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر سهیلا خوشبین
- متخصص پزشکی اجتماعی/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- پری حاجی سید عزیزی
- کارشناس تنظیم خانواده/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر بهرام دلاور
- مدیرکل/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر صفیه شهریاری افشار
- متخصص زنان و زایمان/ حوزه معاونت سلامت
- پرنیان عندلیب
- کارشناس تنظیم خانواده/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- حورا فرختار
- کارشناس تنظیم خانواده/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- دکتر شیرین کاویانپور
- متخصص زنان و زایمان/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت
- بی بی ملیحه نظری
- کارشناس تنظیم خانواده/ دفتر سلامت خانواده و جمعیت

قرص های ترکیبی

قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری

توضیح روش:

یکی از روش های جلوگیری از بارداری، مصرف قرص های ترکیبی (حاوی استروژن و پروژسترون) است که به دو شکل یک مرحله ای (HD,LD) و سه مرحله ای (تری فازیک) موجود می باشد. مصرف این قرص ها هر روزه بوده و تجویز آن ها توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام 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 از طریق تاثیر بر حرکات لوله های رحم.

اثر بخشی:

اثر بخشی قرص های ترکیبی در صورت مصرف صحیح، ۹۹.۹ درصد است.

مزیت ها:

- اثر بخشی بالا،
- برگشت سریع باروری پس از قطع روش،
- منظم شدن، کاهش درد و خونریزی قاعدگی (کاهش سندرم پیش از قاعدگی) و کم خونی به دنبال قاعدگی ها،
- کاهش بروز کیست های تخمدانی،

- 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)،
- جلوگیری از بروز تصلب شرایین (آترواسکلروز)،
- کاهش بروز اندومتريوز،
- بهبود آرتريت روماتويد .

عیب ها:

- نامناسب بودن برای افراد فراموشکار (به دلیل لزوم مصرف هر روزه)،
- نیاز به تهیه بسته (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 بعد از زایمان.

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها:

عارضه های شایع معمولاً در ماه های اول مصرف بروز نموده و در عرض ۳-۲ ماه کاهش یافته و یا از بین می رود. 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 ۳-۲ ماه اول مصرف مشاهده شده و می تواند ناشی از فراموشی قرص نیز باشد. برای چگونگی برخورد به تذکراتی حین مصرف مراجعه شود.

۳. حساسیت پستان‌ها: با رعایت توصیه‌های بهداشتی رفع می‌گردد. اگر مشکل ادامه یابد، فرد به ماما و در صورت نیاز به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.
۴. سردردهای خفیف: غالباً با مسکن‌های معمولی برطرف می‌شود. سردردهای شدید و یا سردردهایی که با فشارخون بالا، علائم عصبی یکطرفه و یا اختلالات بینایی همراه باشد، از علائم هشدار بوده و ارجاع فوری به متخصص مربوطه و تغییر روش را ایجاب می‌کند.
۵. تهوع: خوردن قرص در صورت تهوع شدید و غیر قابل تحمل ادامه نخواهد یافت. خوردن قرص در هنگام خواب و یا همراه با غذا، راهی موثر برای کاهش شدت تهوع‌های خفیف و قابل تحمل خواهد بود. درمان موقت تهوع برای ۳-۲ ماه اول با داروهای ضد تهوع (مثل ویتامین B6 شبی یک قرص) نیز امکان‌پذیر است.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن‌ها:

- این عارضه‌ها ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا به ندرت مشاهده شود.
- این عارضه‌ها عبارت هستند از:
۱. تغییر خلق و خوی (افسردگی)،
 ۲. لکه‌های رنگی در پوست صورت (کلوازما)،
 ۳. شک به بروز سرطان پستان،
 ۴. بروز سرطان دهانه رحم (سرویکس)،
 ۵. بروز تومورهای خوش‌خیم و بدخیم کبدی (آدنوم و کارسینوم کبد)،
 ۶. لخته شدن خون در وریدها (ترومبوز وریدی)، بویژه در افراد سیگاری و مبتلا به اختلالات انعقادی خون،
 ۷. سکته‌های قلبی (بویژه در سیگاری‌ها)،
 ۸. سکته مغزی (بویژه در افراد سیگاری و فشارخون بالا)،
 ۹. فشارخون بالا،

۱۰. احتمال بروز خونریزی های نامنظم رحمی،

۱۱. آمنوره.

اگر هر کدام از موارد یاد شده مشاهده شود، ارجاع فرد به متخصص مربوطه ضرورت دارد.

موارد منع مصرف مطلق:

- شک یا اطمینان به وجود حاملگی،
- شک به وجود سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن،
- بدخیمی های وابسته به استروژن،
- کارسینوم اندومتر یا هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن،
- خونریزی های رحمی بدون علت مشخص،
- مصرف سیگار در افراد ۳۵ ساله و بالاتر،
- بیماری فعال یا مزمن کبدی،
- اختلال کار واضح کبدی و یا هپاتیت ویرال،
- یرقان انسدادی در حاملگی یا سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص،
- آدنوم یا کارسینوم کبد،
- سیروز کبدی خفیف (جبران شده)،
- تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد،
- شیستوزومیازیس با فیروز شدید کبدی،
- ابتلا 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 فشارریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حادباکتریال و یا مصرف داروهای ضدانعقادی،
- بیماری عروق کرونر قلب،

- بیماری سیانوتیک قلبی،
- سکته مغزی،
- بیماری عروق مغزی یا عروق کرونر، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها،
- دیابت با بیماری های عروقی،
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)،
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی،
- مادران شیردهی که از زایمان آن ها کمتر از شش ماه می گذرد،
- آنژین قلبی ناپایدار (Unstable Angina)،
- دیس لیپید می (بخصوص هیپرلیپید می پروتئینی نوع II)
- 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، فشارخون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگویید حاملگی، سندرم استیون- جانسون، TTP, HUS.

موارد منع مصرف نسبی:

- فشارخون بین ۱۶۰/۱۰۰ تا ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه،
- سابقه فشارخون بالا (بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه) و اندازه نگرفتن آن درحال حاضر،
- نئوپلازی داخل اپیتلیومی تا شدید سرویکس،
- واریس بدون سابقه ترومبو فلیبیت،
- بیماری فعال کیسه صفرا،
- خانم های سیگاری بالای ۳۵ سال با مصرف کمتر از ۱۵ نخ سیگار یا کمتر از ۳۵ سال با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز،
- میگرن بدون علائم عصبی،

- انواع خاصی از دیابت (دیابتی های مبتلابه هیپرتانسیون، نفروپاتی یارتینوپاتی)،
- افسردگی خیلی شدید،
- مصرف دارو برای اپی لپسی (بجز والپروئیک اسید)،
- مصرف ریفامپین یا گریزوفلووین،
- بیماری سلول داسی شکل،
- مشکلات گوارشی که جذب قرص را مختل کند.

زمان شروع استفاده از قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری ترکیبی:

وضعیت متقاضی از نظر زمان شروع:

۱. 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. قرص در ساعت خاصی از شبانه روز تا پایان بسته ۲۱ عددی خورده می شود. مصرف بسته بعدی پس از یک فاصله هفت روزه آغاز خواهد شد.
۲. 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. (مصرف آن در مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان، منع مطلق دارد).
۳. اگر مادر پس از زایمان به فرزند خود شیر ندهد، می تواند مصرف این قرص ها را سه هفته پس از زایمان آغاز نماید.
۴. مصرف این قرص ها را می توان در پنج روز اول بلافاصله بعد از سقط آغاز نمود.
۵. اگر فرد خواهان قطع کاربرد روش پیشگیری از بارداری فعلی خود (لاینسترونول، آی یو دی، نورپلانت و یا DMPA) و استفاده از قرص های ترکیبی بوده و قطع روش های فوق در یکی از ۵ روز اول قاعدگی اتفاق بیافتد، می تواند مصرف این قرص ها را بلافاصله شروع کند. در غیر اینصورت، آغاز استفاده از قرص های ترکیبی تا قاعدگی بعدی به تاخیر افتاده و تا آن زمان استفاده از کاندوم

توصیه می شود. همچنین کاربران لاینسترنول به شرط آمنوره و استفاده مرتب از لاینسترنول، بلافاصله پس از قطع لاینسترنول و کاربران DMPA که دچار آمنوره هستند، اگر DMPA را در فاصله زمانی ۱۴ + ۹۰ روز قبل تزریق کرده باشند، می توانند استفاده از قرص های ترکیبی را آغاز نمایند. در غیر این صورت آغاز استفاده از قرص به بررسی حاملگی و رد احتمال آن منوط می شود.

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. بررسی وضعیت سلامتی،
۲. اندازه گیری فشارخون،
۳. معاینه پستان و لگن،
۴. آزمایش پاپ اسمیر (۶-۴ هفته پس از زایمان و مطابق دستورالعمل کشوری)،
۵. بررسی مشکلات انعقادی و چربی های خون (در صورت سابقه ترومبوز و یا بیماری های قلبی در بستگان درجه یک زیر ۵۰ سال).

توجه ۱: معاینه تیروئید برای تجویز قرص های پیشگیری از بارداری لازم نیست.

توجه ۲: انجام آزمایش ها در ویزیت اول اجباری نیست.

مراجعه های پی گیری:

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. فشارخون،

۲. 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 OCP 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 قند، چربی و لیپو پروتئین برای خانم های زیر در مراجعه های پیگیری بطور روتین انجام می شود:

▪ خانم های ۳۵ ساله و بالاتر.

▪ خانم های با سابقه بیماری قلبی، یا فشار خون بالا.

▪ دیابتی ها (هرساله).

▪ خانم های با سابقه دیابت حاملگی (هرساله).

▪ خانم های چاق.

تذکرات حین مصرف:

الف- فراموشی مصرف قرص LD و HD:

۱. در صورت فراموشی خوردن یک قرص و بنحاطر آوردن آن تا 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.

۲. چنانچه دو قرص فراموش شود، به محض به خاطر آوردن در دو شب بعد، هرشب دو قرص خورده شده و بقیه قرص ها طبق معمول ادامه یافته و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی پیشگیری از بارداری استفاده می شود.

۳. در صورت فراموشی بیش از دو قرص در هر زمان از سیکل، خوردن بقیه قرص ها (روزی یک عدد) ادامه یافته و به مدت یک هفته از روش کمکی دیگر نیز استفاده شده و بلافاصله پس از اتمام این بسته، مصرف بسته بعدی (بدون فاصله هفت روزه) آغاز می گردد.

ب- فراموشی مصرف قرص تری فازیک:

۱. در صورت فراموشی مصرف یکی از قرص ها در زمان مقرر و بخاطر آوردن آن در کمتر از ۱۲ ساعت پس از زمان همیشگی، بلافاصله آن قرص مصرف و بقیه قرص ها در موعد مقرر خورده خواهد شد. شایان ذکر است که گذشت زمان کمتر از ۱۲ ساعت از زمان معمول خوردن قرص، تاثیر پیشگیری از بارداری آن را کاهش نمی دهد.

۲. در صورت فراموشی مصرف یکی از قرص ها در نوبت مقرر و بخاطر آوردن آن پس از ۱۲ ساعت از زمان همیشگی، قرص فراموش شده خورده نشده، ولی مصرف بقیه قرص ها طبق برنامه ادامه می یابد. در این موارد حتما باید از یک روش کمکی دیگر (مثل کاندوم) نیز به منظور جلوگیری از بارداری تا پایان بسته استفاده شود.

نکته ۱: بجز موارد فوق سایر نکته ها مشابه قرص های LD و HD است.

نکته ۲: ضمن ارائه خدمت قرص های ترکیبی پیشگیری از بارداری حداکثر چهار عدد کاندوم در اختیار متقاضی قرار می گیرد تا در موارد فراموشی مصرف قرص از آن استفاده کند.

پ- اگر شک به حاملگی با مصرف هم زمان این قرص ها وجود داشته باشد، باید بلافاصله مصرف آن قطع و تا اطمینان یافتن از وضعیت حاملگی، از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب دیگر (مانند کاندوم) استفاده شود.

ت- لکه بینی بین قاعدگی ها در عرض ۲-۳ ماه برطرف می گردد. در صورت برطرف نشدن لکه بینی بعد از ۲-۳ ماه، فقط در یک دوره و در روزهایی که لکه بینی وجود دارد، هر شب دو عدد قرص ال-دی خورده شده که دو روز پس از پایان لکه بینی مجدداً به روزی یک عدد تبدیل خواهد شد^۱. اگر مشکل علی‌رغم این درمان ادامه یابد، ارجاع به متخصص زنان انجام خواهد شد.

ث- 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، می توان 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 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.

ج- استفراغ به فاصله ۱-۲ ساعت بعد از خوردن قرص: یک قرص (از یک بسته دیگر) 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.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

عوارض جدی به دنبال مصرف قرص نادر است، ولی اگر هرکدام 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 (تاری دید، دوبینی و کوری)،
۵. سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر).

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:

- طی یک هفته قبل از پایان بسته، برای دریافت بسته بعدی مراجعه نمایند.
- در هر 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 (با رعایت موارد مندرج در موارد منع مصرف قرص های ترکیبی) می تواند تا ۵۰ سالگی ادامه یابد.

قرص

پروژسترونی دوران

شیردهی

قرص های پروژسترونی پیشگیری از بارداری (لایسترنول)

توضیح روش:

لایسترنول، قرص خوراکی پیشگیری از بارداری بوده که مادران شیرده تا ۶ ماه پس از زایمان می توانند از آن به منظور فوق استفاده نمایند. این قرص باید هر روز راس ساعت معینی خورده شده و تجویز آن توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده انجام 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 موارد)،
۳. تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر).

اثربخشی:

- اثربخشی این قرص هم زمان با شیردهی ۹۹٪ است.

مزیت ها:

- نداشتن اثر منفی بر کمیت و کیفیت شیرمادر،
- افزایش مدت زمان شیردهی،
- قابل استفاده در مادران شیرده با موارد منع مصرف استروژن(فشارخون، لوپوس، میگرن، افراد سیگاری بالای ۳۵ سال، افراد مبتلا به اختلال تحمل گلوکز)،
- عدم نیاز به قطع روش قبل از عمل جراحی.

عیب ها:

▪ قرص ها باید همه روزه، راس ساعتی معین خورده شوند. درغیراینصورت (بویژه در مادران شیردهی که قاعدگی آن ها بازگشته است)، احتمال شکست روش افزایش می یابد.

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 و یا کاهش می یابد. در صورت تداوم خونریزی نامرتب و یا نارضایتی فرد، برای قطع خونریزی تا پنج روز، کپسول مفنمیک اسید (۲۵۰ میلی گرمی)، روزی سه بار و در هر بار دو کپسول و روزی یک قرص آهن تجویز می گردد. در صورت تداوم خونریزی علیرغم درمان، فرد به متخصص زنان ارجاع خواهد شد.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها:

این عارضه ها ممکن است هرگز مشاهده نشده و یا به ندرت مشاهده شود. اگر هرکدام از این عارضه ها بروز نماید، 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): 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 یادشده ادامه یابد، ارجاع فرد 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 پستان ها: حساس شدن پستان ها با رعایت توصیه های بهداشتی رفع می گردد. درغیراین صورت باید فرد را به ماما ودرصورت نیاز به متخصص زنان ارجاع نمود.

موارد منع مصرف مطلق:

- خونریزی غیر طبیعی رحمی،
- اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هپاتیت و ...)،
- ابتلا به سرطان پستان.

موارد منع مصرف نسبی:

- سابقه سرطان پستان،
- چاقی شدید،
- سابقه کلستاز بارداری،
- فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)،
- مصرف هم زمان داروهای ضد تشنج و ریفامپین،
- سابقه حاملگی خارج رحمی (EP).

زمان شروع و استفاده از لاینسترنول:

۱. در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیرخوار با شیرمادر، مصرف قرص ۶ هفته پس از زایمان آغاز خواهد شد.
۲. در صورت بازگشت قاعدگی و یا تغذیه انحصاری با شیرمادر، مصرف قرص باید در ۵ روز اول قاعدگی و ترجیحا " روز اول شروع شود.
۳. اگر مادر شیردهی از سایر روش های 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 بلافاصله پس از قطع روش قبلی، مصرف لاینسترنول را آغاز کند.

چگونگی استفاده از لاینسترنول:

- هر بلیستر لاینسترنول، دارای ۲۸ قرص بوده که باید هر شب یک عدد از آن راس ساعت معینی خورده شود.
 - شروع مصرف بسته بعدی قرص، بلافاصله پس از پایان بسته قبلی است.
- دقت شود که: بین 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، هر زمان که به یاد آید، قرص فراموش شده خورده شده و قرص نوبت بعدی نیز در زمان تعیین شده خورده خواهد شد. ضمناً تا ۲ روز هم از یک روش دیگر مانند کاندوم استفاده شود.
۳. در صورتی که مصرف ۲ قرص (۲ روز) 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 روش مضاعف مثل کاندوم استفاده شود. در صورت داشتن نزدیکی محافظت نشده در این دو روز از EC استفاده شود. در صورت قاعده نشدن در مدت ۶-۴ هفته پس از فراموشی، بررسی بارداری لازم است.
۴. در صورت فراموشی بیش از دو قرص و داشتن نزدیکی محافظت نشده در عرض ۷۲ ساعت اخیر، تجویز EC و مشاوره برای انتخاب روش مناسب دیگر صورت گیرد. در صورتی که از نزدیکی محافظت نشده وی در زمان عدم مصرف قرص، بیش از ۷۲ ساعت می گذرد، بررسی بارداری ضروری است.

آزمایش و معاینه های لازم:

۱. اندازه گیری و ثبت فشار خون.
۲. پاپ اسمیر (با توجه به دستورالعمل کشوری).
۳. چنانچه نکته خاصی در شرح حال موجود باشد، معاینه لازم حسب مورد صورت خواهد گرفت.

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:

- در صورت نبودن عارضه برای مصرف کننده و داشتن موجودی کافی در محل ارائه 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 باشد برای دریافت کمک، راهنمایی و یا تغییر روش مراجعه کند.
- آگاهی و توانایی مصرف کننده در شناختن علائم هشدار تا اینکه 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.

اورژانس
پیشگیری از
بارداری

روش اورژانس پیشگیری از بارداری

توضیح روش:

روش اورژانس پیشگیری از بارداری (Emergency Contraception)، روشی است که پس از تماس جنسی بدون استفاده از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری و یا هرموردی که احتمال بارداری ناخواسته پس از تماس جنسی را داشته باشد، استفاده می شود. این روش توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده تجویز میگردد. از این روش نباید به عنوان یک روش دائمی پیشگیری از بارداری استفاده نمود.

مکانیسم عمل:

۱. تاثیر بر مخاط داخلی رحم (اندومتر)،
۲. جلوگیری از تخمک گذاری،
۳. اختلال در حرکات لوله ها.

اثر بخشی:

اثربخشی این روش ۹۷-۹۸ درصد بوده و 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، اثربخشی آن بیشتر خواهد بود.

عارضه ها و چگونگی برخورد با آن ها:

۱. تهوع و استفراغ حین مصرف: بهتر است قبل و ۶-۴ 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 ۴-۳ بار در روز یا قرص (شربت) دیفن هیدرامین ۵۰-۲۵ میلی گرم (۴-۲ قاشق غذاخوری کوچک) که مصرف دوز

اول آن نیم ساعت قبل از خوردن قرص EC و دوزهای 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 شود. فرد باید در مورد بی خطر بودن این مسئله آگاهی داشته باشد.

۳. **سردرد و سرگیجه.**

موارد منع مصرف :

- حاملگی،
- موارد منع مصرف استروژن، میگرن کلاسیک، ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)،
- **Multiple Exposure** (تماس های جنسی متعدد بدون محافظت) یعنی افزایش تعداد تماس های جنسی بدون محافظت، اثربخشی روش را کاهش و احتمال حاملگی را افزایش می دهد.

نکته مهم:

این روش نباید مورد استفاده دائم قرار گیرد و لازم است که کاربرد آن به موارد خاص مانند موارد زیر محدود گردد:

- پارگی کاندوم.
- خروج آی یودی در زمانی غیر از خونریزی قاعدگی.
- تماس جنسی بدون استفاده از روش مطمئن پیشگیری از بارداری.
- 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 ۷۲ ساعت از زمان نزدیکی مشکوک نگذشته باشد (مصرف اولین دوز این روش باید حداکثر در فاصله زمانی ۷۲ ساعت از تماس جنسی مشکوک

صورت گیرد)، داوطلب می تواند با کاربرد یکی از روش های زیر از حاملگی ناخواسته جلوگیری نماید:

۱. قرص HD، ۲ عدد در اولین فرصت و دو عدد ۱۲ ساعت بعد،
 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 از نظر STIs و مسایل دیگر توصیه می گردد.

تذکرات حین مصرف:

۱. بهتر است که قرص ها باشکم خالی خورده نشود.
۲. در صورت استفراغ تا دو ساعت پس از استفاده از روش، خوردن مجدد قرص ها ضروری است.
۳. 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 می بایست 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 پیش گیری از بارداری نیست.

دلایل اختصاصی مراجعه به مرکز ارائه خدمت:

- در صورت قاعده نشدن فرد (و یا عدم وجود خونریزی های منطبق با قاعدگی) در عرض ۳ هفته پس از مصرف EC، برای بررسی و معرفی برای انجام تست بارداری (ترجیحاً β -HCG).

حاملگی هم زمان با روش: با توجه تراژون نبودن^۱ این روش برای جنین، در صورت وقوع حاملگی، نیازی به ختم آن نخواهد بود.

مگسترون

مگسترون

Depo Medroxy Progesterone Acetate

توضیح روش:

DMPA، یک روش تزریقی پیشگیری از بارداری است. آمپول DMPA حاوی ماده موثره دپومدروکسی پروژسترون استات بوده و سه ماه از بارداری پیشگیری می نماید. ارائه 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 هرروزه از یک روش مشکل دارند (افراد فراموشکار، کوچ نشین، عقب ماندگان ذهنی و ...).

- کاهش ابتلا به سرطان های اندومتر و تخمدان، بیماری های التهابی لگن (PID)، کم خونی، فیبروم رحم، اندومتريوز، حاملگی خارج از رحم (EP)، کاندیدیازیس واژن، سندرم قبل از قاعدگی (PMS)، درد زمان قاعدگی و متیل اشمرز،
- افزایش ندادن عوارض استروژنی بدلیل نداشتن استروژن،
- مناسب برای افراد مبتلا به دیابت و بیماری تیروئید،
- قابل استفاده در هر دوره سنی،
- 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 (اگر با مصرف داروهایی مانند کاربامازپین و فنی توئین هم زمان نباشد).

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،
- آمنوره.

عوارض شایع و چگونگی برخورد با آن ها:

۱. اختلالات قاعدگی (از آمنوره تا خونریزی نامرتب): خونریزی نامرتب رحمی معمولاً "در ماه های اول مصرف دیده شده و در عرض ۳-۲ ماه اول از بین رفته و یا کاهش می یابد (شایان ذکر است که رفع این عارضه گاه نیازمند زمانی

معادل ۶-۱۲ ماه خواهد بود). در صورتی که خونریزی نامرتب رحمی برای فرد مزاحمت ایجاد کند، باید او را برای بررسی بیشتر به متخصص زنان معرفی نمود. اگر دلیل خونریزی تزریق DMPA باشد، کپسول مگنایمیک اسید (۲۵۰ میلی گرمی) روزی سه بار و در هر بار دو عدد، تا ۵ روز تجویز می گردد. در صورت بهبود نیافتن 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 احتمال بارداری به شرط این 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 و تجمع مایع در بدن، افزایش اشتها و مصرف بیشتر مواد غذایی است. این مشکل با رعایت رژیم غذایی و ورزش قابل رفع است.

عوارض غیرشایع 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 غیرشایع DMPA عبارت هستند از:

۱. **تغییر خلق (بی خوابی و افسردگی):** ارجاع به متخصص زنان.
۲. **حساس شدن پستان ها:** با رعایت توصیه های بهداشتی برطرف می گردد. در غیر این صورت ارجاع به ماما و در صورت نیاز ارجاع به متخصص زنان ضروری است.
۳. **سردرد و گیجی:** ارجاع به متخصص زنان.
۴. **نفخ شکم:** ارجاع به متخصص زنان.
۵. **کاهش میل جنسی:** ارجاع به روانپزشک ضروری است.

۶. تاخیر در برگشت باروری: ارجاع به متخصص زنان.

۷. بروز سرطان پستان: ارجاع به متخصص زنان.

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،
- ترومبوآمبولی و یا سابقه آن،
- سابقه سکته مغزی،
- فشارخون کنترل نشده،
- دیابت کنترل نشده،
- دیابت با ضایعه عروقی و یا ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیشتر از آن.

موارد منع مصرف نسبی:

- بیماری کبدی،
- بیماری شدید قلبی عروقی،
- تمایل به برگشت سریع باروری،
- مشکلات مرتبط با تزریق (ترس،...)،
- افسردگی شدید،
- فشار خون کنترل شده،
- دیابت کنترل شده،
- مول،
- چاقی.

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 یک روش کمکی مانند کاندوم استفاده می شود.

۲. مادران غیر شیرده:

۱) پس از زایمان: اولین تزریق DMPA بلافاصله پس از زایمان یا تا ۳ هفته پس از آن امکان پذیر بوده و نیازی به برگشت قاعدگی نیست.

۲) 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:

۱) 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.

۲) در صورت قاعده شدن، تزریق باید در یکی از پنج روز اول قاعدگی انجام شده و تا یک هفته نیز از یک روش کمکی، مانند کاندوم استفاده شود.

۳) به دنبال قطع یک روش: اگر فرد در پنج روز اول دوران قاعدگی مراجعه کند، می توان بلافاصله DMPA را تزریق نمود، درغیراین صورت تا فرا رسیدن دوره قاعدگی بعدی (برای تزریق DMPA) کاندوم در اختیار فرد قرار داده خواهد شد.

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 وزن و قد و محاسبه BMI .
۲. اندازه گیری و ثبت فشار خون. (فشار خون کنترل شده از موارد منع مصرف نسبی است. در پیگیری ها به تغییر فشار خون دقت شود).
۳. انجام پاپ اسمیر (بر اساس دستورالعمل کشوری).
۴. اندازه گیری لیپوپروفاایل (یکبار). اگر LDL پایه متقاضی خدمت از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر بوده و دو فاکتور خطر عروقی و یا اختلالات نادر لیپیدی مانند FAMILIAL HYPER CHOLESTOLEMIA وجود داشته باشد، آغاز استفاده از روش توصیه نمی شود.

توجه: اگر انجام آزمایش و معاینه های فوق در اولین مراجعه ممکن نباشد، می توان اولین نوبت آمپول را تزریق کرد. باید به خاطر داشت که انجام بررسی های یادشده در فاصله زمانی سه ماه پس از تزریق اول ضرورت دارد.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها:

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

۱. خونریزی شدید یا طولانی (دو برابر شدن مقدار و یا مدت زمان قاعدگی در مقایسه با قاعدگی های قبلی)،

۲. سردرد شدید همراه با تاری دید،
۳. زردی چشم و پوست،
۴. تاخیر قاعدگی (در فردی که حین استفاده از DMPA قاعدگی مرتب داشته است)،
۵. افزایش فشار خون (در حدی که نیازمند درمان باشد).

موارد قابل توجه در پیگیری ها و مراجعه های بعدی:

- در صورت تاخیر بیش از ۲ هفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه درطول 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 بررسی بارداری، 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) ضروری است. همچنین فرد باید مطمئن شود که قطع قاعدگی دلیل وجود بارداری نخواهد بود.
- در صورت بروز لکه بینی یا خونریزی بین دوره های قاعدگی، باید گیرنده خدمت از عادی، شایع و بی خطر بودن این عارضه اطمینان خاطر یابد. اگر خونریزی ادامه یابد، گیرنده خدمت باید به مراکز مربوطه ارجاع شود. (بخش برخورد با عوارض شایع)
- خونریزی قاعدگی شدید یا طولانی (خون ریزی قاعدگی شدید یا طولانی: مقدار خونریزی یا مدت آن دو برابر معمول باشد) نادر، اما مهم بوده و نیازمند توجه پزشکی است.
- 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 ارائه خدمت مطابق دستورالعمل، به فرد تذکر داده می شود که پس از سه ماه، برای تزریق نوبت بعدی (تزریق در فاصله ۱۴ + ۹۰ روز انجام پذیر است) مراجعه نماید.

▪ در هر مراجعه برای تزریق بعدی باید رضایت از روش، شکایت ها، هشدارها و عارضه ها مورد سوال و بررسی قرار گیرد.

استفاده از DMPA پیش از زایمان اول :

۱. ممکن است باعث تاخیر در بازگشت باروری شود^۱.
۲. مصرف آن در افراد زیر ۱۶ سال، با توجه به احتمال اثر منفی بر رشد استخوانی توصیه نمی شود.

حاملگی هم زمان با استفاده از DMPA :

اگر هم زمان با استفاده از DMPA بارداری اتفاق بیافتد، احتمال افزایش مرگ و میر نوزادی و نئوناتال 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.

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، باید از یک روش دیگر پیشگیری از بارداری استفاده نماید.

آی - یو - دی

آی-یو-دی کاپر تی (TCu 380 A)

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. ارائه خدمت این روش توسط پزشک، ماما و یا کارکنان بهداشتی آموزش دیده صورت می گیرد.

مکانیسم عمل:

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.

اثربخشی:

اثربخشی آی یودی TCu 380 A حدود ۹۹.۲ درصد می باشد.

مزیت ها:

- اثربخشی بالا،
- قابلیت برگشت باروری بلافاصله پس از خروج IUD،
- طولانی مدت بودن اثر پیشگیری از بارداری (۱۰ سال)،
- نیاز نداشتن به یادآوری روزانه،
- عدم تاثیر بر شیردهی،
- نداشتن آثار و عوارض هورمونی،
- قابل استفاده در اوایل دوران منوپوز،

- عدم تداخل با تماس جنسی،
- تداخل نداشتن با مصرف داروها.

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 طی ۲-۳ ماه پس از گذاردن IUD رفع خواهد شد. در صورت نیاز، درمان با داروهایی مانند ایندومتاسین، مفنامیک 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 باید IUD را خارج نمود.
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 ۳-۲ ماه ادامه یافت، ارجاع به متخصص زنان ضرورت می یابد.
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 بدبو، همراه با سوزش و خارش بوده و رنگ آن با ترشحات غیرعفونی تفاوت دارد).

عوارض غیرشایع و برخورد با آن ها:

۱. بیماری های التهابی لگن (PID): 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):

الف- با علائم بالینی: معمولاً هنگام اندازه گیری عمق رحم (با هیسترومتر) و یا کارگذاری IUD رخ داده و فرد احساس درد دارد.

ب- بدون علائم بالینی: علامتی نداشته و از علائم پی 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 با بستری در بیمارستان^۲،
- رحم با شکل غیر طبیعی،
- بیماری ویلسون یا حساسیت به مس (برای IUD های مس دار)،
- نقص سیستم ایمنی،

PID
WBC
)...
(.

- نئوپلازی درمان شده سرویکس،
- فیرومی که اندازه و شکل رحم را تغییر داده باشد،
- خون ریزی شدید قاعدگی (دفع لخته) یا آنمی شدید،
- خونریزی واژینال بدون علت مشخص،
- اختلالات انعقادی،
- سابقه بارداری خارج رحمی،
- شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت وجود آن،
- پاپ اسمیر غیر طبیعی^۳،
- در فاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل ۱ سال)،
- نداشتن سابقه زایمان،
- سل لگنی.

موارد منع مصرف نسبی :

- سابقه PID بدون بستری در بیمارستان،
- داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی)^۴،
- بیماری های دریچه ای قلب که نیاز به دریافت آنتی بیوتیک پروفیلاکسی پیش از گذاشتن IUD داشته باشند،
- ابتلای به STIs یا سابقه آن (ابتلای اخیر)،
- اندومتريت پس از زایمان و یا سقط عفونی در ۳ ماه گذشته،
- سرویسیت^۵ و واژینیت درمان نشده^۶.

IUD

IUD

IUD

STIs

توجه: استفاده از IUD در افراد دیابتی نیاز به کنترل دارد.

زمان شروع استفاده از IUD:

۱. در زمان قاعدگی: باتوجه به اطمینان از باردار نبودن، نرمی سرویکس و راحت تر بودن ارائه 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^۷ 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.^۸
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 لگنی برای بررسی اندازه و وضعیت رحم و آدنکس ها^۹.

IUD

IUD

۲. بررسی موارد کتراندیکاسیون 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 و کنترل های بعدی آن هر 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 آن، باید نسبت به خروج کامل IUD 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. معاینه لگنی برای بررسی ترشح ها و حساسیت رحم و آدنکس ها،
۳. انجام پاپ اسمیر براساس دستورالعمل کشوری،
۴. 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 ارائه خدمت ضروری است.

هشدارها و چگونگی برخورد با آن ها

۱. دیده نشدن نخ یا عدم لمس نخ IUD توسط فرد معاینه کننده: 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.

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 به 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.

▪ 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 ۷۲ ساعت گذشته، استفاده از روش های اورژانس پیش گیری از بارداری ضرورت دارد.

بستن لوله های

رحمی

بستن لوله های رحمی (توبکتومی)

توضیح روش :

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

مکانیسم عمل:

با بسته شدن لوله های رحمی (حد فاصل رحم و تخمدان ها) از رسیدن اسپرم و تخمک به یکدیگر و تشکیل سلول تخم جلوگیری بعمل می آید.

اثربخشی:

میزان شکست این روش درسال اول بین ۰.۵ تا ۰.۷ درصد است. احتمال حاملگی بعد از عمل در خانم های زیر ۳۵ سال تا میزان ۱.۷ برابر افزایش می یابد. اثربخشی روش تا ۱۰ سال پس از عمل بیش از ۹۸٪ گزارش شده 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^۱.

عوارض غیرشایع و چگونگی برخورد با آن ها

۱. احتمال تغییر میزان قاعدگی،
 ۲. افزایش احتمال حاملگی خارج از رحمی (در صورت وقوع بارداری)،
 ۳. احتمال ایجاد کیست تخمدان،
 ۴. TL مانند سایر اعمال جراحی می تواند خطرهای بیهوشی را (به میزان بسیار کم) به همراه داشته باشد.
- در صورت بروز هر کدام از عارضه های نادر اشاره شده، فرد به متخصص زنان ارجاع می شود.

موارد تاخیر عمل جراحی TL:

- بیماری های التهابی لگن در سه ماهه اخیر^۱،
- 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.

نکته های مهم :

- بستن لوله های رحمی در صورت وجود هرکدام 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 (دوهفته اول سیکل قاعدگی دوره زمانی مناسب تری است).
۲. پس از زایمان طبیعی.
۳. هنگام سزارین (بستن لوله های رحمی براحتمی امکان پذیر است).

توجه: پس از سقط 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 (۳-۲ 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. روش واژینال (کولپوتومی): یک روش غیر رایج است که از طریق کولپوتومی انجام میشود.

آزمایش ها و معاینه های لازم:

۱. گرفتن سابقه بیماری ها،
۲. انجام گراویندکس،
۳. سایر آزمایش ها (براساس دستورالعمل معاون سلامت در مورد اعمال جراحی غیر اورژانس)،
۴. معاینه لگنی،
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 زیتنی و لاک ناخن،
- داشتن همراه برای برگشت به منزل (در صورت امکان).

تذکرات بعد از عمل توبکتومی:

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)،
 - خودداری از برداشتن اجسام و اشیای سنگین تا یک هفته.
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،
 ۳. درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود،
 ۴. اسهال،
 ۵. از حال رفتن.
- در صورت بروز هر کدام از موارد فوق، فرد به بیمارستان ارجاع خواهد شد.

مراجعه های پی گیری و اقدامات مربوطه:

۱. تعیین زمان مراجعه بعدی: مراجعه در فاصله ۱۴-۷ 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 تاخیرقاعدگی، 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)، 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 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 گردد.

بستن لوله های

اسپرم بر

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 "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 صورت نخواهد گرفت.

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.
- 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 در 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.
- چاق نشدن فرد پس از عمل.

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 اپیدیدمواورکیت عفونی،
 ۳. اپیدیدیمیت احتقانی و درد مزمن بیضه ها.
- در صورت بروز هر یک از عارضه های غیر شایع یاد شده، متقاضی باید به مرکز (مراکز) ارائه خدمت واژکتومی مراجعه کند.

موارد منع استفاده مطلق:

باید توجه داشت هیچگونه منع مطلق در انجام واژکتومی وجود ندارد، اما در برخی شرایط واژکتومی 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:
- 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 می 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 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 هرطرف 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 فاصله ای 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 نمی باشد. در گرفتن شرح حال، سابقه پزشکی متقاضی بررسی شده 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 و 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 یا 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 ارائه دهنده خدمت مراجعه نماید.

▪ فرد وازکتومی شده باید سه ماه بعد از عمل از نظر آزواسپرمی (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، انجام اسپرم آنالیز بعدی با فاصله زمانی یک ماه از آزمایش اول (چهار ماه پس از عمل) خواهد بود.

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 Reversal Vasectomy گردد.

Reversal Vasectomy (عمل جراحی برگشت وازکتومی)، یک عمل جراحی است که با استفاده از میکروسکوپ و یا لوپ انجام شده 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.

ڪانڊوم

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 بیماری های قابل انتقال از تماس جنسی مانند STIs/HIV/AIDS نیز پیشگیری می نماید. این وسیله در اندازه، طرح و رنگ های مختلف در دسترس بوده و توسط کارکنان بهداشتی تعلیم دیده تجویز می شود.

مکانیسم عمل:

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

اثربخشی:

اثربخشی کاندوم با استفاده صحیح، حدود ۹۷ درصد می باشد.

مزیت ها:

- جلوگیری از انتقال بیماری های منتقله از راه تماس جنسی (STIs/HIV/AIDS)،
- کاهش خطر بروز سرطان دهانه رحم،
- قابل استفاده در هر گروه 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 مصرف کاندوم :

- حساسیت به لاتکس و بروز خارش در هرکدام از زوجین،
- ناهنجاری های دستگاه تناسلی مرد.

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 برای خروج کاندوم اقدام 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 لوبریکانتهای (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 اتگشتر 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 :

در پیگیری استفاده کنندگان کاندوم باید موارد ذیل به کاربرها تاکید شود:

۱. ۳-۴ هفته پس از دریافت کاندوم، برای دریافت بسته بعدی، مراجعه نماید.
۲. در هر مراجعه برای دریافت کاندوم می بایست درخصوص رضایت از روش، شکایت ها و چگونگی استفاده از کاندوم با دقت پرسیده شود.
۳. آگاهی فرد از روش اورژانس پیشگیری از بارداری (EC) بررسی شده 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 آفتاب، گرما، رطوبت، نور لامپ فلئوئورسانس و اشعه ماورای بنفش بوده و در جای خنک و تاریک نگهداری شود.