

مسائل سلامت بانوان در سفرهای زیارتی

انجام مناسک حج و اعمال زیارتی اماکن مقدسه مستلزم سلامت روحی و جسمی فرد می باشد زائرین بایستی سلامت و توان جسمانی مناسب داشته باشند تا بتوانند اعمال را با شرایط احسن انجام دهند و در طی مدت اقامت در این اماکن مقدسه با رعایت مسائل خاصی سلامت جسمی خود را حفظ نمایند تا خدشهایی به انجام اعمال وارد نشود و زائرین با کوله باری از آرامش روحی و روانی و سازندگی در جهت زندگی بهتر و سالم تر به سرزمین خویش برگردند در این راستا بر آن شدیم که در زمینه مشکلات سلامت بانوان در حج و زیارت نکاتی چند به صورت اجمال عنوان نماییم. مسائل سلامت بانوان در حج و زیارت در چهار قسم عنوان می گردد:

۱- مسائل ناشی از خونریزی های نابجا رحمی که در انجام اعمال ایجاد اشکال می نماید.

۲- مسائل ناشی از بیماری های عفونی مخصوص بانوان در حج و زیارت.

۳- مسائل اورژانس که تهدید کننده سلامت بدنی خانم ها می باشد و ارتباطی با نوع سفر ندارد.

۴- بیماری های زمینه ای و مزمن مثل دیابت، بیماری قلبی - عروقی، کلیوی، کبدی و ... که ممکن است در طی این سفر تشدید یابد و نیاز به مراقبت خاص داشته باشد.

۱. **Abnormal uterine Bleeding** یا خونریزیهای نابجا رحمی

در جهت بررسی خونریزی های نابجا رحمی می توان خانم ها را به دو گروه سنی تولیدمثل (Reproductive) و یائسگی (Menopause) تقسیم نمود در سنین Reproductive علاوه بر مسائل مربوط به بارداری دو علت اصلی یعنی علل ارگانیک **(A.U.B)** abnormal uterine bleeding و **(D.U.B)** dysfunctional uterine bleeding یا خونریزی های ناشی از مشکلات هورمونی را به یاد داشته باشیم از علل ارگانیک به لیومیوما و پولیپ های آندومتر که با افزایش سن بیشتر خودنمایی مینمایند میتوان اشاره نمود خونریزی های غیر عضوی رحمی بیشتر در گروه سنی قبل از یائسگی و حین بلوغ میباشند ولی در سفرهای زیارتی به علت مصرف داروها چون ocp و یا سایر ترکیبات هورمونی که جهت به تعویق انداختن زمان پرئود استفاده میشود بیشتر با این نوع خونریزی ها مواجه هستیم و لذا به بررسی بیشتر آن می پردازیم .

داروهای مصرفی جهت تنظیم سیکل قاعدگی عبارتند از :

۱- قرص های جلوگیری از بارداری خوراکی

۲- ترکیبات پروژستین

۳- آنالوگ های GnRH

قرص های جلوگیری از بارداری خوراکی یا OCP ترکیبی از دو جز استروژنی و پروژسترونی می باشد که بر اساس نوع دارو اجزا و مقدار آن متغیر بوده و باعث تفاوت در عوارض جانبی خصوصاً عوارض عروقی که در ارتباط با دوز استروژن می باشد می گردد تغییر در نوع پروژسترون معمولاً تفاوتی در قدرت دارویی ایجاد نمی نماید ولی در عوارض جانبی که به تدریج در طی این نوشتار بیان می گردد دخیل می باشد. OCP های موجود در بازار دارویی کشور در حال حاضر عبارتند از

نام دارو	نوع استروژن	نوع پروژسترون	تعداد قرص در یک بسته	عوارض
LD Ovocept Ovostop-L	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	لونورژسترون ۱۵۰ mcg (levonorgestrel)	۲۱ عدد	عوارض آندورژنی وجود دارد تهوع و استفراغ دیده می شود
HD	اتینیل استرادیول ۵۰ mcg (Ethinyl estradiol)	لونورژسترون ۲۵۰ mcg (levonorgestrel)	۲۱ عدد	عوارض آندورژنی وجود دارد تهوع و استفراغ دیده می شود
تری فازیک	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg اتینیل استرادیول ۴۰ mcg اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	لونورژسترون ۵۰ mcg لونورژسترون ۷۵ mcg لونورژسترون ۱۲۵ mcg (levonorgestrel)	۲۱ عدد	SPOTTING در این ترکیب بیشتر می باشد
LD+Fe	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	لونورژسترون ۱۵۰ mcg (levonorgestrel)	۲۸ عدد	در این ترکیب ۷ قرص انتهایی بسته سولفات یا فومارات فروس می باشد
Desoceptive Marvelon DE Marolin Daisynelle	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	دزوژسترون ۱۵۰ mcg (Desogestrel)	۲۱ عدد	عوارض آندورژنی و گوارشی و پوستی کمتری دارد. احتمال ضایعات ترومبوتیک از نظر تئوری افزایش می یابد .
Yasmin Rokin Contrasmine Drospill	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	دروسپرنون ۳ میلی گرم (Drosipriene)	۲۱ عدد	اثرات آنتاگونیستی میثالو کورتیکوئیدها و آندروژن ها و آگونیستی پروژسترون دارند، افزایش وزن ایجاد نمی نمایند ولی در بیماران کلیوی و کبدی و یا بیماری های غدد آدرنال نایستی مصرف شود و در مصرف همزمان با داروهای نگهدارنده پتاسیم احتیاط به عمل آید.
Cyproterone compound Dian Clairtte Ethinone Daphne	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg یا اتینیل استرادیول ۳۵ mcg (Ethinyl estradiol)	سیپروترون استات ۲ میلی گرم (Cyproterone acetate)	۲۱ عدد	در موارد ضایعات پوستی چون آکنه و هیرسوتیسم مصرف بیشتری دارد.
Yaz	اتینیل استرادیول ۲۰ mcg (Ethinyl estradiol)	دروسپرنون ۳ میلی گرم (Drosipriene)	۲۸ عدد	۴ قرص انتهایی بسته پلاسبو میباشد احتمال spotting در این ترکیب بیشتر است
Belara	اتینیل استرادیول ۳۰ mcg (Ethinyl estradiol)	کلرمدینون ۲ میلی گرم (Chlormadinone acetate)	۲۱ عدد	کمترین اثر در افزایش وزن دارد

در مطالعات اپیدمیولوژیک از نسل اول و دوم و سوم و چهارم ocp یاد می گردد جهت اطلاع یاد آور میشود نسل اول ocp ترکیباتی هستند که حاوی ۵۰ میکروگرم اتینیل استرادیول و یا بیشتر می باشند نسل دوم ترکیباتی هستند که میزان اتینیل استرادیول بین ۲۰ - ۳۰ یا ۳۵ میکروگرم متغیر بوده ولی پروژسترون به کار رفته در ترکیب دارویی لونورژسترون و یا سایر خانواده نوراتیندرن می باشند نسل سوم ترکیباتی هستند که از نظر ترکیب استروژنی مشابه نسل دوم هستند ولی پروژسترون آن دزوژسترون یا ژستودن می باشند نسل چهارم از نظر استروژنی مشابه نسل دوم و سوم می باشند ولی پروژسترون به کار رفته در آن دروسپرنون یا نورژستیمیت استات می باشند. در بروشورهای این داروها ذکر گردیده است جهت تأثیر بخشی مناسب در جلوگیری از بارداری مصرف قرصها از روز اول سیکل قاعدگی باشد ولی زمانی که هدف از مصرف دارو به تعویق انداختن زمان

خونریزی‌های ماهانه باشد بایستی دارو از روز پنجم سیکل قاعدگی مصرف گردد تا احتمال لکه بینی به حداقل میزان برسد. آگاهی از مقدار استروژن به کار برده شده در این ترکیبات در طی درمان دارویی کمک به سزایی می‌نماید تا بی مورد با افزایش یا کاهش نامناسب میزان دارو مصرف کننده‌های قرص در معرض لکه‌بینی‌های متعدد ناشی از تغییر دارو قرار نگیرند به یاد داشته باشیم YAZ به علت پایین بودن دوز استروژن احتمال لکه بینی بیشتری را از سایر ترکیبات دارد.

جزء پروژسترونی ترکیبات HD و LD از لوونورسترول می‌باشد که یک ترکیب Nortestosterone ۱۹ می‌باشد که دارای عوارض آندروژنی بیشتری در قیاس با سایر ترکیبات پروژسترونی می‌باشد لذا در افزایش میزان بروز آکنه و یا سایر عوارض آندروژنی تا حدی دخیل می‌باشد در مارولون جز پروژسترونی Desogestrel می‌باشد که عوارض آندروژنی کمتری نسبت به لوونورسترول دارد و تحمل گوارشی بهتری نسبت به دو قرص HD و LD ایجاد می‌نماید و عوارض پوستی کمتری نیز دارد. در ترکیب دیان جز پروژسترونی از Cyproterone acetate تشکیل یافته است که به خاطر عوارض آنتی آندروژنی در درمان ضایعات پوستی چون آکنه کاربرد بیشتری دارد در دو ترکیب Yaz و yasmin جز پروژسترونی را ترکیب Drospirenone تشکیل می‌دهد که از نظر مولکولی آنالوگ اسپرونولاکتون می‌باشد و دارای خواص آنتی مینرالوکورتیکوئیدی و آنتی آندروژنی می‌باشد و لذا ورم ایجاد می‌شود در شروع مصرف انواع OCP در این ترکیبات وجود ندارد و در ضمن شکایت شایع مصرف کننده های OCP در جهت Breast Discomfort و یا احساس سنگینی و درد Breast در این ترکیبات کمتر مشاهده می‌شود در ترکیب Belara جز پروژسترونی از chlormadinone Acetate می‌باشد که مشابه ترکیبات دیان در ضایعات پوستی کاربردی وسیعتری پیدا نموده است. بایستی به یاد داشته باشیم که بسته‌های LD، HD، Marvelon، Dian، Yasmin به صورت ۲۱ عدد قرص می‌باشد و لی در ترکیب yaz و LD+Fe بسته به صورت ۲۸ عدد قرص می‌باشد که در ترکیب Yaz به صورت ۲۴ قرص فعال هورمونی صورتی رنگ و ۴ عدد قرص زرد رنگ پلاسبو بوده است و در ترکیب LD+Fe به صورت ۲۱ عدد قرص فعال هورمونی و ۷ عدد قرص آهن می‌باشد. لذا در مواردی که OCP مصرفی جهت به تعویق انداختن زمان پیروی از دو ترکیب Yaz و یا LD+Fe استفاده می‌شود بایستی به یاد داشته باشیم که بعد از مصرف ۲۴ قرص فعال Yaz و ۲۱ قرص فعال LD بسته جدید از قرص فعال از همان ترکیب را آغاز نماید تا دچار مشکل خاصی نگردد. در ترکیبات تری فازیک به خاطر متغیر بودن میزان استروژن و پروژسترون در طی ۲۱ عدد قرص موجود در یک بسته خطر لکه بینی (Spotting) بیشتر از سایر ترکیبات می‌باشد لذا مناسب جهت به تعویق انداختن زمان پیروی نمی‌باشد

مکانیسم اثر:

قرص‌های جلوگیری از بارداری با ممانعت از ترشح گنادوتروپین‌ها چه در سطح هایپوتالاموس و چه در سطح هیپوفیز مانع تخمک گذاری (Ovulation) می‌گردد و به علت اینکه اصولاً قرص‌های جلوگیری از بارداری Progesterone Dominate می‌باشند به تدریج مخاط آندومتر دچار آتروفی می‌گردد و حالت Decidualization پیدا می‌نماید پس در صورت مصرف مداوم OCP مخاط آندومتر، آتروفیه و غدد آندومتر و عروق شکننده گردیده و خطر خونریزی‌های نابهنگام و غیر هماهنگ وجود خواهد داشت.

عوارض جانبی:

تهوع و استفراغ:

به خصوص در شروع مصرف دارو وجود خواهد داشت که در خیلی از موارد منجر به قطع مصرف دارو می‌گردد لذا توصیه می‌شود که جهت کاهش تهوع و استفراغ ناشی از مصرف OCP به نکات زیر توجه فرمایند: قرص‌ها شب هنگام مصرف شود و یا به هنگام غذا میل گردد. نیم ساعت قبل از مصرف OCP یک عدد قرص ضد تهوع مثل متوکلوپرامید یا ویتامین B۶ میل گردد. مصرف مایعات محدود نباشد و در عین حال توصیه به مصرف میوه و سبزی تازه می‌گردد.

در بعضی از بیماران که به علت بیماری و یا شرایط خاص تحمل گوارشی دارو مقدور نمی‌باشد توصیه به استفاده از فرم واژینال قرص‌های جلوگیری از بارداری می‌شود که این قرص‌ها همان نوع خوراکی (Oral) هستند که شب هنگام از ناحیه واژن استعمال می‌گردد ولی بایستی اطمینان از عدم خروج قرص داشته باشیم از نظر دوز مصرفی یک قرص واژینال معادل یک قرص خوراکی (Oral) تأثیر بخشی خواهد داشت. توصیه می‌شود که زائر یک ماه قبل از سفر جهت بررسی تأثیر بخشی واژینال دارو به مدت یک دوره از این دارو به صورت واژینال استفاده نموده باشد. حالت تهوع و استفراغ در مصرف OCP موقتی است و تدریجاً با ادامه مصرف دارو کاهش می‌یابد.

ادم:

به علت تجمع آب و نمک در بدن ایجاد می شود که در بعضی از ترکیبات چون Yaz و Yasmin کمتر دیده می شود بایستی به مصرف کنندگان Ocp یادآوری نماید که ورم ایجاد می شود موقتی است و با قطع دارو از بین می رود.

عوارض ترومبوتیک عروقی:

ضایعات ترومبوتیک عروقی به دو گروه وریدی (venous thrombosis) و شریانی (Arterial thrombosis) تقسیم می گردد در گروه ترومبوزهای وریدی (DVT (Deep vein thrombosis و P.E (Pulmonary embolism) یاد می گردد و از گروه ترومبوزهای شریانی به MI (Myocardial infarction) و Stroke اشاره می گردد. قرص های جلوگیری از بارداری باعث افزایش ضایعات ترومبوتیک شریانی و وریدی می گردد. استروژن باعث افزایش سنتز سطح سرمی فاکتورهای انعقادی چون فاکتور X – VIII – V و فیبرینوژن و پروترومین می گردد. فعالیت پلاکتی را افزایش می دهد و از طرفی باعث کاهش آنژی ترومبین III و فاکتور S می گردد و مقاومت نسبت به پروتئین C فعال شده ایجاد می نماید و نتیجه نهایی این تأثیرات افزایش ضایعات ترومبوتیک می باشد. وقتی استروژن در دوز فارماکولوژیک یعنی ۵۰ میکروگرم یا بیشتر تجویز می گردد این تأثیرات بیشتر است ولی در قرص های حاوی ۳۰ تا ۳۵ میکروگرم اتینیل استرادیول نیز این تأثیرات بر فاکتورهای انعقادی و افزایش فعالیت پلاکتی مشاهده می گردد طبق مطالعات انجامی ترومبوزهای وریدی ارتباط مستقیم با دوز استروژن به کار برده شده در ocp دارد به طوریکه هرچه میزان استروژن بالاتر باشد ریسک ضایعات ترومبوتیک وریدی افزایش می یابد مصرف ocp در طی یکسال اخیر و یا خصوصاً در طی سه ماه اخیر (current user) نیز فاکتور دیگری است که در ایجاد ضایعات ترومبوتیک وریدی دخیل می باشد از فاکتورهای مساعدکننده دیگر به چاقی ($BMI \geq 30$)، کاهش فعالیت بدنی، بی تحرکی و یا سابقه ضایعات ترومبوتیک در خود فرد و یا فامیل درجه یک اشاره می گردد که بایستی قبل از مصرف OCP این موارد در نظر گرفته شود ذکر می گردد که نوع پروژسترون به کار برده شده در OCP نیز در ارتباط با افزایش ضایعات ترومبوتیک وریدی می باشد به طوریکه OCP های نسل سوم و چهارم احتمال این ضایعات را افزایش می دهد. نقش OCP در افزایش ضایعات ترومبوتیک شریانی علاوه بر دوز و میزان استروژن به کار برده شده در آن به فاکتورهای دیگری چون افزایش فشار خون شریانی، دیابت، سیگار کشیدن، افزایش سن، سردردهای عروقی خصوصاً اگر سردرد میگرنی با علائم aura باشد، چاقی توجه گردد زیرا همراهی این فاکتورها اثر تجمعی در ایجاد ضایعات ترومبوتیک شریانی می نماید ولی مصرف ocp در طی یکسال و یا سه ماه اخیر تأثیری در افزایش میزان این ضایعات ندارند.

سردرد و سرگیجه:

سردرد از عوارض شایع در مصرف ocp می باشد که با گذشت زمان بهتر می گردد و به مسکن های رایج چون استامینوفن و آسپرین پاسخ می دهد ولی بایستی به یاد داشته باشیم که در صورتی که این عارضه به درمان های معمول پاسخ ندهد به فکر خونریزی های مغزی نیز باشیم خصوصاً در افرادی که سابقه سردردهای میگرنی دارند. ocp با تغییر در تعادل الکترولیتی و PH اندولنف باعث سرگیجه می گردد که موقتی است که با مصرف مایعات فراوان بهبودی می یابد. گاهی اوقات سردردهای خفیف با شروع مصرف OCP دیده می شود اما در سیکلهای بعدی از بین می رود. در زنان با سابقه میگرن، سردردها با شروع مصرف OCP افزایش می یابد.

دوز و نوع پروژستین تأثیری روی ریسک ابتلا به سردرد ندارد و اثرات استروژن نامشخص است. سابقه سردرد مانعی برای تصمیم گیری برای مصرف OCP نباید باشد هرچند در خانم ها با سابقه Pseudotumor cerebri و یا Migraine نباید تجویز شود.

مطالعات WHO نشان داده است که در زنان با سابقه میگرن پس از مصرف OCP، به خصوص در سن بالای ۳۵ سال خطر ابتلا به بیماریهای ترومبوآمبولی مغزی افزایش می یابد.

در زنان دارای سابقه میگرن بدون اورا (aura) سایر ریسک فاکتورهای Storke مانند سیگار کشیدن، Hypertension و Dislipdemia باید قبل از شروع درمان با OCP مدنظر گرفته شود و تحت درمان قرار گیرند. بطور کلی مصرف OCP در زنان دارای سابقه میگرن توصیه نمی شود.

Breast Discomfort:

در بعضی از ترکیبات مثل Yaz و Yasmin کمتر دیده می شود و با درمان های حمایتی بیمار احساس ناراحتی کمتری خواهد داشت.

تغییر در اشتها:

در بیشتر موارد OCP با افزایش اشتها مواجه می شویم که بایستی به مصرف کننده OCP توصیه های کافی در رابطه با کنترل رژیم غذایی را نموده تا از اضافه وزن های ناخواسته جلوگیری بعمل آید و لی در بعضی از موارد نیز مصرف OCP ایجاد کاهش

اشتها بخصوص در مواردی که تهوع و استفراغ شدید وجود دارد به وجود می آید که عارضه موقتی است و به تدریج برطرف میگردد.

کلوآسما:

پیگمانته های پوستی هستند که بیشتر در پوست صورت در ده درصد مصرف کننده های OCP دیده می شود که میتواند ناراحت کننده باشد لذا توصیه به اصول پیشگیری در جهت استفاده از ضدآفتاب های مناسب میگردد.

افزایش ترشحات واژن:

افزایش ترشحات واژن و خصوصا افزایش عفونت های قارچی واژن از عوارض دیگر مصرف OCP می باشد که با رعایت مسائل بهداشتی و مصرف مایعات فراوان در صورت لزوم درمان عفونت قارچی کمک به کاهش این عارضه مینمایند.

Mental Depression:

بیشتر به خاطر تداخلات استروژن با سنتز تریپتوفان می باشد و بایستی به بیمار یادآوری نموده که این اثرات موقتی بوده و با سایکوتراپی برطرف میگردد.

تغییرات متابولیک بدن:

اثرات OCP در میزان لیپیدهای سرم بستگی به دوز استروژن و خاصیت آندروژنی پروژستین دارد به طور کلی تری گلیسرید و کلسترول سرم افزایش می یابد اما تغییرات اثبات شده در میزان HDL و LDL دیده نشده است قرص های نسل سوم OCP باعث افزایش HDL و کاهش LDL میگردد و لذا اثرات مطلوب روی ترکیب لیپید سرم داشته ولی باعث کاهش ریسک ابتلا به MI نمی گردد در مصرف OCP با تغییر سطح سرمی ویتامین A و ویتامین B6 و سایر کمپلکس های ویتامین B و C و فولیک اسید می شود ولی معمولاً نیاز به مداخله درمانی با مکملهای دارویی نمیباشد اختلال در متابولیسم گلوکز و تست تحمل گلوکز غیر طبیعی در مصرف کننده های OCP با دوز بالای استروژن مشاهده میگردد .

افزایش فشار خون:

استروژن از طریق سیستم رنین-انژیو تانسین با افزایش سطح پلاسمایی آنژیو تانسینوزن که سوبسترا رنین می باشد باعث افزایش فشار خون شریانی می گردد که این تغییرات ۳ تا ۶ ماه بعد از قطع OCP به حالت اولیه برمی گردد ولی به ندرت پاسخ ایدیوسنکراتیک نیز باعث افزایش فشارخون می گردد .

❖ **کنتراندیکاسیونهای مطلق مصرف OCP:**

- شک یا اطمینان به 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
- خونریزیهای رحمی بدون علت مشخص
- مصرف سیگار در خانمهای بالای سن ۳۵ سال که بیش از ۱۵ نخ سیگار در طول روز استفاده می نمایند.
- بیماری فعال یا مزمن کبدی که منجر به اختلال عملکرد تست های کبدی شده است .
- ابتلای فعلی یا سابقه ترومبوفلیبیت وریدهای عمقی اختلالات ترومبو آمبولیک و یا شرایط مستعد کننده این بیماریها
- بیماریهای دریچه ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشارخون ریوی – خطر فیبرلاسیون دهلیزی- سابقه آندوکاردیت تحت حاد باکتریال و یا مصرف داروهای ضد انعقاد.
- IHD حاد همراه با شرایط مستعد کننده ضایعات ترومبوتیک
- بیماری سیانوتیک قلبی
- سکته مغزی
- بیماری عروقی مغزی و یا سابقه این بیماریها و شرایط مستعد کننده آنها
- دیابت با عوارض عروقی – رتینوپاتی- نفروپاتی- یا نوروپاتی و یا ابتلا بیش از بیست سال به دیابت
- فشار خون ۱۶۰/۱۰۰ و یا بالاتر
- سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی کاهش میدان دید چشم به طور مشابه و دیدن خطوط زیگزاکی و روشن
- میگرن بدون علائم فوکل عصبی و سن بیش از ۳۵ سال

- افزایش چربی های خون و دیس لیپیدمی بخصوص لیپوپروتئینمی تایپ ۲ و خصوصا در موارد تری گلیسیرید بالای ۷۵۰ mg/dl که باعث افزایش خطر پانکراتیت میگردد .
- شرایط نیازمند بی حرکتی کامل
- سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف OCP مثل کره – فشار خون بالا- پانکراتیک حاد- پمفیگوئید حاملگی- سندرم استیون جانسون
- ابتلا به SLE با درگیری عروقی- لوکمیا- کانسر

موارد منع نسبی مصرف ocp :

- فشار خون کنترل شده بین ۹۰/۱۴۰ تا ۱۰۰/۱۶۰
- بیماری فعال کیسه صفرا
- سابقه یرقان انسدادی در حاملگی
- خانم سیگاری کمتر از ۳۵ سال
- توده پستانی تشخیص داده نشده
- ترومبوفلیت سطحی
- بیماریهای دریچه ای- قلبی بدون عارضه
- مادران شیردهی که از زایمان آنها کمتر از شش ماه گذشته است.
- میگرن بدون علائم عصبی
- دیابت بدون درگیری عروقی
- افسردگی بسیار شدید
- مصرف دارو برای اپی لپسی
- مصرف ریفامپین یا گریزوفولون
- ابتلا به بیماریهای التهابی روده مثل کرون یا کولیت اولسرو (طبق نامه انجمن گوارش این گروه از بیماران نبایستی OCP مصرف نمایند)
- ❖ سابقه دیابت حاملگی و یا لیومیوما منع مصرف OCP نمی باشد.
- ❖ در ضایعات خوش خیم پستان مصرف OCP منع خاصی ندارد.
- ❖ در مواردی Multiple sclerosis در صورتی که بیماری در دوران خاموشی به سر ببرد مصرف OCP منع خاصی ندارد.

Rifampin	بعضی از داروها با القای سیستم آنزیم کبدی P ۴۵۰ سیتوکروم باعث کاهش سطح سرمی OCP می گردد این داروها عبارتند از :
Phenytoin	
Phenobarbital	
Carbamazepin	
Griseofluvin	
Primidone	
Ethosuximide	
Vit – C	افزایش سطح سرمی OCP ایجاد می نماید (در دوز روزانه یک گرم ویتامین C)
Acetaminophen	در همراهی با مصرف OCP دوز دارویی ضد درد افزایش می یابد
Aspirin	
Morphine	
Diazepam	در همراهی با مصرف OCP به علت کاهش دفع دارویی سطح سرمی این داروها افزایش یافته و لذا نیاز به کاهش مصرف دارد
Alprazolam	
Chlordiazepoxide	
Propranolol	
Aminophylline	
Theophylline	

➤ مصرف همزمان OCP با داروهای خواری ضد دیابت، متیل دوبا، وارفارین، استامینوفن، آسپرین و مورفین باعث افزایش سرعت دفع این داروها گردیده لذا کاهش اثرات دارویی را به همراه خواهد داشت و نیاز به تنظیم مقدار دارو دارد.

➤ مصرف همزمان OCP با ترکیباتی چون بتابلوکرها، دیازپام، کلردیازپوکساید، آنتی دپرسانتیهای تری سیکلیک، آمینو فیلین، کورتیکواستروئیدها و تتوفیلین به علت افزایش عملکرد این داروها نیاز به کاهش مقدار مصرفی دارویی مورد نظر دارد.

➤ مصرف همزمان OCP با داروهای القاکننده (Inducer) سلول های کبدی مانند فنوباریتال، فنیوتوئین، کربامازپین و یا ریفامپین و یا گریزوفولوین باعث کاهش اثرات OCP می گردد و خطر لکه بینی (Spotting) را در طی مصرف مداوم دارو افزایش می دهد در صورت مصرف همزمان OCP با ترکیبات آنتی اپی لپتیک چون Lamotrigine و یا Valporic acid به علت اثر استروژن و در متابولیسم داروها میزان دارو بایستی تنظیم شود.

آمی سیلین و تتراسیکلین باعث از بین رفتن فاکتورهای روده ای که جهت هیدرولیز استروئیدهای گلوکونیزه در روده لازم می باشد می گردد و لذا در جذب روده ای ترکیبات ocp ایجاد اشکال می نماید .
مصرف ویتامین c در دوز ۱ گرم روزانه باعث افزایش سطح سرمی استروژن می گردد .

بهترین روش جهت به تعویق انداختن زمان پرئود در صورتی که منع مصرف وجود نداشته باشد استفاده از قرصهای جلوگیری از بارداری خوارکی می باشد ولی به یاد داشته باشید جهت کاهش عوارض ناشی از دوز بالای استروژن قرص HD به عنوان داروی انتخاب شده در اولین مرحله صحیح نمی باشد مگر در موارد خاصی که متابولیسم OCP در بدن سریعتر انجام میگیرد . قبل از مصرف ocp بایستی از بیمار یک شرح حال دقیق گرفته شود فشار خون چک گردد و BMI اندازه گیری شود ولی ضرورتی به انجام پاپ اسمیر، سونوگرافی واژینال و آزمایشات روتین در تمامی موارد نمی باشد.
توصیه می شود قبل از مصرف OCP پرسش نامه زیر کامل گردد.

نام خانوادگی : نام :

سن : کمتر از ۴۰ سال بین ۴۰ تا ۴۵ سال بالاتر از ۴۵ سال

وزن: (kg) قد : (cm)

BMI (kg/m²) : کمتر از ۹/۲۹ kg/m² بالا یا مساوی 30 kg/m²

وضعیت تأهل : مجرد متأهل

پاریتی: نولی پاریتی مولتی پاریتی ☼

روش کنتراسپشن IUD : کاندوم OCP طبیعی

تاریخ آخرین زایمان

شیردهی : بلی زیر ۶ هفته بعد از زایمان بین ۶ هفته تا ۶ ماه بعد از زایمان بعد از ۶ ماه از زایمان

خیر

سیگار کشیدن : بلی زیر ۱۵ نخ سیگار مصرفی روزانه بالای ۱۵ نخ سیگار مصرفی روزانه

خیر ☼

سابقه بیماری قلبی و عروقی : بلی

خیر ☼

سابقه فشارخون بالای شریانی : بلی کنترل شده با دارو کنترل نشده درگیری عروقی یا کلیوی

خیر ☼

سابقه دیابت قندی : بلی کنترل شده با دارو کنترل نشده ضایعه عروقی و کلیوی

تعداد سال ابتلا به دیابت : زیر ۲۰ سال بالای ۲۰ سال

سابقه ضایعات ترومبوتیک عروقی : بلی

درخود فرد (نوع ضایعه ذکر گردد :

.....)

در فامیل درجه یک (نوع ضایعه ذکر گردد :

.....)

خیر

سابقه هایپرلیپیدمی : بلی خیر

سابقه SLE (لوپوس) : بلی درگیری عروقی آنتی بادی آنتی فسفولیپید مثبت ترومبوستونی شدید

☼ خیر

سابقه آرتریت روماتوئید: بلی خیر

سابقه میگرن: بلی همراه با علائم aura بدون علائم aura

خیر

سابقه اپی لپسی: بلی (نوع داروی مصرفی ذکر گردد)

☼ خیر

سابقه بیماریهای افسردگی: بلی خیر

سابقه ضایعات بدخیمی پستان: بلی خیر

سابقه بیماریهای التهابی روده (کولیت اولسراتی – بیماری کرون): بلی خیر

سابقه هپاتیت ویرال: بلی حاد مزمن حامل

☼ خیر

سابقه سیروز: بلی خفیف شدید

خیر

سایر

موارد.....

در فرم صحیح مصرف OCP توصیه می‌گردد که قرص از روز پنجم سیکل قاعدگی یعنی ۵ روز بعد از شروع پیروید آغاز گردد و بدون وقفه تا زمانی که تعویق پیروید مد نظر می‌باشد ادامه یابد. (قابل ذکر است که در بروشورهای قرصهای جلوگیری از بارداری به علت تاثیر بخشی مناسب دارو جهت کنتراسپشن توصیه گردیده است مصرف دارو از روز اول پیروید باشد و لی در این حالت احتمال لکه بینی (Spotting) در طی دوره اول مصرف دارو بیشتر می‌باشد لذا اگر هدف تنظیم سیکل‌های قاعدگی باشد شروع دارو از روز پنجم مناسب تر است. . مصرف ocp به صورت مداوم باعث deciduation اندومتر می‌گردد و زمانیکه دارو به صورت مداوم و بدون وقفه ادامه یابد بر اساس خاصیت progesteron breakthrough bleeding به تدریج مخاط آندومتر دچار آتروفی می‌گردد و لذا بیمار در طی مصرف بسته دوم دچار لکه بینی (Spotting) می‌گردد در جهت درمان آن توصیه می‌گردد.

➤ قرص OCP مصرفی بدون افزایش دوز ادامه یابد (بعضی از موارد توصیه می‌شود که دوز OCP مصرفی افزایش یافته و تعداد قرصها به ۲ یا ۳ قرص روزانه برسد از آن جهت که قرصهای جلوگیری از بارداری Progesterone dominate می‌باشند با افزایش دوز OCP مصرفی دوز پروژسترون نیز افزایش یافته و لذا اثرات آتروفی مخاط افزایش می‌یابد پس توصیه مناسبی در دراز مدت نمی‌باشد).

➤ قرص پرمارین یا Conjugeted Estrogen 1.25mg و یا Stradiol valerate 2mg به مدت ۷ تا ۱۰ روز میل گردد.

شروع مصرف OCP در طی فاز لوتئال باعث افزایش ترومبوز می‌گردد و در مطالعات نشان داده شده است که در طی فاز لوتئال یک سیکل قاعدگی نرمال افزایش فعالیت پلاکتی - فیبرینوژن - fibrinogen degradation product - vwf - ترومبین دیده میشود لذا شروع ocp در طی فاز لوتئال فاکتور مهمی در افزایش ریت ضایعات ترومبوژنیک مد نظر گرفته میشود. (1)

اگر ocp به صورت ناصحیح مصرف شود بدین معنی که شروع مصرف دارو از روز دهم سیکل قاعدگی به بعد باشد پاسخگویی در افراد، متفاوت می‌باشد. در یک گروه علیرغم مصرف ناصحیح دارو شروع پیروید به تعویق افتاده نهایتاً در انتهای بسته اول و یا شروع بسته دوم بیمار دچار لکه بینی (Spotting) می‌گردد در این صورت اقدام درمانی مشابه فرم صحیح ادامه قرص مصرفی با همان دوز قبلی به همراه قرص پرمارین ۱/۲۵ میلی گرم روزانه یک عدد به مدت ۱۰ روز می‌باشد ولی در یک گروه از افراد علیرغم مصرف OCP زمان پیروید تغییر نیافته و فرد دچار خونریزی واژینال در حد پیروید گردیده در این صورت ادامه درمان دارویی به بیمار کمک کننده نمی‌باشد و توصیه می‌گردد حداقل ۴۸ ساعت خونریزی واژینال بدون مصرف OCP وجود داشته باشد و سپس در جهت رشد سریع آندومتر از استروژن تراپی با مقدار بالا استفاده نموده که توصیه می‌شود توسط متخصصین زنان انجام پذیرد. در تمامی این موارد استفاده از ویتامین C به صورت BD و مفنمیک اسید TDS کمک کننده است. معمولاً همراهی IUD و مصرف OCP ایجاد لکه بینی (Spotting) می‌نماید لذا در این موارد توصیه به خروج IUD مینماییم.

از ترکیبات پروژستین می‌توان به قرص های خوراکی مدروکسی پروژسترون استات، دیدروژسترون، نوراتیندرن استات، مژسترون و آمپول دیومدروکسی پروژسترون استات اشاره نمود. قرص‌های خوراکی پروژستین براساس شرایط زائر و زمان سفر می‌توان به صورت دوره‌ای و یا مداوم استفاده گردد که در مصرف مداوم این ترکیبات براساس تغییرات Decidualization و نهایتاً آتروفی مخاط آندومتر لکه‌بینی ایجاد گردد که اقدام درمانی مناسب مصرف روزانه یک عدد قرص پرمارین ۲۵ mg . روزانه یک عدد به مدت ۷ الی ۱۰ روز می‌باشد.

در مواردی که سفر زیارتی کوتاه مدت و غیر منتظره بوده است و زائر نزدیک به زمان پیروید تصمیم به تعویق انداختن زمان پیروید بگیرد و قبل از آن دارویی مصرف نکرده باشد می‌تواند از قرص‌های مدروکسی پروژسترون استات به صورت ۴ عدد قرص روزانه استفاده نماید و در صورت بروز لکه بینی (Spotting) با افزایش مقدار مدروکسی پروژسترون استات به شش عدد قرص روزانه و در صورت نیاز (ادامه لکه بینی) اضافه نمودن قرص LD در جهت درمان اقدام نماییم.

ذکر می‌گردد جهت جلوگیری از خونریزی‌های ناشی از قطع استروژن و پروژسترون می‌توان از دو روش استفاده نمود:

۱- افزایش پروژسترون با تجویز ترکیبات پروژسترونی در سطح مناسب

۲- افزایش استروژن به میزان ده تا بیست برابر

اما به علت اینکه افزایش این میزان استروژن در این دوره از سیکل قاعدگی می‌تواند همراه با عوارض ناگواری باشد از ترکیبات پروژسترونی استفاده می‌شود و لذا پروتکل فوق برای تجویز قرص‌های مدروکسی پروژسترون و یا مشابهات پروژسترونی جهت به تعویق انداختن زمان پریود توصیه می‌شود.

به یاد داشته باشید که در تمامی موارد که قرص مدروکسی پروژسترون استات تجویز می‌گردد به علت احتباس آب و نمک در بدن کنترل دقیق فشار خون وجود داشته باشد و در مواردی که فرد داروی ضد فشار خون استفاده می‌نماید تنظیم میزان داروی ضد فشارخون مشاوره با متخصص داخلی انجام گیرد. بعضی اوقات از ترکیبات پروژستین جهت تنظیم سیکل‌های قاعدگی استفاده می‌شود ترکیبات پروژستین ابتدا باعث Decidualization و نهایتاً آتروفی آندومتر می‌گردد عوارض جانبی چون تهوع، افزایش وزن، تجمع آب و نمک در بدن، افسردگی و تشدید بیماری‌های خلقی در مصرف این داروها وجود دارد. Spotting ایجاد بر اثر مصرف پروژستین‌ها به علت هایپواستروژنیسم ایجاد گردیده است و لذا در این موارد با درمان کوتاه مدت استروژن برطرف می‌گردد. این ترکیبات در سفرهای زیارتی که هدف به تعویق انداختن برای زمان کوتاهی باشد موثر است و طولانی‌تر به علت عوارض لکه بینی قابل استفاده نمی‌باشد.

استفاده از آمپول‌های Depo Medroxyprogesterone Acetate به خاطر احتمال لکه بینی‌های (Spotting) متعدد جهت به تعویق انداختن زمان پریود مناسب نمی‌باشد ولی اگر فردی از این دارو چند دوره استفاده نموده باشد و دچار آتروفی مخاط آندومتر گردیده باشد در این صورت جهت برطرف نمودن لکه بینی (Spotting) میتوان از قرص‌های پرمارین ۱/۲۵ mg روزانه به مدت ۱۰ روز استفاده نمود.

آگونیست‌های GnRH ترکیباتی هستند که از نظر ظاهری شباهت به GnRH طبیعی بدن دارند و لذا به رسپتورهای GnRH باند می‌گردند و در طی ده روز اول مصرف باعث افزایش سنتز و ریلیز FSH و LH گردیده ولی چون نیمه عمر بالاتری از GnRH اندوژن داشته با در معرض قرار گرفتن طولانی مدت رسپتورهای GnRH به فعالیت آگونیستی GnRH گردیده و براساس مکانیسم down regulation باعث کاهش حساسیت رسپتور می‌گردد و با کاهش سطح سرمی FSH و LH رشد فولیکول‌ها و تخمک‌گذاری متوقف گردیده و کاهش سطح سرمی استرادیول و پروژسترون مشاهده می‌شود در سه چهارم افراد در طی چهار هفته پس از مصرف دارو علائم هایپواستروژنیک مشاهده می‌گردد و در ۹۸٪ افراد در عرض ۸ هفته این علائم مشاهده می‌شود.

عوارض جانبی شامل گرگرفتگی، خشکی مخاط واژن، کاهش میل جنسی، تغییر خلق، اشکال در خواب رفتن، تعریق بیش از حد، گرفتگی عضلانی، مفاصل دردناک و پوکی استخوان می‌باشد.

از ترکیبات آگونیست‌های GnRH می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- Decapeptyl - CR (آمپول ۳/۷۵ میلی‌گرمی که به طریق تزریق عضلانی هر ۲۸ روز یک‌بار انجام می‌گیرد)

۲- Diphereline-SR (آمپول ۳/۷۵ میلی‌گرمی که به طریق تزریق عضلانی هر ۲۸ روز یک‌بار انجام می‌گیرد و

آمپول ۱۱/۲۵ میلی‌گرمی به صورت عضلانی هر سه ماه یک‌بار) فرم ۱/۲۵ mg در طی سفرهای زیارتی

توصیه نمی‌گردد.

بایستی به یاد داشته باشیم در حمل ترکیب دکاپپتیل زنجیره سرد انتقال دارو به صورت حمل دارو در یخ در طی سفر مدنظر گرفته شود تا اثرات فارماکولوژیک دارو از بین نرود ولی ترکیب Diphereline نیاز به انتقال در یخ ندارد.

استفاده از آگونیست‌های GnRH جهت به تعویق انداختن زمان پریود در افرادی توصیه می‌شود که دچار خونریزی نامرتب و شدید رحمی به همراه لیومیوما باشد ولی در این موارد بهتر است تحت نظر متخصص زنان تزریقات عضلانی از حدود دو ماه قبل از اعزام آغاز گردد به طوری که دوره تزریق سوم در طی سفر انجام گیرد زیرا که در طی دوره اول و دوم تزریق آگونیست‌های GnRH خونریزی‌های نامرتب رحمی دیده می‌شود که پاسخ‌دهی درمانی مناسبی به دارو ممکن است نداشته باشد به یاد داشته باشید زمان تزریق ترکیبات آگونیست‌های GnRH در طی فاز لوتئال در روز بیستم یا بیست و یکم سیکل قاعدگی بایستی باشد تا زمان خونریزی نامرتب رحمی که در طی ده روز اول بعد از تزریق این ترکیبات به وجود می‌آید همزمان با قاعدگی بیمار باشد که در صورتی که بعد از مصرف سه دوره ترکیب

آگونیست‌های GnRH بیمار با Spotting مراجعه نماید مصرف روزانه 25/1 MG پرمارین در برطرف کردن این عارضه کمک کننده است .

استفاده از ترکیباتی چون مژسترو و یا دانازول به خاطر عوارض عروقی در طی سفرهای زیارتی توصیه نمی‌گردد .
Tranexamic acid یک داروی آنتی فیبرینولیتیک می باشد که با دوز ۱ تا ۱/۵ گرم ۳ تا ۴ بار در روز باعث کاهش خونریزی در ۳۰٪ موارد می‌شود ولی به علت افزایش ریسک ترومبوز، همراهی مصرف این دارو با OCP و یا استفاده در مواردی که هورمون تراپی کنترااندیکاسیون دارد جایگاهی ندارد.

در طی سفرهای حج تمتع و یا سایر سفرهای زیارتی که زائر از چندین ماه قبل اطلاع دارد می‌توان با مصرف دارو به شیوه‌های خاص زمان پریود را به نحوی تغییر داده که در حد امکان زمان خونریزی واژینال قبل از اعزام به سفر باشد لذا در مواردی که می‌توان با مصرف OCP از روز پنجم پریود و ادامه دارو تا حداقل ۱۵ قرص (که این تعداد حداقل ضروری و لازم می‌باشد و تعداد کمتر توصیه نمی‌گردد) و سپس قطع آن خونریزی واژینال قبل از سفر اتفاق بیافتد توصیه به این کار می‌نماییم. (به یاد داشته باشید که معمولاً خونریزی ناشی از قطع قرص ۲ تا ۸ روز بعد از قطع دارو اتفاق می‌افتد) دوره بعدی مصرف OCP از روز پنجم سیکل جدید آغاز می‌گردد و تا آخر سفر ادامه می‌یابد به طوری که در کل بیش از دو بسته OCP مصرف نشده باشد و در این مسیر اگر بیمار دچار لکه بینی شود طبق توضیحات قبلی درمان مناسب انجام گردد. برای مثال اگر زائر دوم آبان عازم سفر زیارتی می‌باشد و آخرین پریود بیمار اول مهرماه بوده باشد توصیه می‌گردد که از روز ۵ مهرماه مصرف OCP آغاز گردد و بعد از مصرف حداقل ۱۵ عدد قرص دارو قطع گردد تا خونریزی واژینال قبل از سفر اتفاق بیافتد و مجدداً از روز پنجم خونریزی واژینال ایجاد می‌شود در اثر قطع قرص مصرف OCP آغاز گردد و تا انتهای سفر ادامه یابد.

ولی اگر آخرین پریود فرد نسبت به زمان سفر طوری باشد که بایستی مصرف OCP از یک بسته بیشتر باشد تا پس از قطع OCP خونریزی واژینال قبل از سفر اتفاق بیافتد اقدام به مصرف دارو به این طریق بوده و مجدداً از روز پنجم خونریزی واژینال مصرف OCP آغاز می‌گردد و تا آخر سفر ادامه می‌یابد. برای مثال اگر زائر دوم آبان عازم سفر زیارتی می‌باشد و آخرین دوره پریود فرد ۲۰ شهریورماه بوده است توصیه می‌گردد از روز پنجم آخرین دوره پریود برای مثال ۲۴ شهریور ماه مصرف OCP آغاز گردد و مصرف OCP آغاز گردد و بعد از مصرف ۲۸ تا ۲۹ عدد قرص دارو را قطع نموده تا خونریزی واژینال قبل از سفر اتفاق بیافتد و مجدداً از روز پنجم خونریزی واژینال ایجاد می‌شود در اثر قطع دارو مصرف OCP آغاز گردد و تا انتهای سفر ادامه یابد.

خانم‌هایی که در حول و حوش زمان یائسگی به سر می‌برند و پریودهای نامرتب به صورت اولیگومنوره دارند حتماً قبل از سفر با متخصص زنان مشاوره به عمل آورند تا پریود مرتب قبل از سفر داشته باشند و با داروی مناسب دچار خونریزی واژینال نابهنگام در طی مسافرت نگردند. در خانم‌های سنین بعد از یائسگی* خونریزی‌های رحمی بیشتر ناشی از ضایعات خوش خیم و بدخیم رحم، واژن، لوله‌ها و ولو و تخمدان می‌باشد ولی بایستی مصرف داروهای چون استروژن حتی به صورت موضعی که باعث هایپرپلازی آندومتر می‌گردد و در ایجاد خونریزی واژینال دخیل است را مد نظر گرفت در بعضی از موارد آتروفی مخاط آندومتر عامل خونریزی واژینال در خانم‌های یائسه می‌باشد لذا در مواردی که با خونریزی واژینال در سنین بعد از یائسگی برخورد می‌نماییم جهت بررسی بیشتر به متخصصین زنان ارجاع داده شود و از توصیه به مصرف خودسرانه دارو خودداری ورزید.

* یائسگی : زمانی فرد به اطلاق می‌شود که حداقل یک سال خونریزی واژینال چه به صورت لکه‌بینی و یا بیشتر وجود نداشته باشد .

۲. عفونتهای ژنیتالیا

عفونتهای ژنیتالیا که در طی سفرهای زیارتی با آن مواجه هستیم بیشتر ناشی از شرایط نامناسب محیطی و عدم رعایت مسائل بهداشتی توسط زائر و یا مصرف داروهای خاصی می‌باشد از جمله این عفونتها می‌توان به کاندیدیازیس واژن اشاره نمود که بیشتر ناشی از عفونت با کاندیدا آلبیکانس می‌باشد که این عامل قارچی در افراد بدون علامت به صورت همزیستی (Commensal) در دهان، رکتوم و واژن وجود دارد. کاندیدیازیس واژن بیشتر در شرایط آب و هوایی گرم و مرطوب و در افراد چاق و مصرف داروهای ایمنوساپرسیو و OCP دیده میشود در خانم‌های حامله و افراد

دیابتي و یا در استفاده طولاني مدت از آنتي بیوتیک هاي وسیع الطیف نیز این ضایعات مشاهده می گردد کاندیدیازیس ولو واژن با علائمی چون خارش و درد و تورم ناحیه ولو به همراه ترشحات سفید رنگ پنیری شکل تظاهر می نماید اقدام درمانی مناسب در این موارد توصیه به استفاده از پماد داخل مهبلي يك درصد کلوتریمازول ۷ تا ۱۴ روز و یا قرص داخل مهبلي صد میلی گرمي کلوتریمازول به مدت ۷ روز و یا قرص صد میلی گرم داخل مهبلي دو بار در روز به مدت سه روز و یا مصرف خوراکی کپسول فلوکونازول صد و پنجاه میلی گرم به صورت تک دوز می باشد.

رعایت مسائل بهداشتی در جهت خشک نگه داشتن ژنیتالیا و عدم ایجاد محیط مرطوب و استفاده از لباس های نخی و آزاد در جلوگیری از عفونت های قارچی واژن مؤثر است.

از عفونت های دیگر واژن که در طی سفرهای زیارتي با آن مواجه می باشیم Bacterial Vaginosis می باشد این عفونت از انواع بیماری هایی که از طریق تماس جنسی (STD) منتقل می شود نمی باشد و در اثر به هم خوردن فلور طبیعی واژن و رشد بیش از حد باکتری های بی هوازی ایجاد می گردد. در طی سفرهای زیارتي مصرف OCP و لکه بینی های متعدد از عوامل مستعد کننده بهم خوردن فلور طبیعی واژن می باشد لذا بیمار با شکایت ترشحات واژینال بدبو و تحریکی و یا غیرتحریکی ناحیه ولو مراجعه می نماید. درمان در این موارد شامل قرص خوراکی مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم دوبار در روز به مدت ۷ روز و یا استفاده از ژل داخل مهبلي مترونیدازول به مدت ۵ روز و یا کرم داخل مهبلي کلیندامایسین به مدت ۵ روز می باشد جهت جلوگیری از این عفونت های واژینال علاوه بر رعایت مسائل بهداشتی استفاده از ژل هایی که باعث اسیدی شدن مخاط داخل واژن می گردد کمک کننده می باشند

Cystitis: از عفونت های شایع در طی سفرهای زیارتي می باشد که به علت کاهش مصرف مایعات و از سوی دیگر ایجاد محیط مرطوب در ناحیه واژن و رکتوم می باشد که فرد را مستعد ضایعات عفونی مثانه می نماید و با علائمی چون دیزوری، فرکونسی، ارجنسی، بی اختیاری ادراری تظاهر می نماید.

درمان آنتی بیوتیکی با سیپروفلوکساسین ۲۵۰ میلی گرم دوبار در روز به مدت سه روز مؤثر است ولی بایستی در خانم های حامله، دیابتي و یا مصرف ایمنوساپورسیوها احتیاط بیشتری داشته باشیم.

به خاطر بسیاری که در مواردی که بیمار با علائم ادراری مراجعه می نمایند سایر علل چون پیلونفریت و واژینت ها را مد نظر داشته باشید.

Intertrigo: در اثر تماس بین سطوح پوستی مرطوب ایجاد می شود که در ناحیه سطح داخلی ران، کشاله ران، چین های زیرپستان و ناحیه آگزیلاری بیشتر مشاهده می شود.

در صورت عدم رعایت مسائل بهداشتی عفونت های ثانویه قارچی و یا باکتریال بر روی این ضایعه سوار شده و ایجاد ضایعات شدیدتری را می نماید در فاز اولیه بیماری با یک ضایعه اریتماتو که با خارش و سوزش تظاهر می نماید مواجه هستیم ولی در مراحل شدیدتر ضایعه به سوی اروزیون و ایجاد آگزودا و فیشر و نهایتاً تشکیل کروت پیش می رود.

درمان شامل حذف محیط مرطوب با رعایت نظافت فردی در جهت حمام کردن روزانه و خشک نگه داشتن محل چین های بدن و استفاده از خشک کننده هایی چون پودر و پوشیدن لباس های آزاد و گشاد و نخی با رنگ روشن و نهایتاً در موارد شدیدتر استفاده از پمادهای موضعی کورتون دار می باشد.

اگر ضایعه ثانویه قارچی و یا باکتریال ایجاد شده باشد بایستی درمان خوراکی ضد باکتریال و یا قارچی صورت بگیرد.

۳. بیماری های اورژانس در حیطه مامایی و زنان

A- بیماری های اورژانس مامایی:

(۱) بیماری های هایپر تانسو بارداری (پراکلامپسی، اکلامپسی)

افزایش فشار خون زمانی تشخیص داده شود که فشار خون سیستولیک 140 mmHg یا بیشتر و فشار خون دیاستولیک 90 mmHg یا بیشتر باشد در گذشته میزان افزایش 30 mmHg بر فشار خون سیستولیک و یا افزایش 15 mmHg بر فشار خون دیاستولیک از نیمه حاملگی به بعد بدون در نظر گرفتن عدد مطلق فشار خون سیستولیک و یا دیاستولیک ملاک تشخیص بیماری های افزایش فشار خون در طی بارداری بود که بایستی به آن باز هم اهمیت داده شد.

هرگاه علاوه بر افزایش فشار خون دفع پروتئین در ادرار (پروتئین اورې) نیز عارض گردد مارك پراكلامپسي اطلاق میگردد که در صورت سوار شدن تشنج به آن اکلامپسي گفته می شود که از علل مهم مرگ و میر مادران باردار و مرگ داخل رحمي می باشد به یاد داشته باشید که ۱۰ درصد موارد اکلامپسي قبل از پروتئین اورې واضح رخ می دهد لذا در تمامی مواردی که خانم های باردار با شکایت درد اپیگاستر یا RUQ و یا سردرد شدید و یا علائم بینایی مراجعه می نماید بایستی حتما فشار خون اندازه گیری گردد و در صورت افزایش فشار خون نسبت به قبل به فکر ضایعات پراكلامپسي و اکلامپسي بوده و با اعزام خانم باردار به مراکز بیمارستانی از عوارض ناخواسته جلوگیری به عمل آید.

2) خونریزی های واژینال در حاملگی:

خونریزی های واژینال در حاملگی به دو گروه سنی زیر ۲۰ بارداری و بالای ۲۰ بارداری تقسیم میگردد از علل خونریزی واژینال در ۲۰ اول بارداری سقط مطرح می شود اگر خانم باردار زیر ۲۰ با شکایت خونریزی واژینال مراجعه نماید و از لحاظ علائم حیاتی Stable باشد و در تاریخچه خانم باردار سونوگرافی رحم دال بر حاملگی داخل رحمی با جنین سالم همراه با فعالیت قلبی مناسب وجود داشته باشد و در حال حاضر خونریزی کمتر از پرئود و یا لکه بینی (spotting) باشد با تشخیص تهدید به سقط توصیه به استراحت می نمایم ولی اگر شدت خونریزی واژینال زیاد باشد بایستی جهت بررسی بیشتر از نظر رد Missed Abortion و یا incomplete Abortion به بیمارستان اعزام گردد.

نارسایی سرویکس و عفونت های سرویکس و واژن از موارد دیگر خونریزی واژینال می باشد که معاینه توسط متخصص زنان در این موارد کمک کننده می باشد.

از علل خونریزی واژینال بعد از ۲۰ بارداری می توان به جفت سرراهی یا Placenta previa اشاره نمود که در این موارد جفت در محل سوراخ داخلی (internal Os) سرویکس به صورت کامل و یا ناقص و یا نزدیک آن قرار گرفته است و لذا در مواردی که با باز شدن سرویکس همراه می باشد احتمال خونریزی واژینال شدید افزایش می یابد. در مواردی که با سونوگرافی رحم علائم دال بر PP وجود دارد و خانم باردار با شکایت خونریزی واژینال مراجعه نموده است بایستی سریعاً به بیمارستان اعزام گردد تا در صورت نیاز اقدامات لازم انجام گیرد. ذکر می گردد خونریزی واژینال در موارد PP بدون درد و روشن می باشد و از نظر حجم از میزان کم تا شدید متغیر است لذا در برخورد با این بیماران بعد از اینکه از نظر علائم حیاتی بیمار در شرایط مناسب قرار گرفت سریعاً به بیمارستان اعزام می گردد زیرا که در برخی از موارد ختم بارداری به موقع نجات دهنده جان مادر و جنین می باشد.

در Placental Abruptio یا دکولمان که در واقع جدا شدن زودرس جفت از محل کاشتن در رحم قبل از زایمان می باشد خانم باردار که معمولاً سن بارداری بالای ۲۰ دارد با شکایت درد و احساس سنگینی در شکم به همراه و یا بدون خونریزی واژینال مراجعه می نماید در این گونه موارد سابقه افزایش فشار خون، تروما، مصرف کوکائین، سیگار کشیدن ، هیدروآمنیوس، چندقلویی، پراكلامپسي از شرایط مساعد کننده دکولمان می باشد و در این موارد با اقدام سریع در اعزام بیمار به مراکز درمانی در حالی که علائم حیاتی بیمار Stable می باشد در نجات مادر و جنین موثر است زیرا اگر کننده شدن جفت به صورت کامل صورت گیرد همراه با مرگ داخل رحمی جنین و خطرات DIC در مادر می باشد.

سایر علل خونریزی نیمه دوم بارداری به طور خلاصه عبارتند از نارسایی سرویکس عفونت های واژن و سرویکس و زایمان زودرس که بایستی مدنظر داشته باشیم.

۳) Acute Abdominal Pain in pregnancy

در مواردی که خانم باردار با علائم در شکمی مراجعه کرده است و در طی معاینه فیزیکی بیمار به شکم حاد جراحی فکر می نمایم بر حسب تاریخچه و معاینه فیزیکی بیمار به علل زیر توجه مینماییم:

۱- آپاندیسیت

۲- کله سیستیت

۳- پانکراتیت

۴- Peptic Ulcer Disease

۵- Intestinal Obstruction

۶- Urinary Tract disorder (پیلونفریت و سنگهای مجاری ادراری)

۷- Adnexal Pathology که در اثر توده تخمدانی و یا عوارض کیست های تخمدانی ایجاد می شود.

در تمامی این موارد بعد از Stable نمودن علائم حیاتی بیمار جهت اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب به بیمارستان اعزام می گردد.

Ectopic pregnancy یا حاملگی خارج رحم از علل مهم درد شکمی در خانم ها می باشد که بایستی در مواردی که خانمی با شکایت درد شکمی به همراه تأخیر پرئود و خونریزی واژینال مراجعه می نماید این تشخیص مد نظر گرفته شود خصوصیت درد شکمی در موارد EP از دردهای منتشر شکمی تا دردهای یک طرفه و لوکالیزه و حتی در مواردی درد شانه به علت خونریزی داخل پریتونئ متغیر می باشد.

خونریزی واژینال در موارد EP معمولا خفیف است در این موارد نیز بعد از Stable نمودن علائم حیاتی بیمار سریعا به بیمارستان اعزام می گردد.

تروما در حاملگی می تواند به صورت بسته (Blunt) یا نفوذی (Penetrating) باشد. در تمامی این موارد بعد از Stable نمودن وضعیت خانم باردار در جهت اکسیژناسیون و نیاز مایع درمانی مناسب به وضعیت جنین بایستی توجه نموده و جهت بررسی به بیمارستان اعزام گردد.

به یاد داشته باشید در تروماهای Blunt احتمال دکولمان جفتی بدون خونریزی واژینال واضح وجود دارد.

B- اورژانس های ژنیکولوژیک

اگر خانمی با شکایت درد شکم مراجعه نماید و با توجه به شرح حال و P.E.X به فکر شکم حاد جراحی باشیم موارد زیر را مد نظر گرفته:

۱- عوارض کیست های تخمدان (Complication Of Ovarian 's cyst) که شامل پاره شدن (پرفوریشن) و چرخش (روتیشن) و خونریزی های کیست های تخمدانی می باشد.

۲- EP

۳- PID (pelvic inflammatory disease)

۴- آپاندیسیت

۵- کله سیستیت

۶- پانکراتیت

۷- سنگ های مجاری ادراری

۸- پیلونفریت

در تمامی این موارد بعد از Stable نمودن علائم حیاتی بیمار را جهت اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب به بیمارستان اعزام می نمایم.

سایر موارد اورژانس های ژنیکولوژیک مثل آبسه های ولو، تروماهای ژنیتالیا به متخصصین زنان ارجاع گردد.

در اکثریت مواردی که زائرین به علت مصرف داروی خاصی دچار لکه بینی (Spotting) شده اند می توان با دادن شرح حال دقیق از نوع و مصرف دارو مشاوره تلفنی انجام پذیرد و نتایج به بیمار انتقال گردد ولی در مواردی که زائرین دچار عوارض اورژانس میباشند بعد از اقدامات اولیه در جهت حفظ علائم حیاتی و برقراری IV Line مناسب به بیمارستان اعزام گردد.

References:

1. Alteration in platelet function during the ovarian cycle.
2. Williams- gynecology 2008
3. Williams-obstetrics 2014
4. Speroff 2011
5. Handbook of obstetric and gynecologic emergencies
6. NoVak , Gynecology 2012
7. Feuring M,Chrst M,Roell A, schueller P, Losel R,Losel R, Dempfle ME, Schultz A, Wehling .
8. Blood Moagul Jibrinolysis 2002 JUL: 13(5) : 443-7.
9. PMID : 12138372 (Pubmed – indexed for MEDLINE)
10. Journal of research in Medical Sciences – 2012 Apr :344-347