

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عنوان :

روشهای مکانیکی جلوگیری از بارداری

## دستگاه‌های پیشگیری از بارداری داخل رحمی (IUD)

از ابتدای این قرن، تلاش‌هایی به عمل آمد تا وسیله‌ای ساخته شود تا با قرار دادن آن در رحم بتوان با حداقل اثرات جانبی جلوی بارداری را گرفت. این تلاش‌ها از سال ۱۹۶۰ حالت جدی‌تری پیدا کرد. در یکی از داستان‌های جالب و تایید نشده نقل می‌شود که در سفرهای طولانی با کاروان، با قرار دادن سنگ‌های کوچک در داخل رحم شترها از بارداری آنها جلوگیری به عمل می‌آوردند. تخمین می‌زدند که در یک زمان در ایالات متحده حدود ۷٪ از زنان فعال از نظر جنسی از IUD جهت پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. دو نوع IUD تایید شده در شکل ۱-۶۱ و ۲-۶۱ نمایش داده شده‌اند. میزان بارداری در مطالعات وسیع‌تر معمولاً از ۵٪ تا ۵۵ درصد در سال فرق می‌کند (Hatcher و همکاران، ۱۹۹۴). در سال ۱۹۸۶، دو نوع IUD پر طرفدار که توسط زنان آمریکایی استفاده می‌شد توسط تولیدکنندگان‌شان از بازار جمع‌آوری شده‌اند. دلیل جمع‌آوری Lippes Loop و cu7، فشار مالی ناشی از پرداخت خسارت مربوط به شکایت‌های قضایی اعلام گردید. نزدیک به دو میلیون خانم به طور ناگهانی در ادامه استفاده از این روش موثر و ایمن پیشگیری که توسط FDA تایید شده بود دچار تردید شدند. در آن زمان، حدود نیمی از زنان در ایالات متحده که از IUD استفاده می‌کردند، نامزدهای

مناسبی جهت مصرف قرصهای ضد بارداری بودند. تعدادی از بقیه خانمها به استفاده از IUD پلاستیکی بی اثر که می توان آنرا برای مدت نا مشخصی در محل باقی گذاشت، ادامه دادند. اما بسیاری از زنان مجبور به استفاده از روشهای ضد بارداری کم اثرتر و وابستن دائمی لوله ها بودند. خوشبختانه فروش دستگاه Progestasert (شکل ۱-۶۱) به مقدار محدود در بازارهای ایالات متحده ادامه یافت هر چند که بهای آن برای مصرف کننده زیاد بود. اگر چه IUD نوع Copper T مدل 380A پیش از آن توسط موسسه غیر انتفاعی Population Council ساخته شده بود اما تا سال ۱۹۸۸ در بازار ایالات متحده وجود نبود. این نوع نیز بسیار گران است.

### فواید فرضی IUD

شرایط دلخواه یک IUD آن است که یک بار کار گذاشته شده و پیشگیری کامل از بارداری ایجاد نمایند، به طور خود به خود خارج نشده و به خاطر اثرات جانبی مجبور به خارج کردن از آن نباشیم، و اینکه پس از خارج نمودن آن بتوان یک بارداری برنامه ریزی شده را فراهم کرد، و نکته آخر اینکه IUD باعث ایجاد تغییرات مضر برای بارداری نشود.

### انواع IUD

کلا این دستگاهها بر دو نوع می باشد: ۱-انواع خنثی از نظر شیمیایی که از یک ماده غیر قابل جذب که اکثرا پلی اتیلن است ساخته شده و برای حاجب شدن در زمان پرتو نگاری باسولفات باریم مخلوط شده است، ۲-انواع فعال از نظر شیمیایی که کم و بیش مواد شیمیایی چون مس یا یک عامل پروژسترونی را آزاد می نماید.

از میان انواع خنثی Lippes-loop-IUD تا پیش از آنکه در سال ۱۹۸۵ از بازار جمع آوری شود بسیار مورد توجه و استفاده بود. بعضی از زنان آمریکایی هنوز از این IUD استفاده می کنند که پیش از آن تاریخ مصرف می شدند .

Progestasert: این دستگاه یک کوپلیمر اتیلن وینیل استات به شکل T همراه با یک ساقه عمودی است که حاوی ۳۸ میلی گرم پروژسترون و سولفات باریم در یک بنیان از جنس سیلیکیون (silicone) می باشد. این منبع پروژسترونی روزانه به طور تقریبی ۶۵ میکروگرم پروژسترون را به مدت یکسال به داخل حفره رحمی آزاد میکند. این مقدار، میزان پروژسترون پلازما را تغییر نمی دهد. این دستگاه ۳۶ میلی متر طول، ۳۲ میلیمتر عرض، و دارای یک نخ آبی تیره مایل به سیاه است که به ابتدای ساقه آن وصل می باشد (۱-۶۱). برای این گذاشتن IUD می بایست از روش عقب کشیدن استفاده نمود که در صفحات بعدی شرح آن داده خواهد شد.

### IUD لوونورژسترل (LNg-IUD):

این دستگاه شبیه لوونورژسترل میباشد این دستگاه امروزه در اروپا و ایالات متحده بطور فراوان آزمایش می شود. فایده اصلی آن تعویض دستگاه هر ۵ سال یکبار است در حالیکه در مورد Progestasert می بایست دستگاه بطور سالیانه عوض گردد. این نوع IUD سبب آزاد سازی لوونورژسترل به درون رحم و به میزان ثابت ۲۰ میکرو گرم در روز میگردد که به میزان قابل توجهی اثرات سیستمیک پروژستین را کاهش می دهد. این نوع IUD پلی اتیلنی و شبیه به حرف T بوده و پایه آن توسط استوانه ای متشکل از ترکیب پلی دی متیل سیلوگزان/لوونورژسترل پوشیده شده است. یک غشای نفوذ پذیر این ترکیب را احاطه کرده و میزان آزاد سازی هورمون را تنظیم می نماید.

### دستگاه Copper T 380A:

این دستگاه نیز به شکل T است ولی از جنس پلی اتیلن و سولفات باریم می باشد. ساقه آن توسط یک سیم مسی نازک با سطحی معادل ۳۱۴ میلی متر مربع پیچانده شده است و هر کدام از بازوهای آن دارای یک حلقه مسی با سطحی برابر با ۳۳ میلی متر مربع می باشند که بدین ترتیب این دستگاه مجموعاً ۳۸۰ میلی متر مربع سطح مفید جهت آزاد سازی مس خواهد داشت. دو عدد نخ نیز از پایین ساقه آن اویزان است. در ابتدا این نخها آبی رنگ بودند

ولی اکنون به رنگ سفید تولید می شوند. حرف (A) در نام این مدل از IUD معرف این است که پایین ساقه آن بزرگتر و کروی شکل است. گفته می شود که وجود چنین حالتی، احتمال ایجاد سوراخ در سرویکس و انتهای تحتانی رحم توسط ساقه عمودی IUD را کاهش می دهد. به هنگام گذاشتن این IUD نمی بایست بیش از ۵ دقیقه آن را در لوله پلاستیکی جای دهنده نگاه داشت. بازوهای قابل انعطاف سبب حفظ ((خاطره)) جای دهنده (inserter) می شوند.

### مکانیسم اثر IUD

مکانیسم هایی که IUD به توسط آنها از بارداری جلوگیری می کند بدرستی مشخص نشده اند. زمانی باور بر این بود که IUD از لانه گزینی تخم در داخل رحم ممانعت بعمل می آورد، ولی امروزه به نظر می رسد که این کم اهمیت ترین مکانیسم آن باشد. بطور مشخص، پس از گذاشتن IUD یک واکنش شدید التهابی موضعی ایجاد می شود، خصوصاً در استفاده از دستگاههای حاوی مس، که این التهاب خود موجب فعال شدن لیزوزومها و سایر فعالیتهای التهابی گردیده که برای اسپرم کشنده می باشند (Alvarez و دستیاران، ۱۹۸۸)

Moyer و Mishell, Ortiz (۱۹۷۱) و Croxatto (۱۹۸۷). در مورد نادری که

گشیدگی اتفاق بیافتد، همین مکانیسم ها بر علیه بلاستوسیت عمل می

کنند. گزارش Lippes و همکاران (۱۹۷۸) مبنی بر این که گذاشتن دستگاههای

Copper یا Cu7، ۵ روز پس از نزدیکی می تواند از بارداری جلوگیری نماید، خود

دلیل محکمی برای اثبات این مدعا است که IUD های مس می توانند اثر

کشنده ای بر روی بلاستوسیت داشته باشند. Buhier و

Papiemik (۱۹۸۳) نیز از چنین مکانیسمی حمایت می کنند، بدین ترتیب که

آنها دو بار داری متوالی در هر یک از چهار زنی که IUD داشته ولی بطور

مستمر از داروهای ضد التهاب استفاده می کردند را شرح داده اند. در IUD

هایی که از لحاظ شیمیایی بی اثر هستند هر چه اندازه آنها بزرگتر و سطح

تماس شان با آن دو متر بیشتر باشد، کارایی بیشتری خواهد داشت. فلزات

مشخصی چون مس به مقدار زیادی سبب افزایش اثر ضد بارداری IUD

های خنثی می شوند که احتمالاً این کار را با ایجاد پاسخ التهابی موضعی در

داخل رحم انجام می دهند. برای مثال یکی از انواع IUD پلی اتیلنی کوچک

T شکل همراه با وقوع بارداری به میزان ۱۸ درصد در سال بود تا زمانی که نوار

نازکی از مس به مساحت ۲۰۰ میلیمتر مربع به آن اضافه گردید. پس از این

میزان بارداری تا حدود ۲ درصد در سال سقوط کرد. نقش موضعی مس از

اهمیت اصلی بر خوردار است زیرا با قرار دادن فلز مس دریکی از شاخه های رحم خرگوش میتوان از لانه گزینی بلاستوسیست جلوگیری کرد درحالی که نمی توان در شاخ دیگر رحم چنین نتیجه ای بدست آورد (Zipper و همکاران، ۱۹۷۱). یک مکانیسم احتمالی دیگر، افزایش حرکات لوله تخمدانی احتمالاً به علت التهاب داخل رحم است. همچنین در صورت لقاح و انتقال لوله ای موفق هم اندو متر محل مناسبی جهت لانه گزینی نخواهد بود. برای مثال استفاده طولانی مدت از progesterone موجب اتروفی اندومتر می شود. عملکرد IUD ممکن است بخوبی و در خارج از رحم اعمال گردد (Sivin، ۱۹۸۹) و یک اثر مهم آن می تواند جلوگیری از لقاح بوسیله عمل نابود سازی اسپرمها و/یا افزایش سرعت حرکت تخمک از درون لوله فالوپ باشد (Alvarez و همکاران، ۱۹۸۸، Ortiz و Croxatto، ۱۹۸۷)

### میزان کارایی

بسیاری از زنان، پس از مدتی استفاده از یک روش ضد بارداری، به دلایل مختلف دیگر به استفاده از آن ادامه نمی دهند. میزانی که خانمها پس از یک سال مصرف یا بیشتر، همچنان به استفاده از IUD ادامه می دهند، بسیار بالا بوده و تنها نسبت به روشهای کاشت داروهای ضد بارداری در بدن، در مرتبه دوم قرار دارد (۱-۶۱) میزان ادامه استفاده یکساله IUD معادل با داروهای ضد



بارداری خوراکی است. این نتایج قطعا مربوط به میزان تاثیر بالای آنها در جلوگیری از بارداری و همچنین این مزیت است که تنها یک بار گذاشته می شود. میزان کارایی IUD مشابه با میزان کلی تاثیر داروهای ضد بارداری خوراکی است. همانگونه که در جدول ۱-۶۱ نشان داده شده است، میزان عدم موفقیت در سال اول برای progestasert حدود چهار برابر میزان عدم موفقیت Copper T 380A (۲در صد در برابر ۸درصد) می باشد. استفاده از دستگاه Copper T380A از موثرترین روشهای جلوگیری از بارداری می باشد. مهم است بدانیم که، میزان بارداریهای ناخواسته بطور مستمر از سال اول استفاده به بعد کاهش می یابد

(Vessey و دستیاران، ۱۹۸۳). احتمالا این به علت عدم موفقیت حود روشها و نه بدلیل مسائل مربوط به استفاده کننده است. به نظر می رسد که IUD لونورژ سترل حتی از نوع Copper T 380A هم موثرتر است (Rove، ۱۹۹۲،

#### اثرات سودمند

IUD های پروژسترونی و نوع جدیدتر حاوی لوونورژسترون سبب کاهش خونریزی قاعدگی شده و حتی می توان از آنها جهت درمان منوراژی استفاده نمود. علاوه در این کاهش خونریزی قاعدگی اغلب همراه با تخفیف دیسمنوره

می باشد. اقتصاد یک جنبه خوب دیگر است زیرا با وجود آنکه بهای دستگاه

وهزینه جایگذاری آن در ابتدا زیاد است اما استفاده گسترده وهمگانی از

LNg و Cu T380A کاربرد آنها را بسیار مقرون به صرفه کرده است. یک جنبه

مثبت دیگر آن است که در موارد منع مصرف قرصهای ضد بارداری ترکیبی

ونور پلانت اغلب می توان استفاده از این شیوه را تجویز نمود

حتی می توان از IUD- LNg استفاده کرد زیرا سبب آزاد سازی مقادیر بسیار

کمی از هورمون محدود شده می گردد. گزارش شده که LNg-IUD

حتی سبب کاستن از بروز عفونتهای لگنی شده است (Toivonen)

وهمکاران، ۱۹۹۱).

### عوارض جانبی

عوارض متعددی پس از استفاده از انواع مختلف IUD گزارش شده اند. ولی در

اغلب موارد عوارض شایع آنها شدید نبوده وهمچنین عوارض شدید آنها، شایع

نبوده بعلاوه اینکه با استفاده طولانی مدت وبالا رفتن سن مصرف کننده

میزان بارداریهای ناخواسته بیرون افتادن ودفع IUD و خونریزی کمتر می

شود. نهایتا با قطع استفاده از آنها اشکالی در باروری پیش نمی آید (Sivin)

وهمکاران ۱۹۹۲)

سوراخ شدن رحم و سقط: اولین عوارض IUD به هنگام گذاشتن آن به وقوع می پیوندند. این عوارض شامل موارد زیر می باشد: پرفوراسیون یا سوراخ شدن مخفی یا آشکار رحم، چه در زمان سوند زدن رحم و چه به هنگام گذاشتن خود دستگاه و بالاخره سقط یک بارداری تشخیص داده نشده. احتمال بروز چنین عوارضی بستگی به مهارت فرد گزارنده و رعایت تدبیر لازم جهت جلوگیری از ختم بارداری دارد. اگر چه IUD ممکن است در هر زمانی پس از گذاشتن از جدار رحم عبور کند ولی در اکثر موارد سوراخ شدن رحم در موقع قرار دادن IUD رخ داده و یا حداقل مقدمات آن فراهم می شود.

### کرامپهای رحمی و خونریزی:

احتمال دارد بلافاصله پس از قرار دادن IUD کرامپ رحمی و مقداری خونریزی پدید بیاورند که تا زمان متغیری ادامه خواهند داشت. با مصرف یک داروی غیر استروئیدی ضد التهابی (NSAID) حدود یک ساعت قبل از گذاشتن IUD می توان این کرامپها را به حد اقل رساند. افزایش کرامپها در زمان قاعدگی را هم به همین طریق می توان کنترل نمود. این داروهای مهار کننده پروستا گلاندین سنتتاز را نمی بایست در سایر زمانهای چرخه قاعدگی مصرف

کرد، چرا که اثر ضد التهابی آنان از اثرات جلوگیری از بارداری IUD می

کاهد (Buhler) و (papimik ۱۹۸۳)

منوراژی: با مصرف IUD میزان خونریزی در زمان قاعدگی به حدود دو برابر

می رسد و گاهی ممکن است آنقدر شدید باشد که انمی فقر آهن ایجاد

نماید. بدین جهت عاقلانه است که هموگلوبین، هماتوکریت و احیاناً سطح

فریتین پلاسما در زنانی که IUD مصرف می کنند بطور سالانه و یاهر وقت که

از خونریزی زیاد قاعدگی شکایت دارند کنترل شود. این عارضه ناراحت کننده

ای برای خانمها است و حدود ۱۵ درصد زنانی که از IUD استفاده می کنند آن

را به دلیل همین مشکل درمی آورند (Hatcher و همکاران ۱۹۹۰) دستگاه

پروژستاسرت به علت اثرات موضعی پروژسترونی، خیلی کم با منوراژی وانمی

همراه است. برای مثال، قاعدگی طبیعی موجب از دست رفتن حدود ۳۵ میلی

لیتر خون می شود، متوسط خونریزی با استفاده از اکثر دستگاههای حاوی

مس در حدود ۵۰ تا ۶۰ میلی لیتر است ولی ممکن است بیشتر هم باشد.

(Guillebaud و همکاران، ۱۹۷۹). متوسط خونریزی قاعدگی نزد زنانی که از

پروژستاسرت استفاده می کنند تقریباً ۲۵ میلی لیتر است. از دست رفتن خون

با LNG-IUD ممکن است حتی از نوع پروژستاسرت هم کمتر باشد.

عفونت: جهت اطمینان از قرار گیری مناسب در رحم, بیشتر IUD ها دارای نخ از جنس الیاف مصنوعی بوده که به IUD متصل است این قسمت از IUD که دم نامیده می شود از سوراخ خارجی بیرون آمده و پس از قطع آن حدود دو سانتی متر آن در وسط سرویکس مشخص می باشد. در گذشته نیز این طور تصور می شد که نخ IUD می تواند نظیر یک فتیله عمل کند و باعث انتقال باکتریهای بیماری زا به درون حفره رحم شود. Purrier و همکاران (۱۹۷۹) نشان دادند که موکوس پوشاننده نخ در نیمی از IUD ها بوسیله کلنی باکتریهای بالقوه بیماریزا پوشانیده شده اند.

عفونتهای لگنی: از جمله سقط عفونی در موارد مصرف گونه هایی از IUD ها گزارش شده اند. آبسه های لوله ای تخمدانی که ممکن است یک طرفه باشند توسط Dawood و Birnha (۱۹۷۵), Taylo و همکاران (۱۹۷۳ و ۱۹۷۵) شرح داده شده است. در صورت مشکوک بودن به عفونت, می بایست IUD را خارج کرده و درمان آنتی بیوتیکی را آغاز نمود. بیمار می بایست تحت نظر دقیق باشد زیرا موارد مرگ و میر ناشی از IUD کمتر از مرگ و میر ناشی از مصرف قرصهای ضد بارداری استروژن-پروژستین یا حتی بارداری است. به هر جهت بخاطر وجود خطر سالپنژیت, پیریتونیت لگنی و آبسه لگنی و متعاقب آن عقیمی, معمولا در زنان کمتر از ۲۵ سال و یا زایمانهای کم, استفاده از IUD

توصیه نمی گردد. Vessey و همکاران (۱۹۸۳) مدارکی ارائه نموده اند که پس از خارج کردن IUD رحم خانمهای چند زا، اختلال طولانی مدتی در باروری آنان مشاهده نگردید. آنان نتیجه گیری کردند که عفونت لگنی که بتواند باروری را مختل نماید، می بایست دسته کم در زنان چند زا که از IUD استفاده می کنند، بسیار نا شایع باشد.

پس از آن Daining (۱۹۸۵) و Cramer (۱۹۸۵) و همکارانشان اطلاعات مشابهی را ارائه دادند مبنی بر اینکه استفاده از IUD همراه با افزایش نا باروری ناشی از عوامل لوله ای می باشد. این اثرات در IUD های حاوی مس قابل چشم پوشی بودند اما در زنانی که هرگز باردار نشده بودند بویژه اگر چندین شریک جنسی داشتند و از IUD منسوخ شده استفاده می کردند، نمایانتر بود. جالب است که Lee و Rubin گزارش کردند که خطر بروز عفونت لگنی زنان شوهر دار و آنهایی که تنها یک شریک جنسی دارند، چهار ماه پس از مصرف IUD، تفاوتی با زنان شاهد ندارد. بلافاصله پس از قرار دادن یک IUD و تا چند روز پس از آن می توان از حفره رحمی، باکتری بدست آورد که البته میزان آن پس از ۲۴ ساعت بسیار کمتر است (Mishel و همکاران، ۱۹۶۶). بر اساس مطالعات اخیر، تنها افزایش کمی که در میزان بروز عفونتهای لگنی و آنهم تنها در ۲۰ روز اول قرار دادن IUD، ایجاد میشود (Farley و همکاران، ۱۹۹۲). بنابراین

خطر عمده عفونت، ناشی از فرآیند قرار دادن IUD است و با مصرف طولانی چندان بیشتر نمی شود. واقعیت این است که میزان بروز عفونتهای لگنی نزد زنانی که به مدت طولانی از IUD های حاوی مس و یا هورمون استفاده کرده اند در مقایسه با کسانی که داروهای ضد بارداری خوراکی مصرف می کنند یکسان می باشد. پس از ۴۵ تا ۶۰ روز، حفره رحمی استریل می شود. بدین جهت هر گونه عفونت پس از این مدت را می بایست بیماری مقاربتی تلقی کرد و درمان لازم را انجام داد (Lee و دستیاران، ۱۹۸۳، Mishel و همکاران ۱۹۶۶). این احتمال وجود دارد که انواع جدید IUD حاوی مس یا مواد پروژستینی، میزان عفونتهای لگنی را کاهش می دهند (مقاله سر دبیر، ۱۹۹۲، Toivonen، ۱۹۹۱). زنانی که از IUD استفاده می کنند در مقایسه با زنانی که سایر روشهای پیشگیری را بکار می بندند بیشتر در معرض ابتلا به عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی می باشند (Musicco و همکاران ۱۹۹۶). این مسئله می بایست به صورت قاطع مشخص شود.

وجود اجسام شبهه اکتینومیست در پاپ اسمیر با استفاده مداوم از IUD در ارتباط است. Fiorino (۱۹۹۶) در بررسی علمی خود نشان داد که اکتینومیسه ها به میزان ۷٪ در اسمیر سیتولوژی زنان استفاده کننده از IUD

دیده می شود در حالی که این میزان در دیگر زنان کمتر از ادر صد می باشد. اهمیت بالینی این نکته نا مشخص بوده اما قدری نگران کننده می باشد. در بعضی مطالعات تنها پس از سالها استفاده از IUD, شیوع Actinomyces israelii یا ارگانیس‌های شبهه اکتینو میست افزایش یافته است. علاوه بر این دیده شده که زنان مبتلا به آبسه لگنی ناشی از این ارگانیس‌م پیش از شروع علائم بطور متوسط ۸ سال از IUD استفاده کرده بودند. Keebler و همکاران (۱۹۸۳) نشان دادند که وقتی اسمیر از نظر اکتینومیسه مثبت شد تا زمانی که IUD خارج شود تمام اسمیرهای بعدی نیز مثبت خواهند بود. پیدا کردن اکتینومیسه ها بوسیله سیتولوژی در غیاب علائم مشکل ساز می شود. در مان با پنی سیلین موثر نیست بنابراین بعضی اعتقاد به خارج نمودن IUD دارند اگر چه معلوم نیست که آیا این کار سبب پیشگیری از عفونت می گردد یا خیر (Fiorino ۱۹۹۶) بیشتر محققان معتقدند که اگر نشانه ها و علائم عفونت در خانمی که دارای اجسام اکتینومیسه است بروز نماید باید IUD را خارج نمود و درمان آنتی بیوتیکی را شروع کرد. سیاست مولفان در مانگ‌های سلامت مادران و تنظیم خانواده، مبنی بر خارج نمودن IUD, درمان آنتی بیوتیکی، پیشگیری از بارداری توسط یک روش دیگر و جایگزینی دوباره IUD در یک زمان مناسب تر و در صورت تقاضا می باشد. Hill



(۱۹۹۲) گزارش نمود که ممکن است Eubacterium nodatum در پاپ eli

اشتباه شود. این باکتری می تواند عفونت لگنی ایجاد نماید. Actinomyces

isra دودر صورت شناسایی آن حتی در زنان بدون علامت میبایست IUD را  
خارج کرد.

### بارداری در حضور IUD:

همانگونه که در فصل ۹ ذکر شد تشخیص بارداری در تمامی زنان استفاده

کننده از IUD چه در داخل رحم باشد و چه در خارج از رحم، بسیار اهمیت

دارد. وجود IUD در درون رحم بارداری برای مادر و جنینش خطر آفرین است. IUD

قرار گرفته در خارج از رحم نیز می تواند برای مادر خطر آفرین باشد. می

بایست در زمان زایمان، اقدامات مناسبی جهت شناسایی محل IUD

و خروج آن به عمل آورد. پس از تشخیص بارداری و مشخص شدن نخ IUD

در درون سرویکس می بایست آنرا خارج نمود. این کار سبب کاستن از عوارض

بعدی نظیر سقط دیر رس، سپسیس و زایمان نارس می گردد. Tatum

و همکاران (۱۹۷۶) مشاهده نمودند که میزان سقط در صورت باقی ماندن IUD

در رحم ۵۴ درصد میباشد در صورتی که با در آوردن به موقع IUD این مقدار به

۲۵ درصد خواهد رسید. به علاوه در صورت باقی ماندن IUD در محل شیوع

کم وزنی نوزادان که عمدتاً ناشی از زایمان زود رس است ۲۰ درصد بوده در حالیکه در صورت خارج نمودن IUD این مقدار نیز به ۵ درصد خواهد رسید.

Vessey و همکاران (۱۹۷۹) نیز این مشاهدات را ثابت نمودند. اگر IUD دیده نشود نبایست IUD را خارج نمود زیرا این کار میتواند منجر به سقط جنین شود. گزارشهایی دال بر خارج نمودن موفق IUD با کمک سونوگرافی در مواردی که نخ IUD قابل مشاهده نیست، وجود دارد. احتمال سقط سه ماهه دوم در بیمارانی که با وجود داشتن IUD در رحم خود بارداری شدند حدود ۵۰ درصد است. بعلاوه احتمال این که این سقط عفونی باشد، بیشتر

است (Lewit, ۱۹۷۰).

Vessey و دستیاران (۱۹۷۴). سیسیس گاهی برق آسا بوده و اغلب کشنده می باشد. به علت این خطرات می بایستی به زن بارداری که IUD در رحم خود دارد، امکان سقط را هم داد (انجمن پزشکان زنان و زایمان آمریکا، ۱۹۹۲). زنانی که با وجود داشتن IUD در رحم خود، بارداری شدند و شواهدی از عفونت رحمی را نشان می دهند می بایست تحت درمان وسیع آنتی بیوتیکی و تخلیه سریع محصولات بارداری و IUD قرار بگیرند. موردی که شرح داده می شود بیانگر خطرات مربوط به وجود IUD همزمان با بارداری می باشد:

خانمی با وجود قرار داشتن IUD از نوع Lippes loop در رحمش، باردار شد و هر گونه تلاش برای به منظور دیدن نخ IUD و خارج کردن آن ناموفق بود. او ترجیح داد که به بارداریش ادامه دهد که تا هفته ۲۰ موفق بود. در این زمان به خاطر تب و لرز در بیمارستان بستری گردید. در معاینه پرده هاسالم بود، سرویکس بسته بود، هیچگونه انقباضی وجود نداشت و حساسیت لگنی یا رحمی نیز مشاهده نگردید. کشت خون انجام شد و درمان با داروهای ضد میکروبی وسیع الطیف آغاز گردید. بیمار نخست احساس بهبودی داشت اما در عرض ۲۴ ساعت دچار لرز بعدی همراه با تب ۴۰ درجه سانتی گراد شد. نتیجه کشت‌های خون اولیه منفی بود اما در کشتهای بعدی Ecoli رشد نمود. همچنین بیمار دچار ادم ریوی تراوشی گردید که ناشی از آسیب ایجاد شده توسط اندوتوکسین بود (فصل ۴۶). زایمان بطور خود به خود شروع شد و نوزاد ۲۰ هفته ای بلافاصله پس از آن بدنیا آمد و در حالیکه IUD برروی قفسه سینه نوزاد قرار داشته و در جفت فرو رفته بود. ضایعه ریوی بیمار به آهستگی بهبود یافت اما با وجود ادامه درمان آنتی بیوتیکی، ۷ روز بعد اختلال انعقادی مصرفی بروز کرد. سی تی اسکن شواهدی از نکروز رحمی را مشخص نمود و در لاپاروتومی معلوم شد که رحم و هر دو لوله های رحمی دچار نکروز شده اند. علاوه بر این ترومبوفلیت عفونی ورید تخمدانی نیز موجود بود. برای بیمار عمل

هیستریکتومی وادنکسکتومی دو طرفه انجام گردید. پس از گذراندن دوره دراز مدت پس از عمل، سر انجام بیمار جان سالم بدر برد.

در موارد بارداریهای همراه با IUD، افزایش وقوع نا هنجاریهای مادر زادی دیده نمی شوند.

### بارداریهای خارج از رحم:

اگر چه IUD از بارداریهای داخل رحمی جلوگیری به عمل می آورد اما کمتر مانع لانه گزینی تخم در خارج از رحم می گردد. به این مسئله توجه شده بود که استفاده از IUD، خطر بروز بارداری نا بجا را افزایش می دهد اما Vessey و همکاران (۱۹۷۹) پی بردند که خطر ایجاد این حالت در مدت زمان استفاده نسبتاً ثابت بوده و به میزان ۱/۲ در ۱۰۰۰ زن در سال می باشد. ولی در مواردی که با وجود استفاده از IUD، بارداری اتفاق بیافتد، احتمال بروز بارداری نا بجا افزایش یافته که این میزان در مواردی که از دستگاه پروژستاستر استفاده شده است، بیشتر هم می باشد. از آن جهت که IUD بطور یقین مانع بارداری خارج رحمی نمی شود لذا خانمهایی که در معرض خطر بالای ابتلا بارداری نابجایی باشند (نظیر مبتلایان قبلی به سالپنژیت، بارداری نابجا یا جراحی لوله ای) افراد مناسبی جهت استفاده از IUD نیستند.

### موارد منع مصرف:

همانگونه که در فصل ۶۰ مورد بحث قرار گرفته است موارد ممنوعیت را می توان به دو نوع مطلق و نسبی تقسیم بندی کرد. اگر زنی یک مورد ممنوعیت مطلق داشته باشد، نمی بایست از IUD استفاده نمود. اگر در زنی که ممنوعیت نسبی دارد، از IUD استفاده شود می بایست ابتدا یک رضایت نامه کتبی از وی اخذ گردد.

### موارد منع مصرف مطلق

- ۱- عفونتهای لگنی فعال، اخیر، یا مکرر
- ۲- بارداری، چه قطعی و چه شک به آن
- ۳- خونریزی رحمی تشخیص داده نشده، نامنظم، یا غیر عادی
- ۴- بد خیمیهای رحم و سرویکس

### موارد منع مصرف نسبی

- ۱- زن نژائیده (نولی پار).
- ۲- در معرض خطر ابتلا به بیماریهای مقاربتی، شریکهای جنسی متعدد، دیابت، داروهای ضعیف کننده ایمنی سرویسیت چرکی.
- ۳- در معرض قرار گرفتن یا خطر در معرض گرفتن با ویروس IUD.
- ۴- بارداری خارج رحمی پیشین.

۵- سابقه جراحی ترمیمی روی لوله های فالوپ

۶- اشکالات انعقادی

۷- ناتوانی فیزیکی یا عقلی برای کنترل نخ IUD .

۸- بیماری ویلسون (فقط IUD مسی).

۹- بیماری دریچه قلب.

۱۰- اندومتر یوز.

۱۱- لیومیوم رحمی

## روش قرار دادن IUD

FDA توصیه می نماید که پیش از قرار دادن IUD, می بایست به خانم استفاده کننده, دفتر چه ای حاوی اطلاعات مربوط به اثرات جانبی و خطرات احتمالی ناشی از مصرف IUD, ارائه کرد. بیشتر IUD ها دارای محفظه مخصوصی هستند که معمولا یک لوله پلاستیکی استریل و پلاستیکی می باشد و درست پیش از قرار دادن IUD, را از داخل آن بیرون می آورند (شکل ۴-۶۴) زمان قراردادن IUD بر آسان قرار گرفتن در درون رحم و میزان بارداری و خروج IUD از رحم موثر می باشد. قرار دادن IUD در حوالی پایان قاعدگی طبیعی و در زمانی که سرویکس به طور معمول نرمتر بوده و مجرای زایمان قدری گشادتر است می تواند سبب تسهیل در قرار دادن IUD شده و همزمان بارداری اولیه را نیز رد

نماید. اما نیازی نیست که قرار دادن IUD تنها محدود به همین زمان باشد. در مورد خانمی که با اطمینان باردار نیست و نمی خواهد باردار شود می توان در هر زمانی از چرخه قاعدگی، مبادرت به قرار دادن IUD کرد. حتی اگر خانمی در خلال هفته گذشته نزدیکی انجام داده باشد، با قرار دادن IUD از نوع Copper T بعید به نظر می رسد که باردار شود. (Lippes و همکاران، ۱۹۷۸). گذاشتن IUD در زمان زایمان یا در زمان بسیار کوتاهی پس از آن همراه با میزان بالای خروج IUD از رحم می باشد. بر این اساس توصیه می شود که جهت کاستن از میزان خروج IUD و همینطور به حداقل رساندن خطر سوراخ شدن رحم، قرار دادن IUD را دست کم به مدت ۸ هفته به تعویق انداخت. ولی نویسندگان مشاهده نمودند که قرار دادن در اوایل دوران پس از زایمان در مقایسه با زمانی دیرتر از آن، سبب افزایش موارد خروج IUD یا سوراخ شدگی رحم نشده است. در صورت نبودن عفونت، می توان IUD را به سرعت پس از سقط زود رس قرار داد. یک روش مناسب جهت کار گذاردن IUD و پیگیری آن در زیر آورده شده است. ارزش در مان پیشگیرانه به وسیله آنتی بیوتیکها ثابت نشده است.

۱- جهت تعیین وجود موارد منع مصرف، شرح حال دقیقی از نظر بیماریهای زنان و زایمان بگیرید.

۲- مشکلات متعدد مربوط به استفاده از IUD را شرح داده و یک رضایت نامه رسمی از استفاده کننده بگیرید.

۳- پیش از جایگزینی IUD درمان با اسپیرین یا کدئین را جهت بهبود کرامپها آغاز کنید.

۴- معاینه لگنی را انجام دهید بویژه وضعیت و اندازه رحم و ادنکسها را مشخص نمایید. در صورت وجود ناهنجاری، گذاردن IUD اغلب ممنوع می باشد.

۵- سرویکس را مشاهده نموده و آن را با یک تنا کولوم بگیرید. از وسا یل و IUD استریل استفاده نمایید. با یک محلول ضد عفونی کننده سرویکس و دیوارهای واژن را بشویید. به منظور تشخیص جهت و عمق حفره رحمی، می بایست رحم را سوند زد. پیش از سوند زدن رحم ابتدا می بایست با اعمال کشش ملایم بر روی تنا کولوم را سرویکس و حفره رحمی را در حالت کشیده قرار داد. اندازه دقیق IUD را بر حسب عمق حفره رحم انتخاب نمایید سپس محفظه همراه که IUD در انتهایی ترین بخش آن قرار گرفته است را به آرامی در درون قله رحم قرار دهید. پس از چرخانیدن محفظه و قرار گرفتن IUD در بالای رحم و در جهت محور عرضی رحم، در حالیکه IUD بوسیله میله پلاستیکی موجود در



محفظه در قله رحم قرار می گیرد، محفظه را خارج نمایید. بنابراین IUD از داخل محفظه به بیرون فشار داده نمی شود بلکه با عقب کشیدن محفظه بوسیله میله پلاستیکی در رحم قرار می گیرد.

۶- نخ IUD را از حد ۲ سانتی متری سوراخ خارجی سرویکس قطع نمایید، تنا کولوم را خارج نموده و در محل قرار گرفتن روی سرویکس به دنبال نقاط خونریزی دهنده بگردید و در صورت نبودن خونریزی اسپکولوم را بیرون بیاورید.

۷- به زنان استفاده کننده تذکر دهید که هر گونه اثرات جانبی را اطلاع دهند.

### بیرون افتادن IUD

بیرون افتادن IUD از رحم، بیشتر مواقع در خلال نخستین ماه استفاده پیش می آید. باید به خانم استفاده کننده آموزش داد تا نخ IUD را که از سرویکس بیرون افتاده لمس نماید که این کار را با نشستن بر روی صندلی و یا چمباتمه زدن و فرو بردن انگشت میانی به درون واژن تا حد سرویکس می توان انجام داد. باید یک ماه پس از قرار دادن IUD و ترجیحاً پس از قاعدگی، وضعیت IUD را بررسی نمود که با دیدن نخ بیرون زده از سرویکس از وضعیت قرار گیری IUD مطمئن می شویم و در این فاصله زمانی بهتر است از

یک روش سد کننده جهت پیشگیری از بارداری استفاده شود بویژه اگر در گذشته بیرون افتادگی IUD پیش آمده باشد.

### تشخیص محل IUD گم شده

اگر نتوان نخ IUD را مشاهده کرد، احتمال بیرون افتادن IUD یا سوراخ شدن رحم می رود که در هر صورت، ممکن است بارداری رخ داده شود. از طرف دیگر ممکن است نخ IUD در کنار IUD و داخل حفره رحم قرار گرفته باشد. اغلب با کاوش حفره رحمی به آرامی توسط میله ای که در انتهایش

قلابی دارد و یا بوسیله کلامپ Randall Stone می توان نخ را بیرون

کشید. تصور اینکه IUD بیرون افتاده و می بایست IUD دیگری را در جای آن

قرار داد، مشکلات عجیبی را به دنبال داشته است. برای نمونه مولفان با خانمی

برخورد نمودند که در موقع زایمان دارای دو IUD از نوع Dalkon shields

و یک IUD از نوع Loop Lippes بود که در نزدیک جفت قرار گرفته

بودند. تقریباً بطور قطع، رحم باردار در حال بزرگ شدن، نخها را به درون خود

کشیده بود. خوشبختانه این بارداری دچار عارضه نشد. زمانی که نخ IUD

دیده نمی شود و با کاوش حفره رحم نیز نمی توان IUD را لمس کرد می

بایست با انجام سونوگرافی از وجود IUD در حفره رحمی اطمینان یافت. اگر

این اقدامات نیز نتیجه بخش نبود پس از قرار دادن یک سوند در حفره

رحم، گرافی ساده شکم و لگن انجام می گردد. با تزریق ماده حاجب می توان هیستروگرافی را انجام داد و یا اقدام به هیسترو سکوپبی نمود. البته واضح است که بجز سونوگرافی، از انجام اقدامات دیگر در درون بارداری باید خودداری کرد. قرار گرفتن IUD های باز (OPEN) از نوع مواد بی اثر نظیر Lippes loop در خارج از رحم ممکن است با آسیب همراه باشند یا نباشند. سوراخ شدگی روده بزرگ و کوچک همراه با عوارض آن پس از قرار دادن IUD گزارش شده اند. از IUD های بسته دیگر استفاده نمی شود زیرا سبب انسداد روده می گردند. IUD حاوی مس در خارج از رحم سبب ایجاد یک واکنش شدید التهابی موضعی و چسبیدگی به ساختمان های ملتهب می شود. در حالیکه IUD های خنثی از نظر شیمیایی بوسیله لاپاروسکوپبی یا از طریق کوپوتومی خلفی به راحتی از حفره صفاقی خارج می گردند اما IUD های حاوی مس آنقدر چسبنده هستند که خارج کردن آنها با این شیوه ها عملی نیست. IUD ممکن است به درجات مختلفی به دیواره رحم فرو رود. گاهی اوقات بخشی از IUD به درون حفره صفاقی نفوذ کرده در حالیکه باقی مانده آن به طور ثابت در میو متر قرار می گیرد. در یک مورد، در زمان انجام عمل سزارین تکراری، قطعه ای از IUD نوع Lippes loop که ۳ سال پیش کار گذاشته شده بود در حالیکه از بخش خلفی قله رحم بیرون زده بود مشاهده گردید. آمنتوم بطور محکم در

اطراف محل بیرون زدگی به رحم چسبیده بود. IUDها همچنین ممکن است به داخل سرویکس و همینطور به داخل واژن نفوذ نمایند. این حالت بویژه با IUD نوع Cu7 و IUD های اولیه Copper T شایع است. اگر چه در حضور IUD در قله رحم ممکن است لانه گزینی موفق تخم صورت بگیرد اما علت اصلی تر بارداری همراه با IUD داخل رحم، جایجایی IUD به درون ایسم رحم و سرویکس می باشد.

### تعویض

IUD های خنثی از نظر شیمیایی را می توان به مدت نا مشخصی در درون رحم باقی گذاشت. در بعضی موارد ماده پلی اتیلنی که در این IUD ها وجود دارد، توسط نمکهای کلسیم پوشیده نمی شود و خراشهای ایجاد شده بر روی اندومتر موجب بروز خونریزی شده که در این حالت می بایست آن را خارج نمود. IUD های حاوی مس را هر چند وقت یکبار می بایست تعویض نمود. Copper T 380A در ایالات متحده برای ۱۰ سال مصرف مداوم مورد تایید قرار گرفته است.

IUD از نوع Progestasert را باید سالیانه عوض نمود و LNG-IUD بطور موثر و در عرض ۵ سال مورد استفاده قرار گرفته است.

## روشهای سد کننده موضعی :

برای سالهای متمادی، کاندومها، عوامل اسپرم کش داخل مهبل و دیافراگم های مهبل با درجات متفاوتی از موفقیت جهت پیشگیری از بارداری مورد استفاده قرار گرفته اند (جدول ۲-۶۱). در ایالات متحده، کاندومها جهت استعمال خانمها مورد تایید قرار گرفته است.

### جدول

#### کاندوم :

#### کاندوم مردان:

در ایالات متحده، کاندوم تنها روش قابل برگشت و موثر جلوگیری از بارداری نزد مردان است. کاندوم روش موثری در جلوگیری از بارداری است و میزان عدم موفقیت آن در میان زوجهایی که همکاری و تجربه خوبی دارند، تنها ۳ تا ۴ مورد به ازای هر ۱۰۰ زوج در یک سال می باشد (Vessey و همکاران، ۱۹۸۲) بطور کلی و بویژه در نخستین سال مصرف، میزان شکست بسیار زیاد است (جدول ۲-۶۱). Trussel و همکاران متوجه شدند که زنان ۳۰ ساله به بالا تعداد کمتری بارداری ناخاسته نسبت به زنان زیر ۲۵ سال داشتند. احتمالاً با دسترس قرار گرفتن کاندومهای حاوی مواد نرم کننده و اسپرمیسید در ایالات متحده، میزان عدم موفقیت کاهش خواهد یافت. اگر از کاندومها بطور صحیحی استفاده

شود بطور چشمگیر والبته نه کامل ازابتلا به بسیاری از انواع بیماریهای مقاربتی از جمله سوزاک,سیفیلیس ,هرپس,کلامیدیا و تریکوموناس پیش گیری به عمل می آید.کاندوم احتمالاً قادر به پیشگیری وکاستن از تغییرات بیش از بد خیمی در سرویکس می باشد (گزارشهای جمعیتی, ۱۹۸۲). Fortney و Feldblum (۱۹۸۸) نتیجه گرفتند که شواهدی وجود دارد که استفاده از کاندوم اگر چه بطور نسبی از عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) محافظت می کند(فصل ۵۹).مرکز کنترل بیماریهااستفاده از کاندوم را برای افرادی که در معرض خطر عفونت با این ویروس هستند نظیر زنانی با شرکای جنسی متعدد توصیه می نماید.بر این اساس استفاده از کاندوم بویژه در چند سال گذشته بسیارافزایش یافته در حالیکه این افزایش مصرف لزوماً جهت پیش گیری از بارداری نبوده است.برآورد می شود که در حال حاضر ۴۰ میلیون زوج در جهان جهت کنترل وپیشگیری از بارداری از کاندوم استفاده می کنند ودر ژاپن ۵۰در صد از زوجها از این شیوه جلوگیری بهره می برند در کاندومهایی که یک نوک مخزنی همراه با ماده لیز کننده اسپرم کش وجود دارد ,اثرات پیش گیری کننده از بارداری به مقدار زیادی افزایش می یابد.با افزودن یک عامل اسپرم کش داخل واژنی,اثرات ضد بارداری,ضد باکتریایی وضد ویروسی کاندوم نیز

بیشتر خواهد شد. چنین موادی وهمینطور عوامل به کار رونده جهت لیز نمودن واژن باید مشتق از محصولات ابکی باشند. مواد روغنی معمولا سبب تخریب لا تکس کاندوم و دیافراگم می گردد (Waldron, ۱۹۸۹).

### مرور تاریخی:

از لحاظ تاریخی نخستین کاندومها از روده و سایر مواد ساخته شده بودند اما با ظهور مواد پلاستیکی استفاده از کاندوم موثرتر، ارزانتر و فراوانتر گردید. ریشه واژه کاندوم مشخص نیست. در گذشته به اشتباه اظهار می شد که این واژه مربوط به دکتر Condom است این شخص پزشک مخصوص چارلز دوم پادشاه انگلستان بود که راهی برای پیش گیری از تولد فرزندان نا مشروع شاه ارائه کرد. گفته می شود که Casanova (۱۷۹۸-۱۷۲۵) چندین بار در مقالاتش از کاندوم نام برده بود. بیشتر اوقات محرک نخستین گفتگوهای پدر ها و پسرها درباره امور جنسی، وجود دستگاههای فروش کاندوم در توالتهای مردانه بود. جالب آنکه استفاده از کاندوم در زمانی رایج شد که اقدامات دیگر به منظور ارائه دیگر شیوه های تنظیم خانواده به خاطر هراس از بی بندوباری جنسی یا ترس از رعایت نکردن قوانین مذهبی، نا موفق بودند. در گذشته ارائه کاندومها یا ((وسایل پیشگیری)) در مکانهایی مانند پمپ بنزینها صرفا به خاطر پیشگیری از بیماریهای آمیزشی بوده اما امروز این نیاز فراگیر شده است.

حساسیت به لاتکس: بعضی افراد نسبت به لاتکس بسیار حساس می باشند. از آنجا که لاتکس سبب پیشگیری از بیماریهای آمیزشی شده ولی کاندومهای با غشای طبیعی چنین ویژگی ندارند لذا یک حالت بلا تکلیفی بوجود آمده است. یک نوع کاندوم جدید توسط گروه صنعتی Tactyl بوجود آمده که محصولی غیرالژن متشکل از یک الاستومر ترمو پلاستیک ساختگی است که در دستکشیهای جراحی به کار می رود (Mason, ۱۹۹۲). یک نوع کاندوم polyurethane امروزه در ایالات متحده در دسترس می باشد. هر دو محصول بر علیه بیماریهای آمیزشی شامل ویروس نقص ایمنی انسانی موثر می باشند. (Waldron, ۱۹۹۱)

کاندوم زنانه (کیسه واژینال): Fad: به کاندومهای زنانه، نام کیسه های واژینال را اطلاق می کند. پیش از آنکه یک کیسه واژینال اجازه فروش دریافت نمایند بایست اثبات شود که هم از بارداری جلوگیری کرده وهم از بیماریهای آمیزشی از جمله Hiv پیشگیری می نماید. تنها یک نوع از این وسایل در دسترس همه قرار گرفته که روش جلوگیری از بارداری موثری را فراهم نموده و تا حدودی از ابتلا به بیماریهای آمیزشی محافظت به عمل می آورد.



کاندوم واقعی (Reality Condom): این دستگاه به صورت یک غلاف پلی اورتان بوده که در هر انتهای خود یک حلقه از جنس پلی اورتان دارد. حلقه انتهای آزاد در خارج واژن می ماند و حلقه داخلی مثل یک دیافراگم در زیر سمفیز قرار می گیرد. آزمایشات نشان داده است که نسبت به HIV ویروس سیتومگال و ویروس هپاتیت غیر قابل نفوذ می باشد. میزان پاره شدن آن ۶ درصد است. میزان از جادر رفتن آن حدود ۳ درصد در مقابل ۸ درصد کاندوم مردانه است. بطور کلی ۶۰ درصد زنان از آن رضایت داشته و ۸۰ درصد مردان از آن راضی بوده اند.

### پیشگیری از بارداری با مواد اسپرم کش در داخل واژن :

این نوع روش پیشگیری از بارداری به صورتهای مختلفی نظیر کرم، ژل، شیاف، فیلم و کف در محفظه های ائروسل در بازار عرضه شده است (شکل ۶-۶۱). این روشها در ایالات متحده به صورت گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرند بویژه زنانی که مایل به استفاده از قرصهای ضد بارداری خوراکی یا IUD نیستند از این روش استقبال می کنند. این نوع روش بخصوص در زنانی که مایل به استفاده از نوعی روش موقتی برای پیش گیری هستند مناسب است. برای مثال در خلال هفته نخست پس از شروع مصرف قرصهای ضد بارداری خوراکی یا در جریان شیر دادن. بیشتر این محصولات را می توان

بدون نسخه تهیه نمود. مواد فوق بطور مشخص با ایجاد سد فیزیکی در برابر نفوذ اسپرمها و نیز اثر شیمیایی کشنده اسپرمها عمل می کنند. ماده فعال نابود کننده اسپرم 9-Nonoxynol می باشد. برای به حداکثر رساندن اثر مواد کشنده اسپرم می بایست مدت کوتاهی پیش از شروع نزدیکی، این موارد را در بخش فوقانی واژن و در تماس با سرویکس قرار داد. مدت زمان حداکثر اثر اسپرم کشی این مواد معمولاً بیش از یک ساعت نمی باشد. بنابراین پیش از نزدیکی مجدد باید دوباره از این مواد استفاده نمود. باید دست کم به مدت ۶ ساعت پس از نزدیکی از شستن واژن خودداری نمود. میزان بالای بارداری در درجه نخست مربوط به عدم استفاده درست از روش می باشد تا شکست روش که در واقع به عنوان میزان عدم موفقیت استفاده کننده تعبیر می گردد. ترکیبات کف مانند (Foam) اگر به صورت منظم و صحیح استفاده شوند، بروز بارداری بیش از ۵ تا ۱۲ بارداری در ۱۰۰ خانم در سال نخواهد بود (گزارشهای جمعیتی، ۱۹۸۴، Trussel و همکاران، ۱۹۹۰، Vessey و همکاران ۱۹۸۲)

(به نظر می رسد که مواد کشنده اسپرم دست کم بطور نسبی سبب حفاظت در برابر بعضی بیماریهای مقاربتی نظیر سوزاک و احتمالاً ویروس پاپیلوما و ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) می شوند (Fortney و Feldbium, ۱۹۸۸))

### ناهنجاریها:

یک مطالعه مقدماتی قبلی نشان داده بود که استفاده از مواد اسپرم کش مهملی ممکن است با افزایش میزان ناهنجاری های مادر زادی همراه باشد. ولی در مطالعات دقیق Mills و همکاران (۱۹۸۲) و Shapiro و دستیاران (۱۹۸۲) هیچ رابطه ای بین وقوع ناهنجاریها و استفاده مادر از مواد اسپرم کش پیش یا پس از آخرین قاعدگی وجود نداشت. در سال ۱۹۸۶، FDA نتیجه گیری نمود که شواهد موجود از ارتباط میان مصرف اسپرم کشها و ناهنجاریهای مادر زادی حمایت نمی کند. با وجود این شواهد علمی، در یک دعوای قضایی میان خانواده Wells و شرکت Ortho pharmaceutical رای قاضی بر این قرار گرفت که ناهنجاری مادر زادی بوجود آمده به علت استفاده مادر از مواد کشنده اسپرم بوده است. این تصمیم توسط دادگاهی استینافی نیز تایید شد. پس از آن Louik و همکاران (۱۹۸۷) نتایج تحقیقات خود در باره تاثیر احتمالی عوامل کشنده اسپرم و سندرم داون، هیپوسپادیاس، نواقص مربوط به کوتاهی اندومها، نئوپلاسمها با نواقص لوله عصبی پیدا نکردند. Warburton و دستیاران (۱۹۸۷) گزارش کردند که خطر بروز تریزومیها با مصرف عوامل اسپرم کش افزایش نمی یابد. در نهایت همکاران (۱۹۸۸) نیز

در یک مطالعه آینده نگر Cohort, افزایش میزان شیوع ناهنجاری های مادر  
زادی را گزارش نکرده اند.

### دیافراگم همراه با عوامل اسپرم کش :

دیافراگم واژینال متشکل از یک بخش پلاستیکی حلقوی و گنبدی شکل با قطر  
مختلف بوده که توسط یک حلقه فلزی در اطراف حمایت می شود. در صورت  
استفاده از دیافراگم همراه باژل یا کرم کشنده اسپرم، پیشگیری از بارداری  
موثری بوجود می آید. عامل اسپرم کش بر روی سطح فوقانی دیافراگم در  
امتداد لبه و در بخش مرکزی دیافراگم قرار داده می شود. سپس دیا فراگم را  
طوری در واژن قرار می دهند که سرویکس، فورنیکسهای واژن و دیواره قدامی  
واژن بطور موثر از باقی مانده واژن والت تناسلی مرد جدا شود. در این حالت  
ماده اسپرم کش واقع در مرکز دیافراگم، توسط دیافراگم در برابر سرویکس  
قرار می گیرد. پس از جا گذاری مناسب، لبه دیافراگم در قسمت فوقانی بطور  
عمقی در فورنیکس خلفی قرار گرفته و در قسمت تحتانی، لبه در مجاورت  
نزدیک با سطح داخلی سمفیز پوبیس درست در زیر پیشابراه واقع می شود. اگر  
دیافراگم خیلی بزرگ باشد، در موقع جاگذاری ایجاد نا راحتی می  
کند. سیستموسل با پرولاپس رحم احتمال زیاد سبب ناپایداری دیافراگم  
و بیرون افتادن آن می گردند. از آنجا که اندازه دقیق و انعطاف پذیری حلقه

فلزیدیا فراگم می بایست تعیین شود لذا استفاده از دیافراگم تنها با تجویز

پزشک مقدور می باشد

دیافراگم واژینال و عامل کشنده اسپرم را می توان ساعتها پیش از نزدیکی در

جای خود قرار داد ولی اگر بیش از دو ساعت از آن بگذرد می بایست مقدار

بیشتری عامل اسپرم کش در بخشهای فوقانی واژن قرار داد تا حداکثر حفاظت

را به عمل آورد. قبل از هر بار نزدیکی بایستی این کار را تکرار کرد. دیافراگم

را نباید حداقل تا ۶ ساعت پس از نزدیکی خارج نمود. از جهت اینکه بروز

سندرم شوک سمی پس از مصرف دیافراگم گزارش شده

است (Alcid و همکاران ۱۹۸۲) شاید ارزش آن را داشته باشد که دیافراگم را

۶ ساعت پس از نزدیکی، یا لاقل صبح روز بعد خارج نمود تا احتمال بروز این

عارضه بسیار غیر معمول به حداقل برسد. دیافراگم نیاز به انگیزه بالایی جهت

استفاده صحیح دارد که در این صورت با میزان بارداری پایینی همراه خواهد

بود. Vessey و همکاران (۱۹۸۲) گزارش نمودند که نزد استفاده کنندگان با تجربه

دیافراگم، میزان بارداری تنها ۱/۹ تا ۲/۴ مورد به ازای هر ۱۰۰ زن در سال

است. Bounds و همکاران (۱۹۹۵) در یک تحقیق کوچک میزان عدم موفقیت

بیشتری در حد ۱۲/۳ در ۱۰۰ زن در سال با استفاده از دیافراگم همراه با عوامل

کشنده اسپرم گزارش نمودند. میزان بارداری ناخواسته در زنان ۳۵ سال به بالا

کمتر از زنان ۳۰ ساله می باشد (Vessey و همکاران ۱۹۸۲) بالاخره این که مصرف دیافراگم واژینال و اسفنج ضد بارداری در مقایسه با کاندوم و بستن لوله ها با شیوع کمتری از انتقال بیماریهای آمیزشی همراه می باشند (Rodenberg و همکاران ۱۹۹۲).

### اسفنج ضد بارداری و کلاهک سرویکس

اسفنج ضد بارداری: امروزه در بازار عرضه نمی شود کلاهک سرویکس: پس از این که مصرف این دستگاه برای چند دهه در ایالات متحده متوقف شده بود، کلاهک سرویکس ساخت شرکت Prentif اجازه تولید یافت (FDA ۱۹۸۸) این دستگاه که انعطاف پذیر، از جنس لاستیک طبیعی و به شکل فنجان بوده، دور سرویکس قرار می گیرد. خود مصرف کننده می تواند آن را قرار دهد و بیش از ۴۸ ساعت نیز نباید در جای خود بماند. وقتی که این کلاهک در جای خود گذاشته شود، می بایست همراه با آن از مواد اسپرم کش نیز استفاده نمود. بنا بر مطالعاتی که موسسات ملی بهداشت انجام داده میزان تاثیر این کلاهک به اندازه دیافراگم است، متأسفانه بهای آن بالاست و برای حصول نتیجه مناسب، دستگاه می بایست در جای دقیق خود قرار بگیرد. بعلاوه قرار دادن نا مناسب کلاهک توسط استفاده

کننده این وسیله رانسبت به دیافراگم همراه با عامل کشنده اسپرم کم اثرتر می نماید.

### روشهای خودداری دوره ای (ریتمیک)

قاعدتا خودداری از نزدیکی در حین ویا حول وحوش تخمک گذاری می بایست از بارداری جلوگیری نماید، ولی متاسفانه همیشه اینگونه نیست. برای مثال، میزان بارداری در روشهای مختلف خودداری دوره ای (روشهای ریتمیک، تنظیم خانواده طبیعی) بین ۵ تا ۴۰ درصد در سال بوده اند (گزارشهای جمعیتی، ۱۹۸۱). چهار روش خودداری جهت پیشگیری از بارداری مورد استفاده قرار می گیرند و توسط Kluas (۱۹۸۲) مرور شده اند. تخمک انسان احتمالا بیش از ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از تخمک گذاری برای باروری مناسب نیست. اسپرمهای متحرک را می توان تا ۷ روز پس از نزدیکی یا تزریق مصنوعی اسپرم از مخاط سرویکس بدست آورد و در حین لاپاراتومی توانسته اند تا ۸۵ ساعت پس از نزدیکی از لوله های رحمی، اسپرم بدست آورند (Ahlgren ۱۹۷۵) البته بعید است که اسپرمها بتوانند پس از این مدت توانایی خود را برای باروری حفظ کرده باشند.

### روش ریتم تقویمی :

تخم گذاری اکثرا حدود ۱۴ روز قبل از شروع قاعدگی بعدی صورت میگیرد، ولی متاسفانه لزوماً ۱۴ روز پس از شروع آخرین قاعدگی اتفاق نمی افتد. بدین جهت روش ریتم تقویمی قابل اعتماد نیست. در سال ۱۹۸۲ فدراسیون بین المللی تنظیم خانواده نتیجه گرفت که (( می بایست به زوجهایی که از روش خودداری دوره ای استفاده می کنند این آگاهی را داد که این روشها راهی قابل اعتماد جهت تنظیم خانواده نمی باشند))

### روش ریتم حرارتی :

این روش مبتنی بر تغییرات مختصر دمای صبحگاهی بدن درست قبل از تخمک گذاری است. این روش در صورتی موفقیت بیشتری خواهد داشت که تا مدت زمان نسبتاً طولانی پس از افزایش دمای بدن، از نزدیکی پرهیز شود. برای حصول بیشترین تاثیر زن می بایست از روز اول شروع قاعدگی تا سه روز پس از افزایش دمای بدن نزدیکی ننمایند. واضح است که با توجه به این مطلب روش چندان پر طرفداری است

### روش ریتم ترشحات سرویکس:

روش ریتم ترشحات سرویکس، با روش Bihngs مبتنی بر احساس (خشکی) یا خیزی بر اساس تغییرات مقدار و نوع ترشحات سرویکس در زمانهای مختلف



خود قاعدگی است. می بایست از شروع قاعدگی تا ۴ روز پس از احساس  
ومشاهده ترشحات لغزنده سرویکس، از نزدیکی خودداری نمود. ادعا شده است  
که یک دستگاه کوچک وسنتی که می تواند تغییرات کوچک غلظت  
الکترولیت‌های ترشحات واژن یا دهان را اندازه گیری نماید قادر است تخمک  
گذاری را ۵ تا ۷ روز قبل از وقوع پیش بینی کند ولی Dieben و Roumen  
(۱۹۸۸) ثابت کردند که این دستگاه در پیش بینی روز تخمک گذاری ارزشی  
ندارد.

#### روش علامتی - حرارتی :

این روش اطلاعات مربوط به تغییرات ترشحات سرویکس (شروع دوره  
باروری) تغییرات دمای بازال (خاتمه دوره باروری) و محاسبات تقویمی را جهت  
تخمین زمان تخمک گذاری، به کار می گیرد. این روش پیچیده ای جهت  
یادگیری و استفاده است و بیش از سایر روشها قابل اعتماد نیست (جدول ۲-۶۰)  
خواننده علاقه مند می تواند به ضمیمه دسامبر ۱۹۹۱ مجله American journal  
of obstetrics and Gynecology مراجعه نماید که تماما در رابطه  
باتنظیم خانواده می باشد. ۲۷ مقاله درباره این موضوع چاپ گردیده و در آخر  
یک بحث کلی و توصیه هایی ارائه شده اند (Queenhn و همکاران ۱۹۹۱).

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title:  
Subject:  
Author: HASAN  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/1/2012 10:35:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/1/2012 10:35:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 41  
Number of Words: 5,858 (approx.)  
Number of Characters: 33,395 (approx.)