

## روشهای جراحی جلوگیری از بارداری

بستن لوله ها یا عقیم سازی توسط جراحی پر طرفدارترین شکل پیشگیری از بارداری در میان زوجهای واقع در سنین باروری می باشد. در سال ۱۹۸۷ مطابق با اظهار انجمن داوطلبان بستن لوله به طریق جراحی نزدیک به ۹۷۶۰۰۰ عمل بستن لوله در ایالات متحده انجام شده که ۶۶ درصد آنها روی زنان صورت گرفته است. تا چندین سال اخیر، بستن لوله در زنان به عنوان یک روش تنظیم خانواده توسط گروههای مختلف اجتماعی محکوم شده بود. برای مثال تا سال ۱۹۶۹، کالج آمریکائی متخصص زنان و زایمان توصیه می کرد که هر خانم ۳۰ ساله پیش از بستن لوله ها، باید چهار بچه سالم داشته باشد. حتی امروزه محدودیتهای اعمال شده توسط دولت مرکزی باعث گردیده که نانی که تمکن مالی لازم ندارند از بستن لوله ها بی نصیب بمانند چرا که ممکن است بودجه سازمان ارائه دهنده این خدمات قطع شود. این محدودیتها علاوه بر نسلهای آینده در نظر نردانی که آنها را اعمال کرده و ترویج داده اند هم مسخره بنظر خواهند رسید.

## بستن لوله ها در زنان

بیش از ۵ میلیون زن در ایالات متحده و در خلال سالهای دهه ۱۹۷۰ تحت عمل جراحی بستن لوله ها قرار گرفتند. از لحاظ پزشکی، این عمل را در حین سزارین انجام می دهند. در زنانی که به صورت واژینال زایمان می کنند، اوایل دوره نفاس زمان دلخواهی برای بستن لوله هاست. لوله های فالوپ به طور مستقیم در زیر دیواره شکم

قرار داشته و در دسترس هستند که البته این حالت به مدت چند روز پس از زایمان وجود دارد.

بنابراین انجام عمل جراحی ساده بوده و نیاز به بستری شدن دراز مدت ندارد. وجود تمامی این عوامل باعث می شود که انجام عمل را در این زمان کم خطر تر از هر زمان دیگر بدانیم.

بستن لوله ها بلافاصله پس از زایمان واژینال، معایبی به دنبال دارد. از آنجا که مادر معمولاً چند زاست، احتمالاً بدون دریافت بی حسی مناسب برای وارد شدن به حفره صفاق زایمان نموده است. به این دلایل بعضی تمایل دارند که ۱۲ تا ۲۴ ساعت صبر کنند. برای مثال در بیمارستان پارکلند به منظور کاهش دوره اقامت در بیمارستان، بستن لوله ها در اوایل دوره نفاس در بخش جراحی مامائی و در صبح روز پس از زایمان صوت می گیرد. احتمال ایجاد خونریزی پس از زایمان در زنان چند زایمان بعد از ۱۲ ساعت نخست پس از زایمان، به مقدار قابل توجهی کاهش می یابد. مسئله دیگر آنکه وضعیت نوزاد را می توان در چند ساعت پس از تولد بصورت دقیق تری تعیین نمود.

### **بستن لوله ها در دوره نفاس**

نخستین مورد بستن لوله ها در ایالات متحده در بیش از صد سال پیش صورت گرفت که شامل بستن لوله های فالوپ بوسیله نخ سیلیک در حد یک اینچی از محل اتصال لوله ها به رحم بود و پس از دومین عمل سزارین مادر صورت می گرفت. پس از

آن میزان عدم موفقیت بالا به خاطر بستن لوله بدون رزکسیون لوله گزارش شد. امروزه روشهای متعددی جهت قطع لوله وجود دارند.

روش Irving: احتمال عدم موفقیت در این روش به کمترین حد می رسد. همانطور که در شکل مشخص شده است لوله فالوپ را قطع نموده و از مزوسالپنکس جدا می کنند تا یک قطعه داخلی از لوله حاصل شود. انتهای دیستال بخش داخلی لوله را در داخل مجرای در میومتر و در قسمت خلفی قرار داده و انتهای پروگزیمال بخش دیستال لوله را در درون مزوسالپنکس جا می دهند. برای انجام این روش نیاز به میدان عمل بیشتری است.

روش Pomeroy: از میان تمامی روشهایی که جهت قطع لوله بکار می روند، ساده ترین روش Pomeroy می باشد. تاکید اصلی در این روش بر استفاده از نخ کاتگوت ساده برای بستن لوله تا شده می باشد زیرا که اساس این روش بر پایه جذب فوری نخ و جدا شدن انتهای بریده لوله است.

روش Parkland: این روش در سالهای دهه ۱۹۶۰ در بیمارستان پارکلند ابداع شد. در این روش بر خلاف روش Pomeroy، از نزدیک شدن دو انتهای بریده شده لوله فالوپ جلوگیری می شود. (شکل c ۱-۶۲). یک برش شکمی کوچک در زیر ناف ایجاد می گردد. بوسیله کلامپ Babcock بخش میانی لوله را مشخص می نمایند تا بتوانند فیمبریا را در بخش دیستال بطور مستقیم مشاهده کرد. این عمل سبب تشخیص میان لیگامان گرد و بخش میانی لوله فالوپ می شود. هر گاه لوله فالوپ بطور سهوی پائین بافتد، می بایست عملیات شناسایی اولیه را مجدداً و بطور کامل اجرا نمود.

پس از این با استفاده از یک پنس هموستات کوچک بخشی از مزوسالپنکس را که بدون رگ بوده (با توجه به شکل) و در نزدیکی لوله فالوپ می باشد سوراخ می کنند، سپس پنس را آزاد کرده و لوله فالوپ را به طول  $2/5$  سانتی متر از مزوسالپنکس جدا می نمایند. لوله فالوپ آزاد شده را در انتهای پروگزیمال و دیسمتال با نخ کرومیک صفر می بندند و بخش حدفاصل لوله به طول ۲ سانتی متر را با قیچی بریده و از هموستاز اطمینان حاصل می کنند. هر دو قسمت لوله فالوپ رزکسیون شده را علامت گذاری نموده و برای تائید بافت شناسی به آزمایشگاه می فرستند. میزان عدم موفقیت حدود یک در ۴۰۰ می باشد.

روش Madiener بوده بجز آنکه بخشی از لوله تاشده را کلامپ نموده، با نخ غیر قابل بسته ولی رزکسیون انجام نمی گیرد. این روش از آن جهت شرح داده می شود که دیگر بکار برده نمی شود زیرا میزان عدم موفقیت آن ۷ در صد می باشد.

فیمبریکتومی: در آوردن تمام بخش دیستال لوله جهت بدست آوردن نتیجه موثر در پیشگیری از بارداری توسط Kroener و دیگران شرح داده شد. Kroener، لوله فالوپ را دو بار با نخ سیلک دوخته و سپس انتهای فیمبریابی لوله را برید. اگر چه او هیچگونه عدم موفقیتی را گزارش نکرده اما دیگران مواردی از عدم موفقیت را گزارش نموده اند و در بعضی موارد میزان عدم موفقیت غیر قابل قبول قبول می باشد. Taylor (۱۹۷۲) در میان ۲۰۰ خانم، ۶ مورد بارداری را گزارش کرده و Metz (۱۹۷۷)، ۷ مورد عدم موفقیت را در میان ۳۸۸ خانم گزارش کرد. موارد عدم موفقیت معمولاً

ثانویه به باقی ماندن مقدار کمی از بافت فیمبریا یا ناشی از باز شدن مجدد مجرای  
بخش پروگزیمال لوله می باشد.

### بستن لوله ها در زمان دیگری غیر دوره نفاس

روشهای توصیه شده جهت بستن لوله ها از نظر از تعداد بسیار زیاد می باشند. از  
لحاظ اصولی این روشها عبارتند از :

۱- بستن و رزکسیون لوله ها با انجام لاپارومی همانطور که در مبحث بستن لوله  
ها در دوره نقاهت پس از زایمان شرح داده شد.

۲- قرار دادن دائمی انواع حلقه ها یا گیره ها بر روی لوله های فالوپ که معمولا از  
طریق لاپاروسکوپ یا برش کولپوتومی صورت می گیرد.

۳- الکتروکواگولاسیون قسکتی از لوله فالوپ که باز هم از طریق لاپاسکوپ انجام  
می شود.

لاپاروتومی: پس از آنکه رحم به طور کامل جمع شده و به درون لگن حقیقی باز  
می گردد، می توان با به کار بردن یک مانیپولاتور که از پیش در رحم جا داده شده و  
رحم و روی سمفیز پوبیس قرار داد که با انجام چنین اقدامی می توان میدان عمل  
خوبی بوجود آورد. با این روش می توان طریق یک برش ۳ سانتی در بالای پوبیس  
اقدام به لاپاروتومی های کوچک و بستن لوله نمود.

کولپوتومی (Colpotomy): بستن لوله از طریق واژن را معمولا در زنانی که بطور  
واژینال زایمان کرده اند و پس از جمع شدن رحم و بر طرف شدن پر خونی ناشی از  
بارداری ، انجام می دهند. از طریق فورنیکس خلفی واژن وارد حفره و سپس رزکسیون

با روش Pomeroy یا فیبر یکتومی را انجام می دهند . میزان عفونت در این روش زیاد خواهد بود.

لاپاروسکوپی :چاپ مقاله ای در مجله Life به تاریخ ۲۸ جولای ۱۹۷۲ استفاده از روشی تحت عنوان عمل جراحی Band-Aid توسط لاپاروسکوپ را مطرح نمود. معمولا خانم مورد عمل را در یک سرویس جراحی مراقبت می نمایند. بیهوشی عمومی همراه با لوله گذاری داخل تراشه انجام شده و پس از دمیدن در اکسید کربن در حفره صفاق، بستن لوله صورت می گرد. در بیشتر اوقات می توان چند ساعت بعد، بیمار را مرخص نمود. می توان به وسیله حلقه ها ، گیره ها و الکتروکواگولاسیون همراه با قطع عرضی لوله یا بدون آن، پیوستگی لوله فالوپ را از میان می برد.از آن جا که الکتروکواگولاسیون قطعه بزرگی از لوله را تخریب می کند لذا عمل جراحی ترمیمی جهت باز کردن مجدد لوله اغلب ممکن نبوده و این روش به طور معمول در زنان کمتر از ۲۵ سال و کسانی که فرزند کمی دارند توصیه نمی گردد.

### خطرات ناشی از بستن لوله

خطرات بزرگ همواره با بستن لوله ها عبارتند از عوارض مربوط به بیهوشی، انعقاد اشتباهی در اعضاء حیاتی، بروز نادر آمبولی ریه و شکست در بستن لوله و بدنبال آن پدید آمدن بارداری نابجا تشخیص داده نشده که بطور مناسب هم درمان نمی شود. Peterson و همکاران (۱۹۸۲، ۱۹۸۳) احتمال مرگ رادر ۸ مورد در هر صد هزار عمل جراحی برآورد نمودند. اگر میزان مرگ ومیری را که مستقیماً مربوط به خود عمل باشد در نظر بگیریم، این نسبت به ۴ در صد هزار می رسد.

با استفاده از لوله داخل تراشه یا نوع دیگری از بیهوشی می توان از عامل اصلی مرگ یعنی بیهوشی عمومی بدون لوله گذاری داخل تراشه در بیشتر موارد جلوگیری نمود. در عمل بستن لوله ها از طریق لاپاروسکوپی، میزان مرگ و میر ۱/۵ در صد هزار گزارش شده است که این میزان متناسب با میزان مرگ و میر مادران به مقدار ۹ در صد هزار تولد زنده می باشد.

نتایج مطالعات چند مرکزی و چند ملیتی مربوط به انجام لاپاروتومی های کوچک با بستن لوله و رزکسیون قطعه میانی در قیاس با لاپاروسکوپی و الکتروکواگولاسیون لوله توسط سازمان بهداشت جهانی گزارش شده است. عوارض جدی در ۱/۵ درصد از گروه اول و ۹٪ از گروه بعدی پدید آمدند. اما آنها نتیجه گیری کردند که برای بستن لوله در نقاط دور افتاده، بهتر است از روش لاپاراتومی کوچک یا مینی لاپاروتومی استفاده نمود. Destefano و همکاران عوارض حین عمل یا پس از عمل را در ۱/۷ در صد از گروه زیادی از زنان که تحت عمل المیتروکواگولاسیون لوله با استفاده از لاپاروسکوپ قرار گرفته بودند، مشاهده نمودند. عواملی که سبب ازدیاد میزان عوارض می شدند عبارت بودند از جراحی شکمی یا لنگی در گذشته، سابقه عفونت لنگی قبلی، چاقی، دیابت و استفاده از بیهوشی عمومی.

### عدم موفقیت در بستن لوله

تمام روشهای ارائه شده در بالا با عدم موفقیت همراه هستند و بارداریهای بعدی چه به صورت رحمی و چه به صورت نابجا ممکن است در اثر شکست روش پدید آیند.

علل: Soderstrom علل عدم موفقیت در ۴۷ خانم ارجاء داده شده به علت

شکست در روش بستن لوله را با جزئیات شرح داده و نتیجه گیری کرده است که :

۱-عدم موفقیت در روشهای رزکسیون اغلب پس از آناستوموز مجدد خودبخودی یا تشکیل فیستول بوده است.بویژه فیمبریکتومی مستعد تشکیل آناستوموز مجدد می باشد زیرا فیمبریایها همیشه بطور کامل برداشته نمی شود.

۲-اگر وسایل ناقص بوده یا به طرز صحیحی قرار نگیرند با شکست روبرو خواهیم

شد.

۳-آسیب بافتی پس از شکست الکتروکواگولاسیون تک قطبی ناشی از تشکیل

فیستول می باشد.وی علاوه بر این نتیجه می گیرد که بیشتر شکستها مربوط به بستن لوله قابل پیشگیری نیستند.

### عدم موفقیت در بستن لوله در دوره نفاس:

تمام روشهای ارائه شده در بالا با عدم موفقیت همراه هستند و بارداری های

بعدی چه به صورت رحمی و چه نا بجا ممکن است در اثر شکست روش پدید آیند.

علل: Soderstrom (۱۹۸۵) علل عدم موفقیت در ۴۷ خانم ارجاع داده شد به

علت شکست در روش بستن لوله را با جزئیات شرح داده و نتیجه گیری کرده است که:

۱)عدم موفقیت در روشهای رزکسیون اغلب پس از آناستوموز مجدد خودبخودی

یا تشکیل فیستول بوده است.بویژه فیمبریکتومی مستعد تشکیل آناستوموز مجدد می باشد زیرا فیمبریایها همیشه بطور کامل برداشته نمی شوند.



۲) اگر وسایل ناقص بوده یا به طرز صحیحی قرار نگیرند با شکست روبرو خواهیم

شد .

۳) آسیب بافتی پس شکست الکتروکواگولاسیون دو قطبی آشکار ولی ناکامل بود در حالیکه عدم موفقیت پس از الکتروکواگولاسیون تک قطبی ناشی از تشکیل فیستول می باشد. وی علاوه بر این نتیجه می گیرد که بیشتر شکستهای مربوط به بستن لوله قابل پیشگیری نیستند.

### عدم موفقیت در بستن لوله در دوره نفاس

احتمال عدم موفقیت بستن لوله ها در زمان سزارین افزایش می یابد اما با بکار گیری تکنیکی که در بیمارستان پارکلند از آن استفاده می شود با توجه به شکل تفاوتی مشاهده نگردیده است.

**بارداری خارج از رحمی:** حدود ۵۰ در صد بارداری ها پس از الکتروکواگولاسیون، نابجا می باشند در حالیکه این رقم در روشهای استفاده از حلقه ، گیره، یا برداشتن لوله ها حدود ۱۰ درصد می باشد. این میزان در زنان عادی حدود ۱ در صد است . هرگونه علامتی دال بر بارداری در یک زن بعد از بستن لوله ها را می بایست جدی گرفت و بارداری خارج از رحمی را رد کرد.

### سندرم متعاقب بستن لوله ها

این سندرم با علائمی چون احساس ناراحتی در لگن، تشکیل کیست تخمدانی و بویژه منوراژی مشخص می شود. اینککه آیا بستن لوله باعث بوجود آمدن این علائم می شود هنوز معلوم نشده است. مقدار خونریزی قاعدگی را پیش از بستن لوله ها و

همینطور ۶ تا ۱۲ ماه پس از بستن لوله ها اندازه گیری نموده اند. آنها پی برده اند که عمل جراحی هیچگونه تفاوت قابل توجهی در از دست دادن خون قاعدگی ایجاد نمی کند. آنها همچنین گزارش نموده اند که زنان مبتلا به منوراژی بلافاصله پس از بستن لوله ها معمولا از گذشته دچار این مشکل بوده اند یا اینکه از قبل قرصهای ضد بارداری را مصرف می کرده اند که این باعث کاهش خونریزی می شده و با قطع مصرف آنها خونریزی طبیعی خود بخودی و شدید تر مجددا آغاز می گردند. Destefano و همکاران (۱۹۸۳) حدود ۲۵۰۰ خانم را به مدت ۲ سال پس از بستن لوله هایشان پیگیری نموده و گزارش کردند که بجز در قاعدگی، هیچگونه افزایشی در شیوع اختلال عملکرد قاعدگی مشاهده نگردید. در حقیقت، ۵۰ درصد یا بیش از ۵۰ درصد از زنان مبتلا به اختلال عملکرد و قاعدگی پیش از بستن لوله ها، بهبودی را تجربه کردند. Destefano و همکاران (۱۹۸۵) با بررسی یک گروه شاهد از زنانی که شرکای جنسی آنها تحت عمل وازکتومی قرار گرفته بودند، مطالعات اولیه خود را تقویت نمودند. آنها گزارش کردند که خونریزی قاعدگی غیر طبیعی بندرت پدید می آید مگر آنکه پیش از بستن لوله ها پدید آمده باشد. Shy و همکاران (۱۹۹۲) هم نتایج مشابهی را گزارش نمودند. جالب توجه آنکه زنانی که پیش از بستن لوله ها اختلالات قاعدگی داشتند کمتر از زنان کنترل، بعدها سیکل طبیعی پیدا نمودند. Vessey و همکاران (۱۹۸۳)، فراوانی اختلالات زنان و زایمانی و روانی را در میان زنانی که تحت عمل بستن لوله ها قرار گرفته بودند با کسانی که شوهرانشان وازکتومی شده بودند، مقایسه نمودند و تفاوت زیادی میان این دو گروه پیدا نکردند.

Abraham و Hargrove (۱۹۸۱) گزارش کردند که بعضی از زنان که لوله هایشان را بسته یودند در مقایسه با گروه شاهد دارای سطح استرادیول سرمی بالا و سطح پروژسترون سرمی پائینی بودند. دیگر پژوهشگران در تشخیص اختلال عملکرد مرحله لوتئال پس از بستن لوله ها نا موفق بودند بجز روشهایی که می توانند باعث انسداد شریان رحمی-تخمدانی وند

(1980, ladenhoff, 1981, Donnez, 1981, Corson, 1981, Alvarez-Sanches))

وهمکاران آنها).

اگر چه قطع کامل لوله فالوپ لازم است اما به منظور به حداقل رسانیدن احتمال ایجاد ناهنجاریهای پس از بستن لوله که آن را مربوط به بستن لوله ها می دانند, حفظ جریان خون از طریق مزوسالپنکس مجاور ارجح است . نکته جالب توجه آنکه El- Minawi و همکاران (۱۹۸۳) بوسیله ونوگرافی , واریسهای رحمی -مهبلی و واریسهای تخمدانی را پس از انجام روش Pomeroy و بعضی دیگر از روشها و نه روش Parkland, بطور فراوان شناسایی نمودند.

### برگرداندن قدرت باروری

با وجود مطرح شدن نظریات جدید مبنی بر انجام جراحی میکروسکوپی بر روی لوله هایی که قبلا بسته شده اند , نباید با امید برگشت باروری با این شیوه جراحی , خانمی را تحت عمل بستن لوله قرار داد. جراحی به منظور برگشت باروری , پرهزینه , دشوار و غیر مطمئن می باشد. میزان موفقیت بسته به وسعت تخریب لوله و مقدار

برداشته شده لوله در زمان بستن لوله ها فرق می کند. (Hatcher و همکاران, ۱۹۹۴).  
میزان کلی موفقیت در جدول آورده شده است.

### هیستریکتومی

در زنانی که تمایل به داشتن فرزند دیگری ندارند, هیستریکتومی یا خارج نمودن رحم مزایای فرضی متعددی دارد. تنها نقش رحم بجز نگهداری از جنین, ایجاد بیماری می باشد. ولی در صورت فقدان بیماری رحمی یا لگنی, انجام هیستریکتومی جهت عقیم سازی در زمان سزارین, قابل توجه نیست. میزان مرگ و میر هیستریکتومی از ۵ تا ۲۵ درصد هزار زن در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی متفاوت می باشد. میزان کلی مرگ و میر در روش هیستریکتومی ۶۲ در صد هزار می باشد. در هیستریکتومی حین سزارین, از دست دادن خون تقریباً همیشه بیش از عمل سزارین همراه با بستن لوله است. به علاوه آسیب به مجاری ادراری نیز شایع می باشد.

### هیستروسکوپی

بستن لوله ها با استفاده از هیستروسکوپ به منظور نمایان ساختن دهانه لوله ها و مسدود نمودن آنها هدف با ارزشی بوده و توجه زیادی به خود جلب کرده است. تا این تاریخ میزان عدم موفقیت و مشکلات دیگر سبب محدودیت کاربرد بالینی این رویکرد شده اند.

### بستن لوله ها در مردان

برآورد می شود که سالیانه بیش از ۴۰۰۰۰۰۰ مرد در ایالات متحده تحت عمل وازکتومی قرار می گیرد. از طریق یک برش کوچک در اسکروتوم, مجرای وازدفران را

قطع می نمایند تا مسیر عبور اسپرم ها از بیضه ها مسدود شود. این عمل به طور سرپایی و در عرض حدود ۲۰ دقیقه و با استفاده از بی حسی موضعی انجام می گیرد. عوارض این عمل بسیار کم بوده و نسبت به عمل بستن لوله ها در زنان، کم خرج تر می باشد اما دست کم یک مورد مرگ گزارش شده است. هزینه انجام وازکتومی تنها حدود یک پنجم بستن لوله های خانم ها برآورد می گردد. در سال ۱۹۹۶ در شهر دالاس، هزینه انجام وازکتومی ۵۰۰ دلار بود در حالیکه هزینه بستن لوله ها در زنان بصورت سرپایی ۲۷۰۰ دلار برآورد می شد.

یکی از معیبات وازکتومی این است که عقیمی به سرعت پدید نمی آید. تخلیه کامل اسپرم های ذخیره شده در مجاری تناسلی پس از محل قطع و از دفرا ن ممکن است از یک هفته تا چند ماه طول بکشد. باید مایع منی را آزمایش نمود تا زمانی که شمارش اسپرم ها در دو آزمایش متوالی صفر شود. در خلال این دوره باید از روش دیگری برای پیشگیری از بارداری استفاده نمود. میزان عدم موفقیت وازکتومی در حدود ۱ در ۱۰۰ ارزیابی شده است. برگشت باروری پس از انجام وازکتومی موفق، همیشه ممکن نیست. مروری بر چند گزارش نشان می دهد که احتمال موفقیت حدود ۵۰ درصد است که البته انجام آناستوموز مجدد با استفاده از جراحی میکروسکوپی این احتمال را افزایش می دهد. همانند زنان خطر پشیمانی پس از بستن لوله ظاهراً مربوط به عدم بلوغ فکری در زمان عمل جراحی می باشد. سه عامل مهم در برگشت باروری پس از انجام وازکتومی عبارتند از:

۱- بکارگیری دقیق روشهای جراحی میکروسکوپی جهت آناستوموز مجدد؛

۲-مدت زمان پس از وازکتومی ؛

۳-وجود یا عدم وجود گرانولومهای اسپرم

### **آنتی بادیهای ضد اسپرم :**

می توان پس از انجام وازکتومی ،آنتی بادیهای ضد اسپرم را مشخص نمود.توجه به این نکته معطوف شده که احتمال دارد پاسخ ایمنی باعث دگرگونیهای زیانباری در کل اعضاء بدن شود.مشاهدات دقیق انجام شده در مورد گروه زیادی از مردان که سالها پیش زیر عمل وازکتومی قرار گرفته بودند ،نشان می دهد که میزان بیماریهای قلبی عروقی،کمپلکسهای ایمنی در گردش خون یا آسیب عروقی شبکیه افزایش نیافته است.

### **کارسینوم پروستات و بیضه :**

شواهدی مبنی بر افزایش بروز سرطان بیضه پس از وازکتومی وجود ندارد .ارتباط مثبت ضعیفی میان وازکتومی و کارسینوم پروستات یافتند.با وجود چنین مشاهداتی ، بیانیه منتشر شده در کنفرانس موسسه ملی سلامت درباره وازکتومی و سرطان پروستات در سال ۱۹۹۳ از این قرار بود:

از آنجا که نتایج مربوط به تحقیقات درباره وازکتومی و سرطان پروستات تا کنون استوار نبوده و ارتباط مان این دو ضعیف می باشد لذا در حال حاضر توصیه خاصی جهت ایجاد دگرگونی در اقدامات درمانی و بهداشت جامع صورت نمی گیرد. در همین راستا کارگزاران بهداشتی و درمانی همچنان می بایست عملوازکتومی را توضیح داده و آن را انجام دهند.

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

انجام عمل جراحی جهت برگشت وازکتومی به منظور پیشگیری از سرطان  
پرستات توصیه نمی شود بیمار یابی جهت سرطان پرستات در مردانی که وازکتومی  
شده اند درست باید مثل سایر مردان صورت پذیرد.

### وازکتومی با انتهای باز:

این روش در واقع تغییری در وازکتومی کلاسیک می باشد. انتهای واز دفران که  
در سمت بیضه است باز گذاشته شده و  $1/5$  سانتیمتر از انتهای شکمی آن منعقد می  
شود. در این روش باور بر این است که :

۱- شیوع اپیدیدیمیت احتقانی کم شده بدون اینکه شیوع گرانولوم های اسپرم

زیاد شود؛

۲- احتمال موفقیت روشهای بازگرداندن باروری بیشتر می گردد.

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:** farbod ghassemi kia

**Keywords:**

**Comments:**

**Creation Date:** 4/1/2012 10:40:00 PM

**Change Number:** 1

**Last Saved On:**

**Last Saved By:** hadi tahaghoghi

**Total Editing Time:** 0 Minutes

**Last Printed On:** 4/1/2012 10:40:00 PM

**As of Last Complete Printing**

**Number of Pages:** 15

**Number of Words:** 2,539 (approx.)

**Number of Characters:** 14,477 (approx.)