

الأدوية النسائية

إعطاء: د. وفاء ابراهيم

إعداد: د. محمد هارون

جَامعة
المَنارة
MANARA UNIVERSITY



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

1A أدوية الاضطرابات الطمثية:

عسر الطمث dysmenorrhea:

يعد عسر الطمث أكثر الاضطرابات النسائية شيوعاً حيث يصيب حوالي 50% من النساء بعد البلوغ، وهو إما أن يكون أولياً أو ثانوياً.

1- عسر الطمث الأولي: يحدث فقط في الدورات الإباضية ويتظاهر بألم وشعور بالانزعاج بسبب التقلصات الرحمية الناتجة عن تحرر البروستاغلاندينات من البطانة الرحمية في طور الأصفر من الدورة، وتظهر لدى المرأة المصابة أيضاً أعراض الغثيان والإسهال والصداع. تعد مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الخيار العلاجي الأول في هذه الحالة حيث تقوم بتثبيط أنزيم السيكلوأكسجيناز cyclooxygenase المسؤول عن اصطناع البروستاغلاندينات، وتتضمن الأدوية الأكثر استخداماً لهذا الغرض: الأسبرين aspirin، الفلوربيروفن flurbiprofen، الإيبوبروفن ibuprofen، الأنوميتاسين indomethacin، الكيتوبروفن ketoprofen، النابروكسين naproxen، والبيروكسيكام piroxicam (راجع نشرات هذه الأدوية في قسم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية). تستخدم هذه الأدوية عند بدء الإحساس بالانزعاج ويستمر استخدامها لبضعة أيام ما دامت الأعراض، وإذا استمر عسر الطمث يضاف مستحضر مانع حمل فموي لتثبيط الإباضة والحد من إطلاق البروستاغلاندينات. يعالج عسر الطمث التشنجي باستخدام المضادات الكولينية (مثل بروميد بوتيل الهيوسين hyoscine butyl bromide) التي تقوم بإرخاء العضلات الملساء الرحمية من خلال التأثير على العقد نظيرة الودية داخل الجدارية، وتظهر نتيجة استخدام هذه الأدوية الآثار الجانبية الجهازية لمضادات الكولين. كما تمت الموافقة على استخدام المرخيات العضلية ذات التأثير المباشر (مثل سيترات الألفرين alverine citrate) لتسكين آلام عسر الطمث.

2- عسر الطمث الثانوي: يرافق وجود اضطرابات أخرى، ويكون انتباز بطانة الرحم السبب الأكثر شيوعاً في الحالات الشديدة، وتشمل الأسباب الأخرى الداء الحوضي الالتهابي والشذوذات الولادية. يجب أن توجه المعالجة في عسر الطمث الثانوي إلى السبب المستبطن.

غزارة الطمث menorrhagia:

تعرف غزارة الطمث بأنها الخسارة الدموية الطمثية التي تزيد عن 80 مل، مقارنةً بالخسارة الدموية الطبيعية التي تقدر بحوالي 30 مل. قد تكون غزارة الطمث ثانوية أي ناتجة عن أمراض مستبطنة مثل التليف والسليلات والأمراض الخبيثة والإنتانات ووجود الأهبة للنزف، وتوجه المعالجة في هذه الحالات إلى السبب المستبطن، ولكن غالباً ما يكون السبب الإمبراضي غير محدد، ويعبر عن الاضطراب عندها بالنزف الرحمي الناتج عن الخلل الوظيفي، ويترافق 10%-20 من هذه الحالات بانعدام الإباضة خاصةً في أواخر العمر الإنجابي للمرأة. تعد المعالجة الدوائية الخيار الأول في معالجة غزارة الطمث رغم كونها تجريبية في بعض الأحيان. هناك ثلاثة أصناف أساسية من الأدوية المستخدمة لمعالجة غزارة الطمث هي: مثبطات اصطناع البروستاغلاندين، العوامل المضادة لانحلال الليفين، والمعالجات الهرمونية.

1- مثبطات اصطناع البروستاغلاندين:

تستخدم مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بشكل واسع في معالجة غزارة الطمث، وتتمثل الآلية الأساسية لعمل هذه الأدوية بإنقاص كمية البروستاغلاندين المتحرر من بطانة الرحم. يعد حمض الميفيناميك *mefenamic acid* مضاد الالتهاب غير الستيروئيدي الأكثر استخداماً لعلاج غزارة الطمث، حيث ينقص هذا الدواء الخسارة الدموية الحوضية بنسبة 25% لدى حوالي 75% من النساء المصابات بغزارة الطمث، وسجلت بعض النتائج المشابهة بعد استخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى مثل الفلوربيروفن *flurbiprofen* والنابروكسين *naproxen*.

2- العوامل المضادة لانحلال الليفين:

تكون الفعالية الحالية لليفين في البطانة الرحمية لدى النساء المصابات بغزارة الطمث أكبر منها عندما تكون الخسارة الدموية الحوضية ضمن الحدود الطبيعية، لذا تعد الأدوية المضادة لانحلال الليفين مثل حمض الترانيكساميك *tranexamic acid* فعالة في معالجة غزارة الطمث، حيث ينقص هذا الدواء الخسارة الدموية الحوضية بنسبة 50%، ويعد حمض الترانيكساميك فعالاً أيضاً في معالجة غزارة الطمث ذات المنشأ العلاجي التي تسببها جهازز منع الحمل داخل الرحمية.

3- المعالجات الهرمونية:

- **البروجيستوجينات الجهازية:** يعد استخدام البروجيستوجينات الجهازية مثل النورإيثستيرون *norethisterone* مقاربة جيدة في معالجة النزف الرحمي الناتج عن الخلل الوظيفي بغياب الإباضة، مع ذلك تظهر أغلب الدراسات أن هذه الأدوية لا تكون فعالة في تدبير النزف الإباضي إذا أعطيت بجرعة منخفضة ولمدة قصيرة في طور الأصفر من الدورة.
- **مانعات الحمل الفموية المشتركة:** تنقص مانعات الحمل الفموية المشتركة الخسارة الدموية بنسبة 50%، ويعتقد أن آلية تأثيرها الرئيسية في هذا المجال تتمثل بكبت البطانة الرحمية، مع ذلك يبدو أن مانعات الحمل الفموية المشتركة غير شائعة الاستخدام في معالجة غزارة الطمث بسبب المخاوف من الانصمام الوريدي الخثاري والأمراض الشريانية خاصة لدى النساء فوق 35 سنة، والنساء المدخنات، والبدينات، وذوات السيرة العائلية للانصمام الوريدي الخثاري والعوامل المؤهبة الأخرى.
- **الدانازول *danazol*:** أندروجين صناعي يملك فعالية مضادة للاستروجين ومضادة للبروجيستوجين، ويقوم بتنشيط تحرر الموجهات التناسلية النخامية، ويملك تأثيراً كابئاً مباشراً على البطانة الرحمية. أدخل الدواء في البداية لمعالجة انتباز البطانة الرحمية وخلل التنسج الثديي، والتثدي عند الرجال، وهو يسبب تراجعاً واضحاً في الخسارة الدموية الحوضية عند استخدامه في معالجة غزارة الطمث، إلا أن الحوادث العالية

للآثار الجانبية الذكورية تحد من استخدام الدواء كخيار علاجي لدى النساء المصابات بأمراض نسائية، ويتمثل استخدامه الأساسي كمعالجة مساعدة قصيرة الأمد قبل العملية لترقيق البطانة الرحمية قبل إجراء الجذ البطاني.

4-أدوية أخرى:

- **إيتامسيلات etamsylate:** يقلل النزف الشعري بوجود عدد طبيعي من الصفائح، لا يؤثر على استتباب الفيبرين و لكن ربما يصحح الالتصاق غير الطبيعي للصفائح، يستخدم لتقليل فقدان الدم في حالات غزارة الطمث (فمويًا: 500ملغ/4 مرات في اليوم طوال فترة الحيض).

المتلازمة السابقة للحيض premenstrual syndrome:

تعرف أيضاً بالتوتر السابق للحيض، وهي تتصف بالعصبية، والهياج، وعدم الاستقرار العاطفي، والقلق، والاكنتاب، والصداع، والوذمة، وألم الثدي، وتظهر خلال الأيام 7-10 السابقة للحيض وتخف بعد الحيض ببضع ساعات.

تتضمن الإجراءات غير الدوائية المتبعة لتدبير المتلازمة السابقة للحيض إجراء التمارين بشكل منتظم، وإنقاص العوامل المسببة للشدة النفسية، وقد تفيد المعالجة الشورانية counselling في مساعدة المرأة وزوجها على التأقلم مع هذا الاضطراب، كما قد يفيد تغيير النظام الغذائي (مثل زيادة البروتينات وإنقاص السكاكر) وإضافة الفيتامينات B (خاصةً فيتامين B6 وأحياناً المغنيزيوم).

أما المعالجة الدوائية فتشمل استخدام المهدئات (البنزوديازيبينات benzodiazepines) التي تفيد في تخفيف الهياج والعصبية، ومضادات الاكتئاب التي تستخدم في معالجة هذه المتلازمة بنفس الجرعة المستخدمة لمعالجة الاكتئاب، وتعد مثبطات إعادة قبط السيروتونين (الفلوكسيتين fluoxetine بجرعة فموية قدرها 20 ملغ، السيرترالين sertraline بجرعة يومية قدرها 50 ملغ) أكثر مضادات الاكتئاب فعاليةً في تدبير الأعراض النفسية والجسدية لهذه المتلازمة وأقلها آثاراً جانبية، ويبدو أن إعطاء مضادات الاكتئاب في طور الأصفر من الدورة يحسن فقط من الأعراض المزاجية ولا يخفف من الاضطرابات الجسدية والعاطفية. يفيد إنقاص وارد صوديوم واستخدام المدرات (مثل الهيدروكلورثيازيد hydrochlorothiazide بجرعة فموية قدرها 25-50 ملغ/يوم) في تخفيف احتباس السوائل. قد تكون المعالجة الهرمونية فعالة لدى بعض النساء، وتتضمن استخدام مانعات الحمل الفموية، أو البروجسترون، أو أحد البروجيستوجينات طويلة التأثير، ولكن لا يزال استخدام البروجسترون والبروجيستوجينات الأخرى في معالجة المتلازمة السابقة للحيض موضع جدل، إذ لا تتزامن هذه المتلازمة مع تغيرات في سويات البروجسترون ناهيك عن النتائج المتضاربة للتجارب السريرية، كما أن استخدام مانعات الحمل الفموية المشتركة ترافق مع تراجع بسيط في الأعراض، وأدى إلى تفاقم الحالة في بعض الأحيان.

بامبروم pambarom: هو مدر ضعيف وله فعالية مسكنة ضعيفة، يستخدم لعلاج أعراض متلازمة ما قبل الحيض بمشاركته مع الباراسيتامول.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

1B أدوية الانتباز البطاني الرحمي

الانتباز البطاني الرحمي endometriosis هو تواجد نسيج بطاني مستجيب للهرمون خارج جوف الرحم.

هناك فروقات صغيرة بين الأدوية المرخصة للاستخدام في الانتباز البطاني الرحمي، ويعتمد اختيار المستحضر المناسب على تحمل المريضة.

• **الدانازول danazol**: يشبه بنويماً التستوسترون، ويفسر نمط تأثيره وآثاره الجانبية بفعاليته التذكيرية androgenicity. يقوم هذا الدواء بخفض قمم تراكيز الموجهات التناسلية في منتصف الدورة، ولهذا يكون انخفاض الاستروجين الدموي الذي يسببه أقل من الانخفاض المرافق لاستخدام مضاهئات الهرمون المحرر للموجهات التناسلية، وبالتالي يكون أقل تسبباً بحدوث الهبات الساخنة، ولكن تعاني النسوة المعالجات بالدانازول أحياناً من الجفاف المهبلي والتهاب المهبل، ومن تراجع حجم الثدي، رغم أن هذا التأثير الأخير ينتج عادةً بشكل مباشر عن التأثير الأندروجيني للدواء.

يتسبب الدانازول بظهور عدد من الآثار الجانبية الذكورية الأخرى الشائعة مثل العد، والبشرة الدهنية، وكثرة الشعر، وازدياد الشبق، والتوادم، وازدياد الوزن. يجب الانتباه إلى إمكانية حدوث احتباس للسوائل لدى المرضى المصابين بقصور في الوظيفة القلبية أو الكلوية، ولدى مرضى الصرع، ومرضى الشقيقة لأن ذلك قد يؤدي إلى اشتداد هذه الحالات.

قد تظهر في حالات نادرة علامات الترجيل virilisation، ويجب أن يتم سحب الدواء مباشرة بمجرد ملاحظة خشونة في الصوت، لأن هذا العرض قد يكون غير عكوس.

يجب استبعاد الحمل قبل إعطاء الدواء بسبب خطر ظهور أعراض ذكورية على الجنين الأنثى، وتنصح المريضة ببدء المعالجة بالدواء في اليوم الأول من الدورة لاستبعاد الحمل، وتنصح أيضاً باستخدام موانع الحمل الحاجزية خلال المعالجة. يجب أن يستخدم الدانازول بحذر لدى مرضى فرط شحوم الدم وذلك اعتماداً على بعض التقارير التي أظهرت تأثير الدواء العكسي على نسبة البروتين الشحمي عالي الكثافة HDL ومنخفض الكثافة LDL.

قد يتسبب الدانازول بتدهور تحمل الجلوكوز لدى النساء المصابات بالداء السكري، الأمر الذي يستدعي ضبط جرعة الأنسولين في هذه الحالة.

قد يؤثر الدانازول على الوظيفة الكبدية (كما هو الحال لدى استخدام الستيروئيدات الابتنائية الحاملة لجذر ألكيلي في الموقع 17-) وقد يؤدي إلى تغيرات عابرة عرضية في الأنزيمات الكبدية، كما سجلت بعض حالات اليرقان الركودي العكوس، لذا يجب توخي الحذر لدى استخدام هذا الدواء في حالات القصور الكبدية، ويجب تجنب استخدامه لدى مرضى البرفيرية لأنه يسرع من حدوثها.

- البروجيستوجينات **progestogens**: يستخدم النورإيثستيرون norethisterone في معالجة الانتباز البطاني الرحمي بسبب قدرته على إسقاط الغشاء الساقط، وإحداث وذمة سدوية، وتنخر، وارتشاف. تثبط المعالجة بالنورإيثستيرون عملية الإباضة لدى معظم المريضات ولكن عادةً ما تعود دورات الإباضة إلى وضعها الطبيعي خلال شهرين من إيقاف المعالجة الفموية. يستخدم اللينواسترينول lynoestrenol أيضاً لمعالجة انتباز البطانة الرحمية وهو يتحول في الجسم إلى النورإيثستيرون الفعال دوائياً.

1C أدوية العقم

تتعرض جميع النساء الخاضعات إلى معالجة محرصة للإباضة إلى خطر الإصابة بمتلازمة فرط التحريض المبيضي ovarian hyperstimulation syndrome، وقد تكون هذه الحالة مميتة، ويجب تدبيرها بشكل مناسب وفوري إذا تطورت لدى المريضة بعض العلامات للضخامة المبيضية، والاستسقاءات، أو الانصبابات الجنبوية أو التأمورية.

- **الكلوميفين clomiphene**: من ضادات الاستروجين، يقوم بتنبيه إفراز موجهة الغدد التناسلية من الغدة النخامية، ويؤدي ذلك بالتالي إلى استهلال التطور الجريبي وتحريض الإباضة. تعد الهبات الساخنة أكثر الآثار الجانبية شيوعاً، وتكون هذه الهبات خفيفة، ومشابهة لتلك المشاهدة لدى النساء بعد الإياس، وتختفي عند إيقاف المعالجة بالدواء. قد يترافق استعمال الدواء بتضخم المبايض، وتكون درجة هذا التضخم أكبر وحوادث التضخم أكثر لدى النساء اللواتي يعانين من تضخم المبايض قبل بدء المعالجة، ويوصى عندها بإعطاء جرعات صغيرة من الدواء. يجب توخي الحذر لدى النساء اللواتي تظهر لديهن أعراض بصرية مترافقة مع المعالجة بالكلوميفين، كما يجب فحص أي مريضة تعاني من أعراض بطنية بشكل دقيق.

- **البروموكريبيتين bromocriptine**: من شادات الدوبامين D2 المستخدمة لإنقاص السويات العالية من البرولاكتين لدى النساء المصابات بفرط برولاكتين الدم. يتمتع البرولاكتين بتأثير مثبط لتحرر الموجهة التناسلية ويكون عادةً سبباً للعقم، لذا فإن إزالة هذا التأثير المثبط يساعد في عودة الإباضة إلى وضعها الطبيعي. يجب تجنب استخدام البروموكريبيتين عند وجود إصابة بمرض ذهاني أو باحتشاء العضلة القلبية، ويفضل تجنب استخدامه عند وجود إصابة بمرض وعائي محيطي أو بالقرحة الهضمية.

1D مانعات الحمل

- هناك عدة معايير يُحكم من خلالها على الطريقة المتبعة لمنع الحمل تتضمن: الفعالية، القبول من قبل النساء، ومدى خلوها من الآثار الجانبية.
- منع الحمل الهرموني: يعد الوسيلة الأكثر فعالية للتحكم بالإخصاب وسلب القدرة على الإنجاب بصورة مؤقتة، إلا أنه يتسبب بظهور بعض الآثار الجانبية التي قد تكون أساسية أو ثانوية خاصةً لدى فئات معينة من النساء.

- جهاز منع الحمل داخل الرحمية: على الرغم من فعالية هذه الجهاز في منع الحمل إلا أنها قد تسبب بعض الآثار الجانبية الموضعية غير المرغوبة، ويفضل استخدامها لدى النساء الولادات الأكبر سناً أكثر منه لدى النساء الأصغر سناً أو اللواتي يكون لديهن خطر أكبر للإصابة بالتهاب الحوض.
- الوسائل الحاجزية (العوازل الذكرية والإنثوية): تعد هذه الوسائل أقل فعالية من الوسائل السابقة وتعمل عادةً بالمشاركة مع قاتلات الحيوانات المنوية (مبيدات النطف).

مانعات الحمل الهرمونية:

1- مانعات الحمل الفموية المشتركة **combined oral contraceptives**:

تعد مانعات الحمل الفموية الحاوية على مشاركة لمركب استروجيني وآخر بروجستيروني (مانعات الحمل المشتركة) أكثر المستحضرات فعالية للاستخدام العام، حيث يقوم المكون الاستروجيني بتنشيط الإباضة بينما يمنع المركب البروجستيروني تعشيش البويضة في البطانة الرحمية ويجعل مخاطية عنق الرحم غير نفوذة للنطف. تتمتع هذه الأدوية بالعديد من المزايا:

- تأثيرها موثوق وعكوس.
- تنقص حدوث عسر الطمث وغازة الطمث.
- تنقص حدوث التوتر السابق للطمث.
- ينتج عنها حوادث أقل للأورام الليفية العرضية والكيسات المبيضية الوظيفية.
- ينتج عنها حوادث أقل لأمراض الثدي الحميدة.
- هناك خطر أقل لحدوث سرطان المبيض وبطانة الرحم.
- هناك خطر أقل لحدوث التهاب الحوض الذي يشكل خطراً لدى النساء اللواتي يستخدمن مانعات الحمل داخل الرحمية.

تدعى مانعات الحمل الفموية الحاوية على كميات ثابتة من المكون الاستروجيني والبروجيستيروني في كل قرص بمانعات الحمل الفموية وحيدة الطور **monophasic**، أما المستحضرات الحاوية على كميات متفاوتة من الهرمونين تبعاً لمراحل الدورة الإباضية المختلفة فتدعى مانعات الحمل الفموية ثنائية الطور **biphasic** أو ثلاثية الطور **triphasic**.

اختيار مانع الحمل:

يتم عادةً اختيار مستحضر ذي محتوى منخفض من الاستروجين والبروجستيروني ويؤمن ضبطاً جيداً للدورة بأقل تأثيرات جانبية.

- **المستحضرات ذات القوة المنخفضة** (تحتوي على 20 مكغ من الإيثينيل استراديول **ethinylestradiol**): تكون هذه المستحضرات ملائمة بشكل خاص للنساء اللواتي لديهن خطورة لحدوث أمراض قلبية وعائية، شريطة أن يكون استخدام مانعات الحمل الفموية المشتركة مناسباً، إذ ينصح عادةً بعدم الاستمرار بإعطاء مانعات الحمل الفموية المشتركة بعد سن الخمسين لوجود بدائل ملائمة أكثر لهذه الفئة العمرية.
- **المستحضرات ذات القوة المعيارية** (تحتوي على الإيثينيل استراديول 30 أو 35 مكغ، ويكون عيار الإيثينيل استراديول في المستحضرات الطورية 30 مكغ في بعض

الأقراص و40 مكغ في باقي الأقراص): تكون هذه المستحضرات ملائمة للاستخدام في الحالات المعيارية، بينما يحتفظ بالمستحضرات الطورية للاستخدام لدى النساء اللواتي لا يحدث لديهن نزف بعد إيقاف المستحضر أو لدى النساء اللواتي يحدث لديهن نزف اختراقي breakthrough bleeding جراء استخدام مانعات الحمل أحادية الطور.

• يمكن استخدام البروجيستوجينات مثل الديزوجستريل desogestrel و الدروسبيرينون drospirenone و الجيستودين gestodene (بالمشاركة مع الإثينيل استراديول) لدى النساء اللواتي ظهرت لديهن بعض الآثار الجانبية (مثل العد، والصداع، والاكتئاب، وزيادة الوزن، وأعراض في الثدي، ونزف اختراقي) لدى استخدام البروجيستوجينات الأخرى، ولكن يجب تنبيه النساء إلى أن تناول الديزوجستريل أو الجيستودين gestodene قد يترافق أيضاً بازدياد خطر الانصمام الوريدي الخثاري.

يملك الدروسبيرينون (مشتق من السبيرانولاكتون) فعالية مضادة للأندروجين وفعالية مضادة للتأثير القشري المعدني، لذلك يجب أن يستعمل بحذر لأن الزيادة في تركيز البوتاسيوم قد تكون خطيرة.

نسيان الحبة:

يجب الانتباه إلى أن نسيان أخذ الحبة في بداية أو نهاية الدورة الإباضية يطيل الفترة الخالية من تناول الحبوب ويطيل بالتالي الفترة الحرجة التي تغيب فيها الحماية، وتنصح المنظمات المسؤولة عن تنظيم الأسرة حالياً بما يلي:

في حال نسيان تناول حبة مانع الحمل يجب على المرأة تناولها حالما تتذكر وتناول الحبة التالية في وقتها المعتاد، وإذا تأخر أخذ الحبة عن موعده مدة 24 ساعة أو أكثر (خاصة الحبة الأولى في الظرف) فإن الحبة قد تكون عديمة المفعول في هذه الحالة، ولكن يجب على المرأة الاستمرار بتناول الحبوب التالية كالمعتاد على الرغم من أنها قد تكون خارج إطار الحماية لمدة 7 أيام، ويجب في هذه الحالة أحد أمرين: إما تجنب الجماع أو اللجوء إلى استخدام الوسائل الحاجزية، وإذا ما تزامن انقضاء هذه الأيام السبعة مع نهاية الظرف يجب عندها البدء بظرف ثانٍ مباشرة بعد نهاية الظرف الأول (أي دون ترك فاصل بين الظرفين)، وإذا كانت المرأة تستخدم الحبوب اليومية تنصح بترك الحبات السبع غير الفعالة. قد يتأخر الطمث حتى انتهاء الظرفين إلا أن ذلك لا يستدعي القلق، ويجب على المرأة ألا تكثر لحدوث بعض النزف خلال الأيام التي تتناول فيها الحبوب.

جرعة مانعات الحمل:

يجب تناول مانع الحمل في نفس الوقت تقريباً من كل يوم، وقد يفقد مانع الحمل مفعوله إذا تأخر تناول الحبة 24 ساعة أو أكثر عن موعده المعتاد.

• المستحضرات المشتركة (وحيدة الطور) المستخدمة لمدة 21 يوم: يعطى قرص واحد/يوم بدءاً من اليوم الأول للدورة الإباضية ولمدة 21 يوماً، ويبدأ استخدام الظرف التالي بعد 7 أيام من انتهاء الظرف الأول، ويظهر في الفترة الفاصلة نزف السحب. إذا ما تم استخدام مانع الحمل في اليوم الرابع أو في مرحلة أكثر تقدماً من الدورة

الإباضية يكون من الضروري اتخاذ احتياطات إضافية خلال الأيام السبعة الأولى (استعمال الوسائل الحاجزية).

- المستحضرات المشتركة (وحيدة الطور) المستخدمة بشكل يومي: يعطى قرص فعال واحد في اليوم الأول من الدورة الإباضية، وإذا ما بدأ استخدام مانع الحمل في اليوم الرابع أو في مرحلة أكثر تقدماً من الدورة الإباضية يكون من الضروري عندها اتخاذ احتياطات إضافية خلال الأيام السبعة الأولى (استعمال الوسائل الحاجزية). يظهر نزف السحب عندما تؤخذ الأقراص غير الفعالة، وتبدأ المرأة باستخدام الظرف التالي في اليوم التالي مباشرةً لانتهاؤ الحبوب غير الفعالة وبدون توقف.
- المستحضرات ثنائية وثلاثية الطور: تحوي هذه المستحضرات على كميات متفاوتة من المكون الاستروجيني والبروجيستيروني تبعاً لمراحل الدورة الإباضية، والهدف من ذلك هو إنقاص الوارد الهرموني الكلي مع الاحتفاظ بالفعالية المانعة للحمل من خلال تغيير سوية الهرمونات خلال الدورة الإباضية. تعطى الحبة الأولى من الظرف في اليوم الأول من الدورة دون الحاجة إلى اتخاذ أي احتياطات، أو تعطى في اليوم الخامس مع اتخاذ احتياطات إضافية في الأيام السبعة الأولى، ويجب التأكد من تناول الحبوب بالترتيب الصحيح.

تغيير مانع الحمل إلى مانع حمل آخر يحوي مركب بروجيستيروني مختلف:

- المستحضرات المشتركة المستخدمة لمدة 21 يوم: يجب على المرأة الاستمرار بتناول حبوب مانع الحمل الحالي حتى انتهاء جميع الأقراص في الظرف، وتبدأ بتناول أول قرص من المستحضر الجديد في اليوم التالي مباشرةً، وإذا ترك فاصل 7 أيام بين المستحضرين يجب أخذ احتياطات إضافية خلال الأيام السبعة الأولى من استخدام المستحضر الجديد.
 - المستحضرات المشتركة المستخدمة بشكل يومي: يبدأ استخدام المستحضر الجديد (القرص الأول من المستحضر المستخدم لمدة 21 يوم أو القرص الفعال الأول من المستحضر المستخدم بشكل يومي) في اليوم التالي مباشرةً لتناول آخر قرص فعال من المستحضر السابق (أي تهمل الأقراص غير الفعالة).
- * التغيير من مانع حمل حاوي على البروجيستيروين فقط إلى مستحضر مشترك:
يبدأ استخدام مانع الحمل الجديد في اليوم الأول من الحيض أو في أي يوم إذا كان هناك انقطاع للحيض (بعد استبعاد الحمل).
- * عند الإصابة بانقطاع الحيض الثانوي (بعد استبعاد الحمل):
يبدأ استخدام مانع الحمل في أي يوم، ويجب اتخاذ احتياطات إضافية خلال الأيام السبعة الأولى.
- * بعد الولادة:
يبدأ استخدام مانعات الحمل بعد 3 أسابيع من الوضع (يزداد خطر الخثار إذا استخدمت في وقت أبكر)، ويكون من الضروري اتخاذ احتياطات إضافية في الأيام السبعة الأولى إذا ما بدئ باستخدام مانع الحمل بعد أكثر من 3 أسابيع من الوضع. لا ينصح باستخدام مانعات الحمل المشتركة إذا كانت المرأة مرضعة، ويفضل في هذه الحالة استخدام مانعات الحمل الحاوية فقط على البروجيستيروين.
- * بعد الإجهاض أو الإجهاض التلقائي:

يبدأ استخدام مانعات الحمل في نفس اليوم.

الإسهال والقيء:

يمكن للإسهال الحاد المستمر والقيء أن يتداخل مع امتصاص مانع الحمل، إذا حصل القيء خلال أول ساعتين من تناول مانع الحمل، يجب أن تؤخذ حبة أخرى بأسرع ما يمكن، أما إذا استمر القيء أو الإسهال الحاد لأكثر من 24 ساعة يجب عندها اتخاذ إجراءات وقائية إضافية ولمدة 7 أيام بعد الشفاء، وإذا حدث القيء أو الإسهال أثناء تناول الأقراص السبعة الأخيرة من الظرف فإن فترة التوقف الفاصلة بين الظروف يجب أن تلغى (يجب إهمال الأقراص غير الفعالة في النظام المعتمد على التناول اليومي للأقراص).

السفر:

تزداد إمكانية الإصابة بالخثار الوريدي العميق لدى النسوة اللواتي يتعاطين مانعات الحمل الفموية المشتركة ويقمن برحلات طويلة (تزيد عن 5 ساعات) تبقى فيها المرأة المسافرة بلا حركة، ويمكن إنقاص هذا الخطر بإجراء تمارين مناسبة أثناء الرحلة وارتداء الجوارب المطاطية.

الإيقاف الفوري لمانعات الحمل:

يجب التوقف الفوري عن استخدام مانعات الحمل الفموية المشتركة أو المعالجة بالإعاضة الهرمونية في حال ظهور أي من الأعراض التالية:

- 1 - ألم صدري مفاجئ وشديد (وإن لم يكن ممتداً إلى الذراع الأيسر).
- 2 - توقف مفاجئ في التنفس (أو سعال مصحوب بقشع مدمى).
- 3 - ألم شديد في ربة أحد الساقين.
- 4 - ألم معدني شديد.
- 5 - تأثيرات عصبية خطيرة مثل: صداع غير معتاد، شديد و مستمر لفترة طويلة خاصة إذا حدث للمرة الأولى أو ازدادت شدته، فقدان رؤية مفاجئ جزئي أو كامل، اضطراب مفاجئ في السمع أو حدوث اضطرابات إدراكية أخرى أو عسر هضم أو هجمات إغماء أو انهيار، أو نوبة صرع غير مفسرة تحدث للمرة الأولى، ضعف، اضطرابات حركية، خدر واضح جداً، يصيب طرفاً أو جانبا واحدا من الجسم بشكل مفاجئ.
- 6 - التهاب كبد، يرقان، تضخم كبد.
- 7 - عدم قدرة على الحركة لفترة طويلة بعد الجراحة أو أذية الساق.
- 8 - ضغط دم انقباضي أعلى من 160 ملم زئبقي وضغط دم انبساطي أعلى من 100 ملم زئبقي.
- 9 - اكتشاف عوامل خطورة:

اكتشاف عوامل خطورة للانصمام الوريدي الخثاري، اكتشاف عوامل خطورة للأمراض الشريانية، الشقيقة.

2- موانع الحمل الحاوية على البروجيستوجين فقط:

تقدم المستحضرات الفموية الحاوية على البروجيستوجين فقط بديلاً مناسباً عندما يكون استعمال المستحضرات الحاوية على إستروجينات مضاداً للاستطباب (كما لدى المصابين بالتهاب الوريد الخثري أو في حال وجود سيرة سابقة أو تأهب للخثار الوريدي)، إلا أنها تتوافق مع معدل مرتفع بالفشل مقارنة بالمستحضرات المشتركة. تكون هذه المستحضرات مناسبة عند النساء المتقدمات في العمر، المدخنات بشدة، و في حالات ارتفاع الضغط، اعتلال الصمامات القلبية، الداء السكري، و الشقيقة. تكون الشذوذات الطمئية (غزارة الطمث أو قلته) شائعة، لكن تميل لأن تتبدد خلال المعالجة طويلة الأمد.

الجرعة:

تؤخذ حبة واحدة يومياً اعتباراً من اليوم الأول للدورة الطثية بنفس الوقت يومياً، (يفقد مانع الحمل مفعوله في حال تأخر تناول الحبة لأكثر من 3 ساعات). و ليس من الضروري اتخاذ احتياطات إضافية لمنع الحمل عند بدء المعالجة. التغيير من مانع حمل فموي مشترك: يبدأ تناول مانع الحمل الجديد في اليوم التالي مباشرة لتناول آخر قرص من مانع الحمل المشترك بدون ترك فاصل (تهمل الأقراص غير الفعالة في المستحضرات المشتركة المستخدمة بشكل يومي). بعد الولادة يبدأ استخدام موانع الحمل بعد 3 أسابيع من الوضع (يزداد خطر النزف الإخترافي إذا استخدمت في وقت أبكر).

نسيان الحبة:

في حال نسيان تناول حبة مانع الحمل يجب على المرأة تناولها حالما تتذكر و تناول الحبة التالية في وقتها المعتاد، و إذا تأخر أخذ الحبة عن موعده مدة 3 ساعات أو أكثر (12 ساعة في حال تناول cerazette) تصبح عنها المرأة غير محمية، و لكن يجب عليها الاستمرار بتناول الحبوب التالية كالمعتاد مع استعمال وسائل أخرى لمنع الحمل في اليومين التاليين. الإسهال و الإقياء: يمكن للإسهال الحاد المستمر و القيء أن يتداخل مع امتصاص مانع الحمل المحتوي على بروجيستوجين فقط، إذا حصل القيء خلال أول ساعتين من تناول مانع الحمل، يجب أن تؤخذ حبة أخرى بأسرع ما يمكن، و في حال لم يتم تناول الحبة البديلة خلال 3 ساعات (12 ساعة بالنسبة لل cerazette) من الوقت الاعتيادي لتناول حبة مانع الحمل، أو إذا استمر القيء أو الإسهال الحاد يجب عندها اتخاذ إجراءات وقائية إضافية لمنع الحمل خلال المرض و لمدة يومين بعد الشفاء.

3 - موانع الحمل الموضعية:

قاتلات الحيوانات المنوية: تعد هذه الأدوية من وسائل الحماية الإضافية المفيدة، ولكنها لا تعد كافية إلا إذا كانت الخصوبة ضعيفة أصلاً (كالفترة حول سن الإياس)، وهي مناسبة للاستخدام مع الطرق الحاجزية. تتكون قاتلات النطاف من مكونين أساسيين هما قاتل النطاف (مثل مادة النونوكزينول nonoxinol) والسواغ الذي عادةً ما يملك خواص موقفة لنشاط الحيوان المنوي.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

4-مانعات الحمل الإسعافية:

تستخدم الإستروجينات و البروجيستيرونات بجرعات عالية كموانع حمل إسعافية فموية كجرعة وحيدة خلال 72 ساعة من الجماع غير المحمي يستخدم levonorgestrel كموانع حمل إسعافي فمويا يعطى 1.5ملغ كجرعة وحيدة خلال 72ساعةمن الجماع غير المحمي.

1E أدوية اضطرابات الثدي

يعد سرطان الثدي حالة غير شائعة لدى النساء دون الخامسة والثلاثين، مع ذلك فإن ظهور عدم تناظر مستديم، وظهور تعقد في جانب واحد، ووجود كتل منعزلة قابلة للقياس، ونجيج مصطبغ بالدم يستدعي التقصي بغض النظر عن العمر. يجب إحالة المريضة إلى الطبيب المختص إذا ترافق ظهور الأعراض مع وجود سيرة لسرطان الثدي لدى أحد الأقرباء المباشرين للمريضة (أقرباء الدرجة الأولى).

1- ألم الثدي mastalgia:

يستجيب ألم الثدي لدى غالبية النساء لإنقاص وارد الشحوم في الغذاء، وقد يساعد إيقاف المعالجة بمانعات الحمل الفموية أو المعالجة بالإعاضة الهرمونية في علاج هذا الألم، ولكن يجب بشكل عام التأكد من عدم وجود سبب مستبطن لألم الثدي. يمكن معالجة ألم الثدي الخفيف غير الدوري باستخدام المسكنات البسيطة، أما الألم المتوسط إلى الشديد والألم الدوري أو الأعراض التي تستمر لفترة أكثر من 6 أشهر فإنها تتطلب معالجة دوائية نوعية.

ألم الثدي الحميد benign breast pain: يعد هذا الألم شائعاً جداً، ويجب عند حدوثه إجراء اختبار سريري لاستبعاد وجود كتل، ومع أن هذه الحالة تشفى بشكل تلقائي إلا أن المعالجة تكون ضرورية عندما تؤثر الإصابة على نوعية حياة المريضة.

ألم الثدي الدوري cyclical breast pain: هو اشتداد للألم الطبيعي السابق للحيض، وغالباً ما يترافق بظهور تعقد nodularity. في حال فشل مسكنات الألم وتغيير نوعية الملابس الداخلية وإنقاص وارد الشحوم في الغذاء في تدبير الحالة يوصى باستخدام حمض الغامولينيك gamolenic acid كخيار دوائي من المرتبة الأولى، وتشاهد الاستجابة للدواء في غضون 4 أشهر من بدء المعالجة التي يجب أن تستمر لمدة 6 أشهر، وإذا لم يكن هناك أي تحسن أو إذا اشتدت الأعراض يُلجأ إلى استخدام عوامل هرمونية سريعة التأثير كخيار علاجي من المرتبة الثانية، وأحد هذه الخيارات هو البروموكريبين bromocriptine وهو شاد دوباميني مديد التأثير يقوم بتخفيف أعراض ألم الثدي الدوري بصورة سريعة من خلال إنقاص تنبيه الثدي بالبرولاكتين، أما الدانازول danazol - وهو مثبط لتحرر موجهة الغدد التناسلية - فهو يخفف ألم الثدي من خلال تأثيره المباشر على الثدي وتأثيره غير المباشر على محور النخامي - الوطاء.

ألم الثدي غير الدوري non-cyclical breast pain: إذا كان هذا الألم متوضعاً يمكن حقن 1 مل من أحد المخدرات الموضعية و 1 مل من أسيتات الميثيل بريدنيزولون المدخري depot methylprednisolone acetate في موضع الألم، أما إذا كان الألم منتشرراً فيوصى عندها

باستخدام مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لمدة 6 أسابيع، ويعد كل من البروموكريبتين والدانازول وحمض الغامولينيك خيارات من المرتبة الثانية في هذه الحالة. تجدر الإشارة إلى أن الألم المتوضع المستديم قد يكون في بعض الحالات النادرة العرض الوحيد المستديم في سرطان الثدي، لذا يجب التأكد من هذه الحالة لدى النساء فوق سن الخمسين. هناك عدد من الأدوية لم يعد ينصح باستخدامها في معالجة ألم الثدي هي البيريدوكسين pyridoxine، والمدرات، والصادات الحيوية.

2- نجيج الحلمة nipple discharge:

هناك ثلاث أنواع من نجيج الحلمة تستدعي الانتباه: ثر اللبن، والنجيج المصلي أو الدموي، والنجيج بعد سن الإياس. يستوجب ظهور النجيج الدموي أو المصلي استقصاء الحالة فهو ينجم عن إصابة سرطانية ويترافق غالباً بتشوه مجسوس، أما ثر اللبن فإنه يعزى إلى المعالجة ببعض الأدوية (مثل الفينوثيازينات phenothiazines) أو إلى وجود اضطراب نخامي ويجب في هذه الحالة فحص سويات البرولاكتين في الدم، ويجب النظر إلى أي نجيج يظهر خلال الفترة بعد الإياس على أنه إشارة لسرطان في الثدي.

3- الالتهاب الإرضاعي lactational inflammation:

يجب أن تعالج هذه الحالة بصورة فورية باستخدام صاد حيوي مناسب لمنع تشكل الخراج.

1F أدوية طب التوليد:

شادات المستقبلات 2 الأدرينالينية (السالبوتامول salbutamol، التيربوتالين terbutaline، الريتودرين ritodrine): تقوم بإرخاء عضلة الرحم، وهي تستخدم في حالات مختارة لتثبيط الإخداج premature delivery، وتعطى هذه الأدوية بالتسريب الوريدي وتتبع بجرعات صيانة فموية. تفيد هذه الأدوية في تثبيط الإخداج غير المختلط الحاصل في الفترة بين الأسبوع 24 والأسبوع 33 من الحمل، وهي تسمح بتأخير الولادة لمدة 48 ساعة على الأقل، وتتمثل الفائدة الكبرى من هذا التأخير بأنه يتيح الفرصة لإعطاء الستيروئيدات القشرية، أو اتباع الإجراءات الأخرى التي تحافظ على صحة المرأة والطفل في الفترة المحيطة بالولادة (تتضمن النقل إلى وحدة مجهزة بوسائل العناية المركزة بحديثي الولادة). يجب تجنب المعالجة المديدة بشادات المستقبلات بيتا2 الأدرينالينية نظراً لتزايد الخطر على الأم بعد مرور 48 ساعة وعدم وجود أدلة على فائدة الاستمرار بالمعالجة، كما أن المعالجة طويلة الأمد قد تسبب ولادة أطفال عمالقة macrosomic babies.

تتسبب هذه الأدوية بارتفاع كبير في سكر الدم، ويستدعي ذلك توخي الحذر لدى إعطائها للمصابات بالداء السكري.

الإرغومترين ergometrine: يستخدم بالحقن العضلي للسيطرة على النزف الناتج عن الإجهاض غير المكتمل، ويتم ضبط الجرعة اعتماداً على حالة المريضة وكمية الدم المفقودة، ويعطى غالباً قبل التفريغ الجراحي للرحم وخاصةً عند تأجيل العملية، وتعد مشاركته مع الأوكسيتوسين oxytocin أكثر فعالية في المراحل المبكرة من الحمل من استعمال أي منهما على حدة.

يستخدم الإرغومترين أيضاً في السيطرة الروتينية على المرحلة الثالثة من الولادة بجرعة 500 مكغ بالمشاركة مع 5 وحدات من الأوكسيتوسين عن طريق الحقن العضلي بعد تخليص الكنف الأمامي أو بعد الولادة مباشرة كحد أقصى.

في حالات النزف الرحمي الحاد يجب إزالة بقايا المشيمة في الرحم، وإذا كان النزف ناجماً عن استرخاء الرحم تستخدم الأدوية التالية على الترتيب: يعطى الأوكسيتوسين أولاً بجرعة 5-10 وحدات عن طريق الوريد، ثم الإرغومترين بجرعة 250-500 مكغ عن طريق الوريد أيضاً، ثم الأوكسيتوسين بجرعة 5-30 وحدة بحقنة حاوية على 50 مل من الماء المقطر تعطى بالتسريب الوريدي بمعدل يتم من خلاله التحكم باسترخاء الرحم.

1G أدوية اضطرابات الإياس

1- المعالجة بالإعاضة الهرمونية Hormone Replacement Therapy:

تهدف المعالجة بالإعاضة الهرمونية إلى إعادة سويات الاستروجين في الدوران إلى قيمها الوسطية التي كانت عليها قبل سن الإياس بغرض تخفيف الأعراض الإيائية وإنقاص خطر الإصابة بتخلخل العظام.

توصف المعالجة بالإعاضة الهرمونية للنساء بعد سن الإياس اللواتي يعانين من ضمور مهبلية vaginal atrophy أو أعراض عدم الاستقرار الحركي الوعائي vasomotor instability، حيث يستجيب ضمور المهبل إلى دورة علاجية قصيرة بمستحضر استروجيني مهبلية لمدة عدة أسابيع تكرر إذا دعت الحاجة، بينما تتطلب أعراض عدم الاستقرار الحركي الوعائي معالجة جهازية لمدة لا تقل عن سنة يضاف لها البروجسترون لدى النساء ذوات الأرحام لإنقاص خطر الإصابة بسرطان بطانة الرحم.

توصف المعالجة بالإعاضة الهرمونية أيضاً لدى النساء اللواتي يعانين من إياس مبكر طبيعي أو جراحي (إياس قبل سن الخامسة والأربعين) باعتبارهن معرضات بشكل كبير لخطر الإصابة بتخلخل العظام، وتتراوح المدة المثالية للمعالجة في مثل هذه الحالة بين 5-10 سنوات. توصف المعالجة بالإعاضة الهرمونية أيضاً لدى وجود عدة عوامل خطورة للإصابة بتخلخل العظام (استخدام الستيروئيدات القشرية منذ فترة قريبة، وجود سيرة لأي مؤهب لتخلخل

العظام، وجود سيرة عائلية لتخلخل العظام، حادثة كسر في الورك أو الساعد قبل سن الخامسة والستين، نحول الجسم، قلة ممارسة التمارين، والإدمان على الكحول والتدخين). هناك أكثر من خيار واحد للمعالجة بالإعاضة الهرمونية، ويعتمد الاختيار على التوازن الإجمالي بين الاستطبابات ومخاطر المعالجة وملاءمتها للمريضة. يكون الاستروجين بمفرده مناسباً للمعالجة طويلة الأمد لدى النساء ذوات الأرحام المستأصلة، بينما يجب إضافة البروجسترون لدى النساء ذوات الأرحام لإنقاص خطر فرط التنسج الكيسي لبطانة الرحم (والذي قد يتحول إلى سرطانة)، وقد تكون هذه المعالجة المشتركة دورية (يعطى فيها البروجسترون الدوري في الأيام 10-13 الأخيرة من الدورة) أو مستمرة (تعطى فيها مستحضرات تؤمن فعالية استروجينية وبروجستينية)، ولا تكون المعالجة المشتركة المستمرة مناسبة في الفترة المحيطة بالإياس وخلال 12 شهراً من آخر دورة شهرية فقد تتسبب هذه المعالجة عندها بحدوث نزف غير منتظم في المراحل الأولى، وإذا استمر هذا النزف يجب تحويل المريضة إلى المعالجة الدورية بعد استبعاد الشذوذ البطني. يمكن إعطاء الاستروجين عن طريق الفم، كما يمكن إعطاؤه تحت الجلد أو عبر الجلد ويؤمن ذلك حماية الدواء من استقلاب المرور الكبدي الأول، ولكن يجب الانتباه إلى إمكانية نكس الأعراض المغيرة للقطر الوعائي في حال استخدام الاستروجين بشكل غروسات تحت الجلد وذلك إذا فاقت التراكيز البلاسمية من الاستروجين التراكيز الفيزيولوجية، كما أن هناك بعض الأدلة على حدوث تنبيه طويل الأمد في بطانة الرحم بعد إيقاف المعالجة، مما يستلزم الاستمرار بتناول البروجستوجين الدوري.

خطر الإصابة بسرطان الثدي:

تبين بعد تحليل مجموعة من البيانات أن هناك زيادة صغيرة إلى متوسطة في خطر الإصابة بسرطان الثدي المشخص لدى النساء اللواتي يتلقين حالياً أو تلقين سابقاً معالجة بالإعاضة الهرمونية، وأن هذا الخطر يرتبط بمدة المعالجة ويختفي خلال 5 سنوات من إيقافها، فمن بين كل 1000 امرأة بعمر الخمسين لا يتبعن معالجة هرمونية معاوضة تصاب حوالي 45 امرأة بسرطان في الثدي يشخص خلال 20 سنة، ويزداد هذا الرقم بمعدل حالتين إضافيتين لكل 1000 حالة لدى النساء اللواتي يتبعن معالجة هرمونية معاوضة لمدة 5 سنوات، وبمعدل 6 حالات إضافية لكل 1000 حالة لدى اتباع المعالجة لمدة 10 سنوات، و12 حالة لدى اتباعها لمدة 15 سنة، وانطلاقاً من هذه البيانات كان لا بد من التشديد على أهمية تصوير الثدي وإجراء الفحوص اللازمة بصورة منتظمة. بالمقابل تكون زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي أقل بكثير لدى النساء اللواتي يتبعن المعالجة بالإعاضة الهرمونية لمدة قصيرة في الفترة المحيطة بالإياس.

خطر الانصمام الوريدي الخثاري:

تفترح نتائج الدراسات العشوائية المضبوطة أن المعالجة بالإعاضة الهرمونية تترافق بازدياد خطر الإصابة بالانصمام الوريدي الخثاري (4.1 حالة إضافية لكل 1000 مريضة)، ويكون هذا الخطر أعلى بوجود سيرة شخصية أو عائلية للانصمام الوريدي، البدانة (كتلة وزن الجسم < 30 كغ/م²)، عدم الحركة، الإصابة بالذئبة الحمامية الجهازية، الجراحة، والرضوح.

منع الحمل:

لا تقدم المعالجة بالإعاضة الهرمونية أي خواص مانعة للحمل، وتحفظ النساء بقدرتها على الإنجاب لمدة سنتين بعد آخر دورة شهرية إذا كانت دون الخمسين من العمر ولمدة سنة إذا تجاوزت سن الخمسين.

يمكن للنساء اللواتي لديهن عوامل خطورة لمرض شرياني أو وريدي أن تستخدم مانعات الحمل الفموية المشتركة الحاوية على جرعات صغيرة من الاستروجين لتخفيف الأعراض الإيضية ومنع الحمل في آن واحد، ويوصى بإيقاف استخدام مانعات الحمل الفموية عند بلوغ سن الخمسين باعتبار أن هناك بدائل ملائمة أكثر للنساء بعد هذا السن. توصى أي امرأة قادرة على الإنجاب وخاضعة لمعالجة بالإعاضة الهرمونية باستخدام الوسائل غير الهرمونية لمنع الحمل (مثل الواقيات أو الرغوة المانعة للحمل).

الجراحة:

تعد الجراحات الرئيسية التي تجرى تحت التخدير العام (بما فيها الجراحات التقويمية وجراحات الساق الوعائية) عوامل مؤهبة للانصمام الوريدي الخثاري، ويكون من الحكمة في هذه الحالة إيقاف المعالجة بالإعاضة الهرمونية قبل شهر من الجراحة. إذا استمرت المعالجة بالإعاضة الهرمونية أو كان من غير الممكن إيقافها يكون من الضروري الوقاية بإعطاء الهيبارين وارتداء جوارب الضغط المتدرج.

2- الفوسفونات الثنائية bisphosphonates:

تقوم مركبات الأليندرونات *alindronate*، والإيتيدرونات *etidronate* و الريزيدرونات *risedronate* و الإيباندرونات *ibandronate* بتنشيط ناقضات العظم المسؤولة عن ارتشاف العظم سامحةً بذلك للبانينات العظمية بتشكيل نسيج عظمي جديد وزيادة كتلة العظم وتراجع خطر الكسور الناتجة عن تخلخل العظام.

تؤخذ الإيتيدرونات بدورة علاجية من أسبوعين كل 3 أشهر، حيث تزيد كتلة العظم وتؤدي إلى انخفاض معدل الكسور، وقد أجاز استخدامها لمعالجة تخلخل العظام والوقاية منه بما في ذلك الحالات الناتجة عن استخدام الستيروئيدات القشرية.

يعد الأليندرونات أقوى بـ 100 مرة تقريباً من الإيتيدرونات، وهو يعطى بدورة علاجية مستمرة، وينتج عن استخدامه زيادة ملحوظة في الكتلة العظمية في كل المواقع الهيكلية الهامة سريرياً، وتراجع حوادث الكسور الفقرية وغير الفقرية.

3- إضافات الكالسيوم:

تزداد حاجة المرأة من الكالسيوم في السنوات التالية للإياس، وتستخدم إضافات الكالسيوم للوقاية من الخسارة العظمية عندما يكون وارد الكالسيوم في الغذاء منخفضاً، وتشير الأدلة إلى



أهمية إضافات فيتامين D3 أيضاً، فقد أظهرت جرعات يومية قدرها 1.2 غ من الكالسيوم و800 وحدة دولية من فيتامين D3 أنها فعالة في زيادة كثافة العظم وإنقاذ حوادث الكسور في عنق الفخذ والكسور اللاقصرية.

يعطى الكالسيوم فموياً بشكل أملاح كربونات، غلوكونات، لاكتات، فوسفات أو سيترات وهي جميعها قابلة للامتصاص عبر السبيل المعدي المعوي، وتكون جميع إضافات الكالسيوم مخرشة لمخاطية السبيل الهضمي ويجب أن تستخدم بحذر لدى المرضى المصابين بالقرحة أو الانسداد الهضمي.

يبقى أن نشير إلى أن أملاح الكالسيوم يجب أن تعطى مع الطعام لدى المرضى المصابين بالاكلوريدية لضمان الامتصاص.

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY