

Rhogam :

قبل از تزریق آمپول رگام یا همان آنتی D گلوبولین تقریباً ۱۶٪ خانم های Rh منفی یا همان گروه خون منفی دچار آلوایمنوزیسون می شدند که پس از دو بار زایمان با فرزندان با گروه خون مثبت ای پدیده خاص اتفاق افتاد .

با تجویز روتین آمپول Rhogam پس از زایمان به خانم های با گروه خونی منفی این درصد به حد ۲٪ تقلیل یافت و هنگامی که تزریق در دوران بارداری در تریمستر سوم هم اضافه شد این میزان به ۰/۱٪ رسید .

AntiImane globoline یک محلول استریل حاوی (anti D) IgG می باشد که از پلاسما ی انسان بدست آمده است . یک آمپول ۳۰۰ میکروگرم (Imicrogyrg = 5 IU) حاوی IgG کافی جهت ساپرس کردن ۱۵ cc از خون گلبولهای قرمز با Rh مثبت یا 30 cc خون کامل بین با Rh کافی می باشد .

➤ 300 mic 30 cc خون کامل با RBC 15 cc جنین با گروه خون (+)

➤ 50 NC 6 cc خون کامل یا RBC 2.5 cc جنین با گروه خون (+)

➤ روگام از پلاسما ی انسان با تیترا بالای آنتی بادی D گرفته شده است .

از لحاظ هپاتیت C + IV + ۱- هپاتیت B پاراویروس B₁₉ تست شده است .

E تزریق آمپول رگام باید به صورت عضلانی باشد .

تزریق داخل رگی (IV) به علت همراهی با IgA و پروتئین های پلاسما باعث مواردی از شوک آنافیلاکسی شده است.

مدت زمانی که دارو در بدن می ماند ۲۴ روز است و پس از آن شروع به کم شدن می کند .

طریقه مصرف دارو :

در اولین ویزیت بارداری تمامی بیماران با گروه خونی منفی باید از لحاظ آنتی بادی غربالگری یا همان آزمون کتبی غیر مستقیم که در صورت جفت بودن آزمایش تزریق دارو هیچ سودی ندارد و بیمار باید در پروسه درمان و اقدامات لازم جهت بیماران حساس شده قرار گیرد .

در صورت منفی بودن IDC (Indirect coombs) یا همان کمبس غیر مستقیم بیمار باید در سن بارداری 28w مجدداً IDC چک کند و در صورت منفی بودن تست باید آمپول رگام 300 mig دریافت کند . این دریافت احتمال حساس شدن را از ۲٪ به ۰/۱٪ تقلیل می دهد .

پس از تولد جنین در صورتی که جنین گروه خون مثبت داشته باشد و ۱۲ هفته هم از تزریق آمپول قبلی بیمار گذشته باشد باید مجدداً تزریق کرد بدیهی است که در صورت گروه خون جنین منفی باشد نیاز به تزریق مجدد نمی باشد.

اندیکاسیون های دیگر تزریق آمپول رگام :

۱- از همان ابتدای بارداری امکان حساس شدن مادر با گروه خون منفی وجود دارد.

سقط های خودبخودی ۱/۵ تا ۲٪ احتمال حساس شدن مادر را دارد .

سقط های القایی ۵٪ احتمال حساس شدن مادر را دارد .

دوز پیشنهادی در این حالت 250 Iu یا همان 50 میکروگرم از آمپول رگام می باشد.

۲- Ectopic pregnancy یا حاملگی خارج رحمی

۳- کاهش تعداد جنین ها - multifetal reduction

۴- amniocentesis (آمنیوسنتز) - CVS نمونه گیری از پرزهای جفتی - خون گیری از جنین (fetalblodd

(sampling

۵- تهدید به سقط (treatend abortion)

۶- fetal death در تریمستر دوم یا سوم حاملگی

۷- تروما به Blunt یا غیر نفوذی به شکم مثلاً تصادف با موتور

۸- خونریزی در سه ماهه دوم و سوم به عنوان مثال جفت سر راهی یا دکولمان جفت

۹- چرخش جنین جهت تبدیل جنین Breech به سفالیک یا همان Extrnal cephalic

۱۰- مول هیداتی فورم (Hydatiform mole)

کلا در موارد که جنین سن بارداری زیر 12 w دارد یا همان 250 واحد روگام کافی می باشد اما به علت در دسترس بودن بیشتر آمپول 300 mic غالبا همان دوز به صورت کامل استفاده می شود .

بعد از ۲۰ هفته بارداری در صورت fetal یا تروما به شکم یا عوامل دیگر خونریزی در حدود 30 cc بوده و روگام 300 mic باید تجویز شود .

تکرار در دوران حاملگی :

در مواردی که خونریزی های مکرر در دوران بارداری محتمل است مانند وضعیت های مثل دکولمان مزمن جفت ، و خونریزی های مکرر باید IDC یا کمبس غیر مستقیم هر سه هفته چک شود در صورت تیترا مثبت نیاز به تزریق روگام نیست و در صورت تیترا منفی باید آمپول روگام مجددا به بیمار تجویز شود .

دوران پس از تولد :

با تزریق بعد از تولد آمپول روگام در خلال ۷۲ ساعت اول در صورتی که جنین گروه خون مثبت و مادر گروه خون منفی داشته باشد به صورت قابل توجه کاهش ریسک آلوایمنوزیزاسیون می دهد .

در صورتی که حدس بزنیم خونریزی مادری جنینی بیشتر از ۱۵ cc گلبول قرمز می باشد . باید تست rosette انجام داد و در صورت مثبت بودن آن تستهای اختصاصی مثلا Klahur – Betke و فلوسیتومتری جهت تعیین درصد خون جنین در خون مادر باید انجام شود. که البته در بیمارانی که بصورت مادرزادی RBC جنین دارند قابل انجام نیست .

در صورت عدم تجویز روگام در عرض ۷۲ ساعت پس از تولد تا ۱۳ روز بعد می توان تجویز کرد ولی اثر حفاظتی نسبی دارد و تعدادی شواهد بیانگر آن است که تا ۲۸ روز هم می توان تجویز کرد ولی اثر کمی دارد .

در صورتی که زایمان زودتر از ۳ هفته از تزریق آخرین آمپول روگام انجام شود نیاز به تزریق مجدد نیست مگر اینکه شک به خونریزی شدید مادری جنینی داشته باشیم .

در صورتی که بیمار پس از زایمان لوله بندی (TL) کند باید حتما روگام دریافت کند چون احتمال faile شدن TL هست در ضمن احتمال باردار شدن مجدد بیمار توسط پروسه هایی نظیر IVF هم هست .

در موارد یکه به خانم غیر یائسه با گروه خون منفی بدلیلی مثلا اورژانس یا به اشتباه خون با گروه مثبت تجویز شود باید آمپول روگام بگیرد در صورتی که میزان دریافت بیشتر از ۲ واحد باشد باید حتما با یک هماتولوژیست مشورت شود. در صورتی هم که پلاکت بدلیلی مانند جراحی تجویز شود باید به ازای هر ۱۸ واحد پلاکت 50 micg روگام به خانم غیر یائسه تجویز شود .

: Dostinex

مهار کننده پرولاکتین (نام ژنریک کابرگولین)

آدنوم های لاکتوتروف یا پرولاکتینوما اغلب به علت اثر مهاری پرولاکتین بر ترشح گنادوتروژین و یا اثر فشاری مهاری در صورت مجود ماکروآدنوم بر ترشح گنادوتروپین باعث نازایی می شوند.

در صورت تمایل به بارداری بهتر است درمان قبل از اقدام به باردار شدن انجام شود به علت احتمال رشد تومور در بارداری و اثرات احتمالی دارو بر جنین

در صورت تصمیم به بارداری و تحمل ریسک Dostinex یا همان کابرگولین (cabergoline) یکی از داروهایی است که تجویز می شود.

• کابرگولین یا داستینکس یکی از آگونیس های دوپامین است که نسبت به داروهای دیگر بهتر تحمل می شود و اثر بخشی بهتری در کاهش پرولاکتین سرم دارد.

شکل دارویی موجود : قرصهای 0.5 mg و 1 mg

موارد مصرف :

۱- پیشگیری یا توقف شیردهی در موارد خاص

۲- مواردی که افزایش پرولاکتین باعث آمنوره یا قاعدگی نامنظم شده است

۳- ناباروری

۴- کاهش لیبدو

دوز مورد استفاده جهت هیپرپرولاکتین جهت Dostinex :

۱- جهت پیشگیری از شیردهی دو قرص 0.5 mg روز اول پس از زایمان

۲- توقف شیردهی هر ۱۲ ساعت نصف قرص 0.5 mg (0.25 mg تا ۲ روز)

۳- در موارد افزایش پرولاکتین و عوارض همراه هر هفته ۱ تا ۲ بار قرص 0.5 تا 1 mg بسته به شدت بالا بودن

پرولاکتین تجویز می شود . که مدت مصرف بسته به نظر پزشک و شرایط بیمار است . بهتر است شروع با 0.25 mg

دو بار در هفته آغاز شود و سپس چک پرولاکتین سرم ۱ تا ۲ ماه بعد . اگر پرولاکتین نرمال نشده بود افزایش دوز داستینکس به 0.5 mg دو بار در هفته و در صورت عدم پاسخ دهی 1 mg دو بار در هفته .

در صورت تمایل به بارداری در زمان وقوع بارداری بهتر است دارو قطع شود اما در صورت وجود ماکروآدنوم با آثار فشاری بر هیپوفیز که باعث علائم بینایی و پیشرفت در دوران بارداری می شود دارو می تواند در بارداری هم ادامه یابد.

عوارض جانبی :

- | | | | |
|-------------|--------------------|------------|------------|
| ۱- سرگیجه | ۲- سردرد | ۳- افسردگی | ۴- استفراغ |
| ۵- گرگرفتگی | ۶- اختلالات گوارشی | | |

در دوزهای بالا که در بیماران پارکینسون استفاده می شود یعنی 20 mg در هفته باعث مشکلات دریچه قلب می شود.

تداخلات دارویی ۱- متاکلوپرامید ۲- اریترومايسين ۳- ضد جنون

موارد منع مصرف : ۱- حساسیت به بروموکریپتین ۲- مشکلات کبد و کلیه ۳- افزایش فشار خون

۴- خونریزی گوارشی ۵- بیماری های قلبی عروقی

شروع با 0.25 mg دو بار در هفته ____ چک سرم پرولاکتین بعد از یک تا دو ماه

اگر پرولاکتین نرمال نشده بود ____ افزایش دوز Dostinex به 0.5 mg دو بار در هفته و در صورت عدم جواب دهی 1 mg دو بار در هفته

در صورت وقوع بارداری دارو باید قطع شود .

در دوران بارداری در صورت وجود ماکروآدنوم و رشد آن و ایجاد علائم جهت مادر ملزم به استفاده مجدد Dostinex

هستیم .

فیبرینوژن :

یکی از فاکتورهای انعقاد خون می باشد که در تشکیل لخته خون نقش اساسی را دارد.
و با پلاکت ها باند شده و باعث تجمع پلاکت می شود و در ترمیم زخم نیز نقش دارد .
وضعیت های غیر طبیعی عبارتند از :

۱- هیپوفیبرینوژنمی

۲- دیس فیبرینوژنمی

سطح طبیعی فیبرینوژن بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ می باشد.

سطح غیر طبیعی فیبرینوژن ممکن است همراه با خونریزی به ترومبوز باشد و هد دو همزمان میتوانند وجود داشته باشد
گاهی هم با وجود سطح پایین فیبرینوژن هیچکدام وجود ندارد.

دراختلالات زیر فیبرینوژن غیر طبیعی است :

۱- DIC (انعقاد داخل عروقی ؟؟؟)

۲- بیماری های کبدی

۳- دیس فیبرینوژنمی و یا اختلالات فیبرینوژن که نادر می باشد و شامل :

الف - دیس فیبرینوژنمی ، اختلال در کار فیبرینوژن

ب - هیپودیس فیبرینوژنمی ___ کم سطح فیبرینوژن کمتر از 150 mg/dl هم عملکرد آن مختل است

ج - هیپوفیبرینوژینما : هر وضعیت که با کاهش فیبرینوژن در گردش خون کمتر از 150 mg/dl همراه باشد .

د - آفیبرینوژنمی : یک اختلال ارثی غالب

درمان :

اغلب بیماران با دیس فیبرینوژنمی بدون علامت هستند و درمان نمی خواهند .

مگر در مواردی که

۱- سابقه خونریزی دارند

۲- کاندید عمل جراحی هستند

۳- درمان پروفیلاکتیک در خانم های باردار

هدف : خط فیبرینوژن بین 50-100 Ng/Pl = وقتی که جراحی نداریم

بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ = جراحی

در دوران حاملگی

- اگر شخصی اختلال فیبرینوژن شناخته شده است .
- بلافاصله پس از اثبات بارداری هفته ۴ تا ۵ درمان با فیبرینوژن شروع شود.
- و در تمام طول بارداری و زایمان و بعد از زایمان تا زمان ترمیم زخم ادامه یابد .

❖ سطح مطلوب فیبرینوژن 100 mg/dl می باشد.

؟؟ باید fib هفتگی چک شود و با افزایش سن بارداری میزان نیاز به فیبرینوژن به علت افزایش کلیرانس افزایش

می یابد.

در زمان زایمان هدف فیبرینوژن ، 150-200 mg/dl است .

و ادامه تزریق ___ کاهش شانس دکولمان هست.

ادامه درمان تا ۲۴ ساعت پس از زایمان و حفظ فیبرینوژن در همین حد 150-200 mg

بعد از ۲۴ ساعت پس از زایمان تا زایمان تا زمان ترمیم زخم باید فیبرینوژن بالای ۵۰ حفظ شود.

✓ در صورتی که دیس فیبرینوژمی از نوع thrombotic باشد باید آنتی کوآگولانت پروفیلاکسی بگیرد .

✓ موارد درمانی موجود

-۱

۲- فیبرینوژن : دوز مصرفی ریپورت زیر تعیین می شود.

در صورتی که سطح فیبرینوژن را می دانیم :

فیبرینوژن هدف بر حسب mg/dl - فیبرینوژن اندازه گیری شده

$$1.7 \times \text{وزن بدن}$$

در صورتی که سطح فیبرینوژن را نمی دانیم : 70 mg/kg تجویز شود.

در بیمار با Dissomiated Intravascular coagulation (DIC) یا همان سندروم دفیبرینیشن

در صورت خونریزی active و افزایش INR و سطح فیبرینوژن کمتر از 50 mg/dl باید fresh frozen plasma یا cryo perptic یا نهایتا fibrineogen تجویز شود .
تا سطح فیبرینوژن به بالای 100 mg/dl برسد . بطور معمول ۱۰ واحد تجویز می شود .

Diphereline : (آگونیست GnRH می باشد .)

موارد درمان در زنان :

۱- میوم ۲- جلوگیری از خونریزی قاعدگی در شرایط خاص ۳- اندومتريوز ۴- بلوغ زودرس

روشهای قابل تجویز : داخل وریدی ، داخل عضلانی ، زیر جلدی ، اسپری داخل بینی

در صورت تزریق زیر جلدی مدت بیشتری در بدن می ماند و بیشتر طول می کشد تا به سطح پایه بر گردد .

شکل های دارویی موجود : 0.1 mg جهت درمان زیر جلدی که در موارد القای باروری در ناباروری به کار می رود

3.75 mg بصورت تزریق ماهیانه

11.25 mg بصورت تزریق هر سه ماه یکبار

۱-میوم : دیفریلین به علت توقف ترشح گنادوتروپین ها و به دنبال آن افت استروژن و پروژسترون در کاهش رشد

میوم موثر می باشد . این دارو بویژه زمانی که میوم های بزرگ وجود داشته و عمل جراحی مشکل است جهت کاهش

سایز میوم و همچنین درمان کمخونی ناشی از خونریزی بصورت ترکیبات آهن خوراکی در این مدت و جهت اجتناب از

تزریق خون پیشنهاد شده است . در درمان میوم به مدت ۳ تا ۶ ماه بیشتر توصیه نمی شود . در صورت استفاده از این

دارو انجام عمل میومکتومی مشکل تر می شود .

۲- جلوگیری از خونریزی قاعدگی در شرایط خاص (AUB) فقط در مواردی استفاده شده که در سونوگرافی مشکل

خاصی نداریم نمونه برداری از اندومتر طبیعی بوده ، بیمار حوالی یائسگی است ، با تجویز ۳ تا ۶ ماه Agonist GnRH

قطع قاعدگی ایجاد شده ، بیمار ممکن است خودبخود یائسه شود یا اینکه بهبود یابد .

۳- اندومتريوز : در مواردی که ناباروری وجود داشته و شک به اندومتريوز شدید جهت کاهش عوارض چسبندگی ناشی

از اندومتريوز و کاهش عوارض عمل قبل از انجام لاپاروسکوپی میتوان یک دوز 11.25 یا سه دوز 3.75 mg ماهیانه

دیفریلین تجویز کرد و سپس اقدام به لاپاروسکوپی کرد .

در صورتی که پس از لاپاروسکوپی تشخیص اندومتريوز مسجل شد و بیمار نیاز به باروری و اقدامات ART ندارد جهت

کاهش درد و عوارض اندومتريوز میتوان از دیفریلین استفاده کرد .

۴- در صورتی که بلوغ زودرس وابسته به گنادوتروپین باشد و بیمار به قد مناسب دست نیافته باشد میتوان دیفرلین را تا ۶ ماه تجویز کرد که در این موارد اندیکاسیون زمانی که است که یک جهش رشدی در عرض ۳ تا ۶ ماه به مرحله بعد پیشرفت کند یا قد در سن پائین بیشتر از ۶ cm در سال بلند شود یا سن استخوانی بیشتر از یک سال از سن تقویمی بزرگتر باشد .

(شایان ذکر است بلوغ زودرس در دختران هنگامی است که زیر ۶ سال رشد مرحله تلارک اتفاق بیفتد یا زیر ۸ سال تلارک و پوبارک همزمان اتفاق بیفتد .)

نکته : آمپول دیفرلین بهتر است در فاز فولیکولار تجویز نشود . زیرا همزمانی استروژن و GnRH باعث تولید بیش از حد FSH و ایجاد خونریزی در بیمار می شود .