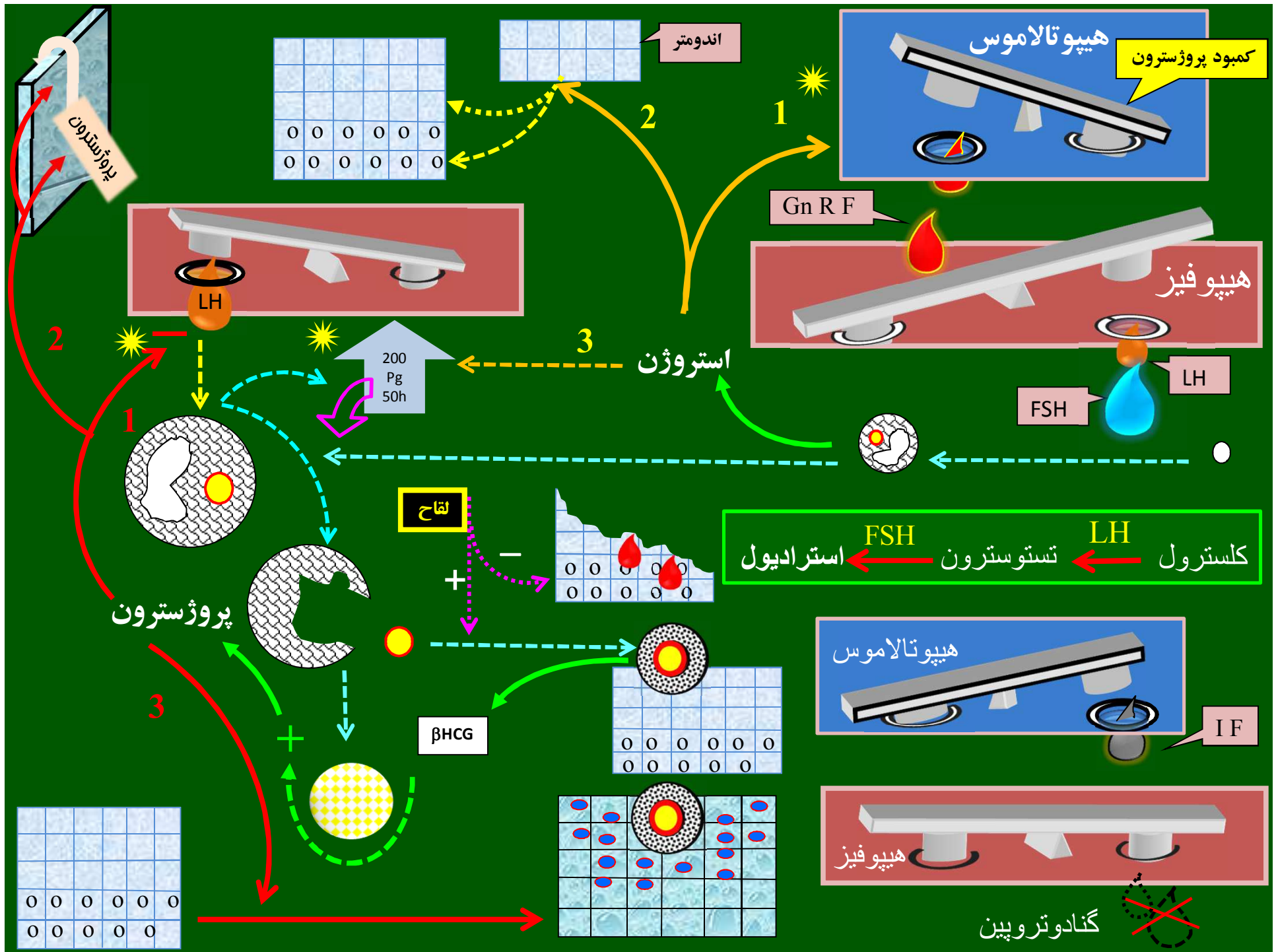


# دارو درمانی اختلالات گنادی



دکتر منصور رحمانی  
داروساز



GnRH-A

Gonadotropine Releasing Hormon Analogs

تزریق آهسته رهش

مهارتروپین

اندومتریوز، سرطان  
بلوغ زودرس، IVF

تزریق متناوب

محرک تروپین

ART (IVF)



Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT)

هیپوتالاموس

GnRH  
رها ساز

هیپوفیز

هیپوتالاموس

GnRH  
رها ساز

هیپوفیز

تروپین

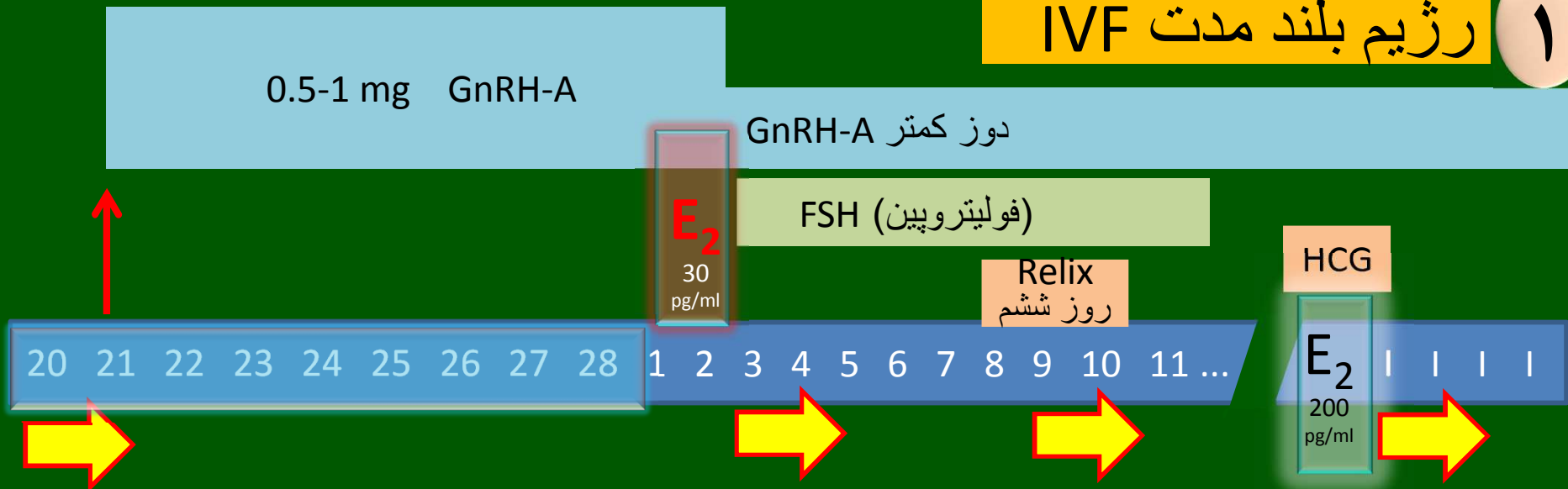
گناد

Assisted Reproductive Technology  
In Vitro Fertilization  
Intra Uterine Insemination  
Intra Cytoplasmic Sperm Injection

# باروری به کمک GnRH-A

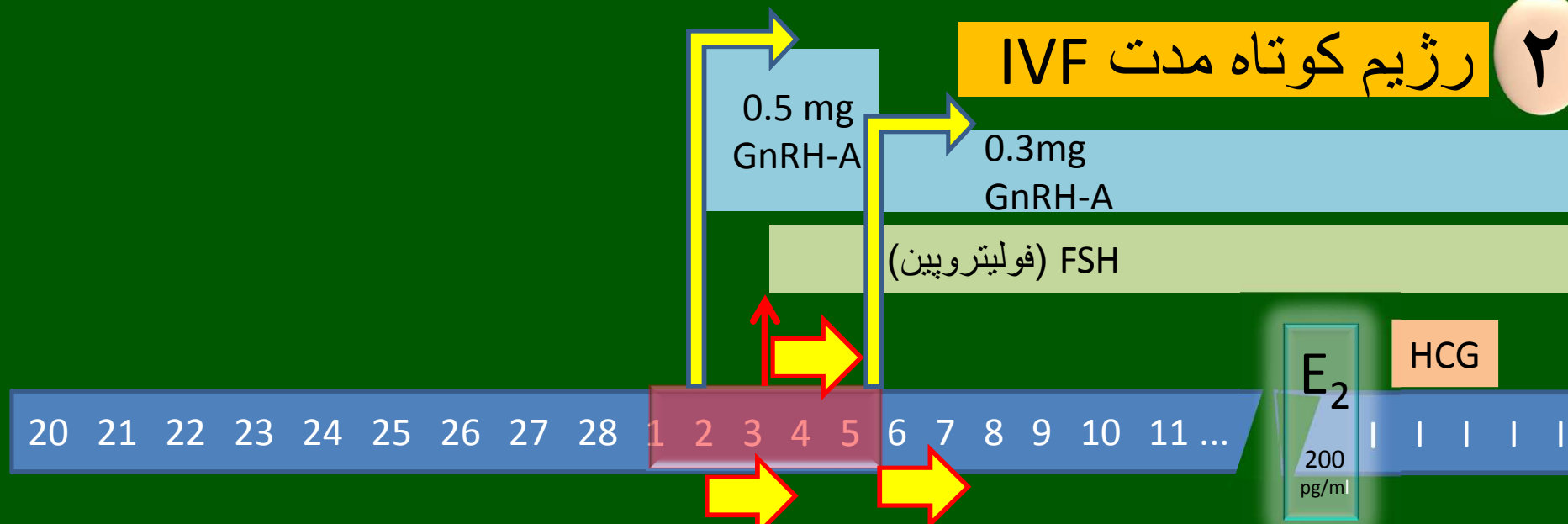
## ۱ رژیم بلند مدت IVF

۱



## ۲ رژیم کوتاه مدت IVF

۲





۱

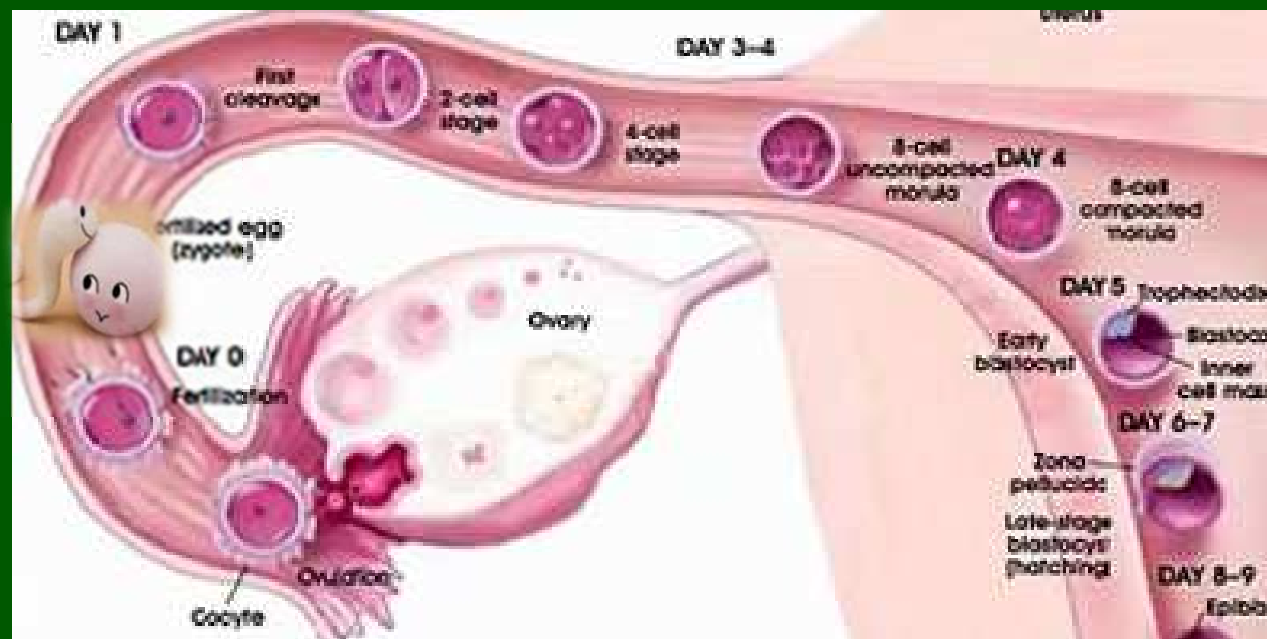
خانمی ۳۷ ساله دچار ناباروری ناشی از انسداد لوله های فالوب است .  
در روند IVF ابتدا ۱۰ روز لوپرولید به او تزریق شده سپس دارویی به  
مدت ۱۴ روز برای او تجویز گردیده این دارو کدام است و چه نقشی دارد ؟

۲ - فولیتروپین

۱ - بروموکریپتین

۴ - کلومیفن

۳ - گنادوتروپین



# نکته های GnRH-A (رلین ها)

## ۱ - شکل دارویی



نام ژنریک	نام تجاری	دوز و مصرف
Goserelin	Zoladex	3.6 mg / SC/4w 10.8 mg/ 12w
Leuprorelin	Lupron	3.75 mg / SC/4w , 11.25mg/12w
Triptorelin	Decapeptyl	3.75 mg / IM /4w , 11.25/12w,22.5/24W
	Dipherelin	3.75 mg / IM /4w , 11.25/12w,22.5/24W
	Microrelin	3.75 mg / IM/4w , 11.25/12w,22.5/24W
	Triptorelin	3.75 mg / IM/4w , 11.25/12w,22.5/24W
Nafarelin	synarel	200 µg /2 puff/d
Buserelin	Superfact	5 mg/5.5ml /SC Nasal spray 1mg/ml R



۲ – موارد مصرف: کانسر پروستات و پستان وابسته به استروژن ، IVF  
اختلالات متأثر از هورمون جنسی [ اندومتریوز، فیبروم، بلوغ زودرس ]

۳ – عوارض آگونیست های GnRH: ناشی از کاهش سطح استروژن  
است. [ کاهش تراکم استخوان، گرگرفتگی ... ]

۴ – کاهش تراکم استخوان در مصرف کمتر از ۶ ماه برگشتی است

۵ – سرکوب گنادوتروپین توسط رلین های پیوسته ، ۱-۲ هفته بعد از  
مصرف صورت می گیرد ولی در مورد رلیکس ها سریع است

۶ – هیپرپرولاکتینمی موجب کاهش گیرنده های GnRH می شود



هيپوتالاموس

هيپوتالاموس

مهار  
ساز

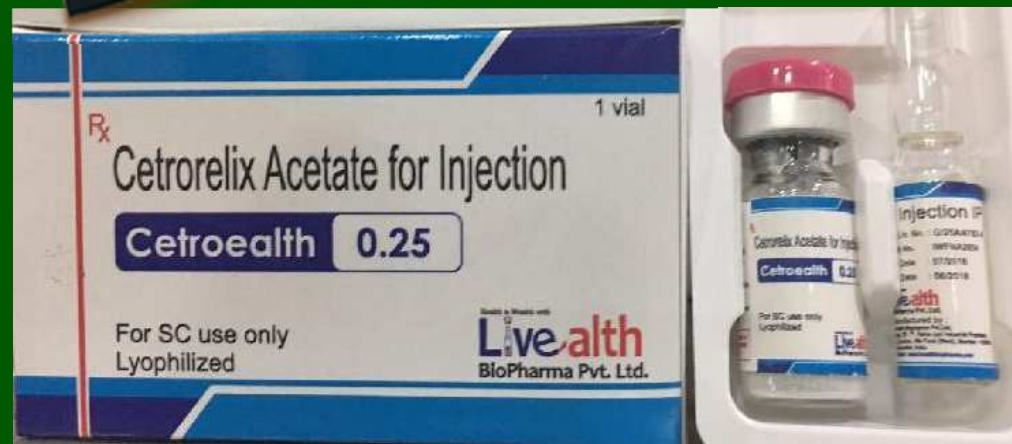
مهار  
ساز

Cetrorelix,  
Ganirelix  
degarelix

هيپوفيز

گنادوتروپين

گناد





LH



FSH



هیپوتالاموس

رها ساز

هیپوفیز

Urofollitropin IM, SC



تروپین

تروپین

گناد

Pregnyl (HCG)

کوریو گنادوتروپین آلفا

محرك تخمک گذاری

تولید تستوسترون



HMG  
75 IU

Menotropin  
(HMG)

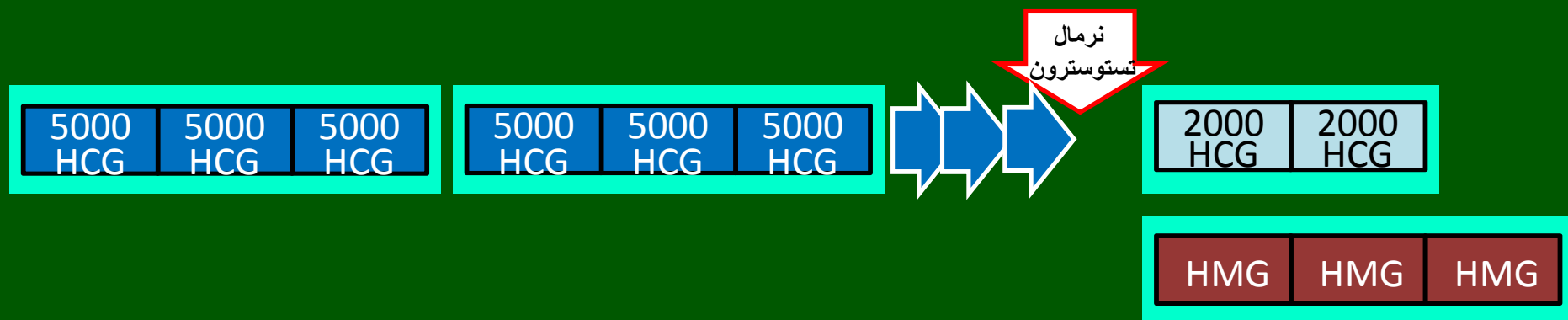
محرك رشد فولیکول

اسپرما توژنز



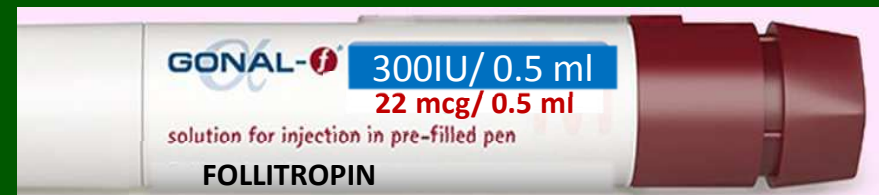
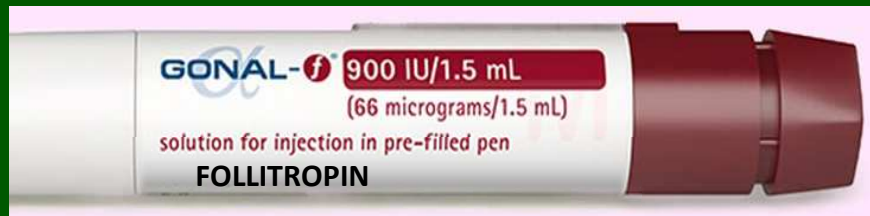
## نکته ها

- ۱ - HMG در حضور فولیکول سالم و پرولاکتین نرمال موجب تخمک گذاری است
- ۲ - FSH در خانم ها موجب رشد فولیکول و در آقایان موجب اسپرماتوژنز می شود
- ۳ - HCG در خانم ها موجب تخمک گذاری و در آقایان موجب افزایش سطح پلاسمائی تستوسترون می گردد .
- ۴ - در خانم ها ابتدا HMG و سپس HCG تزریق می شود . در آقایان برعکس



- ۵ - پس از حل کردن HMG باید بلافاصله آن را تزریق کرد .  
HCG حل شده تا سه ماه قابل نگهداری است.

برای خانمی ۳۳ ساله که قلم Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist با دوز ۱۵۰ IU/d تجویز شده بود داروخانه به علت عدم موجودی بجای دو عدد پن ۹۰۰ تجویزی برای شروع درمان او دو عدد ۳۰۰ تحویل داده است. نظرتان را در این مورد بفرمائید.



بجای دیفرلین، کدام یک را پیشنهاد می کنید ؟  
میکرورلین، دکاپیتیل، تریپتورلین، هیچکدام

۲

بیمار خانمی است ۳۲ ساله مبتلا به اندومتريوز و روانپريشي

بیمار می پرسد:

۱۴۰۰ / ۷ / ۳۰

Amp diphereline 3.75  $N=2$

ماهی یک عدد

Tab aripiprazole 20  $N=60$

روزی یک عدد

Tab levonorgestrel 1.5  $N=1$

مطابق دستور

✓ روش تزریق چگونه است ؟

✓ اگر اولین تزریق امروز باشد

دومی را کی باید بزنم ؟

✓ جانشین آری پیرازول ؟

۳

یک تفاوت بین تریپتورلین و گانی رلیکس این است که گانی رلیکس :

A - فقط عضلانی است      B - فوراً ترشح گونادوتروپین را کاهش می دهد

C - یخچالی است      D - تولید گونادوتروپین را تحریک می کند

۴

پسر ۳ ساله ای دچار اختلالات متابولیک است . او به علت جهشی در ژن کد کننده گیرنده هورمون رشد ، مبتلا به کاهش رشد شده ، کدام دارو با احتمال بیشتری رشدش را تقویت می کند ؟

۱- آتوسیبان    ۲- مکاسرمین    ۳- اوکترئوتاید    ۴- سوماتروپین



۵

برای دختر ۳ ساله با پر موئی ، بزرگی سینه ، قد و استخوان بندی متناسب با سن ۹ سالگی آزمایش ، بلوغ زودرس را اعلام کرده است مناسب ترین دارو برای او کدام است ؟

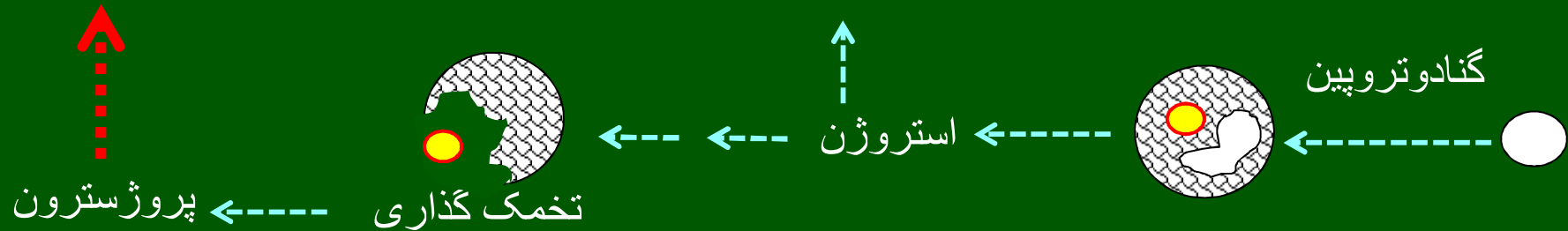
۱- لوتروپین آلفا    ۲- فولیتروپین    ۳- لوپرولید    ۴- اوکترئوتاید



## القاء تخمک گذاری

✓توقف رشد اندومتر  
✓تنشیت استحکام  
✓مغذی نمودن آن

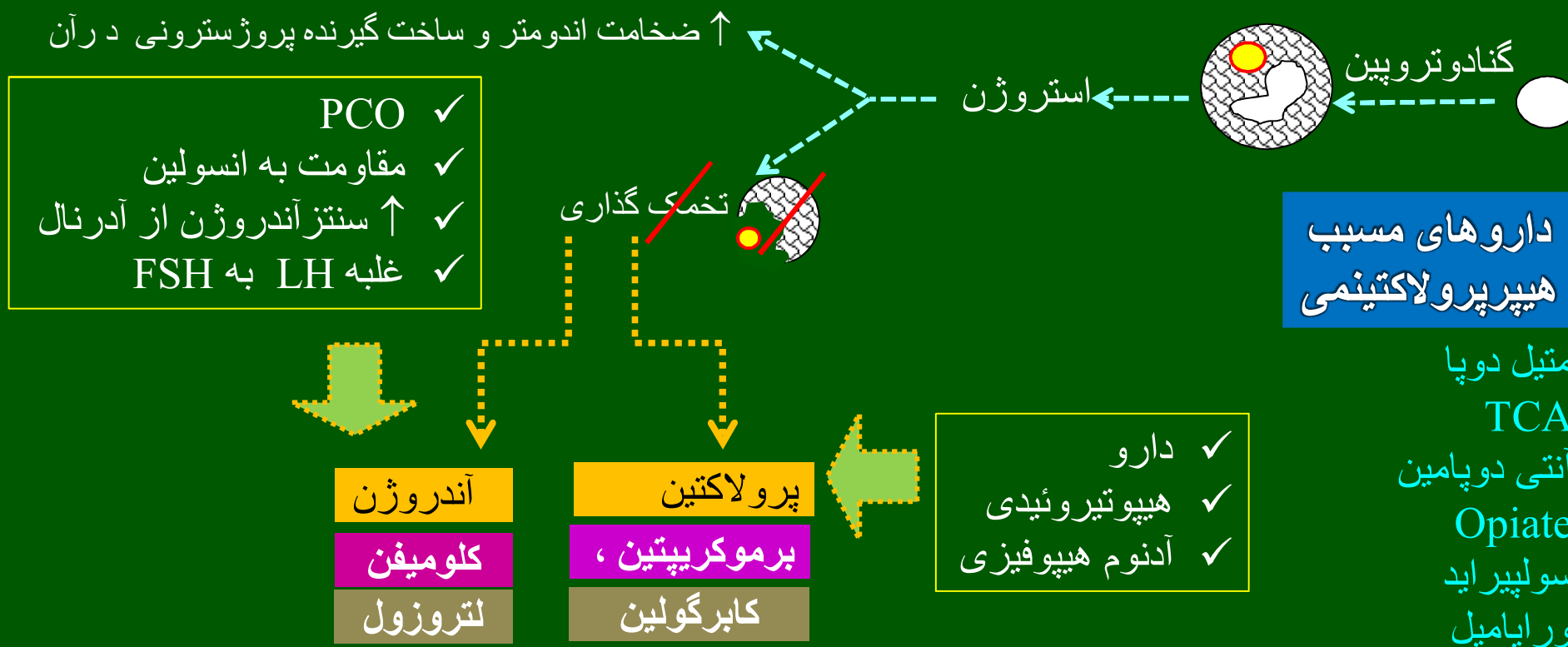
افزایش ضخامت اندومتر و  
ساخت گیرنده پروژسترونی در آن



HMG از روز ۳ پر یود با روزی ۲ عدد  
شروع می شود تا  $E_2 = 200 \text{ pg/ml}$   
و فولیکول 18-20mm شود،  
حال 10.000 واحد HCG  
( **بجز وقتی که  $E_2 > 1500 \text{ pg/ml}$  و**  
**4 فولیکول دیده شود** )

مشخصه	گروه 1
گنادوتروپین	کم
استروژن	کم
ویژگی	مصرف قطع پروژسترون خونریزی نمی دهد ؟
داروی انتخابی	؟

مشخصه	گروه 1	2 گروه	گروه 3
گوناوتروپین	کم	طبیعی FSH طبیعی LH یا بالا	بالا
استروژن	کم	طبیعی یا بالا	کم
ویژگی	مصرف و قطع پروژسترون خونریزی نمی دهد .	تست مصرف و قطع پروژسترون ؟	$\pm$ گر گرفتگی یائسگی زودرس
داروی انتخابی	HMG, HCG	رفع علت	؟



(گروه 2) (هیپراندرژن)

کسترویل  $\xrightarrow{\text{LH}}$  تستوسترون  $\xrightarrow{\text{FSH}}$  استرادیول

$\text{LH} > \text{FSH}$   $\xrightarrow{\text{کلومیفن}}$   $\text{FSH} > \text{LH}$

FSH -150  
FSH -100  
FSH -50

کلومیفن



دگزامتازون

استروژن

HCG

FSH

روز ۹ بررسی فولیکول  
روز ۱۴ تزریق HCG  
دوره بعد روز ۱۴  
تزریق استروژن

۳ تا ۷ رگل



نکته ها:

- ✓ اثر ضد استروژنی تاموکسی فن بر اندومتر، کمتر از کلومیفن است.
- ✓ اثر کلومیفن و تاموکسی فن بر القای تخمک گذاری یکسان است.

# ( گروه 3 )

↑ ضخامت اندومتر و تعبیه گیرنده های پروژسترونی در آن



مشخصه	گروه 1	گروه 2	گروه 3
گوناوتروپین	کم	FSH طبیعی یا LH طبیعی	بالا
استروژن	کم	طبیعی یا بالا	کم
ویژگی	مصرف و قطع پروژسترون خونریزی نمی دهد	قطع پروژسترون <b>خونریزی می دهد .</b>	± گر گرفتگی یائسگی زودرس
داروی انتخابی	HMG,HCG	<b>رفع علت</b> کلومیفن – لترزول بروموکرپیتین ، کابرگولین	?

## نکته ها

- ۱ – دوپامین مهار کننده پرولاکتین است. داروهای آنتی سایکوتیک با مهار دوپامین موجب می شوند که تخمک گذاری صورت نگیرد.
- ۲ – ریسپریدون بیشترین و اولانزاپین کمترین اثر را بر افزایش پرولاکتین دارند
- ۳ – کابرگولین با آلفا و بتا آدرنرژیک ، SSRI و نیتروگلیسرین تداخل مازور دارد
- ۴ – دانازول و رلیکس ها آزاد شدن گونادوتروپین را مهار می کنند  
کلومیفن و رلین ها محرک آزاد شدن گونادوتروپین اند

برای درمان آمنوره ناشی از هیپرپرولاکتینمی کدام تجویز درست است؟  
HMG – A      B – بوسرلین      C – فولیتروپین (FSH)      D – هیچکدام



۶

خانمی که با مشخصه سندرم آمنوره - گالاکتوره دچار ناباروری شده بود به پزشک مراجعه کرده ، این بیمار دچار چه اختلالی است؟  
پزشک پس از رد هیپوتیروئیدی و شیزوفرنی ، داروئی تجویز کرد که موجب بروز تخمک گذاری در این بیمار گردید . آن دارو کدام است ؟  
تجویز چه ربطی به هیپوتیروئیدی و شیزوفرنی دارد؟

A - کابرگولین  
B - گنادوتروپین انسانی (HMG)  
C - گانی رلیکس  
D - لوپرولید

۷

خانم ۵۳ ساله دچار گرگرفتگی ناشی از یائسگی است . رحم او سالم است چه داروئی برای رفع این گرفتاری او پیشنهاد می کنید؟  
A - کرم واژینال استروژن کونژوگه  
B - تزریق استرادیول والرات هر هفته تا ۴ هفته  
C - استرادیول + پروژسترون خوراکی  
D - مدروکسی پروژسترون استات تزریقی

✱ آیا کلومیفن در مردان هم اندیکاسیون دارد ؟

کدام یک موجب مهار FSH می شود ؟ 1- پروژسترون 2-استروژن

باکدام یک بلوغ زودرس مهار می شود؟ 1- سترورلیکس 2- لوپرورلین

کدام یک موجب مهار LH می شود ؟ 1- پروژسترون 2- استروژن

اندیکاسیون HMG در مردان چیست؟ سنتز تستوسترون یا کاهش لیبیدو

کدام یک موجب عدم تخمک گذاری می شود؟ T4 یا آنتی سایکوز

کدام یک برای تحریک تخمک گذاری ممکن است تجویز شود؟  
دگزامتازون ، کلومیفن ، استروژن کونژوگه ، هر سه

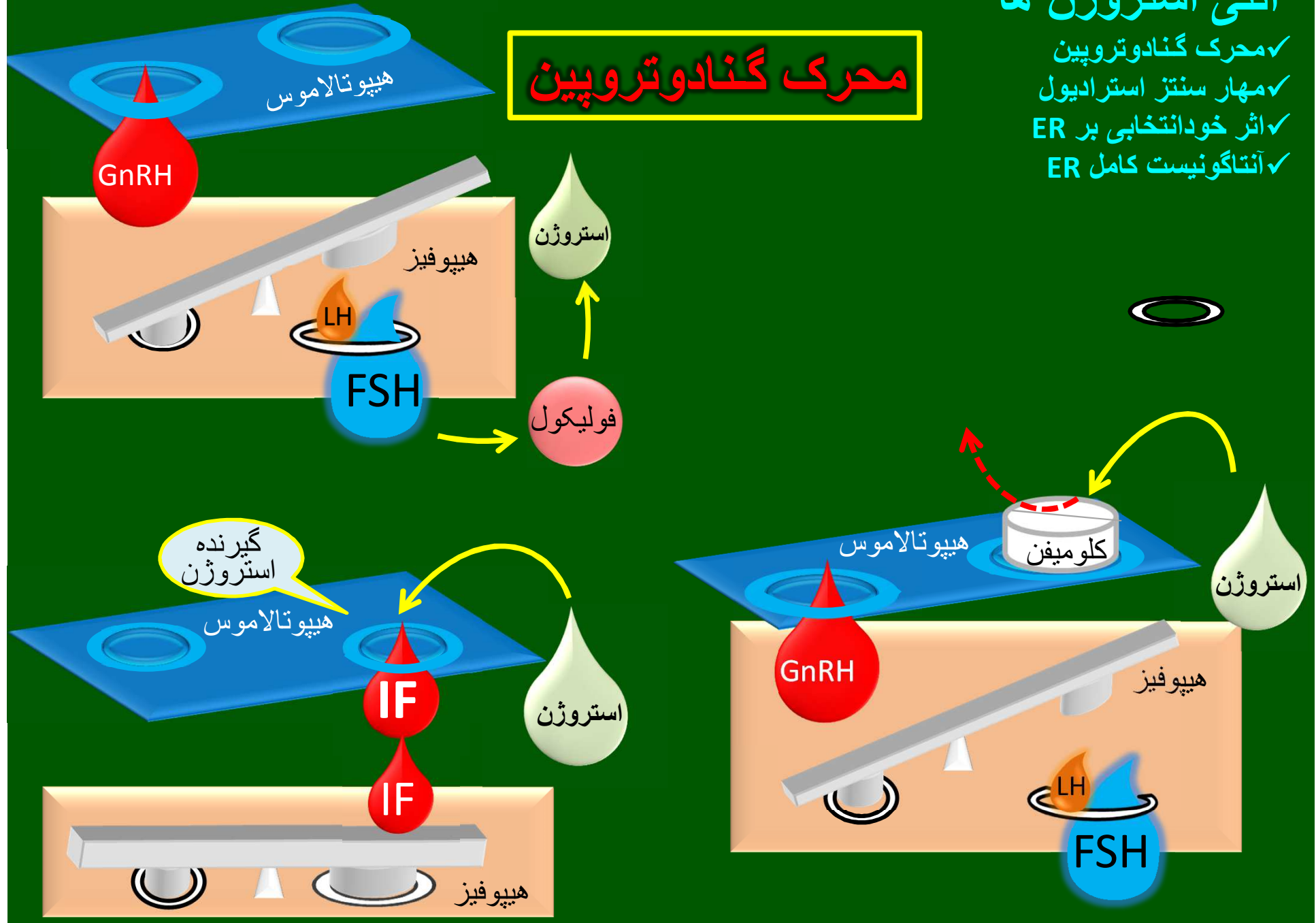
کدام یک HCG نو ترکیب است؟

1 - اروفولیتروپین 2 - کوریو گنادوتروپین آلفا 3 - فولیتروپین آلفا

# آنتی استروژن ها

- ✓ محرک گنادوتروپین
- ✓ مهار سنتز استرادیول
- ✓ اثر خودانتخابی بر ER
- ✓ آنتاگونیست کامل ER

## محرک گنادوتروپین



آنتی استروژن

کلومیفن

استرادیول

هیپوتالاموس

GnRH

هیپوفیز

FSH  
LH

تخمدان

تستوسترون

فول و سترانت

استرادیول

مهار سنتز استرادیول

آدرنال

اندروستن دیون

کبد، بافت چربی،  
عضله، بافت پستان

آناستروزول  
لتروزول  
اگزامستان

۱۹-آروماتاز

استرون

اثر خود انتخابی  
بر ER

SERM

تاموکسیفن  
رالوکسیفن

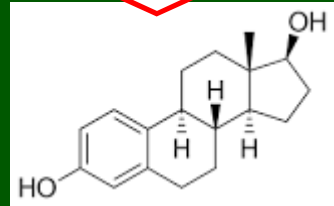
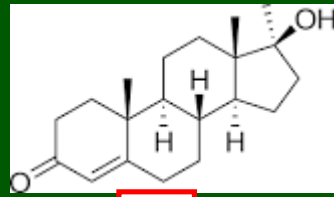
استرادیول

گیرنده

آنتاگونیست  
ER

±

⊖



۸

برای خانمی ۵۷ ساله با ماموگرافی مثبت و تأیید **حضور گیرنده** های استروژنی، کدام دارو بعد از برداشتن توده سرطانی پستان باید مصرف شود؟

- ۱ - دانازول
- ۲ - لوپرولید
- ۳ - میفه پرستون
- ۴ - رالوکسی فن



۹

خانمی ۲۵ ساله پس از ۲ سال ازدواج هنوز موفق به بارداری نشده ، کدام دارو می تواند چرخه بدون تخمک گذاری را در ایشان بهبود ببخشد ؟

- ۱ - تاموکسی فن
- ۲ - کلومیفن
- ۳ - رالوکسی فن
- ۴ - هر یک از سه داروی یادشده



## نکته ها :

### ۱ - مقایسه داروهای با اثر خود انتخابی بر گیرنده استروژن (SERM)

شرح	سرطان اندومتر	↓ تراکم استخوان	سرطان پستان	LDL	HDL	بروز ترومبوز
استروژن	✓	-	✓	↓	↑	✓
تاموکسی فن	✓	-	-	↓	○	✓✓
رالوکسی فن	-	↑ تراکم (بجز لگن)	-	↓	○	✓✓✓
اگزامستان	-	✓	-			-

۲ - عوارض مهار آروماتاز: اوستئوپروز، گرگرفتگی، خشکی واژن، افزایش کلسترول

۳ - اثر **اگزامستان** در بهبود سرطان پستان از تاموکسی فن بهتری است و خطر **ترومبوز و سرطان اندومتر** را افزایش نمی دهد ولی خطر **استئوپروز** دارد

۴ - **رالوکسی فن** تنها SERM تایید شده در پیشگیری و درمان استئوپروز است در طول بی تحرکی و ۷۲ ساعت قبل از آن نباید رالوکسی فن مصرف کرد

۵ - لتروزول در تحریک تخمک گذاری نسبت به کلومیفن اثر بهتر و خطر چند قلوزائی کمتر داشته ولی تاییدیه ندارد. ( خط دوم در تخمک گذاری)

۱۱ برای خانم ۷۰ ساله ای که برای پیشگیری از پوکی استخوان ،  
رالوکسی فن دریافت می کند خطر بروز کدام مورد زیر وجود دارد ؟  
۱- سرطان پستان      ۲- ترومبوز      ۳- سرطان رحم      ۴- هیچ کدام

۱۲ کدام یک موجب پوکی استخوان می شود؟  
۱- استروژن      ۲ - لتروزول      ۳- رالوکسیفن      ۴- تاموکسی فن

۱۳ کدام مهار کننده سنتز استروژن ، در خانم های یائسه مؤثر است؟  
۱- آناسترزال      ۲ - لتروزول      ۳- اگزمستان      ۴- هر سه

۱۴ خانمی که رالوکسی فن می خورد می پرسد که من کلسترولم بالاست .  
آیا این از رالوکسی فنه ؟

۱۵ برای این بیمار که در هفته ۳۳ حاملگی است:  
 $N=3$  Amp Hydroxyprogesterone      هفته ای یک عدد عضلانی  
✓ چرا پروژسترون تجویز نشده؟  
✓ آیا دگزامتازون قابل تجویز است؟  
 $N=6$  Amp Betamethasone      روزی سه عدد عضلانی  
✓ توصیه مصرف بتامتازون؟

# AUB ( Abnormal Uterine Bleeding )

3-7 روز  
80 ml

طبیعی

$28 \pm 7$

1

7

2

14

3

21

4

28

5

35

اولیگو منوره  
کاهش وزن  
تومور مولد استروژن

1

7

2

14

3

21

4

28

5

35

6 هفته

42 روز

پلی منوره

هیپوتیروئید  
DUB

1

7

2

14

بیش از  
80ml  
منوراژی  
استروژن

1 هفته

7 روز

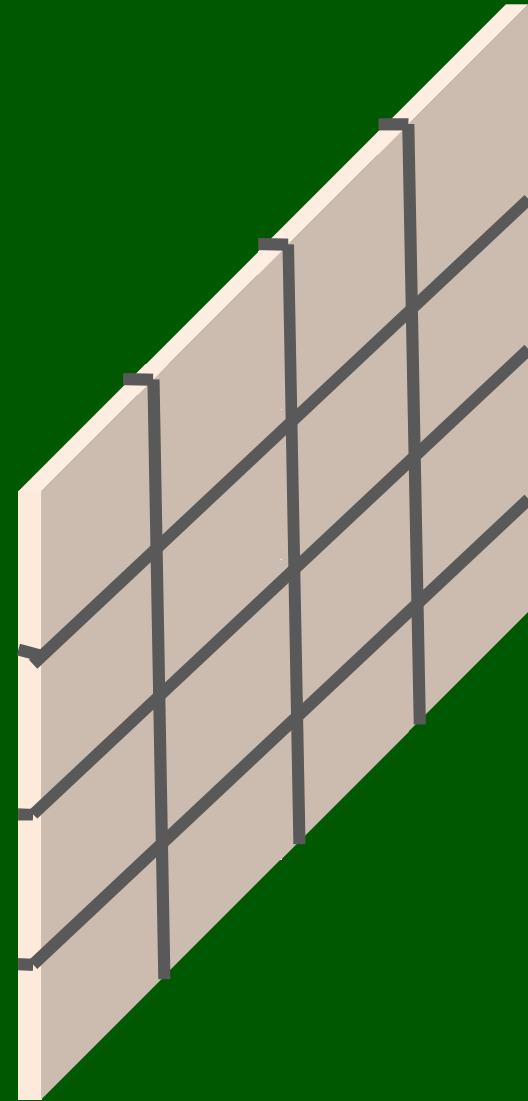
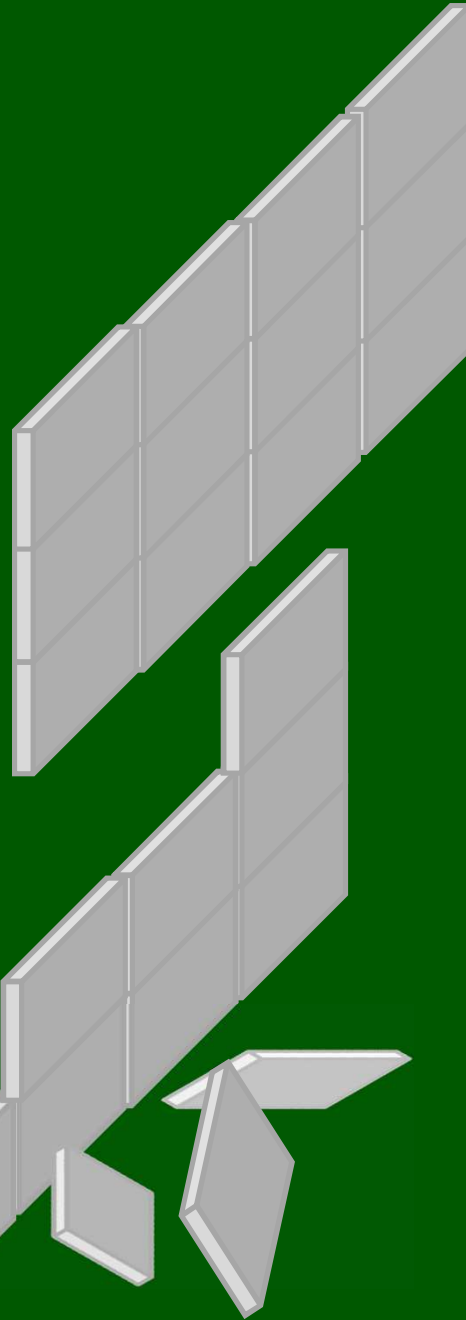
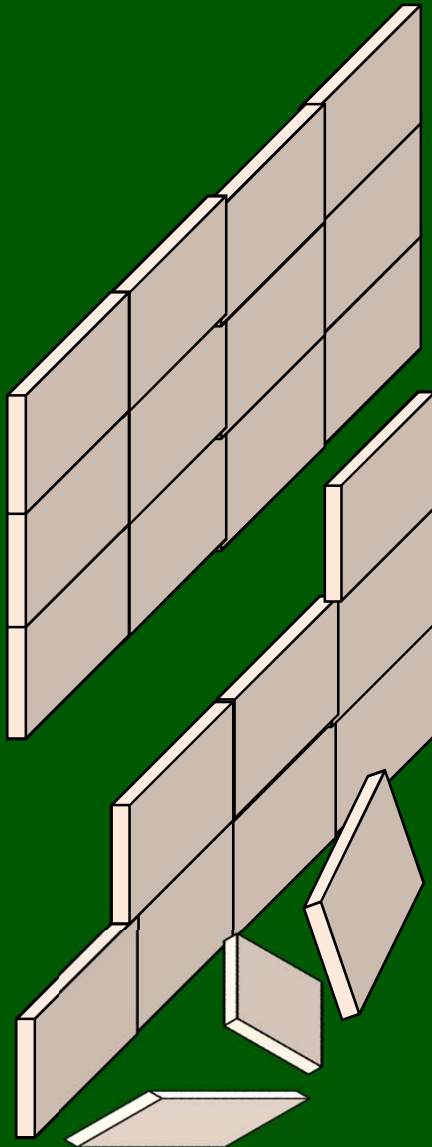
هیپر منوره  
پولیپ آندومتر  
عوارض حاملگی

2 هفته

14 روز

خونریزی غیر طبیعی رحم

AUB



# AUB

غیر ساختاری

ساختاری

غیر هورمونی

هورمونی (DUB)

دارو، تجهیزات  
عفونت، اختلال انعقاد

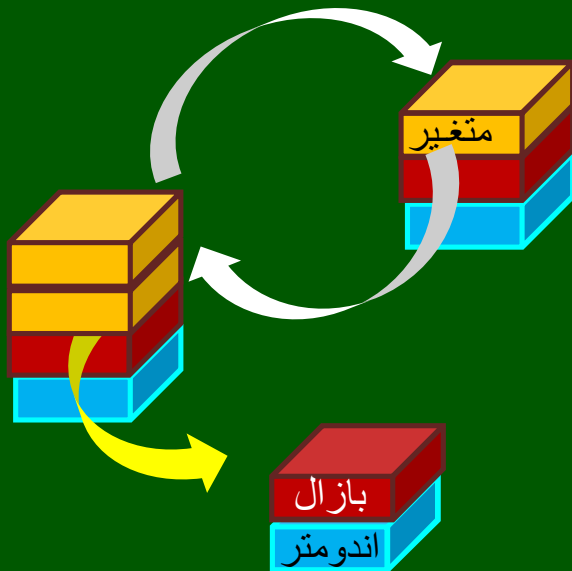
با  
تخمک  
گذاری

بدون  
تخمک  
گذاری

- نارسائی جسم زرد
- افت استروژن

- تکامل ناکافی محور
- حساسیت ناکافی فولیکول

سقط  
حاملگی خارج رحمی  
پولیپ  
اندومتریوز  
کانسر رحم





Hb/F = 12 - 16 g/dl  
Hb / m = 13.5-17.5

## درمان DUB

استروژن کونژوگه

Amp 25 mg IV/6h /6d  
Tab 2.5 mg PO/6h /7d

g / dl هموگلوبین

حاد

بیشتر از 12

بین 10 تا 12

کمتر از 10

اطمینان بخشی

تجویز آهن

اطمینان بخشی

تجویز آهن

OCP ( 3 تا 6 دوره )

MPA<sub>10d</sub> ( 2 دوره )

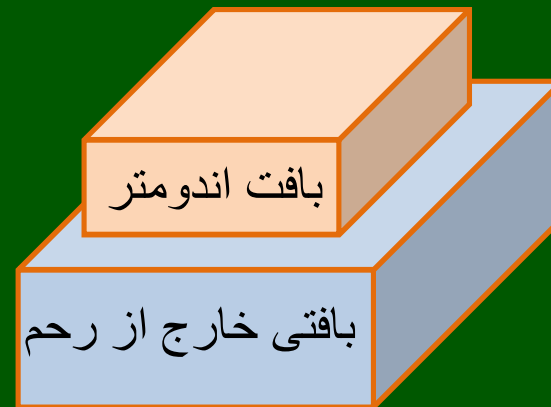
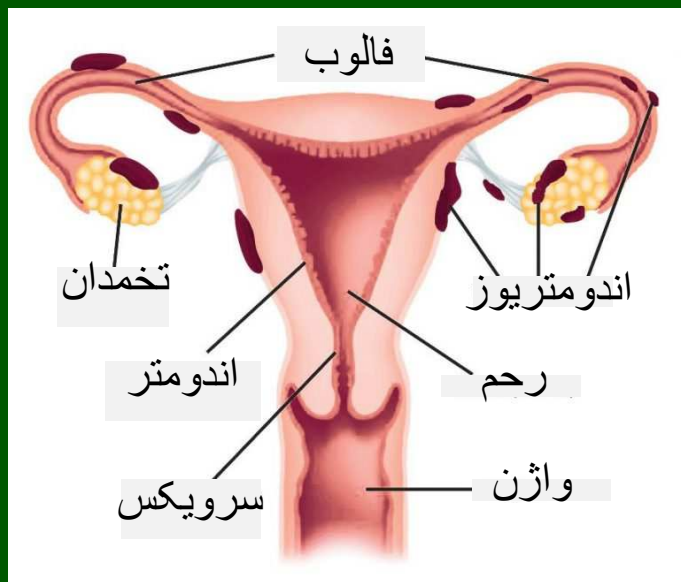
متوسط

LD (44 33 22 11)  
q6h/2d → q8h/2d →  
q12h/2d → q24h/cont  
Progest. 100-200 mg /INJ  
+10mg /po / 10 d

## مقایسه چند پروژستین :

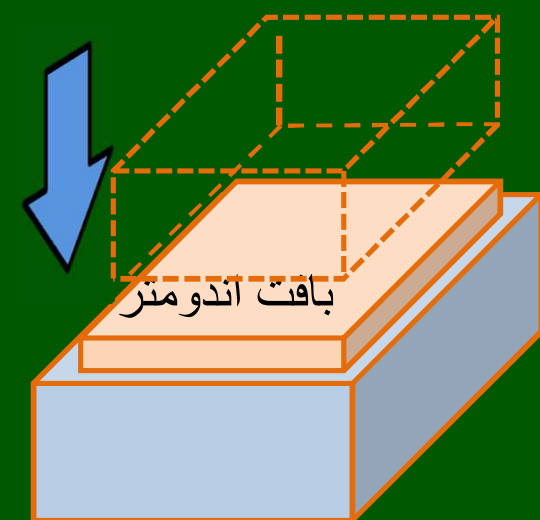
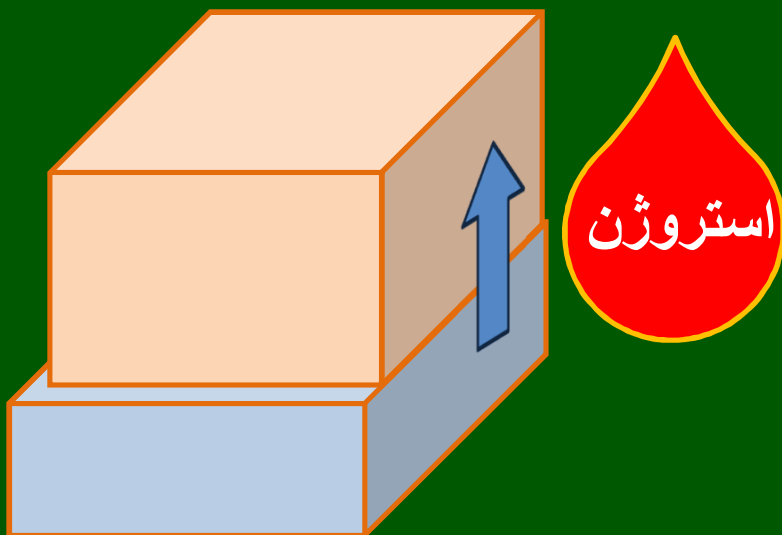
نام دارو	مهار تخمک گذاری	آنتی استروژنی	آنتی آندروژنی	آنتی مینرالی
پروژسترون	+	+	$\pm$	+
دیدروژسترون	-	-	-	$\pm$
H- پروژسترون	+	-	-	-
M- پروژسترون	+	+	-	-

خانم ۳۸ ساله‌ای طبق تجویز پزشک برای جلوگیری از بارداری  
مدروکسی پروژسترون ۵۰۰ استفاده می‌کرده دیروز موعد تزریق آن بوده  
او اشتباهاً از داروخانه هیدروکسی پروژسترون ۵۰۰ خریداری و تزریق  
کرده و رابطه حفاظت نشده داشته است. چه توصیه ای برای ایشان دارید ؟



اندومتریوز

درد لگن،  
قاعدگی دردناک،  
ناباروری



# درمان اندومتريوز

OCP انتخاب اول برای رفع دیسمنوره: دزوسپتیو (مارولون) ، NSAID

## داناژول

✓ مهارکننده گنادوتروپین

✓ با اتصال به SHBG موجب افزایش تستوسترون آزاد

✓ مهار سنتز استروژن

عوارض: افزایش اشتها و وزن ۸۰٪ ، تحریک پذیری  
کرامپ عضلانی ۵۰٪ ، ادم و گرگرفتگی ۴۰٪ ، افسردگی

## پروژستین

مدروکسی پروژسترون، دیدروژسترون

## diengest

با اثر پروژسترونی قوی موجب مهار LH ، در نتیجه مهار تولید  
تستوسترون و نهایتاً مهار تولید استرادیول می شود.  
تداخل X با داروهای ضد صرع، ترانسامین، هایپیران

درمان ناباروری ناشی از اندومتريوز ، جراحی است

۱۶

خانم جوانی از درد لگنی شکایت دارد ، بررسی نشست اندومتريال در صفاق لگنی را نشان می دهد. مناسب ترین درمان برای وی کدام است ؟

A- فلوتامید  
B- مدروکسی پروژسترون استات عضلانی  
C- اوکساندرولون عضلانی  
D- تاموکسی فن خوراکی

۱۷

متخصص زنان

*Cap mefenamic acid* 30

هر ۸ ساعت یکی

*Cap tranexamic acid* 30

هر ۸ ساعت یکی

*Tab LD* box

مطابق دستور

۱۸

بیمار آقا پزشک متخصص زنان

*Tab clomiphen* 50

بعد از صبحانه نصف قرص ۲۵ روز

*Tab pentoxifyline* 200

روزی سه عدد

*Tab vit C 500* 200

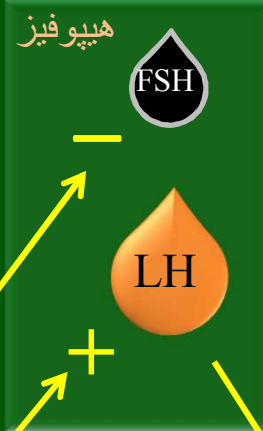
یک قرص صبح یکی عصر

*Tab vit E 400* 100

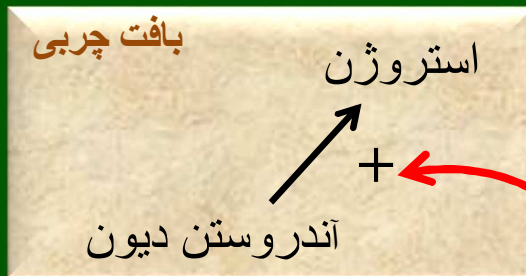
روزی یک قرص

# Polycystic Ovary Syndrome (PCO)

آمنوره ۵۰٪  
 ناباروری ۷۵٪  
 هیرسوتیسم تا ۹۰٪  
 دیس لیپیدمی تا ۷۰٪  
 افزایش آندروژن  
 بروز مقاومت به انسولین

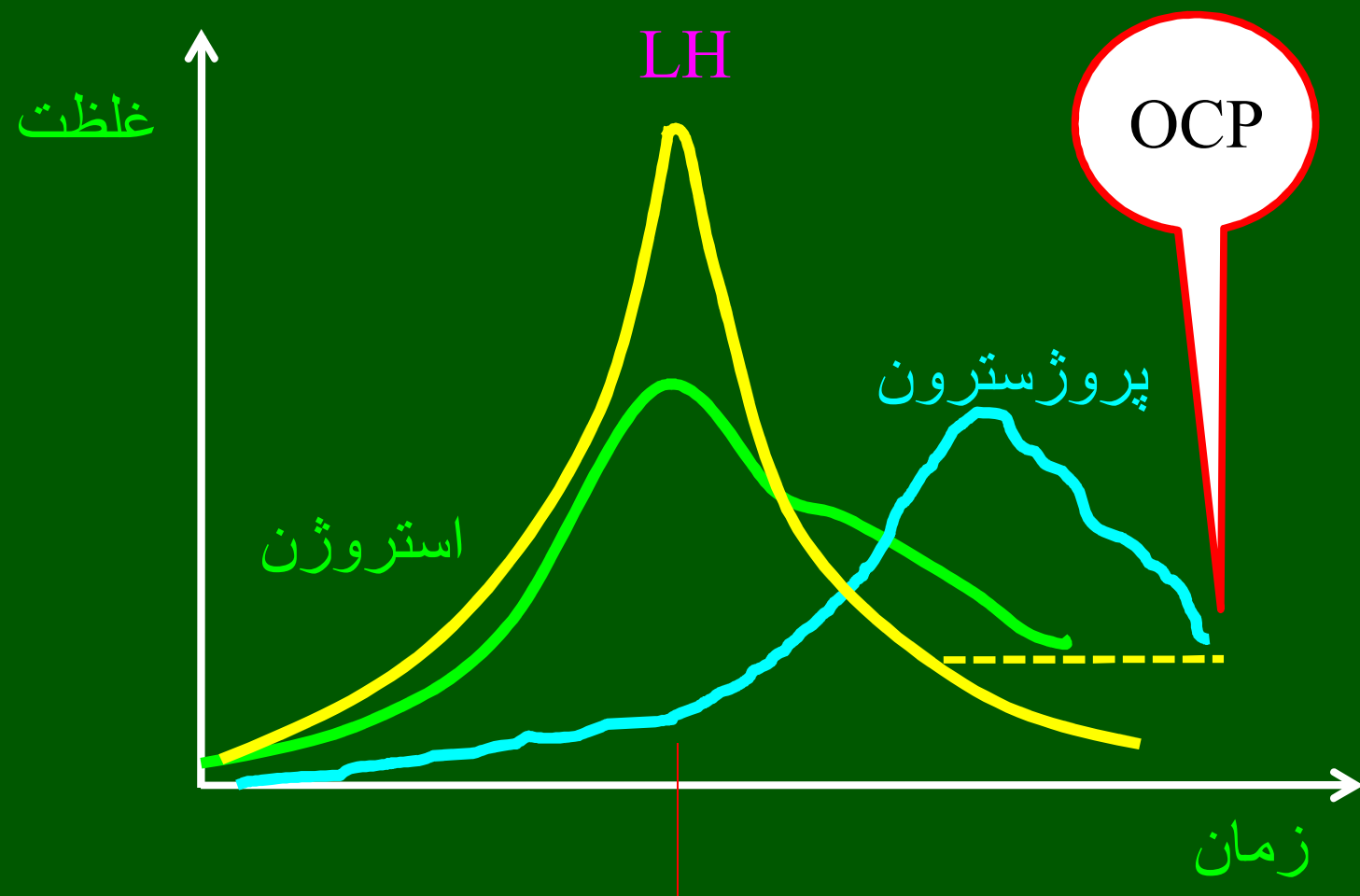


کاهش آندروژن (OCP اسپرونولاکتون، لوپرولید)  
 کاهش استروژن (کاهش وزن)  
 افزایش FSH (کلومیفن)  
 کاهش LH (کاهش هیرسوتیسم) (MPA)  
 کاهش مقاومت به انسولین (متفورمین)



آندروژن آدرنال

↑ آندروژن تخمدانی  
 ↓ تولید SHBG  
 ↑ تولید LH  
 انسولین بالا

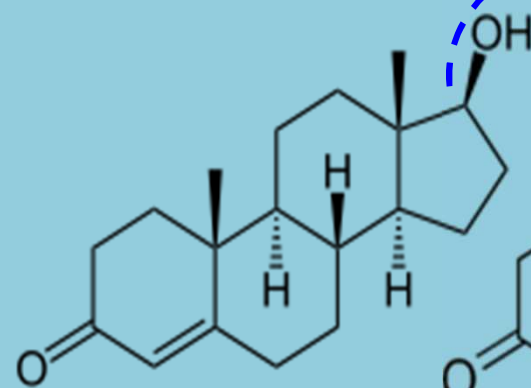




# مقایسه نسبت

آندروژنی

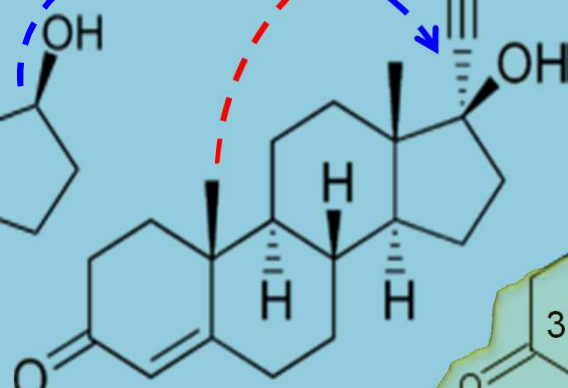
پروژسترونی



Testosterone

5+

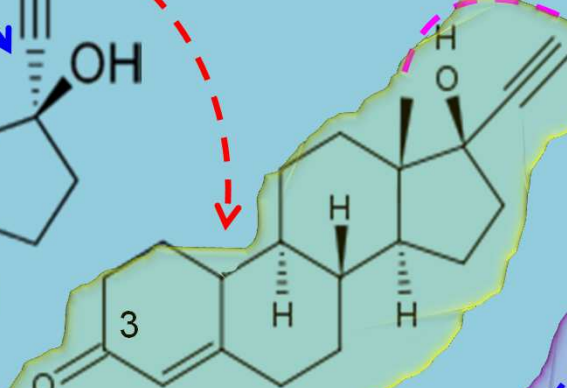
0



Ethisterone

5+

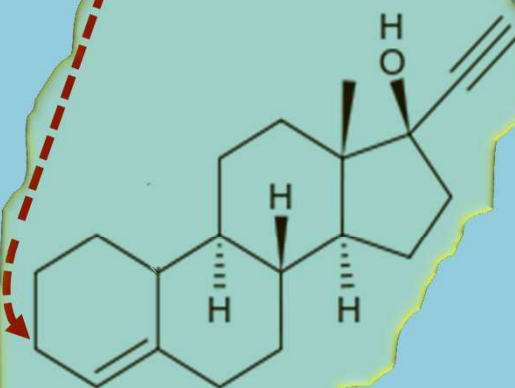
0



Norethindrone

2+

4+

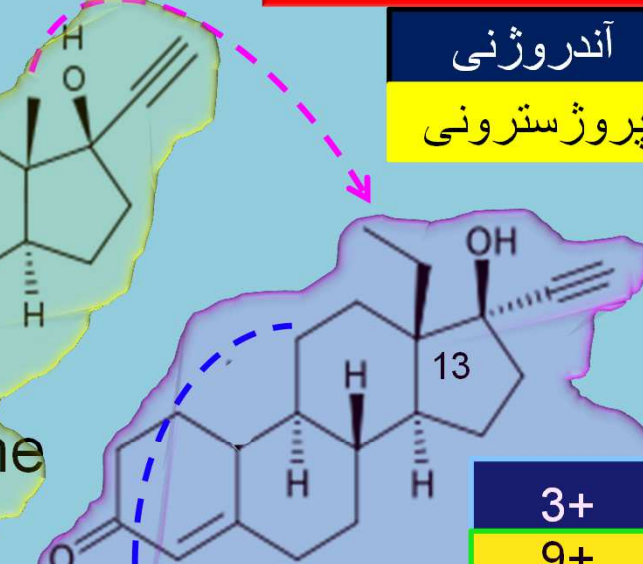


Lynestrenoll

0

5+

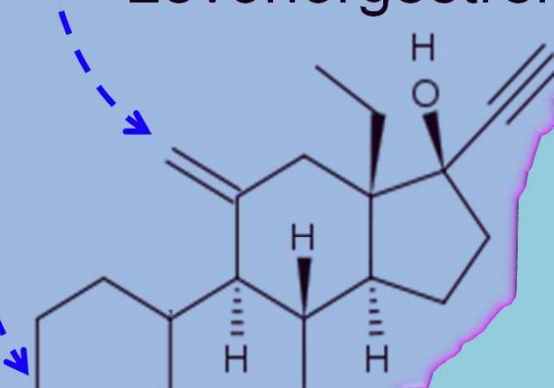
استران



Levonorgestrel

3+

9+

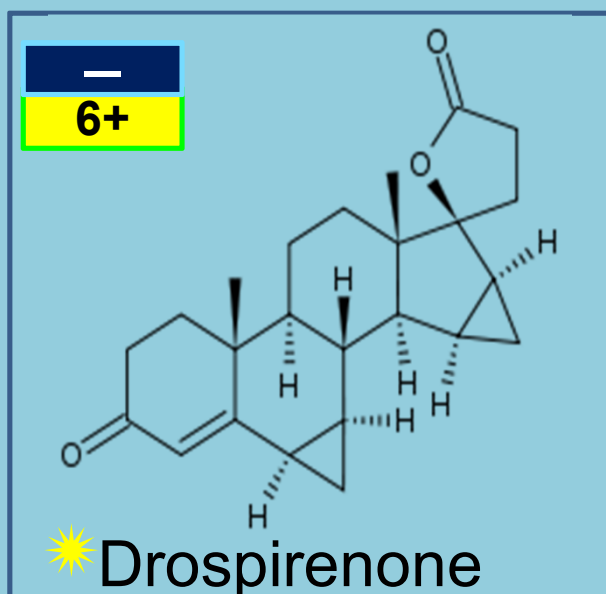


Desogestrel

+

15+

گونان



☀️ Drospirenone

—

6+

## انواع قرص های ضد بارداری

Mini pill	Combination pill	Sequential pill
لاینسترنول	یاسمین، مارولون، HD,LD	تری فازیک

پروژستین mg	mg استروژن (اتینیل استرادیول)	نام دارو / ترکیب
لئونورژسترل 0.25	0.05	HD
لئونورژسترل 0.15	0.03	LD
لئونورژسترل 0.05	0.03 – 6 نارنجی	3 – phasic
0.075	0.04 – 5 زرد	
0.125	0.03 – 10 سفید	
دزوژسترل 0.15	0.03	Marvelon دزوسپتیو
دروس پیرنون 3	0.03	کنتراسمین، روکین yasmin
لاینسترنول 0.5	—	Lynestrenol

سال ۸۴ حاملگی ناخواسته ۳۷٪ (۶٪ همزمان با OCP)

81000 تولد ناخواسته با OCP



۱ - ضریب اطمینان [ توجه در اولین ماه ، مصرف سر ساعت ترتیب مصرف )

۲ - تعویق قاعدگی عمدی ( توجه برای تری فازیک )

۳ - نازائی ، ترا توژنیسیته

۴ - مزایا : کاهش ( سرطان تخمدان و اندومتر ، حجم خونریزی ، دیسمنوره ،

کیست ، PMS ، آرتریت )

۵ - در صورت بروز امنوره ، پس از رد حاملگی ، مصرف استروژن بیشتر

۶ - مصرف برای غیر سیگاری تا 40 ( 50 ) سالگی

۷ - قطع مصرف OCP سه ماه قبل از قصد بارداری شدن

۸ - مصرف ۲ عدد مینی پیل با فاصله ۱۲ ساعت تأییدیه FDA را دارد

۹ - شروع مصرف ۶ هفته بعد از زایمان

۱۰ - حد اقل تا یک هفته پس از حمله گاستروآنتریت استفاده از روش های دیگر

۱۱ - خطر هیپرکالمی در مصرف یاسمین و ACEI,ARB

## ۱۲ – فراموشی مصرف تک فاز

۱۳ – فراموشی مصرف تری فازیک تا ۱۲ ساعت ← مصرف فراموش شده بیش از ۱۲ ساعت ← مصرف بقیه ( بجز فراموش شده ) تا آخر بسته + رعایت

۱۴ – تأخیر ۳ ساعت در مصرف مینی پیل تا ۴۸ ساعت استفاده از روش دیگر

## ۱۷ – مصرف OCP هشت هفته پس از قطع القاء کنندگان آنزیم های کبدی

( فنی توئین، کاربامازپین، باربیتوراتها، پریمیدون، ریفامپین، )  
به نظر نمی رسد گاباپنتین، لووتیراستام، والپروات منجر به کاهش اثرات OCP شوند  
مصرف OCP با گریزئوفلووین ممنوع است  
با تتراسایکلین، آمینوپنی سیلین، پیوگلیتازون و هایپیران بهتر است که صورت نگیرد

۱۸ – DMPA طی ۵ روز اول قاعدگی تزریق می شود ( به خوبی تکان داده شود)  
در مصرف کننده OCP روز بعد از آخرین قرص. در دارنده IUD یک هفته قبل از برداشتن آن. در جوانان، حوالی یائسگی و افراد بی حرکت خطر استئوپروز

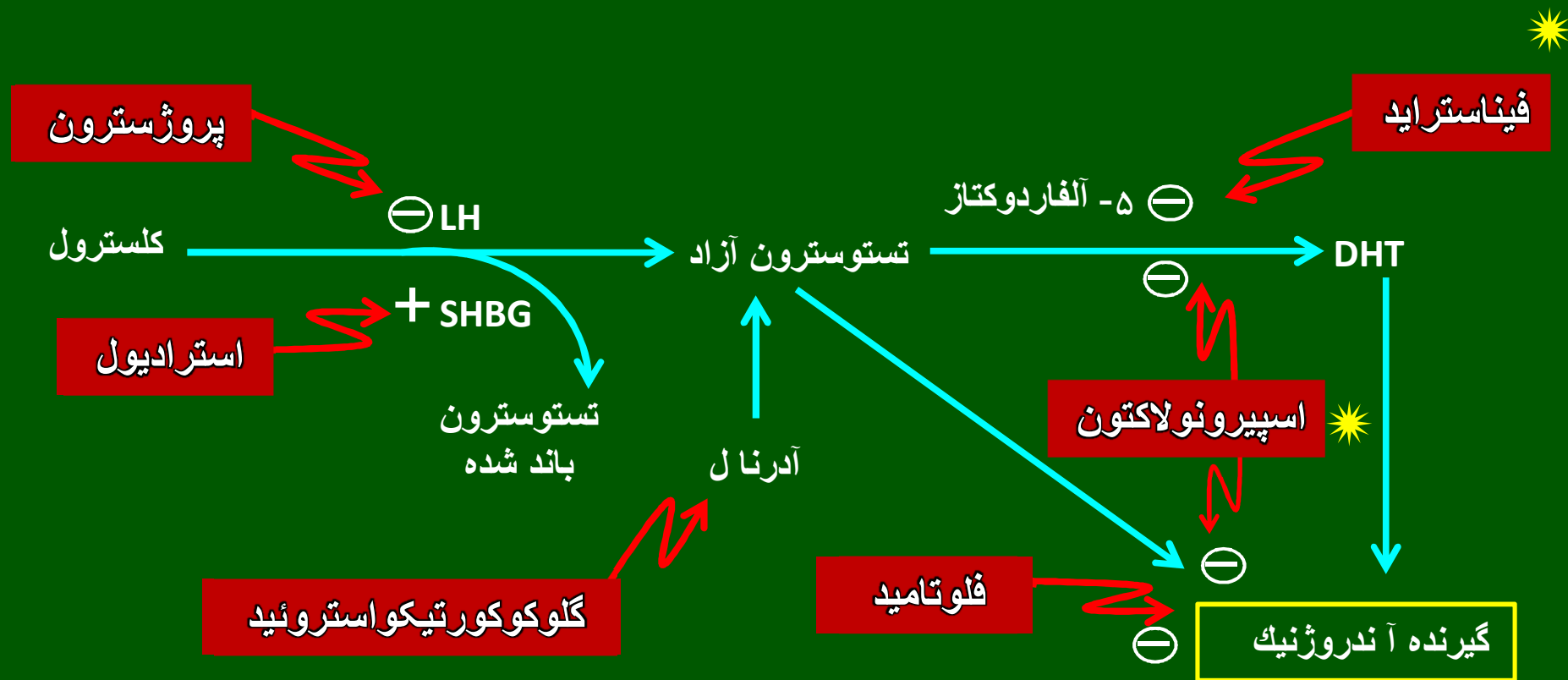
## ۱۹ – انتخاب

شرایط بیمار	کیست تخمدان	دیسمنوره	سردرد	آکنه – هیرسوت، دیابت	چاق
شرایط OCP	E بالا	P بالا	E کم	A حداقل	EP کم

۱۹ به خانمی که ۳ ساعت است لاینسترنولش را نخورده، چه توصیه ای دارید ؟

۲۰ توصیه شما به خانمی که ۳ ساعت بعد از خوردن لوونورژسترل استفراغ کرده ؟

### داروهای آنتی آندروژن



۲۱

کدام عبارت زیر در مورد فیناستراید درست است ؟

- A - مصرف آن برای خانم ها حتی غیر حامله مجاز نیست
- B - در طاسی مردانه روزانه 5 mg تجویز می شود
- C - جزو گروه X مصرف دارو در حاملگی است
- D - هر سه مورد

۲۲

کدام OCP برای خانم دچار آکنه مناسب است ؟

- A - HD
- B - لوونورژسترل
- C - یاز
- D - تری فازیک

۲۳

برای مرد ۷۰ ساله مبتلا به BPH مهار کننده های آلفا تأثیر چندانی نداشته پزشک تصمیم دارد آلفا ردوکتاز را در پروستات مهار کند .  
کدام دارو می تواند مفید باشد؟

- A - فیناستراید
- B - فلوتامید
- C - لوپروлід
- D - کتوکونازول

سیاسگزارم

