[2023] 6 యస్.సి.ఆర్. 992

డాక్టర్ నరేంద్ర గుప్తా వర్సెస్ యూనియన్ ఆఫ్ ఇండియా మరియు ఇతరులు

(రిట్ పిటిషన్ (సివిల్) నెంబరు 131 ఆఫ్ 2013)

05 ఏప్రిల్ 2023

(డాక్టర్ ధనుంజయ వై.చంద్రచూడ్, సీజేఐ మరియు జె.బి.పర్దివాలా, జె.]

సుప్రీం కోర్టు ఆదేశాలు - అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు - భారత రాజ్యాంగం - ఆర్టికల్ 21 - మహిళల ప్రాథమిక హక్కుల ఉల్లంఘన - అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి మార్గదర్శకాలు - వివిధ రాష్ట్రాల్లో వివిధ ప్రభుత్వ ఆరోగ్య పథకాల కింద అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు జరుగుతున్నాయనే అంశాన్ని ఎత్తిచూపుతూ పిటిషనర్ 2013 లో ఒక ప్రజా ప్రయోజన వ్యాజ్యం దాఖలు చేశారు - పిటిషనర్ మహిళలు, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయించుకోని మరియు ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సను ఎవరికి పొడిగించవచ్చో, వారికి గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయించారు, ఈ ప్రక్రియలో వారి ఆరోగ్యాన్ని తీవ్రంగా ప్రమాదంలోకి నెట్టారు మరియు ఈ రకమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు గురైన చాలా మంది మహిళలు షెడ్యూల్డ్ కులాలు, షెడ్యూల్డ్ తెగలు లేదా ఇతర వెనుకబడిన కమ్యూనిటీలకు చెందినవారని నివేదించారు - 13.12.2022, లేవనెత్తిన ఫిర్యాదును పరిశీలించి ప్రతిస్పందనను దాఖలు చేయాలని సుప్రీంకోర్టు ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యు కార్యదర్శిని ఆదేశించింది - వివిధ రాష్ట్రాలు దాఖలు చేసిన కౌంటర్ అఫిడవిట్ల నుండి, పిటిషన్లో హైలైట్ చేయబడిన వాస్తవాలలో గణనీయమైన వాస్తవం ఉందని తేలింది - 2022 లో, ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యు మార్గదర్శకాలను జారీ చేసింది - "అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి మార్గదర్శకాలు, - వాటిని పాటించడానికి

అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలకు పంపబడింది - కార్యాచరణ ప్రణాళికను ప్రతిపాదిస్తూ మరియు అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల నిర్వహణకు సంబంధించి వివిధ రాష్ట్రాలు తీసుకున్న చర్యలను సూచిస్తూ కేంద్ర ప్రభుత్వం స్టేటస్ రిపోర్టును దాఖలు చేసింది - 21 వ అధికరణ ప్రకారం ఆరోగ్య హక్కు జీవించే హక్కులో అంతర్లీన అంశం మరియు మహిళల ప్రాథమిక హక్కులను తీవ్రంగా ఉల్లంఘించారు. అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయించుకున్నవారు - అంతేకాకుండా, అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి అవలంబించిన మార్గదర్శకాలను అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు తప్పనిసరిగా పాటించాలని - మార్గదర్శకాలను త్వరితగతిన ఆమోదించేలా చూడటానికి అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలతో MoHFW నిమగ్నం కావాలి - అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు మార్గదర్శకాలను స్వీకరించి అమలు చేయాలని మరియు ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యుకు సమ్మతిని నివేదించాలని మరియు తమ పరిధిలోని అన్ని ప్రభుత్వ మరియు ప్రైవేట్ ఆసుపత్రులను మరింత ధృవీకరించాలని ఆదేశించింది. మార్గదర్శకాల ఉనికి మరియు ప్రాముఖ్యత గురించి ప్రాంతాలకు అవగాహన కల్పించబడింది - ఏదైనా అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేసినట్లు లేదా ప్రక్రియ తీసుకున్నట్లు గుర్తించిన తర్వాత ఆసుపత్రులను బ్లాక్ లిస్ట్ లో పెట్టడానికి అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు కఠిన చర్యలు తీసుకోవాలి రోగి సమ్మతి లేకుండా చర్యలు తీసుకోవడం, చట్టప్రకారం అవసరమైన చర్యలు తీసుకోవాలని ఆదేశం – దీనికి అనుగుణంగా అవసరమైన అన్ని చర్యలు తీసుకోవాలని కేంద్ర ప్రభుత్వం ఆదేశించింది. సాధించదలచుకున్న ప్రజాప్రయోజనాలను అమలు చేయడానికి మార్గదర్శకాలు.

సివిల్ ఒరిజినల్ పరిధి: రిట్ పిటిషన్ (సివిల్) నెం.131 ఆఫ్ 2013.

భారత రాజ్యాంగంలోని ఆర్టికల్ 32 ప్రకారం..

ఐశ్వర్య భాటి, జయంత్ కె సుద్, A.S.Gs, డాక్టర్ మనీష్ సింఘ్వీ, ఎస్.సి.వర్మ, సీనియర్ అడ్వకేట్లు, శ్రీమతి కవల్ ప్రీత్ కౌర్, సత్య మిత్రా, గుర్మీత్ సింగ్ మక్కర్, డాక్టర్ అరుణ్ కుమార్ యాదవ్, దిగ్విజయ్ దామ్, ప్రవీణా గౌతమ్, అక్షిత్ ప్రధాన్, ఎ.కె.కౌల్, అభినవ్ ముఖర్జీ, అక్షయ్ శ్రీవాస్తవ, శ్రీమతి బిహు శర్మ, శ్రీమతి ప్రతిష్ఠా విజ్, అర్పిత్ అగర్వాల్, శ్రీమతి శుభాంగి మిలింద్ కుమార్, సుమీర్ సోధి, గౌరవ్ అరోరా అడ్వయిజర్లు హాజరయ్యారు.

కోర్టు తీర్పుఇచ్చిన ది.

డాక్టర్ ధనుంజయ వై చంద్రచూడ్, సీజేఐ

1. ముఖ్యంగా బీహార్, చత్తీస్ గఢ్, రాజస్థాన్ రాష్ట్రాల్లో రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజనతో పాటు ఆరోగ్య సంరక్షణకు సంబంధించిన ఇతర ప్రభుత్వ పథకాల కింద అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు జరుగుతున్నాయని పేర్కొంటూ 2013లో డాక్టర్ నరేంద్రగుప్తా ప్రజా ప్రయోజన వ్యాజ్యం దాఖలు చేశారు. ఇలాంటి గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయడంలో ప్రైవేటు ఆసుపత్రుల ప్రమేయాన్ని కూడా పిటిషన్లో ప్రస్తావించారు. కేంద్ర ఆరోగ్య, కుటుంబ సంక్షేమ మంత్రిత్వ శాఖమొదటి స్థానంలో నిలవగా, బిహార్, రాజస్థాన్, చత్తీస్ గఢ్ రాష్ట్రాలు వరుసగా రెండు, మూడు, నాలుగు స్థానాల్లో నిలిచాయి. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకోని, ప్రత్యామ్నాయ చికిత్స అందించాల్సిన మహిళలకు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయించడం వల్ల వారి ఆరోగ్యం తీవ్రంగా దెబ్బతింటుందని పిటిషనర్ తన ఫీల్డ్ వర్క్ ఆధారంగా మా దృష్టికి తీసుకొచ్చారు. ఈ రకమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్న మహిళల్లో ఎక్కువ మంది షెడ్యూల్డ్ కులాలు, షెడ్యూల్డ్ తెగలు లేదా ఇతర వెనుకబడిన వర్గాలకు చెందిన వారని పిటిషనర్ పేర్కొన్నారు.

2. పిటిషన్లో లేవనెత్తిన ఫిర్యాదును పరిశీలించి, సంబంధిత సమాచారాన్ని క్రోడీకరించిన తర్వాత ప్రతిస్పందన దాఖలు చేయాలని 2022 డిసెంబర్ 13 న ఈ కోర్టు ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యు కార్యదర్శిని ఆదేశించింది.

3. కేంద్ర ప్రభుత్వం దాఖలు చేసిన స్టేటస్ రిపోర్టును వెల్లడించే ముందు రాజస్థాన్, బిహార్, చత్తీస్ గఢ్ రాష్ట్రాలు దాఖలు చేసిన అఫిడవిట్లను బట్టి ఈ పిటిషన్ లో హైలైట్ అయిన వాస్తవాల్లో గణనీయమైన వాస్తవం ఉందని స్పష్టమవుతోంది. ఉదాహరణకు కిషన్ గంజ్, మధుబని, సమస్తిపూర్, సరన్ జిల్లాల్లోని జిల్లా అధికారులు అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు సంబంధించిన ఫిర్యాదులపై విచారణ జరిపేందుకు చర్యలు తీసుకున్నట్లు బిహార్ ప్రభుత్వం దాఖలు చేసిన అఫిడవిట్లలో పేర్కొన్నారు. అనవసరంగా శస్త్రచికిత్సల నిర్వహణకు సంబంధించి వచ్చిన ఆరోపణల్లో చాలావరకు నిజమని గుర్తించిన ప్రభుత్వం తదనంతర చర్యలు చేపట్టింది. నలభై లేదా అంతకంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్న మహిళలకు శస్త్రచికిత్సలు నిర్వహించే ముందు ఎంప్యానెల్ ఆసుపత్రులు సంబంధిత భీమా ప్రదాత నుండి అనుమతి పొందాలని ఆదేశిస్తూ సర్క్యులర్ జారీ చేసింది. అనేక ఆసుపత్రులను బ్లాక్ లిస్టులో పెట్టడం, పరిగణనలోకి తీసుకోవడంపై ఈ కోర్టు దృష్టి సారించింది. రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన నుంచి రాష్ట్రంలో నిర్వహించిన పరిశోధనలకు అనుగుణంగా.. కొన్ని కేసుల్లో ఎఫ్ఐఆర్లు దాఖలయ్యాయి.

4. ఈ ఘటనలపై విచారణ జరిపేందుకు కమిటీలను ఏర్పాటు చేయడానికి దౌసా జిల్లా కలెక్టర్ తీసుకున్న చర్యలను రాజస్థాన్ ప్రభుత్వం రికార్డుల్లో ఉంచింది. రాజస్థాన్ ప్రభుత్వం క్లినికల్ ఎస్టాబ్లిష్ మెంట్స్ (రిజిస్ట్రేషన్స్ అండ్ రెగ్యులేషన్) రూల్స్ 2013 ను రూపొందించింది.ఛత్తీస్ గఢ్ రాష్ట్రం ఒక హైపవర్ కమిటీని ఏర్పాటు చేసింది.

5. రాజ్యాంగంలోని ఆర్టికల్ 21 ప్రకారం జీవించే హక్కులో ఆరోగ్య హక్కు అంతర్భాగం. జీవితం, దాని యొక్క అన్ని విభిన్న అంశాలను ఆస్వాదించడానికి, బలమైన ఆరోగ్య పరిస్థితులపై ఆధారపడి ఉండాలి. అత్యవసర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయించుకున్న మహిళల ప్రాథమిక హక్కులను తీవ్రంగా ఉల్లంఘించారు.

6. 2022 లో, ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యు "అత్యవసర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి మార్గదర్శకాలు" అనే మార్గదర్శకాలను జారీ చేసింది, 2 వాటిని పాటించడం కోసం అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలకు పంపబడింది. వివిధ భాగస్వాములతో వరుస సంప్రదింపుల తర్వాత ఈ మార్గదర్శకాలను రూపొందించింది. అభివృద్ధి చెందిన దేశాల్లో సాధారణంగా నలభై అయిదేళ్లు దాటిన ప్రీ మెనోపాజ్ మహిళల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు నిర్వహిస్తుండగా, భారత్ లో కమ్యూనిటీ ఆధారిత అధ్యయనాలు 20-8 నుంచి 36 ఏళ్ల మధ్య వయసున్న యువతుల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స రేటును స్థిరంగా పెంచుతున్నట్లు గుర్తించాయి. వైద్య లేదా నాన్ ఇన్వాసివ్ చికిత్స సరిపోయే సందర్భాల్లో అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేయబడతాయని క్షేత్ర ఆధారిత అధ్యయనాలు సూచించాయి. ముఖ్యంగా గ్రామీణ ప్రాంతాల్లోని పేద, తక్కువ చదువుకున్న మహిళల్లో ఈ ముప్పు ఎక్కువగా ఉందని ఆధారాలు సూచిస్తున్నాయి.

7. మంత్రిత్వ శాఖ కార్యదర్శి దాఖలు చేసిన అఫిడవిట్ లోని 5.1.3 నుంచి 5.1.5 పేరాలు ఈ క్రింద ఇవ్వబడ్డాయి:

జాతీయ కుటుంబ ఆరోగ్య సర్వే-4 (2015-16) గణాంకాల ప్రకారం 36-39 ఏళ్ల మహిళల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స ప్రాబల్యం 3.6%, 40-49 సంవత్సరాల మహిళల్లో 9.2%, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స సగటు వయస్సు 37 సంవత్సరాలు.

5.1.4 ముఖ్యంగా, మూడింట రెండు వంతుల ప్రక్రియలు ప్రైవేటు సౌకర్యాలలో నిర్వహించబడ్డాయి.

5.1.5 ఎబి-పిఎంజెఎవై నుండి ప్రారంభ ట్రెండ్ లపై నేషనల్ హెల్త్ అథారిటీ నుండి వచ్చిన ఒక వర్కింగ్ పేపర్ మహిళలు సమర్పించిన క్లెయిమ్ లలో 2% గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కోసం ఉన్నాయని సూచిస్తుంది. ముఖ్యంగా ఆరు రాష్ట్రాలు (ఛత్తీస్ గఢ్, ఉత్తరప్రదేశ్, జార్ఖండ్, గుజరాత్, మహారాష్ట్ర, కర్ణాటక) గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స క్లెయిమ్ లలో మూడొంతులు ఉత్పత్తి చేశాయి.

8. 2019 లో, అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలపై జాతీయ సంప్రదింపులు మూడు ముఖ్యమైన సవాళ్లను గుర్తించాయి:

a. తగిన క్లినికల్ మరియు జనాభా స్థాయి మార్గదర్శకాల అవసరం;

b. ప్రాథమిక స్థాయిలో గైనకాలజికల్ అనారోగ్యం మరియు చికిత్సపై తగిన సమాచారం లభ్యత; మరియు

సి. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల యొక్క తగిన ఉపయోగాలను పర్యవేక్షించడం మరియు నియంత్రించడం, ముఖ్యంగా నిరపాయమైన మానసిక పరిస్థితులకు చికిత్స చేయడానికి మరియు యువతులలో.

9. మార్గదర్శకాల్లోని 3వ అధ్యాయం అత్యవసర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల నివారణకు మార్గనిర్దేశం చేస్తుంది. ఇది ప్రోగ్రామ్ మేనేజర్ల పాత్రను సూచిస్తుంది మరియు వివిధ స్థాయిల ప్రజారోగ్య సౌకర్యాల పాత్రను కూడా సూచిస్తుంది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల రిపోర్టింగ్, 40 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్న మహిళలకు నిర్వహించే కేసులు మరియు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు కారణాన్ని ప్రస్తుత స్క్రీనింగ్ చెక్ లిస్ట్ లో చేర్చాలని మార్గదర్శకాలు పేర్కొన్నాయి. ఇందుకోసం జిల్లా, రాష్ట్ర, జాతీయ స్థాయిలో గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీలను ఏర్పాటు చేయాలని మార్గదర్శకాలు సూచిస్తున్నాయి. చాప్టర్ 3 జిల్లా, రాష్ట్ర మరియు జాతీయ గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీల గురించి కూడా ఈ క్రింది పదాలలో వివరిస్తుంది:

"జిల్లా గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీలు

సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు వీలుగా ప్రతి జిల్లాలో జిల్లా గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. జిల్లా సీఎంవో అధ్యక్షతన కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. ఎన్ సిడి నోడల్,

జిల్లా ఆర్సీహెచ్ నోడల్ ఆఫీసర్లు/ ప్రసూతి ఆరోగ్య నోడల్ అధికారులు, జిల్లా స్థాయిలో ఇతర కీలక ప్రభుత్వ సిబ్బంది, ఎఫ్ఓజీఎస్ఐ (ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగం) ప్రతినిధులు, అభివృద్ధి భాగస్వాముల ప్రతినిధులు మొదలైనవారు. మానిటరింగ్ కమిటీ ఇలా అంచనా వేస్తోంది:

• ప్రతినెలా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్న మహిళలందరి జాబితాను సమర్పించాలని ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగాలకు అవసరమైన ఆదేశాలు జారీ చేయండి. లైన్ లిస్ట్ లో పారామీటర్ లకు సంబంధించిన సమాచారం ఉండాలి:

•వయసు

• సమానత్వం

•వృత్తి

- గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క సూచన

• మునుపటి వైద్య / శస్త్రచికిత్స చరిత్ర

- గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స మార్గం:

• ఉదరం

• యోని

• లాపరోస్కోపిక్

- గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సతో పాటు చేసే ఏదైనా ఇతర శస్త్రచికిత్స:

- గత చికిత్స చరిత్ర:

• HPE:

• ప్రతి త్రైమాసికానికి జిల్లా కమిటీ ఈ క్రింది సూచనలతో కేసులను ఆడిట్ చేయాలి మరియు అవసరమైతే అవసరమైన సూచనలు జారీ చేయాలి:

• <35 సంవత్సరాల మహిళల్లో బిఎస్ఓతో / లేకుండా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స.

• <40 ఏళ్లు మహిళల్లో బిఎస్ఓతో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స

• ప్రక్రియ చేయడానికి ఎటువంటి సూచన లేని అన్ని సందర్భాలు రికార్డుల్లో పేర్కొనబడ్డాయి.

• టోహిస్టెరెక్టమీకి ముందు చికిత్స యొక్క రికార్డులు అందుబాటులో లేని కేసులు (పేపర్లలో లేదా చరిత్రలో)

• పేర్కొనబడ్డ సూచన మరియు HPE రిపోర్ట్ మధ్య వ్యత్యాసం

• గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కారణంగా ఏదైనా తీవ్రమైన అనారోగ్యం/మరణాలు

• అనుబంధం 3 గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను ఎలా నిర్వహించాలనే దానిపై వివరణాత్మక మార్గదర్శకాలను అందిస్తుంది

• ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులకు అవసరమైన శిక్షణలు, సెన్సిటైజేషన్ సెషన్లు ఏర్పాటు చేయాలి.

రాష్ట్ర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స పర్యవేక్షణ కమిటీలు

సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు వీలుగా ప్రతి రాష్ట్రంలో స్టేట్ హిస్టెరెక్టమీ మానిటరింగ్ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. రాష్ట్ర ప్రిన్సిపల్ సెక్రటరీ అధ్యక్షతన కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. రాష్ట్ర స్థాయి డిపిహెచ్ (డైరెక్టర్ పబ్లిక్ హెల్త్) నోడల్ ఆఫీసర్ & ఎన్సిడి స్టేట్ ప్రోగ్రామ్ ఆఫీసర్, ఆర్సిహెచ్ / ఎఫ్డబ్ల్యు / ఎంహెచ్ ప్రోగ్రామ్ ఆఫీసర్లు రాష్ట్ర స్థాయిలో ఇతర కీలక ప్రభుత్వ సిబ్బందిగా, ఎఫ్ఓజిఎస్ఐ (ప్రభుత్వ మరియు ప్రైవేట్ రంగం రెండూ), అభివృద్ధి భాగస్వాముల ప్రతినిధులు మొదలైనవారు ఉంటారు. ప్రతి ఆరు నెలలకు ఒకసారి మానిటరింగ్ కమిటీ సమావేశమై జిల్లా స్థాయి డేటాను సమీక్షించి అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించవచ్చని భావిస్తున్నారు. రాష్ట్ర గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీలు ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులు, జిల్లా అధికారులకు అవసరమైన శిక్షణలు, సెన్సిటైజేషన్ సెషన్లను ఏర్పాటు చేయాలి .

నేషనల్ హిస్టెరెక్టమీ మానిటరింగ్ కమిటీలు

జాతీయ స్థాయిలో సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు మరియు అవసరమైన విధాన నిర్ణయాలను నిర్ధారించడానికి ఒక జాతీయ గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. ఈ మానిటరింగ్

కమిటీలో ఎన్ సిడి, ఐసిఎంఆర్, ఎంహెచ్ అధికారులు అదనపు కమీషనర్ మరియు మిషన్ డైరెక్టర్, ఎన్ హెచ్ ఎం అధ్యక్షతన ఉంటారు మరియు ప్రతి ఆరు నెలలకు ఒకసారి సమావేశమై, అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించవచ్చని నిర్ధారించడానికి రాష్ట్ర స్థాయి డేటాను సమీక్షిస్తారు. ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులు, జిల్లా అధికారులకు అవసరమైన శిక్షణలు, అవగాహన సదస్సులను జాతీయ కమిటీలు ఏర్పాటు చేయాలి. మరీ ముఖ్యంగా జాతీయ కమిటీలు పరిస్థితులను సమీక్షించి అవసరమైన విధానపరమైన నిర్ణయాలు తీసుకోవాలి.

10. ప్రతి కుటుంబానికి రూ.5 లక్షల వార్షిక ఆరోగ్య బీమా కల్పించే ఆయుష్మాన్ భారత్ ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజనను దేశవ్యాప్తంగా పన్నెండు కోట్ల కుటుంబాలకు వర్తింపజేశారు. ఈ పథకం 27 వేర్వేరు స్పెషాలిటీల కింద గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలతో సహా 1949 ప్రక్రియల చికిత్సను కవర్ చేస్తుంది. 16 మార్చి 2023 నాటికి, గర్భాశయ సంబంధిత చికిత్సల కోసం ఈ పథకం కింద 45,434 ఆసుపత్రి ప్రవేశాలకు అనుమతి లభించింది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు సంబంధించిన పద్నాలుగు ప్రక్రియలకు రెండు ప్రామాణిక చికిత్సా మార్గదర్శకాలు అభివృద్ధి చేయబడ్డాయి. ఈ పథకం కింద గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల కోసం అధీకృత ఆసుపత్రుల అడ్మిషన్ల విధివిధానాలు, రాష్ట్రాలు/ కేంద్రపాలిత ప్రాంతాల వారీగా వివరాలను కేంద్ర ప్రభుత్వం రూపొందించింది.

11. మార్గదర్శకాల్లోని అంశాలను పేర్కొనడంతో పాటు, కేంద్ర ప్రభుత్వం దాఖలు చేసిన స్టేటస్ రిపోర్టులో ఛత్తీస్ గఢ్, బిహార్ రాష్ట్రాలు అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల నిర్వహణ విషయంలో తీసుకున్న చర్యలను సూచిస్తుంది.

12. కేంద్ర ప్రభుత్వం తన స్టేటస్ రిపోర్టులో ఒక కార్యాచరణ ప్రణాళికను ప్రతిపాదించింది.

"ఇ. ప్రతిపాదిత కార్యాచరణ ప్రణాళిక

10. గ్రీవెన్స్ పోర్టల్ ఏర్పాటు - 23.09.2018 న ఆయుష్మాన్ భారత్-ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన (ఎబి-పిఎంజెఎవై) ను ప్రారంభించడంతో రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన (ఆర్ఎస్బివై) పిఎంజెఎవైలో విలీనం చేయబడింది. పిఎంజెఎవై వెబ్సైట్ దాని లబ్ధిదారుల కోసం గ్రీవెన్స్ పోర్టల్ను నిర్వహిస్తుంది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల పిఎంజెఎవై లబ్ధిదారుల కోసం ప్రత్యేకంగా రూపొందించిన అదనపు గ్రీవెన్స్ పోర్టల్ను నేషనల్ హెల్త్ అథారిటీ నిర్వహిస్తుంది.

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స లబ్ధిదారుల కోసం ప్రతిపాదిత పోర్టల్ మూడు నెలల వ్యవధిలో యాక్టివేట్ చేయబడుతుంది. పోర్టల్ లో వచ్చిన ఏవైనా ఫిర్యాదులను నేషనల్ హిస్టెరెక్టమీ మానిటరింగ్ కమిటీ పర్యవేక్షిస్తుంది.

11. కమిటీల ఏర్పాటు - మార్గదర్శకాల ప్రకారం 4 నుంచి 6 వారాల్లో జాతీయ గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీని ఏర్పాటు చేయడానికి మంత్రిత్వ శాఖ ప్రయత్నిస్తుంది. అదే సమయంలో జాతీయ మార్గదర్శకాల అమలును సక్రమంగా పర్యవేక్షించడానికి వీలుగా రాష్ట్ర, జిల్లా స్థాయి కమిటీల ఏర్పాటును వేగవంతం చేయాలని రాష్ట్రాలకు సూచించనున్నారు.

13. అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నిరోధించడానికి ఎంఓహెచ్ఎఫ్డబ్ల్యూ ఆమోదించిన మార్గదర్శకాలను అన్ని రాష్ట్రాలు, కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు తప్పనిసరిగా పాటించాలి. మార్గదర్శకాలను

త్వరితగతిన ఆమోదించేలా చూడటం కొరకు MoHFW అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలతో సంప్రదింపులు జరుపుతుంది.

మేము దానిని నిర్దేశిస్తాము:

a. అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు మూడు నెలల్లోగా మార్గదర్శకాలను స్వీకరించాలి మరియు సమ్మతిని MoHFW కు నివేదించాలి;

b. అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు ఆలస్యం చేయకుండా మార్గదర్శకాలను అమలు చేయాలి మరియు సమ్మతిని MoHFW కు నివేదించాలి;

మరియు

c. అన్ని రాష్ట్రాలు మరియు కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు తమ పరిధిలోని అన్ని ప్రభుత్వ మరియు ప్రైవేట్ ఆసుపత్రులకు మార్గదర్శకాల ఉనికి మరియు ప్రాముఖ్యత గురించి తెలియజేసేలా చూడాలి.

రిఫరెన్స్ సౌలభ్యం కొరకు మార్గదర్శకాలు, సమ్మతిని సులభతరం చేయడం కొరకు అనుబంధం A గా ఈ తీర్పుకు జతచేయబడ్డాయి.

14. పిటిషనర్ తరపు న్యాయవాది కవల్ ప్రీత్ కౌర్ సుప్రీంకోర్టు మార్గదర్శకాలకు అనుబంధంగా రెండు వాదనలు వినిపించారు. మొదటిది, ఆయుష్మాన్ భారత్ ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన కింద, నలభై సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సు ఉన్న మహిళకు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేసే ఈ ప్రక్రియ యొక్క అవసరాన్ని కనీసం ఇద్దరు వైద్యులు ధృవీకరించాల్సి ఉంటుంది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకునే

మహిళ వయస్సుతో సంబంధం లేకుండా ఈ అవసరాన్ని ఇతర కేసులకు కూడా వర్తింపజేయాలని సూచించారు.

15. శ్రీమతి కవల్ ప్రీత్ కౌర్ యొక్క పై సమర్పణకు ప్రతిస్పందిస్తూ, అదనపు సొలిసిటర్ జనరల్ శ్రీమతి ఐశ్వర్య భాటి, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు సంబంధించిన పూర్తి డేటాను MoHFW పోర్టల్లో భద్రపరిచిన తర్వాత, జాతీయ, రాష్ట్ర మరియు జిల్లా స్థాయి కమిటీలను ఏర్పాటు చేసిన తర్వాత, ఈ అంశంపై భారత యూనియన్ ఆలోచించి నిర్ణయం తీసుకుంటుందని సమర్పించారు.

కొన్ని రాష్ట్రాల్లో ఇప్పటికే ఇలాంటి విధానం అమల్లో ఉన్నప్పటికీ, ప్రభుత్వ ఆసుపత్రుల నెట్వర్క్ భారతదేశం అంతటా అటువంటి నిబంధనను అమలు చేయడానికి సరిపోదని అదనపు సొలిసిటర్ జనరల్ వాదించారు. అంతేకాక, ఇది నిజంగా అవసరమైన మహిళలకు చికిత్స నిరాకరించడానికి దారితీసే నిజమైన ప్రమాదం ఉందని ASG కోరారు. పరిస్థితి మారుతున్నందున, తగిన డేటా అందుబాటులోకి వచ్చిన తర్వాత భారత యూనియన్ పరిగణనలోకి తీసుకుంటుందని సమర్పించారు.

16. మేము సమర్పణను అంగీకరిస్తున్నాము.

17. జాతీయ కమిటీ ప్రతి ఆరు నెలలకోసారి పరిస్థితులను సమీక్షించి అవసరమైన విధానపరమైన నిర్ణయాలు తీసుకోవాలని మార్గదర్శకాల్లో పేర్కొన్నారు.

18. పిటిషనర్ తరపున కోరిన రెండో సూచన ఏమిటంటే, వైద్య అవసరం లేకుండా, రోగి అనుమతి తీసుకోకుండా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేసిన ఆసుపత్రులను బ్లాక్ లిస్టులో పెట్టడానికి ప్రభుత్వం చర్యలు తీసుకోవాలి. ఈ నేపథ్యంలో మొదటి వరుస చికిత్సగా ఇతర నాన్ ఇన్వాసివ్ పద్ధతులను

అవలంబించాలని, ఎట్టి పరిస్థితుల్లోనూ గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకుంటున్న మహిళకు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు గల కారణాలు, రోగి ఆరోగ్యంపై ప్రభావం చూపే పరిణామాల గురించి సక్రమంగా తెలియజేయాలని కోరారు.

19. అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు జరిగాయని లేదా రోగి అనుమతి లేకుండా ఈ ప్రక్రియను చేపట్టినట్లు తేలిన తర్వాత ఆసుపత్రులను బ్లాక్ లిస్టులో పెట్టడానికి అన్ని రాష్ట్రాలు, కేంద్రపాలిత ప్రాంతాలు కఠిన చర్యలు తీసుకోవాలనే వాదనతో మేము ఏకీభవిస్తున్నాము. చట్టప్రకారం అవసరమైన చర్యలు తీసుకోవాలని ఆదేశిస్తున్నాం.

20. 2022 లో మార్గదర్శకాల రూపకల్పనలో కేంద్ర ప్రభుత్వం చర్యలు తీసుకోవడం, ఛత్తీస్గఢ్, బీహార్, రాజస్థాన్ రాష్ట్రాలు అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను గుర్తించడానికి, వాటిని ఎదుర్కోవడానికి తీసుకున్న చర్యలను కోర్టుకు సూచించినందున, పిటిషన్ను సజీవంగా ఉంచడానికి మాకు ఎటువంటి కారణం కనిపించడం లేదు.

21. సాధించదలచుకున్న ప్రజాప్రయోజనాలను అమలు చేయడానికి మార్గదర్శకాలకు అనుగుణంగా కేంద్ర ప్రభుత్వం అవసరమైన అన్ని చర్యలు తీసుకోవాలి.

22. పిటిషనర్ తరఫున న్యాయవాది శ్రీమతి కవల్ ప్రీత్ కౌర్, అదనపు సొలిసిటర్ జనరల్ శ్రీమతి ఐశ్వర్య భాటి కోర్టుకు అందించిన సహాయాన్ని మేము అభినందిస్తున్నాము.

23. పై ఆదేశాలకు అనుగుణంగా పిటిషన్ను పరిష్కరిస్తారు.

24. పెండింగ్లో ఉన్న దరఖాస్తులు ఏవైనా ఉంటే వాటిని పరిష్కరిస్తారు.

ANNEXURE-A

అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి మార్గదర్శకాలు

ఆరోగ్య మరియు కుటుంబ సంక్షేమ మంత్రిత్వ శాఖ

ఇండెక్స్

సంఖ్య	విషయము	పేజీ నెం.
1	పరిచయము	2
2	గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కోసం సాధారణ సంకేతాలు	4
3	ప్రోగ్రామ్ గైడ్ లైన్స్ • అవలోకనం • మానిటరింగ్ మెకానిజమ్ లు • అవగాహన కల్పన	7
4	ANMS/CHOS మరియు మెడికల్ ఆఫీసర్ ల ద్వారా మేనేజ్ మెంట్	

	కొరకు క్లినికల్ ప్రోటోకాల్స్	
5	చికిత్సా విధానాల యొక్క అవలోకనం	
6	అనుబంధాలు 1) వివిధ ప్రొవైడర్ల పాత్రలు 2) గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల గురించి ప్రాథమిక వాస్తవాలు 3) గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల కోసం ఆడిట్లపై మార్గదర్శకత్వం 4) AUB/DUB కొరకు సవిస్తరమైన ట్రీమెంట్ విధానాలు	

పరిచయం

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స, గర్భాశయం యొక్క శస్త్రచికిత్స తొలగింపు, పునరుత్పత్తి వయస్సు గల మహిళల్లో అత్యంత సాధారణ ప్రసూతి కాని గైనకాలజికల్ శస్త్రచికిత్స. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు అత్యంత సాధారణ వైద్య సూచనలలో ఫైబ్రాయిడ్లు, అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం, గర్భాశయ ప్రోలాప్స్, దీర్ఘకాలిక కటి నొప్పి మరియు గర్భాశయం మరియు గర్భాశయం యొక్క ముందస్తు మరియు ప్రాణాంతక కణితులు ఉన్నాయి. ఓఫోరెక్టమీతో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స (అండాశయాల తొలగింపు) శస్త్రచికిత్స రుతువిరతికి దారితీస్తుంది, ఇది వేడి వెలుగులు, యోని పొడిబారడం, మూత్ర ఆపుకొనలేని, లైంగిక పనిచేయకపోవడం మరియు బోలు ఎముకల వ్యాధి మరియు సివిఎస్ వ్యాధులు వంటి దీర్ఘకాలిక పరిణామాల వంటి రుతువిరతి లక్షణాలకు దారితీస్తుంది. ఓఫోరెక్టమీ ప్రారంభ రుతువిరతి యొక్క లక్షణాలను మరింత తీవ్రతరం చేస్తుంది.

అభివృద్ధి చెందిన దేశాలలో, గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స సాధారణంగా 45 ఏళ్లు పైబడిన రుతువిరతి ముందు మహిళల్లో జరుగుతుంది. భారతదేశంలో, జనాభా స్థాయిలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స నమూనాల గురించి ఆందోళన పెరుగుతోంది. కమ్యూనిటీ ఆధారిత అధ్యయనాలు 28 నుండి 36 సంవత్సరాల మధ్య వయస్సు గల యువతులలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స రేట్లు పెరుగుతున్నాయని స్థిరంగా కనుగొన్నాయి. అంతేకాకుండా, గ్రామీణ ప్రాంతాల్లోని పేద, తక్కువ విద్యావంతులైన మహిళల్లో ఎక్కువ ప్రమాదం ఉందని ఆధారాలు సూచిస్తున్నాయి. వైద్య లేదా నాన్ ఇన్వాసివ్ చికిత్స సరిపోయే సందర్భాల్లో అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలు చేస్తున్నారని క్షేత్ర ఆధారిత నివేదికలు సూచించాయి. ఆరోగ్య బీమా పథకాల కింద ఆర్థిక ప్రయోజనం కోసం బలవంతం చేసే అవకాశం ఉందని, దుష్ప్రభావాలపై మహిళలకు సమాచారం అందించకపోవడంపై ఆందోళనలు వ్యక్తమవుతున్నాయి.

నేషనల్ ఫ్యామిలీ హెల్త్ సర్వే-4 (2015-16) గణాంకాల ప్రకారం 30-39 ఏళ్ల మహిళల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స ప్రాబల్యం 3.6%, 40-49 సంవత్సరాల మహిళల్లో 9.2%. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలో సగటు వయస్సు 37 సంవత్సరాలు (సర్వే సమయంలో 40-49 సంవత్సరాల వయస్సు ఉన్న మహిళల్లో). మూడింట రెండొంతుల ప్రక్రియలు ప్రైవేటు ఆసుపత్రుల్లో జరిగాయి. అధిక రుతుస్రావం లేదా నొప్పి గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు ప్రధాన సూచనగా స్వీయ నివేదించబడింది, తరువాత ఫైబ్రాయిడ్లు మరియు గర్భాశయ రుగ్మత. వ్యాప్తి రాష్ట్రాలలో చాలా భిన్నంగా ఉంది, ఆంధ్రప్రదేశ్ మరియు తెలంగాణలలో 40-49 సంవత్సరాల వయస్సు గల మహిళల్లో 20-23 శాతం మంది అధిక ఆదాయ దేశాలకు దగ్గరగా ఉన్నారు- అయినప్పటికీ గణనీయంగా తక్కువ మధ్యస్థ వయస్సులో ఉన్నారు.

ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలో సాధారణ గైనకాలజికల్ రుగ్మతలకు మహిళలకు చికిత్స అసమాన లభ్యతను సూచించే రాష్ట్రాల మధ్య వ్యత్యాసాన్ని కూడా డేటా చూపిస్తుంది. ఎన్ ఎఫ్ హెచ్ ఎస్ 5

ఆయుష్మాన్ భారత్ ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన (ఎబి-పిఎం-జెఎవై) నుండి ప్రారంభ ధోరణులపై నేషనల్ హెల్త్ అథారిటీ నుండి వచ్చిన వర్కింగ్ పేపర్ మహిళల కోసం సమర్పించిన క్లెయిమ్లలో 2% గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కోసం ఉన్నాయని సూచిస్తుంది. ఆరు రాష్ట్రాలు (ఛత్తీస్గఢ్, ఉత్తరప్రదేశ్, జార్ఖండ్, గుజరాత్, మహారాష్ట్ర మరియు కర్ణాటక) పిఎం-జెఎవై కింద మొత్తం అధిక సంఖ్యలో క్లెయిమ్లను కలిగి ఉన్నాయి మరియు మొత్తం గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స క్లెయిమ్లలో మూడొంతులను సృష్టించాయి. పీఎం-జేఏవై కింద గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కోసం సమర్పించిన క్లెయిమ్ల సగటు వయస్సు 44 సంవత్సరాలు. కవర్ చేయబడిన అత్యంత సాధారణ ప్యాకేజీ సాల్పింగో-ఓఫెరెక్టమీతో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స, సగం మంది అండాశయాల తొలగింపుకు గురై ఉండవచ్చని సూచిస్తుంది, ఇది మహిళలు అనేక రకాల దుష్ప్రభావాలకు గురయ్యే అవకాశం ఉంది.

అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సపై 2019 లో ఒక జాతీయ సంప్రదింపులు మహిళల ఆరోగ్యానికి మూడు ముఖ్యమైన సవాళ్లను గుర్తించాయి:

* గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సపై తగిన క్లినికల్ మరియు జనాభా స్థాయి మార్గదర్శకాల అవసరం

ప్రాథమిక సంరక్షణ స్థాయిలో స్త్రీ జననేంద్రియ అనారోగ్యం గురించి మరియు చికిత్స గురించి తగిన సమాచారం లభ్యత

* గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క తగిన ఉపయోగాన్ని పర్యవేక్షించడం మరియు నియంత్రించడం చాలా అవసరం, ముఖ్యంగా నిరపాయమైన స్త్రీ జననేంద్రియ పరిస్థితులకు చికిత్స చేయడానికి మరియు యువతులలో.

ఈ డాక్యుమెంట్ యొక్క ఉద్దేశ్యం:

1. కమ్యూనిటీ స్థాయిలో పర్యవేక్షణ మరియు అవగాహన కల్పించే కార్యకలాపాలపై దృష్టి సారించడంతో సహా ఫెసిలిటీ స్థాయిలో అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను పరిష్కరించే చర్యలపై ప్రజారోగ్య ప్రోగ్రామ్ మేనేజర్లకు మార్గదర్శకత్వం ఇవ్వండి. 2. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు కీలకమైన సాధారణ పరిస్థితులపై క్లినికల్ మార్గదర్శకాలను అందించండి. అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం / పనిచేయని గర్భాశయ రక్తస్రావం, తక్కువ కడుపు నొప్పి, యోని ఉత్సర్గ, అసాధారణంగా కనిపించే గర్భాశయం మరియు గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ కోసం చికిత్సా మార్గాలను అందించడంపై దృష్టి పెట్టడం, ప్రస్తుత ప్రభుత్వ మార్గదర్శకాలు, సాక్ష్య సమీక్షలు మరియు నిపుణుల సంప్రదింపుల నుండి.

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కోసం సాధారణ సూచనలు

సాక్ష్య సమీక్షలు మరియు నిపుణుల సంప్రదింపులు మన దేశంలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు ఈ క్రింది సాధారణ సూచనలను హైలైట్ చేశాయి:

· అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం/ పనిచేయని గర్భాశయ రక్తస్రావం

యోని ఉత్సర్గ

దిగువ పొత్తికడుపు నొప్పి / కటి తాపజనక వ్యాధి (పిఐడి) అసాధారణంగా కనిపించే గర్భాశయం

Uterocervicovaginal Prolapse

అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం

అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం (ఎయుబి) అనేది గర్భం వెలుపల ఫ్రీక్వెన్సీ, క్రమబద్ధత, వ్యవధి మరియు ప్రవాహ పరిమాణంతో కూడిన రుతు చక్రంలో అవకతవకలను వివరించే విస్తృత పదం. మూడింట ఒక వంతు మంది మహిళలు వారి జీవితంలో అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం అనుభవిస్తారు, అవకతవకలు సాధారణంగా రుతువిరతి మరియు పెరిమెనోపాజ్ సమయంలో సంభవిస్తాయి. ఒక సాధారణ రుతుచక్రం 24 నుండి 38 రోజుల ఫ్రీక్వెన్సీని కలిగి ఉంటుంది, 7 నుండి 9 రోజులు ఉంటుంది, 5 నుండి 80 మి.లీ రక్తం కోల్పోతుంది. ఈ 4 పరామీటర్లలో ఏదైనా తేడాలు అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం. అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం యొక్క స్వభావాన్ని వివరించడానికి సరళమైన పదాలను ఉపయోగించడానికి అనుకూలంగా ఒలిగోమెనోరియా, మెనోరాగియా మరియు పనిచేయని గర్భాశయ రక్తస్రావం వంటి పాత పదాలను విస్మరించాలి. పదజాలానికి సవరణలు మొదట 2007 లో ప్రచురించబడ్డాయి, తరువాత 2011 మరియు 2018 లో ఇంటర్నేషనల్ ఫెడరేషన్ ఆఫ్ అబ్స్టెట్రిక్స్ అండ్ గైనకాలజీ (ఎఫ్ఐజిఓ) నుండి నవీకరణలు ప్రచురించబడ్డాయి. ఎఫ్ఐజిఓ వ్యవస్థలు మొదట అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావాన్ని

నిర్వచిస్తాయి, తరువాత సాధారణ ఎటియోలజీలకు సంక్షిప్త రూపాన్ని ఇస్తాయి. ఈ వివరణలు దీర్ఘకాలిక, నాన్జెస్టేషనల్ ఎయుబికి వర్తిస్తాయి. 2018 లో, కమిటీ ఇంటర్మెన్స్ట్రల్ రక్తస్రావాన్ని జోడించింది మరియు క్రమరహిత రక్తస్రావాన్ని 75 వ శాతం వెలుపల నిర్వచించింది.

అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం తీవ్రమైన వర్సెస్ దీర్ఘకాలికంగా కూడా విభజించవచ్చు. అక్యూట్ ఎయుబి అనేది అధిక రక్తస్రావం, ఇది మరింత రక్త నష్టాన్ని నివారించడానికి తక్షణ జోక్యం అవసరం. తీవ్రమైన ఎయుబి స్వయంగా సంభవించవచ్చు లేదా దీర్ఘకాలిక ఎయుబిపై అధికంగా ఉంటుంది, ఇది మునుపటి 6 నెలల్లో ఎక్కువ కాలం రుతుస్రావంలో అవకతవకలను సూచిస్తుంది.

పామ్-కోయిన్ వర్గీకరణ ప్రకారం అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం యొక్క సంభావ్య కారణాలు పట్టిక 5

Polyp అడెనోమైయోసిస్ Leiomyoma క్యాన్సర్ మరియు హైపర్ప్లాసియా	ఇమేజింగ్ లేదా హిస్టోపాథాలజీ ద్వారా స్ట్రక్చరల్ పాథాలజీ కొలవవచ్చు
Coagulopathy అండోత్సర్గము రుగ్మతలు ఎండోమెట్రియల్ పనిచేయకపోవడం లాట్రోజెనిక్	నిర్మాణ అసాధారణతలతో సంబంధం లేని రక్తస్రావం
ఇతరత్రా వర్గీకరించబడలేదు	

యుటెరోసెవికల్ మరియు గర్భాశయ ప్రోలాప్స్

కటి ఫ్లోర్ కండరాలు మరియు స్నాయువులు విస్తరించినప్పుడు మరియు బలహీనపడినప్పుడు మరియు గర్భాశయానికి తగినంత మద్దతు ఇవ్వనప్పుడు గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ సంభవిస్తుంది. తత్ఫలితంగా, గర్భాశయం యోనిలోకి జారిపోతుంది లేదా పొడుచుకు వస్తుంది. గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ ఏ వయస్సు మహిళలలోనైనా సంభవిస్తుంది. కానీ ఇది తరచుగా ఒకటి లేదా అంతకంటే ఎక్కువ యోని ప్రసవాలు చేసిన రుతువిరతి మహిళలను ప్రభావితం చేస్తుంది. తేలికపాటి గర్భాశయ ప్రోలాప్స్కు సాధారణంగా చికిత్స అవసరం లేదు. కానీ గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ రోజువారీ కార్యకలాపాలకు అంతరాయం కలిగించడం ప్రారంభిస్తే మరియు సాధారణ జీవితానికి అంతరాయం కలిగిస్తే చికిత్స నుండి ప్రయోజనం లభిస్తుంది. గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ నిర్వహణ వయస్సు మరియు సంతానోత్పత్తికి సంబంధించినది. అందరికీ గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స అవసరం లేదు. సంప్రదాయ శస్త్రచికిత్స ఆపరేషన్లకు మరింత ఆదరణ లభిస్తోంది. ఇప్పుడు అనేక స్లింగ్ ఆపరేషన్లు అందుబాటులో ఉన్నాయి.

యోని ఉత్సర్గ

యోని ఉత్సర్గ అనేది మహిళల యొక్క అత్యంత సాధారణ లక్షణాలలో ఒకటి. ఇది రోగలక్షణ లేదా శారీరక కావచ్చు. ఇది ఏ వయసు మహిళలనైనా ప్రభావితం చేస్తుంది. ఇది రోగలక్షణమైనప్పటికీ, స్త్రీకి మరియు తరచుగా ఆమె భాగస్వామికి సూచించిన యాంటీబయాటిక్స్ ద్వారా దీనికి చికిత్స చేయవచ్చు. అయినప్పటికీ చికిత్స ఉన్నప్పటికీ నిరంతర యోని ఉత్సర్గకు మరింత పరిశోధన అవసరం. చికిత్స చేయని లేదా అనుచితంగా చికిత్స చేయని యోని ఉత్సర్గ రోజువారీ కార్యకలాపాలకు అంతరాయం కలిగించడం ప్రారంభిస్తుంది, మహిళ పనిచేసే సామర్థ్యాన్ని ప్రభావితం

చేస్తుంది మరియు మరింత తీవ్రమైన కటి ఇన్ఫెక్షన్లకు దారితీస్తుంది, ఇది తరచుగా మహిళలు ముఖ్యంగా రీఫరల్ కేంద్రాలను సంప్రదించడానికి సులభం కాని దేశంలోని అభివృద్ధి చెందని రంగాలలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను ఎంచుకోవడానికి దారితీస్తుంది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యోని ఉత్సర్గకు చికిత్స కాదని రోగి మరియు ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాత ఇద్దరూ అర్థం చేసుకోవడం చాలా ముఖ్యం.

దిగువ పొత్తికడుపు నొప్పి:

కింది పొత్తికడుపు నొప్పి లేదా కటి నొప్పి మహిళలు ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతని సందర్శించడానికి బలవంతం చేసే సాధారణ ఫిర్యాదులు. ఈ నొప్పి తీవ్రమైన లేదా దీర్ఘకాలికంగా ఉండవచ్చు. సర్వసాధారణంగా ఇది దీర్ఘకాలిక కటి నొప్పి, దీనికి కారణాలను నిర్ధారించడం కష్టం, కాబట్టి చికిత్స కష్టమవుతుంది. ఈ కారణంగా తరచుగా ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాత మరియు రోగి ఇద్దరూ తుది సమాధానంగా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను ఆశ్రయిస్తారు. మహిళల్లో దీర్ఘకాలిక కటి నొప్పికి అత్యంత సాధారణ కారణం పెల్విక్ ఇన్ఫ్లమేటరీ డిసీజ్ (పిఐడి). పిఐడి చికిత్స ఎక్కువగా అవుట్ పేషెంట్ మరియు నాన్-సర్జికల్ యాంటీబయాటిక్స్ యొక్క దీర్ఘకాలిక కోర్సు అవసరం. హైగ్రేడ్ జ్వరం మరియు పెరిగిన రక్త గణన వంటి తీవ్రమైన లక్షణాలతో ఉన్న కొంతమంది రోగులకు మాత్రమే ప్రవేశం అవసరం కావచ్చు. కటి గడ్డ ఉన్న సందర్భాల్లో మాత్రమే కన్జర్వేటివ్ శస్త్రచికిత్స అవసరం కావచ్చు.

గర్భాశయ ముఖద్వారం/ అనారోగ్య గర్భాశయం యొక్క క్యాన్సర్ పూర్వ గాయాలు:

దీర్ఘకాలిక గర్భాశయ శోథ లేదా క్యాన్సర్కు ముందు గర్భాశయ గాయాలు తరచుగా దీర్ఘకాలిక ఉత్సర్గతో అనారోగ్యంగా కనిపించే గర్భాశయానికి దారితీయవచ్చు, దీనిని వైద్య నిర్వహణ లేదా గర్భాశయ అబ్లేషన్ లేదా ఎక్సిషన్ పద్ధతుల ద్వారా చికిత్స చేయవచ్చు. అందువల్ల, అనారోగ్యంగా కనిపించే గర్భాశయ ముఖద్వారం క్యాన్సర్ లేదా ముందస్తు గాయాలను తోసిపుచ్చడానికి మూల్యాంకనం అవసరం, కానీ అన్ని సందర్భాల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స అవసరం లేదు.

ప్రోగ్రామ్మాటిక్ గైడెన్స్

ప్రోగ్రామ్మాటిక్ గైడెన్స్:

గైనకాలజికల్ వ్యాధులకు అందుబాటులో ఉన్న ప్రత్యామ్నాయ చికిత్సా పద్ధతుల గురించి ఆరోగ్య ప్రదాతలతో పాటు సమాజంలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క సూచనలు మరియు అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క నష్టాల గురించి అవగాహన పెంచడం ద్వారా అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స నివారణపై ప్రోగ్రామ్ మేనేజర్లకు మార్గదర్శకత్వం అందించడం ఈ విభాగం యొక్క ఉద్దేశ్యం. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల భారం రాష్ట్రాలలో మారుతూ ఉన్నప్పటికీ, జాతీయ నమూనాలలో వైవిధ్యం గైనకాలజికల్ అనారోగ్యానికి చికిత్స చేయడానికి అందుబాటులో ఉన్న ఏకరీతి సేవలు లేకపోవడం సూచిస్తుంది. ఇప్పటివరకు ఆరోగ్య వ్యవస్థ ప్రసూతి మరియు కుటుంబ నియంత్రణ సేవలపై ఎక్కువగా దృష్టి సారించింది, ఇది మాతాశిశు మరణాలను తగ్గించడం మరియు కుటుంబ నియంత్రణ యొక్క తీరని అవసరాన్ని పరిష్కరించే లక్ష్యంతో ఉంది. తదనుగుణంగా, అవుట్ రీచ్ సేవలతో సహా అన్ని స్థాయిలలో ఆర్థిక మరియు మానవ వనరులు ప్రధానంగా గర్భధారణ, ప్రసవం,

ప్రసవానంతర సంరక్షణ మరియు కుటుంబ నియంత్రణకు సంబంధించినవి. ప్రస్తుతానికి, కమ్యూనిటీ హెల్త్ సెంటర్లు, జిల్లా ఆసుపత్రులు మరియు వైద్య కళాశాలలు మినహా, గైనకాలజికల్ ఫిర్యాదులు ఉన్న మహిళలకు చికిత్స చేయడానికి లేదా తగిన విధంగా సూచించడానికి ప్రజారోగ్య సౌకర్యాలలో పరిమిత సేవలు ఉన్నాయి. గైనకాలజికల్ పరిస్థితుల కోసం మహిళలు తరచుగా శస్త్రచికిత్స చేయించుకుంటారు, బహుశా వైద్య లేదా శస్త్రచికిత్స కాని జోక్యాలకు ప్రతిస్పందించవచ్చు. ఇటువంటి పరిస్థితులకు సేవలు లేకపోవడం అనేక కారణాలను కలిగి ఉంది, వీటిలో అధిక ప్రసూతి కేసుల లోడ్, వైద్యాధికారులు మరియు నిపుణుల కొరత మరియు చికిత్స కోసం శస్త్రచికిత్స కాని పద్ధతుల నవీకరించబడిన పద్ధతులపై సర్వీస్ ప్రొవైడర్లలో పరిమిత పరిజ్ఞానం ఉన్నాయి.

ఫ్రంట్ లైన్ లో ఉన్నవారితో సహా కార్మికులందరికీ శిక్షణ, మందులు మరియు ఇతర లాజిస్టిక్స్ సరఫరా, హెచ్ డబ్ల్యుసిలలో ఎన్ సిడిలను అందించడంతో సహా ప్రాథమిక మరియు ద్వితీయ సంరక్షణ స్థాయిలలో అధిక నాణ్యమైన సేవలను అందించడానికి వీలు కల్పించాలని మరియు కమ్యూనిటీ అవగాహన కోసం యంత్రాంగాన్ని రూపొందించాలని మరియు వైద్య మరియు సామాజిక ఆడిట్ ల నిర్వహణను సులభతరం చేయాలని ప్రోగ్రామ్ ఆఫీసర్లు భావిస్తున్నారు.

అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను తగ్గించడంలో ప్రోగ్రామ్ మేనేజర్ల పాత్ర:

1. స్త్రీ జననేంద్రియ మరియు ప్రసూతి వ్యాధులకు ఆరోగ్య వ్యవస్థ యొక్క ప్రతి స్థాయిలో అందించాల్సిన జోక్యాల పరిధిని కమ్యూనికేట్ చేయండి మరియు తద్వారా అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను తొలగించండి.

2. సెకండరీ, ప్రైమరీ లెవల్ సర్వీస్ ప్రొవైడర్ల (మెడికల్ ఆఫీసర్లు, స్టాఫ్ నర్సులు, సీహెచ్ఓఎస్, ఎల్హెచ్వీ/ఏఎన్ఎం) మహిళా ఆరోగ్య అవసరాల సామర్థ్యాన్ని పెంపొందించాలి.

3. హెల్త్ అండ్ వెల్ నెస్ సెంటర్ల వద్ద పిహెచ్ సి బృందం తగిన రిఫరల్స్ చేయగలదని ధృవీకరించుకోండి మరియు ఉన్నత స్థాయిలో సిఫారసు చేయబడ్డ ఔషధాలు HWC-SHC వద్ద పంపిణీ చేయబడతాయని ధృవీకరించుకోండి మరియు సంరక్షణ యొక్క కొనసాగింపు నిర్వహించబడేలా చూసుకోండి.

4. స్త్రీ అభివృద్ధి చెందే వివిధ స్త్రీ జననేంద్రియ సమస్యలు, వాటికి చికిత్స చేయడానికి అందుబాటులో ఉన్న వైద్య నిర్వహణ మరియు శస్త్రచికిత్సేతర జోక్యాలు, అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క పర్యవసానాలు మరియు సమాజ అవగాహనను పెంపొందించడం ద్వారా స్త్రీ జననేంద్రియ అనారోగ్యం కోసం సంరక్షణ కోరడంపై మహిళలకు మార్గనిర్దేశం చేయడం.

5. పీఎంజేఏవై వంటి పబ్లిక్ ఫైనాన్స్డ్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్పై అవగాహన కల్పించి, ఈ పథకానికి అర్హులైన వారికి గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవాల్సి ఉంటుంది.

ప్రజారోగ్య సౌకర్యాల యొక్క వివిధ స్థాయిల పాత్ర

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు దారితీసే/ సంబంధం ఉన్న పరిస్థితులకు అనుగుణంగా HWC/SC/PHC/CHC/SDH/DH/MC యొక్క పాత్ర సాధారణ పరిస్థితుల కొరకు జాబితా చేయబడింది:

1a. అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం (సాధారణ పరిమాణ గర్భాశయంతో మెనోరాగియా) డిస్మెనోరియాతో / లేకుండా

1 బి. అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం (విస్తరించిన గర్భాశయంతో మెనోరాగియా)

1 సి. అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం: మెట్రోరేజియా, ఒలిగోమెనోరియా, అమెనోరియా తరువాత అధిక ప్రమాద సమూహంలో క్రమరహిత రక్తస్రావం (ఊబకాయం, అధిక రక్తపోటు, మధుమేహం లేదా ఎండోమెట్రియల్ లేదా గర్భాశయ క్యాన్సర్ యొక్క కుటుంబ చరిత్ర), 40 ఏళ్లు పైబడిన మహిళల్లో ఎయుబి లేదా నిరంతర డిస్మెనోరియా

2. అసాధారణ యోని ఉత్సర్గ + కటి నొప్పి ± వెన్నునొప్పి

3. గర్భాశయ-గర్భాశయ ప్రోలాప్స్

4. తక్కువ కడుపు నొప్పి

5. అసాధారణమైన లేదా అనారోగ్యకరమైన గర్భాశయం

6. 45 సంవత్సరాల కంటే తక్కువ వయస్సులో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్న మహిళల్లో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స అనంతర సంరక్షణ.

7. అనియంత్రిత పిపిహెచ్ చికిత్సకు అత్యవసర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స నిర్వహించబడుతుంది

అనుబంధం 1 సాధారణ గైనకాలజికల్ లక్షణాల కోసం ఆరోగ్య వ్యవస్థ యొక్క ప్రతి స్థాయిలో (హెచ్డబ్ల్యుసిఎస్ / ఎస్సీ / పిహెచ్సి / సిహెచ్సి / ఎస్డిహెచ్ / డిహెచ్ / ఎంసి) ఏమి ఆశించబడుతుందో, ప్రతి స్థాయిలో సర్వీస్ ప్రొవైడర్ యొక్క పాత్ర మరియు ఫెసిలిటీ స్థాయిలో అందించాల్సిన అవసరమైన మందులు మరియు డయాగ్నస్టిక్స్ సహా సేవల వివరాలను అందిస్తుంది.

కమ్యూనిటీ అవేర్ నెస్

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స గురించి వాస్తవాలు సమాజానికి అందుబాటులో ఉండటం చాలా అవసరం. విలేజ్ హెల్త్, శానిటేషన్ అండ్ న్యూట్రిషన్ కమిటీలు, మహిళా స్వయం సహాయక బృందాలు, మహిళా ఆరోగ్య సమితులు, పీహెచ్సీ, సీహెచ్సీ, జిల్లా ఆస్పత్రుల్లోని రోగీ కల్యాణ్ సమితులు వంటి వేదికలను ఆశా, ఎంపీడబ్ల్యూ-ఎఫ్ వంటి ఫ్రంట్లైన్ వర్కర్ల ద్వారా సమాచారాన్ని వ్యాప్తి చేయడానికి ఉపయోగించవచ్చు. సమాజంలో అపోహలు, అపోహలను తొలగించడం, రుతుస్రావ పరిశుభ్రత పద్ధతులపై అవగాహన పెంచడంపై చర్చలు దృష్టి సారించాలి. పిఐడిలు మరియు ఎస్టిడిల నివారణ, సురక్షితమైన లైంగిక పద్ధతులు, మహిళల్లో ఇతర గైనకాలజికల్ సమస్యలు, జననేంద్రియ మార్గ క్యాన్సర్లకు ప్రమాద కారకాలు మరియు చికిత్స కోసం అందుబాటులో ఉన్న చికిత్సా పద్ధతులు మరియు ఈ పరిస్థితులలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స పాత్ర. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చాలా పరిస్థితులకు చికిత్స యొక్క మొదటి ఎంపిక కాదనే వాస్తవానికి ప్రాధాన్యత ఇవ్వాలి. డాక్యుమెంట్ యొక్క ఈ విభాగం అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సపై కమ్యూనిటీ అవగాహనను పెంపొందించడానికి కార్యక్రమాలను అభివృద్ధి చేయడంపై మార్గదర్శకత్వాన్ని అందిస్తుంది. ఇది గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స మరియు కమ్యూనికేషన్ వ్యూహం యొక్క భాగాలపై ప్రాథమిక వాస్తవాలను అందించడంపై దృష్టి పెడుతుంది.

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సపై ప్రాథమిక వాస్తవాలు

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స గురించి వాస్తవాలు సమాజానికి మరియు కమ్యూనిటీ హెల్త్ వర్కర్లకు ముఖ్యంగా అందుబాటులో ఉండటం చాలా అవసరం. అనుబంధం 2 గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సపై

స్పష్టమైన, సరళమైన సమాచారాన్ని అందిస్తుంది, ఇది సమాజ అవగాహనను పెంచడానికి ఉపయోగపడుతుంది.

కమ్యూనికేషన్ వ్యూహాలు

సమాజంలో అవగాహన పెంపొందించడానికి సహాయపడే ప్రస్తుత ఏజెన్సీలు: 1. ప్రతి గ్రామంలో విలేజ్ హెల్త్, శానిటేషన్ అండ్ న్యూట్రిషన్ కమిటీ 2. ప్రతి అంగన్ వాడీకి మహిళా స్వయం సహాయక బృందాలను అనుసంధానం చేశారు.

3. మహిళా ఆరోగ్య సమితులు

4. ప్రతి అంగన్ వాడీలో తల్లుల బృందం

5. ప్రతి గ్రామ పంచాయతీలో ఆరోగ్యంపై స్టాండింగ్ కమిటీ

6. ప్రతి పాఠశాలలో స్కూల్ మేనేజ్మెంట్ కమిటీలు

7. పీహెచ్సీ, సీహెచ్సీ, జిల్లా ఆస్పత్రుల్లో రోగి కల్యాణ్ సమితులు

8. ఇతర కమ్యూనిటీ ఆధారిత సంస్థలు

9. వార్డు, గ్రామసభలు

10. జిల్లా ఆరోగ్య సంఘాలు

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స నివారణపై కమ్యూనిటీ అవగాహన కోసం సూత్రాలు:

1. కమ్యూనిటీ అవేర్ నెస్ బిల్డింగ్ స్థానిక భాషలో జరగాలి మరియు తదనుగుణంగా IEC మెటీరియల్స్ అభివృద్ధి చేయాలి.

2. అన్ని FAQ లు తప్పనిసరిగా స్థానిక భాషలోకి అనువదించబడాలి. ప్రింట్ మెటీరియల్, వీడియోలు, యాప్స్ వాడుకోవచ్చు. యాప్స్ డౌన్లోడ్ చేసుకున్న తర్వాత ఉచితంగా వాడాలి, ఆఫ్లైన్లో

వాడాలి. సర్వీస్ ప్రొవైడర్లు మరియు మహిళలకు నెలసరి పరిశుభ్రత మరియు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స సంబంధిత సమాచారాన్ని వారు అందించగలరు

3. ఎల్ఎన్జి ఐయుఎస్ను తక్కువ ఖర్చుతో శస్త్రచికిత్స కాని ప్రత్యామ్నాయంగా ప్రోత్సహించాలి సాధ్యమైనంత వరకు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స

4. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స తర్వాత ప్రతికూల ప్రభావాలను అనుభవించిన మహిళల సాక్ష్యాలు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స తర్వాత ప్రతికూల ప్రభావాలను చూసిన సంరక్షకుల సాక్ష్యాలు 5. వైద్యులు, కౌన్సిలర్లు, పాత్రికేయులు, ఉపాధ్యాయులు మొదలైన వారి వృత్తిపరమైన సాక్ష్యాలు.

మీరు దీని ద్వారా తేడాను చేయవచ్చు:

సమాజంలో అపోహలు, అపోహలను తొలగించడం అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు దూరంగా ఉండాలి.

అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను నివారించడానికి ప్రచారం

ప్రస్తుతం ఉన్న ఎస్సీడీ ప్లాట్ఫామ్ ద్వారా అన్ని స్థాయిల శిక్షణను నిర్వహించవచ్చు.

Key components of a communication strategy to address unnecessary hysterectomy

Designing a Communication Strategy[2]

1. **Key Messages**	Literature Review; Formative Research	Findings from formative research can be used to develop and design customized and standardized messages for behaviour change.
2. **Target Population**	a. **Policy Makers** - sensitization and advocacy with policy makers for creating policies and institutional mechanisms to prevent unnecessary hysterectomy (bureaucrats, executives etc.) b. **Service providers** - sensitization and advocacy with service provides (such as doctors, RMPs, Nursing Homes etc.) for uptake of desired practices of change c. **Community -** · Women: the women and her immediate family members are made aware of, and are encouraged to follow desired practices of change · Influencers: (relatives, peer, fellow villagers, doctors, RMPs, nursing homes, labour contractors, employers etc.) are made aware of, and are encouraged to promote the dissemination and uptake of desired practices of change.	
3. **Platforms**	• Workshops, Seminars (for policy makers, executives, service providers etc.) • Community level Events and Institutions (such as VHSNDs, AWCs, SHGs, Gram Sabha, Health Centres, Schools/ School Management Committees/ PTAs etc.) • Labour Chowks, Brick Kilns, Sugar Factory/ Farms, Railways Stations, Bus Stations etc.	
4. **Medium**	a. Docudrama (Video-based Approach)	• Use community based video production or employ professionals to produce small docudramas. • Videos produced can be screened at the various platforms (above) or sent through WhatsApp, or broadcasted on local TV • PICO projectors, smart phones, and TAB can be used for screening videos
	b. IVR (Community Radio)	• Use a combination of push and pull call system

		• Allow the user to call on a Toll Free Number and listen to pre-recorded FAQs or record her queries.
	c. Wall Painting/ Flip charts/ Dangles, Flyers etc. (Conventional Approach)	• Wall paintings at railways stations, labour chowk, PHC, etc. • Specific posters for each level of Facilities.
	d. TV, Radio, Social Media, WhatsApp	• Whats App can become an effective medium of dissemination
5. Change Agents	• Frontline workers of various government departments (ASHA, ANM, AWW etc.) • Community institutions (Women's groups, Farmers groups, Gram Panchayat, School Management Committees etc.) • Doctors, RMPs, Labour Contractors, Labour Employers ** Influencers like RMPs, labour contractors and employer can be highly effective if sensitized and encouraged to undertake the role of change agent.	
6. Monitoring and Evaluation	• Identify suitable indicators of monitoring and evaluation of the communication interventions like : No. of Hysterectomy cases conducted < 40 years and cause of hysterectomy.Design a system of continuous tracking of practices and trends around women's health and unnecessary hysterectomy.	

పర్యవేక్షణ మరియు మూల్యాంకనం

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క రిపోర్టింగ్ వంటివి; కాదు. 40 సంవత్సరాల < నిర్వహించబడే గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కేసులు మరియు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క కారణాన్ని ప్రస్తుత ఎన్ సిడి స్క్రీనింగ్ చెక్ లిస్ట్ లో చేర్చాల్సి ఉంటుంది. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలకు సంబంధించిన డేటాను రాష్ట్ర మరియు జిల్లా స్థాయిలో క్రమం తప్పకుండా పర్యవేక్షించాలి. ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగాలకు చెందిన డేటాను పర్యవేక్షించాల్సిన అవసరం ఉందని, ఈ పర్యవేక్షణను విజయవంతం చేయడానికి ప్రభుత్వ సంస్థలు, ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగానికి చెందిన వైద్య నిపుణులు, ఇతర భాగస్వాములు కలిసి రావాలన్నారు.

జిల్లా గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీలు

సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు వీలుగా ప్రతి జిల్లాలో ఒక జిల్లా గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. జిల్లా సీఎంవో అధ్యక్షతన కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. ఎస్సీడీ నోడల్, జిల్లా ఆర్సీహెచ్ నోడల్ ఆఫీసర్లు/ ప్రసూతి ఆరోగ్య నోడల్ ఆఫీసర్లు, జిల్లా స్థాయిలోని ఇతర కీలక ప్రభుత్వ సిబ్బంది, ఎఫ్ఓజీఎస్ఐ (ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగం) ప్రతినిధులు, అభివృద్ధి భాగస్వాముల ప్రతినిధులు మొదలైనవారు. మానిటరింగ్ కమిటీ ఈ క్రింది వాటిని అంచనా వేస్తుంది:

·

ప్రతి నెలా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స చేయించుకున్న మహిళలందరి జాబితాను సమర్పించాలని ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగాలకు అవసరమైన ఆదేశాలు జారీ చేయండి. లైన్ లిస్ట్ లో పారామీటర్ లకు సంబంధించిన సమాచారం ఉండాలి:

వయసు

- సమానత్వం
- వృత్తి

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క సూచన

మునుపటి వైద్య / శస్త్రచికిత్స చరిత్ర

o గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స మార్గం:

ఉదర యోని లాపరోస్కోపిక్

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సతో పాటు చేయబడే ఏదైనా ఇతర శస్త్రచికిత్స:

గత చికిత్స చరిత్ర:

ఓ హెచ్ పిఇ:

ప్రతి త్రైమాసికానికి జిల్లా కమిటీ ఈ క్రింది సూచనలతో కేసులను ఆడిట్ చేయాలి మరియు అవసరమైతే అవసరమైన సూచనలు జారీ చేయాలి:

o <35 సంవత్సరాల వయస్సు గల మహిళల్లో BSO తో/లేకుండా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స

o 40 ఏళ్లు < మహిళల్లో BSO తో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స

O ప్రక్రియ చేయడానికి ఎటువంటి సూచన లేని అన్ని సందర్భాలు రికార్డుల్లో పేర్కొనబడలేదు.

గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు ముందు చికిత్స యొక్క రికార్డులు అందుబాటులో లేని అన్ని కేసులు (పేపర్లలో లేదా చరిత్రలో)

o పేర్కొనబడ్డ సూచన మరియు HPE రిపోర్టు మధ్య వ్యత్యాసం o గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స కారణంగా ఏదైనా తీవ్రమైన అనారోగ్యం/మరణాలు

అనుబంధం 3 గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల యొక్క ఆడిట్ లను ఎలా నిర్వహించాలనే దానిపై వివరణాత్మక మార్గదర్శకత్వాన్ని అందిస్తుంది

ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులకు అవసరమైన శిక్షణలు, సెన్సిటైజేషన్ సెషన్లు ఏర్పాటు చేయాలి.

రాష్ట్ర గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స పర్యవేక్షణ కమిటీలు

సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు వీలుగా ప్రతి రాష్ట్రంలో స్టేట్ హిస్టెరెక్టమీ మానిటరింగ్ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. రాష్ట్ర ప్రిన్సిపల్ సెక్రటరీ అధ్యక్షతన కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. రాష్ట్ర స్థాయి డిపిహెచ్ (డైరెక్టర్ పబ్లిక్ హెల్త్) నోడల్ ఆఫీసర్ & ఎన్సిడి స్టేట్ ప్రోగ్రామ్ ఆఫీసర్, ఆర్సీహెచ్ / ఎష్డబ్ల్యు / ఎంహెచ్ ప్రోగ్రామ్ ఆఫీసర్లు రాష్ట్ర స్థాయిలో ఇతర కీలక ప్రభుత్వ సిబ్బందిగా, ఎఫ్ఓజిఎస్ఐ (ప్రభుత్వ మరియు ప్రైవేట్ రంగం రెండూ), అభివృద్ధి భాగస్వాముల ప్రతినిధులు మొదలైనవారు ఉంటారు. మానిటరింగ్ కమిటీ ప్రతి ఆరు నెలలకు ఒకసారి సమావేశమై జిల్లా స్థాయి డేటాను సమీక్షించి అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించవచ్చని భావిస్తున్నారు. రాష్ట్ర గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీలు ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులు, జిల్లా అధికారులకు అవసరమైన శిక్షణలు, సెన్సిటైజేషన్ సెషన్లను ఏర్పాటు చేయాలి.

నేషనల్ హిస్టెరెక్టమీ మానిటరింగ్ కమిటీలు

జాతీయ స్థాయిలో సమర్థవంతమైన పర్యవేక్షణకు మరియు అవసరమైన విధాన నిర్ణయాలను నిర్ధారించడానికి ఒక జాతీయ గర్భాశయ పర్యవేక్షణ కమిటీని ఏర్పాటు చేయాలి. ఈ మానిటరింగ్ కమిటీలో ఎన్ సిడి, ఐసిఎంఆర్, ఎంహెచ్ అధికారులు అదనపు కమీషనర్ మరియు మిషన్ డైరెక్టర్, ఎన్ హెచ్ ఎం అధ్యక్షతన ఉంటారు మరియు ప్రతి ఆరు నెలలకు ఒకసారి సమావేశమై, అనవసరమైన గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సలను నివారించడానికి రాష్ట్ర స్థాయి డేటాను సమీక్షిస్తారు. ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు రంగ నిపుణులు, జిల్లా అధికారులకు అవసరమైన శిక్షణలు, అవగాహన సదస్సులను జాతీయ కమిటీలు ఏర్పాటు చేయాలి. మరీ ముఖ్యంగా జాతీయ కమిటీలు పరిస్థితులను సమీక్షించి అవసరమైన విధాన నిర్ణయాలు తీసుకోవాలి.

క్లినికల్

ప్రోటోకాల్స్

హిస్టరెక్టమీ కొరకు లభ్యం అవుతున్న వివిధ నిర్వహణ పద్ధతులు

అసాధారణ గర్భాశయ రక్తస్రావం/ పనిచేయని గర్భాశయ రక్తస్రావం, గర్భాశయ ప్రొలాప్స్, యోని ఉత్సర్గ, కటి ఇన్ఫ్లమేటరీ డిసీజ్ (పిఐడి) మరియు అసాధారణ గర్భాశయ ముఖద్వారం వంటి గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స యొక్క సాధారణ సూచనల కోసం అందుబాటులో ఉన్న వివిధ చికిత్సా విధానాల గురించి ఈ విభాగం చర్చిస్తుంది.

AUB/DUB కొరకు లభ్యం అవుతున్న మేనేజ్ మెంట్ విధానాలు

ఎయుబి / డియుబి చికిత్స ఎంపిక క్లినికల్ స్థిరత్వం, రక్తస్రావం యొక్క అనుమానాస్పద ఎటియాలజీ, భవిష్యత్తులో సంతానోత్పత్తి కోరిక మరియు అంతర్లీన వైద్య సమస్యలపై ఆధారపడి ఉంటుంది. తీవ్రమైన ఎయుబిని నిర్వహించడం యొక్క రెండు ప్రధాన లక్ష్యాలు:

1.) అధిక రక్తస్రావం యొక్క ప్రస్తుత ఎపిసోడ్లను నియంత్రించడానికి

2.) తరువాతి చక్రాలలో రుతుక్రమ రక్త నష్టాన్ని తగ్గించడానికి వైద్య చికిత్సను ఇష్టపడే ప్రారంభ చికిత్సగా పరిగణిస్తారు.

వైద్య నిర్వహణ:

డియుబి కోసం వైద్య చికిత్సా ఎంపికలలో ట్రానెక్సామిక్ ఆమ్లం, నాన్స్టెరాయిడ్ యాంటీ ఇన్ఫ్లమేటరీ డ్రగ్స్ (ఎన్ఎస్ఎఐడి), కంబైన్డ్ నోటి గర్భనిరోధక మాత్ర, ప్రొజెస్టోజెన్, డానాజోల్ మరియు గోనాడోట్రోపిన్-విడుదల చేసే హార్మోన్ అనలాగ్స్ (జిఎన్ఆర్హెచ్-ఎ) ఉన్నాయి. డియుబి చికిత్సకు మరొక వైద్య పద్ధతి లెవోనార్జెస్ట్రెల్-విడుదల గర్భాశయ వ్యవస్థ (మిరెనా®). ఇది మొదట గర్భనిరోధక పద్ధతిగా అభివృద్ధి చేయబడింది, కానీ ఇది డియుబి చికిత్సలో చాలా ప్రభావవంతంగా నిరూపించబడింది, కాబట్టి పరికరం ఆ సూచనకు కూడా ఆమోదం పొందింది.

శస్త్రచికిత్సా పద్ధతులు: వైద్య చికిత్సకు ఎయుబి నిరోధకత ఉన్న సందర్భాల్లో, వైద్యులు మహిళలకు శస్త్రచికిత్స చికిత్సను అందించాలి. అటువంటి రోగులలో, రోగి వయస్సు, శారీరక పరిస్థితి మరియు సంకల్పాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకొని ఎండోమెట్రియల్ అబ్లేషన్ పద్ధతులు మరియు గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సల మధ్య ఎంచుకోవచ్చు.

AUB/DUB కొరకు సవిస్తరమైన చికిత్సా విధానాలు జతచేయబడ్డాయి (అనుబంధం 4).

గర్భాశయ యోని ప్రోలాప్స్ కోసం అందుబాటులో ఉన్న నిర్వహణ పద్ధతులు

గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ కూడా గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సకు ప్రత్యక్ష సూచన కాదు, ముఖ్యంగా చిన్న వయస్సులో. వృద్ధులలో గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స ఉత్తమ ఎంపిక. గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను నివారించడానికి సిఫార్సు చేయబడిన వివిధ స్లింగ్ ఆపరేషన్ల రూపంలో సంప్రదాయ శస్త్రచికిత్సల యొక్క కొత్త పద్ధతులు ఉన్నాయి.

వివిధ స్లింగ్ ఆపరేషన్లు –

- శిరోద్కర్ స్లింగ్
- Purandare cervicopexy
- ఖన్నా స్లింగ్
- సూనావాలా స్లింగ్
- జోషి స్లింగ్
- Virkud sling
- ఇతరములు

వివిధ రకాల పునర్నిర్మాణ శస్త్రచికిత్సలు కూడా ఉన్నాయి:

మీ స్వంత కణజాలాలను ఉపయోగించి స్థిరీకరణ లేదా సస్పెన్షన్ (గర్భాశయ స్నాయువు సస్పెన్షన్ మరియు సాక్రోస్పైనస్ ఫిక్సేషన్)-దీనిని "స్థానిక కణజాల మరమ్మత్తు" అని కూడా పిలుస్తారు, దీనిని గర్భాశయ లేదా యోని వాల్ట్ ప్రోలాప్స్ చికిత్సకు ఉపయోగిస్తారు. ఇది యోని ద్వారా జరుగుతుంది. ప్రోలాప్స్డ్ భాగం స్నాయువుకు లేదా కటిలోని కండరానికి కుట్లుతో జతచేయబడుతుంది. అదే సమయంలో మూత్ర ఆపుకొనలేని పరిస్థితిని నివారించే ప్రక్రియ చేయవచ్చు.

యోని యొక్క పూర్వ (ముందు) గోడ యొక్క ప్రోలాప్స్ మరియు యోని యొక్క వెనుక (వెనుక) గోడ యొక్క ప్రోలాప్స్ చికిత్సకు ఉపయోగిస్తారు. ఈ రకమైన శస్త్రచికిత్స యోని ద్వారా జరుగుతుంది. యోనిని బలోపేతం చేయడానికి కుట్లు ఉపయోగించబడతాయి, తద్వారా ఇది మూత్రాశయం లేదా పురీషనాళానికి మద్దతు ఇస్తుంది.

సాక్రోకోల్పోపెక్సీ- యోని వాల్ట్ ప్రోలాప్స్ మరియు ఎంటరోసెల్ చికిత్సకు ఉపయోగిస్తారు. ఇది ఉదర కోతతో లేదా లాపరోస్కోపీతో చేయవచ్చు. శస్త్రచికిత్స మెష్ యోని యొక్క ముందు మరియు వెనుక గోడలకు మరియు తరువాత సాక్రమ్ (తోక ఎముక) కు జతచేయబడుతుంది. ఇది యోనిని తిరిగి స్థానానికి తీసుకువెళుతుంది.

సాక్రోహిస్టెరోపెక్సీ- ఒక మహిళ గర్భాశయ శస్త్రచికిత్సను కోరుకోనప్పుడు గర్భాశయ ప్రోలాప్స్ చికిత్సకు ఉపయోగిస్తారు. శస్త్రచికిత్స మెష్ గర్భాశయ ముఖద్వారానికి మరియు తరువాత సాక్రమ్కు జతచేయబడుతుంది, గర్భాశయాన్ని తిరిగి స్థానానికి ఎత్తుతుంది.

యోనిలో ఉంచిన మెష్ ఉపయోగించి శస్త్రచికిత్స-అన్ని రకాల ప్రోలాప్స్ చికిత్సకు ఉపయోగిస్తారు. స్థానిక కణజాల మరమ్మత్తుకు స్వంత కణజాలాలు తగినంత బలంగా లేని మహిళల్లో ఉపయోగించవచ్చు. యోనిలో ఉంచిన మెష్ మెష్ కోత, నొప్పి, సంక్రమణ మరియు మూత్రాశయం లేదా ప్రేగు గాయంతో సహా తీవ్రమైన సమస్యలకు గణనీయమైన ప్రమాదం ఉంది. ఈ రకమైన శస్త్రచికిత్స మహిళలకు రిజర్వ్ చేయాలి, ఇందులో ప్రయోజనాలు నష్టాలను సమర్థించవచ్చు.

గర్భాశయ ముఖద్వారం/అనారోగ్యకరమైన గర్భాశయ ముఖద్వారం యొక్క ముందస్తు క్యాన్సర్ గాయాల కొరకు అందుబాటులో ఉన్న నిర్వహణ పద్ధతులు:

గర్భాశయ స్క్రీనింగ్ దీనిలో సిఫార్సు చేయబడింది:

దీర్ఘకాలిక ల్యూకోరియా, పోస్ట్కోయిటల్ రక్తస్రావం లేదా గర్భాశయం యొక్క అనారోగ్య రూపాన్ని చూపించే రోగలక్షణ మహిళలందరినీ విఐఎ లేదా పాప్ స్మియర్తో పరిశోధించాలి.

వయసు 30-65 ఏళ్లు.

ఇన్ఫెక్షన్ నిర్ధారణ అయిన వెంటనే హెచ్ఐవి సోకిన మహిళలందరూ

లక్షణాలు మరియు కనిపించే పెరుగుదల ఉన్న మహిళలు, స్పర్శపై రక్తస్రావం అయ్యే ఫలకం: పెరుగుదల / గాయం నుండి గర్భాశయ బయాప్సీ .

ఇన్ఫెక్టివ్ డిశ్చార్జ్ ఉన్న మహిళలు: యాంటీబయాటిక్స్. 7 రోజుల తర్వాత ఫాలోఅప్..

గర్భాశయ సంక్రమణకు వైద్య చికిత్స

సెఫిక్సిమ్, 400 మి.గ్రా మౌఖిక సింగిల్ మోతాదు ప్లస్ అజిత్రోమైసిన్, 1 గ్రా నోటి ద్వారా సింగిల్ మోతాదు ఆహారానికి 1 గంట ముందు

భాగస్వామి చికిత్స[మార్చు]

- హెచ్ఐవి, విడిఆర్ఎల్ పరీక్ష పొందడం

7 రోజుల తర్వాత ఫాలోఅప్

ఇన్ఫెక్షన్ లేనప్పుడు ఈ క్రింది పరీక్షలు నిర్వహించండి.

మూల్యాంకనం

1) విజువల్ ఇన్ స్పెక్షన్ (అసిటిక్ యాసిడ్ (VIA), లేదా లుగోల్ యొక్క అయోడిన్ (VILI) తరువాత విజువల్ ఇన్ స్పెక్షన్

• గర్భాశయ ముఖద్వారాన్ని 4-5% ఎసిటిక్ యాసిడ్ తో 1 నిమిషం పాటు పెయింట్ చేసిన తరువాత లేదా అయోడిన్ వేసిన తరువాత పసుపు రంగులోకి మారిన తరువాత దాని యొక్క దృశ్య తనిఖీ. ఒకవేళ వీఐఏ నెగెటివ్ వస్తే మహిళకు భరోసా ఇవ్వండి. ప్రతి 5 సంవత్సరాలకు విఐఎను పునరావృతం చేయండి

ఒకవేళ వీఐఏ టెస్ట్ పాజిటివ్ గా ఉంటే (ట్రాన్స్ ఫర్మేషన్ జోన్ లో దట్టమైన తెల్లటి, అపారదర్శక ఎసిటోవైట్ గాయాలను చూపిస్తుంది) - కాల్పోస్కోపీ మరియు నిర్దేశిత బయాప్సీ చేయాలి.

2) పాప్ స్మియర్ / లిక్విడ్-బేస్డ్ సైటాలజీ (ఎల్బిసి) (అందుబాటులో ఉంటే)

• బెథెస్డా సిస్టమ్ (2001) ప్రకారం ఫలితాల కోసం అభ్యర్థించే పాథాలజిస్ట్కు స్మెర్లను పంపండి. స్మెర్ యొక్క ఫలితాన్ని సమీక్షించండి.

అస్కస్ సైటాలజీతో కాల్పోస్కోపీ లేదా వీఐఏ, అనుమానాస్పద ప్రాంతాలను గుర్తిస్తే బయాప్సీ చేయాలి. ప్రత్యామ్నాయంగా, దీనిని ఒక సంవత్సరంలో పునరావృత సైటాలజీతో ట్రయాజ్ చేయవచ్చు.

సైటాలజీ రిపోర్ట్ ఎల్ఎస్ఐఎల్ ఉన్న మహిళలు తప్పనిసరిగా కోల్పోస్కోపీ మరియు నిర్దేశిత బయాప్సీ చేయించుకోవాలి.

ఎఎస్సి-హెచ్ లేదా హెచ్ఎస్ఐఎల్ యొక్క గర్భాశయ సైటాలజీ నివేదిక ఉన్న మహిళలు కాల్పోస్కోపీ మరియు నిర్దేశిత బయాప్సీ చేయించుకోవాలని సలహా ఇవ్వాలి.

ఎటిపికల్ గ్రంథి కణాల సైటాలజీ నివేదిక ఉన్న మహిళలను కాల్పోస్కోపీతో మూల్యాంకనం చేయాలి మరియు ఎండోసర్వికల్ మరియు ఎండోమెట్రియల్ నమూనాలతో పాటు బయాప్సీని డైరెక్ట్ చేయాలి.

3) హెచ్పివి టెస్టింగ్: అందుబాటులో ఉంటే మరియు చౌకగా ఉంటే హై-రిస్క్ హెచ్పివి రకం కోసం. ఇతర పరీక్షలతో ప్రతికూల హెచ్పివి పరీక్ష మరింత భరోసా ఇస్తుంది మరియు పునరావృత స్క్రీన్ విరామాన్ని 5 సంవత్సరాలకు పొడిగించడంలో సహాయపడుతుంది.

బయాప్సీ నమూనా యొక్క హిస్టోపాథాలజీపై CIN యొక్క చికిత్స

- హిస్టాలజీపై తక్కువ-గ్రేడ్ (ASCUS/ LSIL) పాప్ స్మియర్ మరియు CIN 1 ఉన్న మహిళలు పర్యవేక్షణలో VIA/Pap స్మియర్ తో 1 వార్షిక ఫాలో-అప్ ని కొనసాగించమని సలహా ఇవ్వాలి.

హై గ్రేడ్ (ఎఎస్సి-హెచ్, హెచ్ఎస్ఐఎల్) స్మెర్ అసాధారణతలు మరియు సిఐఎన్ 1 హిస్టాలజీ ఉన్న మహిళలకు 6 నెలల తరువాత సైటాలజీ లేదా వారి సమ్మతి మరియు కోరికను బట్టి తక్షణ చికిత్సను సూచించాలి.

హై గ్రేడ్ స్మెర్ అసాధారణత 12 నెలలు కొనసాగితే మరియు కాల్పోస్కోపీలో ఎటువంటి గాయం కనిపించకపోతే రోగనిర్ధారణ ఎక్సైజ్ చేయాలి.

సిఐఎన్ 2/3 తో, కాల్పోస్కోపీ తగినంతగా ఉంటే, ఎక్సిషన్ మరియు అబ్లేషన్ రెండూ చికిత్స యొక్క తగిన పద్ధతులు. అబ్లేషన్ కంటే ఎక్సిషన్ కు ప్రాధాన్యత ఇస్తారు.

పునరావృత సిఐఎన్, ఎండోసెర్వికల్ ప్రమేయం లేదా కాల్పోస్కోపీ సరిపోకపోతే ఎక్సిషన్ సిఫార్సు చేయబడింది.

• CIN2/3 కొరకు తక్షణ గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స ఆమోదయోగ్యం కాదు.

· గర్భాశయ శస్త్రచికిత్స పునరావృత ఎక్సిషన్ / కోన్ బయాప్సీకి ప్రత్యామ్నాయం కావచ్చు.

బయాప్సీ ఏ సమయంలోనైనా ఇన్వాసివ్ క్యాన్సర్ను చూపిస్తే, వ్యాధి యొక్క దశ ప్రకారం స్టేజింగ్ మరియు నిర్వహణ తగిన కేంద్రంలో చేయాలి.

యోని ఉత్సర్గ కోసం అందుబాటులో ఉన్న చికిత్సా విధానాలు

వల్వో యోని ఇన్ఫెక్షన్లు చాలా తరచుగా వచ్చే రుగ్మతలలో ఒకటి, దీనికి రోగులు గైనకాలజిస్టుల నుండి సంరక్షణ కోరుకుంటారు. ఈ వ్యాధుల యొక్క పాథోఫిజియాలజీని అర్థం చేసుకోవడం ద్వారా మరియు వాటి రోగ నిర్ధారణకు సమర్థవంతమైన విధానాన్ని కలిగి ఉండటం ద్వారా, వైద్యులు ఈ పరిస్థితులకు చికిత్స చేయడానికి మరియు దీర్ఘకాలిక ప్రభావాలను తగ్గించడానికి తగిన యాంటీమైక్రోబయల్ థెరపీని ఏర్పాటు చేయవచ్చు.

సాధారణ కారణాలు:

వాజినిటిస్ మూడు రకాలు: ట్రైకోమోనల్, కాండిడియల్ వాజినిటిస్. బాక్టీరియల్ వాగినోసిస్. కలిపిన.

గోనేరియా మరియు క్లామిడియా ఇన్ఫెక్షన్ కారణంగా గర్భాశయ సంక్రమణ.

- జననేంద్రియ హెర్పెస్.

సాధారణ యోని ఉత్సర్గ:

సాధారణ యోని స్రావాలు స్థిరత్వంలో ఫ్లోక్యులర్, తెలుపు రంగులో ఉంటాయి మరియు సాధారణంగా యోని యొక్క ఆధారిత భాగంలో (పృష్ఠ ఫోర్నిక్స్) ఉంటాయి.

చికిత్స:

- లక్షణాలు మరియు పరీక్ష ఫలితాల ఆధారంగా ఖచ్చితమైన రోగ నిర్ధారణపై ఆధారపడి ఉంటుంది

నిర్ధారణ అయిన తర్వాత యాంటీమైక్రోబయాల్స్_ నిర్వహించవచ్చు

క్లినికల్ పరీక్షలో విస్తరించిన గర్భాశయం, అడ్నెక్సల్ ద్రవ్యరాశి లేదా కటిలో సున్నితత్వం ఉన్నట్లు అనిపిస్తే, రోగిని అల్ట్రాసోనోగ్రఫీ కోసం సూచించాలి.

- Exclude HIV infection, diabetes mellitus, immunosuppressive conditions, steroid therapy in cases of recurrent infection and refer to higher center.

MODALITIES OF TREATMENT AVAILABLE FOR LOWER ABDOMINAL PAIN (D/TPID):

Reproductive age group women often present with chronic lower abdominal pain associated with low backache, vaginal discharge and painful menstruation which can be treated by medical treatment. One of the common causes of lower abdominal pain is Pelvic inflammatory disease (PID). It is caused by microorganisms colonizing the endocervix and ascending to the endometrium and fallopian tubes. Other causes of pain may be endometriosis, adenomyosis, pelvic adhesions, adnexal mass or fibroid uterus.

Diagnosis

- Should be based on history and examination.
- Traditionally, the diagnosis of PID is based on a triad of symptoms and signs, including pelvic pain, cervical motion and adnexal tenderness, and the presence of fever.
- Ultrasonography may be advised in cases with palpable masses in the pelvis or incases with acute tenderness.

Treatment of Lower Abdominal Pain:

- Treatment is directed to the cause.
- Treatment of infection.
- Medical treatment for endometriosis, (OCP/ progestogens-MPA/Dienogest ,GnRHa)
- Laparoscopic adhesiolysis, fulguration of endometriotic lesions, etc.
- Sometimes the woman may not have any gynecological cause for pelvic pain.
- Other medical conditions such as gastrointestinal infections or infestations or abdominal TB could be responsible which can be treated with appropriate antimicrobial agents.
- Correct Anemia, under nutrition & Improve general health

Annexure 1

Table: Responsiveness at various levels of care

1a. AUB - Menorrhagia with normal sized uterus, with or without dysmenorrhoea

Level	Human Resource/ Service Provider	Medicines (Essential List of Medicines)	Point of Care Diagnostics
Community +Sub centre	**ASHA/MAS:** • Annual screening of women using checklist for Abnormal Uterine Bleeding (AUB). • Oral iron and calcium with D_3 supplementation. (Daily requirement of Oral Iron-60mg elemental iron and daily requirement of Calcium-500mg. **ASHA/ANM:** • Ensure follow up of women taking treatment for Abnormal Uterine Bleeding during home visits.		
HWC/ PHC/Non FRU CHC	**CHO** ✓ Refer all women with Heavy Menstrual Bleeding to PHC for initial assessment. ✓ Dispensing and follow-up in subsequent cycles. **Medical Officer(MO)** Initial assessment (history taking, examination including per speculum and bimanual examination by SN) at first visit of all women with AUB . ✓ Refer women to Gynaecologist if (a)menorrhagia + enlarged firm/ irregular uterus or (b)metrorrhagia or (c)intermenstrual bleeding or (d)menorrhagia + normal uterine size if woman > 40 yrs. (e)acute menorrhagia or (f) severe anaemia (g) tenderness on uterine motion (h) restricted uterine mobility (i) adnexal mass or fullness ✓ Tele-consultation with Gynaecologist for management of women< 40 yrs. with menorrhagia and normal uterine size without	If women fit into category 1a after assessment at PHC and are advised medical management by PHC MO (MBBS), then dispense following drugs in subsequent cycles: • Tab. Tranexamic Acid 500 mg • Combined Oral Contraceptive • Iron (Oral) 60 mg elemental iron /day. • Tab. Diclofenac 100 mg • Tab. Mefenamic acid 500 mg • Oral MPA(Medroxy Progesterone Acetate) • Tab. Nor-Ethisterone acetate 5 mg • Inj DMPA 150mg/ml • LNG IUD	Hb (initial and when needed during follow up)

Level	Human Resource/ Service Provider	Medicines (Essential List of Medicines)	Point of Care Diagnostics
	severe anaemia. Refer to Gynaecologist for relapse or persistent complaints after three months of medical treatment.	(Levonorgestrel intrauterine device). (by MBBS MO only)	
Community Health Centre/SDH/DH/ Tertiary care	**Gynaecologist**	• Tab. Tranexamic Acid 500 mg • Combined Oral Contraceptive • Iron (Oral) 60 mg elemental iron /day • Parenteral Iron (20mg/ml, total dose of 100mg/day) • Tab. Diclofenac 100 mg • Tab. Mefenamic acid 500 mg • Oral MPA(Madrox Progesterone Acetate) • Tab. Nor-Ethisterone acetate 5 mg • Inj DMPA 150mg/ml • LNG IUD • SERM: Tamoxifen-20mg /Day Raloxifene-60mg/Day Bazedoxifene-20mg/Day Ospemifene-	✓ USG ✓ Hb ✓ Coagulation profile ✓ Sickling ✓ Thyroid profile ✓ S. Ferritin If Gynaecologist is available at CHC: ✓ Endometrial aspiration/sampling if needed ✓ D&C if needed ✓ Endometrial Ablation (Non-hysteroscopic) ✓ Hysterectomy if needed

Level	Human Resource/ Service Provider	Medicines (Essential List of Medicines)	Point of Care Diagnostics
		60mg/Day • Inj.GnRH analogues (Gonadotropin Releasing Hormone) eg. Inj. Leuprolide 3.75mg monthly.	

1b. Abnormal Uterine Bleeding (Menorrhagia with enlarged uterus)

Community / Sub Health Centre	**ASHA/MAS:** • Annual screening of women using checklist for AUB • Oral iron and calcium with D_3 supplementation. (Daily requirement of Oral iron-60mg elemental iron and daily requirement of Calcium-500mg. • **ASHA/ANM:** • Ensure follow up of women taking treatment for AUB during home visits.	
HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO**	✓ Tab. Tranexamic Acid 500 mg ✓ Refer to centre where Gynaecologist and USG are available. ✓ Provide care (including dispensing drugs if MBBS MO) during subsequent months to women whose medical treatment has been started by gynaecologist or who have undergone surgical management for AUB. ✓ Oral/ Parenteral Iron therapy if needed.

Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Tab. Tranexamic Acid 500 mg • Combined Oral Contraceptive • Iron (Oral) 60 mg elemental iron /day • Parenteral Iron (20mg/ml, total dose of 100mg/day) • Tab. Diclofenac 100 mg • Tab. Mefenamic acid 500 mg	
		• Oral MPA(Medroxy Progesterone Acetate) • Tab. Nor-Ethisterone acetate 5 mg • Inj DMPA 150mg/ml • LNG IUD • SERM: Tamoxifen-20mg /Day Raloxifene-60mg/Day Bazedoxifene-20mg/Day Ospemifene-60mg/Day • Inj.GnRH analogues (Gonadotropin Releasing Hormone) • Tab Ulipristal (As Contraceptive-30mg/Day and non-contraceptive-5mg/Day)	✓ USG ✓ Hb ✓ Coag profile ✓ Sickling ✓ Thyroid Profile ✓ S. Ferritin ✓ Endometrial aspiration/Sampling if needed ✓ PCV transfusion if needed ✓ D&C if needed ✓ Hysteroscopy / guided biopsy ✓ Hysterectomy if needed

1c AUB -Metrorrhagia, Oligomenorrhoea, Amenorrhoea- irregular bleeding in high risk group (obese, hypertensive,diabetic, family history of endometrial /cervical cancers), AUB in women > 40 years of age, OR Persistent dysmenorrhea

Community / Sub Health Centre	**ASHA/MAS:** • Annual screening of women using checklist for AUB • Oral iron and calcium with D_3 supplementation. (Daily requirement of Oral iron -60mg elemental iron and daily requirement of Calcium- 500mg. • **ASHA/ANM:** • Ensure follow up of women taking treatment for AUB during home visits.		
HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO**	✓ UPT ✓ Refer to centre where Gynaecologist and USG is available.	
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Tab. Tranexamic Acid 500 mg • Combined Oral Contraceptive • Iron (Oral) 60 mg elemental iron /day • Parenteral Iron (20mg/ml, total dose of 100mg/day) • Tab. Diclofenac 100 mg • Tab. Mefenamic acid 500 mg • Oral MPA(Medroxy Progesterone Acetate) • Tab. Nor-Ethisterone acetate 5 mg • Inj DMPA 150mg/ml • LNG IUD • SERM: Tamoxifen-20mg /Day Raloxifene-60mg/Day Bazedoxifene-20mg/Day Ospemifene-60mg/Day • Inj.GnRH analogues (Gonadotropin Releasing Hormone)	• USG • Hb • Sickling • Thyroid Profile • S. Ferritin • Coag profile • Endometrial aspiration/Sampling if needed • PCV transfusion if needed • D&C if needed • Hysteroscopy / guided biopsy • Conservative surgical management for Pre-malignant lesions Hysterectomy if needed (including surgical management of endometrial malignancy chemo / radiotherapy follow up as recommended)

		• Tab Ulipristal (As Contraceptive-30mg/Day and non-contraceptive-5mg/Day)	

2. Abnormal Vaginal Discharge ± Pelvic pain ± Backache

Community / Sub Health Centre	**ASHA/MAS**: ✓ Distribution of Oral Iron, Calcium with D3 tablets and condoms. ✓ Ensure follow up to check for resolution of Infective vaginal discharge / acute PID. Encourage treatment of the partner.		
HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO** If CHO is a lady, provide follow up care in subsequent visits to women who have taken initial care at higher level. History and examination including per speculum and bimanual examination Ensure treatment of partner	• Kit-1,2,6 • Condoms • Injectable Ceftriaxone • Tab Calcium ±Vit D • Iron (Oral) (60mg elemental iron/Day) • Parenteral Iron if needed • (20mg/ml, total dose of 100mg/Day)	✓ Hb ✓ VDRL/HBsAg/HIV ✓ VIA
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Kit-1,2,6 • Condoms • Inj. Cefotaxime (1gm/12 hourly and can be extended up to 2gm/12 hourly) /Cefoperazone • Inj. Metronidazole • Inj. Clindamycin • Tab Calcium ±Vit D • Iron (Oral) • Parenteral Iron • Treatment of partner	✓ Hb ✓ VDRL/HBsAg/HIV ✓ Vaginal discharge examination (Hanging drop and Gram stain) ✓ USG ✓ VIA ✓ Pap smear ✓ Colposcopy, SOS biopsy ✓ LLETZ(Large loop Excision of the Transformation Zone) ✓ Cryotherapy ✓ Thermocoagulation

3. **Prolapse**

Community	**ASHA/MAS and ANM:** ✓ Lifestyle modification, healthy diet, smoking cessation. ✓ Early treatment for chronic cough and constipation. ✓ Promote institutional delivery for proper intra-natal care. ✓ Reinforce need for postnatal exercises ✓ Explain Kegel's exercises for early prolapse.		
Sub Health Centre/HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO**	• Lifestyle modification • 1st and 2nd degree prolapse - Pelvic floor exercises • Pessary insertion if necessary by MO or SN after tele-consultation with Gynaecologist • Physiotherapy for backache	
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Lifestyle modification 1st and 2nd degree - Pelvic floor exercises • 3rd degree – Pessary / Surgical intervention (VH with Mc Call's with AP repair OR conservative surgery if lady wants to preserve childbearing or is < 40 years of age) • Surgical management of Vault prolapse and associated Stress Urinary Incontinence • Physiotherapy for backache	USG

4. Lower Abdominal Pain

Community / Sub Health Centre	**ASHA/MAS:** • Distribution of Oral Iron and Calcium with D3 tabs • Deworming • IEC for prevention of diarrhoeal diseases • Counselling regarding Partner treatment for PID		
HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO** Refer to Gynaecologist if ✓ no response to treatment or ✓ relapse of symptoms within 6 months or ✓ if associated with fever/ vomiting/ abdominal distension/ breathing difficulty/ abdominal lump/TB in patient or a family member/ within 6 weeks of delivery or within a month of abortion	• Kits-1,2,6 • Condoms • Tab Calcium ±Vit D • Injectable antibiotics (Cefotaxime) • Tab Metronidazole • Iron (Oral) • Parenteral Iron	✓ Urine routine and microscopy ✓ Stool examination
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Kit-1,2,6 • Condoms • Inj. Cefotaxime /Cefoperazone • Inj. Metronidazole • Inj. Clindamycin • Tab Calcium ±Vit D • Iron (Oral) • Parenteral Iron • ATT for genital TB	✓ USG ✓ Urine routine and microscopy ✓ Stool examination ✓ GI endoscopy ✓ Laparoscopy and SOS surgical intervention

5 Abnormal/ Unhealthy cervix

Community / Sub Health Centre	**ASHA/ANM/MAS:** ✓ Warning symptoms suggestive of cervical cancer. ✓ Importance of screening for cervical cancer. ✓ Protective effect of condoms on Cervical Intra-epithelial lesions. ✓ Safe sex practices		
HWC/ Primary Health Centre/UPHC	**CHO** **MO**		VIA PAP Smear
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital/ Tertiary Care	**Gynaecologist**		✓ VIA ✓ Pap smear ✓ Cervical biopsy (may be sent to higher centre for reporting) ✓ HPV testing ✓ Colposcopy ✓ Cervical biopsy (may be sent to higher centre for reporting) ✓ LEEP, LLETZ, Cryosurgery ✓ Management of Cervical cancer (Surgery or Radiotherapy)

6 Post hysterectomy follow up of woman who had Hysterectomy before 45 years of age

Community + Sub Health Centre	**ASHA/MAS:** ✓ Distribution of oral Iron and Calcium with D3 ✓ IEC about Post-menopausal problems and care. ✓ Counselling on important of regular exercise and healthy diet.		
HWC/ PHC/Non FRU CHC	**CHO** **MO**	• Tab Calcium ± Vit D • Iron (Oral) • Parenteral Iron • Vaginal Estrogen creams after tele-consultation with the Gynaecologist	• Hb • Lipid Profile • S. creatinine
Community Health Centre/ Sub Division Hospital /District Hospital Tertiary Care / Medical College	**Gynaecologist**	• Tab Calcium ± Vit D • Iron (Oral) • Parenteral Iron • Vaginal Estrogen creams • Oral Estrogen - Progesterone for HRT if indicated • Bisphosphonates • Tab Tibolone (2.5mg/day)	• USG • Hb • Thyroid Profile • Lipid Profile • S. creatinine • ECG • Bone Mineral Density testing

Annexure 2

Basic Facts on Hysterectomy

About Hysterectomy

Uterus is a midline pelvic organ of the female reproductive system where the fetus develops during pregnancy. The surgical procedure of removal of the uterus is called hysterectomy. Hysterectomy is a major surgery done by a trained gynaecologist under regional or general anaesthesia. An abdominal hysterectomy involves removal of the uterus through an incision in the lower abdomen. When hysterectomy is performed through an incision in vagina it is called a vaginal hysterectomy. Laproscopic Hysterectomy is where the uterus and cervix are removed completely with the help of laproscope & laprosopic instruments through small incisions on the abdomen.

- A total hysterectomy is the removal of the uterus and cervix.
- When a hysterectomy includes removal of both the ovaries and fallopian tubes, the procedure is called hysterectomy with Bilateral Salpingo-Oophorectomy.

Hysterectomy with or without Oophorectomy

The various indications for ovarian removal at the time of hysterectomy include genital tract malignancies (ovarian cancer, uterine cancer, cervical cancer, metastasis from non-genital tract malignancies), removal of ovaries and tubes in women genetically susceptible to ovarian cancer, ectopic pregnancy, ovarian abscess, ovarian endometriosis etc. In many non-cancerous conditions oophorectomy is performed with the aim of reducing the possibility of ovarian cancer in the future. Risk, benefits, and alternatives need to be discussed with the patient before surgery. Patients must be informed of the possible complications and the long-term effects of decreased hormone levels due to ovarian removal.

Unnecessary hysterectomy

There is a fear that hysterectomy is done without reason. Patients can seek more than one opinion before taking decision. Many gynaecological conditions can be managed conservatively without the need for surgical intervention and hysterectomy should always be reserved as the last option. Few cases where hysterectomies can be avoided are

- Abnormal uterine bleeding
- Fibroid
- Completion of family
- Precondition for employment

- Fear of cancer

Hysterectomy as a method of treatment

Hysterectomy can be performed in various conditions such as treatment of uterine cancer, ovarian cancer, some cases of cervical cancer, and various common noncancerous gynaecological conditions like abnormal uterine bleeding, fibroids, adenomyosis, endometriosis, uterovaginal prolapse, chronic pelvic pain etc. that lead to varying levels of pain, discomfort, uterine bleeding and emotional stress amongst women. A hysterectomy is a major operation with a long recovery time and is only considered after less invasive treatments have been tried. Although hysterectomy is often the definitive treatment for many gynaecological conditions, nonsurgical alternatives should always be attempted in elective cases.

Conditions for which hysterectomy can be done after all nonsurgical options have been tried

a. Uterine fibroids (lumps in uterus) that cause pain, bleeding or other problems
b. Thickening of the uterus – adenomyosis, endometrial hyperplasia etc.
c. Uterine prolapse, which is a sliding of the uterus from its normal position into the vaginal canal
d. Cancer of the uterus, cervix, or ovaries
e. Abnormal vaginal bleeding*
f. Chronic pelvic pain

A hysterectomy may not be the best option for all women. It shouldn't be performed on women who still want to have children unless no other alternative are possible. Luckily, many conditions that can be treated with a hysterectomy may also be treated in other ways. For instance, hormone therapy can be used to treat endometriosis. Fibroids can be treated with other types of surgery that spare the uterus.

Hysterectomy should always be the last option.

Complications and Side effects

- **Immediate** Complications include heavy bleeding during or after surgery, risk of blood transfusion, damage to surrounding organs and blood vessels like the bladder, urethra, uterine artery and nerves, blood clots in the legs and lungs , breathing problems or problems due to anaesthesia
- Short term-fevers and chills, persistent nausea and vomiting, infection at the incision site, excessive bleeding, requirement of blood transfusion, difficulty with bowel function, difficulty voiding, pain which is not resolving, Injury to adjacent organs (bowel, bladder, ureter), Injury to nerves, chest pain, difficulty breathing, lower extremity, or calf pain and anesthesia related complications.

- Long-term- Bladder dysfunction due to cystocele formation (bladder prolapse through the vaginal wall), stress incontinence (Involuntary passage of urine), formation of enterocele and rectocele (bowel and rectum prolapsing through the vaginal wall), vaginal vault prolapse.
- Long term effects of decreased hormone levels- **surgically induced menopause** including hot flashes (sudden feeling of warmth in the upper body which is usually most intense over the face, neck and chest), night sweats, insomnia, vaginal dryness, recurrent UTI, mood changes, irritability, increased bone loss leading to osteoporosis and cardiac disease.

Changes women can expect after a hysterectomy

- The women attains a surgical menopause so there will be no menstrual periods.If the ovaries have been removed along with a hysterectomy, there may be menopausal symptoms like hot flashes, sweating, vaginal dryness, mood swings etc as well as increased chances of developing osteoporosis, dyslipidemia, cardiovascular diseases, stroke etc.
- If ovaries are retained, menopause is experienced at a younger than average age.
- There will be a symptomatic relief of symptoms.
- Some women may experience mood changes after hysterectomy. There may be grief and possibly depression over the loss of fertility, loss of interest in food & lethargy.
- Some women have vaginal dryness or lack of interest in sex after a hysterectomy, especially if the ovaries have been removed.
- If both ovaries are removed, this may put the woman at higher risk for certain conditions such as: bone loss, heart disease, and urinary incontinence (leaking of urine)1.

Issues relating to menstruation

Menstruation is required to be managed in a healthy and hygienic manner. One of the huge challenges in our society is the inability to deal with blood flow hygienically during menstruation.A large number of hysterectomies are done to get rid of menstruation without application of safer medical methods of treatment. Here, good counselling by a provider and a trained counsellor becomes very important. ASHA, Anganwadi worker and ANM can all popularize this by using a campaign format.

Annexure 3

Guidance on Conducting Audits of Hysterectomies

Medical audits are utilised to monitor the appropriate use of specific procedures. In the case of hysterectomy, ensuring regular audits may be necessary in areas where unnecessary use is suspected. The guidance below explains the process and use for an audit.

Who should conduct the assessment?
Setting up of a Hysterectomy Audit Committee - Medical audit is best conducted by more than one person e.g. a technical expert and someone with social sciences expertise. A guideline for practitioners will help them to provide services that are ethically and technically correct in the social setting in which the patient exists and practitioner practices.

What can form part of the audit for unnecessary hysterectomy?

1. **Patient Profile**
    a. Age
    b. Number of living children
    c. Socio economic status
    d. Education
    e. Cultural beliefs
    f. Occupation
    g. Area of residence
    h. Distance from hospital

2. **Eligibility of patients for hysterectomy**

- Is the indication for hysterectomy matching with the signs and symptoms of the actual disease from history taking, clinical examination, pathological and radiological findings?
- Is the patient really eligible for hysterectomy – age group, cause, menstrual symptoms marital status, desirous of fertility etc.
- Is the patient prepared for anaesthesia and hysterectomy – medically and psychological fit?

3. **Use of alternative and effective medical treatment**

- If the condition was benign (not cancer), were alternative non-surgical / medical treatments tried
- Was counselling on alternative treatment modalities done
- What was the alternative treatment provided and for how long was it used e.g.
    - Polyp : Polypectomy
    - Adenomyosis : LNG IUS/Oral hormonal therapy/Others
    - Leiomyoma – Myomectomy/Hysteroscopic resection/Uterine artery

embolization/GnRH analogues / Ulipristal acetate /Inj. DMPA /LNG IUS
- Endometrial Hyperplasia - High dose Progesterone
- CIN: Conization/LEEP/LLETZ
- Treatment of Coagulopathy
- AUB due to Ovulatory dysfunction: Progesterone therapy
- Utero-vaginal prolapse - Pessary
- Obstetrical Haemorrhage : Uterine artery embolization/ Compression sutures/ Uterine balloon tamponade

- Was the effectiveness of alternative treatment assessed before deciding on hysterectomy
- If yes, was it documented in the patient's case notes with necessary supportive documents

4. Choice of surgical method

- What was the rationale for selecting the type of surgical procedure
- Was the patient made aware about risks and outcomes of the selected procedure?
- Was comparison of costs of recommended procedures done - abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy?

5. Ethical issues

- Was the decision on selecting the treatment method, particularly if a surgical procedure was recommended, based on involved and informed consent of the patient
- Was primary care for the gynaecological condition available to the patient
- Was choice of second or expert opinion available to the patient
- Was there any conflict of interest by the provider i.e. was provider opinion influenced by personal interest e.g. learning more about a procedure (training situations) or earning monetary benefit from patient or insurance agency
- Whether the audit is interfering with professional freedom of the practitioner or with doctor patient relationship in that particular setting

6. How was the Hysterectomy conducted?

Was it performed abdominally, vaginally or laparoscopically?

Approach will depend on indications for surgery, nature of disease, surgeon and patient preferences

7. Why was the hysterectomy conducted?

The reasons can range from benign conditions of the uterus to malignancies of the genital tract as well as obstetric reasons

Common Gynaecological Reasons

- Uterine fibroids - depends on site, size and symptom
- Chronic pelvic infection
- Chronic pelvic pain
- Abnormal Uterine Bleeding:
- Polyps
- Adenomyosis, endometriosis
- Endometrial causes - Malignancy, Hyperplasia and other
- Cancer of the ovaries, cervix, fallopian tubes.
- Premalignant lesions of cervix.
- Iatrogenic
- Utero-vaginal prolapse

Obstetric Reasons

- Atonic Post-partum Haemorrhage with/without Placenta praevia
- Traumatic Post-Partum Haemorrhage
- Adherent placenta with/without Placenta praevia
- Sepsis
- Rupture Uterus
- Intractable post-partum haemorrhage

8. Were there intra-operative or post-operative complications during/following hysterectomy and were these documented?

9. Was there need for correction of anaemia by blood transfusion/ parenteral iron?

10. Was the Hysterectomy covered by an insurance scheme?

11. What was the cost incurred due to hysterectomy, including related interventions/treatment before, during and after the procedure?

Annexure 4

VARIOUS MODALITIES OF TREATMENT AVAILABLE FOR AUB/ DUB

1. Medical treatment for dysfunctional uterine bleeding

Medical treatment options for DUB include tranexamic acid, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), combined oral contraception pill, progestogen, danazol and gonadotropin-releasing hormone analogues (GnRH-a). The effectiveness of the reported medical therapy for DUB has been evaluated and reviewed in systematic reviews in the Cochrane Library.

Tranexamic acid

Antifibrinolytic tranexamic acid has proven to be more effective than placebo, NSAIDs, progestogen in the luteal phase of menstrual cycle, or ethamsylate when subscribed to women with DUB, without any serious adverse effects . A reduction in menstrual flow by 34–59% has been reported by Wellington and Wagstaff , which is quite impressive. However, this drug is mainly indicated for acute or short-term use and not as a definite treatment for DUB.

The main problem with the administration of tranexamic acid for the treatment of DUB is the potential risk of thromboembolic disease due to its antifibrinolytic effect. Although this is always an issue, especially in cases of severe anemia, it seems that the risk does not reach a statistical significance.

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Prostaglandins are found in high concentrations in the endometrial shedding. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs inhibit prostaglandin synthesis and decrease menstrual blood loss. NSAIDs are quite effective in cases of DUB compared to placebo, but they are less effective than either tranexamic acid, danazol, or levonorgestrel intrauterine system.

Combined oral contraceptive pill

The combined oral contraceptive pill is another effective alternative treatment for DUB, offering at the same time contraception to women. It reduces menstrual blood loss, but there are not enough data to determine its value in comparison to other drugs . So, it seems reasonable to offer a combined oral contraceptive pill (COC) in young women suffering from DUB who also seek for contraception at the same time.

Progestogens

The administration of progestogens for the treatment of anovulatory DUB was always a tempting alternative for physicians, in order to restore the natural cycle of endometrial growth and shedding. The oral luteal phase progestogens do not seem to be more advantageous over other hormonal medical treatments or levonorgestrel-releasing intrauterine device. A long-term administration of progestogen is sometimes followed by severe side effects, such as water retention and hirsutism, depending on the type anddose of progestin.

Danazol–gonadotropin-releasing hormone analogues

Danazol and the GnRH analogues were found as highly effective agents for DUB compared to other medical treatments . However, the administration of danazol or GnRH-a is limited due to their strong side effects. Long-term administration of danazol may cause hirsutism while GnRH-a is associated with irreversible bone loss when used for more than 6 months. Thus, their utility is restricted mainly for short-term use, especially in cases of severe anemia, until further treatment is decided.

2. **Levonorgestrel-releasing intrauterine device**

Another medical method for the treatment of DUB is the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena®). It was originally developed as a contraceptive method , but it has been proven quite effective in the treatment of DUB, so the device acquired approval for that indication too.

Its efficacy is based on the continuous local release of the progestogen (levonorgestrel) within the uterine cavity, which suppresses endometrial growth. Studies report reduction of blood loss in menstrual cycles up to 97%, with its maximum efficacy 1 year after insertion. The majority of women with Mirena bleed only for 1 day or experience just spotting during their period, while 15% of them become amenorrhoeic.

There are two trials comparing levonorgestrel intrauterine device (IUD) with medical treatment, two trials to transcervical resection of the endometrium and three trials comparing Mirena® with balloon ablation. Mirena was found superior to cyclical progestogens and mefenamic acid, but is significantly less effective than endometrial ablation in reducing blood loss. Interestingly, levonorgestrel IUD was found more cost effective than hysterectomy in Hurskainen et al.'s trial.

3. **Surgical treatment for dysfunctional uterine bleeding**

In cases of DUB resistant to medical treatment, physicians should offer to women an alternative surgical treatment. In such patients, one could choose between endometrial ablation techniques and hysterectomy, taking into consideration patient's age, physical condition, and will.

Dilatation and curettage, which is offered as an alternative treatment option in women with excessive blood loss during menstrual periods, results in a temporary reduction of blood loss for the first month after the procedure, therefore it should not be proposed and performed in women suffering from DUB.

Endometrial ablation techniques

Since Ashermann in 1948 described for the first time the association between amenorrhea and dilatation and curettage for termination of pregnancies, several investigators have studied the possibility of a controlled destruction of the basal layer of the endometrium in order to treat abnormal uterine bleeding.

Several methods have been developed from the early 1980s for the ablation of the endometrium and have been studied in cohort studies and randomized controlled trials. Basically, all these methods are divided in two large groups with a criterion, the need of direct visualization of the endometrial cavity.

First-generation endometrial ablation techniques

First-generation endometrial ablation techniques are based on direct visualization of the endometrial cavity with a hysteroscope. Three methods were developed since the late 1980s, and their efficacy were studied and compared to other techniques by many investigators. Before the application of each technique, endometrial thinning was necessary by using GnRH-a or danazol.

Hysteroscopic laser ablation

The first laser method was a neodymium-YAG laser, which destroyed the endometrium through a hysteroscope . Observational studies have reported a satisfaction rate up to 97% and amenorrhea rates ranging between 25% and 60% after hysteroscopic laser ablation (HLA) . Failure rates varied between 7% and 21% in the same studies. There is only one prospective randomized trial comparing laser ablation with transcervical resection of the endometrium reporting 23% amenorrhea rate and 90% satisfaction rate. Despite the promising results of its use, the equipment's high cost and extended learning curve remain obstacles for its wide application.

Transcervical endometrial resection

The wide use of a resectoscope in gynaecological operations allowed its application as a method for treatment of DUB . Transcervical endometrial resection (TCRE) has been shown to be an effective and safe method for treating DUB . TCRE was tested in nonrandomized prospective studies, which reported a satisfaction rate between 85% and 87% and an amenorrhea rate varying up to 46%. TCRE is comparable to other hysteroscopic endometrial ablation techniques in terms of amenorrhea and satisfaction rates. Direct visualization of the endometrial cavity and the possibility of treating concomitant endometrial pathology at the time of endometrial ablation remain themajor advantages of the method.

Rollerball endometrial ablation

The technique was developed in 1989 in Australia by Vancaillie and soon became quite popular due to its relative simplicity and excellent results. Studies report comparable results from its application to the other two first-generation ablation techniques (satisfaction rate up to 94% and amenorrhea rate varying between 29% and 35%). Rollerball endometrial ablation requires less operative time and shorter learning curve compared to TCRE and HLA.

Studies evaluating first-generation ablation techniques revealed quite impressive results regarding their effectiveness, treating three fourths of the women suffering fromDUB, who would otherwise proceed to hysterectomy in terms of definite treatment. They are acknowledged to be the "gold standard" by which other, newer procedures arejudged.

HLA and rollerball ablation are considered safer methods than TCRE, while resection of the endometrium caused more of the serious and possibly fatal complications, which include uterine perforation and bleeding, bowel injury, visceral burn, and hyponatremic encephalopathy with cerebral edema.

Second-generation endometrial ablation techniques

Many endometrial ablation devices have been developed in the early 1990s for the treatment of DUB and categorized as second-generation ablation techniques. Their application did not require the use of a hysteroscope, so the advantage of a direct visualization of the endometrial cavity no longer existed. Therefore, endometrial biopsy prior to ablation is a mandatory prerequisite.

Every method consists of a different device which, by different means (hot liquid, laser, bipolar energy, ultrasound, microwaves, heating balloons, or cryoablation), causes selective destruction of the endometrial layer. These devices require less skills of the surgeon, as they are very simple to use, so the learning curve is smaller. The operation time is shorter, the anesthesia/analgesia can become minimal, and the complicationrate is reduced.

In some of these techniques, a preoperative thinning of the endometrium with GnRH-a or danazol is not necessary, in contrast to all first-generation ablation techniques.

Thermal balloon endometrial ablation

The technique consists of a balloon for insertion in the endometrial cavity and a generator. After insertion, the balloon is filled with hot liquid that causes a destructive thermal effect to the surrounding endometrium.

The Thermablate thermal balloon was developed in 2004, and since then, various authors have studied the application results of this device. Amenorrhea rate ranges between 22.2% and 35% with a failure rate varying between 3% and 5.5% .

Endometrial ablation by hysteroscopic instillation of hot saline (hydrotherm ablator)

This technique, although applied hysteroscopically, is categorized as a second-generation endometrial ablation technique. Externally heated saline of 90°C is infused into the uterine cavity through the external sheath of a diagnostic hysteroscope. The pressure used for the infusion is less than 45 mmHg, thus preventing flow through the fallopian tubes. Under direct hysteroscopic view, the hot saline causes ablation of the endometrium. The application experience of the method is tested in several observational studies and in one randomized controlled trial compared to rollerball. Amenorrhea rates are reported up to 53%, cure rate up to 94%, and satisfaction rate up to 98% .

Microwave endometrial ablation (MEA)

The microwave endometrial ablation system has been compared to first-generation ablative techniques (TCRE and rollerball) in randomized trials with similar results in terms of amenorrhea and satisfaction rates, even 10 years following surgery with low complication rates. There is also one randomized controlled trial comparing MEA and thermal balloon ablation, showing similar results in relation to menstrual scores and satisfaction.

Endometrial laser intrauterine thermal therapy (ELITT)

The technique was developed by Donnez et al. in 1996 and causes endometrial ablation by laser photocoagulation . Preparation of the endometrium prior to laser application is considered necessary. The technique has been evaluated in a prospective observational study. Satisfaction rate was reported up to 90% at 12 months after treatment, while amenorrhea rate was 71% . There is only one randomized controlled trial comparing ELITT and TCRE, reporting at 12 months amenorrhea rates of 56% and 23%, respectively .

Cryo-endometrial ablation

Endometrial ablation is achieved by a cooling gas, which achieves a temperature of −90 to −100°C within the endometrial cavity. The treatment has been evaluated in prospective observational studies with encouraging results (amenorrhea 28% and satisfaction up to 91%) .

Bipolar impedance controlled endometrial ablation (Novasure)

The device consists of a radio frequency generator and a single-use bipolar ablation probe. The probe consists of a three-dimensional expandable bipolar electrode, which comes in touch with the entire endometrial cavity, when opened. There is also a vacuum pump within the generator, which provides continuous suction of the endometrial lining and debris; therefore, preoperative preparation of the endometrium is not generally needed. The generator operates at 500 KHz and has a power cutoff limit of50 Ω of tissue impedance. Once the myometrial layer is reached, immediately the tissue impedance increases to 50 Ω, and the generator automatically switches off.

This method has been evaluated in prospective observational studies and women reported a satisfaction rate of up to 87%, an amenorrhea rate of up to 58%, and a failure rate of up to 3% 1 year after treatment, while amenorrhea rate at 3 years postablation