مروری جامع
بر زنان و زایمان

(ACOG 2019–جلد اول)

گروه علمی مؤسسه انتشاراتی پیشگامان پارسه
دکتر شیماء محمدیان
دکتر شمین قبادی

تمامی زنان باید برای عفونت‌های منتقله جنسی به صورت یکسان و بدون پیش داوری مورد غربالگری یکسان قرار بگیرند.

■ **شرح حال مامایی**

الف) تعداد بارداری (gravidity)

ب) سرنوشت‌های یک بارداری شامل تولد نوزاد زنده، سقط، تولد نوزاد نارس (birth premature) (تولد نوزاد در سن حاملگی قبل از ۳۷ هفته)

ج) مشخصات نوزادان قبلی بیمار شامل وزن حین تولد، جنسیت، نوع زایمان.

د) عوارض بارداری‌های قبلی شامل دیابت بارداری، هایپرتانسیون بارداری، پره‌اکلامپسی، افسردگی، اضطراب

هـ) سابقه شیردهی بیمار

اصطلاحات توصیف کننده وضعیت بارداری:

Gravida: زنی که صرف نظر از پیامد بارداری در حال حاضر باردار است یا قبلاً حامله بوده است.

Primigravida: زن با سابقه یک نوبت بارداری

Multigravida: زن باردار با سابقه بیش از یک بارداری

Nulligravida: زنی که تاکنون باردار نشده است.

Primipara: زنی که تاکنون یک نوزاد زایمان کرده است (توضیح بیشتر: زنی که تاکنون فقط یک بار جنین یا جنین‌های زنده یا مرده‌ای را با طول حاملگی ۲۰ هفته یا بیشتر را به دنیا آورده است).

Multipara: زنی که تاکنون دو یا بیشتر از آن زایمان داشته است.

Nullipara: زنی که تاکنون هیچ زایمان کودک زنده‌ای نداشته و یا سن بارداری وی بیشتر از سقط نبوده است.

مشاوره و مراقبت پیش از بارداری

■ مشاوره پیش از بارداری شامل موارد زیر می‌باشد:

- تنظیم خانواده و فاصله بین بارداری‌ها
- وضعیت ایمن سازی (واکسیناسیون)
- تاریخچه ژنتیکی (هم مادر و هم پدر)
- مواد محیطی و شغلی تراتوژن
- بررسی وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی

تعریف نازایی: عدم بارداری طی یک سال علی رغم داشتن رابطه زناشویی کافی را گویند در موارد نازایی باید از هر دو پارتنر سؤالاتی در مورد بیماری زمینه‌ای یا سوابق جراحی پرسیده شود. همچنین سابقه بارداری قبلی، مدت زمان استفاده فرد از روش‌های پیشگیری از بارداری و توالی مقاربت‌های جنسی وی، باید مورد بررسی قرار گیرد.

در زنان بالای ۳۵ سال در صورتی که بعد از گذشت ۶ ماه از رابطه جنسی با پارتنر خود باردار نشوند، توصیه به بررسی از نظر نازایی می‌گردد.

■ **سوابق فامیلی:**

شرح حال دیابت، سرطان، پوکی استخوان و بیماری قلبی از افراد درجه یک فامیل بیمار اخذ گردد.

وجود سوابق فامیلی می‌تواند موید استعداد ژنتیکی فرد در ابتلا به یک بیماری ارثی باشد.

■ **بررسی سیستم‌های مختلف (ROS)**

در ROS موارد منفی اما مرتبط با شکایت بیمار نیز می‌تواند اهمیت داشته باشد.

■ **معاینه بالینی**

علاوه بر اهمیت معاینه عمومی و همچنین معاینات مبتنی بر شکایت اصلی بیمار، بررسی‌های سه گانه ذیل دارای اهمیت بیشتری نزد متخصصین زنان می‌باشند:

معاینه پستان، معاینه شکم، معاینه لگن

قبل از هرگونه اقدام به معاینه، شست و شوی دست‌ها توصیه اکید می‌گردد.

حتماً باید پزشکان (صرف نظر از جنسیت) حین معاینه زنان از یک دستیار یا پرستار زن استفاده نمایند.

الف) هر معاینه بالینی با سنجش علائم حیاتی آغاز می‌گردد که شامل دمای بدن، تعداد نبض، فشار نبض، قد، وزن و شاخص توده بدنی می‌باشد.

طبق تعاریف جدید انجمن قلب آمریکا (AHA) و کالج قلب آمریکا (ACC)، مرحله prehypertension حذف گردیده است و در تعریف جدید فشار سیستولیک بزرگ‌تر مساوی ۱۳۰ و دیاستولیک بزرگ‌تر مساوی ۸۰ میلی‌متر جیوه به عنوان هایپرتانسیون در نظر گرفته می‌شود. با این تعاریف جدید میزان زنان زیر ۴۵ سال مبتلا به هایپرتانسیون ۲ برابر گردیده است.

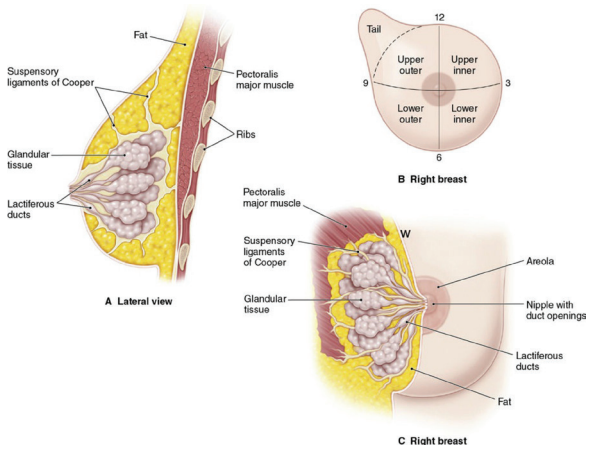
جدول ۲-۱: (نکته کاربردی) (تفاوت با منابع قدیمی) (سوال خیز)

دسته بندی	فشار خون سیستولیک (میلی‌متر جیوه)	فشار خون دیاستولیک (میلی‌متر جیوه)
نرمال	<۱۲۰	≤۸۰
افزایش یافته	۱۲۰-۱۲۹	≤۸۰
هایپرتانسیون (مرحله ۱)	۱۳۰-۱۳۹	۸۰-۸۹
هایپرتانسیون (مرحله ۲)	≥۱۴۰	≥۹۰
کریز فشار خون	>۱۸۰	>۱۲۰

معاینه پستان:

اهمیت معاینه پستان: در صورتی که به درستی توسط پزشک صورت پذیرد و با یک برنامه غربالگری مناسب ماموگرافی همراه باشد منجر به تشخیص زود هنگام کانسر پستان می‌گردد.

نتایج معاینه پستان مانند آنچه در شکل ۲-۱ می‌بینیم، می‌تواند به صورت تصویری گزارش گردد.



شکل ۲-۱: Clinical anatomy and associated examination schema of the breast.

۲

نقش متخصصین زنان و مامایی در غربالگری و طب پیشگیری

دکتر شمین قبادی

توانایی مورد انتظار فصل از دانشجو:

- توانایی ارائه مشاوره به بیمار در مورد روش‌های پیشگیری و حفظ سلامت زنان همچون واکسیناسیون، ورزش، تغذیه
- دانستن غربالگری‌های مناسب برای سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی ـ عروقی و استئوپروز

طب پیشگیری

طب پیشگیری (preventive care) شامل:

۱) **پیشگیری اولیه (prevention primary)**: کاهش یا حذف ریسک فاکتورها از طریق آموزش مسائل بهداشتی و مداخلات رفتاری جهت یک سبک زندگی سالم‌تر شامل واکسیناسیون، تناسب بدنی، تغذیه، بهداشت، ترک سیگار، محافظت شخصی و رابطه جنسی مطمئن می‌باشد.

۲) **پیشگیری ثانویه (secondary prevention)**: تمرکز بر روی تست‌های غربالگری زمانی که فرد غیر علامت دار است، صورت می‌گیرد. تست‌های غربالگری به عنوان معاینات سالیانه انجام گرفته و امکان ارزیابی و مشاوره بیماران بر اساس سن و عوامل خطر آن‌ها انجام می‌شود.

اهداف primary preventive care در زنان:

- توجه به بیماری‌های منتقله جنسی
- کیفیت زندگی نوزاد و مادر قبل از بارداری، حین بارداری و پس از زایمان

ایمیونیزاسیون

سن شروع واکسیناسیون HPV در دختران طبق نظر کالج آمریکائی زنان و مامایی ۱۱ تا ۱۲ سال در نظر گرفته شده است. استفاده از این واکسن در سن ۲۶-۱۳ سال نیز توصیه شده است.

بهترین زمان شروع واکسن HPV قبل از هر نوع تماس با این ویروس می‌باشد. اما این واکسن در زنانی که به عفونت HPV تماس داشته‌اند نیز توصیه می‌گردد.

فواید واکسن HPV:

- کاهش بروز زگیل تناسلی
- کاهش کانسرهای آنوژنیتال
- کاهش نئوپلاسم داخل اپی تلیالی گردن رحم (cervical intraepithelial neoplasia) (CIN)
- کاهش بیماری‌های کوندیلوماتوز ولو (condylomatous vulvar disease)

واکسن HPV در بارداری ممنوع ☹ اما در شیردهی منعی ندارد☺.

واکسیناسیون توصیه شده برای زنان در باکس ۱-۲ آورده شده است (کاربردی و سؤالی).

box 1-2 (کاربردی و سؤالی) ۱۰۰٪	Recommended Vaccinations for Women, Also See Appendix A				
Recommended immunization schedule for adults 19 years or older by age group, United States, 2017					
Vaccine	19-21 years	22-26 years	27-59 years	60-64 years	≥65 years
Influenza	1 dose annually				
Td/Tdap	Substitute Tdap for Td once, then Td booster every 10 yrs				
MMR	1 or 2 doses depending on indication				
VAR	2 doses				
HZys				1 dose	
HPV-Female	3 doses				
HPV-male	3 doses				
PCV13	1 doses				
PPSV23	1 or 2 doses depending on indication				1 dose
HepA	2 or 3 doses depending on vaccine				
HepB	3 doses				
MenACWY or MPSV4	1 or more doses depending on indication				
MenB	2 or 3 doses depending on vaccine				
Hib	1 or 3 doses depending on indication				

- Recommended for adults who meet the age requirement, lack documentation of vaccination, or lack evidence of past infection
- Recommended for adults with additional medical conditions or other indications
- No recommendation

سؤال:

تجویز کدام یک از واکسن‌های زیر در بارداری ممنوع است؟ (پرانترنی شهریور ۹۳-قطب ۵)

الف) پولیو خوراکی ب) هپاتیت B ج) دیفتری د) MMR

تزریق کدام یک از واکسن‌های زیر در بارداری مجاز می‌باشد؟ (پرانترنی شهریور ۹۳-قطب ۷)

الف) آنفولانزا ب) اوریون ج) سرخجه د) سرخک

خانم حامله، ۲ نوبت واکسن هپاتیت را ۲ ماه قبل از بارداری دریافت نموده است. در هفته ۱۶ بارداری جهت کنترل مراجعه می‌نماید. در اقدام مناسب در خصوص تزریق نوبت سوم چیست؟ (دستیاری- اردیبهشت ۹۷)

الف) تا سه ماهه سوم به تأخیر بیندازد

ب) در صورت تماس با افراد آلوده تزریق نماید

ج) تا بعد از زایمان به تأخیر بیندازد

د) بر اساس پروتکل ۰، ۱، ۶ تزریق نماید

نکات غربالگری کانسر کولورکتال:

- **شروع از سن ۵۰ سالگی در تمام زنان با ریسک متوسط (در نژاد آمریکائی - آفریقایی از ۴۵ سالگی)**
- **سن توقف غربالگری در ۷۵ سالگی است.**

روش‌های غربالگری:

۱) کولونوسکوپی: روش انتخابی و هر ۱۰ سال

۲) تست خون مخفی مدفوعی یا تست ایمنوشیمیایی مدفوعی سالانه (حداقل دو یا سه نمونه اخذ گردد).

۳) سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف هر ۵ سال

۴) CT کولونوگرافی هر ۵ سال

۵) DNA مدفوعی (فاصله غربالگری تعیین نشده است).

نکته

هر نوع انورمالیته در روش‌های غربالگری، نیازمند تأیید با کولونوسکوپی تشخیصی می‌باشد.

بیماری‌های منتقله از طریق جنسی (STD)

تست‌های مناسب در تشخیص STD در زنان غیر باردار بستگی به سن و ریسک فاکتورهای وی دارد.

غربالگری‌های روتین در زنان باردار شامل سفلیس، ایدز، کلامیدیا و گنوره می‌باشد.

باکس ۳-۲	فاکتورهای خطر بیماری‌های انتقال یافته از راه جنسی (مهم و کاربردی)
	• شرح حال شریک‌های جنسی متعدد • شریک جنسی با تماس‌های جنسی متعدد • تماس جنسی با افرادی که کشت مثبت برای SID دارند • سابقه ابتلا به SID به صورت مکرر • حضور در کلینیک به دلیل SIDها

HIV:

شیوع ایدز در جوانان، زنان ساکن حاشیه شهرهای بزرگ و مردان و زنان هتروسکسوال در حال افزایش است.

طبق توصیه CDC تمام زنان ۶۴-۱۳ سال باید حداقل یک بار در عمر خود از نظر HIV غربالگری شده و سپس سالانه بر حسب ریسک فاکتور خود ارزیابی گردند.

در چه زنانی تست HIV سالانه درخواست می‌شود؟

۱) معتادین تزریقی

۲) زنان با شریک جنسی که معتاد تزریقی است.

۳) زنان با شریک جنسی آلوده به HIV

۴) sex-worker (برای پول یا مواد)

۵) زنانی که بعد از تست ایدز سابقه رابطه جنسی با بیش از یک پارتنر داشته‌اند.

تست‌های غربالگری دوره‌ای باید حتی در موارد عدم وجود ریسک فاکتور نیز بر اساس خواست بیمار یا قضاوت پزشک صورت پذیرد.

شایع‌ترین روش غربالگری HIV استفاده از Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) بر نمونه خون می‌باشد.

تست تائیدی تشخیص Western blot می‌باشد. (هر تست مثبت الیزا باید به وسیله تست وسترن بلات یا سایر تست‌های تکمیلی تائید گردد)

عفونت کلامیدیا:

شایع‌ترین STD باکتریال گزارش شده در ایالات متحده می‌باشد که اغلب بدون علامت است

عفونت درمان نشده کلامیدیا منجر به نازایی، حاملگی اکتوپیک، درد مزمن لگنی می‌گردد.

طبق توصیه CDC غربالگری کلامیدیا سالانه در موارد زیر صورت گیرد:

۱) زنان کمتر از ۲۵ سال فعال از نظر مسائل جنسی

۲) زنان ۲۵ ساله و مسن‌تر بدون علامت که در ریسک بالای عفونت هستند باید ؟؟؟؟؟؟ غربالگری شوند.

روش غربالگری کلامیدیا: Nucleic Acid Amplification tests(NAATs)از نمونه سوآپ اندوسرویکس

NAATs نمونه سوآپ آندوسرویکس و نمونه ادراری از نظر حساسیت و ویژگی قابل مقایسه می‌باشند

عفونت گنوره:

در صورت علامت دار بودن با تظاهرات سرویسیت و ترشح واژینال همراهی دارد و یا عفونت آن می‌تواند بدون علامت باشد.

عفونت گنوره ←←← بیماری التهابی لگن (PID) ←←← درد مزمن لگنی، حاملگی اکتوپیک، نازایی

توصیه CDC در خصوص غربالگری سالانه گنوره:

۱) بررسی سالانه در زنان زیر ۲۵ سال که از نظر مسائل جنسی فعال هستند

۲) بررسی سالانه در زنان ۲۵ سال و بالاتر که در ریسک بالا جهت عفونت هستند.

روش غربالگری: نمونه کشت سرویکس یا روش‌های جدید (NAATs یا Nucleic acid hybridization)

- روش‌های جدید حساسیت بهتر و ویژگی قابل مقایسه با نمونه کشت سرویکس دارند.

سفلیس:

سفلیس یک بیماری شایع در ایالات متحده نمی‌باشد اما تعداد مبتلایان به آن طی سالیان گذشته رو به افزایش است.

بیماری سیستمیک که عامل آن تریپونما پالیدوم می‌باشد و در صورت عدم درمان دارای فازهای زیر می‌باشد:

الف) عفونت اولیه: ضایعه بدون درد (شانکر)

ب) عفونت ثانویه: عفونت پوستی و لنفادنوپاتی

ج) عفونت ثالثیه: تظاهرات قلبی، چشمی، شنوایی و گوم سیفلیسی

تست‌های سرولوژیک در مراحل اولیه بیماری ممکن است منفی باشند.

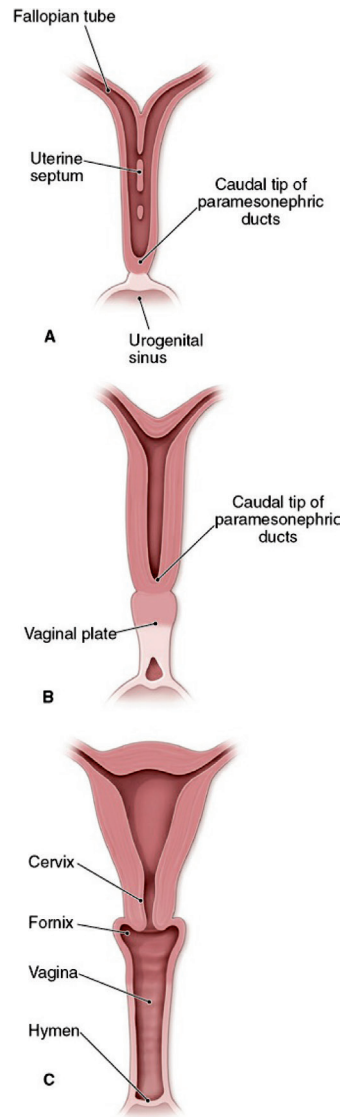
توصیه CDC در خصوص غربالگری سفلیس: غربالگری سالیانه در زنان با ریسک بالا

تمام زنان باردار در اولین فرصت باید تست سرولوژیک سفلیس را انجام داده و هنگام زایمان نیز تست تکرار گردد. (دقت)

تکامل مجراهای ژنیتال

در رویان‌های مؤنث و مذکر، دو جفت مجرای مزونفریک (ولفین) و پارامزونفریک (مولرین) تکامل می‌یابند.

تمایز سیستم مجرای مؤنث به تکامل تخمدان بستگی ندارد (شکل ۴-۴).



شکل ۴-۴: Development of the internal reproductive organs from the Müllerian ducts in the female embryo. (A) Initially, the ducts are separate structures that begin to fuse lengthwise at their caudal ends. (B) This fusion creates the lumen of the uterus. Simultaneously, the vagina develops where the urogenital sinus meets the Müllerian ducts, the vaginal plate. (C) Eventually, the uterus, cervix, and vagina are formed.

در رویان مذکر، مجاری مزونفریک که کلیه‌های مزونفریک جنین را تخلیه می‌کنند، نهایتاً اپیدیدیم، مجاری دفران و مجاری انزالی را می‌سازند.

نکته

در جنین مؤنث مجاری مزونفریک از بین می‌روند. مجاری پارامزونفریک باقی می‌مانند و لوله‌های فالوپ، رحم و قسمت فوقانی واژن را می‌سازند.

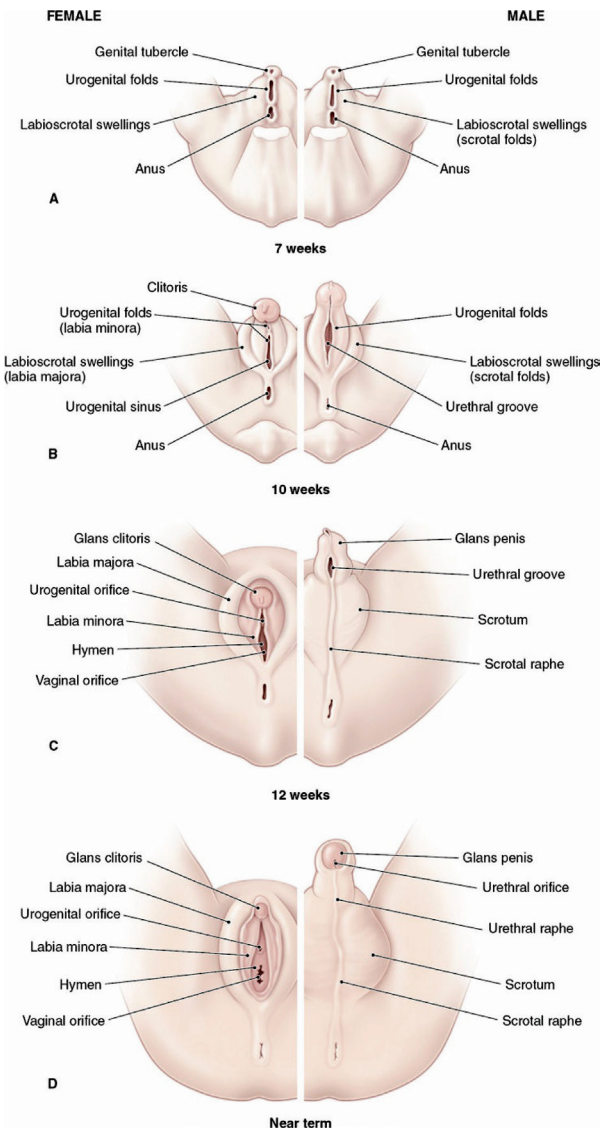
انتهای سری هر دو مجرای مزونفریک و پارامزونفریک به پریتوئن باز می‌شود. انتهای دمی تا جایی رشد می‌کند که دو انتهای دمی در دیواره خلفی سینوس اوروژنیتال به هم برسند. این تماس منجر به پرولیفراسیون دیواره خلفی و شکل‌گیری صفحه واژینال می‌شود که نهایتاً قسمت تحتانی واژن را می‌سازد. قسمت تحتانی انتهای مجاری پارامزونفریک به هم چسبیده و قسمت فوقانی واژن، سرویکس و رحم را می‌سازند. قسمت سری هر مجرا جدا باقی می‌ماند و لوله فالوپ در هر سمت شکل می‌گیرد. زمانی که مجاری در خط وسط به هم ملحق می‌شوند، چینی از پریتوئن را نیز با خود حمل می‌کنند که لیگامان BROAD نامیده می‌شود.

تکامل ژنیتالیای خارجی

کلوآک توسط غشای کلوآکی پوشیده می‌شود و نهایتاً به سینوس اوروژنیتال در قدام و کانال آنورکتال در خلف تقسیم می‌شود که توسط دیواره اورورکتال از هم جدا می‌شوند. این دیواره در طی هفته ۸-۵ بارداری به سمت پایین حرکت می‌کند تا به غشای کلوآک برسد. در زمان مشابه، توبرکل ژنیتال از انتهای سری غشای کلوآک تکامل می‌یابد و چین‌های لیبیواسکروتال و اوروژنیتال در هر سمت ایجاد می‌شوند (شکل A ۵-۴). توبرکل ژنیتال هم در رویان مذکر و هم مؤنث رشد می‌کنند (شکل B ۵-۴). در حضور استروژن و غیاب آندروژن، ژنیتالیای خارجی زنانه می‌شود (C ۵-۴).

چین‌های اوروژنیتال که به هم متصل نمی‌شوند، لیبیا مینور را می‌سازند و چین‌های لیبیواسکروتال، لیبیا ماژور را می‌سازند (شکل D ۵-۴).

تقریباً در هفته ۱۵ بارداری، با استفاده از سونوگرافی ترانس ابدومینال می‌توان جنسیت جنین را شناسایی نمود.



شکل ۵-۴: Comparison of the development of male and female external genitalia. (A) Early in gestation, the genital tubercle develops along with labioscrotal swellings and urogenital folds. (B) Shortly thereafter, the genital tubercle enlarges in both the male and female fetus. (C) The posterior commissure forms, effectively dividing genitals from anus. (D) Without the influence of a Y chromosome, the phallus regresses in relative size to form the clitoris.

مروری جامع
بر زنان و زایمان

(ACOG 2019-جلد دوم)

گروه علمی مؤسسه انتشاراتی پیشگامان پارسه
دکتر شیماء محمدیان
دکتر شمین قبادی

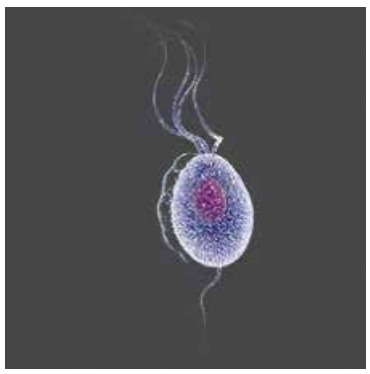
ناباروری، بارداری خارج رحمی و زایمان زودرس همراه است. این بیماری اغلب با سایر بیماری‌های مقاربتی و همچنین BV همراه است و همچنین نشان داده شده است که انتقال HIV را تسهیل می کند.

علائم

علائم عفونت تریکوموناس از خفیف تا شدید متفاوت است و ممکن است شامل خارش یا سوزش وولو، ترشحات فراوان با بوی تند، دیزوری، دیس پارونی و خونریزی بعد از زایمان باشد. اگرچه در همه خانم‌ها وجود ندارد، ترشحات مربوط به عفونت‌های تریکوموناس عموماً **"کرکی"، نازک و زرد-سبز به رنگ خاکستری و دارای pH بالاتر از ۴/۵ است.** معاینه ممکن است ورم یا **اریتم وولو** را نشان دهد. **پتشی**‌های شبیه توت فرنگی، به صورت کلاسیک همانطور که در واژن فوقانی یا دهانه رحم وجود دارد توصیف می‌شود، اما در واقع فقط در **حدود ۱۰٪** از بیماران مبتلا وجود دارد. تعداد قابل توجهی از زنان مبتلا به تریکومونیازیس **بدون علامت** هستند.

تشخیص

تشخیص با آزمایش میکروسکوپی ترشحات واژن درنرمال سالین تأیید می‌شود. **اسمیر مرطوب** تعداد زیادی از سلول‌های اپیتلیال بالغ، WBCها و ارگانیسم‌های تریکوموناس را نشان می‌دهد. آزمایشات نقطه مراقبت شامل **تست سریع** OSOM Trichomonas است که از یک قطعه جریان مویرگی **ایمونوکروماتوگرافی** استفاده می‌کند. آزمایش **اسید نوکلئیک** می تواند G. vaginalis، T. vaginalis و C. albicans را شناسایی کند. گزینه‌های دیگر شامل آزمایش **کشت** و **PCR** است. زنانی که مبتلا به تریکومونیازیس تشخیص داده شده‌اند، نیز باید غربالگری سایر **STD**ها، به خصوص سوزاک و کلامیدیا را انجام دهند (شکل ۳-۲۸).



شکل ۳-۲۸: تریکوموناد: فلاژن پارازیت می‌تواند در شکل دیده شود.

درمان

درمان عفونت‌های بدون عارضه تریکوموناس با **مترونیدازول خوراکی یا تینیدازول** است. درمان شرکای جنسی زنان مبتلا به تریکومونیازیس توصیه می‌شود. فردی که تحت معالجه قرار گرفته است باید از مقاربت خودداری کند تا این که او و شریک زندگی خود داروی تجویز شده را کامل کرده و بدون علامت باشند.

خودداری از مصرف الکل در هنگام مصرف مترونیدازول برای جلوگیری از واکنش احتمالی دی سولفیرام ضروری است.

تریکومونیاز با **زایمان زودرس، PROM** و **وزن کم هنگام تولد** همراه است. بیماران باردار باید تحت درمان قرار بگیرند و مترونیدازول برای استفاده در دوران بارداری بی‌خطر تلقی می‌شود. با این حال، درمان ممکن است از عوارض بارداری جلوگیری کند.

اگرچه پیگیری برای اثربخشی درمان در بیماران مبتلا به تریکومونیازیس حمایت می‌شود، اما معمولاً مقرون به صرفه نیست، مگر در بیماران نادر با سابقه عود مکرر. در این بیماران، عفونت مجدد یا ظرفیت پایین ایمنی بدن باید در نظر گرفته شود و همچنین احتمال وجود یک عامل زمینه‌ای هست. عفونت‌های تریکوموناس واژینالیس مقاوم به مترونیدازول گزارش شده است. اگرچه مقاومت مطلق نادراست، اما مقاومت نسبی ممکن است به اندازه ۵٪ باشد. این عفونت‌ها با **دوزهای زیاد تینیدازول** درمان می‌شوند.

OTHER CAUSES

واژینیت آتروفیک

واژینیت آتروفیک به آتروفی اپیتلیوم واژن به علت کاهش سطح استروژن گفته می‌شود. اگرچه در زنان یائسه شایع است، در زنان جوان یائسه هم دیده می‌شود.

وضعیت استروژن نقش تعیین کننده‌ای در تعیین وضعیت طبیعی واژن دارد.

با کاهش سطح استروژن، گلیکوژن سلولی از بین رفته و به دنبال ان اسید لاکتیک هم کاهش می‌یابد. **در موارد قبل از بلوغ و بعد ازیائسگی،** اپیتلیوم واژن نازک می‌شود و pH واژن معمولاً بالا می‌رود (۴/۷ یا بیشتر). از بین رفتن الاستیسیته در بافت همبند نیز ممکن است اتفاق بیفتد که منجر به کوتاه شدن و تنگ شدن واژن می‌شود. مجاری ادراری نیز تغییرات آتروفیک را نشان می‌دهند. بیماران مبتلا به واژینیت آتروفیک ممکن است ترشحات واژینال غیر طبیعی (کاهش یافته)، خشکی، خارش، سوزش و یا دیسپارونی داشته باشند. تشخیص بر اساس **pH واژینال بالا** و **وجود سلول‌های پارابازال یا اینتر مدیت در میکروسکوپ** قابل تشخیص است. نتیجه آزمایش آمین منفی خواهد بود. علائم معمولی ادرار شامل فوریت، فرکوئنسی، عفونتهای مکرر مجاری ادراری و بی‌اختیاری است. واژینیت آتروفیک با داروهای مرطوب کننده لوکال مبتنی بر آب یا استروژن موضعی یا خوراکی درمان می‌شود.

واژینیت التهابی داسکواماتیو

عموماً در زنان قبل یائسگی و یائسگی دیده می‌شود و با ترشحات چرکی، سوزش ولوواژینال و اریتم، لاکتوباسیل‌های کاهش یافته و رشد زیاد کوکسی‌های گرم مثبت (استرپتوکوک) مشخص می‌شود. این بیماری به راحتی با تریکومونیازیس اشتباه می‌شود. در موارد واژینیت التهابی، هیچ تریکوموناد متحرکی وجود ندارد و کشت برای T. vaginalis منفی است. pH واژن از ۴/۵ بیشتر است. درمان اولیه کرم **کلیندامایسین** ۲٪ است که روزانه به مدت **۱۴ روز** استفاده می‌شود.

دستورالعمل‌های CDC به عنوان روشی برای جلوگیری از عود مجدد بیماران مبتلا به سوزاک و کلامیدیا حمایت می‌کنند.

در این روش بدون این که شریک جنسی مرد ویزیت یا معاینه شده باشد درمان برای STI می‌گیرد.

اگرچه این رویکرد به درمان به طور معمول منجر به عوارض جانبی نمی‌شود، اما خطر بالقوه وجود دارد.

عفونت‌های ویژه

جداول ۱-۲۹ و ۲-۲۹ خلاصه شیوع، علائم و نشانه‌ها، ارزیابی و ملاحظات ویژه از STIهای شایع را با توجه به این که آیا آن‌ها به عنوان سرویسیت یا زخم دستگاه تناسلی وجود دارد خلاصه می‌کند.

جدول ۱-۲۹: بیماری‌هایی که توسط اولسر مشخص می‌شوند

Syndrome	Pathogen	Appearance of Ulcer	Pain	Adenopathy	Diagnosis	Treatment
Genital herpes	HSV-2 (more common than HSV-1)	Multiple, small ulcers with an erythematous base	Painful	Tender lymphadenopathy	Direct fluorescent antibody(DFA) testing and/or viral culture; sample taken from the base of the ulcer; Tzanck smear shows multinucleated giant cells	Acyclovir, famciclovir, valacyclovir
Syphilis	*Treponema pallidum*	Single (usually), indurated ulcer with a clean base; self-resolves and may not be observed	Painless	Painless, regional lymphadenopathy; Lymph nodes feel "rubbery"	Serologic screening with nontreponemal test (e.g., rapid plasma reagin [RPR] or Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]); treponemal test (e.g., fluorescent treponemal antibody absorption [FTA-ABS]) for confirmation; dark field examination of the lesion if possible	Benzathine penicillin G
Chancroid	*Haemophilus ducreyi*	Multiple, nonindurated ulcers with a gray or yellow exudate at the base	Very painful	Tender, unilateral inguinal lymphadenopathy; lymph nodes may rupture	Difficult to diagnose; special culture media, if available, or polymerase chain reaction (PCR)	Azithromycin
Lymphogranuloma venereum	*Chlamydia trachomatis* serovars L1–3	Small, shallow ulcers that self-resolve and are not usually observed	Painless	Characteristic appearance of lymph nodes is key feature; may be bilateral, large, and painful; presents with fluctuant "buboes" and sinus tracts	Nucleic acid amplification test (NAAT); serology can also be used	Doxycycline
Granuloma inguinale (donovanosis)	*Klebsiella granulomatis*	Marked, beefy red, vascular ulcer with granulomatous appearance and rolled edges	Painless	Not a major feature; subcutaneous granulomas, "pseudobuboes" may occur	Difficult to diagnose; PCR if available; may also see dark-staining oval organisms (Donovan bodies) on biopsy	Doxycycline

یادداشت:

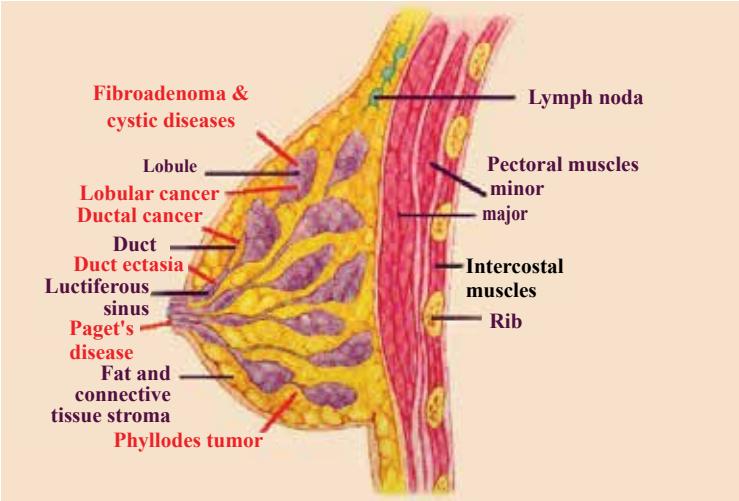
۳۳

Disorders of the Breast

دکتر شیماء محمدیان

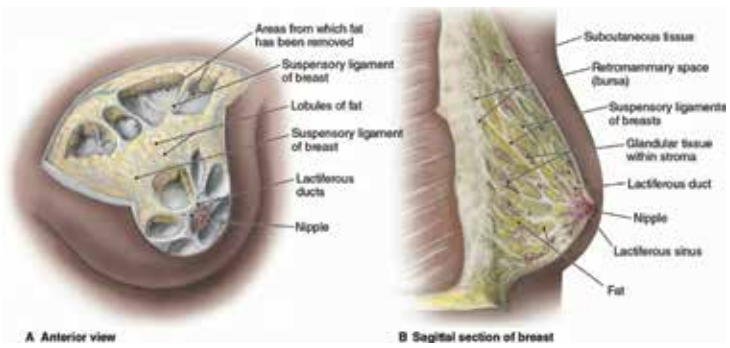
مقدمه

بیماری‌های پستان طیف متفاوتی از آسیب شناسی را شامل می‌شود، از بیماری خوش خیم پستان گرفته تا سرطان پستان. ضروری است که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی زنان ارزیابی، معالجه و نظارت بر شکایات مربوط به پستان را درک کنند. ارائه دهندگان باید غربالگری مناسب سرطان پستان برای همه بیماران بدانند. برای ارزیابی صحیح، درمان و پیگیری شکایات مربوط به پستان، یک رویکرد چند رشته‌ای غالباً ضروری است.



آناتومی پستان

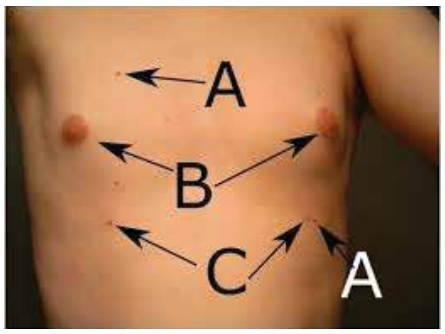
ازغدد چربی سباسه تشکیل شده که در فاشیای سطحی دیواره قفسه سینه واقع شده‌اند. از نظر بافت شناسی، پستان عمدتاً از لوبول‌ها یا غدد، مجاری شیر، بافت همبند و چربی تشکیل شده است. مقادیر نسبی این انواع بافت با توجه به سن متفاوت است. در خانم‌های جوان، پستان عمدتاً از بافت غددی تشکیل شده است. با افزایش سن، غدد درگیر شده با چربی جایگزین می‌شوند، فرایندی که با یائسگی تسریع می‌شود. تفاوت در قوام قابل لمس و تراکم رادیوگرافی بین غدد و چربی کلیدهای مهمی در برنامه‌های تشخیص سرطان پستان هستند (شکل ۱-۳۳).



شکل ۱-۳۳: Anatomy of the breast

از نظر آناتومی، پستان از ۱۲ تا ۲۰ لوب تشکیل می‌شود، با یک مقدار نامتناسب از بافت گلاندولار یا لوبولار در ربع فوقانی خارجی هر پستان. این توزیع نامتناسب از بافت گلاندولار، دلیل این است که سرطان پستان بیشتر در ربع خارجی فوقانی رخ می‌دهد. لوبول‌ها شامل سلول‌های ترشحی قرار گرفته در یک الگوی آلوئولار هستند که توسط سلول‌های میواپیتلیال احاطه شده. این غدد در یک سری از مجاری جمع‌آوری شیر که از طریق پستان عبور می‌کند تخلیه می‌شود، در نهایت در حدود ۵ تا ۱۰ مجاری جمع‌آوری شیر منجر به تخلیه از نوک پستان می‌شوند. به طور معمول، سرطان در این واحدهای مجاری-لوبولی انتهایی پستان آغاز می‌شود و مسیر آن مجاری را دنبال می‌کند.

ناهنجاری‌های مادرزادی پستان می‌تواند شامل عدم وجود پستان به عنوان بافت اضافی پستان واقع در هر نقطه در امتداد "خطوط شیر" باشد که از زیر بغل تا کشاله ران گسترش می‌یابد. نوک سینه‌های اضافی (polythelia) شایع‌تر از پستان‌های جانبی واقعی (polymastia) هستند.



پلیتلیا

پستان دارای سیستم غنی خون و سیستم لنفاوی است که از تولید شیر و سلامت کلی پستان پشتیبانی می‌کند. خونرسانی از شاخه های سوراخ کننده شریان پستانی داخلی، شریان توراسیک جانبی، شریان توراکودورسال، شریان توراکواکرومیال و شریان‌های مختلف سوراخ کننده بین دنده‌ای می باشد. رگ‌های لنفاوی منجر به چندین زنجیره گره‌ای سطحی و عمیق در سراسر تنه و گردن می‌شوند، از جمله آن‌هایی که در زیر بغل قرار دارند.

غدد لنفاوی همان طرفه و گاهی اوقات internal mamillary node شایع‌ترین مسیر متاستاز است.

بافت پستان خصوصاً سلول‌های گلاندولار نسبت به تغییرات هورمونی بسیار حساس است.

استروژن در درجه اول مسئول رشد بافت‌های چربی و مجاری شیردهی است. در مقابل، تحریک پروژسترون منجر به رشد لوبولار و جوانه زدن آلوئولار می‌شود

ارزیابی علائم بیماری‌های پستان

ارزیابی به موقع بیمار که با شکایت از پستان مراجعه کرده، مهم است حتی اگر برای تسکین اضطراب بیمار باشد. دو شکایت رایج در مورد پستان درد و نگرانی از توده است. پزشکان باید از علل مختلف درد پستان آگاه باشند و بتوانند اطمینان، پیگیری و درمان بالقوه را ارائه دهند. در یک مطالعه مشخص شده است که در ۶٪ از بیماران شکایت پستان (که معمولاً توده‌ای هستند) سرطان پستان تشخیص داده شده است. بنابراین، مهم است که علائم و نشانه‌های پستان به درستی ارزیابی شود.

۳. برای منظم شدن پریود، کدام دارو مؤثر است؟

الف) کلومیفن
ب) گنادوتروپین‌ها
ج) بروموکریپتین
د) متفورمین

۴. خانم ۴۲ ساله با شکایت AUB مراجعه کرده است اقدام ارجح کدام است؟ (پیش کارورزی)

الف) کورتاژ رحمی
ب) MRI
ج) هیستروسکوپی
د) اندازه‌گیری سطح BHCG

۵. در بررسی دختر خانم ۱۴ ساله ای که با دردهای دوره‌ای زیر شکم و آمنوره اولیه مراجعه کرده است، کدامیک از موارد زیر در اولویت است؟ (پیش کارورزی)

الف) معاینه سیستم تناسلی
ب) سونوگرافی
ج) MRI مغز
د) بررسی هورمونی

۶. خانمی ۳۸ ساله، به دلیل لکه بینی و درد شکمی مراجعه کرده است، پریود وی یک هفته پیش تمام شده و در سیکل قبلی، از قرص‌های اورژانسی استفاده کرده است. در بررسی این بیمار کدامیک از موارد زیر ارجح است؟ (پیش کارورزی)

الف) بررسی هورمون های تیروئید و پرولاکتین
ب) BhcG تیتراژ اورژانسی
ج) لاپاروسکوپی تشخیصی
د) کورتاژ تشخیصی و درمانی

۷. در بیمار منوپوز مبتلا به AUB که ضخامت یک لایه اندومتر در Saline Infusion Sonography (SIS) بدون وجود ضایعه فوکال، ۳mm< گزارش شده، بهترین اقدام کدام است؟ (پیش کارورزی)

الف) بیوپسی آندومتر در مطب
ب) هیستروسکوپی در اتاق عمل
ج) هیسترکتومی
د) اسمیر واژینال

۸. خانم ۶۰ ساله یائسه با شکایت لکه بینی از دو روز پیش مراجعه کرده است. در سونوگرافی ضخامت اندومتر ۴ میلی‌متر است و یک ضایعه ۱۰ میلی‌متری در اندومتر ناحیه فوندوس رویت می‌شود. اقدام مناسب کدام است؟

الف) سونوهیستروگرافی
ب) نمونه گیری با کورتاژ
ج) هیسترکتومی
د) سونوگرافی ۴ ماه بعد

۹. خانمی ۴۸ ساله با خونریزی غیر طبیعی رحمی تحت بیوپسی سرپایی اندومتر قرار گرفته و اندومتر ترشحی تشخیص داده شده است. خونریزی بیمار همچنان ادامه دارد. سونوگرافی رحم. CBC و سطح هورمون‌ها طبیعی است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (دستیاری ۹۶)

الف) Hysterectomy
ب) Endometrial Ablation
ج) تجویز GNRH گونیست
د) هیستروسکوپی و کورتاژ

۱۰. دختر بچه ای ۳ ساله به دلیل ادرار قطره قطره و به گفته مادرش، داشتن علائم احساس ناراحتی در ناحیه تناسلی مراجعه نموده است. در معاینه ناحیه ژنیتالیا لابیاها به طور مشخص قابل مشاهده نبوده و به طور کامل به هم چسبیده‌اند و پیشابراه نیز دیده نمی‌شود. اولین اقدام درمانی کدام است؟ (دستیاری ۹۶)

الف) ژل موضعی لیدوکائین و جداکردن لبیاها در مطب
ب) کرم استروژن موضعی روی خط چسبندگی تا چند هفته
ج) باز کردن چسبندگی تحت بیهوشی یا بی‌حسی موضعی
د) آنتی بیوتیک موضعی و باز کردن آن چند هفته بعد

۱۱. خانم ۳۸ ساله G_4P_4 با منومتروراژی از دو ماه قبل مراجعه نموده است. در بررسی‌های به عمل آمده TSH و پرولاکتین نرمال است. در سونوگرافی واژینال اکوی آندومتر به طور کامل دیده نشده است. در سونوهیستروگرافی با سالین (SIS) ضخامت آندومتر بطور سیمتریک هفت میلی‌متر است. کدام اقدام مناسب‌تر است؟ (دستیاری ۹۵)

الف) بیوپسی آندومتر بصورت سرپایی
ب) نمونه گیری از آندومتر تحت هیستروسکوپی
ج) هیسترکتومی
د) تجویز پروژسترون ماهانه

۱۲. خانم ۲۰ ساله با نازایی یک ساله مراجعه کرده است. با مصرف Oral Contraceptive Pill-OCP پریود می‌شود. بررسی‌های انجام شده همراه بیمار FSH بالا و TSH و پرولاکتین طبیعی است. شروع منارک ۱۳ سالگی و مرتب بوده است. سابقه بیماری خاصی ندارد. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (دستیاری ۹۴)

الف) تجویز گونادوتروپین
ب) هورمون درمانی
ج) کاریوتایپ
د) لاپاراسکوپی