

زنان و پستان

فصل ۸

سیتولوژی گردن رحم بشود.

در صورت مشاهده ترشح چرکی در دهانه گردن رحم، با استفاده از اپلیکاتور پنبه‌ای کشت ترشحات بلافاصله روی محیط مناسب انجام می‌شود و به آزمایشگاه منتقل می‌گردد. به دلیل شیوع زیاد عفونت‌های گونوکوکی در مردم کشت ترشحات گردن رحم بهتر است در تمام معاینات انجام شود. همچنین گردن رحم به دقت بررسی می‌شود. سوراخ گردن رحم منظم است و قطری در حدود ۲-۳ میلی‌متر دارد. در زنانی که زایمان کرده‌اند ظاهر آن به «دهان ماهی» شباهت دارد. علاوه بر این ممکن است ایبیتلوم آندوسرویکس به سمت بیرون رشد کند و به شکل سطح قرمز رنگی دور تا دور سوراخ گردن رحم مشاهده شود. (اروزیون) گردن رحم و یا ممکن است کیست‌های کوچکی در سطح گردن رحم ایجاد شوند. این کیست‌ها معمولاً رنگ متمایل به آبی دارند و آنها را کیست‌های نابوتین می‌نامند. پولپ مخاط آندوسرویکس ممکن است به شکل توده‌ای قرمز تیره از خلال سوراخ گردن رحم به سمت مهبل برجستگی پیدا کند. سرطان این ناحیه ممکن است به شکل توده‌ای گل کلمی مشاهده شود. پیدایش رنگ متمایل به آبی در گردن رحم از اولین نشانه‌های حاملگی است (نشانه چادویک^۱).

پاپ اسمیر

آزمون سیتولوژی سرطان (آزمون پاپانیکلاو^۲) آزمون سیتولوژی برای تشخیص سرطان گردن رحم انجام می‌شود. به بیمار توصیه می‌شود قبل از انجام این معاینه از دوش مهبل استفاده نکنند زیرا در این صورت رسوبات سلولی نیز شسته می‌شوند. نمونه‌گیری پاپانیکلاو باید در زمانی تهیه شود که بیمار خون‌ریزی نداشته باشد، زیرا وجود خون مانع تفسیر صحیح آزمون می‌گردد.

طبقه‌بندی یافته‌های سیتولوژیک عبارت است از:

کلاس ۱: فقدان سلول‌های آتیپیک یا غیرطبیعی

کلاس ۲: سیتولوژی آتیپیک، بدون وجود نشانه‌ای از بدخیمی

کلاس ۳: سیتولوژی احتمال بدخیمی را مطرح می‌کند ولی قطعی نیست.

کلاس ۴: سیتولوژی احتمال بدخیمی را قویاً مطرح می‌کند.

کلاس ۵: سیتولوژی به طور قطع وجود بدخیمی را نشان می‌دهد.

طبقه‌بندی‌های جدیدتر از شماره استفاده نکرده‌اند و توصیفی هستند؛ به عنوان مثال ضایعه اسکواموس داخل اپیتلیال با درجه خفیف (LGSIL)^۳ معادل انواع ۱ و اتئوپلازی داخل اپیتلیال گردن رحم (CIN) و ضایعه اسکواموس داخل اپیتلیال با درجه رشد بالا (HGSIL)^۴ معادل CIN نوع III یا سرطان غیرمهاجم می‌باشد.

پاپ اسمیری که سلول‌های التهابی یا آتیپیکال را نشان بدهد، یک سال بعد آن را

Adnexa: واژه مورد استفاده برای شرح تخمدان‌ها و لوله‌های فالوپ با یکدیگر

عصائم رحم)

Chandelier sign: درد سرویکس در هنگام حرکت توأم با عفونت لگنی

Endometrial ablation: پروسیجری است که از طریق هیستروسکوپ انجام می‌شود و در آن برای درمان خونریزی‌های غیرطبیعی رحم لایه‌ای از آن سوزانده یا برداشته می‌شود.

Graafian follicle: ساختار کیستی که بدنبال عمل تخمک‌گذاری در سطح تخمدان بوجود می‌آید.

Introitus: مدخل واژن در پرینه

Colporrhaphy: ترمیم واژن

Condylomata: رویش‌های زگیل مانندی که حاصل ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) می‌باشند.

Douche: شستشوی کانال واژن با مایع

Lichen sclerosis: اختلال خوش خیم ولو که معمولاً با سطوح پایین استروژن همراه است و با خونریزی و خارش مشخص می‌شود.

Loop electrocautery excision procedure (LEEP): پروسیجری که در آن از نژی لیزر، برای برداشتن قسمتی از بافت سرویکس استفاده می‌شود. معمولاً پس از به دست آوردن یافته‌های غیرطبیعی در بیوپسی سرویکس، این روش به کار می‌رود.

Mucopurulent cervicitis (MCP): التهاب سرویکس همراه با آگزودا که تقریباً همیشه با عفونت کلامیدیایی همراه است

Myomectomy: خارج کردن فیبروئیدهای رحم از طریق برش جراحی شکم

Hyphae: عفونت قارچی واژن که توسط مونیلیا ایجاد می‌شود.

ناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان و فرایند فیزیولوژیک قاعدگی در مبحث پرستاری بهداشت مادر و نوزادان توضیح داده شده است.

آزمایشات تشخیصی بیماری‌های زنان

معاینه با اسپکولوم

اسپکولوم دو تیغه پلاستیکی یا فلزی در اندازه‌های مختلف است. اسپکولوم‌های فلزی را برای راحتی بیمار با جریان آب ولرم کمی گرم می‌کنند. اسپکولوم را نباید مرطوب کرد زیرا مرطوب‌شدن آن با زل‌های تجارتهی ممکن است مانع بررسی دقیق از نظر

3 - low grade squamous intra epithelial lesion

4 - high grade squamous intraepithelial lesion

1 - Chadwick's sign

2 - Papanicolaou test

تکرار می کنند.

کولپوسکوپی و بیوپسی گردن رحم

تمام نمونه های مشکوک پاپ اسمیر باید به کمک کولپوسکوپی بررسی بشوند. کولپوسکوپ وسیله ای است شبیه به میکروسکوپ قابل حمل که امکان معاینه دقیق سرویکس و نمونه برداری از نواحی غیرطبیعی را فراهم می کند. این وسیله بزرگنمایی ۱۰ تا ۲۵ برابر دارد.

کرایوتراپی

کرایوتراپی (منجمد کردن بافت سرویکس با اکسید ازت) و درمان با لیزر به صورت سرپایی انجام می شوند. کرایوتراپی ممکن است باعث کرامپ و گاهی احساس حالت غش (واکنش واژوواگال) بشود. پیدایش ترشح آبکی به مدت چند هفته بعد از کرایوتراپی، طبیعی محسوب می شود.

بیوپسی مخروطی

اگر یافته های ECC (کورتاز آندوسرویکس) غیرطبیعی باشند یا ضایعه به داخل کانال گسترش پیدا کرده باشد، باید از بیمار بیوپسی مخروطی انجام شود. این کار را می توان به طریق جراحی یا توسط وسیله ای به نام LEEP (الکتروسرجری با لوپ) که از لیزر استفاده می کند، انجام داد.

اسمیر و بیوپسی آندومتر (آسپیراسیون)

تهیه مستقیم اسمیر از آندومتر روش صحیح تری برای تشخیص سیتولوژیک است. راه های مختلفی برای به دست آوردن بافت آندومتر جهت تجزیه و تحلیل سیتولوژیک وجود دارند. برای این منظور می توان از ترشحات، سلول ها، یا محلول های شستشوی آندومتر (که به داخل حفره رحم وارد شده اند) استفاده کرد. این روش ها برای تشخیص سرطان کاملاً موثر هستند ولی برای تشخیص هیپرپلازی ها و پولیپ های رحم مناسب نمی باشد.

بیوپسی آندومتر به عنوان روش تشخیصی سرپایی در هنگام معاینات ژنیکولوژیک لگنی انجام می شود این کار را می توان بدون هوشبری انجام داد ولی معمولاً از بلوک اطراف گردن رحم (پاراسرویکال) استفاده می شود.

بیوپسی آندومتر، برای بررسی خونریزی های نامنظم دوران میانسالی، خونریزی های نامنظم دوران میانسالی، خونریزی های پس از یائسگی و نازایی (برای شناسایی تغییرات پوشش داخلی رحم پس از تخمک گذاری) مورد استفاده قرار می گیرد.

آزمون شیلر^۱

در حالی که بیمار در وضعیت لیتوتومی قرار دارد و توسط اسپکولوم درون مهبل، گردن رحم نمایان است با استفاده از اپلیکاتور پنبه ای بلند، گردن رحم با محلول آبی ید رنگ می شود. در اثر واکنش بین ید و گلیکوژن موجود در سلول های این ناحیه رنگ قهوه ای مایل به اخرازی به وجود می آید. این واکنش منفی محسوب می شود. در صورت غیرطبیعی بودن گردن رحم، سلول های نابالغ وجود دارند و بافت ها رنگ قهوه ای نمی گیرند که در این صورت واکنش مثبت محسوب می شود. وجود مناطقی که رنگ نمی گیرند انجام مطالعات بیشتر (مثل بیوپسی) از نظر وجود سرطان، بافت جوشگاه، زخم های سطحی و نواحی لوکوپلاکی غیربدخیم را الزامی می کند.

دیلاتاسیون و کورتاز

در این روش با استفاده از وسیله گشادکننده بعد از دیلاتاسیون کانال گردن رحم، آندومتر رحم را توسط کورت می تراشند. دیلاتاسیون و کورتاز برای به دست آوردن بافت آندومتر یا آندوسرویکس جهت مطالعات سیتولوژی، برای کنترل خونریزی غیرطبیعی رحم و به عنوان اقدام درمانی در سقط ناقص انجام می شود. بعد از عمل دیلاتاسیون و کورتاز به مدت ۲۴ ساعت استراحت در بستر توصیه می گردد محدودیتی برای رژیم غذایی وجود ندارد.

معاینات آندوسکوپی

لاپاروسکوپی (پریتونئوسکوپی لگنی)

در این روش وسیله اسکوپ (به قطر ۱۰ میلی متر) را از خلال برشی به طول ۲ سانتی متر در زیر ناف به داخل حفره صفاق وارد می کنند تا ساختمان های لگن مشاهده شوند. به این ترتیب می توان اعمال جراحی کوچک (بستن لوله های رحمی)، بیوپسی تخمدان، و آزاد کردن چسبندگی های دور لوله های رحمی را به کمک لاپاروسکوپی انجام داد. قبل از لاپاراسکوپی، دیلاتاسیون و کورتاز نیز انجام می شود تا با جابجایی رحم در حین لاپاروسکوپی، دید بهتری روی ساختمان های لگنی ایجاد شود. با تزریق مقدار معینی از گاز دی اکسید کربن به داخل حفره صفاق می توان لگن، قسمت تحتانی شکم، و محتویات شکم را بهتر مشاهده کرد. به این ترتیب روده ها از ساختمان های لگن جدا می شوند.

تا چند ساعت بعد از عمل بیمار از نظر نشانه های خونریزی، صدمات اعضا حفره صفاق، یا سوختگی توسط کوتر به دقت تحت نظر قرار می گیرد.

هیستروسکوپی^۲

بهترین زمان برای هیستروسکوپی ۵ روز بعد از پایان قاعدگی است (مرحله استروژنی سیکل قاعدگی). انجام هیستروسکوپی در سرطان گردن رحم یا سرطان آندومتر اکیداً ممنوع است. وسیله از طریق کانال گردن رحم وارد رحم می شود.

کولپوسکوپی و کولپومیکروسکوپی^۳

کولپوسکوپ (با درشت نمایی ۱۰-۲۵ بار) و کولپومیکروسکوپ (با درشت نمایی تا ۴۰۰ بار) وسایلی جهت بررسی اپی تلیوم رنگ شده و رنگ نشده گردن رحم در محل خود استفاده می شوند.

هیستروسالپینگوگرام (یوتروتوبوگرام^۴)

در این روش بعد از تزریق ماده حاجب، رحم و لوله های رحمی (فالوپ) با استفاده از اشعه ایکس مطالعه می شوند. این روش تشخیصی برای مطالعه مسایل عقی، بررسی بازبودن لوله های رحمی و شناسایی وجود حالات مرضی در حفره رحم انجام می گردد.

بیمار در وضعیت لیتوتومی قرار می گیرد و با کمک اسپکولوم دو تیغه ناحیه گردن رحم نمایان می شود. سپس کاتولایی در کانال گردن رحم قرار می دهند و مقداری ماده حاجب را از خلال آن به درون حفره رحم و لوله های رحمی تزریق می کنند. برای مشخص شدن مسیر و وسعت گسترش ماده حاجب پرتونگاری با اشعه ایکس انجام می شود.

در آماده سازی برای سالپینگوگرام با تجویز مسهل روده ها را پاک می کنند تا سایه گاز تصویر پرتونگاری را مختل نکنند. مسکن برای راحتی بیمار تجویز می شود زیرا عده ای از بیماران دچار تهوع، استفراغ، کرامپ های شکم و حالت غش می شوند. در پایان آزمون به بیمار توصیه می کنیم چند ساعتی از پد میان دوراه استفاده کند زیرا ماده حاجب ممکن است لباس های بیمار را رنگی کند.

به دلیل مجاورت نزدیک رحم و ضمایم آن به کلیه ها، حالب ها و مثانه از روش های تشخیصی مثل KUB (کلیه، حالب، مثانه) و پیلوگرام استفاده زیادی می شود.

اختلالات قاعدگی

سندرم پیش از قاعدگی^۵

سندرم پیش از قاعدگی مجموعه ای از علائم است که بعضی از زنان قبل از شروع قاعدگی به آن دچار می شوند. علت این عارضه مشخص نیست ولی فرضیه های گوناگون احتمال عدم تعادل استروژن - پروژسترون، کمبودهای ویتامینی، افزایش بیش از حد پروستاگلاندین ها و یا متابولیسم غیرطبیعی منیزیم را مطرح کرده اند.

1 - Schiller test
2 - Hysteroscopy

3 - Colposcopy and clpmicroscopy
4 - hysterosalpingogram (uterotubogram)
5 - Promenstrual syndrome (PMS)

آرام‌بخش‌های ساده و نیز آناگونیست‌های پروستاگلاندین‌ها (ایبوپروفن، بروفن)، مفنامیک اسید (یونستان)، می‌توانند سودمند باشند. موارد ممنوعیت مصرف شامل آلرژی، سابقه زخم گوارشی، یا حساسیت به داروهای شبه اسپیرین می‌باشد. کنتراستپتورهای خوراکی در دوز پایین، در بیش از ۹۰٪ بیماران درد را تسکین می‌دهند، از این داروها در زمانی استفاده می‌شود که از لحاظ جنسی فعال هستند ولی تمایلی به حاملگی ندارند و فعالیت‌های معمول خود را ادامه داده و ورزش بدنی را افزایش دهد زیرا ورزش از طریق عصبی - فیزیولوژیکی، درد را تسکین می‌دهد. استفاده مداوم از گرمای موضعی کم، در درمان دیسمنوره اولیه موثر است و می‌تواند مثل یک دارو عمل کند. مکانیسم آن مشخص نیست اما گرما ممکن است با فعالیت هورمون‌هایی که موجب انقباض رحم می‌شوند، تداخل کند. گرما همچنین عروق را متسع می‌کند و سبب افزایش جریان خون می‌شود و ممکن است مانع از سفتی و انقباض عضلات شود. ثابت شده است که گرما درمانی و دارو درمانی در کنار هم بسیار مفید و موثر است.

درمان دیسمنوره ثانوی متوجه علت زمینه‌ای (مثل آندومتریوز و بیماری التهابی لگن) می‌باشد.

آمنوره (قطع قاعدگی)

آمنوره اولیه (تاخیر در منارک) به مواردی اطلاق می‌شود که قاعدگی تا سن ۱۶ سالگی شروع نشده باشد اما شواهد دال بر بلوغ جنسی وجود دارد، و یا زن جوان در حدود ۱۴ سالگی، هنوز قاعده نشده و خصوصیات جنسی ثانویه را نیز ندارد. آمنوره ثانویه (عدم قاعدگی برای سه دوره متوالی یا ۶ ماه پس از منارک طبیعی) ممکن است در اثر حاملگی، تغذیه از راه پستان، مونوپوز، چربی بسیار پایین بدن، اختلالات تیروئید، سندروم تخمدان پلی کیستیک، سندروم آشرمنف تنگی سرویکس، ورزش زیاد و شدید داروها، تنش، اختلال روحی یا استرس به وجود بیاید در یک زن بالغ، آمنوره ثانویه معمولاً نتیجه اختلالات خفیف روانی است که بعلت دوری از محیط خانه وارد شدن به محیط دانشگاه، فشار کاری ناشی از تحصیل یا مشکلات در روابط اجتماعی ایجاد می‌شود اما دومین علت شایع آمنوره ثانویه، حاملگی است به همین علت انجام یک تست حاملگی تقریباً همیشه لازم است.

از دیگر عوامل، اختلالات غذایی ثانویه می‌باشند. چاقی می‌تواند موجب عدم تخمک‌گذاری و در نتیجه آمنوره شود. اختلال در خوردن غذا مثل بی‌اشتهایی نیز سبب قطع قاعدگی می‌شود.

خون‌ریزی غیرطبیعی رحمی^۲

منوراژی^۴: خون‌ریزی فراوان در قاعدگی منظم را اصطلاحاً منوراژی می‌نامند. مواردی مثل اختلالات آندوکراین بیماری‌های التهابی یا تومورهای رحم اختلالات عاطفی در این حالت موثرند.

متروراژی^۵: خون‌ریزی رحمی بین دوره‌های قاعدگی منظم یا پس از بانسگی را اصطلاحاً متروراژی می‌نامند. در اکثر موارد علامتی از تومورهای بدخیم و خوش‌خیم رحم و یا احتمالاً مهم‌ترین شکل اختلال عمل قاعدگی می‌باشد. این عارضه نیاز به تشخیص و درمان فوری دارد. گرچه خون‌ریزی بین پروده‌های قاعدگی در زنانی که از کنتراستپتوهای خوراکی استفاده می‌کنند، معمولاً مسئله مهمی نیست، اما خون‌ریزی نامنظم در زنان تحت درمان HRT باید مورد ارزیابی قرار بگیرد. منومتروراژی یک خون‌ریزی واژینال سنگین در (هورمون درمانی) بین پروده‌ها و در حین قاعدگی است که نیاز به ارزیابی دارد.

خون‌ریزی بعد از یانسگی: خون‌ریزی‌هایی که یک سال (یا بیشتر) بعد از قطع قاعدگی (به علت یانسگی) ایجاد می‌شوند باید بررسی گردد و به وجود بدخیمی مشکوک شد بیوپسی آندومتر یا D&C معمولاً اندیکاسیون پیدا می‌کنند. دیس پارونیا، مقاربت مشکل یا دردناک می‌باشد، بروز این شرایط رو به افزایش است

علایم عمده این سندرم شامل سردرد، خستگی، درد قسمت تحتانی پشت، بزرگی یا دردناک شدن پستان‌ها و احساس پری شکم هستند. بی‌قراری و تحریک‌پذیری عمومی ممکن است حتی با تغییرات خلق و خو، ترس از بی‌اختیاری و از دست‌دادن کنترل، پرخوری و حملات کوتاه مدت گریه همراه باشد. علایم در هر دوره قاعدگی نسبت به دوره بعدی تفاوت می‌کند. سندرم پیش از قاعدگی می‌تواند عاملی برای کاهش قدرت کار، حوادث شغلی و غیبت از کار باشد.

در صورتی که علائم در طی ۵ روز قبل از شروع قاعدگی رخ دهد و در طی ۴ روز پس از شروع قاعدگی از بین بروند و در چندین سیکل وجود داشته باشند تشخیص سندرم قبل از قاعدگی گذاشته می‌شود. شکل شدیدتر PMS اختلال دیسفوریک^۱ قبل از قاعدگی می‌باشد.

مراقبت و درمان

سندرم پیش از قاعدگی دارای درمان یا داروی خاصی نیست. داروهایی مثل مسکن‌ها، پیشاب‌آورها و پروژسترون طبیعی ممکن است تجویز گردد. سایر مراقبت‌ها شامل:

استفاده از حمایت اجتماعی و امکانات خانواده

مصرف غذاهای مقوی شامل غلات کامل، میوه، سبزیجات و مصرف آب فراوان

کاهش مصرف کافئین، نمک، شیرینی و الکل

مولتی‌ویتامین، ویتامین B کمپلکس، ویتامین B6، ویتامین E، کلسیم، منیزیم و روغن Primorse

ورزش بیشتر یا شروع برنامه‌های ورزشی

تکنیک‌هایی برای کم کردن اضطراب

پروژسترون

داروهای ضدافسردگی

دیسمنوره (قاعدگی دردناک)

دیسمنوره اولیه^۲ نوعی قاعدگی دردناک است که نمی‌توان علت مرضی خاصی برای آن پیدا کرد. دیسمنوره اولیه معمولاً چند سال پس از شروع قاعدگی بروز می‌کند و به نظر می‌رسد با تثبیت دوره‌های تخمدانی مربوط باشد. کرامپ‌های دردناک در اثر تولید مقدار زیادی پروستاگلاندین به وجود می‌آید؛ پروستاگلاندین‌ها باعث افزایش انقباض رحم و اسپاسم سرخرگ‌ها می‌شوند. عوامل روان‌شناختی مثل اضطراب، تنش‌های عصبی و وابستگی نیز ممکن است در بروز دیسمنوره دخالت داشته باشند. با بالا رفتن سن شدت درد بیمار کمتر می‌شود و اغلب بعد از زایمان به طور کلی بهبود می‌یابد.

در دیسمنوره ثانویه بیماری‌های لگنی مثل آندومتریوز، تومور، یا بیماری التهابی لگن وجود دارند.

بررسی و تظاهرات بالینی

در دیسمنوره اولیه علایم به شکل کرامپ‌های خفیفی هستند که قبل از شروع قاعدگی یا مدت کوتاهی پس از آن شروع شده و تا ۷۲-۴۸ ساعت تداوم می‌یابد. یافته‌های معاینه لگنی، نرمال هستند. درد به شکل کرامپ در قسمت پایین وسط شکم قرار دارد که ممکن است به قسمت تحتانی پشت و بالای ران‌ها انتشار پیدا کند. در دیسمنوره ثانویه معمولاً بیمار سن بیشتری دارد و درد همیشه به زمان قاعدگی و روز اول خون‌ریزی محدود نمی‌شود. بیماران با دیسمنوره ثانویه معمولاً چند روز قبل از قاعدگی، در هنگام تخمک‌گذاری و گاهی اوقات به دنبال مقاربت جنسی، دچار درد می‌شوند. ممکن است همراه با تهوع، اسهال، گیجی و کمردرد باشد.

مراقبت، درمان و اقدامات پرستاری

روش‌های اختصاصی برای تسکین درد عبارتند از: فعالیت‌های عادی خود را متوقف نکنند، داروهای مسکن قبل از شروع کرامپ‌ها و زمان احتمالی شروع دردها استفاده شوند. هر ۴ ساعت اسپیرین یا استامینوفن، داروهای ضدتهوع، ضداسپاسم، و

4 - menorrhagia

5 - metrorrhagia

1 - Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

2 - Primary dysmenorrhea

3 - abnormal uterine bleeding

و می تواند به صورت سطحی یا عمقی اولیه و ثانویه بروز نماید. دیس پارونیا ممکن است در شروع با در حین مقاربت و یا پس از آن اتفاق بیفتد. و ممکن است با ضلعات ناشی از زارمان، کاهش لغزندگی کانال واژن، ناراحتی مجاور جنسی، اندام سرد، عفونت لگنی، آبروفی واژن توأم با یائسگی، اختلالات گوارشی، فیبروزها، HIV، بیماری های مقاربتی یا درد فرج (Vulvodynia) که بیان را در هر گروه سنی بدون هیچ علت جسمی دچار مشکل می کند) ارتباط داشته باشد. از آنجا که علت دیس پارونیا غالباً کمبود ترشحات واژن است، لذا استفاده از عوامل لوبریکانت (لغز کننده) پیشنهاد می شود.

بسته به علت دیس پارونیا، ممکن است در بعضی از بیماران از داروهای ضد عفونتی استفاده شود.

واژینیت * (التهاب مهبل) به علت تهاجم ارگانیسم هایی مثل کاندیدیا، باکتری و واژن و تریکومونیا ریس ایجاد می شود. ترشح طبیعی سفید رنگ مهلبی (لوکوره) در التهاب مهبل (واژینیت) بیشتر می شود و رنگ زرد پیدا می کند. در اغلب موارد واژینیت یا التهاب مجرای پیشابراه (یورنیت) همراه است.

خارش، قرمزی، سوزش و ادم همراه با ترشح مهلبی ایجاد می شود که با اجابت مزاج شدت آن بیشتر می شود.

درمان: شامل تقویت فلور طبیعی مهبل (نشتستوی مهبل یا محلول اسیدی رفین، ۱۵ گرم سرکه سفید در یک لیتر آب، استفاده از بتا - لاکتوز به صورت شیاف مهلبی جهت تسریع رشد باسیل دودرلن، تیمی درمانی، نوش مهلبی یا حمام گرم نشسته و پماد یا کرم هیدروکورتیزون می باشد.

عفونت های دستگاه تناسلی زنان

عفونت های اختصاصی مهبل

کاندیدیا یازیس

کاندیدیا یازیس نوعی عفونت قارچی است که توسط کاندیدا آلبیکنس ایجاد می شود. عفونت بالینی با این قارچ در حاملگی، بیماری های سیستمیک مثل دیابت شیرین، و استفاده از استروئیدها یا ضدحاملگی های خوراکی ایجاد می گردد. تظاهرات بالینی عبارتند از ترشح مهلبی که محرک، آبیکی و چسبناک است و باعث خارش شدید شده و ممکن است ذرات سفید پنیری شکل در آن مشاهده شود.

علایم اکثراً قبل از شروع قاعدگی شدت می یابند. این بیماری با مشاهده اسپوره های قارچ در اسلاید (لام) آغشته به هیدروکسید پتاسیم تشخیص داده می شود.

مراقبت و درمان: از داروهای ضدقارچ مثل کلوتریمازول، میکونازول، و تترکانازول و نیستاتین (مایکوستاتین) به شکل موضعی (معمولاً در هنگام خواب به مدت ۷ روز یا طولانی تر در موارد مزمن) استفاده می شود.

واژینوز باکتریال

واژینوز باکتریال را واژینیت گاردنرلا، غیراختصاصی و باکتریال نیز می نامند این بیماری با بوی مهلبی شبیه به بوی ماهی مشخص می گردد. واژینوز باکتریال با ترشح مهلبی فراوان همراه است که به خصوص بعد از مقاربت شدت بیشتری پیدا می کند. ترشح مهلبی رنگ خاکستری تا سفید مایل به زرد دارد. با اضافه کردن قطره ای هیدروکسید پتاسیم به نمونه ترشح مهلبی روی لام شیشه ای می توان این بیماری را به سادگی تشخیص داد. زیر میکروسکوپ سلول های مهلبی توسط باکتری ها پوشیده شده اند که آنها را سلول های "Clue" می نامند. میزان pH ترشحات مهلبی معمولاً از ۴/۷ بیشتر است.

مراقبت و درمان: مترونیدازول ۲ بار در روز به مدت یک هفته موثر است (ازل واژینال آن نیز وجود دارد). چنانچه عفونت بعد از درمان عود کرد، همسر بیمار نیز درمان می شود. جهت درمان از گرم کلیندامایسین استفاده می شود.

تریکومونیا یازیس

تریکوموناس واژینالیس پروتوزوای تاژکداری است که باعث پیدایش یکی از انواع شایع بیماری های منتقله از طریق جنسی می شود. در صورت انتقال جنسی تریکومونیا ریس ممکن است شوهر بیمار به شکل ناقل بدون علامتی دربیاید که ارگانیسم ها در مجرای ادراری - تناسلی او وجود دارند.

تظاهرات بالینی شامل ترشح فراوان رقیق (گاهی کف آلود) زرد، تا زرد مایل به قهوه ای، بدبو و بسیار تحریک کننده همراه سوزش و خارش می باشد. مشاهده ارگانیسم گلایی شکل متحرک تاژکدار به کمک میکروسکوپ تشخیص داده می شود. نقطه های خونریزی دهنده به شکل توت فرنگی در مشاهده مهبل دیده می شود. pH ترشحات واژن بالای ۴/۵ است.

عفونت های فرج و مهبل

مهبل به دلیل پایین بودن pH آن (۳/۵-۴/۵) از عفونت ها محافظت می شود. باسیل دودرلن^۱ (بخشی از فلور طبیعی مهبل) و هورمون استروژن مسئول ایجاد و نگهداری pH پایین مهبل هستند. در صورت کاهش مقاومت بدن، تغییر pH و افزایش ارگانیسم های مهاجم خطر عفونت بیشتر می شود.

این تلیوم مهبل نسبت به استروژن بسیار حساس است و در پاسخ به این هورمون گلیکوزن تولید می کند. شکسته شدن گلیکوزن به اسید لاکتیک باعث پیدایش pH پایین در مهبل می شود. با کم شدن استروژن مثلاً در زمان شیردادن و یائسگی، میزان گلیکوزن کاهش می یابد. با کاهش گلیکوزن، عفونت ها شایع می شوند.

عوامل دیگری مثل تماس جنسی با فرد مبتلا به عفونت، عدم رعایت بهداشت مناسب و پوشیدن لباس های تنگ بدون خاصیت جذب رطوبت و نگهدارنده گرما باعث پیدایش عفونت می شوند.

التهاب فرج (وولویت^۲) معمولاً همراه با سایر اختلالات

موضعی یا سیستمیک مثل بیماری های پوستی، بهداشت نامناسب موضعی یا بیماری های منتقله از راه جنسی وجود دارد، یا ممکن است ثانوی به واژینیت اختصاصی ایجاد شود.

سوزش شدید و التهاب فرج^۳ عارضه ای است که زندگی بیمار را مختل می کند. به نظر می رسد این حالت به دلیل وجود مقدار زیادی کریستال اکزالات کلسیم در ادرار ایجاد می شود. با رعایت رژیم غذایی مناسب، این عارضه برطرف می شود. سوزش و التهاب فرج ممکن است همراه با سیستمیت مزمن باشد. ضدعفونی های سه حلقه ای در بعضی از مبتلایان موثر هستند.

عوامل خطر آفرین (مستعد کننده) در عفونت های فرج و مهبل

قبل از اولین قاعدگی	حساسیت ها
حاملگی	مداخله های خوراکی حوالی یائسگی
بهداشت نامناسب شخصی	آشپزی بوسه های گسترده طف
پوشیدن لباس های ربر تنگ	دیابت شیرین
لباس هایی از جنس مواد مصنوعی	پایین بودن سطح استروژن
دوش مهلبی مکرر	تماس جنسی با فرد عفونی
تماس دهانی - تناسلی	عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)
(مخمرها می توانند در دهان و لوله گوارش زندگی کنند).	

1 - Doderlein's bacilli
2 - Vulvitis

4 - vaginitis
5 - leukorrhoea

اندوسروسیسیت، التهاب مخاط و غدد سرویکس است که معمولاً به علت راهیابی میکروارگانیزم‌ها به حفره رحمی پس از مقاربت جنسی ایجاد می‌شود، البته این عفونت ممکن است به دنبال یروسجرهایی مثل سقط جنین، دستکاری داخل رحمی یا زایمان واژینال به وجود آید. این عفونت اگر درمان نشود، وارد رحم می‌شود و ممکن است به لوله‌های فالوپ یا حفره لگن نیز انتشار یابد. التهاب می‌تواند بافت سرویکس را تحریک کند و سبب لکه‌بینی یا خون‌ریزی و یا سروسیسیت موکوسی - چرکی (mcp) شود.

کلامیدیا و گنوروا شایع‌ترین عوامل اندوسروسیسیت هستند، این عفونت ممکن است موجب عفونت‌های لگنی و نازایی شود. عفونت‌های کلامیدیایی سرویکس غالباً نشانه‌ای ندارند اما ممکن است علائمی از قبیل ترشحات واژینال، دیس‌پارونیا، دیزوری و خون‌ریزی را ایجاد نمایند. سایر عوارض عبارتند از: کونژنکتیویت و پری‌هیپتیت. اگر یک زن باردار به این نوع عفونت مبتلا شود، احتمال عوارضی همچون مرده‌زایی، مرگ و میر نوزاد و زایمان زودرس وجود دارد. تشخیص از طریق کشت، اسمیر یا سایر روش‌ها امکان‌پذیر است.

درمان طبی: مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC) برای درمان کلامیدیا، داکسی‌سیکلین را به مدت یک هفته یا همراه با یک دوز واحد ازیترومايسين توصیه می‌کند. شریک جنسی زن نیز باید درمان شود. زنان باردار نباید تتراسیکلین مصرف کنند. در این موارد ممکن است اریترومايسين تجویز گردد. عوارض احتمالی ناشی از تاخیر در درمان عبارتند از: بیماری‌های لوله‌ای، حاملگی اکتویک، بیماری‌های التهابی لگن (PID) و نازایی.

عفونت لگنی

PID، یک بیماری التهابی حفره لگن است که ممکن است رحم (اندومتریت)، لوله‌های فالوپ (سالپنژیت) تخمدان‌ها (افوریت)، پرده صفاق لگنی یا سیستم عروقی لگن را گرفتار کند. عفونت که ممکن است حاد، تحت حاد، عودکننده یا مزمن باشد و حالت موضعی یا منتشر داشته باشد، معمولاً به وسیله باکتری به وجود می‌آید اما عامل آن ممکن است ویروس، قارچ یا انگل نیز باشد. معمولاً علت آن کلامیدیا یا گنورواست. سیتومگالوویروس نیز دارای این نقش است.

ارگانیزم‌ها معمولاً از طریق واژن وارد بدن می‌شوند از کانال سرویکس می‌گذرند، در اندوسرویکس کلونیزه می‌شوند و به طرف بالاتر (رحم) گسترش می‌یابند. پاتوژن‌ها ممکن است مستقیماً وارد بافت‌هایی شوند که وظیفه حمایت از رحم را برعهده دارند، راههای انتقال این پاتوژن‌ها، مجاری لنفاوی و عروق خونی می‌باشند، عفونت‌های بعد از زایمان و بعد از سقط جنین معمولاً یک طرفه هستند.

در موارد نادری، بعضی از بیماری‌ها مثل سل از طریق جریان خون از ریه‌ها به سیستم تناسلی انتقال می‌یابند. شایع‌ترین علل سالپنژیت (التهاب لوله‌های فالوپ) کلامیدیاست که احتمالاً با گنوروا توأم می‌باشد.

عفونت لگنی معمولاً در اثر انتقال جنسی ایجاد می‌شود اما می‌تواند پس از بعضی پروسجرهای تهاجمی نظیر بیوپسی اندومتر، سقط جنین، جراحی، هیستروسکوپ یا گذاشتن IUD نیز به وجود بیاید.

تظاهرات بالینی

نشانه‌های عفونت لگنی معمولاً با ترشحات واژینال، درد لگنی در قسمت پایین شکم و حساسیتی که بعد از قاعدگی ایجاد می‌شود، آغاز می‌گردند. درد معمولاً با دفع ادرار یا اجابت مزاج تشدید می‌شود. سایر نشانه‌ها عبارتند از: تب، بی‌حالی عمومی، بی‌اشتهایی، تهوع، سردرد و احتمالاً استفراغ.

در معاینه لگنی، ممکن است با لمس رحم یا حرکت سرویکس (حساسیت سرویکس به حرکت) حساسیت شدید ایجاد شود. نشانه‌ها ممکن است حاد و شدید یا خفیف و جزئی باشند.

توجه: هنگام حرکت سرویکس در معاینه واژینال اگر درد دو طرفه لگنی ایجاد شود نشانه PID و اگر درد یک طرفه باشد نشانه حاملگی نابه جا است.

توجه: درد توأم با حرکت آهسته سرویکس که با عنوان علامت مثبت Chandelier

مرافقت و درمان، به نظر می‌رسد مترویدازول به میزان یک قرص یک تا دو بار در سه روز به مدت ۷ روز، موثرترین درمان باشد. باید زن و شوهر هر دو درمان شوند.

از بیمارال خواسته می‌شود صحن درمان از مقاربت خودداری نمایند؛ مگر آنکه از تایید استفاده شود. مصرف مترویدازول در مبتلایان به برخی انواع دیسکرازی‌های جنسی، بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی، دوران حاملگی و شیردهی اکیداً ممنوع است.

پاپیلوما ویروس انسانی

HPV، از طریق جنسی منتقل می‌شود و شایع‌ترین نوع بیماری مقاربتی در افراد جوانی است که از نظر جنسی، فعال می‌باشند. عفونت HPV در چند شکل بالینی رو به دیده می‌شود: عفونت بهفته (بدون نشانه بوده و فقط از طریق تست‌های غیربیزاسیون ویرسی کشف می‌شود) و شایع‌ترین نوع پاپیلومی ویروسی انسانی است. عفونت تحت بالینی (پس از استفاده از اسیداستیک، تحت مکانیزم‌های بزرگنمایی، دیده می‌شود) عفونت بالینی (کندیلوماتای قابل مشاهده است). HPV در پوست، سرویکس، واژن، آنوس، پنیس و حفره دهان یافت می‌شود. شایع‌ترین شکل آن اشکال ۱۱ و ۱۶ هستند که می‌توانند باعث کندیلوماتا (رشد زگیل مانند) ولو شوند ولی خطر کمی برای سرطان سرویکس دارند. اشکال ۱۶، ۱۸، ۳۱ و ۴۵ می‌توانند باعث سرطان سرویکس شوند.

برور HPV در زنان جوان تحصیل کرده که از نظر جنسی فعال هستند، بالاست. عوامل خطر آن عبارتند از: جوان بودن، فعالیت جنسی، نژاد هیس‌پانیک (نژاد آمریکایی لاتین، اسپانیایی زبان) یا آفریقایی، داشتن شرکای جنسی متعدد و داشتن ارتباط جنسی با فردی که خود شرکاء جنسی زیاد دارد. مصرف زیاد الکل هم یکی دیگر از عوامل خطر است.

درمان طبی

درمان زگیل‌های دستگاه تناسلی خارجی، شامل استفاده از اسید تری‌کلرواستیک موضعی، پدوفیلین، کرایوتراپی و عوامل شیمی درمانی است. همچنین ممکن است از تزریق اینترفرون نیز استفاده شود. عوامل موضعی که توسط بیمار قابل استفاده هستند شامل پدوفیلوکس و ایمیکومد می‌باشند. از درگیر روش‌های درمانی این ضایعات، الکتروکوتر و لیزردرمانی هستند که وقتی تعداد زگیل‌های تناسلی زیاد باشد از آنها استفاده می‌شود. بیماران مبتلا به HPV باید تا چندین سال، هر سال یک بار پاپ اسمیر بدهند زیرا احتمال تبدیل شدن HPV به دیس‌پلازی وجود دارد. برای ضایعات خارجی از عوامل موضعی مثل پودوفیلوکس و Imiquimod و پودوفیلور طی حاملگی منع مصرف دارند. استفاده از کاندوم خطر انتقال را کاهش می‌دهد ولی انتقال پوست به پوست از فضاهای که با کاندوم پوشیده نیستند ممکن است رخ دهد. بهترین راه پیشگیری است که از طریق واکسیناسیون پسران و دختران ۱۲-۱۱ ساله (قبل از اینکه از نظر جنسی فعال شوند) در ۳ دوز عضلانی می‌باشد. بعد از اولین دوز، دوز دوم ۲ ماه بعد و ۶ ماه بعد از دوز اول، دوز سوم تزریق می‌شود.

عفونت‌های کلامیدیا

شروع عفونت منتقله از راه جنسی ناشی از باکتری کلامیدیاتراکوماتیس رو به افزایش است. تظاهرات بالینی این عفونت در افراد مونث به سوزاک شباهت دارد (التهاب گردن رحم و ترشح موکوسی - چرکی). این عفونت در افراد مذکر باعث گرفتاری مجرای پیشابراه (یورتريت) و اپیدیدیم (اپیدیدیمیت) می‌شود. کلامیدیا به مجرای تناسلی - ادراری تهاجم می‌کند و می‌تواند باعث سوزش ادرار شود. عفونت در مواردی فاقد علامت است. تشخیص براساس مطالعات سیتولوژی و سرولوژی تایید می‌شود. مرکز کنترل بیماری درمان با مقدار توصیه شده تتراسیکلین، داکسی‌سیکلین، یا اریترومايسين به مدت معمولاً یک هفته را توصیه می‌کند. زنان حامله نباید با تتراسیکلین درمان شوند. عوارض احتمالی به علت تاخیر درمان شامل بیماری لوله‌های رحمی، بیماری التهابی لگن، و عقیمی هستند.