

راهنمای سریع مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

اداره کنترل ایدز و عفونت‌های آمیزشی

۱۳۹۵

فهرست مطالب

۲	مقدمه
۳	بخش اول-سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی
۴	زخم تناسلی
۸	ترشح از مجرای ادرار در مردان
۱۲	ترشحات واژینال
۱۸	تورم اسکروتوم
۲۲	درد زیر شکم
۲۶	پروکتیت حاد
۲۹	تورم غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال
۳۲	کنژکتیویت نوزادی
۳۵	بخش دوم- عفونت‌های آمیزشی شایع
۳۶	سیفیلیس
۴۰	هرپس ژنیتال
۴۵	شانکروئید
۴۷	گونوره آ
۵۰	کلامیدیا
۵۲	تریکومونیازیس
۵۴	واژینوز باکتریال
۵۶	کاندیدیازیس
۵۸	زگیل تناسلی

مقدمه

یکی از اهداف اصلی برنامه‌های کنترل عفونت‌های آمیزشی، تشخیص زود هنگام و درمان عفونت، ترجیحاً در اولین مراجعه بیمار به سیستم سلامت است. تاخیر در درمان می‌تواند بر احتمال بروز عوارض بیافزاید و منجر به ادامه انتقال عفونت شود. از آنجایی که پزشکان و کارکنان بهداشتی نقش مهمی در پیشگیری و درمان عفونت‌های آمیزشی دارند، استفاده از این راهنما می‌تواند ضمن تأکید بر محوریت پیشگیری و درمان، با تقویت برنامه‌های آموزشی محلی، پایش و گزارش موارد عفونت آمیزشی، کمک موثری برای افزایش توانایی کشور در مقابله با گسترش عفونت‌های آمیزشی و اچ‌آی‌وی باشد.

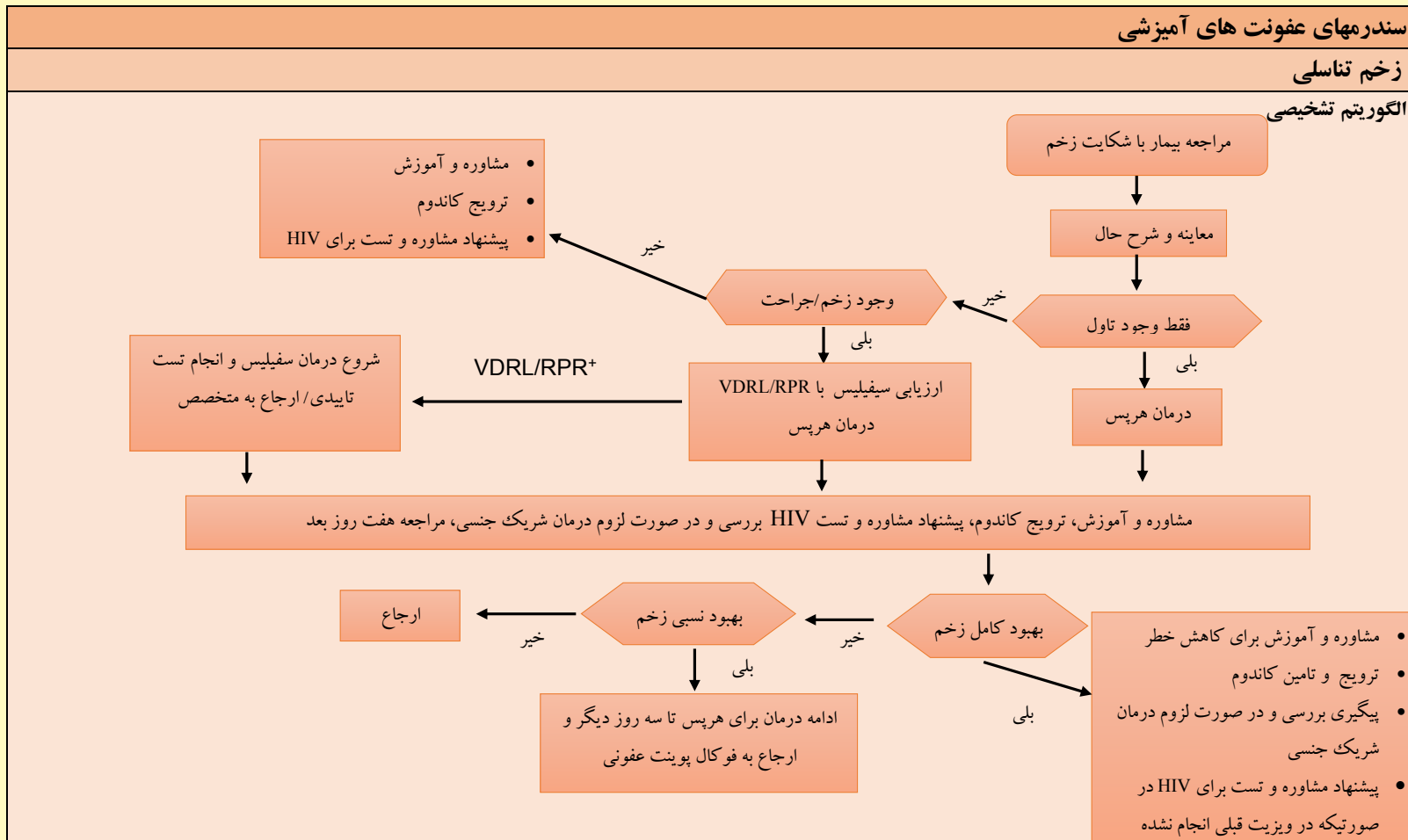
این راهنما به منظور دسترسی سریعتر به نکات اصلی و عملی راهنمای کشوری مراقبت و درمان عفونت‌های آمیزشی نسخه چاپ ۱۳۹۴، تهیه شده است. بخش اول در مورد سندرم‌های آمیزشی و بخش دوم در مورد بیماری‌های آمیزشی می‌باشد.

بخش اول

سندرم‌های ناشی از عفونتهای آمیزشی

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
زخم تناسلی	
توصیف سندرم	هرگونه وزیکول، خراشیدگی و زخم، با یا بدون درد، بر روی پوست یا مخاط تناسلی و نواحی اطراف آن؛ غیر از موارد ناشی از تروما یا تزریق
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • تبخال تناسلی • شانکروئید • سیفلیس • لنفوگرانولوما ونروم • گرانولوم اینگوینال
رویکرد تشخیصی	<p>بعد از اثبات وجود زخم تناسلی در معاینه بیمار، درمان مناسب براساس عامل اتیولوژیک و الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی شایع در منطقه باید به عمل آید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ در بسیاری مناطق تبخال شایع‌ترین عامل ایجادکننده زخم تناسلی است ✓ در مناطقی که سیفلیس و شانکروئید شایعند، بیماران با زخم‌های تناسلی باید برای این دو عامل در اولین مراجعه درمان کافی دریافت کنند؛ به طوری که نیازی به پیگیری بعدی نباشد. ✓ در مناطقی که گرانولوم اینگوینال یا لنفوگرانولوم ونروم (LGV) شایع هستند، درمان باید هر دو آنها را در برگیرد.

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

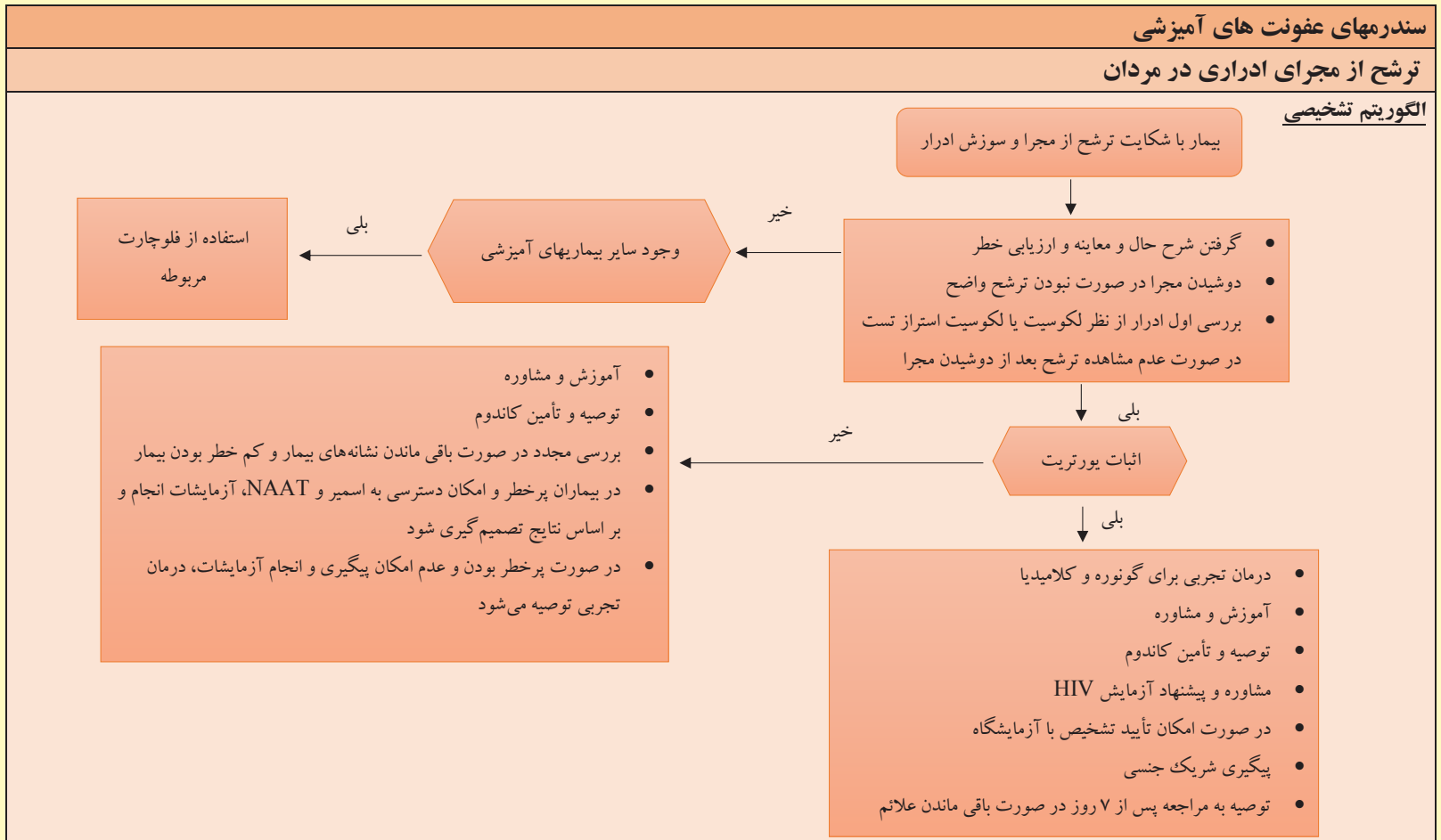


سندرمهای عفونت های آمیزشی	
زخم تناسلی	
<p>در صورت وجود تاول واضح بیمار برای هرپس درمان شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آسیکلوویر ۲۰۰ میلی گرم خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز <p style="text-align: center;"><u>یا</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز <p style="text-align: center;"><u>یا</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷-۱۰ روز <p>در صورت وجود زخم بدون تاول واضح به صورت زیر عمل شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ درمان برای سیفیلیس در صورت مثبت بودن VDRL/RPR ✓ درمان هرپس تناسلی <p>به علاوه هر یک از موارد ذیل:</p> <p>✓ درمان برای شاتکروئید اگر شایع باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک دُز <u>یا</u> ○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق عضلانی تک دُز <p>✓ درمان برای گرانولوم اینگوینال و/یا لنفوگرانولوما ونروم، اگر شایع باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۲۱ روز 	<p>درمان</p>

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
زخم تناسلی	
<p> ↪ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد. ↪ معاینه و درمان شریک جنسی فراموش نشود. ↪ در صورت شیوع HIV، نسبت فزاینده‌ای از موارد زخم تناسلی احتمالاً در ارتباط با ویروس هرپس سیمپلکس رخ می‌دهد. زخم‌های هرپسی ممکن است به شکل غیراختصاصی بوده، برای مدت‌های طولانی در بیماران مبتلا به HIV باقی بمانند. </p>	توصیه‌ها
<p> ↪ بیماری که تحت درمان قرار می‌گیرد، باید پس از ۷ روز برای ارزیابی نتیجه درمان مراجعه کند. </p>	پیگیری

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
ترشح از مجرای ادراری در مردان	
توصیف سندرم	هرگونه ترشح از مجرای ادراری غیر از مایع منی و ادرار با یا بدون سوزش ادرار، درد و/یا خارش پیشابراه
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • نایسریا گونوره • کلامیدیا تراکوماتیس • تریکوموناس واژینالیس • مایکوپلاسما ژنیتالایوم • ویروس هرپس سیمپلکس، EBV و آدنوویروس نیز به ندرت منجر به یورتريت می‌شود • باسیل‌های گرم منفی روده‌ای در مردانی که رابطه جنسی مقعدی داشته‌اند نیز گاهی باعث ترشح پیشابراه می‌گردد
رویکرد تشخیصی	<p>در حضور شکایات حاکی از یورتريت، می‌توان وجود آن را بر اساس یکی از موارد زیر تایید نمود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ مشاهده ترشح موکوییدی، موکوپورولانت یا چرکی در مه‌آ: در معاینه دستگاه تناسلی ممکن است ترشح در مه‌آ دیده شود. چنانچه چرک واضح در مه‌آ وجود نداشته باشد، برای مشاهده ترشح در مردان، باید انگشت اول را بر سطح پشتی آلت تناسلی بیمار و انگشت دوم را در سطح وترال آلت قرار داد و آنرا به سمت مه‌آ دوشید تا ترشح مشاهده گردد. ✓ رنگ آمیزی گرم ترشحات مه‌آ و مشاهده ۲ یا بیش از ۲ سلول سفید در هر فیلد از میکروسکوب با بزرگ‌نمایی ۱۰۰۰. ✓ آزمایش لوکوسیت استراز مثبت در اول ادرار ✓ مشاهده ۱۰ یا بیش از ۱۰ سلول سفید در هر فیلد از میکروسکوب با بزرگ‌نمایی ۱۰۰۰ در سدیمان اول ادرار که سانتیفریوژ شده. <p>تشخیص اتیولوژیک:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ رنگ آمیزی گرم از ترشحات ادراری برای گونوره و مشاهده دیپلوکوک‌های گرم منفی داخل سلولی ✓ روشهای مولکولی (NAAT) برای گونوره و کلامیدیا ✓ اسمیر مرطوب (Wet mount) برای تریکوموناس واژینالیس در صورتی که احتمال تریکومونیازیس زیاد است



سندرمهای عفونت‌های آمیزشی

ترشح از مجرای ادراری در مردان

درمان انتخابی

- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دُز، همراه با آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک‌دُز

درمان آلترناتیو

- اگر سفتریاکسون در دسترس نباشد، سفکسیم ۴۰۰ میلی‌گرم خوراکی تک‌دُز، همراه با آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک‌دُز
- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دُز، همراه با (در صورت حساسیت به آزیترومایسین) داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۷ روز
- در صورت آلرژی به سفالوسپورین‌ها، ژمی‌فلوکساسین ۳۲۰ میلی‌گرم خوراکی تک‌دُز همراه با آزیترومایسین ۲ گرم خوراکی تک‌دُز (احتمال تهوع بالاست)

درمان

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
ترشح از مجرای ادراری در مردان	
توصیه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ◀ برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به مبتلایان تحت درمان باید آموخت که تا ۷ روز نزدیکی نکنند. ◀ تمام شرکای جنسی مبتلایان در ۶۰ روز گذشته باید ارزیابی و درمان تجربی شوند. اگر نتوان شریک جنسی را برای ارزیابی ویزیت کرد، می‌توان به بیمار آزیترومایسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد. ◀ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد.
پیگیری	<ul style="list-style-type: none"> ◀ مردانی که عامل یورتریت آنها گونوкок، کلامیدیا تراکوماتیس یا تریکوموناس واژینالیس است، صرف نظر این که شریک جنسی آنها درمان بشود یا خیر، باید ۳ ماه بعد از درمان از نظر عفونت مجدد بررسی شوند. ◀ به بیمار باید آموخت تا در صورت عود علائم مراجعه کند. ولی صرف وجود شکایت بدون تایید یورتریت در معاینه یا وجود التهاب در بررسی آزمایشگاهی دلیل کافی برای درمان مجدد نیست.

سندرمهای عفونت های آمیزشی	
ترشحات واژینال (واژینیت)	
توصیف سندرم	ترشحات فراوان زرد - سبز رنگ، کف آلود، بد بو و التهاب و خارش واژن
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • تریکوموناس واژینالیس • باکتریال واژینوز • کاندیدا آلیکنس
رویکرد تشخیصی	<p>✓ داشتن ترشحات واژینال بیشتر از سرویسیت، دلالت بر وجود واژینیت می‌کند. داشتن شرکاء جنسی متعدد و یا همسری که مبتلا به یک بیماری آمیزشی است، بعنوان فاکتورهای خطر ابتلا، احتمال سرویسیت را بیشتر می‌کند. تمام زنان با ترشحات غیر طبیعی واژینال باید برای تریکومونیازیس و باکتریال واژینوز درمان شوند. خصوصا اگر امکان بررسی‌های میکروسکوپی و تفکیک اتیولوژیک وجود نداشته باشد.</p> <p>✓ در صورت دسترسی، از تست‌های آزمایشگاهی برای غربالگری زنان با شکایت ترشحات واژینال از نظر ابتلا به بیماریهای آمیزشی استفاده کنید. استفاده از نوارهای تعیین PH می‌تواند کمک کننده باشد. $PH > 4.5$ در باکتریال واژینوز یا تریکومونیازیس شایع است. تهیه یک Wet mount از ترشحات فورنیکس خلفی برای تریکوموناس واژینالیس، رنگ آمیزی گرم ترشحات گرفته شده از فورنیکس قدامی یا دیواره‌های جانبی واژن برای باکتریال واژینوز و کاندیدیازیس، توصیه می‌شود. یک اسمیر اندوسرویکال برای نایسریا گونوره و کلامیدیا تراکوماتیس برای تمام زنان با ترشحات واژینال غیر طبیعی یا ترجیحا در افراد با ترشحات واژینال غیر طبیعی و یک فاکتور خطر باید انجام شود.</p>

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی

ترشحات واژینال (واژینیت)

الگوریتم تشخیصی: برخورد با بیمار با ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپیکولوم

مراجعه بیمار با شکایت ترشحات واژینال، سوزش ادرار، خارش و یا سوزش فرج

- گرفتن شرح حال و ارزیابی عوامل خطر
- معاینه بیمار (مشاهده خارجی، اسپیکولوم، لمس دو دستی)
- رد ترشحات فیزیولوژیک

آیا درد پایین شکم یا حساسیت در حرکات سرویکس وجود دارد؟

بلی

از فلوجارت درد زیر شکم استفاده کنید

آیا علائم سرویسیت دیده می‌شود و یا ارزیابی خطر مثبت است؟

بلی

درمان برای گنوره، کلامیدیا، باکتریال واژینوز و تریکومونازیس

خیر

درمان برای باکتریال واژینوز و تریکومونازیس

آیا ترشحات آب پنیری، ورم، قرمزی، خارش و علائم خراشیدگی فرج دارد؟

بلی

درمان برای کاندیدیازیس

خیر

- توصیه به انجام تست HIV/VDRL/RPR
- از بیمار بخواهید که در صورت تداوم علائم، ۷ روز بعد مراجعه کند

- آموزش و مشاوره
- تهیه و توصیه به استفاده از کاندوم
- مشاوره و درمان همسر برای کلامیدیا، گنوره، تریکومونازیس در صورت داشتن فاکتورهای خطر

سندرمهای عفونت های آمیزشی	
ترشحات واژینال (واژینیت)	
درمان	<p>درمان سندرمیک واژینیت (تریکوموناس واژینالیس، باکتریال واژینوز):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز <p style="text-align: center;">یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ تینیدازول ۵۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای ۵ روز <p>درمان سندرمیک واژینیت کاندیدیایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ میکونازول یا کلوتریمازول، شیاف واژینال ۲۰۰ میلی گرم برای ۳ روز <p style="text-align: center;">یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ کلوتریمازول، شیاف واژینال ۵۰۰ میلی گرم، دُز واحد <p style="text-align: center;">یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ شیاف واژینال نیستاتین ۱۰۰ هزار واحد برای ۱۴ روز <p style="text-align: center;">یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ فلوکونازول ۱۵۰ میلی گرم خوراکی، دُز واحد
توصیه‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ◀ با توجه به اینکه همسر این افراد (یا شرکاء جنسی آنان) ممکنست بی علامت باشند، درمان شریک جنسی برای تریکوموناس واژینالیس توصیه می شود. ◀ در مصرف مترونیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۲۴ ساعت پس از مصرف مترونیدازول نباید الکل مصرف شود. ◀ در مصرف تینیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۷۲ ساعت پس از مصرف تینیدازول نباید الکل مصرف شود. ◀ مترونیدازول ترا توژن یا موتاژن نیست و می توان در بارداری تجویز نمود. ◀ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد.
پیگیری	ندارد

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
ترشحات واژینال (سرویسیت)	
توصیف سندرم	<ul style="list-style-type: none"> • ترشحات چرکی یا چرکی مخاطی از سرویکس که در معاینه دیده می‌شود و یا توسط سواب تهیه شده باشد • با تماس ملایم مثل سواب پنبه ای سرویکس دچار خونریزی شود.
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • نایسریا گونوره • کلامیدیا تراکوماتیس
رویکرد تشخیصی	<p>✓ سرویسیت معمولاً بدون علامت است ولی ممکنست با ترشحات واژینال و خونریزی‌های نامنظم (نظیر خونریزی پس از نزدیکی) تظاهر کند.</p> <p>✓ لکوره (تعداد WBC در ترشحات واژینال بیش از ۱۰ عدد در HPF باشد) می‌تواند بعنوان علامت سرویسیت در نظر گرفته شود.</p> <p>✓ رنگ آمیزشی گرم ترشحات واژینال بدلیل حساسیت نامطلوب، توصیه نمی‌شود</p> <p>✓ شایعترین علل سرویسیت نایسریا گونوره و کلامیدیا تراکوماتیس است. زنان مبتلا به سرویسیت باید حتماً از نظر ابتلا به PID معاینه و بررسی شوند.</p> <p>✓ فاکتورهای خطر شامل داشتن شریک‌های جنسی متعدد و داشتن همسر مبتلا به بیماری آمیزشی که معمولاً اینها در ارتباط با سرویسیت هستند</p> <p>✓ علائم سرویسیت شامل ترشحات مخاطی- چرکی از سرویکس، اروزیون سرویکس است و نیز به سادگی با یک ضربه کوچک سرویکس خونریزی می‌کند</p>

سندرمهای عفونت های آمیزشی

ترشحات واژینال (سرویسیت)

الگوریتم تشخیصی: برخورد با بیمار با ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپیکولوم و تست های آزمایشگاهی

بیمار با شکایت ترشحات واژینال، سوژش ادرار، خارش و یا سوزش فرج مراجعه

- گرفتن شرح حال و ارزیابی عوامل خطر
- معاینه بیمار (مشاهده خارجی، اسپیکولوم، لمس دو دستی)
- رد ترشحات فیزیولوژیک

آیا درد پایین شکم یا حساسیت در حرکات سرویکس وجود دارد؟

بلی

از فلوجارت درد زیر شکم استفاده کنید

آیا علائم سرویسیت دیده می شود و یا ارزیابی خطر مثبت است؟

بلی

برای گونوره، کلامیدیا درمان کنید باضافه بر اساس نتایج معاینه و آزمایشگاهی برای واژینیت مربوطه درمان کنید

خیر

تهیه wet mount / رنگ آمیزی گرم از ترشحات واژینال

یافته غیرطبیعی ندارد

پسودو هیف و مخمرهای جوانه زده

KOH یا تست مثبت Clue cell + , PH>4.5

تریکوموناس دیده شد

درمان کاندیدیازیس

درمان باکتریال واژینوز

درمان تریکومونیاژیس

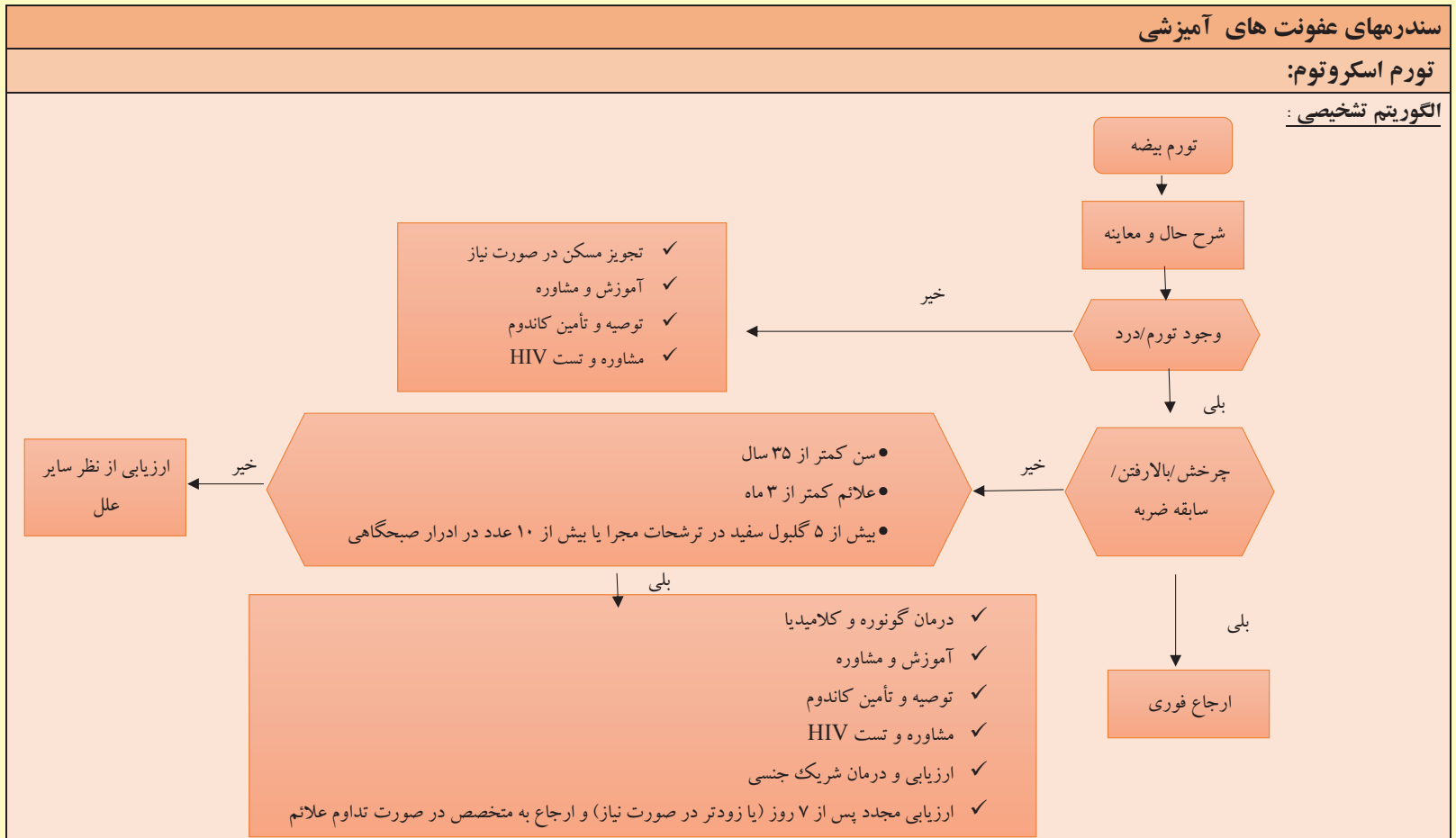
- آموزش و مشاوره
- از بیمار بخواهید که در صورت تداوم علائم، ۷ روز بعد مراجعه کند
- توصیه به انجام تست HIV / VDRL / RPR
- تهیه و توصیه به استفاده از کاندوم
- مشاوره و درمان همسر برای کلامیدیا، گنوره، تریکوموناس در صورت داشتن فاکتورهای خطر

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
ترشحات واژینال (سرویسیت)	
<p>○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم تزریق عضلانی بعنوان دُز واحد</p> <p>یا</p> <p>○ قرص سفکسیم ۴۰۰ میلی‌گرم دُز واحد</p> <p>به اضافه</p> <p>○ داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز</p> <p>یا</p> <p>○ آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک دُز یا اریترومایسین ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت برای ۷ روز</p> <p>یا</p> <p>○ اریترومایسین ۴۰۰ میلی‌گرم خوراکی ۴ بار در روز برای ۷ روز</p>	درمان
<p>↖ داکسی‌سیکلین در حاملگی ممنوع است</p> <p>↖ در مصرف مترونیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۲۴ ساعت پس از مصرف مترونیدازول نباید الکل مصرف شود</p> <p>↖ در مصرف تینیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۷۲ ساعت پس از مصرف تینیدازول نباید الکل مصرف شود</p> <p>↖ مترونیدازول تراتوژن یا موتاژن نیست و می‌توان در بارداری تجویز نمود</p> <p>↖ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد</p>	توصیه‌ها
<p>↖ در صورت تداوم علائم، ۷ روز بعد مراجعه کند</p>	پیگیری

سندرمهای عفونت های آمیزشی	
تورم اسکروتوم:	
توصیف سندرم	درد و تورم و التهاب اپیدیدیم و بیضه که در عرض کمتر از شش هفته ایجاد شده است
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • کلامیدیا تراکوماتیس • نایسریا گونوره • باسیل های گرم منفی روده ای مثل E.coli در مردان همجنس گرا
رویکرد تشخیصی	<p>مردانی که دچار اپیدیدیمیت حاد میشوند، بطور معمول به درد و تندرینس و تورم یکطرفه بیضه دچار میشوند و طناب اسپرماتیک معمولا دردناک و متورم است. درگیری دو طرفه معمولا ظن بالینی را به سوی سایر تشخیص ها می برد .</p> <p>تشخیص افتراقی مهمی که حتما باید در همه موارد تورم اسکروتوم به آن توجه شود تورشن بیضه است که یک فوریت جراحی است و معمولا با انجام سونوگرافی داپلر رنگی از عروق بیضه تشخیص آن رد یا اثبات میشود و احتیاج فوری به ارجاع جراح دارد.</p> <p>اساسا احتمال عوامل آمیزشی در سن کمتر از ۳۵ سال بیشتر است.</p> <p>در تمام بیمارانی که به تشخیص اپیدیدیمیت حاد با منشاء عفونت های آمیزشی مشکوک هستیم، حداقل انجام یکی از اقدامات تشخیصی زیر ضروری است :</p> <p>✓ مشاهده بیش از دو عدد گلبول سفید در هر فیلد، در رنگ آمیزی ترشحات پیشابراه</p> <p>این روش بدلیل اختصاصی بودن و حساسیت بالایی که دارد روش ارجح است و علاوه بر وجود التهاب در پیشابراه قادر است عفونتهای گونوکوکی را نیز تشخیص دهد(عفونت گونوکوکی با مشاهده کوکسی های گرم منفی داخل سلولی داخل گلبول های سفید اثبات میشود)</p> <p>✓ تست مثبت لکوسیت استراز در ادرار صبحگاهی</p> <p>✓ مشاهده بیش از ۱۰ عدد گلبول سفید در ادرار صبحگاهی</p> <p>در صورت امکان از تمام افراد مشکوک به عفونت اپیدیدیمیت حاد باید نمونه ادرار اخذ شده از نظر عفونت کلامیدیا و گونوکوک NAAT test شوند.</p>

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی



سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
تورم اسکروتوم:	
<p>عامل ایجاد کننده عفونتهای آمیزشی کلامیدیا و گونوکوک باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز <p>به اضافه</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز به مدت ۱۰ روز <p>عامل ایجاد کننده عفونتهای آمیزشی کلامیدیا و گونوکوک و باسیل گرم منفی روده ای باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز <p>به اضافه</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در روز <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت ۱۰ روز 	درمان
<p>◀ اکثر بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت حاد بصورت سرپایی درمان میشوند ولی در مواردی که درد شدید و تب وجود داشته باشد و یا مواردی که تشخیص‌های دیگری مثل تورسیون و انفارکتوس بیضه، آبسه و فاشییت نکروزان مطرح است و لازم است که بیمار بستری شود.</p> <p>◀ سایر اقدامات درمانی شامل استراحت در بستر، بالا نگهداشتن بیضه و مصرف داروهای ضد التهاب تا قطع تب مییاشد. بهبود کامل ممکن است چند هفته بعد از کامل شدن دوره درمان بطول انجامد.</p>	توصیه ها

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
تورم اسکروتوم:	
<p>◀ به بیمار توصیه می‌شود تا کامل شدن دوره درمان از تماس جنسی اجتناب نماید و از نظر سایر عفونت‌های جنسی بررسی شود. در صورتیکه تا ۷۲ ساعت بعد از شروع درمان علائم بالینی بهبودی نسبی پیدا نکند؛ لازم است بیمار مجدداً مراجعه نماید تا از نظر سایر تشخیص‌های افتراقی بررسی شود.</p> <p>◀ شرکای جنسی که طی ۶۰ روز گذشته با بیمار مبتلا به اپیدیدیمیت تماس جنسی داشته‌اند لازم است درمان شوند</p> <p>◀ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد</p>	
<p>◀ ارزیابی مجدد پس از ۷ روز (یا زودتر در صورت نیاز)</p>	پیگیری

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
درد زیر شکم	
توصیف سندرم	یک یا بیشتر از علائم بالینی شامل درد و حساسیت در حرکات سرویکس، درد و حساسیت رحمی، درد و حساسیت آدنکس‌ها
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • نایسریا گونوره • کلامیدیا تراکوماتیس • باکتری‌های بیهوازی
رویکرد تشخیصی	<p>✓ عموماً تشخیص PID بالینی است. اغلب مبتلایان علامت‌دار خفیف، از علائمی بصورت خونریزی غیر طبیعی، درد و ناراحتی حین نزدیکی و ترشحات واژینال شکایت می‌کنند. همواره ظن تشخیصی بالای پزشک در تشخیص زودهنگام PID کمک‌کننده است. همواره در تشخیص افتراقی درد زیر دل و PID باید به حاملگی‌های خارج رحمی، آپاندیسیت، کیست تخمدان و ... نیز فکر کرد.</p> <p>✓ درمان تجربی PID باید برای تمام زنان جوان در معرض ابتلا به بیماری‌های آمیزشی در صورتی که علائمی بصورت درد زیر دل یا لگن داشته باشند، با داشتن یک یا چند مورد از یافته‌های زیر (یافته‌های بالینی حداقل) باید در نظر گرفته شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> * درد و حساسیت در حرکات سرویکس * درد و حساسیت رحمی * درد و حساسیت آدنکسا <p>همراهی علائم فوق با علائم التهاب مجرای تناسلی تحتانی همراه شود (نظیر ترشحات سرویکال، وجود لکوسیت در ترشحات واژینال، شکنندگی سرویکس)، احتمال صحت تشخیص PID را بیشتر می‌کند</p> <p>✓ بطور کلی یک یا بیشتر از کرایتریای زیر همراه با یافته‌های بالینی حداقل (که در بالا اشاره شده است) می‌تواند در تسهیل تشخیص PID کمک‌کننده باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> * تب بیش از ۳۸٫۳ * ترشحات غیر طبیعی سرویکس یا شکنندگی سرویکس (براحتی با ضربه کوچک خونریزی کند) * وجود گلبولهای سفید در ترشحات واژینال * افزایش CRP, ESR * یافته آزمایشگاهی به نفع وجود گونوکوک یا کلامیدیا

بیمار با شکایت درد زیر دل

گرفتن شرح حال و ارزیابی عوامل خطر و معاینه بیمار (معاینه شکم و ژنیکولوژی)

آیا هیچ یک از علائم زیر وجود دارد؟

- عقب افتادن قاعدگی
- زایمان / سقط اخیر
- حساسیت و درد شدید شکمی
- خونریزی غیر طبیعی واژینال

بلی

ارجاع اورژانسی به متخصص جراحی یا زنان قبل از ارجاع برای بیمار رنگ بگیرد و مایع به او بدهید

آیا حساسیت زیر دل، در موقع حرکت دادن سرویکس یا تندرns آدنکسا و ترشحات واژینال دارد؟

بلی

برای PID درمان را شروع کنید و سه روز بعد بیمار را مجددا ویزیت کنید

پس از سه روز

آیا بیمار علائم بهبودی دارد؟

خیر

ارجاع به مرکز تخصصی

بلی

آیا بیماری دیگری دارد؟

بلی

متناسب با بیماری درمان کنید

• توصیه به انجام تست HIV/ VDRL/RPR
• از بیمار بخواهید که در صورت تداوم علائم، ۷ روز بعد مراجعه کند

• آموزش و مشاوره
• تهیه و توصیه به استفاده از کاندوم
• مشاوره و درمان همسر برای کلامیدنا، گنوره، تریکوموناس، در صورت داشتن: فاکتورهای خطر

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
درد زیر شکم	
<p>درمان سرپایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم تزریق عضلانی، دُز واحد <p>به‌اضافه</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۴ روز <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اریترومايسين ۴۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت برای ۱۴ روز <p>به‌اضافه</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت برای ۱۴ روز 	<p>درمان</p>
<p>◀ در موارد زیر لازمست بیمار بستری شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> * اورژانسهای جراحی مطرح باشد نظیر آپاندیسیت و * آبسه توبو اوارین * حاملگی * حال عمومی بد، تهوع، استفراغ و تب بالا * عدم امکان پیگیری بیمار یا عدم تحمل داروهای خوراکی * عدم پاسخ مطلوب به درمان ارائه شده <p>◀ تمام مردانی که در طی ۶۰ روز قبل از تشخیص PID با بیمار مزبور تماس جنسی داشته‌اند باید بررسی، آزمایش و درمان شوند</p> <p>◀ برای به حداقل رساندن خطرانتقال باید تا اتمام دوره درمان از تماس جنسی پرهیز کنند</p>	<p>توصیه‌ها</p>

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

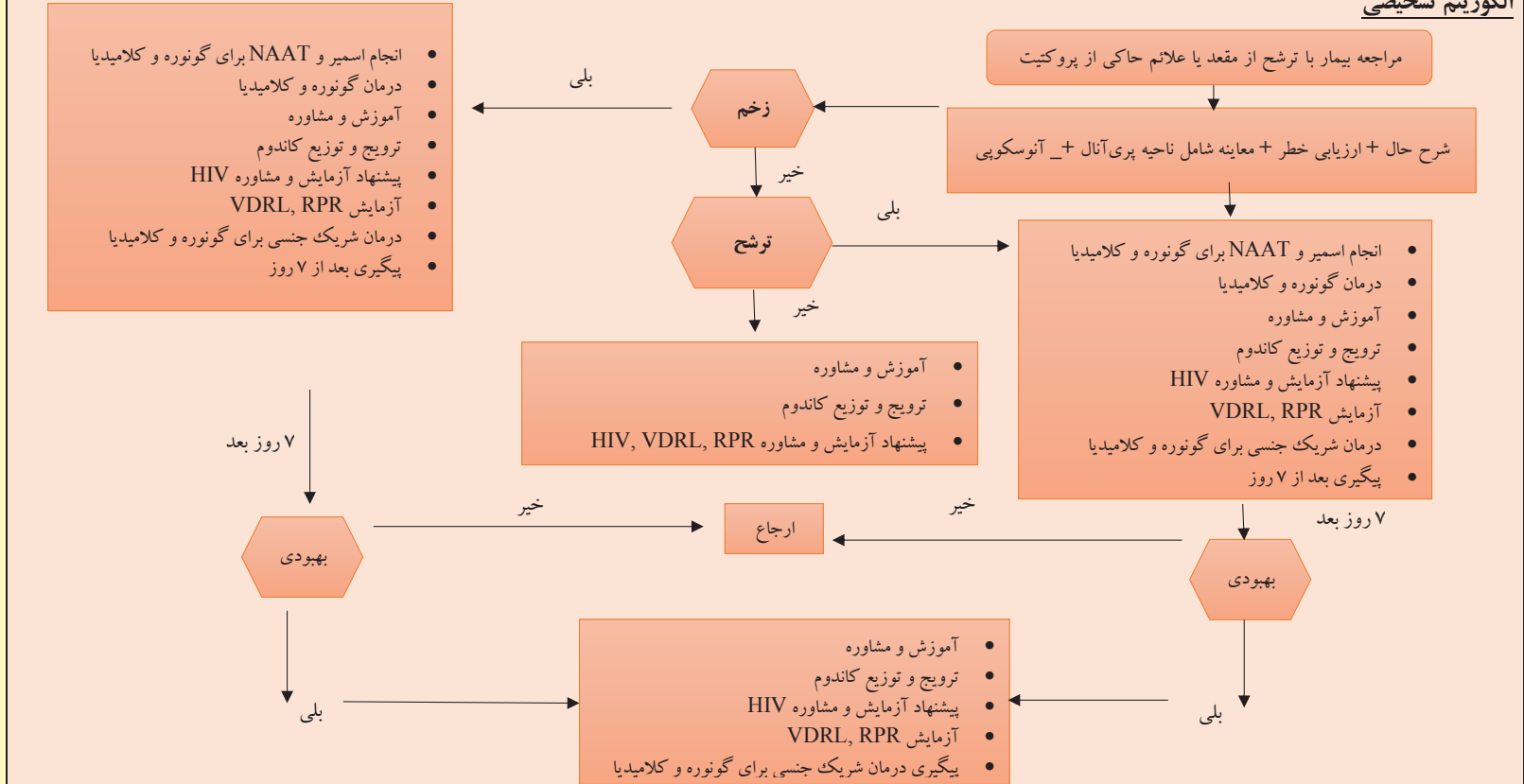
سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
درد زیر شکم	
<p>تمام زنان باردار با شکک به PID باید بستری و به روش تزریق داخل وریدی درمان شوند</p> <p>بیشترین خطر PID مرتبط با IUD در ۳ هفته اول گذاردن این وسیله است. نحوه درمان PID در این گروه نیز مشابه سایرین است و از ابتدا نیازی به خارج کردن IUD نیست. اگر بعد از ۷۲ ساعت از درمان علائم بهبود نیافت، در بررسی مجدد باید IUD خارج شود.</p> <p>به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد</p>	
<p>بیمار باید طی ۳ روز پس از شروع درمان، علائم بهبودی را نشان دهند(قطع تب، کاهش درد و تندرns شکمی، کاهش درد و حساسیت آدنکسا و رحم و سرویکس). در غیر اینصورت باید بستری شده و مجدد از نظر بیماری و مقاومت‌های دارویی بررسی شود.</p> <p>تمام زنانی که با تشخیص PID ناشی از گونوره و کلامیدیا درمان شده اند باید در عرض ۳ ماه پس از اتمام درمان مجدداً بررسی و آزمایش شوند.</p>	پیگیری

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
پروکتیت حاد	
توصیف سندرم	التهاب رکتوم و مقعد با یا بدون تنموس و یا ترشح از مقعد
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • نایسریا گونوره • کلامیدیا تراکوماتیس • تروپانما پالیدوم • هرپس سیمپلکس ویروس
رویکرد تشخیصی	<p>مبتلایان به آن باید با معاینه یا آنوسکوپی بررسی شوند. نمونه ترشحات از نظر گلبولهای سفید، و در صورت امکان هرپس سیمپلکس ویروس (PCR) یا کشت)، گونوکوک (NAAT یا کشت)، کلامیدیا تراکوماتیس (NAAT) و سیفلیس (بررسی سرولوژیک) باید بررسی شود.</p> <p>بیماران باید بر اساس تشخیص بالینی صرف نظر از اینکه امکان بررسی علت اتیولوژیک وجود دارد یا خیر، درمان شوند.</p>

سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی

پروتکتیو حاد

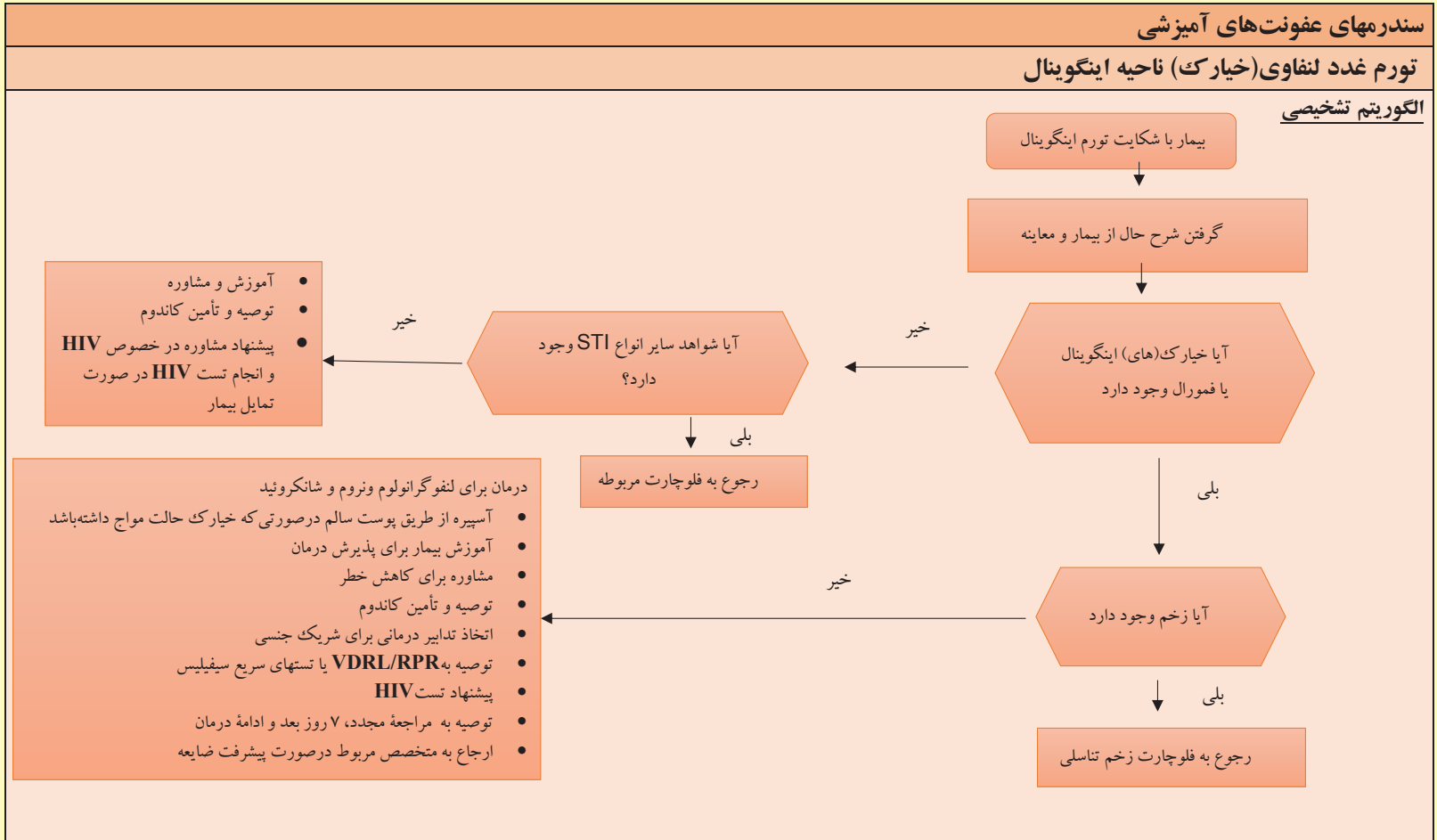
الگوریتم تشخیصی



سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
پروکتیت حاد	
<p>درمان</p>	<p>○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی تک دُز</p> <p>به‌اضافه</p> <p>○ داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز خوراکی برای ۷ روز</p> <p>✓ اگر ترشحات خونی، زخم‌های پری‌آنال یا مخاطی همراه آزمایش مثبت NAAT برای کلامیدیا یا همراه با عفونت HIV وجود داشت با فرض LGV باید درمان با داکسی‌سیکلین با همان دُز را برای ۳ هفته ادامه داد</p> <p>✓ اگر زخم‌های پری‌آنال یا مخاطی دردناک بودند، هرپس سیمپلکس را که باید درمان کرد.</p>
<p>توصیه‌ها</p>	<p>◀ برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به بیماران تحت درمان باید آموخت که تا ۷ روز نزدیکی نکنند.</p> <p>◀ تمام شرکای جنسی مبتلایان در ۶۰ روز گذشته باید ارزیابی و درمان شوند. می‌توان به بیمار آزیترومایسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد.</p> <p>◀ به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد</p>
<p>پیگیری</p>	<p>◀ مبتلایانی که عامل پروکتیت در آنها گونوкок یا کلامیدیا تراکوماتیس باشد، صرف نظر از این شریک جنسی آنها درمان بشود یا خیر باید ۳ ماه بعد از درمان از نظر عفونت مجدد بررسی شوند.</p>

بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

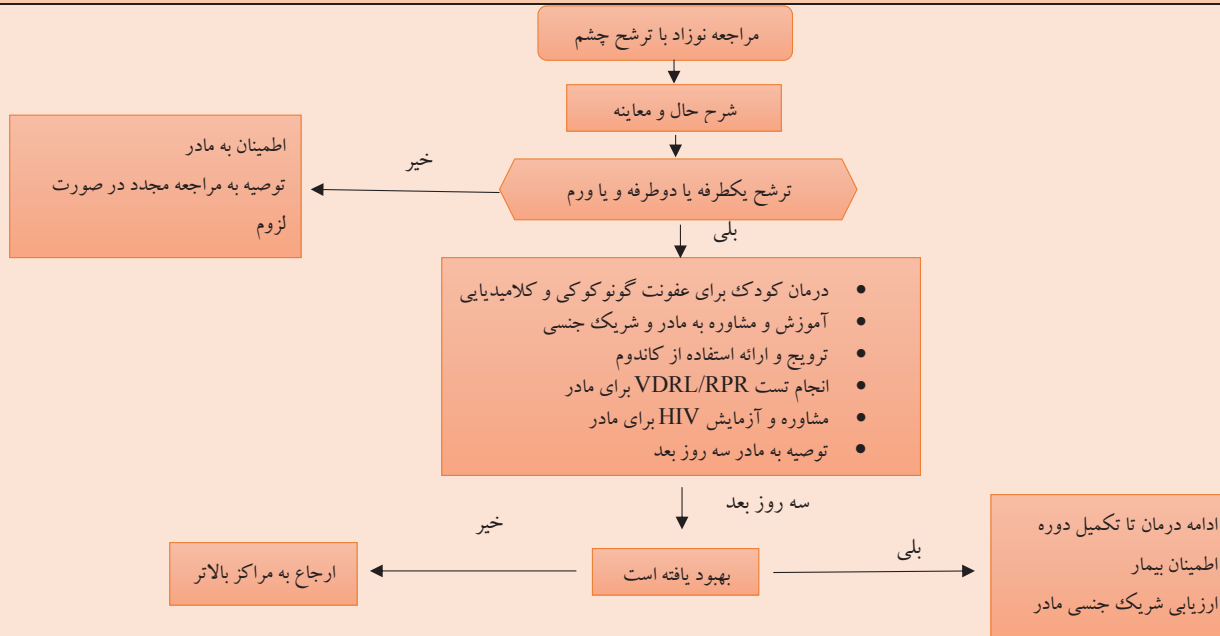
سندرم‌های عفونت‌های آمیزشی	
تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال	
توصیف سندرم	بزرگی موضعی غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران، که دردناک بوده، و ممکن است مواج شوند
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • لنفوگرانولوما ونروم • شانکروئید
رویکرد تشخیصی	<p>در اغلب موارد شانکروئید، یک زخم تناسلی نیز همزمان وجود دارد؛ اما گاهی ممکن است چنین نباشد. عفونت‌های منتقله غیر آمیزشی موضعی یا سیستمیک (از جمله عفونت‌های اندام تحتانی یا سل غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال) نیز می‌توانند، باعث تورم غدد لنفاوی اینگوینال شوند. گاهی ممکن است خیارک پاره شده و یک سوراخ در سطح پوست در حال خروج ترشح چرکی نمایان شود. غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران که واقعا ملتهب و دردناک نیستند جزء تعریف خیارک قرار نمی‌گیرند</p>



بخش اول - سندرم‌های ناشی از عفونت‌های آمیزشی

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال	
<p>○ آزیترومايسين ۱ گرم تک دُز خوراکی</p> <p>یا</p> <p>○ سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز</p> <p>به اضافه</p> <p>○ داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز</p> <p>یا</p> <p>○ اریترومايسين ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز</p>	درمان
<p>◀ بعضی بیماران ممکن است نیاز به درمان طولانی‌تر از ۱۴ روز داشته باشند. غدد لنفاوی مواج باید از طریق پوست سالم آسپیره شوند. برش و تخلیه یا خارج کردن غدد لنفاوی باعث تأخیر در بهبود می‌شوند و نباید انجام گیرند.</p> <p>◀ در صورت شک در تشخیص بیماری و یا در موارد شکست درمان ارجاع برای بیوپسی تشخیصی توصیه می‌گردد.</p>	توصیه‌ها
<p>◀ مراجعه مجدد ۷ روز بعد از شروع درمان</p>	پیگیری

سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
کنژکتیویت نوزادی:	
توصیف سندرم	نوزاد بتدریج دچار کنژنکتیویت چرکی (قرمزی و ورم پلک ، با یا بدون ترشح) از یک یا هر دو چشم در مدت چهار هفته بعد از تولد می شود
عوامل احتمالی	<ul style="list-style-type: none"> • کلامیدیا تراکوماتیس • نایسریا گونوره
رویکرد تشخیصی	<p>در صورتی که کنژنکتیویت سوزاک نوزادی درمان نشود کوری اتفاق می افتد و در صورت عدم درمان کنژنکتیویت کلامیدیایی کودک مبتلا به اختلال بینایی می شود.</p> <p>علائم کنژنکتیویت نوزادی گونوکوکی و کلامیدیایی شبیه به هم است</p>



سندرمهای عفونت‌های آمیزشی	
کنژکتیویت نوزادی:	
<p>○ سفتریاکسون ۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تزریق عضلانی تک‌دُز، حداکثر تا ۱۲۵ میلی‌گرم</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p>○ کانامایسین ۲۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تک‌دُز، حداکثر ۷۵ میلی‌گرم</p> <p style="text-align: center;">یا</p> <p>○ اسپکتینومایسین ۲۵ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تزریق عضلانی تک‌دُز، تا حداکثر ۱۷۵ میلی‌گرم</p> <p style="text-align: right;">به‌اضافه</p> <p>✓ درمان کلایدیای نوزادی شامل:</p> <p>○ شربت اریترومایسین ۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ۴ دُز منقسم برای ۱۴ روز</p>	<p style="text-align: center;">درمان</p>
<p>◀ مادر با آب جوشیده سرد شده یا نرمال سالین استریل ترشحات چشم از داخل به خارج تمیز نموده از پنبه نرم استفاده نماید.</p> <p>◀ اثر بخشی سفتریاکسون تک‌دز یا اسپکتینومایسین ثابت شده است، بنابراین لزومی به اضافه نمودن پماد تتراسیکلین نیست.</p> <p>◀ درمان با آنتی‌بیوتیک موضعی برای عفونت کلایدیایی کافی نیست و عفونت‌های دیگر کلایدیایا مثل پنومونی را درمان نمی‌کند.</p> <p>◀ مادر نوزاد مبتلا به کنژکتیویت گونوکوکی یا کلایدیایی باید درمان مناسب دریافت نموده و شریک جنسی اش نیز ارزیابی و درمان گردد.</p>	<p style="text-align: center;">توصیه‌ها</p>
<p>◀ سه روز پس از شروع درمان باید نوزاد مجدداً ویزیت شود.</p>	<p style="text-align: center;">پیگیری</p>

بخش دوم

عفوینتهای آمیزشی شایع

عفونت‌های آمیزشی	
سیفیلیس	
عامل بیماری	سیفیلیس بیماری
	<p>سیفیلیس بیماری سیستمیک است که توسط تریونما پالیدوم ایجاد می‌شود</p> <p>دوره کمون: علائم حدود ۳ هفته (۹۰-۱۰ روز) پس از تماس ظاهر میشوند</p> <p>سیفیلیس اکتسابی به چند مرحله تقسیم میشود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیفیلیس اولیه: معمولاً بصورت زخم برجسته، بدون درد، منفرد و با سفتی قاعده در محل تلقیح عفونت ظاهر میشود. به نام شانکر معروف است • سیفیلیس ثانویه: بدن‌بال بهبود خودبخود شانکر ایجاد شده و با راش‌های پلی مرفیک ژنرالیزه بدون خارش که اغلب کف دست و پاشنه را درگیر میکند، ضایعات جلدی - مخاطی، کوندیلوما لاتا و لنفادنوپاتی منتشر تظاهر می‌یابد. با شیوع کمتر patchy alopecia، یووئیت قدامی، مننژیت، فلج اعصاب مغزی، هیپاتیت، اسپلنومگالی، پرئوستیت و گلو مریولونفریت رخ میدهد. • مرحله نهفته: در این مرحله تست سرولوژیک مثبت است در حالیکه علائم بالینی وجود ندارد. <p>سیفیلیس ثالثیه : که میتواند شامل علائم زیر باشد:</p> <p>گوم سیفیلیس: ندول یا پلاک یا اولس‌های تیبیک</p> <p>نوروسیفیلیس: تابس دورسالیس، پارزی منتشر، غیرطبیعی بودن مایع مغزی نخاعی</p> <p>سیفیلیس قلبی: درگیریهای آئورت بصورت التهاب، رگورژیتیشن، آنوریسم آئورت سینه، درگیری عروق کرونر</p> <p>تقسیم بندی زمانی سیفیلیس:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ سیفیلیس زودرس: عبارت است از سیفیلیس اولیه، ثانویه یا Early Latent (فرم نهفته که کمتر از دو سال طول کشیده باشد). ○ سیفیلیس دیررس : که شامل فرم نهفته بعد از دو سال و سیفیلیس مرحله سوم است
	علائم

عفونت‌های آمیزشی	
سیفیلیس	
رویکرد تشخیصی	<p>✓ تشخیص اصلی بر پایه سرولوژی است. آزمایشات سرولوژیک سیفیلیس شامل دو دسته است:</p> <p>۱. غیر تروپونمالی نظیر VDRL یا RPR. معمولاً پس از گذشت ۲-۱ هفته از تلقیح تروپونما مثبت می‌شود. آزمایش‌های غیر تروپونمایی دلالت بر فعال بودن بیماری سیفیلیس کرده و نیز برای پایش پاسخ به درمان به کار می‌روند. تغییرات چهاربرابر یا بیشتر در تیتراژشمنند است. بعد از درمان موفق با گذشت زمان، منفی می‌شود</p> <p>۲. تروپونمالی نظیر FTA-abs. آنتی بادی‌های اختصاصی علیه آنتی ژن‌های تعیین‌کننده تروپونما را مشخص می‌کنند. این آزمایش‌ها به عنوان آزمایش تاییدی پیرو آزمایش‌های غیر تروپونمایی استفاده میشوند. مشخصه آزمایش‌های تروپونمایی این است که در تمام طول عمر بیمار فارغ از نتیجه درمان، مثبت باقی می‌مانند.</p> <p>بنابراین اولین آزمایشی که در فرد مشکوک به سیفیلیس درخواست می‌شود، یک آزمایش غیر تروپونمالی است که در صورت مثبت بودن باید توسط یک آزمایش تروپونمالی تأیید شود.</p> <p>✓ آزمایش تشخیص سریع: آزمایش‌های تشخیص سریع سیفیلیس می‌توانند طی ده تا پانزده دقیقه نتیجه را مشخص کنند. حساسیت آزمایش‌های تشخیص سریع بین ۸۵٪ تا ۹۸٪ و ویژگی آنها بین ۹۳٪ تا ۹۸٪ می‌باشد.</p>
درمان	<p>درمان در سیفیلیس زودرس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از دو سال):</p> <p>○ پنی‌سیلین بنزاتین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، در یک نوبت. (این حجم دارو، معمولاً به تجویز دو تزریق عضلانی همزمان در دو محل مختلف نیاز دارد.)</p> <p>رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی‌سیلین</p> <p>○ داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز</p>

عفونت‌های آمیزشی

سیفیلیس

- در شرایط بسیار خاص و عدم تحمل داروهای دیگر ممکنست از آزیترومایسین ۲ گرم یک نوبت هم استفاده شود. البته این رژیم در زمانی انتخاب می شود که احتمال حساسیت تروپونما به این دارو وجود داشته باشد

سیفیلیس نهفته دیررس (Late Latent) و سیفیلیس با مدت نامعلوم و سیفیلیس ثالثیه:

- بنزاتین پنی‌سیلین، ۲/۴ میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی

رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی‌سیلین

- داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز، برای ۳۰ روز
- تتراسایکلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۳۰ روز

سیفیلیس عصبی (نوروسیفیلیس)

- پنی‌سیلین G کریستال، ۱۸ تا ۲۴ میلیون واحد وریدی، روزانه در دُزهای ۳ تا ۴ میلیون هر ۴ ساعت برای ۱۰ تا ۱۴ روز

سیفیلیس در دوران بارداری

- در گایدلاین کشوری ما درمان زنان باردار فقط پنی‌سیلین است و برای موارد حساسیت به پنی‌سیلین هیچ گزینه دیگری به جز حساسیت زدایی پنی‌سیلین مطرح نشده است. در گایدلاین WHO در شرایطی که دیگر چاره ای نداشته باشیم اریترومایسین بمدت ۱۴-۱۰ روز یا دوز واحد دو گرمی آزیترومایسین توصیه شده است اما این رژیم دارویی به دلیل عدم عبور از جفت عملاً فقط مادر را درمان می کند و نوزاد متولد شده از این مادر باید بلافاصله تحت درمان سیفیلیس نوزادی قرار گیرد

درمان سیفیلیس نوزادی

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت‌های آمیزشی	
سیفیلیس	
	<p>○ پنی‌سیلین G کریستال وریدی ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار واحد/کیلوگرم، روزانه که به شکل ۵۰ هزار واحد/کیلوگرم / دُز، وریدی هر ۱۲ ساعت در طی اولین ۷ روز بعد از تولد و پس از آن، هر ۸ ساعت جمعاً تا ۱۵-۱۰ روز، تجویز می‌شود.</p>
توصیه‌ها	<p>◀ تست غیر تروپونمالی در افراد دارای ضایعات مشکوک که تست اولیه آنها منفی بوده است، یک و سه ماه بعد تکرار شود.</p> <p>◀ پاسخ منفی تست غیر تروپونمالی در سه ماه پس از شروع شانکر اولیه، تقریباً تشخیص سیفیلیس را رد می‌کند</p>
پیگیری	<p>◀ آزمایش کمی سرولوژیک باید در ماه ۶، ۱۲ و ۲۴ بعد از درمان مجدد بررسی شود.</p> <p>◀ بیمارانی که پس از درمان: (۱) افزایش چهار برابر تیتراژ دارند (۲) تست اولیه بالاتر از ۱/۳۲ بوده و پس از درمان به میزان ۴ برابر کاهش پیدا نکرده (۳) علائم بالینی سیفیلیس مجدداً ظاهر شده، باید تحت درمان مجدد قرار گیرند.</p> <p>◀ در بیماران مبتلا به HIV، تواتر زمانی باید کوتاه‌تر شده هر ۳ ماه پیگیری شوند.</p>
درمان شریک جنسی	<p>◀ افرادی که در طی ۹۰ روز قبل از تشخیص اولیه، ثانویه و یا نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته‌اند، حتی در صورت تست سرولوژیک منفی باید درمان شوند.</p> <p>◀ افرادی که بیش از ۹۰ روز قبل از تشخیص اولیه، ثانویه و یا نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته‌اند، در صورت عدم دسترسی به تست و نبود امکان پیگیری باید درمان بگیرند.</p> <p>◀ بیماران با مدت نامعلوم که تیتراژی از تست‌های غیر تروپونمال دارند را میتوان در مرحله زودرس در نظر گرفت و شریک جنسی را بر آن اساس درمان کرد</p>

عفونت های آمیزشی	
هرپس ژنیتال	
عامل بیماری	تبخال تناسلی یک عفونت ویروسی مزمن و مادام‌العمر است که توسط ویروس‌های HSV-1 و HSV-2 ایجاد می‌گردد
علائم	ضایعات کلاسیک زخمی متعدد دردناک و تاو‌لدار مشخصه بیماریست ولی در بسیاری از بیماران وجود ندارد. بیشتر بیماران با اولین اپیزود عفونت تب‌خال تناسلی، اپیزودهای راجعه‌ای از ضایعات تناسلی خواهند داشت. در بیشتر موارد اپیزودهای راجعه خودبه‌خود خوب میشوند و یا علائم اندکی دارند. اگر عودها مکرر باشد و یا علائم شدید داشته باشد و یا بیمار در اضطراب و نگرانی باشد درمان اپیزودیک توصیه میشود. درمان ضد ویروسی اپیزودیک یا مهارکننده، دوره ضایعات تناسلی را کوتاه‌می‌کند
رویکرد تشخیصی	<p>✓ تست های تشخیصی ویرولوژیک شامل کشت ویروس و PCR میشود ولی این تستها نیز حساسیت زیادی بویژه در موارد عفونتهای تکراری ندارند.</p> <p>✓ تست تزانک و پاپ اسمیر که از نظر سیتولوژی تغییرات سلولها را بررسی میکنند نیز غیر اختصاصی و غیر حساس است.</p> <p>✓ تستهای سرولوژی اختصاصی برای هر تیپ نیز در صورت در دسترس بودن قابل انجام است. آنتی بادی در چند هفته بعد از اولین عفونت ظاهر شده و تا آخر عمر باقی میمانند.</p> <p>تشخیص در بسیاری موارد بالینی است.</p>
درمان	<p>تمام بیماران در اولین اپیزود بالینی بیماری باید درمان ضد ویروسی دریافت نمایند.</p> <p>○ آسیکلوویر ۲۰۰ میلی گرم خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۱۰-۷ روز</p> <p><u>یا</u></p> <p>○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۱۰-۷ روز</p> <p><u>یا</u></p>

○ والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۱۰-۷ روز

اگر درمان اپیزودیک در دورهٔ مقدماتی بیماری یا اولین روز پس از بروز ضایعات شروع شود، برای بیشتر بیماران با علائم راجعه، مفید خواهد بود.

رژیم پیشنهادی در درمان تب خال راجعه تناسلی:

○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز

یا

○ آسیکلوویر ۲۰۰ میلی گرم خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۵ روز

یا

○ آسیکلوویر ۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۵ روز

یا

○ آسیکلوویر ۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۲ روز

یا

○ والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز

درمان روزانهٔ نگهدارنده، عود مکرر (۶ بار یا بیشتر در هر سال) تب خال تناسلی را تا ۷۰-۸۰٪ درصد کاهش می دهد.

رژیم پیشنهادی برای درمان نگهدارنده هرپس تناسلی:

○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز

یا

عفونت های آمیزشی

هرپس ژنیتال

○ والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در روز
درمان با آسیکلوویر وریدی برای موارد شدید بیماری یا عوارضی که نیاز به بستری میباشد (عفونت منتشر ، پنومونیت یا هپاتیت و منگوانسفالیت) باید در نظر گرفته شود

رژیم پیشنهادی برای درمان نگهدارنده در زنان حامله مبتلا به تبخال تناسلی راجعه:

○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز

یا

○ والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز

رژیم پیشنهادی برای هرپس اپیزودیک در بیماران HIV مثبت:

○ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۱۰-۵ روز

یا

○ والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۰-۵ روز

رژیم درمانی پیشنهادی در درمان نگهدارنده در افراد HIV مثبت:

○ آسیکلوویر ۸۰۰-۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳-۲ بار در روز

یا

○ والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز

عفونت های آمیزشی	
هرپس ژینتال	
بارداری	<ul style="list-style-type: none"> • اولین اپیزود بالینی تب‌خال تناسلی، باید با آسیکلوویر خوراکی درمان شود. زایمان واژینال در زنان مبتلا شده به تب‌خال اولیه تناسلی در محدوده زمانی نزدیک به زایمان، خطر آلودگی نوزاد را به دنبال دارد. مادران مبتلا به عود بیماری، از این نظر با خطر کمتری مواجه می‌شوند • درمان نگهدارنده (سرکوبگر) در اواخر بارداری (میتواند از هفته ۳۶ بارداری شروع شود) باعث کاهش عودهای تب‌خال تناسلی در زنان مبتلا به حملات راجعه هرپس تناسلی شده و متعاقب آن نیاز به سزارین را در این گروه کم میکند
توصیه‌ها	<p>◀ ضایعات ایجاد شده توسط هرپس در بیماران مبتلا به HIV میتواند شدید و دردناک و آنتی‌بیوتیک باشد. بنابراین شروع درمان ضد ویروسی در بیمار مبتلا به HIV و HSV به ویژه بسیار مهم است.</p> <p>◀ نکات زیر لازم است در جلسه مشاوره برای بیمار روشن شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱) آموزش در مورد سیر بیماری با تاکید بر راجعه بودن بیماری و انتشار ویروس بدون علامت ۲) امکان درمان نگهدارنده و یا اپیزودیک در موارد لازم ۳) ضرورت اطلاع به شریک جنسی ۴) احتمال انتقال بدون علامت بویژه طی ۱۲ ماه اول بعد از عفونت. ۵) پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود علامت و پرودروم ۶) امکان کاهش انتقال با مصرف مداوم و صحیح کاندوم ۷) ضرورت بررسی شریک جنسی از نظر ابتلا ۸) احتمال انتقال مادر به کودک باید به تمامی افراد گوشزد شود. زنان باردار غیر مبتلا باید از برقراری روابط جنسی با غیر از همسر سالم در سه ماهه آخر بارداری خودداری کنند. این مسئله شامل تماس جنسی دهانی نیز میگردد.

راهنمای سریع مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی

عفونت های آمیزشی	
هرپس ژنیتال	
پیگیری	↩ با بروز ضایعات مجدد، برای ارزیابی و درمان مراجعه کند.
درمان شریک جنسی	↩ بهتر است شریک یا شرکای جنسی فرد مبتلا به تبخال تناسلی مورد بررسی و مشاوره قرار گیرند. اگر علامتدار باشند باید درمان صورت گیرد. از افراد بدون علامت در خصوص سابقه ضایعه تناسلی باید سوال شود

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت های آمیزشی	
شانکروئید	
عامل بیماری	عفونت باکتریایی که باعث ایجاد زخم تناسلی میشود. عامل ایجاد کننده آن هموفیلوس دوکری میباشد
علائم	یک زخم دردناک همراه با تورم دردناک و چرکی غدد لنفاوی کشاله ران است. در بیماران مبتلا به زخم های عمیق ، علیرغم درمان موثر ، اسکار زخم ممکن است با تاخیر بهبودی یابد
رویکرد تشخیصی	تشخیص قطعی بیماری شانکروئید با جدا نمودن هموفیلوس دوکری در محیط کشت اختصاصی است که بصورت معمول در دسترس نیست و حساسیت کمتر از ۸۰ درصد دارد. از تست تشخیصی PCR نیز میتوان جهت تشخیص بیماری بهره برد ولی در اغلب موارد تشخیص شانکروئید بر اساس علائم بالینی میباشد. وجود همه معیار های زیر موید تشخیص شانکروئید است: (۱) وجود یک یا چند زخم تناسلی دردناک (۲) لنفادنوپاتی دردناک کشاله ران به همراه نمای بالینی خاص زخم (۳) عدم مثبت شدن تست های آزمایشگاهی سیفیلیس (۴) HSV PCR منفی از آگزودای زخم
درمان	○ آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دُز <u>یا</u> ○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق عضلانی تک دُز <u>یا</u> ○ سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای سه روز <u>یا</u> ○ اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز برای هفت روز

عفونت های آمیزشی	
شانکروئید	
توصیه ها	<p>◀ زمان لازم برای بهبودی زخم به وسعت زخم نیز بستگی دارد. زخم های بزرگ شاید تا دو هفته زمان برای بهبودی کامل ، زمان لازم داشته باشند.</p> <p>◀ در غدد لنفاوی مخصوصا اگر همراه با ترموج باشند نسبت به زخم ، بهبود با تاخیر بیشتری همراه است و شاید احتیاج به انجام آسپیراسیون یا درناژ بوسیله انسیزیون داشته باشد.</p>
پیگیری	<p>◀ بیماران ۳ تا ۷ روز بعد از درمان لازم است معاینه شوند.</p>
درمان جنسی شریک	<p>◀ شریک جنسی بیمار مبتلا به عفونت شانکروئید نیز لازم است معاینه شده و در صورتی که طی ده روز قبل از شروع زخم تناسلی با بیمار رابطه جنسی داشته است ، لازم است علیرغم عدم وجود علائم بالینی درمان شود.</p>

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت‌های آمیزشی	
گونوره	
عامل بیماری	نیسریا گونوره آیک دیپلوکوک گرم منفی و عفونتی باکتریال و شایع است که که منحصر از طریق تماس جنسی و یا از مادر به فرزند در زمان تولد منتقل میشود.
علائم	<p>بسته به محل ورود باکتری، علائم ممکن است در ناحیه دستگاه تناسلی، مقعد و یا حلق بروز کند.</p> <p>التهاب مجرای ادرار تظاهر اصلی در مردان است که معمولاً ۵-۲ روز بعد از تماس بروز میکند. علائم بیمار شامل ترشح از مه آ و سوزش ادرار است ترشح غالباً حجیم و چرکی یا چرکی مخاطی است. عوارض در مردان بصورت اپیدیدیمیت، آبسه اطراف مجرا یا پروستاتیت است.</p> <p>در زنان، اندوسرویکس شایعترین محل ورود عفونت است. علائم در طول ۱۰ روز پس از تماس بروز میکند. علائم بصورت ترشح از مهبل، درد و سوزش ادرار، خونریزی بین دو قاعدگی بروز میکند. همانطور که گفته شد بسیاری از موارد آلودگی در زنان بدون علامت است. آلودگی در زن باردار میتواند منجر به عفونت نوزاد شود و کنژنکتیویت نوزادی ایجاد کند.</p> <p>حدود یک سوم مبتلایان به درگیری سرویکس با گونوره، دچار بیماری التهابی لگنی (PID) می شوند که ناشی از درگیری قسمتهای فوقانی دستگاه تناسلی یعنی رحم، لوله های فالوپ و/یا تخمدن نه است. شکایتهای بیمار شامل درد شکمی یا لگنی، خونریزی غیر طبیعی واژینال و نزدیکی دردناک است. در معاینه نیز تندرئس سرویکس، رحم و/یا تخمدانها مشاهده می شود.</p> <p>پروکتیت: در مردان عفونت تقریباً همیشه ناشی از نزدیکی مقعدی مفعولی است. مردان مبتلا دچار درد آنورکتال، یبوست، تنموس و ترشح رکتال می شوند. در زنان عفونت رکتوم اغلب موارد بی علامت است و در صورت علامت دار شدن، بیمار دچار خارش، ترشح رکتال، احساس پری در رکتوم و دفع دردناک است.</p> <p>عفونت بدون عارضه حلق: عفونت حلق غالباً بی علامت است. اما گاه بیمار با فارنژیت مراجعه می کند. در مبتلایان به عفونت های اوروژنیال گونوکوکی که نزدیکی دهانی نیز داشته اند، درمان باید با رژیم باشد که به طور موثری عفونت حلق را درمان کند و حاوی سفالوسپورین باشد.</p> <p>پری هپاتیت نیز از عوارض دیگر عفونت گونوکوکی است که با درد قسمت فوقانی شکم و شبیه به کوله سیستیت ظاهر می شود.</p>

عفونت های آمیزشی	
گنوره	
<p>✓ می توان از کشت ترشحات یا NAAT استفاده نمود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای کشت می توان از سواب ترشحات پیشابراه در مردان یا ترشحات اندوسرویکس در زنان استفاده نمود. برای کشت از نمونه رکتوم، حلق و ملتحمه هم می توان استفاده کرد • برای NAAT بسته به توصیه های کارخانه سازنده کیت NAAT می توان از سواب اندوسرویکس، سواب واژینال، سواب پیشابراه، یا نمونه ادرار استفاده کرد <p>در مردان اسمیر از ترشحات از حساسیت (۹۵٪) و اختصاصیت (۹۹٪) برخوردار بوده، و مشاهده دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی در سلولهای پلی مرفونوکلوتر باید به عنوان عفونت گونوکوکی در نظر گرفته شود</p>	<p>رویکرد تشخیصی</p>
<p>درمان انتخابی:</p> <p>○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم عضلانی تک‌دُز، همراه با آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک‌دُز</p> <p>درمان آلترناتیو:</p> <p>○ سفکسیم ۴۰۰ میلی گرم خوراکی تک‌دُز، همراه با آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک‌دُز</p> <p>○ سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم عضلانی تک‌دُز، در صورت حساسیت به آزیترومایسین، داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم دو بار در روز برای ۷ روز</p> <p>در صورت آلرژی به سفالوسپورین ها:</p> <p>○ ژمی فلوکساسین ۳۲۰ میلی گرم خوراکی تک‌دُز همراه با آزیترومایسین دو گرم خوراکی تک‌دُز</p>	<p>درمان</p>

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت‌های آمیزشی	
گونه‌ها	
<p>درمان موارد شکست درمان:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اسپکتینومایسین ۲ گرم عضلانی تک دُز همراه با آزیترومایسین ۲ گرم خوراکی تک دُز (احتمال تهوع بالاست) ○ جتتامایسین ۲۴۰ میلی گرم عضلانی تک دُز همراه با آزیترومایسین ۲ گرم خوراکی تک دُز (احتمال تهوع بالاست) 	
<p> < پابندی به درمان اهمیت بسیاری دارد. برای افزایش پابندی به درمان، درمان باید تحت نظارت مستقیم مصرف شود. < برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به بیماران تحت درمان، باید آموخت که تا 7 روز پس از شروع درمان و رفع کلیه علائم و درمان کلیه شرکاء جنسی، نزدیکی نکنند. < کینولون‌ها در حاملگی منع مصرف دارند. سفالوسپورین‌ها در این حالت درمان انتخابی هستند. </p>	<p>توصیه‌ها</p>
<p> < در بیماران مبتلا به یورترویت، پروکتیت یا سرویسیت، در مواردی که پس از درمان علائم باقی مانده است، شرح حال از نظر درمان ناکافی یا عدم درمان کلامیدیا باید بررسی شود. در صورت وجود امکانات، کشت و آنتی بیوگرام گنوکوک توصیه اکید می‌شود. در بسیاری از موارد وجود علائم پس از درمان به علت ابتلای مجدد است. این موضوع ضرورت آموزش و مشاوره برای تغییر رفتار و نیز درمان همزمان شریک جنسی را مطرح می‌کند. </p>	<p>پیگیری</p>
<p> < کلیه شرکای جنسی در ۶۰ روز قبل از شروع علائم باید بررسی و برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند. در مواردی که آخرین تماس جنسی قبل از این مدت بوده، آخرین شریک جنسی باید درمان شود. </p>	<p>درمان شریک جنسی</p>

عفونت های آمیزشی	
کلامیدیا	
عامل بیماری	کلامیدیا تراکوماتیس
علائم	علائم در مردان شامل درد در حین ادرار کردن و ترشح آبکی بوده، گاه بدون علامت است. عوارض آن عبارتست از التهاب پروستات، بیضه و اپیدیدیم. در زنان علائم شامل خارش و سوزش دستگاه تناسلی، ترشح، درد خفیف لگنی و خونریزی بین دو عادت ماهانه است. اکثر زنان بدون علامت هستند. مهمترین عارضه آن در زنان PID است.
رویکرد تشخیصی	✓ تشخیص می تواند در زنان سواب اندوسرویکس، واژن یا نمونه اول ادرار و در مردان سواب پیشابراه یا یا نمونه اول ادرار صورت گیرد. NAAT حساس ترین روش تشخیصی و روش توصیه شده معمول است.
درمان	<p>درمان انتخابی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آزیترومایسین یک گرم تک‌دُز <u>یا</u> ○ داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز <p>درمان آلترناتیو:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اریترومایسین ۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز <u>یا</u> ○ لوفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه برای ۷ روز <u>یا</u> ○ اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷ روز <p>رژیم‌های پیشنهادی در عفونت کلامیدیایی در بارداری:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۳ بار در روز برای ۷ روز

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت های آمیزشی	
کلامیدیا	
○ اریترومايسين ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز یا آزیترومایسین یک گرم تک‌دُز.	
<p>◀ داکسی‌سایکلین (و سایر تتراسایکلین‌ها) و اوفلوکساسین در بارداری منع مصرف دارند.</p> <p>◀ اریترومايسين استولات در جریان بارداری به دلیل عارضه مسمومیت کبدی آن، منع مصرف دارد. بدین ترتیب، فقط اریترومايسين خالص یا اریترومايسين به شکل اتیل سوکسینات باید به کار رود.</p>	توصیه ها
◀ پذیرش رژیم درمانی ۷ روز حیاتی است و پیگیری پایبندی به درمان اهمیت زیادی دارد	پیگیری
◀ کلیه شرکای جنسی در ۶۰ روز قبل از شروع علائم باید بررسی و برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند. در مواردی که آخرین تماس جنسی قبل از این مدت بوده، آخرین شریک جنسی باید درمان شود	درمان شریک جنسی

عفونت های آمیزشی	
تریکومونیاژیس	
عامل بیماری	تریکوموناس واژینالیس
علائم	<p>افراد علامتدار با علائمی چون ترشحات فراوان زرد - سبز رنگ، کف آلود، بد بو و التهاب و خارش واژن تظاهر می کند.</p> <p>اغلب مردان مبتلا بی علامت هستند، اما ممکنست ترشحات مجرا داشته باشند. در موارد بدون علامت یا با علائم مختصر، بدون درمان ممکنست ماهها تا سالها عفونت در فرد باقی بماند و طبعاً از طریق تماس جنسی بدون کاندوم می تواند منتقل شود.</p> <p>دوش واژینال خطر ابتلا به تریکوموناس واژینالیس را افزایش می دهد.</p> <p>ابتلا به تریکوموناس واژینالیس خطر انتقال HIV را ۲-۳ برابر افزایش می دهد و نیز در زنان باردار باعث زایمان زودرس و سایر عوارض نامطلوب بارداری می شود. در مبتلایان به HIV تریکومونیاژیس خطر انتقال HIV را افزایش می دهد.</p> <p>ابتلا به تریکوموناس واژینالیس در بارداری منجر به عوارض نامطلوبی چون پارگی زود هنگام کیسه آب، زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن پایین می شود</p>
رویکرد تشخیصی	<p>✓ شایعترین تست مورد استفاده برای تشخیص تریکومونیاژیس، Wet mount ترشحات واژینال است که حساسیت آن در ترشحات پیشابراهی مردان کمتر نیز هست. پاپ اسمیر هرگز روش پذیرفته شده ای برای یافتن تریکوموناس نیست.</p> <p>✓ روش مولکولی (NAAT) بسیار حساس است و ۳-۵ برابر احتمال شناسایی تریکوموناس را در مقایسه با Wet mount (۶۵-۵۱٪) افزایش می دهد و حتی جایگزین کشت که استاندارد طلایی تشخیص تریکوموناس بود، شده است.</p> <p>✓ تست سریع شناسایی آنتی ژن تریکوموناس (OSOM) که در مدت ۱۰ دقیقه نتیجه آن معلوم می شود و از حساسیت (۹۵-۸۲٪) و ویژگی بالایی برخوردار است (۱۰۰-۹۷٪).</p>
درمان	<p>درمان انتخابی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مترونیدازول: ۲ گرم دُز واحد <u>یا</u> ○ تینیدازول: ۲ گرم دُز واحد

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت های آمیزشی	
تریکومونیاژیس	
<p>درمان جایگزین:</p> <p>○ مترونیدازول: ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز (این رژیم اغلب در زنان مبتلا به HIV و نیز سایر زنان با عفونتهای مکرر و احتمال مقاومت دارویی استفاده می شود)</p> <p>درمان تریکوموناس واژینالیس در زنان مبتلا به HIV:</p> <p>○ ترجیحا مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت بمدت ۷ روز است و از درمان تک دُز استفاده نمی شود.</p>	
<p>↖ در موارد تریکومونیاژیس مکرر باید در مورد احتمال تریکوموناس مقاوم یا ابتلا مکرر فکر کرد. در ۴-۱۰ درصد موارد تریکوموناس واژینالیس به مترونیدازول و یک درصد موارد به تینیدازول مقاوم است</p>	توصیه ها
<p>↖ به دلیل میزان قابل توجه عفونت مکرر در میان زنان مبتلا به تریکومونیاژیس، معاینه مجدد (و در صورت امکان آزمایش) برای تمام زنان درمان شده در طی سه ماه پس از درمان توصیه می شود.</p>	پیگیری
<p>↖ درمان در زمان بارداری در زنان علامت‌دار با رژیم مشابه سایرین توصیه می شود.</p> <p>↖ استفاده از مترونیدازول در بارداری و شیردهی ممنوعیتی ندارد فقط اگر برای مادر شیرده دُز واحد ۲ گرم یکجا تجویز شود، بهتر است ۲۴-۱۲ ساعت شیر دهی را متوقف کند.</p> <p>↖ استفاده از تینیدازول در حاملگی ممنوع است و در صورت مصرف در شیردهی، تا ۷۲ ساعت پس از مصرف دُز ۲ گرم دارو، باید از شیردهی پرهیز شود.</p>	بارداری
<p>↖ درمان همزمان شریک (شرکاء) جنسی با همان رژیم دارویی فرد تحت درمان الزامیست.</p>	درمان شریک جنسی

عفونت های آمیزشی	
واژینوز باکتریال	
عامل بیماری	یک سندرم بالینی ناشی از جایگزینی لاکتوباسیل های طبیعی مولد پراکسید هیدروژن در واژن با باکتریهای بیهوازی (نظیر گونه های پروتلا و موبیلونکوس)، گاردنلا واژینالیس، اروپلازما، مایکوپلازما با غلظت های بالاست
علائم	ترشحات واژینال رقیق و سفید/زرد رنگ و بد بو
رویکرد تشخیصی	<p>✓ تشخیص واژینوز باکتریال با علائم بالینی یا رنگ آمیزی گرم است. استاندارد طلایی تشخیص، رنگ آمیزی گرم و دیدن باکتریهای مولد بیماری است.</p> <p>✓ حداقل سه مورد از کرایتریای بالینی برای تشخیص لازم است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ترشحات یکدست، رقیق و سفید رنگ که به نرمی دیواره واژن را پوشانده است • در بررسی میکروسکوپی سلولهای Clue دیده می شود (سلولهای اپیتلیال واژینال که کوکوباسیل ها به آن چسبیده اند) • $\text{PH} > 4.5$ ترشحات واژینال • تست whiff: ترشحات واژینال بوی ماهی می دهد (قبل یا بعد از اضافه کردن ۱۰٪ KOH)
درمان	<ul style="list-style-type: none"> ○ قرص مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ژل مترونیدازول ۰/۷۵ درصد، روزی یک اپلیکاتور پر برای ۵ روز <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ کرم کلیندامایسین ۲٪ شبی یک اپلیکاتور پر برای ۷ روز <p>یا</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ قرص تینیدازول ۲ گرم روزانه برای ۲ روز

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت های آمیزشی	
واژینوز باکتریال	
توصیه ها	<ul style="list-style-type: none"> ◀ در طول درمان با نیتروایمیدازول ها (مترونیدازول یا تینیدازول) و تا ۲۴ ساعت بعد از آخرین دُز دارو، از مصرف الکل خودداری شود. ◀ باید تا تکمیل درمان، از نزدیکی پرهیز کرده و یا از کاندوم استفاده کنند. از دوش واژینال پرهیز کنند. ◀ کرم کلینداماسین بدلیل اینکه پایه چربی دارد ممکنست باعث تضعیف کاندوم لاتکس شود و تا ۵ روز پس از استفاده از آن، اثرش باقی بماند و باید به بیمار گوشزد نمود.
پیگیری	<ul style="list-style-type: none"> ◀ در صورت برطرف شدن علائم نیاز به پیگیری ندارد و با توجه به تداوم یا عود مکرر علائم، به بیمار گوشزد می شود که در صورت بروز علائم، مجدداً مراجعه کند.
بارداری	<ul style="list-style-type: none"> ◀ درمان در زمان بارداری در زنان علامتدار با رژیم مشابه سایرین توصیه می شود. ◀ استفاده از مترونیدازول در بارداری و شیردهی ممنوعیتی ندارد، فقط اگر برای مادر شیرده دُز واحد 2g یکجا تجویز شود، بهتر است ۱۲-۲۴ ساعت شیر دهی را متوقف کند.
درمان شریک جنسی	<ul style="list-style-type: none"> ◀ درمان روتین همسر توصیه نمی شود.

عفونت های آمیزشی	
کاندید یازیس	
عامل بیماری	کاندیدا آلیکنس
علائم	<p>۲۰٪ زنان مبتلا به ولوواژینیت کاندیدایی بی علامت هستند. در صورت بروز علائم معمولا خارش vulva (فرج)، سوزش، درد در حین نزدیکی، سوزش ادرار خارجی و ترشحات آب پنیری واژینال است. در معاینه قرمزی ناحیه یا خراشهای ناشی از خارش شدید و ادم پیدا می شود.</p> <p>در صورتیکه در طی یکسال ۴ مرتبه یا بیشتر فرد دچار واژینیت کاندیدایی شود، بعنوان کاندید یازیس مکرر نامیده می شود. در این شرایط معمولا دوره درمان کوتاه مدت برای پاسخ بالینی مناسب کافی نیست.</p>
رویکرد تشخیصی	<p>✓ اسمیر مرطوب (سالین، 10% KOH)، رنگ آمیزی گرم ترشحات که هیفا، پسودو هیفا و جوانه ها را نشان می دهد.</p> <p>✓ کشت ترشحات و یا سایر تکنیکهای حساس تر تشخیصی</p> <p>✓ معمولا PH واژن طبیعی است (PH<4.5).</p>
درمان	<p>درمان انتخابی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ کرم کلوتریمازول ۲٪ داخل واژینال برای ۳ روز یا ○ کرم کلوتریمازول ۱٪ داخل واژینال برای ۱۴-۷ روز یا ○ کرم میکونازول ۴٪ داخل واژینال یا شیاف ۲۰۰ میلی گرم برای ۳ روز یا ○ کلوتریمازول واژینال ۵۰۰ میلی گرم بعنوان دُز واحد یا ○ نیستاتین واژینال ۱۰۰ هزار واحد روزانه ۱۴ روز

بخش دوم - عفونت‌های آمیزشی شایع

عفونت های آمیزشی	
کاندید یازیس	
<p>یا</p> <p>○ فلوکونازول ۱۵۰ میلی گرم خوراکی دُز واحد</p> <p>درمان کاندید یازیس مکرر یا کاندید یازیس شدید:</p> <p>○ کرم کلوتریمازول ۱٪ داخل واژینال برای ۷-۱۴ روز</p> <p>یا</p> <p>○ فلوکونازول ۱۵۰-۲۰۰ میلی گرم برای سه نوبت در روزهای ۱ و ۴ و ۷</p>	
<p>◀ کرم های واژینال مورد استفاده برای درمان همگی پایه چربی دارند و ممکنست باعث پارگی کاندوم شوند.</p> <p>◀ عوامل مستعد کننده نظیر استفاده از آنتی بیوتیک ها و نیز محلولهای ضد عفونی کننده واژینال یا دوش واژینال باید تا حد امکان کاهش یابد. درمان همزمان با فلوکونازول یا نیستاتین خوراکی برای از بین بردن کانون روده ای توصیه نمی شود.</p> <p>◀ عوامل مستعد کننده دیگر شامل دیابت کنترل نشده، ابتلا به HIV، نقص ایمنی و مصرف کورتون است.</p>	توصیه ها
<p>◀ ندارد</p>	پیگیری
<p>◀ ولوواژینیت کاندیدایی معمولا جزء بیماریهای آمیزشی نیست و درمان همسر توصیه نمی شود. اما در موارد خاص در زنانی که مکررا دچار کاندیدا می شوند، ممکنست توصیه به درمان همزمان همسر شود. تعدادی از این مردان بالانیت کاندیدایی دارند که با قرمزی و التهاب گلنس پنیس تظاهر می کند.</p>	درمان شریک جنسی

عفونت های آمیزشی	
زگیل تناسلی	
<p>عامل بیماری</p>	<p>زگیل تناسلی که به نام کوندیلوما آکومیناتا هم نامیده میشود، توسط انواع متنوعی از ویروس HPV ایجاد می‌شود. انواع انکوژن و پرخطر این ویروس (شامل انواع ۱۸ و ۱۶) میتواند با بدخیمی یا پیش بدخیمی در دهانه رحم، پنیس، ولوو، آنال، واژینال و اوروفارنکس ارتباط داشته باشند. در حالیکه انواع غیر انکوژن و کم خطر (شامل انواع ۱۱ و ۶) عامل ایجاد کننده بیشتر از ۹۰٪ موارد زگیلهای تناسلی و پاپیلوماتوز راجعه تنفسی هستند. زگیلهای تناسلی معمولاً از طریق جنسی انتقال می‌یابند ولی انتقال مادر به فرزند در حین زایمان هم میتواند رخ دهد.</p>
<p>علائم</p>	<p>زگیلهای تناسلی معمولاً به صورت ضایعات منفرد یا متعدد ظاهر میشوند و بدون درد هستند. زگیلهای نرم و غیر شاخی در مناطق گرم و مرطوب بدون پوست رشد میکنند، در حالیکه زگیلهای سفت و شاخی در نواحی خشک و مودار پوست دیده میشوند. زگیلها بدون درد بوده و عوارض شدیدی ندارند، مگر در شرایطی که ایجاد انسداد نمایند و مخصوصاً در زنان حامله. گاهی زگیلها نمای گل کلمی ایجاد میکنند. در حاملگی و در صورتی که ترشح داشته باشند، زگیلها میتوانند به سرعت رشد کرده و پخش شوند. در مردان مناطق شایع بروز زگیل تناسلی شامل پنیس، پرینه، مقعد، داخل مجرای ادراری و مناطق زیر ختنه گاه می باشد و در زنان ولوو، دیواره واژن، پرینه و مقعد و دهانه رحم مناطق شایع بروز زگیل تناسلی هستند.</p>
<p>رویکرد تشخیصی</p>	<p>✓ تشخیص HPV اغلب بالینی است، ولی میتوان در موارد مشکوک با انجام بیوپسی به تشخیص قطعی رسید. تست مولکولی HPV-PCR برای تشخیص توصیه نمیشود.</p>

عفونت های آمیزشی	
زگیل تناسلی	
<p>برای زگیل تناسلی هیچ درمان دارویی ضدویروسی اختصاصی وجود ندارد و هیچ درمانی کاملاً علاج‌بخش نیست. با درمان موضعی میتوان زگیل را از بین برد، ولی احتمال عود و بازگشت وجود دارد.</p> <p>زگیل تناسلی میتواند ظرف یکسال خودبخود رفع گردد. لذا میتوان در برخی بیماران بدون درمان بیمار را پیگیری نمود. درمانهایی که در حال حاضر برای زگیل تناسلی وجود دارد با رفع ضایعات عفونت زایی را کاهش میدهد ولی خطر آن را برطرف نمی کند.</p> <p>درمانهایی که توسط خود بیمار انجام میشود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کرم ۵٪ ایمی کوئیمود ○ استعمال کرم ایمی کوئیمود ۵٪ توسط انگشت، ۳ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته. شب‌ها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود. (محل تماس باید با آب و صابون، ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از مصرف شسته شود). • ژل یا محلول ۰٫۵٪ پدوفیلوکس ○ استفاده از محلول یا ژل پدوفیلوکس ۰٫۵٪، میتواند توسط خود بیمار با یک سواپ پنبه ای به زگیلهای قابل رویت دو بار در روز برای ۳ روز مالیده شود و اگر نیاز به تکرار بود، پس از ۴ روز دوباره این سیکل را تکرار کند. ۴-۵ بار میتواند این سیکل را تکرار نماید. حجم کلی پدوفیلین/پدوفیلوتوکسین نباید بیشتر از ۰٫۵ میلی لیتر در روز باشد و سطح کلی منطقه مورد درمان نباید بیشتر از ۱۰ سانتی متر مربع باشد. <p>درمانهایی که توسط پزشک انجام میشود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کرایوتراپی با نیتروژن مایع یا کرایو پروب • جراحی با هر یک از تکنیکهای کورتاژ، الکتروسرجری، لیزر، 	<p>درمان</p>

عقون‌های آمیزشی

زگیل تناسلی

پیشگیری

- ◀ استفاده صحیح و همیشگی از کاندوم و محدود کردن شرکای جنسی می‌تواند خطر ابتلا را کاهش دهد ولی به طور کامل پیشگیری کننده نیست.
- ◀ برای پیشگیری از ابتلا به HPV دو نوع واکسن موجود می‌باشد. واکسن دو ظرفیتی سرواریکس که دو تایپ ۱۶ و ۱۸ ویروس را پوشش می‌دهد (که ۷۰٪ سرطانهای دهانه رحم با این دو تیپ ارتباط دارند) و واکسن ۴ ظرفیتی گارداسیل که علیه چهار تیپ ۱۱ و ۶ و ۱۶ و ۱۸ محافظت میکند.
- ◀ واکسن برای دختران ۱۱-۱۲ سال توصیه میشود و میتوان از سن ۹ سالگی واکسیناسیون را شروع کرد. واکسن بیشترین اثربخشی را در شرایطی دارد که قبل از شروع فعالیت جنسی دریافت شده باشد. برای زنان و دخترانی که قبل از سن ۱۳-۲۶ سال واکسن دریافت نکرده اند و یا واکسیناسیون آنها کامل نیست نیز توصیه می‌گردد.
- ◀ واکسن چهار ظرفیتی برای پسران و مردان ۱۳-۲۱ سال توصیه میگردد و میتوانند از ۹ سالگی هم شروع نمایند.
- ◀ مردان MSM یا مردان و پسران دارای بیماریهای ضعف ایمنی مانند HIV نیز در صورتی که واکسیناسیون کامل نداشته اند یا واکسن تاکنون نزده باشند تا ۲۶ سالگی میتوانند این واکسنها را دریافت نمایند.
- ◀ این واکسنها برای زنان حامله توصیه نمیشود. همچنین برای زنان و مردان بالای ۲۶ سال هم توصیه نمیشود.
- ◀ همه این واکسنها در سه دُز تجویز میشوند که در یک دوره ۶ ماهه کامل میگردد. نوبت دوم ۱-۲ ماه بعد از نوبت اول و نوبت سوم ۶ ماه بعد از نوبت اول تجویز میشود.
- ◀ زنانی که علیه HPV واکسینه شده اند، هم باید غربالگری روتین برای سرطان دهانه رحم را انجام دهند چرا که واکسن تمام تیپهای انکوژن HPV را پوشش نمیدهد.

عفونت‌های آمیزشی	
زگیل تناسلی	
توصیه‌ها	<p>◀ بیشتر افرادی که مبتلا به HPV میشوند بدون عارضه خاصی به طور کامل از ویروس پاک میشوند. اگر فردی ویروس از بدنش پاک نشود ممکن است مبتلا به زگیل تناسلی و یا ضایعات سرطانی یا پیش سرطانی در ناحیه تناسلی و یا حتی سر و گردن شود.</p> <p>◀ آلودگی به ویروس میتواند در طی تماس جنسی دهانی و نیز تماس جنسی بدون دخول هم رخ دهد. این ویروس میتواند از مادر حامله به نوزادش در حین زایمان منتقل شود.</p> <p>◀ زنان آلوده به HPV میتوانند باردار شوند و دوران بارداری طبیعی داشته باشند.</p> <p>◀ زنان مبتلا به زگیل تناسلی نیاز به انجام تست پاپ اسمیر بیشتر از زنان دیگر ندارند.</p> <p>◀ اگر زگیل تناسلی درمان نشود ممکن است سه حالت رخ دهد: خودبخود رفع شود، بدون تغییر باقی بماند، تعداد و اندازه اش بزرگتر شود.</p> <p>◀ درمان ضایعات را از بین می برد ولی ویروس میتواند تا مدتها در بدن باقی بماند. لذا عود بیماری خصوصا در سه ماه اول بعد از درمان شایع است.</p> <p>◀ اگر کاندوم به صورت مداوم و صحیح استفاده شود میتواند شانس انتقال را به شریک جنسی کمتر نماید. در هر حال کاندوم همه قسمتهای ناحیه تناسلی را نمی پوشاند ولذا نمیتواند به طور کامل محافظت کننده باشد</p>
پیگیری	<p>◀ در بیشتر بیماران مبتلا به زگیلهای تناسلی -مقعدی ظرف سه ماه از شروع درمان پاسخ بالینی مناسب دیده میشود. عواملی که میتوانند روی پاسخ به درمان نقش داشته باشند شامل ضعف سیستم ایمنی و همکاری بیمار است .</p> <p>◀ در کل زگیلهایی که در چینهای پوستی و یا مناطق مرطوب تناسلی قرار دارند پاسخ بهتری به درمانهای موضعی میدهند. در صورتیکه پاسخ بالینی مناسب بعد از تکمیل یک دوره درمانی با یک روش دیده نشد و یا در صورتی که روش به کار برده شده عوارض جانبی جدی داشت میتوان روش درمان را عوض نمود.</p> <p>◀ هایپوپیگمانتاسیون و هایپرپیگمانتاسیون پوست میتواند از عوارض کرایوتراپی و الکتروسرجری و یا ایمی کوئیمود باشد.</p>

عفونت های آمیزشی	
زگیل تناسلی	
<p>◀ فرد مبتلا به زگیل تناسلی باید شریک یا شرکای جنسی اش را مطلع نماید.</p> <p>◀ شرکای جنسی چنین فردی نیز باید مشاوره شوند . هرچند شرکای جنسی هم ممکن است علیرغم بدون علامت بودن آلوده شده باشند ولی انجام تست HPV-PCR در اینها توصیه نمی‌شود.</p> <p>◀ به شرکای جنسی توصیه می‌شود تحت یک معاینه دقیق قرار گرفته و از نظر سایر بیماریهای مقاربتی بررسی شوند.</p> <p>◀ در خصوص شرکای جنسی که فرد مبتلا به زگیل تناسلی در آینده خواهد داشت توصیه ای وجود ندارد چرا که مدت زمان باقی ماندن ویروس در بیماران بعد از رفع ضایعات نامعلوم است.</p>	<p>درمان شریک جنسی</p>