





عفونت های آمیزشی

دکتر بهاره روح الهی
پزشک مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری نواب صفوی

براساس راهنمای کشوری مراقبت و درمان عفونت های آمیزشی سال ۱۴۰۱

مقدمه

عفونت های آمیزشی (STIs) به عفونت هایی گفته می شود که عموماً از طریق تماس جنسی انتقال می یابند و می توانند باعث بیماریهای آمیزشی (STDs) شوند.

مقدمه

بیش از ۳۰ ویروس، باکتری و انگل مختلف می تواند از طریق تماس هاس جنسی واژینال، آنال و دهانی منتقل شود.

مهمترین آنها شامل نایسریا گنوره، کلامیدیا تراکوماتیس، هموفیلوس دوکره ای، کلبسیلا گرانولوماتیس، تریپونما پالیدوم، مایکوپلاسماها، تریکوموناس واژینالیس، ویروس هرپس سیمپلکس (HSV)، ویروس پاپیلوما ی انسانی (hpv)، HIV، HBV

نکات کلیدی

- روزانه بیش از یک میلیون نفر در سنین ۱۵-۴۹ سال به بیماری های آمیزشی مبتلا می شوند که اغلب آنها بی علامت می باشند
- ۳۷۴ میلیون ابتلا جدید به یکی از چهار بیماری آمیزشی تریکومونیا، کلامیدیا، گونوره، سیفلیس در سال ۲۰۲۰ رخ داده است.
- بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در سنین ۱۵-۴۹ سال در سال ۲۰۲۰ دارای عفونت تناسلی با ویروس هرپس سیمپلکس (تبخال) بودند
- حدود ۳۰۰ میلیون زن مبتلا به HPV هستند
- حدود ۲۹۶ میلیون نفر در جهان HBV مزمن دارند

WHO, Sexually transmitted infections (STIs), 2025

چشم انداز مشکل

- ▶ بیماری های آمیزشی تأثیر بسیار عمیقی بر بهداشت باروری- جنسی در سراسر جهان دارند.
- ▶ بیماریهایی نظیر تبخال تناسلی، سیفلیس و گنوره، خطر ابتلا به HIV را افزایش می دهند
- ▶ عوارض نوزادان آسیب دیده از بیماری های آمیزشی شامل سقط جنین، مرگ نوزاد، نارس بودن و وزن کم، سپسیس نوزادی، کنژکتیویت نوزادی و دفورمیتی های مادرزادی می باشد
- ▶ خطر ارتباط HPV با سرطان های مردان و زنان
- ▶ بروز ناباروری

STD Rates by Country (2023)

wisevoter

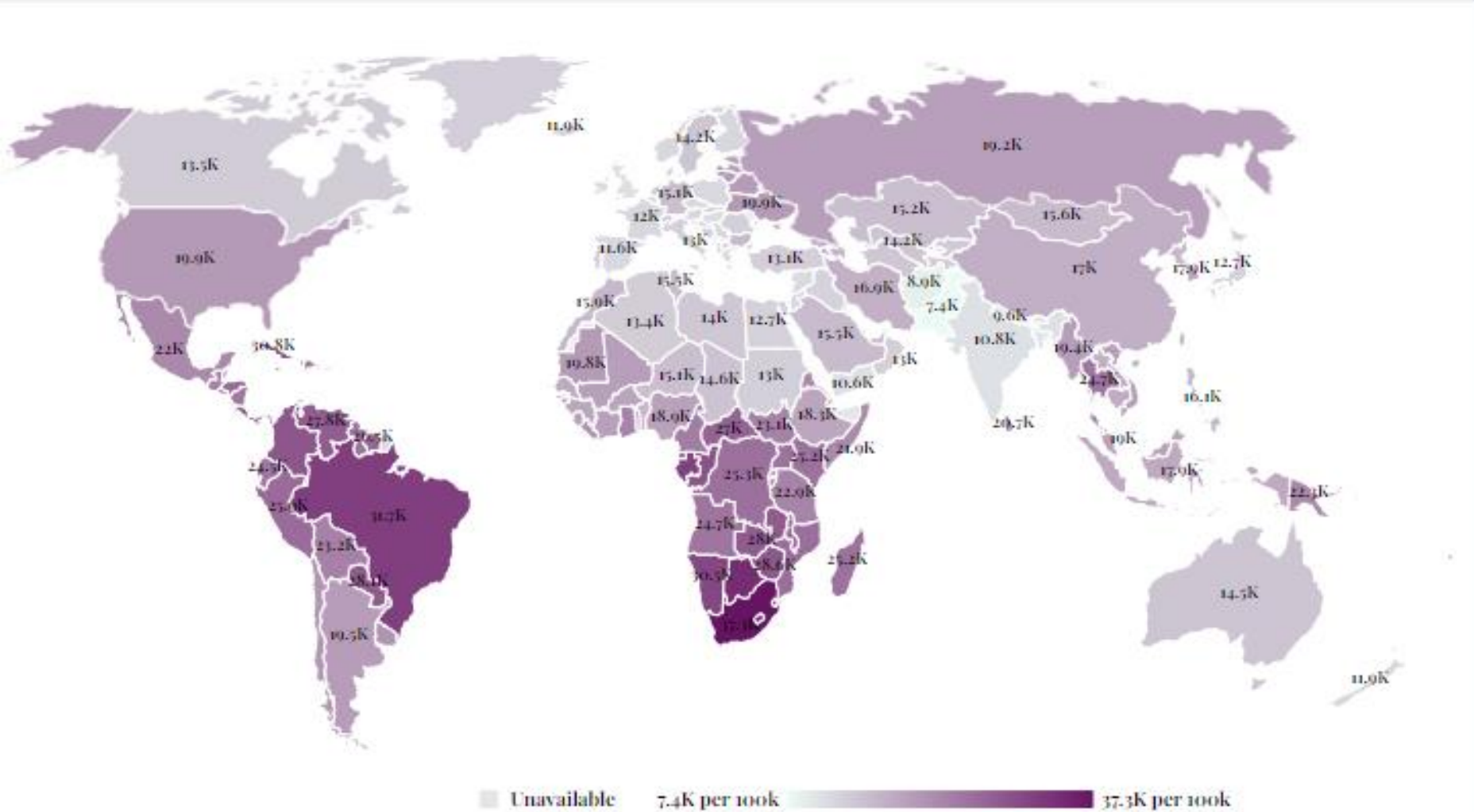


18,801 per 100k
Std Rate
Global Average

1.0%
Hiv Prevalence
Global Average

69
Health Score
Global Average

54
Care System Score
Global Average



STD Rate ?





Iran

16,874.3 per 100k

STD Rate

#110 Ranked in the World

0.03%

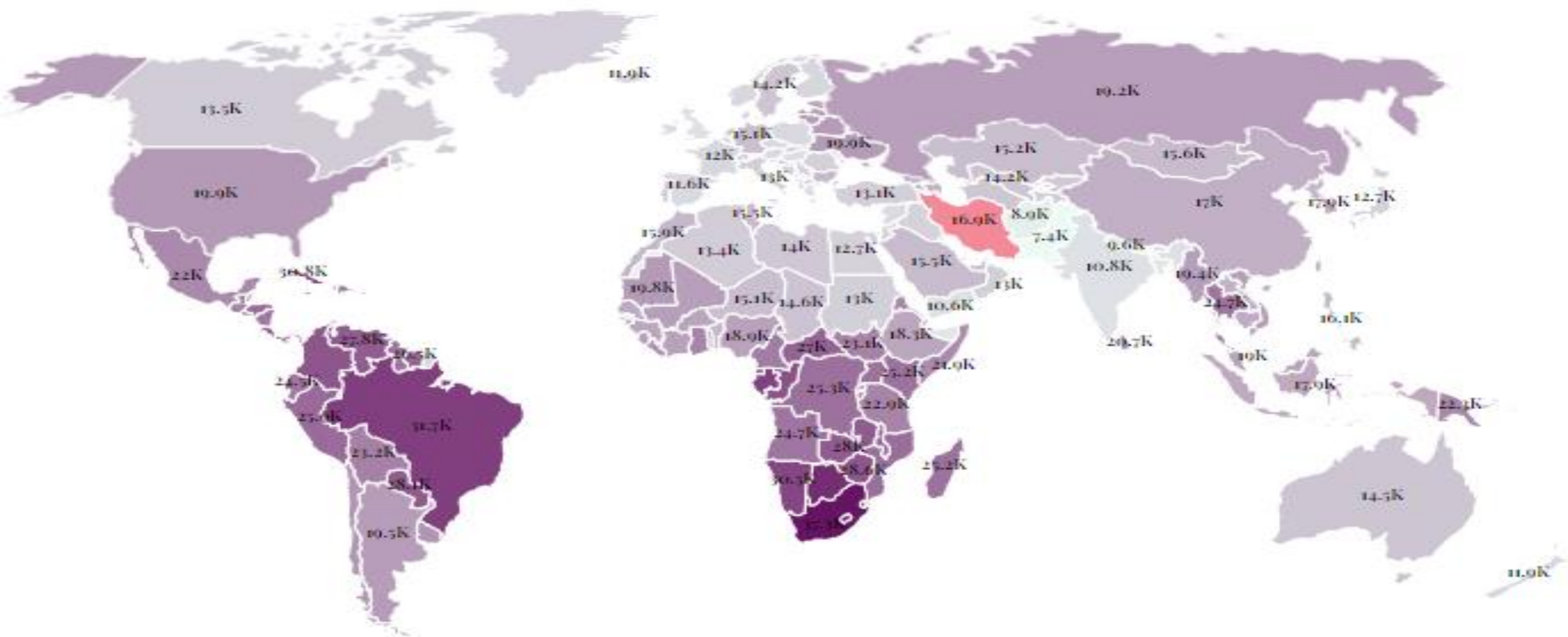
HIV Prevalence

#155 Ranked in the World

74.8

Health Score

#61 Ranked in the World



Unavailable

7.4K per 100k

16.9K per 100k

37.3K per 100k

مدیریت تشخیص و درمان عفونت های آمیزشی

➤ رویکرد بالینی

➤ رویکرد اتیولوژیک

➤ رویکرد سندرومیک

رویکرد بالینی

پزشک بر اساس مشاهدات بالینی و تجربه قبلی ، بیمار را بر اساس یک عامل بیماریزای محتمل درمان میکند.

➤ تجربه درمانگر

➤ علائم مشترک STIs احتمال اشتباه در تشخیص

➤ احتمال داشتن چند عفونت هم زمان

احتمال تشخیص غلط یا درمان ناکافی

رویکرد اتیولوژیک

- نیاز به آزمایشگاه (پرسنل ماهر، مواد و تجهیزات)
- تاخیر در درمان (ویزیت مجدد بیمار، ادامه انتقال بیماری، اکراه در مراجعه مجدد)
- عدم امکان تجهیز تمام مراکز سطح اول
- عدم امکان بررسی تمام موارد STI

رویکرد سندرمیک

درمان بر اساس مجموعه علائمی که در جریان شرح حال و معاینه بیمار یافت میشود و براساس اپیدمیولوژی منطقه صورت میگیرد

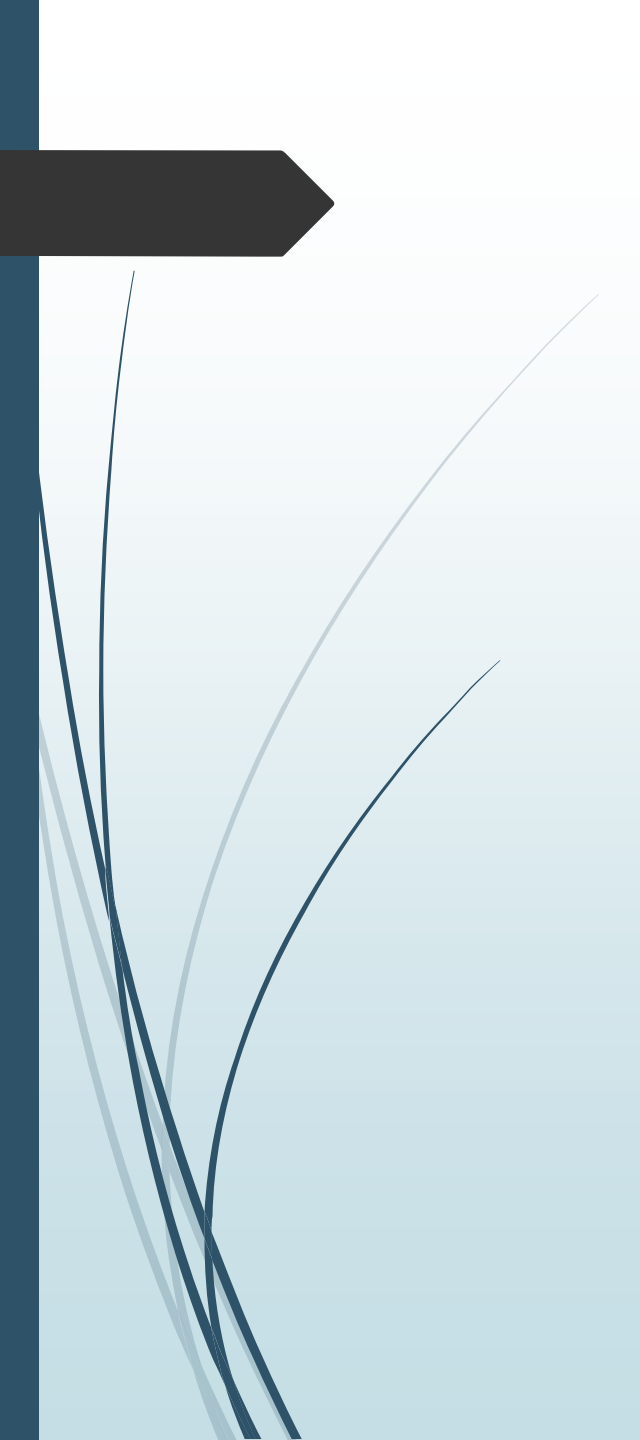
رویکرد سندرومیک

- در اولین مراجعه مراقبتهای جامع بعمل می آید.
- بیمار برای تمام عوامل مهم ایجاد کننده سندروم درمان می شود.
- روند تشخیص و درمان سریع و گسترده در اختیار بیمار قرار می گیرد.
- فرصت برای آموزش بیمار مهیا می شود.
- با استفاده از فلوجارت ، تعیین عوامل ایجاد کننده سندروم مهیا می شود.

رویکرد سندرمیک

معایب رویکرد سندرمیک:

- بدون علامت بودن بسیاری از عفونتهای آمیزشی بخصوص در زنان (رویکرد سندرمیک موارد بدون علامت یا دارای علائم نهفته را شناسایی نمی کند)
- مصرف نابجای آنتی بیوتیک ها برای یک بیماری و هدر رفتن دارو
- مشاوره و درمان شریک جنسی بدون تشخیص قطعی میکروارگانیزم انجام می شود



■ با توجه به شرایط سیستم بهداشت و درمان در کشور ما، مدیریت بالینی بیماری‌های آمیزشی غالباً به صورت سندرومیک می‌باشد با این وجود در صورت دسترسی به بررسی‌های اتیولوژیک قویاً توصیه می‌شود

برخورد با موارد ترشح از مجرا

بیمار با شکایت ترشح پیشابراهی مراجعه کرده است

- گرفتن شرح حال
- ارزیابی عوامل خطر
- معاینه بیمار

آیا وجود ترشح پیشابراهی در معاینه مه آ یا در حین دوشیدن آلت مشاهده می شود؟

خیر

آیا در بررسی رنگ آمیزی گرم در سواب اینتراپورتال، نمونه اول ادرار یورتریت تایید شد؟

خیر

آموزش و مشاوره ارائه و توصیه به استفاده از کاندوم مشاوره و آزمایش HIV بررسی مجدد در صورت باقی ماندن نشانه ها و کم خطر بودن بیمار در صورت پرخطر بودن و امکان بررسی NAAT، انجام آن و تصمیم گیری بر اساس آن در صورت پر خطر بودن بیمار و احتمال عدم امکان پیگیری، درمان تجربی گنوره و کلامیدیا

بلی

آیا امکان بررسی با NAAT وجود دارد؟

خیر

برای گنوره و کلامیدیا درمان کنید

بلی

بر اساس نتیجه NAAT برای گونوکوک، کلامیدیا یا هر دو درمان کنید

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

پیگیری هفت روز بعد بهبود؟

خیر

بلی

آموزش و مشاوره ارائه و توصیه به استفاده از کاندوم مشاوره و آزمایش HIV

Activate Windows

Go to Settings to activate W

درمان توصیه شده برای یورتريت گونوكوكى

درمان انتخابى

- سفترىاكسون ۵۰۰ mg عضلانى تك دُز، همراه با آزيترومايسين 1g خوراكي تك دُز

درمان جايگزين

- اگر سفترىاكسون در دسترس نباشد، سفكسيم ۸۰۰mg خوراكي تك دُز، همراه با آزيترومايسين 1g خوراكي تك دُز
- سفترىاكسون ۵۰۰ mg عضلانى تك دُز، همراه با (در صورت حساسيت به آزيترومايسين) داكسى سيكلين 100 mg دو بار در روز براى ۷ روز
- در صورت آلرژى به سفالوسپورين ها، اسپكتينومايسين 2g عضلانى تك دُز همراه با آزيترومايسين 2g خوراكي تك دُز (احتمال تهوع بالاست)
- در صورت آلرژى به سفالوسپورين ها، جنتامايسين 240mg عضلانى تك دُز همراه با آزيترومايسين 2g خوراكي تك دُز (احتمال تهوع بالاست)

راه انتقال

راه های ورود عوامل بیماریزا معمولاً از طریق:

■ اندامهای تناسلی

■ مجاری ادراری

■ مخاط دهان

■ مقعد

سایر راههای انتقال

- از مادر آلوده به نوزاد در حین حاملگی ، در زمان زایمان و یا بعد از تولد
- از راه انتقال خون و فرآورده های خونی آلوده و اشتراک در سرنگ و سوزن تزریقی آلوده

مهم است بدانیم که شریک جنسی آلوده ممکن است دارای علامت نباشد و نداند که بیمار است و سبب انتقال و گسترش بیماری گردد.

جدول ۱: علائم بیماری های آمیزشی

علائم در مردان	علائم در زنان
تکرر و سوزش ادرار	سوزش و تکرر ادرار
ترشح مجرا	ترشح واژینال
زخم ناحیه تناسلی	زخم ناحیه تناسلی
وجود توده غیر معمول در ناحیه کشاله ران	وجود توده غیر معمول در ناحیه کشاله ران
تورم و درد ناحیه اسکروتوم	درد زیر دل
درد ناحیه پرینه	بزرگی غدد لنفاوی کشاله ران
ترشح مقعد	خارش ولو
	درد زمان نزدیکی
	درد ناحیه پرینه
	ترشح مقعد

رفتارهای زیر احتمال انتقال بیماریهای آمیزشی را بالا می برد

- داشتن بیش از یک شریک جنسی
- داشتن شریک جنسی که دارای شرکای جنسی متعدد است
- مراجعه نکردن برای پیگیری علائم بیماریهای آمیزشی
- عدم استفاده از کاندوم در تماس های جنسی

زخم تناسلی

هرگونه وزیکول، خراشیدگی و زخم؛ با یا بدون درد؛ غیر از موارد ناشی از تروما یا تزریق بر روی پوست یا مخاط تناسلی و پرینه، و اطراف مقعد

زخم تناسلی ممکن است در اثر عوامل عفونی و یا غیر عفونی ایجاد شود. عوامل عفونی ایجاد زخم تناسلی معمولاً جزو عفونتهای آمیزشی هستند. با اینحال گاهی عفونتهای غیر آمیزشی نیز تظاهراتی به شکل زخم تناسلی دارند. عوامل عفونتهای آمیزشی مولد زخم عبارتند از:

➤ تبخال تناسلی (HSV-1, HSV-2)

➤ سیفلیس

➤ لنفوگرانولوم ونروم

➤ شانکروید

➤ ظاهر زخم ها می تواند کمک کند که یک تشخیص بیشتر از دیگری مطرح باشد.

➤ در HSV و شانکروید معمولاً زخم ها متعدد است در حالی که در سیفیلیس زخم معمولاً به صورت منفرد دیده میشود ولی در مبتلایان به HIV ممکن است متعدد باشد.

➤ در HSV زخم ها به شکل مجموعه ای از وزیکول روی یک زمینه اریتماتو دیده میشود در حالی که به جز سیفیلیس مادرزادی، ضایعات پوستی سیفیسی وزیکولار نمی شوند.

➤ یک فرد ممکن است چندین بار به سیفیلیس مبتلا شود ولی اصولاً شانکر ماهیتی عودکننده ندارد.

➤ شانکر سیفیلیس بطور کاراکتریستیک بدون درد، منفرد، با محیط مشخص و حاشیه سفت و برجسته و دارای قاعده ای سفت است .

➤ لنفوگرانولوم ونروم به شکل یک پاپول و یا زخم کم عمق دیده می شود در حالی که زخم شانکروئید معمولا با یک پاپول شروع شده، تبدیل به زخم دردناک با حاشیه نامنظم همراه با ترشحات چرکی زرد-خاکستری میشود.



A 1-cm nontender, nonpurulent, oval ulcer with clean base and raised rolled border on the lip of a 24-year-old man.



Jianjun Qiao, and Hong Fang CMAJ 2011;183:2015

CMAJ·JAMC

شانکروئید

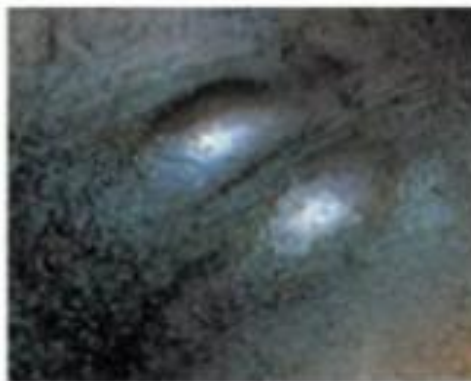




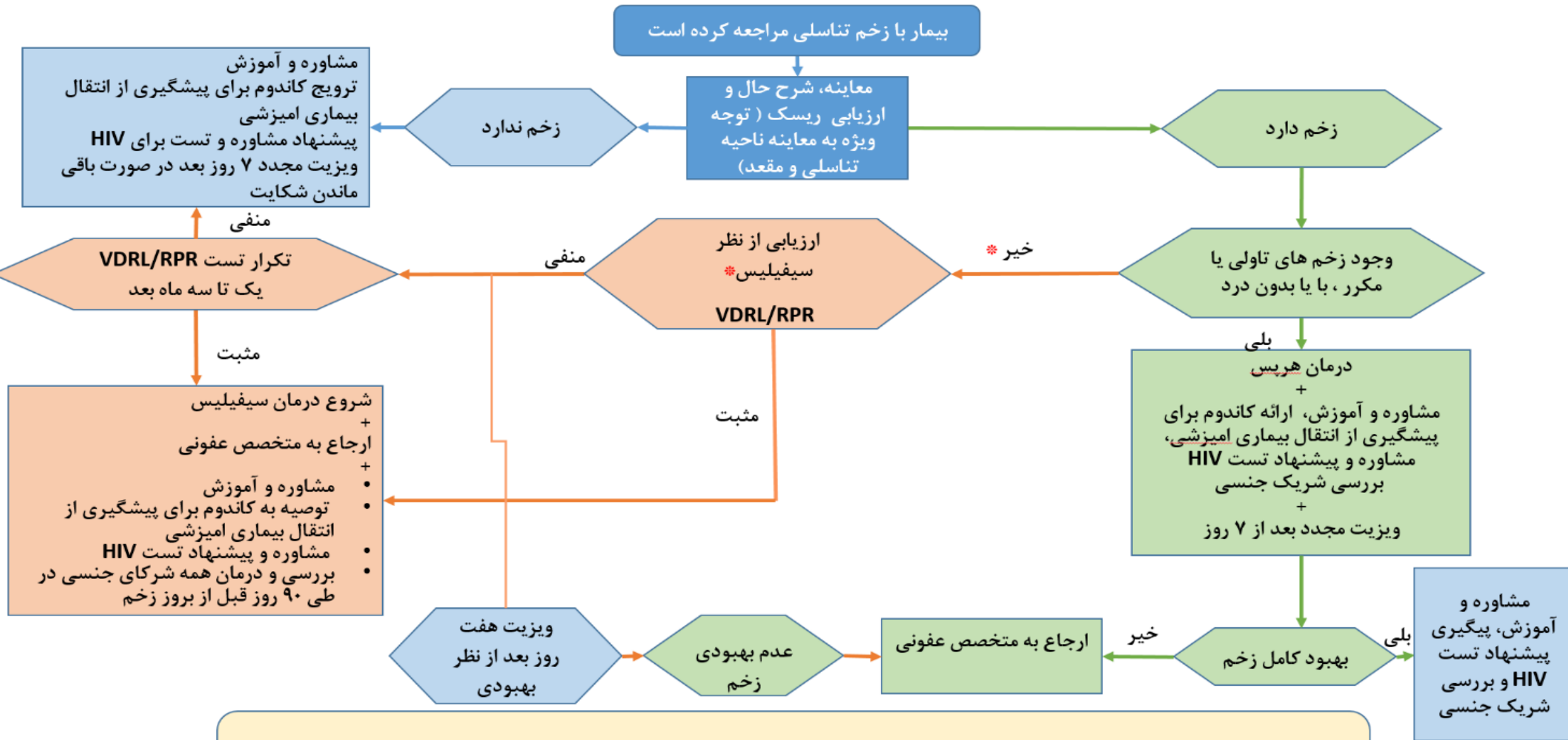
لنفوگرانولوم ونروم



- زخم های کوچک بدون درد (به سمت چرکی شدن
- لنفادنوپاتی اینگوینال، فمورال دردناک و ملتهب به سمت چرکی شدن (Groove sign)، تشکیل خیارک



رویکرد سندرومیک به بیمار با زخم تناسلی



* چنانچه زخم، گرد یا بیضوی، با حاشیه مشخص و با قاعده سفت و بدون درد است درمان سیفیلیس انجام شود، VDRL/RPR درخواست شود و در صورت منفی یا مثبت بودن طبق الگوریتم عمل شود

درمان در نخستین حمله بالینی تب خال تناسلی

➡ آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز

یا ➡

➡ آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز

یا ➡

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

رژیم های درمانی موثر برای درمان شانکروئید

- آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دُز
یا
- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق عضلانی تک دُز
یا
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز برای سه روز
یا
- اریترومایسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز برای هفت روز

درمان در سیفلیس زوردس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از دو سال)

- پنی سیلین بنزاتین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، در یک نوبت.
(معمولاً به تجویز دو تزریق عضلانی همزمان در دو محل مختلف نیاز دارد)

رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی سیلین

- داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز
یا
- تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز

درمان توصیه شده لنفوگرانولوم ونروم

درمان انتخابی

داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۲۱ روز

درمان جایگزین

اریترومایسین 400mg هر ۶ ساعت برای ۲۱ روز
یا

آزیترومایسین 1g خوراکی یکجا هفتگی برای ۳ هفته متوالی

درمان همسر:

آزیترومایسین 1g خوراکی تک دُز یا داکسی سیکلین 100mg دو بار در روز تا ۷ روز

اقدامات لازم برای شریک جنسی

- ▶ بیمار باید شریک جنسی خود را مطلع کرده و او را به مرکز بهداشتی درمانی فراخواند.
- ▶ شریک جنسی باید تحت ارزیابی، آموزش و مشاوره برای رفتار سالم قرار گیرد. در مورد شک به HSV نیازی به درمان شریک جنسی بدون علامت نیست ولی در صورت ابتلا به سیفیلیس تمام شریک های جنسی بیمار در طی ۹۰ روز قبل باید برای سیفیلیس درمان شوند.
- ▶ در مورد شانکروئید، شرکای جنسی بیمار در ده روز گذشته و برای LGV در ۶۰ روز گذشته درمان شوند



ترشح واژینال

➤ شامل هر گونه ترشح غیر طبیعی از واژن یا تغییر ترشحات از نظر مقدار، رنگ و/یا بوی آن است.

➤ زنان سالم مقادیر مختلفی ترشحات واژینال سفید رنگ یا شفاف دارند که معمولاً قبل و بعد از قاعدگی افزایش می یابد و در اواسط سیکل ماهیانه آبکی تر می شود. این ترشحات معمولاً حدود یک تا چهار سی سی و غالباً بدون بو است.

➤ همچنین در بارداری، مصرف قرص های ضد بارداری یا داشتن UD، مقدار ترشحات واژینال افزایش می یابد. این تغییرات فیزیولوژیک است. اما ترشحات واژینال غیر طبیعی در حضور عفونت یا التهاب در واژن و یا سرویکس دیده میشوند.

ترشح واژینال

➤ شایعترین علل واژینیت تریکوموناس واژینالیس، واژینوز باکتریال و کاندیدا آلبیکنس است.

➤ سرویسیت هم معمولا در اثر، نایسریا گونوره و یا کلامیدیا تریکوماتیس رخ میدهد.
عفونت با میکوپلاسما ژنیتالایوم، هرپس سیمپلکس و تریکوموناس واژینالیس هم می تواند گاهی باعث سرویسیت شود.



➤ اگر چه ترشح واژینال در واژینیت بیش از سرویسیت دیده می شود، اما شرح حال به تنهایی نمی تواند این دو را از هم افتراق دهد.

➤ درد شکم در واژینیت رخ نمی دهد و به نفع آن است که عفونت سرویکس به قسمت های داخلی دستگاه تناسلی گسترش یافته است.

➤ خونریزی غیر طبیعی مثل خونریزی بین قاعدگی و خونریزی در زمان نزدیکی یا بعد از آن، به نفع سرویسیت است.

➤ برای افتراق بین واژینیت و سرویسیت باید معاینه دستگاه تناسلی صورت گیرد. در معاینه دستگاه تناسلی زنان با اسپکولوم در سرویسیت ترشح از سوراخ سرویکس یا التهاب در اکتوسرویکس دیده می شود ولی دیواره واژن معمولاً ملتهب نیست.

➤ در واژینیت دیواره واژن ملتهب و دارای ترشح است.

➤ دو علامت مهم سرویسیت در معاینه شامل موارد ذیل است:

➤ وجود ترشحات چرکی یا چرکی - مخاطی از سرویکس که در معاینه دیده می شود

➤ با تماس ملایم (سواپ پنبه ای) سرویکس دچار خونریزی می شود

مدیریت اتیولوژیک بیمار

استفاده از نوارهای تعیین PH می تواند کمک کننده باشد. $PH > 4.5$ در باکتریال واژینوز یا تریکومونیا شایع است. تهیه یک Wet mount از ترشحات فورنیکس خلفی برای تریکوموناس واژینالیس، رنگ آمیزی گرم ترشحات گرفته شده از فورنیکس قدامی یا دیواره های جانبی واژن برای باکتریال واژینوز و کاندیدیازیز، توصیه می شود

یک اسمیر اندوسرویکال برای نایسریا گنوره و کلامیدیا تریکوموناس و بررسی با NAAT برای تمام زنان با ترشحات واژینال غیر طبیعی یا ترجیحا در افراد با ترشحات واژینال غیر طبیعی و یک فاکتور خطر میتوان انجام داد

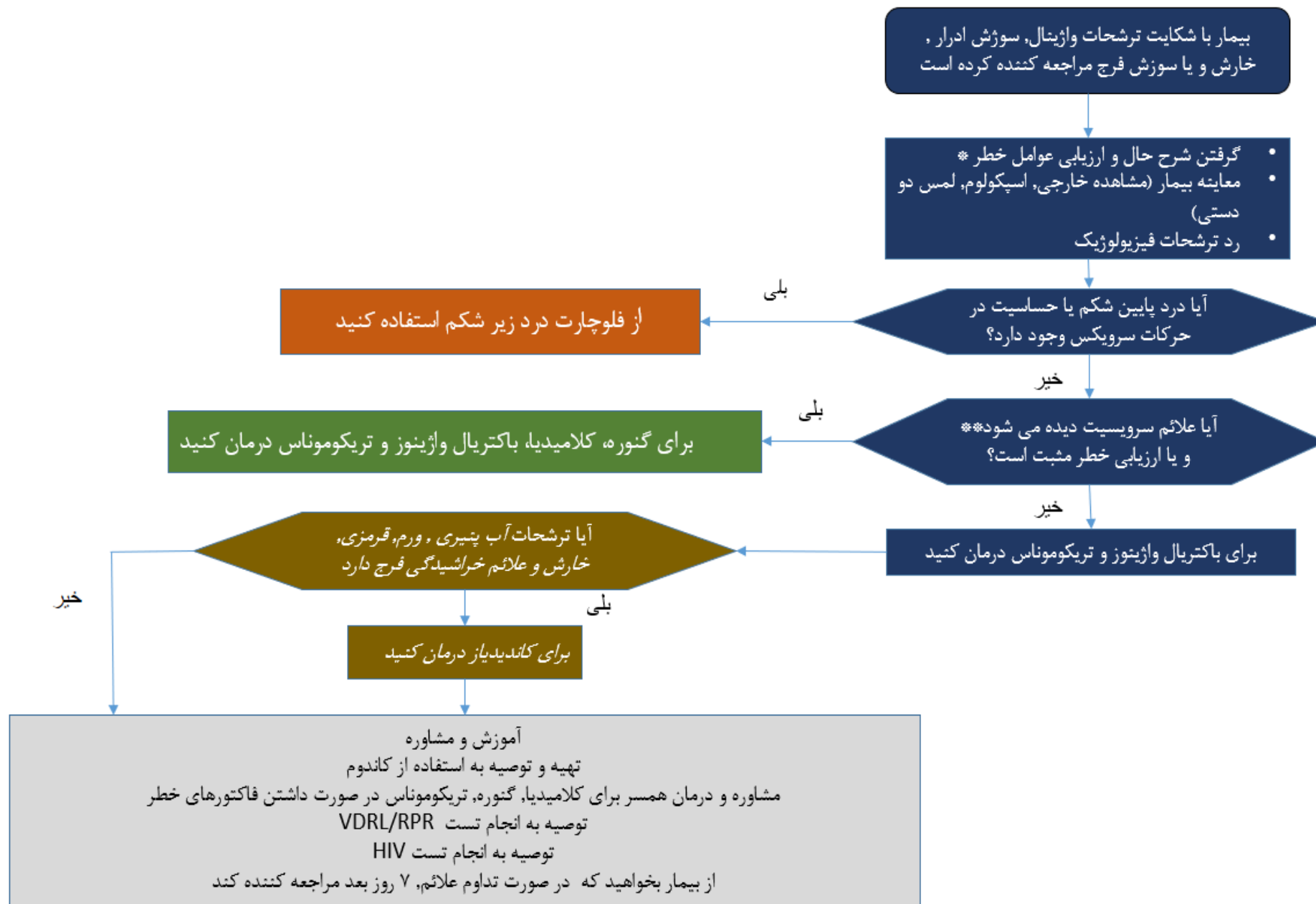


لکوره (تعداد WBC در ترشحات واژینال بیش از ۱۰ عدد در HPF باشد)، در صورت مشاهده نشدن تریکوموناس به نفع سرویسیت ناشی از گونوکوک یا کلامیدیاست.

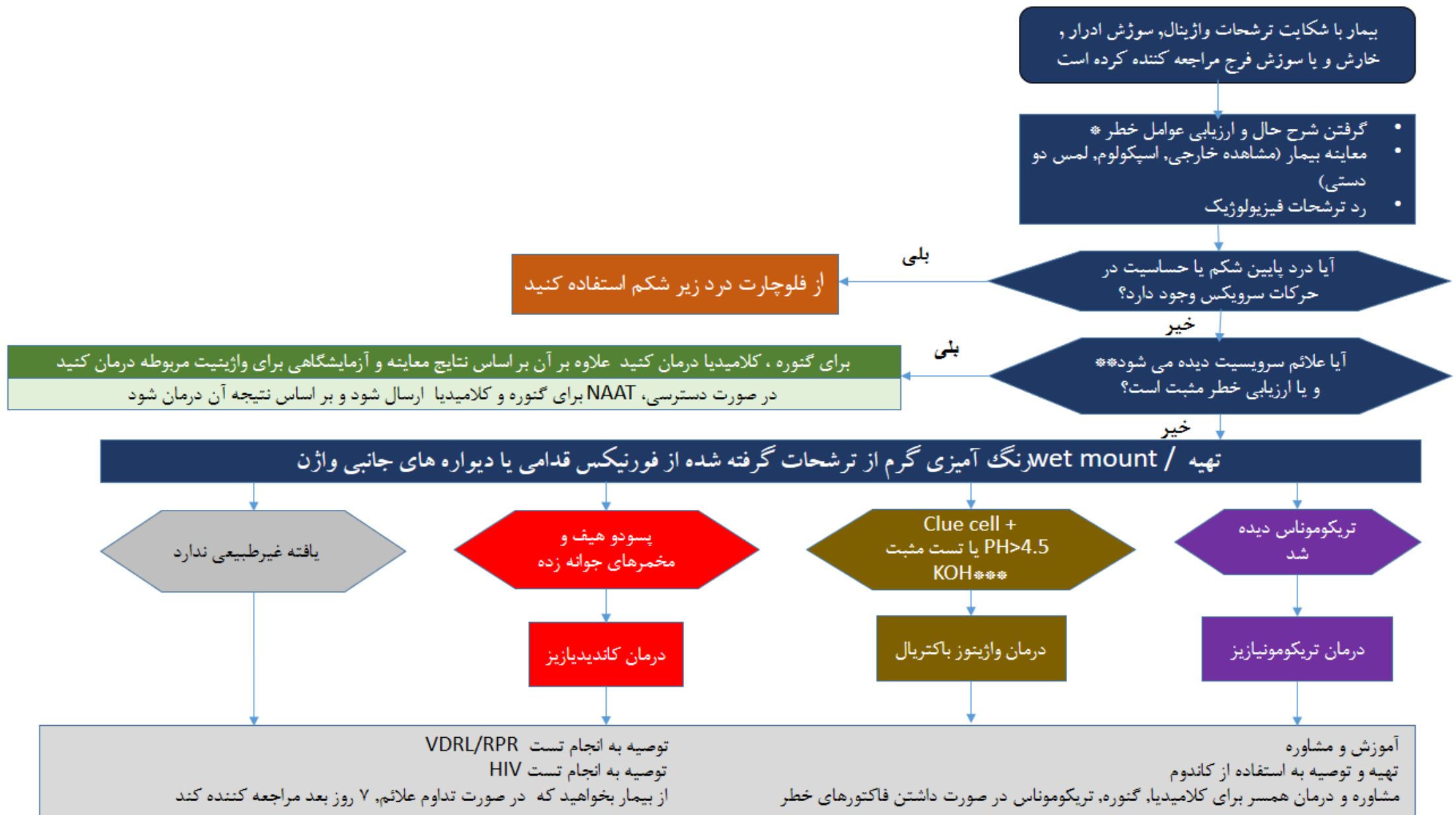
رنگ آمیزی گرم ترشحات واژینال بدلیل حساسیت نامطلوب، توصیه نمی شود.

زنان مبتلا به سرویسیت باید حتما از نظر ابتلا به PID معاینه و بررسی شوند.

رویکرد بالینی برخورد با موارد ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپکولوم



رویکرد بالینی با موارد ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپکولوم و امکان انجام آزمایش‌های آزمایشگاهی





تست Whiff : ترشحات واژینال روی لام ریخته و با افزودن چند قطره KOH 10% به آن، بوی تند و نامطبوعی (بوی ماهی) به مشام می رسد.

این تست برای تشخیص بالینی واژینوز باکتریال کمک کننده است. اگرچه اجرای این تست محدودیت های زیادی در بالین بیمار دارد

سرویسیت ناشی از گنوره و کلامیدیا

درمان انتخابی:

- سفتریاکسون ۵۰۰mg عضلانی تک‌دُز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تک‌دُز

درمان جایگزین:

- سفیکسیم 800mg با اضافه آزیترومایسین 1g خوراکی تک‌دُز یا
- سفیکسیم 800mg با اضافه داکسی‌سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز

درمان سندرومیک واژینیت (تریکوموناس واژینالیس ، باکتریال واژینوز)

درمان ارجح:

مترونیدازول 500mg خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

درمان آلترناتیو:

- مترونیدازول 2g دُز واحد یا
- تینیدازول 2g دُز واحد

درمان ترشحات واژینال (کاندیدیایی)

- کلوتریمازول، شیاف واژینال ۱٪ برای ۱۴-۷ روز یا
- کلوتریمازول، شیاف واژینال ۲٪ برای ۳ روز یا
- میکونازول، شیاف واژینال ۲٪ برای ۷ روز
- میکونازول، شیاف واژینال ۴٪ برای ۳ روز
- میکونازول، شیاف واژینال 200mg برای ۳ روز
- میکونازول، شیاف واژینال 1200mg دُز واحد
- فلوکونازول 150mg خوراکی ، دُز واحد

اقدامات لازم برای شرکای جنسی:

➤ برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به زنان 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 وی را برای ارزیابی ویزیت کرد، می توان به بیمار آزیترومایسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد.

پیگیری بیمار:

➤ زنانی که عامل یورتریت آنها گونوکوک، 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.

درد زیر شکم

وجود یک یا بیشتر از یکی از علایم بالینی شامل:

➤ درد و حساسیت در حرکات سرویکس،

➤ درد و حساسیت رحمی،

➤ درد و حساسیت آدنکس ها که ناشی از بیماری التهابی لگنی است

دو عامل اتیولوژیک مهم در این مورد نایسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس می باشد. البته میکروارگانیزم هایی که بعنوان فلور نرمال واژن هستند نظیر بیهوازی ها، گاردنلا واژینالیس، هموفیلوس انفلوآنزا، گرم منفی های روده ای و استرپتوکک آگلالتیا نیز می توانند منجر به بیماری التهابی لگنی شوند.

عوامل دیگری نیز چون CMV، میکوپلاسما هومینیس، مایکوپلاسما ژنیتالایوم نیز ممکن است بعنوان عامل ایجاد کننده در نظر گرفته شوند.

■ درد زیر شکم می تواند در اثر بیماری های زنان مانند بیماری التهابی لگنی، اندومتریوز، بیماری های تخمدانی، اختلالات قاعدگی، عوارض حاملگی، بیماری های دستگاه گوارش مانند آپاندیسیت و دیورتیکولوز، بیماری های سیستم اداری مانند سیستیت، بیماری های عروقی مانند ایسکمی مزانترو و بیماری نورولوژیک و سیستم عضلانی-اسکلتی باشد.

■ اما از شایعترین علل عفونی درد زیر شکم، بیماری التهابی لگنی است.

■ در اینجا هم شرح حال، ارزیابی ریسک و معاینه فیزیکی بسیار مهم است و می تواند ضمن امکان رد سایر علل درد زیر شکم، تشخیص بیماری التهابی لگنی را مطرح نماید.



درد زیر شکم اغلب یافته مهم بیماری التهابی لگنی در زنان است.

بیماری التهابی لگنی به مفهوم عفونت دستگاه تناسلی فوقانی زنان است که شامل اندومتریوت، سالپنژیت، آبسه های توبو-اوارین و پريتونیت لگنی می باشد.

درد زیرشکم، درد حین نزدیکی، ترشحات واژینال، خونریزی های غیر طبیعی، تب، تهوع و استفراغ از علائم همراه با این بیماری است.

از عوارض جدی بیماریهای التهابی لگنی ، نازایی و حاملگی خارج از رحمی می باشد.

در زنانی که از نظر جنسی فعال بوده و یا در معرض ابتلا به بیماری های آمیزشی قرار داشته و دچار درد لگنی یا زیر دل باشند، باید شک به PID و تصمیم به شروع درمان در نظر گرفته شود. در این شرایط داشتن یک یا چند علامت زیر در معاینه لگن به تشخیص کمک می کند:

➤ درد در حرکات سرویکس

➤ تندرns رحمی

➤ تندرns آدنکسا

اگرچه همواره توصیه می شود که بعلاوه بر علائم فوق، یافته های زیر نیز احتمال ویژگی تشخیص را می افزاید:

➤ تب بیش از 38.3

➤ سرازیر شدن ترشحات غیر طبیعی و چرکی-مخاطی از سرویکس یا شکنندگی سرویکس

➤ وجود مقادیر فراوان گلبول های سفید در ترشحات واژینال (ترشحات در سالیین/نمونه مرطوب)

➤ افزایش ESR، CRP

➤ یافته های آزمایشگاهی به نفع گنوره و کلامیدیا

اختصاصی ترین یافته ها برای تشخیص PID به قرار زیر است که گاه ممکن است به انجام آن نیاز شود:

■ بیوپسی اندومتر و یافته های هیستوپاتولوژیک به نفع اندومترییت باشد

■ در سونوگرافی ترانس واژینال یا **MRI** ، لوله های فالوپ ضخیم شده، پر از مایع شده و ممکن است مایع آزاد در لگن هم وجود داشته باشد. ممکن است در داپلر سونوگرافی، پرخونی لوله ها دیده شود.

■ یافته های لاپاروسکوپی منطبق با PID است

در شرایط زیر باید بیمار را سریعاً به بیمارستان ارجاع داد

- بیمارانی که نشانه های سپسیس دارند (پس از شروع نرمال سالین یک تا ۲ لیتر و شروع آنتی بیوتیک در صورتی که زمان رسیدن بیمار به مرکز مجهزتر بیش از یک ساعت باشد).
- خونریزی غیرطبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی
- سقط یا زایمان اخیر
- گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم
- توده شکمی
- بارداری
- عدم تحمل خوراکی
- عدم پاسخ به درمان خوراکی بعد از ۷۲ ساعت

رویکرد بالینی برخورد با موارد درد زیر شکم

بیمار با شکایت درد زیر شکم مراجعه کرده است

- گرفتن شرح حال و ارزیابی عوامل خطر *
- معاینه بیمار (شامل معاینه شکم، مشاهده قسمت خارجی دستگاه تناسلی، معاینه با اسپکولوم و لمس دو دستی)

آیا بیمار هیچ یک از موارد زیر را دارد؟

- سپسیس
- خونریزی غیرطبیعی
- واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی
- سقط یا زایمان اخیر
- گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم
- توده شکمی
- بارداری

ارجاع فوری کنید (ضمن گرفتن رگ و تجویر نرمال سالین)

خیر
آیا تندرns رحمی یا آدنکسها یا سرویکس دارد؟

از نظر سایر علل درد زیر شکم بررسی و اقدام شود

ب
برای PID درمان کنید
آموزش و مشاوره
توصیه به انجام تست VDRL/RPR
تهیه و توصیه به استفاده از کاندوم
توصیه به انجام تست HIV
مشاوره و درمان همسر برای کلامیدیا و گنوره
بیمار ۳ روز بعد مراجعه کنند
در صورت دسترسی، NAAT برای گنوره و کلامیدیا ارسال شود

ویزیت پس از ۳ روز

بهبودی؟

بیمار ارجاع شود

ب
ادامه درمان PID
آموزش و مشاوره
تهیه و توصیه به استفاده از کاندوم

درمان توصیه شده برای رژیم درمانی درد زیر شکم (بیماری التهابی لگن)

درمان ارجح

- سفتریاکسون 500mg تزریق تک دُز عضلانی به اضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز با اضافه مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز

یا

- سفتریاکسون 500mg تزریق تک دُز عضلانی به اضافه اریترومايسين 400mg خوراکی هر ۶ ساعت تا ۱۴ روز با اضافه مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز

درمان های تزریقی *

- کلیندامایسین 900mg تزریق وریدی هر ۸ ساعت به اضافه جنتامایسین 2mg/kg تزریق وریدی یا عضلانی یک نوبت و متعاقبا با دُز 1.5mg/kg هر ۸ ساعت تا ۱۴ روز ادامه یابد

یا

- آمپی سیلین/سولباکتام 3g تزریق وریدی هر ۶ ساعت با اضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز

درمان های جایگزین فقط در شرایط بستری بیمار در بیمارستان و در موارد شک به آبسه توبو اوآرین تجویز می شود. در موارد آبسه توبو اوآرین ممکن است به ترکیب دارویی تزریقی انتخابی داکسی سیکلین یا مترونیدازول نیز افزوده شود.

➤ شریک جنسی: تمام مردانی که در طی ۶۰ روز قبل از تشخیص PID با بیمار مزبور تماس جنسی داشته اند باید بررسی، آزمایش و درمان شوند. برای به حداقل رساندن خطرانتقال باید تا اتمام دوره درمان از تماس جنسی پرهیز گردد.

➤ بارداری: تمام زنان باردار با شک به PID باید بستری و به روش تزریق داخل وریدی درمان شوند

➤ مبتلایان به HIV: نحوه برخورد و درمان PID در این گروه مشابه سایرین است.

➤ داشتن IUD: 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.



ترشح مجرای ادراری در مردان

- هر گونه ترشح از مجرای ادراری به غیر از منی و ادرار با یا بدون خارش، درد و یا سوزش
- یورتريت ها را میتوان به دو نوع گنوکوکی و غیر گنوکوکی تقسیم کرد. **کلامیدیا** شایعترین ارگانسیم مولد یورتريت غیر گنوکوکی است.
- اغلب، یورتريت گنوکوکی با عفونت کلامیدیا تراکوماتیس همراهی دارد. **میکوپلازما ژنیتالایوم** نیز یک عامل یورتريت غیر گنوکوکی است.
- در مردان هتروسکسوال، **تریکوموناس واژینالیس** نیز گاهی منجر به یورتريت غیر گنوکوکی می گردد.
- یورتريت با **باسیل های گرم منفی روده ای** در مردانی که رابطه جنسی مقعدی داشته اند، دیده شده است.
- ویروس های هرپس سیمپلکس، EBV و آدنوویروس نیز به ندرت منجر به یورتريت می شوند.
- آفت (معمولا در زمینه بیماریهای روماتولوژیک نظیر سندروم بهجت دیده می شود)، واکنش های دارویی و برخی بیماری های پوستی اولیه از علل غیر عفونی یورتريت می باشند

➤ ترشح مجرا یا یورتريت در مردان می تواند با یا بدون خارش مجرای ادرار و سوزش ادرار ظاهر شود.

➤ ترشح می تواند موکوئید، موکوپورولانت یا چرکی باشد.

➤ در مبتلایانی که شکایتی ندارند، گاه تنها در معاینه می توان نشانه ترشح مجرا را دید.
برای این کار پنیس باید توسط خود بیمار یا پزشک دوشیده شود.

تایید یورتريت :

➤ مشاهده ترشح موکوییدی، موکوپورولانت یا چرکی در در مه آ: در معاینه دستگاه تناسلی ممکن است ترشح در مه آ دیده شود. چنانچه چرک واضح در مه آ وجود نداشته باشد، برای مشاهده ترشح در مردان، باید به آرامی مجرا به سمت مه آ دوشیده شود تا بتوان ترشح را مشاهده نمود (عمدتاً این کار باید توسط خود بیمار انجام شود)

➤ رنگ آمیزی گرم ترشحات مه آ و مشاهده ۵ یا بیش از ۵ گلبول سفید در هر فیلد از میکروسکوپ با بزرگ نمایی ۱۰۰۰

➤ آزمایش لوکوسیت استراز مثبت در اول ادرار

➤ مشاهده ۱۰ یا بیش از ۱۰ گلبول سفید در هر فیلد از میکروسکوپ با بزرگ نمایی ۱۰۰۰ در سدیمان اول ادرار که سانتریفیوژ شده باشد.

➤ مشخصات ترشحات در تعیین اتیولوژی یورتریت کمک زیادی نمی کند و نوع ترشح برای تعیین عوامل اتیولوژیک اختصاصی نیست.

➤ اگر میکروسکوپ در دسترس باشد و در اسمیر و رنگ آمیزی گرم از ترشحات مجرا دیپلوکوک های گرم منفی (خصوصا داخل سلولی) دیده شود، حاکی از یورتریت گونوکوکی است که عامل آن نیسریا گونوره است.

➤ چنانچه NAAT برای گنوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس در دسترس باشد، برای تعیین اتیولوژی انتخابی است. NAAT برای گنوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس را می توان بر روی ترشحات پیشابراهی یا بخش اول ادرار استفاده نمود

➤ آزمایش NAAT از نظر تریکوموناس واژینالیس را باید در مواردی در نظر گرفت که شیوع تریکوموناس واژینالیس بالاست

برخورد با موارد ترشح از مجرا

بیمار با شکایت ترشح پیشابراهی مراجعه کرده است

- گرفتن شرح حال
- ارزیابی عوامل خطر
- معاینه بیمار

آیا وجود ترشح پیشابراهی در معاینه مه آ یا در حین دوشیدن آلت مشاهده می شود؟

خیر

آیا در بررسی رنگ آمیزی گرم در سواب اینتراپورتال، نمونه اول ادرار یورتریت تایید شد؟

خیر

آموزش و مشاوره ارائه و توصیه به استفاده از کاندوم مشاوره و آزمایش HIV بررسی مجدد در صورت باقی ماندن نشانه ها و کم خطر بودن بیمار در صورت پرخطر بودن و امکان بررسی NAAT، انجام آن و تصمیم گیری بر اساس آن در صورت پر خطر بودن بیمار و احتمال عدم امکان پیگیری، درمان تجربی گنوره و کلامیدیا

بلی

آیا امکان بررسی با NAAT وجود دارد؟

خیر

برای گنوره و کلامیدیا درمان کنید

بلی

بر اساس نتیجه NAAT برای گونوکوک، کلامیدیا یا هر دو درمان کنید

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

پیگیری هفت روز بعد بهبود؟

خیر

بلی

آموزش و مشاوره ارائه و توصیه به استفاده از کاندوم مشاوره و آزمایش HIV

Activate Windows

Go to Settings to activate W

درمان توصیه شده برای یورتريت گونوكوكى

درمان انتخابى

- سفترىاكسون 500 mg عضلانى تك دُز، همراه با آزيترومايسين 1g خوراكي تك دُز

درمان جايگزين

- اگر سفترىاكسون در دسترس نباشد، سفكسيم 800mg خوراكي تك دُز، همراه با آزيترومايسين 1g خوراكي تك دُز
- سفترىاكسون 500 mg عضلانى تك دُز، همراه با (در صورت حساسيت به آزيترومايسين) داكسى سيكلين 100 mg دو بار در روز براى 7 روز
- در صورت آلرژى به سفالوسپورين ها، اسپكتينومايسين 2g عضلانى تك دُز همراه با آزيترومايسين 2g خوراكي تك دُز (احتمال تهوع بالاست)
- در صورت آلرژى به سفالوسپورين ها، جنتاميسين 240mg عضلانى تك دُز همراه با آزيترومايسين 2g خوراكي تك دُز (احتمال تهوع بالاست)

درمان توصیه شده برای یورتريت غير گونوكو كى

درمان انتخابى

آزيترومايسين يك گرم خوراكى تك دُز
يا

داكسى سيكلين 100 mg دو بار در روز خوراكى براى ۷ روز

درمان جايگزين

اريترومايسين اتيل سو كسينات 800mg هر ۶ ساعت خوراكى براى ۷ روز
يا

لوفلو كساسين 500mg روزى يك بار خوراكى براى ۷ روز
يا

افلو كساسين 300mg دو بار در روز خوراكى براى ۷ روز

اقدامات لازم برای شرکای جنسی

➤ برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به مردان 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 به هیچ وجه نتوان شریک جنسی وی را برای ارزیابی ویزیت کرد، می توان به بیمار آزیترومايسين داد تا به شریک جنسی خود بدهد.

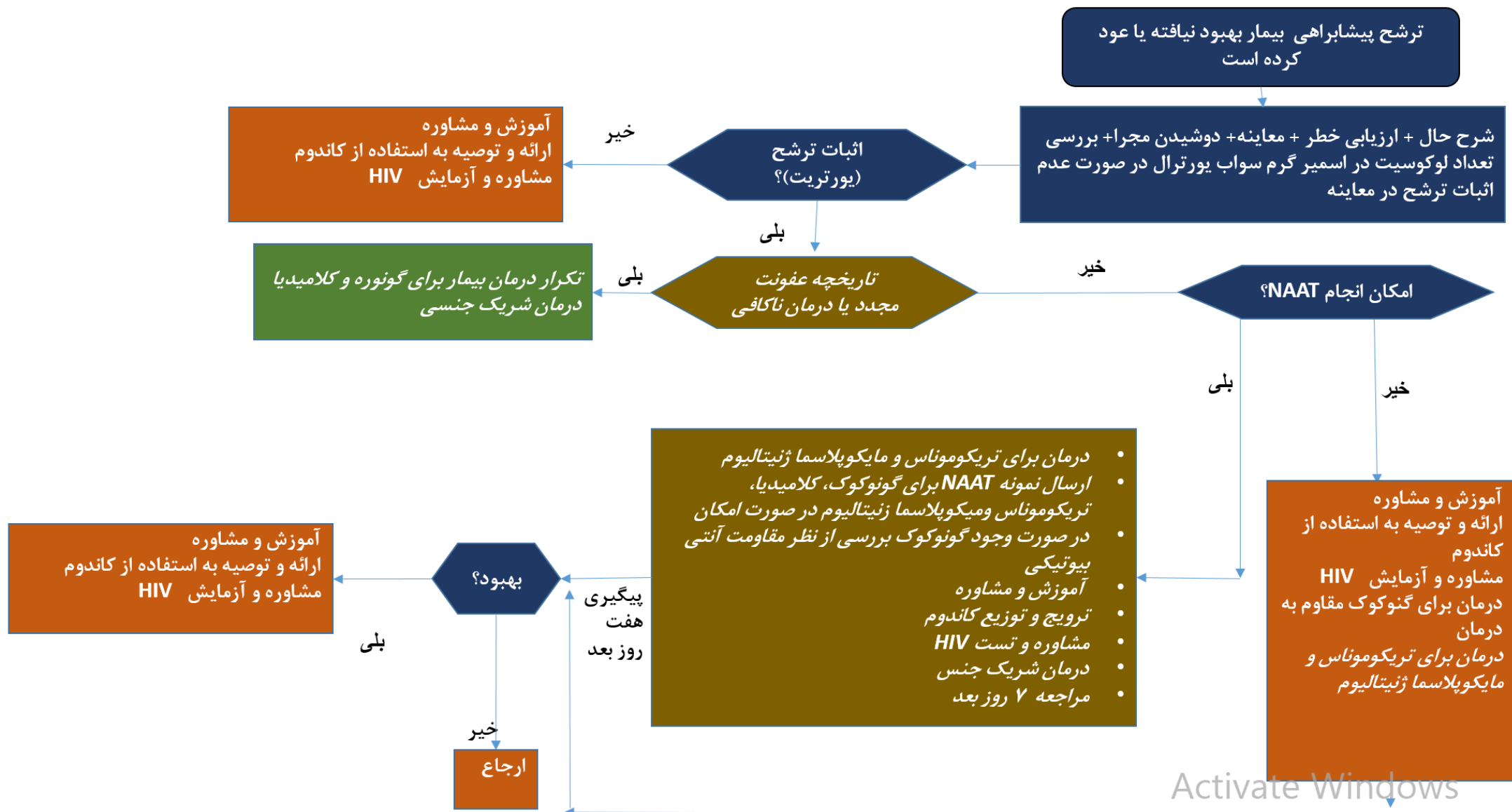
ترشح از مجرا به صورت پایدار یا عودکننده

➤ شکایت از یورتریت پایدار یا راجعه ممکن است ناشی از مقاومت دارویی، مصرف ناکافی داروها، عفونت مجدد و یا عفونت با مایکوپلازما ژنیتالایوم یا تریکوموناس واژینالیس باشد.

➤ داکسی سیکلین ممکن است بر مایکوپلازما ژنیتالایوم موثر نباشد. اگر بیمار قبلاً با داکسی سیکلین درمان شده، درمان با آزیترومایسین شروع شود. اگر به آزیترومایسین هم جواب نداد، افلوکساسین 400mg یک بار در روز برای ۷ روز پوشش خوبی دارد (موکسی فلوکسازین)

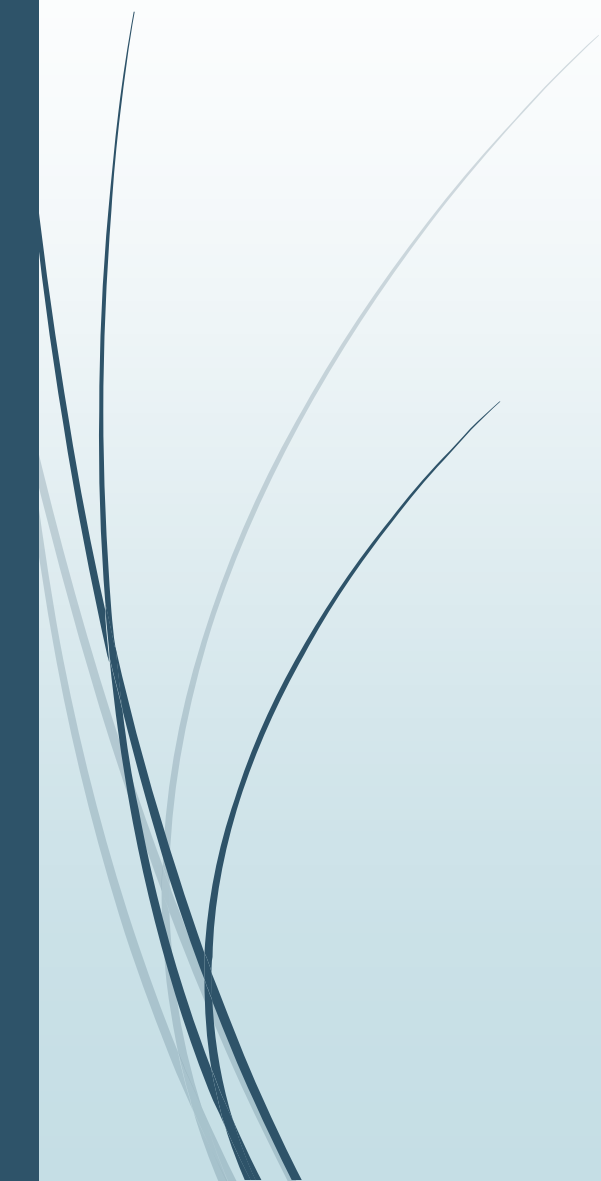
➤ در صورتی که الگوی اپیدمیولوژیکی منطقه به نفع ابتلاء به عفونت با تریکوموناس باشد، درمان برای تریکوموناس واژینالیس با 2g مترونیدازول باید صورت گیرد

رویکرد بالینی به موارد ترشح پایدار یا عود ترشح از مجرا در مردان





زگیل تناسلی





TYPES of WARTS

Wart types are classified by both their location on the body and by their appearance

Common Wart

Common on hand and knuckles but may appear anywhere



Plantar Wart

On soles heel or toes of feet



Flat Wart

Usually on leg hand face



Filiform Wart

Usually on face near eyelids lips



Mosaic Wart

Group of tightly clustered wart



Periungual Wart

Wart around finger nail toe nail



Oral Wart

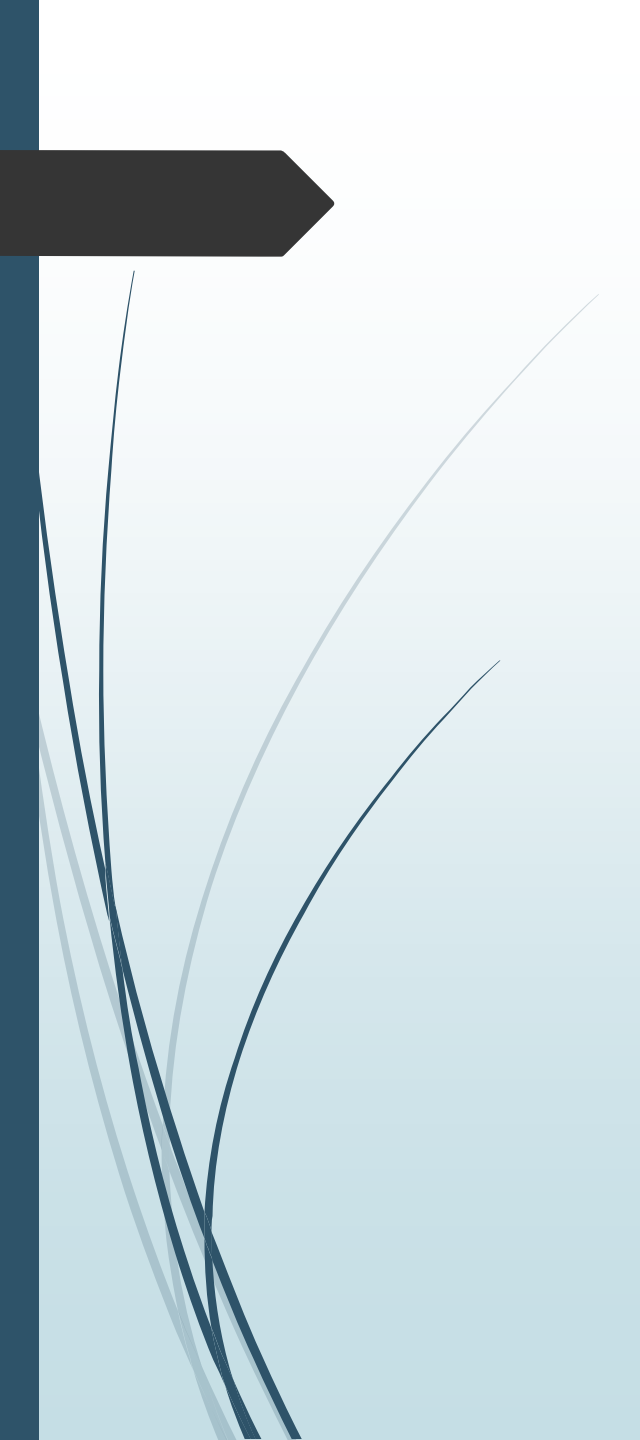
Within oral cavity



Genital Wart

Located near or in genital areas





➤ زگیل تناسلی که به نام کوندیلوما آکومیناتا هم نامیده میشود توسط انواع متنوعی از ویروس HPV ایجاد میشود.

➤ ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) یک پاتوژن شایع منتقله از طریق تماس جنسی است. حدود ۲۰۰ نوع از این ویروس شناخته شده است که حدود ۴۰ نوع آن میتواند بیماریهای ناحیه تناسلی ایجاد نماید

➤ بیشتر موارد عفونت HPV بی علامت بوده و میتوانند خودبخود بهبود یابند



➤ 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.

➤ انواع غیر انکوژن و کم خطر (شامل انواع ۱۱ و ۶) عامل ایجاد کننده بیشتر از ۹۰٪ موارد زگیل های تناسلی و پاپیلوماتوز راجعه تنفسی هستند.

➤ زگیل های تناسلی معمولاً از طریق جنسی انتقال می یابند ولی انتقال مادر به نوزاد در حین زایمان هم میتواند رخ دهد.



➤ زگیل های تناسلی معمولا به صورت ضایعات منفرد یا متعدد ظاهر میشوند و بدون درد هستند.

➤ زگیل های 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.

➤ زگیل ها بدون درد بوده و عوارض شدیدی ندارند مگر در شرایطی که ایجاد انسداد نمایند و مخصوصا در زنان حامله گاهی زگیل ها نمای گل کلمی ایجاد میکنند



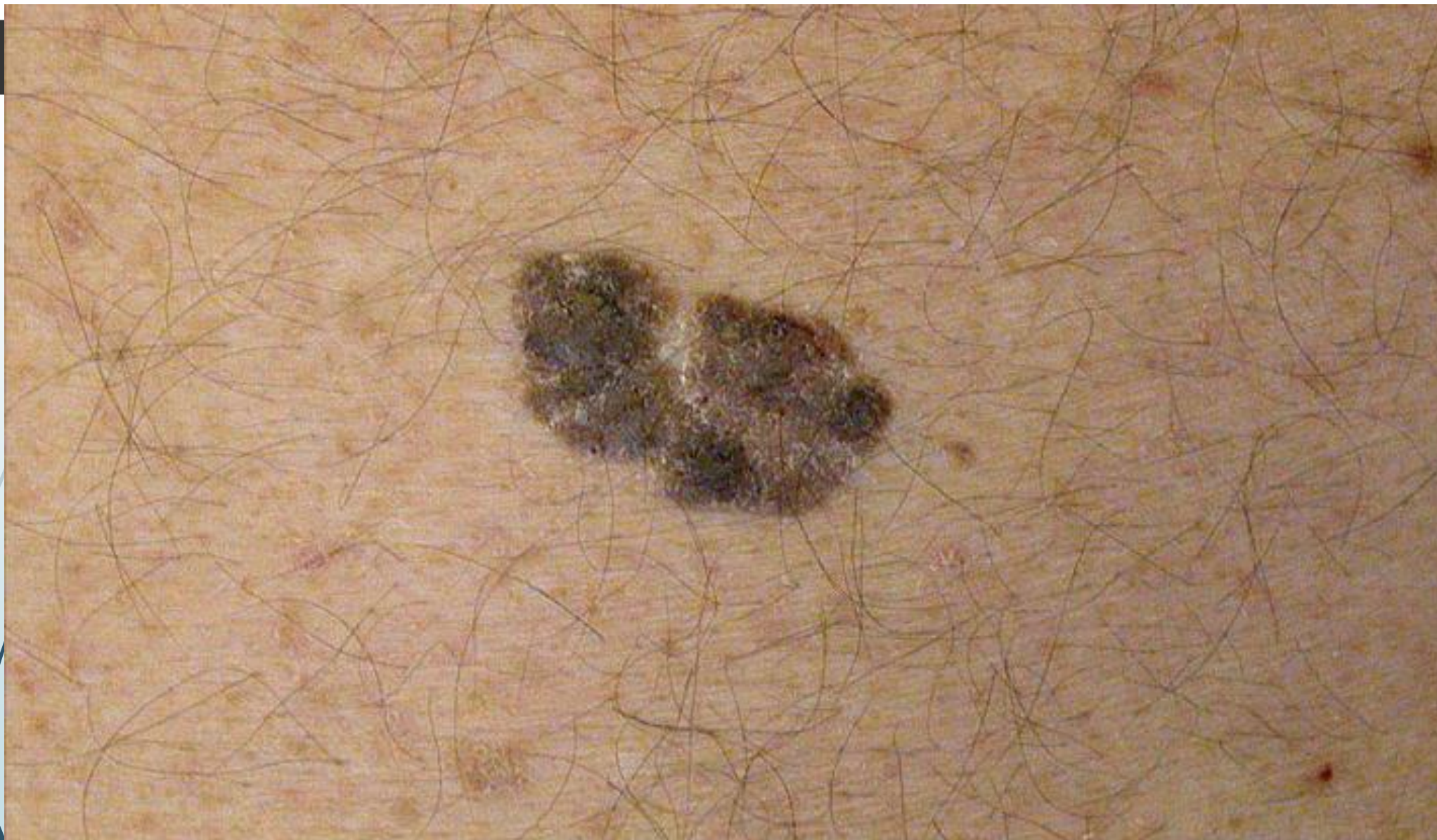
















■ در حاملگی و در صورتی که ترشح داشته باشند زگیل ها میتوانند به سرعت رشد کرده و پخش شوند.

■ 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، مقعد و دهانه رحم مناطق شایع بروز زگیل تناسلی هستند



➤ شرکای جنسی نیز باید از نظر وجود زگیل معاینه شوند.

➤ به بیماران دارای زگیل‌های آنورثیتال، باید خطر انتقال به شرکای جنسی را آموزش داد.

➤ به کاربردن کاندوم برای کمک به کاهش انتقال مفید است.



■ برای زگیل تناسلی هیچ درمان دارویی ضد ویروسی اختصاصی وجود ندارد و هیچ درمانی کاملاً علاج بخش نیست

■ با درمان موضعی میتوان زگیل را از بین برد ولی احتمال عود و بازگشت وجود دارد و این موارد را باید قبل از درمان به بیمار توضیح داد.

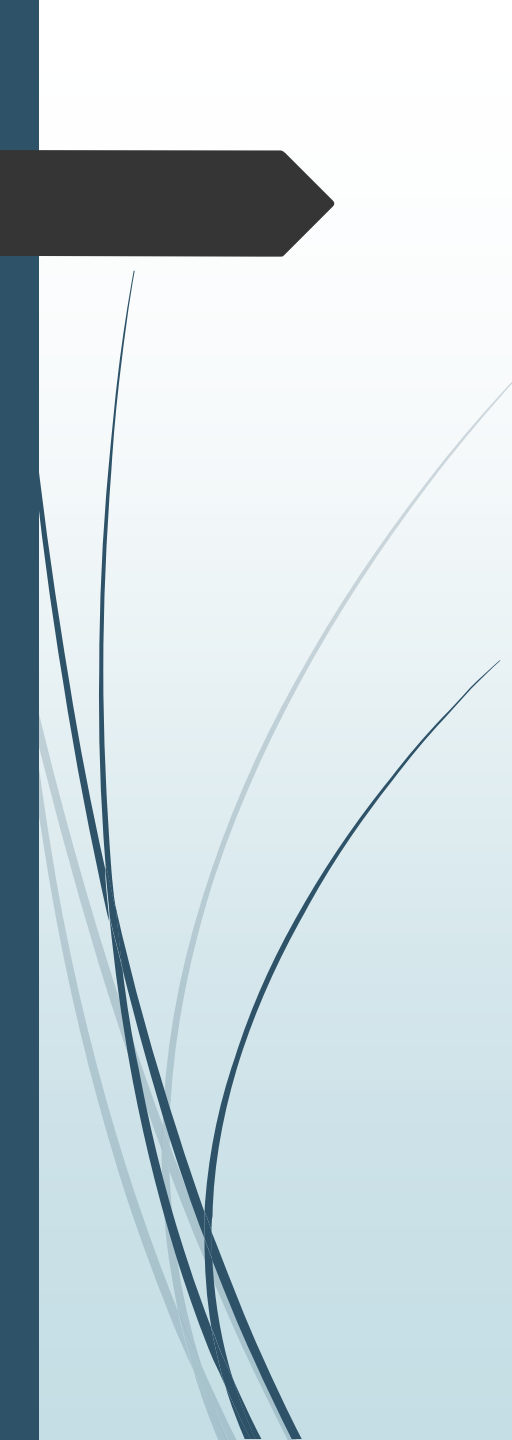


➤ در حال حاضر برای پیشگیری از ابتلا به HPV سه نوع واکسن موجود می باشد.

➤ واکسن دو ظرفیتی سرواریکس که بیشتر با هدف پیشگیری از ابتلا به تایپ ۱۶ و ۱۸ ویروس است که ۷۰٪ سرطانهای دهانه رحم با این دو تیپ ارتباط دارند.

➤ واکسن ۴ ظرفیتی گارداسیل که علیه چهار تیپ ۱۱ و ۶ و ۱۶ و ۱۸ محافظت میکند.

➤ واکسن ۹ ظرفیتی هم اخیرا برای پیشگیری از ۹ تیپ (۶ و ۱۱ و ۱۶ و ۱۸ و ۳۱ و ۳۳ و ۴۵ و ۵۲ و ۵۸) تولید شده است



➤ 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 واکسیناسیونشان کامل نیست نیز توصیه میگردد

➤ واکسن چهار ظرفیتی و نه ظرفیتی برای پسران و مردان ۲۱-۱۳ سال توصیه میگردد و میتوانند از ۹ سالگی هم شروع نمایند

➤ این واکسنها برای زنان حامله توصیه نمیشود

➤ واکسن HPV میتواند برای افراد صرف نظر از داشتن سابقه زگیل تناسلی یا پاپ اسمیر غیر طبیعی یا ضایعات پیش سرطانی ناحیه مقعدی - تناسلی تزریق گردد

➤ واکسن ها 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. در زیر ۱۵ سالگی دو نوبت هم کافی است

➤ زیر ۱۵ سال دو دوز به فاصله ۶ ماه (حداقل فاصله ۵ ماه)

➤ بالای ۱۵ سال ۲ (توصیه WHO) یا ۳ دوز (صفر، ۱-۲ ماه بعد، ۶-۱۲ ماه بعد) حداقل فاصله بین دوز اول و دوم

➤ ۴ هفته، بین دوز دوم و سوم ۳ ماه)

➤ زنانی که علیه HPV واکسینه شده اند هم باید غربالگری روتین برای سرطان دهانه رحم را انجام دهند



➤ تشخیص زگیل تناسلی اغلب بالینی است ولی میتوان در موارد مشکوک با انجام بیوپسی به تشخیص قطعی رسید.

➤ آزمایش **PCR HPV** برای تشخیص زگیل تناسلی توصیه نمیشود.

درمان

➤ برای زگیل تناسلی هیچ درمان دارویی ضد ویروسی 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 و این موارد را باید قبل از درمان به بیمار توضیح داد.

➤ هدف از درمان رفع ظاهری ضایعات است

➤ اگر زگیل تناسلی بدون درمان هم رها شود ممکن است خودبخود رفع شود، بدون تغییر بماند و یا تعداد و اندازه اش افزایش یابد. در ۹۰٪ موارد، در طی یک تا دو سال اول ابتلا، خودبخود برطرف می شود

➤ درمان زگیل تناسلی به کاهش استرس روحی بیماران کمک میکند و نگرانی بیمار را در خصوص شکل ظاهری زگیل ها در ناحیه تناسلی اش کاهش میدهد.

➤ درمانهایی که در حال حاضر برای زگیل تناسلی وجود دارد با رفع ضایعات عفونت زایی را کاهش میدهد ولی ریشه کن نمیکند.

درمان انتخابی

رژیم درمانی توصیه شده برای زگیل‌های تناسلی - مقعدی خارجی:

➡ درمان‌هایی که توسط خود بیمار انجام میشود:

➡ کرم ۵٪ ایمی کوئیمود

➡ پنج فلورو یوراسیل 5FU هفته ای دو بار (در صورت وجود ضایعات در واژن 5FU توصیه نمی شود).

درمان انتخابی

➤ رژیم درمانی توصیه شده برای زگیلهای تناسلی - مقعدی خارجی:

➤ درمانهایی که توسط پزشک انجام میشود:

➤ کرایوتراپی با نیتروژن مایع یا کرایو پروب

➤ جراحی با هر یک از تکنیکهای کورتاژ، الکتروسرجری، لیزر، برش با قیچی (tangential scissor excision) یا برداشت ضایعه با تراشیدن (tangential shave excision)

➤ تری کلرواستیک اسید (TCA) یا بی کلرواستیک اسید (BCA) ۸۰-۹۰٪

مهم

➤ با توجه به اینکه بخار ناشی از الکتروسرجری و لیزر خطر انتقال ویروس از طریق استنشاق افزایش می دهد رعایت احتیاط لازم (وجود هواکش با فیلتر مخصوص) ضروری است.

➤ نکته مهم این است که بسیاری از افرادی که زگیلهای اطراف مقعد دارند ممکن است همزمان زگیل در داخل مقعد هم داشته باشند . لذا بهتر است در هر بیماری که زگیل اطراف مقعدی دارد داخل مقعد هم با یکی از روشهای معاینه با انگشت (TR)، آنوسکوپی استاندارد و یا آنوسکوپی high –resonance بررسی شود.

ایمی کویمود

➤ استعمال کرم ایمی کویمود ۵٪ توسط انگشت، ۳ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته یا تا بهبود ضایعه استفاده شود. شب‌ها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود. (محل تماس باید با آب و صابون، ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از مصرف شسته شود)

➤ استفاده از پنج فلوروئوراسیل (5FU) تقریباً شبیه ایمی کویمود می‌باشد فقط دو بار در هفته استفاده می‌شود.

پودوفیلین

- استفاده از پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵٪ در محلولی از بنزوئین بود که هر چند در حال حاضر هنوز توسط برخی پزشکان به کار میرود.
- این محلول برای درمان زگیل با دقت روی ضایعات، بدون تماس با نسج سالم اطراف به کار می رود.
- زگیل های سیستم تناسلی خارجی و اطراف مقعد باید ۱ تا ۴ ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شوند
- درمان باید هر هفته تکرار شود. اگر پس از ۶-۸ بار استفاده از پودوفیلین همچنان زگیل باقی مانده باشد باید بیمار به یک مرکز تخصصی تر ارجاع شود

پودوفیلین

پودوفیلین را نباید با مقادیر زیاد استفاده کرد؛ زیرا سمی است و به آسانی جذب می شود. این دارو در بارداری و شیردهی نیز منع مصرف دارد.

استفاده از محلول پودوفیلوکس ۰/۵ درصد یا ژل، میتواند توسط خود بیمار با یک سواپ پنبه ای به زگیل های 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 /پدوفیلوکس نباید بیشتر از ۰/۵ میلی لیتر در روز باشد و سطح کلی منطقه مورد درمان نباید بیشتر از ۱۰ سانتی متر مربع باشد.

تری کلرواستیک اسید

► TCA یا تری کلرواستیک اسید (۹۰-۸۰٪) باید به دقت و بدون تماس با نسوج، روی زگیل‌ها مالیده شود؛ سپس روی نواحی درمان‌شده پودر تالک یا بیکربنات سدیم پاشیده شود تا اسید اضافی برداشته شود.

► این روش می‌تواند هفته‌ای یک بار تکرار شود. این روش کوتریزاسیون شیمیایی سریع ایجاد مینماید.

► جذب سیستمیک ندارد و لذا در حاملگی کاملاً بی‌ضرر است.

کرایوتراپی

➤ کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، که باید هر ۲-۳ هفته تکرار شوند.

➤ در هر جلسه دو سیکل درمان انجام شود. کرایوتراپی سمی نیست؛ نیازی به بی حسی ندارد و اگر به طور دقیق به کار رود، ایجاد اسکار نمی کند.

➤ در حاملگی و شیردهی کاملاً ایمن است.

➤ زگیل‌های واژن:

➤ کرایوتراپی با نیتروژن مایع (کرایوپروب توصیه نمیشود چون احتمال سوراخ شدن واژن و فیستول وجود دارد)

➤ برداشت با جراحی

➤ TCA

➤ زگیل‌های سرویکس:

➤ کرایوتراپی با نیتروژن مایع

➤ برداشت جراحی

➤ TCA

نکات مهم در مشاوره

▶ ابتلا به ویروس HPV بسیار شایع است و میتواند غیر از ناحیه مقعدی-تناسلی نواحی دیگری مثل دهان و حلق را هم درگیر نماید.

▶ وقتی دو شریک جنسی مبتلا به زگیل تناسلی یا مبتلا به HPV هستند نمیتوان دقیقاً مشخص نمود کدامیک ابتدا مبتلا شده و عفونت را به دیگری منتقل کرده است

▶ ابتلا به HPV به این مفهوم نیست که خود فرد یا همسرش حتما روابط جنسی غیر ایمن داشته است

➤ زنان مبتلا به HPV میتوانند باردار شوند و دوران بارداری طبیعی داشته باشند

➤ هیچ آزمایشی وجود ندارد که نشان دهد کدام نوع HPV میتواند از بدن پاک شود و کدام پایدار بماند و پیشرفت نماید

➤ زنان مبتلا به زگیل تناسلی نیاز به انجام آزمایش پاپ اسمیر بیشتر از زنان دیگر ندارند.

➤ زمان ابتلا به ویروس HPV را نمیتوان به طور دقیق مشخص نمود. فرد میتواند ماهها و حتی سالها قبل از ظهور ضایعات زگیل مبتلا به HPV شده باشد.



➤ افراد بی علامت مبتلا به HPV هم میتوانند بیماری را به شرکای جنسی خود منتقل نمایند.

➤ شرکای جنسی میتوانند ویروس HPV را به هم منتقل کنند درحالی که فقط یکی علامتدار باشد و یا حتی هیچ کدام ضایعه قابل رویتی نداشته باشند.



➤ هر چند زگیل تناسلی یک بیماری شایع بوده و بیشتر تیپ های ویروس HPV کم خطر هستند ولی ذکر تشخیص زگیل تناسلی ممکن است استرس و نگرانی زیادی برای بیمار ایجاد نمایند.

➤ 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.

➤ بیماران مبتلا به زگیل تناسلی بهتر است از نظر سایر بیماریهای آمیزشی هم بررسی شوند.

➤ HPV میتواند بعد از رفع ضایعات هم به شریک جنسی منتقل شود.



➤ 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 و لذا نمیتواند به طور کامل محافظت کننده باشد.

➤ واکسن HPV میتواند از ابتلا جلوگیری نماید ولی برای فردی که در حال حاضر زگیل تناسلی قابل رویت دارد نقش درمانی ندارد.

هرپس زڻيٽال



تبخال تناسلی یک عفونت ویروسی مزمن، راجعه و مادام العمر است که توسط ویروسهای HSV-1 و HSV-2، ایجاد میگردد.

بیشتر موارد تب خال تناسلی راجعه توسط HSV-2 ایجاد میشود. اغلب موارد ابتلا به HSV-2 تشخیص داده نمیشوند. بسیاری از آنان علائم خفیف و یا تشخیص داده نشده دارند



➤ تشخیص تبخال تناسلی براساس معیارهای بالینی غیرحساس و غیر اختصاصی است.

➤ ضایعات کلاسیک زخمی متعدد دردناک و تاول دار در بسیاری از بیماران وجود ندارد.

➤ آزمایش های تشخیصی ویرولوژیک شامل کشت ویروس و PCR میشود ولی این آزمایش ها نیز حساسیت زیادی بویژه در موارد عفونتهای تکراری ندارند

➤ آزمایش ترانک و پاپ اسمیر که از نظر سیتولوژی تغییرات سلولها را بررسی میکند نیز غیر اختصاصی و غیرحساس است.

➤ آزمایشهای سرولوژی اختصاصی برای هر تیپ نیز در صورت در دسترس بودن قابل انجام است. ولی کاربرد بالینی زیادی ندارد.





درمانهای ضد ویروسی سیستمیک را میتوان در اولین حمله بیماری و یا در حملات راجعه و همچنین در موارد درمان سرکوبگر تجویز نمود ولی این داروها ویروس را در بدن ریشه کن نمیکند.

درمان باعث جلوگیری از بروز ضایعات جدید، کاهش طول مدت درد و کاهش زمان لازم برای ترمیم و میزان انتشار ویروس می شود؛ اگرچه در سیر طبیعی عودهای بیماری تأثیری ندارد

درمان در نخستین حمله بالینی تب خال تناسلی

➡ آسیکلوویر **400mg** خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز

یا ➡

➡ آسیکلوویر **200mg** خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز

یا ➡

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

رژیم پیشنهادی در درمان تب خال راجعه تناسلی

➤ آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز
یا

➤ آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۵ روز
یا

➤ آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۲ روز
یا

➤ والاسیکلوویر ۵۰۰mg خوراکی، دو بار در روز، برای ۳ روز

درمان سرکوبگر (سایر سیو):

➤ درمان روزانه نگهدارنده، عود مکرر (۶ بار یا بیشتر در هر سال) تب خال تناسلی را تا ۷۰-۸۰٪ درصد کاهش می دهد. درمان روزانه با آسیکلوویر تا ۶ سال و یا والاسیکلوویر و فامسیکلوویر تا یکسال مؤثر و بدون عارضه است.

➤ آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز

یا ➤

➤ والاسیکلوویر ۵۰۰mg خوراکی یکبار در روز

یا ➤

➤ والاسیکلوویر ۱ گرم روزانه



درمان با والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم روزانه نسبت به درمان با آسیکلوویر یا سایر دُزهای درمانی والاسیکلوویر در افرادی که عودهای بسیار مکرر دارند (مثلاً ۱۰ بار یا بیشتر در سال) تاثیر کمتری دارد.

برخی صاحب نظران قطع مصرف آسیکلوویر را یکسال پس از شروع درمان جهت بررسی مجدد میزان عود توصیه می کنند.

حداقل دو عود در دوره بررسی باید مشاهده شود. در بیمارانی که عودها ادامه دارند میتوان درمان نگهدارنده را دوباره شروع کرد.



اولین اپیزود بالینی تبخال تناسلی، باید با آسیکلوویر خوراکی درمان شود.
(درمان آسیکلوویر در دوران بارداری کاملاً ایمن است.)

زایمان واژینال در زنان مبتلا شده به تبخال اولیه تناسلی در محدوده زمانی
نزدیک به زایمان، خطر آلودگی نوزاد را به دنبال دارد

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.

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

➤ آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ، ۳ بار در روز

یا ➤

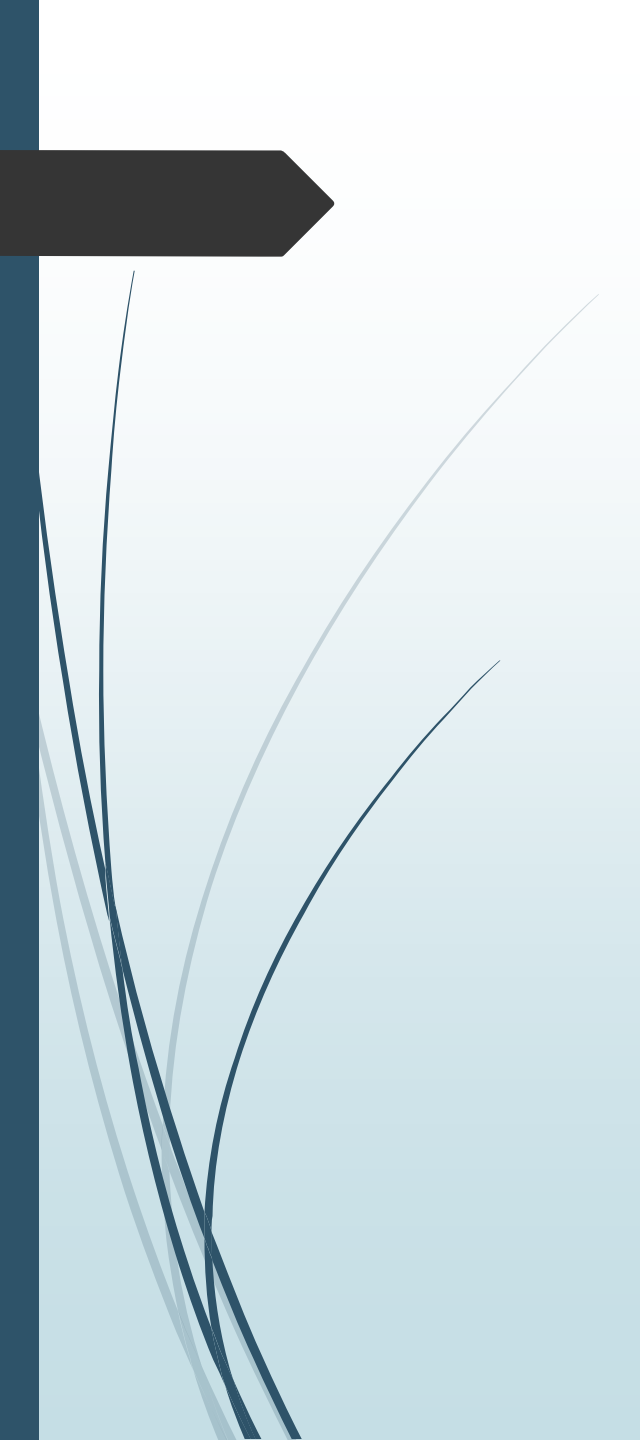
➤ والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ، ۲ بار در روز

درمان نوزاد متولد شده

➤ برای نوزادان مواجهه یافته با HSV در حین تولد شامل نوزادانی که مادرشان ضایعه قابل رویت منطبق با هرپس در زمان زایمان طبیعی داشته و یا هرپس تایید شده با آزمایش داشته است باید مشاوره با متخصص عفونی کودکان انجام شود.

مشاوره در بیماران مبتلا به تبخال تناسلی:

- آموزش در مورد سیر بیماری با تاکید بر راجعه بودن بیماری انتشار ویروس بدون علامت
- امکان درمان نگهدارنده و یا اپیزودیک در موارد لازم
- ضرورت اطلاع به شریک جنسی
- احتمال انتقال بدون علامت بویژه طی ۱۲ ماه اول بعد از عفونت.
- پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود علامت و پرودروم

- 
- امکان پیشگیری از انتقال با استفاده مداوم و صحیح کاندوم
 - ضرورت بررسی شریک جنسی از نظر ابتلا
 - احتمال انتقال مادر به کودک باید به تمامی افراد گوشزد شود



➤ 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.

