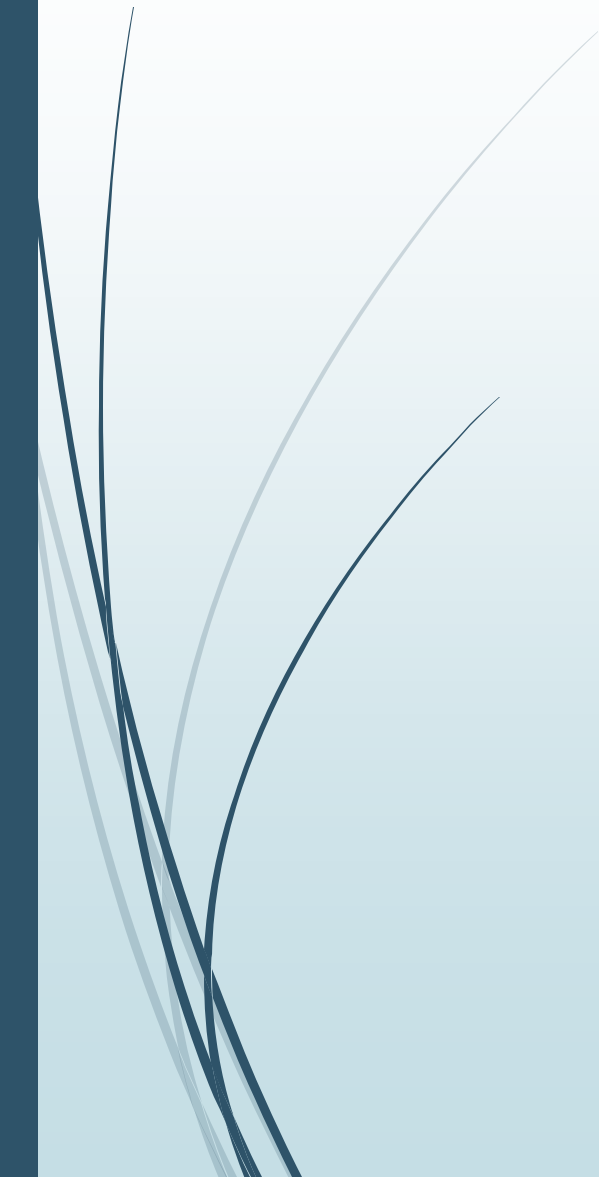




زگیل تناسلی

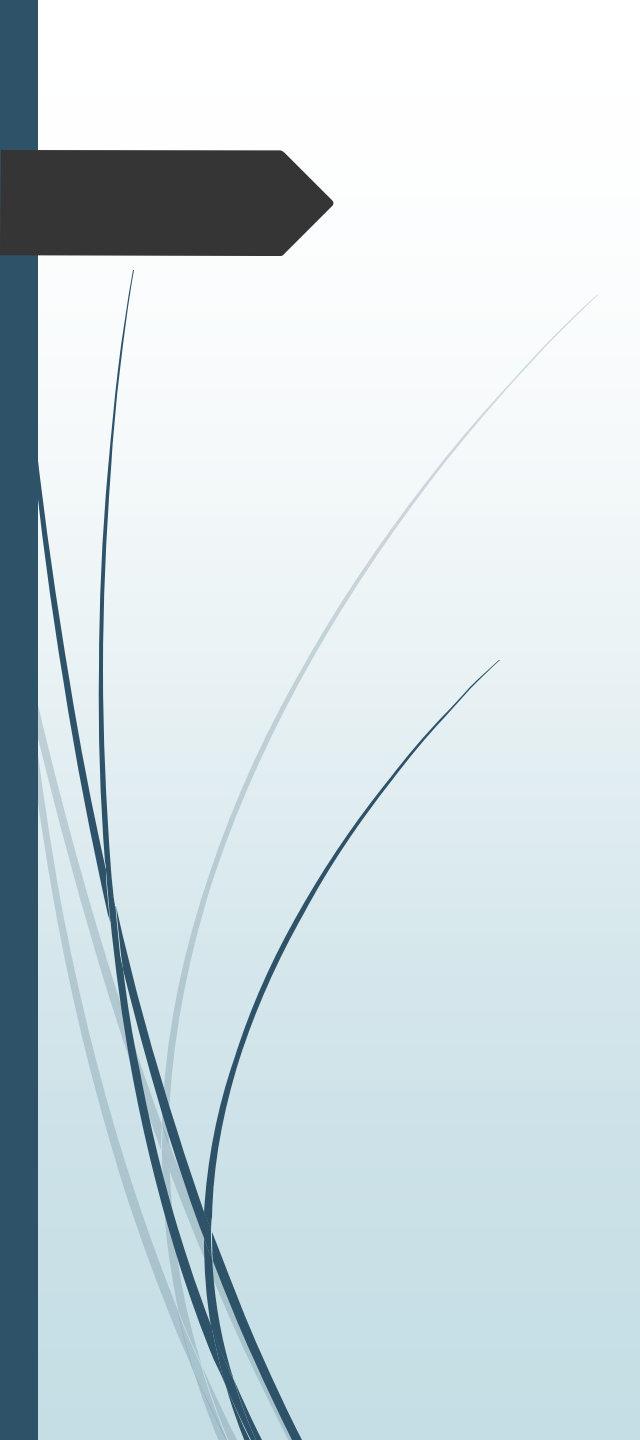




■ عفونت ویروس پاپیلوما با انتشار وسیع جهانی شایع ترین عفونت آمیزشی در کل جهان است

■ بر اساس امار سازمان جهانی بهداشت، ۶۳۰ میلیون نفر در دنیا سالیانه به عفونت HPV مبتلا می گردند که این امار حدود ۹٪ تا ۱۳٪ جمعیت جهانی را شامل می گردد

■ بر اساس دیتاهای CDC هر فرد در طول زندگی حداقل یکبار به عفونت پاپیلوما مبتلا می شود (با یا بدون علامت)



■ ویروس پاپیلوما مسئول ایجاد سرطانهای زیر می باشد

❖ ۹۰ درصد از سرطانهای سرویکس

❖ ۹۳ درصد از سرطانهای مقعد در هر دو جنس

❖ ۶۵ درصد از سرطانهای واژن

❖ ۵۱ درصد از سرطانهای الت تناسلی زنانه

❖ ۳۶ درصد از سرطانهای پنیس

❖ ۴۵ تا ۹۰ درصد از سرطانهای دهانی حنجره ای در هر دو جنس



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



Clinical manifestation	HPV type
Plantar Warts	1, 2, 4, 63.
Common Warts	1, 2, 7, 4, 26, 27, 29, 41, 57, 65, 77, 3, 10, 28.
Flat Warts	3, 10, 26, 27, 28, 38, 41, 49, 75, 76.
Butchers Warts	1, 2, 3, 4, 7.
Filiform Warts	2, 3.
Pigmented Warts	4, 60, 65.
Periungual Warts	1, 2, 4, 5, 7, 27, 57
Myrmecia Warts	1
Verruca Vulgaris	1, 2, 4
Non-melanoma Skin Cancers	2, 3, 6, 11, 16, 18, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 76
Epidemodysplasia Verruciformis	2, 3, 10, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 36, 37, 38, 47, 50.
Recurrent Respiratory Papillomatosis	6, 11.
Focal Epithelial Hyperplasia (Heck Disease)	13, 32, 16, 18, 31, 39, 40, 51, 52, 55, 58, 66, 68, 69, 71, 74
Conjunctival Papillomas/Carcinomas	6, 11, 16.
Genital warts(Condyloma Acuminatum)	6, 11, 16, 18, 30, 42, 43, 45, 51, 54, 55, 70.
High-risk Cervical Intraepithelial Neoplasia/ Cervical Carcinoma	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68



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

➤ حدود 240 نوع از این ویروس شناخته شده است که حدود 60 نوع آن میتواند باعث ایجاد زگیل تناسلی، پاپیلوماتوز تنفسی و ضایعات اوروفارنکس شوند

➤ ویروس پاپیلوما سبب عفونت در سلول های اپیتلیال پوست و مخاط میگردد

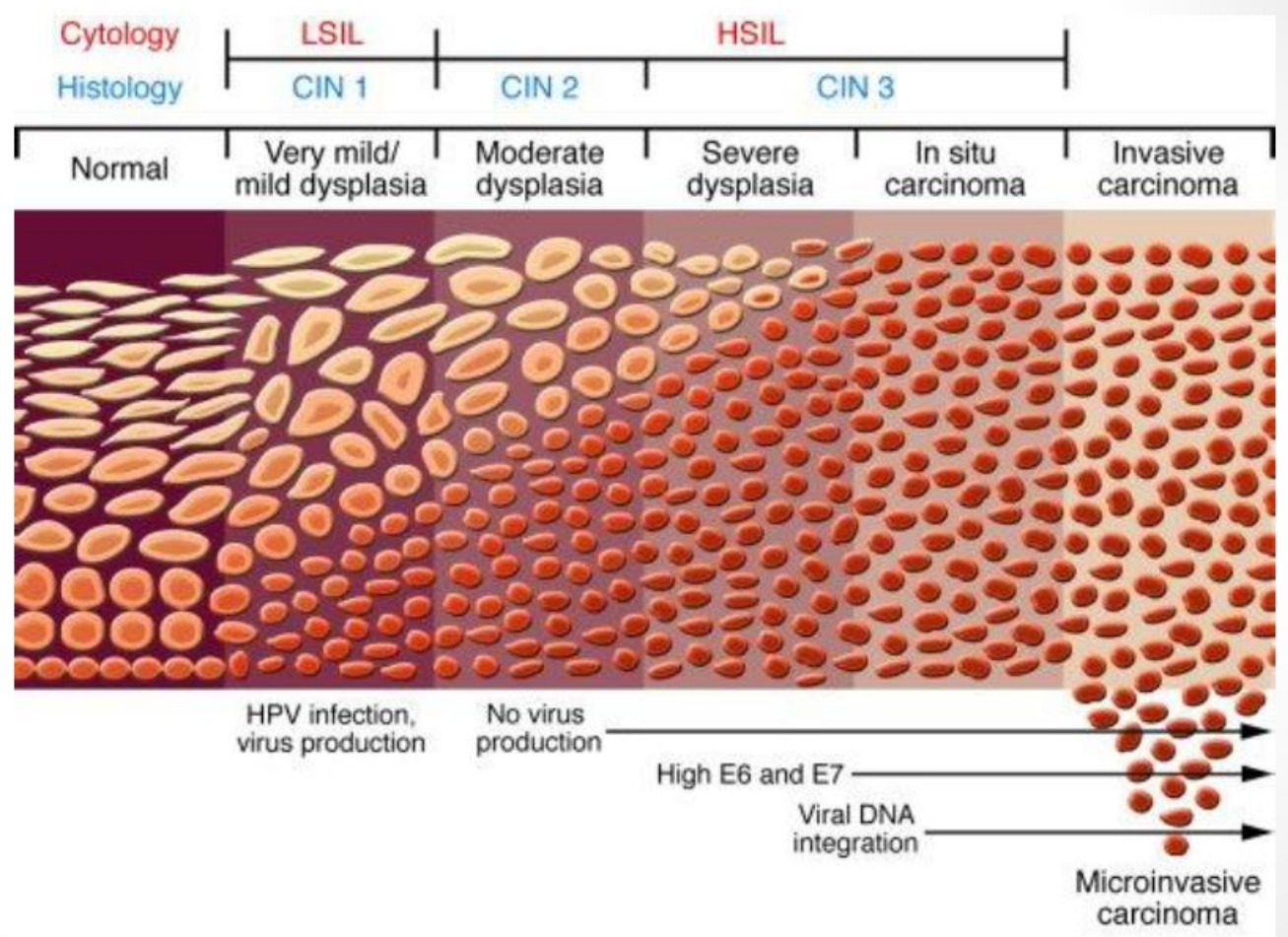
تیپ های ویروس

➤ انواع انکوژن و پرخطر این ویروس (شامل انواع 18 و 16) 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 11 و 6) عامل ایجاد کننده بیشتر از 90% موارد زگیل های تناسلی و پاپیلوماتوز راجعه تنفسی هستند.

تظاهرات بالینی

- ▶ تنها علامت بالینی پاپیلوما در مرد و زن زگیل های انونیتال می باشد
- ▶ لیکن درصد قابل توجهی از بیماران (مخصوصا زنان) فاقد زگیل تناسلی بوده و به جای ظهور علایم بالینی تغییرات بیماریزا در سطح پوست و مخاط ایجاد می شود
- ▶ این تغییرات در پاپ اسمیر به دو دسته SIL و HSIL تقسیم می شوند و هر کدام زیر شاخه خود را دارند (LSIL شامل زیر شاخه CIN1 و HSIL شامل زیر شاخه CIN-11 و CIN-111 است) این تغییرات در بسیاری از بیماران رخ می دهد





■ آنچه روند این تغییرات سلولی و پیش آگهی آنها به طرف ضایعات سرطانی را تعیین می کند آمادگی سیستم دفاعی بدن برای مقابله با ویروس است

■ لذا در بیشتر موارد (بیش از ۹۰٪) در عرض یک تا حداکثر ۳ سال این ضایعات پسرفت نموده و بیمار خودبخود بهبود می یابد

❖ ۸۵٪ برای CIN-1

❖ ۵۰٪ برای CIN-11

❖ ۵ تا ۱۰٪ برای CIN-111



➤ 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 خصوصا 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

راههای انتقال

- زگیل های تناسلی معمولاً از طریق تماس جنسی در اثر تماس با پوست آلوده دستگاه تناسلی ، غشاهای مخاطی یا مایعات تناسلی – دهانی-آنال که آلوده هستند منتقل می شوند
- در بیشتر موارد دخول یک شرط اصلی برای این انتقال است ولی مواردی که دخول انجام نشده ولی تماس در ناحیه تناسلی صورت گرفته نیز می تواند سبب انتقال ویروس گردد
- انتقال غیر مستقیم با واسطه دستها ، لباس زیر یا اشیا بیجان نیز وجود دارد
- انتقال مادر به نوزاد در حین زایمان هم میتواند رخ دهد.



➡ 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.



➤ 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 16 و 18 ویروس است که 70% سرطانهای دهانه رحم با این دو تیپ ارتباط دارند.

➤ واکسن 4 ظرفیتی گارداسیل که علیه چهار تیپ 11 و 6 و 16 و 18 محافظت میکند.

➤ واکسن 9 ظرفیتی هم اخیرا برای پیشگیری از 9 تیپ (6 و 11 و 16 و 18 و 31 و 33 و 45 و 52 و 58) تولید شده است



➤ واکسن برای دختران 11-12 سال توصیه میشود و میتوان از سن 9 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 13-26 سال واکسن دریافت نکرده اند و یا واکسیناسیونشان کامل نیست نیز توصیه میگردد

➤ واکسن چهار ظرفیتی و نه ظرفیتی برای پسران و مردان 13-21 سال توصیه میگردد و میتوانند از 9 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 6 ماهه کامل میگردد . نوبت دوم 1-2 ماه بعد از نوبت اول و نوبت سوم 6 ماه بعد از نوبت اول تجویز میشود. در زیر 15 سالگی دو نوبت هم کافی است

➤ زیر 15 سال دو دوز به فاصله 6 ماه (حداقل فاصله 5 ماه)

➤ بالای 15 سال 2 (توصیه WHO) یا 3 دوز (صفر، 1-2 ماه بعد، 6-12 ماه بعد) حداقل فاصله بین دوز اول و دوم

➤ 4 هفته، بین دوز دوم و سوم 3 ماه

➤ زنانی که علیه HPV واکسینه شده اند هم باید غربالگری روتین برای



➤ 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 .

Convert

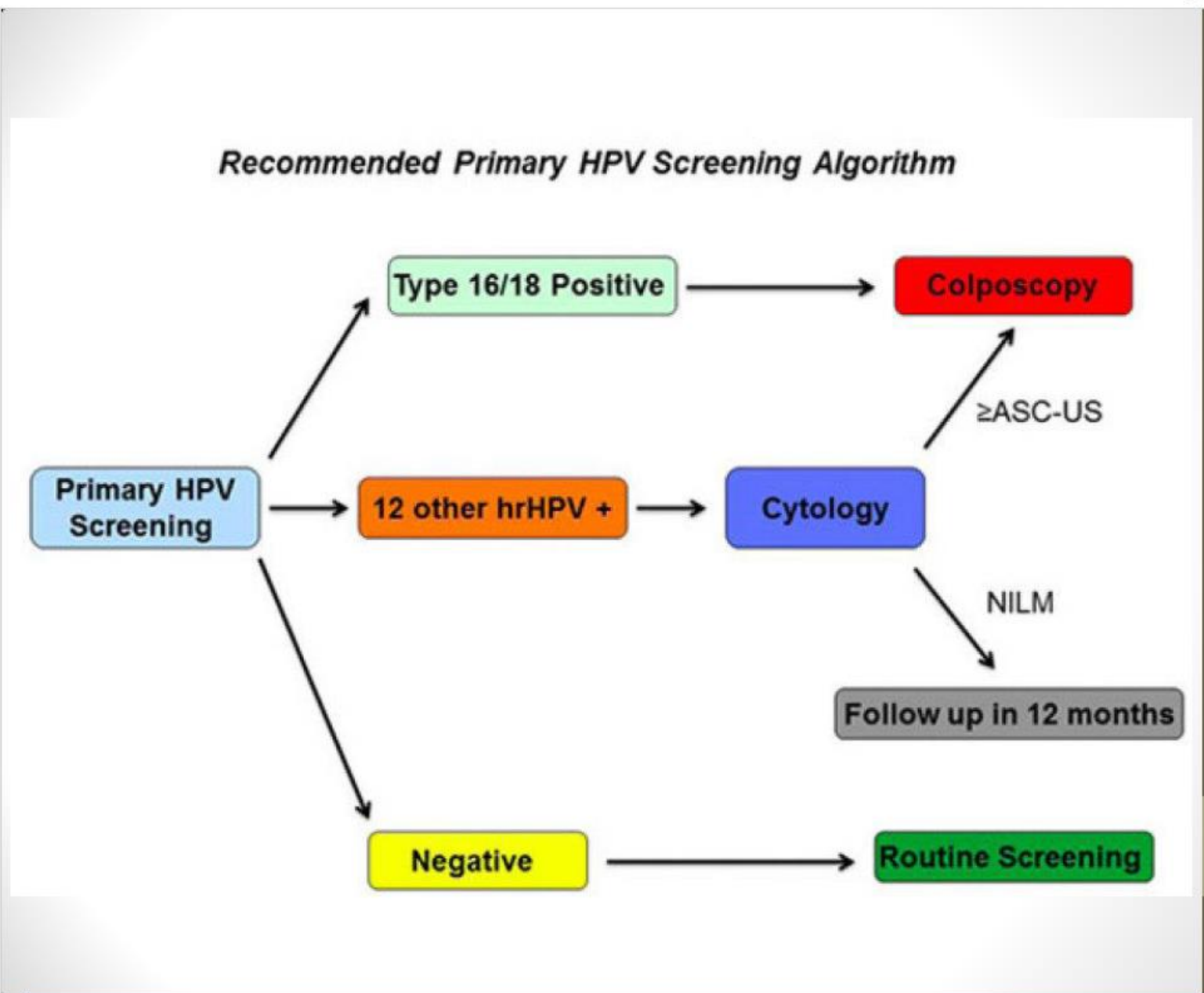
EXPORT PDF TO

- ☒ Microsoft Word DOC
- ☐ Microsoft PowerPoint PPTX
- ☐ Microsoft Excel XLSX
- ☐ Image format JPEG
- ☐ Other format RTF

Recognized text language
English US
Convert

- OTHER OPTIONS
- Convert to PDF
 - Compress a PDF
 - Scan & OCR

Convert files to and from PDF without limits
Free trial





► 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.

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

➤ زگیل تناسلی میتواند ظرف یکسال خودبخود رفع گردد (تا 90% زیر 30 سالگی)



➤ برای انتخاب روش درمانی برای زگیل تناسلی مواردی چون هزینه، تبحر پزشک، تمایل بیمار عوارض جانبی، محل ضایعه، تعداد و اندازه ضایعه و همکاری بیمار را باید در نظر گرفت.

➤ گاهی هم میتوان در شرایطی درمان ترکیبی را به کار برد (مثلا کرایوتراپی همراه با یک درمان موضعی که توسط خود بیمار به کار رود).

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

➤ کرم 5% ایمی کوئیمود

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

➤ 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) 80-90%



استعمال کرم ایمی کویمود 5% توسط انگشت، 3 بار در هفته و به مدت 16 هفته یا تا بهبود ضایعه استفاده شود. شب‌ها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود. (محل تماس باید با آب و صابون، 6 تا 10 ساعت بعد از مصرف شسته شود)

استفاده از پنج فلوروئوراسیل (5FU) تقریباً شبیه ایمی کویمود می باشد فقط دو بار در هفته استفاده می شود.



استفاده از پودوفیلین 10 تا 25% 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 می‌رود.

زگیل‌های سیستم تناسلی خارجی و اطراف مقعد باید 1 تا 4 ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شوند

درمان باید هر هفته تکرار شود. اگر پس از 6-8 بار استفاده از پودوفیلین همچنان زگیل باقی مانده باشد باید بیمار به یک مرکز تخصصی تر ارجاع شود



استفاده از محلول پودوفیلوکس 0/5 درصد یا ژل، میتواند توسط خود بیمار با یک سواب پنبه ای به زگیل های قابل رویت دوبار در روز برای 3 روز مالیده شود و اگر نیاز به تکرار بود پس از 4 روز دوباره این سیکل را تکرار کند.

4-5 بار میتواند این سیکل را تکرار نماید.

حجم کلی پدوفیلین /پدوفیلوتوکسین نباید بیشتر از 0/5 میلی لیتر در روز باشد و سطح کلی منطقه مورد درمان نباید بیشتر از 10 سانتی متر مربع باشد.



➤ TCA یا تري كلرواستيك اسيد (80-90 %) بايد به دقت و بدون تماس با نسوج، روي زگیل ها مالیده شود؛ سپس روي نواحی درمان شده پودر تالك يا بيكر بنات سدیم پاشیده شود تا اسيد اضافی برداشته شود.

➤ این روش میتواند هفته اي يك بار تکرار شود. این روش کوتریزاسیون شیمیایی سریع ایجاد مینماید .

➤ جذب سیستمیک ندارد و لذا در حاملگی کاملاً بی ضرر است .



➤ کرایوترایی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، که باید هر 2-3 هفته تکرار شوند.

➤ لازم به توضیح است که در هر جلسه دو سیکل درمان انجام شود. کرایوترایی 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



➤ در بیشتر بیماران مبتلا به زگیل های 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 .

➤ زگیل هایی که در چینهای پوستی و یا مناطق مرطوب تناسلی قرار دارند پاسخ بهتری به درمانهای موضعی میدهند.



■ هایپوپیگمانتاسیون و هایپرپیگمانتاسیون پوست میتواند از عوارض کرایوتراپی و الکتروسرجری و یا ایمی کوئیمود باشد

■ از عوارض درمان زگیلهای مقعدی درد موقع اجابت مزاج یا بروز فیستول است.



■ 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 دقیقا 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



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.

ابتلا 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.



➤ 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.

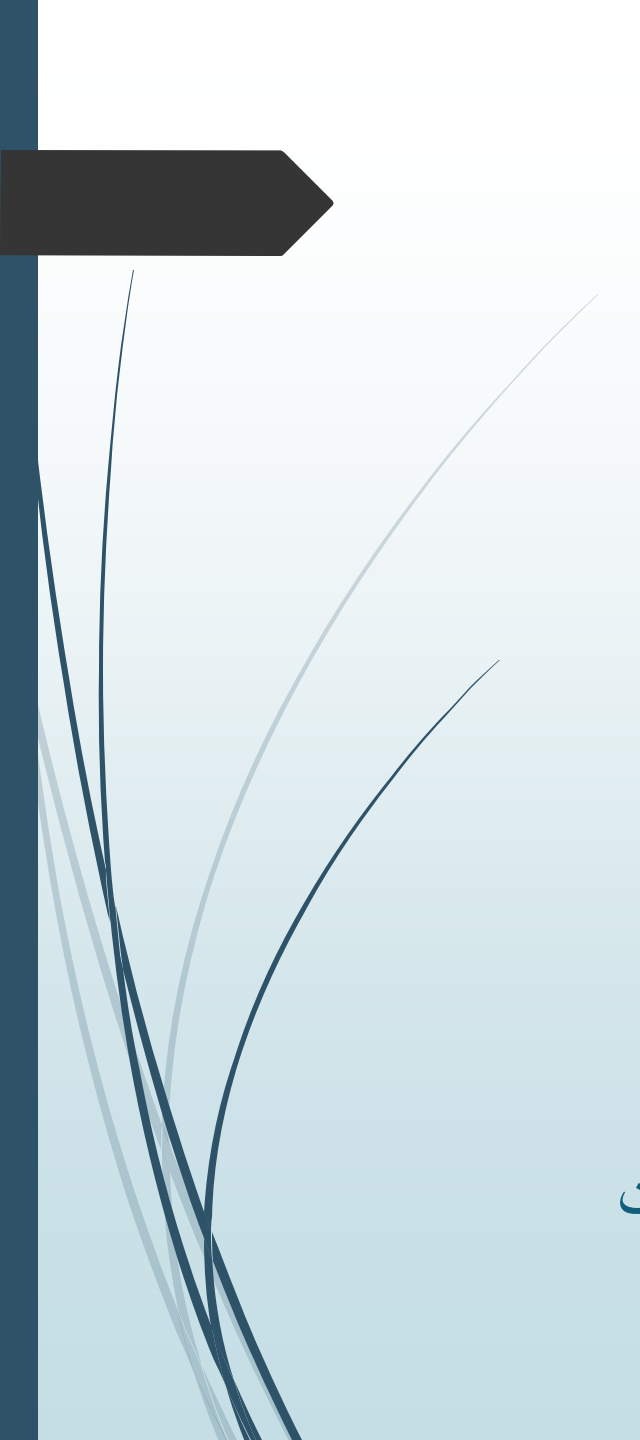
➤ بیماران مبتلا به زگیل تناسلی بهتر است از نظر سایر بیماریهای آمیزشی هم بررسی شوند.

➤ 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.



➤ فرد مبتلا به زگیل تناسلی باید شریک یا شرکای جنسی اش را مطلع نماید.
شرکای جنسی چنین فردی نیز باید مشاوره شوند.

➤ هرچند شرکای جنسی هم ممکن است علیرغم بدون علامت بودن آلوده شده باشند ولی انجام آزمایش HPV در اینها توصیه نمیشود.

➤ به شرکای جنسی توصیه میشود تحت یک معاینه دقیق قرار گرفته و از نظر سایر بیماریهای آمیزشی بررسی شوند. 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

هرپس ژنیتال



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 بر اساس 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

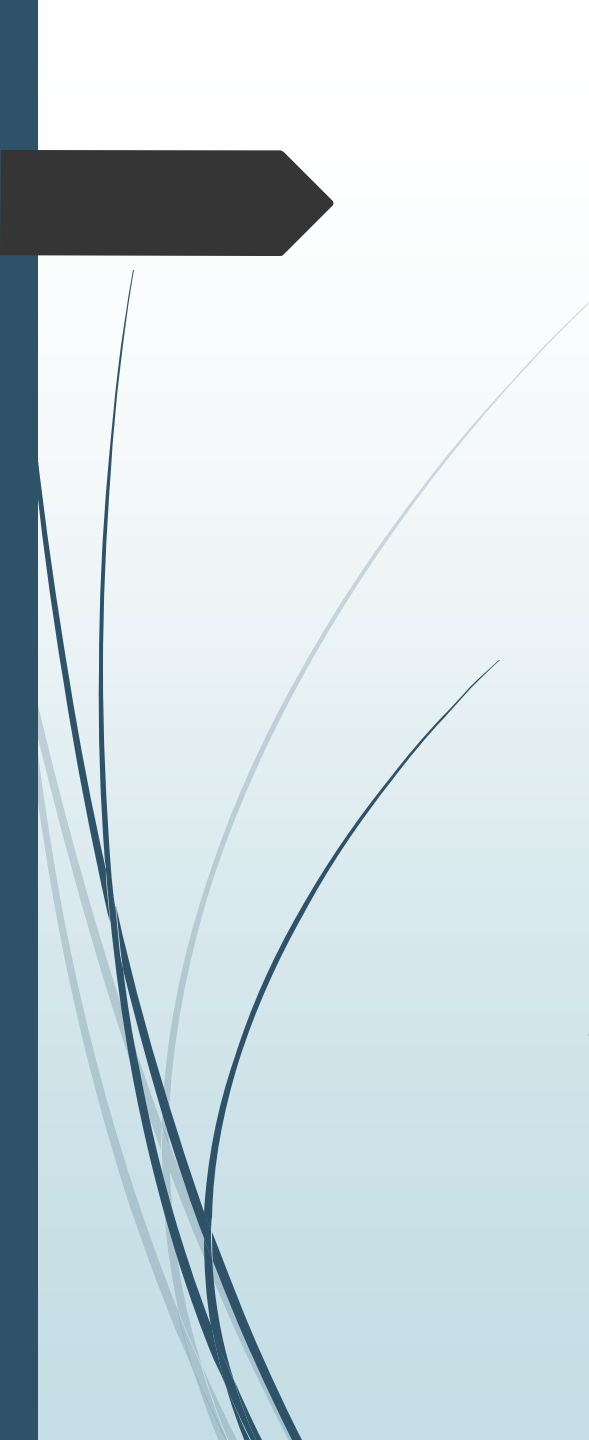
➤ آزمایش تزانک و پاپ اسمیر که از نظر سیتولوژی تغییرات سلولها را بررسی میکند نیز غیر اختصاصی و غیرحساس است.

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

Genital herpes







➤ 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 میشود؛ اگرچه در سیر طبیعی عودهای بیماری تأثیری ندارد

درمان در نخستین حمله بالینی تب خال تناسلی

- آسیکلوویر 400mg خوراکی، 3 بار در روز، برای 7-10 روز
یا
- آسیکلوویر 200mg خوراکی، 5 بار در روز، برای 7-10 روز
یا
- والاسیکلوویر 1 گرم خوراکی، 2 بار در روز برای 7-10 روز

رژیم پیشنهادی در درمان تب خال راجعه تناسلی

➤ آسیکلوویر 400mg خوراکی، 3 بار در روز، برای 5 روز
یا

➤ آسیکلوویر 800mg خوراکی، 2 بار در روز، برای 5 روز
یا

➤ آسیکلوویر 800mg خوراکی، 3 بار در روز، برای 2 روز
یا

➤ والاسیکلوویر 500 mg خوراکی، دو بار در روز، برای 3 روز

درمان سرکوبگر (سایپرسیو):

➤ درمان روزانه نگهدارنده، عود مکرر (6 بار یا بیشتر در هر سال) تبخال تناسلی را تا 70-80% درصد کاهش می‌دهد. درمان روزانه با آسیکلوویر تا 6 سال و یا والاسیکلوویر و فامسیکلوویر تا یکسال مؤثر و بدون عارضه است.

➤ آسیکلوویر 400mg خوراکی، 2 بار در روز

یا ➤

➤ والاسیکلوویر 500 mg خوراکی یکبار در روز

یا ➤

➤ والاسیکلوویر 1 گرم روزانه



درمان با والاسیکلوویر 500 میلی گرم روزانه نسبت به درمان با آسیکلوویر یا سایر دُزهای درمانی والاسیکلوویر در افرادی که عودهای بسیار مکرر دارند (مثلا 10 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.



درمان با آسیکلوویر وریدی برای موارد شدید بیماری یا عوارضی که نیاز به بستری میباشد (عفونت منتشر، پنومونیت یا هپاتیت و مننگوآنسفالیت) باید در نظر گرفته شود.

در بیمارانی که نارسایی کلیوی دارند باید دُز آسیکلوویر تعدیل گردد .

آسیکلوویر 5-10 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر 8 ساعت برای 7-2 روز یا تا رفع علائم بالینی و سپس در ادامه درمان با داروهای ضد ویروسی خوراکی تا تکمیل 10 روز دوره درمان .



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 36 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 400 میلی گرم خوراکی ، 3 بار در روز

یا ➡

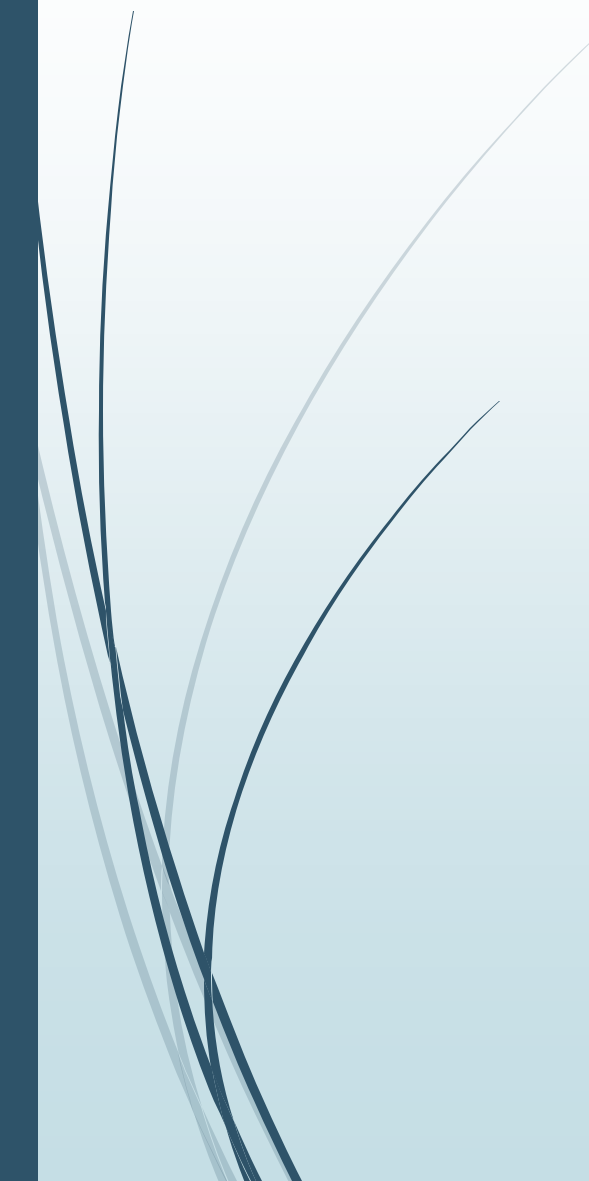
➡ والاسیکلوویر 500 میلی گرم خوراکی ، 2 بار در روز

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 12 ماه اول بعد از عفونت.
- پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود علامت و پرودوم

- 
- 
- 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.

