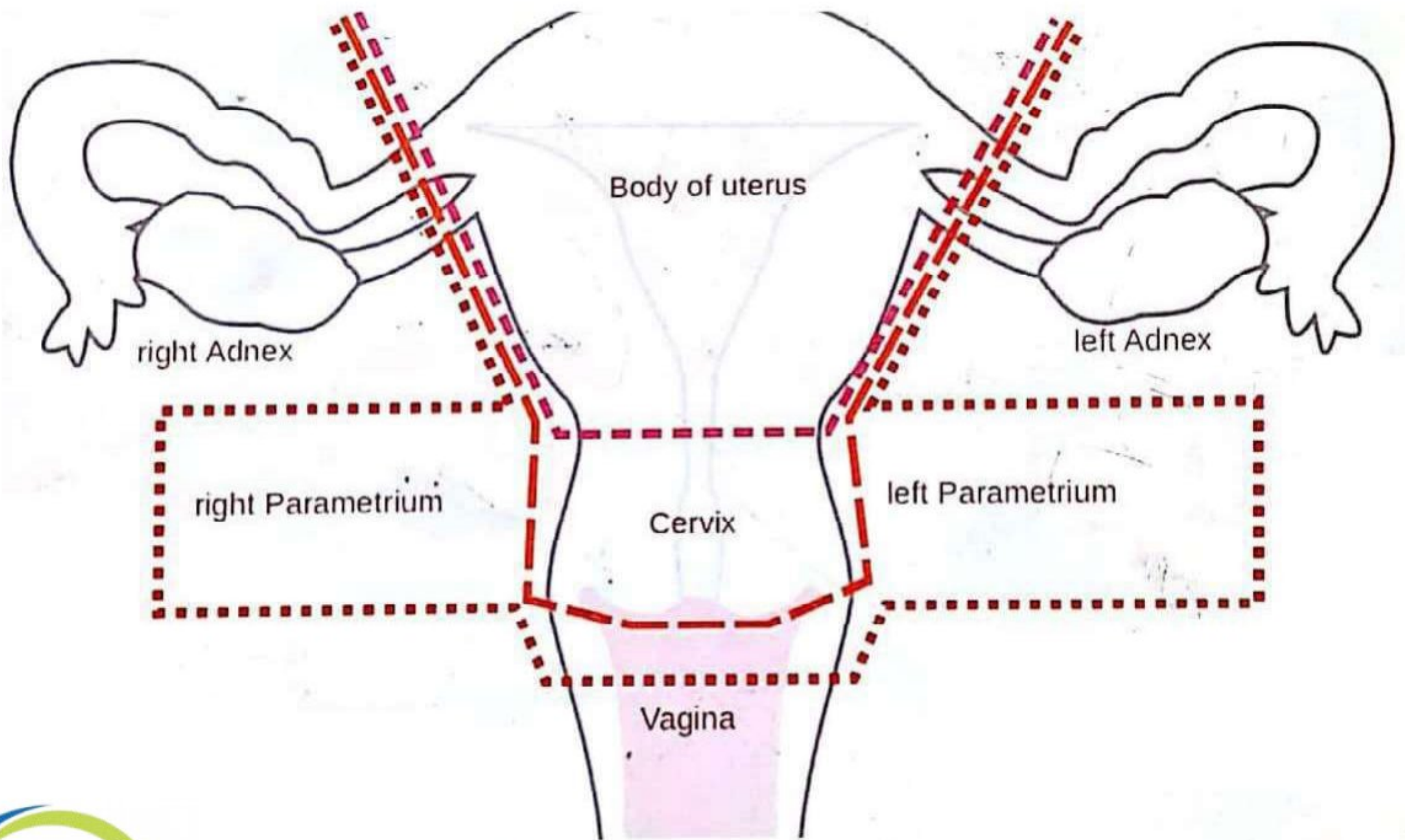




# نسائی

(لکچر نوت ها)

برای محصلین پوهنځي طب



----- subtotal      - - - - - total      ..... radical



Dr. Bilal Ahmad Mudasir  
Kandahar, Afghanistan

توسط: استادان نسائی ولادی پوهنتون طبي کابل  
تحت نظر: پوهنوال دوکتور فهيمه آرام  
سال: ۱۳۹۷

## Gynecologic examination and diagnosis

علیرغم پیشرفتیکه در تکنالوژی طبی حاصل شده است، هنوز هم گوش دادن به صحبت های  
مریض از همان اعتبار مقدم برخوردار است. (یک تاریخچه دقیق همراه با یک معاینه فیزیکی  
کامل برای مریضان ولادی نسائی به همان اندازه اهمیت دارد که برای مریضان داخله و جراحی.  
در کل به منظور تشخیص و تداوی امراض نسائی نکات ذیل مد نظر باشد:

1- آناتومی و فیزیولوژی عضو ماوفه.

2- تاریخچه و معاینات فیزیکی مریض.

3- تشوش وظیفوی عضو ماوفه و تشخیص تفریقی آن.

برای تشخیص قطعی و واقعی باید اعراض و علایم تحری گردد که اعراض توسط مریض ارایه  
شده و علایم با معاینات دریافت می گردد.

### معاینات حوصلی یا Pelvic examination

در مشاهده جهاز تناسلی خارجی موجودیت نکات ذیل باید مد نظر باشد.

1- **افرازات مهبلی** (Leucorrhea) که می تواند Purulent، Mucoepithelial و یا Bloody  
باشد.

2- **التهابات** که شامل التهاباتی Gonococci و سایرآفات می باشد.

3- **Ulceration** که شامل قرحات شانکروئید، Syphilitic، توبرکلوزیک خبیثه و یا به شکل  
یک قرحه ساده است.

4- **تورم یا Swelling** که به اشکال التهابی، اذیمائی، هماتوم، فتق و کیست دیده می شود.

5- نشوونما جدیده یا **Neogrowth formation** که این شامل Fibroma، Lipoma،  
Cancerous است.

6- سو تشکلات یا Malformation, Imperforated hymen, Pseudohermaphroditism

و غیره را میتوان نام برد.

علاوتاً در مشاهده چهار تناسلی نکات ذیل نیز باید مد نظر باشد.

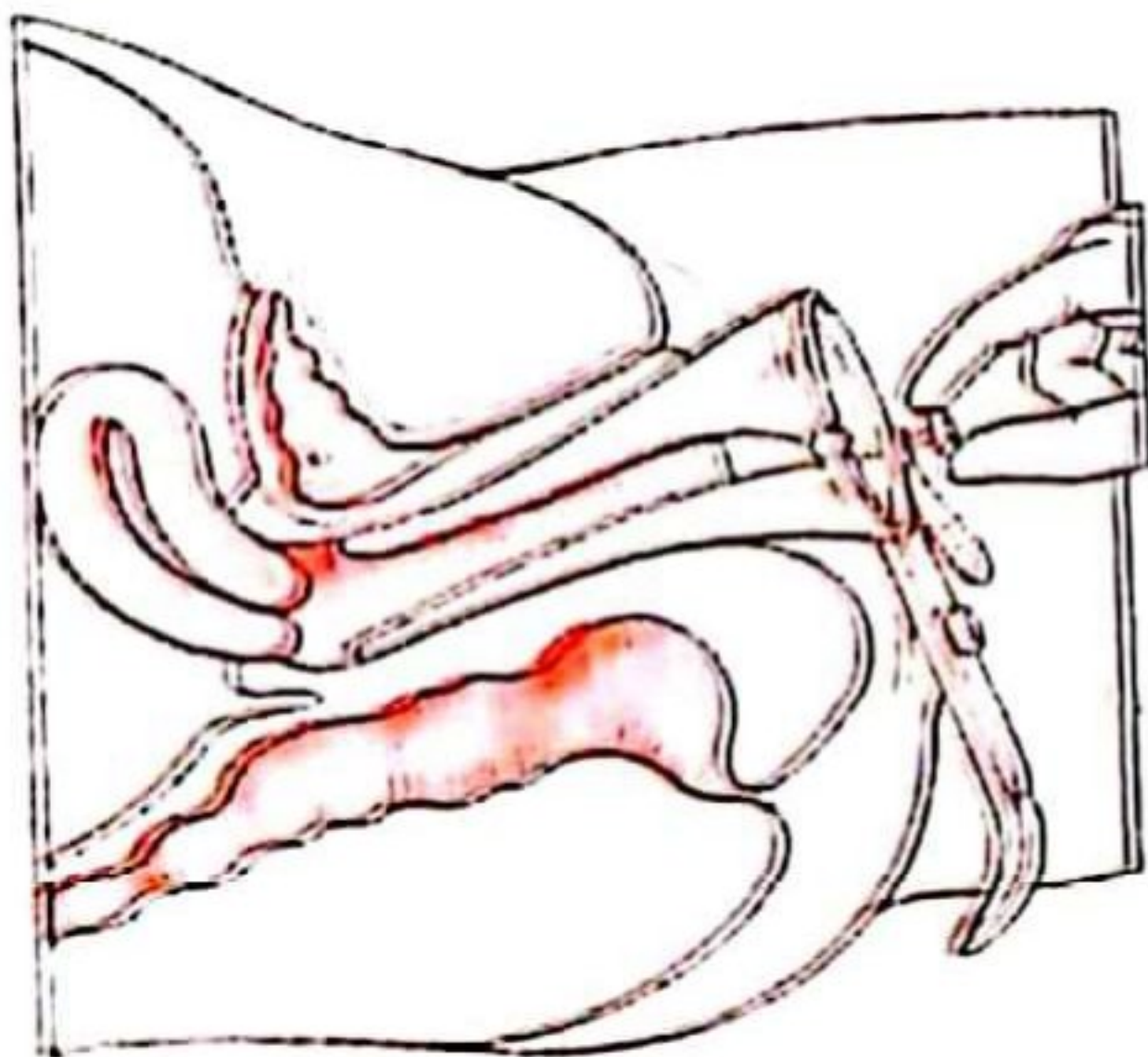


1. وضعیت غشای بکارت (سالم، متمزق، تخریب شده)
2. فوچه خارجی احلیل (التهابی، موجودیت قیح، پولیپ...)
3. وضعیت غدوات ناحیه Vestibule (Skene's glands, Bartholin's gland)
4. وضعیت عجان (طبیعی، استرخائی یا Relaxed، متمزق یا Laceration)

میتود های بخصوص معاینه نسائی معاینه توسط سامان یا Speculum

Speculum یک سامان مخصوص برای معاینه نسائی بوده که جدارهای مهبل را از هم دور ساخته در مورد کیفیت و چگونگی جدارهای مهبل، عنق رحم و فوچه خارجی عنق معلومات می دهد. در معاینه اسپیکولم نکات آتی مد نظر باشد.

1. مطالعه جدارهای مهبل (رنگ، افرازات، سیلان، انومالی، رخاوت و سقوط آن)
2. مطالعه عنق رحم (موقعیت، رنگ، شکل، Laceration، انحرافات، Erosion، Hypertrophy، قرحات و تضيقات)
3. فوچه خارجی عنق رحم (موقعیت، شکل، حوافی، افرازات و پولیپ آن)



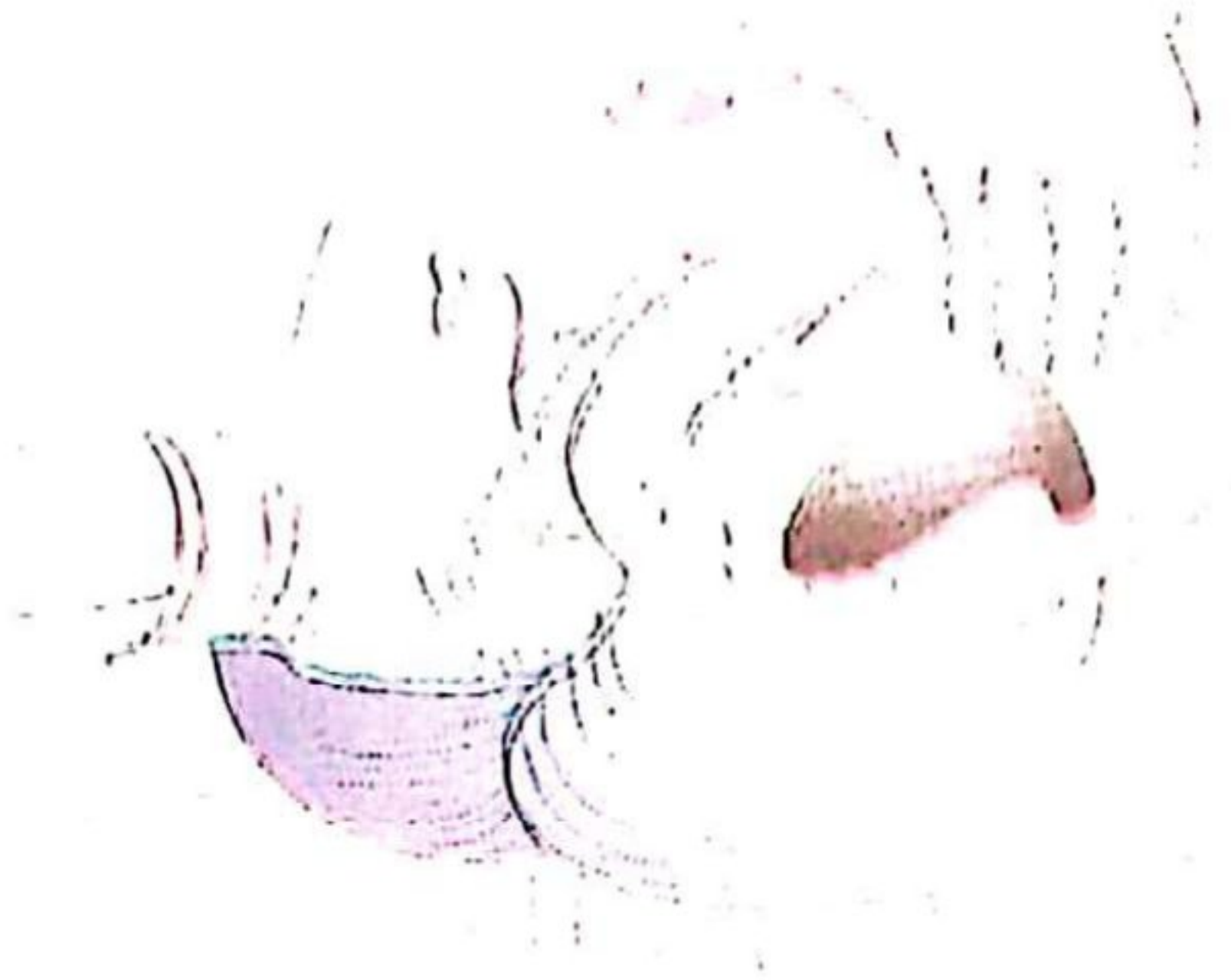
با اجرای معاینات اسپیکولوم میتوان بیوپسی از عنق رحم را به منظور معاینات میکروسکوپی انجام داد. همچنان Hysterometry و سایر عملیه های استکشافی جوف رحم معاینات سایتولوژیک به وسیله آن اجرا می گردد.

### شرایط تطبیق اسپیکولوم

قبل از اینکه اسپیکولوم مورد استفاده قرار گیرد ابتدا مریض باید به وضعیت نسائی یا Lithotomy قرار داده شود. مریض بالای میز نسائی قرار گرفته و (نور کافی) برای اجرای این معاینه لازم است. اسپیکولوم باید قبل از استفاده (گرم ساخته) شود و به منظور سهولت معاینه بایک ماده روغنی یا Lubricant مغطوس گردد. در زمان تطبیق اولاً اسپیکولوم با دست راست گرفته می شود و با انگشت دست چپ شفتان را از هم دیگر دور ساخته و اسپیکولوم در قنات مهبل بصورت عمود و فشار آن به طرف سفلی بالای ناحیه عجان آورده تا فوچه احلیل ترضیضی نگردد. زمانیکه اسپیکولوم خوب داخل مهبل گردید آنرا به وضعیت مستعرض تدور داده و تا حد امکان عمیقاً به طرف مهبل پیش برده می شود. در هنگام دخول اسپیکولوم در قنات مهبل باید زیاد احتیاط گردد تا فشار آن بالای احلیل و ناحیه تحت قوس عانی وارد نگردد، زیرا اجرای این عملیه خیلی دردناک است. زمانیکه شاخه های اسپیکولوم عمیقاً داخل مهبل شد از هم دور ساخته که عنق رحم و جدار مهبل به خوبی دیده شود. در صورت موجودیت افرازات داخل مهبل که مانع دیدن عنق رحم و مهبل می گردد باید با پنبه که توسط Dressing Forceps گرفته شده پاک گردد در وقت خروج آله از قنات مهبل قسمت های مختلف مهبل مشاهده و تفتیش گردد.

### Bimanual examination یا معاینه دو دستی

عبارت از یک معاینه همزمان بطنی و مهبل است که با داخل نمودن یک یا دو انگشت داخل قنات مهبل و فشار بالای قسمت سفلی بطن با دست دیگر احشای حوصلی که در بین انگشتان هردو دست قرار می گیرد جس می گردد، بدین وسیله رحم بین انگشتان هردو دست قرار گرفته (وضعیت و حدود) آن تعیین می گردد (وسپس نواحی خلف رحم جس شده) موجودیت و یا عدم موجودیت کتلات، نوع کتله و حساسیت آن را با معاینه دریافت کرد.



### مراحل جس نمودن جسم رحم:

قبل از معاینه باید مثانه مریض تخلیه گردد زیرا مثانه پر رحم را به طرف خلف رانده و مشکلات را در جس عمیق حوصلی ایجاد می کند و گاهی اشتباه یک Cyst مبیضی را می دهد.

در صورت که بطن منتفخ نباشد و یا کدام کتله جوف حوصله را پرنکرده باشد رحم به سهولت جس می گردد. با معاینه Bimanual رحم به طرف علوی و سفلی قابل حرکت و با اجرای فشار در Fornix های جنبی رحم به دو جانب قابلیت حرکت را دارا است.

در زمان جس رحم نکات ذیل باید مد نظر باشد:

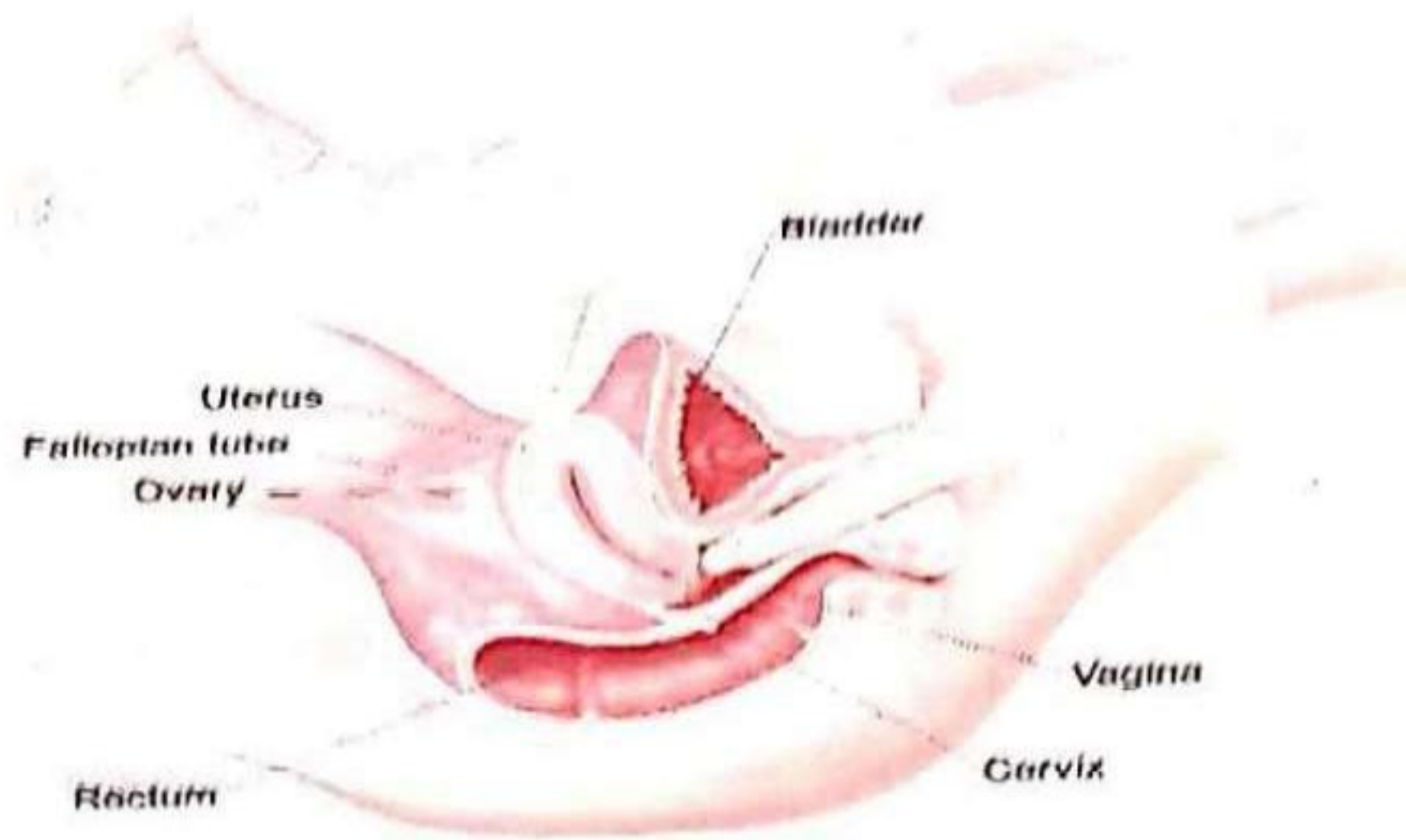
1- **موقعیت:** به صورت طبیعی رحم موقعیت قدامی یا Anteverted داشته که بعضاً به طرف خلف و یا جوانب تمایل دارد.

2- **جسامت:** جسامت طبیعی رحم 5.7 سانتی متر است.

3- **شکل:** منظم بوده و مانند ناک سرچپه سطح آن غیر منظم است.

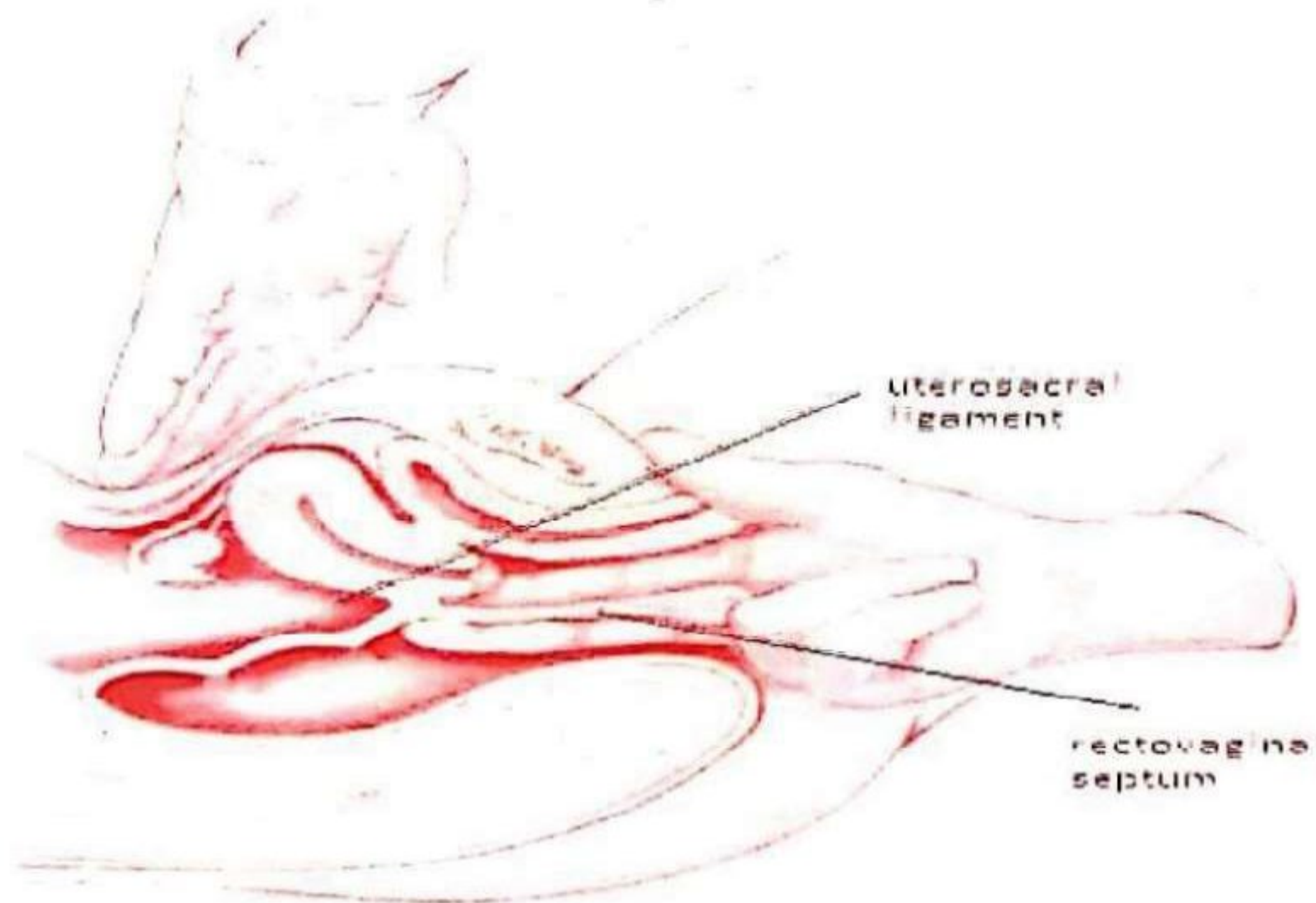
4- **حساسیت:** با وارد نمودن فشار و حرکت دادن رحم قدری دردناک است.

5- **تحرکیت:** در حالات طبیعی رحم به طرف خلف، قدام و جوانب حرکت نموده ولی بعضاً در داخل حوصله تثبیت می باشد.



### معاینه Rectovaginal:

در ختم معاینه مهبل و معاینه با اسپکولوم، معاینه مقعدی مهبل به خصوص بعد از سن 40 سالگی ضروریست. انگشت اشاره ملبس با دستکش و مغطوس با پارافین و یا واسیلین در مقعد و قنات امعای مستقیم داخل شده و جدارهای آن جس گردد. موجودیت و یا عدم موجودیت هیمورئید، آفات سرطانی، آفات التهابی، فیستول و فیسور رد و یا تائید گردد.



این انگشت در میان Uterosacral lig حتی الامکان در وجه خلفی رحم بالای برده و با دست دیگر از روی بطن اعضای حوصلی از علوی به سفلی فشار داده می شود در مورد اعضای مجاور که جس شده معلومات به دست می آوریم. اگر انگشت اشاره داخل مقعد باشد و شصت بالای

Coccygyous گذاشته شود میتوان گفت که این عظم طبیعی است یا نه، حرکات آن دردناک است یا خیر.

جس مقعدی در صورت موجودیت اَبسه های جوف دوگلاس، واقعات سرطانی که پارامتریوم را اشغال کرده باشد جائز اهمیت است. توسط این معاینه ساحه ماوفه سرطان عنق رحم که به پارامتر انتشار کرده به خوبی تعیین کرده می توانیم.

در نزد دختران باکره که معاینه مهبلی امکان پذیر نیست برای معلومات درمورد کتلات حوصلی از این معاینه استفاده به عمل می یاید. از طرف دیگر در نزد خانم هائیکه حساس اند امکان دارد با معاینه مهبلی حرکات رحم دردناک باشد. گاهی برای صحت بودن این حالت از معاینه مهبلی مقعدی استفاده می گردد.

### Premenstrual syndrome

سندروم Premenstrual عبارت از یک تشوش psychoneuro endocrine در نزد خانم های سنین بارداری بوده که با تغییرات بیولوژیک، سایکولوژیک و خرابی روابط اجتماعی (در عدم موجودیت اینارملتی های ارگانیک و امراض روانی) در فاز لوتیال همراه است یعنی دو هفته قبل از عادت ماهوار شروع شده و 7 روز بعد از خونریزی از بین می رود و یا مجموعه از اعراض (روحی، روانی و فیزیکی) که عاید حال خانم های سن باروری در دو هفته قبل از تحیض (فاز لوتیال) گردیده و با بوجود آمدن خونریزی عادت ماهوار از بین می رود.

در حدود 75% خانم ها حملات Premenstrual syndrome را به طور متکرر تجربه می کنند و در حدود 5% از اعراض شدید که غیر قابل تحمل می باشد حکایه می کنند.

واقعات مرض زیادتر در سنین 20-40 سالگی واقع شده یعنی در نوجوانان به ندرت دیده شده و بعد از مینوپوز کاملاً از بین می رود. اما خانم های که اعراض Premenstrual syndrome را تجربه می کنند در دوره قبل از مینوپوز نیز اعراض شدیدتر نسبت به دیگر خانم ها دارند.

#### اعراض

Premenstrual syndrome شامل 150 اعراض مختلف می باشد که مهمترین آنها قرار ذیل اند:

- 1- سردردی، خستگی و کسالت بیش از حد
- 2- حساس شدن ثدیه ها
- 3- نفخ و باد
- 4- تخریشیت و اضطراب
- 5- ناراحتی بطنی و حوصلی
- 6- تغییرات خواب و مشکلات در تمرکز
- 7- گوشه گیری و مختل شدن وظایف روزمره
- 8- تغییرات اشتها



9- گریه های متواتر

10- افسردگی و استرس

11- تغییرات جلد مانند acne و hot flash

12- اسهال و قبضیت

تاریخچه و معاینات فیزیکی دقیق جهت رد کردن پرابلم های نسایی ولادی، بولی و هضمی اجرا شود. سردردی های Premenstrual syndrome اکثراً بشکل نیم سری بوده که با visual scotoma و دلبدی همراه است. تاریخچه فامیلی به منظور دریافت پرابلم های روحی و روانی اخذ شده و توجه جدی به رفتار و کردار مریض صورت گرفته و ریکارد شود چرا که مریضان مصاب به depression در فاز لوتیال افسردگی بیشتری می داشته باشد.

### اسباب

اسباب Premenstrual syndrome معلوم نشده اما تیوری های متعددی پیشنهاد گردیده است که شامل عدم توازن استروجن و پروجسترون، زدیاد الدوسترون، hypoglycemia، hyperprolactinemia و فکتور های سایکوجینیک می باشد چون PMS در هنگام قبل از بلوغ، حاملگی و مینوپوز موجود نیست بنا تغییرات هورمون ها را مطرح می سازد.

همچنان serotonin که یک نیوروترانسمیتر است در پتوجنیزس Premenstrual syndrome شامل می دانند. و هردو هورمون استروجن و پروجسترون فعالیت سیروتونین را تحت تاثیر قرار می دهند.

### اشکال PMS

- شکل خفیف: با زندگی روزمره مداخله نکرده و زودگذر است.
- شکل متوسط: در زندگی روزمره مشکل ایجاد نموده اما برای خانم ها قابل تحمل است.
- شکل شدید: مریض از مردم گوشه گیری نموده و اعراض آن غیر قابل تحمل بوده و اکثراً با خود کشی، و یا اذیت و آزار اطرافیان همراه است.

### تشخیص

کدام تست تشخیصیه مخصوص برای Premenstrual syndrome موجود نیست فلهاذا اکثر توسط اخذ تاریخچه مریض گذاشته می شود. در ابتدا توجه به انیمی ها و امراض تایراید صورت گیرد چرا که اعراض مشابه را حکایه می کنند.

برای مریض توصیه می گردد که اعراض را به صورت دوره یی در 2 سیکل عادت ماهوار در چارت مخصوص درج نماید.

- کریتریا Premenstrual syndrome عبارت از داشتن اعراض به مدت دو سیکل کم در زمان فاز لوتیال واقع شده و مریضان به مدت 7 روز اول سیکل بدون اعراض است می باشد.

## تداوی

تداوی مربوط به شدت اعراض است. برای بعضی خانم ها تغییرات در نوع تغذی، کم کردن مصرف کافین، الکل و تنباکو مفید است. غذا های که دارای مقدار زیاد کاربوهایدریت بوده و مقدار سودیم کمتر داشته باشد به مقدار های کم و دفعات متکرر در روز مفید است و تمرینات در فضای آزاد و کم کردن استرس های روحی موثر است. همچنان استفاده از ادویه جات جهت تداوی عرضی مفید است.

1- کلسیم کاربونات به مقدار 1000-1200mg/d برای تداوی نفخ و باد موثر است.

2- مگنیزیوم به مقدار 200-360/mg/d برای تداوی احتباس مایعات ضروری است.

3- ویتامین B6 اما اضافه از 200mg/d نشود زیرا سبب نیورو توکسیسیتی می گردد.

4- ویتامین E و NSAIDs

5- Spironolacton

6- bromocriptin

7- همچنان از ادویه Fluoxetine به منظور کاهش اعراض روحی روانی در صورت شدید بودن آن استفاده گردد در حدود 60% مریضان با این نوع تداوی نتیجه خوب داشته اند. (تداوی 14 روز قبل از آغاز خونریزی شروع شده و تا اخیر سیکل ادامه می یابد.

8- همچنان از alprazolam برای رفع اضطراب استفاده شود.

9- ادویه فمی ضد حاملگی چون باعث نهی تخمه گذاری می گردد در حالات شدید مرض مفید واقع شده است.

## فصل چهارم

### امینوری (Amenorrhea)

#### امینوری دو نوع میباشد

1- **امینوری ابتدایی یا (primary amenorrhea):** وقوعات امینوری ابتدایی **2.5%** بوده و عبارت است از عدم ظهور عادت ماهوار بعد از رسیدن به **سن 13 سالگی** توام با عدم ایجاد خصوصیات **ثانوی جنسی** و یا عدم ظهور عادت ماهوار بعد از رسیدن به **سن 15 سالگی** در صورت نمونورمال و ایجاد خصوصیات ثانوی جنسی.

2- **امینوری ثانوی (secondary Amenorrhea):** عبارت است از عدم موجودیت عادت ماهوار در **سه سیکل پی در پی** و یا عدم موجودیت عادت ماهوار **برای شش ماه در خانم** که قبلاً سیکل عادت ماهوار نورمال داشته.

#### اسباب

شایع ترین علت امینوریا در تمام سنین **(حامگی)** میباشد.

برای ایجاد یک سیکل عادت ماهوار نورمال نیاز به موجودیت چهار کمپارتمنت و ارتباطات درست بین آنها میباشد که عبارتند از:

1- سیستم عصبی مرکزی و هایپوتلاموس

2- هایپوفیز قدامی

3- تخمدان ها

4- رحم و دستگاه تناسلی

تشوش در هر یکی از این چهار کمپارتمنت باعث ایجاد امینوری گردیده می تواند که به همین اساس اسباب امینوری به کتگوری ها ذیل تقسیم گردیده.

1- **تشوش هایپوتلاموس:** تحت شرایط نورمال فزیولوژیک هسته (arcuate) هایپوتلاموس باعث آزاد شدن GnRH بشکل نبضانی (در هر ساعت) به سیستم پورتال غده نخامیه گردیده که در نتیجه آن از غده نخامیه (LH) و (FSH) افراز گردیده باعث نموی فولیکول های تخمدان و

آزاد شدن فولیکول (Ovulation) گردیده و هورمون های تخمدان که عبارتند از **استروژن** و **پروجسترون** می باشد باعث **نمووریزش** اندومتر بشکل ماهوار می گردد.

امینوری و عدم تولید تخمه گذاری از باعث ایجاد مشکل در انتقال GnRH افراز نبضانی GnRH و یا عدم موجودیت ولادی GnRH بمیان می آید و باعث ایجاد **Kallmanns Syndrom** می گردد.

### الف: تشوش انتقال GnRH

- تومور های نخامیه

- تشوشات ارتشاحی (Tuberculosis, sarcoidosis)

### ب: تشوش در تولید نبضانی GnRH

- Anorexia narvosa-

- فشار های روحی شدید

- ضیاع شدید وزن

- ورزش های رزمی شدید (نزد ورزش کاران)

- امینوری وظیفوی یا Functional amenorrhea

### ج- عدم موجودیت ولادی GnRH

در صورت که توام با Anosmia باشد بنام Kallmanns Syndrom یاد میشود.

2- **تشوش نخامیه یا Pituitary defect**: نادر بوده به **دو دسته تقسیم** گردیده.

الف: تشوش ولادی نخامیه: نادر ولی کشنده میباشد

ب: تشوش وظیفوی نخامیه

- Sheehans syndrom: نادر بوده و به شکل امینوری بعد از ولادت ظهور نموده که از باعث **نکروز غده نخامیه به دلیل خونریزی شدید** بعد از ولادت بوجود می آید

- تشعشع

- عمل جراحی

- سویه بلند پرولکتین خون

- سویه بلند پرولکتین خون

3- تشوش تخمدان ها و تخمه گذاری

الف: سوتشکلات تخمدان (Ovarian dysgenesis)

45X- karyotype -

- Deletion بازوی کوتاه و دراز کروموزوم X

45XO or 45X-

- سوتشکلات گونادی 46XX

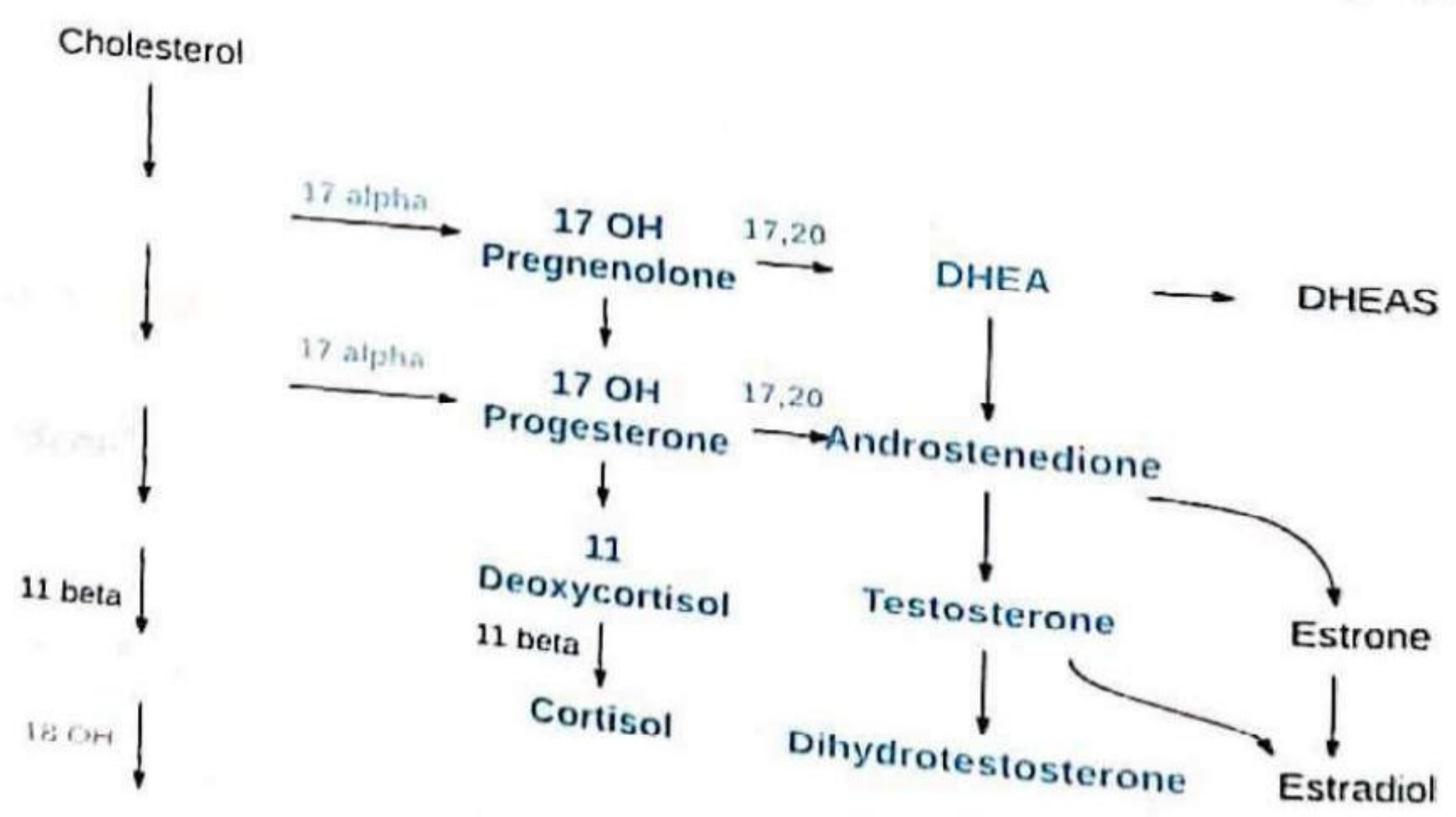
ب- Premature ovarian failure: مینوپوز زمانی واقع میشود که تخمدان ها دیگر تخمه

تولید نموده نتوانند واگراین حادثه قبل از سن چهل سالگی واقع شود بنام Premature

ovarian failure یاد می شود که مشخص میشود با امینوری سویه بلند گونادوتروپین ها

وفقدان استروجن

ج- نقص انزایم های ستروئیدی: شکل ذیل پروسه های نورمال تولید ستروئید را نشان میدهد:



در صورت نقیصه ولادی در انزایم های سهیم در تولید ستروئیدها، اعضای تناسلی داخلی نورمال با کاریوتیپ 46XX تولید گردیده ولی اینها قادر به تولید استرادیول نبوده و در نتیجه نزدشان عادت ماهوار و نشوونمو ثدیه ها واقع نمیشود.

### د- Ovarian Resistance (Savage syndrome)

نزد مریضان سویه بلند FSH و LH موجود بوده و تخمدان های حاوی حجرات primordial germ cells میباشند و نقیصه در رسپتور های حجرات میباشند.

### ه- Polycystic ovarian syndrome

یکی از اسباب مهم امینوری ثانوی بوده که معمولترین دلیل عدم کفایه وظیفوی تخمدان که در سنین باروری میباشند.

### تشخیص

تشخیص به اساس موجودت دو از چهار خصوصیات ذیل واضع می گردد.

1- Oligo or Anovulation

2- علایم کلینکی ویا بیوشیمک سویه بلند اندروجن ها

3- Polycystic ovaries

4- عدم موجودیت آفات دیگر مانند Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH) تومور های تولید کننده اندورجن

### 4- انبارملتی های اناتومیک

الف- سوتشکلات مولرین: عبارت از عدم موجودیت ولادی رحم و 2/3 علوی مهبل میباشند. افراد مبتلا کاریوتیپ 46XX دارند.

ب- اجنیزی مهبل: درین حالت مهبل موجود نمی باشد.

ج- Transverse vaginal septum: تشوش مهبل که از باعث عدم یکجا شدن ساینپس مولرین و Urogenital بمیان می آید.

د- Imperforated hymen: درین حالت عادت ماهوار واقع گردیده ولی راه خروج از مهبل راندارد.

۵- Asherman syndrome: از باعث چسبیده گی های داخل رحم در نتیجه مداخله جراحی (D&C) ایجاد میشود.

امینوری در خانم هاییکه کاریوتیپ 46XY دارند: تستسترون و میتابولیت های فعال آن دای هایدرو تستسترون مسوول تفریق پذیری امبریونیک ساختمان های داخلی و خارجی تناسلی مرادنه میباشد. و باعث ریگرشن تمام ساختمان های که از قنات مولیرین به میان می آید می گردد. (عبارت اند از رحم و دو بر سه علوی مهبل).

**الف: testicular feminization:** این افراد قادر به ساختن 5 alpha reductase (که آنزیم تستسترون را به دای هایدرو تستسترون تبدیل می نماید) نمی باشد. و چون دای هایدرو تستسترون سبب ایجاد سیستم تناسلی خارجی مذکر می گردد به همین دلیل نزد این افراد سیستم تناسلی خارجی زنانه و سیستم تناسلی داخلی مردانه میباشد. و چون سویه تسترون نزد اینها بلند میباشد از باعث تبدیل شدن آن به استروجن گردیده و سویه استروجن نزد شان افزایش یافته و باعث بزرگ شدن ثدیه های شان می گردد و با امینوری تظاهر می کنند.

**ب- سوتشکلات خالص گوناد ها:** درین حالت حجرات پیش قدم primitive germ cell به Genital ridge مهاجرت ننموده و خصیه تشکیل نمی شود. این افراد دستگاه تناسلی خارجی و داخلی نورمال داشته و اندروجن ها تولید نمی گردند و نزد این افراد استروجن نیز تولید نمی شود ثدیه ها نیز انکشاف نمی کند که این دختر خانم ها به دلیل امینوری و یا تاخیر خواص تالی جنسی مراجعه می نمایند.

**ج- Anorchia:** در صورت که خصیه های جینی قبل از هفته هفتم ریگرشن نماید MIF و تستسترون هر دو تولید نگردیده لوحه کلینکی مشابه به سوتشکلات خالص گوناد ها ایجاد میشود اما اگر این حالت بین هفته 7-13 داخل رحمی صورت گیرد اعضای تناسلی خارجی مبهم بوجود می آید.

**د- نقصیه انزایم ستروئید خصیه ها:** در صورت نقصیه ولادی در انزایم های سهیم در تولید ستروئید اعضای تناسلی داخلی نورمال با کاریوتیپ 46XX تولید گردیده ولی اینها قادر به تولید استرادیول نبوده که افراد مبتلا اعضای تناسلی خارجی مونث داشته ولی ساختمان هاییکه از قنات مولیرین منشه میگرد موجود نمی باشد. که با بلوغ تاخیری و امینوری تظاهر می کنند.

نقصیه در انزایم 17 hydroxysteroid dehydrogenase باعث ایجاد اعضای تناسلی مبهم و virilization در زمان بلوغ می گردد.

5- تشوش وظیفوی غدہ تائراید و کورتکس ادرینال and aderenogenital syndrome and critinism

6- تشوشات میتابولیک juvenial diabetes

7- امراض سیستمیک مانند سوتغدی، انیمی، ضیاع وزن و توبرکلوز

### تداوی

- Progesterone challenge test
- Estrogen followed by progesterone



## فصل دوازدهم

### Menopause and related problems

#### Menopause

مینوپوز پدیده فیزیولوژیکی طبیعی و گذر از یک مرحله به مرحله دیگر است. یکی از دوره‌های طبیعی زندگی زنان بوده که در آن عادت ماهوار برای همیشه متوقف می‌گردد و آنان دیگر قادر به حاملگی نخواهند بودند. معمولاً در سنین 45-55 سالگی آغاز می‌شود و حد اوسط آن 51 سالگی می‌باشد. در این زمان تخمدان‌ها به اندازه کمتری هورمون‌های زنانه به خصوص استروجن را افراز کرده و سبب بروز علائم می‌شود. در ابتدا عادت ماهوار غیر منظم شده و بعد به طور کامل قطع می‌شود. قطع عادت ماهوار به مدت یک سال را دوره مینوپوز قبول نموده‌اند. این پدیده با تغییرات هورمونی، فیزیکی و روانی اتفاق می‌افتد و کاملاً طبیعی محسوب می‌شود.

#### اسباب

**کاهش طبیعی هورمون‌های تولید مثل و حمل:** در سنین بعد از 30 سالگی به تدریج تخمدان‌ها شروع به کاهش تولید هورمون‌های تنظیم‌کننده سیکل یعنی استروجن و پروجسترون می‌کنند و با گذشت زمان تخمه‌های کمتری در هر ماه در تخمدان‌ها به بلوغ می‌رسند و تخمه‌گذاری کمتری مورد انتظار است. علاوه بر این، افزایش هورمون پروجسترون بعد از تخمه‌گذاری کاهش می‌یابد، (پروجسترون هورمونی است که بدن را برای بارداری آماده می‌سازد) به علت اثرات هورمونی مذکور توانایی حمل کاهش می‌یابد، این تغییرات هورمونی در سنین 40 سالگی و بعد از آن بیشتر می‌شود. دوره‌های سیکل ممکن است طولانی‌تر و یا کوتاه‌تر گردد و نیز تکرر سیکل‌ها ممکن است افزایش یا کاهش یابد تا این که سرانجام تخمدان‌ها تولید تخمه را متوقف می‌کنند و دیگر عادت ماهوار موجود نمی‌باشد. از آن جا که تحولات در طی ماه‌ها و سال‌ها حادث می‌شود، مینوپوز را می‌توان به طور کلی به مراحل زیر تقسیم نمود:

**مرحله قبل از مینوپوز:** این مرحله زمانی است که خانم‌ها اعراض و علائم مینوپوز را تجربه می‌نمایند حتی اگر هنوز سیکل‌ها موجود باشد. خون در این حالت افزایش و کاهش سطح هورمون‌های بدن نامنظم است. لذا ممکن است احساس گرمی و تعریق و دیگر علائم موجود باشد. مرحله قبل از مینوپوز ممکن است برای 4 تا 5 سال و یا بیشتر طول بلند در طی این دوره نیز ممکن است حمل واقع شود. اهمیت مرحله قبل از مینوپوز این است که بسیاری از اختلالات بعد از مینوپوز از این زمان شروع می‌گردد.

**مرحله بعد از مینوپوز:** قطع عادت ماهوار بعد از یک سال دوره مینوپوز محسوب می گردد. که در این مرحله تخمدان ها استروجن بسیار کمتری تولید می کند و دیگر پروجسترون تولید نمی کنند و تخمه نیز، آزاد نمی نماید.

### علائم

اساساً تا زمانیکه یک سال از آخرین سیکل ماهوار سپری نشده باشد مینوپوز گفته نمیشود. سن اوسط 51 سال می باشد. وقتیکه خانم دارای عادت ماهوار نامنظم، کاهش حاملگی، خشکی مهبل، احساس گرما و تعرق، تشوش خواب، تغییرات روحی، روانی، افزایش شحم بطنی، نازک شدن موها، کاهش تورم ثدیه ها باشد، گفته میتوانیم که خانم در مینوپوز است.

### اختلالات مینوپوز

بسیاری از اختلالات کلینیکی می توانند بعد از مینوپوز بوجود آید که عبارتند از:

**احساس گرمی و تعرق:** در ابتدا بروز احساس گرمی بسیار متداول است. در این هنگام با افزایش اندازه جریان خون در قسمت های از بدن مانند سر و گردن حالت احساس گرمی ایجاد می شود که حدود 30 ثانیه تا 5 دقیقه ادامه خواهد یافت و فشارهای روحی می توانند سبب تشدید این مسأله گردد. علت اصلی بروز این مشکلات کاهش اندازه هورمون زنانه (استروجن) در بدن می باشد. دفعات این حالت از هر زنی تا زن دیگر متفاوت است و کاهش سطح استروجن در بدن را که باعث تشوش در سیستم Vasomotor می باشد که علت این اختلاط، تشوشات Vasomotor، توسعه غیرطبیعی اوعیه نواحی تحت الجلدی و به تعقیب آن افزایش تعرق و خارج شدن حرارت از بدن است که باعث تشوش در سیستم Vasomotor می شود.

**تشوشات خواب:** در هنگامیکه احساس گرمی و تعرق شبانه بوجود می آید خواب شبانه مختل شده و سبب بیدار شدن فرد از خواب می گردد. تشوشات خواب و عرق شبانه از پیامد های گرمی و تعرق بوده که این مریضان معمولاً در حالی از خواب بیدار میشوند که بدن شان تر شده و به تعقیب آن مصاب لرزه می شود و حتی ممکن است در دوباره به خواب رفتن یا یک خواب عمیق مصاب مشکل می شود. کمبود خواب و تغییرات هورمونی بر خلق و خو و همچنین سلامت آنها تاثیر سو می گذارد و معمولاً مصاب خستگی، بی قراری، کاهش حافظه و عدم تمرکز می شود. بعضاً میل جنسی کاهش می یابد که علت آن می تواند تغییرات هورمونی و خلقی و تحریک پذیری فرد باشد.

**امراض قلبی و عایی:** وقتی سطح استروجن بدن کاهش می یابد خطر امراض قلبی و عایی افزایش می یابد. طوری که به تدریج شیوع امراض قلبی منجر به مرگ زنان، مانند مردان می گردد. که می توان از بسیاری اقدامات برای کاهش خطر بیماری قلبی کمک گرفت از جمله اقدامات کاهش دهنده مبتلا شدن به امراض قلبی عبارت اند از ترک سگری در صورت مصرف

آن، کاهش و کنترل فشار خون بلند، اجرای تمرینات منظم بدنی و فعالیت های بدنی هوازی و یا پیروی از یک رژیم غذایی سالم و مقادیر فراوان از غله جات کامل، سبزی ها و میوه ها می باشد.

**پوکی استخوان یا Osteoporosis:** در مدت چند سال اول بعد از مینوپوز ممکن است با یک نسبت سریعی تراکم کتله استخوانی کاهش یابد که این امر خانم را در خطر مبتلا شدن به پوکی استخوان قرار می دهد. پوکی استخوان سبب ضعیف و نازک شدن استخوان ها که منجر به افزایش خطر شکستگی استخوان می گردد. زنان در دوران بعد از مینوپوز به ویژه مستعد شکستگی استخوان های حوصله، دست و ستون فقرات هستند. به همین علت دریافت مقادیر کافی کلسیم و ویتامین D (در حدود 1200 تا 1500 میلی گرام کلسیم در روز و 800 واحد بین المللی ویتامین D) در روز می باشد) در این دوران اهمیت بسیاری دارد. انجام فعالیت بدنی منظم نیز در عدم پیشرفت پوکی استخوان اهمیت دارد. تمرینات بدنی مانند پیاده روی و دویدن آهسته به خصوص برای تقویت استخوان، مفید هستند. البته لازم به ذکر است که تقویت ذخیره استخوانی از سنین نوجوانی و جوانی ضروری می باشد که در این سنین تنها از عدم پیشرفت پوکی استخوان جلوگیری مینماید.

**تغییرات طرق بولی و مهبل:** پایین آمدن اندازه هورمون استروجن، مخاط مهبل و احلیل خشک، نازک و شکنندگی می شود و خاصیت الاستیک خود را از دست می دهد. با کم شدن آن نرمی و لزوجیت، سوزش و خارش همراه با افزایش خطر اتان طرق بولی و مهبل به وجود می آید. فرد ممکن است مکررا احساس ادرار یا نیاز فوری به تخلیه داشته باشد و یا هم مصاب هدم اقتدار ادرار شود و ممکن است که خانم مشکلات ادرار به صورت سوزش و نیز تکرر ادرار را تجربه نمایند اغلب بعد از این مراحل یک دفع ادرار نا خواسته رخ دهد این حالت عدم اقتدار ادرار (Urge) نامیده می شود که مریض به محض احساس ادرار مصاب ریزش ادرار می شود و قادر به کنترل ادرار نمی باشد و یا ممکن است مصاب دفع ادرار به هنگام سرفه کردن، خندیدن و یا بالا رفتن از جایی گردد.

**افزایش وزن:** بسیاری از زنان در زمان انتقال به دوران مینوپوز، مصاب افزایش وزن می گردد، بسیاری خانم ها می گویند ما همیشه غذا طور معمول می خوریم ولی وزن ما روز به روز افزایش می یابد.

اولین نکته این است که باید در این دوران کمتر غذا بخورند (شاید نیاز باشد روزانه به مقدار 200 تا 400 کیلوکالوری کمتر غذا بخورند) و فعالیت بدنی بیشتری داشته باشند تا بتوانند وزن فعلی خود را حفظ نمایند. قابل ذکر است که تغییرات هورمونی در این دوران می تواند 3 تا 4

کیلو گرام افزایش وزن را توجیه نماید ولی بیشتر افزایش وزن در این دوران، مربوط به عدم تحرک و تغییر شیوه های زندگی متناسب با این سنین می باشد.

**امراض بعد از مینوپوز:** 10 تا 20 سال بعد از گذشت دوران مینوپوز، فرد ممکن است مصاب سوزم اوعیه و تصلب شرایین شود اگر در این دوران از نظر سطح شکر و شحم خون تحت نظر باشد و رژیم غذایی مناسبی که در آن مصرف شحم و کاربوهایدرت پایین باشد رعایت کنند و سطح کلسترول و تری گلیسیرید خود را هر سال یک بار مورد بررسی قرار داده و وزن متعادلی داشته و (حداقل 5 روز در هفته در حدود 45-60 دقیقه در روز پیاده روی) داشته و تحت نظر یک متخصص قلب قرار گیرند تا حدود زیادی می توانند بدون مصرف هورمون استروجن در کاهش خطر ابتلا به مریضی های قلبی پیش روند.

### تست های تشخیصیه

برای اغلب زنان اعراض و علائم مرتبط به انقطاع مینوپوز برای پیش بینی شروع حرکت به سمت مینوپوز شان کفایت می کند. عادات ماهانه نامنظم و ی احساس گرمای شدید (Hot flash) در برخی واقعات ممکن است به بررسی های بیشتری ضرورت داشته باشد. تحت شرایط خاص ممکن سطح هورمون تنبه کننده فولیکولی (FSH) (استروجن، استرادیول) را توسط یک تست خون ارزیابی نمایند. در زمان مینوپوز سطوح هورمون (FSH) افزایش و سطوح هورمون استرادیول کاهش می یابد. معاینه خون باید به منظور ارزیابی سطح هورمون تنبه کننده تیروئید انجام پذیرد چرا که هایپوتایروئیدیزم می تواند علائمی مشابه به مینوپوز را تولید نماید.

**خونریزی های قبل از مینوپوز:** قبل از مینوپوز در زمان بلوغیت، شیوع دوره های بدون تخمه گذاری بیشتر و چگونگی خونریزی در این دوران به صورت خونریزی ها با فواصل کم و شدت کمتر است که با علائم کمبود هورمون استروجن تخمدان مانند گرمی و تعرق، خشکی مخاط مهبل و تشوشات خلق و خو همراه می باشد. معاینات حوصلی و معاینات هورمونی به تشخیص کمک می کند، اما علت های ساختمانی خونریزی غیرطبیعی رحمی مثل فیروم و بزرگی یکنواخت رحمی علت دیگر خونریزی های غیرطبیعی را در این دوران تشکیل می دهد که با انجام التراسوند می توان به آن پی برد و با تأیید تشخیص اقدام به تداوی جراحی کرد. در 20 فیصد واقعات سرطان رحم در این گروه سنی دیده می شود به همین دلیل هر نوع خونریزی غیرطبیعی در این سنین به بررسی مخاط رحم به صورت بیوپسی از رحم یا کورتاژ تشخیصی ضرورت دارد.

**خونریزی های بعد از مینوپوز:** خونریزی های بعد از مینوپوز به خونریزی های غیرطبیعی که یک سال بعد از توقف عادت ماهوار (پریود) ایجاد شود، می گویند. هر نوع خونریزی غیرطبیعی در این گروه سنی غیرطبیعی محسوب می شود. اگرچه تنها حدود 20 فیصد خونریزی های این

دوران به دلیل خباثت سیستم تناسلی است، مریض از این نظر باید بررسی شود. سایر علت های خونریزی های بعد از انقطاع عبارت از خونریزی به دلیل مصرف هورمون در این دوران، خونریزی ناشی از کمبود هورمون استروجن و خونریزی به دلیل افزایش مخاط رحم می باشد. 75 فیصد سرطان های رحمی در سنین بعد از مینوپوز بروز می کنند و از این رو در تمام واقعات، خونریزی های این دوره به بررسی مخاط رحم با انجام بیوپسی رحمی به شکل کورتاژ تشخیصی ضرورت دارد تا بر حسب تشخیص آن، تداوی انجام شود.

### تداوی

مینوپوز به خودی خود به هیچ تداوی ضرورت ندارد. اما به جای آن باید معالجه برای تسکین اعراض و علایم مریضی و وقایه یا کاهش اختلالات که در بروز این مرحله زندگی ایجاد می شود، متمرکز گردد. تداوی هورمونی برای تداوی اختلالات مینوپوز در زنان استفاده می شود. البته نگرانی درباره خطرات تداوی هورمونی با گذشت زمان بیشتر می شود و به همین علت، کمتر از این شیوه تداوی استفاده می شود.

### تداوی معمول عبارت اند از

**گرمی و تعرق:** اگر گرمی و تعرق خفیف باشد با تغییر در نحوه زندگی و درجه حرارت محیط ورزش و فعالیت می تواند، کاهش یابد. ولی در صورتیکه گرمی و تعرق بسیار شدید باشد و در طول شبانه روز فرد چندین بار به آن مصاب شود و باعث تشوش خواب و فعالیت روزانه شود، در این واقعات گرمی و تعرق به تداوی های معمول جواب نداده و ضرورت تداوی هورمونی است ولی این نوع روش برای مدت یک تا دو سال توصیه می شود و بعد از ختم این دوره با کاهش دوز دوا، کم کم اختلالات آن نیز قطع می شود.

**دوزهای پایین دوا های ضد افسردگی:** نشان داده شده است که مصرف دواي وينلافاکسین (Venlafaxine) که از گروپ دواهای نهی کننده های انتخابی باز جذب سیروتونین (Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor) می باشد، احساس گرمی را کاهش می دهد و دیگر دوا های خانواده (SSRIs) از جمله: fluoxetine, citalopram, sertraline و Gabapentin نیز ممکن است مفید باشد. استفاده از این دوا برای تداوی حملات صرع تایید شده است ولی همچنین نشان داده شده است که به طور آشکارا احساس گرمی را نیز کاهش می دهد.

### کلونیدین (Clonidine)

کلونیدین یک تابلیت است که عموماً برای تداوی فشار خون بلند تجویز می شود که ممکن است به طور آشکارا اندازه تکرر گرمی را کاهش دهد ولی عوارض جانبی نا مطبوع نیز می باشد.

## جلوگیری از پوکی استخوان

به دلیل آنکه پوکی استخوان در زنان هیچ اعراض ندارد و مثل یک مریضی خاموش عمل می کند و فقط با یک زمین خوردن بسیار عادی فرد مصاب کسر می شود و به مریضی خود پی میبرد، تأمین مصرف کلسیم روزانه چه از طریق طبیعی و چه از طریق مصرف روزانه تابلیت را توصیه کرد. 2 تا 3 گیلاس شیر و 2 گیلاس ماست در روز ضرورت بدن را تأمین می کند ولی کسانی که توانایی مصرف مواد لبنیات را به این اندازه ندارند، در صورتیکه منبع مصرف کلسیم را ندارند باید این ماده را همراه با ویتامین D به صورت تابلیت مصرف کنند و فعالیت مناسب ورزشی داشته باشند تا از بروز پوکی استخوان جلوگیری گردد.

## تداوی مشکلات طرق بولی

با استفاده از ازجیل های لوبریکانت و یا استفاده از ازجیل هایی حاوی استروجن می توانند این مشکل را برطرف نمایند.

**استروجن مهبلی:** می توان استروجن را برای کاهش خشکی مهبل به صورت تابلیت های داخل مهبل، کریم توصیه کرد. این تداوی مقدار کمی استروجن را به مهبل به صورت موضعی آزاد می کند و به از بین رفتن خشکی مهبل و بعضی از علائم بولی کمک می نماید.

اختلالات آن کمتر معمول بوده و شامل خونریزی ناچیز، تشکل هیماتوم، آنتان جلادی و عکس العمل مقابل خیاطه ها و یوانستیزی ناحیوی میباشد.

زمانی که تلاش برای اناستموز یا پیوند دوباره قنات ها یعنی عملیه Vasovasostomy اجرا شود در حدود 86 الی 97٪ مریضان دوباره باز میگردد، که مربوط به وقفه میان وازکتومی و وازوواوستومی میباشد. میزان برداشتن حمل کمتر (18-60٪) میباشد. در صورتیکه جراحی میکروسکوپی یک یورولوجست مجرب صورت گیرد میزان حمل نیز بلند خواهد رفت.

## فصل چهاردهم

### عقامت (INFERTILITY)

ناباروری یا Infertility یکی از مسایل مهم طبی و اجتماعی است که تمام طب مخصوصاً متخصصین نسایی ولادی و یورولوژی به آن مواجه است، از نظر اصطلاحی باید ناباروری و عقامت یا Sterility از هم تفکیک شود قبلاً هر دو اصطلاح به یک شکل افاده می شد ولی امروز عقامت یا Sterility به آن حالتی گفته میشود که امکان بوجود آمدن حمل بصورت مطلق ناممکن باشد یعنی اصلاً تلاقی اسپرماتوزوئید و تخمه ممکن نباشد و عدم باروری به حالتی اطلاق میشود که امکان حمل با تداوی مناسب و معقول بیشتر شده میتواند عقامت خود یک عرض و تشوش اناتومیک ویا فزیولوژیک عضویت زن ویا مرد ویا اشتراک هردوی آنها می باشد، یک زوج را زمانی Infertile میتوان گفت که باوجود خواهش داشتن طفل، اجرای مقاربت منظم و بدون استفاده از هیچ نوع میتود ضد حاملگی در ظرف یکسال به گرفتن حمل موفق نشود و فیصدی نورمال تولید مثل بعد از ازدواج قرار ذیل است:

1- یک ماه بعد از ازدواج 80%

2- شش ماه بعد از ازدواج 80%

3- یکسال بعد از ازدواج 90%

4- دوسال بعد از ازدواج 10%

همچنان سن و سال زوجین نیز در تولید مثل رول بارز دارد بصورت عموم سن 24 سالگی سن اعظمی باروری بوده که خانم های پائینتر از 18 سال و بالاتر از 30 سال این قابلیت را کمتر میداشته باشند و در سنین بالاتر از 35 سالگی اکثراً چانس انومالی های کروموزومی زیادتر است. در تحری موضوع عقامت باید دانست که بعضی شرایط اساسی که در بوجود آمدن حمل ضرور است ذیلاً ذکر میشود.

#### 1. در نزد مردها

A- مایع منوی باید حاوی مقدار کافی، نورمال و متحرک سپرم باشد.

B- سیستم های تناسلی مردانه در مسیر از بریخ الی فوچه قنات Ejaculation باید باز باشد.

C- شوهر توانایی آنرا داشته باشد تا بتواند منی را در فونکس خلفی مهبل جابجا کند.

**II. نزد خانم ها**

- a- تولید تخمه سالم توسط مبيض ها در وقت معين آن.
- b- باز بودن طرق تناسلی از مهبل الی نهايات Fimbria جهت عبور سپرم.
- c- مناسب بودن ساختمان و محیط مهبل جهت بقا و حیاتییت سپرم.
- d- افرازات نورمال عنق جهت بقا و حیاتییت سپرم.
- e- آماده بودن اندومتر جهت غرس و آشیانه گزینی بیضه ملقحه، دوام و نشوونما آن.

**تصنيف ناباروری و عقامت**

ناباروری Infertility را نظر به جنس به سه بخش تقسیم میکند.

- I. عقامت و ناباروری نزد خانم ها که 60% را دربر می گیرد.
- II. عقامت نزد مردها که 15-30% را دربر می گیرد.
- III. عقامت مختلط که 15-30% فیصد را دربر می گیرد.

**I. عقامت و ناباروری نزد خانم ها**

عقامت نزد خانم ها به دو گروه تقسیم می گردد.

1- **ناباروری فیزیولوژیک:** که قبل از بلوغ، بعد از مینوپوز، زمان حمل و بعضاً در زمان شیر دهی موجود می باشد. که اکثراً در ازدواج های قبل از بلوغ و یا بعد از ختم مرحله باروری دریافت می گردد.

2- **ناباروری پتالوژیک:** به دو شکل تصادف میکند:

a- **ابتدایی:** که از شروع ازدواج الی زمان مراجعه به داکتر هیچ حمل صورت نگرفته باشد.

b- **ثانوی:** که نزد خانم قبلاً یک یا چند حمل صورت گرفته و بعد از گذشتن یک مدت حمل به وقوع نمی پیوندد.

**II. عقامت و ناباروری نزد مردان**

عقامت و ناباروری نزد مردان نیز به دو گروه تقسیم گردیده:

a- **ابتدایی:** یعنی مردیکه هیچگاه قابلیت القاح را نداشته باشد.

b- **شکل ثانوی:** در صورتیکه قبلاً قابلیت القاح را داشته و فعلاً این قابلیت را از دست داده باشد.



## اسباب ناباروری و عقامت

### ۱. اسباب عقامت در نزد خانم ها

بطور عموم اسباب عدم باروری را در نزد خانم ها به ۴ گروه تقسیم میکنند:

A. فکتور های جهاز تناسلی که شامل آفات حوصله، مهبل، عنق رحم، جسم رحم، نفیرها و مبيض ها می باشد.

B. فکتور های اندوکراین که شامل تشوشات تمام غدوات افرازی بوده و سه حالت بالخاصه باید تحت مطالعه قرار گیرد.

1- تشوشات تحیضی

2- سیکل های غیر تبیضی

3- تشوشات اندومتر از سبب کمبود پروجسترون

C. فکتور های روحی، روانی، اجتماعی، اختلافات خانوادگی، شرایط اقتصادی ناگوار

D. فکتور های Systemic: امراض و آفات مختلفه Systemic میتواند سبب نهی تبیض گردد مانند کم خونی شدید، T.B پیشرفته، فکتور های C. N. S، ارثی، امراض کلیوی و کبدی همه در عدم تبیض رول دارد.

### A: فکتور های جهاز تناسلی

تشوشات ولادی جهاز تناسلی، موجودیت تومور و انتان از قسمت عجان الی حوصله و بطن سبب ناباروری و عقامت شده میتواند:

- **مطالعه عجان از نظر اناتومیک:** ضخیم بودن غشای بکارت، موجودیت Vulvitis، رخاوت شدید عجان که مانع مقاربت درست گردیده و بعضاً در اثر عوامل عدم توازن هورمون های اندروجن که سبب ازدیاد موهای ناحیه زهار و بذر ضخیم می گردد همچنان در تولید عدم باروری رول دارد.

- **مهبل های اتروفیک و اتریژیک:** مانع مقاربت تام گردیده، مهبل های ناوه مانند که سبب دوباره ریختن مایع منوی به خارج میشود، التهابات مهبل، موجودیت انتان، لیکوری، کوتاه بودن و یا زیاد عمیق بودن مهبل، هایپراسیدیتی محیط مهبل همه و همه در بوجود آمدن عقامت رول دارد.

- **همچنان مطالعه عنق رحم:** رول بارز را در تشخیص و تداوی عدم باروری دارد که باید بررسی گردد و در جریان بررسی باید افرازات عنق، حالت اناتومیک عنق، آفات نیوپلاستیک و عوامل معافیتی مطالعه گردد زیرا هر کدام این عوامل و تشوش در بوجود آمدن تغیر در

قابلیت حیاتی، مهاجرت و تحرکیت سپرم رول داشته و مانع القاح می گردد. افزایشات عنق رحم در مراحل مختلفه سیکل حیضی وصف جداگانه دارد که این افزایشات در هنگام تبیض شکل رقیق و مخاطی را بخود گرفته زمینه را برای نفوذ سپرم مساعد میسازد همچنان حاوی مقدار زیاد کاربوهایدریت بوده که برای پذیرفتن و تقویت اسپرماتوزوئیدها مفید است P.H مخاط عنق رحم 7 می باشد و ناگفته نباید گذاشت که P.H محیط مهبل در اثر فعالیت فلورای مهبلی خصوصاً بسیل های Duderline به حالت اسیدی درآمده که گلائیکوجن را به لکتیک اسید و کاربن دای اکساید تجزیه میکند که برای تحری و تاثیرات آن بالای اسپرماتوزوئید تست های مخصوص صورت می گیرد که بعداً ذکر خواهد شد. همچنان انتانات مهبلی و کم بودن مایع منوی نیز میتواند در بوجود آمدن ناباروری رول داشته باشد و حتی بعضاً سبب عقامت دایمی گردد. از نظر ارتباط عقامت با عنق رحم باید نکات ذیل را در نظر بگیریم:

1. موجودیت هایپرپلازی عنق

2. طویل بودن عنق

3. بندش فوحه داخلی عنق

4. پروپس

5. تندبات معیوبه عنق رحم

6. ازبین رفتن مخاط عنق رحم بعد از عمل جراحی.

• **فکتور های رحمی:** موجودیت فبروم رحمی که بعضاً سبب عقامت و ناباروری و اکثراً سبب سقط می گردد. رحم های هایپوپلازیک، T.B اندومتر رحم طفلانه، موقعیت گرفتن غیر نورمال رحم که شدیداً خلفی و یا قدامی باشد.

• **فکتور های مربوط به نفیرها:** معمولاً نفیرهای سالم یعنی نفیر باز دارای حرکات پرستالتیزم طبیعی و نهایات Fimbria آزاد بوده قطر داخلی لومن نفیرها 200 تا 300 میو است از اینرو کوچکترین مانع یا بندش میتواند مانع عبور سپرم، عملیه القاح و ترانزیت دوباره بیضه ملحقه گردد. انسداد نفیرها و التصاقات قرب النفیری زیادتر به تعقیب التهابات نفیرها، توبرکلوز، گونوکوک ها، انتانات Pyogenic، مداخلات جراحی سابقه سبب التصاقات یا بندش نفیرها بوجود می آید. انومالی های ولادی هایپوپلازی نفیرها، طویل بودن نفیرها بیش از حد نورمال، نفیرهای اضافی، فتق نفیری و غیره فیصدی کم واقعات را در Infertility تشکیل میدهد.

• **فکتور های مبیضی:** سیکل های بدون تبیض عامل عمده عقامت را تشکیل میدهد که باید تحری گردد. عدم کفایه Luteal phase، التهابات مبیض، تومور های مبیض،

Cyst مبیضی چون Chocolate Cyst از سبب اندومتیریوزس، مبیض های تار مانند (سندروم ترنر - Turner، Polycystic Ovary) همه از جمله آفات تخمدانها اند که در بوجود آمدن عقامت رول دارد.

### B- فکتور های اندوکرآینی

فعالیت تمام غذوات افراز داخلی در فزیولوژی تولد و تناسل ذیدخل بوده ولی بهتر است رول هورمون های ذکر شود که مستقیماً در فزیولوژی تولد و تناسلی رول دارد. هورمون های گونادوترپین به حیث اولین هورمون کنترول کننده افرازات داخلی نزد مرد و زن شناخته شده و اکثراً Total Gonadotropine ها تعیین میشود مقدار این هورمون نزد خانم مصاب به امینوری جهت تثبیت عدم کفایه تخمدان ها ارزش دارد. بلند رفتن آن حدود 1-20 مرتبه دلالت به عدم کفایه مبیض ها با منشه نخامی میکند بنا مطالعه این هورمون ها یعنی FSH, LH, LTH را که همه مسوول تبیض اند هیچوقت نباید فراموش نمود ضمناً بخاطر داشته باشیم که هورمون های گونادوتروپین نزد مردان نیز عین وظیفه را اجرا میکند یعنی FSH تولید سپرم را تحریم و LH و LTH افراز هورمون های مردانه را تحریک و در ساختمان اعراض تناسلی مردانه نیز رول دارد.

Ketosteroid - 17 نیز رول در ناباروری دارد زیرا میتوان حدود Endogenesis را تعیین نمود در صورتیکه مقدار آن زیاد تر از نورمال باشد دلالت به آفات تخمدان، هایپرپلازی و تومور های فوق الکیوی میکند که مانع تبیض می گردد همچنان کم بودن سویه این هورمون نزد مردها عدم کفایه وظیفوی فوق الکیه و یا خصیه ها را نشان میدهد باید دانست که 80% این هورمون ها از فوق الکیه و 20% از خصیه ها افراز می گردد و نزد بعضی مردها که عضلات قوی، بنیه عظیم الجثه و دارای موهای زیاد ناحیه صدر همراه با Oligo spermia و یا Azospermia می باشند نزد شان هایپرپلازی تومور های فوق الکیه دیده میشود که با اجرای (Cortison - Suppresion - Test) در صورتیکه فرط فعالیت غده فوق الکیه باشد امکان سپرماتوجنیس نزد شان موجود است.

### سریریات و تشخیص عقامت و ناباروری

نخست از همه باید معلومات کافی درباره تشوشات تبیض داشته باشیم: تخمگذاری یک شرط اساسی باروری است که باید دقیقاً یادداشت گردد، در یک سیکل منظم عموماً تبیض نورمال صورت می گیرد، روی هم رفته سیکل های غیر تبیضی، نامنظم بوده و اختلالات تبیض را نشان میدهد، بعضاً تبیض دارای علایم مشخص می باشد مثلاً موجودیت درد حاد و شدید یکطرفه قسمت سفلی بطن که دلالت به انفجار فولیکول و تخریش پریتوان از

سبب خونریزی حاصله از آن میکند موجودیت خونریزی خفیف مهملی دلالت به سقوط استروجن در زمان تمزق میکند. عدم موجودیت تخمگذاری باید از دوناگاه مطالعه گردد:

### ۱- کمبود FSH

۲- غیر حساس بودن تخمدان در هنگام بلوغ به مقابل تنبه نخامی.

در سیکل های بدون تبیض استروجن به مقدار کافی افراز شده اما پروجسترون افراز نمیشود بنا اندومتر در طول تحیض در مرحله Proliferation خود باقی میماند.

در تشخیص و معاینه یک خانم عقیم باید نکات ذیل در نظر گرفته شود

I. گرفتن تاریخچه درست از خانم.

II. اجرای معاینات فزیکمی.

III. اجرای معاینات لابراتوری.

### ۱- تاریخچه

جهت تحلیل و تحری سبب اصلی عقامت گرفتن تاریخچه درست از خانم رول عمده دارد و نکات ذیل را باید در نظر بگیریم:

۱- سن خانم، بهترین سن باروری ۲۰-۳۰ است.

۲- تاریخچه عادت ماهوار.

۳- آیا فعالیت جنسی هنگام تبیض صورت گرفته یا خیر.

۴- خانم قبلاً حامله شده یا خیر.

۵- تاریخچه اخذ ادویه ضد حاملگی.

۶- پرابلم های مقاربتی بین خانم و شوهرش.

۷- تاریخچه جراحی قبلی ویا پرابلم های چون (PID) Pelvic Inflammatory Disease

و (S.T.I) Sexual Transmitted Infection.

۸- موجودیت ویا تاریخچه قبلی امراض Systemic

۹- اخذ ادویه شیموترابی ویا رادیوترابی.

II- اجرای معاینات فزیکمی: در معاینات فزیکمی نکات ذیل ارزش دارد.

۱- تفتیش: انکشاف علایم تالی جنسی، موجودیت هرسوتیزم، ازدیاد وزن وغیره.

2- **جس:** در جس توسط معاینه Biminoval سائز رحم، چگونگی و قوام عنق رحم، نفیرها و مبیض ها تعیین می گردد.

3- **معاینه با Speculum:** جهت تشخیص امراض مهبل و عنق.

### III. اجرای معاینات اختصاصی

a- چگونگی تبیض

1- تحری افرازات عنق

c- تشخیص امراض التهابی اندومتر.

c- تشخیص التهابات ویا امراض نفیری.

#### a- تشخیص و تحری تبیض

برای دانستن اینکه آیا نزد خانم تبیض واقع می گردد یا خیر، تست ها ذیل اجرا می گردد:

- **تعیین سویه پروجسترون (Mid luteal Phase Progesterone):** لuteal Phase که از روزهای 10-12 شروع گردیده و در روز 21 واقع گردیده و ادامه حاملگی بدون این فیز نا ممکن است و همچنین تعیین Basal Body Temperature نیز مارا به تشخیص کمک میکند.

- التراساوند در روزهای 17-18، Ovulation صورت گرفته در حالت نورمال نشوونما و تمزق فولیکول را نشان میدهد.

- **Diagnostic (D&C)** که در حدود 4-5 روز قبل از عادت ماهوار اجرا و از اندومتر بیوپسی گرفته میشود در صورت موجودیت تبیض نورمال Secretory Phase را نشان میدهد، ناگفته نماند که از این طریقه جهت تشخیص امراض اندومتر نیز استفاده کرده میتوانیم.

- **Vaginal Smear:** نیز میتواند در تشخیص کمک کند، در مرحله تبیض حجات اپیتل دارای هسته بزرگ حاوی مقدار زیاد لوکوسیت ها می باشد.

- **مطالعه مخاط عنق:** در جریان تبیض مخاط رقیق روشن و لغزنده بوده و عبور سپرم را آسانتر میسازد.

b- **تحری افرازات عنق:** طوریکه ذکر شد مطالعه افرازات عنق نزد مریضان Infertile ضروریست، کمبود مخاط عنق ویا تغییر در چگونگی مخاط سبب Infertility می گردد و برای تشخیص آن معاینات ذیل اجرا میشود:

- **Ferning Test:** عبارت از مطالعه مخاط عنق تحت میکروسکوپ می باشد که در مرحله عفونت تبیض ساختمان شاخچه مانند را بخود می گیرد.
- **Past Coital Test:** توسط این تست میتوانیم قابلیت حیاتییت سپرم و نفوذ سپرم را در مخاط عنق مطالعه کنیم. میدانیم که بعد از مقاربت سپرماتوزوا به تماس افرازات مهبل، عنق، اندومتر و نفیرها می آید که باید تاثیرات هریک را بالای سپرم بدانیم و جهت تحری تاثیرات مخاط عنق و مهبل بالای سپرم از Post Coital Test استفاده میکنیم تخنیک اجرا آن قرار ذیل است:

برای اصول نتیجه بهتر باید قبلاً نزد شوهر مریض معاینه سپرم اجرا شده باشد و به خانم فهمانده شود تا بعد از اجتناب دو روزه مقاربت حدود 8-10 ساعت قبل از مراجعه مقاربت انجام دهد بد از مراجعه مریض وضعیت نسایی داده شده و Speculum بدون مواد لغزنده تطبیق می گردد با یک سرنج 5cc ابتدا مواد از فورنکس خلفی و بعداً با پاک نمودن عنق با گاز معقم از داخل عنق مواد گرفته میشود، مواد هر سرنج روی سلاید های جداگانه قرار داده شده و مطالعه می گردد.

- در حالت نورمال هر سلاید حاوی مقدار کافی سپرم فعال و متحرک بوده باید اقل 20 عدد سپرم در هر ساحه با تحرکیت 75% وجود داشته باشد در اینصورت گفته میشود تست مثبت است.
- در صوتیکه سلاید ها حاوی سپرم نباشد دلالت به نریختن منی به مهبل میکند و باید عامل آنرا جستجو کنیم.
- در صوتیکه سلاید مهبل حاوی سپرم و سلاید عنق بدون سپرم باشد دلالت به محیط نامساعد مخاط عنق برای نفوذ سپرم میکند.
- در صوتیکه سلاید مهبل حاوی سپرم زنده و سلاید عنق حاوی سپرم مرده و غیر متحرک باشد دلالت به هایپراسیدیته ویا موجودیت انتان در مخاط عنق نموده که تاثیر Spermatoxid را میداشته باشد.

بخاطر باید داشت که خصوصیت مایع منوی و افرازات مهبلی نیز در منفی بودن تست رول دارد.

- **Sperm Penetrating Test:** در این طریقہ بالای سلاید یک قطره مخاط عنق همراه با یک قطره منی انداخته شده تحت میکروسکوپ مطالعه می گردد.

### c- تشخیص امراض التهابی اندومتر

برای تحری امراض اندومتر از Diagnostic D and C استفاده میشود.

## ۱- تشخیص امراض و بندش نفیرها

جهت تشخیص امراض و بندش نفیری از میتود های ذیل استفاده بعمل می آید:

- (H.S.G) Hystero Salpingo Graphy
- Dilatation and Insufflation (D and I)
- Laparoscopy with Dye Installation
- Ultra sonography
- Hysteroscopy

### تداوی

تداوی مریضان infertile با تحری و تحلیل درست سبب عقامت دریافت گردیده و تداوی گردد.

▪ نخست از همه نزد مریض در صورت موجودیت Vaginitis تداوی مناسب Vaginitis اجرا گردد و کوشش شود تا عامل آن از بین برده شود همچنان انتانات Sexual transmitted در نظر گرفته و تداوی سببی نزد شان اجرا شود.

▪ تداوی فکتور های مربوط به عنق: در صورت کم بودن مخاط عنق برای مریض استروجن فمی توصیه میشود اگر تترانتی بادی نزد مریضه بلند باشد در آنصورت برای شوهر مریض توصیه میشود تا برای سه الی 4 ماه از کاندوم هنگام مقاربت جنسی استفاده کند (بجز از دوران تبیض) چون مقاربت قبل از تبیض سبب بوجود آمدن انتی بادی علیه سپرم می گردد. بنا استعمال کاندوم از تشکل این انتی بادی جلوگیری نموده و در روزهای که تبیض عبور سپرم را آسانتر ساخته و در صورت موجودیت التهابات عنق تداوی های مناسب اجرا شود.

▪ فکتور های رحمی

▪ در صورت موجودیت التهابات، TB (توبرکلوز) و غیره، انتی بیوتیک های لازمه و یا انتی TB توصیه می گردد. اگر نزد مریضه امینوری از سبب Ashirman سندروم وجود داشته باشد تداوی آن قسمی است که اولاً برای مریضه Intra uterin device تطبیق می گردد و استروجن فمی به دوز بلند برای (3 الی 6 ماه) توصیه می گردد.

▪ تداوی فکتور های نفیری: در صورت التهابات Pyosalpinx, hydrosalpinx و TB نفیری و اندومترئوزس تداوی لازم آن اجرا می گردد اما اگر بندش کلی تیوب ها نزد مریضه موجود باشد از پروسیجر های جراحی ذیل استفاده میشود.

1. Salpingolysis جدا ساختن التصاقات نفیری.

2. Fimbriolysis جدا ساختن التصاقات فمبریائی.

3. Salpingoplasty  
4. Utero tubal implantation  
5. Tabal resection and reanastomosis

### فکتور های مبیض و یا تنبه تبیض

۱. توصیه clomiphene citrate که شکل تابلیت های 50mg دریافت شده از جمله انالوگ های استروجنی مصنوعی است و به شکل رقابتی با استروجن طبیعی در ناحیه رسپتور ها عمل میکند طرز تطبیق و دوز دوا قرار ذیل است.

- ماه اول روزانه یک تابلیت برای 5 روز از روز سوم عادت ماهوار.
- ماه دوم روزانه دو تابلیت به دوز منقسم برای 5 روز از روز سوم عادت ماهوار.
- ماه سوم روزانه سه تابلیت به دوز منقسم برای 5 روز از روز سوم عادت ماهوار.

در صورتی عدم جواب، تداوی قطع و بعد از سپری شدن چند ماه به عین ترتیب دوباره شروع گردد. بخاطر باید داشت که هنگام تطبیق این ادویه باید بصورت منظم نزد مریض، التراسوند اجرا گردد زیرا سبب کلان شدن سائز تخمدان و Cyst فولیکولر می گردد.

- تجویز human chorionic gonadotropine که در زمان حاملگی توسط پلاستا ساخته میشود و شباهت به LH دارد و سبب تنبه تبیض می گردد طرز تطبیق آن قسمی است که بصورت مشترک با C. C تطبیق و امپول 5000 I. U آن از روز 10 و با 11 عادت ماهوار عضلی زرق میشود.

- Human menopausal gonadotropine (H.M.G)

- امپول های آن حاوی LH 75 IU, FSH 75 IU بوده و از ادرار خانم که در دوره مینوپوز است استحصال میشود و دوز تطبیق آن جهت تبیض طوریت که امپول ها از روز 2-4 عادت ماهوار و بعد از نشو نما فولیکول در روز 10-11 عادت ماهوار H.C.G 10000 برای خانم زرق می گردد این تداوی را میتوانیم سه ماه ادامه بدهیم.

- بخاطر باید داشت که بعضی فکتور های دیگر نیز میتوانند سبب نا باروری نزد خانم گردد مثلاً تخمدان Polycystic که برای تداوی این مریضان از Oral Contraceptive ها مانند Dian 35 استفاده میشود دوز تطبیق آن روزانه یک تابلیت از روز اول سیکل الی 21 روز و ادامه تداوی برای 6 ماه است.

- در صورت موجودیت Hyper prolactemia برای مریض از Dopamin antagonist مانند Bromocriptin and Dopergin استفاده میشود و دوز تطبیق آن طوری است که روز اول و روز دوم یک، یک تابلیت هر دوازده ساعت بعد روز سوم یک تابلیت هر 8 ساعت بعد برای 14 روز توصیه می شود.



## II- اسباب عقامت در مردان

۸- تقریباً 85% مردان عقیم مصاب تشوشتات Spermatogenesis می باشد حجرات ژرمینال تیوب های مولد سپرم یا بصورت ولادی متاثر بوده و یا بصورت ثانوی متاثر می گردد و اسباب آن قرار ذیل تصنیف گردیده است.

۱- اسباب کروموزومی: انومالی های ولادی کروموزومی که شامل خصیه های انکشاف نیافته و سندروم Klinefelter's (47xxy) می باشد.

۲- عدم نزول خصیه ها در سفن

۳- ترضیضات خصیه از سبب اکسیدانت و جراحی

۴- انتانات مانند کله چرک، توبرکلوز، امراض حاد، دیابت شکری.

۵- مواجه شدن به شعاع Radiotherapy و اخذ Chemotherapy.

۶- تومور های خصیه.

۷- Varicocele.

۸- Hydrocele

۹- عدم موجودیت فرکتوز در منی که سبب میتابولیزم سپرماتوزوا می گردد.

B- بندش ترانسپورت سپرم:

۱- عدم موجودیت Vas Defernce بصورت ولادی.

۲- بندش Passage از سبب انتانات.

۳- جراحی و ترضیض.

C- مقاومت نا مکمل که در نتیجه آن شوهر منی را در فورنکس خلفی ذخیره نتواند.

### معاینه و تشخیص

طوریکه قبلاً ذکر شده برای تشخیص درست اخذ تاریخچه مکمل از مریض ضروریست و تمام نکات که قبلاً تذکر داده شد، از مریض استجواب گردد.

▪ **معاینه فیزیکی:** با معاینه فیزیکی موجودیت Varicocele، هایدروسل، Hypospadias، علایم تالی جنسی ارزیابی شود.

▪ **معاینه لابراتواری اجرای Seminal analysis:** برای بدست آوردن تجربه اولاً برای مریض توصیه شود که سه روز قبل از اجرا معاینه از مقاربت جنسی اجتناب ورزیده و در لابراتوار منی را در یک بوتل پاک جمع آوری کند سَمپل نیم ساعت بعد از Liquefaction

معاینه گردد. در حالت نورمال یک مرد 20-250 میلیون فی ملی لیتر اسپرم داشته که بالای از 70% آن نورمال و متحرک می باشد و هنگام مطالعه باید تمام فکتور های عقامت را در نظر بگیریم بخاطر باید داشت که Spermatogenesis، 72 روز را در بر می گیرد بناً وقفه بین دو معاینه باید چند هفته را در بر گیرد.

## تداوی

تداوی این مریضان اکثراً توسط یورولوژیست ها صورت گرفته و سببی است.

1- در صورت موجودیت انتان تداوی با انتی بیوتیک های وسیع الساحه.

2- تداوی با Clomophon citrate دوز آن طوری است که روزانه یک تابلیت برای 25 روز توصیه شده و بعد از آن 5 روز وقفه دوز دیگر شروع میشود ادامه تداوی سه ماه است.

3- 1500-2500 IU human chorionic gonadotropine هفته دوبار برای چهار الی هشت هفته. 150 IU human Menopausal Gonadotrophin هفته سه بار یا میتوانیم بگوییم روز دوشنبه، چهارشنبه و جمعه و ادامه تداوی الی نورمال شدن معاینه اسپرم و یا واقع شدن حاملگی.

5- توصیه Multi Vitamin همراه Zinc برای سه ماه.

6- نزد مریضانیکه تتر بلند انتی بادی نزد شان موجود است، ستروید تراپی می گردد.

7- نزد مریضانیکه درجه حرارت سفن بلند تر از نورمال است، تطبیقات سرد بالای سفن.

8- کسانیکه از حد زیاد ورزش میکنند، نزد شان ورزش تقلیل داده شود.

9- در صورتیکه Azospermia همراه با سویه بلند F.S.H موجود باشد نزد شان Donor insemination اجرا می گردد.

10- در حالاتیکه Azospermia از سبب hypogonadism همراه سویه پایین F.S.H باشد،

تداوی با گونادوتروپین ها صورت می گیرد. Azospermai و یا Oligospermia از سبب

بندش در Epididymis از جمله پرابلم های عمده است که میتواند ولادی و کسبی از سبب

انتان باشد تداوی آن Microsurgery epididymovasostomy است.

## فصل شانزدهم

### Sexual Transmitted Diseases (STDs)

**تعریف:** STD شامل انتاناتی است که اکثراً از طریق تماس جنسی از یک شریک جنسی منتقل می‌آیند. در یک تعداد از موارد این انتانات از طرق دیگر مانند پلاستتا (HIV، سفلیس)، توسط خون و سوزن منتقل می‌شوند (HIV, hepatitis B و سفلیس) و یا از طریق به تماس آمدن مخاط نوزاد با کانال ولادی مادر در زمان ولادت (gonococcal, chlamydial, herpes) نیز صورت می‌گیرد.

مرگ و میر در نسانی از سبب این افت بلند است. انتانات مزمن حوصله، درد، عقامت، حمل خارج رحمی، سرطان های عجان و عنق در طویل المدت از اختلالات این انتانات است.

انتانات انتقال کننده از طریق پلاستتا (در زمان حمل) نزد جنین سبب معیوبیت ها و مرگ و میر به سطح بلند می‌گردد. این یک مشکل عمده را در زمان حمل در سطح جهان تشکیل داده است. با ایجاد میتود های تشخیصیه پیشرفته و توجه بیشتر به آفات انتانی انتقالی با تماس جنسی، بیشتر امراض شامل این گروپ گردیده که اکثراً توسط وایرس ها انتقال میکنند (HIV, hepatitis B and C, HPV).

اسباب افزایش در این آفات عبارت از:

- شیوع بلند انتانات وایرسی مانند HIV و hepatitis B and C
- بلند رفتن مقاومت میکروارگانیزم ها در مقابل آنتی بیوتیک ها مانند گونوکوک و غیره
- استفاده بیشتر از تابلیت های ضد حاملگی و یا IUCD
- عدم موجودیت تعلیمات صحی در مورد روابط جنسی
- زیاد شدن مسافرت های خارجی
- عدم مراعات حفظ الصحه

### Gonorrhoea

یکی از مشکلات صحی همیشه باقی است. علت سببی آن انتان *Neisseria gonorrhoeae* یک دیپلوکوک گرام منفی بوده و زمان دوره تفریح آن 3-7 روز می باشد. ناحیه تهاجمی این انتان اپیتل columnar و اپیتل transitional در طرق بولی تناسلی می باشد. اولین عضو مصاب عبارت از اندوسرویکس، احلیل، جلد و غدوات برتولین می باشند.

ممکن انتان در حلق تناسلی سفلی محدود مانده سبب urethritis, bartholinitis .  
 cervicitis گردد. نواحی دیگر که مورد حمله انتان قرار میگیرد مانند oropharynx نواحی  
 anorectal و مخاط چشم می باشد. اپیتل نوع squamous در مقابل تهاجم گونوکوک مقاوم  
 می باشد. امکان تاسس التهاب مهبل نزد بزرگ سالان موجود نیست اماممکن نزد اطفال سبب  
 vulvovaginitis گردد. در 15% واقعات عدم تداوی التهاب اندوسرویکس، انتان گونوکوک  
 به طرف بالا صعود نموده سبب التهاب حاد حوصله شده در واقعات نادر سبب septicemia  
 گردیده و سبب التهاب مفاصل و مایع سینوویل میگردد. و امکان مصاب شدن قسمت های  
 علوی جهاز تناسلی توسط منتشر شدن انتان توسط اسپرم موجود است. طوری که انتان به  
 اسپرماتوزوا چسپیده و به طرق علوی تناسلی انتقال می شود. التهاب اندومتر و سلینکس بسیار  
 معمول است. (endometritis, salpingitis). باید یاد آور شد که مریضان منتن به گونوکوک  
 بیشتر به خطر مداخله دیگر انتانات مانند سفلیس و در یک سوم واقعات با کلامدیا همراه می  
 باشند.

### تظاهرات کلینیکی در گاهلان

در حدود 50% از مصابین به گونوریا بدون اعراض اند و یا در صورت موجودیت اعراض واضح  
 و برجسته نیست.

تظاهرات کلینیکی گونوریای حاد طور ذیل بیان میگردد:

- موضعی
- اعضای مجاور یا دور
- امراض التهابی حوصله

### اعراض

- اعراض تبول مانند سوزش در زمان فعل تبول و یا ازدیاد در دفعات فعل تبول
- افرازات تخریش کننده فراوان مهبل
- درد و پندیدگی حاد یک طرفه در بالای labia از سبب منتن شدن غده برتولین
- ممکن نارامی در ناحیه مقعدی و نواحی رکتوم از سبب منتن شدن ناحیه

### علائم

- پندیدگی و التهاب در ناحیه labia
- فوچه خروجی احلیل و فوچه غده برتولین احتقانی بوده با فشار از غده برتولین و ناحیه  
 احلیل افرازات چرکی خارج می شود. غده برتولین با جس بزرگ، حساس و متموج می  
 باشد که احتمال آبسه غده میرود.

- با معاینه با اسپیکولم قسمت خارجی فوچه عنق رحم احتقانی بوده و مقدار زیاد افرازات مخاطی قیحی در ناحیه فوچه خروجی عنق رحم موجود است.

### اعضای مجاور یا دور

در این حالات ممکن اشکال حجاب مانند در اطراف کبد و یا سپتسیمیا موجود باشد. Perihepatitis از سبب منتشر شدن انتان در داخل کپسول کبد به وجود می آید. و سبب التصاقات در جدار بطن میگردد. این شکل بیسار معمول نیست و بیشتر با امراض التهابی حوصله همراه می باشد. در صورت موجودیت سپتسیمیا تب با درجه پائین، درد در تمام مفاصل، التهاب قیحی مفاصل، التهاب اطراف کبد، meningitis, endocarditis و اندفاعات جلدی همراه می باشد.

### تشخیص

در فاز فعال، افرازات از احلیل، غده برتولین و از اندوسرویکس جمع شده جهت معاینه و کلچر به لابراتوار فرستاده می شود. تشخیص احتمالی بعداز مشاهده دیپلوکوک داخل حجروی گرام منفی صورت می گیرد. کلچر از افرازات در وسط Thayer-Martin medium اجرا شده و تشخیص تأیید میگردد.

### تداوی وقایوی

- تداوی کافی و مکمل برای انتان گونوکوک و تعقیب آن تا شفایاب شدن مریض
- تداوی شریک جنسی
- جلوگیری از داشتن شریک جنسی متعدد
- استفاده از کاندوم تا شفایاب شدن شریک جنسی

### تداوی معالجوی

تداوی خاص برای گونوریا تداوی دوز واحد یکی از ادویه ذکر شده در ذیل است.

125mg/IM	Ceftriaxone	•
500mg/oral	Ciprofloxacin	•
400mg/oral	Cefixime	•

باید در نظر داشت که مریضان مصاب به گونوریا مشکوک به مصابیت به سفلیس و یا کلامدیا نیز می باشند که باید تداوی همه موارد را در بر گیرد.

### تعقیب

یک کلچر دیگر 7 روز بعد از تداوی اجرا گردد و یک ماه بعد به طور تکرار اجرا گردد. در صورت تکرار معاینه یک بار در ماه برای مدت سه ماه روش خوب تعقیب خواهد بود. در صورت نتیجه منفی پی هم در تست ها شفایاب شدن مریض تصدیق میگردد.

**Syphilis**

این مرض توسط انتان *spirochaeta Treponema Pallidum* به وجود می آید. قرحات سفلیتیک در طرق تناسلی از سبب تماس مستقیم با شخص دیگر که قرحه ابتدایی یا ثانوی سفلیس را داشته و بعد از تماس جلدی و مخاطی به آنها انتقال می نماید.

**تظاهرات کلینیکی**

زمان تفریح بین 9-90 روز می باشد. قرحه ابتدایی (chancre) میتواند واحد و یا متعدد باشد و اکثرا در ناحیه labia, fourchette, anus, cervix, nipples موقعیت دارد. یک برجستگی کوچک در ابتدا شکل میکند که به زودی سطح آن تخریش و به قرحه تبدیل می گردد. اطراف آن توسط برجستگی نرم و روشن پوشیده می شود. قرحه بدون درد بوده و در اطراف آن هیچ نوع حادثه التهابی مشاهده نمیگردد. غدوات ناحیه انگوینل بزرگ و بدون درد است. قرحه ابتدایی بعد از 1-8 هفته به صورت خود به خودی شفا یاب شده و در عقب خود نسج سکار را تولید میکند.

تغیرها متأثر نشده و سبب عقامت نمیگردد. صرف در حالاتی که با گونوریا همراه شود.

**Secondary syphilis** - در بین 6 هفته تا 6 ماه از قرحه ابتدایی، شکل ثانوی سفلیس در ناحیه عجان به شکل condyloma lata تشکل میکند. به شکل اندفاع خشن، هموار و نمناک بوده قرحات نکروتیک را ساخته و مملو از انتانات تریپنوما است.

مریض اعراض و علائم سیستمیک مانند تب، سردردی و گلودردی را نشان می دهد. اندفاعات جلدی به شکل maculopapular در جلد کف دست و پا دیده می شود. تظاهرات دیگر مانند lymphadenopathy عمومی، قرحات مخاطی و alopecia مشاهده میگردد.

مرحله ابتدایی و ثانوی سفلیس 2 سال را در بر گرفته و زنان مصاب در زمان عادت ماهوارانتقال دهنده های خوب انتان به شمار میروند.

**تشخیص**

1- موجودیت سابقه تماس با مصابین

2- مشاهده انتان غیر هوازی تریپنوما پلیدم

یک سمیر از افرازات شانکر ابتدایی بعد از تخریش ناحیه گرفته می شود توسط یک سواب به نورمال سلین غطه ور می شود. بعد سمپل در محیط تاریک توسط میکروسکوپ مشاهده میگردد. تریپنوما مانند میکروارگانیزم های باریک، متحرک سفید رنگ و مانند میخ ها مشاهده میگردند.

## 3- تست سیرولوژیک

الف- VDRL این تست معمول بوده و بعد از ۱ هفته سپری شدن از انتان ابتدائی مثبت میگردد.

ب- تست های خاص شامل (Treponema Pallidum Haemagglutination) (TPHA) و (Treponema Pallidum Immobilisation) (TPI) تست می باشد.

ج- تست (Fluorescent Treponemal Antibody absorption) (FTA-abs) بوده که یک تست قیمتی ولی تعیین کننده است. تست FTA- تنها در واقعات تریپنومای فعال اجرا شده و بعد از تداوی درجه پائین را نشان می دهد.

د- تست ELISA برای تعیین IgG و IgM تریپنوما اجرا میگردد.

و- در این اواخر تست PCR, immunoblotting اجرا میگردد. و عبارت از تست های حساس می باشند.

**تداوی**

سفلیس ابتدائی - Benzathine pencillin 2.4 million یونت از طریق عضلی به یک دوز واحد در یک طرف یا هر دو طرف سرین تزریق میگردد. در واقعات حساسیت در مقابل پنسلین tetracycline و یا erythromycin 500 mg چهار بار در روز از طریق فمی برای مدت 14 روز توصیه میگردد.

**تعقیب**

تست سیرولوژیک 1، 3، 6، 12 ماه بعد از تداوی اجرا گردد.

**التهاب Chlamydial مهبل**

عامل سببی این نوع التهاب Chlamydia trachomatis یک باکتری گرام منفی داخل حجروی می باشد. از جمله امراض انتقال کننده از طریق مقاربت جنسی بوده و باعث التهاب مهبل و احلیل می گردد. در 25-40% از شریک جنسی خانم های مصاب به التهاب غیر گونوکوک احلیل دریافت می شود. مریض از تشوش ادرار، افرازات مهبلی فراوان مخاطی قیچی و تخریش کننده حکایه دارد. تایید تشخیص با کلچر نسجی و تست های سیرولوژیک اجرا می گردد. انتانات گونوکوک باید مجزا گردد.

**اختلالات آن عبارت از:**

- درد حوصله
- ماوفیت تیوب های رحمی و عقامت
- حمل خارج رحمی

تداوی توسط Azithromycin به دوز 1 گرام از طریق فمی یک دوز واحد به هر دو شریک جنسی بسیار موثر است.

التهاب مهبلی دوره بعد از مینوپاز به نام التهاب اتروفیک مهبل یاد می شود. این نوع التهاب در بیشتر موارد تحت نام التهاب مهبلی Senile یاد می شود. در این صورت اتروفی در فرج و مهبل از سبب سقوط استروژن به وجود می آید. قدرت دفاعی مهبل از بین رفته، غشای آن نازکی گردیده و زیادتر به التهابات و ضربه مواجه می گردد. در این حالت تفلس در اپتیل مهبل بوجود آمده و سبب التصاقات و بندش در جدارهای مهبل می گردد.

## تظاهرات کلینیکی

### در معاینه

الف- شواهد خارش ناحیه فرج.

a- افرازات مهبلی به رنگ زرد و یا خوندار.

b- ناآرامی، خشکی، حساسیت در فرج.

c- مقاربت جنسی دردناک.

ب- خصوصیت افرازات مهبلی زرد رنگ و یا خوندار.

ج- معاینه مهبل اکثراً دردناک بوده و جدارهای مهبل التهابی معلوم می شود

**تشخیص** - التهاب اندومتر senile اکثراً با واقعات کانسری همراه می باشد. کانسر جسم ویاعنق رحم قبل از اجرای هر نوع تداوی باید مدنظر باشد. این مشخصات با معاینه بعد از تطبیق انستیزی، به تعقیب کورتاژ تشخیصی و انجام معاینه سایتولوژی و بایوپسی عنق اجرامیگردد. این عملیه ها در صورت عدم بهبودی سریع مریض به تعقیب تداوی التهاب مهبلی، بصورت عاجل توصیه می گردد.

- تداوی جهت بهتر شدن حالت عمومی صحی و انتانی باید اجرا گردد. تداوی سیستمیک با استروژن در صورت عدم موجودیت مضاد استتباب اجرامیگردد و باعث اصلاح اپنل مهبلی، افزایش گلایکوژن در حجرات و اصلاح PH<sub>1</sub> میگردد.



## Lymphogranuloma Venereum (LGV)

توسط یکی از انواع میکروارگانیزم های نوع L از *Chlamydia trachomatis* به وجود آمده و توسط مقاربت جنسی توسط شخص سالم گرفته می شود. بیشتر در قسمت های سواحل بحری مالیزیا، افریقا و امریکای جنوبی دریافت می گردد. باعث قرحات و نکروز در بعضی واقعات آبسه و بالاخره تشکل نسج فیروز گردیده و سبب بندش جریان لمفاتیک می گردد. اختلاط ان vulval elephantiasis, dyspareunia و تشکل سکار در عجان است. تداوی آن 100 ملی گرام doxycycline برای 21 روز و برای خانم حامله 500 ملی گرام erythromycin هر 6 ساعت برای مدت 21 روز تجویز می گردد. در صورت آبسه باید تخلیه گردد.

## Granuloma Inguinale (Venereum)

یکی از آفات مزمن گرانولوماتوز عجان، مهبل و عنق رحم است. بیشتر در امریکای جنوبی، جنوب هند و جنوب امریکا دیده می شود. قرحات با نسج های پرتروفیک گرانولوماتوز موجود است و انتان از شخص منتن با مقاربت جنسی انتقال میابد. تداوی با doxycyclin به دوز 100 ملی گرام روزانه برای مدت سه هفته و یا ciprofloxacin به دوز 750 ملی گرام روزانه برای مدت دو هفته ادامه داده می شود.

## Bacterial vaginosis

انتان سببی عبارت از *Haemophilus vaginalis* بوده و از نظر کلینیکی مریض دارای افرازات مهبلی شکل کریمی رنگ با بوی ماهی و بوی بد است. در این حادثه التهاب مهبل موجود نیست. در نزد خانم های حامله سبب پاره شدن جیب قبل از وقت و ولادت قبل از وقت می گردد. محیط مهبل قلوی شده و با اجرای تست Litmus paper تشخیص می گردد. همچنان توسط تست Whiff با ریختن یک قطره از افرازات مهبلی با محلول 10% بوتاسیوم هایدروکساید تشخیص می گردد. تداوی انتخابی metronidazole به دوز 200 ملی گرام روز 3 بار برای مدت 7 روز موثر است.