

# مروری بر بیماری های آمیزشی

**دکتر کتایون طایری**

**متخصص بیماری های عفونی و فلوشیپ HIV/AIDS بالینی**

**خرداد ۱۴۰۲**

# نکات کلیدی

- روزانه بیش از یک میلیون نفر به بیماری های آمیزشی مبتلا می شوند که اغلب آنها بی علامت می باشند
- تخمین زده می شود که سالیانه حدود ۳۷۴ میلیون ابتلا جدید به یکی از چهار بیماری آمیزشی کلامیدیا، گونوره، سیفلیس و تریکومونیا رخ می دهد
- بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در سنین ۱۵-۴۹ سال دارای عفونت تناسلی با ویروس هرپس سیمپلکس (تبخال) هستند
- حدود ۳۰۰ میلیون زن مبتلا به HPV هستند
- عفونت HPV با بیش از ۳۱۱۰۰۰ مرگ ناشی از کانسر سرویکس در سال مرتبط است
- حدود ۲۹۶ میلیون نفر در جهان HBV مزمن دارند

*WHO, Sexually transmitted infections (STIs), 22 August 2022*

- در سال ۲۰۱۶ بیش از یک میلیون مادر باردار مبتلا به سیفیلیس در دنیا وجود داشته است که نتیجه آن تولد بیش از ۳۵۰۰۰۰ هزار نوزاد با عوارض ناشی از این بیماری است

- بیماری های آمیزشی اثر مستقیم بر بهداشت باروری-جنسی، بواسطه مواردی چون استیگما، ناباروری، بدخیمی ها و عوارض بارداری داشته و نیز خطر ابتلا به HIV را افزایش می دهد

- خطر بروز مقاومت های دارویی در بیماری های آمیزشی یک تهدید جدی برای سلامت جهانی می باشد

# STD Rates by Country (2023)

wisevoter



Global

18,801 per 100k

Std Rate

Global Average

1.0%

Hiv Prevalence

Global Average

69

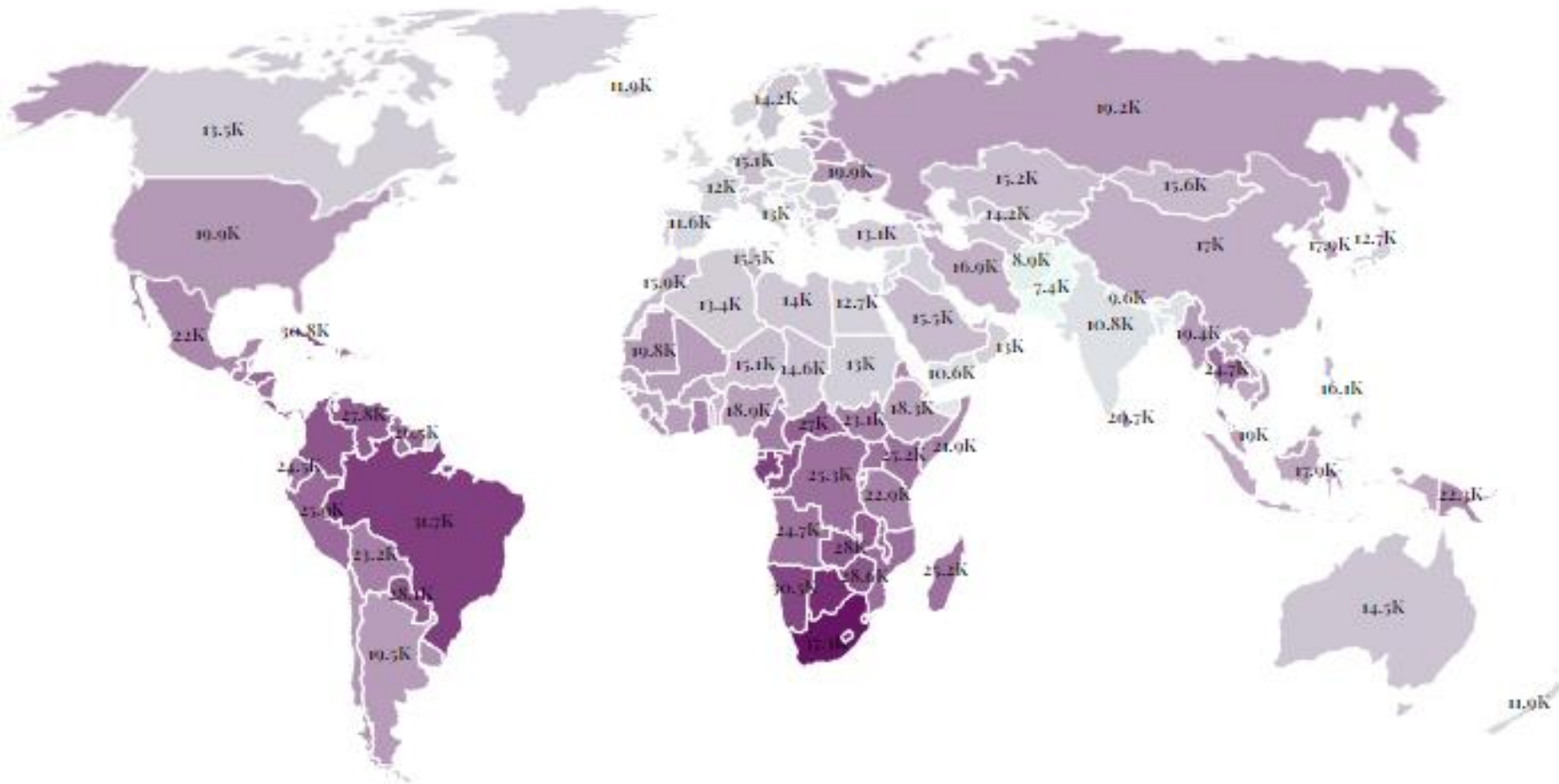
Health Score

Global Average

54

Care System Score

Global Average



Unavailable 7.4K per 100k 37.3K per 100k

## STD Rate ?

South Africa

37.3K per 100k

Botswana

34.1K per 100k

Lesotho

32.5K per 100k

Bermuda

32.4K per 100k

Brazil

31.7K per 100k

Gabon

31.5K per 100k

Barbados

31K per 100k

Puerto Rico

30.9K per 100k

Eswatini

30.9K per 100k

Cuba

30.8K per 100k



Iran

16,874.3 per 100k

STD Rate

#110 Ranked in the World

0.03%

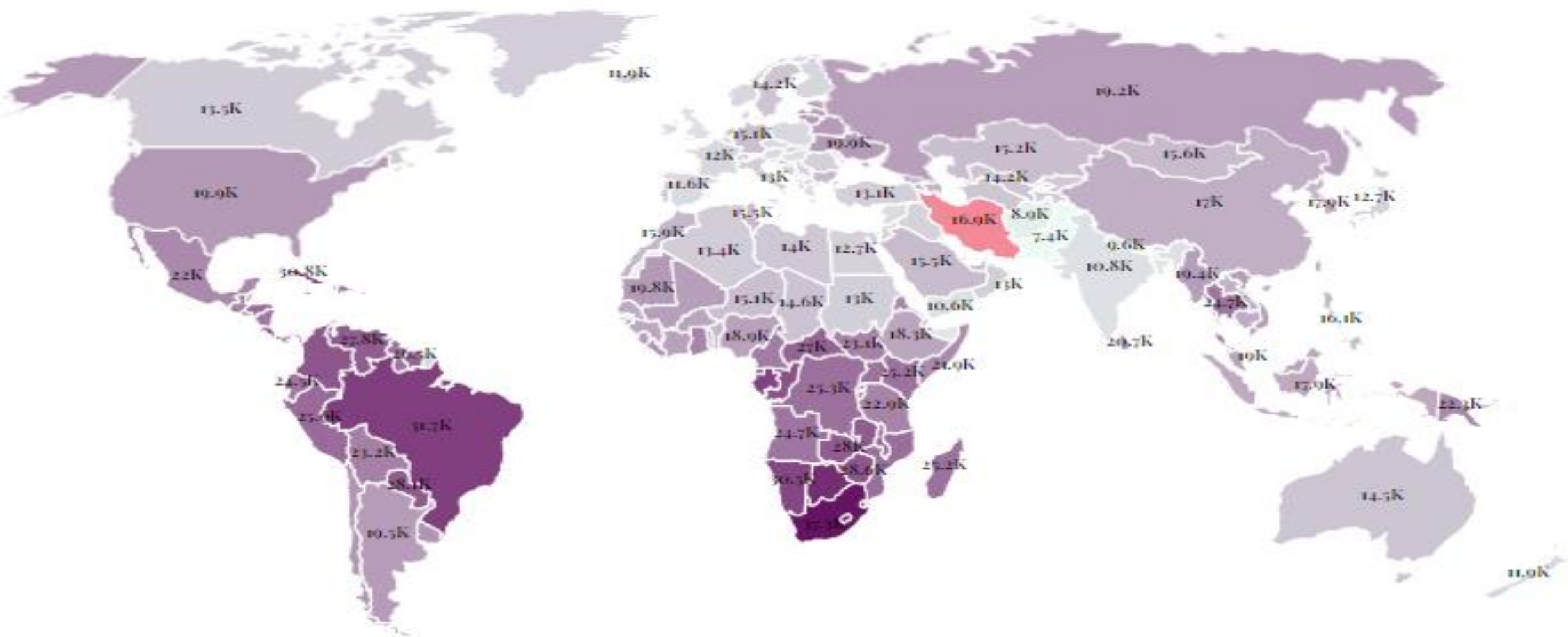
HIV Prevalence

#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

# مقدمه

- بیش از ۳۰ ویروس، باکتری و قارچ مختلف می تواند از طریق تماس هاس جنسی واژینال، آنال و دهانی منتقل شود. برخی از این بیماری ها در بارداری، زایمان و شیردهی نیز ممکن است به نوزاد منتقل شود
- هشت پاتوژن، عامل بیشترین بروز بیماری های آمیزشی هستند که از بین آنها:
  - ۴ مورد درمان قطعی دارند شامل سیفیلیس، گنوره، کلامیدیا و تریکوموناس واژینالیس
  - ۴ مورد درمان قطعی ندارند شامل: HIV, HBV, HSV, HPV
- رخدادهای نوپدید و بازپدید هم در مورد بیماری های با انتقال آمیزشی وجود دارد  
نظیر:
  - Mpox، شیگلا، نایسریا مننژیتیدیس، زیکا، ابولا، LGV

# 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 ★

# پیگیری از بیماری های آمیزشی

- در صورت استفاده منظم و صحیح، کاندوم یکی از مؤثرترین روش های پیشگیری از انتقال بیماری های آمیزشی، از جمله HIV می باشد
- اگرچه بسیار مؤثر است اما در مورد بیماری های با علائم خارج تناسلی (سیفلیس، HSV، HPV) محافظت کاهش می یابد
- در صورت امکان استفاده از کاندوم در تمام تماس های واژینال و آنال توصیه می شود
- دو واکسن در دسترس بسیار ارزشمند و مؤثر : HBV, HPV
- در سال ۲۰۲۰، واکسن HPV جزو برنامه واکسیناسیون روتین ۱۱ کشور قرار گرفت



- مطالعات برای ساخت واکسن علیه HSV و HIV ادامه دارد (و نیز سایر عوامل شایع)

- اقدامات پیشگیرانه دیگر شامل:

- ختنه مردان

- درمان همسر

- مطالعات در زمینه پیشگیری دارویی قبل و بعد از تماس در STI ادامه دارد و البته

- همواره نگرانی از مقاومت دارویی وجود دارد

- درمان اتیولوژیک (علت یابی) بیماری های آمیزشی بسیار ارزشمند است اما در اغلب موارد دسترسی به تست های تشخیصی مشکل و پرهزینه می باشد و مهمتر این که احتمال از دست دادن بیمار وجود دارد

- کشورهای با سرانه درآمد کم و متوسط برای تشخیص بیماری های آمیزشی از روش شناسایی علامتی (بدون تست های آزمایشگاهی) استفاده می کنند که تحت عنوان درمان سندرومیک نامیده می شود.

- الگوریتم هایی طراحی شده که امکان تشخیص و درمان سریعتر را بر مبنای شکایات و علائم بیمار میسر می کند

- درمان سندرومیک ساده، سریع با شروع درمان در همان روز بوده و مانع از انجام تست های گران قیمت در بیماران علامتدار می شود

- خطر درمان بیش از حد و نیز از دست دادن بیماران بی علامت وجود دارد

- توصیه WHO: ضمن ارائه درمان سندرومیک، بتدریج به سمت درمانهای اتیولوژیک باید رفت

- توصیه به غربالگری STI در گروههای خاص در معرض خطر نظیر FSW, MSM و نیز زنان باردار وجود دارد

- مهم: هرگز نباید درمان همزمان شریک جنسی را فراموش نمود

# کنترل انتشار بیماری

- تغییر رفتار، روند پیچیده ای است. علیرغم فعالیت های مختلف برای شناسایی مداخلاتی که می تواند رفتارهای پرخطر جنسی را کاهش دهد، همواره با چالش های مختلفی همراه بوده است
- اطلاع رسانی، آموزش و مشاوره می تواند باعث بهبود توانایی افراد برای شناخت علائم بیماری های آمیزشی و ترغیب شریک جنسی برای بررسی و درمان STI شوند.
- متأسفانه نبود آگاهی عمومی، عدم آموزش پرسنل بهداشتی و استیگمای طولانی مرتبط با STI، موانع موجود در برابر مداخلات مؤثر هستند

- سیستم بهداشتی برای غربالگری و درمان بیماری های آمیزشی با مشکلات بسیاری مواجه است نظیر محدودیت منابع، استیگما، کیفیت نازل خدمات و هزینه های بالا

- برخی گروه های کلیدی نظیر **FSW, MSM, IDUs**، جمعیت های موبایل و نوجوانان دسترسی کمتری به خدمات مربوطه دارند

- بیماریهای مقاربتی (آمیزشی) نوعی از بیماریهای واگیردار هستند که به طور عمده از طریق آمیزش جنسی با فرد آلوده انتقال می یابند.

- انتقال از مادر آلوده به نوزاد و از راه خون هم امکان دارد.

# اصلی 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.



# دلایل اهمیت بیماریهای آمیزشی

- بروز و شیوع بالا (۴۵۰ میلیون مورد جدید در سال)
- ایجاد عوارض جدی در صورت عدم تشخیص و درمان بموقع
- ارتباط بیماریهای آمیزشی و HIV
- بروز مقاومت دارویی



## رفتارهای زیر احتمال انتقال بیماری را افزایش می دهد

- 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

# عوامل اجتماعی در گسترش بیماریهای آمیزشی

- زنان مبتلا اغلب علامت ندارند. حدود ۸۰٪ زنان آلوده به گونوره ممکن است بدون علامت باشند.
- ترس از بدنامی ممکن است مردم را به سرپوش نهادن و ا دارد و این خود سبب افزایش و گسترش آلودگی می شود.
- ممکن است امکانات بهداشتی - درمانی در دسترس نباشد و یا بیماران استطاعت پرداخت هزینه خدمات را نداشته باشند.

# عوامل اجتماعی در گسترش بیماریهای آمیزشی

- ممکن است مردم ترجیح دهند برای اجتناب از بی آبرویی به درمانگران سنتی مراجعه کنند.
- ممکن است داروهای لازم را به طور کامل مصرف نکنند. درمان موثر وقتی امکان پذیر است که بیماران دوره درمان را کامل کنند.
- همراه نیاوردن شرکای جنسی برای درمان
- کوتاهی در استفاده از کاندوم برای تماس جنسی ایمن

# مبانی مشاوره

- همدلی و خونسردی
- اطمینان بخشی برای رازداری
- تماس چشمی مناسب
- گوش دادن فعال
- رعایت فاصله مناسب
- فضای فیزیکی مناسب و خصوصی







# گرفتن شرح حال

- گرفتن شرح حال مناسب به تشخیص دقیق سندرومیک و گاه تشخیص اتیولوژیک، مشخص نمودن خطر انتقال عفونت های آمیزشی برای بیمار و شناخت بیماری در شریک یا شرکای جنسی فرد مبتلا کمک می کند.

- برای گرفتن شرح حال لازم است اطمینان فرد را جلب نمود. اهمیت جلب اطمینان برای گرفتن تاریخچه به چند دلیل است:
  - الف - سؤالاتی که باید پرسیده شود شخصی و خصوصی است بنا بر این بیمار ممکن است تمایلی به پاسخ دادن نداشته باشد.
  - ب - بیماران ممکن است از دادن اطلاعات به علت حمایت از شریک جنسی خویش، خودداری کنند.

- در ابتدا باید به بیمار خوش آمد گفت و خود را به وی معرفی کرد. به بیمار باید اطمینان داد که آنچه به درمانگر میگوید محرمانه می ماند.
- به بیمار کمک نمود که احساس راحتی کند و محیطی آرام ایجاد نمود. نحوه سؤال طوری باشد که اطمینان بیمار را جلب نماید تا بتوان شرح حال کامل از او گرفت.
- ارتباط چشمی مهم است. از کلماتی استفاده نمود که برای بیمار قابل فهم باشد. رفتاری دوستانه ، اطمینان بخش و مؤدب داشت.
- از سؤالات بسته و دقیق استفاده نمود. سؤالات بسته به گونه ای است که پاسخ به آنها در یک کلمه یا عبارت کوتاه داده می شود و اغلب آری یا نه است. مثلاً آیا تورم دردناک است؟ آیا تأخیر قاعدگی وجود دارد؟ این سؤالات برای گرفتن شرح حال بسیار مؤثر هستند. زیرا به ما کمک می دهند اطلاعات کاملی را، بدون آن که بیمار مدت زیادی صحبت کند، کسب کنیم.
- برای پرسیدن سؤالات خصوصی از بیماران اجازه گرفته شود.



- نحوه سؤال کردن از بیمار مشکل ترین قسمت گرفتن تاریخچه است. باید از بیمار با دقت سؤال شود و تلاش نمود تا پاسخ های روشنی برای اطلاعات مورد نیاز دریافت کرد.

- نحوه سؤال کردن از بیمار باید مؤدبانه باشد. با این وجود سوالات باید واضح، روشن و اختصاصی مطرح شود به طوری که بیمار بفهمد درمانگر به چه اطلاعاتی نیاز دارد.

# شش مهارت کلامی موثر در کسب اطلاعات

1- تسهیلگری: بکاربردن کلمات یا حالت هایی که به بیمار اطمینان می دهد، صحبت را ادامه دهد. تکان دادن سر یا بالا بردن ابرو نمونه ای از مهارت غیر کلامی در تشویق کردن بیمار به ادامه صحبت است.

۲- هدایت: وقتی بیمار گیج است و نمی داند از کجا شروع کند، یا وقتی تند صحبت می کند و موضوعات را قاطی می کند، این مهارت به افراد کمک می کند تا اطلاعات را به ترتیب ارائه دهد.

۳- خلاصه کردن و چک کردن: خلاصه و چک کردن، درمانگر را قادر می کند تا متوجه شود آیا مشکلات بیمار را درست فهمیده است. در عین حال بیمار هم می تواند موضوعاتی که درمانگر درست متوجه نشده را اصلاح کند. این مهارت را زمانی که به خصوص هنگامی که بیمار چند مطلب را بیان کرده و درمانگر می خواهد تایید بگیرد، بکار می آید.

# شش مهارت کلامی موثر در کسب اطلاعات

۴- همدلی: زمانی که با احساس بیمار سرو کار داریم، همدلی مهمترین مهارت است. اگر درمانگر احساس کند بیمار نگران یا عصبی است، می تواند با بیان آنچه از صحبت هایش درک کرده، همدلی خود را نشان دهد.

۵- اطمینان دادن مجدد یک راه خوب برای نشان دادن اینست که قرار نیست مشکل بیمار برای همیشه باقی بماند.

۶- بیان مشارکت: بیان مشارکت، تعهد درمانگر را به بیمار تایید می کند.

# اطلاعات مورد نیاز

اطلاعات عمومی:

- اطلاعات عمومی مورد نیاز را باید شناسایی کرد. این اطلاعات می تواند شامل سن، تعداد فرزندان، آدرس محل زندگی و شغل باشد.
- در صورت عدم تمایل بیمار از ثبت نام و مشخصات خصوصی دیگر وی صرف نظر می شود
- همچنین در صورت عدم تمایل وی به تشکیل پرونده، درمانگرتنها اطلاعات کلی را ثبت خواهد کرد.

## شرح بیماری فعلی مردان:

- اگر خیارک کشاله ران دارد، آیا دردناک است؟ آیا با زخم همراه است؟ آیا جای دیگری از بدن ورم کرده است؟
- اگر ترشح مجرا دارد، آیا زمان ادرار درد دارد؟
- اگر تورم بیضه دارد، آیا سابقه ضربه دارد؟ از چه زمانی شروع شده است؟

## شرح بیماری فعلی زنان:

- اگر ترشح مهبلی دارد، آیا هنگام ادرار درد دارد؟ تکرر ادرار دارد؟ آیا ارزیابی خطر مثبت است؟
- اگر درد زیر شکم دارد، آیا ترشح یا خونریزی دارد؟ آیا سابقه حاملگی یا زایمان سخت دارد؟ آیا سابقه قاعدگی نامنظم یا دردناک دارد؟ آیا سابقه عقب افتادگی قاعدگی دارد؟

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

## جدول 2: سابقه پزشکی

سابقه بیماری	سوابق قاعدگی	سوابق زایمان
سایر بیماری ها	تاریخ آخرین قاعدگی	تعداد حاملگی و زایمان
حساسیت دارویی	قاعدگی منظم یا غیر منظم، قطع قاعدگی	روش زایمان
	درد زمان قاعدگی، خونریزی بیش از حد	روش مراقبت های باروری
	خونریزی بعد از نزدیکی	

# عوامل خطر

- وضعیت تاهل: متاهل، زندگی مشترک، جداشده، مجرد، بیوه
- شغل: تن فروش (مرد یا زن)، ملوان، کارگر در موسسه توریستی، راننده برون شهری، کارگر مهاجر
- سفر: سفر خارج از کشور (که سابقه تماس جنسی غیر ایمن بدهد) حضور در منزل فقط اواخر هفته
- ارتباط جنسی حفاظت نشده در تماس های جنسی (بیش از یک شریک جنسی)
- سابقه قبلی عفونت های آمیزشی
- تاریخچه تزریق یا انتقال خون
- مصرف کننده مواد (هروئین، مت آمفتامین...)، الکل
- خالکوبی
- شریک جنسی با علائم مظنون به بیماری های آمیزشی
- تعدد شرکاء جنسی



- سابقه رفتار جنسی: درباره سابقه رفتار جنسی او در ابتدا دو یا سه سؤال باز و سپس سؤالات بسته ای که در تکمیل اطلاعات سؤالات باز است مطرح نمایید.

- قبل از معاینه لازم است موارد زیر در خصوص سوابق جنسی، جهت مدیریت بالینی سلامت جنسی سوال شود

# رفتار جنسی فرد

- جنسیت شریک جنسی (مرد ، زن ، هردو)
- نوع ارتباط جنسی (دهانی ، واژینال ، مقعدی ...)
- استفاده از کاندوم با هر نوع شریک جنسی (در هر نوع ارتباط جنسی) ، اگر پاسخ هرگز است ، چرا؟ اگر بعضی اوقات، چه زمانهایی؟
- نوع ارتباط با شریک جنسی (همسر، داشتن یک شریک جنسی ثابت به غیر از همسر، تماس جنسی اتفاقی)
- مشکلات یا علائم در شریک جنسی
- زمان آخرین ارتباط جنسی
- تعداد شرکای جنسی در دو ماه گذشته، در یک سال گذشته؟

# رفتار جنسی شرکاء جنسی

- آیا شریک جنسی، رابطه جنسی با فرد دیگری داشته است؟
- - سابقه عفونت آمیزشی را داشته است؟
- - آیا مبتلا به HIV می باشد؟
- - آیا سابقه انتقال خون داشته است؟
- - آیا معتاد تزریقی است؟
- - آیا از نظر شغلی در معرض خطر است؟ ( کارکنان بهداشتی درمانی)

# معاینه بالینی

- معاینه بالینی بیماران حائز اهمیت است. چرا که نشانه های توصیف شده توسط بیمار را تأیید می کند و ممکن است علائمی از بیماریهای آمیزشی در معاینه پیدا کرد.
- به خاطر احتمال خجالتی بودن بیماران یا عدم تمایل ایشان به معاینه ناحیه تناسلی، حتی اگر زمان اندکی برای معاینه وجود دارد، سعی کنیم:
- با آرامش با وی رفتار شود و نحوه معاینه محرمانه و بر اساس اصول پزشکی باشد. انجام معاینه برای رسیدن به تشخیص ضروری است حتی اگر به مشاهده محدود شود، رازداری و جلب اطمینان بیمار ضروری است، باید آرام و دوستانه با بیمار برخورد نمود. در مورد بیماران مؤنث، در صورت تمایل بیمار، داشتن یک همراه ضروری است .
- در مورد بیمارانی که تمایلی به معاینه نشان نمی دهند بیان اهمیت معاینه بطور واضح، جهت ترغیب وی، لازم است

**سندروم های بیماری های آمیزشی**

# 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)
  - سیفیلیس
  - لنفوگرانولوم ونروم
  - شانکروید
  - دونوانیوز

# لنفوگرانولوم ونروم



**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**



- 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 سیفیلیسی وزیکولار نمی شوند.

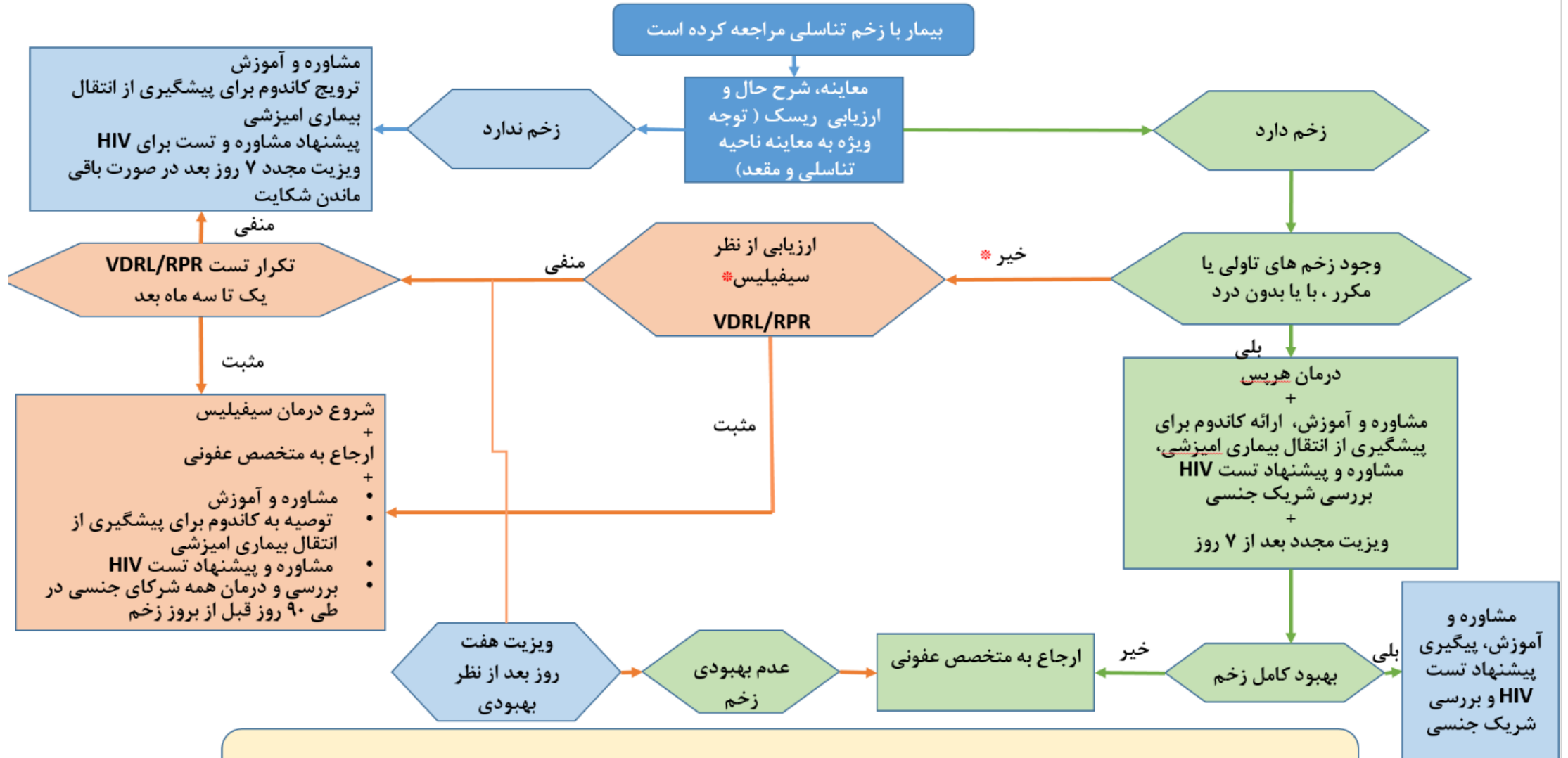
- یک فرد ممکن است چندین بار به سیفیلیس مبتلا شود ولی اصولاً شانکر ماهیتی عودکننده ندارد.

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

- 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.

# 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 توصیه شده برای هرپس تناسلی

### درمان در نخستین حمله بالینی تب خال تناسلی

تمام بیماران در اولین حمله بالینی بیماری باید درمان ضدویروسی دریافت نمایند.

- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۱۰ روز  
یا
- آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۱۰ روز  
یا
- والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۱۰ روز  
یا
- والاسیکلوویر ۵۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۱۰ 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

## 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 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 فرابخواند.

- 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 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 ارگانيسم مولد یورتريت غیر گنوکوکی است.
- اغلب، یورتريت گنوکوکی با عفونت کلامیدیا تراکوماتيس همراهی دارد. **میکوپلاسما ژنیتالایوم** نیز یک عامل یورتريت غیر گنوکوکی است.
- در مردان هتروسکسوال، تریکوموناس واژینالیس نیز گاهی منجر به یورتريت غیر گنوکوکی می گردد.
- ویروس های هرپس سیمپلکس، EBV و آدنوویروس نیز به ندرت منجر به یورتريت می شوند.
- یورتريت با باسيل های گرم منفی روده ای در مردانی که رابطه جنسی مقعدی داشته اند، دیده شده است.
- 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. ارزیابی ریسک عفونت های های آمیزشی نیز مهم است.

- 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.

- 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 میکروسکپ 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

# 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 آزیتروماکسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد.

# ترشح از مجرا به صورت پایدار یا عودکننده

- شکایت از یورتريت پایدار یا راجعه ممکن است ناشی از مقاومت دارویی، مصرف ناکافی داروها، عفونت مجدد و یا عفونت با مایکوپلاسما ژنیتالایوم یا تریکوموناس واژینالیس باشد.

- داکسی سیکلین ممکن است بر مایکوپلاسما 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 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

## 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، جنتاميسين 240mg عضلانى تك دُز همراه با آزيترومايسين 2g خوراكي تك دُز (احتمال تهوع بالاست)



## درمان توصیه شده برای یورتريت غير گونوكوکی

### درمان انتخابی

آزیترومایسین یک گرم خوراکی تک دُز  
یا

داکسی سیکلین 100 mg دو بار در روز خوراکی برای ۷ روز

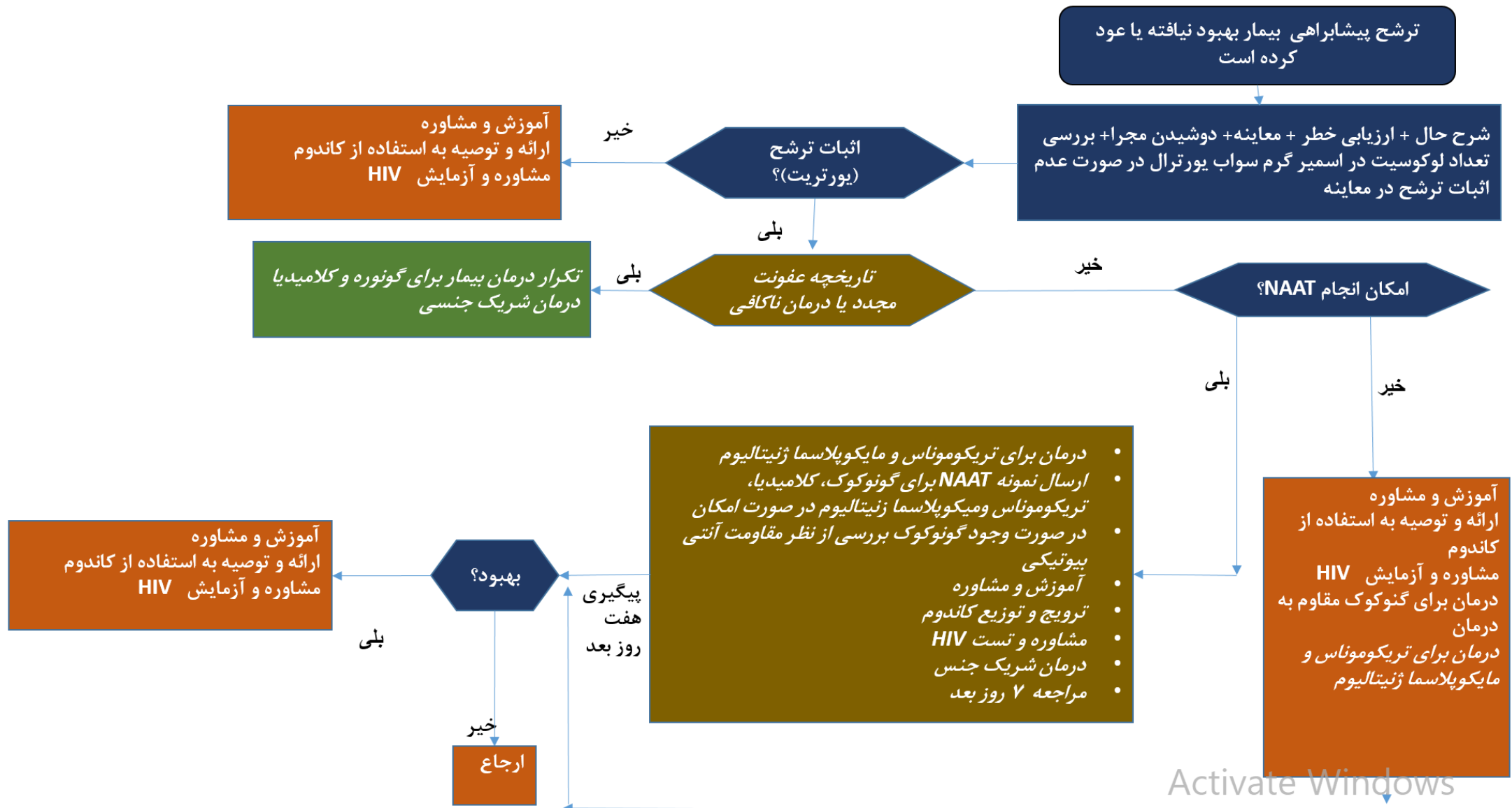
### درمان جایگزین

اریترومایسین اتیل سوکسینات 800mg هر ۶ ساعت خوراکی برای ۷ روز  
یا

لووفلوکساسین 500mg روزی یک بار خوراکی برای ۷ روز  
یا

افلوکساسین 300mg دو بار در روز خوراکی برای ۷ روز

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



# ترشح واژینال

- شامل هر گونه ترشح غیر طبیعی از واژن با 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 IUD، 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.
- واژینیت می تواند در اثر پروسه های غیرعفونی مثل جسم خارجی هم رخ دهد. سرویسیت هم معمولا در اثر، نایسریا گونوره و یا کلامیدیا تریکوماتیس رخ میدهد.
- عفونت با میکوپلازما ژنیتالیوم، هرپس سیمپلکس و تریکوموناس واژینالیس هم می تواند گاهی باعث سرویسیت شود.

- شرح حال در افتراق بین ترشحات طبیعی واژن و ترشحات پاتولوژیک کمک می کند.

- 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

- 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 آمیزشی گرم ترشحات واژینال بدلیل حساسیت نامطلوب، توصیه نمی شود.

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

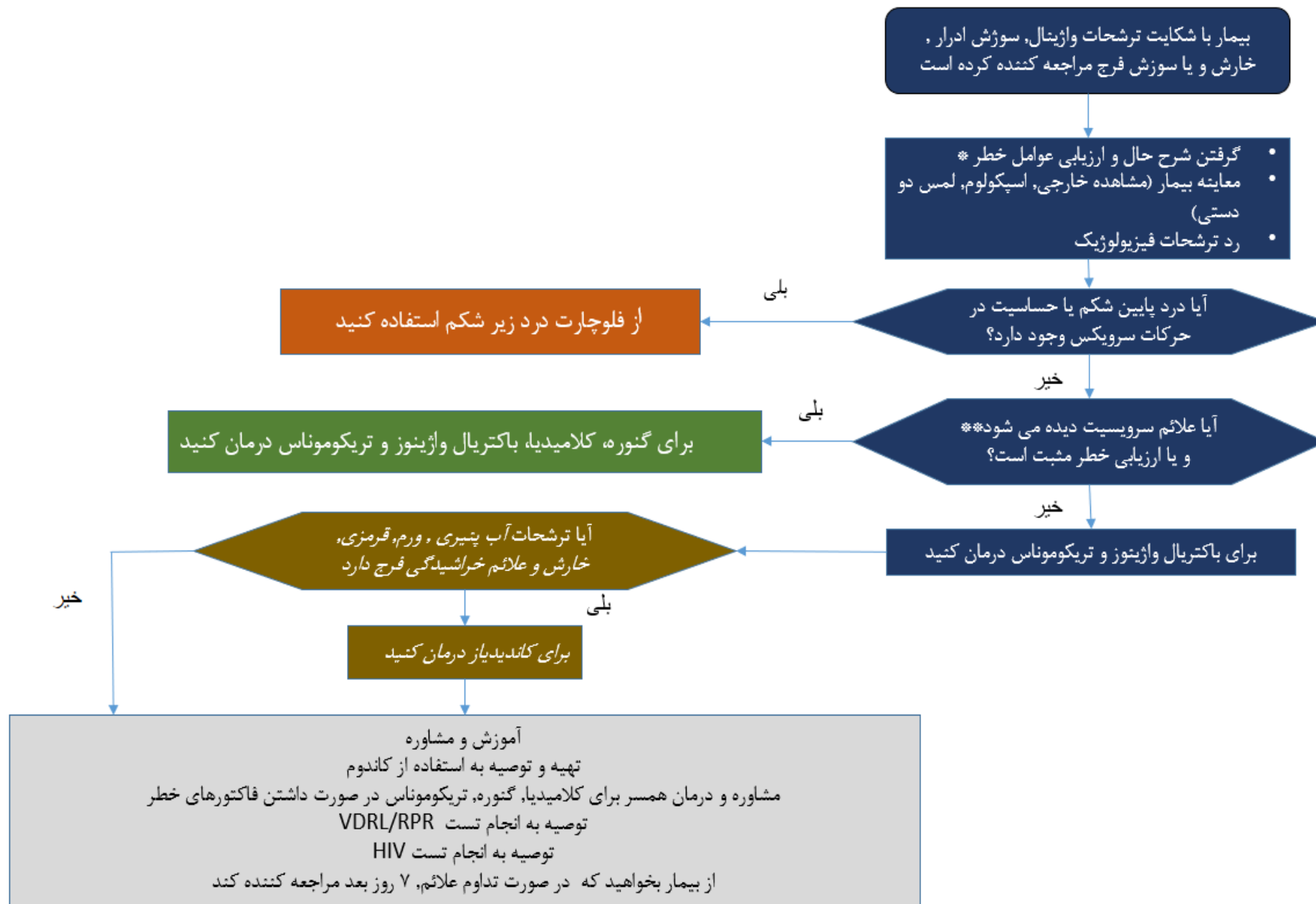
# مدیریت اتیولوژیک بیمار

- استفاده از نوارهای تعیین PH می تواند کمک کننده باشد.  $PH > 4.5$  در باکتریال واژینوز یا تریکومونیاز 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

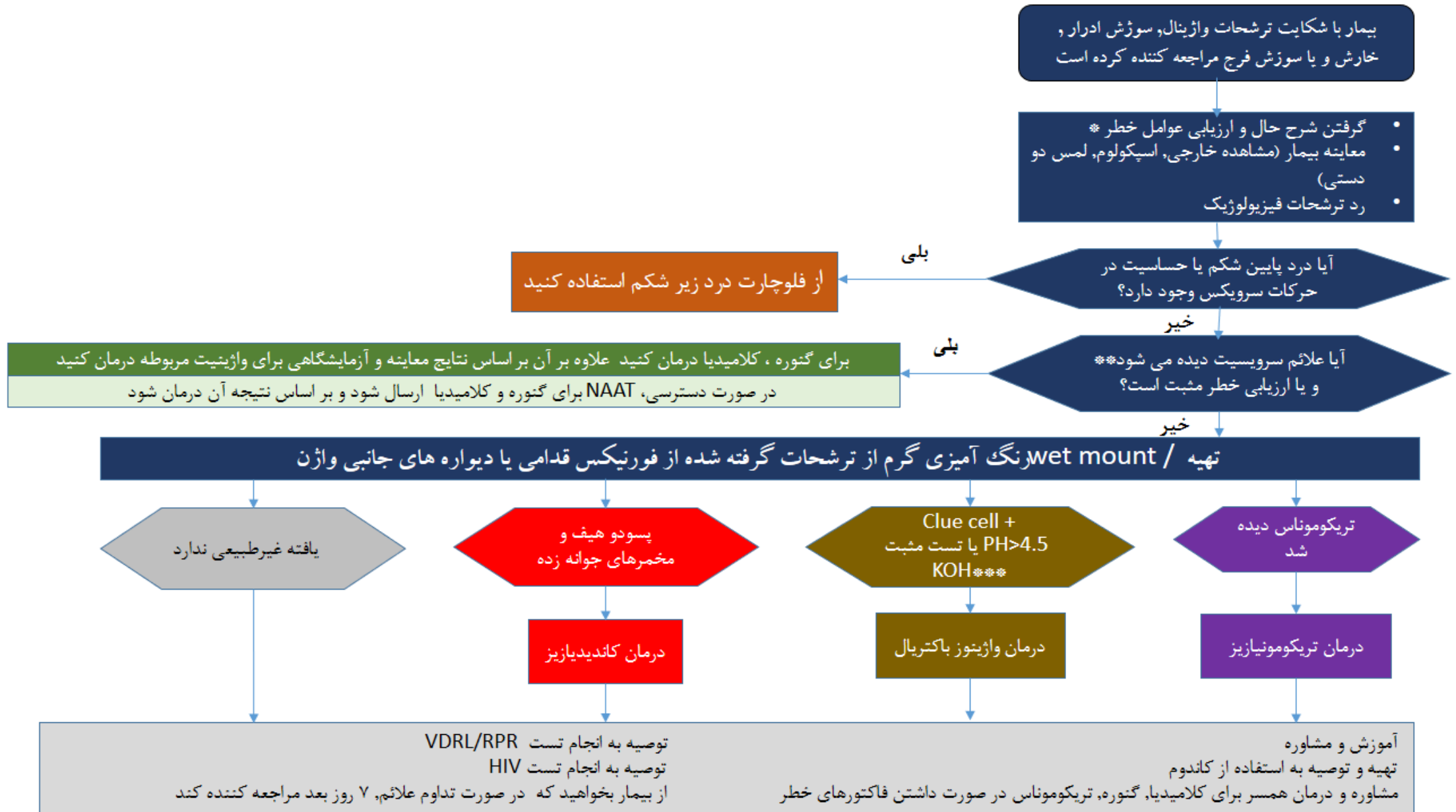
- یک اسمیر اندوسرویکال برای نایسریا گنوره و کلامیدیا تریکوموناس و بررسی با NAAT برای تمام زنان با ترشحات واژینال غیر طبیعی یا ترجیحا در افراد با ترشحات واژینال غیر طبیعی و یک فاکتور خطر میتوان انجام داد



# 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

## درمان سندرومیک ترشحات واژینال

### سرویسیت ناشی از گنوره و کلامیدیا

درمان انتخابی:

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

درمان جایگزین:

- سفیکسیم 800mg باضافه آزیترومایسین 1g خوراکی تک دُز یا
- سفیکسیم 800mg باضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز

### درمان سندرومیک واژینیت (تریکوموناس واژینالیس ، باکتریال واژینوز)

درمان ارجح:

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

درمان آلترناتیو:

- مترونیدازول 500mg خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

### درمان ترشحات واژینال (کاندیدیایی)

- کلوتریمازول، شیاف واژینال ۱٪ برای ۷-۱۴ 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.

# نکات خاص درمانی در واژینیت مبتلایان به HIV

**ولوواژینیت کاندیدیایی:** کلونیزاسیون واژن با کاندیدا در بین زنان مبتلا به HIV در مقایسه با افراد غیر مبتلا و در شرایط دموگرافیک و ریسک-رفتاری مشابه، بیشتر است و خصوصا با تشدید نقص ایمنی فرد، افزایش می یابد. اما مطالعات نشان داده است که رژیم های درمانی در این زنان متفاوت از سایر افراد نیست. نقش درمان ولوواژینیت کاندیدیایی در کاهش خطر انتقال HIV ناشناخته است.

**تریکوموناس واژینالیس:** ابتلا به تریکوموناس واژینالیس در زنان مبتلا به HIV بطور مشخصی باعث افزایش بروز PID (بیماری التهابی لگن) می شود. از سویی دیگر وجود تریکوموناس واژینالیس در زنان مبتلا به HIV، بشدت باعث افزایش بار ویروسی در واژن و دفع ویروس از مخاط واژن می شود. این موضوع به قدری اهمیت دارد که غربالگری روتین از نظر تریکوموناس واژینالیس و درمان افراد مبتلا به HIV (حداقل سالیانه) توصیه می شود. درمان ۷ روزه در این زنان بر درمان تک دز ارجحیت دارد.

# تورم اسکروتوم

- تورم اسکروتوم که در اثر التهاب اپیدیدیم ایجاد میشود و در اغلب موارد با تورم بیضه نیز همراه می گردد (هرگونه احساس تورم و درد در ناحیه کیسه بیضه که ممکن است همراه سفتی و قرمزی باشد ؟)
- در مردان جوان زیر ۳۵ سال و فعال از نظر جنسی، شایع ترین علت ایجاد این سندرم بالینی کلامیدیا تراکوماتیس و نایسریا گونوره است. باسیل های گرم منفی روده ای مثل E.coli میتوانند در عفونتهای ادراری، بدنبال سونداژ یا بیوپسی پروستات و یا در مردانی که با مرد دیگری رابطه مقعدی داشته اند، عامل ایجاد این سندرم باشد
- از عفونت های غیر مقاربتی که می توانند باعث تورم اسکروتوم شوند می توان به اوریون، سل، بروسلا ، کریپتوکوک اشاره کرد

- از عوامل غیر عفونی مولد این بیماری میتوان به ضربه، چرخش بیضه (torsion)، کانسر و بهجت اشاره کرد.

- سایر عواملی که در افراد HIV مثبت میتوانند باعث درگیری اپیدیدیم و بیضه شود عبارتند از : سایتومگالوویروس ، سالمونلا ، توکسوپلاسما ، اوره آپلاسما اوره آ لیتیکوم ، مایکوپلاسما و تروپونما پالیدوم.



# برخورد سندرمیک بیمار

- اپیدیدیمیت حاد سندرم بالینی است که با درد و تورم و التهاب اپیدیدیم همراه است و در عرض کمتر از شش هفته ایجاد شده است.
- در اپیدیدیمیت مزمن که بیشتر از شش هفته بطول انجامیده است، علائم بالینی عمدتاً بصورت احساس ناراحتی و درد اسکروتوم یا بیضه و یا اپیدیدیم همراه است و بیشتر بعلت عفونت هایی مثل توبرکولوز و بروسلوز می باشد.
- سایر علل ایجاد کننده اپیدیدیمیت مزمن بیشتر غیر عفونی نظیر تروما، کانسر و بیماریهای اتوایمیون و ایدیوپاتیک است.

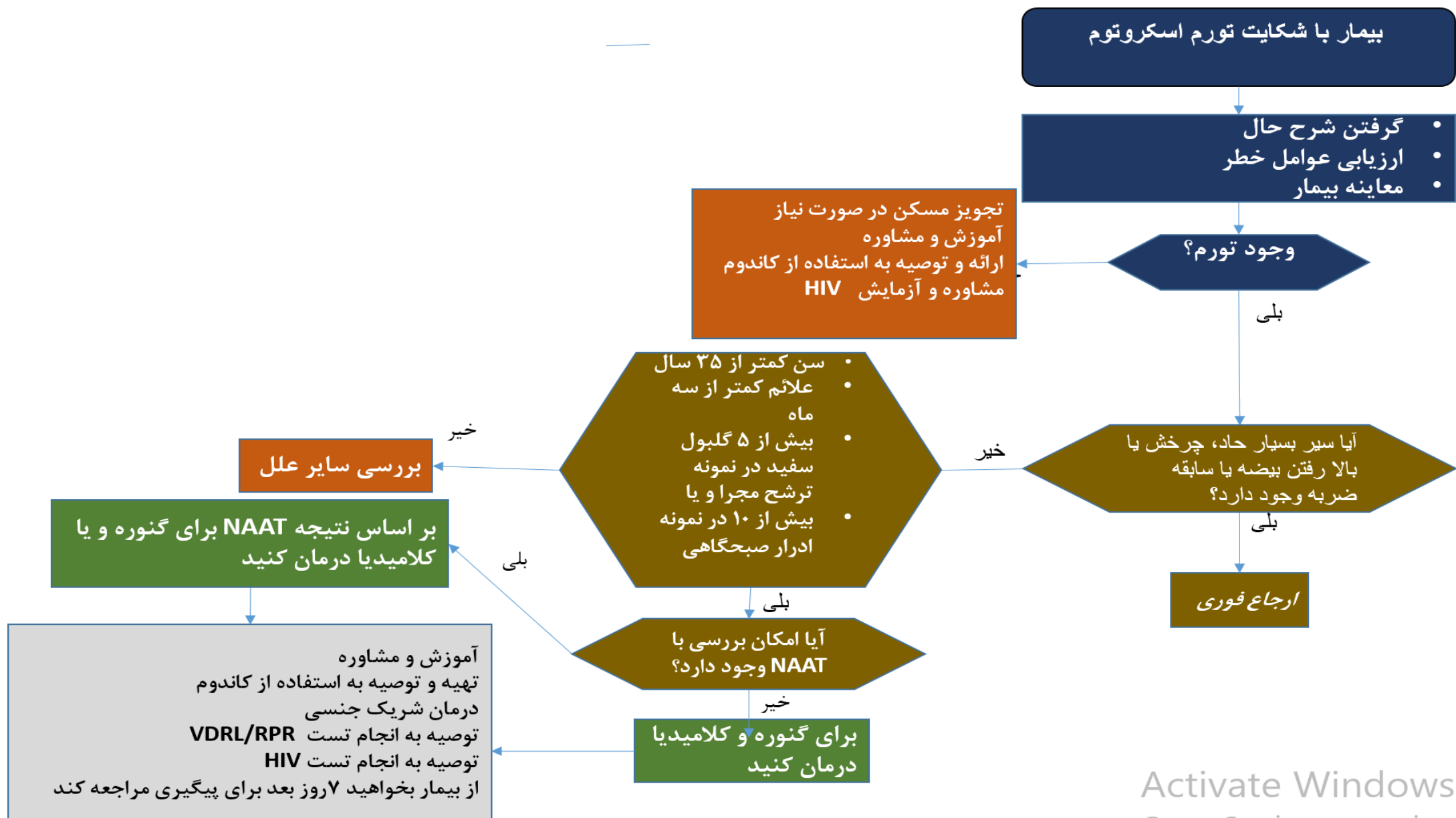
# برخورد سندرمیک بیمار

- مردانی که دچار اپیدیدیمیت حاد میشوند به طور معمول دچار درد و تندرنس و تورم یکطرفه بیضه می شوند و اسپرماتیک کورد معمولاً دردناک و متورم است.
- درگیری دو طرفه معمولاً ظن بالینی را به سوی سایر تشخیص ها می برد
- تشخیص افتراقی مهمی که حتما باید در همه موارد تورم اسکروتوم به آن توجه شود تورشن بیضه است که یک فوریت جراحی است و معمولاً با انجام سونوگرافی داپلر رنگی از عروق بیضه تشخیص آن رد یا اثبات میشود و احتیاج فوری به ارجاع جراح دارد.

# آزمایش ساده ادرار و سوآب مجرا (ضروری)

- مشاهده بیش از ۵ عدد گلبول سفید در هر فیلد ، در رنگ آمیزی ترشحات مجرای ادرار
- این روش بدلیل اختصاصی بودن و حساسیت بالایی که دارد روش ارجح است و علاوه بر وجود التهاب در مجرای ادرار قادر است عفونتهای گونوکوکی را نیز تشخیص دهد
- آزمایش مثبت لکوسیت استراز در ادرار صبحگاهی
- مشاهده بیش از ۱۰ عدد گلبول سفید در سدیمان ادرار صبحگاهی
- اکثر بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت حاد بصورت سرپایی درمان میشوند ولی در مواردی که درد شدید و تب وجود داشته باشد و یا مواردی که تشخیص های دیگری مثل چرخش و انفارکتوس بیضه ، آبسه و فاشئیت نکروزانت مطرح است ، لازم است که بیمار بستری شود
- ارسال نمونه سوآب پیشابراه یا ادرار از نظر NAAT برای گونوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس نیز توصیه می شود (اتیولوژیک)

# رویکرد بالینی برخورد با موارد تورم اسکروتوم



## درمان تورم اسکروتوم

### بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت با احتمال ابتلا به عفونتهای آمیزشی (کلامیدیا و گنوکوک)

- سفتریاکسون 500 میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز

به علاوه

- داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز به مدت ۱۰ روز

### بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت با احتمال ابتلا به عفونتهای آمیزشی (کلامیدیا و گنوکوک) و

#### باسیل های گرم منفی روده ای

- سفتریاکسون 500 میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز

به علاوه

- لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در روز برای ۱۰ روز

یا

- اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت ۱۰ روز

### بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت با احتمال ابتلا به باسیل گرم منفی روده ای

- لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در روز برای ۱۰ روز

یا

- اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت ۱۰ روز

- سایر توصیه ها: سایر اقدامات درمانی شامل استراحت در بستر، بالا نگه داشتن بیضه و مصرف دارو های ضد التهاب تا قطع تب می باشد. بهبود کامل ممکن است چند هفته بعد از کامل شدن دوره درمان بطول انجامد.

- شرکای جنسی: به بیمار توصیه میشود تا کامل شدن دوره درمان از تماس جنسی اجتناب نماید و شرکای جنسی وی از نظر سایر عفونتهای جنسی بررسی شود. شرکای جنسی که طی ۶۰ روز گذشته با بیمار مبتلا به اپیدیدیمیت تماس جنسی داشته اند لازم است درمان شوند.

- پیگیری بیمار: در صورتیکه تا ۷۲ ساعت بعد از شروع درمان علائم بالینی بهبودی نسبی پیدا نکند؛ لازم است بیمار مجدداً مراجعه نماید تا از نظر سایر تشخیص های افتراقی بررسی شود.

# درد زیر شکم

وجود یک یا بیشتر از یکی از علائم 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 انفلوانزا، گرم منفی های روده ای و استرپتوکوک آگالاکتیا نیز می توانند منجر به بیماری التهابی لگنی شوند. عوامل دیگری نیز چون CMV، میکوپلازما هومینیس، مایکوپلازما 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 اندومتریت، سالپنژیت، آبسه های توبو-اوارین و پیریتونیت 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 سالیन/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 اندومتریوت 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 سالیین 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)

آیا تندرns رحمی یا آدنکسها یا سرویکس دارد؟

خیر

از نظر سایر علل درد زیر شکم بررسی و اقدام شود

بلی

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؟

خیر

بیمار ارجاع شود

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

- 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.

# سندروم ترشح مقعدی

- ترشح چرکی-مخاطی از مقعد با یا بدون تنسموس و یا درد که با سابقه تماس جنسی مقعدی بصورت مفعول همراه بوده است
- عوامل اتیولوژیک: شایع ترین عوامل آن گونوکوک، کلامیدیا تراکوماتیس (شامل سرووارهای LGV) و هرپس سیمپلکس ویروس است. تروپانما پالیدوم هم می تواند سندرم مشابهی ایجاد کند
- در ترشح مقعدی ناشی از پروکتیت حاد به عنوان یک بیماری آمیزشی، علایم مشابهی با پروکتوکولیت ناشی از عفونت های گوارشی دیده می شود. اما پروتوکولیت ناشی از بیماری های آمیزشی با یبوست همراه است، در حالی که پروکتوکولیت ناشی از بیماری های گوارشی با اسهال همراهی دارد.
- در پروکتیت گونوکوکی و کلامیدیایی معمولاً علائم خفیف و بدون علائم سیستمیک است. اما پروکتیت ناشی از هرپس سیمپلکس و LGV معمولاً با تنسموس و **تب** و درد مقعد همراه است

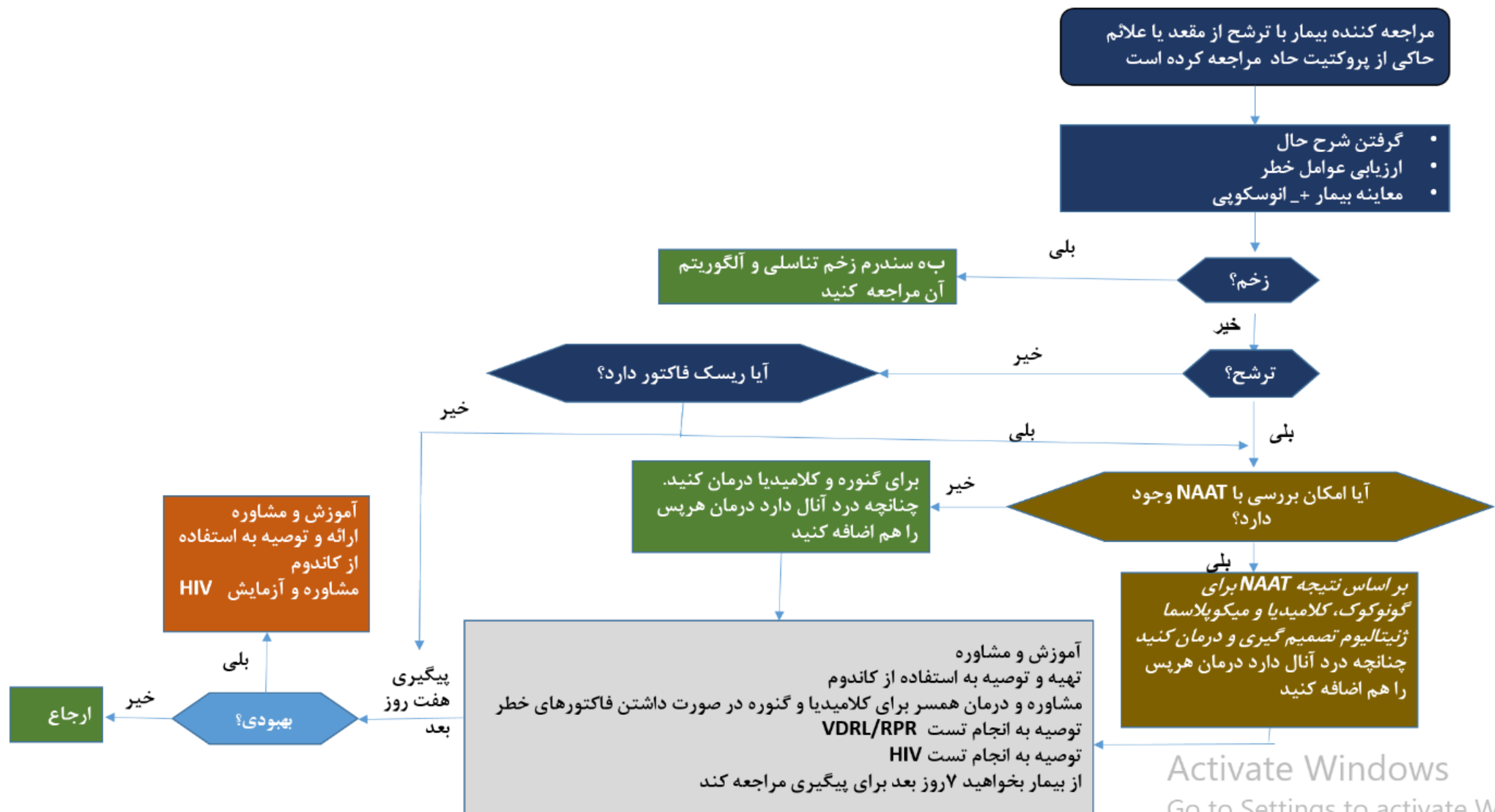


- مدیریت اتیولوژیک بیمار: در صورت وجود امکانات آزمایشگاهی، نمونه ترشحات از PCR گونوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس و نمونه برای سیفیلیس (بررسی سرولوژیک یا میکروسکوپ دارک فیلد) انجام شود. چنانچه به LGV شک وجود دارد، NAAT برای سروواریهای LGV ارسال شود

- شرکای جنسی: برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به بیماران تحت درمان باید آموخت که تا ۷ روز نزدیکی نکنند. تمام شرکای جنسی مبتلایان در ۶۰ روز گذشته باید ارزیابی و درمان تجربی شوند. می توان به بیمار آزیترومایسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد.

- پیگیری بیمار: مبتلایانی که عامل پروکتیت در آنها گونوکوک یا کلامیدیا تراکوماتیس باشد، صرف نظر از اینکه شریک جنسی آنها درمان بشود یا خیر باید ۳ ماه بعد از درمان از نظر عفونت مجدد بررسی شوند.

# رویکرد برخورد با علائم حاکی از پروکتیت حاد



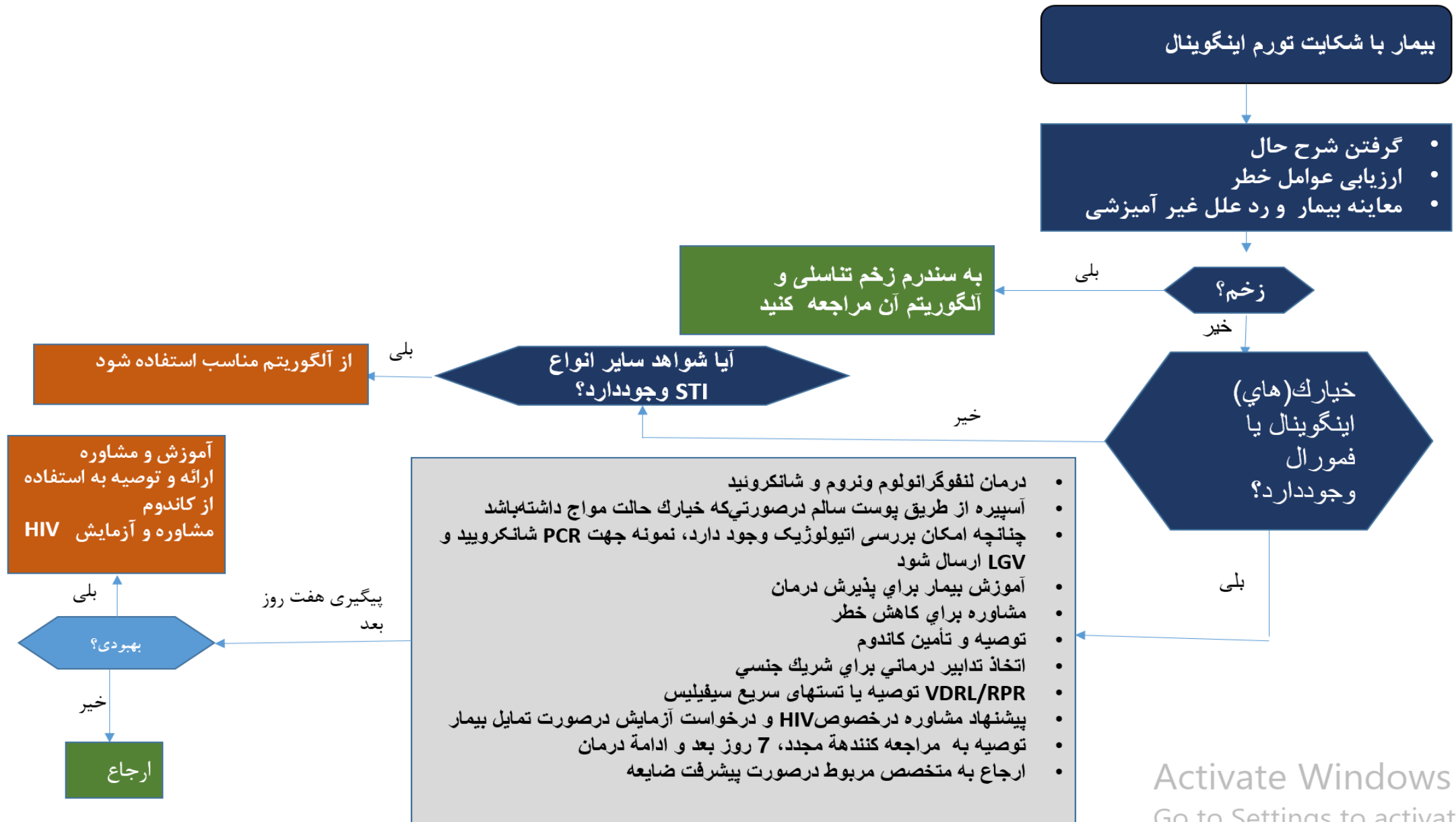
## درمان توصیه شده سندرمیک برای پروکتیت حاد

- سفتریاکسون 500 mg عضلانی تک دُز + داکسی سیکلین 100 mg دو بار در روز خوراکی برای ۷ روز
- اگر ترشحات خونی، زخم های پری آنال یا مخاطی همراه آزمایش مثبت NAAT برای کلامیدیا یا همراه با عفونت HIV وجود داشت، با فرض LGV باید درمان با داکسی سیکلین با همان دُز را برای ۳ هفته ادامه داد
- اگر زخم های پری آنال یا مخاطی دردناک بودند، هرپس سیمپلکس را هم باید درمان کرد.

# تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال

- خیارک‌های ناحیه اینگوینال و فمورال عبارتند از: بزرگی موضعی غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران، که دردناک بوده، و ممکن است مواج شوند.
- اتیولوژی: تورم غدد لنفاوی اینگوینال در ایران غالبا ناشی از بیماری‌های آمیزشی نیست. عفونت‌های غیرآمیزشی موضعی یا سیستمیک (نظیر عفونت‌های اندام تحتانی یا سل غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال) از آن جمله اند.
- با این وجود غدد لنفاوی اینگوینال که دردناک و به خصوص متوج باشد، می تواند ناشی از بیماری‌های آمیزشی باشد. در صورت وجود بیماری آمیزشی، این علامت در اغلب موارد با LGV و شانکروئید همراه است. در اغلب موارد شانکروئید، یک زخم تناسلی نیز همزمان وجود دارد؛ اما گاهی ممکن است چنین نباشد.
- گاهی ممکن است خیارک پاره شده و فیستولی با ترشحات چرکی نمایان شود. غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران که واقعا ملتهب و دردناک نیستند جزء تعریف خیارک به عنوان یک بیماری آمیزشی قرار نمی گیرند.

# برخورد بالینی با موارد تورم اینگوینال



## درمان سندرومیک: تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال

### درمان انتخابی

- آزیترومايسين ۱ گرم تک دُز خوراکی  
یا
- سیپروفلوکساسین **۵۰۰mg** ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز  
به اضافه
- داکسی‌سایکلین **۱۰۰mg** ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز  
یا
- اریترومایسین **۵۰۰mg** ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز

- بعضی بیماران ممکن است نیاز به درمان طولانی تر از ۱۴ روز داشته باشند.

- غدد لنفاوی مواج باید از طریق پوست سالم آسیب‌رسان شوند.

- برش و تخلیه یا خارج کردن غدد لنفاوی باعث تأخیر در بهبود می‌شوند و نباید انجام گیرند.

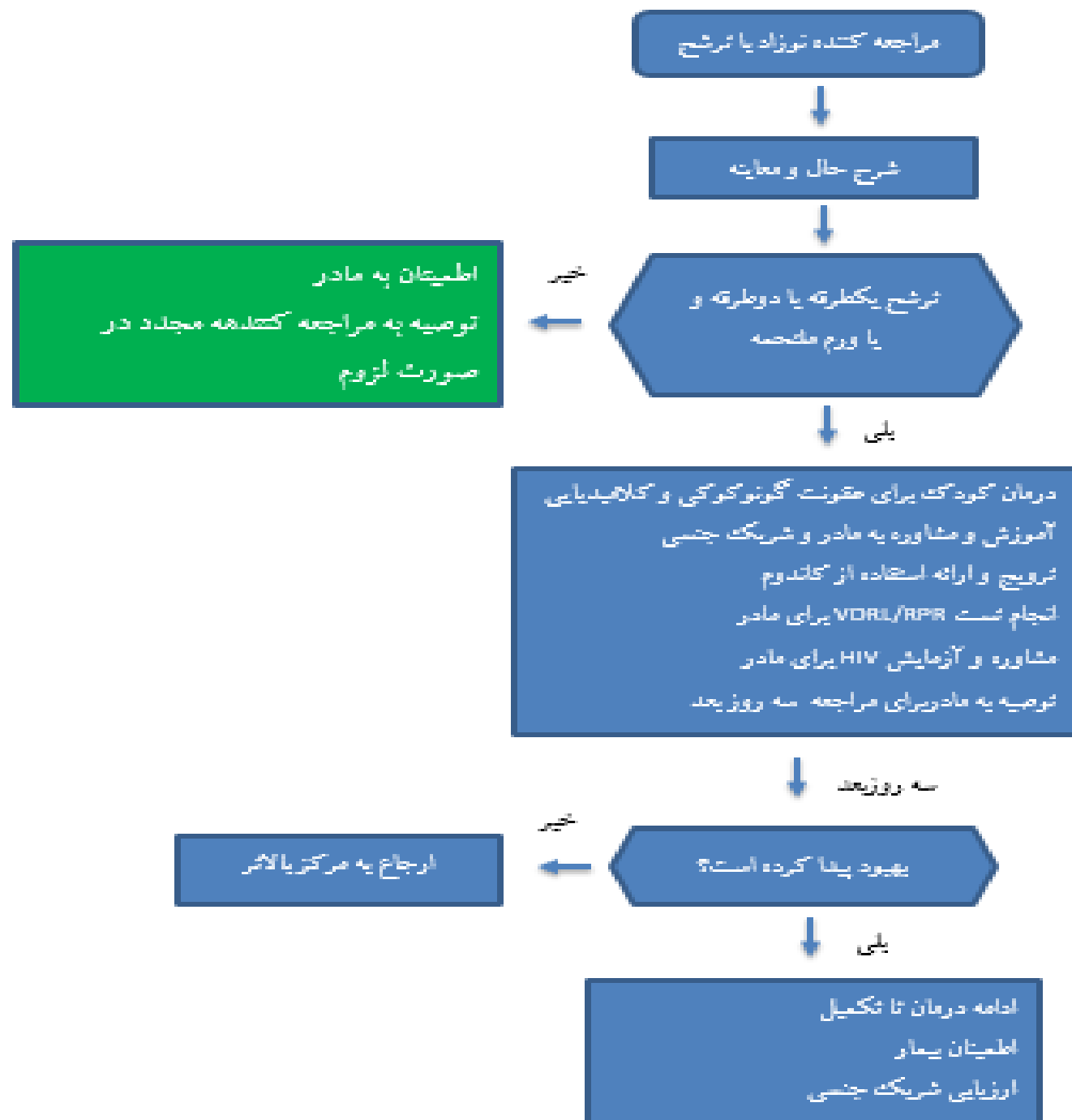
- در صورت شک در تشخیص بیماری و یا در موارد شکست درمان ارجاع برای بیوپسی تشخیصی توصیه می‌گردد.

# کنژنکتیویت نوزادی

- قرمزی و ورم پلک، با یا بدون ترشح از یک یا هر دو چشم در مدت چهار هفته بعد از تولد
- عوامل اتیولوژیک: در کنژنکتیویت نوزادی عفونت از کانال زایمانی در حین زایمان به نوزاد منتقل می شود. مهمترین عامل بیماریزا سوزاک و کلامیدیا است.
- در صورتی که کنژنکتیویت ناشی از گنوره و کلامیدیای نوزادی درمان نشود، می تواند به کوری بیانجامد.
- با توجه به اینکه علائم کنژنکتیویت گونوکوکی و کلامیدیایی در نوزاد شبیه است برای هر دو عامل درمان می شود.



# برخورد بالینی با ترشح چشمی نوزاد



- نکته: استفاده از سفتریاکسون در نوزادان مبتلا به زردی خصوصا نوزادان نارس باید با احتیاط صورت گیرد.

## درمان توصیه شده برای کنژنکتویت گونوکوکی نوزادی

### درمان انتخابی

سفتریاکسون ۵۰mg/Kg تزریق عضلانی تک دُز حداکثر 125mg  
به اضافه

درمان کلامیدیای نوزادی شامل:

شربت اریترومایسین 50mg/kg در ۴ دُز منقسم روزانه برای ۱۴ روز

- مادر با آب جوشیده سرد شده یا نرمال سالین استریل ترشحات چشم از داخل به خارج تمیز نموده از پنبه نرم استفاده نماید.

- اثر بخشی سفتریاکسون تک دُز یا اسپکتینومايسين ثابت شده است ، بنابراین لزومی به اضافه نمودن پماد تتراسیکلین نیست.

- درمان با آنتی بیوتیک موضعی برای عفونت کلامیدیایی، روشی ناقص است و عفونت های دیگر ناشی از کلامیدیا مثل پنومونی را درمان نمی کند.

- مادر نوزاد مبتلا به کنژنکتویت گونوکوکی یا کلامیدیایی باید درمان مناسب دریافت نموده و شریک جنسی اش نیز ارزیابی و درمان گردد.

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

# علائم بالینی

- 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







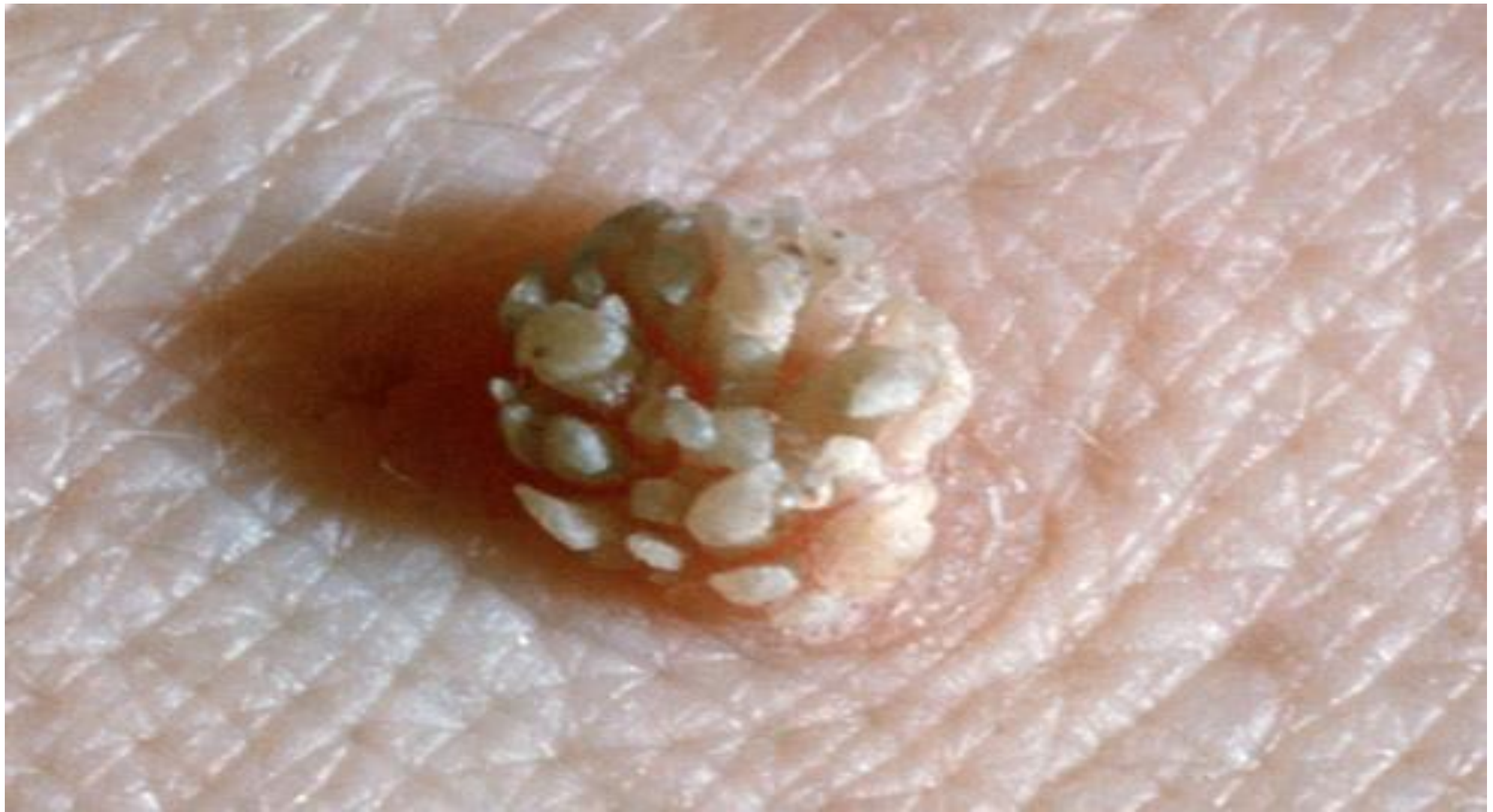


























• در حاملگی و در صورتی که ترشح داشته باشند زگیل ها میتوانند به سرعت رشد کرده و پخش شوند.

• 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 آنوژنیتال، باید خطر انتقال به شرکای جنسی را آموزش داد.

• استفاده صحیح و همیشگی از کاندوم و محدود کردن شرکای جنسی میتواند خطر ابتلا را کاهش دهد ولی به طور کامل پیشگیری کننده نمی باشند.

# پیشگیری

- 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 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

# واکسیناسیون

- 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

• زنانی که علیه HPV واکسینه شده اند هم باید غربالگری روتین برای سرطان دهانه رحم را انجام دهند چرا که واکسن تمام تیپهای انکوژن HPV را پوشش نمی دهد.

- در بیماران مبتلا به نقص ایمنی از جمله HIV مثبت هم از ۹ تا ۲۶ سال واکسیناسیون توصیه می شود

- زیر ۱۵ سال دو دوز بفاصله 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)

- در صورتی که بین واکسن ها فاصله بیافتد، نیاز به شروع دوباره نیست و واکسیناسیون را می توان بر اساس آنکه فرد زیر ۱۵ سال است یا بالای ۱۵ سال به ترتیب با دو نوبت یا سه نوبت تکمیل کرد.

- تنها ممنوعیت واکسن نیز سابقه حساسیت آنافیلاکتیک به مخمر نان یا دز قبلی واکسن است.

# تشخیص

- 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 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.
- 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.

• برای انتخاب روش درمانی برای زگیل تناسلی مواردی چون هزینه ، تبهر 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).

# 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 ۰.۵٪ 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 می باشد فقط دو بار در هفته استفاده می شود.

# 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

- 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.

# عوارض

- هایپوپيگمانتاسيون و هايپريگمانتاسيون پوست ميتواند از عوارض کرایوتراپی و الکتروسرجری و یا ایمی کوئیمود باشد
- از عوارض درمان زگیل های مقعدی درد موقع اجابت مزاج یا بروز فیستول است.

## 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 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

## HPV در بیماران مبتلا به HIV

- افراد مبتلا به ویروس HIV بیشتر از افراد HIV منفی در خطر ابتلا به ویروس HPV هستند. به علاوه این افراد در مقایسه با افراد HIV منفی بیشتر احتمال دارد که ضایعات بزرگتر و متعددتر داشته باشند و یا به درمان پاسخ مناسبی ندهند. احتمال عود در این گروه نیز بیشتر است. با وجود این تفاوتی در درمان بیماران مبتلا به HIV و سایر بیماران وجود ندارد.

- اسکواموس سل کارسینومای ایجاد شده بر روی ضایعات زگیل در افراد دارای ضعف سیستم ایمنی شایعتر است. لذا در افراد با ایمنی ضعیف در موارد ضایعات مشکوک بیوپسی توصیه میگردد.

# 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.

- انتقال: انتقال در اثر تماس نزدیک مخاط یا پوست آسیب دیده با فردی که ویروس را دفع می کند، ایجاد می شود. اغلب موارد انتقال HSV توسط افرادی رخ میدهد که از وجود ویروس در بدنشان مطلع نیستند و یا در زمان انتقال ویروس به دیگران بی علامت بوده اند. شیوع عفونتهای تب خال تناسلی ایجاد شده توسط HSV-2 خصوصا در میان زنان جوان و MSM ها در حال افزایش است.

• **علائم بالینی:** هرپس اولیه ژنیتال در کسانی که برای اولین بار یک عفونت هرپسی را تجربه می کنند، اغلب پرسی و صداست. بیمار **تب**، بدن درد، سردرد و احساس کسالت دارد، تعداد ضایعات موضعی بیشتر و معمولاً دوطرفه است و با درد و سوزش و لنفادنوپاتی دردناک همراه است. ضایعات پوستی از مراحل مختلف از جمله وزیکول، پوستول، زخم های اریتماتو، دلمه بسته یا در حال بهبود گذر می کنند.

• اما در هرپس راجعه ژنیتال، معمولاً علائم سیستمیک وجود ندارد و ضایعات محدودتر و یک طرفه است. در بسیاری از موارد علائم به قدری خفیف هستند که به تشخیص منجر نمی شوند. به همین علت تشخیص تبخال تناسلی راجعه براساس معیارهای بالینی اغلب غیرحساس و غیر اختصاصی است و ضایعات کلاسیک زخمی متعدد دردناک و تاول دار در بسیاری از بیماران وجود ندارد. بیشتر موارد عفونت مکرر و راجعه و انتشار ساب کلینیکال ویروس توسط HSV-2 رخ میدهد.



- تشخیص: علائم بالینی اگرچه اختصاصی نیست و در بسیاری از بیماران علائم اندک است، اما در بیمارانی که ضایعات تیپیک دارند، می تواند بسیار کمک کننده باشد. با این وجود تایید تشخیص با بررسی آزمایشگاهی است و در حال حاضر حساس ترین روش برای تایید تشخیص HSV DNA PCR است

- آزمایشهای سرولوژی اختصاصی برای هر دو تیپ (شامل HSV1 و HSV2) وجود دارد و منفی بودن HSV2 Ab چند هفته بعد از شروع ضایعات، می تواند نشان دهنده عدم سابقه عفونت باشد، اما استفاده از آن کمتر توصیه می شود.

- درمانهای ضدویروسی 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 نمی کنند.

- 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.

- سه داروی ضد ویروسی شامل آسیکلوویر ، فامسیکلوویر و والاسیکلوویر روی تب خال تناسلی میتوانند موثر باشند.

- درمانهای موضعی برای تب خال تناسلی اثر کمی داشته و توصیه نمیشود.

## درمان در نخستین حمله بالینی تب خال تناسلی

تمام بیماران در اولین حمله بالینی بیماری باید درمان ضدویروسی دریافت نمایند.

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

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

- والاسیکلوویر ۵۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۱۰ روز

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

• در صورت انتخاب درمان اپیزودیک، بهتر است بیمار مقداری دارو یا نسخه‌ای برای تهیه آن داشته باشد؛ به طوری که به محض شروع اولین علائم بیماری، دارو را شروع کند.

# درمان پیشنهادی در درمان تب خال راجعه تناسلی

## درمان پیشنهادی

- 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، ۲ بار در روز، برای ۳ روز
- برای مبتلایان به اچ آی وی یا بیماران با نقص ایمنی، درمان پنج روزه با آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم روزی سه بار یا والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم روزی دو بار ارجح است.

## درمان سرکوبگر (سپرسیو)

- در موارد عود مکرر (۶ بار یا بیشتر در هر سال)، درمان روزانه نگهدارنده میزان عود تبخال تناسلی را تا ۷۰-۸۰٪ درصد کاهش می‌دهد. درمان روزانه با آسیکلوویر بمدت طولانی (ماهها تا ۶ سال) و یا والاسیکلوویر و فامسیکلوویر تا یکسال مؤثر و بدون عارضه است. درمان اسپرسیو، در مواردی که عودها مکرر باشد و یا علائم شدید داشته باشد و یا در بیمار اضطراب و نگرانی ایجاد کند، توصیه میشود.
- درمان مهارکننده با آسیکلوویر، در بیماران با ایمنی عادی منجر به ظهور مقاومت مشخص بالینی نمی‌شود. این روش درمانی باعث کاهش انتقال ویروس در مرحله بدون علامت می‌شود؛ ولی آن را ریشه‌کن نمی‌کند. بنابراین، میزان تأثیر درمان سرکوبگر در پیشگیری از انتقال HSV نامشخص است.

## درمان پیشنهادی برای درمان ساپرسیو هرپس تناسلی

- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز
- <sup>یا</sup> والاسیکلوویر 500mg خوراکی یکبار در روز

- درواقع دُز انتخاب شده در بیماران برای پیشگیری از حملات هرپس، مقداری از دارو است که بتواند اثر مهاری داشته و زیر درمان، حمله تبخال اتفاق نیفتد.

- در افرادی که عودهای بسیار مکرر دارند (۱۰ بار یا بیشتر در سال)، درمان با والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم روزانه نسبت به درمان با آسیکلوویر یا سایر دزهای درمانی والاسیکلوویر تاثیر کمتری دارد و در این موارد در صورت انتخاب والاسیکلوویر، دُز روزانه یک گرم توصیه می شود.

- 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.



- **تبخال تناسلی در دوران بارداری:** اولین حمله 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. مادران مبتلا به عود بیماری، از این نظر با خطر کمتری مواجه می شوند.

- شرح حال دقیق و معاینه بالینی، تعیین کننده ضرورت سزارین در مادران مبتلا به تبخال تناسلی ضایعه دار است.

- 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 می کند.

# درمان پیشنهادی برای درمان نگهدارنده (سرکوبگر) در زنان حامله مبتلا به تبخال تناسلی راجعه

## درمان پیشنهادی

- آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز
- یا
- والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز

# درمان پیشنهادی برای موارد قطعی یا مشکوک به هرپس نوزادان

## درمان پیشنهادی برای موارد قطعی یا مشکوک به هرپس نوزادان

- آسیکلوویر  $20\text{mg/kg}$  داخل وریدی، ۳ بار در روز برای ۱۴ روز در مواردیکه بیماری محدود به پوست و غشاهای مخاطی است و یا
- ۲۱ روز در عفونت منتشر که سیستم اعصاب مرکزی را درگیر کرده باشد.

# درمان هرپس ژنیتال در افرادی که با HIV زندگی می کنند

## درمان ساپرسیو

- آسیکلوویر ۴۰۰-۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲-۳ بار در روز یا
- والاسیکلوویر ۵۰۰ میلی گرم خوراکی، ۲ بار در روز

## هرپس اپیزودیک

- آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۱۰-۵ روز یا تا زمان بهبودی کامل یا
- والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۰-۵ روز یا تا زمان بهبودی کامل

## موارد شدید عفونت هرپس تناسلی

آسیکلوویر وریدی 5-10mg/kg هر ۸ ساعت برای ۷-۵ روز یا تا رفع علائم بالینی است و ادامه با درمان خوراکی است

# مشاوره در بیماران مبتلا به تبخال تناسلی

- آموزش در مورد سیر بیماری با تاکید بر راجعه بودن بیماری
- امکان درمان نگهدارنده و یا درمان هر حمله در صورت لزوم
- ضرورت اطلاع به شریک جنسی
- احتمال انتقال ویروس بدون علامت بالینی بویژه طی ۱۲ ماه اول بعد از عفونت
- پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود ضایعه تناسلی و/یا احساس علائم پرودروم
- امکان پیشگیری از انتقال با استفاده همیشگی و صحیح کاندوم
- ضرورت بررسی شریک جنسی از نظر ابتلا
- احتمال انتقال مادر به کودک باید به تمامی افراد گوشزد شود. زنان باردار غیر مبتلا باید از برقراری روابط جنسی با غیر از همسر سالم در سه ماهه آخر بارداری خودداری کنند. این مسئله شامل تماس جنسی دهانی نیز میگردد.

# سیفیلیس

- احتمال انتقال سیفیلیس اکتسابی از طریق تماس های نزدیک غیرجنسی، دریافت خون یا پیوند نیز وجود دارد.
- با این وجود تقریبا اکثریت نزدیک به اتفاق موارد به علت تماس مخاط آلت تناسلی، مقعد یا دهان یا پوست آسیب دیده با ضایعات عفونی شامل شانکر، پچ های مخاطی، راش های پوستی و کوندیلوما لاتا در هنگام رابطه جنسی رخ می دهد.
- احتمال انتقال سیفیلیس در هر تماس جنسی بالاست و ۳۰٪ موارد تماس با یک فرد آلوده، ظرف ۳۰ روز به آن مبتلا خواهند شد.
- انتقال جنسی سیفیلیس می تواند تا یکسال اول دوره نهفته رخ دهد.

# سیفیلیس اولیه

- اولین علامت سیفیلیس به صورت زخم در محل تلقیح باکتری و حدود ۳ هفته (۹۰ - ۹ روز) پس از تماس تظاهر می یابد.
- زخم ناشی از سیفیلیس اولیه، شانکر نامیده می شود و ویژگی های مشخصی دارد. با این وجود اغلب مورد توجه قرار نمی گیرد.
- در ابتدا در محل تلقیح باکتری، التهاب موضعی در ابتدا ماکولی ایجاد می کند که در عرض ۱-۲ هفته پاپولر و متعاقبا زخم "شانکر" می شود. شانکر، زخمی تمیز و بدون ترشح با حاشیه مشخص و برجسته، گرد یا بیضوی، معمولا بدون درد و منفرد، سطحی تا عمیق، با اندازه ای حدود ۵/۵ تا ۵/۱ سانتی متر و با سفتی قاعده است.

# سیفیلیس اولیه

- شانکر می تواند با لنفادنوپاتی دوطرفه، غیر دردناک و با قوام سفت همراه باشد.
- شانکر ظرف ۴ تا ۶ هفته خودبه خود حتی بدون درمان خوب می شود و عموماً بدون اسکار است ولی ممکن است اسکار آتروفیک کوچکی به جا گذارد.
- شانکرهای متعدد در افراد مبتلا به HIV ممکن است ایجاد شود.
- شانکر سیفیلیسی در هر نقطه از ناحیه ژنیتالای مردان و زنان، دهان، پستان ها ... ممکن است ایجاد شود. لنفادنوپاتی مرتبط با محل زخم نیز بدون درد و تندرنس می باشد



# سیفیلیس ثانویه

- ۶ تا ۱۲ هفته بعد از بهبود شانکر در ۲۵٪ بیماران که درمان نشده اند، رخ می دهد. معمولاً با علائم متنوعی شامل درگیری پوستی، مخاطی و لنفادنوپاتی جنرالیزه غیر دردناک تظاهر می یابد.

- درگیری پوستی به صورت راش های صورتی یا قرمز کم رنگ، پلی مرفیک، ژنرالیزه بر روی تنه و اندام ها همراه با درگیری کف دست و پا و معمولاً بدون خارش هستند.

- همچنین در مناطق مرطوب بین پوستی مثل کشاله ران، زیر پستان ها یا زیر بغل، ممکن است پاپول هایی ایجاد شود که زخمی، پهن و بزرگ شوند و کوندیلوما لاتا نامیده می شوند. اینها به شدت مسری هستند.

# سیفیلیس ثانویه

- ضایعات مخاطی می تواند شامل پچ های مخاطی به صورت اروزئون های سطحی باشد.
- علائم زمینه ای مثل تب، کسالت و گلودرد هم ممکن است دیده شود.
- با شیوع کمتر آلوپسی لکه ای، یووئیت قدامی، مننژیت، فلج اعصاب مغزی، هیپاتیت، اسپلنومگالی، پریوستئیت و گلومرولونفریت رخ می دهد.
- سیفیلیس ثانویه هم ۲ تا ۶ هفته ای خود به خود حتی بدون درمان خوب می شود.

# مرحله نهفته

- مرحله نهفته: در این مرحله آزمایش سرولوژیک مثبت است در حالیکه علائم بالینی وجود ندارد.
- دو سال اول بعد از ابتلا را سیفیلیس نهفته زودرس (شامل اولیه و ثانویه و *Early latent*) و بعد از دو سال (*یا با مدت نامعلوم*) را سیفیلیس نهفته دیررس می خوانند.

# سیفیلیس ثالثیه

پس از ورود به دوره نهفته، یک سوم افرادی که درمان نشده اند، وارد مرحله سیفیلیس ثالثیه می شوند که میتواند شامل علائم زیر باشد:

- گوم سیفیلیس: که بصورت ندول یا پلاک یا اولسرهای معمولاً منفرد ظاهر می شود و در پاتولوژی التهاب گرانولوماتوز همراه نکروز مرکزی نشان می دهد. معمولاً پوست و استخوان را گرفتار می کند ولی می تواند در هر جایی از جمله مغز ظاهر شود.

- نوروسیفیلیس: که شامل طیفی از درگیری بی علامت مایع مغزی نخاعی تا تابس دورسالیس و پارزی منتشر است.

# سیفیلیس ثالثیه

نوروسیفیلیس: سه شکل عمده دارد:

- مننژیت که با سردرد، تهوع، استفراغ، سفتی گردن، درگیری اعصاب کرانیال، تشنج و کاهش سطح هوشیاری و معمولاً در یک سال اول عفونت رخ می دهد.
- سیفیلیس منگوواسکولار که با یک انسفالیت تحت حاد شروع می شود و با سندرم واسکولار پیشرونده ادامه می یابد و در ده سال اول عفونت ایجاد می شود.
- درگیری پارانشیمی که در شکل پارزی منتشر حدود ۲۰ سال بعد از عفونت و در تابس دورالیس ۲۵-۳۰ سال پس از عفونت رخ می دهد.

# سیفیلیس ثالثیه

- پارزی منتشر می تواند با تغییر در شخصیت و خلق، هیپرفلکسی، درگیری چشمی، توهم، اختلال در حافظه، بصیرت، اورینتاسیون و گفتار ظاهر شود.

- تابس دورسالیس با دمیلیناسیون ستون خلفی، ریشه های خلفی و گانگلیون های خلفی شامل آتاکسی، پارستری، ناتوانی جنسی، اختلالات مثانه و اختلال در حس درد عمقی، موقعیت و حرارت تظاهر می یابد.

- سیفیلیس قلبی: در ۱۰٪ بیماران که برای ۱۰ سال یا بیشتر دچار عفونت سیفیلیس بوده اند، رخ می دهد.

- به صورت درگیریه‌ای عروق بزرگ شامل رگورژیتیشن، آنوریسم آئورت سینه‌ای و درگیری عروق کرونر ظاهر می کند.

## اثبات وجود میکروارگانسیم:

- شامل آزمایشهای غیر سرلوژیک است. کشت امکان پذیر نیست. ولی می توان آنرا با میکروسکوپ مستقیما مشاهده کرد.
- مشاهده تریونما پالیدوم در بررسی با میکروسکوپ دارک فیلد یا مشاهده با میکروسکوب پس از رنگ آمیزی با ایمیونوفلورسانت آنتی بادی مستقیم امکان پذیر است.
- در مرحله زودرس، با استفاده از میکروسکوپ دارک فیلد یا ایمیونوفلورسانت آنتی بادی بر روی نمونه ترشحات زخم یا غده لنفاوی، وجود تریونما پالیدوم را اثبات میکند و به منزله تشخیص قطعی است.
- ولی امروزه این روش های میکروسکوپی معمولا فقط در آزمایشگاه های تحقیقاتی در دسترس است. PCR با ویژگی و حساسیت بالای می تواند کمک کننده باشد.



# آزمایش های سرولوژیک

روش معمول تشخیص در سیفیلیس اکتسابی، روش سرولوژیک است. در افراد دارای علائم و افراد بدون علامت، تشخیص سیفیلیس معمولاً بر مبنای آزمایشهای سرولوژیک صورت می گیرد. آزمایشهای تشخیصی سرولوژی سیفیلیس به دو دسته تقسیم می شوند:

1. آزمایشهای غیر تروپونمایی

2. آزمایشهای تروپونمایی

بررسی از نظر سیفیلیس با انجام آزمایش غیر تروپونمایی شروع شده، در صورت نتیجه مثبت با تستهای تروپونمال تشخیص تایید میشود.

# آزمایش های سرولوژیک

- آزمایش های غیر تروپونمائی شامل آزمایش های VDRL و RPR می باشد.
- این آزمایش ها برای عفونت های تروپونمائی اختصاصی نیستند و ممکن است در شرایط مختلفی چون ابتلا به عفونتهای ویروسی تب دار حاد و تعدادی از بیماریهای مزمن اتوایمیون هم به صورت کاذب مثبت شوند.
- آزمایشهای غیر تروپونمائی معمولاً بعد از ۱-۲ هفته از تلقیح تروپونما، مثبت می شوند اما ممکنست تا ۴ هفته بعد از ظهور شانکر در سیفلیس اولیه نیز منفی باشند.

### حساسیت آزمایش در مراحل مختلف (Range) (%)

ویژگی (%)	دیررس Late	نهفته Latent	ثانویه	اولیه	آزمایش
۹۸ (۹۶-۹۹)	۷۱ (۳۴-۹۴)	۹۶ (۸۸-۱۰۰)	۱۰۰	۷۸ (۷۴-۸۷)	<b>VDRL</b>
۹۸ (۹۳-۹۹)	۷۳	۹۸ (۹۵-۱۰۰)	۱۰۰	۸۶ (۷۷-۹۹)	<b>RPR</b>
۹۷ (۸۴-۱۰۰)	۹۶	۱۰۰	۱۰۰	۸۴ (۷۰-۱۰۰)	<b>FTA abs</b>

- با توجه به اینکه ممکنست در روزهای اولیه بروز شانکر، آزمایشات سرولوژی هنوز مثبت نشده باشد،

- برای رد تشخیص سیفیلیس توصیه می‌شود آزمایشهای غیرترپونمائی در افراد دارای زخم های مشکوک که آزمایش اولیه آنها منفی بوده است، یک و سه ماه بعد تکرار شود.

- پاسخ منفی آزمایش غیرترپونمائی در سه ماه پس از تظاهر زخم مشکوک به شانکر، تقریباً تشخیص سیفیلیس را رد می‌کند

- آزمایشهای غیرترپونمائی دلالت بر فعال بودن بیماری سیفیلیس نیز می‌کنند و برای پایش پاسخ به درمان به کار می‌روند. تغییرات چهاربرابر یا بیشتر در تیتراژشمند است.

- به عنوان مثال کاهش تیتراژ از ۱:۱۶ به ۱:۴ بعنوان پاسخ مثبت موثر به درمان (روند رو به بهبود) است و یا افزایش از ۱:۸ به ۱:۳۲ نشان دهنده عدم پاسخ به درمان و فعال بودن بیماری است.

**آزمایشهای تروپونمایی، آزمایش هایی هستند که آنتیبادیهای اختصاصی علیه آنتیژنهای تروپونما را می‌سنجد.**

• این آزمایشها به عنوان آزمایش تاییدی پیرو آزمایشهای غیرتروپونمایی استفاده می‌شوند.

• **مشخصه آزمایشهای تروپونمایی این است که در تمام طول عمر بیمار فارغ از نتیجه درمان، مثبت باقی می‌مانند.**

• بنابراین، یک نتیجه مثبت آزمایش تروپونمایی نمی‌تواند بین عفونت فعال و عفونت درمان‌شده قبلی تمایز قائل شود. از بین آزمایشات تروپونمایی، آزمایش FTA- abs در ایران معمولاً در دسترس است.

**نکته حائز اهمیت این است که آزمایشات تروپونمایی ممکن است زودتر از غیر تروپونمایی در سیفیلیس اولیه مثبت شوند.**

## آزمایش تشخیص سریع:

- آزمایشهای تشخیص سریع سیفیلیس می‌توانند طی ده تا پانزده دقیقه نتیجه را مشخص کنند.
- حساسیت آزمایشهای تشخیص سریع بین ۸۵٪ تا ۹۸٪ و اختصاصیت آنها بین ۹۳٪ تا ۹۸٪ می‌باشد.
- برخی تست‌های سریع بر پایه آنتی ژن تروپونمایی طراحی شده و جزو این دسته قرار می‌گیرند. بنابراین در استفاده از تست‌های سریع باید به نوع آنها (تروپونمایی یا غیر تروپونمایی) توجه نمود.

# تشخیص نوروسیفلیس

- LP توصیه می شود. وجود بیش از ۵ سلول سفید مونونوکلئر در هر میکرولیتر یا پروتئین بیش از ۴۵ میکروگرم در دسی لیتر یا VDRL مثبت در مایع مغزی-نخاعی نشانه درگیری CNS است.
- آزمایش CSF-VDRL بسیار اختصاصی است اما حساس نیست. **نمی توان از RPR به جای VDRL در CSF برای تشخیص نوروسیفلیس استفاده کرد.**
- آزمایش FTA-abs بسیار حساس ولی غیر اختصاصی است و منفی شدن آن نوروسیفلیس در CSF را رد می کند.
- اندیکاسیون های انجام LP عبارتند از وجود علائم یا نشانه نورولوژیک یا چشمی صرف نظر از مرحله بیماری، تیترا VDRL یا RPR بیش از ۱:۳۲، سیفیلیس فعال ثالثیه، شکست درمان و مبتلایان به اچ آی وی با CD4 کمتر از ۳۵۰ در میکرولیتر.

# درمان در سیفیلیس زوردسی (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال)

به شرط نرمال بودن CSF (چنانچه اندیکاسیون بررسی داشته باشد)

- پنی سیلین بنزاتین 2.4 میلیون واحد عضلانی، در یک نوبت. (این حجم دارو، 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 سیفیلیس نهفته دیررس (Late Latent) و سیفیلیس با مدت نامعلوم و سیفیلیس ثالثیه

به شرط نرمال بودن CSF (چنانچه اندیکاسیون بررسی داشته باشد)

○ بنزاتین پنی سیلین، 2.4 میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی

رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی سیلین

○ داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۲۸ روز  
یا

○ تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۲۸ روز

# درمان سیفیلیس عصبی (نوروسیفیلیس)

## رژیم انتخابی

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

## رژیم جایگزین

- پنی سیلین پروکائین ۴/۲ میلیون واحد عضلانی، ۱ بار در روز همراه با پروبنسید ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، هر دو برای ۱۰ تا ۱۴ روز. این رژیم باید فقط در بیمارانی که پذیرش درمان سرپایی دارند به کار رود.

## رژیم‌های جایگزین برای موارد حساس به پنی سیلین

- حساسیت زدایی برای پنی سیلین انجام شود.
- سفتریاکسون ۲ گرم روزانه وریدی یا عضلانی برای ۱۰ الی ۱۴ روز میتواند در این موارد بکار رود. اگرچه احتمال حساسیت به سفالوسپورین در موارد حساس به پنی سیلین وجود دارد.
- داکسی سایکلین ۲۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳۰ روز

واکنش ژریش - هرگزهایمر ( Jarisch-Herxheimer ):

• در ۵۰٪ موارد سیفیلیس اولیه و ۹۰٪ موارد ثانویه رخ می دهد و با تب، لرز، بدن درد، تاکی کاردی، تاکی پنه و وازودیلاتاسیون تظاهر می یابد.

• خود محدود شونده است و بدون درمان طی ۱۲-۲۴ ساعت بهبود می یابد.

# شکست درمان

- احتمال شکست درمان در همه انواع سیفیلیس وجود دارد و بیماران باید تا اطمینان از بهبودی پیگیری شوند.
- پیگیری درمان با بالین و تعیین تیتراژ کمی VDRL یا RPR انجام می شود.
- علائم بالینی در سیفیلیس اولیه و ثانویه با درمان مناسب، باید بهبود یابد. ولی برخی ضایعات سیفیلیس ثالثیه مانند درگیری پیشرفته قلبی یا گوم های غیر پوستی ممکن است با درمان مناسب هم کاملاً بهبود نیابند.
- پاسخ آزمایشگاهی مناسب نیز به معنی کاهش چهار برابر یا بیشتر در تیتراژ VDRL یا RPR است.
- چنانچه تیتراژ آنتی بادی بعد از کاهش اولیه، مجدداً چهار برابر یا بیشتر افزایش یابد نیز نشانه شکست درمان است. البته در این موارد همیشه باید به احتمال عفونت مجدد نیز توجه کرد.

# شکست درمان

- بیماران در مرحله سیفیلیس اولیه و ثانویه، باید ۶ ماه و یکسال پس از درمان مجدداً از نظر بالینی و تعیین تیتراً کمی VDRL یا RPR بررسی شوند.
- در مرحله سیفیلیس ثالثیه یا نهفته، در ماه ۲۴ هم پیگیری بالینی و آزمایشگاهی اضافه می شود.
- در بیماران مبتلا به HIV، تواتر زمانی باید کوتاه تر شده هر ۳ ماه تا یکسال و سپس در ماه ۲۴ با بالین و تعیین تیتراً کمی VDRL یا RPR پیگیری شوند.
- به هنگام پیگیری بیماران باید از یکی از تست های VDRL یا RPR استفاده کرد و تیتراً این دو با هم قابل مقایسه نیستند.

# شکست درمان

- در بیماران مبتلا به نوروسیفیلیس، بررسی مایع مغزی نخاعی از نظر سلول باید هر ۶ ماه تکرار شود.
- در بیماران مبتلا به نوروسیفیلیس که به درمان پاسخ داده اند و به آچ آی وی مبتلا نیستند، تعداد سلول ظرف ۳ تا ۱۲ ماه نرمال می شود.
- اگر شش ماه بعد درمان لکوسیت مایع مغزی نخاعی **کاهش نیافته** یا دو سال بعد از درمان، پروتئین یا لکوسیت های مایع مغزی نخاعی **نرمال** نشده باشد تکرار درمان الزامی است.

# شکست درمان

- بیمارانی که علائمی از عفونت راجعه و یا عدم پاسخ مناسب دارند و یا بیمارانی که سطح آزمایش کمی غیر تریپونمال آنها همچنان بالاتر از ۴ برابر سطح پایه باقی مانده باشد، احتمال شکست درمان یا عفونت مجدد وجود دارد.
- در بیمارانی که شواهدی از شکست درمان دارند باید ابتدا بررسی مایع مغزی نخاعی از نظر نوروسیفیلیس انجام شده، در صورت رد درگیری عصبی نسبت به درمان اقدام شود.
- درمان شامل بنزاتین پنی‌سیلین، ۲/۴ میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی خواهد بود.

# برخورد با شرکاء جنسی

- انتقال جنسی فقط در زمانی صورت میگیرد که ضایعات موکو کوتانئوس وجود داشته باشد و این علائم بندرت بعد از یکسال در بیمار وجود خواهد داشت. با این وجود فردی که تماس جنسی با یک فرد مبتلا به سیفیلیس در هر مرحله از بیماری داشته باید از نظر بالینی و آزمایشگاهی کنترل شده بر اساس توصیه های ذیل درمان شود:
- افرادی که در طی ۹۰ روز قبل از تشخیص سیفیلیس اولیه، ۶ ماه قبل از سیفیلیس ثانویه و یک سال قبل از سیفیلیس نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته اند، حتی در صورت آزمایش سرولوژیک منفی باید درمان شوند. در شرکای جنسی بیماران با مدت نامعلوم که تیترا بالایی از آزمایش های غیر تروپونمال دارند نیز میتوان همچون مرحله زودرس عمل کرد.
- شرکاء جنسی که بیش از ۹۰ روز از رابطه جنسی گذشته، باید پس از انجام آزمایش غیر تروپونمایی در مورد درمان تصمیم گیری شود. اما اگر در آنان نیز امکان پیگیری و بررسی فوری وجود نداشته باشد، درمان باید صورت گیرد.



# برخورد با شرکاء جنسی

- انتقال جنسی فقط در زمانی صورت میگیرد که ضایعات موکو کوتانئوس وجود داشته باشد و این علائم بندرت بعد از یکسال در بیمار وجود خواهد داشت. با این وجود فردی که تماس جنسی با یک فرد مبتلا به سیفیلیس در هر مرحله از بیماری داشته باید از نظر بالینی و آزمایشگاهی کنترل شده بر اساس توصیه های ذیل درمان شود:
- افرادی که در طی ۹۰ روز قبل از تشخیص سیفیلیس اولیه، ۶ ماه قبل از سیفیلیس ثانویه و یک سال قبل از سیفیلیس نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته اند، حتی در صورت آزمایش سرولوژیک منفی باید درمان شوند. در شرکای جنسی بیماران با مدت نامعلوم که تیتربالایی از آزمایش های غیر تریپونمال دارند نیز میتوان همچون مرحله زودرس عمل کرد.
- شرکاء جنسی که بیش از ۹۰ روز از رابطه جنسی گذشته، باید پس از انجام آزمایش غیر تریپونمایی در مورد درمان تصمیم گیری شود. اما اگر در آنان نیز امکان پیگیری و بررسی فوری وجود نداشته باشد، درمان باید صورت گیرد.

# سیفیلیس در دوران بارداری

- همه زنان باردار باید از نظر سیفیلیس در اولین ویزیت بارداری با یکی از تست های VDRL یا RPR چک شوند. در صورتی که خطر ابتلا بالا باشد، آزمایش باید در ۲۸ تا ۳۲ هفته بارداری و در زمان زایمان تکرار شود.
- درخصوص زنان باردار بدون حساسیت به پنی سیلین، باید در هر مرحله از بارداری، مانند زنان غیر باردار، رژیم درمانی مناسب با پنی سیلین را اجرا کرد.
- در موارد حساسیت به پنی سیلین باید نسبت به حساسیت زدایی اقدام نموده سپس با رژیم مناسب هر مرحله درمان کرد.

# سیفیلیس در دوران بارداری

- به منظور حساسیت‌زدایی پنی‌سیلین در زنان باردار دچار سیفیلیس، بستری در بیمارستان ضروری است. ضمناً درمان شریک جنسی نیز مهم است.
- به منظور پیگیری درمان، انجام آزمایش‌های سرولوژیک غیرتريپونمایی کمی، باید تا زمان زایمان **هر ماه** انجام شده، در صورت بروز شواهد سرولوژیک دال بر وجود عفونت مجدد یا عود، درمان تکرار شود.

# سیفیلیس مادرزادی

- مادران باردار مبتلا به سیفیلیس در همه مراحل سیفیلیس اولیه، ثانویه و چهار سال اول عفونت نهفته می توانند جنین خود را مبتلا کنند.
- عفونت در هر مرحله از بارداری رخ می دهد **ولی آسیب ها به جنین از ماه چهارم به بعد رخ می دهد.** درمان قبل از ماه چهارم منجر به پیشگیری از آسیب به جنین می شود.
- ۴۰٪ بارداری های همراه با عفونت سیفیلیس به مرده زایی منجر می شود.
- زایمان پیش رس، مرگ نوزاد و ضایعات مادرزادی غیرکشنده از عوارض دیگر است.
- سیفیلیس مادرزادی شدید با علائم درگیری پوستی، استخوانی و سیستم اعصاب مرکزی، بزرگی کبد و طحال، آنمی، زردی و درگیری تظاهر میکند.

# تشخیص

• بدلیل عبور آنتی بادی های مادری از جفت، تشخیص سیفیلیس در نوزاد مشکل خواهد بود. معیارهای تصمیم به درمان عبارتند از:

(۱) تشخیص سیفیلیس در مادر

(۲) ظهور علائم بالینی یا رادیولوژیک به همراه یافته های آزمایشگاهی در نوزاد

(۳) مقایسه تیتراژ آنتی بادی مادر (در زمان زایمان) و نوزاد.

این نوزادان باید از نظر علائم بالینی سیفیلیس مادرزادی (زردی، بزرگی کبد و طحال، رینیت، راش جلدی، پسودوپارالزی یک اندام) مورد بررسی قرار گیرند. آزمایش پاتولوژی جفت یا بند ناف میتواند کمک کننده باشد. در صورت امکان، بررسی سرولوژیک IgM اختصاصی به تشخیص کمک می کند.

# تشخیص

• این سناریو معرف یک نوزاد مبتلا است:

(۱) وجود علائم بالینی

(۲) ۴ برابر بالاتر بودن تیتراژمایش غیر ترپونمال نوزاد نسبت به مادر

(۳) مشاهده ترپونما در بررسی دارک فیلد یا فلورسانت آنتی بادی از مایعات بدن.

**درمان:** تمام شیرخواران متولد از مادران دارای آزمایش مثبت باید با یک دز واحد عضلانی از بنزاتین پنی‌سیلین ۵۰ هزار واحد/کیلوگرم درمان شوند، چه مادر در طول دوران بارداری درمان‌شده و چه درمان نشده باشد.

• بستری نوزادان علامت‌دار متولد شده از چنین مادرانی ضروری است.

• شیرخواران علامت‌دار و یا بدون علامت با مایع نخاع غیرطبیعی (تا ۲ سالگی) باید به عنوان مبتلا به سیفیلیس مادرزادی اولیه تحت درمان باشند.

## سیفیلیس اولیه شیرخواران با مایع نخاع غیرطبیعی (تا سن ۲ سالگی)

- پنی سیلین G کریستال وریدی ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار واحد / کیلو گرم، روزانه که به شکل ۵۰ هزار واحد / کیلو گرم / دُز، وریدی هر ۱۲ ساعت در طی اولین ۷ روز بعد از تولد و پس از آن، هر ۸ ساعت جمعاً تا ۱۰ روز، تجویز می شود

یا

- پنی سیلین پروکائین ۵۰ هزار واحد / کیلو گرم / عضلانی به شکل دُز واحد روزانه به مدت ۱۰ روز

## سیفیلیس مادرزادی که ۲ سال یا بیشتر طول کشیده باشد

- پنی سیلین G کریستال ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار واحد / کیلو گرم در روز، وریدی یا عضلانی به شکل ۵۰ هزار واحد / کیلو گرم هر ۴ تا ۶ ساعت برای ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز می شود



# پیگیری نوزاد

- تمام شیرخواران مادران دارای آزمایش مثبت باید در زمان تولد ماهانه تا ۳ ماه معاینه شوند تا زمانی که آزمایش‌های سرولوژیک آنها منفی شده و منفی باقی بماند.

- آنتی‌بادی‌هایی که از مادر به نوزاد انتقال می‌یابند، معمولاً در عرض ۳ ماه پس از تولد محو می‌شوند.