

ارزیابی سلامت زنان در دوران باروری و یائسگی

(۱۳)

سلامت زنان در دوره باروری و یائسگی

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- روش تشخیص عفونتهای آموزشی و مهمترین اقدامات برای افراد مبتلا به عفونتهای آمیزشی را فراگیرند
- انواع و علل خونریزی غیر طبیعی واژینال و روش مدیریت آن را بیان نمایند
- علائم یائسگی را بیان نموده و موارد تشخیص افتراقی و معاینات لازم و توصیه های اولیه برای خود مراقبتی، و پیشگیری از علائم و عوارض یائسگی را بیان نمایند.
- مشکلات ناشی از اختلالات اورژنیتال در دوران یائسگی را بشناسند و وشهای پیشگیری از آن بویژه ورزش کگل را بیان نمایند
- انواع، علل و عوامل موثر بر اختلال عملکرد جنسی را بیان نمایند
- روشهای غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم و پستان فراگیرند.
- در همه موارد توانایی تشخیص و موارد ارجاع را کسب نمایند.

سلامت باروری زنان

دوره زندگی زنان ۵۹-۳۰ سال به سه دوره اصلی باروری - دوران گذار به یائسگی و یائسگی تقسیم می شود که هر کدام از این سه دوره دارای مشخصه های خاصی می باشد که در ارزیابی سلامت باروری زنان مورد توجه قرار می گیرد.

در ارزیابی دوره ای سلامت باروری زنان ۵۹-۳۰ سال شرح حال و سوابق باروری گیرندگان خدمات در باره موضوعات زیر توسط کاردان یا کارشناس مامایی مورد بررسی قرار می گیرد: سابقه زایمان و فرزندآوری، سقط و مرده زایی، شرح حال و الگوی قاعدگی ها، تمایل به بارداری، بارداری، شیردهی، ناباروری، استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، استفاده از هورمون درمانی جایگزین، ناباروری، اختلال عملکرد جنسی، یائسگی، خونریزی های غیر طبیعی واژینال، عفونتهای آمیزشی، شلی عضلات کف لگن و سرطانهای زنان و با توجه به شرح حال و سوابق باروری مراجعه کننده برای خدمات مورد نیاز او تصمیم گیری می شود. تعاریف برخی از مفاهیم و موضوعات به شرح زیر می باشد:

بارداری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات به پس از زایمان موقوف شود.

تمایل به بارداری: تصمیم گیری و برنامه ریزی زوجین برای بارداری طی یک سال آینده که اهمیت مشاوره و مراقبت پیش از بارداری را بویژه در زنان مبتلا به سوتغذیه، مصرف دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر، انواع اختلالات ژنتیکی، سابقه اختلال انعقادی، سابقه یا ابتلا به بیماری ها (دیابت، قلبی، اتوایمیون، تالاسمی مینور، صرع، فشارخون بالا، بیماریهای تیروئید، عفونت های علامت دار واژینال، آنمی، ...) که در معرض حاملگی پرخطر هستند، افزایش می دهد.

احتمال بارداری: در صورتی که از تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی بیش از یک ماه گذشته باشد یا علائمی حاکی از احتمال بارداری وجود داشته باشد، احتمال حاملگی می تواند مطرح باشد. در این حالت پس از اطمینان از بارداری با انجام تست بارداری فرد تحت مراقبت دوره بارداری قرار می گیرد و در غیر این صورت مراقبت زنان میانسالی برای او انجام می شود.

شیردهی: سابقه شیردهی ریسک سرطان پستان را کاهش می دهد. از طرف دیگر هم زمان با شیردهی احتمال ابتلا به برخی ضایعات پستانی مانند ماستیت افزایش می یابد. همچنین تصمیم گیری برای روش پیشگیری از بارداری و مشاوره شیردهی از اهمیت خاصی برخوردار است.

سابقه هورمون درمانی: سابقه هورمون درمانی یا مصرف داروها و ترکیبات هورمونی بویژه ترکیبات استروژنی از نظر افزایش خطر ابتلا به سرطانها اهمیت دارد.

سابقه سقط مکرر و مرده زایی: خارج شدن محتویات رحم قبل از سن ۲۲ هفتگی جنین را سقط یا **abortion** می نامند و خروج جنین مرده بعد از هفته ۲۲ را مرده زایی می نامند. انواع سقط شامل سقط خود به خودی، تهدید به سقط، سقط غیر قابل اجتناب / عادت، مکرر/ درمانی/ انتخابی، القایی، عفونی می باشد. سابقه سقط یا مرده زایی یا سابقه دیابت دوره بارداری احتمال ابتلا به دیابت را افزایش می دهد. در این افراد کنترل قند خون ناشتا به صورت سالیانه اهمیت دارد.

ناباروری: در صورتی که علیرغم یک سال نزدیکی "محافظت نشده" زوجین، حاملگی اتفاق نیفتد، زوج نابارور محسوب می شوند. ناباروری، شامل ناباروری اولیه (بیماران بدون سابقه حاملگی) و ناباروری ثانویه (زوج هایی که ناباروری را پس از حاملگی های قبلی تجربه می نمایند) می باشد. همچنین ممکن است ناباروری به علل مردانه یا زنانه اتفاق افتاده باشد.

همچنین عفونتهای آمیزشی، خونریزی واژینال غیر طبیعی، اختلال عملکرد جنسی، علائم و عوارض ادراری تناسلی یائسگی در بررسی سلامت باروری زنان مورد بررسی قرار می گیرد.

علائم علل عفونی ترشحات واژینال: باید توجه داشت که ترشحات واژینال غیرطبیعی ممکن است به دلایل غیر عفونی مانند سرطان سرویکس یا جسم خارجی نیز ایجاد شود اما شایع ترین علل آن، علل عفونی هستند و به طور شایع موارد زیر را شامل می شوند:

۱. سرویسیت یا بیماری التهابی لگن: ترشحات واژن با خونریزی پس از مقاربت یا خونریزی بین قاعدگی، سوزش ادرار، درد یا ناراحتی حین مقاربت، یا درد قسمت تحتانی شکم همراه است.

۲. کاندیدیازیس واژینال: ترشحات سفیدرنگ بی بو که ممکن است همراه با خارش و درد سطحی باشد.

۳. واژینوزیس باکتریال (BV): ترشحات با بوی ماهی که همراه خارش و درد سطحی نیست.

۴. تریکومونیاژیس: ترشحات با بوی ماهی که ممکن است همراه با خارش، درد سطحی و سوزش ادرار باشد.

علائم فوق توسط مراجعه کننده ابراز می شوند و می توان نوع ترشح را با پرسشهای تکمیلی روشن نمود. معاینه با اسپکولوم برای تایید تشخیص است و معمولا نیاز به انجام آزمایش نیست. در صورتی که دسترسی به انجام معاینه واژینال وجود نداشته باشد یا مراجعه کننده از نظر عفونتهای منتقله جنسی در شرایط پرخطر نبوده و برای اولین بار به عفونت واژینال کاندیدیایی یا واژینوز باکتریال مبتلا شده باشد، می توان بدون انجام معاینه یا اسپکولوم، درمان را انجام داده و بیمار را مورد مراقبت قرار داد.

در معاینه ژنیکولوژی موارد زیر بررسی می شود:

- معاینه با اسپکولوم برای دیدن سرویکس و واژن، جستجوی علائم سرویسیت، ترشحات واژینال و ... صورت می گیرد.
 - لمس دستی دوطرفه برای تندرns حرکتی سرویکس، تندرns آدنکسی و توده های غیرطبیعی اگر تاریخچه اشاره به بیماری التهابی لگن دارد.
 - جستجوی علائم مشخص کننده ای که ممکن است دلالت بر علت عفونی ترشحات واژینال داشته باشد:
۱. از کاندیدیازیس واژینال با ترشحات دلمه ای، سفیدرنگ، بی بو مشخص می شود. علاوه بر اریتم واژن، اریتم ناشی از عفونت کاندیدا در ولو نیز ممکن است اتفاق بیافتد.
 ۲. واژینوز باکتریال با دیواره های واژن و وولو آغشته به ترشحات هموژنوس سفید/خاکستری مشخص می شود که بوی ماهی داشته و PH بیشتر از ۴.۵ می باشد.
 ۳. تریکومونیاژیس زمانی که علامت دار باشد با ترشحات زرد/قهوه ای کف آلود با بوی ماهی مشخص می شود.
 ۴. سرویسیت בעلت کلامیدیا یا (یا با احتمال کمتر בעلت گنوره) با سرویکس آماسی که براحتی خونریزی میکند و احتمالا همراه با ترشحات چرکی موکوسی مشخص می شود.
 ۵. بیماری التهابی لگن به علت کلامیدیا (یا با احتمال کمتر בעلت گنوره) با درد قسمت تحتانی شکم با یا بدون تب مشخص می شود.
 ۶. سرویسیت ممکن است دیده شود و تندرns آدنکس و مدخل سرویکس در لمس دو دستی دیده شود.

(۱۴)

عفونت آمیزشی و ایدز

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- روش تشخیص عفونتهای آمیزشی به روش سندرمیک را فراگیرند
- علائم هر یک از عفونتهای آمیزشی را در مردان و زنان بشناسند.
- مهمترین اقدامات برای افراد مبتلا به عفونتهای آمیزشی را فراگیرند.
- شناسایی افراد پرخطر و نکات آموزشی به آنان را فرا بگیرند .
- اقدامات لازم برای افراد پرخطر از نظر ابتلا به عفونت آمیزشی را بیاموزند.
- ارجاعات لازم برای اقدام بعدی را فرا بگیرند.

عفونتهای آمیزشی

عفونتهای مجاری باروری یا عفونتهای آمیزشی (STI) به عفونتهایی گفته می شود که از طریق تماس جنسی محافظت نشده منتقل می شوند یا از مادر به جنین انتقال پیدا می کنند. این عفونتها یکی از شایع ترین دلایل مراجعه به مراکز درمانی در کل جهان هستند. عوارش این بیماریها می تواند به صورت ناباروری، نقائص مادرزادی، عوارض سیستمیک، سرطان و مرگ بروز کند. از طرف دیگر ابتلا به یک عفونت آمیزشی خطرابتلا به ایدز را افزایش می دهد. در بسیاری از موارد عفونتهای آمیزشی بدون علامت هستند و شناسایی و درمان بیماران از اهمیت خاصی برای کاهش انتقال آن به سایرین برخوردار است. درمان بیماریهای آمیزشی یکی از پایه های اصلی کنترل این بیماری می باشد .

عفونتهای آمیزشی از طریق هفت نشانگان مشخص در دستگاه تناسلی قابل شناسایی هستند. این هفت نشانگان یا سندرم عبارتند از :

زخم تناسلی، ترشح مجاری ادراری در مردان، تورم کیسه بیضه، ترشح واژینال، درد زیر شکم در خانمها، تورم غدد لنفاوی کشاله ران، عفونت چشمی نوزاد برخورد با عفونتهای آمیزشی مجموعه تدابیربالیینی است که برای افراد علامت دار یا دارای آزمایش مثبت اتخاذ می شود. این تدابیر عبارتند از : اخذ شرح حال، معاینه، درمان سریع و موثر، توصیه به اصلاح روابط جنسی و پرهیز از روابط پرخطر، استفاده از کاندوم ، شناسایی و درمان شریک جنسی، پیگیری افراد درمان شده برای اطمینان از تاثیر درمان می باشد به عبارت دیگر تدابیر همه جانبه برای درمان بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری به شریک جنسی او انجام می شود .درمان کامل بیماران آمیزشی و شرکا ی جنسی آنها نقش اساسی در قطع زنجیره انتقال و کنترل بیماری ایفا کرده، احتمال سرایت عفونت آمیزشی و HIV را کاهش میدهد .

ترشحات غیرطبیعی واژینال یکی از شایعترین شکایات زنان بوده و در طب سرپایی یک سوم علل ارجاع به متخصصان زنان را تشکیل میدهد. شیوع این عارضه بین ۵ تا ۳۰ درصد زنان در کشورهای مختلف است. این ترشحات به شکل های مختلف آبکی، پنیری، با یا بدون درد، با یا بدون خارش، مخلوط با خون یا بدون آن بر حسب علت ایجاد کننده متفاوت هستند که باید مورد توجه قرار بگیرد. ترشح غیرطبیعی منظور میزانی از ترشح است که با بروز نشانه های کلینیکی مانند سوزش و خارش، آلودگی لباس یا بوی نامطبوع همراه باشد.

علائم علل عفونی ترشحات واژینال: باید توجه داشت که ترشحات واژینال غیرطبیعی ممکن است به دلایل غیر عفونی مانند سرطان سرویکس یا جسم خارجی نیز ایجاد شود اما شایع ترین علل آن، علل عفونی هستند و به طور شایع موارد زیر را شامل می شوند:

۱. سرویسیت یا بیماری التهابی لگن: ترشحات واژن با خونریزی پس از مقاربت یا خونریزی بین قاعدگی، سوزش ادرار، درد یا ناراحتی حین مقاربت، یا درد قسمت تحتانی شکم همراه است.

۲. کاندیدیازیس واژینال: ترشحات سفیدرنگ بی بو که ممکن است همراه با خارش و درد سطحی باشد.

۳. واژینوزیس باکتریال (BV): ترشحات با بوی ماهی که همراه خارش و درد سطحی نیست.

۴. تریکومونیاژیس: ترشحات با بوی ماهی که ممکن است همراه با خارش، درد سطحی و سوزش ادرار باشد.

علائم فوق توسط مراجعه کننده ابراز می شوند و می توان نوع ترشح را با پرسشهای تکمیلی روشن نمود. معاینه با اسپکولوم برای تایید تشخیص است و معمولاً نیاز به انجام آزمایش نیست. در صورتی که دسترسی به انجام معاینه واژینال وجود نداشته باشد یا مراجعه کننده از نظر عفونتهای منتقله جنسی در شرایط پرخطر نبوده و برای اولین بار به عفونت واژینال کاندیدیایی یا واژینوز باکتریال مبتلا شده باشد، می توان بدون انجام معاینه یا اسپکولوم، درمان را انجام داده و بیمار را مورد مراقبت قرار داد.

در معاینه بالینی زنان موارد زیر بررسی می شود:

- معاینه با اسپیکولوم برای دیدن سرویکس و واژن، جستجوی علائم سرویسیت، ترشحات واژینال و ... صورت می گیرد.
 - لمس دستی دوطرفه برای تندرns حرکتی سرویکس، تندرns آدنکسی و توده های غیرطبیعی اگر تاریخچه اشاره به بیماری التهابی لگن دارد.
 - جستجوی علائم مشخص کننده ای که ممکن است دلالت بر علت عفونی ترشحات واژینال داشته باشد:
۱. از کاندیدیازیس واژینال با ترشحات دلمه ای، سفیدرنگ، بی بو مشخص می شود. علاوه بر اریتم واژن، اریتم ناشی از عفونت کاندیدا در ولو نیز ممکن است اتفاق بیافتد.
 ۲. واژینوز باکتریال با دیواره های واژن و وولو آغشته به ترشحات هموژنوس سفید/خاکستری مشخص می شود که بوی ماهی داشته و PH بیشتر از ۴.۵ می باشد.
 ۳. تریکومونیاژیس زمانی که علامت دار باشد با ترشحات زرد/قهوه ای کف آلود با بوی ماهی مشخص می شود.
 ۴. سرویسیت بعلت کلامیدیا یا (یا با احتمال کمتر بعلت گنوره) با سرویکس آماسی که براحتی خونریزی میکند و احتمالا همراه با ترشحات چرکی موکوسی مشخص می شود.
 ۵. بیماری التهابی لگن به علت کلامیدیا (یا با احتمال کمتر بعلت گنوره) با درد قسمت تحتانی شکم یا بدون تب مشخص می شود.
 ۶. سرویسیت ممکن است دیده شود و تندرns آدنکس و مدخل سرویکس در لمس دو دستی دیده شود.

تشخیص گنوره در زنان: نیمی از زنان مبتلا به گنوکوک بدون علامت هستند. در صورت وجود عفونت گنوکوکی در مردان باید همسر آنان نیز درمان شود. در زنان علامت دار، علائم زیر مشاهده می شود:

- ۱- افزایش یا تغییر ترشحات واژینال در ۵۰٪ زنان.
 - ۲- درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در ۱۲٪ زنان.
 - ۳- فوریت در دفع یا تکرر ادراری شایع نیست.
 - ۴- در صورت وجود عفونت بالارونده، درد لگنی یا شکمی، همراه با درد احتمالی در مقاربت(دیس پارانوفا)
 - ۵- به طور شایع تر، ترشحات چرکی یا موکوسی چرکی از سرویکس وجود دارد. سرویکس شکننده بوده و به راحتی دچار خونریزی می شود. با این وجود موارد ذکر شده در کمتر از ۵۰٪ زنان وجود دارد، لذا پیشگویی کننده قوی برای عفونت سرویکس نمی باشند.
 - ۶- در صورت وجود بیماری التهابی لگن، تندرns شکمی دیده می شود.
- در زنان مشکوک به ابتلا به عفونت گنوکوکی وضعیت شریک جنسی (همسر) مورد بررسی قرار می گیرد. وجود علائم زیر در مردان تشخیص عفونت گنوکوکی در زنان را تایید می کند و لازم است هردو نفر درمان شوند. برخلاف زنان، ۹۰٪ در صد مردان علامت دار می شوند.

۱- ترشحات چرکی از مجرای پیشابراه

۲- درد یا مشکل در ادرار کردن

۳- معمولا این افراد تکرر ادراری یا فوریت در ادرار کردن ندارند

تشخیص گنوره با بررسی آزمایشگاهی ترشحات تایید می شود.

توجه: افتراق عفونت گنوره ای از کلامیدیا در زنان منحصرا از طریق علائم بالینی ممکن نیست تقریبا در یک سوم زنان تواما وجود دارد. بنابر این هردو عفونت باید هم زمان درمان شوند. علل دیگر ترشحات واژینال شامل عفونت کاندیدیایی، واژینوز باکتریال، تریکومونا، PID می تواند با سوزاک اشتباه شود یا با آن همراه شود.

افراد پرخطر: افراد پرخطر از نظر ابتلا به عفونت آمیزشی عبارتند از :

- داشتن شریک جنسی علامت دار
- ابتلای فرد یا شریک جنسی او به اعتیاد
- اقامت طولانی دور از همسر
- داشتن بیش از یک شریک جنسی
- شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر
- وجود اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی یا عقب ماندگی ذهنی

سیفلیس: بیماری سفلیس سه مرحله متفاوت دارد. اگر شما هر یک از علائم زیر را مشاهده کردید در اسرع وقت به پزشک مراجعه کنید:

در مرحله اول بیماری سفلیس که معمولا در حدود سه هفته بعد از قرار گرفتن در معرض آلودگی به بیماری شروع می شود، زخم هایی بدون درد در اندام های تناسلی، دهان و یا مقعد ظاهر می شوند. ممکن است غدد لنفاوی نزدیک این زخم ها بزرگ تر و متورم شوند. این زخم ها سه تا شش هفته وجود خواهند داشت و سپس به صورت خود به خودی ناپدید می شوند. این فرایند به این معنا نیست که آنها درمان شده اند. عدم درمان این بیماری ممکن است باعث پیشرفت این بیماری و وارد شدن آن به مرحله دوم شود.

در مرحله دوم بیماری سفلیس که حدود دو هفته تا دو ماه بعد از ظاهر شدن زخم های بدون درد رخ می دهد، ممکن است با بثورات پوستی به صورت لکه های بدون خارش و قرمز رنگ (و یا قرمز مایل به قهوه ای رنگ) مواجه شوید. ممکن است این لکه ها در هر کجای بدن بروز کنند اما اغلب بر روی کف دست ها و کف پاها رخ می دهند. همچنین ممکن است با علائم دیگری نیز مواجه شوید که البته ممکن است این علائم نشانه ی بیماری های دیگری باشند. این علائم عبارتند از:

سردرد

تب

خستگی

گلو درد

درد عضلانی

ورم غدد لنفاوی

ریزش موی ناحیه ای

از دست دادن اشتها

کاهش وزن

درد در استخوان ها و مفاصل

پس از مدتی ممکن است علائم ناپدید شوند اما این، نشانه‌ی از بین رفتن سفلیس نبوده و با درمان نشدن آن ممکن است شما وارد مرحله سوم بیماری شوید.

در مرحله سوم (آخر) سفلیس، که ممکن است هر زمانی از یک سال تا چندین دهه بعد از ابتلای شما به سفلیس بروز کنند، مفاصل تحت تاثیر قرار می‌گیرند که نتیجه آن ورم مفاصل خواهد بود. عفونت همچنین می‌تواند سایر بخش‌های خاص بدن از جمله مغز، اعصاب، قلب، چشم، رگ‌های خونی، استخوان‌ها و کبد را تحت تاثیر قرار دهد. حدود ۱۵ درصد افرادی که سفلیس آنها تحت درمان قرار نمی‌گیرد وارد این مرحله از سفلیس می‌شوند. این حالت ممکن است به سفلیس قلبی عروقی و یا سفلیس عصبی منجر شود.

سفلیس قلبی و عروقی می‌تواند ۱۰ تا ۳۰ سال بعد از عفونت اولیه بروز کند و باعث ایجاد آسیب به قلب و عروق خونی شود. سفلیس عصبی می‌تواند در اعصاب رخ دهد و می‌تواند به مشکلاتی مانند فلج، کوری، روال عقل، مشکلات روانی و یا از دست دادن حس در پاها منجر شوند.

اگر سفلیس درمان نشود می‌تواند به یک بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی تبدیل شود. بسیار مهم است که برای درمان سفلیس، قبل از آنکه پیشرفت کرده و وارد مراحل پیشرفته شود اقدام کنید. حتی اگر هیچ علائمی از بیماری وجود نداشته باشد و شما هیچ مشکلی با آلودگی به این باکتری نداشته باشید، درمان باید انجام شود.

ارتباط جنسی محافظت نشده

به هر نوع ارتباط جنسی واژینال، مقعدی و یا دهانی بدون استفاده از کاندوم با شرکای جنسی متعدد، با افراد دارای رفتارهای پرخطر و افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی / بیماری‌های آمیزشی، ارتباط جنسی محافظت نشده گفته می‌شود.

روشهای آزمایش تشخیص اچ‌آی‌وی

تست تشخیص سریع اچ‌آی‌وی (Rapid Test):

این روش به سنجش آنتی‌بادی پرداخته از حساسیت مناسبی برخوردار است. انجام آزمایش با این روش ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنست از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت Reactive شدن تست سریع (مثبت اولیه)، باید فرد برای انجام آزمایش تاییدی (آزمایش با روش الیزا) به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری/ مرکز جامع سلامت ارجاع شود. نکته مهم این است که انجام تست تشخیص سریع باید تنها توسط افرادی انجام شود که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده و مهارت مشاوره و انجام آزمایش را داشته باشند و کیت‌های بکار برده شده باید توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تأیید شده باشند. درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه فرد صورت گیرد و نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود. با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی‌بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین دو هفته تا ۳ ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است. لازم است که هر سه ماه آزمایش تکرار شود.

نکته مهم: در حال حاضر کیت‌های تشخیص سریع اچ‌آی‌وی استاندارد و دارای تاییدیه آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت، به صورت متمرکز خریداری و از طریق مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر در

اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌گیرند. بدیهی است استفاده از کیت‌های تامین شده غیر از این منبع غیرقابل قبول می‌باشد.

۱. آزمون الایزا (Elisa): براساس سنجش آنتی‌بادی اچ‌آی‌وی است. طبق الگوریتم و دستورالعمل کشوری تشخیص اچ‌آی‌وی، در صورت مثبت شدن آزمون اول (تست تشخیص سریع) ضمن خونگیری وریدی، آزمایش دوم و سوم الایزا جهت تایید نهایی انجام می‌شود.

نکته مهم: انجام آزمایش الایزا اچ‌آی‌وی جهت اعلام مثبت قطعی تنها باید توسط کیت‌های مورد تایید آزمایشگاه مرجع سلامت که از طریق مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر اعلام شده فقط در آزمایشگاه‌های معین که توسط معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی اعلام شده و دارای تاییدیه آزمایشگاه مرجع سلامت می‌باشند، صورت گیرد.

۲. آزمون وسترن بلات (Western blot): این آزمون نیز بر روی آنتی بادی صورت می‌گیرد، نسبت به الایزا اختصاصی‌تر است و به عنوان آزمون تأییدی در موارد وجود عدم انطباق به کار می‌رود.

۳. تست های تشخیص ملکولی PCR: در نوزادان از آنجا که آنتی‌بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده و تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می‌ماند، بنابراین آزمایش‌های آنتی بادی مثبت (الیزا، وسترن بلات، تست تشخیص سریع) تا ۱۸ ماهگی ارزش تشخیصی ندارد. لذا باید از روش های تشخیص ملکولی (PCR) استفاده کرد که به جای آنتی بادی به جستجوی آنتی ژن‌های ویروس می پردازد. نکته مهم: شبکه آزمایشگاهی تشخیص اچ‌آی‌وی کشور دارای آزمایشگاه‌های قطب تخصصی و پیشرفته ملکولی می باشند که تست‌های تشخیص ملکولی در آزمایشگاه‌های این شبکه انجام می شود.

درخواست تست اچ‌آی‌وی باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد. و نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود
با توجه به این که از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی‌بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین دو هفته تا چند ماه طول بکشد (دوره پنجره). در افرادی که رفتارهای پرخطر دارند اما نتیجه تست منفی است، لازم است که سه ماه بعد آزمایش تکرار شود. همچنین در افرادی که دارای رفتار پرخطر هستند لازم است هر سه ماه یکبار آزمایش تکرار شود.

خدمات سلامت باروری شامل آموزش و مشاوره، توصیه و آموزش نحوه صحیح استفاده از کاندوم به همسران بیماران ارائه شود. در صورت حامله بودن بیمار و یا همسر وی باید فرد برای دریافت خدمات پیشگیری از انتقال به نوزاد شامل درمان دارویی ضدترتروویروسی به مرکز مشاوره ارجاع شود. فرزندان متولد شده از مادران مبتلا باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. برای تمام نوزادانی که از مادران در معرض خطر اچ‌آی‌وی به دنیا می‌آیند، باید وضعیت ابتلای به اچ‌آی‌وی با روش PCR حتی‌المقدور در چهار تا شش هفتهگی بررسی گردد.

اقدامات مورد نیاز برای افراد مبتلا:

الف- درمانی: اگرچه روش‌های درمانی موجود بدن را از ویروس پاک نمی‌کنند ولی تکثیر ویروس را مهار کرده، وضعیت بالینی بهتری را برای بیمار ایجاد می‌کنند. علاوه بر آن ثابت شده درمان مناسب با کم کردن بار ویروسی افراد مبتلا از سرایت پذیر بیماری کاسته بر روی پیشگیری تاثیر خواهد داشت. اهداف درمان ضدترتروویروسی عبارتند از دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از اچ‌آی‌وی. درمان این بیماری با حداقل سه داروی ضدترتروویروسی (ARV) انجام میشود. این درمان توسط مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بصورت رایگان ارائه می‌شود.

ب- پیشگیری: باوجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای اچ‌آی‌وی/AIDS وجود ندارد. راه‌های انتقال عمدتاً با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی دارد. بر حسب راه انتقال روش های پیشگیری را می توان به صورت ذیل بیان کرد:

نکات آموزشی در خصوص ایدز و بیماریهای آمیزشی

پیشگیری از ابتلا به اچ آی وی / ایدز

با وجود پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای HIV/AIDS وجود ندارد. راه‌های انتقال عمدتاً با رفتار انسان رابطه دارند. آموزش به‌منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی دارد. بر حسب راه انتقال روش‌های پیشگیری را می‌توان به صورت ذیل بیان کرد:

پیشگیری در تماس جنسی:

به تعویق انداختن سن اولین رابطه جنسی، وفاداری به همسر یا شریک جنسی و داشتن تنها یک شریک جنسی، استفاده از کاندوم به طرز صحیح، درمان کامل بیماری‌های آمیزشی، پرهیز از مصرف مواد مخدر / محرک و الکل (مصرف این مواد قضاوت را مختل کرده، قدرت تصمیم‌گیری برای برقراری روابط جنسی سالم را مخدوش می‌کند).

پیشگیری در اعتیاد تزریقی:

پرهیز از مصرف مواد یا اقدام برای ترک، در صورتی که امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیرتزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوپیوئیدی مانند متادون، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق و استفاده از سرنگ و سوزن استریل.

به‌طور خلاصه اساسی‌ترین روش پیشگیری در انتقال از طریق جنسی پرهیز از روابط جنسی محافظت نشده و در صورت وجود این روابط، استفاده از کاندوم است.

پیشگیری برای اطرافیان:

- افراد خانواده فرد مبتلا باید در زمینه راه‌های انتقال و پیشگیری، مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبتی و چگونگی کمک به بیماران خود آموزش‌های لازم دریافت کنند.
- شرکاء جنسی این بیماران باید تحت مشاوره و آزمایش داوطلبانه قرار گیرند. در صورت منفی بودن این آزمایش باید هر سه ماه یکبار تکرار شود.

مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری

مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مراکزی هستند که قابلیت ارائه خدمات آموزشی، مشاوره، مراقبت و درمان، پیشگیری و کاهش آسیب (سرنگ و سوزن، درمان نگهدارنده با متادون و کاندوم) را به افراد در معرض بیشترین خطر ابتلا و مبتلایان به HIV و مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی را دارد. در این مراکز مشاورین دوره دیده حضور دارند و امکان دسترسی به خدمات تخصصی در این مراکز فراهم است. در کشور در هر استان حداقل یک مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری وجود دارد.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

- کلیه افراد دارای عوامل خطر باید برای دریافت مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی به مراکز/پایگاه‌های مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.
- کلیه موارد اثبات شده ابتلا به اچ‌آی‌وی باید برای دریافت خدمات پیشگیری، مراقبت‌های دوره‌ای و درمان‌های لازم به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند.

- زنان باردار مبتلا به اچ‌آی‌وی یا دارای عوامل خطر و موارد پیشگیری پس از تماس باید هر چه سریعتر برای دریافت خدمات مراقبت و پیشگیری به مراکز مشاوره ارجاع شوند. ممکن است تست بررسی اولیه یا تست سریع در منطقه محل فعالیت شما وجود داشته باشد. در این حالت با معاونت بهداشتی دانشگاه محل فعالیت خود هماهنگ نمایید.

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	تزریق عضلانی	سفتریاکسون ۱۲۵mg	گنوکوک بدون عارضه
تک‌دُز	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	سفیکسیم ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۲g	
تک‌دُز	تزریق عضلانی	اسپکتینومایسین (غیرحلق) ۲g	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	کلامیدیا تناسلی بدون عارضه
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	افلوکساسین ۴۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	آزیترومایسین ۱g	
هر ۱۲ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	لنفوگرانولوم و نروم
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	اریترومایسین ۴۰۰mg	
هر ۶ ساعت ۱۴ تا ۲۱ روز	خوراکی	تتراسایکلین ۵۰۰mg	

رژیم‌های درمانی انتخابی بیماری‌های آمیزشی مطابق راهنمای کشوری			بیماری
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	تریکوموناس
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
تک‌دُز	خوراکی	مترونیدازول ۲g	واژینوز باکتریال
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	مترونیدازول ۵۰۰mg	
هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز	خوراکی	کلیندامایسین ۳۰۰mg	
۵g هر شب تا ۷ روز	واژینال	کلیندامایسین ۲٪	
هر هفته تا ۳ هفته	تزریق عضلانی	بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴MIU	سیفلیس نهفته (مدت نامشخص)
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	دکسی‌سیلین ۱۰۰mg	گرانولوم اینگوینال
هر ۱۲ ساعت تا بهبودی کامل	خوراکی	سیپروفلوکساسین ۷۵۰mg	

(۱۵) یائسگی

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- تعریف دوران یائسگی را فراگیرند .
- ارتباط سن و یائسگی را فرا بگیرند.
- علائم یائسگی و نحوه پیشگیری و برخورد با آن را فراگیرند.
- عوارض یائسگی و مدیریت آن را بیاموزند.
- نکات مهم در باره اچ آر تی و فیتو استروژنها را بشناسند.

یائسگی

یائسگی یکی از مراحل طبیعی و مهم زندگی است که مشخصه آن پایان باروری و قطع قاعدگی است. از نظر تعریف یائسگی یا منوپوز طبیعی به دوره ای فیزیولوژیک از زندگی زنان گفته می شود که تخمدان ها تولید استروژن را متوقف می کنند.

این دوره معمولاً با قطع قاعدگی به مدت یک سال بدون ارتباط با عوامل پاتولوژیک شناخته می شود. دوره پست منوپوز (بعد از آخرین قاعدگی FMP) آغاز می شود. زمان وقوع یائسگی:

سن شروع یائسگی در زنان متفاوت است. دوره گذار یائسگی یا دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک، به دوره زمانی بلافاصله قبل وبعد از شروع یا نسیگی گفته می شود و بطور متوسط ۴ سال طول می کشد. سن متوسط شروع یائسگی ۵۱ سالگی است ولی بطور کلی زنان این پدیده را بین ۴۷ تا ۵۳ سالگی تجربه می کنند. مهمترین مسئله در زمان شروع یائسگی، ژنتیک است اما عوامل محیطی مانند مصرف الکل، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و شاخص توده بدن و مصرف سیگار نیز در زمان شروع یائسگی نقش دارند.

دوره گذار یائسگی و به عبارت دیگر دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک دوره زمانی قبل و بعد از یائسگی است و بطور متوسط ۴ سال طول می کشد. ممکن است علائم یائسگی نیز قبل از قطع کامل قاعدگی آغاز شده و زمان زیادی طول بکشد تا منوپوز اتفاق بیفتد.

دوره **post menopause** بعد از آخرین قاعدگی آغاز میشود. در این دوره تخمدان ها بسیار کم استروژن و پروژسترون تولید می کنند، در نتیجه تخمک آزاد نمی شود و بارداری صورت نمی گیرد. اگر بعد از این دوره فردی دچار خونریزی یا لکه بینی شود، حتماً باید به پزشک مراجعه نماید.

اگر یائسگی در سن کمتر از ۴۰ سال به صورت طبیعی یا مصنوعی اتفاق بیفتد به آن یائسگی زودرس می گویند.

چگونگی وقوع یائسگی: هورمون های استروژن و پروژسترون سیکل قاعدگی را تنظیم می کنند و در لانه گزینی سلول تخم و استقرار حاملگی نقش مهمی دارند. ترشح هورمون های استروژن و پروژسترون و آزاد سازی تخمک توسط تخمدان ها انجام میگیرد. هورمون استروژن علاوه بر نقش فوق در سالم نگهداشتن استخوان ها، تنظیم سطح کلسترول خون، حفظ قابلیت ارتجاعی پوست و عروق و احتمالاً کمک به قدرت حافظه موثر است. تغییرات عمده در یائسگی ناشی از تغییراتی است که در عملکرد تخمدان ها و توقف ترشح هورمون ها و در نتیجه توقف تخمک گذاری اتفاق می افتد.

اساساً دو نوع یائسگی داریم:

۱- یائسگی فیزیولوژیک (طبیعی)

۲- یائسگی مصنوعی :

- برداشتن تخمدان ها و رحم : هیستروکتومی یا بدون اوارکتومی موجب قطع قاعدگی و شروع علائم یائسگی می گردد.
- مصرف داروها: بعضی از داروها مانند داروهای که در شیمی درمانی استفاده می شوند، فرد را خیلی سریع به این دوران می رساند.

علائم یائسگی: از آن جا که از دست دادن عملکرد تخمدانی اثرات زیادی بروضعیت هورمونی زنان دارد و به دلیل عدم تولید استروژن احتمال ابتلای به برخی بیماری ها بیشتر می شود، آشنایی با تغییرات جسمی، روحی و روانی در دوران یائسگی به زنان کمک می کند که بدانند چه چیزی در انتظار آن ها است و بتوانند با آمادگی بیشتری خود را با این تغییرات تطبیق دهند. شدت این علائم در افراد مختلف متفاوت است و به طور کلی علائم شامل موارد ذیل است :

- ۱- بی نظمی در عادت ماهانه: این بی نظمی به صورت کاهش زمان و حجم خونریزی است. در صورت خونریزی شدید یا قاعدگی طولانی مدت (بیش از ۱۰ روز)، فاصله کمتر از سه هفته بین قاعدگی ها لازم است با پزشک مشورت شود.
- ۲- گرگرفتگی و تعریق شبانه
- ۳- تغییر تمایلات و فعالیت جنسی
- ۴- خشکی واژن
- ۵- خستگی و مشکلات خواب
- ۶- تغییرات خلقی
- ۷- سایر تغییرات جسمانی: سایر تغییرات شامل افزایش وزن و چاقی شکمی، کاهش توده عضلانی و افزایش و تجمع بافت چربی، کوچک شدن اندازه پستان ها، نازکی و کاهش ارتجاع پوست، سردرد، مشکلات حافظه، سفتی و درد عضلات و مفاصل می باشد.

عوارض یائسگی: برخی از اثرات یائسگی در طولانی مدت ظاهر می شود که این علائم ناشی از اثرات استروژن روی استخوان ها، قلب، مثانه، واژن و پوست می باشد:

- ۱- پوکی استخوان
- ۲- بیماری قلبی و عروقی
- ۳- اختلالات ادراری تناسلی
- ۴- اثرات بر روی پوست و مو

گرگرفتگی / تعریق شبانه :

گرگرفتگی یکی از شایع ترین علائمی است که اکثریت زنان در جریان انتقال به دوره یائسگی و یائسگی آنرا تجربه می کنند. این حالت به صورت گرم شدن شدید در قسمت بالایی بدن (سرو صورت، گردن و قفسه سینه) شروع می شود و ممکن است به صورت موجی به کل بدن پخش شود. پس از آن فرد دچار تعریق شده و احساس سرما می کند. قبل از گرگرفتگی ممکن است احساس فشار در سر وجود داشته باشد و یا ممکن است این حالت با تپش قلب همراه باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و ممکن است مانع خواب و استراحت شود. در اثر بهم خوردن الگوی خواب فرد دچار احساس خستگی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و افسردگی می شود. در بسیاری از موارد طول هر دوره علائم از ۳۰ ثانیه تا ۵ دقیقه متفاوت است و از روزی به روز دیگر هم فرق می کند. ۲۵ درصد از زنان از گرگرفتگی شدید شاکی هستند و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی افتد. این علائم معمولاً به آهستگی ظرف مدت ۳ تا ۵ سال بدون درمان از بین می رود.

گام اول برای مقابله با این مشکلات شامل مشاوره، آموزش، توصیه های غذایی و تغییر شیوه زندگی است. بنابر این به خانم های گروه هدف توصیه می کنیم:

۱. از لباسهای نخی و روشن استفاده کنند و چند لایه بپوشند تا در مواقع گرم شدن لباسها را کم کنند.
۲. محیط زندگی را تا حد امکان خنک نگه دارند و کنار خود یک وسیله خنک کننده مثل بادبزن داشته باشند.
۳. در جای خنک و با تهویه کافی بخوابند.

۴. بجای مایعات گرم از نوشیدنی‌هایی مثل آب یا آب میوه خنک استفاده کنند.
 ۵. الکل و سیگار را قطع کنند و تا حد امکان از ادویه جات در غذا استفاده نکنند.
 ۶. ورزش سبک مثل قدم زدن در هوای آزاد را بطور منظم انجام دهند.
 ۷. از رژیم غذایی سبک (مصرف بیشتر میوه جات و سبزی جات و شیرو ماست) استفاده کنند.
 ۸. وزن خود را کنترل کنند.
 ۹. از تکنیک‌های آرام سازی بخصوص تنفس عمیق و آهسته و ماساژ استفاده کنند.
 ۱۰. از لباس خواب و ملافه مناسب استفاده کنند که امکان تنفس پوست را فراهم کند.
 ۱۱. زمان بندی و عوامل تشدید کننده علائم را یادداشت کنند تا بتوانند وقوع گر گرفتگی‌های بعدی را پیش بینی کنند و اقدامات لازم را قبل از آن انجام دهند.
- در صورتی که اقدامات فوق موثر واقع نشود و همچنان از علائم رنج می‌برند به پزشک مراجعه کنند.
- ارجاع به پزشک در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه‌ها و اقدامات، وجود بیماری زمینه‌ای، مصرف دارو، گر گرفتگی شدید بد یا دفعات مکرر در شب و روز

اختلال خواب در یائسگی :

با توجه به اینکه اختلال خواب با یا بدون گر گرفتگی از مشکلات زنان در دوران یائسگی می‌باشد توصیه‌های لازم برای رعایت بهداشت خواب را به شرح زیر یادآوری نمایم:

بی‌خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامتی در این گروه است. اگر شکایات زیر به مدت حد اقل یک ماه در فرد ادامه داشته باشند نیاز به مداخله وجود دارد :

- ۱- اشکال در به خواب رفتن
 - ۲- بیدار شدن مکرر شبانه
 - ۳- بیدار شدن در ساعات اولیه صبح و مشکل در به خواب رفتن مجدد
 - ۴- احساس خستگی و کسلی و نبودن نشاط با وجود ساعات خواب و خواب غیر نیرو بخش علیرغم ساعات خواب کافی
- برای اداره اختلال خواب به نکات زیر توجه کنید :
- ۱ - علل طبی بیخوابی مانند درد ، مشکل ادراری ، تنفسی و ... را رد یا درمان کنید . علل طبی شامل موارد زیر می‌باشند :
 - وضعیت‌های همراه با درد (بدخیمی‌ها/آرتریت/ریفلاکس/اختلالات قلبی تنفسی)
 - ناکتوریا (Nocturia) ناشی از پروستاتیتسم یا عفونت‌های ادراری
 - اختلالات اندوکراین یا متابولیک (بیماری‌های تیروئید/نارسایی کبد یا کلیه)
 - ضایعات سیستم عصبی مرکزی (ترومای سر/ضایعات عروقی مغز)
 - اختلالات خواب مربوط به تنفس
 - مصرف مواد، قهوه، چای و سایر محرک‌ها

- الکل
 - داروهای طبی و روانپزشکی از قبیل محرکها
 - ترک مصرف سیگار
- ۲- علل روانی بیخوابی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک می باشد.
- ۳- اگر بیخوابی به دلیل علائم وازوموتور یا تعریق شبانه است ، با درمان این اختلالات مشکل بیخوابی نیز بهبود می یابد .
- ۴ - توصیه های بهداشت خواب در بسیاری از موارد کمک کننده است :

- استفاده از بستر برای خوابیدن
- قطع مصرف داروهای مثل کافئین ، نیکوتین ، الکل ، و محرکها
- پر هیز از چرت زدن روزانه
- حفظ تناسب جسمانی به کمک برنامه تدریجی ورزش صبحگاهی
- استفاده بیشتر از رادیو یا مطالعه در حال آرامش به جای تماشای تلویزیون
- حمام آب داغ ۲۰ دقیقه قبل از خواب
- صرف غذا در ساعت معینی از روز
- میل نکردن غذای سنگین قبل از خواب
- استفاده از روش آرام سازی هنگام غروب
- فراهم کردن شرایط خواب راحت

هورمون در مانی جایگزین

اندیکاسیون های هورمون درمانی :

- درمان گرگرفتگی و تعریق شبانه و اختلالات خواب ناشی از آن بهترین اندیکاسیون انجام اچ آر تی است . همچنین روابط جنسی ، چروکهای پوست و Body shape در اثر هورمون درمانی بهبود می یابد .
- خونریزیهای نامنظم رحمی نیز پس از اطمینان خاطر از عدم ارتباط آن با سرطانها با درمانهای هورمونی بهبود می یابند .
- تاثیر HRT برافزایش BMD(۰.۵٪) و کاهش خطر شکستگی مهره و لگن (۰.۳۴٪) روشن شده است،اما باتوجه به اثرات دیگر آن هورمون درمانی به عنوان پیشگیری ودرمان اولیه استئوپوروزیس توصیه نمی شود و سایر داروها ترجیح داده می شوند . مگرآنکه دلیل دیگری بجز استئو پوروزیس برای تجویز استروژن وجود داشته باشد .

- HRT برای پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری عروقی کرونر ، مغز و عروق محیطی توصیه نمی شود . در آموزشها تاکید بر لزوم تغییر شیوه زندگی با توجه به افزایش خطر بیماری قلبی عروقی به دلیل برداشته شدن اثر محافظتی استروژن در دوره یائسگی در آموزشها ضروری است .

کنترل اندیکاسیونها :

- درمان هورمونی جایگزین در موارد زیر نباید انجام شود :
- سرطان پستان یا رحم و سایر تومورهای وابسته به استروژن
- خونریزی غیر طبیعی نامعلوم از مهبل
- سابقه لخته شدن خون در پاها یا ریه ها (ترومبوفلیت فعال یا سابقه آن، وجود اختلالات ترومبو آمبولیک یا سابقه بیماری ترومبو آمبولیک)
- بیماری فعال کبد
- سنگ کیسه صفرا یا بیماری کیسه صفرا
- تریگلیسرید بالاتر از ۴۰۰

تصمیم گیری برای شروع انجام HRT به عوامل زیر بستگی دارد :

- علائم مراجعه کننده
- شرایط سلامت فرد
- نظر و ترجیح شخصی فرد با توجه به مشکلات و مزایای هورمون درمانی
- خطرهای موجود برای بیماری مزمن خاص در بیمار
- جایگزینهای دارویی دیگر
- وجود علائم یائسگی
- ایجاد تعادل بین ریسکها و مزایای درمان هورمونی توسط پزشک و بیمار
- وجود امکان انجام معاینات و آزمایشهای لازم برای شروع و ادامه HRT

اقدامات لازم قبل از انجام هورمون درمانی :

- تستهای روتین بویژه پروفایل چربی خون ، تستهای کبدی وماموگرافی الزامی است .
- در صورت وجود امکانات بهتر است سونوگرافی لگن انجام شود .
- پاپ اسمیر در چارچوب مراقبتهای روتین انجام گیرد .

با رعایت همه شرایط نیز باید به این نکته توجه کرد که برای شروع هورمون درمانی باید اطلاعات کافی در اختیار مراجعه کننده قرار گرفته و درمان با کمترین دوز (۰/۳ میلیگرم استروژن کونژوگه) آغاز شود و در صورت لزوم بتدریج دوز دارو افزایش یابد. همچنین قطع دارو باید بتدریج صورت گیرد تا عود علائم اتفاق نیفتد. طول مدت درمان در هر فرد باید کوتاهترین زمان مورد نیاز برای درمان را شامل شده (ترجیحا کمتر از ۵ سال) و فالو آپ بیمار بطور مرتب به صورت زیر انجام گیرد:

تا سه ماه هر ماه یک بار کنترل فشار خون صورت گیرد. اگر فشار خون متغیر باشد هر سه ماه و اگر متغیر نباشد، هر شش ماه یک بار تا یک سال کنترل فشار خون صورت گیرد. در صورتی که فشار خون بالا باشد برای ادامه هورمون درمانی و درمان فشار خون بالا با متخصص قلب و عروق مشورت شود.

معاینات عمومی، معاینه لگنی، پروفایل لیپید و ما موگرافی به صورت سالانه و پاپ اسمیر طبق برنامه روتین انجام گیرد.

در صورت استمرار هورمون درمانی بیش از یک سال مشاوره با متخصص زنان انجام گیرد.

فیتو استروژنها

یکی از در مانهای طبیعی جایگزین استروژن، انواعی از مواد غیر استروئیدی هستند که خود یا متابولیت‌های آنها دارای فعالیت استروژنی هستند و در اصطلاح به آنها فیتو استروژن گفته می شود. فیتو استروژنها شامل: ایزوفلاونها از قبیل دانه سویا، عدس، نخود - لیگنانها مثل دانه کتان، غلات، نخود، شبدر قرمز، سبزیها، میوه ها - و کومستانها مانند آفتابگردان و جوانه لوبیا هستند. در ساخت داروهای گیاهی حاوی فیتو استروژن نیز از گیاهان مختلف از جمله گیاهان زیر استفاده می شود: سویا، Black cohosh (کوهاش سیاه)، ویتاگنوس (chaste tree berry)، سنبل ختایی (Dong Quai)، سیب زمینی شیرین هندی (Wild Yam)، ریشه گیاه بابا آدم (Burdock root)

بیشترین تاثیر گزارش شده فیتو استروژنها در مطالعات انسانی، تاثیر پروتئین سویا بر کاهش سطح LDL کلسترول می باشد. مصرف روزانه ۲۵ گرم پروتئین سویا برای هیپر کلسترولمی توصیه می شود. این مقدار پروتئین با مصرف روزانه یک سوم فنجان سویای پخته یا برشته قابل تامین است. اگر چه اثر فیتو استروژنها دارویی بر کنترل علائم وازوموتور یائسگی با توجه به اثر estrogen like آنها در برخی مطالعات گزارش شده است، اما سایر فواید این گروه گیاهان در مطالعات مختلف از درجه اهمیت کمتری برخوردار بوده و در حال حاضر نه تنها شواهد کافی و معتبر برای تایید آنها وجود ندارد، بلکه شواهد متعددی برای رد اثرات ادعاشده اشکال دارویی و مکملهای فیتو استروژنی مانند عصاره سویا مطرح است، ضمن آنکه در صورت مصرف این قبیل فراورده های دارویی باید عوارض آنها را نیز بویژه در گروههای پرخطر مورد توجه قرار داد.

remifemin یک داروی استاندارد تهیه شده از black cohosh است که ۱ میلیگرم 27-deoxyactein در هر ۲۰ میلیگرم قرص آن وجود دارد و با دوز ۴۰ میلیگرم روزانه اثر شبه استروژنی با منافع کوتاه مدت دارد. این دارو در برخی مطالعات ۵۰ درصد کاهش در علائم وازوموتور ایجاد می کند و بیماران اختلال خواب و تعریق کمتری را گزارش می کنند. این دارو نیز مورد تایید FDA نیست

(۱۶)

خونریزی واژینال غیر طبیعی

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- مهمترین علل خونریزی غیر طبیعی در دوره باروری و یائسگی را فرا بگیرند.
- انواع خونریزی غیر طبیعی را بیاموزند.
- نحوه برخورد و مدیریت هریک از انواع خونریزی غیر طبیعی را فرا بگیرند.
- موارد نیازمند ارجاع به سطح تخصصی را بشناسند.
- مدیریت موارد اورژانسی خونریزی غیر طبیعی را فرا بگیرند.
- مدیریت عوارض خونریزی غیر طبیعی را فرا بگیرند.

خونریزی غیر طبیعی

خونریزی غیر طبیعی زمانی است که :

- ۱- سیکل قاعدگی کمتر از ۲۵ روز باشد (پلی منوره)
- ۲- سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد (اولیگومنوره)
- ۳- حجم خونریزی بیشتر از ۸۰ CC باشد (منوراژی)
- ۴- خونریزی نامنظم باشد (متروراژی)
- ۵- خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومتوراژی)
- ۶- لکه بینی در طول سیکل یا بعد از مقاربت وجود داشته باشد

اختلال قاعدگی یکی از علائم دوران گذار یائسگی است که به دلیل عدم تعادل هورمونی و تاثیر آن بر تخمک گذاری اتفاق می افتد و منجر به ادامه ترشح استروژن و ضخیم شدن آندومتر و در نتیجه خونریزی نامنظم و لکه بینی می شود . در اغلب موارد خونریزی غیر طبیعی در دوره پری منوپوز به همین علت یعنی اختلال تخمک گذاری است (anovulatory). در این حالت معمولاً قاعدگی ها کم تعداد (الیگو منوره) ، طول مدت آن نامنظم و حجم خونریزی غیر قابل پیش بینی است و معمولاً علائم PMS(Pre Menstrual Syndrome) هم وجود ندارد. این نوع خونریزی غیر طبیعی شایعترین علت خونریزیهای غیر طبیعی این دوره است. اگر اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری باشد درمان با LD (بخصوص اگر نیاز به پیشگیری از بار داری نیز مطرح باشد) یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۱۴-۱۲ روز) به حل مشکل بیمار کمک می کند. اگر خونریزی غیر طبیعی ناشی از عدم تخمک گذاری ، کوتاه مدت (حداکثر سه ماه) باشد و به درمان فوق پاسخ بدهد نیاز به اقدام بیشتری نیست . اما در صورتی که بیش از سه ماه طول کشیده و به درمان پاسخ نداده است، باید درمورد رد اختلالات خونریزی دهنده، سرطانها و سایر دلایل خونریزی اقدام نمود. توجه به این نکته ضروری است که ادامه تاثیر استروژن بر جدار رحم در افراد مستعد می تواند ایجاد پولیپ وحتىی کانسر آندومتر نماید .

خونریزی رحمی به صورت منوراژی ایدیوپاتیک همراه با تخمک گذاری (Ovulatory) به طور معمول از نظر طول مدت ، فواصل و حجم خونریزی منظم و قابل پیش بینی است . در اغلب موارد می تواند منجر به فقر آهن گردد که باید برای پیشگیری از آنمی ویا درمان آن اقدام کرد . تجویز مفنامیک اسید هر ۸ ساعت ۲۵۰ میلیگرم کمک کننده است و در صورتی که خونریزی کنترل نشد می توان از مدروکسی پروژسترون استات روزانه ۱۰ میلیگرم از روز ۱۵-۱۲ قاعدگی به مدت ۱۴-۱۲ روز استفاده کرد . موارد ارجاع شامل : عدم پاسخ به درمان ، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده در معاینه ،پاپ اسمیر غیر طبیعی ،خونریزی حین انجام HRT و وجود بیماری سیستمیک همراه می باشد . در این موارد ریسک سرطان آندومتربررسی و با توجه به تشخیص پس از بیوپسی یا کورتاژ آندومتر درمان لازم بر حسب مورد انجام می گیرد.

- اگر خونریزی شدید رحمی، یعنی افزایش حجم خونریزی نسبت به قبل (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی)، دفع لخته در قاعدگی، قاعدگی طولانی مدت (بیش از دو هفته) و احساس ضعف و بیحالی در قاعدگی به صورتی باشد که وضعیت همو دینامیک بیمار را نیز دچار اختلال کرده باشد، بیمار باید پس از اصلاح وضعیت همو دینامیک و درمان Acute Bleeding ارجاع فوری شود.
- قبل از توقف کامل دوره قاعدگی یعنی در دوره پری منوپوز، ممکن است اختلال قاعدگی حداکثر تا ۶ ماه وجود داشته باشد. اما فرد مبتلا به اختلال قاعدگی در موارد زیر باید ارجاع شود:
- ۱- در معرض خطر سرطان رحم باشد (عدم تخمک گذاری طولانی، سابقه سرطانهای خانوادگی، چاقی، دیابت، فشار خون بالا)
 - ۲- میزان خونریزی زیاد باشد (طولانی شدن دوره قاعدگی تا ۲ هفته و استفاده از تعداد زیاد نوار بهداشتی در شبانه روز)
 - ۳- فرد بعد از قطع قاعدگی به مدت بیش از ۶ ماه بدون اینکه از هرگونه هورمون درمانی استفاده کرده باشد، مجددا دچار لکه بینی یا خونریزی گردد
 - ۴- پس از دوره منوپوز به خونریزی غیر طبیعی رحمی مبتلا شود. این افراد چه تحت درمان هورمونی جایگزین باشند و چه نباشند، ریسک سرطان آندومتر (۱۰ در صد) در آنان باید مورد توجه قرار گرفته و بیمار برای بررسیهای لازم از جمله انجام سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندومتر ارجاع گردد.
 - ۵- در بیمارانی که تاموکسیفن دریافت می کنند و مبتلا به خونریزی واژینال هستند، به عنوان رده اول اقدام تشخیصی بیوپسی آندومتر باید انجام گیرد، زیرا بافت رحم در اثر مصرف طولانی مدت تاموکسیفن تغییر کرده و سونوگرافی قادر به تعیین علت افزایش ضخامت جدار رحم نخواهد بود.

(۱۷) اختلال وازوموتور

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- علت اختلال وازوموتور را فرا بگیرند.
- علائم اختلال وازوموتور را فرا بگیرند.
- مهارت تشخیص افتراقی از سایر علل گرگرفتگی را بشناسند.
- علل زمینه ای و داروهای ایجاد کننده گرگرفتگی را بشناسند.
- نحوه پیشگیری از اختلال وازوموتور را فرا بگیرند.
- توصیه های آموزشی برای کنترل علائم و نحوه درمان آن را فرا بگیرند.

اختلال وازوموتور

اختلال وازوموتور به صورت احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن (سر و صورت و گردن و قفسه سینه) می باشد. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و مانع خواب و استراحت فرد می شود. گرگرفتگی پس از ۵-۴ دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود. دفعات گرگرفتگی در افراد مختلف متفاوت است و در بعضی از زنان اصلا اتفاق نمی افتد. قدمهای درمانی شامل موارد زیر است:

- توصیه های زیر برای رفع علائم وازوموتور کمک کننده است. این توصیه ها قدم اول درمان هستند. استفاده از پوشش نخی، لباس چندلایه برای کم کردن لایه ها در مواقع لزوم، خنک نگهداشتن محیط زندگی، خوابیدن در جای خنک، ورزش سبک، قطع مصرف سیگار و الکل و ادویه جات، قطع مصرف مایعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب، رژیم غذایی سبک و مصرف بیشتر میوه و سبزی و ماست و استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و به خصوص تنفس عمیق و آهسته، مشاوره خانواده و سایکوتراپی و کاهش استرسها، تغییر شیوه زندگی و نگهداشتن BMI در حد مناسب
- درمان دارویی ابتدا با درمانهای غیر هورمونی شروع می شود. درمان غیرهورمونی از جمله فلوکسی تین ۲۰ میلی گرم روزانه و یا پاروکستین ۲۵ میلیگرم روزانه نیز بر کنترل علائم تا بیش از ۵۰ درصد موارد موثر بوده است. گاباپنتین (بوپیزه اگر تومور پستان نیز وجود داشته باشد)، کلونیدین (بوپیزه در مبتلایان به فشار خون بالا) نیز از درمانهای مناسب هستند. برای علائم وازوموتور شدید در مان انتخابی هورمون درمانی است اما در صورت خفیف بودن علائم، عدم پذیرش درمان هورمونی از سوی بیمار یا وجود کنتراندیکاسیون خاص می توان از داروهای غیر هورمونی استفاده کرد. شروع هر یک از درمانهای فوق با دوز کم و افزایش دوز در صورت لزوم از هفته دوم و قطع دارونیز با کاهش دوز صورت گیرد.
- در صورت عدم پاسخ به درمان غیر هورمونی، استروژن درمانی صورت می گیرد. درمان کوتاه مدت هورمونی با دوز پایین معمولا در کاهش علائم وازوموتور و اختلالات خواب موثر است. تاثیر دارو پس از یک ماه روشن می شود و می توان دوز آن را تنظیم کرد. درمان برای مدت ۴ - ۱ سال می تواند ادامه پیدا کند. باید توجه داشت که ممکن است پس از قطع مصرف دارو علائم عود کنند. قطع تدریجی استروژن بهتر از قطع ناگهانی آن است، اما بهر حال ممکن است در بعضی از خانمها ۶-۳ ماه پس از قطع دارو گرگرفتگی با شدت کمتری آغاز شود. اگر نتوان از استروژن استفاده کرد، پروژستین انتخاب بعدی است که البته اثر بخشی کمتری دارد.
- در مرحله بعدی و در صورت عدم پاسخ به توصیه ها و وجود علائم آزار دهنده لازم است رد هیپر تیروئیدی، فئوکروموسیتوم و سندرم کارسینوئید مورد توجه قرار گیرد.

(۱۸)

اختلال عملکرد جنسی و عوارض اورژانسیتال یائسگی

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- نحوه تشخیص و علائم و مدیریت آتروفی ژنیتال را فرا بگیرند.
 - علل اختلال روابط زناشویی و جنسی و نحوه مدیریت آن را فرا بگیرند.
 - بیماریهای زمینه ای و داروهای ایجاد کننده اختلال در روابط زناشویی را فرا بگیرند .
 - موارد نیازمند ارجاع تخصصی را شناسایی نموده و ارجاع دهند.
 - با سایر مشکلات اورژانسیتال در دوران یائسگی آشنا شوند.

اختلالات و عوارض اورژنیتال در دوره باروری و یائسگی

۱- **آتروفی و خشکی ژنیتال**: کاهش استروژن ناشی از منوپوز سبب تغییرات بافتی در واژن می شود که شامل موارد زیر است: کاهش جریان خون، کاهش ضخامت موکوزال، کاهش کلاژن بافت و افزایش PH آن می شود. آتروفی دستگاه ادراری تناسلی منجر به علائم گوناگونی میشود که بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارد. اورتریت به همراه دیزوری، بی اختیاری فوریتی و تکرر ادرار بیشتر نتیجه نازک شدن مخاط پیشابراه و مثانه هستند. عفونتهای مکرر ادراری بطور موثری از طریق درمان استروژنی داخل واژن در زنان یائسه قابل پیشگیری هستند. که در نتیجه خشکی، خارش، دیسپارونیا و عفونت های مکرر ایجاد می کند. بهترین درمان برای این حالت درمان کوتاه مدت موضعی باکرم استروژن است. آتروفی اورو ژنیتال در زنان یا ئسه از مشکلاتی است که مقاربت را مشکل می سازد. درمان هورمونی موضعی باکرم استروژن به مدت ۱۰-۵ روز متوالی یا با فاصله ۳-۲ روز موثر است. باید توجه داشت که اختلال عملکرد جنسی در زنان تحت تاثیر عوامل روانی، فیزیولوژیک و اجتماعی بوده و به ۴ گروه تقسیم می شود: **dysparoni, desire, arousal, orgasm** یا مقاربت دردناک استروژن درمانی در رفع مشکل دیسپارونیا ناشی از خشکی و آتروفی ژنیتال و آندروژنها در رفع اختلالات لیبیدو موثر است. در زنان یا ئسه از مشکلاتی است که مقاربت را مشکل می سازد. موثر ترین راه برای پیشگیری از خشکی واژن ادامه مقاربت و استفاده از لوبریکانتها می باشد.

۲- **اختلال در روابط زناشویی**: روابط زناشویی در سنین مختلف از اهمیت ویژه ای برخوردار است. رضایت از روابط زناشویی به استحکام روابط زوجین، سلامت روانی آنها و استحکام خانواده کمک می کند. از طرف دیگر وجود رفتارهای خشونت آمیز خانگی همه ابعاد زندگی ئ سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می دهد.

اختلال عملکرد جنسی در رابطه زناشویی به مشکلاتی اطلاق می شود که حین یک رابطه جنسی و در هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی برای مردان یا زنان اتفاق می افتد و مانع تجربه رضایت بخش از رابطه جنسی می گردد. این اختلال شایع بوده و در برخی گزارشها، بیش از ۴۰ درصد زوجین وجود درجاتی از مشکل را ذکر می کنند. **چرخه پاسخ جنسی شامل مراحل زیر می باشد:** تحریک که دو مرحله میل جنسی و برانگیختگی را شامل می شود. مرحله ارگاسم و مرحله فرونشینی.

اختلال عملکرد جنسی می تواند مادام العمر و از ابتدای نوجوانی وجود داشته باشد یا در طول زندگی بدون وجود مشکل اولیه ایجاد شده باشد (اکتسابی). این اختلال می تواند در هر سنی بوجود بیاید اما نوع اکتسابی آن عمدتاً بعد از ۴۰ سالگی است.

در برخی موارد اختلال عملکرد جنسی فراگیر است به این معنی که در هر زمان و مکان و موقعیت و با هر فرد به عنوان شریک جنسی وجود دارد اما در دیگر موارد، مشکل فرد در موقعیتهای خاص یعنی در مکان، زمان یا شرایط ویژه ایجاد می شود. شدت اختلال نیز متفاوت است و آن را می توان به خفیف و متوسط و شدید تقسیم بندی کرد. تقسیم بندی دیگر تفکیک اختلال عملکرد جنسی با علل مردانه یا زنانه است.

به طور کلی برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی طبقه بندی زیر مورد استفاده قرار می گیرد:

۱. اختلال در چرخه جنسی (اختلال میل جنسی، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم)

۲. اختلالات درد جنسی حین انجام مقاربت

علل اختلال عملکرد جنسی: علل جسمانی مانند ابتلا به بیماری‌ها و شرایط پزشکی خاص و مصرف دارو ها ، الکل و مواد مخدر، علل روانی و اجتماعی: مانند استرس، نظرات اعتقادی و فرهنگی درباره ارتباط جنسی، مشکل در رابطه بین فردی با همسر، افسردگی، احساس گناه، تصویر بدنی و میزان اعتماد به نفس، آسیب‌های جنسی قبلی

داروهای زیر در ایجاد اختلال عملکرد جنسی نقش دارند و بر یکی از مراحل چرخه جنسی تاثیر می گذارند :

داروهای ضد فشارخون
داروهای ضد دیابت
داروهای ضد افسردگی
آنتی هیستامینها
داروهای خواب آور و آرام بخش
داروهای ضد اشتها
داروهای شیمی درمانی سرطانها
مواد مخدر و افیونی
داروهای ضد آندروژن و داروهای ضد استروژن

اقدامات: شناخت وجود مشکل عملکرد جنسی اولین قدم یک مشاوره و ارتباط صحیح بین پزشک و مراجعه کننده بدون شکایت برای رفع مشکلات زناشویی و جنسی او می باشد. ابتدا باید از فرد ، برای پرسش و پرداختن به موضوع روابط زناشویی او اجازه بگیرید. برای این کار ابتدا درباره اهمیت موضوع از نظر شیوع مشکل، عدم ابراز وجود مشکل به علت مسائل فرهنگی، تاثیر آن بر حفظ بنیان خانواده و استحکام زندگی زناشویی به طور مختصر توضیح دهید. برای ورود به موضوع می توانید با استفاده از آمار و اطلاعات کلی در یک جمله به عادی سازی موضوع و عمومیت دادن به آن بپردازید و سعی کنید موافقت مراجعه کننده را جلب و وجود یا عدم وجود مشکل را در او جویا شوید.

در همه حال از ادبیات علمی و حرفه ای استفاده کنید و ادبیات عامیانه، شوخی و کلمات زننده بکار نبرید.

در همه حال به اصول مشاوره و رعایت حقوق مراجعه کننده از جمله رعایت احترام، محرمانگی، رازداری، حریم خصوصی، امنیت فیزیکی محیط، پرهیز از قضاوت اخلاقی و مذهبی، احساسات مراجعه کننده توجه کنید.

اگر فرد برای ورود به موضوع موافقت نکرد، می توانید از او بخواهید که اگر در حین انجام ارزیابی دوره ای سلامت خودش سوالی داشت بپرسد و بدین ترتیب فضا را برای او آماده کنید و فرصتی فراهم کنید که مراجعه کننده شخصا سوالات و نیازهای خود را بیان کند.

در صورت عدم رضایت فرد از عملکرد جنسی و زناشویی اولیه یا اکتسابی بودن، موقعیتی یا دائمی بودن، زنانه یا مردانه بودن مشکل را مشخص کنید.

سپس به علت یابی مشکل در شرح حال و سوابق بیماری و شرح حال دارویی و معاینه بپردازید. علل مشکل مانند مشکلات مربوط به دوره زندگی (منوپوز و آندروپوز) ، شیوه زندگی، بیماریهای اورژانسی، هورمونها، ابتلا به بیماریهای مختلف و نوع داروهای مصرفی را مورد بررسی قرار دهید .

وجود بیماری جسمی ناحیه ژنیتال را مورد توجه قرار داده و درمان کنید.

در مورد مصرف دارو ها، بیماریها، اختلالات هورمونی بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

در معاینه مشکلات اورژانس برای برقراری تماس جنسی، دیس پارونیا ناشی از خشکی واژن و آتروفی ژنیتال را بررسی و در صورت وجود مشکل درمان کنید.

اگر مشکل مربوط به سن است، در خصوص اختلال عملکرد جنسی مرتبط با یائسگی و افزایش سن با حضور زوجین مشاوره انجام دهید و در مورد منوپوز و آندروپوز و تغییرات طبیعی آن و راههای مقابله با آن توضیح دهید.

در صورتی که هیچیک از موارد فوق وجود نداشته باشد، یا علیرغم رفع موارد فوق مشکل اختلال رابطه زناشویی وجود داشته باشد، بررسی عمیق تر از نظر روابط بین فردی و عاطفی زوجین، ضروری است بویژه در کسانی که خودشان با شکایت مراجعه می کنند. لازم است این افراد مشاوره روانشناسی و روانپزشکی دریافت کنند.

در صورت عدم موفقیت پس از اقدامات مذکور یا عدم امکان مداخله مناسب بیمار را برای بررسی بیشتر یا تصمیم گیری برای ارجاع تخصصی به پزشک ارجاع دهید.

۳- پرولاپس (بیرون زدگی یا پایین افتادگی ارگانهای لگنی): بیرون زدگی رحم و مثانه، رکتوم و راست روده به سمت دیواره واژن که ناشی از شل شدن دیواره واژن و عضلات کف لگن به دلیل حاملگی، زایمان و افزایش سن و یبوست مزمن می باشد، در دوران یائسگی و پس از آن مشکلات زیادی برای خانم ها ایجاد می نماید.

رکتوسل، سیستوسل، اورتروسل، پرولاپس رحم در دوره گذار یا ئسگی و پس از آن مشکل ساز شده و در صورت ایجاد مشکل و شکایت برای بیمار نیاز به ارجاع برای مداخله درمانی دارد.

پساری وسیله ای برای محافظت از بیرون زدگی ارگانهای لگنی است و می تواند قبل از اقدام به درمانهای جراحی کمک کننده باشد. انواع پساری را در تصویر زیر مشاهده می کنید.

چه کسانی باید درمان جراحی دریافت کنند؟

- بیمار مبتلا به افتادگی مثانه و مجرا در سطح هایمن یا پایین تر از آن، به شرط آنکه که به علامت بی اختیاری استرسی ادراری مبتلا شده باشند
- زنانی که سرویکس آنها در یک سوم تحتانی واژن که فرد از بیرون زدگی آن ابراز ناراحتی می کنند. فقط موقع دراز کشیدن مشکلی ندارند، در غیر این صورت باید از یک وسیله محافظتی مثل پساری استفاده کنند.
- بیمار با رکتوسل که در معاینه، مدفوع باقیمانده در رکتوم دارد و ترمیم جدار واژن مشکل بیمار را در دفع مدفوع رفع می کند.

۴- بی اختیاری ادراری: بی اختیاری ادراری به صورت حاد یا مزمن دیده می شود. در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت، عفونت و سایر مشکلات طبی موثرند. نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می شود. از میان انواع مختلف بی اختیاری استرسی ادرار ممکن است به کمبود استروژن دوره یائسگی مرتبط باشد. در اینحالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه، عطسه، و ... وجود دارد. در بی اختیاری اضطراری ادرار، بیمار با ورود به دستشویی احساس ناگهانی و شدید دفع ادرار دارد و نمی تواند ادرار خود را کنترل کند.

اصول درمان بی اختیاری ادراری شامل موارد زیر است:

- آموزش تکنیک های رفتاری از جمله تخلیه ادرار برنامه ریزی شده و تغییر عادت افزایش فواصل زمانی دفع ادرار ، به بیمار یاد می دهید براساس برنامه ادرار کردن خود را کنترل کند. بعنوان مثال در شروع هر یک ساعت ادرار می کند. بعد از آن زمان را تدریجا افزایش می دهید که وقتی به ۳ تا ۴ ساعت برسد ایده آل است.
 - دریافت کافی مایعات با تاکید بر کاهش حجم مایع دریافتی خصوصا در ساعات نزدیک به خواب ،
 - قطع هرنوع نوشیدنی یا خوراکی که باعث تشدید علائم میشود (کافئین ،چاشنی های تند ،خوراکیهای ترش)، کاهش مصرف کافئین که در قهوه و نیز نوشابه ها وجود دارد
 - توصیه به کاهش وزن
 - رساندن قند خون به حداقل ممکن در بیمار دیابتی
 - آموزش تقویت عضلات کف لگن با انجام ورزش های کگل، هفته ای ۳-۴ بار، هر بار ۳ نوبت پیوسته و هر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم که شرح کامل آن در زیر می باشد: این تمرین را می توان در اکثر مواقع انجام داد. تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل (هفته ای ۳-۴ بارو هر بار سه نوبت پیوسته وهر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم)
 - برای درمان اضطراب ادرار توصیه کنید که بیمار آرام بایستد ،نفس عمیق بکشد عضلات لگنی را منقبض کند و بعد از گذر موج اضطراب به آرامی بطرف توالت حرکت کند.
- چند توصیه برای خانم ها:

- پیش از عطسه کردن و یا پریدن و یا بلند کردن اجسام سنگین عضلات لگن را منقبض کنند.
 - به خاطر داشته باشند که اگر ورزش سبب کنترل ادرار شده بایستی برای حفظ تداوم این اثر ، ورزش را ادامه دهند .
 - از آثار مفید تقویت و بهبود عضلات کف لگن ، انجام مقاربت است.
 - به خانمها در ضمن حاملگی و پس از آن توصیه شود تا برای حفظ قدرت عضلات لگن ورزش های کگل را انجام دهند.
 - در موارد شدید ضعف عضلات کف لگن ، اصلاح و رفع بیرون زدگی رحم و یا دیواره های واژن در اکثر مواقع نیازمند جراحی است.
- در صورت عدم پاسخ به درمان معمول یا همراهی بیماری زمینه ای از جمله بیماری دیابت ، عفونت ادراری و تناسلی یا وجود پرولاپس ارگانهای لگنی یا نیاز به درمانهای هورمونی و دارویی، ارجاع به پزشک را در دستور کار بگذارید.

برای کمک به تشخیص دقیق بیماری توسط پزشک چارت زیر کمک کننده است. می توانید این چارت را در اختیار مراجعه کننده قرار دهید تا وضعیت دفع ادرار خود را ثبت کرده و با خود به مرکز بیاورد.

موارد استفاده از چارت:

- ۱- شب بیدار شدن برای دفع ادرار که بر اساس چارت مشخص می شود که بدلیل مشکل بیش فعالیتی مثانه است یا پر ادراری
- ۲- تکرر ادراری: چارت ادراری به مشخص شدن تعدد ادرار کردن یا نشت کمک می کندو همچنین به تشخیص اینکه تکرر ادراری همراه با حجم زیاد ادرار هست یا نه
- ۳- تعیین شدت بی اختیاری ادراری در مواردی که شرح حال گویا نیست .
- ۴- در بیماران با بی اختیاری مختلط چارت به تعیین دقیق مشکل اصلی بیمار کمک می کند.

۶-بی اختیاری مدفوعی: کل روند بارداری، و زایمان غیر استاندارد مانند طولانی شدن فاز دوم زایمان یا فورسپس و واکيوم می تواند بر ایجاد آسیب اسفنکتری تاثیر بگذارد. بی اختیاری مدفوعی یکی از موربیدیتی های باروری محسوب می شود. برخی دلایل طبیی نیز این مشکل را ایجاد می کنند. آموزش انجام ورزش کگل یک اقدام پیشگیرانه است که می توان از زایمان اول آن را توصیه نمود. در صورت وجود بی اختیاری مدفوعی به علت شلی اسفنکتر مقعد، برنامه های دفع مدفوع، دفع برنامه ریزی شده می تواند کمک کننده باشد. (توالت رفتن در ساعتی خاص از هرروز بعداز صرف خوراکی همچنین لازم است درمان یبوست انجام شود و بیمار برای بررسی بیشتر به پزشکگ ارجاع گردد.

(۱۹) سرطان پستان

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- عوامل خطر اصلی و فرعی سرطان پستان را بشناسند.
 - عوامل خطر اصلی سرطان پستان را با اخذ شرح حال در مراجعه کنندگان شناسایی کنند.
 - اقدامات مربوط به افراد در معرض خطر سرطان پستان را بیان نمایند.
 - علائم بیماریهای خوش خیم و بدخیم پستان را افتراق داده و نحوه مدیریت هریک از علائم فوق را بیان نمایند.
 - با تمرین مهارت معاینه پستانها و زیر بغل را کسب نموده و آن را به مراجعه کنندگان آموزش دهند.
 - نتیجه ماموگرافی بر اساس سیستم **BIRAD** را بشناسند.
 - موارد نیازمند ارجاع را شناسایی نموده و به طور مناسب ارجاعات را مدیریت نمایند.

تشخیص زود هنگام سرطان پستان

(۱) با توجه به عدم وجود برنامه غربالگری عمومی سرطان پستان بر اساس ماموگرافی در حال حاضر در کشور، تصویر برداری برای غربالگری عمومی انجام نمی شود. اما اگر فرد به صورت داوطلبانه یا به توصیه پزشک معالج، یا به علت وجود عوامل خطری مانند: سن بالاتر از ۴۰ سال، ناباروری یا تعداد بارداری کم، سن در اولین زایمان بالاتر از ۳۵، عدم شیردهی یا کمتر از دو سال شیردهی، سن اولین قاعدگی پایین، زمان آخرین قاعدگی بیش از ۵۵ سالگی (سن یائسگی قطعی)، سابقه استفاده از داروهای هورمونی استروژنی به مدت طولانی، شیوه زندگی و تن سنجی نامطلوب علاوه بر خود آزمایی و معاینه بالینی پستان ماموگرافی نیز انجام داده باشد، نتایج آن بر اساس سیستم BIRAD به شرح زیر قابل تفسیر است:

گروه بندی نتایج ماموگرافی بر اساس سیستم BIRAD = Breast Imaging Reporting and Data System	
BIRAD صفر	ارزیابی ناقص است و اقدامات تشخیصی بیشتر مورد نیاز است.
BIRAD یک	پستان‌ها نمای طبیعی وعادی دارند.
BIRAD دو	ماموگرام موید توده‌های خوش خیم است.
BIRAD سه	ناحیه احتمالاً خوش خیم، نیازمند پیگیری با بررسی رادیوگرافی هر ۶ ماه تا یکسال، دقت در معاینات کلینیکی
BIRAD چهار	توصیه به انجام بیوپسی برای رد بدخیمی
BIRAD پنج	احتمال بدخیمی، لزوم انجام بیوپسی

(۲) توجه کنید معاینه غیر طبیعی از نظر سرطان پستان شامل موارد زیر می باشد:

- تغییر شکل ظاهری به صورت: ایجاد کشیدگی و عدم قرینگی پستان‌ها.
- ایجاد تغییرات پوستی ماندگار به صورت هر یک از موارد زیر:
- زخم ماندگار عمیق، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، اگزمای نوک پستان بیش از یک ماه، التهاب موضعی یا عمومی پستان، پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت، پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر،
- ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی (بدون تحریک و دستکاری) و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد

- وجود توده غیرطبیعی در پستان یا زیر بغل که یکی از مشخصات زیر را داشته باشد: توده سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان، توده پستان یا زیر بغل (۳) در برخی موارد در معاینه یا پاراکلینیک یافته ای وجود دارد که موارد فوق یعنی علائم احتمالی سرطان پستان درباره آن صدق نمی کند و تشخیص های دیگری مطرح می باشد. در این موارد فرد باید برای بررسی تکمیلی و اقدامات لازم به پزشک ارجاع گردد. این موارد عبارتند از :

- درد پستان (در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا همراه با مصرف داروهای هورمونی، یا همراه با اختلالات خلقی و روان تنی که معمولاً نشانه بدخیمی نیست .
- توکسیدگی قدیمی نیپیل،
- توده غیر چسبنده، نرم، با حدود مشخص،
- کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری،
- ترشح شیر یا ترشح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا ترشح غیر خود بخودی
- یا BIRAD دو(توده خوش خیم)

در موارد فوق اقدامات زیر را انجام دهید:

- آموزش خود مراقبتی در خصوص عوامل خطر سرطان پستان و راه های پیشگیری از آن با تاکید بر موارد و عوامل خطر در فرد ،
- آموزش علائم مشکوک سرطان پستان و انجام معاینه شخصی و توصیه به انجام خودآزمایی ماهانه پستانها
- فراخوان برای CBE با توجه به سن(زیر ۴۰ سال یا بالای ۴۰ سال)
- اطمینان بخشی و اقدام برای تشخیص افتراقی بیماریهای خوش خیم پستان نظیر آپسه، ماستیت، بیماری فیبرو کیستیک، فیبروآدنوم و....
- ارجاع برای تشخیص یا درمان لازم

معاینه بالینی پستان (Clinical Breast Examination, CBE)

تومورهای پستان به ویژه انواع بدخیم آن معمولاً بدون علامت هستند و تنها با معاینه فیزیکی یا در غربالگری به وسیله ماموگرافی کشف می شوند. بطور شاخص، در طول قاعدگی تغییرات مختصری در معاینه فیزیکی پستان رخ می دهد. در اکثر زنان، قبل از قاعدگی افزایش بی خطر ندولاریته و بزرگ شدن خفیف پستان رخ می دهد. در برخی موارد ، این ویژگی ها می توانند یک ضایعه زمینه ای را مخفی کرده و معاینه را دشوار سازند. به همین جهت معاینه پستان بهتر است بعد از قاعدگی انجام گیرد. همچنین لازم است معاینه در نور کافی و شرایط لازم از نظر حفظ راحتی و محرمانگی فرد انجام شود. می توان معاینه را در حالت نشسته یا خوابیده انجام داد. اصول انجام آن در هر دو حال یکی است. معاینه بالینی پستان باید شامل مشاهده پستان ها، بررسی گره های لنفاوی در ناحیه فوق ترقوه و زیر بغل و لمس بافت پستان هر دو طرف باشد.

خلاصه نکات بالینی مهم در انجام معاینه پستان

۱. اهداف معاینه پستان و ماهیت ساده و بدون درد آن را برای فرد توضیح بدهید.

۲. مطمئن شوید که بیمار تصور درستی از معاینه و ضرورت معاینات توسط خود دارد
۳. معاینه پستان را در محیط خلوت، دمای مناسب و با دست گرم شده (در هوای سرد) و در وضعیت بدون لباس انجام بدهید.
۴. معاینه پستان را دقیق و با صرف وقت انجام بدهید
۵. معاینه پستان را پس از قاعدگی و قبل از تخمک‌گذاری و در زمان بدون درد انجام دهید.
۶. در معاینه پستان ملایمت را فراموش نکنید و با معاینه خشن سبب درد بیمار نشوید.
۷. حین انجام معاینه پستان، خود آزمایی پستان را به مراجعه کننده آموزش داده و اهمیت انجام آن را مورد تاکید قرار دهید. معاینه پستان را در دو وضعیت ایستاده و خوابیده انجام دهید.
۸. معاینه پستان را با انگشت ۲ و ۳ بصورت **دورانی یا شعاعی** انجام بدهید.
۹. معاینه ناحیه آرنول، زیر بغل و فوق ترقوه را در تکمیل معاینه پستان انجام بدهید
۱۰. خاتمه معاینه و نتیجه معاینه را به بیمار اطلاع بدهید. توجه کنید که با لمس کردن، تشخیص قطعی جنس تومور امکان‌پذیر نبوده و بیشتر تومورها از طریق نمونه‌برداری قابل شناسائی می‌باشند گرچه این توده‌ها غالباً سرطانی نیستند اما هر غده‌ای بایستی توسط پزشک معاینه شده و برای بررسی بیشتر تا قطعی شدن تشخیص اقدام گردد.

معاینه پستان

معاینه پستان در دو بخش مشاهده و لمس به صورت زیر انجام می شود:

مشاهده:

در حالی که بیمار راحت نشسته و دستهایش در دو طرف بدنش قرار دارد انجام می گیرد. پستانها باید از نظر تقارن - حدود - و ظاهر پوست آن با یکدیگر مقایسه شوند. ادم و اریتم را می توان به آسانی تشخیص داد و برای آشکار شدن فرورفتگی پوست یا به داخل کشیده شدن نوک پستان - باید از بیمار بخواهید که دستان خود را به بالای سرش برده و سپس آنها را بر روی لگن خود بگذارد این کار باعث انقباض عضلات سینه ای می شود. تومورهای غیر قابل لمس که باعث از شکل افتادن رباطهای کوپر می شوند می توانند باعث فرورفتگی پوست (به هنگام انجام مانورهای فوق) بشوند. علاوه بر این زخم یا اگزمای نوک پستان باید مورد توجه قرار گیرد.

لمس:

در حالی که بیمار نشسته است باید هر یک از پستانها را با روشی منظم لمس کرد. بعضی از پزشکان توصیه می کنند که لمس پستان در امتداد نوارهایی طولی صورت گیرد، اما نوع تکنیک لمس دقیق، احتمالاً به اهمیت لمس کردن تمام نواحی پستان نمی باشد. روشی که بتوان با آن پستان را بطور بسیار موثر لمس کرد، این است که این کار را به صورت دواير متحدالمرکزی که به سمت محیط پستان گسترش می یابند انجام دهیم. یک پستان آویزان شده را می توان با قراردادن یک دست در بین پستان و دیواره قفسه سینه در وضعیت ایستاده و لمس آرام پستان در بین دو دست، معاینه کرد. البته باید بدانیم که در پستانهای بزرگ دقت معاینه پایین تر است و برای معاینه باید با دست مغلوب پستان را به سمت مقابل هدایت نمود و با دست غالب معاینه صورت گیرد در هر حال معاینه پستان باید بین دست و قفسه صدري انجام شود. نواحی زیر بغل و بالای ترقوه را باید از نظر وجود گره های لنفاوی بزرگ شده، لمس کرد. زیر بغل، ربع فوقانی خارجی پستان و دنبالچه Spence در زیر بغل را باید از جهت وجود توده های احتمالی لمس کرد.

در حالی که بیمار به پشت خوابیده و یک دست خود را بالای سرش قرار داده است. باید پستان همان طرف را مجدداً با روش منظم از ترقوه تا لبه دنده ای لمس کرد. اگر پستان بزرگ باشد، یک بالش یا حوله زیر کتف قرار داده می شود تا سمت مورد معاینه بالا بیاید، در صورت انجام ندادن این کار، پستان به طرفین می افتد و لمس نیمه خارجی آن دشوارتر می شود. ویژگی های عمده ای که باید در لمس پستان تعیین شوند عبارتند از: دما، ترکیب بافتی و ضخامت پوست، حساسیت منتشر یا کانونی، ندولاریته، سفتی و یا نرمی، عدم تقارن توده های آشکار و خروج ترشح از نوک پستان. اکثر بیماران قبل از یائسگی، به طور طبیعی پارانیشیم پستانی ندولار دارند. این ندولاریته منتشر است اما عمدتاً در ربع های فوقانی خارجی (یعنی جایی که بافت پستانی بیشتری

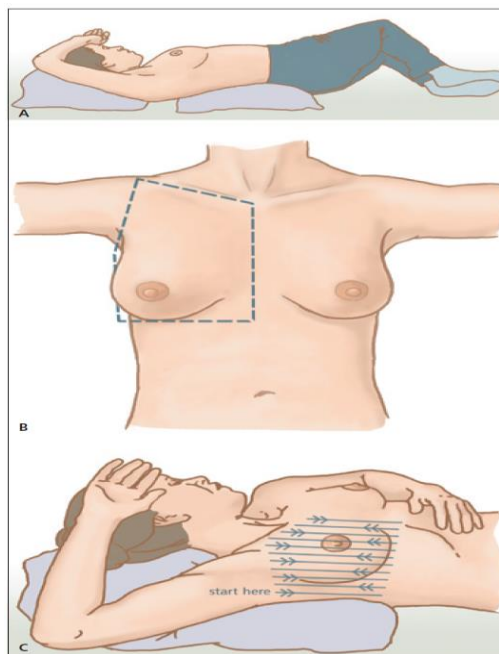
وجود دارد) دیده می‌شود. این ندول‌های خوش خیم پ، کوچک بوده، اندازه یکسان دارند و حدود آنها نامنظم است. در مقایسه با آنها، توده‌های بدخیم پستان معمولاً به شکل یک توده سفت و غیر حساس با حاشیه‌ای نامنظم بروز می‌کند. یک توده سرطانی، در لمس مشخصاً با ندولاریته اطراف خود تفاوت دارد. یک توده بدخیم ممکن است به پوست یا فاسیای زیر خود ثابت شده باشد. یک توده مشکوک معمولاً یک طرفه می‌باشد. اگر یافته‌های مشابه در هر دو پستان، وجود داشته باشد، بعید است که یک بیماری بدخیم مطرح باشد.

اصول انجام معاینه پستان کاملاً مشابه روش خودآزمایی پستان است و توجه به چند نکته ضروری است:

- ۱- معاینه پستان می‌تواند در حالت نشسته و یا خوابیده به پشت انجام شود.
 - ۲- سه الگو برای لمس پستان در معاینه وجود دارد (بر اساس دواير متحدالمرکز، شعاعی و یا نوارهای عمودی).
 - ۳- توصیه می‌شود در ضمن معاینه شیوه انجام خودآزمایی پستان به بیمار آموزش داده شود.
 - ۴- توجه به نقاط شایع‌تر بروز سرطان در پستان ضروری است.
 - ۵- در معاینه پستان، معاینه کامل غدد لنفاوی زیر بغل ضروری است زیرا بسیاری از سرطان‌های پستان در ناحیه بالا و خارجی پستان رخ می‌دهد و تمایل بالائی برای درگیری غدد لنفاوی زیر بغل وجود دارد.
- معاینه ی پستان یک بخش مهم از معاینات بالینی را تشکیل می‌دهد. معمولاً" برای این معاینات، بیماران به ماما یا پزشک زن ارجاع داده می‌شوند. به دلیل ارتباط بین تشخیص زود هنگام بیماری و نتایج درمانی قابل توجه آن، هر ماما یا پزشکی باید وظیفهٔ انجام معاینات مربوطه و بررسی‌های تشخیصی لازم را در مراحل اولیه کشف یافته ی غیرطبیعی به عهده گیرد. خود زنان نیز باید جهت خود آزمایی پستان ها آموزش دیده و اقدام کنند. به کمک خود آزمایی می توان امکان شناسایی هر چه زودتر سرطان پستان و اخذ بهترین تصمیم درمانی را فراهم آورد. گرچه سرطان پستان در مردان نادر است ولی در صورت وجود هر نوع ضایعه ی یک طرفه، باید همانند زنان مورد بررسی قرار گیرند.
- یک معاینه بالینی، به تنهایی نمی‌تواند بدخیمی را رد کند. روزهای ۵ تا ۷ سیکل قاعدگی، بهترین دوران برای انجام معاینه ی پستان است. معاینه بالینی پستان باید شامل مشاهده پستان ها، بررسی گره های لنفاوی و لمس بافت پستان و زیربغل باشد.
- در مشاهده پستان، به اندازه، شکل، رنگ، حاشیه ها، جهت پستان ها و نوک پستان ها توجه نمایید. وجود یک سری مشخصات ویژه در همراهی با ضایعات و توده های قابل لمس پستان شک به بدخیمی را بالا می‌برند:

- تغییر در شکل، کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها (مانند بزرگی پستان)
- تغییرات پوستی (مانند پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت)
- تغییرات نوک پستان (مانند پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی نوک پستان)

▪ ترشح نوک پستان (به ویژه اگر از یک پستان باشد، در آن پستان از یک مجرا باشد، خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد و از نوع سروزی یا خونی باشد)



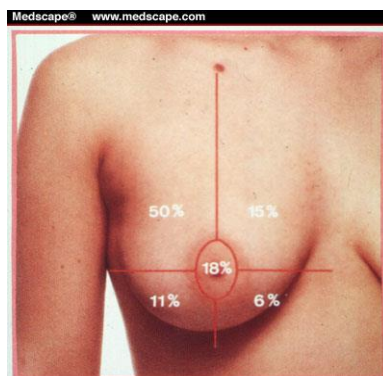
برای لمس پستان و زیربغل، یک بار در حالت نشسته و یک بار در حالت خوابیده معاینه را انجام دهید، از بیمار بخواهید به پشت بخوابد و کمی به طرف ران سمت مخالف معاینه بچرخد و دست سمت معاینه را بر روی پیشانی قرار دهد. برای راحتی بیمار می توانید یک بالش یا حوله زیر شانه یا کمر بیمار قرار دهید. کل بافت پستان و غدد لنفاوی زیر بغل باید مورد بررسی قرار گیرد. به طوری که در بالا ترقوه، در وسط تا میداسترنوم، از پهلو تا خط وسط زیر بغل (میدآگزیلاری) و بخش تحتانی پستان را در بر بگیرد. الگوی معاینه باید منظم باشد و برای اطمینان از پوشش کل بافت پستان از الگوی نوار عمودی استفاده شود (شکل بالا)

در معاینه بالینی پستان، جهت بررسی منظم و دقیق باید سه جزء اختصاصی را مدنظر قرار داد.

۱. زمان صرف شده برای انجام معاینه
۲. الگوی مورد استفاده برای جستجو
۳. استفاده از تکنیک انگشت در لمس

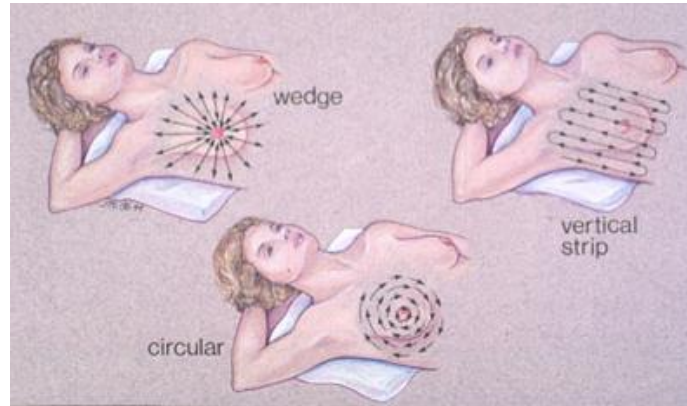
زمان صرف شده برای معاینه پستان یکی از پیشگویی کننده های حساسیت CBE است. مطالعات نشان داده است صرف ۲ دقیقه زمان برای معاینه پستان، حساسیت CBE را بهبود می بخشد. معاینه کننده، حین ارزیابی پستان می تواند به فرد آموزش های لازم در مورد خود مراقبتی و خود آزمایی پستان را بدهد. یکی از شایع ترین دلایل زنان برای عدم خود آزمایی پستان عدم توانایی آنها در تفسیر ندول های فیزیولوژیک است. آموزش به بیمار حین معاینه بالینی، میزان پایبندی فرد به انجام خود آزمایی پستان (Self-Breast Exam) را بهبود می دهد.

دومین جزء مهم در معاینه بالینی پستان، الگوی جستجوی مورد استفاده برای یافتن موارد غیر طبیعی است. استفاده از یک الگوی منظم جستجو که تمام بافت پستان را پوشش دهد، حساسیت معاینه بالینی پستان را افزایش می دهد. لازم به ذکر است که بافت پستان بطور مساوی در سراسر قفسه سینه توزیع نشده است. ۵۰٪ بافت پستان در ربع فوقانی خارجی و حدود ۲۰٪ آن زیر آرنجول پستان تجمع یافته است. فراوانی بروز توده ها نیز در مناطق مختلف پستان متفاوت است. شایع ترین محل بروز سرطان پستان ربع فوقانی خارجی در هر پستان می باشد.



سه الگوی جستجو در شکل زیر نشان داده شده است. الگوی اول روش شعاعی است. معاینه بطور شعاعی از حاشیه به سمت نوک پستان انجام می گیرد. الگوی دوم روش دایره ای است که در آن پستان در دایره های متحدالمرکز بزرگتر یا کوچکتر بررسی می شود. محدودیت این الگو این است که معمولاً بافت زیر آرنجول که ۲۰ درصد بافت پستان را تشکیل می دهد معاینه نمی شود. در این دو روش ممکن است قسمتی هایی از پستان معاینه نگردد.

سومین الگوی جستجو الگوی نوار عمودی است که در مقایسه با دو الگوی قبلی حساسیت این تست را بالا می برد. در این الگو پستان با نوارهای عمودی که باهم تداخل دارند مورد بررسی قرار می دهد. الگوی نوار عمودی از جهت اینکه تمام بافت پستان را مورد بررسی قرار می دهد اطمینان بیشتری به ما می دهد.



سومین جزء در معاینه بالینی استفاده از تکنیک انگشت است که در آن نرمه انگشت ۲، ۳ و ۴ در کنار هم استفاده می شود. معاینه در هر ناحیه با فشار ملایم سپس متوسط و عمیق قبل از حرکت به ناحیه بعدی انجام می شود.

پروتکل آموزشی برای خود مراقبتی، پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

در آموزش به مراجعه کنندگان تاکید بر موارد زیر ضرورت دارد:

- ۱- سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که درصد بالایی از سرطان ها قابل پیشگیری و در صورت تشخیص به موقع قابل درمان هستند.
 - ۲- برای پیشگیری از سرطان پستان شناخت و دوری کردن از عوامل خطر و چه عواملی اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند. با شناخت علایم هشداردهنده سرطان پستان و مراجعه به موقع به خانه ها و پایگاه های بهداشتی می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد. باید به مشارکت در برنامه های غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان ترغیب شوند و به شبکه بهداشتی مراجعه کنند.
- نحوه انجام خودآزمایی پستان (SBE) به آنها آموزش داده شود.
- باید افراد تشویق شوند دست کم هر یک تا دو سال در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت می کنند
- در باره عوامل باید به افراد آموزش داد علایم هشداردهنده سرطان پستان را بشناسند
- باید به افراد آموزش داد که اگر در فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری نیز، این علایم را داشتند زودتر مراجعه کنند.
- اگر سابقه ی خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان دارید، با خانه یا مرکز بهداشتی درباره-ی گزینه-های غربالگری خاص، انجام تست های ژنتیک یا درمان پیشگیرانه صحبت کنید.
- ماهانه بلافاصله بعد از اتمام قاعدگی، خودآزمایی پستان را انجام دهند.

عوامل خطر غیر قابل اصلاح سرطان

سن بالا

سابقه خانوادگی و جهش-های ژنی

سن قاعدگی کمتر از ۱۱ سال

سن یائسگی بالای ۵۴ سال

زمینه-ی نژادی و قومی

وضعیت اقتصادی و اجتماعی بهتر

سابقه هیپرپلازی (رشد بیش از حد سلول ها) در پستان

عوامل خطر قابل اصلاح سرطان

نمایه توده بدنی (BMI) بالای ۳۰

الکل

سن بالای مادر در زمان اولین تولد

مواجهه با اشعه

قرص-های ضدبارداری خوراکی

هورمون درمانی جایگزین HRT پس از پائستگی

مصرف بالای چربی‌های اشباع شده

(۲۰) سرطان سرویکس

اهداف آموزشی

- فراگیران پس از مطالعه این فصل باید بتوانند:
- عوامل خطر اصلی سرطان دهانه رحم را بشناسند.
 - باعلائم پیشگویی کننده سرطان دهانه رحم برای تشخیص زودهنگام آن آشنا شوند.
 - توانایی تشخیص افتراقی علائم سرطان دهانه رحم از سایر بیماریهای ژنیتال کسب نمایند.
 - محدوده سنی و فواصل زمانی تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم را فراگرفته و آن را در ارائه خدمات بکار ببندند.
 - محدوده سنی و فواصل زمانی غربالگری سرطان دهانه رحم و آزمونهای مورد استفاده را فراگیرند و در عمل بکار ببندند.
 - موارد نیاز مند ارجاع را با توجه به شرح حال، علائم، نشانه ها در معاینه و نتایج پاراکلینیک را تشخیص داده و به درستی ارجاع نمایند.

سرطان دهانه رحم

سرطان دهانه رحم یکی از معدود سرطانهای قابل پیشگیری و تشخیص زودهنگام در زنان است زیرا این بیماری یک سیر طبیعی طولانی قبل از تبدیل به سرطان دارد. میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان سرویکس در ایران کمتر از ۳ در صد هزار نفر گزارش شده است که حاکی از بروز پایین این سرطان در کشور می باشد. اما با توجه به سیرفزاینده این سرطان اقدامات لازم برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام آن ضرورت دارد. افزایش آگاهی زنان و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس، اهداف اصلی کنترل آن در نظام بهداشتی کشور ما می باشد که با رعایت اصول کلی زیر انجام می گیرد:

الف) افزایش آگاهی زنان گروه هدف

- آموزش زنان توسط کارکنان بهداشتی سطح اول نظام خدمات بهداشتی اولیه پیرامون سرطان سرویکس و عوامل خطر آن با تاکید بر عفونت اچ پی وی به عنوان مهمترین عامل بیماری و نحوه پیشگیری از ابتلا به آن
- آموزش شیوه زندگی سالم از جمله اجتناب از استعمال مستقیم و غیر مستقیم دخانیات، اجتناب از مصرف نوشیدنیهای الکلی، پرهیز از رفتارهای پرخطر جنسی، انجام فعالیت بدنی و تغذیه صحیح برای پیشگیری اولیه از ابتلا به سرطان دهانه رحم
- آموزش پیرامون اهمیت تشخیص زودهنگام و درمان به موقع و کامل بیماری از طریق انجام پاپ اسمیر

ب) غربالگری

غربالگری با انجام تست اچ پی وی و پاپ اسمیر انجام می شود. مواردی که باید پیش از نمونه گیری بررسی شوند، عبارتند از:

- دوره خونریزی عادت ماهیانه: زمان تست را طوری تنظیم نمایم که در دوره خونریزی عادت ماهیانه نباشد.
- فعالیت جنسی: حداقل دو روز پیش از تست فعالیت جنسی نداشته باشد.
- شستشوی واژینال: دو روز قبل از تست شستشوی واژن نداشته باشد.
- استفاده از تامپون، کرم های واژینال و دارو: حداقل دو روز قبل از تست، از تامپون، کرم های واژینال و دارو ها استفاده نکرده باشد.

درج مشخصات بر روی نمونه

- لام نمونه پاپ اسمیر و ویال نمونه HPV باید با وضوح کامل با برچسب مخصوص مشخصه نگاری شود که بر روی آن مشخصات نام و نام خانوادگی بیمار و همچنین وجه مشخصه دوم شامل تاریخ تولد، نام پدر و یا شماره پرونده خانوار بر روی آن ثبت می شود. همراه نمونه، فرم کاغذی و یا الکترونیک به آزمایشگاه ارسال می شود.
- شماره سریال (بارکد) روی ویال نمونه HPV، در سامانه ثبت می شود.

آماده سازی بیمار پیش از نمونه برداری

- برای بیمار باید توضیحات لازم برای انجام و نحوه انجام نمونه گیری داده شود و اطمینان داده شود که این آزمون خطرناک نیست و ظرف مدت چند دقیقه به پایان می رسد و امکان دارد کمی احساس ناراحتی کند. همچنین به بیمار توضیح دهید که ممکن است لکه بینی خفیفی پس از آزمون رخ دهد. بدین ترتیب بیمار آرامش لازم برای انجام آزمون را پیدا می کند.

فرایند نمونه برداری

- ابتدا بیمار بر روی تخت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می شود.
- از یک اسپکولوم یک بار مصرف برای مشاهده دهانه رحم استفاده می شود.
- برای بیمار دو نوع نمونه گرفته می شود یکی برای آزمون پاپ اسمیر و دیگری برای آزمون HPV
- برای آزمون پاپ از یک اسپاچولا استفاده می شود. پس از گذاشتن اسپکولوم و مشاهده دهانه رحم از محل Transformation zone توسط اسپاچولا با حرکت چرخشی ۳۶۰ درجه، نمونه برداشته می شود. نمونه گرفته شده بر روی لام شیشه ای کشیده و توسط فیکساتور ثابت می گردد.
- برای آزمون HPV از برس استفاده می شود و با چرخاندن برس در اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی-ستونی Transformation zone به صورت دورانی خراشیده میشود.
- سپس شانه را خارج کرده و به سرعت در درون مایع ویال با حرکت چرخشی به مدت ۱۰ دقیقه شستشو می دهیم.
- سر برس در داخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته می شود.
- هر دو نمونه به آزمایشگاه ارسال می گردد.
- ویال ها و لام ها باید دارای برچسب آماده بوده که مشخصات فردی روی آن نوشته شده باشد.

ب) انجام پاپ اسمیر به روش استاندارد و با استفاده از اسپاچولابه عنوان روش انتخابی تشخیص زودهنگام سرطان برای زنان کشور با توجه به شرایط زیر توصیه می شود:

- مراکز ارائه خدمات بهداشتی در سیستم شبکه که نیروی انسانی و امکانات لازم را در اختیار داشته باشند می توانند با مسئولیت خود نمونه پاپ اسمیر را تهیه نمایند، به شرط آنکه امکانات آزمایشگاهی استاندارد و مورد تایید دانشگاههای علوم پزشکی برای مراجعه گیرنده خدمت و رویت و گزارش لام او وجود داشته باشد.
- آزمایشگاهها مکلف هستند که بر اساس سیستم بتسدا گزارش نمونه پاپ اسمیر را تهیه و به مراجعه کننده ارائه نمایند.
- در زنانی که هیستریکتومی شده اند، نیازی به انجام تست پاپ اسمیر نیست مگر آنکه دلیل هیستریکتومی سرطان سرویکس بوده یا سرویکس برداشته نشده باشد.
- در زنان باردار انجام پاپ اسمیر ضرورت ندارد و در صورت وجود ضایعه مشکوک در حین بارداری ارجاع به سطح تخصصی ضروری است.
- از پاپ اسمیر برای تشخیص عفونت واژینال یا سرویسیت و التهاب سرویکس یا پیگیری پاسخ به درمان عفونت نباید استفاده شود.

(اقدامات پس از دریافت پاسخ نمونه پاپ اسمیر بر اساس سیستم بتسدا:

- پاپ اسمیر طبیعی، تکرار پاپ اسمیر هر ۵ سال
- پاپ اسمیر Unsatisfactory، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه
- پاپ اسمیر Inadequate، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه ترجیحا با سیتوبراش
- ASCUS، پاپ اسمیر پس از ۶ تا ۱۲ ماه
- HSIL (ضایعات پیش بدخیم سرویکس)، ارجاع
- ISIL/ASGUS، ارجاع برای کولپوسکوپی

انجام HPV-DNA test و تهیه همزمان نمونه پاپ اسمیر بر پایه مایع: در این روش نمونه از دهانه رحم با سیتوبراش برداشته و در مایع مخصوص گذاشته شده و برای انجام تست تریاژ اچ پی وی ارسال می گردد. در صورت مثبت نمودن نمونه از نظر سوشهای سرطان زای اچ پی وی فرد برای انجام اقدامات تشخیصی به سطح تخصصی ارجاع می گردد و در صورت منفی بودن نمونه از نظر اچ پی وی نمونه پاپ اسمیر که همزمان با تهیه نمونه اچ پی وی تهیه شده است، رویت شده و برحسب نتیجه آن طبق چارت اقدام می شود.

ج) تشخیص زودهنگام

منابع: FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in

nongravid women of reproductive age

Abnormal vs. dysfunctional uterine bleeding: What's the difference?

Denise M. McEnroe Ayers, RN, MSN

Joan E. Stucky Lappin, RN, MSN

Linda McIntosh Liptok, RN, ACNP, MSN

Nursing2014

November 2004

Volume 34 Number 11 - Supplement: A Guide to
Women's Health