

راهنمای کشوری مراقبت و درمان عفونتهای آمیزشی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

اداره کنترل ایدز و عفونتهای آمیزشی

پاییز ۱۳۹۴

اختصارات	۵
مقدمه	۷
فصل اول- اصول مدیریت جامع بیماران مبتلا به عفونت‌های آمیزشی	۱۰
۱-۱ مقدمه	۱۱
۱-۲ تشخیص و درمان	۱۱
۱-۳ آموزش و مشاوره؛	۱۳
۱-۴ مدیریت همزمان شریک جنسی:	۱۷
۱-۵ پیگیری بیمار	۱۸
۱-۶ آزمایش اچ‌آی‌وی	۱۹
۱-۷ گزارش دهی مورد	۱۹
فصل دوم- تشخیص و درمان عفونت‌ها و بیماری‌های آمیزشی	۲۰
۲-۱ ملاحظات عملی در تشخیص و درمان بیماری‌های آمیزشی	۲۱
۲-۱-۱ گرفتن شرح حال	۲۱
۲-۱-۲ معاینه بالینی	۲۵
۲-۲ سندروم‌های عفونت‌های آمیزشی	۲۶
۲-۲-۱ زخم تناسلی	۲۶
۲-۲-۲ ترشح مجرا	۳۰
۲-۲-۳ ترشح واژینال	۳۶
۲-۲-۴ تورم اسکروتوم،	۴۱
۲-۲-۵ درد زیر شکم	۴۵
۲-۲-۶ سندروم پروکتیت حاد	۵۱
۲-۲-۷ تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال	۵۳
۲-۲-۸ کنژنکتیویت نوزادی	۵۵
۲-۳ عوامل بیماری‌زای آمیزشی	۵۸
۲-۳-۱ سیفیلیس	۵۸

۶۵	۲-۳-۲ هرپس ژنتال
۷۲	۲-۳-۳ شانکروید
۷۳	۲-۳-۴ عفونتهای گنوکوکی
۷۹	۲-۳-۵ لنفوگرانولوما ونروم
۸۱	۲-۳-۶ عفونت های کلامیدیا تراکوماتیس (به جز LGV)
۸۵	۲-۳-۷ تریکومونیاژیس
۸۸	۲-۳-۸ واژینوز باکتریال
۹۱	۲-۳-۹ کاندیدیازیس
۹۳	۲-۳-۱۰ زگیل تناسلی
۱۰۱	۲-۳-۱۱ میکوپلازما ژنیتالایوم
۱۰۲	۲-۳-۱۲ شپش عانه
۱۰۴	۲-۳-۱۳ گال
۱۰۷	۲-۴ تشخیص آزمایشگاهی
۱۱۴	فصل سوم- بهداشت باروری در مدیریت بیماری های آمیزشی
۱۱۵	۳-۱ مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری و مدیریت بیماریهای آمیزشی
۱۱۷	۳-۲ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بخش خصوصی و مدیریت بیماری های آمیزشی
۱۱۷	نکات قابل توجه در انتخاب روشهای مناسب فاصله گذاری های بین بارداری
۱۲۲	فصل چهارم- ملاحظات عملی مدیریت عفونت های آمیزشی در گروه های خاص
۱۲۳	۴-۱ کودکان
۱۲۳	۴-۲ نوجوانان
۱۲۵	۴-۳ زنان باردار
۱۲۹	۴-۴ گروه های در معرض بیشترین خطر بیماریهای آمیزشی
۱۲۹	۴-۴-۱ زنان تن فروش
۱۲۹	۴-۴-۲ مردان دارای تماس جنسی با همجنس
۱۳۰	۴-۴-۳ زنان دارای تماس جنسی با همجنس
۱۳۰	۴-۴-۴ افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترانس سکسوئل)
۱۳۱	۴-۵ زندانیان

۶-۴ افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند	۱۳۱
فصل پنجم- نظام مراقبت عفونتهای آمیزشی	۱۴۲
۱-۵ مقدمه	۱۴۳
۲-۵ نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی	۱۴۳
۳-۵ تعریف موارد	۱۴۴
۴-۵ فرآیند گزارشدهی و تجزیه و تحلیل اطلاعات	۱۴۶
ضمائم	۱۴۷
ضمیمه ۱- فرم شماره یک ثبت مراجعین با علایم بیماریهای آمیزشی	۱۴۸
ضمیمه ۱- فرم شماره ۲ ثبت اتیولوژیک بیماریهای آمیزشی	۱۴۹
ضمیمه ۲: کاندوم زنانه	۱۵۰
ضمیمه ۳: دستورالعمل استفاده از کاندوم مردانه	۱۵۳
منابع	۱۵۴

ART	Antiretroviral treatment
ASC	
BCA	
BSS	
CBC	Cell blood count
COC	
CU	
DMPA	Depot medroxy progesterone acetate
EBV	Ebstein bar virus
ECP	Emergency contraceptive pill
EP	Ectopic pregnancy
ESR	Erythrocyte sedimentation rate
FDA	Food and Drug Administration
FTA-ABS	Fluorescent treponemal antibody absorption test
HBs Ag	Hepatitis B surface antigen
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Human immunodeficiency virus
HPV	Human papilloma virus
HSV	Herpes simplex virus
IBD	Irritable bowel disease
IBSS	
ICT	Immunochromatographic
IUD	Intra uterine device
LD	Low-dose contraceptive pill
LGV	Lymphogranuloma venerum
MRI	Magnetic resonance image
MSM	Male who have sex with male
NAAT	Nucleic acid amplification test
NET-EN	Norethisterone enanthate
OCP	oral contraceptive pill
P24Ag	
PCR	Polymerase chain reaction
PEP	Post exposure prophylaxis
PID	Pelvic inflammatory disease
PMS	pre menstrual syndrome
POP	progesterone only pill
RPR	Rapid Plasma Reagin
SCM	Syndromic case management
STD	Sexually transmitted disease
STI	Sexually transmitted infections
TCA	
TPHA	
TPHA/TP-PA:	Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay (Also Called TPPA Test)
TR	
TV	Trichomonas vaginalis
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory test

WBC

white blood cell

عفونت‌های آمیزشی (STIs)^۱ به عفونت‌هایی گفته می‌شوند که می‌تواند از طریق تماس جنسی انتقال یابند و موجب بیماری‌های آمیزشی (STDs)^۲ می‌شوند. حداقل ۳۰ عامل بیماری‌زای باکتریایی، ویروسی و انگلی شناخته شده برای عفونت‌های آمیزشی وجود دارد؛ مهم‌ترین آن‌ها شامل نایسریا گنوره^۳، کلامیدیا تراکوماتیس، هموفیلوس دوکری^۴، کلبسیلا گرانولوماتیس^۵، تریپونما پالیدوم^۶، مایکوپلاسما ژنیتالایوم، تریکوموناس واژینالیس^۷، ویروس هرپس سیمپلکس^۸، پاپیلوماویروس انسانی^۹ است. برآورد شده است که سالانه در حدود ۴۴۸ میلیون نفر (زنان و مردان ۱۵ تا ۴۹ ساله) در سراسر جهان مبتلا به عفونت‌های آمیزشی قابل درمان از جمله تریپونوما پالیدوم (سیفیلیس)، نایسریا گنوره، کلامیدیا تراکوماتیس و تریکوموناس واژینالیس می‌گردند.

دوره کمون و دوره قابلیت سرایت عوامل ایجادکننده عفونت‌های آمیزشی متفاوت است. با توجه به این که عوامل بیماری‌زای مختلفی در ایجاد عفونت‌های آمیزشی نقش دارند، روش‌های تشخیص آزمایشگاهی متفاوتی برای بررسی هر کدام توصیه شده است. البته با توجه به هزینه، تجهیزات و دانش موردنیاز برای هر کدام از این روش‌ها، ممکن است روش مورد استفاده برای هر عامل بیماری‌زا از یک کشور به کشور دیگر متفاوت باشد.

علی‌رغم وجود درمان برای برخی از عوامل ایجادکننده عفونت‌های آمیزشی مثل باکتری‌ها، مایکوپلازماها و انگل‌ها، اما این عفونت‌های قابل درمان همچنان به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی هم در کشورهای جهان سوم و هم در کشورهای صنعتی باقی مانده اند.

عفونت‌های آمیزشی می‌توانند به عوارض متعددی بیانجامند و از علل عمده ناباروری، بیماری التهابی حاد لگن، بارداری خارج رحمی، سرطان و عفونت‌های مادرزادی هستند. این عفونت‌ها به علت ابتلا، عوارض کوتاه و بلند مدت و میرایی در افراد بالغ و نوزادان تازه متولد شده، افزایش مقاومت دارویی^{۱۰} در میان برخی از عوامل بیماری‌زا و همچنین انگی^{۱۱} که در بسیاری از جوامع به همراه این بیماری‌هاست؛ بار اقتصادی و بهداشتی سنگینی به‌ویژه بر کشورهای در حال توسعه تحمیل کرده‌اند. اگرچه تعدادی از عفونت‌های آمیزشی قابل درمان هستند، اما انواع

¹ Sexually Transmitted Infections

² Sexually Transmitted Diseases

³ Neisseria Gonorrhea

⁴ Haemophilus ducreyi

⁵ Klebsiella Granulomatis

⁶ Treponema pallidum

⁷ Trichomonas vaginalis

⁸ Herpes Simplex Virus (HPV)

⁹ Human Papilloma Virus (HPV)

¹⁰ Antimicrobial resistance (AMR)

¹¹ Stigma

بدون درمان قطعی مثل ویروس هرپس، بار زیادی از لحاظ ابتلا برای زنان، مردان و کودکان ایجاد می کنند. حضور التهاب درمان نشده و عفونت آمیزشی دارای زخم، احتمال انتقال عفونت اچ آی وی از طریق تماس جنسی را افزایش می دهد؛ این درحالی است که گسترش برنامه های پیشگیری و کنترل این عفونت تأثیر بسزایی بر کنترل و پیشگیری عفونت های آمیزشی گذاشته است.

افزایش رفتارهای پرخطر جنسی در کنار عواملی چون جنگ و بحرانهای اجتماعی، فقدان خدمات تشخیص و درمان برای عفونت های آمیزشی و تأثیرات اچ آی وی در اپیدمیولوژی عفونت های آمیزشی همه با هم ترکیب شده و باعث افزایش بار عفونت های آمیزشی به ویژه در کشورهای در حال توسعه شده است. مهاجرت و شهرنشینی سریع عوامل جمعیتی هستند که نقش مهمی در رفتار جنسی یک جامعه دارند و به میزان افزایش فعالیت جنسی تجاری و خارج از ازدواج و خطر زیاد ابتلا به عفونت های آمیزشی کمک می کنند.

کنترل عفونت های آمیزشی هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته، اولویت زیادی دارد. از آنجایی که وجود یک استراتژی ملی جامع برای پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره سوم و همچنین پیشگیری و کنترل اچ آی وی کمک کننده است، در سال ۲۰۰۸ استراتژی منطقه ای برای پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی برای سال های ۲۰۰۹-۲۰۱۵، با هدف تأمین یک راهنمای کلی برای پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی در سطح ملی و منطقه ای ایجاد شد. اجرای مؤثر استراتژی های کنترل و پیشگیری عفونت های آمیزشی، نیازمند توجه به تعدادی از جنبه های برنامه ریزی و سیاسی شامل توسعه سیاست های مرتبط و حمایت های سیاسی، بسیج منابع، همکاری بین بخشی و درون بخشی، سازماندهی ظرفیت ها است. در واقع اقدام های مؤثر، منظم و مناسب باید توسط دولت ها ارائه گردد، اما ضروری است که بخش های خصوصی و غیر رسمی نیز درگیر شوند. هدف کلی این استراتژی، کاهش انتقال عفونت های آمیزشی و ابتلا و میرایی مرتبط با این عفونت ها است. هم چنین اهداف اختصاصی آن شامل موارد زیر است:

- کسب اطلاعات اپیدمیولوژیک معتبر از طریق اجرای نظام مراقبت عفونت های آمیزشی و انجام مطالعات کاربردی جهت پاسخ مناسب و بموقع؛
- بهبود کمی و کیفی شناسایی، درمان و پیگیری مبتلایان و شرکای جنسی آنان؛
- ارتقاء رفتارهای جنسی محافظت شده در گروه های در معرض خطر؛
- کاهش انتقال عفونت های آمیزشی در گروه های پرخطر از طریق اجرای مداخلات هدفمند؛

از آنجایی که پزشکان و کارکنان بهداشتی نقش مهمی در پیشگیری و درمان عفونت های آمیزشی دارند، این راهنما بر محوریت پیشگیری و درمان تاکید دارد. همچنین تقویت برنامه های آموزشی محلی، پایش و گزارش موارد عفونت آمیزشی می تواند کمکی موثر برای ارتقاء توانایی کشور در مقابله با گسترش عفونت های آمیزشی و اچ آی وی باشد.

در چهارمین برنامه کشوری کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی در ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۸) چهار استراتژی در خصوص بیماری های آمیزشی شامل آموزش و اطلاع رسانی، پیشگیری از انتقال جنسی، مراقبت و درمان، تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت و تحلیل داده ها مطرح شد.

با توجه به گزارش های مشاورین بین المللی و سازمان جهانی بهداشت در خصوص بررسی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی در ایران، مستند نقشه راه پیشگیری و کنترل بیماری های آمیزشی و همچنین نتایج مطالعات اخیر، به نظر می رسد که مشکلات و نواقصی مرتبط با نظام پیشگیری و کنترل بیماری های آمیزشی وجود دارد. بنابراین تصمیم به بازنگری راهنمای مراقبت و درمان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی گرفته شد.

در چهارمین برنامه کشوری کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی در ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۸) چهار استراتژی در خصوص بیماری های آمیزشی شامل آموزش و اطلاع رسانی، پیشگیری از انتقال جنسی، مراقبت و درمان، تقویت نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده ها مطرح شد.

با توجه به گزارش های مشاورین بین المللی و سازمان جهانی بهداشت در خصوص بررسی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی در ایران، مستند نقشه راه پیشگیری و کنترل بیماری های آمیزشی و همچنین نتایج مطالعات اخیر، به نظر می رسد که مشکلات و نواقصی مرتبط با نظام پیشگیری و کنترل بیماری های آمیزشی وجود دارد. بنابراین تصمیم به بازنگری راهنمای مراقبت و درمان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت های آمیزشی گرفته شد.

فصل اول – اصول مدیریت جامع بیماران مبتلا به عفونت‌های آمیزشی

۱-۱ مقدمه

مدیریت بیماریهای آمیزشی در واقع بسته جامعی از خدمات را در بر دارد که اجزا اصلی آن به شرح ذیل است:

۱. تشخیص و درمان؛
۲. آموزش و مشاوره بیمار؛
۳. ارائه و ترویج استفاده از کاندوم؛
۴. مدیریت همزمان شریک جنسی؛
۵. پیشنهاد و ارائه آزمایش HIV؛
۶. پیگیری بیمار
۷. گزارش دهی

۱-۲ تشخیص و درمان

مبتلایان به عفونتهای آمیزشی، عاملین اصلی انتقال این بیماریها هستند، از این رو درمان صحیح و هرچه سریعتر این بیماریها، بخش جدایی ناپذیر برنامه کنترل بیماریهای آمیزشی خواهد بود. درمان باید ترجیحا در اولین ویزیت در اختیار بیمار قرار گیرد. سه رویکرد در درمان این بیماریها ممکن است وجود داشته باشد، که هر یک برتری و یا کاستی مربوط به خود را دارد:

• درمان بالینی

در رویکرد بالینی پزشک بر اساس مشاهدات بالینی و تجربه قبلی، بیمار را بر اساس یک عامل بیماریزا درمان میکند. مشکلات این رویکرد در این است که علائم عفونتهای آمیزشی با یکدیگر شباهت داشته، از طرف دیگر در برخی از موارد احتمال همزمانی عفونت با دو میکروارگانیسم وجود دارد. این موضوع میتواند احتمال درمان غلط و یا ناکافی را بالا ببرد.

• درمان اتیولوژیک (علتی یا بر مبنی تشخیص آزمایشگاهی)

این رویکرد مورد تایید در سراسر جهان است. در این رویکرد درمان پس از دریافت نتایج آزمایشگاهی و تایید تشخیص صورت میگیرد. این رویکرد با محدودیتهای زیر همراه است:

○ محدودیت امکانات آزمایشگاهی در همه نقاط

○ هزینه آزمایشات

○ ایجاد وقفه زمانی در درمان برای دریافت نتیجه آزمایش

علاوه بر آن برای برخی از عوامل بیماریهای آمیزشی، حتی در پیشرفته ترین مراکز تشخیصی روش آزمایشی کاربردی وجود ندارد. تشخیص و درمان بر اساس این رویکرد به تفکیک عوامل بیماریزا در فصل دوم آمده است.

• درمان سندرومیک (علامتی)

درمان سندرومیک بر اساس مجموعه علائمی که در جریان شرح حال و معاینه بیمار یافت میشود و براساس اپیدمیولوژی منطقه صورت میگیرد. در این رویکرد درمانی، راهنماهای درمان بر اساس مطالعات اتیولوژیک سندرومهای مختلف طراحی شده و درمان براساس محتمل ترین جرمها صورت میگیرد. به هر حال این رویکرد نیز معایب خود را دارد که از آن میان میتوان به بدون علامت بودن بسیاری از عفونتهای آمیزشی بخصوص در زنان و مصرف زیاد آنتی بیوتیک برای یک بیماری اشاره کرد. با اینحال سازمان جهانی بهداشت بر این رویکرد به عنوان یک رویکرد هزینه اثربخش تاکید دارد.

با توجه به شرایط سیستم بهداشت و درمان در کشور ما مدیریت بیماری های آمیزشی به صورت مدیریت سندرمیک، بر مبنای سندروم ها (که با علائم و نشانه ها به آسانی شناسایی می شوند) و در مواردی با حمایت آزمایشگاه انجام می شود.

درمان برای هر سندرم شایع ترین عامل بیماریزا را در نظر می گیرد. بخش عمده ای از بیماری های آمیزشی با علائمی مثل ترشح مجرا یا با سوزش ادرار، زخم ناحیه تناسلی، ترشح واژینال و زیر دل درد تظاهر می کنند. وقتی بیمار با این شکایات مراجعه می کند مدیریت درمان بر مبنای فلوجارت اختصاصی سندرم ها درمان می شود.

ا مدیریت بر مبنای سندرم موارد بدون علامت یا دارای علائم نهفته را شناسایی نمی کند. بنابراین در مکان هایی که به عنوان مراکز ارائه خدمت به گروه های خاص از جمله زنان تن فروش، مراکزی تحت عنوان پایگاه های دیده ور در دوره های خاص غربالگری مرد و زنانی که بیشتر در معرض خطر بیماری های آمیزشی هستند، توصیه می شود.

با توجه به راه اندازی آزمایشگاه های قطب HIV و آزمایشگاه های مرجع سلامت در کشور می توان با تعیین معیارهای ویژه تشخیص اتیولوژیک را ساماندهی نمود.

. درمان متناسب بیماران مبتلا به بیماری امیزی از عوارض ان پیشگیری می کند و خطر انتقال را کاهش میدهد
هر جا امکان داروی تک د[?]ز باشد پابندی به درمان افزایش می یابد در صورت درمان چند د[?]زی آموزش بیمار در خصوص اهمیت تکمیل دوره درمان بسیار ضروری است.

در فصل دوم به تفصیل در مورد تشخیص و درمان بیماریهای آمیزی صحبت خواهد شد.

۳-۱ آموزش و مشاوره؛

تاثیر درمان ارائه شده و نیز پیشگیری از عود یا عفونت راجعه، تنها با مشارکت بیمار ممکن خواهد بود، از این رو باید اطلاعات مناسب در این زمینه به بیمار داده شده، مشاوره های لازم در جهت ایجاد رفتار سالم، به وی ارائه گردد. موضوعات ذیل حتما باید در اولین ویزیت به بیمار آموزش داده و در مورد آن با بیمار مشاوره شود:

۱- کلیات بیماریهای آمیزی

بیمار را از ماهیت بیماری فعلی ، نحوه ابتلا و عوارض آن در صورت درمان نشدن آگاه کنید. در مورد سایر بیماریهای آمیزی ، عفونتهای همزمان و یا ابتلا مجدد به یک بیماری آمیزی توضیح دهید.

۲_ نحوه درمان

موارد ذیل را به بیمار توضیح دهید:

◀ دستور مصرف داروها: در درمان بیماریهای آمیزی بویژه با رویکرد سندرومیک گاهی بیش از یک دارو برای بیمار تجویز میشود. برای اطمینان از اینکه بیمار به درستی متوجه تعداد، زمان ، مدت و نحوه مصرف داروها شده از وی بخواهید آنچه گفته اید را بازگو کند.

◀ پابندی به درمان : اهمیت تکمیل دوره درمانی حتی در صورت برطرف شدن علائم را به بیمار توضیح دهید.

◀ عوارض دارویی

◀ زمان ویزیت مجدد برای پیگیری

۳- ضرورت بررسی و درمان شریک جنسی

شناسایی و درمان شریک جنسی پرچالش ترین بخش مدیریت بیماران است و ضرورت دارد بیمار در این زمینه آموزش گرفته، مشاوره های لازم جهت ایجاد انگیزه و مهارت مذاکره با شریک جنسی در این زمینه را دریافت کند. لازم است بیمار از احتمال وجود عفونت بدون علامت در شریک جنسی و برگشت علائم در صورت درمان نشدن وی آگاه شود تا انگیزه لازم برای ارجاع شریک جنسی را داشته باشد. برای اینکار لازم است فرد یا تیم درمانگر به اصول مشاوره واقف بوده، بتوانند با کمک بیمار روش مناسبی برای بررسی و درمان شریک جنسی پیدا کنند.

۵- آموزش و مشاوره در زمینه پیشگیری (استفاده از کاندوم و رفتار جنسی سالم تر) و بهداشت باروری

به مراجع کمک کنید متوجه شود چه خطری او را تهدید می کند . به او کمک کنید که رفتارهای پر خطر خود را تغییر دهد در صورتیکه مراجع به نتیجه ای برای روش های جنسی ایمن نمی رسد، انتخاب هایی برای رابطه جنسی ایمن طرح کنید. شامل:

- استفاده مداوم و صحیح از کاندوم
- محدود کردن شریک جنسی به یک شریک متعهد
- پرهیز از دخول (به ویژه زمانی که یکی از شرکای جنسی تحت درمان یک عفونت آمیزشی باشد).

کاندوم مردانه موثرترین و در دسترس ترین وسیله پیشگیری از انتقال بیماریهای آمیزشی و ایدز است . کاندوم زنانه هم مؤثر و ایمن است و استفاده از آن نیاز به آموزش ویژه دارد.

افرادی که به مراکز ارائه خدمت بیماریهای آمیزشی مراجعه می کنند باید روش صحیح استفاده از کاندوم را بدانند (رایگان یا قیمت کم) در این مراکز لازم است در دسترس باشد. (پیوست استفاده از کاندوم دیده شده است.

در زمینه سلامت باروری و روشهای فاصله گذاری بین بارداریها توضیحات لازم در بخش سوم ارائه شده است.

اهمیت مشاوره:

رویارویی با بیماری آمیزشی و چالشهای همراه با آن ساده نیست. مبتلایان به دلیل انگ، نیاز به تغییر رفتار، ضرورت جلب مشارکت شریک جنسی نیاز به این دارند که علاوه بر آموزش، از مشاوره های لازم نیز بهره مند گردند. در حقیقت مشاوره یک تعامل هدفمند است که طی آن مشاور با صرف وقت و توجه برای مراجع، به او در جستجو و کشف روش هایی برای تصمیم گیری و تغییر رفتار کمک می کند. یک مشاوره صحیح به مراجع کمک می کند تا:

- مشکل موجود را به درستی شناسایی کند
- اطلاعات مورد نیاز را کسب کند
- راه ها و امکانات مختلف را شناسایی کند
- نتیجه و پیامد راه های مختلف را ارزیابی کند
- تصمیم گیری کند
- مسئولیت تصمیم و عملش را بپذیرد
- نتیجه تصمیم را ارزیابی کند (بررسی علل موفقیت و شکست و استفاده آتی)

ارائه مشاوره نیازمند برقراری ارتباط موثر است و برقراری ارتباط موثر نیازمند موارد ذیل است:

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

مشاوره باید در محیطی مناسب و محرمانه انجام شود. در فرایند مشاوره سوالات احتمالی که در ذهن مراجع وجود دارد باید روشن شده، پاسخ داده شود. صحبت در مورد مسائل جنسی هر چه راحت تر و روان تر باشد ارتباط با بیمار بهتر خواهد بود مشاور باید به بیمار برای تغییر رفتار کمک کند و در این زمینه، اهداف واقع گرایانه داشته باشد. هدف از تغییر رفتار الزاما خذف کامل رفتارهای پرخطر نیست بلکه تغییرات جزئی در جهت سلامت رفتار و کاهش خطر مورد قبول خواهد بود.

در تغییر رفتار به چهارفاکتور باید توجه داشت :

- ۱- باید فاکتورهای مؤثر در تغییر رفتار را لیست کنیم.
- ۲- رفتارهای نیازمند مشاوره را مشخص کنیم و بگوئیم چرا نیاز به مشاوره دارد.
- ۳- تغییر رفتار جنسی، سخت ترین تغییر رفتار است.
- ۴- موانع موجود در راه تغییر رفتار را لیست کنیم. عوامل زیر میتوانند از موانع تغییر رفتار باشند:
 - بیمار احساس می کند اجتناب از بیماریهای آمیزشی فقط با خویشتن داری انجام میشود. یعنی در مورد نقش تکمیل درمان و استفاده از کاندوم در جلوگیری از بیماریهای آمیزشی اطلاعی ندارد.
 - بیمار درکی از سرعت گسترش بیماریهای آمیزشی ندارد.
 - بیمار اعتقاد به ضرورت درمان شرکاء جنسی ندارد.
 - بیماران بخصوص نوجوانان خطر ابتلاء به بیماریهای آمیزشی را بسیار کم میدانند.
 - آقایان مانع تغییر رفتار در خانمها می باشند.
 - برخی بیماران خطر را درک می کنند ولی اصلاح خود را منوط به اصلاح جامعه می دانند.
 - موانع دیگر تغییر رفتار مربوط به فرد ارائه دهنده خدمت می باشد. طرز رفتار مشاور در واداشتن بیمار به تغییر رفتار نقش حیاتی دارد.

از تکنیکهای مختلف جهت تغییر رفتار استفاده کنید. از جمله :

الف- فواید جاری تغییر رفتار را ذکر کنید. فواید کوتاه مدت تغییر رفتار را به بیمار بگوئید. مثلاً؛ از کاندوم استفاده کن تا دوباره دچار زخم تناسلی دردناک نشوی.

ب- در مورد رفتارهای جایگزین با مراجع صحبت کنید. این رفتارها میتوانند جایگزین مناسبی باشد:

- کاهش تعداد شرکاء جنسی، ترجیحاً یک نفر
- استفاده مداوم و صحیح از کاندوم
- آشنایی با نشانه ها و علائم بیماریهای آمیزشی و درمان فوری و کامل آنها
- جایگزینی تماسهای جنسی نافذ پرخطر با تماسهای غیرنافذ کم خطر
- درمان اعتیاد دارویی (مواد مخدر)
- جهت معتادین تزریقی : عدم استفاده از سرسوزن مشترک و استفاده از سرنگهای یکبار مصرف

ج- به بیمار کمک نمایید که با موانع موجود برخورد صحیح داشته باشد.

گاهی لازم است افراد جهت دریافت برخی مشاوره های خاص ارجاع داده شوند

۴-۱ مدیریت همزمان شریک جنسی:

یکی از اهداف برنامه کنترل بیماریهای آمیزشی قطع زنجیره انتقال است، از این رو بررسی و درمان شریک جنسی یک جزء جدایی ناپذیر از بسته خدمات خواهد بود. از آنجا که رویکرد ما در درمان عمدتاً سندرومیک است، شریک جنسی باید بدون در نظر گرفتن وجود یا فقدان علائم در شرح حال و معاینه، مبتلا فرض شده، تحت درمان قرار گیرد. بطور معمول کلیه شرکاء جنسی در طی ۶۰ روز قبل از بروز علائم باید از این نظر بررسی و درمان شوند. تنها سندرومی که نیاز به درمان شریک جنسی ندارد ترشح واژینال بدون وجود علائم سرویسیت است. شناسایی منبع اولیه عفونت ارزش افزوده ای ندارد و آنچه برای ما مهم است در حله اول ارائه بسته جامع خدمت به تمام شرکاء جنسی بیمار، و متعاقباً ارائه این بسته به شرکا جنسی این افراد خواهد بود.

اعلام بیماری آمیزشی به شریک جنسی برای اغلب بیماران راحت نیست. درمان شریک جنسی باید مبنی بر رازداری و غیر اجباری بودن بودن باشد. هرگز نباید بیمار را برای افشا نام شریک جنسی تحت فشار قرارداد. برای دسترسی به شریک جنسی دو رویکرد وجود دارد:

الف) ارجاع توسط بیمار

در این رویکرد مسئولیت مراجعه شریک جنسی با شخص بیمار است. از آنجا که اعلام این مطلب به شریک جنسی ساده نیست، ارائه دهنده خدمت باید آموزش و مشاوره لازم را به بیمار ارائه دهد تا او بتواند روش مناسبی برای انجام این کار پیدا کند. بیمار ممکن است به طرق مختلف ارتباط بین شریک جنسی و درمانگر را فراهم کند. به عنوان مثال:

- ✓ مستقیماً در مورد بیماری آمیزشی و نیاز به درمان با شریک جنسی گفتگو کند.
- ✓ از شریک جنسی بخواهد که همراه او به مرکز ارائه دهنده خدمت بیاید، بدون اینکه توضیح خاصی به او داده باشد.
- ✓ کارت ویژه ای را به شریک جنسی ارائه کند. بدین ترتیب که مرکز بهداشتی درمانی کارتی را به بیمار تحویل میدهد. بیمار این کارت را به شریک جنسی داده از وی میخواهد با در دست داشتن آن به مرکز مراجعه کند. پرسنل مرکز با دیدن کارت متوجه خواهند شد که وی شریک جنسی یک فرد مبتلا به بیماری آمیزشی است. اگرچه استفاده از چنین کارتهایی اطلاع به شریک جنسی و شناسایی سندروم را ساده تر خواهد کرد، ولی ممکن است در دست داشتن آن بصورت برجسی برای استیگما در آید. از این رو در هر مرکز به طراحی و نحوه ارائه کارت باید بصورت

ویژه توجه شود. دقت داشته باشید که درمان شریک جنسی بدون اطلاع از بیماری یا سندوم بیمار اولیه ممکن نخواهد بود بنابراین کارت باید اطلاعاتی در زمینه بیماری مراجع اول را منتقل کند.

ب) تماس مستقیم پرسنل بهداشتی درمانی

در این روش فرد درمانگر یا مسئول پیگیری در مرکز بهداشتی درمانی با شریک جنسی تماس میگیرد و از وی میخواهد برای بررسی مراجعه کند. این روش نیاز به داشتن پرسنل outreach که دوره های آموزشی ویژه گذرانده باشند دارد و در اغلب مراکز بهداشتی درمانی گزینه قابل اجرایی نیست. به نظر میرسد پزشک خانواده بتواند از این طریق به همسر قانونی بیمار دسترسی داشته باشد. به هر حال این امر باید به شکلی ارائه شود که به رازداری و رضایت بیمار لطمه ای وارد نکند. در دو حالت تماس از طریق پرسنل انتخاب مناسبی خواهد بود:

- ✓ علی رغم مشاوره مناسب و مطرح کردن کلیه راه حل ها، بیمار قادر به اعلام به شریک جنسی نیست. میتوان از بیمار خواست که شریک جنسی را همراه با خود به مرکز درمانی بیاورد و در حضور وی در این رابطه صحبت شود.
- ✓ زمانی که بیمار با ارجاع شریک جنسی موافقت کرده ولی هنوز شریک جنسی مراجعه نکرده است.

گاهی ممکن است بیمار به هیچ وجه حاضر به ارجاع شریک جنسی نبوده، اطلاعات لازم برای تماس را نیز در اختیار درمانگر قرار ندهد. یکی از گزینه هایی که در اینجا مطرح میشود، ارائه درمان برای دو نفر و تحویل دارو به شریک جنسی توسط بیمار خواهد بود. این رویکرد مخالفان زیادی دارد. با این حال در برخی شرایط تنها گزینه ممکن خواهد بود. توصیه میشود این روش تنها برای بیمارانی استفاده شود که موانع جدی برای اعلام به شریک جنسی دارند.

۵-۱ پیگیری بیمار

پیگیری بالینی بیمار بخش مهمی از مدیریت درمان بیمار آمیزشی است. پیگیری درمان کمک می کند، پابندی درمان و پاسخ به درمان ارزیابی گردد. مدیریت درمان شریک جنسی از عفونت مجدد پیشگیری کرده و بر تماس

جنسی ایمن تاکید می کند. زمان مراجعه بعدی و نحوه پیگیری بیمار بر اساس سندروم و یا اتیولوژی بیماری متفاوت بوده در بخش مربوطه توضیح داده شده است.

۶-۱ آزمایش اچ آی وی

به کلیه مبتلایان به بیماریهای آمیزشی باید آزمایش HIV توصیه شود. در صورتیکه که بیمار رضایت به انجام آزمایش ندارد، باید در مورد دلایل نیاز به این آزمایش، اطمینان از رازداری، امکان آزمایش رایگان و وجود درمان مناسب برای بیمار توضیح داد. در صورتیکه همچنان فرد رضایت به انجام ندارد میتوان از انجام آزمایش صرف نظر کرد ولی همچنان به بیمار توصیه کرد که در هر زمانی که مناسب است برای آزمایش به محل مناسب (مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و یا سایر مراکز همکار در برنامه) مراجعه کند. اطلاعات مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری در کشور از طریق آدرس <http://hiv-sti.ir/hiv> قابل دستیابی است.

۷-۱ گزارش دهی مورد

گزارش دهی موارد عفونت های آمیزشی می تواند در شناسایی وضعیت اپیدمیولوژیکی عفونت های آمیزشی در جامعه بسیار کمک کننده باشد؛ به این منظور نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی به عنوان یکی از اجزای مهم و اصلی نظام مراقبت عفونت های آمیزشی طراحی و اجرا شده است. اطلاعات به دست آمده از یک نظام ثبت و گزارش دهی کامل و جامع می تواند برای تعیین روند، هشدار اپیدمی، کمک به اولویت بندی برنامه ها و همچنین ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشگیری نیز مورد استفاده قرار گیرد. در فصل در خصوص نظام گزارش دهی عفونت های آمیزشی و انواع آن توضیحاتی آمده است. همچنین جزییات فرایند گزارش دهی در پروتکل مربوط به نظام مراقبت عفونت های آمیزشی به طور مفصل شرح داده شده است.

فصل دوم – تشخیص و درمان عفونت‌ها و بیماری‌های آمیزشی

۱-۲ ملاحظات عملی در تشخیص و درمان بیماری های آمیزشی

۱-۱-۲ گرفتن شرح حال

گرفتن شرح حال مناسب به تشخیص دقیق سندرومیک ، مشخص نمودن خطر انتقال بیماری آمیزشی برای بیمار و شناخت شریک جنسی 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 تمایل به پاسخ دادن نداشته باشد.

ب- بیماران ممکن است از دادن اطلاعات به علت حمایت از شریک جنسی خود، خودداری کنند. به بیمار اطمینان دهید که آنچه به شما میگوید محرمانه می ماند . ابتدا خود را به بیمار معرفی میکنیم، به بیمار کمک نماییم که احساس راحتی کند . محیطی آرام ایجاد کنیم، نحوه سؤال کردن طوری باشد که اطمینان بیمار را جلب کنیم و تاریخچه کامل از بیمار بگیریم . به بیمار خوش آمد بگوئیم، ارتباط نگاهی با بیمار داشته باشیم از کلماتی استفاده کنیم که برای بیمار قابل فهم باشد . رفتاری دوستانه ، اطمینان بخش و مؤدب داشته باشیم . از سؤالات بسته و دقیق استفاده کنیم.

سؤالات بسته به گونه ای است که پاسخ به آنها در یک کلمه یا عبارت کوتاه داده می شود اغلب آری یا نه است) مثلاً آیا تورم دردناک است؟ آیا تأخیر قاعدگی وجود دارد؟ (این سؤالات برای گرفتن تاریخچه بسیار مؤثر هستند . زیرا به ما کمک می دهند اطلاعات کاملی را، بدون اینکه بیمار مدت زیادی صحبت کند، کسب کنیم . برای پرسیدن سؤالات خصوصی از بیماران اجازه گرفته شود.

سؤالات به چه نحوی از بیمار پرسیده شود ؟

نحوه سؤال کردن از بیمار مشکل ترین قسمت گرفتن تاریخچه است . باید از بیمار با دقت سؤال شود و مطمئن باشید که پاسخهای روشنی از اطلاعات مورد نیاز خواهید گرفت نحوه سؤال کردن از بیمار باید مؤدبانه باشد . بطور واضح ، روشن و اختصاصی سؤال کنید بطوری که بیمار شخصاً بفهمد شما به چه اطلاعاتی نیاز دارید . شش مهارت کلامی مؤثر در کسب اطلاعات:

۱- 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 نمیداند از کجا شروع کند ، یا وقتی تند صحبت می کند و موضوعات را قاطی می کند . این مهارت به افراد کمک می کند، اطلاعات را به ترتیب ارائه دهد

۳- خلاصه کردن و چک کردن: خلاصه و چک کردن شما را قادر می کند ببینید، آیا مشکلات بیمار را درست فهمیده اید. بیمار هم می تواند موضوعاتی که درست متوجه نشده اید اصلاح کند. این مهارت را زمانی که بیمار چند مطلب را بیان کرده است و می خواهید، تایید کند.

۴- همدلی: زمانی که با احساس بیمار سرو کار داریم، همدردی، مهمترین مهارت می باشد. اگر شما احساس کنید بیمار نگران یا عصبی است، می توانید با بیان آنچه از صحبت هایش درک کرده اید، همدردی خود را نشان دهید.

۵- اطمینان مجدد دادن یک راه خوب برای نشان دادن اینکه شما پذیرفته اید که نیازی نیست مشکل بیمار برای همیشه باقی بماند.

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

اطلاعات مورد نیاز شامل:

۱-اطلاعات عمومی بیمار

۲-بیماری فعلی فرد

۳-شرح حال پزشکی فرد

۴-شرح حال رفتار جنسی فرد

علت نیاز به این اطلاعات را توضیح دهید

اطلاعات عمومی مورد نیاز را شناسایی کنید. اطلاعات مورد نیاز را با مهارت های سؤال کردن هماهنگ کنید کلیه سوالات لازم پرسیده میشوند. 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، پزشک تنها اطلاعات کلی را ثبت خواهد کرد

۱-اطلاعات عمومی بیمار شامل: سن، تعداد کودکان، آدرس محل زندگی، شغل،

شرح بیماری فعلی:

شرح بیماری فعلی مردان: - اگر خیارک کشاله ران دارد، آیا دردناک است؟ آیا بازخم 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؟

شرح بیماری فعلی زنان: - اگر ترشح مهبل 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	زیر دل درد
درد ناحیه پرینه	بزرگی غدد لنفاوی کشاله ران
ترشح مقعد	خارش ولو
	درد زمان نزدیکی
	درد ناحیه پرینه
	ترشح مقعد

سابقه پزشکی:

- سابقه بیماری آمیزشی در گذشته، چه نوعی؟ چه تاریخی؟ آیا درمانی دریافت کرده است؟ نتیجه چه بود؟
- بیماری دیگری در گذشته، داشته است؟ چه نوعی؟ چه تاریخی؟ آیا درمانی دریافت کرده است؟ نتیجه چه بود؟
- در حال حاضر دارویی دریافت می کند؟
- آیا سابقه حساسیت دارویی دارد؟

جدول ۲: 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 پیشگیری از بارداری
	خونریزی بعد از نزدیکی	

ارزیابی رفتارهای پرخطر

عوامل خطر :

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

سابقه رفتار جنسی

درباره سابقه رفتار جنسی او در ابتدا ، دو یا سه سؤال باز، سپس سئوالات بسته ای که در تکمیل اطلاعات سئوالات باز است مطرح نمایید. قبل از معاینه لازم است موارد زیر در خصوص سوابق جنسی ، جهت مدیریت 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 ، غیر همسر منظم ، 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 شما تماس جنسی با فرد دیگری داشته است ؟

- سابقه بیماری 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 می باشید؟ (کارکنان بهداشتی درمانی))

- در مورد اطفال، سابقه عفونتهای والدین (سوزاک، سیفلیس، کلامیدیا، هرپس) و در زمینه سوء استفاده

جنسی

۲-۱-۲ معاینه بالینی

معاینه بالینی بیماران حائز اهمیت است. چرا که نشانه های توصیف شده توسط بیمار را تأیید کرده و در صورت امکان می توان علائمی را 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. - آرام و دوستانه با بیمار برخورد کنیم. - در مورد بیماران مؤنث، در صورت تمایل بیمار، داشتن یک همراه ایرادی ندارد.

- در مورد بیمارانی که تمایلی به معاینه نشان نمی دهند بیان اهمیت معاینه بطور واضح، جهت ترغیب ایشان، لازم است. قدمهای اساسی در مورد نحوه معاینه بیماران مؤنث و مذکر به شرح زیر است:

معاینه بیماران مذکر:

- از بیمار بخواهید پیراهن خود را از تن بیرون آورد. از وی بخواهید روی صندلی بنشیند و مثلتهای قدامی و خلفی گردن، نواحی زیر چانه و زیر اکسیوت) پس گردن (و زیر بغل و بالای آرنج را لمس کنید. اگر غده لنفاوی بزرگ وجود دارند: اندازه قوام، تعداد و دردناک بودن آنها را ثبت کنید. - از بیمار بخواهید بایستد و شلوار خود را بیرون آورد. می توان بیمار را در وضعیت ایستاده معاینه کرد. اگر چه معاینه در وضعیت دراز کشیده ساده تر است. - با معاینه پوست قفسه سینه، پشت، رانها، شکم، کپلها، کشاله ران و نواحی تناسلی بدن بال بثورات جلدی، تورم و زخم بگردید. موهای ناحیه تناسلی را از نظر وجود تخم حشرات و شپش بررسی کنید. لمس کنید. ناحیه کشاله ران را از لحاظ وجود یا عدم وجود غدد لنفاوی و خیارک بررسی کنید.

-از بیمار بخواهید که بطرف جلو خم شود و کپلها را با دست باز کنید. بطوری که مشاهده مقعد و پرینه امکان پذیر گردد. -اسکروتوم را لمس کنید. (بیضه، اپی دیدیم، طناب اسپرماتیک). -آلت تناسلی را از نظر بثورات جلدی و زخم معاینه کنید. به قسمت های مختلف آلت تناسلی و مجرای پیشابراه توجه کنید. اگر بیمار شکایت از ترشح مجرا داشته ولی ترشح واضح مجرا دیده نشد، باید پیشابراه را به آرامی دوشید تا اگر ترشحي وجود دارد مشخص گردد.

معاینه بیماران مؤنث:

-در حالی که بیمار روی صندلی نشسته است، وی را از نظر غدد لنفاوی بزرگ شده در مثلثهای قدامی و خلفی کردن، نواحی زیر چانه، زیر اکسیوت، زیر بغل و بالای آرنج معاینه کنید اگر غده لنفاوی بزرگ شده باشند، اندازه، قوام، دردناک بودن، تعداد و محل آنها را ثبت کنید. -از بیمار بخواهید لباس خود را بیرون آورده و روی تخت دراز بکشد و از پوششی برای قسمت هایی از بدن که معاینه نمی کنید، استفاده ننماید. -با مشاهده پوست قفسه سینه، پشت، رانها، شکم، کپلها، کشاله رانها، نواحی تناسلی به علائم پوستی بیماریهای آمیزشی توجه نمائید.

۲-۲ سندروم های عفونت های آمیزشی

۱-۲-۲ زخم تناسلی

شیوع نسبی ارگاناسم های مولد زخم تناسلی متفاوت است و در نقاط مختلف جهان، در زمان های مختلف تغییرات قابل توجهی دارد. به خصوص در مناطقی که عوامل مختلفی شایعند، تشخیص های افتراقی بالینی زخم تناسلی دقیق نیست. تظاهرات بالینی و نمای بیماری هایی که زخم تناسلی می دهند ممکن است در حضور عفونت HIV تغییر کنند.

بعد از اثبات وجود زخم تناسلی در معاینه بیمار، درمان مناسب براساس عامل اتیولوژیک و الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی شایع در منطقه باید به عمل آید. برای مثال، در مناطقی که سیفلیس و شانکروئید شایعند، بیماران با زخم های تناسلی باید برای این دو عامل در اولین مراجعه درمان کافی دریافت کنند؛ به طوری که نیازی به پیگیری بعدی نباشد. در مناطقی که گرانولوم اینگوینال شایع است، درمان باید آن را نیز پوشش دهد. در مناطقی که گرانولوم اینگوینال یا لنفوگرانولوم ونروم (LGV) شایعند، درمان باید هر دو آنها را دربرگیرد. در بعضی مناطق جهان، تب خال شایع ترین عامل ایجاد کننده زخم تناسلی است. وقتی عفونت با HIV شیوع می یابد، نسبت افزایش یافته ای از موارد زخم تناسلی احتمالاً در ارتباط با ویروس هرپس سیمپلکس رخ می دهد. زخم های هرپسی ممکن است به شکل غیراختصاصی بوده، برای مدت های طولانی در بیماران مبتلا به HIV باقی بمانند.

در ویزیت اول با بیمار، آزمایشگاه بندرت در افتراق بیماری‌ها مفید است؛ زیرا عفونت‌های همراه شایعند. به‌علاوه، در مناطقی با شیوع بالای سیفلیس، یک آزمایش سرولوژی مثبت، ممکن است ناشی از عفونت قبلی باشد و تصویری نادرست از وضعیت فعلی بیمار ارائه‌دهد.

الگوریتم یک: رویکرد بالینی با موارد زخم ژنیتال



درمان سندرومیک توصیه شده برای زخمهای ژنیتال:

در صورت وجود تاول واضح بیمار برای هرپس درمان شود

جدول ۳: درمان توصیه شده برای هرپس تناسلی
درمان در نخستین اپیزود بالینی تب خال تناسلی:
تمام بیماران در اولین اپیزود بالینی بیماری باید درمان ضدویروسی دریافت نمایند.
• آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز - یا • آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز - یا • والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی ۲ بار در روز برای ۷-۱۰ روز

درمان برای سیفیلیس در صورت مثبت بودن VDRL/RPR

جدول ۴: درمان در سیفیلیس زوردس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال):
○ پنی سیلین بنزاتین ۲/۴ 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

به علاوه هر یک از موارد ذیل:

درمان برای شانکروئید، البته در کشور ما به دلیل اینکه شانکروئید بسیار نادر است درمان صرفاً در صورت تشخیص محتمل توسط متخصص

جدول ۵: رژیم های درمانی موثر برای درمان شانکروئید عبارتند از:
• آزیترومايسين 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

- اریترومايسين ۵۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز برای هفت روز

درمان برای LGV اگر شایع باشد

جدول ۶: درمان توصیه شده لنفوگرانولوم. نروم
درمان انتخابی
داکسی سیکلین ۱۰۰mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۲۱ روز
درمان جایگزین
اریترومايسين ۴۰۰mg هر ۶ ساعت برای ۲۱ روز
یا
آزیترومایسین ۱g خوراکی یکجا هفتگی برای ۳ هفته متوالی
درمان همسر:
آزیترومایسین ۱g خوراکی تک دُز یا داکسی سیکلین ۱۰۰mg دو بار در روز تا ۷ روز

زخم تناسلی و عفونت HIV

در بررسی های گذشته چنین مطرح شده که سیر طبیعی سیفیلیس ممکن است در اثر عفونت همزمان با HIV تغییر نماید. برخی منابع، شکل های غیرمتداول ضایعات اولیه و ثانویه سیفیلیس را گزارش کرده اند. برخی منابع نیز افزایش احتمال شکست درمان با تک دُز پنی سیلین را در مراحل اولیه سیفیلیس گزارش نموده اند.

شکل های غیرمتداولی از شانکروئید در افراد مبتلا به HIV گزارش شده اند. ضایعات تمایل به گسترش و افزایش تعداد داشته، می توانند همراه علائم سیستمیک همچون تب و لرز باشند. مواردی از گسترش سریع ضایعات نیز توسط پزشکان گزارش شده است. بنابراین، تأکید می شود درمان، به خصوص در موارد مبتلا به HIV هرچه سریع تر انجام شود.

شواهدی وجود دارند که احتمال شکست درمانی شانکروئید به خصوص درمان تک دُز را در حضور عفونت HIV مطرح می کند. برای اثبات این مسئله به تحقیقات بیشتری نیاز است.

ضایعات هرپس سیمپلکس در افراد مبتلا به HIV ممکن است به شکل زخم هایی پایدار و متعدد ظاهر کنند که به مراقبت پزشکی نیاز دارند؛ برعکس، در افراد با ایمنی سالم، ضایعات به شکل وزیکول ها و زخم های خودبه خود بهبودیافته دیده می شوند. بنابراین به منظور آسایش بیمار، تجویز پیشگیری یا درمانی داروهای

ضد ویروسی ممکن است ضروری باشد. به منظور اجتناب از ایجاد انتظارات کاذب درمانی در بیمار، ارائه آموزش کافی به وی درخصوص ماهیت و هدف از درمان ضروری است.

۲-۲-۲ ترشح مجرا

التهاب پیشابراه یا یورتریت در مردان معمولاً با خارش پیشابراه، سوزش ادرار و ترشح موکویید، موکوپورولانت یا چرکی ظاهر می شود. در مبتلایانی که شکایتی ندارند، گاه تنها در معاینه می توان نشانه یورتریت را دید.

عوامل مولد بیماری: عفونت با میکروارگانیزم های مختلفی می تواند به یورتریت بیانجامد. بطور کلی یورتریتها را میتوان به دو صورت گنوکوکی و غیر گنوکوکی تقسیم کرد. کلامیدیا شایعترین ارگانیزم مولد یورتریت غیر گنوکوکی است. اغلب یورتریت گنوکوکی با عفونت کلامیدیا تراکوماتیس همراهی دارد. میکوپلاسما ژنیتالایوم نیز یک عامل یورتریت غیرگنوکوکی است. در مردان هتروسکسوال، تریکوموناس واژینالیس نیز گاهی منجر به یورتریت غیرگنوکوکی می گردد. ویروس های هرپس سیمپلکس، EBV و آدنوویروس نیز به ندرت منجر به یورتریت می شوند. یورتریت با باسیل های گرم منفی روده ای در مردانی که رابطه جنسی مقعدی داشته اند، دیده شده است. آفت، واکنش های دارویی و برخی بیماری های پوستی اولیه از علل غیر عفونی یورتریت است.

رویکرد تشخیصی: در حضور شکایات حاکی از یورتریت، می توان وجود آن را بر اساس یکی از موارد زیر تایید نمود:

✓ 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 انگشت اول را بر سطح پشتی آلت تناسلی بیمار و انگشت دوم را در سطح وئترال آلت قرار داد و آنرا به سمت مه آ دوشید تا ترشح را مشاهده نمود. رنگ آمیزی گرم ترشحات مه آ و مشاهده ۲ یا بیش از ۲ سلول سفید در هر فیلد از میکروسکوب با بزرگ نمایی ۱۰۰۰.

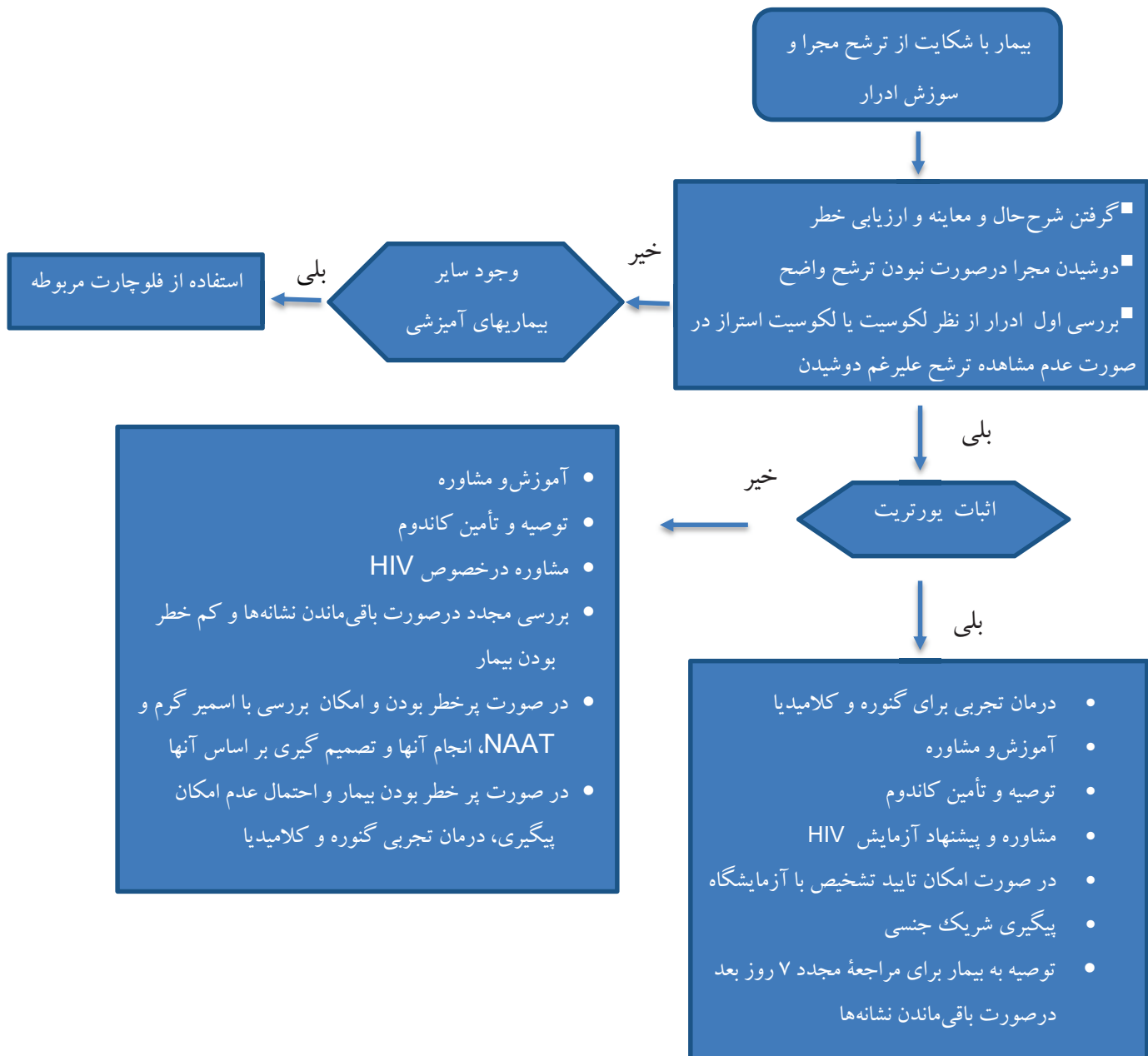
✓ آزمایش لوکوسیت استراز مثبت در اول ادرار

✓ مشاهده ۱۰ یا بیش از ۱۰ سلول سفید در هر فیلد از میکروسکوب با بزرگ نمایی ۱۰۰۰ در سدیمان اول ادرار که سانتریفیوژ شده.

مشخصات ترشحات در تعیین اتیولوژی یورتریت کمک زیادی نمی کند. اگر میکروسکپ در دسترس باشد و در اسمیر گرم از ترشحات مجرا دیلوکوک های گرم منفی دیده شود، حاکی از یورتریت گنوکوکی است که

عامل آن نیسریا گونوره است. برای تعیین اتیولوژی یورتریت، اگر میکروسکوب در اختیار باشد و در اسمیر گرم، دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی دیده شود، به شدت حاکی از یورتریت گونوکوکی است. چنانچه میکروسکوب در دسترس نباشد یا در رنگ آمیزی گرم، دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی دیده نشود، می توان از **NAAT** برای گنوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس در ادرار استفاده نمود. در بیمارانی که شکایت دارند ولی یورتریت تایید نمی شود هم ممکن است **NAAT** برای گنوکوک و کلامیدیا تراکوماتیس در ادرار در کسانی که بسیار پر ریسک هستند، کمک کننده باشد. در صورتی که این بررسی ها امکان پذیر نباشد، ولی یورتریت در معاینه وجود دارد، درمان تجربی برای گونوکوک و کلامیدیا باید صورت گیرد. اگر یورتریت وجود ندارد و نمی توان آنرا به طور آزمایشگاهی هم ثابت کرد، در مردان بسیار پرخطر که احتمال پیگیری وجود ندارد نیز می توان درمان تجربی را در نظر گرفت. آزمایش از نظر تریکوموناس واژینالیس را باید در مواردی در نظر گرفت که شیوع تریکوموناس واژینالیس بالاست.

الگوریتم ۲: رویکرد بالینی با موارد ترشح از مجرا



جدول ۷: درمان توصیه شده برای یورتريت گونوكوکی
درمان انتخابی
• سفتریاكسون ۲۵۰ mg عضلانی تك دُز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تك دُز
درمان جایگزین
• اگر سفتریاكسون در دسترس نباشد، سفكسیم ۴۰۰ mg خوراکی تك دُز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تك دُز
• سفتریاكسون ۲۵۰ mg عضلانی تك دُز، در صورت حساسیت به آزیترومایسین، داکسی سیکلین 100 mg دو بار در روز برای ۷ روز
• در صورت آلرژی به سفالوسپورین ها، ژمی فلوکساسین 320mg خوراکی تك دُز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تك دُز (احتمال تهوع بالاست)
• در صورت آلرژی به سفالوسپورین ها، اسپکتینومایسین 2g عضلانی تك دُز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تك دُز (احتمال تهوع بالاست)
• در صورت آلرژی به سفالوسپورین ها، جنتامایسین 240mg عضلانی تك دُز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تك دُز (احتمال تهوع بالاست)

جدول ۸: درمان توصیه شده برای یورتريت غير گونوكوکی
درمان انتخابی
آزیترومایسین يك گرم خوراکی تك 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 يك بار خوراکی برای ۷ روز یا افلوکساسین 300mg دو بار در روز خوراکی برای ۷ روز

سایر توصیه ها:

○ 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 نتوان شریک جنسی وی را برای ارزیابی ویزیت کرد، می توان به بیمار آزیترومایسین داد تا به شریک جنسی خود بدهد.

○ پیگیری بیمار:

- مردانی 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. ولی صرف وجود شکایت بدون تایید یورتریت در معاینه یا وجود التهاب در بررسی آزمایشگاهی دلیل کافی برای درمان مجدد نیست.

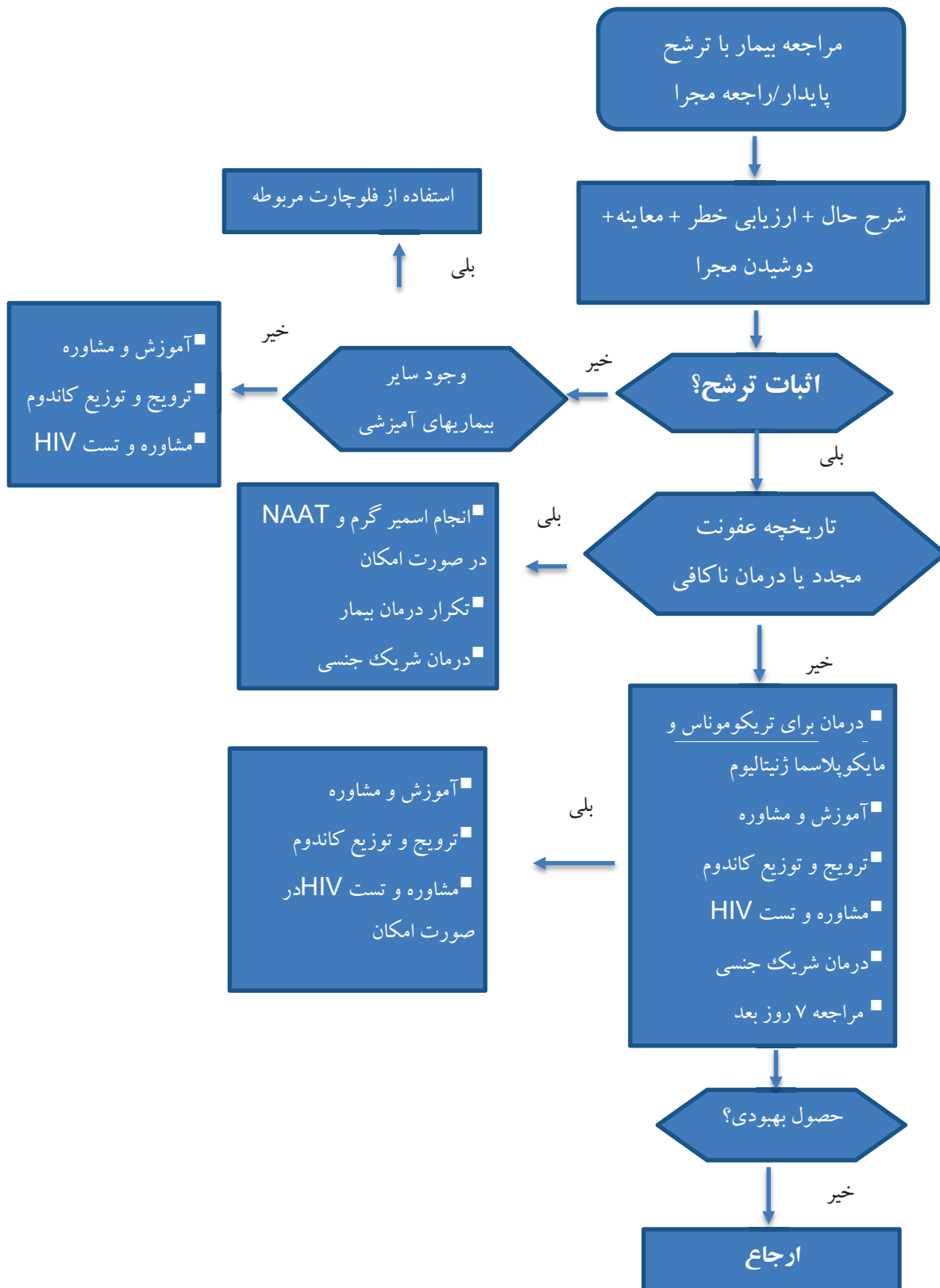
○ آزمایش HIV:

- به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد.

ترشح از مجرا به صورت پایدار یا عودکننده: شکایت از یورتریت پایدار یا راجعه ممکن است ناشی از مقاومت دارویی، مصرف ناکافی داروها و یا عفونت مجدد باشد. در بعضی بیماران ممکن است عفونت با مایکوپلازما ژنیتالوم یا تریکوموناس واژینالیس (TV) رخ داده باشد. داکسی سیکلین ممکن است بر مایکوپلازما ژنیتالوم موثر نباشد. اگر بیمار قبلا با داکسی سیکلین درمان شده، درمان با آزیترومایسین شروع شود. اگر به آزیترومایسین هم جواب نداد، ماکسی فلوکساسین 400mg روزانه برای ۷ روز پوشش خوبی دارد.

در بعضی مناطق شیوع TV در مردان با علائم ترشح از مجرا بالاست. در مواردی که شکایت بیمار به قوت خود باقی باشد یا بعد از درمان کافی گنوکوک یا کلامیدیا، بیمار اصلی یا شرکای جنسی او، دچار عود شوند، و در صورتی که الگوی اپیدمیولوژیکی منطقه به نفع ابتلاء به عفونت با تریکوموناس باشد، درمان برای TV با 2g مترونیدازول باید صورت گیرد. اگر شکایات، با وجود پیگیری باقی بمانند، بیمار باید ارجاع شود.

الگوریتم ۳: رویکرد بالینی به موارد ترشح پایدار یا عود ترشح از مجرا در مردان



۳-۲-۲ ترشح واژینال

زنان سالم مقادیر مختلفی ترشحات واژینال سفید رنگ یا شفاف دارند که معمولاً قبل و بعد از قاعدگی افزایش می‌یابد و در اواسط سیکل ماهیانه آبکی تر می‌شود. همچنین در بارداری، مصرف قرص‌های ضد بارداری یا داشتن IUD، مقدار ترشحات واژینال افزایش می‌یابد. مشخصه ترشح واژینال غیر طبیعی تغییر ترشحات از نظر مقدار، رنگ و بوی آن است.

عوامل مولد بیماری: ترشحات واژینال غیر طبیعی در حضور عفونت واژن و یا سرویکس دیده می‌شوند. ولی داشتن ترشحات واژینال بیشتر از سرویسیت، دلالت بر وجود واژینیت می‌کند.

شایعترین علل واژینیت تریکوموناس واژینال، باکتریال واژینوز و کاندیدا آلبیکنس است. سرویسیت در اثر، نایسریا گونوره و یا کلامیدیا تریکوماتیس رخ می‌دهد.

سرویسیت معمولاً بدون علامت است ولی ممکنست با ترشحات واژینال و خونریزی‌های نامنظم (نظیر خونریزی پس از نزدیکی) تظاهر می‌کند. در شرح حال بیماران به مواردی چون رفتارهای جنسی، تعداد شرکاء جنسی خود بیمار و نیز شریک جنسی وی باید توجه شود. داشتن شرکاء جنسی متعدد و یا همسری که مبتلا به یک بیماری آمیزشی است، بعنوان فاکتورهای خطر ابتلا، احتمال سرویسیت را بیشتر می‌کند.

صرف گرفتن شرح حال برای تفکیک سرویسیت از واژینیت، ممکن نیست و بیمار باید حتماً معاینه شده باشد.

دو علامت مهم سرویسیت در معاینه شامل موارد ذیل است:

۱. وجود ترشحات چرکی یا موکوپرولانت از سرویکس که در معاینه دیده می‌شود

۲. با تماس ملایم (سواپ پنبه‌ای) سرویکس دچار خونریزی می‌شود

لکوره (تعداد WBC در ترشحات واژینال بیش از ۱۰ عدد در HPF باشد) می‌تواند بعنوان علامت سرویسیت در نظر گرفته شود. رنگ آمیزشی گرم ترشحات واژینال بدلیل حساسیت نامطلوب، توصیه نمی‌شود شایعترین علل سرویسیت نایسریا گونوره و کلامیدیا تریکوماتیس است. زنان مبتلا به سرویسیت باید حتماً از نظر ابتلا به PID معاینه و بررسی شوند.

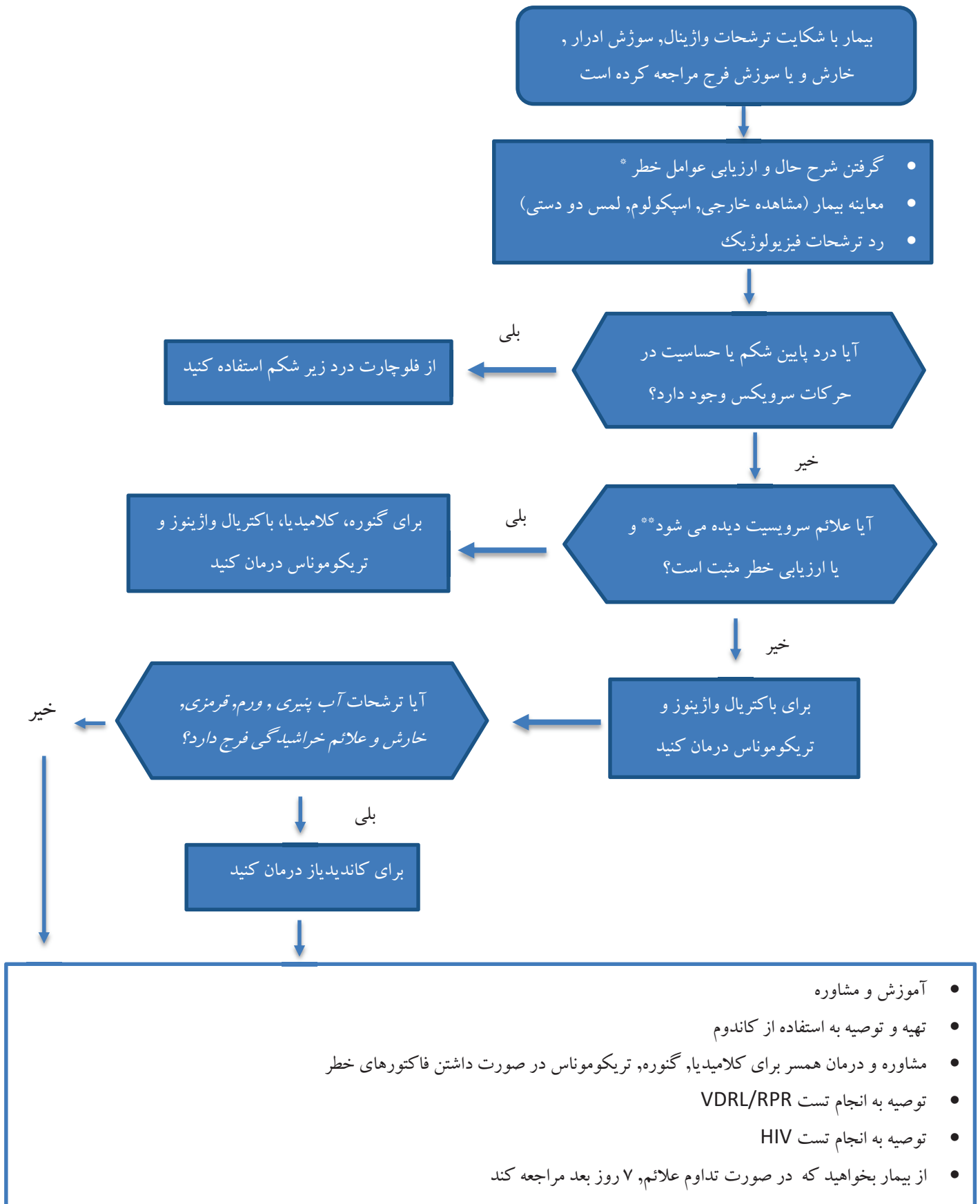
زنان مبتلا به سرویسیت باید حتماً از نظر ابتلا به PID معاینه و بررسی شوند.

تمام زنان با ترشحات غیر طبیعی واژینال باید برای تریکوموناس و باکتریال واژینوز درمان شوند خصوصا اگر امکان بررسی های میکروسکوپی و تفکیک اتیولوژیک وجود نداشته باشد. با توجه به اینکه همسر این افراد (یا شرکاء جنسی آنان) ممکنست بی علامت باشند، درمان شریک جنسی نیز توصیه می شود.

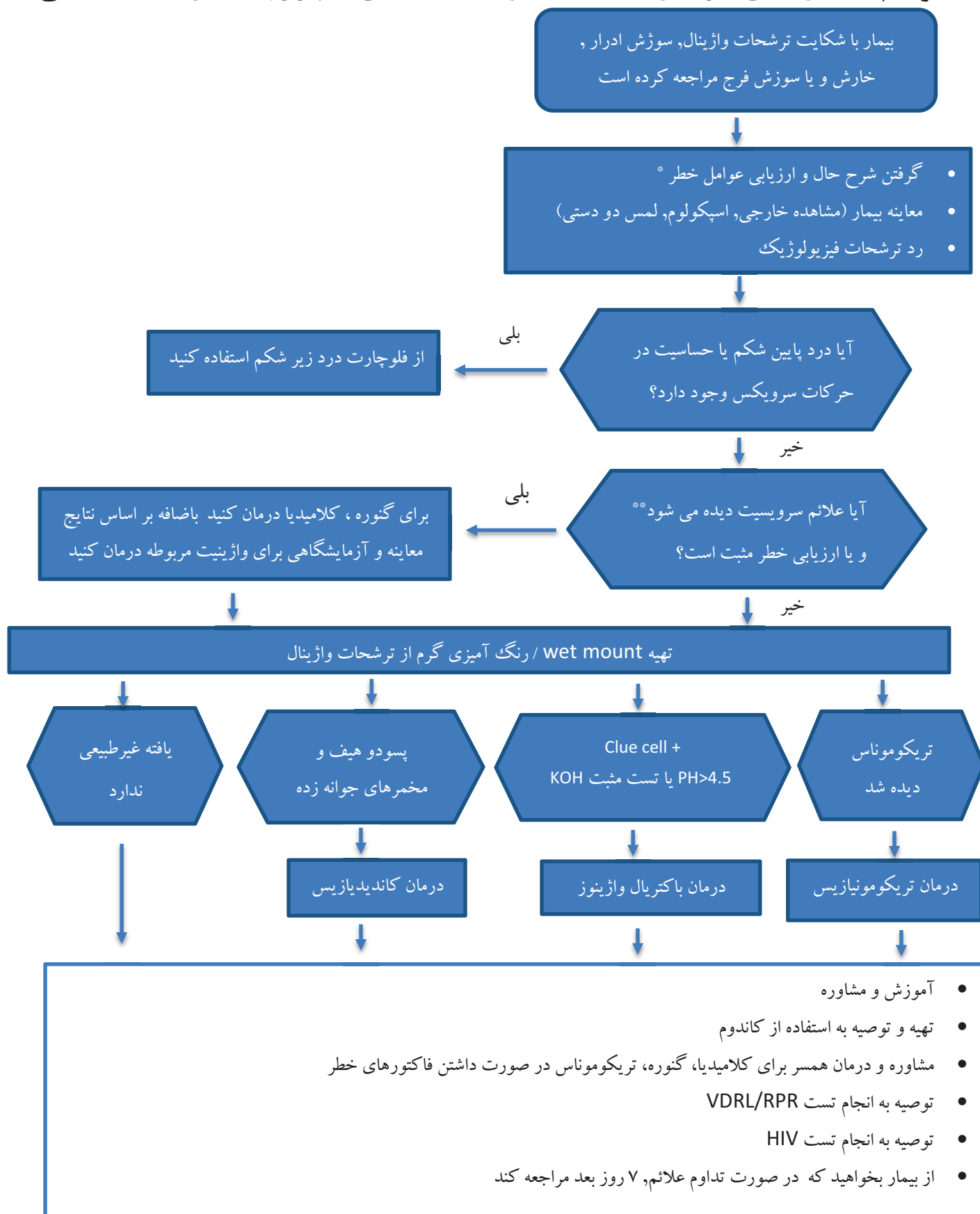
در صورت دسترسی، از آزمایش های آزمایشگاهی برای غربالگری زنان با شکایت ترشحات واژینال از نظر ابتلا به بیماریهای آمیزش میتوان استفاده کرد.. استفاده از نوارهای تعیین PH می تواند کمک کننده باشد. $PH > 4.5$ در باکتریال واژینوز یا تریکومونیا شایع است. تهیه یک Wet mount از ترشحات فورنیکس خلفی برای تریکوموناس واژینال، 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 برای تمام زنان با ترشحات واژینال غیر طبیعی یا ترجیحا در افراد با ترشحات واژینال غیر طبیعی و یک فاکتور خطر میتوان انجام داد.. رنگ آمیزی گرم ترشحات واژینال بدلیل حساسیت نامطلوب، توصیه نمی شود

نکته عملی: یافتن تعداد WBC در ترشحات واژینال بیش از ۱۰ عدد در HPF بدون وجود تریکومونیا می تواند بر ابتلا به سرویسیت گنوره یا کلامیدیایی دلالت کند

الگوریتم ۴: رویکرد بالینی با موارد ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپکولوم



الگوریتم ۵: رویکرد بالینی با موارد ترشحات واژینال همراه با معاینه دودستی و اسپکولوم و آزمایش‌های آزمایشگاهی



* فاکتورهای خطر شامل داشتن شریک های جنسی متعدد و داشتن همسر مبتلا به بیماری آمیزشی که معمولاً در ارتباط با سرویسیت هستند

** علائم سرویسیت شامل ترشحات مخاطی - چرکی از سرویکس، اروزیون سرویکس است و نیز به سادگی با یک ضربه کوچک سرویکس خونریزی می کند

جدول ۹: درمان سندرومیک ترشحات واژینال
سرویسیت ناشی از گنوره و کلامیدیا درمان انتخابی: • سفتریاکسون ۲۵۰mg عضلانی تک دُز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تک دُز درمان جایگزین: • سفیکسیم 400mg باضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز <u>یا</u> • سفیکسیم 400mg باضافه افلوکسازین 300mg خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز <u>یا</u> • سفیکسیم 400mg باضافه اریترومایسین ، 400mg خوراکی ، ۴ بار در روز برای ۷ روز
درمان سندرومیک واژینیت (تریکوموناس واژینالیس ، باکتریال واژینوز) • مترونیدازول 500mg خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز <u>یا</u> • تینیدازول 500mg خوراکی دو بار در روز برای ۵ روز
درمان ترشحات واژینال (کاندیدایی): • میکونازول یا کلوتریمازول، شیاف واژینال 200mg برای ۳ روز <u>یا</u> • کلوتریمازول، شیاف واژینال 500mg، دُز واحد <u>یا</u> • شیاف واژینال نیستاتین 100000 IU برای ۱۴ روز <u>یا</u> • فلوکونازول 150mg خوراکی ، دُز واحد

تکات مهم:

- داکسی سیکلین در حاملگی ممنوع است
- در مصرف مترونیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۲۴ ساعت پس از مصرف مترونیدازول نباید الکل مصرف شود
- در مصرف تینیدازول به تداخل جدی این دارو با الکل توجه کنید. حداقل تا ۷۲ ساعت پس از مصرف تینیدازول نباید الکل مصرف شود
- مترونیدازول و تینیدازول را می توان در بارداری تجویز نمود

۴-۲-۲ تورم اسکروتوم

تورم اسکروتوم در اثر التهاب اپیدیدیم و گهگاه التهاب بیضه ایجاد میشود.

عوامل مولد بیماری: در مردان جوان زیر ۳۵ سال شایع ترین علت ایجاد این سندرم بالینی کلامیدیا تراکوماتیس و نیسریا گونوره است. باسیل های گرم منفی روده ای مثل E.coli میتوانند در عفونتهای ادراری، بدنال سونداژ یا بیوپسی پروستات، و یا در مردانیکه فاعل رابطه مقعدی هستند عامل ایجاد این علامت باشند. اپیدیدیمیت ناشی از بیماری های مقاربتی معمولا با یورتريت (التهاب پیشابراه) همراه است ولی گاهی ممکن است این یورتريت علامت بالینی خاصی نداشته باشد. از عفونتهای غیر مقاربتی که میتوانند باعث تورم اسکروتوم شوند میتوان به اوریون، سل، بروسلا، کریپتوکوک اشاره کرد. همچنین 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 میتواند باعث درگیری اپیدیدیم و بیضه شود عبارتند از: سایتومگالوویروس، سالمونلا، توکسوپلاسما، اوره آپلاسما اوره آلیتیکوم، مایکوپلاسما و تروپونما پالیدوم

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 و از نظر بالینی ممکن است با چرخش (تورشن) بیضه که یک اورژانس حاد جراحی است غیر قابل افتراق باشد.

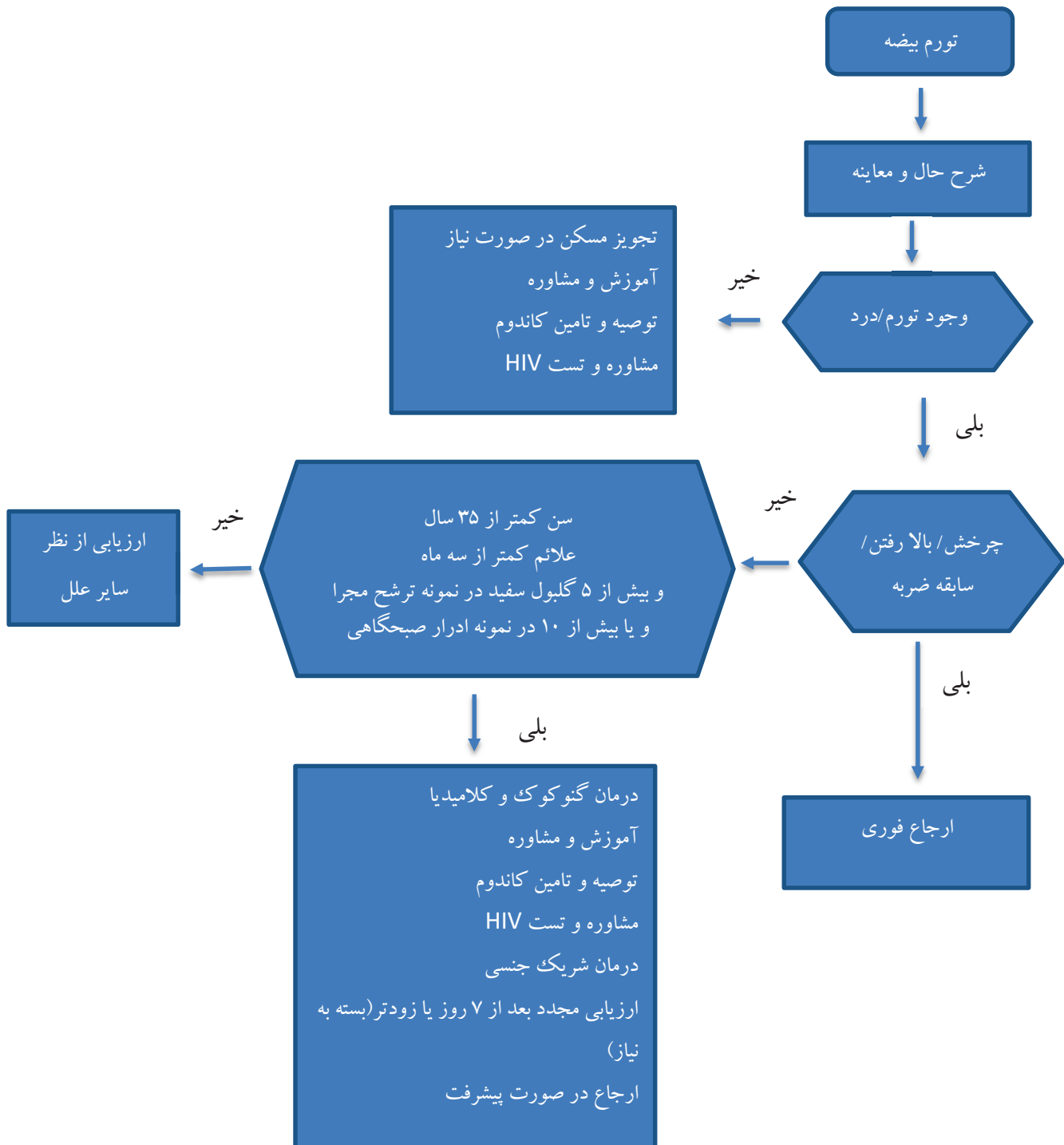
در اپیدیدیمیت مزمن که بیشتر از شش هفته بطول انجامیده است، علائم بالینی عمدتا بصورت احساس ناراحتی و درد اسکروتوم یا بیضه و یا اپیدیدیم همراه است و بیشتر بعلت عفونتهایی مثل توبرکولوز و بروسلوز می باشد. سایر علل ایجاد کننده اپیدیدیمیت مزمن بیشتر غیر عفونی نظیر تروما، کانسر و بیماریهای اتوایمیون و ایدیوپاتیک است.

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

در تمام بیمارانی که به تشخیص اپیدیدیمیت حاد مشکوک هستیم انجام آزمایش ساده ادرار و سوآب مجرای یکی از اقدامات تشخیصی ضروری است. یافته های ذیل در تشخیص کمک کننده اند:

- مشاهده بیش از ۵ عدد گلبول سفید در هر فیلد، در رنگ آمیزی ترشحات پیشابراه
 - این روش بدلیل اختصاصی بودن و حساسیت بالایی که دارد روش ارجح است و علاوه بر وجود التهاب در پیشابراه قادر است عفونتهای گونو کوکی را نیز تشخیص دهد (عفونت گونو کوکی با مشاهده کوکسی های گرم منفی داخل سلولی داخل گلبول های سفید اثبات میشود)
 - آزمایش مثبت لکوسیت استراز در ادرار صبحگاهی
 - مشاهده بیش از ۱۰ عدد گلبول سفید در ادرار صبحگاهی
- کشت ادرار از نظر کلامیدیا و گونو کوک حساسیت لازم را نداشته ولی در صورتی که باسیل های گرم منفی مثل E.coli باعث بروز اپیدیدیمیت شده باشد کمک کننده است.
- به دلیل پیشگیری از بروز عوارض و کاهش خطر انتقال عفونتهای مقاربتی درمان سندرم میک اپیدیدیمیت حاد قبل از آماده شدن کلیه جواب های آزمایش توصیه میشود.
- هر چند که 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 توریسیون و انفارکتوس بیضه، آبسه و فاشییت نکروزان مطرح است، لازم است که بیمار بستری شود.

الگوریتم ۶: رویکرد بالینی با موارد تورم اسکروتوم



جدول شماره ۱۰: درمان تورم اسکروتوم
بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت که بیشتر بنظر میرسد عامل ایجاد کننده عفونتهای آمیزشی کلامیدیا و گنوکوک باشد
سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز بعلاوه داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی دو بار در روز به مدت ۱۰ روز
بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت که بنظر میرسد عامل ایجاد کننده عفونتهای آمیزشی کلامیدیا و گنوکوک و باسیل گرم منفی روده ای باشد
سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم تزریق داخل عضلانی تک دُز بعلاوه لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در روز یا اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت ۱۰ روز
بیماران مبتلا به اپیدیدیمیت که بنظر میرسد عامل ایجاد کننده باسیل گرم منفی روده ای باشد
لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی یکبار در 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 نگهداشتن بیضه و مصرف داروهای ضد التهاب تا قطع تب مییابد. بهبود کامل ممکن است چند هفته بعد از کامل شدن دوره درمان بطول انجامد.
- ✓ به بیمار توصیه میشود تا کامل شدن دوره درمان از تماس جنسی اجتناب نماید و از نظر سایر عفونتهای جنسی بررسی شود. 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.
- ✓ شرکای جنسی که طی ۶۰ روز گذشته با بیمار مبتلا به اپیدیدیمیت تماس جنسی داشته اند لازم است درمان شوند.

رژیم درمانی بیماران HIV مثبت مبتلا به اپیدیدیمیت فرقی با سایر بیماران ندارد. سایر عواملی که در افراد HIV مثبت میتواند باعث درگیری ایدیدیم و بیضه شود عبارتند از: سایتومگالوویروس، سالمونلا، توکسوپلاسما، اوره آپلاسما اوره آلیتیکوم، مایکوپلاسما و تروپونما پالیدوم

۵-۲-۲ درد زیر شکم

درد زیر شکم اغلب یافته مهم بیماریهای التهابی لگنی در زنان است. PID به مفهوم عفونت دستگاه تناسلی فوقانی زنان است که شامل اندومتریت، سالپنژیت، آبسه های توبو اوآرین و پریتونیت لگنی می باشد. درد زیر شکم، درد حین نزدیکی، ترشحات واژینال، خونریزی های غیر طبیعی، تب، تهوع و استفراغ از علائم همراه با این بیماری است. از عوارض جدی PID، نازایی و حاملگی خارج از رحمی می باشد.

عوامل مولد بیماری: عفونت بالارونده از سرویکس ناشی از نایسریا گنوره، کلامیدیا تریکوماتیس و باکتری های بیهوازی منجر به التهاب لگن یا PID می شود. باسیل های گرم منفی و میکوپلاسما هومینیس نیز می تواند باعث ایجاد PID شود. البته عواملی چون فلور طبیعی واژن و غیره نیز در ایجاد آن می توانند نقش داشته باشند.

تشخیص:

تشخیص PID حاد بدلیل تنوع علائم ناشی از بیماریهای مختلف در این سندروم اغلب مشکل است. بسیاری از زنان مبتلا بی علامت هستند یا علائم نا مشخصی دارند. در معاینه بالینی ممکن است درد و حساسیت در حرکات سرویکس، در لمس رحم و یا آدنکسها احساس شود. اگر علائم فوق با علائم التهاب مجرای تناسلی تحتانی همراه شود (نظیر ترشحات سرویکال، وجود لکوسیت در ترشحات واژینال، شکنندگی مخاط سرویکس)، احتمال صحت تشخیص PID را بیشتر می کند.

بهتر است زنان با تشخیص PID از نظر ابتلا به HIV و عواملی چون گنوره و کلامیدیا بررسی شوند. با اینحال تأخیر در تشخیص و درمان PID ممکنست منجر به عوارض التهابی شدید در دستگاه تناسلی شود. عموماً تشخیص PID بالینی است. اغلب مبتلایان با علائم خفیف، از علائمی بصورت خونریزی غیر طبیعی، درد و ناراحتی حین نزدیکی و ترشحات واژینال شکایت می کنند. ظن تشخیصی بالای پزشک در تشخیص زودهنگام PID کمک کننده است. همواره در تشخیص افتراقی درد زیر دل و PID باید به حاملگی های خارج رحمی، آپاندیسیت، کیست تخمدان و ... نیز فکر کرد.

درمان تجربی PID باید برای تمام زنان جوان در معرض ابتلا به بیماریهای آمیزشی در صورتی که علائمی بصورت درد زیر دل یا لگن داشته باشند، با داشتن یک یا چند مورد از یافته های زیر (یافته های بالینی حداقل) باید در نظر گرفته شود:

* درد و حساسیت در حرکات سرویکس

* درد و حساسیت رحمی

* درد و حساسیت آدنکس

همراهی علائم فوق با علائم التهاب مجرای تناسلی تحتانی همراه شود (نظیر ترشحات سرویکال، وجود لکوسیت در ترشحات واژینال، شکندگی سرویکس)، احتمال صحت تشخیص PID را بیشتر می کند.

بطور کلی یک یا بیش از یک کرایتریای زیر همراه با یافته های بالینی حداقل (که در بالا اشاره شده است) می تواند در تسهیل تشخیص PID کمک کننده باشد:

* تب بیش از ۳۸٫۳

* ترشحات غیر طبیعی سرویکس یا شکندگی سرویکس (براحتی با ضربه کوچک خونریزی کند)

* وجود گلبولهای سفید در ترشحات واژینال

* افزایش ESR

* افزایش CRP

* یافته آزمایشگاهی به نفع وجود گنوکوک یا کلامیدیا

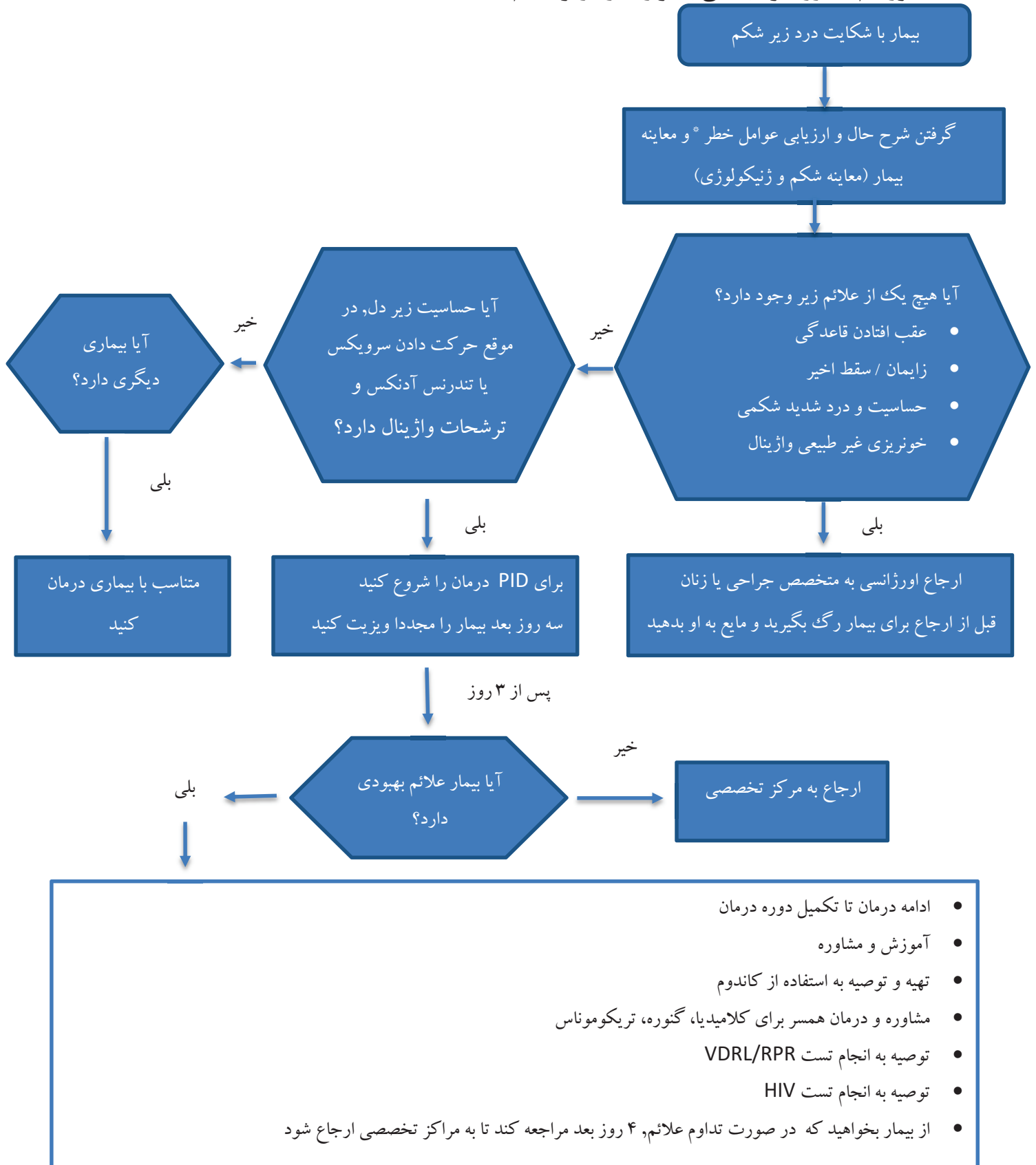
اختصاصی ترین ملاک تشخیص PID شامل موارد زیر است:

* بیوپسی اندومتر همراه با یافته های هیستولوژیک به نفع اندومتریس

* در سونوگرافی ترانس واژینال یا MRI لوله های رحمی ضخیم یا پر از مایع باشند یا در داپلر هیپرمی لوله ها گزارش شود

* یافته های لاپاروسکوپی منطبق با PID

الگوریتم ۷: رویکرد بالینی با موارد درد زیر شکم



جدول ۱۱: درمان PID

سفتریاکسون 250mg تزریق عضلانی، دُز واحد

باضافه

داکسی سیکلین 100mg هر ۱۲ ساعت برای ۱۴ روز یا

اریترومایسین 400mg هر ۶ ساعت برای ۱۴ روز

باضافه

مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت برای ۱۴ روز

بیماری التهابی لگن (PID)

بیماریهای التهابی لگن متشکل از طیفی از بیماریهای التهابی دستگاه تناسلی فوقانی زنان است که شامل هر یک از موارد اندومتریس، سالپنژیت، آبسه توبو-اوارین و پریتونیت لگنی می باشد و در بسیاری از موارد ارگانیسْمهایی چون نایسریا گنوره و کلامیدیا تریکوموناس عامل ایجاد کننده آن هستند. البته عواملی چون فلور طبیعی واژن، باسیل های گرم منفی و غیره نیز در ایجاد آن می توانند نقش داشته باشند.

تمام زنان با تشخیص PID باید از نظر ابتلا به HIV و عواملی چون گنوره و کلامیدیا بررسی شوند.

تشخیص:

تشخیص PID حاد بدلیل تنوع علائم ناشی از بیماریهای مختلف در این سندروم اغلب مشکل است. بسیاری از زنان مبتلایی علامت هستند یا علائم نامشخصی دارند. تأخیر در تشخیص و درمان PID ممکنست منجر به عوارض التهابی شدید در دستگاه تناسلی شود. در صورت بروز سالپنژیت، لاپاروسکوپی ارزش بسیاری دارد ولی عمدتا استفاده نمی شود.

عموما تشخیص PID بالینی است. اغلب مبتلایان علامتدار خفیف، از علائمی بصورت خونریزی غیر طبیعی، درد و ناراحتی حین نزدیکی و ترشحات واژینال شکایت می کنند. همواره ظن تشخیصی بالای پزشک در تشخیص زودهنگام PID کمک کننده است. همواره در تشخیص افتراقی درد زیر دل و PID باید به حاملگی های خارج رحمی، آپاندیسیت، کیست تخمدان و ... نیز فکر کرد.

درمان تجربی PID باید برای تمام زنان جوان در معرض ابتلا به بیماریهای آمیزشی در صورتی که علائمی بصورت درد زیر دل یا لگن داشته باشند، با داشتن یک یا چند مورد از یافته های زیر (یافته های بالینی حداقل) باید در نظر گرفته شود:

* درد و حساسیت در حرکات سرویکس

* درد و حساسیت رحمی

* درد و حساسیت آدنکس

همراهی علائم فوق با علائم التهاب مجرای تناسلی تحتانی همراه شود (نظیر ترشحات سرویکال، وجود لکوسیت در ترشحات واژینال، شکندگی سرویکس)، احتمال صحت تشخیص PID را بیشتر می کند.

بطور کلی یک یا بیش از یک کرایتریاهای زیر همراه با یافته های بالینی حداقل (که در بالا اشاره شده است) می تواند در تسهیل تشخیص PID کمک کننده باشد:

* تب بیش از ۳۸٫۳

* ترشحات غیر طبیعی سرویکس یا شکندگی سرویکس (براحتی با ضربه کوچک خونریزی کند)

* وجود گلبولهای سفید در ترشحات واژینال

* افزایش ESR

* افزایش CRP

* یافته آزمایشگاهی به نفع وجود گنوکوک یا کلامیدیا

اختصاصی ترین ملاک تشخیص PID شامل موارد زیر است:

* بیوپسی اندومتر همراه با یافته های هیستولوژیک به نفع اندومتریس

* در سونوگرافی ترانس واژینال یا MRI لوله های رحمی ضخیم یا پر از مایع باشند یا در داپلر هیپرمی لوله ها گزارش شود

* یافته های لاپاروسکوپی منطبق با PID

درمان:

درمان PID عموماً تجربی است و یک درمان وسیع الطیف انتخاب می شود که گنوکوک و کلامیدیا را نیز پوشش می دهد. توصیه می شود برای جلوگیری از بجا گذاردن عوارضی چون نازایی و حاملگی خارج از رحمی، باکتریهای بیهوازی نیز پوشش داده شوند.

نکته: با مطرح شدن احتمال PID باید بلافاصله درمان آنتی بیوتیکی آغاز شود..

در موارد زیر لازمست بیمار بستری شود:

* اورژانسه‌ای جراحی مطرح باشد نظیر آپاندیسیت و

* آبسه توبو اوارین

* حاملگی

* حال عمومی بد، تهوع، استفراغ و تب بالا

* عدم امکان پیگیری بیمار یا عدم تحمل داروهای خوراکی

* عدم پاسخ مطلوب به درمان ارائه شده

رژیم درمانی تزریق وریدی ارجح:

جدول ۱۲: درمان توصیه شده برای رژیم درمانی بیماری التهابی لگن
درمان تزریق وریدی ارجح
سفوکسیتین 2g تزریق وریدی هر ۱۲ ساعت با اضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۴۸-۲۴ ساعت پس از بهبود بالینی
<u>یا</u> 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
درمان جایگزین تزریقی
آمپی سیلین/سولباکتام 3g تزریق وریدی هر ۶ ساعت با اضافه داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت
رژیم تزریق عضلانی/خوراکی
سفتریاکسون 250mg تزریق تک دُز عضلانی به اضافه آزیترومایسین یا داکسی سیکلین 100mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز با یا بدون مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز

برای به حداقل رساندن خطرانتقال باید تا اتمام دوره درمان از تماس جنسی پرهیز کنند و همسر این افراد از نظر گنوره و کلامیدیا درمان شوند.

پیگیری:

بیمار باید طی ۳ روز پس از شروع درمان، علائم بهبودی را نشان دهند (قطع تب، کاهش درد و تندرns شکمی، کاهش درد و حساسیت آدنکس، رحم و سرویکس). در غیر اینصورت باید بستری شده و مجدد از نظر بیماری و مقاومت های دارویی بررسی شود.

تمام زنانی که با تشخیص PID ناشی از گنوره و کلامیدیا درمان شده اند باید در عرض ۳ ماه پس از اتمام درمان مجدداً بررسی و آزمایش شوند.

وضعیت 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.

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.

۶-۲-۲ سندروم پروکتیت حاد

پروکتیت، التهاب رکتوم است که با درد آنورکتال، تنموس و ترشح از رکتوم همراه است.

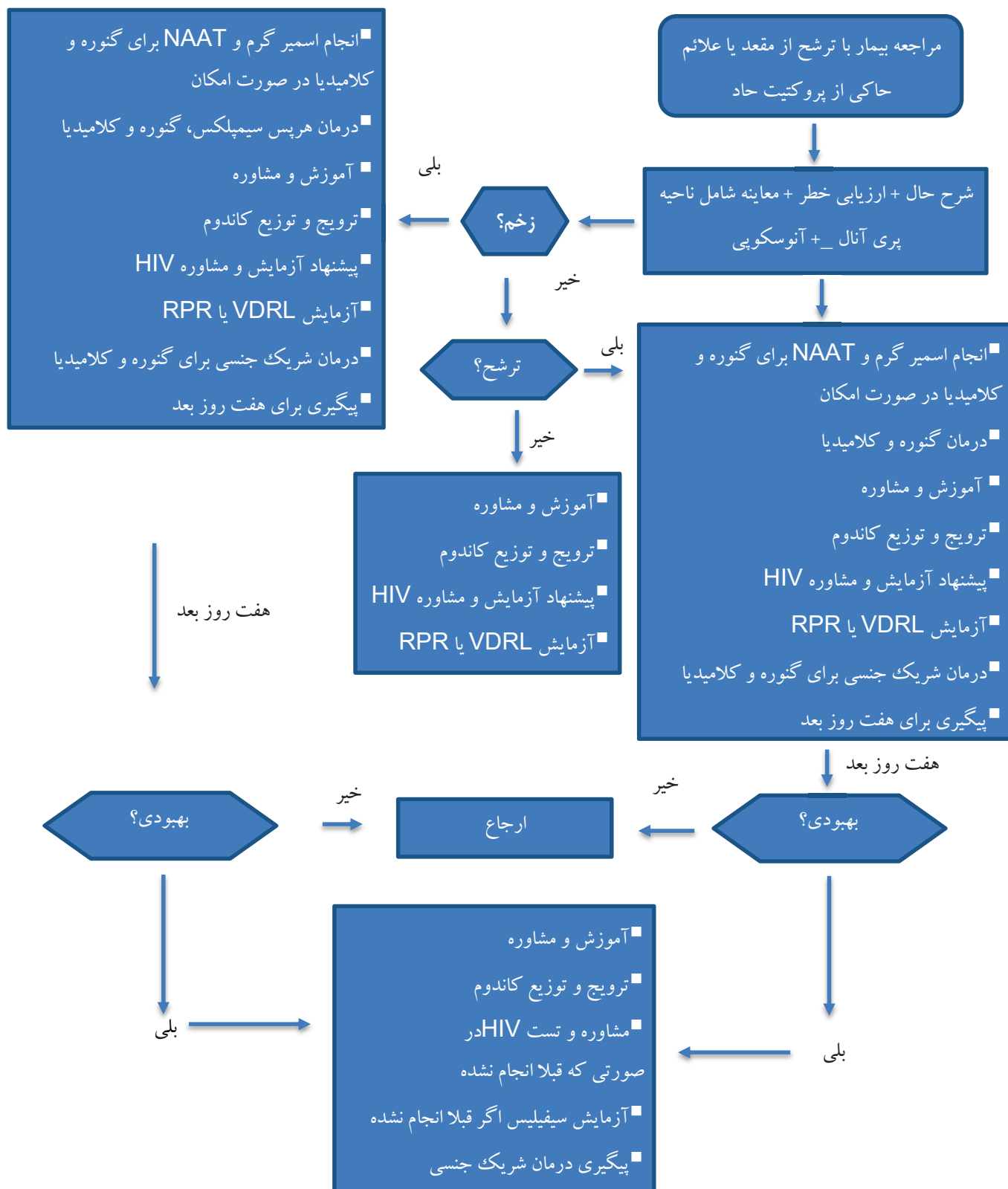
عوامل مولد بیماری: شایع ترین عوامل آن گونوکوک، کلامیدیا تراکوماتیس (شامل سروواریهای LGV)، تروپانما پالیدوم و هرپس سیمپلکس ویروس است. مبتلایان به آن معمولاً نزدیکی مقعدی مفعولی داشته اند.

مبتلایان به آن باید با معاینه یا آنوسکوپی بررسی شوند. در کشورهای غربی که امکانات آزمایشگاهی با صرف زمان اندک فراهم است نمونه ترشحات از نظر سلول سفید، و در صورت امکان بررسی از نظر هرپس سیمپلکس

ویروس (PCR یا کشت)، گونوکوک (NAAT یا کشت)، سرووارهای LGV کلامیدیا تراکوماتیس (NAAT) و سیفلیس (بررسی سرولوژیک یا میکروسکوپ دارک فیلد) انجام میشود.

بیماران باید بر اساس تشخیص یالینی صرف نظر از اینکه امکان بررسی علت اتیولوژیک وجود دارد یا خیر، درمان شوند.

الگوریتم ۸: رویکرد به ترشح از مقعد یا علائم حاکی از پروکتیت حاد



جدول ۱۳: درمان توصیه شده برای پروکتیت حاد

- ✓ سفتریاکسون 250mg 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.

سایر توصیه ها:

- 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 آزیترومايسين داد تا به شریک جنسی خود بدهد.
- پیگیری بیمار:
 - مبتلایانی که عامل پروکتیت در آنها گونوкок 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.
- آزمایش HIV:
 - به بیمار باید آزمایش HIV را پیشنهاد داد.

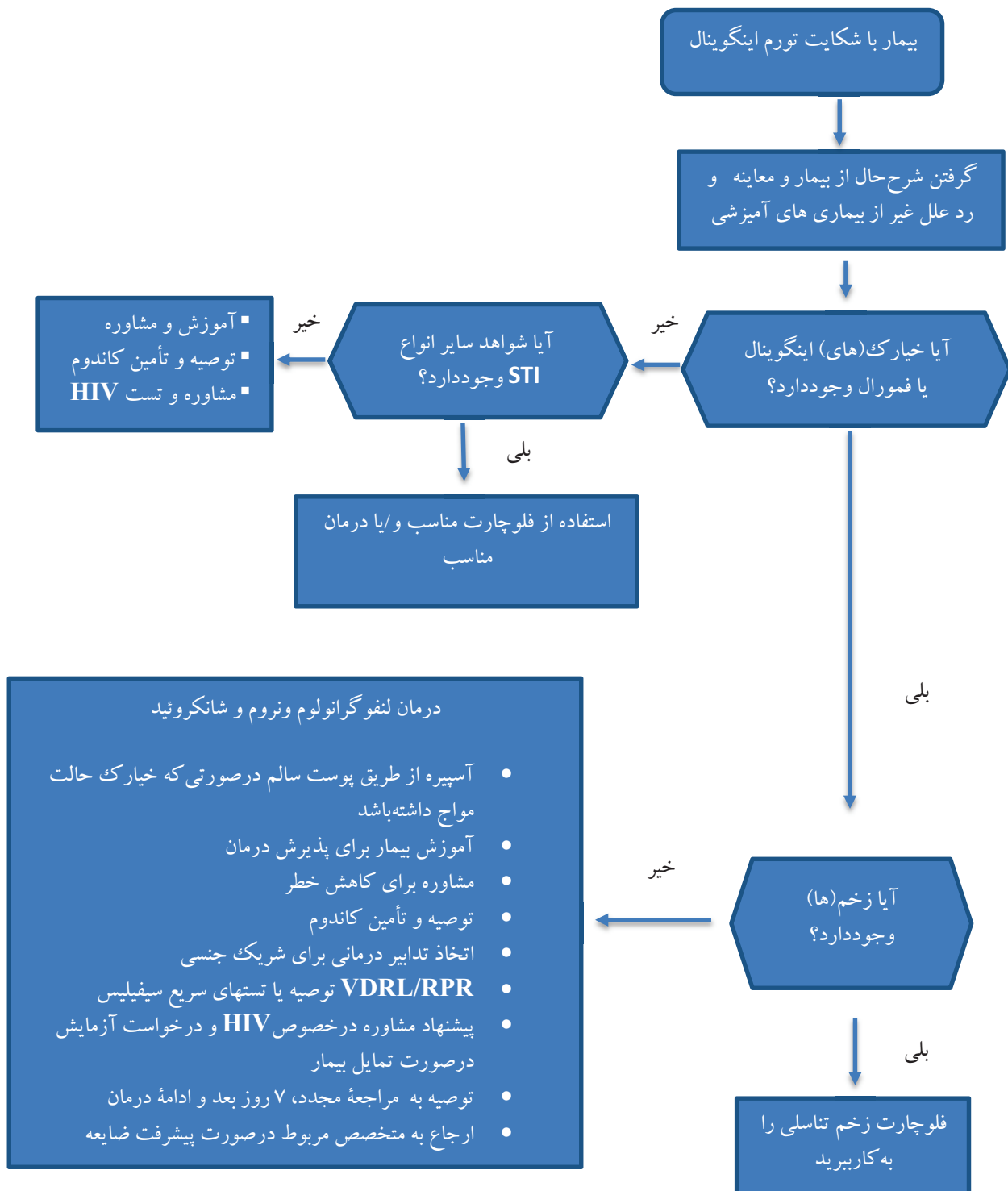
۲-۲-۷ تورم غدد لنفاوی (خیارک^{۱۲}) ناحیه اینگوینال

خیارک های ناحیه اینگوینال و فمورال عبارتند از: بزرگی موضعی غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران، که دردناک بوده، و ممکن است مواج شوند. 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. عفونت های منتقله غیر آمیزشی موضعی یا سیستمیک (از جمله عفونت های اندام تحتانی یا سل غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال) نیز می توانند، باعث تورم غدد لنفاوی اینگوینال شوند.

^{۱۲} bubo

گاه‌ها ممکن است خیارک پاره شده و یک سوراخ در سطح پوست در حال خروج ترشح چرکی نمایان شود. غدد لنفاوی در ناحیه کشاله ران که واقعا ملتهب و دردناک نیستند جزء تعریف خیارک قرار نمیگیرند.

الگوریتم ۹: برخورد بالینی با موارد تورم اینگوینال



جدول ۱۴: درمان سندرومیک: تورم غدد لنفاوی (خیارک) ناحیه اینگوینال
درمان انتخابی
آزیترومایسین ۱ گرم تک دُز خوراکی یا سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز به اضافه داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز یا اریترومایسین 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 آسپیره شوند. برش و تخلیه یا خارج کردن غدد لنفاوی باعث تأخیر در بهبود می شوند و نباید انجام گیرند. در صورت شک در تشخیص بیماری و یا در موارد شکست درمان ارجاع برای بیوپسی تشخیصی توصیه می گردد.

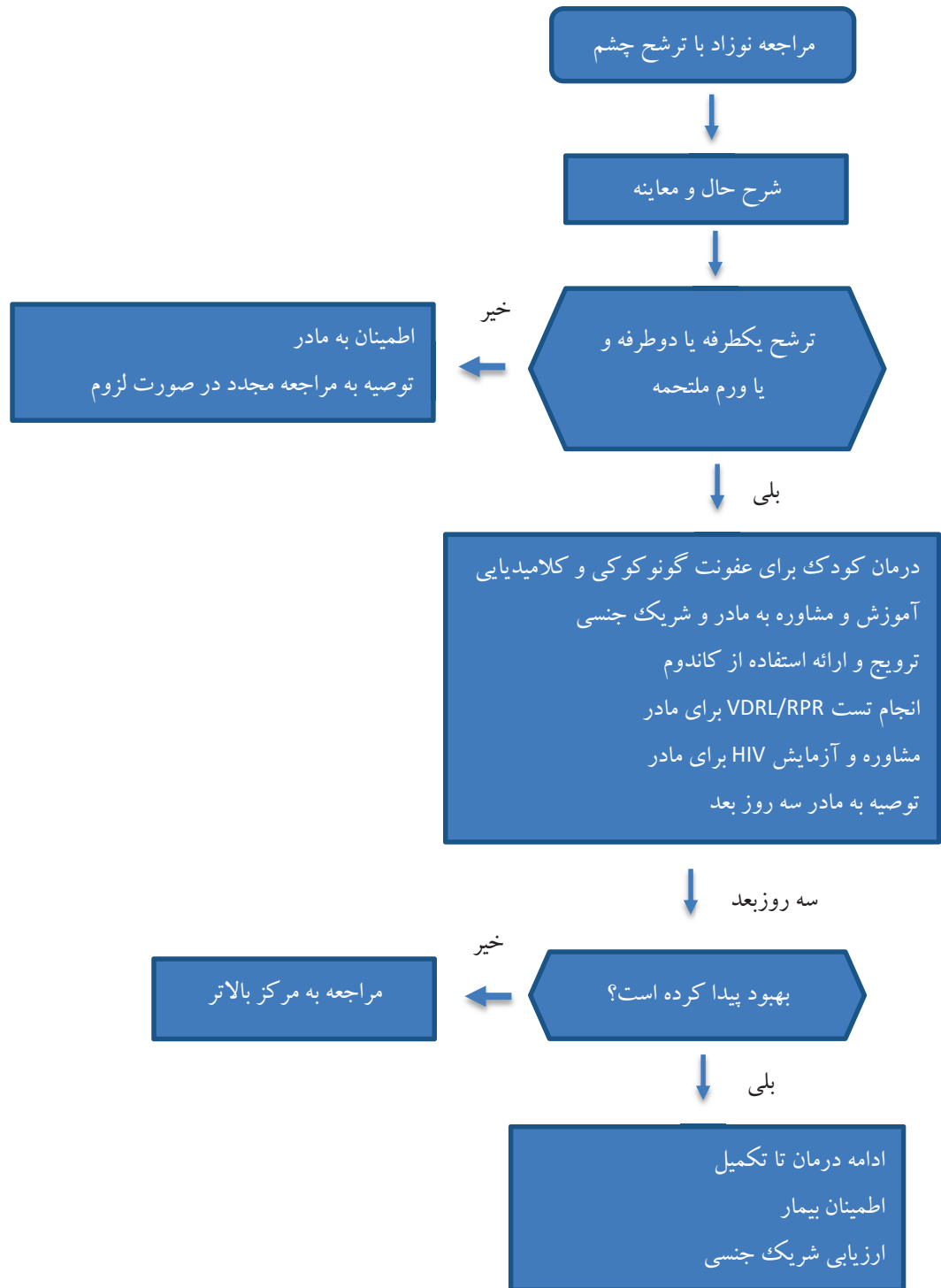
شکل ۲: تورم غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال

۸-۲-۲ کنژنکتیویت نوزادی

در کنژنکتیویت نوزادی که عفونت از کانال زایمانی در حین زایمان اکتساب می گردد یا عفونت چشمی، نوزاد بتدریج دچار کنژنکتیویت چرکی (قرمزی و ورم پلک، با یا بدون ترشح) از یک یا هر دو چشم در مدت چهار هفته بعد از تولد می شود.

عوامل مولد بیماری: مهمترین عامل بیماریزا سوزاک و کلامیدیا است. در صورتی که کنژنکتیویت سوزاک نوزادی درمان نشود کوری اتفاق می افتد و در صورت عدم درمان کنژنکتیویت کلامیدیا یی کودک مبتلا به اختلال بینایی می شود. با توجه به اینکه علائم کنژنکتیویت گونوکوکی و کلامیدیایی در نوزاد شبیه است برای هر دو عامل درمان می شود.

الگوریتم ۱۰: برخورد بالینی با ترشح چشمی نوزاد



جدول ۱۵: درمان توصیه شده برای کنژنکتویت گونوکوکی نوزادی
درمان انتخابی
سفترياکسون ۵۰mg/KG تزریق عضلانی تک دُز حداکثر 125mg
<u>به اضافه</u>
درمان کلامیدیای نوزادی شامل:
شربت اریترومایسین 50mg/kg در ۴ دُز منقسم روزانه برای ۱۴ روز

نکته: استفاده از سفترياکسون در نوزادان مبتلا به زردی خصوصاً نوزادان نارس باید با احتیاط صورت گیرد.

سایر توصیه ها :

- 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 سفترياکسون تک دز یا اسپکتینومایسین ثابت شده است ، بنابراین لزومی به اضافه نمودن پماد تتراسیکلین نیست.
- درمان با آنتی بیوتیک موضعی برای عفونت کلامیدیایی ناقص است و عفونت های دیگر 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.

۳-۲ عوامل بیماریزای آمیزشی

۳-۲-۱ سیفیلیس

سیفیلیس بیماری سیستمیکی است که توسط تریپونما پالیدوم ایجاد میشود. نحوه انتقال عمدتاً از طریق جنسی و مادر به جنین است. در سیفیلیس مادرزادی علائم بصورت بزرگی کبد و طحال، بزرگی جفت، گرفتاری ارگانهای نوزاد و مرگ داخل رحمی جنین ظاهر میکند. در فرم اکتسابی سیفیلیس علائم حدود ۳ هفته (۹۰-۱۰ روز) پس از تماس ظاهر میشوند. سیفیلیس اکتسابی به چند مرحله تقسیم میشود.

سیفیلیس اولیه: معمولاً بصورت زخم برجسته، بدون درد، منفرد و با سفتی قاعده (**indurated**) در محل تلقیح عفونت ظاهر میشود. آزمایشات سرولوژیک بیمار در این مرحله منفی باشد.

سیفیلیس ثانویه: بدن بال بهبود خودبخود زخم تناسلی ایجاد شده و با راشهای پلی مرفیک ژنرالیزه بدون خارش که اغلب کف دست و پاشنه را درگیر میکند، ضایعات جلدی - مخاطی، کوندیلوما لاتا و لنفادنوپاتی منتشر ظاهر می یابد. با شیوع کمتر **patchy alopecia**، یووئیت قدامی، مننژیت، فلج اعصاب مغزی، هپاتیت، اسپلنومگالی، پریوستیت و گلومرولونفریت رخ میدهد. راش جلدی میتواند همراه با خارش باشد.

مرحله نهفته: در این مرحله آزمایش سرولوژیک مثبت است در حالیکه علائم بالینی وجود ندارد.

سیفیلیس ثالثیه: که میتواند شامل علائم زیر باشد:

گوم سیفیلیس: ندول یا پلاک یا اولسرها تیپیک

نوروسیفیلیس: تابس دورسالیس، پارزی منتشر، غیرطبیعی بودن مایع مغزی نخاعی

سیفیلیس قلبی: درگیریهای آئورت بصورت التهاب، رگورژیتیشن، آنوریسم آئورت سینه، درگیری

عروق کرونر

سیفیلیس زودرس: عبارت است از سیفیلیس اولیه، ثانویه یا **Early Latent** (فرم نهفته که بیشتر از یک سال طول نکشیده باشد).

سیفیلیس دیررس: که شامل فرم نهفته بعد از یکسال اول و سیفیلیس مرحله سوم است
تشخیص: آزمایشهای غیر سرولوژیک شامل مشاهده تریپونم در بررسی با میکروسکوپی دارکفیلد، ایمونوفلورسانت آنتی بادی مستقیم و **PCR** است. در مرحله زودرس میکروسکوپی دارکفیلد و یا ایمونوفلورسانت آنتی بادی بر روی نمونه اگزودای زخم یا غده لنفاوی، وجود تریپونم را اثبات میکند و به منزله تشخیص قطعی است.

در هر دو گروه افراد دارای علائم و افراد بدون علامت، تشخیص احتمالی سیفیلیس می تواند بر مبنای آزمایشهای سرولوژیک اتخاذ شود. دو نوع آزمایش سرولوژیک در دسترس می باشد:

آزمایشهای غیرتروپونمالی **non-treponemal** مانند آزمایشهای **VDRL** میکروسکوپی و **RPR** ماکروسکوپی. این آزمایشها می توانند به عنوان آزمایش کیفی یا کمی جهت مشخص کردن آنتی بادهای **IgG**

یا Igm علیه مواد لیپوئیدی آزاد شده از سلولهای میزبان که تخریب شده‌اند و یا مواد شبه کاردیولپین که از تریپونماها آزاد شده‌اند، به کار روند. همچنین این آنتی‌بادیها ممکن است در بیماریهای حاد یا مزمنی که در آنها تخریب بافتها صورت می‌گیرد، ایجاد شوند. بنابراین این آزمایشها برای عفونتهای تریپونمایی اختصاصی نیستند و ممکن است در شرایط عفونتهای ویروسی تب‌دار حاد و تعدادی از بیماریهای مزمن اتوایمیون پاسخ مثبت کاذب داشته باشند. آزمایشهای غیرتریپونمایی می‌توانند تا ۴ هفته بعد از اولین ظهور شانکر در سیفلیس اولیه، منفی باشند. برای رد تشخیص سیفلیس توصیه می‌شود آزمایش در افراد دارای ضایعات مشکوک که آزمایش اولیه آنها منفی بوده است، یک و سه ماه بعد تکرار شود. پاسخ منفی آزمایش غیرتریپونمایی در سه ماه پس از شروع شانکر اولیه، تقریباً تشخیص سیفلیس را رد می‌کند. آزمایشهای غیرتریپونمایی ممکن است برای پایش پاسخ به درمان با انجام آزمایشهای کمی مورد استفاده قرار گیرند. پیرو درمان موثر یا افزایش عفونت فعال درمان نشده کاهش در تیتراها مشاهده می‌شود. تغییرات چهاربرابر یا بیشتر در تیترا، معادل تغییر دست‌کم دو رقت، به عنوان مثال از ۱:۱۶ به ۱:۴ برای پاسخ مثبت موثر به درمان یا از ۱:۸ به ۱:۳۲ برای عفونت فعال ادامه‌دار، باید بین نتیجه دو آزمایش غیرتریپونمایی پی در پی که ترجیحاً در یک آزمایشگاه و از روش آزمایش مشابه استفاده می‌کنند (به عنوان مثال VDRL یا RPR)، معنی‌دار در نظر گرفته شود.

آزمایشهای تریپونمایی آنتی‌بادیهای اختصاصی علیه آنتی‌ژنهای تعیین‌کننده تریپونماها را مشخص می‌کنند. بطور کلاسیک، این آزمایشها به عنوان آزمایش تاییدی پیرو آزمایشهای غیرتریپونمایی استفاده می‌شوند. مشخصه آزمایشهای تریپونمایی این است که در تمام طول عمر بیمار فارغ از نتیجه درمان، مثبت باقی می‌مانند. بنابراین، یک نتیجه مثبت آزمایش تریپونمایی نمی‌تواند بین عفونت فعال و عفونت درمان‌شده قبلی تمایز قائل شود. انواع آزمایش های تریپونمال شامل:

- **Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA- abs)**
- **Particle Agglutination test (TP-PA) assay Passive**
- **Enzyme immunoassay (EIAs) Various**
- **Immunoblots**
- **Rapid Troponemal assay**

هستند که معمولاً (FTA- ABS) بیشتر در دسترس است. برای تشخیص نورو سیفلیس علاوه بر پلئوسیتوز مایع مغزی نخاعی آزمایش CSF-VDRL بسیار اختصاصی است.

آزمایش تشخیص سریع

در دهه اخیر، تعدادی از آزمایشهای تشخیص سریع (در محل) برای تشخیص سیفلیس ایجاد شده‌اند. این آزمایشهای تشخیص سریع می‌توانند طی ده تا پانزده دقیقه نتیجه را مشخص کنند. همچنین می‌توان از آزمایشهای

تشخیص سریع سیفلیس در هر ساختاری به جای RPR که نیازمند تجهیزات یخچالی برای نگهداری معرفها، روتاتور و سانتریفوژ است، استفاده نمود. در مقایسه با TPHA یا TP-PA به عنوان استاندارد مرجع، حساسیت آزمایشهای تشخیص سریع بین ۸۵٪ تا ۹۸٪ و اختصاصیت آنها بین ۹۳٪ تا ۹۸٪ می باشد. در کل آزمایشهایی که حساسیت بالاتری دارند، گرایش به اختصاصیت کمتر دارند و برعکس.

طیف اولیه آزمایشهای تشخیص سریع سیفلیس آزمایشهای اختصاصی ترپونما هستند که از آنتی ژنهای ترپونما پالیدوم برای مشخص کردن آنتی بادیهای اختصاصی ترپونما استفاده می کنند. بنابراین، نتایج با آزمایشهای اختصاصی ترپونمال به شرح فوق منعکس می شوند. بسیاری از آزمایشها از نوارهای ایمونو کروماتوگرافی (ICT) استفاده می کنند. نوار آزمایش با آنتی ژنهای ترپونمال پوشیده شده که با آنتی بادیهای سیفلیس در خون تام یا سرم واکنش نشان می دهند. در حال حاضر وزارت بهداشت از آزمایش های سریع که بررسی کیفیت انجام شده است صرفاً جهت برنامه های تحقیقی در گروه های پرخطر استفاده می شود. اخیراً، آزمایشها می توانند آنتی بادی علیه مواد مشابه کاردیولپین را شناسایی کنند. این مواد شبه کاردیولپین در همان آزمایش تشخیص سریع ترپونمال متصل شده اند. این آزمایشهای تشخیص سریع دو گانه هم اجزای غربالگری (معادل RPR) و هم آزمایش تاییدی (معادل TPHA/TP-PA) را تامین می کنند. اگرچه این آزمایشهای دو گانه تشخیص سریع هنوز به طور کافی ارزشیابی و آزمایش نشده اند.

درمان:

پنسیلین G تزریقی درمان انتخابی است. دُز و طول مدت درمان بستگی به مرحله بیماری و وضعیت بالینی دارد.

جدول ۱۶: درمان در سیفلیس زوردس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال):	
○ پنی سیلین بنزاتین ۲/۴ 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	

نکته:

- در برخی مطالعات نقش سفتریاکسون یک گرم روزانه وریدی یا عضلانی بمدت ۱۰ تا ۱۴ روز ذکر شده. با این حال امکان حساسیت دارویی به سفالوسپورینها در بیماران حساس به پنیسیلین وجود دارد.
- درمان زنان باردار حساس به پنی سیلین: حساسیت زدایی و درمان با پنیسیلین پس از انجام حساسیت زدایی توصیه میشود.

پیگیری: احتمال شکست درمان وجود دارد و بیماران باید پیگیری شوند. بیماران باید ۶ ماه و یکسال پس از درمان مجدد از نظر بالینی و آزمایشگاهی بررسی شوند. در بیماران مبتلا به HIV، تواتر زمانی باید کوتاه تر شده هر ۳ ماه پیگیری شوند. در بیمارانی که علائمی از عفونت راجعه و یا عدم پاسخ مناسب دارند و یا بیمارانی که سطح آزمایش آزمایش کمی تریپونمال آنها همچنان بالاتر از ۴ برابر سطح پایه باقی مانده احتمال شکست درمان یا عفونت مجدد وجود دارد. در بیمارانی که شواهدی از شکست درمان دارند باید ابتدا بررسی مایع مغزی نخاعی از نظر نورو سیفیلیس انجام شده، در صورت رد درگیری عصبی نسبت به درمان اقدام شود. درمان شامل بنزاتین پنی سیلین، ۲/۴ میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی خواهد بود.

جدول ۱۷: درمان سیفیلیس نهفته دیررس (Late Latent) و سیفیلیس با مدت نامعلوم و سیفیلیس ثالثیه:	
○ بنزاتین پنی سیلین، ۲/۴ 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 با پنی سیلین ترجیح داده می شود و باید تا حد امکان از آن استفاده شود. باید به خاطر داشت که درمان آنتی بیوتیکی در سیفیلیس زودرس بهتر از مرحله دیررس، پاسخ می دهد. در کل، سیفیلیس دیررس نیازمند درمانی طولانی تر است.

تمام این دسته از بیماران باید از نظر علائم چشمی، عصبی، عروقی بررسی شوند. در صورت وجود شواهد درگیری نورولوژیک، افتالمیک، آئورتیت، گوم، شکست درمان و یا ابتلا همزمان به HIV و سیفیلیس نهفته با مدت نامشخص یا late latent از بیماران باید بررسی مایع مغزی نخاعی بعمل آید. ارجاع جهت بررسیهای تخصصی ضروری است.

پیگیری: آزمایش کمی سرولولژیک باید در ماه ۶، ۱۲ و ۲۴ بعد از درمان مجدد بررسی شود. بیمارانی که (۱) افزایش چهار برابر تیترا دارند (۲) آزمایش اولیه بالاتر از ۱/۳۲ بوده و پس از درمان به میزان ۴ برابر کاهش پیدا نکرده (۳) علائم بالینی سیفیلیس ظاهر شده، باید تحت درمان مجدد قرار گیرند.

جدول ۱۸: درمان سیفیلیس عصبی (نوروسیفیلیس)
○ 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 ۲/۴ 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
○ داکسی سایکلین ۲۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳۰ روز ○ 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.

نکته: بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، سطح درمانی کافی را در مایع مغزی نخاعی ایجاد نمی کند.

پیگیری: در صورت وجود پلئوسیتوز در شروع درمان، لازم است هر شش ماه تا زمان نرمال شدن، مایع مغزی نخاعی بیمار آنالیز شود و پروتئین و VDRL مایع مغزی نخاعی پیگیری شود. اگر شش ماه بعد درمان لکوسیت مایع مغزی نخاعی کاهش نیافته یا دو سال بعد درمان پروتئین یا لکوسیت های مایع مغزی نخاعی نرمال نشده باشد تکرار درمان الزامی است.

سیستم اعصاب مرکزی (CNS) ممکن است در هر مرحله از سیفیلیس درگیر شود. تمام بیماران دارای علائم درگیری سیستم اعصاب مرکزی (مشکلات بینایی، شنوایی و یا فلج اعصاب جمجمه) در هر مرحله باید از نظر مایع مغزی نخاعی بررسی شوند و در بیماران مبتلا به علائم چشمی از نظر بررسی یوونت، آیریتیس، نوریت اپتیک و نورورتنیت معاینه ته چشم شوند. مطلوب است تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس اثبات شده که مدت بیماری آنها بیش از دو سال بوده و یا نامشخص است، از نظر ابتلا به نوروسیفیلیس بدون علامت بررسی شوند.

برخورد با شرکاء جنسی: انتقال جنسی فقط در زمانی صورت میگیرد که 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 اولیه، ثانویه و یا نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته اند، حتی در صورت آزمایش سرولوژیک منفی باید درمان بگیرند.

افرادی که بیش از ۹۰ روز قبل از تشخیص اولیه، ثانویه و یا نهفته زودرس با بیمار تماس جنسی داشته اند، در صورت عدم دسترسی به آزمایش و نبود امکان پیگیری باید درمان بگیرند.

بیماران با مدت نامعلوم که تتر بالایی از آزمایش های غیر تریپونمال دارند را میتوان در مرحله زودرس در نظر گرفت و شریک جنسی را بر آن اساس درمان کرد. تتر آزمایش تریپونمال در تشخیص زودرس از دیررس موثر نبوده، برای درمان بیمار باید معیارهای Early Latent را بکار گرفت.

شرکاء جنسی طولانی مدت بیمارسیفیلیس نهفته باید بررسی شده، براساس مرحله بیماری خود درمان شود.

معیار برای تعیین شرکاء جنسی در خطر بدین شرح است:

- ۳ ماه بعلاوه طول مدت علائم برای سیفیلیس اولیه
- ۶ ماه بعلاوه طول مدت علائم برای ثانویه
- یکسال برای سیفیلیس نهفته.

سیفیلیس و عفونت HIV

تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس باید به انجام آزمایش HIV تشویق شوند؛ زیرا همراهی این دو عفونت شیوع زیادی دارد و تداخل آنها، در زمینه نحوه ارزیابی بالینی و تدابیر درمانی، تأثیرگذار است. نوروسیفیلیس باید در تشخیص های افتراقی بیماری عصبی در افراد مبتلا به عفونت HIV مورد نظر باشد. در سیفیلیس مادرزادی نیز مادر باید به انجام آزمایش HIV ترغیب شود. اگر آزمایش وی مثبت شد، شیرخوار باید برای پیگیری ارجاع شود.

درمان پیشنهادی برای سیفیلیس اولیه در بیماران مبتلا به HIV با بیماران غیرمبتلا به HIV تفاوتی ندارد. هر چند بعضی نویسندگان، بررسی CSF و یا درمان قوی تر با یک رژیم توأم سیفیلیس و HIV را بدون توجه به مرحله سیفیلیس را پیشنهاد می کنند. در تمام موارد، پیگیری کامل جهت اطمینان از درمان کافی ضروریست.

سیفیلیس در دوران بارداری

زنان باردار باید به عنوان گروهی مجزا در نظر گرفته شده، به خصوص از نظر عفونت مجدد بعد از درمان به دقت تحت مراقبت اپیدمیولوژیک قرار گیرند. ضمناً درمان شریک جنسی نیز مهم است.

رژیم های پیشنهادی

درخصوص زنان باردار غیر حساس به پنی سیلین، باید در هر مرحله از بارداری، مانند زنان غیر باردار، رژیم درمانی مناسب با پنی سیلین را اجرا کرد. در موارد حساس به پنی سیلین باید نسبت به حساسیت زدایی اقدام نموده سپس با رژیم مناسب هر مرحله درمان کرد.

به منظور حساسیت زدایی پنی سیلین در زنان باردار دچار سیفیلیس، بستری در بیمارستان ضروری است. انجام این کار در اغلب مراکز مراقبت بهداشتی امکان پذیر نیست و به عنوان یک اقدام معمول توصیه نمی شود.

پیگیری

به منظور پیگیری درمان، انجام آزمایش های سرولوژیک غیر تریپونمایی کمی، باید تا زمان زایمان هر ماه انجام شده، در صورت بروز شواهد سرولوژیک دال بر وجود عفونت مجدداً عود، درمان تکرار شود.

سیفیلیس مادرزادی

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 مادری (در زمان زایمان) و نوزادی. 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.

این سناریو معرف یک نوزاد مبتلا است: (۱) وجود علائم بالینی (۲) ۴ برابر بالاتر بودن تیتراژ آزمایش غیر تریپونمال نوزاد نسبت به مادر (۳) مشاهده تریپونم در بررسی دار کفیلد یا فلورسانت آنتی بادی از مایعات بدن.

تمام شیرخواران متولد از مادران دارای آزمایش مثبت باید با یک دُز واحد عضلانی از بنزاتین پنی سیلین ۵۰ هزار واحد/ کیلو گرم درمان شوند، چه مادر در طول دوران بارداری درمان شده و چه درمان نشده باشد. بستری نوزادان علامت دار متولد شده از چنین مادرانی ضروری است. شیرخواران علامت دار و یا بدون علامت با مایع نخاع غیر طبیعی (تا ۲ سالگی) باید به عنوان مبتلا به سیفیلیس مادرزادی اولیه تحت درمان باشند.

جدول ۱۹: درمان سیفیلیس مادرزادی
سیفیلیس اولیه شیرخواران با مایع نخاع غیر طبیعی (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. <u>یا</u>
• 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.

نکته: بعضی کارشناسان، تمام شیرخواران مبتلا به سیفیلیس مادرزادی را مانند زمانی که یافته های مایع نخاع غیرطبیعی باشد، درمان می کنند. آنتی بیوتیک هایی به جز پنی سیلین (از جمله اریترومايسين) برای درمان سیفیلیس مادرزادی توصیه نمی شود؛ مگر در موارد دارای حساسیت شدید به پنی سیلین.

تتراسایکلین در کودکان کم سن منع مصرف دارد.

ابتلای مادر باردار به سیفیلیس ممکن است به سیفیلیس مادرزادی منجر شود؛ اما درمان وی با پنی سیلین این میزان را به حداقل می رساند. تمام شیرخواران مادران دارای آزمایش مثبت باید در زمان تولد ماهانه تا ۳ ماه معاینه شوند تا زمانی که آزمایش های سرولوژیک آنها منفی شده و منفی باقی بماند. آنتی بادی هایی که از مادر به نوزاد انتقال می یابند، معمولاً در عرض ۳ ماه پس از تولد محو می شوند. در صورت امکان، بررسی سرولوژیک IgM اختصاصی به تشخیص کمک می کند.

سیفیلیس اولیه مادرزادی عموماً هم از نظر بالینی و هم آزمایشگاهی (سرولوژیک)، به دُزهای کافی پنی سیلین به خوبی پاسخ می دهد. در کودکان شدیداً بد حال با درگیری وسیع جلدی، مخاطی، استخوانی یا احشایی، بهبودی ممکن است به کندی صورت گیرد. در شرایط بد تغذیه ای، ممکن است عفونت های همزمان از جمله پنومونی نیز رخ دهد.

۲-۳-۲ هرپس ژنیتال

تبخال تناسلی یک عفونت ویروسی مزمن، راجعه و مادام العمر است که توسط ویروس های HSV-1 و HSV-2 ایجاد میگردد. بیشتر موارد تب خال تناسلی راجعه توسط HSV-2 ایجاد میشود. اغلب موارد ابتلا به HSV-2 تشخیص داده نمیشوند. بسیاری از آنان علائم خفیف و یا تشخیص داده نشده دارند. 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. میزان عفونتهای تب خال تناسلی ایجاد شده توسط HSV-2 خصوصاً در میان زنان جوان و MSM ها در حال افزایش است.

تشخیص تبخال تناسلی براساس معیارهای بالینی هم غیر حساس و هم غیر اختصاصی است. ضایعات کلاسیک زخمی متعدد دردناک و تاو لدار در بسیاری از بیماران وجود ندارد. بیشتر موارد عفونت مکرر و راجعه و انتشار ساب کلینیکال ویروس توسط HSV-2 رخ میدهد. آزمایش های تشخیصی ویروژیک شامل کشت ویروس و PCR میشود ولی این آزمایشها نیز حساسیت زیادی بویژه در موارد عفونتهای

تکراری ندارند. آزمایش ترانک و پاپ اسمیر که از نظر سیتولوژی تغییرات سلولها را بررسی میکند نیز غیر اختصاصی و غیر حساس است. آزمایشهای سرولوژی اختصاصی برای هر تیپ نیز در صورت در دسترس بودن قابل انجام است. ولی کاربرد بالینی زیادی ندارد.

درمان دارویی در اغلب موارد منجر به بهبود علائم میشود. با این حال مشاوره برای سیر بیماری و انتقال در جریان حاملگی و زایمان و کاهش انتقال از اجزاء اصلی برخورد بالینی با این بیماری است. درمانهای ضد ویروسی سیستمیک را میتوان در اولین اپیزود بیماری و یا در حملات راجعه و همچنین در موارد درمان سرکوبگر تجویز نمود ولی این داروها ویروس را در بدن ریشه کن نمیکند. درمان باعث جلوگیری از بروز ضایعات جدید، کاهش طول مدت درد و کاهش زمان لازم برای ترمیم و میزان انتشار ویروس می شود؛ اگرچه در سیر طبیعی عودهای بیماری تأثیری ندارد. سه آنتی ویرال آسیکلوویر، فامسیکلوویر و والاسیکلوویر روی تب خال تناسلی میتوانند موثر باشند. درمانهای موضعی برای تب خال تناسلی اثر کمی دارد و توصیه نمیشود.

شکل ۱: زخم تبخال تناسلی



جدول ۲۰: درمان توصیه شده برای هرپس تناسلی
درمان در نخستین اپیزود بالینی تب خال تناسلی:
تمام بیماران در اولین اپیزود بالینی بیماری باید درمان ضد ویروسی دریافت نمایند. • آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز - یا • آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷-۱۰ روز - یا • والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷-۱۰ روز

درمان اپیزودیک برای تب خال تناسلی راجعه :

بیشتر بیماران با اولین اپیزود عفونت تب خال تناسلی، اپیزودهای راجعه‌ای از ضایعات تناسلی خواهند داشت. در بیشتر موارد اپیزودهای راجعه خودبه خود خوب میشوند و یا علائم اندکی دارند. اگر عودها مکرر باشد و یا علائم شدید داشته باشد و یا بیمار در اضطراب و نگرانی باشد درمان اپیزودیک توصیه میشود. درمان ضد ویروسی اپیزودیک یا مهارکننده، دوره ضایعات تناسلی را کوتاه می‌کند. چون درمان ضد ویروسی برای بیشتر بیماران مفید است، باید برای تمام بیماران، نوعی از درمان را در نظر گرفت. اگر درمان اپیزودیک در دوره مقدماتی بیماری یا اولین روز پس از بروز ضایعات شروع شود، برای بیشتر بیماران با علائم راجعه، مفید خواهد بود. در صورت انتخاب درمان اپیزودیک، بیمار باید مقداری دارو یا نسخه‌ای برای تهیه آن داشته باشد؛ به طوری که به محض شروع اولین علائم بیماری، دارو را شروع کند.

جدول ۲۱: رژیم پیشنهادی در درمان تب خال راجعه تناسلی:
• آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز - یا دُز روزانه به یکی از اشکال زیر استفاده شود. ✓ آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ 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
یا
✓ والاسیکلوویر 1 g خوراکی، یک بار در روز، برای ۵ روز

درمان سرکوبگر (سپرسیو):

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

درمان مهارکننده با آسیکلوویر، در بیماران با ایمنی عادی به ظهور مقاومت مشخص بالینی منجر نمی‌شود. این روش درمانی باعث کاهش انتقال ویروس در مرحله بدون علامت می‌شود؛ ولی آن را ریشه کن نمی‌کند. بنابراین، میزان تأثیر درمان مهارکننده در پیشگیری از انتقال HSV نامشخص است.

جدول ۲۲: رژیم پیشنهادی برای درمان اسپرسیو هرپس تناسلی:

• آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز
یا
• والاسیکلوویر ۵۰۰mg خوراکی یکبار در روز
یا
• والاسیکلوویر ۱ گرم روزانه

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

✓ برخی صاحب نظران قطع مصرف آسیکلوویر را یکسال پس از شروع درمان جهت بررسی مجدد میزان عود توصیه می‌کنند. حداقل دو عود در دوره بررسی باید مشاهده شود. در بیمارانی که عودها ادامه دارند میتوان درمان نگهدارنده را دوباره شروع کرد.

موارد شدید بیماری:

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

رژیم توصیه شده برای موارد شدید بیماری عبارت است از:

○ آسیکلوویر ۵-۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت برای ۷-۲ روز یا تا رفع علائم بالینی و سپس در ادامه درمان با داروهای ضدویروسی خوراکی تا تکمیل ۱۰ روز دوره درمان .

تبخال تناسلی در دوران بارداری:

در این موارد باید مطابق دستورالعمل سلامت مادران عمل نمود. اولین اپیزود بالینی تبخال تناسلی، باید با آسیکلوویر خوراکی درمان شود. (درمان آسیکلوویر در دوران بارداری کاملاً ایمن است). زایمان واژینال در زنان مبتلا شده به تبخال اولیه تناسلی در محدوده زمانی نزدیک به زایمان، خطر آلودگی نوزاد را به دنبال دارد. مادران مبتلا به عود بیماری، از این نظر با خطر کمتری مواجه می شوند. کشت از ترشحات دستگاه تناسلی در اواخر بارداری، معیار ضعیفی برای انتشار ویروس، در زمان زایمان است. 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 میکند.

جدول ۲۳: رژیم پیشنهادی برای درمان نگهدارنده (سرکوبگر) در زنان حامله مبتلا به تبخال تناسلی راجعه:

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

درمان نوزادان

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

جدول ۲۴: درمان پیشنهادی برای موارد قطعی یا مشکوک به هرپس نوزادان:

- آسیکلوویر ۲۰ 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.

تب خال تناسلی و عفونت توأم با HIV:

افراد دچار ضعف سیستم ایمنی ممکن است اپیزودهای شدیدتر و طولانی تر تبخال تناسلی دهانی یا اطراف مقعدی را تجربه نمایند. ضایعات ایجاد شده توسط هرپس در بیماران مبتلا به HIV میتواند شدید و دردناک و آتیپیک باشد. میزان ترشح ویروس HSV (shedding) در مبتلایان به HIV بیشتر است. درمان میتواند از شدت و تعداد عودهای هرپس در این افراد بکاهد ولی ترشح مکرر ساب کلینیکال در این افراد میتواند مطرح باشد. بنابراین شروع درمان ضد ویروسی در بیمار مبتلا به HIV و HSV به ویژه بسیار مهم است. بیماران لازم است مورد مشاوره و آموزش قرار گرفته و ماهیت بیماری و هدف از درمان به آنها توضیح داده شود تا مطلع باشند که درمان ریشه کنی برای این بیماری وجود ندارد و انتقال به شریک جنسی تا حد ممکن کاهش یابد. شواهد نشان میدهند که درمان اختصاصی برای هرپس تناسلی در بیماران مبتلا به HIV منجر به بهبود سریعتر ضایعات شده و همچنین احتمالاً در کاهش ترشح ویروس HIV هم نقش دارد.

توصیه میشود در بیماران مبتلا به HIV درمان هرپس تناسلی به محض شروع علائم یا عود شروع شود. درمان اپیزودیک یا سرکوبگر (نگهدارنده) در بیماران مبتلا به هرپس تناسلی که مبتلا به HIV هم هستند میتواند شدت علائم بالینی را کمتر نماید. درمان نگهدارنده HSV در بیماران HIV مثبت ریسک انتقال HSV-2 و ریسک انتقال HIV را به شریک جنسی کم نمیکند.

جدول ۲۵: درمان هرپس ژنیتال در افراد HIV مثبت

درمان ساپرسیو
• آسیکلوویر ۴۰۰-۸۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳-۲ 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 ۵-۱۰ روز یا تا زمان بهبودی کامل
موارد شدید عفونت هرپس تناسلی
آسیکلوویر وریدی ۵-۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت برای ۷-۵ روز یا تا رفع علائم بالینی است.

نکته: بیشتر ضایعات، در افراد مبتلا به HIV به آسیکلوویر پاسخ می دهند اما ممکن است به مقدار بیشتری از دارو یا درمان طولانی تری نسبت به زمان استاندارد نیاز باشد. درعین حال، ممکن است درمان مهارکننده طولانی برای این بیماران مفید باشد. در مواردی، بیماران ممکن است دچار جهشی در جهت نقص تیمیدین کیناز شوند که درمان استاندارد ضد ویروسی را بی اثر می سازد.

مشاوره در بیماران مبتلا به تبخال تناسلی:

- مشاوره در این بیماران یکی از ارکان اصلی برخورد بالینی است. هدف از انجام مشاوره کمک به بیمار برای سازگار شدن با این مشکل، پیشگیری از انتقال جنسی به شریک جنسی و انتقال مادر به کودک و مقابله با اضطراب ناشی از بیماری می باشد. نکات لازم برای طرح در جلسه مشاوره عبارتند از:
- (۱) آموزش در مورد سیر بیماری با تاکید بر راجعه بودن بیماری انتشار ویروس بدون علامت
- (۲) امکان درمان نگهدارنده و یا اپیزودیک در موارد لازم
- (۳) ضرورت اطلاع به شریک جنسی
- (۴) احتمال انتقال بدون علامت بویژه طی ۱۲ ماه اول بعد از عفونت.
- (۵) پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود علامت و پرودروم
- (۶) امکان پیشگیری از انتقال با مصرف مداوم و صحیح کاندوم
- (۷) ضرورت بررسی شریک جنسی از نظر ابتلا
- (۸) 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.

اقدامات لازم برای شریک جنسی:

بهتر است شریک یا شرکای جنسی فرد مبتلا به تبخال تناسلی مورد بررسی و مشاوره قرار گیرند. اگر علامتدار باشند باید درمان صورت گیرد. از افراد بدون علامت در خصوص سابقه ضایعه تناسلی باید سوال شود.

۳-۲-۳ شانکروید

عفونت باکتریایی که باعث ایجاد زخم تناسلی میشود. عامل ایجاد کننده آن هموفیلوس دوکری میباشد و علائم بالینی آن معمولاً بصورت یک زخم دردناک همراه با تورم دردناک و چرکی غدد لنفاوی کشاله ران است. این بیماری معمولاً بندرت و بصورت اسپورادیک دیده میشود و اغلب در مردانی که شرکای جنسی متعدد دارند دیده میشود. شانکروید همانند بیماری های سیفلیس و هرپس تناسلی، خطر انتقال عفونت HIV/AIDS را افزایش میدهد.

تشخیص قطعی بیماری شانکروید با جدا نمودن هموفیلوس دوکری در محیط کشت اختصاصی است که بصورت معمول در دسترس نیست و حساسیت کمتر از ۸۰ درصد دارد. از آزمایش تشخیصی PCR نیز میتوان جهت تشخیص بیماری بهره برد ولی در اغلب موارد برای مقاصد بالینی و اپیدمیولوژیک، تشخیص شانکروید بر اساس علائم بالینی میباشد. وجود همه معیار های زیر موید تشخیص شانکروید است:

- ۱) وجود یک یا چند زخم تناسلی دردناک
- ۲) لنفادنوپاتی دردناک کشاله ران به همراه نمای بالینی خاص زخم
- ۳) عدم مثبت شدن آزمایش های آزمایشگاهی سیفیلیس (آزمایش دارک فیلد منفی برای زخم های زیر ۷ روز و آزمایش سرولوژی منفی برای زخم های بالاتر از ۷ روز)
- ۴) HSV PCR منفی از آگزودای زخم

با درمان موفق شانکروید علائم بالینی برطرف شده و احتمال انتقال بیماری به سایرین از بین میرود. در بیماران مبتلا به زخم های عمیق، علیرغم درمان موثر، اسکار زخم ممکن است با تاخیر بهبودی یابد.

جدول ۲۶: رژیم های درمانی موثر برای درمان شانکروید عبارتند از:

• آزیترامایسین 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

• اریترومايسين ۵۰۰ میلی گرم خوراکی چهار بار در روز برای هفت روز

نکته: آزیترومایسین و سفتریاکسون بدلیل آنکه دُز منفرد هستند درمان های ارجح میباشند.

زخم های زیر پره پوس درمردان ختنه نشده و افراد مبتلا به عفونت HIV/AIDS به خوبی به درمان پاسخ نمیدهند و با توجه به بالا بودن احتمال شکست درمان و عود بیماری، بر اساس مورد، طول مدت درمان و پیگیری بیشتری لازم است. بیماران بعد از درمان لازم است ۳ تا ۷ روز بعد معاینه شوند. با درمان موثر، زخم طی ۳ تا ۷ روز بعد بهبودی می یابد. عدم بهبودی میتواند به علل زیر باشد:

(۱) تشخیص اولیه اشتباه بوده

(۲) بیمار همزمان به عفونت دیگری نیز مبتلا شده

(۳) درمان به درستی انجام نشده

(۴) بیمار مبتلا به عفونت HIV/AIDS است

(۵) هموفیلوس دوکری نسبت به آنتی بیوتیک مصرفی مقاوم بوده است

زمان لازم برای بهبودی زخم به وسعت زخم نیز بستگی دارد زخم های بزرگ شاید تا دو هفته زمان برای بهبودی کامل، زمان لازم داشته باشند. غدد لنفاوی مخصوصا اگر همراه با تومور باشند نسبت به زخم، با تاخیر بیشتری همراه است و شاید احتیاج به انجام آسپیراسیون یا درناژ بوسیله انسزیون داشته باشد.

شریک جنسی بیمار مبتلا به عفونت شانکروئید نیز لازم است معاینه شده و در صورتی که طی ده روز قبل از شروع زخم تناسلی با بیمار رابطه جنسی داشته است، لازم است علیرغم عدم وجود علائم بالینی درمان شود.

تا بحال هیچ گزارشی مبنی بر آنکه شانکروئید در زمان بارداری باعث بروز اثرات سوئی بر جنین شود وجود ندارد. مصرف سیپروفلوکساسین در خانم باردار و شیرده توصیه نمیشود.

بیمار مبتلا به شانکروئید باید از نظر سیفیلیس و عفونت HIV/AIDS آزمایش سرولوژی دهد و در صورت منفی بودن سه ماه بعد آزمایشهای فوق تکرار شوند.

۴-۳-۲ عفونتهای گنوکوکی

نیسریا گنوره آیک دیپلوکوک گرم منفی و عفونتی باکتریال و شایع است که که منحصر از طریق تماس جنسی و یا از مادر به فرزند در زمان تولد منتقل میشود. علائم ناشی از عفونت با آن ممکن است بسته به جنس و سن

مبتلایان مختلف باشد. همچنین بسته به محل ورود باکتری، علائم ممکن است در ناحیه دستگاه تناسلی، مقعد و یا حلق یا گاه سایر سیستم ها بروز کند.

تشخیص: در تمام کسانی که مشکوک به ابتلای به عفونت گونوکوکی هستند، باید برای اثبات تشخیص اتیولوژیک تلاش نمود. این کار به پیشگیری از عوارض، انتقال به دیگران و عود کمک می کند. برای اینکار می توان از کشت یا NAAT استفاده نمود. برای کشت می توان از سواب ترشحات پیشابراه در مردان یا ترشحات اندوسرویکس در زنان استفاده نمود. برای NAAT بسته به توصیه های کارخانه سازنده کیت NAAT می توان از سواب اندوسرویکس، سواب واژینال، سواب پیشابراه، یا نمونه ادرار استفاده کرد. از کشت نمونه رکتوم، حلق و ملتحمه هم می توان استفاده کرد ولی برای نمونه تهیه شده از این محل ها، کیت مناسب NAAT وجود ندارد. در موارد شک به شکست درمان باید آنتی بیوگرام هم درخواست نمود. در مردان اسمیر از ترشحات از حساسیت (۹۵٪) و اختصاصیت (۹۹٪) برخوردار بوده، و مشاهده دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی در سلولهای پلی مرفونوکلوتر باید به عنوان عفونت گونوکوکی در نظر گرفته شود. با این وجود بدلیل حساسیت نسبتاً پایین تر اسمیر رنگ آیزی گرم در مردان بی علامت، نتیجه منفی رد کننده ابتلا به گونوکوک نیست. حساسیت اسمیر در عفونتهای سرویکس، آنورکتال و حلق کافی نیست و توصیه نمی شود. در خواست کشت برای این موارد کمک کننده تر خواهد بود.

مقاومت دارویی نیسریا گنوره آ: نیسریا گنوره آ، توانایی بالایی برای مقاوم شدن در مقابل آنتی بیوتیک ها دارد. از اواخر دهه اول هزاره سوم، مقاومت نسبت به فلوروکونولون ها در اروپا، آمریکا و آسیای جنوب شرقی افزایش یافته، و عملاً از توصیه های درمانی این مناطق حذف شده است. در میان سفالوسپورین های نسل سوم نیز که به عنوان درمان انتخابی محسوب می شوند نیز در حداقل غلظت بازدارنده نسبت به سفکسیم افزایش یافته است. توانایی نیسریا گنوره آ در مقاوم شدن و تجربه موفق قبلی در درمان چند دارویی در سایر میکروب هایی که توانایی بالایی برای ایجاد مقاومت دارند، منجر به توصیه درمان با دو آنتی بیوتیک شامل سفتریاکسون و آزیترومایسین یا داکسی سیکلین برای همه عفونت های ناشی از نیسریا گنوره آ گردیده است.

عفونت بدون عارضه در سرویکس، پیشابراه و رکتوم:

سرویسیت: در زنان اندوسرویکس شایعترین محل ورود عفونت است. علائم در طول ۱۰ روز پس از تماس بروز میکند. علائم بصورت ترشح از مهبل، درد و سوزش ادرار، خونریزی بین دو قاعدگی بروز میکند. همانطور که گفته شد بسیاری از موارد ابتلا در زنان بدون علامت است (حدود نیمی از مبتلایان). در معاینه مبتلایان، سرویکس ممکن است ظاهری نرمال داشته باشد یا چرک واضح از آن خارج شود. سرویکس اغلب شکننده است و در شکم و علائم سیستمیک مشاهده نمی شود. ابتلا در زن باردار میتواند منجر به عفونت نوزاد شود و کنژنکتیویت نوزادی ایجاد کند. اما در زنان اغلب عفونت با آن، تا هنگام ایجاد PID، بی علامت یا بسیار کم علامت است.

یورتیت: در مردان عفونت پیشابراه می تواند به علائم التهاب پیشابراه بیانجامد و موجب مراجعه بیمار به پزشک و درمان وی و پیشگیری از عوارض شود. ولی اغلب شروع علائم به اندازه ای به تاخیر می افتد که عفونت فرصت انتقال به دیگران را می یابد. در صورت علامت دار شدن، علائم معمولاً ۵-۲ روز بعد از تماس بروز میکند هر چند دوره های زمانی طولانی مانند میانگین ۸ روزه نیز ذکر شده است. علائم بیمار شامل ترشح از مه آ و سوزش ادرار است. ترشح غالباً حجیم و چرکی یا چرکی مخاطی است. عوارض در مردان بصورت اپیدیدیمیت، آبسه اطراف مجرا، پروستاتیت است.

در زنان نیز یورتیت ناشی از گونوکوک می تواند یکی از علل سوزش ادرار باشد. پروکتیت: در مردان عفونت تقریباً همیشه ناشی از نزدیکی مقعدی مفعولی است. مردان مبتلا دچار درد آنورکتال، یبوست، تنموس و ترشح رکتال می شوند. در زنان عفونت رکتوم اغلب موارد بی علامت است و در صورت علامت دار شدن، بیمار دچار خارش، ترشح رکتال، احساس پری در رکتوم و دفع دردناک است.

جدول ۲۷: درمان توصیه شده برای عفونت بدون عارضه گنوکوک در سرویکس، پیشابراه و رکتوم
درمان انتخابی
• سفتریاکسون ۲۵۰ mg عضلانی تک‌دوز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تک‌دوز
درمان جایگزین
• اگر سفتریاکسون در دسترس نباشد، سفکسیم ۴۰۰ mg خوراکی تک‌دوز، همراه با آزیترومایسین 1g خوراکی تک‌دوز • سفتریاکسون ۲۵۰ mg عضلانی تک‌دوز، در صورت حساسیت به آزیترومایسین، داکسی‌سیکلین 100 mg دو بار در روز برای ۷ روز • در صورت آلرژی به سفالوسپورین‌ها، ژمی فلوکساسین 320mg خوراکی تک‌دوز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تک‌دوز (احتمال تهوع بالاست) • در صورت آلرژی به سفالوسپورین‌ها، اسپکتینومایسین 2g عضلانی تک‌دوز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تک‌دوز (احتمال تهوع بالاست) • در صورت آلرژی به سفالوسپورین‌ها، جنتامایسین 240mg عضلانی تک‌دوز همراه با آزیترومایسین 2g خوراکی تک‌دوز (احتمال تهوع بالاست)

بیماری التهابی لگن: حدود یک سوم مبتلایان به درگیری سرویکس با گنوره دچار PID می‌شوند. PID ناشی از درگیری قسمت‌های فوقانی دستگاه تناسلی یعنی رحم، لوله‌های فالوپ و/یا تخمدان‌هاست. شکایت‌های بیمار شامل درد شکمی یا لگنی، خونریزی غیرطبیعی واژینال و نزدیکی دردناک است. در معاینه نیز تندرینس سرویکس، رحم و/یا تخمدان‌ها مشاهده می‌شود. تب هم در نیمی از موارد دیده می‌شود. PID ناشی از گنوکوک در مقایسه با PID ناشی از کلامیدیا حادث‌تر و پر سر و صداتر است. اما مواردی از اسکار و التهاب وسیع علیرغم فقدان علائم بالینی پرسر و صدا گزارش شده است. افتراق اتیولوژیک این دو پاتوژن بر اساس بالین بین کلامیدیا و گنوکوک ممکن نیست. برای توضیحات بیشتر در باره تشخیص و درمان PID به بخش مربوطه مراجعه کنید.

پری‌هپاتیت نیز از عوارض دیگر عفونت گنوکوکی است که با درد قسمت فوقانی شکم و شبیه به کوله سیستیت ظاهر می‌شود و در زنان جوانی که از نظر جنسی فعالند و تظاهراتی شبیه به کوله سیستیت دارند، باید به آن شک کرد. آنزیم‌های کبدی در اینان اغلب غیرطبیعی است. پری‌هپاتیت در اثر عفونت کلامیدیایی هم ممکن است رخ دهد.

عفونت بدون عارضه حلق: عفونت حلق غالباً بی علامت است. اما گاه بیمار با فارنژیت و لنفادنوپاتی گردن مراجعه می کند. در مبتلایان به عفونت های اوروژنیتال گونوکوکی که نزدیکی دهانی نیز داشته اند، درمان باید با رژیم باشد که به طور موثری عفونت حلق را درمان کند. تنها رژیمی که در این مورد کارآیی اش ثابت شده، رژیم انتخابی جدول ۲۹ است.

عفونت منتشر: عفونت منتشر گونوکوکی یا $DGI^{۱۳}$ در اثر باکتری می نایسریا گنوره ایجاد میشود. پتشی، ضایعات جلدی، آرترالژیهای غیر قرینه، تنوسینوویت و آرتریت چرکی از علائمی است که در DGI مشاهده میشود. گاهی عوارضی مانند پری هپاتیت، و به ندرت اندوکاردیت و مننژیت رخ میدهد. بیماران DGI باید حتماً برای بستری ارجاع شوند. در این بیماران باید علاوه بر کشت از ناحیه اوروژنیتال باید از خون و در صورت وجود نشانه درگیری از سینوویوم، مایع مغزی نخاعی یا پوست نیز نمونه تهیه نمود. درمان بر اساس جدول ۳۰ صورت می گیرد.

جدول ۲۸: درمان توصیه شده برای عفونت منتشر
درمان انتخابی
• سفتریاکسون ۱g عضلانی یا وریدی روزانه حداقل برای ۷ روز، همراه با آزیترومایسین ۱g خوراکی تک دُز
درمان جایگزین
• سفتوتاکسیم ۱g هر ۸ ساعت وریدی روزانه یا سفتی زوکسیم ۱g هر ۸ ساعت وریدی روزانه حداقل برای ۷ روز، همراه با آزیترومایسین ۱g خوراکی تک دُز

برای مننژیت گونوکوکی و اندوکاردیت، همان دُزها به کار می روند؛ اما طول درمان با سفالوسپورین های تزریقی توصیه در مننژیت ۱۰ تا ۱۴ روز و در اندوکاردیت حداقل ۴ هفته است.

عفونت چشمی گونوکوکی

عفونت چشمی گونوکوکی یک وضعیت خطرناک است که به درمان سیستمیک همراه با شستشوی موضعی با محلول نمکی یا سایر محلول های مناسب نیاز دارد. به ویژه، در صورت در دسترس نبودن رژیم های درمانی پیشنهادی، شستشو مهم است. شستشوی کافی دست ها، در پرسنلی که از بیماران عفونی مراقبت می کنند، اهمیتی ویژه دارد. درمان سیستمیک شامل سفتریاکسون ۱ گرم عضلانی در دُز واحد است با این وجود ارجاع به چشم پزشکی ضرورت دارد.

^{۱۳} Disseminated Gonococcal Infection

کنژنکتیویت گنوکوکی نوزادی

عفونت نوزاد در اثر تماس با ترشحات مادر در زمان تولد رخ میدهد. علائم معمولاً در عرض ۲ الی ۵ روز پس از تولد بروز میکند. شدید ترین عارضه **Ophthalmia Neonatorum** و سپسیس است که میتواند همراه با آرتریت و مننژیت باشد.

جدول ۲۹: درمان توصیه شده برای کنژنکتیویت نوزادی
درمان انتخابی
• سفتریاکسون، ۵۰ mg/kg عضلانی تک دُز حداکثر ۱۲۵mg تک دُز
درمان جایگزین
رژیم جایگزین، زمانی که سفتریاکسون در دسترس نیست:
• کانامایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک دُز حداکثر ۷۵mg
یا
• اسپکتینومایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک دُز حداکثر ۷۵mg
رژیم جایگزین، زمانی که سفتریاکسون در دسترس نیست:
• کانامایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک دُز حداکثر ۷۵mg
یا
• اسپکتینومایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک دُز حداکثر ۷۵mg

تأثیر سفتریاکسون و کانامایسین تک دُز اثبات شده است.

پیشگیری از عفونت چشمی نوزادی: پیشگیری به موقع، از عفونت چشمی نوزاد جلوگیری می کند. چشم های شیرخواران باید به خوبی و بلافاصله پس از تولد تمیز شوند و استعمال پماد چشمی ۰.۵٪ اریثرومایسین یا محلول ۱٪ نیترات نقره یا پماد ۱٪ تتراسایکلین در چشم های همه نوزادان در زمان تولد اکیداً توصیه می شود؛ زیرا اثر پیشگیری دارد. اگر چه این روش، محافظت کمی در مقابل کنژنکتیویت کلامیدیایی دارد. شیرخواران متولد شده از مادران مبتلا به عفونت گنوکوکی نیز باید به روش ذکر شده در جدول .. درمان شوند. برخورد با مادر و شرکاء جنسی وی: این افراد باید بررسی شده تحت درمان قرار گیرند.

سایر توصیه ها:

○ پابندی به درمان:

○ برای افزایش پابندی به درمان، درمان باید تحت نظارت مستقیم مصرف شود.

○ شرکای جنسی:

- برای پیشگیری از انتقال عفونت یا عفونت مجدد به بیماران تحت درمان باید آموخت که تا ۷ روز پس از شروع درمان و رفع کلیه علائم و درمان کلیه شرکاء جنسی، نزدیکی نکنند.
- کلیه شرکاء جنسی در ۶۰ روز قبل از شروع علائم باید بررسی و برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند. در مواردیکه آخرین تماس جنسی قبل از این مدت بوده آخرین شریک جنسی باید درمان شود.
- از آنجا که احتمال مراجعه نکردن شریک جنسی برای معاینه و درمان زیاد است، ارائه درمان از طریق بیمار میتواند کمک کننده باشد. مع الوصف بدلیل احتمال وجود سایر بیماریهای آمیزشی و یا PID بیمار باید درمورد ضرورت بررسی و تشویق شریک جنسی برای مراجعه توصیه های لازم را دریافت کرده باشد.
- آزمایش HIV و سایر بیماری های آمیزشی:
- کلیه مبتلایان به گنوره، باید از نظر HIV، سیفلیس و کلامیدیا بررسی شوند.
- پیگیری بیماران:

- در بیماران مبتلا به یورترویت، پروکتیت یا سرویسیت، در مواردی که پس از درمان علائم باقی مانده شرح حال از نظر درمان ناکافی و یا عدم درمان کلامیدیا باید بررسی شود. در جایی که امکانات وجود دارد کشت و آنتی بیو گرام گنوکوک بشدت توصیه میشود. بسیاری از موارد وجود علائم پس از درمان بعلت ابتلا مجدد است و این موضوع ضرورت آموزش و مشاوره برای تغییر رفتار و نیز درمان همزمان شریک جنسی را مطرح میکند.
- در عفونت چشمی گنوکوکی، تحت نظر گرفتن دقیق پیشرفت بیماری مهم است.
- در نوزادن مبتلا به عفونت چشمی گنوکوکی، بیماران باید بعد از ۴۸ ساعت مجدداً معاینه شوند.

○ حاملگی:

- کینولونها در حاملگی منع مصرف دارند. سفالوسپورینها در این حالت درمان انتخابی هستند.
- درمان در مبتلایان به HIV :
- مشابه سایر موارد.

۵-۳-۲ لنفوگرانولوما ونروم

لنفوگرانولوما ونروم توسط گونه های L1، L2، L3 کلامیدیا تراکوماتیس ایجاد می شود. شایعترین یافته های بالینی لنفادنوپاتی دردناک و حساس ناحیه اینگوینال و/یا فمورال که مشخصاً یکطرفه است. یک زخم یا پاپول ناحیه تناسلی که خودبخود بهبود می یابد، ممکنست ایجاد شود و معمولاً وقتی بیمار برای درمان مراجعه می کند، ناپدید

شده است. تماس مقعدی در زنان یا مردان همجنس باز ممکنست ایجاد پروکتوکولیت نماید و علائم بیماری التهابی روده (IBD) را تقلید کند و علائمی چون ترشحات مخاطی و/یا خون آلود، درد مقعدی، یبوست، تب و/یا تنموس ایجاد می کند. در صورت عدم درمان ممکنست فیستول کولورکتال، تنگی و آرتريت راکتیو ایجاد شود.

تشخیص:

تشخیص بر اساس ظن بالینی، اطلاعات اپیدمیولوژیک، رد سایر عوامل ایجاد کننده پروکتوکولیت، لنفادنوپاتی یا زخمهای تناسلی و مقعدی ایجاد می شود. کلامیدیا تراکوماتیس از نمونه های زخمهای تناسلی، نمونه های روده و غدد لنفاوی (سواب از زخمها یا آسپیراسیون خیارک) به روش کشت، ایمونوفلورسانس و مولکولی (NAAT) قابل جدا شدن است.

درمان:

در بسیاری موارد شروع درمان با شک بالینی قوی صورت میگیرد. بیمار با پروکتوکولیت یا زخم تناسلی همراه با لنفادنوپاتی باید تحت درمان قرار گیرد. درمان باعث بهبود عفونت شده و مانع از تخریب بعدی می شود ولی اسکار به جا می گذارد. ممکنست خیارک چرکی نیازمند آسپیراسیون یا برش و درناژ باشد تا مانع از پیدایش زخمهای ایگوینال/فمورال شود.

جدول ۳۰: درمان توصیه شده لنفوگرانولوم. نروم
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:
۱ آزیترومایسین 1g خوراکی تک دُز یا داکسی سیکلین 100mg دو بار در روز تا ۷ روز

بیمار باید با برطرف شدن کامل علائم پیگیری شود نیز از نظر ابتلا به HIV و سایر بیماریهای آمیزشی آزمایش شود.

کلیه افرادی که در طی ۶۰ روز قبل از ابتلا به لنفوگرانولوماونروم با وی تماس جنسی داشته اند باید معاینه و تحت درمان قرار بگیرند. رژیم دارویی درمان شریک جنسی:

بارداری:

زنان باردار و شیرده مبتلا به لنفوگرانولوماونروم باید با اریترومايسين درمان شوند. داکسی سیکلین در سه ماهه دوم و سوم بارداری ممنوع است.

افراد مبتلا به HIV:

درمان لنفوگرانولوماونروم در مبتلایان به HIV تفاوتی با سایرین ندارد ولی ممکنست طول درمان بیشتر و عوارض آن نیز شدیدتر باشد

۶-۳-۲ عفونت‌های کلامیدیا تراکوماتیس (به جز LGV)

یکی از شایعترین عفونتهای آمیزشی در سراسر جهان است. بسته به محل ورود باکتری، علائم ممکن است در ناحیه دستگاه تناسلی یا مقعد یا سایر ارگانها متفاوت باشد. در نوزادان و شیرخوارانی که از مادر مبتلا به دنیا آمده اند می تواند منجر به کوئرکتیویت یا پنومونی شود. عفونت دستگاه تناسلی یا مقعد:

یورتریت، سرویسیت و پروکتیت: شایعترین شکایات درگیری پیشابراه در مردان، ترشح آبکی یا مخاطی از پیشابراه یا دیزوری است. ترشح پیشابراه اغلب اندک است و اغلب فقط با دوشیدن پیشابراه دیده می شود. گاه بیمار فقط صبحها در نوک آلت خود ترشح اندکی مشاهده می کند و بقیه روز حتی با دوشیدن ترشحات دیده نمی شود. حداقل ۴۰٪ مردان بدون علامتند. عفونت پیشابراهی گنوکوکی هر چند ممکن است از نظر بالینی تفاوت هایی با نوع کلامیدیایی داشته باشد، ولی این تفاوت ها به قدری غیرحساسند که از نظر بالینی به کار نمی آیند.

در زنان، سرویکس شایعترین محل درگیری است و در صورت علامت دار شدن، علائم غالباً غیر ویژه و شامل خارش و سوزش دستگاه تناسلی، ترشح، درد خفیف لگنی و خونریزی بین دو عادت ماهانه است. یافته های اپیدمیولوژیک حاکی از آن است که در بخش قابل توجهی از زنانی که اکتوپی سرویکس دارند (یعنی سلول های اپیتلیال ستونی از اندوسرویکس به بقیه سرویکس گسترش می یابند) عفونت همزمان کلامیدیایی دارند. با این وجود حداقل ۸۵٪ زنانی که عفونت سرویکس دارند، بدون علامتند. در معاینه نیز اغلب زنان مبتلا، یافته غیر طبیعی ندارند. یافته های معاینه در صورت وجود، شامل ترشح موکوپورولانت از اندوسرویکس، خونریزی سریع از اندوسرویکس و اکتوپی ادماتوست. فقدان علامت در شرح حال یا نشانه در معاینه منجر به پذیرش غریبالگری روتین در زنان در معرض خطر در اغلب رهنمودهای دنیا در کشورهای پیشرفته شده است.

در گروهی از زنان مبتلا (حدود یک چهارم) پیشابراه هم به طور ثانویه گرفتار می شود. اغلب اینان هم بی علامتند. ولی برخی دچار علامتهای تپیک عفونت ادراری شامل تکرر و سوزش ادرار می شوند. در ادرار این بیماران لوکوسیتوری دیده می شود ولی باکتریوری نیست و کشت هم منفی است. در چنین حالتی در زنان فعال جنسی باید به شدت به عفونت کلامیدیایی اندیشید. عفونت گونوکوکی یا هرپسی پیشابراه مه گاه چنین تابلویی ایجاد می کنند.

عفونت کلامیدیایی رکتوم در زنان ناشایع، اغلب بی علامت و بدون عارضه و ناشی از سوش های **D** تا **K** است. عفونت کلامیدیایی رکتوم در مردان تقریباً همیشه در **MSM** های دارای سابقه رابطه مقعدی مفعولی رخ می دهد. سوش های **D** تا **K** اغلب بی علامتند ولی سوش های **LGV** به طور تپیک علامت های پروکتیت حاد را دارند.

حلق محل شایعی برای عفونت های کلامیدیایی نیست.

تشخیص: تشخیص می تواند در زنان سواب اندوسرویکس، واژن یا نمونه اول ادرار و در مردان سواب پیشابراه یا یا نمونه اول ادرار صورت گیرد. **NAAT** حساس ترین روش تشخیصی و روش توصیه شده معمول است. از **NAAT** می توان برای بررسی نمونه های حلق و رکتوم هم استفاده کرد، هر چند هنوز برای کار توسط **FDA** تایید نشده است. بیماران می توانند خودشان نمونه سواب واژن یا رکتوم را تهیه کنند.

جدول ۳۱: درمان توصیه شده برای عفونت آنوژنیتال بدون عارضه
درمان انتخابی
• آزیترومایسین ۱gr تک دُز یا • داکسی سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز
درمان جایگزین
• اریتروماйсین 800mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز یا • لووفلوکساسین ۵۰۰mg روزانه برای ۷ روز یا • اوفلوکساسین ۳۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷ روز

رژیم های پیشنهادی در عفونت کلامیدیایی در بارداری شامل اریتروماйсین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز یا آزیترومایسین ۱gr تک دُز می باشد.

بیماری التهابی لگن: مهمترین عارضه عفونت کلامیدیایی در زنان، PID است. خطر PID به خصوص در زنان باردار بالاست. شایعترین شکایت بیمار درد شکمی یا لگنی است. در حضور ترشح ژنیال در زنی که دچار درد شکمی یا لگنی شده باید به شدت به آن شک کرد. در معاینه نیز تندرns سرویکس، رحم و/یا تخمدان ها مشاهده می شود. تب هم ممکن است دیده شود. PID ناشی از کلامیدیا در مقایسه با PID ناشی از گنوکوک بیشتر به نازایی، حاملگی خارج رحمی و درد مزمن لگنی می انجامد. با این وجود بالین برای افتراق اتیولوژیک این دو پاتوژن غیرویژه است. برای توضیحات بیشتر در باره تشخیص و درمان PID به بخش مربوطه مراجعه کنید.

پری هپاتیت نیز از عوارض دیگر عفونت کلامیدیایی است که با درد قسمت فوقانی شکم یا درد پلورتیک ظاهر می شود و در زنان جوانی که از نظر جنسی فعالند، باید به آن شک کرد. آنزیم های کبدی در اینان به طور تیبیک نرمال است. پری هپاتیت در اثر عفونت گنوکوکی هم ممکن است رخ دهد.

اپیدیدیمیت: عفونت کلامیدیایی همراه با گنوکوک، شایعترین عامل اپیدیدیمیت در مردان فعال جنسی زیر ۳۵ سال است. بیماری در مردان مبتلا به آن با درد و تندرns یک طرفه بیضه، هیدروسل و تورم قابل لمس اپیدیدیم تظاهر می یابد. برای توضیحات بیشتر در باره تشخیص و درمان اپیدیدیمیت به بخش مربوطه مراجعه کنید.

پروستاتیت مزمن: پروستاتیت مزمن که با دیزوری، اختلال در ادرار کردن، درد لگن و درد در حین انزال رخ می دهد، احتمالاً گاهی ناشی از عفونت کلامیدیایی است. طبق تعریف در ترشحات پروستات با ماساژ، تعداد لوکوسیت افزایش می یابد. این یافته ها در پروستاتیت مزمن باکتریال هم رخ می دهد.

آرتریت راکتیو: یک درصد مردان مبتلا به یورتریت، دچار آرتریت راکتیو می شوند و یک سوم آنها تریاد یوئنت، آرتریت و یورتریت دیده می شود. کلامیدیا تراکوماتیس شایعترین پاتوژنی است که به آرتریت راکتیو منجر می شود.

کنژنکتیویت کلامیدیایی نوزادی در نوزادان و شیرخوارانی که از مادر مبتلا به دنیا آمده اند، عفونت کلامیدیایی می تواند منجر به کنژنکتیویت شود. تمام موارد کنژنکتیویت نوزادی باید برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند؛ زیرا امکان عفونت توأم وجود دارد. نوزاد باید از نظر پنومونی نیز بررسی شود. برای تشخیص قطعی باید از کشت، DFA یا NAAT استفاده کرد.

جدول ۳۲: درمان توصیه شده برای کنژنکتیویت کلامیدیایی نوزادی
درمان انتخابی
• شربت اریترومایسین، ۵۰ mg/kg روزانه (در ۴ دُز منقسم) برای ۱۴ روز

درمان جایگزین
• ازیترومایسین 20mg/kg/day خوراکی ، یک دُز روزانه برای ۳ روز

شواهدی مبنی بر تأثیر بیشتر افزودن ترکیب های موضعی به رژیم درمانی خوراکی وجود ندارد. در صورتی که پس از خاتمه درمان کنژنکتیویت انکلوژیونی ایجاد شده باشد، درمان مجدد با اریترومایسین برای ۲ هفته باید صورت گیرد.

پنومونی شیرخواری:

در نوزادان و شیرخوارانی که از مادر مبتلا به دنیا آمده اند، عفونت کلامیدیایی می تواند منجر به کنژنکتیویت یا پنومونی شود. به طور تیپیک در یک تا ۳ ماهگی رخ می دهد و سیری تحت حاد دارد. به طور مشخص با تاکی پنه و سرفه های بریده، انفیلتراسیون های منتشر دوطرفه و ائوزینوفیلی محیطی تظاهر می یابد. با این وجود اغلب تظاهر آن اختصاصی نیست و هر کودک با پنومونی در ۱ تا ۳ ماه باید با کشت نمونه نازوفارنکس بررسی شود. از DFA یا NAAT هم می توان استفاده کرد ولی هنوز توسط FDA تایید نشده است. در آن مطابق جدول صورت می گیرد.

جدول ۳۳: درمان توصیه شده برای پنومونی شیرخواری
درمان انتخابی
• شربت اریترومایسین، ۵۰ mg/kg روزانه (در ۴ دُز منقسم) برای ۱۴ روز
درمان جایگزین
• ازیترومایسین 20mg/kg/day خوراکی ، یک دُز روزانه برای ۳ روز

روش های تشخیصی:

روش مولکولی (NAAT) بسیار حساس است و ۵-۳ برابر احتمال شناسایی تریکوموناس را در مقایسه با Wet mount (۶۵-۵۱٪) افزایش می دهد و حتی جایگزین کشت که استاندارد طلایی تشخیص تریکوموناس بود، شده است. نیز آزمایش سریع شناسایی آنتی ژن تریکوموناس (OSOM) که در مدت ۱۰ دقیقه نتیجه آن معلوم می شود و از حساسیت (۹۵-۸۲٪) و ویژگی (۹۷-۱۰۰٪) بالایی برخوردار است.

در حال حاضر همچنان شایعترین آزمایش مورد استفاده برای تشخیص تریکومونیازیس، Wet mount ترشحات واژینال است که حساسیت آن در مردان کمتر نیز هست. پاپ اسمیر هرگز روش پذیرفته شده ای برای یافتن تریکوموناس نیست.

درمان شریک جنسی:

شریک جنسی (علامتدار یا بدون علامت) باید تحت درمان قرار گیرد و تا تکمیل دوره درمان از تماس جنسی پرهیز کنند. درمان باعث کاهش علائم شده و میزان انتقال را نیز کاهش می دهد.

جدول ۳۴: درمان توصیه شده تریکوموناس واژینال
درمان انتخابی
مترونیدازول: ۵۰۰mg هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز (این رژیم اغلب در زنان مبتلا به HIV و نیز سایر زنان با عفونتهای مکرر و احتمال مقاومت دارویی استفاده می شود)
درمان جایگزین
مترونیدازول: 2g دُز واحد یا تینیدازول: 2g دُز واحد

در طول درمان باید بیمار از تماس جنسی پرهیز کند (تا زمان برطرف شدن علائم و تکمیل دوره درمان در بیمار و همسرش). از نظر سایر بیماریهای آمیزشی و HIV نیز بررسی شود.

پیگیری:

بدلیل میزان قابل توجه عفونت مکرر در میان زنان مبتلا به تریکومونیازیس، معاینه مجدد (و در صورت امکان آزمایش) برای تمام زنان درمان شده در طی سه ماه پس از درمان توصیه می شود.

درمان شریک جنسی:

درمان همزمان شریک (شرکاء) جنسی با همان رژیم دارویی فرد تحت درمان الزامیست.

تریکومونیاژیس مداوم یا مکرر:

در موارد تریکومونیاژیس مکرر باید در مورد احتمال تریکوموناس مقاوم یا ابتلا مکرر فکر کرد. در ۱۰-۴٪ موارد تریکوموناس واژینالیس به مترونیدازول و ۱٪ موارد به تینیدازول مقاوم است.

در درمان تریکومونیاژیس مکرر از درمان با تک دُز نباید استفاده کرد و از مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت بمدت ۷ روز یا تینیدازول 2g روزانه برای ۷ روز تجویز شود.

ابتلا به تریکوموناس واژینالیس در بارداری منجر به عوارض نامطلوبی چون پارگی زودهنگام کیسه آب، زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن پایین می شود. درمان در زمان بارداری در زنان علامتدار با رژیم مشابه فوق توصیه می شود. استفاده از مترونیدازول در بارداری و شیردهی ممنوعیتی ندارد فقط اگر برای مادر شیرده دُز واحد 2g یکجا تجویز شود، بهتر است ۱۲-۲۴ ساعت شیر دهی را متوقف کند در صورت استفاده از تینیدازول در حاملگی ممنوع است و در صورت مصرف در شیردهی، تا ۷۲ ساعت پس از مصرف دُز 2g دارو، باید از شیردهی پرهیز شود (شیر دوشیده و دور ریخته شود).

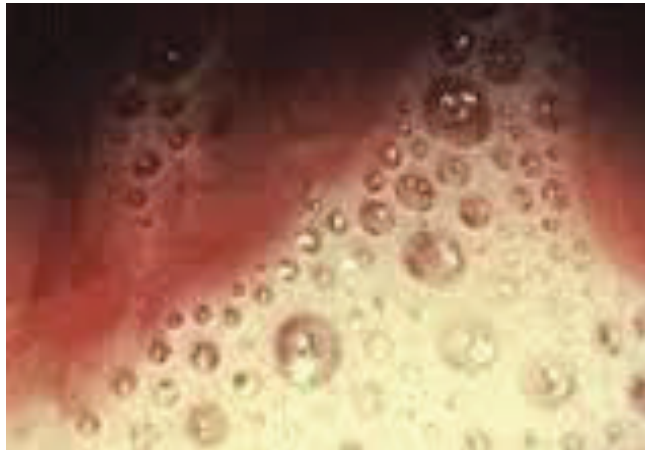
تریکومونیاژیس در مبتلایان به HIV:

تریکوموناس واژینالیس در زنان مبتلا به HIV ارتباط مشخصی با PID دارد. درمان تریکوموناس واژینالیس بشدت باعث کاهش مقدار ویروس در ترشحات واژینال می شود.

درمان تریکوموناس واژینالیس در زنان مبتلا به HIV ترجیحا مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت بمدت ۷ روز است و از درمان تک دُز استفاده نمی شود. در طی ۳ ماه پس از اتمام درمان، معاینه و آزمایش مجدد توصیه می شود.

نکات عملی: توجه به نوع ترشحات و آزمایش تشخیصی سریع تریکوموناس می تواند در بالین بیمار و در کمترین زمان برای تشخیص استفاده شود

شکل ۲: ترشحات کف آلود تریکوموناس واژینالیس



۸-۳-۲ واژینوز باکتریال

واژینوز باکتریال یک سندروم بالینی ناشی از جایگزینی لاکتوباسیل های طبیعی مولد پراکسید هیدروژن در واژن با غلظت بالای باکتریهای بیهوازی (نظیر گونه های پروتلا و موبیلونکوس)، گاردنلا واژینالیس، اروپلاسما، مایکوپلاسما است. علت این جایگزینی چندان مشخص نیست. واژینوز باکتریال جزو بیماریهای آمیزشی محسوب نمی شود بنابراین درمان همسر (شریک جنسی) ضروری نیست. توصیه می شود که از عوامل مستعد کننده ابتلا به واژینوز باکتریال شامل استفاده از ژل های شستشو دهنده واژن و دوش واژینال، پرهیز شود. در بعضی زنان این جایگزینی کوتاه و در بسیاری طولانی می باشد.

شایعترین علت مراجعه زنان به دلیل وجود ترشحات واژینال، واژینوز باکتریال است. واژینوز باکتریال عموماً با عواملی چون داشتن شرکاء جنسی متعدد، دوش واژینال یا استفاده از محصولات ضد عفونی کننده واژینال، عدم استفاده از کاندوم و در روابط جنسی ارتباط دارد. بسیار بندرت در زنانی که هرگز تماس جنسی نداشته اند نیز ممکنست دیده شود.

ابتلا به واژینوز باکتریال، خطر ابتلا به سایر عفونتهای آمیزشی (نظیر HIV، گنوره، کلامیدیا و ...) را افزایش می دهد. همچنین باعث افزایش عوارض بدنال جراحی های ناحیه تناسلی و بارداری می شود.

اگرچه باکتریهای مولد باکتریال واژینوز در ناحیه تناسلی مردان دیده می شود ولی درمان مردان نقشی در کاهش انتقال به زنان ندارد. لذا درمان شریک جنسی توصیه نمی شود.

تشخیص:

تشخیص واژینوز باکتریال با علائم بالینی یا رنگ آمیزی گرم است. استاندارد طلایی تشخیص، رنگ آمیزی گرم و دیدن باکتریهای فوق است.

حداقل سه مورد از کرایتریای بالینی برای تشخیص لازم است:

۱. ترشحات یکدست ، رقیق و سفید رنگ که به نرمی دیواره واژن را پوشانده است
۲. در بررسی میکروسکوپی سلولهای Clue دیده می شود (سلولهای اپیتلیال واژینال کوکوباسیل ها به آن چسبیده اند)
۳. $\text{PH} > 4.5$ ترشحات واژینال
۴. آزمایش whiff: ترشحات واژینال بوی ماهی می دهد (قبل یا بعد از اضافه کردن ۱۰٪ KOH)

روشهای مولکولی دقیق تر نیز برای تشخیص قطعی وجود دارد که فعلا در این دستورالعمل توصیه نمی شود.

جدول ۳۵: درمان توصیه شده برای واژینوز باکتریال
درمان انتخابی
قرص مترونیدازول 500mg هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز <u>یا</u> ژل مترونیدازول 0.75% ، روزی یک اپلیکاتور پر برای ۵ روز <u>یا</u> کرم کلیندامایسین ۲٪ شبی یک اپلیکاتور پر برای ۷ روز <u>یا</u> قرص تینیدازول ، 2g روزانه برای ۲ روز
درمان جایگزین
تینیدازول 2g خوراکی روزانه برای ۲ روز تینیدازول 1g خوراکی روزانه برای ۵ روز کلیندامایسین 300mg خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز کلیندامایسین اوول واژینال 100mg یک نوبت در هنگام خواب برای ۳ روز

نکات مهم:

در طول درمان با مترونیدازول، تا ۲۴ ساعت و تینیدازول تا ۷۲ ساعت بعد از آخرین دُز دارو، از مصرف الکل خودداری شود.

باید در طول درمان کامل از نزدیکی پرهیز کرده و یا از کاندوم استفاده کنند. از دوش واژینال پرهیز کنند.

کرم کلیندامایسین بدلیل اینکه پایه چربی دارد ممکنست باعث تضعیف کاندوم لاتکس شود و تا ۵ روز پس از استفاده از آن، اثرش باقی بماند و باید به بیمار گوشزد نمود.

پیگیری:

در صورت برطرف شدن علائم نیاز به پیگیری ندارد و با توجه به تداوم یا عود مکرر علائم، به بیمار گوشزد می شود که در صورت بروز علائم، مجدداً مراجعه کند.

در زنانی که مکرراً واژینوز باکتریال می شوند ممکنست بتوان پس از تکمیل یک نوبت درمانی، از رژیم دارویی ژل مترونیدازول 0.75% دو بار در هفته برای ۶-۴ ماه استفاده کرد، اگرچه تأثیر قطعی آن ثابت نشده است:

درمان شریک جنسی:

درمان روتین همسر توصیه نمی شود

درمان بارداری:

درمان در زمان بارداری در زنان علامتدار با رژیم مشابه فوق توصیه می شود. استفاده از مترونیدازول در بارداری و شیردهی ممنوعیتی ندارد فقط اگر برای مادر شیرده دُز واحد 2g یکجا تجویز شود، بهتر است ۱۲-۲۴ ساعت شیر دهی را متوقف کند.

در مبتلایان به HIV:

واژینوز باکتریال با شیوع بیشتری در در مبتلایان به HIV دیده می شود ولی درمان آن با سایرین تفاوتی ندارد.

نکات عملی: توجه به نوع ترشحات، آزمایش تعیین PH، آزمایش استفاده از KOH می تواند در بالین بیمار و در کمترین زمان برای تشخیص استفاده شود

شکل ۳: واژینوز باکتریال



۹-۳-۲ کاندیدیازیس

کاندیدا آلیکینس شایعترین علت این واژینیت است. تا ۲۰٪ موارد مبتلایان ممکنست بی علامت باشند. واژینیت کاندیدایی معمولاً انتقال جنسی ندارد و درمان همسر معمولاً توصیه نمی شود. گاهی در زنانی که دچار واژینیت های مکرر کاندیدایی می شوند ممکن است تصمیم به درمان همسر بگیرید، این مردان مبتلا به بالانیت کاندیدایی هستند که با قرمزی یا التهاب نوک مجرای ادرار مردانه تظاهر می کند. در صورت بروز علائم معمولاً خارش vulva (فرج)، سوزش، درد در حین نزدیکی، سوزش ادرار خارجی و ترشحات آب پیری واژینال است. در معاینه قرمزی ناحیه یا خراشهای ناشی از خارش شدید و ادم پیدا می شود. بر اساس تظاهرات بالینی، میکروبیولوژی، فاکتورهای میزبانی و پاسخ به درمان، ولوواژینیت کاندیدایی بدون عارضه و عارضه دار تقسیم می شود. حدود ۱۰-۲۰٪ زنان مبتلا به ولوواژینیت کاندیدایی عارضه دار می شوند که نیازمند اقدامات تشخیصی درمانی اختصاصی تر است.

ولوواژینیت کاندیدایی بدون عارضه:

معمولاً تشخیص بالینی است با داشتن علائمی چون سوزش ادرار خارجی و خارش فرج، درد، تورم و قرمزی، خراشهای ناشی از خارش شدید و ترشحات دلمه ای غلیظ مشخص می شود. برای تشخیص می توان از روشهای زیر استفاده کرد:

اسمیر مرطوب (سالین، ۱۰٪ KOH)، رنگ آمیزی گرم ترشحات که هیف، سودو هیف و جوانه ها را نشان می دهد

کشت ترشحات و یا سایر تکنیکهای حساس تر تشخیصی

معمولاً PH واژن طبیعی است ($PH < 4.5$). آزمایش PCR تأیید شده برای کاندیدا وجود ندارد

درمان همسر:

ولوواژینیت کاندیدایی معمولاً جزء بیماریهای آمیزشی نیست و درمان همسر توصیه نمی شود اما در موارد خاص در زنانی که حملات مکرر کاندیدا پیدا می کنند ممکنست توصیه به درمان همزمان همسر شود. تعدادی از این مردان بالانیت کاندیدایی دارند که با قرمزی و التهاب گلنس پنیس تظاهر می کند.

کاندیدیازیس مکرر

توصیه می شود که عوامل مستعد کننده کاندیدیازیس مکرر نظیر مصرف آنتی بیوتیک ها، ژل های شستشو دهنده واژن، دوش واژینال به حداقل برسد. درمان همزمان کانون روده ای عفونت با نیستاتین خوراکی یا فلوکونازول

در پیشگیری از ابتلا مکرر به کاندیدا مؤثر نیست. دیابت کنترل نشده، نقص ایمنی و مصرف کورتیکواستروئیدها می توانند منجر به ابتلا مکرر به واژینیت کاندیدیایی شود.

جدول ۳۶: درمان توصیه شده برای واژینیت کاندیدیایی
درمان انتخابی
کرم کلوتریمازول ۲٪ داخل واژینال برای ۳ روز <u>یا</u>
کرم کلوتریمازول ۱٪ داخل واژینال برای ۷-۱۴ روز <u>یا</u>
کرم میکونازول ۴٪ داخل واژینال یا شیاف 200mg برای ۳ روز <u>یا</u>
کلوتریمازول واژینال 500mg بعنوان دژ واحد <u>یا</u>
نیستاتین واژینال 100000 IU روزانه ۱۴ روز <u>یا</u>
فلوکونازول 150mg خوراکی دژ واحد

نکته: کرم های واژینال مورد استفاده ممکنست باعث پارگی کاندوم شوند.

درمان واژینیت کاندیدیایی در بارداری: فقط از درمانهای موضعی و بمدت ۷ روز استفاده شود. در صورتیکه در طی یکسال ۴ مرتبه یا بیشتر فرد دچار واژینیت کاندیدیایی شود، بعنوان کاندیدایزیس مکرر نامیده می شود. در این شرایط معمولاً دوره درمان کوتاه مدت برای پاسخ بالینی مناسب کافی نیست.

جدول ۳۷: درمان توصیه شده برای واژینیت کاندیدیایی
درمان انتخابی
کرم کلوتریمازول ۲٪ داخل واژینال برای ۳ روز <u>یا</u>
کرم کلوتریمازول ۱٪ داخل واژینال برای ۷-۱۴ روز <u>یا</u>
کرم میکونازول ۴٪ داخل واژینال یا شیاف 200mg برای ۳ روز <u>یا</u>
کلوتریمازول واژینال 500mg بعنوان دژ واحد <u>یا</u>
نیستاتین واژینال 100000 IU روزانه ۱۴ روز <u>یا</u>
فلوکونازول 150mg خوراکی دژ واحد
درمان کاندیدایزیس مکرر یا کاندیدایزیس شدید
فلوکونازول 150 mg برای سه نوبت در روزهای ۱ و ۴ و ۷
در صورت عدم پاسخ و بروز مجدد علائم، بیمار تحت درمان نگهدارنده قرار بگیرد:
فلوکونازول 150 mg -هفتگی برای ۶ ماه

در مبتلایان به HIV:

در زنان مبتلا به HIV شیوع کاندیدیازیس بمراتب بیشتر از افراد غیر مبتلاست و با پیشرفت بیماری به سمت ایدز و نقص ایمنی، شدت کاندیدیازیس واژینال نیز بیشتر میشود. درمان در موارد کاندیدیازیس با و بدون عارضه مشابه سایرین است.

نکات عملی: توجه به سوزش ادرار و ادم vulve، خراش های ناشی از خارش شدید و ترشحات غلیظ آب پنیری و دلمه ای و PH نرمال واژن ($PH < 4.5$) می تواند در بالین بیمار و در کمترین زمان برای تشخیص استفاده شود

شکل ۴: کاندیدیازیس واژینال



۱۰-۳-۲ زگیل تناسلی

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 ۱۰۰ 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. بیشتر افراد فعال از نظر جنسی حداقل یک بار در طول عمر مبتلا به HPV میشوند. انواع انکوژن و پرخطر این ویروس (شامل انواع ۱۸ و ۱۶) میتواند با بدخیمی یا پیش بدخیمی در دهانه رحم، پنیس، ولو، آنال، واژینال و اوروفارنکس ارتباط داشته باشند. در حالیکه انواع غیر انکوژن و کم خطر (شامل انواع ۱۱ و ۶) عامل ایجاد کننده بیشتر از ۹۰٪ موارد زگیلهای تناسلی و پاپیلوماتوز راجعه تنفسی هستند. زگیلهای تناسلی معمولاً از طریق جنسی انتقال می یابند ولی انتقال مادر به فرزند در حین زایمان هم میتواند رخ دهد.

زگیلهای تناسلی معمولاً به صورت ضایعات منفرد یا متعدد ظاهر میشوند و بدون درد هستند. زگیلهای 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. زگیلها بدون درد بوده و عوارض شدیدی ندارند مگر در شرایطی که ایجاد انسداد نمایند و مخصوصاً در زنان حامله گاهی زگیلها نمای گل کلمی ایجاد میکنند. در حاملگی و در صورتی که ترشح داشته باشند زگیلها 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 ولو، دیواره واژن، پرینه و مقعد و دهانه رحم مناطق شایع بروز زگیل تناسلی هستند. تشخیص این بیماری با معاینه بالینی است.

شرکای جنسی نیز باید از نظر وجود زگیل معاینه شوند. به بیماران دارای زگیل های آنورینتال، باید خطر انتقال به شرکای جنسی را آموزش داد. به کاربردن کاندوم برای کمک به کاهش انتقال مفید است.

برای زگیل تناسلی هیچ درمان دارویی ضدویروسی 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. این مسائل را باید قبل از درمان به بیمار توضیح داد.

شکل ۵: زگیل تناسلی



پیشگیری:

قابل اعتمادترین روش برای پیشگیری از ابتلا به HPV خویشتن داری در افراد مجرد و وفاداری به همسر در افراد متأهل است. 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.

در حال حاضر برای پیشگیری از ابتلا به HPV دو 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. و واکسن ۴ ظرفیتی گارداسیل که علیه چهار تیپ ۱۱ و ۶ و ۱۶ و ۱۸ محافظت میکند. البته یک نوع واکسن ۹ ظرفیتی هم اخیراً برای پیشگیری از ۹ تیپ (۶ و ۱۱ و ۱۶ و ۱۸ و ۳۱ و ۳۳ و ۴۵ و ۵۲ و ۵۸) تولید شده است

واکسن برای دختران ۱۱-۱۲ سال توصیه میشود و میتوان از سن ۹ سالگی واکسیناسیون را شروع کرد. واکسن بیشترین اثربخشی را در شرایطی دارد که قبل از شروع فعالیت جنسی دریافت شده باشد. برای زنان و دخترانی که قبل از سن ۱۳-۲۶ سال واکسن دریافت نکرده اند و یا واکسیناسیونشان کامل نیست نیز توصیه میگردد. واکسن چهار ظرفیتی و نه ظرفیتی برای پسران و مردان ۱۳-۲۱-۱۳ سال توصیه میگردد و میتوانند از ۹ سالگی هم شروع نمایند این واکسنها برای زنان حامله توصیه نمیشود. در کشورهای غربی با توجه به اینکه شروع فعالیت جنسی در سنین پایین تر می باشد معمولاً برای زنان و مردان بالای ۲۶ سال واکسن 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.

همه این واکسنها 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. 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.

"واکسن HPV موجود در کشور مورد تایید وزارت بهداشت بوده ولی با توجه به اینکه در برنامه واکسیناسیون کشوری کلیه واکسنها رایگان ارائه می شود. استفاده از واکسن در برنامه کشوری در حال بررسی است."

در زنانی که واکسن HPV دریافت می کنند، معاینه منظم سرویکس و پاپ اسمیر تاکید می گردد.

تشخیص:

تشخیص زگیل تناسلی اغلب بالینی است ولی میتوان در موارد مشکوک با انجام بیوپسی به تشخیص قطعی رسید. آزمایش HPV-PCR برای تشخیص زگیل تناسلی توصیه نمیشود.

درمان:

هدف از درمان رفع ظاهری ضایعات است. اگر زگیل تناسلی بدون درمان هم رها شود ممکن است خودبخود رفع شود، بدون تغییر بماند و یا تعداد و اندازه اش افزایش یابد. درمان زگیل تناسلی به کاهش استرس روحی بیماران کمک میکند و نگرانی بیمار را در خصوص شکل ظاهری زگیلها در ناحیه تناسلی اش کاهش میدهد. زگیل تناسلی میتواند ظرف یکسال خودبخود رفع گردد. لذا میتوان در برخی بیماران بدون درمان بیمار را پیگیری نمود. 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، تبحر پزشک، تمایل بیمار عوارض جانبی، محل ضایعه تعداد و اندازه ضایعه و همکاری بیمار را باید در نظر گرفت. گاهی هم میتوان در

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

رژیم درمانی توصیه شده برای زگیلهای تناسلی- مقعدی خارجی (پنیس کشاله ران، ولوو، اسکروتوم، پرینه، قسمت خارجی و اطراف مقعد):

- درمانهایی که توسط خود بیمار انجام میشود:

- کرم ۵٪ ایمی کوئمود

- پنج فلورو یوراسیل 5FU هفته ای دو بار (در صورت وجود ضایعات در واژن 5FU

توصیه نمی شود).

- 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٪

نکته: با توجه به اینکه بخار ناشی از الکتروسرجری و لیزر خطر انتقال ویروس از طریق استنشاق افزایش می دهد رعایت احتیاط لازم (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 دیده شود.

استعمال کرم ایمی کوئمود ۵درصد 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 فلورو یوراسیل (5FU) تقریبا شبیه ایمیکوئیمود می باشد فقط دو بار در هفته استفاده می شود.

نکته مهم این است که ایمنی هیچیک از ۲ دارو در زمان بارداری اثبات نشده است.

یکی از روشهایی که قبلا برای درمان زگیل تناسلی به وفور به کار میرفت استفاده از پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵درصد در محلولی از بنزوئین بود که هر چند در حال حاضر هنوز توسط برخی پزشکان و کلینیسینها 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. قبل از کاربرد اسپکولوم یا آنوسکوپ، باید پودوفیلین مصرفی برای درمان زگیل های سطوح

اپیتلیایی ژنیتال و آنال خشک شوند. درمان باید هر هفته تکرار شود. اگر پس از ۶-۸ بار استفاده از پدوفیلین همچنان زگیل باقی مانده باشد باید بیمار به یک مرکز تخصصی تر ارجاع شود. عده‌ای از کارشناسان، با کاربرد پودوفیلین برای درمان زگیل‌های مقعد مخالفند. پودوفیلین را نباید با مقادیر زیاد استفاده کرد؛ زیرا سمی است و به آسانی جذب می‌شود. این دارو در بارداری و شیردهی نیز منع مصرف دارد.

در بعضی از کشورها پودوفیلوکس استفاده می‌شود. استفاده از محلول پودوفیلوکس ۵/۰ درصد یا ژل، میتواند توسط خود بیمار با یک سواب پنبه‌ای به زگیل‌های 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 / پدوفیلوکسین نباید بیشتر از ۰.۵ میلی لیتر در روز باشد و سطح کلی منطقه مورد درمان نباید بیشتر از ۱۰ سانتی متر مربع باشد.

TCA یا تری کلرواستیک اسید (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد) باید به دقت و بدون تماس با نسوج، روی زگیل‌ها مالیده شود؛ سپس روی نواحی درمان شده، 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 بی ضرر است.

در صورتیکه پس از دو ماه درمان با پدوفیلین، پدوفیلوکسین و یا **TCA** زگیل از بین نرفت بیمار را برای بررسی‌های بیشتر به مرکز تخصصی تر ارجاع دهید.

کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، که باید هر ۳-۲ هفته تکرار شوند. لازم به توضیح است که در هر جلسه دو سیکل درمان انجام شود. کرایوتراپی سمی نیست؛ نیازی به بی‌حسی ندارد و اگر به‌طور دقیق به کار رود، ایجاد اسکار نمی‌کند. در حاملگی و شیردهی کاملاً ایمن است.

درمان زگیل‌های واژینال یا سرویکس و نیز زگیل‌های مجرای ادراری و مقعدی در زنان و مردان باید در یک مرکز تخصصی (کلینیک پوست یا **STI**) انجام شود.

رژیم‌های توصیه شده برای درمان زگیل‌های تناسلی در قسمتهای مخاطی و داخلی ژنیتال شامل واژن، سرویکس، آنال و داخل مجرای ادراری مردان:

زگیل‌های واژن:

- کرایوتراپی با نیتروژن مایع (کرایوپروب توصیه نمیشود چون احتمال سوراخ شدن واژن و فیستول وجود دارد)
- برداشت با جراحی
- **TCA** یا **BCA** (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیل‌های سرویکس:

- کرایوتراپی با نیتروژن مایع

- برداشت جراحی
- **TCA** یا **BCA** (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیلهای داخل مقعدی:

باید با یک متخصص مشاوره نمود. در زنانی که یک ضایعه اگزوفیتیک سرویکس دارند قبل از شروع درمان زگیل باید بیوپسی برای بررسی و رد **SIL** با گرید بالا انجام شود. زگیل های سرویکس نباید تا زمان مشخص شدن نتایج پاپ اسمیر درمان شوند.

- کرایوتراپی با نیتروژن مایع
- برداشت جراحی
- **TCA** یا **BCA** (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیل های داخل مه آ و مجرا:

- کرایوتراپی
- برداشت با جراحی

اورتروسکپی برای تشخیص زگیل های داخل مجرا ضروری است و در مردان دارای زگیل های راجعه مآ باید آن را مدنظر داشت. بعضی افراد باتجربه، برداشتن زگیل ها از طریق جراحی الکتریکی را ترجیح می دهند. به کاربردن کرم ۵ درصد فلورو اوراسیل یا تیوتا ممکن است مؤثر باشد؛ اما ارزیابی کافی نشده است. پودوفیلین نباید به کار رود.

پیگیری:

در بیشتر بیماران مبتلا به زگیلهای 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. در کل زگیلهایی که در چینهای پوستی و یا مناطق مرطوب تناسلی قرار دارند پاسخ بهتری به درمانهای موضعی میدهند. در صورتیکه پاسخ بالینی مناسب بعد از تکمیل یک دوره درمانی با یک روش دیده نشد و یا در صورتی که روش به کار برده شده عوارض جانبی جدی داشت میتوان روش درمان را عوض نمود. عوارض درمانهای نامبرده شده فوق در کل کم هستند. هایپوپیگمانتاسیون و هایپریپیگمانتاسیون پوست میتواند از عوارض کرایوتراپی و الکتروسرجری و یا ایمنی کوئیمود باشد. اسکارهای هایپرتروفیک نادر هستند معمولاً در شرایطی رخ میدهند که به بیمار بین درمانها فرصت کافی برای ترمیم داده نشود. ندرتا درمان باعث بروز سندرومهای درد مزمن میشود (مثلاً هایپرستزی و یا ولووداینیا در محل درمان). از عوارض درمان زگیلهای 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 خارج از چارچوب خانواده 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 . این آزمایشات فقط در شرایط خاصی توصیه میگردد.
- ✓ 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 درحالیکه فقط یکی علامتدار باشد و یا حتی هیچ کدام ضایعه قابل رویتی نداشته باشند.
- ✓ اگر زگیل تناسلی درمان نشود ممکن است سه حالت رخ دهد: خودبخود رفع شود، بدون تغییر باقی بماند، تعداد و اندازه اش بزرگتر شود.

- ✓ هر چند زگیل تناسلی یک بیماری شایع بوده و بیشتر تیپهای 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.
- ✓ فرد مبتلا به زگیل تناسلی بهتر است تا رفع کامل ضایعات از اتخاذ شریک جنسی جدید پرهیزد. البته 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 ولذا 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.

اقدامات لازم برای شریک جنسی:

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.

اسکوآموس 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.

۱۱-۳-۲ میکوپلازما ژنیتالایوم

این ارگانیزم بعنوان یکی از علل یورتریت های مردانه محسوب می شود و ممکنست تا ۲۰-۱۵٪ موارد یورتریت های غیر گنوککی را تشکیل دهد و خصوصا در موارد یورتریت های راجعه اهمیت پیدا می کند. علیرغم یافته های اولیه، هنوز شواهد قطعی به نفع اینکه این ارگانیزم با نازایی مردانه و سایر مشکلات تناسلی ارتباط داشته باشد، وجود ندارد.

عموما میکوپلازما ژنیتالایوم در زنان بی علامت است و در مواردی که جدا شده است اغلب در زمینه وجود یک سرویسیت بوده است و بالقوه می تواند منجر به ایجاد PID شود. مطالعات محدودی نشان داده است که در زنان با نازایی ناشی از عوامل مربوط به لوله های فالوپ، میزان آنتی بادی ضد میکوپلازما ژنیتالایوم بالاتر بوده است و همین موضوع مسئله ارتباط این ارگانیزم را با نازایی زنان مطرح کرده است

مسئله شیوع میکوپلازما ژنیتالایوم در بیماریهای آمیزشی در زنان و مردان بمراتب نسبت به میکوپلازما هومینیس کمتر می باشد.

تشخیص:

روش تشخیصی ارجح استفاده از NAAT در نمونه های ادرار، ترشحات واژینال، سواب سرویکال و بیوپسی اندومتر است. با توجه به محدودیت دسترسی به تشخیص آزمایشگاهی این ارگانیزم، در موارد یورتریت های مکرر و یا PID های مکرر و مقاوم به درمان باید به میکوپلازما ژنیتالایوم فکر کرد.

درمان:

درمان یورتریت: آزیترومایسین 1g درمان انتخابی برای میکوپلازما ژنیتالایوم است ولی داکسی سیکلین تأثیری بر این ارگانیزم ندارد. برخی معتقدند درمان طولانی تر در موارد مقاوم ممکنست تأثیر بهتری داشته باشد. در این شرایط آزیترومایسین 500mg روز اول و متعاقبا 250mg روزانه تا ۴ روز توصیه می شود

درمان PID: در موارد بروز PID های مکرر و یا مقاوم به درمان باید به فکر میکوپلازما ژنیتالایوم باشیم که در این شرایط تنها داروی توصیه شده موکسی فلوکسازین 400mg روزانه به مدت ۱۴ روز است

درمان شریک جنسی:

درمان شریک جنسی بر اساس موارد مشابه دستورالعمل نحوه برخورد با شریک جنسی در موارد یورتریت غیر گنوککی، سرویسیت و PID می باشد و طبعا شرکاء جنسی که در طی ۶۰ روز قبل از بروز علائم فرد با وی تماس جنسی داشته باشند، باید درمان شوند.

پیگیری:

در صورت تشخیص قطعی و درمان، پیگیری خاصی توصیه نمی شود.

درمان موارد مبتلا به HIV نیز نظیر سایرین می باشد.

۱۲-۳-۲ شپش عانه

بیماران مبتلا به شپش عانه معمولاً با شکایت خارش ناحیه تناسلی یا مشاهده شپش یا رشک آن مراجعه می کنند.

عامل آن Phthirus Pubis نام دارد و معمولاً با تماس جنسی منتقل می شود.

تشخیص:

- ۱- مورد مشکوک: وجود خارش در ناحیه سر و تن در جامعه مبتلا به شپش
- ۲- مورد احتمالی: وجود ضایعات بصورت خراش جلدی با یا بدون عفونت و وجود آدنوپاتی موضعی در ناحیه پشت گوش و گردن (در آلودگی به شپش سر)، و وجود خراش های موازی بین دو کتف بر روی شانه (در آلودگی به شپش تن)، دور ناف ناحیه و عانه (در آلودگی به شپش عانه) و مشاهده رشک در نواحی مودار مطروحه.

۳- مورد قطعی: مشاهده رشک و شپش همراه با مشخصات بالینی فوق

جدول ۳۸: درمان توصیه شده برای شپش عانه
درمان انتخابی
• مالیدن کرم پرمترین ۱٪ در مناطق درگیر و شستشو بعد از ۱۰ دقیقه - یا • مالیدن پیرترین به علاوه پپرونیل بوتوکسید در مناطق درگیر و شستشو بعد از ۱۰ دقیقه
درمان جایگزین
• مالیدن مالاتون ۰,۵٪ در مناطق درگیر و شستشو بعد از ۸ تا ۱۲ ساعت - یا • آیورمکتین 250mg/kg تک دُز خوراکی و تکرار آن ۲ هفته بعد - یا • مالیدن شامپو یا لوسیون لیندان ۱٪ در مناطق درگیر و شستشو بعد از ۴ دقیقه

پیگیری بیماران:

اگر یک هفته پس از درمان علائم بیمار باقی ماند، بیمار باید ارزیابی و در صورت تایید شکست درمان با یک رژیم انتخابی، توسط یک رژیم جایگزین درمان شود.

سایر توصیه ها:

- **شرکای جنسی:**
 - شرکای جنسی در یک ماه گذشته باید درمان شوند. از رابطه جنسی تا زمان ارزیابی پاسخ به درمان و اطمینان از بهبود باید خودداری نمود.
- **موارد منع مصرف لیندان:**
 - به علت نگرانی از عوارض لیندان (تشنج و آنمی آپلاستیک) از مصرف آن تا حد امکان باید خودداری کرد.
 - مصرف لیندان در بارداری، شیردهی، کودکان زیر ۱۰ سال، بلافاصله پس از دوش گرفتن، مبتلایان به تشنج یا درماتیت وسیع ممنوع است.
- **مادران باردار:**
 - در زنان باردار همه درمان های انتخابی جدول ۴۰ ایمن است.
- **آزمایش HIV:**
 - کلیه مبتلایان به شپش عانه باید از نظر HIV و سایر بیماری های آمیزشی بررسی شوند.
- **درگیری مژه ها:**
 - شپش عانه که مژه ها را درگیر کرده، باید با استفاده از مالیدن یک پماد چشمی یا وازلین بر لبه پلک ها دو بار در روز به مدت ۱۰ روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می شود. پماد نباید در چشم ها نفوذ کند.
- **سایر موارد:**
 - آیورمکتین باید با غذا مصرف شود.
 - تعویض کلیه لباس ها و شستشوی آنها در ماشین رختشویی و خشک شوئی با حرارت بالا و یا در صورت عدم دسترسی به ماشین رختشوئی، قراردادن البسه به مدت نیم ساعت در حرارت بیش از ۶۰ درجه سانتی گراد و ترجیحاً اطو کردن آنها
 - لباس ها و رختخواب با آب جوش باید شستشو و اتو شود و ۷۲ ساعت با بدن تماس نداشته باشد.

عامل آن یک مایت به نام *Sarcoptes scabiei* است. گال در بالغین اغلب از طریق تماس جنسی منتقل می‌شود. واضح است که این بیماری از طریق تماس نزدیک بدنی و غیرجنسی نیز منتقل می‌شود. در محیط‌هایی که مردم با تماس‌های خیلی نزدیک زندگی می‌کنند، از جمله مدرسه، منازل پرجمعیت و نامناسب و در مراکزی همچون خانه سالمندان و بیمارستان بیماران روانی، میزان انتقال گال بیشتر است. وقتی که علت احتمالی آلودگی، تماس نزدیک بدنی است، برای جلوگیری از انگ باید از اطلاق بیماری مقاربتی به گال خودداری کرد. به علاوه، برای بیماران مراجعه‌کننده با گال مقاربتی (از جمله بالغین جوانی که در شرایط مسکونی مناسب زندگی می‌کنند) تدابیر پیشنهادی متفاوت است. تدابیر درمانی برای چنین بیمارانی باید شامل درمان تمام شرکای جنسی نیز باشد. برای پیشگیری از همه‌گیری‌های گال ناشی از تماس نزدیک غیرجنسی، درمان تمام افراد مبتلا ضروری است.

تشخیص گال (جرب):

وجود تظاهرات بالینی و ابتلای چند نفر از یک جمع می‌تواند کلید تشخیص باشد ولی تشخیص قطعی گال با بررسی میکروسکوپی و شناسایی مایت، تخم یا مدفوع آن در آزمایشگاه انجام می‌گیرد.

جدول ۳۹: درمان‌های توصیه شده برای گال
درمان انتخابی
• مالیدن کرم پرمترین ۵٪ در همه بدن از گردن به پایین و شستشو بعد از ۸ تا ۱۴ ساعت یا • آیورمکتین ۲۰۰mg/kg تک دُز خوراکی و تکرار آن ۲ هفته بعد
درمان جایگزین
• مالیدن ۳۰ گرم از لوسیون لیندان ۱٪ در همه بدن از گردن به پایین و شستشو بعد از ۸ ساعت یا • مالیدن لوسیون بنزیل بنزوات ۲۵ درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، هر شب به مدت ۲ شب. بیماران باید قبل از مصرف مجدد دارو و ۲۴ ساعت بعد از آخرین بار استعمال دارو استحمام کنند. یا • مالیدن لوسیون کروتامیتون ۱۰ درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، هر شب به مدت دو شب و شستشوی کامل بدن ۲۴ ساعت بعد از دومین مصرف؛ ادامه درمان تا ۵ شب در بعضی مناطق جغرافیایی ضروری است (کروتامیتون ضد خارش نیز هست).

یا

- مالیدن محلول نفتی گوگرد ۶ درصد ۱۴ روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، برای ۳ شب؛ بیماران می توانند قبل از هر بار مصرف و ۲۴ ساعت بعد از آخرین استعمال حمام نمایند.

سایر توصیه ها:

○ شرکای جنسی:

- شرکای جنسی در یک ماه گذشته و افراد خانواده باید بررسی و در صورت ابتلا درمان درمان شوند.

○ پیگیری بیمار:

- اگر دو هفته پس از درمان علائم بیمار باقی ماند، بیمار باید ارزیابی شود. در صورت تایید شکست درمان، می تواند ناشی از کاربرد نادرست دارو با مقاومت دارویی باشد. همچنین ممکن است ناشی از عدم درمان سایر مبتلایان در خانواده یا عدم انگل زدایی لباس ها و رختخواب باشد. گاه نیز بیمار دچار حساسیت متقاطع به مایت های خانگی می شود. گاه نیز درماتیت آلرژیک بر مشکل اضافه می شود. اگر تصمیم به درمان مجدد گرفته شد، درمان با یک رژیم به جز رژیم اولیه ارجح است.

○ موارد منع مصرف لیندان:

- مصرف لیندان در بارداری، شیردهی، کودکان زیر ۱۰ سال، بلافاصله پس از دوش گرفتن، مبتلایان به تشنج یا درماتیت وسیع ممنوع است.

○ درمان شیرخواران، کودکان و مادران شیرده:

- در شیرخواران، کودکان زیر ۱۰ سال، زنان باردار و شیرده پرمترین درمان انتخابی است. اما از کروماتیتون یا گوگرد ۶٪ هم می شود استفاده کرد.

○ گال نروژی:

- گال نروژی یک شکل بسیار شدید و مسری تر گال است که در افراد با نقص ایمنی از جمله مبتلایان به HIV، ناتوان یا مبتلایان به سوء تغذیه رخ می دهد. پاسخ به درمان آن سخت تر است و بهتر است از درمان ترکیبی شامل بنزیل بنزوات ۵٪ یا کرم پرمترین ۵٪ روزانه برای ۷ روز و سپس ۲ بار در هفته تا بهبود همراه با ایورمکتین 200mg/kg در روزهای ۱، ۲، ۸، ۹ و ۱۵ و گاه ادامه آن در روزهای ۲۲ و ۲۹ برای موارد بسیار شدید استفاده کرد.

○ سایر موارد:

- مبتلایان برای پیشگیری از خراش با ناخن، باید ناخن های خود را کوتاه کنند.
- آیورمکتین باید با غذا مصرف شود.
- لباسها، ملحفه و حوله هایی را که در ۴۸ ساعت قبل از درمان مورد استفاده قرار گرفته اند، با آب جوش شسته و در آفتاب خشک کنید. لوازم شخصی که قابل شستشو نمی باشد را باید بمدت ۱۰ روز در یک نایلون پلاستیکی در بسته گذاشته در نور آفتاب قرار داده و سپس استفاده نمائید.
- بیماری تا ۲۴ ساعت پس از درمان مسری است.
- در صورت بروز طغیان در خانه های سالمندان، زندان ها یا موارد مشابه، همه را باید درمان کرد.

۴-۲ تشخیص آزمایشگاهی

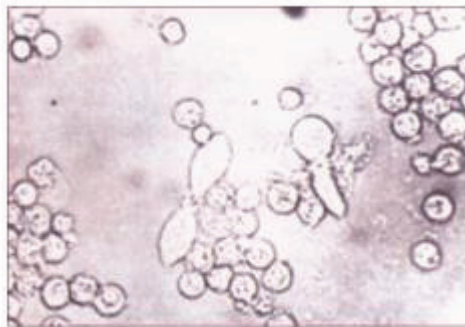
تسهيلات آزمایشگاهی در صورت وجود، به تشخیص و درمان عفونت های آمیزشی (STIs) کمک می کنند. اگرچه در بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی اولیه وجود تسهیلات آزمایشگاهی میسر نیست و یا وجود ندارد. در شرایطی که این تسهیلات آزمایشگاهی وجود داشته باشند، روشهای ساده آزمایشگاهی زیر می توانند مورد استفاده قرار گیرند و نتایج در مدت زمان کوتاهی آماده خواهند شد. (معمولا در یک ساعت)

نقش آزمایشگاه بیشتر در انجام تحقیقات مورد نیاز برای برنامه های کشوری حائز اهمیت است.

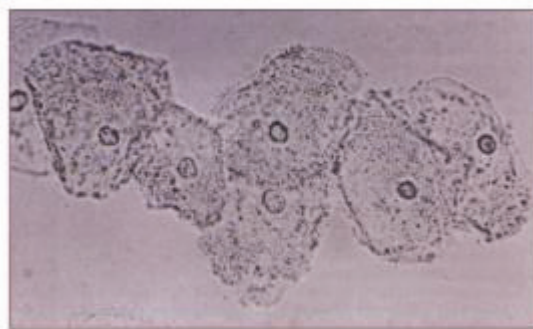
۱. اسمیر مرطوب واژینال (Saline wet mount)

بر روی لام شیشه ای ترشحات جمع آوری شده با سواب، از فورنیکس خلفی واژن را روی یک یا دو قطره سرم فیزیولوژی قرار داده و مخلوط کنید. روی آنرا با لامل پوشانده و بلافاصله در زیر میکروسکپ (بزرگنمایی 100x) از نظر حرکات نامنظم تریکومونا های متحرک، بررسی کنید.

شکل ۶: حرکت اجسام تخم مرغی شکل به نفع تریکومونیا زیس



شکل ۷: سلولهای Clue در محلول سرم فیزیولوژی در اسمیر مرطوب واژینال



۲. اسمیر مرطوب KOH (KOH wet smear)

ترشحات واژینال را روی یک قطره هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪ (10% KOH) بر روی یک لام شیشه ای مخلوط کنید. روی آنرا با لامل پوشانده و با بزرگنمایی 400x میکروسکپ از نظر وجود مخمر (yeast) بررسی کنید.

۳. آزمایش ویف (testWhiff)

ترشحات واژینال را روی لام شیشه‌ای قرارداده و یک قطره هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪ به آن اضافه کنید. نمونه را بو کنید، و در نظر داشته باشید که آیا بوی ماهی از آن استشمام می‌شود.

۴. رنگ آمیزی گرم

با استفاده از سواب از ترشحات مجرای ادراری در آقایان و اندوسرویکس در خانمها نمونه تهیه کرده و سواب را بر روی لام شیشه‌ای بغلتانید. لامها را بر اساس رهنمودهای زیر تهیه کنید:

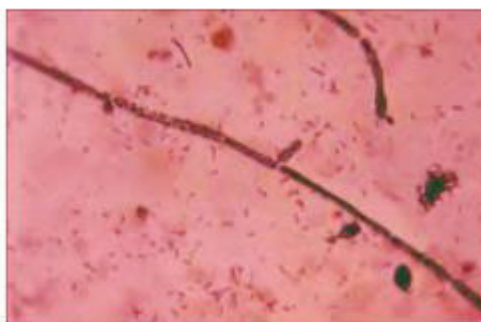
- با حرارت لامها را فیکس کنید
- لامها را با کریستال ویوله رنگ کرده، پس از ۶۰ ثانیه آبکشی کنید
- لامها را با یُد رنگ آمیزی کرده، پس از ۶۰ ثانیه آبکشی کنید
- لامها را به مدت چند ثانیه با استن-اتانل رنگ‌بری کنید (تا زمانی که مایع حاصل از شستشوی رنگ شود)
- لامها را با سافرانین رنگ کرده، پس از ۶۰ ثانیه آبکشی کنید
- اجازه دهید لکه رنگ آمیزی شده به تدریج و به آرامی خشک شود و سپس زیر میکروسکپ (لنز روغنی بزرگ‌نمایی 1000x) بررسی کنید

اسمیر واژینال:

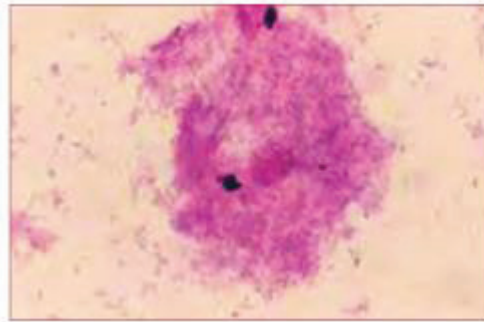
الف) کاندیدایازیس: مشاهده اسپورهای گرم مثبت یا هایفای کاذب (سودوهایفا)

ب) واژینوزیس باکتریال: مشاهده سلولهای Clue (کوکوباسیل‌های گرم متغیر متصل شده به سلولهای اپی تلیال واژینال)

شکل ۸: سودوهایفا و اسپورهای کاندیدا در اسمیر رنگ آمیزی شده گرم

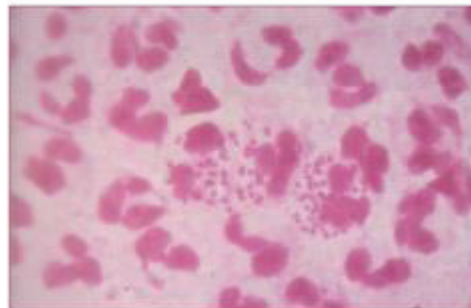


شکل ۹: سلولهای Clue در اسمیر رنگ آمیزی شده سافرانین (لنز روغنی)

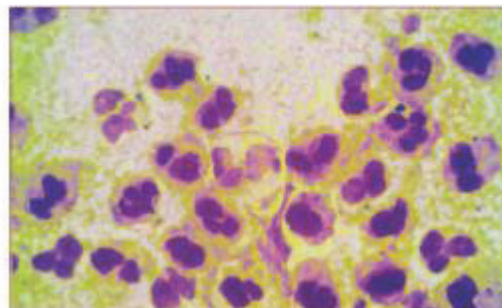


اسمیرهای سرویکس، مجرای ادراری و مقعد

شکل ۱۰: اسمیر رنگ آمیزی شده گرم از ترشحات مجرای ادرار، نشاندهنده تعداد زیادی پلی مورف (نوتروفیل) است که دارای دیپلوکوک های گرم منفی داخل سلولی هستند



شکل ۱۱: اسمیر رنگ آمیزی شده گرم از ترشحات مجرای ادرار، نشاندهنده تعداد زیادی نوتروفیل. تشخیص: اورتریت غیر اختصاصی (GC/CT منفی)



۵. آزمایش سرولوژیک سیفیلیس

در هر دو گروه افراد دارای علائم و افراد بدون علامت، تشخیص احتمالی سیفیلیس می تواند بر مبنای آزمایشهای سرولوژیک اتخاذ شود. دو نوع آزمایش سرولوژیک در دسترس می باشد:

آزمایشهای غیر ترپونمالی non-treponemal، مانند آزمایشهای VDRL میکروسکپی و RPR ماکروسکپی. این آزمایشها می توانند به عنوان آزمایش کیفی یا کمی جهت مشخص کردن آنتی بادیهای IgG یا IgM علیه مواد

لیپوئیدی آزاد شده از سلولهای میزبان که تخریب شده‌اند و یا مواد شبه کاردیولپین که از ترپونماها آزاد شده‌اند، به کار روند. همچنین این آنتی‌بادیها ممکن است در بیماریهای حاد یا مزمنی که در آنها تخریب بافتها صورت می‌گیرد، ایجاد شوند. بنابراین این آزمایشها برای عفونتهای ترپونمایی اختصاصی نیستند و ممکن است در شرایط عفونتهای ویروسی تب‌دار حاد و تعدادی از بیماریهای مزمن اتوایمونی پاسخ مثبت کاذب داشته باشند.

آزمایشهای غیرترپونمالي می‌توانند تا ۴ هفته بعد از اولین ظهور شانکر در سیفلیس اولیه، منفی باشند. برای رد تشخیص سیفیلیس توصیه می‌شود آزمایش در افراد دارای ضایعات مشکوک که آزمایش اولیه آنها منفی بوده است، یک و سه ماه بعد تکرار شود. پاسخ منفی آزمایش غیرترپونمالي در سه ماه پس از شروع شانکر اولیه، تقریباً تشخیص سیفیلیس را رد می‌کند.

آزمایشهای غیرترپونمالي ممکن است برای پایش پاسخ به درمان با انجام آزمایشهای کمی مورد استفاده قرار گیرند. پیرو درمان موثر یا افزایش عفونت فعال درمان نشده کاهش در تیتراها مشاهده می‌شود. تغییرات چهاربرابر یا بیشتر در تیترا، معادل تغییر دست‌کم دو رقت، به عنوان مثال از ۱:۱۶ به ۱:۴ برای پاسخ مثبت موثر به درمان یا از ۱:۸ به ۱:۳۲ برای عفونت فعال ادامه‌دار، باید بین نتیجه دو آزمایش غیرترپونمالي پی در پی که ترجیحاً در یک آزمایشگاه و از روش آزمایش مشابه استفاده می‌کنند (به عنوان مثال VDRL یا RPR)، معنی‌دار در نظر گرفته شود.

آزمایشهای ترپونمالي مانند TP-HA، TP-PA و FTA-ABS آنتی‌بادیهای اختصاصی علیه آنتی‌ژنهای تعیین‌کننده ترپونماها را شناسایی می‌کنند.

بطور کلاسیک، این آزمایشها به عنوان آزمایش تاییدی پیرو آزمایشهای غیرترپونمالي استفاده می‌شوند. مشخصه آزمایشهای ترپونمالي این است که در تمام طول عمر بیمار فارغ از نتیجه درمان، مثبت باقی می‌مانند. بنابراین، یک نتیجه مثبت آزمایش ترپونمالي نمی‌تواند بین عفونت فعال و عفونت درمان‌شده قبلی تمایز قائل شود.

Nucleic Acid Amplification Tests (NAATs)

استفاده از روش‌های ملکولی در تشخیص آزمایشگاهی به سرعت در حال افزایش است. مهمترین امتیاز این روشها سرعت بالای آنها می‌باشد که سبب جایگزینی روش‌های قدیمی با این تکنیک‌ها می‌شود. تکنیک PCR شامل سیکل‌های تکرار شده‌ای است که در آن به کمک یک سری پرایمر، و با کمک آنزیم از روی یک DNA الگو، عمل همانندسازی انجام می‌گیرد. این پرایمر، مکمل بخشهایی از دو رشته DNA هدف هستند. پرایمرها زمانی که دو رشته DNA بوسیله حرارت واسرشت (Denaturation) میشوند با کاهش دما در مرحله بعد به سکانسهای خاص مکمل خود می‌چسبند و افزایش قطعه مورد نظر ژن صورت می‌گیرد. محصول PCR توسط الکتروفورز آن در آگارز یا ژل پلی آکریل آمید و رنگ‌آمیزی با اتیدیوم بروماید یا Sybrsafe قابل رویت

می‌باشد. امروزه با پیشرفت تکنولوژی، روش Real Time PCR با مفهوم مشاهده لحظه به لحظه یک فرایند مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشکلات و نواقص عدیده موجود در PCR همراه با نیاز به یک روش تعیین کمی دقیق زمینه گشایش عرصه ای نوین در تکنیک PCR گردید. درسیتم تشخیصی Real Time PCR یک ماده فلورسانت در طی واکنش متناسب با میزان محصولات هر سیکل آزاد می‌شود و میزان فلورسنت آن توسط یک نمایانگر (Detector) شناسایی و ثبت می‌گردد.

تشخیص عفونت های تناسلی با استفاده از روش های مولکولی نوین نظیر PCR, Real Time PCR و غیره روز به روز در حال گسترش است و عملاً جایگزین روش های کلاسیک میکروب شناسی گردیده است. امروزه روش های فوق برای تشخیص چندگانه عوامل میکروبی بصورت Multiplex نیز بدلیل کاهش هزینه و سرعت در انجام آزمایش و مقاومت دارویی در عوامل میکروبی ایجاد کننده عفونت های تناسلی توسعه بیشتری یافته است.

جدول ۴۰: روشهای تشخیص اتیولوژیک و سطوح آزمایشگاهی ارائه خدمت

نام عامل	روش تشخیص آزمایشگاهی	نمونه مورد نیاز	سطوح آزمایشگاهی ارائه خدمت
تریکوموناس واژینالیس <i>T.vaginalis</i>	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	---	---
	روش میکروب شناسی	نمونه ای واژینال، مجاری ادراری و ادرار	لام مستقیم L2
	روش سرولوژی	---	---
	روش تشخیص مولکولی	نمونه ای واژینال، مجاری ادراری و ادرار	R1,R2
	سایر	---	---
کلامیدیا تراکوماتیس / کلامیدیا تراکوماتیس سرو و ار ۱ تا ۳ <i>C.trachomatis</i>	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	---	---
	روش میکروب شناسی	---	---
	روش سرولوژی	سرم یا پلاسما	L3,R1,R2
	روش تشخیص مولکولی	اندوسرویکس، مجاری ادراری، نازوفارنکس و ترشحات چشمی	R1,R2
	سایر	---	---
مایکوپلازما زینتالیوم <i>M.genitalium</i>	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	---	---
	روش میکروب شناسی	---	---
	روش سرولوژی	سرم یا پلاسما	L3,R1,R2
	روش تشخیص مولکولی	اندوسرویکس، مجاری ادراری	R1,R2
	سایر	---	---
مایکوپلازما هومینیس	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	---	---

---	---	روش میکروب شناسی	M.hominis
L3,R1,R2	سرم یا پلاسما	روش سرولوژی	
R1,R2	اندوسرویکس، مجاری ادراری	روش تشخیص مولکولی	
---	---	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	هموفیلوس دوکره ای H.ducreyi
L3,R1,R2	ترشحات حاصل از زخم های تناسلی	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	
R1,R2	ترشحات حاصل از زخم های تناسلی	روش تشخیص مولکولی	
---	---	سایر	گاردنرلا واژینالیس (واژینوز باکتریایی) G.vaginalis
مطب	ترشحات واژینال	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	
L2,L3	ترشحات واژینال	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	
---	---	روش تشخیص مولکولی	
--	---	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	
---	---	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	اوره پلاسما اوره لیتیکوم U.urealyticum
R1	اندوسرویکس، مجاری ادراری	روش تشخیص مولکولی	
---	---	سایر	
DIC	خون مویرگی	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	
---	---	روش میکروب شناسی	تروپوما پالیدوم T.pallidum
L1,L2(RPR,VDRL),L3,R1,R2	سرم یا پلاسما	روش سرولوژی	
R1,R2	ضایعات اولیه و ثانویه سیفلیس، ترشحات ناشی از زخم	روش تشخیص مولکولی	
آزمایش تاییدی در R1,R2	سرم	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	نایسریا گونوره آ N.gonorrhoeae
L3,R1,R2	اندوسرویکس، مجاری ادراری، واژن، ادرار، رکتوم، نمونه دهانی حلقی، ترشحات چشمی	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	
R1,R2	اندوسرویکس، مجاری ادراری، واژن، ادرار، رکتوم، نمونه دهانی حلقی، ترشحات چشمی	روش تشخیص مولکولی	
مقاومت دارویی در سطح R1,R2	اندوسرویکس، مجاری ادراری، واژن، ادرار، رکتوم، نمونه دهانی حلقی، ترشحات چشمی	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	
L2,L3	ترشحات واژینال	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	کاندیدا آلبیکنس C.albicans
L2,L3	ترشحات واژینال	روش میکروب شناسی	
---	---	روش سرولوژی	

---	---	روش تشخیص مولکولی	هرپس سیمپلکس ویروس ۲ (HSV 2) Hepes Simplex Virus 2 (HSV2)
---	---	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	
---	---	روش میکروب شناسی	
L3,R1,R2	سرم یا پلاسما	روش سرولوژی	
R1,R2	مجاری ادراری-تناسلی، واژینال، دهانه رحم و ضایعات پوستی تناسلی	روش تشخیص مولکولی	
---	---	سایر	
---	---	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	پاپیلوما ویروس انسانی Human Papilloma Virus
---	---	روش میکروب شناسی	
R1	سرم یا پلاسما	روش سرولوژی	
R1,R2	نمونه های تناسلی	روش تشخیص مولکولی	
R1 (Genotyping)	نمونه های تناسلی	سایر	
DIC	خون مویرگی	آزمایش تشخیص سریع (POCT)	ویروس نقص سیستم ایمنی (HIV) Human Immunodeficiency Virus (HIV)
---	---	روش میکروب شناسی	
L2,L3,R1,R2	سرم یا پلاسما، DBS	روش سرولوژی	
R1,R2	خون کامل، سرم یا پلاسما	روش تشخیص مولکولی	
R1 (Drug Resistance)	محصول PCR	سایر	

L1 به آزمایشگاه های مرکز بهداشت روستایی اطلاق می شود.

L2 به آزمایشگاه های مرکز بهداشت شهرستانها اطلاق می شود.

منظور از L3 آزمایشگاه مرکز بهداشت استان و آزمایشگاه مرجع دانشگاهی می باشد و از لحاظ ساختار مطابق استاندارد های آزمایشگاه مرجع سلامت خواهد بود.

R1 به آزمایشگاه رفرانس کشوری اطلاق می شود.

R2 به آزمایشگاه های مرجع منطقه ای اطلاق می گردد.

نمونه های نازوفارنکس در بیماران مبتلا به پنومونی نوزادان در عفونت با کلامیدیا تراکوماتیس مدنظر است.

عفونت های نواحی غیر تناسلی (چشمی، مجاری دهانی-تنفسی) در افراد دارای رابطه جنسی دهانی قابل مشاهده است.

فصل سوم – بهداشت باروری در مدیریت بیماری های آمیزشی

دسترسی آسان به خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی، یکی از اصول کنترل این بیماریهاست. بسته جامع خدمات پیشگیری، مراقبت و درمان بیماریهای آمیزشی به سادگی توسط بخشهای مختلف شامل بخش خصوصی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری و پزشک خانواده و برنامه های مختلف ارائه گردد. از جمله:

۱-۳ مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت باروری و مدیریت بیماریهای آمیزشی

مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت باروری فرصت مناسبی را برای ارائه خدمات مرتبط با آموزش، پیشگیری و درمان بیماریهای آمیزشی فراهم میکند. از این فرصتها میتوان به ویزیت های فاصله گذاری های بین بارداری، مراقبت های پیش از بارداری، و مراقبتهای حین بارداری و زایمان اشاره کرد.

لازم است از این فرصتها برای آموزش در مورد رفتار جنسی سالم، علائم بیماریهای آمیزشی و ضرورت مراجعه در صورت وجود علامت استفاده کرد. برخی از این خدمات نظیر مراقبتهای دوران بارداری فرصت ارائه برنامه های غربالگری را نیز در اختیار قرار میدهند. در فاصله گذاری های بین بارداری، کاندوم و IUD دو روش پیشگیری از حاملگی هستند. استفاده صحیح و مداوم از کاندوم هم از بارداری های ناخواسته/ برنامه ریزی نشده و هم از بیماری های آمیزشی جلوگیری میکند.

گذاشتن IUD در افرادی که دارای رفتار پرخطر بوده و یا سابقه عفونت دستگاه تناسلی/ عفونت کنونی دستگاه تناسلی را دارند در رحم ممکن است منجر به افزایش ابتلا با ارگانیزم ها شود که باعث STI میشوند مانند نیسریا گنوره آ و کلامیدیا تراکوماتیس، ابتلا با سایر ارگانیزم ها که باعث STI نمیکردند نیز بیشتر می شود. اگر ارگانیزم های عامل STI، دستگاه تناسلی فوقانی را مبتلا کنند منجر به عوارضی چون PID، ناباروری و حاملگی خارج رحمی می گردند.

از سالم بودن فرد به منظور نداشتن موارد منع استفاده از آی یو دی بر طبق دستورعمل اداره باروری سالم، اطمینان حاصل فرمایید و در صورت نامناسب بودن فرد برای دریافت این خدمت، از کار گذاری آی یو دی برای وی خودداری کنید.

موثرترین راه پیشگیری از این عوارض، جلوگیری از عفونت دستگاه تناسلی فوقانی به شرح زیر می باشد:

○ مدیریت و پیشگیری STI (ترویج و ارائه کاندوم و مدیریت علائم با توجه به الگوریتم درمان

سندرومیک

○ گذاشتن IUD در رحم به روش ایمن

○ رعایت احتیاطات استاندارد

گذاشتن آی یودی (IUD)

قبل از کارگذاری آی یو دی موارد زیر رعایت گردد:

- تمیز و محفوظ بودن اتاق کارگذاری
- آماده و استریل بودن وسایل مورد نیاز برای معاینه و کارگذاری
- باز نبودن، سالم بودن بسته های آی یو دی و توجه به تاریخ انقضای آن
- مناسب بودن زمان مراجعه متقاضی برای کارگذاری
- گرفتن سابقه پزشکی و اطمینان از نداشتن موارد منع مصرف استفاده از این روش
- اطمینان از خالی بودن مثانه فرد
- در حین کارگذاری آی یو دی استفاده از دستکش بلند، سالم و استریل همچنین در صورت امکان پیش بند پلاستیکی و استفاده از عینک برای محافظت چشمها توصیه می گردد.
- لازم به ذکر است که نحوه کارگذاری به صورت کامل توسط اداره باروری سالم تدوین شده است.

عفونت گردن رحم و آی یودی (IUD)

هرچند رعایت اصول کنترل عفونت، شانس ورود ارگانیسمهای خارج دستگاه تناسلی به داخل را در طی پروسیجرهای Trans cervical کاهش می دهند، ولی از صعود عفونتهای موجود احتمالی نظیر سوزاک یا کلامیدیایی به رحم و لوله ها جلوگیری نمیکنند.

زنان با علائم عفونت گردن رحم (وجود ترشحات چرکی یا موکو پرولانت در گردن رحم و یا شکنندگی مخاط گردن رحم) و نیز همسران آنها باید برای سوزاک و کلامیدیا تحت درمان قرار گیرند. گذاشتن IUD باید تا زمانی که عفونت درمان شود به تعویق افتد.

زنان مبتلا به درد در ناحیه شکم و حساسیت به لمس رحم، دهانه رحم یا ادنکس باید با استفاده از فلوچارت درد شکمی برای PID تحت درمان قرار گیرند و در مورد یک روش پیشگیری از بارداری مناسب مشاوره بگیرند. IUD برای زنانی که در معرض خطر بالا برای سوزاک یا کلامیدیا قرار دارند توصیه نمی شود مگر اینکه روش های مناسب تر در دسترس نباشد یا غیر قابل قبول باشد.

مشاوره در مورد حفاظت دوگانه نیز بخشی از باروری سالم است. استفاده صحیح و مداوم از کاندوم نه تنها از بارداری برنامه ریزی نشده / ناخواسته جلوگیری می کند بلکه در پیشگیری از STI نیز موثر است و تنها روش حفاظت دوگانه موثر محسوب می شود.

۲-۳ ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بخش خصوصی و مدیریت بیماری‌های آمیزشی

بر مبنای مطالعه کشوری تامین اطلاعات لازم برای استقرار پایگاه دیده وری که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، مشخص گردید که در حدود دو سوم مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند و فقط حدود ۷ درصد مردم اعلام کردند که برای درمان علایم بیماری خود به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند (۶). همچنین نتایج مطالعه دلفی در سال ۱۳۹۴ نشان داد که به نظر کارشناسان ایدز و عفونت‌های آمیزشی در سطوح مرکزی تا محیطی، در حدود ۶۸ درصد (۷۱-۶۴ درصد) از مبتلایان به عفونت‌های آمیزشی به بخش خصوصی و در حدود ۳۲ درصد (۳۵-۳۰ درصد) از آنها به بخش دولتی مراجعه می‌کنند (۵). بنابراین آرایه دهندگان خدمات بخش خصوصی معمولاً خط اول تماس برای اکثر افراد مبتلا به بیماری‌های STI می‌باشد.

ارائه دهندگان خدمات بخش خصوصی برای مردم قابل قبول ترند چون محرمانه تر و در دسترس ترند و کمتر از ارائه دهندگان خدمات بخش دولتی، انگ می‌زنند. بنابراین بخش خصوصی جهت ارائه خدمات جامع مراقبتی عفونت‌های آمیزشی از موقعیت منحصر به فردی برخوردارند.

با توجه به موارد پیشگفت، بخش خصوصی میتواند با ارائه بسته جامع مدیریت و درمان بیماریهای آمیزشی:

- تشخیص صحیح،
- درمان مناسب، آموزش،
- مشاوره،
- مدیریت شریک جنسی،
- و بویژه گزارشدهی

رسالت خود را در کنترل این بیماریها ایفا کند.

نکات قابل توجه در انتخاب روشهای مناسب فاصله گذاری‌های بین بارداری

- هنگام انتخاب روش مناسب پیشگیری از بارداری برای زنانی که از نظر جنسی فعالند، باید اثر متقابل وسیله پیشگیری از بارداری و STI/HIV را در نظر گرفت چرا که انتخاب وسیله پیشگیری از بارداری، خطر ابتلا به STI را تحت تاثیر قرار داده و از طرفی خطر STI بر انتخاب وسیله بارداری تاثیر گذار است. هرچند استفاده مداوم و صحیح از کاندوم مردانه و زنانه، حفاظت دوگانه از بارداری و STIs را فراهم میکند ولی به عنوان یک روش پیشگیری از بارداری، به طور گسترده مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. ضریب شکست آن نیز در مقایسه با روش‌های دیگر بالاست. روش‌های هورمونی، سیستم‌های داخل رحمی و IUD ها به طور گسترده استفاده می‌شوند و در پیشگیری از حاملگی، بسیار موثرند ولی در برابر HIV و STI محافظت نمی‌کنند. بنابراین، زنان دارای رفتار جنسی که از روش‌هایی غیر از کاندوم

جهت پیشگیری از بارداری استفاده میکنند باید به منظور پیشگیری از HIV و STI در مورد استفاده از کاندوم علاوه بر روش پیشگیری از بارداری دیگر مشاوره شوند.

- باید از همه زنانی که برای پیشگیری از بارداری، تحت نظر هستند جهت ارزیابی معمول، تاریخچه پزشکی و جنسی مناسبی گرفته شود. انتقال HIV و دیگر امراض آمیزشی نیز باید مورد بحث قرار گیرد و غربالگری جهت STI باید در جای مناسب پیشنهاد گردد.
- هنگام مشاوره و توصیه روش پیشگیری از بارداری برای زنان در معرض خطر HIV/STI باید رابطه جنسی سالم ترویج شود. هنگام انتخاب روش بارداری مناسب برای یک زن، باید معیارهای استاندارد آن را در نظر گرفت که عبارتند از، توصیه هایی در مورد اینکه آیا فرد با خیال راحت می تواند با وضعیت پزشکی موجود، از آن روش پیشگیری استفاده کند. افرادی که دائم از روش پیشگیری از بارداری استفاده می کنند در صورتی که در معرض رفتار پرخطر باشند باید جهت پیشگیری از HIV و STIs همواره به درستی از کاندوم استفاده کنند. معیارها برای هر روش پیشگیری از بارداری به چهار گروه طبقه می گردد:
- گروه ۱: شرایطی که در آن هیچ محدودیتی برای استفاده از روش پیشگیری وجود ندارد.
- گروه ۲: شرایطی که در آن مزایای استفاده از آن روش به طور کلی بیشتر از خطرات نظری یا ثابت شده است.
- گروه ۳: شرایطی که در آن، خطرات نظری یا ثابت شده استفاده از آن روش، بیشتر از مزایای آن باشد.
- گروه ۴: شرایطی که در صورت استفاده از روش پیشگیری از بارداری، سلامت فرد در معرض خطر غیر قابل قبولی قرار می گیرد.
- روش های پیشگیری از بارداری و بیماری های آمیزشی
- روش های هورمونی پیشگیری از بارداری مانند قرص های خوراکی ترکیبی (COC)، پروژسترون (قرص POP)، آمپول مدروکسی پروژسترون استات تزریقی (DMPA) و آمپول ترکیبی پیشگیری از بارداری برای زنان مبتلا به STIs یا کسانی که در معرض خطر بیماری های STI هستند قابل استفاده است. توصیه می شود که استفاده کنندگان از آمپول های DMPA از کاندوم نیز استفاده نمایند. این توصیه در استفاده از کاندوم در مقایسه با استفاده کنندگان از سایر روش های پیشگیری از بارداری، قوی تر است.
- توصیه می شوند
- داروهای محرک آنزیم کبدی می توانند اثر بخشی CoC و PoP خوراکی را کم کنند. بنا بر احتیاط، زنانی که داروهای محرک آنزیم کبدی (منظور داروهایی که بر کبد تاثیر می گذارند) مصرف میکنند

۸-۴ هفته پس از توقف مصرف دارو باید علاوه بر روش پیشگیری از بارداری از کاندوم نیز استفاده کنند. برای زنانی که داروهای آنزیم آور استفاده می کنند باید دُز خوراکی COC ۵۰ میلیگرم اتینل استرادیول در روز یا بیشتر تنظیم گردد. آنتی بیوتیک های وسیع الطیف داکسی سایکلین و آمپی سیلین که که محرک آنزیم کبدی نیستند نیز می توانند اثر COC را کاهش دهند. استفاده کوتاه مدت از این آنتی بیوتیک ها (کمتر از سه هفته) ممکن است فلور روده را تغییر داده و در نتیجه گردش روده ای - کبدی وسیله خوراکی پیشگیری را تحت تاثیر قرار داده اثر بخشی آن را کم کند.

- هنگام مصرف یک دوره کوتاه مدت از این آنتی بیوتیک ها و یک هفته پس از آن ، اقدامات احتیاطی اضافی (کاندوم) مورد نیاز است . استفاده طولانی مدت (بیش از سه هفته) از این آنتی بیوتیک ها نیاز به حفاظت اضافی ندارد . آنتی بیوتیک هایی که محرک آنزیم کبدی نیستند اثر بخشی PoP را تحت تاثیر قرار نمی دهد . آنتی بیوتیک ها و دارو های آنزیم آور بر اثر بخشی DMPA تاثیر نمی گذارد .
- عفونت گردن رحم برای افرادی که خواهان استفاده از آی یو دی هستند از وضعیت های گروه ۴ محسوب می شود که در صورت استفاده از روش پیشگیری از بارداری فرد در معرض خطر بهداشتی غیر قابل قبول قرار می گیرد . بنابراین گذاشتن IUD برای زنانی که عفونت گردن رحم دارند . منع مطلق دارد.

- روش های پیشگیری از بارداری و HIV
- موثرترین راه برای جلوگیری از حاملگی و همچنین انتقال HIV ، حفاظت دوگانه با یک روش سدّی (کاندوم) و یا پیشگیری کننده هورمونی یا دستگاه داخل رحمی می باشد . اگر زنان مبتلا به HIV تصمیم به استفاده از کاندوم به تنهایی برای پیشگیری از بارداری و انتقال HIV بگیرند . باید پیشگیری اضطراری در صورت لغزش یا پارگی کاندوم به آنها آموزش داده شود .

- قرص خوراکی ترکیبی پیشگیری از بارداری
- CoC برای زنان مبتلا به HIV که داروی آنزیم آور مصرف نمی کنند یا تحت درمان ART (antiretroviral) قرار ندارند ، ایمن و موثر است . برای زنان تحت ART ، دارو های آنزیم آور مثل مهار کننده های پروتئاز (ریتوناویر ، لوپیناویر) و مهار کننده های ترانس کریپتاز معکوس غیر نوکلئوزیدی (نوبراپین) ممکن است اثر COC را کاهش دهند .

- قرص های پروژسترونی (دوران شیردهی)
- PoP برای زنان مبتلا به HIV که تحت درمان ART هستند توصیه نمی شود . دارو های antiretroviral قابلیت کاهش فراهمی زیستی PoP را دارند در نتیجه اثر بخشی پیشگیری از بارداری را کم می کنند .

- پروژسترون تزریقی طولانی اثر

- DMPA و را می توان بدون از دست دادن اثر پیشگیری از بارداری در زنان مبتلا به HIV استفاده کرد حتی اگر تحت درمان ART باشند. داروهای آنزیم آور ، متابولیسم این پیشگیری کننده ها را تحت تاثیر قرار نمی دهند. DMPA و NET-EN باید به ترتیب به فواصل ۱۲ و ۸ هفته داده شوند.
- IUD درون رحمی مسی (Copper-Bearing)
- اثربخشی دستگاه های داخل رحمی مسی ، سه تا ده سال حفظ می شود. استفاده از IUD برای زنان مبتلا به HIV که در معرض خطر امراض آمیزشی نیستند یک روش بی خطر و موثر به شمار می آید .
- روش های سدّی
- کاندوم
- زنان مبتلا به HIV باید جهت جلوگیری از انتقال HIV علاوه بر سایر روش های پیشگیری ، از کاندوم هم استفاده نمایند . کاندوم اگر به طور مداوم و صحیح استفاده شود موثرترین روش است و فقط یک بار می توان از آن استفاده کرد . فقط از چرب کننده های مبتنی بر آب با کاندوم می توان استفاده کرد و چرب کننده های روغنی مثل روغن ماساژ ، روغن بچه ، لوسیون و یا ژل نفتی ، کاندوم را تضعیف کرده ، باعث پارگی آن می شوند.
- کرم میکونازل ، اکونازل و کلوتریمازول و شیاف های مورد استفاده برای کاندیدایاز و الوواژینال ، می توانند به کاندوم مردانه آسیب برسانند . هنگام تجویز کاندوم باید اثرات احتمالی بر کاندوم به کاربر اطلاع رسانی شود .
- جلوگیری اضطراری در زنان مبتلا به HIV
- زنان مبتلا به HIV که تحت درمان ART نیستند می توانند تا ۷۲ ساعت (نه دیرتر) بعد از مقاربت از یک دُز لوونورژسترول به میزان ۱٫۵ میلی گرم استفاده کنند یا تا پنج روز پس از مقاربت (نه دیرتر) IUD مسی بگذارند .
- در زنانی که تحت درمان ART یا سایر داروهای آنزیم آور هستند ، IUD برای جلوگیری اضطراری ارجحیت دارد چون تحت تاثیر دارو قرار نمی گیرد . اگر IUD قابل قبول یا مناسب نباشد باید دُز لوونورژسترال دو برابر شود یعنی باید در اسرع وقت یا قبل از ۷۲ ساعت ، ۳ میلیگرم لوونورژسترال استفاده کرد .
- روش های جلوگیری اضطراری
- این روش ها برای استفاده اضطراری توصیه می شوند و نه به عنوان روش اصلی جلوگیری . در مورد زنانی که روش جلوگیری رضایت بخشی ندارند یا برای وقتی روش معمولی آنها با شکست مواجه میشود ، پس از مقاربت برای پیشگیری از بارداری از روش های اضطراری استفاده می شود .
- قرص اضطراری پیشگیری از بارداری (لوونورژسترال 750 mcg میکروگرم)

- قرص اضطراری جلوگیری از بارداری (ECP) در صورتی که تا قبل از ۱۲۰ ساعت از مقاربت استفاده شود موثر است . هرچه زودتر مصرف شود اثر آن بیشتر است . اگر یک دُز توصیه شود ۱٫۵ میلی گرم است . اگر زن تا ۲ ساعت پس از مصرف لوونورژسترال استفراغ کند باید هرچه زود تر یک دُز دیگر مصرف کند .

فصل چهارم – ملاحظات عملی مدیریت عفونت‌های آمیزشی در گروه‌های خاص

۴-۱ کودکان

این بخش مربوط به تشخیص و درمان بیماریهای آمیزشی در کودکان قبل از بلوغ است. شناسایی عوامل مولد بیماریهای آمیزشی در کودکان بعد از نوزادی، قویا دلالت بر سوء استفاده جنسی می کند که می تواند شامل عواملی چون گنوره، کلامیدیا، HIV، هرپس تناسلی، تریکوموناس واژینالیس و زگیل تناسلی/مقعدی باشد. در صورت بروز سوء استفاده جنسی در کودکان، برای بررسی تمام جنبه های روحی و اجتماعی مربوطه، باید کودک به متخصصین امر در این حیطه ارجاع شود.

گاهی ممکنست بعضی عوامل مولد عفونت های آمیزشی در کودک شناسایی شوند ولی علت اصلی، سوء استفاده جنسی نباشد. برای مثال می توان به تریکوموناس واژینالیس یا کلامیدیا تریکوماتیس اشاره کرد که انتقال حین زایمان این عوامل ممکن است تا ۲-۳ سال در فرد ادامه پیدا کند. لذا گرفتن شرح حال کامل بیماران و توجه به جنبه های مختلف اجتماعی اهمیت بسیاری دارد. همین اتفاق ممکنست در ابتلا به زگیل تناسلی و واژینوز باکتریال هم دیده شود. اغلب موارد ابتلا به هیپاتیت B در کودکان ناشی از انتقال در حین بارداری یا تماسهای خانگی است و ارتباطی با سوء استفاده جنسی ندارد.

۴-۲ نوجوانان

شیوع بسیاری از انواع عفونتهای آمیزشی در نوجوانان بالاتر از سایر گروههای سنی است. به عنوان مثال شیوع کلامیدیا و گنوره در میان دختران جوان و نوجوان کشورهای غربی از جمله امریکا بیشتر است و بسیاری از آنها نیز در همین سنین مبتلا به HIV می شوند. افرادی که در اوایل نوجوانی رابطه جنسی را شروع میکنند در ریسک بالاتری برای ابتلا به بیماریهای آمیزشی قرار دارند و در ایشان مسایلی چون مصرف مواد مخدر تزریقی و تماس مرد با مرد نیز میتواند مزید بر علت باشد

عوامل موثر در افزایش خطر ابتلا به بیماریهای آمیزشی در میان نوجوانان عبارتست از: داشتن شرکای جنسی متعدد به طور همزمان، داشتن روابط جنسی متعدد و تعویض زود به زود شرکای جنسی و روابط کوتاه مدت، عدم استفاده صحیح و منظم از کاندوم، استعداد بیولوژیک نسبت به عفونتها و داشتن موانع متعدد برای دسترسی به مراقبتهای بهداشتی.

لازم است رفتارهای پرخطر شامل داشتن شرکای جنسی متعدد و تماس جنسی واژینال و دهانی و مقعدی محافظت نشده و سوء مصرف مواد در این گروه سنی شناخته شده و مشاوره دقیق و عاری از قضاوت انجام شود تا نوجوانانی که در خطر ابتلا به بیماریهای آمیزشی هستند در مورد رفتارهایی که آنها را در خطر قرار میدهد با احساس راحتی و امنیت کسب اطلاعات نمایند.

- ارزیابی علائم بیماری های آمیزشی در نوجوانی که از نظر جنسی فعال است، درمان بر اساس علائم و تشخیص بالینی انجام شود. (مراجعه به بخش مربوطه)
- ارجاع جهت آموزش و مشاوره به مراکز و پایگاه های مشاوره رفتاری (ترجیحا مرکز ویژه جوانان)
- غربالگری HIV باید به تمام نوجوانان فعال از نظر جنسی پیشنهاد داده شود. تواتر غربالگریهای تکراری برای افرادی که در ریسک HIV هستند باید بر اساس میزان خطر باشد. افرادی که آزمایش مثبت دارند باید قبل از ترک مرکزی که آزمایش داده اند مورد مشاوره از نظر اقدامات پیشگیرانه قرار گرفته و ارجاع مناسب شوند.
- پسران نوجوان دارای رابطه جنسی با همجنس و زنان نوجوان باردار باید از نظر سیفیلیس غربالگری شوند.
- در دخترانی که از نظر جنسی فعال هستند، غربالگری برای کانسر سرویکس از سن ۲۱ سالگی توصیه میگردد.

توصیه های پیشگیرانه :

این اقدامات شامل مشاوره و واکسیناسیون است.

- واکسن دو ظرفیتی، چهار ظرفیتی و ۹ ظرفیتی HPV برای دختران ۱۱ و ۱۲ ساله پیشنهاد می گردد و میتواند از ۹ سالگی شروع شود. همچنین این واکسیناسیون برای تمام دختران سن ۱۳ تا ۲۶ ساله ای که هنوز واکسن نزده اند و یا واکسیناسیونشان ناقص است توصیه می گردد. واکسن چهار و نه ظرفیتی برای پسران ۱۱ و ۱۲ ساله پیشنهاد می گردد و میتواند از ۹ سالگی شروع شود. این دو واکسن برای پسران ۱۳ تا ۲۱ ساله ای که هنوز واکسن نزده اند یا واکسیناسیونشان کامل نیست هم توصیه می شود. هرچند مردان ۲۲ تا ۲۶ ساله هم میتوانند واکسن بزنند. برای افراد مبتلا به HIV و برای پسران نوجوان MSM واکسیناسیون تا سن ۲۶ سال توصیه می گردد.

واکسن HPV موجود در کشور (واکسن چهار ظرفیتی) مورد تایید وزارت بهداشت بوده ولی با توجه به اینکه در برنامه واکسیناسیون کشوری کلیه واکسنها رایگان ارائه می شود. استفاده از واکسن در برنامه کشوری در حال بررسی است.

- واکسیناسیون کامل علیه هپاتیت B برای تمام جوانان و نوجوانانی که قبلا واکسینه نشده اند توصیه میشود.
- اطلاع رسانی در مورد عفونت HIV و آزمایشهای مربوطه و راههای انتقال باید به عنوان یک موضوع اصلی برای جوانان و نوجوانان در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی مورد توجه واقع شود.

مراقبین بهداشتی که مراقبت از مراجعین جوان و نوجوان را برعهده دارند لازم است همراه با اقدامات بالینی آموزش برای اصلاح رفتارهای پرخطر جنسی نیز انجام دهند. مراجعه به بخش آموزش و مشاوره در فصل چهار

۳-۴ زنان باردار

بیماری‌های آمیزشی از علل عمده مرگ و میر مادران و صدمات جنینی در دوران بارداری و زایمان است عوارض بیماری‌های آمیزشی می‌تواند شدید و تهدید کننده زندگی باشد مثل بیماری‌های التهابی لگن و عوارض بارداری که شامل: سقط، مرگ جنین، تولد نوزاد زودرس، ناهنجاری مادرزادی به دلیل عفونت‌های سیفیلیس، تب خال، هپاتیت B و HIV باشد.

عفونتهای آمیزشی در حاملگی

تعامل بین حاملگی و های عفونت‌های آمیزشی شامل تاثیرات حاملگی بر عفونت‌های آمیزشی و عفونت‌های آمیزشی بر حاملگی است که تاثیر عفونت‌های آمیزشی بر حاملگی به دلیل عواقب آن مهمتر است.

جدول شماره ۱: تاثیر عفونتهای آمیزشی و حاملگی		
عفونت‌های آمیزشی	تاثیر بیماری‌های آمیزشی بر حاملگی و نوزادی	تاثیر حاملگی بر عفونت‌های آمیزشی
سوزاک	نارس بودن نوزاد	عفونت سوزاکی منتشر شده شایع تر است
عفونت کلامیدیایی	سقط، زایمان زودرس پارگی زودرس کیسه آب، کوریر آمینونیت، سپسیس بعد از زایمان، کنژ تکتیویت نوزادی	عفونت شایعتر است
سیفیلیس	سقط جنین، عقب ماندگی رشد داخل رحمی، مرده زایی و سیفیلیس مادرزادی	
عفونت و پروسه تب خال	سقط جنین، عقب ماندگی رشد داخل رحمی، زایمان زودرس، تب خال نوزادان	طولانی تر شدن زمان علائم عفونت اولیه کمی شدیدتر می شود

ممکن است عفونت منتشر رخ دهد		
بزرگ شدن و ازدیاد زگیل	پاپیلو ماتوز حنجره	ویروس زگیل انسانی
تاثیری ندارد	پارگی زود رس کیسه آب، زایمان زودرس، نوزاد با وزن کم	تریکومو نیازیس
افزایش فراوانی و شدت عفونت	-	کاندیدیا زیس
تاثیری ندارد	پارگی زودرس کیسه آب، کوریو آمینونیت، زایمان زودرس، نوزادان با وزن کم،	واژینوز باکتریال

در کلینیک مراقبت مادران باردار باید بیمار یابی جهت بیماری های آمیزشی فراهم شود. به دلیل اینکه بیماری های آمیزشی در زنان عمدتاً بدون علامت است امکانات غربالگری بیماری های آمیزشی در زنان باردار و درمان مناسب از انتقال مادر به کودک در دوران حاملگی و زایمان جلوگیری می کند.

غربالگری جهت سیفیلیس

سیفیلیس همچنان یک علت عمده مرگ و میر حین زایمان در برخی از مناطق سازمان جهانی بهداشت از جمله منطقه آسیای جنوب شرقی است. علی رغم وجود تکنولوژی تشخیص و درمان سیفیلیس در زنان باردار، حدود دو سوم حاملگی ها در زنانی که مبتلا به سیفیلیس هستند منجر به سقط، مرگ نوزاد یا عفونت نوزادی منجر می شود. تمام زنان حامله بخصوص زنان پرخطر نیاز است، جهت بیماریابی سیفیلیس غربال شوند. از آنجائیکه آزمایش VDRL/RPR در زمان حاملگی احتمال مثبت کاذب دارد لازم است آزمایش FTA-ABS (جذب آنتی بادی توسط فلورسنت) انجام شود.

غربالگری عفونت‌های واژینال

جدول ۴۲: غربالگری عفونت واژینال در زنان باردار		
معیارهای غربالگری	ابزار مورد نیاز	توصیه های لازم
زنان باردار بدون علامت با سابقه سقط خودبخودی یا زایمان زودرس جهت عفونت واژینوز باکتریال و تریکومونیاژیس	• رنگ آمیزی کرم از ترشحات • واژینال نمونه مرطوب از ترشحات واژینال با یک قطره سالین نرمال (بدون غربالگری)	اگر چه مترونیدازول طی سه ماهه اول توصیه نمی‌شود ولی درمان زود هنگام بهترین روش پیشگیری از عواقب عفونت در حاملگی است

تمام زنان باردار علامتدار باید سه ماهه سوم برای واژینوز باکتریال و تریکومونیاژیس و عفونت قارچی ارزیابی و درمان شوند. فلوکونازول در حاملگی استفاده نمی‌شود.

با ارزیابی خطر در زنان باردار، زنانی که شریک جنسی آنها دارای ترشحات مجرا هستند و زنانی که دارای علائم عفونت دهانه رحم (ترشحات مخاطی چرکی یا شکنندگی مخاط رحم) هستند، برای گنورآر و کلامیدیا درمان شوند. شرکای جنسی آنها نیز لازم است درمان شوند.

HIV و زنان باردار

با توجه به اینکه در کشور ما راهکار اتخاذ شده در راستای پیشگیری از انتقال ویروس HIV از مادر به کودک روش OPT OUT است بدین معنی که آزمایش HIV در آزمایشات زن باردار گنجانده شود از یک طرف آموزش HIV/AIDS در دوران بارداری اجباری است و به مادر باردار لازم است اعلام گردد آزمایش HIV جز آزمایشات بارداری است و در صورتیکه مادر از انجام آزمایش امتناع ورزد مشاوره ویژه انجام شود و در صورتیکه در آزمایش اولیه پاسخ مثبت دریافت شد با رعایت محرمانگی و رازداری، به عنوان نیاز به انجام آزمایش مجدد جهت انجام الیزا به پایگاه یا مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع و بلافاصله به کارشناس ایدز شهرستان اطلاع داده شود.

مدیریت درمان بیماری‌های آمیزشی در حاملگی

مدیریت درمان مانند زنان غیرحامله است که شامل :

- تجویز درمان (به جز درمان های غیر مجاز در حاملگی)
- آموزش و مشاوره بیمار
- اطمینان به ارجاع شریک جنسی
- پیگیری و درمان بیمار
- ارزیابی هرچه سریعتر کودک از نظر اثرات بیماری های آمیزشی مادر

با توجه به اینکه بیماری های آمیزشی در دوران حاملگی عارضه دارند آموزش زوجین جهت پیشگیری از بیماری های آمیزشی در دوران حاملگی بسیار اهمیت دارد.

۴-۴ گروه های در معرض بیشترین خطر بیماریهای آمیزشی

۴-۴-۱ زنان تن فروش

تن فروش فردی است که با انجام فعالیت جنسی پول دریافت می کند. تن فروشی شامل انواع مختلفی از کارها است که در شرایط مختلفی هم انجام می گیرد. زنان تن فروش در معرض ابتلا بیشتر به بیماری های آمیزشی از جمله ایدز هستند. براساس مطالعه ای که در ۱۱۰ کشور جهان انجام شده است شانس ابتلای زنان تن فروش به عفونت HIV ۱۲ برابر عموم جامعه است. در بعضی کشورهای آفریقایی شیوع HIV در زنان تن فروش به ۴۵٪ می رسد. برعکس در بعضی کشورهای اروپای غربی بسیار پایین است.

در کشور ما همچون اکثر کشورهای منطقه، دسترسی به این گروه سخت است، از سال ۱۳۸۶ که مراکز ارتقا سلامت زنان با هدف برنامه های کاهش آسیب راه اندازی شده است، مطالعاتی در گروه زنان تحت پوشش در شیراز انجام شده است که در سال ۱۳۸۹ شیوع HIV ۴٫۷٪، تب خال تناسلی ۹٫۷٪، کلامیدیا ۹٪، سوزاک ۱٫۴٪ و در سال ۱۳۹۳ شیوع HIV ۵٫۱٪، زگیل تناسلی ۴۶٫۳٪، کلامیدیا ۱۳٫۶٪، تریکوموناس ۲۰٫۳٪، سوزاک ۱٫۷٪ گزارش شده است. در کرمان سال ۱۳۸۹، شیوع HIV در زنان تن فروش ۴٫۵٪ و در مطالعه دیگری در همان سال در کرمان شیوع کلامیدیا ۱۹٫۸٪، تب خال تناسلی ۱۸٪ و شیوع RPR ۷٫۲٪ گزارش شد.

۴-۴-۲ مردان دارای تماس جنسی با همجنس

واژه MSM (male who have sex with male) به مردانی اطلاق میشود که با مردان رابطه جنسی دارند. این گروه رفتارهای جنسی متنوعی داشته و نیازهای پزشکی ویژه خود را می طلبند. برخی از MSM ها در خطر بالا برای ابتلا به HIV و سایر بیماریهای ویروسی و باکتریال منتقله از راه جنسی هستند. چراکه MSM ها تماس جنسی مقعدی داشته و مخاط مقعد برای برخی انواع خاص پاتوژنهای عفونت های آمیزشی، آسیب پذیرتر است. به علاوه شرکای جنسی متعدد، اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان و پویایی شبکه جنسی این گروه، خطر ابتلا به HIV و عفونت های آمیزشی را در این افراد افزایش میدهد.

نتایج مطالعات در کشورهای غربی از جمله امریکا نشان می دهد که تقریباً دو سوم موارد سیفلیس اولیه و ثانویه تشخیص داده شده در امریکا در این گروه بوده است. بوده اند.

پزشکان باید به طور روتین از MSM هایی که از نظر جنسی فعال هستند پس از سوال از علایم آزمایشهای تشخیصی مناسب را درخواست و مشاوره در خصوص رفتارهای جنسی ایمن تر ارائه دهد. (مراجعه به بخش آموزش و مشاوره در فصل چهارم)

۳-۴-۴ زنان دارای تماس جنسی با همجنس

زنانی که با زنان دیگر ارتباط جنسی دارند گروه متنوعی از نظر هویت جنسی، رفتار جنسی و رفتار پر خطر هستند. مطالعات اخیر نشان می دهد که بعضی از این زنان بخصوص نوجوانان و زنان جوان هم شریک جنسی زن و هم شریک جنسی مرد دارند و احتمال خطر بیشتری در ابتلای به بیماری های آمیزشی دارند. مطالعات مستندی در خصوص روش های پیشگیرانه کاهش خطر در این گروه انجام و منجر به معرفی راهکارهایی شده است. استفاده از موانع حفاظتی با شریک جنسی زن مانند پوشیدن دستکش در رابطه جنسی با انگشت، استفاده از کاندوم روی آلت و استفاده از دیافراگم دهانی (dental dam) در ارتباط دهانی جنسی در مطالعات متفاوت ثابت شده است ولی منابع اطلاعاتی رابطه جنسی ایمن جهت این گروه بسیار کم است. انتقال عفونت های تریکومونایی در این گروه زیاد است و مطالعات مقاومت دارویی و فیلوژنیک HIV انتقال را در اینها نشان داده است. مطالعات در کشورهای غربی از جمله امریکا نشان داده است که ۹۷-۵۳٪ این زنان ارتباط با شریک جنسی مرد نیز ادامه داده اند و ۲۸-۵٪ در یک سال گذشته شریک جنسی مرد نیز داشته اند. زگیل تناسلی که از طریق تماس پوستی انجام می شود در زنانی که با زنان دیگر ارتباط دارند شایع است.

۴-۴-۴ افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترانس سکسوال)

افراد ترانس (فرا جنسیتی) افرادی هستند که جنسیتی که با آن شناخته می شوند با چنسیت ثبت شده در بدو تولد آنها متفاوت است. زنان ترانس در واقع با آناتومی مردانه متولد شده اند و مردان ترانس نیز اگرچه در حال حاضر مرد محسوب می شوند ولی با آناتومی زنانه متولد شده اند. هویت جنسی مستقل از گرایش جنسی است. افراد ترانس ممکنست با مردان، زنان یا هر دو جنس رابطه جنسی داشته باشند و بقیه آنان را با اسامی مختلف چون "همجنس باز: زن و یا مرد و "دو جنسی" بنامند. مطالعات مختلف حکایت از شیوع بالای ابتلا به HIV در زنان ترانس در کشورهای مختلف دارد. کارکنان بهداشتی که به این گروه افراد خدمت رسانی می کنند باید اطلاع کافی از آناتومی فعلی فرد و نوع رفتارهای جنسی فرد داشته باشند تا بتوانند در مورد بیماریهای آمیزشی و HIV با آنان صحبت کنند. بسیاری از زنان ترانس ممکنست عمل جراحی تغییر آلت تناسلی را انجام نداده باشند و همچنان آلت جنسی مردانه را داشته باشند و به این دلیل احتمال تماس جنسی با مردان و زنان را دارند مطالعات موجود در مردان ترانس بمراتب کمتر است ولی بطور کلی شیوع HIV در آنها کمتر گزارش شده است. همچنین در این گروه بدلیل باقی ماندن دستگاه تناسلی زنانه باید به بیماریهای آمیزشی چون سرویسیت ها و نیز بدخیمی های سرویکس فکر کرد.

اقدامات خاص برای گروههای در معرض بیشترین خطر انتقال جنسی:

اقداماتی که جهت گروه های پرخطر جنسی (زنان تن فروش، MSM، WSW و افراد دارای اختلال هویت جنسی) لازم است انجام شود:

۱- ارزیابی علامتی عفونت های آمیزشی

علائم مرتبط با بیماریهای آمیزشی شایع در هر بار ویزیت از افراد این گروهها پرسیده شود. این علائم شامل ترشح از مجرا، سوزش ادرار، زخمهای ژنیتال و پره آنال، لنفادنوپاتی منطقه ای، بثورات جلدی و علائم آنورکتال به نفع پروکتیت (شامل ترشح و درد در زمان اجابت مزاج یا رابطه) معاینه بالینی حداقل هر سه ماه یکبار صورت گیرد.

۲- ارزیابی عفونت های آمیزشی در گروه های ترانس بر اساس آناتومی و رفتارهای جنسی

۳- ارزیابی سرولوژیک سیفلیس سالانه

۴- ارزیابی دوره ای HIV هر ۳ تا ۶ ماه

۵- غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان تن فروش

انجام واکسیناسیون هپاتیت B، HPV، (با توجه به اینکه واکسن HPV هنوز در سیستم بهداشت کشور وجود ندارد، در صورتی که فرد قادر به تامین هزینه است توصیه شود)

۶- مشاوره، آموزش رفتار جنسی ایمن و استفاده مستمر و صحیح از کاندوم

۴-۵ زندانیان

زندان ها یکی از محل هایی است که شیوع بیماری های آمیزشی در آن بالاتر است. زندانیان قبل از دستگیری به طور معمول از گروه های اجتماعی اقتصادی پایین تری هستند و بیشتر درگیر رفتارهای پرخطر جنسی بوده اند. پس از دستگیری نیز آنان در معرض رفتارهای پرخطر جنسی به صورت اختیاری یا اجباری هستند. تاکنون رهنمود ویژه ای برای کنترل بیماری های آمیزشی در زندان وجود نداشته است. ولی اغلب متون بر ضرورت گسترش خدمات غربالگری و درمان در زندان تاکید می کنند. هم زمان با تهیه این راهنما، دستورالعملی در زمینه ارائه فعالانه خدمات تشخیص، درمان و پیگیری بیماری های آمیزشی در جمهوری اسلامی ایران در دست تهیه است که پس از اجرای پای لوت آن و اصلاح نواقص با استفاده از نتایج پای لوت در سطح کشور اجرا خواهد شد.

۴-۶ افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند

معاینه قربانیان یک حمله جنسی باید توسط یک فرد دوره دیده انجام شود تا میزان آسیب بجا مانده را به حداقل برساند. تصمیم گیری برای گرفتن نمونه هایی برای بررسی از نظر بیماریهای آمیزشی باید بر اساس وضعیت هر فرد صورت گیرد. سیستم مراقبتی برای این افراد باید به گونه ای باشد که تداوم داشته (برای پیگیری نتایج

آزمایشات متوالی)، پایداری فرد را افزایش داده و عوارض نامطلوب درمانهای دارویی تجویز شده برای پیشگیری را مانیتور کند.

نکته حائز اهمیت این است که در ارزیابی مراقبت و درمان قربانیان حتما باید به احتمال وجود بیماری آمیزشی قبل از وقوع حمله جنسی در خود فرد فکر کرد چرا که روی اقدامات پیشگیرانه تأثیر گذار است.

ارزیابی نوجوانان و بالغین از نظر بیماریهای آمیزشی

معاینات اولیه:

تصمیم گیری برای انجام این معاینات بر اساس وضعیت هر فرد و امکانات موجود صورت می گیرد و در صورت مهیا بودن تمام شرایط اقدامات زیر انجام خواهد شد:

- در اولین ویزیت، در صورت امکان آزمایشات مولکولی (NAATs) برای بیماریهای کلامیدیا تراکوموناس و نایسریا گنوره از محل تجاوز (واژن، مقعد) در نوجوانان و بالغین بازمانده از تجاوز انجام شود
- در صورت امکان آزمایشات مولکولی (NAATs) از ترشحات واژینال برای تریکوموناس واژینالیز انجام شود آزمایش های در بالین بیمار نظیر wet mount و آزمایش سریع و اندازه گیری PH و KOH برای آزمایش whiff برای بررسی تریکوموناس واژینالیز و باکتریال واژینوز، خصوصا اگر ترشحات واژینال غیر طبیعی وجود داشته باشد.
- نمونه سرمی برای بررسی HIV، HBsAg و سیفلیس ارسال شود

درمان:

پایداری به درمان در آسیب دیده گان تجاوز معمولا مطلوب نیست اما درمان برای همه موارد توصیه می شود.

- درمان تجربی برای کلامیدیا، گنوره و تریکوموناس (رجوع به بخش مربوطه)
- داروهای اورژانس پیشگیری از بارداری
- واکسن هیپاتیت B (بدون ایمونوگلوبولین) اگر وضعیت ابتلا در فرد منبع نامشخص باشد. اگر فرد منبع HBsAg مثبت باشد و فرد آسیب دیده واکسن نزده باشد، باید به وی واکسن و ایمونوگلوبولین همزمان تزریق شود. برای افرادی که قبلا واکسن نزده باشند، واکسن بصورت یک دوره کامل سه نوبته باید تزریق شود. اما افرادی که قبلا واکسن زده باشند ولی تیتراژ HBsAb آنها چک نشده باشد، تزریق یک نوبت واکسن کافیت.

- واکسن HPV برای زنان و دختران آسیب دیده ۹-۲۶ سال و مردان ۹-۲۱ سال توصیه می شود (البته در مردان همجنس گرا تا ۲۶ سال هم توصیه می شود). واکسن HPV در محدوده سنی فوق باید تزریق شود. اولین واکسن در زمان مراجعه فرد و دو نوبت بعدی ۱-۲ ماه بعد و ۶ ماه بعد از دوز اول باید تزریق شود. (با توجه به اینکه واکسن HPV هنوز در سیستم بهداشت کشور وجود ندارد، در صورتی که فرد قادر به تامین هزینه است توصیه شود)
- طبق دستورالعمل کشوری پیشگیری پس از تماس HIV، نامشخص بودن وضعیت HIV فرد مواجهه یافته، مانعی برای شروع پروفیلاکسی ضد رتروویروسی نیست و افرادی که تحت تجاوز جنسی قرار گرفته باشند بدون توجه به مشخصات متجاوز باید تحت پروفیلاکسی HIV قرار بگیرند

برای دریافت داروهای پیشگیری HIV بیمار را هر چه سریعتر به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری منطقه ارجاع دهید. درمان پروفیلاکسی در تماس جنسی پس از ۷۲ ساعت کارآیی نخواهد داشت. آدرس مراکز مشاوره بیماریهای رفتاری از طریق سایت (<http://hiv-sti.ir/hiv>) قابل دستیابی ست.

جدول ۴۳: درمان آنتی بیوتیکی در موارد تجاوز جنسی	
درمان انتخابی	
سفتریاکسون 250mg تزریق عضلانی تک دُز	
باضافه	
آزیترومایسین 1g خوراکی تک دُز	
باضافه	
مترونیدازول 2g خوراکی تک دُز	

زنان از نظر احتمال بارداری باید ارزیابی شوند. در صورت احتمال وقوع بارداری، هرچه سریعتر حداکثر ظرف ۱۲۰ ساعت، داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری (morning-after pills) را به یکی از روش های زیر تجویز شود:

✓ قرص لوونورجسترو، دو عدد ۰,۷۵ میلی گرمی یا یک قرص ۱,۵ میلی گرمی یک جا در اولین فرصت

✓ قرص LD، چهار عدد در اولین فرصت و چهار عدد ۱۲ ساعت بعد

✓ قرص تری فازیک یا سه مرحله‌ای، ۴ عدد قرص سفید در اولین فرصت و چهار عدد قرص سفید ۱۲ ساعت بعد (قرص‌های مرحله سوم)

نکته مهم:

تهوع و استفراغ حین مصرف: میزان تهوع و استفراغ با استفاده از قرص‌های ترکیبی به ترتیب حدود ۵۰٪ و ۲۰٪ بوده که این عوارض با استفاده از قرص‌های لوونورجسترل به حدود ۲۰٪ و ۶٪ کاهش می‌یابد. بهتر است قبل و ۴-۶ ساعت پس از مصرف هر دُز EC از یک داروی ضد تهوع مانند دیمن هیدرینات یا دیفن هیدرامین استفاده شود. قرص دیمن هیدرینات ۵۰-۲۵ میلی گرم ۳-۴ بار در روز یا قرص (شربت) دیفن هیدرامین ۵۰-۲۵ میلی گرم (۴-۲ قاشق غذاخوری کوچک) که مصرف دُز اول آن نیم ساعت قبل از خوردن قرص EC و دُزهای بعدی (در صورت نیاز) با فاصله‌های ۶ ساعته پس از آن است، در کاهش شدت تهوع و استفراغ موثر است.

پیگیری:

بعد از ارزیابی و آزمایشات اولیه لازمست پیگیری نتیجه آزمایشها صورت گیرد همچنین فرصتی است برای:

۱. شناسایی عفونت‌های ایجاد شده بعد از تجاوز جنسی

۲. تکمیل واکسیناسیون

۳. تکمیل مشاوره‌ها و درمان‌های آنتی بیوتیکی

۴. پایش عوارض و پایبندی به درمانهای پیشگیرانه

لذا پس از یک هفته از شروع مراقبت، فرد باید مجدداً ویزیت شود.

ویزیت بعدی از نظر ادامه مراقبت‌ها ۱-۲ ماه بعد خواهد بود. در این زمان باید از نظر زگیل‌های تناسلی و سایر بیماریهای آمیزشی معاینه شوند.

بررسی سرولوژی سیفلیس در هفته ۴-۶ پس از اتفاق و ۳ ماه بعد انجام شود. آزمایش HIV پس از ۶ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه باید انجام شود.

احتمال ابتلا به HIV:

خطر انتقال HIV در هر بار تماس واژینال ۰/۲ - ۱٪ است و در مفعول تماس مقعدی ۳ - ۰/۵٪ می باشد. در تماس دهانی خطر بمراتب کمتر است و در شرایط خاص نظیر تجاوز با تروما و خونریزی، وجود سایر بیماریهای آمیزشی و انزال احتمال انتقال در هر نوع تماس بیشتر می شود.

پیشگیری HIV در اولین زمان ممکن باید برای قربانی تجاوز شروع شود، تا فرصت ادغام ژنوم ویروس در بدن انسان به حداقل برسد. همچنین کارآیی درمان پیشگیری پس از ۷۲ ساعت مورد سوال است. دوره درمان پیشگیری پس از تماس ۲۸ روز است. پیشگیری پایبندی به دریافت داروها در فرد اهمیت بسیاری دارد. ضمناً همواره باید به عوارض دارویی توجه کرد.

توصیه های لازم برای پیشگیری از HIV در طی ۷۲ ساعت پس از تماس:

- احتمال HIV را در فرد مهاجم بررسی کنید و در صورت در دسترس بودن برای فرد مهاجم آزمایش HIV انجام شود
- با فرد دوره دیده در مورد شروع پروفیلاکسی پس از تماس می توانید مشورت کنید. در صورتیکه داروهای ضد رتروویروسی در دسترس نیست، قربانی را هر چه سریعتر به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری منطقه ارجاع دهید. ادامه درمان ضد رتروویروسی نیز با این مراکز است. نشانی این مراکز از طریق سایت قابل دستیابی است.
- برای فرد آسیب دیده در مورد منافع و عوارض داروهای ضد رتروویروسی توضیح دهید
- برای فرد آسیب دیده آزمایش HIV انجام شود. متعاقباً این آزمایش ۶ هفته بعد، ۳ ماه بعد و ۶ ماه بعد تکرار شود.

داروهای ضد رتروویروسی برای پیشگیری پس از تماس:

در صورتی که فرد متجاوز مبتلا به HIV باشد:

از ترکیب سه دارویی استفاده شود که شامل:

- ترووادا (تنوفویر + امتریستابین) + کلترا (لوپیناویر/ریتوناویر) یا
- زیدوودین + لامیوودین + کلترا (لوپیناویر/ریتوناویر)

اگر وضعیت ابتلا فرد متجاوز به HIV نامشخص باشد:

از ترکیب دو دارویی استفاده می شود:

- ترووادا (تنوفویر + امتریستاتین)

- زیدوودین + لامیوودین

در صورت استفاده از رژیم های دارویی حاوی زیدوودین، ۲-۳ هفته پس از شروع باید CBC فرد انجام و از نظر احتمال بروز آنمی بررسی شود.

گزارش تجاوز جنسی :

- در صورت مواجهه با فرد بالغ یا کودکی که مورد تجاوز قرار گرفته است بلافاصله باید به مرکز یا پایگاه مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع داده شود

- در صورت رضایت فرد بالغ یا ولی کودک آسیب دیده موضوع را به نیروی انتظامی (نزدیکترین کلانتری) گزارش دهید. در صورت عدم رضایت ولی یا بیمار وی را از امکان دریافت مشاوره حقوقی رایگان از مراکزی همچون واحد های "ارشاد و معاضدت قضایی" مستقر در کلیه دادسراها و مجتمع های قضایی و غیر رایگان همچون دفاتر وکلای دادگستری آگاه نمایید. در صورتی که مصدوم زن یا کودک باشد، علاوه بر موارد فوق می تواند برای مشاوره حقوقی از "دفاتر حمایت از حقوق زنان و کودکان" مستقر در دادگستری های مراکز استان های سراسر کشور نیز استفاده نماید.

- در مرکز ارجاعی، صرف نظر از تمایل بیمار برای طرح شکایت، به هنگام ارائه خدمات مراقب باشید نمونه های منی و ترشحات را جمع آوری کنید و آنرا در اختیار بیمار بگذارید و آثار و نشانه های تروما را بدقت یادداشت کنید.

ارزیابی کودک آسیب دیده:

ارزیابی کودک آسیب دیده از تجاوز باید به گونه ای باشد که آسیب و درد به کودک را به حداقل رساند. معاینه و جمع آوری نمونه های واژینال در کودکان این سنین ممکنست بسیار ناخوشایند باشد و باید توسط یک متخصص صورت گیرد تا صدمات روحی و جسمی آن را به حداقل برساند.

تصمیم گیری برای جمع آوری نمونه از کودک آسیب دیده باید برای هر کودک بطور جداگانه انجام شود. بدیهی است در صورت تشخیص یک بیماری آمیزشی در کودک، از نظر سایر بیماریهای آمیزشی نیز باید

غربالگری صورت گیرد. عواملی که پزشک را به سمت غربالگری بیماریهای آمیزشی در کودک هدایت می کند شامل:

۱. آسیب جنسی همراه با دخول بوده یا شواهد آسیب های ترمیم شده به ناحیه تناسلی، مقعد یا دهان وجود داشته باشد
 ۲. کودک ربوده شده باشد
 ۳. کودک توسط کسی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته که در معرض ابتلا به بیماریهای آمیزشی بوده است (نظیر افراد معتاد تزریقی، همجنس گرایان، افراد با سابقه تماسهای جنسی مکرر و ...)
 ۴. خواهر و برادر یا اقوام نزدیک کودک و هم خانه ها مبتلا به بیماری آمیزشی باشند
 ۵. کودک در منطقه با شیوع بالای بیماریهای آمیزشی زندگی کند
 ۶. کودک علائم بیماریهای آمیزشی داشته باشد (ترشحات واژینال، خونریزی، زخم یا، خارش ناحیه تناسلی، سوزش ادرار ...)
- لازم است قبل از شروع درمان، نمونه های تشخیصی لازم از کودک گرفته شده و برای آزمایش ارسال شود. با توجه به اهمیت موضوع و درمان این کودکان، تشخیص علتی بیماریهای آمیزشی اهمیت بیشتری دارد.
- دو هفته پس از اولین ویزیت، کودک باید مجدداً ویزیت شود. معاینه مجدد و نمونه گیری های مجدد انجام شود. البته اگر اولین ویزیت کودک مدتها پس از حمله جنسی اتفاق افتاده باشد ممکنست همان نوبت اول ویزیت کافی باشد.

ارزیابی اولیه:

در طی اولین ویزیت کودک باید اقدامات زیرانجام شود:

- مشاهده ناحیه تناسلی، مقعد و دهان از نظر وجود ترشحات، خونریزی، خراشیدگی و التهاب، زگیل، زخم و بوی بد. گاهی تظاهرات بالینی بعضی بیماریهای آمیزشی در کودکان با بزرگسالان متفاوت است برای مثال ممکنست بشورات تیپیک هرپس در کودکان دیده نشود. در صورت امکان، از ضایعات وزیکولر و زخم دار میتوان نمونه برای HSV PCR فرستاد..

- نمونه کشت نایسریا گنوره از حلق و مقعد در دختران و پسران، واژن در دختران و مجرای ادرار در پسران باید ارسال شود. برای کودکان قبل از سن بلوغ، نمونه رنگ آمیزی گرم برای ارزیابی گنوره نامناسب است و این روش برای رد یا تشخیص گنوره کمک کننده نیست. روش NAAT نیز پذیرفته است
- در جایی که امکان باشد کشت کلامیدیا تراکوماتیس و یا NAAT برای نمونه های جمع شده از مقعد و واژن کودکان آسیب دیده را میتوان در نظر گرفت.
- کشت تریکوموناس واژینالیس و wet mount از سواب واژینال باید انجام شود.
- wet mount از سواب واژینال برای رد باکتریال واژینوز
- نمونه های سرمی کودک برای آزمایشات پایه باید گرفته شود که شامل VDRL ، HIV و HBsAg است و متعاقبا در ویزیت های بعدی تکرار می شود.

درمان:

تشخیص اتیولوژیک بیماریهای آمیزشی در کودکان اهمیت زیادی دارد و عموماً درمان تجربی کودکان دچار آسیب و سوء استفاده جنسی توصیه نمی شود چرا که:

- احتمال بروز اغلب بیماریهای آمیزشی در کودکان بعد از تجاوز کم است
 - در دختران قبل از بلوغ خطر عفونت های بالارونده تناسلی به مراتب کمتر از نوجوانان و زنان است
 - پیگیری منظم کودکان اغلب ممکن است و نیازی به درمان تجربی نیست
- به هر حال تحت شرایط خاص ممکنست پس از گرفتن نمونه ها، درمان تجربی شروع شود.

در این کودکان واکسیناسیون HPV توصیه می شود چرا که احتمال تکرار اتفاقات مشابه در این گروه کودکان بالاست. (با توجه به اینکه واکسن HPV هنوز در سیستم بهداشت کشور وجود ندارد، در صورتی که فرد قادر به تامین هزینه است توصیه شود)

پیگیری:

اگر در معاینات اولیه پس از آسیب اتفاق افتاده عفونتی پیدا نشود و حمله جنسی انجام شده اخیر باشد، ویزیت بعدی ۲ هفته پس از حمله جنسی خواهد بود. اگر معاینات بالینی و آزمایش تشخیصی در اولین ویزیت به هر دلیل انجام نشده باشد، در ویزیت پس از دو هفته انجام خواهد شد.

آزمایش های سرولوژی برای پیگیری ابتلا به سیفیلیس، HIV و هپاتیت B، پس از اینکه آزمایشات پایه برای VDRL، HIV و HBsAg منفی بود باید پس از ۶ هفته و ۳ ماه پس از حمله جنسی تکرار شود.

ابتلا به HIV:

بدلیل اینکه سوء استفاده جنسی در کودکان اغلب با آسیب های مخاطی بیشتری همراه است، خطر انتقال HIV بیشتر خواهد بود. اگرچه تصمیم گیری در مورد شروع درمان پیشگیرانه HIV پس از تجاوز بصورت موردی می باشد ولی عموماً توصیه می شود.

شروع درمان پیشگیرانه باید در فاصله زمانی کمتر از ۷۲ ساعت از آسیب ایجاد شده صورت گیرد. درمان پیشگیرانه توصیه شده:

در صورتیکه فرد منبع مبتلا به HIV باشد:

- زیدوودین + لامیوودین + کالترا (لوپیناویر/ریتوناویر)

در صورتی که فرد منبع نامشخص باشد:

- زیدوودین + لامیوودین

می باشد. طول درمان ۲۸ روز بوده و پس از ۳-۲ هفته از شروع درمان باید از نظر احتمال بروز آنمی، CBC انجام شود. در طول مدت دریافت داروهای پیشگیرانه باید هفتگی کودک ویزیت شود. تکرار آزمایش HIV پس از ۶ هفته، ۳ ماه و ۶ ماه خواهد بود. در صورت استفاده از آزمایش الیزای نسل چهارم، پیگیری تا ۴ ماه کافیت.

دُز داروهای تجویزی در کودکان و به صورت زیر است:

جدول ۴۴: درمان پروفیلاکسی توصیه شده برای HIV
درمان انتخابی
زیدوودین: ۲۴۰-۱۸۰ میلی گرم به ازای متر مربع سطح بدن هر ۱۲ ساعت $\text{Surface area (m}^2\text{)} = \sqrt{\frac{\text{Height (cm)} \times \text{Weight (kg)}}{3600}}$ ۹

لامیوودین: ۴ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن (ماکزیمم ۱۵۰ میلی گرم) دوبار در روز و

لوپیناوویر/ریتوناویر:

وزن ۵/۹ - ۳ کیلوگرم: ۱ میلی لیتر دوبار در روز

وزن ۹/۹ - ۶ کیلوگرم: ۱/۵ میلی لیتر دوبار در روز

وزن ۱۳/۹ - ۱۰ کیلوگرم: ۲ میلی لیتر دوبار در روز

وزن ۱۹/۹ - ۱۴ کیلوگرم: ۲/۵ میلی لیتر دوبار در روز

وزن ۲۴/۹ - ۲۰ کیلوگرم: ۳ میلی لیتر دوبار در روز

در جدول زیر نحوه پیگیری و آزمایشات لازم برای افراد در معرض آسیب های غیر شغلی و تجاوز نشان داده شده است. خاطر نشان می شود که ارزیابی از نظر ابتلا به هپاتیت C اساسا در تماس های مکرر مقعدی (افراد هم جنش گرا و تجاوزات) انجام می شود.

جدول ۴۵: پیگیری پس از تماس های غیر شغلی (تجاوز)

Time Test	Recommended during Treatment		Recommended at Follow-up		
	Baseline	Symptom-Directed**	4-6 Wk	12 Wk	24 Wk©
ELISA for HIV antibodies	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
CBC.Creatinine	Yes	Yes	No	No	No
liver function test	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
HIV PCR	No	Yes	No	No	No
Anti-HBs antibodies	Yes***	No	No	No	No
HBsAg	Yes****	Yes	Yes	Yes	Yes
HCV antibodies	Yes	No	Yes	Yes	Yes
HCV RNA*****	No	Yes	Yes	Yes	Yes
RPR or VDRL	Yes	Yes	No	Yes	No

* در افرادی که زیدوودین + لامیوودین دریافت می کنند باید دو هفته بعد از شروع درمان SGPT، SGOT، CBC بدون توجه به علائم بالینی انجام شود. رژیم حاوی تنوفویر+امتریسیتابین عموماً عوارض اندکی دارد و بررسی وضعیت کلیوی و کبدی در صورت داشتن علائم توصیه می شود. با افزودن لوپیناویر/ریتوناویر به رژیم دارویی، در صورت بروز علائم فرد از نظر آنزیمهای کبدی و قند خون باید چک شود

** منظور علائم و عوارض توکسیک است نظیر راش، تهوع، استفراغ یا دل درد است. نیز علائم عفونت حاد HIV نظیر تب، ضعف، لنفادنوپاتی، راش و زخمهای دهانی – ژنیتال باید مانیتور شود

*** اگر هر دو HBSAb، HBsAg منفی باشد، یکدوره واکسیناسیون کامل هپاتیت B شروع خواهد شد

**** اگر HBsAg مثبت باشد، با دریافت داروهایی نظیر لامیوودین، تنوفویر و امتریسیتابین بعنوان پیشگیری، به علت احتمال flare آنزیمی باید تا ۶ ماه بعد از قطع PEP ماهانه آنزیمهای کبدی چک شود. بهتر است با یک متخصص مشورت شود.

***** با استفاده از HCV RNA testing ممکنست باشناسایی زودهنگام ابتلا به هپاتیت C و شروع درمان به بهبود سریعتر هپاتیت C کمک کرد

© در صورتی که آزمایش HIV Ab با استفاده از کیت الیزای نسل چهارم که می تواند P24 Ag را ردیابی کند انجام شود، آزمایشات محدود به هفته ششم و ماه چهارم خواهد بود

فصل پنجم – نظام مراقبت عفونت‌های آمیزشی

۱-۵ مقدمه

بیماریهای آمیزشی بعلت شیوع بالا و عوارض بار زیادی را بر سیستمهای بهداشتی وارد میکند. علاوه بر آن ابتلا به عفونت‌های آمیزشی به‌طور متوسط احتمال انتقال عفونت اچ‌آی‌وی را چهار برابر می‌کند. مدیریت کنترل عفونت‌های آمیزشی، نیاز به یک نظام مراقبت اپیدمیولوژیک جامع دارد نظام مراقبت اپیدمیولوژیک عبارتست از جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل، تعبیر و تفسیر و انتشار اطلاعات مسئولین سلامت این اطلاعات را برای طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و فعالیت‌های مربوط به آن بکار می‌گیرند.

اهداف مراقبت اپیدمیولوژیک بیماریها عبارتند از: پایش سیربیماری، بطوری که بتوان در صورت بوجود آمدن تغییرات جدید در اطلاعات بیماری، برنامه مربوطه را متناسب با آن تنظیم نمود. تعیین گروههای خاصی از جامعه که در معرض خطر زیاد بیماری‌ها هستند. ارزیابی تاثیر فعالیتهای پیشگیری و درمان بر میزان بروز بیماری و ارتباط بیماریهای مهم و شایع در جامعه. همچنین تعیین اولویتهای موجود در بین فعالیتهای کنترل بیماریها. است.

۲-۵ نظام ثبت و گزارش دهی عفونت‌های آمیزشی

نظام ثبت و گزارش دهی می‌تواند به‌عنوان یک سیستم هشدار دهنده قوی عمل کند. با توجه به این که افزایش شیوع عفونت‌های آمیزشی می‌تواند یک خطر بالقوه برای افزایش انتقال عفونت اچ‌آی‌وی باشد، به کمک نظام گزارش دهی عفونت‌های آمیزشی می‌توان به افزایش در تعداد موارد این عفونت‌ها به‌خصوص درجایی که شیوع عفونت اچ‌آی‌وی به مرحله اپیدمی عمومی نرسیده است، پی برد. اطلاعات به‌دست آمده از یک نظام ثبت و گزارش دهی کامل و جامع می‌تواند برای تعیین روند، هشدار اپیدمی، کمک به اولویت بندی برنامه‌ها و همچنین ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشگیری نیز مورد استفاده قرار گیرد.

طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت و با هدف تشخیص و درمان سریع‌تر عفونت‌های آمیزشی به‌منظور قطع زنجیره انتقال و نیز محدودیت امکانات آزمایشگاهی، در دستورالعمل کشوری به هر دو رویکرد سندرومیک و اتیولوژیک توجه شده است. نظام ثبت و گزارش دهی مبتنی بر مراکز ارائه دهنده خدمت به مبتلایان برای موارد سندرومیک و اتیولوژیک طراحی شده است، به این معنی که فرم‌ها، روال‌های گردش اطلاعات و شاخص‌های مورد استفاده برای هر دو نظام یکسان است.

نظام ثبت و گزارش دهی سندرومی عفونت‌های آمیزشی برای گزارش مواردی که با علامت‌ها و نشانه‌های عفونت‌های مشخص آمیزشی مراجعه می‌کنند طراحی شده است.

نظام ثبت و گزارش دهی اتیولوژی عفونت های آمیزشی برای گزارش مواردی است که تشخیص قطعی یا احتمالی آن ها با استفاده از روش های آزمایشگاهی تعیین شده است. استفاده ی اصلی این نظام برای شناسایی روند عوامل ایجاد کننده ی بیماری های آمیزشی است. این روند هم چنین می تواند در کنار روند سندروم های آمیزشی به عنوان راهنمایی برای تعیین عوامل بیماریزای شایع و درمان مناسب سندروم ها استفاده شود.

مهمترین بخش این نظام سیستم ثبت و گزارش دهی است. منابع گزارش دهی بیماری های آمیزشی شامل: مراکز ارائه خدمات سلامت باروری و مراکز تشخیص و درمان بیماری های آمیزشی خصوصی و دولتی است مانند مطب پزشکان، ماماها، متخصصین پوست و... است. آزمایشگاه هایی که تشخیص بیماری آمیزشی می دهند. همچنین مراکز و بخش هایی که تحقیقات مرتبط با بیماری های آمیزشی انجام می دهند.

۳-۵ تعریف موارد

در تمامی نظام های ثبت و گزارش دهی، اولین و حساس ترین بخش تعیین تعاریف استاندارد جهت موارد قابل گزارش شامل سندروم ها و اتیولوژی ها است.

سندروم های پیشنهاد شده برای نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی در ایران بر مبنای تجاربی که با راه اندازی سیستم گزارش دهی از سال ۱۳۷۵، بازنگری سال ۱۳۸۶ و مطالعاتی که در سال های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۴ همچنین مطالعه اتیولوژیک در زنان تن فروش و عموم جامعه بدست آمده است شامل زخم نواحی تناسلی و تورم مقعد (پروکتیت)^{۱۵} در هر دو جنس، ترشح از مجرای ادراری مردان، ترشحات واژینال و درد زیر شکم در زنان است؛ نکته قابل اهمیت این است که با توجه به شیوع بالای ویروس پاپیلوما ی انسانی در دو مطالعه ذکر شده و تاکید سازمان جهانی بهداشت زگیل ناحیه تناسلی در سیستم مراقبت عفونت های آمیزشی گنجانده شد.

جدول ۴۶: تعاریف استاندارد سندروم های قابل گزارش در نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی در ایران	
موارد	تعریف
زخم نواحی تناسلی	هر گونه وریکول، خراشیدگی و زخم؛ با یا بدون درد؛ غیر از موارد تروما و تزییق بر روی پوست یا مخاط تناسلی و نواحی اطراف آن
هرپس تناسلی احتمالی	وجود زخم های متعدد دردناک با یا بدون تاول
سیفیلیس اولیه و ثانویه (احتمالی)	سیفیلیس اولیه: زخم برجسته، بدون درد، منفرد و با سفتی قاعده (indurated) در ناحیه تناسلی به همراه نتیجه مثبت آزمایش VDRL یا RPR

^{۱۵} Proctitis

پروکتیت (تورم مقعد)	التهاب رکتوم و مقعد با یا بدون تنسوس و یا ترشح از مقعد
ترشح از مجرای ادراری در مردان	هرگونه ترشح از مجرا غیر از مایع منی و ادرار با یا بدون سوزش ادرار، درد و خارش پیشابراه
ترشحات واژینال (تریکومونایی)	ترشحات فراوان زرد - سبز رنگ، کف آلود، بد بو و التهاب و خارش واژن
سرویسیت	۱- ترشحات چرکی یا چرکی مخاطی از سرویکس که در معاینه دیده می شود و یا توسط سواب تهیه شده باشد ۲- با تماس ملایم مثل سواب پنبه ای سرویکس دچار خونریزی شود.
درد زیر شکم	یک یا بیشتر از علائم بالینی شامل درد و حساسیت در حرکات سرویکس، درد و حساسیت رحمی، درد و حساسیت آدنکس ها
زگیل تناسلی	هرگونه زگیل در مخاط یا پوست ناحیه تناسلی و اطراف آن

جدول ۴۷: تعاریف استاندارد اتیولوژی های قابل گزارش در نظام ثبت و گزارش دهی عفونت های آمیزشی در ایران	
اتیولوژی	تعریف
تریکومونیا (قطعی)	- مشاهده کلوسل در Wet mount ترشحات واژینال - روش تشخیص مولکولی
گنوره (قطعی)	- مشاهده دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی در اسمیر تهیه شده از اندوسرویکس زن؛ یا - جداسازی دیپلوکوک گرم منفی اکسیداز مثبت بوسیله کشت (نایسریا گنوره احتمالی) از نمونه های کلینیکی؛ یا - اثبات وجود نایسریا گنوره در نمونه های کلینیکی (اندوسرویکس، مجاری ادراری، رکتوم، حلق) از طریق تشخیص آنتی بادی یا نوکلئیک اسید
کلامیدیا (قطعی)	- جداسازی باکتری کلامیدیا تراکوماتیس بوسیله کشت - اثبات وجود باکتری کلامیدیا تراکوماتیس در نمونه های کلینیکی (واژن، سرویکس، ادرار، مجاری ادراری) از طریق تشخیص آنتی بادی یا نوکلئیک اسید
سیفلیس اولیه و ثانویه (قطعی)	اثبات وجود تریپونما پالیدیوم در نمونه های کلینیکی بوسیله روش میکروسکوپی dark-field یا روش تشخیص مولکولی (PCR) polymerase chain reaction
ویروس هرپس (قطعی)	- اثبات وجود ویروس هرپس سیمپلکس بوسیله روش های کشف آنتی ژن در نمونه های کلینیکی (ضایعات سرویکس، مقعدی-تناسلی، یا مجاری ادراری)؛ یا - روش تشخیص مولکولی
ویروس پاپیلوما ی انسانی (قطعی)	- تغییرات هیستوپاتولوژیک مشخصه عفونت ویروس پاپیلوما ی انسانی در نمونه های بدست آمده از طریق بیوپسی یا exfoliative cytology؛ یا - اثبات وجود ویروس از طریق تشخیص آنتی ژن یا نوکلئیک اسید در بیوپسی ضایعات
هموفیلوس دوکری (عامل شانکروید)	- جداسازی باکتری هموفیلوس دوکری از نمونه های کلینیکی - روش تشخیص مولکولی

۴-۵ فرآیند گزارش‌دهی و تجزیه و تحلیل اطلاعات

نظام ثبت و گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی در حال حاضر به صورت گزارش‌های تجمعی طراحی و اجرا می‌شود. اگرچه این اطلاعات تجمعی به صورت خلاصه بوده و اطلاعات جزئی‌تر به تفکیک تک تک بیماران جمع‌آوری نمی‌شود، اما خود می‌توانند مبنایی برای اولویت‌بندی در برنامه‌ها و ارائه خدمات باشد.

در نظام ثبت و گزارش‌دهی تجمعی اطلاعاتی که از هر فرد مراجعه‌کننده ثبت می‌گردد شامل سن (گروه‌های سنی زیر ۱۰ سال، ۱۰-۱۴ سال، ۱۵-۱۷ سال، ۱۸-۲۴ سال، ۲۵-۳۴ سال، ۳۵-۴۴ سال، ۴۵-۵۴ سال، ۵۵ سال و بالاتر)، جنس، و نوع سندروم یا اتیولوژی است که برای زخم تناسلی و تورم مقعد در هر دو جنس، ترشح غیرطبیعی از مجرای ادراری مردان، ترشحات واژینال و سرویسیت و درد زیر شکم در زنان و همچنین اتیولوژیک موارد تریکومونیاژیس، کلامیدیا، گنوره، سیفیلیس اولیه و ثانویه، ویروس هرپس و ویروس پاپیلوما‌ی انسانی، شانکروید انجام می‌شود. در کنار این اطلاعات، داده‌های مربوط به تاریخ مراجعه و مشخصات مرکز درمانی نیز ثبت می‌شود. از آنجایی که در بسیاری از موارد تنها مراجعه‌ی مبتلایان عفونت‌های آمیزشی با چنین علایمی بوده و برای آزمایش‌ها و مراقبت‌های بعدی مراجعه نمی‌کنند، پزشکان در چنین مواردی صرفاً با تکیه بر علایم و نشانه‌ها به درمان عفونت آمیزشی پرداخته و بدون انجام بررسی‌های تکمیلی اقدام به تجویز دارو می‌کنند. (پیوست ۲- فرم ۱ و ۲).

توصیه‌هایی درباره تجزیه و تحلیل اطلاعات، ارائه و گزارش

- ۱- بروز موارد سندرم‌ها و اتیولوژیک برحسب ماه، منطقه جغرافیایی، گروه سنی، جنس.
- ۲- مقایسه موارد سندرومیک و اتیولوژیک به تفکیک گروه سنی در منطقه جغرافیایی با ماه مشابه سالهای قبل.
- ۳- بررسی سالیانه برای تعیین مناطق درخطر و تشخیص اولویتهای.

ضمیمه ۱- فرم شماره یک ثبت مراجعین با علایم بیماریهای آمیزشی

نام مرکز/نام پزشک گزارش دهنده:

تاریخ گزارش: -----/-----/-----

مرکز بهداشت شهرستان:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

تشخیص	زن										مرد									
	< ۵	۵-۹	۱۰-۱۴	۱۵-۱۷	۱۸-۲۴	۲۵-۳۴	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	>= ۵۵		< ۵	۵-۹	۱۰-۱۴	۱۵-۱۷	۱۸-۲۴	۲۵-۳۴	۳۵-۴۴	۴۵-۵۴	>= ۵۵	
زخم نواحی تناسلی	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
هرپس احتمالی	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
سینفلیس احتمالی	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
تورم مقعد	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
توضیح مجرای ادراری در مردان																				
تشنجات واژینال (تریکومونیازیس)	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰											
سرویسیت	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰											
	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰											
درد زیر شکم	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰											
زگیل تناسلی	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	
	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰		۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰	

برای هر مورد بیمار، بر اساس سن، جنس، سندروم و یا اتیولوژی یک خط افقی بر روی یکی از دایره ها کشیده شود.

در مورد زخم نواحی تناسلی در صورت مشخص بودن نوع زخم، علاوه بر خط کشیدن در این قسمت در قسمت هرپس و یا سینفلیس نیز خط کشیده شود به منظور جلوگیری از دوباره شماری دقت شود که:

- فقط برای ویزیت اول بیمار (موارد جدید) خط کشیده شود و برای موارد پیگیری و یا مراجعه مجدد بیمار نیازی به کشیدن خط جدید نیست. اما اگر بیمار عفونت مجدد از همان عفونت و یا عفونت آمیزشی دیگر مراجعه نمود باید یک خط جدید کشیده شود.

راهنمای تعریف موارد در پشت صفحه آمده است

ضمیمه ۱- فرم شماره ۲ ثبت اتیولوژیک بیماریهای آمیزشی

نام مرکز نام پزشک تاریخ گزارش: -----/-----/-----
مرکز بهداشت شهرستان: -----
داستگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: -----

[illegible]

ضمیمه ۲: کاندوم زنانه

کاندوم چیست؟

کاندوم یک وسیله پلاستیکی است که در زمان تماس جنسی مانند سد از تبادل ترشحات جنسی بین زن و مرد جلوگیری کرده مانع حاملگی و یا انتقال انواع عفونتها (HIV و عفونتهای آمیزشی) از یک فرد به شریک جنسی میشود. ان وسیله در دو نوع زنانه و مردانه موجود می باشد .

کاندوم تنها وسیله پیشگیری از بارداری است که از انتقال عفونت های آمیزشی و اچ آی وی جلوگیری می کند . در صورت استفاده صحیح و مرتب ، بسیار مؤثر و بی ضرر خواهد بود . این وسیله مورد قبول بسیاری از زنان و مردان است .

چرا کاندوم زنانه؟

استفاده از کاندوم مردانه در تماس های جنسی نیاز به همکاری مردان داشته، کاربرد آن وابسته به تصمیم مرد است. با توجه به اینکه همیشه این تمایل در مردان وجود ندارد، لازم است برای یک تماس جنسی سالم، وسایلی که کاربرد آن توسط زنان ممکن باشد، در اختیار آنان قرار گیرد.

کاندوم زنانه



کاندوم زنانه یک پوشش محکم و گشاد به طول 17cm است و از یک پلاستیک نازک و نرم، بدون عطر و بو که جنس آن محکم تر از کاندوم مردانه است. کاندوم زنانه شامل یک غلاف پلاستیکی و دو حلقه نرم است که یکی در داخل و دیگری در خارج بدن قرار می گیرد. جنس این نوع کاندوم از موادی است که حرارت بدن را انتقال میدهد و باعث تماس جنسی طبیعتر میشود.

هیچ مشکل جدی با استفاده از کاندوم زنانه گزارش نشده است.

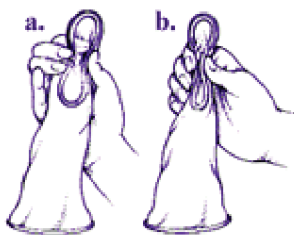
چگونه از کاندوم زنانه استفاده شود؟

کاندوم زنانه یک روش جدید پیشگیری است که استفاده از آن نیاز به تمرین و حوصله دارد. تمرین در جایگذاری و خارج کردن کاندوم قبل از استفاده در اولین تماس جنسی لازم است. جایگذاری کاندوم به مرور زمان و با تمرین بعد از چند بار آسان تر خواهد شد.

گذاشتن کاندوم را قبل از تصمیم برای استفاده
یا عدم استفاده آن حداقل سه بار تمرین کنید

مراحل جایگذاری:

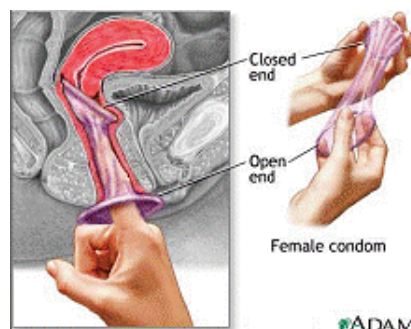
۱. بسته را از شکاف کوچکی که در قسمت راست بالای بسته وجود دارد با دقت باز کنید.
۲. بدن خود را در یکی از این حالتها که برای شما راحت تر است قرار دهید: (نشستن چمپاتمه، ایستادن و بالا گرفتن یک پا، نشسته یا دراز کشیده)
۳. به کاندوم نگاه کنید و مطمئن شوید لزج است
۴. کاندوم را از انتهای بسته آن وارد واژن کنید و با انگشت شست و انگشت دوم و یا انگشت دوم و انگشت میانه حلقه داخلی را روی دهانه رحم فشار دهید تا ثابت شود



۵. با دست دیگر لب های خارجی واژن را جدا کنید



۶. به آرامی حلقه داخلی را در واژن قرار دهید و حرکت حلقه داخلی بالا رفتن آن را حس کنید
۷. انگشت اشاره را داخل کاندوم قرار دهید و حلقه داخلی را تا جایی که بالا می رود فشار دهید و مطمئن شوید که کاندوم در هم پیچیده نشده باشد. حلقه خارجی، خارج از واژن باقی خواهد ماند



۸. وقتی که شما آماده تماس جنسی هستید به آرامی آلت تناسلی شریک جنسی خود را به داخل کاندوم که دست شما آن را باز کرده است هدایت کنید و مطمئن شوید که کاملاً وارد شده است و مطمئن شوید که آلت تناسلی شریک جنسی خارج از کاندوم (بین کاندوم و دیواره واژن) قرار نگرفته است از میزان کافی ماده لزج کننده در زمان تماس جنسی استفاده کنید در غیر این صورت امکان جابجایی کاندوم وجود دارد

۹. برای خارج کردن کاندوم حلقه خارجی را بپیچانید و به آرامی کاندوم را به خارج بکشید، این کار را قبل از ایستادن و و برخاستن انجام دهید

۱۰. کاندوم را داخل بسته یا دستمال کاغذی بپیچید و داخل سطل زباله بیندازید. آن را داخل توالت نیندازید

کاندوم زنانه ممکن است در اولین بار استفاده کاملاً آشنا نباشد و ممکن است برای جایگذاری لیز و لغزنده باشد. قبل از اولین استفاده در تماس جنسی استفاده از آن را تمرین کنید. اگر صبور باشید و وقت بگذارید استفاده از کاندوم زنانه آسانتر و آسانتر خواهد شد و شما و شریک جنسی تان راحت تر خواهید بود

۱- همراه با کاندوم زنانه چه نوع لوبریکنت (ماده لزج کننده) می توان استفاده کرد؟
همراه با کاندوم زنانه می توان از انواع لوبریکنت های محلول در آب و محلول در روغن استفاده کرد. استفاده از لوبریکنت حرکت آلت تناسلی مردانه را در حین تماس جنسی آسان تر و لذت بخش تر می کند. اگر حلقه داخلی کاندوم زنانه در حین تماس جنسی حرکت کند و یا صدا ایجاد کند باید از لوبریکنت بیشتری استفاده کرد.

۲- آیا از کاندوم زنانه بیش از یک بار می توان استفاده کرد؟
در حال حاضر کاندوم های زنانه موجود یکبار مصرف هستند و تحقیقات و مطالعات برای تولید کاندوم زنانه با قابلیت استفاده بیش از یک بار در حال انجام است.

کاندوم مردانه و کاندوم زنانه نباید با همدیگر استفاده شود زیرا تماس و برخورد پلاستیک و لاتکس باعث پارگی آن می شود

ضمیمه ۳: دستورالعمل استفاده از کاندوم مردانه

- ✓ کاندوم را دور از گرمای شدید، نور و رطوبت نگهداری کنید. این موارد باعث فساد و پارگی آن خواهد شد.
- ✓ از کاندومهای لاستیکی استفاده کنید. کاندومهایی که از پوست حیوانات ساخته شده‌اند (مثلاً پوست بره) برای جلوگیری از انتقال HIV کاملاً مؤثر نیستند.
- ✓ مطمئن شوید کاندوم از کیفیت خوبی برخوردار بوده (سوراخ یا پارگی نداشته باشد) و شکننده و چسبناک نباشد.
- ✓ از مواد اسپرم کش همراه کاندوم استفاده کنید.
- ✓ در هر بار نزدیکی جنسی از کاندوم جدید استفاده کنید.
- ✓ همیشه قبل از شروع نزدیکی جنسی، کاندوم را بر روی آلت قرار دهید.
- ✓ کاندوم را هنگامی که آلت کاملاً کشیده است روی سر آن قرار دهید.
- ✓ هنگام گذاشتن کاندوم نوک آن را و یا فضای انتهای کاندوم را برای خارج کردن هوای داخل آن به انتهای کاندوم، فشار دهید. کاندوم را بر روی آلت و سر آلت محکم نکشید. فضای کوچکی حدود یک تا دو سانتیمتر در انتهای کاندوم برای نگهداشتن مایع منی باقی گذارید.
- ✓ کاندوم را در تمام طول آلت تا انتهای آن باز کنید.
- ✓ اگر در حال نزدیکی جنسی کاندوم پاره شد فوراً آلت را پس کشیده و از کاندوم جدید استفاده کنید.
- ✓ پس از انزال، آلت را در حالی که هنوز کشیده است پس کشیده و لبه کاندوم را در حین بیرون کشیدن با دست نگه دارید تا کاندوم نلغزد.
- ✓ کاندوم را به دقت خارج کنید تا مایع منی بیرون نریزد. کاندوم استفاده شده را در ظرف زباله بسته قرار داده و دور بیندازید.
- ✓ اگر نرم کننده استفاده می کنید از نوع سلیکون و ساخته شده از آب استفاده کنید چون نرم کننده های روغنی (مثل ژل نفتی) ممکن است به کاندوم آسیب برسانند. از بزاق دهان به عنوان نرم کننده استفاده نکنید زیرا مؤثر نبوده و ممکن است کاندوم را پاره کند.

۱. راهنمای تدابیر بالینی در عفونت‌های آمیزشی ۱۳۸۷- مرکز مدیریت بیماریهای واگیر- اداره کنترل ایدز و بیماریهای آمیزشی
2. Management of sexually transmitted infections, reginal guidelines, World Health Organisation. Regional office for south East Asia-2011
3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, centers for disease control and prevention MMWR Recommendations and Reports/vol.64/No.3 June5,2015
۴. دستورالعمل نظام مراقبت بیماری‌های آمیزشی در ایران ۱۳۸۵- مرکز مدیریت بیماریهای واگیر- اداره کنترل ایدز و بیماریهای آمیزشی
۵. نصیریان م، حق جو ل، مونسان ل، کمالی ک و حق دوست ع ا (۱۳۹۴). وضعیت نظام مراقبت بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی در ایران از دید کارشناسان و درمان‌گران مرتبط با این بیماری‌ها. مجله بهداشت و توسعه (۳)، ۴، ۱۶۷-۱۵۰.
۶. نصیریان م، حق دوست ع ا، کمالی ک و میرزازاده ع (۱۳۹۰). گزارش تامین اطلاعات لازم برای طراحی الگوی نظام مراقبت دیده‌وری عفونت‌های آمیزشی در ایران. مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌ای‌وی/ایدز و مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ اداره ایدز و بیماری‌های آمیزشی، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
7. Nasirian M, Karamouzian M, Kamali K, Nabipour A.R, Maghsoodi A, Nikaein R, Razzaghi A.R, Mirzazadeh A, Baneshi M.R, and Haghdoost A.A. Care seeking patterns of STI-associated symptoms in Iran; findings of a population-based survey of adults in four large cities. *IJHPM* 2015; 4(X), 1-7.
8. Nasirian M, Baneshi M R, Kamali K, Haghdoost A A. Population-based survey on STI-associated symptoms and health-seeking behaviours among Iranian adults. *Sex Transm Infect* 2015;0:1-8. doi:10.1136/sextrans-2015-052060