



بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان

خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی

بوکت ماما



۱۴۰۰

کلیه حقوق مادی و معنوی این مجموعه متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.



پیشکش به پیشگاه پیشکوتان بهداشت ایران:

زننه یاد دکترو سروس پیله رودی، زننه یاد دکترو کامل شادپور، دکترو حسین ملک افضلی

،

شهادی مدافع سلامت

و

ارایه دهندگان خدمات در صف مقدم خدمات بهداشتی کشور

طی سالهای متمادی خدمات سلامت زنان در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی به خدمات خاصی مانند خدمات فاصله گذاری و مراقبت مادران باردار اختصاص یافته است و سایر خدمات سلامت باروری از جمله بلوغ دختران ، مسائل تغذیه زنان، مشکلات پیش از ازدواج و پیش از بارداری، سقط جنین ، مسائل روانی زنان و خشونت علیه زنان ، سرطانهای زنان ، بیماریهای آمیزشی و مشکلات دوره گذار یائسگی مغفول مانده یا به اندازه کافی به آن توجه نشده است. بدون آنکه به تبعیض جنسیتی در ارائه خدمات سلامت قائل باشیم ، شواهد و دلایل مهمی لزوم ارائه خدمات جامع برای سلامت زنان در سطح اول ارائه خدمات را حمایت و پشتیبانی می کنند:

- زنان محور سلامت خانواده بوده و علاوه بر خدمات سلامتی که برای سایر اعضای خانواده انجام می دهند ، الگوی آموزنده شیوه سالم زندگی به نسل بعدی می باشند.
- سیستم ارائه خدمات برای ارائه خدمات به زنان از آمادگی ، توان و منابع انسانی بیشتری برخوردار است .
- زنان در همه گروههای سنی جمعیت بیشتری را به خود اختصاص می دهند . (امید زندگی بیشتر زنان نسبت به مردان)
- گرچه عمر متوسط و امید زندگی زنان بیشتر از مردان و بار مرگ و میر مردان بیشتر است ، اما بار معلولیت و ناوانی و زندگی با کیفیت پایین در زنان بیشتر بوده و زنان از بیماریهای مزمن ناتوان کننده قابل پیش گیری رنج می برند .
- به دلایل پیشگفت مراجعه زنان برای دریافت خدمات سلامت بیشتر از مردان بوده و نیاز خود را به اشکال مختلف مطرح نموده و خواهان ارائه خدمات هستند . سیستم ارائه خدمات باید پاسخگوی این نیازو تقاضا باشد .
- زنان از منابع مالی و حمایتی کمتری نسبت به مردان چه در خانواده و چه در اجتماع برخوردارند . این امر وظیفه سیستم ارائه خدمات سلامت را سنگین تر می کند.
- گرچه زنان از مسائل سلامت مشترک با مردان از قبیل مشکلات سایکو سوشیال ، کار دیو واسکولار ، موسکولو اسکلتال ، نورولوژیکال رنج می برند ، اما با مشکلات ویژه ای نیز به دلیل شرایط طبیعی و فیزیولوژیک خاص در سیستم باروری و اورو ژنیتال (reproductive tract) روبرو هستند که علل مهمی در مرگ و میر و موربیدیته و ناتوانی زنان محسوب می شوند.

- همه مشکلات فوق درسالهای گذار به یائسگی یا سالهای پایانی دوره باروری به سبب کاهش استروژن ، مشکلات مضاعفی برای زنان ایجاد می نماید. زنان که تا این دوره با انرژی بسیار و در بسیاری از موارد بدون توجه به سلامت خود فقط به امور خانه و خانواده و فرزندان پرداخته و از خود غافل مانده اند ، بناگهان متوجه گذشت زمان و مسائل سلامت خود شده و با این مشکلات سلامت مواجه می شوند.
- به دلایل فوق دوره هایی از زندگی زنان، موقعیتهای استثنایی برای ارائه خدمات جامع سلامت ایجاد می نماید . این موقعیتهای ممکن است هنگام ازدواج، تصمیم گیری برای بارداری، قبل از بارداری و دوره یائسگی را شامل گردد. دوره گذار به یائسگی یکی از این موقعیتهای استثنایی مهم سنی در سلامت زنان است که به دلیل فراغت بیشتر آنان و یا شروع مشکلات و نیازهای خاص ، موقعیت خوبی برای نزدیک شدن تیم سلامت به آنان و آغاز برنامه ریزی خوب سلامتی برای آنان است .
- رویکرد نظام بهداشتی برای حل همه مسائل سلامتی فوق، رویکرد پیشگیرانه با تاکید بر ارتقای کیفیت زندگی زنان و بهبود شیوه زندگی آنان می باشد و باید از پیچیده کردن و بزرگ نمایی خدمات بسیار ساده ای که در سطوح پایین ارائه خدمات قابل انجام است ، پرهیز نموده و در صورت لزوم باتوجه به ابعاد وسیع مسائل سلامتی در این دوره از همکاری گروههای مختلف کادر پزشکی و پرستاری برای ارائه خدمات صحیح مبتنی بر شواهد علمی و متناسب با امکانات و منابع کشور بهره برد.

در این مجموعه تلاش شده است اصلی ترین و اولی ترین مشکلات سلامت زنان میانسال مورد توجه قرار گیرد تا همکاران دانش آموخته مامایی در سطح اول ارائه خدمات در نظام بهداشتی بتوانند ارزیابی دوره ای سلامت زنان ۵۹-۳۰ سال در حیطه خدمات مامایی را انجام داده و در کنار سایر خدماتی که برای این گروه در چارچوب بهبود شیوه زندگی و کنترل عوامل خطر و تشخیص زودهنگام بیماریها پیش بینی شده است؛ خدمات جامع سلامت را به این گروه از زنان ارائه نمایند. بی تردید خدمات مشاوره پیش از بارداری، مراقبتهای دوره بارداری تا ۴۰ روز پس از زایمان در مجموعه های منتشر شده توسط اداره سلامت مادران وزارت بهداشت تدوین شده و در این مجموعه مد نظر قرار نگرفته است. امید است دانش آموختگان مامایی در نظام بهداشتی با اتکا به اطلاعات دانشگاهی و تجربیات خود و استفاده از این بوکت بتوانند کلیه خدمات اصلی مورد نیاز زنان میانسال غیر باردار را به نحو احسن به گروه هدف ارائه نمایند.

دکتر سید حامد برکاتی

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت

تهیه و تدوین

نگارش و تدوین این مجموعه توسط اداره سلامت میانسالان ، با همکاری اساتید دانشگاهی عضو کمیته علمی سلامت زنان میانسال، اعضای انجمن علمی متخصصین زنان ایران صورت گرفته است. اسامی تدوین کنندگان و مشاورین علمی برای تهیه راهنماهای این مجموعه به ترتیب حروف الفبا عبارت است از:

دکتر ستاره اخوان
دکتر طاهره افتخار
دکتر نسرین چنگیزی
دکتر فهیمه رضائی
دکتر نسیم سنجری
دکتر طاهره سوری
دکتر طیبه ضیایی
دکتر کتابون طایری
دکتر مطهره علامه
دکتر رویا کبودمهری
دکتر کیانوش کمالی
دکتر بهار محجوبی
دکتر عباسعلی ناصحی

فهرست

صفحه	موضوع
۷	بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان
۱۲	برنامه سلامت زنان میانسال
۱۶	خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی
۲۰	یائسگی
۲۴	اختلال وازوموتور
۲۹	آتروفی واژن
۳۲	شلی عضلات کف لگن
۳۷	خونریزی غیر طبیعی رحمی
۴۳	اختلال عملکرد جنسی و زناشویی
۵۳	عفونت آمیزشی
۵۸	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان
۶۹	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم
۷۹	منابع

بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان و گروه هدف هریک از خدمات

۵۰-۵۹ سال		۳۰-۵۹ سال		سن جنس	خدمات سلامت میانسالان	ارائه دهنده خدمت
مرد	زن	مرد	زن			
-	-	-	•	•	تن سنجی (اندازه گیری قد و وزن و دورکمر و محاسبه BMI) و تعیین اضافه وزن ، چاقی، چاقی شکمی	بهورز / مراقب سلامت
-	-	-	•	•	بررسی الگوی تغذیه (مصرف گروههای غذایی هرم و عادات غذایی: فست فود، نوشیدنی گازدار، نمک، روغن مصرفی) و آموزش و مشاوره برای بهبود آن	
-	-	-	•	•	بررسی وضعیت مصرف مکملها ، تجویز و آموزش نحوه مصرف مکمل ویتامین دی ، آموزش برای مصرف نوع مکمل مصرفی لازم	
-	-	-	•	•	بررسی فعالیت جسمانی و آموزش و مشاوره برای بهبود آن	
-	-	-	•	•	بررسی مصرف دخانیات و وابستگی به نیکوتین ، ارجاع به روانشناس برای ایجاد آمادگی ترک در صورت مصرف دخانیات	
-	-	-	•	•	غربالگری مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای روانگردان و در صورت مصرف تعیین نوع ماده مصرفی ، ارجاع به روانشناس برای غربالگری تکمیلی در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه	
-	-	-	•	•	سلامت روان : بررسی دیسترس روانشناختی (پرسشنامه کسلر)، بررسی افکار و رفتار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال تشخیص داده شده یا دارای دیسترس روانشناختی، ارجاع به پزشک در صورت مثبت بودن غربالگری	
-	-	-	•	•	بررسی و ثبت وضعیت مصرف هرگونه دارو یا فرآورده دارویی	
-	-	-	•	•	بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی عروقی	
-	-	-	•	•	اندازه گیری فشارخون ، مشاهده و ثبت نتایج آزمایش قند خون و لیپید	
-	-	-	•	•	انجام خطرسنجی حوادث قلبی عروقی و ارائه بازخورد مناسب به مراجعه کننده و اقدام متناسب با درجه خطر	
•	•	-	-	-	بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر سرطان کولورکتال و انجام آزمایش فیت	
-	-	-	•	•	واکیز: غربالگری سل در افراد دارای علائم ، بررسی اعضای خانواده فرد مبتلا به هپاتیت	
-	-	-	-	•	غربالگری خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه HITS و ارجاع به روانشناس در صورت غربالگری مثبت (در صورتی که فضای خصوصی مناسبی برای این خدمت توسط مراقب وجود ندارد، انجام آن توسط ماما توصیه می شود)	
-	-	-	-	•	بررسی تاریخچه و شرح حال باروری (وضعیت قاعدگی، حاملگی، زایمان ، شیردهی، ناباروری) و مشاوره های مورد نیاز	ماما
-	-	-	-	•	بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و وجود عفونت آمیزشی/ ایدز در فرد و همسر یا شریک جنسی وی	
-	-	-	-	•	بررسی از نظر وجود خونریزی های غیر طبیعی رحمی	
-	-	•	-	-	بررسی علائم و عوارض یانسیگی	
-	-	-	-	•	بررسی روابط زناشویی و اختلال عملکرد جنسی	
-	-	-	-	•	معاینه ژنیکولوژی از نظر: بررسی وجود زخم تناسلی/ نمای غیر طبیعی سرویکس، بررسی عفونتهای آمیزشی، بررسی ضایعات خونریزی دهنده، بررسی مشکلات اورژنتال یانسیگی ، بررسی علائم و نشانه ها برای تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم، بررسی اندازه رحم و تخمدانها و توده در آدنکسها	
-	-	-	-	•	غربالگری سرطان دهانه رحم (تهیه نمونه اچ پی وی و پاپ اسمیر)، مشاهده نتایج پاراکلینیک و مشاوره و راهنمایی مراجعین در خصوص مشکلات شناسایی شده	
-	-	-	-	•	آموزش ورزش کگل	
-	-	-	-	•	معاینه پستان ها و زیر بغل در کلیه زنان ۵۹ - ۳۰ سال از نظر: تغییرات پوستی و نمای ظاهری غیر طبیعی، ترشح از پستان، وجود یا عدم وجود توده پستانی، وجود یا عدم وجود توده زیر بغل/ فوق ترقوه	
-	-	-	-	•	آموزش خود آزمایی پستان	
-	-	-	•	•	انجام معاینات در صورت لزوم ، بررسی نتایج اقدامات انجام شده توسط بهورز/ مراقب سلامت برای تایید تشخیص موارد غربالگری شده (سلامت روانی، واگیر، غیرواگیر، باروری و...) ارائه مشاوره، درمان غیر دارویی، درمان دارویی و یا ارجاع تخصصی در صورت نیاز	پزشک
-	-	-	•	•	درخواست آزمایشات Hb/Hct، FBS، کلسترولدرخواست آزمایش تکمیلی تري گلیسرید، LDL، HDL - تکمیلی یا سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم برای افراد غربال مثبت	
-	-	-	•	•	انجام مراقبتهای مبتد بیمارمان تشخیص داده شده قبلی یا شناسایی شده جدید بر اساس پروتکل مربوطه	
-	-	-	•	•	بررسی سلامت باروری در مردان در صورت لزوم (توسط پزشک مرد انجام شود): عفونت آمیزشی، ناباروری ، اختلال روابط زناشویی / عملکرد جنسی ، رفتارهای پرخطر	
-	-	-	•	•	بازخورد ارجاعات به بهورز و مراقب سلامت	

برنامه خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان

اهداف: هدف نهایی برنامه سلامت میانسالان، کاهش مرگ زودهنگام، افزایش امید زندگی و ارتقاء سطح سلامت میانسالان است که در چارچوب دستیابی به اهداف واسطه ای زیر دنبال می شود:

- کاهش موارد مرگ میانسالان در چارچوب تعهدات بین المللی و ملی برای کاهش مرگ زودهنگام که در برنامه سلامت زنان میانسال بیماریهای قلبی عروقی و سرطانها بخصوص دو سرطان مهم پستان و سرویکس مد نظر است.

- کاهش بار بیماری ها و مشکلات شایع ویژه زنان میانسال که علاوه بر موارد مشترک با مردان مانند فشارخون بالا، دیابت، بیماری های عضلانی اسکلتی، مشکلات تغذیه ای، فعالیت فیزیکی ناکافی و اختلالات روانی، بیماری های ویژه دستگاه ادراری تناسلی و موربیدیتی های باروری و یائسگی را نیز شامل می شود.

- کاهش عوامل خطرو کنترل عوامل خطر بیماریها

-توانمند سازی زنان میانسال در راستای افزایش سواد سلامت و سازماندهی خود مراقبتی آنان

رویکردها: در طراحی برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان رویکردهای زیر مورد توجه قرار گرفته است:

۱- رویکرد مبتنی بر سن: زنان میانسال در دوره باروری (قبل از یائسگی) و در دوران یائسگی با مشکلات متفاوتی روبرو هستند. تفاوت اولویتهای در این دو گروه سبب شده است که برنامه سلامت زنان میانسال در دو دوره باروری (۳۰-۴۵ سال) و دوران یائسگی (۴۵-۵۹ سال) مد نظر قرار گیرد.

۲- رویکرد جنسیت محور: گرچه مردان میانسال نیز با مشکلات سیستم ادراری تناسلی و مشکلات باروری و اندروپوز مواجهند، اما در این مجموعه با توجه به اینکه خدمات ماما در سطح اول ارایه خدمات مد نظر بوده است، به مشکلات باروری و یائسگی در زنان میانسال پرداخته شده است.

۳- رویکرد مبتنی بر ادغام: دانش آموخته مامایی در سطح اول ارایه خدمات موظف است کلیه خدمات مامایی زنان میانسال را یک جا ارایه نموده و از عوامل خطر و مشکلات سلامت فرد در زمینه های مختلف مطلع شده و ابعاد مختلف سلامت زنان مراجعه کننده را با رویکرد ادغام یافته ارتقا دهد. هدف از این رویکرد افزایش کارآیی امکانات و پتانسیل های بالقوه است. قابل ذکر است سایر خدمات زنان میانسال که خدمات غیر مامایی هستند توسط همکاران ماما، مراقبین سلامت و بهورزان در سطح اول ارایه خدمات، ارایه می شود و در بسته خدمات سلامت میانسالان ویژه مراقبین سلامت و بهورزان آورده شده است.

ابعاد مشترک سلامت زنان و مردان میانسال که در مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال) با رویکرد پیشگیری از مرگ ۳۰-۷۰ سال و تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی بر اساس اولویتهای سلامت این گروه در زمینه عوامل خطر، بیماریهای غیرواگیر، بیماریهای واگیر، سلامت روانی پیش

بینی شده است، توسط سایر اعضای تیم سلامت اعم از مراقب سلامت و بهورز در سطح اول ارایه خدمات بهداشتی انجام و توسط پزشک و کارشناسان تغذیه و سلامت روان تکمیل می گردد. این خدمات نه تنها سایر ابعاد سلامت زنان میانسال را ارتقا می دهد ، بلکه تاثیر آنها بر سلامت باروری زنان غیر قابل انکار و کامل کننده خدمات مامایی زنان میانسال بوده و در قالب یک بسته خدمت به مراجعه کنندگان ارایه می شود. کلیات این خدمات عبارتند از:

- تشخیص و کنترل عوامل خطر
- تشخیص و درمان صحیح و به موقع اختلالات و بیماریها
- پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی
- درمان عوارض ایجاد شده بر اساس دستورالعملها و راهنماهای بالینی
- آموزش صحیح به فرد ، خانواده و جامعه برای توانمند سازی گروه هدف
- ارجاع به موقع به سطوح بالاتر یا همسطح و پیگیری پسخوراند ارجاع
- مراحل ارایه خدمات: خدمات فوق به صورت فعال پس از طی مراحل زیر صورت می گیرد:
- سرشماری و تهیه لیست افراد گروه سنی و جنسی هدف در منطقه تحت پوشش
- معرفی خدمات نوین سلامت میانسالان به مسئولین و معتمدین محلی، داوطلبان بهداشتی و گروه هدف
- زمان بندی فراخوان و تعیین لیست برنامه ریزی شده مراجعین با توجه به تعداد جمعیت گروه هدف و پوشش مورد نظر برنامه در طول سال
- انجام فراخوان زمان بندی شده جمعیت هدف برای دریافت خدمات
- تشکیل پرونده برای هر یک از افراد فراخوان شده
- معرفی خدمات و تشکیل پرونده برای افراد مراجعه کننده به مرکز با استفاده از فرصتهای طلایی
- ارائه و ثبت خدمات تعریف شده در بسته خدمات برای ارزیابی دوره ای سلامت
- پیگیری و مراقبت ممتد افراد مبتلا به مشکل یا مشکلات سلامتی و ثبت مراقبتهای بعدی
- خدمات بهورز / مراقب سلامت عبارت است از:
- تن سنجی (اندازه گیری قد و وزن و دور کمر و محاسبه BMI) و تعیین اضافه وزن ، چاقی، چاقی شکمی

- بررسی الگوی تغذیه (مصرف گروههای غذایی هرم و عادات غذایی: فست فود، نوشیدنی گازدار، نمک، روغن مصرفی) و آموزش و مشاوره برای بهبود آن
 - بررسی وضعیت مصرف مکملها ، تجویز و آموزش نحوه مصرف مکمل ویتامین دی ، آموزش برای مصرف نوع مکمل مصرفی لازم
 - بررسی فعالیت جسمانی و آموزش و مشاوره برای بهبود آن
 - بررسی مصرف دخانیات و وابستگی به نیکوتین ، ارجاع به روانشناس برای ایجاد آمادگی ترک در صورت مصرف دخانیات
 - غربالگری مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای روانگردان و در صورت مصرف تعیین نوع ماده مصرفی ، ارجاع به روانشناس برای غربالگری تکمیلی در صورت مثبت بودن غربالگری اولیه
 - سلامت روان : غربالگری سلامت روانی (پرسشنامه کسلر)، بررسی افکار و رفتار خودکشی
 - بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی عروقی
 - اندازه گیری فشارخون ، مشاهده و ثبت نتایج آزمایش قند خون و لیپید
 - انجام خطرسنجی حوادث قلبی عروقی و ارائه بازخورد مناسب به مراجعه کننده و اقدام متناسب با درجه خطر
 - بررسی سوابق فردی و خانوادگی ، علائم و عوامل خطر سرطان کولورکتال و انجام آزمایش فیت
 - واگیر: غربالگری سل در افراد دارای علائم ، بررسی اعضای خانواده فرد مبتلا به هیپاتیت
 - غربالگری خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه HITS و ارجاع به روانشناس در صورت غربالگری مثبت
- خدمات پزشکی شامل موارد زیر است:
- انجام معاینات در صورت لزوم ، بررسی نتایج اقدامات انجام شده توسط بهورز/ مراقب سلامت برای تایید تشخیص موارد غربالگری شده (سلامت روانی، واگیر، غیرواگیر، باروری و...) ارائه مشاوره، درمان غیر دارویی، درمان دارویی و یا ارجاع تخصصی در صورت نیاز درخواست آزمایشات Hb/Hct، HbA1c، کلسترول درخواست آزمایش تکمیلی تری گلیسرید، LDL، HDL تکمیلی یا سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم برای افراد غربال مثبت
 - انجام مراقبتهای ممتد بیماران تشخیص داده شده قبلی یا شناسایی شده جدید بر اساس پروتکل مربوطه
 - بررسی سلامت باروری در مردان در صورت لزوم (توسط پزشک مرد انجام شود): عفونت آمیزشی، ناباروری ، اختلال روابط زناشویی / عملکرد جنسی ، رفتارهای پرخطر
 - بازخورد ارجاعات به بهورز و مراقب سلامت

فرایند گردش کار ارائه خدمات سلامت میانسالان
در سطح اول



برنامه سلامت زنان ۳۰-۵۹ سال

برنامه سلامت زنان میانسال، کلیه خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان را که شرح آن گذشت، در بر می گیرد. در این مجموعه، خدمات اختصاصی ماما برای سلامت زنان مد نظر قرار گرفته است. بدیهی است که این خدمات اختصاصاً برای زنان انجام می شود.

گروه هدف برنامه: به طور قراردادی دوره سنی ۳۰-۵۹ سالگی در نظام سلامت ایران دوره میانسالی نامیده شده است گروه هدف برنامه، زنان میانسال (۳۰-۵۹ سال) هستند که شمار آنان بر اساس سرشماری ۹۵ به ۱۶۴۳۸۸۲۹ نفر می رسد.

بسته خدمات مامایی زنان میانسال

بسته خدمات مامایی زنان میانسال شامل خدمات زیر است. کلیه خدمات زیر به غیر از خدمت بررسی علائم و عوارض یائسگی که ویژه زنان ۴۵-۵۹ سال است، برای همه زنان ۳۰-۵۹ سال ارایه می گردد. احتمال یائسگی زودرس در زنان کمتر از ۴۰ سال وجود دارد که ابتلا به آن در تاریخچه باروری و یائسگی مشخص و ارجاع صورت می گیرد.

۱. تاریخچه و شرح حال باروری (وضعیت قاعدگی، حاملگی، زایمان، شیردهی، ناباروری) و مشاوره های مورد نیاز
۲. بررسی از نظر رفتارهای پرخطر و وجود عفونت آمیزشی / ایدز در فرد و همسر یا شریک جنسی وی
۳. بررسی از نظر وجود خونریزی های غیر طبیعی رحمی
۴. بررسی روابط زناشویی و اختلال عملکرد جنسی
۵. بررسی علائم و عوارض یائسگی
۶. معاینه ژنیکولوژی از نظر: بررسی وجود زخم تناسلی / نمای غیر طبیعی سرویکس، بررسی عفونتهای آمیزشی، بررسی ضایعات خونریزی دهنده، بررسی مشکلات اورژنیتال یائسگی، بررسی علائم و نشانه ها برای تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم، بررسی اندازه رحم و تخمدانها و توده در آدنکسها
۷. غربالگری سرطان دهانه رحم (تهیه نمونه اچ پی وی و پاپ اسمیر یا پاپ اسمیر تنها)، مشاهده نتایج پاراکلینیک و مشاوره و راهنمایی مراجعین در خصوص مشکلات شناسایی شده

۸. آموزش ورزش کگل و بررسی شلی عضلات کف لگن

۹. معاینه پستان ها و زیر بغل در کلیه زنان ۵۹ - ۳۰ سال از نظر: تغییرات پوستی و نمای ظاهری غیر طبیعی، ترشح از پستان، وجود یا عدم وجود توده زیر بغل / فوق ترقوه و آموزش خود آزمایی پستان

روش استفاده از راهنما

بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته و رعایت شده است :

جدول راهنما: جدول راهنمای مراقبتها دارای قسمت‌های زیر است:

۱) ستون ارزیابی شامل: شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک

۲) ستون نتایج ارزیابی و طبقه بندی شامل: نکات یافت شده مثبت در ارزیابی اعم از شرح حال و سوابق، معاینات، پاراکلینیک

۳) منظور از طبقه بندی، همان اولین تشخیص محتمل برای فرد است که بر اساس یافته های ارزیابی صورت می گیرد. ممکن است این تشخیص، شامل تشخیص‌های افتراقی نیز باشد که در بررسی‌های بیشتر تعیین تکلیف شود، اما رویکرد تشخیصی بر اساس شایعترین و مهمترین احتمالاتی که باید در نظر گرفته شود، درج شده است. بدین ترتیب، فرد بر اساس آنچه در شرح حال و معاینات و پاراکلینیک او به دست می آید در چارچوب یکی از سه گروه کلی زیر و دسته های اختصاصی برای هر یک از موارد تشخیص، طبقه بندی می گردد:

- **گروه اول:** این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری، دارای وضعیت غیر طبیعی، دارای وضعیت نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات فوری در سطح اول ارائه خدمات یا ارجاع فوری به بیمارستان نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان به رنگ قرمز پررنگ نشان داده شده است. دسته دیگر که به رنگ قرمز کم‌رنگ یا فونت قرمز نشان داده شده است نیازمند ارجاع می باشند اما ارجاعات، در این موارد فوری (اورژانس) نیست.

- **گروه دوم:** این گروه افراد در معرض خطر، مشکوک به بیماری، دارای وضعیت غیر طبیعی یا نامطلوب و بیمارانی را شامل می شود که به اقدامات غیر فوری در سطح اول ارائه خدمات نیاز دارند. این گروه و اقدامات مورد نیاز برای آنان در سطح اول ارائه خدمات رنگ زرد را به خود اختصاص می دهند.

- **گروه سوم:** افراد سالم، دارای وضعیت طبیعی و مطلوب، بدون عامل خطر، فاقد شکایت و علائم و نشانه و پاسخ غیر طبیعی پاراکلینیک در گروه طبیعی/سالم/مطلوب طبقه بندی شده و رنگ سبز را به خود اختصاص می دهند. برای این افراد اقدامات آموزشی و توصیه های لازم انجام می گیرد تا وضعیت مطلوب خود را حفظ کنند.

۴) ستون اقدامات: اقدامات برای گروه طبیعی/ سالم/ مطلوب به رنگ سبز و اقداماتی که به صورت غیر فوری و در سطح اول ارائه خدمات انجام می شوند به رنگ زرد و در صورت نیاز به اقدامات فوری یا ارجاع به سطوح بالاتر به رنگ قرمز نشان داده می شوند. به طور کلی، این اقدامات شامل آموزش، تعیین مرحله رفتار، مشاوره برای ارتقای رفتار، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، واکسیناسیون، مکمل یاری، معاینات خاص، درمان غیردارویی، درمان دارویی، تهیه نمونه، درخواست آزمایش تکمیلی، اندیکاسیون ارجاع تشخیصی و ارجاع درمانی، نحوه پیگیری، زمان مراجعه بعدی و مراقبت ممتد برای مشکلات سلامتی فرد می باشد.

مفهوم رنگها: برای گروه طبیعی/ سالم/ مطلوب به رنگ سبز و اقداماتی که به صورت غیر فوری و در سطح اول ارائه خدمات انجام می شوند به رنگ زرد و در صورت نیاز به اقدامات فوری یا ارجاع به سطوح بالاتر به رنگ قرمز نشان داده می شوند.

کلیات خدمات سلامت زنان در دوران باروری و یائسگی

در این بخش دو چارت مادر وجود دارد:

۱. چارت مادر ارزیابی سلامت زنان میانسال

۲. چارت مادر ارزیابی یائسگی

لازم است نکات زیر در خصوص چارتهای مذکور مورد توجه قرار گیرد:

توجه ۱: چارت مادر ارزیابی سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی، اولویتهای خدمات مامایی زنان میانسال را به طور کلی نشان می دهد. در صورت وجود مشکل یا اختلال در هر یک از موارد، نمودار اختصاصی جزئیات رویکرد به مشکل را از مرحله ارزیابی و طبقه بندی تا اقدامات مورد نیاز روشن می نماید. در بخشهای بعد، چارتهای اختصاصی هر یک از مشکلات و راهنمای آنها را مشاهده می کنید. همچنین بررسی جزئیات برخی از عوامل خطر و سوابق فردی و خانوادگی مرتبط با سلامت باروری و یائسگی زنان در سایر خدمات سلامت میانسالیان پیش بینی شده است که نتایج آن در خدمات مامایی مورد استفاده قرار می گیرد.

توجه ۲: چارت مادر ارزیابی یائسگی، تشخیص انواع یائسگی و خدمات مربوط به اولویتهای خدمات سلامت زنان ۴۵-۵۹ سال را به طور کلی نشان می دهد. در صورت وجود مشکل یا اختلال در هر یک از موارد، چارتهای اختصاصی مربوطه، جزئیات رویکرد به مشکل از مرحله ارزیابی و طبقه بندی تا اقدامات مورد نیاز روشن می نماید. در بخشهای

بعد، چارتهای اختصاصی هر یک از مشکلات دوران یائسگی و راهنمای آنها را مشاهده می کنید. همچنین بررسی جزئیات برخی از عوامل خطر و سوابق فردی و خانوادگی مرتبط با سلامت باروری و یائسگی زنان در سایر خدمات سلامت میانسالان پیش بینی شده است که نتایج آن در خدمات مامایی مورد استفاده قرار می گیرد.

توجه ۳: برای خدمات برخی از موارد ذکر شده در این چارتهای ، مانند مشاوره پیش از بارداری، مشاوره فرزند آوری سالم، مشاوره شیردهی، خدمات دوره بارداری و پس از زایمان و... پروتکل‌های جداگانه ای وجود دارد که توسط ادارات مربوطه ابلاغ شده است.

چارت مادر خدمات سلامت زنان میانسال (۵۹-۳۰ سال) در دوره باروری و یائسگی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی و طبقه بندی	اقدام
<p>در شرح حال موارد زیر را مورد توجه قرار دهید:</p> <p>مشخصات فردی مانند سن، تاهل و...</p> <p>تاریخچه باروری و یائسگی</p> <p>شیوه زندگی مصرف سیگار، مصرف دارو و نوع آن، سابقه HRT، روش پیشگیری از بارداری، رفتار تغذیه ای و میزان فعالیت فیزیکی</p> <p>علامت احتمالی زیر را بررسی کنید:</p> <p>علامت یائسگی در زنان ۴۵ ساله و بالاتر</p> <p>ترشحات واژینال غیرطبیعی</p> <p>خونریزی غیر طبیعی</p> <p>سوابق پزشکی فرد را از نظر بیماریها</p> <p>دستگاه تناسلی، هورمونی و پستان ،</p> <p>سرطانها، جراحی و بستری مورد بررسی قرار دهید گر گرفتگی، تعریق شبانه، تپش قلب، خشکی واژن، احساس کاهش کیفیت زندگی و احساس کسالت)</p> <p>سایر شکایات جسمی مانند درد پشت و سایر اندامها ، احساس ضعف و خستگی، سردرد، شکایت ادراری (، اختلال عملکرد جنسی،</p> <p>سوابق خانوادگی بویژه از نظر سرطانها</p> <p>مورد بررسی قرار دهید سابقه سرطانهای رحم و تخمدان و پستان در فرد و خانواده تخمدان ،سابقه جراحی رحم یا تخمدان و سایر جراحیها</p> <p>سوابق پاراکلینیک فرد را بررسی کنید:</p> <p>نتایج پاپ اسمیر های قبلی</p> <p>نتایج ماموگرافی های قبلی</p> <p>نتایج سونوگرافی های قبلی</p> <p>معاینه و اندازه گیری کنید:</p> <p>قد، وزن، محاسبه BMI، دور کمر، معاینه ژنیکولوژی، معاینه پستانها</p> <p>نتایج آزمایشات قبلی را بررسی و در صورت لزوم برای تشخیص و طبقه بندی آزمایش کنید: رد حاملگی در صورت شک به حاملگی (آمنوره یا خونریزی)، پاپ اسمیر، اچ پی وی، ماموگرافی یا سونوگرافی، اسپریموگرام همسر</p>	<p>اورژانس زنان: شوک سپتیک یا هموراژیک/PIID/ خونریزی همزمان با بارداری</p> <p>-در معرض خطر یا مشکوک به بدخیمی یا بیماری زمینه ای : سابقه خانوادگی سابقه فردی سرطان پستان یا تخمدان ، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، معاینه یا تصویر برداری یا آزمایش مشکوک به بدخیمی دهانه رحم یا پستان ، عدم پاسخ به درمان</p> <p>-خونریزی غیر طبیعی به صورت مشکوک به بدخیمی رحم، دهانه رحم و واژن، نیاز به مداخله هورمونی، سابقه اختلالات انعقادی، بیماریهای هورمونی، وجود بیماری زمینه ای ، مصرف دارو، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی در معاینه، پاپ اسمیر غیر طبیعی ، خونریزی حین HRT</p> <p>اختلال قاعدگی: اختلال در حجم ، نظم و فواصل خونریزی قاعدگی در دوره باروری یا پیش یائسگی یا بدون تخمک گذاری ، خونریزی بعد از یائسگی، خونریزی بعد از مقاربت</p> <p>بارداری: آمنوره و آزمایش بارداری مثبت</p> <p>عامل خطر بارداری : سابقه سقط مکرر/ مرده زایی/ دیابت بارداری / سایر بیماریهای زمینه ای</p> <p>تمایل به بارداری در یک سال آینده</p> <p>احتمال ناباروری: عدم بارداری علیرغم نزدیکی محافظت نشده (عدم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری) به مدت یک سال</p> <p>عفونت آمیزشی: ترشح، زخم، سوزش ، خارش تناسلی در فرد یا همسر وی، رفتار پرخطر جنسی</p> <p>علامت یائسگی: گر گرفتگی، خشکی و آتروفی ژنیتال، بی اختیاری ادراری یا مدفوعی یا پرولاپس ارگانهای لگنی در زنان ۵۹-۴۵ سال</p> <p>عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی</p> <p>دارای عوامل خطر زمینه ای سرطانهای زنان : ناباروری، سن بالا در حاملگی اول ، مدت شیردهی کوتاه، سن پایین در قاعدگی اول ، سن یائسگی قطعی بعد از ۵۵، آمنوره طولانی، استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی طولانی، چاقی، سبک زندگی نامطلوب، رفتارهای جنسی پرخطر</p> <p>دوره باروری (زیر ۴۵) یا دوران یائسگی (بالای ۴۵) طبیعی:</p> <p>بدون عامل خطر، بدون علائم و شکایات، بدون نشانه غیرطبیعی در معاینات یا نتایج پاراکلینیک، عدم احتمال بارداری</p>	<p>اقدامات اولیه برای تثبیت علائم(ABC) و ارجاع فوری</p> <p style="text-align: center;">ارجاع تخصصی</p> <p>اقدام با توجه به مشخصات خونریزی و سن مراجعه کننده مطابق پروتکل خونریزی غیر طبیعی شامل اصول کلی زیر:</p> <p>- رد حاملگی ، پیشگیری از انمی و در صورت لزوم درمان آن، معاینه واژینال دقیق و اقدام یا ارجاع برحسب نتیجه معاینه</p> <p>- انجام پاپ اسمیر و اقدام یا ارجاع برحسب نتیجه پاپ اسمیر و برنامه ریزی غربالگری سرطان دهانه رحم در همه حال</p> <p>- سونوگرافی رحم و تخمدانها در صورت لزوم- درمان دارویی بر اساس چارت پروتکل خونریزی غیرطبیعی در زنان میانسال</p> <p>مراقبت: انجام مراقبتهای بارداری بر اساس پروتکل مراقبت مادران باردار + تعویق ارزیابی دوره ای تا ۴ تا ۲ روز پس از زایمان</p> <p>بررسی فرد از نظر دیابت، مشاوره پیش از بارداری و مراقبت ویژه در دوره بارداری بر اساس پروتکل مربوطه</p> <p>مشاوره پیش از بارداری بر اساس پروتکل مراقبت پیش از بارداری اداره سلامت مادران+ انجام ارزیابی دوره ای سلامت زنان</p> <p>بررسی برای تعیین نوع اولیه، ثانویه، مردانه ، زنانه - اسپریموگرام برای همسر، بررسی اختلال رابطه زناشویی، بررسی ژنیکولوژیک و سوابق باروری - اصلاح شیوه زندگی، کنترل وزن ، ارجاع با توجه به علت مردانه یا زنانه</p> <p>آموزش و مشاوره برای پرهیز از رفتار پرخطر جنسی و توصیه به استفاده از کاندوم</p> <p>درمان با رویکرد سندرمیک بر اساس چارت پروتکل عفونت آمیزشی در زنان میانسال ارزیابی مجدد پس از یک هفته</p> <p>ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان علیرغم دو دوره درمان کامل زوجین یا همراهی با سایر علائم مانند خونریزی غیرطبیعی</p> <p>مشاوره و آموزش، توصیه به تغییر شیوه زندگی و روشهای مقابله با گر گرفتگی، توصیه غذایی ، ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نیاز به مداخله هورمونی، توصیه به انجام مقاربت ، درمان موضعی با لوبریکانتها و روغنها، تاکید بر پیشگیری با انجام تمرینات کگل، ارجاع در صورت لزوم بر اساس چارت پروتکل یائسگی در زنان میانسال</p> <p>بررسی علل جسمی زنانه ، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی، تعیین نوع مردانه یا زنانه ، تعیین وجود بیماری زمینه ای یا مصرف داروی خاص اقدام برابر پروتکل مربوطه : درمان مشکلات اورژانسی از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس، دیس پارونی، مشاوره با حضور زوجین، اطمینان بخشی، ارجاع در صورت نوع مردانه، نوع اولیه، عدم پاسخ به درمان، یا بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p> <p>آموزش: عوامل خطر را در آموزش برای خود مراقبتی و حساس سازی مراجعه کننده مورد توجه قرار دهید</p> <p>معاینه: در همه حال (وجود یا عدم وجود عوامل خطر) معاینه بالینی پستانها را در زنان زیر ۴۰ سال هر دو سال و در زنان بالاتر از ۴۰ سال همه ساله انجام و همزمان ، خود آزمایی پستان برای انجام ماهانه آن را آموزش دهید. در زنان بالاتر از ۴۰ سال و در زنان دارای عوامل خطر انجام ماموگرافی را توصیه کنید.</p> <p>تشخیص افتراقی ضایعات و علائم و نشانه ها و درمان ضایعات پستانی قابل درمان با کمک پزشک</p> <p>تاکید بر اهمیت پیگیری و مراجعه لازم به سطح تخصصی بدون ایجاد نگرانی بی مورد و تحمیل هزینه روانی به مراجعه کننده و خانواده</p> <p>ارجاع: در صورت وجود علائم و نشانه های مشکوک به بدخیمی در معاینه یا نتیجه ماموگرافی</p> <p>آموزش: اناج سایر خدمات سلامت میانسالان ، توصیه به رژیم غذایی مناسب و متعادل و تمرینات ورزشی منظم و پرهیز از سیگار و الکل ، کنترل وزن، آموزش باروری سالم در صورت لزوم ، آموزش به گروه زنان در معرض بارداری ، آموزش تمرینات کگل، آموزش در مورد پدیده طبیعی منوپوز و آندروپوز به زوجین ۵۹-۴۵ سال</p>

خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی

دوره زندگی زنان ۵۹-۳۰ سال به سه دوره اصلی تقسیم می شود: دوره باروری، دوران گذار به یائسگی (کلیماکتریک) و دوره بعد از یائسگی (Post menopause). هر کدام از این سه دوره دارای مشخصه های خاصی می باشد. برای تطابق زنان با علایم و عوارض یائسگی، خدمات یائسگی از شروع دوران گذار یائسگی (۴۵ سالگی) آغاز می شود و تا سالهای اولیه بعد از یائسگی قطعی و ورود به دوره سالمندی (۶۰ سالگی) ادامه می یابد.

در ارزیابی سلامت باروری زنان میانسال در دوره باروری، پیش یائسگی و یائسگی موارد زیر توسط دانش آموخته مامایی بررسی و ثبت می شود:

۱. تاریخچه باروری و یائسگی: سن، وضعیت تاهل، سابقه زایمان و فرزندآوری، سقط و مرده زایی، شرح حال و الگوی قاعدگی ها، تمایل به بارداری، بارداری، شیردهی، ناباروری، استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری، استفاده از هورمون درمانی جایگزین، ناباروری، اختلال عملکرد جنسی، یائسگی مورد بررسی قرار گرفته و با توجه به شرح حال و سوابق باروری مراجعه کننده، عوامل خطر و سوابق پاراکلینیک فرد برای خدمات مورد نیاز او تصمیم گیری می شود. اولویتهای نیازمند بررسی به شرح زیر می باشد:

بارداری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات میانسالی به ۶۰ روز پس از زایمان موکول شود. (بخشنامه شماره ۳۰۲/۱۳۶۱۳ د ۳۰۲/۱۳۶۱۳ تاریخ ۹۳/۹/۱۷)

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

احتمال بارداری: در صورتی که تاخیر در قاعدگی فرد اتفاق افتاده باشد یا علائمی حاکی از احتمال بارداری وجود داشته باشد، احتمال حاملگی می تواند مطرح باشد. در این حالت پس از اطمینان از بارداری با انجام تست بارداری (خون یا ادرار)، فرد تحت مراقبت دوره بارداری قرار می گیرد و در غیر این صورت مراقبت زنان میانسال برای او انجام می شود.

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

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

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

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

۲. خونریزی واژینال غیر طبیعی: الگوی قاعدگیها بررسی شده و اختلالاتی که در الگوی قاعدگی به صورت هیپومنوره، هیپرمنوره، منوراژی، الیگو منوره، آمنوره و ... وجود دارد مورد بررسی قرار گرفته و پس از روشن شدن دلایل آن اقدام لازم درمانی در صورت لزوم صورت می گیرد. خونریزی غیر طبیعی واژینال از نظر شدت خونریزی، وجود بارداری همراه در دوره باروری و وجود بدخیمی ها در دوران یائسگی اهمیت بسیاری دارد.

۳. اختلال عملکرد جنسی: با رعایت مسائل فرهنگی و اجتماعی، رضایت زنان از روابط زناشویی و جنسی مورد پرسش قرار گرفته و در صورت وجود مشکل در ارتباط زناشویی بررسی انجام شده و بر حسب نوع اختلال ارجاع یا اقدام لازم صورت می گیرد.

۴. علائم و عوارض یائسگی: از اولویتهایی است که در بررسی سلامت باروری زنان میانسال مورد بررسی قرار می گیرد. در این بررسی اختلال وازوموتو، واژینیت آتروفیک، شلی عضلات کف لگن و مشکلات مرتبط با عملکرد جنسی مورد بررسی قرار گرفته و آموزشها و توصیه های لازم یا سایر اقدامات و ارجاعات صورت می گیرد.

۵. غربالگری سرطانهای زنان: عوامل خطر، سوابق فردی و خانوادگی، علائم و نشانه ها از نظر سرطان سرویکس، سایر سرطانهای دستگاه تناسلی و سرطان پستان بررسی و آزمایشات پاراکلینیک و تصویر برداری های مورد نیاز مانند پاپ اسمیر، اچ پی وی، سونوگرافی رحم و ادنکسها، سونوگرافی پستانها، ماموگرافی بررسی یا با هماهنگی پزشک در خواست شده و در صورت وجود نکته مثبت در هریک از بررسیها، بررسیهای تکمیلی لازم انجام یا ارجاعات لازم به پزشک یا سطح تخصصی صورت می گیرد. اتفاق افتاده باشد.

۶. عفونتهای آمیزشی: علائم عفونت آمیزشی از قبیل ترشح، زخم، ضایعات ژنیتال و... مورد بررسی قرار گرفته و با پرسشهای تکمیلی و معاینه با اسپکولوم برای تشخیص اقدام می شود و معمولاً نیاز به انجام آزمایش نیست. در صورتی که دسترسی به انجام معاینه واژینال وجود نداشته باشد یا مراجعه کننده از نظر عفونتهای منتقله جنسی در شرایط پرخطر نبوده و برای اولین بار به عفونت واژینال کاندیدیایی یا واژینوز باکتریال مبتلا شده باشد، می توان بدون انجام معاینه یا اسپکولوم، درمان را انجام داده و بیمار را مورد

مراقبت قرار داد. سرویسیت یا بیماری التهابی لگن، کاندیدیازیس واژینال ، واژینوزیس باکتریال (BV)، تریکومونیازیس، عفونت کلامیدیا یی و گونوکوکی، سیفلیس ، تبخال تناسلی، زگیل تناسلی مورد بررسی قرار می گیرند. همچنین رفتارهای پرخطر مورد بررسی قرار گرفته و توصیه های لازم انجام می شود. به طور خلاصه پس از اخذ شرح حال و تاریخچه باروری و یائسگی از همه زنان میانسال به طور کامل، پاسخ سوالات زیر مشخص شده و در صورت مثبت بودن پاسخ، اقدام بعدی انجام و در صورت منفی بودن پاسخ، سوال بعدی مورد بررسی قرار می گیرد:



اقدام
بر
اساس
پروتکل
مربوطه

پاسخ
بلی به
هریک از
سوالات

آیا تمایل، به بارداری دارد؟ آیا مشکوک به بارداری است؟

آیا زوجین مبتلا به ناباروری هستند؟

آیا از روابط زناشویی، و جنسه، ناراضی است؟

آیا از علایم و نشانگان عفونتهای آمیزش، شکایت دارد؟

آیا از علایم یائسگی، شکایت دارد؟ (در زنان ۴۵-۵۹ سال)

آیا اختلال قاعدگی، یا خونریزی غیر طبیعی، ها داشته است؟

آیا بی اختیاری ادراری یا احساس فشار واژینال دارد؟

آیا زمان انجام غربالگری سرطان فرا رسیده است؟

پاسخ
خیر به
هریک از
سوالات

ثبت
پاسخ و
پرداختن
به
خدمت
بعدی

جارت مادر ارزیابی یائسگی (علائم، عوارض، بیماریهای همراه) در زنان میانسال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>شرح حال بگیریید:</p> <p>- تاریخچه باروری و یائسگی: بررسی از نظر سن، سن شروع قاعدگی، تعداد زایمانهای قبلی، تاریخ آخرین قاعدگی، الگوی خونریزی قاعدگی فعلی و قبلی از نظر حجم و مدت زمان و فاصله و خونریزی بین قاعدگی ها، خونریزی بعد از مقاربت، فعلیت جنسی، سابقه HRT، روش پیشگیری از بارداری قبلی و کنونی</p>	<p>یائسگی زودرس POF: سن زیر ۴۰ سال دارای اختلال قاعدگی به صورت امنوره یا الیگو منوره یا هیپو منوره با یا بدون سایر علائم یائسگی و عدم بارداری</p>	<p>ارجاع تخصصی برای بررسی و تشخیص دلایل یائسگی زودرس</p>
<p>Early menopause: سن ۴۰-۴۵ سال، دارای اختلال در خونریزی قاعدگی به صورت امنوره یا الیگو منوره یا هیپو منوره با یا بدون سایر علائم یائسگی</p>	<p>منوپوز مصنوعی: هیستریکتومی یا اوارکتومی دوطرفه</p>	<p>ارجاع برای هورمون درمانی جایگزین</p>
<p>یائسگی نامشخص: زنان ۴۵-۵۹ سال هیستریکتومی شده یا اوارکتومی شده یا Endometrial ablation با یا بدون علائم یائسگی مانند گرگرفتگی</p>	<p>یائسگی نامشخص: در زنان ۴۵-۵۹ سال در حال مصرف قرص پیشگیری از بارداری یا سایر روشهای هورمونی</p>	<p>آزمایش اندازه گیری غلظت سرمی FSH (سطح $FSH \geq 25 IU/L$ بالاتر، ورود به دوره گذار یائسگی) اقدام طبق پروتکل مربوطه</p>
<p>یائسگی نامشخص: در زنان ۴۵-۵۹ سال در حال مصرف قرص پیشگیری از بارداری یا سایر روشهای هورمونی</p>	<p>پرخطر از نظر پوکی استخوان: وجود سابقه در خانواده، یائسگی زودرس، سابقه شکستگی با ضربه پایین یا وجودشواهد شکستگی بدون علامت مهره مانند کاهش قد، پیدایش کیفوزیس، شیوه زندگی نامطلوب، مصرف داروهای خاص، BMI کمتر از ۱۹</p>	<p>اقدام تشخیصی: توقف مصرف قرص و ۲ تا ۴ هفته بعد غلظت سرمی FSH برای تشخیص یائسگی اندازه گیری شود. در صورتی که سطح آن از $25 IU/L \geq$ بالاتر به معنای ورود به دوران یائسگی و اقدامات طبق پروتکل مربوطه</p>
<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>آموزش و حساس سازی عوامل خطر، برای خود مراقبتی، آموزش خود آزمایی ماهانه پستانها حین معاینه بالینی</p>	<p>آموزش شیوه زندگی سالم، تجویز مکمل ویتامین د، توصیه به مصرف لبنیات به میزان سه سهم روزانه، توصیه به انجام فعالیت فیزیکی متحمل وزن با شدت مناسب، ارجاع به پزشک برای بررسی نیاز به تجویز مکمل کلسیم و سایر اقدامات لازم، ارجاع به پزشک در صورت وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو بویژه کورتیکواستروئید بیش از سه ماه متوالی یا داروی ضد سل یا ضد صرع</p>
<p>AUB مشکوک به بدخیمی: خونریزی پس از مقاربت یا هرگونه خونریزی ۶ ماه پس از قطع قاعدگی، اچ پی وی مثبت یا پاپ اسمیر یا معاینه مشکوک به بدخیمی یا خونریزی زیاد یائسگی و پس از آن</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>معاینه بالینی پستانها را در زنان بالاتر از ۴۰ سال همه ساله</p>
<p>اختلال قاعدگی دوران کلیماکتریک: زنان ۴۵ سال و بالاتر با علائم شایع یائسگی مانند اختلال قاعدگی ناشی از عدم تخمک گذاری</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>ارجاع در صورت شک به احتمال وجود بدخیمی در معاینه یا گزارش ماموگرافی یا شرح حال</p>
<p>اختلال وازوموتور: زنان ۴۵ سال و بالاتر با علائم شایع یائسگی مانند اختلال وازوموتور بدون بارداری یا اختلال با بیماری همراه</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>آموزش: آموزش و حساس سازی عوامل خطر، برای خود مراقبتی، آموزش خود آزمایی ماهانه پستانها حین معاینه بالینی</p>
<p>عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>معاینه بالینی پستانها را در زنان بالاتر از ۴۰ سال همه ساله</p>
<p>آتروفی واژن در زنان ۴۵-۵۹ سال شاکلی از خشکی، زخم، سوزش، خارش یا نازکی، رنگ پریدگی، مخاط فراژیل واژن در معاینه</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>ارجاع در صورت شک به احتمال وجود بدخیمی در معاینه یا گزارش ماموگرافی یا شرح حال</p>
<p>شلی عضلات کف لگن: زنان ۴۵-۵۹ سال وجود علائم ادراری یا بیرون زدگی ارگانهای لگنی (پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اورتروسل و گرید آن)</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>آموزش: معاینه واژینال دقیق و انجام پاپ اسمیر و سونوگرافی برای تعیین ضخامت اندومتر و وجود توده های خوش خیم و ارجاع در صورت لزوم، در همه حال برنامه ریزی غربالگری سرطان دهانه رحم را مطابق دستور العمل کشوری</p>
<p>پره منوپوز در زنان ۴۵ سال و بالاتر بدون شکایت / بدون علامت / بدون بارداری یا اختلال یا بیماری همراه</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>ارجاع در صورت شک به احتمال وجود بدخیمی در معاینه یا گزارش ماموگرافی یا شرح حال</p>
<p>منوپوز قطعی: Post menopause زنان ۴۵ سال و بالاتر که ۱۲ ماه یا بیشتر از FMP آنها گذشته / بدون علامت یا شکایت یا بیماری</p>	<p>پرخطر از نظر سرطان پستان: وجود سابقه خانوادگی یا فردی سرطان پستان یا تخمدان، پانکراس و...، سابقه بیوپسی پستان، رادیوتراپی قفسه سینه، یا سایر عوامل خطر سرطان پستان در شرح حال یا پاراکلینیک</p>	<p>آموزش: آموزش و حساس سازی عوامل خطر، برای خود مراقبتی، آموزش خود آزمایی ماهانه پستانها حین معاینه بالینی</p>

کلیات یائسگی

تعاریف

یائسگی طبیعی (فیزیولوژیک): یائسگی طبیعی یا منوپوز طبیعی به دوره ای فیزیولوژیک از زندگی زنان گفته می شود که تخمدان ها تولید استروژن را کاملا یا تقریبا متوقف می کنند و مشخصه آن پایان باروری و قطع دائمی قاعدگی است.

یائسگی قطعی: یائسگی قطعی به صورت گذشته نگر به تجربه قطع قاعدگی به مدت ۱۲ ماه بدون وجود سایر دلایل واضح پاتولوژیک یا فیزیولوژیک دیگر شناخته می شود و سن وقوع آن ۴۵ تا ۵۵ سالگی (میانگین ۵۰ تا ۵۱ سالگی) است. بعد از آخرین قاعدگی (FMP) دوره پست منوپوز آغاز می شود.

زمان وقوع یائسگی: سن شروع یائسگی در زنان متفاوت است. دوره گذار یائسگی یا دوره پری منوپوز یا کلیماکتریک، به دوره زمانی بلافاصله قبل وبعد از شروع یائسگی گفته می شود و بطور متوسط ۴ سال طول می کشد. ممکن است علائم یائسگی نیز قبل از قطع کامل قاعدگی آغاز شده و زمان زیادی طول بکشد تا منوپوز قطعی اتفاق بیفتد.

سن متوسط شروع یائسگی ۵۱-۵۰ سالگی است ولی بطور کلی زنان این پدیده را بین ۴۵ تا ۵۵ سالگی تجربه می کنند. مهمترین مسئله در تعیین زمان یائسگی، ژنتیک است اما عوامل محیطی مانند مصرف الکل، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و شاخص توده بدن و مصرف سیگار نیز در زمان شروع یائسگی نقش دارند.

دوره گذار یائسگی: دوره پری منوپوز (Menopausal transition/perimenopause) یا کلیماکتریک دوره زمانی قبل و بعد از یائسگی (حوالی یائسگی) است. ممکن است علائم یائسگی نیز قبل از قطع کامل قاعدگی آغاز شده و زمان زیادی طول بکشد تا منوپوز قطعی اتفاق بیفتد. در این دوره، زمان فاز فولیکولار تخمدانی بتدریج از ۱۴ روز به ۱۰ روز کاهش یافته، تولید استروژن و پروژسترون توسط تخمدان ها کاهش می یابد، در نتیجه احتمال آزاد شدن تخمک و احتمال بارداری کاهش می یابد.

post menopause: دوره post menopause بعد از آخرین قاعدگی آغاز میشود.

یائسگی زودرس: اگر یائسگی در سن کمتر از ۴۰ سال اتفاق بیفتد به آن یائسگی زودرس می گویند که یائسگی طبیعی محسوب نمی شود.

یائسگی مصنوعی: این عبارت در مقابل یائسگی طبیعی یا فیزیولوژیک است که به دلایل زیر اتفاق می افتد:

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

ارزیابی و تشخیص یائسگی

رویکرد کلی برای ارزیابی یائسگی در سنین مختلف زنان، بررسی تاریخچه قاعدگی زنان است که بهتر است بر اساس تقویم ثبت قاعدگی ها باشد. بعلاوه توجه به تاریخچه علائم یائسگی مانند گرگرفتگی، اختلال خواب و افسردگی و خشکی واژن اهمیت دارد. همه زنان مبتلا به خشکی واژن و دیس پارونی نعینه لگن برای ارزیابی آتروفی واژن صورت گیرد.

زنان بالاتر از ۴۵ سال: در زنان سالم و طبیعی بالاتر از ۴۵ سال که قاعدگی نامنظم دارند و از علامت گرگرفتگی و اختلال خلقی یا اختلال خواب شاکی هستند، نیاز به هیچ اقدام بیشتری برای تشخیص یائسگی وجود ندارد. این افراد به احتمال بسیار زیاد در دوره گذار یائسگی (menopausal transition) هستند. اندازه گیری سطح هورمون FSH ضرورتی ندارد و در صورتی که میزان آن طبیعی باشد، گمراه کننده است. تغییرات ایجاد شده در در تغییر الگوی خونریزی قاعدگی یا FMP در دوره سنی فوق پیش بینی کننده بهتری نسبت به اندازه گیری سطح FSH سرم می باشد. بدین ترتیب برای تشخیص منوپوز بعد از ۴۵ سالگی نیاز به بررسی هورمون FSH نیست، زیرا تغییرات FSH در زمان نزدیک به یائسگی رایج بوده و این هورمون نسبت به بررسی بالینی، اطلاعات بیشتری بدست نمی دهد.

با گذشت ۱۲ ماه از FMP برای این دسته از زنان تشخیص یائسگی قطعی گذاشته می شود.

در ارزیابی یائسگی باید احتمال حاملگی را مد نظر قرار داد. در این حالت اندازه گیری serum human chorionic gonadotropin (hCG) در زنانی که از نظر جنسی فعال هستند ضرورت دارد. زنان ۴۰ تا ۴۵ سال: اگرچه در این گروه نیز اختلال در خونریزی قاعدگی و وجود علائمی ماند گرگرفتگی می تواند بیانگر وجود یائسگی باشد، اما بررسی سایر دلایل الگومنوره و امنوره شامل: رد حاملگی از طریق آزمایش hCG (برای رد بارداری)، Serum prolactin (برای رد هایپر پرولاکتینوما) و اندازه گیری TSH برای رد هایپرتیروئیدی ضرورت دارد.

زنان زیر ۴۰ سال: در این گروه از زنان اگر اختلال قاعدگی و علائم یائسگی وجود داشته باشد، باید بررسی کاملی از نظر اختلالات قاعدگی انجام داد و در صورتی که وجود POF (premature ovarian failure) تشخیص داده شد، ارزیابی دلایل زمینه ای آن به طور کامل باید صورت گیرد.

در زنان مبتلا به اختلال قاعدگی زمینه ای با هر تشخیصی در صورت وجود علائم یائسگی اندازه گیری غلظت سرمی FSH برای اهداف تشخیصی و ارجاع برای بررسی دلایل آن ضروری است.

در صورت وجود گرگرفتگی اتیپیک در زنان در هر سنی باید بیمار را برای تشخیص افتراقی دلایل ارجاع نمود.

موارد خاص: در زنانی که قرصهای خوراکی کنتراستپتیو استفاده می کنند، باید مصرف قرص متوقف شده و ۲ تا ۴ هفته بعد غلظت سرمی FSH برای تشخیص یائسگی اندازه گیری شود. در صورتی که سطح آن از ≥ 25 IU/L بالاتر باشد، فرد وارد دوره گذار یائسگی شده است.

در زنانی که هیستریکتومی یا endometrial ablation شده اند، نمی توان از الگوی خونریزی قاعدگی برای تشخیص یائسگی استفاده کرد. در این افراد serum FSH > 25 IU/L بخصوص اگر همراه علائم یائسگی مانند گرگرفتگی باشد نشانه یائسگی است.

علائم یائسگی

۱. گرگرفتگی و تعریق شبانه: گرگرفتگی یکی از شایع ترین علائمی است که اکثریت زنان در جریان انتقال به دوره یائسگی و یائسگی و سالهای اول بعد از یائسگی آن را تجربه می کنند. این حالت به صورت گرم شدن شدید در قسمت بالایی بدن (سرو صورت، گردن و قفسه سینه) این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و ممکن است مانع خواب و استراحت شود. ۲۵ درصد از زنان از گرگرفتگی شدید شاکی هستند و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی افتد. این علائم معمولاً به آهستگی ظرف مدت ۳ تا ۵ سال از بین می رود.

۲. خشکی واژن: اپی تلیوم واژن و مجرای ادرار بافتهای وابسته به استروژن هستند و کاهش استروژن منجر به نازکی اپی تلیوم واژن و در نتیجه آتروفی آن شده و علائمی از قبیل خشکی، خارش و دیس پارونی ایجاد می کند.

۳. تغییر تمایلات و فعالیت جنسی: کاهش جریان خون واژن و ولو در اثر کاهش استروژن عامل اصلی کاهش رطوبت واژن و ایجاد اختلال عملکرد جنسی زنان در دوره یائسگی است.

۴. بی نظمی در عادت ماهانه: این بی نظمی به صورت کاهش زمان و حجم خونریزی است. در صورت خونریزی شدید یا قاعدگی طولانی مدت (بیش از ۱۰ روز)، فاصله کمتر از سه هفته بین قاعدگی ها لازم است با پزشک مشورت شود

۵. خستگی و مشکلات خواب: شیوع این اختلال در سالهای ابتدایی یائسگی ۳۸ تا ۴۶ درصد است و در سالهای بعد تا ۴۶ درصد افزایش می یابد. با توجه به اینکه اختلال خواب با یا بدون گر گرفتگی از مشکلات زنان در دوران یائسگی می باشد توصیه های لازم برای رعایت بهداشت خواب را به شرح زیر یادآوری نمایید:

۶. تغییرات خلقی: افزایش واضح احتمال موارد جدید ابتلا به افسردگی در این دوره در مقایسه با دوره قبل از یائسگی گزارش شده است. افسردگی و اضطراب در این دوره می تواند اختلالات شناختی و حافظه نیز ایجاد نماید، اما در مطالعه *SWAN ارتباط مستقیمی بین اختلال شناختی و یائسگی دیده نشده است.

۷. سایر تغییرات جسمانی: سایر تغییرات شامل افزایش وزن و چاقی شکمی، کاهش توده عضلانی و افزایش و تجمع بافت چربی، درد پستانها (که به تدریج با گذر از سالهای اولیه یائسگی تا سالهای بعد کاهش می یابد و از بین می رود). کوچک شدن اندازه پستان ها، نازکی و کاهش ارتجاع پوست، سردرد، مشکلات حافظه، سفتی و درد عضلات و مفاصل می باشد.

عوارض دیررس یائسگی

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

- ۱- پوکی استخوان: بیشترین میزان کاهش توده استخوانی یک سال قبل تا دو سال بعد از FMP می باشد.
- ۲- بیماری قلبی و عروقی: خطر بیماری قلبی عروقی با کاهش استروژن بویزه افزایش لیپیدهای خون در این دوره افزایش می یابد.
- ۳- اختلالات ادراری تناسلی: این اختلالات درجات مختلفی از بی اختیاری ادراری، شلی عضلات کف لگن و بیرون زدگی احشای لگنی را در بر می گیرد.
- ۴- اثرات بر روی پوست و مو: کاهش کلزن ناشی از کمبود استروژن موجب ایجاد چین و چروکهای پوستی و تشدید پدیده Ageing می گردد.

بیماریهای شایع و مهم همراه با یائسگی

علاوه بر بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، دیس لیپیدمی و سرطانهای مختلف از جمله سرطانهای زنان شامل سرطان سرویکس و رحم و تخمدان و سرطان پستان از جمله بیماریهایی هستند که در دوران یائسگی شایعترند و تشخیص زودهنگام و درمان آنها از اهمیت بسیاری برخوردار است. همچنین باتوجه به اهمیت تاثیر شیوه زندگی زنان در دوران یائسگی بر علایم، عوارض و بیماریهای همراه یائسگی، لازم است در مجموعه خدمات دوران یائسگی همه موارد فوق مد نظر قرارگیرد.

* The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) is a multi-site longitudinal, epidemiologic study designed to examine the health of women during their middle years

اختلال وازوموتور

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>در زنان ۵۹-۴۵ ساله در باره وجود علائم زیر سوال کنید:</p> <p>- آیا گرگرفتگی، تعریق شبانه، طپش قلب به صورت زیر دارد؟ (احساس گرم شدن شدید در قسمت فوقانی بدن (سرو صورت و گردن و قفسه سینه که پس از ۵-۴ دقیقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود). در صورت سن کمتر از ۴۵ سال، از یائسگی زودرس یا اوارکتومی اطمینان حاصل نمایید.</p> <p>شدت علائم را بررسی کنید:</p> <p>- آیا گرگرفتگی برای فرد اختلال خواب و استراحت ایجاد کرده است؟</p> <p>- آیا در فعالیتهای روزمره فرد ایجاد اختلال کرده است؟</p> <p>- آیا به دفعات مکرر در طول شبانه روز اتفاق می افتد؟</p> <p>عوامل خطر را بررسی کنید:</p> <p>BMI را محاسبه کنید</p> <p>شیوه زندگی را بررسی کنید</p> <p>سوابق بیماری و مصرف دارو را بررسی کنید:</p> <p>- آیا داروهایی مانند لو دویا، اسید نیکوتینیک، بروموکریپتین، دیازپام، نیترازاها مصرف می کنند؟</p> <p>- آیا بیماری زمینه ای مانند فشارخون بالا، بیماری تیروئیدی و ... دارد؟</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>تعداد ضربان قلب و فشار خون را اندازه بگیرید.</p>	<p>گرگرفتگی دارد</p> <p>+ سن زیر ۴۰ سال یا یک بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p> <p>اختلال وازوموتور شدید: گرگرفتگی شدید یائسگی با ایجاد اختلال در زندگی روزمره یا عدم پاسخ به درمانهای اولیه گرگرفتگی بدون بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p>	<p>ارجاع به پزشک برای بررسی بیشتر از نظر:</p> <p>- تشخیص افتراقی و بررسی علل گرگرفتگی در موارد زیر بر حسب علائم و شرایط مراجعه کننده: یائسگی زودرس، فشارخون بالا و بیماریهای تیروئید، فنوکروموسیتوم، سندرم دامپینگ پس از جراحی، کانسرها، عفونتها، اختلالات اضطرابی</p> <p>- بررسی مصرف داروها (اسیدنیکوتینیک، مسدودکننده های کانال کلسیم، ترک یا مصرف اوپیوم و...) و جایگزین کردن داروهای مصرفی فرد</p> <p>- انجام مداخله تشخیصی یا درمانی یا ارجاع تخصصی</p>
<p>مشاوره و آموزش:</p> <p>این توصیه ها قدم اول درمان هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - استفاده از پوشش نخی، لباس چندلایه، خنک نگه داشتن محیط زندگی و خواب - قطع مصرف سیگار و الکل و ادویه جات، قطع مصرف مایعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب، و مصرف بیشتر - ورزش سبک، استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و تنفس عمیق و آهسته، مشاوره خانواده و سایکو تراپی و کاهش استرسها - تغذیه: رژیم غذایی سبک، مصرف میوه و سبزی و ماست، غذاهای حاوی حبوبات از جمله نخود، عدس، سویا - در صورت لزوم درمان پلاسبو مانند مکملها (ویتامین د، مولتی ویتامین) - توصیه های بهداشت خواب <p>ارجاع به پزشک برای بررسی بیشتر یا مداخله دارویی در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه ها و اقدامات، همراهی بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p>	<p>سن ۴۵ سال و بالاتر (دوره پیش یائسگی یا یائسگی قطعی)</p> <p>گرگرفتگی دارد</p> <p>بدون بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p> <p>همراه با سایر علائم یائسگی یا بدون آن</p>	<p>مشاوره و آموزش، توصیه به ارتقای شیوه زندگی برای پیشگیری از گرگرفتگی، توصیه های غذایی، توصیه به فعالیت فیزیکی</p>
<p>دوران پیش یائسگی یا یائسگی بدون اختلال وازوموتور:</p> <p>گرگرفتگی ندارد</p>	<p>مشاوره و آموزش، توصیه به ارتقای شیوه زندگی برای پیشگیری از گرگرفتگی، توصیه های غذایی، توصیه به فعالیت فیزیکی</p>	<p>مشاوره و آموزش، توصیه به ارتقای شیوه زندگی برای پیشگیری از گرگرفتگی، توصیه های غذایی، توصیه به فعالیت فیزیکی</p>

علائم وازوموتور

اختلال وازوموتور که به صورت گرگرفتگی (Hotflash) خود را نشان می دهد، شایعترین مشکل زنان در دوران یائسگی است که اکثریت زنان در جریان انتقال به دوره یائسگی و سالهای اول بعد از یائسگی آن را تجربه می کنند، اما خطری برای سلامت فرد ندارد. این حالت به صورت گرم شدن شدید در قسمت بالایی بدن (سرو صورت، گردن و قفسه سینه) شروع می شود و ممکن است به صورت موجی به کل بدن پخش شود. گرگرفتگی پس از ۵-۱ دقیقه با عرق سرد، سرخی صورت و احساس سرما تمام می شود. گاهی با تپش قلب و احساس اضطراب و بیخوابی نیز همراه است. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و ممکن است مانع خواب و استراحت شود. در اثر بهم خوردن الگوی خواب فرد دچار احساس خستگی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و افسردگی می شود. قبل از یائسگی قطعی در ۱۰٪ زنان رخ میدهد و با قطع قاعدگی بروز آن افزایش یافته و در جاتی از این علامت در ۵۰٪ زنان مشاهده می شود. شدت گرگرفتگی، مدت ابتلا و دفعات آن در طول شبانه روز در افراد مختلف متفاوت است و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی افتد. بعضی از زنان از گرگرفتگی شدید شاکی هستند و در بعضی از زنان اصلاً اتفاق نمی افتد. این علائم معمولاً به آهستگی ظرف مدت ۳ تا ۵ سال بدون درمان از بین می رود.

عوامل موثر بر ایجاد گرگرفتگی: نوع تغذیه، چاقی و اضافه وزن، اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب، فعالیت فیزیکی ناکافی، مصرف سیگار و قلیان و تفاوت‌های ژنتیک و فیزیولوژیک افراد مختلف از عواملی هستند که در ایجاد علامت گرگرفتگی و شدت و ضعف آن تاثیر می گذارند. در بررسی فرد مبتلا به گرگرفتگی علاوه بر عوامل خطر فوق، به شدت و فرکانس گرگرفتگی ها، مدت آن و همراهی با سایر علائم مانند اختلال خواب، وجود بیماری زمینه ای یا مصرف داروها، عامل تشدید کننده یا ایجاد کننده آن (تریگر) را در افراد مختلف را باید مورد توجه قرار داد.

شرح حال و معاینه بالینی علائم وازوموتور:

- بیمار از گرگرفتگی روزانه و یا شبانه که می تواند خفیف و در حد تحمل باشد و یا در حد متوسط و شدید و ناتوان کننده باشد شکایت دارد.
- علائم به صورت احساس ناگهانی گرما در قسمت فوقانی قفسه سینه و صورت خود را نشان می دهد که در موارد شدید گرگرفتگی بین ۴-۲ دقیقه ژنرالیزه شده و می تواند با تپش قلب و اضطراب و تعریق همراه باشد.
- شروع یا همراهی علائم ممکن است با مصرف ادویه یا الکل یا استرس و محیط گرم باشد.
- گرگرفتگی، شب هنگام با تعریق شبانه خود را نشان می دهد.
- همراهی با اختلال خواب به صورت افزایش دوره های بیداری بعد از شروع خواب، کاهش ساعات خواب، تغییر در الگوی خواب ممکن است وجود داشته باشد.

تشخیص و تشخیص افتراقی

تشخیص اختلال وازوموتور در زنانی که در دوران کلیماکتریک به سر می برند یا مبتلا به یائسگی زودرس یا یائسگی به دنبال اوارکتومی هستند، بالینی است. اما در صورت عدم رفع علائم با توصیه های اولیه و کنترل عوامل خطر، عدم پاسخ به درمان، یا در صورت شدت علائم باید بیمار برای تشخیصهای افتراقی به پزشک ارجاع گردد.

مشکلات خواب در یائسگی

بی خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامتی در این گروه است که اغلب اوقات همراه با اختلال وازوموتور اتفاق می افتد و با درمان گرگرفتگی بهبود می یابد. اما اگر شکایات زیر به مدت حد اقل یک ماه در فرد ادامه داشته باشند نیاز به مداخله وجود دارد :

- ۱- اشکال در به خواب رفتن
- ۲- بیدار شدن مکرر شبانه
- ۳- بیدار شدن در ساعات اولیه صبح و مشکل در به خواب رفتن مجدد
- ۵- احساس خستگی و کسلی و نبودن نشاط با وجود ساعات خواب و خواب غیر نیرو بخش علیرغم ساعات خواب کافی

برای اداره اختلال خواب به نکات زیر توجه کنید :

- ۱ - علل طبی بیخوابی مانند درد ، مشکل ادراری ، تنفسی و ... را رد یا درمان کنید . علل طبی شامل موارد زیر می باشند :
- وضعیت های همراه با درد (بدخیمی ها/آرتريت/ریفلاکس/اختلالات قلبی تنفسی)
- ناکتوریا (Nocturia) ناشی از پروستاتیسیم یا عفونت های ادراری
- اختلالات اندوکراین یا متابولیک (بیماری های تیروئید/نارسایی کبد یا کلیه)
- ضایعات سیستم عصبی مرکزی (ترومای سر/ضایعات عروقی مغز)
- اختلالات خواب مربوط به تنفس
- مصرف مواد، قهوه، چای و سایر محرک ها
- مصرف الکل
- مصرف برخی داروهای طبی و روانپزشکی از قبیل محرک ها
- ترک مصرف سیگار

۲- علل روانی بیخوابی شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک می باشد و نیازمند بررسی روانشناس و ارجاعات ضروری می باشد.

۳- اختلال در خواب به علت گرگرفتگی: اگر بیخوابی به دلیل علائم وازوموتور یا تعریق شبانه است ، با درمان این اختلالات مشکل بیخوابی نیز بهبود می یابد. در همه حال در اختلال خواب دوران یائسگی، ابتدا باید از حملات شبانه گرگرفتگی اطمینان حاصل کرده و در صورت وجود علائم، درمان آن را مد نظر قرار داد.

- توصیه های بهداشت خواب در بسیاری از موارد کمک کننده است :
- استفاده از بستر برای خوابیدن
 - قطع مصرف داروهای مثل کافئین ، نیکوتین ، الکل ، و محرکها
 - پرهیز از چرت زدن روزانه
 - حفظ تناسب جسمانی به کمک برنامه تدریجی ورزش صبحگاهی
 - استفاده بیشتر از رادیو یا مطالعه در حال آرامش به جای تماشای تلویزیون
 - حمام آب داغ ۲۰ دقیقه قبل از خواب (در صورتی که گرگرفتگی وجود نداشته باشد)
 - صرف غذا در ساعت معینی از روز
 - میل نکردن غذای سنگین قبل از خواب
 - استفاده از روش آرام سازی هنگام غروب
 - فراهم کردن شرایط خواب را حت از نظر محل خواب، نور و دما، صدا و ...

درمان گرگرفتگی

در موارد خفیف و متوسط و شدید ، بهبود با تغییر سبک زندگی اصل اولیه درمان است. مداخله دارویی در موارد شدید ممکن است ضروری باشد.

۱. درمان غیر دارویی: گام اول برای مقابله و رفع علائم وازوموتور بخصوص در موارد خفیف و متوسط ، شامل مشاوره ،آموزش ، توصیه های غذایی و تغییر شیوه زندگی است. بنا بر این به زنان مبتلا به گرگرفتگی توصیه می کنیم :

- تغذیه : پرهیز از مصرف غذاهای پر ادویه وتند ، اجتناب از مصرف غذاها و نوشیدنیهای بسیار گرم ، استفاده از آب یا آب میوه خنک به جای مایعات گرم، استفاده از رژیم غذایی سبک(مصرف بیشتر میوه جات و سبزی جات و شیرو ماست)، استفاده از حبوبات
- انجام ورزش سبک مثل قدم زدن در هوای آزاد را بطور منظم ، شنا و سایر ورزشهای آبی
- کنترل وزن
- قطع مصرف الکل و سیگار
- نحوه لباس پوشیدن: پوشیدن لباسهای روشن نخی در هوای گرم و لباس چند لایه در هوای سرد تا در مواقع گرم شدن لباسها را کم کنند.
- خنک نگه داشتن محیط زندگی : خوابیدن در جای خنک و با تهویه کافی ، استفاده از وسایل خنک کننده مانند اسپری، ژل بادبزنی یا پنکه های دستی کوچک و بالشت های خنک ، استفاده از لباس خواب و ملافه مناسب که امکان تنفس پوست را فراهم کند.

- استفاده از تکنیک های آرام سازی بخصوص تنفس عمیق و آهسته هنگام شروع گرگرفتگی
- اجتناب از استرس شدید و موقعیتهای استرس زا
- یادداشت دفعات گرگرفتگی، زمان آن و عوامل تشدید کننده برای پیش بینی زمان گرگرفتگی بعدی و انجام اقدامات لازم را قبل از آن
- در صورتی که اقدامات فوق موثر واقع نشود و همچنان از علائم رنج می برند به پزشک مراجعه کنند.
- ارجاع به پزشک در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه ها و اقدامات، وجود بیماری زمینه ای، مصرف دارو، گرگرفتگی شدید بد یا دفعات مکرر در شب و روز

۲. درمان دارویی: تصمیم گیری برای هورمون درمانی و سایر درمانهای دارویی به عهده پزشک است. فیتواستروژن توصیه نمی شود.

هورمون درمانی جایگزین:

- هورمون درمانی به عنوان خط اول درمانی برای درمان علائم یائسگی مورد استفاده قرار نمی گیرد.
- علیرغم تاثیر هورمون درمانی بر توده استخوانی، برای پیشگیری و درمان اولیه استئوپوروزیس توصیه نمی شود، مگر آنکه دلیل دیگری بجز استئوپوروزیس برای تجویز استروژن وجود داشته باشد.
- باوجود تاثیر آن بر بیماری قلبی عروقی، HRT برای پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری عروقی کرونر، مغز و عروق محیطی توصیه نشده و بر لزوم تغییر شیوه زندگی برای مقابله با برداشته شدن اثر محافظتی استروژن در دوره یائسگی تاکید می شود.
- در همه حال، احتیاطات و موارد منع مصرف هورمون درمانی و مزایا و مضرات آن برای تصمیم گیری اهمیت دارد.
- انجام برخی اقدامات برای تعیین وضعیت سلامت و تعیین موارد منع مصرف، قبل از شروع هورمون درمانی ضرورت دارد.
- مسئولیت تصمیم گیری برای شروع هورمون درمانی به عهده سطح تخصصی می باشد.

سندرم ادراری تناسلی یائسگی (آتروفی ولو و اژن)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>پس از عادی سازی و فراهم کردن زمینه لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی در مورد علائم زیر در زنان ۴۵-۵۹ ساله سوال کنید:</p> <p>آیا احساس خشکی ناحیه تناسلی همراه با یک یا بیشتر از یک علامت زیر را دارد؟ : سوزش، خارش، درد در ناحیه ژنیتال، ناراحتی حین مقاربت در صورت وجود فعالیت جنسی</p> <p>در صورت پاسخ مثبت به سوال فوق موارد زیر را بررسی کنید:</p> <p>- آیا سابقه واکنش موضعی به مواد شوینده یا لوبریکانت یا نوع لباس داشته است؟</p> <p>- آیا در حال حاضر فعالیت جنسی دارد؟</p> <p>- آیا سابقه بارداری داشته است؟</p> <p>- آیا در حال حاضر به فرزند خود شیر می دهد؟</p> <p>- مصرف سیگار و قلیان دارد؟</p> <p>- وجود بیماری زمینه ای مانند دیابت ، مشکلات عروقی، سندرمهای روماتولوژیک</p> <p>- مصرف داروهای هورمونی کاهنده اثر استروژن (مهارکننده اروماتاز و...)</p> <p>پس از پوشیدن دستکش و آغشته کردن انگشت به لوبریکانت ابتدا با انگشت و سپس با اسپیکولوم مناسب آغشته به لوبریکانت معاینه کنید:</p> <p>نازکی مخاط سرویکس و اپی تلیوم واژن و ولو، از بین رفتن چین های واژن ، نازک تر شدن دیواره های واژن و کمرنگ شدن آنها، وجود پتشی های کوچک در واژن، بوی بد ، درد و خونریزی در اثر ترومای اسپیکولوم، تنگی و بسته شدن طاق واژن، معاینه واژینال م</p> <p>از وجود شریک جنسی، سلامت جسمی و روانی وی و تمایل و توانایی او برای فعالیت جنسی اطمینان حاصل نمایید .</p>	<p>وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p> <p>وجود علائم + واکنش موضعی و حساسیت به مواد شوینده و لباس</p> <p>وجود علائم + نولی پاریتی یا شیردهی یا عدم وجود رابطه جنسی در شرایط خاص</p>	<p>ارجاع به پزشک برای : درمان بیماری زمینه ای تغییر داروهای مصرفی در صورت امکان داروهای مرطوب کننده</p>
<p>وجود علائم + مشاوره: توصیه به قطع مصرف دخانیات، برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال</p> <p>- داروی غیر هورمونی: استفاده از لوبریکانت مانند KYgel قبل از رابطه جنسی، مرطوب کننده ها یکبار یا بیشتر در هفته</p> <p>- هورمون درمانی موضعی (واژینال) استروژنی شامل: قرص ها، شیاف ها، رینگ ها و پمادها و پساری های هورمونی (استروژن کونژوگه واژینال ۰/۶۲۵- نصف تا یک اپلیکاتور یا قرص واژینال استرادیول حاوی ۲۵ میکروگرم استرادیول هر شب موقع خواب تا دو هفته و پس از آن تا بهبود علائم (معمولا تا ۴ هفته)</p> <p>- ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان</p>	<p>سندرم ادراری تناسلی یائسگی (آتروفی ولو و اژن):</p> <p>وجود علائم خشکی، سوزش، خارش، درد در ناحیه ژنیتال، ناراحتی حین مقاربت</p> <p>و وجود علائم آتروفی (نازک شدن، رنگ پریدگی، تنگی ورودی واژن) در معاینه</p>	<p>شناسایی عامل محرک و حذف آن استفاده از داروهای مرطوب کننده</p> <p>تغییر شرایط زمینه ای در صورت امکان در صورت عدم امکان تغییر شرایط زمینه ای ، داروهای مرطوب کننده</p>
<p>بدون شکایت، علامت یا نشانه</p>	<p>توصیه به انجام تمرین کگل برای پیشگیری از اختلالات کف لگن توصیه به مراجعه به در صورت پیدایش هر یک از علائم اوروژنیتال</p>	<p>توصیه به انجام تمرین کگل برای پیشگیری از اختلالات کف لگن توصیه به مراجعه به در صورت پیدایش هر یک از علائم اوروژنیتال</p>

سندرم تناسلی ادراری یائسگی (آتروفی ولو و واژن)

علائم: کاهش سطح استروژن در یائسگی منجر به ایجاد تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک و بافتی در دستگاه تناسلی تحتانی و قسمت هایی از دستگاه ادراری تحتانی می شود. این تغییرات شامل کاهش جریان خون، کاهش ضخامت موكوزال، کاهش كلاژن بافت و افزایش PH آن است. شدت این تغییرات در واژن می تواند كاملا مشهود باشد تا حدی كه با بررسی این بافت، ارزیابی سطح استروژن در خانم های یائسه امکان پذیر است. سایر قسمت های دستگاه تناسلی و همینطور قسمت هایی از سیستم دستگاه ادراری نیز در صورت كمبود استروژن تغییراتی از خود نشان می دهند. آتروفی دستگاه ادراری تناسلی منجر به علائم و نشانه هایی از قبیل سوزش، خارش، خشکی و... می شود كه بر کیفیت زندگی زنان تاثیر می گذارد. به مجموعه تغییرات و علائم فوق آتروفی ولو و واژن گفته می شود. این تغییرات در ولو و كلیتوریس به صورت نازکی و خشکی و آزدگی حین لباس پوشیدن، فعالیت جنسی و طولانی نشستن، در واژن به صورت کاهش قابلیت كش سانی و کاهش لوبریکیشن واژن و تغییر فلور میکروبی دستگاه ادراری تناسلی و افزایش استعداد ابتلا به عفونت و مشکل در مقاربت، در دستگاه ادراری تحتانی به صورت نازکی مخاط پیشابراه و مثانه و احساس سوزش و بی اختیاری و عفونت ادراری می گردد. در معاینه نازکی مخاط سرویکس و اپی تلیوم واژن و ولو، از بین رفتن چین های واژن، نازک تر شدن دیواره های واژن و كم رنگ شدن آن ها، وجود پتشی های كوچك در واژن، بوی بد ممكن است وجود داشته باشد.

نولی پاریتی، مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و...)، عدم وجود فعالیت جنسی، مصرف برخی داروهای کاهش دهنده استروژن مانند مهاركننده های آروماتاز مورد استفاده در درمان سرطان پستان می توانند واژینیت آتروفیک را تشدید نمایند. در صورت وجود علائم و نشانه های آتروفی واژینال در دوره باروری زنان، باید به مواردی مانند شیر دهی طولانی مدت، وجود دیابت و مصرف برخی دارو ها توجه كرد.

اهمیت آتروفی واژینال در انجام مراقبتهای بهداشتی زنان در دوره یائسگی، **شیوع** بالا و **عوارض** ناخوشایند آن و **عدم مراجعه** برای درمان علیرغم امکان درمان آن است. آتروفی واژینال روی بسیاری از جنبه های فیزیکی، روانی و روابط بین فردی خانم های یائسه تاثیر می گذارد. در مطالعات مختلف تا ۸۰ درصد زنان اثر منفی آن را بر ابعاد مختلف زندگی خود از جمله اثر منفی در زندگی جنسی، کاهش فعالیت جنسی، احساس پیری، تاثیر منفی بر ازدواج و روابط زناشویی، کاهش اعتماد بنفس و کاهش کیفیت زندگی گزارش کرده اند. برخلاف گرگرفتگی علی رغم شیوع بالای این علائم و تاثیر منفی آن به روی کیفیت زندگی، در تمامی فرهنگ ها خانم ها در گرفتن كمك طبی درخواست چندانی نمی کنند یا اطلاعی از قابلیت درمان آن ندارند. كارمند بهداشتی موظف است با رعایت اصول مشاوره و مسایل فرهنگی اجتماعی، فعالانه موضوع را دنبال نماید.

تشخیص آتروفی واژینال، تشخیص بالینی بر اساس یافته های اختصاصی در شرح حال و معاینه فیزیکی می باشد. اگرچه تشخیص آتروفی ولو و واژن بر اساس مشاهدات بالینی است اما آتروفی دستگاه تحتانی ادراری را بر اساس علائمی مثل سوزش ادرار، بی اختیاری ادراری، نیاز به دفع ادرار حین خواب و... در دوره یائسگی می توان تشخیص داد. قبل از معاینه لگنی در خانم های یائسه باید شرایط وضعیت واژن توسط **انگشت فرد** معاینه کننده با دستکش آغشته شده به لوبریکانت، ارزیابی شود. در اكثر افراد یائسه خصوصا آن هایی كه نزدیکی ندارند یا زایمان طبیعی نکرده اند باید از اسپكولوم های كوچكتر مثل **اسپكولوم پدرسون** استفاده كرد و حین مصرف آن را به خوبی به لوبریکانت آغشته كرد. فراموش نکنید یکی از علل مهم عدم مراجعه خانم های یائسه برای معاینه، درد حین معاینات واژینال است.

تشخیص های افتراقی: در بررسی شرح حال فرد باید به موارد زیر توجه نموده و در صورت وجود موارد زیر بویژه در زنانی که هنوز یائسگی در آنان اتفاق نیفتاده یا مبتلا به یائسگی زودرس نیستند، مداخله لازم را انجام داد: واکنش موضعی به مواد محیطی مثل صابون، پد، لوبریکانت، لباس های تنگ و...، عفونت ها، بدخیمی ها، هیپرپرولاکتینوما، دیستروپی های واژینال می توانند علائم آتروفی واژینال، دیابت به دلیل اختلالات میکرو واسکولار و نوروپاتی، مصرف برخی داروها می تواند علایم مشابه آتروفی واژن ایجاد نماید. در این گونه موارد بیمار باید به پزشک ارجاع شود.

درمان: اصول درمان شامل قطع مصرف دخانیات، برقراری روابط زناشویی منظم، لوبریکانت ها: مانند KYgel، مرطوب کننده ها است. بی خطری فیتواستروژن ها در خانم های مبتلا به تومورهای حساس به استروژن ثابت نشده است و تجویز آن توصیه نمی شود. هورمون درمانی موضعی بسیار کمک کننده است که به صورت استفاده از استروژن کونژوگه واژینال ۰/۶۲۵ نصف تا یک اپلیکاتور هر شب موقع خواب تا دو هفته و پس از آن تا بهبود علایم که معمولا تا ۴ هفته طول می کشد، استفاده می شود. برای مصرف طولانی تر ارجاع تخصصی لازم است. استفاده از استروژن واژینال، در خانم هایی که مبتلا به تومورهای وابسته به استروژن از جمله سرطان پستان هستند، یا به این تومورها مستعد هستند باید با احتیاط و مشاوره تخصصی صورت گیرد. استروژن درمانی سیستمیک در صورتی که تنها مشکل فرد آتروفی واژینال باشد، توصیه نمی شود.

شلی عضلات کف لکن و عوارض آن در یائسگی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>در زنان ۵۹-۴۵ سال شرح حال بگیرید : بررسی از نظر سن ، یائسگی ، چاقی، استعمال دخانیات، سابقه هیستریکتومی، عادات نوشیدنی (مصرف زیاد کافئین، الکل ، آب گازدار) ، *مصرف دارو مانند دیورتیکها، **وجود بیماری زمینه ای، بیماریهایی که با افزایش فشار داخل شکمی همراهند(بیماریهای مزمن انسدادی ریه ، یبوست مزمن)، بارداری و تعداد زایمان های قبلی</p> <p>در مورد وجود علائم زیر سوال کنید: - احساس فشار و بیرون زدگی احشا در واژن - وجود اختلال در رابطه زناشویی (آثار سوء برارگاسم و رضایت جنسی) وجود بی اختیاری ادرار در اثر سرفه، عطسه، ورزش، پرش و افزایش فشار داخل شکم - احساس اضطراب برای دفع ادرار یا تمایل ناگهانی و شدید و متعاقب آن بی اختیاری ادراری زمان ورود به منزل، شنیدن صدای آب یا مسیر دستشویی - وجود بی اختیاری مدفوع</p> <p>در افراد علامت دار معاینه و بررسی و شدت علائم را تعیین کنید : معاینه با اسپکولوم و معاینه دو دستی از نظر قدرت عضلات کف لکن ، وجود حساسیت یا توده لگنی، اندازه، شکل و حدود رحم و تخمدانها</p> <p>ارزیابی از نظر بیرون زدگی احشای لگنی (پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اورتوسل و گرید آن در دو حالت استراحت و زور زدن و تعیین نوع و شدت پرولاپس ، پرولاپس پیشرفته(بیرون زدگی از هایمن)، وجود آتروفی واژن، کوچک شدن لابیای مینور</p> <p>تعیین شدت مشکل از نظر بی اختیاری ادراری(استفاده از پد یا پوشک برای جلوگیری از خیس شدن ،تعداد دفع ادرار، حجم ، زمان شروع بی اختیاری و عوامل تشدید کننده ، بیدار شدن از خواب شبانه جهت دفع ادرار)</p> <p>وجود تب، لرز، درد لگنی از نظر عفونت ادراری و آمیزشی</p>	<p>بی اختیاری همراه با یکی از موارد زیر: توده لگنی، هماچوری، درد، علائم نورولوژیک، فیستول</p> <p>بی اختیاری مدفوعی یا دفع گاز</p> <p>بی اختیاری ادراری حاد با همراه بیماری زمینه ای یا همراه مصرف دارو</p> <p>پرولاپس پایین تر از هایمن یا پرولاپس علامت دار : وجود هر نوع پرولاپس (رکتوسل، سیستوسل، پرولاپس رحمی، پروسی دنشیا) پایین تر از سطح هایمن در معاینه با یا بدون علائم احساس فشار واژینال یا علائم ادراری یا مدفوعی ویا اختلالات سکسوال (آثار سوء برارگاسم و رضایت جنسی)</p> <p>بی اختیاری ادراری بدون بیماری زمینه ای: - بی اختیاری استرسی ادرار (بی اختیاری ادرار در حال افزایش فشار داخل شکمی سرفه، عطسه، ورزش، پرش،...) - بی اختیاری اضطرابی ادرار: تمایل ناگهانی و شدید به دفع ادرار در شرایط خاص - بی اختیاری ادراری مختلط</p> <p>مثانه بیش فعال (اضطراب ادراری ، بی اختیاری اضطرابی ، تکرر ادرار)</p>	<p>ارجاع فوری به سطح تخصصی</p> <p>آموزش : دفع برنامه ریزی شده مدفوع (توالت رفتن در ساعتی خاص از هر روز بعد از صرف خوراکی)، توصیه های غذایی و افزایش مصرف فیبر برای بهبود یبوست ، آموزش انجام تمرین کگل</p> <p>ارجاع به پزشک برای بررسی بیماریهای مزمن زمینه ای و داروهای مصرفی و تصمیم برای ارجاع تخصصی دارو ، بررسی و تصمیم به ارجاع تخصصی فوری یا غیر فوری بر حسب نوع و شدت و حدت علائم</p> <p>آموزش - تغییر شیوه زندگی(کاهش وزن، ورزش، رفع یبوست با افزایش مصرف فیبر و توصیه های غذایی، ترک استعمال دخانیات ، ترک مصرف نوشیدنی های الکلی ، کاهش مصرف نوشیدنی کافئین دار و کربنات دار (مانند آب گاز دار) ، در صورت مصرف داروی ادرار آور توصیه به مصرف دارو در روز به جای شب - آموزش تقویت عضلات کف لکن - در صورت ورم اندام تحتانی، بالا نگهداشتن پاها از سطح بدن بعد از ظهر ها - آموزش تکنیک های رفتاری : تخلیه ادرار برنامه ریزی شده، آموزش مثانه با افزایش تدریجی فواصل زمانی دفع ادرار از یک ساعت تا ۳ یا ۴ ساعت، دریافت کافی مایعات، کاهش مصرف مایعات قبل از خواب - وقتی اضطراب ادرار رخ می دهد، آرام بایستد ، نفس عمیق بکشد عضلات لگنی را منقبض کند و بعد از گذر موج اضطراب به آرامی بطرف توالت حرکت کند. - ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به توصیه های آموزشی، شدت مشکل، ابتلا به بیماری زمینه ای یا مصرف دارو، نیاز به درمان هورمونی - درمان موضعی با لوپریکانتها و روغنها در صورت وجود علائم آتروفی واژن و در صورت لزوم هورمون درمانی موضعی با استفاده از کرم واژینال استروژن به میزان یک گرم در روز ۵ بار در هفته - مراقبت ممتد بر اساس دستور پزشک - ارجاع تخصصی برای تصمیم گیری درمانی (هورمون درمانی یا پساری یا جراحی) در صورت وجود پرولاپس از سطح هایمن پایین تر یا وجود علائم ادراری یا مدفوعی یا سکسوال</p>
<p>هر گونه پرولاپس (پرولاپس رحمی یا سیستوسل یا رکتوسل یا پروسی دنشیا) در معاینه بدون علامت : افراد در معرض خطر بدون شکایت، علائم و نشانه : سن بالا ، یائسگی ، چاقی، استعمال دخانیات ، سابقه هیستریکتومی، عادات نوشیدنی(مصرف زیاد کافئین، الکل ، آب گازدار)، مصرف دارو، وجود بیماری زمینه ای، بارداری</p>	<p>زنان بدون عامل خطر، بدون شکایت، علامت یا نشانه</p>	<p>- آموزش شیوه زندگی سالم(رژیم غذایی مناسب، اجتناب از هرگونه افزایش فشار داخل شکم از جمله یبوست یا انجام کار سنگین، پرهیز از مصرف سیگار و الکل، توصیه به فعالیت بدنی) - آموزش انجام تمرینات تقویت عضلات کف لکن - خودداری از انجام کار با افزایش فشار داخل شکمی - ارزیابی دوره ای از نظر پیشرفت پرولاپس ویا ایجاد علائم اختلالات ادراری- مدفوعی - تاکید به معاینات دوره ای یا مراجعه در صورت بروز علائم</p>
<p>آموزش و توصیه برای ارتقاء شیوه زندگی توصیه به انجام تمرینات تقویت عضلات کف لکن (کگل)</p>		

شلی عضلات کف لگن و عوارض آن در دوره یائسگی

در دوره یائسگی با مجموعه ای از اختلالات اوروژنیتال مواجهیم که بر کیفیت زندگی زنان اثر می گذارند. عمده این اختلالات عبارتند از: شلی عضلات کف لگن و پرولاپس ارگانهای لگنی، آتروفی واژن و ولو و پیشابراه ، بی اختیاری ادراری ، بی اختیاری مدفوعی

تغییرات بافتی واژن ناشی از کاهش استروژن ناشی از منوپوز شامل موارد زیر است: کاهش جریان خون، کاهش ضخامت موکوزال، کاهش کلاژن بافت و افزایش PH آن و نهایتاً آتروفی دستگاه ادراری تناسلی اورتریت به همراه دیزوری، بی اختیاری فوریتی و تکرر ادرار بیشتر نتیجه نازک شدن مخاط پیشابراه و مثانه و عفونتهای مکرر ادراری می شود که بطور موثری از طریق درمان استروژنی داخل واژن در زنان یائسه قابل پیشگیری هستند .

برخلاف آتروفی واژن، ولو و پیشابراه که تحت تاثیر مستقیم کاهش استروژن در دوره یائسگی اتفاق می افتد، پرولاپس ارگانهای لگنی ناشی از یائسگی و کمبود استروژن نیستند، اما در دوره گذار یا نسگی و پس از آن با توجه به آتروفی دستگاه اوروژنیتال، مشکل ساز شده و در صورت ایجاد مشکل و شکایت برای بیمار نیاز به ارجاع برای مداخله درمانی دارد.

پرولاپس ارگانهای لگنی

در واقع بیرون زدگی این ارگانها به فضای واژن می باشد . علایم این پرولاپس ها می تواند احساس فشار ، خروج توده ، اختلالات دفع ادرار/ مدفوع، اختلالات سکسوال و تاثیر منفی بر ف عالیهای روزانه ی ایشان باشد . با افزایش جمعیت میانسال رو به سالمندی ، شیوع این اختلالات افزایش خواهد داشت .

پرولاپس ارگانهای لگنی شامل سیستوسل، رکتوسل، انتروسل، پرولاپس راسی (پرولاپس رحمی ، پرولاپس اپکس یا راس رحم و سرویکس ، پرولاپس کاف واژن، پروسیدنشیا بیرون زدگی هر سه کمپارتمان و خروج کامل رحم به خارج از واژن

علایم بالینی:

- بیرون زدگی یا فشار واژینال یا علائم ادراری : شدت علائم با درجه پرولاپس مرتبط نیست علائم معمولاً صبح ها و در حالت درازکش کمتر است و در طی روز با فعالیت بیشتر می شود. در برخی موارد، ممکن است فرد مبتلا، بتواند ارگان بیرون زده از واژن را ببیند. این حالت معمولاً زمانی است که پرولاپس از حدود پرده بکارت به خارج عبور کند. بیرون زدگی احشا ممکن است باعث بروز ترشحات مزمن یا خونریزی ناشی از زخم شدن ارگان بیرون زده شود .

-علایم ادراری: جریان ضعیف ادرار ، نیاز به دستکاری یا تغییر وضعیت پرولاپس جهت بهبود دفع ادرار ، حس تخلیه ناکامل ادراری ، و در موارد نادر هم احتباس کامل ادراری گردد. خطر مثانه بیش فعال (اضطرار ادراری ، بی اختیاری اضطراری ، تکرر ادرار، شب ادراری، یا بی اختیاری ادراری

-علائم مدفوعی : یبوست و احساس دفع ناکامل مدفوع، اضطرار مدفوعی ، بی اختیاری مدفوعی، علائم دفع انسدادی (زور زدن، نیاز به دستکاری انگشتی جهت دفع کامل)، بی اختیاری مدفوعی یا گاز در زمان مقاربت

- تاثیر بر عملکرد جنسی : پرولاپس ممکن است به دلیل ایجاد اختلال در بدنی، همراه با کاهش تمایل جنسی یا دیس پارونی و آثار سوء بر ارگاسم یا رضایت جنسی باشد. بعضی از زنان خصوصاً آنهایی که در زمان فعالیت جنسی دچار بی اختیاری ادراری یا دفع بی اختیار گاز یا بی اختیاری مدفوعی می شوند اذعان می کنند که بدلیل ترس از شرمساری یا ناراحتی حین مقاربت، از مقاربت گریز دارند.

- درد هنگام مقاربت

تشخیص: پرولاپس فقط با بررسی بالینی تشخیص داده می شود.

- مشاهده در وضعیت دورسال لیتوتومی در دو حالت استراحت و حداکثر زور زدن ، بیرون زدگی دیواره های واژینال /یا سرویکس بیرون زدگی رکتوم بررسی می شود.
- معاینه: معاینه با اسپکولوم و معاینه دودستی بیمار در حالت دورسال لیتوتومی انجام می شود. برای معاینه از نظر پرولاپس اپیکال (پرولاپس سرویکس/کاف واژن) با خروج تدریجی اسپکولوم هرگونه نزول اپکس بررسی می شود .

درمان: در صورتی که پرولاپس همرا با علائم ادراری یا مدفوعی یا سکسوال نباشد، توصیه های آموزشی و بهبود شیوه زندگی کافی است. اما در زنان مبتلا به پرولاپس علامت دار، یا در صورتی که پرولاپس از سطح هایمن پایین تر باشد، ارجاع برای درمان ضرورت دارد. درمان با دو روش پساری و جراحی انجام می شود و تصمیم گیری در مورد روش درمان با جراح زنان است. پساری وسیله ای برای محافظت از بیرون زدگی ارگانهای لگنی است و می تواند قبل از اقدام به درمانهای جراحی کمک کننده باشد. پساری یک روش های محافظه کارانه مدیریت پرولاپس می باشد. در صورتی که به نحو صحیح جاگذاری شود معمولا باعث بهبود سریع علائم پرولاپس می شود و به صورت کوتاه مدت و دراز مدت قابل استفاده است.

بی اختیاری ادراری

بی اختیاری ادراری، هر گونه نشت غیر ارادی ادرار است . میزان نشت ادرار از چند قطره تا تخلیه کامل ادرار می تواند باشد.

- بی اختیاری استرسی ادرار Stress incontinence: نشت بی اختیار ادرار در زمان افزایش فشار داخل شکمی (سرفه ، عطسه ، خنده ، پرش و رزش و...)

-بی اختیاری فوریتی ادرار Urge incontinence: تمایل ناگهانی و شدید به دفع ادرار و عدم توانایی به تعویق انداختن دفع ادرار در موقعیتهای خاص مانند ورود به دستشویی و متعاقب آن بی اختیاری ادرار

عوامل خطر: عوامل زیر در ایجاد یا تشدید بی اختیاری ادراری موثرند: افزایش سن ،منوپوز ،هیستریکتومی (بدلیل تخریب اتصالات عضلانی- فاشیال سرویکس یه لیگامان یوترو ساکرال) ، چاقی، بیماری مزمن و زمینه ای (پارکینسون، دمانس، سکتة مغزی، افسردگی و نارسایی احتقانی قلبی)، داروهای دیورتیک، عفونت ادراری، تب، لرز، درد لگنی و هماچوری ، استعمال دخانیات ،عادات نوشیدنی محرک مانند کافئین

تشخیص:

بررسی حجم و دفعات دفع ادرار : دفع ادرار بیشتر از ۸ بار در روز و دو بار یا بیشتر در شب (شب ادراری یا ناکچوری) و با حجم کلی بیشتر از ۱۸۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت غیرطبیعی است.

بررسی عفونت ادراری، هماچوری و دیابت

معاینه شکم از نظر توده های فشارنده و معاینه ی لگن از نظر وضعیت عضلات کف لگن ، وجود توده یا پرولاپس پیشرفته (پایین تر از هایمن)، آتروفی واژن و کوچک شدن لایبیا مینور یا ظاهر رنگ پریده ی آن ، معاینه ی دو دستی از نظر اندازه ، شکل و حدود رحم و وضعیت تخمدان ها و وجود تندر نس ناشی از ضایعه واژینال، بررسی قدرت عضله ی پوبوکوکسیژیوس در معاینه دو انگشتی با فشار بر انگشتان معاینه گر در زمان انجام معاینه دو دستی

پیشگیری: ورزش کگل در ضمن حاملگی و پس از آن ، حفظ وزن مناسب و انجام تمرینات ورزشی منظم از اقدامات مفید پیشگیرانه می باشد.

درمان: اصول درمان اولیه بی اختیاری ادراری شامل موارد زیر است :

- رفع مشکلات زمینه ای و تغییر داروهای مصرفی در صورت امکان ، مصرف دیورتیک (داروی ادرار آور) بعداز ظهرها ، بالا نگاه داشتن پاها در صورت تورم اندام تحتانی
- تغییر عادات و شیوه زندگی: درمان یبوست با استفاده از توصیه های غذایی و افزایش مصرف فیبر ، دریافت کافی مایعات ، کاهش مصرف مایعات قبل از خواب دریافت کافی مایعات با تاکید بر کاهش حجم مایع دریافتی خصوصا در ساعات نزدیک به خواب ، قطع هر نوع نوشیدنی یا خوراکی که باعث تشدید علائم میشود (چاشنی های تند ، خوراکیهای ترش)، کاهش مصرف کافئین (قهوه و نوشابه ها)، توصیه به کاهش وزن و انجام تمرینات ورزشی
- آموزش تکنیک های رفتاری و آموزش مثانه : آموزش مثانه به همراه ورزش های کف لگن معمولا بصورت ترکیبی با تغییرات رژیم غذایی و شیوه زندگی استفاده می شود و در زنان با بی اختیاری فوریتی بیشترین تاثیر را دارد. در بعضی زنان با بی اختیاری استرسی که در حجم های بالایی از مثانه دچار بی اختیاری استرسی می شوند هم می تواند موثر باشد .
- آموزش مثانه با زمان بندی ادرار کردن شروع می شود . بدین ترتیب که با داشتن یک جدول زمان بندی دفعات دفع ادرار، کمترین فاصله بین ادرار کردن ها را مشخص می کنند و با آن زمان بندی آموزش مثانه شروع می شود. بعنوان مثال در شروع هر یک ساعت ادرار می کند، بعد از آن زمان را تدریجا افزایش می دهد تا وقتی به ۳ تا ۴ ساعت برسد که ایده آل است. وقتی بیمار بتواند با همین فواصل بدون بی اختیاری ادراری ، دفع ادرار را داشته باشد فاصله ی بین دفعات ادرار کردن ۱۵ دقیقه افزایش می یابد و این فواصل تدریجا افزایش می یابد و زمانی که این فواصل به ۳-۴ ساعت بدون بی اختیاری ادرار برسند آموزش مثانه موفق بوده است . معمولا زمان آموزش موفقیت آمیز حدود ۶ هفته می باشد و بیماران در این مدت نیاز به تشویق و اطمینان از روند درمان علیرغم بی اختیاری ادرار در بعضی مراحل دارند . پس از شروع درمان دارویی توسط پزشک ، بهبود علائم ممکن است بین ۴ تا حداکثر ۱۲ هفته خود را نشان بدهد .
- در فواصل دفع ادرار با استفاده از تکنیک های پرت کردن حواس یا تکنیک های تن آرامی همراه انقباضات سریع عضلات کف لگن کنترل می شود به عنوان مثال با شمارش معکوس از ۱۰۰ یا تنفس عمیق، موج فوریت ادرار کنترل می شود. برای درمان اضطراب ادرار توصیه کنید که بیمار آرام بایستد ، نفس عمیق بکشد.
- تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل (هفته ای ۳-۴ بارو هر بار سه نوبت پیوسته و هر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم) توصیه اولیه شامل ۳ دوره ی انقباضات عضلات کف لگن شامل ۸-۱۲ انقباض که هر کدام ۱۰-۸ ثانیه به طول بینجامد ، سه بار در روز تکرار می شود ، این ورزش را باید هر روز تا حداقل ۱۵-۲۰ هفته انجام دهند . نحوه ی اطمینان از تکافوی انقباضات و صحت ورزش بدین گونه است که : معاینه گر با معاینه یک یا دو انگشتی واژینال از بیمار می خواهد که همان عضلاتی را که برای ممانعت از خروج گاز روده استفاده می کند منقبض کند . زنانی که می توانند این عضلات را منقبض کنند، کگل را به درستی انجام داده اند.
- درمان آتروفی ژنیتال : هورمون درمانی موضعی با استفاده از کرم واژینال استروژن به میزان یک گرم در روز ۵ بار در هفته

ارجاع: ارجاع به پزشک برای بررسی و اقدام در موارد زیر: بررسی و رفع مشکلات و بیماریهای زمینه ای از جمله: کنترل دیابت (رساندن قند خون به حداقل ممکن در بیمار دیابتی)، درمان عفونت ادراری و سایر بیماریها، تغییر نوع داروی مصرفی در صورت امکان، در صورت عدم پاسخ به درمان معمول یا همراهی بیماری زمینه ای از جمله بیماری دیابت، عفونت ادراری و تناسلی یا وجود پرولاپس ارگانهای لگنی یا نیاز به درمانهای هورمونی و دارویی ارجاع تخصصی ضرورت دارد.

- ارجاع فوری در موارد زیر: توده لگنی، هماچوری، درد، علائم نورولوژیک، فیستول

بی اختیاری مدفوعی

بی اختیاری مدفوعی یکی از موربیدیتی های باروری محسوب می شود. برخی دلایل طبی و داروها نیز این مشکل را ایجاد می کنند. روند بارداری و زایمان غیر استاندارد مانند طولانی شدن فاز دوم زایمان یا استفاده از فورسپس و واکيوم می تواند بر ایجاد آسیب اسفنکتری تاثیر بگذارد. اقدامات اولیه لازم عبارتند از:

آموزش:

- آموزش انجام ورزش کگل یک اقدام پیشگیرانه است که می توان از زایمان اول آن را توصیه نمود.
- در صورت وجود بی اختیاری مدفوعی یا گاز به علت شلی اسفنکتر مقعد، دفع برنامه ریزی شده مدفوع می تواند کمک کننده باشد. (توالیت رفتن در ساعتی خاص از هرروز بعداز صرف خوراکی).
- همچنین لازم است درمان یبوست انجام شود.

ارجاع:

- در صورت وجود بیماری یا مصرف دارو، بیمار برای بررسی بیشتر از نظر نوع بیماریهای مزمن زمینه ای و نوع داروهای مصرفی شامل بیماریها و داروهای زیر به پزشک ارجاع گردد:
- ابتلا به بیماری: پارکینسون، دمانس، سابقه سکتة مغزی، افسردگی، نارسایی احتقانی قلب، اضطراب، دیابت، عفونت ادرار، اختلالات شناختی، اختلالات نورولوژیک
- مصرف دارو: داروهای آنتی هیستامین (کلرفنیرامین، دیمین هیدرینات،...)، شل کننده عضلات اسکلتی (بکلوفن، متوکاربامول،...)، ضد افسردگی (دلوکستین)، ضد آریتمی، آنتی کولینرژیک، ضداحتقان (فنیل افرین)، اپیوئیدها (کدئین، مورفین)، کافئین، الکل، بنزو دیازپین (کلر دیاز پوکساید، کلوناز پام،...)، آنتی سایکوتیک ها (کلرپرومازین، کلوزاپین،...)

خونریزی غیر طبیعی رحمی در دوره باروری و یائسگی در زنان میانسال غیر باردار

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
وضعیت علایم حیاتی و حال عمومی بیمار را بررسی کنید: - آیا خونریزی به اندازه ای شدید است که علانم حیاتی و حال عمومی بیمار دچار اختلال شده باشد؟ اگر اقدام اورژانس لازم نیست، برای تصمیم گیری موارد زیر را در تاریخچه باروری و سوابق فرد مورد توجه قرار دهید: سن (سن باروری یا دوران یائسگی)، سن شروع قاعدگی ، وجود فعالیت جنسی ، تعداد زایمانهای قبلی ، تاریخ آخرین قاعدگی ، سابقه یا مصرف روش پیشگیری از بار داری، بارداری یا احتمال بارداری ، تاخیر قاعدگی) و علت آن ، سابقه آمنوره طولانی مدت، علانم یائسگی	خونریزی شدید ناگهانی Acute Bleeding با اختلال در علانم حیاتی (اختلال همودینامیک یا شوک هموراژیک به علت خونریزی حاد)	انجام اقدامات اولیه برای اصلاح وضعیت همودینامیک و ارجاع فوری به سطح ۲ برای درمان دارویی و بررسی دلیل خونریزی پس از تثبیت وضعیت بیمار و اقدامات لازم برای دیپلانتاسیون کورتاژ یا جراحی
هرگونه خونریزی واژینال در دوره بارداری و پس از زایمان	یکی از موارد زیر در دوران یائسگی: خونریزی زیاد در یائسگی ، هر گونه خونریزی یا لکه بینی بعد از ۶ ماه قطع قاعدگی در دوران یائسگی بدون هورمون درمانی ، خونریزی غیر طبیعی پس از یائسگی قطعی یا بدون هورمون درمانی جایگزین، خونریزی حین انجام HRT خونریزی همراه با مصرف تاموکسیفن	ارجاع تخصصی برای بررسی علل ساختاری رحمی (ضایعات بدخیم یا توده های خوش خیم رحم: سرطان آندومتر ، هیپر پلازی آندومتر، لیومیوما، پولیپ آندومتر) شامل سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین ضخامت آندومتر و تعیین میزان ریسک بر اساس ضخامت آندومتر ، بیوپسی آندومتر و انجام اقدامات درمانی مربوطه
شرح حال دقیق الگوی قاعدگی (طول قاعدگی، نظم قاعدگی - شدت خونریزی - تعداد تامپون های استفاده شده در هر روز- تاثیر خونریزی بر کیفیت زندگی - دفع لخته) - دیسمنوره - تغییر الگوی خونریزی	وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی قابل لمس در معاینه / یا پاپ اسمیر مشکوک به بدخیمی/ یا اچ پی وی مثبت ۱۶ و ۱۸	ارجاع جهت بررسی علل ساختاری دهانه رحم (پولیپ سرویکس، انجام کولپوسکوپی جهت بررسی ضایعات بدخیم یا پیش بدخیم سرویکس)
سوابق پزشکی فردی و خانوادگی را از نظر عوامل خطر و بیماریهای زمینه ای بررسی کنید:	خونریزی حجیم قاعدگی، همراهی با دیسمنوره و یا دردهای مزمن لگنی در دوره باروری	ارجاع جهت بررسی از نظر آندومیوزیس
سابقه خونریزی شدید در منارک یا سابقه خونریزی بعد زایمان شدید، یا مرتبط با جراحی یا دندانیژی یا وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر : خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، گیو د شگی یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لته یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی علایم خونریزی آمنوره طولانی در سن زیر ۴۰ سال بدون استفاده از روشهای هورمونی پیشگیری بارداری	سابقه خونریزی شدید در منارک یا سابقه خونریزی بعد زایمان شدید، یا مرتبط با جراحی یا دندانیژی یا وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر : خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، گیو د شگی یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لته یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی علایم خونریزی آمنوره طولانی در سن زیر ۴۰ سال بدون استفاده از روشهای هورمونی پیشگیری بارداری	ارجاع برای بررسی POF و یائسگی زود هنگام پس از رد بارداری
خونریزی یا لکه بینی بعد از مقاربت خونریزی نامنظم رحمی یا خونریزی زیاد به صورت افزایش حجم یا مدت یا کاهش فواصل قاعدگیها (تکرار شده به مدت بیش از سه دوره قاعدگی) یا لکه بینی بین قاعدگیها	خونریزی غیر طبیعی رحمی همراه با تخمک گذاری (Ovulatory): دوران یائسگی: خونریزی زیاد و حجیم و سنگین قاعدگی (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی ، دفع لخته در قاعدگی ، قاعدگی طولانی مدت بیش از دو هفته ، و احساس ضعف و بیحالی در قاعدگی) در یا دوره باروری: منوراژی (هیپر منوره، منومتوراژی، پلی منوره) با طول مدت ، فواصل و حجم خونریزی نامنظم و قابل پیش بینی	بررسی از نظر ضایعات خوش خیم یا بدخیم واژن و سرویکس : معاینه واژینال دقیق بررسی از نظر ضایعات دهانه رحم ، خشکی واژن، واژینیت آتروفیک، سروسیسیت و پولیپ ، آزمایش: انجام پاپ اسمیر ارجاع بر حسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر
خونریزی غیر طبیعی رحمی همراه با تخمک گذاری (Ovulatory): دوران یائسگی: خونریزی زیاد و حجیم و سنگین قاعدگی (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی ، دفع لخته در قاعدگی ، قاعدگی طولانی مدت بیش از دو هفته ، و احساس ضعف و بیحالی در قاعدگی) در یا دوره باروری: منوراژی (هیپر منوره، منومتوراژی، پلی منوره) با طول مدت ، فواصل و حجم خونریزی نامنظم و قابل پیش بینی	اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری (anovulatory): خونریزی قاعدگی غیر طبیعی از آمنوره ، الیگو منوره، هیپو منوره تا خونریزی غیر منظم و شدید در حوالی یائسگی با مشخصات زیر: طول مدت نامنظم ، حجم خونریزی غیر قابل پیش بینی ، معمولا بدون علانم پیش قاعدگی PMS	درمان پس از رد حاملگی: LD (در دوره باروری در افراد مایل به پیشگیری از بارداری) ، یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۲ هفته و ادامه درمان تا ۳ ماه
خونریزی غیر طبیعی در دوره باروری در افراد فعال از نظر جنسی (تاخیر قاعدگی کمتر از ۳ ماه)	خونریزی غیر طبیعی در دوره باروری در افراد فعال از نظر جنسی (تاخیر قاعدگی کمتر از ۳ ماه)	درمان پس از رد حاملگی: LD (در دوره باروری در افراد مایل به پیشگیری از بارداری) ، یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۲ هفته و ادامه درمان تا ۳ ماه
تاخیر قاعدگی بیشتر از ۳ ماه (آمنوره) : ۱۲-۳ ماه	خونریزی قاعدگی طبیعی در دوره باروری یا دوران گذار یائسگی یا آمنوره ناشی از منوپوز یا بی نظمی قاعدگی بدون خونریزی شدید در دوران گذار یائسگی بدون عامل خطر یا بیماری یائسگی قطعی: تاخیر قاعدگی (آمنوره) بیش از یک سال	ارجاع در صورت لزوم تهیه نمونه پاپ اسمیر بررسی از نظر آمی (هموگلوبین و هماتوکریت) پلاکت و در صورت لزوم بررسی سایر اختلالات انعقادی
سوانوگرافی / بررسی نتایج تصویر برداری رحم و آدنکسها از نظر:	سوانوگرافی / بررسی نتایج تصویر برداری رحم و آدنکسها از نظر:	توصیه به رژیم غذایی مناسب و متعادل و تمرینات ورزشی منظم و پرهیز از سیگار و الکل ، کنترل وزن، آموزش باروری سالم در صورت لزوم ، آموزش تمرینات کگل، آموزش در مورد پدیده طبیعی منوپوز و خونریزی های دوران یائسگی، معاینه و آموزش سالانه مشاوره و آموزش ، توصیه به تغییر شیوه زندگی بررسی علانم و عوارض یائسگی (پروتکل یائسگی)

توجه: این پروتکل برای خونریزیهای غیر طبیعی در زنان میانسال غیر باردار است . برای خونریزیهای دوره بارداری و پس از زایمان مطابق پروتکل اداره سلامت مادران اقدام گردد.

خونریزی غیر طبیعی رحمی در زنان ۵۹-۳۰ سال

خونریزی غیرطبیعی رحمی یکی از مشکلات شایع زنان در دوره باروری و یائسگی است. ۳۰-۳ درصد زنان در سن تولید مثل یا باروری، خونریزی غیرطبیعی رحمی را تجربه می کنند. تعداد زیادی از این زنان به سیستم های بهداشتی، مراجعه نمی کنند. بیشترین تغییرات سیکل قاعدگی به علت شیوع بالای عدم تخمک گذاری، در دو دوره از زندگی باروری زنان اتفاق می افتد: دوره منارک و دوره قبل از منوپوز. سایر خونریزیهای غیرطبیعی واژینال ممکن است به دلایل ساختاری یا عملکردی اتفاق بیفتد. این راهنما به نحوه مدیریت خونریزیهای غیر طبیعی واژینال در دوره باروری و یائسگی زنان غیر باردار اختصاص دارد. خونریزیهای مربوط به بارداری و زایمان در این راهنما مد نظر قرار نگرفته است.

سیکل قاعدگی: آشنایی کامل با دوره طبیعی قاعدگی، جهت شناسایی و درمان بی نظمی قاعدگی و الگوی غیر طبیعی قاعدگی ضروری می باشد. هر سیکل قاعدگی در فاصله ۲۱-۳۸ روز اتفاق می افتد. برای یک سیکل قاعدگی نرمال هماهنگی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز - تخمدان لازم است. در طی فاز فولیکولار، فولیکول غالب تحت نظارت هورمون محرک فولیکول (FSH) انتخاب شده و با تولید استروژن باعث ساخته شدن، رشد و پرولیفراسیون اندومتر اتفاق می افتد. با افزایش استروژن فراتر از آستانه لازم، هورمون محرک لوتئینیزان (LH) تولید شده و تخمک گذاری اتفاق می افتد. پس از آن کورپوس لوتئوم شروع به تولید پروژسترون می کند که اندومتر را به فاز ترشحاتی تبدیل می کند. اگر حاملگی صورت نگیرد کورپوس لوتئوم تحلیل رفته و سطح هورمون های استروژن و پروژسترون کاهش یافته و قاعدگی صورت می پذیرد. پنجاه درصد ریزش اندومتر در ۲۴ ساعت اول صورت گرفته و بدنبال آن انقباض عروق مارپیچی در لایه بازال اندومتر تحت تاثیر پروستاگلاندین و اندوتلین باعث توقف خونریزی قاعدگی میشود. در صورت وجود نا هماهنگی بین افزایش و کاهش استروژن و پروژسترون، خونریزی غیرطبیعی ایجاد میشود. مثلاً در سیکل های بدون تخمک گذاری که افزایش استروژن و پرولیفراسیون اندومتر بدون افزایش پروژسترون داریم، ثبات و پایداری اندومتر ایجاد نمی شود و ریزش بدون برنامه و نامنظم اندومتر در اثر پرولیفراسیون بیش از حد آن ایجاد می شود.

ویژگی های سیکل نرمال قاعدگی:

طول قاعدگی: ۴/۵-۸ روز

فواصل قاعدگی: ۲۴-۳۸ روز که می تواند تفاوت فواصل از یک سیکل به سیکل دیگر تا به اضافه ۲ یا منهای دو روز باشد.

حجم خون از دست رفته در هر سیکل ۸۰-۵ میلی لیتر است.

خونریزی غیر طبیعی قاعدگی زمانی است که:

- سیکل قاعدگی کمتر از ۲۱ روز باشد (پلی منوره)
- سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد (اولیگومنوره)
- حجم خونریزی بیشتر از ۸۰CC باشد (منوراژی که امروزه به آن خونریزی حجیم می گویند)
- خونریزی نامنظم باشد (مترووراژی)
- خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومترووراژی)

- لکه بینی در طول سیکل یا بعد از مقاربت وجود داشته باشد.

انواع خونریزی غیرطبیعی واژینال: به طور کلی می توان خونریزی رحمی را به دو دسته عملکردی (غیر ساختاری) و ساختاری (آناتومیک) تقسیم کرد:

۱. علل آناتومیک شامل پولیپ سرویکس و پولیپ آندومتر، آدنومیوزیس، لیومیومای رحمی، بدخیمی های دستگاه تناسلی می شود. در دوران یائسگی باید بدخیمی ها را مد نظر قرار داد. در صورت خونریزی لازم است علل آناتومیک مورد بررسی قرار گرفته و در صورت وجود هر یک از علل ساختاری، بیمار برای درمان به سطح تخصصی ارجاع گردد.
 ۲. علل عملکردی شامل اختلالات انعقادی، اختلال تخمک گذاری، علل اندومتریال مانند عفونتها و هیپرترفی آندومتر، علل ایاتروژنیک مانند استفاده از داروهای ضد انعقاد یا داروهای هورمونی یا ایو دی می باشد.
- تقسیم بندی دیگر حاد یا مزمن بودن خونریزی است:

- خونریزی غیرطبیعی مزمن خونریزی غیرطبیعی از نظر میزان خونریزی است که بیمار بیش از شش ماه درگیر آن بوده است.
- خونریزی غیر طبیعی حاد: یک اپیزود شدید خونریزی می باشد که پزشک را نیازمند انجام یک مداخله جهت کاهش یا توقف خونریزی می کند. ارزیابی اولیه در بیماران مراجعه کننده با خونریزی حاد باید شامل بررسی علائم حیاتی و ثبات وضعیت بیمار باشد. همچنین بررسی علائم انمی (شرح حال سردرد و خستگی و سرگیجه) اهمیت دارد.

ارزیابی خونریزی غیر طبیعی واژینال: پس از تایید خونریزی از کانال سرویکال، باید شدت خونریزی و علل آن مشخص و ارزیابیهای زیر برای طبقه بندی انجام شود:

۱. شرح حال و سوابق: در شرح حال بیماران مراجعه کننده با خونریزی، توجه به نکات زیر جهت تعیین علت دقیق خونریزی مهم می باشد:
 - شدت و حدت و حال عمومی و علائم حیاتی
 - تعیین وضعیت بارداری: در تمام بیماران مراجعه کننده با خونریزی حاد و مزمن در سنین تولید مثل حتما باید حاملگی و عوارض آن رد شود.
 - تاخیر قاعدگی، مصرف OCP و روشهای هورمونی پیشگیری از بارداری، استفاده از آی یو دی بررسی واز عدم حاملگی اطمینان حاصل شود.
 - سن منارک و منوپوز، شرح حال بارداری ها، زایمان ها
 - شرح حال دقیق قاعدگی (طول قاعدگی، نظم قاعدگی، شدت خونریزی، دیسمنوره، حجم خونریزی از نظر تعداد تامپون های استفاده شده در هر روز، تاثیر خونریزی بر کیفیت زندگی و دفع لخته)، ویژگی ها و الگوی قاعدگی و بررسی تغییرات جدید قاعدگی
 - شرح حال رابطه جنسی، سابقه بیماری عفونی منتقله جنسی، وجود یا عدم وجود تب و لرز، ترشحات بدبو، درد
 - تعیین وضعیت تخمک گذاری و سابقه تخمدان پلی کیستیک: خونریزی از نظر مدت، حجم، نظم و فواصل مورد بررسی قرار گیرد. در خونریزی ناشی از عدم تخمک گذاری معمولا حجم و طول مدت قاعدگی نامنظم است و اکثرا اپیزودهایی از امنوره اتفاق می افتد.
 - بررسی علل انعقادی و بیماریهای خونریزی دهنده: نظر کبود شدگی و سابقه فردی و خانوادگی اختلالات خونریزی دهنده
۲. شرح حال دارویی از نظر مصرف داروهای هورمونی، تاموکسیفن، داروهای گیاهی و فیتواستروژنها، داروهای ضد انعقاد مانند وارفارین و هپارین، روشهای پیشگیری از بارداری هورمونی و IUD

۳. معاینه: تیروئید ، ادرنال ، توده شکمی یا لگنی، بررسی نمایه توده بدنی ، علایم هیپراندرئوزنیسم، معاینه دو دستی لگن (در زنان مجرد معاینه رکتوواژینال توسط متخصص)

۴. بررسی پاراکلینیک:

- بر حسب مورد بررسی حاملگی، آنمی، بررسی مشکلات انعقادی، بررسی مشکلات هورمونی توسط پزشک انجام می گیرد.
- تهیه نمونه اچ پی وی / پاپ اسمیر برای بررسی آزمایشگاهی بدخیمی دهانه رحم ضرورت دارد.
- سونوگرافی برای بررسی آندومتر، میومتر و تخمدانها: سونوگرافی از نظر ضخامت آندومتر ، علل ساختاری رحمی ، وضعیت تخمدانها از نظر تخمدان پلی کیستیک ممکن است لازم باشد. در تعدادی از زنان پر خطر در دوران یائسگی، بر اساس سن و وزن و ژنتیک و سوابق خانوادگی نیاز به نمونه برداری آندومتر جهت رد ضایعات پیش بدخیم می باشد و انجام آن در همه زنان لزومی ندارد. در هر خونریزی پایدار و غیرقابل توجه و با عدم پاسخ به درمان دارویی بویژه در زنان پرخطر باید سونوگرافی و ارجاع تخصصی برای نمونه برداری آندومتر از نظر بدخیمی انجام شود. همچنین ارزیابی میومتر از نظر لیومیوم و آدنومیوزیس از طریق سونوگرافی ارزشمند است.

مدیریت خونریزی غیر طبیعی واژینال

خونریزی حاد واژینال: ارزیابی اولیه در بیماران مراجعه کننده با خونریزی حاد باید شامل بررسی علایم حیاتی و اقدام برای ثبات وضعیت بیمار باشد. اگر خونریزی شدید رحمی ، یعنی افزایش حجم خونریزی نسبت به قبل (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی) ، دفع لخته در قاعدگی ، قاعدگی طولانی مدت (بیش از دو هفته) و احساس ضعف و بیحالی در قاعدگی به صورتی باشد که وضعیت همو دینامیک بیمار را نیز دچار اختلال کرده باشد ، بیمار باید پس از اصلاح وضعیت همو دینامیک و ثبات علایم حیاتی برای تشخیص علت خونریزی و درمان هورمونی یا جراحی به سطح تخصصی ارجاع فوری شود.

در سطح تخصصی درمان دارویی شامل استروژن کونژوگه وریدی، قرص خوراکی ضد بارداری ترکیبی ، قرص های پروژسترونی و ترانگزامیک اسید می باشد. در بیماران با ناپایداری همودینامیک و عدم پاسخ به درمان دارویی و یا داشتن کنتراندیکاسیون برای درمان دارویی باید از درمان جراحی استفاده شود. درمان های جراحی شامل دیلاتاسیون و کورتاژ، آمبولیزاسیون شریان رحمی و هیستروکتومی می باشد که تصمیم گیری برای نوع جراحی بستگی به وضعیت بیمار و اتیولوژی زمینه ای و تمایل به بچه دار شدن در آینده دارد.

دیلاتاسیون و کورتاژ بدون هیستروسکوپی یک روش ارزیابی غیر موثر و ناکافی بوده و فقط با کاهش موقتی خونریزی همراه می باشد. بعد از کنترل اپیزود حاد خونریزی و تشخیص علت باید برای بیمار درمان نگهدارنده طولانی مدت در نظر گرفته شود و در سطح ۱ بر اساس نظر تخصصی پیگیری انجام شود.

خونریزی به علت اختلال تخمک گذاری: از جمله علل مهم خونریزی غیرطبیعی رحمی با علل غیر ساختاری در دوره باروری و یائسگی، خونریزی به علت اختلال تخمک گذاری است. این اختلال،

طیف وسیعی از خونریزی قاعدگی غیرطبیعی از امنوره تا خونریزی غیرمنظم و شدید را شامل می شود. اختلالات عدم تخمک گذاری در حوالی منارک و یائسگی شایعتر هستند. خونریزی رحمی عملکردی بصورت خونریزی غیرطبیعی با حجم بیشتر از ۸۰ سی سی یا طول مدت ۱۰-۷ روز و همچنین سیکل قاعدگی کوتاهتر از ۲۱ روز یا طولانی تر از ۴۵ روز تعریف می شود و ۹۰ درصد علل خونریزی سنین تولیدمثلی را شامل میشود. برای تشخیص خونریزی ناشی از عدم تخمک گذاری باید علل اناتومیک رد شود. اتیولوژی عدم تخمک گذاری از علل اندوکراین تا یاتروژنیک بسیار وسیع می باشد. در سن ۱۸-۱۲ سال عدم بلوغ محور هیپوتالاموس-هیپوفیز- تخمدان و در سن ۳۹-۱۹ سال علل اندوکراین و در سن بالای ۴۰ سال گذر به سمت یائسگی علل شایع عدم تخمک گذاری هستند

. به طور معمول با مشخصات خونریزی می توان به وجود عدم تخمک گذاری پی برد (خونریزی غیر طبیعی واژینال به صورت الیگو منوره، آمنوره، هیپو منوره با طول مدت نامنظم و حجم خونریزی غیر قابل پیش بینی و معمولاً بدون علائم پیش قاعدگی (PMS). درمان با قرص های هورمونی ترکیبی یا تنها به مدت سه دوره انجام می شود.

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

در دوران یائسگی، خونریزی غیرطبیعی یکی از مشکلات شایع زنان می باشد و زندگی شغلی و جنسی و احساسی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد. در زنانی که از طریق شرح حال و معاینه کامل و روش های تصویربرداری مناسب علل ساختاری رد می شود درمان دارویی به عنوان خط اول محسوب می شود.

۱. **استروژن تزریقی:** در خونریزی حاد می توان از مولتی دوز داروی کنتراسپتیو و مولتی دوز پروژسترون و ترانگزامیک اسید استفاده کرد.

توجه: در صورتی که علت خونریزی مشخص نیست و احتمال بدخیمی و نیاز به بررسی تشخیصی D&C وجود دارد، بهتر است مداخله هورمونی بویژه تزریقی صورت نگیرد و بیمار پس از تثبیت وضعیت به سطح تخصصی ارجاع شود.

۲. **قرص های ضد بارداری ترکیبی (OCP):** سه بار در روز به مدت یک هفته تجویز شود و سپس روزانه یک عدد تا ۲۱ روز داده میشود میتواند بصورت سیکلیک یا مداوم در ماههای بعدی تجویز شود..

کنتراندیکاسیون: حاملگی - حوادث قبلی یا فعلی ترومبومبولی - حوادث قلبی عروقی - مصرف سیگار - دیابت - افزایش فشارخون - کلستاز - حوادث عروقی مغز - کارسینوم پستان و کبد

۳. **پروژسترون خوراکی:**

- در خونریزی حاد: مدروکسی پروژسترون استات ۲۰ میلی گرم سه بار در روز به مدت یک هفته و سپس روزانه یک عدد به مدت سه هفته
- خونریزی حجیم و سنگین قاعدگی:

مدروکسی پروژسترون ۱۰-۲/۵ میلیگرم در بیماران بدون اختلال عملکرد تخمک گذاری، از روز ۲۱-۵ روزانه و در اختلال تخمک گذاری دو هفته در ماه روزانه یک عدد و تکرار این رژیم هر ماه

۴. **پروژسترون تزریقی:** دپومدروکسی پروژسترون استات با دوز ۱۵۰ میلیگرم هر سه ماه

کنتراندیکاسیون: حاملگی - افراد پرخطر برای حوادث قلبی عروقی - سکتة مغزی - حوادث قلبی یا فعلی عروق مغزی - حوادث فعلی یا قلبی کانسر پستان - تومور کبد
5. NSAIDs: ایبوپروفن ۸۰۰-۶۰۰ میلیگرم هر ۶-۴ ساعت بهتر است در همراهی با سایر داروها مصرف شوند.

کنتراندیکاسیون: حاملگی - خونریزی گوارشی - بیماری التهابی روده - اسه شدید - بیماری کلیوی - نارسایی قلبی - بعد از جراحی قلب باز
6. ترانگزامیک اسید: در خونریزی حاد یک تا ۳ گرم هر هشت ساعت بمدت پنج روز داده می شود.

کنتراندیکاسیون: در بیماران مبتلا به خونریزی شدید که تخمک گذاری دارند این دارو اندیکاسیون دارد. همچنین در بیماری اخیر یا قلبی ترومبوفیلیک - اختلالات بینایی اکتسابی نباید مصرف شود.
نکته مهم: در بیماران مبتلا به کواگولوپاتی ودر ریسک امبولی و DVT و تحت درمان با انتی کواگولان استفاده از قرص های ترکیبی هورمونی و ترانگزامیک اسید ممنوع است و ای یودی پروژسترونی به عنوان روش موثر کاهش خونریزی میباشد.

خونریزی رحمی بعد از یائسگی: در اکثر موارد علت خونریزی رحمی بعد از یائسگی بدلیل اتروفی اندومتر می باشد. در درصد قابل توجهی از بیماران یائسه مراجعه کننده با خونریزی، تشخیص کانسر اندومتر داده می شود که احتمال آن در زنان مسن تر، چاق، تحت درمان با استروژن بلامنازع، وجود دیابت و موربیدیتة های همراه دیگر افزایش پیدا می کند. این مساله ضرورت بیوپسی اندومتر در این بیماران را خاطر نشان می کند. قبل از توقف کامل دوره قاعدگی یعنی در دوره پری منوپوز، ممکن است اختلال قاعدگی حداکثر تا ۶ ماه وجود داشته باشد. اما در موارد زیر فرد مبتلا به اختلال قاعدگی در دوران گذار یائسگی باید ارجاع شود :

- در معرض خطر سرطان رحم باشد (عدم تخمک گذاری طولانی، سابقه سرطانهای خانوادگی، چاقی، دیابت، فشار خون بالا)
- خونریزی شدید یا مکرر: میزان خونریزی زیاد باشد (طولانی شدن دوره قاعدگی تا ۲ هفته و استفاده از تعداد زیاد نوار بهداشتی در شبانه روز)
- فرد بعد از قطع قاعدگی به مدت بیش از ۶ ماه بدون اینکه از هرگونه هورمون درمانی استفاده کرده باشد، مجددا دچار لکه بینی یا خونریزی گردد
- پس از دوره منوپوز به خونریزی غیر طبیعی رحمی مبتلا شود. این افراد چه تحت درمان هورمونی جایگزین باشند و چه نباشند، ریسک سرطان آندومتر (۱۰ در صد) در آنان باید مورد توجه قرار گرفته و بیمار برای بررسیهای لازم از جمله انجام سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندومتر ارجاع گردد. در صورت ضخامت اندومتر بیشتر از ۴ میلیمتر ارجاع شود.
- در بیمارانی که تاموکسیفن دریافت می کنند و مبتلا به خونریزی واژینال هستند، به عنوان رده اول اقدام تشخیصی بیوپسی آندومتر باید انجام گیرد، زیرا بافت رحم در اثر مصرف طولانی مدت تاموکسیفن تغییر کرده و سونوگرافی قادر به تعیین علت افزایش ضخامت جدار رحم نخواهد بود.

اختلال عملکرد جنسی در دوره باروری و یائسگی زنان میانسال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>۱. پس از Normalization و فراهم کردن زمینه لازم، با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی و با کسب اجازه از مراجعہ کننده سوال کنید:</p> <p>- آیا فعالیت جنسی دارد؟</p> <p>- وضعیت کلی رابطه زناشویی (احساس رضایت کلی و کیفیت زندگی زناشویی فرد و همسرش) چگونه است؟</p> <p>۲. در صورت عدم رضایت از رابطه زناشویی، شرح حال اختصاصی را تکمیل کنید:</p> <p>- سن و دوره زندگی، مدت زمان ابتلا، زمان شروع مشکل (از ابتدای نوجوانی وجود داشته است یا به تازگی ایجاد شده است؟)</p> <p>- وضعیت چرخه پاسخ جنسی در زوجین را بررسی کنید.</p> <p>مشکل مربوط به مراجعہ کننده است یا همسر وی مشکل دارد؟</p> <p>به موارد زیر در شرح حال و سوابق مراجعہ کننده توجه کنید:</p> <p>سن و دوره های زندگی (حاملگی، شیردهی، یائسگی و علائم و عوارض همراه)، روابط بین فردی با زوج، وضعیت فعلی رابطه جنسی، وجود درد یا واژینیسموس در زمان نزدیکی، سوابق فعالیت جنسی، شرایط فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی، اندازه های تن سنجی، وضعیت شیوه زندگی، سوابق پزشکی: بیماریها و شرایط مزمن جسمی و روانی، سوابق دارویی / الکل و مواد</p> <p>معاینه و بررسی کنید:</p> <p>سلامت ناحیه ژنییتال را از نظر خشکی و فرازیلیتی واژن، درد و واژینیسموس هنگام معاینه، شلی عضلات کف لگن در معاینه، عفونت و زخم، چسبندگی، اسکار (...)) را بررسی کنید.</p>	<p>علل فیزیولوژیک و بیولوژیک و ارگانیکی: مشکلات نورولوژیک، بیماری قلبی عروقی، دیابت، اختلالات اورورژنییتال، اختلالات هورمونی مردانه یا زنانه، مشکلات عروقی ناحیه ژنییتال، نارسایی کلیه و کبد، بیماری عضلانی اسکلتی در هر یک از زوجین، پرولاپس شدید ارگانهای لگنی</p> <p>درد ناحیه تناسلی (لیکن اسکروزیس، سندرم شوگرن و...)، چسبندگی و اسکار جراحی پستانها و ناحیه ژنییتال، توده های شکمی، اندومتریوز، پرولاپس، رکتوسل، سرطانهای واژن و سرویکس، واژینیسموس (درد و انقباض غیر ارادی واژن هنگام نزدیکی) و لودینی، درد درونی یا درد عمقی در ناحیه زیر شکم و لگن یا درد به دلایل روانی</p> <p>اختلال ناشی از مصرف دارو (ضد فشار خون، ضد دیابت، آنتی هیستامینها، مخدرها، دیورتیکها، ضد سرطان، مهار کننده آروماتاز، ضد افسردگی SSRI و آرام بخشها و مواد محرک الکل و مواد مخدر، سایتمیدین، آنتی استروژن، آنتی اندروژن، ضد اشتها)</p> <p>علل روانی: سابقه سوء استفاده و ترومای جنسی، خصوصیات شخصیتی مانند شخصیت وابسته، و باورهای جنسی، خیانت همسر، افسردگی، اضطراب، اعتیاد اختلال ناشی از اختلالات مزمن روانی: ابتلا به افسردگی و اضطراب، اختلال اولیه در هر یک از مراحل چرخه پاسخ جنسی</p>	<p>آموزش: توجه: بهبود نگرش فرد نسبت به عملکرد جنسی برای ایجاد انگیزه پیگیری درمان در فرد، رفع موانع فردی و محیطی برای اصلاح روابط بین فردی و عاطفی زوجین و پیگیری تأثیر مداخلات</p> <p>ارجاع به پزشک برای بررسی، اطمینان بخشی، آموزش و استفاده از داروهای جایگزین آموزش در خصوص اثرات نامطلوب داروها و در صورت عدم امکان جایگزین کردن داروهای دیگر مشاوره برای تطابق با عوارض دارو و مقایسه عوارض دارو با منافع آن</p> <p>ارجاع به روانشناس در صورت مصرف الکل و مواد مخدر و وجود افسردگی برای درمان زوجین، روان درمانی فردی، آگاه سازی بدنی، ریلکسیشن، ارجاع به روانشناس یا درمانگر جنسی یا روانپزشک در صورت درد و واژینیسموس با علت نامشخص یا درد ناشی از مشکلات روانی یا سابقه تجربه ناخوشایند جنسی، خشونت و تجاوز جنسی</p> <p>ارجاع تخصصی به متخصص مربوطه شامل: روانپزشک، متخصص داخلی، جراح زنان، اورولوژیست، جراح بر حسب مورد با هماهنگی پزشک پیگیری: پاسخ به درمان سطح ۲ هر سه ماه</p>
<p>اختلال ثانوی به تغییرات جسمی دوران یائسگی: وجود علائم یائسگی (کاهش تون عضلات و سایز پستان، تاخیر در تحریک و لوبریکه شدن واژن و درد ناشی از خشکی واژن، کاهش الاستی سیتی واژن، کاهش پرخونی عروقی واژن، آتروفی ژنییتال، کاهش تمایل، تاخیر در ارگاسم) درد و ترس از عفونت آمیزشی: بارتولینیت، زخمهای تناسلی دردناک ناشی از عفونتهای آمیزشی(کلامیدیا، هرپس، اچ پی وی و زخم در ناحیه تناسلی)</p>	<p>اختلال تصویر بدنی و عدم اعتماد به نفس ناشی از شیوه زندگی ناسالم: چاقی یا لاغری/ افزایش یا کاهش وزن/ بی اشتها/ کمبود ویتامینی/ رژیم غذایی / تغذیه نامطلوب، فعالیت فیزیکی ناکافی، استعمال سیگار، الکل یا مواد مخدر</p>	<p>آموزش تغییر رفتار جنسی: پیش نوازی برای آماده سازی بدن برای ترشح روان کننده طبیعی واژن، انتخاب موقعیت های جنسی راحت برای کاهش درد، توصیه به زنان یائسه برای ادرار کردن بعد از مقاربت، حفظ سلامت جنسی با انجام چک آپ های به موقع برای عفونت لگن و عفونت ادراری، تمرینات کگل و بیوفیدبک کف لگن- درمان با توجه به شدت و علت درد برابر پروتکل های مربوطه برای دیس پارونی ناشی از خشکی واژن، واژینیسموس لوبریکانتها و مرطوب کننده ها / دیپلاتاتورها / استروژن واژینال برای خشکی و آتروفی واژینال، درمان عفونتهای آمیزشی</p> <p>پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه، ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان</p>
<p>علل اجتماعی فرهنگی: سطح پایین آموزش، باورهای غلط فرهنگی و ارزشهای خانوادگی، تابوهای اجتماعی روابط خانوادگی و شرایط زندگی نامطلوب، حضور سایرین در محل زندگی، نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در دوران یائسگی و...، خستگی مزمن، استرس ها</p>	<p>علل ارتباط بین فردی: عملکرد شریک جنسی یا همسر، نداشتن همسر، کیفیت رابطه با همسر، نبود شرایط لازم از نظر فضای فیزیکی محرمانه، اختلال رابطه به دنبال حاملگی، زایمان، تولد فرزند و شیردهی بدون سابقه اختلال یا مشکلات دیگر،</p>	<p>آموزش و مشاوره با زوجین برای بهبود روابط خانوادگی، رفع استرسهای ناشی از زایمان و تولد فرزند، رفع ترس از ارتباط جنسی بعد از زایمان طبیعی</p>
<p>رضایت از کیفیت رابطه زناشویی</p>	<p>اطمینان بخشی، اصلاح باورهای غلط، آموزش در باره حفظ وضع موجود، برقراری رابطه صمیمانه با همسر و رفع موانع فرهنگی و اجتماعی، آموزش در خصوص ارتباط جنسی سالم و ایمن، تاکید بر لزوم مطرح کردن مشکلات احتمالی با همسر برای کارکنان بهداشتی و اطلاع رسانی درباره کمک مرکز به وی در صورت نیاز به کمک</p>	<p>آموزش و مشاوره برای بهبود شیوه زندگی، ورزش کگل برای تقویت عضلات و احساس سلامت و اعتماد به نفسو بهبود تصویر بدنی، ادامه آمیزش جنسی برای ایجاد پرخونی واژن و رفع خشکی واژن</p> <p>درمان لوبریکانتها، پیگیری پاسخ به درمان هر سه ماه، ارجاع در صورت عدم پاسخ</p>

اختلال عملکرد جنسی در دوره باروری و یائسگی زنان میانسال

سلامت جنسی عبارت از سلامت کامل جسمی، روانی، و اجتماعی در تمام امور مربوط به باروری و آمیزش است و صرفاً نبود بیماری را شامل نمی‌گردد. رویکرد مثبت و احترام آمیز به روابط جنسی و مسائل مرتبط با آن اهمیت دارد و افراد چه مرد و چه زن باید قادر باشند در زندگی جنسی و روابط زناشویی خود احساس رضایت و امنیت داشته باشند.

اختلال در روابط زناشویی: روابط زناشویی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. رضایت از روابط زناشویی به استحکام روابط زوجین، سلامت روانی آنها و استحکام خانواده کمک می‌کند. از طرف دیگر وجود رفتارهای خشونت آمیز جنسی همه ابعاد زندگی و سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

اختلال عملکرد جنسی در زنان شایعتر از مردان بوده و در مطالعات مختلف ارقام مختلفی بر حسب مشخصات دموگرافیک، سطح اجتماعی اقتصادی، میزان سواد و... گزارش شده است.

اختلال عملکرد جنسی در روابط زناشویی به مشکلاتی اطلاق می‌شود که حین یک رابطه جنسی بین زوجین و در هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی برای مردان یا زنان مانع تجربه رضایت بخش از رابطه جنسی می‌گردد. این اختلال شایع بوده و در برخی گزارشها، بیش از ۴۰ درصد زوجین وجود درجاتی از مشکل را ذکر می‌کنند. رضایت جنسی، نقش مهمی در افزایش اعتماد به نفس و افزایش کیفیت زندگی زنان ایفا می‌کند. از طرف دیگر، اختلالات جنسی همراه با تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری سبب کاهش کیفیت زندگی در زنان می‌گردد.

انواع طبقه بندی در اختلال عملکرد جنسی: طبقه بندی مشکلات جنسی به ساده سازی آن برای پیدا کردن مشکل اصلی و تسهیل دستیابی به راهکار صحیح برای رفع مشکل کمک می‌کند، اما باید به هم پوشانی بین مشکلات مختلف جنسی، همزمانی چند عامل ارگانیک و روانی و اجتماعی در زوجین و کو موربیدیتی بین اجزای چرخه جنسی در هر یک از آنان توجه داشت. انواع طبقه بندی اختلال به صورت زیر است

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

- فراگیر / موقعیتی: در برخی موارد اختلال عملکرد جنسی فراگیر است به این معنی که در هر زمان و مکان و موقعیت و با هر فرد به عنوان شریک جنسی وجود دارد اما در دیگر موارد، مشکل فرد در موقعیتهای خاص یعنی در مکان، زمان یا شرایط ویژه (situational) ایجاد می‌شود.

-خفیف/ متوسط / شدید: شدت اختلال نیز متفاوت است و آن را می‌توان به خفیف و متوسط و شدید تقسیم بندی کرد.

- مردانه / زنانه/ هردو : تقسیم بندی دیگر تفکیک اختلال عملکرد جنسی با علل مردانه یا زنانه است. اختلال عملکرد جنسی (کژکاری جنسی) هم در مردان و هم در زنان و در همه گروههای سنی ممکن است وجود داشته باشد. در دوره یائسگی زنان و دوره اندروپوز در مردان این اختلال شایع است. به نحوی که اختلالات جنسی یکی از مشکلات شایع زنان در حوالی یائسگی و پس از آن می‌باشد. شیوع اختلالات جنسی در بین زنان یائسه در مطالعات مختلف به ۶۸ تا ۸۶٪ آنان می‌رسد. دو سوم زنان ایرانی در سن یائسگی از این اختلال رنج می‌برند.

- طبقه بندی از نظر علل اختلال (ارگانیک/ سایکولوژیک/ مختلط یا هردو) : با توجه به پیچیدگی اتیولوژی اختلال از نظر عوامل جسمی، دارویی، بیماریهای زمینه ای، علل بیولوژیک، فیزیولوژیک، روانی، فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی یا ترکیبی از علل فوق، می‌توان اختلال عملکرد جنسی را طبقه بندی کرد و مسیر تشخیص و درمان را با توجه به علت یا علل اصلی پیش برد.

- طبقه بندی از نظر نوع اختلال: به طور کلی برای ارزیابی اختلال عملکرد جنسی طبقه بندی زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

۱. اختلال در یک یا چند مرحله از مراحل چرخه پاسخ جنسی (۱. تحریک یا میل جنسی ۲. برانگیختگی ۳. مرحله ارگاسم ۴. مرحله فرونشینی)

۲. اختلالات درد جنسی حین انجام مقاربت (دیس پارونیا و واژینیسموس)

اختلال عملکرد در چرخه پاسخ جنسی :: این مشکلات عبارتند از:

-HSDD (hypoactive sexual desire disorder) اختلال در تمایل جنسی

-اختلال در تحریک جنسی یا برانگیختگی: این اختلال غالباً با HSDD همراه است. در زنان به صورت Sexual Female Arousal D (لغزندگی واژن در زنان) و در مردان به صورت Erectile Disorder (اختلال نعوظ در مردان) بروز می کند.

-اختلالات ارگاسم (اغلب با اختلالات تحریک جنسی همراه است) Female Orgasmic D اختلال ارگاسمی در زنان و Premature (Early) Ejaculation در مردان

-اختلال درد (دیس پارونی / واژینیسموس)

عوامل موثر بر sexuality و عملکرد جنسی:

فعالیت جنسی حاصل تعامل پیچیده عوامل بیولوژیک، اجتماعی، فرهنگی و روان شناختی است و کژکاری جنسی در بسیاری از موارد با ارزشها، شخصیت فردی، تصویر بدنی و تصویر فردی، ارتباطات اجتماعی، جنسیت، نحوه بروز احساسات ارتباط دارد. در اتیولوژی این اختلال، علل فیزیولوژیک مانند کاهش هورمون استروژن در دوره یائسگی، علل روانی، علل مرتبط با شیوه ی زندگی، روابط بین فردی، مسائل فرهنگی و باورها و اعتقادات حاکم بر جامعه از عوامل موثر بر بروز اختلال عملکرد جنسی زنان مطرح شده است.

در برخی موارد کژکاری جنسی یک بیماری نیست بلکه علامتی از بیماری ها یا مشکلات دیگر است. در اکثر افراد مبتلا، ترکیبی از عوامل روانشناختی و جسمی وجود دارد. بدین ترتیب علل و عوامل اختلالات جنسی گسترده و پیچیده بوده و به طور کلی موارد زیر را شامل می شود:

۱. علل اجتماعی فرهنگی: سطح پایین آموزش، باورهای غلط فرهنگی و ارزشهای خانوادگی، تابوهای اجتماعی

۲. علل ارتباطی: عملکرد شریک جنسی یا همسر، کیفیت رابطه با همسر، مشکلات اخیر با همسر، بچه دار شدن، خیانت یا رابطه خارج از ازدواج همسر، نبود شرایط لازم از نظر فضای فیزیکی محرمانه، مداخلات فرد ثالث در روابط

۳. علل جسمی: مشکلات نورولوژیک، بیماری قلبی عروقی، دیابت، اختلالات اورژنیتال، اختلالات هورمونی یا عروقی ناحیه ژنیتال، جراحی، مشکلات ژنیتال دوران یائسگی، اثرات داروها

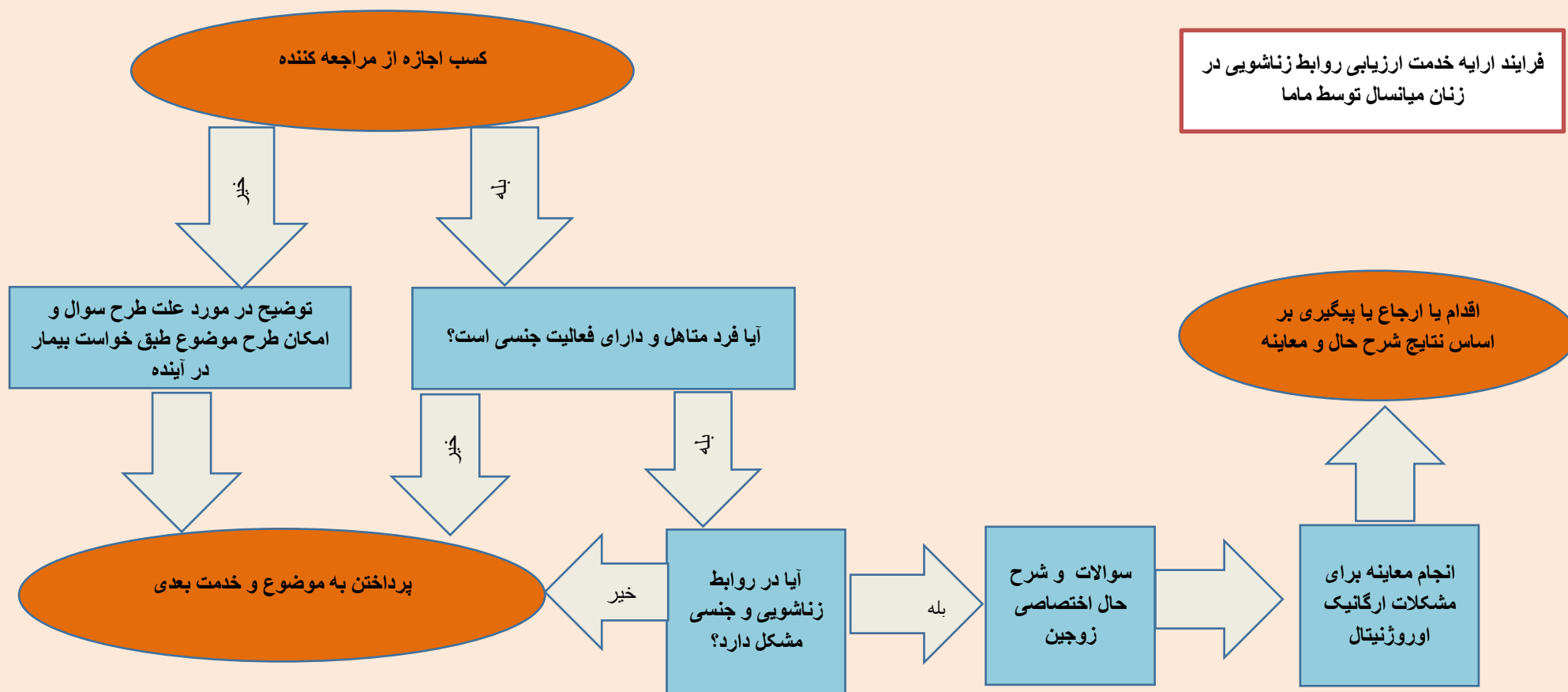
۴. علل روانی: افسردگی، اضطراب، سابقه سوء استفاده جنسی، باورهای جنسی

هر دسته از علل فوق می توانند در یک مرحله یا بیشتر از یک مرحله از مراحل چرخه جنسی تاثیر گذار باشد.

اصول ارائه خدمات:

در همه حال و در همه مراحل ارائه خدمت، به اصول مشاوره و رعایت حقوق مراجعه کننده توجه و ملاحظات زیر را مد نظر قرار دهید:

- تضمین رعایت حریم خصوصی، امنیت فیزیکی محیط (Privacy /Security)
- تضمین و اطمینان بخشی به مراجعه کننده در خصوص اصل محرمانگی، رازداری (Confidentiality)
- فراهم کردن شرایط برای ارائه توضیحات و بیان احساسات توسط مراجعه کننده
- پرهیز از قضاوت اخلاقی و مذهبی و احساسات مراجعه کننده (Nonjudgmental)



مراحل ارائه خدمت :

۱- کسب اجازه از مراجعہ کننده (Permission) و برخورد محترمانه با مراجعہ کننده (Greeting)

۲- ارائه توضیحات اولیه مختصر (Limited Information) و آغاز صحبت توسط ارائه دهنده خدمت

۳- علت یابی : شرح حال، سوابق بیماری، شرح حال دارویی و معاینه انجام شود. ابتدا بین علل ارگانیک و روانی و اجتماعی افتراق بدهید. همچنین در هر صورت وجود مشکلات ارتباطی با همسر یا سایر مشکلات خانوادگی و اجتماعی را بررسی کنید. مشکلات ارتباطی با همسر می تواند به طور اولیه دلیل اختلال عملکرد زناشویی یا ثانوی به اختلال باشد و سیکل معیوبی در سلامت و کیفیت زندگی ایجاد نماید. در همه حال به علل مرکب توجه داشته باشید، ممکن است فرد بطور همزمان به دو یا چند مشکل جسمی یا روانی یا اجتماعی و ارتباطی یا ترکیبی از آنها مبتلا باشد که در روابط زناشویی او مشکلاتی ایجاد کرده باشند. همچنین توجه داشته باشید که ممکن است هریک از زوجین به تنهایی یا هر دو طرف به طور هم زمان دچار اختلال باشند.

در بررسی علل جسمی و بیولوژیک، علل مرتبط با شیوه زندگی، بیماریهای اورژنیتال، هورمونها، ابتلا به بیماریهای مختلف زمینه ای و داروهای مصرفی را مورد بررسی قرار دهید. در صورت وجود بیماری جسمی در ناحیه ژنیتال بر اساس راهنما، اقدام درمانی را انجام دهید یا برای درمان به پزشک ارجاع نمایید. در صورت وجود سایر بیماریهای جسمی یا اختلالات هورمونی یا مصرف دارو ها در فرد یا همسر وی ، بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

به طور کلی در ارزیابی، با پرسیدن سوالات مرتبط یا استفاده از اطلاعات موجود موارد زیر را مورد توجه قرار داده و شرح حال مراجعہ کننده را تکمیل نمایید.

سن و دوره زندگی مراجعہ کننده : زنان سالخورده نیز به لحاظ جنسی فعال بوده و نیاز جنسی دارند، اما ممکن است تمایل به بحث در مورد مشکلات را نداشته باشند. نیازهای جنسی زنان همراه با افزایش سن و یا در صورت وجود بیماری ها تغییر می کند. فعالیت ورزشی می تواند عملکرد جنسی زنان در این دوران را ارتقا بخشد. افزایش سن و مشکلات مربوط به دوره زندگی (منوپوز در زنان و یا آندروپوز در همسران آنان) می تواند اختلالاتی در روابط زناشویی و جنسی ایجاد نماید. همچنین دوران بارداری و شیردهی می تواند شرایط خاصی در روابط زناشویی زوجین ایجاد نماید.

مدت زمان ابتلا / اولیه یا ثانویه بودن مشکل: اگر از روابط جنسی خود رضایت ندارد آیا همیشه همینطور بوده است یا بعد اینطور شده است؟ چه مدت از شروع مشکل می گذرد؟

ناگهانی یا تدریجی بودن مشکل : مشکل ناگهانی بوده یا تدریجی ایجاد شده است ؟ علل ارگانیک معمولا شروع تدریجی و سیر مداوم دارند و در همه موقعیتهای اتفاق می افتند، اما عمده علل سایکولوژیک، ناگهانی، دارای سیر متغیر، موقعیتی و در سن پایین تر هستند.

موقعیتی بودن: آیا همیشگی است یا در موقعیتهای خاصی اتفاق می افتد؟

مردانه یا زنانه بودن مشکل: وضعیت عملکرد جنسی همسر یا شریک جنسی

عوامل اجتماعی: مشکلات اقتصادی، مشکلات شغلی، بیکاری، کار سنگین، نگرانی در مورد سرنوشت فرزندان، عقاید و سنت های فرهنگی- مذهبی، ترس از باردارشدن، ترس از بیماریهای مقاربتی و ... را در همه حال مورد توجه قرار دهید. این عوامل می توانند مسبب یا تشدید کننده تعارضات زناشویی و اختلال روابط جنسی باشند .

وضعیت روابط بین فردی زوجین: سن ازدواج، روش انتخاب زوج، تمایلات و ارتباطات پیش از ازدواج، رابطه عاطفی فعلی، تماسهای روزانه با همسر، تعارضات و اختلافات زناشویی و نحوه حل آنها، مرگ همسر، طلاق اخیر، مشکلات مالی، روابط خارج از ازدواج، سابقه بیماریهای مقاربتی یا وجود بیماری مقاربتی، تجارب غیر معمول جنسی

(موارد اخیر باید در صورت لزوم و با رعایت اصول فرهنگی و مذهبی و رعایت شرایط مراجعه کننده مورد بررسی قرار گیرد)

وضعیت فعلی رابطه جنسی: مکان و فرکانس رابطه جنسی، آماده سازی قبل از رابطه جنسی، زوج فعال در رابطه، متد پیشگیری از بارداری و تمایل زوجین به فرزند آوری، تمرکز و توجه موقع رابطه جنسی، استرس، نظرات اعتقادی و فرهنگی درباره ارتباط جنسی، مشکل در رابطه بین فردی با همسر، روابط خارج از ازدواج، احساس گناه، جذاب نبودن فرد یا همسر، تصویر بدنی نامناسب در اثر جراحی هایی نظیر برداشتن یک عضو، بی اختیاری ادراری، تغییر رنگ بدن، کاهش توده و قوای عضلانی و میزان اعتماد به نفس

سوابق فعالیت جنسی در دوره های قبلی زندگی، اختلال هویت جنسی، سابقه سوئ استفاده جنسی، آسیبهای جنسی قبلی

وجود درد یا واژینیسموس در زمان نزدیکی: درد به علل مختلف از جمله در اندومتریوز، آتروفی واژن در زنان یائسه، درد ناشی از مداخلات جراحی ژنیتال، درد ناشی از عفونتهای آمیزشی مثل هرپس و به وجود می آید. در صورت وجود درد، توصیف کامل درد، محل درد، زمان درد، شدت درد و طول مدت آن مهم است. درد هنگام نزدیکی و دخول احتمال اختلالات فیزیکی را مطرح می کند. درد در هنگام مقاربت به هر علتی ایجاد شده باشد، منجر به شروع آبخاری از علائم جنسی ناخوشایند می شود.

یائسگی و علائم و عوارض همراه: گر چه در برخی موارد، در دوران یائسگی، ممکن است افزایش فعالیت جنسی مشاهده گردد، اما مسایل فرهنگی و اجتماعی، علائم یائسگی، عوارض یائسگی، بیماریهای ناشی از افزایش سن همراه با دوران یائسگی می تواند مشکلاتی در عملکرد جنسی زنان ایجاد نماید. موارد زیر از جمله مشکلات دوران یائسگی برای برقراری ارتباط جنسی است: خشکی واژن، آتروفی Vulvovaginal، شلی عضلات کف لگن، بی اختیاری ادراری و سایر اختلالات اوروژنیتال، عوارض جراحی ژنیتال مانند کوتاه شدن واژن، سیستیت و واژینیت، تغییرات هورمونی یائسگی

بیماریهای غدد و هورمونها: اختلالات تیروئید، حاملگی، هایپر پرولاکتینمی، نارسایی زودرس تخمدان، اورفورکتومی دوطرفه و یائسگی

نکته: برخلاف یائسگی طبیعی، در زنانی که اورفورکتومی دوطرفه انجام شده که هم فقدان استروژن و هم فقدان آندروژن تخمدانی وجود دارد، علی رغم استروژن درمانی جایگزین، سطح رضایت جنسی بعد از جراحی در مقایسه با زنانی که یائسگی طبیعی داشته اند یا در جراحی آنها، یک تخمدان یا هردو تخمدان نگه داشته شده است، به علت کمبود آندروژن به طور واضحی کاهش می یابد.

سوابق پزشکی، بیماریها و شرایط مزمن ارگانیک: بیماریهای ارگانیک و هرگونه بیماری یا شرایط مزمن دیگر به دلایل مختلف از جمله تاثیر بیماری بر تصویر بدنی body image واز دست رفتن احساس زنانگی و جذابیت زنانه، ترس از عود بیماری یا ترس از مرگ و نگرانی و اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری، ایجاد مانع حرکتی، ایجاد اختلالات حسی، تاثیر جراحی ها و سایر درمانها و داروها، اثرات کمبود یا افزایش هورمونها بر چرخه پاسخ جنسی و... در ایجاد اختلال عملکرد جنسی تاثیر گذارند. معاینه جسمی برای بررسی خصوصیات ثانویه جنسی، وضعیت موها و موی زاید و توزیع چربی بدن، اندازه گیری فشارخون، و بررسی سایر بیماریهای مزمن زمینه ای ضرورت دارد. همچنین معاینه ژنیتال برای توجه به ضایعات درناک ناحیه تناسلی مانند وجود زخم، وجود وزیکول هرپسی، آتروفی ولوواژینال و اسکارهای عمل جراحی و... ضروری است. مهمترین بیماریهای ارگانیک و شرایط خاص جسمانی موثر بر ارتباط جنسی عبارتند از:

- بیماریهای ناتوان کننده ارگانهای حیاتی مانند بیماری قلبی عروقی، ریوی، کلیوی بویژه بیمارانی دیالیزی

- بیماریهای نورولوژیک نظیر مالتیپل اسکلروزیس (MS)، پارکینسون، اپی لپسی و عوارض داروهای آنتی اپی لپتیک
- بیماریهای موسکولواسکلتال نظیر انواع آرتريت، ابتلا به معلوليتها، اختلالات حرکتی
- بیماریها و شرایط خاص متابولیک مانند دیابت، چاقی، سوء تغذیه
- بیماری های سیستمیک مثل انواع سرطان بویژه سرطان های ژنیکولوژیک و پستان و عوارض جراحی و سایر درمان های مربوط به سرطان مانند نارسایی تخمدان بعد از شیمی درمانی سرطان پستان

سوابق دارویی: مصرف دارو ها، الکل و مواد مخدر و عوارض جانبی دارو ها سالیان دراز چه به صورت بالینی، چه در تحقیقات مورد کم توجهی قرار گرفته بودند. داروهای زیر در ایجاد اختلال عملکرد جنسی نقش دارند و بر یکی از مراحل چرخه جنسی تاثیر می گذارند:

داروهای ضد فشارخون، داروهای ضد دیابت، داروهای ضد افسردگی، آنتی هیستامینها، داروهای خواب آور و آرام بخش، داروهای ضد اشتها، داروهای شیمی درمانی سرطانها، داروهای ضد آندروژن و داروهای ضد استروژن، مهارکننده های آروماتاز در نجات یافتگان از سرطان پستان به علت آتروفی و لولوژینال، مهارکننده های بازجذب سروتونین SSRI در بیماران مبتلا به افسردگی، نورولپتیک ها و آنتی سایکوتیک ها همراه با اختلال عملکرد جنسی در زنان و مردان می باشند. مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر و افیونی عارضه سوء مصرف مواد و الکل مثل فقدان میل جنسی در مصرف کنندگان اپیوم یا مثل آنورگاسمی در خانمی که داروهای ضد افسردگی مصرف می کند.

سوابق سایکولوژیک یا روانشناختی: افسردگی، اختلالات اضطرابی و فوبیها، اختلال وسواسی جبری، سایکوزها: عقاید هذیانی در ارتباط با رابطه جنسی، اختلال علامت جسمی، شکایت از یک یا چند علامت جسمی (از جمله آنورگاسمی یا درد ناحیه تناسلی یا درد موقع کوئیتوس) همراه با مشکل جسمی واقعی (مثلا افتادگی رحم) یا بدون مشکل جسمی واقعی با مراجعات پزشکی و اقدامات پاراکلینیک متعدد و مکرر و درمان های مختلف

۴- بررسی چرخه پاسخ جنسی در زوجین: طبقه بندی بر اساس مراحل چرخه جنسی یک روش مناسب برای طبقه بندی مشکل بوده و جمع بندی و ساده سازی همه بررسیها در این طبقه بندی قابل انجام است. چرخه پاسخ جنسی شامل ۴ مرحله میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و فرونشینی می باشد. اختلال عملکرد جنسی می تواند به مشکلات میل جنسی HSDD، مشکل در مرحله تحریک و برانگیختگی، درد و مشکلات ارگاسم تقسیم شود.

مراحل چرخه جنسی و کژکارکردهای آن: مراحل چرخه جنسی شامل مرحله میل جنسی (Desire/Libido/Appetitive)، مرحله برانگیختگی (Excitement)، مرحله ارگاسم (Orgasm) و مرحله فرونشینی (Resolution) می باشد. در هر مرحله ممکن است اختلالاتی در هر یک از زوجین وجود داشته باشد. این گروه بندی ها اغلب با یکدیگر همپوشانی دارند. برای تشخیص انواع کژکارکردی های جنسی بر اساس طبقه بندی DSM-5، وجود مشخصات زیر ضرورت دارد:

۱. طول مدت علائم باید حداقل ۶ ماه باشد. (ملاک B) و مشکل جنسی باید همراه با ناراحتی بالینی چشمگیری برای فرد باشد. (ملاک C)
۲. در صورتی که مشکلات جنسی بر اساس قضاوت بالینی ناشی از تحریک ناکافی باشد، بر اساس طبقه بندی DSM-5 تشخیص کژکاری یا اختلال عملکرد جنسی گذاشته نمی شود.

به منظور تسهیل درمان و ترجیحات مراقبتهای درمانی، مشکل بیمار بر اساس چرخه پاسخ جنسی در زن و مرد طبقه بندی می شود. اما توجه به نکات زیر ضروری است:

- اختلال در هر یک از مراحل چرخه پاسخ جنسی می تواند دلایل بیولوژیک و ارگانیک، یا روانی یا ارتباطی یا مخلوطی از آنها داشته باشد.

- ممکن است در بیش از یک مرحله از مراحل چرخه پاسخ جنسی مشکل وجود داشته باشد.

اختلال درد تناسلی لگنی / دخول (DYSpareunia/Vaginismus / Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder) / درد هنگام نزدیکی (دیسپارونیا) به درد ناحیه تناسلی حین

یا بعد از رابطه جنسی گفته می شود. علل درد متفاوت است و می تواند منجر به بروز تنش و ناراحتی در روابط زوجین شود. درد هنگام نزدیکی در هر دو جنس رخ می دهد، اما در بین خانمها شایع تر

است. محل درد، چگونگی و شدت درد، زمان درد، طول مدت درد، تندرست در لمس یا در تماس با لباس، درد در معاینه انگشتی یا معاینه با اسپکولوم و استفاده از تامپون، میزان نرمی و رطوبت واژن

در زمان مقاربت مواردی هستند که در بررسی درد باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین در معاینه توجه به ضایعات درناک ناحیه تناسلی مانند وجود زخم، وجود وزیکول هرپسی؛ اسکارهای عمل جراحی

و... باید توجه کرد. محل درد ممکن است در تعیین علت درد موثر باشد.

اقدامات

به دلیل چند عاملی بودن اختلال عملکرد جنسی، اقدامات درمانی برای اختلالات جنسی نیز شامل یک رویکرد چند وجهی است که به مسائل پزشکی و ارگانیک، روانی و روابط بین زوجین مربوط می

شود. اقدامات اصلی شامل موارد زیر است:

آموزش: نا دانسته ها در خصوص روابط زناشویی و رابطه جنسی بسیارند. لذا بر حسب مشکلات شناسایی شده در ارزیابی اطلاعات لازم را در اختیار مراجعه کننده قرار دهید. موارد زیر در ارزیابی آموزشها

اهمیت دارد:

ارایه اطلاعات لازم در مورد تغییرات طبیعی مربوط به دوره های خاصی از زندگی مانند رابطه جنسی در دوران یائسگی، حاملگی، شیردهی و... ممکن است برخی نگرانی ها را کاهش داده و نگرش نسبت

به رابطه زناشویی را در زوجین بهبود ببخشد.

در دوران یائسگی، آموزش جنسی متناسب با شرایط فرهنگی و با در نظر گرفتن ارزشهای حاکم بر هر جامعه، می تواند در ارتقای عملکرد جنسی زنان یایسه موثر واقع شود. آموزش Kegel exercises

می تواند عملکرد جنسی زنان یائسه را بهبود بخشد. فعالیت بدنی و ورزشی در دوران یائسگی می تواند در بهبود عملکرد جنسی این دوران موثر واقع شود و ترغیب به انجام آن توصیه می گردد.

در صورت وجود مشکل ارتباطی در عملکرد شریک جنسی به بیمار کمک کنید تا به شریک جنسی خود آموزش دهد که او برای تحریک شدن به چه چیزی نیاز دارد. بعضی از مشکلات جنسی ممکن

است ناشی از تحریک ناکافی باشد و با توصیه های آموزشی و حل مشکل ارتباطی بین زوجین به بهبود مشکل کمک خواهد شد.

برای درمان درد، انجام تمرینات کگل، تغییر رفتار جنسی، استفاده از لوبریکانت (روان کننده) برای روان سازی رابطه جنسی، پیش نوازی برای آماده سازی بدن برای ترشح روان کننده طبیعی واژن،

انتخاب موقعیت های جنسی راحت برای کاهش درد، حفظ سلامت جنسی با انجام چک آپ های به موقع برای عفونت لگن و عفونت ادراری، درمان عفونت آمیزشی، درمان مشکلات پوستی ناحیه ژنیتال

و ارجاع برای مشاوره با یک درمانگر جنسی در صورت وجود سابقه تجربه ناخوشایند و تجاوز و ارجاع به جراح در موارد مرتبط با علل جراحی باید مد نظر قرار گیرد.

سایر مداخلات بالینی تنها در صورتی پیشنهاد داده می شود، که فرد از برخی جنبه های عملکرد جنسی به طور واضح نارضایتی داشته باشد و در ارزیابی، در طبقه بندی خاصی قرار گرفته باشد. اگر اختلال روانی است، برای روان درمانی و ارتباط بین زوجین را به روانشناس ارجاع دهید و در صورت مشکلات ارگانیک، بیماریهای زمینه ای یا مصرف داروها به پزشک ارجاع دهید. در صورتی که بیمار نیاز به ارجاع دارد، عوامل مهمی همچون توانایی ارایه دهنده خدمت، دسترسی بیمار به خدمات مورد نظر و اراده او برای مراجعه باید مدنظر قرار گرفته و با توجه به جمیع جهات مداخله مناسب تعیین گردد.

همانطور که گفته شد، در همه حال ممکن است چند عامل به طور همزمان مشکل اختلال در عملکرد جنسی و روابط زناشویی را ایجاد کرده باشند. بعلاوه ممکن است هریک از مراحل چرخه پاسخ جنسی بطور اولیه دارای اختلال باشند یا هر یک از مراحل تحت تاثیر یک یا چند عامل از عوامل شناسایی شده قرار بگیرند.

عملکرد جنسی زنان یائسه و نحوه برخورد با آن: زنان پس از پایان دوره باروری و ورود به دوره یائسگی، به دلیل موانع فرهنگی یا باور غلط، تمایلی به بیان مشکلات جنسی خود با پزشک، ماما یا کارمند بهداشتی ندارند. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید مطلع باشند که اگرچه تمایل، تحریک، ارگاسم و رضایت مندی همراه با افزایش سن کاهش می یابد، زنان سالخورده نیز نیاز جنسی دارند و به لحاظ جنسی فعال هستند، اما ممکن است تمایل به بحث در مورد مشکلات را نداشته باشند.

ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید به تغییرات نیازهای جنسی زنان همراه با افزایش سن و یا وجود بیماری ها حساس باشند و سابقه ای از غربالگری جنسی به عنوان بخشی از تاریخچه پزشکی زنان یائسه تهیه نمایند آموزش لازم در مورد تغییرات نیازهای جنسی به علت افزایش سن و مداخلات درمانی باید تنها در صورتی که بیمار در مورد مشکل خود اظهار ناراحتی می کند انجام شود. اگر زنان با کاهش میل جنسی مواجه شده اند ولی در این مورد شکایتی ندارند، مداخله ای مورد نیاز نمی باشد. باید توجه داشت که در صورت برخورد مناسب با مراجعه کننده و رعایت اصول لازم در پرسش از وجود اختلال، مشخص خواهد شد که شکایت از کاهش میل جنسی در زنان میانسال و یائسه شایع است. آموزش متناسب با شرایط فرهنگی و با در نظر گرفتن ارزشهای حاکم بر جامعه، می تواند در ارتقا عملکرد جنسی و روابط زناشویی زنان یائسه موثر واقع شود.

علاوه بر افزایش سن، وجود شریک جنسی، سلامت و عملکرد او بر روی عملکرد جنسی زنان اثر می گذارد. جذابیت همسر و رضایت مندی کلی از زندگی مشترک جنسی سبب بهبود عملکرد جنسی می گردد. قابلیت ابراز تمایلات جنسی بر بهبود روابط جنسی تاثیرگذار است. درمان اختلالات جنسی شامل یک رویکرد چند وجهی است که به مسائل پزشکی، روانی و روابط بین زوجین مربوط می شود.

رضایت مندی از ارتباط جنسی کیفیت زندگی زنان را افزایش می دهد. شیوع کاهش میل جنسی و نگرانی در این مورد در زنانی که به علت هیستریکتومی یائسه شده اند بیش از زنانی که بطور طبیعی یائسه شده اند می باشد. با بیماران مبتلا به نارسایی زودرس تخمدان نیز باید درباره سلامت جنسی و روابط زناشویی گفتگو شود.

اختلالات شایع دوران یائسگی: اختلال در عملکرد جنسی در دوره یائسگی نیز مشکلی چند عاملی است که علاوه بر افزایش سن و کاهش هورمون ها، عوامل روانشناسی، روابط بین فردی، عوامل فیزیکی، اجتماعی و فرهنگی نیز در آن دخیل هستند. مشکل بیمار باید با توجه به میل جنسی، برانگیختگی، درد و یا مشکلات ارگاسم به منظور تسهیل درمان و ترجیحات مراقبتهای درمانی طبقه بندی شود. این گروه بندی ها اغلب با یکدیگر همپوشانی دارند.

در تمام زنان میانسال بخصوص در دوران یائسگی که شکایت از اختلال عملکرد جنسی دارند، آتروفی Vulvovaginal باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین آتروفی واژن در ۵۰٪ از زنان در طی ۳ سال اول یائسگی رخ میدهد و علت شایع درد و کاهش میل جنسی در زنان یائسه است. درد در هنگام مقاربت منجر به شروع آبخاری از علائم جنسی ناخوشایند می شود. میل جنسی کاهش یافته، شایعترین اختلال جنسی در زنان میانسال است و تا ۴۰٪ موارد اتفاق می افتد، با این حال تنها ۱۲٪ زنان یائسه شخصا در این مورد نگران هستند. برای زنان با کاهش میل جنسی، بهترین گزینه های فعلی شامل مدیریت آتروفی واژینال، پرداختن به عوامل کمک کننده قابل درمان و مشاوره جنسی است. استروژن واژینال باید برای زنان یائسه با آتروفی ولوواژینال و اختلال عملکرد جنسی تجویز شود برای زنان مبتلا به علائم آتروفیک ولوواژینال که قادر به استفاده از استروژن نیستند، رقیق کننده واژن، روان کننده ها و مرطوب کننده ها باید تجویز شود.

استروژن از طریق حفظ سلامت ولو و واژن و تستوسترون از طریق افزایش تمایل و برانگیختگی جنسی بر عملکرد جنسی اثر می گذارند. اما اندازه گیری سطح سرمی آنها در ارزیابی اختلال عملکرد جنسی زنان نقشی ندارد. اگرچه درمان ترانس درمانال تستوسترون باعث افزایش میل جنسی، تحریک، و فراوانی رضایت جنسی و کاهش اضطراب شخصی برای زنان یائسه شده است، اما تا کنون هیچ محصول تایید شده ای در این خصوص وجود ندارد.

ورزش Kegel عملکرد جنسی زنان یائسه را بهبود می بخشد. فعالیت های ورزشی می تواند منجر به ارتقا عملکرد جنسی زنان یائسه گردد، لذا ترغیب به انجام آن توصیه می گردد.

عفونت آمیزشی

ارزیابی عفونت آمیزشی در زنان	نتیجه ارزیابی	تشخیص	اقدام/ارجاع/پیگیری
<p>سوال کنید: - آیا شکایت یا علامت عفونت آمیزشی شامل موارد زیر وجود دارد؟ ترشحات غیر طبیعی و واژن (از نظر مقدار، رنگ، بو) ، درد زیر شکم، درد حین مقاربت، وجود زخم با یا بدون وزیکول در ناحیه آنورینتال، سوزش و خارش ناحیه تناسلی، وجود زگیل در ناحیه آنورینتال، ترشح چرکی از مقعد، سابقه عفونت آمیزشی، بزرگی غدد لنفاوی کشاله ران</p>	<p>درد زیرشکم یا درد حین نزدیکی + علامت خطر با یا بدون ترشحات واژینال یا خونریزی های غیر طبیعی یا تب یا تهوع و استفراغ، یا سابقه رفتار پرخطر در بیمار یا شریک جنسی یا وجود درد و حساسیت در آدنکس ها و دردناکی حرکات سرویکس،</p>	<p>PID همراه با علامت خطر</p>	<p>ارجاع فوری در صورت لزوم همراه با رگ گیری و شروع نرمال سالین</p>
<p>- آیا عوامل خطر رفتاری عفونت آمیزشی وجود دارد؟ شریک جنسی جدید در سه ماهه قبل از شروع علامت، سابقه رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف مواد و الکل در بیمار یا شریک جنسی وی</p>	<p>درد زیرشکم یا درد حین نزدیکی بدون علامت خطر با یا بدون علامت همراه ترشحات و یا خونریزی یا تب یا تهوع و استفراغ، یا سابقه رفتار پرخطر در بیمار یا شریک جنسی یا وجود درد و حساسیت در آدنکس ها و دردناکی حرکات سرویکس</p>	<p>PID بدون علامت خطر</p>	<p>درمان دارویی PID بر اساس پروتکل ، مشاوره و درمان همسر برای کلامیدیا و گنوره ، توصیه به مراجعه ۳ روز بعد در صورت امکان درخواست تست NAAT برای گنوکوک و کلامیدیا، آموزش و مشاوره ، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>- آیا شریک جنسی یکی از این علامت را دارد؟ (ترشح غیر طبیعی از مجرای اندران، درد و تورم بیضه، زخم یا زگیل در ناحیه تناسلی)</p>	<p>ترشح غیر طبیعی واژن به همراه علامت سرویسیت (ترشحات مخاطی- چرکی از سرویکس، اروزبون و یا شکنندگی مخاط سرویکس) با یا بدون وجود عوامل خطر رفتاری در بیمار یا شریک جنسی</p>	<p>سرویسیت</p>	<p>- انجام تست NAAT برای گنوکوک و کلامیدیا در صورت وجود امکانات ، و در غیر این صورت: - درمان سندرومیک بر اساس پروتکل درمان گنوکوک کلامیدیا و تریکومونا ، - مشاوره و درمان همسر برای گنوکوک و کلامیدیا و تریکومونا، - پیگیری ۷ روز بعد در صورت باقی ماندن علامت، ویزیت مجدد بیمار بعد از سه ماه ، - آموزش و مشاوره (۲) ، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>معاینه کنید: بررسی علامت حیاتی و حال عمومی بیمار ، بررسی پوست، مخاط، غدد لنفاوی، در صورت وجود ترشح واژینال معاینه با اسپیکولوم و بررسی ترشحات و مخاط واژن و سرویکس، معاینه دو دستی از نظر حساسیت آدنکس ها و حرکات سرویکس، معاینه شکم از نظر گاردینگ</p>	<p>ترشح غیر طبیعی واژن، بدون علامت سرویسیت، بدون عوامل خطر رفتاری</p>	<p>واژینیت (تریکومونا یا واژینوز باکتریال)</p>	<p>- ارسال نمونه برای رنگ آمیزی گرم و wet mount و درمان بر اساس نتیجه در صورت امکان و در غیر اینصورت: - درمان سندرومیک واژینوز باکتریال و تریکومونا، - مشاوره و درمان همسر برای تریکوموناس در صورت داشتن عوامل رفتاری خطر - پیگیری با توصیه به مراجعه بیمار ۷ روز بعد در صورت باقی ماندن علامت - آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>ترشحات پنیری، ورم قرمزی و خارش فرج بدون عوامل خطر رفتاری</p>	<p>کاندیدا</p>	<p>- درمان کاندیدا با کلوتریمازول یا مایکونازول - آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>زخم تناسلی وزیکولر و یا عود کننده در ناحیه آنورینتال</p>	<p>تبخال تناسلی</p>	<p>درمان تبخال تناسلی، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، و در صورت نتیجه مثبت VDRL ارجاع به متخصص عفونی ، آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>زخم بدون وزیکول، منفرد، بدون سابقه عود در ناحیه آتو ژنیتال</p>	<p>سایر علل زخم تناسلی</p>	<p>- بررسی از نظر زخم سیفلیس (درخواست انجام تست VDRL/RPR) ، - شروع درمان در صورت تست مثبت و ارجاع به متخصص عفونی در صورت تست مثبت - یا تکرار تست یک و سه ماه بعد ، در صورت نتیجه منفی تست - پیگیری: ویزیت مجدد بعد از ۷ روز و ارجاع در صورت عدم بهبود، - آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>ضایعات پاپولر در ناحیه تناسلی</p>	<p>زگیل تناسلی</p>	<p>- درمان دارویی یا ارجاع برای برداشت ضایعه (کرایو، کوتر...) بر حسب محل ضایعه و ترجیح بیمار - آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>زنان بدون علامت و نشانه STI، بدون شکایت دارای شریک جنسی علامت دار با علامت زیر: ترشح مجرا یا اپیدیدیمو ارکیت، یا زخم تناسلی ، یا زگیل تناسلی</p>	<p>شریک جنسی علامت دار</p>	<p>درمان گنوکوک و کلامیدیا در موارد ترشح مجرا و اپیدیدیمو ارکیت، یا درمان دارویی زخم تناسلی و زگیل بر حسب نتیجه بررسی بر اساس پروتکل - آموزش و مشاوره، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR ، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>بررسی علامت خطر در شرح حال و معاینه شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸،۳، نیض بیش از ۹۰ ، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه) یا خونریزی غیر طبیعی واژینال یا عقب افتادگی قاعدگی یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر، گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم، توده شکمی</p>	<p>بدون رفتار پر خطر، و شریک جنسی بدون علامت</p>	<p>STI ندارد</p>	<p>- آموزش و مشاوره، پیشنهاد انجام تست HIV - انجام غربالگری اچ پی وی و سرطان دهانه رحم در صورت نیاز ، تعیین زمان ارزیابی دوره ای بعدی - ارجاع در صورت لزوم با توجه به نتیجه پاپ اسمیر و تست اچ پی وی</p>

عفونت آمیزشی

عفونتهای آمیزشی (STI) به عفونتهایی گفته می شود که از طریق تماس جنسی محافظت نشده منتقل می شوند یا از مادر به جنین انتقال پیدا می کنند. این عفونتها یکی از شایع ترین دلایل مراجعه به مراکز درمانی در کل جهان هستند. عوارض این بیماریها می تواند به صورت ناباروری، نقائص مادرزادی، عوارض سیستمیک، سرطان و مرگ و افزایش خطر ابتلا به ایدز بروز کند. در بسیاری از موارد عفونتهای آمیزشی بدون علامت هستند و شناسایی و درمان بیماران از اهمیت خاصی برای کاهش انتقال آن به سایرین برخوردار است.

برخورد با عفونتهای آمیزشی مجموعه تدابیر بالینی است که برای افراد علامت دار یا دارای آزمایش مثبت اتخاذ می شود. این تدابیر عبارتند از: اخذ شرح حال، معاینه، درمان سریع و موثر، توصیه به اصلاح روابط جنسی و پرهیز از روابط پرخطر، استفاده از کاندوم، شناسایی و درمان شریک جنسی، پیگیری افراد درمان شده برای اطمینان از تاثیر درمان می باشد به عبارت دیگر تدابیر همه جانبه برای درمان بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری به شریک جنسی او انجام می شود. درمان کامل بیماران آمیزشی و شرکای جنسی آنها نقش اساسی در قطع زنجیره انتقال و کنترل بیماری ایفا کرده، احتمال سرایت عفونت آمیزشی و HIV را کاهش میدهد.

ارزیابی خطر ابتلا به عفونت آمیزشی: برای ارزیابی خطر ابتلا به عفونت آمیزشی، پیشنهاد می شود پرسش در مورد 5P را بخاطر بسپرید تا عوامل خطر و فرد در معرض خطر را به درستی شناسایی کنید: **Practices** (رفتار جنسی)، **Partners** (شریک یا شرکای جنسی)، **Protection** (استفاده منظم و صحیح از کاندوم)، **Past history of STI** (سابقه ابتلا به عفونت آمیزشی)، **Pregnancy** (بارداری به علت شرایط ویژه در تشخیص و درمان بر اساس پروتکل اداره سلامت مادران)

تشخیص عفونت آمیزشی:

علائم خطر و هشدار: قبل از هر چیز با بررسی علائم حیاتی و حال عمومی بیمار به علایم خطر یا هشدار شامل: سپسیس (درجه حرارت بیش از ۳۸٫۳، نبض بیش از ۹۰، تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه)، خونریزی غیرطبیعی واژینال، عقب افتادگی قاعدگی (احتمال بارداری) یا بارداری قطعی، سقط یا زایمان اخیر توجه کنید. همچنین نشانه های خطر در معاینه شامل گاردینگ یا ریباند در دیواره شکم و توده شکمی را مورد توجه قرار دهید.

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

زخم تناسلی، ترشح مجاری ادراری در مردان، تورم کیسه بیضه، ترشح واژینال، درد زیر شکم در خانمها، تورم غدد لنفاوی کشاله ران، عفونت چشمی نوزاد
علائم فوق توسط مراجعه کننده ابراز می شوند و می توان نوع ترشح را با پرسشهای تکمیلی روشن نمود. معمولاً نیاز به انجام آزمایش نیست مگر آنکه امکان انجام سریع آن در دسترس باشد و احتمال بازگشت بیمار وجود داشته باشد. همچنین معاینه با اسپکولوم برای تایید تشخیص است و در صورتی که دسترسی به انجام معاینه واژینال وجود نداشته باشد یا مراجعه کننده از نظر عفونتهای منتقله جنسی در شرایط پرخطر نبوده و برای اولین بار به عفونت واژینال کاندیدیایی یا واژینوز باکتریال مبتلا شده باشد، می توان بدون انجام معاینه یا اسپکولوم، درمان را انجام داد و بیمار را مورد مراقبت قرار داد.

در معاینه ژنیکولوژی موارد زیر بررسی می شود: معاینه با اسپکولوم برای دیدن سرویکس و واژن، جستجوی علائم سرویسیت، مشاهده خصوصیات ترشحات واژینال، لمس دستی دوطرفه برای تندرns سرویکس و تندرns آدنکس بویژه در مواردی که احتمال عفونت التهابی لگن وجود داشته باشد.

نشانه‌های عفونتهای آمیزشی :

- سرویسیت یا بیماری التهابی لگن: ترشحات واژن با خونریزی پس از مقاربت یا خونریزی بین قاعدگی، سوزش ادرار، درد یا ناراحتی حین مقاربت، یا درد قسمت تحتانی شکم همراه است.
- کاندیدیازیس واژینال: ترشحات پنیری شکل سفیدرنگ بی بو و احتمال خارش و درد سطحی اریتم واژن وولو
- واژینوزیس باکتریال: دیواره های واژن و وولو آغشته به ترشحات هموژنوس سفید/خاکستری با بوی ماهی داشته و PH بیشتر از ۴٫۵
- تریکومونیازیس: زمانی که علامت دار باشد با ترشحات زرد/قهوه ای کف آلود با بوی ماهی همراه با خارش، درد سطحی و سوزش ادرار
- گنوره: نیمی از زنان مبتلا به گنوکوک بدون علامت هستند . در صورت وجود عفونت گنوکوکی در مردان باید همسر آنان نیز درمان شود. در زنان علامت دار، علائم زیر مشاهده می شود: افزایش یا تغییر ترشحات واژینال در ۵۰٪ زنان، درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در ۱۲٪ زنان، در صورت وجود عفونت بالارونده ، درد لگنی یا شکمی، همراه با درد احتمالی در مقاربت، ترشحات چرکی یا موکوسی چرکی از سرویکس
- در زنان مشکوک به ابتلا به عفونت گنوکوکی وضعیت شریک جنسی (همسر) مورد بررسی قرار می گیرد . وجود ترشحات چرکی از مجرای پیشابراه و مشکل ادرار کردن در مردان تشخیص عفونت گنوکوکی در زنان را تایید می کند و لازم است هرد و نفر درمان شوند. برخلاف زنان ، ۹۰ در صد مردان علامت دار می شوند.
- تشخیص گنوره با بررسی آزمایشگاهی ترشحات تایید می شود.

توجه: افتراق عفونت گنوره ای از کلامیدیا در زنان منحصرا از طریق علائم بالینی ممکن نیست تقریبا در یک سوم زنان تواما وجود دارد. بنابر این هردو عفونت باید هم زمان درمان شوند.

- سیفلیس : زخم هایی بدون درد در اندام های تناسلی، دهان و یا مقعد ، غدد لنفاوی نزدیک این زخم ها بزرگ تر و متورم
- بسیار مهم است که برای درمان سفلیس، قبل از آنکه پیشرفت کرده و وارد مراحل پیشرفته شود اقدام شود. حتی اگر هیچ علائمی از بیماری وجود نداشته باشد، در صورت تست VDRL مثبت درمان باید انجام شود. انجام تست VDRL در همه مبتلایان به عفونتهای آمیزشی توصیه می شود.

تست تشخیص سریع اچ آی وی (Rapid Test):

در همه موارد ابتلا به انواع عفونت آمیزشی ، پس از ارایه اطلاعات لازم ، با مشاوره و با رضایت آگاهانه فرد، به مراجعه کننده توصیه می شود که به صورت داوطلبانه تست اچ آی وی را انجام دهد. انجام آزمایش با روش تشخیص سریع، ساده است و تنها با استفاده از یک قطره خون که با لنست از سرانگشت گرفته میشود امکان پذیر است. در صورت Reactive شدن تست سریع (مثبت اولیه)، باید فرد برای انجام آزمایش تاییدی (آزمایش با روش الیزا) به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری/مرکز جامع سلامت ارجاع شود.

نتیجه آزمایش بصورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام شود.

آموزش و مشاوره: درمان موفق و پیشگیری از عود یا عفونت مجدد، تنها با مشارکت بیمار ممکن خواهد بود. از این رو باید اطلاعات مناسب در این زمینه به بیمار داده شود و مشاوره های لازم در

جهت پیشگیری از عفونتهای آمیزشی به وی ارائه گردد. موضوعات ذیل حتما باید در اولین ویزیت به بیمار آموزش داده و در مورد آن با بیمار مشاوره شود:

- کلیات بیماریهای آمیزشی، دستور مصرف داروها، اهمیت تکمیل دوره درمان، عوارض احتمالی داروها و زمان ویزیت بعدی، ضرورت درمان شریک جنسی، مزایای استفاده از کاندوم و روش صحیح کاربرد آن

رژیمهای درمانی:

عفونت آمیزشی	درمان ارجح (خط اول)
PID	- درمان خط اول (ارجح) : سفتریاکسون ۵۰۰ mg تزریق تک دُز عضلانی به اضافه داکسی سیکلین ۱۰۰ mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز باضافه مترونیدازول ۱۰۰ mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز - درمان خط دوم : سفتریاکسون ۱۰۰ mg تزریق تک دُز عضلانی به اضافه اریترومایسین ۱۰۰ mg خوراکی هر ۶ ساعت تا ۱۴ روز با ضافه مترونیدازول ۱۰۰ mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز
تبخال تناسلی	- درمان در نخستین اپیزود بالینی تب خال تناسلی: آسیکلوویر ۴۰۰ میلیگرم خوراکی، ۳ بار در روز، ۷-۱۰ روز یا والاسیکلوویر ۱ گرم خوراکی ۲ بار در روز تا ۷-۱۰ روز - درمان تب خال راجعه تناسلی: آسیکلوویر ۴۰۰ mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز یا والاسیکلوویر ۱g خوراکی، یک بار در روز، برای ۵ روز - درمان سایر سیو عود بیشتر از ۶ بار در سال هرپس تناسلی : آسیکلوویر ۴۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز یا والاسیکلوویر ۵۰۰ میلیگرم خوراکی یکبار در روز
سیفیلیس زوردس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال)	- درمان ارجح: پنیسیلین 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 پنیسیلین: داکسیسایکلین ۱۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز، تا ۱۴ روز یا نتراسایکلین ۵۰۰ میلیگرم خوراکی، ۴ بار در روز تا ۱۴ روز
عفونت بدون عارضه گنوکوک در سرویکس، مجرای ادرار و رکتوم	- درمان انتخابی: سفتریاکسون ۵۰۰ میلیگرم عضلانی تک دُز، همراه با آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دُز - درمان جایگزین: اگر سفتریاکسون در دسترس نباشد یا امکانات رعایت احتیازات تزریق آن وجود نداشته باشد: سفکسیم ۸۰۰ میلیگرم خوراکی تک دُز، همراه با آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دُز - در صورت آلرژی به سفالوسپورین ها، ژمی فلوکساسین ۳۲۰ میلیگرم خوراکی تک دُز همراه با آزیترومایسین ۲ گرم خوراکی تک دُز (احتمال تهوع بالاست)
عفونت کلامیدیایی آنوزنیال بدون عارضه	- آزیترومایسین ۱ gr تک دُز یا - داکسیسایکلین ۱۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز
تریکومونیاژیس	مترونیدازول ۲ گرم دُز واحد یا مترونیدازول ۵۰۰ میلیگرم خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز
واژینوز باکتریال	- مترونیدازول ۵۰۰ میلیگرم خوراکی هر ۱۲ ساعت برای ۷ روز یا ژل مترونیدازول ۰.۷۵%، یک اپلیکاتور پر (۵ گرم) واژینال، یک نوبت در روز تا ۵ روز - کرم کلیندامایسین ۲%، یک اپلیکاتور پر (۵گرم) داخل واژینال، یک نوبت هر شب قبل از خواب برای ۷ روز
واژینیت کاندیدیایی	- کلوتریمازول، شیف واژینال ۱% برای ۷-۱۴ روز یا کلوتریمازول، شیف واژینال ۲% برای ۳ روز یا - میکونازول، شیف واژینال ۲% برای ۷ روز یا میکونازول، شیف واژینال ۴% برای ۳ روز یا میکونازول، شیف واژینال ۲۰۰ میلیگرم برای ۳ روز یا میکونازول، شیف واژینال ۱۲۰۰ میلیگرم دوز واحد - فلوکونازول خوراکی ۱۵۰ میلیگرم خوراکی، دُز واحد
زگیل تناسلی در ناحیه خارجی دستگاه تناسلی و پرینه	- کرم 5% Imiquimod - پنج فلورو یوراسیل 5FU هفته ای دو بار (در صورت وجود ضایعات در واژن 5FU توصیه نمی شود. همچنین امروزه به عنوان درمان خط اول توصیه نمی شود و در صورت عدم پاسخ به سایر روش های درمانی می توان استفاده از آن را در نظر گرفت).

احتیاطات تزریق سفتریاکسون: یکی از درمانهای در نظر گرفته شده برای عفونت گنوکوکی، تزریق عضلانی سفتریاکسون همراه با درمان خوراکی آزیترومایسین می باشد که به دلیل عوارض ناشی

از تزریق این فراورده، احتیاطات زیر در تزریق آن مد نظر قرار گیرد:

۱. تجویز منطقی دارو: تجویز دارو فقط برای موارد دارای اندیکاسیون و با توجه به تداخلات دارویی توسط پزشک صورت گیرد. در صورت عدم وجود امکانات تزریق یا اطمینان پزشک از درمان کامل خوراکی توسط مراجعه کننده از درمانهای خوراکی ذکر شده در پروتکل کشوری استفاده شود. در هر حال انتخاب پروتکل درمانی برای عفونت آمیزشی بر اساس پروتکل به عهده پزشک می باشد.
 ۲. توجه به عوارض دارو و سابقه حساسیتهای قبلی فرد: مصرف سفتریاکسون در بیماران با سابقه حساسیت با سایر سفالوسپورین ها (مانند سفالکسین، سفالوتین، سفیکسیم، سفازولین، سفتازیدیم و ...) ممنوع می باشد و در بیماران با سابقه حساسیت به پنی سیلین ها باید با احتیاط فراوان همراه باشد.
 ۳. فراهم بودن شرایط لازم برای حفظ ایمنی بیمار در زمان تزریق دارو: تزریق دارو در مراکز درمانی مجهز و توسط افراد حرفه ای مجرب و مانند هر آنتی بیوتیک تزریقی دیگری تحت نظر پزشک صورت گیرد. تزریق این فراورده صرفا در مراکز مجهز به سیستم احیا انجام گردد و از طریق وریدی سریع و همچنین تزریق توسط افراد غیر حرفه ای در مکانهای غیر از مراکز درمانی مجهز به امکانات احیا جدا خودداری گردد.
 ۴. با توجه به اینکه نوع تزریق در نظر گرفته شده، برای درمان عفونت گنوکوکی، تزریق عضلانی می باشد، لازم است پودر آنتی بیوتیک داخل ویال ها درحلال مناسب آن کاملا حل شده و به صورت عمقی و در عضلات بزرگ بدن صورت گیرد.
 ۵. استفاده از رقیق کننده های حاوی کلسیم مانند محلول رینگر به منظور آماده سازی سفتریاکسون جهت تزریق ممنوع می باشد.
 ۶. حتی الامکان از مصرف محلولها یا فراورده های حاوی کلسیم تا ۴۸ ساعت پس از آخرین دوز سفتریاکسون در تمام گروههای سنی اجتناب گردد.
- خونریزی های غیر طبیعی واژینال، عفونتهای آمیزشی، شلی عضلات کف لگن و سرطانهای زنان و سرویسیت یا بیماری التهابی لگن: ترشحات واژن با خونریزی پس از مقاربت یا خونریزی بین قاعدگی، سوزش ادرار، درد یا ناراحتی حین مقاربت، یا درد قسمت تحتانی شکم همراه است.

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>سوابق فردی و خانوادگی را بررسی کنید:</p> <p>سوابق فردی را بررسی و برای اطمینان، مدارک پزشکی مربوطه را بررسی کنید:</p> <p>- آیا سابقه رادیوتراپی قفسه سینه (مدیاستن) به دلیل تومورهایی مانند لنفوم در سنین کودکی دارد؟</p> <p>- آیا سابقه نمونه برداری با سوزن از پستان با پاسخ مثبت دارد؟ (ALH یا ADH یا LCIS)</p> <p>- آیا سابقه فردی سرطان بویژه پستان یا تخمدان یا پانکراس دارد؟ اگر بلی به کدام سرطان و در چه سنی مبتلا شده است؟</p> <p>- سابقه خانوادگی سرطان را بررسی کنید:</p> <p>در صورت وجود سابقه خانوادگی مثبت موارد زیر را در مورد فامیل مبتلا تعیین کنید: نسبت فامیلی و جنسیت فرد مبتلا (درجه یک یا درجه دو)، نوع سرطان فرد مبتلا (پستان، تخمدان، پانکراس، پروستات)، سن ابتلای فرد مبتلا</p>	<p>معاینه غیرطبیعی (وجود هر یک از موارد زیر) بدون سابقه انجام تصویر برداری یا گذشت بیش از یک سال از ماموگرافی یا گذشت بیش از ۶ ماه از سونوگرافی:</p> <p>- تغییر شکل ظاهری به صورت: کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها</p> <p>- تغییرات پوستی ماندگار و شک به کانسر التهابی پستان - شک به بیماری یا ژه پستان</p> <p>- ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: از یک پستان (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی (بدون تحریک و دستکاری)، ادامه دار، وجود ترشح در هنگام معاینه، ترشح سروزی یا خونی، فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر</p> <p>- وجود توده غیرطبیعی در پستان یا زیر بغل دارای یکی از مشخصات زیر:</p> <p>توده سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان</p>	<p>- معاینه بالینی سالیانه CBE</p> <p>- آموزش اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان (BSE)</p> <p>- تصویر برداری: اگر تا کنون تصویربرداری پستان انجام نشده و یا بیش از ۶ ماه از سونوگرافی یا بیش از ۱ سال از ماموگرافی گذشته باشد، در همین مراجعه اقدامات زیر انجام شود:</p> <p>(درخواست سونوگرافی در افراد زیر ۴۰ سال)</p> <p>درخواست ماموگرافی + سونوگرافی در افراد ۴۰ سال و بالاتر)</p> <p>-ارجاع به جراح و پیگیری و مرقت بر اساس بازخورد ارجاع</p>
<p>شرح حال بگیرید و معاینه کنید: در خصوص وجود علایمی مانند درد، ترشح، تغییرات ظاهری و نتایج خود آرنایی پستان توسط مراجعه کننده سوال کنید.</p> <p>هر دو پستان و زیر بغل را از نظر موارد زیر ترجیحا پس از پایان قاعدگی از نظر موارد زیر معاینه کنید و همزمان با معاینه، خود آرمایی پستان را آموزش بدهید</p> <p>- نمای ظاهری، تغییرات پوستی، تغییرات غیر طبیعی نیل، ترشح از پستان، وجود توده پستان، توده زیر بغل/فوق ترقوه</p>	<p>نتایج تصویر برداری انجام شده و مستندات مراجعه کننده در باره سوابق را بررسی و به نتایج آن توجه کنید: نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی یا هرگونه تصویر برداری قبلی</p> <p>سایر عوامل خطر زیر را که قبلا بررسی کرده اید، در آموزش مراجعه کننده و هشدار لازم به وی مورد توجه قرار دهید: ناباروری یا بارداری کم تعداد، سن بالا در اولین زایمان، عدم شیردهی یا تعداد ماههای شیردهی کمتر از ۲ سال، اولین قاعدگی در سن پایین، سن یائسگی قطعی بالاتر از ۵۵، استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی تنها به مدت طولانی، استعمال دخانیات مصرف نوشیدنیهای الکلی، چاقی، فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نامطلوب</p>	<p>ارجاع به جراح و پیگیری و مرقت بر اساس بازخورد ارجاع</p>
<p>سابقه سرطان (فردی یا خانوادگی): سرطان پستان یا تخمدان یا پانکراس در فامیل درجه ۱ یا ۲ یا سابقه سرطان پانکراس پروستات در فامیل درجه ۱</p>	<p>گروه بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا) از نظر نوع سرطان و نسبت و سن ابتلای فرد مبتلا + تست ژنتیک مثبت یا غیر تشخیصی یا عدم امکان انجام تست علیرغم لزوم انجام آن</p> <p>گروه پرخطر (خطر بالا) از نظر نوع سرطان و نسبت و سن ابتلای فرد مبتلا + نتیجه مشاوره ژنتیک: نیاز به تست ندارد یا تست منفی ژنتیک</p>	<p>معاینه بالینی سالیانه ۱۰ سال زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا</p> <p>- تصویر برداری سالیانه (سونو زیر ۳۰ و مامو در ۳۰ و بالاتر) ۱۰ سال زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا - ارجاع به جراح</p>
<p>معاینه بالینی سالیانه از ۳۰ سالگی- ماموگرافی سالیانه از ۴۰ سالگی - ارجاع به جراح در سابقه خانوادگی مثبت و توصیه به مراجعه به پزشک معالج در سابقه فردی مثبت</p>	<p>سابقه نمونه برداری پستان با تشخیص ADH (هایپر بلازی داکتال آتیپیک) یا LCIS (کار سینوم لوبولار In situ) یا ALH (هایپر پلازی لوبولار آتیپیک)</p>	<p>معاینه بالینی سالیانه</p> <p>- درخواست تصویر برداری از یک سال پس از نمونه برداری</p>
<p>سابقه رادیوتراپی قفسه سینه</p>	<p>وجود علائم، شکایات یا هر یک از یافته های زیر: - درد منتشر پستان در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا همراه با مصرف داروهای هورمونی، یا درد همراه با اختلالات خلقی و روان تنی</p> <p>- ترشح دوطرفه از هر دو پستان به صورت غیر خونی یا غیر سروزی، ترشح شیر</p> <p>- توده غیر چسبنده و متحرک و دارای حاشیه منظم و بدون تغییر اندازه در طول زمان / کیست منفرد بدون علامت یا کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری/ ماستیت یا آبسه پستان در دوره شیردهی / توده آگزیلاری دوطرفه - تغییرات پوستی با شک بالینی پایین به بدخیمی پستان یا شک بالینی بالا به عفونت یا آگزام یا عفونت قارچی یا سایر بیماریهای پوستی، توکسیدگی قدیمی نیل</p> <p>- ماموگرافی بایراد ۱ و ۲ با معاینه و شرح حال طبیعی</p>	<p>- معاینه بالینی سالیانه - تصویر برداری دست کم ۱۰ سال بعد از رادیو تراپی قفسه سینه یا از سن ۴۰ سالگی (هر کدام که زودتر باشد)</p>
<p>نتایج تصویر برداری انجام شده و مستندات مراجعه کننده در باره سوابق را بررسی و به نتایج آن توجه کنید: نتیجه ماموگرافی / ماموگرافیهای قبلی یا هرگونه تصویر برداری قبلی</p> <p>سایر عوامل خطر زیر را که قبلا بررسی کرده اید، در آموزش مراجعه کننده و هشدار لازم به وی مورد توجه قرار دهید: ناباروری یا بارداری کم تعداد، سن بالا در اولین زایمان، عدم شیردهی یا تعداد ماههای شیردهی کمتر از ۲ سال، اولین قاعدگی در سن پایین، سن یائسگی قطعی بالاتر از ۵۵، استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی تنها به مدت طولانی، استعمال دخانیات مصرف نوشیدنیهای الکلی، چاقی، فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نامطلوب</p>	<p>شرح حال / معاینه طبیعی (عدم وجود علائم یا نشانه بالینی) بدون سابقه نمونه برداری مثبت پستان یا رادیوتراپی قفسه سینه یا سابقه خانوادگی و فردی سرطان و تصویر برداری انجام نداده یا تصویر برداری طبیعی داشته (سونوگرافی طبیعی یا ماموگرافی طبیعی: BIRAD یک)</p>	<p>- آموزش اصول خودمراقبتی، عوامل خطر سرطان پستان، عوامل محافظت کننده از سرطان پستان، بهبود شیوه زندگی، علائم هشداردهنده سرطان پستان و نحوه خودآزمایی (BSE) پستان، نحوه انجام تصویر برداری و آمادگیهای لازم برای انجام تصویر برداری - تعیین زمان مراجعه بعدی برای CBE با توجه به سن و نتایج ارزیابی (دو سال بعد در زیر ۴۰ سال و ترجیحا یک سال بعد در بالای ۴۰ سال) - توصیه به مراجعه در صورت وجود مشکل پستان در فواصل بین معاینات معمول</p>

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

برنامه ملی غربالگری سرطان پستان از سن ۳۰ سالگی می باشد که برای زنان ۳۰ تا ۴۰ سال هر دو سال یک بار و برای زنان بالاتر از ۴۰ سال ترجیحا هر سال یک بار انجام می شود. بدین ترتیب برای کلیه زنان میانسال این خدمات انجام می شود. زانی که در فاصله معاینات فوق به علت مشکل خاصی در پستانها مراجعه می کنند، نیز خدمات لازم را با توجه به علائم و شکایات باید دریافت نمایند. پس از ارجاع به سطح تخصصی، مراقبتها از جمله فاصله زمانی مراجعات با توجه به بازخورد سطح دو صورت می گیرد، اما در هر صورت در افرادی که به علت شرح حال یا معاینه غیرطبیعی به سطح دو ارجاع شده اند، فواصل مراجعات بعدی حتی در زنان کمتر از ۴۰ سال نباید بیشتر از یک سال باشد.

سوابق فردی و خانوادگی:

- افراد با خطر متوسط جامعه: افراد بدون علامت و بدون سابقه فردی یا خانوادگی سرطان یا ضایعات پیش سرطانی، بدون سابقه رادیوتراپی قفسه سینه یا بدون سابقه نمونه برداری از پستان هستند.
 - افراد با خطر افزایش یافته: افرادی که به هر دلیل از جمله سابقه فردی یا خانوادگی یا سایر عوامل خطر ذکر شده، احتمال ابتلای آن ها به سرطان در طی مدت مشخص، بیش از خطر ابتلا به سرطان افراد بدون سوابق فوق است. افرادی که یکی از چهار عامل خطر اصلی زیر را داشته باشند، در گروه دارای خطر افزایش یافته جامعه **Increased risk** طبقه بندی میگردند:
 - استعداد ژنتیک شناخته شده برای سرطان پستان (جهش BRCA یا سایر ژن های مهم)
 - سابقه شخصی یا خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان
 - سابقه رادیوتراپی به قفسه سینه
 - سابقه نمونه برداری از پستان
- با وجودی که خطر نسبی **relative risk** ایجاد سرطان، با عوامل خطر اصلی فوق، خیلی بیشتر از عوامل مربوط به سبک زندگی است، ولی چون شیوع این عوامل خطر بیش از ۵ درصد جامعه هدف را در بر نمی گیرد، عوامل خطر مربوط به سبک زندگی مثل بی تحرکی یا چاقی در جامعه و خطر منتسب جامعه **population attributable risk** بیشتر از عواملی مثل سابقه خانوادگی است. لذا در برنامه پیشگیری از سرطان پستان، پیشگیری و حذف عوامل خطری که در جامعه شایعتر است، می تواند بسیار موثر واقع شود. زنان جامعه از نظر سابقه فردی و خانوادگی ابتلا به سرطان به دو گروه زیر تقسیم می شوند:

۱. گروه بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا): در این گروه یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) وجود دارد:

- سابقه سرطان پستان در سن ۳۵ سال یا کمتر
- سابقه سرطان پستان دو طرفه در سن ۴۵ سال یا کمتر
- سابقه سرطان پستان در یکی از مردان خانواده با هر سنی

- دست کم دو سرطان که یکی از آنها سرطان پستان کمتر از ۵۰ سال و دیگری سرطان تخمدان یا پانکراس یا پروستات در هر سنی باشد.

۲. **گروه پرخطر (خطر بالا):** در این گروه یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) وجود دارد:

- سابقه سرطان تخمدان در سن ۵۰ سال یا کمتر
- وجود یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک)
- سابقه سرطان پانکراس در سن ۵۰ یا کمتر
- سابقه سرطان پروستات در سن ۴۰ سال یا کمتر گروه پرخطر (خطر بالا):
- وجود یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو)
- سرطان پستان در سن ۳۵ تا ۵۰ سال
- سرطان پستان دوطرفه (همزمان یا غیر همزمان) در سن بالای ۴۵ سال
- دست کم دو سرطان شامل: یکی سرطان پستان و دیگری سرطان پستان یا تخمدان یا پانکراس یا پروستات
- سرطان پستان در سن بالای ۵۰ و سرطان دیگر در هر سنی
- سرطان تخمدان ۵۰ تا ۶۰ سال
- وجود یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک):
- سرطان پانکراس ۵۰ تا ۶۰
- سرطان پروستات ۴۰ تا ۴۵ سال

جدول صفحه بعد مبنای تعیین میزان خطر بر اساس سوابق فردی و خانوادگی ابتلا به سرطان است. نوع سرطان، نسبت فرد مبتلا و سن ابتلای فرد مبتلا به سرطان تعیین کننده خطر ابتلا یا عود سرطان در فرد است. بر اساس سن ابتلا به هر یک از سرطانهای مرتبط با سرطان پستان، فرد را در دو گروه پرخطر و بسیار پرخطر تقسیم می کنیم:

بسیار پر خطر (خطر خیلی بالا)

پر خطر (خطر بالا)

نوع سرطان	سابقه فردی یا خانوادگی	نسبت فرد مبتلا در سابقه خانوادگی	سن ابتلای فرد مبتلا	میزان خطر	
سرطان پستان	سرطان پستان	مثبت	۳۵ سال یا کمتر	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)	
			۳۵ تا ۵۰ سال	پرخطر (خطر بالا)	
	سرطان پستان دوطرفه (همزمان یا غیر همزمان)	مثبت	درجه یک یا دو	۴۵ سال یا کمتر	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)
				بالای ۴۵ سال	پرخطر (خطر بالا)
	دست کم دو سرطان شامل : یکی سرطان پستان و دیگری سرطان پستان یا تخمدان یا پانکراس یا پروستات	مثبت	درجه یک یا دو	سرطان پستان در سن ۵۰ یا کمتر از ۵۰ سال و سرطان دیگر در هر سنی	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)
				سرطان پستان در سن بالای ۵۰ و سرطان دیگر در هر سنی	پرخطر (خطر بالا)
سرطان پستان در یکی از مردان خانواده	مثبت	درجه یک یا دو	هر سنی	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)	
سایر سرطانهها	سرطان تخمدان	مثبت	۵۰ سال یا کمتر	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)	
			۵۰ تا ۶۰ سال	پرخطر (خطر بالا)	
	سرطان پانکراس	مثبت	درجه یک	۵۰ سال یا کمتر	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)
				۵۰ تا ۶۰ سال	پرخطر (خطر بالا)
	سرطان پروستات	مثبت	درجه یک	۴۰ سال یا کمتر	بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)
۴۰ تا ۴۵ سال				پرخطر (خطر بالا)	

بستگان درجه یک: پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند

بستگان درجه دو: پدربزرگ، مادربزرگ، عمه ، خاله، عمو، دایی

شرح حال و معاینه (علائم و نشانه ها):

شرح حال: یکی از مهم ترین راه های تشخیص سرطان پستان است و شامل شرح حال دموگرافیک، هورمونی، باروری (ازدواج، بارداری، شیردهی، سقط)، سابقه خانوادگی، مصرف دخانیات و الکل، مصرف داروهای هورمونی و رادیوتراپی قفسه سینه می شود.

معاینه بالینی: پس از گرفتن شرح حال با توجه به نشانه های شایع سرطان پستان، امکان تشخیص را افزایش می دهد و باید دقیق و مبتنی بر اصول علمی و در وضعیت های مختلف نشسته با تغییر محل دست ها (در کنار بدن، بالا و پشت سر، بالای سر)، خوابیده و در همه نواحی پستان و زیر بغل صورت گیرد.

در افراد بدون علامت با خطر متوسط، معاینه بالینی پستان هر یک تا دو سال در گروه سنی ۳۰ تا ۶۹ سال توصیه می شود. معاینه بالینی پستانها (CBE) از سن ۳۰ سالگی آغاز می شود. برای زنان ۳۰ تا ۴۰ سال هر دو سال یک بار و برای زنان بالاتر از ۴۰ سال، ترجیحا هر سال یک بار انجام می شود. بدین ترتیب برای کلیه زنان میانسال اخذ شرح حال و معاینه بالینی ضرورت دارد. زنانی که در فاصله معاینات فوق به علت مشکل خاصی در پستانها مراجعه می کنند، نیز باید خدمات لازم را دریافت نمایند. پس از ارجاع به سطح تخصصی، مراقبتها از جمله فاصله زمانی مراجعات با توجه به بازخورد سطح دو صورت می گیرد، اما در هر صورت در افرادی که به علت شرح حال یا معاینه غیرطبیعی به سطح دو ارجاع شده اند، فواصل مراجعات بعدی حتی در زنان کمتر از ۴۰ سال نباید بیشتر از یک سال باشد.

در بررسی علایم، موارد زیر از مراجعه کننده مورد پرسش قرار می گیرد و اظهارات مراجعه کننده در خصوص نتایج خود آزمایی پستان مد نظر قرار می گیرد: لمس توده توسط مراجعه کننده، وجود ترشح از نوک پستان، درد، سایر علایم به اظهار مراجعه کننده

معاینه بالینی CBE: معاینه بالینی کامل هر دو پستان در وضعیت ایستاده و خوابیده و معاینه زیر بغل به دقت انجام شود و آموزش همزمان خود آزمایی پستان به مراجعه کننده صورت گیرد. در معاینه بالینی پستانها نیز به موارد زیر به عنوان نشانه های غیر طبیعی و مشکوک به بدخیمی توجه شود:

۱. تغییر شکل ظاهری به صورت: کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها، تغییر اندازه پستانها، تغییر قوام پستانها
۲. تغییرات پوستی ماندگار به صورت هر یک از موارد زیر: زخم ماندگار عمیق، تخریب نسجی و و فرو رفتگی و کشش غیر معمول، آگزمای پوست پستان بیش از یک ماه، التهاب موضعی یا عمومی پستان، پوست پرتقالی، قرمزی، پوسته پوسته شدن، زخم های سفت، نامنظم و ثابت
۳. تغییرات غیر طبیعی نیپل به صورت پوسته پوسته شدن یا فرورفتگی یا آگزما یا زخم نوک پستان در ماههای اخیر
۴. ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی (بدون تحریک و دستکاری) و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سرروزی یا خونی باشد
۵. وجود توده غیرطبیعی در پستان یا زیر بغل که یکی از مشخصات زیر را داشته باشد: توده سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان، توده پستان یا زیر بغل، یکطرفه یا دوطرفه، منفرد یا متعدد و...

سایر یافته ها در شرح حال و معاینه: در برخی موارد در معاینه یا پاراکلینیک یافته ای وجود دارد که علائم احتمالی یا مشکوک به سرطان پستان درباره آن صدق نمی کند و تشخیص های دیگری از بیماریهای پستان ممکن است مطرح می باشد. در برخی از این موارد برای بررسی تکمیلی و اقدامات درمانی، هماهنگی با پزشک واحد ارایه دهنده خدمت ضرورت دارد. این موارد عبارتند از: درد دوره ای پستان (در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا همراه با مصرف داروهای هورمونی، یا همراه با اختلالات خلقی و روان تنی) معمولا نشانه بدخیمی نیست، توکشیدگی قدیمی نیپل، وجود توده آگزیلاری دوطرفه، توده غیر چسبنده، نرم، با حدود مشخص، کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری، ترشح شیر یا ترشح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا غیر خود بخودی

در جدول زیر، اقدامات متناسب با هریک از علایم و نشانه های بالینی در شرح حال و معاینه پستان را با جزئیات بیشتر مشاهده می کنید:

اقدام	علایم و نشانه های بالینی در شرح حال و معاینه	
<ul style="list-style-type: none"> - در زنان ۳۰ تا ۳۹ سال: سونوگرافی - در زنان با سن ۳۰ تا ۳۹ سال(در صورت شک بالینی بالا بر اساس معاینه و سونوگرافی): ماموگرافی - در زنان ۴۰ سال و بالاتر: سونوگرافی + ماموگرافی - ارجاع به جراح 	وجود توده غیر طبیعی در پستان یا زیر بغل که یکی از مشخصات زیر را داشته باشد: توده سفت، چسبنده، غیر متحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان، توده پستان یا زیر بغل	توده
<ul style="list-style-type: none"> - بررسی و ارزیابی جهت رد بیماری سیستمیک - در صورت شک بالینی بالا به لنفوم، ارجاع جهت ارزیابی های خاص پاتولوژیک روی نمونه CNB یا انجام نمونه برداری از طریق خارج کردن توده (Excisional biopsy) 	توده آگزیلاری دوطرفه	
<ul style="list-style-type: none"> - زیر ۳۰ سال : سونوگرافی آگزیلا و پستان ها، ۳۰ سال و بالاتر: ماموگرافی - ارجاع به جراح 	توده آگزیلاری یک طرفه یا دو طرفه و عدم وجود بیماری سیستمیک و شک به بدخیمی	
<ul style="list-style-type: none"> - زیر ۴۰ سال سونوگرافی - بالای ۴۰ سال ماموگرافی - بالای ۴۰ با ماموگرافی قبلی بای راد یک و ۲ در یک سال اخیر سونوگرافی انجام شود 	شک به کیست در معاینه (توده منظم در لمس)	کیست
بر اساس میزان خطر پیگیری شود	کیست متعدد با یا بدون علامت	
پیگیری ماهانه	کیست منفرد بدون علامت	
اسپیراسیون	کیست دردناک و کیست های مبهم	
<ul style="list-style-type: none"> - یافته غیر طبیعی در شرح حال و معاینه بالینی: اقدام بر اساس راهنمای مربوط به یافته غیر طبیعی شناسایی شده در شرح حال یا معاینه - عدم وجود یافته بالینی غیر طبیعی: سونوگرافی در سن زیر ۴۰ سال و ماموگرافی در سن ۴۰ و بالاتر - نیاز به اقدامی نیست - درد همراه با ماموگرافی طبیعی قبلی نیاز به مامو مجدد صرفا به علت درد نیست 	درد فوکال پایدار یا شدید به مدت ۴ تا ۶ هفته	درد
<ul style="list-style-type: none"> - ارجاع به جراح پس از تصویر برداری (سونوگرافی در سن زیر ۴۰ سال و ماموگرافی در سن ۴۰ سال و بالاتر) 	درد دوره ای منتشر پستان (درد بیش از یک ربع پستان) با شرح حال و معاینه طبیعی و عدم وجود عامل خطر سرطان پستان	
<ul style="list-style-type: none"> -درمان دوره ای کوتاه مدت(۵ تا ۷ روز) با آنتی بیوتیک در صورت عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی ارجاع برای نمونه برداری -آگزاما: درمان موضعی کوتاه مدت با کورتیکواستروئید -عفونت قارچی : درمان ضد قارچی کوتاه مدت 	پوست پرتقالی، ضخیم شدگی پوست یا ادم و شک به سرطان التهابی پستان	تغییرات پوستی
	تغییرات پوستی شامل خارش نوک پستان، پوسته ریزی و زخم پوست مطرح کننده پاژه	
	تغییرات پوستی با شک بالینی پایین به بدخیمی پستان یا شک بالینی بالا به آگزاما یا عفونت قارچی	
<ul style="list-style-type: none"> در بیماران زیر 30 سال سونوگرافی و ۳۰ سال و بالاتر، سونوگرافی و ماموگرافی(هر دو) 	ترشح بدون توده با سایر علایم: ترشحات غیر طبیعی(پایدار، خود به خودی، قابل تکرار در معاینه، از یک مجرا، یک طرفه، شفاف یا خونی)	ترشح از نوک پستان
<ul style="list-style-type: none"> در سن زیر 40 سال، توصیه به عدم فشار دادن پستان و مراجعه در زمان ایجاد ترشح خود به خودی در سن 40 سال و بالاتر، ماموگرافی 	ترشح غیر خود به خودی(و بدون سایر مشخصات غیر طبیعی) بدون توده یا سایر علایم:	
انجام مشاوره غدد	در مواردی که ترشح به صورت خود به خودی و شیری و دو طرفه و از مجراهای متعدد باشد و در تصویر برداری یافته مشکوکی گزارش نشود	

تصویر برداری :

برای بررسی بیماری‌های پستان از سه روش ارزیابی بالینی، تصویربرداری و نمونه برداری بافتی استفاده می‌شود که به آن "ارزیابی سه گانه (Triple Assessment)" گفته می‌شود و بهترین و به صرفه ترین روش برای تشخیص سرطان اولیه پستان است. در حال حاضر در کشور، تصویر برداری برای غربالگری عمومی انجام نمی‌شود. اما در صورت وجود سابقه فردی و خانوادگی سرطان، سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، سابقه مثبت بیوپسی پستان، وجود علائم یا نشانه‌های بالینی غیر طبیعی و مشکوک به بدخیمی در شرح حال و معاینه تصویر برداری انجام می‌شود. همچنین در گروه با خطر متوسط بالای ۴۵ سال، در صورتی که مراجعه کننده متقاضی انجام تصویر برداری باشد می‌توان اقدام نمود. بخصوص در صورت وجود عوامل خطر ی مانند ناباروری یا تعداد بارداری کم، سن در اولین زایمان بالاتر از ۳۵، عدم شیردهی یا کمتر از دوسال شیردهی، سن اولین قاعدگی پایین، زمان آخرین قاعدگی بیش از ۵۵ سالگی (سن یائسگی قطعی)، سابقه استفاده از داروهای هورمونی استروژنی به مدت طولانی، شیوه زندگی و تن سنجی نامطلوب علیرغم معاینه طبیعی بسته به تمایل مراجعه کننده می‌توان اقدام به تصویر برداری نمود. در مواردی که مراجعه کننده قبلاً تصویر برداری پستان انجام داده است، لازم است نتایج آن مورد توجه قرار گرفته و ثبت شود. روشهای تصویر برداری شامل موارد زیر است:

- سونوگرافی: به طور کلی سونوگرافی در زنان جوان تر و یا بدون فرزند و یا کسانی که شیردهی مناسبی نداشته اند که بافت پستانها متراکم است به عنوان مطالعه تکمیلی به کار می‌رود.
- ماموگرافی: به عنوان مناسب ترین روش تصویربرداری به ویژه در خانم های با سن بالاتر، دارای چند فرزند و دارای سابقه شیردهی به کار می‌رود.
- در افراد بدون علامت با خطر متوسط، ماموگرافی هر دو سال یک بار در گروه سنی ۴۵ تا ۶۹ سال بنا به صلاحدید پزشک و تمایل بیمار، پیشنهاد می‌شود.
- در موارد زیر MRI پستان (در صورت در دسترس بودن) توصیه می‌شود: سرطان متاستاتیک با منشا ناشناخته با شک به سرطان پستان در نمونه بافت شناسی (در صورت عدم وجود یافته مثبت در معاینه بالینی پستان یا در ماموگرافی یا سونوگرافی پستان)، آزمایش ژنتیک مثبت، عدم تطابق نتیجه بیوپسی با یافته های بالینی و ماموگرافی یا غیر تشخیصی بودن سایر یافته ها، قبل از انجام جراحی برای تعیین وسعت ضایعه و... می‌توان از این روش تصویر برداری کمک گرفت. در هر حال تصمیم گیری برای درخواست MRI به عهده سطح تخصصی می‌باشد.

نتایج ماموگرافی بر اساس نظام طبقه بندی گزارشهای تصویر برداری پستان **BIRADS** به شرح زیر قابل تفسیر است:

گروه بندی	تفسیر
BIRADS صفر	ارزیابی ناقص است و اقدامات تشخیصی بیشترمانند بررسی ارزیابی ها و تصویر برداری های قبلی یا نماهای خاص ماموگرافی یا سونوگرافی یا MRI مورد نیاز است.
BIRADS یک	منفی: پستانها نمای طبیعی و عادی دارند.
BIRADS دو	خوش خیم: ماموگرام موید توده‌های خوش خیم است.
BIRADS سه	احتمالاً خوش خیم، احتمال بدخیمی کمتر از ۲ درصد، نیازمند پیگیری با تکرار تصویر برداری (سونوگرافی یا ماموگرافی) هر ۶ ماه تا یکسال، دقت در معاینات
BIRADS چهار	بدخیمی مشکوک (احتمال بدخیمی ۱۲ تا ۲۵ درصد) توصیه به انجام بیوپسی برای رد بدخیمی
BIRADS پنج	احتمال بدخیمی بیش از ۹۵ درصد، لزوم انجام نمونه برداری
BIRADS شش	بدخیمی شناخته شده

در تصویر برداری به نکات زیر توجه کنید:

- انجام تصویربرداری، بدون گرفتن شرح حال و معاینه بالینی توصیه نمی شود.
 - در همه حال سن شروع تصویر برداری ۲۵ سالگی است. (در گروه زنان میانسال، در صورت وجود فامیل درجه یک فرد مبتلا به سن شروع تصویر برداری توجه شود).
 - نوع تصویر برداری برای افراد ۲۵ تا ۳۰ سال سونوگرافی و برای افراد بالاتر از ۳۰ سال ماموگرافی است.
 - در برخی موارد که فرد در شرح حال و معاینه دارای علائم یا نشانه های بالینی است و در گروه سنی بالاتر از ۴۰ سال می باشد، هم سونوگرافی و هم ماموگرافی انجام می گردد.
 - سابقه انجام تصویر برداری را مورد توجه قرار دهید تا از تکرار بی مورد تصویر برداری خودداری گردد. (در موارد معاینه غیر طبیعی، سونوگرافی تا ۶ ماه قبل و ماموگرافی تا یک سال قبل اعتبار دارد و اگر در این فاصله زمانی انجام شده نیاز به تکرار نیست).
 - در گروه با خطر بالا (پرخطر) از نظر سابقه فردی و خانوادگی، سن شروع ارزیابی تصویربرداری از ۴۵ سالگی خواهد بود. در گروه با خطر خیلی بالا (بسیار پرخطر) از نظر سابقه فردی و خانوادگی، در صورتی که امکان تست ژنتیک باشد و نتیجه آن موجود و منفی گزارش شده باشد، نیز سن شروع ارزیابی تصویربرداری از ۴۵ سالگی خواهد بود.
 - در صورت وجود سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، درخواست تصویر برداری دست کم **۱۰ سال بعد** از رادیوتراپی قفسه سینه یا از سن **۴۵ سالگی** خواهد بود.
 - در همه حال، اگر ارجاع به جراح لازم است، ابتدا تصویر برداری انجام و سپس بیمار ارجاع گردد.
- در صورتی که بیشتر از یک عامل در شرح حال یا سوابق یا معاینه یا مشاوره وجود داشته باشد، سن بررسی بر حسب زود ترین مورد تعیین می شود. مثال: اگر هم نمونه برداری مثبت و هم سابقه رادیوتراپی داشته باشد، و از نمونه برداری پستان ۲ سال گذشته و از رادیوتراپی ۷ سال گذشته باشد، باید بلافاصله اقدام به تصویر برداری کرد چون بیش از یک سال از نمونه برداری گذشته است. به عبارت دیگر منتظر نمی مانیم تا سابقه پیگیری تلفنی توسط ماما تا دو بار
- مثال فرد ۲۵ ساله، بسیار پرخطر و سن ابتلای جوانترین فرد مبتلا ۳۵ ساله، سابقه بیوپسی ۸ ماه قبل: از نظر بیوپسی دوماه برای تصویر برداری وقت دارد ولی از نظر سنابتلای جوانترین فرد خانواده و یعنی ۱۰ سال کمتر از ۳۵ باید در ۲۵ تصویر برداری شود. پس حالا وقت انجام تصویر برداری می باشد و چون سن فرد کمتر از ۳۰ هست درخواست سونوگرافی می دهیم.
- در همه موارد اگر نیاز به تصویر برداری باشد، در صورتی که فرد ماموگرافی بیشتر از یک سال قبل یا سونوگرافی بیش از ۶ ماه قبل انجام داده در همین ویزیت تصویر برداری مجدد درخواست و بر حسب نتیجه اقدام می شود. اگر کمتر از یکسال قبل تصویر برداری انجام داده است بر حسب نتیجه تصویربرداری دو حالت پیش می آید: ارجاع به جراح و اگر ارجاع به جراح لازم نیست برای تاریخ یک سال بعد از تصویر برداری قبلی مراجعه کند تا بر اساس نتایج بررسی تصمیم گیری شود. برای معاینه و تصویر برداری مراجعه کند.
- نوع تصویر برداری بر اساس سن: هر جا که تصویر براری لازم باشد، سونوگرافی در سن زیر ۳۰ و ماموگرافی برای سن بالاتر از ۳۰ درخواست می شود.

(۴) **عوامل خطر سرطان پستان:** علاوه بر عوامل خطر اصلی (سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان، سابقه بیوپسی مثبت و سابقه رادیوتراپی قفسه سینه که در بخش شرح حال و سوابق به آن پرداختیم، عوامل خطر زمینه ای دیگری که باید در عموم زنان جامعه (گروه با خطر متوسط) که سوابق یا علائم یا نشانه ندارند ، مورد توجه قرار گیرد، عبارتند از : سن بالا،نمایه توده بدنی (BMI) بالای ۳۰، سن قاعدگی کمتر از ۱۲ سال ناباروری،عدم شیردهی، سن بالا در زمان اولین فرزند آوری، یائسگی در سن ۵۵ سال و بیشتر، مواجهه با اشعه ، استفاده طولانی مدت بویژه در سن بالا از قرصهای ضدبارداری خوراکی استروژنی، هورمون درمانی جایگزین HRT پس از یائسگی ، زمینه نژادی و قومی / اجتماعی اقتصادی، سابقه هیپرپلازی (رشد بیش از حد سلول ها) در پستان تراکم بافت پستان، مصرف بالای چربی های اشباع شده / مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت فیزیکی ناکافی

آموزش و ارتقای Breast awareness. در آموزش به مراجعہ کنندگان تاکید بر موارد زیر ضرورت دارد:

۱. سرطان بر خلاف تصور عام، یک بیماری قابل پیشگیری است به طوری که درصد بالایی از سرطان ها قابل پیشگیری و در صورت تشخیص به موقع قابل درمان هستند.
۲. برای پیشگیری از سرطان پستان شناخت و دوری کردن از عوامل خطر و توجه به عواملی که اثر محافظتی در برابر این سرطان دارند، اهمیت دارد. با شناخت علائم هشداردهنده سرطان پستان و مراجعہ به موقع به خانه ها و پایگاه های بهداشتی می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد. باید به مشارکت در برنامه های غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان ترغیب شوند و به شبکه بهداشتی مراجعه کنند.
۳. سایر عوامل خطر را آموزش ببینند و برای حذف عوامل خطر قابل اصلاح اقدام مناسب انجام دهند.
۴. اصول خودمراقبتی و نحوه انجام خودآزمایی پستان (BSE: Breast Self Examinatyion) به آنها آموزش داده شود. تا ماهانه بلافاصله بعد از اتمام قاعدگی، خودآزمایی پستان را انجام دهند.
۵. باید افراد تشویق شوند هر یک تا دو سال در برنامه تشخیص زودهنگام و غربالگری شرکت کنند.
۶. علائم هشداردهنده سرطان پستان را بشناسند.
۷. باید به افراد آموزش داده شود که اگر در فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری نیز، علائم هشدار دهنده را داشتند زودتر مراجعه کنند.
۸. اگر سابقه ی خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان یا سرطانهای دیگر دارند، به خانه یا مرکز بهداشتی درباره گزینه های غربالگری خاص، انجام مشاوره و تست های ژنتیک یا درمان پیشگیرانه مراجعه کنند.

زمان بندی مراجعات ، پیگیری و ارجاع از وظایف ارایه دهنده خدمت است که بر اساس شرح حال و معاینه و سوابق و با توجه به نتیجه تصویر برداری و آزمایش ژنتیک به شرح موارد زیر انجام می شود:

- مدیریت فراخوان منظم برای مراجعات روتین غربالگری با توجه به سن گروه هدف (هر دو سال در زیر ۴۰ سال و ترجیحا هر یک سال در بالای ۴۰ سال)
- سازماندهی مراجعات خاص با توجه به نتایج ارزیابی
- توصیه به مراجعہ در صورت وجود مشکلات پستان در فواصل بین معاینات معمول

- پیگیری افراد مشکوک به بدخیمی و پرخطر تا حصول نتیجه و تثبیت وضعیت آنان اهمیت زیادی دارد. این افراد درصد بسیار کمی از گروه هدف را به خود اختصاص می دهند ، اما پیگیری آنان اهمیت بسیاری دارد.
- پیگیری بر اساس نتیجه ارزیابی ها (نتیجه شرح حال و معاینه، سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، سابقه نمونه برداری پستان، سابقه فردی و یا سابقه خانوادگی)
- پیگیری انجام موارد تصویر برداری و دریافت بازخورد تصویربرداری
- پیگیری انجام مشاوره ژنتیک و دریافت بازخورد مشاوره ژنتیک در صورت دسترسی به امکانات
- پیگیری مراجعه به جراح و دریافت بازخورد ویزیت جراح
- تعیین زمان و شیوه پیگیری فرد در آینده
- اقدام و پیگیری بر اساس گزارش BI-RADS به صورت انجام اقدامات زیر:
- BI-RADS 0 پیگیری ویزیت جراح
- BI-RADS 1,2 در افراد با شرح حال و معاینه طبیعی:
- تعیین زمان ارزیابی بعدی برای 1 سال بعد در همه زنان بالای 40 سال و بدون سابقه فردی یا خانوادگی
- تعیین زمان ارزیابی بعدی برای 1 سال بعد در همه زنان با سوابق مثبت با هر سنی
- تعیین زمان ارزیابی بعدی برای 2 سال بعد در زنان زیر 40 سال بدون هیچ سابقه فردی یا خانوادگی
- BI-RADS 1,2 در افراد با شرح حال و معاینه غیر طبیعی :تعیین نوبت ویزیت جراح
- BI-RADS 3 پیگیری ویزیت جراح
- BI-RADS 4,5 پیگیری نمونه برداری پستان و ویزیت جراح

ارجاع به اعضای تیم سلامت یا ارجاعات تخصصی و پیگیری در یافت بازخورد ارجاعات و مراقبت ممتد بر اساس نظر سطح تخصصی در موارد زیر انجام گردد:

- ارجاع به مراقب سلامت / بهورز برای اصلاح شیوه زندگی
- ارجاع به پزشک برای بررسی و تشخیص افتراقی علایم مبهم و درمان آن در صورت لزوم و پیگیری بازخورد ارجاع
- ارجاع به جراح در موارد زیر بر اساس نتیجه تصویر برداری انجام گیرد اما در صورتی که نتیجه تصویر برداری شرایط زیر را ندارد یک سال بعد از تصویر برداری مجدداً پیگیری شود. شرایط ارجاع به جراح بر اساس نتیجه تصویر برداری و انطباق با شرح حال و معاینه بالینی عبارت است از:
- هر فرد نیازمند بیوپسی از جمله گزارش 4 , 5 BIRADS
- گزارش ماموگرافی مبنی بر 3 BIRADS
- هر فرد دارای معاینه غیر طبیعی و 2 , 1 BIRADS در تصویربرداری

○ هر گزارش مبهم ماموگرافی شامل BIRADS 0

○ تصویربرداری نرمال ولی شک بالینی بالا

○ عدم هماهنگی بین نتیجه تصویر برداری و معاینه بالینی

- ارجاع به جراح در موارد زیر بر اساس نتیجه شرح حال و معاینه:

○ شک به کانسر التهابی پستان

○ شک به بیماری پاژه پستان

- ارجاع به جراح پس از انجام مشاوره ژنتیک در صورت وجود سوابق خانوادگی و فردی سرطان

ارجاع برای مشاوره ژنتیک: کلیه موارد دارای سابقه فردی یا خانوادگی مثبت سرطان بویژه موارد زیر باید برای مشاوره ژنتیک ارجاع شوند:

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در سن 50 سال و کمتر

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان دو طرفه در یک فرد (همزمان یا غیرهمزمان) در هر سنی

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان تخمدان در سن 60 سال و کمتر

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پانکراس در سن 60 سال و کمتر

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پروستات در سن 45 سال و کمتر

سابقه فردی یا خانوادگی دست کم دو سرطان که یکی از آنها سرطان پستان و دیگری سرطان پستان یا تخمدان یا پانکراس یا پروستات در هر سنی باشد

سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در جنس مرد با هر سنی

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام	
<p>• تشخیص زودهنگام :</p> <p>در همه زنان ۳۰-۵۹ سال در هر ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان (ترجیحا هر دو سال) ، اطلاعات زیر را از نظر سرطان سرویکس بررسی کنید:</p> <p>درباره علائم زیر سوال کنید:</p> <p>- خونریزی غیرطبیعی واژینال (پس از مقاربت/ پس از یائسگی/ لکه بینی بین قاعدگی ها)</p> <p>- ترشح واژینال بدبو علیرغم درمان عفونت آمیزشی</p> <p>- درد هنگام مقاربت یا درد پایدارشکمی یا لگنی یا کمری</p> <p>- در صورت وجود هر یک از علائم فوق :</p> <p>تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علائم را سوال کنید.</p> <p>عوامل خطر را بررسی کنید : رفتار جنسی پرخطر (ارتباط جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و...)</p> <p>معاینه کنید: در معاینه با اسپکولوم و معاینه شکم موارد زیر را بررسی کنید:</p> <p>خونریزی، نمای ظاهری و وجود ضایعه، زخم یا برجستگی در سرویکس، وجود توده در واژن یا سرویکس، نوع ترشحات ، معاینه از نظر توده شکمی</p> <p>سوابق پزشکی زیر را پرسش نموده و مستندات آن را بررسی و نتیجه آن را ثبت کنید:</p> <p>- سابقه کولپوسکوپی، جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی با ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم</p> <p>(ASCUS / HSIL/ LSIL/AGUS/CIN)</p> <p>نتایج پاراکلینیک قبلی را بررسی کنید : در همه حال در ارزیابی دوره ای سلامت نتیجه بیوپسی، کولپوسکوپی، پاپ اسمیر و اچ پی وی و سایر موارد پاراکلینیک انجام شده قبلی را بررسی و زمان انجام و نتیجه آن را ثبت کنید.</p>	<p>علائم غیر طبیعی (خونریزی، ترشح ، درد) همراه با هریک از موارد زیر در سوابق یا معاینه: سابقه سرطان یا پیش بدخیمی در کولپوسکوپی یا جراحی، سابقه درمان سرطان، وجود توده شکمی، وجود ضایعه یا توده در معاینه سرویکس</p> <p>سوابق غیر طبیعی (سابقه بدخیمی یا پیش بدخیمی سرویکس) با یا بدون علائم معاینه غیر طبیعی شامل : توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی سرویکس یا هرگونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن ، سرویکس، رحم و آدنکسها</p> <p>پاپ اسمیر غیر طبیعی ASCUS/HSIL/ LSIL/AGUS در یک سال گذشته بدون اقدام برای کولپوسکوپی با اچ پی وی منفی یا اچ پی وی غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت</p> <p>اچ پی وی ۱۶ و ۱۸ مثبت با یا بدون پاپ اسمیر غیر طبیعی</p>	<p>آموزش و مشاوره و پاسخ به سوالات مراجعه کننده در جهت رفع ابهامات و حفظ روابط خانوادگی بویژه در موارد مثبت اچ پی وی بر اساس بخش دوم مجموعه آموزشی HPV اداره سلامت میانسالان</p> <p>- ارجاع به سطح تخصصی برای تشخیص و درمان و در صورت لزوم کولپوسکوپی با توجه به راهنمای کشوری سطح تخصصی</p> <p>- پیگیری بر اساس نتیجه کولپوسکوپی و باز خورد سطح تخصصی</p>	
	<p>علائم غیر طبیعی شامل هر یک از موارد زیر بدون سوابق یا معاینه مشکوک به بدخیمی:</p> <p>- خونریزی غیرطبیعی واژینال (پس از مقاربت/ پس از یائسگی / لکه بینی بین قاعدگی ها)</p> <p>- ترشح واژینال بدبو</p> <p>- درد هنگام مقاربت</p>	<p>HPV غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت + پاپ اسمیر طبیعی</p>	<p>- تشخیص افتراقی با توجه به تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علائم و درمان مرتبط با ضایعه مطابق بخش های مربوطه (عفونت آمیزشی، زخم تناسلی، سرویسیت، پولیپ سرویکس یا رحم، اتروفی واژن، خونریزی عملکردی واژینال) در بوکتل ماما برای سلامت زنان میانسال و اقدام درمانی برابر پروتکل مربوطه</p> <p>- پیگیری دو هفته بعد و انجام غربالگری در فرد واجد شرایط در صورت بهبود علائم</p> <p>- انجام غربالگری سرطان دهانه رحم در فرد واجد شرایط</p> <p>- ارجاع به سطح تخصصی در صورت: پایداری علائم، عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم یا عود بیماری علیرغم درمان یا همراهی علائم با یا معاینه غیر طبیعی یا پاراکلینیک مشکوک از نظر سرطان دهانه رحم</p>
	<p>پاپ اسمیر تنها با نتیجه ASCUS/ LSIL بدون انجام اچ پی وی با سوابق و شرح حال و معاینه طبیعی</p>	<p>پاپ اسمیر با نتیجه Unsatisfactory یا نمونه نامناسب Inadequate یا ناکافی Insufficient یا متناوبی در فرد بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی بدون انجام اچ پی وی یا با اچ پی وی منفی یا hpv غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت</p> <p>Inconclusive hpv test (نتیجه نامشخص به دلیل نمونه ناکافی یا دلایل دیگر)</p>	<p>- آموزش خود مراقبتی</p> <p>- تکرار نمونه اچ پی وی/ پاپ اسمیر در عرض ۶ تا ۱۲ هفته بعد و اقدام بر اساس نتیجه تست طبق پروتکل</p> <p>- برنامه ریزی تشخیص زودهنگام در صورت پیدایش علائم یا در ارزیابی دوره ای</p>
<p>HPV منفی کمتر از ۱۰ سال گذشته با پاپ اسمیر طبیعی کمتر از یک سال گذشته در غربالگری فرد بدون علامت ، با سوابق و معاینه طبیعی</p>	<p>عدم وجود شرایط غربالگری در فرد بدون علامت و بدون سوابق غیرطبیعی</p>	<p>- آموزش خود مراقبتی، آموزش علائم هشدار</p> <p>- برنامه ریزی غربالگری طی ۱۰ سال در زنان ۴۹-۳۰ سال</p> <p>- توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم خونریزی، درد، ترشح واژینال</p> <p>- برنامه ریزی تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای</p> <p>- عدم نیاز به انجام غربالگری، توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم خونریزی، درد، ترشح واژینال، برنامه ریزی تشخیص زودهنگام در ارزیابی</p>	
<p>همه زنان ۳۰-۴۹ سال واجد شرایط زیر برای غربالگری:</p> <p>- گذشت سه یا بیش از سه سال از اولین تماس جنسی</p> <p>- بدون سابقه غربالگری یا گذشت ۱۰ سال یا بیشتر از تست HPV قبلی یا گذشت بیش از یک سال از پاپ اسمیر قبلی</p> <p>- بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی و زنان ۵۹-۵۰ سال متقاضی غربالگری یا افراد دارای علامت بهبود یافته پس از درمان</p>	<p>همه زنان ۳۰-۴۹ سال واجد شرایط زیر برای غربالگری:</p> <p>- گذشت سه یا بیش از سه سال از اولین تماس جنسی</p> <p>- بدون سابقه غربالگری یا گذشت ۱۰ سال یا بیشتر از تست HPV قبلی یا گذشت بیش از یک سال از پاپ اسمیر قبلی</p> <p>- بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی و زنان ۵۹-۵۰ سال متقاضی غربالگری یا افراد دارای علامت بهبود یافته پس از درمان</p>	<p>-آموزش خود مراقبتی با بهبود شیوه زندگی و پرهیز از رفتار پرخطر جنسی، علائم هشدار</p> <p>- انجام نمونه برداری برای غربالگری در فرد واجد شرایط غربالگری در همین ویزیت یا تعیین نوبت غربالگری برای زمان مناسب و اقدام بر اساس نتیجه غربالگری</p> <p>-در صورت طبیعی بودن نتیجه غربالگری توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم خونریزی، درد، ترشح واژینال و برنامه ریزی تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای</p>	

غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان سرویکس

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۱ استراتژی جهانی حذف سرطان سرویکس را مطرح کرده است. اهداف این استراتژی دستیابی به موارد ذیل تا سال ۲۰۳۰ است:

- ۹۰٪ دختران واجد شرایط واکسن HPV را دریافت کرده باشند؛
- ۷۰٪ زنان واجد شرایط حداقل دوبار در طول زندگی تحت غربالگری قرار گرفته باشند؛
- ۹۰٪ زنانی که غربالگری مثبت و یا ضایعات سرویکال داشته اند تحت درمان موثر شامل درمان تسکینی قرار گرفته باشند؛

اجرای استراتژی دوم یعنی انجام غربالگری سرطان سرویکس با توجه به جمعیت هدف غربالگری، یکی از برنامه های مهم سلامت زنان میانسال می باشد. برنامه ملی غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس برای همه زنان میانسال از سن ۳۰ سالگی تا ۴۹ سالگی انجام می شود و هر دو سال یک بار یا در موارد مراجعه زنان برای ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان، علائم و شکایات مورد بررسی قرار می گیرند و در صورت وجود علائمی که احتمال وجود بدخیمی دهانه رحم را مطرح می کند، اقدامات مربوط به **تشخیص زودهنگام** سرطان سرویکس انجام می شود. همچنین در افراد بدون علامت یا افرادی که شرح حال یا معاینه طبیعی دارند **غربالگری** سرطان سرویکس صورت می گیرد.

روشهای توصیه شده سازمان جهانی بهداشت که برای غربالگری بکار میروند به سه دسته زیر تقسیم می شوند:

۱. تست مولکولی (HPV DNA Test)

۲. سیتولوژی (پاپ اسمیر به روش سنتی (Conventional) یا مبتنی بر مایع (cytology LCB:liquid based))

۳. مشاهده مستقیم با استفاده از استیک اسید (Visual inspection with acetic acid :VIA)

در حال حاضر در برنامه کشوری سلامت زنان میانسال دو روش تست مولکولی (HPV DNA Test) و سیتولوژی (پاپ اسمیر) برای غربالگری سرطان دهانه رحم مورد استفاده قرار می گیرد.

غربالگری

سن شروع، پایان و فواصل غربالگری سرطان دهانه رحم: سازمان جهانی بهداشت در ویرایش ۲۰۲۱ شروع سن شروع غربالگری سرطان دهانه رحم برای زنان جمعیت عمومی را ۳۰ سال اعلام کرده است. غربالگری روتین برای زنان ۵۰ سال و بالاتر که دو نوبت غربالگری متوالی با فواصل روتین را انجام داده و نتیجه هر دو منفی بوده است، لازم نیست. بنا بر این باید اولویت به زنان ۳۰-۴۹ سال داده شود. در صورت فراهم بودن امکانات، زنان ۵۰ سال و بالاتر که تا کنون تست غربالگری انجام نداده اند نیز در اولویت قرار خواهند گرفت. در کشور ما تصمیم گیری برای غربالگری در سن کمتر از ۳۰ سال، بویژه افراد مبتلا به ایدز، به عهده اداره سلامت جوانان است.

در برنامه کشوری، فواصل غربالگری به روش تست HPV DNA برای زنان جمعیت عمومی ۳۰ تا ۴۹ ساله با فاصله ۱۰ سال در نظر گرفته شده است. در جایی که امکان انجام تست HPV DNA هنوز وجود ندارد، غربالگری روتین با پاپ اسمیر هر ۳-۵ سال به عنوان تست غربالگری اولیه برای جمعیت عمومی زنان توصیه شده است. روش VIA که در توصیه های WHO مد نظر قرار گرفته، در کشور ما کاربردی ندارد.

نکته دیگری که در توصیه های WHO، مشاهده می شود، حد اقل مورد انتظار برای غربالگری در جمعیت هدف است. در این توصیه گفته شده است که تا زمان گذار به برنامه کامل غربالگری در جمعیت هدف با فواصل توصیه شده استاندارد، غربالگری دوبار در طول زندگی برای زنان جمعیت عمومی می تواند سودمند باشد. به عبارت دیگر انتظار می رود که هر یک از زنان گروه هدف حد اقل دو بار در طول عمر خود تست HPV DNA داده باشند. برای دستیابی به این هدف حداقلی لازم است غربالگری سرطان سرویکس برای زنانی که تا کنون غربالگری نشده اند، در اولویت قرار گیرد. در زنانی که علیه HPV واکسینه شده اند هم باید غربالگری روتین برای سرطان دهانه رحم انجام شود زیرا واکسن تمام تیپهای انکوژن HPV را پوشش نمیدهد و همچنین علل دیگری برای سرطان دهانه رحم به جز عفونت با انواع پرخطر HPV وجود دارد.

شرایط غربالگری سرطان دهانه رحم: در برنامه کشوری، زنان با شرایط زیر مشمول برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم می باشند:

- در فاصله سنی ۳۰ تا ۴۹ سال باشند.
- حداقل سه سال از رابطه جنسی آنها گذشته باشد.
- تا کنون تست پاپ اسمیر انجام نداده باشند یا از تست پاپ اسمیر به تنهایی با نتیجه طبیعی بیش از یکسال گذشته باشد.
- تا کنون آزمایش غربالگری HPV انجام نداده باشند یا ده سال و بیشتر از آزمایش غربالگری HPV آنان گذشته باشد.

روشهای غربالگری در برنامه کشوری*: در حال حاضر در برنامه کشوری سلامت زنان میانسال، تا زمانی که انجام **HPV DNA Test** را بتوان به عنوان روش ارجح از طریق آزمایشگاههای مورد تایید آزمایشگاه مرجع سلامت، در سراسر کشور اجرا کرد، یکی از دو روش زیر برای غربالگری مورد استفاده قرار می گیرد:

۱. غربالگری به روش HPV DNA Test همراه با تهیه نمونه پاپ اسمیر: سرطان دهانه رحم از مهمترین سرطانهایی است که ارتباط آن با عفونت اچ پی وی اثبات شده است. مهمترین فاکتور خطر سرطان دهانه رحم آلودگی به ویروس اچ پی وی است. این ویروس انواع پرخطر و کم خطر دارد. انواع کم خطر شامل ۶ و ۱۱ بیشتر ایجاد زگیل تناسلی می کنند و کمتر منجر به سرطان می شوند. باقی ماندن انواع پرخطر این ویروس شامل ۱۶ و ۱۸ برای مدت طولانی در ناحیه تناسلی می تواند در ایجاد سرطان دهانه رحم موثر باشد. مطالعات نشان می دهند که اغلب موارد عفونتهای اچ پی وی ظرف دو سال از بدن پاک می شوند ولی مواردیکه در بدن باقی می مانند خصوصاً موارد ابتلا به انواع پرخطر ویروس می توانند منجر به سرطان دهانه رحم شوند. در حال حاضر برای افزایش حساسیت تست غربالگری سرطان دهانه رحم، استراتژی انجام آزمایش اچ پی وی در دستور کار قرار گرفته و در صورت وجود امکانات، به عنوان تست اولیه ارجح نسبت به سایر روشها توصیه می شود. غربالگری با این روش در زنان ۳۰ تا ۴۹ سال که سه سال یا بیشتر از اولین ارتباط جنسی آنها گذشته باشد، با نمونه گیری همزمان HPV و پاپ اسمیر هر ۱۰ سال یک بار انجام می شود.

*این پروتکل با نسخه ۲۰۲۱ سازمان جهانی بهداشت برای غربالگری سرطان دهانه رحم، آخرین توصیه های دبیرخانه ملی مدیریت سرطان و امکانات اجرا تطبیق داده شده است.

زمانی که تست HPV DNA وارد برنامه شده و امکان انجام آن فراهم شد، صرف نظر از اینکه چه تستی برای غربالگری نوبت قبل بکار رفته، این تست برای نوبت بعدی غربالگری زنان به کار می رود. بدین ترتیب که در همه افراد، غربالگری اولیه با تست تشخیص مولکولی ویروس HPV برای ژنوتیپ های پرخطر آغاز می شود. این ژنوتیپ ها که با سرطان دهانه رحم مرتبط هستند با عنوان High Risk HPV (HPV-HR) شناخته می شوند. در مرحله بعد نمونه های مثبت و آلوده به ویروس HPV برای تعیین ژنوتیپ های پرخطر ۱۶ و ۱۸ بررسی می شوند.

توجه: نمونه هایی که آلوده به ژنوتیپ هایی غیر از ۱۶ و ۱۸ باشند با عنوان اچ پی وی غیر ۱۶ و ۱۸ (HPV non 16/18) شناخته شده و صرفاً برای این گروه نمونه اخذ شده برای پاپ اسمیر بررسی می شود.

۲. غربالگری به روش پاپ اسمیر: پاپ اسمیر عبارت است از بررسی سیتولوژیک سرویکس در جهت شناسایی سلولهای غیر طبیعی که نشانگر احتمال وجود بدخیمی های سرویکس می باشند. در مواردی که دسترسی به تست اچ پی وی وجود ندارد پاپ اسمیر انجام می شود. بدین ترتیب تا زمانی که امکان انجام تست HPV DNA برای غربالگری سرطان سرویکس در همه مناطق کشور فراهم عملیاتی گردد، برنامه های موجود غربالگری با سیتولوژی (پاپ اسمیر)، باید ادامه یابد. غربالگری با انجام پاپ اسمیر تنها برای زنان گروه هدف، سه سال پس از شروع ارتباط جنسی آغاز و هر ۳ تا ۵ سال یک بار تا سن ۵۹ سالگی ادامه پیدا می کند. در زنان ۵۰ ساله و بالاتر انجام آن برحسب تقاضای فرد یا وجود علائم یا عوامل خطر صورت می گیرد. در ارزیابی اولیه، ارائه دهنده خدمت باید از زنان مراجعه کننده در مورد نتایج آخرین پاپ اسمیر و سابقه درمان و بررسی (مثلاً کولپوسکوپی) سوال کند.

- بهتر است پاپ اسمیر ۲۰-۱۰ روز بعد از اولین روز عادت ماهانه انجام شود. البته در صورت استفاده از روش مبتنی بر مایع (liquid-based) می توان پاپ اسمیر را حتی در زمان پریود هم انجام داد.
- همچنین اگر در شرایطی مانند سرویسیت مخاط سرویکس شکننده است، باید پاپ اسمیر به روش liquid-based انجام شود.
- اگر بیمار در معاینه عفونت دیگری به جز HPV شامل کلامیدیا یا گنوره دارد، بهتر است پاپ اسمیر بعد از درمان این عفونتها تکرار شود. اما وجود ترشحات موکوسی- چرکی نباید پاپ اسمیر را به تاخیر بیندازد. میتوان بعد از پاک کردن ترشحات با یک سواب پنبه ای آغشته به نرمال سالین پاپ اسمیر را انجام داد.
- در زنان مبتلا به زگیل تناسلی نیاز به تعداد دفعات بیشتر پاپ اسمیر نیست، مگر اندیکاسیون دیگری برای این کار وجود داشته باشد.
- زنانی که هیستریکتومی کامل کرده اند نیاز به پاپ اسمیر روتین ندارند، مگر اینکه هیستریکتومی آنان به علت سرطان دهانه رحم یا ضایعات پیش سرطانی آن انجام شده باشد.
- در زنانی که سرویکس بعد از هیستریکتومی باقی گذاشته شده است باید پاپ اسمیر روتین طبق برنامه مانند سایر زنان انجام شود.

گزارش بررسی نمونه پاپ اسمیر: بر اساس سیستم گزارش دهی بتسدا به صورت زیر گزارش می شود:

الف- گزارش از نظر کفایت نمونه (Adequacy)

۱. **نمونه غیر رضایت بخش یا نا موفق (Unsatisfactory):** نمونه به دلایل زیر قابل بررسی و گزارش نبوده است: شکسته بودن لام، نداشتن برچسب مشخصات بیمار، وجود عوامل مخدوش کننده مانند وجود خون در نمونه، التهاب، ضخامت بیش از حد، نوتروفیل، عدم فیکساسیون و سیتولیز... سلول اپی تلیال قابل بررسی نبوده است.
۲. **نمونه برداری رضایت بخش یا موفق برای ارزیابی (Satisfactory):** کیفیت نمونه از نظر وجود سلول آندوسرویکال یا منطقه انتقالی (Transformation zone) مناسب است.

ب- گزارش یافته های سیتولوژیک:

1. منفی از نظر ضایعه اینتراپی تلیال یا بدخیم: در این گروه شواهد سلولی از ضایعات پیش سرطانی و نئوپلاستیک وجود ندارد. حتما باید دیده شدن یا دیده نشدن سلول نئوپلاستیک در گزارش قید شود. اما اگر مورد دیگری بخواهد در گزارش ذکر شود یا ذکر نشود به اختیار آزمایشگاه می باشد مانند **عناصر سلولی طبیعی** که ممکن است توسط آزمایشگاه گزارش شوند عبارتند از: سلول اسکواموس، سلول اندوسرویکال، سلول سگمان تحتانی رحم، سلول آندومتريال یا سایر یافته های غیر نئوپلاستیک به علت واکنش های حفاظت کننده یا واکنش نسبت به التهاب یا تغییرات هورمونی و یا کلونیزاسیون ارگانیسیمهای عفونی به وجود می آیند. این تغییرات که ممکن است توسط آزمایشگاه گزارش شوند یافته های غیر نئوپلاستیک می باشند و گزارش آنها توسط آزمایشگاه اختیاری است. انواع یافته های غیر نئوپلاستیک متناسب با سن و دوره قاعدگی و وجود حاملگی و یائسگی و سایر شرایط طبیعی، تغییرات سلولی واکنشی مانند التهاب ارگانیسیمها و انواع عفونت
2. سلول اپی تلیال غیر طبیعی:

بررسی سیتولوژیک سرویکس در درجه اول برای غربالگری و تشخیص ضایعات پیش بدخیم و بدخیم (اسکواموس سل کارسینوما) سرویکس است. اما موارد غیر طبیعی سلول اپی تلیال شامل سلولهای اسکواموس (سنگفرشی) غیر طبیعی و سلولهای گلاندولار غیرطبیعی می باشد و در گزارش بررسی نمونه سیتولوژی، یافته های غیر طبیعی از تغییرات اولیه تا سرطان سرویکس به صورت یکی از موارد زیر گزارش می شوند که باید برای بررسی به سطح تخصصی ارجاع شوند:

AGUS Atypical glandular cell of undetermined significance: سلول گلاندولار غیر طبیعی

ASC-US Atypical squamous cells of undetermined significance: سلول اسکواموس غیر طبیعی

ASC-H: Atypical squamous cell -High grade squamous intraepithelial lesion

LSIL: Low grade Squamous intraepithelial lesion: (Hpv/Mild dysplasia/CIN1)

HSIL: High Grade Squamous Intraepithelial Leision (CIN2,3: Cervical Intraepithelial Neoplasia grade2, SCC (دیس پلازی

Squamous Cell Carcinoma تغییرات سلولی سرطانی: شدید)

تصمیم گیری برای نتایج متفاوت پاپ اسمیر

- سلولهای غیر طبیعی غیر قابل تفسیر (ASCUS): در این مورد می توان تست اچ پی وی انجام داده و بر حسب نتیجه تست اچ پی وی اقدام نمود.
- سلولهای غیر طبیعی با درجه پایین (LSIL): پیگیری و برخورد شبیه بیماران با تغییرات ASCUS خواهد بود.
- سلولهای غیر طبیعی مشکوک به بدخیمی با درجه بالا (HSIL): در واقع معادل هیستولوژیک CIN می باشد. در این حالت بیمار در هر سنی باید کولپوسکوپی شود.
- سلولهای غیر طبیعی گلاندولر یا غددی (AGC) که به شکلهای مختلف ممکن است گزارش شود، مهم بوده و نیاز به ارجاع و بررسی دارد.
- نکته مهم: در افراد HIV مثبت ریسک ضایعات پیش بدخیم سرویکس یا کانسر سرویکس بیشتر است. این زنان باید ظرف یکسال از شروع فعالیت جنسی یا تشخیص اولیه HIV پاپ اسمیر انجام دهند.

- زنانی که سیتولوژی نرمال دارند ولی فاقد سلول اندوسرویکال هستند از موارد inadequate محسوب می شوند که باید تست پاپ اسمیر آنها تکرار شود.
- برای زنانی که نمونه سیتولوژی رضایت بخش ندارند ، صرفنظر از منفی بودن تست HPV باید پاپ اسمیر ۶ تا ۱۲ هفته بعد تکرار شود.

روش تهیه نمونه : پیش از نمونه برداری از موارد زیر اطمینان حاصل شود:

- زمان نمونه برداری باید طوری تنظیم شود که در دوره خونریزی عادت ماهیانه نباشد.
- در صورت وجود ضایعه خونریزی دهنده، ابتدا باید درمان خونریزی انجام شود. نمونه های حاوی خون برای آزمونهای مولکولی و سیتولوژی معتبر نیستند . اما از روش پاپ اسمیر مبتنی بر مایع می توان برای نمونه های حاوی خون استفاده نمود.
- حداقل دو روز قبل از تست فعالیت جنسی نداشته باشد.
- دو روز قبل از نمونه برداری شستشوی واژن نداشته باشد.
- حداقل دو روز قبل از تست ، از تامپون، کرم های واژینال و دارو ها استفاده نکرده باشد.
- هنگام نمونه برداری و پیش از آن از Lubricant به هیچ وجه استفاده نشود.

آماده سازی بیمار پیش از برداشتن نمونه

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

چگونگی برداشتن نمونه از دهانه رحم

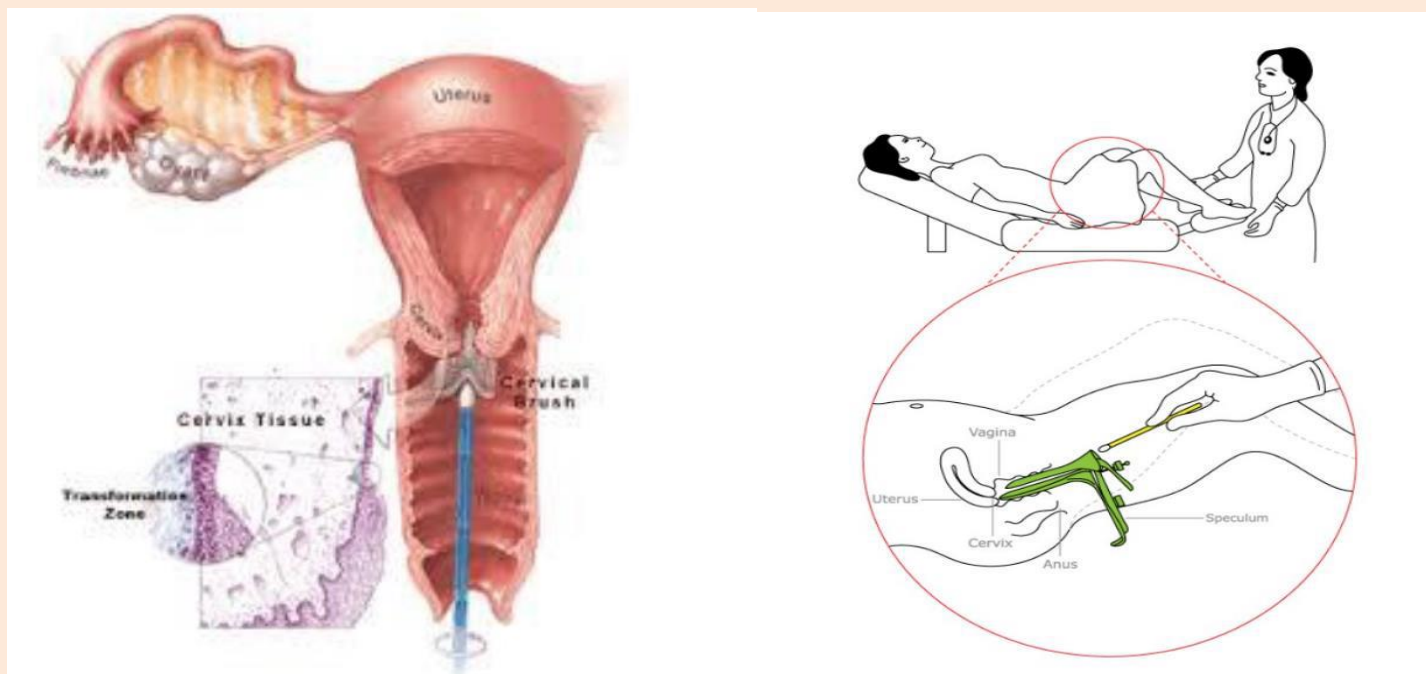
ابتدا بیمار برروی تخت معاینه جهت معاینه خوابانده شده و آماده نمونه برداری می شود.

از یک اسپکولوم یک بار مصرف برای مشاهده دهانه رحم استفاده می شود.

در صورت نیاز به Lubrication برای کارگذاری اسپکولوم از آب گرم استفاده کنید .توجه داشته باشید که استفاده از مواد Lubricant موجب تداخل در آزمایشات مولکولی و سیتولوژی می شود. برای تهیه نمونه از سیتوبراش استفاده می شود و با چرخاندن برس در اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی-ستونی به صورت دورانی خراشیده میشود. سپس شانه را خارج کرده و به سرعت در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شستشو میدهیم. سر سیتوبراش در داخل ویال که حاوی ماده محافظ است، شکسته شده و در ویال گذاشته می شود. نمونه باید هم حاوی سلول اندوسرویکال (کولومنا) باشد هم تی زون (بین دو لایه اسکوامو و کولومنا)*.

* برای بخش روش تهیه نمونه،ازمتن و تصاویر مجموعه دستورالعملهای اداره سرطان استفاده شده است. آموزش مهارتی برای نحوه تهیه نمونه پاپ اسمیر و نمونه اچ پی وی به صورت فیلم آموزشی تهیه شده توسط اداره سلامت میانسالان برای آموزش و باز آموزی دانش آموختگان مامایی در اختیار دانشگاهها قرار گرفته است.

سر برس در داخل ویال حاوی ماده محافظ شکسته و در ویال گذاشته می شود. در صورتی که امکان انجام تست اچ پی وی فراهم نشده است، نمونه برداری فقط برای سیتولوژی (پاپ اسمیر) انجام شود. در این حالت اگر امکان خواندن نمونه پاپ اسمیر به روش THhin prep وجود دارد، نمونه مبتنی بر مایع Liquid based و به همان روش فوق الذکر نمونه برداری با سیتوبراش صورت گرفته و داخل مایع گذاشته شده و برای آزمایشگاه ارسال شود. اما اگر امکان تست اچ پی وی و امکان پاپ اسمیر مبتنی بر مایع وجود ندارد، تهیه نمونه پاپ اسمیر به روش Conventional کافی است.



تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

در کلیه مراجعات زنان برای ارزیابی دوره ای سلامت، بررسی علائم برای تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس انجام می گیرد. زانی که در فاصله معاینات فوق به علت مشکل یا علامت خاصی مراجعه می کنند، نیز باید خدمات لازم را برای تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم دریافت نمایند. در صورت نیاز به ارجاع به سطح تخصصی مراقبتها از جمله فاصله زمانی مراجعات با توجه به باز خورد سطح دو صورت می گیرد. همچنین کلیه اقدامات در زنان باردار مطابق پروتکل مراقبت مادران باردار تعیین می گردد.

سرطان دهانه رحم ممکن است بدون علامت باشد که این وضعیت کمتر اتفاق می افتد مگر در زنان بدون فعالیت جنسی تا زمانی که سرطان پیشرفت نکرده است. همچنین ممکن است سرطان دهانه رحم با هریک از علائم زیر تظاهر پیدا کند:

- خونریزی غیر طبیعی واژینال (از جمله پس از نزدیکی جنسی، در فواصل دوره های قاعدگی و پس از یائسگی)
 - ترشحات بدبوی واژینال (تومورهای بزرگ می توانند دچار عفونت شده و ترشحات غیرطبیعی واژینال که گاهی بدبو هستند ایجاد کنند. گاهی ممکن است این ترشحات قبل از بروز خونریزی غیرطبیعی بروز نمایند)
 - درد هنگام نزدیکی جنسی
- در موارد بسیار پیشرفته ممکن است همراه با علائم فوق دردهای لگنی در اثر فشار تومور به اندامهای مجاور و یا درگیری پارامترهای رحم ایجاد شوند. یا ندرتاً خروج ادرار یا مدفوع از واژن به سبب فیستول ناشی از رشد تومور ایجاد شود.

تشخیص افتراقی: در تشخیص افتراقی علائم فوق باید موارد زیر مد نظر قرار گرفته و اقدامات لازم بر حسب تشخیص، برابر پروتکل‌های مربوطه در مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان انجام گیرد:

- زخم های ناحیه تناسلی و ترشح واژینال غیر طبیعی: شایع ترین علل ترشحات غیرطبیعی واژینال، علل عفونی هستند. برای تشخیص افتراقی به پروتکل عفونتهای آمیزشی رجوع کنید.
- التهاب سرویکس، سرویسیت، سقط و بارداری در دوره باروری زنان، پولیپ دهانه رحم، پولیپ آندومتر و سایر ضایعات خونریزی دهنده رحمی، خونریزی عملکردی رحمی در دوران یائسگی و سرطانهای دستگاه تناسلی از مواردی هستند که باید در تشخیص افتراقی خونریزی غیر طبیعی مد نظر قرار گیرند. در مورد خونریزی های غیر طبیعی به پروتکل خونریزی غیرطبیعی واژینال رجوع کنید.
- درد هنگام نزدیکی نیز به دلایل دیگری غیر از سرطان دهانه رحم نیز ممکن است اتفاق بیفتد. برای تشخیص افتراقی علل درد هنگام نزدیکی به پروتکل اختلال عملکرد جنسی رجوع کنید.

اقدامات:

آموزش: علاوه بر اقدامات ذکر شده در چارت در همه حال عوامل خطری مانند: سن ، زمان نخستین تماس جنسی ، تعداد زایمان ، رفتار جنسی پرخطر(ارتباط جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و...) را نیز که در ارزیابی دوره ای سلامت به دست آورده اید مورد توجه قرار داده و موارد زیر را به مراجعه کنندگان آموزش دهید:

- آموزش خودمراقبتی برای پیشگیری از رفتار پرخطر جنسی، پیشگیری از ابتلا به عفونتهای آمیزشی، اجتناب از مقاربت با افراد مبتلا به تبخال تناسلی
- اصلاح شیوه زندگی از نظر استعمال دخانیات ، مصرف نوشیدنیهای الکلی، وضعیت فعالیت بدنی ، وضعیت تغذیه و تامین کافی ویتامین آ و فولیک اسید
- آموزش مخاطرات استفاده خودسرانه از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی
- توصیه به مراجعه منظم برای ارزیابی دوره ای و غربالگری سرطان دهانه رحم به عنوان یک سرطان قابل درمان در صورت تشخیص زودهنگام
- توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم مشکوک
- واکسیناسیون اچ پی وی برای دختران و زنان در سن ۹ تا ۲۵ سالگی می تواند انجام شود.

مشاوره*: در مشاوره بیمار مبتلا به عفونت اچ پی وی سوالات مختلفی برای مراجعه کننده مطرح است . باید با توجه به نکات زیر به سوالات مراجعه کننده به درستی پاسخ داده و ابهامات او را رفع نمود:

۱. آلودگی به ویروس HPV بسیار شایع است و میتواند غیر از ناحیه مقعدی - تناسلی نواحی دیگری مثل دهان و حلق را هم درگیر نماید.
۲. وقتی دو شریک جنسی مبتلا به زگیل تناسلی یا آلوده به HPV هستند نمی توان دقیقا مشخص نمود کدامیک ابتدا مبتلا شده و عفونت را به دیگری منتقل کرده است .
۳. آلودگی به HPV به این مفهوم نیست که خود فرد یا همسرش حتما روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده داشته است.
۴. بیماران مبتلا به زگیل تناسلی یا آلوده به اچ پی وی، بهتر است از نظر سایر بیماریهای مقاربتی هم بررسی شوند.
۵. فرد مبتلا به زگیل تناسلی بهتر است تا رفع کامل ضایعات از داشتن شریک جنسی جدید بپرهیزد. البته HPV میتواند بعد از رفع ضایعات هم به شریک جنسی منتقل شود.
۶. زنان آلوده به HPV میتوانند باردار شوند و دوران بارداری طبیعی داشته باشند.
۷. 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 می گردد.
۸. زمان ابتلا به ویروس HPV را نمیتوان به طور دقیق مشخص نمود . فرد می تواند ماهها و حتی سالها قبل از ظهور ضایعات زگیل آلوده به HPV شده باشد.
۹. افراد بی علامت آلوده به HPV هم می توانند بیماری را به شرکای جنسی خود منتقل نمایند.
۱۰. اگر کاندوم به صورت مداوم و صحیح استفاده شود می تواند شانس انتقال را به شریک جنسی کمتر نماید . در هر حال کاندوم همه قسمت های ناحیه تناسلی را نمی پوشاند ولذا نمی تواند به طور کامل محافظت کننده باشد.

*برای اطلاعات بیشتر در خصوص مشاوره با افراد اچ پی وی مثبت به مجموعه آموزشی ویروس پاپیلومی انسانی HPV ویژه کارشناسان و ارایه دهندگان خدمات تهیه شده توسط اداره سلامت میانسالان مراجعه نمایید.

۱۱. بیشتر افرادی که مبتلا به اچ پی وی می شوند بدون عارضه خاصی به طور کامل از ویروس پاک می شوند. اگر فردی ویروس از بدنش پاک نشود، ممکن است مبتلا به زگیل تناسلی یا ضایعات سرطانی یا پیش سرطانی در ناحیه تناسلی یا حتی سر و گردن شود.
۱۲. ابتلای به ویروس می تواند در طی تماس جنسی دهانی و نیز تماس جنسی بدون دخول هم رخ دهد.
۱۳. این ویروس می تواند از مادر حامله به نوزاد در حین زایمان منتقل شود ولی تقریباً تمام نوزادان در طی سال اول زندگی از ویروس پاک می شوند.
۱۴. زنان مبتلا به زگیل تناسلی نیاز به انجام آزمایش پاپ اسمیر بیشتری نسبت به سایر زنان ندارند.
۱۵. شرکای جنسی میتوانند ویروس اچ پی وی را بهم منتقل کنند، چه در حالی که فقط یکی از آنها علامت دار باشد و یا حتی هیچ کدام ضایعه قابل رویتی نداشته باشند.
۱۶. اگر زگیل تناسلی درمان نشود ممکن است سه حالت رخ دهد: خودبخود رفع شود، بدون تغییر باقی بماند و یا تعداد و اندازه اش بزرگتر شود.
۱۷. هر چند زگیل تناسلی یک بیماری شایع بوده و بیشتر، تیپهای ویروس اچ پی وی کم خطر عامل ایجاد آن هستند، ولی تشخیص زگیل تناسلی و عنوان کردن آن برای بیمار، ممکن است استرس و نگرانی زیادی برای بیمار ایجاد نماید.
۱۸. درمان، ضایعات را از بین می برد ولی ویروس می تواند تا مدتها در بدن باقی بماند. بنابراین عود بیماری خصوصاً در سه ماهه اول بعد از درمان شایع است.
۱۹. واکسن اچ پی وی می تواند از ابتلا جلوگیری نماید ولی برای فردی که در حال حاضر زگیل تناسلی قابل رویت دارد نقش درمانی ندارد.

ارجاع به سطح تخصصی: همراهی علائم سرطان دهانه رحم با هر یک از موارد زیر نیازمند ارجاع به سطح تخصصی است:

- سابقه سرطان یا ضایعه پیش بدخیم دهانه رحم (سابقه کولپوسکوپی، جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی یا گزارش سیتولوژی یا پاتولوژی مبتنی بر ضایعه سرطانی یا پیش سرطانی دهانه رحم)
- معاینه غیر طبیعی شامل: توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی سرویکس یا هرگونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن، سرویکس، رحم و آدنکسها
- پاراکلینیک مشکوک از نظر سرطان دهانه رحم افرادی که در برنامه غربالگری، HPV مثبت هستند و پاپ اسمیر آنها نیز طبیعی نیست.
- عدم بهبودی یا بدتر شدن علائم یا عود بیماری علیرغم درمان

منابع:

علائم و عوارض یائسگی:

- راهنمای بالینی و برنامه اجرایی یائسگی برای زنان ۶۰-۴۵ سال ویرایش نخست ۱۳۸۶
- مدیریت علائم و عوارض یائسگی (انجمن متخصصین زنان ۱۳۹۷)
- Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey [published online ahead of print April 15, 2013]. Menopause doi: 10.1097/GME.0b013e318287342d
- Up to date 2018
- Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy *October 1, 2010* International menopausal society
- (ACOG Practice Bulletin. Management of Menopausal Symptoms, number 141, January 2014 reaffirmed 2016.)
- (Menopause: The Journal of The North American Menopause Society Vol. 20, No. 9, pp. 888/902
- Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society

عفونت آمیزشی:

- راهنمای کشوری عفونتهای آمیزشی اداره ایدز و عفونتهای آمیزشی ویرایش ۱۳۹۹
- ویروس پاپیلومای انسانی HPV (بسته آموزشی ویژه کارشناسان ستادی و ارایه دهندگان خدمات از مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان) ۱۳۹۸

سرطانهای زنان:

- راهنمای اجرایی برنامه کشوری سلامت میانسالان ۱۳۹۳
- بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان ویژه غیر پزشک ویرایش ۱۳۹۵
- راهنمای WHO برای غربالگری و درمان ضایعات پیش سرطانی برای پیشگیری از سرطان سرویکس ۲۰۲۱:
(WHO guideline for screening and treatment of cervical pre- cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition 2021)
- دستورالعمل کشوری غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس ویرایش ۱۴۰۰- دبیرخانه ملی مدیریت سرطان
- دستورالعمل کشوری غربالگری و تشخیص زودرس سرطان پستان ویرایش ۱۴۰۰- دبیرخانه ملی مدیریت سرطان
- ویروس پاپیلومای انسانی HPV (بسته آموزشی ویژه کارشناسان ستادی و ارایه دهندگان خدمات از مجموعه مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان) ۱۳۹۸ دستورالعمل

خونریزی غیر طبیعی:

1-Reaffirmed SOGC Clinical Practice Guideline Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada Volume 40, Issue 5, May 2018, Pages e391-e415

2-Current Classification and Clinical abnormal Uterine Bleeding 2018

3- The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in : the reproductive years: 2018 revisions

4- The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women, American journal of Obstetrics and Gynecology Volume 214, Issue 1, January 2016, Pages 31-44

5-ACOG Releases Guidelines on Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction 2013

ACOG Releases Clinical Guidelines on Management of Menopausal Symptoms 2018

Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel 2011

8-Practice guideline: evaluation and management of abnormal vaginal bleeding in adolescents. J Pediatr Health Care 2009;23(3):189-93.

اختلال عملکرد جنسی :

۱- بیگی, مرجان اختلالات عملکرد جنسی در یانستگی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۳۸۷، دوره ۲۶ شماره ۹۰.

2. WHO definition of reproductive and sexual health ;<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> retrieved on 10/28/2018.
3. Farahmand M, Tehrani FR ,Pourrajabi L, Najafi M, Azizi F. Factors associated with menopausal age in Iranian women: Tehran Lipid and Glucose Study. J Obstet Gynaecol Res. 2013;39(4):836-41. Epub 2013/01/03.
4. Berek, J.S., 2012. Berek and Novak's ,Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
5. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Obstet Gynecol. 2006;107(4):755-64. Epub 2006/04/04.
6. Saks BR. Sexual Dysfunction (Sex, Drugs, and Women's Issues). Primary Care Update for OB/GYNS. 1999;6(2):61-5.
7. Hashemi S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Abedini M, Bahreinian H, Gholami R. Evaluation of sexual attitude and sexual function in menopausal age; a population based cross-sectional study. Iran J Reprod Med. 2013;11(8):631-6. Epub 2014/03/19.
8. Omidvar S, Bakouie F, Amiri FN. Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). J Midlife Health. 2011;2(2):77-80. Epub 2012/03/13.
9. Nazarpour S, Simbar M ,Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. Journal of women & aging. 2018;30(4):299-309. Epub 2017/10/28.
10. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. 2006;13(1):46-56. Epub 2006/04/12.

11. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The journal of sexual medicine*. 2009;6(10):2690-7. Epub 2009/10/13.
12. Lamont J. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2012;34(8):769-75. Epub 2012/09/06.
13. SOGC clinical practice guidelines. The detection and management of vaginal atrophy. Number 145, May 2004. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;88(2):222-8. Epub 2005/03/22.
14. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1441-9. Epub 2008/07/16.
15. Avis NE, Brockwell S, Randolph JF, Jr., Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(3):442-52. Epub 2009/02/13.
16. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357(8):762-74. Epub 2007/08/24.
17. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):970-8. Epub 2008/11/04.
18. Shifren JL. Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond. *Menopause*. 2011;18(11):1149-51. Epub 2011/10/14.