



بسته خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان

راهنمای خدمات سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی

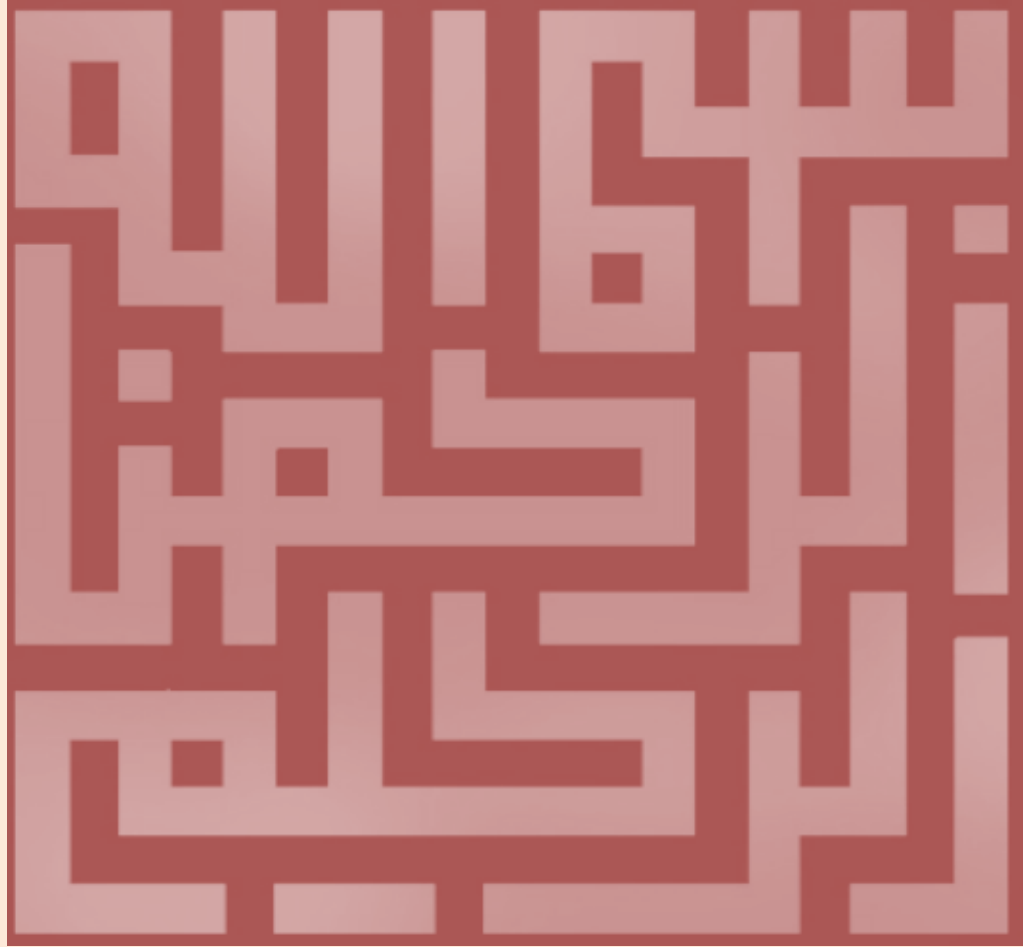
ویژه ماما



ویرایش سوم - سال ۱۴۰۰

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





پیشکش به پیشگاه پیشکوتان بهداشت ایران:

زنده یاد دکتر سیروس پیله رودی، زنده یاد دکتر کامل شادپور، استاد ارجمند دکتر حسین ملک افضلی

،

شهادی مدافع سلامت

و

ارایه دهندگان خدمات در صف مقدم خدمات بهداشتی کشور

تدوین کنندگان:

ویرایش اول این مجموعه تحت عنوان "راهنمای بالینی و برنامه اجرایی یائسگی برای زنان ۶۰-۴۵ سال" در سال ۸۶ و ویرایش دوم آن، پس از تعمیم و گسترش اجرای برنامه به زنان گروه ۵۹-۳۰ سال به عنوان بخش دوم "بسته خدمات غیر پزشکی برای زنان میانسال" در سال ۹۵ توسط اداره سلامت میانسالان، تهیه، منتشر و برای اجرا ابلاغ و در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت اعمال شده است.

نسخه حاضر، ویرایش سوم راهنمای سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی است که نگارش و تدوین آن توسط اداره سلامت میانسالان، با همکاری اساتید دانشگاهی عضو کمیته علمی سلامت زنان میانسال صورت گرفته و در سال ۱۴۰۰ نهایی شده است. ضمن تشکر از انجمن علمی متخصصین زنان ایران، دبیرخانه ملی مدیریت سرطان، اداره ایدز و عفونتهای آمیزشی و اعضای هیئت علمی دانشگاهها، اسامی نویسندگان، مشاورین علمی و همکاران تدوین کننده راهنماهای این مجموعه، به ترتیب حروف الفبا، به شرح زیر است:

نویسندگان و مشاورین علمی:

دکتر ستاره اخوان - جراح و متخصص زنان - فلوشیپ انکولوژی زنان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر طاهره افتخار - جراح و متخصص زنان - فلوشیپ کف لگن - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر نسرين چنگیزی - جراح و متخصص زنان - فلوشیپ کف لگن - مرکز تحقیقات کولورکتال دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر فهیمه رضانی - جراح و متخصص زنان - فلوشیپ بهداشت باروری و غدد - مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید مثل - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر نسیم سنجری - جراح و متخصص زنان - MBA سلامت - دبیر علمی انجمن متخصصین زنان ایران

دکتر طاهره سوری - متخصص بیماریهای عفونی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر کتابون طایری - متخصص بیماریهای عفونی - فلوشیپ HIV-AIDS - مشاور ارشد مرکز مدیریت بیماریهای واگیر - وزارت بهداشت

دکتر مطهره علامه - MD-MPH - اداره سلامت میانسالان - دفتر سلامت جمعیت و خانواده - وزارت بهداشت

دکتر رویا کبودمهری - فلوشیپ ناباروری زنان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دکتر کیانوش کمالی - متخصص بیماریهای عفونی - اداره سلامت میانسالان - دفتر سلامت جمعیت و خانواده - وزارت بهداشت

دکتر بهار محجوبی - جراح کولورکتال - مرکز تحقیقات کولورکتال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دکتر اعظم سادات موسوی - جراح و متخصص زنان - فلوشیپ انکولوژی زنان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

دکتر عباسعلی ناصحی - روانپزشک - عضو هیئت علمی جمعیت هلال احمر ایران

با همکاری: دکتر طیبیه ضیایی - دکتر مهراندخت عابدینی - دکتر ملیحه کیان فر

سایر همکاران: منصوره بناهان - زهرا تنگلی - ساراخانی - دکتر خدیجه سرایلو - فریبا سهرابی - دکتر فاطمه عرب عامری - مهتاب کیا - محدثه معصومی - نرگس معنوی نژاد

با تشکر از: ریحانه سنایی - مینا طباطبایی - دکتر خدیجه کردی - دکتر سید تقی یمانی

طی سالهای متممادی خدمات سلامت زنان در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی به خدمات خاصی مانند فاصله گذاری مناسب بین بارداری ها و مراقبت مادران باردار محدود شده است و سایر خدمات سلامت باروری از جمله بلوغ دختران، مسائل تغذیه زنان، مشکلات پیش از ازدواج و آمادگی های لازم پیش از بارداری، سقط جنین، مسائل روانی زنان، 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 ارایه خدمات را تایید 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 به دلیل نسبت جنسی در بدو تولد و امید زندگی طولانی تر زنان نسبت به مردان، جمعیت بیشتری را به خود اختصاص می دهند، اما گرچه عمر متوسط و امید زندگی زنان بیشتر از مردان و بار مرگ و میر مردان بیشتر از زنان است، اما بار معلولیت و ناتوانی و زندگی با کیفیت پایین در زنان بیشتر بوده و زنان بیشتر از مردان 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 موربیدیت و ناتوانی زنان محسوب می شوند.
- همه مشکلات فوق در سالهای گذار به یائسگی یا سالهای پایانی دوره باروری، 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، به ناگهان 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 ارایه 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 مناسب برای سلامتی 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 ارایه خدمات در نظام بهداشتی بتوانند ارزیابی دوره ای سلامت زنان ۳۰-۵۹ 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 ارایه نمایند. بی تردید خدمات مشاوره پیش از بارداری، مراقبتهای دوره بارداری و 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.

ضمن قدردانی از زحمات سرکار خانم دکتر مطهره علامه که به نگارش این مجموعه همت گماشته اند و تشکر از مشاورین محترم علمی که با احساس مسئولیت، مطالب آن را مطالعه و با آخرین اطلاعات تطبیق داده و آن را اصلاح و تکمیل نموده اند، امید است دانش آموختگان مامایی در نظام بهداشتی با اتکا به اطلاعات دانشگاهی، تجربیات خود و استفاده از این بوکلت بتوانند کلیه خدمات اصلی مورد نیاز زنان میانسال غیر باردار را به نحو احسن به گروه هدف ارایه نموده و در مسیر ارتقاء سلامت زنان کشور قدم بردارند.

دکتر سید حامد برکاتی

مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت

فهرست

صفحه

موضوع

۷	برنامه سلامت زنان میانسال
۱۳	خدمات جامع سلامت زنان میانسال در دوره باروری و یائسگی
۱۷	یائسگی
۲۲	اختلال وازوموتور
۲۷	هورمون درمانی یائسگی
۲۹	سندرم آتروفی اوروژنییتال
۳۲	شلی عضلات کف لگن
۳۸	خونریزی غیر طبیعی رحمی
۴۷	اختلال عملکرد جنسی و زناشویی
۵۹	عفونت آمیزشی
۶۴	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان
۷۶	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم
۸۶	پیوست ۱: روشهای آزمایشگاهی تست اچ پی وی
۸۷	پیوست ۲: تمرینات ورزشی برای تقویت عضلات کف لگن
۹۰	پیوست ۳: اطلاعات بیشتر برای خدمات ارجاع شده به پزشک
۱۰۲	منابع

برنامه سلامت زنان میانسال

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

- کاهش موارد مرگ زودهنگام زنان میانسال در راستای تعهدات بین المللی و ملی شامل بیماری های قلبی عروقی و سرطانها بخصوص دو سرطان مهم پستان و سرویکس
- کاهش بار بیماری های شایع زنان میانسال که علاوه بر موارد مشترک با مردان مانند فشارخون بالا، دیابت، بیماری های عضلانی اسکلتی و اختلالات روانی، بیماری های ویژه دستگاه ادراری تناسلی و موربیدیتهای باروری و یائسگی را نیز شامل می شود.
- ارتقاء شیوه زندگی و افزایش کیفیت زندگی زنان از طریق کنترل عوامل خطر بیماریها مانند مشکلات تغذیه ای، فعالیت فیزیکی ناکافی، استعمال دخانیات و...
- توانمند سازی زنان میانسال در راستای افزایش سواد سلامت و تقویت خود مراقبتی

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 اولویتها 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، 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 آگاهی داشته 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. سایر خدمات سلامت زنان میانسال (خدمات غیر مامایی) توسط مراقبین سلامت و بهورزان در سطح اول ارایه خدمات، ارایه می شود.

گروه هدف برنامه سلامت زنان میانسال: به طور قراردادی دوره سنی ۳۰-۵۹ سالگی در نظام سلامت ایران، دوره میانسالی نامیده شده است. جمعیت زنان کشور در این گروه سنی (۳۰-۵۹ سال) بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، بالغ بر ۱۶۴۳۸۸۲۹ نفر می باشد.

مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان: ابعاد مشترک سلامت زنان و مردان میانسال در مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال) با رویکرد پیشگیری از مرگ زودهنگام 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. این خدمات توسط 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: پیشگیری و کنترل عوامل خطر، پیشگیری و تشخیص زودهنگام و درمان بیماری ها، پیشگیری و درمان عوارض و ناتوانیهای ناشی از بیماری ها، توانمند سازی گروه هدف ، ارجاع به موقع به سطوح بالاتر یا هم سطح و پیگیری پسخوراند ارجاع.

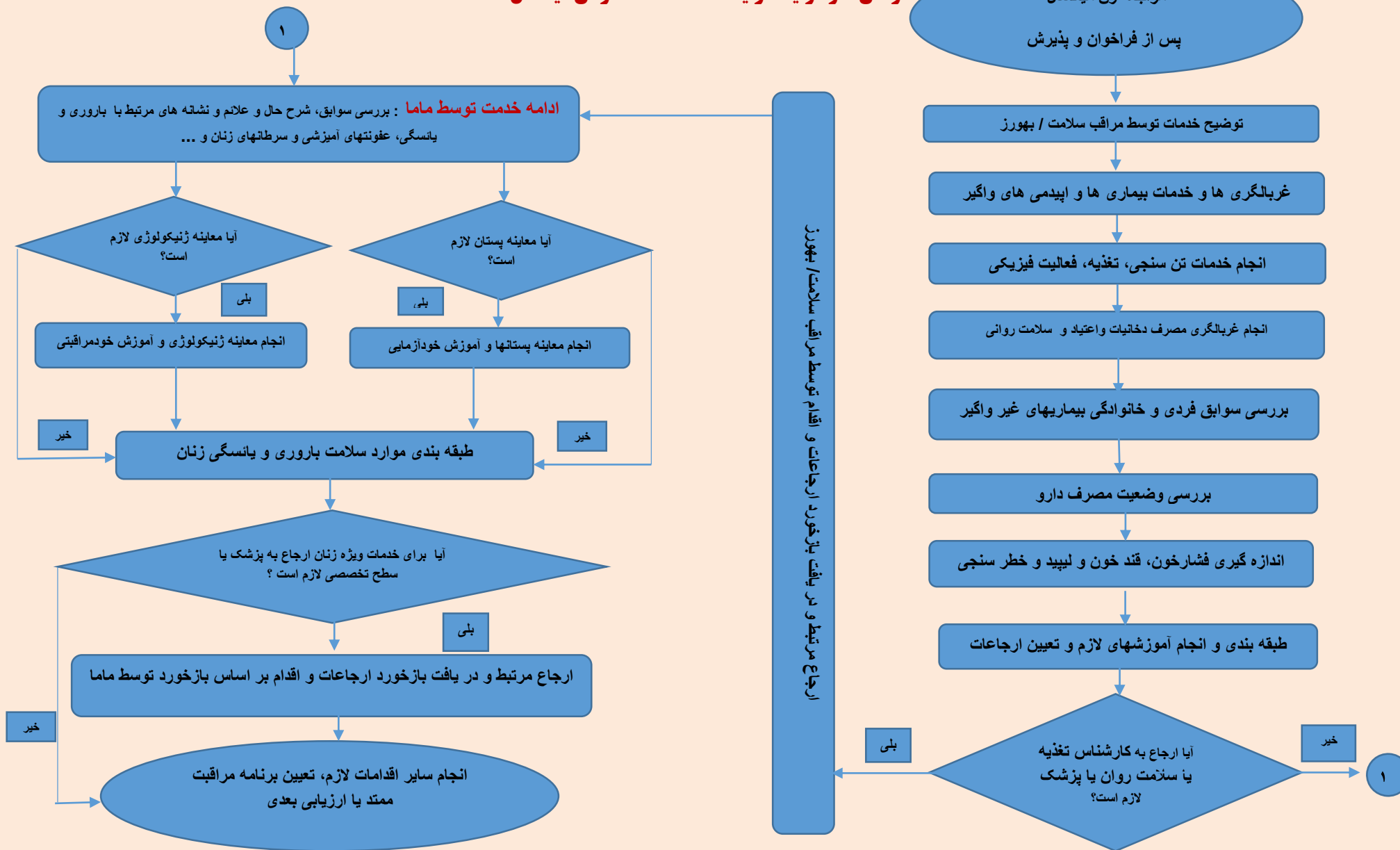
بسته خدمات سلامت زنان ۳۰-۵۹ سال، کلیه خدمات ادغام یافته سلامت میانسالان را در بر می گیرد. اجرای خدمات فوق در قالب بسته خدمات ادغام یافته سلامت زنان و مردان میانسال در جدول صفحه بعد مشاهده می شود. همان گونه که در جدول مشاهده می شود، بسته خدمات سلامت زنان ۳۰-۵۹ سال، علاوه بر خدمات بهورز/ مراقب سلامت و پزشک که برای همه میانسالان اعم از زن و مرد ارائه می گردد، خدمات اختصاصی زنان را نیز در بر می گیرد. خدمات اختصاصی زنان توسط دانش آموخته مامایی ارایه شده و در صورت لزوم ارجاع به سایر اعضای تیم سلامت یا سطح تخصصی صورت می گیرد. در مجموعه ای که پیش رو دارید، راهنماهای اختصاصی خدمات سلامت زنان برای ماما و در بخش پیوست برای پزشک مد نظر قرار گرفته است.

بسته خدمات ادغام یافته سلامت زنان ۵۹-۳۰ سال

ارائه دهنده خدمت	خدمات
بهورز / مراقب سلامت	تن سنجی (اندازه گیری قد و وزن و دورکم 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 مکمل ها، تجویز و آموزش نحوه مصرف مکمل ویتامین D، 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
ماما	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
	بیماریهای 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 (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
	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 یانستگی (اختلال ازوموتور و آتروفی اوروژنییتال)
	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 اوروژنییتال یانستگی، بررسی علائم و نشانه ها برای تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم، بررسی اندازه رحم و تخمدانها و توده در آدنکسها از طریق معاینه دو دستی
پزشک	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 و بررسی شلی عضلات کف لگن
	غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان و بررسی سایر بیماریهای پستان و آموزش خود ازمایی پستان: 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
	انجام معاینات در صورت لزوم، بررسی نتایج اقدامات انجام شده توسط بهورز، مراقب سلامت و ماما برای تایید تشخیص موارد غربالگری شده (سلامت روانی، واگیر، غیرواگیر، باروری و...) ارائه مشاوره، درمان غیر دارویی، درمان دارویی، انجام مراقبتهای ممتد بیماران تشخیص داده شده قبلی یا شناسایی شده جدید بر اساس پروتکل مربوطه و یا ارجاع تخصصی در صورت لزوم
	درخواست آزمایشات CBC, Hb/Hct, FBS, کلاسترول، درخواست آزمایش تکمیلی تری گلیسرید، LDL, HDL - یا سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم برای افراد غربال مثبت
	بررسی و مراقبت بیماریهای مزمن خاص مانند سل، هیپاتیت، استئوپروز و... طبق پروتکل های مربوطه
	بازخورد ارجاعات به بهورز، مراقب سلامت و ماما

توجه: وظایف پزشک در خدمات ویژه سلامت زنان میانسال در ستون ارجاع هریک از چارتهای راهنما مورد اشاره قرار گرفته و اطلاعات لازم برای خدمات ارجاع شده به پزشک در پیوست شماره ۳ همین مجموعه آمده است.

گردش کار فرایند ارائه خدمات سلامت زنان میانسال



روش استفاده از راهنما

بطور کلی در تدوین این راهنما اصول زیر مورد توجه قرار گرفته 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 و اولین تشخیص محتمل برای فرد است که بر اساس یافته های ارزیابی صورت می گیرد. ممکن است این تشخیص، شامل تشخیص های افتراقی نیز باشد که در بررسی های 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 کم رنگ 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 اقداماتی 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.

(۳) 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، برنامه ریزی خودارزیابی و خود مراقبتی، درمان غیردارویی، درمان دارویی، تهیه نمونه، درخواست آزمایش یا پاراکلینیک تکمیلی، ارجاع تشخیصی و ارجاع درمانی، پیگیری زمان مراجعه بعدی و مراقبت ممتد برای مشکلات سلامتی فرد می باشد.

توجه: برخی از اقدامات در سطح اول ارایه خدمات، توسط پزشک یا با هماهنگی پزشک انجام می شود. این اقدامات به طور کلی در قسمت ارجاع به پزشک در ستون اقدام هر یک از چارت ها مورد اشاره قرار گرفته و توضیحات بیشتر مورد نیاز پزشک در پایان راهنما آمده است. لازم است پزشکان نیز با مطالعه کامل بوکلت علاوه بر آشنایی با وظایف خود، با اقدامات همکاران ماما در مراکز ارایه خدمات، آشنا باشند.

چارتهای جامع و اختصاصی:

در این بخش دو چارت جامع و برای هر یک از مشکلات و اختلالات، چارتهای اختصاصی وجود دارد. چارتهای جامع عبارتند از:

۱. چارت جامع ارزیابی سلامت زنان میانسال

۲. چارت جامع ارزیابی یائسگی

توجه به نکات زیر در خصوص چارت های مذکور اهمیت دارد:

توجه ۱: چارت جامع 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، چارت های اختصاصی، جزئیات رویکرد به هر 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.

توجه ۲: چارت جامع ارزیابی یائسگی، کلیات یائسگی و خدمات مربوط به اولویت های خدمات سلامت زنان ۴۵-۵۹ سال را به طور کلی نشان می دهد. در صورت وجود مشکل یا اختلال در هر یک از موارد، چارت های اختصاصی مربوطه، جزئیات رویکرد به مشکل از مرحله ارزیابی و طبقه بندی تا اقدامات مورد نیاز روشن می نماید. در بخش های بعد، چارت های اختصاصی هر یک از مشکلات دوران یائسگی و راهنمای آنها را مشاهده می کنید.

توجه ۳: بررسی جزئیات در مورد برخی از عوامل خطر و سوابق فردی و خانوادگی که جنبه عمومی دارد، در سایر خدمات سلامت میانسالان پیش بینی شده است که نتایج آن در خدمات مامایی نیز مورد استفاده قرار می گیرد.

توجه ۴: برای برخی از خدمات ذکر شده در این چارت ها، مانند مشاوره پیش از بارداری، مشاوره فرزند آوری سالم، مشاوره شیردهی، خدمات دوره بارداری و پس از زایمان و... پروتکل های جداگانه ای وجود دارد که توسط ادارات مربوطه ابلاغ شده است.

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

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>در شرح حال موارد زیر را مورد توجه قرار دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مشخصات فردی مانند سن، تاهل و... - تاریخچه باروری و یائسگی - شیوه زندگی: رفتار تغذیه ای، میزان فعالیت فیزیکی، مصرف سیگار - نوع داروهای مصرفی، سابقه HRT، روش پیشگیری از بارداری 	<p>اورژانس زنان: PIID با شوک سپتیک/ شوک هموراژیک/ خونریزی همزمان با احتمال بارداری</p>	<p>اقدامات اولیه برای تثبیت علائم (ABC) و ارجاع فوری بر اساس وضعیت علائم حیاتی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - در معرض خطر یا مشکوک به بدخیمی پستان در معاینه یا تصویر برداری - مشکوک به بدخیمی رحم یا دهانه رحم یا واژن در معاینه یا شرح حال و - علائم یا آزمایش یا تصویر برداری - خونریزی حین HRT - نیاز به هورمون درمانی - عدم پاسخ به درمان اختلالات و مشکلات سلامت باروری 	<p>خونریزی غیرطبیعی واژینال همراه با سابقه اختلالات انعقادی یا بیماریهای هورمونی یا وجود بیماری مزمن یا مصرف دارو</p>	<p>ارجاع تخصصی در اولین فرصت</p>
<p>سوابق پزشکی فرد را از نظر بیماریهای دستگاه تناسلی، هورمونی و پستان، سرطانها، جراحی، بستری و سایر بیماریها مورد بررسی قرار دهید</p>	<p>اختلال قاعدگی: اختلال در حجم، نظم و فواصل خونریزی قاعدگی در دوره باروری یا پیش یائسگی، خونریزی بعد از یائسگی، خونریزی بعد از مقاربت</p>	<p>ارجاع به پزشک در اولین فرصت</p>
<p>سوابق خانوادگی را بویژه از نظر سرطانها، مورد بررسی قرار دهید: سابقه سرطان رحم، تخمدان، پستان، پانکراس و... در فرد و خانواده، سابقه جراحی رحم یا تخمدان و سایر جراحیها</p>	<p>عامل خطر بارداری: سابقه سقط مکرر/ مرده زایی/ دیابت بارداری / سایر بیماریهای زمینه ای</p>	<p>اقدام با توجه به مشخصات خونریزی و سن مراجعه کننده مطابق پروتکل خونریزی غیر طبیعی شامل اصول کلی زیر: اطمینان از عدم وجود بارداری، پیشگیری و درمان آئمی، بررسی علل ساختاری و عملکردی خونریزی غیر طبیعی و اقدامات درمانی یا ارجاع بر اساس چارت پروتکل خونریزی غیر طبیعی در زنان میانسال</p>
<p>وجود علائم و نشانه های احتمالی زیر را بررسی کنید:</p> <p>ترشحات واژینال غیرطبیعی خونریزی غیر طبیعی بررسی علائم یائسگی در زنان ۴۵ ساله و بالاتر</p> <p>رضایت از روابط زناشویی بررسی علائم و نشانه های سرطانهای زنان</p> <p>معاینه و اندازه گیری کنید: قد، وزن، محاسبه BMI، دور کمر، معاینه ژنیکولوژی، معاینه پستانها</p>	<p>احتمال ناباروری: عدم بارداری علیرغم نزدیکی محافظت نشده (عدم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری) به مدت یک سال</p>	<p>بررسی فرد از نظر دیابت، مشاوره پیش از بارداری و مراقبت ویژه در دوره بارداری بر اساس پروتکل مربوطه</p>
<p>آموزش و مشاوره برای پرهیز از رفتار پرخطر جنسی و پیشگیری از انتقال عفونت تا پایان دوره درمان بر اساس چارت عفونت آمیزشی در زنان میانسال و ارزیابی مجدد پس از یک هفته ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان علیرغم دو دوره درمان کامل زوجین یا همراهی با سایر علائم مانند خونریزی غیرطبیعی</p>	<p>علامه یائسگی: گرگرفتگی، خشکی و آتروفی ژنیتال، بی اختیاری ادراری یا مدفوعی یا پرولاپس ارگانهای لگنی در زنان ۵۹-۴۵ سال</p>	<p>مشاوره و آموزش ارجاع در صورت لزوم بر اساس پروتکل یائسگی در زنان میانسال</p>
<p>رضایت از روابط زناشویی</p> <p>بررسی علائم و نشانه های سرطانهای زنان</p> <p>معاینه و اندازه گیری کنید: قد، وزن، محاسبه BMI، دور کمر، معاینه ژنیکولوژی، معاینه پستانها</p>	<p>عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی</p>	<p>بررسی علل جسمی زنانه، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی/ مردانه یا زنانه، تعیین وجود بیماری زمینه ای یا مصرف داروی خاص</p> <p>اقدام درمانی مشکلات اورژانسی از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس، دیس پارونی برابر پروتکل مربوطه: ارجاع در صورت نوع مردانه، نوع اولیه، عدم پاسخ به درمان، بیماری زمینه ای، مصرف دارو</p>
<p>دارای عوامل خطر زمینه ای سرطانهای زنان یا سابقه خانوادگی یا فردی سرطان یا علائم سرطان پستان یا دهانه رحم</p>	<p>آموزش: آموزش و حساس سازی عوامل خطر، برای خود مراقبتی، آموزش خود آزمایی ماهانه پستانها حین معاینه بالینی</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 و درخواست تصویر برداری طبق پروتکل سرطان پستان</p> <p>غربالگری سرطان سرویکس</p> <p>تشخیص افتراقی ضایعات و علائم و نشانه ها و درمان ضایعات پستانی قابل درمان با کمک پزشک با 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 با توجه به دستورالعمل مربوطه</p>	<p>آموزش شیوه زندگی سالم، عوامل خطر و علائم هشدار تعیین زمان مراجعه بعدی</p>
<p>سوابق پاراکلینیک فرد را بررسی و در صورت لزوم برای تشخیص و طبقه بندی آزمایش کنید: رد حاملگی در صورت شک به حاملگی (آمنوره یا خونریزی)، رد آئمی در صورت خونریزی، پاپ اسمیر، اچ پی وی، ماموگرافی یا سونوگرافی رحم یا پستانها</p>	<p>دوره باروری (زیر ۴۵) یا دوران گذار یائسگی (بالای ۴۵) در فرد طبیعی: بدون عامل خطر، بدون علائم و شکایات، بدون نشانه غیرطبیعی در معاینات یا نتایج پاراکلینیک، عدم احتمال بارداری</p>	<p>آموزش شیوه زندگی سالم، عوامل خطر و علائم هشدار تعیین زمان مراجعه بعدی</p>

توجه: جزئیات هر یک از موارد چارت جامع فوق در چارتهای اختصاصی بخشهای مربوطه آمده است.

خدمات جامع 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 علائم 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 روش های 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. اولویت های نیازمند بررسی به شرح زیر می باشد:

بارداری: در صورت قطعیت بارداری، مراقبت بارداری انجام و خدمات میانسالی به ۶۰ روز پس از زایمان موقوف شود. (بخشنامه شماره ۳۰۲/۱۳۶۱۳ د 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 به ویژه 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، باید پس از اطمینان از بارداری با انجام تست بارداری (خون یا ادرار)، فرد تحت مراقبت دوره بارداری قرار گیرد و در غیر این صورت مراقبت زنان میانسال برای او انجام می شود.

شیر دهی: 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. از طرف دیگر شیردهی می تواند بر روابط زناشویی تاثیر بگذارد.

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

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

ناباروری: در صورتی که علیرغم یک سال نزدیکی "محافظت نشده" زوجین، حاملگی اتفاق نیفتاده باشد، 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 باشد. پس از قطعی شدن ناباروری، خدمت را طبق پروتکل اداره باروری سالم ارائه نمایید.

۲. خونریزی واژینال غیر طبیعی: الگوی قاعدگی ها بررسی شده و اختلالاتی که در الگوی قاعدگی به صورت هیپر منوره، منوراژی، الیگو منوره، هیپومنوره، آمنوره و ... وجود دارد مورد بررسی قرار گرفته و پس از روشن شدن دلایل آن اقدام درمانی یا ارجاع تخصصی صورت می گیرد. خونریزی غیر طبیعی واژینال در دوره باروری از نظر شدت خونریزی و وجود بارداری همراه و در دوران یائسگی از نظر وجود بدخیمی ها 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 روابط زناشویی، بر حسب نوع اختلال ارجاع یا اقدام لازم صورت می گیرد.

۴. علائم و عوارض یائسگی: از اولویت هایی 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 سرطان های زنان: عوامل خطر، سوابق فردی و خانوادگی، علائم و نشانه ها از نظر سرطان سرویکس، سایر سرطانهای دستگاه تناسلی و سرطان پستان بررسی شده و آزمایش ها و تصویر برداری های مورد نیاز مانند پاپ اسمیر، اچ پی وی، سونوگرافی رحم و اندکس ها، سونوگرافی پستان ها، ماموگرافی در صورت لزوم طبق پروتکل مربوطه در خواست شده و در صورت وجود نکته مثبت در هریک از بررسی ها، بررسی های تکمیلی لازم انجام یا ارجاعات لازم به پزشک یا سطح تخصصی صورت می گیرد.

۶. عفونت های آمیزشی: علائم عفونت آمیزشی از قبیل ترشح، زخم، ضایعات ژنیتال و... مورد بررسی قرار گرفته و با پرسش های تکمیلی و معاینه با اسپکولوم اقدام تشخیصی صورت می گیرد. معمولاً نیاز به انجام آزمایش نیست اما اگر امکانات انجام آزمایش در دسترس باشد، می توان به تشخیص دقیق عامل اتیولوژیک دست یافت در غیر این صورت باید بر اساس سندرم ها و نشانگان عفونت و تشخیص احتمالی اصلی بر اساس پروتکل های مربوطه اقدام به درمان نمود. 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، خدمت مربوطه انجام و در صورت منفی بودن پاسخ، سوال بعدی مورد بررسی قرار می گیرد:



چارت جامع ارزیابی یائسگی (علایم، عوارض، بیماریهای همراه) در زنان میانسال

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
شرح حال بگیریید: - 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 خونریزی بین قاعدگی ها، خونریزی بعد از مقاربت، فعالیت جنسی، سابقه HRT، روش پیشگیری از بارداری قبلی و کنونی	یائسگی زودرس POF: سن زیر ۴۰ سال دارای اختلال قاعدگی به صورت امنوره یا لیگو منوره یا هیپو منوره با یا بدون سایر علایم یائسگی و عدم بارداری	ارجاع تخصصی برای بررسی و تشخیص دلایل یائسگی زودرس
	Early menopause: سن ۴۰-۴۵ سال، دارای اختلال در خونریزی قاعدگی به صورت امنوره یا لیگو منوره یا هیپو منوره با یا بدون سایر علایم یائسگی	ارجاع برای هورمون درمانی جایگزین تا سن یائسگی در صورت لزوم
	منوپوز مصنوعی: هیستریکتومی یا اوارکتومی دوطرفه	ارجاع برای هورمون درمانی جایگزین
	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	بررسی: معاینه واژینال دقیق و انجام پاپ اسمیر و ارجاع در صورت لزوم، سونوگرافی برای تعیین ضخامت آندومتر و وجود توده های خوش خیم و ارجاع در صورت لزوم، در همه حال برنامه ریزی غربالگری سرطان دهانه رحم مطابق دستورالعمل کشوری
	یائسگی نامشخص: در زنان ۴۵ سال و بالاتر در حال مصرف قرص پیشگیری از بارداری یا سایر روشهای هورمونی	ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان، وجود بیماری زمینه ای، اختلال همو دینامیک، وجود ضایعه مشکوک قابل مشاهده یا توده لگنی در معاینه، پاپ اسمیر غیر طبیعی، خونریزی حین انجام HRT. ارجاع تخصصی برای بررسی از نظر بررسی بدخیمی
	اختلال قاعدگی در دوران کلیماکتریک: زنان ۴۵ سال و بالاتر با علایم شایع یائسگی مانند اختلال قاعدگی ناشی از عدم تخمک گذاری	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 $\geq 25 IU/L$ بالاتر به معنای ورود به دوران یائسگی و اقدامات طبق پروتکل مربوطه
	اختلال وازوموتور: زنان ۴۵ سال و بالاتر با علایم شایع یائسگی مانند اختلال وازوموتور بدون بارداری یا اختلال یا بیماری همراه	رد حاملگی، در صورت خونریزی زیاد ترکیبات پروژسترونی تا سه ماه، پیشگیری از انمی و در صورت لزوم درمان آن، رد سایر علل خوش خیم و بدخیم، معاینه واژینال دقیق و انجام پاپ اسمیر
	عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی	ارجاع برحسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر در صورت عدم پاسخ به درمان بعد از سه ماه، بررسی سایر علل خوش خیم و بدخیم
	آتروفی واژن در زنان ۵۹-۴۵ سال شاکای از خشکی، زخم، سوزش، خارش یا نازکی، رنگ پریدگی، مخاط فراژیل واژن در معاینه	آموزش و مشاوره، توصیه به تغییر شیوه زندگی و روشهای مقابله با گرگرفتگی طبق پروتکل مربوطه
	شلی عضلات کف لگن: زنان ۵۹-۴۵ سال با علائم ادراری یا بیرون زدگی ارگانهای لگنی (پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اورتوسل و گرید آن)	ارجاع به پزشک در صورت عدم پاسخ به درمان و نیاز به مداخله هورمونی یا وجود علائم سیستمیک یا وجود بیماری زمینه ای یا گرگرفتگی مکرر و آزار دهنده در شب و روز
	پرخطر از نظر پوکی استخوان: وجود سابقه خانوادگی، یائسگی زودرس، سابقه شکستگی با ضربه پایین یا شواهد شکستگی بدون علامت مهره مانند کاهش قد، پیدایش کیفوزیس، شیوه زندگی نامطلوب، مصرف داروهای خاص، BMI کمتر از ۱۹	بررسی علل جسمی زنانه، تعیین نوع اولیه یا اکتسابی، تعیین نوع مردانه یا زنانه، درمان مشکلات اورژانسی از قبیل خشکی واژن، واژینیسموس، دیس پارونی، مشاوره باحضور زوجین، اطمینان بخشی، و اصلاح باورهای غلط در خصوص روابط جنسی در دوره یائسگی، ارجاع بر اساس پروتکل
	بیماریهای شایع هم زمان با دوران یائسگی و عوامل خطر آنها: عوامل خطر سرطان های زنان، بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، افسردگی، اضطراب، مشکلات اسکلتی عضلانی	درمان: توصیه به انجام مقاربت، درمان موضعی با لوبریکانتها و روغنها، مراقبت منته هر ماه یک بار تا سه ماه ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان پس از سه ماه مراقبت
	بیماریهای شایع هم زمان با دوران یائسگی و عوامل خطر آنها: عوامل خطر سرطان های زنان، بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، افسردگی، اضطراب، مشکلات اسکلتی عضلانی	آموزش تکنیکهای رفتاری تخلیه ادرار و مدفوع برنامه ریزی شده، تمرین کگل، آموزش تکنیکهای رفتاری هنگام اضطراب ادرار، توصیه های مصرف مایعات و رفع یبوست و داروهای مصرفی طبق پروتکل مربوطه، مراقبت منته ماهانه ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان پس از سه ماه مراقبت
	Menopausal transition در زنان سالم و طبیعی بالاتر از ۴۵ سال با علایمی مانند قاعدگی نامنظم با میزان خونریزی معمولی و علایم خفیف یائسگی	آموزش: آموزش و حساس سازی عوامل خطر برای خود مراقبتی
	پره منوپوز در زنان ۴۵ سال و بالاتر بدون شکایت / بدون علامت / بدون بارداری یا اختلال یا بیماری همراه یا منوپوز قطعی زنان ۴۵ سال و بالاتر با گذشت ۱۲ ماه یا بیشتر از FMP / بدون علامت یا شکایت یا علایم خفیف	غربالگری: معاینه بالینی و انجام اقدامات پاراکلینیک پیشگیری، درمان یا ارجاع بر حسب نتیجه بررسی ها
		آموزش: رژیم غذایی مناسب و متعادل و تمرینات ورزشی منظم، پرهیز از سیگار و الکل، کنترل وزن، آموزش تمرینات کگل، آموزش برای تطابق با پدیده طبیعی منوپوز و آندروپوز به زوجین ۵۹-۴۵ سال، توصیه به مصرف منظم ویتامین د و انجام معاینات و آزمایشهای دوره ای ضروری

توجه: جزئیات هر یک از موارد چارت جامع فوق در چارتهای اختصاصی بخشهای مربوطه آمده است.

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 به طور تدریجی تا توقف کامل کاهش می دهند 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 گفته 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. 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 وضعیت اجتماعی، اقتصادی، شاخص توده بدنی و شیوه زندگی بویژه مصرف سیگار نیز در زمان شروع یائسگی نقش دارند.

دوره گذار یائسگی: دوره پری منوپوز (*Menopausal transition/perimenopause*) یا کلیماکتریک دوره زمانی حوالی یائسگی است و به دوره زمانی بعد از شروع کاهش فعالیت تخمدان ها گفته می شود که به طور متوسط تا توقف کامل فعالیت تخمدانها 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. در این دوره، 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.

دوره **Premenopause** (پیش از یائسگی) در واقع بلافاصله قبل از دوران کلیماکتریک است. ممکن است فرد علائم مختصر یا کاهش مختصری در فعالیت تخمدانی داشته باشد ولی هنوز در دوره باروری است.

post menopause: دوره post menopause بعد از آخرین قاعدگی آغاز می شود.

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: هیستروکتومی با یا بدون اوارکتومی موجب قطع قاعدگی و شروع علائم یائسگی می گردد.
- مصرف داروها: بعضی از داروها مانند داروهایی 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، بررسی تاریخچه شرح حائل قاعدگی و باروری 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. برای همه زنان مبتلا به خشکی واژن و دیس پارونی بهتر است معاینه ژنیکولوژی 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. برای این دسته از زنان با گذشت ۱۲ ماه از FMP 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 مانند گرگرفتگی می تواند بیانگر وجود یائسگی باشد، اما بررسی سایر دلایل الیگومنوره و امنوره شامل: رد حاملگی از طریق آزمایش hCG، Serum prolactin (برای رد هایپر پرولاکتینوما) و اندازه گیری TSH برای رد اختلالات تیروئیدی 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 احتمال وجود POF (premature ovarian failure) مطرح باشد، ارجاع بیمار برای 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 یا الیگومنوره طولانی، اندازه گیری غلظت سرمی FSH برای اهداف تشخیصی و ارجاع برای بررسی دلایل آن ضروری است. در زنان در هر سنی در صورت وجود گرگرفتگی شدید که به درمان های رایج پاسخ نمی دهد، باید بیمار را برای تشخیص افتراقی دلایل ارجاع نمود.

موارد خاص: در زنانی که قرصهای خوراکی کنتراستپتیو استفاده می کنند، با توجه به استمرار قاعدگی و نامشخص بودن زمان یائسگی، 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. همچنین در مواردی که از آمپول DMPA استفاده می شود، برای تشخیص زمان یائسگی، اندازه گیری غلظت سرمی FSH لازم است.

در زنانی که هیستریکتومی یا endometrial ablation شده اند، نمی توان از الگوی خونریزی قاعدگی برای تشخیص یائسگی استفاده کرد. در این افراد نیز $\text{Serum FSH} > 25$ 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 سالهای اول بعد از یائسگی آن را تجربه می کنند. این حالت به صورت گرم شدن شدید قسمت بالایی بدن (سرو صورت، گردن و قفسه سینه) است که چند دقیقه طول می کشد. 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 انتهای مجرای ادرار بافتهای وابسته به استروژن هستند و کاهش استروژن منجر به نازکی اپی تلیوم واژن و در نتیجه آتروفی آن شده و علایمی از قبیل خشکی، خارش و دیس پارونی ایجاد می کند.
۳. تغییر تمایلات و فعالیت جنسی: دلایل مختلف از جمله کاهش اعتماد به نفس، تغییر تصویر بدنی، کاهش جریان خون واژن و ولو و خشکی و درد ناشی از آن در اثر مقاربت، سبب کاهش تمایلات جنسی زنان در دوره یائسگی است. گرچه در بعضی از زنان به علت کاهش نگرانی از حاملگی ناخواسته و نوع رابطه زوجین ممکن است افزایش تمایلات جنسی وجود داشته باشد.
۴. بی نظمی در عادت ماهانه: این بی نظمی به صورت تغییر مدت 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: با توجه به اینکه اختلال خواب با یا بدون گرگرفتگی از مشکلات زنان در دوران یائسگی می باشد توصیه های لازم برای رعایت بهداشت خواب را 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 اختلال 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 کاهش یافته 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: با کاهش استروژن، خطر بیماری قلبی عروقی به ویژه 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 کلاژن ناشی از کمبود استروژن موجب ایجاد چین و چروکهای پوستی و تشدید پدیده Ageing می گردد.

* 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

بیماریهای شایع و مهم همراه با یائسگی

علاوه بر بیماری قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، دیس لیپیدمی و سرطانهای مختلف از جمله سرطان سرویکس و رحم و تخمدان و سرطان پستان از جمله بیماریهایی هستند که در دوران یائسگی شایع ترند 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 قرار گیرد.

اختلال وازوموتور

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>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 (سروصورت و گردن و قفسه سینه که پس از چند 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 گرگرفتگی 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 لوو دویا، اسید نیکوتینیک، بروموکریپتین، دیازپام، نیتراتها مصرف می کند؟</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 + سن زیر ۴۰ سال</p> <p>یا</p> <p>گرگرفتگی + بیماری زمینه ای</p> <p>یا</p> <p>گرگرفتگی + مصرف دارو</p> <p>اختلال وازوموتور شدید: گرگرفتگی شدید یائسگی با ایجاد اختلال در زندگی روزمره یا عدم پاسخ به درمانهای اولیه گرگرفتگی</p> <p>بدون بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p> <p>سن ۴۵ سال و بالاتر (دوره گذار 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>ارجاع به پزشک برای بررسی بیشتر از نظر:</p> <p>- تشخیص افتراقی و بررسی علل گرگرفتگی در موارد زیر برحسب علایم و شرایط مراجعه کننده: یائسگی زودرس، فشارخون بالا، بیماریهای تیروئید، فنوکروموسیتوم، سندرم دامپینگ پس از جراحی، کانسرها، عفونتها، اختلالات اضطرابی</p> <p>- بررسی مصرف داروها (اسیدنیکوئینیک، 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>ارجاع به پزشک برای تصمیم گیری درمانی دارویی بر حسب شرایط مراجعه کننده مانند پلاسبو، داروهای گروه مهارکننده های باز جذب سروتونین (SSRIs) مانند فلوکسی تین و... یا گاباپنتین</p> <p>یا ارجاع تخصصی جهت هورمون درمانی خوراکی پس از بررسی موارد منع مصرف و انجام اقدامات پاراکلینیک ضروری</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 دخانیات و الکل، قطع مصرف ادویه جات، قطع مصرف مایعات گرم و مصرف بیشتر نوشیدنی های خنک مانند آب میوه جات، دوش آب گرم قبل از خواب • ورزش سبک، استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و تنفس عمیق و آهسته، مشاوره خانواده و کاهش استرسها با کمک کارشناس سلامت روان • تغذیه: رژیم غذایی سبک، مصرف میوه و سبزی و ماست، غذاهای حاوی حبوبات از جمله نخود، عدس، سویا • در صورت لزوم درمان پلاسبو، تجویز مکمل ها (ویتامین د، مولتی ویتامین، امگا ۳) • 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>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>مشاوره و آموزش، توصیه به ارتقای شیوه زندگی برای پیشگیری از گرگرفتگی، توصیه های غذایی، توصیه به فعالیت فیزیکی</p>

علایم وازوموتور

اختلال وازوموتور که به صورت گرگرفتگی (Hot flash) 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 خطر چندانی 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 بی خوابی نیز همراه است. این اختلال بیشتر شبها اتفاق می افتد و ممکن است مانع خواب و استراحت شود. در اثر به هم خوردن الگوی خواب، فرد دچار احساس خستگی، تحریک پذیری، عدم تمرکز و افسردگی می شود. این اختلال قبل از یائسگی قطعی در ۱۰٪ زنان رخ می دهد و با قطع قاعدگی بروز آن افزایش یافته و درجاتی 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. 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 و مایعات مصرفی، چاقی و اضافه وزن، اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب، فعالیت فیزیکی ناکافی، مصرف سیگار و قلیان و تفاوت‌های ژنتیک و فیزیولوژیک افراد از عواملی هستند که در ایجاد گرگرفتگی و شدت و ضعف آن تاثیر می گذارند. در بررسی فرد مبتلا به گرگرفتگی علاوه بر عوامل فوق، به شدت، فرکانس، مدت و همراهی آن با سایر علایم مانند اختلال خواب، وجود بیماری زمینه ای، مصرف داروها، عوامل تشدید کننده یا ایجاد کننده آن (تریگر) را باید مورد توجه قرار داد.

علایم و نشانه های اختلال 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.
- علایم به صورت احساس ناگهانی گرما در قسمت فوقانی قفسه سینه و صورت خود را نشان می دهد که در موارد شدید گرگرفتگی بین ۵-۱ دقیقه ژنرالیزه شده و می تواند با تپش قلب و اضطراب و تعریق همراه باشد.
- شروع یا همراهی علایم ممکن است با مصرف ادویه یا الکل یا استرس یا محیط گرم باشد.
- گرگرفتگی، شب هنگام با تعریق شبانه خود را نشان می دهد.
- همراهی با اختلال خواب به صورت افزایش دوره ای بیداری بعد از شروع خواب، کاهش ساعات خواب، تغییر در الگوی خواب ممکن است وجود داشته باشد.

مشکلات خواب در یائسگی

بی‌خوابی یکی دیگر از مشکلات سلامتی در این گروه است که اغلب اوقات همراه با اختلال وازوموتور اتفاق می‌افتد و با درمان گرگرفتگی بهبود می‌یابد. 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 کافی و خواب غیر نیرو بخش علی‌رغم ساعات خواب کافی

برای اداره اختلال خواب به نکات زیر توجه کنید :

۱ - علل طبیعی بی‌خوابی مانند درد، مشکل ادراری، تنفسی و ... را رد یا درمان کنید . علل طبیعی شامل موارد زیر می‌باشند:

- وضعیت‌های همراه با درد (بدخیمی‌ها/ آرتريت/ ریفلاکس/ اختلالات قلبی تنفسی)

- ناکتوریا (Nocturia) ناشی از عفونت‌های ادراری

- اختلالات اندوکراین یا متابولیک (بیماری‌های تیروئید/نارسایی کبد یا کلیه)

- ضایعات سیستم عصبی مرکزی (ترومای سر/ ضایعات عروقی مغز)

- اختلالات خواب مربوط به تنفس

- مصرف مواد، قهوه، چای و سایر محرک‌ها

- مصرف الکل

- مصرف برخی داروهای طبی و روانپزشکی از قبیل محرک‌ها

- ترک مصرف سیگار

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

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 می‌یابد. 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 (رختخواب) برای خوابیدن
- اجتناب از فعالیتهایی مانند گشتن در تصاویر فضای مجازی و تماشای تلویزیون در رختخواب و استفاده بیشتر از رادیو و فایل های شنیداری یا مطالعه در حال آرامش به جای تماشای تلویزیون
- فراهم کردن شرایط خواب راحت از نظر محل خواب، نور و دما، صدا و ...
- پر هیز از چرت زدن روزانه و تنظیم زمان خوابیدن برای یک ساعت معین
- قطع مصرف داروها و مواد حاوی کافئین، نیکوتین، الکل و محرکها
- حفظ تناسب جسمانی به کمک برنامه ورزشی و رژیم غذایی مناسب برای رفع اختلال خواب ناشی از مشکلات تنفسی مرتبط با چاقی
- 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 تکنیک آرام سازی (شل کردن عضلات، تنفس عمیق و تمرکز بر شیوه تنفس برای دور شدن از استرسها) بویژه هنگام غروب

تشخیص و تشخیص افتراقی گرگرفتگی

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

درمان گرگرفتگی

در همه موارد گرگرفتگی، بهبود 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. بنابر این به زنان مبتلا به گرگرفتگی موارد زیر توصیه می شود:

- تغذیه : پرهیز از مصرف غذاهای پر ادویه وتند، اجتناب از مصرف غذاها و نوشیدنیهای داغ، استفاده از آب یا آب میوه خنک به جای نوشیدنیهای داغ، 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
- متناسب سازی وزن

- قطع مصرف سیگار و سایر انواع دخانیات

- نحوه لباس پوشیدن: پوشیدن لباسهای روشن نخي 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 بادبزن یا پنکه های دستی کوچک، اسپری یا ژل خنک کننده یا Ice bag، بالش 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 قبل از آن

- در صورتی که انجام توصیه های فوق موثر واقع نشود و همچنان از علائم رنج می برند ارجاع به پزشک ضروری است.

- ارجاع به پزشک در موارد زیر: عدم تاثیر توصیه ها و اقدامات، وجود بیماری زمینه ای، مصرف دارو، گرگرفتگی شدید یا دفعات مکرر گرگرفتگی در شب و روز

۲. درمان دارویی: برای علائم وازوموتور شدید، هورمون درمانی درمان انتخابی است، به شرط آنکه همه احتیاطات و کنتراندیکاسیون ها مورد توجه قرار گرفته و در کوتاه ترین زمان و با کمترین دوز انجام شود. در صورت عدم پذیرش بیمار یا وجود کنتراندیکاسیون خاص یا خفیف بودن علائم می توان از داروهای غیر هورمونی مانند داروهای گروه مهارکننده های بازجذب سروتونین (SSRIs) مانند فلوکسیتین و... یا گاباپنتین استفاده کرد. شروع هریک از درمانها با دوز کم و افزایش دوز در صورت لزوم از هفته دوم صورت گرفته و قطع دارو نیز با کاهش تدریجی دوز انجام می شود. در هر حال تصمیم گیری برای درمانهای دارویی به عهده پزشک و مسئولیت هورمون درمانی با متخصص زنان است.

۳. سایر درمان ها: برای استفاده از فیتواستروژن ها مانند کوهوش سیاه در شکل دارویی شواهد کافی وجود ندارد و توصیه نمی شود. اثر پلاسبو (دارونما) در ۳۰ تا ۵۰ درصد موارد گرگرفتگی تایید شده است. سایر اقدامات درمانی مانند ویتامین ها، مکمل ها مانند امگا ۳، طب سوزنی، هیپنوز، بیوفیدبک و... مورد تایید FDA نمی باشد.

هورمون درمانی یائسگی (MRT (Menopausal Hormone Therapy)

در هورمون درمانی یائسگی یا هورمون درمانی جایگزین HRT (Hormone Replacement Therapy)، مهمترین نکاتی که باید مد نظر قرار گیرد، عبارتند از:

- هورمون درمانی به عنوان خط اول درمانی برای درمان هیجیک از علائم یائسگی مورد استفاده قرار نمی گیرد.
- علیرغم تاثیر هورمون درمانی بر توده استخوانی، برای پیشگیری و درمان اولیه استئوپروز توصیه نمی شود، مگر آنکه دلیل دیگری به غیر از استئوپروز برای تجویز استروژن وجود داشته باشد.
- HRT برای پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری قلبی و بیماری عروق محیطی توصیه نشده و بر لزوم تغییر شیوه زندگی برای مقابله با برداشته شدن اثر محافظتی استروژن در دوره یائسگی تاکید می شود. همچنین در درمان اختلال عملکرد جنسی یا علائم ظاهری ناشی از افزایش سن مزایا و معایب آن باید مورد توجه قرار گیرد.
- در همه حال، توجه به احتیاطات و موارد منع مصرف هورمون درمانی و مزایا و مضرات آن برای تصمیم گیری اهمیت دارد.
- انجام برخی اقدامات بالینی و پاراکلینیک برای تعیین وضعیت سلامت عمومی، سلامت سیستم ژنی، سلامت پستانها و تعیین موارد منع مصرف، قبل از شروع هورمون درمانی ضرورت دارد.
- بررسی موارد منع مصرف HRT مانند فشارخون بالا، بیماری های کبدی، بیماری های ترومبو آمبولیک، خونریزی رحمی تشخیص داده نشده، هایپرپلازی آندومتر، سابقه بدخیمی پستان و سایر سرطانهای وابسته به استروژن، سندرم دوبین جانسون و... به عهده پزشک است.
- مسئولیت تصمیم گیری نهایی برای شروع هورمون درمانی، دوز مصرفی، شکل دارویی، استروژن تنها یا همراه با پروژسترون، مدت زمان مصرف و... به عهده **سطح تخصصی** می باشد.
- در صورت تجویز هورمون درمانی توسط سطح تخصصی، توجه به عوارض و علائم هشدار پس از شروع هورمون درمانی و مراقبت ممتد فرد در سطح اول خدمات، توسط **ماما** ضروری است. برخی عوارض دارو مانند سردرد، نفخ و تهوع، کرامپ عضلانی، درد و سنگینی پستان ها، احتباس مایعات و... اگر خفیف و قابل تحمل باشد، بعد از چند ماه برطرف می گردد، اما لازم است علائم هشدار به بیمار آموزش داده شده و در صورت پیدایش آنها هورمون درمانی قطع و بیمار به سطح تخصصی ارجاع گردد.
- علائم هشدار عبارتند از: درد قفسه سینه یا تنگی نفس، هموپتیزی، درد یا تورم ساق پا، درد شکمی شدید، زردی، فشارخون بالاتر از ۱۶۰/۹۵، بی حرکتی طولانی به هر دلیل و به وجود آمدن موارد منع مصرف در حین درمان مانند خونریزی واژینال
- لازم است کلیه موارد فوق در مورد همه اشکال تزریقی، خوراکی، ترانس درمال، واژینال هورمون درمانی نیز رعایت گردد.

فیتو استروژن ها:

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

بیشترین تاثیر گزارش شده فیتو استروژنهای خوراکی، تاثیر پروتئین سویا بر کاهش سطح LDL کلسترول می باشد. مصرف روزانه ۲۵ گرم پروتئین سویا برای هایپرکلسترولمی توصیه می شود. این مقدار پروتئین با مصرف روزانه یک سوم فنجان سویای پخته یا برشته قابل تامین است. اگر چه اثر فیتواستروژن های دارویی بر کنترل علائم وازوموتور یائسگی با توجه به اثر estrogen like آنها در برخی مطالعات گزارش شده است، اما سایر فواید این گروه گیاهان در مطالعات مختلف از درجه اهمیت کمتری برخوردار بوده و در حال حاضر نه تنها شواهد کافی و معتبر برای تایید آنها وجود ندارد، بلکه شواهد متعددی برای رد اثرات ادعاشده اشکال دارویی و مکمل های فیتو استروژنی مانند عصاره سویا مطرح است، ضمن آنکه در صورت مصرف این قبیل فراورده های دارویی باید عوارض آنها را نیز بویژه در گروههای پرخطر مورد توجه قرار داد. ترکیبات حاوی black cohosh اثر شبه استروژنی با منافع کوتاه مدت دارد. این دارو در برخی مطالعات ۵۰ درصد کاهش در علائم وازوموتور ایجاد می کند و بیماران اختلال خواب و تعریق کمتری را گزارش می کنند، اما مورد تایید FDA نیست و مصرف آن در کسانی که ممنوعیت مصرف استروژن دارند مجاز نمی باشد. در مورد اثر بخشی سایر گیاهان مثل ginseng یا ginkgo نیز شواهدی وجود ندارد.

سندرم ادراری تناسلی یائسگی (آتروفی اوروژنیتال)

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>پس از عادی سازی و فراهم کردن زمینه لازم و با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی</p> <p>در همه زنان ۴۵-۵۹ ساله در مورد علائم زیر سوال کنید:</p> <p>آیا احساس خشکی ناحیه تناسلی همراه با یک یا بیشتر از یکی از علائم 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 در شرایط خاص مانند بارداری، شیردهی، دوری از همسر و ... می باشد؟</p> <p>- آیا در حال حاضر یائسه شده است؟</p> <p>- آیا مصرف سیگار و قلیان دارد؟</p> <p>- وجود بیماری زمینه ای مانند دیابت، مشکلات عروقی، سندرمهای روماتولوژیک را بررسی کنید.</p> <p>- مصرف دارو های هورمونی کاهنده اثر استروژن (مهارکننده اروماتاز مانند لتروزول که در درمان سرطان پستان به کار می رود و...) را بررسی کنید.</p> <p>معاینه کنید:</p> <p>پس از پوشیدن دستکش و آغشته کردن انگشت به لوبریکانت ابتدا با انگشت و سپس با اسپکولوم مناسب آغشته به لوبریکانت از نظر نشانه های سندرم تناسلی ادراری یائسگی معاینه کنید.</p> <p>از وجود شریک جنسی، سلامت جسمی و روانی وی و تمایل و توانایی او برای فعالیت جنسی اطمینان حاصل نمایید .</p> <p>در صورت علائم ادراری آزمایش ادرار را درخواست کنید.</p>	<p>وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو</p>	<p>ارجاع به پزشک برای : درمان بیماری زمینه ای تغییر داروهای مصرفی در صورت امکان</p>
<p>وجود علائم + واکنش موضعی و حساسیت به مواد شوینده و لباس</p>	<p>وجود علائم + نولی پاریتی یا عدم وجود رابطه جنسی در شرایط خاص یا وجود عوامل تشدیدکننده مانند مصرف دخانیات</p>	<p>شناسایی عامل محرک و حذف آن استفاده از داروهای مرطوب کننده</p> <p>تغییر شرایط زمینه ای مانند اصلاح رابطه زوجین و برقراری رابطه جنسی با همسر، حذف عواملی مانند دخانیات، تجویز لوبریکانت ها و داروهای مرطوب کننده</p>
<p>سندرم تناسلی ادراری یائسگی (آتروفی ولو و واژن): وجود علائم خشکی، سوزش، خارش، درد در ناحیه ژنیتال، ناراحتی حین مقاربت وجود یک یا چند نشانه آتروفی ژنیتال در معاینه : نازکی و رنگ پریدگی مخاط سرویکس و اپی تلیوم واژن و ولو، تنگی ورودی واژن، از بین رفتن چین های واژن، وجود پتشی های کوچک در واژن، بوی بد، درد و خونریزی در اثر ترومای اسپکولوم، تنگی و بسته شدن طاق واژن، معاینه واژینال</p>	<p>آموزش و مشاوره: توصیه به قطع مصرف دخانیات، برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال - داروی غیر هورمونی: استفاده از لوبریکانت مانند K-Ygel قبل از رابطه جنسی، مرطوب کننده ها یکبار یا بیشتر در هفته -- ارجاع تخصصی در صورت عدم پاسخ به درمان برای هورمون درمانی موضعی (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) با رعایت احتیاطات و توجه به کنتراندیکاسیون ها و مجوز متخصص زنان</p>	<p>آموزش و مشاوره: توصیه به قطع مصرف دخانیات، برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال - داروی غیر هورمونی: استفاده از لوبریکانت مانند K-Ygel قبل از رابطه جنسی، مرطوب کننده ها یکبار یا بیشتر در هفته -- ارجاع تخصصی در صورت عدم پاسخ به درمان برای هورمون درمانی موضعی (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) با رعایت احتیاطات و توجه به کنتراندیکاسیون ها و مجوز متخصص زنان</p>
<p>بدون شکایت، علامت یا نشانه</p>	<p>توصیه به انجام تمرین کگل برای پیشگیری از اختلالات کف لگن توصیه به برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال 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 برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال توصیه به مراجعه به در صورت پیدایش هر یک از علائم اوروژنیتال</p>

سندرم تناسلی ادراری یائسگی (آتروفی ولو و واژن)

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 موکوزال، کاهش کلاژن بافت و افزایش PH آن است. شدت این تغییرات در واژن می تواند کاملاً مشهود باشد تا حدی که با دید مستقیم، در خانم‌های یائسه امکان پذیر است. سایر قسمت های دستگاه تناسلی و همینطور قسمت هایی از سیستم دستگاه ادراری نیز در صورت کمبود 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 که 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 کلیتوریس به صورت نازکی و خشکی و آزرده‌گی حین لباس پوشیدن و فعالیت جنسی و طولانی نشستن، در واژن به صورت کاهش قابلیت کش سانی و کاهش لوبریکیشن واژن و آزرده‌گی حین معاینه، در دستگاه ادراری تحتانی به صورت نازکی مخاط پیشابراه و مثانه و احساس سوزش و بی اختیاری و عفونت ادراری، همچنین تغییر فلور میکروبی دستگاه ادراری تناسلی و افزایش استعداد ابتلا به عفونت می گردد. در معاینه نازکی مخاط سرویکس و اپی تلیوم واژن و ولو، از بین رفتن چین‌های واژن، نازک‌تر شدن دیواره های واژن و کمرنگ شدن آن‌ها، وجود پتشی‌های کوچک در واژن، بوی بد ممکن است وجود داشته باشد.

نولی پاریتی، مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و...)، عدم وجود فعالیت جنسی، مصرف برخی داروهای کاهش دهنده استروژن مانند مهارکننده‌های آروماتاز (مانند لتروزول) 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 کرد.

اهمیت: سندرم تناسلی ادراری یائسگی یک بیماری یا اختلال مزمن نیازمند درمان و مراقبت در دوران یائسگی محسوب می شود. این سندرم، در انجام مراقبت‌های بهداشتی زنان، به علت شیوع بالا، عوارض ناخوشایند و عدم مراجعه زنان برای درمان اهمیت دارد. 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 به نفس و کاهش کیفیت زندگی گزارش کرده اند. برخلاف گروگرفتگی علی‌رغم شیوع بالای این علائم و تأثیر منفی آن به روی کیفیت زندگی، در تمامی فرهنگ‌ها، خانم ها تمایلی برای دریافت کمک طبی ندارند. اکثریت زنان به علت موانع فرهنگی، عدم اطلاع از قابلیت درمان مشکل، نسبت دادن مشکل به افزایش سن یا کمبود دفعات نزدیکی یا از دست دادن علائق مشترک با شریک جنسی، ترس از عوارض درمان و... مراجعه نمی کنند و بار کاهش کیفیت زندگی و عوارض مختلف مشکل را به دوش می کشند. کارمند بهداشتی موظف است با رعایت اصول مشاوره و مسایل فرهنگی اجتماعی و با هوشمندی، پس از کاستن از بار عاطفی و روانی فعالانه موضوع را دنبال و آگاهی آنان را افزایش دهد.

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، بی‌اختیاری ادراری، نیاز به دفع ادرار حین خواب و... در دوره یائسگی می‌توان تشخیص داد. در صورت وجود علائم ادراری، آزمایش ادرار از نظر عفونت ادراری و کنترل دیابت اهمیت دارد. قبل از معاینه لگنی در خانم‌های یائسه باید شرایط وضعیت واژن توسط انگشت فرد معاینه کننده با دستکش آغشته شده به لوبریکانت، ارزیابی شود. در

اکثر افراد یائسه خصوصا آن‌هایی که نزدیکی ندارند یا زایمان طبیعی نکرده‌اند باید از اسپیکولوم‌های کوچکتر استفاده کرد و حین مصرف آن را به خوبی به لوبریکانت آغشته کرد. نباید فراموش کرد که یکی از علل مهم عدم مراجعه خانم‌های یائسه برای معاینه، درد حین معاینات واژینال است.

تشخیص 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، بیمار باید به پزشک ارجاع شود.

- واکنش موضعی به مواد محیطی مثل صابون، پد، لوبریکانت، لباس‌های تنگ و...

- عفونت‌ها

- بدخیمی‌ها

- هایپرپرولاکتینوما

- دیستروپی‌های واژینال در اثر کمبود ویتامین‌های A، B2، B12، آهن و اسید فولیک

- اختلالات میکرو واسکولار و نوروپاتی ناشی از دیابت

- مصرف برخی داروها می‌تواند علائم مشابه آتروفی واژن ایجاد نماید.

درمان

اصول درمان شامل قطع مصرف دخانیات، برقراری روابط زناشویی منظم، لوبریکانت‌ها: مانند KYgel، مرطوب‌کننده‌های واژن با پایه آب یا سیلیکون یا Oil است. بی‌خطری فیتواستروژن‌ها در خانم‌های مبتلا به تومورهای حساس به استروژن ثابت نشده است و تجویز آن توصیه نمی‌شود.

هورمون درمانی موضعی بسیار کمک‌کننده 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 علائم که معمولا تا ۴ هفته طول می‌کشد، توصیه می‌شود. تجویز استروژن واژینال مانند استروژن درمانی سیستمیک باید با رعایت احتیاطات لازم و با مجوز متخصص زنان صورت گیرد. اگرچه استروژن واژینال نیز می‌تواند در صورت عدم استفاده مناسب، سبب تحریک آندومتر گردد، اما برخلاف استروژن درمانی سیستمیک، نیازی به تجویز پروژسترون هم‌زمان با استروژن واژینال برای حفظ آندومتر نیست. استروژن درمانی سیستمیک در صورتی که تنها مشکل فرد، آتروفی واژینال باشد، توصیه نمی‌شود.

موارد منع مصرف استروژن واژینال عبارتند از: بارداری یا شک به وجود آن، خونریزی‌های واژینال تشخیص داده نشده، ابتلا یا شک به ابتلا به سرطان پستان، تومورهای وابسته به استروژن، بیماری‌ها و اختلالات کبدی، سابقه ابتلا به وقایع ترومبوآمبولیک و سندرم‌های ترومبو فیلیک

تجویز پمادهای مرطوب‌کننده گیاهی حاوی فیتواستروژن را فقط در مواردی می‌توان تجویز کرد که ممنوعیت مصرف استروژن وجود نداشته باشد. علیرغم تبلیغات زیادی که برای لیزر واژینال صورت می‌گیرد، اثرات درازمدت نداشته و ایمنی کوتاه مدت و درازمدت آن اثبات نشده و لذا توصیه نمی‌شود. همچنین شواهد کافی برای تاثیر مکمل‌هایی مانند ویتامین D یا ویتامین E در درمان آتروفی واژینال وجود ندارد.

شلی عضلات کف لکن و عوارض آن در یائسگی

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>در زنان ۵۹-۴۵ سال سوابق و شرح حال را بررسی کنید:</p> <p>سن، یائسگی، چاقی، استعمال دخانیات، سابقه هیپسترکتومی، عادات نوشیدنی (مصرف زیاد کافئین، الکل، آب گازدار)، مصرف دارو مانند دیورتیکها، وجود بیماری زمینه ای، بیماریهایی که با افزایش فشار داخل شکمی همراه هستند (بیماریهای مزمن انسدادی ریه، یبوست مزمن)، بارداری ها و زایمان های قبلی</p> <p>در مورد وجود علائم زیر سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - احساس فشار و بیرون زدگی احشا در واژن - بی اختیاری ادرار در اثر سرفه، عطسه، ورزش، پرش و افزایش فشار داخل شکم - احساس اضطراب برای دفع ادرار - اختلال دفع مدفوع یا ادرار، نیاز به فشار بر ارگانهای لگنی در زمان دفع ادرار یا مدفوع - بی اختیاری یا اختلال دفع مدفوع - وجود اختلال در رابطه زناشویی (اختلال برارگاسم و رضایت جنسی، درد حین مقاربت)، احساس درد لگنی - علائم همراه: وجود تب، لرز، درد لگنی از نظر عفونت ادراری و عفونت آمیزشی، ورم اندامها <p>در افراد علامت دار موارد زیر را بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - بررسی بیرون زدگی احشای لگنی (پرولاپس رحم، سیستوسل، رکتوسل، اورتروسل و گرید آن با مشاهده در حالت استراحت و معاینه در حالت زورزدن و تعیین نوع و شدت پرولاپس (بیرون زدگی بالاتر یا پایین تر از سطح هایمن) - بررسی آتروفی واژن، کوچک شدن لایبیا مینور - 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 - تعیین شدت 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>بی اختیاری همراه با یکی از موارد زیر: شروع ناگهانی، وجود توده لگنی، هماچوری، درد، علائم نورولوژیک، فیستول، انسداد مدفوعی، هیدرونفروز به دلیل فشار به حال</p> <p>بی اختیاری مدفوع یا گاز</p> <p>بی اختیاری ادراری از هر نوع: بی اختیاری ادراری استرسی، اضطرابی، مثانه بیش فعال، مختلط</p> <p>پرولاپس از هر نوع (رکتوسل، سیستوسل، پرولاپس رحمی، پروسیدنسیا) بیش از یک سانتی متر پایین تر از سطح هایمن در معاینه (مرحله ۳ و ۴) با یا بدون علائم</p> <p>پرولاپس علامت دار (احساس فشار واژینال یا علائم ادراری یا مدفوعی و یا اختلالات سکسوال) در هر مرحله</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 تمرینات تقویت عضلات کف لکن</p> <p>ارجاع به پزشک برای بررسی بیماریهای مزمن زمینه ای و داروهای مصرفی و تصمیم برای ارجاع تخصصی</p> <p>ارجاع به پزشک برای رفع مشکلات زمینه ای از جمله دیابت، درمان عفونت ادراری، واژینیت اتروفیک، بررسی مصرف دارو، بررسی و تصمیم به ارجاع تخصصی فوری یا غیر فوری بر حسب نوع، شدت علائم و وجود عوارض</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)</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورت مصرف داروی ادرار آور توصیه به مصرف دارو در روز به جای شب، در صورت ورم اندام تحتانی، بالا نگه داشتن پاها از سطح بدن بعد از کار روزانه - 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، با استفاده از تکنیک های پرت کردن حواس یا تکنیک های تن آرامی، شمارش معکوس از ۱۰۰ یا تنفس عمیق، موج فوریت ادرار کنترل می شود. در موقع اضطراب آرام بایستد، نفس عمیق بکشد عضلات لگنی را منقبض کند و بعد از گذر موج اضطراب به آرامی بطرف توالت حرکت کند - درمان موضعی با لوبریکانته و مرطوب کننده ها در صورت وجود علائم آتروفی واژن <p>ارجاع به پزشک برای بررسی بیماریهای زمینه ای یا مصرف دارو، نیاز به درمان هورمونی (هورمون درمانی موضعی با استفاده از کرم واژینال استروژن به میزان یک گرم در روز ۵ بار در هفته تا دو هفته) و تصمیم برای ارجاع تخصصی</p> <p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> - بهبود شیوه زندگی (کاهش وزن، 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، فعالیت بدنی مناسب، اجتناب از هرگونه افزایش فشار داخل شکم از جمله یبوست یا انجام کار یا ورزش سنگین - آموزش انجام تمرینات تقویت عضلات کف لکن از جمله تمرین کگل - آموزش تکنیکهای رفتاری تخلیه ادرار و مدفوع برنامه ریزی شده - ارزیابی دوره ای از نظر پیشرفت پرولاپس و یا ایجاد علائم اختلالات ادراری-مدفوعی - تاکید به معاینات دوره ای یا مراجعه در صورت بروز علائم
<p>هر گونه پرولاپس کمتر از یک سانتی متر پایین تر از هایمن در معاینه و بدون علامت</p> <p>افراد در معرض خطر بدون شکایت، علائم و نشانه:</p> <p>سن بالا، یائسگی، چاقی، استعمال دخانیات، سابقه هیپسترکتومی، عادات نوشیدنی غلط (مصرف زیاد کافئین، الکل، آب گازدار)، مصرف دارو، وجود بیماری زمینه ای</p>	<p>آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> - توصیه برای ارتقاء شیوه زندگی - توصیه به انجام انواع تمرینات تقویت عضلات کف لکن Pelvic floor muscle training exercises مانند تمرین کگل 	<p>زنان بدون عامل خطر، بدون شکایت، علامت یا نشانه</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 یائسگی 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. باید توجه داشت که روند پیشرفت اختلال کف لگن تا زمان یائسگی ادامه دارد و ممکن است پس از یائسگی نیز ادامه یابد یا متوقف شود.

پرولاپس ارگانهای لگنی

پرولاپس ارگانهای لگنی در واقع بیرون زدگی احشای لگنی مانند مثانه، روده، رکتوم، رحم، واژن، راس رحم به فضای واژن می باشد. علائم این پرولاپس ها می تواند احساس فشار، خروج توده، اختلالات دفع ادرار/ مدفوع، اختلالات سکسوال و تاثیر منفی بر فعالیتهای روزانه ی زنان ایجاد کند. با افزایش جمعیت میانسالان و سالمندان، شیوع این اختلالات افزایش خواهد داشت. پرولاپس ارگانهای لگنی شامل سیستوسل، رکتوسل، انتروسل، پرولاپس آپیکال (پرولاپس رحمی، پرولاپس اپکس یا راس رحم و سرویکس)، پروسیدنشيا Procidencia (بیرون زدگی هر سه کمپارتمان قدامی، خلفی و آپیکال واژن و خروج کامل رحم به خارج از واژن) می باشد.

علائم بالینی: پرولاپس ارگانهای لگنی می تواند بدون علامت باشد، اما در صورت بروز علائم، موارد زیر ممکن است رخ دهد:

- احساس پری یا فشار در لگن یا واژن
- احساس درد در لگن هنگام مقاربت یا غیر آن
- احساس توده یا بیرون زدگی در واژن: 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.
- اختلال دفع ادرار: جریان ضعیف ادرار، نیاز به دستکاری یا تغییر وضعیت پرولاپس جهت بهبود دفع ادرار، حس تخلیه ناکامل ادراری و در موارد نادر احتباس کامل ادراری، خطر مثانه بیش فعال (اضطراب ادراری، بی اختیاری اضطرابی، تکرر ادرار)، شب ادراری، بی اختیاری ادراری

- اختلال دفع مدفوع: یبوست و احساس دفع ناکامل مدفوع، اضطراب مدفوعی، بی اختیاری مدفوعی، علائم دفع انسدادی (زور زدن، فشار به ارگانهای لگنی و نیاز به دست کاری انگشتی جهت دفع کامل)، بی اختیاری مدفوعی یا دفع بی اختیار گاز در زمان مقاربت

- تاثیر بر عملکرد جنسی: پرولاپس ممکن است به دلیل ایجاد اختلال در تصویر بدنی، سبب کاهش تمایل جنسی یا دیس پارونی و آثار سوء بر ارگاسم یا رضایت جنسی گردد. بعضی از زنان خصوصا 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.

تشخیص: پرولاپس فقط با بررسی بالینی تشخیص داده می شود. جهت رویت پرولاپس، معاینه لگن لازم است:

- مشاهده: در وضعیت دورسال لیتوتومی در هر دو حالت استراحت و حداکثر زور زدن، بیرون زدگی دیواره های واژن، بیرون زدگی سرویکس و 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.

پیشگیری: با افزایش سن درجاتی از شلی عضلات کف لگن اتفاق می افتد. اصول پیشگیری از پیشرفت، تشدید و علامت دار شدن شلی عضلات کف لگن شامل موارد زیر می باشد:

- کاهش وزن در زنان میتلا به اضافه وزن و چاقی

- درمان یبوست

- احتراز از ورزشهایی که با افزایش فشار شکمی همراه هستندمانند وزنه برداری

- انجام تمرینات تقویت عضلات کف لگن

درمان: پرولاپس مرحله یک یا دو (بیرون زدگی در حد یک سانتی متر بیرون از هایمن) در صورتی که بدون علامت و شکایت باشد، نیاز به درمان ندارد. در این موارد، اصلاح شیوه زندگی از نظر تغذیه و فعالیت بدنی، ترک استعمال دخانیات، متناسب سازی وزن و انجام منظم و مستمر تمرینات تقویت عضلات کف لگن توصیه می شود.

در موارد زیر ارجاع به سطح تخصصی برای درمان، پس از انجام آموزشهای لازم، بررسی بیماریهای همراه و داروهای مصرفی توسط پزشک صورت می گیرد:

- بیرون زدگی احشای لگنی از واژن بیش از یک سانتی متر از پرده بکارت (مرحله ۳ و ۴ پرولاپس)

- هر گونه پرولاپس دارای علامت (اختلال دفع ادرار یا مدفوع یا اختلال سکسوال)

درمان با دو روش پساری و جراحی انجام می شود و تصمیم گیری در مورد روش درمان، بر اساس شرایط و انتظارات بیمار در تعامل با جراح زنان تعیین می گردد.

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 محافظه کارانه مدیریت پرولاپس می باشد و 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.

- هرگونه پرولاپس دارای عوارض مانند انسداد مدفوعی، هیدرونفروز به دلیل فشردگی حالب، علایم نورولوژیک و علایم ناگهانی نیازمند ارجاع فوری برای اقدام تشخیصی و درمانی 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 (اضطراری) 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 به نحوی که ممکن است قبل از رسیدن به توالت دفع ادرار رخ دهد. به این اختلال، **مثانه بیش فعال** نیز گفته می شود. در مثانه بیش فعال ممکن است احساس دفع ادرار همراه با بی اختیاری باشد یا نباشد.
- بی اختیاری ادراری مختلط: ترکیبی از دو نوع بی اختیاری فوق است.

عوامل خطر: عوامل زیر در ایجاد یا تشدید بی اختیاری ادراری موثرند: افزایش سن، منوپوز، هیستروکتومی (به دلیل آسیبهای عضلانی)، چاقی، بیماری های مزمن و زمینه ای (پارکینسون، دمانس، سکتی مغزی، افسردگی و نارسایی احتقانی قلبی)، داروهای دیورتیک، عفونت ادراری، تب، لرز، درد لگنی به هر دلیل، هماچوری، استعمال دخانیات، مصرف نوشیدنی های محرک مانند کافئین

اقدامات تشخیصی:

- بررسی حجم و دفعات دفع ادرار: دفع ادرار بیشتر از ۸ بار در روز و دو بار 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
- معاینات: معاینه شکم از نظر توده های فشارنده
- معاینه ی لگن از نظر وضعیت عضلات کف لگن، وجود توده یا پرولاپس پیشرفته (بیش از یک سانتی متر پایین تر از هایمن)، آتروفی واژن و لابیا مینور یا ظاهر رنگ پریده ی آن، معاینه ی دو دستی (از نظر اندازه، شکل و حدود رحم و وضعیت تخمدان ها و وجود تندرینس 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:

- کاهش وزن
- کاهش مصرف مایعات نزدیک خواب
- کاهش مصرف ادویه جات و کافئین
- توجه به کنترل قند خون
- در صورت مصرف دیورتیک ها، زمان مصرف بایستی محدود به اوقاتی باشد که توالت در دسترس است.

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

- رفع مشکلات زمینه ای و تغییر داروهای مصرفی زمینه ساز در صورت امکان، تغییر زمان مصرف دیورتیک به صبح ها، بالا نگاه داشتن پاها در صورت تورم اندام تحتانی بخصوص بعد از ساعات کار روزانه

- 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 هرنوع نوشیدنی یا خوراکی که باعث تشدید علائم می شود (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 با پرشدن مثانه دچار بی اختیاری ادراری می شوند، نیز می تواند موثر باشد.

- آموزش مثانه با زمان بندی ادرار کردن شروع می شود. بدین ترتیب که با استفاده از یک جدول زمان بندی دفعات دفع ادرار، بر اساس کمترین فاصله بین ادرار کردن ها، زمان بندی آموزش مثانه شروع می شود. بعنوان مثال در شروع هر یک ساعت ادرار می کند. وقتی بیمار بتواند با همین فواصل بدون بی اختیاری ادراری، دفع ادرار داشته باشد، فاصله ی بین دفعات ادرار کردن ۱۵ دقیقه افزایش می یابد، بعد از آن زمان را تدریجا افزایش می دهد تا وقتی به ۳ تا ۴ ساعت برسد بدون بی اختیاری ادرار برسد که ایده آل است و 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، 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، عضلات لگنی را منقبض کند و بعد از گذر موج اضطراب به آرامی بطرف توالی حرکت کند.

- تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل است. توصیه اولیه شامل ۳ دوره ی انقباضات عضلات کف لگن شامل ۱۲-۸ انقباض که هر کدام ۱۰-۸ ثانیه به طول بینجامد، سه بار در روز تکرار می شود، این ورزش را باید هر روز به مدت ۱۵-۲۰ هفته انجام دهند. نحوه ی اطمینان از تکافوی انقباضات و انجام صحیح 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 در صورت توصیه سطح تخصصی

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 ی زمینه ای، تغییر نوع داروی مصرفی در صورت امکان،

در صورت عدم پاسخ به درمان معمول یا وجود موارد زیر ارجاع تخصصی ضرورت دارد:

- پرولاپس مرحله سه و چهار

- کشت مثبت ادراری بصورت راجعه

- بی اختیاری ادرار در افراد با سونداژ مزمن

- سابقه اشعه درمانی یا جراحی لگنی

- حجم ادرار باقیمانده ادرار بالا

- در موارد زیر ارجاع فوری لازم است: توده لگنی یا شکمی، وجود درد شکمی/ لگنی، علائم نورولوژیک، فیستول، هماچوری واضح یا میکروسکوپیک بدون وجود عفونت ادراری

بی اختیاری مدفوعی

سن بالا و شلی عضلات کف لگن، برخی دلایل طبیعی مانند پارکینسون، دمانس، سابقه سکتة مغزی، دیابت، اختلالات شناختی، اختلالات نورولوژیک و برخی داروها مانند شل کننده عضلات، ضد افسردگی، ضد آریتمی، آنتی کولینرژیک، اپیوئیدها و الکل، بنزو دیازپین، آنتی سایکوتیک ها می توانند این مشکل را ایجاد کنند. اقدامات اولیه لازم عبارتند از:

آموزش:

- آموزش تمرینات تقویت کننده عضلات کف لگن از جمله انجام ورزش کگل یک اقدام پیشگیرانه است.

- در صورت وجود بی اختیاری مدفوعی یا گاز به علت شلی اسفنکتر مقعد، دفع برنامه ریزی شده مدفوع می تواند کمک کننده باشد. (توالت رفتن در ساعتی خاص از هرروز بعداز صرف خوراکی).

- همچنین لازم است درمان یبوست انجام شود: کاهش مصرف لبنیات و کافئین و ادویه جات تند، استفاده از حجم دهنده های مدفوعی مانند پسیلیوم

ارجاع: در صورت وجود بیماری یا مصرف دارو، بیمار برای بررسی بیشتر از نظر نوع بیماریهای مزمن زمینه ای و نوع داروهای مصرفی به پزشک ارجاع گردد. در صورت وجود یبوست طولانی، بروز جدید بی اختیاری مدفوعی، تشدید علائم و شک به بیماری نورولوژیک یا وجود مشکلات حسی حرکتی اندام تحتانی بیمار به سطح تخصصی ارجاع شود.

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

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؟	خونریزی شدید ناگهانی (Acute Bleeding) با اختلال در علانم حیاتی (اختلال همودینامیک یا شوک هموراژیک به علت خونریزی حاد) هرگونه خونریزی واژینال در دوره بارداری و پس از زایمان	انجام اقدامات اولیه برای اصلاح وضعیت همودینامیک و تثبیت وضعیت بیمار ارجاع فوری به سطح ۲ برای تشخیص و درمان اقدام برابر پروتکل اداره سلامت مادران باردار
اگر اقدام اورژانس لازم نیست، برای تصمیم گیری، موارد زیر را در تاریخچه باروری و سوابق فرد مورد توجه قرار دهید: سن کنونی، سن شروع قاعدگی، وجود فعالیت جنسی، تعداد زایمانهای قبلی، تاریخ آخرین قاعدگی، بارداری یا احتمال بارداری، سابقه آمنوره طولانی مدت، علانم یائسگی، روش پیشگیری از بار داری	۵ سال و بالاتر (دوران گذار به یائسگی): خونریزی زیاد تشدید شده یا پاسخ ن داده به درمان یا خونریزی زیاد همراه با یک ریسک فاکتور اصلی یا فرعی سرطان آندومتر یا هر گونه خونریزی یا لکه بینی بعد از ۶ ماه قطع قاعدگی یا با بدون HRT وجود ضایعه مشکوک به بدخیمی واژن یا دهانه رحم قابل مشاهده یا توده لگنی قابل لمس در معاینه یا پاپ اسمیر مشکوک به بدخیمی یا HPV ۱۶ و ۱۸ مثبت	ارجاع به متخصص زنان ترجیحا به انکولوژیست زنان برای بررسی علل ساختاری و بدخیمی های رحمی (ضایعات بدخیم یا توده های خوش خیم رحم: سرطان آندومتر، هایپر پلازی آندومتر، لیومیوما، پولیپ آندومتر، پاتولوژی های تخمدانی) و درمان آن
بررسی الگوی قاعدگیها: شرح حال دقیق الگوی قاعدگی (طول قاعدگی، نظم، شدت خونریزی)، دیس منوره یا تشدید آن، تغییر جدید در الگوی خونریزی	خونریزی حجیم قاعدگی***، همراه با دیس منوره تشدید شده یا فشار و درد لگنی سابقه خونریزی شدید در منارک یا سابقه خونریزی شدید بعد از زایمان، یا خونریزی شدید جراحی یا دندانپزشکی یا وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر: خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، کیود شدگی بدون ضربه یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لته یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی خونریزی غیر طبیعی	ارجاع به متخصص زنان جهت بررسی علل ساختاری خوش خیم یا بدخیم دهانه رحم رد بارداری و ارجاع به متخصص زنان جهت بررسی از نظر آندومیوزیس و توده های رحمی
سوابق پزشکی فردی و خانوادگی را از نظر عوامل خطر و بیماریهای زمینه ای بررسی کنید: - سابقه بیماری زمینه ای: اختلال انعقادی، وجود سایر بیماری های سیستمیک - سابقه بیماری یا سرطانها یا جراحی رحم و تخمدان و پستان در فرد و خانواده - سابقه پاپ اسمیر غیرطبیعی	توقف قاعدگی یا آمنوره طولانی بیش از ۳ ماه در سن زیر ۴۰ سال با شرایط زیر: بدون استفاده از روشهای هورمونی پیشگیری از بارداری، اطمینان از عدم بارداری	ارجاع به پزشک برای بررسی اختلالات انعقادی و اقدام برای تشخیص و در صورت لزوم ارجاع تخصصی (زنان/ هماتولوژی) برای درمان و کنترل آن
- عوامل خطر اصلی سرطان آندومتر: استروژن درمانی تنها * طولانی، سندرم LYNCH**، تومورهای تخمدانی تولید کننده استروژن	اختلال قاعدگی به صورت قاعدگی نا منظم و غیر قابل پیش بینی از نظر حجم خونریزی و طول مدت، یا هیپو منوره یا الیگو منوره معمولا بدون علانم PMS	ارجاع به پزشک برای بررسی بیماریهای زمینه ای مزمن ارجاع به متخصص زنان برای بررسی از نظر POF و یائسگی زود هنگام درمان پس از رد حاملگی- رد استفاده از روشهای هورمونی- رد مشکلات ساختاری: قرصهای ترکیبی یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدرکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت ۲ هفته) و ادامه درمان تا ۳ ماه ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان پس از دوره درمانی سه ماهه
- عوامل خطر فرعی سرطان آندومتر: چاقی و سندرم متابولیک، نولی پاریتی، سابقه PCOD، سابقه ناباروری، منارک زودرس، منوپوز دیررس، تحت درمان با تاموکسیفن، وجود دیابت، فشارخون بالا، بیماری کیسه صفرا، بیماری تیروئید، سابقه رادیاسیون ناحیه لگن، سابقه هایپرپلازی آندومتر	- خونریزی زیاد و حجیم قاعدگی*** (افزایش تعداد مصرفی نوار بهداشتی، دفع لخته در قاعدگی، قاعدگی طولانی مدت بیش از دو هفته یا خونریزی های مکرر با فواصل کمتر از طبیعی، احساس ضعف و بی حالی در قاعدگی) - بدون نکته مثبت در شرح حال و علایم و آزمایش ها و معاینه (بدون ریسک فاکتور سرطان آندومتر، بدون علایم سرطان دهانه رحم، بدون علایم عفونت، بدون تشدید دیس منوره و علایم فشاری، بدون نکته مثبت در معاینه)	درمان پس از رد حاملگی برحسب شرایط فرد از نظر سن، کنترا اندیکاسیونها و تمایل به بارداری: - تجویز مفنایمک اسید هر ۸ ساعت ۵۰۰mg یا سایر داروهای NSAID بخصوص درموارد وجود دیس منوره - در مرحله بعد ترانگزامیک اسید (انتی فیبرینولیتیک) ۲ تا ۳ قرص ۵۰۰ میلی گرمی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز (در روزهای خونریزی شدید) یا مدرکسی پروژسترون استات روزانه ۱۰ mg از روز ۵ تا ۲۱ قاعدگی یا پروژسترون تزریقی DMPA یا ای بو دی Mirena
شرح حال دارویی: HRT و سایر داروهای هورمونی، داروهای فاصله گذاری هورمونی، تاموکسیفن، داروهای فیتواستروژنی، داروهای ضد انعقاد	خونریزی یا لکه بینی بعد از مقاربت یا لکه بینی بین قاعدگی ها	ارجاع در موارد زیر: عدم پاسخ به درمان پس از ۳ دوره درمان، وجود ضایعه مشکوک در معاینه یا سونوگرافی غیر طبیعی، پاپ اسمیر غیر طبیعی، خونریزی حین HRT، وجود بیماری سیستمیک بررسی از نظر ضایعات خوش خیم یا بدخیم واژن و سرویکس: معاینه واژینال دقیق بررسی از نظر ضایعات دهانه رحم، خشکی واژن، واژینیت اتروفیک، سرویسیت و پولیپ، آزمایش: انجام پاپ اسمیر و ارجاع برحسب نتیجه معاینه و پاپ اسمیر
علایم زیر را بررسی کنید: خونریزی بین قاعدگی ها، خونریزی بعد از نزدیکی، احتمال حاملگی، علایم عفونت آمیزشی، دیس منوره تشدید شده، علایم فشاری	خونریزی قاعدگی طبیعی در دوره باروری یا دوران گذار یائسگی	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، لزوم معاینه و آموزش های سالانه، آموزش خودآزمایی پستان، توصیه به تغییر شیوه زندگی بررسی علانم و عوارض یائسگی طبق پروتکل
اندروژنیسم، معاینه پوست از نظر اکیموز و پتیشی، در صورت لزوم معاینه تیروئید توسط پزشک	بی نظمی قاعدگی بدون خونریزی شدید در دوران گذار یائسگی بدون عامل خطر یا بیماری/ یا آمنوره در سالهای گذار یائسگی	
آزمایش کنید / نتایج آزمایشها را بررسی کنید: - تست بارداری در صورت احتمال وجود بارداری، CBC از نظر آنمی (هموگلوبین و هماتوکریت) ، در صورت لزوم تست کارکرد تیروئید، بررسی اختلالات انعقادی ، پاپ اسمیر	یائسگی قطعی: عدم قاعدگی (آمنوره) بیش از یک سال	
سونوگرافی از نظر ضخامت آندومتر ، ضایعات ساختاری رحم و آدنکسها		

* Unopposed

** پستان یا کولون یا پستان***

*** HMB(Heavy menstrual bleeding)

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

خونریزی غیرطبیعی رحمی (AUB: Abnormal Uterin Bleeding) 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. در دوران پیش از یائسگی نیز، خونریزی غیرطبیعی یکی از مشکلات شایع زنان می باشد و زندگی شغلی، جنسی و احساسی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. در زنانی که از طریق شرح حال، معاینه کامل و روش های تصویربرداری مناسب علل ساختاری رد می شود درمان دارویی به عنوان خط اول محسوب می شود. تعداد زیادی از این زنان به سیستم های بهداشتی، مراجعه نمی کنند. بیشترین اختلالات قاعدگی به علت شیوع بالای عدم تخمک گذاری، در دو دوره از زندگی باروری زنان یعنی دوره منارک و دوره قبل از منوپوز اتفاق می افتد. سایر خونریزیهای غیرطبیعی واژینال ممکن است به دلایل ساختاری یا سایر دلایل عملکردی اتفاق بیفتد.

توجه: 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 نبوده 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 می شود. 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 وارد فاز ترشعی 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 می شود. 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 قاعدگی نرمال و غیر طبیعی: عدم تطبیق هر یک از ویژگی های سیکل قاعدگی با مشخصات طبیعی آن به مدت سه ماه، اختلال قاعدگی نامیده می شود. سیکل قاعدگی نرمال باید از نظر طول مدت، فرکانس یا تواتر و حجم خونریزی به صورت زیر مد نظر قرار گیرد:

طول مدت قاعدگی از ۴/۵ تا ۸ روز طبیعی است. کمتر از ۴/۵ روز و بیشتر از ۸ روز غیر طبیعی (اختلال) محسوب می شود.

فواصل بین قاعدگی ها به طور طبیعی ۲۴-۳۸ روز است. تفاوت فواصل از یک سیکل به سیکل دیگر تا به اضافه ۲ یا منهای ۲ روز می تواند متفاوت باشد. اگر سیکل قاعدگی کمتر از ۲۱ روز باشد پلی منوره و اگر سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد اولیگومنوره محسوب می شود.

حجم خون از دست رفته در هر سیکل قاعدگی به طور طبیعی ۵-۸۰ میلی لیتر است. اگر حجم خونریزی بیشتر از ۸۰cc باشد، خونریزی حجیم یا (Heavy menstrual bleeding (HMB می گویند. همچنین لکه بینی در طول سیکل یا بعداز مقاربت و تغییر در حجم خونریزی همیشگی قاعدگی غیر طبیعی یا اختلال قاعدگی محسوب می شود.

آمنوره یا قطع قاعدگی: آمنوره در بارداری و پس از آن و آمنوره بیش از ۱۲ ماه در دوران یائسگی طبیعی است، اما موارد زیر آمنوره غیر طبیعی محسوب می شوند:

آمنوره اولیه به عدم بروز قاعدگی یا منارک تا ۱۵ سالگی گفته می شود. (منارک قبل از ۹ سالگی منارک زودرس است.)

آمنوره ثانویه به قطع قاعدگی به مدت ۶ ماه گفته می شود که به دلایل مختلف از جمله بیماریهای زمینه ای مزمن، استفاده از داروهای هورمونی، نارسایی تخمدان، یائسگی زودرس و... ممکن است اتفاق بیفتد.

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

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 خونریزی حال عمومی و علایم حیاتی بیمار
- مزمن یا حاد بودن مشکل
- مصرف OCP و سایر روشهای هورمونی فاصله گذاری، استفاده از آی یو دی
- سن فعلی بیمار (در دوره باروری احتمال بارداری و اندومتروپوز و در سن بالاتر احتمال بدخیمی ها بیشتر است)، سن منارک و منوپوز، شرح حال بارداری ها، زایمان ها
- شرح حال دقیق قاعدگی، ویژگی ها و الگوی قاعدگی و بررسی تغییرات جدید قاعدگی (طول قاعدگی، نظم قاعدگی، تاخیر قاعدگی، شدت خونریزی، دیسمنوره، حجم خونریزی از نظر تعداد تامپون های استفاده شده در هر روز، تاثیر خونریزی بر کیفیت زندگی و دفع لخته)
- تعیین وضعیت تخمک گذاری و سابقه تخمدان پلی کیستیک: خونریزی از نظر مدت، حجم، نظم و فواصل مورد بررسی قرار می گیرد. در خونریزی ناشی از عدم تخمک گذاری معمولا حجم و طول مدت قاعدگی نامنظم است و اکثرا اپیزودهایی از آمنوره اتفاق می افتد.
- شرح حال رابطه جنسی مشکوک، سابقه بیماری عفونی منتقله جنسی، وجود یا عدم وجود تب و لرز، ترشحات بدبو، درد
- بررسی علل انعقادی و بیماریهای خونریزی دهنده: سابقه فردی و خانوادگی اختلالات خونریزی دهنده مانند سابقه خونریزی شدید در منارک یا سابقه خونریزی شدید بعد از زایمان، یا خونریزی شدید مرتبط با جراحی یا دندانپزشکی یا وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر: خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، کبود شدگی بدون ضربه یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لثه یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی خونریزی غیر طبیعی اختلال انعقادی را مطرح می کند و بیمار باید برای بررسی مسیرهای انعقاد به پزشک ارجاع شود.
- بررسی عوامل خطر سرطان آندومتر: عوامل خطر اصلی برای سرطان آندومتر عبارتند از استروژن درمانی تنها (Unopposed) به مدت طولانی، سابقه سندرم LYNCH (سابقه خانوادگی سرطان تخمدان یا کولون یا پستان)، تومورهای تخمدانی تولید کننده استروژن
- عوامل خطر فرعی عبارتند از: چاقی، نولی پاریتی، سابقه PCOD، سابقه ناباروری، منوپوز دیررس، تحت درمان با تاموکسیفن، وجود دیابت، فشارخون بالا، بیماری کیسه صفرا، بیماری تیروئید، سابقه رادیاسیون ناحیه لگن، سابقه هایپرپلازی آندومتر. در افراد زیر ۴۵ سال نیز در صورت استفاده از استروژن تنها بدون مصرف پروژسترون، در مواردی که علیرغم درمان اولیه مناسب، پاسخ به درمان ضعیف است، ارجاع برای بیوپسی آندومتر (pipelle biopsy) ضروری است.
- شرح حال دارویی از نظر مصرف داروها و روشهای هورمونی، تاموکسیفن، داروهای گیاهی و فیتواستروژنها، داروهای ضد انعقاد مانند وارفارین و هپارین

معاینه: در همه بیماران معاینه واژن و معاینه دو دستی لگن (در زنان مجرد معاینه رکتوواژینال توسط متخصص)، بررسی از نظر توده شکمی یا لگنی، اندازگی قد و وزن و فشارخون، معاینه تیروئید و بررسی علائم هایپرآندروژنیسم و معاینه پوست و مخاط از نظر خونریزی های زیر جلدی ضروری است.

پارا کلینیک: بررسی پاراکلینیک شامل موارد زیر است:

- تعیین وضعیت بارداری: در تمام بیماران مراجعه کننده با خونریزی حاد و مزمن در سنین باروری حتما باید حاملگی و عوارض آن رد شود.
 - بررسی آنمی: در همه بیماران به ویژه افرادی که مدت طولانی با خونریزی حجیم قاعدگی مواجه بوده اند یا در خونریزی سنگین حاد، CBC برای بررسی آنمی ضرورت دارد.
 - تهیه نمونه اچ پی وی / پاپ اسمیر برای بررسی آزمایشگاهی بدخیمی دهانه رحم ضرورت دارد.
 - آزمایش برای بررسی مشکلات انعقادی و بررسی مشکلات هورمونی به ویژه تستهای تیروئیدی، در صورت لزوم توسط پزشک درخواست می شود. اطمینان از عدم وجود دیابت نیز لازم است.
 - سونوگرافی برای بررسی آندومتر، میومتر و تخمدانها: سونوگرافی از نظر ضخامت آندومتر، وضعیت تخمدانها از نظر تخمدان پلی کیستیک، علل ساختاری رحمی، ارزیابی میومتر از نظر لیومیوم و آندومیوزیس ممکن است لازم باشد. در هر خونریزی پایدار و غیرقابل توجیه 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. سونوگرافی ترانس واژینال در مواردی که اختلال ساختاری وجود دارد روش انتخابی است.
 - بیوپسی آندومتر در خونریزی های زنان بالاتر از ۴۵ سال که به درمان پاسخ نداده اند، برای رد بدخیمی ضرورت دارد. همچنین در خونریزیهای مداوم مراجعه کننده کمتر از ۴۵ سال که سابقه مواجهه طولانی مدت با استروژن غیر محافظت شده با پروژسترون داشته باشد و یا درمان طبی غیر موثر باشد بیوپسی آندومتر لازم است.
- در جدول زیر میزان خطر نسبی هر یک از عوامل خطر سرطان آندومتر را مشاهده می کنید:

خطر نسبی	عوامل خطر سرطان آندومتر	
۲۰-۱۰	استفاده از استروژن تنها (Unopposed) به مدت طولانی	عوامل خطر اصلی
۲۰-۶	سندرم LYNCH	
بیش از ۵ برابر	تومورهای تولید کننده استروژن	
۲-۵ برابر	چاقی	عوامل خطر فرعی
۳	نولی پاریتی	
۳	سابقه PCOD	
۳-۲	سابقه ناباروری	
۳-۲	منوپوز دیررس	
۳-۲	مصرف تاموکسیفن	
۳-۱,۳	وجود دیابت، فشارخون بالا، بیماری کیسه صفرا، بیماری تیروئید	

به طور کلی می توان خونریزی غیر طبیعی رحمی را بر حسب علت خونریزی غیر طبیعی به دو دسته عملکردی (غیر ساختاری) و ساختاری (آناتومیک) تقسیم کرد:*

- علل ساختاری یا آناتومیک (PALM) 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.
- علل عملکردی (COEIN) شامل اختلالات انعقادی، اختلال تخمک گذاری، علل آندومتریال مانند عفونتها و هیپرترفی آندومتر، علل ایاتروژنیک مانند استفاده از داروهای ضد انعقاد یا داروهای هورمونی یا ای یو دی و دلایلی که تشخیص داده نشده 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 بالینی و آزمایشگاهی آنمی (شرح حال سردرد و خستگی و سرگیجه) اهمیت دارد.

تقسیم بندی دیگر بر مبنای شایعترین نوع خونریزی های غیر طبیعی در سنین و مراحل مختلف دوره باروری شامل منارک، باروری، پره منوپوز، پری منوپوز، پست منوپوز صورت می گیرد. توجه به همه طبقه بندی های فوق برای بهترین تصمیم گیری درمانی، یک رویکرد همه جانبه است. در این مجموعه سعی شده با توجه به علل ساختاری و غیر ساختاری شایع در مراحل مختلف باروری و یائسگی و حاد یا مزمن بودن خونریزی، طبقه بندی صورت گیرد.

اختلال قاعدگی در دوران گذار یائسگی (Perimenopause یا Menopause transition): 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 این دوران به علت اختلال تخمک گذاری anovulatory است. این اختلال، طیف وسیعی از خونریزی قاعدگی غیرطبیعی از اموره تا خونریزی غیرمنظم و شدید را شامل می شود. اختلالات 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

*PALM-COEIN: polyp; adenomyosis; leiomyoma; malignancy and hyperplasia; coagulopathy; ovulatory dysfunction; endometrial; iatrogenic; and not yet classified

۹۰ درصد علل خونریزی سنین باروری را شامل می شود. برای تشخیص خونریزی ناشی از عدم تخمک گذاری باید علل آناتومیک رد شود. اتیولوژی عدم تخمک گذاری از علل اندوکراین تا ایاتروژنیک 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. در این حالت معمولاً قاعدگی ها کم تعداد (الیگو منوره)، طول مدت و فواصل آن نامنظم و حجم خونریزی غیرقابل پیش بینی است و معمولاً علائم سندرم پیش از قاعدگی (PMS) هم وجود ندارد. این نوع خونریزی غیر طبیعی شایعترین علت خونریزیهای غیر طبیعی دوره باروری است.

مدیریت AUB

اختلال قاعدگی ناشی از فقدان تخمک گذاری در دوره باروری: در این موارد، درمان با LD (بخصوص اگر نیاز به فاصله گذاری نیز مطرح باشد) یا ترکیبات پروژسترونی (روزانه ۱۰ میلیگرم مدروکسی پروژسترون استات از زمان مراجعه بیمار به مدت دو هفته) 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 بویژه در دوره پره منوپوز و منوپوز برای بررسی بدخیمی اقدام نمود.

توجه به این نکته ضروری است که ادامه تاثیر استروژن بر جدار رحم در افراد مستعد می تواند ایجاد پولیپ وحتىی کانسر آندومتر نماید و درمان با قرص های هورمونی ترکیبی یا استروژنی تنها، فقط به مدت سه دوره انجام می شود.

خونریزی رحمی بعد از یائسگی Post Menopause Bleeding: در اکثر موارد علت خونریزی رحمی بعد از یائسگی بدلیل آتروفی آندومتر می باشد. در درصد قابل توجهی از بیماران یائسه مراجعه کننده با خونریزی، تشخیص کانسر آندومتر داده می شود که احتمال آن در زنان مسن تر، چاق، تحت درمان با استروژن تنها (بلامنازع)، وجود دیابت تیپ ۲ و عوامل خطر دیگر افزایش پیدا می کند. این مساله ضرورت بیوپسی آندومتر در این بیماران را خاطر نشان می کند. قبل از توقف کامل قاعدگی یعنی در دوره پری منوپوز (perimenopause)، 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 (عوامل اصلی وفرعی خطر سرطان آندومتر) باشد.
- 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، مجدداً دچار لکه بینی یا خونریزی گردد.
- در افرادی که پس از دوره منوپوز، خونریزی غیر طبیعی رحمی دارند، چه تحت درمان هورمونی جایگزین باشند و چه نباشند، احتمال سرطان آندومتر (۱۰ درصد) باید مورد توجه قرار گرفته و بیمار برای بررسی های لازم از جمله انجام سونوگرافی ترانس واژینال و تعیین میزان ریسک براساس ضخامت آندومتر ارجاع گردد. در صورت ضخامت آندومتر بیشتر از ۴ میلیمتر برای بیوپسی ارجاع شود.

در بیماری 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.

خونریزی حاد واژینال در بیمار ناپایدار از نظر همودینامیک: 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 همودینامیک بیمار را نیز دچار اختلال کرده باشد، بیمار باید پس از اصلاح وضعیت همودینامیک و ثبات علایم حیاتی برای تشخیص علت خونریزی و درمان هورمونی یا جراحی به سطح تخصصی **ارجاع فوری** شود. در صورتی که علت خونریزی مشخص نیست و احتمال بدخیمی و نیاز به بررسی تشخیصی به صورت بیوپسی آندومتر وجود دارد، بهتر است مداخله هورمونی بویژه تزریقی صورت نگیرد و بیمار پس از تثبیت وضعیت برای تشخیص و درمان به سطح تخصصی ارجاع شود. درمان غیر جراحی در سطح تخصصی، شامل استروژن کونژوگه وریدی، قرص خوراکی ضد بارداری ترکیبی، قرص های پروژسترون و ترانگزامیک اسید و اقداماتی مانند تامپون رحمی می باشد. در بیماران با ناپایداری همودینامیک و عدم پاسخ به درمان های غیر جراحی و دارویی و یا داشتن کنتراندیکاسیون برای درمان دارویی، درمان جراحی مانند آمبولیزاسیون عروق رحمی، ابلیشن و هیستریکتومی بسته به شرایط بیمار و اندیکاسیونهای مربوطه در سطح تخصصی انتخاب و انجام می شوند. 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 یک بر اساس نظر تخصصی پیگیری لازم انجام شود.

درمان خونریزی شدید در بیمار پایدار نظر همودینامیک: در این بیماران، درمان های طبی اولویت دارد. ترکیبات دارویی که در این بیماران استفاده میشود در قدم اول استروژن خوراکی، یا قرص های ترکیبی با استروژن بالا (HD)، پروژسترون های خوراکی و ترانگزامیک اسید است. بهترین روش درمانی برای خونریزی های شدید در خانمهای پری منوپوز استفاده از آیودی های لونورژسترولی مانند میرنا می باشد. سایر اقدامات درمانی شامل پروژسترون های خوراکی، قرص های ترکیبی خوراکی، ترانگزامیک اسید خوراکی و ترکیبات ضد التهاب غیر استروئیدی می باشد.

- قرص های ترکیبی OCP: اگر بیمار از نظر همودینامیک پایدار باشد سه بار در روز به مدت یک هفته و سپس روزانه یک عدد تا ۲۱ روز تجویز می شود.

کنتراندیکاسیون استروژن تزریقی و OCP: حاملگی، حوادث قلبی یا فعلی ترومبوآمبولی، حوادث عروقی مغز، حوادث قلبی عروقی (CVA) و ترومبوفیلی، مصرف سیگار، دیابت، فشارخون بالا، کلستاز، کارسینوم پستان و کبد

- پروژسترون خوراکی: پروژستین ها هستند که از بین آنها نوراتیندرن به صورت قرصهای ۵ میلی گرمی سه بار در روز به مدت ۷ روز توصیه میشود. پروژسترون های خوراکی با دوز بالاتر هم قابل استفاده می باشد. 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 و در 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 صورت می گیرد.

- پروژسترون تزریقی: آمپول دپو پروورا (دپومدروکسی پروژسترون استات) با دوز ۱۵۰ میلیگرم هر سه ماه

کنتراندیکاسیون: افراد پرخطر برای حوادث قلبی عروقی، سکتة مغزی، حوادث قلبی یا فعلی عروق مغزی، کانسر پستان، تومور کبد

- آی یودی پروژسترونی به عنوان روش موثر کاهش خونریزی می باشد. لوونورژسترول با دوز ۲۵ میلی گرم داخل رحم به شکل آیودی میرنا استفاده می شود.

- ترانگزامیک اسید (ترانسید یا ترانس آمین) خوراکی: یک داروی آنتی فیبرینولیتیک است که با ممانعت از عملکرد پلاسمین مانع لیز شدن لخته‌های خونی می‌شود و با جلوگیری از تجزیه لخته‌های خون مانع خونریزی می‌شود. این دارو را می‌توان در صورت خونریزی زیاد و دفع لخته در طول قاعدگی و حد اکثر به مدت ۵ روز به میزان ۱-۱,۵ گرم هر ۸ ساعت استفاده کرد. در صورت بروز حساسیت یا هرگونه عارضه جانبی جدی، از جمله: مشکلات بینایی و چشم و پلک باید دارو را قطع کرد. موارد ممنوعیت مصرف این دارو که لازم است از مصرف آن اکیدا خودداری گردد، عبارتند از: بارداری، مصرف هم‌زمان با داروهای هورمونی فاصله‌گذاری یا هورمون درمانی، مصرف هم‌زمان با داروهای ضدانعقاد، سابقه خونریزی و حوادث ترومبوآمبولیک و خونریزی واژینال با منشا ناشناخته

درمان دارویی در خونریزی‌های مزمن: خونریزی غیر طبیعی که ۶ ماه یا ۶ دوره قاعدگی به طول انجامیده باشد، خونریزی مزمن محسوب می‌شود. در این بیماران رد بارداری و بررسی بیمار از نظر آمی و درمان آنمی از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین لازم است علل ساختاری و آناتومیک بررسی گردد. بیمار ممکن است به روش‌های درمانی شامل برداشتن پولیپ، برداشتن میوم و یا آمبولیزیشن شریان رحمی نیاز داشته باشد. در صورتی که علت آناتومیک وجود نداشته باشد، درمان‌های زیر می‌تواند انجام شود:

- داروهای هورمونی: پروژستین‌ها به صورت نوراتیندرول ۲,۵ میلی گرم یک بار در روز یا مدروکسی پروژسترون استات روزانه ۱۰ mg از روز ۵ تا ۲۱ قاعدگی یا پروژسترون تزریقی DMPA هر سه ماه یا آی یو دی پروژسترونی Mirena و یا قرص‌های ترکیبی به عنوان درمان دراز مدت استفاده می‌شود. آی یو دی پروژسترونی موثرترین درمان دارویی کاهنده خونریزی هستند به طوری که این روش‌ها توانسته‌اند ۷۰ تا ۹۵ درصد میزان خونریزی را کاهش دهند.

- ترکیب بعدی داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مانند مفنمیک اسید، ایبو پروفن و ناپروکسن هستند. در صورتی که بیمار اختلال انعقادی داشته باشد نباید از این داروها استفاده شود. این داروها فقط در فاز خونریزی قابل استفاده است. در صورت وجود دیس منوره این دسته داروها ارجحیت دارند.

کنتراندیکاسیون: حاملگی، خونریزی گوارشی، بیماری التهابی روده، اسم شدید، بیماری کلیوی، نارسایی قلبی، بعد از جراحی قلب

- ترانگزامیک اسید (آنتی فیبرینولیتیک) ۲ تا ۳ قرص ۵۰۰ میلی گرمی ۳ بار در روز به مدت ۵ روز (فقط در روزهای خونریزی شدید)

کنتراندیکاسیون: در بیماری اخیر یا قبلی ترومبوفیلیک و اختلالات بینایی اکتسابی نباید مصرف شود. در بیماران کلیوی نیاز به تعدیل دوز دارد. در بیماران مبتلا به کواگولوپاتی و در ریسک امبولی و DVT و افراد تحت درمان با آنتی کواگولان استفاده از قرص‌های ترکیبی هورمونی و ترانگزامیک اسید ممنوع است.

روشهای جراحی: هیسترکتومی، درمان قطعی خونریزی‌های غیرطبیعی و شدید قبل از یائسگی که به درمانهای دارویی پاسخ نداده‌اند می‌باشد. در بیماران مایل به جراحی محدودتر، ابلیشن با برداشتن آندومتر یک راه دیگر درمانی است. آندومتریال ابلیشن (Ablation) دقیقاً مشابه آیو دی لوونورژسترولی عمل می‌کند و سبب نازک شدن آندومتر می‌شود.

ارجاع

- **ارجاع فوری:** خونریزی شدید ناگهانی **Acute Bleeding** با اختلال در علائم حیاتی (اختلال همودینامیک یا شوک هموراژیک به علت خونریزی حاد) پس از تثبیت وضعیت بیمار ارجاع فوری ضرورت دارد.

- هرگونه خونریزی واژینال در دوره بارداری و پس از زایمان نیازمند اقدام برابر پروتکل های اداره مادران باردار است.

در زنان ۴۵ سال و بالاتر که دوران پیش از یائسگی را می گذرانند، موارد زیر از اهمیت بالایی برخوردار و نیازمند ارجاع به سطح تخصصی می باشد:

- خونریزی زیاد که تشدید شده یا به درمان سه ماهه پاسخ نداده باشد.

- خونریزی زیاد همراه با یک ریسک فاکتور از لیست عوامل خطر اصلی یا فرعی سرطان آندومتر

- هر گونه خونریزی یا لکه بینی بعد از ۶ ماه قطع قاعدگی با یا بدون HRT

- وجود ضایعه مشکوک به بدخیمی واژن یا دهانه رحم قابل مشاهده در معاینه

- وجود توده لگنی قابل لمس در معاینه

- پاپ اسمیر مشکوک به بدخیمی

- تست HPV ۱۶ و ۱۸ مثبت

- خونریزی حجیم قاعدگی که دیس منوره بیمار تشدید شده باشد یا احساس یا فشار و درد لگنی داشته باشد.

در همه زنان ۳۰-۵۹ سال با خونریزی واژینال غیر طبیعی: موارد زیر باید برای بررسی به پزشک ارجاع گردد:

افراد با سوابق و شرح حال و علایمی که احتمال اختلالات انعقادی را مطرح می کند:

- سابقه خونریزی شدید در منارک یا سابقه خونریزی شدید بعد از زایمان

- خونریزی شدید جراحی یا دندانپزشکی

- وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر: خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، کبود شدگی بدون ضربه یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لثه یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی خونریزی غیر طبیعی

زنان زیر ۴۰ سال با توقف قاعدگی یا آمنوره طولانی بیش از ۳ ماه که از روشهای هورمونی پیشگیری از بارداری استفاده نمی کنند و باردار نیستند برای بررسی بیماریهای زمینه ای مزمن به پزشک

ارجاع می شوند و در صورت عدم وجود بیماری زمینه ای مزمن برای بررسی POF و یائسگی زود هنگام به متخصص زنان ارجاع می شوند.

اختلال عملکرد جنسی در سنین باروری و یائسگی

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 مراجع کننده سوال کنید:</p> <p>- آیا فعالیت جنسی دارد؟</p> <p>- وضعیت کلی رابطه زناشویی وی (احساس رضایت کلی و کیفیت زندگی زناشویی فرد و زوج مقابل) چگونه است؟</p> <p>۲. در صورت عدم رضایت از رابطه زناشویی:</p> <p>- شرح حال و تاریخچه باروری را تکمیل کنید یا اگر تکمیل شده مورد توجه قرار داده و مشکل اصلی بیمار را از نظر خودش سوال کنید.</p> <p>- سپس شرح حال اختصاصی زیر را بر اساس نظر بیمار درباره مشکل خود اولویت بندی و بررسی کنید:</p> <p>- سن و دوره زندگی، روابط بین فردی زوجین، وضعیت فعلی و سوابق رابطه جنسی، شرایط اجتماعی و فرهنگی، شدت و مدت و زمان شروع اختلال، ناگهانی یا تدریجی بودن / فراگیر یا موقعیتی بودن / مردانه یا زنانه بودن مشکل، وضعیت مراحل چرخه جنسی، وجود درد یا واژینیسموس در زمان نزدیکی</p>	<p>- اختلال ناشی از مصرف دارو: ضد فشارخون، ضد دیابت، آنتی هیستامینها، مخدرها، دیورتیکها، ضد سرطان، مهارکننده آروماتاز، ضدافسردگی SSRI و آرام بخشها، مواد محرک الکحل و مواد مخد، سایمتیدین، آنتی استروژن، آنتی اندروژن، ضد اشتها</p> <p>- وجود بیماری زمینه ای: مشکلات نورولوژیک، بیماری قلبی عروقی، دیابت، نارسایی کلیه و کبد، بیماری عضلانی اسکلتی در هر یک از زوجین، بیماری مزمن</p> <p>- اختلال درد ناحیه تناسلی به علت اسکارهای جراحی، وجود توده، انواع پرولاپس، آندومتریوز، واژینیسموس، ولودینی به علت بیماریهای سیستمیک (لیکن اسکروزیس، سندرم شوگرن و...)، علایم بدخیمی ها یا ضایعات التهابی واژن و سرویکس</p> <p>- مشکلات عروقی ناحیه ژنییتال</p> <p>- اختلالات هورمونی</p>	<p>ارجاع به پزشک برای بررسی و اقدام درمانی بیماری یا جایگزین کردن دارو یا تعیین مرکز ارجاع و ارجاع به سطح تخصصی مربوطه در صورت لزوم</p> <p>پیگیری و مراقبت بر اساس نظر پزشک</p>
<p>- علل روانی: افسردگی، اضطراب، اعتیاد</p> <p>- اختلال اولیه در هر یک از مراحل چرخه پاسخ جنسی</p> <p>- سابقه آزاروانیت و سوء استفاده جنسی (در صورت بیان شدن توسط مراجعه کننده)</p>	<p>ارجاع به روانشناس طبق پروتکل های مربوطه</p> <p>ارجاع به روانپزشک یا درمانگر</p>	<p>ارجاع به متخصص زنان</p> <p>پیگیری و مراقبت</p>
<p>- ترس از برقراری ارتباط در دوران بارداری</p> <p>- درد و ترس از عفونت آمیزشی: بارتولینیت، زخمهای تناسلی دردناک ناشی از عفونتهای آمیزشی (کلامیدیا، هرپس، اچ پی وی و زخم در ناحیه تناسلی)، عفونت آمیزشی همسر</p>	<p>اختلال درد ثانوی به تغییرات جسمی دوران یائسگی: کاهش تون 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)</p>	<p>آموزش: آموزش رفتارهای صحیح در رابطه زناشویی، رفع باورهای غلط، توصیه به استمرار مقاربت، آموزش تمرین کگل</p> <p>درمان: درمان واژینیسموس، درمان دیس پارونی ناشی از خشکی واژن با استفاده از لوبریکانتها و مرطوب کننده ها/ استروژن واژینال در صورت موافقت پزشک</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</p>	<p>- مشکلات فرهنگی: سطح پایین سواد، باورهای غلط فرهنگی، تابوهای اجتماعی، نگرش منفی نسبت به رابطه جنسی در دوران یائسگی و سن بالا...</p> <p>- مشکلات اجتماعی: شرایط زندگی نامطلوب، نبود شرایط لازم از نظر فضای فیزیکی محرمانه، حضور سایرین در محل زندگی، خستگی مزمن، استرس های مالی و کاری و...</p> <p>- مشکل در ارتباط بین فردی: عملکرد همسر، کیفیت رابطه با همسر، اختلال رابطه به دنبال حاملگی، زایمان، تولد فرزند و شیردهی بدون سابقه اختلال یا مشکلات دیگر</p>	<p>اقدام طبق پروتکل مراقبتهای دوران بارداری</p> <p>آموزش روشهای پیشگیری از انتقال و دوره زمانی انتقال، درمان عفونت آمیزشی فرد و همسر وی</p> <p>پیگیری پاسخ به درمان تا سه ماه، ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان</p>
<p>- معاینه کنید و نتایج معاینات قبلی را مورد توجه قرار داده و موارد زیر را بررسی کنید:</p> <p>- معاینه ژنییتال از نظر خشکی و آتروفی واژن، درد و واژینیسموس هنگام معاینه، شلی عضلات کف لگن در معاینه، عفونت و زخم، چسبندگی، اسکار و... را</p> <p>- معاینه عمومی برای اندازه گیری قد و وزن (تناسب اندام)، فشارخون، بررسی خصوصیات ثانویه جنسی، وضعیت موها و موی زاید و توزیع چربی بدن، اندازه گیری فشارخون، و بررسی سایر بیماری های مزمن زمینه ای</p>	<p>ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان</p>	<p>آموزش و مشاوره برای بهبود شیوه زندگی و تناسب اندام، ورزش کگل برای تقویت عضلات، ترک استعمال دخانیات و الکحل</p> <p>ارجاع در صورت عدم پاسخ به درمان</p> <p>آموزش و مشاوره با زوجین:</p> <p>بهبود نگرش ها و رفع باورهای غلط</p> <p>آموزش برای طرح تمایلات با همسر و پیش نوازی</p> <p>رفع استرسهای ناشی از زایمان و تولد فرزند</p> <p>رفع ترس از ارتباط جنسی بعد از زایمان طبیعی</p> <p>ارجاع به روانشناس در صورت لزوم و پیگیری نتیجه</p>
<p>- عدم شکایت یا نارضایتی از رابطه زناشویی علیرغم وجود مشکل در مراحل مختلف چرخه پاسخ جنسی و عدم تمایل برای پیگیری و درمان مشکل</p>	<p>اطلاع رسانی درباره کمک مرکز به وی در صورت نیاز به کمک، اصلاح باورهای غلط احتمالی، تاکید بر لزوم مراجعه و مطرح کردن مشکلات احتمالی با همسر در آینده</p>	<p>اطلاع رسانی بخشی، 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</p>
<p>رضایت از کیفیت رابطه زناشویی</p>		

اختلال عملکرد جنسی در سنین باروری و یائسگی

تعاریف

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

اختلال رابطه زناشویی: رابطه زناشویی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. رضایت از رابطه زناشویی به استحکام رابطه زوجین، سلامت جسمی و روانی آنها و استحکام خانواده کمک می کند. از طرف دیگر وجود مشکلات زناشویی همه ابعاد زندگی و سلامت زوجین را تحت تاثیر قرار می دهد. رضایت مندی جنسی نقش مهمی در بهبود روابط زناشویی، افزایش اعتماد به نفس و افزایش کیفیت زندگی زنان ایفا می کند. از طرف دیگر اختلالات جنسی همراه با تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری سبب کاهش کیفیت زندگی در زنان می گردد.

اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری های جنسی): اختلال عملکرد جنسی در رابطه زناشویی به مشکلاتی اطلاق می شود که حین رابطه جنسی بین زوجین و در هر یک از مراحل سیکل پاسخ جنسی برای مردان یا زنان، مانع تجربه رضایت بخش از رابطه جنسی می گردد. این اختلالات شایع است به طوری که در برخی گزارش ها بیش از ۴۰ درصد زوجین وجود درجاتی از مشکل را ذکر می کنند. اختلالات عملکرد جنسی در زنان شایعتر از مردان است و در مطالعات مختلف ارقام مختلفی بر حسب مشخصات دموگرافیک، سطح اجتماعی اقتصادی، میزان سواد و... گزارش شده است. میل جنسی کاهش یافته شایع ترین اختلال جنسی در زنان میانسال است. اختلال در عملکرد جنسی در دوره یائسگی نیز شایع و 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. 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 آبشاری از علائم جنسی ناخوشایند می شود.

عوامل موثر بر عملکرد جنسی: فعالیت جنسی حاصل تعامل پیچیده عوامل بیولوژیک، روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی 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 و همواره باید به هم پوشانی بین مشکلات مختلف جنسی، همچنین هم زمانی، همبستگی و همراهی چند عامل جسمی، روانی و اجتماعی با مشکلات اجزای چرخه پاسخ جنسی در هریک از زوجین توجه داشت. درمان اختلالات جنسی نیز شامل یک رویکرد چند وجهی است که به مسائل پزشکی، روانی و روابط بین زوجین مربوط می شود.

بدین ترتیب علل و عوامل اختلالات جنسی گسترده و پیچیده بوده و به طور کلی موارد زیر را شامل می شود. هر دسته از این علل می توانند در یک مرحله یا بیشتر از یک مرحله از مراحل چرخه جنسی تاثیر گذار باشند: *proposed ICD-11 classification etiological qualifiers*

۱. علل جسمی: مشکلات نورولوژیک مانند MS، مشکلات اسکلتی عضلانی، بیماری قلبی عروقی، دیابت، اختلالات سیستم ادراری تناسلی، اختلالات هورمونی مانند کم کاری تیروئید، اختلالات عروقی ناحیه ژنیتال، جراحی ها (ماستکتومی، پروستاتکتومی و...)، مشکلات ژنیتال دوران یائسگی، اثرات داروها و مواد

۲. علل روانی: افسردگی، اضطراب، سابقه سوء استفاده جنسی

۳. علل اجتماعی فرهنگی و رفتاری: سطح پایین آموزش به ویژه دانش کم درباره بدن، کارکرد و پاسخ جنسی، تجربیات و نگرش منفی نسبت به آن، باورهای فرهنگی و ارزشهای خانوادگی، تابوهای اجتماعی

۴. 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

مراحل چرخه پاسخ جنسی و کژکاری های آن:

۱. مرحله میل جنسی (Desire /interest/ Appetite): این مرحله از چرخه پاسخ جنسی، با تخیلات جنسی و میل و آمادگی برای برقراری رابطه جنسی مشخص می شود و با سایر مراحل چرخه که صرفاً از طریق فیزیولوژی شناخته می شوند متفاوت است.

اختلال میل جنسی کم کار (HSDD: Hypoactive Sexual Desire Disorder) اختلال در مرحله میل جنسی است. در این اختلال تمایل به رابطه، تخیل خوشایند در مورد آن، احساس لذت و تهییج و آمادگی قبل از رابطه وجود ندارد و این موضوع برای فرد آزاردهنده است. این اختلال یکی از شایع ترین مشکلات جنسی می باشد. شکایت از کاهش میل جنسی در زنان میانسال شایع است.

۲. مرحله برانگیختگی (Excitement): در این مرحله تحریک روانی و فیزیولوژیک همراه با علائم جسمی مانند افزایش ضربان قلب، افزایش تعداد تنفس در دقیقه و افزایش فشارخون اتفاق می افتد. در زنان علاوه بر ترشح و لوبریکاسیون واژن، بزرگ شدن کلیتوریس، احتقان در Labia minor و تغییر رنگ آن به قرمز تیره، اتساع پروگزیمال واژن و انقباض ثلث خارجی واژن، برآمده شدن نیپل و بزرگ شدن پستان ها، بثورات ماکولوپاپولر روی شکم، سینه و گاه گردن و صورت وجود دارد. در مردان در این مرحله نعوظ (Erection) ایجاد می شود.

اختلال یا کژکاری مرحله برانگیختگی جنسی در زنان Female Sexual Interest/ Arousal D و کژکاری برانگیختگی در مردان Erectile Disorder (اختلال نعوظ در مردان) خوانده می شود. فرض بر این است که اختلال نعوظ در مردان به علت ضعف عضلات کف لگن یا وجود مشکل در خون رسانی آلت می باشد. این کژکاری شامل عدم وجود نعوظ یا ناکافی بودن آن، طولانی شدن زمان ایجاد نعوظ پس از مرحله تحریک و عدم توانایی حفظ نعوظ تا پایان رابطه جنسی می باشد.

۳. مرحله ارگاسم (Orgasm): در این مرحله در هر دو جنس، رهایی از تنش، انقباضات عضلات پرینه، لگن و اسفنکتر مقعد، حرکات ارادی و غیر ارادی گروهی از عضلات، افزایش فشار خون (۲۰ تا ۳۰ mmhg) و ضربان قلب (تا ۱۶۰/m)، کاهش نسبی هوشیاری و واکنش های صوتی و گاه کلامی اتفاق می افتد. به طور اختصاصی در زنان تا ۱۵ انقباض غیرارادی ثلث تحتانی واژن، عضلات کف لگن و رحم و در مردان ۴ تا ۵ انقباض موزون پروستات، کیسه های منی و پیشابراه، انزال و خروج منی وجود دارد. اختلال ارگاسمی در زنان Female Orgasmic و اختلال ارگاسم در مردان انزال زودرس Premature (Early) Ejaculation نامیده می شود. این اختلال در مردان همچنین می تواند به صورت عدم وجود انزال یا انزال دیرتر از زمان تمایل فرد یا همسرش (Delayed Ejaculation) و عدم رضایت همسر از زمان انزال اتفاق بیفتد.

۴. مرحله فرونشینی (Resolution): در این مرحله بازگشت تغییرات ایجاد شده در مراحل قبل اتفاق می افتد. در صورت وقوع ارگاسم این مرحله سریع و همراه با احساس آرامش و تمدد ماهیچه ای است. در صورت عدم وقوع ارگاسم این مرحله ممکن است طول کشیده و گاه ایجاد تحریک پذیری و ناراحتی نماید.

فرایند ارائه خدمت

رضایت مندی از ارتباط جنسی بین زوجین، کیفیت زندگی زنان را افزایش می دهد. همچنین در حفظ روابط زناشویی و استحکام خانواده نقش مهمی ایفا می کند. 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 چه در دوره باروری و چه در دوره یائسگی که غالباً تحت عنوان سرد مزاجی تعبیر می شود، شایع است اما ممکن است به دلیل موانع فرهنگی یا باورهای غلط، تمایلی به بیان مشکلات جنسی خود با پزشک یا ماما نداشته باشند. با توجه به شیوع مشکل و عدم اظهار به موقع مشکل توسط مراجعه کنندگان، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید به تغییرات نیازهای جنسی زنان همراه با افزایش سن، یا وجود بیماری ها و سایر شرایط، حساس باشند و سابقه ای از مشکلات را به عنوان بخشی از تاریخچه پزشکی زنان در سنین باروری و یائسگی تهیه نموده و در صورت وجود شکایت یا مشکل یا نارضایتی، مداخله مناسب را انجام دهند. تنها در صورتی آموزش و مداخلات درمانی باید انجام شود که بیمار در مورد مشکل خود اظهار ناراحتی می کند. اگر زنان علیرغم کاهش میل جنسی یا عدم وجود ارگاسم، شکایتی ندارند مداخله ای مورد نیاز نیست.

اصول ارائه خدمات :

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

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

مراحل ارائه خدمت:

الف- تعیین وجود یا عدم وجود مشکل:

۱. کسب اجازه (Permission) از گیرنده خدمت برای صحبت درباره موضوع روابط زناشویی: با رعایت محرمانگی پس از گرمسازی و عادی سازی Normalization و فراهم کردن زمینه لازم، با رعایت ملاحظات اخلاقی و فرهنگی از مراجعه کننده اجازه می گیریم.

مثال برای نرمال سازی و کسب اجازه: خیلی از مراجعین نگران ارتباط جنسی خود هستند. آیا تمایل دارید در این مورد صحبت کنیم؟ یا می توانم چند سوال در مورد روابط زناشویی و جنسی از شما بپرسم؟

اگر مراجعه کننده تمایلی به صحبت در این مورد نداشت، برای فرد توضیح می دهیم که اگر چه طرح این موضوع از ملزومات یک ارزیابی کامل پزشکی است او را درک می کنیم و به گفتگو خاتمه دهید. اما در صورت وجود شکایت یا مشکل یا نارضایتی از کیفیت رابطه زناشویی، در صورتی که اجازه بررسی می دهد، خدمت را ادامه داده و موارد زیر را مشخص می کنیم:

۲. وجود فعالیت جنسی / وضعیت تاهل: برداشت از عبارت فعال بودن از نظر جنسی در فرهنگهای مختلف و در افراد مختلف، متفاوت است و باید از عبارات متناسب با فرهنگ مراجعه کننده استفاده کرد.

۳. چگونگی وضعیت کلی رابطه زناشویی مراجعه کننده (احساس رضایت کلی و کیفیت زندگی زناشویی فرد و زوج مقابل): اگر مراجعه کننده از روابط زناشویی خود علیرغم مشکلاتی که مانند عدم تمایل به رابطه جنسی شکایتی ندارد، کند و کاو و اقدام بیشتری مورد نیاز نیست.

در صورتی که لازم است خدمت، ادامه پیدا کند، مراحل ارائه خدمت به صورت زیر می باشد:

ب- ارزیابی: در افراد دارای مشکل پس از ارائه توضیحات اولیه مختصر (Limited Information) درباره اهمیت موضوع، شیوع مشکل، محرمانه بودن اطلاعات، علل مختلف برای ایجاد مشکل، قابلیت رفع مشکل در اغلب موارد، رفع نگرانی و ایجاد اطمینان و آرامش به مراجعه کننده موارد زیر را ارزیابی کنید:

۱. اخذ شرح حال و تاریخچه باروری شامل: سن اولین قاعدگی، نظم قاعدگی، فاصله بین آنها و مدت پرپود، مقدار خونریزی، خونریزی بین پرپودها یا بعد از مقاربت، LMP، دیسمنوره، PMS، تعداد حاملگی ها، تعداد زایمان، تعداد سقط ها، روش پیشگیری از بارداری، علایم عفونت آمیزشی و سابقه عفونت آمیزشی، خونریزی غیر طبیعی، در صورت یائسگی سن یائسگی و نشانه های یائسگی

۲. اخذ شرح حال اختصاصی مرتبط با اختلال عملکرد جنسی برای تعیین علت یا علل مشکل قبل از هر پرسشی، علت مشکل را از دیدگاه خود مراجعه کننده جویا شوید تا بتوانید ابتدا با تمرکز بر مشکل اصلی مراجعه کننده سوالات را دنبال کنید. موضوعات زیر در ارزیابی اختصاصی باید مورد توجه قرار گیرند:

وضعیت فعلی رابطه جنسی: فرکانس رابطه جنسی، آماده سازی قبل از رابطه جنسی، زوج فعال در رابطه، تمرکز و توجه موقع رابطه جنسی، استرس، نظرات اعتقادی و فرهنگی درباره ارتباط جنسی، متد پیشگیری از بارداری و تمایل زوجین به فرزند آوری، 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 در اثر بیماری، بی اختیاری ادراری، تغییر رنگ بدن، کاهش توده و قوای عضلانی و کاهش میزان اعتماد به نفس و ...

وضعیت فعلی چرخه پاسخ جنسی در رابطه جنسی زوجین: چرخه پاسخ جنسی شامل ۴ مرحله میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و فرونشینی می باشد. اختلال عملکرد جنسی می تواند به صورت مشکلات میل جنسی، مشکل در مرحله تحریک و برانگیختگی، درد و مشکلات ارگاسم وجود داشته باشد. این گروه بندی ها اغلب با یکدیگر هم پوشانی دارند.

اختلال مردانه یا زنانه یا هر دو: تقسیم بندی دیگر تفکیک اختلالات عملکرد جنسی از نظر علل مردانه یا زنانه است. اختلالات عملکرد جنسی (کژکاری های جنسی) هم در مردان و هم در زنان و در همه گروه های سنی ممکن است وجود داشته باشند. با افزایش سن و تغییرات هورمونی در زنان و مردان شیوع اختلال افزایش می یابد، به نحوی که اختلالات جنسی یکی از مشکلات شایع زنان در حوالی یائسگی و پس از آن می باشد و در مطالعات مختلف به ۶۸ تا ۸۶ درصد آنان می رسد. در مردان نیز در دوره آندروپوز اختلالاتی مشاهده می شود.

مدت زمان ابتلا/ اولیه یا ثانویه بودن مشکل: اختلال عملکرد جنسی می تواند مادام العمر و از ابتدای نوجوانی وجود داشته باشد (اولیه)، یا در طول زندگی بدون وجود مشکل اولیه ایجاد شود (اکتسابی). این اختلال می تواند در هر سنی بوجود بیاید اما نوع اکتسابی آن عمدتاً بعد از ۴۰ سالگی شروع می شود. شدت اختلال (خفیف، متوسط و شدید) و مراجعات قبلی و میزان موفقیت مراجعات قبلی را تعیین کنید.

ناگهانی یا تدریجی: علل جسمی معمولاً شروع تدریجی و سیر مداوم دارند و در همه موقعیت ها اتفاق می افتند، اما علل سایکولوژیک غالباً ناگهانی، دارای سیر متغیر، موقعیتی و در سن پایین تر هستند.

فراگیر یا موقعیتی: در برخی موارد اختلال عملکرد جنسی فراگیر یا همیشگی 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 موقعیت های خاص یعنی در مکان، زمان یا شرایط ویژه (situational) ایجاد می شود.

سوابق فعالیت جنسی در دوره های قبلی زندگی، سابقه سوء استفاده جنسی، آسیب های جنسی قبلی سن و دوره زندگی مراجعه کننده و همسر وی: نیازها و تمایلات جنسی زنان در شرایط سنی مختلف و دوره های مختلف باروری، بارداری، شیردهی و یائسگی به دلیل تغییرات جسمانی، هورمونی، روانی و باورها و نگرش افراد، دستخوش تغییر می شود. علاوه بر افزایش سن و مشکلات ناشی از آن، دوران یائسگی در زنان و اندروپوز در همسران آنان باید مورد توجه قرار گیرد. اگر چه در برخی موارد در دوران یائسگی ممکن است افزایش فعالیت جنسی مشاهده گردد، اما مسائل فرهنگی و اجتماعی، علائم و عوارض یائسگی مانند خشکی و آتروفی Vulvovaginal، پرولاپسها، بی اختیاری ادراری و... می تواند مشکلاتی در عملکرد جنسی زنان ایجاد نماید. شیوع کاهش میل جنسی و نگرانی در زنان مبتلا به یائسگی زود هنگام و زنانی که هیستریکتومی شده اند بیش از زنانی که بطور طبیعی یائسه شده اند، می باشد.

نکته: کاهش استروژن هم از طریق تاثیر مستقیم بر غریزه جنسی sex drive و هم از طریق تاثیر غیر مستقیم بر خلق و علائم وازوموتور و آتروفی ژنیتال بر تمایلات جنسی و تخیلات جنسی تاثیر می گذارد. تغییرات هورمونی از جمله در یائسگی می توانند بر کاهش برانگیختگی جنسی تاثیر بگذارند. از طرف دیگر HRT (درمان جایگزینی هورمونی) بر تمایل و علاقه جنسی مرتبط با افزایش سن تاثیر مثبت دارد. در یائسگی طبیعی سطح استروژن پایین می آید، اما آندروژن تخمدانی در سطح پره منوپوزال باقی می ماند. بدین ترتیب با توجه به اینکه علیرغم فقدان تولید استروژن تخمدان، تولید آندروژن ادامه دارد، ممکن است افزایش فعالیت جنسی وجود داشته باشد. اما در اوارکتومی دو طرفه به دلیل حذف کلیه ترشحات هورمونی تخمدانها از جمله آندروژن تخمدانی، اختلال عملکرد جنسی بیشتر از یائسگی طبیعی اتفاق می افتد.

روابط بین فردی زوجین: وجود شریک جنسی (تاهل)، سلامت و عملکرد همسر، جذابیت همسر و رضایت مندی کلی از زندگی مشترک سبب بهبود عملکرد جنسی می گردد و قابلیت ابراز تمایلات جنسی بر بهبود روابط جنسی تاثیرگذار است. از طرف دیگر، 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.

سن ازدواج، روش انتخاب همسر، تمایلات و ارتباطات پیش از ازدواج، رابطه عاطفی فعلی، تماس های روزانه با همسر، کیفیت رابطه با همسر، مشکلات اخیر با همسر، بچه دار شدن و شیردهی، خیانت یا رابطه خارج از ازدواج همسر، نبود شرایط لازم از نظر فضای فیزیکی محرمانه، مداخلات فرد ثالث در روابط، تعارضات و اختلافات زناشویی و نحوه حل آنها، سابقه بیماری های مقاربتی یا وجود بیماری مقاربتی و ترس از بیماری های مقاربتی، ترس از باردارشدن و... لازم است مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

شرایط اجتماعی و فرهنگی فرد را مورد توجه قرار دهید: مشکلات اقتصادی، مشکلات شغلی، بیکاری، کار سنگین، نگرانی در مورد سرنوشت فرزندان، سطح پایین آموزش، عقاید، باورها و سنت های فرهنگی، تابوهای اجتماعی و ارزش های خانوادگی را در همه حال مورد توجه قرار دهید. این عوامل می توانند مسبب یا تشدید کننده تعارضات زناشویی و اختلال روابط جنسی باشند.

۳. شرح حال و سوابق پزشکی: در بررسی سوابق پزشکی شیوه زندگی، بیماریهای جسمی و روانی مرتبط با اختلال عملکرد جنسی مورد بررسی قرار گرفته یا بررسی های انجام شده توسط سایر اعضای تیم سلامت مورد توجه قرار می گیرد:

بررسی شیوه زندگی: با توجه به تاثیر شیوه زندگی و عادات رفتاری بر عملکرد جنسی، باید مواردی مانند رفتارهای جنسی پرخطر، نوع تغذیه، فعالیت فیزیکی و ورزش، انجام تمرینات تقویت عضلات کف لگن، استعمال دخانیات، الکل و مواد مخدر مورد توجه قرار گیرد.

بیماری ها و شرایط مزمن جسمی: بیماری های جسمی و هرگونه بیماری یا شرایط مزمن دیگر بر عملکرد جنسی تاثیر می گذارند. مهم ترین بیماری ها و شرایط خاص جسمانی موثر بر ارتباط جنسی عبارتند از: بیماری های ناتوان کننده ارگان های حیاتی مانند بیماری های قلبی عروقی، ریوی، کلیوی بویژه بیماران دیالیزی، بیماری های سیستم عصبی مانند MS، بیماری های اسکلتی عضلانی و معلولیت ها، دیابت، چاقی، سوء تغذیه، انواع سرطان بویژه سرطان های ژنیکولوژیک و پستان، بیماری های غدد مانند: تیروئید، نارسایی زودرس تخمدان، اوارکتومی دوطرفه و یائسگی، هیپر پرولاکتینمی، هیپو گونادیسیم. این بیماریها، از طرق مختلف مانند: تاثیر بیماری بر تصویر بدنی (body image) و از 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 درمان ها و داروها، اثرات کمبود یا افزایش هورمون ها بر چرخه پاسخ جنسی و... در ایجاد اختلال عملکرد جنسی موثرند.

سوابق روانشناختی: به طور کلی ارتباط اختلال روانی و اختلال عملکرد جنسی به صورت زیر دیده می شود:

هرگونه اختلال روانی از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و فوبیها، اختلال وسواسی جبری، سایکوزها، سابقه سوء استفاده جنسی، باورهای جنسی غلط و... می تواند عامل اولیه و اتیولوژیک مشکلات جنسی باشد.

از طرف دیگر، اختلال عملکرد جنسی به هر دلیل که به وجود آمده باشد سبب علائم و مشکلات روانی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد که اهمیت آن را دوچندان می‌کند. برخی از این عوارض عبارتند از: اضطراب، افسردگی، بی‌حوصلگی، عدم لذت از زندگی، احساس بی‌کفایتی، احساس ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس، احساس سردرگمی، تحریک پذیری، پرخاشگری، پرهیز از فعالیت جنسی یا تشدید آن، اختلال در احساس هویت زنانگی یا مردانگی، اختلال در روابط زناشویی، اختلال در روابط با افراد دیگر.

همچنین ممکن است اختلال روانی همراه و همزمان با یکی از مشکلات جنسی (comorbidity) وجود داشته باشد مثل واژینیسموس و وسواس هم‌زمان. ابتلای هم‌زمان به اختلالات روانپزشکی باعث مراجعه دیرتر بیماران و همکاری ضعیف آنها در انجام توصیه‌های درمانی می‌شود و معمولاً عدم توجه به مشکلات روان بیماران مبتلا به اختلالات جنسی باعث عدم درمان صحیح آنها می‌شود.

۴. شرح حال و سوابق دارویی: مصرف داروها، الکل و مواد مخدر و عوارض جانبی داروها 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 می‌توانند بر یکی از مراحل چرخه جنسی تاثیر گذارند:

الکل، مواد مخدر، مواد محرک و داروهای روانپزشکی مانند داروهای ضد افسردگی و مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین (SSRIs)، نورولپتیک‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش، داروهای ضد فشارخون، داروهای ضد دیابت، داروهای ضد اشتها، داروهای شیمی‌درمانی سرطان‌ها، داروهای ضد آندروژن و داروهای ضد استروژن از جمله داروهای موثر بر اختلال عملکرد جنسی می‌باشند.

۵. معاینه بالینی: مرحله بعدی ارزیابی پس از اخذ شرح حال و سوابق مختلف و بررسی علائم، بررسی‌ها و معاینه بالینی است. بخشی از معاینات توسط مراقبین انجام شده که نتایج آن مورد توجه قرار می‌گیرد، بخش مهمی از معاینات توسط ماما و در صورت لزوم بخشی از معاینات مانند تیروئید توسط پزشک انجام می‌شود:

- اندازه‌گیری قد و وزن و فشارخون

- معاینه عمومی: برای بررسی خصوصیات ثانویه جنسی، وضعیت موها و موی زاید و توزیع چربی بدن، و بررسی علائم و نشانه‌های سایر بیماری‌های مزمن زمینه‌ای

- معاینه ژنیتال: برای بررسی موارد مثبتی که در شرح حال مشخص شده است انجام می‌شود. تندرست در لمس و معاینه یا در تماس با لباس، درد در معاینه انگشتی یا معاینه با اسپکولوم مواردی هستند که در بررسی درد باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین در معاینه توجه به ضایعات درناک ناحیه تناسلی مانند واژینیسموس هنگام معاینه، وجود عفونت و زخم، وجود وریکول هرپسی ضروری است. معاینه از نظر آتروفی ولوواژینال به ویژه در دوران یائسگی، اسکارهای عمل جراحی، شلی عضلات کف لگن و انواع پرولاپس به ویژه در دوران یائسگی لازم است. محل درد، شدت درد، زمان درد می‌تواند در تعیین علت درد موثر باشد.

علت یابی، تشخیص و طبقه بندی

پس از ارزیابی کامل و جمع‌آوری اطلاعات که در مراحل قبلی توضیح داده شد، علت یابی و تشخیص صورت می‌گیرد. ابتدا باید بین علل جسمی و روانی و اجتماعی افتراق داده و در همه حال به علل مرکب توجه نمود. ممکن است فرد بطور همزمان به دو یا چند مشکل جسمی، روانی، اجتماعی و ارتباطی یا ترکیبی از آنها مبتلا باشد که در روابط زناشویی او مشکلاتی ایجاد کرده باشند. همچنین باید توجه کرد که ممکن است هریک از زوجین به تنهایی یا هر دو طرف به طور هم‌زمان دچار اختلال باشند. 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. پس از تعیین مشکلات، مشکلات شناسایی شده، بر اساس فوریت، اهمیت، شدت، قابلیت مداخله، دسترسی به امکانات مداخله و ترجیحات بیمار اولویت بندی می شود.

توجه:

- به منظور تسهیل درمان و تعیین ترجیحات برای مراقبت های درمانی، باید مشکل بیمار بر اساس چرخه پاسخ جنسی در زن و مرد طبقه بندی شود، اما توجه به نکات زیر ضروری است:
- اختلال در هریک از مراحل چرخه پاسخ جنسی می تواند دلایل مختلف بیولوژیک، جسمی، روانی، ارتباطی یا مخلوطی از آنها داشته باشد.
- ممکن است در بیش از یک مرحله از مراحل چرخه پاسخ جنسی مشکل وجود داشته باشد.

انواع اختلال در چرخه پاسخ جنسی: برای طبقه بندی اختلالات عملکرد جنسی از نظام های طبقه بندی مختلفی استفاده می شود ولی بیشترین نظام طبقه بندی که در کشور ما مورد استفاده قرار می گیرد نظام طبقه بندی DSM-5 است.

توجه:

- برای تشخیص انواع کژکاری های جنسی بر اساس طبقه بندی DSM-5، وجود مشخصات زیر ضرورت دارد:
 - طول مدت علائم باید **حداقل ۶ ماه** باشد (ملاک B) و مشکل جنسی باید همراه با **ناراحتی بالینی** چشمگیری برای فرد باشد (ملاک C)
 - 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.
- بر اساس طبقه بندی DSM-5 اختلالات عملکرد جنسی به ترتیب زیر طبقه بندی می شوند:

۱. انزال تأخیری Delayed Ejaculation

۲. اختلال نعوظ Erectile Disorder

۳. اختلال ارگاسمی زنان Female Orgasmic Disorder

۴. اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان Female Sexual Interest/ Arousal Disorder

۵. اختلال درد تناسلی لگنی/دخول Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder

۶. اختلال کمبود میل جنسی مردان Hypoactive Sexual Desire Disorder

۷. انزال زودرس Premature (Early) Ejaculation

۸. کژکاری جنسی ناشی از مواد/ دارو

۹. سایر کژکاری های جنسی معین **Other specified sexual dysfunction**: وجود علائم کژکاری جنسی همراه با دیسترس یا اختلال مشخص واضح بدون پرکردن کامل مشخصه های (Criteria) یک اختلال یا در اختیار نداشتن اطلاعات کافی برای گذاشتن یک تشخیص

۱۰. کژکاری های جنسی نامعین **Unspecified sexual dysfunction**: دیسترس ناشی از عدم وجود فعالیت جنسی یا اختلال در عملکرد وجود دارد اما علائم خیلی واضح نیستند و دلایل و علائم از فردی به فرد دیگر متفاوت هستند. بررسی علائم مشخص در هر فرد به پیدا کردن و فهمیدن علت و رفع آن کمک می کند.

همان طور که ملاحظه می شود، در طبقه بندی فوق سه اختلال مخصوص زنان (شماره های ۳، ۴ و ۵)، چهار اختلال مخصوص مردان (۱، ۲، ۶ و ۷) و سه اختلال نیز مشترک بین مردان و زنان (۸، ۹ و ۱۰) است. همچنین در این طبقه بندی داروها و شرایط مزمن در طبقه بندی قرار نمی گیرند، زیرا هر دارو یا بیماری مزمن در یک یا بیش از یک اختلال فوق تاثیر می گذارد.

اقدامات و مداخلات: برای مدیریت اختلال عملکرد جنسی اقدامات زیر صورت می پذیرد:

- تعیین وجود مشکل
- تعیین نوع مشکل
- تعیین علت یا علل اختلال
- اولویت بندی علت یا علل اختلال
- تعیین مداخلات لازم آموزشی و درمانی در سطح اول ارایه خدمات
- تعیین سطح تخصصی برای ارجاع در صورت لزوم

در این مرحله، با توجه به نوع و علت یا علل طبقه بندی و اولویت بندی شده اختلال برای اقدامات و مداخلات لازم در جهت رفع مشکل تصمیم گیری می شود و پیشنهادهای اختصاصی (Specific suggestion) آموزشی یا درمانی در سطح اول ارایه خدمات انجام یا ارجاع به سطح تخصصی برای درمان های ویژه (Intensive therapy) بر حسب لزوم تعیین و به شرح زیر به گیرنده خدمت ارائه می گردد:

۱. آموزش: نادانسته 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 ارائه آموزش ها اهمیت دارد:

- تغذیه سالم با تاکید بر منابع غذایی حاوی فیتواستروژن در یائسگی
- آموزش تمرینات تقویت عضلات کف لگن از جمله تمرین کگل
- تشویق و ترغیب به فعالیت بدنی منظم و مستمر و متناسب سازی اندام

- آموزش برای رفع باورهای غلط

- ارائه اطلاعات لازم در مورد تغییرات طبیعی مربوط به دوره های خاصی از زندگی مانند رابطه جنسی در دوران یائسگی، حاملگی، شیردهی و... کاهش نگرانی ها نسبت به ارتباط جنسی در دوره بارداری و شیردهی، آموزش برای بهبود نگرش نسبت به رابطه زناشویی در دوره یائسگی متناسب با شرایط فرهنگی و با در نظر گرفتن ارزش های حاکم بر هر جامعه
- آموزش تکنیکهای ارتباطی اولیه و صحبت کردن با همسر درباره نیازهای جنسی و نقاط تحریک پذیر، توصیه به استفاده از مواد 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
- آموزش درباره حفظ سلامت جنسی با انجام چک آپ های به موقع برای عفونت لگن و عفونت ادراری

۲. تشخیص و درمان: درمان در سطح اول شامل موارد زیر است:

- درمان عفونت های آمیزشی بویژه تبخال تناسلی در صورت لزوم
- درمان آتروفی ژنیتال: برای زنان با کاهش میل جنسی، بهترین گزینه مدیریت آتروفی واژینال و پرداختن به عوامل کمک کننده قابل درمان و مشاوره در سطح اول ارایه خدمات است. در زنان مبتلا به علائم آتروفی ولووژینال می توان در قدم اول لوبریکانتها و مرطوب کننده های واژن را تجویز کرد. این اقدام بخصوص در مواردی که برای استفاده از استروژن واژینال منع مصرفی وجود داشته باشد کمک کننده است. قدم بعدی برای زنان یائسه مبتلا به اختلال عملکرد جنسی ناشی از آتروفی ولووژینال، بر اساس آتروفی واژن انجام می شود.
- درمان یا ارجاع برای سایر مشکلات پوستی و مخاطی ناحیه ژنیتال مانند اگزما
- سایر مداخلات بالینی برای اختلال عملکرد جنسی 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.
- همچنین لازم است از مداخلات نامناسب در سطح اول ارایه خدمات در مورد سایر درمان هایی که نیازمند ارجاع به پزشک یا سطح تخصصی می باشد، اجتناب و با ارجاع مناسب به تسریع روند درمان کمک نمود.

۳. ارجاع: در صورت نیاز به مداخلات تخصصی و اقدامات درمانی خاص (Intensive Therapy)، برای انجام مشاوره یا درمان ویژه تخصصی ضایعه ارگانیک یا درمان مشکلات روانی یا بررسی داروهای مصرفی فرد یا همسروی، ارجاع به مراکز مربوطه انجام می شود. در صورتی که بیمار نیاز به ارجاع دارد، عوامل مهمی همچون توانایی ارائه 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. ارجاع صحیح برای پیشگیری از سرگردانی بیمار و سرخوردگی او برای پیگیری ادامه درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. ارجاعات مورد نیاز شامل موارد زیر است:

- ارجاع به پزشک در صورت مصرف هرگونه دارو بخصوص داروهای برشمرده شده در لیست داروهای موثر بر چرخه پاسخ جنسی و مشکلات جسمی و بیماری های زمینه ای
- ارجاع به متخصص زنان در صورت وجود بیماری جسمی در ناحیه ژنیتال در صورت عدم پاسخ به درمانهای پیش بینی شده برای سطح اول ارائه خدمات بر اساس راهنما

- ارجاع به جراح در موارد مرتبط با علل جراحی و اسکار جراحی های قبلی

- ارجاع به اورولوژیست در صورت وجود مشکلات اورولوژیکال جسمی همسر

- ارجاع به متخصص پوست برای مشکلات پوستی و مخاطی ناحیه ژنیتال (اگزما، لیکن اسکروزیس، پسوریازیس و... که به درمان پزشک در سطح اول پاسخ نداده باشد).

- ارجاع به پزشک انکولوگ درمانگر در مورد بهبود یافتگان سرطان پستان که از مهارکننده های آروماتاز استفاده می کنند. این افراد به علت آتروفی ولوواژینال اختلال عملکرد جنسی بیشتری نسبت به زنانی که از تاموکسیفن استفاده می کنند یا افراد گروه کنترل نشان می دهند. با بیماران مبتلا به سرطان پستان که از مهارکننده های آروماتاز استفاده می کنند در خصوص اثرات این داروها بر روی تمایلات جنسی باید گفتگو شود. در این زنان برای استفاده از استروژن واژینال در صورت آتروفی شدید، تجویز استروژن واژینال باید با احتیاط کامل و پس از کسب مجوز از پزشک درمان کننده و بیمار صورت گیرد.

- ارجاع به روانپزشک در صورت استفاده از مهارکننده های بازجذب انتخابی سروتونین (شامل فلوکستین، سرتالین، سیتالوپرام، اس سیتالوپرام، پاروکستین و فلووکسامین). بیماران مبتلا به اختلال عملکرد جنسی که مهارکننده های بازجذب انتخابی سروتونین مصرف می کنند، باید درباره اثرات این داروها بر روی تمایلات جنسی آموزش ببینند و به آنها اطلاع داده شود که وقتی مصرف داروها متوقف شود، این اثرات برگشت پذیر هستند. در صورت لزوم می توان این داروها را با داروی ضد افسردگی بوپروپیون که عوارض جنسی ندارد جایگزین کرد.

- ارجاع به روانپزشک یا روانشناس جهت روان درمانی یا زوج درمانی در موارد مبتلا به اختلال روانی یا مشکل ارتباطی بین زوجین

- ارجاع به روانپزشک در صورت اختلال عملکرد جنسی در هر یک از مراحل چرخه پاسخ جنسی در هر یک از زوجین

- ارجاع برای مشاوره با یک درمانگر جنسی در صورت وجود سابقه تجربه ناخوشایند

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 واژینال (از نظر مقدار، رنگ، بو) ، درد زیر شکم، درد حین مقاربت، وجود زخم با یا بدون وزیکول در ناحیه آنورثینتال، سوزش و خارش ناحیه تناسلی، وجود زگیل در ناحیه آنورثینتال، ترشح چرکی از مقعد، سابقه عفونت آمیزشی، بزرگی غدد لنفاوی کشاله ران</p>	<p>درد زیرشکم یا درد حین نزدیکی با یا بدون ترشحات واژینال همراه با - حال عمومی بد یا علامت شوک سپتیک (تب یا تهوع و استفراغ و افزایش نبض، افت فشارخون) و یکی از علائم و نشانه های زیر - خونریزی های غیر طبیعی - یا سابقه رفتار پرخطر در بیمار یا شریک جنسی - یا وجود درد و دردناکی حرکات سرویکس و آدنکسها در معاینه</p>	<p>PID همراه با علامت خطر یا شوک سپتیک</p>	<p>ارجاع فوری پس از انجام اقدامات اولیه اورژانس (IV line 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 شروع ناگهانی بدون علامت اورژانس شوک سپتیک یا حال عمومی بد همراه با علائم و نشانه های زیر: + دیس پارونی یا ترشح واژینال یا خونریزی یا سابقه رفتار پرخطر در بیمار یا شریک جنسی وی + وجود حساسیت در حرکات سرویکس یا زیرشکم در معاینه</p>	<p>PID</p>	<p>آموزش و مشاوره: مشاوره و درمان زوج برای کلامیدیا و گنوره، درخواست تست NAAT برای گنوکوک و کلامیدیا، توصیه به کاندوم، درخواست انجام تست VDRL/RPR، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV ارجاع به پزشک برای درمان و در صورت عدم دسترسی به پزشک شروع درمان دارویی PID بر اساس پروتکل پیگیری: توصیه به مراجعه ۳روز بعد جهت پیگیری وضعیت بیمار</p>
<p>- آیا شریک جنسی یکی از این علامت را دارد؟ (ترشح غیر طبیعی از مجرای ادرار، 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، آروزیون 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/ شریک جنسی برای گنوکوک و کلامیدیا و تریکومونا - آموزش و مشاوره (۲): توصیه به پیگیری از انتقال بیماری، درخواست تست VDRL/RPR، توصیه به تست HIV - پیگیری ۷روز بعد در صورت باقی ماندن علامت، ویزیت مجدد بیمار بعد از سه ماه</p>
<p>- ترشح غیر طبیعی واژن، بدون علامت سرویسیت، بدون عوامل خطر رفتاری</p>	<p>واژینیت (تریکومونا یا واژینوز باکتریال)</p>	<p>واژینیت</p>	<p>- ارسال نمونه برای رنگ آمیزی گرم و wet mount و درمان بر اساس نتیجه در صورت امکان و در غیر این صورت: - درمان سندرومیک واژینوز باکتریال و تریکومونا - مشاوره و درمان همسر برای تریکوموناس در صورت داشتن عوامل رفتاری خطر - پیگیری: توصیه به مراجعه بیمار ۷روز بعد در صورت باقی ماندن علامت - آموزش و مشاوره، توصیه به پیگیری از انتقال بیماری، درخواست تست VDRL/RPR، توصیه به تست داوطلبانه HIV</p>
<p>- ترشحات پنیری، ورم قرمزی و خارش فرج بدون عوامل خطر رفتاری</p>	<p>کاندیدا</p>	<p>کاندیدا</p>	<p>- درمان کاندیدا با کلوتریمازول یا مایکونازول - آموزش و مشاوره، توصیه به پیگیری از انتقال بیماری، درخواست تست VDRL/RPR، توصیه به تست داوطلبانه HIV</p>
<p>- زخم تناسلی وزیکولر و یا عود کننده در ناحیه آنورثینتال</p>	<p>تبخال تناسلی</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 پیگیری از انتقال بیماری، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>- زخم بدون وزیکول، منفرد، بدون سابقه عود در ناحیه آنو ژینتال</p>	<p>سایر علل زخم تناسلی</p>	<p>سایر علل زخم تناسلی</p>	<p>- بررسی از نظر زخم سیفلیس (درخواست انجام تست VDRL/RPR) - شروع درمان در صورت تست مثبت طبق پروتکل - آموزش و مشاوره: توصیه به پیگیری از انتقال بیماری، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV - پیگیری: ویزیت مجدد بعد از ۷ روز و تکرار تست یک و سه ماه بعد، در صورت نتیجه منفی تست ارجاع در صورت عدم بهبود</p>
<p>- ضایعات پاپولر در ناحیه تناسلی</p>	<p>زگیل 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 پیگیری از انتقال بیماری، درخواست انجام تست VDRL/RP، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV</p>
<p>- زنان بدون علامت و نشانه STI، بدون شکایت، دارای شریک جنسی علامت دار (ترشح مجرا یا اپیدیمو ارکیت، یا زخم تناسلی، یا زگیل تناسلی)</p>	<p>شریک جنسی علامت دار</p>	<p>شریک جنسی علامت دار</p>	<p>- درمان گنوکوک و کلامیدیا در موارد ترشح مجرا و اپیدیموارکیت، یا درمان دارویی زخم و زگیل بر حسب نتیجه بررسی - آموزش و مشاوره، توصیه به پیگیری از انتقال بیماری، درخواست انجام تست VDRL/RPR، توصیه به انجام تست داوطلبانه HIV و غربالگری سرطان دهانه رحم</p>
<p>- زنان بدون علامت و نشانه STI، بدون رفتار پر خطر، دارای شریک جنسی بدون علامت</p>	<p>ندارد STI</p>	<p>ندارد STI</p>	<p>- آموزش و مشاوره، پیشنهاد انجام تست HIV - انجام غربالگری سرطان دهانه رحم در صورت وجود شرایط، تعیین زمان ارزیابی دوره ای بعدی - ارجاع در صورت لزوم با توجه به نتیجه بررسی ها و غربالگری</p>

عفونت آمیزشی

عفونت های آمیزشی (STI) به عفونت هایی گفته می شود که از طریق تماس جنسی محافظت نشده یا از مادر به جنین انتقال پیدا می کنند. این عفونت ها 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. شناسایی و 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. به عبارت دیگر برای درمان بیمار و پیشگیری از انتقال بیماری به شریک جنسی او تدابیر همه جانبه انجام می شود.

ارزیابی خطر ابتلا به عفونت آمیزشی: برای ارزیابی خطر ابتلا به عفونت آمیزشی، پیشنهاد می شود پرسش در مورد ۵۰ را بخاطر بسپارید 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 علائم 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، تورم غدد لنفاوی کشاله ران، عفونت چشمی در نوزادان، ترشح مجاری ادراری و تورم کیسه بیضه در مردان، ترشح واژینال و درد زیر شکم در زنان 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 باز گشت 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 داده و بیمار را مورد مراقبت قرار داد. در معاینه ژنیکولوژی موارد زیر بررسی می شود: معاینه با اسپکولوم برای دیدن سرویکس و واژن، جستجوی علائم سرویسیت، 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.
- **کاندیدایزیس 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:** زرد صورتی که علامت دار باشد، علایم آن عبارتند از: ترشحات زرد/قهوه ای کف آلود با بوی ماهی همراه با خارش، درد سطحی و سوزش ادرار
- **سیفلیس:** زخم هایی بدون درد در اندام های تناسلی، دهان و یا مقعد که غدد لنفاوی در مجاورت این زخم ها، بزرگ و متورم هستند. بسیار مهم است که برای درمان سفلیس، قبل از آنکه پیشرفت کند، اقدام لازم صورت گیرد. در صورت تست VDRL مثبت، حتی اگر هیچ علائمی از بیماری وجود نداشته باشد، درمان باید انجام شود. انجام تست VDRL در همه مبتلایان به عفونتهای آمیزشی توصیه می شود.
- **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 هر دو نفر درمان شوند. برخلاف زنان، ۹۰ درصد مردان علامت دار می شوند. تشخیص گنوره با بررسی آزمایشگاهی ترشحات تایید می شود.
- توجه:** افتراق عفونت گنوره ای از کلامیدیا در زنان منحصر از طریق علائم بالینی ممکن نیست و تقریباً در یک سوم زنان مبتلا این دو عفونت توأماً وجود دارد. بنابراین هر دو عفونت باید هم زمان درمان شوند.

آزمایش های تشخیصی عفونتهای آمیزشی:

- برای گنوکوک و کلامیدیا اسمیر یا تستهای NAAT (Nucleic Acid Amplification Tests) یا PCR (Polymerase Chain Reaction)
- VDRL تست خونی برای تشخیص سفلیس است و بهتر است در همه موارد عفونت آمیزشی انجام شود. (RPR (rapid plasma reagin نیز تست غربالگری سفلیس می باشد.
- تست تشخیص سریع اچ آی وی (Rapid Test) نیز، 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 آن 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 به صورت محرمانه و تنها به خود فرد اعلام می 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 رعایت احتیاطات به اضافه داکسی سیکلین ۱۰۰ mg خوراکی هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز به اضافه 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 به اضافه مترونیدازول ۱۰۰ mg هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز
تبخال تناسلی	- درمان در نخستین اپیزود بالینی تب خال تناسلی: آسیکلوویر ۴۰۰ میلی گرم خوراکی، ۳ بار در روز، ۱۰-۷ روز - درمان تب خال راجعه تناسلی: آسیکلوویر ۴۰۰ mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز
سیفیلیس زوردس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال)	- درمان ارجح: پنی سیلین بنزاتین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، در یک نوبت (این حجم دارو، معمولاً به تجویز دو تزریق عضلانی همزمان در دو محل مختلف نیاز دارد). - رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی سیلین: داکسی سیکلین ۱۰۰ میلیگرم خوراکی، ۲ بار در روز، تا ۱۴ روز یا تتراسایکلین 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 احتیاطات تزریق آن وجود نداشته باشد: سفکسیم ۸۰۰ میلیگرم خوراکی تک دُز، همراه با آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک دُز
عفونت کلامیدیایی آنورثیتال بدون عارضه	- آزیترومایسین ۱ gr تک دُز یا - داکسی سیکلین 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 (۵ گرم) داخل واژینال، یک نوبت هر شب قبل از خواب برای ۷ روز
واژینیت کاندیدیایی	- کلوتریمازول شیاف واژینال ۲٪ برای ۱-۷ روز یا کلوتریمازول شیاف واژینال ۲٪ برای ۳ روز - میکونازول شیاف واژینال ۲٪ برای ۷ روز یا میکونازول شیاف واژینال ۱۲۰۰ میلیگرم دوز واحد - فلوکونازول خوراکی ۱۵۰ میلیگرم خوراکی دُز واحد
زگیل تناسلی در ناحیه خارجی دستگاه تناسلی و پرینه	- کرم ۵% Imiquimod سه بار در هفته تا ۴ ماه (شب ها روی ضایعات مالیده و صبح ها دبا آب و صابون شستشو داده شود). - پنج فلورو یوراسیل ۵FU دو بار در هفته (در صورت وجود ضایعات در واژن ۵FU 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 باید 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، سفنازیدیم 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 صرفاً 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 کاملاً حل شده و قبل از تزریق به خوبی تکان داده 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.

توجه: در همه حال، در بررسی عفونت آمیزشی به سوابق بیمار و نتایج پاراکلینیک قبلی و علائم غیر طبیعی مانند خونریزی، ترشح و درد هنگام نزدیکی توجه کنید و در صورتی که این علائم همراه با سابقه سرطان یا پیش بدخیمی و بدخیمی در پاپ اسمیر یا کولپوسکوپی یا جراحی، سابقه درمان سرطان، وجود توده شکمی، وجود ضایعه یا توده درمعاینه سرویکس یا آزمایش پاپ اسمیر یا اچ پی وی پرخطر می باشد، بیمار را از نظر سرطان دهانه رحم طبق پروتکل غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم بررسی کنید.

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	اقدام
<p>سوابق فردی را بررسی و برای اطمینان، مدارک پزشکی مربوطه را بررسی کنید:</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>- آیا سابقه رادیوتراپی قفسه سینه (مدیاستن) به دلیل تومورهایی مانند لنفوم در سنین کودکی دارد؟</p> <p>- آیا سابقه نمونه برداری یا سوزن از پستان با پاسخ مثبت ALH یا ADH یا LCIS دارد؟</p>	<p>معاینه غیرطبیعی (وجود هر یک از علایم و نشانه های زیر):</p> <p>- تغییر شکل ظاهری به صورت: کشیدگی و عدم قرینگی پستان ها</p> <p>- تغییرات پوستی ماندگار: پوست پرتقالی، ضخیم شدگی پوست، ادم، خارش ، پوسته ریزی و زخم</p> <p>- ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: از یک پستان، از یک مجرا، خود به خودی، ادامه دار، وجود ترشح در هنگام معاینه، سروزی یا خونی، فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر</p> <p>- وجود توده غیرطبیعی: سفت، چسبنده، غیرمتحرک، حاشیه نامنظم، افزایش اندازه با گذشت زمان</p> <p>در پستان یا زیر بغل، توکشدگی اخیر نوک پستان</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 درخواست تصویر برداری به صورت زیر انجام شود:</p> <p>- سونوگرافی برای افراد زیر ۴۰ سال</p> <p>- ماموگرافی + سونوگرافی در افراد ۴۰ سال و بالاتر</p> <p>- ارجاع به جراح پس از تصویر برداری</p> <p>- پیگیری و مراقبت بر اساس بازخورد ارجاع</p>
<p>- سوابق خانوادگی سرطان را بررسی کنید:</p> <p>در صورت وجود سابقه خانوادگی مثبت موارد زیر را در مورد فامیل مبتلا تعیین کنید: نسبت فامیلی (درجه یک یا درجه دو) وجنسیت، نوع سرطان (پستان، تخمدان، پانکراس، پروستات) و سن ابتلای فرد مبتلا در فامیل یا خود فرد</p>	<p>نتیجه معاینه + ماموگرافی قبلی کمتر از یک سال قبل به صورت زیر:</p> <p>- هر معاینه غیر طبیعی یا مشکوک علیرغم تصویر برداری طبیعی (بایراد ۱ یا ۲)</p> <p>- عدم هماهنگی تصویر برداری با معاینه بالینی</p> <p>- گزارش ماموگرافی بایراد ۳ یا ۴ یا ۵ با هر نتیجه معاینه</p> <p>- بایراد صفر (هر گزارش مبهم ماموگرافی) با هر نتیجه معاینه</p>	<p>ارجاع به جراح و پیگیری و مراقبت بر اساس بازخورد جراح</p>
<p>شرح حال بگیرید: در خصوص وجود علایمی مانند درد، ترشح، تغییرات ظاهری و نتایج خود آزمایشی پستان توسط مراجعه کننده سوال کنید</p> <p>معاینه کنید: هر دو پستان و زیر بغل را از نظر موارد زیر ترجیحا پس از پایان قاعدگی معاینه کنید و همزمان با معاینه، خود آزمایشی پستان را آموزش بدهید</p>	<p>سابقه سرطان(فردی یا خانوادگی): سرطان پستان یا تخمدان در فامیل درجه ۱ یا ۲ یا سابقه سرطان پانکراس یا پروستات در فامیل درجه ۱</p> <p>گروه پرخطر (خطر خیلی بالا) از نظر نوع سرطان و نسبت و سن ابتلای فرد مبتلا + تست ژنتیک مثبت یا غیر تشخیصی (نتیجه نا مشخص)</p> <p>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 + عدم نیاز به تست ژنتیک یا تست منفی</p>	<p>- معاینه بالینی سالیانه ۱۰ سال زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا</p> <p>- تصویر برداری سالیانه: سونوگرافی زیر ۳۰ و ماموگرافی در ۳۰ و بالاتر (۱۰ سال زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا) - ارجاع به جراح</p>
<p>سابقه نمونه برداری پستان با تشخیص ADH (هایپر پلازی داکتال آتیپیک) یا LCIS (کار سینوم لوبولار In situ) یا ALH (هایپر پلازی لوبولار آتیپیک)</p>	<p>سابقه رادیوتراپی قفسه سینه</p>	<p>- معاینه بالینی سالیانه از ۳۰ سالگی- ماموگرافی سالیانه از ۴۰ سالگی</p> <p>- ارجاع به جراح در سابقه خانوادگی یا توصیه به مراجعه به پزشک معالج در سابقه فردی مثبت</p> <p>- معاینه بالینی سالیانه</p> <p>- درخواست تصویر برداری از یک سال پس از نمونه برداری</p>
<p>ماستیت یا آبسه پستان در دوره شیردهی</p>	<p>- توده غیر چسبنده و متحرک و دارای حاشیه منظم و بدون تغییر اندازه در طول زمان یا کیست منفرد بدون علامت یا کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری یا شک به کیست در معاینه (توده منظم در لمس)</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 زود تر باشد)</p>
<p>- توده غیر چسبنده و متحرک و دارای حاشیه منظم و بدون تغییر اندازه در طول زمان یا کیست منفرد بدون علامت یا کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری یا شک به کیست در معاینه (توده منظم در لمس)</p>	<p>درد موضعی پایدار یا شدید به مدت ۴ تا ۶ هفته یا درد منتشر پستان (درد بیش از یک ربع پستان) در دوره های مختلف سیکل قاعدگی یا درد همراه با مصرف داروهای هورمونی</p> <p>ترشح دوطرفه از هر دو پستان به صورت غیر خود به خودی، غیر خونی و غیر سروزی یا ترشح خود به خودی شیر، دو طرفه، از مجراهای متعدد</p> <p>تغییرات پوستی با شک بالینی پایین به بدخیمی پستان یا شک بالینی بالا به سایر بیماری ها</p>	<p>- درمان بر اساس پروتکل شیر مادر اداره کودکان</p>
<p>- توکشدگی قدیمی نیل</p> <p>- ماموگرافی بایراد ۱ و ۲ با معاینه و شرح حال طبیعی</p>	<p>سوابق فردی و خانوادگی / شرح حال / معاینه طبیعی</p> <p>عدم انجام تصویر برداری یا تصویر برداری طبیعی: سونوگرافی طبیعی یا ماموگرافی طبیعی (BIRAD یک)</p>	<p>- آموزش و تاکید بر مراجعه منظم همراه با اطمینان بخشی</p> <p>- دقت در معاینات بالینی بعدی پستان</p> <p>- انجام اقدامات ردیف سبز</p>
<p>- آموزش: اصول خودمراقبتی، عوامل خطر سرطان پستان، عوامل محافظت کننده از سرطان پستان، بهبود شیوه زندگی، آموزش علائم هشدار دهنده سرطان پستان و نحوه خودآزمایی (BSE) پستان، نحوه انجام تصویر برداری و آمادگیهای لازم برای انجام تصویر برداری در صورت لزوم- اطمینان بخشی و رفع نگرانی ها</p> <p>- تعیین زمان مراجعه بعدی و تاکید بر مراجعه منظم برای CBE با توجه به سن و نتایج ارزیابی (دو سال بعد از زیر ۴۰ سال و ترجیحا یک سال بعد در بالای ۴۰ سال)</p> <p>- توصیه به مراجعه در صورت وجود مشکل پستان در فواصل بین معاینات معمول</p>	<p>سایر عوامل خطر را مورد توجه قرار داده و در آموزش مراجعه کننده برای هشدار لازم به وی استفاده کنی: 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 سال، استفاده از داروها و ترکیبات هورمونی استروژنی تنها به مدت طولانی، استعمال دخانیات، مصرف نوشیدنیهای الکلی، چاقی، فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نا مطلوب</p>	<p>- در همه موارد: سونوگرافی در سن زیر ۴۰ سال و ماموگرافی در سن ۴۰ و بالاتر و اقدامات بر اساس نتیجه تصویر برداری یا سایر یافته های غیر طبیعی و انجام اقدامات ردیف سبز</p> <p>- ارجاع به پزشک برای رد درد های قفسه سینه، زونا، نوروپاتی ها، مشکلات روان تنی و...</p> <p>- ارجاع به پزشک برای بررسی و رد یا درمان نشانه های پوستی مربوط به بیماری سیستمیک، آگزما، بیماریهای قارچی، سلولیت، عفونتهای پوستی، نوروپاتی، زونا، زخم دیابتی و...</p> <p>- ارجاع به پزشک برای رد توده مربوط به لنفوم یا بدخیمی ها یا عفونتها و...</p> <p>- مشاوره غدد در مورد ترشح شیر و توصیه به عدم فشار دادن پستان</p> <p>- ارجاع به جراح در صورت لزوم با توجه به نتیجه تصویر برداری</p>

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان

برنامه ملی غربالگری سرطان پستان از سن ۳۰ سالگی آغاز و برای زنان ۳۰ تا ۴۰ سال هر دو سال یک بار و برای زنان بالاتر از ۴۰ سال ترجیحاً سالی یک بار انجام می شود. بدین ترتیب برای کلیه زنان میانسال این خدمات ارائه می گردد. زنانی 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 فواصل مراجعات بعدی، در افرادی که به علت سوابق، شرح حال یا معاینه غیرطبیعی به سطح دو ارجاع شده اند، حتی در زنان کمتر از ۴۰ سال نباید بیشتر از یک سال باشد.

عوامل خطر سرطان پستان

عوامل خطر اصلی سرطان پستان عبارتند از: سابقه ابتلای فردی و خانوادگی به سرطان پستان و سایر سرطانها، سابقه بیوپسی مثبت از نظر بدخیمی پستان و سابقه مواجهه با اشعه برای رادیوتراپی قفسه سینه. با وجودی که خطر نسبی *relative risk* ایجاد سرطان، در افراد دارای عوامل خطر فوق (گروه با خطر افزایش یافته)، خیلی بیشتر از سایر عوامل خطر است، اما شیوع این عوامل خطر بیش از ۵ درصد جامعه هدف را در بر نمی گیرد. در این دسته افراد، خطر افزایش یافته سرطان پستان وجود دارد.

سایر عوامل خطر زمینه ای از جمله عوامل مربوط به سبک زندگی 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، استفاده طولانی مدت بویژه در سن بالا از قرصهای پیشگیری از بارداری خوراکی استروژنی، هورمون درمانی جایگزین HRT پس از یائسگی، زمینه نژادی و قومی / اجتماعی اقتصادی، تراکم بافت پستان، مصرف بالای چربیهای اشباع شده، استفاده از دخانیات، مصرف نوشیدنیهای الکلی، فعالیت فیزیکی ناکافی. برخی از این عوامل مانند عوامل خطر مربوط به سبک زندگی و انتخاب های افراد، قابل پیشگیری و قابل مداخله هستند. شیوع این عوامل خطر در جامعه بیشتر از عوامل خطر اصلی است. لذا در برنامه پیشگیری از سرطان پستان در سطح جامعه، پیشگیری و حذف عوامل خطر قابل مداخله و شایع فوق، می تواند بسیار موثر واقع شود. بدین ترتیب دو گروه کلی زیر از نظر میزان خطر وجود دارد:

- افراد با خطر متوسط: 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 *Increased risk* طبقه بندی میگردند:
- استعداد ژنتیک شناخته شده برای سرطان پستان: جهش BRCA (Breast Cancer gene) یا سایر ژن های مهم
- سابقه شخصی یا خانوادگی سرطان پستان یا تخمدان
- سابقه رادیوتراپی قفسه سینه به هر دلیل از جمله تومورهای مדיاستن مانند لنفوم
- سابقه نمونه برداری از پستان با تشخیص ADH (هایپرپلازی داکتال آتیپیک) یا LCIS (کارسینوم لوبولار *In situ*) یا ALH (هایپر پلازی لوبولار آتیپیک)

سوابق فردی و خانوادگی

زنان جامعه از نظر سابقه فردی و خانوادگی ابتلا به سرطان (بستگان درجه یک: پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند) و بستگان درجه دو: پدربزرگ، مادربزرگ، خاله، عمه، دایی، عمو) به دو گروه زیر تقسیم می شوند:

۱. گروه بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا): سن شروع غربالگری (معاینه بالینی و تصویر برداری) در این افراد، ۱۰ سال زودتر از سن ابتلای جوانترین فرد مبتلا در خانواده است. همچنین در این گروه، مشاوره ژنتیک برای تعیین نیاز به تست ژنتیک اهمیت دارد. در این گروه یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) وجود دارد:

- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در سن ۳۵ سال یا کمتر
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان دو طرفه در سن ۴۵ سال یا کمتر
- سابقه خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در یکی از مردان خانواده با هر سنی
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) 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.
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان تخمدان در سن ۵۰ سال یا کمتر
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پانکراس در سن ۵۰ سال یا کمتر
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پروستات در سن ۴۰ سال یا کمتر

۲. گروه پرخطر (خطر بالا): در این گروه یکی از موارد زیر در سابقه فردی یا خانوادگی وجود دارد و لازم است برای تعیین وضعیت آنان، مشاوره ژنتیک انجام شود.

- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در سن ۳۵ تا ۵۰ سال
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان دوطرفه (همزمان یا غیر همزمان) در سن بالای ۴۵ سال
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) دست کم دو سرطان شامل: یکی سرطان پستان و دیگری سرطان پستان یا تخمدان یا پانکراس یا پروستات در هر سنی
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان تخمدان ۵۰ تا ۶۰ سال
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پروستات در سن ۴۰ تا ۴۵
- سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پانکراس در سن ۵۰ تا ۶۰

جدول زیر مبنای تعیین میزان خطر بر اساس سوابق فردی و خانودگی 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 هریک از سرطانهای مرتبط با سرطان پستان، فرد را در دو گروه پرخطر و بسیار پرخطر تقسیم می کنیم :

■ **بسیار پرخطر (خطر خیلی بالا)**
■ **پرخطر (خطر بالا)**

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

بستگان درجه یک: پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند
 بستگان درجه دو: پدربزرگ، مادربزرگ، عمه ، خاله، عمو، دایی

همانطور که در جدول بالا دیده می شود، هرچه سن ابتلای فرد یا بستگان مبتلا پایین تر باشد، و هرچه بستگان مبتلا نسبت فامیلی نزدیکتری (درجه یک) با مراجعه کننده داشته باشند، میزان خطر افزایش می یابد. اطلاع از سن ابتلای بستگان نه تنها از نظر تعیین میزان خطر بلکه برای تعیین زمان شروع غربالگری مراجعه کننده نیز لازم است.

شرح حال و معاینه (علائم و نشانه ها)

سوابق: شامل وضعیت دموگرافیک، ازدواج، باروری، بارداری و زایمان، شیردهی، سقط، مصرف دخانیات و الکل، مصرف داروهای هورمونی، سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، سابقه بیوپسی پستان و سابقه خانوادگی سرطان می شود. با توجه به سوابق، عوامل خطر مورد بررسی قرار می گیرد و برای زمان شروع غربالگری فرد و نیاز به تصویر برداری یا ارجاع تصمیم گیری می شود.

علائم و شکایات: علائم و شکایات اظهار شده توسط مراجعه کننده که ممکن است به طور اتفاقی یا در خودآزمایی پستان متوجه آنها شده باشد، از اهمیت زیادی برای تعیین نیاز به اقدام یا تصویر برداری یا ارجاع برخوردار است. در بررسی علائم، موارد زیر از مراجعه کننده مورد پرسش قرار می گیرد و اظهارات مراجعه کننده در خصوص نتایج خودآزمایی پستان مانند لمس توده توسط مراجعه کننده، وجود ترشح از نوک پستان، درد و سایر علائم به اظهار مراجعه کننده مد نظر قرار می گیرد:

معاینه بالینی: معاینه بالینی (CBE) با توجه به نشانه های شایع سرطان پستان، امکان تشخیص را افزایش می دهد و باید دقیق و مبتنی بر اصول علمی انجام 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 سوابق و شرح حال و معاینه بالینی ضرورت دارد. زمانی 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، مراقبتهای 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 برای معاینه حتی در زنان کمتر از ۴۰ سال نباید بیشتر از یک سال باشد.

بهتر است که معاینه در روز ۵ تا ۱۰ سیکل قاعدگی (پس از پایان قاعدگی) انجام شود. معاینه بالینی کامل هر دو پستان* با نرمه انگشتان 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 به دقت انجام و آموزش همزمان خودآزمایی پستان به مراجعه کننده صورت می گیرد. معاینه به روش دایره ای، شعاعی یا عمودی قابل انجام است، اما الگوی نوارهای عمودی دارای حساسیت بیشتری است و سبب می شود که هیچ نقطه ای از نقاط پستان از زیر دست معاینه کننده خارج نشود.



*آموزش مهارتی معاینه پستان به صورت فیلم آموزشی تهیه شده توسط اداره سلامت میانسالان برای آموزش و بازآموزی دانش آموختگان و دانشجویان مامایی در اختیار دانشگاهها قرار گرفته است.

نشانه های غیر طبیعی و مشکوک به بدخیمی در معاینه بالینی پستانها شامل موارد زیر است:

۱. تغییر شکل ظاهری به صورت: کشیدگی و ایجاد 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
 - بیماری پاژه پستان بر نوک سینه و معمولاً پوست (آرنول) اطراف آن تأثیر می گذارد. ممکن است علائم و نشانه های بیماری پاژه پستان را با تحریک پوست به علت درماتیت یا یک بیماری پوستی غیر سرطانی (خوش خیم) دیگر اشتباه گرفت. بیماری پاژه پستان به طور معمول در نوک پستان شروع می شود و ممکن است به هاله پستان و مناطق دیگر پستان نیز گسترش یابد. علائم و نشانه های احتمالی شامل موارد زیر است: پوسته پوسته شدن یا فلسی شدن روی نوک پستان، زخم شدن یا سفت شدن نوک پستان و آرنول که شباهت زیادی به آگزما دارد، خارش، قرمزی، احساس سوزن سوزن شدن یا سوزش، ترشحات کاهی رنگ یا خونی از نوک پستان، نوک پستان، وجود توده در پستان.
 - پوست پرتقالی به صورت ضخیم شدن و ناهموار شدن پوست پستان ظاهر می شود. گرچه این نشانه، همیشه نشانه سرطان پستان نیست اما می تواند از علایم مهم سرطان التهابی پستان باشد و باید آن را جدی گرفت.
 ۳. تغییرات غیر طبیعی نیپل به صورت پوسته پوسته شدن، آگزما یا زخم نوک پستان، مسطح شدن یا توکشیدگی و فرورفتگی نوک پستان در ماههای اخیر (فرورفتگی قدیمی نیپل در بعضی از زنان به طور طبیعی وجود دارد)
 ۴. ترشح نوک پستان با یکی از ویژگیهای زیر: از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی (بدون تحریک و دستکاری) و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد .
 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، 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 ممکن است تشخیص های دیگری از بیماریهای پستان مطرح باشد و 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
 - وجود توده آگزبیلاری دوطرفه، توده غیر چسبنده، نرم، با حدود مشخص، کیست غیر تکرار شونده در سنین باروری، پستان اضافی در ناحیه زیر بغل، ماستیت، آبسه پستان
 - ترشح شیر یا ترشح رنگی بویژه زرد، قهوه ای و سبز یا ترشح دوطرفه یا غیر خود بخودی، غیر خونی و غیر سروزی، بدون سایر مشخصات غیر طبیعی، بدون توده و بدون یافته مشکوک تصویر برداری
 - ضایعات پوستی پستان مشکوک به آگزما، درماتیت، بیماریهای قارچی (پیتی ریازیس ورسی کالر)، و انگلی (گال)، بیماریهای ویروسی (زونا و...) و سایر عفونت ها، سلولیت و...

در صورتی که ضایعات فوق، دو طرفه یا منتشر باشد یا در معاینه نشانه غیر طبیعی دیگری که مشکوک به بدخیمی باشد مانند توده پستانی وجود نداشته باشد، یا در تصویر برداری ضایعه مشکوکی وجود نداشته باشد، قبل از ارجاع به جراح و ایجاد نگرانی برای بیمار حتما بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

تصویر برداری

برای بررسی بیماری های پستان از سه روش ارزیابی بالینی، تصویربرداری و نمونه برداری بافتی استفاده می شود که به آن " ارزیابی سه گانه (Triple Assessment) گفته می شود و بهترین و به صرفه ترین روش برای تشخیص سرطان اولیه پستان است. در حال حاضر در برنامه کشوری، تصویر برداری برای غربالگری عمومی انجام نمی شود. اما در صورت وجود سابقه فردی و خانوادگی سرطان، سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، سابقه مثبت بیوپسی پستان، وجود علائم یا نشانه های بالینی غیر طبیعی و مشکوک به بدخیمی در شرح حال و معاینه تصویر برداری انجام می شود. همچنین در گروه با خطر متوسط بالای ۴۵ سال، در صورتی که مراجعه کننده متقاضی انجام تصویر برداری باشد می توان اقدام نمود. بخصوص در صورت وجود عوامل خطری مانند ناباروری یا تعداد بارداری کم، سن در اولین زایمان بالاتر از ۳۵، عدم شیردهی یا کمتر از دو سال شیردهی، سن اولین قاعدگی پایین، زمان آخرین قاعدگی بیش از ۵۵ سالگی (سن یائسگی قطعی) ، سابقه استفاده از داروهای هورمونی استروژنی به مدت طولانی، شیوه زندگی و تن سنجی نامطلوب بسته به تمایل مراجعه کننده علیرغم معاینه طبیعی می توان اقدام به تصویر برداری نمود. در مواردی که مراجعه کننده قبلا 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 می رود. همچنین در ارزیابی توده های مشکوک به کیست مورد استفاده قرار می گیرد.

- **ماموگرافی:** به عنوان مناسب ترین روش تصویربرداری به ویژه در خانم های با سن بالاتر، دارای چند فرزند و دارای سابقه شیردهی به کار می رود. 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 می شود.

- **MRI:** در موارد زیر MRI پستان (در صورت در دسترس بودن) توصیه می شود: سرطان متاستاتیک با منشا ناشناخته با شک به درگیری 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... می توان از این روش تصویر برداری کمک گرفت. در هر حال تصمیم گیری برای درخواست MRI به عهده سطح تخصصی می باشد.

نتایج ماموگرافی:

بر اساس نظام طبقه بندی گزارشهای تصویر برداری پستان، نتایج ماموگرافی به شرح زیر قابل تفسیر و اقدام است:

BIRADS(Breast Imaging Reporting and Database System score)

گروه بندی	تفسیر	اقدام و پیگیری
BIRADS صفر	ارزیابی ناقص یا مبهم است و اقدامات تشخیصی بیشترمانند بررسی ارزیابی ها و تصویر برداری های قبلی یا تصویر برداری با نماهای خاص ماموگرافی یا سونوگرافی یا MRI مورد نیاز است.	پیگیری ویزیت جراح برای ارزیابی بیشتر و تصمیم گیری
BIRADS یک	منفی: پستانها نمای طبیعی و عادی دارند.	BI-RADS 1, 2 در افراد با شرح حال و معاینه طبیعی: آموزش و تاکید بر مراجعه منظم همراه با اطمینان بخشی
BIRADS دو	خوش خیم: ماموگرام موید توده های خوش خیم است.	- تعیین زمان ارزیابی بعدی برای ۱ سال بعد در همه زنان بالای ۴۰ سال و بدون سابقه فردی یا خانوادگی - تعیین زمان ارزیابی بعدی برای ۱ سال بعد در همه زنان با سوابق مثبت با هر سنی - تعیین زمان ارزیابی بعدی برای ۲ سال بعد در زنان زیر ۴۰ سال بدون هیچ سابقه فردی یا خانوادگی BI-RADS 1,2 در افراد با شرح حال و معاینه غیر طبیعی: ارجاع به جراح
BIRADS سه	احتمالاً خوش خیم (احتمال بدخیمی کمتر از ۲ درصد)	ارجاع به جراح برای پیگیری و معاینه دقیق و تصمیم گیری در مورد تکرار تصویر برداری هر ۶ ماه تا یک سال
BIRADS چهار	بدخیمی مشکوک (احتمال بدخیمی ۱۲ تا ۲۵ درصد)	ارجاع به جراح برای معاینه و بیوپسی و رد بدخیمی
BIRADS پنج	احتمال بدخیمی بیش از ۹۵ درصد، لزوم انجام نمونه برداری	پیگیری نمونه برداری پستان و ویزیت جراح
BIRADS شش	بدخیمی شناخته شده	پیگیری درمان و نتیجه درمان

نکات مهم در تصویر برداری: در تصویر برداری پستان ها به نکات زیر توجه کنید:

- انجام تصویربرداری، بدون گرفتن شرح حال و معاینه بالینی توصیه نمی شود. درصد بسیار قابل توجهی از مراجعه کنندگان (بیش از ۹۰ درصد) در گروهی قرار می گیرند که هیچگونه علامت، نشانه یا سابقه مثبتی ندارند (گروه سبز چارت). **در این گروه نیاز به انجام تصویر برداری نیست** و فقط باید سوابق و علایم و شکایات بررسی شده و معاینه بالینی انجام شود.
- درصد کمی از مراجعین ممکن است در سوابق فردی یا خانوادگی یا شرح حال یا معاینه بالینی موارد مثبتی داشته باشند که برحسب نتیجه بررسی از نظر سوابق و شرح حال و معاینه، در مورد تصویر برداری برای آنها تصمیم گیری می شود.
- نوع تصویر برداری بر اساس سن: در هر موردی که تصویر برداری لازم باشد، برای سن زیر ۳۰ سال سونوگرافی و برای سن بالاتر از ۳۰ ماموگرافی درخواست می شود. به عبارت دیگر نوع تصویر برداری برای افراد کمتر از ۳۰ سال، سونوگرافی و برای افراد بالاتر از ۳۰ سال، ماموگرافی است.
- در برخی موارد که فرد در شرح حال و معاینه دارای علایم یا نشانه های بالینی غیر طبیعی است و در گروه سنی بالاتر از ۴۰ سال قرار دارد، هم سونوگرافی و هم ماموگرافی درخواست می شود.
- اعتبار سونوگرافی و ماموگرافی قبلی: 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 همه حال، اگر ارجاع به جراح لازم است، ابتدا تصویر برداری انجام و سپس بیمار ارجاع گردد.
- در صورتی که نیاز به تصویر برداری وجود داشته باشد، حد اقل سن شروع تصویر برداری **۲۵ سالگی** است، بنا براین در زنان میانسالی که نیاز به تصویر برداری دارند، مانع سنی وجود ندارد.
- در گروه با خطر بالا (پرخطر) از نظر سابقه فردی و خانوادگی، در صورتی که علایم و نشانه ای از بیماری نداشته باشند، یعنی شرح حال و معاینه طبیعی باشد، سن شروع ارزیابی تصویربرداری از **۴۵ سالگی** خواهد بود. در همین گروه در صورت تست ژنتیکی مثبت، **ده سال** زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا، تصویر برداری **سالانه** (سونوگرافی زیر **۳۰ سال** و ماموگرافی بالای **۳۰ سال**)، شروع می شود.
- در صورت وجود سابقه رادیوتراپی قفسه سینه، در صورتی که شرح حال و معاینه طبیعی باشد، درخواست تصویر برداری دست کم **۱۰ سال بعد** از رادیوتراپی قفسه سینه یا از سن **۴۵ سالگی** خواهد بود. (هر کدام زودتر باشد).
- در صورت سابقه نمونه برداری پستان با گزارش بدخیمی **یک سال پس از نمونه برداری** به صورت سالانه تصویر برداری انجام می شود.
- در صورت شک به کیست در معاینه (توده منظم در لمس) **برای افراد زیر ۴۰ سال سونوگرافی، بالای ۴۰ سال ماموگرافی** درخواست گردد. در صورتی که فرد بالای ۴۰ سال، ماموگرافی قبلی بای راد یک و ۲ در یک سال اخیر دارد، سونوگرافی درخواست گردد.
- در صورت وجود درد پستانی موضعی و عدم وجود یافته بالینی غیر طبیعی در معاینه: **سونوگرافی در سن زیر ۴۰ سال و ماموگرافی در سن ۴۰ و بالاتر** درخواست شود مگر آنکه فرد ماموگرافی قبلی طبیعی داشته باشد.
- در صورتی که بیشتر از یک عامل مثبت در شرح حال یا سوابق یا معاینه یا مشاوره وجود داشته باشد، سن بررسی بر حسب زود ترین مورد (نزدیکترین زمان) تعیین می شود.

مثال: اگر در یک فرد ۳۰ ساله، هم نمونه برداری مثبت باشد و هم سابقه رادیو تراپی داشته باشد، و از نمونه برداری پستان ۲ سال گذشته و از رادیوتراپی ۷ سال گذشته باشد، باید در همین ویزیت اقدام به تصویر برداری کرد، چون بیش از یک سال از نمونه برداری گذشته است. به عبارت دیگر منتظر نمی مانیم تا ۱۰ سال از رادیوتراپی بگذرد.

مثال: فرد ۲۵ ساله، بسیار پرخطر و سن ابتلای جوانترین فرد مبتلا در خانواده ۳۵ ساله، سابقه بیوپسی ۸ ماه قبل: از نظر بیوپسی دوماه برای تصویر برداری وقت دارد ولی از نظر سن ابتلای جوان ترین فرد خانواده، یعنی ۱۰ سال کمتر از ۳۵، باید در ۲۵ سالگی تصویر برداری شود. پس حالا (همین مراجعه) 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، بیشتر از یک سال قبل ماموگرافی یا بیش از ۶ ماه قبل سونوگرافی انجام داده در همین مراجعه تصویر برداری مجدد درخواست و بر حسب نتیجه اقدام می شود. اگر کمتر از یکسال قبل تصویر برداری انجام داده است بر حسب نتیجه تصویر برداری دوحالت پیش می آید: ارجاع به جراح و اگر ارجاع به جراح لازم نیست، یک سال بعد از تصویر برداری قبلی مراجعه کند تا بر اساس نتایج بررسی تصمیم گیری شود.

آموزش

برای ارتقای Breast awareness، یکی از اصول مهم پیشگیری از سرطان پستان است. تاکید بر موارد زیر در آموزش به مراجعه کنندگان 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 علایم هشداردهنده سرطان پستان و مراجعه به موقع به خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشتی و مراکز سلامت جامعه می توان ضایعات پیش سرطانی را پیش از تبدیل شدن به سرطان، زودتر تشخیص داد. زنان باید به مشارکت در برنامه های غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان ترغیب شوند و به شبکه بهداشتی مراجعه کنند.
۳. عوامل خطر اصلی و عوامل خطر فرعی را آموزش ببینند و برای حذف عوامل خطر قابل اصلاح بویژه بهبود شیوه زندگی آموزش های لازم را دریافت نمایند.
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. علایم هشداردهنده سرطان پستان را بشناسند و به افراد آموزش داده شود که اگر در فواصل برنامه های تشخیص زودهنگام و غربالگری نیز، علایم هشداردهنده یا هر علامت دیگری در پستان یا زیر بغل داشتند، مراجعه کنند.
۷. اگر سابقه ی خانوادگی قوی از سرطان پستان یا تخمدان یا سرطانهای دیگر دارند، برای اطلاع از گزینه های غربالگری خاص، انجام مشاوره و تست های ژنتیک یا درمان پیشگیرانه به خانه بهداشت یا مرکز بهداشتی مراجعه کنند.
۸. به افرادی که نیازمند انجام تصویر برداری هستند، نحوه انجام تصویر برداری و آمادگی های لازم برای انجام تصویر برداری آموزش داده شود.

ارجاع و پیگیری

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 هر یک سال در بالای ۴۰ سال)
- سازماندهی مراجعات خاص با توجه به نتایج ارزیابی
- توصیه به مراجعه 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 و درمان به موقع آنان بسیار مهم و هدف نهایی برنامه کشوری است.
- 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

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

- **ارجاع به مراقب سلامت / بهورز** برای اصلاح شیوه زندگی و بهبود شاخصهای تن سنجی
- **ارجاع به پزشک** برای بررسی و تشخیص افتراقی علایم مبهم و درمان آن در صورت لزوم مواردی مانند دردهای پستانی فوقال، درد قفسه سینه، توده دوطرفه زیر بغل، یا فوق ترقوه مربوط به بیماریهای عفونی یا سرطانهای دیگر، علایم پوستی مشکوک به بیماریهای قارچی یا عفونی یا اکزما، علایم پوستی مشکوک در دیابتی ها، بیماریهای سیستمیک احتمالی، مشکلات روان تنی، در صورت ترشح شیر ارجاع به پزشک یا ارجاع تخصصی برای انجام مشاوره غدد
- **ارجاع به جراح بر اساس نتیجه تصویر برداری** در موارد زیر انجام می 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 5 , 4 BIRADS

- گزارش ماموگرافی مبنی بر BIRADS 3
- هر فرد دارای معاینه غیر طبیعی و 2 , 1 BIRADS در تصویربرداری
- هر گزارش مبهم ماموگرافی شامل 0 BIRADS
- تصویربرداری نرمال ولی شک بالینی بالا
- عدم هماهنگی بین نتیجه تصویر برداری و معاینه بالینی

• **ارجاع به جراح بر اساس نتیجه شرح حال و معاینه در موارد زیر صورت می گیرد :**

- شک به کانسر التهابی پستان
- شک به بیماری پاژه پستان
- وجود سوابق خانوادگی و فردی سرطان: در صورت وجود سوابق خانوادگی و فردی سرطان و وجود امکانات مشاوره و تست ژنتیک، پس از مشاوره ژنتیک، ارجاع به جراح صورت گیرد.
- **ارجاع برای مشاوره ژنتیک:** کلیه موارد دارای سابقه فردی یا خانوادگی مثبت سرطان، بویژه موارد زیر، در صورتی که امکانات مشاوره ژنتیک فراهم باشد، باید برای مشاوره ژنتیک ارجاع شوند:
 - سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک یا دو) سرطان پستان در سن ۵۰ 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 ۶۰ سال و کمتر
 - سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پانکراس در سن ۶۰ سال و کمتر
 - سابقه فردی یا خانوادگی (درجه یک) سرطان پروستات در سن ۴۵ سال و کمتر
 - سابقه فردی یا خانوادگی دست کم دو سرطان که یکی از آنها سرطان پستان و دیگری سرطان پستان یا تخمدان و 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	اقدامات
<ul style="list-style-type: none"> تشخیص زودهنگام: در همه زنان ۳۰-۵۹ سال در هر ارزیابی دوره ای، اطلاعات زیر را از نظر سرطان سرویکس بررسی کنید: 	<p>علائم غیر طبیعی(خونریزی، ترشح، درد) همراه با هریک از موارد زیر: سابقه سرطان یا پیش بدخیمی درکولپوسکوپی یا جراحی، سابقه درمان سرطان، وجود توده شکمی، وجود ضایعه یا توده در معاینه سرویکس</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 بسته خدمات ادغام یافته 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 بازخورد سطح تخصصی</p>
<ul style="list-style-type: none"> دریاره علائم زیر سوال کنید: - خونریزی غیرطبیعی واژینال (پس از مقاربت / پس از یائسگی/ لکه بینی بین قاعدگی ها) - ترشح واژینال بدبو علیرغم درمان عفونت آمیزشی - درد هنگام مقاربت یا درد پایداری شکمی یا لگنی یا کمری 	<p>سوابق غیر طبیعی (سابقه بدخیمی یا پیش بدخیمی سرویکس) با یا بدون علائم</p> <p>معاینه غیر طبیعی: توده شکمی یا لگنی یا زخم و برجستگی و توده سرویکس یا هرگونه ضایعه مشکوک به بدخیمی در ولو، واژن، سرویکس، رحم و آدنکسها</p> <p>اچ پی وی ۱۶ و ۱۸ مثبت با هر نتیجه پاپ اسمیر</p> <p>پاپ اسمیر غیر طبیعی ASC-H / LSIL/ HSIL/AGUS در یک سال گذشته بدون اقدام برای کولپوسکوپی یا اچ پی وی منفی یا اچ پی وی غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت</p>	<p>- انجام تست مجدد ترجیحا اچ پی وی و اقدام یا ارجاع بر اساس نتیجه تست طبق پروتکل</p> <p>- انجام تست اچ پی وی و تصمیم گیری برای اقدام یا ارجاع بر اساس نتیجه تست طبق پروتکل</p> <p>- آموزش خود مراقبتی و علائم هشدار و توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم</p> <p>- انجام تست مجدد اچ پی وی / پاپ اسمیر ۶ تا ۱۲ هفته بعد و اقدام بر اساس نتیجه تست</p>
<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود هر یک از علائم فوق تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علائم را مشخص و مطابق پروتکل مربوطه در بوکلت ماما عمل کنید: 	<p>پاپ اسمیر تنها با نتیجه ASCUS در یک سال گذشته با سوابق شرح حال و معاینه طبیعی</p> <p>پاپ اسمیر تنها با نتیجه LSIL بدون انجام اچ پی وی با سوابق شرح حال و معاینه طبیعی</p> <p>پاپ اسمیر با نتیجه متاپلازی در فرد بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی بدون انجام اچ پی وی یا با اچ پی وی منفی با HPV غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت</p>	<p>- آموزش خود مراقبتی و علائم هشدار و توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم</p> <p>- تکرار پاپ اسمیر در عرض ۶ تا ۱۲ هفته بعد و اقدام بر اساس نتیجه تست طبق پروتکل</p>
<ul style="list-style-type: none"> عوامل خطر را بررسی کنید: رفتار جنسی پرخطر (ارتباط جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و...) 	<p>پاپ اسمیر با نتیجه Unsatisfactory یا نمونه نامناسب Inadequate یا ناکافی</p> <p>Insufficient یا Inconclusive hpv test (نتیجه نامشخص به دلیل نمونه ناکافی یا دلایل دیگر)</p>	<p>- آموزش خود مراقبتی و علائم هشدار و توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم</p> <p>- تکرار پاپ اسمیر در عرض ۶ تا ۱۲ هفته بعد و اقدام بر اساس نتیجه تست طبق پروتکل</p>
<ul style="list-style-type: none"> سوابق خطر را بررسی کنید: رفتار جنسی پرخطر (ارتباط جنسی متعدد، عدم استفاده از کاندوم و...) 	<p>پاپ اسمیر غیر طبیعی با نتیجه کولپوسکوپی نرمال</p> <p>HPV غیر ۱۶ و ۱۸ مثبت + پاپ اسمیر طبیعی</p>	<p>- تست مجدد یک سال بعد اگر تست مجدد منفی بود غربالگری روتین</p> <p>- آموزش، مشاوره و پاسخ به سوالات - تکرار نمونه برداری اچ پی وی/ پاپ اسمیر دو سال بعد</p>
<ul style="list-style-type: none"> معاینه کنید: در صورت وجود علائم در معاینه با اسپکولوم و معاینه شکم موارد زیر را بررسی کنید: 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>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>- تشخیص افتراقی با توجه به تاریخچه، شدت، مدت و پیشرفت علائم و درمان مرتبط با ضایعه مطابق بخش های مربوطه (عفونت آمیزشی، زخم تناسلی، سروسیست، پولیپ سرویکس یا رحم، آتروفی واژن، خونریزی عملکردی واژینال) و اقدام درمانی برابر پروتکل مربوطه در بوکلت ماما اداره سلامت میانسالان</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 بهبود یافته</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 معاینه غیر طبیعی یا پاراکلینیک مشکوک</p>
<ul style="list-style-type: none"> سوابق پزشکی زیر را پرسش نموده و مستندات آن را بررسی و نتیجه آن را ثبت کنید: 	<p>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>- سابقه کولپوسکوپی، جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی یا ضایعات پیش بدخیم و بدخیم دهانه رحم (ASCUS / HSIL/ LSIL/AGUS/CIN)</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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>عدم وجود شرایط غربالگری در فرد بدون علامت و بدون سوابق غیر طبیعی</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>
<ul style="list-style-type: none"> سوابق یائسگی: - در زنان ۳۰ تا ۴۹ سال که سه سال یا بیشتر از اولین ارتباط جنسی آنها گذشته باشد و شرح حال و معاینه طبیعی دارند به یکی از روش های زیر غربالگری کنید: 	<p>همه زنان ۴۹-۳۰ سال واجد شرایط زیر برای غربالگری:</p> <p>- گذشت سه یا بیش از سه سال از اولین تماس جنسی، بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی، بدون سابقه غربالگری یا گذشت ۱۰ سال یا بیشتر از تست HPV قبلی یا گذشت بیش از سه سال از پاپ اسمیر قبلی</p> <p>- و زنان ۵۹-۵۰ سال متقاضی داوطلبانه غربالگری</p> <p>- افرادی که علامت داشته اند ولی با درمان بهبود یافته اند، بعد از بهبود علائم</p>	<p>- آموزش خود مراقبتی، آموزش علائم هشدار</p> <p>- برنامه ریزی غربالگری طی ۱۰ سال در زنان ۴۹-۳۰ سال و تشخیص زودهنگام در ارزیابی دوره ای و توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم خونریزی، درد، ترشح واژینال</p> <p>- عدم نیاز به انجام غربالگری، توصیه به مراجعه در صورت پیدایش علائم خونریزی، درد، ترشح واژینال، برنامه ریزی تشخیص زودهنگام تا فراهم شدن شرایط غربالگری</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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>همه زنان ۴۹-۳۰ سال واجد شرایط زیر برای غربالگری:</p> <p>- گذشت سه یا بیش از سه سال از اولین تماس جنسی، بدون علامت با سوابق و معاینه طبیعی، بدون سابقه غربالگری یا گذشت ۱۰ سال یا بیشتر از تست HPV قبلی یا گذشت بیش از سه سال از پاپ اسمیر قبلی</p> <p>- و زنان ۵۹-۵۰ سال متقاضی داوطلبانه غربالگری</p> <p>- افرادی که علامت داشته اند ولی با درمان بهبود یافته اند، بعد از بهبود علائم</p>	<p>- نمونه گیری همزمان HPV و پاپ اسمیر هر ۱۰ سال یک بار یا پاپ اسمیر تنها هر سه سال یک بار</p> <p>- غربالگری در زنان ۵۰ تا ۵۹ سال در ارزیابی دوره ای به صورت داوطلبانه</p> <p>- در صورت نرمال بودن غربالگریهای قبلی نیازی به انجام غربالگری نیست.</p> <p>- نتیجه و تاریخ انجام تستهای غربالگری قبلی (پاپ اسمیر، اچ پی وی یا هر دو) را ثبت نمایید.</p>

غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

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:

- پیشگیری: ۹۰٪ دختران واجد شرایط واکسن HPV را دریافت کرده باشند؛

- غربالگری: ۷۰٪ زنان واجد شرایط حداقل دو بار در طول زندگی تحت غربالگری قرار گرفته باشند؛

- درمان: 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 تا ۴۹ سالگی انجام می شود و در موارد مراجعه زنان برای ارزیابی دوره ای سلامت میانسالان، علائم و شکایات در قالب برنامه عفونتهای آمیزشی، خونریزی غیر طبیعی واژینال و تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس مورد بررسی قرار می گیرند و در صورت وجود علائم یا سوابقی که احتمال وجود بدخیمی دهانه رحم را مطرح کند، اقدامات مربوط به تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس انجام می شود. همچنین در افراد بدون علامت یا افرادی که سوابق، شرح حال و 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.

توجه: هدف از انجام غربالگری، درمان به موقع بیماران شناسایی شده می باشد. زمان استاندارد پیشنهادی WHO برای درمان سرطان سرویکس پس از تشخیص آن، حد اکثر ۶ ماه تعیین شده است.

لذا پیگیری درمان موارد تشخیص داده شده از اهمیت بالایی برخوردار است. در صورت هرگونه تاخیر بیشتر از زمان فوق، بیمار باید مجددا ارزیابی شود.

غربالگری

سن شروع، پایان و فواصل غربالگری سرطان دهانه رحم: در برنامه کشوری غربالگری سرطان دهانه رحم، بنا به توصیه ۲۰۲۱ سازمان جهانی بهداشت، شروع سن غربالگری روتین سرطان دهانه

رحم برای زنان جمعیت عمومی ۳۰-۴۹ سال می باشد. 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 اما 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 سال یک بار به عنوان تست غربالگری اولیه برای جمعیت عمومی زنان توصیه می شود.

نکته دیگری که در توصیه های WHO، وجود دارد، 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 حد اقل 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 زنان ۳۰ تا ۴۹ ساله ای 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 نمی دهد 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 سه سال یا بیشتر 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 پر خطر 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

*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.

ظرف دو سال از بدن پاک می شوند ولی مواردیکه در بدن باقی می مانند خصوصا 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.

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 یا ۱۸ بررسی می شوند.

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

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 و 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 سال یک بار (صفحه ۳۲ دستورالعمل غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان دهانه رحم ویرایش دوم- دبیرخانه ملی مدیریت سرطان- تیر ۱۴۰۰) 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 (مثلا 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. می توان 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.

*توصیه WHO هر ۵ تا ۱۰ سال با توجه به شرایط کشورهای مختلف است که برای شرایط ایران فاصله ۱۰ سال توسط دبیرخانه ملی مدیریت سرطان، در نظر گرفته شده است.

گزارش بررسی نمونه پاپ اسمیر: گزارش نمونه پاپ اسمیر بر اساس سیستم گزارش دهی بتسدا (Bethesda) یا سایر سیستمها باید حاوی موارد زیر باشد:

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:

۱. **منفی از نظر ضایعه اینتراپی تلیال یا بدخیم:** این گزارش حاکی از آن است که شواهد سلولی از ضایعات پیش سرطانی و نئوپلاستیک وجود ندارد. در این دسته از گزارش ها حتما باید دیده نشدن سلول نئوپلاستیک در گزارش قید شود تا بتوان آن را منفی قلمداد کرد، اما گزارش سایر موارد مانند وجود عناصر سلولی طبیعی (سلول اسکواموس، سلول اندو سرویکال، سلول سگمان تحتانی رحم، سلول آندومترال) یا سایر یافته های غیر نئوپلاستیک مانند واکنش التهابی یا تغییرات هورمونی و یا کلونیزاسیون ارگانیسیمهای عفونی به اختیار آزمایشگاه می باشد اما بهتر است گزارش شود، بخصوص که سلول آندومترال بسته به سن مراجعه کننده از اهمیت متفاوتی برخوردار 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 متفاوت بوده و می تواند برای تصمیم گیری درمانی کمک کننده باشد.

۲. **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 سلولی از اسکواموس متاپلازی تا سرطان سرویکس به صورت یکی از موارد زیر گزارش می شوند که بر حسب مورد طبق پروتکل اقدام شده یا ارجاع تخصصی صورت گیرد.

تغییرات سلولی در transformation zone (TZ) از اپی تلیال به متاپلاستیک: Squamous Metaplasia

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) ضایعات پیش بدخیم سرویکس

SCC: Squamous Cell Carcinoma (دیس پلازی شدید) تغییرات سلولی سرطانی

تصمیم گیری برای نتایج متفاوت پاپ اسمیر

- اسکواموس متاپلازی: گرچه اسکواموس متاپلازی از تغییرات طبیعی ناحیه TZ دهانه رحم محسوب می شود، اما فرد را نسبت به عفونت اچ پی وی آسیب پذیر نموده و ممکن است تغییرات سلولی دیس پلاستیک ایجاد کند، به همین جهت در صورتی که در پاپ اسمیر، متاپلازی گزارش شده باشد، انجام تست مجدد ۶ تا ۱۲ هفته بعد از گزارش متاپلازی توصیه می شود.
- 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، اما موارد ASC-H به سطح تخصصی ارجاع گردد.
- 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 برای کولپوسکوپی ارجاع شود.
- سلولهای غیر طبیعی گلاندرلر 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، صرف نظر از منفی بودن تست HPV باید پاپ اسمیر ۶ تا ۱۲ هفته بعد تکرار شود.
- 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 شششوی واژن نداشته باشد.
 - حداقل دو روز قبل از تس، 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 برای انجام و نحوه انجام نمونه گیری توضیحات لازم 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.

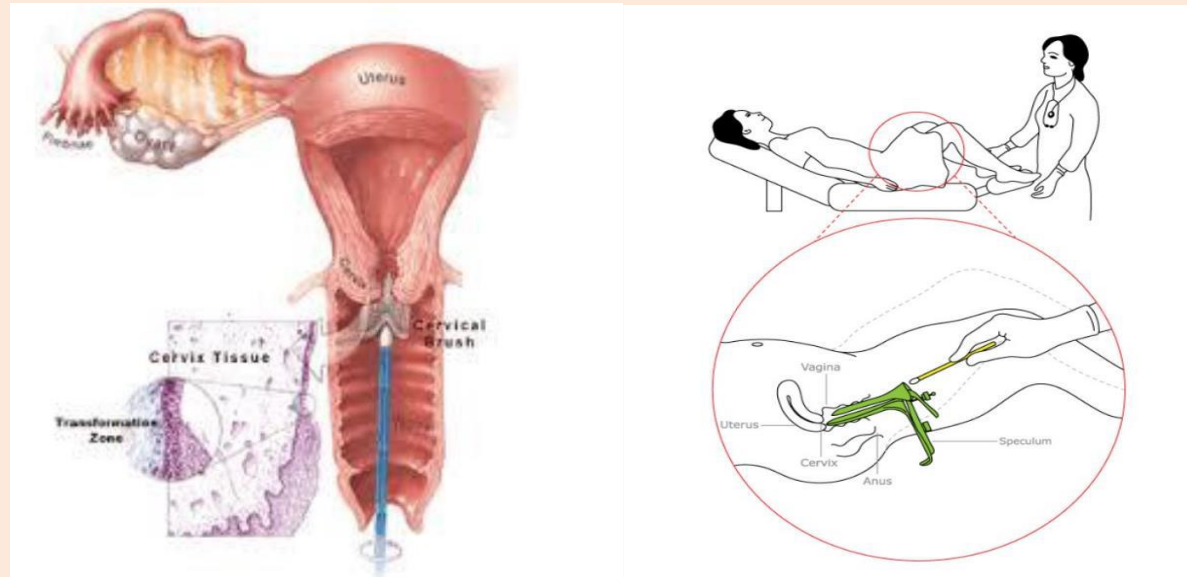
چگونگی برداشتن نمونه از دهانه رحم*

ابتدا بیمار بر روی تخت معاینه ژنیکولوژی، 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 با چرخاندن برس سیتوبراش، اطراف ناحیه اتصال سنگفرشی- ستونی به صورت دورانی را خراشیده و سپس شانه سیتوبراش را خارج کرده و به سرعت در درون مایع ویال با حرکت چرخشی شستشو می دهیم. 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 Tzone (بین دو لایه اسکوام و کولومنا).

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 Thin prep وجود دارد، نمونه مبتنی بر مایع Liquid based و به همان روش 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.



*برای روش تهیه نمونه، از متن 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.

تشخیص زودهنگام سرطان دهانه رحم

در کلیه مراجعات زنان میانسال برای ارزیابی دوره ای سلامت، بررسی علائم برای تشخیص زودهنگام سرطان سرویکس انجام می گیرد. زنانی 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 بازخورد 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 می توانند باردار شوند و دوران بارداری طبیعی داشته باشند.
۷. نمی توان مشخص کرد که کدام نوع HPV و در چه زمانی می تواند از بدن پاک شود و کدام پایدار بماند و پیشرفت نماید.
۸. در فرد آلوده، زمان ابتلا به ویروس HPV را نمی توان 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 قسمتهای ناحیه تناسلی را نمی پوشاند و به همین دلیل 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 می توانند ویروس اچ پی وی را به هم 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، تیپ های ویروس اچ پی وی کم خطر عامل ایجاد آن هستند، ولی تشخیص زگیل تناسلی برای بیمار، ممکن است استرس و نگرانی زیادی برای بیمار ایجاد نماید. توضیح بند ۱۶ می تواند به کاهش نگرانی بیمار کمک کند.
۱۸. درمان، ضایعات را از بین می برد ولی ویروس می تواند تا مدت ها 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. (واکسن های دو ظرفیتی ویروس عامل ایجاد زگیل را پوشش نمی دهند، اما سوشهای پر خطر ۱۶ و ۱۸ در پوشش می دهند).

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 کولپوسکوپ، 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

پیوست ۱

Cervical Cancer Screening Tests

TEST	DEFINITION	FDA-APPROVED TEST	GENOTYPE
Cytology (also known as Pap test or Pap smear)	Examination of the cells in a sample taken from the cervix under a microscope to check for the presence of abnormal cells (abnormal cells may be precancerous or cancerous cells)		
Primary HPV test	A test to detect the DNA of oncogenic (high-risk) types of HPV in a sample taken from the cervix	cobas® HPV (approved 2014)	HPV types 16 and 18
	HPV is the causal agents of almost all cervical cancers	Onclarity HPV (approved 2018)	HPV types 16, 18, 45, 31, 51, 52, 33+58, 35+39+68, 56+59+66
Cotest (cytology and HPV test administered together)	A test that combines cytology to look at cells under a microscope and test for HPV DNA in the same sample taken from the cervix	Digene HC2 (approved 2003)	No
		Cervista HPV HR (approved 2009)	No
		Cervista HPV16/18 (approved 2009)	HPV types 16 and 18
		Aptima HPV (approved 2011)	No
		Aptima HPV16 and 18/45 (approved 2012)	HPV types 16 and 18/45
		cobas HPV (approved 2011)	HPV types 16 and 18
		Onclarity HPV (approved 2018)	HPV types 16, 18, 45, 31, 51, 52, 33+58, 35+39+68, and 56+59+66

Abbreviations: Aptima HPV, human papillomavirus assay from Hologic, Inc; Cervista HPV HR, high-risk human papillomavirus test (Cervista; cobas HPV, human papillomavirus test (cobas; Digene HC2, hybrid capture 2 test (Digene; FDA, US Food and Drug Administration; Hologic, Inc); HPV, human papillomavirus; Onclarity HPV, human papillomavirus assay from Becton, Dickinson & Company; Pap, Papanicolaou; Qiagen); Roche Molecular Systems).

Adapted from: US Food and Drug Administration. FDA Executive Summary: New Approaches in the Evaluation for High-Risk Human Papillomavirus Nucleic Acid Detection Devices. Prepared for the March 8, 2019 meeting of the Microbiology Devices Panel of the Medical Devices Advisory Committee (see FDA 2019).

پیوست ۲

تمرینات تقویت عضلات کف لگن

علاوه بر تمرین ورزشی کگل، تمرین‌های دیگری نیز وجود دارد که از همان گروه عضلات استفاده می‌کنند و موجب تقویت عضلات کف لگن می‌شوند. تمریناتی را برای تقویت عضلات کف لگن انتخاب کنید که متناسب با سبک زندگی شما باشد. یک یا چند تمرین ورزشی زیر را برای تقویت عضله کف لگن و کاهش عوارض ناراحت کننده آن می‌توان انتخاب و برای استفاده به مراجعه کنندگان پیشنهاد کرد. در صورتی که امکان استفاده از فیزیوتراپیست وجود داشته باشد، می‌توان برای شروع تمرینات از وی کمک گرفت.

۱. **Kegels** - تمرین عضلات کف لگن یا **Kegels** در واقع تمرینی است برای منقبض و شل کردن عضلات کف لگن. اگر در حال چرت زدن، خندیدن، پریدن و سرفه کردن متوجه ترشح در خود شدید یا درست پس از اینکه ادرار کردید، احساس کردید دوباره باید به دستشویی بروید این ورزش می‌تواند کمکتان کند. عضله اصلی که در این تمرین به کار گرفته می‌شود عضله کف لگن است. عضله درست را شناسایی کنید. ساده ترین راه برای شناسایی این عضلات آن است که در میانه عمل ادرار آن را متوقف کنید، عضلاتی که برای این کار به کار برده اید در واقع همان عضلات کف لگن هستند. برای انجام این حرکت، این عضلات را منقبض کنید و به مدت ۵ ثانیه نگه دارید، سپس به مدت ۵ ثانیه رها کنید این کار را ۳ مرتبه در روز و هر بار ۱۰ بار تکرار کنید. توجه کنید که استفاده زیاد از این تمرین ورزشی موجب خستگی عضله شده و ممکن است اثر عکس داشته باشد.

۲. **Squats** - اسکوات بزرگترین عضله بدن را درگیر می‌کند و یکی از بیشترین بازده ها را برای بهبود قدرت بدن دارد. وقتی این حرکت اساسی را انجام می‌دهید، قبل از اینکه هر گونه وزنه ای اضافه کنید ابتدا از انجام صحیح آن مطمئن شوید. عضلات اصلی که در این تمرین به کار گرفته می‌شوند عبارتند از: باسن، همسترینگ، عضله چهار سر ران.



۱. صاف بایستید، پاها مقداری از عرض شانه‌ها بازتر شود و نوک انگشتان پا نیز کمی رو به خارج باشد. اگر برای انجام اسکوات می‌خواهید از هالتر استفاده کنید باید پشت گردن و روی عضلات دوزنقه ای قرار بگیرد .

۲. زانوهای خود را خم کنید و ران‌ها و باسن خود را به عقب بکشید طوری که گویا می‌خواهید روی صندلی بنشینید. چانه خود را داخل بکشید و گردن نیز حالت طبیعی خود را داشته باشد .

۳. تا زمانی که ران‌ها با زمین موازی شوند پایین بیایید، وزن خود را روی پاشنه پاها نگه دارید و زانوهای کمی متمایل به بیرون خم شوند .

۴. پاهای خود را صاف کنید و به حالت ایستاده بازگردید .

۵. ۱۵ مرتبه حرکت را تکرار کنید.

۳. **Bridge** - حرکت پل یکی از تمرینات فوق العاده برای باسن است. اما اگر کاملاً درست انجام شود می‌تواند روی عضلات کف لگن نیز تاثیر بگذارد. حتی بدون وزنه هم مکث‌ها و حرکت‌های

موجود در این تمرین باعث می‌شود منقبض شدن عضلات کف لگن را حس کنید. عضلات اصلی که در این تمرین به کار گرفته می‌شوند عبارتند از: باسن، همسترینگ، کف لگن.

۱. روی زمین دراز بکشید. ستون فقرات باید روی زمین قرار بگیرد، زانوهای نیز باید در زاویه ۹۰ درجه خم شوند، کف پاها صاف روی زمین باشد، دست‌ها نیز صاف در دو سمتتان باشد و کف دست‌ها رو به زمین باشد .

۲. نفس خود را به داخل بکشید و از قسمت پاشنه پاها فشار وارد کنید، با منقبض کردن عضلات باسن، همسترینگ و کف لگن ران‌ها را از روی زمین بلند کنید. بدن‌تان در این حالت روی بالا کمر و شانه‌ها قرار می‌گیرد و باید خطی مستقیم تا زانو ایجاد کند .

۳. در بالاترین نقطه ۱ تا ۲ ثانیه مکث کنید و دوباره به نقطه شروع بازگردید .

۴. ۱۰ تا ۱۵ مرتبه در هر ست حرکت را تکرار کنید و ۲ تا ۳ ست انجامش دهید. بین ست‌ها ۳۰ تا ۶۰ ثانیه استراحت کنید .

اگر می‌خواهید این حرکت را به صورت پیشرفته‌تر انجام دهید می‌توانید روی یک توپ طبی امتحانش کنید. برای شروع حرکت، پاها را روی توپ قرار می‌دهید و کمرتان را نیز صاف روی زمین می‌گذارید، سپس مراحلی که بالا هم گفته شده را انجام می‌دهید.



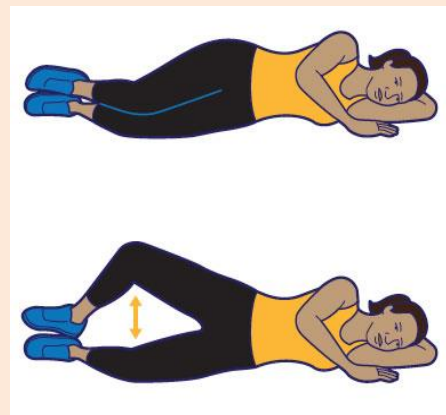
۴. Split tabletop - این حرکت در واقع تمرینی برای پا می باشد که پایه و اساس خیلی از حرکت های دیگر را در پیلاتس تشکیل می دهد. با اضافه کردن حرکت اسپلیت می توانید عضلات ران و

کف لگن را نیز درگیر کنید. عضلات اصلی که به کار گرفته می شوند، عبارتند از: عضلات شکم و پهلو، ران ها، کف لگن.

۱. در حالی که کمر روی زمین قرار دارد و زانوها خم است طوری که ران ها عمود بر زمین باشند و ساق پاها موازی با زمین حرکت را شروع کنید .
۲. عضلات شکمتان باید منقبض و ران داخلی تان نیز باید فعال باشد، پاها یکدیگر را لمس کنند .
۳. با یک حرکت کنترل شده شروع به باز کردن آرام پاها کنید طوری که هر زانو به طرف بیرون برود. تا جایی که برایتان راحت است پاها را فاصله دهید .
۴. به آرامی پاها را بالا و به حالت عادی بازگردانید .
۵. حرکت را ۳ ست و در هر ست ۱۰ تا ۱۵ مرتبه تکرار کنید .



Bird dog



Split tabletop

۵. Bird dog - تمرینی است برای تعادل و ثبات. این حرکت در واقع برای کل بدن است و باعث می شود به یکباره تعداد زیادی از عضلات بدن را درگیر کنید که شامل عضلات کف لگن نیز می

شود. عضلات اصلی که به کار گرفته می شوند عبارتند از: عضلات شکم و پهلو، کمر، باسن و ران ها.

۱. با قرار دادن مچ دست ها زیر شانه ها حرکت را روی چهار دست و پا شروع کنید. کمر باید صاف و گردن باید در حالت خنثی قرار بگیرد .
۲. هسته بدن را درگیر کنید و تیغه های شانه را به طرف پایین کمر و ران ها بکشید .
۳. حرکت را شروع کنید به طور همزمان پای چپ و دست راست خود را خود را بلند کنید و بکشید، لگن و شانه ها را در حالت خنثی نگه دارید. سر را بالا یا پایین نیاورید و این حالت را به مدت ۲ ثانیه نگه دارید .
۴. دست و پای خود را خم کنید و دوباره به طرف پایین و شروع حرکت باز گردانید. سپس پای راست و دست چپ را بالا بیاورید و بکشید. این به معنای یک مرتبه انجام حرکت است .
۵. حرکت را ۳ ست انجام دهید و در هر ست ۱۰ مرتبه تکرار کنید.

پیوست ۳

اطلاعات بیشتر ویژه پزشک

همان گونه که در راهنمای استفاده از بوکلت توضیح داده شده است، برخی از اقدامات در سطح اول ارایه خدمات، توسط پزشک یا با هماهنگی پزشک انجام می شود. این اقدامات به طور کلی در قسمت ارجاع به پزشک در ستون اقدام هر یک از چارت ها مورد اشاره قرار گرفته است. در این بخش، توضیحات بیشتری که ممکن است پزشک برای تکمیل خدمات نیاز داشته باشد، آورده شده است. لازم است پزشکان نیز با مطالعه کامل بوکلت علاوه بر آشنایی با وظایف خود، با اقدامات همکاران ماما در مراکز ارایه خدمات نیز آشنا باشند.

اختلال وازوموتور

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، پزشکان باید تشخیصهای افتراقی زیر را مد نظر قرار داده و بررسی های لازم را انجام دهند:

۱. افزایش هورمونهای تیرویدی
۲. سندرم کارسینوئید(گرگرفتگی بدون تعریق)
۳. فنوکروموسیتوم (افزایش فشار خون، تعریق وفلاشینگ)
۴. فاکتورهای تغذیه ای (الکل، غذاهای پر ادویه و..)
۵. مصرف داروها (اسیدنیوکوتینیک، مسدودکننده های کانال کلسیم، ترک یا مصرف اوپیوم و..)
۶. عفونت مزمن
۷. سندرم دامپینگ پس از جراحی
۸. کانسرها (لنفوم و..)
۹. اختلالات اضطرابی
۱۰. علل طبی و روانی اختلال خواب

درمان دارویی غیر هورمونی: درمان غیر دارویی به عهده ماما، هورمون درمانی به عهده سطح تخصصی و درمانهای دارویی غیر هورمونی به عهده پزشک است درمان های دارویی غیر هورمونی به

اندازه درمان هورمونی موثر نیستند، اما در موارد زیر پزشکان می توانند داروهای زیر را برای درمان اختلال وازوموتور تجویز نمایند:

- علائم متوسط تا شدید گرگرفتگی بدون پاسخ به درمان ها و توصیه های غیر دارویی

- عدم پذیرش درمان هورمونی از سوی بیمار

- وجود کنتراندیکاسیون خاص برای هورمون درمانی

مهمترین داروهای غیر هورمونی اختلال ازوموتور عبارتند از :

- داروهای مهار کننده انتخابی باز جذب مجدد سروتونین (SSRIs) selective serotonin reuptake inhibitors مانند duloxetine دو لوکستین از طریق متعادل سازی نورواندوکیرین و سروتونین در مغز ، باعث بهبود افسردگی می شود، اما مکانیسم عملکرد فلوکستین بر گرگرفتگی، شناخته نشده است. به نظر می رسد که این دارو و سایر داروهای این گروه عملکردی مشابه هورمونها برگرگرفتگی ندارند و به احتمال قوی، تأثیر آن ها مرکزی است و بر علائمی مانند سردرد، میگرن، تعریق شبانه و گرگرفتگی ناشی از یائسگی موثر واقع می شوند. از این گروه داروها فلوکسی تین ۲۰ میلی گرم روزانه و یا پاروکستین ۱۰ تا ۲۰ میلیگرم روزانه بر کنترل علائم موثر بوده است. اما هرگز نباید به عنوان قدم اول درمان علائم ازوموتور از فلوکسی تین یا پاروکستین استفاده کرد مگر آنکه فرد مبتلا به افسردگی هم باشد. در بیمار مبتلا به افسردگی نیز در صورتی که داروی ضد افسردگی دیگری مصرف می کند، به علت تداخلات دارویی از تجویز فلوکسی تین خودداری شود. همچنین مصرف پاروکستین و فلوکستین در بیماران مبتلا به سرطان پستان که تاموکسیفن مصرف می کنند، منع مصرف دارد. از عوارض این داروها تهوع، سرگیجه، خشکی دهان، عسائیت، یبوست، تعریق، اختلالات جنسی است که باگذشت زمان اغلب بهبودی می یابند. با این وجود این داروها از نظر برطرف کردن عوارض ازوموتور نسبت به استروژن اثرات کمتری دارند.

- گاباپنتین (بویژه اگر تومور پستان نیز وجود داشته باشد)، یک داروی مناسب به شمار می رود. خواب آلودگی از عوارض آن است، اما در کنترل گرگرفتگی شبانه و بیخوابی همراه با گرگرفتگی موثر است. پیرگابالین نیز با دوز ۷۵-۱۵۰ میلی گرم دوبار در روز موثر بوده است.

- کلونیدین یک آگونیست رسپتور آلفا ۲ می باشد و با دوز ۰٫۱ میلی گرم روزانه بویژه در مبتلایان به فشار خون بالا می تواند مورد استفاده قرار گیرد. اما با توجه به عوارض بیشتر و اثر بخشی کمتر، هرگز به عنوان قدم اول درمان علائم ازوموتور نباید از کلونیدین استفاده کرد، مگر اندیکاسیون دیگری برای استفاده از آن وجود داشته باشد.

- برخی داروهای خواب آور را می توان برای بهبود کیفیت خواب شبانه مورد استفاده قرار داد، اما این داروها ممکن است بر گرگرفتگی تأثیر نداشته باشند.

آتروفی اوروژنیتال: در بررسی فرد مبتلا به آتروفی ژنیتال، 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، بیمار باید به پزشک ارجاع شود. پزشک باید تشخیص های افتراقی زیر را مورد بررسی قرار داده و در صورت لزوم ارجاع مناسب به سطح تخصصی صورت گیرد:

- درماتیت ها
- بیماریهای سیستمیک زمیته ای
- بدخیمی ها
- هایپرپرولاکتینوما و سایر بیماریهای هورمونی
- دیستروفی های واژینال در اثر کمبود ویتامین های A، B12، آهن و اسید فولیک
- اختلالات میکرو واسکولار و نوروپاتی ناشی از دیابت
- مصرف داروها

هورمون درمانی یائسگی: در صورت وجود اختلال وازوموتور یا اتروفی ژنیتال، وظایف پزشک قبل از ارجاع به سطح تخصصی برای انجام هورمون درمانی جایگزین یا هورمون درمانی یائسگی شامل بررسی شرایط سلامت عمومی فرد برای ارجاع تخصصی جهت شروع هورمون درمانی و اقدامات مربوط به مراقبت ممتد افراد تحت رژیم هورمون درمانی به شرح زیر می باشد:

- تستهای روتین بویژه پروفایل چربی خون، تستهای کبدی وماموگرافی الزامی است.
- در صورت وجود امکانات بهتر است سونوگرافی لگن انجام شود.
- پاپ اسمیر در چارچوب مراقبتهای روتین توسط ماما انجام گرفته باشد.
- همچنین لازم است پزشک به موارد منع مصرف و احتیازات مربوط به هورمون درمانی توجه نمده و بررسی های لازم را انجام دهد.

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

مراقبت ممتد و فالو آپ بیمار به طور مرتب به صورت زیر انجام گیرد:

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

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

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

اثرات استروژن درمانی

- افزایش خطر ایجاد سرطان پستان، بیماریهای عروق کرونر، سکته مغزی و ترومبوآمبولی
- کاهش خطر شکستگی ها
- کاهش خطر سرطان کولون بدنبال ۵ سال استفاده از HRT
- افزایش خطر ترومبوآمبولی در صورت مصرف استروژن تنها
- عوارض جانبی مانند حساسیت پستانها، خونریزی واژینال، نفخ شکم و سردرد با مصرف دوزهای استاندارد استروژن
- بهبود علائم روحی وابسته به منوپوز
- (فراموشی): در مورد اثر HRT بر فراموشی Dementia شواهد کافی وجود ندارد.
- بهبود میل جنسی: استفاده از HRT به تنهایی یا استفاده از تستوسترون به بهبود میل جنسی کمک می کند.

کنترا اندیکاسیونها

درمان هورمونی جایگزین در موارد زیر نباید انجام شود :

- وجود سرطان پستان یا رحم و سایر تومورهای وابسته به استروژن
- خونریزی غیر طبیعی نامعلوم از مهبل
- ترومبوفلیت فعال یا سابقه آن، وجود اختلالات ترومبو آمبولیک یا سابقه بیماری ترومبو آمبولیک به صورت لخته شدن خون در پاها DVT یا ترومبوآمبولی شریانی یا آمبولی ریه یا سکته قلبی یا مغزی
- کمبود شناخته شده پروتئین C، S یا آنتی ترومبین
- واکنش آنافیلاکسی یا آنژیوادم در پاسخ به این داروها
- شک به بارداری
- بیماری فعال کبد و کیسه صفرا
- تریگلیسرید بالاتر از ۴۰۰

در موارد زیر، هورمون درمانی باید با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد:

- دیابت: استفاده از HRT با خطر دیابت تیپ II همراه نیست اما در صورت وجود دیابت، حتما باید بیمار بطور کامل بررسی شده و در صورت لزوم از HRT استفاده شود.
- هیپوپاراتیروئیدی (خطر هیپوکالمی)
- مننژیوم خوش خیم
- وجود خطر زیاد یا متوسط برای سرطان پستان: HRT با استفاده از استروژن + پروژسترون می تواند با افزایش خطر سرطان پستان همراه باشد. اما HRT با استروژن تنها، خطر سرطان پستان را کمی افزایش می دهد. هرگونه افزایش خطر سرطان پستان، وابسته به طول درمان است و با قطع درمان کاهش می یابد.
- وجود عامل خطر بیماری های قلبی
- میگرن یا aura (مواردی مثل آسم، اپی لپسی، میگرن، لوپوس، همانژیوم کبدی)

انتخاب نوع درمان

- برای پیشگیری از هیپرپلازی اندومتر، درمان همزمان استروژن و پروژسترون مورد استفاده قرار می گیرد.
- خطرات Combined-HRT شامل احتمال ترومبوآمبولی و سرطان پستان است.
- در خانمهایی که رحم ندارند می توان از استروژن تنها نیز استفاده کرد.

- در شرایطی که کنتراندیکا سیونی برای هورمون درمانی وجود نداشته باشد، برای درمان مواردی مانند اختلال ازوموتور به روش هورمون درمانی، در صورت وجود رحم، از درمان استروژن همراه با پروژسترون و در صورت نداشتن رحم، از استروژن تنها استفاده می شود.
- عوارض جانبی استروژن لوکال بسیار کم است. درمان با استروژن بصورت موثری علائم آتروفی واژن در یائسگی را بهبود می بخشد. اگر خانمی فقط علائم واژینال داشته باشد، ارجح است که از درمانهای لوکال استفاده شود.
- HRT سیستمیک به تنهایی یا همراه با پروژسترون، مفیدترین درمان برای علائم ازوموتور می باشد. استروژن بصورت low-dose یا Ultra-low dose. می تواند سبب کاهش علائم ازوموتور شود و با عوارض جانبی کمتری همراه است. از هورمونها معمولا برای درمان علائم ازوموتور در زنان کمتر از ۶۰ سال یا کمتر از ۱۰ سال سابقه از منوپوز قطعی استفاده می شود.
- در دوره منوپوز هورمون درمانی با کمترین دوز شروع می شود اما در صورت استفاده از هورمون در زنان جوانی که به دلیل جراحی یا نارسایی زودرس تخمدان، یائسه شده اند، از دوزهای بالاتر می توان استفاده کرد.
- استروژن درمانی سیستمیک: HRT سیستمیک (ERT) در ۷۵٪ خانمها سبب بهبودی آتروفی واژینال می شود. اگر تنها علت انتخاب هورمون درمانی، اتروفی واژینال نیست، می توان از هورمون درمانی سیستمیک استفاده کرد. به عبارت دیگر هورمون درمانی سیستمیک فقط زمانی انتخاب می شود که فرد به دلیل دیگری مانند اختلال ازوموتور شدید نیاز به درمان سیستمیک داشته باشد، در غیر این صورت درمان موضعی ارجحیت دارد. اما برخی از خانمها علاوه بر هورمون درمانی خوراکی نیازمند به دریافت هورمون موضعی هم هستند. در صورتی که فرد تحت هورمون درمانی سیستمیک می باشد، اما همچنان درجاتی از آتروفی واژینال در وی وجود دارد، به جای افزایش دوز هورمون سیستمیک می توان استروژن موضعی را به درمان اضافه نمود.

استروئیدهای سنتتیک

آگونیستها و آنتاگونیستهای استروژن مانند رالوکسی فن و تاموکسی فن ، ospemifene و bazedoxifen مواد سنتتیک هستند که بصورت انتخابی سبب تحریک یا مهار رسپتورهای استروژن در بافتهای هدف مختلف میشوند، به همین علت در بافتهای مختلف میتوانند اثرات متفاوتی داشته باشند. داروی ospemifene که مورد تایید FDA نیز هست، برای دیسپارونی متوسط تا شدید در دوره یائسگی زنان کاربرد دارد.

Ospemifene : ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ یک مدولاتور انتخابی رسپتور استروژن (Selective Estrogen Receptor Modulators (SERM) که به عنوان آگونیست استروژن در واژن عمل میکند در حالی که اثر استروژنی قابل توجه روی اندومتر و پستان ندارد. این دارو در خانم هایی که دیسپارونی متوسط تا شدید دارند، کاربرد دارد. شکل دارو به صورت قرص خوراکی است و فعلا در ایران موجود نیست و در خانم هایی که به علتی که نمی خواهند یا نمی توانند از استروژن واژینال استفاده کنند مثلا آرتريت، چاقی یا ولوودینی و یا باکره بودن کاربرد دارد. نقطه ضعف مصرف این داروها نیاز به تجویز روزانه و وجود عوارض سیستمیک مانند گر گرفتگی و یا احتمال ترومبوآمبولی است. هنوز امنیت مصرف این دارو در خانم هایی که سابقه سرطان پستان داشته یا در معرض افزایش خطر برای ابتلای آن هستند اثبات نشده است

Tibolone ، یک استروئید سنیتیک با اثرات استروژنی و پروژسترونی است که مورد تایید FDA نیست و نمی تواند به عنوان درمان اولیه جانشین هورمونها شود ولی اطلاعات ناکافی از اثرات آن بر دانستیة استخوانی، علائم وازوموتور و علائم واژینال بدون اثرات استروژنی بر رحم و پستانها وجود دارد. همچنین علائمی از ایجاد میوم یا سرطان اندومتر با tibolone وجود نداشته و سبب افزایش ترومبوز یا سرطان پستان نمی شود.

مانیتورینگ درمان هورمونی

- باید در مورد ادامه درمان HRT حد اقل به صورت سالیانه بررسی مجدد انجام شده و در صورت دستیابی به نتیجه مناسب درمان، کوتاه ترین زمان برای این درمان در نظر گرفته شود.
- نیاز به پایش مداوم ضخامت اندومتر در درمان آتروفی واژینال نیست ولی هرگونه خونریزی واژینال حین درمان باید اطلاع داده شده و پاتولوژی های لگنی بخصوص هیپرپلازی اندومتر و سرطان اندومتر مورد بررسی قرار گیرد.
- باید به خانم ها در مورد احتمال افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان اطلاع رسانی شده و لزوم بررسی های مرتب پستان مورد تاکید قرار گیرد.

قطع درمان

- تصمیم گیری برای ادامه HRT باید برای هر فرد بر مبنای علایم و عوارض به صورت جداگانه در نظر گرفته می شود. بیماران باید هر سال پایش شوند و بارسیدن به اهداف درمانی و بررسی خطرات ادامه درمان بر ای هر بیمار جداگانه تصمیم گیری شود. در صورتی که مشکل پزشکی وجود نداشته باشد، ترجیح فرد نیز برای قطع یا ادامه درمان مد نظر قرار می گیرد. برخی افراد ترجیح می دهند به ادامه مصرف دارو با دوزهای بسیار کم، بجای قطع کامل درمان می گیرند.
- در زنانی که در دوره منوپوز به سر می برند، در صورتی که برای هورمون درمانی تصمیم گیری شده است، درمان با کمترین دوز شروع می شود و کوتاهترین دوره درمانی به آن اختصاص می یابد. اثر استروژن در افرادی که به منوپوز نزدیکتر هستند بیشتر از سن بالای ۶۰ سال بوده است.
- در خانم های جوانی که دچار نارسایی اولیه تخمدان (POF) و یائسگی زودرس هستند و منع مصرفی برای استفاده از هورمونها ندارند، HRT را می توان تا رسیدن به سن طبیعی یائسگی ادامه داد.
- اگر چه معمولا تا چندین سال بعد از قطع درمان، دانسیته استخوانی ثابت میماند، اما با قطع درمان، علائمی چون درد مفاصل می تواند برگشت داشته باشد، برمبنای شدت بازگشت علائم، میتوان تصمیم به شروع مجدد درمان گرفت.
- همچنین قطع HRT میتواند سبب بازگشت علائم وازوموتور یا در ۵۰٪ خانم ها شود.

سندرم تناسلی ادراری یائسگی (آتروفی ولو و واژن) (MGUS) *Menopausal Genito Urinary Syndrome

تغییرات آتروفیک در بخشهای مختلف دستگاه ادراری تناسلی

ولو: ولو، کلاژن و بافت چربی خود را در پاسخ به کاهش استروژن از دست می‌دهد. با از دست رفتن چربی سلول‌های شاخی ولو، این بافت توانایی نگهداری آب را از دست‌داده و نازک و خشک می‌شود. ترشحات بافت غددی کاهش یافته، پره پوس کلیتوریس، آتروفیک شده و این بافت‌ها در معرض آزردهی حین لباس پوشیدن، فعالیت جنسی و طولانی نشستن قرار می‌گیرند.

واژن: سطح واژن نازک و شکننده شده و قابلیت کش سانی خود را از دست می‌دهد. ترشحات واژینال کاهش یافته و تولید مایع حین نزدیکی و تماس جنسی، با تأخیر اتفاق می‌افتد و در نتیجه مقاربت را با مشکل مواجه می‌سازد. همچنین از بین رفتن تحریک استروژن باعث تغییر در فلور میکروبی دستگاه ادراری و تناسلی و کاهش اسیدیته واژن می‌شود که منجر به کلونیزه شدن میکروبی‌های روده‌ای در مجرای ادراری و واژن شده و نهایتاً این افراد به عفونت بیشتری مبتلا می‌شوند.

دستگاه ادراری تحتانی: به دلیل تعداد بالای رسپتور استروژن در دستگاه ادراری تحتانی، کاهش استروژن در یائسگی سبب نازک شدن مخاط پیشابراه و مثانه می‌گردد. واژینیت آتروفیک ناشی از منوپوز می‌تواند یک فاکتور در ایجاد بی‌اختیاری ادراری و علائم تحریکی (irritation) و سوزش (احساس ناراحتی) مثل احساس اضطرار در ادرار (urgency)، سوزش ادراری (دیزوری) و تکرر ادرار (فرکونسی) باشد. اورتریت و عفونتهای مکرر ادراری بطور موثری از طریق درمان استروژنی داخل واژن در زنان یائسه قابل پیشگیری هستند.

شکایات، علائم و نشانه‌های آتروفی ولو و واژن

اولین علامت واژینیت آتروفیک، کاهش لوبریکیشن حین مرحله برانگیختگی (arousal) است. سایر علائم شامل: خشکی واژن، خارش ولو، درد حین نزدیکی (Dyspareunia) و سوزش یا درد ولو (vulvodinia)، خونریزی یا لکه بینی بعد از نزدیکی، علایم ادراری به صورت دیزوری، تکرر ادرار، Urgency و عفونت‌های راجعه ادراری می‌باشد.

در معاینه یک یا چند نشانه زیر وجود دارد: نازکی مخاط سرویکس و اپی تلیوم واژن و ولو، از بین رفتن چین‌های واژن، نازک‌تر شدن دیواره‌های واژن و کمرنگ شدن آن‌ها، وجود پتشی‌های کوچک در واژن، بوی بد

* از سال ۲۰۱۴ واژه ی سندرم تناسلی ادراری یائسگی (MGUS Menopausal Genito Urinary Syndrome) توسط انجمن بین المللی مطالعه ی سلامت جنسی زنان و انجمن یائسگی شمال آمریکا به جای آتروفی ولو و واژن جایگزین شده است

همچنین افزایش اسیدیتته (اسیدیتته از ۵-۳/۵ در حضور لاکتوباسیل ها به ۸-۶ می‌رسد) ، محیط را برای رشد ارگانسیم های پاتوژن مثل قارچ و باکتری‌هایی مثل E.coli مساعد می‌سازد. بعلاوه احتمال عفونت‌های تروماتیک و خونریزی حین معاینه با اسپکولوم یا فعالیت جنسی افزایش یافته و زخم‌های میکروسکوپی یا ماکروسکوپی به‌طور خودبه‌خود یا با ترومای جزئی رخ می‌دهد. به‌طور نادر آتروفی شدید منجر به باریک، کوچک و بسته شدن طاق واژن می‌شود. این موارد پیشرفته در خانم‌هایی که زایمان نکرده‌اند، بیشتر دیده می‌شود به‌طوری‌که تنگی واژن و دیس پارونیا در آنان شایع‌تر است.

فاکتورهای تشدید کننده ی واژینیت آتروفیک در یائسگی : نولی پاریتی، مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و...)، عدم وجود فعالیت جنسی، مصرف برخی داروهای کاهش دهنده استروژن مانند مهارکننده‌های آروماتاز مورد استفاده در درمان سرطان پستان می‌توانند واژینیت آتروفیک را تشدید نمایند.

علل غیر یائسگی آتروفی واژینال: در صورت وجود علائم و نشانه‌های آتروفی واژینال در دوره باروری زنان، باید به مواردی مانند شیردهی طولانی مدت، وجود دیابت و مصرف برخی داروها توجه کرد. * * * درمان با SERM (هورمون‌های مدولاتورهای انتخابی استروژن)، آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های GnRH، مهارکننده‌های آروماتاز، پروژسترون‌های قوی با دوز بالا و طولانی‌الاثر خانم‌های دیابتی هم می‌توانند به دلیل اختلالات میکرو و اسکولار و نوروپاتی مبتلا به این علائم شوند.

تشخیص‌های 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:

- ۱- واکنش موضعی به مواد محیطی مثل صابون، پد، لوبریکانت، لباس‌های تنگ و...
- ۲- شرایط خاص: در زنان شیرده ممکن است علائم مشابهی دیده شود که نمی‌توان آن را به آتروفی واژن ناشی از یائسگی منتسب کرد.
- ۳- بیماری‌های ها: عفونت‌ها، بدخیمی‌ها، هیپرپرولاکتینوما، دیستروفی‌های واژینال می‌توانند علائم آتروفی واژینال را تقلید کنند. همچنین دیابت به دلیل اختلالات میکرو و اسکولار و نوروپاتی می‌تواند علائم مشابه آتروفی واژن ایجاد نماید.
- ۴- مصرف داروها: پروژسترون‌های قوی با دوز بالا و طولانی‌اثر، مهارکننده‌های آروماتاز، آگونیست‌ها و آنتاگونیست‌های GnRH، هورمون‌های مدولاتورهای انتخابی استروژن می‌توانند شرایط مشابهی ایجاد کنند.

درمان

هدف از درمان، برگرداندن فیزیولوژی اوروژنیتال به حالت نرمال اولیه و یا تخفیف علائم است. اندیکاسیون اصلی درمان آتروفی واژینال، از بین بردن علائم ناشی از کمبود استروژن در یائسگی است که منجر به ایجاد استرس و عوارض آتروفی و تاثیر بر روابط زناشویی در خانم ها شده است. اصول درمان شامل موارد زیر است:

- ۱- قطع مصرف دخانیات
- ۲- برقراری روابط زناشویی منظم در صورت وجود شریک جنسی فعال.
- ۳- لوپریکانت ها: برای بهبود خشکی واژن فقط حین نزدیکی مصرف می شوند. اثر آنها موقتی است، در برخی از زنان ممکن است سبب سوزش و آزدگی شوند و درمان موثر طولانی مدت محسوب نمی شوند. علیرغم آنکه لوپریکانتها مانند KYgell در تسهیل روابط جنسی موثرند، اما در درمان آتروفی واژینال به تنهایی موثر نبوده و فقط در زنانی که علائم خفیف دارند، می توان از آنها به تنهایی نیز سود برد. انواع گران قیمت لوپریکانتها نیز تاثیر مشابهی دارند.
- ۴- مرطوب کننده ها: پلی مرهای هیدروفیلیک هستند که به موسین و سلول های اپی تلیال دیواره ی واژن چسبیده و آب را نگه می دارند، وقتی سلول های اپی تلیال ریزش می یابند اثرشان از بین می رود. به دلیل اثر بافری سبب کاهش PH واژن می شوند. کرم های مرطوب کننده را یکبار یا بیشتر در هفته می توان مصرف کرد اما در حین نزدیکی نباید مورد استفاده قرار گیرد.*
- درمانهای غیرهورمونی فوق در کسانی که علائم خفیف و محدود به زمان نزدیکی دارند، یا به علت ابتلا به سرطانهای وابسته به هورمون مثل سرطان آندومتر یا پستان مصرف استروژن در آنها ممنوعیت دارد، بیشترین کاربرد را دارند.
- ۵- فیتواستروژن ها: ممکن است فیتواستروژن ها در بهبود علائم اوروژنیتال نقش داشته باشند، اما بی خطری آنها در خانم های مبتلا به تومورهای حساس به استروژن ثابت نشده است.

*Moisturizers and lubricants:

Replens, Me Again, Vagisil Feninine, Feninease, K-Y Silk-E

Water soluble, Astroglide, Slippery Stuff, K-Y Jelly

Silicone based – Pjur Eros, ID Millennium

Oil based- Elegance Women's Lubricant

۶- هورمون درمانی موضعی*: درمان هورمونی موضعی موثرترین درمان برای آتروفی واژینال است. با درمان استروژنی، PH واژن کاهش یافته، لوبریکانت شدن واژن افزایش یافته، ضخامت اپی تلیوم و جریان خون افزایش می‌یابد. اثرات فوق منجر به بهبود در خشکی واژن، دیس پارونیا، ولوودینی، خونریزی ولوواژینال، التهاب و ترشح و علائم ادراری (احساس اضطراب در ادرار کردن و عفونت‌های ادراری) می‌شود. اگر آتروفی واژینال دلیل اصلی درمان است، درمان انتخابی و خط اول درمان، درمان موضعی (واژینال) است. انواع هورمون‌های موضعی استروژنی شامل: قرص‌ها، شیاف‌ها، رینگ‌ها و پمادها و پساری‌های هورمونی است که در حال حاضر ۲ نوع پماد و قرص واژینال در ایران موجود است.

چگونگی مصرف و مدت زمان درمان: طول درمان مشخصی در اغلب گایدلاین‌ها وجود ندارد اما اغلب طی ۳ هفته از درمان بهبودی علائم را گزارش کرده‌اند و تقریباً ۹۰-۸۰٪ خانم‌ها علائم بهبود را نشان می‌دهند. در صورت عدم پاسخ باید مجدداً بیمار ارزیابی و به سطح تخصصی ارجاع شود تا مشکلات زمینه‌ای مثل درماتیت یا ولوودینی مورد بررسی قرار گیرد. استروژن کونژوگه واژینال ۰/۶۲۵ نصف تا یک اپلیکاتور هر شب موقع خواب تا دو هفته و پس از آن تا بهبود علائم که معمولاً تا ۴ هفته طول می‌کشد. قرص واژینال استرادیول حاوی ۲۵ میکروگرم استرادیول است و هر قرص اپلیکاتور جداگانه دارد و نحوه مصرف و مدت زمان مصرف مشابه استروژن واژینال می‌باشد. سایر هورمون‌های موضعی مانند DHEA و تستوسترون موضعی و... توصیه نمی‌شود و خط اول درمان‌های هورمونی استروژن واژینال است.

عوارض جانبی مصرف استروژن موضعی: عوارض جدی بسیار نا شایع هستند اما تمام مصرف‌کنندگان ممکن است عوارض جزئی‌تر مثل تحریک، خارش، خونریزی واژینال، درد لگنی، حساسیت پستان‌ها و پارستزی نشان دهند.

در حال حاضر کامل کردن طول مدت درمان تا زمان بهبود علائم بیمار توصیه می‌شود.

در مصرف ترکیبات استروژنی باید به بیمار مسائل بهداشتی را گوشزد کرد. مثلاً شستن دست بعد از هر بار مصرف دارو و نحوه‌ی صحیح مصرف. باید به بیمار توضیح داد که استروژن‌های واژینال را به عنوان لوبریکانت برای نزدیکی استفاده نکنند زیرا ممکن است از مخاط تناسلی یا دهانی همسر جذب شود.

مصرف هم زمان پروژستین در دریافت کنندگان استروژن موضعی: اگرچه هورمون‌های موضعی می‌توانند سبب تحریک آندومتر به صورت وابسته به دوز شوند اما با استفاده‌ی مناسب از درمان‌های موضعی نیازی به تجویز پروژسترون برای حفظ آندومتر نیست. اگرچه که اطلاعات در مورد مصارف طولانی‌تر از یک سال در دست نیست.

موارد منع مصرف استروژن واژینال: استفاده از استروژن واژینال، در خانم‌هایی 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. باید توجه داشت که تستوسترون‌های مصرفی هم در بافت به استروژن آروماتیزه می‌شوند لذا همان احتیاطاتی که برای استروژن لازم است، در مصرف تستوسترون نیز باید در نظر گرفته شود.

* Vaginal Estrogen Therapy: Cream- Premarin, Estrace, Ring- Femring, Estring, Tablet- Vagifem

۷- استروژن درمانی سیستمیک: HRT سیستمیک (ERT) در ۷۵٪ خانمها سبب بهبودی آتروفی واژینال می‌شود. اگر تنها علت انتخاب هورمون درمانی، آتروفی واژینال نیست، می‌توان از هورمون درمانی سیستمیک استفاده کرد. به عبارت دیگر هورمون درمانی سیستمیک فقط زمانی انتخاب می‌شود که فرد به دلیل دیگری مانند اختلال وازوموتور شدید نیاز به درمان سیستمیک داشته باشد، در غیر این صورت درمان موضعی ارجحیت دارد. اما برخی از خانمها علاوه بر هورمون درمانی خوراکی نیازمند به دریافت هورمون موضعی هم هستند. در صورتی که فرد تحت هورمون درمانی سیستمیک می‌باشد، اما همچنان درجاتی از آتروفی واژینال در وی وجود دارد، به جای افزایش دوز هورمون سیستمیک می‌توان استروژن موضعی را به درمان اضافه نمود.

۸- Ospemifene: یک مدولاتور انتخابی رسیپتور استروژن (Selective Estrogen Receptor Modulators (SERM) که به عنوان آگونیست استروژن در واژن عمل میکند در حالی که اثر استروژنی قابل توجه روی اندومتر و پستان ندارد. این دارو در خانمهایی که دیسپارونی متوسط تا شدید دارند، کاربرد دارد. شکل دارو به صورت قرص خوراکی است و فعلا در ایران موجود نیست و در خانمهایی که به علتی که نمی‌خواهند یا نمی‌توانند از استروژن واژینال استفاده کنند مثلا آرتريت، چاقی یا لولودینی و یا باکره بودن کاربرد دارد. نقطه ضعف مصرف این داروها نیاز به تجویز روزانه و وجود عوارض سیستمیک مانند گر گرفتگی و یا احتمال ترومبوآمبولی است. هنوز امنیت مصرف این دارو در خانمهایی که سابقه سرطان پستان داشته یا در معرض افزایش خطر برای ابتلای آن هستند اثبات نشده است.

۹- Vaginal Dilator: این وسایل را می‌توان برای خانمهایی که مصرف استروژن در آنها کنترااندیکه است و می‌خواهند نزدیکی کنند، استفاده کرد. این روش به خصوص در خانمهایی که به خاطر درد از نزدیکی اجتناب می‌کنند موثر است.

۱۰- لیزر: باید توجه داشت این روش هنوز توسط سازمان غذا و داروی آمریکا تایید نشده است. اگرچه بررسی‌های مشاهده‌ای نشانگر مفید بودن این روش درمانی در درمان آتروفی واژینال است با این حال برای اثبات تاثیر و امنیت این روش درمانی به خصوص برای نشان دادن مفید بودن اثرات در طولانی مدت نیاز به انجام تریال‌های راندوم است. لذا در حال حاضر توصیه نمی‌شود.

۱۱- مکملها: شواهد کافی برای تاثیر مکملهایی مانند ویتامین D یا ویتامین E در درمان آتروفی واژینال جود ندارد.

خونریزی غیر طبیعی واژینال: از هر پنج بیمار مراجعه کننده با خونریزی شدید یک نفر مبتلا به اختلال انعقادی می باشد که شایعترین آن بیماری فون ویلبراند می باشد که یک درصد جمعیت را درگیر می کند. دومین بیماری شایع اختلال عملکرد پلاکت می باشد. کمبود فاکتور و هموفیلی کمتر شایع می باشد. اختلالات اکتسابی شامل مصرف داروها و بیماری های مسبب اختلال پلاکتی نیز می باشد. در موارد زیر باید به علل فوق شک کرد و پزشک باید بیمار ارجاع شده توسط ماما را مورد بررسی تشخیصی و درمانی قرار داده و در صورت لزوم ارجاع تخصصی مناسب صورت گیرد:

۱. خونریزی شدید در منارک، خونریزی بعد زایمان شدید، خونریزی مرتبط با جراحی، خونریزی مرتبط با دندانپزشکی

۲. وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر: خونریزی بینی یک یا دو بار هر ماه، کبود شدگی یک یا دو بار هر ماه، خونریزی لثه یک یا دو بار هر ماه، سابقه خانوادگی علائم خونریزی

تشخیص: بررسی آزمایشگاهی بر حسب مورد بررسی آنمی، بررسی مشکلات انعقادی، بررسی مشکلات هورمونی، غربالگری بدخیمی دهانه رحم صورت می گیرد که شامل تستهای زیر است. باید در نظر داشت همه این آزمایشها برای همه موارد لازم نیست و بر حسب مورد توسط پزشک تصمیم گیری می شود:

- complete blood cell count(Hb,Hct,platelet)
- Protrombin
- partial thromboplastin time(PTT),PT
- iron profile
- serum creatinine
- TSH level
- factor VIII level
- von Willebrand factor antigen
- ristocetin cofactor
- platelet aggregation studies
- Pap smear
- pregnancy test
- prolactin

درمان: در صورتی که دسترسی به سزخ تخصصی وجود ندارد و وضعیت بیمار از نظر حال عمومی شرایط اورژانس داشته باشد، درمان هورمونی جهت درمان خونریزی حاد در افراد مبتلا به کوآگولوپاتی می تواند شامل یکی از موارد زیر باشد:

- Intravenous conjugated estrogens: 25 mg Premarin every 4–6 h - 24 h
- Combined oral contraceptives (monophasic 35-mg pill)* 1 tab 3 times a day for 7 d, then taper
- Oral norethindrone acetate 5–10 mg every 4 h until bleeding stops, then Taper
- Oral medroxyprogesterone acetate 10–40 mg every 4 h until bleeding stops, then taper

در خونریزی حاد میتوان از مولتی دوز داروی کنتراسپتیو و مولتی دوز پروژسترون و ترانگزامیک اسید استفاده کرد.

دوز استروژن تزریقی (Conjugated equine estrogen): ۲۵ میلیگرم هر ۶-۴ ساعت بمدت ۲۴ ساعت که در ادامه روزانه یک عدد قرص ترکیبی جلوگیری از بارداری به مدت ۲۱-۱۴ روز داده می شود. کنتراندیکاسیون آن زنان باردار- حوادث ترومبومبولیک فعلی یا قبلی - کانسر پستان می باشد. در زنان چاق با احتیاط تجویز شود.

بی اختیاری ادراری و مدفوعی: در صورت وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو در بیمار مبتلا به بی اختیاری ادراری یا مدفوعی، بررسی بیشتر از نظر نوع بیماریهای مزمن زمینه ای و نوع داروهای مصرفی توسط پزشک ضرورت دارد. پس از بررسی توسط پزشک، در صورت وجود یبوست طولانی، بروز جدید بی اختیاری مدفوعی، تشدید علائم و شک به بیماری نورولوژیک یا وجود مشکلات حسی حرکتی اندام تحتانی، بیمار به سطح تخصصی مناسب ارجاع می گردد. داروها و بیماریهای ایجاد کننده بی اختیاری شامل موارد زیر هستند:

- داروهای آنتی هیستامین (کلرفنیرامین، دیمن 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،...)

- ابتلا به پارکینسون، دمانس، سابقه سکته مغزی، افسردگی، نارسایی احتقانی قلب، اضطراب، دیابت، عفونت ادرار، اختلالات شناختی، اختلالات نورولوژیک

اختلال عملکرد جنسی: طبقه بندی اختلال عملکرد جنسی در ویرایش پنجم طبقه بندی DSM نسبت به نسخه IV تغییراتی به شرح زیر داشته است. نکته قابل توجه حذف اختلال عملکرد جنسی ناشی از بیماریها و شرایط خاص پزشکی می باشد. جدول زیر تغییرات DSM5 را نسبت به نسخه قبلی نشان می دهد:

Revised Diagnostic Criteria Applicable to All Diagnoses

Unlike its predecessor, the DSM-5 includes the requirement

DSM-IV-TR Diagnoses	Changes in DSM-5
<i>Female dysfunctions</i>	
Female hypoactive desire disorder	<i>Merged into:</i>
Female arousal disorder	Female sexual interest/arousal disorder
Female orgasmic disorder	<i>Unchanged</i>
Dyspareunia	<i>Merged into:</i>
Vaginismus	Genito-pelvic pain/penetration disorder
<i>Male dysfunctions</i>	
Male erectile disorder	<i>Changed to</i> Erectile disorder
Hypoactive sexual desire disorder	<i>Changed to</i> Male hypoactive sexual desire disorder
Premature (early) ejaculation	<i>Unchanged</i>
Male orgasmic disorder	<i>Changed to</i> Delayed ejaculation
Male dyspareunia	Not Listed
Male sexual Pain	
<i>Other dysfunctions</i>	
Sexual aversion disorder	
Sexual dysfunction due to a general medical condition	Deleted
Substance/medication-induced sexual dysfunction	<i>Unchanged</i>
Sexual dysfunction NOS	<i>Replaced by</i> Other specified sexual dysfunctions and Unspecified sexual dysfunction

Note: Individual changes to DSM nomenclature and criteria are in bold.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; IV-TR: 4th Edition-Text Revision; NOS: Not Otherwise Specified

منبع:

DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions

Waguih William IsHak^{1*} and Gabriel Tobia²¹Department Psychiatry and Behavioral Sciences, Cedars-Sinai Medical Center, and Clinical Professor of Psychiatry at the David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, California, USA

²Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, USA

در صورتی که ماما در بیماران مبتلا به اختلال در روابط زناشویی نکته قابل توجهی در شرح حال باروری و معاینه ژنیتال شناسایی نکرده باشد و در شرح حال بیمار به وجود بیماری زمینه ای یا مصرف دارو برخورد کرده باشد، وی را برای بررسی بیشتر به پزشک ارجاع می دهد. پزشک پس از بررسی، اقدام درمانی یا جایگزین کردن دارو یا ارجاع تخصصی متناسب با علت شناسایی شده را انجام می دهد. مهمترین بیماری ها و داروهایی که پزشک باید در بررسی خود مورد توجه قرار دهد شامل موارد زیر است:

سوابق دارویی: مصرف دارو ها، الکل و مواد مخدر و عوارض جانبی داروها 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 ولوواژینال، 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 سوءمصرف مواد و الکل مثل فقدان میل جنسی در مصرف کنندگان اپیوم یا مثل آنورگاسمی در خانمی که داروهای ضد افسردگی مصرف می کند. به طور کلی دستجات دارویی زیر می توانند در هر یک از مراحل چرخه پاسخ جنسی ایجاد اختلال نمایند:

داروهای ایجاد کننده اختلال میل جنسی:

داروهای سایکواکتیو، آنتی سایکوتیک، باربیتورات، بنزودیازپین، بازدارنده های انتخابی سروتونین، لیتیموم، ضدافسردگی های تریسیکلیک، فنیتوئین سدیم قلبی و فشارخون، داروهای ضد چربی، بتابلاکر، کلونیدین، دیگوکسین، اسپیرونولاکتون، داروهای هورمونی، دانازول، آگونیسست GnRh، ضدبارداری خوراکی هیستامین های گیرنده H2، ایندومتاسین، کتوکونازول

داروهای ایجاد کننده اختلال تحریک جنسی:

داروهای آنتی کولینرژیک، آنتی هیستامین، ضدفشارخون، داروهای سایکواکتیو، بنزودیازپین، بازدارنده های انتخابی سروتونین، بازدارنده های مونوآمینو اکسیداز، ضدافسردگی های تریسیکلیک داروهای ایجاد کننده اختلال ارگاسم:

متیل دوپا، آمفتامین و مشتقاتش، آنتی سایکوتیک، بازدارنده های انتخابی سروتونین، بنزودیازپین، مخدرها، ترازادون، ضدافسردگی های تریسیکلیک

سوابق سایکولوژیک یا روانشناختی: ۳۰٪ زنان و ۱۴٪ از مردانی که به کلینیک اختلالات جنسی مراجعه می کنند، دچار نوعی بیماری روانپزشکی هستند (واتسون). در ۶۱٪ افراد مبتلا به افسردگی شدید میل جنسی از بین می رود (بک). بهطور کلی ارتباط اختلال روانی و اختلال عملکرد جنسی به صور زیر دیده می شود:

۱. اختلال روانی به عنوان عامل اولیه و اتیولوژیک مشکلات جنسی: مشکلات روانپزشکی زیر می توانند، علایم و اختلالات زیر را ایجاد نمایند:

- افسردگی: کاهش میل جنسی، مهار ارگاسم و افزایش احساس درد
- اختلالات اضطرابی و فوبیها: کاهش میل جنسی، مهار ارگاسم، ترس از رابطه جنسی و واژینیسموس، درد موقع کوئیتوس
- مانیا و هیپومانیا: میل جنسی بالا، روابط فرزندناشویی
- اختلال وسواسی جبری: میل جنسی کم، مهار ارگاسم، اجتناب از کوئیتوس بخاطر وسواس ها و اجبارها
- سایکوزها: عقاید هذیانی در ارتباط با رابطه جنسی
- اختلال علامت جسمی (Somatic Symptom Disorder): شکایت از یک یا چند علامت جسمی (از جمله آنورگاسمی یا درد ناحیه تناسلی یا درد موقع کوئیتوس) همراه با مشکل جسمی واقعی (مثلاً افتادگی رحم) یا بدون مشکل جسمی واقعی با مراجعات پزشکی و اقدامات پاراکلینیک متعدد و مکرر و درمان های مختلف
- اختلال اضطراب بیماری (Illness Anxiety Disorder): مشغله ذهنی افراطی همراه با اضطراب قابل توجه راجع به احتمال ابتلا به یک بیماری (مثلاً تنگی واژن یا سرطان رحم) بدون علائم جسمی مهم

۲. عوارض روانی اختلال جنسی: اختلال عملکرد جنسی به هر دلیل که به وجود آمده باشد سبب علایم و مشکلات روانی و کاهش کیفیت زندگی می گردد که اهمیت آن را دوچندان می کند. برخی از این عوارض عبارتند از: اضطراب، افسردگی، بی حوصلگی، عدم لذت از زندگی، احساس بی کفایتی، احساس ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس، احساس سردرگمی، تحریک پذیری، پرخاشگری، پرهیز از فعالیت جنسی یا تشدید آن، اختلال در احساس هویت زنانگی یا مردانگی، اختلال در روابط زناشویی، اختلال در روابط با افراد دیگر
۳. اختلال روانی همراه و همزمان با یکی از مشکلات جنسی (comorbidity) مثل واژینیسموس و وسواس هم زمان. ابتلای هم زمان به اختلالات روانپزشکی باعث مراجعه دیرتر بیماران و همکاری ضعیف آنها در انجام توصیه های درمانی می شود و معمولاً عدم توجه به مشکلات روان بیماران مبتلا به اختلالات جنسی باعث عدم درمان صحیح آنها می شود.
۴. عوارض الکل و مواد مخدر و داروهای روانپزشکی مانند مهارکننده های بازجذب سروتونین SSRI در بیماران مبتلا به افسردگی، نورولپتیک ها و آنتی سایکوتیک ها به صورت آنورگاسمی و فقدان میل جنسی. همچنین الکل و مواد مخدر از طریق تاثیر بر سلامت روانی و جسمی، برهم زدن روابط بین زوجین، ایجاد بی ثباتی در شرایط اجتماعی و اقتصادی و خانوادگی بر عملکرد جنسی موثر

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 و از 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. 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 بیماران 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
- است .

بیماریهای غدد و هورمونها:

- اختلالات تیروئید (اثر هیپوتیروئیدی بر کاهش arousal)
- نارسایی زودرس تخمدان
- یائسگی : تغییرات هورمونی از جمله در یائسگی می توانند بر کاهش برانگیختگی جنسی تاثیر بگذارند. در یائسگی طبیعی، سطح استروژن پایین می آید اما اندروژن تخمدان در سطح پره منوپوزال باقی می ماند. بدین ترتیب با توجه به اینکه علیرغم فقدان تولید استروژن تخمدان، تولید آندروژن ادامه می یابد ممکن است افزایش فعالیت جنسی وجود داشته باشد.
- اورفورکتومی دوطرفه : 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.
- کاهش استروژن: کاهش استروژن هم از طریق تاثیر مستقیم بر sex drive هم از طریق تاثیر غیر مستقیم بر خلق و علائم وازوموتور و آتروفی ژنیتال بر تمایلات جنسی و تخیلات جنسی تاثیر می گذارد. از طرف دیگر HRT بر تمایل و علاقه جنسی مرتبط با افزایش سن تاثیر مثبت دارد.
- پروژسترون ممکن است از طریق تاثیر بر خلق و تاثیر بر میزان دسترسی به اندروژن بر تمایل جنسی تاثیر منفی داشته باشد. تغییرات هورمونی از جمله در حاملگی می توانند بر کاهش برانگیختگی جنسی تاثیر بگذارند.
- هایپر پرولاکتینمی بر کاهش تمایل جنسی، برانگیختگی، لوبریکاسیون، ارگاسم و در نهایت کاهش رضایت جنسی تاثیر گذار است.
- آندروژنها در هر دو جنس از طریق ایجاد انگیزه و برانگیختگی و میل جنسی بر عملکرد جنسی تاثیر گذارند. کمبود سطح تستوسترون بر لیبیدو و دفعات ارتباط جنسی تاثیر گذار است.
- هیپوگوناדיسم بر تمایلات جنسی مردان تاثیر گذار است.

غربالگری و تشخیصی زودهنگام سرطان پستان: در صورت شک یالینی پایین به بدخیمی یا شک بالینی بالا به سایر بیماریهای پستان، موارد زیر به پزشک ارجاع شده و پزشک آن را بررسی و اقدام لازم درمانی یا تشخیصی یا ارجاع تخصصی را انجام می دهد:

علائم و نشانه های بالینی در شرح حال و معاینه	اقدام
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	- 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
توده آگزیلاری دوطرفه	- بررسی و ارزیابی جهت رد بیماری سیستمیک - در صورت شک بالینی بالا به نفوم، ارجاع جهت ارزیابی های خاص پاتولوژیک روی نمونه CNB یا انجام نمونه برداری از طریق خارج کردن توده (Excisional biopsy)
توده آگزیلاری یک طرفه یا دو طرفه و عدم وجود بیماری سیستمیک و شک به بدخیمی	- زیر ۳۰ سال: سونوگرافی آگزایلا و پستان ها، ۳۰ سال و بالاتر: ماموگرافی - ارجاع به جراح
شک به کیست در معاینه (توده منظم در لمس)	- 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
کیست متعدد با یا بدون علامت	بر اساس میزان خطر پیگیری شود
کیست منفرد بدون علامت	پیگیری ماهانه
کیست دردناک و کیست های مبهم	اسپیروسیون
درد فوکال پایدار یا شدید به مدت ۴ تا ۶ هفته	- 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
درد دوره ای منتشر پستان (درد بیش از یک ربع پستان) با شرح حال و معاینه طبیعی و عدم وجود عامل خطر سرطان پستان	- نیاز به اقدامی نیست - درد همراه با ماموگرافی طبیعی قبلی نیاز به مامو مجدد صرفا به علت درد نیست
پوست پرتقالی، ضخیم شدگی پوست یا ادم و شک به سرطان انتهایی پستان	ارجاع به جراح پس از تصویر برداری (سونوگرافی در سن زیر ۴۰ سال و ماموگرافی در سن ۴۰ سال و بالاتر)
تغییرات پوستی شامل خارش نوک پستان، پوسته ریزی و زخم پوست مطرح کننده بیماری پاژه پستان	تغییرات پوستی با شک بالینی پایین به بدخیمی پستان یا شک بالینی بالا به عفونت
تغییرات پوستی با شک بالینی پایین به بدخیمی پستان یا شک بالینی بالا به آگزما یا عفونت قارچی	- درمان دوره ای کوتاه مدت (۵ تا ۷ روز) با آنتی بیوتیک - عدم پاسخ به درمان آنتی بیوتیکی ارجاع برای نمونه برداری - آگزما: درمان موضعی کوتاه مدت با کورتیکواستروئید - عفونت قارچی: درمان ضد قارچی کوتاه مدت
ترشح بدون توده یا سایر علائم به صورت ترشحات غیر طبیعی (پایدار، خود به خودی، قابل تکرار در معاینه، از یک مجرا، یک طرفه، شفاف یا خونی)	در بیماران زیر ۳۰ سال سونوگرافی و ۳۰ سال و بالاتر، سونوگرافی و ماموگرافی (هر دو)
ترشح غیر خود به خودی (و بدون سایر مشخصات غیر طبیعی) بدون توده یا سایر علائم:	در سن زیر ۴۰ سال، توصیه به عدم فشار دادن پستان و مراجعه در زمان ایجاد ترشح خود به خودی، در سن ۴۰ سال و بالاتر، ماموگرافی
ترشح به صورت خود به خودی شیر دو طرفه و از مجراهای متعدد بدون یافته مشکوک در تصویر برداری	انجام مشاوره غدد

منابع

برنامه و خدمات جامع سلامت زنان در دوره باروری و یائسگی: دکتر مطهره علامه

- راهنمای بالینی و برنامه اجرایی یائسگی برای زنان ۶۰-۴۵ سال ویرایش نخست ۱۳۸۶- اداره سلامت میانسالان
- بسته خدمات جامع سلامت میانسالان - راهنمای اجرایی مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان- ویژه کارشناسان ستادی - ۱۳۹۵- اداره سلامت میانسالان
- بسته خدمات جامع سلامت میانسالان - راهنمای اجرایی مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان- ویژه ارائه دهندگان خدمات - ۱۳۹۵- اداره سلامت میانسالان

علایم و عوارض یائسگی (کلیات، اختلال ازوموتور، هورمون درمانی یائسگی، سندرم آتروفی اوروژنیتال): دکتر نسیم سنجری - دکتر مطهره علامه

- راهنمای بالینی و برنامه اجرایی یائسگی برای زنان ۶۰-۴۵ سال ویرایش نخست ۱۳۸۶
- مدیریت علایم 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
- Nice, Interventional procedures guidance -26 May 2021

شلی عضلات کف لگن (پرولاپسها، بی اختیاری ادراری، بی اختیاری مدفوعی): دکتر طاهره افتخار- دکتر نسیم سنجری- دکتر بهار محجوبی

- راهنمای بی اختیاری ادراری - مرکز تحقیقات کولورکتال دانشگاه علوم پزشکی ایران به سفارش اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت
- راهنمای بی اختیاری مدفوعی- مرکز تحقیقات کولورکتال دانشگاه علوم پزشکی ایران به سفارش اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت
- راهنمای پرولاپس ها - مرکز تحقیقات کولورکتال دانشگاه علوم پزشکی ایران به سفارش اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت

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

۲-Current Classification and Clinical abnormal Uterine Bleeding 2018

۳- 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.

9-Int J Womens Health. 2012; 4: 413-421. Tranexamic acid for the treatment of heavy menstrual bleeding: efficacy and safety (review article)

Henri Leminen¹ and Ritva Hurskainen^{1,2},. doi: [10.2147/IJWH.S13840](https://doi.org/10.2147/IJWH.S13840)

PMCID: PMC3430088

PMID: [22956886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22956886/)

۱۰- How to manage menstrual disorders in general practice and when to refer to secondary care - Dr.Cristina Naidoo –Consultant Gynecologist-NHS

۱۱- ۲۰۱۹ -

اختلال عملکرد جنسی : دکتر طاهره افتخار - دکتر فهیمه رمضانی تهرانی - دکتر طیبه ضیایی - دکتر عباسعلی ناصحی

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

۲. 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.

۳. 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.

۴. Berek, J.S., 2012. Berek and Novak's ,Gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

۵. 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.
۶. Saks BR. Sexual Dysfunction (Sex, Drugs, and Women's Issues). *Primary Care Update for OB/GYNS.* 1999;6(2):61-5.
۷. 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.
۸. Omidvar S, Bakouie F, Amiri FN. Sexual function among married menopausal women in Amol (Iran). *J Midlife Health.* 2011;2(2):77-80. Epub ۲۰۱۲/۰۳/۱۳.
۹. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Quality of life and sexual function in postmenopausal women. *Journal of women & aging.* ۲۰۱۸;۳۰(۴):۲۹۹-۳۰۹. Epub ۲۰۱۷/۱۰/۲۸.
۱۰. 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.
۱۱. 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.
۱۲. Lamont J. Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(8):769-75. Epub 2012/09/06.
۱۳. 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.
۱۴. 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.
۱۵. 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.
۱۶. 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.
۱۷. 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.
۱۸. Shifren JL. Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond. *Menopause.* 2011;18(11):1149-51. Epub 2011/10/14
۱۹. DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions Waguih William IsHak1* and Gabriel Tobia21Department Psychiatry and Behavioral Sciences, Cedars-Sinai Medical Center, and Clinical Professor of Psychiatry at the David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, California, USA2Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, California, USA

عفونت آمیزشی : دکتر طاهره سوری - دکتر کتابون طایری - دکتر کیانوش کمالی

- 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: دکتر ستاره اخوان - دکتر طاهره سوری - دکتر مطهره علامه - دکتر اعظم سادات موسوی

- 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