

فهرست

فصل ۱	پیشگیری از بارداری ۷
فصل ۲	ولوواژینیت ۳۱
فصل ۳	SIT (عفونت های منتقله جنسی) ۳۹
فصل ۴	بی‌اختیاری ادرار، عفونت مجاری ادرار ۵۳
فصل ۵	اندومتريوز ۶۵
فصل ۶	ديسمنوره و درد مزمن لگن ۷۳
فصل ۷	عملکرد جنسی ۷۹
فصل ۸	تجاوز جنسی و خشونت خانگی ۸۵
فصل ۹	غدد اندوکراین تولیدمثل ۹۱
فصل ۱۰	بلوغ ۹۹
فصل ۱۱	آمنوره و خونریزی رحمی غیرنرمال (AUB) ۱۰۹
فصل ۱۲	هیرسوتیسم و ویریلیزاسیون ۱۱۹
فصل ۱۳	یائسگی ۱۳۱
فصل ۱۴	ناباروری ۱۴۱
فصل ۱۵	PMS, PMDD ۱۵۵
فصل ۱۶	لیومیوما ۱۶۱
فصل ۱۷	بیولوژی سلولی و اصول درمان در سرطان ۱۶۹
فصل ۱۸	نئوپلاسم تروفوبلاستیک حاملگی (GTN) ۱۷۳
فصل ۱۹	بیماری‌ها و نئوپلاسم‌های ولو و واژن ۱۸۳
فصل ۲۰	نئوپلاسم وکنسر سرویکس ۱۹۷
فصل ۲۱	سرطان رحم ۲۱۳
فصل ۲۲	بیماری‌های تخمدان و آدنکس ۲۲۵



فصل اول

پیشگیری از بارداری

دوستان عزیزم این فصل بسیار مهم و کاربردی است و حداقل ۳ - ۲ سوال آزمون به این فصل اختصاص دارد.
 نمودار درختی جهت انتخاب روش پیشگیری از بارداری:

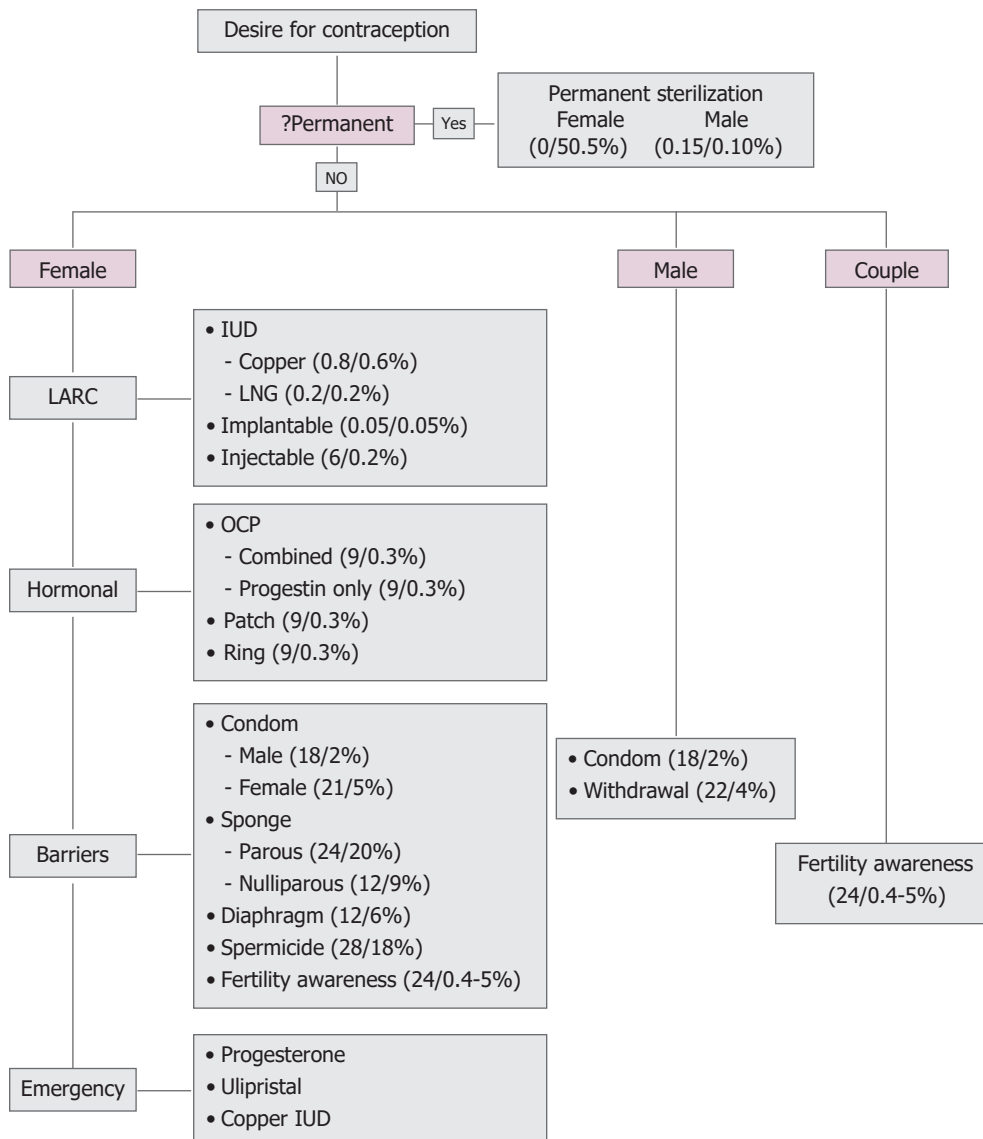


FIGURE 1.1. Decision tree for choosing a contraceptive method. IUD, intrauterine device; LARC, long-acting reversible contraception; LNG, levonorgestrel; OCP, oral contraceptive pill.

LARC - پیشگیری از بارداری طولانی مدت و برگشت پذیر

Implant

یک میله ۲ میلی متری حاوی پروژستین است که برای ۳ سال پیشگیری از بارداری ایجاد می کند. هم با ضخیم کردن مخاط دهانه رحم و هم با مهار تخمک گذاری عمل می کند و مؤثرترین شکل پیشگیری از بارداری (حتی نسبت به TL) است.

تصویر

FIGURE 1.2. Subcutaneous contraceptive implant using etonogestrel (Nexplanon).

تعبیه آن با بی‌حسی موضعی حتی پس از زایمان وقتی هنوز بیمار در بیمارستان است می‌تواند انجام شود.

◀ **عارضه:** شایع‌ترین عارضه جانبی آن AUB (حتی بعد از چند ماه استفاده) است.

IUD

برای نوجوانان، زنان نولی پار و پاروس (زایمان کرده) توصیه می‌شود. رایج‌ترین و بی‌خطرترین روش پیشگیری است.

نکته IUDهای امروزی با خطر PID همراه نیست.

انواع IUD:

چهار نوع IUD وجود دارد:

• سه نوع آن هورمونی است که میزان کمی LNG (لئونورژسترول) داخل رحم آزاد می‌کند و با افزایش ضخامت مخاط سرویکس، کاهش تعداد اسپرم وارد شده به حفره رحم و نازک کردن اندومتر مانع بارداری می‌گردد.

• IUD غیر هورمونی یا مسی (CU): یون‌های مسی به‌عنوان اسپرم‌کش عمل می‌کنند.

زمان تعبیه IUD:

تعبیه IUD بهتر است در پریود انجام شود زیرا:

۱. بیمار باردار نیست.

۲. سرویکس کمی باز است.

البته در روزهای دیگر سیکل نیز می‌توان IUD را تعبیه کرد.

تعبیه IUD بعد از زایمان نیز می‌تواند ۱۰ دقیقه بعد از خروج جفت یا حین عمل سزارین قبل از دوختن برش رحمی انجام شود.

میزان خروج ۵٪ - ۱۰٪ IUD است و بیشترین احتمال خروج در چند ماه ابتدایی است. خروج IUD معمولاً همراه با درد کرامپی شکم، ترشحات واژینال یا خونریزی است.

تنها علامت خروج IUD، بلند شدن نخ آن یا احساس برخورد وسیله توسط پارتنر حین رابطه جنسی است. دقت کنید احتمال خروج IUD در صورت تعبیه بلافاصله پس از زایمان بالاتر است ولی چون موفقیت آن در پیشگیری از حاملگی زیاد است، به‌خصوص در مواردی که بیمار برای ویزیت‌های پس از زایمان مراجعه نمی‌کند، شدیداً توصیه می‌شود.

نکته IUD مسی علاوه بر اینکه روش طولانی مدت پیشگیری از بارداری است، یک روش اورژانسی پیشگیری از بارداری با مهار لانه‌گزینی نیز می‌باشد.

◀ عارضه جانبی:

عارضه جانبی LNG-IUD: کاهش خونریزی قاعدگی و حتی آمنوره. (که البته این عارضه، خودش یک فایده است و برای زنان دچار خونریزی زیاد و اندومتر پرولیفراتیو خاصیت درمانی دارد و با آزاد کردن پروژسترون سبب آتروفی اندومتر و کاهش خونریزی قاعدگی و کاهش دیسمنوره در زنان دچار اندومتريوز می‌شود). دقت کنید سطح پروژسترون سرم تغییر نمی‌کند.

عارضه جانبی IUD مسی: قاعدگی شدیدتر و افزایش دیس منوره

◀ مدت کارایی:

● IUD مسی تا ۱۰ سال و LNG-IUD ۵ - ۳ سال

《 خطرات IUD:》

۱ ابتدا به عفونت در ۲۰ روز اول پس از تعبیه IUD

نکته فردی که IUD دارد و کشت مثبت سرویکس برای گنوره یا کلامدیا یا واژینوز باکتریال دارد ولی بی‌علامت است، بدون نیاز به خارج کردن IUD باید آنتی‌بیوتیک دریافت کند.

معمولاً $PID \geq$ سه ماه یا بیشتر پس از تعبیه IUD رخ می‌دهد ولی در کل بدانید که IUDهای جدید خطر PID را افزایش نمی‌دهند.

۲ IUD خطر EP را زیاد نمی‌کند ولی میزان EP در خانمی که از IUD استفاده می‌کند بیشتر از خانمی

است که از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کند، بنابراین اگر خانمی با وجود IUD باردار

شود، خطر EP زیاد است و هم چنین ۵۰٪ خطر سقط خود به خود دارد.

نکته اگر خانمی با وجود IUD حامله شد، در صورت مشاهده نخ، باید IUD را خارج کرد که با این

کار ۳۰٪ خطر سقط خود به خود کم می‌شود. اما اگر نخ قابل مشاهده نباشد باید با وسیله

IUD را خارج کرد ولی در این حالت خطر سقط افزایش می‌یابد و اگر IUD خارج نشود، ممکن

است بارداری بدون خطر ناهنجاری مادرزادی ادامه پیدا کند ولی خطر PTL ۴-۲ برابر می‌گردد.

《 خارج کردن IUD:》

با کشیدن نخ، IUD خارج می‌شود ولی اگر نخ رویت نشود، چرخش ۲ سواپ پنبه دار در کانال اندوسرویکس معمولاً نخ را پیدا می‌کند ← اگر امکان پذیر نبود خارج کردن با قلاب IUD یا فورسپس کوچک تحت گاید

سونوگرافی انجام شود ← اگر ناموفق بود و IUD در دیواره رحم گیر کرده بود، هیستروسکوپی انجام شود

← اگر رحم سوراخ شده بود یا IUD وارد شکم شده بود لاپاراسکوپی انجام شود.

کنتراندیکاسیون IUD: عفونت داخل رحمی، سپسیس، خونریزی پس از زایمان

DMPA

پروژستین تزریقی است که هر ۱۳ هفته به صورت IM یا SQ تزریق می‌شود و می‌تواند تا ۱۵ هفته بعد از آخرین تزریق پیشگیری از بارداری ایجاد کند.

۱- تزریق DMPA باید در ۵ روز اول قاعدگی انجام شود، در غیر این صورت باید از روش کنتراسپشن دیگری برای ۲ هفته استفاده شود.

۲- تزریق DMPA هر سه ماه یکبار است، در صورتی که در زمان موعد تزریق دوم تا ۲ هفته تاخیر وجود داشته باشد، اشکالی ندارد و تاثیر آن کاهش پیدا نمی‌کند.

« مکانیسم اثر:

DMPA و سایر کنتراسپشن‌های پروژسترونی با سه مکانیسم مانع بارداری می‌شوند:

- ۱ با تخریب اندومتر
 - ۲ با افزایش ضخامت مخاط سرویکس
 - ۳ با افزایش پروژستین خون مانع LH-Surge و در نتیجه تخمک گذاری می‌شوند
- سرکوب FSH با OCP اتفاق می‌افتد ولی با DMPA به خوبی رخ نمی‌دهد، بنابراین مؤثرترین دارو برای سرکوب تخمک‌گذاری OCP است نه DMPA.

فواید:

- ۱ کاهش ابتلا به کنسر اندومتر
- ۲ کاهش آنمی فقر آهن و کاهش خونریزی منس
- ۳ کاهش درد مرتبط با اندومتریوز و دیس منوره

اثر بخشی:

- ۱- عملکرد DMPA تحت تأثیر وزن فرد نمی‌باشد و با داروهایی که از طریق کبدی متابولیزه می‌شوند تداخل ندارد.
- ۲- کنتراندیکاسیون‌های OCP مثل سیگار، HTN و سن < ۳۵ و ترومبوفیلیت و ... ربطی به DMPA ندارد و در این شرایط DMPA ممنوعیت مصرف ندارد.

اندیکاسیون‌های DMPA:

- ۱ نیاز به کنتراسپشن مؤثر
 - ۲ زنانی که پذیرش سایر روش‌ها برایشان دشوار است
 - ۳ شیردهی
 - ۴ زنانی که کنتراسپشن‌های استروژنی در آنها کنتراندیکه است
 - ۵ بیماران با تشنج / آنمی سیکل سل / آنمی ثانویه به منوراژی
- ۱- DMPA هیچ تاثیری روی کیفیت شیر مادر و نیز بر کودک ندارد، حتی مقدار شیر را افزایش می‌دهد و می‌توان بلافاصله پس از زایمان آن را تجویز کرد.
- ۲- DMPA با داروهای ضد تشنج تداخلی ندارد و حتی اثرات آرام‌بخش پروژستین در کنترل تشنج کمک کننده است.

کنترااندیکاسیون‌های DMPA:

- ۱ مشکوک به بارداری یا بارداری اثبات شده
- ۲ خونریزی واژینال بررسی نشده
- ۳ سرطان پستان مشکوک یا اثبات شده
- ۴ بیماری کبدی
- ۵ حساسیت به DMPA

◀ عوارض جانبی:

- ۱ کاهش BMD به علت سرکوب استرادیول: این عارضه به‌ویژه در نوجوانان سبب نگرانی می‌شود، بنابراین توصیه شده که بیش از ۲ سال استفاده نشود، البته خوشبختانه اثر DMPA بر کاهش BMD برگشت‌پذیر است.
- ۲ AUB: این عارضه با هر نوبت تزریق کاهش می‌یابد و بیشتر زنان بعد از ۵ سال آمنوره می‌شوند. در صورت بروز این عارضه، درمان با استروژن کنتراژیک به مدت ۱۰ - ۷ روز توصیه می‌شود.
- ۳ افزایش وزن: که برای پیشگیری از این عارضه آموزش دقیق بیمار لازم است.

نکته  ارزیابی BMD در صورت استفاده از DMPA ضروری نیست.

پیشگیری هورمونی

ترکیبی از استروژن و پروژسترون هستند و البته محصولات صرفاً پروژسترونی هم وجود دارد.

OCP ترکیبی

همگی حاوی اتینیل استرادیول (به‌عنوان استروژن) + ۱۹ نورتستسترون یا مشتقات اسپرینولاکتون یا دروسپیرنون (به‌عنوان پروژسترون) هستند. مهم‌ترین عملکرد OCP ها سرکوب آزاد شدن گوناودتروپین از هیپوتالاموس و به دنبال آن سرکوب FSH و LH است.

نکته  در تمام OCP ها جزء پروژسترونی غالب است و باعث سرکوب LH می‌شود.

جزء استروژنی باعث سرکوب FSH، مهار بلوغ فولیکول و تقویت جزء پروژسترونی می‌شود.

همیشه به یاد داشته باشید که: ۱۲۵

• پروژسترون سبب ضخیم شدن مخاط سرویکس، آتروفی اندومتر و مهار مهاجرت اسپرم می‌شود، ولی استروژن باعث تثبیت اندومتر و منظم تر شدن سیکل و کاهش احتمال خونریزی بین سیکل‌های قاعدگی می‌شود.

• در OCP، پروژستین بیشترین اثر پیشگیری از بارداری را دارد ولی استروژن بیشترین اثر روی منظم کردن سیکل را دارد.

◀ رژیم‌های OCP:

- ۱ فازیک: ۲۱ روز هورمون + ۷ روز پلاسبو
- ۲ مداوم: مداوم تا ۳ ماه و ایجاد دوره قاعدگی هر ۳ ماه یک‌بار

توجه  در رژیم مداوم احتمال خونریزی بین چرخه‌ها بیشتر است.

OCP فقط پروژستینی (مینپیل)

OCP های فقط پروژستینی به‌ویژه در زنان شیرده و زنان بالای ۴۰ سال مفید است، زیرا هیچ تأثیری روی کیفیت یا کمیت شیر مادر نمی‌گذارد و می‌توان بلافاصله پس از زایمان تجویز کرد. OCP فقط پروژستینی، انتخاب مناسب برای خانم‌هایی است که استفاده استروژن در آنها ممنوع است.

مینپیل باید از روز اول منس، هر روز در زمان مشخص مصرف شود. اگر خانمی بیشتر از ۳ ساعت تأخیر در استفاده داشت، باید از روش جلوگیری دیگری استفاده کند. پس به یاد داشته باشید OCP فقط پروژستینی کنترل چرخه ضعیفی دارد و باید مداوم مصرف شود.

مزایای OCP:

۱. پریود قابل پیش بینی، کوتاه تر با درد کمتر
۲. کاهش آنمی فقر آهن
۳. کاهش کنسر اندومتر و کنسر تخمدان و بیماری خوش خیم تخمدان
۴. کاهش PID
۵. کاهش EP

عوارض OCP:

۱. **AUB:** شایع‌ترین دلیل قطع OCP است.

نکته: خونریزی بین سیکل‌ها معمولاً در ۳ ماه اول مصرف اتفاق می‌افتد. درمان چیست؟

درمان AUB ناشی از OCP در ۳ ماه اول مصرف فقط اطمینان بخشی است و خود به خود برطرف می‌شود. ولی اگر خونریزی پس از ۳ ماه از مصرف رخ داد علت چیست؟ درمان چیست؟ علت آتروفی و شکنندگی اندومتر ناشی از اثر پروژستین است و درمان مصرف روزانه استروژن کنژوگه ۱.۲۵ mg به مدت ۷ روز سبب تثبیت اندومتر می‌شود. دقت کنید در این موارد اضافه کردن OCP (مصرف ۲ - ۳ قرص روزانه) برای توقف خونریزی مؤثر نیست (چون جزء غالب OCP، پروژستین است و اضافه کردن دوز OCP سبب آتروفی بیشتر و شکننده‌تر شدن اندومتر می‌شود).

۲. آمنوره:

درمان: اول بارداری باید رد شود سپس از بیمار سوال کنید اگر آمنوره برای بیمار قابل تحمل باشد درمان نیاز نیست. اگر قابل تحمل نیست مصرف قرص OCP با استروژن بالاتر یا قرص حاوی استروژن تنها تجویز شود. **۳. عوارض جدی** (DVT، PTE، کلسنازکیسه صفرا، استروک مغزی، MI، تومورهای کبدی): این عوارض بیشتر مربوط به OCP های محتوی دوز بالای استروژن است و این عوارض در زنان سیگاری بزرگ‌تر از ۳۵ سال شایع‌تر است.

۴. افزایش وزن، نفخ، تندرns پستان، تهوع، خستگی، سردرد که بیشتر مربوط به استروژن است.

نکته: ۱- به‌طور کلی افزایش وزن در مصرف OCP اثبات نشده ولی در مصرف DMPA اثبات شده است.

۲- در صورت بروز این عوارض تغییر دوز یا ترکیب جزء پروژستینی سبب کاهش این عوارض می‌شود.

۵. عوارض متابولیک:

• **استروژن:** تغییر متابولیسم چربی، افزایش احتباس آب و سدیم، افزایش سوبسترای رنین، تحریک

سیتوکروم p-450، افزایش گلوبولین هورمون‌های جنسی، کاهش آنتی‌ترومبین III

• **پروژسترون:** افزایش سبوم، تحریک رشد موهای صورت و بدن، تحریک عضله صاف، افزایش زردی

کلساتیک

نکته پروژستین‌های جدید: دزوژسترون، دروسپیرنون، نورژستیمات (دزو، درو، نور) اثر متابولیک کمتری دارند و عوارض‌شان کمتر است.

کنتراندیکاسیون OCP:

۱ سن < 35

۲ سیگار

۳ سابقه DVT، بیماری عروق کرونر، CHF، عروق مغزی

۴ سابقه میگرن با اورا

نکته در میگرن با اورا، مصرف استروژن ممنوع است.

تداخل دارویی OCP:

• داروهایی که سبب کاهش اثر OCP می‌شود: باربیتورات، بنزودیازپین، فنی‌توئین، کاربامازپین، ریفامپین، سولفانامید

نکته آنتی‌بیوتیک‌ها فلور روده را تغییر می‌دهند و می‌توانند باعث کاهش جذب OCP شوند ولی در اثربخشی OCP تاثیری ندارند.

• OCP سبب کاهش اثر این داروها می‌شود: ضد انعقادها، متیل دوبا، فنوتیازین، رزپین، TCA

PATCH

تصویر

FIGURE 1.3. Contraceptive patch.

پچ پوستی محتوی استروژن و پروژستین است و به مدت یک هفته کامل مؤثر است. به بیمار بگویید روز ۵ پریود پچ را گذاشته و هر هفته تا ۳ هفته آن را عوض کند. هفته چهارم بدون پچ باشد تا پریود شود. پچ باید روی پوست تمیز و خشک باسن، بازو و یا قسمت تحتانی شکم باشد. عوارض پچ و موارد ممنوعیت مصرف آن مثل OCP است و می‌تواند سبب افزایش DVT شود و عارضه خاص مربوط به پچ حساسیت پوست در محل چسب است.



پچ برای چه کسی مفید نیست؟ فرد $< 90 \text{ kg}$ چون چاقی سبب کاهش اثربخشی پچ می‌شود.

RING

حلقه واژینال هم محتوی استروژن و پروژستین است و چون یکبار در ماه استفاده می‌شود، پذیرش بیمار بیشتر است.

تصویر

FIGURE 1.4. Contraceptive ring.

در ابتدای شروع پریود بیمار باید حلقه را داخل واژن قرار دهد و تا سه هفته حلقه در واژن باقی بماند. برداشتن حلقه تا ۳ ساعت اشکالی ندارد ولی بیشتر از این مدت سبب خونریزی می‌شود. حلقه بدون رنگ و بو است و بیشتر بیماران و پارتنرهایشان متوجه وجود آن نمی‌شوند.



۱- مزیت حلقه نسبت به OCP: کاهش خونریزی بین سیکل‌های قاعدگی

۲- مزیت حلقه و پچ نسبت به OCP: کمتر بودن تداخلات دارویی (چون از راه گوارش جذب نمی‌شوند).

جلوگیری فیزیکی از بارداری



این روش‌ها راحت‌اند و به مشاوره پزشکی کمی احتیاج دارند ولی آسیب‌پذیرند. لاتکس موجود در کاندوم، دیافراگم و کلاهک با لوبریکانت‌های روغنی آسیب می‌بیند.