



راهنمای تدابیر بالینی  
در  
عفونت‌های  
آمیزشی

1



## پیشگفتار

عفونت‌های آمیزشی (STI)<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین علل بیماری در جهان بوده و صدمات زیادی از نظر اقتصادی و اجتماعی به بسیاری از کشورها وارد می‌نمایند. ظهور و گسترش عفونت HIV و ای‌دز، تأثیر بسزایی بر کنترل و اداره‌کردن عفونت‌های مقاربتی گذاشته‌است. از طرف دیگر، با افزایش مقاومت دارویی در میان پاتوژن‌های مربوط، مشکلات تازه‌ای نیز اضافه شده‌است.

در سال ۱۹۹۱، سازمان جهانی بهداشت (WHO) برای درمان فراگیر بیماران مبتلا به STI توصیه‌هایی را منتشر کرد که شامل رژیم‌های پیشگیری و مراقبت STI و نیز عفونت HIV بود. طی گردهمایی گروه مشاوران WHO در سال ۲۰۰۳، درمان بیماری‌های آمیزشی مورد تجدید نظر قرار گرفت و توصیه‌های درمانی با توجه به آخرین اطلاعات ارائه گردید. همین روند در سال ۲۰۰۶ توسط CDC آمریکا صورت گرفت و دستورالعمل برخورد بالینی در آن کشور بر اساس برخورد سندرومیک تدوین شد.

برای تدوین متن حاضر ابتدا مطالعه مروری بر روی کلیه مقالات منتشر شده کشور در زمینه بیماری‌های آمیزشی صورت پذیرفته، پیش نویس متن با استفاده از منابع پیشگفت طراحی شد. این پیش نویس در جلسه ویژه کمیته مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی و با حضور اساتید بیماری‌های عفونی، زنان-زایمان، اورولوژی و پوست مورد بازبینی قرار گرفت. بدیهی است با مشارکت علاقمندان در انجام تحقیقات کاربردی در زمینه شناخت عوامل اتیولوژیک مولد هر سندروم و میزان شیوع آنها به بروز سازی و ارتقاء این دستورالعمل کمک خواهد نمود.

<sup>۱</sup> Sexually Transmitted Infections



## ۱. مقدمه

### ۱.۱. سابقه

عفونت‌های آمیزشی (STI)، در بخش عمده‌ای از جهان به‌عنوان یک مشکل بهداشتی محسوب می‌شوند. به‌نظر می‌رسد STI حاد در بیشتر کشورها شایع باشد و نقص در تشخیص و درمان آن در مراحل اولیه ممکن است عوارض و مشکلات شدیدی را از جمله نازایی، مرگ جنین، حاملگی خارج از رحم، بیماری‌های بدخیم آنوزنیتال، مرگ زود هنگام و درهمن راستا عفونت‌های نوزاد و شیرخوار ایجاد نماید. هزینه‌ی مراقبت فردی و ملی STI می‌تواند قابل توجه باشد. ظهور HIV و ای‌دز توجه بیشتری را روی STI متمرکز ساخته است. بین STI و انتقال HIV ارتباطی نزدیک وجود دارد و مشخص شده است که هر دو نوع با زخم و بدون زخم STI، خطر انتقال جنسی HIV را افزایش می‌دهند. ظهور و گسترش عفونت HIV و ای‌دز، اداره و کنترل سایر علل STI را نیز دشوار می‌سازد. برای مثال، از آنجا که HIV باعث سرکوب سیستم ایمنی می‌شود، درمان شانکروئید در مناطقی که عفونت HIV شیوع بیشتری دارد، روز به روز دشوارتر می‌گردد. مقاومت آنتی‌بیوتیکی در اکثر پاتوژن‌های مولد STI رو به افزایش است؛ به‌نحوی که برخی از درمان‌های موجود، بی‌اثر شده‌اند. ترکیب‌های جدید، از جمله سفالوسپورین‌های نسل سوم و فلوروکینولون‌ها که قادر به درمان عفونت‌های مقاومند، اگرچه در دسترس می‌باشند، ولی گران‌قیمت هستند. با وجود این، باید هزینه‌ی بالای درمان اولیه با هزینه‌های ناشی از درمان ناقص، شامل ایجاد عوارض، عود و انتشار گونه‌های مقاوم، مقایسه شود.

### ۱.۲. دلیل اصلی برای استانداردسازی توصیه‌های درمانی

تدابیر درمانی مؤثر برای STI یکی از پایه‌های اصلی کنترل این عفونت‌ها است؛ زیرا باعث جلوگیری از ایجاد عوارض و مشکلات این بیماری‌ها شده، انتقال آنها را در جامعه کم نموده و فرصتی مناسب برای آموزش درخصوص HIV فراهم می‌آورد. بنابراین، درمان مؤثر بیماران STI در مراجعه اول به مراکز بهداشتی، یک معیار مهم بهداشت اجتماعی محسوب می‌شود. وقتی افراد نوجوان بیمار می‌شوند، این احتمال وجود دارد که رفتار جنسی در آینده و توجه به درمان در دوران بحرانی بلوغ تحت تأثیر قرار گیرد. به‌کاربردن



پروتکل‌های استاندارد اختصاصی در همه سطوح ارائه‌کننده خدمات بهداشتی قویاً توصیه شده‌است.

به‌علاوه، پروتکل استاندارد موجب سهولت آموزش کارکنان و نظارت بر فعالیت‌های آنان شده، ایجاد مقاومت دارویی در عوامل بیماری‌زای آمیزشی، مانند نایسریا گنوره و هموفیلوس دوکریی را به تأخیر می‌اندازد و چگونگی تأمین دارو را مستدل می‌سازد. توصیه می‌شود راهنمای درمان STI در هر کشور، با توجه به الگوی اپیدمیولوژیک و حساسیت آنتی‌بیوتیکی و با مشورت تنگاتنگ کارشناسان بهداشت و بیماری‌های آمیزشی تدوین شود.

### ۳.۱. برخورد با موارد

برخورد با موارد STI، به معنی مجموعه تدابیر بالینی برای افرادی است که علامتی از STI دارند و یا آزمایش مثبت برای یک یا چند نوع STI نشان می‌دهند. اجزای این برخورد عبارتند از: گرفتن تاریخچه، معاینه، تشخیص کامل، درمان سریع و مؤثر، توصیه به اصلاح رفتار جنسی، توزیع کاندوم، شناسایی و درمان شریک جنسی، گزارش موارد و پیگیری بیماران درمان‌شده؛ بنابراین، برخورد مؤثر با بیماران نه فقط درمان آنتی‌بیوتیکی و کاهش عفونت‌زایی، بلکه مراقبت همه‌جانبه بیماران جهت بازگشت به سلامت را دربردارد.

**۱،۳،۱ گرفتن شرح حال (تاریخچه):** برای گرفتن تاریخچه لازم است اطمینان فرد را جلب نمود

اهمیت جلب اطمینان برای گرفتن تاریخچه به چند دلیل است:

الف- سؤالاتی که باید پرسیده شود شخصی و خصوصی است. بنا بر این بیمار ممکن است تمایل به پاسخ دادن نداشته باشد.

ب- بیماران ممکن است از دادن اطلاعات به علت حمایت از شریک جنسی خود، خودداری کنند.

به بیمار اطمینان دهید که آنچه به شما می‌گوید محرمانه می‌ماند.

ابتدا خود را به بیمار معرفی می‌کنیم، به بیمار کمک نماییم که احساس راحتی کند. محیطی آرام ایجاد کنیم، نحوه سؤال کردن طوری باشد که اطمینان بیمار را جلب کنیم



و تاریخچه کامل از بیمار بگیریم. به بیمار خوش آمد بگوئیم، ارتباط نگاهی با بیمار داشته باشیم از کلماتی استفاده کنیم که برای بیمار قابل فهم باشد. رفتاری دوستانه، اطمینان بخش و مؤدب داشته باشیم. از سؤالات بسته و دقیق استفاده کنیم. سؤالات بسته به گونه ای است که پاسخ به آنها در یک کلمه یا عبارت کوتاه داده می شود اغلب آری یا نه است. (مثلاً آیا تورم دردناک است؟ آیا تأخیر قاعدگی وجود دارد؟) این سؤالات برای گرفتن تاریخچه بسیار مؤثر هستند. زیرا به ما کمک می دهند اطلاعات کاملی را، بدون اینکه بیمار مدت زیادی صحبت کند، کسب کنیم. برای پرسیدن سؤالات خصوصی از بیماران اجازه گرفته شود.

#### سؤالات به چه نحوی از بیمار پرسیده شود؟

نحوه سؤال کردن از بیمار مشکل ترین قسمت گرفتن تاریخچه است. باید از بیمار با دقت سؤال شود و مطمئن باشید که پاسخهای روشنی از اطلاعات مورد نیاز خواهید گرفت. نحوه سؤال کردن از بیمار باید مؤدبانه باشد. بطور واضح، روشن و اختصاصی سؤال کنید بطوری که بیمار شخصاً بفهمد شما به چه اطلاعاتی نیاز دارید. کلیه سوالات لازم پرسیده میشوند. در صورت عدم تمایل بیمار از ثبت نام و مشخصات خصوصی دیگر وی صرف نظر میشود. همچنین در صورت عدم تمایل وی به تشکیل پرونده، پزشک تنها اطلاعات کلی را ثبت خواهد کرد.

#### ۲,۳,۱ نحوه انجام معاینه بالینی :

معاینه بالینی بیماران حائز اهمیت است. چرا که نشانه های توصیف شده توسط بیمار را تأیید کرده و در صورت امکان می توان علائمی را از بیماریهای آمیزشی در معاینه پیدا کرد. به خاطر احتمال خجالتی بودن بیماران یا عدم تمایل ایشان به معاینه ناحیه تناسلی، حتی اگر زمان اندکی برای معاینه وجود دارد. باید سعی خود را بکنیم.

- با آرامش با وی رفتار شود و نحوه معاینه محرمانه و بر اساس اصول پزشکی باشد.
- خجالت و شرمندگی خود را به بیمار بروز ندهید.



- انجام معاینه برای رسیدن به تشخیص ضروری است حتی اگر به مشاهده محدود شود.
- رازداری و جلب اطمینان بیمار ضروری است.
- آرام و دوستانه با بیمار برخورد کنیم.
- در مورد بیماران مؤنث ، در صورت تمایل بیمار، داشتن یک همراه ایرادی ندارد.
- در مورد بیمارانی که تمایلی به معاینه نشان نمی دهند بیان اهمیت معاینه بطور واضح، جهت ترغیب ایشان، لازم است.

6

قدمهای اساسی در مورد نحوه معاینه بیماران مؤنث و مذکر به شرح زیر است :

#### معاینه بیماران مذکر :

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



۷- از بیمار بخواهید که بطرف جلو خم شود و کپلها را با دست باز کنید. بطوری که مشاهده مقعد و پرینه امکان پذیر گردد.

۸- اسکروتوم را لمس کنید. (بیضه، اپی دیدیم، طناب اسپرماتیک)

۹- آلت تناسلی را از نظر بثورات جلدی و زخم معاینه کنید. به

Coronal Sulcus، Frenum، Glans penis و مجرای پیشابراه توجه کنید.

اگر ترشح واضح مجرا دیده نشد، باید پیشابراه را به آرامی دوشید تا اگر ترشحي وجود دارد، مشخص گردد.

### معاینه بیماران مؤنث :

۱- در حالی که بیمار روی صندلی نشسته است، وی را از نظر غدد لنفاوی بزرگ شده در مثلثهای قدامی و خلفی گردن، نواحی زیر چانه، زیر اکسیپوت، زیر بغل و بالای آرنج معاینه کنید اگر غده لنفاوی بزرگ شده باشند، اندازه، قوام، دردناک بودن، تعداد و محل آنها را ثبت کنید.

۲- از بیمار بخواهید لباس خود را بیرون آورده و روی تخت دراز بکشد و از پوششی برای قسمتهایی از بدن که معاینه نمی کنید، استفاده نمائید.

۳- با مشاهده پوست قفسه سینه، پشت، رانها، شکم، کپلها، کشاله رانها، نواحی تناسلی به علائم پوستی بیماریهای آمیزشی توجه نمائید.

### ۳،۳،۱ آموزش:

نحوه آموزش و مشاوره باید متناسب با شرایط زندگی و فاکتورهای خطر مخصوص هر بیمار و شرایط فرهنگی بیماران طراحی گردد.

در آموزش شش نکته باید رعایت شود :

۱- بیماری خود را معالجه کنید.



- الف- اهمیت مصرف دارو بطور کامل حتی اگر علائم از بین برود یا احساس بهبودی کنید.
- ب- از بیمار آنچه در مورد درمان به او گفته ایم سؤال کنیم.
- ج- در مورد برگشت علائم در صورت عدم مصرف دارو توضیح داده شود.
- ۲- گسترش بیماری آمیزشی از جمله ایدز را به بیمار تذکر دهیم.
- الف- بیمار را به خودداری از تماس جنسی با همسر تا اتمام دوره درمان و از بین رفتن علائم تشویق نماییم.
- ب- در صورت عدم درمان یا درمان ناقص ، در مورد احتمال سایر بیماریهای جنسی و ای‌دز به بیمار هشدار دهیم.
- ج- همسر بیمار در معرض ابتلاء به بیماری آمیزشی و ایدز می باشد پس باید کاندوم استفاده نماید.
- د- اگر همسر بیمار درمان نگیرد، ممکن است بیماری به خود شخص برگردد.
- ه- در صورت عدم خودداری از انجام عمل جنسی، باید حتماً از کاندوم استفاده گردد.
- ۳- به شریک جنسی خود، درمان را بقبولانید.
- از بیمار بخواهید به شرکاء جنسی خود بگوید، جهت درمان به شما یا پزشک دیگری مراجعه نماید.
- ۴- به خاطر اطمینان از اثر درمان، مراجعه بعدی داشته باشید.(زمان مراجعه بعدی را متناسب با نوع بیماری، مشخص کنید).
- توضیح دهیم اگر هنوز علائم باقی مانده باشد (علیرغم تکمیل درمان ) جهت درمانهای دیگر مراجعه کند.
- ۵- سلامت خود را با رفتار جنسی سالم تضمین نمائید.
- الف- همیشه در جهت هر عمل جنسی از کاندوم استفاده نمائید.





ب- به بیمار توضیح دهیم، در صورت تماس‌های جنسی متعدد خطر انتقال و ابتلاء مجدداً افزایش می‌یابد.  
 ۶- نوزاد را حفظ نماید.

الف- در سه ماهه اول حاملگی جهت معاینه و انجام تست سیفیلیس مراجعه نمائید.  
 ب- به بیمار توصیه نمائیم، همسر خود را نیز جهت معاینه و انجام آزمایشات نزد پزشک بیاورد.

۴،۳،۱ مشاوره:

تغییر رفتار به روندی احتیاج دارد که در ابتدا شامل آموزش بیمار در مورد عوامل خطر می‌باشد و بعد با کمک بیمار در جهت کاهش فاکتورهای خطر اقدام شود. باید در زمینه تغییر رفتار، اهداف واقع‌گرایانه داشته باشیم.

در تغییر رفتار به چهار فاکتور باید توجه داشت :

- ۱- باید فاکتورهای مؤثر در تغییر رفتار را لیست کنیم.
  - ۲- رفتارهای نیازمند مشاوره را مشخص کنیم و بگوئیم چرا نیاز به مشاوره دارد .
  - ۳- تغییر رفتار جنسی، سخت‌ترین تغییر رفتار است.
  - ۴- موانع موجود در راه تغییر رفتار را لیست کنیم.
- یکی از عوامل تضعیف‌کننده مشاوره، مقاومت بیمار در برابر توصیه‌های مشاور می‌باشد. دلایل متعددی برای مقاومت وجود دارد چند مثال :
- بیمار احساس می‌کند اجتناب از بیماری‌های آمیزشی فقط با خویشتن داری انجام میشود. یعنی در مورد نقش تکمیل درمان و استفاده از کاندوم در جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی اطلاعی ندارد.
  - بیمار درکی از سرعت گسترش بیماری‌های آمیزشی ندارد.
  - بیمار اعتقاد به ضرورت درمان شرکاء جنسی ندارد.



- بیماران بخصوص نوجوانان خطر ابتلاء به بیماریهای آمیزشی را بسیار کم میدانند.
- آقایان مانع تغییر رفتار در خانمها می باشند.
- برخی بیماران خطر را درک می کنند ولی اصلاح خود را منوط به اصلاح جامعه می دانند.

موانع دیگر تغییر رفتار مربوط به فرد ارائه دهنده خدمت می باشد . طرز رفتار مشاور در واداشتن بیمار به تغییر رفتار نقش حیاتی دارد.

### چگونگی اجرای یک مشاوره خوب

تنها با شناخت انواع بیماریهای آمیزشی و فاکتورهای مؤثر در آنها و در نظر گرفتن باورهای مذهبی- فرهنگی می توان مشاوره مؤثری با بیماران داشت. مشاور میبایست سعی کند احساسات و موانع موجود در تغییر رفتار بیمار را درک کرده، رازداری در مشاوره را متذکر شده و به آن عمل کند.

صحبت در مورد مسائل جنسی هر چه راحت تر و روان تر باشد ارتباط با بیمار بهتر خواهد بود مشاور باید بیمار را برای تصمیم گیری جهت حل مشکلاتش یاری دهد.

### هفت مرحله آموزش و مشاوره بیماران آمیزشی:

**مرحله اول :** بیمار را از بیماری آمیزشی نحوه ابتلاء، راههای جلوگیری از ابتلاء بعدی و نحوه درمان آن آگاه سازیم. به بیمار توضیح دهیم که در صورت عدم درمان احتمال چه عواقبی وجود دارد. (نازایی، حاملگی خارج رحمی ...) در مورد نام داروها و نحوه مصرف آنها و عوارض جانبی آنها نیز باید بیمار را توجیه نمائیم.

**مرحله دوم :** بیمار را جهت معرفی شرکاء جنسی وی کمک نمائید . به بیمار اهمیت درمان شرکاء جنسی اش را توضیح دهیم. خطر ابتلاء مجددش را در صورت عدم درمان شرکاء جنسی متذکر شوید. از آنجائیکه بیمار شما تنها کسی است که می تواند بگوید



منشاء عفونت کجاست، لازم است از تمام مهارت‌های مشاوره ای برای همکاری با وی استفاده نمائید.

**مرحله سوم :** میزان خطر را در بیمار خود ارزیابی کنید.

اگر به عوامل خطر گذشته و فعلی بیمار خود آگاهی نداشته باشید ، قادر نخواهید بود بر اساس شرایط فردی وی خدمات آموزشی و مشاوره ای را ارائه دهید.

**برای ارزیابی میزان خطر بیمار لازم است پنج مسئله از وی سؤال شود :**

الف- رفتار جنسی فرد:

- ۱- اولین تماس جنسی وی در چه سنی بوده است؟
  - ۲- در طول زندگی و در طی سال گذشته چه تعداد شریک جنسی داشته است؟
  - ۳- آیا در سه ماه گذشته شریک جنسی جدید داشته است ؟
  - ۴- آیا در سال گذشته بیماری آمیزشی دیگری داشته است ؟
  - ۵- آیا در حین قاعدگی (خود یا شریک جنسی) آمیزش جنسی داشته است ؟
  - ۶- آیا هیچوقت به تماس جنسی که به آن تمایل نداشته است ، وادار شده است ؟
  - ۷- آیا تماس جنسی با جنس مخالف یا هم جنس یا هر دو داشته است ؟
- ب- مصرف مواد : چند وقت یکبار از الکل یا سایر مواد مخدر استفاده می شود؟  
در مورد مصرف مشترک از سوزن و سرنگ نیز سؤال شود.
- ج- رفتار جنسی شرکاء جنسی :
- آیا شریک جنسی شما تماس جنسی با فرد دیگری داشته است ؟
  - سابقه بیماری آمیزشی را داشته است ؟
  - آیا آلوده به HIV می باشد؟
  - آیا سابقه انتقال خون داشته است ؟



- آیا معتاد تزریقی است ؟
- د- سایر فاکتورهای خطر :
- آیا شما آلوده به HIV هستید؟
- آیا تاکنون از وسایل نافذ در پوست نظیر سرسوزن (تزریقات، خالکوبی)، وسایل ختنه و تیغ استفاده کرده اید؟
- آیا تاکنون انتقال خون داشته اید؟ چه موقع ؟
- آیا از نظر شغلی در معرض خطر می باشید؟ (پرسنل بهداشتی درمانی)
- در مورد اطفال، سابقه عفونت‌های والدین (سوزاک، سیفیلیس، کلامیدیا، هرپس ) و در زمینه سوء استفاده جنسی
- ه- رفتار حفاظتی بیمار :
- ۱- برای حفاظت خود در برابر بیماریهای آمیزشی و HIV چه اقداماتی انجام می دهید ؟
- ۲- آیا هرگز از کاندوم استفاده کرده اید؟ در خصوص زمان و نحوه استفاده صحیح از کاندوم آموزش داده شود.
- ۳- آیا از رفتار جنسی کم خطر یا بی خطر استفاده کرده اید؟ چند وقت یکبار ؟

**مرحله چهارم :** موانع تغییر رفتار پرخطر را شناسایی کنید .

**مرحله پنجم :** بیمار را در رابطه با میزان خطری که وی را تهدید می کند (ابتلاء به HIV ، هیپاتیت و غیره) آگاه سازید.

وظیفه شما دادن اطلاعات صحیح از میزان خطر به بیمار است. به طوری که نه ایجاد ترس بیش از حد در بیمار کند که منجر به انکار گردد و نه وی را به این مسئله بی اعتنا سازد. مثلاً ؛ وقتی چنین عملی را انجام می دهی خطر اکتساب بیماریهای آمیزشی از



جمله HIV افزایش می‌یابد، ولی در این مورد می‌توانید خود را از این بیماریها محافظت نمایید.

**مرحله ششم :** به بیمار جهت تغییر رفتارش کمک کنید.

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

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

ب- جایگزینی یک رفتار ایمن به جای رفتار پرخطر

اعمال جنسی ایمن یا کم خطر چیست ؟

۱- کاهش تعداد شرکاء جنسی، ترجیحاً یک نفر

۲- استفاده مداوم و صحیح از کاندوم

۳- آشنایی با نشانه‌ها و علائم بیماریهای آمیزشی و درمان فوری و کامل آنها

۴- جایگزینی تماسهای جنسی نافذ پرخطر با تماسهای غیرنافذ کم خطر

۵- درمان اعتیاد دارویی (مواد مخدر)

۶- جهت معتادین تزریقی : عدم استفاده از سرسوزن مشترک و استفاده از سرنگهای یکبار مصرف

۷- جهت اقدامات بهداشتی به تسهیلاتی مراجعه نماید که اطمینان از پاکیزگی وسایل نافذ پوست و سرسوزنها وجود داشته باشد.

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

احتیاج نیست کاملاً موانع را تغییر دهد. تغییرات مختصر بهتر از تغییر نکردن است.

**مرحله هفتم :** فواید و نحوه استفاده از کاندوم را برای بیمار توضیح دهید.



#### ۴.۱. تدابیر درمانی سندرمیک

تشخیص بیماری آمیزشی براساس علت در بعضی موقعیت‌ها دشوار است. این مسئله می‌تواند باعث محدودیت‌هایی در زمان، منابع، هزینه و دستیابی به درمان شود. به‌علاوه، حساسیت و اختصاصی بودن آزمایش‌های دردسترس تا حد زیادی متغیر است و این روش‌ها برای تشخیص STI می‌توانند غیر قابل اعتماد باشند. در شرایطی که امکانات آزمایشگاهی در دسترس هستند، باید از کارکنان باتجربه و آموزش‌دیده استفاده کرد و سیستم کنترل کیفی از خارج برقرار نمود.

تعداد کمی از کشورهای در حال توسعه دارای توانایی و امکانات آزمایشگاهی لازم برای تشخیص STI هستند. برای رفع این مشکل، روش برخورد بالینی براساس علائم (سندرمیک) تدوین شده، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه رواج یافته‌است. برخورد سندرمیک براساس شناسایی گروهی از علائم و نشانه‌های مربوط به یکدیگر برای تشخیص آسان و درمان مهمترین عامل یا عواملی است که این مجموعه علائم را ایجاد می‌کنند. WHO ابزاری ساده (فلوچارت یا الگوریتم) برای راهنمایی کارکنان بهداشتی در به‌کارگیری روش سندرمیک ایجاد کرده‌است.

برخورد سندرمیک درخصوص ترشح مجرا در مردان و زخم‌های ژنیتال در مردان و زنان، عملی و مفید بوده‌است. این روش در اکثر موارد منجر به درمان کامل عفونت شده و ارزان، آسان و بسیار مقرون‌به‌صرفه است.

علاوه بر آن، WHO الگوریتم برخورد سندرمیک با ترشح واژینال با یا بدون درد زیر شکم را نیز تدوین کرده‌است. هر چند الگوریتم ترشح واژینال محدودیت‌هایی دارد که به‌خصوص در مورد عفونت‌های سرویکس با گنوکوک و کلامیدیا باید از آن آگاه بود. به‌طور کلی، بالاخص در مناطق با شیوع پایین و در خانم‌های نوجوان، واژینیت‌های با منشأ داخلی بیشتر از STI در ایجاد ترشح واژینال نقش دارند. اگرچه تلاش زیادی در جهت تکمیل الگوریتم ترشح واژن از طریق ارزیابی وضعیت خطر صورت گرفته، ولی هنوز حساسیت و اختصاصی بودن آن پایین است. به‌علاوه، برخی از سؤال‌های مربوط به ارزیابی خطر براساس دموگرافی، از جمله سن و وضعیت تأهل، دقت کمی داشته، تعداد زیادی از



افراد نوجوان را جزء گروه در معرض خطر عفونت سرویکس قرار می‌دهد. بدین ترتیب، تعیین عوامل خطر STI در هر منطقه ضروری است. (برای نوجوانان به‌خصوص، ممکن است بهتر باشد عوامل خطر براساس الگوهای رفتار جنسی تعیین گردند.)

### ۱.۵. عوامل خطر برای سرویسیت ناشی از STI

الگوریتم‌های موجود برای ارزیابی عفونت سرویکس مطلوب نیستند؛ زیرا وجود ترشح از واژن ممکن است بیانگر عفونت واژن و یا سرویکس باشد. روشن است که ترشح از واژن به‌خصوص در خانم‌های نوجوان نشان دهنده عفونت واژینال است و ندرتاً بیانگر عفونت سرویکس (گنوکوکی و یا کلامیدیایی) می‌باشد.

به‌نظر می‌رسد برخی علائم بالینی بیشتر همراه با عفونت سرویکس باشند. براساس منابع موجود، یافته‌های همراه با عفونت سرویکس عبارتند از: وجود ترشحات موکوسی - چرکی<sup>۱</sup>، زخمی یا شکننده‌بودن سرویکس و خونریزی در فواصل پربوها یا در زمان نزدیکی. همچنین، تعدادی از عوامل خطر اجتماعی یا رفتاری با عفونت سرویکس بیشتر دیده می‌شوند.

بعضی از این عوامل عبارتند از: سن زیر ۲۱ سال (در بعضی مناطق ۲۵ سال)، تجرد، داشتن بیش از یک شریک جنسی یا شریک جنسی جدید در سه‌ماهه اخیر، وجود شریک جنسی که اخیراً STI داشته و نیز عدم استفاده اخیر از کاندوم توسط شریک جنسی. چنین عوامل خطری در جمعیت‌های محدود مهمتر بوده، نمی‌توانند به همه جوامع بسط داده شوند. اغلب محققین معتقدند که با افزایش تعداد عوامل خطر اجتماعی در هر بیمار، اعتبار آنها نیز زیاد می‌شود.

اضافه کردن علائم بالینی و ارزیابی خطر برای الگوریتم ترشح واژینال، باعث افزایش اختصاصی بودن آن و بنابراین، افزایش ارزش اخباری مثبت آن می‌شود؛ به‌خصوص در جمعیت‌هایی که خطر عفونت کم است.

<sup>۲</sup> muco-pus



### ۶.۱. انتخاب داروها

مقاومت دارویی در پاتوژن‌های مختلف مولد STI در بیشتر نقاط جهان افزایش یافته‌است و این باعث شده که بعضی از روش‌های درمانی ارزان، بی‌اثر شوند. توصیه به استفاده از داروهای مؤثرتر نگرانی افزایش هزینه و نیز احتمال مصرف نابه‌جا را به دنبال دارد. سیاست دومرحله‌ای که داروهای کم‌اثر را در مراکز بهداشتی اولیه و داروهای مؤثرتر را در سطوح ارجاعی به‌کار می‌برد، باعث افزایش شکست درمان، عوارض و ارجاع‌شده، سیستم ارائه خدمات را بی‌اعتبار می‌سازد؛ به‌همین دلیل، این رویکرد توصیه‌نمی‌شود. داروهای به‌کاررفته در STI در همه مراکز بهداشتی باید حداقل در ۹۵ درصد موارد مؤثر باشند. ویژگی‌های داروهای انتخابی در چارچوب ذیل مشخص شده‌است.

- اثربخشی بالا (بالای ۹۵ درصد)
- ارزان بودن
- مسمومیت<sup>۳</sup> و تحمل<sup>۴</sup> در حد قابل قبول
- کم بودن امکان ایجاد مقاومت در میکروارگانیسم یا طولانی بودن زمان لازم برای ایجاد مقاومت
- دُز واحد
- تجویز خوراکی
- نداشتن ممنوعیت در بارداری یا شیردهی

### ۲. درمان‌های مرتبط با STI

<sup>۳</sup> toxicity

<sup>۴</sup> tolerance





در این فصل، تدابیر مربوط به شایع‌ترین سندرم‌های بالینی ناشی از عوامل مولد STI را مورد بحث قرار می‌دهیم. برای برخورد با هر سندرم، فلوجارت یا الگوریتم‌هایی تهیه شده‌اند.

برای همهٔ این وضعیت‌ها (به‌جز واژینیت)، شریک جنسی بیمار نیز باید از نظر STI معاینه شده، بی‌درنگ، درمان مشابه مورد اصلی را دریافت کند.

تدبیر درمانی مناسب نیازمند رعایت ادب و پرهیز از قضاوت در خصوص بیمار است. معاینه باید در محیطی خلوت و مناسب انجام شود که اعتماد و اطمینان بیمار جلب شود، وقتی بیمار نوجوان است، فرد معاینه‌کننده باید به وی اطمینان خاطر دهد؛ مجرب باشد و با تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک مراحل مختلف بلوغ، از جمله شروع عادت ماهانه<sup>۵</sup> در دختران جوان یا احتلام شبانه<sup>۶</sup> در پسران آشنا باشد. در بعضی موارد، پرسنل بهداشتی برای غلبه بر حساسیت‌های خود و توانایی پرداختن به مسائل جنسی و بیماری‌های آمیزشی به‌شکل باز، احتیاج به دوره‌های آموزشی دارند.

## ۱.۲. ترشح مجرا

مردانی که دچار ترشح مجرا و یا سوزش ادرار هستند، باید برای یافتن شواهدی از ترشح، معاینه شوند. اگر چیزی دیده نشد، مجرا باید از سطح پشتی آلت به سمت منفذ<sup>۷</sup> ماساژ داده شود. اگر میکروسکپ در دسترس باشد، اسمیر از ترشحات مجرا ممکن است افزایش سلول‌های چندهسته‌ای<sup>۸</sup> را نشان دهد و در رنگ‌آمیزی گرم، ممکن است گنوکوک مشاهده شود. در مردان، بیشتر از ۵ عدد PMN در دید بزرگ میکروسکپ (×۱۰۰۰) نشانگر التهاب مجرا<sup>۹</sup> است. پاتوژن‌های مهمی که ترشح از مجرا ایجاد می‌کنند عبارتند از نایسریا

<sup>۵</sup> menarche

<sup>۶</sup> nocturnal emission

<sup>۷</sup> meatus

<sup>۸</sup> polymorphonuclear (PMN)

<sup>۹</sup> urethritis



گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس. در برخورد سندرمیک، با بیمار دچار ترشح مجرا، درمان باید قادر به پوشش هر دو این عوامل بیماری‌زا باشد. وقتی امکانات آزمایشگاهی موجود باشند، می‌توان بین این دو تمایز قائل شد و درمان اختصاصی انجام داد.

درمان سندرمیک توصیه شده

□ درمان برای گنوره بدون عارضه (به بخش ۱.۳ رجوع شود)

همراه با

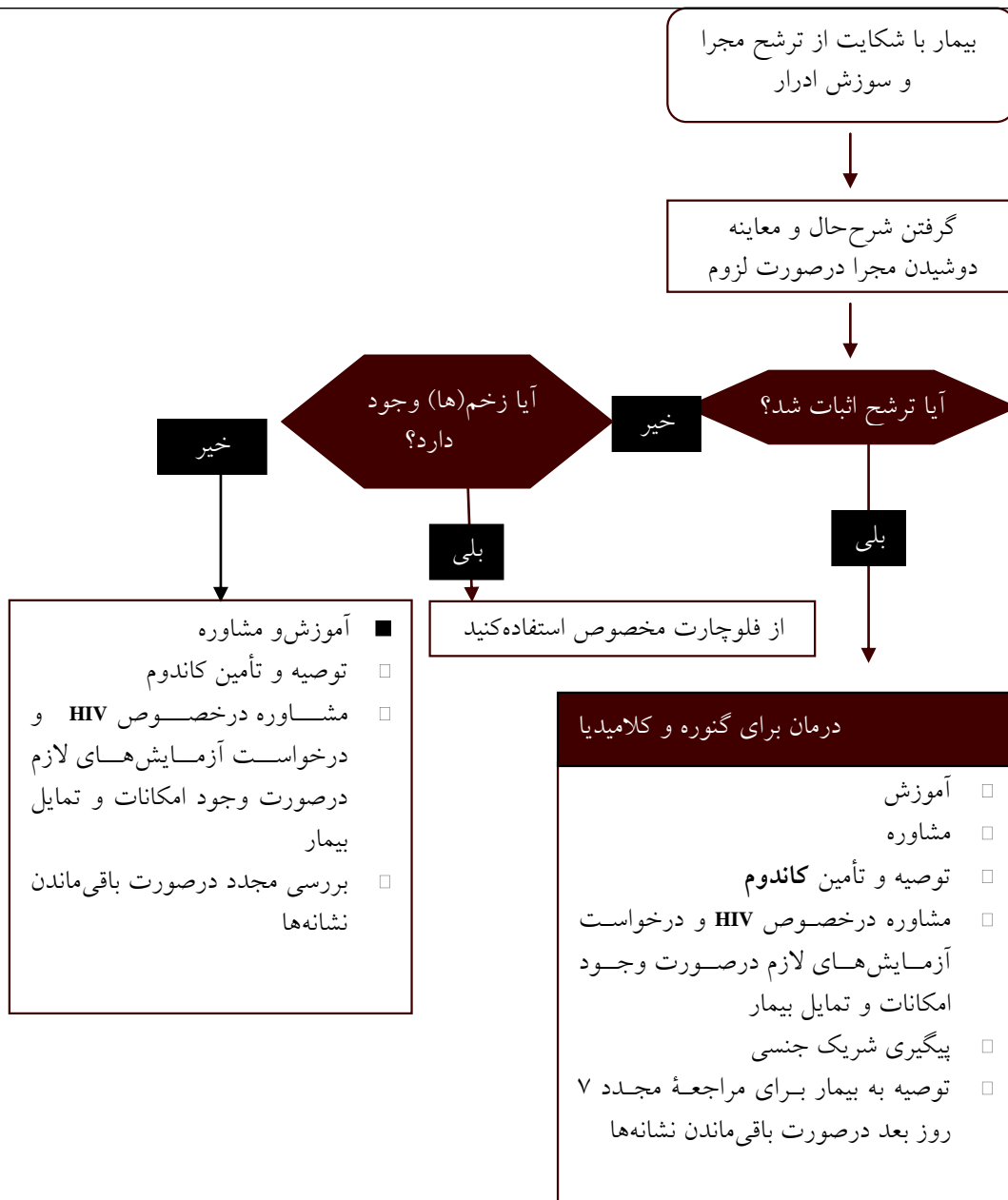
□ درمان برای کلامیدیا (به بخش ۲.۳ رجوع شود)

□ به بیماران باید گوشزد شود که اگر علائم تا هفت روز پس از شروع درمان ادامه یافت،

مراجعه کنند.



شکل ۱. ترشح از مجرا



۱.۱.۲. ترشح از مجرا به صورت پایدار یا عودکننده



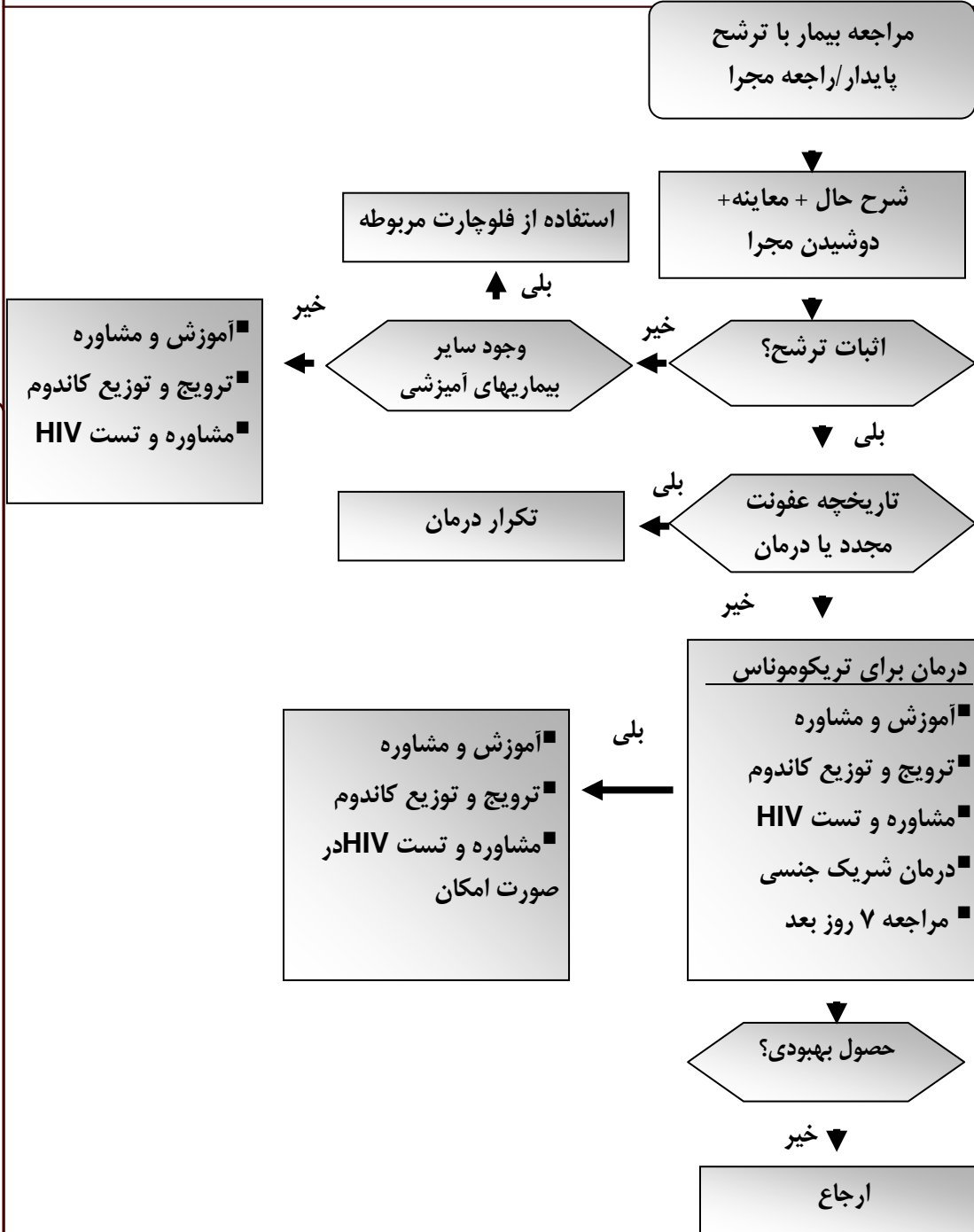
شکایت از اورتریت پایدار یا راجعه ممکن است ناشی از مقاومت دارویی، عدم پذیرش بیمار یا عفونت مجدد باشد. در بعضی بیماران ممکن است عفونت با تریکوموناس واژینالیس (TV) رخ داده باشد.

شواهدی جدید دردست است که نشان می‌دهد در بعضی مناطق شیوع TV در مردان با علائم ترشح از مجرا بالاست. در مواردی که شکایت بیمار به قوت خود باقی باشد یا بعد از درمان کافی گنوکوک یا کلامیدیا، بیمار اصلی<sup>۱۰</sup> یا شرکای جنسی او، دچار عود شوند، و در صورتی که الگوی اپیدمیولوژیکی منطقه به نفع ابتلاء به عفونت با تریکوموناس باشد، درمان برای TV باید صورت گیرد. اگر شکایات، با وجود پیگیری باقی‌مانند، بیمار باید ارجاع شود.

<sup>۱۰</sup> index patient



شکل ۲. ترشح پایدار یا عودکرده از مجرا در مردان





## ۲.۲. زخم تناسلی

شیوع نسبی ارگانسیم‌های مولد زخم تناسلی متفاوت است و در نقاط مختلف جهان، در زمان‌های مختلف تغییرات قابل توجهی دارد. به‌خصوص در مناطقی که عوامل مختلفی شایعند، تشخیص‌های افتراقی بالینی زخم تناسلی دقیق نیست. تظاهرات بالینی و نمای بیماری‌هایی که زخم تناسلی می‌دهند ممکن است در حضور عفونت HIV تغییر کنند. بعد از اثبات وجود زخم تناسلی در معاینه بیمار، درمان مناسب براساس عامل اتیولوژیک و الگوی حساسیت آنتی بیوتیکی شایع در منطقه باید به‌عمل آید. برای مثال، در مناطقی که سیفلیس و شانکروئید شایعند، بیماران با زخم‌های تناسلی باید برای این دو عامل در اولین مراجعه درمان کافی دریافت کنند؛ به‌طوری که نیازی به پیگیری بعدی نباشد. در مناطقی که گرانولوم اینگوینال شایع است، درمان باید آن را نیز پوشش دهد. در مناطقی که گرانولوم اینگوینال یا لنفوگرانولوم و نروم (LGV) شایعند، درمان باید هر دو آنها را دربرگیرد. در بعضی مناطق جهان، تب‌خال شایع‌ترین عامل ایجادکننده زخم تناسلی است. وقتی عفونت با HIV شیوع می‌یابد، نسبت افزایش‌یافته‌ای از موارد زخم تناسلی احتمالاً در ارتباط با ویروس هرپس سیمپلکس رخ می‌دهد. زخم‌های هرپسی ممکن است به شکل غیراختصاصی بوده، برای مدت‌های طولانی در بیماران آلوده به HIV باقی‌بمانند. در ویزیت اول با بیمار، آزمایشگاه بندرت در افتراق بیماری‌ها مفید است؛ زیرا عفونت‌های همراه<sup>۱۱</sup> شایعند. به‌علاوه، در مناطقی با شیوع بالای سیفلیس، یک آزمایش سرولوژی مثبت، ممکن است ناشی از عفونت قبلی باشد و تصویری نادرست از وضعیت فعلی بیمار ارائه دهد.

درمان سندرمیک توصیه شده

□ درمان برای سیفلیس (به بخش ۴.۳ رجوع شود)

به‌علاوه هر یک از موارد ذیل:

□ درمان برای شانکروئید اگر شایع باشد (به بخش ۵.۳ رجوع شود)

یا

<sup>۱۱</sup> mixed infection



- درمان برای گرانولوم اینگوینال اگر شایع باشد (به بخش ۳.۳ رجوع شود)
- یا
- درمان برای LGV اگر شایع باشد (به بخش ۳.۳ رجوع شود)

تصمیم‌گیری دربارهٔ درمان شانکروئید، گرانولوم اینگوینال یا LGV، به ویژگی‌های اپیدمیولوژیک منطقه بستگی دارد. بسته به میزان دسترسی در منطقه، تدابیر درمانی برای هرپس، می‌تواند شامل درمان‌های اختصاصی ضد ویروس شود؛ اما در همهٔ موارد، مشاوره لازم است.

#### زخم تناسلی و عفونت HIV

در بررسی‌های گذشته چنین مطرح شده که سیر طبیعی سیفیلیس ممکن است در اثر عفونت همزمان با HIV تغییر نماید. برخی منابع، شکل‌های غیرمتداول<sup>۱۲</sup> ضایعات اولیه و ثانویهٔ سیفیلیس را گزارش کرده‌اند. برخی منابع نیز افزایش احتمال شکست درمان با تک‌دُز پنی‌سیلین را در مراحل اولیهٔ سیفیلیس گزارش نموده‌اند.

شکل‌های غیرمتداولی از شانکروئید در افراد آلوده به HIV گزارش شده‌اند. ضایعات تمایل به گسترش و افزایش تعداد داشته، می‌توانند همراه علائم سیستمیک همچون تب و لرز باشند. مواردی از گسترش سریع ضایعات نیز توسط پزشکان گزارش شده‌است. بنابراین، تأکید می‌شود درمان، به‌خصوص در موارد آلوده به HIV هرچه سریع‌تر انجام شود.

شواهدی وجود دارند که احتمال شکست درمانی شانکروئید به‌خصوص درمان تک‌دُز را در حضور عفونت HIV مطرح می‌کند. برای اثبات این مسئله به تحقیقات بیشتری نیاز است.

ضایعات هرپس سیمپلکس در افراد آلوده به HIV ممکن است به شکل زخم‌هایی پایدار و متعدد ظاهر کنند که به مراقبت پزشکی نیاز دارند؛ برعکس، در افراد با ایمنی سالم، ضایعات به شکل وزیکول‌ها و زخم‌های خودبه‌خود بهبودیابنده دیده می‌شوند. بنابراین

<sup>۱۲</sup> atypical

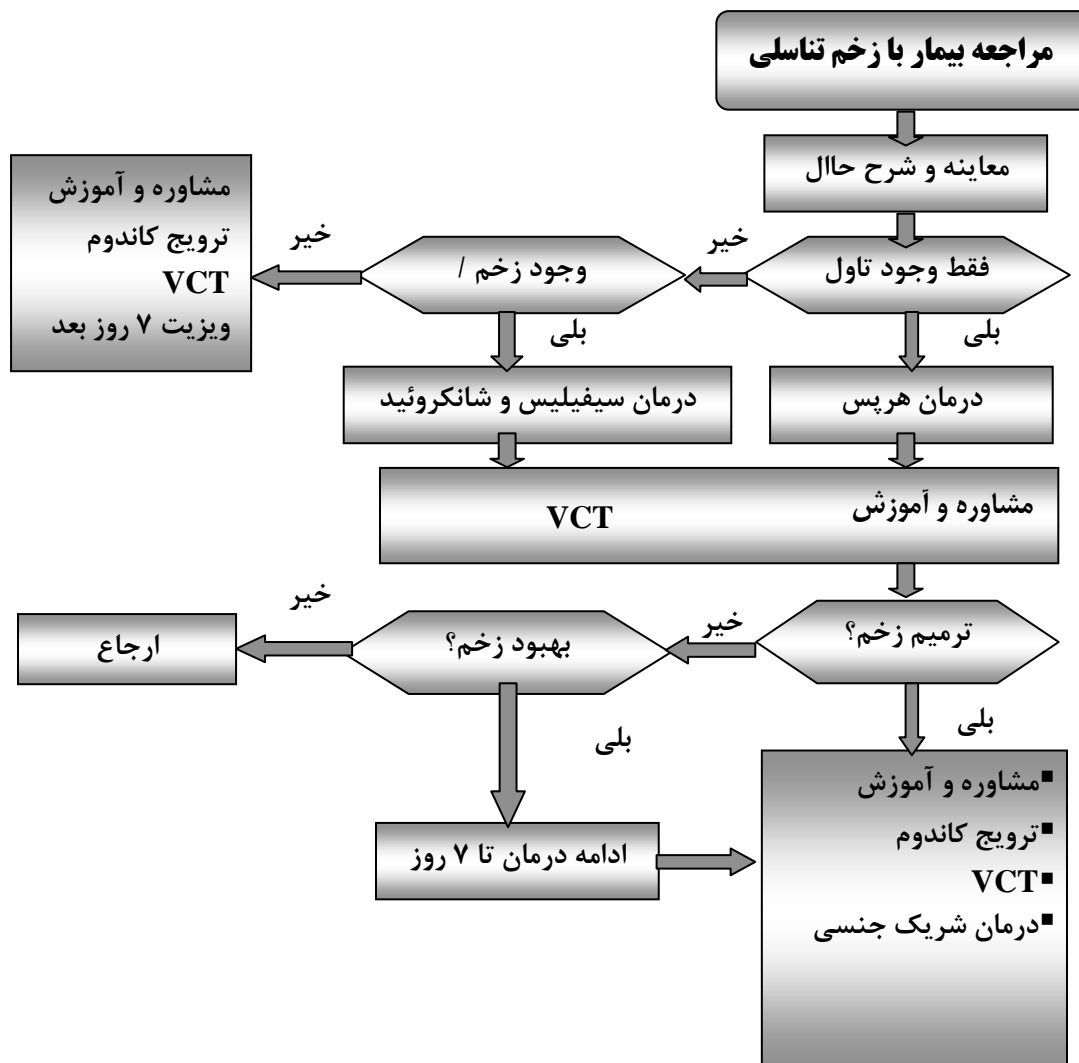


به‌منظور آسایش بیمار، تجویز پیشگیری یا درمانی داروهای ضد ویروسی ممکن است ضروری باشد. به‌منظور اجتناب از ایجاد انتظارات کاذب درمانی در بیمار، ارائه آموزش کافی به وی درخصوص ماهیت و هدف از درمان ضروری است.





شکل ۳. زخم‌های ژنیتال



\* درمان سیفیلیس : RPR مثبت بدون سابقه درمان سیفیلیس  
\*\* درمان هرپس: در مناطق با شیوع  $\geq 30\%$  و بالاتر



### تورم غدد لنفاوی (خیارک<sup>۱۳</sup>) ناحیه اینگوینال

خیارک‌های ناحیه اینگوینال و فمورال عبارتند از: بزرگی موضعی غدد لنفاوی در ناحیه کشالهٔ ران، که دردناک بوده، و ممکن است موج شوند. این علامت در اغلب موارد با LGV و شانکروئید همراه است. در اغلب موارد شانکروئید، یک زخم تناسلی نیز همزمان وجود دارد؛ اما گاهی ممکن است چنین نباشد. عفونت‌های منتقلهٔ غیر آمیزشی موضعی یا سیستمیک (از جمله عفونت‌های اندام تحتانی) نیز می‌توانند، باعث تورم غدد لنفاوی اینگوینال شوند.

درمان سندرمیک توصیه شده

□ سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز

و

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

یا

□ اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز

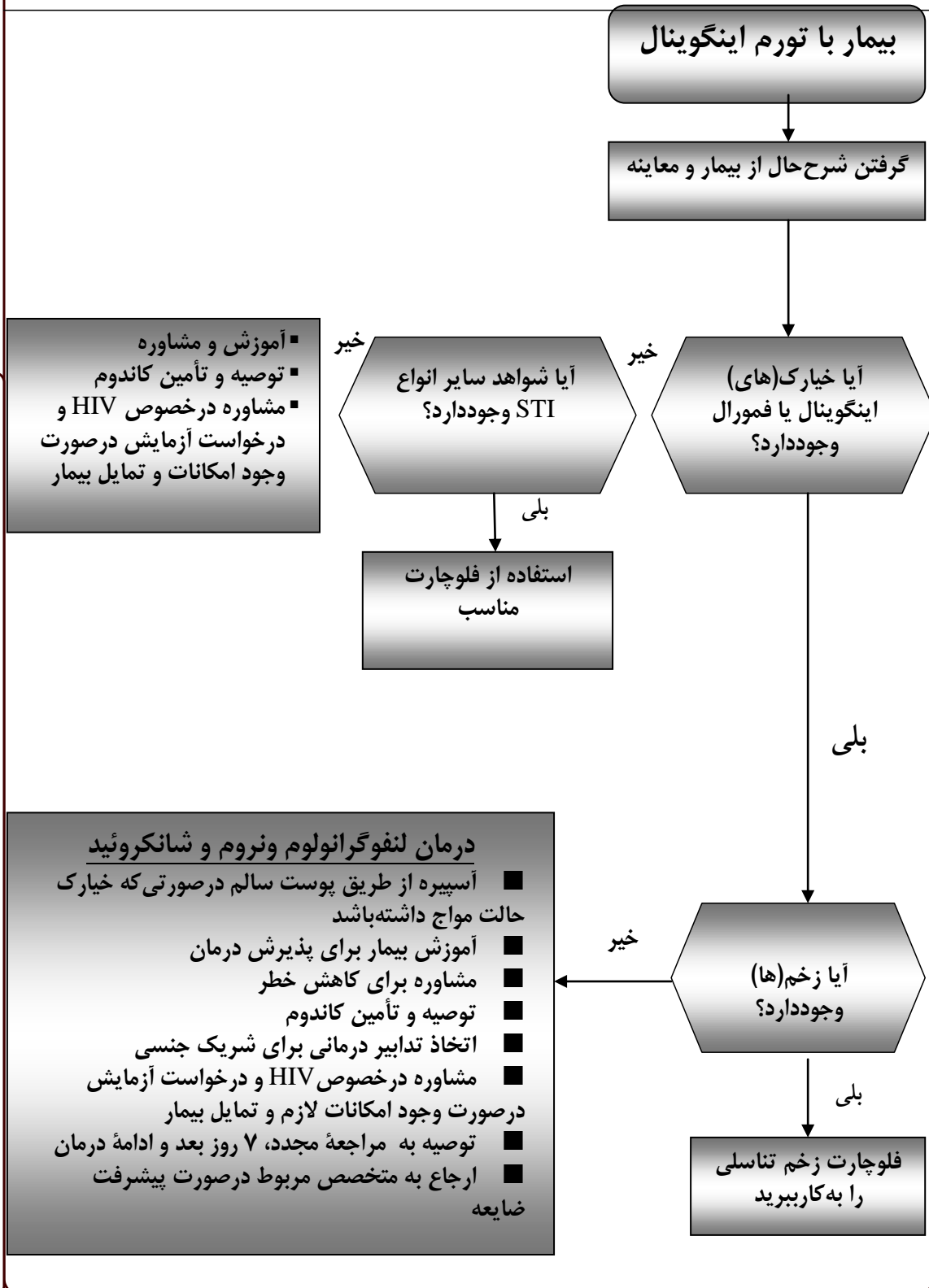
بعضی بیماران ممکن است نیاز به درمان طولانی‌تر از ۱۴ روز داشته باشند. غدد لنفاوی موج باید از طریق پوست سالم آسپیره شوند. برش<sup>۱۴</sup> و تخلیه یا خارج کردن غدد لنفاوی باعث تأخیر در بهبود می‌شوند و نباید انجام گیرند.

<sup>۱۳</sup> bubo

<sup>۱۴</sup> incision



شکل ۴. خیارک اینگوینال



27

درمان سندرم‌های مربوط به STI



### ۳.۲. تورم اسکروتوم

اپیدیدیمیت حاد یک سندروم بالینی است که شامل درد و تورم اپیدیدیم در ۳ ماه اخیر است. معمولاً با پیدایش حاد درد و تورم در یک بیضه خود را نشان می‌دهد و اغلب با دردناک بودن اپیدیدیم و وازدفران و گاهی با قرمزی، هیدروسل و تورم پوست همراه است. در بیشتر مردان زیر ۳۵ سال، ناشی از بیماری‌های آمیزشی است و پس از ۳۵ سال، این احتمال کمتر می‌شود. اغلب موارد عامل بیماری‌ها گنوکوک یا کلامیدیاست، گرچه در مردانی که با مرد دیگر ارتباط جنسی داشته‌اند باسیلهای گرم منفی روده ای مثل Ecoli دخیل خواهند بود. زمانی که اپیدیدیمیت با ترشح از مجرا همراه باشد، باید منشأ آن را انتقال از طریق آمیزش (به‌طور شایع گنوکوک یا کلامیدیا) فرض کرد. در اغلب موارد، التهاب در بیضه همان طرف (ارکیت) نیز وجود دارد که به‌طور شایع، اپیدیدیموارکیت ایجاد می‌کند. اپیدیدیمیت حاد آمیزشی معمولاً همراه با یورتريت است که اغلب بدون علامت و بدون باکتریوری است. اپیدیدیمیت مزمن بصورت وجود علائم درد و ناراحتی در کیسه بیضه بمدت حداقل سه ماه خود را نشان می‌دهد. فرم مزمن به سه دسته التهابی، انسدادی و اپیدیدیمالژی تقسیم میشود.

در مردان مسن‌تر که خطر عفونت‌های منتقله از طریق آمیزش وجود ندارد، سایر عوامل عفونی مانند اشریشیاکلی، گونه‌های کلبسیلا یا پسودوموناس آئروژینوزا بدنبال عفونت ادراری ممکن است مسبب بیماری باشند. ارکیت سلی عموماً همراه با اپیدیدیمیت بوده، همیشه ثانویه به درگیری نواحی دیگر، به‌ویژه ریه و استخوان است. در بروسلاز که معمولاً با بروسلا آبورتوس و بروسلا ملینسیس رخ می‌دهد، ارکیت بارزتر از اپیدیدیمیت است. در کودکان قبل از بلوغ معمولاً عامل مولد، کلی فرم، پسودومونا یا ویروس اوریون است. اپیدیدیموارکیت اوریونی معمولاً در عرض یک هفته از تورم پاروتید رخ می‌دهد.

تشخیص سایر علل غیر عفونی تورم اسکروتوم، از جمله تروما، پیچ‌خوردگی بیضه و تومور، اهمیت دارد. به‌عنوان مثال، پیچ‌خوردگی بیضه با درد ناگهانی و شدید اسکروتوم شروع می‌شود. معاینات و آزمایشات اولیه مطرح کننده عفونت نیست. این حالت یک اورژانس جراحی است و به ارجاع فوری نیاز دارد. ارزیابی اولیه در مردان مبتلا باید



حداقل شامل یکی از این موارد باشد: رنگ آمیزی گرم ترشحات مجرا بیش از ۵ عدد گلبول سفید در درشتنمایی بالا نشان دهد. با این آزمایش علاوه بر برخورداری از حساسیت بالای تست امکان تشخیص گنوکوک نیز فراهم میشود. تست دیگر مشاهده بیش از ۱۰ گلبول سفید در رسوب ادرار صبحگاهی است. امکان بررسی دقیق تر نمونه با کشت سواب داخل مجرا وجود دارد.

اگر درمان کافی صورت نگیرد، اپیدیدیمیت ناشی از STI می‌تواند به عقیم شدن منجر گردد.

درمان سندرمیک توصیه شده

▪ درمان گنوره با سفتریاکسون ۲۵۰-۱۲۵ میلی گرم عضلانی تک دُز همراه با

▪ درمان کلامیدیا (داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز برای ۱۰ روز)

خواهد بود. در موارد حساسیت به سفالوسپورینها و یا موارد عفونت با Ecoli

▪ اوفلوکساسین ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز تا ۱۰ روز  
یا

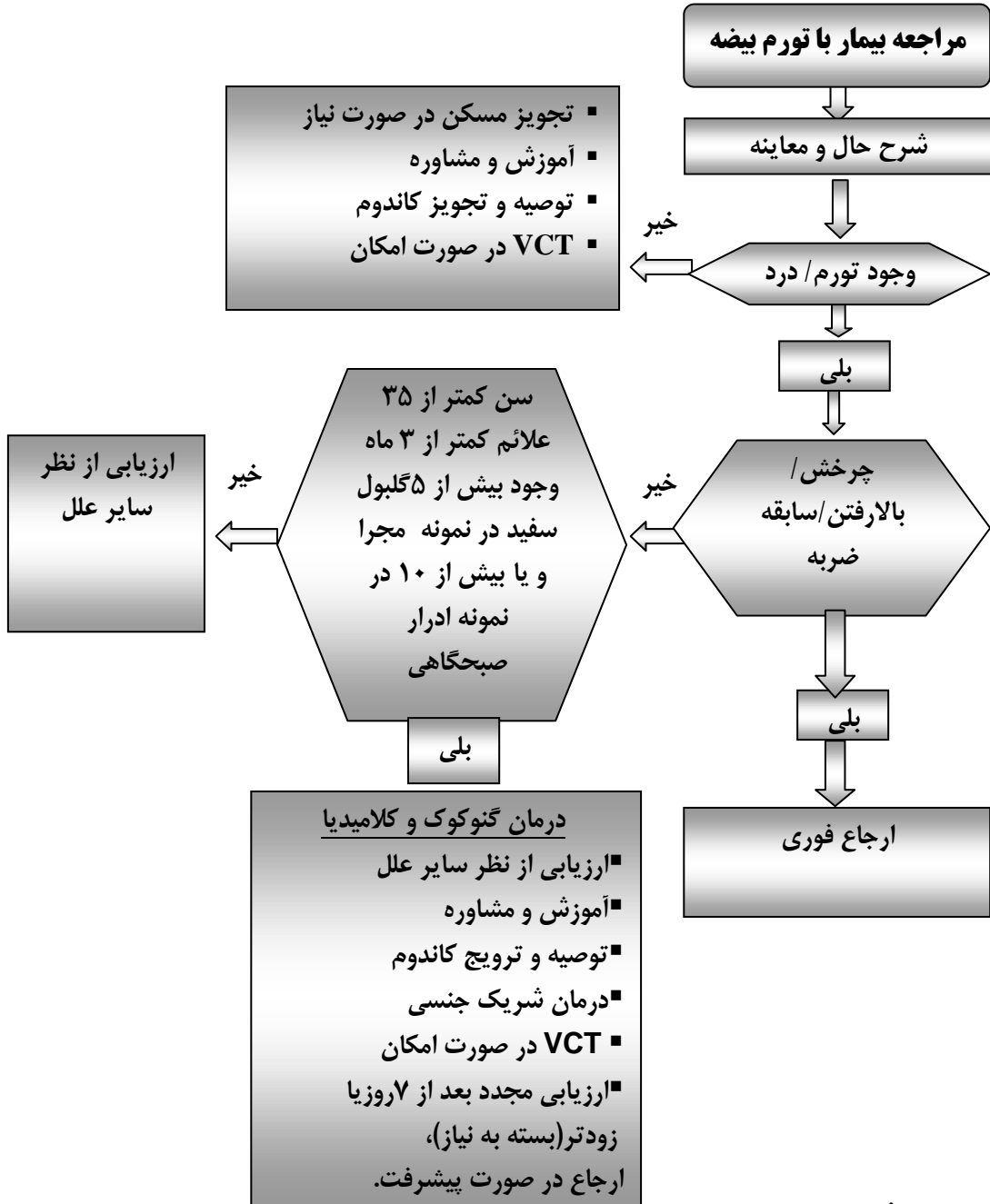
▪ لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه تا ۱۰ روز

بکار خواهند رفت. درمان‌های همراه شامل: استراحت دربستر، بالا نگه داشتن بیضه و مصرف داروهای ضدالتهاب تا زمان فروکش کردن التهاب موضعی و قطع تب میباشد. پیگیری: عدم بهبود علائم در عرض ۳ روز نیاز به ارزیابی مجدد بیمار و رژیم درمانی دارد. در مواردیکه علیرغم درمان علائم باقی مانده بررسی دقیق باید انجام گردد. تشخیص های افتراقی عبارتند از تومور، آبسه، انفارکشن، سل و یا عفونت قارچی.

برخورد با شریک جنسی: کلیه شرکاء جنسی در ۶۰ روز قبل از بروز علائم باید بررسی و درمان شوند. ارائه آموزشهای لازم نظیر پرهیز از برقراری تماس جنسی تا قبل از تکمیل درمان... جزء بسته خدمتی هر بیمار آمیزشی است.



شکل ۵ . تورم اسکروتوم





## ۴.۲. ترشح از واژن

ترشح غیرطبیعی خودبه‌خودی واژن (از نظر مقدار، رنگ یا بو) شایع‌ترین یافته در عفونت واژن است. به‌ندرت ممکن است سرویسیت موکوسی - چرکی، ناشی از STI باشد. تریکوموناس واژینالیس، کاندیدا آلبیکانس و واژینوز باکتریال شایع‌ترین عوامل عفونت واژن هستند و نایسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس عفونت سرویکس ایجاد می‌کنند. تشخیص بالینی عفونت سرویکس دشوار است؛ زیرا درصد زیادی از زنان مبتلا به عفونت سرویکس ناشی از گنوره یا کلامیدیا، علائم را نشان نمی‌دهند. شکایت از ترشح غیر طبیعی واژن معرف خوبی برای عفونت واژن است، اما برای عفونت سرویکس ارزش تشخیصی ندارد. بدین ترتیب، تمام موارد ترشح واژینال باید برای تریکومونیاژیس و واژینوز باکتریال درمان شود.

در تمام موارد ترشح واژن، قدم اول باید در جهت مشخص شدن احتمال عفونت با گنوکوک یا کلامیدیا باشد. در جهت تشخیص عفونت سرویکس آزمایش‌های میکروسکوپی کمک چندانی نمی‌کنند و توصیه نمی‌شوند. برای شناسایی زنانی که در خطر عفونت سرویکس هستند، کشف یافته‌هایی که عوامل خطر محسوب می‌شوند مهم است، به‌خصوص وقتی عوامل خطر بر شرایط محلی منطبق شوند.

آگاهی از شیوع گنوکوک و کلامیدیا در زنان مراجعه‌کننده با ترشح واژینال، برای تصمیم‌گیری در خصوص نحوه درمان عفونت سرویکس مهم بوده، شیوع بیشتر، مجوز قویتری برای درمان است. زنان دارای عوامل خطر، احتمال بیشتری برای عفونت سرویکس خواهند داشت. زنان با ترشح واژن و دارای عوامل خطر، باید برای عفونت گنوکوکی و کلامیدیایی سرویکس درمان شوند.

در صورت کافی بودن منابع، می‌توان از امکانات آزمایشگاهی غربالگری زنان با ترشحات واژینال بهره‌جست. غربالگری باید برای همه زنان با ترشح یا افرادی که ترشح دارند و پرخطر محسوب می‌شوند به‌عمل آید.



در بعضی کشورها، الگوریتم تدابیر درمانی سندرمیک، به عنوان یک ابزار بیماریابی و تشخیص عفونت سرویکس در زنانی که بدون شکایات ژنیتال مراجعه می‌کنند (از جمله مراکز تنظیم خانواده) به کار می‌رود. این کار همان طوری که به تشخیص موارد بیشتری از عفونت سرویکس کمک می‌کند، ممکن است باعث افزایش موارد تشخیص غلط STI نیز گردد.

### عفونت سرویکس

درمان سندرمیک توصیه شده

- درمان سوزاک بدون عارضه (به بخش ۱۰.۳ رجوع شود)

همراه با

- درمان برای کلامیدیا (به بخش ۲.۳ رجوع شود)

### عفونت واژن

درمان سندرمیک توصیه شده

- درمان برای واژینوز باکتریال (به بخش ۱۰.۳ رجوع شود)

همراه با

- درمان برای تریکوموناس واژینالیس (به بخش ۹.۳ رجوع شود)

و اگر لازم شود،

- درمان کاندیدا آلبیکانس (به بخش ۱۱.۳ رجوع شود)

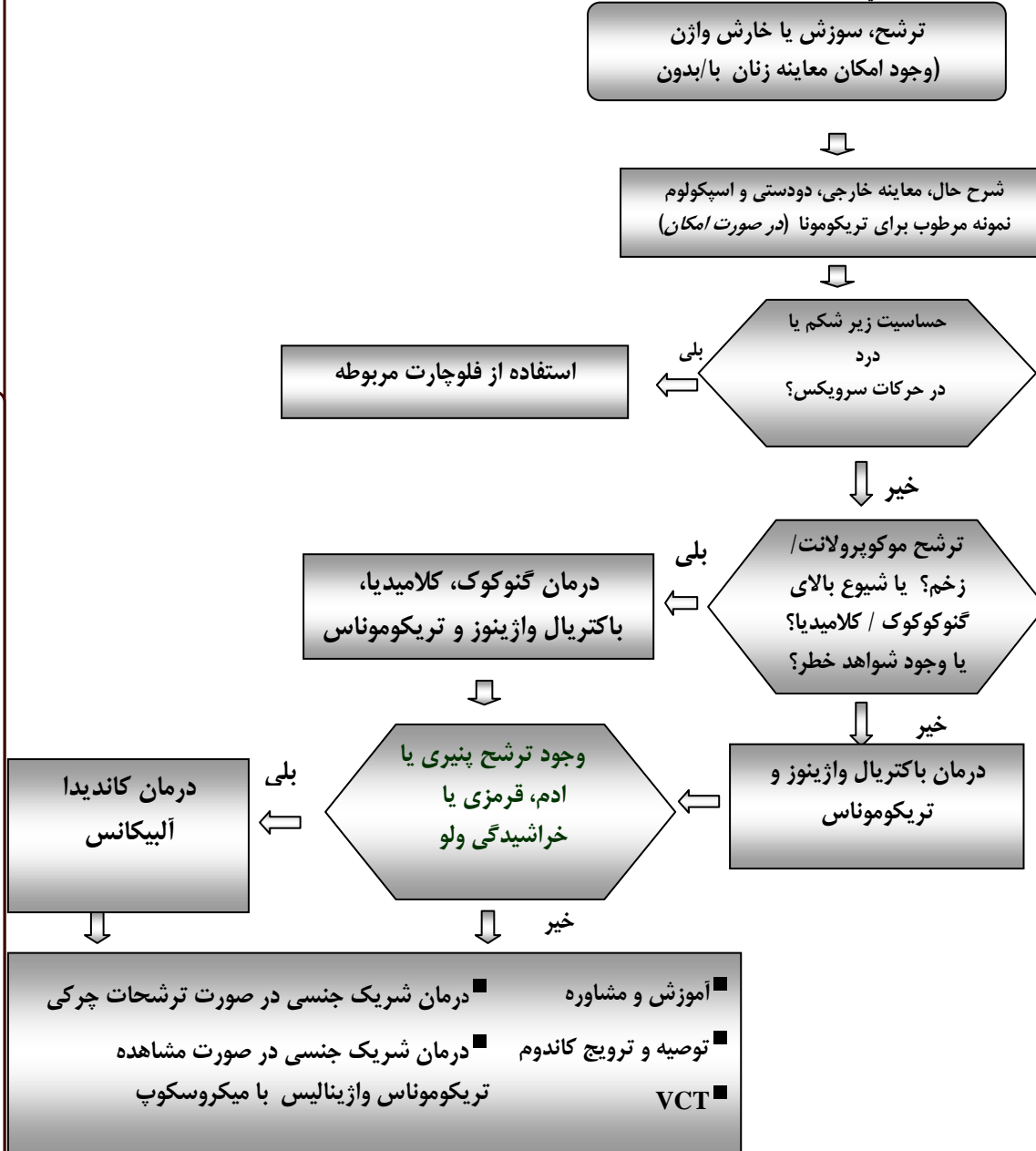
نکته:

بیماران تحت درمان با مترونیدازول باید از مصرف الکل پرهیز کنند.





شکل ۶ . ترشح واژن (معاینه با اسپکولوم و دو دستی)

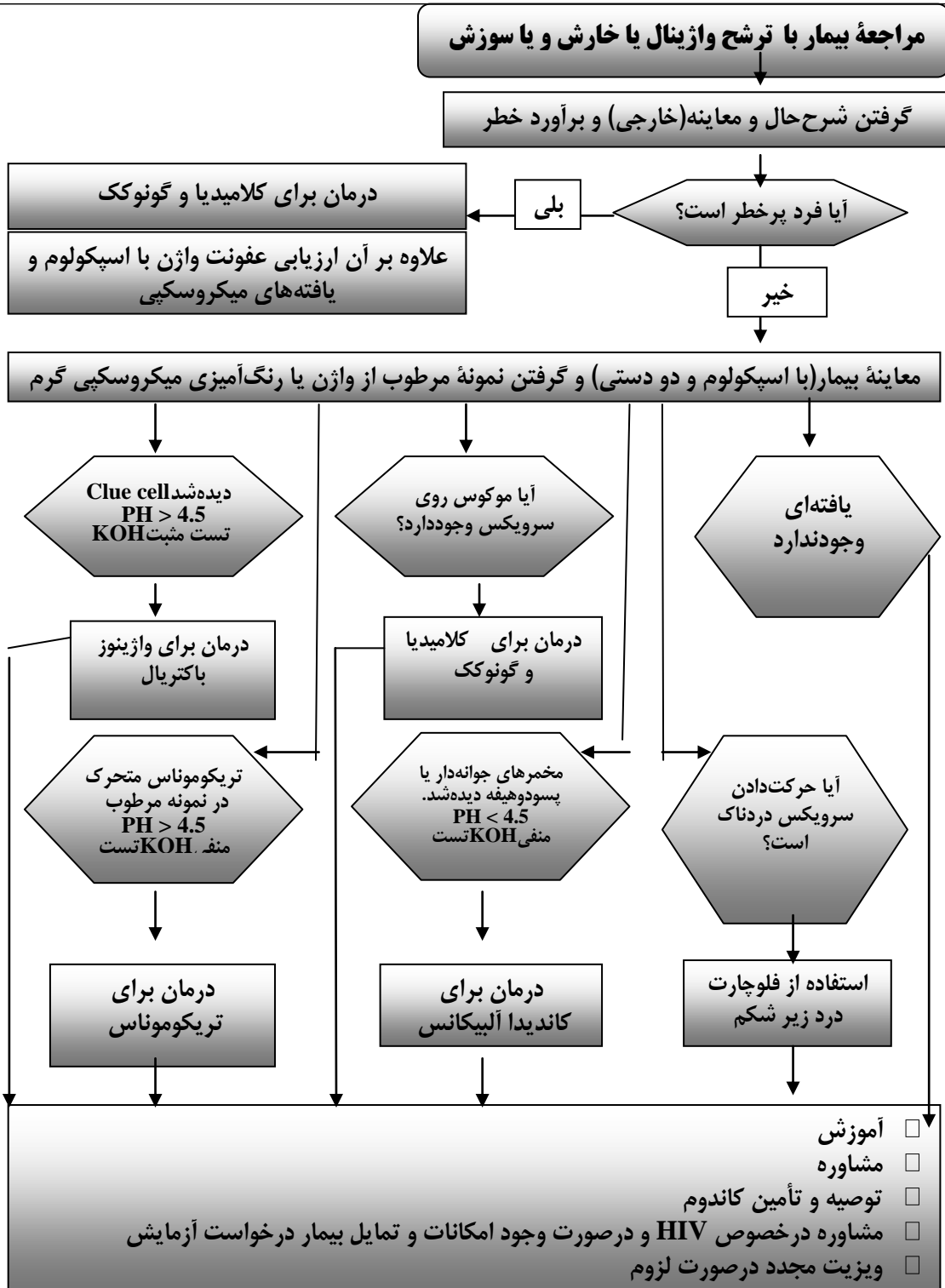


بلی

- داشتهن شریک جنسی علامتدار  
وجود عوامل خطر ذیل در بیمار یا شریک جنسی:
- اعتیاد
  - اقامت طولانی/مکرر دور از همسر
  - داشتهن بیش از یک شریک جنسی
  - شریک جنسی جدید در سه ماه اخیر
  - اختلالات روانی (عقب ماندگی ذهنی و مانیا..)



شکل ۷. ترشح واژینال (اسپکولوم و میکروسکپ)





## ۵.۲. درد زیر شکم

تمام زنان دارای فعالیت جنسی که با درد زیر شکم مراجعه می‌کنند باید از نظر وجود سالپنژیت، اندومتریوت و بیماری التهابی لگن (PID)<sup>۱۵</sup> بررسی شوند. به‌علاوه، برای تمام زنان دارای احتمال ابتلاء به STI معاینه معمول دو دستی و معاینه شکم باید به‌عمل آید؛ زیرا تعدادی از زنان با PID یا اندومتریوت از درد زیر شکم شکایت ندارند. مبتلایان به اندومتریوت ممکن است با شکایات ترشح واژینال و یا خونریزی و یا تدرنس (حساس بودن) رحمی در معاینه لگن مراجعه کنند. شکایاتی که بیشتر PID را مطرح می‌کنند عبارتند از: دل‌درد، مقاربت دردناک، ترشح مهبل، خونریزی زیاد و طولانی‌مدت<sup>۱۶</sup>، سوزش ادرار، عادت ماهانه دردناک، تب و گاهی تهوع و استفراغ.

PID به سختی تشخیص داده می‌شود زیرا تظاهرات بالینی آن متنوعند. در زنان مراجعه کننده با یک یا چند مورد از شکایات‌های مزبور، وجود تدرنس آدنکس، شواهدی از عفونت قسمت تحتانی سیستم تناسلی و تدرنس در حرکت دادن سرویکس، قویاً مطرح کننده PID هستند. علائمی مانند بزرگی یا سفتی یک یا هر دو لوله، وجود یک توده دردناک در لگن و تدرنس مستقیم یا بازگشتی (ریباند) نیز ممکن است وجود داشته باشند. دمای بدن بیمار ممکن است بالا باشد؛ ولی در بیشتر بیماران، طبیعی است. به‌طور کلی، باید خطای پزشکان در جهت over diagnosis و درمان موارد مشکوک به PID باشد.<sup>۱۷</sup>

بیماران با PID حاد زمانی که یکی از موارد زیر وجود داشته باشد باید حتماً بستری شوند:

- تشخیص نامعلوم
- عدم امکان رد فوریت‌های جراحی، از جمله آپاندیسیت و حاملگی خارج رحمی
- شک به آبسه لگن
- شدید بودن بیماری در حدی که درمان سرپایی ناممکن باشد
- بارداری بودن بیمار

<sup>۱۵</sup> Pelvic Inflammatory Disease

<sup>۱۶</sup> menometrorrhagia

<sup>۱۷</sup> گذاشتن فرض تشخیص قطعی برای موارد مشکوک



□ عدم توانایی بیمار به پیگیری، یا عدم تحمل درمان سرپایی

□ شکست در درمان سرپایی، بعضی افراد مجرب توصیه کرده‌اند که تمام بیماران با PID بهتر است برای درمان در بیمارستان بستری شوند.

عوامل اتیولوژیک عبارتند از *نایسریا گنوره*، *کلامیدیا تراکوماتیس*، باکتری‌های بی‌هوازی (گروه‌های باکترئید، کوکسی‌های گرم مثبت). باسیل‌های گرم منفی اختیاری و مایکوپلاسماهومینیس نیز می‌توانند دخیل باشند. از آنجا که از طریق معاینه بالینی نمی‌توان بین این عوامل اتیولوژیک تفاوتی قائل شد و تشخیص دقیق عامل میکروبی نیز دشوار است، رژیم درمانی باید تمام این عوامل را پوشش دهد. رژیم‌های پیشنهادی مناسب عبارتند از:

#### درمان سرپایی

درمان سندرمیک توصیه شده

□ در درمان تک‌دُز گنوره بدون عارضه (مراجعه به بخش ۳.۱)، تأثیر سفتریاکسون تک‌دُز مشخص شده است. سایر رژیم‌های تک‌دُز به‌عنوان درمان PID هنوز ارزیابی نشده‌اند.)

به همراه

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، یا تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۴ روز

به همراه

□ مترونیدازول ۵۰۰mg - ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز

نکته

□ بیماران تحت درمان با مترونیدازول، باید از مصرف الکل خودداری کنند.

□ تتراسایکلین در بارداری منع مصرف دارد.

درمان سندرمیک جایگزین در موارد عدم امکان درمان تک‌دُز گنوره

□ تری متوپریم (۸۰mg) سولفا متوکسازول (۴۰۰mg)، ۱۰ بار در روز، خوراکی،

برای ۳ روز و سپس ۲ قرص، ۲ بار در روز، برای ۱۰ روز

به همراه



□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز و یا تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی،

۴ بار در روز، برای ۱۴ روز  
به همراه

□ مترونیدازول ۵۰۰mg - ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۴ روز  
نکته

کوتریموکسازول باید فقط در مناطقی به کار رود که مقاومت دارویی ایجاد نشده، روی گنوره بدون عارضه مؤثر است. به بیماران تحت درمان با مترونیدازول باید از نظر مصرف الکل هشدار داد.

اقدامات جانبی: خارج کردن IUD (وسیله داخل رحمی)

IUD یک عامل خطر برای ایجاد PID است. اگر چه تأثیر دقیق خارج کردن IUD روی پاسخ سالپنژیت حاد به درمان آنتی‌بیوتیکی و خطر عود سالپنژیت مشخص نیست، خروج زودهنگام IUD پس از شروع درمان آنتی‌بیوتیکی توصیه شده است. در موارد خارج کردن IUD مشاوره جهت پیشگیری از بارداری ضروری است.

پیگیری

بیماران سرپایی با PID باید بعد از ۷۲ ساعت پیگیری شوند؛ اگر بهبود نیابند باید بستری شوند.

درمان بستری

درمان سندرمیک توصیه شده

۱. سفتریاکسون ۲۵۰mg عضلانی، ۱ بار در روز  
به همراه

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی یا وریدی، ۲ بار در روز یا تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز  
به همراه

□ مترونیدازول ۵۰۰mg-۴۰۰mg خوراکی یا وریدی، ۲ بار در روز یا کلرامفنیکل ۵۰۰mg خوراکی یا وریدی، ۴ بار در روز

۲. کلیندامایسین ۹۰۰mg وریدی هر ۸ ساعت



به‌همراه

□ جنتامایسین ۱/۵ mg/kg، وریدی هر ۸ ساعت

۳. سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، یا اسپکتینومایسین ۱ گرم عضلانی، ۴

بار در روز

به‌همراه

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی یا وریدی، ۲ بار در روز یا کلرامفنیکل

۵۰۰mg خوراکی یا وریدی، ۴ بار در روز

نکته

□ برای هر سه رژیم، درمان باید حداقل تا ۲ روز پس از بهبود بیمار ادامه یابد و

سپس توسط داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز برای ۱۴ روز، یا

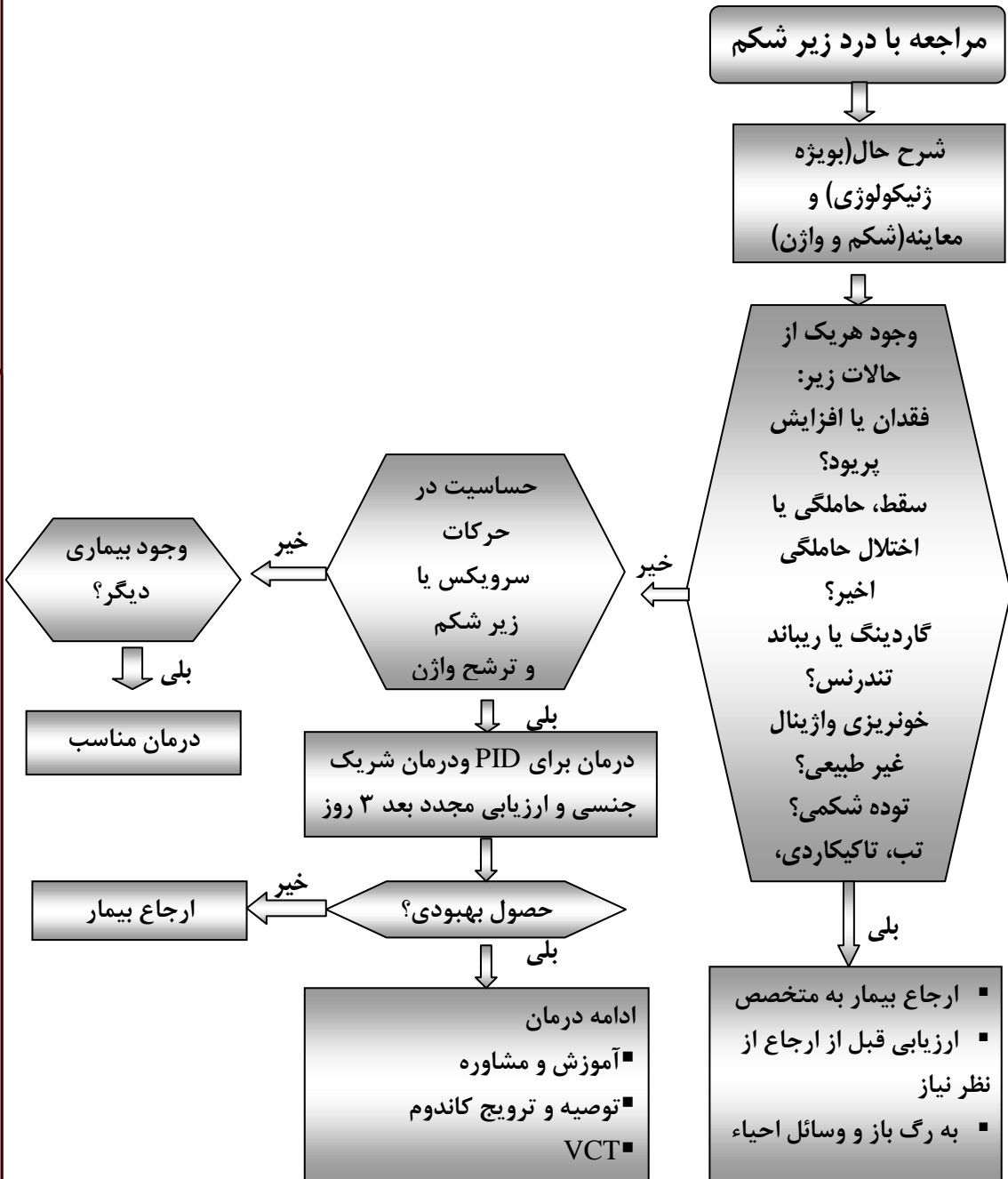
تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۱۴ روز پیگیری شود. به بیماران

تحت درمان با مترونیدازول باید از نظر مصرف الکل هشدار داد. تتراسایکلین در

بارداری منع مصرف دارد.



شکل ۹ . درد زیر شکم

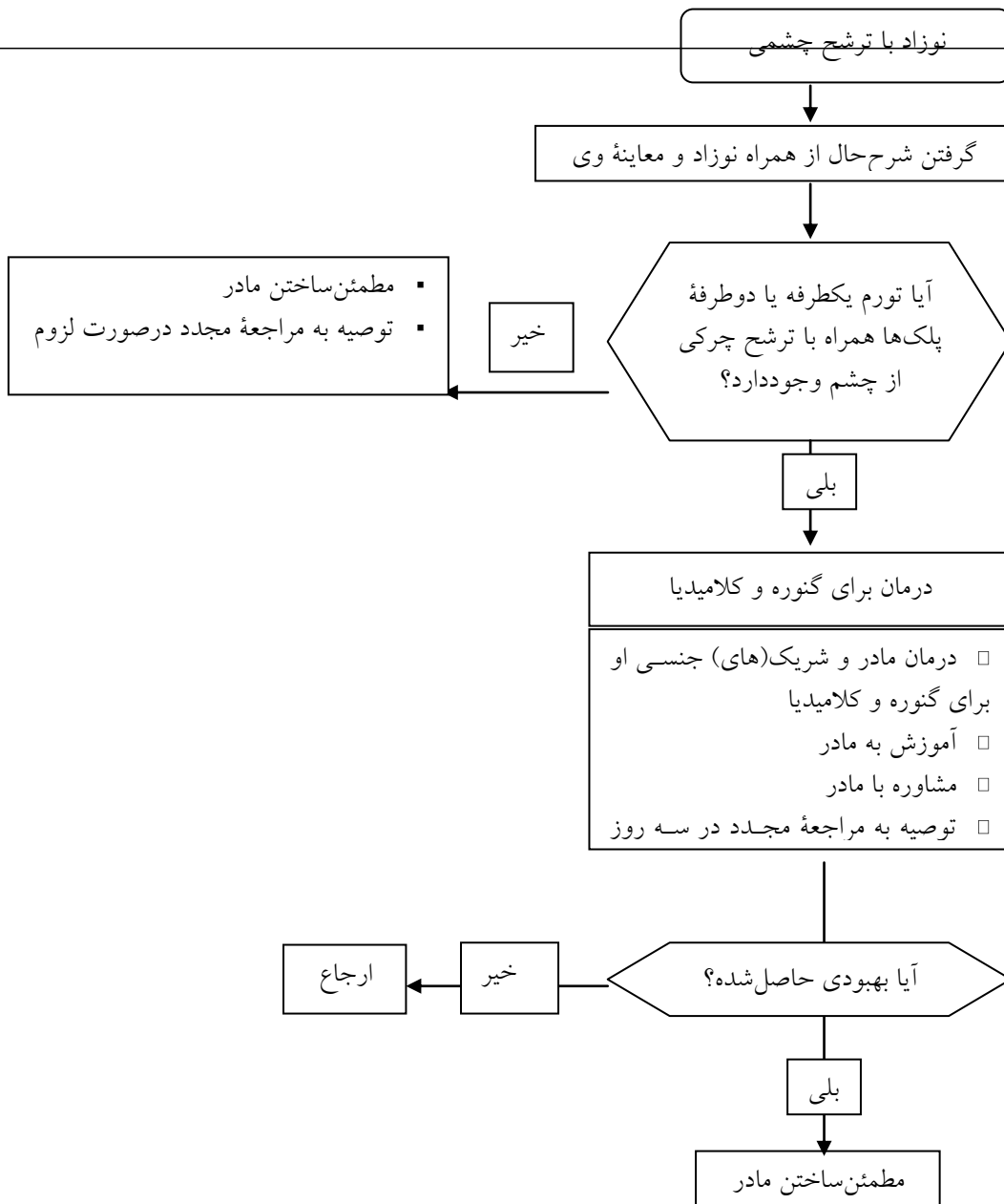




## ۶. کنژنکتیویت نوزادی

کنژنکتیویت نوزادی ( ophthalmia neonatorum ) ناشی از نایسریا گنوره ممکن است سبب کوری شود. مهمترین پاتوژن‌های دستگاه تناسلی که اوفتالمیای نوزادی می‌دهند، عبارتند از: نایسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس. در کشورهای در حال توسعه، نایسریا گنوره بین ۲۰ درصد تا ۷۵ درصد و کلامیدیا تراکوماتیس بین ۱۵ درصد تا ۳۵ درصد موارد مراجعه‌کننده به پزشک را تشکیل می‌دهند. سایر علل عبارتند از: استافیلوکوک طلائی، استرپتوکوک پنومونیه، گروه هموفیلوس و گروه پسودومونا. آلودگی در نوزادان عموماً به صورت قرمزی و تورم پلک‌ها یا «چشم‌های چسبیده» و به صورت ترشح از چشم (ها) ظاهر می‌کند. از آنجا که تظاهرات بالینی و عوارض احتمالی عفونت‌های گنوکوکی و کلامیدیایی مشابهند، در شرایطی که افتراق بین این دو عفونت غیرممکن باشد، درمان باید در جهت پوشش هر دو عفونت صورت گیرد. این رژیم درمانی شامل درمان تک‌دُز برای گنوره و درمان چند دُز برای کلامیدیا است.







### ۱.۳. عفونت‌های گنوکوکی

سوزاک عفونت باکتریال شایعی است که متحصرا از طریق تماس جنسی و یا از مادر به فرزند در زمان تولد منتقل می‌شود. عامل این عفونت دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی بنام نایسریا گنوره است. بسته به محل برقراری تماس جنسی علائم ممکن است در ناحیه دستگاه تناسلی، مقعد و یا حلق بروز کند. التهاب مجرای ادرار تظاهر اصلی در مردان است که معمولا ۲-۵ روز بعد از تماس بروز میکند. عوارض در مردان بصورت اپیدیدیمیت، آبسه اطراف مجرا، پروستاتیت است. در زنان اندوسرویکس شایعترین محل ورود عفونت است. علائم در طول ۱۰ روز پس از تماس بروز میکند. علائم بصورت ترشح از مهبل، درد و سوزش ادرار، خونریزی بین دو قاعدگی بروز میکند. نکته قابل توجه این است که بسیاری از موارد آلودگی در زنان بدون علامت است. آلودگی در زن باردار میتواند منجر به عفونت نوزاد شود و کنژنکتیویت نوزادی ایجاد کند

**تشخیص:** در مردان اسمیر از ترشحات از حساسیت (۹۵٪) و اختصاصیت (۹۹٪) برخوردار بوده، و مشاهده دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی در سلولهای پلی مرفونوکلوئر ارزش تشخیص قطعی دارد. با این وجود بدلیل حساسیت نسبتا پایین اسمیر، نتیجه منفی رد کننده ابتلا به گنوکوک نیست. حساسیت اسمیر در موارد بدون علامت، عفونتهای سرویکس، آنورکتال و حلق بسیار پایین تر بوده به تنهایی توصیه نمیشود و در خواست کشت برای این موارد کمک کننده تر خواهد بود. اگرچه کشت نیز حساسیت بالایی نداشته انجام آن بدلیل نیاز به شرایط خاص CO<sub>2</sub> با مشکلاتی همراه است. تست های پیشرفته تر اسید نوکلئیک در مورد گنوکوک وجود دارد ولی بدلیل نیاز به تعیین حساسیت آنتی بیوتیکی جای کشت را نخواهد گرفت.

درمان عفونت آنورکتال بدون عارضه

رژیم انتخابی



□ سفتریاکسون ۱۲۵mg عضلانی، تک‌دُز

سایر رژیم‌های پیشنهادی

□ سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، تک‌دُز

یا

□ اوفلوکساسین ۴۰۰ mg خوراکی تک‌دُز

یا

□ سفیکسیم ۴۰۰mg خوراکی، تک‌دُز

یا

□ اسپکتینومایسین ۲ گرم عضلانی، تک‌دُز

### عفونت بدون عارضه حلق

□ سفتریاکسون ۱۲۵mg عضلانی، تک‌دُز

یا

□ سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، تک‌دُز

نکته

• در کل، توصیه شده‌است که درمان همزمان برای کلامیدیا در تمام بیماران مراجعه‌کننده با گنوره به‌عمل آید، زیرا همراهی این دو عفونت بسیار شایع است. تنها در مواردی میتوان از درمان همزمان کلامیدیا صرف نظر کرد که تشخیص کلامیدیا با تست NAAT (نوکلئیک اسید امپلیفیکیشن تست) رد شده باشد.

• سیپروفلوکساسین و اوفلوکساسین در بارداری منع مصرف دارد و برای کودکان و نوجوانان نیز توصیه نشده‌است.

پیگیری: در مواردی که پس از درمان علائم باقی مانده شرح حال از نظر درمان ناکافی و یا عدم درمان کلامیدیا باید بررسی شود. در جایی که امکانات وجود دارد کشت و آنتی بیو گرام گنوکوک بشدت توصیه میشود. بسیاری از موارد وجود علائم پس از درمان بعلت ابتلا مجدد



است و این موضوع ضرورت آموزش و مشاوره برای تغییر رفتار و نیز درمان همزمان شریک جنسی را مطرح میکند.

برخورد با شرکاء جنسی: کلیه شرکاء جنسی در ۶۰ روز قبل از شروع علائم باید بررسی و برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند. در مواردیکه آخرین تماس جنسی قبل از این مدت بوده آخرین شریک جنسی باید درمان شود. به بیمار باید آموزش داد از برقراری تماس جنسی تا قبل از تکمیل درمان و برطرف شدن علائم در خود یا شریک جنسی خودداری کند. از آنجا که احتمال مراجعه نکردن شریک جنسی برای معاینه و درمان زیاد است، ارائه درمان از طریق بیمار میتواند کمک کننده باشد. مع الوصف بدلیل احتمال وجود سایر بیماریهای آمیزشی و یا PID بیمار باید درمورد ضرورت بررسی و تشویق شریک جنسی برای مراجعه توصیه های لازم را دریافت کرده باشد.

حاملگی: کینولونها در حاملگی منع مصرف دارند. سفالوسپورینها در این حالت درمان انتخابی هستند.

درمان در مبتلایان به HIV : مشابه سایر موارد.

#### عفونت منتشر

عفونت منتشر گنوکوکی یا DGI<sup>18</sup> در اثر باکتری می نایسریا گنوره ایجاد میشود. پتشی، ضایعات جلدی، آرترالژیهای غیر قرینه، تنوسینوویت و آرتریت چرکی از علائمی است که در DGI مشاهده میشود. گاهی عوارضی مانند پری هپاتیت، و به ندرت اندوکاردیت و مننژیت رخ میدهد. بیماران DGI باید حتما برای بستری ارجاع شوند.

رژیم‌های پیشنهادی

□ سفتریاکسون ۱gr عضلانی یا وریدی، روزانه برای ۷ روز(ممکن است در صورت عدم دسترسی به سفتریاکسون، سفالوسپورین‌های نسل سوم دیگری جایگزین آن شوند؛ اما باید در دفعات بیشتر تجویز گردند).

□ سفتی زوکسیم ۱ گرم وریدی هر ۸ ساعت تا ۷ روز

<sup>18</sup> Disseminated Gonococcal Infection



برای مننژیت گنوکوکی و اندوکاردیت، همان دُزها به کار می‌روند؛ اما طول درمان باید در اندوکاردیت تا ۴ هفته افزایش یابد.

### عفونت چشمی گنوکوکی

عفونت چشمی گنوکوکی یک وضعیت خطرناک است که به درمان سیستمیک همراه با شستشوی موضعی با محلول نمکی یا سایر محلول‌های مناسب نیاز دارد. به‌ویژه، در صورت در دسترس نبودن رژیم‌های درمانی پیشنهادی، شستشو مهم است. شستشوی کافی دست‌ها، در پرسنلی که از بیماران عفونی مراقبت می‌کنند، اهمیتی ویژه دارد. درمان سیستمیک شامل سفتریاکسون ۱ گرم عضلانی در دُز واحد است با این وجود ارجاع به چشم پزشک ضرورت دارد.

پیگیری: تحت نظر گرفتن دقیق پیشرفت بیماری مهم است.

### کنژنکتیویت گنوکوکی نوزادی

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

رژیم پیشنهادی

سفتریاکسون، ۵۰ mg/kg عضلانی تک‌دُز حداکثر ۱۲۵mg

رژیم جایگزین، زمانی که سفتریاکسون در دسترس نیست:

□ کانامایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک‌دُز حداکثر ۷۵mg

یا

□ اسپکتینومایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک‌دُز حداکثر ۷۵mg

تأثیر سفتریاکسون و کانامایسین تک‌دُز اثبات شده است؛ اما مزیت افزودن پماد چشمی تتراسایکلین به این رژیم را اثبات نکرده‌اند.

پیگیری: بیماران باید بعد از ۴۸ ساعت مجدداً معاینه شوند.



پیشگیری از عفونت چشمی نوزادی  
 به‌خوبی و بلافاصله پس از تولد تمیز شوند و استعمال محلول ۱ درصد نیترات نقره یا پماد  
 ۱ درصد تتراسایکلین در چشم‌های همه نوزادان در زمان تولد اکیداً توصیه می‌شود؛ زیرا  
 اثر پیشگیری دارد. اگر چه این روش، محافظت کمی در مقابل کنژنکتیویت کلامیدیایی  
 دارد.

شیرخواران متولدشده از مادران مبتلا به عفونت گنوکوکی نیز باید به‌روش ذیل درمان  
 شوند:

رژیم پیشنهادی

□ سفتریاکسون ۵۰mg/kg تک‌دُز، حداکثر ۱۲۵mg

رژیم جایگزین، زمانی که سفتریاکسون در دسترس نیست:

□ کانامایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک‌دُز حداکثر تا ۷۵mg

یا

□ اسپکتینومایسین ۲۵mg/kg عضلانی، تک‌دُز حداکثر ۷۵mg

برخورد با مادر و شرکاء جنسی وی: این افراد باید بررسی شده تحت درمان قرار گیرند.

### ۲.۳. عفونت‌های کلامیدیا تراکوماتیس (به‌جز LGV)

یکی از شایعترین عفونت‌های آمیزشی در سراسر جهان است. علائم در مردان شامل درد در  
 حین ادرار کردن، و ترشح آبکی بوده گاه بدون علامت است. عوارض آن عبارتست از  
 التهاب پروستات بیضه و اپیدیدیم، در زنان علائم شامل: خارش و سوزش دستگاه تناسلی،  
 ترشح، درد خفیف لگنی و خونریزی بین دو عادت ماهانه است. اکثر زنان بدون علامت  
 هستند. عوارض آن عبارتند از: چسبندگی لوله‌های رحمی، عقیمی و حاملگی خارج از  
 رحم، پروکتیت و پروکتوکولیت است.

**تشخیص:** کشت، الیزا، نوکلئیک اسید هیبریدیژیشن، و NAAT انواع تست‌های  
 آزمایشگاهی هستند که در این مورد وجود دارند.



### عفونت آنورژینتال بدون عارضه

رژیم پیشنهادی

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز  
یا

□ آزیترومایسین ۱gr تک‌دُز

رژیم‌های جایگزین

□ اریترومایسین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز  
یا

□ اوفلوکساسین ۳۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷ روز

نکته

□ داکسی‌سایکلین (و سایر تتراسایکلین‌ها) در طول بارداری و در شیردهی منع مصرف دارند

□ شواهد فعلی نشان می‌دهند ۱gr تک‌دُز آزیترومایسین برای درمان عفونت کلامیدیایی مؤثر است

براساس شواهد موجود، طولانی‌تر کردن مدت درمان، بیش از ۷ روز، درصد بهبود را در عفونت کلامیدیایی بدون عارضه افزایش نمی‌دهد. اریترومایسین نباید با معده خالی خورده شود.

پیگیری: پذیرش رژیم درمانی ۷ روز حیاتی است. مقاومت کلامیدیا تراکوماتیس به رژیم‌های درمانی پیشنهادی دیده نشده است.

برخورد با شریک جنسی: مشابه گنوکوک

### عفونت کلامیدیایی در بارداری

رژیم‌های پیشنهادی

□ اریترومایسین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۷ روز  
یا



□ آزیترومایسین ۱ gr تک‌دُز

نکته

□ داکسی‌سایکلین (و سایر تتراسایکلین‌ها) و اوفلوکساسین در بارداری منع مصرف دارند.

□ اریترومایسین استولات در جریان بارداری به دلیل عارضهٔ مسمومیت کبدی آن، منع مصرف دارد. بدین ترتیب، فقط اریترومایسین خالص یا اریترومایسین به شکل اتیل سوکسینات باید به کار رود.

48

### کنژنکتیویت کلامیدیایی نوزادی

تمام موارد کنژنکتیویت نوزادی باید برای گنوکوک و کلامیدیا درمان شوند؛ زیرا امکان عفونت توأم وجود دارد. نوزاد باید از نظر پنومونی نیز بررسی شود.

رژیم پیشنهادی

□ شربت اریترومایسین، ۵۰ mg/kg روزانه (در ۴ دُز) برای ۱۴ روز

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

### پنومونی شیرخواری

درمان پیشنهادی، شربت اریترومایسین، ۵۰ mg/kg روزانه برای ۱۴ روز است.

مادر و شرکاء جنسی در تمام عفونتهای نوزادی کلامیدیایی باید بررسی و درمان شوند.

۳.۳. لنفوگرانولوم ونروم (LGV)





لنفوگرانولوم ونروم توسط کلامیدیا تراکوماتیس سروواریانتهای L3،L2،L1 ایجاد میشود. شایعترین علامت در افراد هتروسکسوال، بزرگی و حساسیت یکطرفه غدد لنفاوی اینگوینال ویا فمورال است. انتقال عفونت از طریق مقعد در زنان و مردان همجنسگرا بصورت پروکتیت (ترشح موکوئیدی و یا خونی، درد مقعد، یبوست، تب و تنموس) بروز میکند. گاهی در محل ورود میکروب یک زخم یا پاپول ایجاد میشود که خودبخود بهبود میابد ولی معمولا زمانی که بیمار برای معاینه مراجعه کرده این زخم وجود ندارد. در صورت عدم درمان بموقع پروکتوکولیت میتواند مزمن شده و یا منجر به تنگی و فیستولیزه شدن کولورکتال شود. ضایعات ژنیتال و کولورکتال میتوانند منجر به عفونت ثانویه باکتریال شده، یا همراه سایر بیماریهای آمیزشی دیده شوند.

**تشخیص:** تشخیص بر اساس شک بالینی، شواهد اپیدمیولوژیک، و رد سایر ارگانیزم‌ها (علل پروکتوکولیت، لنفادنوپاتی، زخم تناسلی) و در صورت وجود انجام تست آزمایشگاهی میباشد. نمونه تهیه شده با سواب از ضایعه و آسپیره bubo رامیتوان برای کشت کلامیدیا ارسال کرد. برای تشخیص سروواریانتهای مولدLGV باید مطالعات ژنوتایپینگ انجام داد که در اغلب نواحی جهان دسترس نیست. سرولوژی کلامیدیا (تست فیکساسیون کمپلمان بالاتر از ۱/۶۴) در صورت وجود علائم بالینی میتواند تشخیص را حمایت کند. تستهای سرولوژیک بر اساس سرووارهای مختلف در اغلب نقاط جهان در دسترس نیست.

رژیم پیشنهادی

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg، ۲ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز

یا

□ اریترومايسين ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز

رژیم جایگزین

□ تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۲۱-۱۴ روز

نکته



تتراسایکلین‌ها در بارداری منع مصرف دارند.

لنف‌نودهای موج باید از طریق پوست سالم آسپیره شوند. برش و تخلیه یا خارج کردن غدد ممکن است ترمیم را به تأخیر اندازند. بعضی بیماران با بیماری پیشرفته، نیاز به درمان طولانی‌تر از ۱۴ روز دارند و عوارضی مانند تنگی و یا فیستول باید جراحی شوند.

پیگیری: بیماران باید تا زمان فروکش کردن علائم پیگیری شوند.

برخورد با شرکاء جنسی: افرادی که در مدت ۶۰ روز قبل از بروز علائم با بیمار تماس جنسی داشته اند باید معاینه و در صورت امکان از نظر آزمایشگاهی بررسی شوند. رژیم درمانی توصیه شده برای این افراد عبات است از: آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی روزانه یا داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز تا ۷ روز.

حاملگی: بعلت منع مصرف سایر داروهای پیشنهادی در بارداری، رژیم درمانی مناسب در این دوره اریترومایسین است.

درمان موارد مبتلا به HIV: رژیم درمانی مشابه است ولی دوره های درمانی طولانی تر توصیه میشود. تاخیر در بهبود علائم ممکن است دیده شود.

### ۴.۳. سیفیلیس

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

سیفیلیس اولیه: معمولاً بصورت زخم برجسته، بدون درد، منفرد و با سفتی قاعده (indurated) در ناحیه آنورثیتال ظاهر میشود. ممکن است در موارد آتیپیک زخم متعدد، دردناک، و چرکی باشد. آزمایشات بیمار در این مرحله منفی باشد.



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

مرحله نهفته: در این مرحله تست سرولوژیک مثبت است در حالیکه علائم بالینی وجود ندارد. این مرحله میتواند شامل علائم زیر باشد:

گوم سیفیلیس: ندول یا پلاک یا اولس‌های تپیک

نوروسیفیلیس: تابس دورسالیس، پارزی منتشر، غیرطبیعی بودن مایع مغزی نخاعی  
سیفیلیس قلبی: درگیریه‌های آئورت بصورت التهاب، رگورژیتیشن، آنوریسم آئورت  
سینه، درگیری عروق کرونر

سیفیلیس زودرس: عبارت است از سیفیلیس اولیه، ثانویه یا Early Latent (فرم نهفته که بیشتر از یک سال طول نکشیده باشد). معیار برای Early Latent شامل هر کدام از حالات زیر میباشد:

- وجود مدرک دال بر تغییر سرولوژیک و یا افزایش ۴ برابر تست های غیر تریپونمال طی سال اخیر
- تظاهرات بالینی نامشخص سیفیلیس اولیه یا ثانویه
- داشتن شریک جنسی با ابتلا اثبات شده سیفیلیس اولیه یا ثانویه یا Early Latent
- وجود تست تریپونمال و غیر تریپونمال مثبت در فردی که تنها تماس احتمالی وی در یکسال اخیر بوده.

**تشخیص:** تست‌های غیر سرولوژیک شامل مشاهده تریپونم در بررسی با میکروسکوپی دارکفیلد، ایمونوفلورسانت آنتی بادی مستقیم و PCR است. در مرحله زودرس میکروسکوپی دارکفیلد و یا ایمونوفلورسانت آنتی بادی بر روی نمونه آگزودای زخم یا غده لنفاوی، وجود تریپونم را اثبات میکند و به منزله تشخیص قطعی است. تشخیص احتمالی با یک تست سرولوژیک غیر تریپونمال (RPR, VDRL) مثبت بعلاوه یک تست تریپونمال مثبت صورت میگیرد. انواع



تست های تریپونمال شامل: هماگلوتینیشن (TPHA)، میکروهماگلوتینیشن (MHA- TP)،  
Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA- abs) ، Particle Agglutination test (TPPA)،  
Enzyme immunoassay (EIA)، IgG/IgM immunoblot هستند که معمولاً (FTA- abs) بیشتر در  
دسترس است.

در مورد تست های غیر تریپونمال ممکن است امکان گزارش کمی وجود داشته باشد و از  
این حالت میتوان در تعیین فعال بودن بیماری و یا پیگیری بیمار استفاده کرد. تیتراژ این آنتی  
بادیها بعد از درمان کاهش پیدا میکند اما ممکن است تیتراژهای پایین برای مدت طولانی حتی  
تا آخر عمر باقی بماند. تست های تریپونمال معمولاً علیرغم درمان کافی مثبت باقی میمانند.  
تنها در ۲۵-۱۵ درصد موارد که در مراحل ابتدایی درمان شده اند ممکن است پس از ۳-۲  
سال تست تریپونمال منفی شود.

#### درمان:

پنیسیلین G تزریقی درمان انتخابی است. نوع فرآورده (بنزاتین، پروکائین، کریستال) دُز و طول  
مدت درمان بستگی به مرحله بیماری و وضعیت بالینی دارد.

**برخورد با شرکاء جنسی:** انتقال جنسی فقط در زمانی صورت میگیرد که ضایعات  
موکوکوتانوس وجود داشته باشد و این علائم بندرت بعد از یکسال در بیمار وجود  
خواهد داشت. با این وجود فردی که تماس جنسی با یک فرد مبتلا به سیفیلیس در هر مرحله  
از بیماری داشته باید از نظر بالینی و آزمایشگاهی کنترل شده بر اساس توصیه های ذیل درمان  
شود:

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



- بیماران با مدت نامعلوم که تیترا بالایی از تست‌های غیر تریپونمال دارند را میتوان در مرحله زودرس در نظرگرفت و شریک جنسی را بر آن اساس درمان کرد. تیترا تست تریپونمال در تشخیص زودرس از دیررس موثر نبوده، برای درمان بیمار باید معیارهای Early Latent را بکار گرفت.
- شرکاء جنسی طولانی مدت بیمارسیفیلیس نهفته باید بررسی شده، براساس مرحله بیماری خود درمان شود.

معیار برای تعیین شرکاء جنسی در خطر بدین شرح است:

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

درمان در سیفیلیس زودرس (اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یکسال):

رژیم پیشنهادی

- پنی‌سیلین<sup>۱۹</sup> 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

- پنی‌سیلین پروکائین G، ۱/۲ میلیون واحد عضلانی، به مدت ۱۰ روز متوالی

رژیم جایگزین در بیماران حساس به پنی‌سیلین

- داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲بار در روز، برای ۱۵ روز  
یا

؛ بنزیل پنی‌سیلین G<sup>۱۹</sup> مترادف‌های پنی‌سیلین بنزاتین: بنزاتین پنی‌سیلین

بنزاتین ؛ بنزاتین پنی‌سیلین

G مترادف پروکائین بنزیل پنی‌سیلین: پروکائین پنی‌سیلین

مترادف بنزیل پنی‌سیلین مایع: بنزیل پنی‌سیلین پتاسیم یا بنزیل پنی‌سیلین سدیم؛ پنی‌سیلین کریستال؛ پنی‌سیلین

پتاسیم؛ G

G سدیم پنی‌سیلین



□ تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۵ روز

در برخی مطالعات نقش سفتریاکسون یک گرم روزانه وریدی یا عضلانی بمدت ۸ تا ۱۰ روز ذکر شده. با این حال امکان حساسیت دارویی به سفالوسپورینها در بیماران حساس به پنیسیلین وجود دارد.

درمان زنان باردار حساس به پنی‌سیلین: حساسیت زدایی و درمان با پنیسیلین پس از انجام حساسیت زدایی توصیه میشود.

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

#### سیفیلیس نهفته دیررس (Late Latent)

رژیم پیشنهادی

□ بنزاتین پنی‌سیلین، ۲/۴ میلیون واحد عضلانی هر هفته برای ۳ هفته متوالی

رژیم جایگزین

□ پنی‌سیلین پروکایین G، ۱/۲ میلیون واحد عضلانی ۱ بار در روز، برای ۱۰ روز متوالی

رژیم جایگزین برای بیماران غیرباردار حساس به پنی‌سیلین

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۱۵ روز

یا

□ تتراسایکلین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۱۵ روز



درمان با پنی‌سیلین ترجیح داده می‌شود و باید تا حد امکان از آن استفاده شود. باید به خاطر داشت که درمان آنتی‌بیوتیکی در سیفیلیس زودرس بهتر از مرحلهٔ دیررس، پاسخ می‌دهد. در کل، سیفیلیس دیررس نیازمند درمانی طولانی‌تر است.

تمام بیماران سیفیلیس نهفته باید از نظر علائم چشمی، عصبی، عروقی بررسی شوند. در صورت وجود شواهد درگیری نورولوژیک، افتالمیک، آنورتیت، گوم، شکست درمان و یا ابتلا همزمان به HIV و سیفیلیس نهفته با مدت نامشخص یا late latent از بیماران باید بررسی مایع مغزی نخاعی بعمل آید. ارجاع جهت بررسیهای تخصصی ضروری است. پیگیری: تست کمی سرولوژیک باید در ماه ۶، ۱۲ و ۲۴ بعد از درمان مجدد بررسی شود. بیمارانیکه: (۱) افزایش چهار برابر تیترا دارند (۲) تست اولیه بالاتر از ۱/۳۲ بوده و پس از درمان به میزان ۴ برابر کاهش پیدا نکرده (۳) علائم بالینی سیفیلیس ظاهر شده، باید تحت درمان مجدد قرار گیرند.

#### سیفیلیس عصبی (نوروسیفیلیس)

رژیم پیشنهادی

□ بنزیل پنی‌سیلین مایع، ۱۲ تا ۲۴ میلیون واحد وریدی، روزانه در دُزهای ۲ تا ۴ میلیون هر ۴ ساعت برای ۱۴ روز

رژیم جایگزین

□ پنی‌سیلین پروکایین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، ۱ بار در روز همراه با پروبنسید ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، هر دو برای ۱۰ تا ۱۴ روز. این رژیم باید فقط در بیمارانی که پذیرش درمان سرپایی دارند به کار رود.

نکته

بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی، سطح درمانی کافی را در مایع مغزی نخاعی ایجاد نمی‌کند.

رژیم‌های جایگزین برای موارد حساس به پنی‌سیلین

□ داکسی‌سایکلین ۲۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳۰ روز



نکته: سفتریاکسون ۲ گرم روزانه وریدی یا عضلانی برای ۱۰ الی ۱۴ روز میتواند در این موارد بکار رود. اگرچه احتمال حساسیت به سفالوسپورین در موارد حساس به پنی سیلین وجود دارد.

سیستم اعصاب مرکزی (CNS) ممکن است در هر مرحله از سیفیلیس درگیر شود. تمام بیماران دارای علائم درگیری سیستم اعصاب مرکزی (مشکلات بینایی، شنوایی و یا فلج اعصاب جمجمه) در هر مرحله باید از نظر مایع مغزی نخاعی بررسی شوند. مطلوب است تمام بیماران مبتلا به سیفیلیس اثبات شده که مدت بیماری آنها بیش از دو سال بوده و یا نامشخص است، از نظر ابتلا به نورو سیفیلیس بدون علامت بررسی شوند. برخی صاحب نظران توصیه می‌کنند، درخصوص بیماران مبتلا به نورو سیفیلیس با یک نورولوژیست مشاوره شود. پیگیری دقیق درمان این بیماران اساسی است.

### سیفیلیس و عفونت HIV

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

درمان پیشنهادی برای سیفیلیس اولیه در بیماران آلوده به HIV با بیماران غیر آلوده به HIV تفاوتی ندارد. هر چند بعضی نویسندگان، بررسی CSF و یا درمان قوی‌تر با یک رژیم توأم سیفیلیس و HIV را بدون توجه به مرحله سیفیلیس، پیشنهاد می‌کنند. در تمام موارد، پیگیری کامل جهت اطمینان از درمان کافی ضروریست.

### سیفیلیس در دوران بارداری





زنان باردار باید به‌عنوان گروهی مجزا در نظر گرفته شده، به‌خصوص از نظر عفونت مجدد بعد از درمان به‌دقت تحت مراقبت اپیدمیولوژیک قرار گیرند. ضمناً درمان شریک جنسی نیز مهم است.

رژیم‌های پیشنهادی

درخصوص زنان باردار غیرحساس به پنی‌سیلین، باید در هر مرحله از بارداری، مانند زنان غیر باردار، رژیم درمانی مناسب با پنی‌سیلین را اجرا کرد. در موارد حساس به پنی‌سیلین باید نسبت به حساسیت‌زدایی اقدام نموده سپس با رژیم مناسب هر مرحله درمان کرد. به‌منظور حساسیت‌زدایی پنی‌سیلین در زنان باردار دچار سیفیلیس، بستری در بیمارستان ضروری است. انجام این کار در اغلب مراکز مراقبت بهداشتی امکان‌پذیر نیست و به‌عنوان یک اقدام معمول توصیه نمی‌شود.

پیگیری

به‌منظور پیگیری درمان، انجام آزمایش‌های سرولوژیک غیرتریپونمایی کمی، باید تا زمان زایمان هر ماه انجام شده، در صورت بروز شواهد سرولوژیک دال بر وجود عفونت مجدد<sup>۲۰</sup> یا عود<sup>۲۱</sup>، درمان تکرار شود.

### سیفیلیس مادرزادی

بدلیل عبور آنتی‌بادیهای مادری از جفت، تشخیص سیفیلیس در نوزاد مشکل خواهد بود. معیارهای تصمیم‌به‌درمان عبارتند از: ۱) تشخیص سیفیلیس در مادر (۲) ظهور علائم بالینی یا رادیولوژیک به‌همراه یافته‌های آزمایشگاهی در نوزاد (۳) مقایسه تیتراژ آنتی‌بادی مادری (در زمان زایمان) و نوزادی. این نوزادان باید از نظر علائم بالینی سیفیلیس مادرزادی (زردی، بزرگی کبد و طحال، رینیت، راش جلدی، پسودوپارالزی یک اندام) مورد بررسی قرار گیرند. آزمایش پاتولوژی جفت یا بند ناف میتواند کمک‌کننده باشد.

<sup>۲۰</sup> reinfection

<sup>۲۱</sup> relapse



این سناریو معرف یک نوزاد مبتلا است: (۱) وجود علائم بالینی (۲) ۴ برابر بالاتر بودن تیتراست غیرتریپونمال نوزاد نسبت به مادر (۳) مشاهده تریپونم در بررسی دارکفیلد یا فلورسانت آنتی بادی از مایعات بدن.

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

رژیم‌های پیشنهادی

الف) سیفیلیس مادرزادی اولیه (تا سن ۲ سالگی) و شیرخواران با مایع نخاع غیرطبیعی

□ بنزیل پنی‌سیلین مایع وریدی ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار واحد/ کیلوگرم، روزانه که به‌شکل ۵۰ هزار واحد/ کیلوگرم / دُز، وریدی هر ۱۲ ساعت در طی اولین ۷ روز بعد از تولد و پس از آن، هر ۸ ساعت جمعاً تا ۱۰ روز، تجویز می‌شود

یا

□ پنی‌سیلین پروکائین ۵۰ هزار واحد/ کیلوگرم / عضلانی به شکل دُز واحد روزانه به مدت ۱۰ روز

نکته

بعضی کارشناسان، تمام شیرخواران مبتلا به سیفیلیس مادرزادی را مانند زمانی که یافته‌های مایع نخاع غیرطبیعی باشد، درمان می‌کنند. آنتی‌بیوتیک‌هایی به‌جز پنی‌سیلین (از جمله اریترومايسين) برای درمان سیفیلیس مادرزادی توصیه نمی‌شود؛ مگر در موارد دارای حساسیت شدید به پنی‌سیلین.

تتراسایکلین در کودکان کم‌سن منع مصرف دارد.

ب) سیفیلیس مادرزادی که ۲ سال یا بیشتر طول کشیده باشد



□ بنزیل‌پنی‌سیلین مایع ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار واحد/ کیلوگرم در روز، وریدی یا عضلانی به شکل ۵۰ هزار واحد/ کیلوگرم هر ۴ تا ۶ ساعت برای ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز می‌شود.

رژیم جایگزین برای بیماران حساس به پنی‌سیلین بعد از نخستین ماه تولد

□ اریترومايسين ۷/۵ تا ۱۲/۵ میلی‌گرم/ کیلوگرم خوراکی ۴ بار در روز به مدت ۳۰ روز ابتلای مادر باردار به سیفیلیس ممکن است به سیفیلیس مادرزادی منجر شود؛ اما درمان وی با پنی‌سیلین این میزان را به حداقل می‌رساند. تمام شیرخواران مادران دارای آزمایش مثبت باید در زمان تولد ماهانه تا ۳ ماه معاینه شوند تا زمانی که آزمایش‌های سرولوژیک آنها منفی شده و منفی باقی‌بماند. آنتی‌بادی‌هایی که از مادر به نوزاد انتقال می‌یابند، معمولاً در عرض ۳ ماه پس از تولد محو می‌شوند. در صورت امکان، بررسی سرولوژیک IgM اختصاصی به تشخیص کمک می‌کند.

سیفیلیس اولیه مادرزادی عموماً هم از نظر بالینی و هم آزمایشگاهی (سرولوژیک)، به دُزهای کافی پنی‌سیلین به خوبی پاسخ می‌دهد. در کودکان شدیداً بدحال با درگیری وسیع جلدی، مخاطی، استخوانی یا احشایی، بهبودی ممکن است به کندی صورت گیرد. در شرایط بد تغذیه‌ای، ممکن است عفونت‌های همزمان از جمله پنومونی نیز رخ دهد.

### ۵.۳. شانکروئید

یک عفونت باکتریایی حاد ناحیه تناسلی است. عامل این بیماری هموفیلوس دوکری می‌باشد. علائم آن بصورت یک یا چند زخم نکروزه دردناک بوده معمولاً با تورم دردناک و چرکی غدد لنفاوی موضعی همراه است. این بیماری اغلب در مردان دیده می‌شود خصوصاً مردانی که شرکاء جنسی متعدد دارند. همراهی زخم تناسلی دردناک و تورم چرکی و حساس غدد لنفاوی کشاله ران مطرح کننده شانکروئید است. تشخیص قطعی توسط کشت هموفیلوس دوکری در محیط اختصاصی است. این محیط در همه جا در دسترس نیست و حتی در شرایط استفاده از آن، حساسیت تست تنها ۸۰ درصد می‌باشد. تشخیص



محتمل شانکروئید براساس وجود تمام کرایتریاهای زیر خواهد بود: (۱) وجود حداقل یک زخم تناسلی دردناک (۲) فقدان شواهد تریپونما پالیدوم در بررسی اگزودا با میکروسکوپی دارکفیلد و یا سرولوژی منفی پس از ۷ روز از بروز علائم (۳) علائم بالینی وجود زخم و لنفادنوپاتی ناحیه (۴) تست منفی تبخال در اگزودای زخم.

درمان:

درمان موفق شامل فروکش کردن علائم و پیشگیری از انتقال میباشد. در موارد پیشرفته ممکن است علیرغم درمان موفق اسکار ایجاد شود.

رژیم پیشنهادی

- آزیترومایسین ۱gr خوراکی، یک دُز واحد  
یا
- سفتریاکسون ۲۵۰mg عضلانی، یک دُز واحد  
یا
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ روز  
یا
- اریترومایسین خالص ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز، برای ۷ روز

سایر تدابیر درمانی

بیماران باید ۳ تا ۷ روز بعد مجدد ویزیت شوند. در صورت موفقیت درمان، علائم در عرض ۳ روز فروکش کرده بهبود در عرض ۷ روز مشاهده میشوند. عدم حصول بهبود میتواند به این دلایل باشد: (۱) تشخیص غلط (۲) عفونت همزمان با ارگانیزم دیگر (۳) مصرف ناصحیح درمان (۴) ابتلا به HIV (۵) مقاومت میکروبی هموفیلوس دوکری. زمان لازم برای بهبود بستگی به وسعت زخم دارد و زخمهای بزرگ ممکن است به دو هفته زمان نیاز داشته باشند. درخصوص ضایعات به درمان خاصی نیاز نیست. زخمها باید همواره تمیز باشند و غدد لنفاوی مواج در صورت لزوم باید از طریق پوست سالم اطراف



آسپیره شوند. برش و تخلیه یا برداشتن غدد لنفاوی ممکن است باعث تأخیر در ترمیم شده و توصیه نمی‌شود. بیماران باید برای سیفیلیس و HIV تست شوند.

تمام بیماران تا زمان بهبود یا درمان کامل، باید پیگیری شوند. در بیماران آلوده به HIV، ممکن است درمان کمتر مؤثر واقع شود؛ اما این مسئله ممکن است در جریان عفونت همزمان با هرپس واژینال یا سیفیلیس نیز رخ دهد. از آنجا که شانکروئید و عفونت HIV به‌طور شایعی همراه هستند و شکست درمان با شیوع بیشتری رخ می‌دهد، بیماران باید هر هفته، تا ظهور شواهد بهبودی، پیگیری شوند. در صورت پاسخ منفی، تست سیفیلیس و HIV ۳ ماه بعد باید تکرار شود.

در صورت وجود رابطه جنسی از ۱۰ روز قبل از شروع علائم، کلیه شرکاء جنسی باید ارزیابی و درمان شوند.

### ۳.۶. گرانولوم اینگوینال (دونووانوزیس)<sup>۲۲</sup>

دونووانوزیس به وسیله باکتری گرم منفی داخل سلولی، کالیماتوباکتریوم گرانولوماتیس<sup>۲۳</sup> ایجاد می‌شود. بیماری از نظر بالینی با ضایعات زخمی پیشرونده، بدون درد و بدون بزرگی غدد لنفاوی اطراف تظاهرات می‌کند. ضایعات به شدت پرعروق هستند و با یک تماس، به آسانی خونریزی می‌کنند. احتمال اضافه شدن یک عفونت باکتریال روی ضایعات وجود دارد. درمان باید تا ترمیم کامل<sup>۲۴</sup> تمام ضایعات ادامه یابد.

**تشخیص:** کشت این ارگانیزم مشکل بوده تشخیص قطعی از طریق مشاهده اجسام دونوان در نمونه بافتی میسر است.

رژیم پیشنهادی

□ داکسی‌سایکلین ۱۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز بمدت ۳ هفته و تا بهبودی کامل

<sup>۲۲</sup> Granuloma Inguinale (Donovanosis)

<sup>۲۳</sup> *Calymmatobacterium Granulomatis*

<sup>۲۴</sup> Epithelialized



رژیم جایگزین

□ آزیترومایسین، ۱gr خوراکی، یک بار در هفته برای ۳ هفته و تا زمان بهبودی کامل

یا

□ سیپروفلوکساسین ۷۵۰ mg خوراکی دو بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل

یا

□ اریترومایسین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل

یا

□ کوتریموکسازول (۴۰۰\_۸۰)، ۲ قرص خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۳ هفته و تا

بهبودی کامل

نکته

برخی از متخصصین معتقدند افزودن یک آمینوگلیکوزید تزریقی مانند جنتامایسین ( یک میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وریدی هر ۸ ساعت) برای بیمارانی که در چند روز اول شروع درمان علائم بهبود نشان نداده‌اند و افراد مبتلا به HIV ضروری است. شرکاء جنسی طی ۶۰ روز قبل از شروع علائم باید برای معاینه و درمان مراجعه کنند.

پیگیری: بیمارانی باید از نظر بالینی تا زمان رفع علائم و نشانه‌ها پیگیری شوند.

درمان شرکاء جنسی: کلیه شرکاء جنسی بیمار مبتلا به دونانوز طی ۶۰ روز قبل از ظهور علائم باید از نظر بالینی بررسی شده، درمان شوند. ارزش درمان در این افراد بدون وجود علائم بالینی اثبات نشده است.

درمان در حاملگی: اریترومایسین ۵۰۰mg خوراکی، ۴ بار در روز برای ۳ هفته و تا بهبودی کامل

درمان در موارد مبتلا به HIV: مشابه سایر موارد. افزودن آمینوگلیکوزید توصیه می‌شود.

۷.۳. عفونت‌های تب‌خال تناسلی



تبخال تناسلی یک عفونت مزمن و مادام‌العمر است که توسط ویروس‌های HSV1,2 ایجاد می‌گردد. HSV1 بطور شایع در اولین اپیزود دیده می‌شود. اغلب موارد ابتلا به HSV2 تشخیص داده نمی‌شوند. بسیاری از آنان علائم خفیف دارند و یا تشخیص داده نشده‌اند. اغلب موارد انتقال HSV توسط این افراد رخ می‌دهد.

تشخیص تبخال تناسلی براساس معیارهای بالینی هم غیرحساس و هم غیر اختصاصی است. ضایعات کلاسیک زخمی متعدد دردناک و تاوولداری در بسیاری از بیماران وجود ندارد. حدود ۵۰ درصد از موارد ولین اپیزود با HSV1 دیده می‌شود ولی عفونت مکرر و انتشار ویروس ساب‌کلینیکال بیشتر در HSV2 دیده می‌شود. تست‌های تشخیصی ویرولوژیک شامل کشت ویروس و PCR می‌شود ولی این تست‌ها نیز حساسیت زیادی ندارند بویژه در موارد عفونت‌های تکراری. تست تزئانک و پاپ اسمیر که از نظر سیتولوژی تغییرات سلولها را بررسی می‌کنند نیز غیر اختصاصی و غیرحساس است.

تست‌های آنتی‌بادی در چند هفته بعد از اولین عفونت ظاهر شده باقی می‌مانند. این تست‌ها برای HSV1,2، اختصاصی هستند.

درمان دارویی در اغلب موارد منجر به بهبود علائم می‌شود. با این حال مشاوره برای سیر بیماری و انتقال در جریان حاملگی و زایمان و کاهش انتقال از اجزاء اصلی برخورد بالینی با این بیماری است. درمان قطعی تبخال تناسلی شناخته نشده‌است؛ اما دوره علائم را می‌توان با شروع هرچه سریع‌تر درمان سیستمیک با آسیکلوویر یا آنالوگ‌های آن کوتاه‌نمود. درمان موضعی با آسیکلوویر فقط باعث کوتاهی مختصری در طول دوره علامت‌دار بیماری گشته و توصیه نمی‌شود.

### درمان در نخستین اپیزود بالینی

رژیم پیشنهادی

- آسیکلوویر ۲۰۰mg خوراکی، ۵ بار در روز، برای ۷ تا ۱۰ روز
- یا
- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۷ تا ۱۰ روز



درمان باعث جلوگیری از بروز ضایعات جدید، کاهش طول مدت درد و کاهش زمان لازم برای ترمیم و میزان انتشار ویروس می‌شود؛ اگرچه در سیر طبیعی عودهای بیماری تأثیری ندارد.

### درمان اپیزودیک

بیشتر بیماران با اولین اپیزود عفونت تب‌خال تناسلی، اپیزودهای راجعه‌ای از ضایعات تناسلی خواهند داشت. درمان ضد ویروسی اپیزودیک یا مهارکننده، دوره ضایعات تناسلی را کوتاه می‌کند. چون درمان ضد ویروسی برای بیشتر بیماران مفید است، باید برای تمام بیماران، نوعی از درمان را در نظر گرفت.

اگر درمان اپیزودیک در دوره مقدماتی<sup>۲۵</sup> بیماری یا اولین روز پس از بروز ضایعات شروع شود، برای بیشتر بیماران با علائم راجعه، مفید خواهد بود. در صورت انتخاب درمان اپیزودیک، بیمار باید مقداری دارو یا نسخه‌ای برای تهیه آن داشته باشد؛ به طوری که به محض شروع اولین علائم بیماری، دارو را شروع کند.

رژیم پیشنهادی

- آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز
- یا
- آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۵ روز
- یا
- آسیکلوویر ۸۰۰mg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۲ روز

درمان نگهدارنده<sup>۲۶</sup>

<sup>۲۵</sup> Prodrome

<sup>۲۶</sup> Suppressive therapy





درمان روزانه نگهدارنده، عود مکرر (۶ بار یا بیشتر در هر سال) تب‌خال تناسلی را تا بیش از ۷۵ درصد کاهش می‌دهد. درمان روزانه با آسیکلوویر تا ۶ سال و یا والاسیکلوویر و فامسیکلوویر تا یکسال مؤثر و بدون عارضه است.

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

رژیم پیشنهادی

□ آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز به‌طور مداوم

برخی صاحب‌نظران قطع مصرف آسیکلوویر را یکسال پس از شروع درمان جهت بررسی مجدد میزان عود توصیه می‌کنند. تعیین حداقل دُز لازم برای مهار طولانی‌مدت عود بیماری، در هر فرد فقط به‌صورت تجربی امکان‌پذیر است.

#### درمان موارد شدید

منظور عفونت منتشر، پنومونی، هپاتیت، و درگیری اعصاب مرکزی می‌باشد. این موارد باید برای بستری ارجاع شوند.

□ آسیکلوویر ۱۰-۵ mg/kg وریدی، هر ۸ ساعت برای ۵ تا ۷ روز یا تا زمان بهبود بالینی و ادامه درمان بصورت خوراکی تا تکمیل ۱۰ روز

#### تب‌خال تناسلی در دوران بارداری

در این موارد باید مطابق دستورالعمل سلامت مادران عمل نمود. اولین اپیزود بالینی تب‌خال تناسلی، باید با آسیکلوویر خوراکی درمان شود. زایمان واژینال در زنان مبتلا شده به تب‌خال اولیه تناسلی در محدوده زمانی نزدیک به زایمان، خطر آلودگی نوزاد<sup>۳۷</sup> را

Neonatal Herpes<sup>۳۷</sup>



به دنبال دارد. مادران مبتلا به عود بیماری، از این نظر با خطر کمتری مواجه می‌شوند. کشت از ترشحات دستگاه تناسلی در اواخر بارداری، معیار ضعیفی برای انتشار ویروس، در زمان زایمان است. شرح حال دقیق و معاینه بالینی، تعیین‌کننده ضرورت سزارین در مادران مبتلا به تبخال تناسلی ضایعه‌دار است.

#### درمان نوزادان

این موارد باید برای بستری ارجاع شوند.

□ آسیکلوویر ۲۰mg/kg داخل وریدی، ۳ بار در روز برای ۱۴ تا ۲۱ روز نوزاد مادر مبتلا به HSV باید توسط متخصص، مدیریت و پی‌گیری شود.

#### تبخال تناسلی و عفونت توأم با HIV

در افراد دچار ضعف ایمنی، ممکن است زخم‌های پایدار و یا شدید جلدی - مخاطی ایجاد شود که اغلب سطح بزرگی از پوست اطراف مقعد، بیضه یا آلت را درگیر می‌کنند. ضایعات ممکن است دردناک و غیراختصاصی باشند و تشخیص بالینی را بسیار دشوار سازند. روند طبیعی زخم‌های تناسلی ممکن است متغیر باشد. بیشتر ضایعات در افراد آلوده به HIV به آسیکلوویر پاسخ می‌دهند اما ممکن است به مقدار بیشتری از دارو یا درمان طولانی‌تری نسبت به زمان استاندارد نیاز باشد. در عین حال، ممکن است درمان مهارکننده طولانی برای این بیماران مفید باشد. در مواردی، بیماران ممکن است دچار جهشی در جهت نقص تیمیدین‌کیناز شوند که درمان استاندارد ضد ویروسی را بی‌اثر می‌سازد.

رژیم درمانی توصیه شده برای ضایعات شدید تبخال در مبتلایان به عفونت HIV، آسیکلوویر ۴۰۰mg خوراکی، ۳ تا ۵ بار در روز تا بهبود بالینی است. درمان نگهدارنده شامل آسیکلوویر ۸۰۰-۴۰۰mg خوراکی ۲ یا ۳ بار در روز می‌باشد.

مشاوره در بیماران مبتلا به تبخال تناسلی:



مشاوره در این بیماران یکی از ارکان اصلی برخورد بالینی است. هدف از انجام مشاوره (۱) کمک به بیمار برای سازگار شدن با این مشکل (۲) پیشگیری از انتقال جنسی و مادر به کودک (۳) مقابله با اضطراب ناشی از بیماری می‌باشد. نکات لازم برای طرح در جلسه مشاوره عبارتند از:

- ۱) آموزش در مورد سیر بیماری با تاکید بر راجعه بودن بیماری انتشار ویروس بدون علامت (۲) امکان درمان نگهدارنده و یا اپیزودیک در موارد لازم (۳) ضرورت اطلاع به شریک جنسی (۴) احتمال انتقال بدون علامت بویژه طی ۱۲ ماه اول بعد از عفونت. (۵) پرهیز از برقراری رابطه جنسی با فرد غیر مبتلا در زمان وجود علامت و پرودوم (۶) امکان پیشگیری از انتقال با مصرف مداوم و صحیح کاندوم (۷) ضرورت بررسی شریک جنسی از نظر ابتلا (۸) احتمال انتقال مادر به کودک باید به تمامی افراد گوشزد شود. زنان باردار غیر مبتلا باید از برقراری روابط جنسی با غیر از همسر سالم در سه ماهه آخر بارداری خودداری کنند. این مسئله شامل تماس جنسی دهانی نیز می‌گردد.

### ۸.۳. زگیل‌های تناسلی

ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) یک پاتوژن شایع منتقله از طریق تماس جنسی است. زگیل‌های تناسلی بدون درد بوده و تمایلی به ایجاد عوارض شدید ندارند؛ مگر اینکه در جایی بروز کنند که سبب انسداد شوند. برداشتن ضایعات به معنی درمان عفونت نبوده، هیچ درمانی کاملاً علاج‌بخش نیست. در بیشتر شرایط بالینی، پودوفیلین (یا پودوفیلوتوکسین) یا تری‌کلرواستیک اسید (TCA) در درمان زگیل‌های بخش خارجی و اطراف دستگاه تناسلی به کار می‌رود. در صورت امکان، بیشتر پزشکان کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی‌اکسیدکربن جامد، یا پروب سرما<sup>۲۸</sup> را ترجیح می‌دهند. کرایوتراپی سمی نیست؛ نیازی به بی‌حسی ندارد و اگر به‌طور دقیق به کار رود، ایجاد اسکار نمی‌کند.

<sup>۲۸</sup> Cryoprobe



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

انواع خاصی از HPV ممکن است باعث افزایش بروز کارسینوم مهاجم گردن رحم شوند. در تمام زنان دچار بیماری‌های مقاربتی، معاینه منظم سرویکس و پاپ‌اسمیر توصیه شده است. بدین ترتیب، درصد بالایی از اسمیرها در نوجوانان مبتلا به این بیماری‌ها ممکن است غیرطبیعی باشد.

درمان‌های موجود برای زگیل‌های آنوژیتال قابل‌رؤیت توسط بیمار هم قابل‌استفاده‌اند (از جمله پودوفیلوکس و ایمیکویمود<sup>۲۹</sup>) و باعث رفع نیاز به معاینه‌های متعدد بالینی یا خدمات بستری می‌شوند. محلول پودوفیلوکس ۰/۵ درصد را می‌توان به وسیله یک سواب پنبه‌ای یا ژل و به کمک انگشت به کاربرد.

رژیم پیشنهادی

- الف) شیمیایی روش‌هایی که توسط بیمار به کار می‌رود:
- استفاده از محلول پودوفیلوکس ۰/۵ درصد یا ژل، ۲ بار در روز به مدت ۳ روز، و سپس ۴ روز بدون درمان که تا ۴ بار تکرار شود (حجم کلی پودوفیلوکس نباید از ۰/۵ سی‌سی در روز بیشتر شود).
  - استعمال کرم ایمیکویمود ۵ درصد توسط انگشت، ۳ بار در هفته و به مدت ۱۶ هفته. شب‌ها وقت خواب مالیده و صبح شسته شود. (محل تماس باید با آب و صابون، ۶ تا ۱۰ ساعت بعد از مصرف شسته شود).

نکته

ایمنی هیچیک از ۲ دارو در زمان بارداری اثبات نشده است.

روش‌هایی که توسط کادر درمانی اجرا می‌شود:

<sup>۲۹</sup> Imiquimod



□ پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵ درصد در محلولی از بنزواتین، برای درمان زگیل با دقت روی ضایعات، بدون تماس با نسج سالم اطراف به کار می‌رود. زگیل‌های سیستم تناسلی خارجی و اطراف مقعد باید ۱ تا ۴ ساعت بعد از مصرف پودوفیلین شسته شوند. قبل از کاربرد اسپکولوم یا آنوسکوپ، باید پودوفیلین مصرفی برای درمان زگیل‌های سطوح اپیتلیایی ژنیتال و آنال خشک شوند. درمان باید هر هفته تکرار شود.

□ پودوفیلوتوکسین ۰/۵ درصد که یکی از اجزای فعال رزین پودوفیلین است، در صورت امکان توصیه می‌شود. اثربخشی آن معادل پودوفیلین است؛ اما کمتر سمی بوده، تمایل به ایجاد زخم در آن کمتر است.

□ عده‌ای از کارشناسان، با کاربرد پودوفیلین برای درمان زگیل‌های مقعد مخالفند. پودوفیلین را نباید با مقادیر زیاد استفاده کرد؛ زیرا سمی است و به آسانی جذب می‌شود. این دارو در بارداری و شیردهی نیز منع مصرف دارد.

یا

□ TCA یا تری کلرواستیک اسید (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد) باید به دقت و بدون تماس با نسج، روی زگیل‌ها مالیده شود؛ سپس روی نواحی درمان شده، پودر تالک یا بیکربنات سدیم<sup>۳۰</sup> پاشیده شود تا اسید فعال نشده، جدا گردد. این روش هفته‌ای یک‌بار تکرار شود.

(ب) فیزیکی

□ کرایوتراپی با نیتروژن مایع، دی اکسید کربن جامد یا پروپ سرما، هر کدام تا ۲ هفته تکرار شوند.

یا

□ جراحی الکتریکی

یا

□ برداشتن به روش جراحی

<sup>۳۰</sup> baking soda



زگیل‌های واژن

- کرایوترپی (با نیتروژن مایع)
- پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد (قبل از خارج کردن اسپکولوم، خشک‌شود)
- TCA (۸۰ درصد تا ۹۰ درصد)

زگیل‌های سرویکس

- تدابیر درمانی باید شامل مشاوره با یک فرد مجرب باشد
- پاپ اسمیر
- پودوفیلین یا TCA به کار نرود

زگیل‌های سرویکس نباید تا زمان مشخص شدن نتایج پاپ اسمیر درمان شوند. اکثر صاحب‌نظران با مصرف پودوفیلین یا TCA برای زگیل‌های سرویکس مخالفند؛ بنابراین یکی از درمان‌های جایگزین بالا باید به کار رود.

زگیل‌های داخل مآ و مجرا

- کرایوترپی
- پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد

زگیل‌های در دسترس داخل مآ ممکن است با استفاده از پودوفیلین ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد در ترکیب با بنزوئین یا پودوفیلوتوکسین ۰/۵ درصد درمان شوند. در این مورد، مراقبت شدید شامل خشک کردن محل‌های درمان شده قبل از تماس سطوح اپیتلیایی ضروری است. براساس گزارش‌ها، درصد موفقیت با پودوفیلین کم بوده است.

اورتروسکپی برای تشخیص زگیل‌های داخل مجرا ضروری است و در مردان دارای زگیل‌های راجعه مآ باید آن را مدنظر داشت. بعضی افراد با تجربه، برداشتن زگیل‌ها از طریق جراحی الکتریکی را ترجیح می‌دهند. به کار بردن کرم ۵ درصد فلوروآوراسیل یا تیوتپا ممکن است مؤثر باشد؛ اما ارزیابی کافی نشده است. پودوفیلین نباید به کار رود.



### ۹.۳. عفونت‌های تریکوموناس واژینالیس

ترکوموناس واژینالیس یک تک یاخته است که از طریق تماس جنسی منتقل می‌شود. در مردان علائم می‌تواند بصورت یورتریت و یا بدون علامت بروز کند. در زنان علائم ترشحات فراوان و آبکی زرد- سبز بدبو واژن بروز میکند با این حال در عده ای از زنان تظاهرات بسیار محدود و یا بدون علامت است. تشخیص با دید مستقیم بر روی نمونه مرطوب و مشاهده حرکت تک یاخته صورت می‌گیرد. از تست‌های دیگر تشخیصی کشت در محیط دیاموند، تعیین آنتی ژن و PCR را میتوان نام برد.

رژیم پیشنهادی

□ مترونیدازول ۲gr خوراکی در یک دُز واحد

یا

□ تینیدازول ۲gr خوراکی در یک دُز واحد

درصد بهبودی در زنان از ۸۲ درصد تا ۸۸ درصد گزارش شده است؛ اما اگر شریک جنسی آنها نیز همزمان باید درمان شود، و ممکن است به ۹۵ درصد نیز برسد.

رژیم جایگزین

□ مترونیدازول ۴۰۰mg یا ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

سایر ۵\_ نیتروایمیدازول‌ها نیز مؤثرند. هر دو روش تک‌دُز و دُزهای مکرر به کار می‌روند.  
نکته:

باید به بیماران تحت درمان با مترونیدازول یا سایر ایمیدازول‌ها در خصوص عدم مصرف الکل تا ۲۴ ساعت پس از مصرف آخرین دُز دارو هشدار داد. زنان بدون علامت مبتلا به تریکومونیاژیس باید با همان رژیم زنان علامت‌دار درمان شوند.

تدابیر درمانی در شرکای جنسی



تمام شرکای جنسی باید شناسایی و درمان شوند و به بیماران باید پرهیز از نزدیکی تا زمان تکمیل دورهٔ درمان در هر دو طرف توصیه شود. تریکومونیازیس در مردان به طور شایع بی‌علامت است؛ اما تشخیص آن به‌عنوان عامل اورتریت غیرگنوکوکی و غیرکلامیدیایی در حال افزایش است. برای درمان اورتریت تریکومونیایی به مطالب بعدی مراجعه شود.

#### پیگیری

از بیماران باید پس از ۷ روز درمان درخصوص باقی ماندن شکایت‌ها پرسش شود. عفونت مجدد باید حتماً رد شود. اغلب بیماران درمان‌نشده در نخستین دورهٔ درمان به یک رژیم ۷ روزهٔ تکراری پاسخ می‌دهند. مقاومت به ۵- نیتروایمیدازول‌ها گزارش شده و ممکن است علتی برای شکست درمان باشد.

بیمارانی که به درمان مجدد با مترونیدازول پاسخ نمی‌دهند، باید با رژیم مترونیدازول ۲gr روزانه همراه با ۵۰۰mg داخل واژن، هر شب برای ۳ تا ۷ روز، درمان شوند. ترکیب‌های واژینال مترونیدازول در بیشتر نقاط جهان در دسترسند؛ اما فقط برای درمان عفونت‌های مقاوم به کار می‌روند، نه درمان عفونت‌های اولیه. رژیم جایگزین ممکن است شامل ۴۰۰mg یا ۵۰۰mg مترونیدازول خوراکی، ۲ بار در روز برای ۷ روز باشد.

#### تریکومونیازیس در دوران بارداری

درخصوص ارتباط میان عفونت تریکوموناس واژینالیس و نتایج نامطلوب بارداری، شواهد در حال افزایش است (از جمله پارگی پرده‌ها و تولد زیر وزن). تجویز مترونیدازول در نخستین سه‌ماههٔ بارداری توصیه نمی‌شود؛ درحالی‌که در سه‌ماههٔ دوم و سوم می‌توان از آن استفاده کرد<sup>۳۱</sup>. حداقل دُز موثر مترونیدازول (۲gr خوراکی و در یک دُز واحد) باید به کار رود.

<sup>۳۱</sup> اطلاعات مربوط به ایمنی تجویز مترونیدازول در دوران بارداری محدود است و بعضی کشورها (امریکا - کانادا) کاربرد یک دُز واحد مترونیدازول را در هر زمان از بارداری توصیه‌نموده‌اند. این به‌خصوص، در بیماران مبتلا به تریکومونیازیس مصداق دارد؛ زیرا درمان سریع، بهترین عامل پیشگیری از عواقب نامطلوب بارداری خواهد بود.





عفونت‌های نوزادی

شیرخواران دچار تریکومونیاژیس علامت‌دار یا با کلونیزاسیون مداوم دستگاه ادراری تناسلی بعد از ۴ ماهگی، باید با مترونیدازول درمان شوند.

رژیم پیشنهادی

□ مترونیدازول ۵mg/kg خوراکی، ۳ بار در روز، برای ۵ روز

اورتریت تریکومونایی

رژیم پیشنهادی

□ مترونیدازول ۴۰۰mg یا ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

یا

□ تینیدازول ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۵ روز

### ۳.۱۰. واژینوز باکتریایی

واژینوز باکتریایی شایعترین علت ترشح واژینال و یا ترشح بدبوست که به دلیل جایگزینی تعداد زیاد باکتری‌های بی‌هوازی از جمله گاردنلا واژینالیس و مایکوپلاسما هومینیس به جای لاکتوباسیل مولد  $H_2O_2$  در محیط واژن بروز می‌کند. دلیل این تغییر میکروبی کاملاً روشن نیست.

در حالی که تریکومونیاژیس یک عفونت منتقله از طریق تماس جنسی است، واژینوز باکتریایی یک عفونت اندوژن در دستگاه تناسلی است. درمان شریک جنسی مفید نیست. پیشنهاد شده است که عوامل مساعدکننده، از جمله استفاده از مواد ضد عفونی‌کننده / آنتی‌بیوتیک در واژن یا شستشوی واژن کاهش داده یا متوقف شود. تشخیص: با وجود حداقل ۳ حالت از حالات زیر امکانپذیر است.

- وجود ترشح هموزن و نازک که روی دیواره واژن را پوشانده
- وجود clue cell در بررسی میکروسکوپی
- PH ترشحات واژن بالاتر از ۴/۵



▪ بوی ماهی از ترشحات قبل یا بعد از اضافه کردن 10% KOH ،

در حال حاضر تنها درمان زنان علامت دار توصیه می‌شود.

رژیم پیشنهادی

□ مترونیدازول ۵۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

نکته

به بیماران تحت درمان با مترونیدازول باید در خصوص عدم مصرف الکل تا زمان مصرف دارو و ۲۴ ساعت پس از اتمام آخرین نوبت آن هشدار داد.

رژیم جایگزین

□ مترونیدازول ۲gr خوراکی، در یک دُز واحد

یا

□ کرم واژینال ۲درصد کلیندامایسین، ۵gr داخل واژن، هر شب وقت خواب، برای ۷ روز

یا

□ ژل مترونیدازول ۷۵/۰ درصد، ۵gr داخل واژن، ۲ بار در روز، برای ۵ روز

یا

□ کلیندامایسین ۳۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

پیگیری

به بیماران باید توصیه کرد که در صورت ادامه علائم مجدداً مراجعه کنند؛ زیرا ممکن است درمان مجدد ضروری باشد.

**واژینوز باکتریایی و اقدامات جراحی**

زنان مبتلا به واژینوز باکتریایی و کاندید جراحی یا سقط درمانی باید با مترونیدازول درمان شوند.



### واژینوز باکتریایی در دوران بارداری

شواهدی در دست است که واژینوز باکتریایی در بارداری با افزایش بروز مشکلات همراه است (پارگی زودرس پرده‌ها، زایمان پیش‌از موعد و نوزاد زیر وزن). زنان باردار علامت‌دار باید درمان شوند و آنان که سابقه‌ای از زایمان زودرس دارند، باید از نظر وجود عفونت بدون علامت، مورد ارزیابی قرار گیرند. زنان باردار با شکایات راجعه باید مجدداً درمان شوند. بیماریابی در زنان باردار بدون علامت و بدون تاریخچه قبلی زایمان زودرس، پیشنهاد نمی‌شود.

تجویز مترونیدازول در سه‌ماهه نخست بارداری توصیه نمی‌شود؛ اما در سه‌ماهه دوم و سوم می‌توان از آن استفاده کرد. جهت کاهش عوارض ناشی از مصرف مترونیدازول در بارداری، مصرف مقادیر کمتر از دارو توصیه می‌شود.

رژیم پیشنهادی

□ مترونیدازول ۲۵۰mg، سه بار در روز برای ۷ روز

رژیم جایگزین

□ کلیندامایسین ۳۰۰mg خوراکی، ۲ بار در روز، برای ۷ روز

### ۱۱.۳. کاندیدیازیس

کاندیدیازیس ولوواژینال معمولاً از طریق تماس جنسی منتقل نمی‌شود. اگرچه به‌طور معمول، درمان شریک جنسی توصیه نشده است، می‌توان در خصوص زنان دچار عفونت‌های مکرر این کار را انجام داد. معدودی از شرکای جنسی این زنان ممکن است دچار بالانیت شوند که به‌صورت قرمزی سر آلت مشخص می‌گردد.

کاندیدیازیس ولوواژینال



درمان عموماً عبارت‌است از کاربرد موضعی یکی از ایمیدازول‌های موجود (میکونازول، کلوتریمازول، اکونازول، بوتوکونازول، ترکونازول)<sup>۳۲</sup> یا نیستاتین. ایمیدازول‌ها به دوره کوتاه‌تر درمان نیازمندند و نسبت به نیستاتین مؤثرترند؛ ولی عموماً گران‌تر هستند.

رژیم‌های پیشنهادی در موارد ساده

□ کرم واژینال میکونازول ۲٪ برای ۷ روز

یا

□ کرم کلوتریمازول، ۱٪ داخل واژن، روزانه برای ۷-۱۴ روز

یا

□ کلوتریمازول ۵۰۰mg داخل واژن، در یک دُز واحد

یا

□ میکونازول یا کلوتریمازول ۲۰۰ میلی‌گرم واژینال برای ۳ روز

یا

□ فلوکونازول ۱۵۰mg خوراکی، در یک دُز واحد

رژیم جایگزین

□ قرص واژینال نیستاتین ۱۰۰ هزار واحد داخل واژن، ۱ بار در روز، برای ۱۴ روز

کاندیدیازیس و لوواژینال در دوران بارداری اگرچه در حال حاضر، رژیم‌های تک‌دُز خوراکی وجود دارند، ایمن و مؤثر بودن این رژیم‌های درمانی مشخص نیست. فقط آژول‌های موضعی را باید برای درمان این زنان به‌کاربرد. میکونازول، کلوتریمازول، بوتوکونازول و ترکونازول به‌عنوان مؤثرترین داروها برای زنان باردار پیشنهاد شده‌اند.

موارد عود

<sup>۳۲</sup> Miconazole, Clotrimazole, Econazole, Butoconazole, Terconazole



۵ در صد از زنان دچار عفونت راجعه کاندیدیا به معنی بیشتر یا مساوی ۴ اپیزود عفونت در سال میگردند. پیشنهاد شده که عوامل زمینه‌سازی همچون مصرف آنتی‌بیوتیک، مصرف ترکیب‌های آنتی‌سپتیک یا آنتی‌بیوتیک واژینال یا شستشوی واژن کاهش‌یافته یا حذف‌شوند. درمان همزمان کانون رکتال با نیستاتین خوراکی یا فلوکونازول خوراکی در جلوگیری از عود مفید نبوده‌است. سایر عوامل زمینه‌ساز برای عود کاندیدیازیس ولوواژینال عبارتند از: دیابت شیرین کنترل‌نشده، سرکوب ایمنی و مصرف استروئید. هر اپیزود ابتلا معمولاً به درمان پاسخ مناسب میدهد با این حال برخی متخصصین طولانی‌تر کردن دوره درمان برای کاهش عود را مطرح کرده‌اند. از این رژیمها به دوره های ۱۴-۷ روزه ترکیبات واژینال و تجویز فلوکونازول خوراکی ۱۰۰ میلی‌گرم، ۱۵۰ میلی‌گرم، و ۲۰۰ میلی‌گرم هر سه روز تا حداکثر ۳ دُز در روزهای ۱، ۴، ۷، میتوان اشاره کرد.

#### کاندیدیازیس ولوواژینال و عفونت HIV

کاندیدیازیس در محل‌های مختلف، از جمله ولوواژن، ارتباط مهمی با بیماری HIV دارد؛ به طوری که در این حالت، بیماری کاندیدیازیس شدیدتر بوده، به دفعات عودمی‌کند. معمولاً درمان طولانی‌مدت توصیه‌می‌شود و درمان مهارکننده طولانی‌مدت کاربرد زیادی دارد.

#### التهاب سر آلت (balanoposthitis)

- کلوتریمازول ۱٪ دوبار در روز برای ۷ روز
- یا
- مایکونازول ۲٪ دوبار در روز برای ۷ روز

۱۲.۳. ۳۳ گال



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

رژیم پیشنهادی برای بالغین، نوجوانان و کودکان بزرگتر

□ مالیدن محلول یا کرم لیندان ۱درصد، یک لایه نازک روی سطوح بدن از گردن

به پایین و شستشوی بدن پس از ۸ ساعت

یا

□ مالیدن کرم پرمترین ۵درصد

یا

□ مالیدن لوسیون بنزیل بنزوات ۲۵درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین،

هر شب به مدت ۲ شب. بیماران باید قبل از مصرف مجدد دارو و ۲۴ ساعت بعد از

آخرین بار استعمال دارو استحمام کنند.

یا

□ مالیدن لوسیون کروتامیتون ۱۰درصد روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین،

هر شب به مدت دو شب و شستشوی کامل بدن ۲۴ ساعت بعد از دومین مصرف؛

ادامه درمان تا ۵ شب در بعضی مناطق جغرافیایی ضروری است (کروتامیتون ضد

خارش نیز هست).

یا



□ مالیدن محلول نفتی گوگرد ۶درصد<sup>۳۴</sup> روی تمام سطوح بدن از گردن به پایین، برای ۳ شب؛ بیماران می‌توانند قبل از هر بار مصرف و ۲۴ ساعت بعد از آخرین استعمال حمام نمایند.

نکته

□ لیندان در دوران بارداری و شیردهی ممنوعیت مصرف دارد.

□ مقاومت به لیندان در بعضی مناطق گزارش شده‌است.

رژیم پیشنهادی در شیرخواران، کودکان زیر ۱۰ سال، زنان باردار و شیرده

□ کروتامیتون ۱۰درصد به روش مذکور در مبحث قبلی

یا

□ گوگرد ۶درصد به روش مذکور در مبحث قبلی

یا

□ کرم پرمترین ۵درصد به همان روشی که برای گوگرد شرح داده‌شد.

موارد تماس

تماس‌های جنسی و تماس‌های نزدیک خانوادگی نیز باید به شکل مذکور در مبحث قبلی درمان شوند.

ملاحظات خاص

ممکن است هفته‌ها بعد از درمان کافی نیز خارش وجود داشته‌باشد؛ بنابراین در صورتی که بعد از یک هفته از نظر بالینی خارش برطرف‌نشود، یک‌بار درمان مجدد ممکن است لازم باشد. درمان مجدد هفتگی فقط در صورت مشاهده‌ مایت‌های زنده ضروری‌است. در صورت رد عفونت مجدد، می‌توان از ترکیب‌های ضدالتهابی موضعی برای برطرف کردن علائم که ممکن است آلرژیک باشند، استفاده کرد.

لباس و رختخواب مورد استفاده بیمار طی دو روز قبل از شروع درمان شستشو و به‌خوبی حرارت داده یا خشک‌شویی گردد.

<sup>۳۴</sup> petrolatum



### ۱۳.۳. شپش ناحیه تناسلی<sup>۳۵</sup>

رژیم‌های توصیه شده

□ مالیدن کرم یا لوسیون لیندان ادرصد، در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف آن و شستشو پس از ۸ ساعت و استفاده از شامپوی لیندان ادرصد به عنوان جایگزین و شستشو بعد از ۴ دقیقه

یا

□ مالیدن پیرترین به علاوه پیپرونیل بوتوکسید<sup>۳۶</sup>: در ناحیه آلوده و نواحی مودار اطراف و شستشو پس از ۱۰ دقیقه؛ در صورتی که بعد از ۷ روز، شپش یا تخم‌های آن در محل اتصال مو و پوست دیده شود، درمان مجدد ضروری است. لباس یا وسایل خواب بیمار طی ۲ روز قبل از شروع درمان باید کاملاً شستشو و به خوبی حرارت داده یا خشک شویی نمود.

یا

□ پرمترین ادرصد مطابق روش مزبور

نکته

□ مصرف لیندان در بارداری و شیردهی ممنوع است.

ملاحظات خاص

شپش چشم‌ها را باید با استفاده از یک پماد چشمی در مرز میان پلک‌ها، روزانه به مدت ۱۰ روز درمان کرد. این پماد باعث خفه شدن شپش و لارو آن می‌شود. پماد نباید در چشم‌ها نفوذ کند.

<sup>۳۵</sup> Pityriasis

<sup>۳۶</sup> Pyrethrins + Piperonyl butoxide