

سلامت باروری میانسالان

دکتر مطهره علامه
اداره سلامت میانسالان
دفتر سلامت جمعیت ، خانواده و مدارس

۵- سلامت باروری: در صورت قطعیت بارداری ،مراقبت بارداری انجام و خدمات سبا به پس از زایمان موکول و درصورت تمایل به بارداری طی یک سال آینده خدمات سبا و مرا قبت پیش از بارداری انجام شود.

۵ – ۱) سوابق و شرح حال

تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی ...../...../..... سن اولین قاعدگی..... سن اولین زایمان..... سن یائسگی قطعی.....
تعداد بارداری ..... تعداد زایمان..... استفاده از روش پیشگیری از بارداری: دارد ندارد نوع روش ..... مدت استفاده.....

وضعیت باروری	بلی	خیر	علائم و شکایات کنونی	بلی(نوع)	خیر	علائم / شکایات / بیماری فعلی	بلی(نوع)	خیر
بارداری/ احتمال بارداری			ترشح واژینال غیرطبیعی			گُرگرفتگی/ تعریق شبانه		
تمایل به بارداری تا یک سال بعد			زخم یا ضایعه در ناحیه تناسلی			اختلال رابطه زناشویی وجنسی		
سابقه شیردهی/ شیردهی فعلی			ترشح مجرا/ زخم تناسلی همسر			احساس ناراحتی وخشکی واژن		
سابقه هورمون درمانی			بی نظمی قاعدگی/ الیگومنوره / آمنوره/ هیپو منوره			بی اختیاری ادراری		
سابقه سقط/ مرده زایی						سایر علائم و شکایات کنونی		
ناباروری (مردانه، زنانه/ اولیه، ثانویه ، علت .....)			خونریزی رحمی (منو مترو راژی/ هیپرمنوره/ لکه بینی)			بیماری تشخیص داده شده فعلی(PID ،پولیپ ، فیبروم و PCO و...)		

خونریزی غیر طبیعی

- سیکل قاعدگی کمتر از ۲۵ روز باشد(پلی منوره)
- سیکل قاعدگی بیشتر از ۳۵ روز باشد (اولیگومنوره)
- حجم خونریزی بیشتر از ۸۰cc باشد (منوراژی)
- خونریزی نامنظم باشد (متروراژی)
- خونریزی نامنظم و شدید باشد (منومتروراژی)
- لکه بینی در طول سیکل یا بعداز مقاربت وجود داشته باشد

خونريزي غير طبيعي رحمي

شرح حال دقيق بگيريد:
سن ، سن شروع قاعدگي ،تعداد زايمانهاي قبلي ،تاريخ آخرين قاعدگي،الگوي خونريزي قاعدگي فعلي و قبلي از نظر حجم ، مدت زمان و فاصله، وجود خونريزي بين قاعدگي ها ، وجود خونريزي بعد از مقاربت، خونريزي نامنظم رحمي ،سابقه بيماري تخمدان ،سابقه جراحي رحم يا تخمدان و سايرجراحيها، وجود بيماري زمينه اي (عدد،كبد ،كليه،خوني)،سابقه خونريزي ساير ارگانها ،مصرف داروي ضد انعقاد ،مصرف داروي هورموني ،HRT

معاينه و اندازه گيري كنيد: فشار خون ،معاينه ژنيكولوژي (واژن ، سرويكس ، اندازه رحم شكل رحم ،قوام رحم)،معاينه پوست و مخاط از نظر اكيموزو پورپورا ، معاينه كبد وطحال

آزمايش كنيد :رد حاملگي (در صورت شك به حاملگي) به علت وجود آ منوره يا خونريزي ،(پاپ اسمير ، بررسي آنمي ، بررسي مشكلات انعقادي (پلاكت و Pt,Ptt)

آيا اختلال همو ديناميك و آنمي شديد ناشي از خونريزي رحمي وجود دارد

اقدام درماني فوري براي تثبيت وضعيت هموديناميک بيمار

ارجاع فوری برای انجام اقدامات تشخیصی پس از تثبیت وضعیت بیمار براي رد اختلالات خونريزي دهنده ، سرطانها و تومورهاي رحم و دهانه رحم

هرگونه خونريزی پس از ۶ ماه قطع قاعدگی یا پس از منوپوز قطعی

لزوم بررسی از نظر بد خیمی

بیوپسی آندومتر

خونريزي زيا د پري منوپوز*۱، منظم ازنظر طول مدت ، فواصل و حجم خونريزي ، قابل پيش بيني ، وجود آنمي

خونريزي ovulatory*۲

مفنامیك اسید ، OCP یا مدروکسی پروژسترون براي كاهش خونريزي ، درمان آنمي، بررسي ساير علل AUB با توجه به سن بيمار(توجه به شرح حال ،نوع داروهاي مصرفي ،معاينه واژينال و لگني و دقيق،،پاپ اسمير، پلاكت و pt,ptt)

لكه بيني بعد از مقاربت

معاينه دقيق لگني، پاپ اسمير

آتروفي و خشكي واژن ، واژينيت ، سرويسيت ، پوليپ و ساير ضايعات سرويكس

درمان خشكي واژن با لوبريكانتها يا استروژن موضعي ،درمان واژينيت و سرويسيت درصورت لزوم ، ارجاع در صورت نياز به بررسي بيشتر يا نياز به اقدام درماني تخصصي مانند رزكسيون ضايعه دهانه رحم

خونريزی قاعدگی کم تعداد ، نامنظم و غیر قابل پیش بینی و متغیر از نظر حجم خونریزی ، مدت و ویژگی آن ، بدون الگوی ثابت PMS

اختلال تخمك گذاري (Anovulatory)

درمان با OCP بخصوص اگر نياز به پيشگيري از بار داري نيز مطرح باشد يا تركيبات پروژسترونی روزانه ۱۰ ميليگرم مدروكسي پروژسترون استات از زمان مراجعه بيمار به مدت ۱۲ تا ۱۴ روز ،پيشگيري از آنمي و درصورت لزوم درمان آن در صورت عدم پاسخ به درمان بعد از سه ماه اقدامات تشخيصي براي بررسي ساير علل AUB

ارجاع

*۱افزايش حجم خونريزي نسبت به قبل ، دفع لخته در قاعدگي ، قاعدگي طولاني مدت (بيش از دو هفته)، احساس ضعف و بيحالي شديد
*۲ار جاع درموارد زير :عدم پاسخ به درمان ، وجود ضايعه مشكوك قابل مشاهده يا توده لگني در معاينه،مصرف تاموكسيفن، پاپ اسمير غير طبيعي ، خونريزي حين انجام HRT، وجود بيماري سيستميك همراه ازجمله چاقي و ديابت و فشار خون بالا،سابقه خونريزي نامنظم و شديد و طولاني در افراد بالاي ۳۵ سال

ارجاع

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

عوارض وازوموتور

سوال کنید :
گر گرفتگي ، تعريق شبانه ، طپش قلب دارد ؟
مصرف دارو شامل ديلتيازم،نيتراتها،لوودوپا ،اسيدنيکوتينيک ،بروموکريپتين را سوال کنيد

معاينه کنيد :
تعداد ضربان قلب
فشار خون
تيروئيد
بررسي علائم ساير بيماريهاي هورموني

در صورت لزوم آزمايش کنيد :
TSH

احساس گرم شدن شديد در قسمت فوقانی بدن (سر و صورت و گردن و قفسه سينه) دارد . اين اختلال بيشتر شبها اتفاق می افتد و مانع خواب و استراحت فرد می شود . گرگرفتگی پس از ۵-۴ دقيقه با عرق سرد و احساس سرما تمام می شود

مشاوره وآموزش ،توصيه به تغييرشيوه زندگي و روشهاي مقابله با گرگرفتگي، ،توصيه غذايي

توصيه هاي زير براي رفع علائم وازوموتور کمك کننده است . اين توصيه ها قدم اول درمان هستند. : استفاده از پوشش نخي ، لباس چندلايه براي کم کردن لايه ها در مواقع لزوم ، خنك نگهداشتن محيط زندگي ، خوابيدن در جاي خنك ، ورزش سبك ، قطع مصرف سيگار و الکل و ادويه جات ، قطع مصرف مايعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب ، رژيم غذايي سبك و مصرف بيشتر ميوه و سبزي وماست ،نخود ،عدس،سويا استفاده از تکنيکهاي آرام سازي و ماساژ و تنفس عميق و آهسته ، مشاوره خانواده و سايکوتراپي و کاهش استرسها

عدم تاثير

قدم اول :درمان دارويي غير هور موني

- درمان پلاسبو، مصرف غذاهای حاوی حبوبات از جمله سويا
- فلوکسي تين ۲۰ ميلی گرم روزانه و يا پاروکستين ۲۵ ميليگرم روزانه
- گاباپنتين بويژه اگر تومور پستان يا مصرف تاموکسيفن نيز وجود داشته باشد .
- کلونيدين بويژه در مبتلايان به فشار خون بالا

قدم دوم :هورمون درماني خوراکي با کمترين دوز و کوتاهترين دوره زماني و با رعايت کنترا انديکاسيونها و انجام فالوآپ

برای علائم وازوموتور شديد در مان انتخابی هورمون درمانی کوتاه مدت با دوز پايين (۰/۳ميليگرم) است که معمولا در کاهش علائم وازوموتور و اختلالات خواب ناشی از آن موثر است . تاثير دارو پس از يك ماه روشن مي شود و مي توان دوز آن را تنظيم کرد .درمان براي مدت ۱-۴ سال مي تواند ادامه پيدا کند . بايد توجه داشت که ممکن است پس از قطع مصرف دارو علائم عود کنند . قطع تدريجی استروژن بهتر از قطع ناگهانی آن است ، اما بهر حال ممکن است در بعضی از خانمها ۶-۳ ماه پس از قطع دارو گرگرفتگی با شدت کمتری آغاز شود . اگر نتوان از استروژن استفاده کرد ، پروژستين انتخاب بعدی است که البته اثر بخشي کمتري دارد.

قدم آخر:
بررسي هيپر تيروئيدي و فئو کروموسيتوم و سندرم کارسينوئيد

توصیه های گرگرفتگی

- استفاده از پوشش نخی ، لباس چندلایه برای کم کردن لایه ها در مواقع لزوم ، خنك نگهداشتن محیط زندگی ، خوابیدن در جای خنك ، ورزش سبك ، قطع مصرف سیگار و الکل و ادویه جات ، قطع مصرف مایعات گرم و دوش آب گرم قبل از خواب ، رژیم غذایی سبك و مصرف بیشتر میوه و سبزی وماست و استفاده از تکنیکهای آرام سازی و ماساژ و به خصوص تنفس عمیق و آهسته ، مشاوره خانواده و سایکوتراپی و کاهش استرسها ،تغییر شیوه زندگی ونگهداشتن BMIدر حد مناسب
- درمان دارویی ابتدا با درمانهای غیر هورمونی شروع می شود .درمان غیرهورمونی از جمله فلوکسی تین ۲۰ میلی گرم روزانه و یا پاروکستین ۲۵ میلیگرم روزانه نیز بر کنترل علائم تا بیش از ۵۰ در صد موارد موثر بوده است.گاباپنتین (بویژه اگر تومور پستان نیز وجود داشته باشد) ،کلونیدین (بویژه در مبتلایان به فشار خون بالا) نیز از درمانهای مناسب هستند . برای علائم وازوموتور شدید در مان انتخابی هورمون درمانی است اما در صورت خفیف بودن علائم ،عدم پذیرش درمان هورمونی از سوی بیمار یا وجود کنترا اندیکاسیون خاص می توان از داروهای غیر هورمونی استفاده کرد . شروع هر یک از درمانهای فوق با دوز کم و افزایش دوز در صورت لزوم از هفته دوم و قطع دارونیز با کاهش دوز صورت گیرد .
- در صورت عدم پاسخ به درمان غیر هورمونی ، استروژن درمانی صورت می گیرد. درمان کوتاه مدت هورمونی با دوز پایین معمولا در کاهش علائم وازوموتور و اختلالات خواب موثر است . تاثیر دارو پس از یك ماه روشن می شود و می توان دوز آن را تنظیم کرد .درمان برای مدت ۴ - ۱ سال می تواند ادامه پیدا کند . باید توجه داشت که ممکن است پس از قطع مصرف دارو علائم عود کنند . قطع تدریجی استروژن بهتر از قطع ناگهانی آن است ، اما بهر حال ممکن است در بعضی از خانمها ۶-۳ ماه پس از قطع دارو گرگرفتگی با شدت کمتری آغاز شود . اگر نتوان از استروژن استفاده کرد ، پروژستین انتخاب بعدی است که البته اثر بخشی کمتری دارد .
- در مرحله بعدی و در صورت عدم پاسخ به توصیه ها ووجود علائم آزار دهنده لازم است رد هیپر تیروئیدی ، فئوکروموسیتوم و سندرم کارسینوئید مورد توجه قرار گیرد .

رابطه زناشویی

- Screening: سوال غیر مستقیم از فرد بدون شکایت
  - رعایت احترام
  - محرمانگی(Confidentiality)
  - پرهیز از قضاوت اخلاقی و مذهبی
  - سوم شخص
- در افراد بدون مشکل: اطمینان خاطر ،آموزش ، اصلاح باورهای غلط
- In depth sexual history در فردی که شکایت دارد و بررسی

سوالات(the “permission” level in the PLISSIT model)

- Normalising:یک مثال راجع به سوم شخص و سوال در مورد نگرانی احتمالی فرد
- استفاده از آمار: ۸۰ درصد مردان دارای مشکلات عروقی در رسیدن وحفظ ارگاسم مشکل دارند. شما چه تغییری را احساس می کنید؟
- دیگرسوالات باز: مشکلات درروابط جنسی شما؟اثر سلامت یا بیماری شما روی روابط جنسی شما؟و....
- سوالات روتین:به نظر من زندگی جنسی بخش مهمی از زندگی هر کسی است . بعضی وقتها تحت تاثیر بیماری یا داروی مصرفی قرار می گیرد . من از همه می پرسم .شما چطورید؟
- Generalising: اغلب افراد مبتلا به .... مشکل ارند شما چطور؟

اقدامات در افراد دارای مشکل

- ۱-علت یابی با توجه به شرح حال:
- اولیه یا ثانویه بودن مشکل ، مردانه یا زنانه بون ، جسمی یا روانی بودن ، مشکل مراحل مختلف
- ابتلا به بیماری، مصرف دارو ، افسردگی، ترس و اضطراب یا خجالت از برقراری تماس جنسی ، روابط بین فردی و عاطفی زوجین
- ۲-علت یابی در معاینه : مشکلات اوروژنیتال برای برقراری تماس جنسی ، دیس پارونیا ناشی از خشکی واژن و آتروفی ژنیتال
- ۳- اگر مشکل مربوط به سن است ،با حضور زوجین مشاوره انجام و درمورد منوپوز و آندروپوز و تغییرات طبیعی آن توضیح دهید .
- ۴- مشاوره ، آموزشها، اصلاح روابط بین فردی زوجین
- ۵- درمان دارویی را بر حسب نوع مشکل
- ۶- ارجاع در صورت عدم موفقیت یا عدم امکان مداخله مناسب بیمار را به متخصص مربوطه

۵ – ۲) معاینات

معاینه ژنیکولوژی / آموزش همزمان کگل	دارد (نوع)	ندارد	معاینه پستان / آموزش همزمان خود آزمایی	دارد (نوع)	ندارد
زخم / ضایعه / نمای غیرطبیعی در پرینه یا ولو			نمای ظاهری غیرطبیعی (اندازه، قرینگی)		
ترشح واژینال غیرطبیعی (عفونت آمیزشی)			تغییرات پوستی / تغییرات غیر طبیعی نیپل		
آتروفی/ خشکی و شکنندگی واژن / واژینیسموس			ترشح از پستان (خودبخودی، خونی،چرکی و....)		
ضایعات سرویکس (سرویسیت، پولیپ و.....)			توده پستان (محل ،قوام، اندازه، چسبندگی و....)		
وضعیت غیر طبیعی در معاینه رحم و آدنکسها			توده زیر بغل/ فوق ترقوه (اندازه، تعداد، محل)		
شلی عضلات کف لگن (پرولاپس رحم، **مثانه**، رکتوم ، مجرا و درجه بندی آن)			سایر		
آموزش ورزش کگل انجام شد			آموزش خود آزمایی پستان انجام شد		

عوارض اوروژنیتال

بررسي كنيد

سوال كنيد:
آيا در ناحيه ژنيتال خشكى ، سوزش ، خارش ، ناراحتى حين مقاربت وجود دارد؟آيا فرد ريزش ادرار با عطسه و سرفه يا ريزش اورژانسى ادرار دارد؟

معاينه كنيد:
معاينه واژينال از نظر آتروفى واژن ، سيستوسل ، ركتوسل ، اورتروسل

در صورت لزوم آزمايش كنيد : بررسى ديابت ،بررسى عفونت ادرارى

خشكي ، زخم ، سوزش ،خارش ، آتروفي در ناحيه ژنيتال

urinary incontinence
با يا بدون عفونت ادراري

ركتو سل ،سيستوسل ،پرولاپس رحم

توصيه به انجام مقاربت ، درمان موضعي با لوبريكانتها و روغنها ودر صورت عدم پاسخ به درمان انجام درمان هورموني موضعي روزانه تا۲-۳ هفته وبعدهفته اى ۲ بار هر بار نصف اپليكاتور يا يك گرم رو ى ناحيه آتروفيه يا داخل واژن

درمان مشكل زمينه اي، درمان هورموني موضعي، رفتاردرماني، دارو درماني :
الف – رفع مسائل زمينه اي ازجمله : ديابت ، درمان عفونت ادرارى ، مصرف دارو،واژينيت آتروفيك ب - آموزش تكنيك هاي رفتاري (تخليه ادرار برنامه ريزي شده و تغيير عادت ، تقويت عضلات كف لگن با انجام تمرين كگل ، ورزش ، افزايش فواصل زماني دفع ادرار ، دريافت كافي مايعات ، كاهش مصرف كافئين و كاهش مصرف مايعات قبل از خواب) ج – هورمون درماني موضعي با استفاده از كرم واژينال استروژن به ميزان يك گرم در روز ۵ بار در هفته د - ساير درمانهاي دارويي مانند ايمي پرامين ۲۵- ۱۰ ميلي گرم سه بار در روز براى درمان Urge incontinence

تا كيد بر پيشگيري‌از تشديد مشكل با انجام تمرينات كگل

ارجاع در صورت وجود شكايات شديد در بيماربا گريد۲ وبالاتر

پلویک فلور

- Urinary incontinenceبه صورت حاد یا مزمن دیده می شود .در نوع حاد آن عواملی مانند دیابت ، عفونت ، مشکلات نورولوژیکال و آناتومیك موثرند . نوع مزمن آن در دو حالت با مثانه خالی و مثانه پر دیده می شود . از میان انواع مختلف Urinary incontinenceنوع stress incontinenc ممکن است به کمبود استروژن دوره یائسگی مرتبط باشد . در اینحالت ترشح مختصر ادرار همراه با سرفه ، عطسه ، و ... وجود دارد . درمان با استروژن موضعی به صورت کرم واژینال یك گرم روزانه ۵روز در هفته یا استروژن خوراکی ۰/۶۲۵- ۰/۳ میلیگرم روزانه می توان استفاده کرد . تمرین کگل (Kegel) برای پیشگیری و درمان بی اختیاری استرسی ادرار کمک کننده است .
- اصول درمان urinary incontinence شامل موارد زیر است :
- الف – بررسی و رفع مسائل زمینه ای ازجمله : دیابت ، عفونت ادراری، مصرف دارو ،واژینیت آتروفیك
- ب -آموزش تکنیك های رفتاری (تخلیه ادرار برنامه ریزی شده و تغییر عادت ، تقویت عضلات کف لگن با انجام تمرین کگل (هفته ای ۴-۳ بارو هر بار سه نوبت پیوسته وهر نوبت ۱۰-۸ انقباض مداوم) ، ورزش ، افزایش فواصل زمانی دفع ادرار ، دریافت کافی مایعات ، کاهش مصرف کافئین و کاهش مصرف مایعات قبل از خواب)
- ج – هورمون درمانی موضعی با استفاده از کرم واژینال استروژن به میزان یك گرم در روز ۵ بار در هفته

عوامل خطر سرطان پستان

risk factors for breast cancer (RR <2)

- سابقه خانوادگی
- وضعیت اقتصادی اجتماعی
- نولی پاریتی
- سن بالا در زایمان اول
- منوپوز در سن بالا
- سن منارک پایین
- چاقی بعد از منو پوز
- مصرف الکل
- هورمون درمانی جایگزین

عوامل خطر

Moderate risk factors for breast cancer (RR 2-4)

- سن بالا
- سابقه فامیلی سرطان پستان قبل از منوپوز
- سابقه ابتلا در یک پستان
- هیپر پلازی پستان
- دانسیته ماموگرافی بالا

عوامل خطر
Strong

Strong risk factors for breast cancer (RR>4)

- **Family history of premenopausal bilateral breast cancer or سابقه خانوادگی سرطان پستان دوطرفه قبل از منوپوز و سرطان تخمدان در مادر ،مادر بزرگ ، خواهر ،خاله**
- **احتمال وجود ژن BRCA1/ BRCA2**
- **سابقهlobular carcinoma in situ**
- **هیپر پلازی آتیپیک**

توصیه برای تشخیص زود هنگام در ایران

- Awareness
- BSE(هرماه از۲۰سالگی)
- CBE هر سال از ۳۰سالگی
- Mammography?

شکایات و علائم اصلی

- مرحله بدون علامت مهم است
- درد
- ترشح
- توده
- علائم پوستی
- تغییر اندازه
- مشکلات زیر بغل
- ....

معاینه

- برای کلیه زنان متاهل یا مجرد ۳۰ تا ۵۹سال در اولین ویزیت و سپس هر سال یک بار
- دو طرفه ، نگاه و لمس
- پس از قاعدگی و قبل از تخمک گذاری
- وضعیت نشسته:قرارگیری دست ها در دو سمت،بالا بردن دست ها روی سر ،در حالت دست به کمر
- وضعیت خوابیده :دست را بالای سر بگذارید که بافت پستان از دیواره قفسه سینه بیرون بیایدو لمس پستان را انجام دهید
- آموزش خودآزمایی

Inspection

وضعیت نشسته در سه حالت زیر:







Sitting Inspection

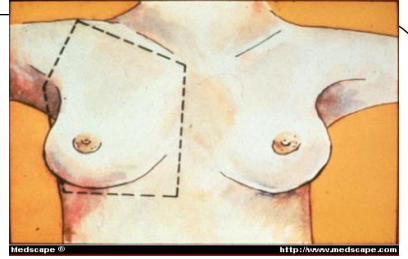
- در وضعیت نشسته موارد زیر را ارزیابی کنید
- پوست
- قرینگی
- قرمزی
- تورم
- نوک پستان

Sitting Palpation

- در وضعیت نشسته زیر بغل را نیز معاینه کنید







Inspectionو لمس

در وضعیت خوابیده

- ظاهر التهابی پستان باید شک به وجود کارسینوم التهابی را برانگیزد.ظاهر کلاسیک یک سرطان التهابی پستان شامل پستان قرمز متورم با ادم پوستی(نمای پوست پرتقال) است.
- هر تغییر غیر قرینه پوستی با تغییر مجموعه نوک پستان باید شک برانگیز باشد .
- لمس انگشتی زیر عضلات پکتورال جانبی به داخل حفره زیر بغل
- لمس با استفاده از انگشت اشاره و انگشت میانی و وارد کردن فشار متفاوت با کف دست یا بند انگشتان
- معاینه کامل به طور سیستماتیک تمام ناحیه پستان ها و قفسه سینه در جهت عقربه ای ساعت یا به صورت نواری
- معاینه داخل حفره زیر بغل
- معاینه مجموعه زیر نوک پستان-آرئول

بررسی درد

- شرح حال ، معاینه، تصویر برداری
- طبیعی : اطمینان بخشی، مسکن ، ویتامین E، دانازول
- غیر طبیعی: بررسی توده

بررسی ترشح

- از یک مجرا یا چند مجرا؟
- مداوم و خود بخودی یا غیر خود بخودی؟
- نوع آبکی،خونی، سروز، چرکی؟
- سن زیر ۳۵ یا بالای ۳۵؟
- غیر خود بخودی زیر ۳۵ تحت نظر و بالای ۳۵ ماموگرافی و تحت نظر
- خود بخودی انجام تصویر برداری بر حسب سن: ۱-۳ فقط برداشتن داکت،۴-۵ بیوپسی و بر داشتن داکت یا درمان کانسر بر حسب نتیجه بیوپسی

ارجاع در صورت عدم بهبودی ارجاع در صورت پیشرفت بیماری ارجاع برالی آزمایش	ارزیابی مجدد پس از یک هفته درمان	درمان با مترونیدازول خوراکی ۲ گرم تکدوز یا ۵۰۰میلی هر۱۲ ساعتتا۷روز+کلیندا ۳۰۰ یا واژینال تا ۷روز آموزش و مشاوره توصیه به استفاده از کاندوم درمان شریک جنسی در صورت ترشحات چرکی یا مشاهده تریکومونا با میکروسکوپ	واژینوز باکتریال / تریکومو نا	ترشح غیر موکوپورولانت همراه یا بدون سوزش یا خارش و بدون شرایط خطر
		کرم یا شیاف واژینال کلوتریمازول یا میکونازول هرشب ۱۴-		ترشح پنیری یا ادم ، قرمزی یا خراشیدگی ولو یا وجود قارچ در

پیگیری بازخورد ارجاع		- ارزیابی از نظر نیاز به رگ باز و درمان شوک - ارجاع	شوک سپتیک	درد زیر شکم به صورت گاردینگ یا ریباند یا تندرنس +تب و تاکیکاردی و علائم شوک + توده شکمی یا خونریزی واژینال غیر طبیعی یا شرح حال سقط اخیر
ارجاع در صورت عدم بهبودی ارجاع در صورت پیشرفت بیماری ارجاع برای آزمایش داوطلبانه ایدز	ارزیابی مجدد پس از یک هفته درمان	درمان سرپایی : درمان گنوکوک+کلامیدیا+بیهوازی(با ۵۰۰ میلیگرم مترونیدازول /خوراکی /هر ۱۲ ساعت تا ۱۴ روز) درمان شریک جنسی آموزش و مشاوره توصیه و آموزش استفاده از کاندوم	PID	درد زیرشکم با شروع ناگهانی+ وجود حساسیت در حرکات سرویکس یا زیرشکم ، دیس پارونی ، ترشح و خونریزی واژینال+ عدم وجود علائم شوک سپتیک
پیگیری بازخورد ارجاع		درمان بستری : بررسی از نظر نیاز به رگ باز و وسایل احیا		

تبخال تناسلی (HSV2) genital herpes

درمان تبخال بررسی زخم تناسلی از نظر سیفلیس و شانکروئید و درمان آن در صورت لزوم آموزش و مشاوره توصیه به استفاده از کاندوم	وزیکول در ناحیه تناسلی زنان (ولو و واژن و پرینه یا حتی سرویکس) یا روی پنیس یا اورترا یا ناحیه آنال در مردان به صورت کلاستر (تجمع) ۱۰ تا ۲۰وزیکول کوچک دردناک که در چند روز زخمی شده و بعد از در ۲۰ روز بهبود می یابد. اولین ابتلا ممکن است با تب ، سردرد و درد عضلانی همراه باشد با یا بدون درد و سوزش حین ادرار کردن ، ترشح واژیتال یا ترشح از مجرا یا تورم غدد لنفاوی کشاله ران

سیفلیس یا شانکروئید(هموفیلوس دوکری)

زخم یا جراحت زخم مرطوب و عفونی که سه تا شش ماه طول می کشد در ناحیه تناسلی یا ناحیه آنال و پرینه و حتی دهان و لب و پستان اغلب بدون درد	بنزاتین پنی سیلین ۱۲۰۰۰۰۰ دو عدد تزریق عضلانی هر هفته تا ۳ هفته در صورت حساسیت به پنی سیلین هر ۱۲ ساعت تا ۱۵ روزداکسی سیکلین ۱۰۰ میلیگرمی درمان سیفلیس و شانکروئید(single dose of ceftriaxone or azithromycin or 7 days of erythromycin) و درمان تبخال در صورت وجود وزیکول همراه آموزش و مشاوره ،توصیه به استفاده از کاندوم ،	زخم یا جراحت زخم مرطوب و عفونی که سه تا شش ماه طول می کشد در ناحیه تناسلی یا ناحیه آنال و پرینه

زگیل تناسلی

ارجاع برای کرایوتراپی با نیتروژن مایع و درمان جراحی یا لیزر یا ، پودوفیلین ۱۰ تا ۲۵ درصد یا ۸۰ TCAftrichoalcetic acid تا ۹۰ درصد هر هفته تا بهبودی تزریق اینترفرون

ضایعات پاپولربدون درد در دستگاه تناسلی خارجی و بیشتر داخلی بخصوص واژن و سرویکس/ /HPVسرطان سریکس

ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)

- مهمترین عامل شناخته شده در ایجاد ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم : عفونت با گونه‌های پر خطر ویروس پاپیلومای انسانی(HPV) است.
- شواهد بیولوژیک و اپیدمیولوژیک متعددی سرطان زا بودن گونه‌های خاصی از (HPV) در انسان را تایید کرده است.
- این ارتباط در مطالعات اپیدمیولوژیک حتی از ارتباط بین سیگار و سرطان ریه قوی تر گزارش شده است.
- در جوامع غربی HPV شایعترین عفونت مقاربتی محسوب می‌شود.

- ویروس HPV تناسلی دارای گونه‌های بسیار متعددی است که از نظر توانایی ایجاد ضایعات پیش سرطانی و سرطان برخی از این گونه ها پر خطر محسوب میگردند.
- اغلب عفونتهای HPV موقتی بوده و به طور خودبخودی در طی چند ماه و حداکثر تا ۲ سال از بین می‌روند.
- ورود گونه های پر خطر در صورت حضور سایر عوامل کمک کننده Cofactor activity می‌تواند منجر به عفونت پابرجا persistent شده و فرایند خوش خیم و طبیعی متاپلازی را تبدیل به یک روند نئوپلاستیک نموده منجر به ایجاد ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم گردد.
- امکان پابرجا شدن عفونت در زنان مسن، گونه‌های پرخطر HPV و در مواردی با سطوح بالا از DNAویروس بیشتر است.

- رابطه HPV با ضایعات پیش سرطانی گرید بالا و سرطان دهانه رحم تا حدی قوی است که در حال حاضر این ضایعات را حاصل تعامل عفونت HPV های پر خطر به عنوان «بذر بیماری» ، اپی تلیوم متاپلاستیک نابالغ به عنوان «خاک مناسب» و عوامل کمک کننده به عنوان «عوامل محیطی لازم برای رشد» می دانیم.
- بطور خلاصه:
- ۱- HPV برای ایجاد سرطان دهانه رحم «ضروری» است اما در فردی با ایمنی مناسب «کافی» نیست
- ۲- عفونت با HPV های گونه‌های پرخطر و انکوژنیک بسیار شایعتر از ضایعات پیش سرطانی و سرطان دهانه رحم است. این موضوع ضرورت و نقش سایر عوامل کمک کننده در ایجاد سرطان دهانه رحم را نشان می‌دهد.
- سایر عواملی که به عنوان cofactor مطرح شده‌اند:

The papanicolao smear

PAP SMEAR

Pap Smear Technique



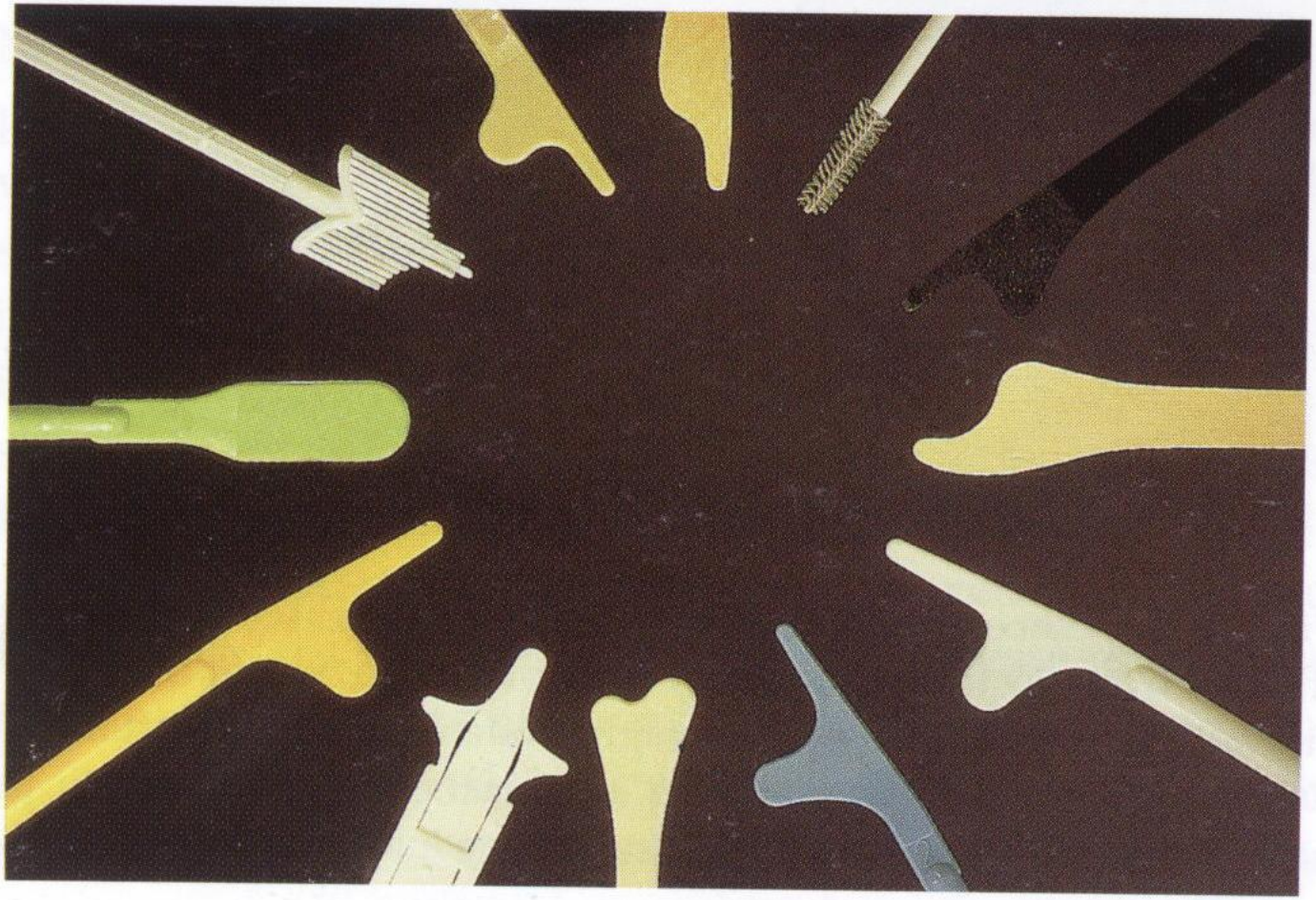


Fig. 5.5 A variety of wooden and plastic spatulas. All of these devices may be used to take smear samples. A critical component is the sampling technique used which requires correctly passing a speculum and visualizing the cervix.

TABLE 4-2
The 2001 Bethesda System (Abridged)

Specimen Adequacy

Satisfactory for evaluation *(Note presence or absence of endocervical or transformation zone component.)*
Unsatisfactory for evaluation . . . *(Specify reason.)*
Specimen rejected or not processed *(Specify reason.)*
Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of . . . *(Specify reason.)*

General Categorization (*optional*)

Negative for intraepithelial lesion or malignancy
Epithelial cell abnormality
Other

Interpretation of Result

Negative for intraepithelial lesion or malignancy

ORGANISMS
- *Trichomonas vaginalis*
- Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* species
- Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* species
- Cellular changes associated with herpes simplex virus

OTHER NON-NEOPLASTIC FINDINGS *(optional; list not comprehensive)*
- Reactive cellular changes associated with:
  - Inflammation (includes typical repair)
  - Radiation
  - Intrauterine contraceptive device
  - Glandular cells status after hysterectomy
  - Atrophy

Epithelial cell abnormalities

SQUAMOUS CELL
Atypical squamous cells (ASC)
- Of undetermined significance (ASC-US)
- Cannot exclude high-grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H)

Low-grade squamous intraepithelial lesion (encompassing human papillomavirus, mild dysplasia, and cervical intraepithelial neoplasia grade 1) (LSIL)
High-grade squamous intraepithelial lesion (encompassing moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ, and cervical intraepithelial neoplasia grades 2 and 3) (HSIL)
Squamous cell carcinoma

GLANDULAR CELL
Atypical glandular cells *(Specify endocervical, endometrial, or not otherwise specified.)* (AGC)
Atypical glandular cells, favor neoplastic *(Specify endocervical or not otherwise specified.)* (AGC-N)
Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
Adenocarcinoma

Other *(list not comprehensive)*

Endometrial cells in a woman ≥ 40 years of age

Automated Review and Ancillary Testing (*Include as appropriate.*)

Educational Notes and Suggestions (*optional*)

۵ –۳) پاراکلینیک در مورد پاپ اسمیر آموزش داده شد

نمونه پاپ اسمیر : تهیه شد تهیه نشد علت.....

نوع آزمایش	تاریخ انجام آخرین آزمایش	نتیجه آخرین آزمایش		تاریخ انجام پاراکلینیک بعدی	نتیجه	
		طبیعی	غیرطبیعی		طبیعی	غیرطبیعی
پاپ اسمیر*						
ماموگرافی**						
سونوگرافی (رحم و ادنکس‌ها / پستان‌ها / دستگاه ادراری)						

نیاز به معاینه، بررسی، درخواست پاراکلینیک یا اقدام تکمیلی توسط پزشک : ندارد دارد نوع .....

نتایج پاراکلینیک

پاپ اسمیر:*Bethesda*

- طبیعی= نرمال، متا پلازی
- غیر طبیعی/ نیاز مند پیگیری = کد ۱. التهاب ، کد ۲. ASCUS ، کد ۳. دیس پلازی، نئو پلازی (مشکوک به بدخیمی)

ماموگرافی : *breast-imaging-reporting-and-data-system*

- طبیعی (BIRAD یک)
- غیر طبیعی / نیازمند پیگیری = BIRADدو (تغییرات خوش خیم) ، BIRADسه(احتمالا خوش خیم : لزوم تکرار مامو گرافی هر ۶ ماه) ، BIRADچهار و BIRADپنج (مشکوک به بدخیمی: لزوم ارجاع برای بیوپسی)

- نام و نام خانوادگی ارائه دهنده خدمت ..... سمت ..... تاریخ ...../ ...../ ..... علت مراجعه بعدی .....

۱۰- تشخیص / طبقه‌بندی / اقدامات

تشخیص / طبقه‌بندی / نتیجه ارزیابی بیمار / مشکوک / در معرض خطر / غیر طبیعی /نا مطلوب / نیاز مند اقدام (دور کد مربوطه دایره بکشید)	ق = قدیم ج =جدید	اقدامات توضیح اقدامات:آموزش /مشاوره رفتاری، تحویل و آموزش دفترچه خود ارزیابی، واکسن، مکمل یاری، معاینه خاص، درمان غیردارویی / دارویی، تهیه نمونه / درخواست آزمایش تکمیلی، ارجاع تشخیصی / درمانی
باروری : ۱. اختلال رابطه زناشویی و جنسی ۲. ناباروری ۳. بارداری ۴. تمایل به بارداری (نیاز به مشاوره پیش از بارداری) ۵. شیردهی ۶. سایر		
یائسگی : ۱. یائسگی قطعی ۲.اختلال وازوموتور ۳. واژینیت اتروفیک		
موربیدیتی باروری / بیماری ادراری تناسلی : ۱ . عفونتهای آمیزشی : (۱,۱. کاندیدا ، ۲,۱. تریکومونا، ۳,۱. واژینوز، ۴,۱. کلامیدیا ، ۵,۱. گونوکوک ، ۶,۱.. سیفلیس ، ۷,۱. تبخال تناسلی، ۸,۱ . زگیل تناسلی، ۹,۱ . HIV/AIDS) ۲ . خونریزی غیر طبیعی / اختلال قاعدگی ۳. شلی عضلات کف لگن با یا بدون بی اختیاری استرسی ادرار ۴ .سایر (PID ،سرویسیت ، پولیپ، فیبروم، PCOو .....)		



از توجه شما سپاسگزاره