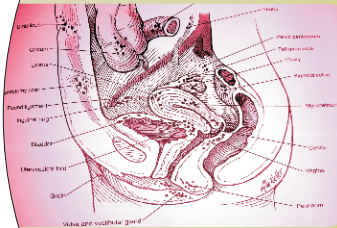


امراض نسائی

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Herat Medical Faculty
پوهنځی طب هرات

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Gyneacology

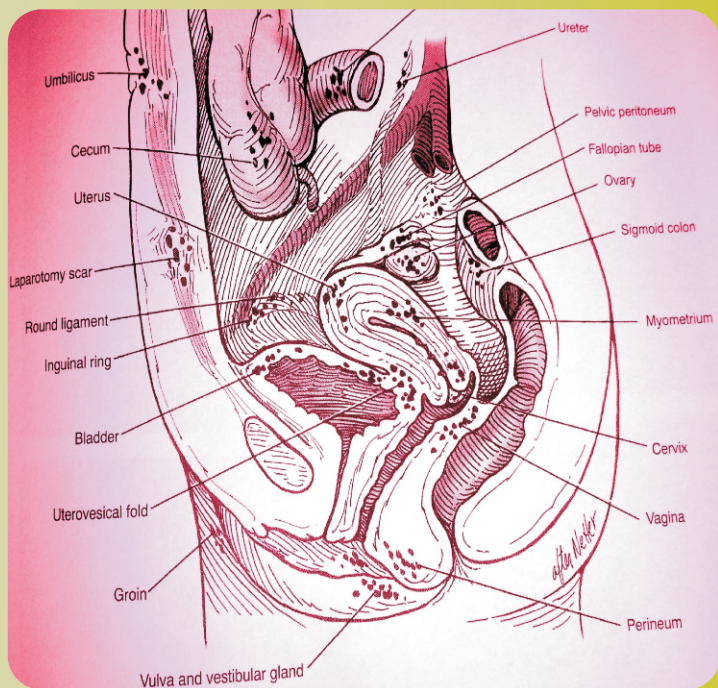
Dr. M. Hassan Farid

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنځی طب هرات

امراض نسائی



پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

۱۳۹۱



امراض نسائی

Gyneacology

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید



Herat Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. M. Hassan Farid

Gyneacology

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پوهنځی طب هرات

امراض نسائی

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

۱۳۹۱

نام کتاب	امراض نسائی
مؤلف	پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید
ناشر	پوهنځی طب هرات
ویب سایت	www.hu.edu.af
چاپ	مطبعه سپر، کابل، افغانستان
تیراژ	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
داونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه وزارت خارجه فدرالی آلمان تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط موسسه افغانیک انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
 داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل
 دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
 ایمیل: wardak@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200760



پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب برای کسب علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی بوده که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت ستندردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید محترم موسسات تحصیلات عالی کشور قلبا اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با تقبل زحمات در جریان سالهای متممادی با تالیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را ادا نموده اند. از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه نمایند، تا بعد از چاپ در دسترس محصلین گرامی قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را آماده نماید.

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم پوهنخی های طب کشور را مهیا ساخته اند صمیمانه تشکر مینمایم.

امیدوارم که این کار سودمند ادامه یافته و به سایر بخش ها نیز گسترش یابد.

با احترام

پوهاند دوکتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپتر های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردند.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب پوهنتون های کشور را آغاز نمودیم و تا اکنون ۲۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشند. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

استادان و محصلین پوهنځی های طب با مشکلات زیاد مواجه اند. تدریس به میتود کهنه، عدم دسترسی به معلومات و مواد جدید درسی و استفاده از کتب و چپتر های که به کیفیت بسیار پایین در بازار دریافت میگردند از جمله مشکلات عمده در این راستا میباشند. باید آن عده از کتاب هاییکه توسط استادان تحریر گردیده اند جمع آوری و چاپ گردند. با در نظر داشت حالت بحرانی کشور جنگ زده، ما به دوکتوران ماهر و ورزیده نیاز داریم تا بتوانند در بهبود و ارتقای تحصیلات طبی و صحت عامه در کشور سهم فعال بگیرند. از اینرو باید توجه زیاد تر برای پوهنځی های طب جلب گردد.

تا به حال ما به تعداد ۲۰ عنوان کتب مختلف طبی برای پوهنځی های طب ننگرهار، خوست، هرات، کندهار، بلخ هرات و کابل را چاپ نموده ایم و پروسه چاپ ۵۰ عنوان دیگر جریان دارد که یک نمونه آن همین کتابی است که فعلا در دسترس شما قرار دارد. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای پوهنځی های طب کشور توزیع گردیده اند.

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها، استادان محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجینیری، زراعت و سایر بخش ها) و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم و کتب مورد نیاز پوهنتون ها و پوهنځی های مختلف را چاپ نماییم.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه قرار ذیل اند:

۱ چاپ کتب درسی طبی

کتابی که در اختیار شما است، نمونه از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم و نیاز است تا برای موسسات تحصیلات عالی کشور سالانه به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

در جریان سال ۲۰۱۰ توانستیم در تمام صنوف درسی پوهنځی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجکتورها را نصب نماییم. برای ایجاد محیط مناسب درسی باید تلاش گردد که تمام اطاق های درسی و کنفرانس و لابراتوارها مجهز به مولتی میدیا، پروجکتور و سایر وسایل سمعی و بصری گردند.

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنج های آینده) پوهنځی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیارهای بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنخی های طب قرار داده شود.

۵. لابراتوارها

در پوهنخی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارهای فعال وجود داشته باشد.

۶. شفاخانه های کدري

هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدري باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای تريننگ عملی محصلين طب آماده گردد.

۷. پلان ستراتيژيک

بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنخی طب در چوکات پلان ستراتيژيک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتيژيک پوهنخی باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلين قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

از محصلين عزیز نیز خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) اظهار سپاس و امتنان مینماییم که تاکنون چاپ ۹۰ عنوان کتب طبی درسی را به عهده گرفته که از آن جمله پروسه چاپ ۵۰ عنوان آن جریان دارد. از پوهنخی طب پوهنتون ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنخی مذکور دوکتور زلمی توریال، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکي چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

بطور خاص از دفاتر جی آی زیت (GIZ) و CIM (Center for International Migration and Development) یا مرکز برای پناهنده گی بین المللی و انکشاف که برای من امکانات کاری را طی دو سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته، است اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور عبید الله عبید وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابری معین علمی وزارت، محترم پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، روسای محترم پوهنتون ها، پوهنخی های طب و استادان گرامی تشکر مینمایم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هر کدام دوکتور محمد یوسف مبارک، عبد المنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله و همت الله نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نمودند.

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۲۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

تقدیم به

روح پاک شهدای صدر اسلام و افغانستان

تقدیم به

ارواح پدر و مادر گرامی من که از جان مایه گذاشته اند تا من تحصیل کنم

تقدیم به

همسر عزیز و مهربانم که زحماتی را تقبل نموده اند

تقدیم به

فرزندان عزیز و مهربانم و همسران محترم شان که با من همکاری بی دریغانه نموده اند

تقدیم به

جامعه طب و طبابت که برای بهبود کیفیت صحت در افغانستان زحمت میکشند

تقدیم به

همه کسانی که در تایپ، ویرایش، تنظیم، طبع و نشر کتاب با من از دل و جان همکاری کرده اند

و در اخیر تقدیم به تو

خواننده عزیز و گرامی

با احترام

الحاج پروفیسور داکتر محمد حسن "فرید"

فهرست مطالب

مقدمه	۱
۱ اناطومی دستگاه تناسلی	۳
انatomy دستگاه تناسلی خارجی	۳
انatomy دستگاه تناسلی داخلی	۹
۲ فزیولوژی عادت ماهوار	۱۸
۳ امراض تروفوپلاستیک	۳۲
کوریوکارسینوما	۴۲
۴ حمل خارج رحمی	۴۸
۵ تشوشات عادت ماهوار	۶۲
امینوریا	۶۳
اولیگو مینیریا	۷۳
هیپومینوریا	۷۳
پولیمینوریا	۷۴
میتروراجیا	۷۴
دیسمینوریا	۷۸
۶ ناراحتی های قبل از تحيض	۸۴
مینوراجیا	۸۸
۷ خونریزی هائی که از اثر تشوشات وظیفوی رحم ایجاد میشود (DUB)	۹۱
۸ سقوط ارگانهای تناسلی	۱۰۴
۹ پولیپ، فیبروم و سارکوم رحم	۱۱۷
پولیپ رحم	۱۱۷
فیبروم رحم	۱۲۰
تاثیر حمل بالای کتلالت فیبرویت	۱۲۳

۱۲۳.....	تاثیر فیبرم بالای رحم
۱۲۵.....	انواع فیبرم های رحمی
۱۳۹.....	سارکومای رحم
۱۴۳.....	۱۰ اندومتر تو یوزیز و ادینو میوزیز
۱۵۶.....	۱۱ سوء اشکال اعضای طرق تناسلی
۱۵۷.....	رشد و انکشاف گنادها در مراحل رشیمی
۱۵۹.....	رشد و انکشاف قنات مولر
۱۶۰.....	انومالی های ممکنه قنات مولر
۱۶۱.....	پسودوهرموفرو دیتیزم نزد مزکر
۱۶۴.....	پسودوهرموفرو دیتیزم نزد مونث
۱۶۵.....	کلاین فلتر سندرم
۱۶۹.....	انومالی های دیگر قنات مولر
۱۷۵.....	۱۲ عقامت
۱۷۶.....	عقامت نزد مردان
۱۹۲.....	عقامت نزد خانم ها
۲۰۸.....	کارسینومای اندومتر
۲۱۴.....	۱۳ امراض دهلیز
۲۱۴.....	کاندیلوما اکومیناتا
۲۱۵.....	هرپس ناحیه تناسلی
۲۱۷.....	خارش ناحیه تناسلی
۲۱۹.....	۱۴ امراض مهبل
۲۱۹.....	جروحات ترضیضی مهبل
۲۲۰.....	قرحات مهبل
۲۲۱.....	کیست های مهبل
۲۲۵.....	۱۵ امراض مقاربتی (STD)

۲۲۵.....	گونوریا	
۲۳۱.....	تریکومونیا زیز	
۲۳۳.....	کاندیدیا زیز	
۲۳۶.....	کلامیدیا	
۲۳۸.....	لمفو گرانول، و ماوینیر یوم	
۲۴۰.....	شانکروئید	
۲۴۱.....	AIDS	
۲۴۷.....	اندومیترایتس	۱۶
۲۵۱.....	امراض تخمدان ها	۱۷
۲۵۱.....	کیست های تخمدانها	
۲۵۵.....	تومورهای تخمدانها	
۲۶۴.....	فیبرم های تخمدان ها	
۲۶۷.....	تومورهای خبیثه تخمدان ها	
۲۷۲.....	تومورهای میتاستاتیک تخمدان ها	
۲۸۴.....	دیسپلازی و کارسینای عمق رحم	۱۸
۲۹۲.....	روش و میتود های جلوگیری از حاملگی	۱۹
۲۹۳.....	میتود های طبعی کنترل حاملگی	
۲۹۵.....	میتود های ایجاد مانع	
۳۰۵.....	ادویه ضد حاملگی	
۳۰۷.....	ادویه ضد حاملگی خوراکی	
۳۱۶.....	ادویه ضد حاملگی زرقی	
۳۲۱.....	ادویه ضد حاملگی تحت الجلدی	
۳۲۲.....	میتودهای دائمی ضد حاملگی	
۳۳۴.....	تداوی هورمونی نزد خانم ها	۲۰

۳۳۶.....	ستروجن و انتی استروجن ها	
۳۴۲.....	پروجسترون ها و انتی پروجسترون ها	
۳۴۷.....	اندروجن ها و انتی اندروجن ها	
۳۵۰.....	هورمون های غده نخامیه	
۳۵۲.....	هورمون های هیپوتالاموس	
۳۵۴.....	هورمون بروموکریپتین	
۳۵۷.....	جنسیت و دوجنسیتی	۲۱
۳۶۱.....	هرمافرودتیزم نزد مردها	
۳۶۲.....	هرمافرودتیزم نزد خانم ها	
۳۶۸.....	توبرکلوز دستگاه تناسلی	۲۲
۳۸۱.....	امراض ثدیه	۲۳
۳۹۱.....	کanser ثدیه	۲۴
۳۹۴.....	Abstract	۲۵
۳۹۶.....	بیوگرافی مولف	
۳۹۹.....	مناخذ	

مقدمه

بهرامراض نسایی من نوشتم این کتاب
اکثرامراض زنان را من در آن جا داده ام
اصطلاحات طبابت جمله تاپیک های آن
هم ز اسباب و عوامل بهر امراض گفتگو
بحث اعراض وعلایم گشته تحریر بر ملا
براساس گفتگو،اعراض و تشخیص درست
تا کنی تفریق امراض مشابه را عزیز
هم ز استجواب و اعراض وعلایم سر به سر
بعد از آن نوع تداوی را تذکر داده ام
جمله موضوعات آن تازه بود ای دوستان
جمله بندی روی اصل علمی باشد استوار
جمله اشکالی که در آن جابجا گردیده است
مستقیماً ربط دارد شکل با تشریح آن
دارد ارزش بهر نو آموزگاران جوان
مستعد گردیده ، یابند درد را بی واهمه
هم که کاربرد لغات طب به الفاظ دری
میکنم تقدیر از پوهنحی طب هرات
بهره ها گیری، اگر خوانی تو ای عالیجناب
بازبان طب بهر الفاظ ماوا داده ام
کرده ام تعریف تا آشنا شوی ای نوجوان
کرده ام تا با علل آشنا شوی ای خوبرو
نوع تغییری که آرد بهر شخص مبتلا
جا بجا گردیده تا یابیم ره را در نخست
افتراقات مرض را نام بردم ، با تمیز
بهر تجویز معاینات از آن گیرید ثمر
بهر خواننده تداعی و تفکر داده ام
معتبر باشد مأخذ از دل و جانت بخوان
محتوایش هست علمی ،هست مطلوب با عیار
متن را پر بار سازد ، در توان دیده است
بهر خواننده ببخشد قدرت فهم و توان
هم کسانی را که میخواهند در امراض زنان
در مداوایش بکوشند با توان ، بی زمزمه
جملگی معقول و مقبول آمده ای مشتری
هم ز شوراها ی علمی زانکه با عزم و ثبات



بهر تائید این کتاب درسی را درصنف پنج
 هم ز پوهنتون و دانشگاه پربار هرات
 هم ز تحصیلات عالی از امور انسجام
 هم ز یحی وردک و آن DAAD سپانسرش
 باورم اینست کتابی را که دردست شما است
 هم بود up date، سلیس و درطبابت بادلیل
 اشتباهات اگر یابید در متنش به جا
 سال تحریرش اگر خواهی توای مرد نیکو
 در مطابق با کریکولوم پذیرفتند، گنج
 شکریه دارم که خواهد رشد علم و هم ثبات
 مینمایم من سپاس بی حد و حصر تمام
 جمله منسوبین آن از خورد تا بالاترش
 بیشک و بی شبه در صدر کتابهای بجا است
 بهر امراض نسایی هست کتاب بی بدیل
 میکنید انشاء تا رفعش کنم از محتوا
 روتو(غضبش) را بکن از ابجد خود جستجو

من فریدم کرده ام تالیف این نوع کتاب

تا شما خوانید، عمل سازید و من گیرم ثواب

پوهندوی دکتور محمد حسن فرید

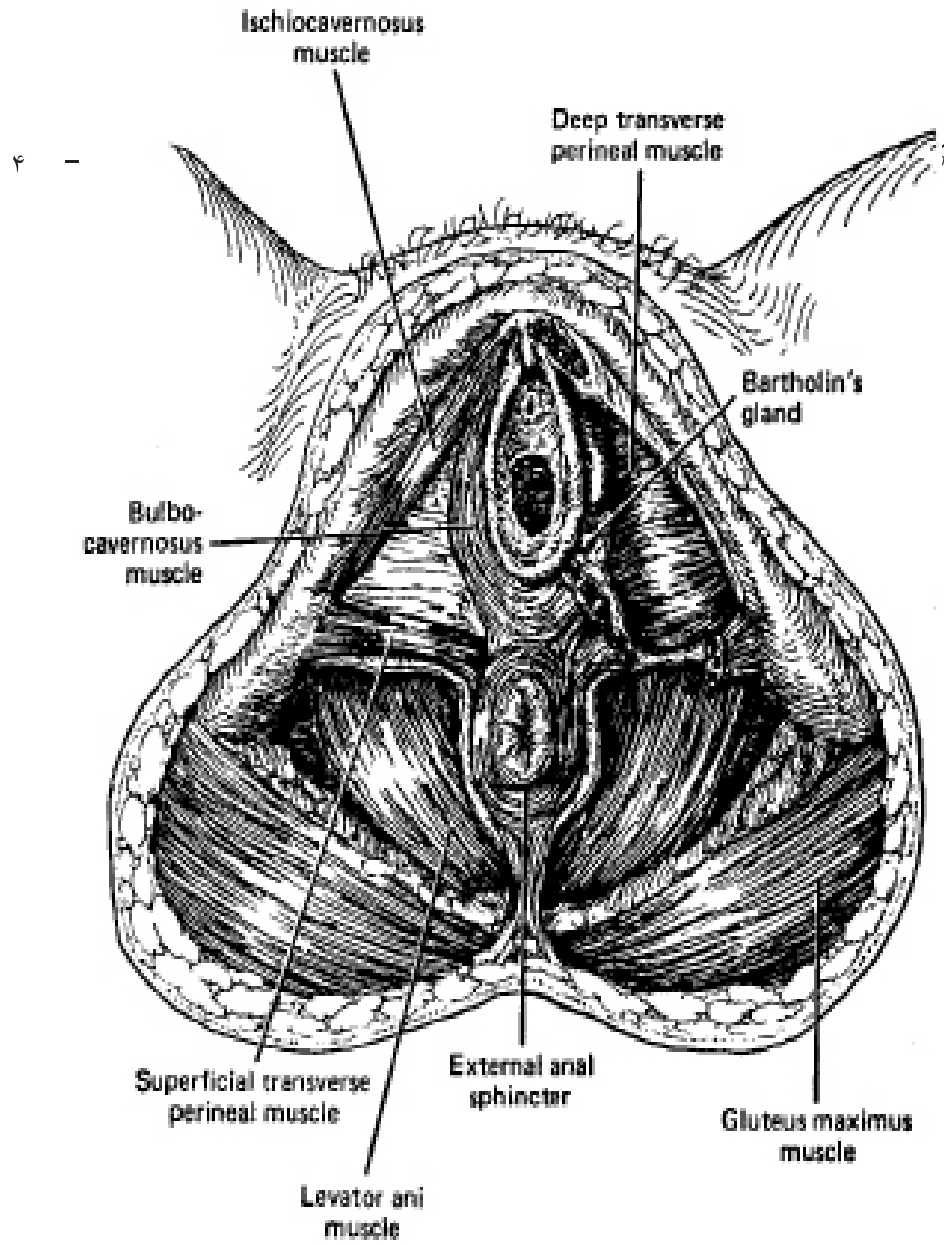
اناتومی دستگاه تناسلی (۱)

دانستن آناتومی دستگاه تناسلی و اورگانهای حوصلی با دریافت اعراض و علائم کلینیکی و با استفاده از امکانات و وسائل تشخیصیه مانند سونوگرافی، CT و MRI از جمله امکانات و طرقی هستند که ما را به تشخیص دقیقتر و مکمل تر امراض نسائی رهنمائی میکند. علاوه‌تاً دانستن سیستم لمفاوی و دوران در یناژ آن خصوصاً در درجه بندی امراض کانسروز جهاز تناسلی امر ضروریست که باید دوکتوران ولادی نسائی در رابطه آن معلومات کافی داشته باشند.

بصورت عمومی دستگاه تناسلی زنانه را به دو قسمت خارجی و داخلی تقسیم میگردد.

A دستگاه تناسلی خارجی (۱)

- ۱- mons pubis (ارتفاق عانه)
- ۲- labium major (شفتان کبیره)
- ۳- bartholin glands یا غدوات بارتولین
- ۴- labium minora (شفتان صغیره)
- ۵- clitoris (کلیتوریس)
- ۶- vestibula (دهلیز)
- ۷- perineum (عجان)



شکل (۱) (۲) Pelvic musculature (inferior view)



Vulva

دهلیز در حقیقت فوهه داخلی مهبل را تشکیل داده و نسج آن به هورمون استروجن حساس بوده و عکس العمل نشان می‌دهد چنانچه کمبود هورمون متذکره در صفحه مینوپوز سبب اتروفی نسج دهلیزی شده و باعث تشکیل Senil vulvitis می‌گردد که مناسبات جنسی را مشکل و دردناک می‌سازد و علاوه بر آن دو عنصر اساسی ای که در فعل مجامعت رول عمده دارند یعنی کلیتوریس و غدوات بار تولین در آن موقعیت دارند. ساحه متذکره به قرار ذیل محدود شده است:

- ۱- در قدام توسط ارتفاق عانه.
- ۲- در خلف توسط عجان .
- ۳- در جوانب توسط شفتان کبیرتان راست و چپ.

Labium major (شفتان کبیره)

شفتان کبیره در دو جنب توسط یک التوا از جذع قدامی ران ها جدا گردیده و در قدام به mons pubis و در خلف به جلد ناحیه عجان محدود گردیده است و حاوی مقدار زیاد شحم میباشد. در دوران بلوغ یک مقدار موی در سطح خارجی آن می روید ولی سطح داخلی که متوجه شفتان صغیره است بدون موی بوده و جلد آن نرم، مرطوب و گلابی رنگ است. حجرات آن از نوع اپیتلیم سکواموس بوده و حاوی غدوات sebaceous، غدوات عرقیه و فولیکول های موی است. یک نوع غدوات مخصوص بنام apocrine glands که مسئول تولید بوی مخصوص اند نیز در ساحه موجود است، اینها در بعضی



واقعات مسئول تولید تومورهای که بنام هیدرو ادینوما (Hidroadinoma) یاد میشود میباشند.

موجودیت عناصر ساختمانی سبب شده است که تخریبات جلدی مانند فولیکولیت ها ، cyst های غدوات sebaceous و غیره در ساحه شفتان کبیرتان ایجاد شوند.

Bartholin glands غدوات بار تولین

این غدوات دو عدد بوده که در دوطرف خلفی وحشی فوهه مهبلی در عمق عضله bulbospongiosus قرار دارند. از نظر حجم (10mm^3) جسامت داشته و قابل جس نمیباشند. حاوی Racemose gland بوده و کانال بطول 25^{mm} از ایتلیوم columnar پوشیده شده است ، افرازات غدوات متذکره زمینه ساز مرطوب شدن فوهه مهبلی شده و برای فعل مجامعت تسهیلات لازمه را فراهم میسازند. در هنگام التهاب غدوات بزرگ شده و دردناک میگردند وافرازات چرکین از فوهه آنها بیرون میاید. انتانات مزمن زمینه ساز block مجرا شده cyst و یا ابله را سبب میشود.

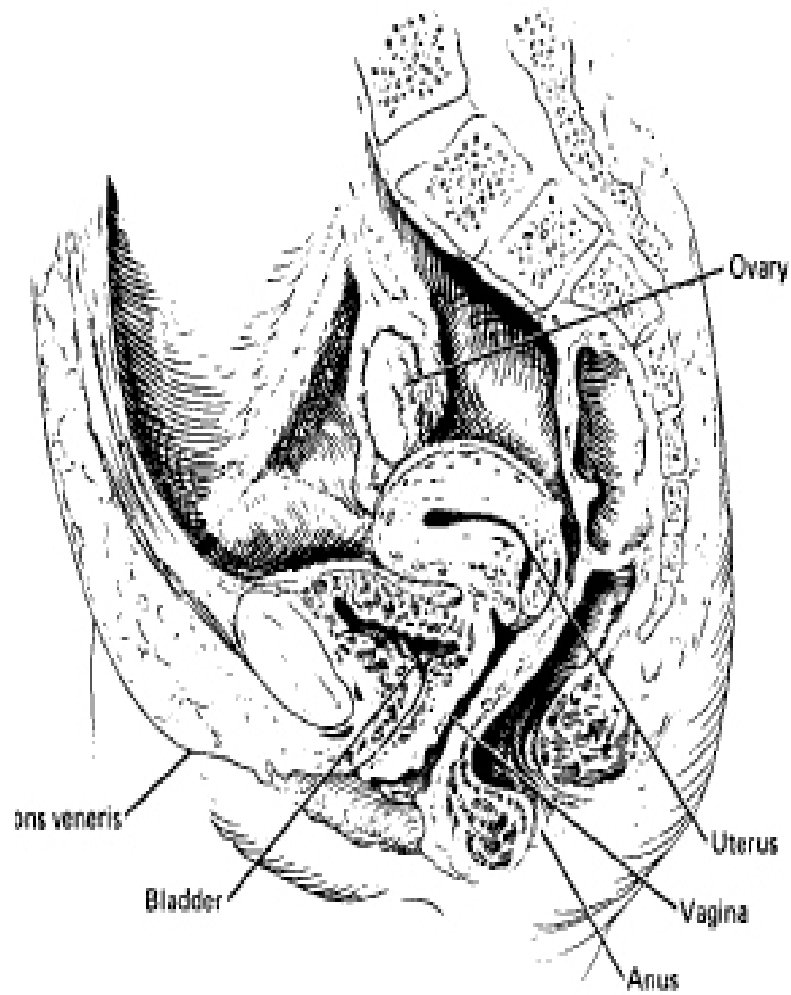
Labium minor شفتان صغیره

شفتان صغیره یک التوای نازک جلدی است که حاوی آورده و انساج پلاستیکی است و در وجه داخلی شفتان کبیره موقعیت دارند. در هنگام فعل جماع اوعیه مربوطه آن شدیداً پر و انتعازی میگردند. عضلات آن در قدام سبب

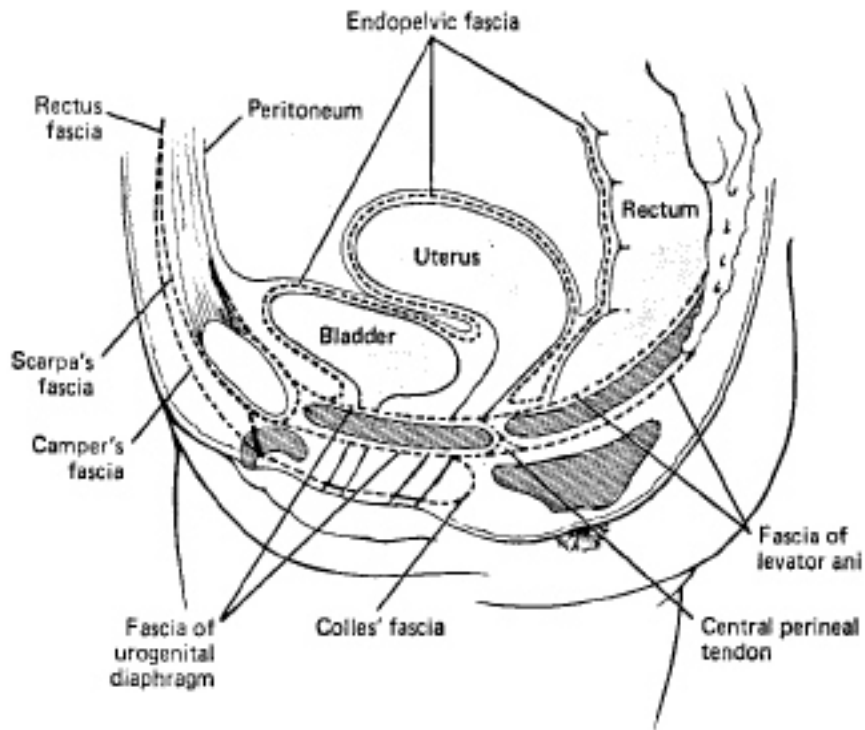
تشکل preputium در علوی و frenulum در سفلی کلیتوریس و در خلف سبب تشکل فورشیت خلفی عجان میگردد. Fossa Navicularis یک حفره کوچک است که بین hymen و فورشیت قرار دارد.

Clitoris کلیتوریس

یک عضو انتعادی است که توسط suspensor ligament تثبیت و در سطح زیرین ارتفاع عانه در دهلیز موقعیت دارد. این ساختمان ارواء بسیار غنی داشته و توسط نهایات عصبی شدیداً حساس میباشد و مسئول orgasme نزد خانم ها میباشد. با تجویز هورمون های مردانه و یا تومورهای masculinizing مبیض ها حجماً تزاید میابد. در خانم حامله ای که طفل دختر دارد اگر از هورمون های اندروجن بمقدار بیشتر استفاده گردد طفل ولادت شده مصاب pseudohermaphrodite بوده که با یک کلیتوریس بزرگ تر و شفتان کبیره مغشوش همراه میباشد.



شکل (۲) Internal female genitalia (midsagittal view) (۲)



شکل (۳) Fascial planes of the pelvic (۲)

دستگاه تناسلی داخلی

دستگاه تناسلی داخلی شامل اورگانهای ذیل است

- ۱- مهبل (vagina)
- ۲- رحم (uterus)
- ۳- نفیرها (Tubes)
- ۴- میضها (ovaries)
- ۵- ملحقات (Adnexes)

۱. مهبل Vagina

عبارت از یک راه است از انساج فیبر و موسکولیر که رحم را به فوهه دهلیزی ارتباط میدهد ساخته شده است. غشای مخاطی مهبل از نسج اپیتلیوم squamous فرش گردیده و هیچ نوع غدوات افزای در آن وجود ندارد.

مهبل دارای سه طبقه است

۱- طبقه عمیق ۲- طبقه متوسط ۳- طبقه سطحی

طبقه عمیق: از حجرات basal و parabasal ساخته شده که در نزد اطفال خانم های شیرده و دوران مینوپوز نسبت اینکه استروجن کم است متبارز تر میباشد.

طبقه بین الینی: حاوی حجرات بزرگتر مکعبی الشكل بوده و کمتر Basophilic اند حجرات مذکور crumpled و التوادار میباشد. این حجرات در هنگام حاملگی از اثر ترزاید افراز پروجسترون خیلی متبارز تر و برجسته تر میگرددند.

طبقه سطحی: از حجرات precornified و cornified (تقرنی) ساخته شده که حجرات بزرگ با هسته های pyknotic و سایتوپلازم ایزینوفیلیک هستند و این حجرات در موجودیت ستروجن بخوبی رشد میکنند.

تغیرات تاثیرات هورمونی را در طبقات مختلف مهبل در یک سیکل عادت ماهوار به خوبی تشخیص داده میتوانیم.

مهبل دارای وظائف ذیل است

➤ انجام مناسبات جنسی.



- مجرای عبور افرازات و خون تحیضی.
- کانال ولادت برای طفل.

۲. رحم Uterus

رحم از نظر جنینی از قسمت سفلی قنات مولر (میزونفریک) منشه گرفته در بین مثانه (در قدام)، رکتوم (در خلف) و دو رباط عریض (در دو طرف) قرار دارد. در زمان بلوغ جسامت آن به $(4 \times 6 \times 8 \text{ cm})$ بالغ میگردد و بشکل ناک مانند است و حاوی سه قسمت جسم، Isthmus و عنق است.

در قسمت علوی جسم رحم در دو جنب ساختمان های بنام (cornus) قرار داشته که فاصله بین آنها را بنام غور رحم (fundus) یاد میکنند. جوف رحم ساختمان مثلثی داشته که قاعده آن در علوی قرار دارد و ظرفیت آن (۷-۳) میلی لیتر میباشد.

قسمت Isthmus 6^{mm} طول داشته در هنگام حاملگی تزیاید یافته و سگمنت سفلی را میسازد که در هنگام ولادت تا ۴ انچ ظرفیت و قدرت توسع و کش شدن را دارد.

جدار رحم متشکل از سه طبقه خارجی، متوسط و داخلی میباشد که

بنامهای

- (perimetrium) outer peritoneal layer
- (Myometrium) middle layer or muscle layer
- (endometrium) inner layer



یادمیشود. اندومتر تحت تاثیر هورمون های جنسی میبضی معروض به تغییرات مختلفه گردیده که باساس آن سیکل عادت ماهوار و حاملگی تنظیم میگردد.

عنق رحم به شکل (spindle) بوده و 2.5 cm طول دارد که در علوی توسط فوهه داخلی و در سفلی توسط فوهه خارجی عنق محدود شده است و از نسج عضلی و فیروز تشکل یافته است که قدرت بلند توسعی رادارا میباشد. طبقه داخلی عنق رحم از حجرات اهداب دار (epithelium columnar) پوشیده شده که معروض به تغییرات cyclic عادت ماهوار اندومتريوم نمیگردد و هم چنین به عکس العمل دیسیدوائی که در اندومتر در جریان حاملگی بمیان میاید حصه نمیگیرد. وظائف حجرات اندوسرویکال عبارتند از:

۱- تنظیم حرکات اهداب حجرات از بالا بطرف پائین یعنی بسوی مهبل بوده که با این و تیره مانع بلند رفتن عوامل پتوجنیک میگردد در حقیقت رول مدافعی دارد.

۲- از دخول سپرم های نا سالم به داخل رحم جلوگیری میکند.

۳- با تولید افرازات قلوی که حاوی فروکتوز میباشد زمینه زنده ماندن و تغذیه سپرم ها را مساعد میسازد.

۴- ظرفیت القاحی سپرم ها را تنظیم میکند.

۳. نفیرها Fallopian Tube

تیوب‌ها از نظر جنیتیکی از قسمت proximal part قنات مولر ساخته شده و در حدود 10-12cm طول دارند و شامل اجزای ذیل اند

۱- قسمت Interstitial یا قسمت بین النسجی در داخل عضله رحم که 15-18^{mm} طول دارد.

۲- قسمت Isthmus که 35^{mm} طول دارد.

۳- قسمت ampulla عریض ترین قسمت بوده و 2/3 طول آن را میسازد.

۴- قسمت fimberia که بداخل جوف بطن باز می شود مسئول گرفتن تخمه آزاد شده بوده و آنرا به داخل تیوب رهنمائی میکند .

در PID خصوصاً شکل مزمن آن تیوب‌ها بشکل پتولوژیکی تخریب گردیده که در نتیجه سبب بسته شدن، التصاق و یا باریک شدن مجرای داخلی آنها گردیده و زمینه ساز عقامت و یا حمل خارجی رحمی می گردد.

اپیتیل نفیرها از حجرات اهداب دار که سمت حرکت اهداب بطرف جوف رحم میباشد تشکیل گردیده است.

۴. مبیض‌ها Ovaries

مبیض‌ها دو عدد بوده و در دو طرف وحشی رحم موقعیت دارند. (در هنگام ولادت در حذای Brim علوی حوصله قرار دارند که بعداً پایین آمده و به موقعیت اصلی خود جابجا میشوند) در دوران باروری دارای جسامت (1*2.5*3.5 سانتی متر) و بعداز مینوپوزتکمش نموده و به (1*1.5*2 سانتی متر) می رسد با اجرای سونوگرافی میتوانیم اندازه، مورفولوجی و مراحل مختلفه فولیکول

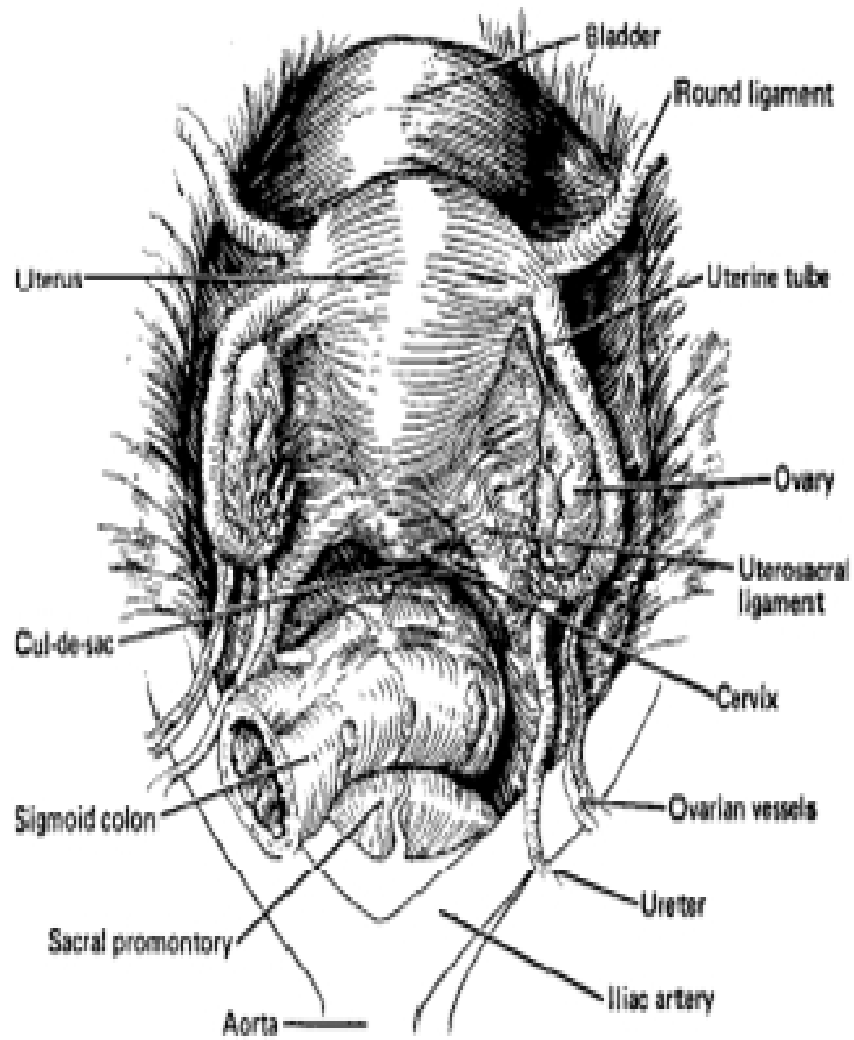
دو گراف را در مبيض ها به خوبی مورد مطالعه قرار دهيم. اروا آن توسط شرايين مبيضی که از شريان ابحر بطني در راست و شريان کليوی در چپ و شعبه نهایی شريان رحمی منشاء ميگيرند تأمين ميشود.

۵. رباط عريض

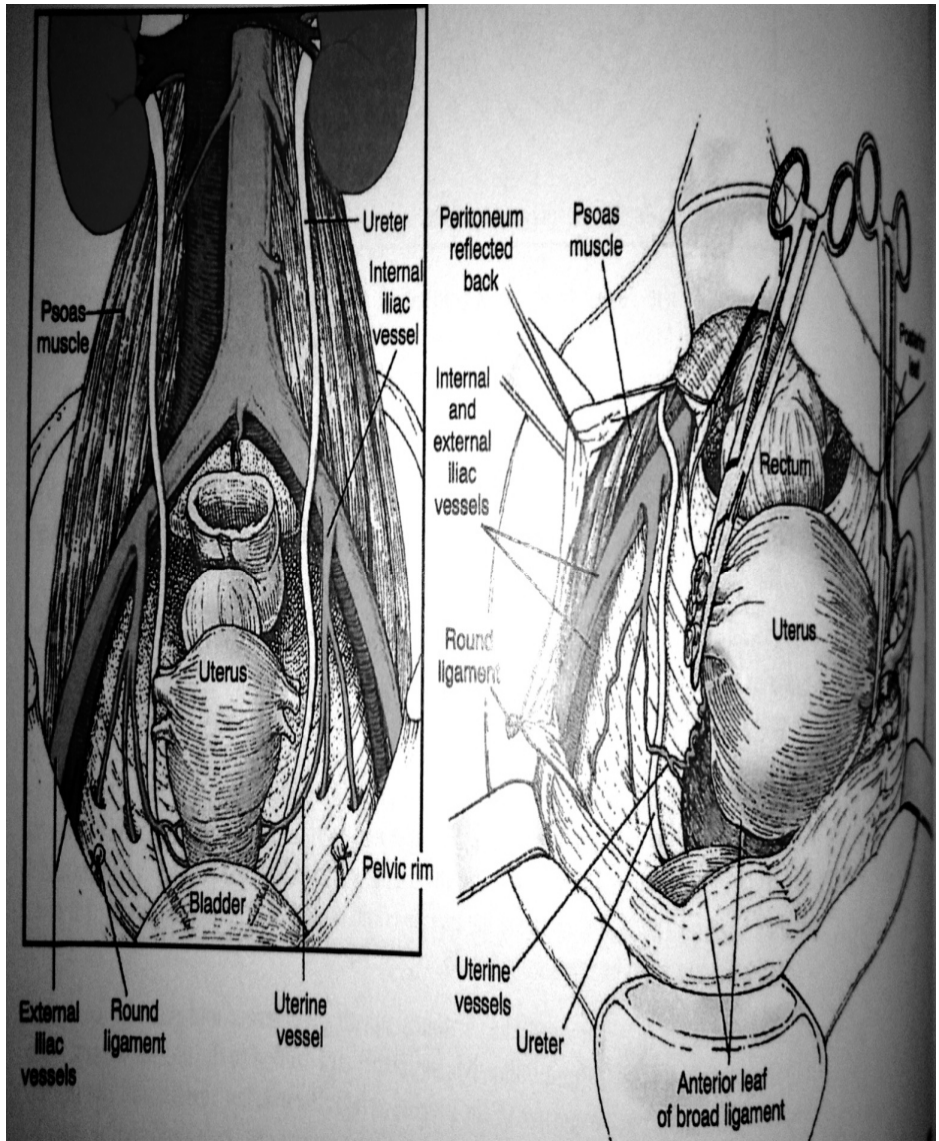
عبارت از پريتوان حشوی است که به دو طرف رحم ملحقات رحمی رابه شکل دو وريره پوشانیده است

محتویات رباط عريض عبارت اند از: (۳)

۱. تيوب های نفیری در علوی .
۲. رباط مبيضی در التواي خلفی.
۳. paroophoron و Epoophoron که بقايای قنات ولف اند.
۴. اوعيهء رحمی.
۵. اعصاب حوصلی.
۶. عقدرات لمفاتیک پارامتریال.
۷. اربطهء Mackenrodt وعجزی رحمی ، که در شکل دادن اعضای حوصلی رول دارند.

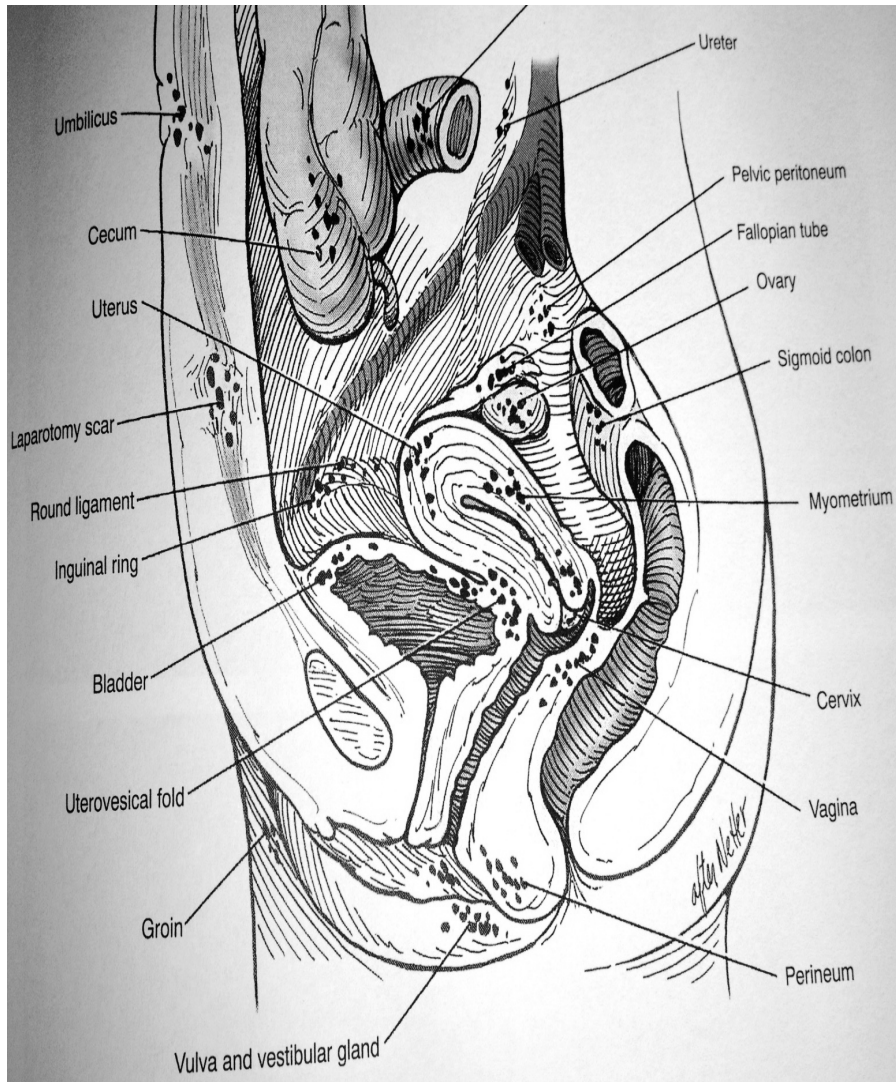


(r)Arteries and veins of the female reproductive system(٥) شکل



(٢)

شکل (٦)



(۲)

شکل (۲)



(۱) Menstrual Cycles Physiology

فزیولوژی عادت ماهوار

تخمندان خانم در هنگام ولادت حاوی ۲ میلیون تخمه بشکل Primordial داشته که تا دوران بلوغ بسیاری از آنها معروض به Atrophy گردیده و صرف به تعداد ۴۰۰۰۰۰ آن در هر دو تخمدان باقی میماند. در جریان دوران باروری (۱۳-۵۰ سالگی) در هر دوره عادت ماهوار چندین عدد فولیکول تحت تاثیر تنبیهی GnRh هیپوتلموس که بالای غده نخامیه تاثیر نموده و سبب افراز هورمون های FSH و LH میگردد و از باعث تاثیر این دو هورمون بالای غدوات تخمدان به تعداد ۵-۱۵ عدد تخمه ابتدائی (حتی بیشتر از آن) شروع به رشد میکند که معمولاً یکی از آنها بمرحله پختگی و آزاد شدن می رسد، بناءً در حدود بیشتر از ۴۰۰ عدد تخمه پخته که قابلیت القاحی را دارند در مدت ۳۵-۳۰ سال دوران باروری نزد خانم آزاد میگردد. در سن پره مینو پوزال آزاد شدن تخمه از فولیکول دو گراف معروض به انحطاط شده و صرف استروجن از آن آزاد میشود که سیکل تحیضی غیر تبیضی را سازماندهی میکند (anovulatory cycle). ولی بعد از مینوپوز تولید استروجن هم معروض

به انحطاط شده و سطح استروجن خون قویاً تنقیص می یابد که در نتیجه اعراض تنقیص استروجن نزد خانم ظاهر شده و عادت ماهوار وی نیز قطع میشود.

فولیکول دو گراف چیست

فولیکول دو گراف ساختمان بیضی الشكل داشته و حاوی مایع فولیکولی میباشد که جدار آن دارای طبقات ذیل است

I. Outer theca interna cells که از نسج استرومای cortex منشه میگیرد.

II. Inner Layer granulosa cells که 8-10 ملیمتر ضخامت دارد.

تخمه پخته در حدود 120-140 مایکران قطر داشته و هسته آن 20-25 مایکران جسامت دارد و توسط طبقه شفافه بنام zona pillocida احاطه شده است.

حجرات گرانولوزا به شکل یک طبقه شعاعی (Radial) منظم گردیده و Ovum را احاطه میکنند (corona Radiata) که بعد از آزاد شدن تخمه عمدتاً همراه آن باقی میمانند و یک طبقه بدون اوویه است.

حجرات گرانولوزای اطراف فولیکول باعث تولید هورمون استروجن و Inhibin میگردند که استروجن بلند باعث نهی افراز هورمون FSH بامیکانزم فید بک منفی و هورمون Inhibin باعث تنبیه افراز LH از فص قدامی غده نخامیه میگردد و LH با مقدار کم FSH بصورت متحدانه سبب ovulation میگردند.

سرعت رشد فولیکول دو گراف روزانه 1-2mm بوده و هنگامیکه جسامت آن به 20mm یا بیشتر از آن برسد معروض به تمزق شده که این پروسه با

سونوگرافی های متوالی میتواند بدرستی تعقیب شود. معمولاً یک عدد و ندرتاً ۲ و یا بیشتر فولیکول به مرحله پختگی رسیده و ۲ یا بیشتر از دو عدد تخمه از آنها آزاد و حمل های چندگانه را سازماندهی میکند خصوصاً هنگامیکه با کلومیفن تخمگذاری تنبیه شده باشد. در حدود ۹٪ وقایع خصوصاً در ابتدای بلوغ و دوره premenopausal آزاد شدن تخمه انجام نمی شود. آزاد شدن تخمه معمولاً ۱۴ روز قبل از عادت ماهواربعدی صورت گرفته و در سیکل های متغیر صرف روزهای Phase Follicular کم و یازیاد میشود، نه صفحه افزایشی. در سونوگرافی تجمع مایع در جوف دو گلاس و چمלק یا منقبض شدن فولیکول متمزقه که بعداً بنام corpus luteum یاد میشود مشخص شده میتواند.

Corpus luteum (جسم اصفر)

بعد از تمزق فولیکول و آزاد شدن تخمه حجرات گرانولوزا و Theca (int و ext) به corpus luteum تحول میکند که از Theca externa ارواء میشود. در یک تعداد وقایع از اثر تمزق اوویه بزرگتر یک مقدار خون داخل corpus luteum تجمع نموده Corpus luteum hematoma را میسازد. جسم اصفر حد اعظمی تا روزهای ۲۲-۲۳ (در یک سیکل ۲۸ روزه) به حالت رشد قرار داشته و بعد از آن شروع به استحالته نموده که آنرا به نام corpus albicans (جسم سفید) یاد مینمایند و در ظرف ۹ ماه استحالته جسم تکمیل شده و از بین می رود.

اگر حمل واقع شد جسم اصفر به جسم اصفر حاملگی corpus luteum gravidarum رشد نموده (2.5c جسامت) که تا هفته های

۱۰-۱۲ حاملگی ، مسئولیت تولید هورمون های پروجهسترون را که برای دوام حمل ضروری است بعهده دارد و بعداً پلاستا این وظیفه را عهده دار میشود.

Endometrium

اندومتر دارای طبقه سطحی و ظیفوی و طبقه عمیق قاعدوی میباشد، که بصورت مجموعی مسئول رشد و هم چنین ایجاد شرائط مناسب برای غرس ، تغذی و ارواء بیضه ملقحه است . طبقه قاعدوی توسط شرائین مستقیمی که از شعبات نهائی شرائین رحمی از میومتریوم منشأ میگیرند ارواء میشود و طبقه سطحی توسط شرائین حلزونی ارواء میگردد که در حقیقت از امتداد شرائین قاعدوی بوجود آمده اند و از اثر اسپرم همین اوعیه است که جریان خون به اندومتر در قسمت دیستال این اوعیه قطع گردیده و قرارشیمای ذیل اندومتریکه در حدود 1-2mm ضخامت دارد معروض به اسپرمی ، نکروز و تفلص میگردد.

Art basalis → art spiralis → spasm → schymia
Necrosise → disquamation → menstrual bleeding

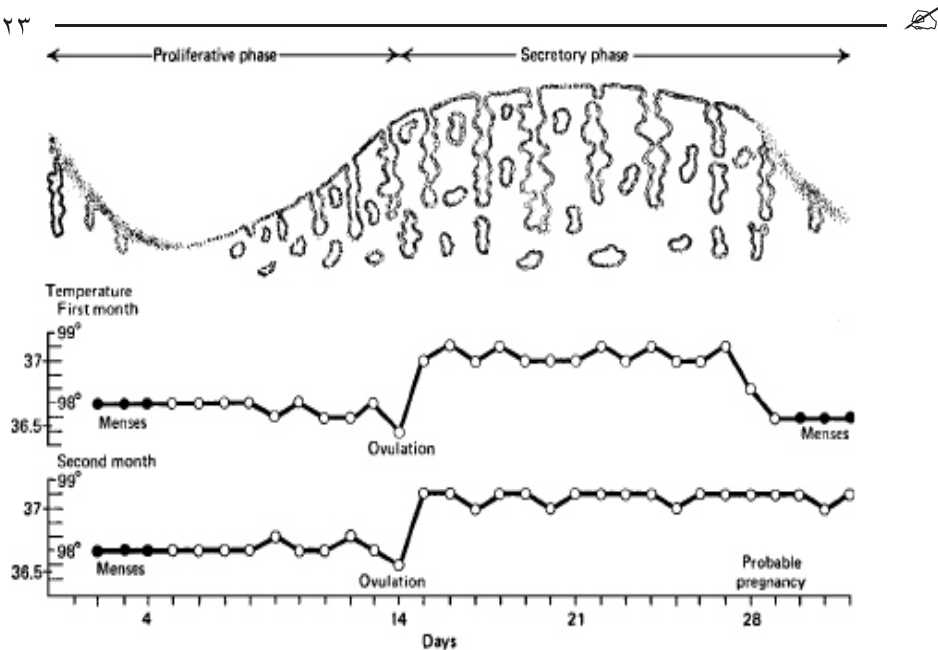
نموی اندومتر بدو مرحله proliferative phase (estrogenic phase) که از اولین روز عادت ماهوار تا زمان ovulation را در بر میگیرد و secretory phase (progestogenic phase) که از آزاد شدن تخمه تا شروع قاعده گی رادر بر میگیرد تقسیم شده است و این صفحه افزای بصورت قطع ۱۴ مثبت ، منفی یک روز میباشد.

در صفحه proliferative طبقه سطحی و ظیفوی شروع به رشد نموده (۳.۵-۴ میلیمتر) غدوات طولانی و توسط collamner epithelium پوشانیده شده

حجرات ستروما اذیمائی و جدا شده از هم میگردند، اوعیه حلقوی هنوز هم بیشتر مارپیچی شده و رشد میکنند.

در صفحه افرازی تحت تاثیر افرازات پروجسترون از جسم اصفر غدوات معوج و طولانی تر گردیده حجرات استرومائی بیشتر اذیمائی گردیده و مشابه به decidual cells میشوند. اوعیه مارپیچی بشکل spiral در میآیند در روز ۲۲ و ۲۳ که پروجسترون در سطح بلند افرازی خود می رسد حجرات استرومائی نزدیک اپیتلیم سطحی تجمع نموده و توسط قنات های غدوات احاطه میگردند. طبقه وظیفوی درین مقطع زمانی بدو طبقه سطحی compact و عمیقه spongius تمایز می یابد حجرات لمفوسیت در طبقه سطحی یا وظیفوی بشکل منتشر بملاحظه می رسند که نمایانگر مرحله اخیر صفحه افرازی اند، بناءً ضخامت اندومتر در قرب تحیض به 8-20^{mm} می رسد.

تاثیرات پروجسترون با لای اندومتر و قتی مئوئراست که استروجن قبلا بالای آن عمل نموده و تغییرات مربوطه به خود را بوجود آورده باشد.



(۲)

شکل (۹)

Menstrual cycle (hormones, histologic changes, and basal body temperature)

اینک بصورت خلاصه تاثیرات هورمون های موثر در تنظیم عادت ماهوار

را مورد بحث قرار میدهم.

هیپوتلموس

بزرگترین مرکز Neuro endocrine بوده که تحت تاثیر مرکز که در

لوب Temporal قرار دارد فعالیت میکند .

هورمون های GnRh (Gonado trophin Releasing Hormon) که

باعث افزایش هورمون های FSH و LH میگردد و prolactin Inhibiting Factor

(مانع افزایش هورمون پرولاکتین از غده نخامیه میگردد) را افزایش میکند . حالات

اضطراب، تشوشات روحی روانی، ترخیصات و انتانات بالای رابطه

دوامدار و نسبتاً ثابت ولی در خانم‌ها بشکل نوسانی میباشد و half life آن 2-4 دقیقه است.

تأثیرات تراپوتیک GnRh

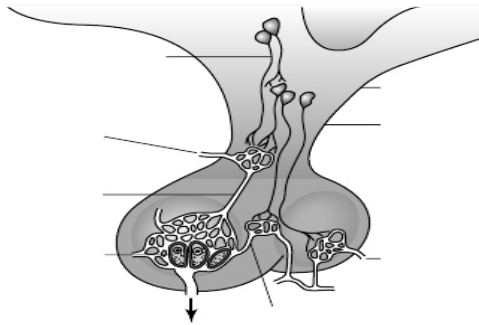
- ۱- تجویز دورانی آن در نزد خانم‌های مصاب به عقامتیکه منشأ آن hypothalamic hypogonadic باشد سبب تنبیه و تولید تخمگذاری میشود.
- ۲- در بلوغ‌های زودرس میتواند سبب نهی و توقف عادت ماهوار گردد.
- ۳- در اندومتریوز سبب تکمیش نسج آن گردیده و اتروفی اندومتریوم را باعث میشود.
- ۴- در هر سوتزم: از رشد موی‌ها جلوگیری میکند.
- ۵- در خونریزی رحمی غیروظیفوی (DUB) مینوراجی را کنترل میکند.
- ۶- در فیبروم‌های رحمی در حدود ۵۰٪ حجم آنها را از اثر تکمیش در نسج شان تنقیض داده و تا حد اعظمی ارواء شان را کم میسازد که در نتیجه عملیات کمتر خون دهنده میگرددند.

Sid effect

- ۱- سرچرخی.
- ۲- نقیص اشتهای جنسی.
- ۳- تزاید سوبه کولسترول و LDL.
- ۴- تداوی دوامدار و بیشتر از ۶ ماه، سبب osteoporosis میگردد (از سبب تأثیرات anti ostrogenic آن).

غدهٔ نخامیه

فص قدامی این غده شش نوع هورمون را افراز میکند که عبارتند از LH، FSH، T.S.H، ACTH، GH و Prolactine. از جمله دو هورمون FSH و LH تأثیرات مستقیم بالای تخمدان‌ها و Prolactine بالای ثدیه‌ها دارد.



Medical portal MedWedi.ru

شکل (۱۰) (۴)

۱- FSH (follicle stimulating Hormon)

یک هورمون منحل در گلاایکوپروتئین با وزن مالیکولی بلند می‌باشد. half life آن ۴ ساعت است و در روزهای ۷-۸ عادت ماهواره حد اعظمی خود میرسد و سویه بلند ستروجن خون باعث کاهش افراز آن میشود (فیدبک منفی) رشد و نمو فولیکول ابتدائی و تحول آن به فولیکول دوگراف که استروجن و هورمون Inhibin افراز میکند از وظائف اساسی آن است.

FSH غیر طبیعی سبب غیر منظم شدن عادت ماهوار، سیکل تحلیضی غیر تبلیضی و عقامت میگردد.

۲- LH (Leuterising hormone) (ه)

یک هورمون منحل در گلایکوپروتین با وزن مالیکولی بلند بوده و $half\ life = 30^{mint}$ دارد. از حجرات بیتا افراز میشود و ساختمان کاربوهدراتی آن مانوز است.

هنگامی که استروجن و Inhibin افرازا هورمون FSH، را نهی میکند افرازا این هورمون (LH) تنبه میشود. با مقدار FSH کم هورمون LH سبب تشکل جسم اصفر (CL) میگردد. بلندترین مقدار آن ۲۴-۳۶ ساعت قبل از تبلیض میباشد. (اغلاً ۷۵ نانوگرام فی میلی لیتر).

عوارض جانبی FSH و LH

با مقدار بلند سبب تنبیه پخته شدن بیش از حد یک تخمه گردیده که منجر به حاملگی چند گانه می شود.
سویه پائین FSH و LH سبب میشود تا فولیکول پخته نشود و همچنین تشوشات عادت ماهوار و عقامت را بار آورده میتواند.

۳- Prolactin Hormon

یک پروتین منحل در الکول بوده که توسط حجرات فص قدامی غده نخامیه افراز میگردد توسط PIF (prolactin inhibetorey factor)

از هیپوتلموس نهی میشود. در حادثات هیپرتیروئیدیزم نزد مریضان هیپرپرولکتینمیا نیز دیده میشود

تخمدانها

هورمون‌هایی که از مبيض‌ها افزاشده و منشا کلسترول‌ی دارند عبارت از: استروجن، پروجسترون، تستوسترون، اندروستیندایون، انهیپین وریلاکزین می باشند.

۱- استروجن

از حجات theca cell و گرانولوزا بمقدار بلند و از جسم اصفر و غدوات فوق الکلیه بمقدار خیلی پائین افزاش میگردد. در کبد غیرفعال گردیده و بشکل گلوکویورونیداز از کلیه‌ها طرح میشود. در روزهای ۶ و ۷ عادت ماهوار بلند رفته (50PG/ml) و ۴۸ ساعت قبل از تبیض به حد اعظمی (350PG/ml) بالامیرود.

تاثیرات استروجن

۱. مسؤول رشد و انکشاف اورگانهای تناسلی تالی جنسی میباشد.
۲. مسؤول حفظ شفافیت و طراوت جلد خانم‌هاست.
۳. مسؤول رشد و انکشاف جهاز تناسلی خارجی و اپیتل، دهلیز مهبل و اندومتر یوم رحم است.
۴. مسؤول تولید و تنبیه حرکات اشتداری نفیرهاست.
۵. سبب هیپرتروفی نسج ثدیتان خصوصاً Ductul system میشود.



۶. کلسیفیکاسیون عظام مخصوصاً فقرات، مفاصل آرنج و hip را عهده

دار می‌باشد.

۷. شکل فمی آن HDL را بلند برده و تاثیر مثبت در حفظ وظیفه قلبی دارد.

۸. سبب احتباس آب و سودیم در عضویت می‌شود.

۹. با میکانزم فیدبک منفی سبب نهی افراز FSH و تولید افراز LH می‌گردد.

(۵) Progesteron II

عمده ترین منبع تولید پروجسترون جسم اصفر است و به مقدار کم هم توسط غدهء ادرینال که کورتیکوستروئید تولید میکند افراز می‌شود و به شکل pregnandiol و glucouronid در ادرار ادرار می‌شود. سوپیه آن بعد از تیض به 15ng/ml در روزهای ۲۲-۲۳ عادت میرسد. با حامله شدن افراز آن دوام می‌کند و در صورت عدم حاملگی معروض به سقوط می‌شود و به اشکال مختلف در بازار تجارت انواع آن موجود است.

تائیرات پروجسترون

۱- مخاط عنق رحم را غلیظ و غیر قابل عبور برای سپرم می‌سازد.

۲- عنق رحم را درنگه داشت حاملگی توان بیشتر می‌دهد. (هایپر تروفی

عضلات)

۳- سبب هایپرپلازی و رخاوت عضلات رحمی گردیده که در نتیجه

ظرفیت رحم بلند رفته و همچنین اندومتر رحم را به صفحه افرازی می‌برد.

۴- رشد اپیتیل غدوات ثدیه را بلند می‌برد. (همراه با استروژن رشد

acinar اپیتیل را سبب می‌شود).



- ۵- افراز LH را نهی میکنند.
- ۶- در حدود $\frac{1}{2}$ درجه سانتیگراد حرارت بدن را بلند می برد (ترموجنیک)
(چارت Biphaseic هنگام تخمگذاری خانمها)
- ۷- عضلات ملساء را تماماً استرخاء میدهد.
- ۸- لیبیدورا تنقیص میدهد.
- ۹- تأثیر نابولیزانت دارد و سبب چاقی میشود.
- ۱۰- بعضی انواع پروجسترون ها اگر به مقدار بلند و مدت بیشتر داده شوند، سبب ویریلزم در طفل دختر خانم حامله میشوند. (از سبب تحول قسمی آن به تستوسترون).

Inhibin III

یک پروتین غیرستروئیدی منحل در آب است که از اثر تاثیر استروجن بالای مجرای گرانولوزل تولید میشود. Inhibin سبب نهی افراز FSH و تنبیه LH در صورتی که در صفحه اول سیکل عادت ماهوار داده شود میگردد، لذا پروسهء رشد و تولید تخمه را توقف میدهد. در PCOD سوییۀ بلند Inhibin سبب تزیاید تناسب LH/FSH گردیده و در نتیجه anovulation سیکل بمیان میآید، اشکال و نمونه های synthetic آن در بازار تجارت موجود است.

Relaxin VI

یک پروتین غیرستروئیدی منحل در آب است که وظیفه آن استرخاء عضلات و انساج مفاصل حوصله میباشد.



Testosteron V

نسج ستروما به مقدار کمی تستوسترون ، دیهید روایی اندروسترون (DHEA) و اندروستیندایون تولید میکند. بعد از مینوپوز نسج سترومای میبضی تزاید یافته لذا مقدار بیشتر تستوسترون افزاز گردیده وزمینہ را برای هرسوتزم نزدخانم ها مساعد می سازد.

جدول سوئے نارمل هورمون ها در مراحل مختلفه سیکل عادت ماهوار			
نوع هورمون	صفحه فولیکولی	صفحه تبیضی	صفحه لوتیال
FSH	5-10 Iu/ml	10-30 Iu/ml	2-9 Iu/ml
LH	6-14 Iu/ml	25-100 Iu/ml	2-13 Iu/ml
Estrogen	100-200 pg/ml	300-500 pg/ml	100-200 pg/ml
Progesteron	1ng/ml	15 ng/ml	-----
تستوسترون	به مقدار 0.2-0.8 ng/m که نیمه آن از مبیض ها افزاز میشود.		
DHEA	بمقدار 1-2mg و اندروستیندایون به مقدار 3mg روزانه تولید میشود.		

Key point

- ۱- سیکل عادت ماهوار مستقیماً با مداخله سیکل مبیض ها که هورمون های ستروجن و پروجسترون را افزایش می‌کند تنظیم میشود لذا مستقیماً توسط غده نخامیه و هیپوتلموس کنترل نمیشود.
- ۲- صفحه proliferative اندومتر توسط تنبیهات ستروجن و صفحه افزایشی با تنبیهات پروجسترون سازماندهی میگردد.
- ۳- ستروجن توسط Theca int و حجرات گرانولوزای فولیکول دو گراف و پروجسترون توسط corpus luteum (Theca int) افزایش میگردد.
- ۴- با میکانیسم فیدبک مثبت و منفی متناوب بین HPO axis و هورمون های مبیضی وظایف اورگانهای تناسلی تنظیم میگردد و هر نوع تشوش درین میکانیسم غیر منظم شدن عادت ماهوار، عادت ماهوار غیر تیضی و حتی عقامت را در قبال دارد.
- ۵- تاثیرات مطلوب هورمون ها بالای اندومتريوم و اپیتلیوم عنق رحم و ۱/۳ اپیتل جدار علوی مهبل میباشد.
- ۶- بعد از مینوپوز تغییرات اتروفیک در اندومتريوم رو نما گردیده طوریکه آنرا منقبض تر ساخته و ضخامت آنرا به کمتر از 4^{mm} می رساند و اندومتريت senile میتواند سبب خونریزی Post menopausal گردد.
- ۷- با اجرای معاینه هستوپتولوژیک اندومتر رحم تغییرات تاثیرات هورمونی را میتوانیم مورد مطالعه قرار داده و علاوه میتوانیم TB و کانسرا اندومتر را نیز بررسی نمائیم.

(1) Trophoblastic Diseases

امراض تروفوبلاستیک

هر گاه عملیه تلقیح بیضه با نقیصه همراه باشد طوریکه بیضه خالی و یا بیضه فرسوده و پیر (Old egg) القاح گردد عارضه مول عرض اندام میکند . به عباره دیگر نقیصه کروموزومی در مول مطرح است مثلاً در مول کامل حجره دارای $46xxy$ بوده که همه از پدر منشأ میگیرند و یا ندرتاً از القاح دو اسپرم X و Y حجره القاحی که دارای $22xy$ میباشد به وجود آمده و رشد میکند که در هر دو حالت مول به میان می آید و مول ناقص ساختمان کروموزومی Triploidy داشته که ۶۹ کروموزوم میباشد.

تصنیف بندی

۱- مول هیداتید یفورم

complete mole -A

incomplete mole -B

2- persistent or residual mole

۳ - مول مهاجم

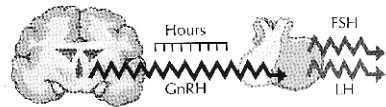
۴- کوریوکارسینوما

۵- شکل غیر متاستاتیک

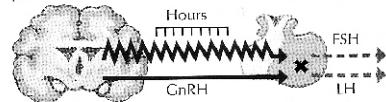


Neuroendocrine Regulation of Menstrual Cycle

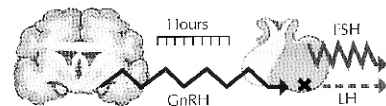
Hypothalamic regulation of pituitary gonadotrophin production and release



Pulsed release of GnRH by hypothalamus (1 pulse/1-2 hr) permits anterior pituitary production and release of FSH and LH (normal)

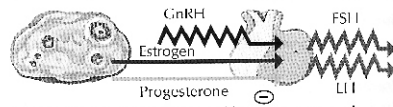


Continuous, excessive, absent, or more frequent GnRH release inhibits FSH and LH production and release (downloading)

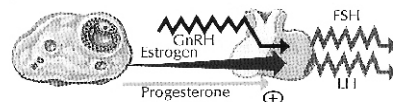


Decreased pulsed release of GnRH decreases LH secretion but increases FSH secretion (slow-pulsing model)

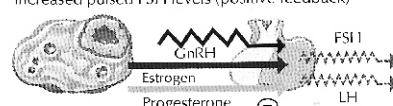
Ovarian feedback modulation of pituitary gonadotrophin production and release



Presence of pulsed GnRH and low estrogen and progesterone levels result in increased levels of pulsed LH and FSH (negative feedback)

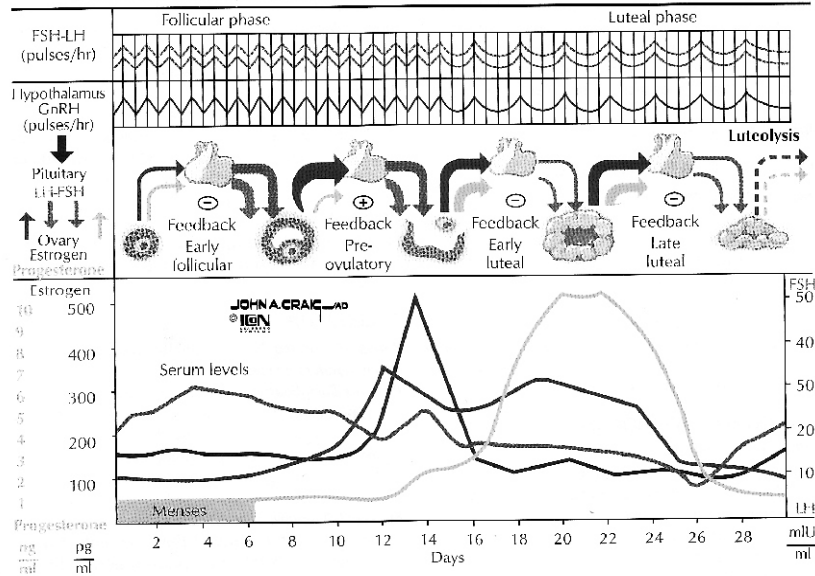


Presence of pulsed GnRH, rapidly increasing levels of estrogen, and small amounts of progesterone result in high pulsed LH and moderately increased pulsed FSH levels (positive feedback)



Presence of pulsed GnRH and high levels of estrogen and progesterone result in decreased LH and FSH levels (negative feedback)

Correlation of serum gonadotrophic and ovarian hormone levels and feedback mechanisms



(٤)

شکل (١١)



اتیولوژی و هستوپتولوژی مول

واقعات مول هیداتیدیفورم در آسیای جنوبی بکثرت بملاحظه می‌رسد در اضلاع متحده و انگلستان به تناسب $\frac{1}{2000}$ تا $\frac{1}{3000}$ حاملگی دیده می‌شود. در هند، چین و شرق میانه به تناسب $\frac{1}{500}$ و در تایوان به تناسب $\frac{1}{80}$ حاملگی تصادف می‌گردد.

اگر چه از نظر سببی تا حال بدرستی علت مرض شناخته نشده است باز هم آفت در کسانیکه برنج بیشتر مصرف می‌کنند و طبقات پائین جامعه از نظر اقتصادی فرهنگی بیشتر بوقوع می‌پیوندد کمبود فولیک اسید یکی از اسباب دیگر مرض شناخته شده است.

خانم‌ها در دو نهایت سن باروری (کمتر از ۲۰ ساله و بلندتر از ۴۰ ساله) زمینه مساعد بیشتری بمرض دارند و هم چنین نزد خانم‌هاییکه یک مرتبه مصاب مول هیداتید یفورم شده اند امکان تکرار آن بیشتر موجود می‌باشد.

این عارضه از اثر نقیصه در عمل القاح در یک تخمه خالی و یا حاملگی‌های در سنین پیشرفته بیشتر عرض اندام می‌کند.

مطالعه سایتوپتوجنیک یک انومالی کروموزومی را نشان می‌دهد. در مول کامل تعداد کروموزم‌ها 46xx بوده و کاملاً از پدر می‌باشد و ندرتاً یک کروموزم XY هم دیده شده که نشان دهنده القاح توسط دو عدد سپرم می‌باشد و مول ناقص دارای ۶۹ کروموزم (تریپلوئید) می‌باشد.



Complet Mole مول کامل

مول کامل مشابه خوشه انگور بوده اندازه هر دانه مول از چند ملی متر تا $3-2\text{cm}$ تفاوت میکند. ویزیکول ها مانند مرواریدهای شفاف و سفید هستند که دارای جدار نازک بوده و محتوی آن ها مایع شفاف است و ویزیکول ها با همدیگر توسط ساقه بسیار نازک وصل اند. جنین، پلاستا، اغشیه و مایع امینوتیک معدوم اند

از نظر هستولوژی موارد ذیل قابل بررسی اند.

- ۱- سنسیتیوتروفوبلاست رشد معادل سایتوتروفوبلاست دارد هسته حجرات هیپرکرومیک بوده و میتوز فعال دارند.
 - ۲- دراستروما تغییرات بشکل پندیدگی و تورم بملاحظه می رسد.
 - ۳- اوغیه ذغابوی بملاحظه نمی رسند.
 - ۴- هرگاه مول سلیم باشد ساختمان های ذغابوی بملاحظه رسیده در صورتیکه مول خبیثه باشد اینها معدوم اند.
 - ۵- اندازه مول مربوط به سن حاملگی و قدرت رشد و اندازه ذغابات مول میباشد. استحاله در مول سبب عدم رشد آن میشود.
- در یک تعداد حالات در دو گانگی های یکی از آن ها میتواند سالم و دیگری به شکل مول رشد نماید و ندرتا حمل خارج رحمی هم میتواند به شکل mole باشد.



Partial mole مول ناقص

مول ناقص از نظر ساختمان نسج پلاستتائی مورفولوژی نارمل خود را حفظ نموده و وجه مادری آن حاوی ذغابات میباشد جنین همیشه موجود است ولی اکثراً معیوبیت دارد.

رحم کلان و هیپر تروفیک بوده، دیسیدوا ضخیم و تخمدان ها حاوی کیست لوتئین گرانوزل میباشند (۶۰٪) که اندازه آن متغیر بوده و ندرتا مطابق به حجم راس جنین کلان شده میتواند که بعضاً تدور نموده و ایجاب لاپراتومی عاجل را میکند.

اعراض سریری

مریضان منحیث یک خانم حامله در تریمستر اول و یا شروع تریمستر دوم حاملگی به دکتر مراجعه میکنند. شاید هیچ نوع عرضی نزدشان موجود نباشد، لاکن رشد و کلان شدن غیر طبیعی رحم غیر موجه باشد و ندرتا هم شاید خونریزی شدید مهبلی که سقط غیر قابل جلوگیری را تمثیل میکند نزد مریضه موجود باشد. ولی معمولاً مریضه از خونریزی خفیف مهبلی شاکی بوده که سبب مراجعه شان به داکتر گردیده است. در یک تعداد نادر وقایع از خروج ویزیکول ها و ذغابات مول هم ممکن است حکایه نمایند. دردهای بطنی از اثر توسع سریع رحم، خونریزی خلف پلاستتائی (مول ناتام)، انتانات رحمی و یا تفصلات رحمی برای خروج محتویات رحم و تاسس سقط ممکن است موجود باشد و علاوتاً هایپریمیزیز گراویدارم (۳۰٪) قبل از هفته ۲۴ با فرط فشار خون حاملگی یکی از اعراض برجسته مول میباشد. در ۷-۳٪ وقایع تایروتوکسیکوز همراه با تاکی

کاردی سوپراوینتریکولر و dyspnea نزد مریضان دیده شده میتواند که از سبب تزاید افراز HCG و هم چنین $T_4 - T_3$ و TSH سازماندهی میگردد. تخلیه مول سبب از بین رفتن هیپرتیروئیدیزم گردیده و ندرتا این مریضان نیاز به تداوی پیدا میکنند. عدم کفایه cuagulation و امبولیزیشن ذغابات از نسج تروفو بلاست نیز راپور داده شده است.

خانم مصاب به آفت، ممکن است کم خون و تب دار باشد و در ۷۵٪ وقایع حجم رحم بزرگتر از سن امینوره بوده، نرم و خمیر مانند از سبب عدم مایع امینوتیکک جس میگردد. برجستگی های جنینی قابل جس نیستند و قلب جنین هم شنیده نمیشود. عنق و جسم رحم نرم جس میشود. ثدیتان بزرگ اند و جس کیست تخمدان کاری است مشکل که نمیتوان بدرستی آنرا تثبیت کرد.

تشخیص و تشخیص تفریقی

- ۱- اشتباه در تاریخ حاملگی: عدم موجودیت جنین که با اجرای U/S اندازهء حجم رحم مشخص میگردد.
- ۲- حمل های چند گانه که با U/S مشخص میگردند.
- ۳- پولی هیدرامینوس حاد که سبب بزرگی آنی رحم میگردند و با درد هم ممکن همراه باشد و U/S آنرا بخوبی میتواند تشخیص کند.
- ۴- فیبروم رحمی همراه حمل نیز ممکن است که با مول مغالطه شود ولی U/S عمده ترین وسیله تشخیصیه است.
- ۵- تهدید سقط هم که توسط U/S مشخص شده میتواند.



بررسی و تشخیص مرض

۱- با u/s یک منظره طوفانی برف را نشان می‌دهد. عدم موجودیت جنین و پلاستا مول کامل را نشان می‌دهد. ولی در مول ناقص در پلاستا کیست بملاحظه رسیده و جنین هم اکثراً معیوب می‌باشد.

۲- u/s دوپلر در مراحل مقدم حاملگی حرکات قلب جنین را مشخص ساخته می‌تواند.

۳- مقدار hCG اطراح شده در ظرف $24h$ در ادرار خانم بیشتر از 100000 IU/ml بوده و سویه hCG در خون بلند تر از 40000 IU/ml دریافت میشود.

۴- در رادیوگرافی ریتان میتاستاز ذغابات مول رد ویا تائید شده میتواند.

۵- با اجرای CT میتاستاز مول در نسج دماغ بررسی گردیده میتواند.

اختلالات

بدو شکل مقدم و مؤخر تصادف میگردند.

a. اختلالات مقدم

خونریزی، مداخله انتان و تیروتوکسیکوز از جمله حالات اختلاطی مرضی اند و هم چنین سوراخ شدن رحم هنگام تخلیه مول از اختلالات جراحی مداخله مرض است.

b. اختلالات موخر

❖ باقیماندن مول و دوامدار شدن پروسه.

- ❖ مول مهاجم.
- ❖ کوریو کارسینوما.
- ❖ عود مرض بین ۲٪-۵، . راپور داده شده است.
- ❖ اختلالات شیموترایی.

تداوی

۱- اگر خانم به لوجه سقط و یا تهدید سقط مراجعه میکند نزد وی oxytocin به مقدار 5-10un در داخل سیروم به شکل IV شروع نموده و سپس تخلیه با سکشن انجام شود. از خونریزی های بعدی با تجویز 0.2mg میترجین و هم چنین برای کنترل از مداخله انتان انتی بیوتیک وسیع الساحة شروع گردد.

۲- اگر عارضه در جریان حاملگی مشخص میگردد. معاینات مریضه تکمیل شده و آماده گی ها برای تخلیه زیر انستیزی عمومی گرفته شود اگر عنق سخت و بسته باشد بوسیله تجویز PGE_2 بشکل شاف های مهبلی خصوصا در حذای عنق و یا گذاشتن سامان و وسائل مخصوص جراحی در داخل عنق رحم در شب قبل از عملیات (تطبیق سند) که زمینه ساز نرم شان و باز شدن آن میگردد انجام شود سپس با سکشن داخل رحم تخلیه گردد (ترجیحا بمقصد جلوگیری از سوراخ شدن رحم و تخلیه کامل آن ، بهتراست که زیر Ecran اولتراسونوگرافی رنگه انجام شود.



۳- در خانم های بلند تر از ۴۰ سال ترجیحا بمقصد جلوگیری از عود مرض و تحول آن به کوریو کارسینوما بهتر است هسترکتومی اجرا گردد با وجود اجرای هسترکتومی follow up مریضان ضروری است.

۴- شیمو تراپی وقایوی در حالات ذیل توصیه میگردد.

- در صورتیکه ریسک بلند کوریو کارسینوما متصور باشد.
- نزد خانم های که پائینتر از ۲۰ و بلند تر از ۴۰ سالگی قرار دارند.
- در صورتیکه سویه بلند hCG در مراحل ابتدائی موجود بوده و بعد از ۶ هفته باز هم بلند باقیمانده باشد.

شیمو تراپی شامل یک کورس فمی Methotrexate 5mg بمدت ۵روز روزانه پنج مرتبه است. لازم است که Hb و تعداد کریوات سفید خون در شروع تداوی با میتوترکسات نارمل باشد.

اهمیت follow up در مول هیداتیدیفورم: تمام اشکال مول (کامل و ناقص آن) باید بدلائیل ذیل تا مدت ۲ سال تعقیب و کنترل گردد.

۱- برای دریافت ادامه آفت و یا بقایای آن.

۲- ممکن است مول به شکل تهاجمی تبدیل گردد.

۳- ممکن است در حدود ۱۰-۲۰٪ وقایع به شکل کوریو کارسینوما تحول

نماید.

مریضان ماهانه چک گردند در معاینه با اسپیکولوم قبهء مهبل، عنق رحم وساحهء احلیل دیده شود. با معاینه Bimanual حوصلی تنقیص حجم رحم و اندازهء کیست میبضی اگر قبلا موجود باشد بررسی گردد. u/s در follow up اندازه رحم، کیست تخمدان و دریافت بقایای mole اهمیت خاص

خود را دارد و رادیوگرافی شش ها از ارزش خاصی برای دریافت میتاستا زریوی برخوردار است.

در حمل های مول هیداتیفورم بعد از تخلیه تعیین اندازه hCG از اهمیت و ارزش طلائی برخوردار است . بصورت نارمل باید در ختم هفته ششم هورمون hCG در خون دورانی معدوم گردد (ندرتا بیشتر دوام میکند) هرگاه تست منفی گردید بعد از هر سه ماه در سال اول و هر شش ماه در سال دوم تکرار گردد.

در ظرف ۲ سال اول خانم نباید حامله شود و برای استفاده از میتود ضد حاملگی مشوره گردد ولی IUCD و ادویه ضد حاملگی صرف پروجسترونیک مضاد استتباب اند. از ادویه ضد حاملگی فمی میشود استفاده نمود ولی خوبترین روش Barreir میتود است.

هرگاه سویه بلند هورمون دوام یابد (۶ ماه) و یا اینکه دفعتا تزاید در سویه آن بمشاهده رسد ایجاب بررسی مجدد و دقیق مریضان را میکند. عود مول در حدود ۰.۵ تا ۳ فیصد واقعات است. مریضان در حمل بعدی خود باید در ماهای مقدم حاملگی u/s گردند . تکرار مول خیلی کم بوده و برای این نوع خانمها توصیه گردد که دیگر حمل نگیرند زیرا چانس کوریوکارسینوما نزدشان بلند می رود.

در حالاتیکه بقایای mole موجود باشد خانم از خونریزی بشکل Spotting یا به شکل دوامدار شکایت دارد و سویه hCG بلند باقی میماند و با u/ S مشخص میگردد.

برای تداوی آن باید D+C انجام شده و اجسام باقی مانده تخلیه شوند ویک کورس شیموتراپی بشکل وقایوی تطبیق شود.



در صورتیکه خونریزی پس از تخلیه کامل مول ادامه یابد به احتمال قوی تشخیص مول مهاجم گذاشته شده و تداوی اساسی آن هسترکتومی میباشد.

Choriocarcinoma

اتیولوژی

کوریوکارسینوما یک تومور نادر رحمی است که درجه خباثت بلند داشته و میتاستاز آن بیشتر امکان دارد. اگر چه شیموترابی در تداوی آن نه تنها جواب فوق العاده مناسب و خوب درین اواخر داده است، بلکه فیصدی هسترکتومی را نزد خانم های جوان نیز کاهش داده است و حمل گیری موفقانه هم در زمینه بعد از شیموترابی راپور داده شده است. کوریوکارسینوما اکثرا و بفیصدی بلندی منشا حاملگی دارد.

در حدود ۵۰٪ وقایع بعد از مول، ۲۵٪ بعد از سقط ها، ۲۰٪ بعد از حمل نارمل و به ترم و ۵٪ بعد از حمل خارج رحمی (خصوصا حمل نفیری) راپور داده شده است کوریوکارسینومای غیر حاملگی از تومورهای تخمدان از germ cell بمیان آمده میتواند.

واقعات خبیثه در ظرف دو سال بعد از مول رخ داده میتواند و ممکن چندین سال بعد از یک حمل نارمل به ترم هم عارضه بمیان آید که تشخیص را مشکل سازد.

کوریو کاسینوما در حمل مول هیداتیدیفورم $1/50000$ تا $1/70000$ واقع بوده ولی در آسیای جنوبی این رقم ۲۰-۱۰ مرتبه تزايد می یابد و خانم های کثیرالولاده که بلند تر از ۴۰ ساله باشند بیشتر معروض به ریسک میباشند .

Pathology

رشد نسج به شکل تومور ارغوانی شکل و شکنند که محیط آن نامشخص می باشد بملاحظه می رسد و ممکن در داخل جوف رحم تبارز نموده که منجر به خونریزی از آن گردد و اگر در داخل جوف رحم رشد و پیشرفت نداشته باشد کدام اعراض خاصی تا وقتیکه به صفحات پیشرفته خود نرسیده باشد ، بملاحظه نمی رسد.

تومور مشابه بشکل یک *polype placenta* تظاهر میکند لکن رشد سریع بدون محیط یا کنار مشخص دارد و آفت از طریق او عیه به عنق رحم، قبهء مهبل و دهلیز تجاوز نموده وبشکل یک کتلهء ارغوانی به داخل مهبل رشد میکند. میتاستاز بعیده در شش ها و نسج دماغی هم متصور است و در حدود ۱۰٪ وقایع کیست های گرانولوزال لوتئین امکان دارد که قابل دقت است. در هیستولوژی آن حجرات سینستيو ترو فوبلاست، سایتو ترو فوبلاست، حجرات سرخ خون و ساختمان غیر ذغابوی ممکن است بملاحظه برسد. نسج تروفوبلاست بداخل رحم نفوذ کرده و سبب نکروز حجرات میومترיום میگردد.



اعراض کلینیکی

خونریزی های متقطع یا دوامدار مهلبی بعد از یک سقط ، حمل و خصوصا مول، حمل خارج رحمی و غیره احتمال آفت کوریوکارسینوما را بلند می برد. خونریزی مقدارا شاید کم و یا شدید بوده ، بد بوی و متعفن باشد. بعضا نزد خانم ها اعراض متاستاز آفت دیده شده که عبارتند از خونریزی مهلبی بعد از مجامعت و یا خونریزی های غیر منظم مهلبی، عسرت تنفس و هموپتیزی در متاستاز ریوی، هیمی پلجی در متاستاز دماغی دیده شده میتواند (برای تحری متاستاز قحفی باید CT اجراشود) اگر چه متاستاز کلیه و کبد خیلی کم است ولی با MRI مشخص شده میتواند.

تشخیص و بررسی آفت

- ۱- اجرای هستوپتولوژی از موادی که با D+C از رحم تخلیه شده است اگر چه همیشه ثابت نمیشد.
- ۲- تعیین سوویه هورمون β hCG در خون و ادرار مریضه.
- ۳- رادیوگرافی شش ها بمقصد تحری متاستاز در شش ها.
- ۴- بیوپسی از نسج روئیده در طرق تناسلی سفلی.
- ۵- CT دماغ به مقصد دریافت متاستاز آفت.
- ۶- اجرای تست های کبدی قبل از شروع به تداوی.
- ۷- مطالعه CT و MRI انساج حوصله قبل از تصمیم به تداوی.



تشخیص تفریقی

- ۱- باپولیپ های پلاستنا که با اجرای کورتاژ برای آنها کمک زیادتر شده می تواند.
- ۲- با سقط ناتام.
- ۳- باقیماندن قسمتی از پلاستنا بعد از ولادت.

تداوی

تداوی جراحی

- در ظرف دو دهه اخیر از جراحی و برداشتن رحم به طرف تداوی طبی و شیموترایی رجوع شده و نتیجه هم بهتر بوده است.
- هستروکتومی در حالات ذیل اجرا میشود: (۳)
- ۱- نزد خانم های مسن و کثیره الولاده.
 - ۲- در شکل کوریوکارسینومائیکه از اثر حمل و یار تکاز پلاستنا منشا گرفته باشند.
 - ۳- هرگاه تومور به شیموترایی جواب ندهد.
 - ۴- رحم از اثر رشد عارضه تمزق نموده باشد.
 - ۵- تومورهای بزرگ که احتمال عود آن با شیموترایی بلند است.
- هستروکتومی تام اجرا گردیده و به تعقیب ان شیموترایی ادامه یابد. در حدود ۴-۵ روز قبل از هستروکتومی باید شیموترایی اجرا گردد (بمقصد جلوگیری یا کم ساختن امکان میتاستاز بعیده) در خانم های جوان تخمدان ها حفظ گردند.

تداوی طبی

۱- Methotrexate بمقدار 5mg بتعداد ۵ روز، روزانه ۵ مرتبه بشکل فمی آن و یا میتوترکسات ۲۵ mg از طریق زرقی در ورید فخذی در یک دوز واحد.

تداوی تا وقتیکه سویه HCG پائین آمده و صفر شود و سویه هموگلوبین هم تا حدود کمتر از 9mg% نشود و سویه کریوات سفید هم از ۴۰۰۰ پایان نیاید در هر سه ماه تکرار گردد.

۲- Methotrexate یکروز در میان همراه با acidFolinic بمقدار 6mg/iv یک روز بعد داده شود (برای ده روز) میتوترکسات سبب نهی جذب فولیک اسید با تشکل اسید نوکلئیک و میتوزیز میشود.

عوارض جانبی میتوترکسات عبارتند از: دلبدی، استفراغ، خونریزی معدی معائی، الوپسیا، کم خونی، لوکوپنی، اگرانو لو سیتوزیز، تنقیص حجرات سفید، تخریبات کبد و کلیه و راش های جلدی.

۳- Actinomycin 5 mg IV/D: در صورتیکه میتوترکسات سبب عوارض جانبی گردیده باشد.

۴- Ethoposid بمقدار 200mg به شکل فمی روزانه بمدت ۵ روز در صورت ضرورت کورس دومی ۵ روز بعد تکرار شود.

5- bleomycin 15mg im/BID

6- 5 Fu 12-15 mg/kgw/day: بشکل IV برای ۵ روز، ممکن است

سبب colitis گردد.



7- تداوی مشترک قرار ذیل

MAC= methotrexate + Actinomycin + chlorambucid ❖

MAA= methotrexate + Actinomycin D + Adriamycin ❖

نتایج: در حدود 100% در حالات low risk و ۹۰% در مریضان high risk

که شیموتراپی میگردند نتیجه تداوی مطلوب است. خانم نباید تا یکسال بعد از

قطع کامل دوا حامله شود (تاثیر تراتوجنیک دوا بالای جنین). بسیاری از خانمها

بعد از تداوی حمل گرفته و ولادت نارمل با طفل سالم داشته اند.

(۱) Ectopic Pregnancy

حمل خارج رحمی

تعریف

عبارت از توضع و غرس بیضهء ملقحه در محل غیر طبیعی (جوف رحم محل طبیعی غرس بیضهء ملقحه است) آن میباشد.

اتیولوژی (۲)

حمل خارج رحمی در حالات ذیل بوجود آمده میتواند

- ۱- PID شایعترین سبب حمل خارج رحمی بوده از اثر التصاق اقسام حوصلی و عمدتاً نفیرها و تخریبات دیگریکه در غشای مخاطی نفیرها ایجاد میکند باعث عارضه شده میتواند. (۱۶۸/۱۰۰۰)
- ۲- STD مانند گونوریا، کلامید یا غیره.
- ۳- توبرکلوز جهاز تناسلی خصوصاً نفیرها.
- ۴- بعد از سقط و انتانات دوره نفاسی اگر تداوی درست انجام نشود.
- ۵- انومالی های ولادی نفیرها.
- ۶- IUCD و گرفتن ادویه فمی ضد حاملگی.
- ۷- بعد از عملیات های جراحی بالای نفیرها مثلاً توبوپلاستی، توبکتومی و یا لاپراتومی به مقاصد دیگر و غیره.



- ۸- مهاجرت بیضهء ملحقه از یک طرف به طرف دیگر.
 ۹- تکنیک های کمک شده برای حامله دار شدن مانند IVF، GIFT و غیره.

۱۰- تنبیه تخمگذاری یا تولید تخمه بوسیله ادویه مانند کلومیفن و غیره.

۱۱- تغییرات در سکل دورانی هورمونها.

۱۲- مریضانی که سابقه عقامت بدون دلیل داشته باشند.

انواع حمل خارج رحمی از نظر توضع بیضه ملحقه (۶)

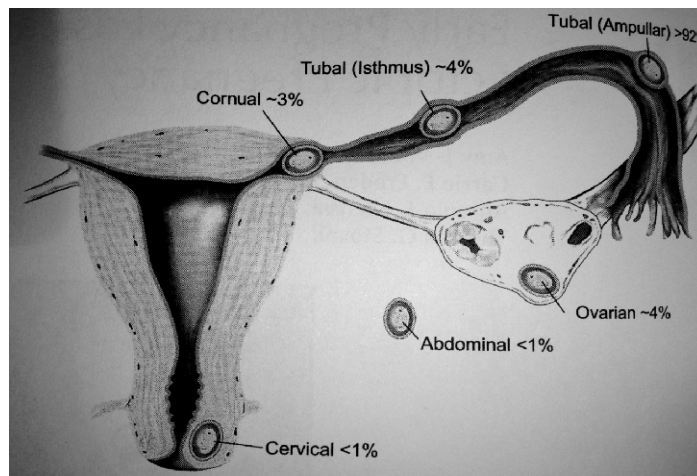
۱- نفیرها در ۹۸٪ وقایع و عمدتاً در امپول نفیری.

۲- مبیض ها و داخل بطن ۱.۴٪.

۳- توضع در قرن Rudimentary رحم، در عنق و قسمت Interstitial.

۴- حمل خارج رحمی ثانوی در بطن.

۵- حمل دوگانه گی که یکی در داخل و دیگری در خارج رحم باشد.



شکل (۱۲) محل توضع حمل خارج رحمی (۴)

پتولوژی

در حمل داخل رحمی ذغابات تروفوبلاست ابتدا نسج اندومتر را تخریب میکند که زمینه ساز غرس بیضه ملقحه میگردد بناءً در حمل خارج رحمی که توضع بیضه در جدار تیوب ها بوقوع می پیوندد چون رشد دیسیدوآئی نسبت نازک بودن جدار نفیری ضعیف است لذا در مراحل مقدماتی حمل تیوب کفیده و حمل خارج رحمی متمزقه را سبب میشود که در نتیجه یک مقدار خون در بین دو وریشه رباط عریض و عمدتا هم در جوف دو گلاس تجمع میکند در یک تعداد کمی از وقایع ممکن است بیضهء ملقحه در داخل وریشه های رباط عریض جابجا شده و حمل خارج رحمی ثانوی را تمثیل کند. ندرتا هم در یک تعداد وقایع جدا شدن یک sac حاملگی سالم از تیوب ها و جابجائی آن در جوف حوصله و حتی بطن به تماس اغشیه وانساجیکه ارواء غنی و خوب دارند آمده و با آنها رابطه خود را برقرار مینماید و حمل خارج رحمی ثانوی را سازماندهی میکند.

حمل خارج رحمی مبیضی: این نوع ۳-۰.۵٪ حمل خارج رحمی را میسازد و معمولا شکل یک سیست هموراژیک و یا کیست جسم اصفر هموراژیک را تمثیل میکند.

حمل مبیضی باساس کریتر یای ذیل مشخص شده میتواند.

- ❖ sac حاملگی باید در بر گیرنده جسم مبیض باشد.
- ❖ sac حاملگی باید توسط رابطهء مبیضی به رحم وصل شده باشد.
- ❖ نفیرها باید کاملا سالم باشند.

حمل خارج رحمی ایکه توضع و غرس بیضه ملقحه بالای عنق رحم صورت گرفته باشد بسیار به ندرت آن هم در جاپان دیده شده است ($1/1000$ حاملگی) خونریزی منتشر در مراحل مقدماتی بملاحظه رسیده و عنق رحم به شکل بالون درآمده ولی فوهه خارجی ان بسته است و حجم جسم رحم طبیعی است عارضه توسط U/S مشخص شده میتواند.

اعراض سریری حمل خارج رحمی

یک خانم که به سن باروری قرار دارد. با یک امینوره کوتاه مدت و درد قسمت سفلی بطن مراجعه میکند که ممکن با خونریزی خفیف مهلبی همراه باشد و یا حتی نباشد و عمدتاً هم شاید مترافق و همزمان بزمان توقع عادت ماهوار وی باشد که تشخیص را مشکل تر میسازد. خونریزی هیچگاه شدید نبوده و بشکل علقه خارج نمیشود. درد شدید و دوامدار بوده، در ابتدا در قسمت سفلی بطن توضع دارد و در صورت تجمع خون در جوف بطن تمام بطن را در بر گرفته و در صورتیکه خون در جوف بطن تا حذای حجاب حاجزانتشار یابد مریضه احساس درد در شانته خود میکند (تخریش عصب حجاب حاجز) خونریزی شدید و انی سبب collapse و شاک مریضه شده مریضه نا آرام بوده و به حالت ضعف و غش در میآید.

اعراض شوک مانند تاکی کاردی، تفریط فشار خون و غیره مربوط به مقدار ضیاع خون میباشد خانم سرد و مرطوب بوده و درجه حرارت هم پائین تر از حد طبیعی است. خسافت واضح نزدش دیده میشود، پری و حساسیت قسمت



سفلی بطن، جس بطن را با جزئیات آن مشکل میسازد. رحم قوام نرم و نسبتاً طبیعی دارد با تحریک عنق رحم، درد شدید نزد مریضه احساس میشود. اعراض و علائم متذکره فوق حمل خارج رحمی متمزقه و یا در حالت تمزق را وانمود میسازد.

در حمل خارج رحمی غیر متمزقه، به استثنای اینکه با معاینه بطنی در طرف مربوطه درد خفیف و با معاینه بایمنوال کتلهء نسبتاً دردناک جس شود و با U/S تشخیص قطعی تأیید گردد کدام اعراض وصفی خاص دیگری رادریافت کرده نمیتوانیم.

تشخیص تفریقی

- ۱- با تمزق و یارپچر طحال: هر دو عارضه بطن حاد بوده و بعد از لاپراتومی خوبتر مشخص میگردد.
- ۲- پرفوریشن امعا: کمتر علائم ضیاع خون داخلی بمشاهده رسیده ولی موجودیت هوا در جوف بطن و زیر حجاب حاجز با اجرای X. Ray بطن، موضوع را مشخص میسازد.
- ۳- تمزق اپاندکس و پانکریاتیت حاد، تب و پریتونیت را بوجود میآورد و محل درد هم متفاوت است.
- ۴- تمزق و یارپچر هماتوم جسم اصفر حاملگی اعراض مشابه به تمزق حمل خارج رحمی را ایجاد میکند که تداوی ان مشابه است.
- ۵- احتشاء میوکارد خصوصاً اگر با درد ناحیهء شریصوفی توام باشد. ECG موضوع را مشخص میسازد و علاوتاً در U/S اعضای حوصلی نارمل اند.

تداوی

عارضه جدی است خانم بمداخله عاجل جراحی و باز کردن بطن نیازمند است معاینات مکمل خون اجرا گردد و بالای تشخیص و تشخیص تفریقی توجه بیشتر انجام شود.

ورید مریضه باز شده و زرق وریدی تمدید گردد و بطن مریضه عاجلا بدون انتظار باز گردد. هنگامیکه بطن باز شد محل حمل خارج رحمی مشخص گردیده و salpingectomy انجام گردد. تیوب ها اگر سالم باشند و چسپیدگی نداشته باشند جدا گردیده و حفظ شوند. تمام خون با علقات ان از جوف بطن خارج ساخته شود (در یک تعداد حالاتیکه خون تازه غیر علقه شده در بطن موجود باشد، در یک ظرف کاملا معقم که حاوی سویدیم سترات باشد جمع آوری شده و بعد از تصیفه از چند طبقه گاز میتوان آنرا دوباره به خانم تزریق نمود، مفیدیت این عمل، آسان بودن، زود به دسترس قرار گرفتن و مطمئن بودن از انتانات HIV، HBsAg و غیره میباشد.)

تداوی در حمل خارج رحمی تحت الحاد و مزمن

خانم با سابقهء امینوره ۶ تا ۱۰ هفته با دردهای کولیکی متقطع در قسمت سفلی بطن و خونریزی خفیف و سیاه رنگ مهلبی مراجعه میکند. از اثر تجمع خون در جوف دو گلاس یک کتله هماتوسل ایجاد شده که عنق رحم را به قدام تیله نموده که سبب احتباس ادرار هم شده میتواند وضعیت عمومی خانم نسبتا خوب و ثابت بوده ولی خفیف تب دارد.



در ثدیتان علائم ابتدائی حمل بملاحظه میرسد، بطن حساس و اندفاعی بوده و کتله ممکن است جس شود. با معاینه مهبلی رحم حجما نارمل و در ملحقات یک کتله که عبارت از هیماتوسل بوده بشکل و قوام نامنظم (ساحه نرم و سخت) جس میگردد.

تشخیص تفریقی

باساس دریافت های کلینیکی به حادثات ذیل فکر شده میتواند

۱- با کتلهء توبرکلوز یک ملحقات حوصلی: که سابقه امینوره، درد و حساسیت حوصلی مشابه به حمل خارج رحمی دارد. بناءً در مواجهه به هم چو لوحه باید خانم از نظر TB بررسی لازم گردد.

۲- با PID: که نزد خانم اکثرا کتلات دو جانبه حوصلی به مشاهده میرسد، ولی مریضه سابقه امینوره ندارد.

۳- با سقط متن: اعراض حوصلی مشابه به حمل خارج رحمی دارد ولی خانم در septic Abortion تب دارد و افرازات بویناک مهبلی نزدش موجود است.

۴- با ابله حوصلی: که نزد خانم یک کتله محجم حساس در جوف دو گلاس تثبیت شده و خانم تب داشته و از درد قسمت سفلی بطن و احتباس ادرار شاکی میباشد.

۵- با رحم حامله Retroverted: که نزد خانم احتباس ادرار، درد بطن و امینوره ۱۲ تا ۱۴ هفته را مشاهده میکنیم و با معاینه بایمانوال یک رحم نرم

وبزرگ در جوف دو گلاس دریافت میگردد. از U/S برای تشخیص نیز میتوان کار گرفت.

۶- با رحم فیروئید: باستانیای رحم بزرگ اعراض و علائم کلینیکی مشابه ندارد.

۷- با هماتوم کیست جسم اصفرا: اعراض و علائم کلینیکی خصوصا حوصلی، مشابه به حمل خارج رحمی داشته که تشخیص تفریقی آن خیلی مشکل است ولی تداوی جراحی یکسان دارند.

۸- با اپندیسیت مزمن: درد توضع بلندتر دارد، امینوره و خونریزی مهلبی نزد مریض بملاحظه نمی رسد.

۹- با کیست تدوری مبیض: در صورت تمزق سبب درد شدید بطن گردیده ولی اعراض به حدی که بتوان تشخیص حمل خارج رحمی را به آن مقایسه نمود وجود ندارد.

تشخیص

بررسی و تصمیم گیری دقیق متقاضی تائید و تثبیت تشخیص میباشد که این وقتی متصور است که خانم حالت ثابت و مناسبی داشته باشد.

تست های ذیل انجام شود

- ۱- تست حاملگی.
- ۲- سویه hCG β در سیروم خون.
- ۳- سونوگرافی.
- ۴- لاپراسکوپیی.

۵- کولدوسنتز.

۱- تست حاملگی: به تنهایی کمک کننده نیست. یک تست مثبت حاملگی با یک رحم خالی اشتباه حمل خارج رحمی را بیشتر میسازد (در تست منفی تکرار تست ۳-۴ روز بعد اجرا شود) و هم چنین تست منفی مکرر در صورتیکه رشیم مرده باشد بملاحظه رسیده میتواند.

۲- نزد خانم حامله β hCG در هنگام توقع عادت ماهوار، مثبت شده و با گذشت هر روز اندازه آن دو چند شده میرود و در یک حمل نارمل به سویه بلند تر از $6500 \text{ }^{Iu}/\text{lit}$ در هفته های ۵ تا ۶ خود را می رساند. اگر با تکرار معاینه در دو روز بعد سویه تزاید β hCG کمتر از ۶۶٪ معاینه قبلی باشد نمایندگی از حمل خارج رحمی و یا جنین missed شده میکند با u/s تشخیص دقیق بین این دو گذاشته شده میتواند.

۳- سونوگرافی: رحم خالی با یک کتلهء جداگانه در ملحقات، u/s و تست β hCG مثبت عمدتاً یک حمل خارج رحمی را تأیید میکند. دریافت مایع در جوف دو گلاس یک علامهء مثبت دیگر حمل خارج رحمی بوده که با عمل u/s مشخص میگردد و در ۵٪ وقایع sac حاملگی با ضربانات قلبی جنین ممکن است بملاحظه برسد.

۴- کولدوسنتز: با عملیه کولدوسنتز خون سیاه رنگ از جوف دو گلاس در حمل خارج رحمی متمزقه خارج شده میتواند عدم دریافت خون ایجاب لاپراسکوپى را میکند.

۵- لاپراسکوپي: به تنهائی نمیتواند طبیعت کتلهء ملحقات رحمی را مشخص بسازد، لاکن میتواند نوع تداوی طبی و جراحی را رهنمون شود.

تداوی

هنگامیکه تشخیص صورت گرفت عملیات جراحی باید با مناسب ترین وقت و بدقت کامل بصورت مقدم در نظر گرفته شود. و این از سببی است که امکان خونریزی حاد هر لحظه متصور است و علاوه بر هر گونه تاخردر عملیات زمینه ساز چسپندگی اقسام حوصلی و مشکل شدن پروسیجر عملیاتی شده میتواند.

در جریان اجرای عملیات تیویکه حمل در آن موقعیت داشته است دریافت شده، قطع و برداشته شود. در صورت التصاق به تخمدان هم چنین تخمدان برداشته میشود. تیوب طرف مقابل بررسی گردیده و علقات خون از جوف بطن تخلیه گردد. لازم است که بمادران حامله RH منفی، امپول RHoGam نیز تطبیق شود.

تشخیص حمل خارج رحمی متمزقه

تکنولوژی مدرن و عصری امروزه گام های بزرگی برای تشخیص مقدم حمل خارجی رحمی قبل از تمزق برداشته است که عبارتند از

- ۱- تمام خانم های بین سن ۷-۵ هفته حاملگی بهتر است که u/s گردند.
- ۲- بصورت طبعی افراد ذیل زمینه های مساعد به حمل خارج رحمی را دارند، لذا بررسی و تعقیب گردند.



I. خانم هائیکه نزدشان توبویلاستی انجام شده و یا بعد از توبکتومی حامله شده باشند.

II. خانم هائیکه PID خصوصا شکل مزمن آنرا داشته باشند.

III. خانم هائیکه IUCD دارند و یا از ادویه ضد حاملگی فمی استفاده میکنند.

IV. خانم هائیکه با مداخلات تنبهی و یا پروسیجرهای کمک شده مانند JUI، JVF و ZIFT، GIFT و غیره حمل گرفته اند.

۳- تعیین سویه β h.C.G و تکرار آن هر ۲-۳ روز بعد و ارزیابی از نتیجه بدست آمده صورت گیرد.

۴- لاپراسکوپیی باید در حالیکه تمام شرایط پروسیجر عملیاتی آماده شده باشد انجام شود و در صورت تشخیص قاطع لاپراتومی انجام شود.

تشخیص مقدم حمل خارج رحمی به ما اجازه میدهد که کدام نوع تداوی، تداوی طبی و یا جراحی را برای مئوثریت بهتر و کمک بیشتر به مریضه انتخاب کنیم، خصوصا اگر خانم جوان بوده و خواهان اولاد هم باشد در ۱۵٪ وقایع تکرار حادثه حمل خارج رحمی نزد خانم ها راپور داده شده است.

تداوی

A- تداوی حمل خارج رحمی نفیری

۱- تداوی جراحی محافظوی.

۲- تداوی طبی.

Canservative surgery

۱- sac حاملگی با پروسیجر دوشیدن (Milking) از نفیر خارج ساخته میشود ولی پروسیجر مطلوب نیست، زیرا ممکن است ذغابات در داخل لومن نفیر باقیمانده وتیره را بیشتر خون دهنده بسازد که ایجاب مداخلهء جراحی بعدی را مینماید.

۲- با linear salpingostomy تخلیه محصولات حاملگی امکان پذیر است.

۳- قطع و برداشتن sac حاملگی و اناستوموز نفیرها یکی از طرق تداوی مطلوب میباشد. اگر کیسهء حاملگی کمتر از ۵ سانتیمتر باشد توسط عملیه لاپراسکوپیی به شکل محافظوی جراحی برداشته شده میتواند در حدود ۵۰٪ حاملگی به تعقیب تداوی جراحی محافظوی راپور داده شده است.

تداوی طبی

تداوی طبی جراحی که در سال ۱۹۸۲ توسط Tanaka عملی شده در حدود ۷۰ تا ۹۰٪ موفقیت آمیز بوده است. در حدود ۶۵٪ حمل داخل رحمی و ۱۵٪ حمل خارج رحمی قرار احصائیه های بدست آمده راپور داده اند.

میکانزم عمل چنین است: بمقدار 50mg میتوترکسات را با پروستا گلندین F2 الف، 486 RU و یا پتاسیم کلوراید ۲۰٪ یکجا در داخل کسیه حاملگی تحت رهنمائی لاپراسکوپ زرق میشود. هم چنان بمقدار 50mg میتوترکسات بشکل عضلی نزد مریضه زرق شده میتواند که در ظرف ۳-۴ هفته sac حاملگی به تدریج معدوم شده می رود. مریضه باید با اجرای

معاینات u/s و تعیین سویه HCG β زیر کنترل باشد اگر خانم به تداوی جواب ندهد و یا اینکه خونریزی از ساحه شروع شود ایجاب مداخله جراحی را میکند.

B تداوی حمل خارج رحمی متوضعه در قرن Rudimentary و یا

عنق رحم

حملیکه در یک قرن رودیمانتر رحمی توضع میکند نسبت اینکه جدار رحم ضخیم تر است تا سن ۴-۵ ماهگی میتواند رشد و نمو کرده و بعدا معروض به تمزق گردد که در نتیجه سبب خونریزی وسیع و تهدید آمیز برای مریضان میگردد، لذا یک واقعه حاد بوده جراحی عاجل را ایجاب مینماید. برداشتن قرن اضافی و حتی در یک تعداد واقعات هسترکتومی را جهت جلوگیری از خونریزی شدید ایجاب میکند. این نوع حاملگی بوسیله u/s قبل از تمزق تشخیص شده میتواند.

حمل خارج رحمی متوضعه در عنق رحم معمولاً به missed انجامیده و این نوع حاملگی به حیث سقط غیر قابل جلوگیری قبول شده است. تداوی آن سکشن و تخلیه است و باید یک کترفولی اقلا در ظرف ۲۴ در حدای عنق رحم گذاشته شود.

حمل بطنی ثانوی

با امکانات و تسهیلات که امروز u/s بدسترس قرار داده است حمل بطنی ثانوی خیلی ها نادر است که رخ دهد بشرط اینکه از همان آوان حاملگی u/s منظم و مکررا انجام شده باشد. خانم از خونریزی مهلبی در مراحل مقدم حاملگی شاکی است و بشکل یک تهدید سقط تحت تداوی قرار میگیرد. اگر

پلاستتا با اورگانهای داخل بطنی که حاوی اوعیه اند ارتکاز نموده باشد حمل تا حد ترم رسیده می تواند زیرا قدرت اروائی نسبتا متناسب را تامین کرده میتواند ولی معمولا جنین IUGR میباشد و سویه مرگ و میر و معیوبیت جنین خیلی بلند است. خانم بطور کاذب به صفحه ولادت داخل میشود ولی تقلصات معدوم و حمل به طرف post term می رود. u/s و رادیوگرافی توضع غیر طبیعی و بلند تر از ناحیه معمول را در حاملگی نشان میدهد.

عملیات لاپراتومی برای ختم حمل ضروراست. اگر پلاستتا به امعاء و یا اورگانیکه اروا غنی دارد ارتکاز نموده باشد جمل سروی از محل اتصال آن به پلاستتا قطع و لیگاتور شود پلاستتا به تدریج ذوب و رشف میشود ولی احتمال منتن شدن آن زیاد است زرق Methotrexate پروسه رشف را سریع میسازد. وقایع بسیار نادر یکه جنین mummified شده است مدت چند سال را در بر میگیرد تا رشف و جذب شود و در یک تعداد وقایع ممکن است استخوان های جنین در داخل بطن زمینه ساز فیستول در جدار بطن مادر گردند.

تشوشات عادت ماهوار

مشکلات و پرابلم های عادت ماهوار نزد خانم ها از جمله ناراحتی ها و امراض شایع اند که سیر صعودی داشته و روز تا روز افزون شده می رود . دلایلی از قبیل پائین آمدن سن بلوغ، بلند رفتن سن مینوپوز، تزاید استفاده از هورمون ها، بلند رفتن سطح استفاده از ادویه ضد حاملگی و تشوشات روحی روانی زندگی های مدرن و عصری رامیتوان بحیث عمده ترین عوامل در زمینه نام برد.

تشوشات عادت ماهوار قرار ذیل اند

- ۱- امینوره (Amenorrhoea)
- ۲- اولیگو هیپومینوریا (oligo & hypomenorrhoea)
- ۳- پولی مینوریا (polymenorrhoea)
- ۴- متروراجیا (خونریزی های بین الحیضی) (Metrorrhagia)
- ۵- دیسمینوریا (dysmenorrhea)
- ۶- پریمنستروال تشن (premenstrual tention)
- ۷- مینوراجی (Menorrhagia)

امینوریا (۱)

(Amenorrhoea)

تعریف: عبارت از توقف عادت ماهوار نزد خانمی که به سن باروری قرار دارد بمدت بیشتر از شش هفته، که میتواند منشا هورمونی، کروموزومی و انومالی های اناتومیکی داشته باشد. عارضه عمدتاً باسانی قابل بررسی بوده و در یک تعداد کمی وقایع ایجاب معاینات دقیق و پیشرفته را میکند. امینوریا عمدتاً بدو گروه فیزیولوژیک و پتولوژیک تقسیم میشود.

امینوره فیزیولوژیک

این امینوره در چهار حالت ذیل موجود است.

- ۱- قبل از سن بلوغ.
- ۲- در دوران شیر دهی.
- ۳- در دوران بارداری.
- ۴- در دوره مینوپوز.

امینوره پتولوژیک

به دو شکل ابتدائی و ثانوی بملاحظه می رسد.



امینوره ابتدائی

هرگاه خانم به سن ۱۶ سالگی رسیده و اورگانهای تناسلی تالی جنسی رشد مکمل و نارمل خود را نموده باشند و یا اینکه خانم به سن ۱۴ سالگی رسیده ولی اعضای تناسلی تالی جنسی وی کاملاً ابتدائی و بدون رشد مانده باشند عادت ماهوار نشده باشد زیرنام امینوره ابتدائی یاد شده و ایجاب میکند تا عارضه از نظر سببی تحری و بررسی گردد.

تشکل و تنظیم یک سیکل عادت ماهوار نارمل تحت تاثیر قشر دماغ، هیپوتلموس، غده نخامیه، مبیض ها، رحم و طرق تناسلی سفلی سازماندهی گردیده و فرصت ظهور پیدا میکند و علاوتاً در تشکل سیکل عادت ماهوار نارمل ساختمان کروموزومی خانم، فعالیت نارمل غدوات دیگر اندوکرین و طرز تغذی آن نیز رول موثر دارند.

اسباب آمینوره ابتدایی (۳)

- بلوغ موخر.
- حمل قبل از شروع منارش که خانم در همان ماهی که می خواهد مریض شود حامله می شود ولی خیلی نادر است.
- آفات و امراض قسمت قشر دماغ: مانند ناراحتی های روحی-روانی، اضطرابات، ترخیصات، انتانات و تومورها.
- آفات هیپوتالاموس: Kallman's syndrome، کارهای شاقه و طاقت فرسا و باختن وزن.

● آفات غده نخامیه : عدم تشکل غده، هیپوگونادوتروفیک هیپوگونادیزم،
cushing's ، Laurence-moon-Biedl syndrom، Frohlich syndrom
hyper prolactenemia ، disease ، تومورهای Peneal و گلکتوزیمیا.

● آفات تخمدان ها : مانند رشد ناقص تخمدان ها (سندروم تورنر) ، عدم
کفایه ابتدائی تخمدان ها ، تخمدان های پولیکستیک (PCOD) و
Savage syndrome و غیره .

● آفات طرق تناسلی: مانند اندومتريوم معند در جوابگویی بتداوی با
هورمون های جنسی و انسداد طرق تناسلی سفلی. عدم موجودیت رحم و یا رحم
های رودیما نتر، Rokitansky-kuster- Hauser synd، غشای بکارت غیر
مثقوبه، مهبل حجاب دارو غیره

● نقائص کرموزومی : مانند Inter sex، سندرم تورنر و غیره .

● آفات دیگر غدوات افراز داخلی : مانند Juvenil دیابت، کریتینیزم، فرط
ویا تفریط فعالیت غدوات تایروئید، ادرینال و غیره .

● استفاده از ادویه: مانند ترانکولایزر ، ادویه ضد فشار خون و ادویه ضد
انحطاط عصبی و غیره.

● تغذی: فرط ویا تفریط تغذی، توبر کلوز، بی اشتهاپی عصبی ، سوء تغذی

و غیره

اسباب امینوره ثانوی (۵)

هرگاه خانم یک مرتبه و یا بیشتر از آن عادت ماهوار گردیده و بعداً معروض به عادت نشود زیر نام امینوره ثانوی یاد میشود، عوامل و فکتورهای ذیل در زمینه دخیل اند:

- ۱- بشکل فیزیولوژیک: مانند دوران حاملگی و دوران شیر دهی.
 - ۲- هیپوتلموس: کیست های کاذب (pseudocycsis).
 - ۳- غده نخامیه: سندرم sheehan's، هیپرپرولکتینیمیا، تومورها و ادویه فمی ضد حاملگی که فعالیت وظيفوی انرا نهی میکند.
 - ۴- تخمدان: مینوپوز قبل از وقت، مبيض مقاوم به هورمون، امراض او توایمون و PCOD.
 - ۵- طرق تناسلی: اندومتريت TB، سندروم اشرومن، اندومتر معند به تداوی.
 - ۶- تغذی: چاقی، بی اشتھائی عصبی و غیره.
 - ۷- اعضای اندوکرین دیگر: دیابت، تشوشات تیروئید و امراض غدوات دیگر اندوکرین.
- بعضی از امراض و حالات به هر دو حالت امینوره ابتدائی و ثانوی مشترک میباشد.

- Frolich syndrome: نزد مریضه چاقی، هیپوپلازی اورگانهای تناسلی جنسی و امینوره موجود بوده سویه FSH پائین و پرولاکتین بلند است.
- Laurence-Moon-Bie syndrome: علاوه از اعراض Frolich syndrome نزد مریضه پولی دکتیلزم، Retinitis pigmentosa و تئاخر عقلی نیز موجود است.

● **Hyper Prolactenemia:** میکرو و ماکرو ادینوما ی فص قدامی غدهء نخامیه سبب امینوره از اثر انحطاط افراز FSH و LH میگردد و از نظر کلنیکی ممکن است گلکتوره نزد مریضه موجود باشد و یا نباشد. هر گاه تومور محجم باشد در اثر فشار مجاورتی بالای عصب optic سبب تشوش رویت و سردردی نیز شده میتواند. این تومور مسئول امینوره اولیگومینوره، سیکل تحیضی غیر تیضی و عقامت میباشد. hyperprolactinemia در هیپوترئیدیزم همراه با تزاید سویه T.S.H، در استفاده کنندهای ادویه ترانکولایزر، ادویه ضد فشار خون و ادویه ضد انحطاط که سبب بلاک اخذه های دو پامین میگرددند نیز بملاحظه رسیده میتواند.

● **سندروم sheehan's:** که به تعقیب خونریزی های شدید بعد از ولادت بوجود میآید سبب ترومبوز اوعیهء غده نخامیه گردیده و نکروز غده را سازماندهی میکند. Panhypopituitarism درین حالت خانم بیحال، خواب آلوده و کم توان بوده و افراز شیر آن نیز قطع میشود و نهایتا امینوره ثانوی نزد وی تاسس میکند. هم چنین فعالیت وظیفوی غدوات دیگر افراز داخلی تنقیص یافته و عدم کفایه نشان میدهد (مانند غده تیروئید و افراز کننده کورتیکو سترئیدها) دریک تعداد کمی از وقایع امینوره ثانوی با توقف دادن تابلت ضد حاملگی مختلط نیز میتواند بمیان آید.

● **تشوشات دیگر غدوات افراز داخلی مانند مرض Addison's،** تومورهای قشر غده ادرینال (سندروم کوشنگ)، خرابی فعالیت غدوات تایروئید و مرض شکر سبب امینوره شده میتوانند.



● **Ovaries:** در سندروم تورنر که ساختمان کروموزومی آن 45x0 می باشد تخمدان ها کوچک و خطی بوده حاوی تعداد کم فولیکول و یا هیچ فولیکولی در ترکیب آن ها وجود ندارد. معمولا در PCOD، امینوره ثانوی عرض اندام میکند لکن امینوره ابتدائی بندرت رخ داده میتواند. هردو میبض حجما بزرگ بوده و در سطح آن ها برجستگی های میخ مانند کوچک که در حقیقت فولیکول های هستند که قدرت کفیدن را ندارند دیده میشود، از این سبب است که تخمه آزاد نمیشود (U/S آنرا مشخص ساخته میتواند). سویه استروجن و ۱۷ کیتو استروئید ها نارمل بوده لکن سویه LH حتی در صفحه فولیکولر هم افزایش نشان میدهد و نتیجتا تناسب FSH/LH تنقیص می یابد. خانم معمولا چاق بوده، عقیم مانده و نزدش oligominorrhoea-or Aminorrhoea تاسس میکند. هرسوتیزم تظاهر نموده و هیپرتیکوزیز بملاحظه می رسد و سویه افراز تستوسترون بلند است.

● **Resistent ovaries Syndrom:** مینوپوز مقدم بملاحظه رسیده که یا منشا تشوشات فامیلی داشته و یا شاید بحث auto immune و نهایتا شاید هم منبع انتان داشته باشد (که چرک و یا توبرکلوز). درینجا سویه FSH بلند بوده ولی از استروجن پائین است (کمتر از 20pg/ml) لذا خانم اعراض مینوپوز را تمثیل میکند.

● **Auto immune disease:** در بیوپسی مبیض ها یک ارتشاح لمفوسیتیک با سویه بلند CD8 و سویه پائین CD4 بملاحظه میرسد. در مبیض های مقاوم (Resistente ovaries) سویه هورمونی نارمل بوده ولی

مبیض ها بآن عکس العمل نشان نمیدهند. اندومتریت توبرکلوز یک در هند بوفرت یافت شده و مسئول امینوره ثانوی میباشد.

• اشرف من سندروم (التصاق و بندش جوف رحم) از سبب انتانات TB، کورتاژ جوف رحم تا سطح طبقه Basal و packing عمیق جوف رحم بمقصد جلوگیری از PPH (خونریزی های بعد از ولادت) بوجود آمده میتواند.

• اتریزیای جوف رحم بصورت کسبی که به تعقیب ترخیصات جراحی، سوختاندن جوف رحم توسط مواد کاوی و سوزندهء کیمیاوی و یا حرارتی، جروحات ولادی در جوف رحم، ستینوز عنق رحم بعد از کوترایزیشن و یا به تعقیب ترمیم در عملیات مانچستر در پرولاپس رحم بوجود میآید سبب امینوره ثانوی میگردد.

• نقائص کروموزومی مثلا در سندروم تورنر و Testicular Feminizing syndrome و بالاخره سیستم تغذی نامطلوب مثلا چاقی زیاد و یا زیاد وزن باختن و نهایتا Anorexia nervosa سبب امینوره شده میتواند.

تشخیص

تشخیص عارضه استوار است بالای

A- استجواب

۱- سابقه مریضه و تحری آفات از قبیل TB، کله چرک، التهاب سحایا و

غیره.

۲- گرفتن انواع ادویه جات مختلف.



- ۳- درد های نوبتی بطن و یا احتباس ادرار.
- ۴- وزن زیاد گرفتن و یازید لاغر شدن.
- ۵- شروع، دوام و سیر آفت دریافت شده.

B- معاینه کلینیکی

- ۱- مریضه اگر قد کوتاه داشته باشد یا مربوط به سندروم تورنر بوده و یا تاخر بلوغت مطرح می باشد که باعث امینوره ابتدائی میشود.
- ۲- وزن: مریضه بسیار چاق است و یا بسیار ضعیف و لاغر.
- ۳- علائم هرسوتیزم، ویریلزم و PCOD دیده شود.
- ۴- تورم غده درقیه و یا جاغور بررسی گردد.
- ۵- ندیه ها بارتباط غده و عمدتاً گلکتوره دیده شود.
- ۶- رشد وانکشاف اورگانهای تناسلی تالی جنسی بررسی گردد.
- ۷- معاینه بطنی از نظر کتله و خصوصیات آن و هم چنین آفت TB اجراء شود.
- ۸- معاینه دقیق مهبلی انومالی های جهاز تناسلی را بدرستی نشان داده میتواند ، خصوصاً اگر هیماتوکلپوس مطرح بحث باشد.

C - معاینات متممه

- ۱- معاینات خون از نظر فشار، مرض شکر و تست های وظیفوی غده تایروئید.

۲- u/s در تشخیص ارزش دست اول را دارد موجودیت و عدم موجودیت رحم، سینیشیای رحم، هیماتو کولپوس، PCOD، تخمدان های کوچک و غیره.

۳- تعیین سوپیه هورمون ها

پائین بودن سطح FSH، LH و ستروجن خون مریضه سندروم kallman و یا هیپوپیتوتریزم را وانمود میسازد. تزاید FSH خون عدم کفایه تخمدان را وانمود میکند در سوپیه نارمل هورمون های جنسی باید انومالی های اعضای جنسی، اندومتريت TB و سندرم اشرمن را مد نظر داشت.

در هیپرپرولکتینیمی نزد مریضه تست های وظیفوی غده تیروئید و مقدار سوپیه پرولاکتین باید انجام شود. در تومور غده ادرینال و هیپرپلازی آن نزد مریضه سوپیه ketosteroide ها بلند می رود که باید مد نظر گرفته شود.

۴- مطالعه کروموزومی از نظر جنتیکی انجام شود که سندروم تورنر و testicular feminising syndrom در راس این پرابلم ها قرار دارند.

۵- لاپراسکوپیی یک تعداد از پرابلم ها و حالاتیکه باعث امینوره میشوند کشف شده و یک تعداد آن ها با این پروسه حتی قابل تداوی اند مثلا PCOD.

۶- u/s در تشخیص رول بس ارزنده و بلند دارد.

۷- با هسترسکوپیی اشرمن سندروم تشخیص شده میتواند.

تداوی

۱- کرپتومینوریا: با اجرای دریناژ و vaginoplasty اصلاح میشود.



۲- Asherman's syndrom با اجرای هستروسکوپی و برطرف ساختن التصاقات تداوی میگردد.

۳- با اجرای بیوپسی اندومتر، TB اندومتر مشخص و با ادویه مربوطه آن تداوی میگردد و نهایتاً امینوره رفع میشود.

۴- تداوی عدم کفایه تخمدان ها مشکل است و کمتر به تداوی جواب میدهد در یک تعداد حالات با ادویه هورمونی مانند FSH، hCG و clomiphene بخوبی جواب گفته و خانم حتی حامله هم میشود.

۵- در صورتیکه PCOD مطرح بحث باشد از ادویه مختلط ضد حاملگی (combined pill) و یک تعداد حالات با clomiphene citrate تخمگذاری تنبیه گردیده و در حدود ۳۰-۵۰٪ حاملگی رخ میدهد. در صورت عدم موفقیت با تداوی هورمونی با عملیه drilling توسط لاپراسکوپ تخلیه صورت گرفته میتواند.

تداوی با هورمون های GnRH، FSH و hCG میتواند باعث رفع امینوره گردیده و در ۳۰-۶۰٪ وقایع حاملگی راپور داده شده است.

۶- اگر امینوره از سبب عدم موجودیت رحم، رحم رودیماتر و یارحم infantil باشد به تداوی جواب نمیگوید و رفع نمیشود.

۷- انسداد طرق تناسلی و یا عدم موجودیت مهبل میتواند با اجرای vaginoplasty رفع شود که صرف یک مجرا برای اجرای عمل جنسی بوده ولی امینوره دوام میکند (اگر رحم نداشته باشد)

۸- در سندروم تورنر با تداوی هورمونی تعویضی (H.R.T) میتوان با استروجنی که برای مریضه تطبیق میشود از اوسیتوپوروزیز جلوگیری نموده و امینوره هم رفع شود.

۹- در سندروم Testicular Feminising باید محل خصیتان مشخص گردیده و با عمل جراحی برداشته شوند در غیر آن در حدود ۵۰٪ امکان تبدیل شدن به آفت خبیثه موجود است.

۱۰- در auto immune disease تجویز کورتیکواستروئیدها میتواند مفید و موثر واقع شود.

خلاصه امینوره یک عارضه ایست که اسباب مختلف دارد و باساس استجواب، مشاهده و معاینات متمم فیزیکی و لابراتواری باید علت آن دریافت گردیده و در راه رفع آن اقدام بعمل آید.

Oligomenorrhoea

تعریف: طولانی شدن مدت بین دو سیکل عادت را بنام اولیگومینوره گویند. تکرر عادت ماهوار معمولاً بین ۷+۲۸ روز صورت گرفته و نارمل قبول شده است. اولیگومینوره هم یکی از حالاتیست که ایجاب دقت بیشتر را برای دریافت علت مینماید این نوع خانم ها معمولاً subfertile قبول شده اند.

Hypomenorrhoea

تعریف: عبارت از عادات ماهواریکه حجم ضیاع خون خیلی کم بوده و حتی بعضاً بشکل لکه بینی و spotting میباشد. در هیپومینوره که به تعقیب سیکل نارمل با حجم نارمل خون نزد خانم ایجاد میشود (50 ± 80 cc ضیاع خون جریان 2 ± 5 روز) سندروم اشومن و اندومتريت TB را از نظر دورنباید داشته باشیم

و علاوتاً نزد یک تعداد از خانم ها در مرحله premenopausal این نوع خونریزی دیده شده میتواند.

(Epimenorrhoea) Polymenorrhoea

تعریف: عبارت از کوتاه شدن سیکل عادت ماهوار بوده معمولاً در خانم های مسن و یا صفحه Pre menopausal دیده میشود، ولی در خانم های که به سن باروری خود هم قرار دارند عارضه بملاحظه رسیده میتواند. در بسیاری از این وقایع صفحه فولیکولیر کوتاه گردیده و صفحه لوتیال ثابت و نارمل میباشد. حالتی مانند خرابی فعالیت HPO Axis, PID، اندومتر یوزیز و فیبروم های رحمی میتوانند مسئول باشند. غده نخامیه به تعقیب ولادت حجما ووظیفتا باید نارمل گردد در حقیقت درین عارضه دوام فعالیت غده نخامیه (over activity) مانند مرحله حاملگی نزد خانم ادامه میباشد. معاینات کلینیکی دقیق و U/S عارضه را مشخص میسازد.

تداوی عارضه بدون دریافت علت حوصلی ایجاب تجویز تابلت های ضد حاملگی را میکند که باید به دقت انجام شود. (تجویز هورمون ها بشکل سیکلیک)

Metrorrhagoea

تعریف: عبارت از خونریزی از مهبل (از رحم و دیگر اورگانها) بصورت غیر طبیعی بوده که میتواند به تعقیب عادت ماهوار نارمل (سبب طولانی شدن عادت میگردد) ویا بصورت متقطع نزد خانم دیده شود مقدار ضیاع خون هم مطرح بحث نیست.

اسباب

۱- سندروم Mettlesmertz: خونریزی بشکل لکه بینی (spotting) بوده معمولاً در جریان آزاد شدن تخمه از فولیکول دو گراف رونما شده و با درد

قسمت سفلی بطن خصوصا طرف مربوطه همراه است و کدام تداوی خاصی را لازم ندارد صرف به مریضه اطمینان داده شود.

۲- هر نوع قرحات و تخریبات که در طرق تناسلی سفلی موجود باشند باعث عارضه شده میتوانند.

۳- قرحات و تخریبات عنق رحم، پولیپ و کانسرها های عنق.

۴- پولیپ های رحمی، فیروم های تحت المخاطی، IUCD و حوادث

خبیثه.

جدول ۳: واژه های مرتبط به تحیض غیر نارمل (۱)

مقدار خونریزی در هر تحیض	دوام سیکل تحیضی	وقفه بین سیکل های تحیضی	واژه ها
زیاد	طولانی	منظم	Menorrhagia
نارمل	طولانی و یا نارمل	نامنظم	Metrorrhagia
زیاد	طولانی	نامنظم	Menometrorrhagia
زیاد	نارمل	منظم	Hypermenorrhoea
کم	نارمل و یا کم	منظم	Hypomenorrhoea
اندک	متغیر	نامنظم و غیر متوالی	Oligomenorrhoea
موجود نمیشد	عدم موجودیت تحیض الی ۹۰ روز	موجود نمیشد	Amenorrhoea



Investigation

- ۱- بیوپسی از تخریبات طرق تناسلی سفلی و مطالعه هستوپتولوژیک آن.
- ۲- pap smear، بیوپسی از عنق، کولپوسکوپی و گرفتن بیوپسی از نسج مائوفه بصورت مستقیم.
- ۳- D+C بمقاصد تداوی و مطالعه هستوپتولوژی.
- ۴- u/s از اورگانهای حوصلی.
- ۵- هستروسکوپی و گرفتن بیوپسی مستقیماً از نسج مائوفه.

تداوی

بالای دریافت اسباب استوار است.

عواملی که سبب هایپرپرولکتیمیا شده و در نتیجه گلاکتوریا را نزد خانم ایجاد میکند. (۷)

- ۱- تومورهای غده نخامیه که پرولاکتین افراز میکنند.
- ۲- تجویز ادویه ایکه باعث پائین آمدن سویه دوپامین میگردد مانند امفیتامین، بنزودیازپین، میتوکلوپراماید، میتایل دوپا و غیره.
- ۳- عملیات هایکه بالای صدر و سینه اجراء شده و همچنین هرپسوزستر که باعث بلند رفتن درجه حساسیت طرق انتقالی سیاله عصبی و در نتیجه سبب فرط افراز پرولاکتین میگردد.
- ۴- PCOD که سبب بلند رفتن افراز پرولاکتین میگردد

- ۵- هیپوتایروئیدیزم ابتدائی که باعث تزائد TSH شده و آن به نوبه خود تولید پرولاکتین را تزائد میبخشد.
- ۶- ادویه ضد حاملگی که حاوی استروژن بلند است.
- ۷- ندرتاً منابع دیگری مانند تومورهای شش، کلیه ها و غیره میتوانند عارضه را بار آورند.

Dysmenorrhea

تعریف

عبارت از عادت ماهوار دردناک میباشد هنگامیکه عارضه نزد یک خانم و یا دختر جوان در یک سیکل عادت نارمل واقع میشود نشاندهنده آنست که سیکل مذکور یک سیکل تیضی است و آنرا بنام primary dysmenorrhoea هم یاد میکنند واکثرا علت پتولوژیک حوصلی ندارد. هرگاه دسمینوره در سنین پیشرفته تر نزد خانم ایجاد شود بنام secondary dysmenorrhea یاد شده و اکثرا علت پتولوژیک در اورگان های تناسلی حوصلی دیده شده و قابل بررسی است که علت باید دریافت شود.

دسمینوره را عمدتاً به دوشکل تقسیم بندی نموده اند

ابتدایی: عادت ماهوار دردناک در عدم موجودیت پتالوژی حوصلی .
مربوط به میتابولیزم arachdonic acid و تولید prostaglandine میباشد.
ثانوی: از باعث حالات از قبیل endometritis، التهاب حوصلی و leiomyomata بمیان آمده میتواند.

دسمینوره از نظر کلینیکی عمدتاً به سه نوع تظاهر نموده میتواند.

Congestive dysmenorrhoea – ۱



۲- Spasmodic dysmenorrhoea

۳- Membranouse dysmenorrhoea

I- Congestive dysmenorrhoea (C.D) (دیسمنوره احتقانی)

خانم از درد قسمت سفلی بطن و کمر که به اطراف سفلی و ران ها انتشار دارد، ۳-۴ روز قبل از شروع عادت ماهوار حکایه میکند که بعضی اوقات با اعراض هضمی مانند قبضیت و یا انتفاخ بطنی مترافق میباشد. در یک تعداد از خانم ها کدام آفت پتولوژیک در اورگانهای حوصلی دریافت نشده ولی در یک تعداد دیگری از وقایع آفات مانند PID، التصاقات اورگانهای حوصلی، فیرومهای رحمی، ادینومیوز، اندومتریوز و امثال آن نزد مریضان تحری شده میتواند و در یک تعداد وقایع هم این نوع دیسمنوره (C.D) یا از اثر احتقان آورده احشای حوصلی بوجود آمده و یا اینکه عدم موازنه بین عملکرد سیستمهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک این عارضه عرض اندام میکند. در بعضی وقایع شدت درد ممکن به حدی باشد که مانع کارهای عادی و روز مره خانم گردد.

II- Spasmodic dysmenorrhea

درین نوع دیسمنوریا دردهای کولیک مانند و تشنجی در قسمت سفلی بطن با شروع عادت ماهوار شروع میکند. درد ها شدید بوده، مدت ۲-۱ ساعت ادامه یافته و سپس به یک درد مبهم بطنی تحول نموده و ۱۲-۱۰ ساعت ادامه می یابد (تا وقتی که عادت ماهوار بصورت درست و منظم شروع شود) با معاینه در اورگانهای حوصلی اکثرا کدام پتولوژی خاصی دریافت نمیشود ولی بعضا هم دلائلی که در دیسمنوره احتقانی تذکر داده شده میتواند

بحیث عامل عارضه را ایجاد کنند. در ۵٪ خانم هائیکه ICUD استفاده میکنند عارضه بملاحظه رسیده میتواند. افراز زیاد prostaglandin F₂ نوع الفا نیز سبب تولید دیسمنوره تشنجی شده میتواند لذا خانم هائیکه سیکل تحیض تیضی دارند نزدشان از اثر افراز بیشتر پروستاگلاندین ها درد های تشنجی عادت ماهوار تولید شده میتواند.

Membranose dysmenorrhea -III

این نوع دسمینوره بندرت رخ میدهد و درد از اثر عبور اغشیه اندومتر که ضحیم بوده و در هنگام عبور از فوههء عنق رحم بمشکل مواجه شده بوجود میآید. خصوصاً اگر فوههء عنق رحم pin hole و یا کوچک باشد.

فکتورهای ریسک

- Menarch مقدم.
- عادت ماهوار طولانی.
- سگرت کشیدن .
- استفاده از الکول.
- چاقی.
- استفاده از کافئین ، کمخوابی ویا استرس باعث تشدید آن شده میتواند.

تشخیص

۱. اخذ تاریخچه وانجام معاینه فیزیکی به تشخیص کمک میکند.
۲. کلچر افرازات cervical به منظور رد اسباب انتانی انجام میشود.



۳. اولتراسونوگرافی حوصلی و یا Sono hysteroigraphy جهت ارزیابی fibroid انجام شود.

۴. انجام عملیه laparoscopy جهت رد نمودن endometriosis حتمی پنداشته میشود.

تداوی

تداوی باساس دریافت علت صورت میگیرد که برای این وتیره باید از معاینات مکمل فزیکى ، u/s ، لاپراسکوپى و هستروسکوپى کار گرفته شود.

نقاط شاخص تداوی عبارتند از

۱- تداوی سببى.

۲- تجویز انالجزیز یک ها مانند paracetamol بمقدار $500\text{mg}/\text{TID}$ و یا

$\text{piroxicam } 20\text{mg}/\text{BD}$

۳- انتى سپزموډیک ها مانند بوسکوپان و پروباتین

۴- ادویه ضد پروستاگلندین ها مانند Mefenamic acid 250- 500

mg/TID که در حدود ۸۰-۹۰٪ موثریت خوب دارد.

Indomethacin (25mg/TID) در تداوی موثریت خوب دارد.

۵- تجویز Naproxin 25mg/TID در رفع درد کمک میکند.



۶- Nitroglycerin سبب برطرف ساختن اسپزم عضلات ملساء رحم

گردیده و درد را تسکین میدهد.

۷- هورمون تراپی: از آنجائیکه سیکل های تحیزی غیر تبیضی بدون درد

اند ، لذا خانم هائیکه متقاضی اولاد نباشند از ادویه ضد حاملگی فمی نوع

combined آن نیز میتوان تحیض بدون درد را بوجود آورد. پروجستوجن ها به

تنهایی هم میتوانند نزد کسانی که عدم تحمل به استروجن ها رادارند استفاده

گردد.

Merina IUCD در امر شفایابی دیسمنوره بسیار موثر است لاکن یک

پروسه خیلی قیمتی است.

۸- D+C در صورتیکه عنق رحم pin hole بوده و یا ستینوز داشته باشد

اجراء شود.

۹- تخریبات عضوی اقسام حوصلی ضرورت به عملیات جراحی دارند .

اکثر این خانم ها جوان بوده و با عملیات هستروسکوپي و لاپراسکوپي میتوان

عارضه را برطرف نمود.

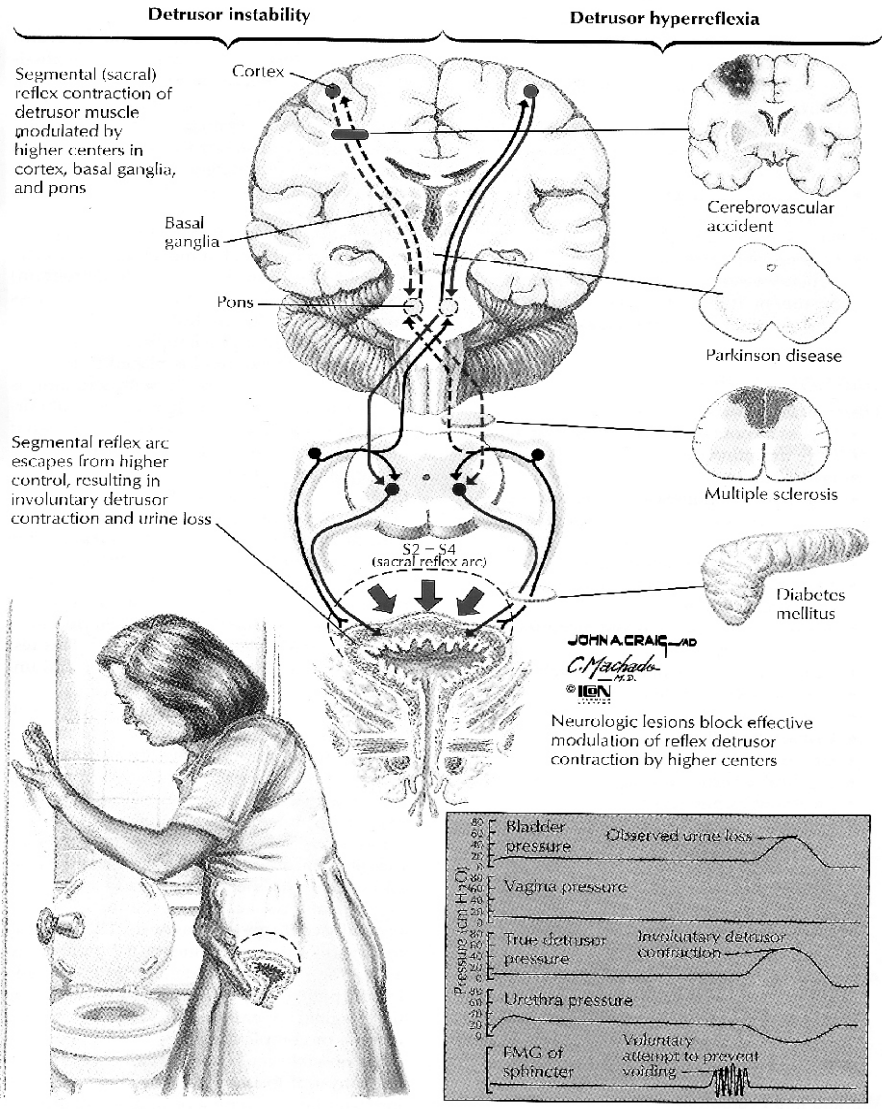
۱۰- نیورکتومی presacral و یا (lasar assisted uterosacral ablation)

LUSA. میتواند موثر ثابت شود.

۱۱- در خانم های مسن که اولاد نخواهند ترجیحا هسترکتومی اجرا گردد.



Detrusor Instability and Hyperreflexia



(٤)

شكل (١٣)

(۱) (PMT) Premenstrual Tention

ناراحتی های قبل از تحیض

یک تشوش دورانی عادت ماهوار است که نزد خانم ها بدون اینکه منشا پتولوژیک عضوی و حتی روحی و روانی داشته باشند دیده شده که ۱-۲ روز قبل از عادت ماهوار شروع میشود و اعراض بعد از شروع عادت ماهوار قطع می شوند.

اسباب

با تحقیقات زیادی هم که انجام شده علت سببی خاصی دریافت شده نتوانسته است. طوریکه میدانید ستروجن ها باعث احتباس آب و سودیم در عضویت گردیده لذا نزد خانم ها احساس یک تورم و پندیدگی خصوصا در قسمت سفلی بطن بوجود میآید. سویه پائین سیروتونین و اندورفین ها (endorphins) سبب تولید اعراض روحی و روانی میشود و پروستاگلاندین ها باعث دیسمنوره میگرددند. تمام حالاتیکه تذکر داده شد در عارضه PMT به سویه نارمل دریافت میشوند. بناءً حالا چنین فکر می شود که عکس العمل بیش از حد و مفرط انساج target به سویه نارمل فعالیت هورمونهای جنسی سبب تشدید اعراض میگردد و اعراض را متبازز تر و بر جسته تر میسازد.

اعراض کلنیکی

- ۱- خانم احساس پندیدگی و تورم در قسمت سفلی بطن خود میکند.
 - ۲- احساس پری و حتی حساسیت در ثدیه ها .
 - ۳- تکرر ادرار دارد.
 - ۴- فرط تخرشیت، انحطاط روحی و میگرن نزدش دیده شده و حتی متجاوز و پرخاشگر گردیده و بعضا تمایل به خودکشی دارد.
 - ۵- قدرت تمرکز فکری خود را در مسائل از دست می دهد.
 - ۶- تزیاید احتباس مایعات بمقدار 1-2kg در وزنش بملاحظه می رسد.
 - ۷- اعراض سیستم جهاز هضمی مانند قبضیت و دردهای مزمن حوصلی مشابه به اندومتریوز نزدش تاسس می نمایند.
- اعراض خفیف قابل تحمل بوده ولی اعراض شدید حتی ایجاب بستر شدن را میکند.

تشخیص تفریقی

دردهای مزمن حوصلی و کاندجستیف دیسمنوره اعراض مانند PMT را دارا میباشند لذا نزد مریضه U/S انجام شود تشخیص معین میگردد . با لاپراسکوپ اندومتریوز خفیف و احتقان روده ها و اورگان های حوصلی میتواند رد و یا تایید شود.

تداوی

از آنجائیکه PMT سبب خاصی ندارد بناء تداوی آن بصورت تجربی و عرضی لازم است اجرا شود.

۱-Diuretics: مانند spirinolacton بمقدار 25mg/TID سبب تنقیص احساس آب بدن گردیده و عارضه آن رفع میشود. یک دوا جدید بنام



drospirinolacton (که حاوی 30mg ethinyloestradiol + 30mg drospirinolacton) نتیجه خوب در تداوی داده است.

۲- تداوی با هورمون ها: از وصله های ستروجنی هفتهء دومراتبه implante، و تجویز پروجستوجن ها به مقاصد مختلف استفاده شده میتواند. micronized progesteron بمقدار 200-400mg/D بشکل فمی و یا مهپلی در premenstrual phase میتواند مفید ثابت شود. از COC که سبب ایجادسیکل غیر تیضی که بدون درد است نیز میتوان استفاده نمود.

۳- برای رفع ناراحتی های ثدیتان از بروموکرپیتین بمقدار ۲.۵-۱.۲۵ میلیگرام و یا Danazol 200mg/D میتوان استفاده نمود. GnRH میتواند موثر واقع شود ولی بنا به دو دلیل یکی قیمتی بودن آن و دیگری تداوی دوامدار که منجر به اوستیوپوروزیز میگردد بهتر است استفاده نشود.

۴- دیسمنوره خانم با نهی کننده های پروستاگلندین ها رفع می شود مانند میفینیک اسید و غیره.

۵- تجویز Anxiolytic ها مانند Alprazolam و ادویه ضد انحطاطی سبب رفع اعراض روحی روانی خانم میگردد.

۶- تجویز fluoxetine (نهی کننده انتخابی سیروتونین) بمقدار 20-60mg/D سبب اصلاح روش عادت خانم گردیده و روحیه وی را برای رفع عارضه تقویت می بخشد، هم چنان از ادویه sertraline 5-15mg/D و citalopram 20-40mg/D میتوان استفاده موثر برد.

۷- روغن Primrose بمقصد تنقیص مایع احتباس شدهء عضویت میتواند موثر ثابت شود.

۸- با تجویز vit B₆ بمقدار 200-800mg/D سوبهء سیروتونین و دوپامین ها بلند می رود.

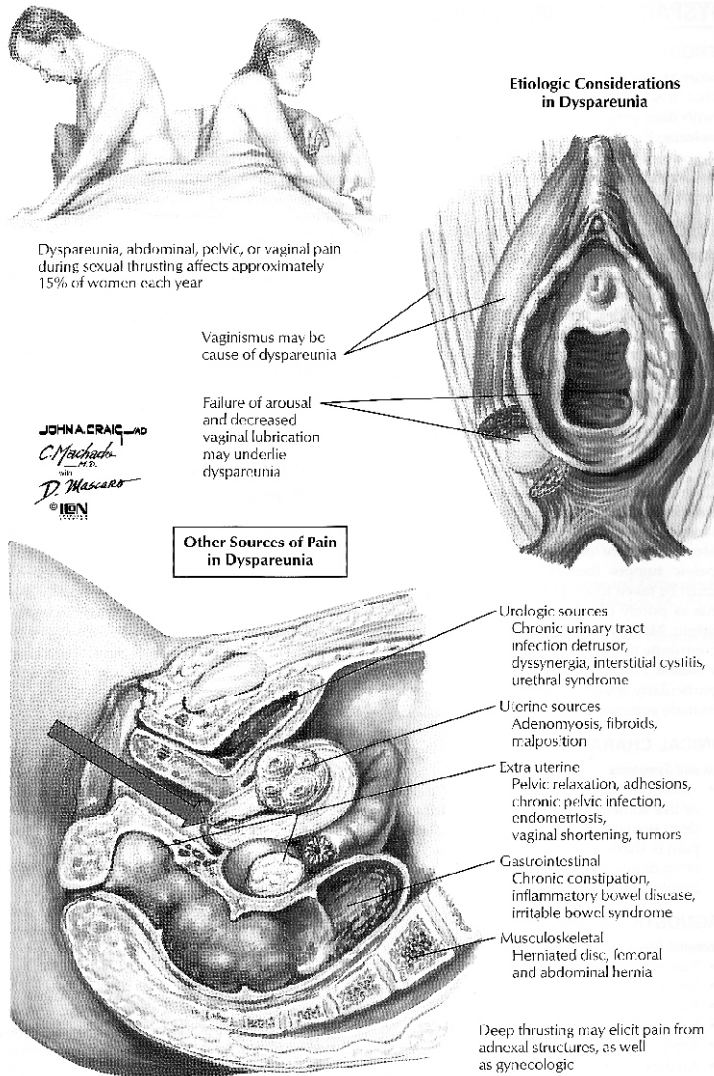


۹- تجویز vit E میتواند مفید ثابت گردد.

۱۰- تمرینات فیزیکی خصوصاً yoga کمک شایانی میکنند

۱۱- نهایتاً در خانم های مسن عملیه هسترکتومی همراه با

Bilateral oophorectomy میتواند مفید واقع گردد.



(۴)

شکل (۱۴)

Menorrhagoea

تعریف: عبارت از قاعده گی منظم بوده فقط مقدار ضیاع خون (نارمل 50 ± 80 ملی لیتر) و یا مدت دوام خونریزی (نارمل 5 مثبت منفی 2روز) و با هر دو شکل آن تزیاد می یابد. فعالیت H.P.O Axis معمولاً نارمل بوده و علت باید یا عمومی یا در رحم و سیستم اروائی حوصله جستجو گردد. هنگامیکه خانم بیشتر از 100-130ml خون ضایع کرد زیر نام متروراجی باید مورد بحث قرار داده شود. مقدار ضیاع خون در یک عادت ماهوار نهایتاً (50 ± 80^{cc}) میباشد.

اسباب

A - اسباب عمومی

- 1- امراض خون مانند لوکیمی و غیره
- 2- تشوشات تحثری خون: ترومبوسایتوپنیا، پورپورا وانیمی شدید.
- 3- تشوشات غدوات تایروئید: هیپروهیپوتیروئیدیزم و غیره.
- 4- مراحل مقدم TB اورگانهای حوصلی.

B- پتولوژی اورگانهای حوصلی

- 1- PID
- 2- التصاقات حوصلی.
- 3- فیبروئیدهای رحمی.
- 4- ادینومیوزیز.



- ۵- تومورهای مبیضی feminising و تومورهای Theca و گرانولوزا.
۶- اندومتريوزيز.

C- اسباب از اثر کاربرد میتودهای ضد حاملگی

۱. استعمال IUCD (در حدود ۵٪ مسئول خونریزی متروراجی است).
۲. متروراجی بعد از اجرای عمل sterilization (15%) که دلایل علمی مشخصی در زمینه وجود ندارد.
۳. استفاده از مرکبات که حاوی پروجسترون تنها اند.

D- عوامل هورمونی

- ۱- در سیکل تحیضی تیضی (۲۰٪) از اثر پاشیدن غیر منظم اندومتر عارض میگردد.
- ۲- در سیکل تحیضی غیر تیضی (۸۰٪) از اثر Strogen withdrawal نزد مریضه خونریزی به شکل متروراجی بوجود میآید.
- ۱- متروپاتی هموراژیکا سبب عارضه شده میتواند.

Investigation

- ۱- تاریخچه: شروع، مدت دوام امینوره، اسباب مساعد کننده دیگر مانند استفاده از ادویه ضد حاملگی، موجودیت و عدم موجودیت دیسمنوره و اعراض ضمیموی دیگری اگر موجود باشد بررسی گردیده و در نظر گرفته شوند.
- ۲- سابقه امراض خون، آفات غده تیروئید و توبرکلوز.



- ۳- معاینه عمومی مریضه انجام شود.
- ۴- معاینه مکمل حوصلی اجرا شود.
- ۵- معاینه مکمل خون اجرا گردد.
- ۶- رادیوگرافی شش ها برای رد TB صورت گیرد.
- ۷- D+C جهت رد TB اندومتر و تاثیرات هورمونی بعمل آید.
- ۸- u/s برای دریافت آفات پتولوژیک حوصله انجام شود.
- ۹- هستروسکوپی تشخیصی اجرا شود.
- ۱۰- در صورتیکه با اجراءات لازمه فوق نتیجه بدست نیامد لاپراسکوپی برای دریافت آفات پتولوژیک حوصلی صورت گیرد.

تداوی

- باساس دریافت آفت تداوی عیار گردد.
- ۱- در تشوشات خون، فعالیت غدهء تیروئید و توبرکلوز اعضای حوصلی ، با متخصصین بخش های مربوطه و در تفاهم با آنها تداوی انجام شود.
 - ۲- در وقایع انیمی تداوی با آهن و تغذی مناسب تهیه گردد.
 - ۳- در وقایع حوصلی تداوی باساس سن، تعداد ولادت، تقاضای مریضه و وسعت آفت عیار ساخته شود.
 - ۴- در حالاتیکه IUCD و یا بعد از عملیاتی که جهت استیریلیتی انجام شده خونریزی موجود باشد با (NSAIDs) مانند میفینیمیک اسید 250-500mg/TID و غیره ادویه این گروپ تداوی انجام شود.
 - ۱- اگر عارضه هورمونل باشد از ستروجن ها، پروجسترون ها، داناژول و GnRH به طرز مناسب تداوی آغاز یابد.

Dysfunctional uterin bleeding (DUB)

خونریزی هایکه از اثر تشوشات وظیفوی رحم ایجاد میشود

در تعداد کثیری از خانم هائیکه از مینوراجی شکایت دارند نمیتوانیم دلیل خاصی مبنی بر پتولوژی اعضای حوصلی و یا اسباب عمومی دریافت کنیم که بحیث دلیل عارضه مسئول شناخته شوند. با اجرای بیوپسی که از جوف رحم گرفته می شود مراحل مختلفه رشد و نموی اندومتر در صفحه فولیکولیر بملاحظه می رسد که نشان دهنده یک سیکل تحیزی غیر تیضی است که همین حالت را بنام DUB یاد میکنند ، بناء DUB یک حالتی است که از اثر فرط افراز استروجن ها (چه داخلی و چه خارجی) و یا عدم مواجه شدن اندومتر به استروجن ها بمیان میاید.

سیکل نارمل اساساً قرار ذیل قبول شده است (۵)

فاصله بین دو عادت ماهوار 28 ± 7 روز.

دوام مدت خونریزی 2 ± 5 روز.

مقدار ضیاع خون درهر عادت ماهوار 50 ± 80 سی سی.

نوت: در منابع مختلف این اعداد اختلاف دارند ولی نهایتاً از اعداد فوق

بیشتر نیست.

پتوجینز

رحم تحت تاثیر متناوب ستروجن و پروجسترون سبب تولید انواع مختلف prostaglandin ها از ارکیدونیک اسید که پیشقدم آنهاست میشود ، که از آنجمله PGE_2 و PGF_2 بحیث توسع دهنده های اوعیه و $Antiplatelet$ عمل نموده و PGF_2 الف و ترومبوکسان A_2 که توسط پروجسترون تولید میشود بحیث تقبض دهنده های اوعیه عمل کرده و سبب تجمع $Platelet$ ها میگردد که زمینه ساز جلوگیری از ضیاع خون میباشد. لذا عدم موجودیت پروجسترون در یک سیکل تحیضی غیر تیضی باعث دوام خونریزی به شکل مینوراجی میگردد. در یک تعداد این وقایع انزایم فیبرینولیتیک و $(T.P.A)$ Tissue plasminogen Activator نیز تراید یافته که با النوبه سبب تداوم خونریزی بیشتر میگردد.

DUB از سبب سیکل های غیر تیضی در هر سن و سال ایجاد شده میتواند و قرار ذیل تصنیف شده است

۱- مینوراجی در دوران بلوغت (three shold bleeding) .

۲- متروپاتیا هموراژیکا در دوران باروری.

۳- مینوراجی در صفحه قبل از مینوپوز.

-I Puberty menorrhagoea

عارضه در شروع مینارش بملاحظه رسیده میتواند لاکن در چند ماه اول نارمل میباشد مینوراجی نزدشان به شکل خونریزی بسیار زیاد و یا اینکه خونریزی در حد نارمل ولی طولانی تر از روزهای نارمل ادامه میابد و اگر بزودی اقدام به

تداوی آن نشود خانم معروض به انیمیا میگردد و با u/s هیچ نوع پتولوژی در اورگانهای حوصلی دریافت نمی شود.

دختران جوان با تداوی با استروجن از طریق فمی روزانه ۳ مرتبه اکثرا بخوبی جواب میدهند و یا اینکه بمقدار ۲۵ ملی گرام پریمارین IV روز یکدفعه تجویز شود تاثیر بسزایی دارد. اما طور احتیاط نباید از مقدار زیاد و طولانی استروجن استفاده نمود زیرا عوارض جانبی زیادی را در بر خواهد داشت.

بناء قرار ذیل تداوی تنظیم گردد

۱- توصیه COC سه تابلت در روز تا وقتیکه خونریزی توقف کند برای جلوگیری از خونریزی withdrawal مقدار آن ۲ مرتبه در روز برای ۳-۴ روز و بعدا به یک تابلت در روز برای ۲۰ روز پائین آورده شده و ادامه یابد. در وقایعی که DUB تکرار شود باید تداوی برای ۳-۶ سیکل متواتر تعقیب گردد.

۲- بر علاوه استفاده از pill های مختلط یک مقدار پروجسترون 5-10mg از عین طریقیکه pill استفاده میگردد نیز استفاده شود.

۳- در صورتیکه با این تداوی جواب ندهد کورتاژ اندومتر بمقصد رد TB اندومتر انجام شود که در ۴٪ وقایع مینوراجی ها در مراحل بلوغ مسئول شناخته شده اند.

۴- در این اواخر با Mirena IUCD در داخل رحم از وقایعی که نتیجه با تداوی های فوق حاصل نگردیده است در حدود ۹۰٪ نتیجه خوب گرفته شده است و برای ۶ ماه باقی می ماند.

۵- برای جلوگیری از انیمیا مرکبات آهن تجویز گردد.



۶- در صورت انیمی شدید نقل الدم اجرا گردد.

II - Premenopausal Minorrhagoea

با اجرای u/s، اندومتریال کوریتاژ، هستروسکوپی و گرفتن بیوپسی از اندومتر جهت هستوپتولوژی باید حادثات پتولوژیک اورگانهای حوصلی را رد نمود و عمدتا قبل از تداوی محافظوی باید آفات خبیثه نزد خانم رد گردند. تداوی عینا مانند تداوی در متروپاتیا هموراژیکا میباشد باستثنای اینکه در عدم جواب به تداوی محافظوی بزودی تصمیم به هسترکتومی گرفته شود. خونریزی های دوره قطع طمث یا P.M.B اسباب متعدد وصفی و عمومی دارند که عمدتا عبارتند از:

۱. دهلیز: ترضیضات، التهابات و تخریبات سلیمه و خبیثه
۲. مهبل: وجنیت ها، اجسام خارجی مانند تطبیق پساری در حالات سقوط رحم وغیره، وجنیت ازسبب پیشرفت سن (Senil vaginitis) تومورهای سلیمه و خبیثه مهبل و وجنیت بعد از شعاع دادن.
۳. عنق رحم: تخریضات عنق، پولیپ های عنق رحم از اثر پرولاپس عنق و آفات خبیثه عنق رحم.
۴. رحم: اندومتریوتوکلوزیک، هیپرپلازی اندومتر، پولیپ اندومتر، کارسینوما و سارکومای اندومتر و تومورهای mix mesodermal.
۵. خونریزی غیرطبیعی رحم (DUB) یا متروپاتیا هموراژیکا.
۶. امراض خبیثه نفیرهای رحمی.
۷. تخمدان ها: تومورهای سلیمه مانند گرانولوزال تومور، Brener tumor، Theca cell tumor و همچنین تومورهای خبیثه تخمدانها.

۸. طرق بولی و کرانکول احلیل ، پاپیلوما و کارسینوماى مثانه ممکن است به اشتباه خونریزی مهبلى تعبیر گردند.

۹. امعاء و جهاز هضمی: خونریزی از هموروئید ، کانسر رکتوم، فیسورها و فیستولهای مقعدی هم می تواند سب خونریزی شده و اشتباها به خونریزی های مهبلى نسبت داده شود.

۱۰. تداوی با استروجن بصورت دوامدار و یا غیرمعقولانه سبب خونریزی های منظم و حتی دوامدار مهبلى شده می تواند.

۱۱. فرط فشار خون و امراض مختلفه خون می تواند سبب عارضه شود.

Metropathia heamorrhagica- III

متروپاتیا هموراژیکا معمولا در سنين ۴۰-۳۵ سالگی بیشتر تصادف گردیده و ندرتا در خانم های جوانتر بملاحظه می رسد ظهور عارضه به تعداد پاریتی مریضه ارتباط ندارد.

پتولوژی

رحم طور یکنواخت محجم بوده و باندازه حمل ۱۰-۱۲ هفته جسامت دارد ضخامت جدار آن تا حدود 2.5 cm رسیده میتواند و اندومتر بیشتر از 10mm ضخامت داشته و به شکل polypoid میباشد که یک تعداد از پولیپها در جوف رحم به حالت آویزان مشاهده میشوند . یک و یا هر دو تخمدان حاوی کیست فولیکولیراند . غدوات اندومتر دارای قنات های متوسع بوده و یک تعداد



از غدوات باندازه یی متوسع اند که منظره پنیر سویسی را تمثیل میکنند. معدوم شدن افرازات اندومتر نمایانگر حادثه mitropathia heamorrhagica بصورت مشخص میباشد. ساحات نکروتیک در طبقه سطحی اندومتر بملاحظه رسیده میتواند.

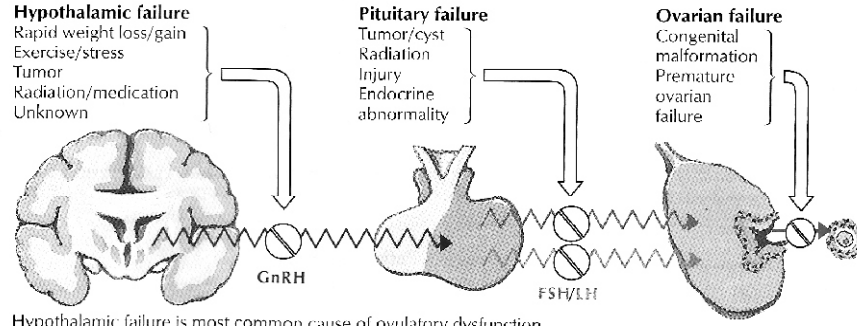
لوحه کلینیکی

بیشترین شکایت مریضه را خونریزی متداوم و طولانی شدن عادت ماهوار تشکیل میدهد. اگر چه خونریزی آنقدرها شدید و زیاد نیست ولی اگر عارضه دوام کند سبب کم خونی نزد مریضه میگردد. خانم شاید از مینوراجی قبل از دوامدار شدن عادت ماهوار حکایه نماید. در بسیاری وقایع عادت ماهوار بوقت معین خود شروع نموده ولی بدون توقف ادامه یافته است و دیسمنوره واضحاً موجود نیست.

باستثنای رحم محجم با معاینه حوصلی تمام اورگانها نارمل اند اگر قبل از شروع آفت نزد مریضه امینوره موجود بوده باشد مسئله سقط و یا حمل خارج رحمی باید مد نظر بوده و رد گردند. متروپاتی هموراژیک همیشه بدون درد است و اگر با درد همراه باشد مسئله Ectopic pregnancy باید مد نظر باشد.



Causes of Ovulatory Dysfunction



BBT

Day	Temperature (°F)
1	97.8
7	97.4
14	98.0
21	98.6
28	98.0

Oligomenorrhea or amenorrhea and abnormal BBT are typical signs of ovulatory dysfunction

Polycystic ovary

Adrenal tumor

Anovulation associated with increase in androgens; adrenal tumors or polycystic ovarian disease may cause virilization

Pituitary adenoma → Prolactin → Galactorrhea

Pituitary adenoma increases prolactin and causes amenorrhea

Hypothyroidism can cause amenorrhea with ↑TSH

Hypothalamic amenorrhea (most common cause of anovulation) requires exclusionary testing

Extreme weight loss or excessive exercise may cause hypothalamic amenorrhea

JOHN A. CRAIG MD
© IGIN

(٤)

شکل (١٥)



بررسی

- ۱- فیصدی Hb، صفحات دمویه، کریوات سفید و گروپ خون مشخص و معاینه گردند.
- ۲- شکر خون و فشار خون مشخص گردد.
- ۳- u/s اورگانهای حوصلی توصیه شود.
- ۴- D+C اجرا شود.
- ۵- هستروسکوپی و بیوپسی انجام شود.

تداوی

بیشترین خانم های مصاب متروپاتی هیموراژیک در دوران باروری قرار دارند لذا لازم است تا در وحله اول تداوی های کانزر واتیف مد نظر گرفته شوند.

تداوی کانزر واتیف عبارتند از:

- ۱- تداوی طبی.
- ۲ تداوی تهاجمی که بسیار جزئی اند.
- ۳- جراحی جذری و اساسی.

Medical Treatment – 1

- ۱- تداوی انیمیا.
- ۲- تداوی هورمونی.
- ۳- تداوی با کانتراسپتیف ها.
- ۴- تجویز پروجستوجن ها.



۵- دانازول.

۶- Mirena IUCD.

۷- GnRH.

۸- دیگر ادویه هورمونی.

● Combined Oral Contraceptive (COC): ادویه ضد حاملگی مختلط

(ستروجن و پروجسترون دار) نه تنها در کنترل خونریزی کمک کننده خوب بوده بلکه در نظم عادت ماهوار بعدی هم موثریت بلندی دارد و مانندیکه در مینوراجی توضیح گردیده است تجویز گردد. باید متذکر شد که تجویز ستروجن در سنین بلندتر از ۳۵ سالگی هم خطر خود را دارد، از این سبب ترجیحا از مرکبات پروجسترون بهتر است استفاده شود.

● پروجسترون بمقدار 10-30mg روزانه در چند دوز مختلف برای

کنترل خونریزی در ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت موثر ثابت شده میتواند، اما دوز تعقیبیه آن 5-10mg برای سه هفته و بعدا یک هفته توقف بمدت ۶ ماه خونریزی را قطعاً کنترل کرده میتواند.

اعراض جانبی تداوی دوامدار با پروجسترون عبارتند از دلبدی، استفراغ، وزن گرفتن و انحطاط روحی. تزاید LDL که از این نوع تداوی متصور است زمینه خطرات کاردیو و زکولیر را بلند می برد لذا توصیه میگردد که از دو مستحضر مدروکسی پروجسترون استات و دو فاستون که سبب تزاید LDL نمیگردند استفاده بعمل آید.



مرکبات پروجسترون در فاز افرازی ۱۰-۱۲ روز قبل از عادت ماهوار بشکل دورانی نیز میتواند مورد استفاده قرار گیرد ولی موثریت استفاده دوامدار در طول سیکل را ندارد.

• **Danazol**: دانازول با وجودیکه خونریزی را کنترل کرده میتواند ولی نظر به عوارض جانبی که اندروجنیک ها از خود بجا میگذارند و از طرفی هم قیمت آن بلند است لذا کمتر از آن استفاده میشود. دوز آن ۲۰۰-۴۰۰مگ فی روز میباشد.

• **Gestrinone** بمقدار ۲.۵ - ۵ میلی گرام هفته دو مرتبه در ۸۵٪ موارد سبب امینوره میگردد عوارض جانبی آن نسبت به دانازول خیلی کمتر است ولی دوا متاسفانه قیمتی است.

• **Mirena IUCD**: اساسا برای کنترل خونریزی موثریت خوب دارد علاوه بر اینکه ۹۷٪ خونریزی را کنترل کرده میتواند به مدت ۵ سال به حیث یک وسیلهء ضد حاملگی میتواند در جوف رحم باقی بماند.

• **GnRH**: از شکل **depote** آن بمقدار ۳.۶مگ زرق عضلی در هر ماه یک مرتبه تا ظرف ۴-۶ ماه میتواند موثریت خوب داشته باشد از آنجائیکه از یک طرف این دوا قیمت بوده و از جانب دیگر تداوی دوامدار با آن نسبت اینکه تاثیرات اتی ستروجنیک دارد زمینه ساز اوستیوپوروزیز نزد خانم ها میگردد. لذا بحیث آخرین میتود تداوی در متروراجی بکار برده میشود.

دیگر ادویه غیرهورمونی که میتوانند موثر باشند عبارتند از:

۱- (Ethamyslate).

۲- (NSAIDs).

۳- (انتی فیبرینولیتیک ها).

۴- (clomiphene).

۱. **Ethamyslate**: قدرت شکنندگی اوغیه کیپلر را تنقیص میدهد و بمقدار 500mg روزانه ۴ مرتبه شروع شده (پنج روز قبل از عادت ماهوار متوقع) و تا هنگامیکه خونریزی به ۵۰٪ تقلیل یابد. ادامه داده میشود. هم چنین Trinexamic acid که یک ماده انتی فیبرینولیتیک است بمقدار 1-2g در روز در جریان روزهای خونریزی تجویز میشود در حدود ۵۰٪ خانم ها به آن جواب میگویند مرکبات مشترک این دو ادویه هم در بازار تجارت موجود است. Trinexamic acid سبب دلبدی، استفراغ، اسهال، سردردی، تشوشات رویت و ندرتا ترومبوز داخل قحفی شده میتواند. NSAIDs به مقدار 250-500mg/TID در حدود ۷۰٪ خونریزی را کنترل کرده میتواند و عوارض جانبی آن عبارتند از: دلبدی، استفراغ و اسهال و ندرتا هم انیمی نزد مریضان میباشد.

۲. **Clomiphene** هم میتواند سبب توقف خونریزی شود خصوصا اگر خانم اولاد هم خواسته باشد توصیه میگردد.

۲- (MIS) Minimal Invasive surgery

۱- D+C: به سه مقصد تشخیص، مطالعه تاثیرات هورمونی بالای اندومتر و رد خباثت عارضه لازم است انجام شود. در حدود 30-40% موثریت دارد و سبب شفای خونریزی میگردد.



۲- MIS: آخرین تکنولوژی جدید بدسترس قرار گرفته است که با استفاده از آن از هسترکتومی نزد خانم های جوان میتوان جلوگیری نموده و خونریزی را توقف داد.

MIS شامل پروسیجرهای ذیل است.

Transcervical Hysteroscopic Resection of Endometrium(TCRE)

Radiofrequency Induced Thermal Endometrium Ablation(RITEA)

• Ballon therapy(BT)

• Microwave Endometrial Ablation (MEA)

• Uterin tamponad)

• TCRE

هستروسکوپیک اندومتریال ابلیشن که با استفاده از شعاع لایزر اجرا میگردد که توسط Rullar ball الکترونیکی کواگولشن در کنترل خونریزی میتواند موثر واقع شود با اجرای کورتاژ اندومتر آفات پره مالیگنانسی میتواند تحری گردد.

در عملیه TCRE در حدود ۲۵٪ واقعات خونریزی های رحمی بعد از سه سال دوباره تکرار میشود که یا باید دوباره TCRE اجرا شود و یا اینکه هسترکتومی انجام شود. علاوه تا دیسمنوره بعد از عملیه TCRE نزد مریضه ممکن است بوجود آید.

مضاد استطباب TCRE

۱- رحم های بزرگ همراه با فیبروم و یا رحم های که سکار دارد.

۲- هرگاه آفات پری کانسرو و یا کانسرو اندومتر مشخص شود.

۲- نزد خانم جوانیکه میخواهد حامله شود و یا به قطع عادت ماهوار خود موافق نیست.

• **Radifrequency Induced Thermal Endometrium Ablation (RITEA)**

در این عملیه probe الکترونیکی داخل رحم گردیده و بر زاویه ۳۶۰ درجه در ظرف ۲۰ دقیقه در جوف رحم دور داده میشود در حدود ۸۵٪ وقایع در کنترل خونریزی موثر است و ۳۰٪ خانم ها یکسال بعد از اجرای عملیه به صفحه امینوره وارد میشوند، سوراخ شدن رحم و سوختن مهبل از اختلالات این پروسیجر میباشد ولی TCRE هزینه کم دارد.

• **Ballon therapy**

با مایعات داغ در داخل بالون طبقه سطحی اندومتر رحم سوختانده میشود (تحت انستری موضعی). اجرای پروسه طوریت که بالون در داخل رحم از 30ml ملی لیتر 5% glycine در حالیکه درجه حرارت ۸۵°C دارد پر گردیده و بمدت ۸ دقیقه در داخل رحم قرار داده میشود در حدود ۷۰٪ خانم ها مصاب امینوره گردیده و متباقی در ظرف یک سال وارد صفحه اولیگومینوریا میگرددند.

۳- **جراحی جذری و اساسی**

عبارت از برداشتن رحم بشکل تام یا ناتام نظر بعارضه میباشد. (در خانمهای مسن و اگر با تداوی های محافظوی جواب حاصل نشد) نزد خانمهای کمتر از ۵۰ ساله هم هسترکتومی اجرا گردد ولی تخمدان ها بهتر است حفظ شوند.

Genital Prolapsuse

سقوط ارگانهای تناسلی جنسی

پرولاپس یا سقوط اورگانهای تناسلی جنسی داخلی خصوصاً رحم یکی از معمولترین پرابلم های خانمهای مسن و کثیرالولاده میباشد. هم چنین عارضه میتواند نزد خانم های جوان که پاریتی محدود و کم هم دارند اگر ولادت در خانه بشکل غیر فنی صورت گرفته و یا ولادت طولانی و مشکل داشته و یا اینکه کارهای ثقیل و ایستاده پا در دوران نفاسی انجام داده اند بوجود آید. در ۰.۵٪ وقایع پرولاپس قبه مهبل به تعقیب هسترکتومی مهبل و بطنی نیز رخ داده میتواند.

اسباب

اگر چه اسباب ابتدائی و موثر در عارضه عدم کفایه عضلات طبقات حوصلی و رابطه استحکامی اعضای تناسلی جنسی داخلی میباشد ولی اسباب عمده آن که در حقیقت فکتورهای مساعد کننده اند عبارتند از:

- ۱- ضعیف شدن تقویت عضلات عجان در دوره مینوپوز.
- ۲- جروحات و ترضیضات زمان ولادت.
- ۳- طفل بزرگ، زور زدن قبل از وقت در فعل ولادت و ولادت های طولانی و مشکل.

۴- ولادت با سامان و وسائل.

۵- ترخیصات عصب پودندال.

۶- عملیات Abdominoperitoneal resection و ولوکتومی جذری که باعث ضعیف شدن تون عضله لیواتور مقعدی میگردد.

۷- سرفه های معند، برانشیت مزمن، چاقی، قبضیت های معند و هر عامل دیگریکه باعث فرط فشار داخل بطن میگردد مانند Ascitis و غیره.

۸- پرولاپس ولادی که با spina bifida مترافق است.

کمبود و نقصیه هورمون ستروجن سبب تضعیف شدن عضله levator ani و اربطهء رحمی که مسئول تثبیت رحم و جدار مهبل به موقعیت اصلی آن میباشد میگردد.

جروحات و ترخیصات در هنگام ولادت که سبب کش شدن و یا پاره شدن عناصر تثبیتیه میگردد نیز از عوامل عمده پرولاپس بشمار می روند ولی باید تذکر داد که اگر خانم بعد از ولادت رژیم لازمه غذایی گرفته و عوامل مساعد کننده را اصلاح ساخته و خصوصا اگر به ورزش در دوران نفاسی اقدام کند عارضه اصلاح گردیده و شفایاب میشود.

ولادت ذریعهء فورسپس (FR) با فشار زیاد، اجرای عملیه vacume خصوصا در عنق ناتام، زور زدن قبل از وقت مریضه به طرف پایان در صفحات ولادت از جمله عواملی اند که سبب تخریب و پائین آوردن مقاومت تون اقسام نگه دارنده حوصلی گردیده و زمینه را برای پرولاپس مساعد میسازد. تخریب و کش شدن عصب پودندال با عین میکانزم باعث سقوط اقسام حوصلی شده میتواند.

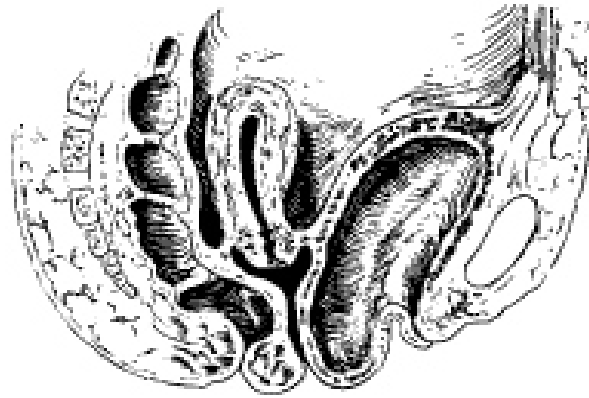
انواع کلنیکل سقوط اور گانهای تناسلی حوصلی

I- جدار قدامی مهبل

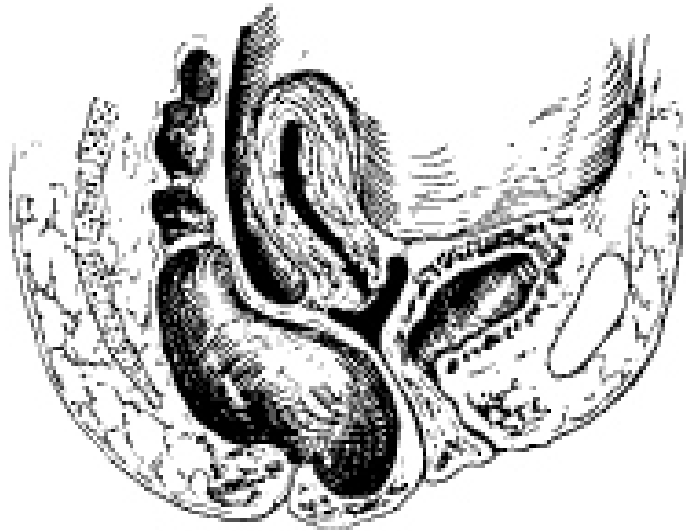
- ۱- ۲/۳ جدار قدامی مهبل (cystocele)
- ۲- ۱/۳ جدار قدامی سفلی مهبل (urethrocele)
- ۳- تمام جدار قدامی مهبل (urethrocystocele)

II- جدار خلفی مهبل

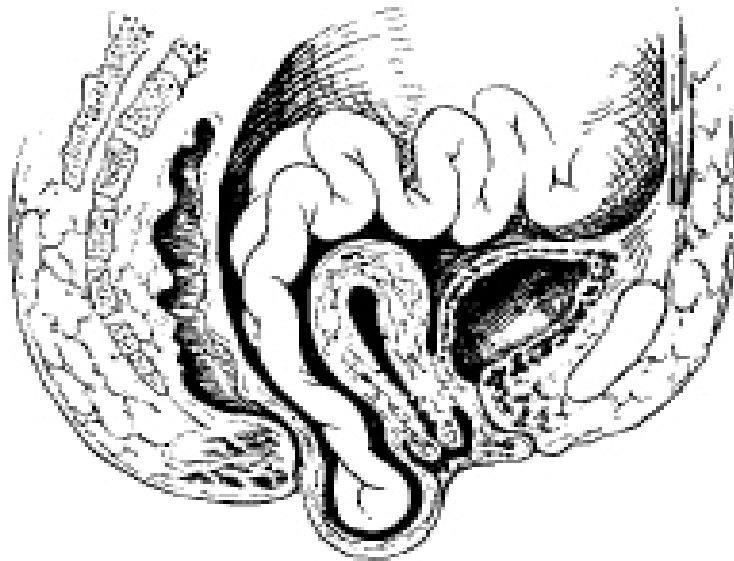
- ۱- ۱/۳ جدار خلفی علوی مهبل (enterocele)
- ۲- ۲/۳ جدار خلفی سفلی مهبل (rectocele)



(۲) Cystocele



(r) Rectocele



(r) Enterocele and prolapsed uterus

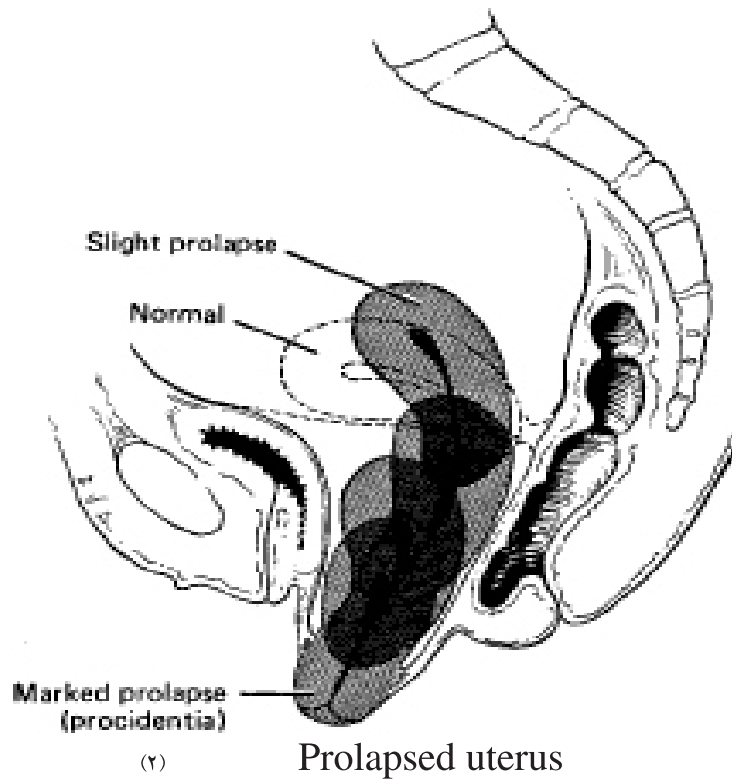
III- پرولاپس رحم

- سقوط رحم از نظر سریری بدرجات ذیل دسته بندی شده است
- ۱- درجه I: عنق رحم در داخل مهبل پائین آمده و محور رحم با مهبل موازی میگردد.
 - ۲- درجه II: عنق رحم تا حذای فوهه مهبل سقوط می کند.
 - ۳- درجه III: عنق و جسم رحم کاملاً از مهبل بیرون قرار دارند (procidencia)
 - ۴- درجه IV: Valut prolapsuse رحم و قبه مهبل کاملاً سقوطی اند.

تغییرات پتولوژیک

- ۱- اربطه vesicovaginal و احلیلی ضعیف و کم تون اند. هنگامیکه سیستوسل و رحم در خارج مهبل قرار گیرند در غشای مخاطی مهبل keratinization بملاحظه می رسد و تقرح در ساحه از اثر اصطکاکات بوجود آمده میتواند و senil vaginitis در نزد خانم های که به صفحه مینوپوز قرار دارند دیده شده میتواند.
- ۲- عنق رحم هیپرتروفیک بوده و سرویسیت مزمن نزدش موجوداست. تقرحات تروفیک از اثر اصطکاکات و احتقان در آن ایجاد شده که بنام قرحات Decubitus یاد میشود ولی دارای محیط مشخص و واضح میباشند. دوام آفت و قرحه زمینه را برای خبیث شدن آن مساعد میسازد.

در procidentia حالت معروض به پیچیدگی و خمیدگی شده و زمینه را برای هیدرونفروزیز مساعد میسازد و در حالت cystocle احتباس بقایای ادرار در مثانه زمینهء منتن شدن آنرا مساعد میسازد.



اعراض و علائم کلینیکی (۸)

- ۱- احساس پائین آمدن و پری در مهبل و یا خروج چیزی از مهبل.
- ۲- درد قسمت سفلی کمر و احساس فشار در قسمت سفلی بطن.
- ۳- اعراض بولی: فریکونسی ادرار، مشکلات در عمل تبول دیسیوریا و

stress incontinence.

۴- خونریزی های غیر منظم مهبل و یا خونریزی بعد از عمل مجامعت، خونریزی بعد از قطع طمث و افرازات مهبل.

۵- مجامعت دردناک و حتی بحدی که زمینه ساز برای Apronia

میگردد.

مریضه پائین آمدن یک جسم را در داخل مهبل و در مراحل مقدم با عملیه سرفه کردن، زور زدن، عطسه کردن و خنده کردن احساس میکند که با زور زدن و اجرای کارهای سنگین و دوامدار بیشتر شده و با عمل دراز کشیدن و استراحت معدوم و اصلاح میگردد علاوه بر آن اگر خروج رحم و مهبل مکمل (درجه III و IV) باشد در راه رفتن عادی مشکل دارد.

تکرر ادرار مربوط به بقایای ادرار بعد از تخلیه در داخل مثانه و ملاحظه اثنان میباشد. بعضا مریضان با فشار بالای مثانه از طریق مهبل در تخلیه آن اقدام میکنند که کار چندان مطلوب نیست.

Stress incontinence در صورتیکه معصرهء داخلی احلیل از سویهء عضله elevator پائین قرار گیرد نزد خانم بملاحظه می رسد و هرگاه تمام رحم و قسمت عمده مهبل از فوهه مهبل خارج گردند نزد مریضه عمل مجامعت انجام شده نمی تواند (Aparonia)

معاینه

مریضه در حالیکه مثانه آن قسما از اثر احتباس پر است معاینه میشود که خود نشاندهنده stress incontinence میباشد با وجودیکه برای وی توصیه گردد که مثانه اش را تخلیه کند. سیستوسل، رکتوسل و انتیروسل یادداشت

شوند. سپس درجه سقوط رحم، وضعیت عنق رحم و جدار مهبل به ترتیب چک و مشخص گردند اندازه رحم و درجه تحرکیت آن بررسی و تعیین گردد. پاپ سمیر و بیوپسی در صورت ضرورت گرفته شود در بسیاری وقایع تشخیص مستقیماً و قطعی انجام می شود باز هم با حالات ذیل تشخیص تفریقی گردد.

۱- کیست و تومورهای دهلیزی با سیتوسل تشخیص شود.

۲- دیورتیکولوم احلیل و cyst های آن که حدود مشخص و واضح دارند و توسط فشار از حجم آن ها کاسته نمیشود باز هم یورتروسکوپی تشخیص را وضع میکنند.

۳- پولیپ های فیروئید که از مهبل خارج شده اند ممکن با پرولاپس مغالطه شود که با دقت تشخیص وضع میگردد.

۴- انقلاب مزمن رحمی ممکن پرولاپس رحم را تمثیل کند دقت شود و u/s ما را کمک میکند و ممکن هم هستروسکوپی و در بسا موارد تشخیص را قطعی بسازد.

تداوی پرولاپس اورگانهای تناسلی حوصلی

I- تداوی نزد خانم جوانیکه در سن باروری قرار دارد.

بهترین و معقولترین روش تداوی برای مریضان مصاب پرولاپس عمل جراحی است که باید رحم برداشته شود مگر به سه حالت ذیل

۱- خانم حامله که پرولاپس داشته باشد.

۲- در ظرف ۶ ماه اول بعد از ولادت اقدام نشود.

۳- وقتیکه اصلاح و تداوی با اجرای گذاشتن پساری امکان پذیر باشد.



استطبابات Ring passary نزد خانم جوان

- ۱- خانمیکه می خواهد حامله شود.
- ۲- در هنگام تریمستر اول حاملگی، وقتیکه سن حاملگی از ماه سوم بیشتر شود جسم رحم از جوف حوصله بالا رفته و پرولاپس قسما ارجاع می شود بناء پساری باید برداشته شود.
- ۳- در دوران نفاسی پساری باید در داخل مهبل گذاشته شود.
- ۴- هنگامیکه انتانات موضعی و قرحات Decubitus تداوی و شفایاب شده باشند.
- ۵- خانمیکه با عملیات موافقه ندارد.

معیوبیت های passary

- ۱- تطبیق پساری سبب رفع موقتی عارضه شده و تداوی دائمی نمیتواند باشد و علاوتا در procedentia هم مورد استعمال ندارد.
- ۲- هر سه ماه یک مرتبه باید تعویض گردد.
- ۳- سبب dysparonia شده میتواند.
- ۴- نمیتواند stress incontinence را اصلاح کند.
- ۵- سبب vaginitis و قرحات مهبلی شده میتواند.
- ۶- گذاشتن دوامدار و بدون کنترل پساری سبب قرحات و حتی کانسر مهبل شده میتواند.

II- تداوی جراحی

- ۱- کولپورافی قدامی.
 - ۲- کولیو پرینیورافی خلفی.
 - ۳- ترمیم ذریعه fothergill (manchester operation)
 - ۴- هسترکتومی.
- اجرای نوع عملیات از یک طرف به سن و پاریتی خانم و از طرف دیگر به نوع و درجه پرولاپس ارتباط دارد.
- کولپورافی قدامی جهت تقویه و حمایت از صفاق vesico vaginal و مثانه انجام میشود. Stress incontinence مریضه با گذاشتن چند خیاطه محدود در حذای عنق مثانه و محکم کردن آنها اصلاح میگردد (kelly یا kennedy stiches)
- کولپورافی خلفی بمقصد محکم کردن و تقویت صفاق rectovaginal انجام میشود.

عملیات fothergill شامل قدم های ذیل است:

- ۱- توسع عنق انجام شود.
- ۲- امپوتشن عنق رحم اجرا شود.
- ۳- پیش آوردن رباط macken rod't's در قدام عنق.
- ۴- پوش کردن ساحات برداشته شده توسط flap مهبل.
- ۵- ترمیم جدارهای قدامی و خلفی مهبل.

اختلاطات

- ۱- هیموراژی یا خونریزی و مداخله انتان.
 - ۲- ستینوز عنق و یا تشکل هیماتوم در ساحه.
 - ۳- عدم کفایه عنق رحم و زمینه سازی برای سقط های عادتتی.
 - ۴- دیستوسی عنق رحم که زمینه ساز C.S در حمل بعدی میشود.
- هستركتومی نزد خانم ها وقتی اجرا میشود که خانم تعداد کافی اطفال را داشته ، یا اینکه فیبروم رحمی مطرح بوده و یا مسئله DUB نزد مریضه موجود باشد.
- قبل از اجرای هستركتومی ذریعه عمل جراحی باید انتان فعال اگر موجود باشد تداوی گردند (با استفاده از آیودین) و اگر قرحه در عنق رحم بشکل decubitus نزد مریضه تاسس کرده باشد با اجرای پانسمان و pack مهلبی در ظرف چند روز باید شفایاب گردیده و بعدا هستركتومی انجام شود.

تداوی در دوران مینوپوز

- تداوی پرولاپس رحم در مریضان که بدوره مینوپوز قرار دارند عبارتست از:
- ۱- تداوی وجنیت سینیل و قرحات decubitus با کریم ها که حاوی ستروجن میباشند.
 - ۲- بررسی درست و مناسب برای تثبیت نوع عملیاتی که باید انجام شود.

تداوی قاطع و مناسب

- ۱- تطبیق حلقه پساری.
- ۲- هستركتومی از طریق مهبل و ترمیم زمین حوصله یا قبهء مهبل همراه با کولپورافی قدامی خلفی.



۳- عملیات Le Fort.

I. تطبیق حلقه پساری به اهداف ذیل انجام میشود.

۱- اگر خانم برای عمل جراحی نامناسب باشد.

۲- اگر خانم عملیه جراحی را نپذیرد.

II. هستروکتومی مهیلی

با اجرای هستروکتومی مهیلی که رحم مکمل برداشته شده و قبهء مهبل یا زمین حوصله ترمیم میگردد و به تعقیب آن کولپورافی قدامی خلفی هم باید انجام شود.

اختلاطات

۱- خونریزی.

۲- مداخلات انتان.

۳- ترضیض و جرحه در مثانه و رکتوم در جریان عملیات.

۴- اختلاطات انستری.

۵- ترومبو امبولی بعد از عملیات جراحی.

۶- سقوط قبه مهبل چند وقت بعد از اجرای عملیات.

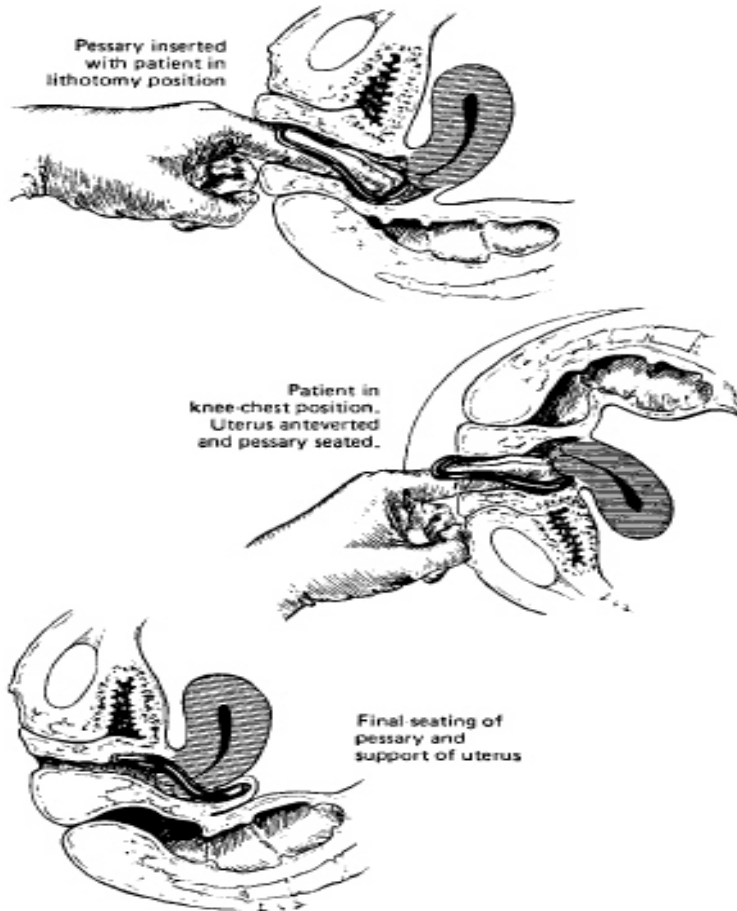
Le Fort Operation III

درین عملیه یک فلپ rectangular غشای مخاطی مهبل از قدام و خلف جدا ساخته شده و دو کنار نواحی قطع شده توسط خیاطه ها بهم نزدیک ساخته و محکم میگردند عملیات Le Fort نزد خانم های بسیار مسن، ضعیف و کم توان که سقوط قبه مهبل داشته باشند انجام شده میتواند.



خصوصیات ذیل نزد خانم باید موجود باشد که عملیات Le Fort انجام شود:

- ۱- خانم باید حتماً به صفحه postmenoposal باشد.
- ۲- خانم نباید stress incantence داشته باشد.
- ۳- خانم نباید علاقه مند مناسبات جنسی باشد.
- ۴- با اجرای u/s و pop smear باید اعضای تناسلی داخلی نارمل باشند.



پولیپ، فیبروم و سارکوم رحم

فیبروم رحم یکی از شایعترین آفات تومورهای سلیمه بوده که در دوران با روری نزد خانم ها بملاحظه رسیده میتواند و سارکوما نادرترین امراض خبیثه از جمله امراض سرطانی است.

پولیپ های رحم

انواع مختلف polyp ها در رحم با اعراض کلینیکی متفاوت میتواند بوجود آید .

انواع polyp های رحمی

- ۱- پولیپ های اندومتریوم.
- ۲- پولیپ های ادینوماتوز.
- ۳- پولیپ های که منشا پلاستائی دارند.
- ۴- پولیپ های فیبروئیدی .

Endometrial polyp -1

معمولا در هیپرپلازی اندومتر و متروپاتیا هموراژیکا بیشتر بملاحظه می رسد. شاید یک عددو بزرگ بوده اما اکثرا متعدد و کوچک بوده و دارای ساقه

باریک اند و در یک تعداد حالات ممکن است از فوّه عنق بیرون برآید. در صورتیکه ساقه پولیپ طولانی باشد حتی تا فوّه مهبل هم فرصت ظهور پیدا میکند.

پولیپ های اندومتر از نظر نسجی حاوی غدوات و نسج استرومای اندومتر بوده که توسط نسج اپیتل کولامنر (columnar epithelium) ستر شده اند. خانم ها از نظر کلینیکی از مینوراجی و خونریزی های بین الحیضی شکایت دارند. بامعاینه توسطه سپیکولوم در صورتیکه از عنق رحم خارج شده باشد قابل رویت بوده، رحم معمولا بزرگ و محجم تر جس می شود و با اجرای u/s تشخیص قطعی شده میتواند.

اساسی ترین راه تداوی عبارت از polypectomy و کوریتاژ جوف رحم است که باید محتاطانه وبدقت انجام شود نسج polyp باید از نظر هستوپتولوژی بصورت حتمی برای رد آفات خبیثه معاینه گردد. در پولیپ های که کارسینومائی باشند در مراحل مقدم نسج ساقوی آن ها طبیعت خبیثه دارد در حالیکه اگر پولیپ های سلیمه به طرف خباثت سیر کنند نسج ساقوی آنها سالم اند و این تشخیص تفریقی خیلی ارزشمند است که آیا آفت خبیثه ابتدائی است و یا ثانوی.

درین اواخر پولیپکتومی با اجرای هستروسکوپی مستقیما انجام شده میتواند و نسبت به اجرای کورتاژ ارجحیت دارد.

Adenomatous Polyp -2

این نوع پولیپ ها بیشتر در دوره مینوپوز بوجود میآیند از نظر نسجی این پولیپ بیشتر حاوی نسج فیروز بوده تا نسج غدوی، ازاین سبب است که آنرا بنام

ادنوفیبروماتوز یاد میکنند و این پولیپ بصورت نادر همراه با وقایع ادینومیوزیز هم دیده شده میتواند.

Placental polype- 3

از باقیماندن پارچهء از پلاستا این نوع پولیپ ها بوجود میآیند. خانم از خونریزی های بعد از ولادت بشکل ثانوی حکایه میکند و ضرورت به تخلیه توسطه دست و کورتاژ جوف رحم دارد که باید تحت انستزی عمومی انجام شود.

Cervical Polyp -4

پولیپ های عنق از غشای مخاطی کانال عنقی منشأ میگیرد. درین حالت غشای مخاطی دچار hyperplasia شده و بصورت التوات رویهم افتاده تظاهر میکنند در نتیجه یکی ازین التوات بداخل کانال Cervix بشکل polyp عرض اندام مینماید.

پتولوژی

- بوسیله اپی تیلیوم columnar پوشیده است.
- Stroma فوق العاده وعایی میباشد
- قطب سفلی polyp ممکن Squamous metaplasia را نشان دهد.
- غدوات stroma بشکل racemosa در stroma دیده میشود.



به تعقیب مقاربت جنسی ، خونریزی های نامنظم مهبل و درد کمر یا درد در قسمت سفلی بطن نیز از یافته ها شایع کلینیکی بشمار میرود در معاینه u/S پولیپ ها بشکل منفرد و یا چندین تایی ، متورم ، وعایی و احمراری به اندازه نخود قابل دریافت اند .

فیبروم های رحمی (۱۰)

سیستم FIGO فیروم های رحمی را به انواع تحت مخاطی ، داخل جداری (intramural) ، تحت سیروزی و تمام جداری (Transmural) قرارذیل تصنیف نموده اند

Type صفر: منحصر است به داخل جوف رحم (در داخل جوف رحم موقعیت داشته و توسط یک دنب باریک به اندومتر رحم مرتبط است)
Type 1: کمتر از ۵۰٪ از قطر کتله فیروید در داخل جدار رحم نفوذ نموده است

Type 2: ۵۰٪ و یا بیشتر از قطر کتله فیروید در داخل جدار رحم نفوذ نموده است

Type 3: محدود به طبقه اندومتر رحم بوده لکن هیچ بخش ان به داخل جوف اندومتر قرار ندارد.

Type 4: در بین طبقه عضلی رحم محدود بوده و به جوف اندومتر و طبقه

سیروزای رحم توسعه نیافته است.

Type 5: موقعیت تحت سیروزا داشته لاکن حداقل ۵۰٪ ان به داخل

طبقه عضلی رحم میباشد.

Type 6: موقعیت تحت طبقه سیروزا داشته لاکن کمتر از ۵۰٪ ان به

داخل طبقه عضلی رحم توضع دارد.

Type 7: در این شکل کتله فیبروید صرفا توسط یک ذنب باریک به

طبقه سیروزا رحم مرتبط است.

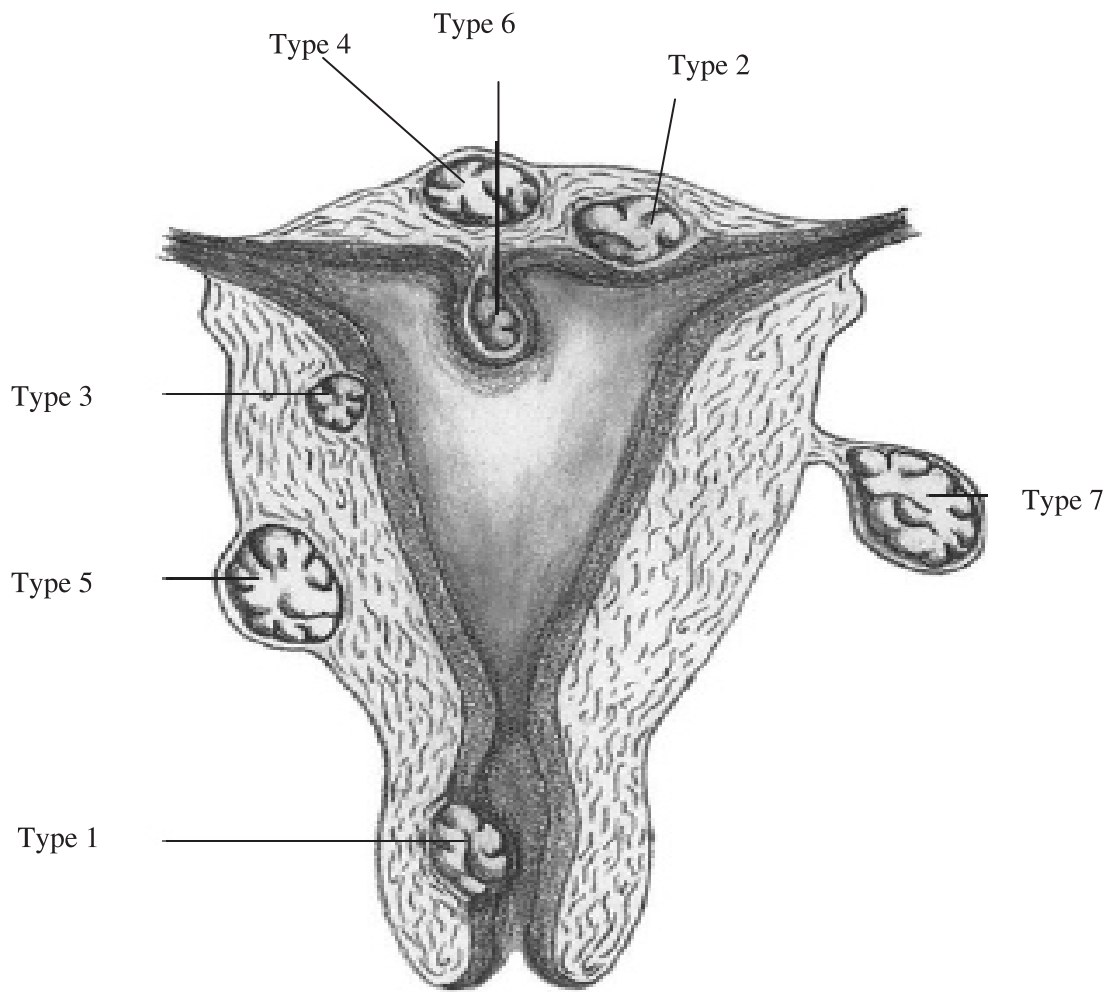
Type 8: به طبقه عضلی رحم پیوست نبوده مانند کتلاتی که در حذای

رباط پهن و مدور بدون پیوند مستقیم به طبقه عضلی رحم قرار دارند

نوع فیبروم Transmural با در نظر گرفتن ارتباط شان به اندومتریوم

در عمق و طبقه سیروزا در سطح تصنیف شده اند . با توجه به نوع ۲ و ۳ میتوان این

خصوصیت مهم را دریافت



(۲) Types of leiomyomas (۱۶) شکل

تأثیرات حمل بالای کتلات فیروید (۱۰)

اکثر فیروم ها در دوران حامله گی بزرگ شده و حمل تأثیرات متغیر و غیر قابل پیشبینی را بالای رشد فیروم دارد. اما بیشتر مرتبط به خصوصیات اختصاصی و جنیتیکی یک کتله فیروم، فکتورهای رشد دورانی و موقعیت ریسپتور ها در بالای کتله فیروید میباشد. مطالعاتی که بشکل پروسپکتیف بالای ۳۶ خانم صورت گرفته و با سونوگرافی که در جریان تریمستر اول انجام شده است موجودیت یک کتله واحد فیروم را نشان داده و نتایج سونوگرافی که متعاقباً به فاصله هر ۲ تا ۴ هفته صورت گرفته نشان داد که در ۶۹٪ از این خانم های حامله کتلات فیروم شان به حجم خود نه افزوده و برزگ نشده است. در ۳۱٪ از این خانم ها کتله فیروید شان برزگ شده و بیشترین درجه و سرعت رشد در هفته های دهم حاملگی مشاهده شده بود و سرعت رشد شان در دوران حاملگی هیچ ارتباطی به اندازه اولیه فیروم ها نداشت. و یک کاهش اندازه فیروم ها بطرف حجم اولیه (قبل از حامله گی) چهار هفته بعد از ولادت مشاهده گردیده بود

تأثیرات فیروم بالای رحم (۱۰)

نادراً دیده شده است که موجودیت فیروم در رحم انداز و پیشرفت حمل را به مخاطره میاندازد تحقیق که بالای یک گروپ بزرگ از زنان حامله در تریمستر دوم با معاینات سونوگرافی انجام شده و با دقت تا زمان ولادت تعقیب و پیگیری شدند و در عین مرکز ولادت نموده اند

در یک مطالعه که بالای ۱۲۶۰۰ خانم حامله صورت گرفته انداز ۱۶۷ خانم که همزمان مصاب کتلات متعدد فیروم ها بودند هیچ ارتباط به شیوع ولادت های قبل از وقت ، پاره شدن قبل از وقت غشای آمنیوتیک ، تاخر رشد در حیات داخل رحمی ، انفصال قبل از وقت پلاستا ، پلاستای سرراهی (Placenta previa) ، خونریزی های بعد از ولادت و احتباس پلاستا نداشتند. (۱۲- ۲۳٪) عملیات جراحی سزارین سیکشن در بین خانم های حامله که همزمان مصاب فیروم های رحمی بودند معمول بود

در یک مطالعه دیگر که بالای ۱۵۱۰۴ خانم حامله انجام شد و از جمله ۴۰۱ خانم مصاب فیروم بودند خطر پاره شدن قبل از وقت پلاستا ، ولادت مهلبی با استفاده از میتود های عملیاتی ، التهاب اغشیه و مایع آمنیوتیک و اندومتریوز در یافت نگردید هر چند خطر ولادت قبل از وقت (۱۲.۷٪ - ۱۹.۲٪) ، جفت سرراهی Placenta previa (۱.۸٪ - ۳.۵٪) خونریزی های بعد از ولادت (۲.۹٪ - ۸.۳٪) مشاهده شده و باز هم (۲۱.۴٪ - ۴۹.۱٪) عملیات جراحی سزارین سیکشن در بین خانم ها معمول بود

جروحات نزد جنین که از باعث فشار های میخانیکی کتله فیروم باشد غیر معمول است . یک تحقیق که از روی ارشیف PubMed در بین سال های ۱۹۸۰ الی ۲۰۱۰ صورت گرفت اشکار ساخت که این کتلات فیروتیک میتوانند سبب انومالی های راس جنین توام با تاخر رشد جنین (IUGR) در حیات داخل رحمی ، سوء اشکال ولادی ، کوتاهی یک عضو پا یا دست و یاسوء اشکال ولادی راس توام با تورتیکول شوند

هر تصمیم برای انجام میومیکتومی برای وقایه از مشکلات در دوران حامله گی باید خطر های عملیات جراحی ، انستیزی ، چسپنده گی های بعد از عملیات و احتمال افزایش تمایل به عملیات جراحی سزارین سیکشن دیگر ، ناراحتی های مریضه ، هزینه گران و مدت زمان دور ماندن از کار و فامیل باید محاسبه و در نظر گرفته شود

انواع فیبروم رحمی

فیبروم رحمی بدو شکل فیرومیو ما و یا لیومیوما در حدود ۲۰-۱۰٪ وقایع در نزد خانمها و اکثر ادرسن باروری بوقوع رسیده می تواند ویک تومور سلیم است. ندرتاً ممکن در مراحل مقدم بلوغت و یادوره مینوپوز به ملاحظه برسد. رشد تومور مربوط است به سویه هورمون های استروجن نزد خانم. کریتریای ذیل آن را مشخص میسازد.

- ۱- تومور در جریان حاملگی بیشتر رشد و نشو و نما دارد لاکن بعد از ولادت حتما کوچک گردیده و تکمش مینماید.
- ۲- این تومور ندرتاً در مراحل قبل از بلوغ و دوران مینوپوز پیدا شده و یا رشد و انکشاف میکند (کمبود هورمون استروجن)
- ۳- ادویه ضد حاملگی مختلط حجم تومور را تزاید میبخشد در صورتیکه GnRH در ظرف ۳ ماه در حدود ۵۰٪ حجم آنرا تنقیص می دهد.

Pathology

فیبروم یا از عضلات جدار اوعیه رحم و یا از عضلات رحمی (میوتریوم) منشا میگیرد. بیشتر تومورها در رحم عرض اندام میکنند لاکن در حذای عنق

رحم، رباط عریض و یا بالای رباط مدور نیز ندرتا میتوان آنرا مشاهده نمود بعضا بسیار کم در داخل جدار اوعیه پارامتر شروع به تشکل و رشد نموده که نهایتا از اثر رشد و پیشرفت آفت، اوعیه مشابه به حبل گردیده و این یک پروسه خطر ناک و مرگ آور است (مساعد ساختن امبولی های داخل و عائی) بعضا هم فیرومهای متعدد و منتشر داخل بطنی در جریان حاملگی بوجود آمده میتواند.

فیروم عنق رحم معمولا واحد بوده و اندازه بزرگ و محجم دارد از لحاظ ساختمان مشابه به تومورهای رباط عریض و یا تحت المخاطی میباشد. تومور ابتدا به شکل جوانه فیروتیک از میومتریوم منشا گرفته و به طرف داخل یا جوف رحم و یا به طرف خارج یا بیرون در داخل میومتریوم رشد کند.

اگر تومور به طرف خارج یا بیرون رشد کند سبب تشکل یک فیروم تحت المصلی (subserouse) و یا حتی فیروم که دارای ساقه مشابه به پولپ است میشود ندرتا این نوع پولپ ها با اعضای اوعیه دار داخل بطن تماس برقرار نموده و بشکل پرازیتی به رشد خود ادامه میدهند.

اگر تومور به طرف داخل جوف رحم به رشد خود ادامه دهد سبب تشکل فیروم تحت المخاطی و فیروئید پولپ میگردد و خیلی به آسانی میتواند منتن گردد خصوصا اگر از حذای عنق بر آمده باشد.

شیوع فیروم های داخل عضله رحم یا Intramural در حدود ۷۵٪ از تحت المخاطی ۱۵٪ و بشکل subserous آن ۱۰٪ و در حذای عنق ۱٪ میباشد.

خصوصیت تومورهای Interstitial اینست که بیشترین نسج آن نظر به دیگر انواع، نسج عضلی میباشد.

میوم وصفی و مشخص یک توموریست که بصورت واضح و مشخص توسط کپسول احاطه گردیده قوام آن با جس سخت بوده و منظره گلابی رنگ دارد اگر مقطع از آن گرفته شود منظره ماریچ و حلقوی را دارد اوعیه میومتریوم مسئول ارواء فیروم بوده و این پروسه از محیط به طرف مرکز تنظیم میشود از این سبب که مرکز فیروم به طرف استحال و اتروفی بیشتر مساعد میباشد و بر خلاف کلسیفیکا سیون بیشتر در محیط فیروم رخ میدهد از این سبب است که فیروم سخت جس میشود.

از نظر میکروسکوپی: رشته های عضلی ملسا که توسط نسج فیروئید از هم جدا گردیده اند و منظره حلقوی را نشان میدهند در مقطع فیروم بملاحظه می رسد.

تغییرات ثانوی در فیروم

- ۱- تغییرات اتروفیک و هیالینی.
- ۲- تراکم کلسیم و یا آهکی شدن نسج فیروم.
- ۳- استحال سرخ.
- ۴- تغییرات سارکوماتوز.
- ۵- تدور و هموراجی.
- ۶- منتن شدن در تومورهای تحت المخاطی، پولیپوئید و در جریان دوره حاملگی.
- ۷- انقلاب رحمی.
- ۸- کارسینوم اندومتر همراه فیروئید.
- ۹- هیپرپلازی اندومتر و میومتر.



• استحاله سرخ فیروم

این نوع استحاله در نزد خانم های حامله و در تریمستر دوم معمولاً رخ داده میتواند. فیروم دفعتاً بزرگ و دردناک میگردد و نزد خانم یک بطن حاد را تمثیل میکند. خانم از درد شدید بطن، استفراغ، خونریزی مهملی و تب شاکی میباشد. بطن مریضه دفعتاً بی تناسب به سن حمل و فیروم بزرگ میگردد رحم هم بزرگ و حساس جس میشود. این وضعیت ممکن است با تدور کیست مبيض هموراجی های داخل بطنی، التهاب حاد کلیتان یا pyelitis و اپنڈیسیت حاد ممکن مغالطه شود با اجرای u/s موجودیت حمل با فیروم مشخص شده میتواند نسج فیروئید دارای رنگ ارغوانی بوده و بوی ماهی را میدهد و در داخل اوعیه آن قسماً ترومبوز قابل رویت است.

• Sarcoma (تغییرات سارکوماتوز)

در حدود ۰.۵٪ خانم ها در سن مینوپوز باین عارضه معروض شده میتوانند و حالات ذیل را نباید از نظر دور داشت .

۱- فیروم های interstitial و تحت مخاطی که بیشتر تمایل تحول به سارکوما را دارند.

۲- نزد خانم درد بطنی و متروراجی بعد از دوره مینوپوز بملاحظه می رسد.

۳- تومور رشد سریع دارد.

۴- منظره تومور هیموراژیک و زرد رنگ است.

Torsion •

اگر نزد خانم فیروم ذنب دار موجود باشد ممکن از اثر تدور عاجلا یک بطن حاد را تمثیل کند که مشابه بتدور کیست های مبیضی می باشد در لاپراتومی که انجام میشود فیروم متدور و هیموراژیک بملاحظه می رسد.

اعراض و علائم کلینیکی فیروم (۱۱)

۱- اعراض مربوط به سیکل عادت ماهوار به اشکال متفاوت و مختلف مانند متروراجی، پولی مینوره، خونریزی های دوامدار و یا بشکل بین الحیضی و هم چنین خونریزی بعد از انقطاع طمث بملاحظه رسیده میتواند.

۲- درد به شکل دیسمینوره، کمر دردی، دردهای بطنی به شکل حاد و یا مزمن. (اگر همراه با ایندومیتریوس، دیجینیتریشن، تدور و به شکل پولیپ از فوهه مهبل بیرون شود).

۳- کلوله گی: در قسمت بطن و یا مهبل جس میشود.

۴- اعراض فشاری بالای مثانه، احلیل و غیره اعضای مجاور.

۵- عقامت. (از سبب مداخله در عبور اسپرم، غرس بیضه ملقحه و ایجاد تشوشات در تولید تخم).

۶- سقط عادتی از سبب پائین آمدن ظرفیت توسع رحم و غیره.

اکثریت این خانم ها در سن باروری قرار داشته و شاید هم بیشترین شان (NP) نولپار و یا کمترین ولادت را کرده باشند و تنها ۳۰٪ آنها مولتی پار باشند. در حدود ۵۰٪ وقایع فیروم بدون اعراض کلینیکی بوده و صرف بصورت تصادفی ذریعه U/S و یا معاینه فزیکلی مهبلگی عارضه کشف میشود در ۵۰٪



متباقی وقایع ممکن است مریضان از یک و یا چندین عرض شاکی بوده که شدت عارضه نظر به محل توضع، تعداد و اندازه فیروم فرق میکند.

• Menstrual

مینوراجی رو به تزاید و یا دوامدار از اثر تزاید جریان وعائی، تزاید حجم جوف رحم و هیپرپلازی اندومتر نزد مریضه بوجود می آید. پولی مینوراجی هنگامیکه PID مطرح بحث باشد در ۱۵٪ وقایع بملاحظه رسیده میتواند. خونریزی های بین الحیضی و بعد از عمل مجامعت در فیروم های پولیپوئید که منتن شده باشند موجود بوده و افرازات مهبلی خوندار و متعفن میباشند. در خونریزی های بعد از قطع طمث امکان تحول فیروم به سارکوما باید مدنظر باشد و هم چنین در خونریزی های بعد از عمل مجامعت تحول به سارکوما را نباید از یاد برد.

• Pain

دیسمینوره هم به شکل اسپزمودیک و هم بشکل کانسجستیف تظاهر کرده میتواند درد بطنی، کمر دردی از اثر احتقان حوصلی بوجود آمده و درد حاد بطنی در صورتیکه فیروم تدور، دیجینریشن و یا تحول به خبائث کرده باشد نزد مریضه بملاحظه می رسد.

• Lump

هنگامیکه رحم باندازه حمل 12w محجم گردد یک کلوله گی در بطن میتواند جس شود. رشد تومور بسیار بطی بوده مگر اینکه به خبائث تحول نموده

باشد در صورتیکه فیروم subserous مطرح باشد (Meigs' syndrome) نزد
مریضه جنین هم تشکل کرده میتواند.

پولیپ های فیروئید که از فوهه مهبل خارج شده باشند میتوانند با
پرولاپس رحم مغالطه شوند.

• اعراض فشاری

فیروئید های که در قسمت سفلی عنق رحم موقعیت دارند سبب
مشکلات در تخلیهء ادرار، تکرر ادرار و بعضی اوقات احتباس ادرار
خصوصاً نزدیکی های عادت ماهوار (از سبب احتقان) میگردد و هم چنین
تومورهای رباط عریض سبب فشار بالای حالب گردیده وهیدرونفروز را بار
می آورد.

• عقامت

تمام انواع فیروم ها سبب عقامت نمی شوند فیروئید های که در قرن رحمی
توضع دارد باعث انسداد نهایت رحمی تیوب ها شده و زمینه عقامت را مساعد
میسازند. و هم چنین تومورهای تحت المخاطی از باعث پر کردن فضای رحم و
رشد ناکافی اندومتر و غیره سبب سقط های عادت می شوند.

علائم کلینیکی

۱- انیمیا از باعث ضیاع خون دوامدار و یا بمقدار زیاد در متوراجی
بوجود آمده میتواند.

۲- با معاینه بطنی یک کتله محجم با حدود معین ، قوام سخت و متحرک ممکن است جس شود در صورتیکه که کتله های متعدد فیروئیدی مطرح بحث باشد سطح جس شده نیز برآمده گی های متعدد و غیر منظم دارد ولی معمولا کتله متحرک بوده مگر اینکه بنا به دلایلی مثلا حجم بزرگ و یا با محیط خود التصاق پیدا کرده باشد.

پولپ های فیروئیدی در عنق رحم به اثر معاینه با سیکلوم مشخص شده میتواند بزرگی حجم رحم نظر باندازه فیروم و تعداد آن ها فرق میکند در یک تعداد حالاتیکه فیروم ذنب دار باشد ممکن انطباع یک تومور مبیض را از سر بطن به معاینه کننده بدهد و جدا از رحم جس گردد.

تشخیص

استجواب و دقت در معاینه و استفاده از وسایل تشخیصیه ما را به تشخیص درست رهنمائی میکند ولی باز هم امراض مختلفه ایکه با فیروم های رحمی تشابهاتی دارند باید در نظر گرفته شوند.

تشخیص تفریقی

فیروم های رحم با حالات ذیل باید تشخیص تفریقی شود:

۱. با حمل داخل رحمی که رحم کلان جس میشود.
۲. باهماتومترا که از اثر تجمع خون در جوف رحم کلان است.
۳. با پیومترا که از اثر تجمع قیح در جوف رحم بوجود می آید.
۴. با ادينوميوزيز.
۵. با رحم های دو قرنه .

۶. با کتله های قیحی ایکه درد و طرف ملحقات جمع شده اند.
 ۷. با اندومتريوزی که در جوف رحم عرض اندام نموده باشد.
 ۸. با cyst های چاکلیتی و تومورهای تخمدان ها.
 ۹. با کارسینوم اندومتر رحم.
 ۱۰. با تومورهای خبیثه میوض ها.
 ۱۱. با پولیپ های فیروئیدی و انقلاب مزمن رحمی، رحم محمول و فیروم دیجنیراتیف که هر دو نرم جس میشود. ولی تاریخچه امینوره، تغییرات ثدیه ها و عنق نرم رحم نمایندگی از حمل می نماید.
- در هماتومترا امینوره، درد بطنی بر خلاف فیروم رحم نزد مریضه موجود است.
- با پیومترا که اساساً در مرحله بعد از مینویوز نزد خانم ها دیده میشود.
- با ادینومیوز، اندومتريوز و کتلات التهابی حوصلی دو طرفه، که تاریخچه مشابه فیروم را نشان میدهند و باید با دقت بیشتر در تشخیص تفریقی آن ها توجه شود.
- فیروئید های دنب دار را بمشکل میتوان با تومورهای میوضی تشخیص تفریقی نمود.

Investigation

نزد مریضه باید معاینات لابراتواری اجراء شود و از وسایل تشخیصیه بخصوص سونوگرافی، لاپراسکوپي و غیره برای رسیدن به تشخیص قطعی استفاده به عمل آید.



تداوی فیروم های رحمی

لازم به تذکر است که تمام فیروم ها ایجاب تداوی را نمیکند و بهمین ترتیب لازم است که از موجودیت فیروم بسیار به احتیاط به خانم گفته شود و تعقیب گردد که آیا حجم فیروم در جریان حاملگی و یا دوران مینوپوز تغییر میکند یا خیر نقاط اساسی تداوی عبارتند از:

۱- تداوی طبی

- با تجویز آهن برای جلوگیری از کم خونی
- دانازول ، GnRH و Mifepreston میتواند مفید واقع شود.

۲- Minimal Invasive surgery (MIS)

- میومکتومی توسط لاپراسکوپى.
- میومکتومی توسط هستروسکوپى.
- امبولایزیشن شرائین رحمى.

۳- میومکتومی توسط عملیات لاپراتومی، میومکتومی از طریق مهبل و یا

توسط لاپراسکوپى.

- ذریعه عمل جراحی میوم جداگانه برداشته شود.
- هسترکتومی مهبلى.
- هسترکتومی بطنى.
- لاپراسکوپى کمكى برای هسترکتومی مهبلى.

روش تداوی

انیمی مریضه همراه با تجویز آهن از طریق فمی و یا زرقی و یا نقل الدم نظر بدرجه کمخونی اصلاح گردد. با تجویز هورمون حجم رحم تکمش نموده و سیستم ارواء آن در حدود ۵۰ تا ۷۰ فیصد قبل از اقدام به جراحی تنقیص می یابد ادویه تجویز شده قرار ذیل است:

Mifepristone 50 mg/D برای سه ماه.

Danazol 400mg/D برای سه ماه.

3 mg, GnRH (Zoladex) 6 mg بشکل زرقی عضلی ماهانه برای سه ماه .

تداوی جراحی

با تجویز ادویه فوق حجم فیروم به حداقل رسیده و ذریعه پروسیجرهای عملیاتی تهاجمی کوچک (MIS) باآسانی میتوانیم عمل جراحی را انجام دهیم.

جراحی در حالات ذیل ضرور است که انجام شود

۱- فیروم های که اعراض داشته باشند.

۲- فیروم های محجمی که باعث اعراض فشاری بالای اعضای مجاور

مانند مثانه، حالب و رکتوم گردند.

۳- عقامت هایی که اسباب دیگر برای آنها دریافت نگردد.

۴- سقط های مکرری که نزد خانم ها بملاحظه رسد.

Hysteroscopic myomectomy: اگر فیروم تحت المخاطی باشد ذریعه

این عملیهء به خوبی با کمترین درد و خونریزی و با سرعت برداشته شده میتواند

علاوتا از گذاشتن سکار بالای بطن و رحم هم جلوگیری میگردد.



Laprascopic myomectomy: از این روش جراحی در صورتیکه فیروم ذنب دار یا تحت المصلی بوده و جسامت آن از 10cm بزرگتر نباشد استفاده خوب شده میتواند علاوه بر نظر تعداد هم نباید بیشتر از ۴ عدد باشد از Ambolization شراین رحمی توسط gel foam در وقایع انتخابی میتوان استفاده نمود. با اجرای این پروسیجر تومور تکمش نموده حجما کوچک میشود از اثر تنقیص جریان وعائی آن در ظرف سه ماه ممکن خونریزی بهبود یافته و مریضه شفایاب گردد.

استطبابات میومکتومی (۹)

۱. خانمی که سن کمتر از ۴۰ سال داشته باشد.
۲. خانمی که میخواهد حامله شود
۳. خانمی که میخواهد رحم آن حفظ شود

مضاد استطباب میومکتومی (۹)

- ۱- خانم هائیکه سن بلند تر از ۴۰ سال داشته باشند.
- ۲- فیروم هائیکه با عارضه کانسروز همراه باشند و یا مشکوک به آن هسترکتومی گردند.
- ۳- در موجودیت حمل فبرم نباید برداشته شود و همچنین در جریان سزارین سکشن نسبت احتقان اوغیه که خون ریزی زیاد میگردد.

اختلاطات میومکتومی

- ۱- نرف و خونریزی. ادامه یافتن خونریزی بشکل مینوراجی در حدود ۱۰٪.
- ۲- انتانات خصوصا اگر اهتمامات لازمه وبررسی لازم در نظر گرفته نشده باشد.

- ۳- ترخیصات در مثانه، رکتوم، حالب و امعاء رقیقه خصوصا اگر التصاقات حوصلی مطرح بحث باشد.
- ۴- عود فیروم در حدود ۵٪ وقایع.
- در حدود ۴۰-۵۰٪ خانم ها بعد از اجرای میومکتومی حمل گرفته میتوانند. نزد خانمها بلندتر از ۴۰ سال، خانم هائیکه تحول آفت به خبیثه شدن مشکوک شویم هسترکتومی انجام گردد.



شکل (۱۲) Abdominal myomectomy after enucleation of a submucosa fibroid through myometrial incision.



Uterin Sarcoma

سار کومای رحم

سار کومای رحم صرفاً ۱-۳٪ تمام آفات خبیثه جهاز تناسلی و ۳-۵٪ آفات کانسره‌های رحمی را تشکیل میدهد. اکثر این خانم‌ها در صفحه مینوپوز بوده و در کته گوری خانم‌های که هیچ حمل نگرفته اند قرار دارند ۸٪ خانم‌های مبتلا به کانسر عنق که رادیوتراپی میشوند تمایل به سار کوماتوز شدن آفت دارند.

انواع سار کوما

چهار شکل سار کوما وجود دارد

I. Intramural sarcoma

II. سار کوما در نسج استرومای اندومتریوم.

III. سار کوما در فیبروم.

IV. Gape-like سار کومای عنق رحم.

به اساس تصنیف در کتاب نوک قرار ذیل: (۱۰)

۱- Pure sarcomas

۲- Mix sarcomas

3- Maligenete mixt mullarian tomor

۴- Saracoma unclassified

۵- Malegnant lymphoma

➤ سار کومای داخل عضلی (I.M.S) در طبقه عضلی رحم یا میومتريوم جابجا گردیده و معمولترین نوع سار کومای جهاز تناسلی داخلی است. تومور منظره زرد خاکی رنگ با نواحی نکروتیک و هموراژیک دارد. رشد آن محدود به کپسول فیروم نبوده بلکه به محیط ماحول خود ارتشاحی میباشد. از نظر قوام خود نرم بوده و شکنند میباشد.

➤ سار کومای که بالای نسج فیروم تاسس کرده میتواند بیشتر از ۵۰٪ وقایع نمیباشد. تومور حاوی حجرات مدور Round cell، spindle و Giant cell میباشد. تومور از طریق اوعیه لمفاوی سریعاً به عقدات لمفاوی قریبه خود انتشار می یابد. در stage I و stage II در حدود ۳۵٪ وقایع غدوات لمفاوی حوصلی مصاب آفت گردیده اند و در حدود ۱۵٪ عقدات para aortic مصاب آفت شده اند. در مراحل پیشرفته تر پریتون بطنی نیز به آفت اشتراک کرده و غدوات متعدد در آن جس میشود. میتاستازهای بعیده در شش ها، کلیه ها و عظام از طریق جریان وعائی نیز عرض اندام کرده میتواند اکثر خانم ها در ظرف ۱۸ ماه می میرند.



تومورهای مختلط خبیث Grape-like sarcoma از جمله
 تومورهای مختلط میزودرمل بوده که حاوی غضروف، عضلات مخطط، الیاف
 فیروتیک و شحم میباشند سارکوما منشهءر شیمی داشته بدون کپسول بوده و
 رشد بسیار سریع دارد. خونریزی بعد از قطع عادت ماهوار از جملهء شکایات
 شایع این مریضان است با اجرای کورتاژ خباث آفت اکثرا تثبیت شده نمیتواند
 خصوصا اگر تومور در جدار رحم جوانه زده باشد با u/s رحم بزرگ با یک
 تومور متصل در جدار آن تثبیت میشود.

تداوی آن Bilatera salpingoophorectomy +Hysterectomy بطنی
 میباشد عواقب بد دارد. احتمال زنده ماندن در آن بیشتر از شش ماه نمیشد و
 امکان علاج آن در حدود ۳۰٪ وقایع موجود است.

اعراض و علائم کلینیکی

هنگامیکه نزد یک خانم در صفحه مینوپوز خونریزی رحمی همراه درد
 قسمت سفلی بطن و رشد سریع فیروم طرح گردد باید به حادثه سارکوما
 مشکوک شد. رحم بزرگ گردیده و با اجرای D+C عارضه سارکوما تثبیت
 میشود. با اجرای u/s بزرگ شدن سریع رحم تثبیت می شود. MRI و CT
 سرعت رشد تومور را مشخص ساخته، توسع و بزرگ شدن غدوات لمفاوی
 را تثبیت میکند.

تداوی

در سارکوما باید عاجلا هسترکتومی سازماندهی گردد (همراه
 Bilateral Salpingo oophorectoy خواهد بود). اگر عنق رحم به آفت

اشتراک کرده باشد Lymphadenectomy هم باید اجرا شود و علاوه بر آن رادیوتراپی خارجی را هم باید انجام داد و شیموتراپی وقتی استتباب دارد که می‌تاستازهای بعیده مطرح بحث باشد.

استتباب هسترکتومی در کوریوکارسینومای رحم (۳)

۱. در وقایع High Risk در سن بلندتر از ۴۰ سالگی و نزد خانم‌های مولتی

پار.

۲. هرگاه شیموتراپی موثر واقع نشود

۳. خونریزی‌هایی که از اثر تثقب رحم ادامه می‌یابند.

۴. هرگاه اندازه تومور و یا حجم رحم کلان تر باشد.

۵. آفات تروفوبلاستیکی که در محل غرس پلاستنا ایجاد شده و به تداوی

های طبی جواب ندهد.

(۱) Endometriosis & Adenomyosis

اندومتریوز و ادینومیوز

اندومتریوز یک مرض مخصوصی است که با وجود داشتن طبیعت و سیر سلیم خود، دارای انتشار سریع قریبه و بعیده مانند تومورهای خبیثه و سرطانی میباشد. این آفت اعراض وسیع نظر به محل توضع خود داشته ولی با تداوی کاملاً شفایاب می شود. وقوع آن به اساس تسهیلات فراوان که برای تشخیص آفت در دست است در سطح بلندی قرار دارد و در حدود ۱۰-۲۰٪ خانم ها در سن باروری به این آفت مصاب شده میتوانند. از نظر نژادی در نژاد سفید خصوصاً جاپانی ها بیشتر تصادف میشود.

تعریف (۵)

حضور و موجودیت نسج اندومتریوم در محل خارج از جوف رحم بنام اندومتریوز یاد میشود. مرض در سنین ۲۵ تا ۳۵ سالگی نزد خانم ها عمومیت دارد و عمدتاً نزد خانم های NP و خانم هاییکه اولاد کم آورده اند دیده میشود، مرض در فامیلی هاییکه از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطح بالاتر قرار داشته و تعداد محدود فامیلی دارند بیشتر شیوع دارد و هم چنین نزد خانم هاییکه دیرتر ازدواج میکنند آفت بیشتر دیده میشود. بناء به تذکرات فوق چنین استدلال

میشود که بین تکرر سیکل های عادت ماهوار و ایجاد اندومتریوز یک رابطهء مستقیم شیوع آفت برقرار میباشد.

Pathogenesis

پتوجنز آن مشخص نیست ولی تئوری های ذیل را در این زمینه طرح می کنند

- ۱- عبور خون عادت ماهوار به شکل ریتروگراد به طرف جوف رحم از طریق تیوب هادر صورتیکه حاوی حجرات زنده اندومتر باشد.
- ۲- میتاپلازی اپیتلیوم سیلومیک.
- ۳- انتقال حجرات فعال اندومتر از طریق لمف و یا جریان خون که بیشتر سبب اندومتریوز مبعده می شود که در اعضای مانند چشم ، بینی و غیره جایگزین میشود.

اتیولوژی (۵)

۱- Sampson's implantation theory

۲- Coelomic Metaplasia theory

۳- Metastatic theory

۴- Induction theory

۵- immunological factor

۶- genetic factor

۷- Hormones



❖ Sampson's implantation theory

این تیوری توسط simpson در ۱۹۲۲ طرح گردید و اساس آن استوار است بر اینکه در هنگام عادت ماهوار یک مقدار خون از طریق تیوب به شکل رتروگراد بطرف جوف بطن انتقال میکند و این خون حاوی حجرات زنده اندومتريوم نیز هست که این حجرات بالای انساج حوصلی، پارامتر و مبيض ها جایگزین شده شروع به رشد و انکشاف میکند. اندومتريوز نزد خانم های جوان و خانم های که رحم های Retroverted دارند شیوع بیشتری باساس همین تیوری دارد و هم چنین فیصدی بلند واقعات نزد خانم های که پولی مینوریا دارند باساس همین تیوری بملاحظه رسیده میتواند.

❖ Coelomic theory

در سال ۱۹۱۹ دانشمند و محقق بنام Meyer تیوری تغییرات و میتاپلازی حجرات سطحی پريتوان را مطرح بحث قرار داد. قنات مولر هم از ساختمان مشابه به میزوتلیوم همین طبقه از سطحی پريتوان منشا میگیرد و باساس مطالعات خود دریافته است که تحول یک نسج به نسج دیگر یک امر امکان پذیر است.

❖ Metastatic theory

Halban در ۱۹۲۴ توضیح نموده که انتقال انساج و حجرات اندومتريوم از طریق اوعیه لمفاوی و دموی به نواحی دورتر مانند شش ها، سره، داخل انف، کره عین و اعضاء چشم و غدوات لمفاوی حوصلی یک امر ممکن بوده و زمینه ساز اندومتريوز در انساج مربوطه می شوند.



❖ Induction theory

باساس این تیوری که توسط Merrill طرح شده است عقیده بر این است که نسج اندومتريوم حاوی مواد کيمياوی است که قدرت توليد عارضه اندومتريوز را دارد ولی طرفداران این تیوری محدود بوده و اکثرا آنرا رد مينمايند.

❖ Immunological factor

حجرات مکروفاژ و Natural killer (NK) که در مایع پريتوانی موجود اند ميتوانند سبب Modification سيستم ایمنولوژیک گردیده که این بنوبهء خود در انکشاف و رشد نسج اندومتريوز رول بارزی را بازی میکند.

❖ Genetic

حدود ۱۰-۱۵٪ خانم های که مصاب آفت اندومتريوز هستند منشا جنتیکی و یا فکتورهای مساعد کننده متعدد که در بروز عارضه دخيل دانسته شده اند دارا بوده و سابقه اندومتريوز در فامیل شان به ملاحظه رسیده ميتواند.

❖ Hormones

اگر چه هورمون ها در بروز عارضه اندومتريوز رول ندارند ولی هنگامیکه عارضه نزد خانم تاسس نمود هورمون ستروجن در رشد و اندروجن ها در انحطاط آفت ميتوانند رول ارزشمندی را بازی نمایند.

پتولوژی اندومتريوز حوصلی

همه تیوریهای فوق بر این اصل استوار است که عارضه اندومتريوز از اثر غرس حجرات اندومتر در پريتوان سطحی جوف حوصله بالای اورگانهای

مختلف بیشترین و شایعترین است که بعد از غرس شروع به رشد و انکشاف میکند و در هر عادت ماهوار تحت تاثیر استروجن به حجم و ضخامت آن افزوده شده و تحت تاثیر پروجسترون به مرحله افرازی رسیده و بعد از قطع پروجسترون شروع به پاشیدن میکند و خونریزی ناحیه را بار میآورد. تکرار این پروسه سبب می شود تا از سبب جذب خون و تشکل نسج فیروز نهایتا التصاق احشای حوصلی بمیان آید.

محل اندومتريوزيز

معمولترین محل توضع آفت پريتوان، جوف دو گلاس، كولون سگموئيد و uterovesical pouch میباشد. رباط رحمی عجزی ضخیم و نودولير میگردد، هم چنان در حذای سره، اپیزیوتومی و ندبه های بطنی، شش ها و بصورت نادر در حذای چشم ویني نودول های میتاستاتیک میتوانند توضع، انکشاف و رشد کنند.

Pathology

- تکه های کوچک سرخ تیره و یا آبی رنگ که خفیفاً به نسج ارتباطی خود غرس گردیده اند بملاحظه می رسند.
- منظره شعله های زبانه کشیده آتش از اثر extra vasation خون بملاحظه می رسد.
- در مراحل بعدی یک ساحه متکمش و التوادار متمایل به رنگ سیاه که در حقیقت تشکل فیروز در ناحیه است تاسس میکند.

○ ساحه شفا یافته به رنگ سفید مایل یا زرد مایل مشابه به سوختگی با پودر باروت منظره نشان میدهد.

Chocolate cysts: این ها عبارت از کیست هائی اند به اندازه های مختلف که دارای رنگ سیاه نسواری و یا متمایل به سیاه رنگ بوده و به احشای مجاور خود التصاقی اند که جدا ساختن آن با مشکلات همراه میباشد. هرگاه در جدا سازی آن توجه لازمه نشود در جدار آن تمزق رونما گردیده و مایع نسواری رنگ غلیظ از آن خارج میشود. جدار داخل این کیست ها دارای التصاق و عائی سرخرنگ میباشد از نظر هستوپتولوژی انساج اندومتر در داخل آنها دریافت نمیشود. در عوض حاوی حجرات Columnar و حجرات بزرگ Polyhedral که دارای رنگ نسواری اند که بنام Pseudoxanthoma یاد میشود، دریافت میگردد.

تیوب های رحمی توسط پروسه فیروز بلاک گردیده و عقامت را سبب میشود.

تصنیف

موسسه Fertility society امریکا باساس محل توضع، وسعت آفت و سرعت انتشار اندومتریوز را به شکل کوچک، متوسط، شدید و وخیم تقسیم نموده است.

اعراض و علائم کلینیکی اندومتريوز حوصلی (۱۰)

طوريکه گفته شد نظر به محل توضع، اندازه و حجم و بالآخره مدت دوام عارضه اندومتريوز کريتريای ذیل بملاحظه رسیده ميتواند. سن شيوع آفت ۲۵-۴۵ سالگیست.

۱- ديسمينوريا.

۲- درد مبهم بطني (باستثنای اینکه اگر تمزق کيست chocolate مطرح باشد درد شديد بوصف خنجر زدگی دارد).

۳- dyspareunia ميتواند متوسط و يا حتی خیلی شديد باشد خصوصاً

اگر بعد از سن بيست سالگی رخ دهد و با COC جواب ندهد.

۴- مينوراجی يا پولی مينوريا از اثر احتقان حوصلی، اشتراك مبيض ها به

آفت و يا اشتراك با آفت ادينوميوزيز بملاحظه رسیده ميتواند. (Spating) در ۱۰٪ وقایع).

۵- دردهای مزمن حوصلی.

۶- عقامت. (۳۴-۴۰٪ خانم های عقیمی که لاپراسکوپي شده اند با

عارضه مصاب بوده اند).

۷- اعراض بولی مانند هماچوری دوره ای و درد در هنگام تبول.

۸- اعراض مقعدی مانند تخريش، خونريزی وغيره.

۹- اعراض ريوی مانند هيموپتزی دوره ای و غيره.

شکل خفيف اندومتريوز شايد بدون اعراض بوده و يا سبب عقامت گردد.

دیسمنوره: مهمترین عرض بوده که معمولاً دو روز قبل از عادت ماهوار شروع شده و در تمام طول عادت ماهوار و حتی تا بعد از ختم آن ادامه می یابد معمولاً یک درد مبهم بوده و بعضاً هم میتواند مشتعل گردیده به شکل یک درد کولیکی که مترافق با کمر دردی میباشد تبارز نماید و این دردها هر قدر که آفت وسعت پیدا کند پیشرفته تر و وسیع تر میگردند مصابیت اعصاب حوصلی سبب انتشار درد به طرف پاها نیز میگردد.

دیسپارونیا: دیسپارونی عمیق از اثر مصابیت رباط uterosacral و جوف دو گلاس به آفت نزد مریضه بوجود میآید و هم تاسس اندومتریوز در ناحیه اپیزیوتومی نیز سبب dysparonia سطحی میگردد. عقامت در حدود ۲۰-۴۰٪ وقایع اندومتریوز دیده شده میتواند.

اعراض دیگر شامل احساس درد با دخول عمیق هنگام مقاربت جنسی، عقامت، خونریزی های نامنظم هنگام سیکل تحیض و اعراض غیر نسایی مانند تکرر ادرار، فوریت ادرار، انتفاخ بطن و نادرا موجودیت خون روشن در مدفوع و موجودیت خون در ادرار دیده میشود.

علائم: معاینات دودستی مهبل (Bimanual examination) و معاینه مقعدی مهبل ممکن عقادات (Nodularity) و حساسیت موضعی ناحیه رحمی عجزی را اشکار سازد. فیروز های که در نتیجه اندومتریوزیر بوجود میاید میتوانند سبب تثبیت و بعقب برگشتن رحم و یا انحراف رحم و عنق رحم شوند. معاینه دو دستی مهبل میتواند یک پری نا



متناقص و غیر همسان حوصله را از سبب اندومتريوما سستیک تخمدان در فورنکس ها به اثبات برساند و مريضان هنگام معاینه رباط رحمی عجزی و رباط پهن از حساسیت و درد موضعی شکایت نمایند

تشخیص

تشخیص با استفاده از وسائل و تجهیزات ذیل امکان پذیر است.

۱- سونوگرافی

۲- serum CA 125

۳- لاپراسکوپى

- با عمل سونوگرافی: یک کیست اندومتريوتیک با تکائف بلند و جدار ضخیم قابل رویت است.
- Serum CA 125 که یک انتی جن سطح حجروی بوده و یک گلايکوپروتين است و تا حد 35u/ml بلند می رود ولی واقعیت امر اینست که برای تشخیص آفت وصفی نیست و میتواند در آفات مانند PID، تومورهای اپیتیل میضی و توبرکلوز حشوی داخل بطن نیز بلند رفته و تست مثبت شود.
- لاپراسکوپى: یک وسیله تشخیصیه عالی بوده در پهلوی اینکه میتوانیم تشخیص را نهائی بسازیم برای تداوی جراحی و برداشتن آفت در عین زمان نیز از آن استفاده برده میشود.

تشخیص تفریقی

نظر به اینکه تعداد زیاد امراض و آفات خصوصا در قسمت حوصله وجود دارند که دارای اعراض و علائم مشابه بوده لذا در تشخیص تفریقی باید مد نظر گرفته شود که عمدتا عبارتند از:

۱- انتانات مزمن حوصلی (PID).

۲- تومورهای میبزی.

۳- فیروم های رحمی و ادینومیوزیز.

۴- کیست های تدوری و یا متمزقه تخمدان ها.

۵- کارسینوما و دیورتیکولیت رکتوم.

۶- پاپیلوما میثانه.

۷- دردهای مزمن حوصلی خصوصا اثر واریکوزاوردهء حوصله.

با اعراض متفاوت و وسیعی که در لوحه کلینیکی اندومتريوز بملاحظه می رسد تشخیص دقیق آن کاریست بس مشکل.

PID مزمن از نظر تاریخچه و دریافتهای کلینیکی در حوصله با اندومتريوز خیلی مشابهت دارد با u/s علائم مشخصه و وصفی تشخیص وجود ندارد. لاپراسکوپى نه تنها قادر به نشان دادن این نوع آفت پتولوژیک حوصلی بوده بلکه به حیث یک پروسیجر بمقصد تداوی آفت نیز کاربرد دارد.

تومورهای میبزی سبب اعراض دورهء عادت ماهوار نگردیده و dyspareunia را بوجود نمیآورند.

تمزق کیست های چاکلیتی و تومورهای تدوری میبزی اعراض و علائم مشابه به اندومتريوز دارند که باید در تشخیص تفریقی مدنظر باشد. خوشبختانه

تداوی شان مشابه بوده و جراحی است. اگر چه تومورهای فیروئید رحم میتوانند اعراض و علائم مشابه اند و متریوزیز داشته باشند ولی حساسیت یا tenderness رحم مانند اندومتريوزیز نیست.

تداوی اندومتريوز حوصلی

I. شکل بدون عرض و یا شکل خفیف آفت

- ۱- اولاً مريضه ۶ ماه زیر نظر دقیق قرار داده شود.
- ۲- عارضه عقامت نزد مريضه بررسی گردد و اگر علت عقامت مريضه اندومتريوزیز باشد تداوی لازمه شود.

I. شکل اعراض دار آفت

- تداوی هورمونی
- جراحی های کوچک و کمتر مهاجم
- جراحی جذری
- تداوی های مختلف
- تداوی هورمونی

۱- COC (Combined oral contraceptive): ابتدا توسط kistner

مورد استفاده قرار گرفته است. COC سبب اتروفی نسج اندومتر شده و در نتیجه اندومتريوز به طرف شفا می رود این گروپ ادویه بشکل دوره ای یا حتی دوامدار بمدت ۶ ماه داده میشود. (۳۰-۴۰٪ شفا را در پی دارد)

۲- پروجسترون نظر به ستروجن مناسب تر بوده و اعراض جانبی کم تر

دارد.

- Norethisterone بمقدار ۲-۵ ملیگرام روزانه.
 - Medroxyprogesteron 10-30mg/D و یا 100-200mg هر دو هفته یک مرتبه. در حدود ۵۰-۸۰٪ وقایع که Asymptomatic باشند شفایاب و در ۴۰-۵۰٪ وقایع امکان حاملگی هم موجود میباشد.
 - Gestrinone بمقدار 2-5mg هفته دو دفعه کمترین عوارض جانبی داشته و در حدود ۸۰-۹۰٪ موثریت مطلوب دارد. تداوی دوامدار با آن زمینهء اعراض postmenoposale فراهم گردیده و باعث اوستیوپوروزیز نیز شده میتواند از Anosl nrazal بمقدار 1mg/D برای ۶ ماه استفاده شده و اوستیوپوروزیز هم تاسس نمیکند.
- ۳- ادویه ضد انفلاماتوری غیر ستروئیدی مانند Meftal 500mg و یا Naproxin سبب شفایابی دیسمنوره شده می تواند.
- ۴- اندروجن ها: مثلاً Danazol به مقدار 800mg به دو دوز به مدت ۶ ماه 70-80٪ وقایع موثر است.
- ۵- Letrozul: از اثر نهی H.P.O Axis به مقدار 2.5 mg روزانه همراه 8۰۰ یونت ویتامین D و کلسیم برای شش ماه موثریت خوبی دارد.
- ۶- Clomiphene: برای تحریک تبیض داده میشود.



۷- Gn RH: برای ۶ ماه، هر ماه 3.6mg/m به شکل زرقی و یا ۲۰۰-۴۰۰ مایکروگرام روزانه به شکل intera nasal در 70-90% وقایع اعراض را منفی میسازد.

۸- NSAIDs: Naproxin و 500g Meftal در جریان عادت دیسمنیوره را معدوم میسازد.

b- جراحی های کوچک و کمتر مهاجم

- لاپراسکوپیی و کوترایزیشن با Laser
- کشیدن Cyst
- Adhesiolysis
- Sacral Neurectomy
- (Laparoscopic Utero Sacral Nerve Ablation):LUNA

c- Conventional Surgery یا جراحی جذری

- کشیدن کیست چاکلیتی
- سلپنگو او فور کتومی
- هستر کتومی و او فور کتومی دو طرفه (B.S.O)

d- تداوی های مختلف

- I.V.F: در خانمهای جوان که تیوب ها بلاک باشند میتواند زمینه حمل را میسر سازد.
- H.R.T: در وقایعی که هر دو مبیض در خانمهای جوانتر از ۵۰ سال برداشته شده باشد در تداوی تعویض هورمونی ضرورت اشد است.

Malformation of the femal genital Tract

سوء اشکال اعضای تناسلی

رشد و انکشاف تخمدان ها و دستگاه تناسلی نزد رشیم مونث یک وتیرهء کاملاً مغلق و پیچیده بوده که هورمون ها، کروموزوم ها و عوامل محیطی در آن تاثیرات خاص خود را وارد میکند. نقیصه در رشد و انکشاف یک عضو یا یک سیستم ممکن است تاثیرات ناگواری را بالای اعضای دیگر بگذارد. روی این اصل هرگاه ژینکولوجست ها یک نقیصه یا معیوبیت را در دستگاه تناسلی جنسی مونث مشاهده نمودند لازم است که سیستم بولی هم بدقت از نظر معیوبیت بررسی گردیده تا اگر نقیصه موجود باشد دریافت شود.

بعضی از معیوبیت ها جزئی و کوچک بوده و کدام اعراض کلینیکی را عائد نمیشوند درحالی که بعضی معیوبیت ها صریح و مشخص بوده که حتی باعث تولید عوارض مشخص نسایی ولادی می گردند. بعضی از انواع این انومالی ها اصلاح پذیر نبوده و صرفاً برای رفع مشکلات روانی و جنسی خانم مداخلات انجام شده و تا اندازه امکان اصلاح میگردد. اگر چه مداخلات جراحی اصلاحی بالای سیستم تناسلی خانم ها در این اواخر رشد قابل ملاحظه ای داشته است (خصوصاً بالای مهبل ورحم) و نزد خانم هایی که قبلاً غیر قابل علاج بودند با جراحی های مختلفه در مراحل مختلف یک زندگی نارمل جنسی را برای شان فراهم ساخته است.



رشد و انکشاف گونادها در مراحل رشیمی جنینی

Gonads: جوړهء کروموزوم جنسی دریک تخمه القاح شده، رشد و انکشاف گونادها را در رشیم تعیین میکند.

کروموزوم جنسی Y سبب رشد و انکشاف خصیه ها گردیده که بصورت مستقیم بالای سیستم قنات wolffes اثر گذارده و رشد این سیستم را باعث میشود که در نتیجهء رشد آن، سیستم تناسلی و اعضای تناسلی جنسی خارجی به شکل مردانه رشد و انکشاف می نماید.

خصیه ها مسئولیت تولید دو نوع هورمون را در این مرحله به عهده دارند.

۱- فکتورهای نهی کننده رشد قنات مولر (MIF) Inhibitory Factor Mullerien که بصورت مستقیم مانع رشد قنات مولر که مسئول تولید دستگاه تناسلی جنسی زنانه است میگردد.

۲- تولید تستوسترون که مسئول رشد و انکشاف اورگانهای تناسلی جنسی و فینوتیپ مشخص مردانه میباشد عدم تولید تستوسترون نزد جنسیت مرد سبب تشکل Testicular Feminizing syndrome میگردد.

کروموزوم X X یا عدم موجودیت کروموزوم Y سبب رشد تخمدانها میگردد. کروموزوم (XO) سبب رشد تخمدانها نیکه یا حاوی تعداد محدودی primordial follicul بوده و یا قطعاً ندارد (Turner;s Syndrom) میگردد. در عدم موجودیت MIF در جنسیت مردانه رشد قنات مولر ادامه پیدا نموده تا جائیکه رحم و حتی قسمتی از مهبل هم ممکن است نزد مرد تشکل نماید.

در حدود هفته ششم حیات رشیمی در یک رشیم مئونت دوتبارز در
 حذای دو طرف قسمت ظهری رشیم در سر خط متوسط پدیدار شده که در
 حقیقت همان تخمدان های آینده خانم می باشد (این برآمده گی و تبارزات
 همسطح محل کلیه ها قرار دارند).

Germ cells که از حجرات اندودرم Yolk sac منشأ گرفته اند بامتداد
 dorsal mesentery مهاجرت نموده و داخل تبارزات جینیتل
 (genital ridge) میگردد. از طرف دیگر حجرات سلومیک اپیتیل به قسمت
 Cortex تجاوز نموده و germ cells را احاطه می کنند، که این پروسیجر باعث
 تشکیل Primordial Fullicules میگردد. بیشترین تعداد از این فولیکول های
 ابتدائی معروض به استحاله گردیده و تا هنگام ولادت در حدود ۲ میلیون آن در
 هر دو تخمدان باقی می ماند و عملیهء استحاله و تخریب فولیکول ها بعد از
 ولادت دختر خانم بازهم ادامه یافته و در زمان بلوغ به تعداد ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار
 باقی می ماند که ۳۰۰ تا ۴۰۰ عدد آن در جریان دوران باروری پخته گردیده و
 قابلیت پذیرش سپرم را دارند. التوای جنسی پریوان با تماس قسمت علوی
 تخمدان بداخل رباط Infundibulum pelvic رشد نموده و حاوی اوعیهء
 میضی میباشد. التوای جنسی با تماس به قطب سفلی میضی ها مثابه
 به Gubernaculum خصیه ها عمل نموده و زمینه پایین آوردن تخمدان هارا از
 ناحیهء قطنی به زمین حوصلی مساعد میسازد. قسمت Distal قنات Muller
 درتشکل رباط مدور و قسمت Proximal آن درتشکل رباط میضی رول اصلی
 و اساسی خود را بازی میکند. بدین ترتیب تخمدان ها در سطح Brim علوی

حوصله پایین آمده و به تدریج به دو طرف رحم نزدیک جدار جنبی حوصله موقعیت آنها تثبیت می‌گردد.

رشد و انکشاف قنات مولر

قنات مولر در هفته هفتم رشد داخل رحمی رشیم در نزدیک گونادهای ابتدائی که بنام Paramesonephric duct هم یاد میشود عرض اندام میکند، قنیوات مولر بیشتر به طرف ذنب رشد نموده در سر خط متوسط مغشوش و به خوبی مشخص شده نمی‌توانند. نهایت آزاد و یاراسی آنها سبب تشکل تیوب های (نفیرها) رحم گردیده در حالیکه از نهایت ذنبی یا Caudal آن در سر خط متوسط در داخل، رحم و $\frac{1}{3}$ علوی مهبل رشد میکند و نهایت ذنبی قنات مولر که بنام Mullerian Tubercule یاد میشود به شکل یک نوار حجات Solid در داخل سینوس Urogenital تبارز می‌نماید قسمت متوسط آن همراه با رشد حجروی منجر به تشکل Sino vaginal bulbus می‌گردد که بعداً قسمت سفلی مهبل از آن ساخته میشود. Hymen از محل اتصال Sinovaginal bulbus و Urogenital sinus بوجود می‌آید. کلیتوریس از Genital tubercul (GT) که از میزودرم مشتق شده ساخته میشود. از این G.t یک التوای جینتیل بطرف وحشی خلفی به Urogenital sinus رفته و شفه های کییره را می‌سازد. بین التوای genital cloacle membrane به طرف پایین یک شکستگی ایجاد گردیده و سبب تشکل شفه های صغیره در هفته ششم رشیمی می‌گردد و در نهایت غدوات بارتولین از رشد Urogenital sinus به طرف پایین تشکل می‌نماید.

بنابه تشکل ساختمانی مغلقی که در پروسه رشد و انکشاف اعضای تناسلی داخلی و خارجی توضیح گردید ، لذا در هر مرحله از اثر مداخله عوامل جنتیکی ،هورمونی و محیطی ممکن جریان رشد به تاخیر افتاده و زمینه انومالی های اعضای مربوط مساعد گردد.

انومالی های ممکنه قنات مولر

مولف Jones انومالی جهاز تناسلی خارجی و داخلی را نیز دجنس مونث قرار ذیل دسته بندی نموده که امروزه هم با آن موافقه کامل وجود دارد.

۱- Aplasia

● اپلازی تخمدان ها از سبب Turnere syndorm ایجاد میگردد .

● در انومالی های قنات مولر عدم تشکل رحم و رحم های یک قرنه مطرح

میشود.

● عدم تشکل مهبل از سبب Rokitansky-kuster hauser syndrome

و Testicular Feminising syndrome و غیره بوجود آمده میتواند .

۲- Hypoplasia

که در نهایت سبب رحم های هیپوپلاستیک و یا Rudimentay horne

(قرن رحمی تیوب مانند) میگردد.

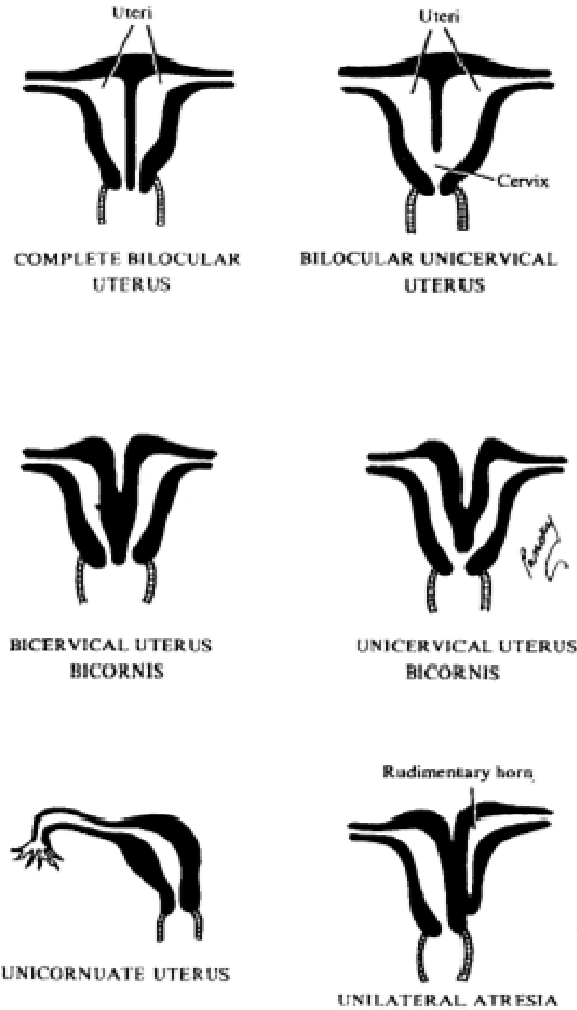
۳- Atresia

که رحم دارای قرن جامد بدون جوف بوده در یک تعداد وقایع رحم

با یک قرن که حاوی تجمع خون در داخل آن (Heamatometra) بوده ، میتواند

عرض اندام کند.علاوتاً ممکن است اتریزی مهبل و یا غشای بکارت غیر مثقوبه

درین عارضه بوجود آید.



شکل (۱۸) Congenital uterine abnormalities (۲)

نزد جنس مذکر Pseudo hermaphroditism

جنیتیک این افراد مشابه جنس مذکر می باشد (گونادها خصیتان را تشکیل می دهند) لکن خصوصیات اعضای تناسلی خارجی شباهت به جنس

مونث دارند و بشکل Hypospadiasis و یا بشکل ترکیب ناکامل از چین های Urogenital با Labioscrotal ساخته شده اند و نمونه آن سندروم تورنر میباشد.

منظره کلینیکی سندروم تورنر (Turner's syndrome) (۷)

نمای کلاسیک سندروم تورنر عبارت است از

- قد و قامت کوتاه (کمتر از ۵۸ اینچ) که خیلی ها مهم است
- مساحت وسیع هاله رنگی نوک پستان ها
- گردن حجاب دار

علاوتا منظره این سندروم شامل:

۱. زنج کوتاه
۲. متبارز شدن چین Epicanthial چشم ها بطور اغراق امیز.
۳. گوش ها پایین تر از محل نارمل اناتومیکی خود قرار دارد
۴. کاهش شنوایی از نوع حسی
۵. التهاب گوش متوسط و کری ناقله
۶. سرحد رویش موی ها در خلف گردن پایین تر قرار خواهد داشت
۷. کور رنگی
۸. افزایش قوس یا محدبیت کام
۹. قفسه صدري سپر مانند
۱۰. کاهش رشد پستان ها
۱۱. انومالی های قلبی
۱۲. استخوان Metacarpal چهارم کوتاه



۱۳. موجودیت Cubitus valgus

۱۴. ناخن‌ها محدب و رنگ دانه‌های متعدد Naevi در بالای جلد دیده

میشوند

۱۵. انومالی‌های کلیوی موجود می‌باشد

فرد هوش و ذکاوت نارمل را خواهد داشت، لاکن توانائی حس اشکال و تمایز اشیا از همدیگر را ندارد (ممکن از سبب کاهش بینایی).

در دوران کهنوت: این مریضان متمایل اند به

۱. تشوشات سیستسیم ایمنی

• Hashimoto thyroiditis

• Addison.s مرض

• Vitiligo

۲. سرطان امعا غلیظه

۳. فرط فشار خون

۴. Diabetes

۵. تشوشات غدوات درقیه

• تغییرات در استخوان‌ها مانند پکی استخوان

در سندروم تورنر باید همیشه معاینات کریوتایپ برای احتمال

دریافت هر قسمتی از کروموزوم Y انجام شود اگر کروموزوم Y دریافت شد

عملیات جراحی برای برداشتن خصیتان انجام شود تا از بروز تومور حجرات

جرمینال جلوگیری شود

تداوی

- هورمون رشد برای افزایش قد مریض تجویز گردد.
- تجویز استروجن از سن ۱۲-۱۳ ساله گی برای شروع تحیض در نظر گرفته شود.
- در صورت ضرورت پروجستین برای وقایه از اندومتریل هایپرپلازی به رژیم تداوی علاوه شود.

نزد جنس مونث Pseudo hermaphroditism (v)

جنیتیک این افراد مشابه خانم ها است (تخمدان ها گونادها را تشکیل میدهند) لاکن اورگان های تناسلی خارجی مردانه بوده طوری که کلیتورس هایپرتروفیک و بعضی از درجات منظره بولی تناسلی با چین های labioscrotal دیده میشود.

اسباب

- هایپرپلازی ولادی غده فوق الکلیه
- ۱. عدم کفایه 21 Hydroxylase
- ۲. عدم کفایه و کم بود 11β Hydroxylase
- ۳. عدم کفایه 3β Hydroxysteriod Dehydrogenase
- ۴. افزایش سویه اندروجن ها در دوران خون
- سندروم عدم حساسیت مقابل اندروجن ها (غیر نارملی های اخذه های اندروجن): مانند عدم کفایه و کمبود 5 α Reductase
- نقص در تولید هورمون تستوستیرون :



✓ عدم کفایه 3β Hydroxysteroid Dehydrogenase

✓ عدم کفایه 17β Hydroxylase

✓ عدم کفایه 17β Hydroxysteroid Dehydrogenase

• هایپوپلازی شحمی ولادی غده درقیه

• خصیتان مقاوم به گونادوتروپین

• عدم کفایه هورمون Anti Mullerian

Klinefelter syndrome

۱. به تناسب ۱:۵۰۰ واقعاً نزد جنس مذکر دیده میشود

۲. کاریوتایپ این سندروم 47XXY بوده (یک بار بادی موجود میباشد)

۳. فینوتایپ این سندروم مشابه جنس مذکر است

۴. گونادها یعنی خصیتان کوچک بوده لاکن در موقعیت نارمل خود

قرار دارند

۵. اندازه قضیب کوچک و یا نارمل میباشد

۶. Gynaecomastia به وضاحت دیده میشود

۷. عقامت معمول است

۸. تون اواز شان بلند بوده لاکن ظاهر مخنث یا خنثی را دارند

۹. مریضان از نظر روحی روانی ناقص و مرتکب جنایات میشوند

۱۰. بیوپسی خصیتان انحطاط هیالینی قنات های seminiferous و رشد

زیاد حجرات Leydig را نشان میدهد که دلیل و نشانه خوبی برای عقامت است

۱۱. فرد باید مانند یک مرد (جنس مذکر) در اجتماع ظاهر شده رشد و

تحصیل نماید

- تداوی با هورمون تستوستیرون کمک کننده است
- نوت: چون خصیتان در سندروم کلین فلتر مائوف اند بنابراین سویه هورمون تستوستیرون در دوران خون کم می باشد .
- تخمدان ها: عدم تشکل و یا تشکل ناقص تخمدان ها معمولاً متصف است به سندروم تورنر و ساختمان کروموزوم مریضه XO می باشد.
- Mullerian duct aplasia: این پرابلم معمولاً مترافق با عدم تشکل کلیه ها بوده که با حیات سازگاری ندارد.
- رحم یک قرنه (uni cornuate uterus): که در حقیقت با اپلازی نیمه طرف دیگر رحم همراه بوده معمولاً سبب Dysmenorrhea، عقامت، سقط، ولادتهای قبل الميعاد، تاخر رشد داخل رحمی جنین (IUGR) نظریه حجم رحم و درجه پیشرفتگی آفت گردیده که در یک تعداد وقایع با انومالی های کلیوی همراه بوده میتواند.
- عدم موجودیت رحم و مهبل: در Testicular feminizing syndrome یکی از اشکال انومالی های مهبل و رحم بوده که از نظر سریری مشکل مناسبات جنسی را سبب میشود.
- Vaginal Aplasia: این عارضه بشکل تام یا قسمتی به ملاحظه رسیده میتواند یعنی یا خانم اصلاً مهبل ندارد و یا اینکه خیلی ها کوچک و باریک و یا اینکه حجاب دار بوده که با اپلازی یک طرفه رحم همراه می باشد. رحم Rhodimantaire، یا اینکه بدون فعالیت ووظیفه بوده و یا اینکه وظایف خیلی نادر و کم دارد (خانم عادت ماهوار نمیشود) صرف در ۷٪ وقایع شاید رحم اجرای وظیفه کرده بتواند که درحقیقت نزد



دختر خانم هماتومترا (از سبب تجمع خون عادت در خلف مهبل مسدود شده) بوجود میآید .

Rokitansky kouster Houser syndrome: که در حدود

۲۰-۳۰٪ وقایع با انومالی های اسکلتی عضویت و کلیه ها مترافق بوده به ملاحظه رسیده می تواند. عارضه اسباب متعدد داشته و پروسه ارثیت نیز رول اساسی در زمینه دارد. خانم امینوره داشته نسبت اینکه تخمدان ها وظیفه اجرا می کنند ثدیه ها رشد نارمل خود را دارد. انومالی اسکلتی نزد خانم مشهود بوده و با اجرای سونوگرافی عدم موجودیت رحم تثبیت میگردد. با اجرای عملیات و ظایف رحمی قابل ارجاع نبوده و صرف یک مجرا برای فعالیت های جنسی نزد خانم ایجاد کرده میتوانیم (Vaginoplasty). با استفاده از تکنیک Frank monosurgical که در حقیقت توسع دوامدار مهبل هر روز دو مرتبه برای (۲۰ دقیقه) در طول شش ماه با یک توسع دهنده به تدریج نزد مریضه مهبل ایجاد میشود که برای مناسبات جنسی آماده باشد در صورت عدم موفقیت به Vaginoplasty توسل ورزیده شود.

Vaginoplasty: عبارت از ایجاد مهبل بین جدار خلفی مثانه و جدار قدامی رکتوم میباشد . بعد از ایجاد فضای مناسب با گذاشتن گراف مکمل از جلد یک پارچه Spongy کلوله و طولانی در داخل فضای مهبل گذاشته شده و برای ۱-۲ هفته حفظ میگردد، امروزه عوض گراف جلدی از Amnion نیز استفاده شده میتواند خانم دهنده باید از نظر HIV

منفی باشد. در وقایع که هماتو کولپوس موجود باشد باید ابتدا آنرا تخلیه نمود و بعداً به Vagino plasty اقدام گردد.

Hypoplasia

هیپوپلازی معمولاً در رحم های رودیمانتر و یا قرن رودیمانتر رحم به ملاحظه می رسد (در صورتیکه یک طرفه مطرح بحث شود) معمولاً رحم های رودیمانتر سبب اولیگو مینوره، دسمینوره و عقامت میگردند. قرن رودیمانتر رحم ندرتاً سبب obstructive labour شده در صورتیکه قرن رودیمانتر با جوف اصلی رحم ارتباط نداشته باشد خون در رحم رودیمانتر جمع گردیده و سبب تشکیل هیماتومترا و اندومتریوز حوصلی شده میتواند. علاوه بر این نوع رحم ها سبب حمل خارج رحمی در داخل قرن رودیمانتر گردیده که ممکن است در ماه های ۳-۴ تمزق نماید برای حل مشکل مریضه برداشتن قرن رودیمانتر ذریعه عمل جراحی ضرور است انجام شود.

Atresia غشای بکارت: غشای بکارت غیر مثقوبه سبب کرپتومینوریا

(مریضه عادت میشود ولی مجرای خروج ندارد) که به تدریج منجر به تشکل هماتو کولپوس، هیماتومترا و هماتوسلپنکس گردیده و در نهایت اندومتریوز حوصلی را باعث میشود.

اگر خانم جوانیکه ۱۴-۱۶ ساله باشد هرگاه از نظر کلینیکی نزد وی درد قسمت سفلی بطن به صورت سیکلیک عاید شده و با معاینه یک کتله مبهم حساس در قسمت سفلی بطن جس گردد و خصوصاً اگر مثانه خالی باشد به این عارضه باید توجه داشت. با معاینه مهبل یکی تبارز نسواری رنگ در حذای

Vulva بملاحظه رسیده که دلالت به غشای بکارت غیر مثقوبه می کند در واقعاتیکه Vaginal septum مطرح باشد یک غشای متباز سفید رنگ در ناحیه مسدود قابل دید است. با اجرای u/s از فیروم رحم، حاملگی و Cyst میبوض می توانیم تشخیص تفریقی وضع کنیم. وعلاوتاً اگر انومالی بولی مطرح باشد قابل تشخیص اند.

تداوی آن شق نمودن غشای غیر مثقوبه بکارت بوده که در نتیجه خون سیاه رنگ، غاز دارو چسپنده، خارج میشود برای مریض انتی بیوتیک داده شود و سیستم سیکل عادت ماهوار آن در ماه های بعدی زیر کنترل باشد که عادتاً اصلاح خواهد شد.

حجاب مهلی ضخیم معمولاً تداوی مشکل تر را داشته فقط ابتدا خون هماتومترا دریناژ شده و سپس مریض برای عملیات Vaginoplasty آماده شود قابل یاد آوریست که اتریزی یک طرفه قسمی که زمینه ساز هماتوکولپوس و هماتومترا شده باشد نیز ندرتاً بملاحظه رسیده می تواند.

اتریزی عنق رحم عارضه نا در بوده و تداوی آن خیلی ها مشکل است. از نظر طبابت ولادی نسایی توصیه هسترکتومی به این مریضان بهترین انتخاب است.

انومالی دیگر قنات مولر عبارت اند از:

۱- انومالی قنات مولر به شکل اپلازی، هیپوپلازی، اتریزی و نقیصه در امتزاج و یکجا شدن قنات مولر از دو طرف، درینصورت با هستروسلیپنگوگرافی عارضه تشخیص میشود. هستروسکوپی ارزش بلندی در تشخیص و بعضاً حتی تداوی این آفات در این اواخر دارد و باشکال ذیل تصادف شده می توانند.

رحم دو قرنه (uterus didelphys) (a)

هنگامیکه هر دو قنات مولر در تمام طول با هم یکجا نگردیده و جدار بین آنها هضم و ذوب نشود این اصطلاح به کار برده می شود

۱. در حدود ۵٪ انومالی های رحمی را تشکیل می دهد.

۲. از اثر عدم انحلال و یا به عبارت دیگر تشوش در انحلال دو قنات مولر به جود می آید.

۳. موجودیت دو عنق رحم (Bicollis) بیشتر قابل ملاحظه است.

۴. بسیار به ندرت ممکن است دو مهبل و حتی دو مثانه، دواحلیل و یا دورکتوم نزد مریضه دیده شود.

۵. معاینه کلینیکی و HSG تشخیص را دقیقاً مشخص کرده می تواند از نظر تداوی باید نزد مریض Pap smeare گرفته شده (از هر عنق جداگانه) و IUCD به هر کدام از رحم ها تطبیق گردد. پرده یا Septum مهبلگی اگر سبب dysparonia گردد باید برداشته شود.

Uterus Bicornis Bicollis (b)

مهبل یک عدد یا واحد بوده ولی رحم دارای دو قرن جداگانه که توسط یک پرده یا جدار از هم جدا شده اند با دو عنق در داخل یک مهبل باز شده است.

Bicornuate uterus (c)

رحم دارای دو قرن بوده که توسط یک عنق واحد در داخل مهبل باز شده هر دو قرن رحمی می توانند معادل هم بوده و یا اینکه یکی از آن بزرگ و دیگری به شکل رودیمانر و کوچک بوده و به اتریزی معروض شده باشد.



۱. در حدود ۵٪ انومالی های رحمی را می سازد.
۲. یک قسمت از حجاب بین دو قنات مولر بدون حل شدن باقی میماند.
۳. غور رحم مقعر وزاویه دار بوده ولی مهبل طبیعی است.
۴. جدا بودن قرن های رحمی می تواند کم، قسمی و یا مکمل باشد.
۵. دوام حاملگی می تواند طبیعی باشد ولی اعتلالات معیوبه به فیصدی بلندتری نزد این خانم ها می باشد.

Septat uterus (d)

۱. غور رحم توسط Septum بدو قسمت جدا گردیده لاکن هر دو قرن در داخل جوف واحد رحمی قرار دارند.
۲. بیشترین فیصدی انومالی های رحمی را می سازد (۹۰٪).
۳. از رشد نقیصه کانالیزیشن و یا جذب حجاب بین دو قنات مولر به وجود می آید.

۴. در وجه خارجی خود، رحم نارمل دیده می شود.

۵. فیصدی وقایع سقط در این نوع رحم ها بلند است

Unilateral aplasia (e)

- درینحالت رحم دارای یک قرن و یک جوف واحد میباشد که معمولاً حجم کوچکتری میتواند داشته باشد زیرا یک Horn رحم انکشاف نکرده و در شکل رحم سهیم نشده است.

۱. نفیر رحمی و عنق رحم در یک طرف نارمل بوده ولی در طرف

دیگر غیر طبیعی است.

۲. خطرات وقوع اندومتريوز، عقامت، ولادت قبل الميعاد، سقطها و اعتلالات معيوبه نزد اين خانم ها بلند است.
۳. در ۴۰٪ وقايع با انومالی های بولی خصوصا کلیه ها همراه می باشد.

لوحه کلينيكي سوء اشكال اعضاي تناسلي

- باساس ساختمان و درجه آفت یا انومالی از نظر کلينيکی لوحات مختلف را ارائه میکند. که بصورت خلاصه قرار ذیل مورد بحث قرار داده میشود.
- ۱- Vaginal septum سبب Dyspareunia نزد خانم میشود که علت آن تنگی و تضيق مهبل و پرده موجود میباشد.
- ۲- رحم های Biocornuate و Unicornate سبب دینسمیوره و عادت ماهواره دردناک شده میتواند.
- ۳- رحم های Bicornuate و septate دار سبب سقط های عاداتی (سقط متواتر)، ولادت های قبل الميعاد، IUGR اعتلالات معيوبه جنینی نظر به شکل، حجم و درجه آفت شده میتواند. احتباس پلاستا در رحم های حجاب دار یک امر معمولی است که بیشتر اتفاق افتاده میتواند.
- ۴- Obstructed labour: ولادت انسدادی ممکن در رحم های که Rudimentary horn دارند اگر این ساختمان پایین تر (مقدم تر) از عضو معتلنه باشد در وقت ولادت رخ داده میتواند.
- ۵- در رحم های که دو Rudimentary horn یا هم یکجا نشده باشد تشکیل هیماتومترا و حمل خارج رحمی که دریک شاخه جابجا شده باشد بیشتر

بملاحظه رسیده می‌تواند. هنگامیکه در ماه‌های سوم و چهارم حاملگی شاخه یا horn که جنین در آن وجود دارد تمزق نماید سبب خونریزی‌های شدید خواهد شد.

Treatment (تداوی)

طوری‌که در این مبحث اشکال و انواع مختلف انومالی ممکنه قنات مولر مورد بحث و مذاکره قرار داده شده است بناً تداوی و انتخاب نوع تداوی مربوط به حجم و درجه آفت می‌باشد. ولی یک نقطهء مشترک و واحد در تداوی مطرح بوده که عبارت از اجرای عملیات جراحی در تمام اشکال آفات انومالی ضرورت اساسی است که باید عملی شود که قرار ذیل از یک تعداد عملیات‌های لازمه یاد آور می‌شویم.

۱- Strassman Utericoplasty: این عملیات بالای رحم‌های دو قرنه انجام می‌شود که در حذای غور رحم شق مستعرض انجام شده و حجاب برداشته می‌شود. از جملهء اختلاطات مقدم آن ترضیض و ایجاد جرحه در تیوب‌ها در جریان عملیات و از اختلاطات موخر آن تمزق رحم محمول می‌باشد.

۲- Tomkin's Operation: بالای رحم‌های دو قرنه که حاوی حجاب باشند انجام شده که با اجرای یک شق Vertical در سر خط متوسط صورت گرفته حجاب رحمی برداشته شده و هر دو شاخهء رحم با هم یکجا ساخته می‌شوند.

۳- Jones Operation: دو شاخه غور رحم از هم توسط یک شق در سر خط متوسط جدا ساخته شده بعد از برداشتن Septum دوباره با هم ترمیم می‌گردند.

۴- امروزه تداوی انواع مختلف Septum های رحم ذریعه عملیات هستروسکوپی انجام شده که مزیت های فراوانی دارد از جمله چون در غور رحم شق انجام نمیشود خطرات تمزق رحم در جریان حاملگی آینده مطرح بحث نیست وهم چنین اجرای این پروسه سکار و یانده در جدار بطن و بالای رحم از خود بجای نمی گذارد.

۵- به تعقیب این عملیات ها خصوصاً عملیات که با اجرای پروسه هستروسکوپی انجام شود بیشتر از ۸۰٪ چانس رساندن حمل به ترم مطرح بحث میباشد. تداوی اختصاصی هر عارضه هم در مبحث خودش خلاصتاً تذکر داده شده است.

(۱) INFERTILITY

عقامت

تعریف

هرگاه نزد یک زوج که به سن باروری قرار دارند در ظرف یک سال بدون استفاده از میتودها و روش های جلوگیری از حاملگی و در صورتیکه هفته دو مرتبه مناسبات جنسی منظم داشته باشند حاملگی رخ ندهد زیر نام عقامت مورد بحث قرار داده میشوند.

اسبابی که باعث عقامت میگردند با ساس مطالعات انجام شده بین زن و مرد مساوی بوده بناً در مطالعه عقامت باید عوامل سببی نزد هر دو جنس مذکور مونث مورد بررسی قرار داده شود.

در حدود ۷۵٪ زوج ها در ظرف یک سال حامله میشوند. ۱۵٪ دیگرشان که حامله نشده اند باید از نظر سببی خصوصاً اسباب نازایی مورد بررسی قرار داده شوند.

پروسیجر های جدید و میتودهای مدرن و عصری امروزه سطح دانش و امکانات کمک به حامله دار شدن را تا حد اعلاى بلند برده است مثلاً با استفاده از invitro fertilization (IVF) , Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) ، کشیدن سپرم از خصیه ها و بریخ (Testicular & epididymal sperm aspiration)

و یک تعداد میتودهای دیگر عصری امروزه زمینه بلند بردن فیصدی حاملگی را مساعدتر ساخته و چانس عقامت را پایین تر آورده است.

عقامت نزد مردان

اسباب و فکتورها

I. نقیصه در تولید سپرم

- ۱- عدم کفایه سیستم هیپوتلمو پیتواتری که در نتیجه هورمون های لازمه را افزاز کرده نتوانسته و زمینه تولید و رشد سپرم از خصیه هارا متاثر میسازد.
- ۲- عدم کفایه خصیه ها در تولید سپرم از هر سببیکه باشد مثلاً پایین نیامدن خصیه ها در سفن که در نتیجه از اثر باقیماندن خصیه ها در قنات مغبنی و یا در داخل بطن بدرجهء حرارت عضویت 37°C مواجه شده و قدرت تولید سپرم خود را از دست میدهند.
- ۳- نقیصه در تولید سپرم: برای اینکه سپرم ها به پروسهء نارمل تولید خود ادامه دهند مراحل مختلف را از شروع تا به پختگی باید طی نمایند و در جریان این پروسه یک تعداد از انزایم ها، هورمون ها و فکتورهای دیگری عمل مینمایند. تا سپرمی که قدرت بارور ساختن را داشته باشد تولید شود بنا به سببیکه این پروسه متاثر گردد تولید سپرم نیز متوقف میگردد.
- ۴- تاسس Varicocele: نزد مردها خصوصاً کسانی که کار دوامدار ایستاده پا دارند و یا اینکه جریان وریدی خون شان بنا به دلایلی مختل گردیده باشد

عارضه بوجود آمده میتواند در موجودیت واریکوسل از اثر ایجاد درجه بلند حرارت در ساحت خصیتان، تولید سپرم پایین آمده و حتی متوقف میگردد.

II بندش طرق عبور سپرم از محل تولید تا خروج از فوهه احلیل

- ۱- بندش ولادی که از اثر نقیصه در رشد ولادی ایجاد میشود.
- ۲- بندش از اثر گذشتاندن آفات انتانی خصوصاً TB و غیره که سبب التهاب بربخ، Vasa defferent و غیره شده میتواند.
- ۳- بندش طرق عبور سپرم در جریان عملیات های فتق مغبنی که یکی از اختلالات این نوع عملیات شمرده میشود.

III پرابلم در جریان دفع یا خروج منی از فوهه احلیل

(ejaculatory problems)

- ۱- تعداد و وقت اجرای مناسبات جنسی: چون در ظرف یک ماه خانم صرف ۳-۴ روز ظرفیت حامله دار شدن را دارد (هنگامی که تخمه آزاد میشود) بناً باید مناسبات جنسی به همان روزها بیشتر تنظیم گردد.
- ۲- هیپوسپادیا: که مایع منوی بقسمت علوی مهبل ریختانده نشده و سپرم ها نمیتوانند به عنق رحم نفوذ کنند.
- ۳- عدم اقتدار جنسی (Impotence) که از اثر یک تعداد فکتورها انتعاز آله تناسلی صورت گرفته نمیتواند و مایع منوی در داخل مهبل نمی ریزد.
- ۴- انزال قبل از وقت و یا انزال رتروگراد که در نتیجه منی به داخل مهبل ریختانده نشده یا بخارج مهبل ویا اینکه داخل مثانه مرد می ریزد (Retrograde Ejaculation)



۱۷ پرابلم های ایمونولوجیک

- ۱- انتی بادی سپرم که سبب مرگ سپرم ها میگردد.
- ۲- انتی بادی مخاط عنق رحم که زمینه ضایعات سپرم را مساعد میسازد و بیشترین سپرم ها در این پروسه حیات خود را از دست می دهند.

۷ امراض داخله

- یک تعداد امراض داخله زمینه ساز برهم خوردن وظایف در سیستم تولید سپرم ها میگردند که عمدتاً عبارتند از:
- ۱- دیابت.
 - ۲- تشوشات فعالیت غده تیروئید.
 - ۳- توبرکلوزو کله چرک (از اثر پندیدن خصیه ها حجرات سرتولی که مسوول تولید سپرم هستند وظیفه خود را از دست میدهند) از جمله امراضی اند که زمینه ساز عقامت شده میتوانند.
 - ۴- فرط فشار خون: هم خواهش جنسی و هم قدرت تولید سپرم را تنقیص میدهد.

۷۱ فکتورهای متعدد دیگر

مانند سگرت کشیدن، الکلیزم، استفاده دو امدار از ادویه های مختلف و در نهایت تاثیرات محیطی از نظر عصبی روانی، تغذیوی، و غیره عارضه عقامت را بیشتر دامن زده می توانند.

تحلیل و ارزیابی مایع منوی نارمل

+ حجم مایع منوی 2-5ml برنگ خاکی سفید رنگ و یا زرد رنگ



- + PH مایع منوی 7.2-7.8 مایع منوی باید فوراً کواگولات شده و در ظرف ۳۰ دقیقه تمیيع نماید.
- + شمار سپرم: بیشتر از ۲۰ میلیون فی میلی لیتر (مطلوب ۸۰-۱۰۰ میلیون)
- + تحرکیت: بیشتر از 50% باید حرکت پیشرونده داشته باشد.
- + قابلیت حیات: بیشتر از 50% باید متحرک باشند.
- + Morphology: باید بیشتر از 50% باید نارمل باشد.
- + Leucocytes: باید کمتر از ده حجره فی میلی لیتر باشد.
- + مقدار فروکتوز باید $13 \mu \text{mol}$ در یک دق باشد.

اصطلاحات

- + Aspermia: هیچ مایع منوی وجود ندارد.
 - + Azoo Spermia: هیچ سپرمی در مایع منوی وجود ندارد.
 - + Astheno spermia: سپرم متحرک موجود نیست.
 - + Oligo Spermia: تعداد و شمار سپرم کم است.
 - + Terato Spermia: سپرم ها غیر طبیعی اند.
- مایع منوی بهتر است ۲-۳ روز بعد از امساک از مقاربت و ذریعه عمل استمنا تهیه گردیده و در ظرف حد اعظمی ۲ ساعت معاینه گردد. ۲-۳ معاینه متواتر باید انجام شود تا نتیجه دقیق و قناعت بخش باشد.

پروسیجرهای ذیل نزد مرد انجام شود

- + History
- + Examination
- + معاینه مایع منوی

تاریخچه

این از اهمیت بلندی برخوردار است که بزوجین وقت تبیض و عمل مجامعت درین مدت توصیه گردد.

+ تاریخچه به شمول مشکلات در عمل مجامعت، انزال پریماچور و رتروگراد پرسیان گردد.

+ گرفتن ادویه مانند ادویه ضد فشار خون، ضد انحطاط و سیکوز، مرکبات، سیمیتیدین، Spirinolaction، ستروجن و مقدار زیاد تستوسترون در عمیله سپرمانوجنز مداخله کرده میتواند. هم چنین کشیدن سیگار، خوردن الکل، جویدن تنباکو و کار عملی در محیط گرم حمام و نانوایی اندازه تولید سپرم را تنقیص میدهد.

+ امراض داخله مانند دیابت، امراض تیروئید، فرط فشار خون، کله چرک نیز تولید سپرم را مداخله میکند.

معاینه

قدوقامت: قدوقامت خیلی بلند در کلاین فلتر و مرض Kallman که ایفز عظام دیرتر بسته میشوند بملاحظه می رسد.

+ Obesity زیاد خصوصاً به شکل آنی امراض و تشوشات هورمونی را وانمود میسازد.

+ رشد اورگانهای تناسلی تالی دیده شود که در خرابی فعالیت نارمل H.P.O.axis معروض به تشوش میگردند.

+ غدوات تیروئید دیده شوند که بزرگ اند یا خیر



- + ثدیه ها که در مرض کلاین فلتز برجسته اند معاینه شود.
- + فشار خون معاینه گردد.

معاینه موضعی

- + سکار فتق ترمیم شده و هیدروسل دیده شود.
- + حجم نارمل خصیه ها بررسی گردد (قطر 15-35mm)
- + نزول خصیه ها در سفن ، بربخ ، قنات دقیقه و هم چنین پروستات از طریق رکتوم جس گردیده و اندازه غیر طبیعی آن ها یادداشت شود
- + معاینات هورمونی FSH ، LH ، پروجسترون ، ستروجن و تستوترون و وظایف H.PO.Axis بررسی گردد.
- عملیه القاح قرار ذیل است:
- + سپرم Corona Radiata (C.R) را عبور میکند.
- + سپرم Zana Pilocida (Z.P) را توسط عکس العمل اکروموزومی خود با آزاد ساختن هیالورونیداز Zona Reaction را سوراخ میکند.
- + Z P دخول دیگر سپرم ها را ممانعت میکند.
- + Oocyte 2 هنگامیکه سپرم داخل میشود انقسام میوتیک دومی را انجام و یک Ovum همراه Polar body را بوجود میآورد. Ovum تولید شده پخته بوده و بنام Female Pronucleus یاد می شود.
- + در جریان دخول به Oocyt ، سپرم دم خود را از دست داده راس آن بزرگ شده و Male Pronucleus را میسازد.

+ اتحاد Ovum و سپرم سبب تشکیل Zygote شده و جنسیت مربوط به کروموزم Y می باشد.

بررسی و معاینات

۱- post coital test (PCT): باین عملیه راجع به وضع ایمنولوژیکی عنق رحم در برابر مایع منوی و کیفیت مخاط عنق معلومات لازمه بدست آمده میتواند. مجامعت با خانم یا نزدیک و یا در جریان آزاد شدن تخمه در حالیکه از ۲-۳ روز قبل ضایعات مایع منوی نداشته باشد انجام شود و خانم فوراً بعد از اجرای عمل به کلینیک مراجعه نموده (ترجیحاً در هنگام صبح عمل مجامعت انجام گردد) یک نمونه یا Smear از مجرای عنق رحم گرفته شده و تعداد سپرم های متحرک و فعال توسط high power میکروسکوپ مورد مشاهده قرار گیرند و هرگاه به تعداد ۱۰ دانه و یا بیشتر از آن سپرم متحرک موجود باشد که حرکت پیشرونده داشته باشند نتیجه معاینه نارمل است. یک نمونه دیگر از فورنکس خلفی گرفته شده (بحیث کنترول) و معاینه شود یک PCT نارمل از عنق نتایج نارمل از فورنکس خلفی را هم نشان میدهد ولی نتایج غیر طبیعی از اسپرم هائیکه در فورنکس خلفی ریخته اند دلالت به غیرطبعی بودن نتایج PCT از عنق ننموده زیرا که انتان و حادثه ایمنولوژیکی هم در راس مسایل قرار دارند، مخاط نارمل عنق رحم نشاندهنده تأثیرات استروجن کافی بوده و SPINBARKEIT TEST که در حقیقت آزمایش قدرت لزوجیت مخاط عنق را در هنگام تخمه گذاری و یا ۱-۲ روز قبل از آن که به حداعظمی



خود می رسد نشان می دهد نیز اجرا گردد (این مخاط قدرت لزوجیت در حدود ۱ سانتیمتر یا حتی بیشتر از آن را در بین دو پنجه به نمایش گذاشته می تواند).

اگر PCT غیر طبیعی باشد (در حدود ۵-۳ فیصد وقایع نزد زوج ها بملاحظه رسیده می تواند) باید از نظر ایمونولوجیک قرار ذیل بررسی گردد

۲- Sperm-cervical Mucus penetration test (SPT): درین عملیه سپرم و مخاط عنق رحم به پهلوی هم قرار داده شده که با هم یکجا گردند در حالت طبیعی سپرم در ظرف ۲ ساعت باید حداقل ۳ سانتیمتر از مخاط عنق رحم را شکافته و داخل آن نفوذ کند.

۳- Sperm cervical-mucus contact test (SCMCT): بمقدار مساوی (مثلاً املی لیتر مایع منوی + املی لیتر مخاط عنق رحم) باهم یکجا (بدون بهم زدن) در داخل یک ظرف گذاشته شود اگر در ظرف نیم ساعت در حدود ۲۵٪ و یا بیشتر از سپرم ها حرکت نا منظم و غیر پیشرونده و لرزان پیدا کردند مسئله ایمونولوژیک مطرح بوده که باید در نظر گرفته شود.

تست های ذیل جدیداً در مورد عقامت نزد مردها مطرح بحث قرار داده میشوند.

هنگامیکه PCT و سپرماتوگرام نزد مرد نارمل دریافت شود باید مشکل عقامت را در پروسه فرتیلایزیشن جستجو و بررسی کرد. همچنان هرگاه دلایل عقامت نزد مردها با معاینات که تذکر داده شد دریافت و مشخص نگردد تحقیقات و بررسی با دقت بینی کامل باید روی عوامل ذیل انجام گیرد.

۱- Zona free hamster egg penetration test: درین پروسیجر قدرت

نفوذیه سپرم در تخم موش بزرگ (hamster) مورد بررسی قرار داده میشود و دیده میشود که سپرم قدرت نفوذ در داخل zone free hamster egg دارد یا خیر، در صورتیکه ۱۰٪ بتواند آنرا سوراخ کند نارمل قبول میشود. این یک تست قیمتی و هزینه بردار بوده و همیشه نمیتواند بدسترس قرار گیرد لذا بحیث یک تست روتین و عادی بکار برده نمیشود.

۲- Acrosin reaction: یک تکنیک جدید مطالعه قدرت نفوذیه سپرم به

داخل Ovum بوده که امروز مورد استفاده قرار میگیرد.

۳- با اجرای سونوگرافی برای تحری آفت، Varicocele و حجم خصیه ها

میتوان معلومات لازم را بدست آورد (خصوصاً شکل دوپلر کالر آن)

۴- بیوپسی خصیتان نیز در حالات ذیل کلید تشخیص را میتواند مشخص

سازد.

(a) اگر سویه FSH بلند باشد، عدم کفایه خصیتان در تولید سپرم مطرح

میباشد.

(b) اگر به TB خصیه ها مشکوک گردیم.

(c) برای مطالعه هستوپتولوژی خصیه ها در حالتیکه اولیگوسپرمیا و یا مایع

منوی غیر طبیعی باشد.

(d) Azoospermia اگر موجود باشد برای اینکه بدانیم مجرای عبور سپرم

مسدود است و یا اینکه اصلاً خصیه ها تولید ندارد.



برای اجرای بیوپسی باید از سه مقطع جداگانه سه پارچه جداگانه گرفته شده و مورد بررسی قرار داده شود. مفیدیت بیوپسی خصیه ها قرار ذیل یاد آوری میگردد.

• برای مطالعه کروموزم ها.

• جهت استفاده از سپرم ها و سپرماتیدهاییکه به شکل caryopreservation در داخل خصیه موجود اند و بمقصد اجرای علمیه ICSI از آنها استفاده کرده میشود.

تداوی عقامت نزد مردان

معمولاً تداوی باساس علت دریافت شده، حجم آفت و درجه شدت آن عیار گردیده و از آن استفاده میشود.

۱ تداوی عمومی

۲ تداوی هورمونی

۳ تداوی جراحی

۴ تداوی با استفاده از تکنولوجی های عصری امروزه که وارد بازار طبابت شده اند.

I. تداوی عمومی

۱- برای زوجین ارزش وقت جماع و تعداد عمل مجامعت را به اساس سیکل عادت ماهوار تشریح نموده وامکان حامله دار شدن خانم در طول سیکل برای شان مشخص ساخته شود.

- ۲- برای مرد توصیه گردد که از گرمی زیاد خصوصاً در ساحه خصیتان جلوگیری نموده و از زیر پوش نخی و کلان استفاده کرده و استنجا آب سرد را زیاد سازد.
- ۳- برای کسانی که الکلی می نوشند و یا سیگار دود میکنند توصیه ترک اعتیاد گردد.
- ۴- امراض داخلی مانند دیابت، فشار بلند، تیروتوکسیکوز و غیره تحت تداوی مناسب و جدی قرار داده شوند.
- ۵- در صورت مشکوکیت با انتان، اتی بیوتیک وسیع الساحه تجویز گردد.
- ۶- اگر فکتورهای ایمنونولوجیک مطرح بحث باشند از مشتقات کورتیکوئیدها مثلاً 5 mg Prednisolon فی روز و استفاده از کاندلم بمدت ۶ ماه طور متواتر توصیه شود که در حدود ۳۰-۴۰٪ وقایع عارضه ایمنونولوجیک با این رژیم تداوی اصلاح شده میتواند.
- ۷- از ادویه sildenafil (Viagra) که باعث انتعاذ قضیب میگردد برای مردانی که نقیصه عدم اقتدار جنسی دارند میشود استفاده نمود (۲۵-۱۰۰ میلیگرام یک ساعت قبل از مجامعت) ولی باید متوجه بود که این ادویه برای مردانیکه امراض قلبی و فشار بلند دارند مضاد استطبیب است. از انواع تداوی های دیگر برای انتعاذ مانند ، local penil implants ، local injection ، vacuum pump و غیره میتوان استفاده نمود ولی تاثیرات ناگوار خود را دارند که باید متوجه بود.



II. تداوی با هورمون ها

- تستوسترون Testosteron: بمقدار کم یعنی 25mg فی روز می تواند سبب اصلاح قسمی از پروسه تولید اسپرم گردیده و لی مقدار بلند آن زمینه انحطاط را فراهم می سازد.
 - از کلومیفین سترات بمقدار 25mg/d برای ۲۵ روز در هر ماه بمدت ۶ ماه میتوان استفاده موثر برد.
 - FSH به مقدار ۳۷.۵ IU/IM در هر هفته سه مراتبه و بعداً به تدریج تا 75mg/D در صورتیکه عدم کفایه غده نخامیه مطرح باشد تا مدت ۶ ماه میتوان استفاده موثر گرفت وهم چنین h CG به مقدار ۲۰۰۰ IU/IM هفته ۲-۱ مراتبه بمدت ۶-۱۲ ماه در صورت عدم کفایهء سیستم HPO Axis مطرح باشد مفید واقع شده میتواند.
 - GnRH 50n/kg/w همراه انفوزیون پمپ و یا اینکه 200mg/D بشکل داخل انفی در عدم کفایه هیپوتلموس میتواند موثریت بارزی داشته باشد.
 - هورمون تایروئید در مردانیکه هیپوتیروئیدیزم دارند تجویز و عیار گردد.
 - در مردانیکه هیپرپرولکتینیمیا دارند بروموکرپتین تنظیم و تجویز گردد.
- قابل یادآور است که ادویه باید حداقل برای مدت سه ماه ادامه داده شوند تا تاثیرات مطلوب شان بالای پروسه سپرما توجیزیز که از شروع الی ختم مدت ۷۴ روز را در بر می گیرد و مدت دو هفته دیگر لازم است تا در خصیه جهت ذخیره شدن به حویصل منوی خارج شود ظاهر گردد.

III. تداوی جراحی

یک تعداد حالاتی نزد مریض دریافت می شود که بدون مداخله جراحی امکان اصلاح آن ممکن نبوده و ایجاب می کند که برای اصلاح حالت معیوبه و رفع مشکل اقدام به عملیات جراحی گردد که این پروسیجر عملیاتی نظر به آفت موجود میتواند کوچک و یا بزرگ بوده و نتایج اصلاحی آن هم متفاوت می باشد که عبارتند از:

- ۱- Vaso vasostomy: در صورتیکه با پروسیجرهای طی شده ثابت گردد که بندش طرق انتقالی سپرم مطرح بحث است با اجرای این عملیات در اصلاح آن میشود اقدام نموده ناحیه بندش قطع و برداشته شده و دو نهایت باز با هم تفمم داده شوند اما نتایج نهایی آن فیصدی بلند اصلاحی ندارد.
- ۲- اگر خصیه ها در سفن پایین نیامده باشند در دوران طفولیت اقدام به پایین آوردن خصیه ها و تثبیت آن در سفن گردد که هم رشد نارمل خصیه و هم تولید سپرم را در دوران جوانی میتواند سازماندهی نماید. اجرای این عملیات در سنین بعد از بلوغت بمقاصد بالا هیچ نوع مفیدیت ندارد صرف اجرای آن جهت برداشتن خصیه های ectopic برای جلوگیری از اختلاط بطرف خبیثه شدن نسج خصیه ها موثر است.
- ۳- در صورتیکه واریکوسل مطرح باشد اجرای عملیات جهت رفع عارضه (در صورتیکه تعداد سپرم ها کم و یا غیر طبیعی باشد) میتواند سبب بهبودی گردیده ولی تاثیرات آن بالای سپرماتوگرام نارمل تا حال ثابت نگردیده است.



IV. تکنیک های معاصر برای بلند بردن قدرت تولید

طوری که میدانید دانش و پیشرفت در همه جوانب و ساحات خصوصاً در دهه های اخیر تغییرات قابل ملاحظه ای را در امور زندگی های انسانی بوجود آورده است خصوصاً در ساحه طبابت چه از نظر شناخت اسباب، پتولوجی و نوع تداوی از امراض مختلفه و چه از نظر اجرای عملیات های اصلاحی و شفایابی در عرصه امراض مختلفه، بناً در تداوی مریضان عقیم کمک های طبی مختلف طرح شده است که مختصراً توضیح میگردد.

- ۱- (AI) Artificial insemination
- ۲- (GIFT) Gammet intra fallopian Transfer
- ۳- (ZIFT) Zygot intra fallopian Transfer
- ۴- Invitro fertelization (IVF)
- ۵- Micro manipulation عبارت از ایجاد شکاف در ناحیه Zona pillucida و یا ایجاد حفره در این ناحیه (drilling) بمقصد دخول سپرم میباشد.
- ۶- (ICSI) Intracytoplasmic sperm injection: در صورتیکه نقیصه در ناحیه Acrosomy سپرم باشد که نتواند جدار تخمه را عبور کند از این عملیه استفاده میشود.
- ۷- کشیدن واسپریشن سپرم از خصیه ها و بریخ اگر مجرای عبور سپرم بندش داشته باشد.
- ۸- (ZIFT) Zygot intra fallopian Transfer: هرگاه بنا بدلیل مختلفه ضرورت به اجرای این عمل احساس گردد، سپرم و اوم در محیط بیرونی با هم یکجا گردیده بعد از تشکل زایگوت تحت مشاهده مستقیم توسط

هستروسکوپ به داخل نفیر انتقال داده میشود. تمام این پروسیجرها محاسن و معائب خاص خود را دارند که بحث مفصل و جداگانه را ایجاب میکند.

استطبابات AI

- ۱- عدم اقتدار جنسی و هیپوسپادیا.
- ۲- انزال قبل از وقت و یا انزال ریتروگراد.
- ۳- انتی بادی مخاط عنق رحم و یا انتی بادی خودسپرم ها.
- ۴- اولیگوسپرمیا که مقدار و نارملیتی سپرم ها از حالت طبعی پایین تر است.
- ۵- عقامت هاییکه با اجرای معاینات اسباب مشخص آنها دریافت نشده باشد.

تخنیک اجرای عمل

نزد خانم باید زمان تخمگذاری (Ovulation) با اجرای سونوگرافی مشخص گردد سپس مایع منوی با تخنیک های لازمه شسته شده و Concentrated گردد (ذریعه عملیه Swim-up technique و یا per coll gradient) و بمقدار نیم ملی لیتر این مایع آماده شده در داخل مهبل و یا داخل عنق و یا داخل رحم انداخته شود. درین اواخر ریختاندن این مایع با استفاده از هستروسکوپ و یا سونوگرافی دوپلر کالر که میتواند درست رهنمایی کند در داخل نفیر ها هم پیشنهاد گردیده و نتیجه مطلوب داده است. هدف از اجرای عمل رسیدن سالم سپرم ها به تخمه آزاد شده در خود رحم و یا نفیر ها میباشد. فیصدی موفقیت درین پروسیجر خصوصاً اگر تولید و تحریک تخمگذاری نزد



خانم‌ها با کلومیفین و یا h.C.G که منجر به تنبیه تولید تخمه بیشتر از یک عدد (Multiple ovulation) می‌گردد باشد در حدود ۳۰-۷۰٪ موفقیت آمیز است خصوصاً اگر در ۳-۴ سیکل عادت متواتر تکرار شود.

مراحل که باید در اجرای AI در نظر گرفته شوند.

A- نزد مرد

۱- جمع کردن مایع منوی در هنگام تبیض خانم.

۲- آماده سازی سپرم جهت اجرای پروسه.

B: نزد خانم

۱- اطمینان از باز بودن نفیرها.

۲- تنبیه تخمگذاری در تخمدان با ادویه.

۳- u/S جهت اطمینان از آزاد شدن تخمه.

اگر پروسیجرهای متذکره نزد مرد و زن آماده شده باشد اجرای

Insemination و تقویه فاز لوتیال جهت رشد، انکشاف و لانه‌گزینی بیضهء

ملحقه در رحم امر ضروری است.

IVF و GIFT در صورتیکه روش‌های دیگر نتیجه مطلوب ندهند باید به

کار برده شوند.

پروسیجرهای متهاجم (Invasive procedure) و هزینه بلند اقتصادی

که در کار برد آن بمصرف می‌رسد سبب شده که امکانیت استفاده از آنها را در

شرایط امروز محدودتر سازد. موفقیت در نهایت بین ۳۰-۴۰٪ راپور داده شده

است. عملیة Micromanipulation هنگامیکه سپرم یا تحرک و یا اینکه قدرت

نفوذ در Zona pilocida را نداشته باشد بصورت انتخابی به کار برده میشود.

در حالات ذیل ضرورت به Donor insemination احساس می شود.

- ۱- هنگامیکه مرد Azoospermia باشد.
 - ۲- هنگامیکه نزد مرد امراض جنیتهکی و ارثی که سبب سقط، ناقص شدن و یا اطفال معیوب میگردد موجود باشد.
 - ۳- عدم توافق (Rh iso-immunisation) موجود بوده و سقط های عاداتی و متکرر را نزد خانم باعث شده باشد.
- دونور باید از نظر امراض STD و HIV معاینه شده منفی باشد و مایع منوی به شکل Cryopreserved بمدت ۶ ماه حفظ شده باشد.
- در طبابت امروز سپرم مردیکه از اثر امراض خبیثه به رادیوتراپی و یا شموتراپی نیاز پیدا میکند میتوانیم به شکل Cryopreseved گرفته و آنرا تا وقت ضرورت حفظ نماییم.
- ناگفته نماند که اجرای عمل Donor Insemination از نظر دین اسلام یک عمل نادرست و غیر مشروع بوده حرام شمرده میشود.

عقامت نزد خانمها

طوریکه تذکر داده شد عقامت به زوجین تعلق دارد که میتواند مرد، زن و یا هر دو در عین زمان مبتلا به عوارضی باشند که مانع حمل و یادوام حمل نزد خانم میگردد.

اسباب عقامت نزد خانمها

- ۱- Dysparonia یا مجامعت دردناک که از سبب PID، اندومتريوز و پرولاپس رحم نزد خانم جوان بوجود آمده میتواند.



- ۲- مناسبات جنسی به وقت معینی که مترافق به تولید تخمه است نزد خانم انجام نشود مثلاً زن و یا شوهر کارمند اند و از هم دور ویا اینکه ماه چند روز با هم رسیده میتوانند و از طرف دیگر از نظر علمی به پروسه آشنایی ندارند بناء باید برای شان تفهیم گردد که حامله دار شدن خانم در ظرف یک ماه صرف ۳-۴ روزیکه تولید تخم مطرح است امکان دارد و بس. (2 ± 14 روز قبل از عادت ماهواربعدی که معمولاً زمان آزاد شدن تخمه از تخمدان است).
- ۳- مدت دوام عقامت و استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی هم میتواند در عدم حامله دار شدن خانم رول داشته باشد که ایجاب بررسی بیشتر را میکند.
- ۴- در سابقه خانم و یا فامیل آن آفت TB و یا دیابت بررسی گردد
- ۵- عادت ماهوار خانم منظم است یا خیر بدرستی مورد بررسی قرار داده شده زیرا عادت ماهوار غیر منظم از سبب عدم کفایه تخمدان ها ویا PCOD نزد خانم ایجاد شده میتواند.
- ۶- سابقه PID نزدش بررسی گردیده و هم چنین از حمل های ectopic که منجر به برهم خوردن نظم و ساختمان نفیر ها و تخمدان ها شده میتواند استجواب شود.
- ۷- در عقامت ثانونی باید انتانات دوره نفاسی، خونریزی های شدید و massive بعد از ولادت (sheehan's syndrome) و شیردادن طولانی مورد بررسی قرار داده شود.

روش های بررسی تولید تخمه قرار ذیل اند

- ۱- History: اگر عادت ماهوار خانم منظم و سیکلیک باشد معمولاً دلالت به نارمل بودن سیستم H.P.O Axic نموده که تولید و آزاد شدن تخمه را عهده دار است ، لذا بدقت از نظر سابقه بررسی گردیده و در نظر گرفته شود.
- ۲- درجه حرارت قاعدوی (Basal Body Temperture (B.B.T): با اجرای منظم BBT که عبارت از گذاشتن ترمومتر مخصوص دریکی از سوراخ های بدن صبحانه قبل از بر خواستن از بستر خواب و ثبت درجه حرارت میباشد میتوانیم نسبت بدو مرحله سیکل (آزاد شدن تخمه و فاز کوتاه لوتیال) معلومات حاصل کنیم ، طوریکه دو روز پیش از Ovulation درجه حرارت عضویت نیم درجه از اثر سویه بلند ستروجن تنقیص یافته وبعد از آزاد شدن تخمه دوباره یک درجه سانتیگراد بلند می رود که در حقیقت نیم درجه حرارت عضویت بدن در تمام مرحله افزایش از اثر تاثیرات تر مोजنيك پروجسترون تا مدت یک هفته بلند تر می ماند (از روز آزاد شدن تخمه به مدت یک هفته یعنی تا روز ۲۲ عادت ماهوار) مثلاً $(37.5c^{\circ} = 36.5 + 1 = 37.5)$ در ینصورت گراف حاصله Biphasic بوده و در صورتیکه سیکل عادت به شکل غیر تیضی باشد گراف ثبت درجه حرارت مونوفازیک است. اگرچه یک پروسه ارزان و بدون زحمت بوده ولی آنقدرها کاربرد در تداوی عقامت ندارد.
- ۳- تعیین سویه پروجسترون خون در روزهای ۲۲-۲۳ عادت نارمل ۲۸ روزه در یک خانم میتواند نقیصه آزاد شدن تخم را رد نماید که باید مقدار پروجسترون 15-16ng/ml خون باشد اگر کمتر از 5ng/ml باشد آزاد شدن

تخمه رد میشود ولی یک پروسیجر Retrospective بوده باز هم ارزش بلند تشخیصی ندارد.

۴- اندومتریال بیوپسی: Endometrial Biopsy (EB): گرفتن بیوپسی از نسج اندومتر بعد از روزهای بیستم تا شروع عادت ماهوار و معاینه هستوپتولوژیک آن از نظر تغییرات اندومتر به صفحه افرازی ارزش تشخیصیه خوبی دارد و علاوه آفات TB اندومتر هم بررسی شده میتواند. از آنجاییکه عمل EB یک عمل Invasive است لذا با تسهیلات امروزه سونوگرافی از آن کمتر استفاده شده و زیاد توصیه نمی شود.

۵- مطالعه مخاط عنق رحم: مخاط عنق رحم در صفحه تولید تخمه رقیق و غاز دار گردیده (قبلاً تشریح شده) ولی در صفحهء افرازی سخت و بدون چسپندگی بوده و شکننده است. که میتواند تاثیرات هورمون های ستروجن و پروجسترون را در مراحل پرولیفیریشن، آزاد شدن تخمه و صفحه افرازی مشخص سازد.

۶- سونوگرافی: سونوگرافی یک پروسه غیر مهاجم، مصئون و باسانی قابل دسترس است که در قسمت تشخیص، رشد و انکشاف و آزاد شدن تخمه ارزش بلندی دارد. این روش که به شکل متناوب و مسلسل در روزهای ۱۱-۱۵ سیکل اجرا میشود، بصورت قطعی ما را به تشخیص اینکه سیکل خانم تبیضی است یا غیر تبیضی به خوبی رهنمایی کرده میتواند. علاوه با اجرای سونوگرافی رشد اندومتر رحم و درجه انکشاف و رشد فولیکول دوگراف بنحو خوبی مشخص شده میتواند مثلاً درجه ضخامت اندومتر قبل از تبیض به 8-10mm رسیده، فولیکول دوگراف در روزهای اخیر صفحهء افرازی

20mm فی روز رشد نموده و در نزدیک روزهای آزاد شدن تا به 1-2mm و حتی بیشتر از آن حجم آن می رسد و بعد از آزاد شدن تخمه فولیکول دوگراف تکمیش نموده و مایع آزاد در جوف پریتوان بملاحظه می رسد و هم چنان شکل جسم اصفر مشخص شده میتواند.

سونوگرافی نه تنها آزاد شدن تخمه را تعیین کرده میتواند بلکه روز آزاد شدن آنرا نیز دقیقاً تثبیت میکند که در نتیجه وقت تجویز hCG برای خانم، زمان اجرای مناسبات جنسی و زمان اجرای عملیه IVF را رهنمایی می نماید و همچنین موجودیت PCOD توسط سونوگرافی تایید و تثبیت میگردد. بناً سونوگرافی که یک و تیره بدون زحمت و غیر مهاجم بوده امروز توانسته است در بسیاری از مشکلات و پرابلم های نسائی به دکتوران و مریضان کمک قابل ستایشی انجام دهد.

۷- اندازه گیری هورمون ها: در صورتیکه به نقیصه فعالیت H.P.O.Axis و یا عدم کفایه تولیدی هورمون از تخمدان مشکوک باشیم بهتر است که سویه هورمونی FSH، و پرولکتین در خون خانم تعیین گردد. در عدم کفایه وظیفوی تخمدان ها در تولید هورمون سویه FSH و در موجودیت PCOD سویه هورمون LH و در هیپرتیروئیدیزم و هیپرپرولکتینیمیا سویه هورمون TSH بلند دریافت میگردد. برخلاف در عدم کفایه تخمدان ها سویه هورمون ستروجن و در عدم کفایه صفحہءافرازی نزدیک به عادت ماهوار سویه هورمون پرولکتین در خون پایین میآید در حالیکه سویه پرولاکتین خون بلند و بیشتر از 25ng/ml می رسد.

تست های که باید نزد خانم از نظر بررسی نفیرها انجام گردد عبارتند از:

I. هستروسلیپنگوگرافی (HSG): اولین معاینه برای دانستن باز بودن و یا بسته بودن نفیرها است که باید در روزهای ۸-۱۰ عادت ماهوار نزد خانم انجام شود (قبل از تبیض) تا از قبول خطر سقط مطمئن باشیم. در اجرای عملیه لازم است ابتدا اتروپین بمریضه تجویز گردد (بمقصد جلوگیری از سپزم نفیرها) بعد کتیتروفولی، یا کانول روبین یا Leech Wilkinson بمقصد انداختن و یا زرق مواد رنگه در داخل جوف رحم تطبیق و جابجا گردد. بهتر است از زرق محلولات آبی استفاده گردد تا محلولات روغنی، زیرا که محلولات روغنی خطر امبولی را زیادتر می کند و هم سبب پریتونیت حوصلی گردیده و از طرف دیگر هم تا عبور از نفیر و رسیدن به حوصله وقت زیادی خواهد گرفت که برای مریض و اجرا کننده این پروسیجر زحمت ده میباشد.

از اجرای HSG معلومات مانند انومالی های مختلفه رحم (رحم های حجاب دار، د و قرنه، یک قرنه، کوچک، رودیمانتر، فیروم های تحت المخاطی، سندروم اشومن و غیره) ساختمان و طول نفیرها و علاوه بر آن باز بودن یا بسته بودن نفیرها را میتوانیم بررسی و دریافت نماییم. Fals Negative در تیوب بازیکه معروض به سپزم شده باشد و fals positive در صورتیکه هیدروسلیپنکس مطرح باشد دو تعبیر غلط اند که باید متوجه بود.

در صورتیکه سلپنجیت TB مطرح باشد مواد عبور داده شده بشکل منتشر بلاک دو طرفه تیوبها را به شکل منجمد و سخت شده نشان داده و مواد داخل حوصله نمیشود.

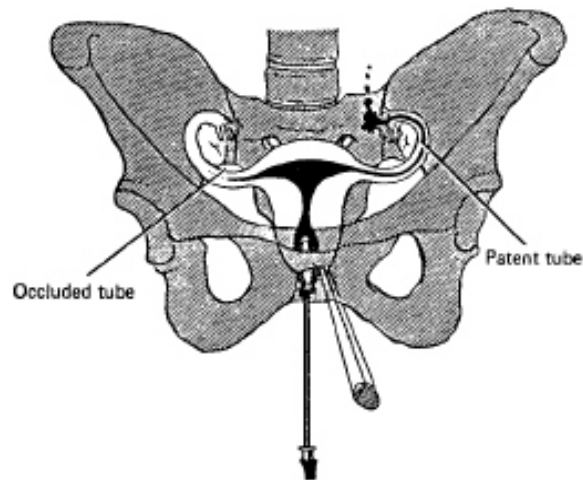
HSG اختلاطات

- ۱- انتانات حوصلی.
- ۲- حساسیت به مقابل مواد متکاثفه که عبور داده میشوند.
- ۳- سقط و بیجا شده گی بیضه ملقحه اگر حمل مطرح بحث باشد.

HSG مفیدیت

- نتیجه حاصله توسط فلم همیشه بدسترس خانم است.
- محل بلاک و بندش مشخص میگردد ، که بامعاینات ذیل بررسی شده

میتواند



شکل (۱۹) Hysterosalpingography (۲)

II. لاپراسکوپیی: لاپراسکوپیی در صورتیکه نتیجه HSG غیر طبیعی بوده یا اینکه به التصافات نفیری و یا اندومتریوز مشکوک شویم باید در صورت امکان انجام شود. مواد رنگه مانند میتیلین بلو رقیق شده از طریق عنق رحم (Chromotubation) داخل جوف رحم گردیده و نتایج لاپراسکوپیک آن

یادداشت می شود. با این پروسیجر موقعیت فیمبریا وبسته گی نفیر از خارج مشخص شده میتواند در عین زمان رهایی و جدا کردن نواحی التصافی Adhesiolysis و برداشتن نسج اندومتريوز انجام شده میتواند در صورتیکه بندش نفیرها در نهایت فیمبر یا باشد باز ساخته شده و قدرت باز بودن نفیری نیز با عبور مواد از مجرای نفیرها و دیدن رنگه شدن جوف حوصله مشخص میگردد. باید یادآور شد که سلپنگوسکوپي نیز انجام شده میتواند.

III. سونوسلپنگوگرافی (S.S.G): درین پروسیجر بمقدار صدسی

سی سیروم نمکی همراه با مقدار کمی هوا از طریق عنق رحم داخل جوف رحم عبور داده میشود. حرکت حباب های هوایی در هنگام عبور از مجرای نفیری توسط سکرین سونوگرافی دیده شده و تعقیب میگردد و در نهایت محل مسدوده نفیرها توسط سونوگرافی مشخص شده میتواند. موجودیت مایع در جوف آزاد پریتون نشاندهنده باز بودن نفیرها میباشد. با اجرای این عمل هم از رسیدن شعاع که در HSG مطرح بحث است و هم از عکس العمل الرژیك و اختلالات موادیکه برای HSG بکار می رود جلوگیری شده میتواند.

IV. Hysteroscopic falloscopy: با اجرای این عملیه اِنار ملیتی

های رحم و بندش نهایت Cornual نفیرها مشخص شده و اگر پولپ های رحمی و یانفیری موجود باشند دیده شده میتوانند. علاوه با این وتیره میتوان توسع غیر طبعی، نواحی نرم و شل نفیری و التصافات ضعیف اگر موجود باشد در داخل نفیرها را مطالعه و در صورت امکان تداوی نمود.

تداوی خانم عقیم

A - در خانم هایبکه نزد شان سیکل تحیزی غیر تبیضی موجود است

نزد این خانم ها تداوی معمولاً هورمونی است، بدون استثناء هنگامیکه نزد خانم با اجرای سونوگرافی های متعدد و مسلسل در طول سیکل عادت ماهوار و یا با وسایل دیگریکه قبلاً بحث شده سیکل غیر تبیضی مطرح شد تداوی شروع میشود.

• **کلومفین سترات:** اولین قدم تداوی در این عارضه تجویز هورمون های کلومفین سترات میباشد. در خانم هایبکه امینوره ثانوی دارند ابتدا با تجویز پروجسترون بمدت کوتاه شروع عادت ماهوار را نزد آن ایجاد می کنیم. از روز دوم تا چهارم عادت ماهوار به مقدار 50mg کلومفین روزانه برای ۴ روز تجویز میشود و سپس از روز دهم عادت به بعد با اجرای سونوگرافی رشد فولیکول دوگراف تعقیب گردیده و کنترل میشود. در صورتیکه به ماه اول جواب ندهد ماهانه به مقدار 50mg به دوز ماه قبل افزوده شده و تا 200mg فی روز این مقدار را بلند برده میتوانیم. در جریان تداوی از پروسهء تاسس هیپرستیمولانتنگ سندروم باید بررسی و جلوگیری گردد و هم چنین از تغییرات تاثیر انسی ستروجنیک کلومفین با تعویض آن به 2, 5mg/D litrazol جلوگیری شده میتواند.

هنگامیکه اندازه فولیکول دوگراف به 20^{mm} رسید باید مقدار ۵۰۰۰ یونت hCG در یک دوز واحد داده شود. که در نتیجه بمدت ۳۶-۴۰ ساعت بعد از زرق hCG فولیکول معروض به تمزق گردیده و تخمهء پخته شده آزاد میشود

و مناسبات جنسی باید بهمین اساس نزد زوجین عیار ساخته شود. این رژیم تداوی بمدت ۶-۸ ماه ادامه داده شده میتواند. باید متوجه بود که دوام تداوی با کلومیفن سبب کمبود ستروجن و در نتیجه باعث اوستیوپوروزیز نزد خانم میگردد. hCG نیز هنگامیکه حجم فولیکول دوگراف به 20mm رسید نزد خانم تطبیق میگردد. اگر با این رژیم تداوی موفق به تولید تخمه پخته شده نگردیدیم رژیم دیگریکه باید تعقیب شود قرار ذیل است.

• (HMG) Humma menopausal gonadotropin

HMG حاوی FSH بمقدار 75-150IU بوده که به تدریج از ۷۵ یونت شروع و مقدار را بلند برده می شود این دوا با وجودیکه طرز تطبیق آن آسان تر است ولی قیمت آن بلند بوده و ضمناً موثریت بیشتری هم دارد.

• **GnRh:** هنگامیکه تشوشات وعدم کفایه هیپوتلموس مطرح باشد باید به

شکل زرقی تحت الجلدی یا عضلی داده شود.

احتمال آزاد شدن تخمه های زیاد (۲ و یا بیشتر از آن) در تجویز کلومیفن و FSH در حدود ۱۰٪ و در تجویز GnRh ۱٪ راپور داده شده است.

در صورتیکه با رژیم تداوی های ذکر شده نزد خانم ovulation

صورت گرفته نتواند موضوع Donor egg مطرح میشود. اگر نزد خانم POCD

مطرح باشد با تجویز کلومیفن و گونادوتروفین میتوان تخمگذاری را تنبیه نمود

و اگر هیپرستیمولشن سندروم تاسس کند از تجویز hCG باید اجتناب شود. در

صورت عدم موفقیت در تداوی طبی PCOD ایجاب میکند که تخلیه Cyst ها توسط عملیه لاپراسکوپى و یا cyst couterizing انجام شود.

در مریضانیکه هپرپرولکتینمیا دارند ادینومای غده نخامیه و هیپوتیروئیدیزم یا رد گردد و یا اگر باشد تداوی گردد. تداوی آفت تجویز بروموکرپتین است (بمقدار 25mg/D در دو دفعه) و بهمین ترتیب نظر به وضع خانم تا 50mg روز دو دفعه تزیاید می یابد.

عدم کفایه جسم اصفیر با تجویز مرکبات پروجسترون ویا دادن hCG در صفحه leuteal قابل اصلاح است.

B - تداوی عقامت که منشه آن نفیرها باشد.

طوریکه بحث شد یکی از دلایل عمدء عقامت بسته بودن نفیرها ویا انومالی های دیگر نفیری میباشد. خصوصاً در ممالک عقب مانده که حفظ الصحء ناحیوی نظر به وضع اقتصاد ودانش پایین به خوبی مراعات شده نمیتواند. بناً در حالات ذیل عملیات های مربوط بالای تیوب ها انجام شده می تواند.

۱- در صورتیکه تیوب ها بسته باشند با Microsurgery (جراحی کوچک) باز ساخته شده میتوانند که این عملیه را بنام Tuboplasty یاد میکنند اما میزان موفقیت پایین تر از 50% دارد.

۲- در صورتیکه التصاق تیوب ها ویا فیمبر یا مطرح باشد با اجرای لاپروسکوپى در رفع عارضه میتوان اقدام نمود.

۳- تیوپلاستی و cannulation توسط بالون تحت نظر هستروسکوپ اجراشده میتواند.

۴- IVF که قبلاً بحث شده است.

Tubal microsurgery که قسمت انسدادی یا بلاک شده نفیر برداشته شده و دو نهایت آن با تار Vicryl بهم اتصال داده میشود. در عملیاتی که بالای نفیرها انجام میشود درجهء موفقیت نظر به ساحه و حجم ناحیه مائوفه فرق دارد مثلاً در فیمبر یا ۲۷٪، در نهایت 50% curtual و در Isthmic Isthmic در حدود ۶۰-۷۰٪ عملیات اناستوموز نتیجه موفقیت آمیز داده اند.

خطرات توبوپلاستی

۱. عدم موفقیت در بازسازی و ترمیم آن.
۲. تاسس بندش بعد از اجرای عملیات.
۳. حمل خارج رحمی یا داخل نفیری اگر مجرای باز شده به تضیق معروض شده باشد.

C - تداوی عقامتیکه دلیل آن مشخص نشده باشد

یک تعداد کم وقایع عقامت دریافت میشود که تمام اسباب و عوامل عقامت نزد زن و مرد بررسی گردیده ولی هیچ عامل خاصی که بتواند دلیل عقامت نزد شان باشد دریافت نشده است، قبلاً در همچو موارد برای زوجین توصیه می شد که خود را برای نداشتن اولاد آماده سازند ولی فعلاً با تخنیک های جدید و مدرن امروزه میتوان تا حد زیادی مشکل را رفع نمود که عمده ترین این تخنیک ها عبارتند از:

۱. Artificial Insemination (AI) یا Intra Uterin Insemination (IUI)

و یا (AI) Intra Tubal Insemination (ITI) (T=Tubal).

- ۲. In Vitro Fertilization (IVF)
- ۳. Gamete Intra Fallopian Transfer (GIFT)
- ۴. Zygote Intra Fallopian Transfer (ZIFT)
- ۵. Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)
- ۶. Cryopreservation technique

استطببات

- IUI یا ITI: در صورتیکه عقامت مربوط به مرد باشد، یا مخاط عنق رحم انتی بادی ضد سپرم داشته باشد، یا Asthinospermia مطرح بوده و یا منشاء عقامت مشخص شده نتواند از این عملیه استفاده میشود.
- IVF: در عقامت های که منشأ نفیری داشته باشند، یا فاکتور مخاط عنق رحم مطرح باشد و یا عقامت بدون دلیل باشد از IVF استفاده میشود.

اختلاطات IVF

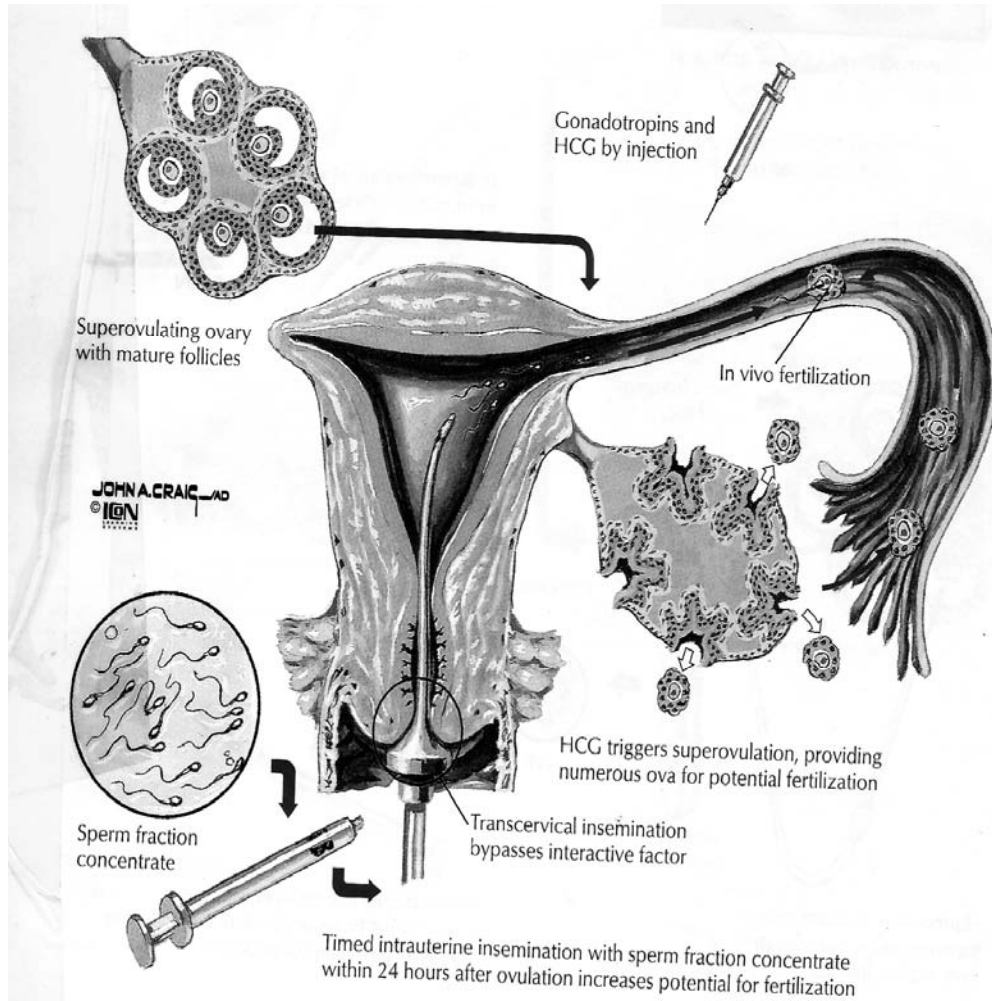
- فیصدی خطای بلند دارد.
- هزینهء بلند را می طلبد.
- فیصدی سقط در آن بالا است.
- سبب حمل های چندگانه میشود.
- فیصدی حمل خارج رحمی در آن بلند است.
- ضربات روحی به زوجین در صورتیکه بعدم موفقیت بینجامد می رساند.
- انجام عمل GIFT: هنگامیکه هر دو تیوب باز بوده، با ارزیابی انجام شده multiple ovulation مطرح باشد به مقدار ۵۰۰ دانه سپرم شسته شده در هر دانه تخمه آزاد شده محاسبه شده و داخل نفیرها ذریعه

هستروسکوپ رهنمایی و جابجا میشود. موفقیت در این پروسه هم بین ۳۰-۴۰٪ است.

➤ Cryopreservation: درین اواخر این نظریه عرض اندام کرده است. که سپرم، ovum و یا حتی رشیم embryo را میتوان با شرایط خاص لابراتواری بمدت ها محافظه نمود. در حقیقت با این پروسه چه نزد مرد و چه خانم از تکرار عملیات و پروسیجرهاییکه برای بدست آوردن تخم و تخمه قبلاً استفاده شده است جلوگیری میشود. لذا هم اختلاطات و مشکلات زوجین را کم ساخته و هم هزینه تکرار عملیات از دوش آنها برداشته میشود. مشوره با زوجین و تذکر تمام نقاط لازمه در این وتیره امری است ضروری، که باید خودشان در زمینه تصمیم بگیرند که چه نوع عملیات را برای رفع پرابلم خویش بر می گزینند.

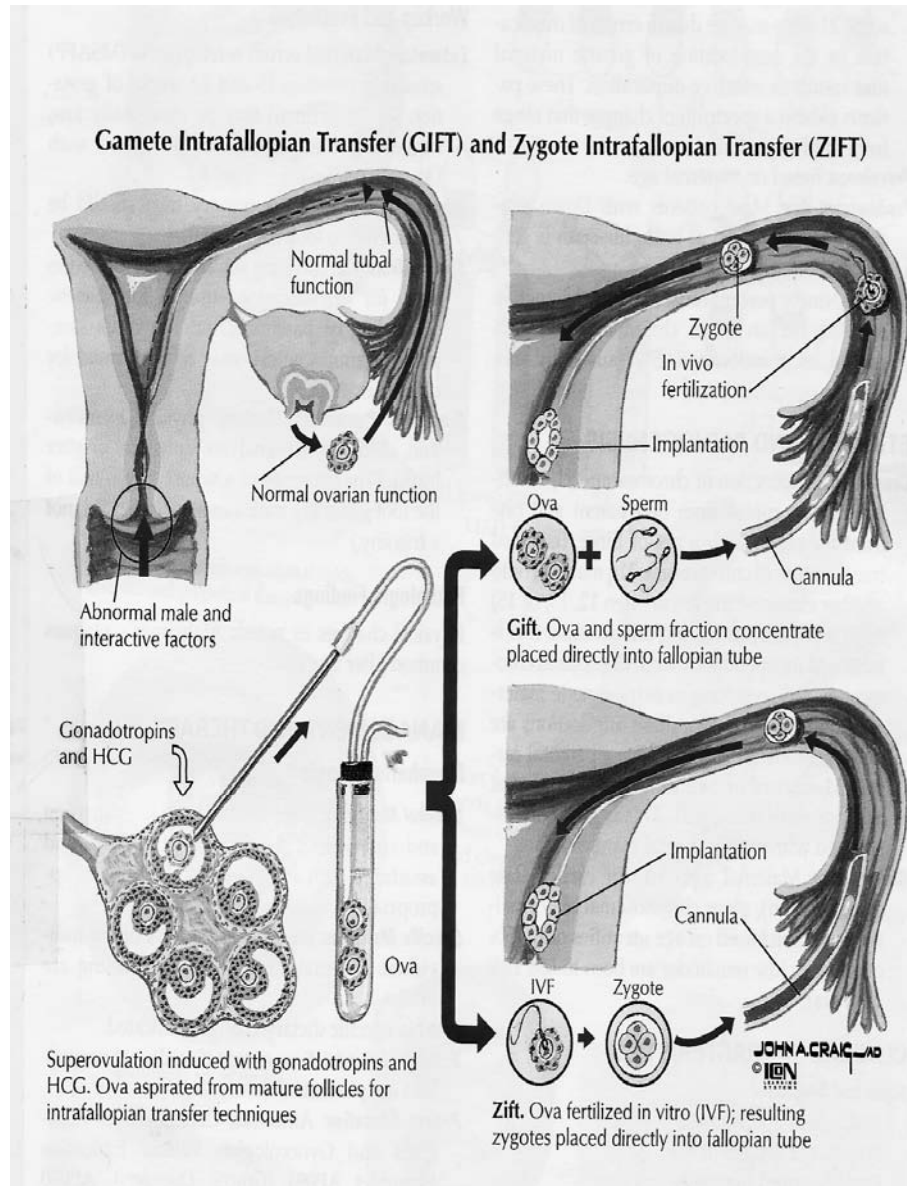
➤ ICSI: عبارت از زرق یک عدد سپرم در داخل سیتوپلازم اووم می باشد و در حالات ذیل استطباب تطبیق دارد. (۳)

- هرگاه تعداد سپرم خیلی کم باشد.
- هرگاه سپرم یا تحرک نداشته و یا تحرک آن ضعیف باشد.
- هرگاه سپرم از نظر مورفولوژی غیرطبیعی باشد.
- اگر IVF که قبلاً انجام شده بی نتیجه باشد.
- در حالاتی که دلایل عقامت مشخص شده نتواند. (۸)



(٤)

شکل (٢٠)



(٤)

شکل (٢١)

Carcinoma of endometrium

آفات خبیثه رحم از جمله امراض جهاز تناسلی داخلی اند که از طبقات مختلف رحمی منشا گرفته و نوع کارسینومای آن از انساج وظیفوی رحم و نوع سارکوما که خطرناکترین و بدترین نوع آفات خبیثه رحم است از نسج سترومای آن منشا گرفته است.

اپیدمیولوژی

اگرچه آفت در تمام سنین می تواند عاید حال خانم ها گردد ولی بیشترین فیصدی آن از سن ۴۵ به بعد راپور داده شده است. سالانه ۱۵۰۰۰۰ خانم در سطح تمام جهان مصاب به آفت می شوند که ۳۵۰۰۰ آن در اضلاع متحده بوده و ۴۰۰۰ وفيات دارد. فیصدی وقوعات در آسیا، آفریقا و امریکای جنوبی ۴ مرتبه پائین تر است.

اسباب

سبب و علت مشخص برای عارضه وجود ندارد ولی یک تعداد فکتورهای مساعد کننده مطرح شده است که عمدتاً عبارتند از

- Obesity یا چاقی.
- خرابی میتابولیزم کاربوهدرات ها مانند مرض دیابت .



• خانم هایی که هیچ ولادت نکرده و یا پاریتی کم دارند و فرط فشارخون دارند.

• خانم هایی که دیر به صفحه مینوپوز داخل می شوند.

• هیپرپلازی غیروصفی غدوات داخل اندومتر

• خانم هایی که معروض به گرفتن ستروجن تنها به مدت دوامدار شده اند (در حدود ۲۳،۲ فیصد) و در صورتیکه در تداوی مشترک با پروجسترون به ۲۱،۳٪ تنقیص یافته است.

• تومورهای رحمی ایکه وظیفه افرازی داشته باشند مانند Theca cell tumor, Femising Ovarian tumor، گرانوزل سل تومور و غیره.

• خانم هایی که سابقه شعاع تراپی دارند.

• خانم هایی که سابقه فامیلی (مانند مادر، خواهر، عمه، خاله و غیره) سرطان های ثدیه، رحم و تخمدان را حکایه می کنند (Genetic predisposing Factor)

• در نسل اول و دوم جاپانی های مهاجر آمریکا که رژیم غذایی غنی و پرانرژی و حاوی چربی حیوانی داشته اند، وقوعات بلندی دریافت شده است.

اعراض وعلائم

خانم هایی که کمتر از ۵۰ سال دارند در ۱۵٪ وقایع مصاب به آفت شده، در حالیکه ۵٪ خانم هایی که سن کمتر از ۴۰ سال دارند مصاب به آفت می شوند. تزیاید فاصله بین دو عادت ماهوار و یا هیپومینوره از اثر تغییرات در افرازات سیستم اندوکرین به وجود می آید

از نظر سریری عمدتاً حالات ذیل بملاحظه می رسد

۱- هنگامی که خونریزی غیر منظم بین الحیضی ، خونریزی هایی که در هنگام فعل مجامعت به وجود می آید ، خونریزی هایی که به شکل هیپرمینوره باشد، معمولاً باید اولین فکر را به طرف کانسر اندومتر برده و در ۱/۳ واقعات عارضه عرض اندام کرده می تواند و ایجاب هستوپتالوژی را می کند تا تشخیص قطعی شود. علاوه تا خونریزی هایی که به شکل افزایشات مهبلی خوندار بملاحظه میرسند در صورتی که با پیومترا مترافق باشد. به طرف کانسر اندومتر بیشتر باید فکر شود

۲- درد بطنی در صورتی که پیومترا و یا ارتشاح آفت تاسس کرده باشد.

۳- اعراض بولی و یا رکتل در صورت کانسر پیشرفته تظاهر می کند.

۴- اعراض متاستاز درشش ها، دماغ و غیره در حالات پیشرفته.

برای تثبیت آفت نزد مریضه معاینات ذیل انجام شود

- معاینه مکمل مهبلی جهت دریافت ، محل ، حجم و علت آفت که آیا کتله در رحم ، عنق رحم و یا مهبل موجود است و چه خصوصیات دارد.
- سونوگرافی Trans vaginal با هدف دریافت ساختمان رحم، درجه ضخامت اندومتر، بررسی حجم رحم ، ملحققات و غیره.
- در عنق رحم در stag II و stage III آفت علائم غیر طبیعی صریحاً کتلات به شکل Polypoid بملاحظه رسیده و حتی ممکن است خود عنق و قسمت های Suburethral هم آفت را واضحاً نشان دهند.

Staging of E. carcinoma

Stage I: آفت صرف در اندومتر رحم محدود باقیمانده است .

Stage II: افت کانسروز طبقه میومترو عنق رحم را مصاب ساخته و به هیچ وجه ساحه رحم را تجاوز نکرده است.

Stage III: افت از ساحه رحم به بیرون تجاوز نموده ولی به هیچ وجه از حوصله حقیقی به بیرون نرفته است.

Stage IV: عارضه به خارج از حوصله تجاوز نموده غشای مخاطی مثانه و رکت هم معروض به افت شده است.

تداوی

جراحی: تداوی انتخابی و معقول نزد مریضان مصاب به کارسینوم رحمی عبارت از تداوی جذری جراحی است که رحم و ملحقات رحمی مکملاً برداشته شود، یعنی نزد مریضه bilateral salpingoophrectomy انجام شود. اکثر خانمها تا stage II که نزدشان هسترکتومی اجرا می شود از تشخیص باقی می مانند. در صورتیکه افت به stage III رسیده باشد یعنی عنق رحم به افت اشتراک کرده باشد بهتر است نزد مریضه علاوه بر هسترکتومی جذری لمفادنکتومی حوصلی دو طرفه انجام شود و ضمناً از غدوات para aortic سمپل برای معاینه هستوپتولوژی اخذ گردد و علاوه تا نزد اینگونه مریضان بهتر است رادیوتراپی انجام شود.

اگر موضوع انتشار افت به عقدات لمفاوی مطرح باشد، نظر به اینکه این انتشار از طریق اوعیه مبیضی بیشتر انجام می شود لذا عقدات para aortic در بیشتر از ۵۰٪ وقایع به افت اشتراک پیدا می کنند. اگر عملیه اجرای para aortic adenectomy نزد مریضه مطرح باشد خصوصاً نزد خانمهای چاق حتی با

پیشرفته ترین تجهیزات طبی و ماهرترین جراح در سطح ایالات متحده امریکا کار بسیار مشکل افزین و طاقت فرساست ، بنابراین در stage I و stage II تداوی هم می تواند مؤثر و هم به اسانی عملیه جراحی انجام شود و در stage III و IV انذار ان خراب تر بوده و هم عملیات ان مشکل ترمی باشد.

رادیوتراپی: موضوع رادیوتراپی سرطانهای اندومتر امروزه مورد منازعه است و محققین به این عقیده اند که اگر افت به طبقات عمیقه رحم نفوذ کرده باشد این تداوی می تواند موفقیت در زمینه کنترل سیر افت و have life مریض داشته باشد، اگر چه مطالعات انجام شده در هالند کدام مفیدیت را در این زمینه راپور نداده است. لذا چنین توصیه کرده است که رادیو تراپی ابتدا نزد خانمها صورت نگرفته و یا اینکه در صورت عود مرض به این وسیله توصل ورزیده شود و نتایج بهبودی در حدود ۵۰٪ است. تداوی در مریضانی که افت پیشرفته کارسینومایی دارند نظر به وضعیت و حالت مریضه و درجه پیشرفت افت بصورت فردی فرق می کند ولی رویهم رفته تداوی جراحی در صدر جدول تداوی قرار نمی گیرد و عمدتا شاید در ابتدا تداوی شعاعی ضرورت باشد و بعدا به تداوی جذری هسترکتومی اقدام شود.

تداوی با مرکبات پروجسترون به شکل paliative از عود مرض جلوگیری کرده می تواند خصوصا اگر سرطان اندومتر از نوعی باشد که از تاثیر استروجن به میان آمده باشد و یا به عبارت دیگر sterogen dependet Endometrial.Cancer باشد.



در جدول ذیل فیصدی حیاتیّت را بر اساس stage سرطان ملاحظه می کنید

Stage	فیصدی حیات در ۵ سال
I	83
II	71
III	39
IV	25

Diseases of the Vulva

امراض دهلیز

دهلیز مانند دیگر اعضای تناسلی مصاب آفات مختلفه وصفی و غیروصفی شده می تواند مانند انتانات جلدی، ترضیضات خصوصاً هنگام ولادت و تومورهای مختلفه سلیمه و خبیثه که با اجرای معاینات مختلفه می تواند بررسی، تشخیص و نهایتاً تداوی گردد. از نظر سببی عوامل مختلفه ذیل باعث بروز عارضه می گردند:

انتانات جلدی در vulva عبارتند از:

عکس العمل های حساسیتی، فولیکولیت، Intertrigo، scabies، و غیره
انتانات وصفی و معین دیگر مانند تریکومونادس، مونیلیازیر،
کاندیلوما کومیناتا، هرپس جینیتالیس و بارتولینیت.

۱- condyloma acuminata

این مرض از جمله امراض جلدی زهروی زخم دار بوده که توسط
Human papiloma virus نوع (VHP) نوع ۶، ۱۱، ۱۶، ۱۸ تولید میشود که یک
ویروس با DNA کوچک میباشد.

حالاتی مانند گرفتن C.O.C، حاملگی، و انحطاط دهنده های سیستم
معافیت بدن (Immunosuppressives) رشد این ویروس را تقویت میکند.

در حدود 20% وقایع به آفات خبیثه تحول میکند در دوران حاملگی معمولاً کاندیلوما در خانمهای جوان به صورت بنفسه شفایاب میگردد. در خانمهای مسن و کسانی که آفت دوام پیدا می کند باید با (Trichlor acetic acid 25%) و podophyllin در الکل به صورت موضعی تداوی گردد. مرض warts در ظرف ۳-۴ روز از چق گرفته و می باشد. اما تداوی باید تا معدوم شدن کامل تخریبات عمیق ادامه یابد. اگر تخریبات آفت وسیع باشد یا با تداوی جراحی برداشته شود و یا اینکه با عمل diathermy و یا اشعه لایزر سوختانده شده و تداوی گردد.

مرد یا پارتنر مریضه باید از نظر مرض معاینه مکمل شود و HPV نزدش بررسی گردد. در صورتی که آفت فعال در خانم حامله به ترم موجود باشد C.S انتخابی برای جلوگیری از فرنجیت و لرنجیت نزد طفل باید انجام شود.

زرق Interferon و کریم های موضعی از جمله تداوی های پیشنهاد شده به آفت می باشند.

۲- Herpis genitalis

هرپس ساده و ایروس (H.S.V₂) یکی از معمولترین انتانات و ایروسی (DNA Viral infection) که دهلیز را مصاب می سازد می باشد. در حدود ۸۰ فیصد خانم های بین سنین ۲۰-۳۰ ساله که فعالیت جنسی بلند دارند مصاب آفت میشوند و از جمله امراض S.T.D می باشد.

دوره تفریح مرض ۲-۷ روز است اعراض ابتدائی مرض به شکل خارش و پارسیزی که به تعقیب آنها وزیکول های کوچک در نواحی شفتان کبیره، صغیره و جبل الزهره رونما میگردد تظاهر می نماید. که بعداً تمزق نموده و قرحات

دردناک را از خود بجا می گذارد. عقدهات ناحیه بعضی بزرگ و دردناک می شوند. تخریبات مدت ۲-۶ هفته دوام می کند و سپس بدون گذاشتن بقایا شفایاب می شوند. خانم از تب و لرزه حکایه نموده و افزایشات مهبل از سبب التهاب عنق رحم تراید می یابد. در ۸۵ فیصد وقایع بعد از هفته سوم انتی بادی نزد مریضه تحری شده می تواند.

عوارض بلند است (۵۰٪) ولی اعراض و علائم خفیف تر بملاحظه می رسد. مزمن شدن قرحه زمینه ساز کانسر مهبل و عنق رحم خواهد بود، oral sex سبب فرنجیت و تقرح در جوف دهن می شود.

culture, Biopsy, cytology و تست ELISA در تحری آفت ضرور است

که انجام شود.

تداوی

- ۱- برای رفع درد اناالجزیک های عمومی و موضعی یا پماد، تجویز گردد.
- ۲- با تجویزاتی بیوتیک ها از مداخله انتانات ثانوی جلوگیری شود.
- ۳- استفاده از بیتادین موضعی در ظرف ۸-۱۰ روز موثر است.
- ۴- از پماد 5% acyclovire بمقصد رفع درد استفاده گردد.
- ۵- از طریق فمی Acyclovire بمقدار 200mg پنج مرتبه در روز برای ۷-۱۰ روز استفاده گردد.

۶- Valacyclovir 500mg/BD یا Famcyclovir 125mg/BD موثریت

خوب دارد.

۷- ترجیحاً C.S در حمل به ترم انجام شود.

۸- Pop smear متناوب به مقصد جلوگیری و دریافت آفت سرطان عنق

انجام شود.

۹- پارتنر خانم از نظر مرض بررسی و معاینه شود.

۱۰- مریض از نظر امراض دیگر S.T.D بررسی گردد.

۳- Proritus Vulva (خارش مهبل)

عبارت از احساس خارش شدید است که مریضه را متقاعد به خاریدن ناحیه می کند و خارش دوامدار سبب خراشیده گی ناحیه شده و زمینه ساز مداخله انتانات می گردد.

از نظر سببی عوامل متعددی که باعث خارش میگردند وجود دارد که به کتگوری های مختلف دسته بندی گردیده که شناسایی آنها بعضاهم مشکل می باشد.

اسباب

A- عمومی: مانند دیابت، یرقان، یوریمیا، سیروز جگرو غیره.

B- غذایی: کمخونی آهن، کمخونی پریشیوس و کمبود Vit A و غیره.

C- موضعی: درماتیت، حساسیت مقابل صابون، دواى شوینده، زیرپوش

نایلون، کاندوم و کرم های کشنده سپرم.

D- تخریبات Vulva: از سبب کاندیلوما، مرض paget's، دیستروفیا

کراوروزیز، ولویت senil و ولویت توسط شعاع.

E- انتانات مهبل: تریکوموناوس، مونولیا.

F- سرویسیت هائی که افزازات زیاد تولید میکنند.

- G- مقعدی: امیبیازیز و کرم های معدی معائی.
 H- روحی روانی و masturbation.

تشخیص

تشخیص بالای معاینات ذیل استوار است

- ۱- معاینه خون: هیموگلوبین، شکر خون و وظایف جگر، کلیه ها.
- ۲- موضعی: سمیر گرفتن، بیوپسی و کلچر مواد.
- ۳- معاینه ادرار و مواد غایطه

تداوی

- ۱- تداوی سببی باساس علت دریافت شده
 - ۲- پماد هیدرو کورتیزون بصورت موضعی
 - ۳- توصیه سیداتیف ها
 - ۴- کریم زینک اوکساید در جلد های سخت
 - ۴- آفات کانسری vulva
- مجموعاً به بخش امراض کانسری جهاز تناسلی مطالعه میشود.

Diseases of the vagina

امراض مهبل

معمولترین آفات و امراض مهبل شامل است به : جروحات
ترژیضی،انتانات مهبلی، تغییرات مهبل در دوران مینوپوز ، افات کانسروز مهبل
و cyst های مهبلی.

I. جروحات ترژیضی مهبل

عبارت از جروحاتی اند که توسط عوامل ترژیضی در مهبل بوجود میآیند
و زمینه ساز مشکلات مریض میگردند.

اسباب

- ۱- جروحات نافذه.
- ۲- جروحات بوسیله سامان و آلات جراحی.
- ۳- جروحات بمقصد انجام سقط های جنایی توسط سامان و وسائل.
- ۴- تجاوز جنسی بزور و یا عمل جنسی خشنانه.
- ۵- دخول جسم اجنبی توسط اطفال.
- ۶- گذاشتن حلقه پساری در حالات سقوط مهبل.

۷- سوختگی ها با مواد کیمیاوی مانند اسیدهای قوی، بتاسیم پرمنگنات و

غیره.

۸- سوختگی از اثر شعاع.

۹- سوختگی با وسایل برقی مانند الکتروکوتر و شعاع لایزر.

۱۰- پاره گی در جریان ولادت که پاره گی مهبل و عنق رحم را در بر

میگیرد.

جروحات معمولاً باعث خونریزی، تشکل هماتوم و زمینه ساز مداخله انتان

میگردند که به تعقیب ان قرحه، فیروز و ستینوز مهبلی بوجود میآید.

II. قرحات مهبل

قرحات مهبلی میتواند از اسباب مختلفه ذیل بوجود آید

۱- باقیماندن passary در داخل مهبل بمقصد جلوگیری از پرولاپس رحم

بمدت طولانی.

۲- قرحات (decubitus) در پرولاپس رحم.

۳- قرحات سفلیتیک.

۴- قرحات از باعث حرارت و مواد کیمیاوی سوزاننده.

۵- قرحات از سبب شعاع.

۶- قرحات از سبب scar های جراحی که متن شده باشد.

اعراض: خانم از افزادات مهبلی خوندار و یا چرکین که با درد شدید

همراه است حکایه میکند.



تداوی: توصیه انتی بیوتیک های وسیع الساحه با انتی سپتیک های مهبلی جهت از بین رفتن انتان و ترمیم قرحات میباشد و ترجیحا باساس دریافت علت ، تداوی موثر و مطلوب است. Stenose و ندبات معیوبه اگر بمیان آمده باشد تداوی جراحی را ایجاب میکند.

Vaginal cyst III (کیست های مهبلی)

در مهبل چهار نوع cyst میتواند بملاحظه رسد

۱- کیست های قنات Gartner.

۲- کیست های Bartholine.

۳- کیست های Inclusion.

۴- کیست های Endometriotic.

Gartner cyst -1: این cyst از بقایای قنات wolf رشد و توسعه می یابد معمولا در جدار های وحشی و یا نزدیک فوهه خروجی مهبل بوجود میآید در صورتیکه کوچک باشد بدون اعراض و در صورت بزرگ بودن سبب dysparonia میگردد ، که ایجاب marsuplisation و کشیدن بوسیله جراحی را میکند.

Inclusion cyst-2: از اثر جوانه زدن غشای مخاطی مهبل ، در عملیات

های مهبلی بعد از اپیزیتومی ، colpography و غیره بوجود میآید.

Endometriotic cyst-3: این نوع cystها در حذای fonix خلفی

بملاحظه می رسد و معمولا بشکل یک cyst احتباسی که توسط یک ساحه منقبض شده و التوائی احاطه شده است تبارز مینماید. در جریان عادت ماهوار

بزرگ و دردناک می‌گردد و بعد از آن دوباره کوچک می‌شود. تداوی جذری آن برداشتن cyst و یا couterization می‌باشد.

4-Bartholin's gland: غدوات بارتولین یکی از اورگانهایی است که

در دهلیز موقعیت داشته و از آنجائی که آفات انتانی، آبه و کیست را مکرراً می‌توانند بسازند، لذا ایجاب مطالعه مفصل را مینماید. غدوات بارتولین در فوهه مهبل Intruitus موقعیت دارند و از نوع غدوات Recemose می‌باشند. افزایش این غدوات از طریق قنات خیلی کوتاه شان به داخل فوهه دخولی مهبل تخلیه می‌شوند و مهبل را مرطوب نگاه میکنند (خصوصاً در وقت مناسبات جنسی) میکروب های عمده ای که می‌توانند التهاب غدوات را به بار آورند عبارتند از استافیلوکوک های طلائی، E.colic و گونوکوک ها می‌باشند.

بارتولینیت به اشکال ذیل تصادف شده می‌تواند. (۵)

- Acute Bartholinitis: یک عارضه حاد التهابی غدوات و طرق افزایش آن می‌باشد. که مریضه از درد، حساسیت، تورم و پندیدگی موضعی شکایت دارد و از نظر عمومی تب دارد. از طرف مائوف اگر مجرای قنات باز باشد افزایش در دهلیز و مهبل به شکل فراوان می‌ریزد و اگر قنات بسته شود سبب تشکل آبه می‌گردد. (۵)

- Chronic Bartholinitis: بصورت فزیکتی لوحه انتان حاد در صحنه متبازاست. مریضه از درد، حساسیت، تورم و پندیدگی موضعی شکایت دارد و از نظر عمومی تب دارد. یک تورم موضعی در قسمت خلفی جنبی. طرف مائوف در حدای

Introitus که به طرف شفء کبیره تيله شده، مشاهده می گردد و جلد شفء مربوطه سرخ رنگ، حساس و اذیمایی دیده شده و جس می گردد. شاید افرازات چرکین از فوهه قنات آنها جریان داشته باشد.

• Bartholine cyst: در شکل Cystic غدوات Bartholine، افرازات از آن خارج نگردیده و چون انتان مداخله نکرده است لذا آنقدر دردناک نبوده و اعراض التهابی موضعی و عمومی ندارد ولی بعضا حجما خیلی بزرگ شده می تواند.

تشخیص: بالای اعراض وعلائم سریری گذاشته شده ولی علل مرضی با کلچر و آنتی بیوگرام به خوبی تحری شده می تواند.

تداوی: تداوی دوامدار و مناسب براساس کلچر و آنتی بیوگرام ممکن است آفت را به طور جدی ریشه کن کند ولی دریک تعداد زیاد وقایع ضرورت به عمل جراحی احساس می شود که عبارت است از: (۹)

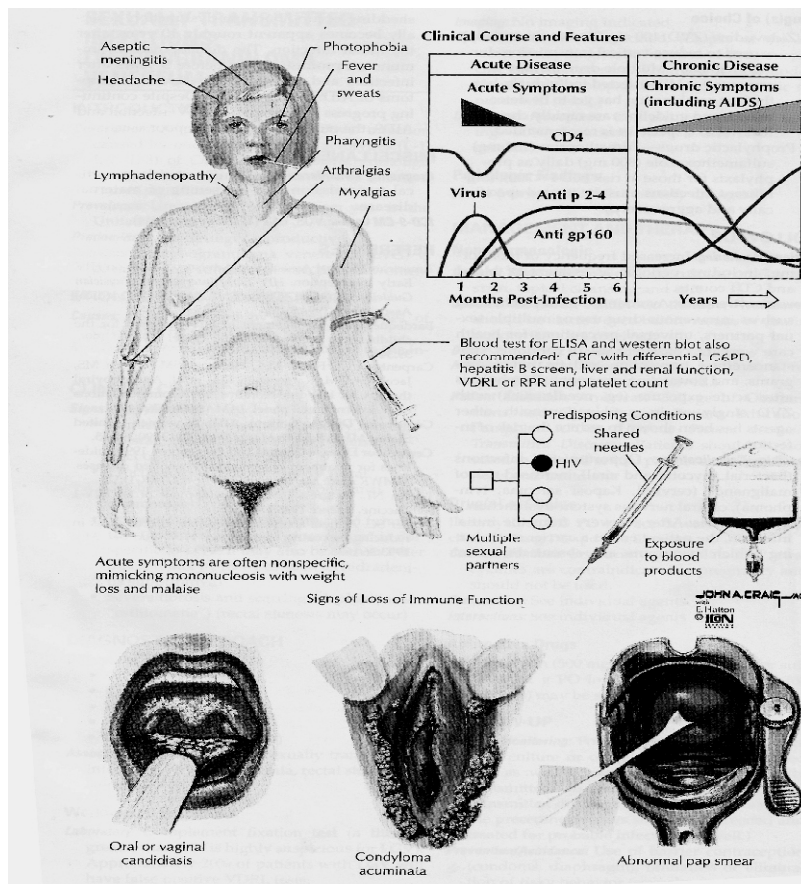
۱. کشیدن غده یا کیست که معمولا در کیست های کوچک انجام می شود و در کیست های بزرگ امر مشکلی میباشد زیرا خطر انتان و هماتوما را دارد.

۲. Marsupialization: غده مائوفه تداوی انتخابی می باشد و این عبارت از باز کردن وسیع جدار کیست با شق طولانی و بخیه کردن آن با جلد می باشد که در نتیجه جوف باز می ماند و افرازات آن به خارج جریان پیدا نموده و کیست دوباره تشکل نمی کند. ناحیه انتخابی شق باید از طرف داخل از حدای شفء

صغیره باشد، زیرا اختلالات بعدی را کمتر می سازد و از این پروسیجر کاری در کیست هایی که حجم بزرگی دارند، استفاده می شود.

۳. شق و تخلیه آبنه های بارتولین که از اثر بسته شدن قنات بارتولین و مداخله انتان به وجود می آید به ترتیبی که عملیه Marsupialization انجام شد، اگر اجرا گردد، نتیجه مطلوب خواهد

بود. (۵)



(۴)

شکل (۲۱)

Sexual transmitted disease-IV (امراض مقاربتی)

بسیاری از امراض انتانی ای که در جهاز تناسلی نزد خانم ها ایجاد میشوند تحت نام S.T.D یاد شده، زیرا که از یک پارتنر به پارتنر دیگر انتقال می یابد و متاسفانه در نزد خانم ها تخریبات مختلف و متعدد را در دستگاه تناسلی بمیان می آورد که از حالات معیوبیت و تاسس امراض مزمن تا مرگ (ندرتا) فرق میکند. امراض S.T.D توسط بکتیریا، پروتوزوا، فنگس ها و وایرس ها بمیان می آید.

S.T.D.S توسط عوامل ذیل بوجود می آید:

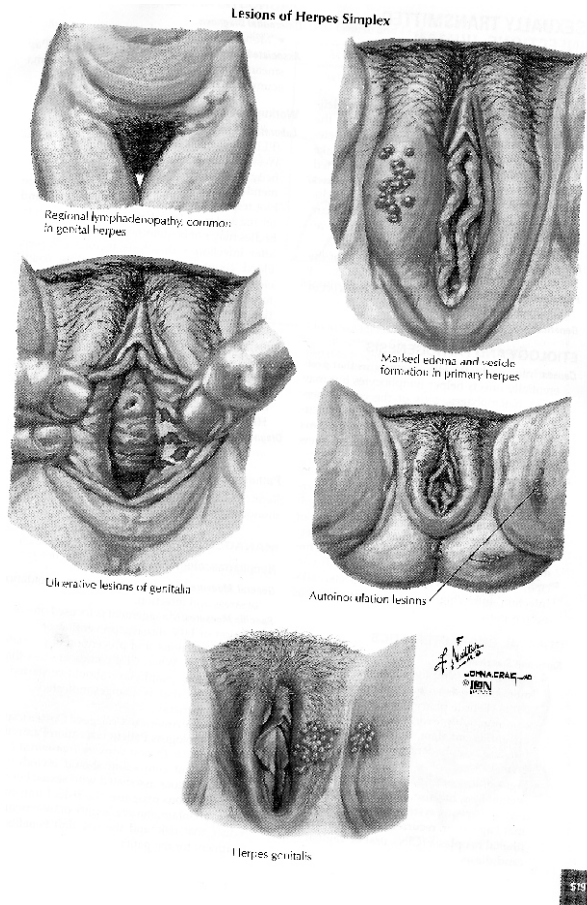
۱- گونوریا، تریکومونادس، کلامیدیا، لمفوگرانولوما و اینیریوم، شانکروئید، کاندیلوما اکومیناتا، سکابیس، هیپاتیت B، سفلس، کاندیدیاز، Bacterial vaginosis، گرانولومانگوینالیس، هرپس جینیتالیا، مولوسکوم کانتا جیوزوم، AIDs و غیره.

1-1 Gonococcal Infection (۱۱)

یکی از امراض قدیمه STD بوده که ابتدا توسط Albert Neisser تشریح و معرفی گردیده است و عامل آن بنام Neisseia gonorrhoea^(NG) یاد میشود. در مرتبه اول ابتلا به آفت ۱۵٪ و در تکرار ابتلا به آفت تاسه مرتبه و یا بیشتر از آن (۷۵٪) عقامت ها را بار می آورد.

N.G یک بکتیریای گرام منفی داخلی حجروی است. شکل کلیوی دارد عامل مریضی نزد خانم های که فعالیت جنسی زیاد دارند به وفرت دیده شده و زمینه انتقال مرضی میباشد. علاوه از طریق وسایل آلوده در توالی، آرایشگاه ها

و البسه متن خصوصا زیرپوش انتقال یافته میتواند . انتقال از مرد به خانم بیشتر صورت گرفته تا بر عکس آن . دوره تفریح آن ۱۰-۲ روز از هنگام تلقیح میباشد.



(۴)

شکل (۲۲)

Pathology

عامل مرض (NG) از طریق مهبل به طرف علوی صعود نموده ولی اپیتیل غشای مخاطی مهبل مقابل N.G مقاوم است و اما N.G میتواند نسج glans، احلیل و قنات بارتولین را مورد تهاجم قرار دهد که در نتیجه نزد مریضه bartholinitis و urethritis بوجود میآید و زمینه ابسه بارتولین را که یا بنفسه تمزق نموده و یا باید ذریعه عمل جراحی برداشته شود، مساعد میسازد. در صورت تشکل cervicitis افزایات زرد رنگ از مهبل جاری میگردد. عامل مرضی توسط سپرم به طرف علوی انتقال نموده و زمینه را برای سلپنجیت مساعد میسازد. هرگاه پروسه دوام یابد از اثر انتشار میکروب به جوف حوصله pelviperitonitis و به تعقیب آن general perintonitis عرض اندام میکند و نهایتاً ممکن است سبب blockage تیوب ها و یا التصاق آنها گردیده که عقامت را در قبال دارد. Pyosalpinx و hydrosalpinx هم از جمله عواقب ناگوار مرض است. در صفحه مزمن مرض تحری میکرواورگانزم کمتر امکان دارد.

اعراض و علائم کلینیکی (۱۱)

- ۱- urethritis: سبب dysuria و فریکونسی ادرار گردیده و از احلیل افزایات چرکین زرد رنگ جاری میشود.
- ۲- skenitis: افزایات خارج شده از glands urethra سبب سختی نسج جلد اطراف آن شده که با تماس حساس میباشد.
- ۳- bartholinitis: درین حالت یک تورم و برجستگی در شفتان کبیره مربوط بملاحظه رسیده و آفت ممکن است بطرف تشکل ابسه بارتولین و vulvitis پیش برود.

۴- cervicitis: ممکن است از اثر انتشار آفت به طرف علوی بمیان آید که افرازات زرد رنگ چرکین از مهبل جاری شده و بعداً این افرازات آبگین میشود.

۵- salpingitis & Pelvi peritonitis: درین حالت نزد خانم درد حاد بطنی، تب و افرازات وافر مهلبی عرض اندام میکند با معاینه قسمت سفلی بطن حساس و اندفاعی میباشد در مراحل بعدی ممکن است کتله در این قسمت تشکل نموده که با معاینه مهلبی کتله دو طرفه و غیر متحرک در دو طرف حوصله جس میگردد و رحم بصورت retroversion تثبیت میشود.

در صورتیکه آفت مزمن گردد خانم از کمر دردی، درد قسمت سفلی بطن و افرازات وافر مهلبی شکایت دارد مینوراجی، دیسمینوره و مجامعت دردناک از اعراض دیگر مرض اند که از اثر احتقان حوصلی نزد مریضه بوجود میاید.

۶- کسیت بارتولین، skenitis، سرویسیت، کتله حوصلی، عقامت و حمل خارج رحمی از محصولات مزمن شدن انتان میباشد.

۷- perihepatitis و التصاقات کبدی در صورت انتشار بطنی آفت بملاحظه رسیده میتواند و خانم از درد کوادرانت علوی راست شاکی میباشد.

۸- فرینجیت (oral sex) ارتریت و اندوکار دیت از عوارض نادر مرض اند.

تشخیص

برای تشخیص درست آفت قرار ذیل باید پروسه بررسی گردد.

۱- wet smeare از غدوات بارتولین، احلیل و عنق رحم گرفته شده که در ۷۰٪ وقایع آفت را مشخص میسازد.

- ۲- کلچر افرازات در محیط Thayer martin و غیره محیط های زرع، میکرو اورگانزم را مشخص میسازد.
- ۳- معاینه خون gonococcal complement test بعد از چند هفته مصابیت به N.G انتی بادی را مشخص میسازد.
- ۴- تست fluorescent نیز میتواند مفید واقع گردد. (برای تشخیص)
- ۵- از آنجائیکه chlamydia و سفلیس نیز از جمله امراضی اند که با گونوریا توام میگردند لذا تست های مربوطه آنها هم اگر اجرا شود مفید خواهد بود.
- ۶- تشخیص قاطع از نظر سریری مشکل است.

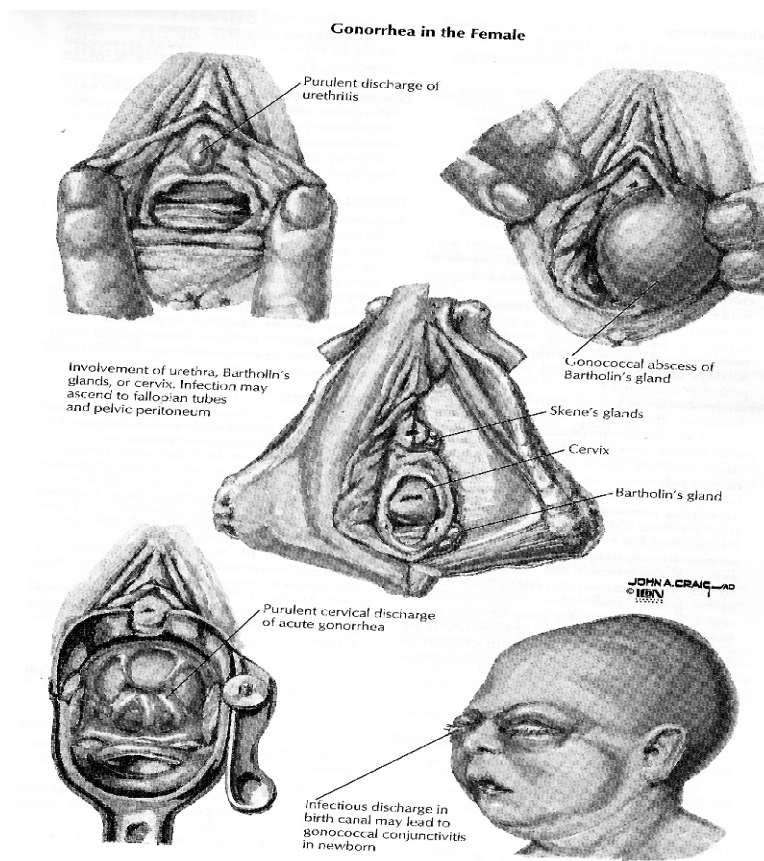
Threatment (تداوی)

- ۱- penicilin procaine هنوز هم دواى انتخابی است و با زرق 4/8mil یونت در حدود ۹۰٪ وقایع شفایاب میگردد.
- ۲- Ampiciline 3,5 g+Amoxacilline 3g+ probinicide 1g / oral در یک دوز واحد
- ۳- نهی کننده های Beta lactamase مثلا calvulanic acid بمقدار 250mg در یک دوز واحد
- ۴- اگر مریضه به پنیسلین مقاوم باشد از spectriomycin بمقدار 2g، با cephalosporin و یا 300mg vibramycin استفاده گردد.
- ۵- ازانتی بیوتیک های دیگر مانند تتراسیکلین یا اریترومايسين به مقدار ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد و یا 100mg doxacyclin برای ۷ روز.
- ۶- در صورت انتانات ضمیموی به همین ترتیب تداوی اجراء گردد.
- ۷- در صورت پرپتونیت توصیه بستر، مایعات وریدی و دریناژ آبه و غیره
- ۸- در بلاک تیوب ها ، توبو پلاستی (ترجیحا هیدروتوبشن)

۹- محدود ساختن مجامعت، بررسی پارتنرنجسی و تداوی آن، استفاده از کاندوم از جمله تداوی های ضروری اند.

۱۰- امروز از تداوی با Cefixim, Ceftriaxon, levoflaxicine, Oflaxicin و

Ciproflaxacine هم استفاده می شود. (۶)



(۴)

شکل (۲۳)

Trichomoniasis -2

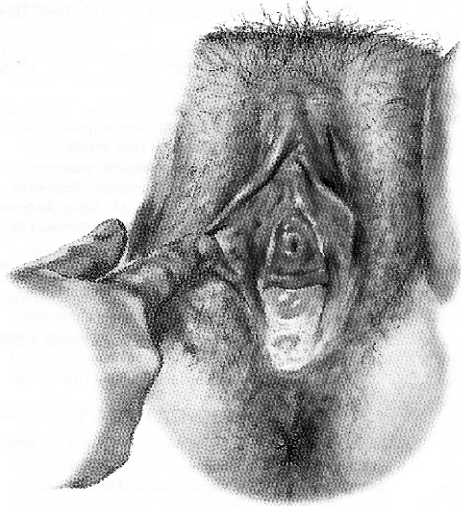
تریکو مونیاژیز نیز یکی از امراض انتانی شایع در نزد خانم هاست . تریکو موناس مهلی پروتوزوای متحرک و غیر هوازی میباشد که خفیفاً از لوکوسیت ها بزرگتر بوده و ۴ عدد فلاجل قدامی دارد. بصورت عمده از اجرای عمل جنسی انتقال میکند (نزد اطفال از توالیت و زیر پوش های منتن و یا کاغذ تشناب و حوله های منتن).

اعراض کلینیکی (۹)

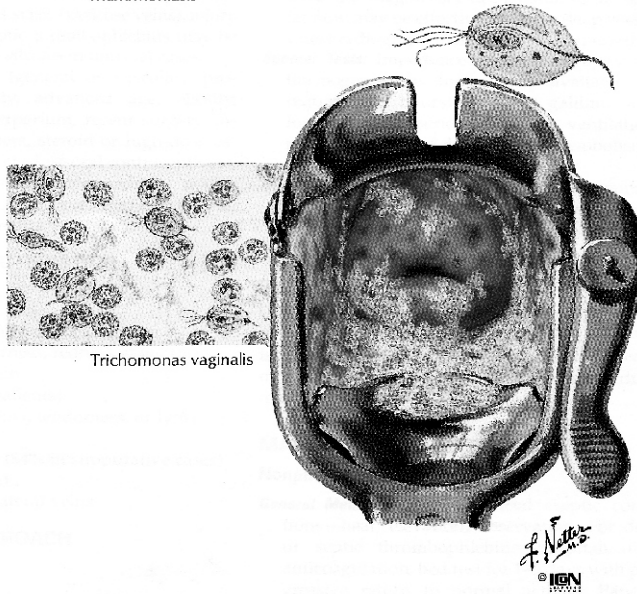
در حدود ۲۰٪ وقایع بدون اعراض کلینیکی است و در حدود ۲۸-۴ روز بعد از منتن شدن اعراض آن تظاهر میکند نزد خانم ، افزازات قف دار سبز رنگ و یا زرد رنگ که با سبب خارش و سوزش مهلی میشود بملاحظه می رسد که با dysparonea همراه است ، مهبل التهابی بوده و نقاط مشابه به توت فرنگی بالای غشای مخاطی مهبل و عنق رحم بملاحظه می رسد. Dysuria و فرکونسی ادرار هم نزد مریض دیده شده میتواند.

تشخیص

- ۱- wet smear تهیه گردد که پروتوزوای متحرک را نشان میدهد.
- ۲- pop smear تریکومونادس را اکثراً مشخص میسازد.
- ۳- کلچر در محیط Fienberg Luhittington در حدود ۹۸٪ میکروب را مشخص میسازد.



Trichomoniasis



Trichomonas vaginalis

(۴)

شکل (۲۴)



تداوی

- ۱- مترونیدازول 200mg/TID برای ۷ روز
- ۲- برای جلوگیری از دلبدی و استفراغ 2g مترونیدازول در شب به یک دوز واحد و یا اینکه دو شب هر شب یک گرام
- ۳- در ترایمرس اول حاملگی بهتر است از تجویز مترونیدازول اجتناب شود و از بتادین یا تریکوفوران مهلبی استفاده گردد
- ۴- پارتنر جنسی بررسی و تداوی گردد و از وسائل Barrier (condum) استفاده گردد.

Candidiasis -3

توسط candida Albicans که یک فنگس گرام مثبت است بوجود میاید. این فنگس در محیط اسیدی (۴ الی ۵) با موجودیت کاربوهدارت رشد میکند، ازین سبب رشد آن در هنگام حاملگی، دیابت، گرفتن دوامدار pillهای ضد حاملگی و گرفتن انتی بیوتیک بیشتر مساعد میگردد.

اعراض سریری

خانم از افرازات غلیظ شیر مانند حکایه نموده که با خارش شدید همراه است که در نتیجه مهبل سرخرنگ و تخریش شده بنظر می رسد. در حالات شدید خانم از dysurea و مجامعت دردناک شاکی است.

در معاینه با سپیکولوم patcheهای سفید پنیر مانند در سطح غشای مخاطی مهبل دیده میشود. با برداشتن این patcheها یک ساحه هموراژیک در تحت آن

بمشاهده می رسد و قرحات کوچک هم در سطح غشای مخاطی مهبل ممکن است دیده شود.

تشخیص

- ۱- wet smear در مخلوط محلول نمکی همراه با ۱۰٪ پتاسیم هیدروکساید اشکال hyphae و spore کانیدا را نشان می دهد.
- ۲- کلچر در محیط sabouraud's کولونی های مدور در ظرف ۴۸-۷۲ ساعت نشان می دهد.
- ۳- کلچر در محیط Nickerson's سبب انکشاف کولونی های سیاه رنگ در ظرف ۴۸-۷۲ ساعت می گردد.

تداوی

- ۱- Fluconazol 150mg در یک دوز واحد از طریق فمی.
- ۲- Imidazol یک مشتق میکونازول بوده و بشکل پساری مهبل تهیه شده است.
- ۳- Mycostatin (Nystatin) 100000ut بشکل پساری تهیه شده و بمدت ۱۴ روز تطبیق میشود.
- ۴- پساری clotrimazol بمقدار 100mg/un.
- ۵- Nystatin فمی (500000 ut).
- ۶- Jention violet بصورت موضعی که ارزان است ولی معذرت آن رنگه ساختن لباس و مهبل است.

۷- عمدتاً مراعات حفظ الصحه شخصی و استفاده از ضد حاملگی های

Barrier از عود مرض و انتقال انتان جلوگیری میکند.

۸- دیابت همزمان با مرض اگر موجود باشد تداوی گردد.

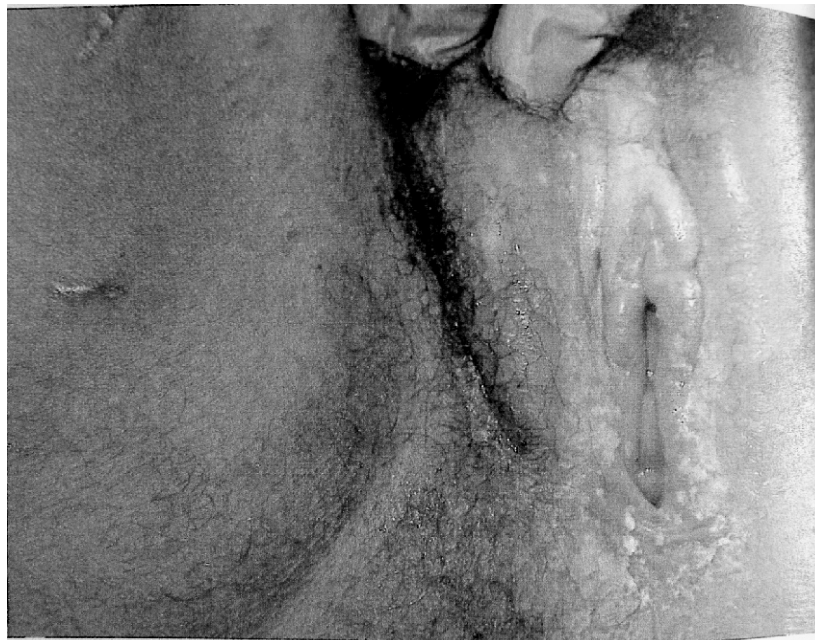


Figure 14.17 Candidal vulvitis.

(۴)

شکل (۲۵)



Perianal condyloma in prepubertal girl.

(۴)

شکل (۲۶)

Chlamydial infection -4

مرض توسط Inclusion Body که یک میکروب گرام منفی داخل سلولی است ایجاد میشود و بدو شکل خانم ها را مصاب میسازد. یک شکل ان سیر مخفی داشته ولی متاسفانه تخریبات نفیری وسیع داشته و با گونوکوک ها مترافق دیده میشود و شکل دیگران lymphogranulma venereum را میسازد که این شکل با گرفتن pill های حاملگی بیشتر شدت پیدا میکند در جریان بارداری زمینه سقط (۱٪)، ولادت قبل الميعاد و تأخر رشد داخل رحمی جنین را

(IUGR) نزد خانم حامله و نزد طفل نوزاد لوحه کلینیکی ophthalmitis را میسازد.

انتان عمدتاً در دوران باروری و در حدود ۲-۱٪ خانم های حامله را مصاب میسازد. دورهء تفریح مرض ۱۴-۶ روز بوده و معمولاً مرض خاموشانه سیر نموده و اکثراً بدون اعراض و علائم کلینیکی میباشد. نزد بعضی خانم ها افزایشات مهبل، urethritis و درد قسمت سفلی بطن موجود میباشد. در عنق رحم cervicitis بملاحظه رسیده و ندرتاً التهاب گوش متوسط، آرتریت، تخریبات جلدی نیز انکشاف میکند که بنام Reiter's syndrom یاد میشود.

با موجودیت آفت Gonococcal میکروب chlamydial سبب Hepatite و HughCurtis syndrom میگردد.

نزد مادر حامله مصاب کلامید یا طفل نوزاد با chlamydial conjunctivitis، التهابات Nasopharyngeal، otitis گوش متوسط و پنومونیا میگردد.

تشخیص

۱- در سمیری که از احلیل و عنق رحم گرفته می شود با استفاده از فلوریسینت و انتی بادی conjugated monoclonal را تست immunofluoresence تثبیت میگردد.

۲- در سمیر تهیه شده از عنق رحم تعداد لوکوسیت ها تزاید می یابد. ولی میکرو اورگانزم بملاحظه نمی رسد.

- ۳- انتی بادی IGM در حدود ۳۰٪ خانم های منتن تحری شده میتواند.
 ۴- از کلچر سمیر تهیه شده از عنق رحم کلامید یا تحری شده میتواند.
 ۵- polymerase chain reaction ستندرد طلائی در تشخیص کلامید یا میباشد.

تداوی

- ۱) Tetracyclin و clindamycin بمقدار ۵۰۰mg هر شش ساعت برای ۱۴ روز.
 ۲- بشکل ترکیبی از cefoxitin و Ciftriaxan همراه با Doxacyclin برای ۱۴ روز روزانه دو دفعه.
 ۳- Amoxicilin 500mg/TID برای ۷ روز.
 ۴- Azithromycin 1g در یک دوز واحد فمی.
 ۱- دریافت تماس کننده ها و استفاده از وسایل ضد حاملگی Barrier از عود و تکرار مرض جلوگیری میکند.

5- Lymphogranuloma venerium

انتان کلامید یایی که احلیل، عجان و عنق رحم را متاثر میسازد دوره تفریح ۲۱-۷ روزه دارد. آفت ابتدا (visicopustular) دیده شده که با لمف ادینو پاتی ناحیه inguinal همراه میباشد. انضمام انتان تالی سبب تورم و پندیدگی و دردناک شدن عقدات گردیده که با جس سخت، دردناک و حساس میباشد. که اگر تداوی نگردد تفرح می نماید. هرگاه ناحیه Anorectal معروض به آفت گردد اذیمائی گردیده و عمل تغوط بمشکل مواجه میشود. که با خونریزی



مقعدی مترافق است. شفایابی با ندبات فیرووتیک وسیع در مهبل و رکت همراهِ است در صورتیکه انتان سیستمیک گردد نزد مریضه تب، سردردی، دردهای بطنی و مفاصل بملاحظه می رسد.

تشخیص

- ۱- تست Frei و ELISA اجرا شود.
- ۲- تست complement fixation انجام شود.
- ۳- تست Micro immunoflorescens اجرا شود.
- ۴- کلچر اجرا گردد.
- ۵- سمیرهای که از احلیل و مهبل تهیه میشوند inclusion bodies را مشخص میسازد.

تداوی

- 1 - Tetracyclin روزانه بمقدار 2g در چند دوز برای ۲ تا ۴ هفته
- ۲- Doxacyclin 100mg/BD برای ۲-۳ هفته
- ۳- Erythromycin بمقدار 500mg هر شش ساعت بمدت ۲ تا ۳ هفته
- ۴- Amoxicillin 500mg/TID برای ۷ روز
- ۵- sulfasuxazole 500mg هر شش ساعت بعد برای دو هفته
- ۶- Azithromycin 1g در یک دوز واحد
- ۷- ندبات و سکارهای مهبلی و مقعدی ضرورت به عملیات جراحی دارند و سکارهای دهلیزی vulvectemy را ضرورت دارند.

Chonchroid -6

شانکروئید بحیث یک مرض soft sore از جمله امراض STD بوده که توسط HaemoPhilus Ducreyi تولید میشود دورهء تفریح آن ۳-۵ روز است و آفت ابتدا به شکل پاستول در ساحه عجان تظاهر میکند پوستول تقرح نموده و بزودی تقرح وسعت پیدا کرده که حاوی افرازات بد بوی و وافر است عقدهات لمفاوی بزرگ گردیده و bulbus تشکل میکند هر چند که این قرحه بزرگ و سخت نیست.

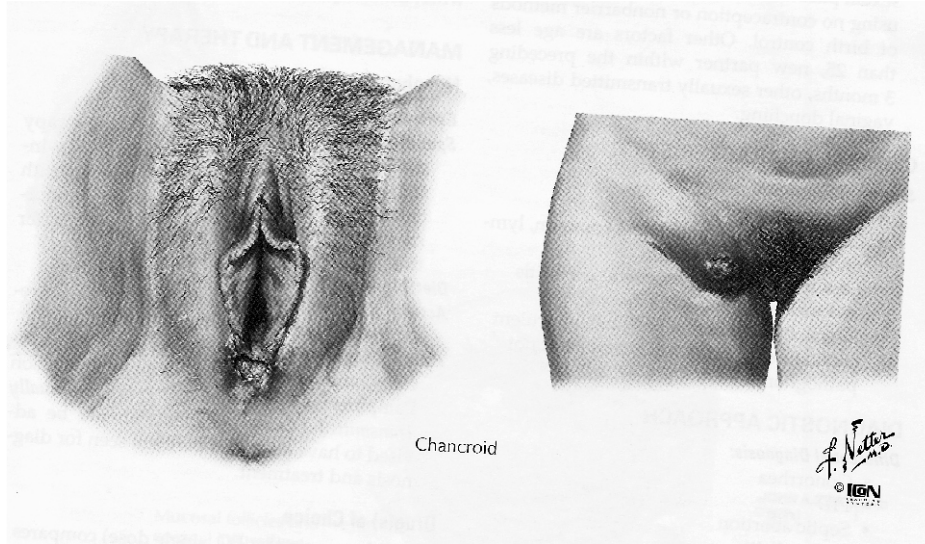
تشخیص

- ۱- هموفیلوس دوکری یک باسیل گرام منفی غیر هوازی است که میتوان در محیط سیروم rabbits آنرا کلچر و تحری نمود.
- ۲- تست دیگر عبارت از زرق ۰.3ml واکسن تحت الجلدی میباشد که در نتیجه بعد از ۲۴ ساعت یک سرخی به طول 8mm نمودار گردیده که مثبت بودن آفت را وانمود میکند.

تداوی

- ۱- Tetracylin + Erythromycin 500mg برای ده روز
- ۲- در وقایع مقاوم بودن مرض از streptomycin و kanamycin میتوان استفاده برد.
- ۳- ciftriaxon 2mg/im در یک دوز واحد.
- ۴- streptomycin 2g در یک دوز واحد.
- ۵- Amoxicilin 500mg + clavulanic acid روزانه سه مرتبه برای ۷ روز.

۶- تخلیه Bulos ضروریست که انجام شود.



(۴)

شکل (۲۷)

7- (AIDS) Aquired Immunodeficiency syndrome

AIDS توسط Retrovirus بوجود میاید از مرحله منتن شدن الی ظهور اعراض (دوره تفریخ) چند سال محدود را در بر میگیرد. ویروس حاوی یک پروتین در هستهء خود بوده که توسط گلیکوپروتین احاطه شده است و در ظرف نیم ساعت به حرارت 50°C و هم چنان توسط hypochloritic فورم الدیهاید، ایتانول ۷۰٪، هیدروجن پراوکساید ۶٪ و بیتادین ۵،۲٪ تخریب میگردد.

AIDS مستقیماً توسط عمل جنسی، انتقال خون که HIV⁺ باشد، از طریق جلد و غشای مخاطی تخریب شده یا قطع شده میتواند شخص را مصاب بسازد. افت هم چنین نزد افرادی که Homo sexual هستند و یا اینکه سرنج های منتن را استعمال میکنند انتقال می یابد. در جریان بارداری و ولادت انتقال از طریق پلاستنا انجام شده میتواند و هم چنان از طریق ادویه ای که از محصولات خونی تهیه میشوند عامل مرضی انتقال کرده میتواند.

افراد High risk آفت قرار ذیل اند:

- ۱- روسپی ها (sex workers).
- ۲- پارتنرهای جنسی متعدد داشتن.
- ۳- افرادی که STD دارند.
- ۴- مردانیکه homo sexual اند.
- ۵- معتادین ادویه.
- ۶- نقل الدم خون منتن.
- ۷- استفاده از سامان ولوازم منتن مانند سرنج، سوزن و غیره.
- ۸- خانم حامله ای که منتن باشد به طفل در وقت ولادت.
- ۹- کسانی که از ادویه ضد حاملگی فمی استفاده میکنند.
- ۱۰- دودکش ها (Smokers).
- ۱۱- درایورهای لاری ها، مسافرین و خدمتکاران sex worker ها.

اعراض کلینیکی

AIDS صفحه اخیر کلینیکی انتان HIV میباشد که بعد از گرفتن انتان مدت ۵-۱۰ سال را در بر میگیرد تا این صفحه تظاهر کند.

۲- در الگو یا نمونه اول افراد هموسکچوال، مصرف کنندگان زرقیات وریدی، معتادین، تالاسیمیا، هیمو فیلیا و کسانکیه نقل الدم میشوند قرار دارند
 ۳- در نمونه دوم انتقال از طریق آمیزش جنسی و انتقال مرض به شکل عمودی از مادر منتن حامله میباشد که در حدود ۵۰-۲۰٪ در ولادت مهبلی نسبت به عملیات C.S بلند تر است.

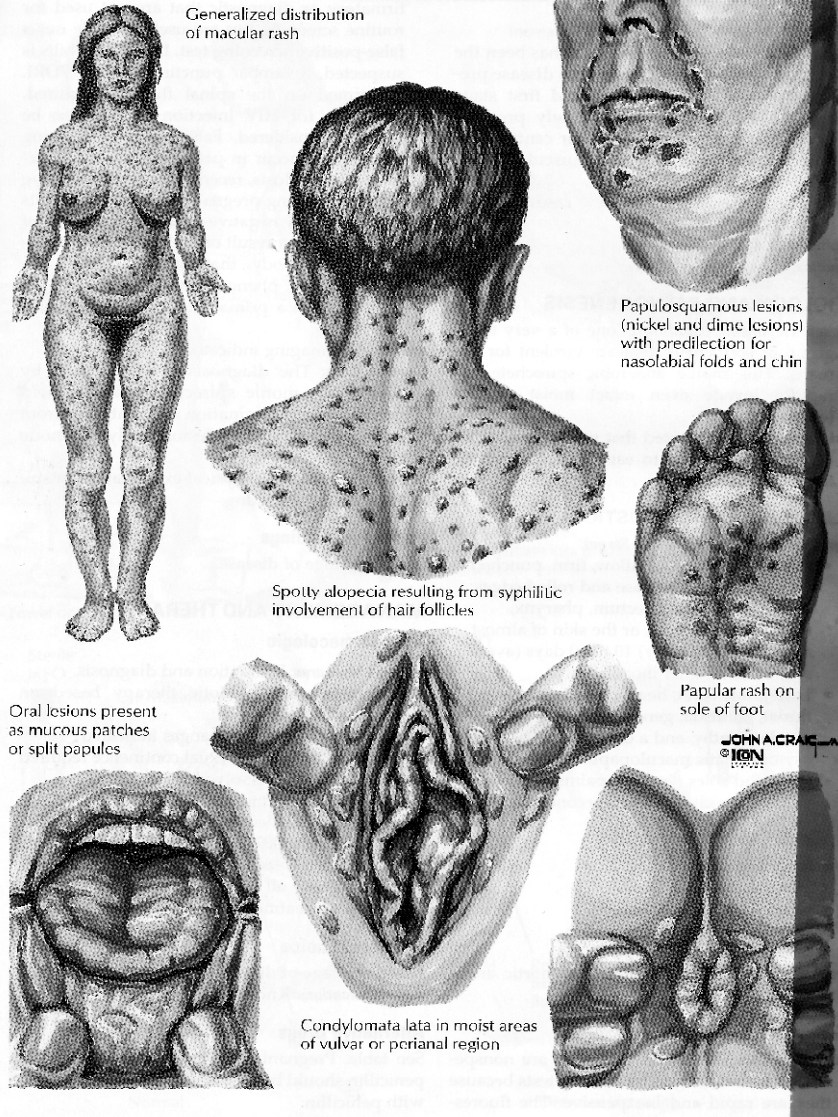
اعراض قرار ذیل تصنیف میشوند

- ۱- stage I: یک مرض seroconversion حاد است.
- ۲- stage II: منتقلین عامل مرضی یا ویروس بدون عرض اند.
- ۳- stage III: لمف ادینوپاتی دوامدار و عمومی ایجاد میشود.
- ۴- stage IV: ترومبوسایتوپنی او توایمون بوجود میاید.
- ۵- stage V: حالات مغلق یا کامپلکس مربوط به آفت تظاهر میکند که عبارتند از: باختن وزن، اسهال، کاندیدیازیز، لمف ادینوپاتی و انتان ریتان.
- ۶- stage VI: P.TB, AIDS, (تبرکلوز شش ها)، پنوموسیتیک corinii پنومونیا، تشوشات نیورولوژیک، Kaposi sarcoma، مننجیت و کارسینو مای عتق رحم.

هنگامی که اعراض مرض تظاهر نمودند در حدود ۵۰٪ مریضان در ظرف ۱۸ ماه و ۸۰٪ آنها در ظرف ۳ سال دنیا را وداع میگویند.

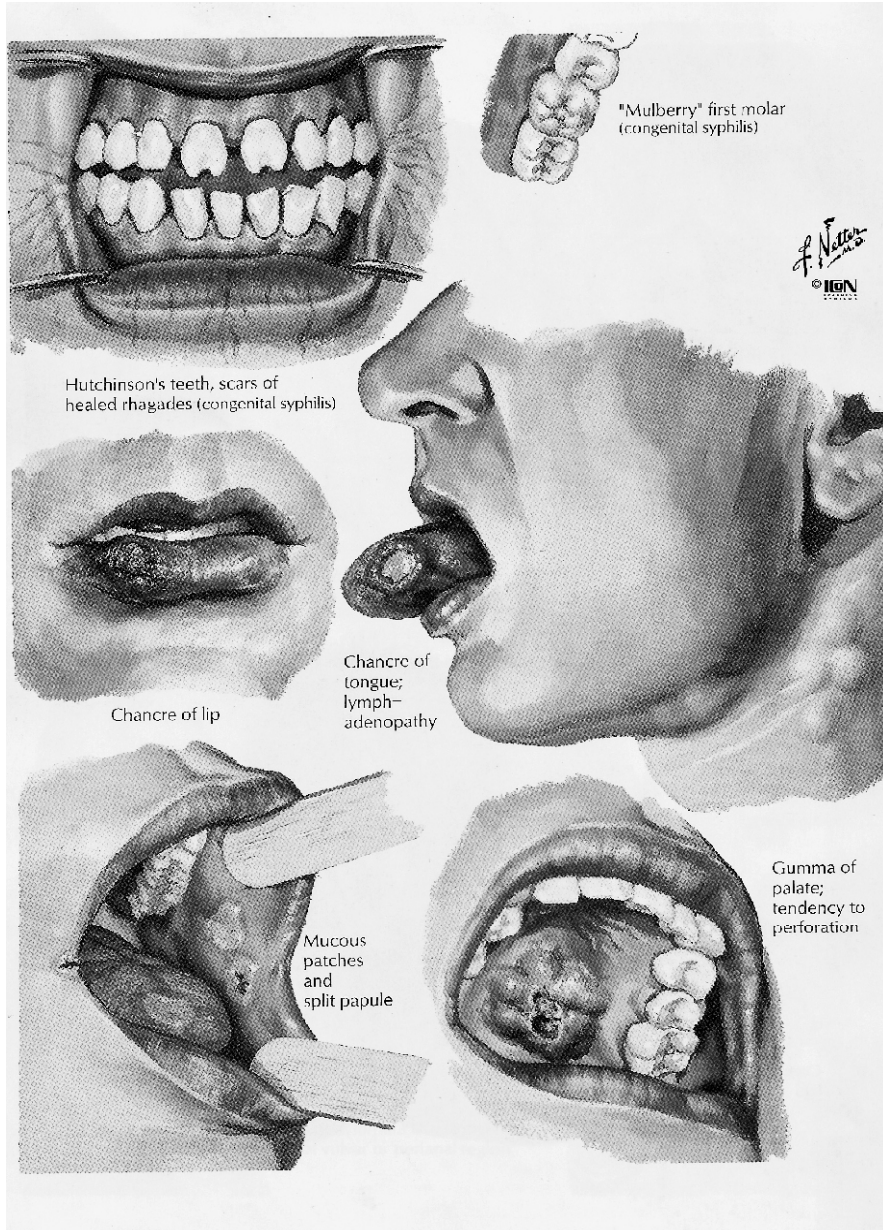


Superficial Syphilitic Lesions



(۴)

شکل (۲۸)



(٤)

شکل (٢٩)

معاینات

- ۱- خانم های HIV مثبت از نظر VDRL مورد بررسی قرار داده شوند و رادیوگرافی صدر (تحریر TB) و pop smear از مهبل گرفته شود.
- ۲- شمارش Lymphocyte CD₄ بصورت متواتر اجرا شود، در نزد خانم های که شمار این نوع لمفوسیت بیشتر از ۵۰۰ باشد در ظرف ۳ ماه زیر نظر قرار داده شوند و خانم های که کمتر از ۵۰۰ را نشان دهند ایجاب تداوی دوائی را میکنند.

تداوی طبی

- ۱- zidovudin 200mg/TID
 - ۲- Ribavirin
 - ۳- septran 960mg/day
 - ۴- Dop Son 160mg/day
 - ۵- Nebulised pentomidine بمقدار 150mg هفته دو مرتبه بمقصد جلوگیری از مداخله انتان به شش ها.
 - ۶- Vit A
- Zidovudin و ribavirin سبب انیمیا، سردردی و راش های جلدی میشوند.
- ۷- در سمستر اول به حاملگی خاتمه داده شود.
- دیگر امراض STD باید بررسی گردد و از کشیدن دود خود داری گردد.



(۹) Endometritis

معمولترین سبب انتانات دورهء purperum را تشکیل میدهد یافته های کلینیکی در روز دوم و سوم بعد از ولادت شکل خفیف قابل دریافت بوده و به سرعت شدت پیدا میکند.

پتوفیزیولوژی

Lochia بعد از ولادت بهترین وسط زرعیه برای فلورا های نورمال طرق تناسلی بوده که عامل انتان از طریق مهبل صعود میکند.

انساج متومته بعد از عملیه CS و خیاطه های ناحیه عملیاتی (جسم اجنبی) بهترین محیط را جهت رشد انتانات فراهم ساخته و منبع انتان بشمار میرود.

درابتدا اندومتریوم توسط بکتری های مختلفه منتن شده و باعث endometritis میگردد. این ارگانیزم ها بسرعت myometrium را مورد هجوم قرار داده و از طریق کانال های لمفاوی تا به ligament میرسد و باعث بروز endomyometritis و endo myoparametritis میگردد در صورت عدم تداوی مناسب آبسه حوصلی بوقوع رسیده میتواند.

فکتورهای خطر

۱. CS عاجل.
۲. تمزق قبل از وقت غشای امیون.
۳. ولادت طولانی
۴. معاینه داخل مهبل متعدد
۵. عملیه های تدوری داخل رحمی

یافته های کلینیکی (۶)

تب بلند در حدود ۴۰—۳۸ درجه سانتیگراد.

رحم خیلی حساس بوده و تقلصات ضعیف داشته می باشد.

با پیشرفت انتان یافته های بطنی از قبیل کاهش حرکات اشتدادی معایی قابل دریافت می باشد.

معاینه Adnexa معمولاً واضح نبوده مگر اینکه آبسه تشکل نموده باشد.

تشخیص

تشخیص ابتدایی به اساس یافته های کلینیکی انجام شده می تواند.

کلچر lochial بصورت روتین انجام نشده زیرا فلوراها،

poly microbial می باشد.

کلچر خون در صورتیکه مریض بحالت semi sepsis باشد انجام
گردیده در غیر آن کمک کننده نمی باشد کلچر در ۳۰٪ واقعات مثبت
بوده و انتانات مسؤول بیشتر غیر هوازی اند.

اهتمامات

۱. اکثر مریضان باید جهت تداوی بستری شوند.
 ۲. دواهای ضد میکروبی وسیع الطیف که هر دو نوع هوازی
و غیرهوازی تداوی را تحت پوشش قرار دهد شروع شود.
 ۳. Clindamycin و gentamicin تداوی خط اول معیاری
در واقعات endometritis غیر اختلاطی بوده اما سفالوسپرین
های نسل سوم نیز انتخاب خوب بوده میتواند.
 ۴. رژیم سه دوايي که با اضافه نمودن Ampicillin در
واقعات Endometritis اختلاطی استفاده شده میتواند. اخیرالذکر به
یک و یا دو دوا ضد میکروبی ابتدایی اضافه شده میتواند
تداوی سه ادویه ضد میکروبی وریدی یا زرقی تا ۴۸ ساعت بعد از بین
رفتن تب دوام داده شده و بعداً با عین ادویه ضد میکروبی به شکل
خوراکی تداوم یابد.
- در صورتیکه بعد از سپری شدن ۴۸ ساعت با وجود سه دواي ضد
میکروبی پاسخ کلینیکی مناسب قابل دریافت نباشد تشخیص های دیگر

از قبیل آبسه حوصلی ، انتان جرحه ویا Thrombophlebitis متن
حوصلی مد نظر باشد. (۱۱)



Ovarian Disease

امراض تخمدان

تخمدان‌ها از جمله اورگان‌های تناسلی حوصلی‌اند که دارای حجرات نسجی متعدد بوده لذا کیست‌های مختلف، التهابات، تومورهای سلیمه و خبیثه به انواع و اشکال مختلف می‌توانند باعث آفت تخمدان‌ها گردند.

Cyst های تخمدان

I . Fullicular Cyst

معمول‌ترین و شایع‌ترین *Cyst* های تخمدان‌ها بوده و می‌توانند وظیفوی و یا غیروظیفوی باشند و دارای خصوصیات ذیل‌اند:

- ۱- این کیست‌ها می‌توانند یک‌دانه، چنددانه، یک‌طرفه و یا دوطرفه باشند.
- ۲- از نظر حجم معمولاً کمتر از 5cm بوده دارای جدار نازک و حاوی مایعات شفاف می‌باشند ندرتاً می‌توانند حجماً بزرگ‌تر باشند.
- ۳- سبب امینوره کوتاه مدت می‌شود که عادت ماهوار طولانی را در پی دارد.
- ۴- معمولاً بصورت بنفسه ارجاع گردیده و از خود سکل به جا نمی‌گذارند.

۵- بعضاً خونریزی های در داخل کیست رونما گردیده که از یک طرف سبب دردهای بطنی و از طرف دیگر هیماتوم را ایجاد میکنند که ممکن است با حمل خارج رحمی اشتباه گردد.

۶- در *u/s* تشخیص آنها به آسانی صورت گرفته میتواند.

طوریکه گفته شد کیست های مییض باعث امینوره کوتاه مدت که به تعقیب آن با یک خونریزی طولانی همراه است میگردند، که این مسئله باعث مغالطه شدن تشخیص عارضه با تهدید سقط میشود. در یک تعداد وقایع خونریزی در داخل *Cyst* هم سبب درد بطن و مغالطه شدن با حمل خارج رحمی میشود که حتی زمینه ساز لاپراتومی نزد مریضه میگردد.

Theca lutein cyst .II

این نوع کیست ها همراه با حمل انگوری (hydatidiform mole)، کوریوکارسینوما و سندروم هیپرستیمولشن که با تنبیه نمودن تخمدان ها توسط *Clomiphene, F.S.H* و *L.H* بوجود میآید مشترکاً دیده میشود. بصورت بنفسه بعد از تخلیه *mole* و تداوی هیپرستیمولشن و کوریوکارسینوما بطرف شفا سیر نموده و اصلاح میشود.

(POCD) Polycystic Ovaries Desaease .III

این آفت ابتدا توسط *Stein – Leventhal* کشف و توضیح شده، دارای پتوجنز بسیار مشخص و معین بوده و لوحه سریری آن نیز واضح و روشن است. این عارضه به نامهای *Hyperthicosis Ovarie* و *Stein Leventhel Syndrom* نیز یاد میشود.

لوحه کلینیکی

عارضه PCOD از نظر کلینیکی خصوصیات ذیل را داراست:

- ۱- معمولاً آفت نزد خانم های جوان که بین سنین ۳۵-۱۵ سالگی قراردارند رونما میگردد.
- ۲- در سابقه این مریضان لوحات مختلف سریری از اثر تغییرات عادت ماهوار به ملاحظه رسیده میتواند. که عمدتاً به شکل Oligomenorrhoea، عقامت (در ۳۰٪ وقایع) از باعث سکل تحیزی غیرتیضی و غیره دیده شده میتواند.
- ۳- چاقی یا Obesity: از اثر تغییرات سطح تولید هورمون های مبیضی و خصوصاً سلسله هورمون های فص قدامی غده نخامیه نزد مریضه بوجود آمده میتواند.
- ۴- هرسوتیزم: از اثر تغییرات هورمونی به نفع هورمون های جنسی مردانه (تستوسترون وانواع دیگر آن) زمینه تولید هرسوتیزم نزد خانم فراهم میشود.
- ۵- معمولاً با معاینات حوصلی احشای حوصلی نارمل بوده و کدام پتولوژی خاصی ندارند.
- ۶- در سونوگرافی حوصله، تخمدان ها شاید حجمآز اندازه طبیعی خود بزرگتر باشند و تعداد زیاد تخمک های کوچک به شکل cyst در سطح محیطی آنها جایجا شده که منظره گردنبد را تمثیل میکند و نسج استرومای مبیض هم از اندازه طبیعی بزرگتر میباشد.

معاینات لابراتواری

معمولاً کدام معاینه لابراتواری بدون از اندازه گیری هورمون های عمدتاً جنسی بملاحظه رسیده نمیتواند که معروض به تغییر شده و وصفی برای این آفت باشد، ولی تغییرات عمده هورمونی قرار ذیل بملاحظه رسیده میتواند.

۱- تزاید سویه E_2 و LH تناقص سویه FSH که در نتیجه تناسب سویه

FSH/LH تناقص می یابد.

۲- تناقص سویه هورمون بندینگ پروتئین در خون دورانی .

۳- سطح سویه هورمون های تستوسترون و اندروستندایون و دی

هایدرواندوسترایول تزاید می یابد و استرومای مبیض هورمون تستوسترون را افزاز میکند.

۴- فعالیت نارمل $H.P.O$ Axis تثبیت است

۵- از اثر دوام افزاز بلند هورمون های ستروئید و تستوسترون ، پروسهء

هیپراستیمولشن سندروم سازماندهی میشود.

۶- هر دو تخمدان حجماً بزرگ بوده و کپسول آن ضخیم است و علاوتاً

نسج ستروما نیز محجم تر و بزرگ ترمیباشد، کیست های متعدد محیطی در

سطح مبیض که اندازه آنها از $2cm-5$ ، متغیر است بملاحظه میرسد و هیچگاه

جسم اصفر قابل رویت نیست.

تداوی

۱- وزن تا حدود ۵ فیصد تنقیص داده شود.

۲- قطع نمودن سیگار و یا کم کردن مقدار آن سبب تنقیص سطح تولید اندروستیندایون میگردد.

۳- تجویز ادویه ضد حاملگی فمی زمینهء منظم شدن عادت ماهوار خانم را مساعد میسازد.

۴- عقامت مریضان با تجویز کلومیفن اصلاح میگردد.

۵- *H.C.G, FSH* و *Letrozol* بمدت ۶ ماه در حدود ۸۰ فیصد سبب تنبیه و تولید تخم گذاری نزد خانم گردیده و در حدود ۴۰ تا ۵۰ فیصد حاملگی را باعث میشود. اندازه و فیصدی سقط ها درین عارضه ۲۵-۴۰ فیصد بوده و علاوه کردن *Dexamethason* هم نیز حامله دار شدن خانم ها را تزاید می بخشد.

۵- ادویه انتی اندروجن ها به مقدار لازمه و مراقبت دوران تداوی سبب اصلاح حالت هر سوتیزم نزد خانم ها میگردد.

۶- هیپرانسولینیمیا با تجویز *Metformin* بمقدار 500mg روزانه سه مرتبه برای سه ماه اصلاح میگردد.

۷- هرگاه تداوی طبی موفق به اصلاح و شفایابی کیست های تخمدان

نگردید. از پروسیجرهای لاپراسکوپى بمقصد سوراخ کردن کیست و

تخلیه محتوای آن همراه با *Cuterization* و یا *laser* استفاده میشود.

تومورهای تخمدان ها

تومورهای سلیم تخمدانی دارای انواع و اشکال مختلف بوده و یک تعداد

آنها وظیفوی بوده و افرازات هورمونی دارند.

انواع تومورهای سلیمه تخمدان ها (۵)

A- تومورهای که منشأ آن ها نسج اپیتلیایی مبیض میباشند و عبارتند از:

Papillary cyst Adenoma

Mucinous cyst adenoma

Endometroid tumours

Brenner tumour

Mix tumour

B. Sex cord tumours که دارای انواع ذیل اند.

Gonulosa cell tumour

Theca cell tumour

Arrhenoblastoma and sertoli & leydiq tumour

C- Germ cell tumour

Dermoid cyst

Teratoma

Struma ovaii

Dysgerminoma

D- Fibroma

Epithelial cell tumour -A

در حدود ۹۰٪ آفات تومورال مبیض ها را ساخته و معمولترین نوع آفات تومورال میباشد. بعضی از انواع این تومورها زمینهء مساعد به تحول به خباثت دارند. به طور مثال در حدود ۵۰٪ تومورهای papillary cystadenoma و در حدود ۵٪ تومورهای muceneuse cystadenoma تمایل به تحول به خباثت دارند.

Serous cyst adenoma - I

یکی از تومورهای معمول بوده و در حدود ۵۰٪ تمام تومورهای cystic تخمدان ها را میسازد. این نوع تومورها در بیشتر از ۶۵٪ وقایع سلیم بوده و در کمتر از ۳۵٪ وقایع دیگر آن طبیعت خبیثه را میتواند به خود بگیرد. شیوع عارضه در سنین بین ۵۰-۳۵ سالگی بوده معمولاً ساختمان cystic داشته دوطرفه میباشد و حجم آن میتواند خیلی ها هم بزرگ شده ولی محتوای آن شفاف بوده و در یک تعداد وقایع جن هم با آن یکجا بوده میتواند. سطح خارجی تومور از نوع حجرات اپیتیل استوانه ای اهداب دار بوده که مشابه حجرات اندوسلپنکس میباشد .

II – Mucinous cyst adenoma (۶)

این نوع تومورها بیشتر در خانم های بین ۳۰-۶۰ ساله بملاحظه رسیده و معمولاً واحد و یکطرفه بوده ولی دارای لوب های متعدد میباشد و سطح مقطوعه آن یک منظره را که حاوی مایع Mucinus میباشد نشان میدهد . این نوع cyst به اسانی با u/s با خصوصیات که یک cyst واحد حاوی لوب های مختلف بوده که توسط جدار یا کپسول های نازک از هم جدا شده است مشخص شده میتواند و با سونوگرافی دوپلر طبیعت سلیمه آفت بدرستی قابل تشخیص است.

هرگاه cyst بصورت بنفسه و یا در هنگام اجرای عملیات معروض به تمزق گردد تخلیه مایع داخل آن سبب pseudomyxoma peritonitis میگردد.

III – Endometrial tumour (۶)

یک تومور است که می‌تواند سلیمه و یا خبیثه باشد که توسط نسج یا حجرات مشابه به اندومتر رحم سطر گردیده است تومور اساساً جامد بوده ولی ساحات cystic هم در آن بملاحظه رسیده می‌تواند و در حدود ۱۵٪ وقایع مترافق با اندومتریوزیز دریافت شده می‌تواند.

IV – Brenner Tumour (۴)

یک تومور جامد فیروایتیلیل بوده و در حدود ۱-۲٪ تومورهای میبوسی را تشکیل می‌دهد. این آفت معمولاً در زمان مینوپوز رونما شده و از جمله اسباب عمده خونریزی بعد از قطع طمث را تشکیل می‌دهد که اگر این خونریزی توأم با ascitis و Hydrothorax باشد بنام (Meigs syndrome) یاد می‌گردد. آفت می‌تواند با تومور خبیثه مغالطه شود. ولی تحول آن به خباثت امر نادر ولی امکان پذیر است، در مقطع، مشابه به فیروم رحمی منظره نشان می‌دهد. این حجرات بنام حجرات walthard یاد شده که با موجودیت شیارهای عمیق و طولانی نسج مربوطه منظرهء گندم پندیده و متورم را به خود می‌گیرد. لازم به تذکر است که بصورت مشترک کیست ها و تومورهای mucinous همراه با Brenner نزد مریضان بملاحظه رسیده می‌تواند.

B- انواع تومورهای سلیمه germ cell

۱. Dermoid cell
۲. Benigne teratoma
۳. Struma ovari
۴. Dysgerminoma



Dermoid cyst - I

یک تراتومای سلیم است که در تمام مراحل زندگی بملاحظه رسیده میتواند یک تومور سلیم بوده که دارای سطح صاف و هموار است و ندرتاً از 15cm حجماً تزیاید می یابد. در حدود ۱۲٪ وقایع دو طرفه است در مبيض طرف دیگر شاید یک *Cyst* که صرف جدار نازک دارد بملاحظه برسد.

تومورها معمولاً حاوی مواد چربی و دموی میباشد و بعضی اوقات دندان و غضروف و انساج غده تیروئید و غشای مخاطی برانش ها در داخل تومور ممکن است موجود باشد. سطح داخلی تومور از اثر عقدهات جنینی که با موی ها در ارتباط اند غیر منظم و ناهموار میباشد و انساج کبد، پانکراس و امعاء میتواند در داخل تومور بندرت دریافت شود و هم چنین کیست ها در موئید و نوع Mucinous cyst میتوانند باهم در عین زمان موجود باشند.

این تومور دارای کپسول ضخیم بوده و Multiechoic است، لذا دارای انتشار صوتی متفاوت میباشد که در *U/S* بخوبی تشییت میگردد و در رادیوگرافی ممکن است خیالات دندان های molar بملاحظه برسد. تحول آن به خباثت در حدود ۱.۷٪ وقایع است که اکثراً به نوع squamous cell carcinoma خواهد بود.

Teratoma - II

این تومور از جمله تومورهای سلیمه بوده که در تمام عمر تصادف میشود و دارای انساج اکتودرم، اندودرم، میزودرم و نسج اندومتر میباشد، در مقطع

نسجی منظره (Trabeculated) بملاحظه میرسد و این نوع تومور میتواند حجماً خیلی بزرگ گردد.

Struma ovarii -III

عبارت از نوع درموئید سیستی است که حاوی مقدار زیاد نسج غده تایروئید میباشد. این تومور مشابه به سیست Mucinous بوده که حاوی مواد کولوئیدی است که به مقابل آیودین از خود عکس العمل نشان میدهد و میتواند سبب تایروتوکسیکوز گردیده و زمینه مساعد تحول به خباثت را دارا میباشد.

Dysgerminoma -IV

دیسجرمینوما یک تومور جامد سلیمه است که اکثراً یک طرفه بوده و در دختران مسن بیشتر تصادف میشود. تومور حجماً میتواند خیلی بزرگ شده و دارای سطح صاف و هموار است. سطح مقطوعه آن دارای رنگ زرد و هموراژیک بوده و قوام الاستیکی یا رابری دارد.

در دیسجرمینوما شاید نزد مریضه جنین تأسس کند و آفت در حدود ۳۰-۵۰ فیصد تمایل تحول به خباثت دارد و حجرات بشکل خوشه و یا گرد دسته بندی شده که حاوی سیستوپلازم شفاف و هسته های تاریک میباشد در فواصل بین الحجروی حجرات لمفوسیت و Germ cells نیز بملاحظه میرسد.

نزد بعضی از دختران انومالی های دستگاه تناسلی همراه با این آفت بملاحظه رسیده میتواند که بشکل عدم موجودیت مکمل و یا قسمی اعضای جنسی میباشد، تومور از نظر تولید هورمون خنثی بوده و تولید خاصی ندارد و در لاپراتومی تومور بزرگ بدون حین در جوف بطن دریافت میشود که دارای

سطح صاف و هموار بوده و هیچ نوع میتاستاز و یا تهاجم آن به اعضای حوصلی بملاحظه نمی رسد.

Sex cord cell tumours of the Ovary -C

تومورهای جنسی شامل انواع تومورهای ذیل است:

- Granulosa cell tumour
- Theca cell tumour
- Virilising tumour

تمام انواع تومورهای فوق از جمله تومورهائی اند که تولید هورمونی داشته لذا سطح سویه هورمون ها را نزد خانم ها بلند میبرد.

Granulosa cell tumour -I

در حدود ۱۰ فیصد تمام تومورهای جامد را میسازد که در ۵۰ فیصد وقایع سلیم باقی مانده و در ۵۰ فیصد وقایع دیگر زمینهء مساعد به خباثت را دارا میباشد. میتاستازهای بعیده آن ممکن است سال ها بعد از برداشتن خود تومور فرصت تبارز پیدا کنند، لذا follow up آفت امر ضروری است که باید نزد مریضه انجام گردد، حجم آن متفاوت بوده و بخوبی توسط capsule احاطه شده است. تومور از نظر حجم متفاوت بوده و دارای مقطع میله مانند با ساحات هموراژیک و کمرنگ یا سایه مانند میباشد.

حجرات گرانولوزا در اطراف cord منظم گردیده بعباره دیگر فولیکول توسط ساختمان غیرهیالینی که شباهت به چوکات عینک را دارد احاطه گردیده است.

تومور نزد دختران جوان سبب مینوراجی و بلوغ زودرس گردیده میتواند. و همچنین در مراحل باروری یا تولید، باعث مینوراجی و کیست های غدوی

(glandular cyst) و هیپرپلازی اندومتریوم می‌گردد. در دوره قطع طمث سبب خونریزی های رحمی شده میتواند. از سبب تزاید یا فرط فعالیت در تولید هورمون های استروئیدی تومور باعث هیپرپلازی اندومتر گردیده و زمینه را به سرطان تخمدان ها مساعد می‌سازد.

Theca cell Tumour -II

از جمله تومورهائی است که دارای حجم کوچک و معمولاً یک طرفه بوده و جامد است و ضمناً دارای کپسول مخصوص به خود میباشد. در مقطع هستوتولوژی رنگ سایه دار تمایل به زرد را نشان داده و حاوی spindle shape cells است که همراه با حجرات شحم و (polyhydral) مشابه به حجرات leutein میباشد.

این تومور بصورت نارمل نزد خانم ها در سن مینوپوز تصادف گردیده و سبب خونریزی غیرطبیعی بعد از وارد شدن خانم به مرحله مینوپوز می‌گردد. این تومور بیشتر هورمون استروجن را افراز نموده (نظر به نوع granosal cell tumour) و ندرتاً تمایل به خباثت دارد.

Virilising Tumour -III

این تومور هورمون های اندروجن را افراز نموده که باعث اتروفی شدید ثدیه ها ، امینوره و خرابی دیگر اعضای تناسلی تالی جنسی نزد خانم می‌گردد ، که در نتیجه نزد خانم سبب بروز اعراض و علایم اجنسیتی مانند هر سوتزم ، بزرگ شدن کلیتوریس ، غور شدن آواز و غیره می‌گردد تومور معمولاً کوچک ، یک طرفه و جامد است ، و از نظر نسجی حاوی توبول های seminiferous بدرجات مختلف و متمایز بوده میتواند.

بعد از اجرای عملیات و برداشتن تومور تمام اعراض و علایم که نزد مریضه موجود بوده بااستثنای غوری آواز دوباره ارجاع گردیده و رفع میشوند. عادت خانم منظم شده و چانس حامله دار شدن آن دوباره ارجاع میگردد. ادرینوپلاستوما و Adrino cortical Tumour از جمله تومورهای Virilising بوده و تمایل زیاد به خباثت دارند.

Fibroma of Ovaries

تومورهای عمده ذیل شامل این کته گوری اند:

۱- تومورهای سلیمه انساج منضم (B.C.T.T) که مجموعاً ۳۰٪ تومورهای مییض را میسازد.

۲- تومورهای جامد باندازه های مختلف که مشابه به فیروم های رحم میباشند.

۳- در یک تعداد وقایع همراه Brenner Tumour یکجا دریافت میشود.

۴- فیرومای مییضی ایکه سبب جن و هیدروتورا کس گردد بنام meig's syndrome یاد گردیده و اعراض و علایم تومورهای خبیثه را تمثیل میکند.

اعراض و علایم کلینیکی

اعراض و علایم کلینیکی فیروم تخمدانها قرار ذیل است

۱- تغییرات در عادت ماهوار: در صورتی که تومور هورمون تولید نکند بالای عادت ماهوار تاثیر وارد نمیکند.

۲- درد: معمولاً موجود نبوده مگر اینکه تومور حجماً خیلی بزرگ باشد و یا اینکه معروض به تدور، تمزق، انتان و یا استحاله به طرف خباثت گردد.

۳- اعراض فشاری: در صورتی که تومور حجم کلان داشته باشد باعث تکرر ادرار، تشوشات در عمل تبول (Dysurea)، احتباس ادرار و قبضیت شده و از نظر عمومی ممکن سبب تسرع حرکات قلبی، نفس تنگی و اذیمای اطراف سفلی گردد.

تشخیص

تشخیص به اساس اعراض و علایم مرض، معاینه مریضه و معاینات لابراتواری گذاشته میشود.

تشخیص تفریقی: با حالات ذیل باید تشخیص تفریقی گردد

- ۱- با مثانه پر
- ۲- با رحم محمول یا با حمل
- ۳- با هماتومترا و پیومترا
- ۴- با فبرم رحم
- ۵- با کیست های وظیفوی مبيض ها
- ۶- با حبن
- ۷- با کیست ها و تومورهای توبورکلوزیک
- ۸- با کیست های چاکلیتی
- ۹- با اختفاء کلیه در حوصله
- ۱۰- با کیست میزانتریک

تداوی

- ۱- با لاپراسکوپی و تداوی های لازمه در صورت امکان
- ۲- با لاپراتومی (Ovariectomy & Ovarian cystectomy) اجرا میشود.
- ۳- هسترکتومی و برداشتن مکمل نفیرها

اختلالات...

- تدور
- نرف
- تمزق
- Pseudomixoma پريتوان
- منتن شدن
- تاسس merg's syndrome
- تحول به خباثت
- Torsion: در حدود ۱۲٪ وقایع تومورهای مبيض معروض به تدور گردیده میتواند. اگر تومور حجماً بزرگتر از 10cm و حاوی ساقه باشد بیشتر به تدور مواجه شده میتواند. مانند cyst های در موئید و دیگر cyst ها متحرک مبيض ها در مراحل ابتدایی دوره نفاسی خیلی ها فیصدی بلندتری دارد (فضایی مناسب و بزرگ بعد از ولادت) خانم دفعتاً از درد حاد بطن و استفراغ شاکی



گردیده و اعراض نظر به شدت و پیشرفت عارضه متفاوت میباشند و تداوی آن لاپراتومی عاجل و cystectomy میباشد.

• **Heamorrhagea** (نرف) معمولاً بعد از Torsion و احساس درد شدید

که در نهایت مریضه به Shock داخل شده از جمله اختلالات عارضه اند.

در یک تعداد حالات در هنگام معاینه مهبل می‌تواند حتی اگر حجم cyst کوچک هم باشد تمزق رونما شود و علاوتاً تمزق بنفسه خصوصاً در هنگام ولادت اگر cyst پائین تر از عضو معتلنه بوده و یا اینکه دیوار آن نازک شده باشد، امکان دارد بوجود آید.

• **Pseudomyxoma peritonei** یکی از اختلالات جدی mucinous cyst

بوده که بعد از تمزق نزد مریضه ایجاد میشود.

مریضه داخل لوحه درد بطن حاد میگردد. با اجرای لاپراتومی مواد شبیه خرما له شده در ساحه بملاحظه رسیده که سبب التصاق به امعاء گردیده است و به مشکل میتوانیم آنها را از امعاء جدا سازیم. Infection یکی از اختلالات عمده ایست که در حادثات Dermoid cyst بیشتر بملاحظه رسیده هنگامی که حجات sebaceous منتن گردند سبب تشکیل تومورهای التصاقی میگردد.

تومورهای خبیثه تخمدان ها

باساس راپورهای احصائیوی موجود در کشور هند آفات خبیثه تخمدان ها در حدود ۱۰٪ تمام وقایع خبیثه جهاز تناسلی زنانه را در بر میگیرد. COC در حدود ۴۰٪ آفات خبیثه تخمدانی را پایین میآورد زیرا سبب فعالیت کمتر تخمدان ها از اثر نهی پروسه تولید تخمه میگردد. باساس همین دلیل است که

حاملگی، شیردادن و ولادت های زیاد (GMP) سبب تنقیص آفات کانسری تخمدان ها میگردند. برخلاف تنبیه تولید تخمه با کلومیفن، FSH و LH سبب تزاید عارضه کانسر تخمدان ها نزد خانم میگردد.

سرطان های تخمدانی در خانم های مسن و دوره مینوپوز بیشتر رخ میدهد. و علاوتاً سابقه فامیلی هم در تولید عارضه رول دارد. فکتورهای جنیتیک مانند میوتشن (Mutation) یا جهش BRCA در زمینه ایجاد سرطان های تخمدان موثر شناخته شده است. و علاوتاً همین ژن ها هستند که در تولید سرطان ثدیه نزد خانم ها مسوول ثابت گردیده اند. از این سبب است که اکثراً سرطان های تخمدان و ثدیه درعین خانم ها به ملاحظه رسیده میتواند. مینارش مقدم، مینوپوز موخر و پرهیز از مناسبات جنسی به مدت طولانی نیز از زمینه های مساعد کننده آفات کانسری تخمدان ها شمرده شده اند.

پتولوژی تومورهای خبیثه اولیه تخمدان ها

تومورهای خبیثه تخمدان بدوشکل عرض اندام کرده میتوانند یا اینکه بشکل ابتدایی در خود تخمدان آفت تظاهر نموده و یا اینکه بشکل ثانوی ازدیگر قسمت های عضویت بشکل متاستاز قریبه و یا بعیده زمینه ابتلاء تخمدان هارا به کانسر مساعد میسازد که مادرین جا پتولوژی تومورهای اولیه تخمدان ها را مورد بحث قرار میدهیم.

در حدود 80-90% این تومورهای از نسج اپیتیل خود تخمدان ها منشا

میگیرند.

حدود ۸۰٪ آفات سرطانی تخمدان‌ها ابتدایی بوده از خود تخمدان و در حدود ۲۰٪ دیگر از سرطان‌های ثدیه، طرق جهاز هضمی، کولون‌ها و ندرتاً از رحم به شکل میتاستاز تخمدان‌ها را به سرطان مبتلاً می‌سازند. اکثراً سرطان‌های ثانوی تخمدان از نظر نسجی به آفت سرطان ابتدایی که میتاستاز داده شباهت دارند. با استثنا تومورهای krukenberg که ساختمان هستوپتولوژیک متفاوت دارد.

بعضی از تومورهای سلیمه تخمدانها اگر برداشته نشوند به خبیثه تحول کرده می‌توانند. بطور مثال Papillary cystadenoma 50% یا mucinous adenoma 5% و dermoid cyst 7% تمایل تحول به خبیثه شدن را دارند.

از جمله انواع تومورهای خبیثه تخمدان‌ها

Papillary cystadenocarcinoma در حدود ۶۵-۵۰٪

Mucinous cyst adenocarcinoma در حدود 15%

وقایع را تشکیل می‌دهند.

این آفت خبیثه تخمدان‌ها از یک تخمدان به تخمدان دیگر و یا رحم و از طریق سیستم لمفاوی به عقدات لمفاوی Para-aortic انتشار می‌کند. انتشار آفت بصورت مقدم در جوف پریتوان بوده که Omentum هم حاوی نودول‌های

میستاتیک میگردد. جن در جوف بطن تجمع نموده و معمولاً دارای رنگ سرخ یا خونی میباشد. از طریق جریان دموی به کبد، ناحیه تحت دیا فراگم، شش ها، عظام و دماغ انتشار یافته میتواند.

تومورهای خبیثهٔ بین البینی (Borderline M.T)

در حدود ۱۰-۲۰٪ تومورهای اپیتل تخمدانی به کته گوری تومورهای خبیثه که قدرت تحول به خبیثه شدن در آنها پایین است دسته بندی شده اند. Low Malignant Tomur (L.M.P) اگرچه حجرات خبیثه در صحنه قابل ملاحظه اند لکن بیشتر از چند حجره محدود نمیشند، نسج سترومای رحمی را مورد تجاوز قرار نمیدهند. Have life این مریضان در ۹۰٪ وقایع در حدود ۵ سال و یا بیشتر از آن میباشد. تداوی محافظوی آن خصوصاً در خانم های جوان جراحی و برداشتن تومور میباشد.

این تومورها عبارت اند از:

Serous cystadenocarcinoma: این آفت بیشتر نزد خانم های

۳۰-۶۰ ساله رخ داده میتواند و در حدود ۵۰٪ وقایع دو طرفه است. در

سطح تومور برآمدگی و تبارزات درشت و خشن شکننده دیده می

شود که بدون شباهت با نسج ظریف که منشأ رویش آن میباشد

هست. جن خوندار در جوف بطن موجود است.



Mucinous cystadenocarcinoma: در حدود ۱۵-۱۰٪ تمام

تومورهای اپیتیل تخمدان ها را میسازد این تومور نزد خانم های که سن شان از ۳۰-۶۰ سال می باشد بیشتر تمایل به رشد دارد و در ۹۵٪ وقایع حجماً بزرگ است.

Dermoid cyst: آفات خبیثه تخمدان ها، معمولاً و اساساً بشکل

کارسینومای اپیدرمل یا سارکوما تظاهر می کند.

در حدود ۸۰٪ تراتومای تخمدان ها نزد خانم های جوان خاصیت

خبیثه دارند.

Endodermal Sinus Tumor (yolk sac tumour): یک

تومور نادر Germ cell بوده که نزد خانم های جوان بیشتر به ملاحظه

می رسد. تومور بشکل تبارزات Papillary که حاوی حشرات خام

اپیتیل می باشد ظاهر شده و الفافیتو پروتئین که از مشتقات هجرات yolk

sac می باشد افراز میکند.

Dysgerminoma: از تومورهای جامدی است که نزد دختران جوان

بیشتر به ملاحظه می رسد، معمولاً یک طرفه بوده دارای اندازه های

مختلف با سطح نرم می باشد. اگر تومور باعث حبن گردد میتوان گفت

که در حدود ۳۰-۴۰٪ طبیعت خبیثه را گرفته و باعث میتاستاز بطنی شده

است بعضاً الفافیتوپروتئین افراز میکند.

تومور حجرات گرانولوزا (G.C.T) که ۱۰٪، تمام تومورهای جامد تخمدان ها را میسازد در ۵۰٪ وقایع طبیعت خبیثه را به خود میگیرد. در ابتدا به تخمدان طرف مقابل و بعداً به شکل میتاستاز بعیده در کبد، مساریقه و میدیاستین انتشار پیدا می کند. هنگامیکه تظاهر میکند چندین سال از ابتلای نسج به آفت اولیه را گذرانده است لذا ایجاب پیگیری و کنترل را میکند.

Arrhenoblastoma: ارینوبلاستوما میتواند سلیمه و یا خبیثه باشد.

Ovarian Sarcoma: سارکومای تخمدان خیلی نادر رخ میدهند

و شدیداً طبیعت خبیثه دارد.

تومورهای خبیثه میتاستاتیک تخمدان ها

در حدود ۲۰٪ تومورهای خبیثه تخمدان ها به شکل ثانوی از چهار هضمی خصوصاً پیلور و کولون ها و هم چنان از ثدییه ها، کیسه صفرا و پانقراس منشه میگیرند (جریان لمفاوی مشترک دارند) ۱۰ فیصد از کانسرهای رحم و ۱٪ از کانسرهای عنق رحم سبب میتاستاز به تخمدان ها شده میتواند وعمدتاً عبارت اند از

۱- **Krukenberg Tumour**: تومورهای کریکنبورگ همیشه به شکل دو طرفه بوده که دارای سطح برجسته و نرم بدون چسپندگی به احشای مجاور میباشند قوام آن سخت و جامد است. در مقطع که از برش ایجاد میشود اکثراً ساختمان متجانس جامد بوده و ندرتاً Cyst به ملاحظه می رسد. تومور تولید حبن نموده ورشد داخل پریتوانی ندارد. از نظر هستوپتولوجی نسج میکزوماتوز ستروماً به شکل پراکنده و منتشر بوده که این حجرات علامات فارقه و مشخص وصفی دارند، یعنی حجرات

بیضوی شکلی اند که در سایتوپلازم آنها گرانول‌ها دیده میشود، هسته این حجرات به کنارهای حجره تپله گردیده که منظره انگشتر را به حجره میدهد.

در حدود ۷۵٪ در معده ، ۱۵٪ در کولون، ۶٪ در ثدیه‌ها بشکل ابتدایی آفت ظهور میکند. تومورهای کریکنبورگ رشد سریعتری از تومورهای ابتدائی تخمدان‌ها دارند لکن اکثراً متحرک باقیمانده و چسپندگی به انساج مجاور کم دارد.

۲- Co-incident carcinoma: دارای خصوصیات ذیل است:

با تومورهای تخمدان و اندومتر رحم ، شاید همزمان موجود باشد و یا اینکه از طریق لمفاوی از یک اورگان به اورگان دیگر انتشار پیدا کند. تومورهای حجرات گرانولوزا ممکن سبب کانسر اندومتر از اثر عدم افراز هورمون ستروجن گردند.

اعراض و علائم کلینیکی

۱- Age: تومورهای dysgerminoma و germ cell با سطح بلندی در دوران نوجوانی تمایل به شیوع دارند، اپیتیلیل تومور در سنین ۳۰-۶۰ سالگی ، تومورهای خبیثه بین البینی در خانم‌های جوان ، تومورهای حجرات گرانولوزا و تیراتوما در هر سن و سالی میتوانند تخمدان‌ها را مصاب سازند.

۲- تعداد ولادت: خانم های NP، خانم هائیکه ولادت کمتر داشته اند و خانم هاییکه با ادویه تنبهی (کلومیفن) حامله شده اند زمینه مساعدتری به آفات سرطانی تخمدان ها دارند برخلاف COC از اثر نهی عمل ovulation در حدود ۴۰٪ احتمال ابتلا بافت را پایین میآورد.

۳- زمینه های مساعد ارثی فامیلی تومورهای ثدیه و طرق تناسلی باعث ایجاد عارضه شده میتواند.

۴- درد: درد عرض آخری این تومورها بوده و در حدود ۶۰٪ وقایع هنگامیکه تومور پیشرفت نموده باشد خانم احساس درد میکند.

۵- خونریزی: خونریزی بعد ازینکه خانم به صفحه مینوپوز رفته باشد در نوع تومورهای اپیتلیل، برینر و گرانولوزل عمومیت دارد و هم تومورهای germ cell سبب خونریزی های غیر منظم عادت ماهوار میگرددند و کارسینومای اندومتر رحم باعث خونریزی های غیر منظم دوران مینوپوز نزد خانم میشود.

۶- کلوله گی: کلوله گی در قسمت حوصله وسفلی بطن در مراحل پیشرفته تومور که حجماً تزاید یافته است با جس قابل دریافت است.

معاینه کلینیکی

- ۱- تومورهای دو طرفه اکثراً طبیعت خبیثه دارند مثلاً تومورپاپیلاری ، سیست ادینوما و کسیت های در موئیدیکه طبیعت سلیم دارند در حدود ۱۲٪ وقایع دو طرفه اند.
- ۲- تومورهای جامد باستثنای فیروم رحم، تومورهای برینر و تراتومای سلیم معمولاً خبیثه اند.
- ۳- حبن: حبن خوندار معمولاً در تومورهای خبیثه تخمدان ها نزد خانم دیده میشود. حبن شفاف همراه با پلورال ایفوژن شش راست در فیرومای تخمدان ها، تومورهای برینر و بعضی انواع تومورهای گرانولوزال که بنام **Meig's syndrome** ، یاد میشود به ملاحظه رسیده میتواند که بعد از برداشتن جراحی تومور، بصورت بنفسه شفایاب میگردد.
- ۴- تومورهای تثبیت شده والتصاقی همیشه طبیعت خبیثه دارند (اگرچه تومورهای در موئید سیست هنگامیکه متن گردند التصاقی میشوند)
- ۵- رحم جداگانه و آزاد با معاینه مهلبی جس گردیده ولی ممکن است نودول های تثبیت شده در حذای فورنکس خلفی جس گردند.

۶- اذیمای یک طرفه پا که انطباع انگشت را بجا نمیگذارد، ایفوژن پلورا و بزرگ شدن عقدات لمفاوی عنق و Supra clavicular در حادثات کانسره‌های پیشرفته معمولاً دیده میشود.

Investigation تحقیق و جستجو

برای دریافت آفت حقیقی لازم است تا بصورت دقیق بررسی های ذیل انجام شود

۱. محل توضع تومور در تخمدان در کجا هست.
 ۲. تومور طبیعت خبیثه دارد یا خیر در بررسی مشخص ساخته شود.
برای این دو هدف لازم است تا پروسیجرهای ذیل عملی گردند:
 ۱. سونوگرافی خصوصاً از نوع Coller Doppler اجرا گردد.
 ۲. C.T.SCAN و MRI انجام شود.
 ۳. Tissu Marker اجرا گردد.
 ۴. معاینات سایتولوژیک با گرفتن نسج انجام گردد.
 ۵. لاپاروسکوپي از مریضه بعمل آید.
 ۶. رادیوگرافی و ماموگرافی انجام شود، اماله باریوم و یا باریوم خوراکی بمریضه داده شده و رادیوگرافی انجام شود.
- معمولاً حجم طبیعی تخمدان ها نزد خانمیکه به مینوپوز داخل شده با اجرای u/s نباید بیشتر از 8 سانتی متر مربع باشد در صورتیکه بزرگتر باشد ایجاب معاینات دقیق و بررسی را میکند.

تومورهای خبیثهء مبيض ها معمولاً دو طرفه اند که قوام جامد داشته ، مترافق با حبن بوده و جدار ضخيم که توسط حجاب هاييکه بيشتر از 5^{mm} است از هم جدا شده ميباشند.

۱. **u/s** کالردوپلر، رشد اوعيه جديد را (Neovascularization) در داخل نسج تومورال که يک حالت غير طبيعي است نشان ميدهد.
۲. **CT Scan** و **MRI** ميتواند انتشار تومورها و حجم آنها را نشان داده و در صورتیکه عقدهات لمفاوی Para aortic حجم بيشتر از جسامت شان حاصل کرده باشند مشخص ساخته ميتواند ، که در حقيقت اين عمل با Staging تومور کمک نموده و پلان جراحی را مشخص ميسازد و نوع تداوی بعد از عمليات جراحی هم با اجرای اين پروسه **CT** و **MRI** ميتواند بدرستی طرح ريزی شود.

Tissu Marker: تومورهای germ cell سبب افزاز **h.C.G**، الفا

فيتو پروتئين، Placental Alkaline phosphatase، ، Lactase، و **dehydrogenase** ميگردند و هم **CA125** توسط تومورهای اپتليل به مقدار بيشتر از **65 Iu/ml** افزاز ميشود که مجموعاً ميتوانيم بحيث **index Tisuu** Marker در تشخيص از آنها استفاده کنيم.

مطالعات سيتولوژيک يک مايع حبن و يا اسپريشن مايع بطني همراه با سوزن (FN.A.C) Fine Needle Aspiration Cytology و مطالعه

سیتولوژیک آن وسیله خوبی برای دریافت حجرات سرطانی و تأیید آفت می باشد.

لاپراسکوپیی ارزش تشخیصه بلندی ندارد، اگرچه اجرای آن در این مرحله زحمت ده است ولی بعد از عملیات و برداشتن تومور برای شروع کورس با تداوی شعاعی و شیموتراپی میتواند مفید ثابت گردد.

رادیوگرافی صدر، ماموگرافی، اخذ باریم توسط دهن و یا اماله باریوم برای تأیید یا رد آفات خبیثه اورگانهای مربوطه معلومات خوبی داده میتواند بدین معنی که آفت ابتدائی در این قسمت ها بوده و تخمدان را تومور سرطانی ثانویه میتاستازی آنها گرفته است.

تداوی تومور های سرطانی تخمدان ها

لاپراتومی تداوی ابتدایی تمام انواع تومور های تخمدانی است با اجرای

این عمل:

۱. تومور از نظر پیشرفت و سیر آفت درجه بندی میگردد.
۲. مایع جوف بطن (حبن) به مقصد اجرای هستوپتولوژی گرفته میشود.
۳. روش تداوی تومور مشخص ساخته شده میتواند که جراحی باشد یا از اشکال دیگر تداوی و یا اینکه مشترکاً انجام شود.

تومور های بین البینی تخمدانی که قدرت پایین تحول به خباثت را دارند

هنگامیکه به یک تومور که قدرت خبیثه شدن آن مطرح باشد در نزد یک خانم جوان مواجه گردیم. با اجرای لاپراتومی مبیض ها نمایان

ساخته شده و سپس Ovariectomy اجرا گردیده و از شستن جوف پریتوان مایع برای معاینه نسج برای مطالعه هستوپتولوژی گرفته شود و بعد از آن خانم باید منظم‌اً زیر مراقبت طبی قرار داشته باشد. اگر نتیجه Peritoneal washing مثبت بوده و یا خانم بلندتر از ۴۰ سال باشد نزد خانم عملیات Bilateral Salpingo-oophorectomy+T.A.H اجرا شود. و اگر تومور بنا بدلائلی ایجاب میکرد که برداشته نشود و یا اگر امکان نداشت که برداشته باشد تداوی قرارذیل باید انجام شود.

۱- جراحی

phorectomy+omentectomy Abd hysterectomy+ Bilateral Salpingo
Ovriotomy-۲

۳- بیوپسی از نسج مشکوک .

۴- تکرار لاپراتومی و یا لاپراسکوپیی برای اطمینان از سیرافت.

۵- رادیوتراپی.

۶- شیموتراپی.

۷- تداوی مشترک از میتودهای مختلف نظر به وضع و درجهء آفت.

۸- Immunotherapy

لاپراتومی با اجرای شق Medlin به شکل منظم (Vertical) انجام شود زیرا قابلیت توسعه را داشته و احشای بطنی کاملاً زیر نظر مستقیم قرار گرفته میتوانند.

اگر مایع حبن موجود باشد جهت اجرای هستوپتولوژی در یک بوتل که حاوی مایع هیپارینایز شده باشد جمع گردد و اگر مایع موجود نباشد در جوف بطن 100ml مایع Salin در ناحیهء تحت حجاب حاجزی بصورت جداگانه انداخته و بعد آ جمع گردیده و به هستوپتولوژی ارسال گردد. علاوهً کبد، معده، مساریقه، کولون ها و عقدات Para aortic بدقت مورد معاینه قرار داده شده در صورتیکه کوچکترین اشتباه ابتلا به آفت موجود باشد پارچه جهت هستوپتولوژی گرفته شود.

در وقایعی که آفت قابل عملیات باشد هسترکتومی توتال همراه با Omentectomy و Ovarectomy دو طرفه ، همراه با تومور و اجرا شود.

اگر تومور قابل عملیات نباشد با اجرای برداشتن قسمتی از تومور جهت کوچک ساختن حجم آن (Debulking) همراه با اومیننکتومی انجام شود. با اجرای این کار موثریت شیموترایی بلند می رود و با سانی زیر کنترل ادویه آمده میتواند.

Second look surgery: هدف از عملیات دوباره بالای بطن

اینست که بتوانیم تاثیرات پتولوژی حوصلی آفت را ملاحظه نموده و علاوهً تاثیرات شیموترایی انجام شده بعد از عملیات قبلی را بعد از یک کورس مکمل تداوی مورد مطالعه قرار دهیم و همچنین با اجرای عمل ضرورت ادامه و یا قطع تداوی شیموترایی بررسی شده میتواند ، اما از زمانیکه CT،MRI پابعرصه طبابت عصری گذاشته اند اجرای این عملیات ها خیلی محدود شده است. ولی در جریان عملیات دوم باز هم جراح میتواند یک مقدار از نسجیکه در عملیات قبلی امکان برداشتن آن موجود نبوده دوباره بردارد که در نتیجه حجم تومور



هنوز هم کم شده می‌رود. هنگامیکه تومور ثابت بوده و غیر قابل برداشتن باشد. ۳-۴ کورس شیموتراپی می‌تواند نزد خانم شروع شده و ادامه یابد، اگر تومور تکمیش نموده و operable می‌گردد و با استاتستیک حاصله از این نوع عملیات در حدود 25-75% تومور های غیر قابل عملیات به شکل قابل عملیات Movable تغییر کرده می‌تواند. عملیات جراحی ثانوی علاوهً هنگامیکه آفت توموری دوباره پیدا شود و یا اینکه نزد خانم انسداد معائی و فیستول ها بوجود آید نیز باید اجرا گردد امروزه تداوی جراحی بسیار پیشرفته دیگر برای این هدف جانشین عملیات دوباره نزد خانم ها نظر به پروسیجرهای قبلی شده است.

Chemotherapy-2: بیشترین انواع تومور های خبیثه نوع اپتیل و germ cell با شیموتراپی جواب خوب و مناسب داده می‌توانند. تداوی بشکل مناسب با چند ادویه طور همزمان و سیکلیک نزد مریضه تا وقتیکه Tissu marker ها کاملاً معدوم گردند ادامه داده شود و بعد از آن هم دو سیکل تعقیبه ادامه یابد و چون شیموتراپی مدت طولانی ادامه می یابد لذا ضرور است تا مریضه بصورت مناسب و بوقت معین با Tissu marker، سونوگرافی MRI و CT تعقیب گردد.

Radiotherapy-3: Dysgerminoma و یک تعداد دیگر تومور های گرانوزال با رادیوتراپی نسبت به شیموتراپی جواب بهتر و موثر تری میدهند. و علاوهً خاطر نشان باید کرد که رشد و نموی میتاستازهای تومور تخمدان در قسمت های علوی بطن سبب مائوف شدن عقدهات لمفاوی Para-aortic میگردند. تداوی شعاعی نسبت به شیموتراپی قویتر شناخته شده و ثابت گردیده است. تاثیرات Toxic تداوی شعاعی نسبت به شیموتراپی بالای کبد و کلیه ها با تکنیک های مختلفه و از جمله Moving – strip Technique خیلی ها کمتر

ثابت شده است و مقدار شعاعیکه داخل بطن میگردد توسط strip هائیکه بالای بطن گذاشته شده اندازه گیری گردیده و قدرت کنترل شعاع را از مقداریکه بالای اعضای حشوی خصوصاً اعضای حیاتی مضر است دارد.

۴- **Immuno therapy**: بازرق- Inter feron انجام میشود.

Prognosis یا انداز

در نوع تومور های Border line (بین الینی) خبیثه در حدود ۹۰-۱۰۰٪ موثر بوده و half life پنج ساله را نوید میدهد.
انداز در حالات پیشرفتهء مرض خیلی ها تاثر آورده بوده چنانچه در حدود کمتر از ۶۰٪ در Stage I و کمتر از ۱۰-۵٪ در stage 5 چانس زندگی را دارند.

وقایه

۱- تجویز COC در حدود ۴۰٪ وقوع تومور های خبیثه تخمدان را پایین میآورد.

۲- حاملگی و شیردهی هم چنان رول محافظوی دارند.

۳- خانم هاییکه جهت حامله شدن از کلومیفن و دیگر منبهات تخمدان جهت تولید تخمه استفاده میکنند در گروپ High risk قرار دارند. بناً تعقیب دوامدار را ضرورت دارند.

۴- تومور های سلیمهء تخمدان ذریعه عمل جراحی بر داشته شوند زیرا امکان تحول به آفت خبیثه نزد این خانم ها بلند است خصوصاً

مريضانيکه مصاب Serous & mucinous cystadenoma هستند بايد
حتماً برداشته شود.

۵- در خانم های مسن بلندتر از ۶۰ ساله هنگاميکه بنا بدلايلي ضرورت به
هستركتومي ميافتد بهتر است كه تخمدان ها هم برداشته شوند .

۶- هستركتومي مكمل بطني، همراه برداشتن دو طرفه مكمل Adnex ها

(B S Oophorectomy و Omentectomy) .

۷- debulking) ovariectomy (يعني تومور قسمأ برداشته ميشود.

(۱) Cervical dysplasia & carcinoma of the cervix

کارسینومای عنق رحم شایعترین امراض خبیثه طرق تناسلی نزد خانمها می باشد و عمدتاً بعد از سرطان های ندیه قرار دارد و در حدود ۸۰٪ سرطانهای طرق تناسلی را می سازد. این افت اکثراً با تغییرات و تخریبات عنق رحم همراه بوده که زمینه تشخیص را قبل از ابتلا به افت با معاینات عنق رحم با تفتیش، جس و معاینات سایتولوژیک مساعد می سازد. از این سبب است که در ممالک انکشاف یافته فیصدی ابتلا به افت نظر به اجرای معاینات به شکل منظم و دورانی تا حد زیادی تقلیل یافته است. به اساس راپور احصاییوی تهیه شده از شهر دهلی در مقایسه با مناطق دور دست و قصبات ان تفاوت فاحش در بروز عارضه راپور داده شده است در screening، مناطق دور دست نظر به بعد فاصله و کمبود امکانات بصورت سیستماتیک تعقیب شده نمی تواند.

فکتورها و عوامل خطر ساز و مساعد کننده

- ۱- سن : بهترین سن مساعد به افت ، سن باروری راپور داده شده است (۲۰-۴۵ سالگی).
- ۲- کثیرالولاده بودن، یکی از حالاتی که در اثر ولادتهای متکرر و مداخلات در حذای عنق تغییرات به نفع عارضه کانسر به وجود می آید.

۳. خانمهایی که فعالیتهای جنسی را به صورت مقدم شروع کرده باشند، خصوصاً قبل از ۲۰ سالگی.
- ۴- خانمهایی که شرکای جنسی متعدد دارند در اثر تخریشات و تنبیهات در حذای عنق و عمدتاً پایین بودن حفظ الصحه ناحیوی.
- ۵- خانمهایی که حفظ الصحه ناحیه را به درستی مراعات نمیکنند چنانچه در دین Jews که مناسبات جنسی را در هنگام عادت ممنوع قرار داده است این فیصدی پایین است.
- ۶- امراض و افاتی که از طریق مناسبات جنسی انتقال می یابند مانند گونوریا و غیره
- ۷- امراض ویروسی مانند: HIV ، herpis simplex virus (HSV)، human papiloma virus (HPV) و غیره.
- ۸- در اثر پایین آمدن قدرت سیستم معافیتی، عارضه بیشتر فرصت ظهور می یابد.
- ۹- خانمهایی که ادویه ضد حاملگی فمی به صورت دوامدار استفاده می کنند خصوصاً در سنین جوانی واقعات بیشتر تصادف میگردد.

تعریف اصطلاحات خاص از نظر هستولوژیک

۱- Dysplasia

یک اصطلاح سایتولوژیک است که توسط WHO به حجراتی که ساختمانشان غیر طبیعی گردد اطلاق می شود. حجرات بازوفیلیک شده و در اندازه و شکل خود تغییر می یابند. هسته حجرات غیر منظم و بزرگ گردیده و

کروماتین به شکل غیر منظم در آنها جایجا شده دیده می شود علاوه بر
 هایپر کروماتوزیز همراه با میتوزدران به ملاحظه می رسد. تناسب هسته
 و سائتوپلازم تزايد می یابد. دیسپلازیا با اساس تغییرات مورفولوژیک حجره
 و هسته بدرجات خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی شده است.

۲- نیوپلازای حجات داخل عنق رحم (CIN)

در این حالت حجات نسج اپیتل عنق از نظر هستولوژی غیر طبیعی
 دریافت می شوند در حالیکه basement membrane آنها سالم است و قرار
 ذیل دسته بندی شده است.

- در شکل CIN I: ۱/۳ طبقه تحتانی اپیتل مائوف گردیده و غیر
 طبیعی اند.
- در حالت CIN II: در این حالت ۲/۳ تا ۳/۴ قسمت از حجات
 طبقه اپیتل دیسپلازیا نموده و غیر طبیعی می گردند.
- در حالت C.I.N III تمام حجات طبقه اپیتل دیسپلازی دارند که
 این مرحله را بنام Carcinoma Insitu هم قبول نموده اند.

۳- Metaplasia

در زون انتقالی (محل اتصال حجات کولومنر با اسکواموس عنق رحم)
 حجات به طرف رشد و تولید سریع آغاز میکنند و حجات بیشتر تمایل دارند
 که به طرف حجات اسکواموس پخته تحول نمایند که با این حجات و
 تحولات مربوط به ان متاپلازیا گفته می شود. این نوع حجات با تحریکات معین

و محدودی تمایل دارند که معروض به تغییرات گردیده و به حجرات خبیثه تحول نمایند. در این اواخر سیستم Bethesda چنین تعریفی را ارائه کرده اند. دیسپلازی خفیف (CIN I) در موجودیت انتانات می تواند در حجرات اپیتل عنق ایجاد شود که بعد از رفع شدن عارضه انتانی دوباره حالت عادی و نارمل حجرات به میان می آید. لاکن در بعضی حالات افت به طرف دیسپلازیای شدید سیر نموده و زمینه کانسر عنق رحم را مساعد می سازد. از این سبب است که در این حالت باید fallow up درست و منظم برای جلوگیری از تحول به خباثت انجام شود. اشکال دیسپلازیای متوسط و شدید (CIN I-II or HSIL) یک فاکتور انکشافی به طرف کانسر عنق بوده که در حدود ۱۰-۳۰٪ وقایع در ظرف ۵-۱۰ سال افت کانسروز بروز می کند. در کشور هند فیصدی وقوع دیسپلازی عنق رحم که توسط عملیه پاپ سمیر تعقیب و تثبیت شده است به ۱۵/۱۰۰۰ واقعه راپور داده شده که از جمله ۵/۱۰۰۰ واقعه ان دیسپلازیای شدید راپور داده شده است.

لوحه کلینیکی کارسینومای عنق رحم (۹)

لوحه کلینیکی کارسینومای عنق رحم معمولاً مربوط به نوع و اندازه وسعت آفت میباشد.

کارسینومای مهاجم عنق معمولاً بین سنین ۲۰-۶۰ سالگی بیشتر تصادف شده و قله آفت در سن ۴۸ سالگی راپور داده شده است، درحالیکه Carcinoma insitu در سنین ۳۰-۵۰ سالگی بیشتر تصادف می شود.

به صورت عمومی اعراض و علائم ذیل مطرح بحث است:

- I. بدون اعراض: کارسینوما *insitu* و همچنین مراحل ابتدایی *Invasive carcinoma* بدون اعراض و علائم می باشد.
 - II. اعراض عمومی مانند بی اشتهایی، دلبدی، باختن وزن، کمخونی و یوریمیا عرض اندام میکند.
 - III. درد که یک عرض واضح بوده و در صفحات موخر مرض تصادف می کند زیرا کارسینوما ی عنق بیشتر در عنق محصور مانده و کمتر التهابی می شود، لذا بدون درد است مگر اینکه به داخل انساج مجاور خصوصاً نسج عصبی نفوذ نماید. دردها به شکل درد کمر، قسمت سفلی بطن، سیاتیک، کولیک های احلیل و رکتوم تظاهر می کند.
 - IV. تزیاید ادرار و دردناک شدن آن هم از جمله اعراض آن می تواند باشد
 - V. خونریزیهای غیر منظم مهبلی: از جمله علائم نسبتاً وصفی و معمولی کارسینوم مهاجم عنق رحم می باشد و مقدار آن از شکل **spotting** تا خونریزی شدید و وافر فرق می کند. خونریزی مهبلی کارسینوما ی عنق ممکن است در جریان عادت ماهوار و یا با ترخیصات مهبل و عنق خارج از این ایام، عرض اندام کند و معمولاً به اشکال ذیل دیده می شود:
خونریزی بین الحیضی که مقدار آن کم (**spotting**) و یا حتی وافر دیده می شود.
- خونریزی بعد از عمل مجامعت (P.C.B) از اثر ترخیص.
- خونریزی بعد از قطع طمث (P.M.B) که می تواند کم و یا زیاد باشد.

VI. افزایشات مهبله: در مراحل پیشرفته که تومور متن می گردد ممکن است نزد مریضه افزایشات متعفن خون آلود مشاهده گردد.

علائم مشخص کلینیکی

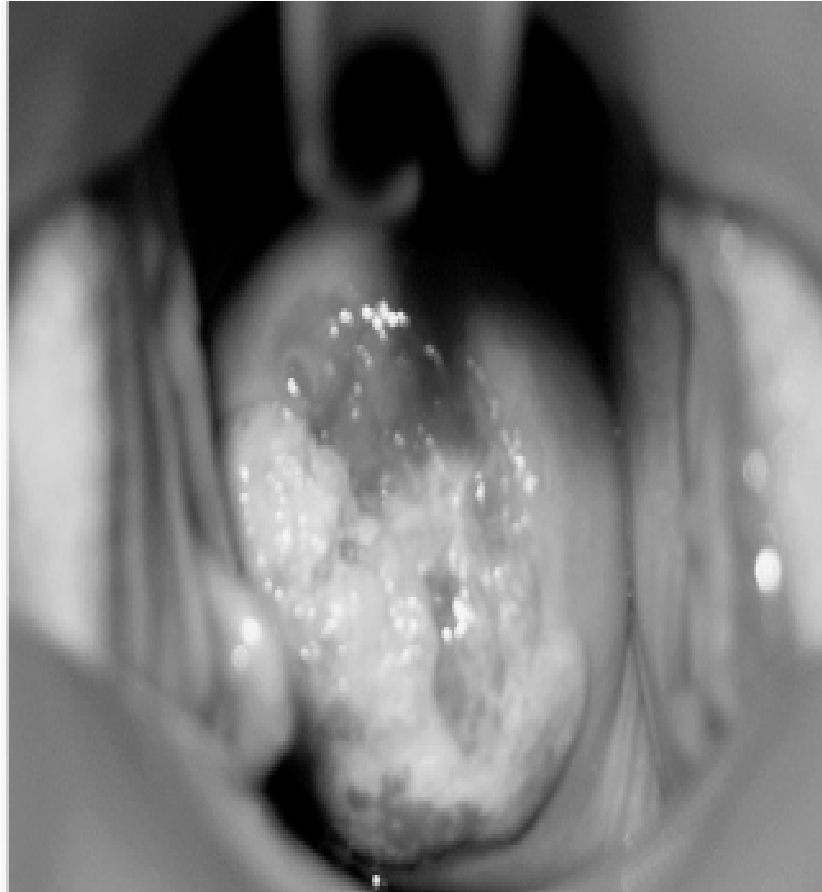
۱. عنق نارمل: در مراحل ابتدایی کارسینوما *insitu* و در تمام حالات کارسینوما *insitu* عنق نارمل به نظر می رسد.
 ۲. قوام عنق رحم: اگر عنق سخت تر از حالت نارمل بوده وبا تماس خون بدهد، احتمال مصاب به آفت بیشتر می باشد.
 ۳. عنق تخریش شده: هرگاه در عنق تخریشی موجود بود که کنارهای آن غیرمنظم و عنق سخت باشد و آفت در یک قسمت عنق متبازر تر باشد، به عارضه باید بیشتر مشکوک شد.
 ۴. Polypoidal growth: اندازه آن متفاوت است که از اندوسرویکس و یا اکتوسرویکس منشاء می گیرد.
 ۵. عنق بزرگ، سخت و شکننده: این نوع عنق برای آفت کارسینوما وصفی بوده و عنق معمولاً ثابت و غیرمتحرک است.
- حجم رحم نظر باندازه فیروم و تعداد آن ها فرق میکند در یک تعداد حالاتیکه فیروم دنب دارباشد ممکن انطباع یک تومور مبیض را از سر بطن به معاینه کننده بدهد و جدا از رحم جس گردد.



(٢)

شکل (٣٠)

Colposcopy—high-grade squamous
intraepithelial lesion



(٢)

شکل (٣١)

Colposcopy—*invasive cancer*

Contraceptives Birth Control

(روش و میتود های ضد حاملگی)

مسئولیت والدین در تربیه اولاد چه از نظر جامعه شناسی و چه از نظر اسلامی خیلی سنگین و پربار است. تولید نسل برای بقای حیات امریست ضروری، ولی نباید مانع زندگی حداقل نارمل گردد. بناء اگر در کنترل ولادت ها اهمات لازم به کار برده شود. تعداد بلند ولادت ها هم برای صحت مادر خطرناک بوده و هم سبب معیوبیت نزد اطفال گردیده و سطح وفیات مادر و طفل بلند می رود، بر علاوه هر نوع پلانی که با وجود دست داشتن به امکانات مادی طرح شود معروض به مشکلات گردیده و عملی شده نمی تواند چه رسد به این که فامیل و در نهایت جامعه از نظر علمی، اقتصادی و فرهنگی در سطح پائینی قرار داشته باشد. بناء کنترل در تعداد ولادت ها جوابگوی همه نیازمندی های که درین ساحه تذکر داده شد، می تواند باشد. روی این اصل است که وسائل و میتودهای مختلف ضد حاملگی از اوائل اختراع و اکتشاف روبه تحول بوده که در نتیجه میتودها و روشهای مختلف در کنترل ولادت ها نزد هر دو جنس مردوزن بعد از مطالعه و بررسی مطرح شده و با در نظر داشت محاسن و معایب آنها امروز مورد استفاده قرار گرفته اند.

راه و روشهای مختلف در این مبحث مورد بررسی قرار می گیرند بصورت عمده سه روش در کنترل ولادت ها عبارت اند از:

۱. روشهای طبیعی

۲. روش ایجاد مانع **Barrier Method**

۳. ادویهء ضد حاملگی هورمونی

A: میتودهای طبیعی کنترل ولادت ها

a. میتود ریتم و یا روش استفاده از جنتری: این یک روش طبیعی کنترل بوده که بر اساس جنتری که در طول سیکل عادت ماهوار تنظیم گردیده، مناسبات جنسی عیار ساخته می شود. طوریکه میدانید در طول یک سیکل عادت ماهوار معمولا یک دانه تخمه پخته که قابلیت القاحی را داشته باشد، تولید شده که معمولا 1 ± 14 روز قبل از عادت ماهوار بعدی آزاد میشود. از طرف دیگر سپرم در داخل دستگاه تناسلی خانم حداکثر ۲۴ ساعت و ندرتا شاید 48 ساعت باکمترین حد زنده مانده بتواند و اووم خانم هم بعد از آزاد شدن همان ۲۴-۴۸ ساعت قدرت بارور شدنش را حفظ کرده می تواند، لذا نزد خانمی که هر ۲۸ روز یکمرتبه عادت ماهوار می گردد. روزهای ۱۲-۱۶ عادت ماهوار با محاسبه از اولین روز شروع عادت مصادف به روزهایی که خانم آماده

حمل گیری است. بناء درهمن چهار روز اگر از مناسبات جنسی خودداری شود امکان حاملگی نزد خانم خیلی پائین است.

از دو روش دیگر هم برای تعیین روز Ovulation می شود استفاده کنیم. یکی تغییر مخاط عنق رحم است که آبگین می شود و قدرت لزوجیت آن نزدیک به هنگام آزاد شدن تخمه خانم بلند می رود و دیگری کنترل حرارت قاعدوی است (B.B.T) که تحت تاثیر تزاید ستروجن دو روز قبل از آزاد شدن تخمه درجه حرارت نزد خانم نیم درجه سانتی گراد سقوط نموده و هنگامیکه تخمه آزاد شد، تحت تاثیر پروجسترون آزاد شده از جسم اصفریک درجه سانتی گراد بلند می رود (۳۷.۵→(۲-۳روز)۳۶.۵→۳۷) این میتودها خیلی دقیق نبوده و بین ۱۲.۵٪ احتمال خطا وجود دارد، زیرا کنترل و مراقبت آن خیلی زحمت دارد لذا فیصدی خطای آن زیاد است.

b. میتود قطع مناسبات هنگام ارضاء جنسی مرد و یا خروج مایع منوی (withdrawl method): در این متود هنگامی که مرد به حد ارضاء جنسی خود رسید و احساس خروج مایع منوی را می نمود از مهبل خارج و مایع منوی را به بیرون از مهبل می ریزد. در این میتود دو معذوریت عمده مطرح است: نارضایتی زن و مرد از عدم انزال شدن در مهبل زیرا به حد کامل ممکن است ارضاء نگردند و دوم ممکن است در هنگام خروج قضیب از مهبل قطراتی از مایع منوی که حاوی سپرم است



در مهبل بریزد و زمینه حاملگی را مساعد سازد. از این سبب است که فیصدی خطای این پروسه بلند بوده و ۲۵-۳۰٪ راپور ارائه شده است.

C. Breast feeding یا شیردهی: در نزد بسیاری از خانم ها با ثرعملیه رقابتی بین هورمون های فص قدامی غده نخامیه عملیه Ovulation انجام نشده ، لذا خانم ها حامله نمی شوند خصوصا در شش ماه اول بعد از ولادت ولی هر قدر پروسه شیردهی طولانی ترشود احتمال بارور شدن از سبب تولید تخمه بلندتر می رود.

B-روش ایجاد مانع Barrier Method

در این روش از به تماس آمدن و به هم رسیدن اسپرم و اووم جلوگیری به عمل می آید و می تواند نزد مرد و زن بصورت جداگانه مورد استفاده قرار گیرد:

۱. مانع های مردانه عبارتند از کاندوم و کشنده اسپرم
۲. مانع های زنانه عبارتند از دیافراگم ، Today femshield، مواد کشنده اسپرم، و تابلت های پروجسترون دار.

Male Barrier-I

کاندوم: نزد مرد هنگام انعاز آله تناسلی تطبیق گردیده که در نتیجه از ریختن مایع منوی در داخل مهبل جلوگیری می نماید.

محاسن

۱. به آسانی قابل دسترس است.

۲. ارزان است.
۳. عوارض جانبی عمومی و سیستمیک ندارد.
۴. از انتقال انتانات STD و AIDS جلوگیری می کند.
۵. با جلوگیری از انتانات ویروسی فیصدی آفت سرطان عنق رحم را پائین می آورد.

معایب

۱. بلند بودن فیصدی خطا (۱۴-۱۰٪) از اثر لغزیدن و تخلیه مایع منوی در مهبل و یا پاره شدن کاندوم
 ۲. حساسیت یکی از طرفین به مقابل کاندوم.
 ۳. بعضا زوجین از لذت جنسی کمتر برخوردار می شوند (عدم تماس مستقیم اعضای تناسلی)
 ۴. کاندوم یکبار مصرف است و دفعه دوم قابل استفاده نیست.
- مواد کشنده اسپرم:** مواد کشنده اسپرم که سطحی عمل می کنند مانند Octoxynol، Nanoxynol و Menfegol به شکل ژل و یا کرم تهیه شده و هنگام مجامعت به قضیب مالش می شود که نهایتا برای اسپرم ها کشنده بوده و فیصدی بلند و فیات را به آنها وارد می کند. در ظرف ۲-۱ ساعت سبب کشتن اسپرم ها شده و در جهاز تناسلی اسپرم زنده باقی نمی ماند. وقتی که تنها به حیث وسیله ضد حاملگی استفاده شود در حدود ۳۰٪ احتمال خطا دارد. اما با استفاده مشترک همراه کاندوم و یا

Caput (مانعه نزد خانم) استفاده شود موثریت خیلی بلندی دارد و ضمناً از STD هم جلوگیری موثری دارد. ۵٪ خطا راپور داده شده است.

ادویه انحطاط دهنده سیستم تولید اسپرماتوجنزیز: تا بحال ادویه ضد حاملگی که بتواند نزد مردها مانند خانم ها مانع تولید اسپرم ها گردند. نه هنوز جا افتاده است و نه هم در جهان طبابت عصری امروز معرفی شده اند. ادویه زیل به مقادیر معین تاثیر انحطاطی دارند.

• **Gosspol**: از آنجا ئی که تنقیص جنسی و ایجاد Impotence را سبب می شود، نزد مردها قابل قبول نیستند.

Gosspol ابتدا در چین مورد استفاده قرار داده شده که از روغن پنبه دانه تهیه شده به شکل فمی ۲۰-۱۰ mg برای ۳ ماه و بعداً به مقدار ۲۰ mg در هر دو هفته استفاده می گردد که اسپرماتوجنزیز را به صورت مستقیم بدون دخالت در تولید FSH و Lh نهی می کند.
در ۲۰٪ وقایع باعث ضعف عمومی، هیپوکالیمیا و عقامت دائمی مرد می گردد.

• **تستوسترون**: تستوسترون به مقدار ۲۰۰mg/w به شکل فمی در ظرف ۶ ماه سبب Oligomenorhea یا نزد خانم oligospermia یا نزد مرد شده می تواند.

• **GnRh : GnRh** هم اگر بصورت دوامدار مورد استفاده قرار داده شود سبب تنقیص تعداد اسپرم شده و همچنین تحرکیت آنها

را مختل می سازد ولی استفاده دوامدار آن زمینه ساز پائین آمدن اشتهای جنسی و اوستئوپوروزیز می گردد.

Female Barrier- II

انواع مختلف آن مانند Today، Vaginal sponge و Femshiled قبل از عملیه مجامعت در داخل مهبل گذاشته می شود. هنگامی که با اسپرماتوسید های مردانه یکجا استعمال گردند موثریت بلندی دارند و به مدت ۸ ساعت اقلا باقی می ماند. بصورت قطعی از ۲۴ ساعت بیشتر در مهبل گذاشته نشود زیرا امکان انتان و یا شاک سپتیک را به دنبال دارد.

• دیافراگم

این دیافراگم از رابره های نازک با اندازه های مختلف ساخته شده است و می تواند چندین مرتبه بعد از شسته شدن و خشک ساختن مورد استفاده قرار گیرد. اندازه آن درخانم های ولادت کرده واول باری متفاوت است و درجه خطا ۱۰-۵٪ می باشد.

محاسن:

۱. پروسیجر مستقیما تحت کنترل خود خانم است.
۲. میتود موثر بوده واز STD و سرطان های عنق رحم جلوگیری می کند.

معایب:

۱. ضرورت به یادگیری در مراحل ابتدایی استفاده خود دارد.
۲. در بعضی خانم ها تکرر انتان طرق بولی راپور داده شده است.



۳. بعضاً باعث آلرژی نزد یکی از طرفین می گردد.
۴. سبب شاک توکسیک در حالاتی که بیشتر از ۲۴ ساعت بماند، شده می تواند.
۵. ۱۰-۵٪ خطا راپور داده شده است.

IUCD •

این وسیله ضد حاملگی موثر، قابل ارجاع و طولانی مدت است که نزد خانم ها بدون مداخله با مناسبات جنسی مورد استفاده قرار گرفته می تواند. از مواد پولی ایتیلین که با باریم سلفات مشوع گردیده (جهت رادیواپیک شدن) ساخته شده است. چون ساختمان پلاستیکی دارد بناء Flexible بوده و قبل از تطبیق در داخل وسیله مخصوص جابه جا شده و تطبیق می شود. تمام انواع آن دارای تار نایلونی که بعد از جابجائی از عنق رحم در داخل جوف مهبل قرار دارد، می باشند که توسط خود خانم درقبه مهبل قابل جس بوده و به آسانی توسط پرسونل طبی و داکتر برداشته شده میتواند.

دارای انواع مختلف بوده که عبارتند از:

۱-Copper T که دارای اندازه های مختلف بوده و به نامهای ذیل اند

• Coppe T 220- 230- 380

• Noral T

• Nova T

یاد میشوند میباشند و از جمله *Nova T* حاوی نقره بوده که مدت

۸-۶ سال دوام میکند.

۲- *IUCD T* که حاوی مرکبات پروجسترون اند حاوی **38mg** پروجسترون در بازوی عمودی خود بوده که روزانه **65** میکروگرام آن آزاد میشود. لذا مدت دوام آن محدود باشد.

۳- *Mirena*. حاوی levonorgesterol بمقدار 52mg بوده که روزانه **20** میکروگرام آن آزاد شده و داخل دوران خون میشود. (برای ۵ سال) نوت: مدت دوام *Copper T* معمولاً سه سال است ولی نوع ۳۸۰ آن بین ۸-۱۰ سال به حیث وسیله ضد حاملگی میتواند موثر باشد.

میکانیزم تأثیر

- ۱- بحیث جسم اجنبی عمل نموده و از عبور اسپرم به طرف علوی قسمتاً جلوگیری میکند.
- ۲- سبب ارتشاح مقدار زیاد لوکولیسیت ها در داخل رحم گردیده که در نتیجه مانع غرس بیضه ملحقه با عمل مکروفاژ خود میشود.
- ۳- *Copper T*: سبب تغییرات متابولیک در نسج اندومتر شده که این بنوبه خود مانع غرس بیضه ملحقه شده میتواند.
- ۴- *IUCD* های که حاوی پروجسترون ها هستند سبب اتروفی اندومتر شده و از جانب دیگر سبب تغییرات مخاط عنق رحم گردیده که در نتیجه عبور اسپرم را از مهبل به داخل رحم مانع میگردد. و علاوه بر این در پروسه دخول اسپرم به اووم مانعه ایجاد میکند.

مضاد استطبایات

- ۱- در هنگام صفحه افرازی نباید تطبق شود زیرا امکان حامله دار بودن خانم موجود است.
- ۲- نزد خانم هائیکه مینوراژی و دیسمنوره دارند نباید تطبق شود، زیرا میتواند عارضه را شدیدتر کند.
- ۳- خانم هائیکه سابقه حمل خارج رحمی داشته باشند خصوصاً *IUCD* های که حاوی پروجسترون ها هستند خطر ایجاد حمل خارج رحمی را بلند می برند.
- ۴- نزد خانم هائیکه *C.S* شده اند و یا اسکار رحمی دارند نسبت احتمال بلند پرفوریشن نباید تطبق شود.
- ۵- نزد خانم *NP* از سبب احتمال ظهور *PID* که زمینه ساز عقامت شده میتواند باید در تطبق آن محتاط بود.
- ۶- خانم هائیکه انتان طرق سفلی تناسلی دارند برای جلوگیری از انتشار آن در علوی که زمینه ساز *PID* خواهد بود احتیاط شود.
- ۷- امراض عمومی مانند دیابت، امراض قلبی که زمینه معیوبیت و تشدید شدن آفت را مساعد میسازد نباید تطبق شود.
- ۸- با موجودیت فیبروم رحم نباید آنرا تطبق نمود.
- ۹- نوع *IUCD* های پروجسترون دار و *Mirena* نباید نزد خانم های که کانسر ثدیه دارند استفاده شود.

اختلالات IUCD

A- اختلالات مقدم

درد از اثر سپزم و تشنج رحم ، vasovaginal Attack ، سوراخ شدن رحم، مشکلات در داخل ساختن در رحم ... و غیره

B- اختلالات مؤخر IUCD

۱. Spotting یا لکه بینی، مینوراژی و دیسمینوره.
 ۲. PID در 3-10% وقایع.
 ۳. انتان مهبل از نوع Actinomycose.
 ۴. سوراخ ساختن رحم بمرور زمان.
 ۵. حمل خارج رحمی.
 ۶. بیجاشدگی IUCD در داخل رحم و گم شدن تار آن .
 ۷. غرس در داخل اندومتر و حتی میومتر.
 ۸. خروج IUCD هم به طرف داخل در داخل جوف بطن و هم به طرف خارج در داخل مهبل و افتادن آن.
- خروج IUCD در داخل جوف بطن خصوصاً نوع Copper T نظر به اینکه سبب التصاق و سوراخ شدن امعاء میشود، ایجاب عملیهء لاپراتومی را جهت برداشتن آن میکند.

اگر خانمی که IUCD دارد حامله شود ابتدا باید با سونوگرافی حمل خارج رحمی رد گردد. جهت جلوگیری از Septic Abortion بهتر است برداشته شود ولی به هیچ وجه تأثیر تیراتوجنیک بالا جنین ندارد.

IUCD در حدود ۹۹.۵٪ از حمل در داخل جوف رحم جلوگیری کرده
 میتواند در صورتیکه حمل های داخل نفیری و بالای میبضی و جوف حوصله را
 نمیتواند بیشتر از ۹۵٪ جلوگیری کند. هنگامی که با معاینه تار IUCD در
 حذای عنق رحم دریافت شده نتواند مسئله بیجا شده گی آن مطرح است که
 میتواند حالات ذیل رونما گردد.

۱- رحم ممکن است از سبب حمل بزرگ شده و تار به بالاکش شده
 باشد.

۲- تار بصورت بنفسه به داخل رحم جمع شده باشد.

۳- IUCD رحم را سوراخ و به داخل جوف حوصله رفته باشد.

۴- IUCD خارج شده است:

برای تشخیص از سونوگرافی استفاده مناسب تشخیص شده میتواند.

محاسن IUCD

۱- به مناسبات جنسی ارتباط ندارد لذا بیشتر قابل قبول است

۲- فیصدی پائین حاملگی نظر به دیگر میتودها دارد.

۳- مدت طولانی ۳-۸ سال نظر به نوع خود میتواند کاربرد داشته باشد.

۴- جلوگیری از حمل درین طریقه موقتی است (۳-۸ سال) معمولا

در ظرف ۶ ماه بعد از برداشتن ان ۷۵٪ خانم ها حامله میشوند.

۵- عوارض جانبی نظر به ادویهء ضد حاملگی هورمونی خیلی پایان دارد.

۶- IUCD بحیث وسیلهء موقتی ضد حاملگی میتواند استفاده شود (حتی تا

۵ روز بعد از مناسبات جنسی موثر است).

۷- تاثیرات کانسروجن بالای اندومتر ندارد.

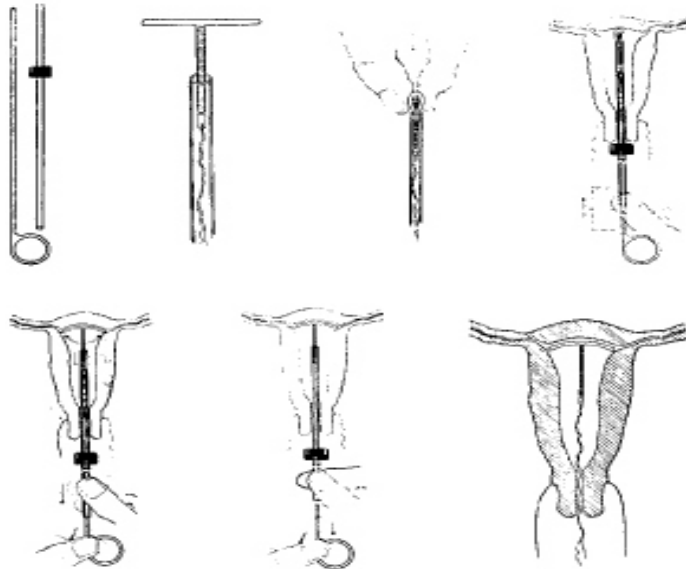
۸- *IUCD* بعد از برداشتن حجاب رحمی (رحم های دوقرنه و حجاب دار) و هم در سندروم اشرفن (التصاق اندومتر رحم) مفید واقع شده میتواند.
۹. *IUCD* از نوع Mirena میتواند مینوراجی و دیسمینوریا را تنقیص دهد.

معایب *IUCD*

I- به صورت مقدم درد اسپزمو دیک رحم و مشکلات در دخول آن

II- به صورت موخر

- خونریزی
- درد در جریان عادت ماهوار
- مداخله انتانات یا *PID* سوراخ شدن رحم
- خروج *IUCD*
- حمل خارج رحم
- بیجا شدن *IUCD*



(۲)

شکل (۳۲)

insertion of the copper T

C. ادویه هورمونل ضد حاملگی

طیف وسیعی از این کته گوری وجود دارد که دارای انواع هورمون های به اشکال مختلف بوده و به پیمانہء وسیعی در سطح جهان استفاده کننده دارد و عمدتاً از طرق ذیل قابل استفاده میباشند.

۱- از طریق فمی

۲- از طریق زرقی

۳- از طریق implante های تحت الجلدی.

۴- Vaginal ring

۵- Skin patches

۶- Post coital contraceptive

ادویه هورمونی ضد حاملگی از جمله روش های جلوگیری از حاملگی است که در سطح جهانی طرفداران زیادی دارد، زیرا بیشتر از همه آنها قابل دسترس بوده و نیاز به کمک های ثانوی دیگری هم ندارد و مربوط به انتخاب خود خانم است، روی این اصل است که بیشتر مورد قبول زوجین قرار میگیرد. ادویه ضد حاملگی هورمونی به کتله های مختلف دسته بندی گردیده است که نظر به وضعیت عمومی و صحتی خانم باید مورد استفاده قرار داده شود که عبارتند از

I. ادویه ضد حاملگی که از طریق فمی استفاده میشود: به سه دسته تقسیم میگردند.

- ادویه ضد حاملگی فمی بشکل مرکب (biphasic)
- // // // // (Triphasic)
- // // // // صرف (Monophasic)

II. ادویه ضد حاملگی که از طریق زرقی تطبیق میگردد و شامل سه دسته یا گروه اند:

- شکل زرقی combined ماهانه یک زرق.
- شکل زرقی ذخیره ای یا Depote که هر سه ماه یکدفعه زرق میشود.



• زرق Narethisterone enanthate.

III. ادویه هورمونی ایکه به شکل تحت الجلدی غرس میگردند مانند

• Norplant I

• Norplant II

• Implanon

IV. ادویه هورمونی که بشکل Ring یا حلقه های مهبلی مورد استفاده

قرار داده میشوند.

• Combined hormone

• Progesteron ring

V. ادویه هورمونی ایکه بشکل وصله یا Patch های جلدی تهیه شده اند.

VI. ادویه هورمونی ایکه بعد از مناسبات جنسی مورد استعمال قرار داده

میشوند.

ادویه هورمونی که به شکل فمی یا خوراکی استفاده میشوند

این ادویه عبارتند از:

A. Combined oral contraceptive (COC)

این ادویه حاوی

Mestranol ۳۰ میکروگرام

20-30 ethjnyl estradiol

میباشد و دو شکل دیگر آن بنام های

Mala D که حاوی Norgesteral که به مقدار ۰،۵ ملی گرام

و Mala N که حاوی Norethisteron یک ملی گرام

میباشد در بازار تجارت یافت میشود.

طرز تاثیر: ادویه Combined ضد حاملگی بالای سیستم H.P.O Axis

تاثیر نهی کننده داشته که در نتیجه از تولید FSH و LH جلوگیری نموده و بدین ترتیب مانع تولید تخمه نزد خانم میگرددند، لذا سیکل عادت خانم غیر تبیضی میشود و میزان خطا ۰،۰۱ فیصد میباشد.

طرز تطبیق: در هر سیکل عادت ماهوار به تعداد ۲۱ تابلیت از روز اول

عادت شروع شده هر شب یکدانه (ترجیحاً شب برای جلوگیری از دلبدی و استفراغات) تا ختم دوا ادامه داده میشود. بعداً مدت یک هفته قطع و دوباره شروع گردد. در صورت فراموشی تا فردا و شب دیگر دو دانه در یک دوز واحد اخذ شود و اگر بیشتر از دو شب دوا قطع گردد از نظر حاملگی مصئون نخواهد بود. بصورت حتمی باید دوا به آخر رسانده شود در غیر آن قطع دوا سبب خونریزی whithdrowal گردیده و سیکل غیر منظم میشود. این نوع ادویه باید حتی در خانم هائیکه شیر هم نمیدهند ۶ ماه بعد از ولادت شروع شود ولی در خانم هائیکه سقط نموده اند و یا به حاملگی شان در سمستر اول خاتمه داده شده است فوراً میتواند شروع گردد.

محاسن ادویه Combined

۱- OC C موثریت بلند در کنترل حاملگی دارد و فیصدی حمل گیری

در اینطریقه یک فی هزار یا $\frac{1}{1000}$ میباشد و یک طریقه قابل اعتماد و

مطمئن است.

- ۲- باعث تنقیص مینوراجی و وقایه از دسمینوره گردیده واز کم خونی خانم جلوگیری میکند.
- ۳- از اثر پایین آوردن وظایف تولیدی تخمدانهازمینه جلوگیری از کانسر تخمدان ها را تا ۴۰٪ فراهم میآورد. علاوتاً از تشکل Cyst درتخمدان هاهم جلوگیری میکند.
- ۴- احتمال ابتلای اندومتر به کانسر درحدود ۵۰٪ تنقیص میابد و این خصوصیت تا حتی ۱۰ سال بعد از قطع دوا هم تاثیرات خود را بالای اندومتر حفظ کرده میتواند.
- ۵- وقوعات آفات نیوپلازی سلیم ثدیتان را کاهش میدهد.
- ۶- با تولید بلند غلظت و چسپندگی مخاط عنق رحم بحیث یک مانعه بمقابل عبور انتان بطرف علوی در داخل جوف رحم از PID جلوگیری میکند.
- ۷- امکان حمل خارج رحمی از اثر عدم تیوض نزد خانم از یک طرف و عدم PID از طرف دیگرخیلی پایین میآید.
- ۸- شش ماه بعد از قطع دوا حاملگی میتواند کاملاً بمیان آید (در ۹۰٪).
- ۹- اگر خانم در جریان استفاده از دوا حامله شد هیچ نوع تاثیر تیراتوجنیک بالای جنین ندارد.

اختلالات COC

عوارض جانبی و اختلالات در هنگام گرفتن COC ممکن است نزد مریضان بوجود آید که از یک حالت خفیف تامتوسط و حتی شدید فرق میکند این عوارض ممکن است خیلی موقتی و زودگذر بوده و یا اینکه بمدت زیادی نزد مریضه موجودیت خود را حفظ کرده بتوانند از این سبب لازم است که نوع و مقدار دوا بدقت انتخاب شده و در مراحل ابتدایی خانم تحت مراقبت قرار داشته باشد. اگر عوارض به اختلالات تبدیل گردیده و دوام یابد باید دوا فوراً قطع گردد عوارض عمده عبارتند از:

۱. دلبدی و استفراغات: روی این اصل است که گرفتن دوا به شب هدایت داده میشود.
۲. خونریزی های بین الحيضی: در نزد بعضی خانم ها در ظرف سه ماه اول شاید رخ دهد که در حقیقت مرحله گذار عضویت از افرازات هورمونی خودش برای تطابق به مقدار هورمون توصیه شده میباشد و امکان دارد بزودی اصلاح و بر طرف شود. هرگاه امینوره بیشتر از ۶ ماه ادامه یابد در زمینه علت آن جستجو و تحقیق انجام شود.
۳. انتانات مونولیایی شاید بیشتر بملاحظه رسیده بتواند.
۴. کانسره های اندوسرویکال در خانم هاییکه COC دوامدار گرفته اند بیشتر امکان پذیر است.
۵. در مورد کانسره های ثدیه و گرفتن COC یک مناقشه و بحث وجود دارد که تزاید احصائیوی نزد خانم هاییکه بمدت بیشتر از ۴ سال متواتر

از این ادویه در حالیکه سن شان پایین تر از ۲۴ سال بوده استفاده کرده اند راپور داده شده است.

۶. ادینومای غده نخامیه میتواند بوجود آید.

۷. ادینومای کبد و خرابی در وظیفه کیسه صفرا نیز راپور داده شده که بعضاً از اثر پاره شدن ادینومای کبد خونریزی، شاک و مرگ بمیان آمده میتواند.

۸. با COC شیر مادر کم میشود.

۹. تولیرانس کاربوهیدرات ها تنقیص یافته زمینه دیابت نزد خانم بلند می رود.

۱۰. از ترکیب ستروجنیکه در COC وجود دارد HDL پایین آمده و LDL بلند می رود در حالیکه پروجسترون تاثیر مخالف با این پروسه دارد. بنأ مقدار و نوع پروجسترون در ترکیب COC مهم بوده در غیر آن زمینه آفات قلبی بیشتر مهیا میگردد.

۱۱. زمینه هیپرتشن مساعد میشود و اگر موجود باشد آنرا خرابتر میسازد.

۱۲. بعضی ادویه مثلاً ریفامپین وانتی اپیلپتیک ها با مداخله در جذب COC چانس حامله دار شدن خانم را بلند ترمی برند.

۱۳. COC سبب کمبود اسید فولیک میشود.

۱۴. سردردی، نیم سری یا Migrain با انحطاط روحی و گرفتن وزن از عوارض جانبی COC میباشد که اکثرا توسط استعمال کننده ها قابل قبول نیست.

۱۵. COC قدرت کواگولیشن را بلند برده و زمینه ترومبوامبولزم و حملات قلبی دماغی را به شکل Strock مساعد تر میسازد.
۱۶. خانم هایی که سن بلندتر از ۳۵ سال دارند و یا اینکه سگرت کش میباشند بیشتر به تشوشات ترومبوامبولیک مواجه شده میتوانند.

مضاد استطبابات COC

خانم هاییکه High Risk هستند نباید ازاین دوا استفاده کنند که

عبارتنداز:

۱. خانم هاییکه امراض قلبی، دیابت و فرط فشار خون دارند.
۲. خانم هاییکه سابقه حمله قلبی و یا ترومبوامبولزم را گذشتانده اند.
۳. خانم هاییکه کانسر ثدیه دارند.
۴. خانم هاییکه امراض مزمن کبدی و صفراوی دارند.
۵. خانم هاییکه شیرده هستند.
۶. خانم هاییکه مصاب انیمی Sickle cell بوده و یا اسید فولیک آنها کم باشد.
۷. خانم هاییکه سن بلندتر از ۳۵ سال دارند.
۸. خانم هاییکه Smoker هستند.
۹. خانم هاییکه از حالت متوسط بیشتر اضافه وزن هستند.
۱۰. خانم هاییکه epilepsy دارند و یا اینکه از نظر TB تحت تداوی قرار دارند.



۱۱. خانم هاییکه بنا بدلایلی باید عملیات شوند. ۴-۶ هفته قبل از آن برای جلوگیری از ترومبوآمبولزم دوی ضد حاملگی باید نزدشان قطع گردد.

تابلتهای Triphasic ضد حاملگی

این تابلت ها حاوی ایتنیل استرادیول (EE_2) و لیونارجستروول (LNG) به ترکیبات مختلف باشند.

در ظرف ۶ روز اول از تابلت هایی که حاوی EE_2 50mg و LNG50mg ، میاشد استفاده میشود. و در ظرف پنج روز بعدی این تابلت ها حاوی EE_2 40mg و LNG75mg بوده در حالیکه در ده روز اخیر حاوی EE_2 30mg و LNG 125mg میاشد. طرز تاثیر این تابلت ها مانند تابلت های COC بوده باتفاوت اینکه این کته گوری دوا بالای استقلال کاربوهدرات ها و شحمیات تاثیر منفی ندارند، لذا برای مریضان دیابتیک و کسانیکه امراض قلبی دارند میتوانیم از آنها استفاده نماییم. قابل یادآورست چونکه در هر مرحله ترکیب دوی از هم فرق دارد، بناموثریت مطلوب آن وقتی است که به ترتیب و بشکل منظم از آنها استفاده بعمل می آید.

C. تابلت های ضد حاملگی Monophasic

• Minipile یا Progesteron Oral Pill (POP)

پروجسترون از جمله هورمونهای میضی است که به شکل ادویه ضد حاملگی مونوفازیک تهیه گردیده است.

طرز تاثیر: سبب نهی فعالیت هورمونی غده هیپوفیز شده تبیض را مانع میشود و هم قابلیت نفوذ پذیری مخاط عنق رحم را شدیداً بمقابل عبور سپرم تنقیص میدهد و همچنین (باعث اتروفی اندومتر شده و از غرس بیضه در آن جلوگیری میکند).

از این سبب است که خطا در استفاده از این ادویه ۱ فی هزار میباشد.

$$\left(\frac{1}{1000} \text{ زن در طول یکسال} \right)$$

این تابلت ها تنها حاوی پروجسترون میباشد زیرا طوریکه تذکر داده شد بیشترین عوارض جانبی تابلت های ضد حاملگی مربوط به استروجنی است که در ترکیب آنها وجود دارد.

هر کدام این تابلت ها حاوی انواع ذیل پروجسترون بمقدار معین میباشد.

Levonorgesterel و Norethisterone 35mg، Norgesterel 75mg

30mg در ترکیب یک تابلت بکار برده میشود.

تابلت باید در وقت معین در هر ۲۴ ساعت با تفاوت اعظمی ۳ ساعت گرفته شود تا موثریت مطلوب خود را حفظ کرده بتواند. تداوی در روزهای ۷-۵ سیکل باید شروع شود و علاوه بر این ادویه برای خانم های شیرده سه هفته بعد از ولادت تجویز شده میتواند زیرا تاثیر ناهی بالای پروسه شیردهی مادر ندارد. این گروه ادویه ضد حاملگی در حدود ۴۰٪ عملیه ovulation را نهی نموده سبب اتروفی اندومتر شده و مخاط عنق رحم را غلیظ میسازد که هر سه فکتور امکان فیصدی حاملگی را خیلی ها پایین میآورد.



محاسن POP

- عوارض جانبی و تاثیرات ناگوار ستروجن مطرح بحث نیست.
- شیردهی را نهی نمیکند.
- چون ovulation را نسبت به coc کمتر نهی میکند لذا امکان حاملگی نزد خانم بعد از قطع دوا نظر به coc خیلی بلندتر است.

معایب POP

- فیصدی بلندتر حامله دار شدن خانم ها (۳-۱ فیصد) نسبت به COC (0.1%) احتمال می‌رود.
- غیر منظم شدن عادت ماهوار نزد خانم ها بیشتر (۲۰٪) بملاحظه می‌رسد.
- انحطاط روحی، سردردی، Migrin میتواند از عوارض آن باشد.
- گرفتن وزن اضافی امکان دارد.
- حمل خارج رحمی امکان وقوع بیشتری دارد.

مضاد استطببات POP

- در سابقه حمل خارج رحمی مضاد استطببات است.
- در موجودیت CYST مییض تجویز می‌گردد.
- در سرطان ثدیه و کانسره‌های سیستم تناسلی نباید داده شود.
- در خانم هاییکه امراض فعال کبدی داشته باشند یا خانم هاییکه امراض اذینی قلبی دارند و همچنین خانم هاییکه Valproate ، سپیرینولکتان و مپروبامات میگیرند نباید تجویز شود.

Cerazette یک دوايي است که حاوی 75mg desogesterel بوده و از گروپ POP میباشد در بیشتر از ۹۷٪ وقایع Ovulation را نهي نموده و ولی خفیفاً تاثیرات اندروجنیک دارد امروز بیشتر قابل استفاده است.

ادویه زرقی ضد حاملگی یا (Depo injection)

برای پیروزی و غلبه بر ادویه ضد حاملگی عوارض و مشکلاتیکه تطبیق همه روزه و به وقت ادویه فمی خصوصاً POP دارد محققین ادویه ضد حاملگی زرقی depote تنظیم و بدسترس گذاشته اند که عبارتنداز:
زرقیات پروجستوجن ها.

۱- Depo medroxy progesterone acetate (DMPA)

۲- Norehiterone enanthate (NETO)

۳- زرقیات عضلی مشترک استروجن و پروجسترون به شکل ماهانه

dmpa میکرو کریستالین در محلولات آبی بمقدار 25-50mg تهیه گردیده و ماهانه زرق عضلی میشود و علاوهً میتوانیم به مقدار 150mg سه ماه و مقدار 300mg شش ماهه بشکل عضلی عمیق زرق گردد.

NETO بشکل محلولات زرقی روغنی بمقدار 200mg تهیه شده که هر دو

ماه یک زرق میشود. زرق باید بین روزهای ۷-۵ عادت انجام شود(نزد خانم هایی که شیر نمی دهند در ظرف ماه اول پس از ولادت و درخانم شیرده در ختم ماه سوم بعد از ولادت تطبیق گردد).

فیصدی حامله دار شدن در DMPA (۰،۴ الی یک فیصد) و در NETO

(۳ الی ۶،۰٪) راپور داده شده است.



۱- مزایا

- میزان قبولیت آن بلند بوده و خطای حاملگی آن پایین است.
- خانم تحت مراقبت صحیحی دوامدار قرار داشته و حالت آن ثابت میماند.
- در حدود ۸۰٪ خانم ها در ظرف سال اول بعد از قطع دوا حامله میشوند، اگرچه در DMPA فاصله زمان بیشتری ممکن است نیاز باشد.

۲- معایب

- ۱- خونریزی های شدید و غیر منظم در ۱۰-۲۰٪ شاید بملاحظه برسد.
- ۲- هنگامیکه تطبیق شد در صورت بروز عوارض جانبی ضرور است که تحمل گردد، زیرا قابل برگشت نبوده و تا وقتی که تاثیرات پروجسترون کاملاً به تحلیل نرود میتواند دوام کند.
- ۳- خانم ها ضرورت به تطبیق آن دارند لذا باید مرتباً به کلینیک مراجعه کنند.
- ۴- عوارض جانبی دیگر آن مشابه به POP میباشد.

زرقیاتیکه در جلوگیری از حمل هرماه باید تطبیق شوند

این ادویه که منظمأ هر ماه باید تطبیق شوند قرار ذیل اند:

- ۱- Mesigina (Oestradiol valerate 5mg NET 50mg) بشکل عضلی عمیقاً زرق گردد فیصدی خطا ۰،۴ میباشد.

- ۲- (Oestradiol cypionate 5 mg + DMPA) Cycloten
فیصدی خطای این دوا ۰،۲٪ محاسبه شده است.
- ۳- Marvelon به مقدار ۵۰ میکروگرام DESOGESTREL و ۳۰
میکروگرام EE₂ میباشد.
- ۴- Femovan که حاوی ۷۵ میکروگرام gestodene و ۳۵
میکروگرام EE₂ میباشد.

این ادویه هورمونی مشترک که تذکر داده شد با کمترین فیصدی ممکن است در مقایسه با محلولات زرقی پروجسترونیک سبب عارضه غیر منظم شدن عادت ماهوار گردند.

ادویه زرقی تحت الجلدی ضد حاملگی

این ادویه به اشکال مختلفه ای که در تحت الجلد می توانند جابجا شوند تهیه گردیده و به مقدارهای مختلف حاوی انواع هورمون های ضد بارداری میباشند. مزایای بلند این گروه ادویه اینست که خانم ضرورت ندارد جهت تطبیق دوا، هدایات لازمه دیگر به کلینیک و داکتر (باستثنای مرحله اول تطبیق) مراجعه کند مدت استفاده آنها از ۳-۵ سال تنظیم شده است. علاوهً مفیدیت دیگرشان نسبت به ادویه فمی اینست که ضرورت به عبور از مجرای کبدی ندارند. بناً عوارض جانبی کمتری نسبت به هورمون های پروجستوجینیک بالای کبد میگذارند و عمدتاً عبارتند از:

- ۱- Norplant-I: حاوی ۶ کپسول Silastic بوده که از مواد Siloxana ساخته شده است. اندازه آن ۳۴x۲،۴ بوده و هر کپسول دارای 36mg



levonorgesterol میباشد. طرزالعمل طوریت که در ظرف سه ماه اول روزانه 85 مایکروگرام و تا ماه هژدهم روزانه در حدود 50 مایکروگرام وبعد از آن روزانه 30 مایکروگرام تا ختم دوره معینه اش آزاد میکند (برای مدت 5 سال موثریت دارد).

۲- Norplant II: این ساختمان دارای دو عدد میله که هر کدام LNG 70mg دارد میباشد. روزانه در حدود 50 مایکروگرام هورمون آن آزاد شده و برای 3-5 سال میتواند رول محافظتی از حاملگی را به شکل موثر بازی نماید. این هورمون ovulation را بیشتر از 50٪ نهی نموده لاکن تاثیرات دیگر محیطی آن بالای مخاط عنق رحم و اندومتر رحم همان تاثیرات ضد حاملگی میباشد.

۳- Impletant: عبارت از ادویه ایست که به شکل تحت الجلدی با وسایل مخصوص ترکیب گردیده جابجا میشود.

عملیه تطبیق و برداشتن implant

Implant در روز اول عادت ماهوار یا در ظرف هفته اول بعد از سقط و یا سه هفته بعد از ولادت باید تطبیق شود. خانم باید در ظرف یک هفته اول بعد از تطبیق، مناسبات جنسی نداشته و یا باید از میتوهای دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند. Implant با انستری موضعی در تحت الجلدی گذاشته میشود. چون کپسول قابل تجزیه نبوده و به تحلیل نمی رود بناً در ختم موعده معینه باید برداشته شود.

4- Ipmlanon: یک محصول جدید است که دارای یک میله که

حاوی 67mg desogestral است. روزانه ۳۰ مایکروگرام آن آزاد شده و مدت سه سال موثریت ضد حاملگی خود را حفظ کرده می‌تواند.

5- Capronor: یک کپسول غیر منحل در محیط بیولوژی عضویت بوده

و حاوی LNG=26mg بوده و دوام تاثیر آن مدت یکسال است. ضرورت به برداشتن بعد از انقضای مدت معینه مانند Norplant ندارد.

تمام انواع ادویه ضد حاملگی تحت الجلدی هم از نظر قیمت بلند بوده و هم هنگام تطبیق ضرورت بمداخله جراحی صغیره دارند علاوهً فیصدی عقامت بعد از برداشتن نزد مریضان بلند است. عوارض جانبی و مضاد استطببات معادل POP و شکل زرقی این ادویه دارد.

تکنالوجی جدید کاربرد هورمون ها بمقصد ضد حاملگی

طوری‌که میدانید تمام انواع و روشهای ضد حاملگی هورمونی به نوبه خود دارای محاسن، معایب و عوارض جانبی میباشند. و بشر همیشه کوشیده است تا معایب عوارض و اختلاطات را به حداقل رسانده بتواند. بناً در تطبیق روشهای استفاده از هورمون ها هم بمقصد ضد حاملگی از طریق مهبل Ringهای هورمونی مهبل را تهیه و ترتیب نموده است که عبارتند از:

۱- **Nova ring**: این حلقه حاوی 10mg levonorgestrel بوده

که روزانه ۲۰ مایکروگرام هورمون آزاد میکند. Ring در داخل مهبل برای سه هفته جابجا شده برای یک هفته برداشته میشود و شکل دیگر آن برای سه ماه متوالی در مهبل باقیمانده میتواند هر سه ماه یکمرتبه برداشته میشود.

محاسن

- ۱- استعمال آسان دارد.
- ۲- توسط خود خانم انجام شده میتواند.

معایب

- ۱- ممکن سبب عکس العمل موضعی گردد.
- ۲- بصورت بنفسه خارج گردد.
- ۳- فیصدی حامله دار شدن بلند است. (۱-۵) فیصد
- ۴- تعداد کمی خانم هائیکه امینوره میدهند این طرز العمل را نامطلوب میخوانند و رنج می برند.

۲- Skin patches ضد حاملگی

در ترکیب وصله های جلدی (S.P) به مقدار Norelgestromin 150mg و EE₂ 20mg بکار برده شده و یکدانه آن برای یک هفته مانند پلاستر بالای سرین و یا بطن چسبانده می شود. دریک سیکل سه عدد آن ضرور بوده و یک هفته را خانم بدون Patche در هنگامیکه عادت می شود میگذرانند. فیصدی خطا ۱-۳٪ بوده و دوام خونریزی یا عکس العمل به مقابل patche ۲۰٪ است. بعضی خانم ها از سردردی، دلبدی و درد ثدیه ها هم شاید شاکی باشند.

Centchroman: یک دواى ضد حاملگی صنعتی غیر استروئید است که یک تابلت آن 30mg بوده و از روز اول عادت ماهوار شروع تا ظرف ۱۲ هفته در هر هفته دو دانه تابلت خورده شده و بعد از آن به هفتهء یکدانه تقلیل داده شود. در ظرف ۶ ماه بعد از قطع دوا امکان حاملگی موجود است. در حدود ۸٪

مريضان عادت ماهوار کم ولی طولانی را تجربه میکنند. فیصدی حامله شدن از ۸-۱٪ وقایع فرق میکند. نزد بعضی خانم ها سردردی، دلبدی و استفراغ، درد ثدیتان و تزاید وزن میتواند بمیان آید.

میتودهای ضد حاملگی دائمی

این میتودها که ذریعه مداخلات جراحی انجام میشوند سبب عقامت دائمی نزد زوجین می شوند. لذا ضروری است در هنگام اجرای آن به زوجین بصورت همه جانبه عواقب اجراآت تشریح شود و میتواند که نزد مرد و زن انجام شود.

۱- نزد مردها Vasectomy دو طرفه

۲- نزد خانم ها Tubectomy دو طرفه

Vasectomy :A

طرز العمل: تحت انستیزی موضعی از طریق یک شق کوچک بالای سفن vasa defferent در طرف راست و چپ بصورت جداگانه دریافت شده و قسماً قطع و برداشته میشود یا اینکه در نهایت معکوساً بعد از قطع و گره زدن در داخل سفن جابجا میگردد و سپس عملیه ترمیم ادامه یافته و جلد دوخته میشود. برای ایجاد ستر یلتی درینمورد باید سه ماه انتظار برده شود. زوجین باید از وسایل دیگر ضد حاملگی درین سه ماه استفاده کنند. بعد از سه ماه مایع منوی باید معاینه شود و نتیجه آن باید Azoo spermia باشد. شکل دیگری که میشود Vasectomy را انجام داد عبارت از Clips مخصوصی است که بدون جرحه از بالای جلد سفن مداخله شده Vasa defferent قطع میشود.



Vasectomy یک عملیه جراحی کاملاً سطحی و سرپایی است مرد میتواند فردایش کار خود را ادامه دهد و یک عملیات ارزان تر از عملیات Tubectomy میباشد.

اختلالات عارضه

- A. درد موضعی و کبودی ناحیه مداخله شده.
- B. خونریزی و تشکل هماتوم.
- C. انتان موضعی.
- D. ترضیضات به اوعیه خصیتان و تشکل گانگرین.
- E. تشکل سپرم انتی بادی و در نتیجه ایجاد امراض اتوایمون.
- F. تشکل سپرمتوسل و گرانولوما در محل مداخله.
- G. تشکل دوباره مجرا که در نتیجه faillar rate آن ۰،۱۵، فیصد راپور داده شده است.
- H. تنقیص اشتهای جنسی و انتعاذ که صرف جنبهء روحی روانی دارند نه منشا علمی.

Female sterilisation

بهترین طریقه جلوگیری نزدخانمیکه تعداد اولاد کافی داشته و سن آن بلندتر از ۳۰ سال باشد شناخته شده است. و امروزه در هندوستان نسبت به تمام دنیا در فیصدی بلندتری از این روش استفاده بعمل میآید.

استطبابات Tubectomy

۱- هنگامیکه تعداد اولاد یک فامیل بزعم خودشان مکمل شده باشد که امروز عمده ترین علت اقدام به توبکتومی در سطح جهان همین دلیل است.

۲- امراض مادری از قبیل امراض قلبی، کبدی، دیابت، فرط فشارخون معیوبیت مادر و غیره که جریان حاملگی آنرا شدید تر می سازد.

۳- تشوشات عقلی مادر که نتواند از طفل خود پرستاری لازم نماید.

۴- گرفتن ادویه ایکه به اساس امراض مختلفه برای مادر تجویز شده مانند ادویه ضد صرعه. وغیره که اساساً تاثیرات تراتوجنیک بالای طفل میگذارند.

۵- بعد از ۳-۴ عملیه C.S که انجام شده باشد.

۶- امراض ارثی از قبیل دیستروفی عضلی، تالاسیمیای ماجور، عدم

توافق Rh فکتور وغیره که تحت مراقبت نبوده وانومالی جنینی مطرح بحث باشد.

میتودهای توبکتومی

- ۱- Minilaparatomy
- ۲- Laparatomy
- ۳- Laparoscopy
- ۴- Vaginal Tubectomy
- ۵- Hysteroscopy

Minilaparatomy

در جراحی عملیات توبکتومی روش‌ها و میتودهای چندگانه وجود دارد که با دلایل خاص خودش توسط پروفیسوران و محققین طرح، تنظیم و پیشنهاد شده و امروزه مورد اجرا قرار دارد که عبارتند از:

۱- Pomeroy method: هر کدام از نفیرها در قسمت امپولا توسط یک پنس گرفته شده و بشکل حلقه درآورده میشود، قسمت پایینی آن توسط تار cut gut بسته شده و سپس قسمت حلقه شده قطع میشود. درین میتود ریکانالیزیشن تیوب‌ها کمتر از 0.4 فیصد میباشد و این طریقه برداشتن معمولترین است.

۲- Madlener Technique: هر لوپ تیوب بصورت جداگانه فشار داده شده و له ساخته میشود بعداً توسط تار غیر قابل جذب بسته میگردد فیصدی خطا در این میتود ۷٪ است و خرابترین اختلاط موخر آن حمل خارج رحمی است.

۳- Irving Method: قسمت متوسط تیوب‌ها بسته شده و برداشته میشود قسمت Proximal آن در میومتریوم و قسمت distal آن در داخل دو ورینه رباط عریض غرس میگردد. این میتود غیر قابل برگشت است.

۴- Aldridge Method: قسمت فیمبریائی نفیرها در داخل دو ورینه lig latum جابجا می‌گردد. فیصدی بلند خطا دارد، زیرا امکان خروج فیمبر یا از داخل دو ورینه Lig latum موجود است.

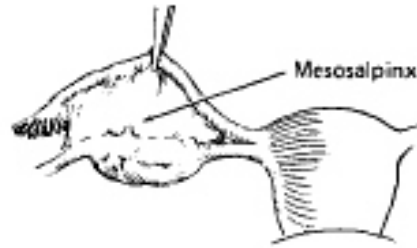
۵- Curnual resection: نهایت Curnual نفیرها بسته شده و برداشته می‌شوند. خونریزی از اثر خرابی نوع عمل امکان بیشتری دارد که رخ دهد.

- ۶- Uchida Method: قسمت مصلی تیوپ تسلیخ و از قسمت متوسط نفیرها قطع و برداشته میشود و نهایت پراکسیمل تیوپ در داخل رباط عریض غرس میگردد.
- ۷- Fimboriectomy: قسمت فیمبریا برداشته شده لذا اصلاح و احیای مجدد تیوب ها جهت حمل گیری بعدی غیر قابل ارجاع است.
- ۸- Vaginal Tubectomy: بستن نفیرها از طریق مهبل یک عملیه بسیار مشکل است و سبب مداخله انتان و تزاید معیوبیت ها میگردد. علاوهً خطای حمل آن بسیار بلند باشد. صرف در واقعاتیکه بمقصد اصلاح پرولاپس رحم عملیات مانچستر انجام میشود میتوانیم این عملیات توبکتومی را هم ضمیمه سازیم.
- ۹- Laparatomy: هرگاه به مقاصد دیگری که بالای حوصله مداخله انجام میشود مثلاً CS، Cystectomy و غیره. میتوانیم عملیه بستن نفیرها را همزمان با آن انجام دهیم.
- ۱۰- Laparoscopic sterilization: از این پروسیجر عملیاتی در تمام دنیا خصوصاً در سطح هند به سطح وسیعی برای اجرای Tubectomy استفاده میشود. قسمت Isthmus نفیری با استفاده از یک Ring که بنام کلمپ Hulka و یا Filshie یاد میگردد مسدود ساخته میشود. اگرچه جریان عملیات ساده و با اختلالات زیادی همراه نیست ولی فیصدی خطا خوردن Ring و آزاد شدن مجرای نفیری خیلی بلند است لذا احتمال حاملگی به فیصدی بلندی قرار دارد (۲، ۰ الی ۵، ۱ فیصد) که مهمترین معیوبیت این نوع عملیات شمرده میشود.
- ۱۱- Hysteroscopic sterilization: در هنگام اجرای هستروسکوپی از مواد سوزنده مانند quinacrine، مواد Sclerosing یا عملیه Cauterization

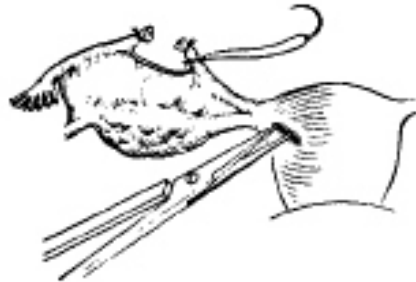
در نهایت proximal نفیری (نهایت رحمی) تخریب نسجی ایجاد شده که بعداً سبب چسبندگی نفیرها و بندش آنها میشود نسبت بفیصدی بلند خطا و اختلاطاتیکه در جریان عملیات متصور است هنوز آنقدرها مورد استفاده قرار ندارد و دولت هم اجازه اجرای این پروسه را رسماً دائر نکرده است.

/اختلاطات و (Sequelae) معیوبیت های عملیات توبکتومی

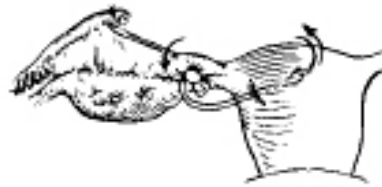
- ۱- خطر انستزی مانند هر عملیات دیگریکه اجرا میشود مطرح بحث است.
- ۲- از اثر خطرات مانند خونریزی، انتانات، امبولی وانستزی در جریان این پروسیجر فیصدی مرگ و میر به $\frac{4}{100.000}$ می رسد.
- ۳- احتمال معیوبیت از اثر خونریزی، انتان، پیریتونیت، التهاب شش ها و انتان موضعی جرحه هم وجود دارد.
- ۴- از ۰.۴-۱۵٪ فیصدی خطا نظر به نوع عملیات محاسبه شده است.
- ۵- احتمال $\frac{6}{1000}$ واقعه حمل خارج رحمی مطرح بحث است.
- ۶- **DUB** در حدود ۱۵٪ وقایع راپور داده شده ولی دلیل آن مشخص نیست.
- ۷- پشیمان شدن و متاسف شدن از اجرای عمل خصوصاً اگر یکی از اطفال زوجین بنابه دلایلی تلف شود در سطح بلندی قرار دارد.
- ۸- تقاضا برای باز کردن دوباره نفیرها در فیصدی بلندی دیده شده است.



1. Uterine tube lifted and cut.



2. Double ligation with gut; one tie left long for traction (special traction suture). Mesosalpinx stripped back.



3. Special traction suture inserted in tunnel in anterior uterine wall.



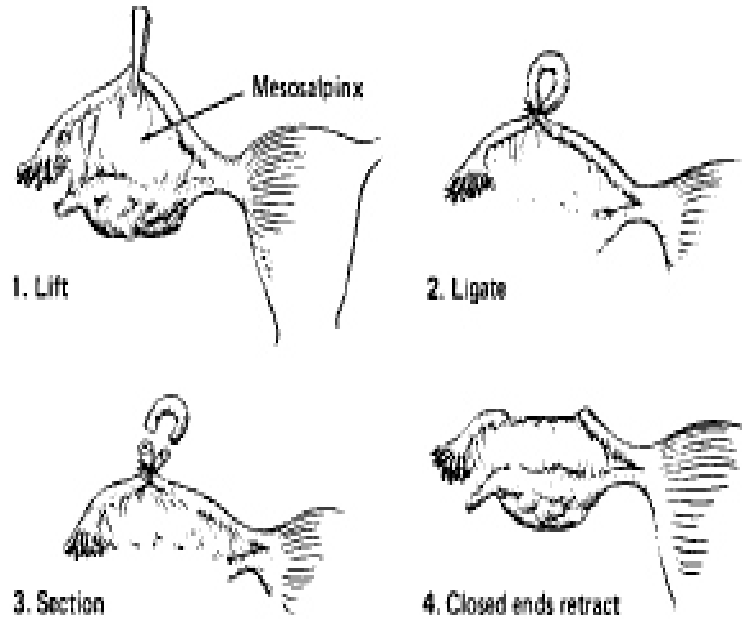
Figure-of-eight fixation suture

4. Implantation of the proximal tubal limb into a tunnel in the anterior uterine wall.



5. Traction suture tied and proximal tube sutured in tunnel.

Irving method of sterilization



شکل Pomeroy method of sterilizati

(۲)

(۳۴)

خطرات بستن نفیرها (۱۱)

بستن نفیرها بطور مشخص بی خطر و مطمئن است. تحقیقات و مطالعات که توسط Collaborative Review of Sterilization (CREST) در سال ۱۹۸۳ بالای ۹۴۷۵ خانم در مراکز مختلفه معقم سازی در سطح ایالات متحده امریکا صورت گرفته، میزان اختلاطات با استفاده از روش های مختلفه عقیم سازی نسبت ۱.۷ در صد واقعه راپور داده شده است، میزان اختلاطات با استفاده از انستیزی عمومی، عملیات جراحی قبلی اورگان های حوصلی و بطنی،

تاریخچه امراض التهابی و میکروبی اورگان های حوصلی ، چاقی و دیابت شکرى افزایش میابد. اختلاط اکثرا عمده و معمول که بتعقیق عقیم سازی با استفاده از عملیات جراحی به ملاحظه رسیده، عبارت از چسپنده گی های اعضاى بطنى میباشد. در یک تحقیق دیگر که بالای ۲۸۲۷ خانم که با استفاده از روش های لاپراسکوپیک و استفاده از تسمه و نوارهای Silastic تحت انستیزی موضعی و آرام بخش های وریدی صورت گرفت صرفا چهار واقعه اختلاطی دیده شد ولی هرگز ضرورت به عملیات جراحی باز نبوده اند. نادرا التهاب نفیرها میتواند منحث اختلاط عملیات جراحی رخ بدهد و اغلبا در عملیات های جراحی که از میتود کواگولیشن برقی استفاده میشود نسبت به میتود غیر برقی بیشتر است. به اساس آخرین مطالعات ملی که در سال های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۰ صورت گرفته خطر مرگ در عقیم سازی خانم ها ۱ یا ۲ واقعه در ۱۰۰۰۰۰ صد هزار خانم که عقیم ساخته شده اند دیده شده. تقریبا نیم از اختلاطات مربوط به انستیزی عمومی بوده و معمولا مرتبط به استفاده از ماسک تهویه میباشد.

وقتیکه از انستیزیای عمومی استفاده میشود استفاده از تیوب شزنی اجباری است زیرا موجودیت هوا در جوف پريتوان خطر اسپیریشن محتویات معده را افزایش میدهد. اسناد و ارقام که توسط انجمن جلوگیری از حامله گی با عملیات جراحی اختیاری بدست آمده (Association for Voluntary Surgical Contraception) نشان دهنده عین درجه بیخطری این روش ها در کشورهای جهان سوم است، طوریکه ۴.۷ واقعه مرگ در ۱۰۰۰۰۰ صد هزار خانم عقیم ساخته شده و ۰.۵ واقعه مرگ بعد از عملیه vasectomies مشاهده گردیده است .

ادویه ضد حاملگی که بعد از اجرای مناسبات جنسی استفاده شده میتوانند

این ادویه بمقصد جداکردن و یا جلوگیری از اتحاد سپرم و Ovum استفاده میشود که با مداخله خود یا عملیه Ovulation را نهی نموده و یا اینکه حمل گیری را حتی بعد از آزاد شدن تخمه مانع میشود.

این ادویه در حقیقت بحیث یک روش عقب گرا back-up method در جلوگیری از حمل عمل مینمایند که کاربرد آن در حالات ذیل است:

۱- اجرای مناسبات جنسی در حدود زمان تخمگذاری خانم.

۲- کفیدن و یا خطا خوردن کاندوم و ریختن مایع منوی در داخل مهبل.

۳- هنگامیکه ادویه ضد حاملگی خود را خانم نگرفته باشد.

۴- اگر مناسبات جنسی غیر قانونی نزد خانم انجام شده باشد.

میتود تطبیق

بهدف جلوگیری از حاملگی بعد از عمل مجامعت از ادویه مختلف و روشهای مختلف میتوانیم استفاده نموده و بهدف خویش نائل اییم.

A. تجویز مرکبات ستروجن: باساس نظریه Yazpi 1977

بمقدار 10mg ethinyloestradiol + 2 Tablet Norethisteron در ظرف

۷۲ ساعت بعد از عمل مجامعت برای مریضه توصیه گردیده و ۱۲ ساعت بعد

دوباره تکرار گردد. فیصدی خطا ۳-۲ فیصد راپور داده شده است. نسبت

عوارض جانبی نامطلوب آن تاکنون آنقدرها طرفدار ندارد.

Ethenylostradiol 1mg/D برای مدت ۵ روز تجویز گردد فیصدی

خطای آن ۱-۵٪ محاسبه شده است.

B. پروجستوجن ها

LNG در خانم هایی که آفات قلبی، کبدی، دیابت و هیپرتنشن داشته و نتوانند از ستروجن ها استفاده کنند میتوان به ترتیب ذیل استفاده نمود. یک تابلت LNG75mg در ظرف ۷۲ ساعت بعد از مجامعت و یک تابلت دیگر ۱۲ ساعت بعدتر خورده شود. احتمال خطای آن ۱،۱٪ میباشد. این روش بحیث یک روش معمول در جلوگیری از حاملگی امروزه در سطح جهانی قبول شده است و بیشتر مورد تایید است مضاف استطبابات آن در نظر باشد.

C. RU486 یا (Mifepristan): این دوا سبب بلاک آخذه های پروجسترونیک اندومتر رحم شده و از لانه گرینی بیضه ملقحه جلوگیری کرده میتواند ولی عملیه القاح را مانع شده نمیتواند. یک دوز واحد 10mg کافی بوده و باید تا عادت ماهوار بعدی انتظار برده شود. (۹۹ فیصد موثریت دارد)

D. Centchroman بمقدار 60mg (۲ تابلت) در ۲۴ ساعت اول بعد از مجامعت باید تجویز شود در حدود ۹۹٪ از حاملگی جلوگیری کرده میتواند.

E. پروستاگلندین ها: بشکل شیاف های مهبلی تنظیم شده است سبب تخریب فعالیت جسم اصفر که هورمون های افزای آن برای بقای حمل ضرور است میگردد. در نتیجه از غرس بیضهء ملقحه جلوگیری میکند.

COPPER T IUCD -F

هرگاه این وسیله ضد حاملگی تا ظرف ۵ روز بعد از مجامعت در داخل رحم جابجا شود تاثیرات زیادی در جلوگیری از دوام حمل دارد. صرف 0.1%



خطاراپورداده شده است. وسیله ارزان بیخطر و خوب است بعد از ۵ روز میشود آنرا برداشت و یا در صورت ضرورت مداخله برای برداشتن آن نگردیده و بحیث وسیله ضد حاملگی آنرا مورد استفاده دوامدار قرار داد.

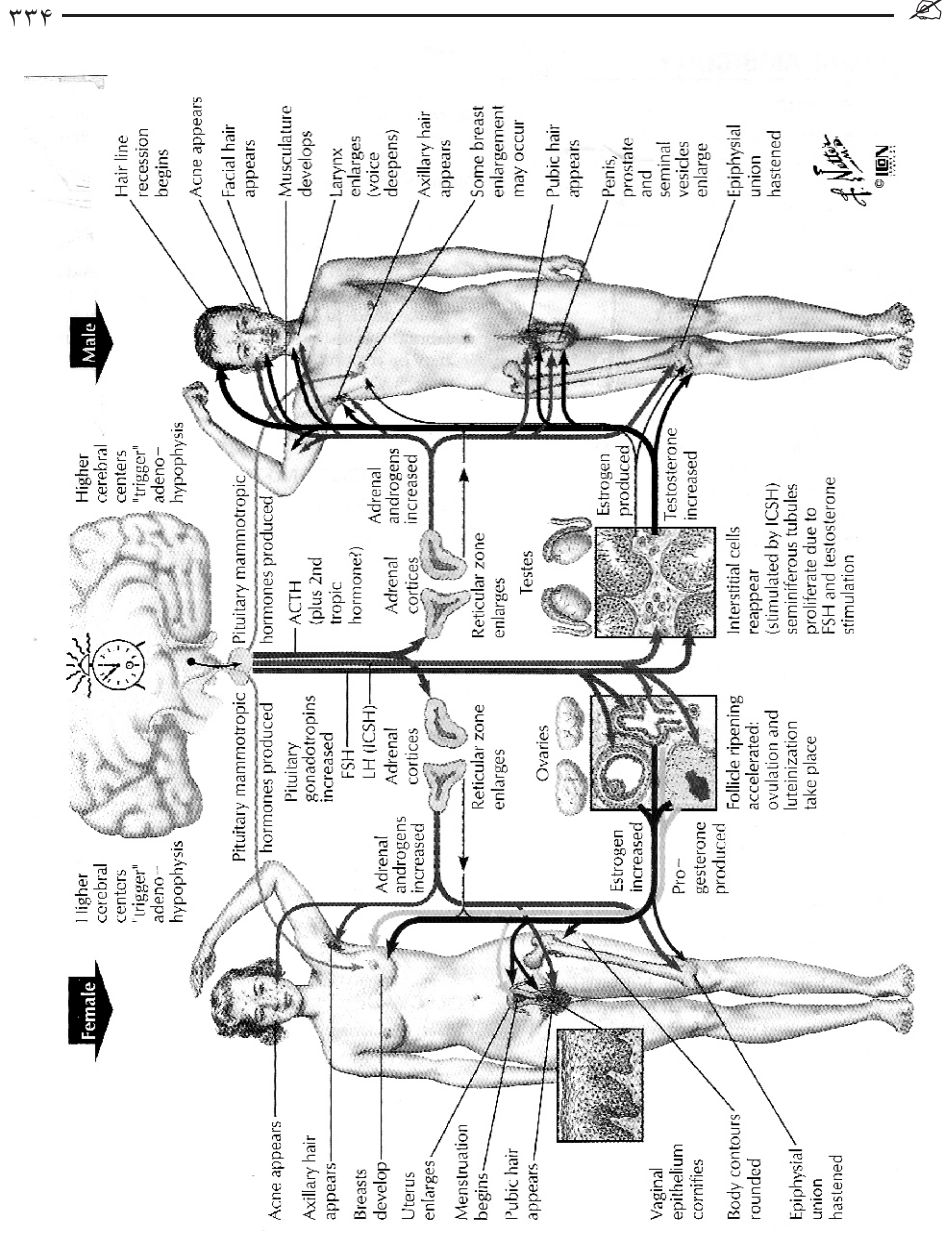
(۱) Hormonal Thearepy in Gyneacology

تداوی هورمونی نزد خانم ها

هورمون در زندگی و حیات انسانی رول با ارزش و بلندی دارند خصوصاً هورمون های جنسی که مسول انکشاف و رشد اورگان های تناسلی تالی جنسی نزد مرد و زن بوده ودرحقیقت خصوصیات جنسی را هم همین هورمون هادر زندگی انسانی می سازند. از نظر جنیکولوجی رول عمده و اساسی را در تداوی بسیاری از حالات مانند عقامت، ضدحاملگی، DUB، اندومتريوز، مشکلات دوران مینوپوز وبالاخره زندگی جنسی تناسلی خانم ها و غیره دارند چنانچه با پیشرفت علم طب و عصری شدن تداوی ها در بسیاری از موارد مانند DUB، اندومتريوز، PCOD به عوض تداوی های جراحی با تداوی هورمونی نتیجه مطلوب و مناسب بدست آمده و از عملیات جلوگیری شده است.

هورمون هایی که در ساحه طبابت از آنها استفاده بعمل میآید عبارتنداز:

- ❖ استروجن ها و انتی استروجن ها
- ❖ پروجستوجن ها و انتی پروجستوجن ها
- ❖ اندورجن ها و انتی اندورجن ها
- ❖ هورمون های غده نخامیه (FSH و LH)
- ❖ هورمون های که از هیپوتلموس افراز میشوند (GnRH)
- ❖ هورمون بروموکرپتین



© IGCN
 of Notes

(٤)

شکل (٣٥)

A - استروجن ها

استروجن طبیعی یک هورمون جنسی ۸ استروئیدی بوده که توسط تخمدان ها افزاز میگردد (حجرات گرانولوزا و تکا) علاوه تا غدوات ادرینال و پلاستتا نیز این هورمون را تولید میکند. سترادایول مهمترین و فعال ترین هورمون گروپ استروجن ها بوده که توسط جگر میتابولایز شده و بشکل سترول و سترون کانجوگه شده در ادرار طرح میشود.

بعد از مینوپوز منبع اساسی و عمده استروجن غده ادرینال و قسما هم از تحول اپی اندروستیندایون به سترون که در نسج شحمی قرار دارد میباشد.

فیزیولوژی

۱- استروجن مسئول تحول، رشد و انکشاف اورگانهای تناسلی تالی جنسی، در جریان دوره بلوغت میباشد.

۲- در دوران باروری خانم (۱۳-۵۰ سالگی) استروجن با میکانزم فد بک منفی سبب نهی افزاز FSH و تنبیه LH میگردد

۳- تاثیرات کاردیوپروتکیف داشته و سویه HDL را به سطح بلندی نگه میدارد.

۴- سبب حفظ فعالیت مینرالیزیشن عظام خصوصا در مفاصل hip و مرفق میگردد.

۵- تا وقتیکه اندومتر تحت تاثیر استروجن قرار نگیرد پروجسترون بالای آن تاثیر کرده نتوانسته و وارد صفحه افزازی نمیگردد.

۶- در هنگام آزاد شدن تخمه سبب رقیق شدن افرازات عنق رحم گردیده که زمینه را برای نفوذ سپرم بداخل رحم مساعد میسازد.

مستحضرات استروجن

➤ **Ethinylestradiol (EE₂)**: هنگامیکه بشکل فمی استفاده شود در ظرف ۴ ساعت سویه آن در خون به حد اعظمی خود رسیده و مدت half life آن ۱۲ تا ۱۴ ساعت است و بنوبه خود اساساً یکی از مستحضرات عمده در ترکیب ادویه ضد حاملگی میباشد.

➤ **Conjugated oestrogen (premarin)**: یک استروجن طبیعی است که از ادرار حیوانات ماده بدست می آورند و معمولاً نزد خانم ها در دوران مینوپوز بحیث هورمون تعویضی مورد استعمال دارد (HRT) و هم چنین در خانم های جوان که مینوراجی دارند میتواند موثر ثابت شود. این هورمون از طریق فمی و هم چنین وریدی میتواند مورد استعمال قرار گیرد.

➤ **Dienoestrol**: کریم یکی از استروجن هایی است که کاربرد موضعی دارد و خصوصاً در vulvovaginite های دوره مینوپوز و در HRT موثریت مطلوب دارد.

➤ **Implante** که باشکال ۲۵، ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرام تهیه و بطور دوامدار قابل دسترس است.

➤ مرکبات استروجن به شکل skin patch جهت استفاده در واقعاتیکه ضرورت به HRT دارند در بازار تجارت موجود است.

➤ **Micronised oestrog (E₂):** که زیر نام Estrofem در

بازار تجارت موجود است.

استطبابات استروجن ها

۱- در صفحه مینوپوز بمقصد رفع عوارض کمبود استروجن برای یک دوره کوتاه بشکل دورانی با پروجسترون و هم برای رفع عوارض urethral syndrom ,dyspareunia موثر ثابت شده میتواند.

۲- بشکل طولانی مدت بمقصد جلوگیری از اوستیوپوروزیزو کاردیو پروتکتیف در خانم ها در صفحه مینوپوز.

۳- در ترکیب ادویه ضد حاملگی به اشکال مختلف.

۴- در تداوی DUB.

۵- در نزد خانم هائیکه مصاب Intersex هستند مانند Turner syndrom

و غیره.

۶- در مردانیکه مصاب کانسر پروستات باشند.

مضاد استطبابات

۱- در واقعات مشکوک به سرطان های طرق تناسلی خصوصاً کانسر

اندومتر رحم.

۲- کانسرهای ثدیه.

۳- به مریضانیکه سابقه ترومبوامبولی داشته باشند.

۴- امراض جگر و کیسه صفرا.

۵- خانم هائیکه امراض قلبی، فرط فشار و دیابت دارند.



- ۶- نزد خانم های شیرده (باعث نهی افراز شیر میشود)
- ۷- در مریضانیکه مصاب انیمی sickle cell هستند تجویز ستروجن زمينه ترومبوز را مساعد میسازد.
- ۸- ادویه ریفامپین، باربیتوارت ها، فینیتوئین و انتی کواگولانت ها با ملاحظه در جذب ستروجن تاثیرات آنرا پائین میآورند.

عوارض جانبی

- ۱- دلبدی و استفراغات.
- ۲- احساس درد در ثدیه ها (Mastalgia).
- ۳- ترومبوامبولی و ترومبوز او عیاء قحفی.
- ۴- کانسرهاى ثدیه و اندومتر.
- ۵- ادینومای کبد و امراض کیسه صفرا.
- ۶- وخیم تر ساختن فرط فشار خون و دیابت.

Antiosterogenics -B

عبارت از ادویه هستند که تاثیرات و عملکردهای استروجن ها را نهی میکنند و عبارتند از:

- ۱- اندروجن ها (Androgens).
- ۲- لیتروزول (Letrozal).
- ۳- کلومفین سترات (clomephin citrate).
- 4- تاموکسیفین (Tamoxifen).

I- کلومیفین سترات

استطبابات

- ۱- درعقامت اگر از سبب سیکل های غیر تنبیزی باشد.
- ۲- درعقامت که از اثر PCOD باشد.
- ۳- تنبیه و تحریک تخمگذاری (چندین عدد) به مقصد استفاده از تکنیک های کمک شده (ART) assisted Reproductive Technique مانند IVF و غیره. 25mg/D برای ۲۵ روز در هر ماه بمدت ۳-۶ ماه سپرما توژنز را تنبیه میکند.

مضاد استطباب

- ۱- امراض مزمن کبد.
- ۲- scotoma.
- ۳- موجودیت cyst مبیض که سبب تزیاید حجم آن میشود.

طرز استفاده

بمقدار 50mg/D از روز دوم عادت ماهوار شروع شده و برای ۵ روز ادامه داده شود و بعد از روز دهم یکروز در میان U/S انجام شود و هنگامیکه اندازه فولیکول دو گراف به حجم 20^{mm} رسید یک امپول h.C.G 5000Iu زرق عضلی گردد که در ظرف ۳۶-۴۰ ساعت بعد از زرق تخمه پخته از فولیکول دو گراف آزاد میشود. بدین ترتیب تجویز h.C.G زمان نسبتا دقیق آزاد شدن تخمه



را مشخص ساخته می‌تواند و با این پروسه عدم کفایه تخمگذاری را که در تخمدان‌ها موجود بود می‌شود رفع نمود.

در صورتیکه در ماه اول نتیجه مطلوب حاصل نشود در دوماه بعدی تا حد ۱۰۰ و ۱۵۰ mg بمقدار کلومیفین افزایش داده شده می‌تواند با این و تیره آزاد شدن تخمه به ۸۰٪ بلند رفته ولی فیصدی حامله شدن خانم ۵۰٪ می‌باشد و این پائین بودن فیصدی حاملگی از اثر تاثیرات انتی استروجنیک کلومیفین بالای اندومتر رحم و عنق رحم می‌باشد تاوای نباید بیشتر از ۸-۶ ماه ادامه یابد؛ زیرا با مدت طولانی تر این هورمون زمینه اوستیوپوروزیز نزد خانم‌ها مساعد می‌شود.

Letrazole -II

یک هورمون non-steroidal aromate inhibitor است . بمقدار 2.5 mg/D برای ۵ روز در هر سیکل تاثیرات کلومیفین را بلند تر برده و آنرا تقویه میکند، زیرا که تاثیرات انتی استروجنیک کلومیفین را بالای اورگانهای Target (اندومتر و عنق رحم) کم ساخته و چانس هیپرستیمولشن را معمولا پائین می‌آورد. معذوریت این دوا قیمتی بودن آن و تاثیرات ناگوار داشتن بالای کبد می‌باشد.

Tamoxifen -III

یک دوا غیر استروئیدی و انتی استروجنیک بوده که معمولا در کانسر های ثدیه مورد استعمال دارد. این هورمون با آخذه های استروجن متحد گردیده و مانع اثر استروجن‌ها می‌گردد. ولی می‌تواند سبب هیپرپلازی اندومتر و کانسر ثدیه‌ها گردد بمقدار 10-20mg/D تجویز می‌گردد.

عوارض جانبی

- ۱- دلبدی و استفراغ.
- ۲- تشوشات رویت، سکوتوما.
- ۳- سر دردی، سر چرخی و پت کشیدن.
- ۴- وزن گرفتن و موی رفتن.
- ۵- اتنی ستروجنیک ها بالای مخاط عنق رحم تاثیر نموده و سبب مغالطه فاز جسم اصفر میشوند. (مخاط عنق را غلیظ میسازد)
- ۶- فرط تنبیه و تولید تخمه های متعدد (۱۰٪)
- ۷- حمل های چندگانه و سقط.
- ۸- عدم کفایه قبل از وقت تخمدان ها.
- ۹- کارسینوما ی تخمدان ها.

Progesterone -C

پروجسترون یک هورمون استروئیدی است که از حجرات Theca جسم اصفر در نیمه دوم سیکل عادت ماهوار و هم چنین پلاستنا افراز میگردد. این هورمون توسط کبد میتابولیز گردیده و بشکل pregnandiol از طریق کلیه طرح میشود. پروجسترون طبعی هرگاه از طریق فمی اخذ شود غیر موثر بوده و باید از طریق عضلی تطبیق شود. بالای اندومتر رحم وقتی تاثیر وارد کرده میتواند که قبلا تحت تاثیر ستروجن قرار گرفته باشد.

پروجسترون سبب تولید مخاط غلیظ در عنق رحم گردیده و مانع نفوذ سپرم در آن میشود و علاوه سبب استرخا عضلات رحم و بلند رفتن تقویت

عضلات عنق رحم میگردد (فوههء داخلی) و هم مسئول دوام حمل الی رسیدن به ترم میباشد.

در جهان طبابت امروز مرکبات صنعتی پروجسترون با انواع و اشکال مختلف وسیعا در دسترس موجود بوده و کاربردهای کلینیکی دارند که عبارتند از:

۱- Micronised progesterone بشکل فمی و مهبللی (تابلت های 100mg)

۲- (Duphaston) Retroprogesterone-dydrogesteron

۳- Ester of progesterone 17 alpha hydroxyprogesteron
یا proluton depot

۴- Medroxy progesterone acetate (MDPA)

۵- Alkyl derivative of nortestosteron مانند gestodene

، norgestrel, norethisterone, desogesteral, و غیره.

۶- Alkyl derivative of Testosteron مانند ethisterone

کاربرد کلینیکی مشتقات پروجسترون

۱- proluton depot بشکل زرقی در فاز افرازی و هم چنین در مراحل

مقدم تهدید سقط و سقط های مکرر قابل استفاده میباشد.

۲- در ترکیب ادویه ضد حاملگی monophasic و biphasic مورد

استعمال دارد.

- ۳- بشکل postcoital pill از Levonorgestral تا بلت های ۷۵، ملی گرام در ظرف 72h بعد از مجامعت و تا بلت دومی ۱۲ ساعت بعد تر، از حاملگی جلوگیری کرده میتواند.
- ۴- جهت تداوی تعویض هورمونی (HRT) همراه با ستروجن ها.
- ۵- در کانسر های میتاستاتیک اندومتر رحم بشکل زرقی.
- ۶- بمقصد تداوی DUB.
- ۷- در تداوی دیسمنوره و اندومتريوزیز.
- ۸- در تداوی امینوره همراه با ستروجن که خونریزی عادت ماهوار را بشکل withdrawal سازماندهی میکند.
- ۹- قبل از عملیات Ablation اندومتر (TCRE): پروجسترون برای ۴-۶ هفته قبل از TCRE تجویز میگردد که سبب نازک شدن اندومتر می شود.
- ۱۰- تاخیر در عادت ماهوار که از Norethisterone 5mg/TID برای ۳-۴ روز قبل از میعاد متوقع عادت ماهوار تجویز گردیده و سبب تاخیر در عادت ماهوار میشود و این به هدف مسائل اجتماعی (مثلا حج) میتواند تنظیم شود.

عوارض جانبی

- ۱- دلبدی و استفراغ.
- ۲- درد ثدیه ها، سردردی و وزن گرفتن.
- ۳- انحطاط روحی.
- ۴- تزاید LDL.
- ۵- ترومبوز اورده عمیقه و امبولی ریوی.

۶- کانسر ثدیه.

مضاد استطباب

- ۱- خونریزی های مهبله بدون علت.
- ۲- تومورهای ثدیه در هر دو شکل سلیمه و خبیثه آن.
- ۳- داشتن سابقه ترومبوآمبولیزم.

D-انتهی پروجسترون ها

اینها گروه هورمون هایی هستند که با اتحاد به آخذه های پروجسترونیک در غدوات Target مانع تولید هورمون پروجسترون میگردند که از عمده ترین این ادویه هورمون Mifepriston (RU486) میباشد این گروه ادویه بمقاصد مختلفه در طبابت نسائی مورد استعمال دارند که بصورت خلاصه به بعضی از نکات عمده آن که به نمایندگی از Ru486 یادآور شده ایم بحث مختصری می نمایم.

• (RU486) Mifepriston

موارد استعمال آن قرار ذیل یاد آوری میگردد

- A. به مقصد خاتمه دادن به حمل در مراحل ابتدایی حاملگی
- B. بمقصد پخته شدن عنق رحم برای پروسه ولادت در سقط های که در ترایمستر دوم حاملگی ایجاب میکند که اجرا گردند.
- C. بحیث یک دواى ضد حاملگی به شکل pill مهبله که بعد از مجامعت گذاشته میشود .

- D. در تداوی در مراحل ابتدایی حمل خارج رحمی قبل از تمزق sac حاملگی.
- E. به هدف افتادن حمل های مرده (missed Abortion) بمقصد اینکه ضرورت به D+C نیفتد.
- F. در میرضانیکه مصاب کوشینک سندروم هستند، زیرا Ru486 تاثیرات Antigluocorticoid دارد.

عوارض جانبی Ru486

این دوا مانند تمام ادویه دیگر دارای عوارض جانبی بوده که نظر به بنیه و عکس العمل عضویت خانم متفاوت میباشد. در بعضی حالات عوارض کم و خفیف بوده توسط خانم تحمل شده میتواند وندرتاً هم بعضاً شدید و غیر قابل تحمل است که این عوارض عبارتند از:

- ۱- دلبدی و استفراغات.
- ۲- سردردی و حساسیت جلدی به شکل skin rash
- ۳- عدم کفایه غده فوق الکلیه اگر بدوز بلند و دوا مدار داده شود.
- ۴- تاثیرات تیراتوجنیک بالای جنین دارد لذا به خانمیکه دوام حمل خود را تقاضامند است نباید تجویز شود (زمینه سقط و معیوبیت را مساعد می سازد)



مضاد استتبابات Ru486

در حالت ذیل نباید داده شود.

- ۱- در صورتیکه مشکوک به حمل و یا عدم کفایه غده فوق الکلیه باشیم.
- ۲- نزد خانم هاییکه امراض قلبی و عایی و یا استماً دارند.
- ۳- خانم هاییکه بنا به دلایلی گلوکو کورتیکوئید و انتی کوا گولانت میگیرند.
- ۴- خانم هاییکه تشوشات خونی یا هموراژیک دارند.
- ۵- کسانیکه مبتلا به مرض گلوکوم هستند.

E- اندروجن ها (Androgens)

اندروجن هورمون، گروپ هورمون هایی اند که توسط خصیه هادر مردها و توسط خانمها از حجات نسج استرومای میض ها واز غدوات ادرینال در هر دو جنس افزاز میشوند.

- **تستوسترون:** یکی از عمدۀ ترین نماینده این گروپ بوده که نزد خانم ها در امراض نسائی کاربرد زیادی ندارد زیرا مقدار بیشتر از نارمل آن در عضویت خانم تغییراتی را ایجاد می کند که از نظر جنسی مشکل زا بوده و حتی در بعضی مواقع غیر قابل برگشت هم مییاشد. بطور مثال هر سوتزم، ویریلزم، اتروفی ثدیۀ ها، خشک شدن مهبل، کشیدن ریش، بروت و موی در نواحی مختلفه بدن به

شکل مردانه، غورشدن آواز و غیره لذا کاربرد طبی آن نزد خانم ها بسیار محدود است.

• **Danazol**: یکی از جمله اندروجن ها است که در حقیقت از مشتقات 17 الفا ethinyl testosterone بمیان میآید. و موارد استعمال بیشتری نظر به تستوسترون در خانم ها دارد که عمدتاً عبارت اند:

- ۱- در تداوی طبی اندومتريوز اساساً میتواند موثر باشد که یا بصورت ابتدایی بهمین هدف مورد استفاده قرار گرفته و یا اینکه بعد از عمل جراحی بمقصد ریشه کن کردن بقایای انساج اندومتريوز بکار برده میشود. بمقدار 400-800mg/D برای ۹-۶ ماه تجویز گردیده که در حدود ۷۵-۹۰٪ موثریت تداوی مطلوب دارد. تداوی طولانی با آن سبب ویریلزم و هم باعث ایجاد اوستیوپوروز در عظام نزد خانم شده میتواند.
- ۲- در تداوی DUB زیاد مورد استعمال داشته ولی از وقتیکه مرکبات صنعتی پروجسترون به بازار تجارت عرضه شده است از Danazol کمتر استفاده میشود.
- ۳- اگر بمقدار 200mg دانازول روزانه برای ۶-۴ هفته بمقصد تکمیش اندومتر قبل از TCRE داده شود مفیدیت خاصی دارد.
- ۴- اگر Mastalgia نزد خانم در جریان سیکل های عادت ماهوار باشد بمقدار 100mg روز دو دفعه در ۶۰-۷۰٪ وقایع شفا را در قبال دارد. و همچنین در تداوی gynicomastia موثریت خاصی دارد.
- ۵- سبب اصلاح اشتهای جنسی نزد خانم ها میشود.



۶- هرگاه قبل از عملیات جراحی نزد خانمیکه فیروم رحمی دارد تجویز گردد. سبب تکمیش فیروم و تسهیلات لازمه در اجرای عملیات میگردد.

عوارض جانبی Danazol

- ۱- سردردی، گرفتن وزن و اکنه در وجه ، گردن و صدر.
- ۲- هرسوتزم و ویریلزم.
- ۳- کرمپ های عضلی در قسمت های مختلفه عضویت که باعث درد شدید میشوند.
- ۴- اتروفی ثدیه ها.
- ۵- امینوره قابل برگشت که بعد از قطع دوا ارجاع میشود.
- ۶- تخریبات در کبد و تزاید LDL که زمینه ساز فرط فشار و امراض قلبی است.
- ۷- تغییرات مردانه (Masculinisation) نزد طفل دختر از نظر فزیک.

• Gestrinon

یکی دیگر از مشتقات اندروجن ها بوده که بشکل فمی در بازار تجارت عرضه شده است. به مقدار ۲.۵-۵ ملی گرام هفته دو دفعه در ۸۵٪ وقایع نزد خانم های که DUB دارند امینوره را سبب میشود عوارض جانبی آن از دانازول کمتر است لکن از نظر اقتصادی قیمت آن بلند است.

Anti Androgens -F

این گروه ادویه عبارت اند از cyproterone acetate، سپرینولکتون، Flutamide، Finastrid میباشند که در تداوی هرسوتزم که از اثر PCOD عرض اندام کرده باشد موثریت خاص و عمده دارند.

عوارض جانبی

دارای عوارض جانبی ذیل اند

- ۱- هیپاتوتوکسیک اند لذا باید بدقت تجویز گردند.
- ۲- باعث تنقیص اشتهای جنسی می شوند.
- ۳- سبب امینوره میگردند.
- ۴- جلد خانم ها خشک گردیده ، شفافیت ولطافت خود را از دست

میدهد.

گلوکوکورتیکوئیدها بندرت در تداوی PCOD، سیکل های تحیزی غیر تیضی، عقامت و هیپرپلازی غده ادرینال بکار برده میشوند.

G- هورمون های غده نخامیه

غده نخامه هورمون های زیادی را تولید میکند که از جمله سه نوع آن تاثیرات مستقیم بالای ساختمان فزیک و جنسی خانم ها وارد میکند که عبارتند از:

- ۱- (Fuliculle stimulating Hormon)FSH
- ۲- (Leutinizing Hormon)LH
- ۳- Prolactin که مسئول تولید شیر است.



➤ **FSH**: از ادرار خانم هایی که به سن مینوپور قرار دارند بدست آورده میشود. هر امپول آن حاوی **75iu** میباشد که بشکل powder در آورده شده است. همراه مایع محلول کننده در یک بکس قرار دارد.

➤ **Human-beta chorionic gonadotrophin**: از نزد خانم های حامله بدست آورده شده و بشکل پودر در داخل بوتل های شیشه ای ۱۰۰۰، ۲۰۰۰ و ۵۰۰۰ یونت با محلول آبی اش گذاشته شده است.

کاربرد تراپوتیک هورمون های غده نخامیه قرار ذیل است

۱- هیپوگونادوتریفیک هیپوگوناڈیزم (عدم رشد و یا رشد ناقص گوناڈها که منشأ آن غده نخامیه باشد) در نزد خانم.

۲- هیپوگوناڈوتریفیک هیپوگوناڈیزم در نزد مردها.

۳- Cryptorchism.

۴- در امینوره ابتدایی یا ثانوی ایکه از سبب عدم کفایه و یا خرابی فعالیت غده نخامه نزد خانم عرض اندام کرده باشد.

۵- تنیه و تحریک تخمگذاری نزد خانم که با کلومفین تعند نشان داده باشد.

۶- عقامتیکه منشأ آن عدم کفایه و خرابی فعالیت غده نخامیه باشد.

۷- مقدار دوا باید باساس سویه E_2 خون و یا اندازه رشد فولیکول دوگراف برویت **u/s** عیار گردد.

۸- در حالاتیکه هدف از ایجاد یا تولیدچندین تخمهء پخته شده دریک سیکل عادت در تخمدان باشد، مثلاً هنگامیکه IVF مطرح باشد.

۹- hCG همراه با FSH در تولید Ovulation در عقامت ها و همچنین در صورتیکه عدم کفایه وظیفوی جسم اصفرو وهم در سقط های مقدم میتواند بصورت مشترک مورد استفاده قرار گیرد.

عوارض جانبی

- ۱- ایجاد سندروم هیپرستیمولشن در حدود ۱۰-۳۰٪ وقایع .
 - ۲- حمل های چندگانه در ۱۰٪ وقایع ممکن است بمیان آید.
- اشکال دوایی که از هر دو نوع FSH و LH در ترکیب خود دارند در بازار تجارت موجود است ولی قیمت تجارتي آن بلند است.
- ادویه Anti F.S.H و Anti hCG بمقصد کاربرد برای جلوگیری از حامله دار شدن فعلاً تحت مناقشه است هنوز در بازار تجارت عرضه نشده است.

H- هیپوتلاموس

هیپوتلاموس عمدتاً هورمونهای ذیل را افزاز میکند:

هورمون HCG از آن افزاز گردیده و فعالیت موثر و مهم در کنترل سیر هورمونی های جنسی در عضویت خانم ها دارد.

اثرات hCG در تداوی امراض نسائی

۱- تاثیرات دوایی hCG در بحث فیزیولوژی عادت ماهوار بحث شده است.

۲- اثرات دوایی انالوگ ها صنعتی این گروه عبارت اند از:



A. آنالوگ های صنعتی GnRH : مقدار ۵-۱۰ میکروگرام به شکل وریدی هر ۹۰-۱۲۰ دقیقه و یا Pulsatile GnRH به مقدار ۱۰-۱۵ میکروگرام بشکل زرقی تحت الجلدی و یا اینکه ۲۰۰ میکروگرام هر ۲ ساعت بعد به شکل زرقی عضلی بمقصد تحریک و تنبیه H.P.O.Axis تجویز میگردد، که در نتیجه نزد خانم امینوره ایکه از اثر خرابی فعالیت هیپوتلموس موجود بوده رفع گردیده و عادت ماهوار وی شروع میشود.

B. GnRH : بطریقه دورانی (Pulsatile) سبب تنبیه Ovulation نزد خانمیکه از این نوع عقامت رنج می برد شده میتواند. سبب انحطاط تولید هورمون غده نخامیه میگردد.

بصورت دوامدار در حالات ذیل تطبیق شده میتواند

- ۱- بمقصد تکمش فیبروم رحمی.
- ۲- در تداوی اندومتیریوزیز.
- ۳- در تداوی هرسوتزم.
- ۴- در بلوغ های قبل از وقت.
- ۵- به مقصد آمادگی خانم برای IVF.
- ۶- در کانسره های پروستات نزد مردها.
- ۷- قبل از اجرای TCRE بههدف تکمش اندومتر.

عوارض جانبی

- ۱- هیپرستیمولشن و آزاد شدن چندین تخمه دریک سیکل عادت نزد خانم (۱-۱۵٪).



- ۲- حمل های چندگانه در ۱٪ وقایع.
- ۳- فیصدی سقط تزاید می یابد.
- ۴- بیدار خوابی، دلبدی و سرچرخی از عوارض آن ها میباشد.
- ۵- اندازه ثدیه ها کوچک تر میشوند.
- ۶- دردهای عضلی بعضاً عاید شده که آزار دهنده میباشد.
- ۷- اشتهای جنسی تناقص می یابد.
- ۸- سویه HDL پائین آمده و زمینه حملات قلبی مساعد میگردد.
- ۹- در صورتیکه تداوی بیشتر از ۶ ماه ادامه یابد تاسس اوستیوپوروز و برجسته شدن اعراض دوره مینوپوز از عوارض آن است.

Bromocryptine -I

بروموکرپتین یک دوی صناعی از مشتقات ergote بوده و تاثیرات قوی ضد Dopamine دارد. از سبب اینکه تولید پرولاکتین را معروض به انحطاط میسازد لذا باعث تولید عادت ماهوار نزد خانم میگردد، که در نتیجه سبب تنبیه تخمگذاری نزد خانم شده و تیرهء حامله دار شدن آنرا آماده میسازد.

بروموکرپتین به شکل تابلت بنام های Proctinal، Parlodel، cabergoline و serocrip Pergolide در بازار تجارت موجود است که باید مورد توجه قرار گیرد.

اثرات تراپوتیک بروموکرپتین

بروموکرپتین دارای اثرات تداوی قرار ذیل میباشد.

- ۱- به دوزهای ۲،۵ الی ۵ ملی گرام سبب انحطاط شیردهی میشود.
- ۲- دردهای شدیدیکه در نزدیک عادت ماهوار نزد خانم ها ایجاد میشود رفع میکند.

۳- در واقعاتیکه هیپرپرولکتینیمیا مطرح باشد استعمال و مؤثریت خوبی در کنترل آن دارد.

۴- اگر در غدوات هیپوفیز ادينوم های کوچک مطرح باشد ، میتوان با تجویز برومو کرپتین آنرا بر طرف ساخت.

۵- سبب تکمیش Macroadenoma غده نخامیه قبل از اقدام به عملیات جراحی گردیده و فیصدی اختلاط عملیات را بدینوسیله پائین میآورد. در هیپرپرولکتینیمیائیکه باعث عقامت خانم شده در بیشتر از ۹۰٪ وقایع موثر بوده و در ۷۰٪ وقایع حامله دار شدن خانم را سازماندهی میکند. برومو کرپتین تاثیرات ترا توجنیك نداشته ولی اگر در جریان تداوی با آن ، خانم حامله میگردد جریان تداوی بهتر است توقف داده شود.

در جریان حاملگی معاینات سیستماتیک قعرعین نزد خانم مکرراً انجام شود تا از فشار تومور بالای عصب Optic بی خبر نمانده باشیم. برومو کرپتین میتواند در صورتیکه در جریان حاملگی تومور غده نخامیه بزرگ شده برود برای مریضه توصیه گردد.

مقدار دوا

ابتدا بمقدار 1-2mg شروع شده و بتدریج مقدار آن بلند برده میشود ، تا وقتیکه به سطح دلخواه و موثر برسد. از مرکب Cabergoline در صورتیکه خانم برومو کرپتین را تحمل کرده نتواند استفاده نمود. (به مقدار ۰،۲۵ الی ۱ ملی گرام هفته دو مراتبه)

Parlodel

یک دواى زرقى است که ماهانه به مقدار 50-100mg قابل استفاده

است.

عوارض جانبی

- دلبدی و استفراغات که میتواند خفیف و یا حتی شدید باشد.
- تفریط فشار خون که باید کنترل شود.
- سرچرخی که از اثر تغییر وضعیت تفریط فشار خون (Postural hypotention) میتواند عرض اندام کند.

(۱) Sex & Inter Sex

جنسیت و دو جنسیتی

تعریف

Intersex یک حالت بین الینی بین دو جنسیت مرد و زن مکمل میباشد، که از نظر سریری و شکل ظاهری تعیین جنسیت اینکه فرد مورد نظر به جنس زن تعلق دارد یا مرد مشکل است که در لسان مردم عادی برای وی مخنث می گویند.

Embryology

از نظر زیست شناسی تعیین جنسیت تا سن ۶ هفتگی رشیمی مشکل است زیرا ساختمان گونادها غیر متمایز (undifferentiated) میباشد. تنها کروموزوم جنسی (Sex chromosome) در تعیین اینکه این گونادهای غیر متمایز به طرف دختر شدن و یا بچه شدن می رود مسئولیت دارد.

کروموزوم Y سبب رشد و انکشاف خصیه ها شده در حالیکه عدم موجودیت آن زمینه تشکیل تخمدان ها را مساعد میسازد. حجرات سرتولی ابتدا

شروع به رشد نموده و بعداً قنات های Seminiferous این پروسه را تعقیب می نمایند و حجات Ledique هورمون تستوسترون را افراز میکنند و خصیه ها علاوهً افزایش و تولید Mullerian Inhibitor Factor (MIF) را سازماندهی نموده که در نتیجه از رشد و انکشاف قنات مولر جلوگیری بعمل میآید. از این سبب است که تستوسترون در رشد و انکشاف قنات Wollfe که مسوول تولید و رشد اورگانهای تناسلی مردانه و اعضای تناسلی خارجی آن هست ، مسولیت درجه اول و عمده را عهده دار میباشد.

تصنیف Inter sex

این تصنیف بااساس کامپوننت های مختلف که مسئول رشد و انکشاف دستگاه تناسلی جنسی میباشد صورت گرفته است، زیرا این مؤلفه ها و یا عناصر مسئول رشد نارمل اورگانهای جنسی اند، در صورتیکه معروض به پرابلم گردند زمینه انومالی های مختلف را با وسعت های متفاوت مساعد میسازند که این انومالی ها عبارتند از:

۱- تغییرات کروموزومی: مانند، Turner syndorm ، testicular

superfemale ، Femininsing syndrome و سندورم Kline felter's را میتوان نام برد.

۲- Gonadal: نقیصه در تولید هورمون تستوسترون (عدم موجود

HIF) و موجودیت مقدار بلند اندروجن ها نزد خانم ها در ینحالت بملاحظه رسیده میتواند.

۳- Environmental (عوامل طبیعی): خانم و یا مردیکه میخواهد در دوران کهولت جنسیت خود را با اجرای عملیات بالای اورگانهای تناسلی جنسی به جنسیت مخالف تبدیل نماید.

۴- عادات روحی روانی: به شکل Transsexuality و Transvestisme نزد مردها و یا خانم ها به ملاحظه رسیده میتواند.

از نظر نسائی Chromosomal inter sex چه نوع آفتی است.

کروموزوم جنسی با گرفتن سمیر از مخاط دهن و یا مطالعه نیوتروفیل های خون قابل شناخت و بررسی است ، در نزد خانمیکه نارمل باشد یکی از کروموزوم های X در مرکز در حذای هسته حجره و کروموزوم X دیگر به شکل محیطی مانند یک نودول که رنگ تاریک دارد و بنام barr body یاد میشود موقعیت دارد. از این سبب است که خانم ها بنام + Chromatine و مردها بنام Chromatin منفی شناخته شده اند.

در مردیکه ساختمان کروموزوم xxy دارد (kline filter's Sgndrome) ممکن است یکدانه barr body دریافت شده و در نتیجه تعبیر غلط جنسیت زن بودن بالایش گذاشته شود.

در سندروم Turner که ساختمان کروموزوم xo مطرح است barr body دریافت شده نمیتواند.

در نزد خانم ها نیوتروفیل ها یک منظره drumstick-like پیوسته به هسته بی را نشان میدهند که میتوان آنرا در نمونه های کروموزوم یک طفل داخل رحمی با گرفتن بیوپسی از ذغابات کوریونی در تریمستر اول حاملگی و یا

مطالعه امینوستنز مایع امینوتیک که در تریمستر دوم داخل رحمی از نزد خانم گرفته میشود بدست آورده و مشاهده نمود.

● **Kline filter syndrome**: سندورم کلاین فلتر در $\frac{1}{500}$ واقعه نزد

مردها دیده شده میتواند. از نظر فیزیکی ظاهر مردانه دارند. قضیب و خصیتان کوچک اند ثدیه ها بزرگ اند و آواز مرد باریک و زنانه است و تون بلند دارد و معمولاً این مردها عقیم هستند ساختمان کروموزومی جنسی شان xxy است. با اجرای بیوپسی از خصیتان استحالہ توبول های seminiferous بملاحظه رسیده و حجرات لیدیک تعداد آ زیاد میباشد. اکثراً تاخر عقلی دارند. این فرد مرد شمرده شده و هورمون تستوسترون برایش تجویز گردد. (11)

● **Superfemale**: خانمی که دارای ساختمان کروموزومی xxx از نظر

جنسی باشد وضع ظاهری زن را دارد. لاکن از امینوره و یا عادت ماهوار غیر منظم و عقامت رنج می برد. خانم شاید از نظر عقلی غیر طبیعی بوده و این وضعیت خانم غیر قابل اصلاح است.

● **Turner syndrome**: ساختمان کروموزومی جنسی این افراد XO

است. عدم موجودیت کروموزوم y نزد این افراد منجر به انکشاف و رشد ساختمانی زنانه میشود. بعبارہ دیگر فینوتیپ زنانه دارند. تخمدان ها کوچک و خطی بوده و یا مقدار بسیار کم Primordial Fullicul داشته و یا اینکه اصلاً ندارند. سویه استروجن نزد آنها شدیداً تنقیص یافته است. دختر خانم دارای قد کوتاه عنق باریک و غیر متناسب به جسم و پاها بوده و از ناحیه مفصل Cubitus کج و منحرف میباشد. التوائت epicanthil شدیداً متبازز اند. انومالی های

ولادی انگشتان و کوآرکتشن ابهر شاید موجود باشد یا مهبل و رحم ندارند و یا بشکل Rhodimentary موجود است. خصوصیات تالی تناسلی نزدش انکشاف ننموده است. امینوره ابتدایی نزدش دیده میشود.

در یک تعداد کمی از وقایع که همراه موزائیزم یکجا باشد ممکن است حاملگی یا بنفسه و یا با کمک ، نزد خانم دیده شود. در بیشترین وقایع نزد مریضه جهت اجرای مناسبات جنسی لازم است که Vaginoplasty انجام شود توصیه هورمون ستروجن بمقصد جلوگیری از اوستیوپوروز همراه با تجویز سیکلیک پروجسترون توصیه میگردد. (11)

• **Hermaphroditism:** این عارضه به اشکال مختلف و درجه های

مختلف ممکن است به ملاحظه رسد که عبارتند از

- ۱- هرمافرویتزم واقعی.
- ۲- هرمافرویت نزد مردها.
- ۳- پسودوهرمافرویت نزد خانم ها.

Male Hermaphroditism - I

این عارضه به یکی از کمبودهای ذیل دلالت میکند.

- ۱- کروموزوم Y موجود است ولی غیر طبیعی میباشد.
- ۲- عدم موجودیت (MIF) (Mullarien Inhibitor Factor).
- ۳- کمبود و یا عدم موجودیت تستوسترون.
- ۴- در سندرم Testicular femenising.

• **Abnormality of chromosom:** باساس مطالعات دریافتی امروزه

ثابت شده است که ناحیه تعیین کننده جنسیت در بازوی کوتاه کروموزوم Y قرار

دارد، از عدم موجودیت یا حذف این بازوی کوتاه کروموزوم Y سبب میشود تا گونادهای جنسی مونث (تخمدان‌ها) رشد و انکشاف نمایند و طفل ظاهر زن مانند را برای خود حفظ کند.

● **Abscent MIF**: عدم موجودیت MIF زمینه را برای انکشاف قنات مولر مساعد ساخته و در نهایت سیستم تناسلی زنانه شکل می‌گیرد. اگر چه عدم موجودیت تخمدان‌ها سبب میشود که اعضای تناسلی تالی جنسی نزدخانم در مرحله بلوغت انکشاف نکند. ولی عمدتاً ساختمان زنانه دارد. و خصیه‌ها در قنات مغبنی جایجا شده‌اند.

در دوران جوانی ثدیه‌ها رشد نارمل داشته ولی مویهای ناحیه ابطی و ناحیه Supra pubic خیلی باریک، نرم و کم میباشند، قضیب خیلی‌ها کوچک و کم رشد است، مهبل خیلی‌ها کم عمق و سطحی نزدش دیده میشود لاکن رحم ندارد. قد خانم در حدود نارمل است و کروموزوم جنسی آن XY میباشد.

تداوی عملیات vaginoplasty نزد خانم‌ها به مقصد اجرای intercourse توصیه میگردد. خصیه‌ها از محل ectopic خود باید کشیده شده و برداشته شوند زیرا خطر تحول به عارضه سرطانی در بیشتر از ۳۰٪ وقایع دارند. برای این مریضان مقدار کافی ستروجن به مقصد رشد و انکشاف اعضای تالی تناسلی جنسی باید تجویز گردد.

Female hermaphroditism -II (۱۱)

نزد این مریضان حالات ذیل به مشاهده می‌رسد.
۱- سندروم ادرینوجیتال ولادی یا کسبی.

۲- اگر در جنس مذکر در جریان حیات داخل رحمی تومورهای تخمدان رشد و انکشاف میکند.

۳- توصیه هورمون های اندروجنیک در خانم حامله در دوران بار داری به مقدار زیاد و مدت دوام دار.

اگر برای خانم حامله ای که طفل دختر در بطن خود دارد از هورمون های پروجسترون همراه اندروجنیک ها مثلاً Nortisteron به مقصد تداوی از تهدید سقط تطبیق شود، کلیتوریس آن معروض به هیپرتروفی گردیده و التوای شفه های صغیره و کبیره از بین می روند، لذا طفل وقت ولادت شباهت به فینوتیپ مردان دارد. مطالعه کروموزومی جنسیت را مشخص ساخته میتواند اگر نزد خانم حامله تومورهای تخمدان طفل آن هورمون های اندروجنیک را افزاز کند مثلاً تومور Arrhenoblastoma، فینوتیپ مردانه آن زیر تاثیر این هورمون تغییر به فینوتیپ زنانه می نماید.

سندروم ولادی Adrenogenital یک مثال برجسته دیگری است که اگر پسودو هرمافرودیتزم در نزد دختر خانم انکشاف میکند این سندروم از اثر هیپرپلازی قشر محفظه فوق الکلیه عرض اندام می کند. نقیصه ابتدایی در عدم کفایه انزایم 21 hydroxylase، که 17 hydroxy progesterone را به hydrocortisone تبدیل می کند میباشد. زیرا 17 hydroxy progesterone تاثیرات اندروجنیک داشته و مسوول ساختمان فینوتیپ مردانه است. نزد خانم مهبل کوچک است و در داخل Urogenital دیده میشود. سویه 17 ketosteroid از حد نارمل بلندتر می رود (بیشتر از 8mg/ml میرسد). با u/s غدوات ادرینال صریحاً بزرگتر دریافت میشوند.

تداوی آن توصیه هیدروکورتیزون به مقدار 15mg فی کیلوگرام وزن بدن روزانه با دوزهای مختلف میباشد. در وقایعیکه مقدار نمک عضویت کم بوده و یا ضیاع نمک مطرح باشد، از محلولات نمکی بشکل وریدی همراه با Fludrocortison به مقدار 50-100mg/D جهت جلوگیری از هیپوناتریمیا و هیپرکلیمیا (hyperkalaemia) تجویز گردد موثریت خوبی دارد.

هیپرتروفی کلیتورس با اجرای عملیات کلیتوروپلاستی (قسمت اضافی آن قطع و برداشته شده صرف قسمت glans آن حفظ می گردد) اصلاح گردد. و این عملیات در دوران طفولیت تا سن پنج سالگی بهتر است انجام شود. انومالی های vulva و شفتان باید ذریعه عمل جراحی تا قبل از دوران بلوغت اصلاح شوند.

• Masculinising ovarian tumor: نزد خانم

defeminisation از اتروفی ثدیه ها شروع شده بعداً آمینوره، هرسوتزم، غور شدن آواز و هیپرتروفی کلیتورس عرض وجود میکند. سویه هورمونی تستوسترون به بیشتر از 6nmol/lit بلند می رود. با اجرای u/s و لاپاراسکوپي موجودیت تومور تثبیت می شود. با برداشتن تومور اتروفی ثدتیان و برقراری عادت ماهوار اصلاح گردیده ولی غور شدن آواز و بزرگ شدن کلیتورس غیر قابل برگشت است.

• Virilism

رشد اورگانهای تناسلی تالی جنسی مردانه نزد خانم ها بنام ویریلزم یاد میشود. دراین عارضه ساختمان کروموزومی، گونادها و طرق تناسلی مانند خانم میباشد. لکن اورگانهای تناسلی جنسی خارجی مشابه به مرد می باشد.



در عارضه ویریلزم در دوران بلوغت نزد خانم کلیتوریس بزرگ، غور شدن آواز واتروفی ثدیتان به ملاحظه می رسد.

• Hirsutism

عبارت از توزیع موی ها در عضویت خانم مشابه به مردها بوده (در وجه، لب بالا، زرخ، اطراف سفلی و کشاله ران ها) این عارضه معمولاً با اولیگوره و امینوره مترافق است.

اسباب هرسوتزم

از نظر سببی حالات ذیل مطرح است.

- ۱- غدوات ادرینال: آفات مانند هیپرپلازی غده ادرینال، تومورهای غده ادرینال، سندروم کوشنگ که سبب فرط افراز هورمون ادرینال می گردند.
- ۲- PCOD تخمدانها و دیگر تورموهای تخمدانی ایکه هورمون مردانه تولید میکنند.
- ۳- (masculinising. O.T) مانند ارینوبلاستوما، هیپرتیکوزیز تخمدان یا فولیکول دوگراف، Hilar cells tumore و غیره از اثر تولید هورمون های مردانه سبب عارضه شده میتوانند.
- ۴- ادویه مانند اندروجن ها (Danazol) و یا پروجستوجن ها همراه اندورجن ها اگر دوامدار تطبیق گردند میتوانند این آفت را سبب شوند.
- ۵- چاقی و هیپوتایروئید یزم هم به حیث علت عارضه شناخته شده اند.
- ۶- بدون علت: در حدود ۱۵٪ خانم ها بدون علت عارضه هرسوتزم را نشان میدهند.

(PCOD) Polycystic Ovarian Disease

هر دو تخمدان بزرگ گردیده و توسط Tunica albugenia ضخیم، ستر گردیده اند. در سطح تخمدان ها کیست های کوچک و متعدد وجود دارد. پروسه تبیض معروض به انحطاط میگردد. سویه LH حتی هنگام نزدیک به تبیض بلند می باشد (حتی بیشتر از ۲.۵ nomol/lit) و هم چنان فرط افراز اندروستندایون و DHEA نیز میتوانند این عارضه را بار آورند. با u/s منظره گردنبد از اثر Cyst های کوچک سطحی در بالای جدار تخمدان به ملاحظه می رسد. خانم معمولاً چاق بوده و از امینوره، اولیگو مینوره و عقامت شاکلی است، هرسوتزم یا روئیدن موهای زائد در سطح جلد در عضویت به ملاحظه رسیده با اجرای لاپرسکوپي نه تنها تشخیص تائید می شود بلکه میتوانیم کیست های کوچک متعدد را سوراخ نموده (drilling) تداوی PCOD را سازماندهی نمائیم.

تداوی

۱. از تابلت های ضد حاملگی (Combined) بصورت سیکلیک به مدت ۶ تا ۹ ماه همراه یکی از اندروجن های ذیل تجویز گردد.
۲. Cyproterone acetate به مقدار ۵۰-۱۰۰mg/D به مدت ۱۰ روز از شروع عادت ماهوار داده شود. این دوا آخذه های dihydrotesteron را در انساج محیطی نهی میکند. دوز تعقیبیه آن به مقدار ۵-۱۰mg/ به مدت ۶-۴ ماه میباشد.

۳. تجویز spirinolacton به مقدار 100-200mg/D به مدت ۶-۹ ماه سبب بلاک ریسپتورهای اندروجنیک گردیده و تاثیرات آنها را کم ساخته می رود ، تزایدادرار و هیپوکلیمیا از عوارض جانبی آن بوده که باید مد نظر باشد دوز تعقیبه آن 50mg/D میباشد.
۴. Flutamide به مقدار 250mg روزانه دو دفعه به مدت ۳ هفته بشکل سیکلیک در هر ماه تجویز گردد مدت دوام تداوی ۶ ماه است. این دوا سبب بلاک آخذه های اندروجنیک محیطی میگردد. اولیگو مینوره، خشک شدن جلد و تخریبات کبدی از عوارض جانبی آن میباشد.
۵. Finasteride به مقدار 5mg/D برای مدت ۶ ماه این دوانسبت Flutamide بسیار مصئون تر میباشد.
۶. Metformine به مقدار 500mg روزانه سه مرتبه برای مدت سه ماه سبب اصلاح عقامت نزد خانم هایی که Insuline resistance هستند میگردد. وسویه انسولین بلند میرود.
۷. توصیه برای باختن وزن شود
۸. در هر سوتزیمیکه منشاء ادرینال داشته باشد دیگسامیتازون بمقدار ۰،۲۵ الی ۰،۵۰ ملی گرام فی روز میتواند موثر ثابت شود.
۹. استفاده از وسایل دیگریکه به مقصد cosmetic بکار برده میشوند مانند وسایل برقی، laser و ablation صرف موی های روی جلد وجه را می تواند از بین ببرد ولی در تداوی اصل آفت موثریت ندارد.

GEANETAL TB

توبر کلوز و دستگاه تناسلی

توبر کلوز تا هنوز هم یکی از امراض انتانی در ممالک روبه انکشاف است که سالانه ده ها هزار قربانی میگیرد. توپر کلوز جهاز تناسلی داخلی هنوز هم شیوع جهانی بویژه در ممالک انکشاف نیافته و رو بانکشاف دارد. اکثر مریضان مصاب به افت از خود اعراض و علائم مشخص ندارند در نهایت متاسفانه عقامت از اختلاطات مهم آفت است (بندش نفیرها و تخریب اندومتر و غیره) در یک تعداد کم وقایع هم ممکن آفت TB بصورت مکمل با اعراض و علایم لازمه نزد خانم عرض اندام کند. متاسفانه در سطح جهان مدرن امروز شیوع روبرشد TB از اثربتلا به آفت HIV که منجر به پایین آمدن قدرت معافیتی آنها میگردد دیده میشود.

منبع ، طرق انتشار و سیر TB در جهاز تناسلی زنانه

TB جهاز تناسلی ابتدایی که منشأ انتشار و تولید آفت اعضای تناسلی خانم باشد بسیار نادر است (کمتر از ۱٪) و آن در صورتیکه مهبل با بلغم میکروبی TB متن گردیده و یا اینکه عامل TB در اثر مناسبات جنسی انتقال یافته و سبب تخریش و تولید تخریبات در عنق رحم شده باشد. تقریباً اکثریت مطلق

وقایع به شکل ثانوی بوده که در حدود بیشتر از ۵۰٪ از شش ها، ۴۰٪ از عقدات لمفاوی و از عظام، کلیه ها و مفاصل، هر کدام ۵٪ فیصد وقایع (مجموعاً ۱۵٪) بحيث منبع آفت ابتدائی عمل میکنند. و علاوه بر TB بطن نیز میتواند در جهاز تناسلی بصورت ثانوی عامل انتشار آفت شود. معمولاً فاصله بین شروع انتشار تا ظهور آفت به اعضای جنسی خیلی طولانی بوده و یک زمانی بین ۵-۸ سال را راپور داده اند. در نزدیکی های دوران بلوغ (Menarch) اگر آفت ابتدائی TB نزد دختر خانم ایجاد شده باشد احتمال بلند شروع TB جهاز تناسلی نزد خانم متصور است.

انتان TB از طریق دورانی به جهاز تناسلی انتشار یافته و در صورتیکه TB بطن مطرح بحث باشد مستقیماً از طریق لmf هم انتشار آن متصور است. بدون مناقشه اولین محل توضع آفت در نفیرهای رحمی است. در صورتی که آفت از طریق خون انتشار کرده باشد هر دو تیوب ممکن است در عین زمان به آفت مبتلا گردند. ولی در انتشار بطنی معمولاً یکی از نفیرها به آفت اشتراک می کند. از تیوب های نفیری انتان TB به طرق سفلی یعنی با متداد حرکت اهداب نفیری به طرف رحم در داخل اندومتر راه پیدا میکنند که در نتیجه در حدود ۷۰٪ وقایع اندومتریال توکلوز بوجود آمده و در حدود ۱-۲٪ به طرق تناسلی سفلی هم یعنی مهبل و غیره انتشار یافته میتواند.

اگر انتان از طریق خون انتقال شده باشد در بیشتر از ۹۰٪ وقایع از نوع میکوبکتریوم توبرکلوز انسانی است و در ۱۰٪ وقایع باقیمانده از نوع حیوانی میباشد.

تغییرات پتولوژیک توپر کلوز در دستگاه‌ها تناسلی خانم

موجودیت انتان TB در جهاز تناسلی تاثیرات ناگوار خود را بالای تمام اعضای تناسلی جنسی نظر بدرجه پیشرفت، شدت، مدت آفت TB و مقاومت مریضه فرق میکند ولی رویهمرفته تغییرات ذیل را در نهایت بالای جهاز تناسلی از نظر پتوجنریز وارد میکند.

۱- **در حوصله:** دراورگان‌های داخل حوصله التصاقات و بندش نفیرها بشکل خارجی و داخلی را سازماندهی میکند که التصاقات تخمدان‌ها، کتلات تخمدانی نفیری Tubo- Ovarieu mass (TOM) را میسازد.

۲- **نفیرها:** hydrosalpinx، pyosalpinx التهاب نهاییات نفیری رحمی، التهاب داخلی نفیرها (endosalpingitis) و توموری‌های تخمدانی نفیری (TOM) را باعث میشود.

۳- **در رحم:** پیومترا، سندروم اشرومن، اندومتريت توپر کولر و غیره.

۴- **در طرق تناسلی سفلی:** قرحات عنق رحم، رشد آفت در عنق رحم به شکل گل کرم (با کارسینومای عنق مغالطه شده میتواند) قرحات در مهبل و دهلیز، elephantiasis vulva vagina و غیره را به وجود می‌آورد.

۵- **در جوف بطن:** cyst های جداگانه که حاوی مقدار مایع هستند وبشکل تثبیت شده والتصاقی میباشند، التصاق مساریقه و مقدار مایع مکدر در جوف بطن به ملاحظه می‌رسد، التصاقات پیشرفته سبب پیچ و تاب خوردگی نفیرها گردیده و در نهایت باعث انسداد نفیرها میشود. تثبیت رحم وملحقات باکتله TB حوصله بنام Frozen pelvis یاد شده که مداخله جراحی را در این

حالت مشکل وحتى ناممکن میسازد. در داخل بطن ممکن کتلات کوچک توبرکلوزیک که بنام Tubercles یاد میشوند دیده شود.

۶- تخمدان ها: در ۳۰٪ وقایع مییض ها به آفت اشتراک نموده salpingo oophoritis رانزد مریضه مشاهده کرده می توانیم.

درنفرها در صورتیکه انتشار آفت از طریق دوران خون باشد ابتدا اندوسلپنجیت و به تعقیب آن به طرف بالا انتشار صورت میگیرد و باعث التصاق و چسپندگی داخل نفیری شده و این زمینه را برای تنگ شدن مجرای نفیرها و نهایتاً انسداد آنها مساعد میسازد. در مراحل پیشرفته تر تیوب ها طولانی پیچ و تاب خورده و معوج گردیده و جدار آنها ضخیم می شود.

افرازات چرکین در داخل نهایت نفیری (fimberia) تجمع نموده و بآن یک منظره کیسهء برگ تنباکو را (Tubacco - pouch) میدهد و به تعقیب آن افرازات چرکین داخل جوف حوصله تخلیه میگردد. و بعدها این نهایت نفیری مسدود شده، از اثر تجمع چرک در ناحیه فیمبریا pyosalpinx تاسس میکند، اگر چه میتواند متحرک هم باشد ولی معمولاً بالتصاقات بیرونی همراه است. انتشار آفت به نسج عضلی نفیرها سبب بندش های متعدد در طول نفیرها گردیده که به آن منظره مهره های تسییح را میدهد. و علاوتاً در طول تیوب کلسیفیکا سیون ها انجام شده که به آنها منظره لوله های سربی را (lead pipe) میدهد.

تشخیص هستوپتولوژیک TB نفیرها مشکل است چندین مقطع از نسج مورد نظر باید گرفته شود یک انومالی وصفی توبرکلوزیک حاوی Longhans Giant cell، عکس العمل التهابات مزمن در حجرات و پنیر مانند

شدن نسج میبزی رانشان میدهد. ولی با این وصف هم تشخیص قاطع مشکل است زیرا در مرض سارکوئیدوزیز، مرض کورون، سفلیس و انتانات فنگسی نیز عین خصوصیات دریافت شده میتواند.

ابتلاء اندومتر به افت TB، باعث اندومتریس توبرکلوزیک شده و در نهایت زمینه التصاق اندومتر را سازماندهی میکند و مرض اشومن سندروم را بوجود میآورد و از سبب پیومترنزد خانم های مسن و یا قبل از سن مینوپوز عنق رحم مسدود میگردد.

در عنق رحم قرحات به شکل گل کرم دیده شده که شباهت به منظره آفات کانسروز عنق دارد.

در مهبل و دهلیز قرحات دردناکی که حدود مشخص ندارد به ملاحظه می رسد و ایلیفانتیاز دهلیز مهبل *filariasis* را تمثیل می کند.

لوحه کلینیکی TB

اعراض و علائم کلینیکی نظر به شدت آفت، مقاومت مریضه و مدت دوام آن متفاوت میباشد، اما رویهمرفته موجودیت آفت TB نزد مریضه حالات ذیل را رونما میسازد

- ۱- عقامت.
- ۲- مشکلات عادت ماهوار.
- ۳- دردهای حوصلی.
- ۴- ایجاد کتله بطنی.
- ۵- مجامعت دردناک.

در بسیاری از خانم ها سابقه آفت TB مشاهده نشده ولی در یک تعداد وقایع سابقه ابتلا به انتان TB را در دیگر اورگانها حکایه نموده که دارای اعراض و علائم مشخص به همان عضو و در نهایت به کل بدن بوده است.

عقامت: در ۱۰-۱۵٪ وقایع بدون اعراض و علائم بوده و با معاینه اعضای تناسلی حوصلی نارمل دریافت میشوند ولی خانم از عقامت رنج می برد. با اجرای H.S.G و مطالعه بیوپسی نسج اندومتر نتیجه مشخص میگردد و در یک تعداد وقایع کلچر و Polymerase chain reaction (P.C.R) برای تشخیص قاطع ضرور است که انجام شود. وضع عمومی خانم رضایت بخش و نارمل است مگر اینکه TB جوف حوصله مطرح باشد، که وضعیت عمومی مریضه را متاثر بسازد.

تشوشت عادت ماهوار: در مراحل مقدم آفت مینوراحی نزد مریضه در بیشتر از ۴۰٪ وقایع دیده میشود ولی با پیشرفت آفت و تاسس اشرف من سندرم، اولیگوری و امینوره ثانوی نزد خانم ایجاد میشود. در حدود ۲٪ خانم هاییکه در دوره مینوپوز به TB مصاب شده اند خونریزی داشته و در حدود ۴٪ در مراحل اول بلوغ و دخترهای جوان مصاب به TB خونریزی مهلبی نزد شان دیده شده میتواند.

درد بطنی: درد بطنی ایکه در TB نزد مریضه به ملاحظه می رسد بشکل یک درد مزمن و مبهم بطنی بوده که از اثر التصاقات احشای حوصلی بطنی و یا cyst های محصور شده بوجود میآید. در صورتیکه درد بشکل حاد تظاهر کند مداخله انتانات ثانوی همراه با آفت TB را وانمود میسازد. استفراغات، تب و لرزه ممکن است نزد خانم موجود باشد. هنگامیکه نزد خانم PID راجعه (تکرر انتان) و یا کتله یک طرفه بطنی به ملاحظه رسد، باید به Tubercular salpingitis

مشکوک شد و برای رسیدن به تشخیص دقیق معاینات لازم را انجام داد. هنگامیکه آفت پیشرفت کند سبب تثبیت شدن رحم به شکل Retroflex گردیده که نزد مریضه شاید کتله در هر دو سلپنکس و یا یکی از آنها دریافت شود درینحالت مریضه از دردناک شدن مجامعت شکایت می نماید.

کتله حوصلی: کسیت های محصور شده (encysted) بشکل تومور های Fix شده با اصغاء tympanic بوده و توسط التصاقات معائی احاطه شده اند. خمیرمانند شدن بطن هم چنین یک بطن توبر کلوزیک را نشان میدهد. افزازات مهلبی در وقایع TB مهبل و عنق رحم، قرحات عنق رحم و پیومترا نزد خانم دیده شده میتواند.

قرحات غیر قابل شفا و فیستول های مهلبی مثنائی، مهلبی رکتمی و غیره در صورتیکه با عملیات جراحی ابرسه ها در یناژ گردند میتواند بوجود آید.

تشخیص تفریقی

چون تداوی آفت TB طولانی، وقت گیر و هزینه بردار است وضمناً در یک تعداد وقایع شباهت به آفات کانسروز دارد بناً در تشخیص افت دقت لازم باید بعمل آمده و از آفات مشابه تشخیص تفریقی شود که تداوی مناسب باساس آن شروع گردد. امراضیکه باید در تشخیص تفریقی مد نظر باشند عبارتنداز:

۱- PID: در PID هم نزد مریضه مینوراجی، درد بطن و عقامت که سه اصل عمده کلینیکی TB حوصلی میباشد وجود دارد تکرار PID نزد دختران باکره که مناسبات جنسی ندارند بیشتر آفات سپلنجیت توبر کلوزیک را تائید میکند. تست DCR و کلچر افزازات مهلبی طبیعت آفت انتانی را مشخص

میسازد. بعضی اوقات معاینه لاپراسکوپى برای دیدن مستقیم نوع آفت تولید شده ، تشخیص را معین ساخته میتواند.

۲- Ectopic pregnancy: امینوره کوتاه مدت، درد بطنی و موجودیت حساسیت در یک طرف ادنکس ها همراه با کتله برای حمل خارج رحمی انطباع خوب میدهد ولی U/S و نهایتاً لاپراسکوپى تشخیص را قاطع و ثابت میسازد.

۳- کسیت توپر کلوزیک مبیضی: موجودیت یک کتله حساس، غیر متحرک در یک طرف و اکثراً در هر دو طرف ملحقات رحمی قطعاً دلالت به کسیت محصور شده توپر کلوزیک که با امینوره همراه است، مینماید.

۴- حاملگی: ندرتاً با تبر کلوز حوصلی که با برآمده گی و تورم رو بتزاید قسمت سفلی بطن همراه باشد میتواند با حمل اشتباه گرفته شود. تست های حاملگی منفی و خصوصاً U/S بخوبی میتواند مسئله حمل را رد و یا تایید کند.

۵- خونریزی های مهبلی و پیومترای بعد از مینوپوز: برای تداوی آنها باید D+C و دریناژ چرک افرازات جوف رحم انجام شود و نتیجه تشخیص قطعی میشود.

۶- خونریزی دوران بلوغت: که به تداوی هورمونی جواب ندهد باید از اندومتر پارچه جهت هستوپتولوجی و معاینات متممه دیگر گرفته شود. از تخریبات و تخریبات عنق رحم و مهبل جهت بررسی آفت TB باید پارچه گرفته شده و مورد مطالعه قرار داده شود.

معاینات و بررسی هاییکه به مقصد شناسایی افت TB جهاز تناسلی باید بکار برده شوند.

با اجرای معاینات دقیق، لوحهء کلینیکی و تشخیص تفریقی از آفات دیگر در بیشترین وقایع TB جهاز تناسلی را میتوان رد و یا تایید نمود. لاکن قبل از اینکه تداوی با انتی توبرکلوزیک ها شروع شود باید تشخیص دقیق وقاطع باشد. بررسی های ذیل باید انجام شود.

۱- Dilatation & Curettage (D+C) جهت تایید و یا رد آفت

توبرکلوزیک برای اجراء هستوپتالوژی انجام شود.

۲- هستولوجی و PCR. (پولیمیراز چین ریکشن) اجراء شود.

۳- کلچر و Guinea pig inoculation.

۴- (H.S.G) هستروسلیپینگو گرافی.

۵- لاپراسکوپى.

۶- سونوگرافی.

۷- در معاینهء خون حجرات سفید، لمفوسیتوز موجود بوده و ESR

بلند است.

۸- تست مانتو.

۹- X-Ray صدر، فقرات قطنی، معاینه و کشت بلغم وادرار

ضرورت است تا برای تعیین محل ابتدائی آفت TB اجرا گردد.

۱۰- (P.P.A) Micobacteria purified protein antigen در تست

ELISA و تست SAFA (Solubal Antigen Florescent Antibody) انجام

شود.

۱۱- Polymerase Chain Reaction (PCR) برای مطالعه انساج

اندومتر و جنین مریض از نظر TB وصفی و پرارزش است.

۱۲- اگرچه serum CA125 در آفت TB حوصلی تزیاید می یابد

ولی تنها برای TB وصفی نیست ، لذا ارزش تشخیصه بلندی ندارد.

• D+C: این عملیه نزدیک های عادت ماهوار باید عملی شود و

بسیار به احتیاط از حذای قرن های رحمی نزدیک به نفیرها

پارچه اخذ شود یک توته از نسج گرفته شده در بین مایع Salin

برای کلچر ویک توته دیگر در بین Formalin salin به

هستوپتولوژی ارسال گردد. خیلی مهم است که نوعیت باسیل

TB (انسانی یا گاوی) و حساسیت آن به مقابل انتی بیوتیک های

ضد مرض مشخص ساخته شود. اسپیریشن مایع جوف رحم ویا

لواژ و جمع کردن مایع لواژ شده از جوف رحم نیز ممکن است

برای تعیین آفت اندومتر موثریت مفیدی داشته باشد.

• H.S.G: در صورتیکه به آفت TB درجهاز تناسلی مشکوک

باشیم بهتر است که HSG را به تاخیر اندازیم و اجرا ننماییم.

اگر نزد خانم هاییکه اعراض و اضح TB ندارند اجرا گردیده

ممکن دریافت های ذیل ما را به تشخیص رهنمایی کند.

۱- جوف رحم از اثر التصاقات ممکن است معدوم شده باشد (اشرمن

سندورم).

۲- بلاک های هر دو قرن نفیری رحمی در دوطرف همراه با بندش جریان

لمفاتیک و اوعیه آنها .

۳- کلسیفیکاسیون در حوصله دیده میشود.

۴- یک ناحیهء سخت که منظره تیوب سربی را در نفیرها میدهد بمشاهده

می رسد.

۵- Pyosalpinx انسداد تیوب ها قابل ملاحظه است.

• Laparascopy: موجودیت توپر کول ها در بالای تخمدانها و

نودول های متعدد با اندازه های مختلف در جوف بطن که باید

بیوپسی از آنها گرفته شود. از انساج خمیر مانند و همچنین از

پیوسلپنکس مواد اسپیراسیون گردیده و برای مطالعه

هستوپتولوژی ارسال گردد.

• Ultrasonography: صرف موجودیت کتلاک حوصلی

بطنی را تایید کرده میتواند.

• از مهبل و عنق رحم: اگر تفرح موجود باشد بیوپسی اخذ گردد.

تداوی TB جهاز تناسلی

اگر خانم مشکل خاص دیگری نداشته باشد برای تداوی TB

ضرورت به بستر شدن ندارد و بطور روتین بدون بستری شدن میتواند تداوی TB

را ادامه دهد. مدت دوام تداوی و مقدار دوا قرار ذیل است:

۱- Rifampin به مقدار 600mg-450 همراه با 300mg INH و

pyrazin amid بمقدار ۱-۲ گرام فی روز به مدت ۲ ماه اول و بعد از آن

ریفامپین و INH هفته دو مرتبه به مدت ۶ ماه ادامه داده شود.



۲- رژیم تعویضی دیگر تداوی با ریفامپین و ایزونیاژید به مدت ۹ ماه همراه با علاوه کردن Ethambutol 15-25mg فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف دو ماه اول تداوی.

۳- در وقایعیکه مرض به مقابل دوا مقاوم باشد با دادن Prednisolon 4mg/D در حدود ۸۰-۹۰٪ وقایع اصلاح بعمل میآید.

۴- مریضه باید به مدت ۵ سال کاملاً زیر مراقبت باشد، زیرا احتمال عود مرض درین مدت امکان دارد.

۵- ریفامپین تاثیر هیپاتوتوکسیک دارد و همچنین میتواند سبب پورپورا وهماچوری گردد.

INH میتواند سبب التهاب اعصاب محیطی گردد (Ethambutol) میتواند سبب نیوریت عصب بینائی (Optic Neuroritis) و اندفاعات جلدی شود.

تداوی جراحی

ندرتاً به تداوی جراحی ضرورت احساس میشود باوجود آن هم در حالات ذیل از تداوی جراحی بهتر است استفاده به عمل آید.

۱- در صورتیکه اعراض و علائم در تداوی طبی شفا یاب نشده و ادامه پیدا کند.

۲- در صورتیکه حجم تخریبات با تداوی طبی کوچک شده نرود.

۳- در صورتیکه پیومترا یا با تداوی ادامه یافته واز بین نرود و یا برخلاف

حجماً تزاید یابد.

عمل جراحی وقتی انجام میشود که مریضه شدیداً و جداً زیر کنترل ادویه ضد مرض TB باشد.

تداوی عقامت نزد این نوع مریضان نتیجه مطلوب نمیدهد و در اجرای عمل جراحی هم نسبت بندش های مکرر نفیری و خرابی اهداب نفیرها با وجود اجرای Tuboplasty کمتر نتیجه داده و قابل اصلاح نمیشد. و تنها در ۱۰٪ این مریضان امکان حامله داری میرود که آن هم در $\frac{1}{3}$ وقایع امکان سقط و در $\frac{1}{3}$ وقایع دیگر امکان حمل خارج رحمی مطرح است.

IVF در صورتیکه جوف رحم ظرفیت لازم خود را از دست نداده باشد یا بعباره دیگر اندومتر بحدی تخریب نشده باشد که حجرات Basal از بین رفته باشند و التصافات هم در آن وجود نداشته باشد. میتواند نتیجه دهد و حمل دوام یابد.

عملیات جراحی نزد خانم های جوان برداشتن ملحقات رحمی مائوفه و در نزد خانم های مسن که بدوره مینوز قرار دارند Bilateral salpingo oophorectomy میباشد.

Breast Disease

امراض ثديه

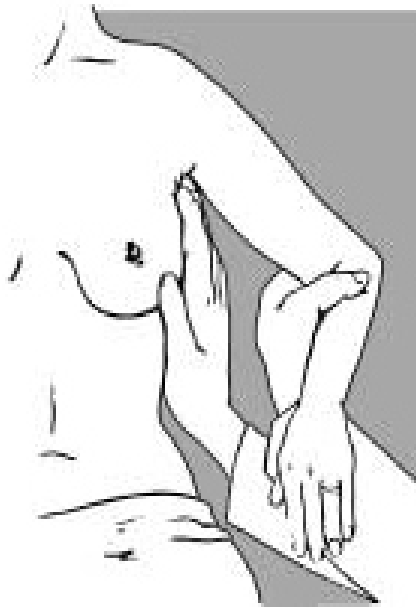
I- انكشاف و رشد ثديه ها

- ۱- عمدتاً از غدوات cebaceuse که در جدار صدر قرار دارد تشکیل شده است.
- ۲- وزن متوسط آن در حدود 200-300 گرام در دوران باروری میباشد.
- ۳- از نظر ترکیبی از ۲۰٪ غدوات ، ۸۰٪ شحم و انساج منضم تشکیل شده است.
- ۴- نسج ثديه به مقابل تحولات هورمونی سیکل عادت ماهوار قویاً عکس العمل نشان میدهد. چنانچه حساسیت و پیری در ثديه (در سندروم P.M.T) و در صفحه لوتیال از اثر احتقان در اوعیه و احتباس مایع بملاحظه میرسد.
- ۵- در نزدیک دوران بلوغت اولین تغییر در ثديه ها عبارت از تشکیل (Breast Bud)، بزرگ شدن Areola در مرحله بعدی و سپس بزرگ شدن حلیمه ثديه ها میباشد و برخلاف اندروجن ها مانع رشد و حتی باعث اتروفی ثديه ها میگرددند.

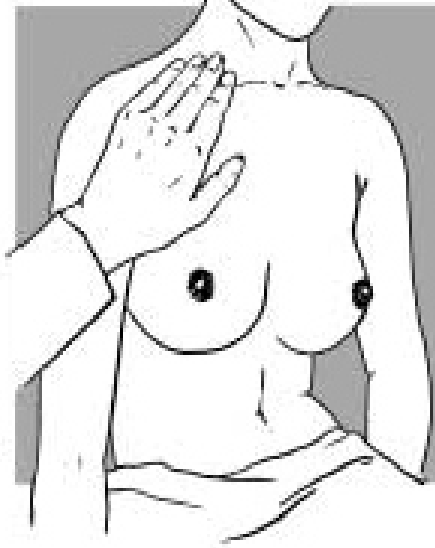
۶- هورمون استروجن در مراحل مقدم برای رشد ثدیه ها ضروری و حتمی است اما در دوام پروسه به موجودیت پروجسترون ضرورت مبرم احساس میشود. (۳)

II- معاینه فیزیکی ثدیه ها

معاینه فیزیکی ثدیه ها در صورتیکه بکدام آفت پتولوژیک مشکوک شویم ، ضروری و لازمی شمرده میشود. لازم است که برای مریضه طریق اجرای معاینه فیزیکی ثدیتان آموزش داده شود تا وقتا فوقتا خودش بتواند آنرا عملی سازد.

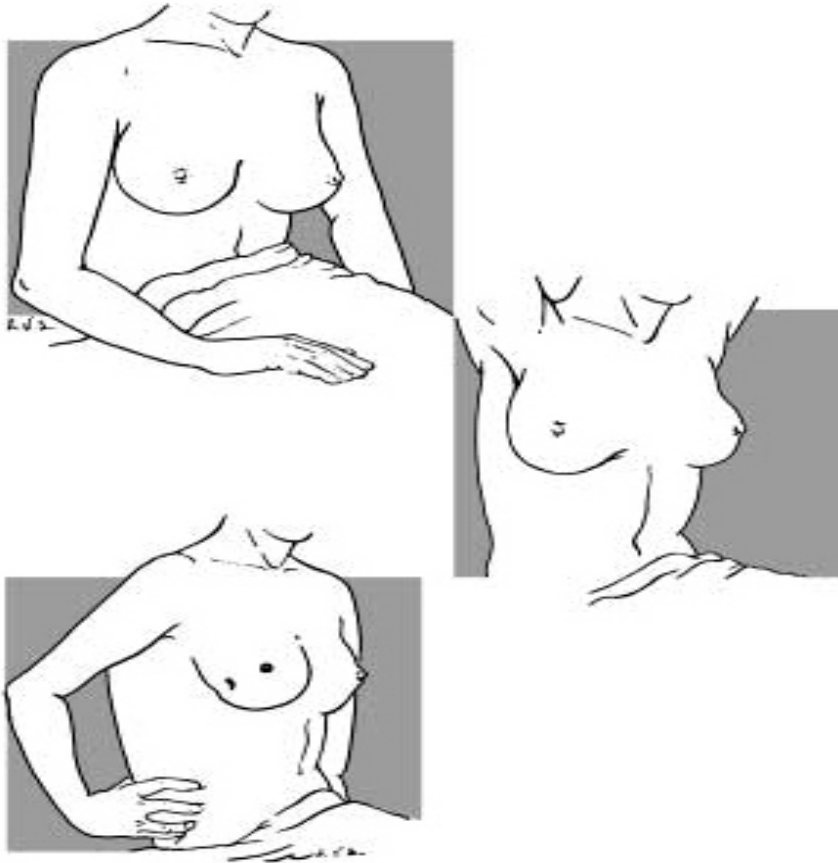


(۲)



شکل (۳۶)

Palpation of axillary and supraclavicular regions for larged lymphnodes



(٢)

شکل (٣٧)

Inspection of breasts.

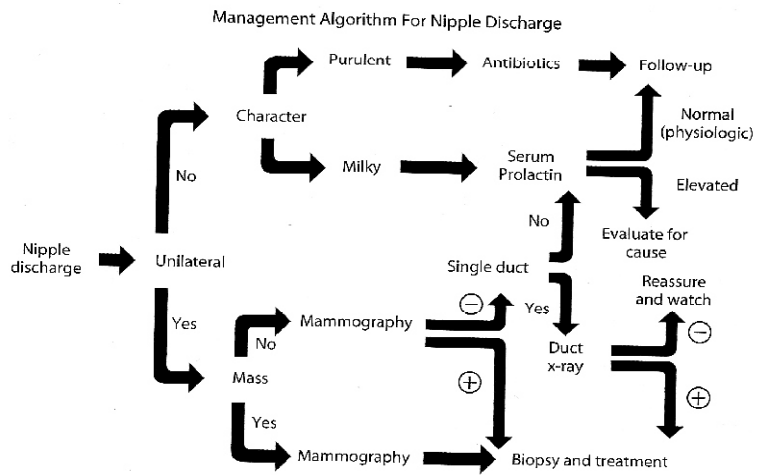
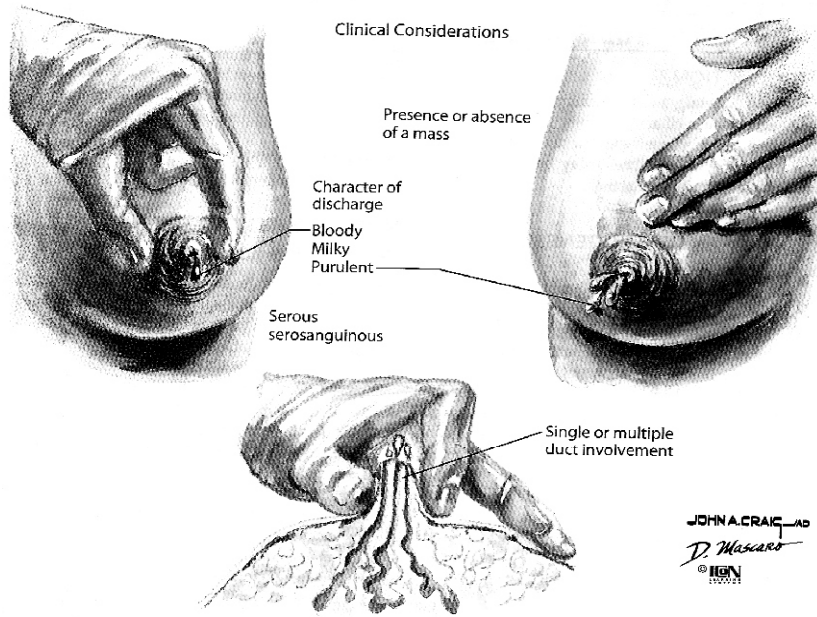
آفات سلیمهٔ ثدیتان

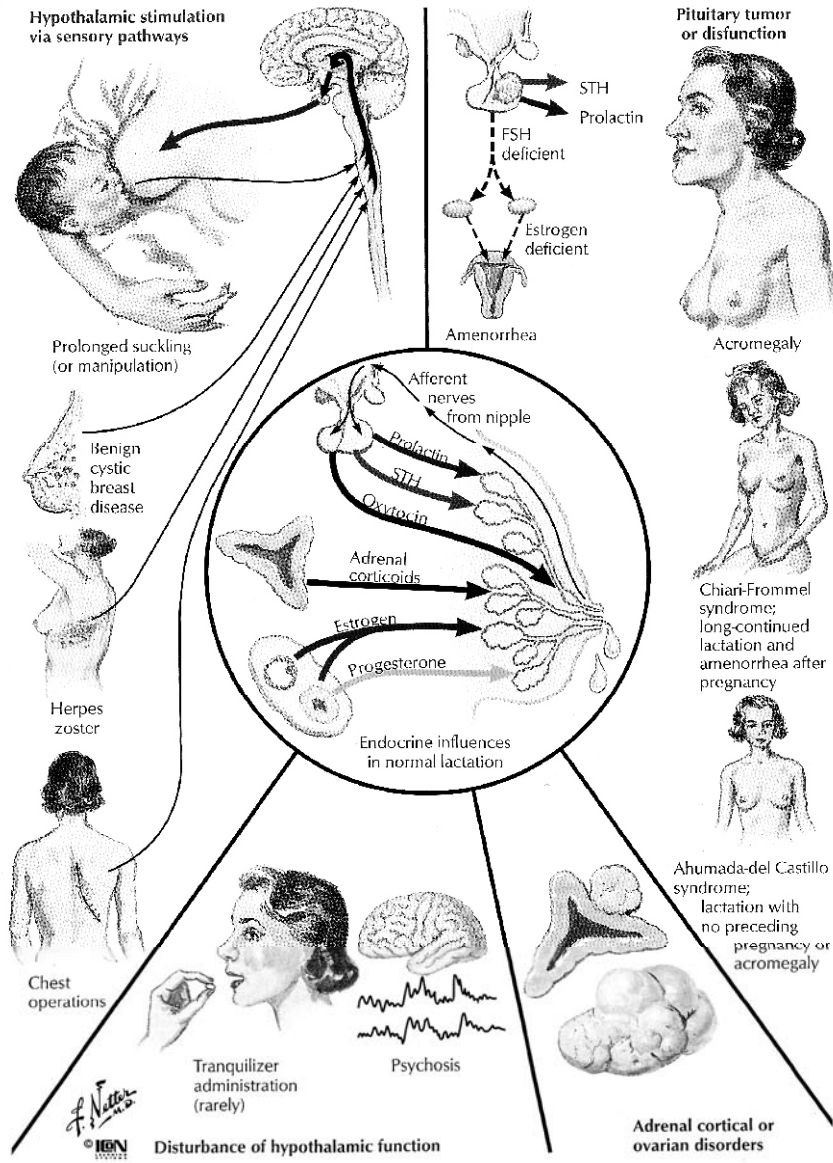
A. تغییرات فیبروسیستیک

- (a) تعریف: عبارت از تزايد عكس العمل فیزیولوژیك ثدیه ها به مقابل هورمون های مبیضی میباشد.
- (b) معمولترین آفات سلیمهٔ ثدیه ها است.
- (c) اعراض وعلائم: درد های سیکلیك در هر دو ثدیه ، تزايد احتقان و پری ثدیه ها ، تزايد نودول های ثدیه، تغییرات سریع در حجم cyst ثدیه که با جس تموج نشان میدهد و تزايد حساسیت ثدیه که بعضاً با افزادات شفاف از حلیمهٔ ثدیه همراه میباشد نزد خانم دیده میشود. (این در صورتی است که کسیت به قنات ثدیه باز شده باشد).
- (d) معاینه فیزیکی: حساسیت واضح با حدود مشخص که ساحة کیست را از نسج سخت ثدیه جدا می کند جس میشود و تشخیص قاطع با اجرای هستوپتولوژی نسج گرفته شده از cyst وضع میشود.

تداوی

پوشیدن سینه بند که خوب بالای ثدیه ها تثبیت شده بتواند ، پوشیدن لباس نرم، تنقیص در نوشیدن کافی، چای و قطع سگرت از جمله پروسیجرهای که در تداوی موثریت خوب خود را دارند. COC در حدود ۹۰٪ وقایع موثریت تداوی خود را ثابت ساخته است و Danazol در واقعات شدید توصیه گردد که میتواند عارضه را کنترل و شفا بخشد.





(٤)

شکل (٣٩)

B. فیروادینوما

- ۱- از نظر شیوع دومین آفت سلیم توموری ثدیتان است.
 - ۲- اعراض و علائم: معمولاً یک خانم جوان بصورت تصادفی در هنگام حمام کردن یک کتله بدون درد را در ثدیتان خود احساس می کند. رشد آن نهایت بطی بوده و ندرتاً هم رشد سریع میتواند داشته باشد.
 - ۳- با معاینه فیزیکی نزد خانم یک کتله بجسامت ۳-۲،۵ سانتی متر جس می شود و دریک تعداد کم وقایع با تخریبات نسجی همراه است.
 - ۴- با u/s تشخیص اینکه کتله cyst است و یا solid صورت گرفته میتواند و ندرتاً ضرورت به Mammography احساس می شود.
 - ۵- اگر با اجرای Nudle aspiration از نظر هستوپتولوژی تشخیص انجام شده نتوانست باید عملیات جراحی انجام شده و برداشته شود.
- باید تذکر داد که هر نوع کتله جامدیکه نزد خانم های بلندتر از ۳۰ ساله دیده شود (خصوصاً اگر رشد سریع داشته باشد) باید با عملیات جراحی برداشته شود.
- Mastalgia** عبارت از احساس درد ثدیه ها نزد خانم های جوان در نزدیکی عادت ماهوار میباشد که قبل از شروع عادت (۲-۳ روز) عرض وجود نموده و بمجرد شروع عادت قطع میشود. اگر درد ها شدید بوده و بیشتر از ۷ روز دوام کند وطوری باشد که قابلیت ظرفیت کاری خانم را پایین آورد ایجاب تداوی را میکند. در دردهای غیر سیکلیک یا دردهای که به عادت ماهوار ارتباط نداشته باشند خصوصاً در سنین پیشرفته، حادثهء کانسر ثدیه را نباید از نظر دور داشت.

تداوی

۱- اگر درد به عادت ماهوار ارتباط نداشته باشد و نزد خانم مسن رخ دهد ، لازم است از نظر کانسرتدیه بررسی گردد.

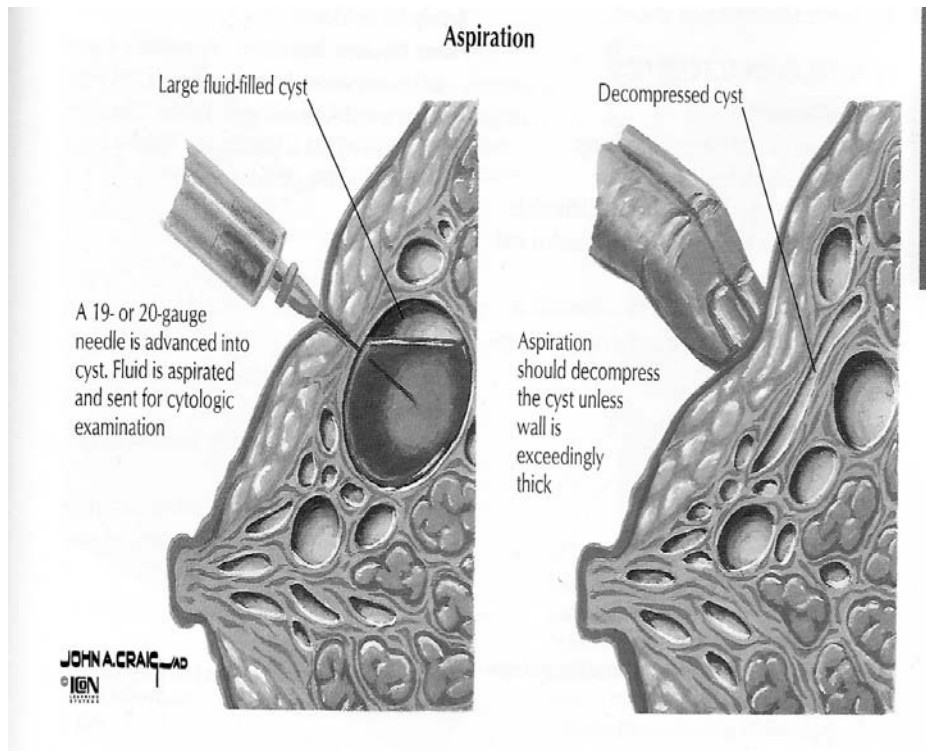
۲- اگر درد به عادت ماهوار ارتباط داشته باشد نقاط ذیل در تداوی مد نظر باشند.

- تجویز انالجیزیک ها.
- Primrose oil capsul که حاوی گاما اسید لینولئیک است . به مقدار 3g/D درد را شفا می بخشد (۷۰٪) اما دلبدی، استفراغ و سردردی از عوارض جانبی آن میباشد.
- Danazol 100mg/2tiem/D در صفحه قبل از عادت شدن که درد را احساس میکند، تجویز شود.
- Rastandol به مقدار 40mg/BD به مدت سه ماه.
- بروموکرتین 1.25 mg/D الی 2.50 ملی گرام فی روز برای سه ماه.
- tamoxifen 10mg /D شروع شده و اندومتريال هیپرپلازی ناشی از آن مد نظر باشد.

• انالوگ های Gn.RH مثلاً Goseline به مقدار 3,6 mg در هر ماه برای سه ماه بشکل زرقی عضلی.

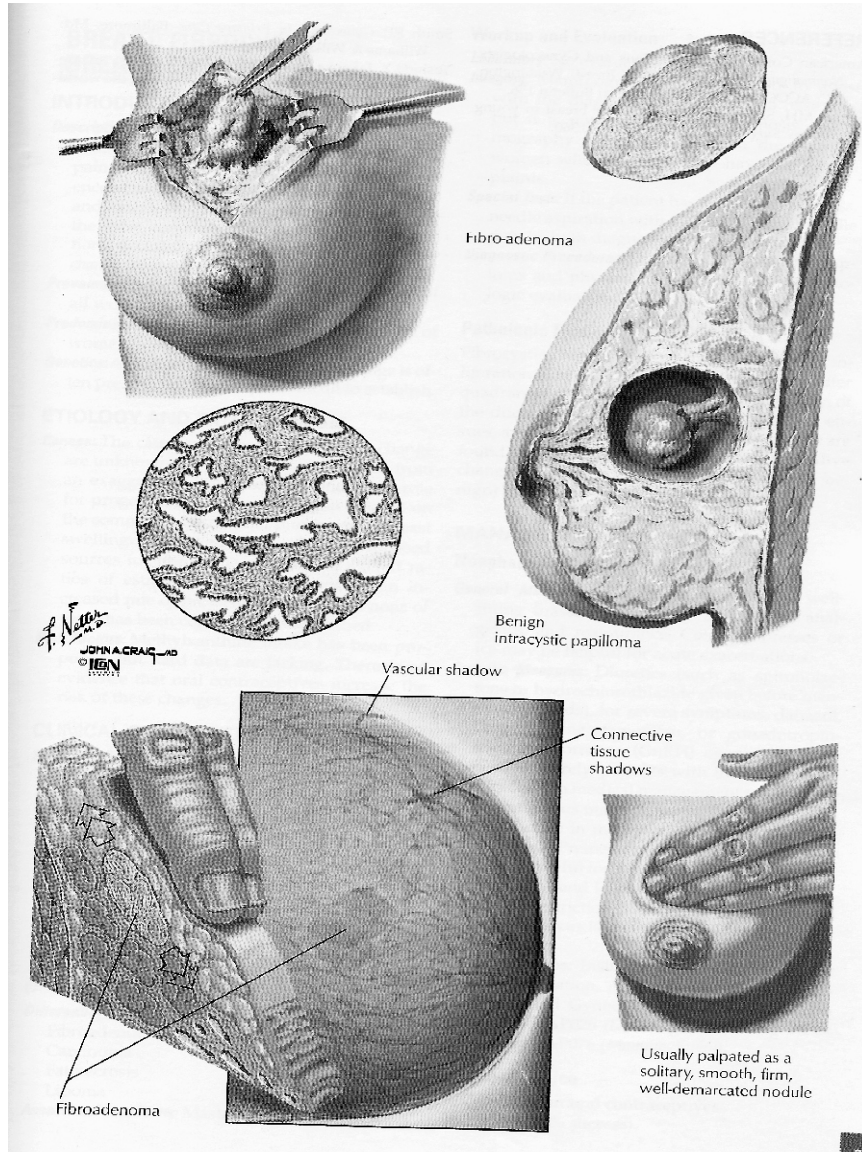
Tietz syndrome: یک سندروم سلیم بوده که مریضه احساس درد در صدر خود میکند ادویه NSAID در در تسکین می بخشد . اگر عارضه خاموش

نشد انستری موضعی با زرق هیدروکورتیزون در بیشتر از ۷۰٪ وقایع باعث خاموش شدن درد میشود.



(۴)

شکل (۴۰)



(۴)

شکل (۴۱)

Breast Carcinouma

کانشر ثدیه

کانشرهای ثدیه امروز در سطح جهان بدرجه اول قرار داشته و بفیصدی بلندی بحیث عامل مرگ و میر نزد خانم ها شناخته شده اند. در یک تعداد واقعات مترافق با کانشرهای تخمدان بوده زیرا از نظر اتیولوجی با هم وجه مشترک دارند لذا با مواجه شدن یک خانم به کانشر ثدیه باید بصورت دقیق تخمدان ها و دیگر احشای حوصلی بطنی هم مورد بررسی قرار داده شوند. و علاوه تا میتاستازهای کانشر تخمدان ها هم میتوانند باعث کانشر ثانوی ثدیه ها گردند.

فکتورهای زمینه ساز تومور ثدیه ها

- ۱- داشتن سابقه فامیلی که نشاندهنده داشتن فکتور جنیتیکی میباشد و ژن BRCA مسئول کانشر ثدیه ها تخمدان ها و رحم شناخته شده میباشد.
- ۲- سن و تعداد ولادت: سن بلندتر از ۴۰ساله، ولادت های زیاد، حمل گیری در سن های پیشرفته (خصوصاً حمل اول باری) و عدم شیردهی خانم به اولادش فیصدی وقوعات را بلند می برد.

- ۳- کشیدن سگرت سطح ابتلا به آفت را بلند می برد (تاثیر انحطاطی بالای سیستم معافیتی خانم دارد).
- ۴- مینارش مقدم و مینوپوز موخر در بلند رفتن فیصدی واقعات کمک میکند (از اثر تنبیه ثدیه ها توسط ستروجن به مدت طولانی تر).
- ۵- تجویز هورمون ها: دادن COC به مدت بیشتر از ۴ سال متواتر خصوصاً نزد خانم های کمتر از ۲۵ ساله باعث ایجاد عارضه شده میتواند.
- ۶- مرکبات پروجسترون و Nor testosterone از جمله ریسک فکتورها قبول شده اند ولی میدرکسی پروجسترون خطر ندارد.
- ۷- H.R.T یا تجویز هورمون های تعویضی به مقصد اصلاح حالت خانم که به مینوپور رفته است خطر شیوع آفت را بیشتر میسازد.
- ۸- داشتن سابقه فامیلی که نشاندهنده داشتن فکتور جنیتیکی میباشد و ژن BRCA مسئول کانسر ثدیه ها تخمدان ها و رحم شناخته شده میباشد.
- ۹- سن و تعداد ولادت: سن بلندتر از ۴۰ساله، ولادت های زیاد، حمل گیری در سن های پیشرفته (خصوصاً حمل اول باری) و عدم شیردهی خانم به اولادش فیصدی وقوعات را بلند می برد.

لوحه کلینیکی

لوحه کلینیکی خاصی ندارد صرف خانم از موجودیت کتله دردناک در ثدیه که بعضاً از حلیمه آن افزادات خارج میگردد شکایت دارد.

تشخیص و بررسی آفت

۱- باساس اعراض کلینیکی باید به آفت حدس زد.

۲- u/s در تشخیص کمک جدی میکند و یک پروسه Non invasive است خصوصاً در خانم های جوان.

۳- ماموگرافی در خانم های مسن خصوصاً کسانی که قبلاً هم عملیات ثدیة شده اند ارزش تشخیصی بلندی دارد.

۴- FANC

۵- MRI

۶- بیوپسی از نسج، گرفته شده Frozen section گردد.

تداوی

تداوی عارضه نظر به سن خانم به دو کته گوری تقسیم شده است.

۱- در خانم های مسن: Mastectomy جذری همراه با برداشتن عقدات

لمفاوی ناحیه ابطی بصورت مکمل ودقیق باید انجام شود.

۲- نزد خانم های جوان اجرای lobectomy همراه با برداشتن غدوات

لمفاوی و نودل های دیگر اگر موجود باشد. تداوی بعد از عملیات عبارت از شیموترایی و رادیوترایی میباشد که بحث مفصل و اختصاصی خود را دارد.

در خانم های جوان تا ظرف دو سال بعد از تداوی شعاعی و شیموترایی

توصیه گردد که حامله نشوند. (تاثیر تراتوجنیک بالای جنین) و علاوتاً اگر خانم شیرده باشد از شیردادن هم منع شود.

ادویه ضد حاملگی H.R.T و COC هم نباید به این خانم داده شود

و خانم های حامله هم در عین کته گوری قرار دارند.



Abstract

The current textbook is a useful and valuable book that includes updated applicable topics on gynecology. This book has been written in a very easy, understandable and fluent language that makes it one of the best ones in this field. It also contains explanatory figures and schemes which give it a more practical and academic characteristic.

Reading of this book will help you to gain an in-depth knowledge of introduction, clinical features, diagnosis and treatment of gynecologic diseases especially the disorders which affect those people of the third world societies.

It is strongly recommended for the medical students and young doctors to refer to this book for improving their theoretical knowledge of gynecology so that they can properly address the gynecologic problems and decline the morbidity and mortality of women especially mothers who have always been suffering from the lack of health services in our community.

To sum up, considering the common gynecologic disorders in our society, limitation of practical, applicable and easy resources and references for young doctors and medical students in this field, this book for sure aside from improving their knowledge, plays a significant role for better and more efficient service delivery for the dedicated mothers and needy women.

Another advantage of this book is discussing on the topics those are according to the curriculum of the Medical University in gynecology subject according to credit system. As like as



Anatomy of the genetal tract, Menstrual cycle Physiology, Diseases of the vulva, vagina and Internal Genital System, Trophoblastic diseases, Ectopic Pregnancy, Menstrual Cycle disorder, Hormon Thearapy in Gyneacology, Genital Prolapse, Endometriosis, alformation of the femal genetal organs, infertility, Benign & Malignent Lesion of the Ovariese ,Uterus and Cervical ,Contraceptives, Breast Disease & Geanetal TB .

Studing this book can reduce the percentage of maternal mortality and morbidity during the live and also increases the awareness of health personnel in health service.

More interesting topics on this book are: Menstrual cycle Physiolog Disease of the vagina. Hormon Thearapy in Gyneacology . Dysfunctional uterin bleeding ,Benign &Malignent Lesion of the genetal organs ect .

I recommend to dear doctors especially the doctors who are working in the district hospital and medical students.to studing this book .

Pro. Dr. Mhd Hassan Farid



در مسند علم کی رسی بی تحصیل تحصیل دهد به تو توان تبدیل

از حاصل عمر خود زمانی بهره گیری که کنی وقف به کسب تحصیل

بیوگرافی مؤلف

پوهندوی الحاج دوکتور محمد حسن (فرید) در سال ۱۳۳۱ در یک خانواده متدین و روشنفکر در یکی از قریه های ولسوالی انجیل ولایت هرات چشم به جهان گشود. دوره تعلیمات ابتدائی را در مکتب ابولولید (رح) سپری نموده و در سال ۱۳۴۵ شامل دارالمعلمین هرات گردیده است.

وی در سال ۱۳۵۰ دارالمعلمین را به پایان رسانیده و نظر به لیاقت و پشتکاری که داشت بعد از اشتراک در کانکور سال ۱۳۵۲ با نمره عالی موفق به آغاز تحصیل در رشته طب در پوهنحئی طب پوهنتون کابل شد. این شخص سخت کوش با تلاش وافر خویش، در سال ۱۳۵۸ با درجه عالی از پوهنحئی طب پوهنتون کابل به درجه ماستری فارغ التحصیل شده و شامل کدر علمی انستیتوت

دولتی طب کابل گردید. قابل ذکر است که او در عین زمانی که عضو کدر علمی دیپارتمنت ولادی نسائی بود در شفاخانه ملالی زیرینون کار پراکتیکی و عملی نموده و تخصص خود را نیز در بخش ولادی نسائی اخذ نموده است.

این شخص پر تلاش برای خدمات بیشتر بشردوستانه در راستای ایجاد تغییر مثبت در ساحة صحت و سلامتی از ماه قوس سال ۱۳۶۶ الی ۱۳۷۱ به حیث رئیس صحت عامه حوزه وی زون غرب در شفاخانه حوزه وی هرات با حفظ حقوق کدر علمی مقرر و با کمال صداقت و ایماندارای ایفای وظیفه تموده است و با درک تأثیر مثبت علم و دانش در صحتمندی و رفاه جامعه و با همکاری مقامات ذیصلاح هرات و کابل در سال ۱۳۶۹ موفق به تأسیس پوهنحئی طب هرات گردید و نیز برای رشد علمی این پوهنحئی مشغول تدریس مضامین مختلف و اختصاصاً ولادی نسائی در آن شد و تا سال ۱۳۹۱ به حیث استاد و معاون آن پوهنحئی ایفای وظیفه مینمود.

وی در حال حاضر معاون علمی پوهنتون هرات میباشد و در کنار خدمات بیدریغانه مسلکی خود در صحنه علمی و عملی و نظر به علاقه فراوانی که به مردم خود دارد عضو بعضی از نهادهای مدنی و اجتماعی نیز هست. تعلق زیادی که وی نسبت به جامعه افغانی دارد او را واداشت تا برای ایجاد نهادهای مختلف مدنی و اجتماعی اقدام نماید.

او در دوران کاری و تحصیلی خود مقالات تحقیقی علمی و کتابهای فراوانی را به رشته تحریر درآورده است که از آن جمله طور مثال میتوان از مقالات وزن طفل در وقت ولادت، تأثیرات گروپ خون و فکتور RH، خون ریزی های غیرطبعی دستگاه تناسلی، عقامت، انواع کانتراسپتیوها و تأثیرات آن نام برد. قابل تذکر است که او محقق، نویسنده و مترجم کتابهای علمی تحقیقی دیگری چون سزارین سکشن (C.S) در زایشگاه هرات، کتاب ولادی درسی برای صنف چهارم و کتاب نسایی هذا نیز هست.

در ادبیات دری مهارت خوبی داشته و در ساحه شعر هم توانایی بالخاصه دارد. دانش بلند مسلکی و روحیه اجتماعی و همگرائی وی، او را از افراد با نفوذ جامعه ساخته است.

گر بود چو قطره، عاقبت دریا باشد	آنکس که بکسب علم و دانش پا شد
جاهل همه جا زجهل خود رسوا شد	رو کوش به کسب فضل و دانش کآخر



مآخذ

1- Padubidvi V.G & Anand Ela, (2005), GYNEACOLOGY, prep Manual for under graduates Gyneacology, NEW Delhi- **110024**, INDIA, Read Else vier Private, First Published page:(most of the books).

2- Royer P.Smith M.D (2004) Netter's Obstetrics Gynecology and Women's Health, Icon Learning System LLC, Subsidiary of Medi media USA, Library of Congress Catalog No **2002101815** Thired Volium, Page: **295,299,305,317,326,340,343,351-353,379,384.....,535** ect.

3- Rahimian Jeannine MD MBA, Tao T.Le MD MHS, (2007) OBSTETRICS & GYNEACOLOGY BOARDS, First Aid for the Boards, USA, Me Growthill Companies, First Edidion page: **101-103.112.114.136**.

٤.Rebecca Gaertner M.D Marjane Attaran M.D ECT (2007) , General Gynecology the Riqusits in Obstetrics and Gynecology, By Mosby, Inc, an Affliate Of Elseviere , Inc, Printed in The USA, Print Number **987654321**, **1600** Jhon.f.Kennedy Blvd , Suit **1800** Philadelphia PA **19103-2899**, First Edition Page **4** to **390**



5- Padobidri V.G. Datary Shirish N.(2008), SHAWS TEXT BOOK OF GYNEACOLOGY, Reed Elsevier India, Privat Limited. 14 Edition, Page: **9,38-40,55,61.**

6- Somkuti Stephon. G MD,6- Ph.D.(2006) OBSTETRICS and GYNEACOLOGY BOARD, REVIEW, Mc Graw- Hill Medical Publishing Division, NEW YORK, LONDON, Delhie & ect Second Edition, Page:**218,220.**

7- Gibbs Ronald s, MD Karian Bethy MD Haney Arthur F, MD Nygaard Ingrid E, MD (2008) DANFORTH'S OBSTETRICS and GYNEACOLOG, Wolters Kluwer Lippincott Williams & wilkins health. Tenth Edition. Page:**589-591,653. ect**

8- Ash MONGA Bmed(sci) BM BS, MRCOG, Hadder Arnold, (2006) GYNEACOLOGY BY TEN TEACHER 338 Euston road London NW. 3BH, Typest in Minion 9.5/12 pts by charon Tec PVT. Ltd, Chennai, India, 18 Edition Page: **139-145.**

9- Rashid Latif Khan (1992) GYNEACOLOGY Tallemi Edara Urdu Bazar, Lahore, Ten-Temple Road Nawaa-i- Waqt Press Lahore Second Edition, Page: **95,180, 197,208.**

10- Lippincott Willams & Wilkins & Wolters Kluueer.(2012) , Berek and NOVAKS GYNEACOLOGY, Market Street Pheladelphia, PA 19103 USA, Fifteenth Edition, Page: **444,446,449,308,763.ect**



11- Arona Sakshi,(2010) SELF ASSISMENT of REVIEW
GYNEACOLOGY, Jeyppee Brothers Medical Publishers Ansari
Road Delhi, Daryaganj, New Delhi, **110002** India. Page:
68.78.158-159.

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Book Name Gyneacology
Author Dr. Mohammad Hassan Farid
Publisher Herat Medical Faculty
Website www.hu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200760