

# PID (بیماری های التهابی لگن)

- 1- عبارت است از عفونت و التهاب دستگاه تناسلی فوقانی که زنجیره اندومتریت سالیپنژیت و پیریتونیت درگیر می کند
- 2- انتقال از طریق صعود میکرو ارگانیسم های اندوسرویکس است
- 3- تشخیص عمدتاً بالینی
- 4- عامل آن به طور معمول نیسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس
- 5- میکروارگانیسم های عامل BV می تواند عامل PID باشد

# تشخیص

► 1- درد لگن - حساسیت به دنبال حرکت سرویس - تب

( سه علامت معمول )

► 2- اما در بعضی با علائم تناسلی ادراری مانند درد تحتانی شکم -  
ترشح واژینال - منوراژی - متروراژی تب و لرز و علائم ادراری  
مراجعه می کند

► 3- بعضی بدون علامتند و با عوارض PID مراجعه می کنند

# معیار های بالینی برای تشخیص PID

## نشانه ها :

▶ حساسیت اعضای لگن

▶ لکوره

## معیار های همراه برای افزایش اختصاصی بودن تشخیص :

▶ مشاهده ی اندومتريت در بیوپسی

▶ افزایش ESR ,CRP

▶ تب بالای 38

▶ لکوسیتوز

▶ تست مثبت گنوره یا کلامیدیا

## معیار هایی که می تواند همراه PID باشد :

▶ آبسه

▶ تایید سالپنژیت از طریق لاراسکوپي

| Symptoms                                                         |
|------------------------------------------------------------------|
| None necessary                                                   |
| Signs                                                            |
| Pelvic organ tenderness                                          |
| Leukorrhea and/or mucopurulent endocervicitis                    |
| Additional Criteria to Increase the Specificity of the Diagnosis |
| Endometrial biopsy showing endometritis                          |
| Elevated C-reactive protein or erythrocyte sedimentation rate    |
| Temperature higher than 38°C (100.4°F)                           |
| Leukocytosis                                                     |
| Positive test for gonorrhea or chlamydia                         |
| Elaborate Criteria                                               |
| Ultrasound documenting tubo-ovarian abscess                      |
| Laparoscopy visually confirming salpingitis                      |

# درمان

- ▶ 1- عمدتاً سرپایی و باید پوشش وسیع الطیفی برای پاتوژن ها ایجاد کند
- ▶ 2- اندیکاسیون های بستری در بیماران :
  - ▶ 1- تشخیص نامعلوم
  - ▶ 2- شک به آبسه
  - ▶ 3- علائم شدید
  - ▶ 4- عدم پذیرش درمان سرپایی درمان

## Outpatient Treatment

*Cefoxitin*, 2 g intramuscularly, plus probenecid, 1 g orally concurrently, *or*

*Ceftriaxone*, 250 mg intramuscularly, *or*

Equivalent cephalosporin

*Plus:*

*Doxycycline*, 100 mg orally 2 times daily for 14 days, *or*

*Azithromycin*, 500 mg initially and then 250 mg daily for a total of 7 days

## Inpatient Treatment

### Regimen A

*Cefoxitin*, 2 g intravenously every 6 hrs, *or*

*Cefotetan*, 2 g intravenously every 12 hrs

*Plus:*

*Doxycycline*, 100 mg orally or intravenously every 12 hrs

### Regimen B

*Clindamycin*, 900 mg intravenously every 8 hrs

*Plus:*

*Ceftriaxone*, 1–2 g intravenously every 12 hrs, *or*

*Gentamicin*, intravenously (5 mg/kg of body weight) daily

# درمان

## درمان گنوره :

▶ سفتریاکسون 250 میلی گرم IM تک دوز یا سفکسیم 400 میلی گرم خوراکی تک دوز  
+ آزیترومایسین 1 گرم خوراکی تک دوز

## درمان کلا میدیا :

▶ آزیترومایسین 1 گرم خوراکی تک دوز یا داکسی سایکلین 100 میلی گرم خوراکی دوبار  
در روز تا یک هفته

*Neisseria gonorrhoeae endocervicitis*

Ceftriaxone, 250 mg IM in a single dose, PLUS

Azithromycin 1g orally in single dose

If ceftriaxone is not available:

Cefexime, 400 mg in a single dose, PLUS

Azithromycin 1 g orally in single dose

*Chlamydia trachomatis endocervicitis*

Azithromycin, 1 g orally (single dose), or

Doxycycline, 100 mg orally twice daily for 7 days



# زمان ترخیص

- ▶ 1- قطع تب به مدت بیش از 24 ساعت
- ▶ 2- شمارش گلبول سفید به حالت نرمال
- ▶ 3- از بین رفتن حساسیت شکم و حرکات سرویکس

# آبسه لگنی

- ▶ 1- همان درمان‌های موارد بستری
- ▶ 2- در صورتی پاسخ درمانی به آنتی بیوتیک پس از 72 ساعت از تخلیه آبسه مدنظر می باشد