

# عفونت های ادراری- تناسلی و بیماری های مقاربتی

زهره میرکازهی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر

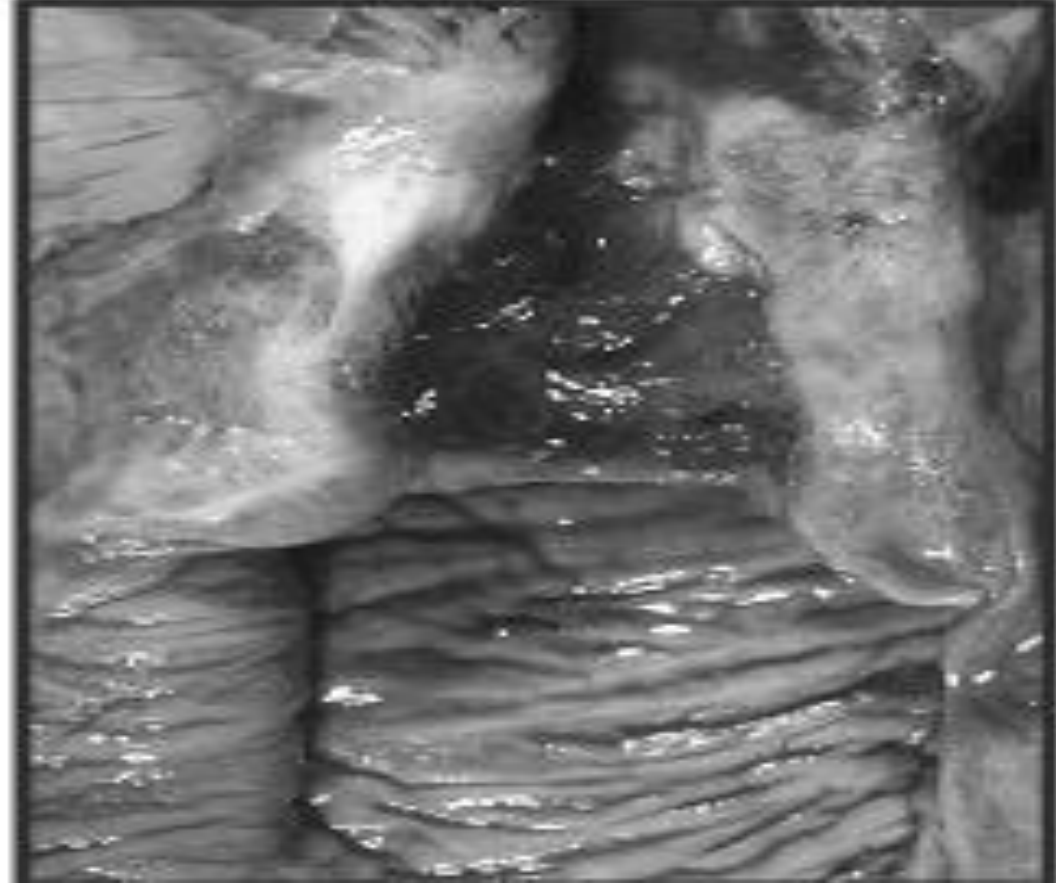
## عفونت های واژن

❑ فلور طبیعی واژن عموماً از نوع هوازی است و تقریباً ۶ سوش مختلف باکتریایی آن را تشکیل می دهند که شایعترین آن ها لاکتوباسیل گرم مثبت مولد  $H_2O_2$  است

❑ **pH** طبیعی واژن کمتر از ۴/۵ بوده و این **pH** با تولید اسید لاکتیک همپنان در حد طبیعی باقی می ماند

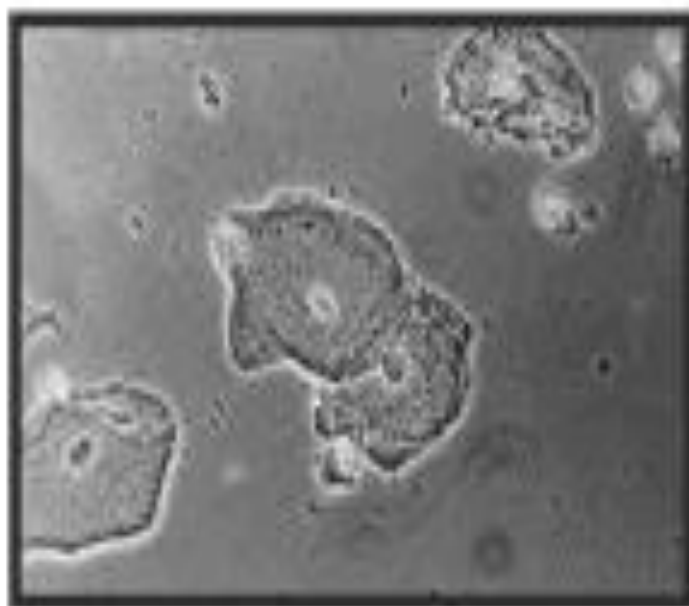
❑ سلول های اپی تلیال واژن حاوی گلیکوژن هستند به طوری که تحت تاثیر استروژن، گلیکوژن را به مونوساکارید تبدیل کرده و این خود توسط لاکتوباسیل ها به اسید لاکتیک تبدیل می شود

## *Vagina with Rugae*

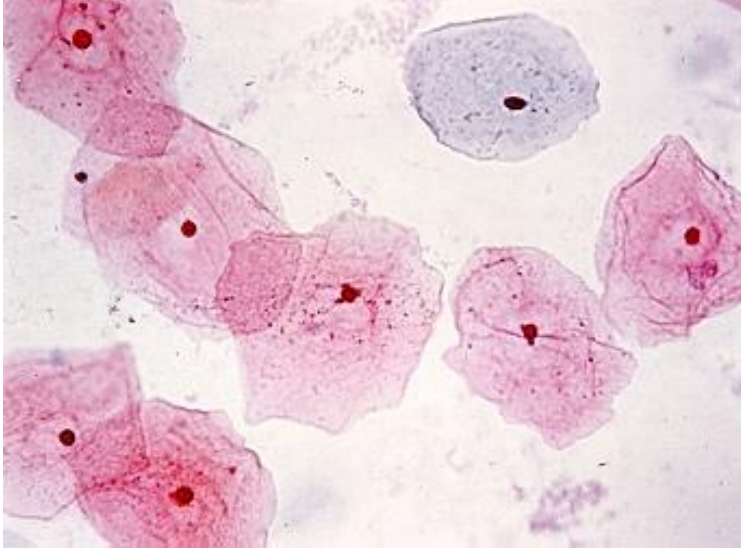


## Wet Mount of Normal Vagina

- Few white blood cells
- Few red blood cells
- No clue cells
- Lactobaccilli

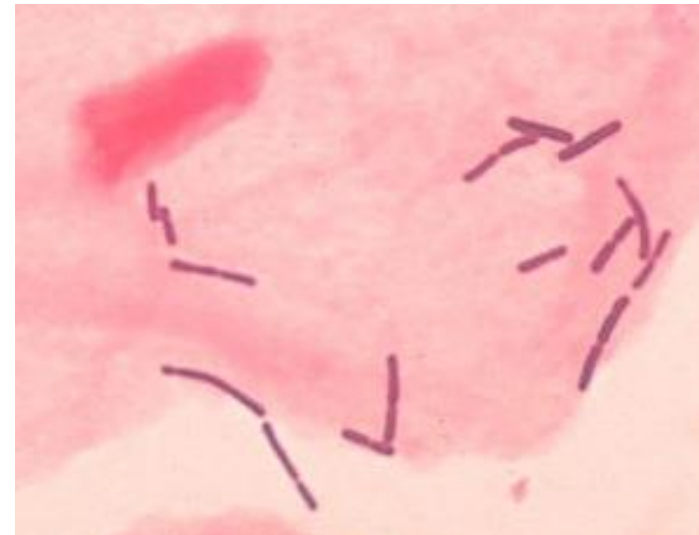
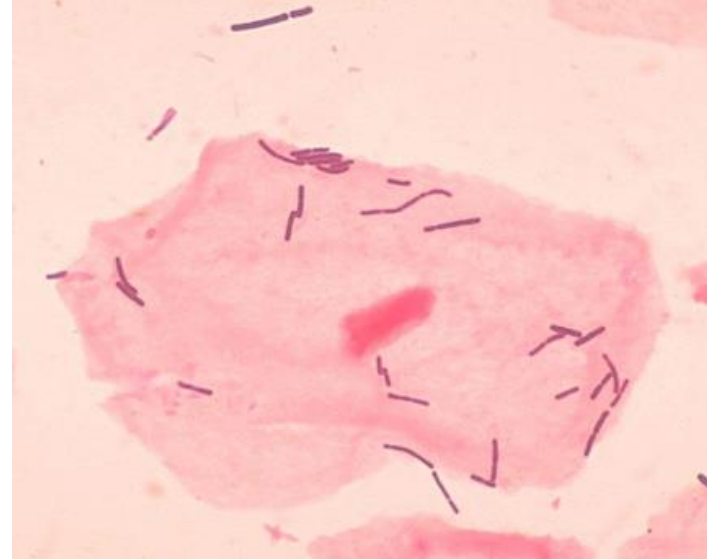


# Additional Slides - Normals



**Normal Epithelial Cells  
with Sharp Borders**

**Normal Lactobacilli -  
5 to 15  $\mu$  (note size  
to cell nucleus) relative**



## What makes women at risk for vaginitis?

- Adolescence
- Multiple sexual partners
- Impaired immune response
- Damaged mucous membranes
- Menopause



## ترشحات واژن

- قوام لفته مانند با ویسکوزیته غلیظ
- رنگ سفید
- بدون بو
- در خوردنیکس خلفی جمع شده
- بیشترین مقدار در وسط سیکل و کمترین در قبل از قاعدگی
- استروژنی : کشنده ، شفاف
- پروژسترونی : مه الود و غلیظ

## واژینوز باکتریال (BV)

✓ واژینیت غیر اختصاصی یا واژینیت گاردنلایی گفته می شود

✓ BV شایعترین نوع واژینیت در ایالات متحده است

✓ گاردنلا واژینالیس یا هموفیلوس واژینالیس یک کوکوباسیل هوازی و پلئومورفیکی است که در واقع جزو فلور طبیعی واژن می باشد

✓ این ارگانیسم در شرایط خاصی تکثیر یافته و از طریق واکنش متقابل با انواع باکتری های بی هوازی سبب ایجاد علائم می شود

✓ در این بیماران اغلب لاکتوباسیل ها وجود ندارد

✓ به طور کلی باکتری های بی هوازی در کمتر از ۱ درصد فلور طبیعی زنان یافت می شود



## واژینوز باکتریال (BV)

- ✓ شاید قلیایی شدن مکرر واژن مثلا به دلیل مقاربت های مکرر سبب تغییر در فلور واژن و بنابراین BV شود
- ✓ تقریبا در ۳۰ درصد موارد می توان گاردنلا واژینالیس را از واژن زنان بدون علامت جدا کرد از طرف دیگر این ارگانیزم حداقل از ۹۰ درصد زنان مبتلا به BV جدا گردیده است
- ✓ BV در زنان بدون فعالیت جنسی نادر است ، علامت بارز BV ترشحات با بوی شبه ماهی است ، دیزوری، دیس پارونی فیلی واضح نیست
- ✓ در زنان مبتلا به BV فطر التهابی لگن PID به دنبال سقط، عفونت های کاف واژن به دنبال هیستریکتومی و غیر طبیعی بودن سیتولوژی سرویکس افزایش می یابد
- ✓ فطر پارگی زودرس غشاها، زایمان پیش از موعد، کوریوآمنیونیت و آندومتریت بعد از سزارین در زنان حامله مبتلا به BV بیشتر از سایرین است

# واژینوز باکتریال (BV)

وجود سه علامت از ۴ تای زیر تشفیص **BV** را تایید می کند:

۱- وجود ترشح هوموژن که به دیواره های واژن بپسبد ولی به آسانی جدا شدن باشد

۲- افزایش **PH** واژن (به بیش از ۴/۵ و معمولا بین ۴/۷ تا ۵/۷)

۳- وجود سلول های **CLUE** و عدم وجود لکوسیت در نمونه ترشحات واژینال همراه با سالیین

۴- مثبت شدن تست **WIFF** به اضافه کردن **KOH** به ترشحات واژن، یک بوی آمین مانند و شبه ماهی متصاعد می شود که مشفیه **BV** است

تست هیدروکسید پتاسیم : تشفیص واژینوز باکتریال

# واثرینوز باکتریال (BV)

- ✓ مترونیدازول داروی انتخابی برای درمان BV است
- ✓ این دارو علیه به خوبی علیه بی هوازی ها عمل می کند و تاثیر ففیفی بر روی لاکتوباسیل ها دارد
- ✓ معمولا ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۲ بار در روز به مدت ۷ روز تجویز می شود
- ✓ گاهی ۲ گرم یکجا مترونیدازول تجویز می شود
- ✓ میزان شفا ی کلی در صورت استفاده از رژیم های فوق از ۵۷ تا ۸۴ درصد متغیر است
- ✓ ژل مترونیدازول، کلیندامایسین خوراکی یا واژینال نیز موثر هستند
- ✓ مصرف همزمان مترونیدازول و الکل خطرناک است زیرا علایم ترک الکل ایجاد می کند (علایم شبه دی سولفیرام)
- ✓ کشت به علت عدم اختصاصیت جهت تشفیص پیشنهاد نمی شود

## درمان

• واژینوز باکتریال ( BV )

• -Tab Metronidazole 250mg N= 28

هر ۱۲ ساعت دو عدد باهم به مدت ۷ روز میل شود

یا

• -Vaginal Gel Metronidazole 0.75 % N=1tube

• شبی یک اپلیکاتور (5gr) یک یا دوبار داخل واژن برای پنج روز

## درمان

یا

**-Tab Metronidazole 250mg N=8**

یکجا خوراکی مصرف شود

یا

**-Vag cream clindamycin 2% N=1**

شبیه یک اپلیکاتور، داخل واژن تا ۷ شب

یا

**-Tab clindamycin 300 mg N=14** هر ۱۲ ساعت (دو بار) در روز

به مدت ۷ روز

یا

**-Supp vag clindamycin 100 mg N= 3** شبیه یک عدد داخل واژن به مدت

۳ روز

# BV TREATMENT IN PREGNANCY

- Treat Symptomatic Women
  - MTDZ 500 mg po BIDx 7D
  - MTDZ 250 mg po TID x 7D
  - Clindamycin 300 mg PO BID x 7D
- NO evidence of teratogenicity with PO MTDZ even when used in 1<sup>st</sup> Trimester
- DO NOT USE TOPICALS

# واژینیت تریکومونایی

## Trichomonas

- Small protozoa
- Moves under microscope
- Sexually transmitted
- Must treat patient and partner



# واژینیت تریکومونایی

✓عامل آن یک انگل تاژک دار منقل شونده از طریق تماس جنسی است

✓این انگل جن فلور طبیعی واژن نیست

✓رشد آن در محیط های مرطوب و فاقد هوا با **PH** نسبتا قلیایی تر از واژن طبیعی (**PH= 5/5 -6/5**) افزایش می یابد

✓۷۰ درصد مردان بعد از یک بار مقاربت با زن آلوده دچار **TV** می شوند و این امر نشان می دهد که میزان انتقال از مرد به زن از این حد نیز بالاتر است

✓واژینوز تریکومونایی اغلب با واژینوز باکتریال همراه است

✓در ۶۰ درصد موارد بالا بودن غلظت ارگانیسم باعث ایجاد فونریزی های نقطه ای ظریفی در مخاط می شود که به آن سرویکس توت فرنگی شکل می گویند (**STRAWBERRY CERVIX** یا **COLPITIS MACULARIS**) البته این یافته نادر است



# واثرینیت تریکومونایی

- ✓ ترشحات واژینال کف آلود میم، رقیق، چرکی، بدبو، به رنگ زرد تا سبز مشفصه این بیماری است
- ✓ دیزوری، دیس پارونی، فارش واژینال ممکن است دیده شود
- ✓ برای مشاهده انگل به یک قطره از ترشحات واژن سالین اضافه می شود و در زیر میکروسکوپ انگل به همراه تعداد افزایش یافته لکوسیت را مشاهده می کنند
- ✓ تست **WHIFF** نیز ممکن است مثبت باشد
- ✓ **PH** ترشحات واژن معمولا بالای ۵ (۵ تا ۶/۵) است
- ✓ فطر سلولیت کاف واژن به دنبال هیستریکتومی در واثرینیت تریکومونایی افزایش می یابد
- ✓ همپنین شانس **PROM** و زایمان پیش موعد در زنان باردار مبتلا به واثرینیت تریکومونایی بیشتر از سایرین است
- ✓ در واثرینیت تریکومونایی باید هر دو زوج مورد درمان قرار گیرند چرا که سرایت آن به همسر زیاد است

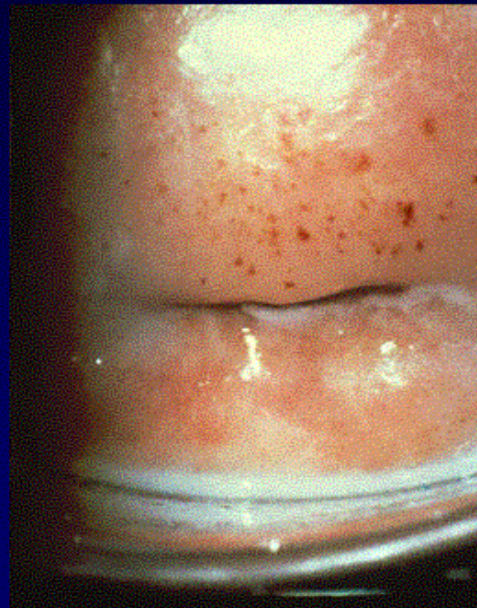
# واژینیت تریکومونایی

- ✓ این زنان باید از نظر سایر بیماری های منتقله از طریق جنسی بخصوص نایسریا گنوره آ، کلامیدیا تراکوماتیس، سیفلیس و HIV بررسی شوند
- ✓ مترونیدازول ( تک دوز ۲ گرمی و یا ۲۵۰ میلی گرمی هر ۸ ساعت به مدت یک هفته) داروی انتخابی است و میزان بهبودی با این رژیم ها حدود ۹۵ درصد است
- ✓ ژل مترونیدازول در درمان BV بسیار موثر است ولی در واژینیت تریکومونایی توصیه نمی شود
- ✓ در صورت عدم پاسخدهی به درمان اولیه باید مجدداً یک دوره درمانی تکرار شود
- ✓ در صورت عدم پاسخ دهی به درمان دوم باید دو دوز روزانه ۲ گرم مترونیدازول به مدت ۵-۳ روز داده شود
- ✓ در موارد عدم جواب به درمان مجدد و رد احتمال عفونت مجدد تهیه کشت از انگل جهت تعیین حساسیت به مترونیدازول رکن اصلی درمان است
- ✓ همسر بیمار نیز باید درمان شود

# مترونیدازول

- ✓ مترونیدازول از راه فوراکمی به خوبی جذب شده و از جفت و سطح فونی - مغزی عبور می کند
- ✓ پروتئین باندینگ آن ناپیچ بوده و متابولیسم آن کبدی است
- ✓ نیمه عمر آن ۸ ساعت بوده و در شیر ترشح می شود
- ✓ این دارو و متابولیت های عمده آن توسط همودیالیز به سرعت از فون برداشت می شوند
- ✓ مصرف همزمان آن با داروهای فوراکمی ضد انعقادی فوراکمی خطرناک است چرا که با مهار کردن متابولیسم آنزیمی داروهای انعقادی، اثر بخشی این داروها را افزایش می دهند
- ✓ این داروها در سه ماهه اول حاملگی منع مصرف دارند
- ✓ مترونیدازول در حیوانات سرطان زا است
- ✓ این دارو باعث فشیکی دهان و طعم فحزی در دهان، اختلالات گوارشی نظیر تهوع، استفراغ، لکوپنی و ژنیکوماستی می شود
- ✓ تبویز مترونیدازول در موارد زیر خطرناک است : بیماری ارگانیک سیستم عصبی مرکزی مانند صرع، دیسکرازی های فونی ویا سابقه ابتلا به آن و اختلال شدید فونکسیون کبدی

## "Strawberry" cervix due to *T. vaginalis*



Source: Claire E. Stevens/Seattle STD/HIV Prevention Training Center at the University of Washington



# واثرینیت کاندیدیایی

- ✓ دومین عفونت شایع واژن است
- ✓ حداقل ۷۵ درصد زنان در طول زندگی خود حداقل یکبار دچار کاندیداز ولو واژینال (**VVC**) شده اند که کاندیدا آلبیکنس مسئول ۹۰-۱۵ درصد آن ها بود است
- ✓ این ارگانیسم را می توان از واژن ۲۰ درصد زنان بدون علامت جدا کرد و تنها در صورت داشتن علائم باید آن را درمان نمود
- ✓ ریسک فاکتورهای **VVC** علامت دار عبارتند از: تبویز آنتی بیوتیک قبلی، حاملگی و دیابت
- ✓ احتمالا اشکال در ایمنی با واسطه سلولی (**CMI**) در این موارد دخیل است
- ✓ فارش ولو و واژن علامت بالینی شایع این بیماران است
- ✓ فارش اغلب شدید بوده و می تواند با دیزوری، دیس پارونی همراه باشد
- ✓ علائم غالبا درست قبل از شروع فونریزی قاعدگی آغاز می شوند
- ✓ در واثرینیت کاندیدیایی غیر آلبیکنس: نیستاتین فوراکی

# واثرینیت کاندیدیایی

- ✓ در **VVC** بوی بد به مشام نمی رسد
- ✓ ترشحات سفید، غلیظ، دلمه مانند، پنیری شکل مشفصه آن بوده است و سرویکس نمای طبیعی دارد
- ✓ **PH** واژن در مبتلایان به **VVC** اغلب طبیعی و کمتر از ۴/۵ است
- ✓ معمولاً بررسی ترشحات واژن در مفلوط سالینی طبیعی بوده و تست **WHIFF** منفی است
- ✓ با تست **KOH** می توان عناصر قارچی را مشاهده کرد
- ✓ تعدادی از زنان دچار کاندیدیاز ولوواژینال راجعه مزمن می شوند
- ✓ در این زنان علایم تحریکی وستیبول ولو همپنان باقی می ماند و خارش تبدیل به سوزش پایدار می شوند
- ✓ این زنان اکثر دچار درماتیت مزمن یا درماتیت آتروفیک هستند
- ✓ داروهای موضعی آزول ها ( مایکونازول ها، کلوتیزمازول و ...) رایجترین داروی مصرفی در **VVC** بوده و اثر بخشی آن بیشتر از نیستاتین است

# واثرینیت کانیدیایی

- ✓ آزول ها در ۱۵ درصد موارد سبب سبب تففیف علایم و منفی شدن کشت می شوند
- ✓ رفع علایم اغلب ۲-۳ روز طول می کشد
- ✓ اثر بخشی فلوکونازول ( داروی ضد قارچ ) در درمان موارد ففیف تا متوسط **VVC** با داروهای آزول یکسان بوده است
- ✓ استروئید موضعی نظیر هیدروکورتیزون نیز می تواند به از بین بردن علایم تحریکی قارچی کمک کند
- ✓ در فرم **VVC** مزمن و راجعه ابتدا از کتوکونازول تهوینز شده و سپس بیماران تحت درمان دوز پروفیلاکتیک قرار می گیرند
- ✓ یک روش موثر در درمان کانیداز استفاده از اسید بوریک است
- ✓ شیاف های اسید بوریک بخصوص در مبتلایان به علایم مزمن مفید است
- ✓ عوارض جانبی آن ناچیز است ولی مصرف آن در حاملگی ممنوع است
- ✓ بروز حداقل ۴ اپیزود واثرینیت کانیدیایی در طول یکسال اندیکاسیون درمان ساپرسیو دارد



# Vulvovaginal Candidiasis



Source: Health Canada, Sexual Health and STI Section, Clinical Slide Gallery



# VVC PREGNANCY

- Topical “imidazoles” only
  - Only Clotrimazole and Miconazole Category B in pregnancy
  - All other anti-yeast medications Category C
- Fluconazole should not be used

# واژینیت آتروفیک

- ✓ هیپواستروژنیسم سبب واژینیت آتروفیک می شود به طوری که آتروفیه شدن اپی تلیوم واژن و ولو منجر به دیس پارونی و فونریزی بعد از مقاربت می شود
- ✓ در بررسی میکروسکوپیکی ترشحات واژن برتری سلول های پارابازال و افزایش تعداد لکوسیت ها دیده می شود
- ✓ این افتلال به تبوینز یک گرم گرم استروژن کونژوگه ( هر روز به مدت ۲-۱ هفته ) جواب میدهند
- ✓ تبوینز استروژن سیستمیک برای جلوگیری از عود این بیماری ضروری است

## سرویسیت

✓ سرویکس از دو نوع مختلف سلول اپی تلیالی یعنی اپی تلیوم سنگفرشی و اپی تلیوم غدری تشکیل شده است

✓ اپی تلیوم اکتوسرویکس ممکن است در اثر همان ارگانیسم های مسبب واژینیت دچار التهاب شود

✓ تریکوموناس، کاندیدا و ویرو هرپس سیمپلکس می توانند سبب عفونت اکتوسرویکس شوند

✓ بالعکس نیسریا گونوره آ و کلامیدیا تراکوماتیس فقط اپی تلیوم غدری را درگیر کرده و سبب آندوسرویسیت موپرولانیت (MPC) می شوند

✓ تشخیص MPC بر اساس یافتن ترشحات چرکی اندوسرویکال تغلب به رنگ زرد یا سبز بوده و موکوپ **MUCOPUS** نامیده می شوند

✓ در نمونه لام این ترشحات چرکی ازدیاد نورتوفیل ها بیشتر از ۳۰ عدد در هر فیلد میکروسکوپیکی با قدرت بالا و دیپلوکوک گرم منفی دیده می شود

## سرویسیت

- ✓ علایم **MPC** شامل ترشحات چرکی، ازدیاد نوتروفیل ها، دیپلوکوک گرم منفی (گنوکوم) دیده می شوند
- ✓ علایم **MPC** شامل ترشح چرکی و لکوپنی یا خونریزی واژینال بعد از مقاربت با بعد از بکارگیری دوش های واژینال هستند
- ✓ در معاینه فیزیکی، سرویکس به رنگ قرمز و اغلب شکننده بوده و توسط ترشحات غلیظ، فراوان و به رنگ سفید مایل به زرد پوشیده می شود.
- ✓ شایعترین ارگانیزم در کشت ترشحات سرویکس، کلامیدیا تراکوماتیس است
- ✓ سایر ارگانیزم های قابل کشت به ترتیب شیوع عبارتند از: نیسریا گنوره آ، تریکوموناس واژینالیس، کاندیدا، استرپتوکوک گروه B، گاردنلا واژینالیس، مایکوپلاسما هومینیس و اوره آ پلاسما آوره آ لیتیکوم است
- ✓ همه شرکای جنسی باید تحت درمان آنتی بیوتیکی مشابه قرار گیرند
- ✓ سرویسیت موکوپرولانت اکثرًا با باکتریوز واژینال همراه است و در صورت عدم درمان همزمان پایداری قابل توجه علایم و نشانه های بیماری رخ می دهد
- ✓ تشخیص سرویسیت: وجود موکوپوس - وجود بیش از ۳۰ عدد نوتروفیل در هر میدان میکروسکوپیکی

# رژیم های درمانی عفونت های گونوکی و کلامیدیایی

آندوسرویسیت نیسریا گنوره

✓ سفیکسیم ، ۴۰۰ میلی گرم فوراً کی

✓ سفتریاکسون ، ۱۲۵ میلی گرم داخل عضلانی در یک دوز یا

✓ سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم در یک دوز یا

✓ او فلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم فوراً کی در یک دوز یا

✓ لو فلوکساسین ۲۵۰ میلی گرم فوراً کی در یک دوز

# رژیم های درمانی عفونت های گونوکی و کلامیدیایی

آندروسرویسیت کلامیدیایی

آزیترومایسین یک گرم فوراً کی در یک دوز و

داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم فوراً کی دوبار در روز به مدت ۷ روز یا

افلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم فوراً کی دو بار در روز به مدت ۷ روز یا

لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم فوراً کی به مدت ۷ روز

اریترومایسین پایه ۵۰۰ میلی گرم فوراً کی ۴ بار در روز به مدت ۷ روز یا

اریترومایسین اتیل سوکسینات ۱۰۰ میلی گرم فوراً کی ۴ بار در روز به مدت ۷ روز

در بارداری: آزیترومایسین

## بیماری التهابی لگن

**PID** مפתح زنانی بوده که دارای قاعدگی بوده و از نظر جنسی فعال هستند

این بیماری در دوران حاملگی، سنین قبل از شروع قاعدگی، بعد از منوپوز، و زنان مجرد نادر است

**PID** توسط ارگانیسم های کلونیزه کننده آندروسرویکس ایجاد می شود

عفونت ممکن است محدود به لوله های فالوپ، یا همراه با درگیری تخمدان ها باشد

اکثریت موارد **PID** ناشی از ارگانیسم های مقاربتی نظیر نیسریاگونوره آ و کلامیدیا تراکوماتیس ایجاد می شود

**PID** ممکن است ناشی از باکتری های بی هوازی، هوازی و یا مفلوطی از این دو تا باشد

تشخیص: درد لگن، بروز حساسیت در هنگام تحرک سرویکس و تب

بعضی از خانم ها ممکن است تب نداشته باشند

## بیماری التهابی لگن

- ❑ مراقب معیارهای لازم لاپاراسکوپی برای تشخیص PID : اریتم لوله های فالوپ- ادم و تورم لوله های فالوپ- تراوش آگزودا از خیمبریه یا از سروز لوله فالوپ
- ❑ در موارد متوسط معیارها بارزتر است و لوله ها مشفص نیست و در موارد شدید توده التهابی وجود دارد
- ❑ آندومترییت در ۱۵-۷۰ درصد موارد انتفاپی همراه با سالپنژیت دیده می شود
- ❑ در مبتلایان به PID در لام مرطوب ترشحات واژن و یا در ترشح موکوپورلانت تعداد زیادی نوتروفیل مشاهده می شود
- ❑ در غیاب گلبول های سفید در ترشحات دستگاه ژنیتال تحتانی تشخیص PID غیرمتمل است
- ❑ مایع بن بست صفاقی به طور طبیعی حاوی ۱۵۰۰ گلبول سفید در  $\text{mm}^3$  است ولی در نمونه های حاصل از کلدوسنتز در PID این تعداد به ۱۵ تا ۳۰ هزار می رسد



قریب ۵ درصد مبتلایان به **PID** به طور همزمان دچار سندرم پری هیپاتیت یا سندرم **Fitz-Hugh-Curtis** می شوند

این سندرم به صورت درد و حساسیت ربع فوقانی، راست شکم و اختلال خفیف تست های کبدی مشخص می شود

این سندرم به دنبال **PID** گنوکوکی یا کلامیدیایی ایجاد می شود

## بیماری التهابی لگن

- سن ریسک فاکتور مهمی برای PID است به طوری که پیک بیماری در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سالگی دیده می شود
- شانس PID در مضمور IUD افزایش یافته و ریسک PID تفاوت واضحی در انواع IUD ندارد
- شانس PID بلافاصله بعد از گذاشتن IUD به پیک خود می رسد
- زنان نولی پار در مقایسه با زنان مولتی پار در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به PID ناشی از IUD هستند
- مطالعات اخیر رابطه ای بین مصرف سیگار و استفاده از دوش های واژینال و وقوع PID را نشان داده اند

## بیماری التهابی لگن

بررسی آزمایشگاهی استفاده مفیدی جهت تایید تشخیص ندارد

تعداد گلبول های سفید در هر دو گروه زنان مبتلا به **PID** یا غیر مبتلا ممکن است افزایش می یابند

تعداد **WBC** سرم، اختصاصی ترین تست در یک بررسی شناخته شده است

لاپاراسکوپی زمانی انجام می شود که تشخیص بین **PID** و یک وضعیت جراحی و با عدم پاسخ به درمان و یا راجعه بودن یک بیماری یا علت زمینه ای ناشناخته مطرح باشد

## بیماری التهابی لگن

علائم بالینی PID گونوکوکی اغلب به طور حاد و طی ۴۸ ساعت شروع شده و شامل تب بالا، علائم تحریک پیریتوان، ترشح چرکی واژینال هستند

خطر ایجاد آبسه در PID گونوکوکی شیوع کمی داشته و اغلب پاسفدهی به درمان سریع است

PID کلامیدیایی اغلب علایمی با شدت متوسط داشته و شامل درد مزمن و خفیف لگنی فونری نامنظم، ESR بالا، تغییرات التهابی شدید در لاپاراسکوپی هستند

معمولا PID های غیرگونوکوکی و غیرکلامیدیایی عودکننده هستند و سیر نیمه حادی دارند

سایر انواع PID معمولا بیش از ۱۴ روز بعد از شروع قاعدگی بروز می کنند

در صورت تشکیل آبسه باید به فکر PID بی هوازی بود

## بیماری التهابی لگن

**PID** نهایتاً منجر به موارد زیر می گردد: ۱- عود بیماری، ۲- درد لگنی، ۳- عقیمی، ۴- حاملگی اکتوپیک  
اگر حاملگی بعد از وقوع **PID** رخ بدهد میزان بروز حاملگی اکتوپیک تا ۱۰ برابر افزایش می یابد  
زنانی که دچار **PID** شده اند به دلیل انسداد لوله های فالوپ در معرض خطر نازایی هستند  
خطر نازایی به تعداد دفعات عفونت و شدت بیماری بستگی دارد  
همچنین خطر نازایی به سن اولین مراقبت نیز بستگی دارد  
همچنین خطر نازایی به سن اولین مراقبت نیز بستگی دارد و در عفونت های کلامیدیایی و آبسه های  
توبوواورین این خطر افزایش می یابد

## بیماری التهابی لگن

آبسه توبوآوارین در مبتلایان به **PID** و یک توده لگنی باید مدنظر قرار گیرد  
**TOA** خراپند نهایی **PID** است

در معاینه دو دستی توده لگنی که معلول بهم پاسبیدن اندام های لگنی است قابل لمس است  
آبسه تفمدان در اثر ورود میکروارگانیزم ها از محل تفمگگذاری ایجاد می شود  
قریب ۷۵ درصد مبتلایان به **TOA** به درمان ضد میکروبی به تنهایی جواب می دهند

فصوصا در موارد زیر بیمار مبتلا به **PID** را بستری کرد: نامشخص بودن تشفیص بیماری، شک به حاملگی، شک به  
آبسه لگنی، شدید بودن سیر بالینی، عدم تحمل سرپایی توسط بیمار و عدم پاسفدهی به درمان فوراکی

## درمان بیماری التهابی لگن

به دو صورت سرپایی و درمان بستری

درمان سرپایی شامل رژیم **A**: افلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم فوراً کی ۲ بار در روز به مدت ۱۴ روز یا لوفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم روزی یکبار به مدت ۱۴ روز با یا بدون مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم فوراً کی دو بار در روز به مدت ۱۴ روز

رژیم **B**: سفوکسی تین ۲ گرم داخل عضلانی به اضافه اگر ۴ پروبنسید فوراً کی یا سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم داخل عضلانی یا سفالوسپورین به همین میزان به اضافه داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم فوراً کی دو بار در روز به مدت ۱۴ روز با یا بدون مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم فوراً کی دو بار در روز به مدت ۱۴ روز

## درمان بیماری التهابی لگن

درمان بیماران بستری:

رژیم **A** شامل: سفوکسی تین، ۲ گرم داخل وریدی هر ۶ ساعت یا سفوتتان ۲ گرم داخل وریدی هر ۱۲ ساعت به اضافه داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی یا وریدی هر ۱۲ ساعت و رژیم **B** شامل: کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت و جنتامایسین ۵-۲  $\text{mg/kg}$  دوز یکبار وریدی و یا عضلانی و به دنبال آن دوز نگهدارنده ۵-۱  $\text{mg/kg}$  هر ۸ ساعت انجام می شود

هنوز در مورد **pid** همراه با حضور **iud** بحث وجود دارد به هر حال باقی ماندن **iud** در موضع سبب می شود که بهبودی بیماری به کندی صورت گیرد بنابراین اغلب در آوردن **iud** در حین درمان انجام می شود

در مورد آبسه توپو او، این یک دوره درمان انجام می شود اکثر آبسه های کمتر از ۸ سانت به آسانی به درمان پاسخ می دهند



## درمان بیماری التهابی لگن

در موارد زیر در **TOA** باید تحت جراحی قرار گیرد:

(1) **TOA** پاره شده

(2) عدم پاسخ دهی به درمان طی ۵-۴ روز

(3) **TOA** های منجر شونده به درد مزمن

حدود ۳ درصد از **TOA** پاره می شوند و نیاز به دفالت جراحی فوری دارند

میزان شکست درمان طبی و نیاز به جراحی بعد از آن به ۳۰ درصد می رسد

میزان بارداری موفقیت آمیز متعاقب **TOA** تنها ۱۵-۴ درصد است به همین دلیل گروهی درمان تهاجمی اولیه را توصیه می کنند

## درمان بیماری التهابی لگن

جهت حفظ باروری برداشتن آدنکس درگیر و حفظ آدنکس غیر مبتلا در حال حاضر درمان ارجح **TOA** است  
همه بیماران مبتلا به **PID** که تحت درمان فوراکی یا وریدی قرار گرفته اند باید ۷۲-۴۸ ساعت بعد از آغاز  
درمان مورد معاینه قرار گیرند

اگر علایم بیماری بهبود نیافته باشد باید بررسی بیشتر انجام شود  
همسران افراد مبتلاباید همزمان مورد پیگیری و درمان قرار گیرند

## تب خال دستگاه تناسلی

✓ عامل تب خال دو نوع ویروس به نام های هرپس سیمپلکس تیپ یک و تیپ دو از خانواده **herpes virus** هستند

✓ واژینیت هرپسی از شایعترین بیماریهای مقاربتی بوده و در آن **HSV2** عامل ۸۰٪ می باشد.

✓ بیش از نیم از موارد عفونت اولیه بیماری بدون علامت می باشند

✓ ویروس هرپس پس از تماس مستقیم وارد درم و هیپودرم محل شده و از طریق اعصاب ناحیه به گانگلیون مربوطه رفته و تا پایان عمر بیمار آنجا می ماند.

## علائم بالینی عفونت HSV

- ✓ از نظر بالینی عفونت اولیه HSV1 و ۲ از یکدیگر غیر قابل افتراق می باشند
- ✓ دوره کمون بیماری ۱ تا ۴۵ روز و به طور متوسط ۵ روز می باشد
- ✓ علائم عمومی بیماری شامل تب، سردرد، ضعف و بی حالی، درد عضلانی و کمردرد است.
- ✓ یک تا دو روز قبل از بروز ضایعات ژنیتال علائم پیش در آمد به صورت درد و سوزش موضعی وجود دارد
- ✓ ضایعات ژنیتال به صورت وزیکول، پوستول و یا زخم های کوچک دردناک روی لبها مازور و مینور بروز می کنند
- ✓ تعداد کمی از بیماران ضایعات واژینال نیز دارند
- ✓ در ۷۵٪ موارد ترشح واژینال وجود دارد
- ✓ گرفتاری سرویکس در بیش از ۸۰٪ موارد وجود داشته
- ✓ و به صورت وزیکول و یا بافت نکروتیک اگزوفیتیک همراه با ترشحات موکوس چرکی تظاهر می کند
- ✓ در صورت عدم بروز عفونت ثانویه ضایعات ظرف یک هفته بهبود می یابند و تا این زمان بیماری مسری است.

## علائم بالینی عفونت HSV

✓ آدنو پاتی دردناک اینگوینال معمولا دو طرفه

✓ تقریبا در اکثر بیماران طی هفته دوم تا سوم و سوزش ادرار وجود دارد

✓ ضایعات جلدی خارج از دستگاه ژنیتال در ۱۰٪ موارد با شیوع بیشتر در باسن و پوست مفصل ران وجود دارد

✓ علائم گرفتاری سیستم عصبی شایع بوده حدود یک سوم بیماران سردرد، سفتی گردن، ترس از نور و شواهد آزمایشگاهی مننژیت

غیر عفونی در csf دیده می شود



## شایعترین عوامل برانگیزاننده عفونت HSV

1. تروما

2. تغییر وضعیت سیستم ایمنی

3. استرس های روحی روانی

حملات مکرر تب خال تناسلی بسیار کوتاه بوده و ظرف ۷ تا ۱۰ روز بهبودی حاصل می شود.

## تشخیص

- ✓ تشخیص تبخال بالینی بوده ولی در موارد مشکوک و لازم می توان از تست **T zanck** تهیه لام از بستر ضایعه و رنگ آمیزی گیمسا و رایت و مشاهده سلولهای غول آسای چند هسته ای کمک گرفت (۷۵٪ موارد مثبت است)
- ✓ بهترین روش تایید تشخیص، شناسایی ویروس به طریق **ELISA** و یا کشت ویروس است

## درمان

- ✓ اقدامات محافظتی و اولیه
- ✓ کلیه بیماران با تظاهرات سیستمیک و شدید بایستی در بیمارستان بستری شوند
- ✓ در صورت درد شدید می توان از یک بی حس کننده موضعی و یا ضد درد فوراکی کمک گرفت
- ✓ در صورت وجود عفونت ثانویه (وجود دلمه های زرد رنگ) استفاده از آنتی بیوتیک الزامی است

**Cephalexin(or Erythromycin)250-500 mg qid for 3-5 days**



❖ در صورت وجود خارش یا اضطراب می توان از آنتی هیستامین (هیدروکسی زین یا پرومتازین) کمک گرفت

❖ اجتناب از نزدیک مستقیم تا بهبودی کامل ضایعات

❖ پوشیدن لباس زیر نخی و رعایت موارد بهداشتی جهت انتشار و انتقال ویروس به نواحی دیگر بدن یا سایر افراد

### درمان های اختصاصی

❖ اولین و اساسی ترین خط درمان، آسیکلوویر است هر چه در مراحل اولیه بیماری درمان شروع شود پاسخ به درمان بهتر خواهد بود. درمان فقط باعث تسریع در بهبودی و جلوگیری از عود حملات می شود. بر حسب نوع بالینی بیمار درمان کمی متفاوت است.

✓ عفونت اولیه:

**Tab Acyclovir 200 mg po 5 times/day or 400mg po tid for 7-10 days**

یا در موارد شدید بیماری:

**Inj Acyclovir 5-10 mg/kg/IV infusion over 1 hour/q 8 h for 5-7 days**

در موارد مقاوم به آسیکلوویر می توان از **Famciclovir** ۲۵۰ میلی گرم سه بار در روز استفاده نمود

انتشار و دفع ویروس حتی در مرحله رمیسیون بیماری وجود دارد و لذا توصیه می شود همسر این بیماران زمان نزدیکی از کاندوم استفاده کنند

## زگیل مقاربتی

✓ عامل زگیل مقاربتی (Genital warts)، **Human Papiloma Virus** با اختصار **HPV**

✓ به طور شایع انواع شایع ۶ و ۱۱ و با شیوع کمتر ۱۶ و ۱۸ هستند

✓ بیماری ایجاد شده وسط این گروه از ویروس ها از یک زگیل معمولی در ناحیه ژنیتال گرفته شده تا حالات دیسپلازی و کارسینوم اسکواموس تهاجمی سرویکس متفاوت است

✓ دوره کمون بیماری به طور متوسط ۳ ماه (۱ تا ۲۴ ماه) بوده و راه اصلی انتقال آن تماس جنسی است

✓ با این حال احتمال آلوده شدن توسط خود شخص از ضایعات پوستی سایر نقاط بدن نیز وجود دارد

## علائم و نشانه ها

✓ فرم مشفص و کلاسیک بیماری به صورت پلاک ها و ندول ها ی

متعدد روشن، یا رنگ تیره با سطحی نا صاف و شیار دار در ناحیه

ژنیتال داخلی یا خارجی یا پرینه تظاهر می کند

✓ از نظر بالینی نما و سطح ضایعات شبیه گل کلم است

✓ ضایعات کوندیلوما آکومیناتا به طور ناشایع ممکن است در پیشابراه،

مقاط دهان، منجره، نای و رکتوم نیز وجود داشته باشند

✓ زگیل مقاربتی در محیط مرطوب و گرم و در حاملگی رشد سریعتری



## تشخیص HPV

- ✓ تشخیص بیماری با مشاهده بالینی ضایعات داده می شود
- ✓ مواردی که ضایعات کلاسیک نبوده و یا ضایعات مشکوک (وجود پیگمانتسیون، گرفتاری سرویکس یا موارد مقاوم به درمان) بایستی تحت بیوپسی قرار گیرند
- ✓ برای این کار ابتدا نواحی مشکوک را به محلول ۱ تا ۵٪ اسیداستیک آغشته کرد و پس از ۳۰ ثانیه در مفاط و ۵ دقیقه در پوست نقاطی را که سفید می شوند نمونه برداری کرد
- ✓ جهت بررسی و تشخیص سرطان سرویکس در مراحل اولیه توصیه به انجام پاپ اسمیر سالانه می شود
- ✓ در تشخیص اختراقی باید به فکر سیفلیس ثانویه، کارسینوم اسکواموس سل، آلتینیک کراتوزیس بود.



## واکسیناسیون علیه hpv

- ✓ واکسن HPV یک واکسن چهار ظرفیتی علیه HPV های تیپ ۶، ۱۱، ۱۶ و ۱۸ می باشد که فوشبفتانه فطر بروز نئوپلازی های اینترا اپی تلیال سرویکس CIN و کارسینوم Insitu را، تا ۹۴٪ کاهش می دهد
- ✓ تبویز این واکسن در دختران و بانوان ۹ تا ۲۶ ساله در دوزهای ۰، ۲ و ۶ توصیه می شود
- ✓ قبل از تبویز این واکسن، غربالگری سایتولوژیک سرویکس ضروری می باشد



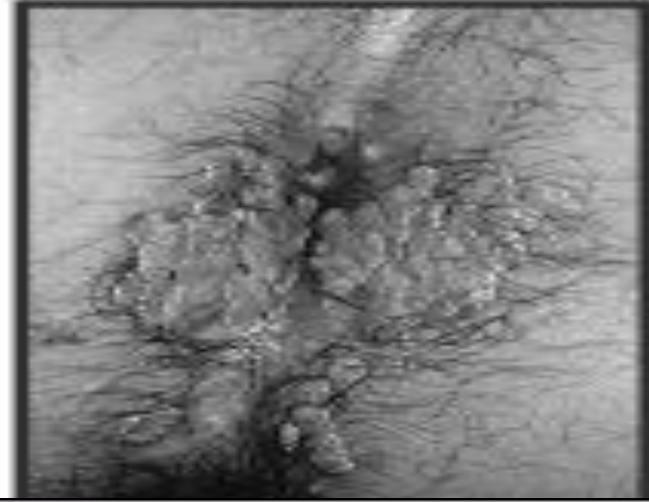
## درمان HPV

- ✓ از آنجایی که ویروس HPV در لایه سلول بازال مستقر می شود و در حال حاضر روشهای درمانی قادر به ریشه کن کردن ویروس نیستند
- ✓ بنابراین میزان عود پس از درمان ناشایع نیست
- ✓ از طرفی چون ۲۰٪ موارد ضایعات بدون درمان پس از ۱۶ هفته تحلیل رفته یا از بین می روند درمان فقط در موارد علامتدار و یا از نظر زیبایی انجام می شود
- ✓ درمان بر حسب وسعت ضایعات و محل گرفتاری متفاوت می باشد ولی در کل کرایوتراپی روش درمانی انتخابی است
- ✓ در ضایعات کوچکتر از دو سانتیمتر و در افراد غیر حامله استفاده موضعی از مملول ۱۰ تا ۲۵٪ پروخیلین هفته ای یک بار حداکثر دو بار به مدت ۵ تا ۸ هفته در ۳۰ تا ۸۰٪ موارد موثر خواهد بود
- ✓ در شروع کار دارو روی موضع مالیده شده و پس از ۱ تا ۴ ساعت شسته می شود در صورت تحمل طول مدت باقی ماندن دارو به ۴ تا ۶ ساعت رسانده می شود
- ✓ در ضایعات بزرگتر از ۲ سانتیمتر، دوران بارداری و نیز ضایعات واژن و سرویکس کرایوتراپی با نیتروژن مایع و در درجه بعدی مملولهای موضعی ۵۰ تا ۸۵٪ دی کلدواستیک اسید یا تری کلدواستیک درمان انتخابی می باشند





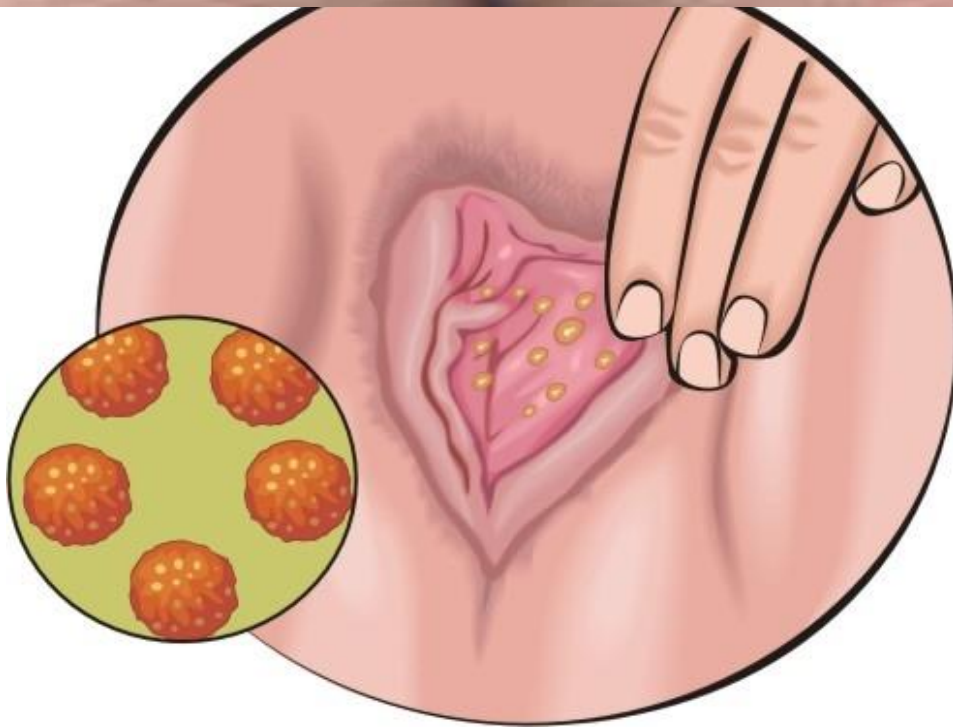
**Genital Warts**  
**Syphilis and HPV**



**Giant Genital Warts**  
**HPV**







# درمان زگیل تناسلی

کارایی (%)

روش

۶۳-۱۱

• کرایو تراپی

۳۳-۷۲

• کرم 5% Imiquimod

۳۲-۷۹

• پودوفیلین ۱۰-۲۵%

۴۵-۱۱

• پودوفیلوکس ۵/۰%

۱۱

• تری کلرو استیک اسید ۱۰-۹۰%

۹۴

• کوتریزاسیون

۴۳-۹۳

• لیزر

۴۴-۶۱

• انترفرون

# UTI عفونتهای دستگاه ادراری

## سیستیت حاد

- عامل: **E. COLI** شایعترین
- پاتوفیزیولوژی آن: کلونیزاسیون واژن و مجرای ادراری توسط باکتریهای رکتوم (درمان واژینال موثر است)
- عوامل مستعد کننده: مقاربت، دیافراگم یا اسپرم کش، تأخیر در ادرار بعد از نزدیکی، سابقه عفونت ادراری
- علائم: سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادرار
- درد سوپراپوبیک، یا کمر درد
- تشفیص: در معاینه: مساسیت سوپراپوبیک
- در آزمایش کامل ادرار: پیوری، گاهی همآچوری

## درمان سیستیت حاد

**Tab Nitrofurantoin 100mg n=14**

• هر ۱۲ ساعت (دو بار در روز) به مدت ۷ روز

**Tab ciprofloxacin 250mg n=6**

• هر ۱۲ ساعت (دو بار در روز) به مدت ۳ روز (بهترین درمان)

• پیگیری یا کشت بعد از درمان لازم نیست مگر علائم برطرف نشده یا عود کند

# عفونت های ادراری

## باکتریوری بدون علامت

✓ رشد بیش از ۱۰,۰۰۰ ارگانیسم در هر ml بدون وجود علائم بالینی. البته درمان در مقادیر کمتر از ۱۰۰ به علت عوارض عفونت مفقی توصیه می شود

✓ درمان: رژیم های ۱۰ روزه در خانم باردار موفق تر از رژیمهای تک دوز و سه روزه می باشند. یک هفته پس از تکمیل درمان و در بیماران پرفطر ماهیانه تا انتهای بارداری با انجام **u/c** و **u/a** شرایط بیمار را ارزیابی کنید

✓ بیماران پرفطر شامل مبتلایان به **DM** و سیکل سل آئمی، پیوند کلیه، سنگ کلیه، سابقه عفونت کلیه و بیماری های زمینه ای می باشند.

**-Tab Nitrofurantoin 100 mg/QID or HS**

# باکتریوری بدون علامت

■ گزارشاتی مبنی بر ارتباط باکتریوری با **LBW**، پره ترم لیبر، مرگ و میر نوزادان، کم فونی و هیپرتانسیون ارائه شده است ولی مدارک موجود اخیر این ارتباط را تایید نکرده است

# درمان ضد میکروبی خوراکی در زنان حامله با باکتری اوری بدون علامت

دوز واحد

آموکسی سیلین **3 g**، آمپی سیلین **2g**، سفالوسپورین **2gr**، نیترو فوران توئین **200 mg**، تری متوپریم - سولفامتوکسازول **320/1600 mg**

دوره سه روزه درمانی

آموکسی سیلین **500 mg** سه بار در روز

آمپی سیلین **250 mg** ۴ بار در روز

سفالوسپورین **250 mg** ۴ بار در روز

سیپروفلوکسازین **250 mg** دو بار در روز

لو فلوکسازین **250** یا **500mg** میلی گرم ۴ بار در روز

نیترو فوران توئین **50 تا 100mg** ۴ بار در روز یا **100mg** دوبار در روز

تری متوپریم - سولفامتوکسازول **160/800 mg** دوبار در روز

# درمان ضد میکروبی خوراکی در زنان حامله با باکتری اوری بدون علامت

متفرقه

نیترو فورا نتوئین **100 mg** چهار بار در روز برای ده روز

نیترو فورا نتوئین **100 mg** دوبار در روز برای ۵ تا ۷ روز

نیترو فورا نتوئین **100 mg** موقع خواب برای ده روز

شکست درمان

نیترو فورا نتوئین **100 mg** چهار بار در روز برای ۲۱ روز

درمان مہاری برای عفونت پایدار یا عود آن

نیترو فورا نتوئین **100 mg** موقع خواب تا انتهای بارداری



## سیستیت

- با علایم دیزوری، فركونسی، خوریت ادرار تشفیص داده می شود
- پیوری و هماچوری از نوع میکروسکوپی تا هماچوری واضح در نوع هموراژیک دیده می شود
- در ۵۰ درصد موارد با باکتریوری کلیوی همراه است و در ۹۰ درصد موارد محدود به مثانه است
- در ۴۰ درصد زنانی که به پیلونفریت مبتلا هستند شواهدی از وجود عفونت دستگاه ادراری تحتانی دیده می شود
- درمان مشابه رژیم های عنوان شده قبلی است
- کلامیدیا تراکوماتیس ممکن است با علایم سیستیت و پیوری همراه با کشت ادراری استریل مورد شک قرار گیرد که در این مورد درمان با اریترومايسين انجام می شود

## سیستیت

در صورت بروز علائم ادراری ( تکررادرار، دیزوری، **urgency**، درد سوپراپوبیک هنگام ادرارکردن) همراه با پیوری و یا باکتریوری، سیستیت مطرح می شود، کلیه رژیم های سه روزه پاسخ موفق ۹۰ درصد در درمان سیستیت دارند.

توصیه می شود اگر میکروارگانیزم **ecoli** بود بیمار ۷-۳ روز با آنتی بیوتیک مناسب درمان شود. در غیر صورت طول مدت درمان ۷-۱۴ روز می باشد.

پیگیری بیمار مشابه باکتریوری بدون علامت است. (انجام **u/c** یک هفته پس از اتمام درمان و سپس ماهیانه)

نکته: در مواردی که **u/c** منفی است و در **u/a** تنها پیوری دیده می شود بهتر است بیمار با تشخیص اورتریت کلامیدیایی تحت درمان با اریترومایسین قرار بگیرد.

**Tab Erythromycin 400mg/ QID**

## سیستیت راجعه

- ۲۰٪ در قبل از منوپوز دو باره گرفتار می شوند. ۹۰٪ ناشی از عفونت آگزوزن است
- باید کشت داد که باکتری مقاوم تایید یا رد شود

### • درمان :

- ۱- پروخیلاکسی مداوم
- ۲- پیگیری بعد از مقاربت
- ۳- با شروع علائم شروع درمان توسط خود فرد
- در منوپوز همراه انٹی بیوتیک کرم استروژن واژینال لازم است

## اورتريت

- **علائم:** ففیف ، شروع بتدریج ، دیزوری ناشی از التهاب مجرا، درد زیر شکم
- **عوامل مستعد کننده:** شاید با ترشح یا خونریزی واژینال یا سرویسیت باشد، شریک جنسی جدید
- **تشخیص:** در معاینه: وجود سرویسیت چرکی (کلامیدیا تراکوماتیس ، نیسریا گنوره )
- در آزمایش ادرار: پیوری ، گاهی همپوری ، ضایعات هرپتیک
- **درمان:** درمان کلامیدیا و گونوکوک
- گاه کاندیدا و تریکومونا با دیزوری همراه است ولی علائم ادراری ندارند و نباید اشتباه شود

# Granuloma Inguinale(Donovanosis)



## Granuloma Inguinale(Donovanosis)

- ✓ گرانولوم اینگوینال دونوانوزیس یک عفونت باکتریال مزمن و السراتیو پوست و بافت زیر جلدی
- ✓ عامل میکروبی از طریق تماس جنسی یا تماس مستقیم برای مدت طولانی انتقال می یابد و در ۱۰ تا ۵۰٪ موارد همسر بیمار نیز مبتلا می شود
- ✓ پس از یک دوره کمون ۶ هفته ای (۱ هفته تا ۶ ماه) با بروز یک ندول زیر جلدی بدون درد در ناحیه ژنیتال که بتدریج پوست روی آن زخم میشود، تظاهر می کند
- ✓ در صورت عدم وجود عفونت ثانویه زخم ناشیه ای کاملاً مشخص و واضح داشته، بدون درد بوده و معمولاً آدنوپاتی وجود ندارد.
- ✓ در صورت عدم درمان زخم بزرگتر شده و سافتمان ولو را بر هم می زند
- ✓ تشخیص بر اساس ظاهر ضایعات داده می شود در موارد مشکوک ، تهیه نمونه از ترشحات زخم یا بیوپسی و رنگ آمیزی گیمسا یا رایت و مشاهده مستقیم ضایعات دنووان (گروهی از میکروبها در داخل سلولهای تک هسته ای که به صورت سنباق قفلی قرار گرفته اند) تشخیص انجام می شود

## درمان

۱. درمان انتفاپی ترکیبات تتراسایکلین است:

**Cap tetracycline 500mg po qid for 3 weeks or until clinical resolution.**

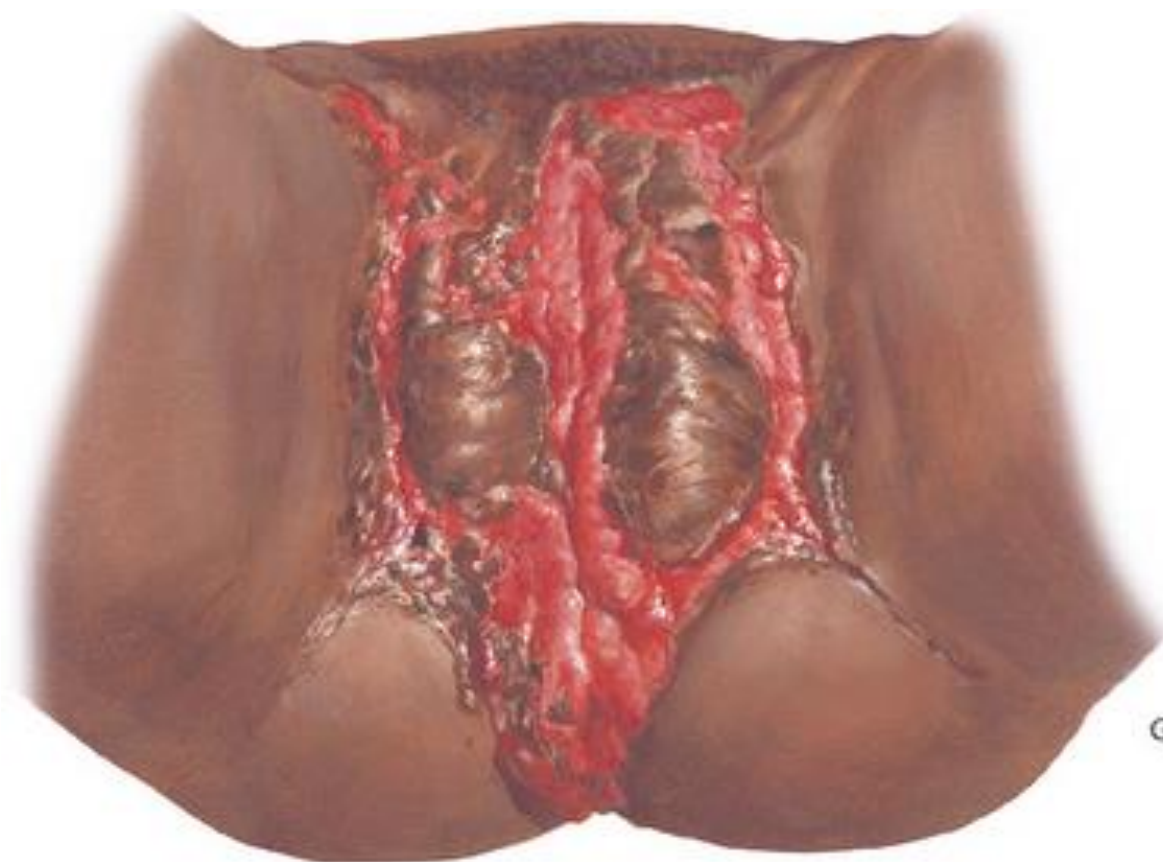
**Cap doxycycline 100 mg po bid for 3 weeks or until complete clinical response seen.**

**Tab co-trimoxazole 480mg po bid as above**

**Amp gentamicin 60-80mg im tds as above**

۲. در موارد مقاومت به درمان یا تغییرات آناتومیک ممکن است جراحی به کار برده شود.

۳. شریک جنسی بیمار در صورتیکه در طی ۶۰ روز قبل از بیماری، ارتباط جنسی وجود داشته باشد، بایستی درمان شود.



Granuloma inguinale

*F. Netter  
M.D.*



# Lymphogranuloma venereum



# Lymphogranuloma venereum

لنفوگرانولوم ونروم

✓ یک عفونت مزمن بافت لنفاتیک بوده که به وسیله گونه های خاصی از کلامیدیا ایجاد میشود

✓ در مردان ۶ تا ۱۰ برابر شایعتر از زنان است

✓ در زنان سرویکس و ولو محل های اصلی عفونت هستند اما ممکن است دیواره خلفی واژن رکتوم نیز درگیر شوند

✓ دوره کمون بیماری ۷ تا ۱۰ روز و به طور متوسط ۳ تا ۴ هفته می باشد

✓ بیماری با یک یا چند پاپول یا وزیکول و یا اروزیون سطحی بدون درد و کمی خرو رفته تظاهر می کند

✓ در این مرحله اکثر بیماران متوجه بیماری خود نمی شوند و ضایعه ها خود به خود ظرف ۳ تا ۴ روز بهبود یافته و از بین می روند

✓ ولی میکروبها غدد لنفاوی ناحیه را گرفتار کرده و موجب لنفادنیت دردناک همراه با موج و پسبندگی به پوست می شود که به آنها خیارک گفته می شود

✓ لنفادنیت غالباً یک طرفه می باشد. در مورد ولو به دلیل درگیری غدد لنفاوی اینگوینال و فمورال ممکن است مسیر اینگوینال به صورت یک

شیار (groove sign) دیده شود که پاتوکنومونیک بیماری است

✓ در مراحل پیشرفته بیماری آدنوپاتی سر باز کرده و زخم مشفص و ترشح دار ایجاد می شود

## درمان

1. تبويز مسكن و رعايت نكات بهداشتی

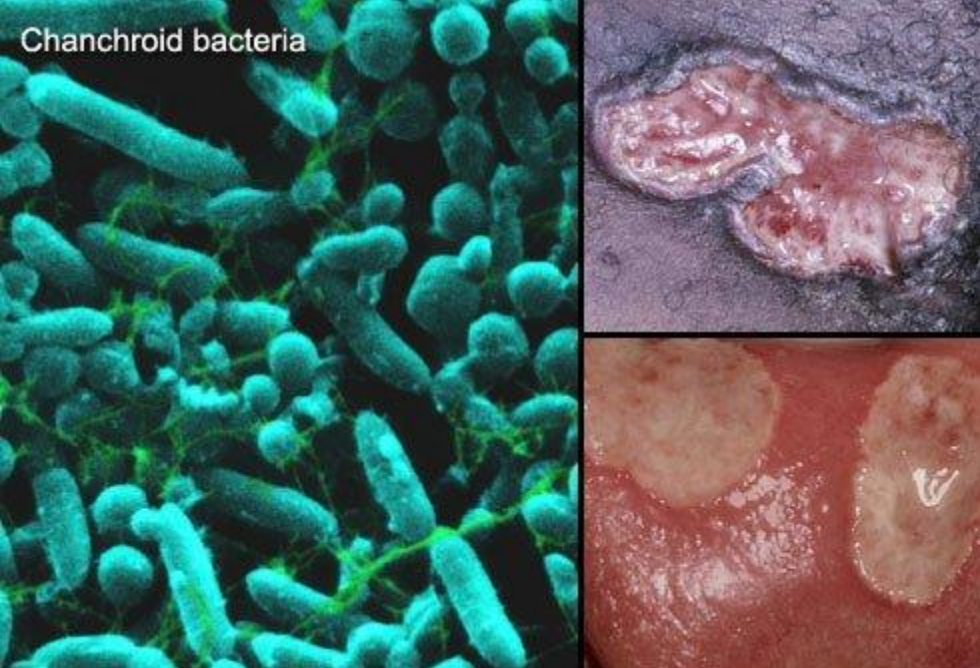
2. در صورت وجود لنفادنوپاتی چرکی باید اقدام به آسپیراسیون آنها نموده ولی انسزیون و درناژ مطلقا ممنوع است

3. cap doxycycline 100mg po bid for 3-6 weeks

OR Tab sulfadiazine 2 gr Loading dose, then 1 gr po qid for 3-6 weeks

۴. در صورت وجود تغییرات آناتومیکی توان پس از اتمام درمان دارویی، اقدام به جراحی پلاستیکی کرد.

۵. زوج بیمار نیز بهتر است تحت درمان ۳ هفته ای قرار گیرد.



## Chancroid

- ✓ بیماری مقاربتی بوسیله باکتری گرم منفی دو کره ای بوده
- ✓ در مردان ۵ تا ۱۰ برابر شایعتر از زنان است
- ✓ بیماری پس از دوره کمون ۴ تا ۷ روزه با یک یا چند ضایعه پاپولی قرمز و دردناک ظاهر می شود که به سرعت ظرف ۲-۳ روز به پوستول و در نهایت زخم تبدیل می شود
- ✓ بیماری بیشتر ژنیتال خارجی را درگیر می کند
- ✓ زخم شانکروئید دارای ظاهری کثیف و آلوده بوده، کمی فرورفته با هاشیه ای دنداندار و دردناک بوده و فاقد سفتی زیر جلدی می باشد
- ✓ بروز **Kissing ulcer** یا زخم های مشابه در سطح مقابل وولو از دیگر ویژگی های این زخم ها می باشد
- ✓ آدنوپاتی دردناک اینگوینال غالباً یکطرفه در نیمی از بیماران وجود دارد



## تشخیص

اگرچه تشخیص غالباً به طریق بالینی و تاریخچه بیماری امکان پذیر است، اما از آنجائیکه در ۱۰ تا ۱۵٪ موارد بیماری به طور همزمان سیفلیس نیز وجود دارد باید در تمامی موارد بررسی میکروسکوپی و کشت از ترشحات زخم صورت گیرد و یک یا دو هفته بعد تست های سرولوژیک سیفلیس انجام شود

با توجه به قدرت سرایت بالای بیماری بایستی نکات بهداشتی رعایت شود. درمان اصلی بیماری یکی از داروهای اریترومايسين، آزیترومایسین یا سفتریاکسون است ولی می توان از آموکسی-کلاو، کوتریموکسازول و یا سپروفلوکساسین استفاده کرد.

**Tab azithromycin 1gr po single dose**

**f.c.tab erythromycin 500mg po qid for 7-10 days**

**Inj ceftriaxone 250mg im single dose**

**Tab co-amoxiclav 625mg po tid for 7-10 days**

**Tab cotrimoxazole 960mg po bid for 7-10 days**

شریک جنسی بیمار نیز در صورتی که در طی ۱۰ روز قبل از بروز ضایعه تماس جنسی داشته باشد بایستی درمان شود.



سيفيليس



## Syphilis(sigma)

✓ بیماری مقاربتی مزمن به وسیله اسپیروکت به نام تریپونما پالیدوم است و قابلیت سرایت نسبتا بالایی دارد

✓ بعد از یک بار تماس با بیمار آلوده احتمال ابتلا شصص ۱۰٪ می باشد. دوه قابلیت انتقال آن تا ۵ سال اول مرحله نهفته می باشد.



فرم اکتسابی بیماری دارای سه شکل بالینی متفاوت است:

1. مرحله اولیه بیماری

2. مرحله ثانویه بیماری

3. مرحله سوم (گوم)

معمولا بین مرحله ثانویه و سوم بیماری علامتی ندارد و فقط تست های سِرولوژیک مثبت است. که به این حالت سیفلیس نهفته گفته می شود



## مرحله اول یا شانکروئید

- بیماری پس از یک دوره کمون ۳ هفته ای با یک یا چند پاپول کوچک در نقطه تماس و ورود میکروب ظاهر می شود که در ۹۰٪ موارد در دستگاه تناسلی در زنان معمولا در داخل واژن و سرویکس بروز می کند
- پس از چند روز ضایعه اولی بزرگتر و زخمی شده که به آن شانکر گفته می شود.
- ✓ شانکر معمولا مدور و با حدود مشخص و لبه آن برآمده بوده و قاعده آن سفت می باشد.
- ✓ از مشخصات آن عدم وجود درد می باشد. با این حال ممکن است در سایر نواحی بدن خصوصا انگشتان و یا صورت و یا در صورت بروز عفونت ثانویه درد وجود داشته باشد.
- ✓ پس از مدتی لنفادنوپاتی یک یا دو طرفه و بدون درد نیز معمولا بروز می کند.
- ✓ شانکر معمولا یک یا دو هفته بدون درمان و یا ۳ تا ۶ هفته بدون درمان برطرف شده و بهبود می یابد.
- ✓ واکنش جاریش- هرکس هیمر در این بیماری دیده میشود

## مرحله ثانویه

✓ این مرحله معمولا ۶ تا ۸ هفته (۳ هفته تا ۶ ماه) پس از آلودگی میکروب

✓ در این مرحله علائم و نشانه های سرماخوردگی به صورت ضعف، درد عضلانی، آبریزش از بینی و چشم و تب خفیف وجود دارد.

✓ لنفادنوپاتی: در حدود ۷۰٪ از بیماران لنفادنوپاتی منتشر

✓ بثورات جلدي مفاطی: بارزترین تابلوی بالینی مرحله ثانویه سیفلیس راشهای جلدي بوده و در ابتدا به صورت ضایعات ماکولو اریتماتوی منتشر بوده و به تدریج پاپولر می شوند. که از مشخصات آن ها عدم وجود خارش می باشد.

✓ به عنوان یک قاعده کلی هر ضایعه ای به جز ضایعات وزیکولر ممکن است در مرحله ثانویه سیفلیس دیده شود.

✓ ضایعات کوندیلوما ضایعات شبه زگیلی مسطح و پهن مرحله ثانویه سفلیس بوده که غالبا در ولو و پیرینه و در ۱۰-۲۰٪ موارد به وجود می آیند.

## مرحله نهفته

✓ تمامی مبتلایان به سیفلیس در صورت عدم درمان و در برقی از موارد با درمان تمامی علائم و نشانه های سیفلیس ثانویه برطرف شده ولی تست های سرولوژیک مثبت باقی می مانند

✓ اگر این حالت کمتر از یکسال وجود داشته باشد مرحله نهفته زودرس

✓ اگر بیشتر از یک سال ادامه داشته باشد مرحله نهفته دیررس گفته می شود. این مرحله ممکن است تا ۲۰ سال نیز ادامه داشته باشد.

## مرحله سوم یا گوم یا دیررس

در صورت عدم درمان بیماری در مرحله ثانویه ظرف چند سال معمولا ۵ سال ارگانهای دیگر بدن از جمله قلب و عروق اسکلتال و یا سیستم عصبی نیز درگیر خواهند شد

## تشخیص

مشاهده مستقیم اسپیروکت (**Darkfield examination**): روش ساده و ۱۰۰٪ اختصاصی برای شناسایی بیماری در مرحله شانکر است که بایستی در تمامی زخم های مشکوک انجام شود.

در صورت منفی بودن آزمایش باید برای سه روز متوالی انجام شود.

**Reagin tests**: آن دسته از تست هایی که از راژین استفاده می شود تست های راژین یا غیر تریپونمایی گفته می شوند در این گروه دو نوع تست استفاده می شوند: ۱- VDRL و RPR

**Treponemal tests**: دو تستی که در این دسته استفاده می شوند شامل: ۱- FTA-ABS و ۲- MHA-TP. از این تست ها فقط برای تایید یا رد بیماری در موارد مشکوک استفاده می شود و پس از مثبت شدن تقریباً تا آخر عمر مثبت باقی می ماند.

موارد مثبت کاذب این تست ها در لایم، جذام، مالاریا، SLE و منونوکئوز

به یاد داشته باشیم...

- ❖ انسان تنها مفعول و میزبان شناخته شده تریپونما پالیدوم است
- ❖ انتقال از طریق جفت به راحتی و از طریق خون به ندرت رخ می دهد
- ❖ در سیفلیس شانکر همیشه بروز نمی کند
- ❖ دقت تشخیصی سیفلیس بر اساس شواهد بالینی در مرحله اول بیماری بوسیله افراد متخصص و با تجربه حداقل ۸۰٪ می باشد
- ❖ حساسترین تست تشخیصی **FTA- ABS** می باشد
- ❖ در تماس های مشکوک بایستی **VDRL** هر ۱ ماه تا ۳ نوبت انجام شود.
- ❖ کلیه بیماران در مرحله دوم و سوم بایستی از نظر گرفتاری **CNS** بررسی شوند
- ❖ تمامی مبتلایان به سیفلیس بایستی از نظر آلودگی به **HIV** بررسی شوند.

## درمان

بر اساس مراحل مختلف بیماری متفاوت است.

بیماری با طول مدت کمتر از یک سال (مراها اولیه ثانویه و نهفته زود رس)

درمان انتفاپی پنی سیلین تزریق است.

**Amp benzathine penicillin G 2.4 Mu IM, single dose**

یا در صورت وجود حساسیت به پنی سیلین می توان به جای آن از داکسی سایکلین یا تتراسایکلین یا سفتریاکسون استفاده نمود.

**Cap doxycycline 100mg po bid for 14 days**

**Cap tetracycline 500mg po qid for 14 days**

**Amp ceftriaxone 250mg IM for 10 days**

## سوال

دقیق ترین روش تشفیص عفونت لگن کدام است؟

الف- لاپاراسکوپی

ب- کشت از ترشحات سرویکس

ج- شرح حال و معاینه بالینی

د- هیستروسالپنگوگرافی

گزینه الف

با لاپاراسکوپی می توان روش استاندارد طلایی برای تشفیص **Pid** است و با رویت مستقیم لگن، لوله ها و تفمدان می توان تشفیص **pid** را مسجل کرد



## سوال

فانمی ۲۷ ساله **g2p2** که مدت ۲ سال از **iud** استفاده میکند جهت معاینه مراجعه نموده است در معاینه واژینال مقداری ترشح روی سرویکس دیده می شود که بعد از انجام پاپ اسمیر و کشت گونوره گزارش شده است. پیشنهاد شما چیست؟

الف- **iud** را خارج نموده و سپس درمان گونوره را شروع می کنیم

ب- ابتدا درمان گونوره را شروع کرده و سپس **iud** را خارج می کنیم

ج- درمان گونوره را شروع کرده و سپس **iud** را خارج می کنیم

د- **iud** را خارج نموده و کشت را تکرار میکنیم

درمان گونوره را شروع کرده و سپس **iud** را خارج می کنیم

در سرویسیت های خفیف تا متوسط گونوره ای یا کلامیدیا که بیمار فیلی علامت ندارد می توان بدون در آوردن **iud** درمان گونوره یا کلامیدیا را انجام داد. البته همین خانم اگر شواهدی از **pid** دارد مثل حال عمومی بد- تب- ترشحات شدید داشت می بایست سریعاً **iud** را خارج کنیم

فانمی حامله ۸ هفته و **hiv** مثبت است. تست **ppd** وی **5mm** بوده و یافت های **cxr** غیر طبیعی است اقدام ارجح کدام است؟

الف- درمان را تا بعد از زایمان به تعویق می اندازیم

ب- بلافاصله درمان سه دارویی ضد سل را شروع می کنیم

ج- درمان را تا ۶-۳ ماه بعد از زایمان به تعویق می اندازیم

د- درمان بیمار را تا بعد از هفته ۱۲ حاملگی شروع می کنیم

❑ هر بیمار **hiv** مثبت با **ppd** مشکوک یعنی ۵-۱۰ میلی متر در صورت داشتن علایم بالینی و یا غیر طبیعی بودن عکس سینه اش احتمالا باید تحت درمان ضد سل دارویی قرار گیرد. درمان سل فعال در حاملگی ربطی به سه ماهه مادر ندارد

مصرف کدام یک از داروهای زیر را پیشگیری اختلالی گونوره ای توصیه نمیشود؟

الف- پمار چشمی تتراسایکلین

ب- پمار چشمی اریترومایسین

ج- محلول ۲/۵ درصد پوودین آیوداین

د- پمار چشمی پنی سیلین

جواب

گزینه د

## سوال

خانمی ۱۲ هفته حامله با علایم خستگی، دردهای عضلانی و بزرگی غد لنفاوی مراجعه کرده است. با بررسی سرنوژیکی تشفیص توکوسوپلاسموز داده میشود. مناسب ترین اقدام درمانی کدام است؟

الف- سقط درمانی

ب- آسپیرامایسین

ج- سولفادوکسین و آسپیرامایسین

د- پریماتین

☐ پریماتین در سه ماهه اول ممنوع است

☐ آسپیرامایسین داروی پویس توکسوپلاسموز در حاملگی در صورتی که جنین نیز مبتلا نشده باشد. ترکیب سولفادوکسین و آسپیرامایسین در توکسوپلاسموز به کار نمی رود بلکه سولفادوکسین با پریماتین مصرف می شود



## سوال

خانم بارداری در هفته ۸ حاملگی یک هفته قبل از مراجعه با خرد مبتلا به سرفجه تماس داشته است. خانم مشفعا عارضه ندارد و از سابقه خود مبنی بر ابتلای به سرفجه و یا تزریق واکسن اطلاعی ندارد. گزارش آزمایشگاه که در زمان مراجعه انجام شده تیتراژ آنتی بادی را ۱/۸ و مشکوک نشان می دهد بهترین کار برای این بیمار کدام است؟

الف- در فواست تعیین **Igg** سرفجه

ب- تکرار تیتراژ سرفجه ۲-۳ هفته بعد

ج- به بیمار اطلاع داده شود که به سرفجه مبتلا شده است

د- بیمار در مقابل سرفجه مصموم بوده و برای چنین مشکلی وجود ندارد

□ در مواردی که تیتراژ **ab** بینابینی بوده و بیمار همچنان مضطرب است باید ۲-۳ هفته بعد تست را تکرار کرد. در صورت افزایش ۴ برابر و یا بیشتر در تیتراژ **ab** درگیری قانم حمله وجود دارد و باید سایر اقدامات را انجام داد

## سوال

خانمی ۲۵ ساله **g1** که ۲ سال از **iud** مسی استفاده می کند با درد شکم مراجعه می کند. در معاینه حساسیت دهانه رحم- آدنکس و رحم همراه با ترشحات چرکی از دهانه رحم دارد. در آزمایشات به عمل آمده لگوسیتوز با کشت مثبت برای کلامیدیا دارد بهترین اقدام کدام است؟

الف- تبویز داکسی سیکلین ۲۰۰ میلی گرم و یک ساعت بعد درآوردن **iud**

ب- تبویز اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم + درآوردن **iud** ضرورت ندارد

ج- بستری کردن و تبویز کلیندامایسین و داکسی سیکلین به صورت وریدی و سپس در آوردن **iud** و ادامه درمان تا ۱۴ روز

☐ به عنوان یک قاعده کلی بروز **pid** در مضمور **iud** باید **iud** را خارج سافت

☐ در درمان **pid** به تنهایی تجویز داکسی سیلین به تنهایی کافی نیست. درمان موارد شدید شامل کلیندامایسین و جنتامایسین یا سفوکسیتین و داکسی سایکلین است. چرا که مفلوط بی هوازی ها و کلامیدیا نقش دارد

کدام یک از عبارات زیر در مورد تب قال حاملگی غلط است؟

الف- در زنان مبتلا آنتی ژن **hladr3** و **hladr4** پایین است

ب- این بیماری ممکن است با اختلالات تروفوبلاستیک همراه باشد

ج- محل شایع درگیری، شکم و اندام ها است

د- اتیولوژی بیماری نامشخص بوده ولی استعداد ارثی برای ظاهر شدن آن وجود دارد

❑ هرپس حاملگی پمفیگوئید در زنان دارای **hladr3** و **hladr4** شایعتر است. بیماری در مولتی پارها و اواخر حاملگی دیده میشود. هرپس حاملگی ربطی به ویروس هرپس نداشته و یا بیماری ترومبوبلاستیک دیده شده است

## سوال

خانم حامله ای با زخم های دردناک ژنیتال مراجعه کرده است. در کشت بافتی به دست آمده از زخم هموفیلوس دوکره ای دیده شده است. درمان انتفاخی کدام است؟

الف- اریترومایسین ۱ گرم فوراً

ب- اریترومایسین ۲ گرم فوراً

ج- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم

د- بنزاتین پنی سیلین ۲/۴ میلیون واحد عضلانی

□ پویس گنوره در حاملگی سفتریاکسون است.



## سوال

فانم جوانی به علت ترشحات نسبتاً زیاد بو دار که به رنگ فاکستری متمایل به زرد و سفید است مراجعه می کند. در بررسی **ph** واژن بالای ۴/۵ است. در اسمیر مرطوب وی زیر میکروسکوپ انتظار چه یافته ای را داریم؟

الف- میسلوئم کاندیدا

ب- تریکوموناس متحرک و دارای فلاژل

ج- سلول کلیدی

د- کلامیدیا تراکوماتیس

جواب

گزینه ج

در درمان گونوره در یک خانم شیرده کدام آنتی بیوتیک را نباید مصرف کرد؟

الف- سفکسیم

ب- اریترومایسین

ج- اسپکتینومایسین

د- سیپروفلوکسازین

احتمالا سیپروفلوکسازین از بفت عبور کرده و فطر تفریب غصروف های استفوانی و اشکال در رشد به دنبال دارد. این دارو در بچه های زیر ۱۷ سال توصیه نمیشود

خانمی در هفته ۳۰ حاملگی به دلیل ضایعه پوستی هرپس حاملگی مراجعه کرده است کدام مورد صحیح نیست؟

الف- می توان با کورتون درمان شود

ب- فطر مرده زایی و زایمان پره ترم افزایش دارد

ج- پمفیگوس و لگاریس و درماتیت هرپتی خرم در تشفیص آن تشفیص اختراقی هستند

د- ضایعات بعد از زایمان فروکش می کنند

هرپس در حاملگی ربطی به ویروس هرپس نداشته و با ضایعات پوستی شدیداً خارش دار خصوصا در اواخر حاملگی مشخص میشود. ضایعات پوستی آن بعد از زایمان اغلب شدت می یابد

خانمی از ترششی که اغلب هر ماه پیش از شروع پریود ماهیانه شروع میشود شکایت دارد کدام واژینیت مطرح است؟

الف- کاندیدی

ب- تریکومونایی

ج- باکتریال

د- گونوکوکی





در مورد **pid** کدام عبارت غلط است؟

الف- بعد از سه بار حمله **pid** فطر نازایی بیش از ۵۰٪ است

ب- در **pid** با گرفتاری تفمدان **ca125** بالا می رود

ج- وجود تب برای **pid** الزامی نیست

د- فطر **pid** با افزایش سن بالا می رود

جواب

گزینه د

خانمی که با حاملگی ۳۷ هفته با شکایت آبریزش ثابت شده از روز قبل مراجعه می کند. در موقع بستری وجود ضایعات وزیکول دردناک در فرج مشفص می شود. اقدام مناسب کدام است؟

الف- انجام ایندکشن و زایمان واژینال

ب- آماده کردن بیمار برای سزارین

ج- تجویز توکولیتیک و استراحت مطلق

د- انتظار برای شروع دردهای زایمانی خودبه خودی

تظر به اینکه هرپس سیمپلکس به راحتی می تواند از طریق آبریزش و کانال واژینال به نوزاد برسد (بلع ترشحات واژینال) لذا آماده سازی برای سزارین در این بیمار توصیه میشود

ویروس هرپس سیمپلکس تیپ **ii** بیشتر دستگاه ژنیتال و تیپ **i** بیشتر نواحی دهان و لب را درگیر می کند. انتقال **hsv** از طریق بفت و یا کیسه آب سالم نادر است

## سوال

خانم شامله ۳۲ هفته باکوندیلوما آکومیناتای بزرگ در ناحیه ولو مراجعه کرده است. مناسب ترین اقدام کدام است؟

الف- پدوفیلین

ب- کرایوتراپی

ج- اینترفرون

د- 5fu

روشهای توصیه شده در حاملگی لیزر تراپی و کرایو تراپی هستند. اینترفرون، پدوفیلین و ۵ فلوئورو اوراسیل **5fu** در حاملگی ممنوع است

در کدام بیماری مقاربتی ممکن است فحیدروز شدید در اطراف رکتوم و واژن به وجود آید؟

الف- تریکوموناس

ب- گونوره

ج- لنفوگرنولوم ونروم

د- کاندیدا آلبیکنس





کدام یک از عفونت های زیر در موقع حاملگی سبب ناهنجاری های جنینی میشود؟

الف- آبله مرغان

ب- آنفولانزا

ج- سرخک

د- اوریون

آبله مرغان بیشتر از سایرین سبب آنومالی اندام ها، چشم، مغز و استخوان میشود.  
یک رابطه احتمالی نیز بین اوریون در حاملگی و مشکل قلبی جنین یعنی فیبرولاستوز آندوکارد در نوزاد وجود دارد

کدام عبارت زیر در مورد توکسوپلاسموز در حاملگی صحیح نیست؟

الف- نوزاد مبتلا دچار علائم زردی، آنمی، هیپاتواسپلنومگالی میشود

ب- تیترا **igg** بیشتر از ۱/۵۱۲ عفونت افیر را نشان میدهد

ج- ریسک عفونت در سه ماهه اول بارداری بیشتر است

د- داروی انتفاپی اسپیرامایسین است

ریسک عفونت در سه ماهه اول ناچیز است ولی عوارض آن مانند سقط بیشتر است. بالعکس خطر ابتلای جنین به توکسوپلاسموز در سه ماهه های آخر زیادتر است ولی عوارضش کمتر است

## کدام عبارت در مورد حاملگی و آبله مرغان صحیح نیست؟

- الف- شانس آمبریوپاتی کمتر از ۵ درصد است
- ب- بیشترین فطر درگیری چشم و مغز در هفته ۲۰-۱۵ است
- ج- در صورت پیدایش علائم یک هفته بعد از زایمان در مادر ایمنوگلوبین به نوزاد تزریق میشود
- د- سبب آتروفیه شدن اندام های تحتانی و نقص استخوانی میشود

### گزینه ج

آبله مرغان عمدتاً پوست، اندام‌ها، پشم و مغز جنین را درگیر می‌کند  
آلودگی جنین در هفته ۶-۱۲ سبب درگیری اندام‌ها و در هفته ۲۰-۱۶ سبب درگیری پشم و مغز می‌شود  
چون دوره نهفتگی ویروس ۱۴-۱۰ روز است لذا اگر علایم اولیه در روز ۵ تولد دیده شود نوزاد احتمالاً ۵ روز قبل از زایمان دچار عفونت شده  
است بنابراین ایمونوگلوبولین به نوزاد تزریق شود

در خانم حامله ای که به سفلیس مبتلا شده است بهترین تست برای تشخیص سفلیس نوزادی کدام است؟

الف- **vdrl** بند ناف

ب- **fta-abs**

ج- کشت فون

د- واکنش زنجیره پلیمراز در سرم نوزاد

جواب

گزینه د



## سوال

خانم حامله ای که مبتلا به ایدز می باشد دچار سرخه خشک، تاکی پنه و دیس پنه شده است. رادیوگرافی ریه او ارتشاح منتشر ریوی مشاهده میشود. تشخیص محتمل کدام است؟

الف- سل

ب- پنومونی قارچی

ج- پنومونی انفلانزایی

د- پنومونی پنوموسیستیس

جواب

گزینه د

در خانمی با **interal dysoria** تکرر ادراری و پیوری کشت ادراری منفی است. ارگانایسم مولد کدام است؟

الف- استافیلوکوک اپیدرمیس

ب- استافیلوکوک ساپروفیتیکوس

ج- کلامیدیا تراکوماتیس

د- کاندیدا



امیدی هست  
چون  
خاک اینی هست

