



# درد لگن و دیس منوره



➤ درد حاد درد شدیدی است که با حمله ناگهانی، افزایش سریع و دوره کوتاه مشخص میشود

➤ درد دوره ای به دردی گفته میشود که در ارتباط با سیکل قاعدگی رخ میدهد

➤ **دیس منوره یا قاعدگی دردناک شایع ترین پدیده درد دوره ای است و بر حسب پاتولوژیک آناتومیک به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم میشود**

➤ درد مزمن لگنی دردی است که بیش از سه ماه طول کشیده باشد به لگن محدود باشد و به حدی شدید باشد که سبب ناتوانی عملکردی شود یا نیاز به مراقبت های طبی داشته باشد

➤ درد حاد غالباً با پاسخ های رفلکسی اتونوم از قبیل تهوع، استفراغ، تعریق، ترس و هراس و همچنین علائم التهاب و عفونت همراه است اما چنین علائم التهاب در درد مزمن وجود ندارد

## درد حاد

- ۱- عوارض بارداری: بارداری ناپجا- سقط
- ۲- عفونتهای حاد ( آندومتریت- PID حاد یا سالپنگواوفوریت، آبسه توبوواوارین)
- ۳- اختلالات آدنکس (کیست عملکردی هموراژیک تخمدان، پیچش آدنکس، پارگی کیست عملکردی، نئوپلاستیک یا التهابی تخمدان)

## درد حاد

➤ درد راجعه لگن:

➤ ۱- میتل اشمرز

➤ ۲- دیس منوره اولیه

➤ ۳- دیس منوره ثانویه

## درد حاد

▀ دستگاه گوارش:

گاستروانتریت

آپاندیسیت

انسداد روده

دیورتیکولیت

بیماری التهابی روده

سندرم روده تحریک پذیر

## درد حاد

▀ دستگاه ادراری - تناسلی

۱- سیستیت

۲- پیلونفریت

۳- سنگ حالب

## درد حاد

■ دستگاه عضلانی - اسکلتی

۱- هماتوم دیواره شکم

۲- فتق

سایر علل درد حاد عبارتند از: پورفیری حاد - ترومبوفلیت لگن - آنوریسم - آنژین شکمی

## درد حاد

- شروع ناگهانی درد: سوراخ شدن یا پارگی یکی از احشای شکمی یا ایسکمی متعاقب پیچش یک پایک عروقی
- درد کولیکی یا کرامپی شدید معمولا با انقباض عضلانی یا انسداد احشای توخالی مانند روده - حالب یا رحم
- درد منتشر شکم مطرح کننده یک واکنش ژنرالیزه به یک مایع محرک در داخل حفره صفاق (خون - چرک - محتوای کیست تخمدانی)
- درد احشایی در ابتدا به صورت یک درد مبهم عمیق و با لوکالیزه شدن ضعیف به همراه پاسخ های رفلکسی اتونوم درک میشود



## درد حاد

- هنگامی که درد در ناحیه خاصی از دیواره شکم به صورت موضعی در آید : درد ارجاعی
- درد ارجاعی: سطحی و کاملاً لوکالیزه که در محل توزیع عصب یا سگمانی از درماتوم نخاعی که به عضو احشایی درگیر عصب میدهد احساس میشود

## ارزیابی درد حاد لگن

- گرفتن تاریخچه مناسب: چگونگی و زمان شروع درد، وجود نشانه های گوارشی مثل بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، یبوست، عدم دفع گاز، مدفوع و هماتوژی (خون در مدفوع)
- سوال در مورد علایم ادراری، چک علایم عفونت (تب- لرز- ترشحات واژینال)، علایم هموپریتوئن (سرگیجه- سنکوپ- اتساع شکمی- درد ربع فوقانی راست شکم یا درد شانه)
- سوال در مورد تاریخچه طبی و جراحی و مصرف فعلی دارو
- بررسی آزمایشگاهی: CBC- آنالیز ادرار- آزمایش بارداری- غربالگری کلامیدیا- گنوره- سونوگرافی واژینال

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد

### بارداری نابجا

- با اتساع لوله ایجاد درد
- **در صورت پارگی:** درد موضعی شکم موقتا برطرف شده و با بروز خون تبدیل به درد منتشر شکمی و لگنی همراه با سرگیجه
- **تریاد کلاسیک EP:** آمنوره- خونریزی نامنظم و درد حاد
- وجود توده در کول دوساک احساس فوریت در دفع مدفوع
- خون تجمع یافته در داخل شکم سبب تحریک دیافراگم و درد ارجاعی به شانه راست

# علل تولید مثلی درد لگنی حاد

## بارداری نابجا

- نشانه ها: در موارد پاگی اغلب تغییرات اورتوستاتیک علایم حیاتی دیده میشود
- اورتوستاز با افزایش نبض و کاهش ۲۰ میلی متری جیوه در فشار خون سیستولی و ۱۰ میلی متری جیوه در فشارخون دیاستولی بعد از تغییر وضعیت بیمار از حالت دراز کش به ایستاده تشخیص داده میشود
- معاینه شکمی معمولا تندرns و گاردینگ در یک یا هر دو ربع تحتانی شکم وجود دارد
- با پیدایش خون در صفاق اتساع شکمی ژنرالیزه و ریپاندتندرns ظاهر میشود و صداهای روده اغلب کاهش می یابد
- در معاینه لگنی عموما تندرns خفیف در حین تحرک سرویکس آشکار میشود
- تندرns آدنکس عموما بیشتر در سمت EP دیده میشود
- آزمایش بارداری مثبت و سونوگرافی واژینال تایید کننده تشخیص هستند
- یافته های سونوگرافی عبارتند از: توده آدنکسی- ساک کاذب در آندومتر و یک ساک خارج حاملگی به همراه کیسه زرده در داخل رویان در لوله فالوپ

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد

### نشست یا پارگی کیست تخمدان

- شایع ترین کیست ها: کیست های فولیکولی یا جسم زرد
- در صورت نئوپلاسم های خوش خیم و یا بد خیم احتمال پارگی بیشتر
- درد همراه با پارگی فولیکول در زمان تخمگذاری: **متیل اشمرز**
- نشست مقادیر اندک خون به داخل صفاق و غلظت بالای پروستاگلاندین ها در مایع فولیکولی باعث ایجاد درد لگن در میانه سیکل میشود که این درد خفیف، متوسط و خود محدود شونده است و در صورت سالم بودن سیستم انعقادی بروز هموپریتوئن غیرمحتمل است
- کیست هموراژیک جسم زرد ممکن است علامتدار شده و باعث تشدید علایم حیاتی و نیازمند جراحی شود
- اتساع سریع کیسول تخمدان، یا در صورت پارگی خونریزی در صفاق مسئول بروز درد حاد است
- پارگی این کیست ممکن است به خونریزی مختصر داخل صفاقی منجر شده و یا با خونریزی واضح باعث اتلاف خون قابل توجه و هموپریتوئن شود

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد

### نشت یا پارگی کیست تخمدان

➤ نئوپلاسم های کیستیک خوش خیم یا توده های التهابی تخمدان مانند آندومتریوما یا آپسه ممکن است دچار نشت یا پارگی شوند

➤ موارد نیازمند جراحی: ۱- در صورتی که پارگی کیست به هموپریتوئن (جسم زرد) یا پریتونیت شیمیایی (آندومتریوما، تراتوم، کیستیک خوش خیم) منجر شود که ممکن است باروری فرد را مختل کند ۲- شکم حاد که تهدید کننده حیات است

➤ **علائم:** کیست تخمدان اگر دچار پیچش، رشد سریع، عفونت یا نشت نشود درد حاد ایجاد نمی کند

➤ کیست جسم زرد شایعترین کیستی است که پاره شده و موجب هموپریتوئن میشود

➤ علائم کیست جسم زرد پاره شده همانند پارگی علائم EP است

➤ معمولاً شروع درد ناگهانی بوده و در صورت ایجاد هموپریتوئن با درد شکمی ژنرالیزه و گاهی سرگیجه و سنکوپ همراه است

➤ پارگی آندومتریوما یا تراتوم کیستیک خوش خیم علائم مشابهی ایجاد می کند اما به دلیل خونریزی ناچیز سرگیجه و علائم هیپوولمی ندارد

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد

### نشت یا پارگی کیست تخمدان

- **نشانه ها:** ارتواستاز ناشی از هیپوولمی در صورت بروز کاهش حجم داخل عروقی
- **مهمترین نشانه:** تندرns قابل توجه با ریپندتندرns لوکالیزه یا منتشر به ربع تحتانی شکمی به علت تحریک صفاق
- در معاینه لگن در صورتی که کیست در حال نشت باشد یا دچار پارگی ناکامل شده باشد یک توده لمس میشود

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد

### نشت یا پارگی کیست تخمدان

- تشخیص: انجام آزمایش خون و سونوگرافی واژینال
- آزمایش بارداری، CBC و در صورت اورتوستاز تعیین گروه خونی و غربالگری خون باید انجام شود
- لکوسیتوز ناشایع بوده و کاهش هماتوکریت فقط در صورت خونریزی فعال مشاهده میشود
- در غیاب اورتوستاز و هماتوکریت نسبتاً طبیعی هموپریتوئن غیر محتمل است



## علل تولید مثلی درد لگنی حاد نشست یا پارگی کیست تخمدان

- وجود اورتوستاز کم خونی واضح یا وجود مقدار زیاد مایع آزاد در صفاق مطرح کننده هموپریتوئن بوده و معمولاً درمان جراحی با لاپاروسکوپی یا لاپاراتومی را ایجاب میکند
- بیماران فاقد وضعیت اورتوستاتیک تب و کم خونی که فقط مختصری خون در مایع کول دو ساک آنها وجود دارد و بیماران غیر باردار را می توان بدو مداخله جراحی در بیمارستان تحت نظر قرار داد
- پیچش آدنکس:** پیچش پایک عروق تخمدان، تخمدان حاوی کیست، لوله فالوپ، کیست پاراتیوبال یا ندرتا هیوم رحمی پایه دار منجر به ایسکمی و بروز سریع درد حاد لگن می گردد
- تراتوم کیستیک خوش خیم شایعترین نئوپلاسمی است که دچار پیچش میشود**
- کارسینوم تخمدان و توده های التهابی به دلیل چسبندگی ندرتا دچار پیچش میشوند
- بروز پیچش در لوله و تخمدان طبیعی نادر است اما ممکن است در تخمدان پلی کیستیک رخ دهد**
- به نظر میرسد که ۸۳ درصد پیچش های تخمدان در تخمدان های با اندازه ۵ سانتی متر یا بیشتر رخ میدهند

## علل تولید مثلی درد لگنی حاد نشست یا پارگی کیست تخمدان

► **علائم:** درد ممکن است ثابت و مداوم یا در صورت ناکامل بودن و رفع شدن متناوب پیچش به طور متناوب ظاهر نماید

► بروز پیچش و شکایات درد شکمی معمولاً در هنگام بلند کردن اجسام ورزش یا مقاربت رخ می دهد

► پاسخ های رفلکسی اتونوم مانند تهوع، استفراغ، ترسو هراس معمولاً وجود دارد

► **نشانه ها:** افزایش خفیف درجه حرارت بدن، تاکی کاردی، لکوسیتوز ممکن است با نکروز بافت همراه باشند

► در معاینه تندرns شکم و ریباند تندرns موضعی در ربع تحتانی شکم وجود دارد

► بروز یک توده لگنی بزرگ مهمترین نشانه در معاینه دو دستی است

# علل تولید مثلی درد لگنی حاد

## نشت یا پارگی کیست تخمدان

### تشخیص:

■ معاینه و سونوگرافی، شک به پیچش: جراحی (لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی) روش تشخیصی و درمانی

### درمان

■ پیچش: جراحی - در صورت امکان باید پیچش آدنکس را رفع کرده و اقدام به سیستکتومی (برداشتن کیست تخمدان) کرد

■ حتی در صورت بروز نکروز تخمدان عملکرد خود را حفظ می کند و با حفظ آدنکس می توان عملکرد هورمونی و باروری را حفظ نمود

## سالپنگوافوریت حاد و بیماری التهابی لگن

- PID گنوکوکی یا کلامیدیایی با شروع درد حاد لگنی، تب، ترشح چرکی واژینال، تهوع و استفراغ
- PID تحت بالینی با سالپنگوافوریت کلامیدیایی دیده میشوند که علایم بی سروصدایی دارد و گاهی با سندرم روده تحریک پذیر اشتباه گرفته میشود
- **نشانه ها:** درجه حرارت بالا و تاکی کاردی، اتساع شکم، کاهش صداهای روده، تندرns شکم
- **مهمترین نشانه های سالپنگوافوریت: تندرns سرویکس در هنگام تحرک و تندرns دو طرفه آدنکس**
- **تشخیص:** لکوسیتوز و افزایش ESR و CRP- ترشح واژینال یا سرویکال موکوسی چرکی، تایید آزمایشگاهی گنوره یا کلامیدیا، درجه حرارت دهانی حداقل ۳۸/۳، گلبولهای سفید خون در نمونه مرطوب ترشحات واژینال
- در صورت نامشخص بودن تشخیص: **لاپارسکوپی**
- **اختصاصی ترین معیار تشخیصی:** اندومتریوت در بیوپسی، شواهد لاپارسکوپی، لوله ها قرمز و متورم و ادماتو، لوله فالوپ ضخیم شده و پر از مایع در سونوگرافی یا MRI

## آبسه توبولوارین

- عارضه سالپنژیت
- معمولا دو طرفه پارگی آن یک اورژانس حاد : خطر شوک آندوتوکسینی گرم منفی
- نشانه ها: تب- تاکی کاردی- فشارخون پایین- در معاینه توده سفت و حساس - درد شکم و لگن- گاهی لمس آبسه در کول دو ساک
- تشخیص: سونوگرافی و معاینه فیزیکی- در صورت عدم تشخیص قطعی: لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی
- تشخیص افتراقی: پیچش آدنکس- اندومتریوما- نشست کیست تخمدان- آبسه دور آپاندیس- آبسه دیورتیکولی
- درمان: بیمار بستری- درمان طبی با آنتی بیوتیک وسیع الطیف- در صورت پابرجا ماندن تب: درناژ آبسه و در صورت عدم تمایل به باروری: سالپنگوآوفورکتومی دو طرفه و هیسترکتومی

## آبسه توبو اووارین

□ آبسه پاره شده منجر به پریتونیت منتشر میشود که با علایم تاکی کاردی، ریباندتندرنس در هر ۴ ربع شکم مشخص میشود

□ با بروز شوک آندوتوکسیک هیپوتانسیون و اولیگوری پدید می آید که انجام لاپاراتومی تجسسی به همراه رزکسیون بافت عفونی را الزامی میسازد

□ زنان دچار گنوره یا کلامیدیا باید سه ماه بعد از درمان مجدداً ارزیابی شوند و شریک جنسی تحت درمان قرار گیرد

## لیومیوم

- ☐ تومور عضلات صاف
- ☐ **علائم:** فشار غیر دوره ای - درد - تکرر ادرار - دیس منوره - دیس پارونی - یبوست
- ☐ ارتباطی بین درجه درد و تعداد فیبروئید وجود ندارد
- ☐ دژنراسیون در اثر قطع خونرسانی در اثر رشد سریع میوم در حین بارداری
- ☐ لیومیوم پایه دار زیر سروزی دچار ممکن است دچار نکروز ایسکمیک ناشی از پیچش شود
- ☐ در صورت پایه دار شدن میوم زیر مخاطی رحم مثل زمانی که یک جسم خارجی را دفع می کند منقبض میشود و این درد کرامپی معمولا توام با خونریزی است

## لیومیوم

- ☐ **نشانه ها:** معاینه شکمی - معاینه دو دستی - سونوگرافی - توده های توپر نامنظم یا توده های با منشأ رحم را آشکار می کند
- ☐ **در صورت دژنراسیون:** التهاب حاصل از آن را می تواند تب - تاکی کاردی خفیف و تندرئس ایجاد کند
- ☐ **تشخیص:** سونوگرافی - MRI
- ☐ خارج کردن توده ها با لاپاروسکوپی
- ☐ در یک میوم زیر مخاطی همراه با درد و خونریزی باید اکسیژون ترانس سرویکال انجام شود



## آندومتريوز

- ☐ همراه با دیس منوره-دیس پارونی- دفع دردناک مدفوع- خونریزی نامنظم- کاهش باروری
- ☐ درد حاصل از آندومتريوز معمولاً پیش از قاعدگی و حین قاعدگی بروز می کند
- ☐ درد ژنرالیزه و حاد در زمانی غیر از قاعدگی رخ دهد باید پارگی آندومتريوما را مدنظر قرار داد
- ☐ تشخیص: تندرns در دو ربع تحتانی شکم در صورت پارگی اتساع یا ریباندتندرns ممکن است دیده شود
- ☐ معاینه دو دستی یا رکتوواژینال اغلب یک رحم ثابت همراه با ندول های حساس در ناحیه یوتروساکرال یا ضخیم شدگی کول دوساک را نشان می دهد
- ☐ تشخیص قطعی: لاپاراسکوپی یا لاپاراتومی
- ☐ در صورت توده واضح در سونوگرافی انجام لاپاراسکوپی اندیکاسیون دارد

## علل گوارشی درد حاد لگن

☐ آپاندیسیت

☐ دیورتیکولیت حاد

☐ انسداد روده

## آپاندیسیت

- ❑ شایع ترین منبع روده ای درد حاد لگن در زنان و شایعترین علت جراحی اورژانس شکم
- ❑ علایم شبیه PID اما در آپاندیسیت تهوع و استفراغ شدیدتر
- ❑ **علایم:** درد شکمی منتشر مخصوصا اطراف ناف و به دنبال آن بی اشتهایی، تهوع و استفراغ
- ❑ ظرف چند ساعت معمولا به ربع تحتانی راست کشیده میشود
- ❑ متعاقبا ممکن است تب، استفراغ و عدم دفع گاز و مدفوع رخ دهد
- ❑ **در آپاندیسیت رتروسکال:** درد غیر معمول شکمی به صورت زورپیچ و درد منتشر سوپراپوبیک
- ❑ **نشانه ها:** تب خفیف - درجه حرارت بالا - تندرns موضعی در ناحیه راست شکم (نقطه MCBurney) - وجود توده در سمت راست - تندرns در معاینه رکتال - نشانه پسواس - نشانه ایتراتور



## آپاندیسیت

- ❑ **تشخیص:** تعداد کلی لکوسیت طبیعی - یافته های سونوگرافی و CT غیرطبیعی ( در صورت پر بودن آپاندیس تشخیص آپاندیسیت رد میشود) - جهت رد سایر منابع پاتولوژی لگن لاپارسکوپی تشخیصی می تواند کمک کننده باشد
- ❑ **در صورت عدم امکان تشخیص قطعی اپاندکتومی**
- ❑ **درمان:** تزریق وریدی مایعات - محدودیت اکید هر گونه ماده خوراکی - و تجویز آنتی بیوتیک پیش از عمل و متعاقب آن لاپارسکوپی یا لاپارتومی
- ❑ **آپاندیس پاره شده نه تنها مخاطره آمیز است بلکه می تواند عوارض شدیدی بر باروری زنان در سنین باروری بر جا بگذارد**

## دیورتیکولیت حاد

- ☐ التهاب دیورتیکول یا بیرون زدگی دیواره کولون بروز کرده و معمولاً کولون سیگموئید را درگیر میسازد
- ☐ به طور معمول زنان یائسه را مبتلا میسازد ولی ممکن است در دهه های ۳۰ و ۴۰ زندگی نیز رخ دهد
- ☐ علایم: درد شدید ربع تحتانی چپ شکم متعاقب طولانی مدت شکایات سندرم روده تحریک پذیر ولی معمولاً بی علامت - تب لرز و یبوست - بی اشتها و استفراغ ناشایع
- ☐ نشانه ها: در صورت بروز پریتونیت صداهاى روده کاهش می یابد - اتساع شکم به همراه تندرns ربع تحتانی چپ شکم و ریباند تندرns
- ☐ یک توده خمیری و کم تحرک در ربع تحتانی شکم
- ☐ لکوسیتوز
- ☐ مثبت بودن تست گایاک مدفوع

## دیورتیکولیت حاد

- ❑ تشخیص: توموگرافی کامپیوتری (روده ها متورم و ادماتوز)
- ❑ درمان: طبی (تزریق مایعات وریدی- محدودیت مواد خوراکی و آنتی بیوتیک وسیع الطیف- مداخله جراحی در صورت: بروز آبسه- انسداد فیستول یا سوراخ شدن دیورتیکول

## انسداد روده

- ❑ علل: چسبندگی های بعد از عمل - تشکیل فتق - بیماری التهابی روده - کارسینوم روده یا تخمدان
- ❑ علایم: بروز درد کولیکی شکم و متعاقب آن اتساع شکمی - استفراغ - یبوست و عدم دفع گاز و مدفوع
- ❑ در انسداد حادتر و بخش بالایی روده استفراغ زودهنگام اما انسداد کولون با اتساع شدیدتر شکم و عدم دفع گاز و مدفوع
- ❑ استفراغ در ابتدا حاوی محتویات معده و سپس بسته به سطح انسداد حاوی صفرا و یا موادی با بوی مدفوع
- ❑ نشانه ها: اتساع - در ابتدا صداهای روده زیاد سپس با پیشرفت انسداد صداهای روده کاهش می یابد و فقدان صدا: روده ایسکمیک

## انسداد روده

☐ تشخیص و درمان: رادیوگرافی ایستاده

☐ الگوی مشخص گاز: قوس های اتساع یافته روده و سطح مایع - هوا را نشان می دهد

☐ انسداد کامل: جراحی

☐ انسداد ناقص: تزریق مایعات و ساکشن نازوگاستریک



## علل ادراری درد حاد لگن

❑ کولیک حالب به واسطه سنگ حالب در اثر افزایش ناگهانی در فشار داخل مجرای و التهاب توام با آن

❑ سیستیت - پیلونفریت

❑ شایعترین عامل UTI: اشریشا کولی - پروتئوس - کلبسیلا - پseudomonas

❑ علایم و نشانه ها: درد سنگ شدید و کرامپی از زاویه دنده ای - مهره ای به کشاله ران - هماتوری

❑ سیستیت: درد مبهم سوپراپوبیک - تکرر ادرار - فوریت در ادرار - دیزوری - هماتوری

❑ رد یورتریت ناشی از کلامیدیا و گنوره

❑ پیلونفریت: درد پهلو - درد زاویه دنده ای - مهره ای - درد پایین شکم

## علل ادراری درد حاد لگن

❑ تشخیص: آنالیز ادراری (وجود RBC) و مشاهده سنگ به وسیله سونوگرافی شکمی یا اوروگرافی با CT یا پیلوگرافی وریدی

❑ سنگهای اوریک ممکن است با CT شناسایی نشوند

❑ تشخیص UTI: مشاهده باکتری - لکوسیت با یا بدون لکوسیت استراز و نیتريت در غیاب سلولهای اپی تلیال سنگفرشی و کشت ادرار

❑ درمان: تزریق مایعات وریدی یا هیدراسیون خوراکی - آنتی بیوتیک برای UTI و کنترل درد

❑ در صورت وجود پیوری استریل و عدم بهبودی بیمار باید رد سل (توبو کولوز)

❑ درمان جراحی: لیتوتریپسی یا جراحی باز

❑ درمان پیلونفریت زنان غیر باردار: دوره ۱۴ روزه از یک فلوروکینولون یا تری متوپریم / سولفامتوکسازول

## علل ادراری درد حاد لگن

- ❑ برخی قبل از ترخیص: تجویز یک دوز سفالوسپورین نسل سوم
- ❑ در صورت عدم بهبودی - عدم پذیرش درمان توسط بیمار یا عدم تحمل داروهای خوراکی و مایعات، تضعیف سیستم ایمنی: بستری

لایاراسکویی در بیماران مبتلا به پریتونیت، ایلئوس شدید یا انسداد روده دارای گتراندیکاسیون نسبی است و در این موارد لایاراتومی ارجح است.

تشخیص‌های افتراقی درد مزمن لگن شامل موارد زیر هستند:  
- ژنیکولوژیک

۱. غیردوره‌ای: چسبندگی‌ها، اندومتریوز، سالپنگوآفوریت، سندرم بقایای تخمدان یا سندرم تخمدان باقیمانده، احتقان لگن، تئوبلاسم‌های تخمدان (خوش خیم یا بدخیم)، شل شدگی کف لگن  
۲. دوره‌ای: دیس منوره اولیه و ثانویه، میتل اشمز، اندومتریوز، ناهنجاری‌های رحم یا واژن همراه با انسداد مسیر خروج خون قاعدگی، چسبندگی‌های رحمی (سندرم آشرمن)، پولیپ‌های اندومتر یا IUD غیرهورمونی، لیومیوم رحمی، آدنومیوز، سندرم احتقان لگن - دستگاه گوارش

سندرم روده تحریک پذیر، کولیت اولسراتیو، بیماری کرون، کارسینوم، عفونت، انسداد نسبی و راجعه روده کوچک، فتق، دیورتیکولیت، آنزیم شکمی

- دستگاه ادراری تناسلی  
سیستویورتريت راجعه، سندرم پیشابراهی، سیستیت بینایی، دیورتیکول‌ها یا پولیپ‌های حالب، کارسینوم مثانه، انسداد حالب - نورولوژیک

سندرم گیر افتادن عصب، نوروما یا سایر نوروپاتی‌ها، نقاط Trigger - عضلانی اسکلتی

درد میوفاشیال، سندرم کمردرد (ناهنجاری‌های مادرزادی، اسکولیوز و کیفوز، اسپوندیلولیز، اسپوندیلولیزتیز، صدمات نخاعی، التهاب تومورها، یوکی استخوان، تغییرات دژنراتیو، درد دنبالچه)، سندرم میوفاشیال

- سیستمیک  
فیبرومیالژی، پورفیری حاد متناوب، میگرن شکمی، بیماری‌های بافت همبند (SLE)، نفوم، نوروفیبروماتوز.



## درد دوره‌ای: دیس منوره اولیه یا ثانویه

دیس منوره یک اختلال شایع ژنیکولوژیک است که ۶۰ درصد زنان دارای سیکل‌های قاعدگی را درگیر می‌سازد.

- دیس منوره اولیه به درد قاعدگی در غیاب پاتولوژی لگنی گفته می‌شود که معمولاً ۱-۲ سال بعد از منارک (همزمان با تثبیت سیکل‌های تخمک‌گذاری) تظاهر می‌یابد و ممکن است تا دهه ۴۰ زندگی پابرجا بماند.

- دیس منوره ثانویه شامل درد قاعدگی همراه با پاتولوژی زمینه‌ای است و معمولاً سال‌ها بعد از منارک بروز می‌کند و می‌تواند به همراه سیکل‌های فاقد تخمک‌گذاری رخ دهد.

## دیس منوره اولیه

علت دیس منوره اولیه، افزایش یا عدم تعادل در میزان تولید پروستاتوئیدهای اندومتر طی قاعدگی است. پروستاتوئیدها باعث افزایش انقباض رحم با الگوی دیس ریتمیک، افزایش تون پایه و افزایش فشار فعال می‌شوند. افزایش انقباض رحم، کاهش جریان خون رحم و افزایش حساسیت اعصاب محیطی به ایجاد درد کمک می‌کنند. غلظت ترکیبات پروستاگلندین در اندومتر ترشحاتی بیشتر از اندومتر تکثیری است. کاهش غلظت پروژسترون در انتهای فاز لوتئال، فعالیت لیزکنندگی آنزیم‌ها را تحریک می‌کند که موجب آزادسازی فسفولیپیدها به همراه تولید آراشیدونیک اسید و فعال شدن مسیر سیکلواکسیژناز می‌شود. افزایش ستنز پروستاتوئیدها در زنان دچار دیس منوره اولیه، سبب افزایش تون رحمی و انقباضات با دامنهٔ بالا و نهایتاً دیس منوره می‌گردد. طبق یک فرضیه، در زنان دارای دیس منوره، فعالیت آنزیمی سیکلواکسیژناز و ستنز پروستاتوئید تنظیم افزایشی دارد.

**علامت:** در دیس منوره اولیه، درد معمولاً چند ساعت قبل یا بلافاصله پس از شروع قاعدگی بروز کرده و ممکن است ۷۲-۴۸ ساعت طول بکشد. این درد با کرامپ‌های سوپراپوبیک همراه بوده و ممکن است با درد کمر در ناحیهٔ لومبوساکرال، درد انتشار یابنده به جلوی ران، تهوع، استفراغ، اسهال و ندرتاً با حملات سنکوپ همراه باشد. ماهیت درد کولیکی است و بر خلاف درد شکمی ناشی از پریتونیت عفونی یا شیمیایی، به وسیلهٔ ماساژ شکم و اعمال فشار یا حرکت بدن، تسکین می‌یابد.

## درد دوره ای: دیس منوره اولیه یا ثانویه

☐ نشانه ها: علایم حیاتی و صداهای روده طبیعی - تندرئس سوپراپوبیک - تست حرکت سرویکس منفی

☐ تشخیص: رد پاتولوژی لگنی - تایید ماهیت دوره ای درد - بررسی از نظر گنوره و کلامیدیا - CBC به همراه ESR - سونوگرافی در صورت عدم جوابدهی به NSAIDs -

☐ درمان: مهار کننده سنتز پروستاگلاندین ها با NSAIDs ۱-۳ روز قبل یا هنگام شروع علایم سپس به طور مداوم هر ۶-۸ ساعت

☐ NSAID ها در بیماران دارای زخم گوارشی - افزایش حساسیت برونش به آسپرین کنتراندیکه است

☐ اثرات جانبی: تهوع - سوء هاضمه و ضعف

☐ خط دوم: OCP

## درد دوره ای: دیس منوره اولیه یا ثانویه

- ☐ درمان همزمان با NSAID ها و ضدبارداری هورمونها موثرتر از درمان به صورت جداگانه
- ☐ در صورت عدم پاسخ می توان هیدروکودون یا کدئین را برای ۳-۴ روز در ماه اضافه کرد
- ☐ **هیدروکودون یک شبه افیون نیمه مصنوعی است که از کدئین یا کمتر از تبائین تولید می شود**
- ☐ قبل از افزودن به داروی نارکوتیک باید عوامل روانی بررسی شده و سایر پاتولوژی ها با لاپاراسکوپی تشخیصی رد شود
- ☐ درمان غیر دارویی: گرما- طب سوزنی- تحریک الکتریکی عصب از راه پوست TENS-
- ☐ طب سوزنی گیرنده ها را یا فیبرهای عصبی را تحریک کرده و ایچپالس های درد را از طریق تعامل با واسطه هایی مانند سروتونین یا اندروفین مسدود می کند
- ☐ با انجام TENS درک بدن از پیام های درد تغییر می کند
- ☐ این روش انقباضات عضلانی را مستقیماً متاثر نمی سازد



## درد دوره ای: دیس منوره اولیه یا ثانویه

- ❑ پدهای حرارتی شیمیایی یا الکتریکی شکم در درمان دیس منوره اولیه مفید هستند
- ❑ روش هایی که ندرتا در درمان دیس منوره اولیه به کار می رود: تخریب لاپارسکوپیک عصب رحمی و نورکتومی پره ساکرال و هیسترکتومی

## دیس منوره ثانویه

- یک درد دوره ای قاعدگی که در ارتباط با پاتولوژی زمینه ای لگن روی میدهد
- اغلب ۱-۲ هفته پیش از قاعدگی روی داده و تا چندین روز بعد از قاعدگی باقی می ماند
- داروی NSAID ها و OCP بی اثر
- علل: آندومتریوز- آدنومیوز- آندومتریس تحت حاد- PID- IUD های مسی- کیست های تخمدان- ناهنجاری های مادرزادی لگن و تنگی سرویکس
- آندومتریوز شایع ترین علت دیس منوره ثانویه و پس از آن آدنومیوز و IUD های غیر هورمونی
- تشخیص: از طریق بازنگری دفتر روزانه ثبت درد و در صورت لزوم سونوگرافی واژینال - لاپاروسکوپی و هیستروسکوپی

اندومتریوز، شایع ترین علت دیس منوره ثانویه است و پس  
از آن ادنومیوز و IUD غیرهورمونی مطرح هستند.

تشخیص از طریق بازنگری دفتر روزانه ثبت درد (جهت تایید دوره‌ای  
بودن درد) و در صورت لزوم سونوگرافی واژینال، لاپاراسکوپی و  
هیستروسکوپی است. دیس منوره ثانویه با درمان علت زمینه‌ای آن  
درمان می‌شود

## اندومتريوز

در زنان دچار اندومتريوز، غدد و استرومای اندومتر خارج از حفره لگن دیده می‌شوند. اندومتريوز در ۱۰ درصد زنان جمعیت عمومی، در ۲۰-۱۵ درصد زنان نابارور و در بیش از ۳۰ درصد مبتلایان به درد مزمن لگن، دیده می‌شود.

**علائم:** شامل دیس منوره شدید و درد لگنی دوره‌ای که دو هفته قبل از قاعدگی شروع می‌شود. سایر علائم عبارتند از: دیس پارونی فشاری عمیق، کاهش باروری، خونریزی نامنظم با وجود سیکل‌های تخمک گذاری، و علائم غیرژنیکولوژیک نظیر اجابت مزاج دردناک دوره‌ای، تکرر ادرار، فوریت ادرار، نفخ، و ندرتاً هماتوئیدی یا هماتوری. در بیماران دچار اندومتريوز قفسه سینه، درد قفسه سینه، پنوموتوراکس و هموتوراکس در زمان خونریزی قاعدگی دیده می‌شود.

**نشانه‌ها:** معاینه دودستی و رکتوواژینال ممکن است ندولاریتی یوتروساکرال، تندرns موضعی یا علامت پری (اندومتريومای تخمدان) را نشان دهد.

**تشخیص:** تشخیص اندومتریوز به انواع غیرجراحی و جراحی تقسیم می شود. تشخیص بالینی اندومتریوز در ۵۰ درصد موارد دقیق است. CA-125 ممکن است بالا باشد اما غیراختصاصی و غیرحساس است. به نظر می رسد که بیوپسی اندومتر به اندازه لاپاراسکوپی در تشخیص اندومتریوز مؤثر باشد.

یک کیست هموراژیک دارای ظاهر هموژن که بعد از ۱-۲ سیکل قاعدگی بهبود پیدا نکند، مشکوک به اندومتریوما است.



تشخیص قطعی انلومتریوز با مشاهده مستقیم حین لاپاراسکوپى یا  
لاپاروتومی صورت می گیرد

درمان: زنان مشکوک به انلومتریوز که به دنبال باردار شدن نیستند  
و زنان فاقد توده آدنکسی می توانند درمان طبی خط اول را قبل از  
لاپاروسکوپى آغاز نمایند: یک دوره NSAID با یا بدون استروژن-  
پروژستین ترکیبی.

درمان طبی خط دوم شامل پروژستین‌های با دوز بالا یا آنالوگ‌های GnRH است. این درمان برای موارد سرکش بیماری یا مواردی که منع مصرف استروژن وجود دارد به کار می‌رود. پروژستین‌ها باید با دوزی که باعث آمنوره می‌شود، تجویز شوند؛ سپس دوز آن‌ها به تدریج تا کنترل علائم کاهش داده می‌شود. دوز بالای مدروکسی پروژسترون استات و نوراتیندرون استات تاثیری مشابه با آنالوگ‌های GnRH دارند. هورمون‌های آندروژنی نظیر دانازول موج LH و استروئیدسازی را مهار می‌کنند و خاصیت ضد التهابی دارند. از مهارکننده‌های آروماتاز (نظیر Anastrozole) می‌توان به عنوان درمان کمکی موارد سرکش بیماری در کنار سایر درمان‌های طبی استفاده کرد.

لاپاروسکوپی و لاپاراتومی در درمان اندومتریوز مناسب هستند و برای برخی بیماران در درمان دیس منوره ثانویه مرتبط با اندومتریوز مقاوم به عوامل هورمونی، درمان ارجح هستند در زنان دارای دیس منوره ثانویه شدید که تمایل به باروری ندارند، هیسترکتومی با سالپنگواوفورکتومی و خارج کردن ضایعات اندومتریوزی، درمان ارجح است. در اندومتریوز رکتوواژینال که غالباً عمقی است و عصب رسانی زیادی دارد، رزکسیون لاپاراسکوپیک مشکل است و در این موارد، هورمون درمانی پیشنهاد می شود.



## آدنومیوز

وجود استروما و غدد اندومتر در داخل میومتر (با حداقل یک hpf فاصله از قاعده اندومتر) به عنوان آدنومیوز تعریف می‌شود. آدنومیوز، اندومتریوز و میومهای رحمی معمولاً توأم با یکدیگر وجود دارند. میانگین سنی بروز شکایات معمولاً در سنین بالای ۴۰ سال است. عوامل خطر عبارتند از: پارите بالا، منارک زودرس، و سیکل‌های قاعدگی کوتاه‌تر.

**علائم:** علائم مشخصه آدنومیوز عبارتند از: خونریزی قاعدگی بیش از حد یا طولانی، دیس پارونی، و دیس منوره. علائم اغلب از دو هفته قبل از شروع قاعدگی روی داده و ممکن است تا پس از قطع قاعدگی رفع نشوند. درد مزمن لگنی نیز وجود دارد.

**نشانه‌ها:** رحم به طور منتشر بزرگ است اما معمولاً اندازه آن کمتر از ۱۴ سانتی‌متر بوده و اغلب نرم و حساس (tender) است (خصوصاً در زمان قاعدگی). تحرک رحم محدود نشده و هیچ گونه پاتولوژی در آدنکس وجود ندارد.

## آدنومیوز

- ☐ تشخیص: بالینی
- ☐ تایید پاتولوژیک فقط در زمان هیستریکتومی
- ☐ درمان: بسته به سن و تمایل بیمار برای باروری بعدی
- ☐ دیس منوره ثانویه ناشی از آدنومیوز به طور قطعی بعد از هیستریکتومی تسکین می یابد
- ☐ خط اول درمان: داروهای NSAID - ضد بارداری هورمونی - سرکوب قاعدگی با پروژستین یا آگونیست های GnRH
- ☐ درمان آدنومیوز مشابه آندومتریوز

## درد لگنی مزمن

### درد لگنی مزمن

درد لگنی مزمن (CPP)، دردی است که به مدت بیشتر از شش ماه در یک محل باقی بماند و باعث ناتوانی عملکردی یا نیاز به درمان شود. CPP یک تشخیص کلی است که بسیاری از علل اختصاصی تر از علل تولیدمثلی، گوارشی و ادراری تا درد میوفاشیال و سندرم عصب گیرافتاده را شامل می شود. ۲۰-۱۲ درصد زنان در امریکا، دچار درد لگنی مزمن

هستند.

## درد لگنی مزمن

علل غیر ژنیکولوژیک درد مانند سندرم روده تحریک پذیر، سیستیت بینابینی، سندرم درد مثانه، سندرم میوفاشیال دیواره شکم یا کف لگن یا نورویپاتی معمولاً نادیده گرفته می‌شوند اما از علل شایع درد مزمن لگن هستند. حدود ۶۰-۸۰ درصد بیماران که به دلیل درد مزمن لگنی تحت لاپاراسکوپی واقع می‌شوند، فاقد هر گونه اختلال پاتولوژیک داخل صفاقی هستند این بیماران غالباً افسرده و مضطرب هستند و زندگی زنانشویی، اجتماعی و شغلی آن‌ها آشفته است.

رابطه‌ای بین درد و پاتولوژی نظیر اندومتریوز، چسبندگی یا احتقان وریدی وجود ندارد و درمان با عود درد همراه است.



## درد لگنی مزمن

پلاستیسیته سیستم عصبی یا تغییرات در پردازش پیام عصبی ممکن است در حفظ حالت درد مزمن دخالت داشته باشند. تغییرات تطابقی نادرست در سیستم عصبی مرکزی و محیطی زمینه را برای allodynia (درد ناشی از یک محرک غیردردناک)، هیپرالژزی، و وسیع شدن حوزه پذیرش درد و واکنش‌های رفلکس غیرطبیعی در عضلات اطراف فراهم می‌سازد. طناب نخاعی محل مهمی برای مکانیسم‌های gating مانند برانگیختگی، مهار، همگرایی و جمع‌آوری تحریکات عصبی است. در وضعیت‌های درد مزمن، درد دیگر حالت تطابقی ندارد و ورودی دردناک اولیه، وضعیت غیرطبیعی پایداری از افزایش پاسخ دهی ایجاد می‌کند که حساس شدن مرکزی<sup>۱</sup> نام دارد.

# بررسی درد مزمن لگنی

## بررسی درد مزمن لگن

در اولین ویزیت باید از بیمار تاریخچه کامل درد شامل ماهیت درد محل، انتشار، شدت عوامل تشدیدکننده و تسکین دهنده، تأثیر سیکل قاعدگی، استرس، کار، ورزش، مقاربت و ارگاسم، زمینه برانگیخته شدن درد، و جزئیات اجتماعی و شغلی ناشی از درد گرفته شود. باید از بیمار در مورد علایم خاص برخی از انواع پاتولوژی‌ها سوال شود:

- (۱) دستگاه تناسلی (خونریزی واژینال غیرطبیعی، ترشح، دیس منوره، دیس پارونی، کاهش باروری، عملکرد جنسی)
- (۲) دستگاه گوارش (یبوست، اسهال، نفخ، دفع مدفوع خونی و ارتباط درد و تسکین درد با دفع مدفوع)
- (۳) دستگاه عضلانی-اسکلتی / نوروپاتی (تروما، تشدید درد به هنگام فعالیت یا تغییرات وضعیتی، ضعف، کمر ختی، درد تیز)
- (۴) دستگاه ادراری (فوریت ادرار، تکرر ادرار، شب ادراری، سوزش ادرار، بی اختیاری ادرار، هماتوری)
- (۵) مسایل روانی (تشخیص‌های قبلی، بستری در بیمارستان و داروها، اختلالات فعلی افسردگی، اضطراب، پانیک شامل افکار خودکشی، ترومای عاطفی، فیزیکی یا جنسی).

## دستگاه تولید مثل

- ☐ شایع ترین یافته در ارزیابی لاپاراسکوپیک درد مزمن: آندومتریوز و چسبندگی ها
- ☐ آندومتریوز در ۴۰-۱۵ درصد بیمارانی که به علت درد مزمن لگن لاپاراسکوپی میشوند شناسایی می گردد
- ☐ در نتیجه واکنش التهابی چسبندگی رخ می دهد
- ☐ بین محل بیماری و علایم درد و همچنین میزان بروز یا شدت درد و مرحله بیماری ارتباطی وجود ندارد
- ☐ ۵۰-۳۰ درصد بیماران علی رغم مرحله فاقد درد هستند
- ☐ ۶۰-۴۰ درصد بیماران بدون توجه به مرحله بیماری هیچ گونه تندرستی در معاینه ندارند
- ☐ نفوذ آندومتریوز به عمق لگن و درگیری سیتوم رکتوواژینال و روده - رحم و مثانه همراه با درد
- ☐ چسبندگی ها همراه با درد

## دستگاه تولید مثل

- ❑ ضایعات عمقی واژینال و یوتروساکرال با دیس پارونی و دیس شزی
- ❑ علت درد تولید پروستاگلاندین ها و سیتوکین ها
- ❑ چسبندگی ها: منبع درد هستند- این زنان قبلا تحت یک عمل جراحی و احتمالا آسیب به اعصاب دیواره شکم قرار گرفته اند و ممکن است علت درد همین باشد- دیواره شکم باید از نظر آسیب هیوفاشیال یا عصبی درد مورد بررسی قرار گیرد
- ❑ تشخیص: رد سایر علل درد و ارزیابی روان شناختی - استفاده از لاپاروسکوپی تشخیصی-
- ❑ درمان: نقش سبب چسبندگی ها در علل درد مشخص نیست و جراحی به ایجاد چسبندگی بیشتر و آسیب عضو منجر میشود
- ❑ لیز چسبندگی ها مگر در صورت وجود انسداد نسبی متناوب روده یا ناباروری توصیه نمیشود



## احتقان لگن

### احتقان لگن

سندرم احتقان لگن عبارتست از: پرخونی یا اتساع شبکه‌های وریدی تخمندان و یا رحم این وضعیت، نتیجهٔ استرس عاطفی است که می‌تواند باعث اسپاسم عضلات صاف و احتقان شبکه‌های وریدی رحم و تخمندان شود. سندرم احتقان لگن از فشرده شدن ورید کلیوی چپ در منشا شریان مزانتریک فوقانی ایجاد می‌شود که به آن سندرم فنلق شکن<sup>۲</sup> نیز می‌گویند این وضعیت منجر به احتقان وریدی لگن می‌شود. نشانه‌ها و علائم: احتقان لگنی به طور شایع، زنان سنین باروری را درگیر می‌سازد. علائم آن عبارتند از: درد دو طرفهٔ پشت و پایین شکم، دیس منورهٔ ثانویه، دیس پارونی، خونریزی غیرطبیعی رحمی، خستگی مزمن و علائم رودهٔ تحریک پذیر.

درد معمولاً با تخمک گذاری شروع شده و تا پایان قاعدگی ادامه می‌یابد. رحم اغلب حجیم و تخمندانها (با داشتن کیست‌های متعدد عملکردی) بزرگ هستند. رحم، پارامتر و رباط‌های یوتروساکرال حساس هستند.

## احتقان لگن

**تشخیص:** تشخیص می‌تواند به طور بالینی میسر گردد با این وجود از روش‌های تصویربرداری استفاده می‌شود و نوگرافی ترانس یوترین یا MRI روش‌های اولیه تشخیص هستند اما سایر روش‌ها نظیر سونوگرافی لگن و لاپاراسکوپی ممکن است وریدهای واریسی را آشکار سازند به دلیل هزینه بالا و عوارض جانبی درمان، مراحل بعدی درمان باید بر مبنای علایم مربوطه و نه فقط بر اساس وجود واریکوزیته‌ها، انجام گیرد.

**درمان:** دامنه درمان احتقان لگن، از روش‌های کم‌تهاجمی سرکوب هورمونی و درمان با روش‌های رفتاری شناختی تا روش‌های تهاجمی تر آمبولیزاسیون ورید تخمدانی یا هیسترکتومی و سالپنگوآفوروکتومی، متغیر است. مصرف مداوم OC‌های کم استروژن (با غلبه پروژسترون)، پروژستین‌های با دوز بالا و آنالوگ‌های GnRH اغلب سبب تسکین درد می‌شوند.

## احتقان لگن

- ☐ در زنان دچار احتقان لگنی سرکوب هورمونی باید اولین رویکرد درمانی باشد
- ☐ مصرف روزانه ۳۰ میلی گرم هیدروکسی پروژسترون استات
- ☐ گوسرلین استات ۳/۵ میلی گرم در ماه به مدت ۶ ماه
- ☐ روان درمانی و رفتار درمانی
- ☐ در صورت عدم پاسخ به درمان طبی یا هورمونی آمبولیزاسیون ترانس کاتر پوستی
- ☐ روش تهاجمی: آمبولوتراپی ترانس کاتر
- ☐ در صورت شکست: هیسترکتومی با اووفورکتومی

## سالپنگو او فوریت تحت حاد

□ معمولاً با نشانه ها و علایم عفونت حاد تظاهر میکند

□ علت: عفونت کلامیدیا و هایکوپلاسماهی

□ علایم: تندرنس شکم - تندرنس هنگام تحرک سرویکس - تندرنس دو طرفه ادنکس ها

## سندرم بقایای تخمدان و تخمدان باقیمانده

- ❑ در بیماران سنین باروری که به دلیل آندومتریوز شدید یا pid تحت سالپنگوآووفورکتومی دو طرفه با یا بدون هیستریکتومی قرار گرفته اند
- ❑ باقی ماندن بافت قشر تخمدان به دنبال دیسکسیون دشوار در حین آووفورکتومی
- ❑ این بافت ممکن است در داخل چسبندگی ها محصور شده و یک کیست دردناک ایجاد کند
- ❑ آووفورکتومی لاپارسکوپیک به همراه دیسکسیون دشوار یک عامل خطر بسیار قوی است
- ❑ در سندرم تخمدان باقیمانده پس از هیستریکتومی یک یا هر دو تخمدان دست نخورده باقی می ماند
- ❑ چنانچه چسبندگی ها پیشرفت کده و تخمدان ها را محصور نماید اتساع دوره ای تخمدان ممکن است سبب درد شده و در برخی از موارد منجر به یک توده حساس گردد

## سندرم بقایای تخمدان و تخمدان باقیمانده

- ☐ علائم: درد سمت جانبی لگن به صورت دوره ای همراه با تخمگذاری یا فاز لوتئال و به شکل دردی تیز و خنجری یا ثابت و مبهم و غیر منتشر
- ☐ علائم ۵-۲ سال بعد از افووفورکتومی اولیه
- ☐ وجود توده حساس در سمت جانبی لگن
- ☐ دیس پارونی - یبوست و درد پهلو

## سندرم بقایای تخمدان و تخمدان باقیمانده

تشخیص: در سونوگرافی معمولاً توده‌ای با ویژگی‌های بافت تخمدانی دیده می‌شود. دقت سونوگرافی را می‌توان با تجویز یک دوره ۱۰-۵ روزه کلومیفن سیترات (روزانه ۱۰۰ میلی گرم) افزایش داد. در بیماری که قبلاً تحت سالپنگوآوو فورکتومی دوطرفه واقع شده و تحت هورمون درمانی نیستند، در بررسی سطح استرادیول و FSH، طرح مشخص پیش از یائسگی دیده می‌شود ( $FSH < 40 \text{ mIU/ml}$  و  $Estradiol > 20 \text{ pg/ml}$ ). گاهی بافت تخمدانی باقیمانده جهت سرکوب FSH به اندازه کافی فعال نبوده و ممکن است یک وضعیت پایدار استروژنی بروز کند و علائم یائسگی (مانند گرگرفتگی، تعریق شبانه و تغییر خلق) وجود نداشته باشند. درمان طبی سرکوب کننده عملکرد تخمدان هم جنبه تشخیصی و هم درمانی دارد.



## سندرم بقایای تخمدان و تخمدان باقیمانده

درمان: بیمارانی را که تمایل به جراحی ندارند یا کاندیدای جراحی نیستند می‌توان با پروژستین‌های با دوز بالا یا OCP یا آگونیست GnRH درمان نمود. بررسی لاپاراسکوپیک معمولاً بی‌نتیجه است زیرا توده تخمدانی ممکن است از نظر دور مانده یا چسبندگی‌ها مانع از تشخیص آن شوند. برداشتن بافت باقیمانده تخمدان جهت درمان ضروری است. جراحی اصلاحی دشوار بوده و ممکن است سیستم تنوعی، انتروتومی و انسداد روده کوچک در دوره پس از جراحی را در پی داشته باشد. جهت ابقاء رشد فولیکول، می‌توان کلومیفن سیترات را ۷-۱۰ روز قبل از جراحی تجویز کرد تا پدیدار شدن بافت تخمدانی به آسانی میسر گردد.



## علل گوارشی

- ❑ عصب گیری احشایی رحم - سرویکس - آدنکس ها با عصب گیری بخش تحتانی ایلئوم ، کولون سیگموئید و رکتوم مشترک بوده و پیام های درد توسط عصب سمپاتیک به سگمانهای نخاعی T10-L1 منتقل میشوند
- ❑ تعیین منشأ ژنیکولوژیست یا گوارشی درد زیر شکم دشوار است
- ❑ جهت رد علل گوارشی: شرح حال - معاینه فیزیکی - CBC - کشت مدفوع - در صورت نیاز مشاهده مخاط کولون

# IBS

- ❑ شایعترین علل درد پایین شکم و ۶۰ درصد موارد ارجاع به ژنیکولوژیست
- ❑ پاتوفیزیولوژی: حساس شدن سیستم عصبی مرکزی و کاهش مهار نزولی - افزایش حساسیت احشایی و واکنشهای رفلکسی غیرطبیعی
- ❑ علایم: اتساع شکم - نفخ زیاد - اسهال و یبوست مداوم - افزایش درد قبل از اجابت مزاج - کاهش درد پس از اجابت مزاج - تشدید درد در زمان مصرف غذای پرچرب - استرس - اضطراب - افسردگی و قاعدگی - در معاینه فیزیکی وجود تندرns و قابل لمس بودن کولون سیگموئید یا ناراحتی به هنگام فرو بردن انگشت به داخل رکتوم و وجود مدفوع سفت در رکتوم
- ❑ تشخیص: درخواست CBC عملکرد تیروئید - نمونه برداری مدفوع و چک از نظر خون مخفی - سیگموئیدسکوپی یا کولونوسکوپی یا باریوم انما -
- ❑ درمان: اطمینان بخشی - آموزش - کاهش استرس - عوامل حجیم کننده مدفوع - داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای با دز کم -



# IBS



- ❑ حذف غذاهای حاوی لاکتوز- سوربیتول- الکل- چربی- فروکتوز
- ❑ غذاهای حاوی کافئین سبب اتساع شکم- کرامپ و افزایش دفعات مدفوع
- ❑ در صورت عدم جوابدهی: داروهای ضد اسپاسم مثل دی سیکلومین یا هیوسامین

# علل اورولوژیک

☐ سیستمیورتریت راجعه

☐ سندرم پیشابراهی

☐ فوریت حسی با علت نامعلوم

☐ سیستمیت بینابینی

## سندرم پیشابراهی

- ❑ در صورت نتایج منفی کشت ادرار و عدم وجود ولوواژینیت و پدیده آلرژیک مسبب درماتیت تماسی پیشابراه سندرم پیشابراهی مد نظر قرار میگیرد
- ❑ لازم است عفونت با اوره پلاسما- کلامیدیا- کاندیدا- گنوره و هرپس بررسی شود
- ❑ جهت رد دیورتیکول پیشابراه -سیستیت بینابیتی و سرطان باید ارزیابی سیستوسکوپیک انجام شود
- ❑ درمان: بیماران دچار پیوری استریل و فاقد عامل عفونی: داکسی سیکلین یا اریترومایسین
- ❑ در زنان دارای علائم تکرر ادرار و فوریت ادرار که سابقه عفونت ادراری راجعه دارند داروهای ضد میکروبی با دز پایین و به مدت طولانی به منظور پروفیلاکسی
- ❑ در زنان یائسه: آنتی بیوتیک تراپی - استروژن درمانی - درمان رفتاری- شناختی و در صورت عدم جوابدهی: اتساع پیشابراه
- ❑ استفاده از روش های بیوفیدبک- طب سوزنی- لیزر درمانی

## سیستیت بینابینی

### سیستیت بینابینی/سندرم درد مثانه یا مثانه دردناک

شیوع این وضعیت در زنان بیشتر از مردان است و اغلب در سن ۶۰-۴۰ سالگی بروز می‌کند. سندرم مثانه دردناک<sup>۱</sup> (PBS) به صورت زیر تعریف می‌شود: یک سندرم بالینی شامل درد سوپراپوبیک مرتبط با پر شدن مثانه، که با علایمی از قبیل افزایش تکرر ادرار در روز و شب (در غیاب عفونت ثابت شده یا سایر پاتولوژی‌ها)، همراه است.

## سیستیت بینابینی

سیستیت بینابینی (IC) به بیمارانی اشاره دارد که دارای علائم سندرم مثانه دردناک همراه با مشخصات معمول بافت شناختی و سیستوسکوپیک (طی پر کردن مثانه با مایع) هستند. علت IC/PBS ناشناخته است. فرضیه های مطرح شده عبارتند از:

(۱) یک لایه اپی تلیال دارای نقص در گلوکزآمینوگلیکان که به مواد محرک در ادرار امکان نفوذ اوروتلیوم به پایانه های عصبی زیر اپی تلیال را می دهد.

(۲) مکانیسم های ایمونولوژیک؛ به دلیل این که فعالیت غیرطبیعی ماست سل، افزایش فیبرهای عصبی بیان کننده ماده P و افزایش فاکتور رشد عصب در بیوپسی مثانه مبتلایان به سیستیت بینابینی یافت شده اند.

(۳) مکانیسم های خودایمنی ممکن است در این موارد مطرح باشند: بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک، آلرژی، بیماری التهابی روده، سندرم روده تحریک پذیر و فیبرومیالژی در مبتلایان به علائم مثانه.

(۴) حساس شدن سیستم مرکزی همراه با تغییر در محور آدرنال-هیپوتالاموس و سمپاتیک، که با وجود درد شبه مثانه ای حتی بعد از برداشتن مثانه، اثبات می شود.

## سیستیت بینابینی / سندرم مثانه یا مثانه دردناک

- ☐ علائم: تکرر ادرار- فوریت ادرار- شب ادراری- دیزوری- هماتوری- درد سوپراپوبیک- درد لگنی- پیشابراهی- واژینال یا پرینه آل
- ☐ نشانه ها: تندرns سوپراپوبیک و دیواره قدامی واژن
- ☐ آنالیز ادرار: میکروهماتوری بدون پیوری
- ☐ معیارهای سیستیت بینابینی: ۱- درد حین پرشدن مثانه که با تخلیه ادرار تسکین یابد ۲- درد سوپراپوبیک- لگنی- پیشابراهی- واژینال یا پرینه ای ۳- وجود گرانولاسیون ها در اندوسکوپی
- ☐ در ارزیابی با سیستوسکوپی خونریزی مخاطی پتشیال مثانه مشخصه سیستیت بینابینی
- ☐ درمان: علاج قطعی وجود ندارد اما درمان های موثر: آموزش کنترل استرس- درمان رفتاری- شناختی- تغییر در رژیم غذایی یا محدودیت مصرف غذاهای اسیدی یا پرادویه یا مخمری و درمان فیزیکی عضلات کف لگن
- ☐ قلیایی کردن ادرار
- ☐ داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای
- ☐ تجویز امی تریپتیلین یا جلوگیری از آزاد شدن هیستامین از ماست سل ها- جلوگیری از تکرر ادرار و رفع درد عصبی



## سیستیت بینابینی / سندرم مثانه یا مثانه دردناک

▶ پنتوسان پلی سولفات سدیم تنها داروی تایید شده توسط FDA

▶ درمان داخل مثانه ای مثل لیدوکائین - بی کربنات و هپارین سه بار در هفته  
برای سه هفته

▶ دی متیل سولفو کسید و تعدیل عصبی ساکرال

## علل نورولوژیک و عضلانی اسکلتی

➤ به طور خودبه خود یا در عرض هفته ها تا سالها پس از انسیزین عرضی بر پوست

➤ اعصاب ایلواینگوئینال (T12-L1-L2) یا ایلوهیپو گاستریک (T12-L1-L2)

ممکن است هابین عضلات عرضی شکم و هایل داخلی به دلم بیفتند یا حین جراحی مسدود شده یا آسیب ببینند

➤ بخیه فاشیایی که این وضعیت را به وجود آورده ضرورت دارد

➤ آسیب عصب فمورال زمانی که عصب بین تیغه رتراکتور و دیواره جانبی لگن تحت فشار قرار میگیرد روی میدهد که سبب ناتوانی در خم کردن مفصل هیپ یا باز کردن مفصل زانو میشود

## علل نورولوژیک و عضلانی اسکلتی

- علایم گیر کردن عصب: درد سوزشی و تیز و پاراستزی در ناحیه توزیع درماتومی عصب گرفتار
- گیر افتادن عصب- فلکسیون هیپ و انجام ورزش سبب تشدید درد و استراحت یا تزریق بی حس کننده موضعی سبب تسکین درد
- نوروپاتی پودندال: درد عصب که از جراحی واژینال- زایمان- یبوست مزمن- اختلالات کف لگن ناشی میشود. اپی زیاتومی، لیژموها، خارج کردن غدد بارتولن سبب آسیب اعصاب وستیبولر رکتال یا کلیتورال که شاخه های انتهایی عصب پودندال هستند
- گیر افتادن عصب از طریق جراحی اما نورالژی ناشی از آسیب عصب
- افتراق گیر افتادن عصب پودندال از نورالژی مرتبط با آسیب عصب از طریق معاینه یا تصویربرداری مسیر نیست

## علل نورولوژیک و عضلانی اسکلتی

- ☐ در معاینه می توان با نوک انگشت محل درد را به طور موضعی نشان داد. در آسیب عصب پودندال محل درد مجاورت خار ایسکیال
- ☐ در آسیب عصب ایلوهیپوگاستریک یا ایلواینگوئینال حداکثر تندرns در کناره عضله راست شکم در موقعیت داخلی و تحتانی خار ایلپاک قدامی
- ☐ تشخیص با بلوک عصب با بوپیو کائین ۲۵ درصد که پس از تزریق درد آرام
- ☐ درمان: بلوک عصبی هفتگی و اجتناب از فعالیت های منجر به فشردگی عصب
- ☐ تجویز بی حس کننده موضعی - داروهای ضد تشنج یا ضد افسردگی
- ☐ تخریب عصب با رادیوفرکانس یا رفع فشار از عصب گرفتار به طریق جراحی

## درد میو فاشیال

- ❑ دردی که منشأ آن نقاط تحریک عضلانی در عضلات اسکلتی و فاشیا
- ❑ پاتولوژی: افزایش بار عضلانی - آسیب مستقیم - آسیب جراحی - نادرست ایستادن - یبوست شدید - پاسخ های رفلکسی احشایی - سوماتیک
- ❑ علایم: درد میوفاشیال دیواره شکم و کف لگن با فعالیت - مثانه پر - فاز لوتئال - خونریزی قاعدگی - هر گونه محرک وارده - تندرns
- ❑ درمان: ماساژدرمانی - آزاد سازی میوفاشیال نوعی ماساژ شدید خاص - تمرین های شل کننده و طویل کننده عضلات کف لگن -
- ❑ مداخلات دارویی NSAID ها - گاباپنتین - پرگابالین - دز پایین ضد افسردگی های سه حلقه ای - بنزودیازپین ها
- ❑ تزریق ۳ میلی لیتر بوپیواکائین ۰.۲۵٪ در نواحی دردناک
- ❑ طب سوزنی
- ❑ تن آرامی - کاهش استرس - درمان شناختی - رفتاری

# فیبرومیالژی

## فیبرومیالژی

فیبرومیالژی؛ یک سندرم درد میوفاشیال است که دارای تریادی متشکل از درد منتشر، خستگی و خواب غیرنوروبخش<sup>۲</sup> است. فیبرومیالژی اغلب در این موارد وجود دارد: زنان مبتلا به درد دیواره شکم یا درد میوفاشیال کف لگن، سندرم درد مثانه یا سیستیت بینابینی، و سندرم روده تحریک پذیر.

درگیری زنان به فیبرومیالژی، بیشتر از مردان است. جهت تشخیص، باید در هر چهار ربع شکمی، نقاط حساس به درد وجود داشته باشد علت؛ حساس شدن CNS است که منجر به درک غیرطبیعی درد مزمن می شود. فیبرومیالژی، رابطه نزدیکی با سندرم خستگی مزمن دارد که ترکیبی از مشکلات میوفاشیال منطقه ای (شامل عفونت ها، اختلالات خودایمنی یا دیس اتونومی) است.

**درمان** عبارتست از: آموزش بیمار، تغییرات محیطی (رژیم غذایی متعادل، خواب کافی و یک محیط برای خواب آسوده)، ورزش و نرمش‌های کششی عضلات و مشاوره یا درمان شناختی رفتاری برای تن آرامی و مکانیسم‌های حداکثر تطابق با محیط.

داروهای مورد استفاده عبارتند از: NSAIDها، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای با دوز کم، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین / نوراپی نفرین، ضد تشنج‌ها و بنزودیازپین‌ها (جهت بهبود خواب).

## سندرم کمر درد

- ❑ علل: عوامل ژنیکولوژیک - عروقی - نورولوژیک - روانی - اسکلتی
- ❑ در زنان کمر درد پس از تروما و یا فعالیت فیزیکی صبح ها هنگام برخاستن از خواب یا با خستگی تظاهر پیدا میکند . کمر درد غیر ژنیکولوژیست با سیکل قاعدگی تشدید شود
- ❑ نشانه ها: بررسی بیمار با حرکت دادن او و لمس - بررسی عضلات - ستون مهره ها - دیسک ها - تشخیص با تصویربرداری - آزمایش ESR نشانگر درد با منشأ التهابی یا نئوپلاستیک - استفاده از رادیوگرافی
- ❑ درمان: مشاوره جراحی اعصاب یا ارتوپدیک



## ولوودینی

- ❑ درد ولو به مدت حداقل سه ماه بدون علت شناخته شده
- ❑ رد از نظر درماتیت- درماتوزها- بد خیمی- نورالژی- تروما- عفونت- هرپس یا کاندیدا- نقص هورمونی- شیمی درمانی- پرتودرمانی و جراحی
- ❑ علل شروع کننده: همزمانی اختلالات روانی یا درد- استعداد ژنتیکی به درد یا التهاب- نقص هورمون های جنسی- اختلالات عضلانی- اسکلتی
- ❑ تشخیص: شرح حال و معاینه- بررسی از نظر ضایعه- عفونت و درماتوز
- ❑ درمان: استفاده از OCP - رعایت بهداشت ولو- پرهیز از مواد محرک و آلرژی زا
- ❑ درمان دارویی: لیدوکائین موضعی ۵ درصد- داروهای ضد تشنج (گاباپنتین موضعی یا خوراکی)- ضد افسردگی سه حلقه ای- تزریق بوتولینیوم-
- ❑ روان درمانی- طب سوزنی- هیپنوتیزم

## عوامل روانشناختی

### عوامل روان شناختی

عوامل روان شناختی که آسیب پذیری به درد را افزایش داده و انعطاف پذیری را کاهش می دهند، سبب مزمن شدن درد می شوند که از آن ها می توان به مفهوم درد از نظر بیمار، حالت عذاب آور مرتبط با درد خودکارآمدی پایین فرد در اداره درد، ضعف در تطابق با درد، اضطراب، تاثیرات منفی، تجارب تروماتیک عاطفی و جسمی یا جنسی دوران کودکی و حمایت اجتماعی ضعیف، اشاره کرد

ممکن است تغییرات شبکه های مغزی مرتبط با پاداش، انگیزه، یادگیری و مسیرهای نزولی از مغز به محیط (که درد را تعدیل می کنند) نقش داشته باشند

بین افسردگی و درد رابطه نزدیکی وجود دارد امتیاز بالای ۱۲ از پرسشنامه افسردگی Beck نشانگر دیس فوری و امتیاز بالای ۱۸ حاکی از افسردگی است. داروهای ضدافسردگی خصوصاً SNRI ها هم افسردگی و هم درد را تسکین می دهند سابقه سوء رفتار فیزیکی در دوران کودکی در زنان دچار درد مزمن لگن، نسبت به زنان مبتلا به سایر انواع درد شیوع بیشتری دارد (۳۹ درصد در مقابل ۱۸۴ درصد). تروماهای کودکی، احتمالاً فرد را مستعد استرس های روانی اجتماعی ساخته، راهبردهای تطابقی او را مختل می سازند و مزمن شدن درد را پس از آسیب، افزایش می دهند.

چنانچه طی مداخلات درمانی روان شناختی، خودکارآمدی و مهارت های سازگاری با درد به بیمار آموزش داده شود درد کاهش یافته و عملکرد بیمار بهبود می یابد درمان شناختی رفتاری در درمان درد مزمن لگنی مفید است.

## مداخلات دارویی

### مداخلات دارویی

بیماران دچار دیس منوره یا دردی که در فاز اوتتال یا قاعدگی تشدید می‌یابد، باید با NSAID ها و یا عوامل هورمونی سرکوب کننده تخمک گذاری یا قاعدگی درمان شوند. بیماران مبتلا به درد نوروپاتیک یا کسانی که دارای شواهد حساس شدن مرکزی یا درد میوفاشیال هستند از داروهای تغییر دهنده پردازش عصبی سود می‌برند. دوز پایین ضد افسرگی‌های سه حلقه‌ای، ضد تشنجه‌ها یا مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین / نوراپی نفرین در ترکیب با درمان شناختی-رفتاری یا خودآگاهی، مؤثر هستند. بی‌حس کننده‌های موضعی، مسلود کننده های کانال کلسیم هستند و شدت برانگیختگی عصب را کاهش می‌دهند.

## مداخلات دارویی

درمان طولانی مدت درد مزمن لگن با داروهای نازکوتیک، به عنوان آخرین تلاش بعد از شکست سایر روش‌های درمانی، در نظر گرفته می‌شود.

درمان فیزیکی بخش مهم درمان در بیمارانی است که دچار درد میوفاشیال در جدار شکم، کف لگن یا بخش تحتانی کمر هستند. درمان‌های فیزیکی، انعطاف‌پذیری بافتی و مفصلی را حفظ می‌کنند، حالت ایستایی و مکانیک بدن را بهبود می‌بخشند، قدرت و هماهنگی عضلات را افزایش می‌دهند، تحریک‌پذیری سیستم عصبی را کاهش می‌دهند و موجب بازگشت عملکرد می‌شوند.



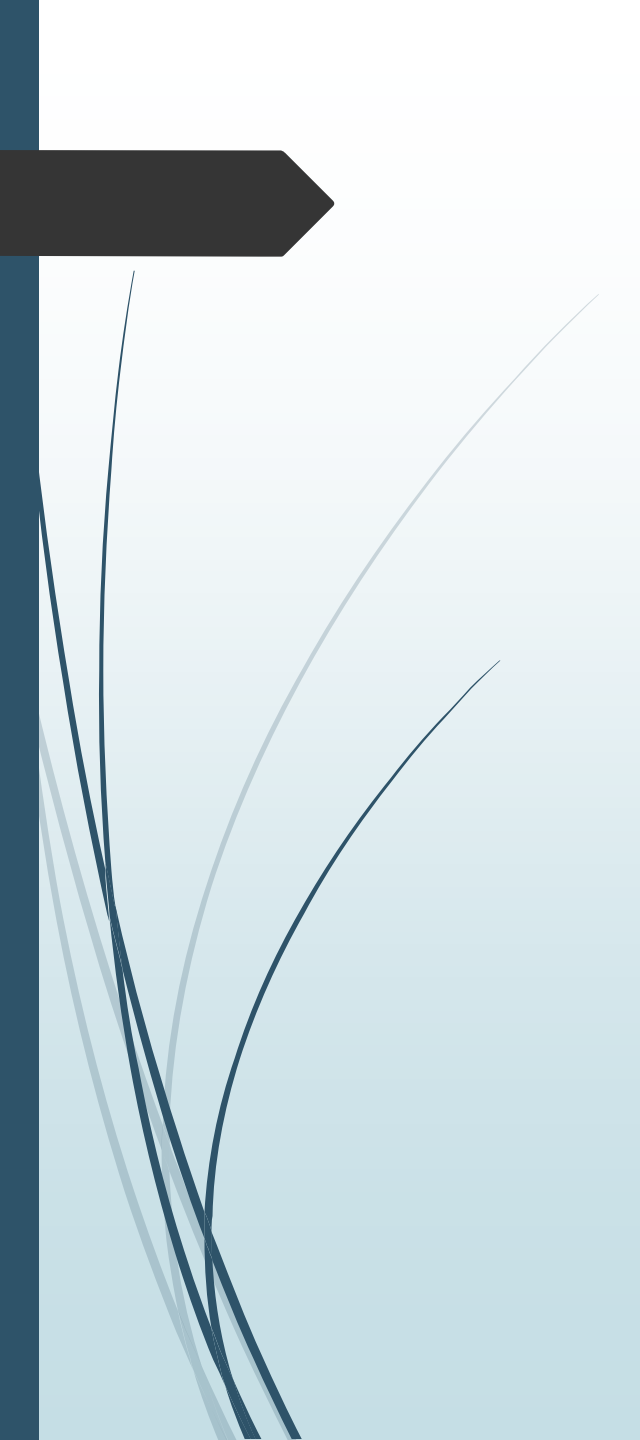
## لاپاراسکوپى

### لاپاراسکوپى

زنان دچار دردهای ناتوان کننده قبل یا حین قاعدگی، و کسانی که به داروهای NSAID یا ضدبارداری‌های هورمونی پاسخ نمی‌دهند، باید به وسیلهٔ لاپاراسکوپى ارزیابی شوند. لاپاراسکوپى تشخیصی در ارزیابی بیماران دچار درد مزمن و غیردوره‌ای لگن یک روش استاندارد است اما باید انجام آن تا زمان رد سایر علل سوماتیک یا احشایی غیرژنیکولوژیک درد، به تعویق انداخته شود. حین لاپاراسکوپى تشخیصی، ضایعات اندومتریوزی باید تحت بیوپسی قرار گیرند و در صورت شک به عفونت، کشت انجام شود.

## لاپارسکوپی

همه ضایعات قابل رؤیت اندومتریوزی باید به طریق جراحی تحت اکسیزیون یا الکتروکواگولاسیون قرار گیرند. نورکتومی پره ساکرال و تخریب لاپاراسکوپیک عصب یوتروساکرال (LUNA) عصب رسانی به رحم را قطع می کنند. برای درمان درد مزمن لگن، LUNA مؤثرتر از لاپاراسکوپی تنها نیست. نقش چسبندگی های لگنی در ایجاد درد مشخص نبوده و کارایی آزاد کردن چسبندگی ها، مورد تردید می باشد.

- 
- ❑ لیز چسبندگی ها حتی به وسیله لاپاراسکوپی اغلب عارضه تشکیل مجدد را در پی دارد
  - ❑ ابتدا باید سایر علل درمان شوند
  - ❑ مشاوره و درمان روانشناختی قبل یا همراه با لیز چسبندگی ها انجام شود



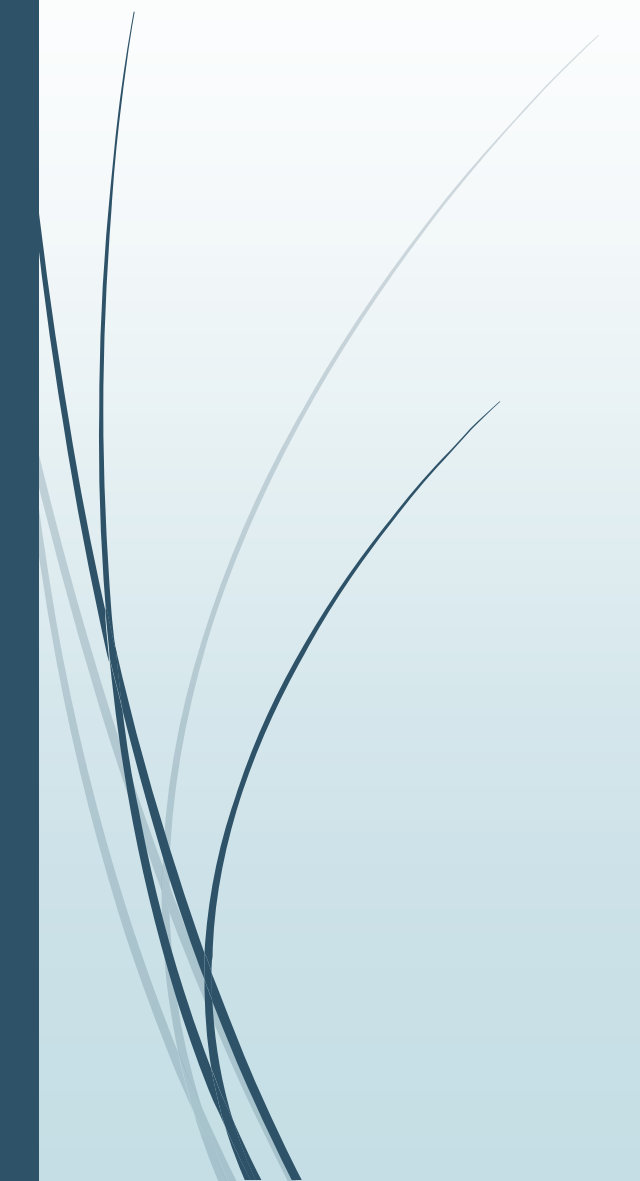

## هیسترکتومی

□ هر چند ۱۹ درصد از اعمال هیسترکتومی جهت معالجه درد لگنی صورت میگیرد اما ۳۰ درصد از بیماران مراجعه کننده به کلینیکهای درد تحت هیسترکتومی قرار گرفته اند و درد آنها بهبود نیافته است

□ هیسترکتومی در صورت : تکمیل تعداد فرزندان و دارای دیسمنوره ثانویه یا دچار درد مزمن مربوط به آندومتریوز یا پاتولوژی رحمی نظیر آدنومیوز یا احتقان لگن

□ قبل از انجام هیسترکتومی باید حداقل ۶ ماه درد لگنی بدون هر گونه پاتولوژی قابل اصلاح وجود داشته باشد

□ در صورت عدم وجود چسبندگی گسترده و یا اندازه بزرگ رحم / فیبروم هیسترکتومی واژینال ارجح است



گزینه صحیح را مشخص کنید

الف- دردها درد شدیدی است که با باحمله ناگهانی-افزایش سریع و دوره کوتاه مشخص میشود

ب- درد دوره ای به دردی گفته میشود که در ارتباط با سیکل قاعدگی رخ میدهد

ج- دیس منوره یا قاعدگی دردناک شایع ترین درد دوره ای است

د- همه موارد





گزینه غلط را مشخص کنید

الف- در درد مزمن علامتهای تهوع استفراغ -تعریق- ترس و هراس وجود دارد

ب- پاتوفیزیولوژی درد حاد لگن مربوط به غلظت بالای واسطه های التهابی در اثر عفونت ایسکمی یا تحریک شیمیایی است

ج- اتیولوژی درد مزمن لگن تغییرات در نوسان یا تنظیم افزایشی محرک غیردردناک است

د- درد با درجه آسیب بافتی نامتناسب است



الف



علل درد مربوط به دستگاه گوارش چیست؟

الف- سیستیت

ب- گاستروانتریت

ج- انسداد روده

د- دیورتیکولیت



الف



علل درد مربوط به دستگاه ادراری چیست؟

الف- سیستیت

ب- پیلونفریت

ج- سنگ حالب

د- متیل اشمرز







➤ شروع ناگهانی درد مطرح کننده .....است

➤ الف- سوراخ شدن

➤ ب- پارگی احشای توخالی

➤ ج- ایسکمی

➤ د- همه موارد





درد کولیکی یا کرامپی با .....در ارتباط نیست

الف- انقباض عضلانی

ب- انسداد احشای توخالی

ج- مربوط به حالب- روده یا رحم

د- علل سایکولوژیک





درد منتشر شکم مطرح کننده .....است

الف- انقباض عضلانی

ب- انسداد احشای توخالی

ج- مربوط به حالب- روده یا رحم

د- واکنش جنرالیزه به یک مایع محرک در داخل حفره صفاق





■ محل عصب دہی دیوارہ شکم کجاست

■ الف - T10

■ ب - T11-12

■ ج - S1-4

■ د - L1-L4





الف



■ عصب دهی کف لگن - مقعد - پرینه و قسمت تحتانی واژن کدام است

■ الف - S2-S4

■ ب - T11-12

■ ج - S1-4

■ د - L1-L4



الف



گزینه غلط را مشخص کنید

الف- خونریزی واژینال مطرح کننده اختلالات مرتبط با حاملگی و یا ضایعات ژنیکولوژیک نظیر دیسمنوره، فیروئید، یا آندومتریوز است

ب- صداهای روده ای در انسداد روده تشدید و در موارد پریتونیت یا ایسکمی ضعیف و ساکت هستند

ج- در هر بیماری با تاخیر قاعدگی و توده های آدنکسی بایستی به فکر حاملگی نابجا بود تا اینکه خلافت ثابت شود

د- در معاینه شکم ابتدا لمس سپس سمع انجام شود





گزینه غلط را مشخص کنید؟

الف- درد مزمن لگن به درد بیش از ۶ ماه گفته میشود

ب- آندومتريوز و چسبندگی ها شایعترین اختلالات شناسایی شده در لاپاروسکوپی همراه با درد مزمن لگن است

ج- درد در اندومتريوز به صورت غیرموضعی و به طور متناوب در ربع تحتانی شکم و یا عمق لگن احساس شده و با دیسمنوره و دیسپارونی همراه است

د- تشخیص نهایی بیماری اندومتريوز با معاینه لگنی است





در مورد سندرم بقایای تخمدانی کدام گزینه غلط است؟

الف- این سندرم معمولاً در زنان با اندومتريوز یا که تحت عمل اوفورکتومی دو طرفه قرار گرفته ولی بافت تخمدانی بطور کامل خارج نشده است

ب- ۵-۲ سال بعد از عمل بروز کرده و با درد لگن و توده حساس آدنکسی یک طرفه مشخص میشود

ج- این سندرم معمولاً FSH کاهش می یابد

د- هیچکدام







۱۷ گزینه غلط را مشخص کنید؟


الف- حدود ۸۰ درصد بیماران باکرون و ۵۰ درصد بیماران با کولیت اولسراتیو دچار درد شکمی لگنی می باشند که اغلب با نفخ شکم حدود احساس عدم تخلیه کامل بعد از اجابت مزاج است

ب- در بیماری کرون تب و در کولیت اولسراتیو اسهال خونی وجود دارد

ج- در ۱۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان به آندومتریوز سیگموئید و یا رکتوم نیز درگیر است

د- علل ارولوژیک فقط سبب درد حاد لگن می شوند





گزینه غلط را مشخص کنید

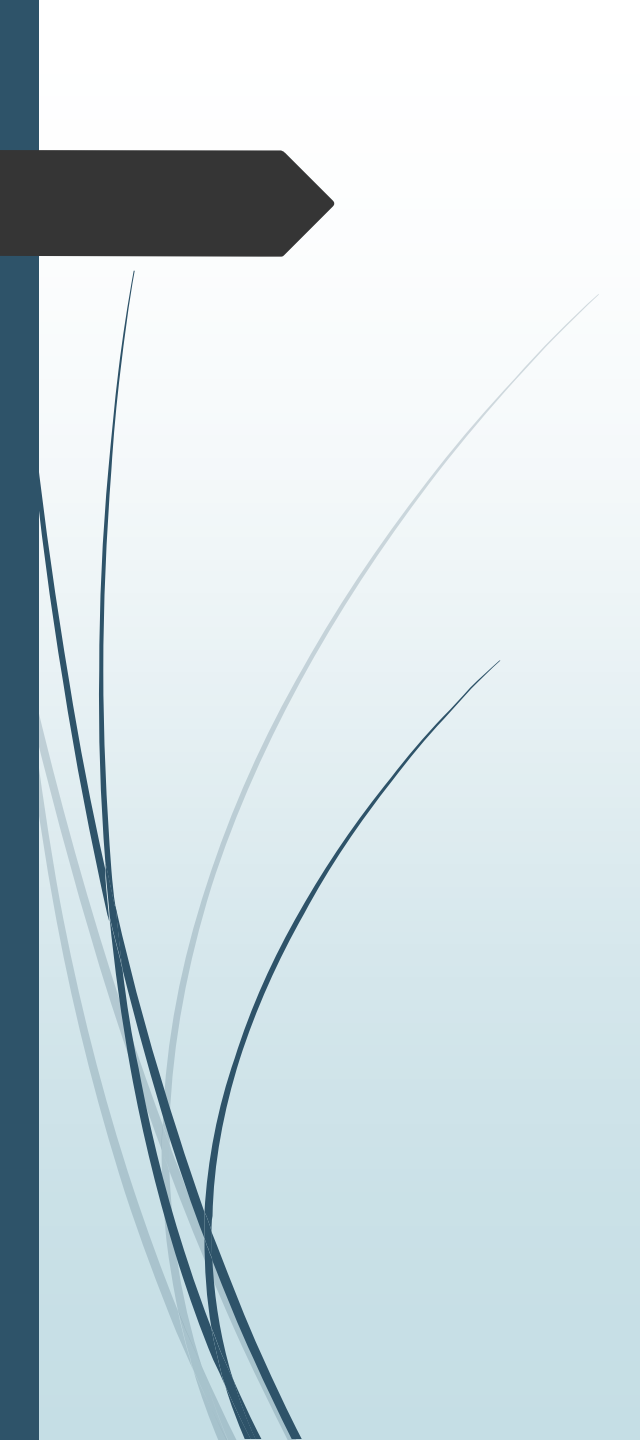
الف- درد متیل اشمرز معمولا بیش از چند ساعت بطول نمی انجامد و در صورت لزوم می توان از یک ضددرد ساده کمک گرفت

ب- در موارد درد شدید متیل اشمرز می توان از OCP برای چند ماه تا چند سال کمک گرفت

ج- درمان انتخابی کنترل درد در اندومتريوز اگونیست های GnRh و در نوجوانان ocp

د- درمان جراحی در آندومتريوز جایگاهی ندارد





دختر خانم ۱۸ ساله ای به دلیل پریودی بسیار دردناک برای مدت ۵ تا ۷ روز مراجعه نموده است LMP وی ۵ هفته پیش و نسبتاً شدید بوده است- معاینه لگن تقریباً طبیعی است- اولین اقدام در مورد این بیمار کدام است؟

الف- رد حاملگی


ب- انجام کورتاژ

ج- رد اختلالات تیروئید

د- تجویز NSAID و ocp



الف



■ خانم ۲۹ ساله ای به دلیل درد مزمن لگن مراجعه می کند-درد بیمار گنگ و مداوم است -بیمار سابقه اولیگو منوره و نیز چندین بار بستری به دلیل اقدام به خودکشی داشته است- بیمار به دلیل شکایات مفصلی ،آسم، بیماری اولسرپتیک و افسردگی داروهای متعددی مصرف می کند- محتمل ترین علت درد بیمار کدام است؟

■ الف- آندومتريوز

■ ب- فیبروئید رحمی- متیل اشمرز

■ ج- چسبندگی های لگنی

■ د- سایکولوژیک





الف

■ خانم میانسالی با سابقه چندین سال درد لگن به پزشک مراجعه نموده است و در بررسی های اولیه تشخیص آندومتریوز داده شد- در طی چند سال گذشته بیمار تحت درمان های طبی و جراحی قرار گرفته است و در نهایت تصمیم به هیستریکتومی و برداشتن تخمدان ها از راه شکم می شود و جراحی بدون اتفاق خاصی انجام می شود. در معاینه توده ای در طرف RLQ راست لگن وجود دارد - محتمل ترین تشخیص کدام است؟

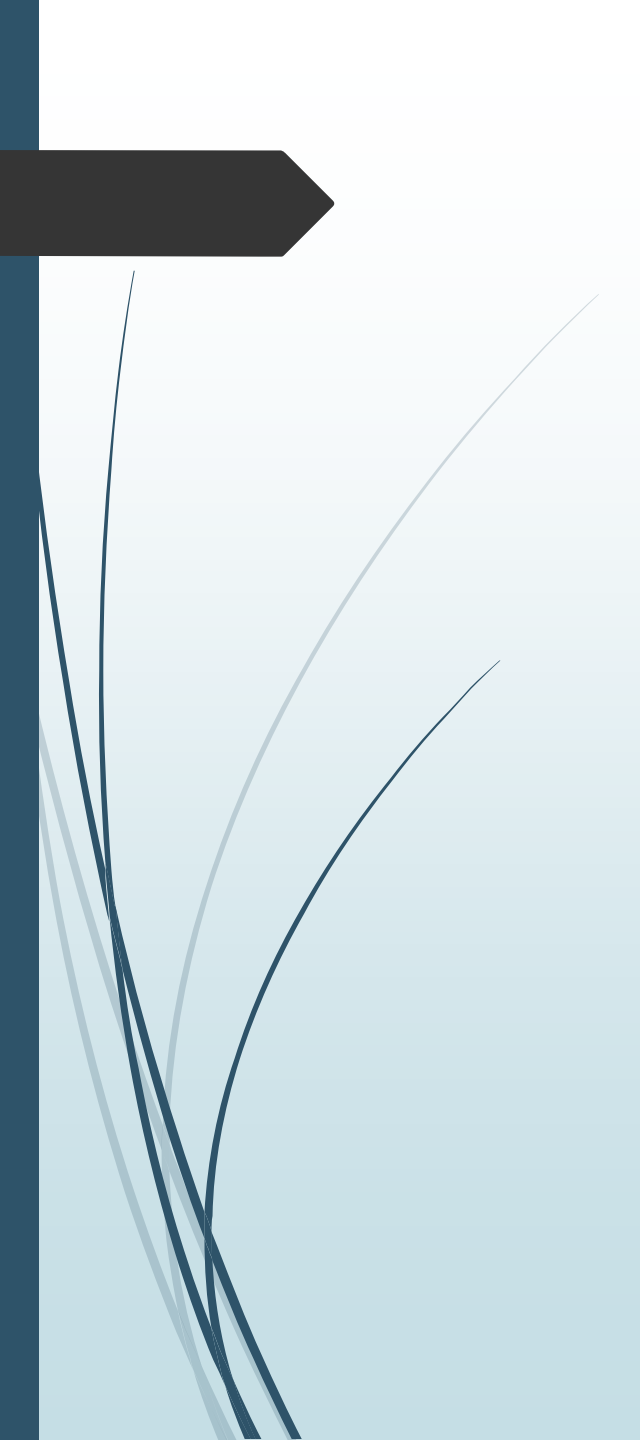
■ الف- چسبندگیهای لگنی

■ ب- ولولوس سکوم

■ ج- urinoma

■ د- بقایای تخمدانی





درمان قطعی چسبندگی های لگنی-----است-

الف- آزادسازی چسبندگی ها

ب- هورمون تراپی

ج- نیازی به درمان ندارد

د- هیچکدام



الف



درمان احتقان لگنی در درجه اول-----است

الف- هورمونی

ب- هیستریکتومی

ج- جراحی

د- اوفورکتومی



الف





خدا قوت

