

# دستنامهٔ مامایی و زنان ماساچوست

مؤلف  
دکتر ک. جوزف هورت

ترجمه  
دکتر مهرناز ولدان  
جراح و متخصص زنان و زایمان  
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر شبنم ابطحی



<p>سرشناسه: ابطحی، شبنم، ۱۳۶۷- عنوان و نام پدیدآور: دستنامه مامایی و زنان ماساچوست مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، انتشارات ارجمند، ۱۳۹۴. مشخصات ظاهری: ۶۶۰ ص، قطع: پالتویی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۲۲-۲ وضعیت فهرست‌نویسی: فیبای مختصر یادداشت: عنوان اصلی کتاب Pocket obstetrics and Gynecology, 2015 شماره کتابشناسی ملی: ۳۸۳۳۳۲۷</p>	<p>دکتر ک. جوزف هورت <b>دستنامه مامایی و زنان ماساچوست</b> ترجمه: دکتر مهرناز ولدان، دکتر شبنم ابطحی فروست: ۹۷۲ ناشر: کتاب ارجمند (با همکاری انتشارات ارجمند) صفحه‌آرا و طراحی داخل متن: پرستو قدیم‌خانی مدیر هنری: احسان ارجمند سرپرست تولید: محبوبه بازعلی‌پور ناظر چاپ: سعید خانکشلو چاپ: سامان، صحافی: افشین چاپ اول، اسفند ۱۳۹۴، ۱۶۵۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۴۲۲-۲</p> <p><a href="http://www.arjmandpub.com">www.arjmandpub.com</a></p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
---	--

#### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰  
 شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶  
 شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶  
 شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۶۴  
 شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۹۰  
 شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۳۳۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۲۱۸۸۹۸۲۰۴۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرد:  
 ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک  
 ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک  
 ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

## فهرست مطالب

۹	مقدمه
۱۱	پیشگفتار
۱۳	معاینه (سالانه) زن سالم
۱۶	بیماری‌های خوش‌خیم پستان
۱۹	سرطان پستان
۲۳	غربالگری سرطان سرویکس
۲۸	لیپیدها و کلسترول
۳۲	چاقی
۳۴	استئوپروز
۳۸	غربالگری سرطان پوست
۴۱	خشونت خانگی
۴۴	سوءاستفاده مواد
۴۷	غربالگری افسردگی و بیماری‌های روانی
۴۹	پیش‌گیری از بارداری و عقیم‌سازی
۵۴	پیش‌گیری اورژانس از بارداری (EC)
۵۶	واکسیناسیون
۵۸	اپیدمیولوژی سلامت زنان و تحقیقات
۶۲	تصویربرداری در زنان و زایمان
۶۵	سونوگرافی در اوایل بارداری
۶۶	درد حاد لگنی
۶۸	حاملگی خارج رحمی (EP)
۷۲	کیست‌های تخمدان
۷۴	تورشن آدنکس
۷۷	بیماری التهابی لگن (PID)
۷۹	خون‌ریزی حاد رحمی
۸۱	سقط خودبه‌خودی (SAB)
۸۵	تروما در حاملگی
۸۹	اقدامات قبل از جراحی بیمار
۹۸	تب پس از عمل
۹۹	عفونت‌های محل جراحی (SSI)
۱۰۱	DVT/PE در حوالی عمل
۱۰۲	سپسیس
۱۰۵	الیگوری حوالی عمل
۱۰۶	ایلئوس پس از عمل
۱۰۸	انسداد روده
۱۰۹	عوارض لاپاراسکوپی
۱۱۱	عوارض هیستروسکوپی

۱۱۳	بی‌حسی در ژنیکولوژی
۱۱۴	بی‌حسی پرنترال در مامایی
۱۱۷	بی‌حسی نورواگزینال در مامایی
۱۲۱	بی‌حسی موضعی در مامایی
۱۲۲	آنالژزی غیر دارویی در مامایی
۱۲۳	بی‌هوشی عمومی در مامایی
۱۲۴	مدیریت درد بعد از عمل
۱۲۶	وولو واژینیت
۱۲۸	کیست و آبسه غده بارتولین
۱۳۰	فیبروئید رحم
۱۳۳	آدنومیوز
۱۳۵	اندومتریوز
۱۳۹	خون‌ریزی غیرطبیعی مکرر رحمی (AUB)
۱۴۲	خون‌ریزی پس از یائسگی
۱۴۳	دیس منوره
۱۴۶	اختلال دیس فوریک قبل قاعدگی (PMDD) و سندرم قبل از قاعدگی (PMS)
۱۴۹	درد مزمن لگنی
۱۵۱	وستیبولودینا
۱۵۲	اختلال عملکرد جنسی در زنان
۱۵۴	یائسگی
۱۵۷	درمان هورمونی (HT)
۱۶۰	ختم حاملگی
۱۶۴	بلوغ
۱۶۵	بلوغ زودرس
۱۶۹	تاخیر بلوغ
۱۷۳	آمنوره
۱۷۹	سندرم عدم حساسیت به آندروژن
۱۸۳	هایپرپلازی مادرزادی آدرنال (CAH)
۱۸۷	فیزیولوژی و مکانیسم دفع ادراری
۱۸۷	فیزیولوژی و مکانیسم دفع مدفوع
۱۸۸	پرولاپس ارگان‌های لگنی (POP)
۱۹۳	بی‌اختیاری ادراری
۱۹۷	مثانه بیش از حد فعال و بی‌اختیاری فوریتی
۱۹۹	بی‌اختیاری استرسی
۲۰۰	بی‌اختیاری ادراری لبریز شدن
۲۰۱	بی‌اختیاری بای‌پس و فیستول اورورثتیا
۲۰۲	سیستیت بینابینی
۲۰۳	بی‌اختیاری آنال
۲۰۹	ارزیابی ناباروری
۲۱۱	نارسایی زودرس تخمدان (POI)
۲۱۳	سندرم تخمدان پلی‌کیستیک (PCOS)

۲۱۵	ناباروری به علت فاکتور لوله‌ای.
۲۱۶	از دست دادن مکرر حاملگی (RPL).
۲۱۸	ناهنجاری‌های مولرین.
۲۲۴	فاکتورهای مذکر ناباروری.
۲۲۷	القای تخمک‌گذاری و روش‌های کمک باروری.
۲۳۰	حفظ باروری.
۲۳۱	تست‌های ژنتیک قبل از لانه‌گزینی.
۲۳۲	سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (OHSS).
۲۳۵	ویزیت‌های روتین پره‌ناتال.
۲۴۰	تغذیه در حاملگی.
۲۴۳	پلویمتری بالینی.
۲۴۵	عوارض شایع پره‌ناتال.
۲۴۸	سونوگرافی جنینی: آناتومی و اکوکاردیوگرافی.
۲۵۱	ناهنجاری‌های مادرزادی.
۲۵۹	غربالگری ژنتیک.
۲۶۳	آمینوستنز و نمونه‌گیری از پرزهای جنینی (CVS).
۲۶۶	آزمایشات جنینی آنته‌ناتال.
۲۶۸	بررسی بلوغ ریه‌ی جنین با آمینوستنز.
۲۶۸	دیسترس تنفسی نوزاد.
۲۷۰	بیماری با استرپتوکوک گروه B.
۲۷۲	زایمان و تولد خودبه‌خود.
۲۷۶	القای زایمان (IOL).
۲۷۸	پایش جنین در حین زایمان.
۲۸۴	زایمان واژینال اوپراتیو.
۲۸۶	زایمان واژینال پس از سزاین.
۲۸۸	آنالیز گازهای خونی بند ناف جنین.
۲۸۹	مراقبت‌های روتین پس از زایمان.
۲۹۱	تغذیه با شیر مادر.
۲۹۲	کارکنان بخش مامایی.
۲۹۴	اختلالات افزایش فشارخون در حاملگی.
۲۹۶	هیدروپس جنینی.
۲۹۹	محدودیت رشد داخل رحمی.
۳۰۱	حاملگی چندقلو.
۳۰۴	نارسایی سرویکس / سرویکس کوتاه.
۳۰۶	پارگی زودرس پره‌ترم پرده‌ها.
۳۰۸	زایمان پره‌ترم.
۳۱۱	خون‌ریزی پس از زایمان (PPH).
۳۱۷	جداشدگی جفت.
۳۱۹	جفت سرراهی.
۳۲۰	وازا پرویا.
۳۲۱	جفت آکرتا.
۳۲۳	وارونگی رحم.

۳۲۴	.....	آمبولی مایع آمیوتیک
۳۲۵	.....	نمایش نامناسب
۳۲۶	.....	مکونیوم جنینی
۳۲۸	.....	کوریو آمیونیت
۳۲۹	.....	اندومتريت
۳۳۱	.....	بیماری‌های قلبی - عروقی در حاملگی
۳۳۲	.....	تغییرات قلبی - عروقی در زمان حاملگی
۳۳۴	.....	افزایش فشارخون مزمن (CHTN)
۳۳۷	.....	کریز افزایش فشارخون
۳۳۸	.....	افزایش فشارخون وابسته به حاملگی
۳۴۵	.....	بیماری‌های شریان کرونر / سندرم کرونری حاد
۳۴۷	.....	هایپرتانسیون پولمونری (PHTN)
۳۴۸	.....	بیماری‌های دریچه‌ای قلبی
۳۵۳	.....	کاردیومیوپاتی پری‌پارتوم
۳۵۵	.....	تست‌های عملکردی ریوی
۳۵۷	.....	تغییرات تنفسی در حاملگی
۳۵۸	.....	آنالیز گازهای خون شریانی (ABG)
۳۶۱	.....	پنومونی (PNA)
۳۶۴	.....	ادم ریوی
۳۶۵	.....	آنفلوانزا در حاملگی
۳۶۷	.....	حاملگی و آسم
۳۷۰	.....	آنافیلاکسی
۳۷۲	.....	تغییرات سیستم ادراری در حاملگی
۳۷۲	.....	نارسایی حاد کلیه (ARF)
۳۷۷	.....	نارسایی مزمن کلیه
۳۸۰	.....	عفونت‌های دستگاه ادراری (UTI)
۳۸۴	.....	پیلونفریت
۳۸۷	.....	نفرولیتیاژیس
۳۸۹	.....	مایعات و الکترولیت‌ها
۳۹۴	.....	تغییرات دستگاه گوارش در حاملگی
۳۹۴	.....	کوله لیتیاژیس
۳۹۶	.....	کوله سیستیت
۳۹۷	.....	آپاندیسیت
۳۹۹	.....	پانکراتیت
۴۰۰	.....	سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS)
۴۰۲	.....	بیماری التهابی روده
۴۰۷	.....	هپاتیت ویرال
۴۱۲	.....	کلستاز داخل کبدی حاملگی (ICP)
۴۱۳	.....	سندرم HELLP
۴۱۵	.....	کبد چرب حاد حاملگی (AFLP)
۴۱۷	.....	تغذیه‌ی کامل وریدی (TPN)
۴۲۰	.....	تغییرات هماتولوژیک در حاملگی

۴۲۱	.....	آنمی
۴۲۵	.....	هموگلوبینوپاتی‌ها
۴۲۸	.....	ترومبوسیتوپنی ( $plt < 150000/L$ )
۴۳۲	.....	بیماری ترومبوآمبولیک وریدی
۴۴۰	.....	ارزیابی ترومبوفیلی
۴۴۳	.....	کوآگولوپاتی‌ها
۴۴۵	.....	سندرم آنتی فسفولیپید آنتی‌بادی (APS)
۴۴۷	.....	آلویمونیزاسیون
۴۵۰	.....	فرآورده‌های خونی برای خون‌ریزی و مراقبت‌های بحرانی
۴۵۵	.....	دیابت ملیتوس تیپ I
۴۵۸	.....	کتواسیدوز دیابتی (DKA)
۴۶۰	.....	دیابت ملیتوس تیپ II
۴۶۱	.....	وضعیت هایپراوسمولار هایپرگلیسمیک
۴۶۲	.....	دیابت در حاملگی
۴۶۷	.....	دیابت بارداری (GDM)
۴۶۷	.....	هیپوتیروئیدیسم
۴۷۰	.....	هیپرتیروئیدیسم
۴۷۲	.....	اختلالات آدرنال
۴۷۷	.....	هیپراندروژنیسم
۴۷۸	.....	هیرسوتیسم
۴۷۹	.....	اختلالات پاراتیروئید
۴۸۳	.....	اختلالات هیپوفیز
۴۸۶	.....	سردرد
۴۸۹	.....	میگرن
۴۹۰	.....	اختلالات تشنجی
۴۹۵	.....	اکلامپسی
۴۹۷	.....	استروک در حاملگی
۴۹۹	.....	ترومبوز ورید مغزی
۵۰۰	.....	مالتیپل اسکلروز در حاملگی
۵۰۲	.....	نوروپاتی‌ها در حاملگی
۵۰۴	.....	تغییرات پوستی در حاملگی
۵۰۶	.....	لیکن اسکلروز
۵۰۸	.....	لیکن سیمپلکس کرونیکوس
۵۰۹	.....	لیکن پلان
۵۱۱	.....	درماتیت سبورئیک
۵۱۲	.....	هیدرآدنیت چرکی
۵۱۴	.....	بیماری Fox-Fordyce
۵۱۵	.....	کیست‌های درم در زنان
۵۱۶	.....	تظاهرات شایع پوستی بیماری‌های سیستمیک
۵۱۸	.....	HIV/AIDS در زنان
۵۲۱	.....	عفونت‌های TORCH
۵۲۷	.....	عفونت‌های دیگر در حاملگی

۵۳۰	.....	ویروس پاپیلوم انسانی (HPV).
۵۳۲	.....	سیفلیس
۵۳۶	.....	مولوسکوم کونتاژیوزوم.
۵۳۷	.....	شانکروئید.
۵۳۸	.....	شپش عانه.
۵۳۹	.....	زخم‌های تناسلی.
۵۴۳	.....	انواع هیستریکتومی.
۵۴۵	.....	کانسر سرویکس.
۵۴۹	.....	کانسر رحم.
۵۵۶	.....	سرطان اپیتلیال تخمدان (EOC)
۵۵۹	.....	تومورهای ژرم سل.
۵۶۳	.....	تومورهای استرومال طناب جنسی.
۵۶۵	.....	کانسر واژن
۵۶۷	.....	کانسر وولو.
۵۷۱	.....	نئوپلاسم تروفوبلاستیک حاملگی.
۵۷۶	.....	شیمی‌درمانی
۵۷۹	.....	پرتودرمانی.
۵۸۲	.....	آناتومی ابتدایی OB-GYN
۵۹۱	.....	جایگذاری وسیله ساب درمال
۵۹۳	.....	انسیزیون و درناژ آبسه بارتولن
۵۹۵	.....	پروسیجر الکتروسرجیکال اکسیزیون لوپ (LEEP).
۵۹۶	.....	بیوپسی اندومتر
۵۹۷	.....	آمنیوستنز
۵۹۷	.....	جراحی‌های شایع ژنیکولوژیک
۶۰۵	.....	جراحی‌های شایع مامایی
۶۳۷	.....	الگوریتم ACLS
۶۴۱	.....	مخفف‌ها



## مقدمه

---

سپاس بیکران خداوند متعال را که بار دیگر توفیق برداشتن گامی کوچک در مسیر ارتقای علمی رشته تخصصی زنان و مامایی به گروه مترجمین عنایت فرمود.

اینجانب به عنوان یکی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر خود واجب می‌دانم که همواره انتقال روزآمد مفاهیم علمی در حوزه سلامت زنان و مادران را در اولویت قرار داده و همواره تلاش برای بهبود سطح سلامت زنان عزیز و زحمت کشیده این مرز و بوم را داشته، دارم و خواهم داشت.

با توجه به وسعت بی‌پایان علم زنان و مامایی، کتاب‌های متعددی در این زمینه نگارش شده است که عموماً به علت حجم بالای مطالب کتاب، مطالعه آن برای برخی از همکاران و دانشجویان و دوستان میسر نمی‌شود. لذا همواره نیاز به مطالعه کتابی خلاصه و مفید در این زمینه وجود داشته است. کتابی که در پیش‌رو دارید مجموعه کامل و خلاصه‌ای از طب زنان و مامایی نوشته دکتر جوزف هرت J. Hurt استاد دانشگاه علوم پزشکی Colorado می‌باشد که در کمال امانت‌داری توسط انتشارات ارجمند به فارسی برگردانده شده است.

از آنجا که هیچ‌کاری عاری از خطا و اشتباه نمی‌باشد لذا از صاحب‌نظران و خوانندگان این کتاب خواهشمندیم که اینجانبان را از راهنمایی‌های خود محروم نساخته و ما را در ارائه هر چه بهتر و بی‌نقص‌تر کتاب‌های بعدی یاری و مساعدت فرمایند.

### دکتر مهرناز ولدان

جراح و متخصص زنان و زایمان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران





اطلاعات این کتاب نیازمند بازنگری ممتد و ارزیابی خواننده و هوشیاری وی هستند، چرا که پیشرفت در دانش پزشکی سریع است و دانش پزشکی با درک بهتر از پاتوفیزیولوژی پیشرفت می‌کند و مراقبت‌های استاندارد بالینی کیفیت بالاتری پیدا می‌کنند. در انتها، ما منتظر پیشنهادات، ایده‌ها و بازخوردهای شما هستیم و در صورتی که علاقه‌مندید به عنوان یک نویسنده در آینده با ما همکاری کنید، به ما اطلاع دهید. من قول می‌دهم، تمام نظرات را بخوانم و در ویرایش‌های بعدی اعمال کنم. لطفاً با این آدرس ایمیل با من تماس بگیرید و در بهبود این کتاب ما را یاری کنید:

LWW.Pocket OBGYN.Editor@gmail.com

ما امیدواریم که این صفحات و اطلاعات ذکر شده و گایدلاین‌های عملی در تسهیل مدیریت بهینه درمان بیمار مؤثر باشد و زندگی شما را به عنوان یک دانشجوی پزشکی مفیدتر و کارآمدتر کند. کتاب جیبی زنان و مامایی از اتاق تریاژ زنان تا اتاق عمل زنان و زایمان به شما کمک خواهد کرد.

K.Joseph Hurt,MD,PhD

AuRORA,COLORADO

## معاینه (سالانه) زن سالم

### ویزیت سالم

● **هدف:** بهینه‌سازی روش زندگی سالم، به حداقل رساندن خطرات سلامتی، غربالگری، ارزیابی، مشاوره و ایمن‌سازی. مشخص کردن نگرانی‌های باروری. مشخص کردن خطرات متناسب با سن. توصیه پیش‌گیری از بارداری و برنامه‌ریزی قبل از بارداری. بهینه‌سازی مراقبت سلامت اولیه. موارد معاینه زنان با توجه به سن در سایت

[www.acog.org/About-acog/acog-Departments](http://www.acog.org/About-acog/acog-Departments)

/annual-Womens-health-care/assessments-and-

recommendations.

- **غربالگری:** رژیم/ تغذیه/ ورزش، امنیت/ کمربند ایمنی، دیابت، چاقی، سندرم متابولیک، استئوپروز، بیماری تیروئید، سرطان پستان، دیس‌پلازی سرویکال، سرطان کولون، و سرطان پوست.
- **زمان‌بندی:** ویزیت اول مامایی و زمان در ۱۳ تا ۱۵ سالگی.
- شرح حال ویزیت زن سالم

شکایت اصلی/ شرح بیماری فعلی/ بررسی سیستم‌ها/ سابقه

بیماری‌های قبلی/ سابقه جراحی قبلی

**شرح حال مامایی:** شامل تاریخ‌ها، سن بارداری، وزن نوزاد، نحوه‌ی

زایمان، عوارض

**شرح حال قاعدگی‌ها:** سن شروع قاعدگی؟ منظم بودن سیکل‌ها؟

طول سیکل‌ها (روز)؟ میزان خون‌ریزی؟ (کم، متوسط، زیاد)،

دیس منوره؟ علائم همراه؟

**بیماری‌های منتقله از راه جنسی:** سوزاک، کلامیدیا، هرپس،

سیفلیس، ایدز، موارد دیگر؟ درمان؟ سابقه‌ی پاپ اسمیر

غیرطبیعی؟ تاریخ انجام آخرین پاپ اسمیر؟

تعداد شریک‌های جنسی در طول زندگی؟ شریک‌های جنسی در

حال حاضر (زن، مرد یا هر دو)؟

روش‌های پیش‌گیری از بارداری در گذشته و در حال حاضر؟

سابقه‌ی سوءاستفاده فیزیکی، جنسی یا عاطفی؟

**بی‌اختیاری:** مدفوع یا ادراری؟

**عملکرد جنسی:** تمایل؟ درد؟ نگرانی‌های دیگر؟

داروهای که در حال حاضر مصرف می‌کند، دوز، روش مصرف، برنامه

مصرف، اندیکاسیون‌ها، آلرژی‌ها، شامل آلرژن‌ها محیطی و غیر

دارویی به علاوه سابقه واکنش دارویی و شدت آن  
**تاریخچه اجتماعی:** شامل مصرف تنباکو، الکل و داروهای  
 غیرقانونی

**تاریخچه خانوادگی:** به خصوص سابقه‌ی سرطان‌های زنان  
 شامل سرطان سرویکس، اندومتر، تخمدان، و پستان. هم‌چنین  
 سرطان کولون، اختلالات انعقاد خون و اختلال خون‌ریزی‌دهنده،  
 ناهنجاری‌های جنین و ناهنجاری‌های هنگام تولد.

علل مرگ در زنان از تمام نژادها در ایالات متحده در سال ۲۰۱۰					
سن پیش از ۶۵	سن ۶۴-۵۵	سن ۵۴-۴۵	سن ۴۴-۳۵	سن ۳۴-۲۵	سن ۲۴-۱۵
بیماری قلبی	سرطان	سرطان	سرطان	آسیب غیرعمدی	آسیب غیرعمدی
سرطان	بیماری قلبی	بیماری قلبی	آسیب غیرعمدی	سرطان	خودکشی
سکتسفزی	بیماری مزمن تنفسی	آسیب غیرعمدی	بیماری قلبی	خودکشی	دیگرکشی
بیماری مزمن تنفسی	سکتسفزی	بیماری مزمن کبدی	خودکشی	بیماری قلبی	سرطان
الزایمر	دیابت شیرین	سکتسفزی	سکتسفزی	دیگرکشی	بیماری قلبی
				عوارض بارداری	عوارض بارداری

● معاینه فیزیکی در هنگام ویزیت زن سالم:

علائم حیاتی، قد، وزن، BMI، ظاهری عمومی، معاینه فیزیکی عمومی، پستان، تیروئید، قلبی - عروقی، رویوی، شکم، رکتوم، و لگن (با اسپکولوم و معاینه دو دستی).

**معاینه لگن:** معاینه سالانه لگن بعد از ۲۱ سالگی (شواهد حمایت‌کننده کافی وجود ندارد). عدم احتیاج به پیش‌گیری از بارداری توسط قرص‌های خوراکی. معاینه خارجی به تنهایی در موارد زیر ۲۱ سال و بدون اندیکاسیون؛ در سنین بسیار پایین معاینه تحت بی‌هوشی انجام شود.

## گایدلاین‌های غربالگری سرطان

- **دیس پلازی سرویکس:** در زیر آمده است.
- **سرطان پستان:** در زیر آمده است.
- **سرطان کولورکتال:** شروع از سن ۵۰ سالگی. اگر نژاد آفریقایی - آمریکایی باشد از ۴۵ سالگی. در صورت مثبت بودن سابقه‌ی خانوادگی از سنین پایین‌تر. کولونوسکوپی هر ۱۰ سال ترجیح داده می‌شود؛ روش‌های قابل قبول دیگر:
  - بررسی وجود خون مخفی در مدفوع یا بررسی ایمونوشیمیایی مدفوع هر سال با بررسی ۳ نمونه مدفوع
  - سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف هر ۵ سال
  - ترکیبی از بررسی وجود خون مخفی در مدفوع و سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف باریم انمای دابل کنتراست هر ۵ سال
- **سرطان پوست:** مشاوره در رابطه با برخورد با اشعه فرابنفش. در نظر گرفتن معاینه سالانه پوست و ارجاع در صورت خطر بالا. استفاده از کرایتریای عدم تقارن / رنگ / قطر / افزایش اندازه.
- **گایدلاین توصیه شده‌ای برای غربالگری معمول سرطان تخمدان، اندومتر و ریه وجود ندارد.** شرح حال و معاینه بالینی اهمیت دارند.

مولاریتی‌های غربالگری سرطان پستان		
گایدلاین‌ها	کارایی	غربالگری
ACOG: شروع غربالگری سالانه پس از ۴۰ سالگی و یا ۱۰ سال جوان‌تر از خویشاوند درجه اول مبتلا. توقف در سن ۷۵ سالگی. USPSFT: شروع غربالگری هر ۲ سال قبل از ۵۰ سالگی یا توجه به فرد؛ بین ۵۰ تا ۷۴ سالگی هر ۲ سال. ACS: غربالگری سالانه پس از ۴۰ سالگی NCI: غربالگری هر ۱ تا ۲ سال پس از ۴۰ سالگی	حساسیت: ۷۴-۹۵٪ ویژگی: ۸۹-۹۹٪	ماموگرافی
در همراهی با ماموگرافی به خصوص در زنان جوان یا بافت قشرده‌ی پستان. استفاده در هدایت بیوپسی. به عنوان خط اول نمی‌باشد.	حساسیت: ۸۰-۸۵٪ ویژگی: ۶۰-۷۰٪	سونوگرافی

کارآیی	گایدلاین‌ها	غربالگری
حساسیت ۷۰-۴۰٪ ویژگی: ۹۹-۸۶٪ ارزش اخباری مثبت: ۴-۲٪	ACDg: بین ۲۰ تا ۳۹ سالگی هر ۱ تا ۳ سال؛ سالانه بالاتر از ۴۰ سالگی. USPSTF: داده‌هایی لازم برای توصیه وجود ندارد. ACS: بین ۲۰ تا ۳۹ سالگی هر ۱ تا ۳ سال؛ سالانه پس از ۴۰ سالگی.	معاینه بالینی پستان (بیش از ۵ دقیقه معاینه‌ی پستان در مطالعات)
حساسیت: ۳۰-۲۰٪ ارزیابی دشوار است	آموزش در مورد پستان در تمامی سنین. ACOG: در مورد بیماران پرخطر در نظر گرفته شود. USPSTF: توصیه نکرده است. ACS: پس از ۲۰ سالگی به صورت اختیاری حدود (۷۰٪ موارد سرطان پستان در معاینه توسط خود فرد یافت می‌شوند).	معاینه پستان توسط خود فرد (معاینه ماهانه در روز ۱۰-۷ سیکل)
حساسیت ۱۰۰-۷۱٪ ویژگی: ۹۷-۳۷٪ (در زنان جوان‌تر با یافت فشرده پستان)	در مواردی که احتمال بیش از ۲۰٪ در طول زندگی وجود دارد، یا در موارد شناخته شده‌ی BRCA1 یا BRCA2، خویشاوند درجه اول با BRCA و بدون آزمایش فردی، سابقه رادیاسیون قفسه سینه بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی، سندرم‌های ژنتیک (مثل لی-فرومنی و کودن)، برای زنان با سابقه‌ی فردی سرطان پستان یا دیس‌پلازی و زنان با ریسک متوسط توصیه نشده است.	MRI پستان

## بیماری‌های خوش خیم پستان

### بررسی توده‌های پستان

- توده‌ی قابل لمس پستان ← ماموگرافی / سونوگرافی ← بیوپسی سوزنی  
پس از تصویربرداری یا ۲ هفته قبل از تصویربرداری (برای جلوگیری از ایجاد آرتیفکت) به علاوه‌ی FNA یا بیوپسی با سوزن Core ←  
خارج کردن توده در صورت نگرانی یا تکرار معاینه ۶ هفته بعد



توده‌های احتمالاً خوش خیم: متحرک، نرم، صاف، کم‌تر از ۲ سانتی‌متر

توده‌های نگران‌کننده: سخت، غیرمتحرک، منفرد، حاشیه نامنظم، بیش از ۲cm، آدنوپاتی، ترشح خونی از نیپل، تغییرات پوست پوشاننده، غیرمتقارن بودن ظاهر پستان.

- تست سه‌گانه = معاینه بالینی + تصویربرداری + بیوپسی پستان ← ارزش اخباری منفی بیش از ۹۹٪ در صورتی که هر ۳ تست هم‌زمان منفی باشند. در صورتی که هر ۳ قسمت هم‌زمان منفی باشند، پایش هر ۶ ماه تنها توسط معاینه فیزیکی انجام می‌شود. در صورتی که هرکدام از این تست‌ها مطرح‌کننده‌ی بدخیمی باشند ← خارج کردن توده.

ماموگرافی نمره‌بندی BIRAD (سیستم گزارش تصویربرداری از پستان و داده‌ها)			
نمره	توضیح	ریسک سرطان	پیگیری
۰	ناکامل	غیرقابل ارزیابی	نیازمند تکرار سونوگرافی یا ماموگرافی
۱	منفی	حداقل	ادامه‌ی غربالگری روتین
۲	یافته‌های خوش خیم	حداقل	ادامه‌ی غربالگری روتین
۳	یافته‌های احتمالاً خوش خیم	۲٪	پیگیری با ماموگرافی ۶ ماه بعد برای ارزیابی مجدد
۴	ناهنجاری‌های مشکوک	۳۰-۲۵٪	ممکن است نیازمند بیوپسی باشد
۵	به شدت مطرح‌کننده بدخیمی	۹۵٪	بیوپسی Core یا اکسیژنال توده
۶	بیوپسی تأییدکننده‌ی سرطان پستان	۱۰۰٪ (شناخته شده)	خارج کردن توده، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی

### یافته‌های غیرطبیعی رادیولوژی

- دانسیته‌ی بافت نرم با حدود غیرمشخص، حاشیه‌های نامنظم، گاهی شبیه «ستاره»

- تجمع میکروکلسیفیکاسیون در یک منطقه
- کلسیفیکاسیون داخل توده/ دانسیته بافت نرم
- عدم تقارن پستان‌ها با کشیدگی بافت پستان
- یافته‌ی غیرطبیعی جدید که قبلاً وجود نداشته

<b>توده‌های خوش‌خیم پستان</b>	
<b>ماستالژیا</b>	<p><b>تعریف:</b> در پستان، می‌تواند دوره‌ای یا غیردوره‌ای باشد</p> <p><b>دوره‌ای:</b> در اغلب اوقات قبل از قاعدگی بیش‌ترین درد را دارد، با شروع قاعدگی درد از بین می‌رود، یک‌طرفه یا دوطرفه، ممکن است ناشی از ادم، التهاب و یا تشکیل کیست باشد که درد آن با آسپیراسیون برطرف می‌شود.</p> <p><b>غیردوره‌ای:</b> ممکن است به علت نوسانات هورمونی، خستگی عضلانی، باشد. اما در اغلب اوقات علت مشخصی ندارد.</p> <p><b>درمان:</b> بیش‌تر آن‌ها خودبه‌خود از بین می‌روند، ممکن است مصرف NSAID کمک‌کننده باشد، استفاده از سوتین‌های حمایت‌کننده، OCP، کاهش مصرف کافئین و شکلات، درمان با منیزیم مورد بحث است.</p>
<b>ماستیت</b>	<p><b>تعریف:</b> سلولیت حاد که می‌تواند به آبسه تبدیل شود، که به طور معمول در زنان شیرده مشاهده می‌شود. اغلب در یک دسته از داکت‌ها دیده می‌شود که همراه با گرمی، قرمزی، تندرns، تب و ضعف و خستگی است و تشخیص بالینی است.</p> <p><b>درمان:</b> دی‌کلوگزاسیلین ۵۰۰mg، هر ۶ ساعت برای ۱۰ روز، یا سفالکسین ۵۰۰mg هر ۶ ساعت برای ۱۰ روز، کمپرس گرم، بیمار باید به شیردادن نوزاد ادامه دهد، تا روشی برای تخلیه شیر وجود داشته باشد. شیردادن به نوزاد بی‌خطر است چراکه باکتری از فلور نرمال دهان خود نوزاد است (ترشحات نیپل در ۹۵٪ موارد علل خوش‌خیم دارند).</p>
<b>کیست‌های پستان</b>	<p><b>تعریف:</b> کیست‌های حاوی مایع معمولاً ساده است و از داکت‌های ترمینال مشاهده می‌گیرد، بین ۳۵ تا ۵۰ سالگی شایع هستند، باعث درد لوکالیزه‌ی پستان می‌شوند و معمولاً برطرف می‌شوند.</p> <p><b>نحوه‌ی مدیریت:</b> درمان انتظاری برای ۶ هفته، یا آسپیراسیون یا سوتوگرافی پستان ← در صورتی که مایع آسپیره شده خونی بود، یا در تصویربرداری یافته‌های مشکوک دیده شد برای بیوپسی یا خارج کردن توده ارجاع شود.</p>
<b>نکروز چربی</b>	<p><b>تعریف:</b> مناطق سفت و ایندوره که معمولاً پس از تروما ایجاد می‌شوند (کمربند ایمنی، بیوپسی، رادیاسیون، عفونت). در منطقه ساب آرنولار شایع هستند.</p> <p><b>نحوه مدیریت:</b> می‌توان با ماموگرافی و سوتوگرافی پستان بررسی کرد.</p>
<b>فیبروآدنوم</b>	<p><b>تعریف:</b> شایع‌ترین توده پستان در سنین زیر ۳۵ سال، رشد آهسته دارد، در معاینه گرد و متحرک است، و خطر پایینی برای سرطان دارد.</p> <p><b>نحوه مدیریت:</b> در صورت افزایش اندازه بیوپسی در نظر گرفته شود.</p>

- یافته‌های نگران‌کننده: توده بافت نرم، تجمع میکروکلسیفیکاسیون‌ها
- توده‌های پستان در زیر ۳۵ سال شایع‌ترند، رشد آهسته دارند، در معاینه

«گرد» هستند، ریسک پایینی برای سرطان دارند ← در صورت افزایش اندازه، بیوپسی در نظر گرفته شود.

### ترشحات نیپل

- شکایت بسیار شایعی است، و معمولاً خوش خیم است.
- **ترشح طبیعی:** معمولاً به دنبال تحریک، دوطرفه، سرروز
- **گالاکتوره:** ترشح شیری بدون ارتباط با حاملگی، دوطرفه. علل: ناشناخته، ناشناخته، ناهنجاری های اندوکراین مثل آمنوره یا اختلال عملکرد هیپوتالاموس ناشی از اختلالات اندوکراین یا توده های هیپوفیز، مصرف بسیاری از داروهای روان پزشکی (مهارکننده های دوپامین)
- نحوه ی برخورد:** در شرح حال از تغییرات بینایی پرسیده شود، سردرد، قاعدگی ها، جراحی تیروئید، داروهایی که در حال حاضر مصرف می کند، در معاینه فیزیکی نقایص میدان بینایی چک شود (دید تونلی).

**داده های آزمایشگاهی:** پرولاکتین، TSH، T4 آزاد، سی تی اسکن سر در صورتی که سطح پرولاکتین افزایش داشته باشد، برای یافتن آدنوم هیپوفیز.

- **ترشح غیر خوش خیم:** یک طرفه، خونی (می توان از تست گایاک در صورتی که خون قابل مشاهده نباشد، استفاده کرد)، ترشح سرروز یا رنگی هم زمان با توده پستان یا تغییرات پوست پوشاننده. علت آن ممکن است کارسینوما، پاپیلوم داخل مجرای، اکستازی داکت ها، و تغییرات فیبروکیستیک باشد.

**نحوه ی برخورد:** فرستادن ترشحات برای سیتولوژی. ماموگرافی در صورتی که فرد بیش از ۳۵ سال داشته باشد یا سونوگرافی در صورتی که فرد کم تر از ۳۵ سال داشته باشد. سیتولوژی ارزش کمی دارد و حساسیت آن پایین است.

## سرطان پستان

### اپیدمیولوژی

- سرطان پستان شایع ترین سرطان بین زنان است. دومین دلیل شایع مرگ ناشی از سرطان در بین زنان می باشد (بعد از سرطان ریه). از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ میزان بروز و مرگومیر آن کاهش یافته است. در

کشورهای توسعه‌یافته میزان بروز بیش از کشورهای در حال توسعه است.

- در زنان آمریکایی - آفریقایی، میزان بروز کم‌تر است، اما میزان مرگ‌ومیر و بالا بودن مرحله‌ی سرطان در هنگام تشخیص بالاتر است.

## عوامل خطر

- سن پیش از ۴۰ سال: ۹۵٪ موارد سرطان پستان در زنان بالای ۴۰ سال رخ می‌دهد.

- سابقه‌ی خانوادگی سرطان پستان: در خویشاوند درجه‌ی اول، سرطان پستان قبل از یائسگی، جهش در ژن‌های BRCA1 و BRCA2 (ژن‌های سرکوب‌کننده‌ی تومور، اتوزومال غالب، ۱۰-۵٪ موارد تشخیص را تشکیل می‌دهد، اما خطر سرطان پستان را در طول زندگی به بیش از ۸۰٪ افزایش می‌دهد).

BRCA1/2: ۸۵-۵۰٪ خطر سرطان پستان وجود دارد، ۴۰-۱۵٪ خطر

سرطان تخمدان وجود دارد ← ماستکتومی برای کاهش ریسک

خطر سرطان را ۹۰٪ کاهش می‌دهد. آزمایش برای ژن BRCA

در موارد زیر توصیه می‌شود: خویشاوند درجه‌ی اول با سرطان

پستان، خویشاوند مبتلا به سرطان پستان قبل از ۵۰ سالگی،

بیش از ۳ نفر از خویشاوندان درجه اول یا دوم سرطان پستان

داشته باشند، سابقه‌ی سرطان تخمدان/ پستان در خویشاوندان

درجه‌ی اول یا دوم، بیش از ۲ نفر از خویشاوندان درجه‌ی اول یا

دوم سرطان تخمدان داشته باشند، سرطان پستان در افراد مذکر.

- افزایش برخورد با هورمون‌ها: شروع قاعدگی در سن پایین (کم‌تر از ۱۲

سال)، یائسگی دیررس (بیش از ۵۵ سال)، سن بالاتر در زمان اولین

حاملگی، تعداد کم‌تر حاملگی‌ها (تمام این موارد باعث افزایش برخورد

با استروژن در طول زندگی می‌شوند).

- سابقه‌ی فردی سرطان پستان: ۱-۵٪ احتمال ایجاد سرطان پستان

در پستان مقابل وجود دارد، اکثر موارد در ۵ سال اول رخ

می‌دهند.

- برخورد با اشعه: ۳۵٪ خطر در طول زندگی

- ورزش و رژیم غذایی: فعالیت فیزیکی و کنترل وزن حفاظت‌کننده

هستند.

## ضایعات پیش بدخیم:

- **هایپرپلازی آتیپیک:** داکتان یا لوبولار، ضایعه‌ی تکثیرشونده مشابه با کارسینوم درجا؛ شامل پاییلوم داخل مجرای، هایپرپلازی اپیتلیوم داکتال، آدنوز اسکروزه ← خارج کردن
- **DCIS:** شایع‌ترین سرطان غیرمهاجم پستان (۱ مورد از هر ۵ مورد جدید)، تشخیص معمولاً با ماموگرافی به تنهایی گذاشته می‌شود، می‌تواند درمان با حفظ پستان ± تا کموکسیفن ± پرتودرمانی انجام شود.
- **LCIS:** در زنان قبل از یائسگی شایع‌تر است، ۱٪ امکان دارد به سرطان مهاجم تبدیل شود، گاهی تصادفی یافت می‌شود ← تاموکسیفن در مقابل رزکسیون

## سرطان مهاجم

- **داکتال انفیلتره شونده:** ۷۰-۶۰٪ موارد سرطان پستان؛ شامل موسینوس، توبولار، و کارسینوم مدولاری، توسط نوع سلول، معماری توده و نحوه‌ی انتشار دسته‌بندی می‌شود.
- **لوبولار انفیلتره شونده:** ۱۵-۱۰٪ موارد سرطان پستان، از لوبول‌ها منشأ می‌گیرد، چندکانونی است، میزان بروز دوطرفه آن بیش‌تر است.
- **التهابی:** ۶٪ موارد سرطان پستان، همراه با تغییرات پوست پوشاننده، شروع سریع در طی چند هفته، باعث تورم و سفتی منتشر می‌شود، تشخیص با ماموگرافی و بیوپسی پانچ پوست، درمان با کموتراپی
- **تومور فیلودس:** مشابه فیبروآدنوما، فضاهای پوشیده شده از اپیتلیوم که با سلول‌های مونوکلونال نئوپلاستیک احاطه شده‌اند. دسته‌بندی به صورت خوش‌خیم، متوسط یا بدخیم با توجه به آتیپی، میتوز، فراوانی سلول‌های استرومایی، میانگین سن تشخیص ۴۰ سالگی است، می‌تواند به ارگان‌های دوردست متاستاز دهد که اولین آن‌ها، ریه است. درمان توسط انسیزین‌گسترده موضعی صورت می‌گیرد.
- **بیماری پاژه:** به صورت تغییرات پوستی موضعی خود را نشان می‌دهد، همراه با توده که در ۶۰٪ موارد یافت می‌شود. در ۲۳ موارد، DCIS و در ۱۳ موارد سرطان مهاجم وجود دارد.

## مرحله‌بندی سرطان پستان / پیش‌آگهی

- اندازه‌ی تومور و متاستاز به غدد لنفاوی به شدت با پیش‌آگهی ارتباط دارند.
- بیان بالای استروژن و پروژسترون با پیش‌آگهی بهترین همراه است.

مرحله بندی TNM برای سرطان پستان		
T (تومور)	N (غده لنفاوی)	M (متاستاز)
Tx: تومور غیر قابل ارزیابی	Nx: غدد لنفاوی غیر قابل ارزیابی	Mo: بدون متاستاز
To: بدون شواهد تومور اولیه	No: بدون متاستاز به غدد لنفاوی	M1: متاستاز دور دست قابل مشاهده از نظر بالینی، رادیولوژیک یا بافت شناسی $> 0.2mm$ تمام موارد M1 تشخیص دهندهی مرحله ی ۴ قبل از کموتراپی نئوادجوانت هستند.
T1 (a, b, c): بیشترین قطر تومور کم تر از ۲۰mm است.	N2: متاستاز به غدد لنفاوی اگزیلاری سطح I یا II در همان طرف که غیر متحرک است؛ یا درگیری غدد لنفاوی مامری داخلی در همان سمت در غیاب متاستاز به غدد لنفاوی اگزیلاری	
T2: اندازه بین ۲۰ تا ۵۰ میلی متر	N3: متاستاز به غدد لنفاوی اینفراکلاویکولار (سطح III اگزیلاری) همان طرف، با یا بدون درگیری لنف نودهای سطح I یا II اگزیلاری؛ یا مشاهدهی درگیری لنف نود مامری داخلی در همان سمت همراه با متاستاز به غدد لنفاوی اگزیلاری سطح I یا II؛ یا متاستاز به غدد لنفاوی سوپراکلاویکولار همان سمت با یا بدون درگیری غدد لنفاوی اگزیلاری یا اینترنال مامری	
T3: بیش از ۵۰ میلی متر		
T4 (a, b, c, d): تومور با هر اندازه ای، با گسترش مستقیم به دیواره ی قفسه سینه و/یا پوست (زخمی شدن / ندول)		

- بیان بیش از حد HER2 (گیرنده‌ی فاکتور رشد اپیدرم انسانی) با پیش‌آگهی بدتری همراه است.
- وضعیت استروژن / پروژسترون با افزایش میزان بقا همراه است، چرا که امکان درمان با SERMs و مهارکننده‌های آروماتاز وجود دارد (میزان استروژن در حال گردش را کاهش می‌دهد).

## درمان

- وابسته به محل سرطان ممکن است شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، جراحی و یا ترکیبی از درمان طبی و جراحی باشد. اولین علت شکایت از متخصص زنان (جدا از موارد مامایی): ناتوانی در تشخیص یا ارجاع به موقع سرطان پستان است.
- **جراحی:** بهترین انتخاب جراحی حفظ‌کننده‌ی پستان است = لامپکتومی یا ماستکتومی پارشیال با حاشیه‌ی ۰/۵ تا ۱ سانتی‌متر اغلب همراه با لوکالیزاسیون وایر قبل از جراحی
- متخصص زنان و زایمان فرد را به متخصص پستان یا جراحی عمومی برای ارزیابی و خارج کردن توده ارجاع می‌دهد.

## غربالگری سرطان سرویکس

### اپیدمیولوژی و تعاریف

- دومین سرطان شایع در زنان در سرتاسر جهان. میانگین سن در زمان تشخیص ۴۰-۵۹ سال. دو قله‌ی توزیع در سنین ۳۵-۳۹ سال و ۶۰-۶۴ سال دارد. سرطان سرویکس کاهش ۵۰ درصدی از سال ۱۹۷۵ تا سال ۲۰۰۸ که به ۱۰۰,۰۰۰ / ۶/۶ زن رسیده است. به علت غربالگری با پاپ اسمیر، داشته است.

### پاتوفیزیولوژی

- به علت عفونت با HPV ایجاد می‌شود. یک سیستم ایمنی خوب عفونت HPV را پاک می‌کند. به نظر می‌رسد سرطان سرویکس حاصل عفونت طولانی‌مدت با HPV باشد. بیش از ۹۰٪ زنان جوان سالم عفونت HPV را در عرض ۱-۳ سال پاک می‌کنند.
- **HPV:** پروتئین‌های E (زودهنگام) و L (دیرهنگام). E<sub>۶</sub> و E<sub>۷</sub> در سلول‌های بدخیم بیان می‌شوند. E<sub>۶</sub> ← کم‌تر بیان شدن ژن سرکوب‌کننده‌ی

تومور P<sub>۵۳</sub> ← افزایش تکثیر سلولی. E<sub>۷</sub> به سرکوب‌کننده‌ی تومور pRb (محصول ژن رتینوبلاستوم) متصل می‌شود ← باعث آزاد شدن فاکتورهای رونویسی E2F می‌شود ← افزایش رونویسی و تقسیم سلولی. چرخه‌ی سلولی بدون بررسی شدن ← افزایش بدخیمی  
**سویه‌های پرخطر HPV: ۱۶، ۱۸، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۸ کارسینوژن هستند.**

**سویه‌های کم‌خطر HPV: ۳۹، ۵۱، ۵۲، ۵۶، ۵۹، ۶۸، ۷۳، ۸۲ (۶) ۱۱**  
 باعث زگیل‌های تناسلی می‌شوند).

- **بیماران در معرض خطر بالا:** میزان زیاد تماس‌های جنسی، شریک جنسی، شریک جنسی جدید، HIV مثبت، یا فرد با نقص ایمنی. این بیماران به طور مؤثر نمی‌توانند ویروس را پاک کنند.

### گایدلاین‌های پاپ اسمیر

- در صورتی پاپ اسمیر مناسب و کافی است که در برگیرنده منطقه ترنزشنال (محل اتصال بافت سنگفرشی به استوانه‌ای همراه با اجزای رویانی) برای ارزیابی سیتولوژی باشد... حساسیت ۵۱٪، ویژگی ۹۸٪ مشخص کردن نوع HPV از روی سلول‌های پاپ اسمیر می‌تواند انجام شود.

شروع غربالگری بعد از ۲۱ سالگی بدون توجه به تاریخچه‌ی فعالیت جنسی. افراد زیر ۲۱ سال، نباید تحت غربالگری قرار گیرند، به جز بیماران HIV مثبت. اخیراً مشخص شده است که کاهش دفعات انجام تست، با کاهش آسیب‌ها و پروسیدجرهای غیرضروری، هم‌زمان با حفظ مزایا است. بدون توجه به غربالگری با پاپ اسمیر. معاینه سالانه زنان برای تمام افراد توصیه می‌شود. در صورت غیرطبیعی بودن پاپ اسمیر از گایدلاین حاضر ASSCP استفاده می‌شود ([www.asccp.org](http://www.asccp.org)).

- گزارش پاپ اسمیر به این صورت است:

**ASCUS:** سلول‌های آتیپیکال با اهمیت نامشخص.

**LSIL:** ضایعه‌ی سنگفرشی اینترااپیتلیال با درجه پایین ~ مطابق با CIN1

**HSIL:** ضایعه‌ی سنگفرشی اینترااپیتلیال با درجه بالا ~ مطابق با CIN۲-۳

**AGC:** سلول‌های گلندولار آتیپیک (یعنی سلول‌های استوانه‌ای، با CIN۲-۳ همراهی دارد.



برنامه‌های غربالگری پاپ اسمیر

ACOG	ASCCP	USPSTF	
۲۱ سالگی	۲۱ سالگی	۲۱ سالگی	زمان شروع غربالگری
<b>زمان بندی انجام تست‌ها چگونه است؟</b>			
هر ۳ سال	هر ۳ سال	هر ۳ سال	از سن ۲۱ تا ۲۹ سالگی (در صورت طبیعی بودن، پاپ اسمیر به تنهایی)
<b>سن بالای ۳۰ سال و بیش تر</b>			
هر ۳ سال	هر ۳ سال	هر ۳ سال	پاپ اسمیر به تنهایی، در صورت طبیعی بودن
استراتژی توصیه شده هر ۵ سال است	توصیه شده است، اما فواصل کم‌تر از ۵ سال توصیه نشده	هر ۵ سال	پاپ اسمیر همراه با آزمایش HPV
۶۵ سال اگر غربالگری کافی صورت گرفته باشد و سابقه‌ی CIN۲ و CIN۳ یا آدنوکارسینوم درجا یا سرطان سرویکس در ۲۰ سال اخیر نداشته باشد.	۶۵ سالگی در صورتی که غربالگری کافی انجام نشده باشد و سابقه‌ی CIN۲+ در ۲۰ سال اخیر نداشته باشد	۶۵ سالگی اگر غربالگری کافی انجام شده باشد	سن هنگام توقف
نیاز به غربالگری با پاپ اسمیر نیست، اما معاینه‌ی سالانه برای بررسی بیماری‌های وولو و واژن باید ادامه یابد			بعد از هیستریکتومی همراه با خارج کردن سرویکس بدون سابقه‌ی CIN۲ و CIN۳، آدنوکارسینوم یا سابقه‌ی کانسر سرویکس در ۲۰ سال گذشته
تغییری در غربالگری ایجاد نمی‌کند			واکسینه شده علیه HPV



زنان HIV مثبت، مبتلا به نقص ایمنی، یا سابقه‌ی برخورد با DES در دوران جنینی	پاپ اسمیر ۲ بار در سال اول پس از تشخیص و سپس سالانه؛ ارجاع جهت کولپوسکوپی در صورت مشاهده ASCUS یا دیس پلازی درجه بالا.
--	--

<b>موارد خاص: غربالگری در حاملگی و در سنین کم‌تر از ۲۱ سال</b>	
<b>غربالگری سرطان سرویکس در دوران حاملگی (ASCCP)</b>	
ASCUS بدون توجه به HPV	ارجاع برای کولپوسکوپی ۶ هفته پس از زایمان
LSIL	ارجاع برای کولپوسکوپی در حین حاملگی یا ۶ هفته پس از زایمان، ECC در حین حاملگی انجام نشود.
AGS/AIS/HSIL	ارجاع برای کولپوسکوپی در حین حاملگی، ECC در حین حاملگی انجام نشود
<b>نوجوانان نباید قبل از ۲۱ سالگی تحت غربالگری قرار گیرند، مگر در موارد زیر:</b>	
سابقه‌ی ASCUS، LSL، CIN1	تکرار سالانه برای ۲ سال، سپس به تأخیر انداختن غربالگری تا پس از ۲۱ سالگی؛ در صورت پایدار ماندن برای کولپوسکوپی ارجاع شود.
سابقه‌ی HSIL، AGC، ASC که HSIL غیرقابل رد کردن باشد، CIN2، CIN3	ارجاع برای کولپوسکوپی همراه با ECC
نوجوانان مبتلا به HIV	در طی سال اول پس از تشخیص ۲ بار پاپ اسمیر انجام شود و سپس سالانه، در صورت مشاهده ASCUS یا درجات بالاتر برای کولپوسکوپی ارجاع شود.

**• نحوه‌ی برخورد:**

ASCUS ← در صورت ریسک بالا برای HPV، تست HPV انجام شود؛ در صورت HPV مثبت بودن برای کولپوسکوپی ارجاع شود؛ در صورتی که HPV منفی باشد، با توجه به گایدلاین‌های متناسب با سن تکرار آزمایش انجام شود ([www.asccp.org](http://www.asccp.org)) یا ← پاپ اسمیر ۶ ماه بعد تکرار شود ← اگر جواب مجدداً ASCUS یا درجات بالاتر بود، برای کولپوسکوپی ارجاع شود، در صورت منفی بودن، غربالگری سالانه انجام شود.

بیماران با سیتولوژی منفی و آزمایش مثبت برای HPV، باید یا مستقیماً برای کولپوسکوپی ارجاع شوند یا مشخص کردن نوع HPV با ریسک بالا، صورت گیرد. اگر نوع HPV، با خطر بالا باشد، برای کولپوسکوپی ارجاع شود، در صورتی که نوع HPV، با خطر بالا نباشد، (یعنی ۱۶ یا ۱۸)، غربالگری یک سال بعد همراه با آزمایش برای HPV انجام شود.

AGC/HSIL/LSIL: برای کولپوسکوپی ارجاع شود.

### کولپوسکوپی

● **تعریف:** مشاهده‌ی مستقیم سرویکس، واژن، و وولو، با یک میکروسکوپ دو چشمی با چراغ برای تشخیص، تعیین محل و بیوپسی ضایعات سرویکس. در صورتی کافی فرض می‌شود که منطقه‌ی ترانزیشنال در تمام جهت‌ها مشاهده شود، چرا که این منطقه، منطقه‌ای است که تغییرات غیرطبیعی رخ می‌دهد. مشاهده‌ی ضایعات به کمک موارد زیر صورت می‌گیرد.

**استیک اسید:** سلول‌ها را دهیدراته می‌کند ← باعث ظاهر روشن‌تر در سلول‌های دیس‌پلاستیک با افزایش نسبت هسته به سیتوپلاسم و افزایش کروماتین می‌شود = «تغییرات استوایت».

**ید در قالب لوگول:** رنگ سلول‌های نرمال سرویکوواژینال به علت محتوای بالای گلیکوژن، تیره می‌شود، در صورتی که سلول‌های دیس‌پلاستیک روشن‌تر هستند؛ به عنوان جایگزین استیک اسید یا هم‌زمان با آن استفاده می‌شود.

● یافته‌های غیرطبیعی کولپوسکوپی شامل این موارد هستند:

**نقطه نقطه (Punctation):** عروق ریز خونی که به صورت نقطه دیده می‌شوند.

**موزائیسیم:** متفرق بودن سلول‌های روشن‌تر سفید بین سلول‌های اپی‌تلیال نرمال.

**تغییرات استوایت:** طیفی از سلول‌های اپی‌تلیوم روشن‌تر و سفید به صورت پراکنده یا با حاشیه‌های مشخص.

**عروق غیرطبیعی:** عروق بزرگ‌تر در داخل ضایعات ممکن است نشان‌دهنده‌ی ضایعات پیشرفته‌تر باشد.

● هرگونه ضایعه غیرطبیعی بیوپسی می‌شود تا از نظر سرطان قبل از تهاجم بررسی شود؛ کولپوسکوپی همیشه به معنی بیوپسی نیست؛ تنها نمونه

- از ضایعات غیرطبیعی و کانال اندوسرویکال گرفته می‌شود.
- **کورتاژ اندوسرویکال:** کورت کشیدن کانال اندوسرویکال برای به دست آوردن سلول‌های اندوسرویکال، یا ضایعات غیرقابل مشاهده.
- **جواب بیوپسی:** این‌گونه گزارش می‌شود:
- **CIN۱ / دیس‌پلازی خفیف:** محدود به  $\frac{1}{3}$  تحتانی اپی‌تلیوم سنگ‌فرشی.
- **CIN۲ / دیس‌پلازی متوسط:** سلول‌های غیرطبیعی به  $\frac{2}{3}$  میانی لایه اپی‌تلیال گسترش یافته‌اند.
- **CIN۳ / دیس‌پلازی شدید:** سلول‌های غیرطبیعی به  $\frac{1}{3}$  فوقانی اپی‌تلیوم رسیده‌اند.
- **CIS:** سلول‌های غیرطبیعی در تمام ضخامت اپی‌تلیوم مشاهده می‌شوند، اما تهاجم به غشاء پایه وجود ندارد.

### نحوه‌ی رویکرد به دیس‌پلازی سرویکس

- **CIN۱** ← می‌تواند به صورت محافظه‌کارانه با نظارت پیگیری شود؛ در صورت پایداری بیش از ۲ سال کونیزاسیون در نظر گرفته شود.
- **CIN۲** ← کونیزاسیون در نظر گرفته شود یا با تکرار پاپ اسمیر/ کولپوسکوپی پیگیری شود، به خصوص اگر جوان باشد.
- **CIN۳** ← کونیزاسیون / LEEP
- **CIS** ← کونیزاسیون
- سرطان مهاجم ← ارجاع به متخصص سرطان‌های زنان (فصل ۲۱ را ببینید).
- برای مشاهده‌ی جدیدترین توصیه‌ها ASCCP را ببینید ([www.asccp.org](http://www.asccp.org))

## لیپیدها و کلسترول

### تعاریف و درمان

- بیماری‌های قلبی عروقی علل اصلی مرگ زنان (در تمام سنین) هستند (۲۴٪)
- شروع غربالگری کلسترول تام، HDL از ۲۰ سالگی و سپس هر ۵ سال یک‌بار

تعاریف برای کلسترول		
LDL - هدف اولیه	< ۱۰۰	بهینه
	۱۰۰-۱۲۹	نزدیک به بهینه
	۱۳۰-۱۵۹	تقریباً بالا
	۱۶۰-۱۸۹	بالا
	≥ ۱۹۰	خیلی بالا
کلسترول تام	< ۲۰۰	مطلوب
	۲۰۰-۲۳۹	تقریباً بالا
	≥ ۲۴۰	بالا
HDL	< ۴۰	پایین
	≥ ۶۰	بالا

چه زمانی درمان کلسترول انجام شود			
گروه خطر	LDL هدف (mg/dL)	سطحی از LDL که تغییر سبک زندگی باید شروع شود	سطحی از LDL که سطحی از LDL که درون دارویی در نظر گرفته شود
بیماری کرونری یا معادل خطر بیماری کرونری (خطر ۱۰ ساله < ۲۰٪)	< ۱۰۰ (بهینه > ۷۰)	≥ ۱۰۰	≥ ۱۳۰ (۱۰۰-۱۲۹) (اختیاری است)
۲ فاکتور خطر یا بیش تر (خطر ۱۰ ساله > ۲۰٪)	< ۱۳۰	≥ ۱۳۰	خطر ۱۰ ساله ۲۰-۱۰٪ و ۱۳۰ یا خطر ۱۰ ساله ≥ کمتر از ۱۰٪ و ۱۶۰ ≥
بدون فاکتور خطر	< ۱۶۰	≥ ۱۶۰	≥ ۱۹۰ (۱۶۰-۱۸۹) (اختیاری است)

- معادل‌های خطر بیماری کرونری: بیماری بالینی علامت‌دار کاروتید اصلی، بیماری شریان محیطی، آنوریسم آئورت شکمی، DM.
- فاکتورهای خطر برای بیماری کرونری: مصرف سیگار، HTN (BP ≤ ۱۴۰/۹۰ یا مصرف داروهای ضد فشارخون)، HDL < ۴۰، سابقه‌ی خانوادگی بیماری کرونری زودهنگام (مرد کم‌تر از ۵۵ سال، زن کم‌تر از ۶۵ سال در خویشاوند در جداول)، سن (زن بالاتر از ۵۵ سال)
- خطر ۱۰ ساله با استفاده از نمره‌بندی فرامینگهام انجام می‌شود، شامل: سن، کلسترول تام، مصرف سیگار، HDL و فشارخون سیستولی

گایدلاین‌های درمان لیپید/کلسترول				
عوارض	TG (تری- گلیسرید)	HDL	LDL	درمان
<p>به صورت کارآزمایی بین ۶ ماه تا ۱ سال؛ شامل کاهش مصرف چربی اشباع شده (کمتر از ۷٪ کل کالری)، میزان کلی دریافت کلسترول روزانه کمتر از ۳۰۰ mg (رژیم NCEP)، کاهش مصرف نمک، انجام ورزش ۳۰ دقیقه در بیش تر روزهای هفته.</p>				
<p>* قبل از شروع دارو LFT انجام شود. ناراحتی گوارش، میالژی، میوپاتی، (۱۰٪)، به طور نادر رابدومیولیز</p>	کاهش ۳۰٪	افزایش ۱۵٪	کاهش ۲۰-۶۰٪	<p>استاتین (خط اول): مهارکننده‌های HMG-GA ردوکتاز؛ سیم و استاتین آتور و استاتین</p>
<p>* ممکن است سطح تری‌گلیسرید را افزایش دهد. در موارد &lt; TG ۲۵۰ استفاده نشود، نفخ، سفت شدن مدفوع، بیوست</p>	احتمالاً افزایش	افزایش ۵٪	کاهش ۱۵-۳۰٪	<p>رزین‌ها؛ متصل شونده به اسید صفراوی؛ کلستیرامین، کلستپول</p>
<p>دوز: ۱۰ میلی‌گرم روزانه؛ در صورت مصرف هم‌زمان با استاتین LFT انجام شود.</p>	-	افزایش ۵٪	کاهش ۲۰٪	<p>از تیمپ (مهارکننده‌ی جذب کلسترول)</p>