

# مقدمه

به دهمین ویرایش کتاب زنان و مامایی دنفورث خوش آمدید. از ۴۲ سال پیش که اولین ویراست این کتاب منتشر شد، به عنوان درسنامه‌ای معتبر مورد استقبال گسترده پزشکان، دستیاران و دانشجویان پزشکی، قرار گرفت. ویراست‌های پیشین به چندین زبان ترجمه شد و خوانندگان فراوانی از سرتاسر کره زمین پیدا کرد. به موازات تغییرات مداوم دانش پزشکی، ما نیز تغییرات مهمی در ویراست دهم به عمل آوردیم مباحث مهم جدیدی به کتاب اضافه شده‌اند، به ویژه مبحث مرده‌زایی، و استرپتوکوک‌های گروه B و یک بخش کاملاً جدید درباره جراحی بازسازی لگن. برای جذب‌تر کردن متن، تصاویر کتاب را دو رنگ کرده‌ایم و یک اطلس تمام رنگی هم به کتاب افزوده‌ایم در وب سایت کتاب، خریداران به فول تکست کتاب شامل تصاویر و جدول‌ها دسترسی دارند. هدف ما همواره ارائه جدیدترین اطلاعات دانش و حرفه زنان و مامایی در قالب یک درسنامه تک جلدی بوده است. درسنامه‌ای که بسیار روان، مبتنی بر شواهد معتبر و کاملاً خواندنی باشد.

همچنین خوشحالیم که در ویراست دهم، ویراستاری جدیدی به ما پیوسته است، دکتر اینگرید، نیگارد، استاد زنان و مامایی در بخش اورژانیکولوژی و جراحی بازسازی لگن، در دانشگاه اوتا، دکتر نیگارد، جایگزین دکتر جیمز و اسکات شد که از ویراست پنجم تا دهم به عنوان ویراستار با ما همکاری داشت. همچنین بسیار خوشحالیم به مؤلفان جدید خود خوشامد بگوییم، همگی آنان افرادی صاحب نظر در حوزه کاری خود هستند. از مؤلفان قبلی نیز سپاسگزاریم که در روز آمد کردن فصل‌های خود تلاش زیادی کردند. نیک می‌دانیم که با فشار کاری دپارتمان‌های آموزشی در این دوره، نوشتن یک فصل از یک درسنامه، کاری بس طاقت‌فرساست که صرفاً با عشق و تعهد به آموزش و ترجمان تجربه بالینی در قالب نوشتار، حاصل می‌شود.

همچنین مایلیم از همکاری کارکنان اداری خود عمیقاً سپاسگذاری کنیم که سعی و تلاش زیادی در آماده‌سازی این کتاب به عمل آوردند: مایکل نلسون در دانشگاه کلرادو، و فیلیس لویز در مرکز پزشکی سینیایی. سرانجام انتشار این کتاب بدون تبحر و سازمان‌بندی ویراستاران ارزشمندمان، سونیا سیگانویز و رایان شاو در انتشارات لیپنکات، جامعه عمل نمی‌پوشید. در پایان آرزوی موفقیت و رضایت‌مندی برای تمام پزشکان و ماما‌هایی داریم که در حرفه زنان و مامایی به کار مشغولند.

دکتر رونالد گیس

دکتر بت کارلین

دکتر آرتور هانی

دکتر اینگرید نیگارد



# سخن مترجم

دانش زنان و مامایی با توسعه روز افزون و دستیابی به مرزهای نوین مهارت و تجربه، تندرستی هر چه بیشتر زنان و کودکان را موجب شده است. بالخصوص روش‌های نوین در طب مادری و جنین به ارتقاء روزافزون طب مامایی انجامیده است. چاپ دهم کتاب زنان و مامایی دنفورث هم اکنون با ترجمه‌ای که حاصل تلاش مترجمان به چاپ رسید. و در دسترس می‌باشد، این کتاب با ارائه راهکارهای بالینی و عمل‌گرایانه در طب زنان و مامایی جایگاه خاصی را برای ارتقای مهارت‌های دستیاران، دانشجویان، پزشکان، ماماها و پرستاران بوجود آورده است. امید است مطالعه این کتاب موجب ارتقاء اطلاعات و افزایش کیفیت خدمات تخصصی زنان و مامایی گردد. در پایان از سایر همکاران مترجم آقایان دکتر بهنام بوذری، دکتر امین جلیلی راد، دکتر سقراط ناظم، خانم دکتر سارا رزاقی و دکتر نادیا فغانی جدیدی تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دکتر مهرناز ولدان

متخصص زنان و زایمان

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



# فهرست مطالب

۶۶۵	فصل ۲۹ - ژینکولوژی و اعمال جراحی در مطب
۶۹۷	فصل ۳۰ - سونوگرافی ژینکولوژیک
۷۱۳	فصل ۳۱ - ژینکولوژی کودکان و نوجوانان
۷۳۰	فصل ۳۲ - جلوگیری از بارداری
۷۵۷	فصل ۳۳ - سقط القایی
۷۷۸	فصل ۳۴ - عفونت‌های منتقله از طریق جنسی و عفونت‌های لگنی
۸۰۵	فصل ۳۵ - بیماری‌های وولوواژینال خوش خیم
۸۳۲	فصل ۳۶ - آمنوره
۸۵۲	فصل ۳۷ - خونریزی رحمی غیرطبیعی
۸۶۲	فصل ۳۸ - سندرم پیش از قاعدگی
۸۷۴	فصل ۳۹ - اختلالات فزونی آندروژن
۹۰۴	فصل ۴۰ - ناباروری
۹۲۰	فصل ۴۱ - اندومتريوز
۹۳۰	فصل ۴۲ - یائسگی
۹۵۴	فصل ۴۳ - تمایلات جنسی و اختلالات کارکرد جنسی در زنان
۹۷۸	فصل ۴۴ - درد لگنی مزمن
۹۹۱	فصل ۴۵ - ارزیابی‌های قبل و بعد از عمل جراحی
۱۰۲۵	فصل ۴۶ - جراحی لاپاروسکوپیک
۱۰۴۵	فصل ۴۷ - جراحی هیستروسکوپیک
۱۰۵۸	فصل ۴۸ - اپیدمیولوژی، پاتوفیزیولوژی و ارزیابی بافت حمایتی ارگان‌های لگنی
۱۰۸۲	فصل ۴۹ - درمان جراحی پرولاپس ارگان لگنی
۱۱۱۲	فصل ۵۰ - درمان غیرجراحی پرولاپس ارگان لگنی
۱۱۱۶	فصل ۵۱ - بی‌اختیاری ادراری در زنان: اپیدمیولوژی و ارزیابی
۱۱۲۵	فصل ۵۲ - درمان جراحی بی‌اختیاری ادراری
۱۱۴۰	فصل ۵۳ - درمان غیر جراحی بی‌اختیاری ادراری و مثانه بیش فعال
۱۱۵۰	فصل ۵۴ - بی‌اختیاری مدفوع و بیماری‌های مرتبط با دفع مدفوع
۱۱۶۹	فصل ۵۵ - لیومیوم‌ها
۱۱۸۷	فصل ۵۶ - بیماری‌های پستان
۱۲۱۹	فصل ۵۷ - سرطان فرج و واژن
۱۲۳۴	فصل ۵۸ - سرطان سرویکس
۱۲۵۵	فصل ۵۹ - HPV و روش‌های درمان در تست پاپ اسمیر غیر طبیعی
۱۲۷۲	فصل ۶۰ - سرطان رحم
۱۲۹۷	فصل ۶۱ - سرطان‌های تخمدان و لوله فالوپ
۱۳۴۲	فصل ۶۲ - برخورد با توده آدنکسی
۱۳۵۷	فصل ۶۳ - نئوپلاسم‌های تروفوبلاستیک در حاملگی
	فصل ۶۴ - رویکردی اختصاصی به حل بحران‌های مسئولیت حرفه‌ای، بهبود امنیت بیمار و جلوگیری از
۱۳۷۲	خطاهای پزشکی
۱۳۸۲	ضمیمه - رویکرد مبتنی بر شواهد به مامایی و زنان
۱۳۸۵	واژه‌یاب



## جراحی در مطب

Martian D. Damewood, William R. Keye,  
Jr. Charles C. Coddington III

ترجمه: دکتر نادیا فغانی جدیدی، دکتر مهرناز ولدان

معاینات ژینکولوژیک، صحبت خواهد شد، همچنین در مورد برخی از اقداماتی که در صورت وجود امکانات و انتخاب بیمار مناسب، می توان آنها را در مطب انجام داد.

## "مراقبت های پیشگیرانه"

بخش بزرگی از مراقبت های ژینکولوژیک، مراقبت های پیشگیرانه است و برای انجام برنامه های غربالگری در قالب این مراقبت ها، لازم است به مواردی همچون شاخص های جمعیتی، مجموعه عوامل خطرزا و همه گیرشناسی و آمار تکیه شود. معاینات سالیانه بیمار را می توان در همان برگه هایی ثبت کرد که به غیر از این معاینات، حاوی اطلاعات مربوط به دریافت مراقبت های پیشگیرانه نیز هستند. نمونه ای از این فرم ها را می توان در وب سایت کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا<sup>۱</sup> یافت (<http://www.acog.com>). از سوی دیگر، سیستم های یادآوری کننده ای که کمک می کنند تا پیگیری های بعدی بیمار جهت انجام اسمیر پاپانیکولاو (پاپ اسمیر) و ماموگرام فراموش نشوند، در واقع باعث ادغام مراقبت های حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری در طبابت ژینکولوژیک می شوند. علاوه بر این، متخصصان زنان و زایمان به غیر از غربالگری اختلالات عملکرد جنسی، نقش مهمی در غربالگری مواردی همچون خشونت های خانگی، آسیب دیدگی، افسردگی و مسائل تأمل برانگیز روانی-اجتماعی دارند. طی ۲ دهه اخیر، مشاوری های پزشکی ارائه شده در زمینه عفونت های آمیزشی (STDs)، عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و

جمعیت زنان در ایالات متحده در حدود ۱۵۳ میلیون نفر است. از این تعداد که روند رو به رشد دارد، ۴۹٪ در سنین باروری هستند، ۲۰٪ زیر ۱۵ سال و ۳۱٪ بالای ۵۰ سال سن دارند. برآورد می شود که تعداد زنان یائسه در سال ۲۰۱۰ به ۵۲ میلیون نفر و در سال ۲۰۲۰ به ۶۲ میلیون نفر برسد. همچنین تخمین زده می شود که کل جمعیت زنان، طی ۲۰ سال آینده بیش از ۱۷٪ رشد داشته باشد.

همگام با تغییراتی که در فن آوری، توقعات بیمار، جراحی های سرپایی و چارچوب های ارائه مراقبت های بهداشتی رخ می دهد، متخصصان زنان و زایمان - به عنوان افرادی که نقش مهمی در ارائه خدمات بهداشتی به زنان دارند - با چالش های جدیدی روبرو هستند بیمارانی که مراقبت های بهداشتی را اختصاصاً از متخصص زنان و زایمان دریافت می کنند، هم از نظر تعداد و درصد، و هم از نظر تنوع خصوصیات، رو به افزایش اند. بنابراین مهم است که در مراقبت های بهداشتی زنان، اهمیت شرح حال ژینکولوژیک و معاینات مربوطه را، به عنوان فرایندهایی پیچیده و سرشار از جزئیات، دست کم نگیریم.

اقدامات ژینکولوژیک، از جمله سونوگرافی ترانس واژینال به همراه سونوگرافی با تزریق سالین (SIS)<sup>۱</sup>، که در گذشته در بیمارستان انجام می شدند در حال حاضر در مطب قابل انجام اند و این امر باعث کاهش تعداد اقدامات تشخیصی ای شده است که نیازمند انجام در بیمارستان هستند. چنین تغییراتی در رشته زنان و زایمان در کنار نیازهای اخیر جامعه پزشکی برای کاهش هزینه ها، باعث شده که متخصصان زنان به ارائه مراقبت های سرپایی و نیز انجام جراحی های سرپایی، بیشتر راغب باشند.

فن آوری انجام جراحی های ژینکولوژیک کوچک، چه در مطب و چه در اتاق عمل سرپایی در حال حاضر به راحتی در دسترس است. در این مبحث در مورد شرح حال و

1. Saline Infusion sonography  
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

پاپیلوماویروس انسانی (HPV) تغییرات فاحشی کرده‌اند. در ژوئن ۲۰۰۶، سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA)<sup>۱</sup> برای نخستین واکسن HPV تأییدیه صادر کرد. این واکسن برای پیشگیری از سرطان دهانه رحم و سایر بیماری‌های زنان که توسط این ویروس ایجاد می‌شوند، ساخته شد. این واکسن چهار ظرفیتی با نام Gardasil<sup>®</sup>، در مقابل ۴ زیرگروه از HPV (۶، ۱۱، ۱۶ و ۱۸)، ایمنی ایجاد می‌کند. این ۴ زیرگروه مسئول ایجاد تقریباً ۷۰٪ از سرطان‌های دهانه رحم و ۹۰٪ از زگیل‌های تناسلی هستند. تجویز این واکسن در خانم‌های ۹ تا ۲۶ ساله اندیکاسیون دارد. در حالت ایده‌آل، این واکسن باید قبل از شروع فعالیت جنسی استفاده شود، هر چند بعد از شروع فعالیت جنسی نیز احتمالاً استفاده از آن، مفید خواهد بود. این واکسن بر روی بیش از ۱۱۰۰۰ زن در سراسر جهان آزمایش شده است و هیچ عارضه جانبی شدیدی از آن گزارش نشده است. براساس نتایج کارآزمایی‌های بالینی، اثربخشی این واکسن در پیشگیری از ایجاد حالت‌های پیش‌سرطانی در دهانه رحم، وولو و واژن و زگیل‌های تناسلی که توسط این ۴ نوع از HPV ایجاد می‌شوند، نزدیک به ۱۰۰٪ است. اگر بیمار در حال حاضر مبتلا به عفونت با یکی از انواع HPV باشد، واکسن از ایجاد بیماری توسط آن یک نوع جلوگیری نکرده و فقط در برابر سایر انواع ویروس، محافظت ایجاد می‌کند. براساس مطالعات اخیر به نظر می‌رسد که این واکسن، حداقل به مدت ۵ سال تأثیر خود را حفظ خواهد کرد.

سنجش‌های پیشگیرانه بیشتر، شامل غربالگری ژنتیک برای برخی انواع سرطان‌های پستان و تخمدان، نیز به نوبه خود باعث ادغام کاربردهای ژنتیک روتین در ویزیت‌های ژینکولوژیک در مطب می‌شوند. علاوه بر این، زنان یائسه نیاز به اقدامات پیشگیرانه گوناگونی در زمینه سلامت دارند. این اقدامات، شامل غربالگری برای سرطان‌های پستان و دهانه رحم و سطح اول مراقبت‌های بهداشتی همچون غربالگری کلسترول و ترک سیگار است. این تعاملات در زمینه مراقبت‌های بهداشتی از شرح حال ژینکولوژیک شروع شده و دامنه‌اش به معاینه بالینی و اقدامات تشخیصی در مطب نیز کشیده می‌شود.

## شرح حال پزشکی

برخی زنان دوست دارند که در روند تصمیم‌گیری به منظور ارائه خدمات ژینکولوژیک، فعالانه دخیل باشند. این افراد

معمولاً از پزشک خود انتظار دارند که حین گرفتن شرح حال، علاوه بر توجه به جنبه‌های پزشکی، سعی کند اطلاعاتی در مورد سوابق خانوادگی، خطر ایجاد سرطان، شریک‌های جنسی و موارد خاص شخصی یا اجتماعی آنها، به دست آورد. میزان کامل بودن شرح حال ژینکولوژیک، می‌تواند کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده توسط پزشک و نوع رابطه بین پزشک و بیمار را به مقدار زیادی تعیین کند.

برای هر بیمار جدید، گرفتن شرح حال جامع و انجام معاینه بالینی کامل باید مد نظر باشد. علاوه بر اینکه پزشک باید رابطه بیمار - پزشک را تبدیل به یک ارتباط خوب کند، مهم است که برای هر بیمار یک پرونده جداگانه در نظر گرفته شود. به بیماران باید به گونه‌ای نوبت داده شود که برای بیماران جدید، فرصت کافی برای کسب اطلاعات، انجام معاینه، توضیح برنامه‌های درمانی و آموزش بهداشت وجود داشته باشد. برای ثبت شرح حال و نتایج معاینات بالینی فرم‌های از پیش آماده شده‌ای وجود دارند که برخی از آنها در وبسایت ACOG قابل دستیابی هستند. در فرم‌های این وبسایت، فرم ثبت وضعیت سلامت زنان برای اولین ویزیت و برای پیگیری طولانی‌مدت در مطب نیز وجود دارد. برخی پزشکان از فرم‌های شرح حالی استفاده می‌کنند که توسط خود بیمار پر می‌شوند، برخی برای گرفتن شرح حال از دستیار یا پرستار استفاده می‌کنند و برخی نیز ترجیح می‌دهند که شخصاً از بیمار شرح حال بگیرند. مطالعات متعدد ثابت کرده‌اند که شرح حال‌هایی که توسط پزشک و با توجه به خصوصیات و شرایط فردی هر بیمار گرفته می‌شوند پربارتر از آنهایی هستند که توسط بیمار نوشته می‌شوند. برای پی بردن به نیازهای بیمار در زمینه طب پیشگیری، مهم است که به عواملی مانند سوابق خانوادگی، شرح حال و سبک زندگی بیمار و بررسی‌های جامع انجام شده در زمینه توانایی‌های پزشکی بیمار توجه شود.

پس از آنکه یک پرونده خوب برای بیمار تشکیل داده شد، با هر تغییری در تاریخچه ژینکولوژیک یا باردارشدن بیمار، این پرونده باید به روز شود. همچنین هر گونه جراحی، تصادف، بستری در بیمارستان، دریافت داروهای جدید و حساسیت‌ها باید به اطلاعات اولیه اضافه شود. تغییرات سوابق خانوادگی نیز باید مورد توجه باشند. دقت به این نکات در شرح حال‌گیری، منجر به داشتن گزارشی



عنوان مثال، پزشکان معمولاً بنا را بر این می‌نهند که همهٔ بیماران زن بزرگسال از لحاظ جنسی فعال و ناهمجنس خواه هستند. تک‌تک این فرض‌ها و یا هر دوی آنها ممکن است نادرست باشند. برای اینکه بیمار بداند که چنین پیش‌فرض‌هایی صورت نگرفته است، می‌توان از سئوال‌های فاقد جهت‌گیری خاص و بدون محدودیت استفاده کرد ("آیا شما فعالیت جنسی دارید؟" و "آیا شریک جنسی شما مرد است؟").

■ به هر بیمار باید وقت کافی اختصاص داده شود تا بتواند بدون عجله و یا ترس از قطع شدن صحبت‌هایش، مشکلاتش را بازگو کند. اگر امکان داشته باشد، همهٔ عوامل مزاحم مانند زنگ تلفن و یا مراجعه کارکنان مطب، باید کاملاً حذف شوند. با رعایت این موارد، تمام توجه پزشک به بیمار معطوف خواهد بود.

■ باید به بیمار اطمینان داده شود که احترامش از جانب پزشک حفظ خواهد شد. این بدین معناست که بیمار می‌تواند در روند تصمیم‌گیری، دخالت داشته باشد، مجبور نخواهد بود درد ناخواسته‌ای تحمل کند، می‌تواند مطمئن باشد که هر آنچه به پزشک گفته، محرمانه خواهد ماند و همچنین اجازه دارد هر آنچه که می‌خواهد، پرسد. عواملی که رضایت بیمار به آنها وابسته است عبارت‌اند از: زمانی که بیمار برای گرفتن وقت ملاقات باید صرف کند، سایر بیمارانی که در اتاق انتظار حضور دارند، مدت زمان انتظار در اتاق انتظار و اتاق معاینه، طرز رفتار کارکنان مطب و روند پرداخت هزینه.

در این زمانه که دانش پزشکی به سرعت در حال گسترش است و تأکید خاصی بر مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه وجود دارد، تناقض طنزآمیز اینجاست که نارضایتی از روابط پزشک-بیمار نیز زیاد شده است. شواهد روزافزون نشان می‌دهند که رفتار و منش پزشک، نه تنها بر روی ظرفیت بیمار برای پذیرش درمان مؤثر است بلکه می‌تواند تأثیر نهایی درمان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. نخستین گام در یک ارتباط مؤثر، ایجاد یک رابطهٔ پزشک-بیمار خوب است. تحقیقات در مورد ارتباطات انسانی نشان داده است که یک رابطهٔ دوستانه، به سهولت می‌تواند ایجاد شود به شرطی که پزشک توانایی‌های مشخصی از جمله همدلی، احترام، صمیمیت به اندازه، صداقت، مهربانی، علاقه و توانایی پذیرش بیمار، بدون پیش‌داوری را داشته باشد. معمولاً همهٔ مشاوران زبده این

پزشکی می‌شود که درست سازماندهی شده و محور اصلی‌اش مشکل بیمار است. نکتهٔ مهم دیگر علاوه بر جزئیات شرح حال، درک این موضوع است که چرا بیمار برای دریافت مراقبت به مطب متخصص زنان مراجعه کرده است. همچنین پزشک، علاوه بر درک نیازهای بیمار و سعی در پاسخ دادن به آنها، باید آمادگی داشته باشد که بتواند ارزیابی پزشکی‌اش را در شرایطی آرامش‌بخش (هم از لحاظ فیزیکی و هم از لحاظ عاطفی) انجام دهد. این کار باعث می‌شود که ویزیت بیمار تا حد امکان آرامش‌بخش و روشنگرانه باشد و بیمار با آرامش مطب را ترک کرده، احساس کند که به همه سئوال‌هایش پاسخ داده شده است. پزشکی که قدرت فهم و توانایی گوش دادن را داشته باشد، به این هدف دست خواهد یافت.

برخی از مواردی که در هنگام گرفتن شرح حال می‌توانند به کاهش اضطراب بیمار کمک کنند در زیر آورده شده‌اند.

■ شرایطی که در آن شرح حال گرفته می‌شود باید حتی‌المقدور راحت و با حفظ حریم بیمار باشد. ترجیح بسیاری از بیماران، به خصوص اگر اولین ملاقاتشان با پزشک باشد، این است که لباس‌هایشان بر تنشان بوده و در سطحی هم سطح با پزشک نشسته باشند. برخی دیگر که برای ویزیت‌های پی‌گیری مراجعه کرده‌اند دوست دارند قبل از دیدن پزشک، لباس مخصوص معاینه را بر تن کرده باشند. در اکثر موارد، در هنگام مصاحبه، بیمار باید تنها باشد. استثنای این قضیه شامل کودکان، نوجوانان، زنان دچار مشکلات روانی و موارد خاصی می‌شود که خود بیمار می‌خواهد که یک همراه یا فردی از اعضای خانواده در هنگام معاینه حاضر باشد. حتی در این موارد نیز خوب است موقعیتی برای بیمار فراهم شود تا بتواند به صورت خصوصی با پزشک صحبت کند.

■ اولین بخش از مصاحبه باید به گونه‌ای طراحی شود که در بیمار، احساس راحتی ایجاد کند. دستیابی به این منظور در اغلب موارد با صحبت در مورد موضوع‌های معمولی و غیرپزشکی مثل فعالیت‌های تفریحی اخیر، شغل و خانواده بیمار، امکان‌پذیر است. این گفتگو را نباید فقط راهی برای آرام کردن بیمار تلقی کرد، بلکه باید به آن به چشم فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد پیشینه روانشناسی و اجتماعی بیماری نیز نگاه کرد.

■ پزشک نباید در مورد سوابق بیمار، پیش‌داوری کند. به

توانایی‌ها را دارند و اغلب پزشکان می‌توانند آنها را فرابگیرند. برای تقویت این توانایی‌ها، پزشک می‌تواند برداشت خود از مشکلات بیمار را به زبانی بازگو کند که برای بیمار قابل فهم باشد. در اغلب موارد، صمیمیت، مهربانی و علاقه در یک رابطه، به صورت غیرگفتاری نشان داده می‌شوند. مثال‌هایی از نشان دادن غیرکلامی کیفیت‌های ذکر شده می‌تواند شامل این موارد باشد: پزشک با بیمار ارتباط چشمی برقرار کند، حالت بدنی راحت و بدون گارد داشته باشد، روبروی بیمار قرار گیرد و کمی به سمت بیمار خم شود، متناسب با احساس غالب در وجود بیمار، با چهره‌اش واکنش نشان دهد و آهنگ صدایش یکنواخت نبوده و فراز و فرود داشته باشد.

شرح حال، در مورد همه جنبه‌های بیمار، اطلاعات فراهم می‌کند و شاید بتوان گفت که مهمترین بخش در ارزیابی ژینکولوژیک است. در اغلب موارد، قبل از انجام معاینه بالینی می‌توان براساس اطلاعاتی که شرح حال فراهم می‌کند، تشخیص احتمالی را مطرح کرد. در بسیاری از موارد، یک شرح حال مفصل و کامل به پزشک اجازه می‌دهد که دامنه تشخیص‌های احتمالی را محدود کند. برگه اطلاعات مطب نیز مانند برگه اطلاعات بیمارستان، هم در حکم یک مدرک پزشکی است و هم یک مدرک قانونی. بنابراین ممکن است مورد احضار دادگاه قرار گیرد و ممکن است زمانی نیاز به این باشد که تمام موارد ذکر شده در آن در محضر دادگاه مورد دفاع قرار گیرند. اطلاعات نامربوط نباید در این برگه وجود داشته باشند. اطلاعات باید به قدری کامل باشند که به کمک آنها بتوان به راحتی وضعیت بیمار را پیش چشم آورد.

شرح حال ژینکولوژیک باید شامل موارد زیر باشد:

#### I. شکایت اصلی

A. مشکل اولیه

B. طول دوره

C. شدت

D. عوامل تشدیدکننده و بهبود دهنده

E. همراهی آن با سایر وقایع (چرخه قاعدگی، فعالیت

جنسی، فعالیت دستگاه گوارش، دفع ادرار و سایر فعالیت‌های مرتبط)

F. سابقه علائم مشابه

G. نتیجه درمان‌های قبلی

H. تأثیر بر روی کیفیت زندگی بیمار، تصور از

خود، رابطه‌اش با اعضای خانواده و فعالیت‌های روزانه

I. نقش سایر تنش‌ها در شکایت اصلی

#### II. تاریخچه قاعدگی

A. سن شروع عادت ماهیانه

B. تاریخ شروع آخرین دوره قاعدگی طبیعی (نرمال)

C. فاصله زمانی دوره‌های قاعدگی

D. طول دوره و مقدار خون‌ریزی (تعداد پدهایی که

هر روز استفاده می‌شود)

E. میزان احساس ناخوشی

F. علامت قبل از قاعدگی

G. روش‌های پیشگیری از بارداری (روش‌های فعلی

و روش‌های قبلی)

#### III. سوابق مامایی

A. تعداد حاملگی‌ها

B. تعداد فرزندان زنده

C. تعداد سقط‌ها (خودبخودی و القایی)

D. شرح حال حاملگی‌های قبلی (طول حاملگی،

عوارض پیش‌زایمانی، طول مدت زایمان، نوع وضع حمل،

نوع بهبودی، عوارض حین زایمان، عوارض پس از زایمان،

بیمارستان و پزشک)

E. وضعیت جنین‌ها در حوالی تولد (وزن زمان تولد،

رشد و نمو اولیه کودک شامل عادات تغذیه‌ای، رشد، سلامت

کلی و وضعیت فعلی)

F. تاریخچه نازایی (ارزیابی، تشخیص، درمان، نتیجه)

#### IV. سوابق پزشکی

A. حساسیت‌ها

B. داروهایی که اخیراً استفاده شده‌اند

C. مشکلات پزشکی قبلی و فعلی

D. بستری شدن (علت، تاریخ، نتیجه نهایی)

E. واکسیناسیون (نوع، تاریخ) شامل واکسن HPV

#### V. سوابق جراحی

A. اقدامات جراحی (نتیجه نهایی، عوارض)

#### VI. مرور سیستم‌ها

A. سیستم تنفسی

B. سیستم قلبی-عروقی

C. سیستم گوارشی

بسته بپرسد به گونه‌ای که بیمار فقط بتواند با بله و خیر پاسخ دهد، اطلاعات کمتری به دست خواهد آورد. همراه داشتن رثوس مطالب در شرح حال ژینکولوژیک به بعضی از پزشکان کمک می‌کند مطمئن شوند کلیه اطلاعات ضروری را از بیمار گرفته‌اند. پرسش‌های زیر، سئوالات تیبیکی هستند که در یک شرح حال ژینکولوژیک پرسیده می‌شوند:

- مشکل شما در چه شرایطی شروع شد؟ (زمان، مکان، فعالیت بدنی، چرخه قاعدگی)
- ترتیب وقوع مشکلات به چه صورت بود؟ (مراجعه به تقویم می‌تواند کمک‌کننده باشد)
- آیا قبلاً هم این مشکل را داشته‌اید؟ لطفاً در مورد دفعه قبل که این مشکل رخ داد و اینکه چگونه از بین رفت، توضیح دهید.

- این مشکل تا چه حدی زندگی روزمره شما و افراد خانواده‌تان را مختل کرده است؟
- آیا قبلاً مورد بررسی یا درمان قرار گرفته‌اید؟ (گزارش‌های پزشک قبلی می‌توانند کمک‌کننده باشند)
- چرا اکنون برای پیگیری مشکلاتان مراجعه کرده‌اید؟
- از ملاقات امروزان چه انتظاری دارید؟ دوست دارید چه سئوالاتی برایتان پاسخ داده شوند؟

### تاریخچه قاعدگی

فاصله روز اول خونریزی در یک چرخه تا روز اول خونریزی در چرخه بعدی به عنوان فاصله بین چرخه‌ها در نظر گرفته می‌شود. حتی در حالت طبیعی نیز، این فاصله در زنان مختلف بسیار متفاوت است و بنابراین چیزی که بیشتر قابل تکیه است نه فقط خود این فاصله، بلکه وجود تغییر اخیر در الگوی همیشگی آن در شخص است. با اینکه میانه آماری طول چرخه‌ها ۲۸ روز است اما تنها درصد کمی از زنان، چرخه‌های ۲۸ روزه دارند. محدوده طبیعی چرخه‌های تخمک‌گذاری بین ۲۴ تا ۳۵ روز متغیر است.

طول دوره خونریزی معمولاً ۴ تا ۶ روز است. تخمین مقدار خونریزی با توجه به صحبت‌های بیمار، کار دشواری است. به طور متوسط، مقدار خونی که از دست می‌رود حدود ۳۰ mL است (بین ۱۰ تا ۸۰ میلی‌لیتر). برخی نشانه‌ها می‌توانند حاکی از میزان زیاد خونریزی باشند مثلاً نیاز به تعویض مکرر تامپون‌ها یا پدهای کاملاً خیس شده (بیش از یک عدد در هر ساعت، به مدت ۶ ساعت یا بیشتر) و یا دفع لخته‌های بزرگ و یا به تعداد زیاد.

درجات خفیف دیس منوره، شایع است. دیس منوره

- D. سیستم ادراری
- E. سیستم عروقی
- F. سیستم عصبی
- G. غدد درون‌ریز
- H. سیستم ایمنی

### VII. نشانه‌های بیماری در پستان

- A. توده
- B. ترشح شیر
- C. درد
- D. سابقه خانوادگی

### VIII. سوابق اجتماعی

- A. فعالیت بدنی
- B. عادت غذایی (دریافت مکمل‌های کلسیم یا اسید فولیک)
- C. مصرف مواد مخدر
- D. مصرف الکل
- E. استعمال سیگار
- F. وضعیت تأهل
- G. تعداد سال‌هایی که از ازدواج گذشته است

- H. سوابق جنسی (شریک‌های جنسی، روش‌های پیشگیری از بارداری، روش‌های پیشگیری از عفونت‌های آمیزشی)
- I. سوابق شغلی (مواجهه با سموم محیطی، پرتوهای یونیزه‌کننده و عوامل عفونی)
- J. سوءاستفاده‌های عاطفی، جسمی و جنسی

### IX. سوابق خانوادگی

- A. وجود اختلالات طبی و یا جراحی قابل توجه در اعضای خانواده

### شکایت اصلی

در اغلب موارد، روش مؤثر برای شروع شرح حال‌گیری این است که در مورد علائمی که بیمار ممکن است داشته باشد، از وی سؤال بپرسیم و بدون ارائه گزینه برای جواب و محدود کردن پاسخ‌های احتمالی، بیمار را در پاسخ دادن آزاد بگذاریم. به این ترتیب این فرصت را به بیمار خواهیم داد تا علائم بیماری و نگرانی‌هایش را به زبان خودش برای ما بیان کند. اگر فرد مصاحبه‌کننده فقط سئوالات متمرکز و

این موارد طراحی شده است. برای اینکه در هنگام صحبت درباره سوابق جنسی، بیمار احساس راحتی کند، پزشک می‌تواند مصاحبه را با سئوال‌های این چنینی آغاز کند: "تجربه اکثر بیماران نشان می‌دهد که ... "یا" از آنجایی که مشکلات جنسی ممکن است به عنوان بخشی از سایر مشکلات ژینکولوژیک ایجاد شده باشند..." اگر پزشک بتواند به بیمار باوراند که واقعاً مایل است به او کمک کند، بیمار بیشتر راغب خواهد شد که در مورد مشکلش صحبت کند. همچنین شرح حال غربالگری باید با گفتگو در مورد موضوعاتی آغاز شود که کمتر احتمال می‌رود باعث ایجاد اضطراب شوند. به عنوان مثال پرسش در مورد وجود درد حین مقاربت کمتر باعث اضطراب می‌شود تا پرسش در مورد روند ارگاسم یا اعمال جنسی غیرمقاربتی.

پزشکی که این اصول کلی را در ذهن داشته باشد، ممکن است با چنین پرسشی آغاز کند: "آیا شما هیچگونه مشکل جنسی دارید؟". اگر جواب بیمار کلی بود، پزشک می‌تواند اختصاصی‌تر بپرسد، مثلاً "آیا از تعداد دفعات روابط جنسی‌تان راضی هستید؟". اگر مشکلی وجود داشته باشد، پزشک می‌تواند شرح حال را بر این مشکل متمرکز کند و از مواردی همچون تاریخ شروع مشکل و شدت آن بپرسد، همچنین از ارزیابی‌ها و درمان‌هایی که قبلاً انجام شده‌اند و نیز نتیجه درمان‌ها، شرايطی که باعث فروکش کردن یا شعله‌ور شدن مشکل می‌شوند، واکنش بیمار در برابر مشکل و اثراتی که این مشکل بر روی روابط بیمار یا شریک جنسی‌اش گذاشته است. به عنوان نتیجه‌گیری کلی از شرح حال غربالگری، در پایان، پزشک باید از بیمار بخواهد که اگر مشکلی وجود دارد که حین گرفتن شرح حال به آن پرداخته نشده است، در مورد آن صحبت کند. حتی اگر بیمار، وجود هرگونه مشکل جنسی را انکار کند باز هم شرح حال غربالگری، ارزشمند است زیرا نشان‌دهنده اشتیاق پزشک برای گفتگو درباره مشکلات جنسی است.

شرح حال متمرکز بر مشکل، برای این طراحی شده است که بین مشکلات جنسی عضوی با روان‌زاد افتراق بگذارد، پیچیدگی مشکل را مشخص کند و تعیین کند که آیا نیاز هست که بیمار به یک مشاور مجرب‌تر ارجاع شود یا خیر، همچنین اگر پزشک تصمیم بگیرد که بیمار را درمان کند، اطلاعاتی که این شرح حال فراهم می‌کند می‌تواند به تدوین برنامه درمانی کمک کند. شرح حال متمرکز بر مشکل باید دربرگیرنده شروع بیماری، شدت آن، روند آن، شرایط افزاینده شدت مشکل، ارزیابی‌ها و درمان‌های قبلی

معمولاً بلافاصله قبل یا به فاصله کمی بعد از شروع خونریزی آغاز می‌شود و تا روز دوم یا سوم خونریزی، فروکش می‌کند. احساس ناراحتی مشخصاً در قسمت پایینی خط میانی شکم وجود دارد و اغلب همراه با کمر درد و در موارد دیس‌منوره اولیه همراه با اسهال، تهوع، منگی و سردرد است. متیل‌اشمرز یا همان درد یک‌طرفه لگن که در میانه چرخه و در زمان تخمک‌گذاری رخ می‌دهد، معمولاً خفیف است و به ندرت بیش از ۱ یا ۲ روز طول می‌کشد. حتماً باید از بیمار پرسید که آیا بین دو چرخه قاعدگی نیز خونریزی دارد یا نه و اینکه آیا بعد از مقاربت دچار خونریزی می‌شود یا خیر. خونریزی در بین دو چرخه قاعدگی، علامت مشخصه سرطان دهانه رحم است، هر چند ممکن است در ضایعات خوش‌خیمی همچون عفونت‌ها، پولیپ‌های دهانه رحم و یا ضایعات فیبروئید نیز دیده شود. نهایتاً پزشک باید در مورد وجود سندرم پیش از قاعدگی (PMS) از بیمار سئوال کند. علائمی که در زنان دیده می‌شود می‌تواند جسمی، عاطفی و یا رفتاری باشد. شایع‌ترین علائم جسمی عبارت‌اند از: خستگی، سردرد، نفخ شکم، حساس شدن و تورم پستان‌ها، آکنه، دردهای مفصلی، یبوست و عفونت‌های راجعه‌ه‌رپسی یا قارچی. هرچند این علائم جسمی، اغلب ناخوشایند هستند اما آنچه که اغلب زنان دچار PMS متوسط یا شدید از آن شکایت دارند، علائم عاطفی به خصوص افسردگی، اضطراب، احساس خشم، تحریک‌پذیری، تغییرات خلقی سریع، تغییر میل جنسی و حساس شدن به رفتارهای طردکننده دیگران است. زنان دچار PMS همچنین ممکن است برخی تغییرات رفتاری را تجربه کنند که عبارت‌اند از: آزارسانی جسمی یا کلامی به دیگران، اقدام به خودکشی، گوشه‌گیری، تمایل شدید به مصرف الکل و یا کاهش آستانه تحمل الکل، تمایل شدید به مصرف شیرینی‌جات و شکلات و تمایل به عیش و نوش. طبق تجربیات بسیاری از زن‌ها، در PMS‌های شدید یا بیش از حد طول کشیده، مشکلات فیزیولوژیک یا اجتماعی ایجاد شده می‌توانند به اندازه خود علائم سندرم پیش از قاعدگی برای بیمار دردسرساز باشند.

### سوابق جنسی

برخی از مشکلات جنسی، عمده بوده و نیاز به ارزیابی عمیق و درمان دارند، همچنین در برخی موارد لازم است که بیمار برای انجام ارزیابی جدی‌تر ارجاع شود. غربالگری بیماران با توجه به سوابق جنسی آنها نیز به منظور تشخیص

حاصل کرد که بیمار پس از خروج از مطب، امنیت خواهد داشت. برخی پزشکان در مطبشان کارت‌های کوچک و یا دفترچه‌های راهنمایی متعلق به برخی سازمان‌های محلی دارند که از زنان آسیب‌دیده محافظت کرده و برای آنها سرپناه فراهم می‌کنند. برخی از زنان که از صحبت کردن با پزشک یا ارائه دهنده خدمات بهداشتی در مورد این موضوع احساس راحتی نمی‌کنند ممکن است ترجیح دهند که به اینگونه مراکز مراجعه کنند.

مشکل دیگری که پزشک به طور بسیار شایعی طی معاینات ژینکولوژیک سالانه به آن برمی‌خورد، افسردگی است. اهمیت تشخیص افسردگی به خصوص از این جنبه است که افسردگی ذاتاً و به صورت بالقوه می‌تواند زندگی بیمار را به خطر بیندازد و از سوی دیگر داروهای ضدافسردگی مؤثر و با عوارض جانبی کم، در دسترس هستند. پرسیدن سئوالات زیر می‌تواند به تشخیص افسردگی کمک کند:

- آیا علاقه‌تان را به چیزهایی که قبلاً از آنها لذت می‌برده‌اید، از دست داده‌اید؟
- آیا احساس غم، گرفتگی و بدبختی می‌کنید؟
- آیا احساس گناه یا بی‌ارزش بودن دارید؟
- آیا زیاد می‌خوابید؟ آیا در به خواب رفتن یا در تداوم خوابتان مشکل دارید؟
- آیا احساس می‌کنید انرژی‌تان کم شده و همیشه خسته هستید؟
- پاسخ مثبت به یک یا بیش از یکی از پرسش‌های بالا می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که بیمار افسرده است و نیاز به درمان دارویی و یا روان‌درمانی دارد. در بیش از ۵۰٪ افراد افسرده، درمان‌های ضدافسردگی مؤثرند.

### شرح حال در نوجوانان

همگام با افزایش درصد نوجوانان، متخصصان زنان و زایمان ناچارند با مشکلاتی دست و پنجه نرم کنند که مختص گروه سنی ۱۳ تا ۱۹ سال است. این مشکلات شامل اختلالات چرخه قاعدگی، اختلالات پستان و مشکلات بلوغ جنسی می‌شود و همچنین چالش‌هایی که نوجوانان فعال از لحاظ جنسی، پزشک را با آنها مواجه می‌کنند. بیش از ۵۰٪ از دانش‌آموزان دبیرستانی (پسر و دختر) مقاربت جنسی را تجربه کرده‌اند و از این تعداد، کمتر از نصف آنها در آخرین بار مقاربت، از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند. براساس اطلاعاتی که از میزان فعالیت جنسی

(در صورت وجود) و تأثیر مشکل بر بیمار و روابط جنسی یا زناشویی وی باشد. با گفتگو درباره این موارد و پرسش‌های مرتبط، می‌توان برنامه درمان یا ارجاع بیمار را تدوین کرد.

بررسی سوابق ابتلا به عفونت‌های آمیزشی نیز مهم است. پزشک باید صراحتاً راجع به مواردی از قبیل ابتلای قبلی به عفونت‌های آمیزشی، عملکرد جنسی، تعداد شریک‌های جنسی، سوابق شریک‌های جنسی، استفاده از حائل‌های ضدبارداری، استفاده از مواد مخدر تزریقی، سابقه تزریق خون، ضایعات تناسلی، ترشحات واژینال پایدار و دردهای لگنی از بیمار سؤال کند. در حین گفتگو فرصت خوبی فراهم است تا به بیمار در مورد رفتارهای جنسی بی‌خطر و لزوم استفاده از روش‌های پیشگیری پوششی (وقتی سوابق جنسی شریک جنسی نامشخص است)، آموزش داده شود.

### شرح حال روانی - اجتماعی

- ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، نقش مهمی در شناسایی زنانی دارند که قربانی سوءاستفاده‌های روانی، جسمی یا جنسی شده‌اند. متأسفانه، زنان قربانی اغلب در مورد اعتراف به این موضوع دودل هستند. پرسش‌هایی که از این زنان می‌شود باید شامل موارد زیر باشد:
- آیا هیچگاه در رابطه فعلی یا روابط گذشته‌تان، شریک جنسی‌تان بر شما خشونت جسمی اعمال کرده و یا تهدید به انجام چنین کاری کرده است؟
- هیچگاه شریک جنسی‌تان به وسایلی که برای شما مهم بوده‌اند آسیب رسانده است؟
- آیا هیچگاه در رابطه فعلی یا روابط گذشته‌تان با شما بدرفتاری شده است؟

در صورتی که جواب هر کدام از پرسش‌های بالا مثبت باشد، معاینه بیمار می‌تواند به کشف علائم سوءاستفاده جسمی کمک کند. همچنین در بسیاری از موارد، این‌گونه زنان ممکن است شکایاتی از قبیل دردهای مزمن، اختلالات خواب یا اشتها و یا عفونت‌های مکرر واژینال یا ادراری داشته باشند. در مواردی که شریک جنسی بیمار در تمام ویزیت‌ها حضور دارد، اصرار دارد که نزدیک بیمار باشد و سئوالاتی را که از بیمار می‌شود او جواب می‌دهد باید به وجود رابطه سوءاستفاده‌گرانه شک کرد. هنگامی که رخ دادن سوءاستفاده قطعی شد، پزشک باید بیمار را به گروه‌های مناسب مددکاری اجتماعی رهنمون شود. باید اطمینان

کند. هنگامی که پزشک وارد اتاق می‌شود بیمار باید در حالی که لباس معاینه کل بدنش را پوشانده است بر روی تخت معاینه نشسته باشد. در حین معاینه، یک همراه (پرستار یا دستیار پزشک) باید حاضر باشد. حضور چنین فردی علاوه بر کمک به پزشک می‌تواند در ایجاد حمایت روانی برای بیمار نیز مؤثر باشد. باید از بیمار خواسته شود که دراز بکشد و پاهایش را بر روی بالشک‌های مخصوص قرار دهد. موقعیت پزشک باید هم سطح با سر بیمار بوده و هنگامی که بیمار در وضعیت جدید مستقر شد با او صحبت کند. محتوای این صحبت می‌تواند سئوالاتی در مورد علائم بیمار، محل دردهای احتمالی و سایر سئوالات از این قبیل باشد. مطالعاتی که در مورد اضطراب زنان حین معاینه لگنی انجام شده است نشان می‌دهد که زنانی که تجربه اولین معاینه برایشان کمتر خوشایند بوده است، در مواجهه با پزشکشان بیشتر دچار اضطراب می‌شوند.

اطلاعات کلی در مورد وضعیت تغذیه بیمار، درصد چربی بدن و نحوه توزیع آن، شرایط و ساختار پوست و موجود موی زاید در صورت و یا بدن باید ثبت شود. ثبت مواردی مانند خال‌های غیرطبیعی (اندازه بیش از ۵ میلی‌متر، شکل غیرقرینه، حدود نامشخص و پیگمانتاسیون متغیر) و هرگونه خصوصیت بدنی ویژه نیز الزامی است. در معاینه موی بیمار باید به مواردی همچون تمیزی، جنس مو و سلامت پوست سر توجه کرد. معاینه چشم باید شامل افتالموسکوپی باشد تا اختلالات شبکیه مورد غفلت واقع نشوند. می‌توان معاینه بینی، گلو و دندان‌ها را نیز در معاینات گنجانند. در نهایت، باید گره‌های لنفوای گردنی قدیمی و خلفی و فوق ترقوه‌ای و همچنین غده تیروئید را با لمس معاینه کرد.

پرفشاری خون شایع‌ترین بیماری مزمن در زنان با سن بیش از ۵۰ سال است. بنابراین معاینه ژینکولوژیک سالیانه در هر زنی، به خصوص زنان بالای ۵۰ سال، باید شامل اندازه‌گیری فشارخون نیز باشد. بهتر است به عنوان جزئی از معاینات ژینکولوژیک، قلب بیمار نیز با دقت سمع شود. پرولاپس دریچه میترال (MVP)، به عنوان شایع‌ترین یافته قلبی که به کمک سمع، در زنان بدون علامت تشخیص داده می‌شود، ممکن است در حین جراحی یا در دوران بارداری برای بیمار دردسرساز شود. اگر ستون فقرات بیمار دارای انحنای باشد، از پشت به کمک مشاهده و لمس می‌توان آن را تشخیص داد.

نوجوانان و پیامدهای آن در دست است می‌توان گفت که هر متخصص زنان و زایمانی که بیماران نوجوان را ویزیت می‌کنند قطعاً در میان بیماران نوجوانش به مسائلی هم‌چون عفونت‌های آمیزشی و بارداری برخورد خواهد کرد. متخصصان زنان و زایمانی که با بیماران نوجوان در ارتباط هستند باید علاوه بر اینکه برای گرفتن شرح حال اهمیت ویژه قائل می‌شوند، نیازهای خاص بیمار را (به ویژه حفظ اطلاعات خصوصی بیمار) نیز درک کنند. این متخصصان باید آمادگی روبرویی همزمان با موضوعات مختلف مرتبط با بلوغ جنسی، تمایلات جنسی بیمار، اعتماد به نفس وی و تصویر ذهنی او از جسم خودش را داشته باشند، به علاوه اینکه برخورد با بیماران نوجوان تا حدی با بزرگسالان متفاوت است. مثلاً در مورد دختران نوجوان ۱۴ ساله یا کوچکتر، در حین گرفتن شرح حال، والدین بیمار باید حضور داشته باشند و در ابتدا باید هنگامی با بیمار صحبت شود که هنوز لباس‌هایش را به طور کامل بر تن دارد. اگر نوجوان نخواهد که والدین یا مادرش حاضر باشند، پزشک باید از وی اجازه بخواهد که در مورد مسائل مهم و بخصوص مواردی که نیازمند درمان هستند با مادر یا سرپرست وی صحبت کند. در وبسایت ACOG یک دفترچه آموزشی با جزییات مفصل وجود دارد که می‌توان در نخستین ویزیت، آن را به نوجوان داد.

## معاینه ژینکولوژیک

معاینه لگنی یکی از رایج‌ترین اقدامات پزشکی است و توسط اکثر زنان به عنوان یک تجربه بسیار ناخوشایند تلقی می‌شود. خصوصیات معاینه لگنی، مثلاً اینکه ناحیه تناسلی بیمار در معرض دید است، باعث می‌شود بیمار احساساتی از قبیل اضطراب، احساس بی‌پناهی، تشویش و ترس را تجربه کند. زیر نظر گرفتن رفتارهای بیمار، اهمیت دارد چرا که می‌تواند احساسات و اضطراب‌های احتمالی بیمار را برای پزشک آشکار کند. در اغلب موارد، در نخستین ویزیت، معاینه کامل جسمی انجام می‌شود. برای کاهش اضطراب می‌توان از بیمار خواست که در حین معاینه به پزشک بازخورد بدهد، به ویژه اگر انجام معاینه باعث ایجاد درد بشود. قبل از انجام معاینه باید در مورد آن به بیمار توضیح داده شود. این توضیح باید شامل این باشد که در حین بخش‌هایی از معاینه، بیمار ممکن است احساس ناراحتی خفیف یا متوسط (مثلاً در حین معاینه مقعدی) پیدا

## معاینه پستان

انجام ماموگرافی می‌تواند زندگی بیماران را نجات دهد. طبق این مطالعات، بر پایه کلیه اطلاعات موجود، به متخصصان زنان و زایمان توصیه می‌شود که بر طبق دستورالعمل بالینی فعلی برای بیمارانشان درخواست ماموگرام کرده و آنها را به شدت ترغیب به انجام آن کنند.

## معاینه شکم

بیمار باید به پشت بخوابد و دست‌هایش را کنار بدنش قرار دهد تا عضلات دیواره شکم در حالت استراحت قرار گیرند. در صورت لزوم برای اینکه عضلات کاملاً شل شوند می‌توان از بیمار خواست که زانوهایش را نیز خم کند. هر ۴ ربع شکم باید به صورت اصولی و قاعده‌مند لمس شوند. برای اینکه شکم شل باشد و بتوان توده‌های مشکوک را مورد ارزیابی قرار داد می‌توان از بیمار خواست که نفس عمیق بکشد و سپس نفسش را بیرون بدهد. بعد از معاینه هر ۴ ربع شکم، غدد لنفاوی مغربی باید با لمس معاینه شوند. اگر بر روی شکم بیمار، جوشگاه وجود داشته باشد، پرسش در مورد آن می‌تواند اطلاعاتی را فراهم کند که احتمالاً در شرح حال مورد توجه قرار نگرفته‌اند.

برجستگی پهلوهایی بیمار می‌تواند نشان‌دهنده وجود مایع آزاد در شکم باشد، هر چند کیست‌های تخمدانی دارای دیواره نازک و همچنین لیومیوم‌های رحمی دارای شکل نامنظم نیز می‌توانند چنین نمایی ایجاد کنند. هر چند کیست‌های تخمدانی بزرگ و لیومیوم‌ها در اغلب موارد باعث برآمدگی دیواره قدامی شکم می‌شوند، اما موارد استثنایی باعث اشتباه شدن آنها با مایع آزاد می‌شود. انجام دق به منظور تشخیص نواحی مات و تمپان (پرطنین) و یافتن ماتیته جابجا شونده می‌تواند به افتراق مایعات داخل صفاقی از گاز داخل روده‌ها کمک کند. همچنین به کمک سمع، می‌توان تومورهای بزرگ را از روده‌های متسع افتراق داد.

## معاینه اندام‌ها

معاینه اندام‌های تحتانی اطلاعات مهمی را در مورد سیستم قلبی - عروقی به دست می‌دهد. به وجود ادم یا وریدهای واریسی باید دقت شود. در بیماران که دچار فقدان مادرزادی واژن هستند، اندام‌های تحتانی باید از نظر وجود آتروفی عضلانی بررسی شوند چرا که در این بیماران، به علت آنومالی‌های مادرزادی ستون فقرات ممکن است ریشه‌های عصبی تحت فشار باشند. توصیه می‌شود که ساق و قوزک پا از لحاظ وجود ملانوم یا خال‌های دیسپلاستیک،

به عنوان شروع معاینه پستان، باید با تمرکز بر مشکلات پستان از بیمار شرح حال گرفت. باید از بیمار پرسیده شود که آیا متوجه توده، درد، ترشح یا سایر تغییرات در پستان‌های خود شده است یا نه. همچنین باید در مورد سابقه جراحی پستان، تاریخ و نتیجه آخرین ماموگرام، استفاده از هورمون‌ها به تازگی و یا در گذشته و سابقه سرطان پستان در خانواده از بیمار سؤال شود. سپس غده‌های لنفاوی زیربغل و فوق ترقوه‌ای باید با لمس معاینه شوند. معاینه پستان باید در دو وضعیت انجام شود، وقتی بیمار نشسته یا ایستاده است و وقتی بیمار دراز کشیده است. در موقعیت نشسته یا ایستاده باید دقت کرد که آیا نوک پستان‌ها و چین‌های زیرپستانی دو طرف قرنیه هستند یا نه. پزشک باید از بیمار بخواهد که بازوهایش را از سرش بالاتر آورده و کمی به جلو خم شود و در مرحله بعد در حالی که دست‌هایش را روی لگن قرار داده، عضلات پکتورال خود را منقبض کند. در حالی که بیمار در این دو وضعیت قرار دارد پزشک باید به دنبال مواردی مثل بالاتر بودن نوک یکی از پستان‌ها، صاف بودن یکی از پستان‌ها، فرورفتگی‌های پوستی و یا عدم تقارن باشد. سپس در حالی که بیمار به پشت خوابیده و یک دستش بالای سرش قرار دارد، پزشک باید به کمک سطح صاف بندهای انتهایی انگشتان دست، هر ۴ ربع پستان را لمس کند. ناحیه زیر آرنج نیز باید لمس شود چرا که ۱۵٪ از کارسینوم‌ها در این منطقه ایجاد می‌شوند. نواحی زیربغل و فوق ترقوه‌ای باید از لحاظ وجود غدد لنفاوی بزرگ شده یا حساس مورد بررسی قرار گیرند. سپس باید نوک پستان و ناحیه آرنج نزدیک به آن را فشار داد تا اگر مایعی وجود دارد بتوان آن را خارج کرد. در پایان باید نتیجه معاینه را برای بیماری توضیح داد و در مورد پی‌گیری‌های آینده به کمک معاینه بالینی یا روش‌های تصویربرداری، به او توصیه‌های لازم را کرد.

متخصصان زنان و زایمان به عنوان پزشکانی که ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه هستند وظیفه دارند بیماران را به کمک ماموگرافی، غربالگری کنند. متخصص زنان و زایمان به دنبال یافتن یک ناحیه مشکوک در پستان و یا یک توده پستانی، می‌تواند اقدامات تشخیصی از قبیل معاینه بالینی، آسپیراسیون با سوزن ظریف در موارد لزوم و ماموگرافی را برای بیمار درخواست کند با توجه به میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان، در حال حاضر بر اهمیت غربالگری به کمک ماموگرافی تأکید می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که

معاینه شوند.

## معاینه لگنی

نخستین معاینه سیستم اداری-تناسلی زنانه معمولاً در دوران نوزادی انجام می‌شود. در صورتی که فرد در هر سنی دچار خونریزی غیرطبیعی و یا علائم لگنی شود، در مواردی که نمو جنسی اولیه یا ثانویه فرد مورد شبهه باشد و نیز از زمانی که فعالیت جنسی آغاز می‌شود باید فرد مورد معاینه لگنی قرار بگیرد. در نوجوانان معمولاً نخستین معاینه لگنی در حول و حوش ۱۸ سالگی انجام می‌شود مگر آنکه فرد فعالیت جنسی اش را زودتر از این سن آغاز کرده باشد که در آن صورت، همان سن، سن اولین معاینه لگنی خواهد بود. در این معاینات که معمولاً بصورت سالانه انجام می‌شوند، علاوه بر انجام معاینه لگنی، برای بیمار پاپ اسمیر انجام می‌شود و غربالگری برای سرطان پستان و در سنین باروری بالاتر غربالگری برای پرفشاری خون نیز صورت می‌گیرد.

معاینه لگنی فرصتی برای پزشک فراهم می‌کند تا به سئوالات بیمار پاسخ داده و به ویژه در مورد آناتومی لگن، رشد و بلوغ اندام‌های جنسی و عملکرد جنسی برای بیمار توضیح دهد. انجام گفتگو حین معاینه، تشریح یافته‌ها، سئوال پرسیدن و جواب دادن به سئوالات بیمار و در صورت لزوم نشان دادن یافته‌های بالینی به کمک یک آینه به بیمار، همگی باعث اطمینان‌بخشی به او می‌شوند. برای اینکه معاینه، از لحاظ آموزشی بیشترین فایده را برای بیمار داشته باشد می‌توان تمهیداتی از این قبیل به کار برد: (a) کل مراحل را از قبل به بیمار توضیح داد؛ (b) در طول معاینه تا حد امکان با بیمار تماس چشمی برقرار کرد؛ و (c) کلیه یافته‌ها را به صورت واضح برای بیمار تشریح کرد. برای انجام معاینه لگنی بیمار باید به پشت خوابیده و زانوهایش خم باشد. باسن بیمار باید بر روی لبه تخت معاینه قرار داشته و کف پاها بر روی بالشتک مخصوص قرار گیرند. این وضعیت به پزشک اجازه می‌دهد که به میزان لازم به ارگان‌های لگنی دسترسی داشته باشد. از گذشته چنین جا افتاده است که در هنگام معاینه سر و بدن بیمار در یک سطح افقی قرار بگیرند. در این وضعیت امکان برقراری تماس چشمی وجود ندارد و این ممکن است باعث افزایش حس بی‌پناهی در بیمار شود. در صورت وجود تخت معاینه مناسب، می‌توان وضعیت دیگری را جایگزین این وضعیت کرد که در آن سر تخت تا زاویه‌ای بین ۳۰ و ۹۰ درجه بالا

آورده می‌شود. این وضعیت نسبت به وضعیت قبل هیچگونه نقص تکنیکی ندارد و حتی به دلیل این که بسیاری از بیماران در این وضعیت، راحت‌تری توانند عضلاتشان را شل کنند، معاینه دودستی در این وضعیت احتمالاً دقیق‌تر خواهد بود. بیمار باید درست قبل از معاینه، مثانه‌اش را خالی کرده باشد. حداقل امکانات و وسایل لازم برای انجام معاینه لگنی شامل اینها است: منبع نوری مناسب، اسپکولوم با اندازه مناسب، دستکش غیراستریل و مایع روان‌کننده محلول در آب. سایر لوازمی که باید در اتاق معاینه وجود داشته باشند عبارت‌اند از: اسپکولوم در اندازه‌های مختلف، وسایل لازم برای نمونه برداری سلول‌شناسی شامل ثابت‌کننده، محیط کشت‌های مختلف، سواب‌های بزرگ با نوک پنبه‌ای، کاغذهای اندازه‌گیری pH و همچنین تست‌های غربالگری برای تشخیص خون مخفی در مدفوع. معاینات اختصاصی نیازمند وجود وسایل ویژه هستند.

معاینه لگنی با مشاهده و ولو آغاز می‌شود. علاوه بر در نظر گرفتن و ثبت هرگونه ناهنجاری تکاملی، باید به مواردی که در پی خواهند آمد نیز دقت کرد: تمیزی کلی ناحیه، ترشح، رویش مو و توزیع آن و هرگونه ناهنجاری پوستی شامل تومور، زخم، رذخارش، بثورات پوستی، پارگی‌های کوچک و خون‌مردگی.

همچنین باید به وجود وریدهای واریسی یا هموروئید در ناحیه و ولو دقت کرد. بازدید دقیق چین‌های پوستی، وولو و موهای ناحیه پویس می‌تواند به کشف ضایعات یا عفونت‌های مخفی کمک کند. به منظور کشف ضایعات زیرپوستی، وولو باید لمس شود. سپس باید لابیاه را از هم باز کرده و به وضعیت پرده بکارت، پوست ناحیه وولو و واژینال و اندازه کلیتوریس دقت شود. معاینه باید طبق یک روند منظم جلو رفته و شامل معاینه لابیاهای مازور و مینور، وستیبول، مدخل پیشابراه، غدد پری‌اورترال، غدد بارتولن، پرینه، مقعد و ناحیه اطراف مقعدی باشد. در حالی که انگشت اشاره داخل قسمت تحتانی واژن و انگشت شست بر روی پرینه قرار دارد باید لابیاه و پیشابراه را به منظور یافتن توده و یا حساسیت، لمس کرد. باید از بیمار خواسته شود که عضلات مدخل واژن را منقبض کند تا بتوان قوام عضلات بالابرنده و نیز میزان حمایت پرینه را از این ناحیه ارزیابی کرد. سپس باید از بیمار خواست که زور بزند تا وجود یورتروسل، سیستوسل، رکتوسل، انتروسل و پرولاپس واژینال و پرولاپس دهانه رحم، مشخص شود. واژن باید در ابتدا به کمک اسپکولوم مشاهده شود.