

عنوان : بیماریهای مقاربتی

اگر بیماریهای مقاربتی با هم در نظر گرفته شوند، یکی از شایع ترین عوارض
طبی بارداری خصوصا در جمعیت های فقیر شهری که گرفتار بلای
اعتیاد و روسپیگری هستند، محسوب خواهد شد. مثلا در درمانگاه های پره ناتال
بیمارستان پارکلند عفونت کلا میدیایی در ۱۲ درصد، سوزاک در
۲ تا ۳ درصد، سیفیلیس در ۱ تا ۲ درصد، هر پس تناسلی در یک درصد و عفونت
نقص ایمنی انسانی در ۰/۴ درصد یافت شده است. بیماریابی، شناسایی، آموزش
و درمان باید بخشهای اصلی مراقبت پیش از تولد در زنان مستعد ابتلا به این
عفونتهای شایع را تشکیل می دهد. در نتیجه به عنوان بخشی از آزمایشهای
معمول پیش از تولد، بیماریهای مقاربتی شایع شامل سیفیلیس، سوزاک، کلامید
یا، ویروس هپاتیت B، ویروس نقص ایمنی انسان و ویروس پاپیلوما ای انسانی
اغلب مورد بررسی قرار میگردند. نویسندگان تلاش دارند در بسیاری از روشهای
درمانی برای بیماریهای مقاربتی در ذیل از روشهای درمانی موثر ولی غالبا
تغییر یافته که بطور دوره ای توسط مراکز کنترل بیماریها ارائه می
شود، کمک بگیرند.

سیفیلیس

تا همین اواخر بروز سیفیلیس در ایالات متحده افزایش داشت. بیشترین مقدار این افزایش در سال ۱۹۹۰ بوده و از آن زمان به بعد کاهش یافته است. میزان بروز سیفیلیس اولیه و ثانویه در ایالات متحده در سال ۱۹۳۳ ۱۰/۴ در ۱۰۰۰/۱۰۰ بوده و بیش از ۳۰۰ مورد سیفیلیس مادر زادی در کودکان کمتر از یک سال نیز وجود داشته است. ارتباطی بین سیفیلیس مادری و مصرف مواد مخدر بویژه cocaine و فقدان مراقبتهای پیش از تولد گزارش کردند. در تحقیقی درباره سیفیلیس پره ناتال در بیمارستان شهر بوستون که مدت ۴ ماهه ادامه داشت، شیوع سیفیلیس در زنان غیر باردار و باردار را در سال ۱۹۵۱، ۲/۴ اعلام نمودند در حالیکه این مقدار در سال ۱۹۹۱، ۳/۹ درصد بوده است. آنها نتیجه گیری کردند استمرار شیوع سیفیلیس در دوره بارداری در ارتباط با مصرف مواد مخدر، عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی، فقدان مراقبتهای پره ناتال، عدم موفقیت در درمان و عفونت مجدد می باشد. سیفیلیس قبل از زایمان از طریق ایجاد زایمان زودرس، مرگ جنین، عفونت نوزادی از طریق عبور از جفت یا عفونت حین زایمان می تواند شدیداً روی نتیجه بارداری تاثیر گذارد. خوشبختانه از میان بسیاری از

عفونتهای مادر زادی، سیفیلیس نه تنها بسهولت قابل پیشگیری است بلکه به درمان به خوبی پاسخ میدهد.

تظاهرات بالینی

پس از یک دوره نهفته ۱۰ تا ۹۰ روزه اما معمولا کمتر از ۶ هفته سیفیلیس اولیه پدیدار می گردد و در خلال بارداری، ضایعه اولیه دستگاه تناسلی یا گاهی اوقات ضایعات اولیه ممکن است آنقدر کوچک باشند که دیده نشوند. مثلا شانکر سرویکس که بیشتر در زنان باردار دیده میشود بخاطر تلقیح باکتری در بافت شکننده سرویکس است. شانکر اولیه به صورت یک زخم نرم بدون درد بالبه های برجسته بافت گرانولاسیون در قاعده مشخص می گردد. شانکر از ۲ تا ۶ هفته پایدار مانده و سپس بطور خود به خود بهبود می یابد اما اغلب غدد لنفاوی اینگوینال بزرگ و غیر حساس ظاهر می شوند. تقریبا پس از ۶ تا ۸ هفته پس از بهبود شانکر، سیفیلیس ثانویه معمولا به شکل راشهای جلدی با اشکال بسیار مختلف بروز می کند. حدود ۱۵ درصد از زنان در این مرحله هنوز دارای شانکر می باشند. ضایعات سیفیلیس ثانویه در ۲۵ درصد بیماران خفیف بوده و مورد توجه قرار نمی گیرند. در بعضی موارد، ضایعات محدود به دستگاه تناسلی بوده و به صورت نواحی برجسته ای تحت عنوان کوندیلوماتالاتا نامیده می شوند که گهگاه باعث ایجاد زخمهایی در ناحیه فرج می گردند. سیفیلیس

ثانویه ممکن است سبب ایجاد آلپوسی شود. در بسیاری از زنان سابقه ای از زخم منفرد یا راش جلدی وجود ندارد. گاه نخستین علامت اثبات بیماری بدنیا آوردن نوزاد مرده یا زنده ای است که به شدت سیفیلیس مادرزادی مبتلا است.

عفونت جنینی و نوزادی: در گذشته سیفیلیس علت قریب دوسوم موارد مرده زایی به شمار می آمد. امروزه سیفیلیس نقش کوچکتر اما ثابت تری در مرگ جنین ایفا می نماید. همانگونه که در شکل ۲-۵۹ نشان داده شده است، تعداد مبتلایان به عفونت مادر زادی به موازات وجود سیفیلیس اولیه و ثانویه در زنان می باشد. در بسیاری از این مادران مراقبتهای پیش از تولد نا کافی بوده و بنابراین عفونت در آنها تشخیص داده نمی شود. موارد بسیاری از سیفیلیس مادرزادی را شرح داده اند که بدون تشخیص مانده اند زیرا فرصت پاسخ آنتی بادی تا زمان زایمان در عفونت جدید مادر وجود نداشته است. گزارش کرده اند که تیتروسلولوزیک و مدت زمان نامشخص عفونت، عوامل خطر ساز اصلی در سیفیلیس مادر زادی می باشند. در بررسی ۳۲۲ مورد سیفیلیس مادرزادی گزارش نموده اند که تنها ۲۰ درصد از نوزادان تحت بررسی کامل آزمایشگاهی شامل عکسبرداری از استخوانهای دراز و بررسی مایع نخاعی قرار گرفته اند. از میان ۸۰ خانمی که در جریان بارداری

تحت درمان سیفیلیس قرار گرفتند تنها ۳۰ درصد بطور مناسب درمان شدند. اسپيروكتها به آسانی از جفت عبور کرده وقادر به ایجاد عفونت مادر زادی هستند هر چند که به خاطر وجود ایجاد ایمنی نسبی، معمولاً چنین تظاهرات بالینی را پیش از هفته ۱۸ نشان نمی دهد. شروع سیفیلیس مادر زادی بسته به مرحله بیماری ومدت زمان عفونت مادری فرق کرده وبیشترین میزان بروز آن در نوزادان به دنیا آمده از مادرانی که مبتلابه سیفیلیس ابتدایی میباشند، و کمترین میزان بروز در اواخر سیفیلیس مرحله دیررس پدید می آید. مهم آنکه هر مرحله ای از سیفیلیس مادری مکن است منجر به عفونت جنینی بشود.

پاتولوژی:

سیفیلیس یک بیماری مزمن است واسپیروکت در اعضای داخلی ضایعاتی ایجاد می کند که شامل تغییرات نسج بینا بینی ریه، کبد، طحال و پانکراس می باشد. عفونتهای جدیدتر به احتمال زیادتری با بیماری جنینی همراه است. سیفیلیس بعلاوه موجب استئوکندریت در استخوانهای بلند می گردد که از لحاظ رادیو گرافی در انتهای استخوان فمور، تیبیا، و رادیوس آسانتر قابل تشخیص است.

جفت تحت تاثیر عفونت سیفیلیسی، بزرگ و رنگ پریده می شود. پرزها از نظر میکروسکوپی طرح سرخسی اختصاصی خود را از دست داده اند و ضخیمتر و چماقی شکل شده اند. تعداد عروق خونی کاهش یافته و در موارد پیشرفته تر در نتیجه انداز تریت و تزاید سلولهای استرومایی کاملاً ناپدید می شوند. مقاومت عروقی زیادی را در این حالات در رحم و شریانهای نافی بارداری های مبتلا نشان داده اند. اسپیروکتها حتی زمانی که در اعضای جنینی بطور فراوان وجود دارند در سراسر جفت بطور پراکنده دیده می شوند و آنها را می توان با معاینه نمونه های تراشیده شده از آنتیمای عروق بند ناف تازه زیر میکروسکوپ زمینه تاریک در بررسی بند ناف ۲۵ خانم مبتلا به سیفیلیس درمان نشده گزارش نمودند که نکروز دهنده شایعترین ضایعه پاتولوژیک بوده و در یک سوم از موارد دیده شده است. با بکار گیری رنگ آمیزی نقره و ایمونوفلورسانس، اسپیروکتها را در ۸۹ درصد بند نافها شناسایی نمودند.

تشخیص سرولوژیک

در نخستین معاینه پیش از تولد یک آزمون سرولوژی مناسب نظیر VDRL یا آزمون RPR انجام میشود. طبق قانون انجام آزمایش الزامی است. خوشبختانه، آزمایشهای سرولوژیک جهت سیفیلیس در موارد ضایعه اولیه در بیشتر زنان و در سیفیلیس ثانویه در تمامی زنان مثبت می باشند. این آزمایشها تقریباً

۴ تا ۶ هفته پس از عفونت همیشه مثبت خواهند بود. بدلیل اختصاصی نبودن
آزمونهای reagin برای اثبات نتیجه مثبت یک آزمون ترپونمایی نظیر-FTA
ABS یا MHA-TP لازم است خصوصا در زنانی که بیشتر در معرض ابتلا قرار
دارند ضروری تر است. در سه ماهه سوم یک آزمون دومسیفیلیس مادر زادی
برای بیماریابی یک آزمون غیر حساس است. silletti گزارش نمود که انجام
آزمون الایزادر بررسی بر روی ۲۶۵ نمونه از زنان باردار، ۱۰۰ درصد حساس و ۹۰
درصد اختصاصی بوده است.

تشخیص جنینی :

نشان داده اند که میتوان در مایع آمنیون بدست آمده از زنان مبتلابه
سیفیلیس و مرگ جنین، اسپیروکتهای متحرک را دید. این افراد بعدها گزارش
کردند که واکنش زنجیره پلیمرز برای تشخیص ترپونماپالیروم در مایع
آمنیوتیک، سرم، مایع نخاع نوزاد ۱۰۰ درصد اختصاصی است. شکل ۳-۵۹ یک
کودک مبتلا به سیفیلیس مادر زادی را نشان می دهد که به علت
هیپاتواسپلنومگالی بسیار بزرگ، شکم بزرگی دارد وزن جفت نوزاد تقریبا به
اندازه خود وی بوده است، جنین ممکن است دچار ادم، اسیت و هیدروپس هم
باشد. نوزاد ممکن است دچار زردی همراه با ضایعات پوستی پتشی یا
پورپورا، لنفادنوپاتی، رینیت (گرفتگی بینی)، پنومونی، میوکاردیت و نفروز گردد.

درمان

پنی سیلین درمان انتخابی است ولی درمان سیفیلیس در بارداری بطور کامل بررسی نشده است. در یک بررسی جدید نتیجه گیری نمود که اطلاعات مفیدی درباره تعیین نوع مناسب درمان وجود ندارد. این درمان دوجنبه دارد هم برای ریشه کن کردن عفونت درمادر وهم جهت پیش گیری از سیفیلیس مادر زادی درنوزاد به کار میرود. مشکل عمده در تعیین موفقیت درمان این است که اثبات سیفیلیس مادر زادی دشوار است. اگر چه می توان با نمونه گیری از خون بند ناف سیفیلیس شدید جنینی را در دوره پره ناتال تشخیص داد ولیکن کاربرد بالینی آن نامشخص است. در بررسیهای گشته نگر دیده شده است که بنزاتین پنی سیلین G عفونت اولیه مادر را درمان میکند و در ۹۸ درصد موارد از سیفیلیس نوزادی پیشگیری میکند. در بررسی ۳۴۰ زن باردار که آزمون سرولوژیک آنها برای سیفیلیس واکنش نشان داده بود Wendel, و همکاران, ۶ مورد عدم موفقیت در درمان جنین بوسیله تزریق پنی سیلین G در مادر را گزارش نمودند. چهار مورد از این ۶ مورد در ۷۵ زن مبتلا به سیفیلیس ثانویه بوده است. همانطور که در جدول ۱-۵۹ نشان داده شده است اصول راهنمای فعلی مرکز کنترل بیماری ها در درمان سیفیلیس در بارداری شامل همان مقادیر بنزاتین پنی سیلین c1 طولانی

اثر است که در بالغین غیر باردار به کار میرود بعضی توصیه می کنند دوز دوم
بنزاتین پنی سیلین به میزان ۲/۴ میلیون واحد عضلانی یک هفته پس از دوز
نخست و به ویژه در زنان باردار در سه ماهه سوم یا زنان باردار مبتلا به
سیفیلیس ثانویه تجویز گردد. در زنان باردار با سابقه حساسیت به پنی سیلین
می بایست جهت تأیید خطر واکنش الرژیک با واسطه IgE نسبت به پنی
سیلین، آزمون پوستی انجام داد. متأسفانه هیچگونه دارویی جایگزین برای
پنی سیلین در دوره بارداری موجود نمی باشد. اریتروماکسین می تواند مادر را
درمان نماید اما ممکن است از سیفیلیس مادرزادی جلوگیری نکند و در حال
حاضر توصیه نمی گردد سفالوسپورین ها همانند سفتر یاکسون و ماکرولید
جدیدتر بنام azithromycin مفید بوده اما هنوز به قدر کافی بررسی نشده
اند. تتراسیکلین ها در درمان سیفیلیس زنان غیر باردار موثرند اما به خاطر
ایجاد تغییر رنگ دندان های شیری جنین به زرد مایل به قهوه ای تجویز نمی
گردند. مشکل در این است که علیرغم درمان توصیه شده در بارداری قریب
۲۰ درصد نوزادان نشانه های بالینی آشکار سیفیلیس مادر زادی دارند. نیمی
از موارد عدم موفقیت در مادرانی بوده که تا سه ماهه سوم بارداری درمان
نشده بودند، محتمل به نظر می رسد که طول مدت و شدت این عفونتهای
جنینی چنان بوده که آسیب آنها بازگشت ناپذیر است مهم اینکه در تمام زنان

مبتلا به سیفیلیس اولیه و حدود نیمی از مبتلایان به عفونت ثانویه به دنبال درمان با پنی سیلین واکنش دیده شده است. به همراه این واکنش غالباً انقباضات رحمی ایجاد می شود و به دنبال آنها ممکن است شواهدی از زجر جنینی به صورت افت دیررس ضربانات قلب جنین ظاهر شود. استفاده از سرعت سنجی داپلر نشان دادند که تغییرات حاد مقاومت عروقی همراه آن وجود دارد. در نهایت ابتلای واضح جنین که به وسیله شواهد اولترا سونیک مبنی بر وجود اسیت در جنین مشخص می شود، علی‌رغم درمان همواره سرانجامی بد برای جنین به همراه دارد. جنین‌هایی را با بزرگی کبد وطحال، انسداد دستگاه گوارش، و بزرگی جفت شرح داده اند. دریافتند که بهترین انتخاب برای جنین‌های هیدروپیک مبتلا به سیفیلیس مادر زادی زایمان و درمان نوزادان است.

قبل از درمان سیفیلیس، لازم است همه زنان جهت مشاوره و آزمایش برای آنتی بادی علیه ویروس نقص ایمنی انسانی فرستاده شوند. هر دو نوع آزمایش‌های تریپونمایی و غیر تریپونمایی جهت تشخیص سیفیلیس در بیماران مبتلا به عفونت HIV صحیح بوده و مرکز کنترل بیماری‌ها (۱۹۹۳b) درمان به وسیله بنزاتین پنی سیلین G به میزان ۲/۴ میلیون واحد عضلانی را جهت سیفیلیس اولیه و ثانویه توصیه می نماید. مقادیر اضافی بنزاتین پنی

سیلین G توسط بعضی صاحب نظران تجویز می گردند. زنان مبتلا به سیفیلیس دیر رس و عفونت HIV را می بایست با سه دوز ۲/۴ میلیون واحد بنزاتین پنی سیلین G بطور هفتگی درمان نمود.

پونکسیون کمری:

درمورد انجام پونکسیون کمری برای آنالیز مایع مغزی نخاعی اختلاف نظر وجود دارد. بسیاری از بیماران بدون علامت به همراه سیفیلیس اولیه، ثانویه، و مراحل اولیه سیفیلیس نهفته اختلالات مایع نخاعی دارند، اما بیشتر آنها بعد از درمان با یکی از برنامه های درمانی موجود دچار نورو سیفیلیس خواهند شد. انجام پونکسیون کمری در سیفیلیس دیر رس به مدت بیش از یک سال را به شرط وجود علائم عصبی، شکست در درمان، عیار سرولوژیک ۱:۳۲ یا بالاتر، درمان دارویی غیر از پنی سیلین و وجود همزمان عفونت ویروسی نقص ایمنی انسانی توصیه می نماید. اگر خانم باردار مبتلا به سیفیلیس دیر رس یا مبتلا به بیماری با مدت نامعلوم یا بیش از یک سال از انجام پونکسیون کمری خودداری کرده یا انجام پونکسیون غیر ممکن باشد می بایست درمان نورو سیفیلیس را آغاز نمود.

پیگیری:

همه بیمارانی که برای سیفیلیس درمان می شوند نیاز به پیگیری دقیق دارند. لازم است تماسهای جنسی در سه ماه آخر بارداری از نظر سیفیلیس بررسی و حتی اگر سرورنگاتیو باشند به صورت فرضی درمان شوند. عیار سرولوژیک مادر به صورت ماهیانه پیگیری شده و مجددا در زمان زایمان تکرار می گردند تا واکنش سرو لوژیک نسبت به درمان تایید گردد. پاسخ آنتی بادی باید برای هر مرحله از سیفیلیس مناسب باشد .

درمان سیفیلیس مادرزادی:

هر نوزاد مبتلا به سیفیلیس مادر زادی یا مشکوک به آن باید قبل از درمان یک آزمایش CSF داشته باشد و تا زمانی که آزمونهای سرولوژیک غیر تریپونمایی منفی یا Serofast شود لازم است به فواصل ماهیانه پیگیری گردد. مرکز کنترل بیماریها توصیه می کند که نوزادان علامت دار یا آنهایی که آزمایش CSF غیر طبیعی دارند باید با پنی سیلین G, ۱۰۰/۰۰۰ تا ۱۰۰/۰۰۰ u/Kg به صورت ۲ یا ۳ دوز منقسم روزانه وریدی برای ۱۰ روز داده شود یا پروکائین پنی سیلین G, ۵۰/۰۰۰ U/Kg, ۵ روزانه به مدت حداقل ۱۰ روز عضلانی داده شود.

نوزادان سروپوزیتو بدون علامت با آزمایش مایع مغزی نخاعی طبیعی را می توان با دوز منفرد بنز اتین پنی سیلین $50/1000 \text{ U/Kg,G}$ به صورت تزریق عضلانی درمان نمود. نوزادان متولد شده از مادرانی که سیفیلیس آنها در بارداری با اریترومایسین تحت درمان قرار گرفته لازم است مجدداً مانند موارد مبتلا به سیفیلیس مادر زادی درمان شوند.

سوزاک

شیوع سوزاک در بارداری از $0/5$ تا 7 درصد متغیر است و این وضع خطر ناک در جامعه را منعکس می کند. عوامل خطر ساز عبارتند از: مجرد بودن، نوجوانی، فقر، اعتیاد به مواد مخدر، روسپیگری، سایر بیماریهای مقاربتی، وعدم وجود مراقبتهای پیش از تولد. عفونت گونوکوکی همچنین نشانه ای برای عفونت توام کلامیدیایی در 40 درصد زنان باردار آلوده می باشد. در بیشتر زنان باردار عفونت سوزاکی محدود به اندام تناسلی تحتانی، شامل سرویکس، پیشابراه و غدد وستیبولی و اطراف پیشابراه است و سالپنژیت حاد نادر استولی در صورتی که عفونت به طرف بالا پیش برود قبل از زمانی که حفره رحمی به علت چسبیدن کوریون و دسیدوا در 12 هفتگی محو گردد اتفاق می افتد. فعال شدن مجدد عفونت یا عفونتی که از قبل وجود داشته ممکن است آبنه لوله ای-تخمذانی ایجاد نماید اما این مورد نادر است. شواهدی وجود

دارد که بارداری، تظاهرات بالینی سوزاک را تغییر می دهد مثلا برخی پزشکان میزان بالاتری از عفونت دهانی-حلقی و مقعدی را در بارداری گزارش کرده اند. افزایش وقوع عفونت خارج از سرویکس ممکن است به علت تغییر روش اعمال مقاربتی به خاطر بارداری، رسومات فرهنگی، یا هر دو باشد. این نیز جالب است که تعداد زنان باردار که مبتلا به عفونت منتشر گونوگویی می شوند بطور نا متناسبی زیاد است (۴۰-۷ درصد). این مشاهدات ممکن است مربوط به توجهات بیشتر پزشکی در طی بارداری، افزایش موارد عفونت منتشر گونوگویی از عروق لگنی پر خون یا احتمالا ناشی از تغییر وضعیت ایمنی در بارداری باشند.

اثر سوزاک روی بارداری

عفونت گونوگویی ممکن است اثرات سوپی روی نتیجه بارداری در هر یک از سه ماهه بارداری داشته باشد. سرویسیت گونوگویی درمان نشده ممکن است با سقط خودبه خودی عفونی یا عفونت پس از ایجاد سقط همراه باشد. زایمان قبل از ترم، پارگی زود رس کیسه آب، کوریوآمنیونیت و عفونت پس از زایمان در زنان مبتلا به نیسریاگونوره که در زمان زایمان مشخص شده اند، شایعتر است. دریافتند که خطر زایمان قبل از ترم ۱۴ بوده است. گزارش کردند که درمان مورد انتظار در زنان دارای کشت مثبت حتی با پارگی زودرس کیسه آب

مادامی که درمان ضد میکربی به صورت سریع انجام گیرد نتیجه خوبی داشته است. بخاطر عوامل فوق توصیه می شود در روزیت اول یا قبل از ایجاد سقط یک آزمون بیمار یابی انجام گیرد. مرکز کنترل بیماریها (۱۹۹۳) توصیه می کند در جمعیت های پر مخاطره پس از هفته ۲۸ بارداری تکرار کشت انجام شود.

درمان

در بسیاری از مناطقی که نیسریاگونوره مقاوم به داروهای ضد میکربی خصوصا گونه های مولد پنی سیلیناز وجود دارد، داروهای بتا-لاکتام برای درمان آنها غیر موثر است (مرکز کنترل بیماریها) به این دلیل توصیه می کنند که درمان سوزاک در زنان باردار با راهنمایی کشت گونوکوکی و سنجش حساسیت ضد میکربی صورت گیرد. همانطوریکه در جدول ۲-۵۹ نشان داده شده است سفتر یاکسون برای عفونت گونوکوکی در بارداری توصیه می شود. در موارد آلرژی نسبت به پنی سیلین یا آنتی بیوتیک های بتا لاکتام نخست از اسپکتینو مایسین و سپس از اریترو مایسین استفاده می شود. در تحقیقی در مورد ۶۲ خانم باردار که احتمالا مبتلا به سوزاک اندوسرویکس بودند گزارش نمودند که نکات راهنمایی کننده توصیه شده از طرف مرکز کنترل بیماریها جهت درمان سوزاک دوره بارداری موثر است. سفتر یاکسون عضلانی (۱۲۵ میلی گرم) و cefixime خوراکی (۴۰۰ میلی گرم) به ترتیب باعث ایجاد بهبودی به

میزان ۹۳ و ۹۷ درصد شدند. پیش از انجام درمان و در صورت امکان می بایست بیماریابی جهت سیفیلیس و کلامیدیا تراکوماتیس صورت پذیرد. در صورت فقدان آزمون کلامیدیا، درمان فرضی انجام می گیرد. درمان تماسهای جنسی و کشتهای test-of-cure در مادر کمک می کند تا از کارایی درمان اطمینان حاصل شود. به علت آنکه عفونت مجدد با گونوکوک شایع است در زنانی که در اوایل بارداری تحت درمان قرار گرفته اند لازم است آزمون بیماریابی در اواخر بارداری تکرار شود

عفونتهای منتشر گونوکوکی

باکتری می گونوکوکی ممکن است منجر به ضایعات پوستی از نوع پتشی یا پوستول، ارتراژی، ارتریت عفونی یا تنوسینوویت گردد. مرکز کنترل بیماریها استفاده از سفتر یاکسون به مقدار یک گرم عضلانی یا داخل وریدی در ۲۴ ساعت را توصیه می نماید. سایر داروهای جایگزین عبارتند از سفوتاکسیم یا سفتی زوکسیم، یک گرم داخل وریدی هر ۸ ساعت. در زنان حساس به داروهای بتالاکتام می توان از اسپکتینومایسین به مقدار دو گرم هر ۱۲ ساعت استفاده نمود. تمامی روشهای ذکر شده می بایست به مدت ۲۴ یا ۴۸ ساعت پس از بهبودی ادامه یافته و سپس درمان رابا cefixime ۴۰۰ میلی گرم خوراکی دوبار در روز به مدت یک هفته از سر گرفت. در زنان غیر باردار به

جای cefixime می توان از سیپروفلوکزاسین استفاده نمود که مصرف آن در زنان بارداروشیرده ممنوع می باشد. در موارد اندوکاردیت گونوکوکی درمان را می بایست دست کم به مدت ۴ هفته و در موارد منژیت برای ۱۰ تا ۱۴ روز ادامه داد. اندوکاردیت ندرتا در خلال بارداری بروز می کند اما ممکن است کشنده باشد.

کودکان مادران مبتلا به سوزاک:

برای تمام کودکان پیشگیری علیه عفونت چشمی انجام می شود. نوزادانی که به عفونت چشمی مبتلا می شوند باید برای عفونت منتشر بستری و بررسی شوند. سوزاک چشمی را می توان با سفتر یاکسون ۵۰-۲۵ میلی گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن و به صورت دوز منفرد از راه عضلانی یا داخل وریدی درمان نمود. بعضی از متخصصان کودکان ترجیح می دهند تا زمانی که کشتهها به مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت منفی باشند، درمان آنتی بیوتیکی را ادامه دهند. همچنین توصیه می گردد که مادر و کودک از نظر عفونت کلامیدیایی همراه نیز بررسی شود. تا ۲۴ ساعت نخست درمان، جدا سازی بیمار توصیه می گردد. درمان با آنتی بیوتیک موضعی مناسب نمی باشد. پدر و مادر نوزاد نیز باید درمان شوند

عفونتهای کلامیدیایی

کلامیدیا تراکوماتیس، یک باکتری داخل سلولی اجباری است که سروتیپهای متفاوتی دارد از جمله گروهی که باعث ایجاد لنفوگرانولوم و نروم می شوند. شایع ترین انواع آن گروهی هستند که تنها به پوشش مخاطی استوانه ای یا ترانزیشنال چسبیده و سبب ایجاد عفونت می شوند.

عفونتهای مادری

عفونت تناسلی بوسیله کلامیدیا تراکوماتیس شایع ترین بیماری آمیزشی در زنان سنین باروری است کشتهای بدست آمده از سرویکس حداکثر در یک چهارم از زنان باردار مثبت بوده و بروز آن به جمعیت شناسی جامعه بستگی دارد. واکنش زنجیره پلی مرز اخیرا یک روش حساس جهت تشخیص کلامیدیا در زنان باردار در نظر گرفته شده است Witkin و همکاران ۱۹۹۶، گزارش کردند که PCR از نمونه های دستگاه تناسلی زنان باردار برای تشخیص کلامیدیا به اندازه ۹۷ درصد حساس و ۱۰۰ درصد اختصاصی می باشد. Chatterjee و Humphrey (۱۹۹۶) از PCR جهت تشخیص در ادرار و سرویکس زنان باردار استفاده نمودند. گزارش کرده اند که سنجش واکنش زنجیره لیگاز برای عفونت ادراری تناسلی زنان باردار هم حساس و هم اختصاصی می باشد. شیوع عفونتهای مقاربتی علامت دار و بدون علامت در بیماران مراکز مامایی

خصوصی زیر ۲ درصد است اما در برخی گروههای زنان جوان شهری که به درمانگاههای عمومی مراجعه می کنند خیلی بیشتر است (تا ۲۵ درصد). عوامل خطر زا جهت عفونت کلامیدیا در زنان باردار عبارتند از سن کمتر از ۲۵ سال، وجود یا سابقه دیگر بیماری آمیزشی، شرکای جنسی متعدد و شریک جنسی جدید در عرض ۳ ماه گذشته، یک همه گیری عفونتهای کلامیدیایی بدون علامت را در زنان جوان باردار ازدواج نکرده در بعضی از نواحی ژاپن گزارش نموده اند.

عفونت علامت دار: عفونت کلامیدیایی ممکن است با سندرمهای بالینی زیادی شامل اورتریت، سرویسیت موکوپرولنت و سالپنژیت حاد همراه باشد. علیرغم این مطلب بیشتر زنان باردار، عفونت بدون علامت دارند. سرویسیت موکوسی چرکی ممکن است ثانویه به عفونت کلامیدیایی یا گونوکوکی باشد. بعلاوه زنان باردار بدون عفونت سرویکس ممکن است دارای ترشح موکوئید هم باشند جالب آنکه Mhamoud و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کردند که ترشحات واژنی ۱۵۶ خانمی که به درمانگاه تنظیم خانواده مراجعه کرده بودند از رشد کلامیدیا تراکوماتیس در محیط آزمایشگاهی جلوگیری به عمل آوردند. معلوم نیست که آیا ترشحات واژنی زنان باردار نیز دارای فعالیت ضد کلامیدیایی در محیط بدن هستند یا خیر.

عفونت بدون علامت و نتیجه بارداری:

تردیدی نیست که انتقال عفونت در حین زایمان باکونژنکتیویت و پنومونی نوزادی همراه است. انتقال مادر به نوزاد در حداقل نیمی از نوزادان که به صورت واژینال از مادران مبتلا متولد می شوند اتفاق می افتد. همانگونه که در فصل ۱۶ بحث شد تاثیر پیشگیری چشمی برای عفونت گونوکوکی به وسیله نیترات نقره، اریترومایسین یا تتراسیکلین جهت پیشگیری از کونژنکتیویت کلامیدیایی مشخص نیست. بسیاری از محققین عوارض عفونتهای بدون علامت کلامیدیایی را روی نتایج بارداری بررسی کرده اند، ولی هنوز در این باره اختلاف نظر زیاد است. برخی مولفین دریافتند که عفونت کلامیدیایی سرویکس مادر در صورتی که درمان نشود خطر زایمان قبل از ترم، پارگی زودرس کیسه آب، و مرگ و میر زمان زایمان را افزایش می دهد. برعکس سایر محققان دریافتند که تنها در آن دسته از زنان خطر این عواقب سو مطرح است که به تازگی دچار عفونت کلامیدیایی شده اند و با آزمون آنتی بادی IgM ضد کلامیدیایی اثبات شده است. بعلاوه اگر چه Cohen (۱۹۹۰) و Ryan (۱۹۹۰) و همکارانش کاهش این عواقب سو را در زنانی که با اریترومایسین درمان شده بودند، گزارش کردند ولی اطلاعات اولیه از سوی گروه مطالعات عفونتهای واژینال و تولد بیش از موعدهیچ گونه بهبودی را نشان نداد. بررسی دوم یک

تحقیق بزرگ بود که به صورت چند مرکزی و از جمعیت اتفاقی و کنترل با دارونما و به صورت کورتحت نظارت موسسه ملی بهداشت انجام گرفت. شواهدی وجود دارد که عفونت کلامیدیایی جدید با پیش آگهی بدتری همراه است. Sweet و همکاران (۱۹۸۷) ۲۷۰ زن باردار مبتلا به عفونت کلامیدیایی درمان نشده سرویکس را مورد مطالعه آینده گر قرار داده و نتایج بارداری در این بررسی با مواد کنترل کلامیدیا منفی مورد مقایسه قرار دادند. هیچ تفاوتی از نظر میزان وقوع زایمان قبل از ترم، پارگی زودرس کیسه آب، کوریوآمیونیت، سپسیس نوزادی، و یا عفونتهای نفاسی وجود نداشت. در مجموع آنها دریافتند که زنان مبتلا به عفونت جدید که بوسیله آنتی بادی Igm علیه کلامیدیا تراکوماتیس مشخص می شود بیشتر احتمال دارد که دچار زایمان پیش از موعد یا زودرس کیسه آب شوند. Bermam و همکاران (۱۹۸۷). نیز این مطلب را در ۱۱۵۲ زن Navajo که میزان ناقل بودن سرویکس آنها برای کلامیدیا ۲۲ درصد بود، گزارش کردند. عفونت کلامیدیا با افزایش خطر کوریوآمیونیت همراه نیست (Schachte و Gibbs, ۱۹۸۷) و عفونت آندومتر و سلولیت لگن پس از عمل سزارین نیز ایجاد نمی کند. اما عفونت نفاسی تاخیری با کلامیدیا تراکوماتیس توسط Hoyme و همکارانش شرح داده شده است. این سندرم ۳ تا ۲ هفته پس از زایمان ایجاد می شود، با متریت اولیه فرق دارد و باعث

خونریزی یا ترشحات واژینال، تب ملایم، درد قسمت تحتانی شکم، وحساسیت رحم می شود.

عفونتهای نوزادی

کونژنکتیویت: عفونت کلامیدیایی چشم یکی از شایع ترین علل قابل پیشگیری کوری در کشورهای توسعه نیافته است. کونژنکتیویت انکلوزیونی در قریب یک سوم نوزادان دنیا آمده از مادران مبتلا به عفونت سرویکس ایجاد می شود. کونژنکتیویت علامت دار نسبت به عفونت ایجاد شده بوسیله نیسریا گونوره دیرتر تظاهر می کند و لازم است این دو را با استفاده از کشت یا رنگ آمیزی گرام و گیمسا یا با استفاده از واکنش زنجیره ای پلیمرز از هم افتراق دارد زیرا درمان آنها متفاوت می باشد.

پنومونیت: تقریباً ۱۰ درصد نوزادانی که از طریق واژینال و سرویکس آلوده به عفونت دنیا می آیند ظرف ۱ تا ۳ ماه دچار پلومونیت کلامیدیایی می شود. از لحاظ بالینی ارتشاح دو طرفه ریوی و سرفه مزمن اغلب با اختلال در افزایش وزن نوزاد دیده می شود.

بیماریابی

نقش تهیه کشت برای کلامیدیا تراکوماتیس به منظور بررسی روتین برای بیماریابی در بارداری مشخص نیست. (Laga (۱۹۸۸) و hammershlag

(۱۹۸۹) وهمکارانشان گزارش کرده اند که پیشگیری چشمی در نوزادان بوسیله محلول نیترات نقره یا پماد تترا سیکلین ویا اریترومايسين که به منظور پیشگیری عفونت چشمی نوزادی گونوکوکی وکلامیدیا پی انجام می گیرد در ب(ش از ۲۰ درصد موارد با کونژنکتیویت کلامیدیایی در نوزادانی که با عفونت تماس یافته بودند همراه بوده است.هزینه سالانه عوارض عفونت کلامیدیایی نوزادی در آمریکا توسط Wachington وهمکاران(۱۹۸۷)تقریباً معادل ۵۳ میلیون دلار تخمین زده شده است.طبق گزارش Schachter (۱۹۸۹)آزمون فلورسنت آنتی بادی مستقیم وآزمون ایمنوآسی آنزیم به اندازه ۸۵ درصد حساس و ۹۸ درصد اختصاصی هستند.در حال حاضر آزمایش بیماریابی پیش از تولید برای کلامیدیا تراکوماتیس مقرون به صرفه نبوده ،آزمونهای جدیدتر با پروبهای DNA وواکنش زنجیره پلیمرز می تواند ارزانتر و سریعتر به تشخیص برسد.در حال حاضر مرکز کنترل بیماریها(۱۹۹۳)توصیه می کند که آزمون تشخیصی کلامیدیا تراکوماتیس در صورت امکان در نخستین معاینه پیش ازتولید برای همه زنان باردار ومجددا در سه ماهه سوم در زنانی که بیشتر در مخاطره هستند انجام گیرد(۳-۵۹)برعکس انجمن متخصصین زنان ومامایی آمریکا(۱۹۹۴b)آزمایشات بیماریابی هدفدار را در تمامی جمعیتهای پر مخاطره توصیه می کند.

درمان

برنامه های دارویی رایج جهت درمان عفونت کلامیدیایی در زنان باردار در جدول ۴-۵۹ مشخص شده اند. اریترومایسین به میزان ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۴ بار در روز حداقل ۷ روز، روش درمانی توصیه شده در بارداری می باشد (مرکز کنترل بیماریها، ۱۹۹۳). برای زنانی که به خاطر عوارض گوارشی قادر به تحمل اریترومایسین نیستند مقدار دارو را به نصف رسانیده به مدت درمان را دوبرابر می کند در یک تحقیق تصادفی و آینده نگر آموکسی سیلین و اریترومایسین در درمان کلامیدیا تراکوماتیس در بارداری که توسط Silvermen و همکاران (۱۹۹۴) انجام شد آنها گزارش نمودند که میزان بهبودی برای آموکسی سیلین ۸۲ درصد و برای اریترومایسین ۸۵ درصد می باشد. همانگونه که انتظار می رفت، اثرات جانبی با مصرف آموکسی سیلین کمتر بوده است (۱۳ در برابر ۳۲ درصد). Alary و همکاران (۱۹۹۴) گزارش کردند که میزان شکست درمان عفونت کلامیدیایی دوره بارداری بوسیله آموکسی سیلین برابر با ۲ درصد است. wchbeh و همکاران (۱۹۹۶) در یک تحقیق بالینی تصادفی گزارش نمودند که Azithromycin، ۹۶ درصد میزان بهبودی در زنان باردار دارد. rosenن و همکاران ۱۹۹۶ نیز نتایج مشابهی را اعلام نمودند از اریترومایسین جز دسته b طبقه بندی می شود و کارایی آن در زنان غیر

باردار بزرگسال برای عفونتهای کلامیدیایی به صورت دوز منفرد یک جنین اثبات شده (Johnson, ۱۹۹۱). اریترومایسین استولات و تتراسیکلینها را نباید در بارداری مصرف نمود. شرکای جنسی بیمار در ۳۰ روز قبل از ویزیت باید معاینه شده و برای عفونت کلامیدیایی درمان شوند.

لنفوگرانولوم ونروم

سروتیپهای لنفوگرانولوم ونروم (LGV) کلامیدیا تراکوماتیس سبب ایجاد لنفوگرانولوم ونروم می شوند. عفونت تناسلی اولیه زودگذر بوده و به ندرت تشخیص داده می شود. ادنیت اینگوینال ممکن است بروز کرده و گاه منجر به چرکی شدن می گردد. در نهایت عروق لنفی دستگاه تناسلی تحتانی و بافتهای دوررکتوم ممکن است دچار اسکروز و فیبروز شوند که خود باعث الفانتیاز فرج و بویژه تنگی شدید رکتوم می گردند. تشکیل فیستول در رکتوم، میاندوراه و فرج نیز می تواند مشکل ساز باشد. در خلال بارداری از اریترومایسین یا سولفیسوکسازول به مقدار ۵۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز و به مدت ۲۱ روز استفاده می شود (مرکز کنترل بیماریها، ۱۹۹۳). برخی از این عفونتها که نویسندگان در بیمارستان پارکلند با آنها روبرو شده اند به شکل دراز مدت وجود داشتند و پاسخ آنها به داروهای ضد میکربی متعدد که در یک مورد

شامل اریترومایسین سولفا متوکسازول، تترا سیکلین و کلرامفنیکل بوده،
ضعیف بوده است.

عفونتهای ویروس هرپس ساده

درمان عفونت دستگاه تناسلی مادر با ویروس هرپس (Herpes simplex)
در بارداری برای پزشک متخصص زنان دشوار و ناامید کننده است. امروزه
هیچگونه آزمون تشخیصی فوری جهت عفونت هرپس وجود ندارد. علاوه بر
این اطلاعات بسیار کمی جهت ارزیابی خطرات تهدید کننده نوزادانی که در
معرض عفونت مادری قرار می گیرند وجود دارد .

ویروس شناسی

بر اساس تفاوتهای ایمونولوژیک و بالینی، دو نوع ویروس هرپس
سیمپلکس (HSV) شناسایی شده است. ویروس نوع یک که مسئول بیشتر
عفونتهای غیر تناسلی هرپس بوده اما بطور نادر، دستگاه تناسلی را نیز
گرفتار میکند. نوع دو که تقریباً همیشه از دستگاه تناسلی جمع آوری شده و در
بیشتر موارد با تماس جنسی منتقل می گردد. وقوع آنتی بادهای اختصاصی
نوع دو در اثر ازدیاد سن افزایش یافته و در گروههای مختلف جمعیتی فرق
می کند. در غیاب آنتی بادی، تماس جنسی با فرد مبتلا به ضایعه فعال هر
پس در بیشتر موارد منجر به بیماری هرپس علامت دار خواهد شد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: HASAN
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:38:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/1/2012 10:38:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 26
Number of Words: 3,853 (approx.)
Number of Characters: 21,965 (approx.)