

بیماری‌های زنان

برک و نواک ۲۰۲۵ | جلد اول

ویراستار

دکتر فاطمه داوری تنها

ترجمه

دکتر فاطمه داوری تنها فلوشیپ ناباروری، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهبد ابراهیمی فلوشیپ ناباروری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر راضیه اکبری فلوشیپ ناباروری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر الهام شبیر علی فلوشیپ انکولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر ونوس حاج علی اکبر فلوشیپ ناباروری

دکتر حورا آموزگار فلوشیپ ناباروری دانشگاه علوم پزشکی قم

دکتر فاطمه صالحی فلوشیپ لاریاراسکوبی دانشگاه تهران

دکتر حمیده پاک نیت فلوشیپ ناباروری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

دکتر سارا رامهرمزیان فلوشیپ انکولوژی

دکتر فاطمه قاسم زاده فلوشیپ ناباروری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

پیش‌گفتار

امیل نواک دانش آموخته دانشگاه و بیمارستان جان هاپکینز کتاب مرجع زنان را برای نخستین بار در سال ۱۹۴۱ به چاپ رساند، که برای سالیان طولانی این کتاب همچنان کتاب رفرنس استاندارد در این زمینه باقی مانده. چاپ چهاردهم این کتاب که در سال ۲۰۰۷ به چاپ رسید، از عنوان «Textbook ژنیکولوژی» به «ژنیکولوژی برک و نواک» تغییر نام یافت؛ که علت بزرگداشت هر دو استاد محترم دکتر جاناتان اس‌برک و دکتر نواک بوده است. همکاری بارز این دو بزرگوار و تنظیم مجدد کتاب طی سالیان ماقبل و چاپ‌های قبلی باعث زنده‌ماندن و مرجع‌بودن کتاب برای پزشکان جوانتر گردید. این کتاب به عنوان یکی از مهم‌ترین کتاب‌های مفهومی مرجع با همان نظم و ترتیب در این زمینه باقی مانده، تا اینکه به چاپ هفدهم رسید. در چاپ هفدهم، دکتر برک مجدداً از تعدادی از پزشکان و محققین برجسته در حیطه‌کاری خود، دعوت به همکاری نمود. با استفاده از این افراد دانش با بصیرت و تجارب بارزش آنها، درمان مفهومی در کار بالینی روزانه پربارتر گردید؛ در ضمنی که چشم به پیشرفت‌های آینده در زمینه علمی و عملی بیماری‌های زنان و رشته‌های تخصصی‌تر آن هم داشته است. پیشرفت‌های جدید در تحقیقات و درمان بالینی با جزئیات در کتاب گنجانده شد. به عنوان مثال، برای بسط موضوعات اختصاصی‌تر، فصول مربوط به ترمیم لگن و اوروگاینکولوژی هم با توجه به نیاز موجود اضافه شدند. همچنین، در خصوص اعمال جراحی با حداقل تهاجم، فصل مربوط به آندوسکوپی، هیستروسکوپی و جراحی با روبات کامل‌تر گردید. جای تعجب نیست که با توجه به تجارب و زمینه کاری دکتر برک در حیطه انکولوژی، این فصول بلامنازع مرجع مهمی در انکولوژی زنان در این کتاب باقی مانده‌اند. در فصول مربوط به علوم پایه؛ به زیبایی اصول کار بالینی را با درک تغییرات مهم اتفاق افتاده در طب بالینی آمیخته و بیان شده است. دلسوزی و حساسیت به طور بارزی در تمام کارها، به خصوص در موارد مرتبط با مسائل جنسی مورد تأکید بوده است. سایر قسمت‌های قبلی به همان ترتیب سنتی با افزودن اطلاعات جدید کاربردی که باعث ارائه خدمات درمانی بهتر به بیماران می‌گردد، سر جای خود قرار دارند. یک جنبه جذاب دیگر، افزودن توضیحات و طرح‌ها و تصاویر تمام رنگی به متن کتاب است، که باعث افزایش وضوح و درک متن گردیده است. افرادی که در زمینه بیماری‌های زنان کار می‌کنند، چه پزشکان بالینی و چه محققین، همگی در خصوص بهتر شدن شرایط زنان کمک می‌کنند. به عنوان یک وسیله آموزشی و یک مرجع، چاپ جدید کتاب زنان برک و نواک، همانند قبل، در راستای تحقق این اهداف نقش بسیار ارزشمندی خواهد داشت.

ایساک شیف

استاد ممتاز جو وینسنت

دانشگاه پزشکی هاروارد

مقدمه

اولین چاپ کتاب Textbook نواک در زنان، توسط دکتر امیل نواک از بیمارستان و دانشگاه جان هاپکینز، موفقیت فراوان به دست آورده و یک مرجع بین‌المللی مهم در زمینه زنان گردید. کتاب اول به تدریج غنی‌تر شده و چهارچوب مفید بالینی آن حفظ گردیده و در چاپ هفدهم با افزودن توضیحات و اشکال تمام رنگی ارزشمندی آن بیشتر هم شده است.

با توجه به چاپ‌های پیشین، هدف اصلی ایجاد خلاصه‌ای مفهومی قابل استفاده توسط متخصصین زنان است. تمام فصول با توجه به اطلاعات و منابع جدید موجود مورد بازبینی قرار گرفته‌اند. توضیحات و تصاویر به روز شده و اطلاعات بیشتری را در دسترس خواننده قرار می‌دهند.

این کتاب توسط دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز تنظیم شده و البته همکاری سایر مراکز بزرگ در آن ادامه دارد. بعد از چاپ پنجم کتاب و درگذشت دکتر نواک در سال ۱۹۵۷، بسیاری از پزشکان جان هاپکینز، و اعضای دانشکده و اندرلیت به دکتر آر. نواک کمک کردند تا چاپ نهم در سال ۱۹۷۹ به بازار آمد. دکتر هاوارد جونز و دکتر سیگار جونز در چاپ دهم در سال ۱۹۸۱؛ دکتر هاوارد جونز، دکتر لونی برنت و آن کولستون و نتر در چاپ یازدهم در سال ۱۹۸۸ مشارکت داشتند. این نویسندگان با کمک اعضاء دانشکده جان هاپکینز به خصوص دکتر دونالد و وندروف و دکتر کونراد جولیان در نیمه دوم قرن بیستم ادامه چاپ کتاب را ممکن ساختند. این پزشکان روش کار بالینی در زنان، چه جراحی و چه درمان طبی، اندوکرینولوژی تولیدمثلی، روش‌های کمک باروری نوین، انکولوژی زنان، اوروگایینولوژی و بیماری‌های عفونی را دسته‌بندی نمودند و اینجانب، به عنوان یک فارغ‌التحصیل دانشگاه جان هاپکینز افتخار شرکت در این میراث غنی را داشته‌ام.

کتاب زنان برک نواک عنوان چاپ هفدهم کتاب بوده که در ۸ بخش تنظیم گردیده است. اولین بخش در مورد اصول کار بالینی با ارزیابی اولیه بیمار، گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی و برقراری ارتباط با بیمار شروع می‌شود. در این بخش اصول اخلاقی کار بالینی، ارزیابی و بهبود خدمات ارائه شده و اپیدمیولوژی در بیماری‌های زنان، اصول پایه، آناتومی اختصاصی و جنین‌شناسی، بیولوژی مولکولی و ژنتیک و فیزیولوژی تولیدمثل مورد بحث قرار گرفته‌اند. در بخش دوم، بلوغ، ژنیکولوژی کودک و نوجوان و بالغین و بیماری‌های خوش‌خیم دستگاه تولیدمثلی و ارزیابی عفونت‌های لگنی، فیبروئیدهای رحمی، درد و بیماری‌های داخل‌ای تلیالی و عملکرد تولیدمثلی از بلوغ تا پائستگی و ارزیابی بیماری‌های خوش‌خیم را شامل می‌شود. فصل جدیدی در این بخش اضافه شده که بر روی موضوع حساس خشونت بر علیه زنان و تجاوز جنسی و عواقب آن بحث می‌کند. در بخش سوم مراقبت‌های اولیه و روش‌های پیشگیری و غربالگری، روش‌های کنترل ضد بارداری و مسائل جنسی و روانی مورد بحث قرار گرفتند. بخش چهارم جراحی‌های ژنیکولوژی، مراقبت‌های قبل از عمل و مدیریت جراحی بیماری‌های خوش‌خیم ژنیکولوژی با استفاده از اندوسکوپی، هیستریکتومی و روباتیک بحث می‌شود. بخش پنجم به اوروگایینولوژی مجاری ادراری، پرولاپس و مسایل آنورکتال می‌پردازد. بخش ششم، مسایل مربوط به ابتدای بارداری مثل سقط و حاملگی خارج از رحمی را مرور می‌کند. بخش هفتم اندوکرینولوژی تولیدمثل و ناباروری و خلاصه‌ای از درمان آمنوره و بیماری‌های اصلی اندوکرین و نازایی را پوشش می‌دهد. انکولوژی زنان در خصوص بدخیمی‌های دستگاه تناسلی و پستان در بخش هشت بررسی شده‌اند.

من به ویژه از ادیتور با استعداد کتاب Deborah berek تشکر می‌کنم که با علاقه در کل این پروژه از ابتدا تا پروف نهایی من را کمک و همراهی کردند و نیز از کلیه همکاران در انتشارات Lippincott Williams & Wilkins و به ویژه Charley Mitchell که از نظر من بهترین ادیتور در چاپ کتب پزشکی است و با کمک او من بیش از ربع قرن کار کرده‌ام. همچنین از افراد فراوان دیگری که در تهیه این کتاب همکاری کردند مثل Kayla Smull و Ashley Fischer برای تلاش‌های ارزشمندشان در طی روند ادیتوری تشکر می‌کنم. من از تلاش فوق‌العاده Chris Miller در Aptara تشکر می‌کنم که با مهارت همراه من در طراحی نهایی صفحات فعالیت داشته و فرمت کردن کتاب را انجام داد، تشکر و قدردانی خود را از Tim Hengst که تصویرساز کتب پزشکی است، برای تصاویر عالی و تصاویر آناتومیک و طراحی زمینه کتاب در تمام چاپ‌ها اعلام می‌دارم. از تلاش‌های اساتید عزیزم Drs. J. Donald و Dean Sherman Mellinkoff و Woodruff و Kenneth J. Ryan و J. George Moore و William J. Dignam تقدیر می‌کنم و از دکترها Isaac Schiff و Beverly Mitchell و استاد Emeritus Philip Pizzo تشکر می‌کنم. هر یک از این اساتید و پزشکان راهنمایی و تشویق من در این راه را بر عهده داشتند تشکر ویژه از Laurie Lacob، Nicole Kidman، Keith Urban، Trisha Yearwood و Garth Brooks برای حمایت‌شان از مرکز سرطان‌های زنان استنفورد و برای کمک و حمایت‌شان از این پروژه اعلام می‌دارم.

بعد از ۱۲ سال ریاست دپارتمان زنان و مامایی در دانشگاه استنفورد، من در سال ۲۰۱۷ از این سمت کناره‌گیری کردم تا دیگر فعالیت‌های آکادمیک را در دانشکده پزشکی ادامه دهم. روح همکاری و از خودگذشتگی در دانشگاه استنفورد باعث حمایت فعالیت‌های مرتبط با سلامت زنان شد و منبع الهامی برای من بود. من شخصاً از افراد فراوانی که در شکل‌گیری این کتاب نقش داشته‌اند، تشکر می‌نمایم. چاپ این کتاب شش سال از وقت من را در دانشگاه استنفورد گرفت. روح بخشش و التزام به حفظ سلامتی زنان باعث حمایت همکاران من در دانشگاه استنفورد گردید. کمیته‌های محلی خارج از دانشگاه نیز در این وظیفه‌شناسی نقش داشتند و من شخصاً از آنها ممنونم که نوع دیگری از حمایت را در اختیار زنان و خانواده‌های آنها قرار دادند. من امیدوارم که متخصصین زنان در تمام دنیا به اثرگذاری مثبت در تأمین و حفظ سلامتی زنان ادامه داده و آرزومندم که تلاش ما برای همه زنان مفید بوده و در کاهش تعداد افراد درگیر با بیماری‌های زنان نقش داشته و همچنین این کتاب بتواند کمک و منبع الهامی برای تمامی متخصصین این رشته باشد.

جاناتان اس. برگ

پروفسور لوری کراس لاکوب

دانشکده پزشکی استنفورد

مقدمه مترجم

بنام خدا

کتاب حاضر که بیش از نیم قرن اخیر به عنوان کتاب مرجع در بیماری‌های زنان در سراسر دنیا مورد توجه بوده است، در ایران نیز همگام با آخرین چاپ کتاب مورد توجه قرار گرفته تا راحت‌تر و قابل فهم‌تر در دسترس فعالان این عرصه قرار گیرد. در چاپ جدید به موضوع حساس خشونت علیه زنان و سوءاستفاده توجه شده که در هیچ‌یک از دیگر کتب مرجع زنان این موضوع تاکنون به لحاظ علمی بحث نشده و از نظر من مطالعه این فصل برای تمام دست‌اندرکاران سلامت زنان لازم و مفید است. خدا را شاکرم که برای چهارمین بار فرصتی به ما عطا فرمود که قدمی کوچک در جهت خدمت به جامعه پزشکی کشور و سلامت زنان ایران برداریم. در ترجمه چاپ هفدهم کتاب در نهایت رعایت امانتداری تلاش شده است که مطالب با نثری شیوا و حداقل اشتباه به فارسی برگردانده شود. تمامی متن ترجمه شده چندین بار مورد ویرایش قرار گرفته تا لغزش‌های احتمالی به حداقل برسد.

در نهایت از زحمات و همکاری کلیه همکاران انتشارات آرتین طب تشکر می‌نمایم و آرزوی موفقیت و سرفرازی برای همه این دوستان دارم.

دکتر فاطمه داوری تنها

استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

آذر ۱۴۰۴

فهرست مطالب

بخش ۱ - اصول کار بالینی	۱۱
فصل ۱ - اصول مراقبت از بیماران	۱۲
فصل ۲ - ارزیابی اولیه و نحوه برقرارسازی ارتباط با بیمار	۲۵
فصل ۳ - کیفیت، ایمنی و بهبود عملکرد	۴۵
فصل ۴ - تحقیقات بالینی	۵۸
فصل ۵ - آناتومی و جنین‌شناسی	۷۳
فصل ۶ - بیولوژی مولکولی و ژنتیک	۱۳۴
فصل ۷ - فیزیولوژی تولیدمثل	۱۶۷
بخش ۲ - مباحث ژنیکولوژی	۱۹۵
فصل ۸ - بلوغ	۱۹۶
فصل ۹ - ژنیکولوژی اطفال و نوجوانان	۲۴۳
فصل ۱۰ - ژنیکولوژی بزرگسالان	۲۸۲
فصل ۱۱ - فیبروئید رحمی	۳۲۶
فصل ۱۲ - درد لگن و قاعدگی دردناک	۳۷۰
فصل ۱۳ - اندومتریوز	۴۱۳
فصل ۱۴ - تنظیم خانواده	۴۶۲
فصل ۱۵ - عفونت‌های ادراری تناسلی و منتقله از راه تماس جنسی	۵۳۱
فصل ۱۶ - بیماری‌های داخل‌اپی‌تلیال سرویکس، واژن و ولو	۵۴۸
فصل ۱۷ - سکسوالیتی، اختلال عملکرد جنسی	۵۸۵
فصل ۱۸ - یائسگی	۶۲۰
فصل ۱۹ - بیماری‌های خوش‌خیم پستان	۶۴۳
فصل ۲۰ - خشونت بر علیه زنان و دختران خشونت جنسی	۶۷۳
بخش ۳ - مراقبت‌های طبی اولیه	۶۹۱
فصل ۲۱ - مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و بیماریابی	۶۹۲
فصل ۲۲ - مراقبت‌های اولیه	۷۰۴
فصل ۲۳ - مشکلات شایع روان‌پزشکی	۷۳۶
فصل ۲۴ - طب تکمیلی	۷۶۶

بخش ۱

اصول کار بالینی



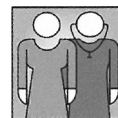
فصل ۱ اصول مراقبت از بیماران

Sharmilee Korets, Joanna M. Cain, Susan L. Zweizig



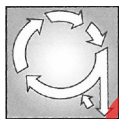
فصل ۵ آناتومی و جنین شناسی

Shannon L. Wallace, Eric R. Sokol



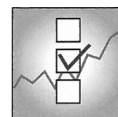
فصل ۲ ارزیابی اولیه و نحوه برقرارسازی ارتباط با بیمار

Erica P. Cahill, Paula J. Adams Hillard



فصل ۶ بیولوژی مولکولی و ژنتیک

Oliver Dorigo, Ravali A. Reddy, Jonathan S. Berek



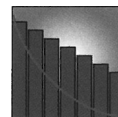
فصل ۳ کیفیت، ایمنی و بهبود درمان

John P. Keats



فصل ۷ فیزیولوژی تولیدمثل

Steven F. Paller, Juan Luis Giraldo Moreno

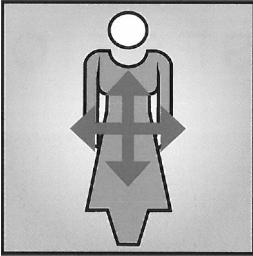


فصل ۴ تحقیقات بالینی

Maureen G. Phipps, Kristen A. Matteson

فصل ۱

اصول مراقبت از بیماران



Sharmilee Korets, Joanna M. Cain, Susan L. Zweizig

پزشک و بیمار: رفتار حرفه‌ای

بازگویی خطاهای پزشکی و پیامدهای ناخواسته
محرم‌انگی

نگهداری پرونده

ملاحظات قانونی

رضایت‌نامه آگاهانه و تصمیم‌گیری مشترک

اتونومی (خودمختاری)

افراد جایگزین برای تصمیم‌گیری بیمار

فوائد و عدم آسیب رساندن

بی‌فایده بودن درمان طبی

کیفیت زندگی

ارتباطات حرفه‌ای

چالش‌های سود

پرداخت‌کنندگان مراقبت بهداشتی

مسائل قانونی

تعرض (همه)

مدیریت استرس، فرسودگی شغلی و پیشگیری

جامعه و طب

عدالت اجتماعی و تخصیص منابع در شرایط اضطراری

اصلاح نظام سلامت

نکات کلیدی

سلامت جنبه‌های مهمی از بیمار محوری است و مراقبت پزشکی موثر، عادلانه و منطبق با نیازهای فردی و جمعیتی را فراهم می‌آورد.

6 فراهم کردن فرهنگ ایمنی در مواردی که مراقبت ارائه می‌شود، احترام متقابل و ارتباطات باز، رعایت استانداردهای رفتار حرفه‌ای، افشاء پیامدهای نامطلوب به صورت شفاف سبب سودرساندن به بیمار و خانواده او شده و محیط کاری را برای ارائه‌دهندگان مراقبت بهبود می‌بخشد.

7 پیشگیری از فرسودگی شغلی و حفظ سلامت پزشک مسئولیت اخلاقی سیستم مراقبت بهداشتی است و برای روابط همراه با امانت‌داری بین پزشک و بیماران یک امر ضروری است.

1 برخورد حرفه‌ای اساس مراقبت از بیماران است و مهارتی است که لازم است به طور پیوسته با تکنیک‌ها و پروتکل‌های تازه فرا گرفته شود.

2 قوانین مربوط به رازداری پزشک را از فاش کردن اطلاعات مربوط به بیمار باز می‌دارد مگر این که بیمار اجازه بدهد.

3 رضایت‌نامه روندی است که پزشک در طی آن بیمار را در مورد وضعیت بیماری آگاه می‌سازد ارزش‌های مورد نظر بیمار را می‌سنجد و وی را در مورد خطرات و منافع درمان و جایگزین‌های درمانی آگاه می‌سازد.

4 مفهوم خود مختاری به بیمار اجازه نمی‌دهد از دریافت درمان مناسب سرباز زند.

5 شناخت تنوع فرهنگی و عوامل اجتماعی تعیین کننده

PCOS به طور متوسط افزایش یابند و دستیابی به تشخیص را دشوارتر سازد.

۴. جهت بیماریابی CAH، $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون در صبح زود باید اندازه گیری شود.
۵. در زنانی که سیکل قاعدگی منظم دارند، اندازه گیری $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون باید فقط در فاز فولیکولی انجام شود، زیرا مقادیر پایه آن در میانه سیکل و فاز لوتال افزایش می یابد.

به نظر می رسد که اندازه گیری $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون در افرادی که احتمال بالای ابتلا به کمبود 21 هیدروکسیلاز دیررس غیرکلاسیک را دارند، ارزشمند باشد. در سفیدپوستان، شیوع ژن یک در 1000 است، ولی در میان یهودیان اشکنازی 1 در 27 ، بین هیسپانیک ها 1 در 40 ، در میان یوگسلاوها 1 در 50 و در بین ایتالیائی ها 1 در 300 است (۶۶). میزان بروز این اختلال در میان اسکیموها و کانادایی های فرانسوی الاصل نیز بیشتر است. راه دیگر آن است که بیماریابی را به نوجوانان مبتلا به هیرسوتیسم که با ویژگی های «تپیک» کمبود 21 هیدروکسیلاز غیرکلاسیک، شامل هیرسوتیسم شدید با شروع در سن بلوغ، «صاف شدن» پستان ها (یعنی از بین رفتن خصوصیات زنانه)، قد کوتاه تر از سایر اعضای خانواده و افزایش میزان DHEAS (بین 5000 تا 7000 نانوگرم در میلی لیتر)، محدود کرد. زنانی که سابقه فامیلی هیرسوتیسم، یا هیپرتانسیون دارند نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرند (شکل ۲۲-۸) (۴۰).

مقادیر پایه $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون مقادیر پایه $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون بالاتر از 800 نانوگرم در دسی لیتر عملاً تشخیص CAH را مسجل می کند. مقادیر بین 300 و 800 نانوگرم در دسی لیتر به آزمون تحریکی توسط کورتیکوتروپین نیاز دارند، تا میان PCOS و CAH افتراق گذاشته شود. آنچه موقعیت را پیچیده تر می کند، آن است که کمبود 21 هیدروکسیلاز غیرکلاسیک ممکن است، حتی زمانی که میزان پایه $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون زیر 300 نانوگرم در دسی لیتر است، نیز وجود داشته باشد، بنابراین در چنین مواردی نیز انجام آزمون تحریکی ضرورت می یابد.

موارد افزایش یافته است، گرچه میزان آندروژن در حال گردش در تعدادی از زنان مبتلا نزدیک به حد بالای محدوده طبیعی قرار دارد.

۴. در زنان فاقد تخمک گذاری، میزان استرون به طور مشخص بیش از استرادیول است.
۵. از آنجا که میزان استروژن در حال گردش در PCO کاسته نمی شود و میزان آندروژن تنها اندکی افزایش می یابد، دختران مبتلا هنگام بلوغ تغییرات زنانه و مردانه، هر دو را نشان می دهند. این دو ویژگی مهم این سندرم است زیرا دختران مبتلا به اشکال کلاسیک CAH که دچار بلوغ زودرس نمی شوند (و حتی آنهایی که بلوغ زودرس پیدا می کنند) تنها در زمان بلوغ تغییرات مردانه را نشان می دهند (یعنی پستان ها در آنها ایجاد نمی شود).
۶. ممکن است درجانی از مقاومت به انسولین، حتی در غیاب عدم تحمل آشکار نسبت به گلوکز، وجود داشته باشد (۷۴).
۷. سندرم پلی کیستیک به طور شایع اما نه همیشه در سونوگرافی تظاهر می یابد.

تشخیص افتراقی و ارزیابی

افتراق PCOS از اشکال غیرکلاسیک CAH دشوار است (۷۰). ارزیابی به ترتیب زیر انجام می گیرد:

۱. برخی از پزشکان اندازه گیری $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون را در تمامی زنان مبتلا به هیرسوتیسم توصیه می کنند. با آنکه مقادیر $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون در افراد مبتلا به کمبود 21 هیدروکسیلاز کلاسیک بیش از 100 برابر میزان طبیعی است، اما ممکن است این افزایش در اشکال دیررس غیرکلاسیک اختلال رخ ندهد.
۲. با اندازه گیری $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون می توان زنانی را شناسایی نمود که به اشکال گوناگون کمبود 11 هیدروکسیلاز مبتلا هستند.
۳. مقادیر پایه DHEAS و نیز $17-\alpha$ هیدروکسی پروژسترون ممکن است در بیماران مبتلا به



شکل ۲۱-۸ (ادامه). C. ۱۷ ساله.

تحریک توسط کوزینوتروپین، بیماران مبتلا به اشکال غیرکلاسیک کمبود 3β -HSD شناسایی می‌شوند.

مقادیر بالای 17α -هیدروکسی پروژسترون موجود در تمامی اشکال کمبود 21 -هیدروکسیلاز به سرعت با تجویز کورتیکوئیدهای خارجی سرکوب می‌شوند، حتی یک دوز منفرد گلوکوکورتیکوئید نظیر دکزامتازون قادر است 17α -هیدروکسی پروژسترون را در CAH سرکوب کند، اما این امر در نئوپلاسم‌های ویریلیزان تخمدان و آدرنال رخ نمی‌دهد.

هیرسوتیسم

پیشنهاد می‌شود بلوک گیرنده آندروژن به عنوان درمان اولیه کمبود 21 -هیدروکسیلاز غیرکلاسیک بر گلوکوکورتیکوئیدها ارجحیت داشته باشد (۷۴). با آنکه قاعدگی معمولاً (اما نه همیشه) مدت کوتاهی پس از شروع درمان با گلوکوکورتیکوئیدها منظم می‌شود، اما به اثبات رسیده است که هیرسوتیسم در این اختلال به میزان قابل ملاحظه‌ای به گلوکوکورتیکوئیدها مقاوم است. سیکل‌های دارای تخمک‌گذاری معمولاً بعد از درمان مناسب ایجاد نمی‌شود و

آزمون تحریکی توسط کوزینوتروپین

متداول‌ترین آزمون تحریکی که مورد استفاده قرار می‌گیرد عبارت است از اندازه‌گیری 17α -هیدروکسی پروژسترون ۳۰ دقیقه پس از تزریق یکباره 250 میکروگرم کوزینوتروپین سنتتیک (Cortrosyn) (۷۳). در زنان طبیعی این میزان به ندرت از 400 نانوگرم در دسی‌لیتر تجاوز می‌کند. در بیماران مبتلا به کمبود 21 -هیدروکسیلاز مقادیر حداکثر آن به 3000 نانوگرم در دسی‌لیتر یا بیشتر از آن می‌رسد. میزان 17α -هیدروکسی پروژسترون در بیماران مبتلا به کمبود 21 -هیدروکسیلاز غیرکلاسیک، معمولاً به 1500 نانوگرم در دسی‌لیتر یا بیشتر از آن افزایش می‌یابد. میزان حداکثر در حاملین هتروزیگوت به تقریباً 1000 نانوگرم در دسی‌لیتر می‌رسد. در زنان مبتلا به هیرسوتیسم و هیپرتانسیون، میزان 11 -داکسی‌کورتیزول را نیز می‌توان هنگام آزمون اندازه‌گیری کرد. اگر میزان 11 -داکسی‌کورتیزول و 17α -هیدروکسی پروژسترون هر دو، افزایش یافته باشند، کمبود نادر 11 -هیدروکسیلاز وجود دارد. تنها با اندازه‌گیری چندین پیش‌ساز استروئیدی پس از

بویی و اکائین ۲۵/۰٪ اثبات می‌شود. بیماران معمولاً بهبود بلافاصله علائم را بعد از تزریق گزارش می‌کنند و حداقل ۵۰٪ بیماران بهبودی را تجربه می‌کنند که بیش از چند ساعت برای یک یا دو هفته باقی می‌ماند.

درمان

بسیاری از بیماران ممکن است نیاز به مداخله بیشتری پس از یک سری بلوک هفته‌ای و اجتناب از فعالیت‌های منجر به فشار بر عصب نداشته باشند. پاره‌ای از بیماران نیاز به فیزیوتراپی و یا دارو دارند تا شلیک عصب (nerve firing) تنظیم کاهشی شود. داروها برای درد نوروپاتیک مثل ضد دردهای موضعی، ضد تشنج یا ضد افسردگی اغلب مؤثر هستند. فیزیوتراپی در نوروپاتی پودبال در مواردی مؤثر است که منجر به عملکرد غیرطبیعی لواتور یا عضله ابتوراتور داخلی شود. اگر تزریق و دیگر رویکردهای دارویی بهبود محدودی در درد ایجاد کنند و هیچ عامل احشایی یا سایکولوژیک همراه آن وجود نداشته باشد، برداشتن فشار توسط جراحی از روی عصب مبتلا ممکن است توصیه شود.

درد میوفاشیال

درد میوفاشیال عضلات دیواره شکم یا کف لگن معمولاً در ارزیابی CPP فراموش می‌شود. سندرم درد میوفاشیال (MPS) شامل درد ناشی از نقاط تریگر در عضله اسکلتی و فاشیا است. نقطه تریگر میوفاشیال "یک کانون افزایش تحریک‌پذیری دردناک درون یک ضخیم‌شدگی طنابی شکل سفت، در یک یا چند ناحیه از عضلات اسکلتی یا فاشیای همراه" است (۱۳۹). پاتولوژی داخل شکمی، اضافه‌بار عضلانی و ترومای مستقیم می‌تواند منجر به گسترش نقاط تریگر شود اما برای پیدایش یا وجود این نواحی ضروری نیست. براساس یک مطالعه، ۷۵-۱۳٪ زنان مبتلا به CPP حساسیت میوفاشیال لگنی و/یا نقاط تریگر دارند (۱۴۰). درد عضلات کف لگن می‌تواند ناشی از ترومای جراحی، وضعیت نامناسب هنگام ایستادن یا نشستن، یبوست شدید یا پاسخ‌های رفلکس احشایی سوماتیک می‌باشد. این عضلات عصبدهی ساکرال و توراکولومبار را با سیستم تولیدمثلی، دستگاه گوارش و ادراری به اشتراک می‌گذارند که می‌تواند منجر به درد در کف لگن و دیواره شکم

شود (۱۴۱). نقاط تریگر در عضله و در ناحیه درد ارجاعی ارگان مربوط نمو می‌یابند، و به نوبه خود نقطه تریگر منجر به احساس پری در شکم، نفخ، تورم و گاز می‌شود. IBS، IC/PBS، اندومتريوز، و ولودینیا همراه با اختلال عملکرد کف لگن و نقاط تریگر هستند و بسیاری از زنان با این تشخیص مبتلا به درد میوفاشیال مزمن منتشر یا فیبرومیالزی هستند و یا در آینده خواهند شد (۱۴۲). نقاط تریگر در رکتوس شکمی تحتانی بین ناف و سمفیز در زنان مبتلا به دیسمنوره شدید پیدا می‌شوند.

علائم

شرح حال باید سوءمصرف، زورزدن‌های مکرر، آسیب‌ها و اشکال در چگونگی نشستن و ایستادن را که می‌توانند منجر به ایجاد نقاط تریگر میوفاشیال در دیواره شکم و پشت و کف لگن شود مشخص نماید. سابقه IBS، IC/PBS یا اندومتريوز، بررسی دقیق درد دیواره شکم و درد میوفاشیال کف لگن را ضروری می‌سازد. درد میوفاشیال کف لگن و دیواره شکم با فعالیت یا تحریک درماتوم نقاط تریگر تشدید می‌شود. (برای مثال، مثانه پر، روده، فاز لوتئال یا قاعدگی، هر محرکی در ارگان‌هایی که درماتوم مشترک با عصب درگیر دارند) (۱۴۲).

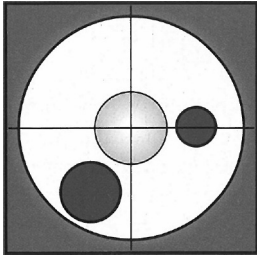
نشانه‌ها

ارزیابی عضله لگن شامل عضلات داخلی و خارجی است. علاوه بر تست برای حساسیت، بررسی قدرت عضلانی برای ماهیچه‌های درگیر در حالت زورزدن (squeeze) و بالابردن (lip-T) و همچنین بررسی عملکرد مهم هستند (۱۴۳). متأسفانه تکنیک‌ها برای شناسایی نقاط تریگر کف لگن استاندارد نیست و توصیف و بررسی تشخیصی سیستم عضلانی اسکلتی را مشکل می‌سازد.

درمان

ماساژ درمانی سبب بهبود درد در برخی موارد می‌شود. "آزادسازی میوفاشیال" یک ماساژ قوی خاص است که مؤثر است (۱۳۹) بسته به محل نقاط تریگر میوفاشیال، فیزیوتراپی کف لگن اندیکاسیون دارد (۱۴۳ و ۱۴۴). فیزیوتراپی شامل تکنیک‌های دستی برای غیرفعال

فصل ۱۹



بیماری‌های خوش خیم پستان

Ton Wang, Armando E. Giuliano

تشخیص	آبسه غیرشیردهی
شرح حال	آبسه زیر آرنج و فیستول مابری شیری
معاینه فیزیکی	ماستیت کمر انولوماتوز
رؤیت	بیماری ماندور
لمس	درد پستان (ماستالژی)
معاینه پستان توسط خود بیمار	انواع ماستالژی
تصویربرداری پستان	درمان ماستالژی
ماموگرافی	ماکروماستی
سونوگرافی	اختلالات کمپلکس آرنج - نیپل
ارزیابی بافت پستان: بافت‌شناسی و سلول‌شناسی	ترشح از نیپل
بیوپسی توده‌ای با سوزن (CNB)	ارزیابی ترشحات نوک پستان
ارزیابی هیستولوژیکی	پاپیلوما پستان
بیماری‌های خوش خیم پستان	داکتال اکتازی
توده پستان	فرورفتگی نیپل به داخل و چرخش آن
تغییرات فیبروکیستیک	آدنوم نیپل
یافته‌های بالینی در بیماری فیبروکیستیک	بافت پستان فرعی
تشخیص‌های افتراقی	اختلالات ماموگرافیک خوش خیم
تست‌های تشخیصی	ماستوپاتی دیابتیک / ماستیت لنفوسیتیک
تغییرات فیبروکیستیک و شانس بروز سرطان پستان	هیپرپلازی استرومایی سودوآثریوماتوز
اقدامات در تغییرات فیبروکیستیک	آدنوز اسکلروزان
ضایعات فیبروای تلیال	ضایعات خطرناک
فیبروآدنوم	نئوپلازی لوبولار
فیبروآدنوم‌های متعدد	هیپرپلازی داکتال آتپیک
تومور فیلودوس	اسکارهای اریدال
نکروز چربی	اختلالات ناشی از بزرگ‌تر کردن پستان
درد	جمع‌شدگی کپسولی
ماستیت و آبسه پستان	پارگی ایمپلانت
ماستیت شیردهی و آبسه‌ها	ایمپلنت پستان - لنفوم سلول بزرگ آناپلاستیک همراه

ذهن به جسم در بیماران جراحی متغیر و گوناگون است، این تداخلات کم هزینه و کم خطر بوده، ممکن است سبب فواید واقعی برای بیماران شوند. همچنین با این روش‌ها بیماران احساس اختیار و کنترل بیشتری می‌کنند.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که به عنوان پزشک می‌خواهیم بهترین مراقبت را برای بیماران فراهم کنیم، مسئولیم که راجع به تمام انواع تریابی‌ها که ممکن است مفید باشند (صرف نظر از سیستم مبدأ) اطلاع‌رسانی کنیم.

این کار چالش بزرگی است چون سؤالات پاسخ داده نشده‌ای در مورد استفاده از مدالیته‌های تکمیلی - جایگزین وجود دارد. همچنین استانداردها تعیین نشده است. پزشک بایستی همراه با بیمار، نظرات شخصی‌اش در مورد به کار بردن تریابی‌های CIH را تعیین کند. بسیاری بیماران قبل از استفاده از هر روشی، به دنبال شواهد قطعی هستند. دیگران در صورت اطمینان به ایمنی نسبی یک روش، به دنبال شواهد نسبتاً قطعی (نه کاملاً قطعی) می‌باشند. با مرور سیستماتیک تریال‌های راندوم راجع به رویکردهای CIH در PMS، نویسندگان چنین نتیجه گرفتند که علیرغم بعضی یافته‌های مثبت، شواهد برای اثربخشی این روش‌ها قانع کننده نیستند. بسیاری تریال‌ها از نظر متدولوژی محدودیت دارند. برحسب شواهد کنونی، هیچ روش جایگزین یا تکمیلی نبایستی برای درمان PMS توصیه شود (۱۱۴). هرچند این نظریه جذاب است، ممکن است مورد علاقه بیماران نباشد. ما بایستی در مورد نیازمان به شواهد ثابت قدم باشیم. شواهد برای بکارگیری CIH بایستی در حد شواهد برای رویکردهای مرسوم باشد. همانند بسیاری تصمیم‌گیری بالینی که ناچاریم با اطلاعات ناکامل مدارا کنیم، فاکتورهای متعدد می‌بایستی در نظر گرفته شوند. فواید و خطرات احتمالی باید به دقت مورد بررسی قرار گیرند و همیشه شعار «ابتدا به عدم آسیب فکر کنید» را مدنظر قرار دهید. هم‌چنان که تحقیقات بیشتر انجام می‌شود و دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های دستکاری به تلفیق آموزش در مورد این رویکردها می‌پردازند، فاصله بین تمایلات بیمار و طب استاندارد کاهش خواهد یافت و درمان‌های مناسب‌تری به صورت یکپارچه توصیف می‌شوند و موارد بی‌فایده و تقلبی کنار گذاشته می‌شود.

بر ۱۹۱ مطالعه و بیش از ۸۶۰۰ بیمار بررسی شد. استفاده از رویکردهای جسم - ذهن مثل هیپنوز، رویاپردازی و ریلکسیون با کاهش از دست دادن خون، کاهش درد، کاهش مصرف دارو، افزایش بازگشت عملکرد روده، کاهش استرس روانی و کاهش ۱/۵ روزه مدت بستری همراه بود. در مطالعه کارآزمایی بالینی روی ۲۲۰ خانم که تحت بیوپسی اکسیزیونال برست یا لامپکتومی قرار گرفتند انجام ۱۵ دقیقه هیپنوز قبل جراحی در مقایسه با گروه کنترل در این گروه نیاز بیماران به پروپوفول و لیدوکائین کمتر بود و احساس درد، تهوع و نگرانی کمتر بود. به علاوه میزان هزینه‌ها در انستیتو پایین‌تر بود (۱۰۹). در مطالعه‌ای از ۲۴۱ بیمار که تحت پروسیجریهای تهاجمی قرار گرفتند و به گروه مراقبت استاندارد در مقابل توجه ساختارمند و گروه سلف هیپنوز قرار گرفتند، هیپنوز عمیق‌ترین اثر را بر روی درد و اضطراب و بهبود پایداری همدینامیک داشت (۱۱۰).

در مطالعه دیگری بیمارانی شرکت کرده بودند که با بیهوشی نخاعی تحت جراحی‌های سرپایی قرار می‌گرفتند. کسانی که به موسیقی آرام‌کننده گوش می‌دادند چه طی عمل چه در دوره زمانی اطراف عمل نیاز کمتری به سداتیو داشتند (۱۱۱).

در مطالعه‌ای شامل زنانی که هیستریکتومی می‌شدند، بیماران بی‌هوشی استاندارد دریافت کرده، به گروه‌های زیر راندوم شدند. موزیک طی جراحی، موزیک همراه با پیشنهادات مثبت یا صداهای اطاق عمل. در روز جراحی بیماران دو گروه اول به طور قابل ملاحظه‌ای بیهوشی کمتری دریافت می‌کردند. در روز اول پس از عمل، بیمارانی که طی جراحی موزیک شنیده بودند، آنالژزی مؤثرتر داشته، زودتر حرکت می‌کردند و در زمان ترخیص هر دو گروه مداخله ضعیف کمتری داشتند. هیچ تغییری در میزان تهوع و استفراغ عملکرد روده یا طول بستری وجود نداشت (۱۱۲). در یک مطالعه دیگر بر روی بیمارانی که تحت هیستریکتومی قرار گرفتند، بیماران به صورت تصادفی حین عمل به یکی از چهار نوار ضبط شده گوش دادند؛ پیشنهادات مثبت در مورد درد، یا تهوع و استفراغ یا هر دو یا صداهای زمینه‌ای اتاق عمل، پیشنهادات مثبت هیچ اثر مفیدی در کاهش تهوع و استفراغ یا مصرف ضد درد و ضد تهوع نداشتند (۱۱۳).

هر چند مطالعات و تداخلات در مورد رویکردهای