تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

فصل هفتم: عفونت‌های دستگاه تناسلی: واژینیت‌ها، سرویسیت، بیماری‌های آمیزشی، PID و سل؛ خشونت جنسی

فلور طبیعی واژن و واژینیت‌ها

اولویت مطالعه: ضروری ۲۱ تست آخر فصل

ترشح طبیعی: ترشح سفید یا شفاف، بی‌بو و بی‌خارش که از ریزش اپی‌تلیوم واژن، موکوس سرویکس، ترشح آندومتر و لوله و غده‌های بارتولن و اسکن و سباسه فراهم می‌شود؛ مقدارش در میانه چرخه، با استروژن و با تحریک جنسی بیشتر می‌شود.

۱- لاکتوباسیل‌ها (Lactobacillus) گونه غالب فلورند؛ با ساختن اسید لاکتیک و هیدروژن پراکسید، pH واژن را در سن باروری ۳٫۸ تا ۴٫۵ نگه می‌دارند و جلوی رشد بی‌هوازی‌ها را می‌گیرند.

۲- پیش از بلوغ و پس از یائسگی، با کمبود استروژن، گلیکوژن اپی‌تلیوم و لاکتوباسیل کم و pH بالاتر از ۴٫۵ است.

۳- لکوره (leukorrhea) هر ترشح غیرخونی واژن است؛ شایع‌ترین علت لکوره بیمارگونه، عفونت واژن یا سرویکس است.

۴- بررسی پایه هر ترشح: pH با کاغذ، لام مرطوب با سالین (سلول کلیدی، تریکوموناس، لکوسیت)، لام با KOH ده درصد (هایف و جوانه قارچ) و تست بو با KOH.

مقایسه سه واژینیت شایع

ویژگی	واژینوز باکتریایی	کاندیدیاز ولوواژینال	تریکومونیاز
عامل	رشد بیش از حد گاردنرلا (Gardnerella vaginalis) و بی‌هوازی‌ها با کاهش لاکتوباسیل	کاندیدا آلبیکنس در حدود ۸۰٪؛ بقیه گلابراتا و تروپیکالیس	تک‌یاخته تاژک‌دار بی‌هوازی تریکوموناس واژینالیس
شکایت اصلی	ترشح بدبو، به‌ویژه پس از نزدیکی	خارش ولو	ترشح فراوان؛ گاه خارش، سوزش ادرار و دیسپارونی
ترشح	رقیق، خاکستری، یکنواخت و چسبیده به دیواره	سفید، غلیظ و پنیری؛ ولو و واژن قرمز	زرد مایل به سبز یا خاکستری، کف‌دار و بدبو؛ سرویکس توت‌فرنگی
pH	بالاتر از ۴٫۵	طبیعی (۴٫۵ یا کمتر)	بالاتر از ۴٫۵
تست بو با KOH	مثبت (بوی ماهی)	منفی	اغلب مثبت
میکروسکوپی	سلول کلیدی (clue cell)؛ لکوسیت کم	هایف و جوانه در لام KOH	تریکوموناس متحرک و لکوسیت فراوان
درمان	مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز؛ یا ژل مترونیدازول یا کرم کلیندامایسین واژینال	آزول واژینال (کلوتریمازول، میکونازول) یا فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرم خوراکی تک‌دوز	مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز (مرد: ۲ گرم تک‌دوز)
شریک جنسی	درمان روتین لازم نیست	درمان روتین لازم نیست	حتماً درمان شود
بارداری	درمان زن علامت‌دار با مترونیدازول یا کلیندامایسین	فقط آزول واژینال ۷ روزه	مترونیدازول

◆ **کلید تشخیص: کلید تشخیص سه واژینیت**

- ✔ **pH طبیعی + خارش و ترشح پنیری ← کاندیدیاز.**
- ✔ **pH بالا + سلول کلیدی + لکوسیت کم ← واژینوز باکتریایی.**
- ✔ **pH بالا + تک‌یاخته متحرک + لکوسیت فراوان ← تریکومونیاز.**
- ✔ **معیار آمسل واژینوز: سه از چهار (ترشح رقیق خاکستری یکنواخت، pH بالاتر از ۴٫۵، تست بو مثبت، سلول کلیدی).**

تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

۱- واژینوز باکتریایی شایع‌ترین علت واژینیت و ترشح بدبوی واژن است؛ التهاب واقعی ندارد (لکوسیت کم) و در زن بی فعالیت جنسی نادر است. استاندارد آزمایشگاهی آن نمره نوجنت (Nugent) در رنگ‌آمیزی گرم است.

۲- گاردنرلا در حدود یک سوم زنان بی‌علامت هم یافت می‌شود و کشت آن ارزش تشخیصی ندارد. عارضه‌های واژینوز: PID، عفونت پس از جراحی زنان و سقط، و در بارداری زایمان زودرس.

۳- کاندیدیاز: زمینه‌سازها آنتی‌بیوتیک، بارداری، دیابت، OCP، کورتیکواستروئید و سرکوب ایمنی‌اند؛ علائم درست پیش از قاعدگی بدتر می‌شود. کشت (محیط سابورو یا نیکرسون) برای موارد مکرر، مقاوم یا گونه غیرآلبیکنس است.

۴- کاندیدیاز پیچیده (شدید، مکرر، غیرآلبیکنس، دیابت کنترل‌نشده، سرکوب ایمنی) دوره طولانی‌تر می‌خواهد: آزول موضعی تا ۱۴ روز یا چند دوز فلوکونازول. کرم هیدروکورتیزون ۱٪ خارش ولو را آرام می‌کند.

نکته: ولوواژینیت کاندیدایی مکرر یعنی ۴ نوبت یا بیشتر در یک سال (در رهنمود CDC ۲۰۲۱: ۳ نوبت یا بیشتر)؛ در آن سوزش بیش از خارش است. پس از تأیید با کشت، دوره القایی و سپس فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرم هفته‌ای یک بار تا ۶ ماه داده می‌شود؛ کاندیدیاز مکرر یا مقاوم به فکر دیابت و HIV می‌اندازد.

۵- تریکومونیاز جزو فلور طبیعی نیست و تقریباً همیشه از راه جنسی منتقل می‌شود؛ بیشتر مبتلایان بی‌علامت یا کم‌علامت‌اند و اغلب با واژینوز همراه است. علائم در قاعدگی و پس از آن بدتر می‌شود. دقیق‌ترین آزمون NAAT است و لام مرطوب حساسیت کمتری دارد.

۶- عارضه‌های مترونیدازول: طعم فلزی، تهوع، سردرد و نوروپاتی؛ واکنش شبه دی‌سولفیرام با الکل حکم کلاسیک است، ولی CDC ۲۰۲۱ پرهیز از الکل را دیگر لازم نمی‌داند. در شیردهی با دوز ۲ گرمی، شیردهی ۱۲ تا ۲۴ ساعت قطع می‌شود.

نکته: در رهنمود پیشین، مترونیدازول در بارداری ممنوع بود و تریکومونیاز با شستشوی واژینال سرکه و واژینوز با آمپی‌سیلین درمان می‌شد؛ امروز مترونیدازول در همه سه‌ماهه‌های بارداری به کار می‌رود.

واژینیت‌های غیرعفونی و التهابی

نوع	زمینه و یافته	درمان
واژینیت آتروفیک	کمبود استروژن (یائسگی، شیردهی، برداشتن تخمدان)؛ مخاط نازک و رنگ‌پریده بی چین، ترشح چرکی، دیسپارونی و لکه‌بینی پس از نزدیکی؛ pH بالا و سلول پارابازال	استروژن واژینال با دوز کم
واژینیت التهابی پوسته‌ریز (DIV)	جایگزینی لاکتوباسیل با کوکسی گرم مثبت (اغلب استرپتوکوک)؛ ترشح چرکی، سوزش و دیسپارونی؛ pH بالا با لکوسیت و سلول پارابازال فراوان	کرم واژینال کلیندامایسین ۲٪ روزانه ۷ روز؛ در عود دوره طولانی‌تر

مثال تشخیص | تشخیص واژینیت از روی ترشح

✔ خانم ۳۴ ساله با ترشح زرد مایل به سبز کف‌دار و بدبو و سوزش ادرار؛ pH واژن ۶، تست بو مثبت و در لام سالین لکوسیت فراوان.

قدم‌های تشخیص

۱. pH بالا کاندیدیاز را کنار می‌گذارد.

۲. لکوسیت فراوان با ترشح کف‌دار به تریکومونیاز می‌خورد، نه واژینوز که لکوسیت کمی دارد.

۳. درمان مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز و درمان شریک جنسی و پرهیز از نزدیکی تا پایان درمان.

جواب: تریکومونیاز؛ مترونیدازول برای بیمار و شریک جنسی

الگوی حل: pH، شمار لکوسیت و شکل ترشح سه واژینیت را از هم جدا می‌کند.

★ نکات مهم این مبحث

✔ pH طبیعی واژن ۳٫۸ تا ۴٫۵ است؛ در کاندیدیاز طبیعی می‌ماند و در واژینوز و تریکومونیاز بالا می‌رود.

✔ واژینوز با معیار آمسل (سه از چهار) تشخیص داده می‌شود و شریک جنسی درمان نمی‌خواهد.

✔ تریکومونیاز زن با مترونیدازول ۷ روزه درمان می‌شود و شریک جنسی هم باید درمان شود.

سرویسیت: کلامیدیا و گنوره؛ اکتروپیون و سرویسیت مزمن

اولویت مطالعه: ضروری | ۱۰ تست آخر فصل

سرویسیت موکوسی-چرکی: ترشح زرد چرکی از اندوسرویکس با شکنندگی (خونریزی آسان با سواب) و ادم ناحیه اکتوپی؛ شایع‌ترین علتش کلامیدیا تراکوماتیس و پس از آن نایسریا گنوره است.

کلامیدیا و گنوره

ویژگی	کلامیدیا	گنوره
عامل	باکتری داخل‌سلولی اجباری؛ اپی‌تلیوم استوانه‌ای را درگیر می‌کند	دیپلوکوک گرم منفی داخل‌سلولی
جایگاه	شایع‌ترین STI باکتریایی؛ بیشترین در زیر ۲۵ سال	اندوسرویکس جای اصلی؛ پیشابراه، بارتولن، حلق و رکتوم
بالین	بیشتر بی‌علامت؛ ترشح موکوسی-چرکی؛ سندرم پیشابراه (سوزش ادرار با پیوری استریل)	اغلب بی‌علامت؛ ترشح چرکی؛ گاه عفونت منتشر (آرتریت و ضایعه پوستی)
تشخیص	NAAT روی ادرار یا سواب واژن یا سرویکس	NAAT؛ رنگ‌آمیزی گرم و کشت (تایر-مارتین)
درمان	داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز؛ جایگزین و در بارداری آزیترومایسین ۱ گرم خوراکی تک‌دوز	سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز (۱۵۰ کیلوگرم یا بیشتر: ۱ گرم)
پیامد	PID، ناباروری لوله‌ای، حاملگی نابجا، آندومتریت پس از زایمان؛ ملتحمه و پنومونی نوزاد	PID، آبسه بارتولن، ملتحمه چرکی نوزاد

۱- اگر در گنوره کلامیدیا رد نشده باشد، داکسی‌سیکلین ۷ روزه به سفتریاکسون افزوده می‌شود. پنی‌سیلین و کینولون‌ها به سبب مقاومت دیگر برای گنوره به کار نمی‌روند.

★ اصل سؤال آزمون | آزمون استخدامی ماما وزارت بهداشت ۱۴۰۴

خانمی ۲۸ ساله غیر باردار در معاینه واژینال دارای ترشحات چرکی اندوسرویکال زردرنگ همراه با اریتم و شکنندگی ناحیه اکتوپیک است. در لام تعداد نوتروفیل بیشتر از ۴۰ عدد در هر میدان میکروسکوپی و دیپلوکوک‌های گرم منفی داخل سلولی دیده می‌شود. مناسب‌ترین درمان چیست؟ bzhik.ir

۱ داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم خوراکی ۲ بار در روز برای ۷ روز
۲ لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی ۱ بار در روز برای ۷ روز
۳ اریترومایسین ۴۰۰ میلی گرم خوراکی ۴ بار در روز برای ۱۴ روز
۴ سفتریاکسون ۵۰۰ میلی گرم عضلانی تک دوز

✓ **پاسخ: گزینه ۴.** دیپلوکوک گرم منفی داخل‌سلولی در لام، سرویسیت گنوکوکی را نشان می‌دهد و درمان انتخابی آن سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز است. داکسی‌سیکلین ۷ روزه درمان کلامیدیاست و فقط وقتی افزوده می‌شود که کلامیدیا رد نشده باشد. کینولون‌ها به سبب مقاومت گنوکوک کنار گذاشته شده‌اند.

۲- شریک‌های جنسی درمان می‌شوند و نزدیکی تا ۷ روز پس از درمان هر دو ممنوع است؛ همه بیماران حدود ۳ ماه بعد دوباره آزموده می‌شوند و در بارداری آزمون پس از درمان لازم است.

۳- غربالگری سالانه کلامیدیا و گنوره در زنان فعال جنسی زیر ۲۵ سال و زنان بزرگ‌تر پرخطر توصیه می‌شود.

اکتروپیون: بیرون زدن اپی‌تلیوم استوانه‌ای اندوسرویکس روی اگزوسرویکس که ناحیه‌ای قرمز و مخملی دور سوراخ خارجی می‌سازد؛ در نوجوانی، بارداری و مصرف OCP شایع و یافته‌ای فیزیولوژیک است و درمان نمی‌خواهد.

۴- متاپلازی سنگفرشی ناحیه تبدیل را می‌پوشاند؛ مسدود شدن دهانه غدد استوانه‌ای زیر اپی‌تلیوم تازه، کیست نابوت (Nabothian cyst) می‌سازد که بی‌خطر است و درمان نمی‌خواهد.

۵- سرویسیت مزمن: ترشح پایدار، خونریزی پس از نزدیکی، درد زیر شکم و دیسپارونی. پیش از هر درمان پاپ اسمیر گرفته می‌شود؛ سپس یک دوره آنتی‌بیوتیک و در نبود پاسخ، کرایوتراپی، لیزر یا الکتروکوتر.

نکته: پس از کرایوتراپی سرویکس تا چند هفته ترشح آبکی فراوان طبیعی است.

★ نکات مهم این مبحث

- ✔ شایع‌ترین علت سرویسیت موکوسی-چرکی کلامیدیاست و تشخیص هر دو عامل با NAAT است.
- ✔ گنوره با سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز و کلامیدیا با داکسی‌سیکلین ۷ روزه درمان می‌شود.
- ✔ اکتروپیون یافته فیزیولوژیک است؛ در سرویسیت مزمن پیش از درمان پاپ اسمیر لازم است.

زخم‌های تناسلی: سیفلیس، هرپس، شانکروئید، LGV و گرانولوم اینگوینال

اولویت مطالعه: مهم ۱۳ تست آخر فصل

زخم تناسلی: شایع‌ترین علت‌ها به ترتیب هرپس تناسلی و سیفلیس و پس از آن‌ها شانکروئید، لنفوگرانولوم ونروم و گرانولوم اینگوینال‌اند؛ هر زخم تناسلی آزمون سیفلیس و HIV می‌خواهد.

مقایسه زخم‌های تناسلی

بیماری	عامل	زخم	غدد لنفاوی کشاله ران	درمان
سیفلیس اولیه	تره‌پونما پالیدوم (Treponema pallidum)	شانکر منفرد، بی‌درد و سفت با کف تمیز	دوطرفه، سفت و بی‌درد	بنزاتین پنی‌سیلین G ۲٫۴ میلیون واحد عضلانی تک‌دوز
هرپس تناسلی	HSV نوع ۲ (گاه نوع ۱)	وزیکول‌های گروهی دردناک، سپس زخم‌های سطحی متعدد	دوطرفه و دردناک	آسیکلوویر یا والاسیکلوویر
شانکروئید	هموفیلوس دوکرهای (Haemophilus ducreyi)	زخم دردناک با لبه نامنظم و کف چرکی	دردناک و چرکی (خیارک)، اغلب یک‌طرفه	آزیترومایسین ۱ گرم تک‌دوز یا سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی
لنفوگرانولوم ونروم (LGV)	کلامیدیا تراکوماتیس سروار L1 تا L3	پاپول یا زخم کوچک بی‌درد و گذرا	دردناک و به هم چسبیده؛ نشانه شیار (groove sign)	داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۳ هفته
گرانولوم اینگوینال	کلبسیلا گرانولوماتیس (Klebsiella granulomatis)	زخم قرمز گوشتی پرعروق و بی‌درد که آسان خون می‌آید	درگیری واقعی ندارد (خیارک کاذب)	آزیترومایسین دست‌کم ۳ هفته تا بهبود

◆ کلید تشخیص: کلید تشخیص زخم تناسلی

- ✔ **زخم بی‌درد + غده سفت بی‌درد ← سیفلیس.**
- ✔ **وزیکول گروهی + زخم سطحی دردناک ← هرپس.**
- ✔ **زخم دردناک با لبه نامنظم + خیارک چرکی ← شانکروئید.**
- ✔ **زخم گذرا + خیارک دردناک با نشانه شیار ← LGV؛ زخم گوشتی خونریزی‌دهنده بی غده ← گرانولوم اینگوینال.**

۱- مراحل سیفلیس: اولیه (شانکر که در چند هفته خودبه‌خود بهبود می‌یابد)؛ ثانویه (چند هفته بعد: بثورات ماکولوپاپولر منتشر با درگیری کف دست و پا، کوندیلوما لاتا، پلاک مخاطی و ریزش مو)؛ نهفته زودرس (کمتر از یک سال) و دیررس (بیش از یک سال)؛ سوم (گوم، درگیری قلبی-عروقی و عصبی).

۲- آزمون‌ها: غیرترپونمایی (VDRL و RPR) برای غربالگری و پیگیری با تیتر و مثبت کاذب در بارداری، لوپوس و سندرم آنتی‌فسفولیپید؛ ترپونمایی (FTA-ABS و TPPA) برای تأیید که تا پایان عمر مثبت می‌ماند. میکروسکوپ زمینه تاریک روی ترشح شانکر تشخیص مستقیم است.

۳- درمان: نهفته دیررس یا با زمان نامعلوم، بنزاتین پنی‌سیلین ۲٫۴ میلیون واحد هفته‌ای یک بار تا ۳ هفته؛ نوروسیفلیس، پنی‌سیلین G آبی وریدی. در حساسیت به پنی‌سیلین، زن غیرباردار داکسی‌سیکلین می‌گیرد و زن باردار پس از حساسیت‌زدایی با پنی‌سیلین درمان می‌شود.

تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

★ نکات مهم این مبحث

- ✔ عامل بیشتر زگیل‌های تناسلی HPV نوع ۶ و ۱۱ است.
- ✔ در بارداری زگیل با TCA، کرایوتراپی یا جراحی درمان می‌شود و پودوفیلین به کار نمی‌رود.
- ✔ مولوسکوم ضایعه نافدار خودمحدود است؛ شپش و گال با پرمترین درمان می‌شوند.

HIV و هپاتیت B در زنان

اولویت مطالعه: تکمیلی | ۶ تست آخر فصل

HIV: رتروویروسی که لنفوسیت‌های T دارای گیرنده CD4 را آلوده می‌کند؛ در زنان راه اصلی انتقال، تماس جنسی با مرد آلوده و پس از آن تزریق مواد است و انتقال مرد به زن آسان‌تر از زن به مرد است.

۱- دوره نهفته بالینی پس از عفونت به‌طور میانگین ۸ تا ۱۰ سال است؛ شایع‌ترین عفونت فرصت‌طلب در هر دو جنس پنومونی پنوموسیستیس است و سارکوم کاپوزی در زنان کمتر از مردان دیده می‌شود.

۲- بیماری‌های زنان در HIV: کاندیدیاز واژن مکرر و مقاوم (گاه پیش از برفک دهان و نشانه سرکوب ایمنی پیشرفته)، HPV و CIN شایع‌تر و پیشرونده‌تر، سرطان مهاجم سرویکس (بیماری تعریف‌کننده ایدز)، PID و آبسه لوله‌ای-تخمدانی شدیدتر، و هرپس و زخم تناسلی شدید و طولانی.

۳- اقدام: غربالگری سرطان سرویکس مکررتر، درمان ضدرتروویروسی برای همه بیماران، پیشگیری از پنومونی پنوموسیستیس با کوتریموکسازول در CD4 کمتر از ۲۰۰ در میکرولیتر و استفاده از کاندوم.

۴- انتقال مادر به جنین از راه جفت، هنگام زایمان (بیشترین سهم) و شیر مادر است؛ در زایمان از الکترود و نمونه‌برداری پوست سر جنین پرهیز می‌شود (جزئیات در «بارداری و زایمان»).

نکته: کاندیدیاز واژن مکرر یا مقاوم بی علت روشن، آزمون HIV می‌خواهد.

هپاتیت B: از راه جنسی، خون و مادر به نوزاد منتقل می‌شود؛ پیشگیری اصلی واکسن سه‌دوزی (ماه صفر، ۱ و ۶) برای همه افراد بی‌ایمنی است. پس از تماس با فرد HBsAg مثبت، فرد بی‌ایمنی ایمونوگلوبولین (HBIG) و واکسن می‌گیرد؛ نوزاد مادر HBsAg مثبت هر دو را در ۱۲ ساعت نخست می‌گیرد.

★ نکات مهم این مبحث

- ✔ کاندیدیاز واژن مکرر و مقاوم می‌تواند نشانه HIV پیشرفته باشد.
- ✔ CIN و سرطان سرویکس در زن HIV مثبت شایع‌ترند و غربالگری مکررتر لازم است.
- ✔ پیشگیری از هپاتیت B با واکسن سه‌دوزی و پس از تماس با HBIG همراه واکسن است.

بیماری التهابی لگن (PID) و آبسه لوله‌ای-تخمدانی

اولویت مطالعه: ضروری | ۱۴ تست آخر فصل

PID: عفونت بالارونده دستگاه تناسلی فوقانی از اندوسرویکس، شامل آندومتریت، سالپنژیت، اووفوریت، آبسه لوله‌ای-تخمدانی و پریتونیت لگنی؛ چندمیکروبی است و گنوره و کلامیدیا عامل‌های اصلی‌اند، همراه با بی‌هوازی‌ها، گاردنرلا و مایکوپلاسما ژنیتالیوم.

۱- عامل خطر: سن کم (زیر ۲۵ سال)، شریک‌های متعدد یا تازه، سابقه PID یا STI، شریک مبتلا، واژینوز باکتریایی، دوش واژینال و استفاده نکردن از روش سدی. کاندوم محافظ است و OCP شدت PID بالینی را کم می‌کند.

۲- IUD خطر را فقط در هفته‌های نخست پس از گذاشتن کمی بالا می‌برد. علائم اغلب در روزهای نخست پس از قاعدگی آغاز می‌شود.

۳- راه گسترش: بالارونده از آندومتر به لوله (عفونت‌های جنسی)، لنفاتیک (پس از زایمان، سقط و جراحی) و خونی (سل).

◆ کلید تشخیص: کلید تشخیص PID (CDC ۲۰۲۱)

- ✔ **زن جوان فعال جنسی با درد زیر شکم یا لگن بی علت دیگر + حساسیت حرکت سرویکس، حساسیت رحم یا حساسیت ضمائم ← درمان تجربی.**
- ✔ **معیارهای افزوده: تب بالاتر از ۳۸٫۳ درجه، ترشح موکوسی-چرکی یا شکنندگی سرویکس، لکوسیت فراوان در لام سالین، ESR یا CRP بالا، آزمون مثبت گنوره یا کلامیدیا.**

- **معیارهای اختصاصی:** آندومتریت در نمونه‌برداری، لوله ضخیم پرمایع یا آبسه در سونوگرافی یا MRI، یافته لاپاراسکوپی (استاندارد طلایی).
- **پیش از هر چیز آزمون بارداری برای رد حاملگی نابجا.**

نکته: در معیار قدیم، تشخیص بالینی PID سه معیار اصلی (درد زیر شکم، حساسیت حرکت سرویکس، حساسیت ضمائم) و دست‌کم یک معیار فرعی (تب، لکوسیتوز، ESR بالا، دیپلوکوک گرم منفی در اندوسرویکس، لکوسیت در مایع کلدوساک) می‌خواست.

درمان PID

شکل	رژیم یا معیار
سرپایی	سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز + داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۱۴ روز + مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۱۴ روز
بستری	سفتریاکسون ۱ گرم وریدی روزانه + داکسی‌سیکلین + مترونیدازول؛ یا سفوکسیتین وریدی + داکسی‌سیکلین؛ یا کلیندامایسین + جنتامایسین؛ ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از بهبود، خوراکی تا کامل شدن ۱۴ روز
اندیکاسیون بستری	آبسه لوله‌ای-تخمدانی، بارداری، بیماری شدید (تب بالا، تهوع و استفراغ)، ناتوانی یا شکست درمان خوراکی، رد نشدن اورژانس جراحی مانند آپاندیسیت

۴- بیمار سرپایی ۷۲ ساعت بعد دوباره دیده می‌شود و اگر بهتر نشده، بستری می‌شود. IUD لازم نیست خارج شود. شریک‌های جنسی ۶۰ روز اخیر درمان می‌شوند.

۵- آبسه لوله‌ای-تخمدانی: توده دردناک آدنکس با تب و لکوسیتوز که با سونوگرافی دیده می‌شود. درمان آنتی‌بیوتیک وریدی مؤثر بر بی‌هوازی‌ها (کلیندامایسین یا مترونیدازول) است؛ نبود پاسخ در ۴۸ تا ۷۲ ساعت یا آبسه بزرگ، تخلیه با هدایت تصویر یا جراحی می‌خواهد.

۶- پارگی آبسه با درد منتشر، نشانه‌های پریتونیت و شوک سپتیک (اندوتوکسین باکتری گرم منفی) اورژانس جراحی است.

۷- سندرم فیتز-هیو-کرتیس: التهاب کپسول کبد (پری‌هپاتیت) در PID گنوکوکی یا کلامیدیایی؛ درد ربع فوقانی راست شکم که با تنفس بدتر می‌شود و چسبندگی‌های نخی میان کبد و دیواره شکم.

۸- عارضه‌های دیررس: ناباروری لوله‌ای (شایع‌ترین عارضه دیررس شمرده می‌شود و خطرش با هر نوبت بیشتر می‌شود)، حاملگی نابجا، درد مزمن لگن و عود .PID تشخیص افتراقی: حاملگی نابجا، آپاندیسیت، پیچ‌خوردگی یا پارگی کیست تخمدان، آندومتریوز و پیلونفریت.

★ **اصل سؤال آزمون** | آزمون استخدامی ماما وزارت بهداشت — ۱۳۹۹

شایع‌ترین عارضه PID، کدام مورد است؟ bzhik.ir

۱ عود بیماری
۲ درد مزمن لگن
۳ حاملگی خارج رحمی
۴ نازایی

✔ **پاسخ: گزینه ۴.** ناباروری لوله‌ای شایع‌ترین و مهم‌ترین عارضه دیررس PID شمرده می‌شود و خطرش با هر نوبت عفونت بیشتر می‌شود. حاملگی نابجا و درد مزمن لگن هم از آسیب لوله و چسبندگی برمی‌آیند. عود هم شایع است، ولی خود آسیب ماندگار نیست و خطر ناباروری را بالا می‌برد.

مثال تشخیص | اداره PID با توده آدنکس

خانم ۲۲ ساله با درد دوطرفه زیر شکم از ۳ روز پس از قاعدگی، تب ۳۸٫۵ درجه و حساسیت حرکت سرویکس؛ آزمون بارداری منفی و در سونوگرافی توده کمپلکس ۶ سانتی‌متری در آدنکس چپ.

قدم‌های تشخیص

۱. آزمون بارداری منفی، حاملگی نابجا را کنار می‌گذارد.

۲. حساسیت حرکت سرویکس در زن جوان معیار حداقل PID است.

۳. توده کمپلکس آدنکس با تب یعنی آبسه لوله‌ای-تخمدانی که خود اندیکاسیون بستری است.

۴. درمان وریدی با پوشش بی‌هوازی آغاز می‌شود و در نبود پاسخ پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت، آبسه تخلیه می‌شود.

جواب: بستری و آنتی‌بیوتیک وریدی، مانند سفتریاکسون + داکسی‌سیکلین + مترونیدازول

الگوی حل: PID با آبسه، بارداری یا بیماری شدید سرپایی درمان نمی‌شود.

★ نکات مهم این مبحث

- معیار حداقل شروع درمان PID حساسیت حرکت سرویکس، رحم یا ضمائم است.
- درمان سرپایی PID: سفتریاکسون عضلانی + داکسی‌سیکلین و مترونیدازول ۱۴ روزه.
- آبسه لوله‌ای-تخمدانی و بارداری اندیکاسیون بستری‌اند؛ ناباروری لوله‌ای مهم‌ترین پیامد دیررس است.

سل دستگاه تناسلی

اولویت مطالعه: مهم | ۶ تست آخر فصل

سل تناسلی: تقریباً همیشه ثانویه به سل ریه یا جای دیگر است و از راه خون می‌رسد؛ شکل اولیه (تماس جنسی با مرد مبتلا به سل ادراری-تناسلی) نادر است و بیشتر در ۲۰ تا ۴۰ سالگی دیده می‌شود.

۱- ترتیب درگیری: لوله‌های رحم (تقریباً همیشه و دوطرفه، به‌ویژه بخش آمپولی)، سپس آندومتر، تخمدان، سرویکس و به ندرت واژن و ولو.

۲- برخلاف سالپنژیت چرکی، سوراخ فیمبریایی اغلب باز می‌ماند و لوله پر از ماده پنیری (کازئوز) و گرانولوم است. در HSG لوله سفت و تسبیحی، انسداد و کلسیفیکاسیون دیده می‌شود.

۳- تظاهر به ترتیب: ناباروری (شایع‌ترین)، درد مزمن لگن و اختلال قاعدگی؛ تخریب آندومتر به آمنوره و سندرم آشرمن می‌رسد. سل سرویکس ضایعه گل‌کلمی شبیه سرطان است و فقط با نمونه‌برداری جدا می‌شود.

۴- بهترین روش تشخیص، نمونه‌برداری یا کورتاژ آندومتر در اواخر فاز لوتئال (پیش از قاعدگی) با کشت و بافت‌شناسی است.

۵- درمان: ایزونیازید، ریفامپین و اتامبوتول (و پیرازینامید) همراه با پیریدوکسین، دست‌کم ۶ ماه.

نکته: PID مزمن که به درمان پاسخ نمی‌دهد یا ناباروری بی علت روشن، به سل تناسلی می‌اندازد.

★ نکات مهم این مبحث

- شایع‌ترین محل سل تناسلی لوله‌های رحم و شایع‌ترین تظاهرش ناباروری است.
- سل آندومتر با تخریب آندومتر به آمنوره و سندرم آشرمن می‌رسد.
- بهترین روش تشخیص، نمونه‌برداری آندومتر پیش از قاعدگی با کشت است.

کیست و آبسه بارتولن؛ سندرم شوک سمی

اولویت مطالعه: تکمیلی | ۴ تست آخر فصل

بارتولن: غده‌های بارتولن در ساعت ۴ و ۸ دهانه واژن‌اند؛ انسداد مجرا کیست و عفونت آن آبسه می‌سازد. آبسه چندمیکروبی است و گاه گنوره یا کلامیدیا عامل آن است.

۱- کیست بی‌علامت در زیر ۴۰ سالگی درمان نمی‌خواهد.

۲- آبسه: تورم دردناک و داغ یک‌طرفه در بخش پایینی لب بزرگ؛ درمان برش و تخلیه با گذاشتن کاتتر ورد (Word catheter) برای چند هفته، یا مارسوپیالیزاسیون برای موارد عودکننده است. تخلیه ساده عود بیشتری دارد؛ آنتی‌بیوتیک در سلولیت اطراف یا شک به گنوره و کلامیدیا.

۳- در ۴۰ سالگی یا بیشتر، توده بارتولن نمونه‌برداری یا برداشته می‌شود تا سرطان غده رد شود.

سندرم شوک سمی: بیماری چنددستگاهی ناشی از توکسین استافیلوکوک طلایی (و گاه استرپتوکوک گروه A)؛ شکل کلاسیک با تامپون پرجذب یا ماندن طولانی آن، دیافراگم و اسفنج واژینال، و نیز پس از زایمان یا جراحی.

۴- یافته‌ها: تب ناگهانی ۳۸٫۹ درجه یا بیشتر، اریترودرمی ماکولر منتشر، افت فشار خون، درگیری دست‌کم سه دستگاه بدن و پوسته‌ریزی کف دست و پا ۱ تا ۲ هفته بعد.

۵- درمان: بیرون آوردن تامپون یا جسم خارجی، مایع فراوان وریدی، آنتی‌بیوتیک ضداستافیلوکوک (کلیندامایسین برای مهار توکسین) و مراقبت ویژه. پیشگیری: تامپون با کمترین جذب و تعویض مکرر، و نماندن دیافراگم بیش از ۲۴ ساعت.

★ نکات مهم این مبحث

- آبسه بارتولن با برش و تخلیه و کاتتر ورد یا مارسوپیالیزاسیون درمان می‌شود.
- توده بارتولن در ۴۰ سالگی یا بیشتر برای رد سرطان نمونه‌برداری می‌شود.
- شوک سمی: تب بالا، اریترودرمی، افت فشار و پوسته‌ریزی کف دست؛ نخستین اقدام بیرون آوردن تامپون است.

عفونت ادراری در زنان

اولویت مطالعه: مهم | ۸ تست آخر فصل

عفونت ادراری: از شایع‌ترین عفونت‌های زنان که بیشتر از دهانه پیشابراه به مثانه (سیستیت) و کلیه (پیلونفریت) بالا می‌رود؛ شایع‌ترین عامل اشریشیا کلی است. نزدیکی، کاتتر، بارداری و کمبود استروژن پس از یائسگی زمینه‌سازند.

سیستیت، پیلونفریت و باکتریوری

حالت	یافته	درمان
سیستیت ساده	سوزش ادرار، تکرر و فوریت، شب‌ادراری، درد بالای عانه، گاه هماچوری؛ بی تب بالا	نیتروفورانتوئین ۵ روز، کوتریموکسازول دوقوت دو بار در روز ۳ روز یا فسفومایسین ۳ گرم تک‌دوز
پیلونفریت	تب و لرز، درد پهلو و حساسیت زاویه دنده‌ای-مهره‌ای، تهوع و استفراغ؛ گاه با علائم سیستیت	آنتی‌بیوتیک بر پایه کشت؛ در بارداری یا بیماری شدید بستری و درمان وریدی
باکتریوری بی‌علامت	کشت مثبت بی علامت	فقط در بارداری (و پیش از اقدام اورولوژیک) درمان می‌شود

۱- نمونه ادرار میانی تمیز آسان‌تر است ولی آلودگی بیشتری دارد؛ در زن بی‌علامت 10^5 کلونی یا بیشتر در هر میلی‌لیتر لازم است و در بیمار علامت‌دار شمار کمتری کافی است. در آسپیراسیون بالای عانه هر رشدی معنادار است.

۲- آزمون نیتریت (گریس) و استراز لکوسیت، تشخیص سریع باکتریوری و پیوری را ممکن می‌کنند.

۳- پیلونفریتی که پس از ۷۲ ساعت درمان مناسب هنوز تب دارد، سونوگرافی کلیه برای رد انسداد یا آبسه می‌خواهد.

۴- سوزش ادرار با پیوری و کشت منفی (سندرم پیشابراه) به کلامیدیا می‌اندازد.

نکته: عفونت ادراری مکرر (دو نوبت در ۶ ماه یا سه نوبت در یک سال) با پیشگیری پس از نزدیکی یا روزانه، و در زن یائسه با استروژن واژینال کم می‌شود.

★ نکات مهم این مبحث

- شایع‌ترین عامل عفونت ادراری در زنان اشریشیا کلی است.
- باکتریوری بی‌علامت در بارداری (و پیش از اقدام اورولوژیک) درمان می‌شود.
- تب پایدار پس از ۷۲ ساعت درمان پیلونفریت، سونوگرافی برای رد انسداد یا آبسه می‌خواهد.

تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

خشونت خانگی و تجاوز جنسی

اولویت مطالعه: تکمیلی | ۹ تست آخر فصل

خشونت خانگی: آزار جسمی، جنسی، روانی یا اقتصادی زن به دست شریک صمیمی، چه با هم زندگی کنند و چه نه؛ شایع‌ترین علت آسیب جسمی زنان است و در بارداری ممکن است آغاز یا بدتر شود.

۱- چرخه خشونت سه مرحله دارد: تنش‌زایی (طولانی‌ترین)، انفجار و کتک‌کاری، و پشیمانی و مهربانی (ماه عسل)؛ بی مداخله، دفعات و شدت آن بیشتر می‌شود.

۲- نشانه‌های هشدار: مراجعه مکرر با شکایت مبهم، افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی، آسیب ناهمخوان با شرح حال، تأخیر در مراجعه، آسیب سر و صورت یا پستان و شکم در بارداری، و همراهی که بیمار را تنها نمی‌گذارد.

۳- برخورد: پرسش مستقیم و بی‌داوری از همه زنان در خلوت؛ ثبت دقیق شرح حال و آسیب‌ها با نقشه و عکس (پرونده پزشکی ممکن است تنها مدرک باشد)؛ ارزیابی خطر برای زن و کودکان، طرح ایمنی و ارجاع به خدمات اجتماعی و پناهگاه.

تجاوز جنسی: تماس جنسی بی رضایت با زور، تهدید یا ناتوانی قربانی در رضایت دادن؛ قربانی بیشتر وقت‌ها مهاجم را می‌شناسد.

۴- سندرم آسیب ناشی از تجاوز دو مرحله دارد: حاد (از هم‌گسیختگی؛ گریه و لرز یا آرامی و انکار) و درازمدت (بازسازی؛ کابوس، ترس، اختلال خواب و کارکرد جنسی، تغییر شغل یا خانه).

۵- معاینه با رضایت آگاهانه است و بیمار هر جا بخواهد می‌تواند آن را نپذیرد یا متوقف کند؛ شواهد (لباس، نمونه واژن و دهان و مقعد، مو) هر چه زودتر با حفظ زنجیره نگهداری گردآوری می‌شود و بیمار پیش از آن خود را نمی‌شوید.

۶- آزمون‌های پایه: بارداری، NAAT گنوره و کلامیدیا و تریکوموناس، HIV، هپاتیت B و سیفلیس.

پیشگیری پس از تجاوز

هدف	اقدام
بارداری	لوونورژسترول ۱٫۵ میلی‌گرم تا ۷۲ ساعت، اولیپریستال تا ۱۲۰ ساعت یا IUD مسی تا ۵ روز
STI	سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز + داکسی‌سیکلین ۷ روز + مترونیدازول ۷ روز
HIV	پیشگیری پس از تماس تا ۷۲ ساعت، به مدت ۲۸ روز
هپاتیت B و HPV	واکسن هپاتیت B در فرد بی‌ایمنی؛ واکسن HPV در واکسینه‌نشده تا ۲۶ سالگی

۷- پیگیری: تکرار آزمون‌های STI و HIV در هفته‌ها و ماه‌های بعد، مشاوره بحران و حمایت روانی بیمار و خانواده‌اش.

۸- آزار جنسی کودک بیشتر به دست یکی از اعضای خانواده یا آشنا و در دختران بیش از پسران است؛ کودک اغلب با تهدید یا رشوه به سکوت واداشته می‌شود.

مثال تشخیص | اقدام‌های نخستین مراجعه پس از تجاوز

✔ خانم ۲۴ ساله ۳۶ ساعت پس از تجاوز مراجعه کرده؛ آزمون بارداری منفی است و واکسن هپاتیت B نزده است.

قدم‌های تشخیص

۱. با رضایت آگاهانه او معاینه و گردآوری شواهد انجام و آسیب‌ها ثبت می‌شود.

۲. چون در ۷۲ ساعت نخست است، پیشگیری اورژانسی از بارداری با لوونورژسترول، اولیپریستال یا IUD مسی داده می‌شود.

۳. پیشگیری تجربی STI با سفتریاکسون + داکسی‌سیکلین + مترونیدازول.

۴. پیشگیری HIV پس از تماس ۲۸ روزه، واکسن هپاتیت B و پیگیری روانی.

جواب: همه پیشگیری‌ها هم‌زمان در همان مراجعه، پس از رضایت آگاهانه

الگوی حل: پس از تجاوز، پیشگیری از بارداری و STI و HIV در همان نخستین مراجعه انجام می‌شود.

★ نکات مهم این مبحث

✔ چرخه خشونت سه مرحله دارد و طولانی‌ترین آن مرحله تنش‌زایی است.

✔ معاینه و گردآوری شواهد پس از تجاوز فقط با رضایت آگاهانه است و هر زمان قابل توقف است.

✔ پیشگیری HIV پس از تماس تا ۷۲ ساعت و اولیپریستال تا ۱۲۰ ساعت مؤثر است.

تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

برگه جمع‌بندی فصل هفتم

عفونت‌ها و بیماری‌های آمیزشی، یک صفحه برای مرور شب آزمون

کلیدهای به خاطر سپردن

۱. pH طبیعی واژن ۳٫۸ تا ۴٫۵؛ کاندیدیاز طبیعی، واژینوز و تریکومونیاز بالاتر از ۴٫۵.

۲. معیار آمسل: سه از چهار (ترشح خاکستری یکنواخت، pH بالاتر از ۴٫۵، تست بو مثبت، سلول کلیدی).

۳. مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز: واژینوز و تریکومونیاز زن؛ مرد ۲ گرم تک‌دوز.

۴. فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرم تک‌دوز؛ در بارداری فقط آزول واژینال ۷ روزه.

۵. گنوره: سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی تک‌دوز؛ کلامیدیا: داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز ۷ روز.

۶. سیفلیس زودرس: بنزاتین پنی‌سیلین ۲٫۴ میلیون واحد یک بار؛ نهفته دیررس: هفته‌ای یک بار تا ۳ هفته.

۷. PID سرپایی: سفتریاکسون + داکسی‌سیکلین و مترونیدازول ۱۴ روزه؛ بازبینی پس از ۷۲ ساعت.

۸. LGV: داکسی‌سیکلین ۳ هفته؛ شانکروئید: آزیترومایسین ۱ گرم تک‌دوز.

۹. سل تناسلی: لوله، آندومتر، تخمدان، سرویکس؛ تظاهر نخست ناباروری.

۱۰. پس از تجاوز: لوونورژسترول تا ۷۲ ساعت، اولیپریستال تا ۱۲۰ ساعت، IUD مسی تا ۵ روز، پیشگیری HIV تا ۷۲ ساعت.

تعریف‌های کلیدی

سلول کلیدی	سلول اپی‌تلیال واژن پوشیده از باکتری با لبه محو؛ نشانه واژینوز باکتریایی
سرویکس توت‌فرنگی	خونریزی‌های نقطه‌ای سرویکس و واژن در تریکومونیاز
اکتروپیون	اپی‌تلیوم استوانه‌ای اندوسرویکس روی اگزوسرویکس؛ فیزیولوژیک
سندرم پیشابراه	سوزش ادرار با پیوری و کشت منفی؛ اغلب کلامیدیا
نشانه شیار	شیار میان گروه‌های غدد لنفاوی کشاله بالا و پایین رباط اینگوینال در LGV
کوئیلوسیت	سلول سنگفرشی با هاله دور هسته؛ نشانه عفونت HPV
فیتز-هیو-کرتیس	پری‌هپاتیت در PID با درد ربع فوقانی راست
PID	عفونت بالارونده آندومتر، لوله، تخمدان و صفاق لگن

دام‌های تستی

۱ pH در کاندیدیاز

طراح تست ترشح پنیری با خارش را با pH بالا یا تست بو مثبت می‌آورد تا داوطلب کاندیدیاز را کنار بگذارد. **مواظب باشید:** در کاندیدیاز **pH طبیعی** (۴٫۵ یا کمتر) و **تست بو منفی** است. ص ۱۵۰

۲ درمان شریک جنسی

طراح تست درمان شریک جنسی را برای واژینوز باکتریایی یا کاندیدیاز گزینه پذیرفتنی می‌گذارد. **مواظب باشید:** فقط **تریکومونیاز** درمان شریک می‌خواهد؛ واژینوز و کاندیدیاز **درمان روتین شریک** ندارند. ص ۱۵۰

۳ داروی گنوره

طراح تست سیپروفلوکساسین یا لووفلوکساسین را درمان گنوره می‌گذارد. **مواظب باشید:** درمان امروز گنوره **سفتریاکسون ۵۰۰ میلی‌گرم عضلانی** تک‌دوز است و کینولون‌ها به سبب **مقاومت** کنار رفته‌اند. ص ۱۵۲

۴ زخم بی‌درد

طراح تست زخم بی‌درد با غده سفت را با هرپس یا شانکروئید جابه‌جا می‌کند. **مواظب باشید: شانکر سیفلیس** و غده‌اش بی‌درد است؛ **هرپس و شانکروئید** دردناک‌اند. ص ۱۵۳

۵ مترونیدازول در بارداری

طراح تست بر پایه حکم قدیم، مترونیدازول را در بارداری ممنوع می‌شمارد. **مواظب باشید:** امروز **مترونیدازول در بارداری** به کار می‌رود؛ آنچه در بارداری کنار گذاشته می‌شود **آزول خوراکی** است. ص ۱۵۱

۶ سرپایی یا بستری

طراح تست برای PID همراه با آبسه لوله‌ای-تخمدانی یا بارداری، رژیم سرپایی را گزینه می‌کند. **مواظب باشید: آبسه لوله‌ای-تخمدانی** و **بارداری** اندیکاسیون بستری و درمان وریدی‌اند. ص ۱۵۶

تهیه شده از: فروشگاه تخصصی منابع آزمونهای استخدامی "بژیک" (www.bzhik.ir)

پایان نمونه رایگان

بقیه‌اش در فایل کامل است

در این نمونه ۱۰ صفحه از ۲۷۲ صفحه را دیدید.

۲۷۲	۹۷۵	۱۰	۳
صفحه	تست با پاسخ تشریحی	فصل درسنامه فشرده	آزمون جامع

فایل کامل، فصل به فصل

فصل	عنوان	تست آخر فصل	از صفحه
۱	معاینه و آزمون‌های تشخیصی زنان؛ ناهنجاری‌های مادرزادی دستگاه تناسلی؛ بلوغ و زنان کودکان و نوجوانان	۹۲	۵
۲	فیزیولوژی قاعدگی؛ آمنوره اولیه و ثانویه؛ هیپرپرولاکتینمی؛ نارسایی اولیه تخمدان؛ اختلال‌های غدد در زنان	۹۱	۳۱
۳	خونریزی غیرطبیعی رحم؛ دیسمنوره؛ سندرم پیش از قاعدگی؛ درد لگن حاد و مزمن	۹۵	۵۶
۴	سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، هیرسوتیسم و هیپرآندروژنیسم	۸۰	۸۱
۵	ناباروری: ارزیابی زوج نابارور، عامل مردانه و زنانه، درمان و فناوری‌های کمک‌باروری	۹۲	۱۰۱
۶	آندومتریوز، آدنومیوز و میوم رحم	۹۱	۱۲۶
۷	عفونت‌های دستگاه تناسلی: واژینیت‌ها، سرویسیت، بیماری‌های آمیزشی، PID و سل؛ خشونت جنسی	۹۷	۱۵۰
۸	یائسگی و درمان هورمونی؛ پوکی استخوان؛ اورولوژی زنان، بی‌اختیاری ادرار و افتادگی اعضای لگن؛ اختلال عملکرد جنسی	۹۸	۱۷۷
۹	ضایعه‌های پیش‌سرطانی و سرطان‌های فرج، واژن، سرویکس و آندومتر؛ سارکوم رحم	۹۷	۲۰۴
۱۰	توده‌های آدنکس و تومورهای تخمدان و لوله؛ بیماری‌های پستان	۹۷	۲۳۱
	جمع	**۹۳۰**	

- هر فصل: درسنامه فشرده با برچسب اولویت مطالعه، اصل سؤال‌های آزمون‌های گذشته داخل همان مبحث با پاسخ تشریحی، جدول‌های مقایسه و برگه جمع‌بندی یک‌صفحه‌ای.
- زیر پاسخ هر تست نوشته شده مطلبش در کدام صفحه درسنامه است.
- ۳ آزمون جامع ۱۵ سؤالی، هر کدام هم‌اندازه بخش بیماری‌های زنان و ناباروری آزمون ماما، با سؤال‌هایی که در تست فصل‌ها نیامده‌اند؛ ویرایش‌های بعدی برای خریداران رایگان است.

دانلود فایل کامل pdf از بژیک

دانلود بسته جامع استخدامی مامایی سال ۱۴۰۵ وزارت بهداشت - درس و تست

bzhik.ir