

عفونت‌های آمیزشی

گزارش دهی:

□ فوری

■ غیر فوری ماهانه

معرفی بیماری

عفونت‌های آمیزشی به عفونت‌هایی گفته می‌شود که در اثر تماس جنسی حفاظت نشده ایجاد می‌شود. تا کنون بیش از ۲۰ ارگانیزم شناخته شده‌اند که می‌توانند از طریق تماس جنسی منتقل شوند. بسیاری از این عوامل از طریق مادر به جنین سرایت کرده باعث ایجاد مشکل در نوزاد می‌گردند. برخی از این عوامل باعث درگیری سیستمیک با اعضای داخلی بدن مانند سیفیلیس مرحله ۲ و نهفته، ایدز و هپاتیت می‌شوند. در حالی که عمده این عوامل باعث ایجاد علائم مانند سیفیلیس اولیه، گنوکوک، کلامیدیا و ... در دستگاه تناسلی می‌شوند، عفونت‌های آمیزشی به صورت هفت سندروم مشخص شامل زخم تناسلی، ترشح مجرای ادرار (urethral discharge)، تورم کیسه بیضه، ترشح واژینال، درد زیر شکم در خانم‌ها، تورم غدد لنفاوی کشاله ران، عفونت چشمی نوزاد در دستگاه تناسلی بروز می‌کنند. راهنمای برخورد بالینی سندرمیک با این علائم در راهنمای تدابیر بالینی در عفونت‌های آمیزشی به تفصیل ذکر شده است. در این مجموعه به ذکر بیماری‌های آمیزشی قابل گزارش دهی در ایران می‌پردازیم.

اهمیت بهداشتی

عفونت‌های آمیزشی یکی از شایع‌ترین دلایل مراجعه به مراکز درمانی در کل جهان هستند. عوارض این بیماری‌ها می‌تواند به صورت مشکلات باروری، نقص‌های مادرزادی، عوارض سیستمیک و حتی مرگ و میر بروز کند. از طرف دیگر ابتلا به یک عفونت آمیزشی زمینه را برای انتقال HIV مساعد کرده، احتمال ابتلا را بالاتر می‌برد. برآورد می‌شود در هر سال ۴۴۸ میلیون مورد عفونت آمیزشی قابل درمان در جهان رخ دهد؛ بنابراین شناخت این بیماری‌ها و رویکرد بالینی مناسب از اهمیت ویژه در کنترل این بیماری‌ها برخوردار است. بسیاری از موارد عفونت‌های آمیزشی به صورت بدون علامت رخ می‌دهد. از آنجا که عوامل بیماری‌زا در بدن فرد مبتلا یافت می‌شوند، شناسایی مبتلایان و درمان هر چه سریع‌تر آنان تاثیر زیادی در کنترل بیماری خواهد داشت.

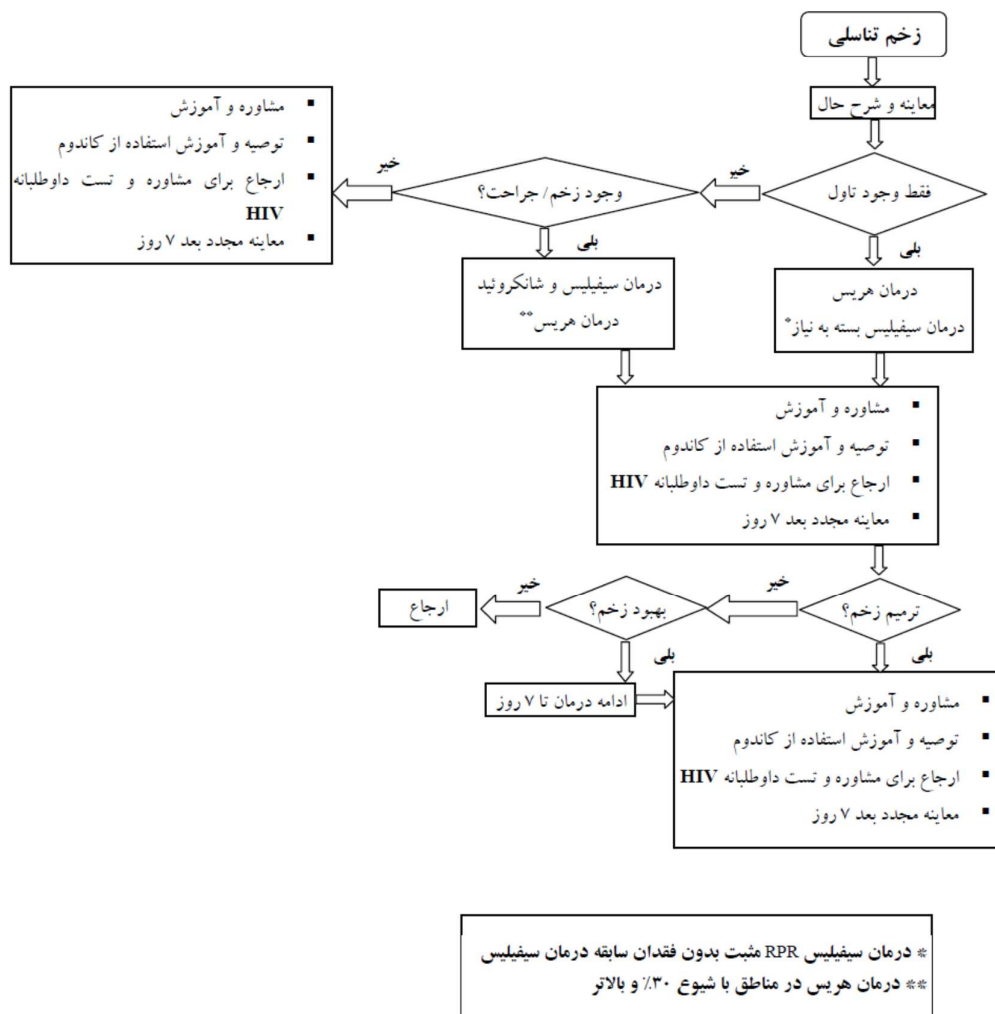
زخم تناسلی (Genital Ulcer)

تعریف بیماری: زخم اولسراتیو بر روی آلت تناسلی، کیسه بیضه، یا رکتوم در مردان و بر روی لایبیا، واژن و یا رکتوم در زنان است. این زخم می‌تواند همراه با بزرگی غدد لنفاوی ناحیه‌ی اینگوینال باشد یا نباشد. علائم و تشخیص: تشخیص‌های افتراقی بالینی زخم تناسلی به ویژه در مناطقی که بیش از یک عامل اتیولوژیک شایع است، کار دقیقی نیست. تظاهرات بالینی و نمای بیماری‌هایی که زخم تناسلی می‌دهند ممکن است در حضور عفونت HIV تغییر کنند. ابتدا بایستی شرح حال و انجام معاینه بالینی برای اطمینان از وجود زخم صورت گرفته و به نمای زخم از نظر وجود وزیکول توجه شود.

اقدامات مورد نیاز

اگرچه عوامل اتیولوژیک مختلف ممکن است در ایجاد زخم تناسلی نقش داشته باشند، ولی از آنجا که امکانات آزمایشگاهی مناسب همیشه در دسترس نیست و صرف زمان برای انجام آزمایش می‌تواند به تاخیر در درمان و حتی مراجعه نکردن مجدد بیمار منجر شود، لذا درمان سندرومیک پیشنهاد می‌گردد. الگوریتم زیرگام‌های مختلف تصمیم‌گیری درمان بیمار و شریک جنسی وی را نشان می‌دهد.

نمودار ۱۶: درمان سندرومیک زخم تناسلی

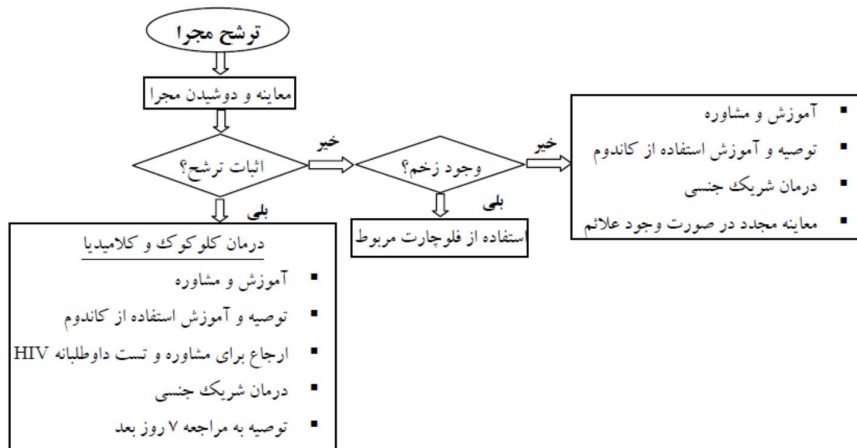


تروشح مجرا در مردان (Urethral Discharge)

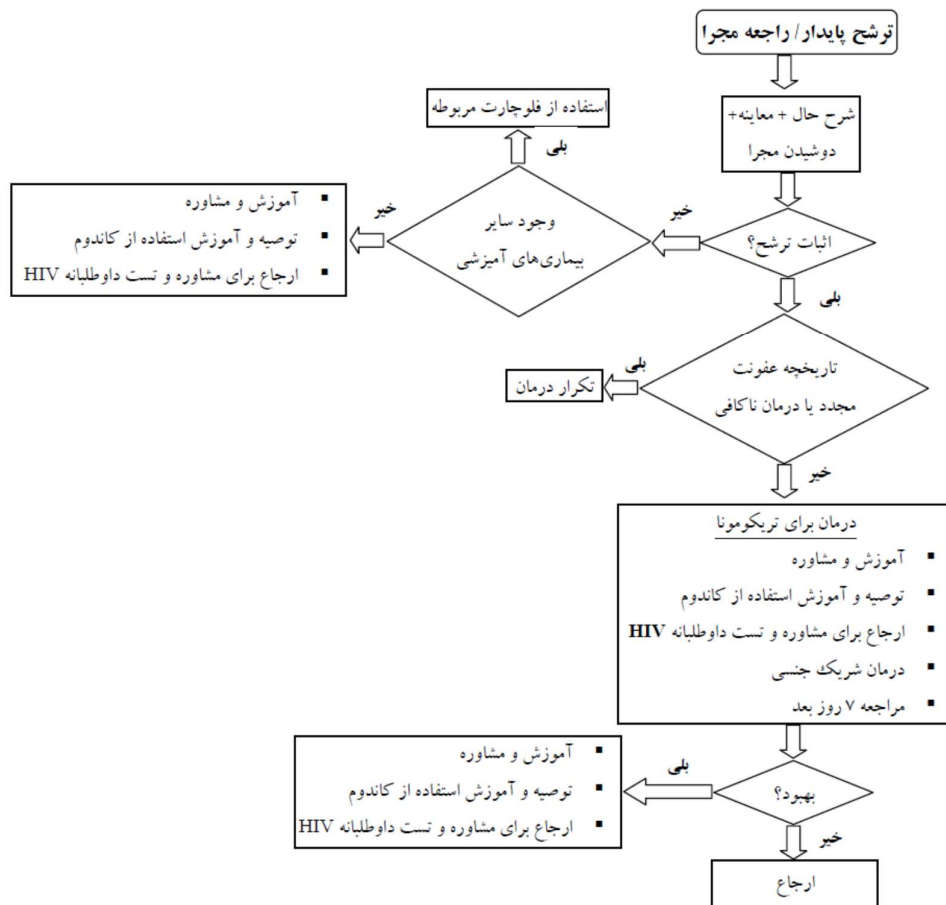
تعریف بیماری: ترشح غیرطبیعی از مجرای ادرار در مردان که می‌تواند همراه با سوزش ادرار باشد یا نباشد. علائم و تشخیص: مردانی که دچار ترشح مجرا و یا سوزش ادرار هستند، باید برای یافتن شواهدی از ترشح، معاینه شوند. اگر چیزی دیده نشد، مجرا باید از سطح پشتی آلت به سمت ماتوس ماساژ داده شود. نایسریا گنوره و کلامیدیا تراکوماتیس. پاتوژن‌های مهم ایجادکننده ترشح از مجرا هستند.

برخورد با موارد ترشح مجرا

نمودار ۱۷: درمان سندرومیک ترشح مجرا



نمودار ۱۸: درمان سندرومیگ تروشح پایدار مجرا



سیفیلیس (Syphilis)

علائم بالینی

در فرم اکتسابی سیفیلیس علائم حدود ۳ هفته (۹۰-۱۰ روز) پس از تماس ظاهر می‌شوند. سیفیلیس اکتسابی به چند مرحله تقسیم می‌شود.

سیفیلیس اولیه: معمولاً به صورت زخم برجسته، بدون درد، متفرد و با سفتی قاعده در ناحیه آنژوئیتال ظاهر می‌شود. ممکن است در موارد آتیپیک زخم متعدد، دردناک و چرکی دیده شود. آزمایشات بیمار در این مرحله معمولاً منفی است.

سیفیلیس ثانویه: بهبود خود به خود زخم تناسلی، راش‌های پلی مرفیک ژنرالیزه بدون خارش که اغلب کف دست و پاشنه را درگیر می‌کند، ضایعات جلدی - مخاطی، کوندیلوما لاتا و لنفادنوپاتی منتشر می‌باشد. راش جلدی می‌تواند همراه با خارش باشد.

مرحله نهفته: در این مرحله تست سرولوژیک مثبت است در حالی که علائم بالینی وجود ندارد. این مرحله می‌تواند شامل علائم گوم سیفیلیس (ندول یا پلاک یا اولس‌های تیبیک)، نورو سیفیلیس (تابس دورسالیس، پارزی منتشر، غیر طبیعی بودن مایع مغزی نخاعی)، سیفیلیس قلبی (درگیری‌های آئورت و...) باشد.

سیفیلیس زودرس: عبارت است از سیفیلیس اولیه، ثانویه یا Early Latent (فرم نهفته که بیشتر از یک سال طول نکشیده باشد). معیار برای Early Latent شامل هر کدام از حالات زیر می‌باشد:

- وجود مدرک دال بر تغییر سرولوژیک و یا افزایش ۴ برابر تست‌های غیر تریپونمال طی سال اخیر.
- تظاهرات بالینی نامشخص سیفیلیس اولیه یا ثانویه.
- داشتن شریک جنسی با ابتلا اثبات شده سیفیلیس اولیه یا ثانویه یا Early Latent.
- وجود تست تریپونمال و غیر تریپونمال مثبت در فردی که تنها تماس احتمالی وی در یک سال اخیر بوده است.

تشخیص

تست‌های غیر سرولوژیک شامل مشاهده تریپونم در بررسی با میکروسکوپی دار کفیلد، ایمونوفلورسانت آنتی‌بادی مستقیم و PCR است. در مرحله زودرس میکروسکوپی دار کفیلد و یا ایمونوفلورسانت آنتی‌بادی بر روی نمونه آگزودای زخم یا غده لنفاوی، وجود تریپونم را اثبات می‌کند و به منزله تشخیص قطعی است. تشخیص احتمالی با یک تست سرولوژیک غیر تریپونمال (RPR, VDRL) مثبت و تائید با یک تست تریپونمال مثبت صورت می‌گیرد. معمولاً FTA-Abs بیشتر در دسترس است.

تیر آنتی‌بادی‌ها بعد از درمان کاهش پیدا می‌کند؛ اما ممکن است تیرهای پایین برای مدت طولانی حتی تا آخر عمر باقی بمانند. تنها در ۲۵-۱۵ درصد موارد که در مراحل ابتدایی، درمان شده اند ممکن است پس از ۳-۲ سال تست تریپونمال منفی شود.

تعریف سیفیلیس اولیه و ثانویه

احتمالی: بیماری با زخم‌ها (اولیه) یا ضایعات موکوکوتانوس (ثانویه) و یک آزمایش سرولوژی Reactive (غیر تریپونمایی یا تریپونمایی).

قطعی: اثبات وجود تریپونما پالیدم در نمونه‌های کلینیکال با **Nucleic Acid, DFA-TP, Darkfield Microscopy** یا **Test** و یا روش‌های مشابه یا تست **FTA-Abs**.

سوزاک (Gonorrhea)

علائم و تشخیص

بسته به محل برقراری تماس جنسی علائم ممکن است در ناحیه دستگاه تناسلی، مقعد و یا حلق بروز کند. التهاب مجرای ادرار تظاهر اصلی در مردان است که معمولاً ۲-۵ روز بعد از تماس بروز می‌کند. عوارض در مردان به صورت اپیدیدیمیت، آبسه اطراف مجرا، پروستاتیت است. در زنان اندوسرویکس شایع‌ترین محل ورود عفونت است. علائم در طول ۱۰ روز پس از تماس بروز می‌کند. علائم به صورت ترشح از مهبل، درد و سوزش ادرار، خونریزی بین دو قاعدگی

بروز می‌کند. نکته قابل توجه این است که بسیاری از موارد آلودگی در زنان بدون علامت است. آلودگی در زن باردار می‌تواند کژنکتیویت نوزادی ایجاد کند.

در مردان مشاهده دیپلوکوک گرم منفی داخل سلولی در سلول‌های پلی مرفونوکلوتر ارزش تشخیص قطعی دارد. به دلیل حساسیت نسبتاً پایین اسمیر، نتیجه منفی رد کننده ابتلا به گنوکوک نیست.

تعاریف

- جداسازی دیپلوکوک گرم منفی اکسیداز مثبت (احتمالاً نیسریا گونوره) از یک نمونه کلینیکی.
- اثبات وجود نیسریا گونوره در یک نمونه کلینیکی با Nucleic Acid Based Test.
- مشاهده دیپلوکوک داخل سلولی گرم منفی در اسمیر اورترای گرفته شده از یک مرد.

اقدامات مورد نیاز در تمامی عفونت‌های آمیزشی

الف- درمانی

درمان بر اساس راهنمای کشوری، رویکرد سندرمیک ارجحیت دارد. برخورد اتیولوژیک فقط در صورت انجام آزمایشات تشخیصی کامل و رد سایر علل بیماری توصیه می‌شود.

سیفلیس

- سیفلیس اولیه، ثانویه، نهفته کمتر از یک سال، بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴ میلیون واحد، تک دوز.
- سیفلیس اولیه، ثانویه (حساسیت به پنیسیلین)، داکسی‌سیکلین، ۱۰۰ mg، هر ۱۲ ساعت، به مدت ۱۵ روز.
- سیفلیس در بارداری (حساسیت به پنیسیلین)، حساسیت زدایی.
- سیفلیس نهفته (مدت نامشخص)، بنزاتین پنی‌سیلین ۲/۴ میلیون واحد، هر هفته به مدت ۳ هفته.

گنوکوک

- سفتریاکسون ۱۲۵ میلی‌گرم، تزریق عضلانی، تک دوز.
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، تک دوز.
- افلوکساسین ۴۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، تک دوز.
- سفیکسیم ۴۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، تک دوز.
- آزیترومایسین ۲ گرم، خوراکی، تک دوز.
- اسپکتینومایسین (غیرحلق) ۲ گرم، تزریق عضلانی، تک دوز.

کلامیدیا

- داکسی‌سیکلین ۱۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز.
- افلوکساسین ۴۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز.
- آزیترومایسین ۱ گرم، خوراکی، تک دوز.
- کلامیدیا در حاملگی: اریترومایسین ۴۰۰ میلی‌گرم، خوراکی، هر ۶ ساعت تا ۷ روز.

تریکوموناس واژینالیس

- مترونیدازول ۲ گرم، خوراکی، تک دوز.
- مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۱۲ ساعت تا ۷ روز.

شاتکروید

- سفتریاکسون ۲۵۰ میلی گرم، تزریق عضلانی، تک دوز.
- سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۱۲ ساعت تا ۳ روز.
- آزیترومایسین ۱ گرم، خوراکی، تک دوز.

تبخال تناسلی

عفونت اولیه

- آسیکلویر ۴۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۸ ساعت تا ۷ روز.
- آسیکلویر ۲۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۵ ساعت تا ۷ روز.

عفونت راجعه

- آسیکلویر ۴۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۸ ساعت تا ۵ روز.
- آسیکلویر ۲۰۰ میلی گرم، خوراکی، هر ۵ ساعت تا ۵ روز.

به دلیل شیوع همراهی کلامیدیا با گنوره، درمان همزمان کلامیدیا در تمام بیماران با تشخیص گنوره نیز باید انجام شود. تنها در مواردی می‌توان از درمان همزمان کلامیدیا صرف نظر کرد که تشخیص کلامیدیا با تست NAAT (نوکلئیک اسید امپلیفیکیشن تست) رد شده باشد.

ب- پیشگیری

- گزارش تمام موارد بیماری‌های آمیزشی بر اساس فرم گزارش فردی و موارد زخم تناسلی بدون تاول، ترشح مجرا، سیفیلیس اولیه و ثانویه، گنوکوک و کلامیدیا قطعی مطابق تعریف اپیدمیولوژیک به مرکز بهداشت شهرستان بر اساس فرم شماره یک دستورالعمل نظام مراقبت.
- مشاوره و آموزش به بیمار در زمینه‌های رفتارهای جنسی سالم، اهمیت درمان دارویی و نحوه مصرف داروها، ممانعت از تماس جنسی تا پایان دوره درمان و روش استفاده از کاندوم، اهمیت اطلاع به شریک جنسی برای مراجعه و درمان و آشناسازی با سایر بیماری‌های آمیزشی به ویژه اچ‌آی‌وی.
- توصیه و آموزش استفاده از کاندوم.
- توصیه و ارجاع بیمار به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای انجام مشاوره و آزمایش داوطلبانه اچ‌آی‌وی.
- ارائه کارت پیگیری همسر / شریک جنسی و درمان همزمان شریک جنسی بیمار.
- توصیه به ضدعفونی کردن لباس زیر بیمار و شریک جنسی وی و استفاده از آفتاب برای خشک کردن لباس‌ها.
- آموزش مادران برای کشف بیماران احتمالی و جلوگیری از تولد نوزاد مبتلا.
- پیشگیری دارویی عفونت گنوککی برای چشم نوزادان.

- آموزش جامعه در مورد بیماری، علائم و ضرورت مراجعه برای دریافت درمان.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

- کلیه موارد بیماری‌های آمیزشی باید برای مشاوره و آزمایش داوطلبانه HIV به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شوند.
- افرادی که پس از درمان سندرمیک طبق الگوریتم، علائم بیماری‌های آمیزشی در آنها بهبود نیابد باید به متخصص ارجاع شوند.
- زنان باردار مبتلا به زخم تناسلی (با یا بدون تاول) و یا سیفلیس باید به متخصص زنان ارجاع شوند.
- عفونت سیستمیک گنوکوک و عوارض سیفلیس در سایر ارگان‌های بدن نیز نیاز به ارجاع دارد.

جداسازی

ممانعت از تماس جنسی تا پایان دوره درمان.

منابع

۱. دستورالعمل کشوری تدابیر بالینی در عفونت‌های آمیزشی. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳.
۲. دستورالعمل نظام مراقبت بیماری‌های آمیزشی در ایران. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵.
۳. جزوه مدیریت بیماری‌های آمیزشی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳.