



سرشناسه	فربد، یاسمن، ۱۳۴۷ -
عنوان و نام پدیدآور	ژنیکولوژی عمومی ۱: خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲... / ترجمه و تلخیص یاسمن فربد؛ پاسخدهی به سؤالات مریم اسماعیل پور.
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۲ج: مصور(رنگی).
شابک	۳۵۸۰۰۰۰ ریال: ج. ۱۹۷۸-۵-۲۱-۶۲۲-۵۵۶۰-۲-۱۹-۲-۲۹۷۸ ج. ۲۹۷۸-۲-۱۹-۲-۵۵۶۰-۶۲۲-۵ : 622-5560-19-2-2978
وضعیت فهرست نویسی	فیبیا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Berek & Novak's gynecology, 16th. ed, 2020" اثر جاناناس برک است.
یادداشت	جلد دوم ترجمه و تلخیص مهدخت منشی، مریم اسماعیل پور.
موضوع	پزشکی زنان -- Gynecology پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری‌ها -- Women -- Diseases زنان -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Women -- Diseases -- Examinations, questions, etc. اسماعیل پور، مریم، ۱۳۴۵ - برک، جاناناس. Berek, Jonathan S. -- نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری‌های زنان نواک RG۱۰۱ ۱/۶۱۸ ۹۱۵۸۲۰۷ فیبا
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	
رده بندی کنگره	
رده بندی دیویی	
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

عنوان کتاب: ژنیکولوژی عمومی ۱ خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد تخصصی زنان و زایمان
 چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**
 نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
 تیراژ: ۱۰۰ جلد
 شاپک: 978-622-5560-21-5
 بهاء: ۳۵۸,۰۰۰ تومان
 Berek & Novak's Gynecology /16th edition/ Williams and Wilkins/ 2020
 ترجمه و تلخیص: دکتر یاسمن فربد، پاسخدهی به سؤالات دکتر مریم اسماعیل پور
 ناشر: انتشارات کاردیا
 صفحه آرا: **رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی**
 طراح و گرافیست: **رزیدنت یار**

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
 شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

ژنیکولوژی عمومی ۱

خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی

زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲

Berek & Novak's Gynecology / 16th edition / Williams and Wikins / 2020

ترجمه و تلخیص

دکتر یاسمن فرید

رتبه ۵ بورده تخصصی زنان و زایمان سال ۱۳۹۸

از دانشگاه تهران

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

پاسخدهی به سؤالات

دکتر مریم اسماعیل پور

رتبه ۲ بورده تخصصی ۱۳۹۸

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



فصل ۸ - بلوغ.....	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۸.....	۴۳
فصل ۹ - ژنیکولوژی کودک و نوجوانان.....	۴۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۹.....	۶۳
فصل ۱۰ - ژنیکولوژی بزرگسالان (گروه سنی دوران تولیدمثل).....	۱۰۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۰.....	۱۲۵
فصل ۱۱ - فیبروئیدهای رحمی.....	۱۲۷
فصل ۱۲ - درد لگن و دیس منوره.....	۱۴۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲.....	۱۸۵

عوامل مؤثر بر زمان شروع بلوغ:

عامل اصلی، ژنتیک است. سایر عوامل مؤثر بر زمان شروع و پیشرفت تکامل بلوغی شامل موارد زیر است: تغذیه، وضعیت عمومی سلامت، موقعیت جغرافیایی، تماس با نور و وضعیت روانی، تماس با مواد شیمیایی استروژنی، جدایی پدر و مادر، شرایط اقتصادی نامناسب.

سن منارک در کودکان نسبتاً چاق (تا ۳۰٪ بیشتر از وزن طبیعی برای سن مورد نظر)، زودتر و در کودکان مبتلا به سوء تغذیه‌ی شدید، دیرتر است. منارک در دختران مبتلا به morbid obesity به تأخیر می‌افتد.

در موارد زندگی شهری، نزدیک خط استوا و در ارتفاعات پایین تر، سن بلوغ کمتر است. در دختران نابینا، منارک زودتر رخ می‌دهد!

نقش وزن بدن روی سن منارک: قبل از شروع منارک چربی بدن حداقل باید به ۱۷٪ برسد و در دختران بالاتر از ۱۶ سال، این چربی برای شروع سیکل‌های قاعدگی منظم باید به ۲۲٪ برسد.

منارک در دختران دیابتی و دخترانی که ورزش‌های سنگین می‌کنند (حتی با وجود وزن و درصد چربی طبیعی بدن) به تأخیر می‌افتد.

سایر عوامل مؤثر بر سن شروع بلوغ (در دست تحقیق): وزن زمان تولد، افزایش وزن ناگهانی در دوره‌ی شیرخوارگی و مواجهه‌ی داخل رحمی با توکسین‌ها و استرس.

تغییرات فیزیکی در جریان بلوغ:

هرگونه انحراف تغییرات همراه با بلوغ از چارچوب زمانی خود، غیرطبیعی تلقی می‌شود.

اولین نشانه‌ی بلوغ، تسریع رشد، سپس به ترتیب ظهور جوانه‌ی پستان (که معمولاً به عنوان اولین تغییر شناسایی می‌شود)، ظهور موهای پوبیس، به حداکثر رسیدن سرعت رشد و منارک است.



در دختران تکامل بلوغی به طور تیپیک ۴/۵ سال طول می کشد. تغییرات بلوغ به طور میانگین در دختران در سن ۱۱ س الگی شروع می شود.

* مراحل تانر برای تکامل پستان:

مرحله ۱: به وضعیت قبل از بلوغ اشاره دارد. فقدان بافت پستانی قابل لمس، قطر آرنول عموماً کمتر از ۲ سانتی متر، نیپل‌ها به داخل برگشته (invert)، صاف و یا برآمده.

مرحله ۲: جوانه زدن پستان همراه با برجستگی قابل مشاهده و قابل لمس، بزرگ شدن و نازک شدن پوست آرنول‌ها، تکامل نیپل به درجات مختلف.

مرحله ۳: رشد و بالا آمدن کل پستان، زمانی که فرد می نشیند و از پهلو مورد مشاهده قرار می گیرد، نیپل عموماً بر روی صفحه‌ی میانی بافت پستان یا بالاتر از آن قرار دارد.

مرحله ۴: برآمدگی آرنول و پاپیلا در روی ساختار کلی پستان به صورت یک برجستگی ثانویه.

مرحله ۵: پستان از نظر ساختار و ابعاد به حالت «رسیده» دست می یابد. در اکثر زنان نیپل رنگدانه‌ی بیشتری پیدا می کند و غدد مونتگومری دور تا دور آرنول قابل مشاهده هستند. اگر فرد بنشیند و از پهلو مورد مشاهده قرار گیرد، نیپل عموماً در پایین صفحه‌ی میانی پستان دیده می شود.

تکامل کامل پستان معمولاً ۳-۳/۵ سال طول می کشد، ممکن است در عرض ۲ سال نیز رخ دهد یا تا زمان اولین حاملگی از مرحله‌ی چهارم فراتر نرود.

نکته: سایز پستان نشان دهنده‌ی میزان بلوغ آن نیست.

* مراحل تانر برای موهای پوبیس:

مرحله ۱: هیچ گونه موی تحریک شده‌ی جنسی وجود ندارد اما ممکن است تعدادی موی غیرجنسی وجود داشته باشد.

مرحله ۲: پیدایش اولین موهای خشن، بلند و پیچ‌دار در طول لایبیا ماژور

مرحله ۳: گسترش موهای خشن و مجعد به مونس پوبیس

مرحله ۴: موهایی که از نظر ضخامت و ساختار مشابه بالغین هستند، اما توزیع این موها به گستردگی موهای بزرگسالان نیست و به طور تیپیک به سطح داخلی ران‌ها گسترش نمی یابند.

نکته: در اغلب موارد هنگام وقوع منارک، رشد برست در مرحله‌ی ۳ یا ۴ تانر است (بیشتر ۴).
بروز تومورهای تخمدان در گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. در نوجوانان و دخترهای جوان تومورهای ژرم سل نسبت به بزرگسالان شایع‌تر است.
ریسک PID و STD در دخترهای نوجوان بیشتر از بزرگسالان است.
طبق توصیه‌ی ACOG، ویزیت اولیه‌ی نوجوانان برای راهنمایی در مورد بهداشت باروری، غربالگری و آموزش اقدامات پیشگیرانه باید در سن ۱۳-۱۵ سالگی انجام شود. طی این ویزیت باید نوع برقراری ارتباط نوجوان با مادرش نیز بررسی گردد.

■ مراحل ویزیت و مشاوره‌ی نوجوان:

- ۱) ویزیت اول (نوجوان و والدین با هم): شرح حال از مشکل نوجوان یا نگرانی‌های اصلی، گرفتن شرح حال خانوادگی و سابقه‌ی بیماری‌های قبلی
- ۲) ویزیت دوم (با والدین): بررسی دغدغه‌های والدین، راهنمایی‌های پیشگیرانه در مورد تکامل نوجوان، رعایت اصل رازداری
- ۳) ویزیت سوم (با نوجوان): رعایت اصل رازداری، گرفتن شرح حال شامل رفتار جنسی و رفتارهای پرخطر
- ۴) قدم چهارم: معاینه‌ی فیزیکی در صورت نیاز با یا بدون حضور والدین (بر اساس تمایل نوجوان)
- ۵) ویزیت پنجم (نوجوان): خلاصه کردن یافته‌ها، مشخص کردن نقش والدین، مشخص کردن نتایج آزمایشات، ارائه‌ی راهنمایی‌های پیشگیرانه
- ۶) ویزیت ششم (نوجوان همراه با والدین): خلاصه کردن یافته‌ها و توصیه‌ها



■ بررسی روانی - اجتماعی نوجوانان (ارزیابی): HEADSSS

H ← Home (در منزل)

E ← Education & Employment (در محل کار یا تحصیل)

E ← Eating (تغذیه)

A ← Activities (فعالیت‌ها)

D ← Drugs (داروها)

S ← Sexuality (رابطه‌ی جنسی)

S ← Suicide/Depression (افسردگی / افکار خودکشی)

S ← Safety (ایمنی)

گروه سنی قبل از بلوغ

✓ خونریزی قبل از بلوغ:

قبل از وقوع منارک (که به طور معمول در دختران زیر ۹ سال رخ نمی‌دهد)، هرگونه خونریزی باید ارزیابی گردد. درک توالی طبیعی بلوغ و سیر زمانی این وقایع، برای بررسی مناسب خونریزی بسیار اهمیت دارد. هرگونه خونریزی در غیاب تکامل پستان، نیازمند بررسی است.

✓ تشخیص افتراقی‌های خونریزی واژینال قبل از بلوغ:

در طی چند روز اول زندگی به علت قطع تماس با مقادیر بالای استروژن مادری، ممکن است خونریزی واژینال خفیفی رخ بدهد. پس از دوره‌ی نوزادی علل خونریزی عبارتند از: سوء استفاده‌ی جنسی، بلوغ زودرس، تومورهای خوش‌خیم و بدخیم تخمدان (مثل تومور ژرم سل یا گرانولوزا)، ضایعات یا تومورهای وولو و واژن یا سرویکس، لیکن اسکروز، کوندیلوما، مولوسکوم کونتاژیوزوم، پرولاپس یورترا، جسم خارجی واژن، استفاده از استروژن آگزوژن (موضعی یا خوراکی)، وولویت و واژینیت. گاهی تشخیص منشأ خونریزی (ادرار، واژن یا رکتوم) دشوار است و در این موارد باید علل ادراری خونریزی و عوامل مرتبط با GI در نظر گرفته شود.

* نکته: در دخترانی که دچار هرگونه علائم ولوواژینال هستند، احتمال سوء استفاده‌ی جنسی، همیشه باید مد نظر باشد.

ژنیکولوژی بزرگسالان (گروه سنی دوران تولیدمثل)

فصل ۱۰

Novak's Section 10

خونریزی‌های غیرطبیعی:

پس از نوجوانی سیکل‌های قاعدگی معمولاً ۲۱-۳۵ روزه همراه با خونریزی قاعدگی کمتر از ۷ روز هستند. با نزدیک شدن به یائسگی و عدم تخمک‌گذاری، طول سیکل‌ها نامنظم‌تر می‌شود. شایع‌ترین علت AUB در سنین باروری، مسائل هورموناال است. در حال حاضر طبق توصیه‌ی ACOG و FIGO بهتر است به جای استفاده از واژه‌هایی مثل منوراژی یا منومتروراژی، برای توصیف AUB از فرکانس سیکل‌ها، طول مدت خونریزی و حجم خونریزی استفاده گردد. واژه‌ی (DUB خونریزی رحم دیس‌فانکشنال) هم نباید مورد استفاده قرار بگیرد.

خونریزی غیرطبیعی رحم و علل آن (PALM-COEIN)

Structural Causes	PALM
AUB-P	Polyp
AUB-A	Adenomyosis
AUB-L	Leiomyoma
AUB-M	Malignancy + Hyperplasia
Nonstructural	COEIN
AUB-C	Coagulopathy
AUB-O	Ovulatory dysfunction
AUB-E	Endometrial
AUB-I	Iatrogenic
AUB-N	Not yet classified



در تمام خانم‌های سنین باروری با AUB، حاملگی باید رد شود. بارداری ناخواسته در نوجوانان و خانم‌های بالای ۴۰ سال شایع‌تر است.

علل آناتومیک خونریزی غیرطبیعی رحم (مثل پولیپ یا میوم)، در سنین باروری شایع‌تر از سایر سنین است.

✓ پولیپ آندومتر: در ارتباط با مصرف تاموکسیفن و ناباروری است، می‌تواند باعث خونریزی غیرطبیعی و دیس‌منوره شود. مثل لیومیوم‌ها، اغلب این پولیپ‌ها بی‌علامتند و بروز آن‌ها با افزایش سن در سنین باروری افزایش می‌یابد. الگوهای عروق خونی تغذیه‌کننده در سونوگرافی ممکن است به افتراق پولیپ از فیبروم‌های داخل کاویته و بدخیمی آندومتر کمک کند. تأثیر پولیپ روی باروری نامشخص است ولی برداشتن آن سبب بهبود میزان باروری در افراد نازا می‌شود. احتمال تغییرات بدخیم پولیپ‌های آندومتر در زنان غیر یائسه بسیار کم و در زنان یائسه‌ی مبتلا به خونریزی بیشتر است.

✓ آدنومیوز: می‌توان با سونوگرافی یا MRI آن را تشخیص داد و یکی از علل ساختاری AUB است.

✓ لیومیوم: شایع‌ترین تومور سیستم ژنیتال است. خونریزی شایع‌ترین علامت آن است. هر چند به نظر نمی‌رسد که تعداد و سایز میوم‌ها تأثیری بر وقوع AUB داشته باشد، ولی میوم‌های ساب‌موکوس با احتمال بیشتری باعث خونریزی می‌شوند (جدید).

✓ بدخیمی و هایپرپلازی: تماس با استروژن بلامنازع می‌تواند باعث هایپرپلازی یا کنسر آندومتر شود. AUB شایع‌ترین علامت بیماران مبتلا به کنسر سرویکس است ضایعات قابل مشاهده‌ی سرویکس حتماً باید بیوپسی شوند، زیرا سیتولوژی ممکن است در موارد تومورهای پیشرفته به علت نکروز تومور، منفی کاذب باشد.

✓ علل اندوکراین: هم هایپو و هم هایپر تیروئیدی می‌تواند باعث AUB شود. در هایپوتیروئیدی منوراژی شایع است. شایع‌ترین علت هایپر تیروئیدی قبل از یائسگی بیماری گریوز است که می‌تواند باعث اولیگومنوره، آمنوره و بالا رفتن سطح استروژن خون شود.

اختلالات دیگر مثل اختلالات هایپوتالاموس، هایپرپرولاکتینمی، POF و اختلال هیپوفیز نیز می‌تواند باعث اختلال تخمک‌گذاری و AUB شود.

دیابت شیرین می‌تواند با عدم تخمک‌گذاری، چاقی، مقاومت به انسولین و فزونی آندروژن همراه باشد. PCOS و سایر اختلالات آندروژن هم می‌تواند باعث AUB به همراه افزایش ریسک بیماری‌های قلبی - عروقی شود.

فیبروئیدهای رحمی شایع‌ترین تومورهای خوش‌خیم رحم و شایع‌ترین علت هیستریکتومی هستند. تومورهای منوکلونال با منشأ عضلات صاف میومتر و حاوی ماتریکس خارج سلولی از جنس کلاژن، الاستین، فیبرونکتین و پروتئوگلیکان می‌باشند.

اتیولوژی (جدید):

به خوبی شناخته نشده است. نقش تعدادی از عوامل مؤثر توضیح داده شده است و سودوکپسول عروقی در اطراف خود.

■ ژنتیک:

وضعیت‌های هایپوکسیک مثل قاعدگی می‌تواند باعث جهش در سلول‌های بنیادی عضله صاف میومتر شود. حذف شدگی، دوپلیکاسیون و جابجایی در کروموزوم‌های ۶، ۷، ۱۲ و ۱۴ می‌تواند نقش داشته باشد. فاکتورهای رشد مختلف نیز می‌توانند باعث رشد فیبروم‌ها شوند. $TGF-\beta$ باعث افزایش سنتز ماتریکس خارج سلولی و در نتیجه افزایش جزء فیبروز فیبروئیدها می‌شود. استروژن و پروژسترون می‌توانند باعث تأثیر بر شکل‌گیری فیبروم‌ها از طریق تنظیم فاکتورهای رشد شوند. فیبروئیدها می‌توانند توسط عوامل شیمیایی محیطی (که باعث افزایش یا کاهش رسپتورهای پروژسترون و استروژن می‌شوند) تحت تأثیر قرار گیرند. *** نکته:** لیومیوسارکوم‌ها از دژنراسیون بدخیم میوم ناشی نمی‌شوند و این دو از نظر ژنتیکی متفاوت هستند.

■ هورمون‌ها:

استروژن و پروژسترون، رشد فیبروم‌ها را افزایش می‌دهند. وضعیت‌های افزایش مواجهه با استروژن مثل چاقی و منارک زودرس باعث افزایش بروز فیبروم‌ها و سیگار، ورزش و پاریت‌های بالا باعث کاهش بروز آن‌ها می‌شود.



سطح استروژن و پروژسترون سرم در خانم‌های با و بدون فیبروم یکسان است. اما به علت افزایش آروماتاز در فیبروم‌ها، تولید موضعی استرادیول در این تومورها بیشتر است. ریسپتور A و B پروژسترون در فیبروم‌ها نسبت به میومتر نرمال بیشتر است و بیشترین تعداد میتوز در فیبروم‌ها در نقطه‌ی حداکثر تولید پروژسترون رخ می‌دهد. آگونیست‌های GnRH باعث کاهش اندازه‌ی فیبروم‌ها و تجویز پروژسترون همزمان مانع کاهش اندازه‌ی آن‌ها می‌شود. درمان با استرادیول و تنها در مدل‌های حیوانی، باعث افزایش اندازه‌ی فیبروم نمی‌شود اما بروز گیرنده‌های پروژسترون را القا می‌کند.

ریسک فاکتورهای بروز فیبروم:

- ✓ بروز فیبروم با بالا رفتن سن و در نژاد آفریقایی - آمریکایی افزایش می‌یابد و فیبروم‌ها در نژاد آفریقایی آمریکایی در سن پایین‌تری نسبت به نژاد سفید ظاهر می‌شوند.
- ✓ مواجهه بیشتر با هورمون‌های اندوژن مثل منارک زودرس قبل از ۱۰ سالگی باعث افزایش بروز می‌شود.
- ✓ سابقه‌ی فیبروم در خانواده‌ی درجه یک باعث افزایش ۲/۵ برابری بروز آن می‌شود.
- ✓ ریسک پیدایش فیبروم‌ها با هر ۱۰ کیلوگرم افزایش وزن، ۲۱٪ افزایش می‌یابد. در صورت چربی بدن بالاتر از ۳۰٪ هم ریسک افزایش می‌یابد. چاقی باعث افزایش تبدیل آندروژن‌های آدرنال به استروژن و کاهش SHBG می‌شود و همین باعث افزایش شیوع و/یا رشد فیبروم‌ها می‌شود.
- ✓ رژیم غذایی سرشار از گوشت قرمز، گوشت گوساله و ژامبون بروز فیبروم‌ها را افزایش می‌دهد، در مقابل رژیم غنی از سبزیجات آن را کاهش می‌دهد.
- ✓ ورزش حدود ۷ ساعت در هفته نسبت به ۲ ساعت در هفته باعث کاهش بروز فیبروم می‌شود.
- * نکته: هیچ‌گونه ارتباط قطعی بین مصرف OCP و بروز یا رشد فیبروم‌ها وجود ندارد.
- ✓ هورمون تراپی پس از یائسگی در اکثر زنان یائسه‌ی مبتلا به فیبروم، رشد فیبروم‌ها را تحریک نمی‌کند. اگر فیبروم‌ها رشد کنند، به احتمال زیاد پروژسترون علت آن است.
- ✓ سیگار به علت کاهش تبدیل آندروژن‌ها به استروژن با مهار کردن آروماتاز، افزایش هیدروکسیلاسیون استرادیول و تحریک مقادیر بالاتر SHBG، باعث کاهش دسترسی استروژن و کاهش بروز فیبروم‌ها می‌شود.

درد مزمن لگن، دردی است که بیش از ۳ ماه طول می‌کشد، محدود به لگن آناتومیک است و به حدی شدید است که سبب ناتوانی در عملکرد می‌شود و یا مراقبت‌های طبی را ضرری می‌سازد. اگرچه درد حاد در اغلب موارد با پاسخ‌های رفلکسی اتونوم مثل تهوع، استفراغ، تعریق و دلهره همراه است، ولی در درد مزمن لگن این پاسخ‌های رفلکسی وجود ندارد. درد حاد با نشانه‌های التهاب یا عفونت مثل تب و لکوسیتوز همراه است ولی این نشانه‌ها در درد مزمن وجود ندارد. در درد حاد لگن، واسطه‌های التهاب در پاسخ به عفونت، ایسکمی یا تحریک شیمیایی تولید می‌شوند. در مقابل، اتیولوژی درد مزمن لگن اغلب شامل تغییراتی در تعدیل یا تنظیم افزایشی محرک‌هایی است که به طور طبیعی دردناک نیستند و میزان درد متناسب با شدت آسیب بافتی نیست. استعداد ژنتیکی، فشارهای نامطلوب محیطی و هورمون‌ها، احتمال ابتلا به درد مزمن را افزایش می‌دهند و نوعی پاسخ فیزیولوژیک، احساسی و رفتاری در آن دخیل است.

تشخیص افتراقی‌های درد حاد لگن:

شروع سریع درد، بیشتر با پرفوراسیون یکی از احشای توخالی یا ایسکمی به دنبال تورشن سازگاری دارد. درد کولیکی یا کرامپی شدید، اغلب در ارتباط با انقباضات عضلانی یا انسداد یکی از احشاء توخالی مثل رحم، روده یا حالب دیده می‌شود.

دردی که در کل شکم احساس می‌شود، نشانه‌ی واکنش ژنرالیزه به مایعات موجود در پریتون است (مثل خون، چرک یا محتویات کیست تخمدان پاره شده).

درد احشایی در ابتدا به صورت احساس مبهم، عمیق و یا لوکالیزاسیون ضعیف همراه با پاسخ‌های رفلکسی اتونوم، درک می‌شود. هنگام لوکالیزه شدن درد در ناحیه‌ی خاصی از شکم، به آن درد ارجاعی گفته می‌شود که دردی سطحی‌تر است و در محل انتشار عصب یا درماتوم درک می‌شود.

* مهم: جدول ۲-۱۲



Organ	Spinal Segments	Nerves
Abdominal wall	T12-L1	Iliohypogastric, ilioinguinal, genitofemoral
Lower abdominal wall, anterior vulva, urethra, clitoris	L1-L2	Ilioinguinal, genitofemoral
Lower back	L1-L2	
Pelvic floor, anus, perineum, and lower vagina	S2-S4; L1-L2	Pudendal, inguinal, genitofemoral, posterofemoral cutaneous
Upper vagina, cervix, uterine corpus, inner third of fallopian tubes, broad ligament, upper bladder, terminal ileum, and terminal large bowel	T11-L2; S2-S4	Thoracolumbar autonomics (sympathetics) via hypogastric plexus; sacral autonomics (parasympathetics) via pelvic nerve
Ovaries, outer two-thirds of fallopian tubes, and upper ureter	T9-T10	Thoracic autonomics (sympathetics) via renal and aortic plexus and celiac and mesenteric ganglia, aortic and superior mesenteric plexuses

اعصاب حامل ایمپالس‌های دردناک، اعضای لگن، قسمت فوقانی واژن، سرویکس، رحم و آدنکس‌ها، عصب‌گیری احشایی یکسانی با روده‌ی بزرگ، رکتوم، مثانه، قسمت تحتانی حالب و بخش تحتانی روده‌ی باریک دارند. بنابراین درد حاصل از ارگان‌های ژنیتال، دستگاه ادراری و دستگاه گوارش به درمان‌های یکسانی ارجاع می‌شود.

بررسی درد حاد لگن:

شرح حال دقیق، ابزار اصلی برای تشخیص صحیح است. اجزاء شرح حال شامل موارد زیر است:

زمان و خصوصیات آخرین سیکل قاعدگی

خونریزی غیرطبیعی یا ترشح

شرح حال جنسی و روش‌های جلوگیری و سابقه‌ی STD و مشکلات ژنیکولوژیک قبلی

زمان و کیفیت شروع درد