



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	فربد، یاسمن، ۱۳۶۷- ژنیکولوژی عمومی ۲: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲.../ ترجمه و تلخیص یاسمن فربد؛ پاسخدهی به سوالات مریم اسماعیل پور. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲. ج: ۲ (مصور رنگی). ۴۳۰۰۰۰ ریال ج ۱: ۵-21-5-622-978، ج ۲: ۲-19-2-5560-622-978
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست نویسی یادداشت	فیپا کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Novak's gynecology, 16th. ed, 2020" & Berek اثر جاناتان اس برک است. جلد دوم ترجمه و تلخیص مهدخت منشی، مریم اسماعیل پور. پزشکی زنان -- Gynecology پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. زنان -- بیماری ها -- Women -- Diseases زنان -- بیماری ها -- آزمون ها و تمرین ها Women -- Diseases -- Examinations, questions, etc.
یادداشت موضوع	اسماعیل پور، مریم، ۱۳۶۵- برک، جاناتان S. -- Berek, نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری های زنان نواک RG101 ۱/۶۱۸ ۹۱۵۸۲۰۷ فیپا
شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی اطلاعات رکورد کتابشناسی	

ژنیکولوژی عمومی ۲- خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی زنان و زایمان	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b> نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ تیراژ: ۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۵۶۰-۱۹-۲ بهاء: ۴۳۰،۰۰۰ تومان
Berek & Novak's Gynecology /16th edition/ Williams and Wikins/ 2020 ترجمه و تلخیص: دکتر مهدخت منشی، پاسخدهی به سوالات دکتر مریم اسماعیل پور ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: <b>رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی</b> طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>	

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](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# ژنیکولوژی عمومی ۲

خلاصه درس به همراه مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورڈ تخصصی

زنان و زایمان با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۲

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

## ترجمہ و تلخیص

### دکتر مہدخت منشی

ده درصد رتبه اول بورڈ تخصصی ۱۳۹۸

از دانشگاه علوم پزشکی کرمان

### دکتر مریم اسماعیل پور

رتبه ۲ بورڈ تخصصی ۱۳۹۸

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



فصل ۱۳ - اندومتريوز	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳	۳۹
فصل ۱۵ - عفونت‌های تناسلی - ادراری و بیماری‌های آمیزشی	۴۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۵	۶۵
فصل ۱۶ - بیماری‌های داخل اپی تليومی سرویکس، واژن و ولوو	۸۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶	۱۱۳
فصل ۱۷ - تمایلات جنسی و اختلال عملکرد جنسی	۱۲۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۷	۱۴۵
فصل ۱۸ - یائسگی	۱۴۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸	۱۶۳
فصل ۱۹ - بیماری‌های خوش خیم پستان	۱۶۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹	۱۹۹



تعریف: حضور بافت آندومتر (غدد و استروما) در خارج از رحم شایع‌ترین نقاط ابتلا به اندومتریوز احشاء لگنی و صفاق می‌باشند.

#### اپیدمیولوژی:

- اغلب در زنان سنین باروری دیده می‌شود.
- میزان شیوع آن ۱۰٪ می‌باشد (در سنین باروری).
- اگرچه اغلب در سنین باروری گزارش شده اما در نوجوانان و زنان یائسه تحت هورمون درمانی هم دیده شده است.

#### عوامل خطر:

- ۱- ناباروری
- ۲- داشتن موی قرمز
- ۳- منارک زودرس
- ۴- سیکل قاعدگی کوتاه
- ۵- هیپرمنوره
- ۶- نولی پاریته
- ۷- ناهنجاری مولرین
- ۸- وزن کم زمان تولد (کمتر از ۳۲۰۰ گرم)
- ۹- تماس داخل رحمی با دی اتیل استیل بسترول
- ۱۰- یکی از قل‌های حاملگی چندقلویی



۱۱- اندومتريوز در اقوام درجه اول

۱۲- قد بلند

۱۳- رژیم غذایی غنی از چربی و گوشت قرمز

۱۴- تماس با دی اکسین یا بی فنیل کلرینه

۱۵- جراحی‌های قبلی یا درمان طبی برای اندومتريوز

### عوامل محافظت کننده:

- مولتی پارېته

- شیردهی

- تماس با دخانیات در دوران جنینی

- بالا بودن BMI

- افزایش نسبت کمر به باسن

- ورزش

- رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزی

**نکته:** استفاده قبلی از روش‌های جلوگیری از بارداری یا وسایل داخل رحمی و استعمال دخانیات باعث افزایش خطر اندومتريوز نمی‌شوند.

### ارتباط اندومتريوز با سرطان:

- خطر سرطان تخمدان (نوع سلول شفاف و اندومتريوئید) کمی (در حد ۱,۳ تا ۱,۹) افزایش می‌یابد.

- در بعضی مطالعات ↑ خطر ملانوم و هوچکین گزارش شده که نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است.

**اتیولوژی:** سه نظریه جهت پاتوژنز اندومتريوز مطرح شده:

(۱) کاشته شدن نابه‌جای بافت آندومتر: این نظریه پس زدن خون قاعدگی از لوله‌های رحمی طی

خونریزی قاعدگی را علت اندومتريوز می‌داند. یافته‌های زیر از این نظریه حمایت میکنند:

- وجود سلول‌های آندومتر در مایع دیالیز زنانی که طی قاعدگی دیالیز می‌شوند.

## واژن طبیعی:

ترشحات طبیعی واژن شامل موارد زیر هستند:

- ترشحات ولوو که حاصل غدد سباسه، عرق، بارتولن و اسکن و ترانسودای ترشح شده از دیواره واژن و مایعات مترشحه از اندومتر و لوله‌های رحمی هستند.

در میانه سیکل قاعدگی به علت افزایش موکوس سرویکس میزان ترشحات افزایش می‌یابد.

- بافت ریزش یابنده واژن متشکل از سلول‌های اپی تلیال واژن است:

- سلول‌های سطحی: که سلول غالب در دوران باروری هستند (سلول غالب در موارد تحریک استروژن).

- سلول‌های حد واسط: سلول غالب در مرحله لوتئال هستند (به علت تحریک پروژسترون).

- سلول پارابازال: در صورت فقدان تحریک هورمونی سلول غالب هستند پس در زنان یائسه دیده می‌شوند.

- فلور نرمال واژن عمدتاً هوازی هستند، ۶ گونه باکتری در ایجاد آن نقش دارند که شایع‌ترین آن‌ها لاکتوباسیل می‌باشد.

عوامل مؤثر بر تعیین میکروبیولوژی واژن:

۱- pH واژن

۲- دسترسی به گلوکز برای متابولیسم باکتری

- pH طبیعی واژن کمتر از ۴/۵ است.

## ترشحات طبیعی واژن:

- دارای قوام کرکی و سفید رنگ هستند.



- در فورنیکس خلفی تجمع می‌یابند.
- ترشحات واژن را با تهیه نمونه wet mount (مرطوب) می‌توان بررسی کرد؛ به این منظور باید نمونه ترشحات واژن را در ۰/۵ میلی‌لیتر نرمال سالین در یک لوله شیشه‌ای به حالت سوسپانسیون درآورد و به لام منتقل کرد و زیر میکروسکوپ بررسی کرد.
- در بررسی میکروسکوپی ترشحات نرمال واژن موارد زیر دیده می‌شود:
  - تعداد زیادی سلول اپی تلیال سطحی
  - تعداد اندک WBC (کمتر از یک عدد به ازای هر سلول اپی تلیال)
  - تعداد ناچیز یا فقدان clue cell
- سلول clue: از جنس سلول‌های سطحی اپی تلیوم واژن هستند که باکتری‌ها (معمولاً گاردنلا) به آن می‌چسبند.
- جهت بررسی ترشحات از نظر عفونت قارچی می‌توان هیدروکسید پتاسیم ۱۰٪ (KOH) را به لام اضافه کرد.

### عفونت‌های واژن:

### واژینوز باکتریال:

- نوعی سندرم بالینی چند میکروبی است که با تغییر دادن فلور طبیعی واژن باعث از بین رفتن لاکتوباسیل‌ها و غلبه باکتری‌های بی‌هوازی می‌شود.
  - در حالت نرمالی بی‌هوازی‌ها ۱٪ فلور واژن را تشکیل می‌دهند اما در واژینوز باکتریال غلظت بی‌هوازی‌ها، گاردنلا و مایکوپلازما هومینیس ۱۰۰۰-۱۰۰ برابر زنان طبیعی است.
  - قلیایی شدن مکرر واژن (به علت نزدیکی مکرر یا استفاده از دوش واژینال) در ایجاد این عفونت نقش دارد.
  - ابتلا به واژینوز باکتریال باعث موارد زیر می‌شود:
    - ۱- افزایش خطر PID
    - ۲- PID به دنبال سقط
    - ۳- عفونت کاف به دنبال هیستریکتومی
    - ۴- سیتولوژی غیرطبیعی سرویکس
    - ۵- PROM
    - ۶- زایمان زودرس
    - ۷- کوریوآمنیونیت
    - ۸- اندومتريت بعد از سزارین
- درمان قبل از عمل با مترونیدازول در افراد مبتلا به BV که قرار است تحت هیستریکتومی و یا سقط با روش جراحی قرار گیرند احتمال این عوارض را کاهش می‌دهد.



# بیماری‌های داخل اپی تلیومی سرویکس، واژن و ولوو

## فصل ۱۶

Novak's Section 16

بیماری پیش تهاجمی سرویکس نوعی از تغییرات اپی تلیوم است که دارای نمای سرطان تهاجمی است اما محدود به اپی تلیوم می‌باشد. اگر این تغییرات درمان نشوند ممکن است به سمت سرطان پیشرفت کنند.

### • CIN:

- نئوپلازی داخل اپی تلیومی سرویکس (CIN) ویژگی‌های زیر را دارد:
  - نابالغ بودن سلولی
  - به هم خوردن سازمان سلولی
  - اختلالات هسته‌ای
  - افزایش فعالیت میتوزی
- بر اساس شدت درگیری CIN تقسیم‌بندی می‌شود:
  - اگر ثلث تحتانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN1
  - اگر ثلث میانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN2
  - اگر ثلث فوقانی اپی تلیوم درگیر باشد ← CIN3

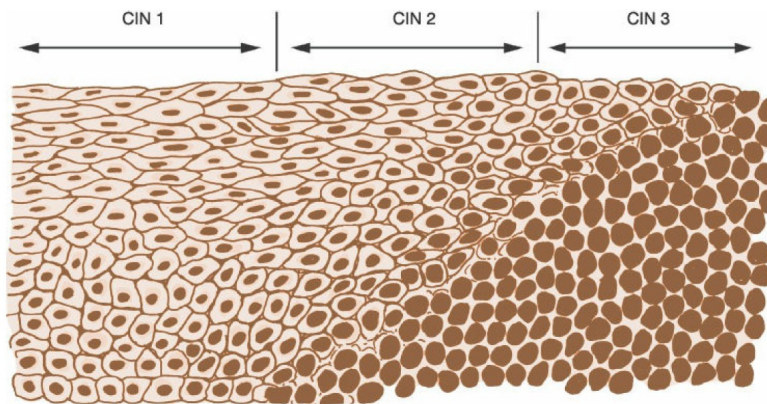
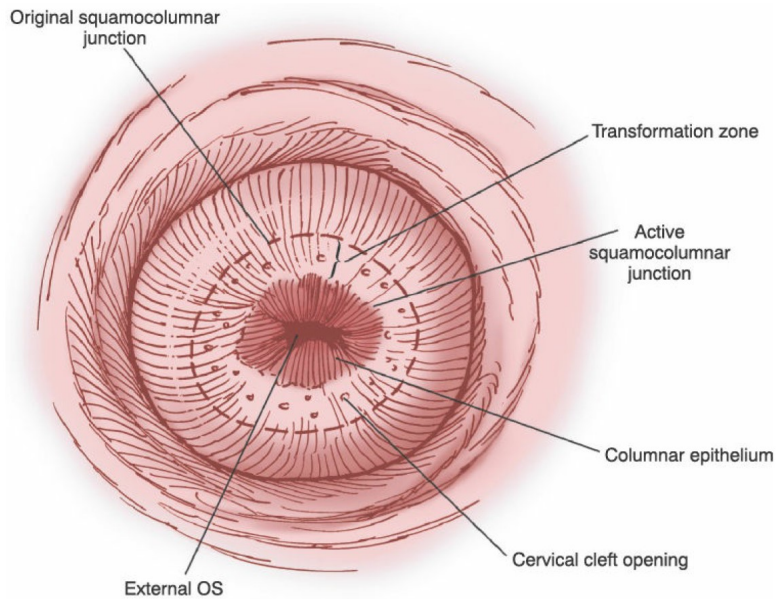


FIGURE 16-1 Diagram of cervical intraepithelial neoplasia compared with normal epithelium.

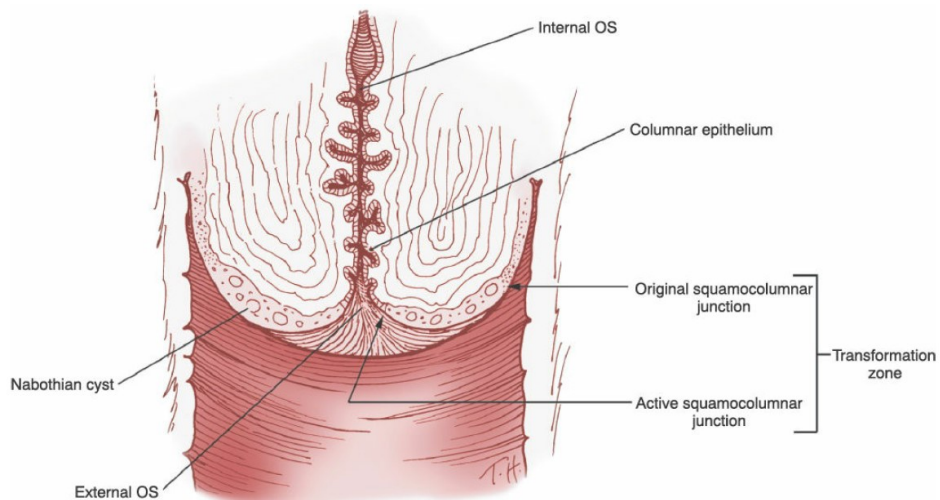


### - آناتومی سرویکس:

سرویکس از اپی تلیوم استوانه‌ای که مجرای اندوسرویکس را پوشانده و اپی تلیوم سنگفرشی که اگزوسرویکس را پوشانده تشکیل شده است. محل اتصال این دو بخش را پیوستگاه سنگفرشی - استوانه‌ای (SCJ) می‌گویند.



**FIGURE 16-2** The cervix and the transformation zone.



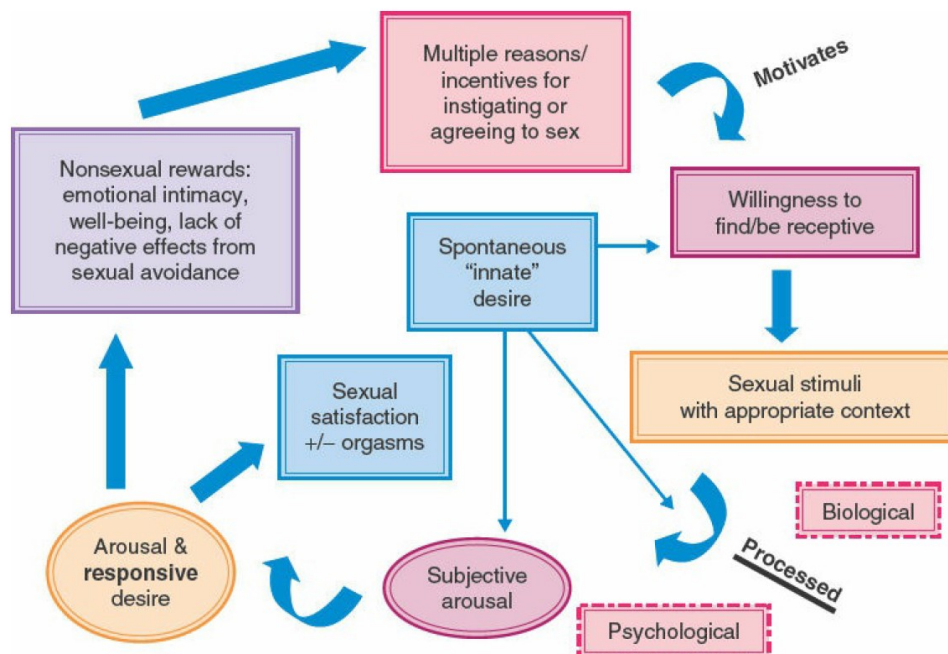
**FIGURE 16-3** Diagram of the cervix and the endocervix.

### آناتومی جنسی:

- نقاط حساس  
کلیتوریس (ایجاد قوی‌ترین احساسات جنسی)  
نیپل، لب‌های ولو - واژن، قسمت زیادی از پوست بدن
- عامل تحریک کننده واژن: - تحتانی لمس  
- فوقانی فشار
- فاشیای Halban: فاشیای واقع در بخش فوقانی واژن حاوی منابع غنی عصبی
- نقطه G: - محل: ناحیه‌ای در قدام واژن بین سمفیز پوبیس و سرویکس
- به فشار عمقی حساس است و تحریک آن باعث ارگاسم و ریزش مایع از غدد اسکن یا ادرار می‌شود.

**نکته:** نشت ادرار صرفاً هنگام ارگاسم نیاز به مداخلات طبی ندارد.

چرخه پاسخ جنسی: پاسخ جنسی بازتابی از فعل و انفعال اساسی بین ذهن و بدن است و با واسطه تعامل بین عوامل روانی، بین فردی، فرهنگی، محیطی و بیولوژیک (عروقی، عضلانی، عصبی، هورمونی) صورت می‌گیرد.



**FIGURE 17-1** The blended sex response cycle showing the many reasons/incentives for initiating/accepting sexual activity.

### ۱- تمایل و برانگیختگی (Sexual desire):

- میل جنسی باعث ایجاد انگیزه برای شروع رابطه جنسی می شود و به وسیله اشارات جنسی درونی (تخیلات، خاطرات) و بیرونی (شریک جنسی علاقه مند و جذاب) تحریک می شود.

- عواملی که باعث تسریع پاسخ جنسی می شوند:

۱) نوراپی نفرین ۲) دوپامین ۳) اکسی توسین ۴) سروتونین ۵) ملاتونین

عواملی که باعث مهار پاسخ جنسی می شوند:

۱) پرولاکتین ۲) GABA ۳) اپیوئید ۴) سروتونین

درمان کاهش برانگیختگی جنسی در زنان: - تجویز دوز کم تستوسترون یا بوپروپیون

- تغییر پارتنر جنسی

- تعریف: توقف دائمی قاعدگی‌ها
- به طور متوسط در ۵۲ سالگی (۴۰-۵۸ سال) رخ می‌دهد.
- سن یائسگی تحت تأثیر ژنتیک قرار دارد.
- نژاد، قومیت و سن منارک تأثیری بر سن یائسگی ندارد.
- یائسگی پیش از موعد: از بین رفتن دائمی عملکرد تخمدان پیش از ۴۰ سالگی (مثلاً متعاقب اوفورکتومی دوطرفه)
- در ۵٪ زنان رخ می‌دهد.
- نارسایی زودرس تخمدان (POI): فقدان عملکرد تخمدان‌ها قبل از ۴۰ سالگی که در یک درصد زنان رخ می‌دهد و ممکن است پایدار نباشد.
- عوامل همراه با یائسگی زودرس یا POI عبارتند از:
  - ۱- مواجهه با مواد توکسیک
  - ۲- اختلالات ژنتیک
  - ۳- اختلالات اتوایمیون
  - ۴- جراحی لگن
- سیگار کشیدن، قرار گرفتن در معرض شیمی درمانی و پرتوتابی لگن، پره موتاسیون X شکننده، کاریوتیپ‌های موزائیک ترنز، جراحی تخمدان و هیستروکتومی علی‌رغم ماندن تخمدان‌ها ممکن است باعث یائسگی زود هنگام یا POI شوند.
- هر چند یائسگی با تغییراتی در هورمون‌های هیپوتالاموس و هیپوفیز همراه است اما نارسایی اولیه تخمدان بوده و رویدادی مرکزی نیست. چون در یائسگی تخلیه فولیکول‌های تخمدان رخ می‌دهد. تخمدان به هورمون‌های هیپوفیزی (FSH, LH) پاسخ نمی‌دهد و ترشح استروژن و پروژسترون متوقف



می شود. اما تولید آندروژن در تخمدان (به علت سالم ماندن بخش استرومایی) ادامه می یابد. اما میزان آن کمتر از سایر سنین است.

محور تخمدان - هیپوتالاموس - هیپوفیز در طی دوره گذر از یائسگی دچار تغییر نمی شود بنابراین سطح FSH در پاسخ به نارسایی تخمدان و در غیاب فیدبک منفی تخمدان افزایش می یابد. \*\* نشانه اصلی یائسگی افزایش FSH است.

- آترزی فولیکول ها و سلول های گرانولوزا باعث کاهش استروژن و اینهیبین و افزایش FSH می شود.

- هورمون آنتی مولرین (AMH) توسط فولیکول های تخمدانی کوچک تولید می شود بنابراین در یائسگی با افت ذخیره تخمدانی مقدار AMH کاهش می یابد.

- در زنان یائسه میزان اندکی استروژن های در گردش یافت می شود که از آروماتیزاسیون محیطی آندروژن های تخمدان و آدرنال تولید می شود. بافت چربی یکی از محل های اصلی آروماتیزاسیون است به همین علت چاقی بسیاری از عواقب یائسگی را تحت تأثیر قرار می دهد.

چاقی از عوامل خطر سرطان و از عوامل محافظت کننده در مقابل استئوپروز است.

یائسگی به طور گذشته نگر به صورت ۱۲ ماه آمنوره بعد از آخرین دوره قاعدگی تعریف می شود.

کارگاه مرحله بندی تولیدمثلی سالمندی (STRAW) تغییراتی که در مرحله گذر از زندگی باروری به یائسگی رخ می دهند توصیف می کند:

- اواخر سنین باروری، با کاهش قدرت باروری و شروع تغییرات سیکل قاعدگی مشخص می شود.

- اوایل دوره گذر از یائسگی با افزایش تغییرپذیری در طول سیکل قاعدگی (بیشتر یا مساوی ۷ روز) مشخص می شود.

- اواخر دوره گذر از یائسگی با آمنوره بیشتر یا مساوی ۶۰ روز مشخص می شود.

منظور از دوران زودهنگام بعد از یائسگی ۸-۵ سال بعد از آخرین قاعدگی است و به دنبال آن مرحله دیرهنگام بعد از یائسگی فرا می رسد.

- افزایش میزان FSH، کاهش تعداد فولیکول های انترال تخمدان، کاهش میزان اینهیبین B (inhibin) و AMH در همراهی با تغییرات سیکل قاعدگی رخ می دهد.

عواقب بالینی یائسگی عمدتاً ناشی از کمبود استروژن است و توقف تولید پروژسترون در تخمدان پیامد بالینی ندارد.

بررسی:

شرح حال:

- در بررسی مشکلات پستان باید به موارد زیر توجه شود:

- ترشح از نوک پستان
  - مشخصات ترشح (خودبه‌خود یا با فشار، یک طرفه یا دوطرفه، درگیری یک مجرا، چند مجرا)
  - توده پستان (اندازه، تغییر اندازه، دانسیته)
  - درد پستان (دوره‌ای یا مداوم)
  - ارتباط علائم با سیکل قاعدگی
  - تغییر شکل، اندازه یا بافت پستان
  - نتیجه بیوپسی‌های قبلی پستان
  - سابقه ترومای پستان
- باید از بیمار در مورد ریسک فاکتورهای سرطان پستان سؤال شود.
- سن بالا (تقریباً ۵۰ درصد بعد از ۶۵ سالگی رخ می‌دهند).
- منارک زودهنگام (زیر ۱۲ سال)
- نولی پاریته یا اولین حاملگی بالای ۳۰ سال
- یائسگی دیرهنگام (بالای ۵۵ سال)
- سابقه فردی بدخیمی پستان یا سایر بدخیمی‌ها (پروستات، تخمدان، کولون)
- سابقه خانوادگی سرطان پستان (به ویژه بروز بیماری در دوره قبل از یائسگی یا بیماری دوطرفه در بستگان درجه اول)



- تعداد بستگان درجه اول مبتلا به سرطان پستان و سن آنها در هنگام تشخیص
- سابقه خانوادگی سرطان پستان در مردان
- وضعیت‌های ارثی مرتبط با خطر بالای سرطان پستان از جمله ژن‌های BRCA1، BRCA2، سندرم لی - فرامنی، سندرم تومور هامارتوم PTEN (سندرم Cowden)، سندرم سرطان ژنتیک منتشر ارثی و سندرم پوتز جگر
- سایر بدخیمی‌ها (تخمدان، کولون، پروستات)
- وجود آتیپی یا کارسینوم درجای لبولی (LCIS) در گزارش پاتولوژی بیوپسی قبلی پستان
- مصرف الکل
- درمان هورمونی
- افزایش وزن بعد از یائسگی
- سابقه فردی تماس با اشعه برای درمان بدخیمی‌های کودکی
- از دیگر مواردی که در شرح حال باید به آن توجه داشت اخذ فهرستی از داروهایی است که بیمار مصرف می‌کند (جایگزینی هورمونی، داروهای گیاهی مثل فیتواستروژن‌ها) و شرح حال حاملگی، احتمال وجود حاملگی فعلی و سابقه قبلی سقط است.

### معاینه فیزیکی:

- اغلب تومورهای پستان بدون علامت هستند و توسط بیمار یا از طریق معاینه یا ماموگرافی تشخیص داده می‌شوند.

### • مشاهده:

- در ابتدا در حالی که بیمار راحت نشسته و دست‌هایش در کنارش آویزان است مشاهده انجام می‌شود و پستان‌ها از نظر تقارن، شکل و ظاهر پوست مقایسه می‌شوند.
- بالا بردن بازوها بالای سر یا فشار دادن دست‌ها روی هیپ باعث انقباض عضلات پکتورالیس شده و باعث تشخیص تومورهایی می‌شود که منجر به تغییر شکل لیگامان کوپر و فرورفتگی پوست شده‌اند.