

با نام خدا

طیبات همراه است،
همراه مکی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	وندادی، شقایق ۱۳۷۲- اصول مراقبت اولیه در زنان و زایمان از نوک: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۵
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص شقایق وندادی پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
شابک	۱۳۶ص: جدول ج ۹ ۵۵۷۰۰۰۰ ریال ۸-۲۷۹-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Berek & Novak's gynecology, 17th. ed, c2025" اثر جانانان برک است.
عنوان دیگر	بیماری های زنان نوک.
موضوع	آبستنی و زایمان--Obstetrics پزشکی زنان--Gynecology بارداری -- عوارض و عواقب--Pregnancy -- Complications پزشکی زنان -- آزمون ها و تمرین ها Gynecology -- Examinations, questions, etc. آبستنی و زایمان -- آزمون ها و تمرین ها Obstetrics -- Examinations, questions, etc. بارداری -- عوارض و عواقب -- آزمون ها و تمرین ها Pregnancy -- Complications -- Examinations, questions, etc. برک، جانانان--Berek, Jonathan S.
شناسه افزوده	نوک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری های زنان نوک
شناسه افزوده	۵۲۴RG
رده بندی کنگره	۲/۶۱۸
رده بندی دیویی	۹۱۶۳۳۶۸
شماره کتابشناسی ملی	فیپا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

اصول مراقبت اولیه در زنان و زایمان Berek & Novak's gynecology 2025 / 17th edition	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ترجمه و تلخیص: شقایق وندادی	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی	شابک ۸-۲۷۹-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
ناشر: انتشارات کاردیا	۵۵۷۰۰۰ تومان
صفحه آرا: رزیدنت یار - مبینا شرفلی	
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱ - شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اصول مراقبت اولیه در زنان و زایمان

Berek & Novak's gynecology 2025 / 17th edition

ترجمه و تلخیص



دکتر شقایق وندادی

رتبه ۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

از دانشگاه علوم پزشکی تهران

پاسخدهی به سوالات

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر مورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر مورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و محققان جوانان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث زنان و زایمان گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار) با جمعی از اساتید (رتبه A) را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرحان پورندیم



کتاب پیش‌رو حاصل ترجمه و تلفیص نواک، ویرایش ۲۰۲۵ است. در تدوین این مجموعه تلاش شده‌است ضمن وفاداری کامل به منبع اصلی، نکات کلیدی، جداول کاربردی و تصاویر مهم به‌شکلی منسجم و هدفمند گردآوری شود تا مطالعه و مرور مباحث برای همکاران و دستیاران ممتزم زنان و زایمان آسان‌تر و اثربخش‌تر گردد. امید است این کتاب بتواند گامی کوچک اما مؤثر در مسیر آموزش و ارتقای دانش همکاران گرامی و یاور دستیاران جوانی باشد که دوران دستیاری‌شان، یکی از سفت‌ترین و در عین حال پربارترین دوره‌های زندگی علمی آنان است.

در پایان، بر خود لازم می‌دانم از اساتید ارجمندم که با آموزش، راهنمایی و الهام‌بخشی خود چراغ راه این مسیر شدند، و نیز از همسر عزیزم که با عشق و صبوری پشتیبان همیشگی من بوده است، صمیمانه قدردانی کنم. با آرزوی توفیق روزافزون برای همه تلاشگران عرصه علم و درمان

دکتر شقایق وندادی

فهرست مطالب



فصل ۲۱:مراقبت های بهداشتی پیشگیرانه و غربالگری	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱	۲۱
فصل ۲۲:مراقبت های اولیه	۴۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۲	۸۵

مراقبت های بهداشتی پیشگیرانه و غربالگری

ارتباط بیمار با پزشک، نسبت به نژاد و قومیت ارتباط بیشتری با دریافت سطوح مختلف اقدامات پیشگیرانه دارد.

اپروچ به اقدامات پیشگیرانه

اقدامات پیشگیرانه اولیه، شامل مداخله قبل از بروز بیماری می باشند، مانند ترک سیگار، ورزش، داشتن رژیم غذایی سالم، ترک الکل و سایر مواد مخدر، استفاده از کمربند ایمنی و دریافت واکسن، کاهش عوامل خطر دیابت و بیماری قلبی

اقدامات پیشگیرانه ثانویه، برای شناسایی و درمان افراد سالم بدون علامت که دارای عوامل خطر یا بیماری پیش بالینی هستند، استفاده می شوند. مانند ماموگرافی و پاپ اسمیر، غربالگری فشار خون بالا و دیابت و همچنین پرداختن به سلامت روانی و رفتاری است.

سیستم درجه بندی اقدامات پیشگیرانه Task Force آمریکا (USPSTF) اقدامات پیشگیرانه را از A تا I تقسیم کرده است که در جدول ۱-۲۱ مشاهده میکنید.

A و B اقدامات استاندارد توصیه شده هستند.

C وابسته به ترجیح فردی بیمار است و اجباری نمی باشد.

D اقدامات ممنوعه

I شواهد ناکافی (به طور کلی توصیه نمیشوند)



Table 21-1 U.S. Preventive Services Task Force Ratings

The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) grades its recommendations according to one of five classifications (A, B, C, D, I) reflecting the strength of evidence and magnitude of the net benefit (benefits minus harms).		
Grade	Definition	Suggestions for Practice
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service
C	The USPSTF recommends selectively offering or providing the service to individual patients based on professional judgment and patient preferences. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service for selected patients depending on individual circumstances
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service
I	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of the USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.

Reprinted with permission from "Grade Definitions After July 2012." (Current as of April 2023). U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions>

تغذیه

نیازهای تغذیه‌ای باید در درجه اول از طریق غذاها و نوشیدنی‌های سرشار از مواد مغذی تأمین شود. غذاهای سرشار از مواد مغذی، ویتامین‌ها، مواد معدنی و سایر اجزای مفید برای سلامت را تأمین می‌کنند و قند، چربی اشباع و سدیم اضافه شده کمی دارند یا اصلاً ندارند. طبق توصیه دستورالعمل‌های غذایی، انواع سبزیجات، میوه‌ها، غلات، لبنیات بدون چربی یا کم‌چرب و انواع پروتئین‌ها و روغن‌ها را به عنوان بخشی از یک الگوی غذایی سالم در نظر بگیرید. رژیم غذایی متوسط برای زنان بالغ باید حاوی ۲۲ تا ۲۸ گرم فیبر در روز باشد. غذاها و سبزیجات سبوس‌دار، مرکبات و برخی از حبوبات، سرشار از فیبر هستند.

مصرف کافی کلسیم در پیشگیری از پوکی استخوان مهم است. یک زن یائسه باید روزانه ۱۲۰۰ میلی‌گرم کلسیم مصرف کند. نوجوانان به ۱۳۰۰ میلی‌گرم کلسیم در روز نیاز دارند. از آنجا که دریافت مقدار کافی کلسیم روزانه در یک رژیم غذایی معمولی ممکن است دشوار باشد، احتمالاً مصرف مکمل‌ها مورد نیاز است.



چاقی

اضافه وزن و چاقی به طور قابل توجهی خطر ابتلا به بیماری های ناشی از فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، دیابت نوع ۲، بیماری های قلبی عروقی، آرتروز و سرطان های آندومتر، سینه و کولون را افزایش می دهد.

چاقی مرکزی - که با نسبت دور کمر به دور باسن اندازه گیری می شود - یک عامل خطر مستقل برای بیماری است. زنانی که دور کمر آنها بیش از ۸۸ سانتی متر (حدود ۳۵ اینچ) است، صرف نظر از BMI، در معرض خطر افزایش یافته مرگ و میر به هر علتی، مرگ ناشی از بیماری های قلبی عروقی و مرگ ناشی از سرطان هستند. چاقی مرکزی با وزن طبیعی در زنان با خطر مرگ و میر مشابه BMI همراه با چاقی مرکزی همراه بود.

سندرم متابولیک عارضه ای از چاقی است که شامل مجموعه ای از دیس لیپیدمی آتروژنیک، فشار خون بالا، مقاومت به انسولین و چاقی مرکزی است و خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی و دیابت نوع ۲ را افزایش می دهد. یک سوم از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) معیارهای سندرم متابولیک را دارند.

چاقی باید به عنوان یک بیماری مزمن پزشکی تشخیص داده و درمان شود. شاخص توده بدنی (BMI) باید در هر مراجعه به بیمار محاسبه شود.

الکل

نوشیدنی های الکلی، در صورت مصرف، باید در حد اعتدال (حداکثر یک نوشیدنی در روز برای زنان) مصرف شوند

پرسشنامه

T-ACE (criticism of drinking; felt need to Cut down; need for Eye-opener)
(Tolerance; Annoyed by)

برای استخراج اطلاعات در مورد مصرف الکل و شناسایی مصرف کنندگان مشکل ساز الکل مثل نوشیدن صبحگاهی مورد استفاده قرار گیرد.

ورزش

ورزش می تواند به کنترل یا پیشگیری از فشار خون بالا، دیابت شیرین، کلسترول بالا و بیماری های قلبی عروقی کمک کند و سلامت کلی، سلامت روانی و وزن سالم بدن را ارتقا دهد. **ورزش متوسط می تواند به کاهش تحلیل استخوان در زنان یائسه کمک کند.** فعالیت بدنی، تغذیه مناسب و سلامت خوب برای سلامت استخوان ضروری هستند. اکثر مزایای سلامتی با حداقل ۱۵۰ دقیقه (۲ ساعت و ۳۰ دقیقه) فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته،



مانند پیاده‌روی سریع، حاصل می‌شود. هم فعالیت بدنی هوازی (استقامتی) و هم فعالیت بدنی تقویت‌کننده عضلات (مقاومتی) مفید هستند.

سالمندان (۶۵ سال و بالاتر) در صورت به خطر افتادن باید تمریناتی انجام دهند که تعادل را حفظ یا بهبود بخشد و باید سطح تلاش خود را برای فعالیت بدنی نسبت به سطح تناسب اندام خود تعیین کنند. و به محدودیت‌هایی مانند محدودیت‌های پزشکی، مانند چاقی یا آرتروز دقت شود

آمادگی قلبی عروقی را می‌توان با اندازه‌گیری ضربان قلب در حین ورزش ارزیابی کرد. ضربان قلبی که در آن آمادگی جسمانی ایجاد می‌شود، ضربان قلب هدف نامیده می‌شود. انجمن قلب آمریکا محاسبه حداکثر ضربان قلب را با استفاده از فرمول (۲۲۰ - سن) برای مردان و (۲۰۶ - سن بیمار × ۰.۸۸) برای زنان توصیه می‌کند. ضربان قلب هدف باید برای ورزش متوسط از ۵۰٪ تا ۷۰٪ و برای ورزش‌های شدید از ۷۰٪ تا ۸۵٪ متغیر باشد.

ترک سیگار

ترکیب مشاوه و دارو (گزینه‌های نیکوتین و غیر نیکوتین) مؤثرتر از استفاده هر یک به تنهایی است. همه زنان باردار سیگاری باید مداخلات رفتاری دریافت کنند.

پرسشنامه —“5 As” شامل پرسیدن، توصیه کردن، ارزیابی کردن، کمک کردن و سازمان دهی کردن برای سیگاری‌هایی که مایل به ترک هستند و پرسشنامه “RS” شامل ارتباط، خطرات، پاداش‌ها، موانع و تکرار برای افرادی که در زمان مراجعه تمایلی به ترک ندارند، طراحی شده اند.

واکسیناسیون

واکسن آنفولانزا باید سالانه به همه زنان تزریق شود. واکسن زنده ضعیف‌شده یک جایگزین تأیید شده حاوی ویروس غیرفعال یا نوترکیب برای زنان زیر ۵۰ سال است.

واکسن کووید-۱۹ به صورت تک دوز یا دو دوز برای زنانی که قبلاً واکسینه نشده‌اند، تجویز می‌شود. زنانی که یک دوز از هر واکسن کووید-۱۹ دریافت کرده‌اند، باید دوز دوم هر واکسن به‌روز شده را دریافت کنند.

همه زنان باید هر ۱۰ سال یک دوز Tdap دریافت کنند. یک دوز Tdap باید در هر بارداری (صرف نظر از واکسیناسیون) بین ۲۷ تا ۳۶ هفته تجویز شود.

در سن ۵۰ سالگی، صرف نظر از عفونت یا واکسیناسیون قبلی، دو دوز واکسن زونا با فاصله ۲ تا ۶ ماه توصیه می‌شود.



ویروس سین سیشیال تنفسی (RSV) باید در فصول پاییز زمستان به همه زنان باردار در هفته ۳۲ تا ۳۶ بارداری صرف نظر از عفونت قبلی RSV، یک دوز تجویز شود. یک دوز واکسن RSV ممکن است به زنان ۶۰ سال و بالاتر که خطر ابتلا به بیماری شدید در آنها افزایش یافته است، توصیه میشود.

زنان بالای ۶۵ سال، بین ۱۹ تا ۶۴ سال با بیماری های مزمن یا نقص ایمنی باید PCV15 یا (فرم کنژوگه) PCV20 دریافت کنند. در صورت استفاده از PCV15، باید ۱ سال بعد PPSV23 (فرم پلی ساکاریدی) تزریق شود.

اگر زنی قبلاً واکسن های توصیه شده کزاز، دیفتی، سیاه سرفه، فلج اطفال، سرخک، اوریون، سرخجه، آبله مرغان، هپاتیت B یا HPV را دریافت نکرده باشد، می توان واکسیناسیون جبرانی را اجرا کرد.



اقدامات پیشگیرانه ثانویه

Table 21-2 Recommendations for Well-Woman Care, 2023

Topic	Recommendation
Alcohol use screening	• Recommends using a 1-item to 3-item screening instrument to assess for unhealthy alcohol use.
Breast cancer screening for average-risk women	• Initiate mammography screening no earlier than age 40 and no later than age 50. Screening mammography should occur at least biennially and as frequently as annually. Screening should continue through at least age 74 and age alone should not be the basis to discontinue screening.
Cervical cancer	• Recommends cervical cancer screening for average-risk women aged 21–65 y.
	• Recommends screening with cytology alone every 3 y for women aged 21–29 y. • Recommends screening with cytology and human papillomavirus every 5 y or cytology alone every 3 y for women aged 30–65.
Colorectal cancer	• Recommends screening from 45–75 y for average risk. Frequency depends on screening method.
Depression	• Recommends annual universal screening using an instrument such as the Patient Health Questionnaire. Positive screening should prompt additional evaluation and intervention.
Diabetes mellitus	• Recommends screening women who have overweight or obesity between ages 35 and 70. • Recommends screening women with previous gestational diabetes. • Optimal screening interval is not known, but 3 y is reasonable.
Gonorrhea/chlamydia	• Sexually active women 24 y and younger should be screened annually. Older women may be screened based on risk.
Hepatitis C	• Screen all women age 18–79 at least once. Repeat screening should be based on risk.
HIV infection	• Recommends all women be tested at least once during their lifetime. • Screening for HIV is recommended for all pregnant women upon initiation of prenatal care.
Hyperlipidemia	• Universal screening in adults age 40–75 every 5 y and calculation of 10-y risk of cardiovascular event.
Hypertension	• Screen for high blood pressure in women annually for women over 40 and at least every 5 y in younger women. Measurements outside of the clinical setting should be obtained for diagnostic confirmation.
Interpersonal and domestic violence	• Recommends screening adolescents and women for interpersonal and domestic violence at least annually.
Lung cancer	• Screen for lung cancer with low-dose CT in women 50–80 y who have a 20-pack-year smoking history and currently smoke or have quit within the past 15 y.
Obesity	• Screen for obesity in all women using a body mass index (BMI) of 30 kg/m² or more. Offer intense behavioral interventions.
Osteoporosis	• Screen for osteoporosis in women >65 y with bone measurement testing. Younger women 50–64 with risk factors may also be screened.
Smoking	• Women should be screened about tobacco use at least annually. The 5 A's framework is one strategy for smoking cessation discussions.

Source: Recommendations for Well-Woman Care - 2023 Clinical Summary Tables. Women's Preventive Services Initiative. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2023.
https://www.womenspreventivehealth.org/wp-content/uploads/FINAL_WPSI_ClinicalSummaryTables_2023.pdf



غربالگری هایپرنتشن

زنان بالای ۱۸ سال باید با اندازه گیری فشار خون در مطب، از نظر فشار خون بالا غربالگری شوند. زنان بالای ۴۰ سال و افرادی که عوامل خطری مانند چاقی یا قومیت پرخطر دارند باید سالانه غربالگری شوند. بیماران کم خطر ۱۸ تا ۳۹ ساله ممکن است هر ۳ تا ۵ سال غربالگری شوند.

غربالگری دیابت

زنان ۳۵ تا ۷۰ ساله که اضافه وزن یا چاقی یا سابقه دیابت بارداری یا تولد نوزاد ماکروزوم (بیش از ۴۰۰۰ گرم) دارند، باید هر ۳ سال یکبار از نظر دیابت نوع ۲ غربالگری شوند. سطح گلوکز پلاسمای ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر، سطح $HgA1c$ 6.5٪ یا بیشتر، یا آزمایش تحمل گلوکز ۲ ساعته ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر، دیابت نوع ۲ را تشخیص می دهد. سطح گلوکز پلاسمای ناشتا ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر، $HgA1c$ ۵.۷٪ تا ۶.۴٪ یا آزمایش تحمل گلوکز ۲ ساعته ۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر با پیش دیابت مطابقت دارد. سطح لیپیدها باید هر ۵ سال یکبار در زنان ۴۰ تا ۷۵ ساله بدون بیماری قلبی عروقی شناخته شده اندازه گیری شود. غربالگری لیپید شامل اندازه گیری کلسترول تام، کلسترول لیپوپروتئین با چگالی کم ($LDL-C$) و کلسترول لیپوپروتئین با چگالی بالا ($HDL-C$) است. دیس لیپیدمی به عنوان سطح $LDL-C > 130$ میلی گرم در دسی لیتر یا $HDL-C < 40$ میلی گرم در دسی لیتر تعریف می شود.

در موارد زیر برای پیشگیری از وقایع و مرگ و میر قلبی عروقی درمان با استاتین آغاز میشود:

- ۱- سن ۴۰ تا ۷۵ سال؛

۲- یک یا چند عامل خطر بیماری های قلبی عروقی مانند دیس لیپیدمی، دیابت، فشار خون بالا یا سیگار کشیدن؛

۳- خطر ۱۰ ساله محاسبه شده برای یک رویداد قلبی عروقی ۱۰٪ یا بیشتر باشد.

اندیکاسیون انجام BMD (BONE MINERAL DENSITOMETRY): زنان ۶۵ سال و بالاتر (و زنان جوان تر در معرض خطر بیشتر)

متد شایع: اشعه ایکس با انرژی دوگانه (DXA)

محل های شایع: استخوان لگن (گردن فمور) و ستون فقرات کمری



همه زنان، به ویژه زنان باردار و پس از زایمان، باید از نظر اختلالات افسردگی مآژور غربالگری شوند. یکی از آزمایش‌های غربالگری مؤثر، پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-9) است که معیاری قابل اعتماد و معتبر برای تشخیص شدت افسردگی است.

زنان باید سالانه از نظر خشونت بین فردی یا خشونت پارتنر غربالگری شوند. چندین ابزار غربالگری معتبر مانند ابزار غربالگری سوء استفاده از زنان (WAST) و ابزار آسیب، توهین، تهدید، فریاد (HITS) وجود دارد. اگر غربالگری مثبت باشد، زنان باید برای خدمات مداخله ارجاع داده شوند.

خشونت بین فردی و خانگی شامل خشونت فیزیکی، خشونت جنسی، تعقیب و پرخاشگری روانی (از جمله اجبار)، اجبار تولید مثلی، غفلت و تهدید به خشونت یا سوءاستفاده است.

عوامل خطر خشونت بین فردی و خانگی شامل بارداری، سن کم و پیری، افزایش استرس، وضعیت لربین، گی، دوجنسگرا، تراجنسیتی و کوئیر (queer) یا مورد سوال قرار گرفته، وابستگی، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، خدمت نظامی سابق یا فعلی و زندگی در یک محیط نهادی میباشند.

سرطان

سرطان سینه دومین علت اصلی مرگ ناشی از سرطان در میان زنان در ایالات متحده است.

WPSI توصیه می‌کند که غربالگری ماموگرافی برای زنان با خطر متوسط سرطان سینه، زودتر از ۴۰ سالگی و دیرتر از ۵۰ سالگی شروع نشود و غربالگری «حداقل دو سال یکبار و به دفعات سالانه» انجام شود. و توصیه می‌کند که سن به تنهایی نباید مبنای قطع غربالگری باشد.

USPSTF توصیه‌های خود را در سال ۲۰۲۴ به‌روزرسانی کرد تا غربالگری را از ۵۰ سالگی شروع کند (توصیه درجه B). هر دو سال یکبار تکرار بشود و غربالگری باید حداقل تا ۷۴ سالگی ادامه یابد.

غربالگری کانسر سرویکس باید از سن ۲۱ سالگی، صرف نظر از سابقه جنسی، آغاز شود.

بین سنین ۲۱ تا ۲۹ سال، غربالگری باید فقط با سیتولوژی دهانه رحم انجام شود. برخی از پاتولوژی‌های غیرطبیعی (ASC-US) سپس با تست رفلکس HPV (یعنی فقط در صورت غیرنرمال بودن پاپ اسمیر انجام میشود.) ارزیابی می‌شوند.

بین سنین ۳۰ تا ۶۵ سال، غربالگری با سیتولوژی و تست همزمان HPV (COTEST) ترجیح داده می‌شود. با این حال، سیتولوژی به تنهایی هر ۳ سال یا آزمایش HPV پرخطر هر ۵ سال قابل قبول است.

زنانی که هیستریکتومی داشته‌اند و سابقه ضایعه پیش سرطانی درجه بالا یا سرطان دهانه رحم ندارند، نباید غربالگری شوند.



غربالگری کانسر کولون باید از سن ۴۵ سالگی شروع شود و در بیماران با خطر متوسط تا ۷۵ سالگی ادامه یابد. تصمیم برای غربالگری بین سنین ۷۶ تا ۸۵ سالگی به خود فرد بستگی دارد.

آزمایشات غربالگری کانسر کولون:

غربالگری کولونوسکوپی هر ۱۰ سال

سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال

سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۱۰ سال + آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع (FIT) سالانه

کولونوگرافی سی تی هر ۵ سال

FIT DNA مدفوع هر ۱ تا ۳ سال

آزمایش خون مخفی مدفوع گایاک با حساسیت بالا (HSgFOBT) یا آزمایش FIT هر سال

زنانی که در معرض خطر بالای سرطان روده بزرگ هستند، باید در سنین پایین تر غربالگری شوند. عوامل خطر شامل نژاد سیاه، سابقه خانوادگی در بستگان درجه یک، چاقی، دیابت، سیگار کشیدن و مصرف زیاد الکل است. مهمترین عامل خطر سرطان ریه، سیگار کشیدن است که تقریباً با ۹۰٪ موارد سرطان ریه مرتبط است. زنان ۵۰ تا ۸۰ ساله که سابقه سیگار کشیدن ۲۰ پکت در سال دارند و در حال حاضر سیگار می کشند یا در ۱۵ سال گذشته ترک کرده اند، باید با LOW DOSE CT SCAN غربالگری شوند.

بیماری های عفونی

گنوره و کلامیدیا از شایع ترین عفونت های مقاربتی (STI) در ایالات متحده هستند. همه زنان فعال جنسی ۲۴ سال و کمتر باید سالانه از نظر گنوره و کلامیدیا غربالگری شوند. زنان بالای ۲۴ سال که در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به عفونت هستند نیز باید غربالگری شوند.

هپاتیت C یکی از علل اصلی بیماری مزمن کبدی است. همه زنان ۱۸ تا ۷۹ ساله باید حداقل یک بار غربالگری شوند و غربالگری برای افرادی که از داروهای تزریقی استفاده می کنند، تکرار شود. غربالگری با آزمایش آنتی بادی ضد HCB و به دنبال آن آزمایش واکنش زنجیره ای پلیمرز (PCR) تأییدی انجام می شود.

زنان ۱۵ تا ۶۵ ساله باید حداقل یک بار در طول زندگی خود از نظر ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) غربالگری شوند. آزمایش مجدد باید برای افراد در معرض خطر بالا و در دوران بارداری انجام شود.

عوامل خطر ابتلا به عفونت HIV در زنان شامل موارد زیر است: مصرف کننده فعال مواد مخدر تزریقی؛ داشتن رابطه جنسی محافظت نشده واژینال یا مقعدی؛ داشتن شرکای جنسی متعدد؛ شروع یک رابطه جنسی جدید؛ داشتن