



سرشناسه	نایب زاده، مهرناز، ۱۳۷۲
عنوان و نام پدیدآور	نفاس : خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴: Williams obstetrics Cunningham 2022 / ترجمه و تلخیص مهرناز نایب زاده. پاسخدهی به سوالات صبا بزازی، حکیمه روشنی مقدم، مائده ناظم
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	۹۸ ص.: مصور (بخشی رنگی).
شابک	978-622-404-090-9
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Williams obstetrics, 26th. ed, 2022" به ویراستاری اف. گری کانینگهام... [و دیگران] است.
عنوان دیگر	کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بوردا تخصصی ۱۴۰۴ Williams obstetrics, 2022.
موضوع	خونریزی رحم Uterine hemorrhage خونریزی رحم -- آزمون ها و تمرین ها Uterine hemorrhage -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	کانینگهام، اف. گری Cunningham, F. Gary
شناسه افزوده	ویلیامز، جان ویت ریچ، ۱۸۶۶ - ۱۹۳۱ م. آبستنی و زایمان
رده بندی کنگره	RGV11
رده بندی دیویی	۱۷۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۴۶۵۵۷۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیبا

عنوان کتاب: نفاس خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بوردا زنان و زایمان	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۳ / Williams Obstetrics Cunningham 2022	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
ترجمه و تلخیص: دکتر مهرناز نایب زاده؛ پاسخدهی به سوالات: دکتر صبا بزازی، دکتر حکیمه روشنی مقدم، دکتر مائده ناظم	تیراژ: ۱۵۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۹۰-۹
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیره امیری مقدم	بهاء: ۲۵۷۰۰۰ تومان
طراح و گرافیک: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

نفاس

از مجموعه
PRO LEVELS
OB/GYN 2025

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Williams Obstetrics Cunningham 2022



ترجمه و تلخیص

دکتر مهرناز نایب زاده

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

بورد تخصصی از دانشگاه شهید بهشتی

پاسخدهی به سوالات

دکتر صبا بزازی

رتبه ۵ بورد تخصصی ۱۴۰۳

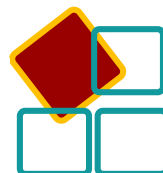
دکتر حکیمه روشنی مقدم

رتبه ۹ بورد تخصصی ۱۴۰۳

دکتر مائده ناظم

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

فهرست مطالب



فصل ۳۶: دوره نفاس (Puerperium).....	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶.....	۲۷
فصل ۳۷: عوارض نفاسی.....	۴۹
سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷.....	۶۵

دوره نفاس (Puerperium)

• **تعریف نفاس** ← به ۶-۴ هفته بعد زایمان گفته می‌شود.

تریمستر چهارم

ACOG هفته های اول بعد از زایمان را تریمستر چهارم می نامد.

یک وزیت جامع پست پارتوم شامل : بررسی وضعیت سلامت فیزیکی، اجتماعی، روانی (جدول ۲-۳۶)

وزیت اولیه: ۳ هفته پس از زایمان

وزیت اجمالی : ۱۲ هفته پس از زایمان

TABLE 36-2. Components of Postpartum Care for the Fourth Trimester

Care team
Postpartum visits
Lactation support
Infant feeding plan
Reproductive life plan
Contraception
Pregnancy complications
Cardiovascular risk assessment
Mental health
Postpartum problems
Chronic conditions

پسرفت دستگاه تناسلی:

کانال زایمان:

- ✓ تکثیر اپی تلیوم واژن ← در هفته های ۶-۴ (با از سرگیری تولید استروژن توسط تخمدان ها) (ایجاد Rugae در پایان هفته ۳، اما به اندازه ی قبل برجسته و مشخص نیستند)
- ✓ هایمن به صورت چندین زایده بافتی کوچک مشخص می شود که با تشکیل اسکار، کارونکول های میرتیفورم را به وجود می آورد
- ✓ در جریان زایمان درجاتی از آسیب دیدگی کف لگن اجتناب ناپذیر است و همچنین وضع حمل سبب افزایش احتمال ابتلای زنان به بی اختیاری ادرار و پرولاپس اعضای لگنی می شود.



• رحم:

- ✓ تنگ شدن منفذ سرویکس و شکل‌گیری منفذ آندوسرویکس ← پایان هفته اول (در چند روز اول ۲ انگشت باز است)
- ✓ در طول چند هفته بعدی، سگمان تحتانی از یک بخش فرعی کاملاً مشخص که می‌تواند سر جنین را در خود جای دهد به بخشی به نام ایسم رحم که بین جسم رحم و سوراخ داخلی سرویکس قرار دارد تبدیل می‌شود.
- ✓ در ۵۰٪ زنان به دنبال NVD پسرفت HSIL (دیسپلازی درجه بالا) رخ می‌دهد.

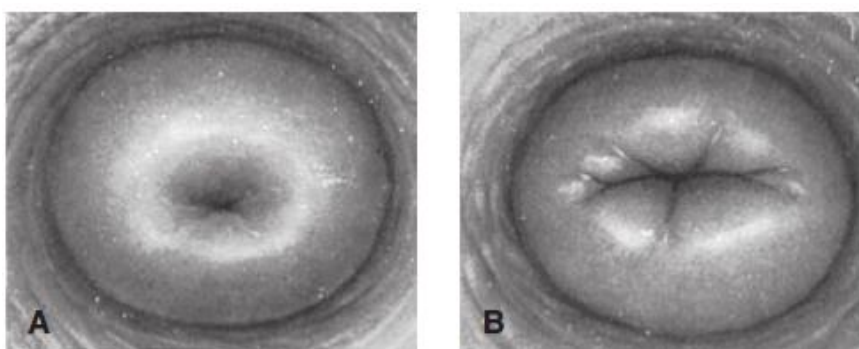


FIGURE 36-1 Common appearance of nulliparous (A) and parous (B) cervices.

- * هیپرتروفی و تغییر شکل در تمام عروق لگن رخ می‌دهد و بعد از زایمان عروق بزرگ‌تر در اثر تغییر هیالن تخریب شده ولی بقایای کوچکی از عروق بزرگ ممکن است سال‌ها باقی بماند.
- * سوراخ سرویکس بطور کامل شکل قبل زایمان را باز نمی‌یابد و تا حدی پهن‌تر باقیمانده و بطور تیپیک فرورفتگی دو طرفه در محل پارگی‌ها باقی می‌ماند که مشخصه سرویکس پاروس (زایمان کرده) است.

پسرفت رحم:

- بلافاصله بعد زایمان جفت ← فوندوس زیر ناف (وزن 1000gr) ← رحم هایپریمیک نیست و ایسکمیک است. (به علت فشار عروقی ناشی از انقباض میومتر)
- یک هفته پس از زایمان ← ۵۰۰ گرم
- در عرض ۲ هفته ← داخل لگن (وزن 300gr)
- در عرض ۴ هفته ← اندازه قبلی (وزن 100gr) ← پسرفت کامل می‌شود.
- پس از هر زایمان بعدی، رحم معمولاً اندکی بزرگتر از آخرین حاملگی است. تعداد کل میوسیت‌ها کاهش چشمگیری پیدا نمی‌کند بلکه اندازه آنها به‌طور قابل توجه کاهش می‌یابد.

یافته‌های سونوگرافی:

- اندازه رحم در دو هفته اول به سرعت کاهش می‌یابد. (کاهش سایز رحم به کمتر از نصف یعنی از ۴۵۰ گرم به ۲۰۰ گرم)
- اندازه رحم و آندومتر ۸ هفته پس از زایمان به حد قبل از حاملگی می‌رسد. (در سونو)
- مدت زمان برگشت کامل رحم به سایز نرمال : در زنان مولتی پار بیش تر از نولی پار است



سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۶

Puerperium

۱. خانمی ۳۶ ساله پرمیمی پار، پنج روز پس از سزارین دچار درد شکم و کاندیدای انجام MRI با تزریق گادولینیوم شده است. بر اساس گایدلاین ACOG توصیه مناسب در رابطه با شیردهی نوزاد پس از انجام اسکن کدام است؟
(بورد ۱۴۰۳) (ویلیامز ۲۰۲۲)
(الف) ادامه شیردهی
(ب) منع برای ۸-۱۲ ساعت
(ج) عدم شیردهی تا ۲۴ ساعت
(د) منع تا ۴۸ ساعت

پاسخ: الف

ایزوتوپ‌های رادیواکتیو مس، گالیم، ایندیوم، ید، سدیم و تکنسیوم به سرعت در شیر مادر ظاهر می‌شوند. قبل از انجام یک مطالعه تشخیصی با این ایزوتوپ‌ها، مشاوره با یک متخصص پزشکی هسته‌ای توصیه می‌شود. به‌طور ایده‌آل، یک رادیونوکلئید با کوتاه‌ترین زمان دفع در شیر مادر انتخاب می‌شود. مادر باید قبل از مطالعه، شیر خود را دوشیده و به اندازه کافی در فریزر ذخیره کند تا نوزاد تغذیه شود. پس از مطالعه، مادر باید برای حفظ تولید شیر، پستان‌های خود را بدوشد اما تمام شیری که در مدت زمانی که مواد رادیواکتیو در بدن وجود دارد تولید می‌شود، دور ریخته شود. این مدت بسته به نوع ایزوتوپ از ۱۵ ساعت تا ۲ هفته متغیر است. مهم است که ید رادیواکتیو در تیروئید تجمع یافته و باقی

۲. بیمار خانم ۳۶ ساله در ۶ روز پس از زایمان دچار خونریزی می‌شود. در سونوگرافی انجام شده ضخامت اندومتر نرمال می‌باشد. در معاینه رحم بزرگتر از نرمال است. همه موارد زیر صحیح است، به جز:

- (الف) اکسی توسین
- (ب) کورتاژ اندومتر
- (ج) متیل ارگونوبین
- (د) پروستاگلندین

پاسخ: ب



ACOG خونریزی ثانویه بعد از زایمان را به صورت وقوع خونریزی ۲۴ ساعت تا ۱۲ هفته بعد از زایمان تعریف می‌کند. این خونریزی در اکثر موارد از پسرقت غیرطبیعی محل جفت ناشی می‌شود. همچنین گاهی اوقات این خونریزی به علت باقی ماندن بخشی از جفت یا آنوریسم کاذب یکی از شرایین رحمی رخ می‌دهد. فقط در تعداد اندکی از زنان مبتلا به خونریزی تأخیری، احتباس قطعات جفت وجود دارد. در نتیجه به طور روتین اقدام به کورتاژ نمی‌شود. نکته نگران کننده این است که کورتاژ ممکن است با کندن بخشی از محل لانه‌گزینی سبب تشدید خونریزی شود در نتیجه اگر در بیماران باثبات وجود رحم خالی در سونوگرافی دیده شود، اقدام به تجویز اکسی توسین، متیل ارگونوین یا آنالوگ پروستاگلاندین می‌شود.

۳. در بررسی آزمایشات یک روز بعد از زایمان WBC: 22000, Hb: 11.2, Plt: 460000 گزارش شده است. اقدام شما چیست؟ ارتقا ۱۴۰۳ قطب شیراز

(الف) مشاوره هماتولوژی جهت رد بدخیمی خونی

(ب) مشاوره عفونی

(ج) تهیه لام خون محیطی

(د) پس از زایمان این یافته‌ها طبیعی است.

پاسخ: د

در جریان لیبر و بعد از آن ممکن لوکوسیتوز و ترومبوسیتوز چشمگیری رخ بدهد. تعداد گلبول‌های سفید خون به ندرت از مرز ۲۵۰۰۰ عدد در میکرولیتر فراتر می‌رود و این افزایش عمدتاً ناشی از گرانولوسیتهاست. به طور تیپیک، لنفوپنی نسبی و اتوزینوپنی مطلق وجود دارد. در حالت طبیعی در چند روز اول بعد از تولد غلظت هموگلوبین و میزان هماتوکریت به طور متوسط کاهش می‌یابد. اگر این مقادیر به حد بسیار کمتر از آنچه درست قبل از لیبر وجود دارد، افت کنند مشخص می‌شود که حجم قابل توجهی از خون از دست رفته است.

۴. خانم ۳۰ ساله که شش روز پیش زایمان طبیعی داشته، دچار ضایعات هرپسی در درماتوم خلفی و لترال راست شده است. در مورد شیردهی کدام یک از گزینه‌های زیر صحیح می‌باشد؟ ارتقا ۱۴۰۳ قطب تبریز

(الف) منع شیردهی دارد.

(ب) شیردهی پس از بهبود ضایعات

(ج) شیردهی با رعایت بهداشت

(د) شیردهی با مصرف کلوزاسیلین

پاسخ: ج

موارد منع شیردهی: زنان مصرف کننده مواد مخدر غیرمجاز یا افرادی که بر مصرف الکل کنترل ندارند - نوزاد مبتلا به گالاکتوزمی - ویروس HIV - سل فعال درمان نشده - استفاده از داروهای خاص و تحت درمان کانسر پستان. زنان مبتلا به ویروس هرپس در صورتی که هیچ ضایعه پستانی نداشته باشند و مراقبت اختصاصی شست‌وشوی دست قبل از شیردهی انجام شود، می‌توانند شیردهی داشته باشند.

عوارض نفاسی

Puerperal Complications

• **تعریف عفونت نفاسی** ← هر گونه عفونت باکتریال ژنیتال بعد زایمان.

• **تریاکد کشنده حاد:**

- عفونت نفاسی

- پره‌اکلامپسی

- خونریزی نفاسی

نکته مهم ← ۴۰٪ از مرگ و میر مادری مرتبط با عفونت، قابل پیشگیری بوده است.

• **تب نفاسی:** ($38^{\circ}\text{C} \leq \text{BT}$ یا $100/4^{\circ}\text{F}$)

- اکثر تب‌های پابرجا بعد زایمان در اثر عفونت دستگاه تناسلی ایجاد می‌شود.

- در یک مطالعه وجود عفونت لگن به عنوان علت تب در ۲۴ ساعت اول پس از سزارین، بیش از ۳ برار زایمان طبیعی است.

- تب‌های $39^{\circ}\text{C} \leq$ در ۲۴ ساعت اول بعد زایمان ← در اثر استرپتوکوک A ← تب شدیدتری نسبت به سایر جرم‌ها می‌دهد.

• **سایر علل تب نفاسی:**

۱- **پستان محققن:**

- ۱۵٪ کسانی که شیر نمی‌دهند (در شیرده کمتر)

- تب شیردهی به ندرت در چند روز اول زایمان به بالاتر از 39°C می‌رسد.

- کمتر از ۲۴ ساعت طول می‌کشد. و دو طرقة است.

۲- **پیلونفریت حاد** ← اولین نشانه عفونت کلیه ← تب ← سپس CVA تندرns و تهوع و استفراغ / UTI به علت

دیورز طبیعی پس از زایمان، نادر است.

۳- **آتلکتازی** ← در اثر هیپوونتیلیاسیون ← درمان سرفه و تنفس عمیق (بیشتر در سزارین)



عفونت نفاسی

عفونت رحم:

نام‌های متعدد آندومتریت، اندومیومتریت، اندوپارامتریت توصیف شده اما چون عفونت، دسیدوا، میومتر و بافت‌های پارامتری را نیز درگیر می‌کند اصطلاح ارجح برای این عفونت، متریت همراه با سلولیت لگنی است.

- مهم‌ترین عامل خطر ← روش زایمان

- زایمان واژینال ← بدون عارضه ← متریت ۱-۲٪
- خارج‌سازی جفت با دست ← متریت ۳ برابر افزایش می‌یابد.
- در NVD کوریوآمینیونیت موقع زایمان ← عفونت ۱۳٪
- پارگی پرده‌ها - معاینات متعدد - لیبر طولانی ← متریت ۵-۶٪
- زایمان واژینال ابزاری ← افزایش احتمال متریت و عفونت پریینه (همراهی با لیبر طول کشیده)
- پروفیلاکسی با تک دوز آنتی‌بیوتیک (بتالاکتام‌ها) ← کاهش عفونت مادری شامل عفونت رحمی، ادراری، عفونت زخم پریینه

نکته: تک دوز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی، قبل از تمام موارد سزارین توصیه می‌شود. همچنین باعث کاهش

عفونت نفاسی می‌شود (۶۵-۷۵٪)

- عوامل خطر اصلی عفونت پس از جراحی ← لیبر طولانی، پارگی پرده‌ها، معاینات متعدد، پایش داخلی
- سایر علل ← وضعیت سوشیواکونومیک پایین
- نکته مهم** ← آنمی و تغذیه ضعیف از RF‌های متریت نیست اما آنمی از RF‌های عفونت زخم می‌باشد.
- کولونیزه شدن باکتریایی دستگاه تناسلی تحتانی با ارگانیزم‌های زیر باعث افزایش احتمال عفونت پست پارتوم می‌شود:
- استرپتوکوک B
- کلامیدیا تراکوماتیس
- اوروپلازما اورالیتیکوم
- مایکوپلازما هومی نیس
- گاردنلا واژینالیس
- عفونت‌ها معمولاً چند میکروبی هستند و این مسأله سبب افزایش سینرژی باکتریایی می‌شود. سایر عواملی که ویروالانس را افزایش می‌دهند شامل هماتوم‌ها و بافت مرده است.

- سایر عوامل ↑ خطر عفونت:

- اکستنشن برش سزارین
- *** سن کم مادر (**مهم**)
- نولی پاریتی
- القای طولانی لیبر



سؤالات و پاسخنامه فصل ۳۷

۱. خانمی به دنبال آبریزش از ۲ روز قبل به علت عدم پیشرفت تحت عمل سزارین قرار گرفته است. سه روز پس از عمل با علائم تب و لرز و درد قسمت تحتانی شکم مراجعه کرده، با دریافت آنتی‌بیوتیک علائم بهبود داشته اما تب پس از ۵ روز همچنان ادامه دارد. تشخیص احتمالی شما کدام است؟ ارتقا ۱۴۰۳ قطب اصفهان

الف) فلگمون پارامتری

ب) آبسه آدنکس

ج) پریتونیت

د) ترومبوفلبیت سپتیک لگنی

پاسخ: د

در زنان مبتلا به ترومبوفلبیت سپتیک، به جز لرز و گاهی اوقات درد ربع تحتانی شکم، معمولاً علامت دیگری وجود ندارد. با CT اسکن و MRI لگن می‌توان تشخیص را تأیید کرد. در بیمارانی که تب آن‌ها بیشتر از ۵ روز بعد از درمان ضدمیکروبی متریت ادامه داشت، ترومبوفلبیت سپتیک لگن مطرح بود. این زنان با درمان آنتی‌بیوتیک به بهبود علامت‌دار دست یافته بودند اما تب آن‌ها همچنان ادامه داشت.

۲. خانمی به دنبال سزارین، دچار تب و عفونت لگنی شده است. تحت درمان با سفوکسیتین قرار گرفته ولی دچار آلرژی تیپ یک شده است. درمان ارجح در این بیمار کدام است؟ (بورد ۱۴۰۳) (ویلیامز ۲۰۲۲)

الف) قطع سفوکسیتین و شروع وانکومايسين

ب) اضافه کردن کورتیکواستروئید به سفوکسیتین

ج) قطع دارو و شروع سفتریاکسون

د) قطع دارو و شروع پپراسیلین

پاسخ: الف

انتخاب درمان آنتی‌میکروبی

بسیاری از کارشناسان نظارت دوره‌ای بر سطوح سرمی جنتامایسین را توصیه می‌کنند. در بیمارستان پارکلند، اگر یک زن عملکرد کلیه مناسبی داشته باشد که با سطح طبیعی کراتینین سرم نشان داده می‌شود، ما به طور روتین این کار را انجام نمی‌دهیم. دوز روزانه یک‌بار نسبت به دوزهای متعدد با جنتامایسین سطوح سرمی کافی را فراهم می‌کند و هر دو



روش دارای نرخ بهبودی مشابهی هستند. در صورت کاهش فیلتر شدن گلوپرولی، برخی ترکیبی از کلندامایسین و یک سفالوسپورین نسل دوم را توصیه می‌کنند، زیرا احتمال نفروتوکسیسیته و اوتوتوکسیته با جنتامایسین وجود دارد. به جای آن، دیگران ترکیبی از کلندامایسین و آزرئونام را توصیه می‌کنند که دومی یک ترکیب مونوباکتام است با فعالیتی مشابه آمینوگلیکوزیدها.

طیف آنتی‌میکروبه‌ای- β لاکتام شامل فعالیت در برابر بسیاری از پاتوژن‌های بی‌هوازی است. برخی از نمونه‌ها شامل سفالوسپورین‌هایی مانند سفوکسیتین، سفوتوتان، سفتاکسیم و سفتریاکسون هستند. پنی‌سیلین‌های طیف گسترده شامل پایپرسیلین، تیکارسیلین و مزلوسیلین هستند. آنتی‌میکروبه‌ای- β لاکتام به طور ذاتی ایمن هستند و به جز واکنش‌های آلرژیک، از نظر سمیت عمده‌ای عاری هستند. مهارکننده‌های- β لاکتاماز شامل اسید کلاولانیک، سلباکتام و تازوباکتام هستند که با آمپی‌سیلین، آموکسی‌سیلین، تیکارسیلین و پایپرسیلین ترکیب شده‌اند تا طیف‌های آن‌ها را گسترش دهند. مترویدازول فعالیت درون‌کشتگاهی برتری در برابر اکثر بی‌هوازی‌ها دارد. این دارو به همراه آمپی‌سیلین و یک آمینوگلیکوزید پوشش کافی در برابر اکثر ارگانیسم‌هایی که در عفونت‌های جدی لگنی مشاهده می‌شوند، فراهم می‌کند. همچنین به‌عنوان درمان دوم در برخی از موارد کلستریدیوم دیفیسیل کولیت استفاده می‌شود.

ایمی‌پنم و آنتی‌میکروبه‌ای مشابه در خانواده کارباپنم‌ها قرار دارند. این‌ها پوشش وسیع طیف در برابر اکثر ارگانیسم‌های مرتبط با متريت فراهم می‌کنند. ایمی‌پنم به همراه سیلاستاتین متابولیسم کلیوی آنتی‌بیوتیک را مهار می‌کند. به دلیل هزینه بالاتر ایمی‌پنم، از نظر پزشکی و اقتصادی منطقی است که این دارو را برای عفونت‌های جدی غیرزایمانی محفوظ نگه داریم.

وانکومایسین یک آنتی‌میکروب گلیکوپپتیدی است که علیه باکتری‌های گرم مثبت، از جمله استاف اورئوس فعال است. این دارو به جای درمان β -لاکتام برای بیمارانی که واکنش آلرژیک نوع ۱ دارند، استفاده می‌شود و برای عفونت‌های مشکوک به استاف اورئوس و درمان کولیت کلستریدیوم دیفیسیل تجویز می‌شود.

۳. خانم ۴۰ ساله G2P2 که به علت کوریوآمینونیت و عدم پیشرفت، سزارین شده بود، از روز ۵ بعد از عمل به علت تب و لرز تحت درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب به مدت ۹۶ ساعت قرار گرفته، همچنان تب دارد و در معاینه در بالای رباط اینگوینال تورم و تندرنس لمس می‌شود. در CT-Scan توده هایپواکو که از اطراف رحم شروع شده به ابعاد ۸-۷ سانتی‌متر گزارش شده است. درمان مناسب چیست؟ ارتقا ۱۴۰۳ قطب تبریز

(الف) تخلیه زیر گاید CT-Scan

(ب) لاپاروتومی و تخلیه توده

(ج) مشاوره عفونی و تغییر آنتی‌بیوتیک

(د) ادامه آنتی‌بیوتیک و CT-Scan سه روز دیگر

پاسخ: الف

فلگمون‌ها معمولاً حالت یک طرفه دارند و به طور شایع محدود به ناحیه‌ی پارامتر در قاعده‌ی رباط پهن هستند. در زنانی که عفونت لگن آنان در برابر درمان ضد میکروبی پنج روزه مقاوم مانده، از CT Scan استفاده کرده‌اند. گاهی یک فلگمون