



سرشناسه	حمیدی مدنی، زهرا، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه در زنان و زایمان از نواک: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴
مشخصات نشر	Berek & Novak's gynecology 2020 / 16th edition
مشخصات ظاهری	ترجمه و تلخیص زهرا حمیدی مدنی. پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: پریا مهدوی، سحر حسینی، زهرا حاج محمد حسینی
شابک	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
وضعیت فهرست نویسی	۱۷۲ص: جدول.
یادداشت	۴۷۰۰۰۰ ریال 978-622-404-146-3
عنوان دیگر	فپیا
موضوع	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Berek & Novak's gynecology, 16th ed, c2020" اثر جانانان برک است.
	بیماری‌های زنان نواک.
	آبستنی و زایمان--Obstetrics
	پزشکی زنان--Gynecology
	بارداری -- عوارض و عواقب--Pregnancy -- Complications
	پزشکی زنان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
	Gynecology -- Examinations, questions, etc.
	آبستنی و زایمان -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
	Obstetrics -- Examinations, questions, etc.
	بارداری -- عوارض و عواقب -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
	Pregnancy -- Complications -- Examinations, questions, etc.
	برک، جانانان--Berek, Jonathan S.
شناسه افزوده	نواک، امیل، ۱۸۸۳ - ۱۹۷۵ م. بیماری‌های زنان نواک
شناسه افزوده	۵۲۴RG
رده بندی کنگره	۲/۶۱۸
رده بندی دیویی	۹۱۶۳۳۶۸
شماره کتابشناسی ملی	فپیا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه در زنان و زایمان	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
Berek & Novak's Gynecology 2020 / 16th edition/ ترجمه و تلخیص: دکتر زهرا حمیدی مدنی؛ نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴	
پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳: دکتر پریا مهدوی، دکتر سحر حسینی، دکتر زهرا حاج محمد حسینی	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۱۴۶-۳
صفحه آرا: رزیدنت‌یار - منیره امیری مقدم	بهاء: ۴۷۰۰۰۰ تومان
طراح و گرافیک: رزیدنت‌یار - 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 کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه در زنان و زایمان

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

Berek & Novak's Gynecology /16th edition

ترجمه و تلخیص

دکتر زهرا حمیدی مدنی

رتبه برتر بورد سال ۱۳۹۹

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۳

دکتر پریا مهدوی

ده درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

دکتر سحر حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

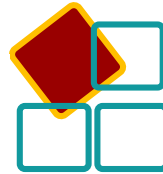
دکتر زهرا حاج محمد حسینی

رتبه برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک



فهرست مطالب



فصل ۲۰- خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی.....	۱۱
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰.....	۱۷
فصل ۲۱- مراقبت های بهداشت پیشگیرانه و غربالگری.....	۲۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱.....	۲۹
فصل ۲۲- مراقبت های اولیه.....	۴۷
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۲.....	۶۳
فصل ۲۳- مشکلات روانپزشکی شایع.....	۱۰۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۳.....	۱۱۷
فصل ۲۴- رویکردهای طبی مکمل و یکپارچه.....	۱۳۵
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴.....	۱۵۱

خشونت علیه زنان و تجاوز جنسی

اکثر موارد تهاجمی که زنان تجربه می کنند توسط پارتنر صمیمی آنها انجام می شود و ۳۸٪ موارد قتل زنان توسط پارتنر مرد صمیمی آنها رخ می دهد.

سوء استفاده جنسی در کودکان:

سوء استفاده شامل: سوء استفاده احساسی، فیزیکی، جنسی - بی توجهی احساسی، رفتار خشونت آمیز مادر و یا اعتیاد اعضای خانواده - طلاق و یا جدایی والدین و یا زندانی بودن یکی از اعضای خانواده یا بیماری روانی اعضای خانواده. این اتفاق اغلب در افراد فقیر شیوع بیشتری دارد و در صورتی که شدید، مکرر و بدون حمایت یک فرد بالغ باشد می تواند شدیداً مخرب باشد. در این شرایط سیستم پاسخ به استرس کودک به صورت طولانی فعال می شود. این افراد در بزرگسالی دچار چاقی، بیماری قلبی، الکلیسم، اعتیاد، شروع زودرس سکس و احتمال حاملگی در سن نوجوانی را تجربه می کنند.

تقسیم بندی بر اساس سن:

کودکان کوچکتر: در این سن سوء استفاده به صورت نوازش ناحیه ژنیتال و یا سوء استفاده غیرتماسی به صورت عریان گری، مشاهده اجباری خودارضایی و یا قرار دادن کودک در عکس های مستهجن است. معمولاً در خارج از منزل و توسط فرد ناشناس انجام می شود. کودکان بالای ۱۰ سال: این کودکان مجبور به نزدیکی یا سکس دهانی می شوند. زنانی که در کودکی تحت سوء استفاده جنسی قرار گرفته اند در نوجوانی دچار رفتارهای ضداجتماعی و علائم متعدد سوماتیک می شوند و در بزرگسالی دچار PTSD، اختلالات اضطرابی - افسردگی - احساس گناه و بستری به علت بیماری های روانی، درد مزمن لگن، دیس پارونی و واژینیسموس می شوند. طبق نظریه ACOG غربالگری از نظر سوء استفاده جنسی در تمام زنان باید انجام شود.

در صورت مواجهه با فردی که تحت سوء استفاده جنسی قرار گرفته لازم است که توسط متخصص زنان معاینه شود باید به نکات زیر توجه شود:

- (۱) برای انجام معاینه از بیمار اجازه بگیرید.
- (۲) بیمار می تواند در اتاق معاینه یک همراه داشته باشد.
- (۳) بیمار باید بداند که حق توقف معاینه را دارد.



- (۴) در هر مرحله با بیمار صحبت شود. ارتباط چشمی حفظ شود.
 - (۵) سرعت معاینه در کنترل بیمار باشد و بیمار معاینه را هدایت کند.
 - (۶) بیمارانی که خود را سرزنش می‌کنند ممکن است مجدداً در روابط سوء استفاده گرانه قرار بگیرند.
 - (۷) اختلالات روانی در بیماران زیر به صورت شدیدتر دیده می‌شود:
 - (۸) شروع سوء استفاده در سنین پایین
 - (۹) رخداد مکرر آن در دوره زمانی طولانی
 - (۱۰) استفاده از زور
 - (۱۱) سوء استفاده توسط والدین یا فردی که به آن اعتماد دارند.
- اختلالات تشخیصی تجزیه‌ای و اختلالات شخصیت مرزی، در همراهی با سوء استفاده جنسی شایع است.

قاچاق انسان:

در صورت این حادثه اختلالات روانی به صورت افسردگی، تلاش برای خودکشی، آسیب به خود، اختلالات اضطرابی، PTSD و مشکلات کنترل خشم شایع است.

طبق نظر ACOG در صورت موارد زیر باید پزشک به موارد قربانیان جنسی و قاچاق مشکوک شود عبارتست از: سن کم، پارتنر جنسی متعدد، اپی زوهای متعدد STD، لباس نامناسب در هنگام مراجعه، خالکوبی و یا سایر اقداماتی که توضیح نامشخصی دارد، شواهد سوء استفاده جنسی یا تروما، پاسخ‌های نامفهوم به پرسش‌هایی از محیط خانه، عدم ارتباط چشمی، سوء تغذیه، علائم افسردگی، PTSD، اعتیاد.

ختنه زنان:

معمولاً در نوزادی تا سن ۱۵ سالگی انجام می‌شود.

باعث عوارض روانی مانند افسردگی – اضطراب – PTSD و اعتماد به نفس پایین می‌شود.

آزار جنسی:

طیف آن شامل: ظاهر و ژست جنسی نابجا، پیشنهادات جنسی، لمس بی‌اجازه، فشردن به منظور بهره جنسی، تجاوز واقعی یا تلاش برای آن و خشونت جنسی می‌باشد.

بر اساس جنسیت، ۸۱٪ موارد، جوانان ترانس سکسوال شایع‌ترین گروهی هستند که تحت خشونت جنسی قرار می‌گیرند.

خشونت جنسی:

این لغت به معنی رفتارهای متجاوزانه و اجباری مثل سوء استفاده فیزیکی، روانی، احساسی، تجاوز جنسی، ایجاد ترس و اجبار به بارداری توسط پارتنر صمیمی فعلی یا قبلی است.

زنانی که تحت خشونت جنسی قرار گرفته‌اند ممکن است دچار بیماری روانی افسردگی و PTSD شوند.

۱/۶ قتل‌ها توسط پارتنر صمیمی رخ می‌دهد.

مراقبت‌های بهداشت پیشگیرانه و غربالگری

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

* همکاران عزیز، اکثریت جداول مربوط به فصل ۲۱ در کتاب ۲۰۲۰ نسبت به ۲۰۱۲ حذف شده است. یکسری از مراقبت‌ها مرسوم ژنیکولوژی به عنوان مراقبت‌های پیشگیرانه اولیه در نظر گرفته می شود مانند: سیتولوژی سرویکس - معاینات غربالگری پستان و لگن - ارائه خدمات پیشگیری از بارداری سیتولوژی سرویکس باعث کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان سرویکس شده است. امتیازدهی USPSTF برای ارائه خدمات به درجات متفاوتی تقسیم می شود:

A: توصیه می شود، سود مشخص و قابل توجهی دارد.

B: توصیه می شود. سود مشخص در حد متوسط دارد.

C: در موارد انتخابی بر اساس شرایط توصیه می شود.

D: توصیه مخالف آن انجام می شود.

I: شواهد کافی بر توصیه به انجام یا مخالف آن وجود ندارد.

پیشگیری اولیه:

شامل مواردی است که مداخلات قبل از پیدایش بیماری را شامل می شود.

- ۱) ترک سیگار و الکل
- ۲) ورزش
- ۳) تغذیه سالم
- ۴) کمربند ایمنی
- ۵) واکسن

پیشگیری ثانویه:

مواردی که بر ای شناسایی و درمان افراد بدون علامت که دارای عوامل خطر یا بیماری پیش بالینی هستند، استفاده می شود. مانند ماموگرافی و یا پاپ اسمیر.



در واقع تمام غربالگری‌ها ثانویه در نظر گرفته می‌شوند.

پیشگیری از عقب‌ماندگی ذهنی:

با انجام غربالگری هیپوتیروئیدی و PKU انجام می‌شود.

شایع‌ترین علت ویزیت مطبی متخصص زنان معاینه ژنیکولوژیک و حاملگی است.

امروزه تمرکز مراقبت‌های بهداشتی بر روی پیشگیری است و نه بیماری.

- شروع غربالگری سرطان پستان در خانم‌ها با ریسک متوسط از سن ۴۰ تا ۵۰ سال با ماموگرافی و تکرار آن حداقل هر ۲ سال و یا سالیانه است. ادامه غربالگری تا سن ۷۴ سال توصیه می‌شود.

* سن به تنهایی نمی‌تواند عامل قطع غربالگری باشد. *

- شروع غربالگری سرطان سرویکس در زنان با ریسک متوسط از سن ۲۱ تا ۶۵ سالگی است. روش غربالگری با انجام سیتولوژی به تنهایی در سنین ۲۹-۲۱ سالگی هر ۳ سال و انجام Co-Test هر ۵ سال یا سیتولوژی تنها هر سه سال از ۳۰ تا ۶۵ سالگی است. غربالگری زیر ۲۱ و بالای ۶۵ توصیه نمی‌شود. در صورتی که بیمار ۳ تست سیتولوژی پشت سر هم منفی و یا ۲ تست Co Test منفی در طی ۱۰ سال اخیر داشته باشد که آخرین نوبت آن ۵ سال گذشته باشد می‌توان غربالگری را قطع کرد.

بهترین زمان غربالگری GDM، ۲۴-۲۸ هفته با انجام GCT و در صورت مختل بودن ادامه غربالگری با GTT است.

ارزیابی خطر و آموزش پیشگیری از HIV در نوجوانان و جوانان سالیانه حداقل باید انجام شود. تمامی زنان حداقل یک بار در طول زندگی مورد آزمایش از نظر HIV قرار بگیرند.

در خانم باردار غربالگری HIV در اولین ویزیت انجام می‌شود. در بیمارانی که در فاز فعال زایمان مراجعه می‌کنند و از نظر وضعیت HIV ناشناخته هستند، تست Rapid HIV انجام می‌شود.

غربالگری از نظر خشونت خانگی و بین فردی حداقل سالیانه در نوجوانان و جوانان انجام شود. حداقل فواصل بین این غربالگری مشخص نمی‌باشد.

شروع ویزیت‌های پیشگیرانه از نوجوانی آغاز می‌شود و حداقل سالیانه تا پایان عمر ادامه دارد.

عوامل خطر ابتلا به عفونت STD: سن کمتر از ۲۵ سال - سابقه ابتلا اخیر به STI - شریک جنسی جدید - شرکای جنسی متعدد - شریک جنسی که به طور همزمان شریک جنسی دیگری داشته باشد.

تغذیه:

بیمارانی که ۲۰٪ بالا یا پایین وزن طبیعی هستند باید از نظر بیماری سیستمیک و اختلال تغذیه‌ای بررسی شوند. افزایش وزن و چاقی باعث افزایش موربیدیتی ناشی از فشار خون، دیس لیپیدمی، دیابت تیپ II، بیماری کرونر قلب، سکته مغزی، بیماری کیسه صفرا، استئوآرتریت، آپنه خواب، سرطان اندومتر، کولون و پستان می‌شود.

رژیم غذایی روزانه باید حاوی ۲۸-۲۲ گرم فیبر باشد که از سرطان کولون پیشگیری کند.

روزانه افراد یائسه به ۱۲۰۰ mg و افراد نوجوان به ۱۳۰۰ mg کلسیم نیاز دارند. کمیته مشاوره دستورالعمل‌های تغذیه‌ای، توصیه‌هایی را برای رژیم غذایی گنجانده است. از جمله مصرف میوه - سبزی - غلات کامل - شیرها یا محصول لبنی بدون چربی یا کم چرب.

چاقی مرکزی (دور کمر بیشتر از ۸۹ سانتی‌متر یا ۳۵ اینچ) با افزایش خطر DM - HTN - HLP - بیماری قلبی همراهی دارد.

مراقبت‌های اولیه

شایع‌ترین علت مراجعه به پزشک، بیماری تنفسی است و علت اصلی مرگ در زنان، بیماری‌های قلبی و عروقی است. علت اصلی موربیدیته، بیماری تیروئید است. در تمام بیماران مبتلا به پنومونی، انجام گرافی قفسه سینه الزامی است. فشار خون نرمال، در تمام افراد، کمتر از ۱۴۰/۹۰ mmHg و در افراد دیابتی و بیماران کلیوی، باید کمتر از ۱۳۰/۸۰ mmHg باشد. استاتین‌ها، تولید کلسترول کبدی را کاهش می‌دهد و حمله‌های قلبی و مرگ را کاهش می‌دهد. امروز استاتین‌ها به عنوان خط اول درمان است. بهترین تست، جهت غربالگری هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی، تست TSH است.

عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی (URIS):

URIS شامل common cold است. از علل شایع آن آدنوویروس، رینوویروس، کروناویروس و RSV می‌باشد. برای تشخیص و درمان انجام کشت الزامی نیست مگر در صورتی که شک به آنفلوانزا باشد و یا لازم باشد درمان آنتی ویرال شروع شود. در صورت علائمی مانند: تب بالای ۱۰۰ درجه فارنهایت، درد صورت، سرفه‌های طول کشیده بیش از ۲ هفته، آگزودا در گلو و لوزه‌ها، صدای تنفسی غیرطبیعی و O₂ Sat پایین، احتمال مواردی مانند سینوزیت، پرتوزیس، استرپ گلو، برونشیت، Mono Spot یا آنفلوانزا مطرح است. در این صورت انجام کشت استرپتوکوک، CXR، غربالگری از نظر سیاه سرفه، غربالگری ویروسی از نظر آنفلوانزا لازم است. درمان: علامتی است. شامل: هیدراتاسیون، رعایت بهداشت دست‌ها، ASA یا NSAID، دکنژستانت (مصرف این داروها نباید بیش از ۳-۲ روز به علت اثر ریباند استفاده شود) است. سرماخوردگی معمولاً ۱۰-۷ روز و حداکثر ۲ هفته طول می‌کشد. روش انتقال این ویروس از طریق قطرات تنفسی و تماس مستقیم دست‌ها است. مصرف آنتی‌باکتریال‌ها و تمیز کننده‌ها بر روی انتقال ویروس سرماخوردگی مؤثر نیستند.

سینوزیت:

التهاب مجاری سینوسی است. در صورت درد گونه احتمال درگیری سینوس فکی، در صورت درد فوق چشم، درگیری سینوس پیشانی، در صورت درد ضخامت بینی، احتمال درگیری سینوس اتموئید است و در صورت درد فرق سر، احتمال درگیری سینوس اسفنوئید است. شایع‌ترین علت سینوزیت، استرپتوکوک پنومونیه - هموفیلوس آنفلوانزا است و در سنین میان‌سالی شایع است. اپیزود اولیه سینوزیت نیاز به تصویربرداری ندارد اما در صورت عفونت مقاوم به درمان باید تصویربرداری انجام شود. انجام کشت در این موارد ارزش ندارد.



درمان به صورت امپریکال انجام می‌شود. عفونت‌های حاد اغلب مربوط به سینوس فکی و پیشانی است که به علت انسداد دیواره داخلی بینی است. در صورتی که سینوزیت بیش از ۱۲ هفته طول بکشد، سینوزیت مزمن تلقی می‌شود. فلور معمول آن پلی میکروبیال است. درمان در صورت سینوزیت مزمن عبارتست از:

- (۱) ضد احتقان موضعی را حداکثر ۳ روزه می‌دهیم و گرنه ریباند می‌دهد.
- (۲) گایافنزین به علت موکولیتیک بودن مناسب است. در سینوزیت حاد، آنتی‌هیستامین نمی‌دهیم زیرا باعث خشک شدن و ضخیم شدن ترشحات می‌شود. مسکن داده می‌شود و صورت گرم نگهداشته می‌شود. اگر بیماری، زمینه رینیت مزمن و یا سینوزیت مکرر داشته باشد استروئید نازال می‌دهیم.
- مصرف آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف باید به صورت محدود در شرایط زیر استفاده شود:

- (۱) درد حاد
 - (۲) ترشحات چرکی به خصوص اگر علائم در حال بهبود بوده و مجدداً بدتر شود.
 - (۳) بیماران با اختلالات سیستم ایمنی
- درمان: آموکسی‌سیلین Choice است. در صورت عدم پاسخ طی ۴۸-۷۲ ساعت دارو تغییر می‌یابد. اگر به بتالاکتام‌ها مقاوم باشد: توصیه به مصرف کوآموکسی کلاو می‌شود.
- خط دوم درمان آنتی‌بیوتیکی: لووفلوکساسین و داکسی سایکلین به صورت مصرف ۵-۱۰ روزه است.
- * مصرف کوتیرموکسازول و آزیترومايسين به علت مقاومت بالا دیگر توصیه نمی‌شود.
- * احتمال درگیری استخوان‌های صورت، ترومبوز سینوس وریدی و مننژیت حاد نادر است اما در صورت اختلالات بینایی و ادم دور اوربیت باید از نظر گسترش مغزی بررسی شود. در این حالت انجام CT اسکن جهت تشخیص الزامی است. درمان در این شرایط جراحی وسیع و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف است.

اوتیت میانی:

اغلب در اثر استرپتوکوک و هموفیلوس آنفلوانزا ایجاد می‌شود.

درمان شامل: AB وسیع‌الطیف و آنتی‌هیستامین (آموکسی‌سیلین - کوآموکسی کلاو - سفوروکسیم - اریترومايسين - آزیترومايسين) است.

برونشیت حاد (عفونت حاد تراکئوبرونشیا):

اغلب توسط ویروس‌ها ایجاد می‌شود. شایع‌ترین باکتری ایجاد کننده مایکوپلاسما است. سرفه ناشی از برونشیت حاد حداکثر تا ۳ هفته خوب می‌شود. در سمع ریه این بیماران رونکای خشن شنیده می‌شود.

در صورتی که سرفه بیش از ۲ هفته طول بکشد باید احتمال سیاه سرفه را مد نظر قرار داد. در این شرایط درمان توسط آزیترومايسين (ماکرولیدها) انجام می‌شود.

جهت درمان سرفه در برونشیت حاد از کدئین و دکسترومتورفان استفاده می‌شود و اگر در CXR علائم پنومونی داشته باشیم AB می‌دهیم.

کشت خلط در برونشیت به علت وجود میکروب‌های Mix ارزش ندارد.

مشکلات روانپزشکی شایع

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

مشکلات روانپزشکی شایع

یک چهارم جمعیت زنان در طول زندگی شان با بیماری افسردگی مواجه می شوند اما احتمالاً نیمی از آن ها هیچ وقت بیماری شان تشخیص داده نمی شود و تحت درمان قرار نمی گیرند.

بیش از نیمی از بیمارانی که دست به خودکشی می زنند طی بازه زمانی ۱ ماهه قبل از خودکشی به مطب یک پزشک غیر روانپزشک مراجعه داشته اند.

متخصص زنان و زایمان نباید در ارجاع آن دسته از بیمارانی که به مداخله سلامت روانی نیاز دارند تعلل کند.

برخی از زنان در زمان هایی مانند چرخه قاعدگی مستعد بروز نشانه های خلقی هستند. با این حال رابطه اثبات شده ای میان سطح هورمون های جنسی و افسردگی وجود ندارد و تشخیص PMS تنها در صورتی قطعی خواهد بود که علائم بیمار آینده نگر به مدت ۲ ماه به صورت روزانه بررسی شود. در صورتی که درمان دارویی بیمار موفقیت آمیز باشد قطع درمان باعث عود بیماری می شود. اختلال شخصیت و سوماتیزاسیون به ندرت قابل علاج هستند اما درمان آگاهانه آن باعث کاهش علائم می شود. توضیحاتی که بیمار درباره خودش می دهد و نحوه پاسخ گویی او به پرسش های باز، می تواند مجموعه اطلاعات بسیار ارزشمندی در اختیار پزشک قرار دهد.

* همیشه در مورد افکار خودکشی و یا دگرکشی از بیمار سؤال کنید فکر نکنید با این کار بیمار تحریک به انجام خودکشی می شود بلکه به بیمار کمک می کند کنترل خود را به دست بیاورد.

در صورت شرایط زیر بیمار را به روانپزشک ارجاع می دهیم:

- (۱) بیمارانی که تصمیم به خودکشی یا دگرکشی دارند.
- (۲) بیماران مبتلا به روان پریشی حاد
- (۳) بیمارانی که تشخیص آن ها قطعی نیست و یا به درمان پاسخ نداده اند.



در صورتی که بیمار مشکوک به داشتن اختلال somatic symptom است، متخصص زنان بهتر است به جای توضیح این فرضیه به بیمار که این نشانه‌ها، پایه و اساس روانشناختی دارند، از این در وارد شود که در صورتی که تشخیص و درمان درست برای بیمار صورت نگیرد ادامه زندگی با این نشانه‌ها دشوار خواهد بود.

پزشک نباید این حس را به بیمار القا کند که چون آزمون‌های تشخیصی نتوانسته‌اند مشکل خاصی را شناسایی کنند بنابراین مشکل، یک مشکل روانی است. این رفتار باعث فاصله گرفتن بیمار از پزشک می‌شود.

به منظور برطرف شدن نگرانی بیمار ارجاع داده شده و ارتقای سطح مراقبت از وی، باید به ایشان اطمینان داد که با او در حین درمان ارتباط خواهید داشت و پزشکی که بیمار به آن ارجاع شده است جزئی از تیم درمانی است.

در بیمارانی که با مشکلات ژنیکولوژی مانند ناباروری و یا بدخیمی دچار هستند، درمان‌های خودیاری و یا گروه درمانی به کمک یک سرپرست آموزش دیده می‌تواند کمک کننده باشد.

عفونت‌های AIDS و HIV، برخی بدخیمی‌ها، هیپوتیروئیدی ممکن است با تظاهرات روانپزشکی بروز یابند.

تمام بیماران ژنیکولوژیک باید از لحاظ افسردگی، اضطراب، خشونت از سوی شریک جنسی، سوء مصرف مواد غربالگری شوند.

تنها روانپزشکان هستند که اجازه تجویز داروی روان گردان و یا انجام سایر مداخلات بیولوژیک را دارند.

اختلالات خلقی:

خلق، آن رنگ و نقش هیجانی است که شخص تجربیاتش را با آن‌ها می‌شناسد. خلق ممکن است به طور بیمارگونه بالا باشد (مانیا) و یا پایین (افسردگی) و یا بین این دو حال در نوسان باشد.

مانیا:

حاد ← خطرناک است زیرا فعالیت افراطی فرد را از پا درمی‌آورد چون فرد خواب و غذای کافی دریافت نمی‌کند.

تحت حاد: اعتماد به نفس و شادابی و انرژی و پرکاری وجود دارد. این فرد دوست ندارد درمان شود چون مورد حسادت دیگران واقع می‌شود ولی درمان لازم است چون اغلب به سمت مانیا پیش می‌رود.

خصوصیات رفتاری مانیا عبارتست از:

خلق بالا، خودبزرگ‌بینی، افزایش انرژی، کاهش خواب، ولخرجی، تکلم سریع و تحت فشار است.

درمان بیماران مانیا شامل داروهای تثبیت کننده خلق و داروهای ضد سایکوز است. تجویز داروهای ضدافسردگی در بیماران دوقطبی می‌تواند باعث بروز اپیزود مانیک شود.

افسردگی:

شیوع ۲-۳ برابری در زنان نسبت به مردان دارد. بیشترین میزان بروز افسردگی بین ۴۴-۲۵ سالگی دیده می‌شود اما به هر حال در تمامی گروه‌های سنی امکان بروز دارد. حدود ۱۵٪ افرادی که مبتلا به افسردگی شدید هستند در نهایت دست به خودکشی می‌زنند.

افسردگی یک بیماری راجعه است و در ۵۰٪ افرادی که یک اپیزود افسردگی مازور را تجربه کرده‌اند، اپیزود دوم هم در آن‌ها بروز خواهد کرد.

به طور کلی بروز هر اپیزود احتمال بروز اپیزود بعدی را زیاده‌تر می‌کند.

رویکردهای طبی مکمل و یکپارچه

این فصل در رفرنس جدید نمی باشد و جهت مطالعه عمومی ارائه گردیده است.

طیف رویکردهای طب مکمل و جایگزین وسیع است و شامل روش‌هایی است که ارزش ادغام شدن در عملکرد فعلی ما را دارند. یک شرح حال کامل باید شامل استفاده بیماران از رویکرد مکمل و کل‌نگر سلامتی و complementary and integrative health approaches باشد.

سازمان غذا و داروی آمریکا بر گیاهان دارویی و مکمل‌ها نظارتی ندارد بنابراین مراحل بیشتری باید طی شود تا از کیفیت این محصولات مطمئن شویم.

طب سوزنی در بسیاری از موارد از جمله درد، تهوع، استفراغ دوران حاملگی، استفراغ ناشی از شیمی درمانی کاربرد دارد. رویکردهای ذهن - بدن مانند کاهش استرس، تلقین ذهنی و هیپنوتیزم به عنوان روش‌های کمکی ارزشمند در طیف وسیعی از بیماری‌های زنان از جراحی تا ناباروری اهمیت یافته‌اند.

در PMS طب مکمل هیچ جایی ندارد.

عدم رضایت از طب مرسوم پیشگویی کننده استفاده از رویکردهای طب مکمل نیست. بیماران این رویکردها را استفاده می‌کردند چرا که به دنبال تناسب بیشتری با ارزش‌های مورد نظرشان برای زندگی، سلامت و تندرستی بودند.

رویکردهای طب مکمل به ۲ دسته تقسیم می‌شوند:

محصولات طبیعی شامل گیاهان دارویی، ویتامین، املاح معدنی، پروبیوتیک که تحت عنوان (مکمل غذایی) می‌باشند. روش‌های mind-body: شامل طب سوزنی - یوگا - Tai Chi - کایروپراکتیک - qi-song - دستکاری استئوپاتیک - مدیتیشن - هیپنوز - ماساژ درمانی - تن آرامی است.

گیاهان دارویی از سه طریق می‌توانند مسمومیت ایجاد کنند:

الف) محصولات ممکن است قلبی باشند.

ب) برچسب ممکن است دوزی را توصیه کند که بیش از نیاز واقعی باشد، و حتی زمانی که محصول در دوز مناسب بی‌خطر است، باعث مسمومیت شود.



ج) حتی وقتی که کیفیت محصولات خوب است و در دوز مناسب مصرف می‌شوند، این محصولات ممکن است واکنش متقابل با سایر مکمل‌ها و ترکیبات دارویی داشته باشند.

برخی روش‌ها در هیچ یک از دسته‌ها قرار نمی‌گیرند:

درمانگر مرسوم، پزشکی چینی مرسوم – هومیوپاتی، طبیعت درمانی، Ayurvedic medicine

تمایل به استفاده از طب مکمل در یائسگی افزایش یافته است. در زنان حامله با تهوع و استفراغ استفاده از طب مکمل به صورت زنجبیل، B₆ و طب فشاری ۶۱٪ گزارش شده است.

طب کایروپراکتیک:

روی ارتباط بین ساختمان بدن و عملکرد آن و راهی برای این ارتباط جهت حفظ و بازگشت سلامت تمرکز دارد. در این روش از درمان مانیپولاتیو به عنوان ابزار لاینفک استفاده می‌شود.

عوارض جدی بسیار نادر هستند اما ممکن است شامل بیرون‌زدگی دیسک، سندرم دم اسبی، یا دایسکشن شریان مهره‌ای، سکته مغزی بعد از مانیپولاسیون شود.

ماساژ درمانی و کار بدنی:

شامل مانیپولاسیون بافت‌های نرم بدن است تا آن بافت را به حالت طبیعی برگرداند. طیف وسیعی از رویکردها در دسترس است که شامل ماساژ عمقی بافت، ماساژ سوئدی، رفلکسولوژی، Rolfing و... است.

در تعدادی از RCT ها ارزش ماساژ درمانی را به خصوص در آسم دوران کودکی ثابت کرده‌اند. ماساژ درمانی منظم می‌تواند منجر به افزایش دوپامین و سروتونین و افزایش سلول‌های NK و لنفوسیت‌ها شود.

ماساژ درمانی و کار بدنی توسط تعداد زیادی از افرادی که در جستجوی ماساژ هستند استفاده می‌شود که شامل ریلکسیشن فیزیکی، کاهش اضطراب، افزایش گردش خون و رهایی از درد است.

اندیکاسیون‌های آن عبارتست از:

کمر درد حاد، لنف ادم به دنبال ماستکتومی، آسم حاد کودکان.

کنتراندیکاسیون آن عبارتست از:

اختلالات خونریزی دهنده، فلبیت، ترومبوفلبیت، تب یا عفونتی که ممکن است که از طریق جریان خون و یا لنف گسترش یابد. لوسمی، لنفوم، ادم ناشی از CHF - CRF و نقاط ممنوعه برای ماساژ شامل:

تومور بدخیم و روی متاستاز استخوانی - کوفتگی - اسکار ترمیم نیافته و زخم باز - بافت یا مفاصل دچار التهاب حاد و شکستگی جدید یا اخیر.

از دیگر فواید ماساژ:

ریلاکسیشن - کاهش اضطراب - افزایش سیرکولاسیون - رهایی از درد است.

هیپنوتیزم بالینی:

مستلزم القای وضعیت خلسه و استفاده از تلقینات درمانی است.