● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال پنجم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی ٢٠)، صفحه ٤٦ الی ٥٠، پاییز ١٣٨٢
دریافت: ٨١/١١/١، پذیرش: ٨٢/٢/٣٠

بیماری التهابی لگن، (بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ٧٩-١٣٧٤)

دکتر مریم جوادیان [1*]، دکتر زهرا بصیرت[1]، دکتر حسین ابراهیمی[1] ، دکتر حسین ابراهیمی[3]
١- استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل ٢ ـ پزشک عمومی

سابقه و هدف: بیماری التهابی لگن مسئول ٢٠-٥٪ تمام موارد بستری بیماران در بیمارستان به علت مسائل زنان می باشد. این عفونتها به علت شیوع بالا و عوارض بالقوه خطرناکی که دارند از مهم ترین مسائل در ژنیکولوژی محسوب می شوند. لذا بر آن شدیم تا فراوانی آن و عوامل خطر و علائم بالینی را در افراد مبتلا بررسی کنیم.
مواد و روشها: این مطالعه بر روی ٨١١٤ بیمار بستری شده در بخش زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل طی سالهای ٧٩-١٣٧٤ صورت گرفت. ١٤٥ مورد عفونت لگنی تشخیص داده شد که وارد مطالعه شدند و اطلاعات مورد نظر در پرسشنامه ای ثبت و مورد بررسی قرار گرفت.
یافته‌ها: فراوانی بیماری التهابی لگن در این مطالعه ١/٨٪ بوده که بیشترین فراوانی در گروه سنی ٢٩-٢٠ (٣٧/٣٪) بوده است. شایعترین علامت بالینی درد شکم و حساسیت شکمی بوده است. بیشترین روش ضد بارداری در مبتلایان، بستن لوله ها (٢٧/٦٪) و منقطع (٢٦/٩٪) بوده است. سابقه کورتاژ در ١٣/٨٪ و هیستروسالپنگوگرام در ١١/٤٪ وجود داشت.
نتیجه‌گیری: فراوانی بیماری التهابی لگن نسبت به جوامع دیگر کمتر می باشد که به رعایت اصول اخلاقی و احتمالا شیوع کم عفونتهای گنوره و کلامیدیا نسبت داده می شود. تشخیص بیماری، بالینی و براساس رد سایر تشخیص های افتراقی می باشد. تأخیر در درمان منجر به عوارض وخیم شده و تشخیص بموقع و درمان ضروری می باشد.
واژه‌های کلیدی: ***بیماریهای التهابی لگن، عفونت لگن، بیماریهای منتقله از طریق جنسی.***

مقدمه

عفونت حاد لگنی (PID) یک تشخیص بالینی است که نشان دهنده عفونت و التهاب در قسمت فوقانی دستگاه تناسلی می باشد (١). میزان بروز دقیق آن در ایالات متحده معلوم نشده است. محاسبات بعمل آمده نشان داده که عفونت لگنی مسئول ٤٠٠/٠٠٠ مورد ویزیت در سال برای بار اول تشخیص و نیز مسئول ٢٠-٥٪ تمام موارد بستری شدن بیماران در بیمارستان به علت مسائل زنان است(٢). عوامل خطرساز عفونت لگنی شامل شرکای جنسی متعدد، داشتن شریک جنسی جدید، مقاربت مکرر، سن پایین اولین مقاربت، سابقه ابتلا به بیماری مقاربتی در گذشته یا در حال حاضر و روشهای تهاجمی مورد استفاده در ژنیکولوژی می باشد(٣و١). قرصهای ضدبارداری خوراکی و روشهای سدی در مقایسه با عدم استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری خطر عفونت لگنی را کاهش می دهند. IUD خطر عفونت لگنی و نازایی متعاقب آن را افزایش می دهد(٣). ارگانیزمهای دخیل شامل فلور طبیعی دستگاه تناسلی و ارگانیزمهای منتقله از تماس جنسی شامل کلامیدیا، گونوره و مایکوپلاسما میباشد(٤). راه انتقال بصورت صعودی ـ انتشار لنفاوی و یا از طریق هماتوژن می باشد(٥). سابقاً تخمین عفونت لگنی بر اساس وجود علائم سه گانه درد لگنی، حساسیت تحرک سرویکس و آدنکس

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.9.8]

مطرح می شد لیکن امروزه مشخص شده است که علائم و نشانه های بیماری در افراد مختلف بسیار متفاوت است و این موضوع تشخیص را مشکل می سازد(۱). ۲/۳٪ بیمارانی که وجود عفونت مزمن در آنها توسط لاپاراسکوپی یا هیستروسالپنگوگرافی به اثبات رسیده، تاریخچه عفونت قبلی را نمی دهند ولی کاهش باروری را تجربه می کنند(۶). هیچ علامت یا نشانه پاتوگونومیک عفونت لگنی وجود ندارد(۲). مهم ترین عامل در تشخیص، هوشیاری پزشک است (۳) و نباید درمان مناسب را از بیمارانی که دارای تشخیص مشابه هستند، دریغ داشت، تأخیر در درمان منجر به پیشرفت اسکار لوله و عوارض میشود که شامل درد مزمن لگن، عود بیماری و ناباروری، بارداری نابجا می باشد(۴و۲). به دلیل اهمیت موضوع بر آن شدیم فراوانی عفونت حاد لگنی و علائم همراه را در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل بررسی نمائیم.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی کلیه خانم های بستری در بخش زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل طی سالهای ۷۹-۱۳۷۴ انجام شد سپس مواردی که در آنها بر اساس معیارهای بالینی و سونوگرافی و لاپاراسکوپی تشخیص عفونت حاد لگنی مسجل شده بود وارد مطالعه شدند و اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرونده بیماران در پرسشنامه ای که حاوی سئوالاتی راجع به سن بیمار، وضعیت تأهل، سن ازدواج، وضعیت قاعدگی، سابقه عفونت لگنی، مصرف سیگار، سابقه انجام روشهای تهاجمی به دستگاه تناسلی، روش پیشگیری از بارداری، علائم آزمایشگاهی و آزمونهای تشخیصی بود، تکمیل و سپس مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها

تعداد کل بیماران بستری شده در بخش زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل طی سالهای ۷۹-۱۳۷۴ حدود ۸۱۱۴ بوده که از این تعداد ۱۴۵ مورد ۱/۷۸٪ با تشخیص بیماری التهابی لگن بستری و درمان شدند. در افراد مورد مطالعه، ۹ نفر (۶/۲۰٪) سن زیر ۲۰ سال داشتند که جوانترین فرد ۱۶ ساله و مسن ترین آنها ۵۵ سال سن داشت. ۱۳۵ نفر مولتی پار (۹۳/۱٪) و ۱۰ نفر (۶/۹٪) نولی پار بودند. ۶ نفر (۴/۱٪) سیگاری بودند. سن ازدواج در ۱۲۰ مورد (۸۲/۸٪) زیر ۲۰ سال بود، تنها یک نفر از بیماران مجرد و بقیه متأهل بودند. ۱۱۵ نفر از افراد مطالعه شده (۷۹/۳٪) قاعدگی طبیعی، ۲۵ مورد (۱۷/۸٪) قاعدگی نامنظم، ۴ مورد یائسه (۲/۶٪) و ۱ مورد نیز حاملگی (۰/۶۹٪) در میان بیماران وجود داشت. در ۳۰ نفر از افراد مبتلا (۲۰/۷٪) سابقه عفونت لگنی وجود داشته، در حالیکه ۱۱۵ مورد (۷۹/۳٪) برای اولین بار مبتلا شده بودند. ۴۱/۴٪ از بیماران نیز واژینیت و سرویسیت اخیر داشتند. سابقه بکارگیری اخیر روشهای تهاجمی به دستگاه ژنیتال در ۱۱۹ مورد (۸۲/۱٪) وجود نداشت. در ۲۰ مورد (۱۳/۸٪) از بیماران سابقه انجام دیلاتاسیون و کورتاژ (D&C) و ۲ مورد هیستروسالپنگوگرام (۱/۴٪) وجود داشت. بیشترین روش پیشگیری از بارداری بستن لوله های رحم ۲۷/۶٪ و روش منقطع ۲۶/۹٪ بوده است. سپس به ترتیب OCP ۱۸/۶٪ ، IUD ۱۳/۸٪ ، کاندوم ۴/۸٪ ، و وازکتومی ۰/۷٪ بوده است، ۷/۸٪ باقیمانده بعلت ناباروری، یائسگی، حاملگی و تجرد از هیچ روش پیشگیری استفاده نمی کردند. شایعترین علامت بالینی نیز درد شکم، لگن و حساسیت شکمی بوده است (جدول۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی علایم بالینی در بیماران مبتلا به بیماری التهابی لگن بستری در بخش زنان بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل، ۷۹-۱۳۷۴

علائم بالینی	تعداد نوزاد بستری
درد شکم و لگن	۹۰
ترشحات واژینال فراوان	۴۲
علائم ادراری	۳۲
تب و لرز	۲۷
تهوع و استفراغ	۷
تندرنس شکمی	۹۰
حساسیت رحم در هنگام حرکت سرویکس	۵۶
حساسیت آدنکس ها	۱۰۳
خونریزی واژینال غیرطبیعی	۴

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.9.8]

لکوسیتوز در ۳۷ مورد و افزایش ESR و CRP مثبت در ۴۰ بیمار وجود داشت، در آنالیز ادراری در ۱۳ مورد (۹/۶۲٪) ارگانیزم بیماریزا یافت شد. وجود آبسه لوله ای تخمدانی در ۱۲ مورد (۸/۳٪) گزارش شده بود. روشهای اختصاصی تشخیصی شامل کولدوسنتز در ۱۲ مورد، لاپاراتومی ۱ مورد، لاپاراسکوپی ۱۲ مورد بوده است در تمام بیماران سونوگرافی انجام شده بود که در ۲۵ مورد تشخیص توسط سونوگرافی مطرح شده بود.

بحث

در این مطالعه فراوانی بیماریهای التهابی لگن، ۱/۸٪بوده است. در مطالعه Tuomala و همکاران سال ۱۹۹۹ در ایالات متحده، بیماریهای التهابی لگن مسئول ۲۰-۵٪ تمام موارد بستری بیماران در بیمارستان بعلت مسائل زنان بوده است(۲). مطالعه Miller و همکاران سال ۱۹۹۵، فراوانی آن را ۸٪ تعیین نمودند(۷). بیش از ۱۰٪ زنانی که در سنین باروری به سر می برند سابقه ای از PID را ذکر می کنند و سالانه حدود ۱٪ دچار این عفونت میشوند (۴). شیوع آن در نژاد سفید و آسیایی نیز کمتر است(۸). اختلاف آماری موجود را می توان به تفاوت آداب و فرهنگ و ملاحظات اخلاقی در جمعیت مورد مطالعه نسبت داد. همچنین ممکن است به علت گذشته نگر بودن مطالعه ما مواردی از بیماران وارد مطالعه نشده باشند.

در مطالعه حاضر، ۵۴ مورد (۳۷/۳٪) در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و ۹ مورد (۶/۲٪) زیر ۲۰سال بودند. در مطالعه Bhurt و همکاران سال ۱۹۹۹ در پاکستان، ۱/۸٪ از افراد مبتلا به عفونت لگنی سن کمتر از ۱۵ سال داشتند(۹). در ایالات متحده، میزان بروز عفونت لگنی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال در بیشترین حد گزارش شده و بعد از ۲۵ سالگی و به ویژه بعد از ۳۰ سالگی از میزان بروز آن به طور قابل توجهی کاسته میشود(۲).

طبق مطالعه Salder و همکاران سال ۲۰۰۰، شیوع بیماریهای التهابی لگن در زنان آمریکایی در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال، ۳ برابر افراد گروه ۲۹-۲۰ سال بوده است که آنرا به رفتارهای پرخطر در این گروه نسبت دادند(۱۰). در گروه مورد مطالعه، سن ازدواج در (۸۲/۸٪) زیر ۲۰ سال بوده است و در گروه مولتی پار شایع تر بوده است. در تحقیق Miller زنانی که فعالیت جنسی خود را در سنین بالای ۱۸ سال آغاز کردند کمتر دچار عفونت لگنی می شوند (۸). سن پایین در زمان اولین مقاربت و داشتن شریک جنسی جدید از عوامل خطرزا می باشد. در مطالعه Tuomala عفونت لگنی در زنان نولی پار شیوع بیشتری داشته است(۲). تفاوت آمار این مطالعه نسبت به سایر مطالعات را می توان به تفاوتهای فرهنگی ـ مذهبی و شروع فعالیتهای جنسی پرخطر از سنین پایین در بعضی جوامع و تعدد شرکای جنسی نسبت داد. PID مختص زنان دارای قاعدگی بوده و در حاملگی و یائسگی و قبل از بلوغ نادر است(۲) که در مطالعه ما نیز چنین بوده است. در مطالعه حاضر ۷۹/۳٪ افراد برای اولین بار مبتلا شده و ۲۰/۷٪ سابقه عفونت لگنی داشتند. در مطالعه Gogate و همکاران در هندوستان سال ۱۹۹۸ از ۸۶ مورد بستری ۲۶ مورد دچار عفونت حاد و ۴۸ نفر به شکل مزمن بیماری دچاربودند(۱۱)، در این مطالعه نیز موارد حاد بیشتر بوده است. در مطالعه حاضر، از روشهای تهاجمی به دستگاه تناسلی در ۲۰ مورد از بیماران سابقه دیلاتاسیون و کورتاژ و ۲ مورد هیستروسالپنگوگرام وجود داشته است. روشهای تهاجمی در ژنیکولوژی شامل لاواژ لوله ها، هیستروسالپنگوگرافی، بیوپسی آندومتر و دیلاتاسیون و کورتاژ با افزایش خطر عفونت دستگاه تناسلی همراه هستند. این عفونتها ممکن است ناشی از فلور آندوژن دستگاه تناسلی یا ناشی از ارگانیزم هایی باشند که عامل انتقال بیماریهای جنسی باشد(۱۰). سابقه عفونت کلامیدیا ـ سوزاک و واژینوز باکتریال و انجام دوش واژینال خطر عفونت لگنی را می افزاید(۲).

در مطالعه Suss سال ۲۰۰۰، OCP و روشهای جلوگیری از بارداری سدی و مکانیکی، خطر عفونت لگنی را کاهش و IUD خطر آن را ۵-۳ برابر افزایش می دهد(۳).

Levgur و همکاران سال ۲۰۰۰ در بررسی بیماریهای التهابی لگن پس از بستن لوله ها، ۷۱ مورد سالپنژیت و ۳۸ مورد آبسه توبو اوارین مشاهده نمودند(۱۲) فراوانی زیاد عفونت لگنی در روش بستن لوله ها در مطالعه حاضر را می توان به شیوع بالای انجام آن در منطقه نسبت داد. همچنین در روش منقطع نیز به علت عدم استفاده از قرصهای ضد بارداری و روشهای سدی و مکانیکی که اثر حفاظتی دارند عفونت لگنی شایع بوده است. علائم بالینی شایع در افراد مورد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.9.8]

مطالعه درد شکم، ترشحات واژینال، علائم ادراری و تب و لرز بوده است.

در مطالعه Morcos سال ۱۹۹۳ یافته های بالینی بصورت خونریزی واژینال غیرطبیعی ۱۶٪ تهوع و استفراغ ۲۸٪ و حساسیت شکمی و گاردینک ۶۱٪ حساسیت دهانه رحم ۸۰٪ و حساسیت ضمائم ۹۰٪ مشاهده شد(۷). علائم سیستم ادراری ممکن است دال بر عفونت لگنی باشد و در صورت وجود علائم سیستم ادراری، تناسلی، ترشحات واژینال، منوراژی، متروراژی، تب، لرز بایستی عفونتهای لگنی را در نظر داشت. حتی ممکن است بعضی ها به عفونت لگنی بدون علامت باشند(۱).

در مطالعه Bhrut و همکاران سال ۱۹۹۹ در پاکستان ، درد قسمت تحتانی شکم و ترشحات واژینال همراه با تب مداوم یا متناوب در طی ۶ ماه گذشته، مهم ترین نشانه های بالینی عفونت لگنی بوده اند(۹). در مطالعه حاضر، افزایش ESR و CRP در ۴۰ بیمار و لکوسیتوز در ۳۷ بیمار وجود داشت. وجود لکوسیت در ترشحات واژینال حساسترین تست آزمایشگاهی و لکوسیتوز سرم اختصاصی ترین تست محسوب می شود(۲). آبسه لوله ای تخمدانی در ۸/۳٪ از بیماران دیده شده که در بعضی مطالعات، ۱۰٪ گزارش شده است(۳). در این مطالعه تشخیص PID در ۲۵ مورد توسط سونوگرافی تأیید شده بود در ۱۲ بیمار جهت تایید تشخیص لاپاراسکوپی انجام شد. بررسی لگن با سونوگرافی با حساسیت ۵۰٪، PID را نشان میدهد(۳)، لاپاراسکوپی تشخیصی باید زمانی انجام گیرد که تشخیص افتراقی درد لگن مابین عفونت لگنی و یک وضعیت جراحی و یا عدم پاسخ به درمان یا راجعه بودن یک بیماری با علت زمینه ای ناشناخته مطرح باشد(۲). بیماری التهابی لگن از پرعارضه ترین بیماریهایی است که یک زن را گرفتار ساخته و با برجاگذاشتن عوارض مهمی مانند آبسه لگنی، ناباروری، دردهای مزمن و عود کننده بر زندگی اجتماعی و سلامتی وی تأثیرات منفی بسیاری دارد. تعیین عوامل خطر و توجه به علائم بالینی افراد نقش بسیار مهم در تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماریهای التهابی لگن و در نتیجه کاهش عوارض و ناتوانی آنان خواهد داشت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم بایگانی بیمارستان شهید یحیی نژاد که در انجام تحقیق همکاری صمیمانه داشته اند قدردانی و تشکر می شود.

****

References

1. Soper DE. Genitourinary infection and sexually transmitted disease in: Jonathan S. Berek Novaks gynecology, 13th ed, Lippincott, Williams & Wilkins 2002; pp: 453-69.

2. Tuomala R. Gynecologic infection in: Ryan KJ, Berkwitz RS, Barbieri RL, Dunaif A, Kistners gynecology & women health, 17th ed, Mosby 1999; pp: 455-61.

3. Suss AL, Holmes P, Hammer Schlag M, Brombery K. Risk factors of pelvic inflammatory disease in inner city adolescents, Sex Transm Dis 2000; 27(5); 289-91.

4. Holmes KH. Pelvic inflammatory disease in: Fauci A.S, Braun Wald E, Isselbacher KJ, et al. Harrison principle of internal medicine, 14th ed, New York, Mc Graw Hill 1998; 812-17.

5. Ramin SM. Sexually transmitted disease & pelvic infection in: De Cherney AH, Pernol ML. Current obstetric & gynecology diagnosis & treatment, 8th ed, London, Appleton & Lange 1994; pp: 767-79.

6. Mead PhB. Infection of the female pelvis, in: Mandell GL, Bennett JG, Dolin R, principles and practice of infectious disease, Volume 1, 5th ed, Philadelphia, Churchill Living Stone 2000; pp: 1240-2.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.9.8]

7. Miller HG, Gain VS, Rogers SM, Gribble JN, Turner CF. Correlates of sexually transmitted bacterial infection among U.S women in 1995, Fam Plann Perspect 1999; 31(1): 4-9,23.

8. Callahan TL, Caughey AB. Blueprints in obstetric and gynecology, 2nd ed, Black Well Science 2000; pp: 126-8.

9. Bhurt AW, Fik FF, Bhurt AM, Channa BS, Soomro RA, Bhurt N. Prevalence and risk factors of symptoms of pelvic inflammatory diseases in rural community of Yamshoro Sin Dh, Pakistan, JPMA J Pak Med Assoc 1999; 49(8): 188-94.

10. Salder TW. Langmans medical embryology, 8th ed, Philadelphia, Williams & Wilkins 2000; p: 40.

11. Gogate A, Brabin L, Nicholas S, et al. Risk factors for laparoscopically confirmed pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect 1998; 74(6): 426-32.

12. Levgur M, Duviver R. Pelvic inflammatory disease after tubal sterilization, A Review Obstet Gynecol Surv 2000; 55(1):41-50.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی نژاد، دفتر گروه زنان و زایمان، تلفن:۷-۲۲۲۳۵۹٤-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1382.5.4.9.8]