

راهنماهای خدمات سلامت
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۴۷۰۱

تاریخ تدوین:

فروردین ماه ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری:

عنوان

مراقبت از بیماران مبتلا به سوزاک

(Gonorrhoea management)

کاربران هدف

پزشکان خانواده، عمومی، متخصصین زنان و زایمان، ماماها و کارکنان بهداشتی شاغل در بخش‌های دولتی و غیردولتی (عمومی، خصوصی، خیریه و...)

مقدمه

عفونتهای دستگاه تناسلی درصد قابل توجهی از ویزیت‌های سرپائی درمانگاه‌های ژنیکولوژی را به خود اختصاص می دهد (۱).
گونه (سوزاک) یکی از شایع ترین بیماری های منتقل شونده از راه جنسی پس از عفونت کلامیدیایی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است (۲) (۳). گزارش بروز گونه در کشورهای توسعه یافته رو به افزایش است (۴). طبق بررسی های WHO، از ۳۳۳ میلیون فرد مبتلا به بیماری آمیزشی در سال، ۶۲ میلیون مورد آن مربوط به گونه است. همچنین WHO میزان بروز و شیوع بیماری های آمیزشی را در کشورهای در حال توسعه تقریباً ۲۰ برابر کشورهای توسعه یافته گزارش کرده است (۳). سالیانه در آمریکا ۴۰۰۰۰۰ مورد به افراد مبتلا افزوده می شود که تقریباً ۱ نفر از هر ۶۸۷ آمریکایی را شامل می شود. بررسی های مختلف در کشورهای مختلف میزان شیوع گونه را بین ۰,۴ درصد در چین و هند (۵, ۶) تا ۶۴,۷ درصد اعلام کرده اند (۴). نتایج یک مطالعه در رشت نشان داد ۰,۶ درصد از زنان مراجعه کننده به یک بیمارستان، مبتلا به گونه بودند (۳). میزان عفونت گنوکوک در زنان شیرازی مبتلا به سرویسیت ۱,۹۴ درصد، در کرمان میزان بروز عفونت در میان زنان علامت دار و بدون علامت ۰,۴ درصد، در زنان زندانی تهران و زنان تهرانی ۰,۶ درصد، و در زنان بابل غیر باردار ۰,۲ درصد گزارش شده است (۷). عوارض بیماری گونه در صورت عدم درمان به موقع شامل سالیپیت، آرتريت، فارتريت، کنژنکتويت گنوکوکی، ناباروری، مقاربت دردناک، بارداری نابجا (EP) و همچنین درگیری مغز یا دریچه های قلب است (۷). از عوارض عمده گونه در زنان باردار میتوان به زایمان زودرس، پارگی کیسه آمنیوتیک و انتقال به جنین در حین زایمان، سوزاک چشم نوزاد و عفونت در نوزاد اشاره کرد (۳, ۷).

تشخیص گنوره در مردان:

- علائم بالینی:

۱. ترشحات پیشابراهی در ۹۰٪ مردان مشاهده می شود، که ابتدا به صورت کم و موکوسی بوده و بعد از ۱ تا ۲ روز کاملاً چرکی می شود.
۲. درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در حدود ۵۰٪ از مردان مشاهده می شود. معمولاً این افراد تکرر ادراری یا فوریت در ادرار کردن ندارند.
۳. ۱۰٪ مردان بدون علامت هستند.
۴. عفونت رکتال در بیشتر مردان (در حدود ۷۵٪) بدون علامت است، اما می تواند باعث التهاب حاد رکتوم شود. که به صورت خارش آنوس، درد و اسپاسم اسفنکتر آنال (تنسموس)، ترشحات چرکی یا خونریزی ظاهر می شود.
۵. عفونت حلقی در ۹۰٪ مردان بدون علامت است، اما ممکن است باعث التهاب آشکار حلق شود.

- معاینه بالینی:

- در معاینه ترشحات موکوسی چرکی یا چرکی دیده می شود. به احتمال کمتری حساسیت اپیدیدیم، تورم یا التهاب گلنس پنیس (بالانیت Balanitis) وجود دارد.

- پاراکلینیک:

- تشخیص گنوره با شناسایی نایسریا گنوره در کشت و تست های تقویت اسیدنوکلئیک تأیید می شود (۸-۱۰).

تشخیص گنوره در زنان:

- علائم بالینی:

۱. افزایش یا تغییر ترشحات واژینال در ۵۰٪ زنان.
۲. درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در ۱۲٪ زنان. فوریت در دفع یا تکرر ادراری شایع نیست.
۳. خونریزی داخلی که گاهی با مقاربت آغاز می شود (شایع نیست).
۴. در صورت وجود عفونت بالارونده، درد لگنی یا شکمی، همراه با درد احتمالی در مقاربت (دیس پارانووا).
۵. گنوره رکتال (خارش آنوس، درد و اسپاسم اسفنکتر آنال (تنسموس)، ترشحات چرکی یا خونریزی) ممکن است رخ دهد، اما شدت علائم نسبت به مردان کمتر است.
۶. عفونت حلقی در ۹۰٪ زنان بدون علامت است، اما ممکن است باعث التهاب آشکار حلق شود.

- معاینه بالینی:

۱. به طور شایع تر، ترشحات چرکی یا موکوسی چرکی از سرویکس وجود دارد. سرویکس شکننده بوده و به راحتی دچار خونریزی می شود. با این وجود موارد ذکر شده در کمتر از ۵۰٪ زنان وجود دارد، لذا پیشگویی کننده قوی برای عفونت سرویکس نمی باشند.
۲. در صورت وجود بیماری التهاب لگن، تدرنس شکمی.

- پاراکلینیک:

۱. تشخیص گنوره با شناسایی نایسریا گنوره در کشت تأیید می شود که نیاز به تهیه نمونه از سرویکس دارد.
۲. بسته به پروتکل، ممکن است ابتدا تست های تقویت اسید نوکلئیک (که نیاز به نمونه ادرار ابتدای دفع دارند) استفاده شوند، هرچند معمولاً برای تأیید کشت لازم است (۸-۱۰).

شک به سوء استفاده جنسی

- کودک زیر ۱۳ سال، مگر اینکه شواهد آشکاری مبنی برانتقال عفونت از مادر به کودک هنگام زایمان یا از طریق آلودگی خون وجود داشته باشد.
- افراد ۱۳ تا ۱۵ سال، مگر این که شواهد آشکاری مبنی برانتقال عفونت از مادر به کودک هنگام زایمان یا از طریق آلودگی خون، یا اینکه STI (عفونت های منتقله از طریق جنسی) از طریق رابطه توافقی با یک شریک جنسی کسب شده باشد.
- فرد جوان ۱۶ تا ۱۷ سال بوده و شواهد آشکاری هم مبنی برآلودگی خون، یا کسب STI (عفونت های منتقله از طریق جنسی) از طریق رابطه توافقی با یک شریک جنسی وجود ندارد و در مورد قدرت جسمانی و توان ذهنی بین فرد جوان و شریک جنسی او تفاوت بارزی وجود دارد، به ویژه زمانی که رابطه با محارم یا فردی مورد اعتماد (مثل معلم، مربی ورزشی یا کشیش) باشد، یا نگرانی وجود داشته باشد که کودک مورد استثمار قرار گرفته باشد.
- مطابق پروسیجرهای حفاظت کودک (child protection) عمل کنید و در صورت لزوم به یک متخصص کودکان ارجاع دهید (۱۱).

تشخیص های افتراقی ترشحات از آلت تناسلی مرد

۱. التهاب پیشابراه غیر گنوکوکی، که توسط کلامدیا تراکوماتیس، اورنایپلازما اورنالیتیکوم، مایکوپلازمازنییتالیم یا تریکوموناس واژینالیس ایجاد شده باشد.
۲. ترشحات فیزیولوژیکی (مقدار اندکی از ترشحات شفاف یا موکوسی در طی هیجان جنسی).
۳. عفونت زیر بره پوس (حشفه)، (مثل کاندیدیازیس).
۴. پروستاتیت حاد: که ممکن است با ترشحات خونابه ای، دیزوری، تکرر ادراری، فوریت در دفع، تب، درد آلت تناسلی، پرینه و رکتال ظاهر شود. پروستات متورم و حساس است.

۵. عفونت ویروس هرپس سیمپلکس: می تواند با زخم های هرپسی در منای پیشابراه همراه باشد.

تشخیص های افتراقی ترشحات واژینال

۱. کلامدیا: افتراق عفونت گنوره ای از کلامدیا در زنان منحصراً از طریق علائم بالینی ممکن نیست، تقریباً در یک سوم زنان تماماً وجود دارد.
۲. علل دیگر ترشحات واژینال شامل عفونت کاندیدیایی، واژینوز باکتریال، تریکومونا، PID میباشد (۹، ۱۲).

اقدامات درمانی

درمان گنوره در مراقبتهای اولیه:

- به طور ایده آل افراد مشکوک به گنوره یا گنوره قطعی را باید به کلینیک اورژانس (متخصص زنان) یا به پزشک عمومی که خدمات پیشرفته بهداشت جنسی را ارائه می دهد ارجاع داد.
- اگر این خدمات در زمان معقولی قابل دستیابی نبودند یا فرد علیرغم دریافت اطلاعات و توصیه های مناسب، مایل به مراجعه نبود:

 ۱. گنوره قطعی را با یک سفالوسپورین خط اول (سفکسیم یا سفتریاکسون) درمان کنید. فقط در صورتی که معلوم شود ارگانسیم حساس است، فلوروکینولون (سیپروفلوکساسین یا اوفلوکساسین) می تواند جایگزین مناسبی باشد.
 ۲. گنوره حلقی قطعی را در صورت در دسترس بودن با سفتریاکسون خط اول درمان کنید، همچنین یک دوره درمان ۳ روزه با سفکسیم در نظر بگیرید. فقط در صورتی که معلوم شود ارگانسیم حساس است، سیپروفلوکساسین میتواند جایگزین مناسبی باشد.
 ۳. اگر تشخیص گنوره قطعی نشده باشد، تا زمان تأیید آزمایشگاهی به طور تجربی درمان را انجام دهید و آنتی بیوتیکی را که بر کلامدیا تراکئوماتیس مؤثر است در نظر بگیرید (آزیترومایسین یا داکسی سایکلین).

در مورد زنان باردار یا شیرده که گنوره قطعی دارند یا مشکوک به گنوره هستند:

- با سفالوسپورین (سفکسیم یا سفتریاکسون) درمان کنید. فلوروکینولون (سیپروفلوکساسین یا اوفلوکساسین) توصیه نمی شود.
- در صورتی که به آنتی بیوتیک مؤثر بر سی تراکئوماتیس هم نیاز باشد، درمان را با آموکسی سیلین، اریترومایسین یا آزیترومایسین انجام دهید. داکسی سایکلین کنترااندیکه است (منع مصرف دارد).
- غربالگری از نظر سایر عفونت های منتقله از طریق جنسی (STI) و HIV.
- تشویق بیمار به آگاه سازی شریک جنسی.

- شرکای جنسی باید از نظر عفونت های منتقله از طریق جنسی (STI) غربالگری شده و تا زمان رسیدن نتایج آزمایش، به صورت تجربی برای گنوره درمان شوند.
- پس از یک هفته برای تأیید موفقیت درمان، وضعیت بیمار را پیگیری کنید.
- تست بهبودی (نمونه برای کشت و حساسیت حداقل ۳ روز بعد از آنتی بیوتیک درمانی) در حاملگی، گنوره حلقی یا در موارد پایداری علائم ضروری است.
- توصیه به اجتناب از رابطه جنسی تا زمانی که فرد و شریک جنسی او درمان را کامل کرده باشند و برای رابطه جنسی سالم در آینده آماده باشند.

درمان دارویی:

- برای گنوره آنورژیتال (مقعدی تناسلی) داروهای زیر را تجویز کنید:
 ۱. یک سفالوسپورین خط اول
 ۲. سفکسیم (۴۰۰ میلی گرم، خوراکی تک دوز) به علت سهولت مصرف (indication off-label) (قرص ۴۰۰ و ۲۰۰ میلی گرمی دارد)
 ۳. سفتریاکسون (۲۵۰ میلی گرم، تزریق داخل عضله) دارای مجوز است، اما معمولاً در مراقبت اولیه به راحتی در دسترس نمیباشد. (ویال ۲۵۰ میلی گرمی)
 ۴. در صورتی که سفالوسپورین کنترانندیکه باشد (مثلاً فرد نسبت به آنتی بیوتیک های نوع پنی سیلین حساسیت واقعی داشته باشد)، فلوروکینولون یک جایگزین است؛ مشروط براینکه عفونت نسبت به فلوروکینولون ها حساس باشد (نتایج کشت و بررسی حساسیت برای فرد یا شرکای جنسی او در دسترس باشد). در افرادی با تندنیت یا سابقه صرع از فلوروکینولون ها اجتناب کنید.
 ۵. سیپروفلوکساسین (قرص ۵۰۰ mg، خوراکی تک دوز).
 ۶. اوفلوکساسین (قرص ۴۰۰ mg، خوراکی تک دوز).
 ۷. اگر سفالوسپورین ها و فلوروکینولون ها نامناسب باشد، جهت مشاوره به میکروبیولوژی منطقه یا کلینیک اورورژیتال ارجاع دهید (۸، ۱۰، ۱۳).
- برای گنوره حلقی قطعی موارد زیر را تجویز کنید:
 ۱. در صورت در دسترس بودن، سفتریاکسون (۲۵۰ میلی گرم، عضلانی) را به عنوان داروی خط اول تجویز کنید (۸).
 ۲. اگر سفتریاکسون در دسترس نبود، یک دوره ۳ روزه از سفکسیم خوراکی (۴۰۰ میلی گرم، دوز اولیه، ادامه با ۲۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۳ روز). توجه داشته باشید که این رژیم دارویی off label است و بیشتر بر اساس نظرات تجربی توصیه می شود تا شواهد مبتنی بر کارآزمایی.

۳. اگر سفالوسپورین کنتراندیکه باشد، سیروفلوکساسین خوراکی را فقط در صورتی که عفونت نسبت به آن حساس باشد تجویز کنید.
 ۴. درمان تجربی مشکوک به گنوره
 ۵. آنتی بیوتیک های بیشتری برای درمان کلامدیا تراکوماتیس تجویز کنید.
 ۶. آزیترومایسین (کپسول ۲۵۰ mg) (۱ گرم، خوراکی تک دوز) یا داکسی سایکلین (کپسول ۱۰۰ mg) (۱۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز به مدت ۷ روز) انتخاب مناسبی هستند.
- در مورد گنوره قطعی ساده در زنان باردار یا شیرده موارد زیر را تجویز کنید:

۱. سفکسیم (۴۰۰ میلی گرم، خوراکی، تک دوز off label) معمولاً ترجیح داده می شود؛ یا
 ۲. سفتریاکسون (۲۵۰ میلی گرم، تزریق عضلانی off label) برای عفونت حلقی توصیه می شود.
- برای درمان تجربی موارد مشکوک به گنوره، در زنان باردار یا شیرده آنتی بیوتیک دیگری برای درمان کلامدیا تراکوماتیس تجویز کنید. گزینه ها شامل:

۱. آموکسی سیلین (۵۰۰ میلی گرم ۳ بار در روز به مدت ۷ روز)؛ یا
 ۲. قرص اریترومایسین (۴۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز به مدت ۷ روز)؛ یا
 ۳. آزیترومایسین (۱ گرم تک دوز off label) (خط دوم توصیه میشود).
- برای زنان باردار یا شیرده، نباید فلوروکینولون یا تتراسایکلین تجویز کرد. در صورتی که سفالوسپورین ها کنتراندیکه باشند، اگر خانمی حساسیت واقعی به پنی سیلین داشته باشد و شرایط تهدید کننده زندگی که به آنتی بیوتیکهای استاندارد جواب نمیدهد وجود داشته باشد به دنبال توصیه های تخصصی باشید (۸، ۱۰).

توصیه های عمومی:

- به فرد توصیه کنید در صورت امکان به یک کلینیک اورژانس یا به پزشک عمومی که خدمات پیشرفته بهداشت جنسی را ارائه می دهد مراجعه کند.
- فرد را آگاه کنید که این خدمات برای اطمینان از مؤثر بودن کنترل و آگاه سازی شریک جنسی، منابع قابل اعتماد دارند و غیر قضاوتی هستند.
- درباره مشکلات طولانی مدت گنوره درمان نشده برای سلامتی فرد و شریک جنسی اش، بحث کنید.
- توصیه کنید فرد از رابطه جنسی اجتناب کند، مگر اینکه که خود و شریک جنسی اش، درمان را با موفقیت تکمیل کرده باشند و رابطه ایمن را در آینده پیش بگیرند (۸).

مطلع کردن شرکای جنسی:

- مطلع کردن شرکای جنسی تمامی افرادی که به تازگی گنوره در آن‌ها تشخیص داده شده، مهم است.
- برای افرادی با گنوره آنورژنیتال علامت دار، همه شرکای جنسی در ۲ هفته گذشته یا آخرین شریک جنسی در صورتی که تماس جنسی بیش از ۲ هفته پیش باشد.
- برای افرادی با گنوره بدون علامت یا گنوره در سایر نواحی بدن، همه شرکای جنسی در ۳ ماه گذشته باید مطلع شوند.
- روشهای مختلفی برای مطلع کردن شرکای جنسی وجود دارد. در هر روش، کارکنان بهداشتی باید تمامی فعالیت‌ها و نتایج را مستندسازی کنند:

۱. اشاره بیمار: فرد مبتلا به گنوره، تشویق می‌شود تا شرکای جنسی گذشته و کنونی خود را مطلع سازد. این روش معمول‌ترین روش استفاده شده در مراقبت‌های اولیه بوده و در صورت در دسترس نبودن ارائه دهنده مراقبت Provider تنها گزینه کاربردی است.

۲. اشاره مراقبین: کارمند بهداشتی از طرف فرد، شرکای جنسی را مطلع می‌سازد. این گزینه توصیه می‌شود، ولی غالباً در سطح مراقبت‌های اولیه امکان‌پذیر نیست. به طور ایده‌آل اشاره مراقبین، باید توسط یک مشاور آموزش دیده در کلینیک داخلی اورژنیتال فراهم شود. اگر مراجعه به کلینیک داخلی اورژنیتال امکان‌پذیر نباشد، کارمند مراقبت بهداشتی اولیه که تحت تعلیمات مناسب بوده و از طرف مشاورین کلینیک داخلی اورژنیتال حمایت می‌شود، بهترین گزینه در مرحله بعدی است.

۳. اشاره متقاطع: فرد مبتلا به گنوره، تشویق می‌شود تا شرکای جنسی خود را مطلع سازد، در حالی که می‌داند کارمند مراقبت بهداشتی، بعداً شرکایی را که در فاصله زمانی تعیین شده به خدمات بهداشتی مراجعه نکرده‌اند، مطلع خواهد کرد. این گزینه در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه مناسب نیست.

- شرکای جنسی، بایستی از نظر عفونت‌های منتقله از راه جنسی غربالگری شده و تا رسیدن نتایج آزمایش‌ها به طور تجربی درمان شوند (آزیترومایسین ۱ گرم تک دوز خوراکی یا داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۷ روز انتخاب‌های مناسبی هستند) (۸، ۹، ۱۴-۱۶).

ارجاع:

- به طور ایده آل افراد مشکوک به گنوره یا گنوره قطعی را به کلینیک اورژنیتال (متخصص زنان) یا به پزشک عمومی که خدمات پیشرفته بهداشت جنسی را ارائه می‌دهد ارجاع دهید.
- ارجاع به ویژه در موارد زیر مهم است:
 ۱. مردانی که در اثر گنوره دچار مشکل شده‌اند (مثل اپیدیدیمیت یا پروستاتیت) یا دوره‌های متمادی از آنتی بیوتیک گرفته‌اند.
 ۲. زنان باردار

بستری:

- افراد مشکوک به گنوره منتشر (علائم سیستمیک مثل تب، درد، بی قراری، درد و تورم مفاصل و راش)
- زنان مبتلا به بیماری التهابی لگن در صورت شدید بودن یا وجود مشکلات (۸).

پیگیری:

- همه افراد مبتلا به گنوره را حدود یک هفته بعد از درمان پیگیری کنید (در صورت ممکن می توان تلفنی این کار را انجام داد).

۱. تأیید کنید بیمار با درمان موافق بوده و علائم رفع شده است.

۲. تأیید کنید مطلع کردن شریک جنسی انجام شده است.

۳. درباره تاریخچه جنسی اخیر و احتمال عفونت مجدد سوال کنید. توصیه های عملکرد جنسی ایمن را تقویت کنید.

- برای بهبودی، تست میکروبیولوژیکی به طور معمول ضروری نیست. سوآپ برای کشت و حساسیت حداقل ۳ روز بعد از درمان آنتی بیوتیکی:

۱. در زنان باردار

۲. اگر درمان علائم را به طور کامل رفع نکرد (غربالگری سایر عفونت های منتقله جنسی را نیز در نظر بگیرید).

۳. برای گنوره حلقی (۸، ۱۰، ۱۳)

استقرار

۱. مسئولیت پیاده سازی، اجرا، پیگیری و ارزشیابی این راهنما به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.
۲. مسئولیت پایش و ارزشیابی اقدامات در جمعیت تحت پوشش، بر عهده دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

مراجع:

۱. Kheirkhah M. Prevalance of candida, trichomona, gardenella and gonorrhoea vaginitis and comparison of clinical and paraclinical diagnostic in Ardebil. Ardebil Medical Univcrsity Journal. 2001:7-11.
۲. Naderinasab M, Malvandi M, Soroush S. STUDY OF THE SENSITIVITY OF NEISSERIA GNORRHOEAE TO CIPROFLOXACIN. Quarterly Journal of Sabzvar University of Medical Sciences. 2008;15(1):46-51.
۳. Abdollahiyan P, Shodjai Tehrani H, Asghari S, Oudi M. relative frequency of gonococcal endocervicitis and some associated factors in reproductive age women. Journal of Gilan University of Medical Sciences. 2005;14(55):63-9.
۴. Tapsall J. Current concepts in the management of gonorrhoea. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2002;3(2):147-57.
۵. Chen S, Van den hoek A, Shao C, Wang L, Liu D, Zhou S, et al. Prevalence of and risk indicators for STIs among women seeking induced abortions in two urban family

planning clinics in Shandong province, People's Republic of China. Sex Transm Infect. 2002;78(3).

.۶ Deeb M, Awwad J, Yeretzian J, Kaspar H. Prevalence of reproductive tract infections, genital prolapse, and obesity in a rural community in Lebanon. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(9):639-45.

.۷ Rashidi B, Chamani L, Haghollahi F, Tehrani M, Ramezan zadeh F, Rahimi A, et al. Study of frequency of Gonorrhoea in pregnant and non pregnant women in Tehran. Fertility and Infertility Journal. 2009:379-83.

.۸ BASHH. UK national guideline on the management of gonorrhoea in adults 2011. British Association for Sexual Health and HIV. 2011.

.۹ Handsfield HH. A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhoea. New England Journal of Medicine. 1991;325(19):1337-41.

.۱۰ Bignell C, Ison C, Jungmann E. Gonorrhoea. Sexually Transmitted Infections. 2006;82(iv6-iv9).

.۱۱ NICE. When to suspect child maltreatment (NICE guideline). National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009.

.۱۲ Adler M. ABC of sexually transmitted infections. BMJ Publishing. 2004.

.۱۳ RCGP, BASHH. Sexually transmitted infections in primary care. Royal College of General Practitioners. 2006.

.۱۴ Fitzgerald M, Thirlby D, Bell G, Bedford C. National standards for contact tracing in gonorrhoea. Royal College of Physicians, National Audit development Programme in Sexual Health. International Journal of STD and AIDS. 1996;7(4):301.

.۱۵ Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases (Cochrane Review). The Cochrane Library. 2001(4).

.۱۶ Stokes T, Schober P. A survey of contact tracing practice for sexually transmitted diseases in GUM clinics in England and Wales. International Journal of STD & AIDS 1999;10(1):17-21.

.۱۷ RCOG. Management of acute pelvic inflammatory disease (minor revisions made to this document in March 2009). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2009.

اعضای هسته مرکزی راهنما

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یورو گاینکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲. دکتر فاطمه ملاح: متخصص زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. ندا کبیری: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴. زینب مشیرآبادی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۵. قطب علمی پزشکی مبتنی بر شواهد ایران