

راهنماهای خدمات سلامت
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شماره:

۱۰۰/رسم/۹۲۱۰۴۹۰۱

تاریخ تدوین:

اسفند ماه ۱۳۹۱

تاریخ بازنگری:

عنوان (به فارسی و انگلیسی)

واژینوز باکتریال

(Bacterial Vaginosis)

کاربران هدف

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

مقدمه

واژینیت‌ها از شایع‌ترین علل مراجعه پزشکی زنان می‌باشند. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سه عامل کاندیدا، تریکومونا و باکتری، عوامل اصلی ایجادکننده واژینیت محسوب شده و حدود ۹۰ درصد عفونت‌های واژینال را تشکیل می‌دهند (۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که واژینوز باکتریال، حدود ۴۰-۵۰ درصد از عفونت‌های واژینال را تشکیل می‌دهد (۲). این نوع واژینوز یکی از عوامل اساسی بیماری زایی در بین زنان کشورهای در حال توسعه می‌باشد و وقوع آن منجر به مرگ مادر پس از زایمان، وزن کم حین تولد، سقط و عفونت‌های دستگاه تناسلی می‌شود که خود خطر بروز HIV و حساسیت به بیماری را افزایش می‌دهد (۳). واژینوز باکتریال بیشتر در مناطق جنوب آفریقا شایع است، تا جایی که میزان شیوع بالای ۵۰٪ بیماری در این مناطق کاملاً طبیعی است (۳). سالانه بیش از ده میلیون زن در آمریکا به واسطه عفونت‌های دستگاه تناسلی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. بر اساس نتایج یک مطالعه که بر روی ۱۱۰۰ زن از مناطق جغرافیایی مختلف ایران انتخاب شده بودند، شیوع واژینوز باکتریال در جامعه برابر ۱۳٫۷ درصد بود (۴). همچنین مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ در اردبیل انجام گرفته، نشان داد که طبق معاینات بالینی، شیوع واژینوز باکتریایی ۱۳/۴ درصد بوده است (۵).

اقدامات غربالگری

- مؤسسه ملی برتری سلامت و بالینی (NICE)، غربالگری روتین برای زنان باردار از نظر واژینوز باکتریایی را توصیه نمی‌کند؛ زیرا شواهد نشان می‌دهند که تشخیص و درمان واژینوز باکتریایی بدون علامت خطر تولد زودرس و سایر نتایج ناخواسته تناسلی را کاهش نمی‌دهد (۶).
- تمام زنان باردار مبتلا به HIV باید در اولین ویزیت از نظر واژینوز باکتریال غربال شوند. زیرا در حضور واژینوز باکتریایی، خطر فزاینده‌ای برای انتقال HIV از مادر به کودک وجود دارد (A). (۷)

- تقریباً ۵۰٪ زنان مبتلا به واژینوز باکتریایی، بدون علامت هستند.
- در صورت وجود علائم، واژینوز باکتریایی با ترشحات واژنی با بوی ماهی مشخص می شود.
- در معاینه ممکن است ترشحات رقیق، سفید رنگ و یکنواخت که دیواره های واژن و وستیبول را پوشانده اند، دیده شود.
 ۱. ظاهر یا مشخصات ترشحات، مخصوص واژینوز باکتریایی نیست ولی از تشخیص حمایت می کند.
 ۲. اگر ظاهر ترشحات اختصاصی نباشد، تشخیص های دیگر مثل تریکومونیاژیس یا کاندیدیازیس را در نظر بگیرید.
 ۳. واژینوز باکتریایی معمولاً با زخم، خارش یا تحریک همراه نیست (۸، ۹).
- در زنان غیر باردار دارای علائم مشخص، اگر شرایط زیر فراهم باشد ممکن است معاینه و سایر تست های دیگر انجام نشده و درمان تجربی برای واژینوز باکتریایی آغاز شود:
 ۱. زن از نظر عفونت های منتقله از راه جنسی در معرض خطر بالا نباشد.
 ۲. اگر زن سن کمتر از ۲۵ سال دارد یا یک شریک جنسی جدید در ۱۲ ماه گذشته داشته یا بیش از یک شریک جنسی در ۱۲ ماه گذشته داشته است، از نظر عفونت های منتقله از راه جنسی در معرض خطر بیشتری قرار دارد.
 ۳. زن علائم سایر مشکلاتی را که منجر به ترشحات واژینال می شوند را نداشته باشد (مثل خارش، درد شکمی، خونریزی غیرطبیعی، مقاربت دردناک و تب).
 ۴. زن در مرحله بعداز زایمان (post-natal)، بعد از سقط یا بعد از ختم حاملگی (post-termination) قرار نداشته باشد.
 ۵. علائم بعداز یک پروسیجر زنانه (gynecological) ایجاد نشده باشد.
 ۶. علائم بعداز درمان واژینوز باکتریایی، سریعاً عود نکرده یا بعد از درمان باقی نمانده باشند.
- اگر درمان تجربی مناسب نبود یا اگر تشخیص نامطمئن بود:
 ۱. به وسیله اسپکولوم معاینه کنید.
 ۲. اگر کاغذ PH در دسترس بود PH مایعات واژن را تست کنید.
 ۳. برای رنگ آمیزی و رد کردن سایر علل ترشحات واژینال یک سوآپ واژینال تهیه کنید.
 ۴. نمونه ها باید در وسیله انتقالی مثل محیط کشت قرار گیرند. رنگ آمیزی گرم برای فلور میکسد که نشان دهنده واژینوز باکتریال است و یک کشت تریکومونیاژیس باید از آزمایشگاه درخواست شود.
 ۵. در صورتی که انتقال نمونه با تأخیر انجام خواهد شد، سوآپ باید در دمای ۴ درجه سانتی گراد به مدت کمتر از ۴۸ ساعت در یخچال نگهداری شود.

۶. اگر زن در معرض خطر بالای عفونت های منتقله از راه جنسی قرار دارد، نمونه ها برای کلامدیا و گنوره باید طبق دستورالعمل آزمایشگاه محلی ارسال شود (۹-۱۱).

بررسی و معاینه زنان باردار با علائم مشخص از نظر واژینوز باکتریال:

۱. به وسیله اسپکولوم معاینه کنید (مگر اینکه مادر جفت با قرار پایین داشته باشد).
۲. اگر کاغذ PH در دسترس بود PH مایعات واژن را تست کنید.
۳. برای رنگ آمیزی و رد کردن سایر علل ترشحات واژینال، یک سوآپ واژینال تهیه کنید.
۴. نمونه ها باید در وسیله انتقالی مثل محیط کشت قرار گیرند. رنگ آمیزی گرم برای فلور مختلط که نشان دهنده واژینوز باکتریایی است و یک کشت تریکومونیازیس باید از آزمایشگاه درخواست شود.
۵. در صورتی که انتقال با تأخیر انجام خواهد شد، سوآپ در دمای ۴ درجه سانتی گراد به مدت کمتر از ۴۸ ساعت در یخچال نگهداری شود.
۶. اگر زن در معرض خطر بالای عفونت های منتقله از راه جنسی قرار دارد، نمونه ها برای کلامدیا و گنوره باید طبق دستورالعمل آزمایشگاه محلی ارسال شود (۹-۱۱).

اندازه گیری و تفسیر PH مایعات واژینال:

۱. نمونه ای از مایعات واژن را بر روی یک سوآپ با سر پنبه ای (از طریق اسپکولوم) به دست آورید.
۲. سوآپ را روی دیواره خارجی بکشید نه فورنیکس خلفی، چون ممکن است در فورنیکس خلفی ترشحات سرویکس جمع شده باشد که به طور طبیعی PH بالاتری دارند.
۳. سوآپ را روی کاغذ PH بکشید.
۴. با مقایسه رنگ قسمت مرطوب تست با استانداردهای درجه بندی شده، PH را اندازه گیری کنید.
۵. PH بالاتر از 4.5 با تشخیص واژینوز باکتریایی همخوانی دارد.
۶. گرچه PH بالاتر از 4.5 از تشخیص حمایت می کند، اما مختص واژینوز باکتریایی نیست. افزایش PH واژن می تواند بر شرایطی مثل تریکومونیازیس هم دلالت کند (۱۲).

اقدامات درمانی

درمان زنان بدون علامت، با تشخیص واژینوز باکتریال:

- زنان دچار واژینوز باکتریایی بدون علامت، معمولاً نیاز به درمان ندارند، مگر اینکه تحت خاتمه بارداری باشند، یا تحت عمل جراحی قرار گیرند.
- زنان دچار واژینوز باکتریایی بدون علامت که در حال حاضر با بارداری پیش می روند، ممکن است نیاز به درمان داشته باشند (۹، ۱۳، ۱۴).
- زنان مبتلا به HIV با واژینوز باکتریال بدون علامت نباید درمان شوند (AI). (۷)

تجویز دارو:

- مترونیدازول خوراکی درمان انتخابی است.

۱. یک دوز ۵۰۰ میلی گرمی ۲ بار در روز به مدت ۷ روز توصیه می شود.
۲. رژیم هایی با دوز بالا (۲ گرم تک دوز خوراکی) در طی بارداری توصیه نمی شود.
۳. اگر بیمار جهت تکمیل دوره درمان همکاری ندارد، ۲ گرم تک دوز خوراکی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد، اگرچه با خطر بالاتری از عود همراه است.
۴. اگر فرد درمان موضعی را ترجیح می دهد یا مترونیدازول خوراکی را تحمل نمی کند، ژل مترونیدازول یا کرم کلیندامایسین داخل واژنی انتخابهای دیگر هستند:
 ۱. ژل مترونیدازول داخل واژنی ۰/۷۵ درصدی یک بار در روز به مدت ۵ روز؛ یا
 ۲. کرم داخل واژنی ۲ درصد یک بار در روز به مدت ۷ روز.
 ۳. کرم کلیندامایسین نباید برای درمان واژینوز باکتریال در زنان مبتلا به HIV استفاده شود بجای آن هم مترونیدازول یا کلیندامایسین خوراکی باید استفاده شود (AI) (۷).
۵. کلیندامایسین خوراکی و تینیدازول خوراکی درمان های جایگزین هستند ولی کمتر ترجیح داده می شوند:
 ۱. کلیندامایسین خوراکی (۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز به مدت ۷ روز) به علت افزایش بروز خطر کولیت سودوممبران، زیاد توصیه نمی شود.
 ۲. تینیدازول (۲ گرم به صورت تک دوز خوراکی) در درمان واژینوز باکتریایی کمتر از مترونیدازول مورد مطالعه قرار گرفته است.
۶. در صورت رفع علائم، تست بهبودی مورد نیاز نیست (۹).

درمان زنان دارای علائم پایدار:

۱. در تشخیص تجدید نظر کنید.
۲. به کمک اسپیکولوم معاینه ای انجام دهید. اگر قبلاً سوآپ تهیه نشده است این کار را انجام دهید.
۳. تکمیل دوره درمان را کنترل کنید.
۴. مطمئن شوید که دوره درمان فعلی کامل شده است.
۵. اگر تک دوز ۲ گرمی مترونیدازول قبلاً استفاده شده است، یک رژیم ۷ روزه از مترونیدازول 500 mg دو بار در روز را می توان امتحان کرد.
۶. اگر فراورده داخل واژنی قبلاً استفاده شده است، یک دوره مترونیدازول را می توان امتحان کرد.
۷. در رویداد غیرمحمتمل که زن با واژینوز باکتریایی تأیید شده به درمان ۷ روزه از مترونیدازول خوراکی پاسخ نداده باشد (و مطمئن باشید که بیمار رژیم درمانی را رعایت کرده است) گفتگو با یک متخصص زنان یا متخصص داخلی اورژانس برای درمان بعدی توصیه می شود.

۸. برای واژینوز باکتریال مقاوم در زنان دارای IUD، خارج کردن وسیله و توصیه به استفاده از سایر روش های پیشگیری از بارداری را در نظر بگیرید.
۹. غربالگری روتین و درمان شریک جنسی مرد مورد تأکید قرار نگرفته است (۹).

درمان زنان دارای علائم عود کننده:

۱. در تشخیص تجدید نظر کنید.
۲. به کمک اسپکولوم معاینه ای انجام دهید و اگر قبلاً سوآپ تهیه نشده است این کار را انجام دهید.
۳. اگر یک دوره مشابه از علائم قابل شناخت، قبلاً به عنوان واژینوز باکتریایی تشخیص داده شده است، ممکن است معاینه و بررسی بیشتر ضروری نباشد؛ همچنین اگر:
۴. علائم و نشانه های مشخصه واژینوز باکتریایی وجود داشته باشد.
۵. علائم، نشانه ها و شواهد میکروبیولوژیکی حاصل از سوآپ، مربوط به سایر علل ترشحات واژینال وجود نداشته باشد.
۶. علائم و نشانه ها بعد از مصرف آنتی بیوتیک رفع شوند.
۷. وضعیت موجود را با دوره ۷ روزه مترونیدازول خوراکی درمان کنید.
۸. به زنان توصیه کنید اجتناب از دوش واژینال، دوش ژل و ضد عفونی کننده ها، حمام حباب یا شامپو در وان می تواند مفید باشد.
۹. اگر علیرغم کنترل کافی در مراقبت های اولیه، تشخیص تأیید شده و علائم به دفعات عود می کند و آثار سوئی بر روی زن دارند، کنترل مشاوره ای با یک متخصص زنان یا یک متخصص اورولوژیست را در نظر بگیرید (۹، ۱۵، ۱۶).
۱۰. زنان غیر بارداری که مبتلا به HIV بوده و واژینوز باکتریال علامتدار دارند باید با رژیم مخصوص مترونیدازول یا کلیندامایسین درمان شوند (AI). (۷)

درمان زنان باردار مبتلا به واژینوز باکتریال:

۱. تمام زنان باردار مبتلا به HIV که دارای واژینوز باکتریال علامتدار هستند باید درمان شوند (AI). (۷)
۲. زنان باردار مبتلا به HIV را که واژینوز باکتریال بدون علامت و تاریخچه زایمان زودرس دارند باید درمان شوند (AIII). (۷)

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. Plourd D. Practical Guide to Diagnosing and Treating Vaginitis. Medscape Womens Health. 1997;2(2).
۲. Sobel J. VAGINITIS. The New England Journal of Medicine. 1997;337(26):1896-903.
۳. Romoren M, Velauthapillai M, Rahman M, Sundby J, Kouman E, Hjortdahl P. Trichomoniasis and bacterial vaginosis in pregnancy: inadequately managed with the syndromic approach. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85(4):297-304.
۴. Ramezani F, Farahmand M, Abedini M, Hashemi Z. Vaginitis in Iranian women. Journal of Azad University of Medical Sciences. 2012;22(1):62-8.
۵. Kheirkhah M. Prevalance of candida, trichomona, gardenella and gonorrhoea vaginitis and comparison of clinical and paraclinical diagnostic in Ardebil. Ardebil Medical Univcersity Journal. 2001;۷(۱):۷-۱۱.
۶. NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman (NICE guideline). Clinical guideline 62. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.
۷. Bacterial vaginosis. New York State Department of Health. 2009.
۸. HPA. Management of abnormal vaginal discharge in women. Quick reference guide for primary care for consultation and local adaptation. Health Protection Agency. 2008.
۹. BASHH. National guideline for the management of bacterial vaginosis. British Association for Sexual Health and HIV. 2006.
۱۰. BASHH Fa. The management of women of reproductive age attending non-genitourinary medicine settings complaining of vaginal discharge. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2006;32(1):33-42.
۱۱. BASHH Ra. Sexually transmitted infections in primary care. Royal College of General Practitioners. 2006.
۱۲. Lothian N. Vaginal discharge: primary care management. RefHelp: Lothian referral guidelines. 2008.
۱۳. Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, Quinn T, Paxton L, Kiwanuka N, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. Rakai Project Study Group. Lancet. 1999;353(9152):525-35.
۱۴. FSRH. FSRH guidance (November 2007): intrauterine contraception. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. 2007.
۱۵. Sobel J. Vaginitis. New England Journal of Medicine. 1997.
۱۶. Alfonsi GA, Shlay JC, Parker S. What is the best approach for managing recurrent bacterial vaginosis?. Journal of Family Practice. 2004;53(8):۶۵۰-۶۵۲.

اعضای هسته مرکز راهنما:

۱. دکتر پروین باستانی: فوق تخصص یوروگاینکولوژی، 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