بررسی تریکومونیازیس در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان در سال ۸۱-۱۳۸۰

سیما راستی[۱]، دکتر افسانه تقریری[۲]، دکتر میترا بهرشی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به گزارش‌هایی مبنی بر تأثیر تریکومونیازیس بر حاملگی و سلامت نوزاد و عدم اطلاع از وضعیت اپیدمیولوژیک آن در خانم‌های باردار شهر کاشان، این تحقیق بر روی خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه و بیمارستان دکتر شبیه‌خوانی کاشان در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به روش توصیفی و آینده‌نگر بر روی خانم‌های بارداری که برای انجام زایمان، مراجعه کرده بودند، صورت پذیرفت. جمع‌آوری اطلاعات بیماران با گرفتن شرح‌حال، مشاهدات بالینی و آزمایشگاهی، تعیین pH، گسترش مرطوب و محیط کشت اختصاصی تریکوموناس واژینالیس (دیاموند اصلاح شده) انجام شد.

یافته‌ها: در ۴۵۰خانم باردار مورد بررسی، ۲مورد (۴۴درصد) تریکومونیازیس مشاهده شد که در هر دو مورد زنان مبتلا زایمان قبل از موعد و پارگی زودرس کیسه آب و نوزاد با وزن کم حین تولد داشتند. هردو زن مبتلا به تریکومونیازیس، خانه‌دار، بی‌سواد و دارای ترشحات آبکی و کف‌آلود بودند. در هر دو مورد واژینیت مشاهده شد. یکی از بیماران سرویکس توت‌فرنگی داشت در حالی که در زنان باردار فاقد تریکومونیازیس این علامت مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: میزان آلودگی به تریکومونیازیس در منطقه، پایین است. تریکومونیازیس در بروز زایمان قبل از موعد، و پارگی زودرس کیسه آب و وزن کم حین تولد نوزاد نقش دارد، لذا مطالعات تحقیقی در جوامع با آلودگی بالا پیشنهاد می‌گردد. از طرف دیگر، علایم بالینی و معاینه فیزیکی برای تشخیص تریکومونیازیس کافی و دقیق نیست. بنابراین، تشخیص صحیح با روش‌های آزمایشگاهی جهت درمان مناسب توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: تریکومونیازیس، زایمان قبل از موعد، زایمان سر موعد، علایم بالینی، نشانه‌های بالینی، عوارض

۱- گروه انگل شناسی و قارچ شناسی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

تولد پیش از موعد یا زودرس، به تولد نوزادانی با سن ۳۷هفته یاکمتر اطلاق می‌شود. نارسی شامل تولد پیش از موعد و وزن کم حین تولد (وزن < ۲۵۰۰ گرم) است. میزان تولد قبل از موعد را ۱۵-۱۰درصد برآورد می‌کنند(۱).

عوارض تولد قبل از موعد شامل مرگ و میر نوزادی و کاهش کیفیت زندگی آینده آنها از نظر جنبه‌های جسمی ـ روانی و توانایی‌های رشدی است. از علل مربوط به مادر که در زایمان قبل از موعد موثر است می‌توان به عفونت‌های تریکومونایی اشاره کرد(۲).

تریکومونیازیس عامل ۱۵-۱۰درصد موارد ولووواژینیت است و پس از عامل باکتریایی دومین عامل مهم واژینیت و پس از کلامیدیا دومین عامل شایع عفونت‌های مقاربتی است(۳).

شیوع تریکومونیازیس در بارداری را ۲۰درصد گزارش کرده‌اند(٤). علایم بالینی عفونت حاد شامل ترشحات فراوان زرد مایل به سبز، کف‌آلود، بدبو و حاوی لکوسیت فراوان است. خارش، سوزش، واژینیت و سرویسیت از علایم بارز بیماری است و علامت پاتوگونومیک آن سرویکس توت‌فرنگی است(٦،٥،٢). بهترین راه تشخیص بیماری، کشت در محیط دیاموند اصلاح شده است و سریع‌ترین روش تشخیص، گسترش مرطوب ترشح واژن است(٨،٧،٥،٤).

همراهی تریکومونیازیس با زایمان قبل از موعد، پارگی زودرس کیسه آب و وزن کم حین تولد را مطرح کرده‌اند(١٠،٩،٦،٤،٣،٢). ارتباط تریکومونیازیس با سقط خود به خودی، حاملگی خارج از رحم، آندومتریت پس از زایمان، سالپنژیت، اروزیون سرویکس، سرویسیت مزمن، سرطان سرویکس و نازایی برگشت‌پذیر را گزارش کرده‌اند(٦،٥).

از آن‌جائی که در حال حاضر بدون تشخیص آزمایشگاهی مبادرت به درمان افراد آلوده می‌شود و با توجه به عوارض جانبی داروها در بارداری و ایجاد مقاومت به دارو در مصرف بی‌رویه آن توصیه می‌شود تشخیص قطعی عفونت‌ها با روش گسترش مرطوب یا کشت صورت گیرد.

میزان شیوع آن را در کشور بین۱۵/۷-۲/۱درصد برآورد کرده‌اند که طیف گسترده‌ای را در برگرفته است(۷) اما تاکنون برنامه مدونی برای پیشگیری و کنترل تریکومونیازیس در کشور اجرا نشده است.

باتوجه به اهمیت بهداشتی و عوارض تریکومونیازیس در بارداری و لزوم شناسایی و درمان افراد آلوده و تناقضات مطرح در شیوع این عفونت‌ها در زنان باردار و نیز به منظور تعیین فراوانی آلودگی، بررسی علایم کلینیکی و عوارض بیماری‌های فوق در زنان باردار، این مطالعه در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ در بیمارستان دکتر شبیه‌خوانی کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این بررسی نوعی مطالعه توصیفی است که با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انجام شد. حجم نمونه باتوجه به احتمال ۹۵درصد، خطای ۲/۵درصد و شیوع ۸درصد، ٤٥٠نفر محاسبه شد. این تعداد خانم باردار طی ۱۰ماه از شهریور ۸۰ لغایت خرداد۱۳۸۱ از نظر تریکومونیازیس مورد بررسی قرار گرفتند. زنان بارداری که تمام خصوصیات زایمان قبل از موعد یا موعد را داشتند، به شرط اینکه ٤٨ساعت قبل از مراجعه به زایشگاه آنتی‌بیوتیک و یا دوش واژینال استفاده نکرده بودند، تحت معاینه فیزیکی قرار گرفتند و توسط سه سوآپ پنبه‌ای استریل

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

نمونه‌گیری از فورنیکس خلفی واژن به عمل آمد. یکی از سوآپ‌ها در ۰/۵سی‌سی سرم فیزیولوژی استریل قرار گرفت و پس از تهیه گسترش مرطوب، در زیر میکروسکوپ نوری با بزرگنمایی ۴۰۰ از نظر وجود تریکوموناس واژینالیس بررسی شد. تشخیص قطعی با مشاهده انگل و به کمک حرکات نامنظم آن بود. سوآپ دوم در محیط کشت دیاموند اصلاح شده و در انکوباتور ۳۷درجه قرار داده شد و پس از ۷۲-۲۴ ساعت از نظر انگل بررسی شد. سوآپ سوم جهت تعیین pH روی pH سنج نیترازین مالیده شد.

تست‌های آزمایشگاهی توسط کارشناس آزمایشگاه و متخصصین انگل‌شناسی صورت پذیرفت. خانم‌های باردار توسط رزیدنت زنان معاینه شدند. اطلاعات مربوط به افراد از قبیل سن، تحصیلات، شغل، سابقه سقط و سن بارداری به طریقه مصاحبه در پرسش‌نامه ثبت گردید.. شیوع آلودگی در نمونه‌ها تعیین شد و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵درصد در جامعه برآورد گردید. برای تعیین رابطه متغیرها با آلودگی از آزمون کای دو (X^2) و دقیق فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

تحقیق بر روی ۴۵۰نفر انجام گرفت. ۱۵۰نفر (۳۳/۳درصد) زایمان قبل از موعد و ۳۰۰نفر (۶۶/۷ درصد) زایمان سر موعد داشتند. میزان فراوانی تریکومونیازیس در ۴۵۰خانم باردار ۲مورد (۰/۴۴ درصد) بود که هردو مورد زایمان قبل از موعد داشتند.

شیوع واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵درصد بین ۱-۱۰درصد برآورد شد.(۱-۱۰درصد، CI=٪۹۵).

هردو زن باردار آلوده به تریکوموناس واژینالیس دچار پارگی زودرس کیسه آب و نوزاد با وزن کم حین تولد شدند.

هردو خانه‌دار و بی‌سواد بودند و از ترشحات آبکی و کف‌آلود شاکی بودند. در معاینه نیز ترشحات چرکی و لکوره مشاهده شد و سرویکس و واژن غیرطبیعی داشتند. .

فراوانی تریکومونیازیس در زنان باردار با معاینه فیزیکی غیرطبیعی، سرویسیت، واژینیت، زخم (اروزیون) سرویکس و سرویکس توت‌فرنگی به ترتیب ۱/۵درصد (۲نفر)، ۱درصد (یک‌نفر)، ۴/۸درصد (۲نفر)، ۳/۲درصد (یک نفر) و ۱۰۰ درصد (۱نفر) بود.

بحث

در این تحقیق میزان فراوانی تریکومونیازیس در زنان باردار با زایمان قبل از موعد ۱/۳درصد و در کل خانم‌های باردار ۰/۴۳درصد بود. غفار در سال ۱۳۷۰ با مطالعه ۴۸۰ خانم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی اصفهان، میزان آلودگی را ۷/۹ درصد گزارش کرد(۸) در بررسی راستی در سال ۷۳-۱۳۷۲ بر روی ۹۰۰خانم مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی و کلینیک زنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان، میزان آن ۲/۱درصد بود(۷). شیوع تریکومونیازیس در آمریکا و اسکاندیناوی کاهش یافته است به طوری که شیوع آن را در کلینیک بیماری‌های مقاربتی کمتر از ۱درصد گزارش می‌کنند(۱۱) اما براساس آخرین آمار شیوع تریکومونیازیس در آمریکا ۳/۲درصد بوده است(۱۲).

تریکومونیازیس نوعی بیماری مقاربتی است و میزان آلودگی آن در جوامعی که بی‌بندوباری و روابط نامشروع وجود دارد افزایش می‌یابد(۱۳،۵). باتوجه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

به بالا بودن سطح بهداشت و پای‌بندی به اعتقادات مذهبی و رعایت اصول اخلاقی در کاشان به‌خصوص در شرایط بارداری در جمعیت مورد مطالعه و باتوجه به اینکه داشتن یک فرزند سالم و خوب یکی از خواسته‌های بزرگ در خانم‌های باردار است می‌تواند توجیه‌کننده شیوع پایین تریکومونیازیس باشد.

شیوع تریکومونیازیس در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی از سال ۱۳٤٤ از ٤۰درصد به ۲درصد در سال ۱۳۷۲ و به نیم‌درصد در زنان باردار در سال ۱۳۸۰ کاهش یافته است(۷،۱٤). میزان آلودگی نسبت به ۳۷سال قبل به دلیل بالا رفتن آگاهی‌های بهداشتی و رعایت بهداشت فردی ـ اجتماعی و حفظ شئونات اسلامی و استفاده گسترده از داروهای ضدانگلی وضدتریکومونیازیس، کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است.

تمام افراد آلوده، خانه‌دار و بی‌سواد بودند که نقش سواد را در کاهش و پیشگیری و در نتیجه کنترل بیماری نشان می‌دهد. اکثر زنان باردار واجد سوزش و خارش واژن، سوزش ادرار و مقاربت دردناک آلودگی به تریکوموناس واژینالیس نداشتند. بین تریکومونیازیس و ترشحات چرکی و لکوره از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. که با سایر مطالعات هماهنگی دارد(۵،۷،۱۳،۱۵).

نکته قابل توجه این است که تمام زنان باردار مبتلا به تریکومونیازیس دچار زایمان قبل از موعد و پارگی زودرس کیسه آب و نوزاد با وزن کم حین تولد شدند که می‌تواند نمایانگر ارتباط این آلودگی با عوارض ذکر شده باشد. در سایر مطالعات انجام شده نیز این همراهی نشان داده شده است(۲،۳،٤،٦،۹).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تشخیص ضرورت طرح و تأمین هزینه‌های اجرای آن و همکاران گروه انگل‌شناسی و آزمایشگاه زایشگاه دکتر شبیه‌خوانی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1- Mercer BM, Goldenbery RL, Das A, et al. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gyneccol 1996; 174(6): 1885-93.

2- Soper DE, Berek JS. Novak's Gynelology. 12th ed. Baltimore, Williams & Wilkins. 1996, chapter 15.

3- Remier T, Alfig N, Friese K. Antibiotics; treatment of preterm labor. J Perinat Med 1999; 27(1): 35-40.

4- Cunningham FG, Gant NF, Levens KJ, et al (eds). Williams obstetrics: A text book the use of student and practitioners. 21st ed. 2001, chapter 11-27.

5- Beaver Paul (ed). Clinical parasitology. 9th ed. Lea and Febiges, 1985.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

6- Rein MF. Trichomonas vaginalis. In: Mandel GI (ed). Principle and practice of infections disease. 4th ed. New York, churchill Livingstone; 1995: 2493-96.

۷- راستی س و همکاران. بررسی اپیدمیولوژیک تریکومونیازیس در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی کاشان در سال ۷۳-۱۳۷۲. مجله فیض، شماره ۱۲.

۸- فقار س. تعیین حساسیت و ویژگی آزمایش گسترش مرطوب در برابر کشت به عنوان روش استاندارد تشخیص تریکومونیازیس. دومین کنگره بیماریهای انگلی ایران: تهران. ۱۳۷۶.

9- Gibbs RS, Eschenbach DA. Use of antibiotics to preterm birth. Am J Obstet Gyneco1 1997; 177(2): 375-80.

10- Gjeridingen D, Fontane P, Bixby M, et al. The impact of regular vaginal PH screening on the diagnosis in pregnancy. J Fam Pract 2000; 49(1): 39-43.

11- Fennema I, et al. Incidence of sexually transmitted disorders in clinics of 2 ambulatory venereal disease clinics in Amsterdam, 1981-87. Ned Tiydschr Geneeskd 1989; 133(17): 886-90.

12- Ostrzenski, Adam. Gynecology: integrating conventional, complementary, and natural alternative therapy. Lippincot, Williams and Wilkins. 2002: 210-14.

۱۳- صائبی ا. بیماریهای انگلی در ایران. جلد اول، چاپ ششم. تهران؛ انتشارات موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان، ۱۳۷۷؛ صفحات ۱۳۰ تا ۱۴۱.

۱۴- بلاسید ع. بررسی تریکومونیازیس در زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان و مامایی تهران در سال ۱۳۴۴.

15- Fotus Antony C, et al. Trichomoniasis; Reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. J Infect Dis 1980; 141(2): 137-43.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]