

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

سیما راستی^۱، دکتر افسانه تفریری^۲، دکتر میترا بهرشی^۱

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 مراجعه کننده به زا بشگاه و بیمارستان دکتر شبیه خوانی کاشان در سال‌های ۱۳۸۰-۸۱ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به روش توصیفی و آبینده‌نگر بر روی خانم‌های بارداری که برای انجام زایمان، مراجعه کرده بودند، صورت پذیرفت. جمیع آوری اطلاعات بیماران با گرفتن شرح حال، مشاهدات بالینی و آزمایشگاهی، تعیین pH، گسترش عرطوب و محیط کشت اختصاصی تریکوموناس واژنالیس (دیاموند اصلاح شده) انجام شد.

یافه‌ها: در ۴۵۰ خانم باردار مورد بررسی، ۲۰۰ مورد (۴۴٪ درصد) 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. هر دو زن مبتلا به تریکومونیازیس، خانه‌دار، بی‌سواد و دارای ترشحات آنکه و کتف‌آلد بودند. در هر دو مورد واژینیت مشاهده شد. یکی از بیماران سرویکس نوت‌فرنگی داشت در حالی که در زنان باردار قادر تریکومونیازیس این علامت مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: میزان آلدگی به تریکومونیازیس در منطقه، پایین است. تریکومونیازیس در بروز زایمان قبل از موعد، و پارگی زودرس کیسه آب و وزن کم حین تولد نوزاد نشان دارد، لذا مطالعات تحقیقی در جوامع با آلدگی بالا پیشنهاد می‌گردد. از طرف دیگر، علایم بالینی و معاینه فیزیکی برای تشخیص تریکومونیازیس کافی و دقیق نیست. با براین، 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

مقدمه

سرطان سرویکس و نازایی برگشت پذیر را گزارش کرده‌اند(۶,۵).

از آنجانی 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 مرتبط یا کشت صورت گیرد.

میزان شیوع آن را در کشور بین ۱۵/۷-۲/۱ درصد برآورد کرده‌اند که طیف گسترده‌ای را در برگرفته است(۷) اما تاکنون برنامه مدونی برای پیشگیری و کنترل تریکومونیازیس در کشور اجرا نشده است. با توجه 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 ۱۳۸۰-۸۱ 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 با توجه به احتمال ۹۵ درصد، خطای ۲/۵ درصد و شیوع ۸ درصد، ۴۵۰ نفر محاسبه شد. این تعداد خانم باردار طی ۱۰ ماهه از شهریور ۸۰ تا غایت خرداد ۱۳۸۱ انجام شد. از نظر تریکومونیازیس مورد بررسی قرار گرفتند. زنان بارداری که تمام خصوصیات زایمان قبل از موعد یا موعد را داشتند، به شرط اینکه ۴۸ ساعت قبل از مراجعت به زایشگاه آنتی‌بیوتیک و یا دوش واژینال استفاده نکرده بودند، تحت معاینه فیزیکی قرار گرفتند و توسط سه سوآپ پنهانی استریل

تولد پیش از موعد یا زودرس، به تولد نوزادانی با سن ۳۷ هفته یا کمتر اطلاق می‌شود. نارسی شامل تولد پیش از موعد و وزن کم حین تولد (وزن > 2500 گرم) است. میزان تولد قبل از موعد را ۱۰-۱۵ درصد برآورد می‌کنند(۱).

عارض تولد قبل از موعد شامل مرگ و میر نوزادی و کاهش کیفیت زندگی آینده آنها از نظر جنبه‌های جسمی - 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 ۱۰-۱۵ درصد مسارد ولورو واژینیت است و پس از عامل باکتریایی دومین عامل مهم واژینیت و پس از کلامیدیا دومین عامل شایع عفونت‌های مقاربی است(۳).

شیوع تریکومونیازیس در بارداری را ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند(۴). 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(۶,۵,۲). بهترین راه تشخیص بیماری، کشت در محیط دیاموند اصلاح شده است و سریع ترین روش تشخیص، گسترش مرتبط ترشح واژن است(۸,۷,۵,۴).

همراهی تریکومونیازیس با زایمان قبل از موعد، پارگی زودرس کیسه آب و وزن کم حین تولد را مطرح کرده‌اند(۱۰,۹,۶,۴,۳,۲). ارتباط تریکومونیازیس با سقط خود به خودی، حاملگی خارج از رحم، آندومتریت پس از زایمان، سالپتیت، اروزیون سرویکس، سرویسیت مزمن،

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 ۱/۵ درصد (۲نفر)، ۱درصد (یک‌نفر)، ۱۰۰/۸ درصد (۲نفر)، ۲/۳ درصد (یک نفر) و ۱۰۰/۴ درصد (۱نفر) بود.

بحث

در این تحقیق میزان فراوانی تریکومونیازیس در زنان باردار با زایمان قبل از موعد ۱/۳ درصد و در کل خانم‌های باردار ۴/۳ درصد بود. غفار در سال ۱۳۷۰ با مطالعه ۴۸۰ خانم مراجعت کننده به مراکز بهداشتی درمانی اصفهان، میزان آلودگی را ۷/۹ درصد گزارش کرد^(۸) در بررسی راستی در سال ۱۳۷۲-۷۳ بر روی ۹۰۰ خانم مراجعت کننده به مراکز بهداشتی، درمانی و کلینیک زنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان، میزان آن ۲/۱ درصد بود^(۷). شیوع تریکومونیازیس در آمریکا و اسکاندیناوی کاهش یافته است به طوری که شیوع آن را در کلینیک بیماری‌های مقارتی کمتر از ۱درصد گزارش می‌کنند^(۱۱) اما براساس آخرین آمار شیوع تریکومونیازیس در آمریکا ۳/۲ درصد بوده است^(۱۲).

تریکومونیازیس نوعی بیماری مقارتی است و میزان آلودگی آن در جوامعی که بی‌بندوباری و روابط نامشروع وجود دارد افزایش می‌یابد^(۱۳,۵). با توجه

نمونه‌گیری از فورنیکس خلفی واژن به عمل آمد. یکی از سوآپ‌ها در ۵/۰ سی‌سی 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 ۳۷ درجه قرار داده شد و پس از ۲۴-۷۲ 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 طریق مصاحبه در پرسشنامه ثبت گردید. شیوع آلودگی در نمونه‌ها تعیین شد و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد 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 ۴۵۰ نفر انجام گرفت. ۱۵۰ نفر (۳۳/۳ درصد) زایمان قبل از موعد و ۳۰۰ نفر (۶۶/۷ درصد) زایمان سر موعد داشتند. میزان فراوانی تریکومونیازیس در ۴۵۰ خانم باردار ۲ مورد (۰/۴۴ درصد) بود که هردو مورد زایمان قبل از موعد داشتند.

شیوع واقعی آن در جامعه با احتمال ۹۵ درصد بین ۱-۰ درصد برآورد شد. (۱-۰ درصد، $CI=95\%$).

و خارش واژن، سوزش ادرار و مقابله در دنای آلودگی به تریکوموناس واژینالیس نداشتند. بین تریکومونیازیس و ترشحات چرکی و لکوره از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود داشت. که با سایر مطالعات هماهنگی دارد (۱۵، ۱۳۷، ۵).

نکته قابل توجه این است که تمام زنان باردار مبتلا به تریکومونیازیس چهار زایمان قبل از موعد و پارگی زودرس کیسه آب و نوزاد با وزن کم حین تولد شدند که می تواند نمایانگر ارتباط این آلودگی با عوارض ذکر شده باشد. در سایر مطالعات انجام شده نیز این همراهی نشان داده شده است (۹، ۶، ۴، ۳، ۲).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تشخیص ضرورت طرح و تأمین هزینه های اجرای آن و همکاران گروه انگل شناسی و آزمایشگاه زایشگاه دکتر شبیه خوانی تشکر و قدردانی می گردد.

به بالا بودن سطح بهداشت و پایاندی به اعتقادات مذهبی و رعایت اصول اخلاقی در کاشان بدخصوصی در شرایط بارداری در جمعیت مورد مطالعه و با توجه به اینکه داشتن یک فرزند سالم و خوب یکی از خواسته های بزرگ در خانم های باردار است می تواند توجیه کننده شیوع پایین تریکومونیازیس باشد.

شیوع تریکومونیازیس در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی از سال ۱۳۴۴ از ۴۰ درصد به ۲۰ درصد در سال ۱۳۷۲ و به نیم درصد در زنان باردار در سال ۱۳۸۰ کاهش یافته است (۷، ۱۴). میزان آلودگی نسبت به ۳۷ سال قبل به دلیل بالا رفتن آگاهی های بهداشتی و رعایت بهداشت فردی - اجتماعی و حفظ شنونات اسلامی و استفاده گسترده از داروهای ضدانگلی و ضد تریکومونیازیس، کاهش قابل ملاحظه ای یافته است.

تمام افراد آلوده، خانه دار و بی سعاد بودند که نقش سعاد را در کاهش و پیشگیری و در نتیجه کنترل بیماری نشان می دهد. اکثر زنان باردار واجد سوزش

References:

- 1- Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, et al. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol 1996; 174(6): 1885-93.
- 2- Soper DE, Berek JS. Novak's Gynecology. 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 Febigies, 1985.

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

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

8- فقار س. تعیین حساسیت و ویژگی آزمایش گسترش مرتضو در برایسر کلشت 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 Gynecol 1997; 177(2): 375-80.

10- Gjeridagen 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 Tijdschr Geneeskd 1989; 133(17): 886-90.

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

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

14- پلامید 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.