

پروتکل درمان ترشحات غیر طبیعی واژینال در پزشکی ایرانی و پزشکی رایج

دکتر مریم یاوری^۱، دکتر پانته آ شیرویه^۲، دکتر راضیه نبی میبیدی^۲،
دکتر اعظم معیاری^۲، دکتر مریم بهمن^۲، دکتر سیده آتیه نعیمی^۲،
دکتر هاجر معمارزاده زواره^۲، دکتر مژگان تن‌ساز^{۳*}

۱. استادیار گروه طب سنتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی تحصیلات تکمیلی، گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه طب سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۸

خلاصه

مقدمه: ترشحات زیاد واژن از شایع‌ترین شکایات مراجعین به درمانگاه‌های تخصصی زنان است. این علامت، بر حسب علت ایجادکننده به روش‌های مختلف درمان می‌شود. اما در مواردی مقاومت به درمان و یا بازگشت علائم مشاهده می‌شود. در پزشکی ایرانی، با دیدگاهی جامع نگر به این بیماری و درمان آن پرداخته شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای روش‌های درمانی ترشحات زیاد واژن از دیدگاه پزشکی ایرانی و رایج انجام شد.

روش کار: مطالب مربوط به مبحث ترشحات واژن از منابع مختلف پزشکی ایرانی جمع‌آوری و سپس طی جلسات متعدد مباحثه، بازخوانی‌های مکرر متون و مشورت با اساتید صاحب‌نظر، جمع‌بندی و تدوین شد. روش‌های درمانی مطرح در کتاب‌ها و مقالات پزشکی رایج نیز مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت، پروتکل ادغام یافته درمان ترشحات رحمی پیشنهاد و ارائه شد.

یافته‌ها: از دیدگاه پزشکی ایرانی در درمان سیلان رحم، سه مرحله پاکسازی بدن، پاکسازی رحم و تقویت رحم توصیه شده است که به نظر می‌رسد توجه به این مراحل در پزشکی رایج، برای درمان لکوره‌های غیر عفونی یا عفونی راجعه و مقاوم به درمان مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن فرضیات پزشکی ایرانی و تجربیات محدود درمانگاهی روی تعداد کمی از بیماران با ترشحات رحمی، به نظر می‌رسد انجام روند درمانی پیشنهادی، در افزایش میزان پاسخ‌دهی به درمان، کاهش مقاومت به درمان و کاهش موارد بازگشت بیماری مؤثر باشد. لذا اجرای مطالعات بالینی بیشتر برای اثبات این فرضیه و تأیید اثربخشی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: ترشحات واژینال، لکوره، واژینیت

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مژگان تن‌ساز؛ دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۲۲۹۶۰۵۲۱؛ پست الکترونیک: tansaz_mojgan@yahoo.com

مقدمه

لکوره^۱ یا ترشحات زیاد واژینال، با شیوعی در حدود ۳۵-۵٪ از شایع‌ترین شکایات مراجعین به درمانگاه‌های تخصصی زنان است (۵-۱). واژینیت، به‌عنوان یکی از علل اصلی ایجاد لکوره، شایع‌ترین دلیل مراجعه زنان به مطب‌های تخصصی زنان است که در حدود ده میلیون ویزیت سالیانه را به خود اختصاص داده است (۵-۱). واژینیت‌ها در پزشکی رایج درمان‌های شناخته‌شده دارند، با این حال گروهی از بیماران، دچار واژینیت مقاوم به درمان یا راجعه هستند و از کفایت درمان‌های رایج راضی نیستند (۵-۳). دسته دیگری از بیماران مراجعه‌کننده با شکایت ترشحات زیاد واژن نیز در هیچ‌یک از گروه‌های تشخیصی واژینیت جای نمی‌گیرند که در پزشکی رایج، پروتکل جامعی برای درمان این گروه از لکوره‌های غیرعفونی وجود ندارد (۵-۳).

در مکتب پزشکی ایرانی که طب سنتی ایران نیز نامیده می‌شود، ترشحات رحمی یا لکوره در ذیل مبحث «سیلان رحم» مورد بحث قرار می‌گیرد (۱۶-۶). با توجه به دیدگاه جامع‌نگر این مکتب به انسان و بیماری‌ها، فیزیوپاتولوژی و روش‌های درمانی خاصی برای سیلان رحم در این مکتب طرح شده است که بازبایی و آزمون آن در زمان حاضر ممکن است برای ارتقای روش‌های تشخیصی و درمانی، کاهش موارد بازگشت بیماری و مقاومت به درمان و درمان لکوره‌های غیرعفونی کمک‌کننده باشد (۱۰). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای روش‌های درمانی ترشحات زیاد واژن از دیدگاه پزشکی ایرانی و رایج انجام شد. در ابتدا علایم و درمان‌های بیماری از دیدگاه پزشکی رایج و سنتی مورد بررسی قرار گرفته و سپس درمان پیشنهادی بر اساس دیدگاه تلفیقی این دو رشته بیان شده است.

روش کار

این مطالعه در دو مرحله اجرا شد. در مرحله اول جمع‌آوری اطلاعات به روش مرور نقلی (Narrative Review) انجام گرفت و مرحله دوم به صورت کیفی انجام شد. در مرحله اول تمامی مطالب مربوط به سیلان

رحم از منابع مختلف پزشکی ایرانی که طبق نظر متخصصین این رشته منابع معتبری به شمار می‌روند شامل الحاوی، قانون در طب، کامل الصناعه، التصریف لمن عجز عن التالیف، ذخیره خوارزمشاهی، اغراض الطبیه و مباحث العلابیه، شرح قانون قرشی، شرح الاسباب، خلاصه التجارب، تحفه المؤمنین، طب اکبری، مجربات اکبری، بهجه الروسا فی امراض النساء، معالجات عقیلی، قرابادین کبیر، مخزن الادویه و اکسیر اعظم جمع‌آوری و در مرحله بعد طی جلسات متعدد مورد بحث و گفتگو جهت فهم بیشتر و عمیق‌تر مطالب قرار گرفت. همچنین به‌دلیل اینکه کتاب اکسیر اعظم، نظرات و اقوال بسیاری از طبیبان و حکیمان را جمع‌آوری کرده است، به‌عنوان پایه مبحث درمان قرار گرفت و درمان سایر کتاب‌ها به آن اضافه شد. مطالب مرتبط با ترشحات رحمی تحت عنوان اصطلاحات لکوره، واژینیت و ترشح رحمی^۲ از منابع معتبر پزشکی رایج شامل کتب مرجع متخصصین زنان و پایگاه‌های Google Scholar، Science direct، SID، Iran Medex، vaginal discharge، traditional vaginal discharge، plant herbal medicine، medicine، complementary Chinese medicine، Ayurveda و medicine جستجو شد. مقالات مجلاتی که در پایگاه‌های معتبر شامل ISI، Pubmed، ISC و Scopus نمایه شده و یا دارای امتیاز علمی پژوهشی بودند، بدون در نظر گرفتن بازه زمانی انتشار، برای بررسی انتخاب شد. در مرحله کیفی مراحل نظرسنجی و نیز بحث‌های متمرکز گروهی مکرر با افراد متخصص و صاحب‌نظر در دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد. در این مرحله ابتدا با برگزاری جلسات متعدد نحوه درمان در پزشکی ایرانی تدوین شد و سپس نحوه درمان و مقالات طب رایج بررسی و تدوین شد و در نهایت با استفاده از نظرات متخصصین زنان و متخصصین پزشکی ایرانی، داده‌های جمع‌آوری شده مورد بازبینی قرار گرفت و با روش Scientific consensus (اجماع صاحب‌نظران)

² vaginal discharge

¹ leukorrhea

جمع‌بندی نهایی به صورت پروتکل درمانی برای گروه‌های هدف متخصصین پزشکی ایرانی و متخصصین زنان طب رایج جهت انجام بررسی‌های علمی بیشتر پیشنهاد شد. لازم به ذکر است در مرحله کیفی مطالعه، تمام موارد اخلاقی در مطالعات کیفی و مروری به ویژه امانت‌داری در استفاده از منابع، رعایت شد. بر اساس توافق گروه تحقیق سعی شد الگوریتم به طور کلی برای مخاطبین گروه متخصصین طب سنتی و زنان تدوین شود. اما در این میان قسمت‌هایی از الگوریتم که به طور مشخص نیاز به روش‌های تشخیصی درمانی ویژه پزشکی ایرانی دارند (مانند تعیین و درمان سوءمزاج و غلبه اخلاط در بدن) برای گروه متخصصین طب سنتی تدوین شد. الگوریتم تدوین شده برای استفاده در زنان مراجعه‌کننده با شکایت ترشحات زیاد رحمی طراحی شده است و برای استفاده در افراد باردار، شیرده، تحت درمان ایمنوساپرسیو (سرکوبگر ایمنی)، دارای خونریزی غیرطبیعی واژینال یا مبتلا به بیماری‌های قلبی و کلیوی توصیه نمی‌شود.

یافته‌ها

پزشکی ایرانی

در کتب پزشکی ایرانی ترشحات رحمی با اصطلاح سیلان رحم نامیده شده است. سیلان رحم به معنای سیلان رطوبات از رحم به غیر از ایام قاعدگی است (۷). این بیماری در زنان بالغ غیر باردار به ویژه زنان چاق ساکن در مناطق سرد و تر، زنان با مزاج گرم و تر در سن جوانی، ساکنین سرزمین‌های جنوبی و در فصل بهار بیشتر دیده می‌شود (۸). دلایل سیلان در دو گروه عمده زیر مطرح می‌شود:

۱. افزایش مواد زائد در بدن و ریزش آن به سوی رحم. در این حالت معمولاً مقدار یا کیفیت یکی از اخلاط چهارگانه (دم، بلغم، سودا و صفرا) در بدن زیاده‌تر از حد طبیعی شده که علائم مربوط به غلبه آن خلط در شرح حال و معاینه بیمار دیده می‌شود (۷-۱۳).
۲. وجود بیماری در خود رحم. ضعف قوای رحم (شامل قوای هضم‌کننده، نگه‌دارنده و دفع‌کننده) و نیز سستی

بافت رحم از علل افزایش ترشحات واژن با منشأ رحمی هستند (۷-۱۷).

تشخیص دلیل سیلان رحم بر اساس شرح حال دقیق، معاینه بالینی با اسپیکولوم و در صورت شک به غلبه اخلاط، آزمون بررسی ترشحات با استفاده از پنبه یا گاز استریل انجام می‌شود. انجام آزمون مذکور به این نحو است که به بیمار توصیه می‌شود پنبه‌ای داخل واژن گذاشته، بیرون آورد و صبر کند تا خشک شود، سپس پزشک، رنگ آن پس از خشک شدن را بررسی نماید. رنگ آن، به همراه وجود علائم غلبه اخلاط نشان‌دهنده خلط غالب خواهد بود. همچنین در بررسی بیمار با تشخیص سیلان لازم است موارد تشخیص افتراقی شامل سیلان منی و ترشحات فیزیولوژیک مورد توجه قرار گیرند (۷-۱۲). برای افتراق سیلان منی از سیلان رحم، باید دقت داشت که ترشح منی، که ترشحات متعاقب تحریک جنسی است، غلیظ، سفیدرنگ و بدون عفونت است. سیلان طبیعی یا ترشحات فیزیولوژیک، رقیق، زلال و بدون بو است و مقدار آن در روزهای ۱۰ تا ۱۸ سیکل ماهانه یعنی هم‌زمان با تخمک‌گذاری افزایش می‌یابد که این نوع سیلان نیازی به درمان ندارد (۱۲-۷).

پزشکی رایج

از دیدگاه پزشکی رایج، ترشحات واژن که از ترشحات غدد سرویکس، بقایای اندومتر، ترشحات مخاط واژن و اپیتلیوم ریزش یافته واژن تشکیل می‌شود، به صورت طبیعی به حفظ پی اچ محیط واژن برای مقابله با عوامل بیماری‌زا و انعطاف‌پذیری بافت واژن و تسهیل حرکت اسپرم کمک می‌کنند. مقدار این ترشحات در زمان‌های مختلف سیکل قاعدگی تغییر می‌کند. برای مثال از روز ۱۰ تا ۱۸ سیکل افزایش می‌یابد. همچنین در دوره‌های سنی مختلف مثل بلوغ، باروری و یائسگی تغییراتی دارد (۱۸). اما به طور کلی می‌توان گفت ترشحات طبیعی واژن تحریک‌کننده نیست و مقدار آن هم معمولاً زیاد نیست. لفظ لکوره در پزشکی رایج به ترشحات سفیدرنگ یا زردرنگ واژن یا هر نوع ترشح غیرخونی از واژن اطلاق می‌شود که از حد مورد انتظار برای فرد فراتر باشد (۲، ۴، ۵، ۱۸). گروهی از علل معمول در لکوره عدم تعادل

توصیه شده بر اساس روش مصرف دارو در ذیل آورده شده است (۲۷-۲۴، ۹).

۱. خوراکی: زرشک به تنهایی یا همراه داروهای مقوی مثل دارچین و سنبل الطیب و عسل در سیلان مزمن، شرب سفوف سماق در سیلان رطوبات سفید رحم، جوشانده عدس، شرب میوه مورد و جوشانده آن، تربد و زنجبیل، جوشانده مخلوط مصطکی با انار، آب بارهنگ، مصطکی.

۲. حمل (روش دارویی که در آن تکه پارچه کتانی حاوی دارو به صورت رکتال یا واژینال مصرف می شود (۲۸): انیسون با سماق، افاقیا، اقحوان، پرسیاوشان با مرمری، پنیرمایه خرگوش در رطوبات مزمن، برگ زیتون، کشوث بریان و یا بو داده تخم آن، قشور کندر، ریشه و تخم نیلوفر، گلنار، عصاره عنبالثعلب، مورد، شنبلله با عسل، حصرم، حی العالم در سیلان مزمن، تخم خرفه بریان، خرما، برگ کوبیده کراث، سماق، زنیان.

۳. آبن: مورد، شنبلله با عسل، آبن انار ترش کوفته با برگ درخت مصطکی، جوشانده حب الاس در سیلان مزمن.

۴. حقنه (روش دارویی که در آن جوشانده دارو به صورت رکتال یا واژینال مصرف می شود (۲۸): جوشانده بلوط کوفته، تخم کتان.

۵. بخور: حب بلسان، خرما، خرما.

۶. ضماد: مصطکی.

همچنین در مطالعات علمی صورت گرفته بر روی گیاهان مؤثر بر واژینیت اثرات بره موم، عسل، آویشن، سیر، سرکه، مورد، چای، کلپوره، موسیر، مرزنجوش، نعناع، خارخسک، میخک و انار بر روی کاندیدا، اثرات سیر و آویشن بر روی واژینیت باکتریال و اثرات آویشن، سرکه، مورد، نعناع، زرشک، انار، درمنه کوهی و ریوند بر روی تریکومونا مورد تأیید قرار گرفته است (۵۸-۲۹).

درمان های واژینیت در پزشکی رایج

دستورات درمانی ترشحات رحم در پزشکی رایج بیشتر بر روی درمان واژینیت با منشأ باکتریایی، قارچی و انگلی متمرکز است. با توجه به این که تعدادی از بیماران از نظر تشخیصی در گروه های لکوره با منشأ عفونی جای

هورمونی^۱ است که با نام لکوره فیزیولوژیک^۲ نیز شناخته می شود (۲، ۴، ۵، ۲۰). مثال هایی از لکوره با تحریک استروژنی، لکوره در نوزادان دختر بعد از تولد و یا لکوره در بارداری هستند (۳، ۲۱-۱۹). یک گروه دیگر از دلایل مهم ایجادکننده لکوره، عفونت های واژن و یا سرویکس هستند. شایع ترین عوامل ایجادکننده واژینیت ها، کاندیدا، تریکوموناس و گاردنلا هستند (۴، ۵). تریکوموناس واژینالیس، پروتوزوایی تاژکدار است که در حدود ۳/۱٪ شیوع دارد و بیشتر از طریق تماس جنسی منتقل می شود. در آلودگی یک فرد به این ارگانیزم، به احتمال ۵۰٪ شریک وی نیز آلوده است. بنابراین درمان شریک جنسی نیز در موارد ابتلا به این عفونت الزامی است (۲۲). آلودگی با این تریکوموناس بیشتر در میان زنان با بهداشت شخصی پایین، شرکای جنسی متعدد و سطح اجتماعی- اقتصادی پایین دیده می شود (۴، ۵، ۲۲). کاندیدا البیکانس به صورت بی علامت در ۲۰٪ از زنان غیر باردار سنین ۵۵-۱۵ سال یافت می شود، در حالی که حدود ۷۵٪ از زنان بالغ حداقل یک مرتبه در طول زندگی دچار کاندیدای علامت دار شده اند (۲۳). این آلودگی قارچی عموماً در زمان بارداری، مصرف قرص های جلوگیری از بارداری و هورمون درمانی بر پایه استروژن، مصرف آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، دیابت، کم خونی فقر آهن و سندرم های نقص ایمنی خود را نشان می دهد (۴، ۵، ۲۳). گاردنلا واژینالیس که جزو فلور نرمال واژن است، در تغییرات پی اچ واژن به دنبال دوش واژینال، نزدیکی مکرر و شرکای جنسی متعدد، به صورت بیماری بروز می کند (۲، ۴، ۵).

اصول کلی درمان سیلان در پزشکی ایرانی شامل سه مرحله کلی است. مرحله اول پاک سازی بدن از مواد زائد با روش هایی مانند ورزش است. در مرحله دوم پاک سازی رحم و در مرحله سوم تقویت رحم برای پیشگیری از بازگشت بیماری انجام می شود (۹). در منابع پزشکی ایرانی، برای داروهای سیلان رحم، در مراحل سه گانه روش های مصرفی متفاوت از جمله نوشیدن، حمل، بخور و ضماد مطرح شده است. گزیده ای از داروهای

¹ estrogen imbalance

² physiologic leukorrhea

نمی‌گیرند، ولی همچنان از زیادی ترشحات واژن شکایت دارند، به نظر می‌رسد به میزان کافی به پاتوفیزیولوژی و درمان لکوره‌های غیر عفونی در پزشکی رایج پرداخته نشده است. علائم، روش‌های تشخیصی، درمان‌های رایج

جدول ۱- مشخصات واژینیت کاندیدیایی

علائم	روش تشخیص	درمان استاندارد	درمان‌های مکمل
۱. خارش ولو و واژن ۲. ترشح سفید پنیری ۳. معاینه: اریتم و ادم لب‌ها و پوست ولو.	۱. بررسی میسل‌های قارچ با نمونه KOH ۱۰٪ (۸۰٪ مثبت) ۲. کشت (کشت مثبت لزوماً نشان‌دهنده عفونت نیست و فقط باید در بیماران علامت‌دار که KOH منفی هستند انجام شود) ۳. تست whiff ^۱ منفی نکته: پی‌اچ واژن معمولاً طبیعی است و کمتر از ۴/۵ است.	۱. بدون عارضه و غیر مکرر: درمان موضعی واژن با ترکیبات آزول: ۱. کلوتریمازول ۲٪ به مدت ۳ روز ۲. کلوتریمازول ۱٪ به مدت ۷ روز ۳. میکونازول ۲٪ به مدت ۷ روز درمان خوراکی: - فلوکونازول تک‌دوز خوراکی ۱۵۰ میلی‌گرم ۲. عارضه دار ^۲ و با علائم شدید: - آزول واژینال ۱۴-۷ روز - فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرم، دو دوز بافاصله ۷۲ ساعت ۳. کاندیدیایی غیر آلبیکانسی: - قرص واژینال اسیدبوریک - نیستاتین ۴. کاندیدبازیس راجعه^۴: درمان: فلوکونازول ۱۵۰ میلی‌گرم هر ۳ روز یک بار تا ۳ دوز سپس تا ۶ ماه با دوز سرکوبگر این دارو درمان شود (۱۵۰ میلی‌گرم در هفته) مصرف در بارداری: - آزول: از داروهای گروه C - کپسول اسید بوریک: از داروهای گروه D درمان شریک جنسی نیاز نیست.	۱. اصلاح و تقویت سیستم ایمنی: ویتامین A روزانه ۵۰۰۰ واحد، بتاکاروتن روزانه ۵۰۰۰ واحد، ویتامین C ۱۰۰۰-۵۰۰ میلی‌گرم ۳-۴ بار در روز، ویتامین‌های اصلی گروه B هر یک ۲۰-۵ میلی‌گرم روزانه، روی ۲۵-۱۰ میلی‌گرم روزانه، ویتامین E ۲۰۰ واحد روزانه، کاهش مصرف قند، شکر و قهوه، قطع دخانیات و الکل، افزایش مصرف مواد غذایی با خواص آنتی‌بیوتیکی (سیر و پیاز) ۲. تغییر و تعدیل فلور رحم: مصرف روزانه ۲ قاشق غذاخوری ماست غیرپاستوریزه (لاکتوباسیل)، مصرف فرآورده‌های حاوی لاکتوباسیل مثل کپسول خوراکی lactofem روزی یک عدد، دوش واژینال حاوی لاکتوباسیل (نشستن در آبن حاوی آب ولرم و ماست غیرپاستوریزه)، دوش واژینال با جوش شیرین به مدت ۱۰-۷ روز دو بار در روز یک قاشق چای‌خوری در یک لیوان آب. ۳. درمان‌های موضعی: دوش واژینال با بتادین، ۱۴-۷ روز دو بار در روز، کپسول اسیدبوریک ۴۰۰ میلی‌گرم واژینال ۱۴-۱۰ روز، مالیدن ویوله دوژانسین با سواپ داخل واژن به مدت ۲-۱ هفته یا بیشتر، یک‌بار در روز فژل شیرین بیان داخل واژن روزی یک‌بار

^۱آزمون whiff متضاد شدن بوی ماهی در اثر ریختن یک قطره KOH بر روی ترشحات واژن است. ^۲ تأثیر این دارو در موارد خفیف و متوسط، معادل آزول موضعی است. ^۳ عارضه‌دار به معنای علائم راجعه و شدید، ارگانسیم‌های غیرکاندیدا آلبیکانسی، زنان مبتلا به اختلالات ایمنی. ^۴ بازگشت بیماری به صورت ۴ مرتبه یا بیشتر در طی ۱ سال تعریف می‌شود.

جدول ۲- مشخصات واژینیت تریکومونایی

علائم	روش تشخیص	درمان استاندارد	درمان‌های مکمل
۱. ترشح واژن فراوان، زردرنگ، بدبو، تحریک‌کننده ولو و کف‌آلود ۲. ولو ادماتو و ملتهب ۳. نمای توت‌فرنگی در سرویکس	۱. تریکوموناهای متحرک و PMN فراوان در نمای میکروسکوپی ۲. $pH > 4.5$ پی‌اچ نکته: کشت نایسریا گنوره در زنان مبتلا به تریکومونیاژیس الزامی است	۱. مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرم به مدت ۷ روز دو بار در روز. - در صورت عدم پاسخ تکرار دوره درمانی - مصرف در بارداری: در عفونت‌های علامت‌دار مترونیدازول (گروه B) درمان شریک جنسی باید هم‌زمان صورت گیرد.	۱. اصلاح و تقویت سیستم دفاعی بدن: مثل کاندیدا ۲. درمان‌های موضعی: - کپسول اسید بوریک بصورت واژینال ۷ روز، روزی یک‌بار. - دوش واژینال بتادین دو بار در روز. - دوش واژینال زینک سولفات یک قاشق غذاخوری از محلول ۱٪ داخل ۲۵۰ میلی‌لیتر آب، روزی یک‌بار - دوش واژینال اسانس ۱٪ درخت چای یک بار در هفته

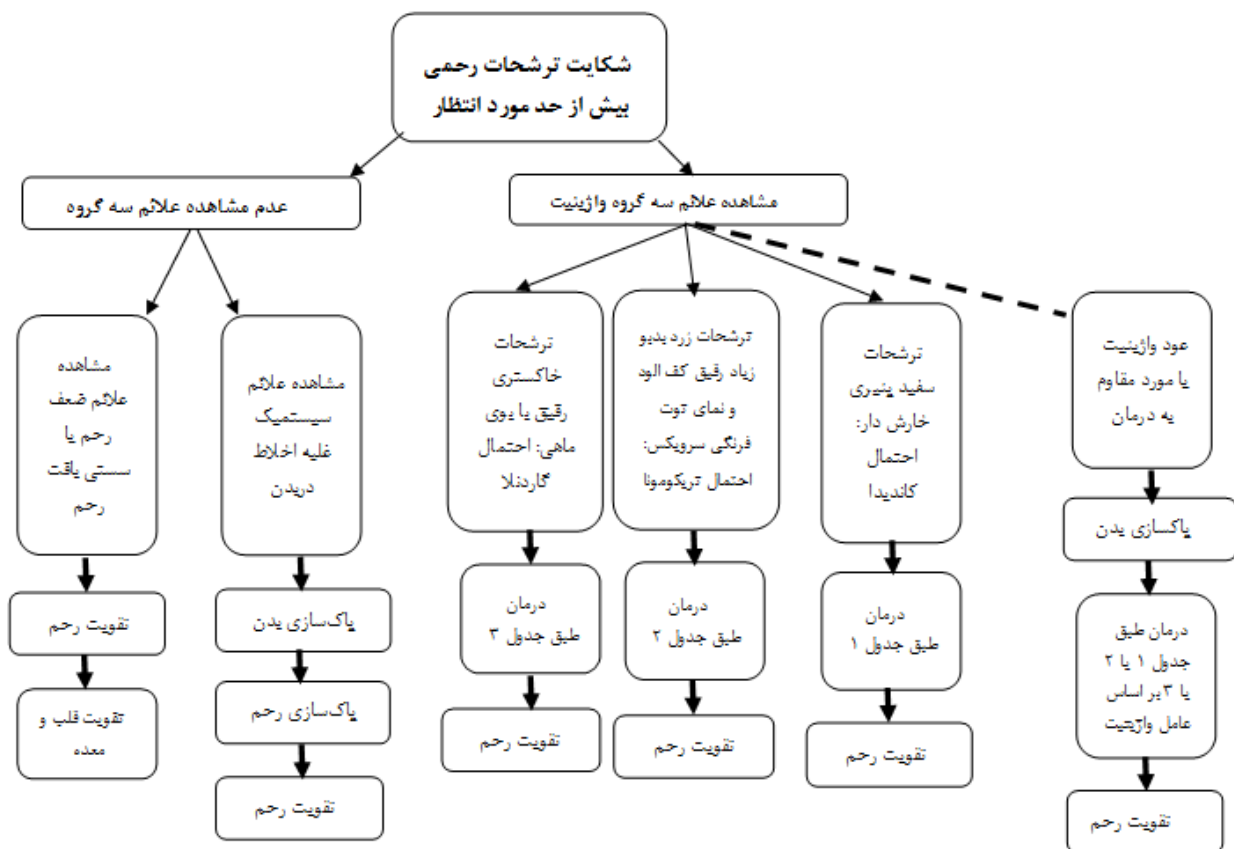
جدول ۳- مشخصات واژینوز باکتریال

علائم	روش تشخیص	درمان استاندارد	درمان‌های مکمل
۱. ترشح رقیق، یکنواخت و بدبو (بوی ماهی) ۲. رنگ ترشحات خاکستری ۳. ظاهر واژن طبیعی	وجود ۳ معیار از ۴ معیار Amsel: ۱. ترشحات واژینال رقیق و یکنواخت، سفید مایل به خاکستری تا سفید مایل به زرد ۲. پی اچ بالای ۴/۵ ۳. بوی آمینی (ماهی) ترشحات با ریختن یک قطره ۱۰٪ KOH (تست whiff مثبت) ۴. دیدن clue cell در آزمایش میکروسکوپی ترشحات واژن	۱. در زنان بدون علامت درمان ضرورتی ندارد. ۲. مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم، ۷ روز، دو بار در روز. ۳. ژل مترونیدازول ۰/۵٪، ۵ روز، روزی یک بار. ۴. کرم واژینال کلیندامایسین ۲٪، ۷ روز ۵. کلیندامایسین خوراکی ۳۰۰ میلی گرم، ۷ روز، دو بار در روز. - درمان در حاملگی: مترونیدازول (گروه B) در صورت عدم درمان احتمال خطر عفونت مایع آمنیوتیک و زایمان زودرس وجود دارد. - درمان شریک جنسی نیاز نیست.	—

♦ پروتکل درمان ترشحات غیر طبیعی واژن

گرفتن دیدگاه‌های پزشکی ایرانی و رایج نشان داده شده است.

پروتکل درمانی ادغام یافته ترشحات رحمی در نمودار ۱ رویکرد پیشنهادی نویسندگان مقاله حاضر، به بیمار مراجعه‌کننده با ترشحات رحمی با در نظر



نمودار ۱- رویکرد درمانی تلفیقی سیلان رحم

بر این اساس، درمان بیماران که با علائم بارز سه گروه عامل واژینیت مراجعه می‌کنند با دستورالعمل رایج انجام می‌شود؛ اما برای تکمیل درمان این گروه و نیز درمان گروه‌هایی که علائم بارز عفونت‌های سه گروه را ندارند، گزینه‌های مطرح در پزشکی ایرانی پیشنهاد می‌شود. در موارد لکوره‌های غیرعفونی، انجام مراحل پاکسازی بدن، پاکسازی رحم و سپس تقویت رحم توصیه می‌شود. در قسمت پاکسازی بدن در درمان پزشکی سنتی، بر اساس نوع خلط غالب از سه تا هفت روز برای خلط صفرا، ده تا چهارده روز خلط بلغم و دو تا چهار هفته برای غلبه خلط سودا درمان انجام می‌شود. هر یک از مراحل پاکسازی رحم و تقویت رحم نیز معمولاً به مدت یک هفته تجویز می‌شود. تکمیل مدت و فرآیند مرحله به مرحله درمان و نیز رعایت رژیم مناسب غذایی در کنار آن، در پزشکی سنتی مانند پزشکی رایج برای نتیجه کامل درمانی ضروری است (۹).

در قسمت درمان بیماران دچار عفونت‌های باکتریال، قارچی و تریکومونایی واژن در حال حاضر علاوه بر داروهای شیمیایی توصیه شده است. برای درمان هر گروه، داروهای گیاهی با اثر اثبات‌شده نیز در بازار دارویی کشور در دسترس است که شامل موارد شیاف فیتوواژکس برگرفته از عصاره سیاه‌دانه مؤثر در درمان واژینیت کاندیدیایی، کرم واژینال میکوزین برگرفته از عصاره آبی سیر و اسانس آویشن مؤثر در واژینیت مختلط و عفونت‌های قارچی، کرم واژینال کامپلین برگرفته از بابونه شیرازی مؤثر در واژینیت کاندیدیایی، کرم واژینال لکوركس برگرفته از اسانس آویشن شیرازی مؤثر در واژینیت کاندیدیایی است.

یکی از مسائل مهم در درمان واژینیت‌ها در پزشکی رایج، برگشت مکرر عفونت پس از درمان است که بر اساس مقالات مختلف شیوعی تا ۷۰٪ دارد (۶۳-۶۰). به نظر می‌رسد داروهای شیمیایی و گیاهی مذکور در درمان واژینیت‌ها در پاکسازی رحم از عوامل ایجاد عفونت نقش داشت، اما بر اساس مبانی پزشکی ایرانی، احتمالاً عدم پاکسازی بدن و اصلاح دستگاه گوارش و نیز عدم تقویت رحم به دنبال درمان باعث عود علائم عفونت می‌شود. بنابراین شاید مناسب باشد مرحله تقویت رحم بعد از درمان سه گروه عفونت توسط متخصصان زنان

مورد توجه قرار گیرد. تقویت رحم با مصرف غذاهای مقوی و نیز استفاده از آبن (وان یا حمام گیاهی) یا شستشوی لباس در محلول حاوی گیاهان قابض مثل مورد و گل سرخ انجام می‌شود.

همچنین در مورد بیماران که با بازگشت عفونت واژن و یا عفونت‌های واژن مقاوم به درمان مراجعه می‌کنند، توصیه می‌شود علاوه بر درمان‌های مذکور در جداول ۱، ۲ و ۳، پاکسازی کل بدن نیز بر اساس علائم غلبه اخلاط انجام شود، زیرا ممکن است غلبه اخلاط خصوصاً غلبه خلط بلغم زمینه‌ساز بروز برخی عفونت‌های واژن یا بازگشت و مقاومت آن به درمان شود.

بحث

در پزشکی رایج، تمرکز اقدامات درمانی در بیماران مراجعه‌کننده با شکایت لکوره بیشتر بر روی یافتن شواهد عفونت و درمان آن می‌باشد. درحالی‌که لکوره فیزیولوژیک یا لکوره حاصل از عدم تعادل هورمونی گاهی برای بیماران، بسیار آزاردهنده بوده و سبب مراجعات مکرر به پزشکان می‌شود. همچنین در مطالعه بهنام‌فر و همکار (۲۰۰۳) ۳۷٪ از کل مبتلایان به لکوره، لکوره فیزیولوژیک داشتند که در پزشکی رایج اقدام درمانی خاصی برای این گروه انجام نمی‌شود (۲). این گروه از مراجعه‌کنندگان با ترشحات غیرعفونی و بیماران دچار واژینیت مقاوم به درمان یا راجعه عموماً از درمان‌های رایج راضی نیستند. این مطلب اهمیت بررسی‌های علمی روی درمان سیلان رحمی و ارائه آن به جامعه علمی امروز را به خوبی نشان می‌دهد.

با بررسی تعریف سیلان رحم و علل و عوامل ایجاد آن بر اساس پزشکی ایرانی که مکتبی مبتنی بر پزشکی اخلاطی است، به نظر می‌رسد ترشحات واژینال^۱ یا لکوره در پزشکی رایج معادل با اصطلاح سیلان رحم در پزشکی ایرانی باشد. هرچند باید به این نکته اشاره کرد که گروهی از عوامل ایجاد سیلان (مانند سستی بافت رحم) علائمی نزدیک به علائم التهاب لگنی دارند (۶۴). با وجود اینکه در قدیم باکتری‌ها، قارچ‌ها و انگل‌ها به اندازه امروز شناخته شده نبودند، در مبحث داروهای

¹ vaginal discharge

ادغام یافته درمانی در درمان بیماری‌های زنان است و پیش از این، هیچ پروتکل منسجم و نظام‌مند بومی که به تأیید جمعی از متخصصین رسیده باشد در کشور وجود نداشت. از نقاط قوت مطالعه حاضر، استفاده از دو دیدگاه رایج و سنتی در کنار هم بود و از نقاط ضعف مطالعه، عدم انجام فاز اول طرح به صورت مرور سیستماتیک و فاز دوم طرح به صورت طرح نظام‌مند بر پایه روش دلفی بود. از آنجا که تا این زمان مطالعه‌ای در زمینه موضوع مورد بررسی در این پروتکل انجام نشده است، بدیهی است گام بعدی در این زمینه طراحی و پیاده سازی مطالعات مداخله‌ای بر روی روش درمانی ارائه شده و تعیین میزان اثربخشی آن بر متغیرهای مختلف درمان و عوارض جانبی باشد.

نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن فرضیات پزشکی ایرانی و تجربیات محدود درمانگاهی روی تعداد کمی از بیماران با ترشحات رحمی، به نظر می‌رسد انجام روند درمانی پیشنهادی، در افزایش میزان پاسخ‌دهی به درمان، کاهش مقاومت به درمان و کاهش موارد بازگشت بیماری مؤثر باشد. لذا اجرای مطالعات بالینی بیشتر برای اثبات این فرضیه و تأیید اثربخشی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از راهنمایی ارزنده استاد سودابه بیوس، استاد اسماعیل ناظم و استاد محمد عبادیانی تشکر و قدردانی می‌شود.

سنتی درمان سیلان رحم، بسیاری از داروهای وارد شده خاصیت ضد باکتریال، ضد انگلی و ضد قارچ دارند (۵۹)؛ و گویای آن است که حکما با وجود عدم اشاره به عوامل بیماری‌زا در تقسیم‌بندی‌های علت شناختی، از روی تجربه، گیاهان مؤثر بر عفونت‌های واژن را در داروهای مفرده یا ترکیبی توصیه‌شده معرفی نموده‌اند؛ با انجام مطالعه حاضر، توصیه می‌شود برای بررسی و درمان لکوره‌های غیر عفونی، علل و عوامل مطرح‌شده در پزشکی ایرانی مثل غلبه اخلاط و ضعف بافت رحم مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

در مطالعه حاضر برای نخستین‌بار، پروتکل درمان ترشحات رحمی در دو مرحله مروری و کیفی تدوین شد. تدوین پروتکل‌های درمانی در دنیا سابقه طولانی دارد و با تمایل عمومی جامعه جهانی به سمت طب مکمل، به تدریج آموزه‌های روش‌های سنتی و مکمل نیز در بسته‌های درمانی وارد می‌شوند. بیشتر مطالعات صورت گرفته در سال‌های اخیر در حوزه پزشکی ایرانی، بر پایه تشخیص و درمان‌های سنتی بیماری‌ها بوده است ولی این مطالعات پروتکل ادغام یافته با رویکرد طب رایج را ارائه نکرده‌اند. در حال حاضر خدمات درمانی در درمانگاه‌های پزشکی ایرانی، بر حسب ذوق و سلیقه و تجربه فردی درمانگر به روش‌های گوناگونی انجام می‌گیرد. به همین دلیل، تدوین پروتکل‌های ادغام یافته برای بیماری‌های گوناگون از اولویت‌های وزارت بهداشت است. در گام‌های بعدی ضروری است این پروتکل‌ها با اجرای طرح‌های علمی و آماری از نظر دانش امروز تأیید شود. مطالعه حاضر، اولین مطالعه در تدوین یک پروتکل

منابع

1. Ghotbi S, Beheshti M, Amirizade S. Causes of leukorrhea in Fasa, Southern Iran. Shiraz E Med J 2007; 8(2):58-63.
2. BeghnamFar F, Khorshidi A, Araghi K. Surveying patients with leukorrhea, bacterial causes and drug resistance. J Feyz 2003; 7(2):63-70. (Persian).
3. Willson R. Obstetrics and gynecology. 9th ed. New York: Mosby Year Book; 1991. P. 564-68.
4. Jonathan RK. Breke and Novak gynecological 2007. Trans: Qazi JB, Zonouzi A, Bahrami N. Tehran: Golban; 2009. (Persian).
5. Danforth DN. Danforth's obstetrics and gynecology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
6. Movahed Abtahi M, Babaeian M, Borhani M, Hajiheidari M, Sharifi Olounabadi AR, Mazaheri M, et al. Analysis of scientific reasoning in traditional Iranian medicine. J Islamic Iran Tradit Med 2012; 2(4):285-96. (Persian).

7. Gehani AA. Ibn al-Nafis. Sharhe ghanoon. Egypt: Islamic Golden Age; 1998.
8. Ahrashidi A. Behjatolroasa Fi Amraze Nesa. Research institute for islamic and complementary medicine. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. (Persian).
9. Chashti MA. Exir-e-Aazam. Research institute for islamic and complementary medicine. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. (Persian).
10. Avicenna. Al Qanon fi al Tibb. Beirut: Alaalami Library; 2005.
11. Horhani. Zakhire kharazmshashi. Tehran: Research institute for islamic and complementary medicine. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2004. (Persian).
12. Ahaharzani MA. Tebbe Akbari. Qom: Halaledin; 2004.
13. Kermani N. Sharh ol Asbab Va al Alamat. Qom: Ehyae Tebbe Tabiei Institue; 2009.
14. Aghili Khorasani MH. Moalehate Aghili. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
15. Jorjani E. Aghrazotebie va Almabahasolalaih. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2006.
16. Shaharzani MM. Moharabate Akbari. Tehran: Chohan; 2010.
17. Choopani R, Emitiazi M, Tansaz M, Khodadoost M. Semiology and pathophysiology of disease in Iranian traditional medicine. Tehran: Farazandish Sabz; 2009.
18. Trollope-Kumar K. Cultural and biomedical meanings of the complaint of leukorrhea in South Asian women. Trop Med Int Health 2001; 6(4):260-6.
19. Abbott MB. Nelson essentials of pediatrics. JAMA 2010; 304(15):1724.
20. Dorland WN. Dorland's medical dictionary. Philadelphia: Saunders Press; 1922.
21. Ryan KJ. Kistner's gynecology and women's health. Maryland: Mosby Incorporated; 1999. P. 455-65.
22. Sutton M, Sternberg M, Koumans EH, McQuillan G, Berman S, Markowitz L. The prevalence of Trichomonas vaginalis infection among reproductive-age women in the United States, 2001–2004. Clin Infect Dis 2007; 45(10):1319-26.
23. US Department of Health, Human Services. Health, United States, 2005: With chartbook on trends in the health of Americans. Los Angeles: Claitor's Law Books and Publishing Division; 2006.
24. Razi M. Alhavi Dar Al Kotob Al- ilmiyah. Beirut: Lebanon; 2000.
25. Aghili Khorasani MH. Qarabadin-e-Kabir. Tehran: University of Medical Sciences; 2005.
26. Aghili Khorasani MH. Makhzan ahadvieh. Tehran: University of Medical Sciences; 2005.
27. Hakim Momen. Tohfe almomenin. Tehran: The Parliament Library; 2009.
28. Afsharypour S. Iranian traditional pharmacy and pharmaceutical dosage forms. Tehran: Choogan; 2013. P. 360.
29. Fazel N, Hashemian M, Ramadani M, Akaberi A. Comparative effect alone honey and mix with clotrimazol on vaginitis candidacies. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 14(8):48-54. (Persian).
30. Tabatbaychhr M, Mortazavi H, Basirat S, Vatandoost Z. Effects of vaginal honey and wax compare to clotrimazole vaginal cream in the treatment of vaginal candidiasis in women referred to health clinics of Bojnoord. Proceedings of the National Conference on natural products and herbs, Tehran, Iran; 2011. P. 355.
31. Rabiee M, Akbari H, Naseri M, Bekhradi R, Nikzad M, Torkestani F. Comparison of clinical response to zataria multiflora vaginal cream and boric acid in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. Daneshvar Med 2012; 20(102):1-9. (Persian).
32. Fouladi Z, Afshari P, Gharibi T, Dabbagh MA. The comparison of Zataria multiflora boiss (Avishan Shirazi) and Clotrimazol vaginal cream in the treatment of candidiasis vaginitis. Iran South M J 2009; 12(3):214-24. (Persian).
33. Roozbehani F, Nvraalsadat K, Mojab F, Nasiri M. Effect of Myrtus communis capsule on vaginal candidiasis treatment. Pajoohandeh J 2013; 18(5):242-9.
34. Janani F, Akbari S, Delfan Mars, Toulabi T, Ebrahim F, Motamedi M. A Comparative study of effect of myrtus vaginal cream and clotrimazol vaginal cream in the treatment of vaginal candidiasis. Yafte 2011; 13(1):32-41. (Persian).
35. Avijgan M, Mirzadeh F, Nia EA. The comparative study of anti-fungal effect of pharmaceutical products containing hydroalcohol-ic extract of Echinophora platyloba DC and fluconazole in women with chronic recurrent vaginitis caused by candida albicans. J Res Med Sci 2012; 17(1):103-7.
36. El-Sherbini GT, El Gozamy BR, Abdel-Hady NM, Morsy TA. Efficacy of two plant extracts against vaginal trichomoniasis. J Egypt Soc Parasitol 2009; 39(1):47-58.
37. Golmakani N. Compare the effect of Zataria multiflora vaginal cream with metronidazole oral pill in the treatment of trichomonas Vaginitis. J Nurs Midwifery Mashhad 2009; 9(21):81-8. (Persian).
38. Delavar MA. The effect of thick salt-water sitz bath with diluted vinegar-water sitz bath in treatment of Trichomonas vaginitis. J Mazandaran Univ Med Sci 1996; 53(46):70. (Persian).

39. Moraes ME, Cunha GH, Bezerra MM, Fechine FV, Pontes AV, Andrade WS, et al. Efficacy of the *Mentha crispata* in the treatment of women with *Trichomonas vaginalis* infection. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(1):125-30.
40. Mittal A, Kapur S, Garg S, Upadhyay SN, Suri S, Das SK, et al. Clinical trial with praneem polyherbal cream in patients with abnormal vaginal discharge due to microbial infections. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995; 35(2):190-1.
41. Mohammadzadeh F, Dolatian M, Jorjani M, Alavi Majd H, Borumandnia N. Comparing the therapeutic effects of garlic tablet and oral metronidazole on bacterial vaginosis: a randomized controlled clinical trial. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(7):e19118.
42. Simbar M, Azarbad Z, Mojab F, Majd HA. A comparative study of the therapeutic effects of the *Zataria multiflora* vaginal cream and metronidazole vaginal gel on bacterial vaginosis. *Phytomedicine* 2008; 15(12):1025-31.
43. Sosto F, Benvenuti C. Controlled study on thymol + eugenol vaginal douche versus econazole in vaginal candidiasis and metronidazole in bacterial vaginosis. *Arzneimittel Forschung* 2011; 61(2):126-31.
44. Azimi H, Fallah-Tafti M, Karimi-Darimiyan M, Abdollahi M. A comprehensive review of vaginitis phytotherapy. *Pak J Biol Sci* 2011; 14(21):960-6.
45. Banaeian-Burojeni S, Taghipoor S. In vitro comparison of the effect of honey and clotrimazole against *Candida albicans* isolated from vagina. *Adv Herbal Med* 2015; 1(1):42-7.
46. Kazemian A, YousofiDarani H, Zebardast N, Sereshti M, Banaian S, Banaian S, et al. Effects of *Eucalyptus camaldulensis* extracts on *Trichomonas vaginalis* growth in vitro. *J Med Plants* 2012; 2(42):116-20. (Persian).
47. Abou FR, Mosadegh M, Vahidi H, Shafaati A, Nader N. Formulation, preparation and physico-chemical control of vaginal suppositories containing volatile oils of *Allium sativum* and *Zataria multiflora*. *Hakim* 2000; 3(3):231-43. (Persian).
48. Soffar SA, Metwali DM, Abdel-Aziz SS, el-Wakil HS, Saad GA. Evaluation of the effect of a plant alkaloid (berberine derived from *Berberis aristata*) on *Trichomonas vaginalis* in vitro. *J Egypt Soc Parasitol* 2001; 31(3):893-904.
49. Zyaei HH, Azadbakht M, Abdollahi F, Shabankhani B. Effects of methanol extract of *Artemisia*, *Thymus vulgaris* and on *Trichomonas vaginalis* in vitro. *J Gorgan Univ Med Sci* 2006; 8(1):34-8. (Persian).
50. Bonyadpour B, Akbarzadeh M, Pakshir K, Mohagheghzadeh AA. In vitro susceptibility of fluconazole, clotrimazole and toucrium polium smoke product on *Candida* isolates of vaginal candidiasis. *Armaghane Danesh* 2009; 14(2):87-96. (Persian).
51. Falahati M, Fateh R, Sharifynia S, Kanani A, Memar AR, Hashem Dabbaghiyan F. Anticandidal effects of shallot extracts against chronic candidiasis agents. *Razi J Med Sci* 2012; 19(100):22-8. (Persian).
52. El-Sherbini M, Ibrahim KM, El Sherbiny ET, Abdel-Hady NM, Morsy TA. Efficacy of *Punica granatum* extract on in-vitro and in-vivo control of *Trichomonas vaginalis*. *J Egypt Soc Parasitol* 2010; 40(1):229-44.
53. Zhang JD, Xu Z, Cao YB, Chen HS, Yan L, An MM, et al. Antifungal activities and action mechanisms of compounds from *Tribulus terrestris* L. *J Ethnopharmacol* 2006; 103(1):76-84.
54. *Lamium* G. Ethnobotany, pharmacology and phytochemistry of the genus *Lamium* (Lamiaceae). *Fabad J Pharm Sci* 2006; 31(1):43-52.
55. Mahdi NK, Gany ZH, Sharief M. Alternative drugs against *Trichomonas vaginalis*. *East Mediterr Health J* 2006; 12(5):679-84.
56. Sharanappa R, Vidyasagar GM. Anti-candida activity of medicinal plants. A review. *Int J Pharm Pharmaceut Sci* 2013; 5(Suppl 4):9-16.
57. Jirovetz L, Wlcek K, Buchbauer G, Gochev V, Girova T, Stoyanova A, et al. Antifungal activity of various Lamiaceae essential oils rich in thymol and carvacrol against clinical isolates of pathogenic *Candida* species. *Int J Essent Oil Ther* 2007; 1(4):153-7.
58. Ownagh A, Adibhesami M. Treatment of vaginal Candidiasis by ethanolic extract of propolis in rabbit. *Armaghane Danesh* 2012; 17(3):233-42. (Persian).
59. Van Kessel K, Assefi N, Marrazzo J, Eckert L. Common complementary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58(5):351-8.
60. Decena DC, Co JT, Manalastas RM Jr, Palaypayon EP, Padolina CS, Sison JM, et al. Metronidazole with Lactacyd vaginal gel in bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol Res* 2006; 32(2):243-51.
61. Rabiee M, Akbari H, Naseri M, Bekhradi R, Nikzad M, Torkestani F. Comparison of clinical response to *Zataria multiflora* vaginal cream and boric acid in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. *Daneshvar Med* 2013; 20(102):35-42. (Persian).

62. Roozafzay S, Hekmat K, Shojaei K, Afshari P, Bahadoram M. The effects of lactobacillus suppositories in the recovery and recur-rence of bacterial vaginosis: a double-blind randomized clinical trial. *Tehran Univ Med J TUMS Pub* 2014; 72(5):286-93. (Persian).
63. Nasiri R, Sarafraz M, Elmi S. Study of glucose tolerance test and some risk factors in recurrent vulvovaginal candidiasis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009; 12(2):31-8. (Persian).
64. Shirooye P, Afrakhteh M, Bioos S, Mokabberinejad R. Uterine pain from Iranian traditional medicine viewpoint in comparison to the conventional medicine (review article). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(3):9-25. (Persian).