

مقایسه تشخیص بالینی با تشخیص میکروسکوپی بیماری تریکومونیاژیس در مراجعه کنندگان به درمانگاه زنان شهر یاسوج

چکیده:

مقدمه و هدف: تریکومونیاژیس یک بیماری تک یاخته ای است که به وسیله انگل تریکوموناس واژینالیس ایجاد می شود و شایعترین علت بیماری های منتقل شده از راه جنسی غیر ویروسی و سومین علت شایع واژینیت است که سالانه حدود ۱۰ میلیون نفر از مراجعین به درمانگاه زنان را تشکیل می دهد. مسأله مهمی که در مورد این تک یاخته وجود دارد، تشخیص موارد علامت دار و درمان آنها و شریک جنسی شان برای جلوگیری از انتشار و مزمن شدن آن است. ساده ترین روش تشخیص آلودگی به این انگل مطالعه میکروسکوپی نمونه واژینال می باشد. با توجه به تشخیص موارد علامت دار تنها بر اساس مشاهدات بالینی، در این مطالعه تشخیص بالینی و تشخیص میکروسکوپی بیماری تریکومونیاژیس در زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان شهر یاسوج مقایسه شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی _ تحلیلی از بین زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان شهر یاسوج در سال ۱۳۸۳ که دارای علائم بالینی واژینیت بودند (۶۳ مورد) با استفاده از سواپ، نمونه واژینال گرفته شد و پس از قرار دادن در محلول قندی نمکی به آزمایشگاه منتقل گردید. سپس گسترش مرطوب تهیه شد و نتایج حاصل از تشخیص بالینی و تشخیص میکروسکوپی با مشخصات فردی شامل سن، روش جلوگیری، علائم بالینی، نوع و رنگ ترشحات به وسیله نرم افزار آماری SPSS و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: از ۶۳ بیماری که ترشحات واژن آنها بررسی شد ۱۲ مورد (۱۹/۰۴ درصد) در معاینه بالینی و ۲۷ مورد (۴۲/۹ درصد) با استفاده از مشاهده مستقیم میکروسکوپی از لحاظ عفونت تریکوموناس مثبت بودند. از ۲۷ مورد اخیر، ۱۰ مورد آن به وسیله مشاهده بالینی نیز تریکومونیاژیس بودند و ۱۷ مورد دیگر به عنوان سایر عفونت های واژن تشخیص داده شدند.

نتیجه گیری: بین تشخیص بالینی و تشخیص میکروسکوپی تریکومونیاژیس از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). بین علائم بالینی و تشخیص تریکومونیاژیس تفاوت معنی داری دیده نشد، بنابراین از علائم بالینی به تنهایی نمی توان در تشخیص واژینیت تریکوموناسی استفاده نمود و در صورت تکیه بر علائم بالینی در تشخیص تریکومونیاژیس بیش از ۶۰ درصد موارد مثبت تشخیص داده نمی شوند که در نتیجه مورد درمان غیر ضروری یا غیر کافی قرار می گیرند.

واژه های کلیدی: تریکومونیاژیس، تشخیص میکروسکوپی، تشخیص بالینی

عبدالعلی مشفع*

دکتر صدیقه حسینی**

* دانشجوی دکتری انگل شناسی پزشکی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی، گروه میکروب شناسی و انگل شناسی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی

تاریخ وصول: ۱۳۸۳/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۱/۱۵

مؤلف مسئول: عبدالعلی مشفع

پست الکترونیکی: amoshfea@yahoo.com

مقدمه

تریکوموناس واژینالیس^(۱) تک یاخته ای متحرک با چهار تاژک، یک هسته قدامی و یک پرده موج است که عامل بیماری تریکومونیاژیس می باشد [۱]. تریکومونیاژیس معمولاً از طریق جنسی انتقال یافته و سالانه حدود میلیونها نفر از زنان سنین باروری را درگیر می کند. ترشح واژینال که شایعترین شکایت در این بیماران می باشد غالباً فراوان بوده و همراه با سوزش، خارش و خراشیدگی مخاط است [۲]. در معاینه ولو و واژن، ترشح فراوان و کف آلود که غالباً به رنگ سفید مایل به زرد تا سبز است، دیده می شود. pH ترشحات واژن بیشتر از ۴/۵ است. در اکثر موارد تریکومونیاژیس علامت دار، با مخلوط کردن یک قطره از ترشح واژن با یک قطره نرمال سالین می توان تریکومونادهای متحرک را در زیر میکروسکوپ مشاهده کرد، این انگلها مختصری بزرگتر از گلبول های سفید هستند، به شکل بیضوی دیده می شوند و یک غشای موج مرکزی و یک تاژک انتهایی دارند [۳].

صحت تشخیص بالینی را می توان در صورت نرمال بودن ترشحات میکروسکوپی با کشت ترشحات واژن در محیط های اختصاصی مثل دیاموند^(۲) یا آبگوش^(۳) تأیید نمود. اسمیرهای پاپانیکولا گاهی اوقات وجود تریکومونادها را نشان می دهند، ولی در ۴۰-۳۰ درصد موارد نتایج مثبت کاذب به دست می آیند [۳].

مؤثرترین روش درمانی برای

تریکومونیاژیس، تجویز مترونیدازول خوراکی است که در اکثر موارد به طور مؤثر باعث از بین رفتن تریکوموناس می شود. در مواردی که آمار آن رو به افزایش می باشد مقاومت به مترونیدازول دیده می شود که در این موارد تجویز همزمان مترونیدازول خوراکی، واژینال، تزریق وریدی و استفاده از دوز بالاتر لازم است. اگر علایم بیماری بعد از درمان باقی بماند باید به بیمار توصیه شود که دوباره به پزشک مراجعه کند. شریک جنسی بیمار حتی اگر بدون علامت باشد باید درمان شود، زیرا بسیاری از زنان از شریک جنسی درمان نشده خود مجدداً آلوده می شوند. حتی غربالگری روتین برای تریکومونیاژیس و درمان آن قبل از انجام جراحی در ناحیه تناسلی و مراقبت های قبل از زایمان پیشنهاد شده است [۳].

با توجه به شواهد موجود و مشاهدات شخصی، در اکثر شهرها و مناطق ایران، تشخیص بیماری تریکومونیاژیس در زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی، تنها بر اساس مشاهدات و علایم بالینی صورت می گیرد، لذا با توجه به منابع معتبر در خصوص تشخیص آزمایشگاهی تریکومونیاژیس به عنوان ساده ترین روش تشخیص این بیماری، بر آن شدیم تا مطالعه حاضر را جهت مقایسه تشخیص

1- Trichomonas vaginalis

2- Diamond

3- Tichosel

آزمایشگاهی با تشخیص بالینی بیماری تریکومونیاژیس در زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان شهر یاسوج انجام دهیم.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی تمام زنانی که به درمانگاه زنان شهر یاسوج از تاریخ خرداد لغایت تیرماه ۱۳۸۳ مراجعه نموده بودند جامعه مورد مطالعه و تمام زنانی که علایم و شکایت از واژینیت داشتند به تعداد ۶۳ نفر نمونه مورد مطالعه را تشکیل دادند.

در درمانگاه زنان، از تمام زنانی که مشکل و علایم واژینیت داشتند سؤالاتی در مورد علایم، سن، نوع ترشحات و روش پیشگیری از بارداری می شد و بعد از قرار گرفتن در وضعیت لیتاتومی (وضعیت مناسب برای مشاهده دستگاه تناسلی) با استفاده از اسپکولوم دهانه رحم فیکس می شد، با توجه به نوع ترشحات، به وسیله متخصص تشخیص بالینی صورت می گرفت و همزمان به وسیله اپلیکاتور نوک پنبه ای از ناحیه فورنیکس خلفی واژن از ترشحات نمونه گرفته می شد. ترشحات با ۲ سی سی محلول قندی نمکی به لوله آزمایش انتقال داده شده و درب لوله ها مجدداً به وسیله پنبه پوشانده می شد و تشخیص بالینی و درمان صورت گرفته در پرسشنامه هر فرد ثبت می گردید.

نمونه ها حداکثر ظرف مدت ۳ ساعت به آزمایشگاه انگل شناسی دانشکده پزشکی یاسوج انتقال داده می شدند. در آزمایشگاه ابتدا به وسیله پنس اپلیکاتور نوک پنبه ای از لوله آزمایش خارج گردیده و روی لام گذاشته می شد تا لایه ای از ترشحات روی لام قرار بگیرد و بعد از گذاشتن لامل

بر روی آن برای مشاهده میکروسکوپی آماده می شدند.

لام های تهیه شده ابتدا با عدسی ۱۰ و بعد از آن با عدسی ۴۰ میکروسکوپ نوری به وسیله متخصص انگل شناسی و محقق بررسی می شدند. نمونه های مثبت از نظر تریکوموناس به وسیله حرکت واضح انگل (حرکت چرخشی به دور خود) و یا با توجه به خصوصیات مرفولوژیک انگل (غشای موج، تاژک، هسته، شکل و اندازه) تشخیص داده می شدند. در این مطالعه با توجه به منابع موجود، برای حفظ شکل انگل و جلوگیری از گرد شدن انگل در زیر میکروسکوپ از محلول قندی نمکی استفاده می شد. در محلول نرمال سالین پس از مدتی تروفوزوئیت ها گرد و بی حرکت شده و باعث عدم تشخیص می گردند.

نتایج حاصل از مشاهده میکروسکوپی نمونه هر فرد به فرم مربوط به آن انتقال داده می شد تا بعداً در نتایج مورد استفاده قرار گیرد.

اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS^(۱) و آزمون آماری مجذور کای^(۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه تعداد بیمارانی که بر اساس تشخیص بالینی دارای علایم واژینیت بودند ۶۳ نفر می باشد. بیشترین گروه سنی که در آنها تشخیص واژینیت داده شد، ۳۰-۲۱ سال (۵۷/۱ درصد) و بعد

1-Statistical Package for Social Science

2-Chi- square Test

۴۰- ۳۱ سال (۳۱/۷ درصد) بود.

در بین کسانی که در آنها تشخیص واژینیت داده شده، قرص خوراکی جلوگیری از بارداری (۳۴/۹ درصد) بیشترین روش جلوگیری بود که استفاده کرده بودند. در بین مواردی که از لحاظ تشخیص میکروسکوپی تریکوموناس مثبت بودند بیشترین روش جلوگیری از بارداری استفاده از قرص (۲۵/۹ درصد) بود. در افرادی که از لحاظ بالینی در آنها واژینوز باکتریال تشخیص داده شده بود قرص جلوگیری (۴۲/۳ درصد)، در بیماران با کاندیدا، قرص (۲۸ درصد) و در بیماران با تریکوموناس جلوگیری طبیعی (۵۰ درصد) بیشترین روش هایی بود که به کار رفته اند.

شایع ترین شکایتی که بیماران با واژینوز باکتریال داشتند سوزش و بعد از آن مقاربت دردناک بود. در بیماران مبتلا به کاندیدیازیس شایع ترین علائم بالینی خارش و بعد از آن سوزش بود. در مبتلایان به تریکومونیاژیس با تشخیص بالینی، شایع ترین علامت بیمار سوزش و خارش بود.

سوزش در تریکوموناس (۵۸/۳ درصد)، خارش شدید در کاندیدا (۷۲ درصد) و مقاربت دردناک (۵۳/۸ درصد) در واژینوز باکتریال شایع ترین علامت ها بودند. در بیمارانی که به وسیله تشخیص میکروسکوپی تریکوموناس مثبت بودند سوزش (۶۳ درصد)، خارش (۵۹/۳ درصد)، مقاربت دردناک (۲۲/۲ درصد) و تکرر ادرار (۱۸/۵ درصد) شایع ترین شکایات بوده است.

رنگ سفیدی که بیماران آن را عنوان کرده بودند در واژینوز باکتریال از سایر واژینیت ها بیشتر

بود و در بیماران تریکوموناس مثبت به وسیله تشخیص میکروسکوپی، رنگ سفید غالب بود. (۳۰/۸ درصد) از بیمارانی که به وسیله روش بالینی در آنها واژینوز باکتریال تشخیص داده شده بود از بوی بد ترشحات شاکی بودند و (۲۹/۶ درصد) از بیماران تریکوموناس مثبت به وسیله تشخیص میکروسکوپی از بوی بد ترشحات شاکی بودند.

بیماران با تشخیص بالینی کاندیدا حجم فراوان ترشحات را عنوان کرده بودند (۷۰ درصد) و در واژینوز باکتریال حجم ترشحات متوسط و نیز کم بوده است. (۵۰ درصد) از بیماران با تشخیص میکروسکوپی مثبت از لحاظ تریکوموناس حجم ترشحاتشان زیاد بوده است.

۸۳/۳ درصد از بیمارانی که به وسیله مشاهده بالینی در آنها تشخیص تریکوموناس داده شده بود به وسیله مشاهده میکروسکوپی هم تریکوموناس مثبت بودند (۱۶/۷ درصد) از بیمارانی که به وسیله مشاهده بالینی تریکوموناس بودند، مشاهده میکروسکوپی آنها منفی بود. (۶۶/۸ درصد) از موارد تشخیص بالینی غیر تریکوموناسی در بررسی میکروسکوپی تریکوموناس تشخیص داده شدند، از این تعداد ۳۶ درصد تشخیص کاندیدیازیس و ۳۰/۸ درصد تشخیص واژینوز باکتریال داده شد (جدول ۱).
بین تشخیص بالینی انواع واژینیت و تشخیص میکروسکوپی تریکومونیاژیس ارتباط معنی دار است ($p < 0.05$).

جدول ۱: مقایسه تشخیص میکروسکوپی تریکوموناس با تشخیص بالینی

تشخیص میکروسکوپی تریکوموناس		مثبت		منفی		جمع کل	
تشخیص بالینی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
واژینوز باکتریال	۸	۳۰/۸	۱۸	۶۹/۲	۲۶	۱۰۰	۲۶
کاندیدا	۹	۳۶	۱۶	۶۴	۲۵	۱۰۰	۲۵
تریکوموناس	۱۰	۸۳/۳	۲	۱۶/۷	۱۲	۱۰۰	۱۲
جمع	۲۷	۴۲/۹	۳۶	۵۷/۱	۶۳	۱۰۰	۶۳
$p = ۰/۰۰۷$		$df = ۲$		$X^2 = ۱۰/۰۵۹$			

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه حدود ۸۸/۸ درصد بیماران بین ۲۱ - ۴۰ سال سن داشتند که با شایعترین سن درگیری عفونت های واژینیت هماهنگی کامل دارد. بیشترین افرادی که به وسیله تشخیص میکروسکوپی از لحاظ تریکوموناس مثبت بودند در گروه سنی ۳۰ - ۲۱ سال (۵۱/۸ درصد) قرار داشتند. در مطالعه ای که به وسیله شهبازی (۱۳۸۰) در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی تبریز در سال ۷۸ - ۱۳۷۷ انجام شد، گروه سنی ۴۰ - ۳۱ سال بیش از سایر گروه های سنی به انگل آلوده بودند [۴] و در مطالعه شریفی (۱۳۷۳) در پلی کلینیک ولی عصر و مرکز بهداشتی - درمانی شماره ۳ شهر سیرجان در سال ۱۳۷۱ میانگین سنی افراد ۳۰ سال بود [۵]. به هر حال اختلاف در گروه های سنی مذکور مربوط به فرهنگ اجتماعی، سن ازدواج و زاد آوری در جوامع مختلف می باشد، گر چه تمام سنین فوق در محدوده سنی شایع تریکومونیا در کتب مرجع قرار دارد (۴۵-۲۵ سال) [۶].

در بین مراجعین بیشترین روش جلوگیری

از بارداری قرص بود و ۲۵/۹ درصد از افرادی که به وسیله تشخیص میکروسکوپی از لحاظ تریکوموناس مثبت بودند از قرص استفاده می نمودند که شایعترین روش جلوگیری در این افراد بوده است، طبق نتایج آماری بین مصرف قرص و عفونت مثبت تفاوت معنی داری مشاهده نشد. این نتیجه با نتایج حاصل در مطالعه شریفی (۱۳۷۳) مطابقت دارد که بین روش جلوگیری و میزان آلودگی ارتباط معنی داری نیافتند [۵] و به طور اختصاصی در مطالعه راستی (۸۱ - ۱۳۸۰) بین مصرف قرص جلوگیری از بارداری و گروه علامت دار و بدون علامت تفاوتی نبود [۷]. در بعضی منابع قرصهای خوراکی ضد بارداری با کاهش عفونت تریکومونیا همراه بودند [۸] و [۹].

در افرادی که به وسیله تشخیص بالینی تریکومونیا در آنها تشخیص داده شده بیشتر به صورت طبیعی جلوگیری کرده بودند. با انجام آنالیزهای آماری بین روشهای جلوگیری و آلودگی به تریکوموناس هیچ رابطه معنی داری مشاهده نشد، بدین صورت که نمی توان گفت استفاده از کدام روش ضد بارداری زمینه را برای ابتلا به تریکوموناس مهیا

معنی داری وجود نداشت [۴] و در مطالعه دمیرچلی (۷۶-۱۳۷۵) شکایت از خارش در (۵۵/۶ درصد) از زنان مراجعه کننده گزارش شده است [۱۰] و در منابع شایعترین علایم کلاسیک بیماران را ترشحات کفی، خارش، سوزش، مقاربت دردناک عنوان کرده اند [۸] و گاهی اوقات خارش شایعترین شکایت موضعی در این بیماری است [۳].

در مطالعات خارجی مشابه بین علایم بالینی ارتباط معنی داری وجود نداشت در تحقیق لاندرز و همکاران^(۱) (۲۰۰۴) شایع ترین علامت هایی که بیماران داشته اند: ترشحات واژینال، تغییر در ترشحات واژینال، ترشحات بدبو و خارش بوده است [۱۱].

در تمام انواع واژینیت با تشخیص بالینی شایع ترین رنگی که در مورد ترشحات بیماران عنوان کرده اند ترشحات سفید رنگ بوده است و هیچ یک از بیماران از ترشحات سبز رنگ شاکی نبودند، ولی در افرادی که ترشحات زرد رنگ داشتند شایع ترین تشخیص تریکومونیاژیس بوده است.

در ضمن در موارد با تشخیص میکروسکوپی، رنگ سفید غالب بوده است و با توجه به نتایج حاصل و تجزیه و تحلیل آماری در رابطه با رنگ ترشحات از این فاکتور نمی توان به عنوان یک ملاک تشخیصی مناسب استفاده نمود. رنگ ذکر شده به وسیله بیماران به هیچ وجه قابل اعتماد نیست و شاید بیشتر بیماران فقط رنگ سفید یا زرد را مورد

1-Landers etal

می سازد، ولی آنچه مسلم است استفاده از کاندوم می تواند باعث جلوگیری از استمرار آلودگی در زوجین شود.

در افرادی که از لحاظ بالینی مبتلا به تریکومونیاژیس بودند به ترتیب سوزش (۵۸/۳ درصد)، خارش (۵۸/۳ درصد)، مقاربت دردناک (۱۶/۷ درصد) و تکرر ادرار (۱۶/۷ درصد) و در افرادی که به وسیله تشخیص میکروسکوپی تریکومونیاژیس بودند، سوزش (۶۳ درصد)، خارش (۵۹/۳ درصد)، مقاربت دردناک (۲۲/۲ درصد) و تکرر ادرار (۱۸/۵ درصد) شایع ترین علامت های افراد بوده است. در بین افراد با تشخیص بالینی کاندیدا شایعترین شکایت خارش (۷۲ درصد) و در افراد با واژینوز باکتریال سوزش (۵۷/۷ درصد) و مقاربت دردناک (۵۳/۸ درصد) بوده است. بین بیشتر علایم و عفونت تریکوموناس ارتباط معنی داری مشاهده نشد، ولی بین مقاربت دردناک و تشخیص بالینی واژینوز باکتریال ارتباط معنی دار بود. علایم بالینی دیده شده در این مطالعه با علایم ذکر شده در مراجع و مطالعات مشابه همخوانی دارد. اما با توجه به معنی دار نبودن وجود این علایم در تشخیص بالینی و میکروسکوپی تریکومونیاژیس نمی توان علامت خاصی را به عنوان ملاک تشخیص تریکومونیاژیس عنوان کرد. در دو گروه واژینوز باکتریال و تریکومونیاژیس (بالینی و میکروسکوپی) شایعترین علامت مشترک سوزش بوده است که در تشخیص می تواند گمراه کننده باشد. در مقایسه با سایر مطالعات در مطالعه شهبازی (۷۸-۱۳۷۷) در تبریز بین نشانه های تریکومونیاژیس ارتباط

تفکیک بین بوها برای بیماران زیاد قابل توجه نیست. بنابراین بوی بد ترشحات به عنوان یک علامت بالینی در تشخیص واژینیت کمک می کند اما در تشخیص نوع واژینیت کمک کننده نمی باشد.

۶۶/۷ درصد از مراجعین با تشخیص بالینی

و ۵۰ درصد از مراجعین با تشخیص میکروسکوپی تریکومونیاژیس حجم فراوان ترشحات را عنوان کرده اند که با مطالعات مشابه خارجی و کتاب های منبع [۳ و ۹] مطابقت دارد.

البته در بین انواع واژینیت بیماران با کاندیدا

بیشترین گروهی بوده اند که حجم فراوان ترشحات را بیان کرده اند، بنابراین از مقدار ترشحات واژن نیز نمی توان در تشخیص انواع واژینیت استفاده نمود.

در جمع بندی علایم بالینی، نوع و بوی ترشحات بیماران چنین نتیجه گیری می شود که از هیچکدام از علایم بالینی نمی توان در تشخیص دقیق تریکومونیاژیس استفاده نمود و مقایسه دردناک می تواند تا حدودی در تشخیص واژینوز باکتریال کمک کننده باشد.

در مقایسه تشخیص بالینی و میکروسکوپی

تریکومونیاژیس، از تعداد ۱۲ نفری که در آنها تشخیص تریکوموناس داده شده، ۱۰ نفر (۸۳/۳ درصد) به وسیله مشاهده میکروسکوپی هم مثبت بوده اند و ۲ نفر در آنها تشخیص میکروسکوپی منفی بوده است (۱۶/۷ درصد).

توجه قرار می دهند و به سایر رنگ ها (سبز و ...) توجه نمی کنند. بنابراین از رنگ ترشحات و وجود آن به عنوان یک علامت بالینی جهت تشخیص واژینیت می توان کمک گرفت، ولی برای تشخیص نوع واژینیت نباید به آن تکیه نمود.

در منابع ترشحات زرد، کف دار، سبز رنگ و چرکی موکوسی به عنوان ترشحات تیبیک ذکر شده است [۳، ۸، ۶ و ۹]. ولی در مطالعه ما رنگ سفید در هر دو تشخیص مطرح شده بود. در مطالعه ای که به وسیله دمیرچلی (۷۶ - ۱۳۷۵) انجام شده بود عفونت با تریکوموناس با وجود ترشح زرد رنگ ارتباط داشت.

بین رنگ ترشحات و تشخیص ها به صورت تک تک، ارتباط معنی داری نبود، ولی زمانی که به وسیله آنالیز آماری آنوا^(۱) سن، علایم، رنگ، بوی ترشحات و مقدار ترشحات و روش جلوگیری از بارداری در کنار هم مورد بررسی قرار گرفت بین تشخیص میکروسکوپی و رنگ ترشحات ارتباط معنی داری وجود داشت.

۲۸/۶ درصد از کل بیماران با تشخیص

بالینی واژینیت از بوی بد ترشحات شاکی بودند که بیشترین آن افراد با واژینوز باکتریال بوده اند، ۲۹/۶ درصد از موارد با تشخیص میکروسکوپی تریکومونیاژیس بوی بد ترشحات را عنوان کرده اند و بین بو و انواع تشخیصهای واژینیت ارتباط معنی داری وجود نداشت. در اینجا نیز مانند موضوع رنگ ترشحات، نمی توان به گفته بیماران اعتماد نمود، چرا که حس بوهای متفاوت از طرف بیمار در ناحیه واژینال به درستی صورت نمی گیرد و

برای از بین بردن عفونت لازم می باشد، ولی در واژینوز باکتریال لازم نمی باشد [۹].

در مطالعاتی که در ایران انجام شده [۱۰، ۱۲، ۷] و مقالات خارجی [۱۱ و ۱۳] و منابع معتبر، تشخیص تریکومونیاژیس مبنی بر علایم بالینی به تنهایی رد شده است و تأکید بر استفاده از روش های آزمایشگاهی (ساده ترین و در دسترس ترین مشاهده میکروسکوپی) شده است و با توجه به اینکه مواردی که عفونت مزمن دارند و یا بدون علامت هستند در طی ۶ ماه آینده علامت دار خواهند شد [۱۴]، شناسایی افراد مشکوک با روشهایی که از حساسیت بالاتری نسبت به مشاهده بالینی برخوردارند لازم است. در ضمن عدم درمان افراد آلوده باعث مراجعه و عود بیماری می شود که هزینه های مالی و اتلاف وقت بالایی دارد.

در مطالعات متفاوت حساسیت روش گسترش مرطوب (مشاهده میکروسکوپی) را از ۵۵ تا ۷۰ درصد عنوان کرده اند و اگر چه در بین سایر روشهای تشخیصی (کشت، آزمایشهای مبتنی بر آنتی بادی و واکنش زنجیره پلی مرز^(۱)) از حساسیت کمتری برخوردار است، ولی به عنوان یک روش ساده غربالگری و در دسترس می تواند قابل استفاده سریع باشد.

با انجام مطالعه حاضر و تجزیه و تحلیل آماری مشخص گردید تشخیص بیماری تریکومونیاژیس در کلینیک زنان تنها بر اساس

1-Polymerase Chain Reaction (PCR)

مقدار نمونه های مثبت با استفاده از تشخیص میکروسکوپی ۲۷ مورد (۴۲/۹ درصد) بوده است که ۱۰ مورد آن هم به وسیله تشخیص بالینی مثبت بوده است، ولی ۱۷ مورد از موارد مثبت در تشخیص میکروسکوپی در تشخیص بالینی انواع دیگر واژینیت تشخیص داده شده اند که ۸ مورد آن (۳۰/۸ درصد) واژینوز باکتریال و ۹ مورد (۳۶ درصد) کاندیدا بوده است و طبق آنالیز آماری بین مشاهده میکروسکوپی و بالینی تفاوت معنی داری وجود داشت.

البته در مواردی عفونت تریکوموناس می تواند با سایر واژینیت ها همراه باشد [۳]، ولی مسأله مهم در این مواقع دادن داروی مناسب برای درمان عفونت تریکومونیاژیس همراه سایر داروهای مؤثر در درمان واژینیت است. در ۸ موردی که عفونت کاندیدا تشخیص داده شده بود و مشاهده میکروسکوپی تریکوموناس را نشان داد، همگی به عنوان عفونت قارچی درمان شده بودند و مراجعین مترونیدازول دریافت نکرده بودند که در این مورد نوع ترشحاتی که بیماران از آن شاکی بوده اند در هر سه نوع واژینیت سفید بوده و در تشخیص گمراه کننده بوده است.

از ۲۷ بیماری که در آنها تشخیص تریکوموناس به وسیله میکروسکوپ مثبت بود ۱۳ نفر تحت درمان با داروی مترونیدازول قرار گرفته بودند که ۱۲ نفر افرادی بودند که تشخیص بالینی تریکومونیاژیس داشتند و یک مورد واژینوز باکتریال بوده است و ذکر این نکته دارای اهمیت است که در موارد عفونت تریکومونیاژیس درمان شریک جنسی

صرف وقت، مشکلات آمد و رفت، صرف هزینه و گرفتاریهای دیگری از این قبیل می شود.

در تشخیص نادرست اول، بیمار داروهایی مصرف نموده که ممکن است برای او لازم نبوده و بنابراین عوارض دارویی حاصل شده، مخارج هزینه دارو و... را در پی داشته است و حال اگر در مراجعه دوم نیز تشخیص نادرست باشد این مشکلات ادامه خواهد داشت.

در تشخیص انواع واژینیت دیده شد که حدود ۱۱ درصد موارد تشخیصی به عنوان تریکومونیاژیس عامل دیگری داشته اند و این افراد به عنوان واژینیت تریکوموناسی درمان گردیده اند.

در این مطالعه فقط از روش تهیه گسترش مرطوب به عنوان یک روش تشخیص آزمایشگاهی استفاده شده است که بر اساس کتب مرجع و مقالات معتبر ارزش و حساسیت این روش از اکثر روشهای دیگر کمتر است. پس اگر در این مطالعه از روشهای حساس همچون کشت و واکنش زنجیره پلی مران استفاده می گردید یقیناً موارد بیشتری از بیماری و تفاوت بین دو تشخیص دیده می شد. در اکثر مطالعات مشاهده می شود که در سایر کشورها بین روشهای مختلف تشخیص آزمایشگاهی مطالعاتی صورت گرفته است، حال آنکه در کشور ما حتی روش مستقیم نمونه واژینال مورد آزمایش قرار نمی گیرد. در مطالعات مذکور روشهای جدیدی همچون واکنش زنجیره پلی مران و پروب های DNA و روشهای سرولوژیک مورد بحث قرار گرفته اند و ذکر شده که در یک معاینه تشخیص صحیح و درمان لازم قابل انجام است. اما ذکر این موضوع و انجام روشهای تشخیصی مولکولی و سرولوژیک حتی به صورت تحقیقات در

مشاهدات بالینی صورت می گیرد که این روش تشخیص در هیچ کتاب مرجعی به عنوان تنها روش تشخیصی ذکر نشده است. همچنین مشاهده گردید در تشخیص بالینی با تشخیص میکروسکوپی نمونه بیماران تفاوت معنی دار است، به این معنی که حدود ۶۲ درصد از بیماران مبتلا به تریکومونیاژیس در معاینه بالینی تشخیص داده نشده و این بیماران با تشخیص های دیگر راهی منزل شده اند، درمانهای غیر ضروری و یا غیر کافی دریافت نموده اند. در تعدادی از بیماران ممکن است عاملین دیگری به جز تریکوموناس در ایجاد واژینیت نقش داشته که بر اساس آن درمان شده اند، لذا این درمان کافی نیست و عامل تریکوموناس همچنان به قوت خود باقی است، بیماری در این افراد پایدار مانده و احتمال ابتلا به بدخیمی وجود دارد. همچنین آلودگی شوهر و ایجاد بیماری در او، پابرجا می ماند و در صورت تعدد زوجین، انگل به افراد دیگر منتقل می شود و انتظار فرزند دار شدن را طولانی کرده و علایم واژینیت پایدار می ماند و تا تشخیص صحیح و درمان زوجین تعداد بیماران در جامعه افزایش می یابد.

زنی که بیماری او درست تشخیص داده نشده، مجبور است پس از طی دوره درمان، مجدداً به درمانگاه مراجعه کند و این باعث می شود تعداد دفعات مراجعه به درمانگاه زیاد شود و ازدحام موجود در درمانگاهها شاید به دلیل تشخیص نادرست در معاینه قبلی بیماران است، بنابراین با انجام یک آزمایش ساده، سریع و ارزان می توان تشخیص قطعی صورت داد و از مراجعه بیماران در دفعات بعد جلوگیری نمود. مراجعه متعدد بیمار به درمانگاه باعث

مناطق از کشور ما غیر ممکن ، دور از انتظار و غیرضروری جلوه می کند.

متأسفانه بر اساس شواهد موجود در اکثر مناطق کشور برای تشخیص آلودگی به انگل پاتوژن تریکوموناس واژینالیس از هیچ روش آزمایشگاهی استفاده نمی شود. بنابراین مشکلات فوق در جامعه ما همچنان پابرجاست و سلامت مادران که در اولویت مسائل بهداشتی درمانی قرار دارند با یک بیماری مزمن دست به گریبان است و عوارض این بیماریهای ساده در زندگی روزمره و در روابط زناشویی آنها نیز تأثیر گذار می باشد و چه بسا پیامدهای ناهنجاری در پی داشته باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می گردد:

۱- دقت در تشخیص صحیح عامل واژینیت احساس می شود، لذا پیشنهاد می گردد نمونه ترشحات واژینال زنان مراجعه کننده به متخصص زنان که دارای علایم بالینی واژینیت هستند به آزمایشگاههای تشخیص طبی ارسال و در اسرع وقت با تهیه گسترش مرطوب مورد مطالعه میکروسکوپی قرار گیرند و یا ممکن است در آزمایشگاهها نمونه گیری صورت گیرد که نسبت به روش اول بهتر است.

۲- پیشنهاد می گردد جهت تشخیص عامل واژینیت در هنگام معاینه بالینی بیمار در مطب متخصص زنان با همکاری یک تکنسین آزمایشگاه و استقرار یک دستگاه میکروسکوپ نوری، از نمونه واژینال بیمار گسترش مرطوب تهیه و در زمانی کوتاه تشخیص میکروسکوپی به پزشک اعلام شود. به این ترتیب تشخیص صحیح با استفاده از علایم بالینی و معاینه میکروسکوپی در یک معاینه بیمار صورت می گیرد. در صورت انجام این پیشنهاد چند هدف قابل دسترس است:

الف- جلوگیری از اتلاف وقت بیماران و پرداخت

هزینه های مکرر ویزیت.

ب- تشخیص صحیح با درصد نسبتاً قابل قبول که از درمانهای نابجا و عوارض دارویی جلوگیری می کند.

ج- افزایش شانس دیدن میکروارگانیسم ها به دلیل سرعت در انجام آزمایش (در ارسال نمونه به آزمایشگاه و گذشت چند ساعت میکروارگانیسم ها از بین رفته و شانس دیدن نمونه کاهش می یابد).

د- رضایت قلبی پزشک از تشخیص صحیح، درمان لازم و بازگشت سلامتی به یک بیمار.

ه- اشتغال زایی جهت تکنسین های آزمایشگاه.

۳- پیشنهاد می گردد، جهت تعیین بهترین روش تشخیص آزمایشگاهی تریکومونیاژیس مطالعه ای دیگر جهت مقایسه روشهای قابل انجام در کشورمان مانند مطالعه میکروسکوپی و کشت صورت گیرد، در این صورت بهترین و حساس ترین روش قابل انجام در کشور به عنوان روشی ضروری برای تشخیص اعلام و مورد استفاده قرار گیرد.

۴- پیشنهاد می گردد سمینارهای بازآموزی بیماریهای عفونی و انگلی با تکیه بر تشخیص های آزمایشگاهی و بالینی و مقایسه آنها برگزار گردد. در این سمینارها لازم است تازه های علمی در رابطه با روشهای جدید تشخیص و اهمیت تشخیص صحیح بیماریها بازگو شوند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسئول محترم امور پژوهشی دانشکده پزشکی و همکارانشان، متخصصین محترم کلینیک زنان شهر یاسوج، کارشناس محترم آزمایشگاه انگل شناسی دانشکده پزشکی یاسوج و بیمارانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند تقدیر و تشکر می گردد.

Comparison of Clinical and Microscopic Diagnosis of Trichomoniasis Referred to the Yasouj Women Clinic

Moshfe AA*,
Hosseini S**

*PhD Student in Medical Parasitology,
Yasouj University of Medical Sciences
**General Practitioner, Yasouj
University of Medical Sciences

KEYWORDS:
Trichomoniasis,
Microscopic diagnosis,
Clinical diagnosis

Received: 20/10/1383
Accepted: 15/1/1383

Corresponding Author: Moshfe AA
E-mail: amoshfea@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction & Objective: Trichomoniasis is a disease which caused by *Trichomonas vaginalis* and is the most common reason for non viral sexually transmitted disease and is the third cause of vaginitis which brings millions of people to women clinics. The main problem with this protozoa is the diagnosis of symptomatic cases and treatment of patients and also their sexual partner to avoid chronic infection and dissemination of parasite. The common way for diagnosis of Trichomoniasis is microscopical study of vaginal sample. Considering the diagnosis symptomatic cases just based on clinical observations, this study aimed to compare the clinical and microscopical diagnosis of trichomoniasis in women who referred to the Yasouj women clinics.

Materials & Methods: In this study a vaginal sample was taken from women who had clinical symptoms of vaginitis and referred to Yasouj clinic (63 cases) by the use of swab. Samples in were transferred to the laboratory in dextrose saline solution. Results of microscopic diagnosis was compared with clinical diagnosis considering personal characteristics such as age, using contraceptive, clinical symptoms and type and color of discharge.

Results: Out of 63 patients which their vaginal discharge was studied, 12 cases (19.04%) in clinical examination and 27 cases (42.9%) by the use of direct microscopic observation were positive with Trichomoniasis. Of the 27 positive cases, 10 cases were considered to have trichomoniasis by clinical observation and others (17 cases) had been diagnosed as other vaginitis.

Conclusion: There was a significant difference between clinical diagnosis and microscopical diagnosis of trichomoniasis. No significant difference was found between clinical symptoms and diagnosis of trichomoniasis. So we can not use just clinical symptoms for diagnosis of trichomoniasis. By considering just the clinical symptoms we can not diagnose positive cases of trichomoniasis in more than 60% of cases and as a result they undergo unnecessary treatment.

REFERENCES:

- [۱] صائبی - الف. بیماریهای انگلی در ایران. تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، ۱۳۶۹: ۱۲۲-۱۰۹.
- [2] Markell J. Medical parasitology .Philadelphia:W.B.Saunders co;1999; 65- 70.
- [3] Ryan K. Kistner's Gynecology and Women's Health. St Louis: Mosby;1999;478- 480.
- [۴] شهبازی - ع ، فلاح- الف ، صفائیان - ر. میزان آلودگی به انگل تریکوموناس واژینالیس در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی تبریز و باسمنج. مجله پژوهش در پزشکی دانشکده پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۰؛ دوره ۲۵ شماره ۴: ۲۳۴-۲۳۱.
- [۵] شریفی - الف ، خاتمی - م ، تهمورثی - ع. شیوع تریکوموناس واژینالیس در خانمهای مراجعه کننده به پلی کلینیک ولی عصر و مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۳ شهر سیرجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۷۳؛ دوره ۱ شماره ۱۳: ۱۳۲-۱۲۵.
- [6] Braunwald E, Fauci AS, et al. Harrison's Principal and Internal Medicine. New York: McGraw-Hill; 2001; 840-843.
- [۷] راستی - س، تقریری - الف ، بهرشی - م . بررسی تریکومونیاژیس در زنان مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شبیه خانی کاشان در سال ۱۳۸۰-۸۱. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان (فیض) ۱۳۸۲؛ دوره ۷ شماره ۲۶: ۲۵-۲۱.
- [8] Pertin D . Clinical and microbiological aspects of Trichomonas vaginalis. Clinical Microbiology Review 1998; 11: 300- 317.
- [9] Jonathan D. Nobak's gynecology. Philadelphia: Lippincott; 2002; 454-459.
- [۱۰] دمیرچلی - م ، جهانی - م ، متولیان - ع. بررسی آلودگی به تریکومونازیس در زنان باردار و غیر باردار مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی، درمانی شهرستان قزوین. مجله پزشکی کوثر ۱۳۷۸؛ دوره ۴ شماره ۴: ۲۵۱-۲۴۷.
- [11] Landers DV. Predicting value of the clinical diagnosis of lower genital tract infection in women. Am J Obst Gynecol 2004; 190 : 1004- 10.
- [۱۲] غفاری - س، فرید معیر- ح ، شادزی - ش. تعیین حساسیت و ویژگی آزمایش گسترش مرطوب در برابر کشت به عنوان استاندارد تشخیص تریکومونیاژیس. مجله طب و تزکیه ۱۳۷۸؛ دوره پاییز شماره ۳۴: ۲۳-۱۸.
- [13] Radonjic I. Correlation between clinical symptoms and diagnosis of Trichomoniasis in women. Med pregl 2003; 56 : 227- 231.
- [14] World Health organization. An overview and selected curable sexually transmitted disease. 1995 ; 2-27.

