الأمراض النسائية

البحث 21 : الألم الحوضي Pelvic Pain

الحاد Acute ، الدوري (عسر الطمث) Cyclic (Dysmenorrhea)، والمزمن Chronic

أ.د.هشام الحمامي
أستاذ الأمراض النسائية وطب التوليد
الجامعة السورية الخاصة - كلية الطب البشري

DR.HISHAM AL HAMMAMI

النقاط السريرية في هذا الفصل CLINICAL KEYS FOR THIS CHAPTER

1. يمكن أن يحدث الألم الحوضي الحاد ذو البدء المفاجئ بسبب حالات مرصية نسائية أو غير نسائية. تعد حوادث الملحقات مثل تمزق أو انفتال كيسات المبيض ، والتهابات الحوض ، وتمزق الحمل البوقي خارج الرحم ، وإجهاض الحمل داخل الرحم أكثر الأسباب النسائية الشائعة. أمراض الجهاز الهضمي ، مثل التهاب الزائدة الدودية وانسداد الأمعاء ، و أمراض الجهاز البولي ، مثل التهاب المثانة وحصيات الحالب هي أهم الأسباب غير النسائية . يعد التشخيص المبكر والعلاج السريع ، وغالبًا ما يكون جراحياً ، من الأمور المهمة في التدبير السريري الآمن والفعال لآلام الحوض الحادة.

2. النوع الأكثر شيوعًا من آلام الحوض الدورية هو الطمث المؤلم المتكرر أو عسر الطمث. قد يكون عسر الطمث أوليًا (بدئي) primary ، عند حدوثه بسبب الإفراط في إنتاج البروستاجلانديانات (PGs) ، وخاصة PGF2α ، أو ثانويا ، عند تشخيص حالة مسببة للألم مثل العضال الغدي adenomyosis أو بطانة الرحم الهاجرة endometriosis . يحدث عسر الطمث الأولي في الدورات الإباضية وفي النساء الأصغر سنا (17 إلى 22 سنة) . وتشمل الأسباب الأخرى لآلام الطمث وحول الطمث الثانوية المتكررة الإنتان الحوضي المزمن ، الأورام الليفية المتنكسة ، واحتقان الحوض . عسر الطمث الثانوي لا يقتصر على الألم فقط أثناء الطمث وعادة ما يحدث في النساء الأكبر سنا (> 30 سنة من العمر).

3. يشمل علاج عسر الطمث الأولي تقديم تفسير لسبب الألم وطمئنة المريضة ، إلى جانب الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية) ، وسائل منع الحمل الهرمونية لتثبيط الإباضة ، والتدخلات غير الصيدلانية الأخرى مثل تحفيز العصب عن طريق الجلد والوخز بالإبر. علاج عسر الطمث الثانوي يعتمد على علاج السبب الكامن وراء الألم ، وتعتبر مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية هي الخيار الأولي المفضل.

4. آلام الحوض المزمنة (CPP)هي آلام غير دورية تستمر لأكثر من 6 أشهر. مثل الأشكال الأخرى لآلام الحوض ،فإن CPP له أسباب نسائية وغير نسائية على حد سواء. الألم المزمن ، بما في ذلك CPP ، يختلف عن الألم الحاد بعدة طرق مهمة وقابلة للقياس. مع الألم الحاد ، فإن إدراك الألم pain perception والمعاناة والسلوك عادة ما تتناسب مع درجة المدخلات الحسية. مع الألم المزمن ، مثل CPP، قد تكون المعاناة والاستجابات السلوكية مبالغًا فيها للغاية ، وقد تستمر حتى بعد تراجع العامل المحفز للألم

5. التقييم والتدبير المناسبين لـ CPP هو تحدي. يحدث العلاج الأكثر فعالية عندما يدير فريق متعدد التخصصات تدبير المريضة باستمرار ، بدلاً من التدبير الموجه للأعراض. قد تكون هناك حاجة للإستشارة النفسية من أجل العلاج النفسي. يعد هذا الجانب من العلاج أمرًا بالغ الأهمية ، لأن العديد من هؤلاء المريضات قد تصبن بالاكتئاب الشديد وقد ينسحبن إجتماعيا وجنسيا ومهنيا .

الألم الحوضي هو شكوى شائعة في الأمراض النسائية . قد يكون حاد ، دوري ، ومرتبط بالطمث ، أو مزمن ، يستمر لأكثر من 6 أشهر. يبدأ الألم الحاد بشكل مفاجئ وعادةً ما يكون مترافقًا مع منعكسات عصبية neuroautonomic reflexes هامة مثل الغثيان والقيء ، والتعرق الغزير diaphoresis ، والخوف apprehension .هناك العديد من الأسباب الهامة النسائية و غير النسائية للألم حاد.

يصاب نصف النساء اللواتي يطمثن بآلام الطمث أو عسر الطمث مما يجعله أكثر أنواع الألم الحوضي شيوعًا . عشرة في المئة من هؤلاء النساء تكون الأعراض لديهن حادة وتستلزم التوقف عن العمل أو المدرسة. يشمل ألم الحوض المزمن(CPP) آلام الحوض المرتبطة بالأعضاء التناسلية وغير التناسلية والتي تكون غير دورية في المقام الأول وتستمر لمدة 6 أشهر أو أكثر.

الم الحوض الحاد Acute Pelvic Pain

من المهم بالنسبة لأخصائي النسائية أن يكون على دراية بكل من الأسباب النسائية وغير النسائية للألم الحوضي الحاد (الجدول 21-1). التأخر في تشخيص وعلاج الألم الحوضي الحاد قد يزيد من معدلات المراضة وحتى الوفيات. حوادث الملحقات Adnexal accidents، بما في ذلك انفتال أو تمزق كيسة المبيض أو قناة فالوب (الشكل 21-1) ، يمكن أن تسبب آلام شديدة في أسفل البطن. نادرًا ما يصاب المبيض والبوق الطبيعيين بالإنفتال ، ولكن الضخامة الكيسية أو الالتهابية قد تفضي إلى هذه الحوادث في الملحقات . يمكن أن يكون ألم انفتال الملحقات متقطعًا أو ثابتًا ، وغالبًا ما يترافق بالغثيان ، ويوصف غالبًا بالقولنج الكلوي المعكوس ، لأنه ينتشر من الحوض إلى المغبن . توجد كتلة حوضية متضخمة بالفحص وبالأمواج فوق الصوتية ، مع انخفاض أو غياب جريان الدم إلى الملحقات في الدراسات بالإيكو دوبلر. الحاجة إلى التدخل الجراحي شائع وعاجل.

DR.HISHAM ALHAMAMI

الجدول 21-1: أسباب الألم الحوضي الحاد
الأسباب النسائية Gynecologic
آفات الملحقات : إنفتال، تمزق ، أو نزف في كيسة المبيض
الالتهابات الحادة : التهاب بطانة الرحم أو داء حوضي إلتهابي
مضاعفات الحمل : الحمل خارج الرحم أو الإجهاض
الأسباب غيرالنسائية Nongynecologic
الجهاز الهضمي : التهاب الزائدة الدودية ، التهاب الأمعاء ، أو انسداد الأمعاء
الجهاز البولي التناسلي :التهاب المثانة ، حصيات الحالب ، أو المتلازمة الإحليلية
أخرى
التهاب الوريد الخثري الحوضي ، أم دم وعائية vascular aneurysm أو البورفيريا

كيسات المبيض الوظيفية (على سبيل المثال ، كيسات الجسم الأصفر أو الكيسات الجرابية) قد تتمزق مما يسبب تسرب السوائل أو الدم الذي يسبب الألم الحاد من تخريش البريتوان. عندما يكون هناك نزف كبير مرافق ، يمكن أن يتبع الألم تَدَمّي البريتوان hemoperitoneum ونقص حجم الدم. التدخل الجراحي إلزامي في هذه احالة ، بعد الإنعاش الكافي بالكُرَيَّاتُ الحُمْرُ المكْثَفَة (بَشَريَّة) packed red cells والسوائل الوريدية.

قد تتظاهر التهابات الجهاز التناسلي مثل التهاب بطانة الرحم أو إلتهاب البوق والمبيض (المعروف عادة باسم الداء الحوضي الإلتهابي أو PID) بشكل حاد . تمزق خراج بوقي مبيضي هو حالة إسعافية جراحية يمكن أن تتطور إلى انخفاض ضغط الدم وقلة البول بعد ظهور ألم منتشر أسفل البطن. تتم تغطية الإنتان الحوضي بمزيد من التفصيل في الفصل 22.

يمكن أن تسبب عدة مضاعفات للحمل المبكر ، مثل الحمل خارج الرحم (انظر الفصل 24) والإجهاض المهدد أو غير المكتمل ، ألمًا حادًا في الحوض وترتبط بشكل عام بالنزيف غير الطبيعي. يؤدي الحمل الأنبوبي خارج الرحم إلى ألم أثناء تمدد قناة فالوب وتمزقها في تجويف البطن. ، ويمكن أن تكون مهددة للحياة عندما لا يتم تشخيصها على وجه السرعة.

يمكن أن تسبب عدة مضاعفات للحمل المبكر ، مثل الحمل خارج الرحم (انظر الفصل 24) والتهديد بالإجهاض أو الإجهاض الناقص ، ألمًا حادًا في الحوض وتترافق بشكل عام بنزف شاذ . يؤدي الحمل البوقي خارج الرحم إلى ألم أثناء تمدد قناة فالوب وتمزقها في تجويف البطن. ، ويمكن أن تكون مهددة للحياة عندما لا يتم تشخيصها على وجه السرعة.

غالبًا ما تكون الأسباب غير النسائية للألم البطني السفلي الحاد (انظر الجدول 21-1) في التشخيص التفريقي عندما تصاب المرأة بألم في الحوض. التهاب الزائدة الدودية هو سبب شائع في الجهاز الهضمي لألم أسفل البطن الحاد يتحول في النهاية إلى الربع السفلي الأيمن من البطن (نقطة McBurney) . الشدة الأحادية الجانب للألم عادة ما تميزه عن التهاب البوق والمبيض . تمزق الزائدة الدودية الملتهبة في تجويف الحوض يمكن أن يكون له تأثير سلبي كبير على خصوبة النساء وقد يكون تشخيصًا صعباً أثناء الحمل (انظر الفصل 16). خراج الرتج هو أيضا غير شائع ولكن يحدث عادة في النساء بعد سن الضهي .

التهاب المثانة الحاد (انظر الفصل 22) وتشكيل ومرور حصاة الحالب (lithiasis) غالبا ما يكونان مؤلمين . يمكن أن تظهر متلازمة الإحليل بشكل حاد وتصبح مزمنة بمرور الوقت عندما لا يتم تشخيصها وعلاجها. يتم تغطية اضطرابات قاع الحوض المؤلمة بمزيد من التفصيل في الفصل 23.

ألم الحوض الدوري: عسرة الطمث Cyclic Pelvic Pain: Dysmenorrhea

عسرة الطمث هو الطمث المؤلم مع غياب الألم ، بشكل عام ، بين الطموث . قد يكون أولي (بدئي)primary عندما لا يكون هناك سبب يمكن تحديده بسهولة ، أو ثانويsecondary لمرض عضوي في الحوض. يتراوح العمر المعتاد لحدوث عسرة الطمث البدئية بين 17 و 22 عامًا ، بينما عسرة الطمث الثانوية هو أكثر شيوعا في النساء الأكبر سنا (> 30 سنة من العمر).

عسرة الطمث البدئية PRIMARY DYSMENORRHEA

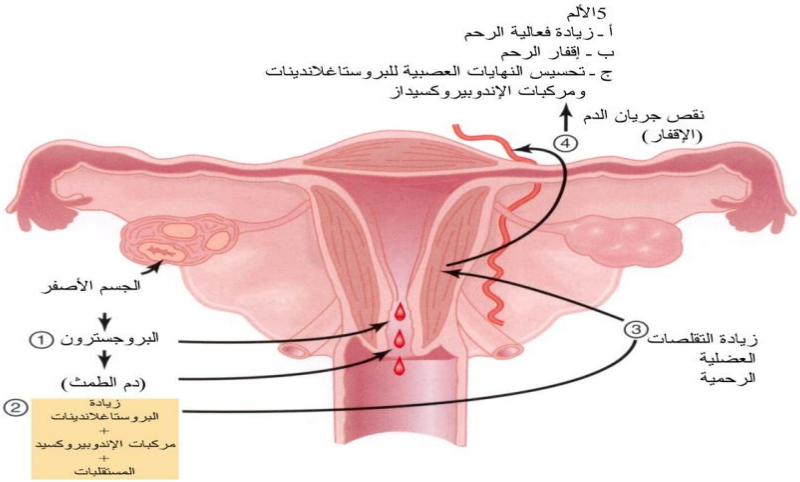
الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology

تحدث عسرة الطمث البدئية خلال الدورات الإباضية ، وعادة ما تظهر في غضون 6 إلى 12 شهرًا من بدء الطمثmenarche (البلوغ) . وتعزى إمراضية عسرة الطمث البدئية إلى تقلصات الرحم مع الإقفار وإنتاج البروستاجلاندين . تزداد فعالية الرحم activity عند النساء المصابات بعسرة الطمث ، مما يؤدي إلى زيادة مقوية الراحة وزيادة التقلصية وزيادة تواتر النقلصات . خلال فترة الطمث ، يتم إفراز البروستاجلاندين كنتيجة لتحلل خلايا بطانة الرحم ، مع عدم استقرار الليزوزومات وإطلاق الإنزيمات التي تحطم أغشية الخلايا. الأدلة على أن البروستاجلاندين متورط في عسرة الطمث البدئية مقنعة . سائل الطمث من النساء المصابات بهذا الاضطراب يحتوي على مستويات أعلى من المعدل الطبيعي من البروستاجلاندين (خاصة PGF2α و PGE2) ، ويمكن تخفيض هذه المستويات إلى أقل من المعدل الطبيعي بالعقاقير المضادة للالتهابات غير الستيرويدية (مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية) ، والتي هي علاجات فعالة . تتسبب حقن PGF2α أو PGE2 في عودة حدوث الانزعاج والعديد من الأعراض المرتبطة بها مثل الغثيان والقيء والصداع . تحتوي بطانة الرحم الإفرازية على بروستاغلاندين أكثر بكثير من بطانة الرحم التكاثرية. النساء المصابات بعسرة الطمث البدئية ينظمنupregulated انزيم سيكلو – اكسيجينيز (COX) كسبب رئيسي لآلامهم . بطانة الرحم اللاإباضية (بدون هرمون البروجسترون) تحتوي على القليل من البروستاجلاندين ، وعادة ما تكون هذه الطموث غير مؤلمة . في بطانة الرحم الرقيقة عند النساء اللواتي يستخدمن موانع الحمل الهرمونية يقل أيضا إنتاج البروستاجلاندين .

المظاهر السريرية Clinical Features

الملامح السريرية لعسرة الطمث البدئية ملخصة في الجدول 21-2. يبدأ المغص عادة قبل بدء النزف بساعات قليلة وقد يستمر لساعات أو أيام . يتوضع في أسفل البطن وقد ينتشر إلى الفخذين وأسفل الظهر. وقد يترافق الألم بتغير عادات الأمعاء والغثيان والتعب والدوخة والصداع.

DR.HISHAM AL HAMMAM



الشكل 21-2 الآلية المفترضة لنشوء الألم في عسرة الطمث البدئية . الأدوية المضادة للالتهابات غيرالستيرويدية تثبط إنزيمات الأكسدة الحلقية cyclooxygenase ، وهو الإنزيم الذي يحفز تركيب البروستاجلاندين من حمض الأراكيدونيك. وسائل منع الحمل الهرمونية التي تثبط الإباضة تقلل بشكل كبير من تكوين البروستاجلاندين. كلا العقاقير يمكن أن تخفف من آلية الألم هذه وتكون علاج فعال لعسرة الطمث البدئية .

DR.HISHAM

الجدول 21-2
خصائص عسرة الطمث البدئية FEATURES OF PRIMARY DYSMENORRHEA
البدء في أول مرة Initial Onset
يعاني 90٪ من الأعراض في غضون عامين من بدء الطمث (أي عندما تبدأ الإباضة).
مدة ونوع الألم Duration and Type of Pain
تبدأ عسرة الطمث قبل بدء الطمث أو بعده مباشرة بساعات قليلة ويستمر فترة تتراوح من 48 إلى 72 ساعة. يوصف الألم بأنه يشبه المغص وعادة ما يكون على أشده في أسفل البطن ، ولكنه قد ينتشر إلى الظهر أو الوجه الأنسي للفخذين .
الأعراض المرافقة Associated Symptoms
غثيان وإقياء إعياء Fatigue إسهال آلام أسفل الظهر صداع
فحص الحوض Pelvic Examination
موجودات طبيعية

علاج عسرة الطمث البدئية Treatment

مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، التي تعمل كمثبطات COX ، ذات فعالية عالية جدا في علاج عسرة الطمث البدئية (الجدول 21-3) . وتشمل الأمثلة النموذجية الإيبوبروفين **ibuprofen** (400 إلى 600 ملغ كل 6 إلى 8 ساعات) ، نابروكسين الصوديوم **naproxen sodium** (250 إلى 500 ملغ كل 8 ساعات) ، وحمض الميفيناميك **mefenamic acid** (500 ملغ كل 8 ساعات). انخفاض إنتاج البروستاجلاندين عن طريق تثبيط الإنزيم هو أساس جميع مضادات

الالتهاب غير الستيروئيدية. يكون تخفيف الألم أفضل إذا بدأت مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية قبل يومين إلى ثلاثة أيام من تدفق الدورة الشهرية. وسائل منع الحمل الهرمونية ، مثل حبوب منع الحمل الفموية (OCs) ، أو اللصاقات ، أو الحلقات عبر المهبل ، تقلل من تدفق الطمث وتثبط الإباضة ، وهي أيضًا علاج فعال لعسرة الطمث البدئية . الاستخدام الدوري المديد لـ OCs أو استخدام موانع الحمل الهرمونية مديدة التأثير عن طريق الحقن أو الغرسات أو الأجهزة داخل الرحم التي تحتوي على البروجستين يقلل من عدد هجمات نزف السحب التي تصادف عند المستخدمات . قد تستفيد بعض المريضات من استخدام مشاركة من وسائل منع الحمل الهرمونية ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.

الحالات المعندة قد تستجيب لجرعات يومية عالية مستمرة من البروجستيرون (خاصة خلات ميدروكسي بروجستيرون medroxyprogesterone acetate أو ديدروجيستيرون dydrogesterone) .

قد يكون تدبير الألم غير الدوائي ، وخاصة الوخز بالإبر acupuncture أو تحفيز العصب الكهربائي عبر الجلد transcutaneous electrical stimulation (TENS) مفيداً ، كما هو الحال مع العلاج النفسي والتنويم المغناطيسي **hypnosis** ، والكمادات الساخنة. تم التخلي إلى حد كبير عن الإجراءات الجراحية مثل قطع العصب قبل العجزي وقص الرباط الرحمي العجزي.

إذا فشلت مريضة في الاستجابة إلى وسائل منع الحمل الهرمونية والعلاج بمضادات الالتهاب غير الستيروئيدية ، فيجب التشكيك في تشخيص عسرة الطمث البدئية ، والنظر في سبب ثانوي. يجب إجراء التصوير بالموجات فوق الصوتية ، وتنظير البطن ، وربما تنظير الرحم لاستبعاد مرض في الحوض .

DR.HISHAM AL HAMMAMI

الجدول 21-3
علاج عسرة الطمث البدئية Treatment
التدابير العامة
الطمأنة والشرح
التدابير الطبية
مضادات الإلتهاب غير الستيروئيدية وسائل منع الحمل الهرمونية (بما في ذلك الأجهزة داخل الرحم البروجستيرونية والحلقات المهبلية) البروجستين المسكنات
تدابير أخرى
تحفيز العصب عبر الجلد العلاج بالوخز بالإبر العلاج النفسي العلاج بالتنويم المغناطيسي

عسرة الطمث الثانوية SECONDARY DYSMENORRHEA

الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology

تعتمد آلية الألم في عسرة الطمث الثانوية على السبب الكامن (الثانوي) وفي معظم الحالات تكون غير مفهومة جيدًا . قد يشارك البروستاجلاندين أيضًا في هذا النوع من عسرة الطمث ، على الرغم من أن مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية وموانع الحمل الهرمونية التي لا تقطع الطمث تمامًا أقل إحتمالاً أن تخفف الألم بصورة مقبولة .

المظاهر السريرية

الملامح السريرية لبعض الأسباب الكامنة وراء عسرة الطمث الثانوية ملخصة في الجدول 21-4. بشكل عام ، عسرة الطمث الثانوية لا تقتصر على الطمث ، ويمكن أن يحدث قبل أسبوعين وكذلك لمدة تصل إلى أسبوع بعد الطمث . بالإضافة إلى ذلك ،

فإن عسرة الطمث الثانوية أقل ارتباطًا باليوم الأول من الطمث ، وتتطور لدى النساء الأكبر سناً (في الثلاثينيات أو الأربعينيات من العمر) ، ويترافق عادةً بأعراض أخرى مثل عسرة الجماع أو العقم أو النزف الرحمي الشاذ .

العلاج

يتكون التدبير من علاج المرض الأساسي. غالبًا ما تكون العلاجات المستخدمة لعسرة الطمث البدئية مفيدة. ويتم نقاش علاجات محددة أخرى في الفصول التي تتعامل مع الأسباب الكامنة.

آلام الحوض المزمنة Chronic Pelvic Pain

يشير CPP إلى آلام الحوض التي تزيد مدتها عن 6 أشهر والتي لها تأثير كبير على النشاط اليومي ونوعية الحياة . ويشمل CPP الألم المرتبط بالأعضاء التناسلية وغير التناسلية . على الرغم من أن CPP هو اضطراب مبهم enigmatic disorder ، إلا أنه واحد من أكثر شكاوي المراجعات شيوعًا في الممارسة النسائية . وكمشكلة صحية عامة ، ينتج عنه تكلفة كبيرة على المجتمع فيما يتعلق بخدمات المستشفيات وفقدان الإنتاجية والمعاناة البشرية.

من الواضح أن آلام أسفل البطن وأسفل الظهر ليست كلها من منشأ نسائي . هناك حاجة إلى تقييم دقيق للتمييز بين آلام الأمراض النسائية والألم من منشأ عظمي ، هضمي ، بولي ، عصبي ، ونفسي جسدي .

العلاقة بين آلام الحوض والمرض النسائي المسبب لا يمكن تفسيرها في كثير من الأحيان ، وغالبا ما يعتقد أن الألم هو نفسي جسدي.

الجدول 21-4
خصائص بعض أسباب عسرة الطمث الثانوية
بطانة الرحم الهاجرة Endometriosis يمتد الألم إلى الطور ما قبل الطمث أو الطور التالي للطمث أو قد يكون مستمراً . قد يكون أيضا عندها عسرة جماع عميقة ، والتمشيح ما قبل الطمث ، وانقلاب الرحم الخلفي الثابت، وعقيدات حوضية ممضة (خاصة على الأربطة الرحمية) ؛ البداية عادة ما تكون في العشرينات و الثلاثينيات ولكن قد تبدأ في سن المراهقة.
التهاب الحوض في البداية الألم قد يكون طمثيا ، ولكن في كثير من الأحيان مع كل دورة يمتد إلى الطور ما قبل الطمث ؛ قد يحدث نزف ما بين الطموث ، عسرة الجماع ، والمضض الحوضي.

العضال الغدي ، الأورام الليفية Adenomyosis, Fibroid Tumors
يبدي الرحم ضخامة متجانسة بشكل عام وقد يكون ممضاً بشكل خفيف . يترافق عسرة الطمث بحس سحب حوضي غامض . قد يوجد نزف طمثي وعسرة جماع .

كيسات المبيض (خاصة كيسة بطانة الرحم الهاجرة والكيسة اللوتئينية) يجب أن تكون واضحة سريريا.

احتقان الحوض Pelvic Congestion
ألم كليل dull وغير محدد في الحوض ، وعادة يكون أسوأ ما قبل الطمث ، ويشفى بالطمث ؛ ليس كل الباحثين متفقين على أن هذا التشخيص هو سبب للألم الحوضي المزمن.

التشريح والفيزيولوجيا Anatomy and Physiology

يظهر في الجدول 21-1 أعصاب أعضاء الحوض التي تنقل المعلومات المتعلقة بالألم.

تنتقل النبضات المؤلمة التي تنشأ في الجلد والعضلات والعظام والمفاصل والبريتوان الجداري إلى الألياف العصبية الجسدية ، بينما تنتقل النبضات التي تنشأ في الأعضاء الداخلية إلى الأعصاب الحشوية.

الألم الحشوي أكثر انتشارًا من الألم الجسدي بسبب ظاهرة تسمى الإلتقاء الحشوي الجسدي viscerosomatic convergence ، وعدم وجود منطقة إسقاط محددة جيدًا في القشرة الحسية للتعرف عليها.

يحدث الإلتقاء الحشوي الجسدي في جميع الخلايا العصبية من الدرجة الثانية second-order neurons في القرن الظهري للحبل الشوكي التي تتلقى المدخلات الحشوية visceral input . لا توجد خلايا عصبية من الدرجة الثانية في القرن الظهري تتلقى مدخلات حشوية فقط. الخلايا العصبية الحشوية لها سطوح إستقبال receptive fields أكبر من الخلايا العصبية من الدرجة الثانية الجسدية. لذلك ، عادةً ما ينتشر الألم الحشوي إلى الجلد ، والذي يتم تزويده بقطعة الحبل الشوكي المطابقة (الألم المنتشر referred pain).

على سبيل المثال ، ينتشر الألم البدئي لالتهاب الزائدة الدودية إلى المنطقة الشرسوفية لأن الأعضاء المصابة يعصبها قطع الحبل الشوكي الصدري T8و T9و T10 .

تختلف أعضاء الجهاز التناسلي الأنثوي في حساسيتها للألم. جلد الأعضاء التناسلية الخارجية حساس بشكل كبير . الإحساس بالألم متغير في المهبل ، والمهبل العلوي أقل حساسية إلى حد ما من السفلي . عنق الرحم غير حساس نسبيا للخزعات الصغيرة لكنه حساس للقطع العميق أو التوسيع . الرحم حساس للغاية. المبيضان غير حساسان للعديد من المحفزات ، لكنها حساسة للتمدد السريع لمحفظة المبيض أو الضغط أثناء الفحص السريري.

DR.HISHAM AL HAMMAMI

M AL HAMMAMI

الجدول 21-1		
الأعصاب التي تحمل النبضات المؤلمة من أعضاء الحوض		
العضو	القطع الشوكية	الأعصاب
العجان ، الفرج ، الجزء السفلي من المهبل	S2-4	الإستحيائي ، الإربي ، الفخذي التناسلي ، الفخذي الخلفي الجلدي
الجزء العلوي من المهبل ، عنق الرحم ،القطعة السفلية من الرحم ، الإحليل الخلفي ، مثلث المثانة ، الأربطة الرحمية الأساسية والرباط	S2-4	Pelvic parasympathetics

الأساسي ، السين والمستقيم ، الجزء السفلي من الحالبين		
قعر الرحم ، الجزء القريب من قناة فالوب ، الرباط العريض، الجزء العلوي من المثانة ، الأعور ، الزائدة الدودية ، الأمعاء الغليظة الطرفية	T11-12, L1	الودي عن طريق الضفيرة الحثلية
ثلثي قناة فالوب الخارجي ، الجزء العلوي من الحالب	T9-10	الودي عن طريق الضفيرة الأبهرية والمساريقية العلوية
المبيضين	T9-10	الودي عن طريق الضفيرة الأبهرية والكلوية والعقدة المساريقية والزلاقية
جدار البطن	T12-L1 T12-L1 T12-L1 L1-2	الودي عن طريق الضفيرة الأبهرية والكلوية والعقدة المساريقية والزلاقية حرقفي خثلي حرقفي أربي تناسلي فخذي

تقييم المريضة Patient Evaluation

القصة المرضية

يجب الحصول على قصة الألم أثناء الزيارة الأولى. يجب تحديد خصائص الألم ، بما في ذلك الموقع ، الإنتشار ، الشدة ، العوامل المخففة والمفاقمة ، وكذلك تأثير الطمث ، ومستوى التوتر، والعمل ، والتمرين ، والجماع.

يجب التأكد من الأعراض المتعلقة بالجهاز الهضمي والجهاز البولي التناسلي والعضلات والعظام. يمكن أن تسترشد عند أخذ القصة الألمية بالجدول 21-5.

الجدول 21-5
مرشد القصة الألمية PAIN HISTORY MNEMONIC (OLD CAARTS)
البداية Onset : متى وكيف بدأ الألم؟ هل يتغير مع مرور الوقت؟

التوضع Location : تحديد الموقع على وجه التحديد — هل يمكن للمرأة وضع إصبع عليه؟
المدة Duration : كم يدوم؟
الصفات Characteristics : على سبيل المثال ، مغص ، وجع ، طعن ، حكة itching
العوامل التي تخفف / تزيد شدة الألم Alleviating/aggravating factors: ما الذي يجعله أحسن (على سبيل المثال ، تغيير الوضعية ، أو الدواء ، أو إقلال التوتر) أو أسوأ (على سبيل المثال ، الدورة الطمثية ، الإجهاد ، ونشاط معين)؟
الأعراض المرافقة Associated symptoms : أمراض الجهاز التناسلي (على سبيل المثال ، عسرة الجماع ، عسرة الطمث ، نزف شاذ ، ضائعات) الجهاز الهضمي (على سبيل المثال ، الإمساك ، الإسهال ، النفخة ، الغازات ، النزف المستقيمي) الجهاز البولي التناسلي (على سبيل المثال ، تعدد البيلات ، عسرة التبول ، الإلحاح ، سلس البول) الجهاز العصبي (توزع الألم على مسارعصب محدد)
إنتشار الألم Radiation : هل ينتقل الألم إلى مناطق أخرى من الجسم؟
التوقيت Temporal : الوقت من اليوم والعلاقة مع الأنشطة اليومية
شدة الألم Severity : وتقاس من 0 إلى 10 (من غياب الألم إلى أشد ما يمكن تصوره)

الفحص السريري PHYSICAL EXAMINATION

يجب فحص البطن في البداية ، ويجب الطلب من المريضة الإشارة بدقةإلى مكان وإنتشار الألم . يجب محاولة تكرار الألم عن طريق جس كل ربع من البطن. يجب قياس شدة الألم على مقياس من 0 إلى 10 (0 = لا يوجد ألم ، 10 = ضرب الإبهام بمطرقة) .

يجب فحص جدار البطن للحصول على أدلة على نقاط التحفيز العضلي الصفاقي myofascial trigger points ولإنحباس entrapment العصب الحرقفي الفخذي iliohypogastric (T12، L1) أو الحرقفي الإربي ilioinguinal (T12, L1) أو الفخذي التناسلي (L1, L2) . يجب جس كل جزء من الجلد dermatome في جدار البطن والظهر برأس الإصبع وأن يتم وضع علامة على نقاط المضض الشديد أو "علامات القفز jump signs" بقلم. يجب الطلب من المريضة توتير عضلات البطن عن طريق إجراء مناورة رفع الساق المستقيمة (رفع كلا الساقين على الأقل 6 بوصات والركبتين مستقيمتين) أو النهوض الجزئي من الإستلقاء الظهري partial sit-up . تشير النقاط الأكثر مضضا أو التي تحرض ثانية ألم المريضة إلى انحباس العصب أو الانضغاط أو ألم نقطة التحفيز العضلية. يجب حقن هذه النقاط بـ 2 إلى 3 مل من بوبيفاكايين 0.25 ٪ bupivacaine. يتم تأكيد ألم جدار البطن المزمن إذا تم تخفيض مستوى الألم بنسبة 50 ٪ على الأقل وتجاوز فترة التخدير الموضعي.

يجب إجراء فحص شامل للحوض ، مع محاولة إعادة إحداث ألم المريضة وتحديد موقعه . يجب إجراء الفحص بلطف لتجنب الممانعة اللاإرادية ، والتي قد تعيق الوصول إلى النتائج. قد يكون الفحص موحيًا بأمراض معينة في الحوض. على سبيل المثال ، قد يكون لدى مريضات بطانة الرحم الهاجرة رحم بإنقلاب خلفي ثابت مع عقيدات ممضة على الأربطة الرحمية العجزية . قد تشير كتلة الملحقات إلى أمراض المبيض. قد تقترح كتل الملحقات ثنائية الجانب والكبيرة وغير المنتظمة إلى حدوث التهاب بوق سابق مع التشكل اللاحق للالتصاق واسنسقاء البوق ثنائي الجانب . قد يكون هبوط الرحم سببًا للشعور بالضغط في الحوض أو الألم أو ألم الظهر.

الإستقصاءات الإضافية FURTHER INVESTIGATIONS

يجب طلب تقييم نفسي للمريضة في حالة وقوع حدث صادم بشكل واضح مع بدء ظهور الألم ؛ إذا كان هناك اكتئاب واضح أو قلق أو كارثة catastrophizing أو ذهان psychosis أو مكسب ثانوي ؛ أو للمساعدة في تخطيط جلسات تدبير الألم. قد تنطوي الأخيرة على العلاج السلوكي المعرفي cognitive behavioral والحد من الإجهاد.

الدراسات المخبرية ذات قيمة محدودة في تشخيص الـ CPP، على الرغم من أنه يستطب طلب تعداد دم كامل ، سرعة التثفل (ESR) ، وتحليل البول . إن ESR غير نوعية وترتفع في أي نوع من الحالات الالتهابية ، مثل التهاب البوقين والمبيضين تحت الحاد. ، والسل ، أو التهاب الأمعاء. يجب أن تخضع المريضات اللاتي يمارسن الجماع لاختبار الحمل إذا كان لديهن رحم ولسن بعد الضهي . يجب إجراء تصوير بالموجات فوق الصوتية للحوض لأن فحص الحوض قد لا يشخص كتلة ملحقات ، وخاصة في المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة أو في أولئك الذين لا يستطيعون الاسترخاء.

يستطب تحليل ودرسة البول بشكل روتيني لاستبعاد الالتهابات المنقولة جنسيا اعتمادا على أعراض المريضة وعوامل الخطر. في حال وجود أعراض هضمية أو بولية ، قد يكون من المفيد إجراء تصوير طبقي محوري للبطن والحوض أو تنظيرالأمعاء أو تنظير المثانة . وبالمثل ، إذا كان هناك دليل سريري على وجود مرض في العضلات والعظام ، فقد يكون فيلم الأشعة السينية القطنية العجزية ، أو التصوير المقطعي المحوسب CT ، أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ،أو الإستشارة العظمية أمورمطلوبة .

تنظير البطن التشخيصي هو الوسيلة النهائية لتشخيص المريضات اللواتي يعانين من CPP من مسببات غير محددة . قد يوجد إختلاف بين الفحص بالمنظار البطني والفحص بالمس المشرك بالجس في 20-30 ٪ من الحالات . يجب إجراء تنظير البطن فقط إذا لم يتم تحديد مسببات للألم ، أو عندما يستطب لعلاج أمراض معينة.

التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

أسباب آلام الحوض المزمنة CAUSES OF CHRONIC PELVIC PAIN

من بين النساء المصابات بـ CPP اللائي أجرين تنظير بطن تشخيصي ، ما يقرب من الثلث ليس لديهن أمراض واضحة ، والثلث مصاب ببطانة الرحم الهاجرة ، أقل من الثلث الباقي إلى حد ما مصابات بإلتصاقات أو وصمة ناجمة عن داء حوضي التهابي سابق (PID) ، والبقية الصغيرة عنداها أسباب أخرى (الجدول 21-6).

الجدول 21-6
الأسباب النسائية لآلام الحوض المزمنة
بطانة الرحم الهاجرة **التهاب البوقين والمبيضين Salpingo-oophoritis (الداء الحوضي الإلتهابي)**

DR HISHAM ALHAMMAMI

متلازمة بقايا المبيض Ovarian remnant syndrome
متلازمة الإحتقان الحوضي
الألم الحوض الدوري (الرحم)
أورام الرحم العضلية (المتنكسة)
العضال الغدي
الإلتصاقات

بطانة الرحم الهاجرة Endometriosis

قد لا تشخص بطانة الرحم الهاجرة بالرؤيا في وقت تنظير البطن التشخيصي بنسبة تصل إلى 20-30٪ من النساء اللاتي لديهن مرض مثبت نسجياً ، لذلك من المعقول الشروع في العلاج الهرموني بناءً على تشخيص افتراضي للمرض بمجرد استبعاد المسببات الأخرى. . غالبًا ما تكون العلاجات الهرمونية الحالية فعالة جدًا وقد تلغي الحاجة إلى الخضوع لإجراء جراحي مكلف لا يخلو من المخاطر.

لا يبدو أن حجم وموقع إنزراعات بطانة الرحم الهاجرة يرتبطان بوجود الألم ، وأسباب الألم ليست مفهومة تمامًا ، على الرغم من أنه تم افتراض البروستاجلاندين والسيتوكينات وتعصيب الآفات. يتم تغطية بطانة الرحم الهاجرة على نطاق أوسع في الفصل 25.

الداء الحوضي الإلتهابي المزمن Chronic Pelvic Inflammatory Disease

PID المزمن قد يسبب الألم بسبب التشوهات التشريحية (إستسقاء البوق والالتصاقات بين البوقين والمبيضين والأمعاء) التي تنجم عن الإنتان الحاد . يُعتقد أيضًا أن PID السابق قد يؤدي إلى "انتعاش upregulation" العملية الحسية sensory processing من الأنسجة الملتهبة سابقًا . يُطلق على الإنتان النشط المستمر PID حاد ، حتى في حالة غياب الحمى والعلامات البريتوانية . يجب استبعاد الالتهابات النشطة المتكررة التي تتطلب العلاج بالمضادات الحيوية. يناقش PID أيضًا في الفصل 22. قبل أن تنسب الأعراض إلى الالتصاقات ، يجب على المرء أن يلاحظ على وجه التحديد الإلتصاقات في مكان توضع الألم ، لأن معظم المريضات اللواتي يعانون من التصاقات حوضية واسعة والتي اكتشفت صدفة أثناء الجراحة لأسباب أخرى هم لاعرضيات.

الألم المبيضي Ovarian Pain

عادة ما تكون كيسات المبيض لاعرضية ، لكن الألم العرضي قد يحدث بشكل ثانوي للتمدد السريع لمحفظة المبيض أو التمزق أو تسرب السائل المهيج في التجويف البريتواني . قد يصبح المبيض أو بقايا المبيض ovarian remnant في بعض الأحيان خلف الصفاق بشكل ثانوي للالتهابات أو الجراحة السابقة ، وقد يكون تشكل الكيس في هذه الظروف مؤلماً.

قد تصاب بعض النساء ، لأسباب غير معروفة ، بعدة أكياس مبيضية نزفية وظيفية متكررة يبدو أنها تسبب ألم حوضي وعسرة الجماع على فترات متقطعة.

التثبيط الهرموني للإباضة هو عادة علاج فعال للكيسات الوظيفية المؤلمة. التشخيص التفريقي للكتل المبيضية مغطى في الفصل 20. وقد تكون كيسة المبيض أيضًا ورم بطانة رحم هاجرة endometrioma ، وإذا اشتبه بوجود ورم بطانة رحم هاجرة استنادًا إلى القصة والفحص البدني والموجات فوق الصوتية ، فإنه يستطب عادةً الاستئصال الجراحي. يمكن أن تساهم الأورام الحميدة والخبيثة الأخرى فيCPP ، ولكنها غالبًا ما تكون بدون أعراض . يمكن للورم المسخي الكيسي الحميد (dermoid) على سبيل المثال أن ينفتل ثم يعود إلى وضعه بشكل متقطع ، مما يسبب نوبات متكررة من الألم تحت الحاد.

الألم الرحمي Uterine Pain

يمكن أن يسبب العضال الغدي (أو بطانة الرحم الداخلية) عسرة طمث وعسرة جماع ونزف طمثي ، ولكن نادرًا ما يسبب ألم مزمن يومي.

DR.HISHAM ALHAMMAMY

عادةً لا يسبب الورم العضلي الرحمي ألمًا في الحوض ما لم يصاب بالتنكس أو الإنفتال (انفتال على السويقة) أو ضغط على أعصاب الحوض. يمكن للورم العضلي الأملس تحت المخاطية بشكل كامل أن يحاول الولادة عن طريق عنق الرحم ، والذي قد يسبب ألمًا رحميًا ماغصًا جدا مشابهًا للولادة. ويترافق هذا عمومًا بنزف مهبلي شديد. أثناء الحمل ، يمكن أن يسبب الورم العضلي الرحمي ألمًا من النمو السريع أو الاحتشاء.

من غير المرجح أن يكون ألم الحوض ناتجًا عن تغيرات في وضع الرحم ، ولكن قد يترافق أحيانًا عسرة الجماع العميقة مع انقلاب الرحم الخلفي ، خاصةً عندما يتم تثبيت الرحم في مكانه عن طريق الالتصاقات أو بطانة الرحم الهاجرة . يعرى الألم إلى تخريش أعصاب الحوض عن طريق تمدد الأربطة الرحمية العجزية وكذلك احتقان الأوردة الحوضية الثانوي إلى الانقلاب الخلفي . عسرة الجماع يكون عادة أسوأ أثناء الجماع في الوضع missionary ويتحسن في الوضع الأنثوي العلوي . عادة ما يشير الرحم الذي يكون في وضع انقلاب خلفي ثابت إلى أمراض أخرى داخل البريتوان ، مثل بطانة الرحم الهاجرة أو PID ، ويستند التشخيص إلى نتائج تنظير البطن.

متلازمة احتقان الحوض Pelvic Congestion Syndrome

لا يزال مفهوم متلازمة احتقان الحوض له العديد من المؤيدين. وقد تم وصف هذا الحالة عند النساء عديدات الولادة اللاتي لديهن دوالي في الحوض وأعضاء حوضية محتقنة . تسوء آلام الحوض ما قبل الطمث ويزيدها التعب ، والوقوف ، والاتصال الجنسي. يُلاحظ أن العديد من النساء المصابات بهذه الحالة لديهن رحم متحرك ، منقلب للخلف ، طري ، boggy ، وضخم بعض الشيء. يمكن رؤية الأوردة المتوسعة على التصوير بالرنين المغناطيسي للحوض مع المادة الظليلة . عوامل أخرى غير الاحتقان الوريدي قد تكون متورطة في تكوين الألم ، لأن معظم النساء المصابات بدوالي الحوض ليس لديهن ألم. قد تكون العملية الجراحية لهذه الحالة ، التي تتكون من استئصال الرحم واستئصال المبيض ، مفيدة للمرأة التي أكملت أسرتها ، وكذلك تثبيط المبيض الهرموني (انخفاض تدفق الدم إلى أعضاء الحوض) والعلاج السلوكي المعرفي. وقد اقترحت بعض الدراسات غير المنضبطة أن صم الأوردة المعنية من قبل أخصائي الأشعة التداخلية قد يكون مفيدًا.

الم الحوض البولي التناسلي Genitourinary Pelvic Pain

مجموعة متنوعة من المشاكل البولية التناسلية قد تؤدي إلى CPP. ومن الأمثلة الرئيسية على ذلك: المتلازمة الإحليلية والتهاب المثلث المثاني والتهاب المثانة الخلالي / متلازمة المثانة المؤلمة. الإلحاح البولي Urinary urgency ، وتعدد البيلات frequency ، والبوال الليلي nocturia ، وآلام الحوض على الخط المتوسط قد تشير إلى التهاب المثانة الخلالي / متلازمة المثانة المؤلمة. يعتبر التقييم البولي التناسلي الشامل جزءًا مهمًا من مجموعة العمل الخاصة بـ CPP عند ذكر الأعراض المذكورة أعلاه. ما يصل إلى واحدة من كل خمس نساء لديهن التهاب المثانة الخلالي / متلازمة المثانة المؤلمة (انظر الفصل 23).

ألم الجهاز الهضمي Gastrointestinal Pain

تشمل الأسباب الهضمية لـ CPP الأورام المخترقة في الجهاز الهضمي ، متلازمة القولون العصبي ، متلازمة آلام البطن الوظيفية (FAPS)، الداء الزلاقي ، انسداد الأمعاء الجزئي ، مرض التهاب الأمعاء ، التهاب الرتج ، وتشكل الفتوق. نظرًا لأن تعصيب الأمعاء السفلية هو نفسه الذي يعصب الرحم والبوقين ، فقد يتم الخلط بين آلام الحوض الهضمية والألام الناجمة عن الأمراض النسائية. متلازمة القولون العصبي هي السبب الأكثر شيوعا في الجهاز الهضمي لآلام الحوض . الألم الذي يحدث في أوقات تغيير شكل أو تواتر حركات الأمعاء ، ويزداد قبل ويتحسّن بعد حركة الأمعاء ، وخاصة إذا كان أسوأ مع الشدة والأكل ، قد يكون متلازمة القولون العصبي. الأعلام الحمراء لأمراض الجهاز الهضمي الخبيثة المحتملة تشمل ظهور الألم فوق سن 50 ، والتاريخ العائلي لسرطان الأمعاء ، والدم في البراز ، والألم الليلي ، وتغير قطر البراز

الألم العصبي العضلي Neuromuscular Pain

الألم ذو المنشأ العصبي العضلي ، والذي يظهر على شكل آلام أسفل الظهر أو آلام جدار البطن ، يزداد عادة مع النشاط والإجهاد. يمكن أن تسبب نقاط الألم (التحفيز) Trigger points وألم عضلات جدار البطن وعضلات قاع الحوض آلام حوضية وألم فرج vulvodynia وعسرة جماع. ألم أسفل الظهر المزمن دون ألم أسفل البطن نادراً ما يكون ناجما عن أمراض نسائية . الألم العضلي الليفي Fibromyalgia ، أو متلازمة الألم الصفاقي العضلي المعمم يمكن أيضا أن يسبب آلام الحوض . في بعض الأحيان ، يصاحب الأعراض العصبية العضلية كتلة حوضية عند الفحص أو التصوير التشخيصي ، وقد يكشف الاستقصاء الجراحي عن ورم عصبي ، ساركوما ، أو ورم عظمي. الأعصاب المحبوسة Entrapped أو المضغوطة في جدار البطن (عادةً ما تكون الأعصاب الحرقفية الخثلية والحرقفيةالإربية الأكثر شيوعًا) أو قاع

DR.HISHAM AL-HAMMAMI

الحوض (العصب الفرجي pudendal) من مصادر الألم غير المميزة . قد تصبح الأعصاب محاصرة بعد الجراحة أو الصدمات الجسدية أو الحمل والولادة أو الإصابة المهنية.

عوامل نفسية PSYCHOLOGIC FACTORS

قد لا يتم وضع تشخيص مرضي في حوالي ثلث المريضات اللواتي يعانين من CPP، حتى بعد تنظير البطن . وقد أدى ذلك إلى الافتراض بأن العوامل النفسية قد تكون أساسية. عند تعرضهن لمسح الشخصية متعدد الأطوار في مينيسوتا (MMPI)، أظهرن درجة أكبر من القلق و hypochondriasis والهستيريا مقارنةً بالشواهد . ومع ذلك ، فإن الأشكال متشابهة في المريضات اللاتي يعانين من آلام مزمنة مع مرض عضوي ، مما يشير إلى أن الألم المزمن بحد ذاته يولد استجابة نفسية معقدة وموهنة. المريضات اللواتي يعانين من ألم مزمن ، مع أو بدون مرض تشريحي ، يملن إلى الشعور بالاكتئاب والقلق والخوف والعجز والسلبية. ينسحبن من النشاط الاجتماعي والجنسي ويغمرهن الألم والمعاناة. الكثير عندهن اضطرابات الشدة ما بعد الصدمة post-traumatic stress disorder من الصدمة العاطفية أو الجسدية أو الجنسية.النساء المصابات بـ CPP معرضات أيضًا لخطر الإصابة بمتلازمة التعب المزمن. يجب أن تعامل النساء المصابات بالاكتئاب والقلق أو اضطرابات ما بعد الصدمة بعلاج نفسي و / أو نفسي دوائي كجزء من التدبير متعدد التخصصات للـ CPP .

عوامل إدراك الألم Pain Perception Factors

يتميز الألم المزمن بالاستجابات العصبية الفيزيولوجية والعاطفية والسلوكية التي تختلف عن الألم الحاد. كل من الألم الحاد والمزمن ينطوي على التحفيز والاستجابة النفسية ؛ بالنسبة للألم الحاد ، قد تكون هذه الاستجابات قابلة للتكيف ومناسبة ، بينما قد لا يكون هذا هو الحال بالنسبة للألم المزمن. قد تتأثر الاستجابة للألم المزمن بشكل كبير من خلال تكييف الظروف operant conditioning . قد يكون إرتكاس المريضة تجاه الألم وإرتكاس الآخرين على المريضة وألمها معززًا إلى حد أن السلوك قد يستمر حتى بعد تراجع الحافز المؤلم. مع الألم الحاد ، يكون إدراك الألم والمعاناة والسلوك متناسباً مع درجة المدخلات الحسية. في الألم المزمن ، قد تكون هناك مبالغة في المعاناة والاستجابات السلوكية لمدخلات حسية معينة وقد تستمر حتى بعد أن يكون الحافز قد تراجع .

تعديل الإحساس Modulation of Sensation

تتعرض نبضات الألم لقدر كبير من التعديل في طريقها إلى ، وضمن ، الجهاز العصبي المركزي. المشابك الأولى في القرن الظهري هي نقطة تركيز مهمة في التحسين أو التثبيط أو التسهيل. قد يحدث تعديل في الأحاسيس أيضًا داخل الجهاز الشوكي ، والجهاز العصبي المثبط النازل ، والقشر الجبهي ، وغيرها من مناطق المخ. يوجد العديد من النواقل العصبية والمعدلات العصبية في القرن الظهري وعند مستويات أعلى من المحور العصبي . تتضمن بعض المعدلات المثيرة excitatory modulators المادة P، الغلوتامات ، الأسبارتات ، ببتيد الكالسيتونين المرتبط بالجينات calcitonin gene–related peptide (CGRP) ، والببتيد المعوي الوعائي الفعال vasoactive intestinal peptide (VIP) .تشمل المعدلات العصبية المثبطة الببتيدات الأفيونية الذاتية ، والنورابينفرين ، والسيروتونين ، وغاما -γحمض الأمينيوبوتيريك (GABA). يمكن للمحاور العصبية المتأذية بعد الإصابة بالتهاب أو التمدد أو الهرس ، أن تطور تشكل قنوات صوديوم غير طبيعية. تلعب هذه التغييرات دورًا مهمًا في تطور الألم الخفيف allodynia (ألم مع لمسة رقيقة) وفرط الألم hyperalgesia (ألم منبه بمحفزات مؤلمة بشكل غير عادي) في العديد من النساء مع GPP. ضمن هذا السياق ، يُعتبر القلق وفقدان الفعالية الذاتية والخوف من الألم والاكتئاب والحالات النفسية الأخرى من العوامل الميسرة أو المثبطة بالنواقل العصبية. من الممكن أن أشكال عديدة من CPP قد تنجم عن تعديل النبضات الوردة (upregulation) أو شذوذ تثبيط نازل في القرن الظهري أو الحبل الشوكي أو الدماغ.

التدبير Management

عند علاج مريضات CPP، يجب تأسيس علاقة علاجية وداعمة ومتعاطفة (ولكن منظمة) بين الطبيب والمريضة . يجب إعطاء المريض مواعيد متابعة منتظمة ، ويجب عدم إخطارها بالاتصال إلا إذا استمر الألم. هذا يعزز سلوك الألم كوسيلة لاكتساب التعاطف والعناية الطبية. لا يعني التقييم السلبي أو النتائج المرضية غير القابلة للعلاج (مثل الالتصاقات الحوضية الكثيفة) أنه يجب تخريج المريضة من الرعاية دون علاج موجه نحو أعراضها. بعد الاطمئنان البدئي أنه لا يوجد أساس مرضي جاد والتثقيف بشأن الآليات المحتملة لإنتاج الألم (بما في ذلك عوامل الجهاز العصبي المركزي) ، ينبغي علاج الأعراض . يجب التعامل مع أعراض الألم بالجدية والاتجاه الممنوحين لأي حالة أخرى.

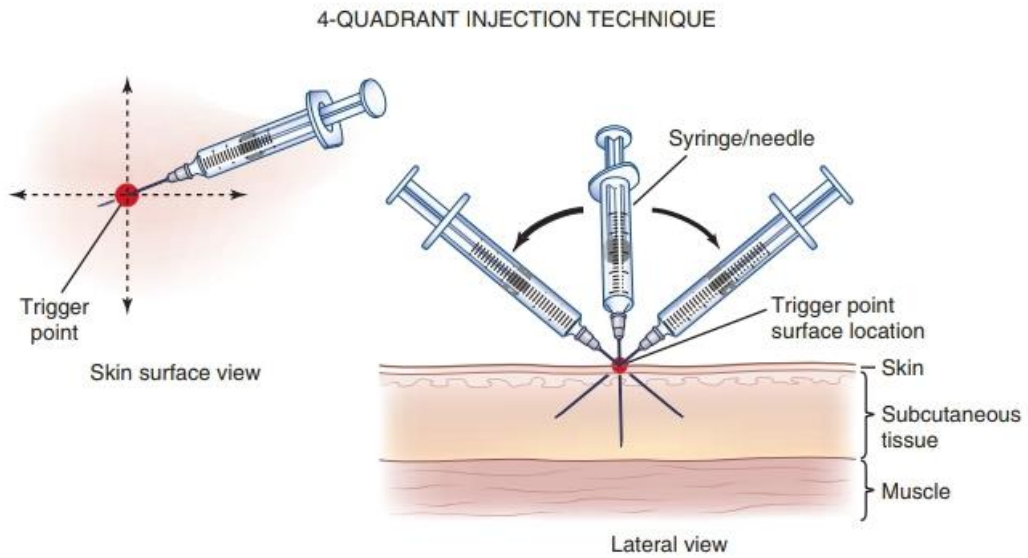
الفريق متعدد التخصصات THE MULTIDISCIPLINARY TEAM

الاستراتيجية الأكثر إنتاجية لتدبير المريضات اللوتي يعانين منCPP هي الطريقة متعددة التخصصات. يجب أن يشتمل الطاقم على أخصائي أمراض نسائية ، وأخصائي نفسية لديه أيضًا خبرة في الألم المزمن ، والاستشارات الجنسية والزوجية ، وأخصائي علاج فيزيائي يتمتع بخبرة في عضلات قاع الحوض ، وطبيب تخدير للحالات الأكثر تعقيدًا التي تتطلب حصر أعصاب تشخيصي أو علاجي . اخصائي العلاج

DR.HISHAM AL HAMMAMI

بالوخز بالأبر acupuncturist قد يكون أيضًا مفيدا. إنه دور الطبيب النفسي في توفير تدبير الألم المعرفي السلوكي والحد من الإجهاد ، والتدريب على تأكيد الذات ، واستراتيجيات التكيف ، وكذلك تقديم المشورة الزوجية والجنسية.

قد تكون هناك حاجة للإحالة النفسية من العلاج الدوائي النفسي. هذا الجانب من العلاج أمر بالغ الأهمية ، لأن العديد من هؤلاء المريضت يصبحن مكتئبات بشدة وغالبًا ما يتم سحبهن إجتماعيا ، جنسيا ومهنيا . قد يكون الاكتئاب ثانويًا للألم ، لكن بدون علاج الاكتئاب ، قد يستمر الألم. يتم استخدام الاسترخاء والعلاجات المعرفية والسلوكية لتحل محل سلوك الألم ومكاسبها الثانوية باستجابات سلوكية فعالة. تبين أن التدبير متعدد التخصصات أكثر فاعلية من التدبير النسائي التقليدي .



الشكل 21-3:تقنية تقنية الحقن في الأرباع الأربعة لجدار البطن لمريضة تعاني من آلام حوضية مزمنة.

التدبيرالطبي والجراحي MEDICAL AND SURGICAL MANAGEMENT

يواصل أخصائي أمراض النساء تقييم التطور، وتنسيق الرعاية ، وتقديم الفحوصات النسائية الدورية . في المراحل البدئية من العلاج ، تجربة تثبيط الإباضة أو / و الطمث بوسائل منع الحمل الهرمونية المركبة (حبوب منع الحمل ، أو اللصاقات ، أو الحلقات ؛ دورية أو مستمرة) ، جرعة عالية من البروجستين أو بروجستين داخل الرحم أو مشابهات الهرمون المطلق لهرمون الغدد التناسلية (GnRH-a) قد تكون مفيدة . تثبيط الإباضة و / أو الطمث مفيد بشكل خاص للمريضات اللواتي يعانين من تفاقم الألم في منتصف الدورة الشهرية ، أو قبل الطمث ،أو أثناء الطمث ، أو في اللواتي يعانين من أمراض المبيض ، مثل الالتصاقات المحيطة بالمبيض أو تشكل الكيسات الوظيفية المتكررة. مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية مفيدة أيضا.

كثيرا ما تستخدم الأساليب الدوائية لزيادة المعدلات العصبية التثبيطية مثل norepinephrine و serotonin (5-HT) و GABA أو حاصرات قنوات الصوديوم على شكل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) أو مضادات الاختلاج .التخدير الموضعي الناحي topical أو عن طريق الحقن.

تشمل الإجراءات الجراحية التي لم تثبت فعاليتها بالنسبة لـ CPP غير المترافق بمرض ، استئصال الملحقات في جانب واحد إذا كان الألم في جانب واحد أو استئصال الرحم التام عن طريق البطن أو قطع العصب ما قبل العجزي أو تعليق الرحم لألم الحوض المعمم. عادةً ما يكون فك الالتصاقات غير فعال ، مع استثناء محتمل للحالات التي يكون فيها موقع الالتصاقات ، كما يظهر منظار البطن ، متفقًا بشكل خاص مع مكان الألم. ومع ذلك ، تنكس الالتصاقات الحوضية في كثير من الأحيان بعد الجراحة . دون إثبات وجود مرض عضوي أو تفسير وظيفي معقول لآلام الحوض ، يجب إجراء تقييم نفسي جسدي شامل قبل إجراء أي عملية جراحية.

DR.HISHAM AL HAMMAMI