A Review of Vaginismus

ARTICLE INFO
DOI: 1052547/sjrm.11.2.7

Article Type

Review Article

Authors

Mohammad Reza Nateghi[1,2] *, Hadis Mohammadian[1]

1- Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Science (IUMS), Tehran, Iran.
2- Sarem Cell Research Center (SCRC), Sarem Women's Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Authors:
Mohammad Reza Nateghi; Sarem Gynecology, Obstetrics and Infertility Research Center, Sarem Women's Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Address: Sarem Women Hospital, Basij Square, Phase 3, Ekbatan Town, Tehran, Iran. Postal code: 1396956111, Phone: +98 (21) 44670888, Fax: +98 (21) 44670432.

Received: 18 July 2026
Accepted: 11 August 2026
e Published: 18 August 2026

Article History

ABSTRACT

Vaginismus is one of the important sexual pain and penetration disorders in women, which is accompanied by involuntary contraction of the pelvic floor muscles and difficulty or inability to penetrate, and can have significant physical, psychological, family and reproductive consequences. Therefore, it is of particular importance to investigate the underlying factors, consequences and treatment approaches of vaginismus with an emphasis on modern treatment methods. In this review article, studies and sources related to the etiology, consequences and treatment of vaginismus were reviewed and the existing findings in the field of psychological approaches, physiotherapy and medical interventions were reviewed. Evidence shows that vaginismus is the result of the interaction of biological, psychological and social factors. Cognitive behavioral therapy, gradual desensitization, vaginal dilators and pelvic floor physiotherapy are considered the main treatments. In resistant cases, methods such as botulinum toxin injection and ESPB block have also shown promising results. Treatment of vaginismus requires a comprehensive and multidisciplinary approach, and a combination of psychological interventions, physiotherapy, and medical treatments can be effective in improving sexual function and reducing the consequences of this disorder.

Keywords: Vaginismus; Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder; Female Sexual Disorders; Pelvic Floor; Cognitive-Behavioral Therapy; Botulinum Toxin; Erector Spinae Plane Block.

Copyright© 2026, ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License which permits Share (copy and distribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-Noncommercial terms.

مروری بر واژینیسموس

محمدرضا ناطقی [۱،۲*]، حدیث محمدیان [۱]
[۱] مرکز تحقیقات زنان زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلولی-مولکولی و سلول‌های بنیادی صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم تهران، ایران

چکیده

واژینیسموس یکی از اختلالات مهم درد و دخول جنسی در زنان است که با انقباض غیرارادی عضلات کف لگن و دشواری یا عدم امکان دخول همراه است و می‌تواند پیامدهای جسمی، روانی، خانوادگی و باروری قابل‌توجهی داشته باشد. لذا بررسی عوامل زمینه‌ساز، پیامدها و رویکردهای درمانی واژینیسموس با تأکید بر روش‌های نوین درمان از اهمیت ویژه ژای برخوردار می باشد..

در این مقاله مروری، مطالعات و منابع مرتبط با علت‌شناسی، پیامدها و درمان واژینیسموس بررسی و یافته‌های موجود در زمینه رویکردهای روان‌شناختی، فیزیوتراپی و مداخلات پزشکی مرور گردید. شواهد نشان می‌دهد واژینیسموس حاصل تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. درمان‌های شناختی‌رفتاری، حساسیت‌زدایی تدریجی، دیلاتورهای واژینال و فیزیوتراپی کف لگن از درمان‌های اصلی محسوب می‌شوند. در موارد مقاوم، روش‌هایی مانند تزریق بوتولینوم توکسین و بلوک ESPB نیز نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده‌اند. درمان واژینیسموس نیازمند رویکردی جامع و چندرشته‌ای است و ترکیب مداخلات روان‌شناختی، فیزیوتراپی و درمان‌های پزشکی می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی و کاهش پیامدهای این اختلال مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: واژینیسموس؛ اختلال درد و دخول تناسلی-لگنی؛ اختلالات جنسی زنان؛ کف لگن؛ درمان شناختی-رفتاری؛ سم بوتولینوم؛ بلوک ESPB.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰

*نویسنده مسئول: محمدرضا ناطقی؛ مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم، بیمارستان فوق تخصصی صارم، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
آدرس: تهران، شهرک اکباتان، فاز ۳، میدان بسیج، بیمارستان فوق تخصصی صارم.
کد پستی: ۱۳۹۶۹۵۶۱۱۱. تلفن: ۰۲۱۴۴۶۷۰۸۸۸. فکس: ۰۲۱۴۴۶۷۰۴۳۲.

مقدمه

معرفی اختلال واژینیسموس

واژینیسموس[۱] یکی از شایع‌ترین شکایات مربوط به اختلالات درد جنسی در زنان، به‌ویژه در سنین باروری است [۱و۲]. این اختلال با انقباض مداوم یا تکرار شونده و غیرارادی عضلات یک‌سوم خارجی واژن و کف لگن در هنگام تلاش برای هرگونه دخول (اعم از آلت تناسلی، انگشت، تامپون یا اسپکولوم) مشخص می‌شود [۱-۵]. این واکنش عضلانی بسته به شدت آن، دخول واژینال را دردناک، دشوار یا کاملاً غیرممکن می‌سازد [۴و۶و۸].

طبقه‌بندی بالینی

واژینیسموس به طور کلی به دسته‌های زیر تقسیم می‌شود:

- اولیه[۲]: زمانی که فرد در تمام طول زندگی خود هرگز قادر به تجربه دخول نبوده است [۴و۳و۵].
- ثانویه[۳]: زمانی که اختلال پس از یک دوره عملکرد جنسی طبیعی و تجربه دخول موفق بروز می‌کند [۱-۳].
- موقعیتی[۴]: زمانی که انقباض تنها در شرایطی خاص (مثلاً معاینه پزشکی) رخ می‌دهد اما در شرایط دیگر وجود ندارد.
- فراگیر[۵]: زمانی که انقباض در هر شرایطی و با هر شی ای اتفاق می‌افتد.

تغییرات در نظام‌های تشخیصی در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)[۶] واژینیسموس و دیسپارونیا[۷] (آمیزش دردناک) با هم ادغام شده و تحت عنوان اختلال درد-دخول و تناسلی-لگنی (GPPPD)[۸] شناخته می‌شوند [۴و۸]. با این حال، بسیاری از پژوهشگران و کلینیسین‌ها همچنان بر استفاده از واژه واژینیسموس تأکید دارند، زیرا معتقدند طبقه‌بندی جدید بیش از حد گسترده است و تفاوت‌های بالینی دقیق بین واژینیسموس (که با انقباض غیرارادی و ترس از دخول مشخص می‌شود) و سایر دردهای جنسی را به خوبی منعکس نمی‌کند[۴و۵]. شیوع و همه‌گیرشناسی تخمین دقیق میزان شیوع واژینیسموس دشوار است، زیرا بسیاری از زنان به دلیل احساس شرم، گناه و تابوهای اجتماعی از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند [۳و۵]. مطالعات مختلف شیوع این اختلال را در جوامع عمومی بین ۱ تا ۷ درصد برآورد کرده‌اند. با این حال، در برخی کشورها از جمله ایران، ترکیه و غنا، نرخ‌های گزارش شده بسیار بالاتر و در برخی گروه‌ها تا ۶۸ درصد نیز بوده است [۵]. واژینیسموس علت اصلی ازدواج‌های به وصال نرسیده[۹] در بسیاری از کشورهای مسلمان به شمار می‌رود[۴]. علت‌شناسی (سبب‌شناسی)[۱۰] دیدگاه‌های نوین، واژینیسموس را نتیجه تعامل پیچیده عوامل زیستی، روانی و اجتماعی می‌دانند (۵). مهم‌ترین عوامل مطرح شده عبارتند از:

[۱] Vaginismus
[۲] Lifelong
[۳] Acquired
[۴] Situational
[۵] Global
[۶] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
[۷] Dyspareunia
[۸] Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD)
[۹] Unconsummated Marriage
[۱۰] Etiology

- عوامل روانی: ترس از درد (نخستین عامل ذهنی)، اضطراب شدید، نگرش‌های منفی نسبت به رابطه جنسی و تجربه‌های آسیب‌زای قبلی [۲و۵و۸].
- عوامل اجتماعی و فرهنگی: تربیت سخت‌گیرانه، فقدان آموزش جنسی صحیح، تابو دانستن مسایل جنسی و القای ارزش‌های مذهبی افراطی که رابطه جنسی را امری کثیف یا خطرناک جلوه می‌دهند [۲-۵].
- عوامل جسمی: بیماری‌های ارگانیک مانند آندومتریوز، عفونت‌ها یا تروماهای ناشی از جراحی‌های لگنی [۳و۷].

واژینیسموس تنها یک مشکل فیزیکی نیست، بلکه پیامدهای عمیقی بر سلامت روان و انسجام خانواده دارد. این اختلال می‌تواند منجر به افسردگی، از دست دادن اعتمادبه‌نفس (احساس نقص در زنانگی)، پریشانی عاطفی زوجین و در نهایت طلاق شود [۶-۲]. همچنین، واژینیسموس یکی از موانع جدی در مسیر باروری است و بسیاری از زوجین به دلیل عدم موفقیت در نزدیکی، به روش‌های کمک‌باروری روی می‌آورند [۲و۴].

عوامل زمینه‌ساز

اختلال واژینیسموس نتیجه تعامل پیچیده میان جنبه‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. در ادامه، مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز این بیماری بر اساس منابع بررسی شده آورده شده است:

۱) عوامل روان‌شناختی و فردی

- **ترس از درد**

نخستین و شایع‌ترین عامل ذهنی گزارش‌شده توسط زنان مبتلا به واژینیسموس است که منجر به گوش‌بزنگی نسبت به محرک‌های جنسی و ارزیابی منفی آن‌ها می‌شود. این اختلال اغلب به عنوان یک واکنش فوبیک شناخته می‌شود که در آن بدن تلاش می‌کند از خود در برابر آسیب احتمالی ناشی از دخول محافظت کند. علاوه بر اضطراب و استرس شدید، عواملی همچون احساس گناه، شرم و انزجار نسبت به مسایل جنسی، و همچنین تصورات منفی از بدن و هویت جنسی، نقش مهمی در زمینه‌سازی این بیماری ایفا می‌کنند [۳و۵].

- **عوامل فرهنگی، مذهبی و آموزشی**

در جوامع سنتی و مذهبی، القای ارزش‌هایی که رابطه جنسی را گناه یا امری کثیف جلوه می‌دهند، از عوامل اصلی بروز این اختلال است. فقدان آموزش جنسی صحیح و وجود تابوهای اجتماعی باعث می‌شود که زنان اطلاعات خود را از منابع غیررسمی دریافت کنند که اغلب منجر به شکل‌گیری باورهای غلط مانند "بسیار کوچک بودن واژن" یا "احتمال خونریزی و جراحت شدید" در اولین نزدیکی می‌شود. همچنین، تأکید افراطی بر بکارت و ترس از شب زفاف در برخی فرهنگ‌ها، فرد را مستعد واکنش‌های انقباضی غیرارادی می‌کند [۳و۵].

- **نقش خانواده و روابط بین‌فردی**

خانواده اصلی به عنوان اولین بستر اجتماعی‌شدن، تأثیر عمیقی بر بروز واژینیسموس دارد؛ به‌ویژه مادرانی که نگرش منفی به رابطه جنسی داشته یا آن را امری ناپسند و خطرناک توصیف کرده‌اند[۵]. الگوهای تربیتی سخت‌گیرانه، عدم رعایت حریم خصوصی در دوران کودکی و یا وجود والدین کنترل‌گر می‌تواند باعث شود فرد آمیزش را نوعی تهاجم به تمامیت بدنی خود تلقی کند[۲و۳]. در سطح رابطه زوجین نیز، مواردی همچون ناهماهنگی عاطفی، وجود اختلالات جنسی در همسر (مانند اختلال نعوظ) و یا تداوم رویکردهای غیرفعال در مواجهه با مشکل، می‌تواند در ایجاد یا مزمن شدن بیماری نقش داشته باشد[۵].

۲) عوامل جسمی و تجربیات آسیب‌زا

اگرچه واژینیسموس اغلب ریشه روانی دارد، اما برخی بیماری‌های ارگانیک مانند آندومتریوز، عفونت‌های لگنی، آتروفی واژن و یا ناهنجاری‌های مادرزادی پرده بکارت می‌توانند زمینه‌ساز شروع درد و انقباض شوند [۱و۳]. علاوه بر این، تجربیات آسیب‌زای قبلی شامل سوءاستفاده جنسی در کودکی یا بزرگسالی، و حتی تجربه‌های ناخوشایند پزشکی مانند معاینات لگنی دردناک، از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده این اختلال هستند [۳و۵].

اثرات واژینیسموس

اثرات جسمی (فردی)

اصلی‌ترین تظاهر جسمی این اختلال، انقباض غیرارادی و مداوم عضلات یک‌سوم خارجی واژن و عضلات کف لگن (مانند عضله لواتور آنی) است که دخول واژینال را دردناک، دشوار یا کاملاً غیرممکن می‌سازد [۵و۶]. این واکنش عضلانی فراتر از یک انقباض ساده بوده و به عنوان یک پاسخ دفاعی فیزیکی در برابر تهدید واقعی یا خیالی ناشی از ورود هر جسم خارجی (آلت تناسلی، انگشت یا اسپکولوم) عمل می‌کند[۳و۵]. علاوه بر ناتوانی در برقراری رابطه جنسی، این وضعیت می‌تواند منجر به دردهای مزمن لگنی و حساسیت شدید در ناحیه تناسلی شود[۷]. یکی از جدی‌ترین پیامدهای جسمی این اختلال، ناتوانی در باروری طبیعی است که باعث می‌شود بسیاری از زوجین برای فرزندآوری مجبور به استفاده از روش‌های تهاجمی‌تر یا تکنیک‌های کمک‌باروری شوند [۱و۲].

اثرات روانی (فردی)

واژینیسموس با سطوح بسیار بالایی از پریشانی عاطفی، اضطراب و ترس از درد همراه است که فرد را در یک چرخه معیوب از «انتظار درد - انقباض - شکست در دخول» گرفتار می‌کند [۴و۵]. این اختلال تأثیر عمیقی بر «خودپنداره»[۱۱] و هویت زنانه بیمار دارد؛ به طوری که بسیاری از زنان مبتلا احساس نقص در زنانگی کرده و خود را موجودی ناتوان یا غیرطبیعی می‌پندارند[۳و۴]. پیامدهای روانی این مشکل شامل کاهش شدید عزت‌نفس، احساس گناه، شرم، ناامیدی و در موارد شدید، افسردگی بالینی

[۱۱] Self-Concept

و حتی افکار خودکشی ناشی از فشار بیماری است [۲و۸]. ترس فوبیک[۱۲] از دخول در این افراد می‌تواند به تمام جنبه‌های زندگی جنسی تسری یافته و منجر به انزجار جنسی یا گوش‌بزنگی مداوم نسبت به هرگونه تماس فیزیکی شود [۳و۵].

اثرات اجتماعی و ساختاری (اجتماع و خانواده)

در سطح کلان، واژینیسموس یکی از دلایل اصلی ازدواج‌های به وصال نرسیده[۱۳] به‌ویژه در جوامع سنتی و مذهبی است که می‌تواند انسجام خانواده را به شدت تهدید کند [۳و۵]. این مشکل اغلب منجر به درگیری‌های شدید زناشویی، سوءتفاهم میان زوجین و در نهایت افزایش نرخ طلاق در جامعه می‌شود [۲و۸]. علاوه بر فروپاشی خانواده، واژینیسموس هزینه‌های اقتصادی غیرمستقیمی مانند کاهش بهره‌وری شغلی ناشی از استرس روانی و هزینه‌های گزاف برای تشخیص‌های غیرضروری و درمان‌های ناکارآمد بر سیستم سلامت تحمیل می‌کند [۷]. همچنین، به دلیل تابو بودن مسایل جنسی، این اختلال باعث انزوای اجتماعی زوجین و سکوت آن‌ها در برابر مشکل می‌شود که خود عاملی برای مزمن شدن بیماری و محرومیت از حمایت‌های اجتماعی و درمانی صحیح است [۴و۶].

درمان

درمان اختلال واژینیسموس نیازمند یک رویکرد جامع، چندرشته‌ای و زیستی-روانی-اجتماعی است که فراتر از تمرکز صرف بر علایم فیزیکی عمل کند[۲و۹]. در ادامه روش‌های اصلی درمان این بیماری بر اساس منابع بررسی شده توضیح داده شده است:

۱) رویکردهای تیمی و چندرشته‌ای

از آنجایی که واژینیسموس ریشه‌های پیچیده‌ای دارد، موفق‌ترین مدل‌های درمانی به صورت درمان تیمی و با حضور متخصصان سلامت باروری، روان‌شناسان، ماماها، متخصصان زنان و اورولوژیست‌ها انجام می‌شود[۱و۲]. هدف این تیم، ارزیابی دقیق بیمار، رفع مسایل ارگانیک، تجویز داروهای ضد اضطراب در صورت نیاز و هدایت جلسات مشاوره است[۲و۸]. یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی موفقیت در درمان، این است که بیمار بپذیرد مشکل او به جای علل صرفاً فیزیکی، ریشه در عوامل روان‌شناختی دارد [۹و۱۰].

۲) درمان‌های شناختی-رفتاری[۱۴] (CBT) و آموزشی

درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از مؤثرترین روش‌ها، بر اصلاح شناخت‌ها و باورهای غلط (مانند ترس از جراحت شدید یا کوچک بودن واژن) و کاهش اضطراب متمرکز است [۲و۳]. آموزش آناتومی تناسلی و سیکل پاسخ جنسی به بیمار و همسرش کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری پیدا کنند [۲]. در بخش رفتاری، تکنیک حساسیت‌زدایی منظم با استفاده از دیلاتورهای واژینال (یا انگشت خود بیمار) به صورت تدریجی از سایز کوچک به بزرگ انجام می‌شود تا بدن به تجربه دخول بدون درد عادت کند [۲-۴].

۳) فیزیوتراپی و تمرینات عضلانی

تمرینات عضلات کف لگن، به‌ویژه ورزش کگل[۱۵]، برای افزایش آگاهی و کنترل ارادی بیمار بر عضلات واژن و لگن توصیه می‌شود[۲و۸]. همچنین تکنیک بیوفیدبک با استفاده از ابزارهای الکتریکی، اطلاعاتی از فعالیت عضلانی بدن به بیمار می‌دهد تا او بتواند کنترل بهتری بر انقباضات غیرارادی خود پیدا کند [۳و۸]. روش‌های دیگری مانند تمرکز حسی[۱۶] نیز با تأکید بر نوازش‌های غیرجنسی، اضطراب زوجین را کاهش داده و صمیمیت عاطفی را تقویت می‌کنند [۲و۹].

۴) مداخلات پزشکی و دارویی

در موارد مقاوم به درمان‌های سنتی، تزریق سم بوتولینوم (بوتاکس)[۱۷] به عضلات کف لگن (مانند عضله لواتور آنی[۱۸]) یک گزینه درمانی است که باعث فلج موقت و رفع انقباض عضلانی می‌شود [۶و۷]. همچنین استفاده از ژل‌های روان‌کننده، بی‌حس‌کننده‌های موضعی مانند لیدوکائین، و در برخی موارد جدیدتر، استفاده از لیزر و تزریق PRP برای بهبود عملکرد جنسی مطرح شده است [۸-۱۰]. روش‌های تهاجمی‌تر مانند بلوک عصبی[۱۹] ESPB(بلوک صفحه عضله راست‌کننده ستون مهره‌ها) نیز در مطالعات اخیر برای موارد بسیار شدید نتایج مثبتی نشان داده‌اند [۳].

۵) نقش همسر و درمان‌های غیرعلمی

مشارکت فعال همسر در جلسات درمانی و حمایت عاطفی او از کلیدهای موفقیت است. در صورتی که همسر نیز دچار اختلالات جنسی (مانند اختلال نعوظ) باشد، درمان همزمان او ضروری است. لازم به ذکر است که روش‌هایی مانند هایمنکتومی (جراحی پرده بکارت) یا توصیه به مصرف الکل و داروهای خواب‌آور قوی، درمان‌های غیرعلمی محسوب شده و معمولاً منجر به مزمن شدن بیماری و شکست درمان می‌شوند [۲و۸].

۶) درمان‌های جدید و مداخلات تهاجمی در واژینیسموس

- **تزریق سم بوتولینوم (بوتاکس)**

برای بیمارانی که به درمان‌های خط اول (مانند درمان‌های شناختی-رفتاری و استفاده از دیلاتورها) پاسخ نمی‌دهند، تزریق سم بوتولینوم[۲۰] نوع A به عنوان یک گزینه موثر در موارد واژینیسموس مقاوم مطرح است [۹]. این سم از طریق مسدود کردن آزادسازی استیل‌کولین[۲۱] در محل اتصال عصب و عضله، منجر به فلج موقت و کاهش انقباضات غیرارادی

[۱۲] Phobia
[۱۳] Unconsummated Marriage
[۱۴] Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
[۱۵] Kegel Exercise
[۱۶] Sensate Focus
[۱۷] Botox
[۱۸] levator ani Muscle
[۱۹] Erector Spinae Plane Block (ESPB)
[۲۰] Botulinum Toxin
[۲۱] Acetylcholine (ACh)

عضلات کف لگن می‌شود [۱]. تزریق معمولاً در عضلات بالابرنده مقعد[۲۲] یا عضلات سطحی‌تر مانند عضله پیازی-اسفنجی[۲۳] انجام می‌گیرد. علاوه بر اثر شل‌کنندگی عضلانی، بوتاکس با مهار انتقال‌دهنده‌های عصبی درد مانند ماده[۲۴] P و گلوتامات، مسیرهای انتقال درد را نیز تعدیل می‌کند. مطالعات بالینی و گزارش‌های موردی متعددی بهبود قابل توجه در توانایی دخول و کاهش درد را پس از تزریق گزارش کرده‌اند، اگرچه برای تعیین دوز بهینه و تداوم اثرات بلندمدت، انجام کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده بیشتری مورد نیاز است [۳و۷].

- **بلوک صفحه عضله راست‌کننده ستون مهره‌ها[۲۵]**

یکی از روش‌های نوین و نوظهور در مدیریت واژینیسموس بسیار شدید (درجه ۴ و ۵)، استفاده از بلوک عصبی ESPB در ناحیه ساکرال است. در این تکنیک که با هدایت سونوگرافی انجام می‌شود، داروهای بی‌حسی به فضای فاشیایی تزریق شده و بدون نیاز به تماس مستقیم با ریشه عصب، سیستم حسی-حرکتی ناحیه لگن را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در یک مطالعه آزمایشی، ترکیب بلوک عصبی ESPB با دیلاتاسیون تدریجی تحت بی‌حسی، منجر به موفقیت ۷۳ درصدی در درمان بیماران مبتلا به واژینیسموس شدید و حتی دستیابی به بارداری در برخی از آن‌ها شده است [۳]. این روش به دلیل غیرتهاجمی بودن نسبت به سایر بلوک‌های عصبی و پتانسیل بالا در کاهش اضطراب و درد حین درمان، مورد توجه قرار گرفته است[۳و۱۰و۱۱].

- **درمان‌های مبتنی بر لیزر و تزریق پی‌آرپی (PRP)**

در سال‌های اخیر، استفاده از تکنولوژی‌های بازسازی‌کننده مانند لیزر CO_2 فرکشنال[۲۶] برای بهبود سلامت جنسی و درمان دردهای دخول مطرح شده است. این لیزر با تحریک کلاژن‌سازی و بهبود بافت واژن، به کاهش علایمی مانند خشکی و دیسپارونیا کمک کرده و می‌تواند در درمان واژینیسموس ثانویه ناشی از آتروفی مفید باشد. همچنین تزریق پلاسمای غنی از پلاکت[۲۷] به دیواره قدامی واژن یا کلیتوریس (که به O-Shot معروف است)، از طریق آزادسازی فاکتورهای رشد به ترمیم بافت و بهبود پاسخ‌های جنسی کمک می‌کند. اگرچه این روش‌ها نتایج مثبتی در رضایت بیماران نشان داده‌اند، اما همچنان به عنوان درمان‌های تکمیلی و در کنار پروتکل‌های جامع روان‌شناختی و فیزیوتراپی توصیه می‌شوند [۳و۸].

ملاحظات ایمنی و اثرات جانبی

اگرچه این درمان‌های نوین ایمنی نسبتاً بالایی دارند، اما عوارض احتمالی باید مد نظر قرار گیرند. در تزریق بوتاکس، عوارضی گذرا مانند بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، یبوست و در برخی موارد علایم شبیه آنفولانزا گزارش شده است که معمولاً پس از چند هفته و با از بین رفتن اثر سم برطرف می‌شوند. در مورد روش‌های تهاجمی‌تر مانند ESPB، ریسک خون‌ریزی یا هماتوم در محل تزریق وجود دارد. نکته کلیدی در موفقیت تمامی این روش‌ها، ادغام آن‌ها در یک رویکرد تیمی و چندرشته‌ای است، تا اطمینان حاصل شود که ابعاد روان‌شناختی اختلال نیز همزمان با مداخلات فیزیکی مدیریت می‌شوند [۲و۱۱].

نتیجه‌گیری:

واژینیسموس اختلالی چندعاملی است که در نتیجه تعامل پیچیده عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی ایجاد می‌شود و پیامدهای آن فراتر از ناتوانی در دخول بوده و می‌تواند سلامت روان، اعتمادبه‌نفس، روابط زوجین، انسجام خانواده و توانایی باروری را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، تشخیص و درمان این اختلال نباید صرفاً بر جنبه‌های جسمی و انقباض عضلات کف لگن متمرکز باشد، بلکه شناسایی عوامل زمینه‌ساز روان‌شناختی، تجربیات آسیب‌زا، نگرش‌های فرهنگی و مشکلات رابطه‌ای نیز ضروری است.

درمان واژینیسموس نیازمند رویکردی جامع و چندرشته‌ای با مشارکت متخصصان زنان، روان‌شناسان، ماماها و متخصصان مرتبط است. درمان‌های شناختی‌رفتاری، آموزش، حساسیت‌زدایی تدریجی، دیلاتورهای واژینال و فیزیوتراپی کف لگن همچنان از مهم‌ترین پایه‌های درمان محسوب می‌شوند. در موارد مقاوم، مداخلاتی مانند تزریق بوتولینوم توکسین و بلوک ESPB می‌توانند به‌عنوان گزینه‌های درمانی مکمل مورد توجه قرار گیرند، هرچند برای تعیین اثربخشی بلندمدت و جایگاه قطعی این روش‌های نوین، شواهد قوی‌تر و مطالعات بالینی بیشتری مورد نیاز است. در نهایت، ادغام مداخلات جسمی و روان‌شناختی و مشارکت فعال زوجین می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به نتایج مطلوب درمانی داشته باشد.

ملاحضات اخلاقی

این مطالعه مروری، ملاحظات اخلاقی در بر ندارد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

هزینه‌های این طرح توسط مرکز تحقیقات زنان، زایمان و ناباروری صارم تأمین گردیده است

منابع

۱. پهلوانی شیخی، زهرا .ملاحظات خاص مامایی در زنان باردار مبتلا به واژینیسموس. نهمین کنگره مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری؛ تهران؛ ۱۳۹۵

[۲۲] Levator Ani Muscle
[۲۳] Bulbospongiosus
[۲۴] Substance P (SP)
[۲۵] Erector Spinae Plane Block (ESPB)
[۲۶] Fractional CO_2 Laser (Monalisa Touch®)
[۲۷] Platelet-Rich Plasma (PRP)

۲. کریمیان، زهرا؛ عربان، مرضیه؛ حاصلی، آرزو. اثرات درمان واژینیسموس و بارداری متعاقب آن: یک بررسی گروه موردی. مجله زنان، مامائی و نازائی ایران. ۱۴۰۳؛ ۲۷(۴): ۸۵-۹۳

۳. شمالی، زهرا؛ دشتیانه، سوده؛ زارع، شیوا. نگاهی روانشناختی به جنبه‌های سبب‌شناسی، پیامدها و درمان اختلال واژینیسموس (مطالعه مروری). مجله علمی پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان. ۱۴۰۱؛ ۴(۱۳)

4. Pithavadian R, Chalmers J, Dune T. The experiences of women seeking help for vaginismus and its impact on their sense of self: An integrative review. Women's Health. 2023;19 :1–19.

5. McEvoy M, McElvaney R, Glover R. Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. Sexual and Relationship Therapy. 2024;39(3):680–701.

6. Laskowska A, Gronowski P. Vaginismus: An overview. Journal of Sexual Medicine. 2022;19: S228–S229.

7. Karp BI, Stratton P. Chronic pelvic pain and botulinum toxin. Toxicon. 2025;258 :108336.

8. Prabhu SS, Hegde S, Sareen S. Female sexual dysfunction: A potential minefield. Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. 2022;43 :128-34.

9. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities. Sexual Medicine Reviews. 2019;7(2):223-250.

10. Yilmaz EPT, Ahiskalioglu EO, Ahiskalioglu A, Tulgar S, Aydin ME, Kumtepe Y. A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation. Cureus. 2020;12.

11. Knapman BL, Li FG, Deans R, Nesbitt-Hawes E, Maheux-Lacroix S, Abbott J. Botulinum Toxin for the Management of Pelvic Floor Tension Myalgia and Persistent Pelvic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2024;143(1): e7-e17.