



A Review of Vaginismus

ARTICLE INFO

DOI: 1052547/sjrm.11.2.7

Article Type

Review Article

Authors

Mohammad Reza Nateghi^{1,2} , Hadis Mohammadian¹

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.

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.

Received: 18 July 2026

Accepted: 11 August 2026

e Published: 18 August 2026

Article History

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 واژینیسوس

محمد رضا ناطقی^{۱،۲} ID، 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

واژینیسوس 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 قابل توجهی داشته باشد. لذا بررسی عوامل زمینه‌ساز، پیامدها و رویکردهای درمانی واژینیسوس با تأکید بر روش‌های نوین درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد.

در این مقاله مروری، مطالعات و منابع مرتبط با علت‌شناسی، پیامدها و درمان واژینیسوس بررسی و یافته‌های موجود در زمینه رویکردهای روان‌شناختی، فیزیوتراپی و مداخلات پزشکی مرور گردید. شواهد نشان می‌دهد واژینیسوس حاصل تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است. درمان‌های شناختی-رفتاری، حساسیت‌زدایی تدریجی، دیلتورهای 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 واژینیسوس 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: واژینیسوس؛ 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: محمد رضا 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 واژینیسوس

واژینیسوس^۱ یکی از شایع‌ترین شکایات مربوط به اختلالات درد جنسی در زنان، به‌ویژه در سنین باروری است^[۱،۲]. 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^[۳-۵]. این واکنش عضلانی بسته به شدت آن، دخول واژینال را دردناک، دشوار یا کاملاً غیرممکن می‌سازد^[۶،۷].

طبقه‌بندی بالینی

- واژینیسوس 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^[۳،۴].
 - ثانویه^۳: زمانی که اختلال پس از یک دوره عملکرد جنسی طبیعی و تجربه دخول موفق بروز می‌کند^[۳-۵].
 - 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 شی‌ای اتفاق می‌افتد.

تغییرات در نظام‌های تشخیصی در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۶ واژینیسوس و دیسپارونیا^۷ (آمیزش دردناک) با هم ادغام شده و تحت عنوان اختلال درد-دخول و تناسلی-لگنی (GPPPD)^۸ شناخته می‌شوند^[۹،۱۰]. با این حال، بسیاری از پژوهشگران و کلینیسین‌ها همچنان بر استفاده از واژه واژینیسوس تأکید دارند، زیرا معتقدند طبقه‌بندی جدید بیش از حد گسترده است و تفاوت‌های بالینی دقیق بین واژینیسوس (که با انقباض غیرارادی و ترس از دخول مشخص می‌شود) و سایر دردهای جنسی را به خوبی منعکس نمی‌کند^[۱۱]. شیوع و همه‌گیرشناسی تخمین دقیق میزان شیوع واژینیسوس دشوار است، زیرا بسیاری از زنان به دلیل احساس شرم، گناه و تابوهای اجتماعی از مراجعه به مراکز درمانی خودداری می‌کنند^[۱۲]. 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^[۱۳]. واژینیسوس علت اصلی ازدواج‌های به وصال نرسیده^۹ در بسیاری از کشورهای مسلمان به شمار می‌رود^[۱۴]. علت‌شناسی (سبب‌شناسی)^{۱۰} دیدگاه‌های نوین، واژینیسوس را نتیجه تعامل پیچیده عوامل زیستی، روانی و اجتماعی می‌دانند (۵). مهم‌ترین عوامل مطرح شده عبارتند از:

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)^۶
 Dyspareunia^۷
 Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD)^۸
 Unconsummated Marriage^۹
 Etiology^{۱۰}

Vaginismus^۱
 Lifelong^۲
 Acquired^۳
 Situational^۴
 Global^۵

• نقش خانواده و روابط بین فردی

خانواده اصلی به عنوان اولین بستر اجتماعی شدن، تأثیر عمیقی بر بروز واژینیسوس دارد؛ به ویژه 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^[۳۲]. 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 واژینیسوس اغلب ریشه روانی دارد، اما برخی بیماری‌های ارگانیکی مانند آندومتریوز، عفونت‌های لگنی، آتروفی واژن و یا ناهنجاری‌های مادرزادی پرده بکارت می‌توانند زمینه‌ساز شروع درد و انقباض شوند^[۳۹]. 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^[۵۳].

اثرات واژینیسوس

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^[۶۵]. 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^[۳۳]. 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^[۳۱].

اثرات روانی (فردی)

واژینیسوس 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^[۵۴]. این اختلال تأثیر عمیقی بر «خودپنداره»^[۱] 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^[۴۳]. پیامدهای روانی این مشکل شامل کاهش شدید عزت‌نفس، احساس گناه، شرم، ناامیدی و در موارد شدید، افسردگی بالینی

عوامل روانی: ترس از درد (نخستین عامل ذهنی)، اضطراب شدید، نگرش‌های منفی نسبت به رابطه جنسی و تجربه‌های آسیب‌زای قبلی^[۸].

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 ارگانیکی مانند آندومتریوز، عفونت‌ها یا تروماهای ناشی از جراحی‌های لگنی^[۷۳].

واژینیسوس 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^[۲-۶]. همچنین، واژینیسوس یکی از موانع جدی در مسیر باروری است و بسیاری از زوجین به دلیل عدم موفقیت در نزدیکی، به روش‌های کمک‌باروری روی می‌آورند^[۴۲].

عوامل زمینه‌ساز

اختلال واژینیسوس 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 واژینیسوس است که منجر به گوش‌بزننگی 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^[۵۳].

• 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^[۵۴].

Self-Concept^{۱۱}

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 [۲۰-۲۱].

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 [۱۸، ۲۱]. 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 [۱۸، ۲۱]. روش‌های دیگری مانند تمرکز حسی^{۱۶} نیز با تأکید بر نوازش‌های غیرجنسی، اضطراب زوجین را کاهش داده و صمیمیت عاطفی را تقویت می‌کنند [۲۱، ۱۹].

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 [۷، ۲۱]. 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 [۲۱].

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 [۸، ۲۱].

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

و حتی افکار خودکشی ناشی از فشار بیماری است [۲۱، ۱۸]. ترس فوبیک^{۱۲} از دخول در این افراد می‌تواند به تمام جنبه‌های زندگی جنسی تسری یافته و منجر به انزجار جنسی یا گوش‌پزنگی مداوم نسبت به هرگونه تماس فیزیکی شود [۱۵، ۱۴].

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 [۲۱، ۱۵]. این مشکل اغلب منجر به درگیری‌های شدید زناشویی، سوءتفاهم میان زوجین و در نهایت افزایش نرخ طلاق در جامعه می‌شود [۱۸، ۲۱]. 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 [۶، ۲۱].

درمان

درمان اختلال واژینیسموس نیازمند یک رویکرد جامع، چندرشته‌ای و زیستی-روانی-اجتماعی است که فراتر از تمرکز صرف بر علایم فیزیکی عمل کند [۲۱، ۹]. 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 ارولوژیست‌ها انجام می‌شود [۲۱، ۱۲]. هدف این تیم، ارزیابی دقیق بیمار، رفع مسایل ارگانیکی، تجویز داروهای ضد اضطراب در صورت نیاز و هدایت جلسات مشاوره است [۱۸، ۲۱]. یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی موفقیت در درمان، این است که بیمار بپذیرد مشکل او به جای علل صرفاً فیزیکی، ریشه در عوامل روان‌شناختی دارد [۱۰، ۹].

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 [۲۱، ۱۳]. آموزش آناتومی تناسلی و سیکل پاسخ جنسی به بیمار و همسرش کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری پیدا کند [۲۱]. در بخش رفتاری، تکنیک حساسیت‌زدایی

^{۱۷} Botox
^{۱۸} levator ani Muscle
^{۱۹} Erector Spinae Plane Block (ESPB)
^{۲۰} Botulinum Toxin
^{۲۱} Acetylcholine (ACh)

^{۱۲} Phobia
^{۱۳} Unconsummated Marriage
^{۱۴} Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
^{۱۵} Kegel Exercise
^{۱۶} Sensate Focus

ادغام آن‌ها در یک رویکرد تیمی و چندرشته‌ای است، تا اطمینان حاصل شود که ابعاد روان‌شناختی اختلال نیز همزمان با مداخلات فیزیکی مدیریت می‌شوند [۱۱و۱۲].

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 شناختی-رفتاری، 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.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مروری، ملاحظات اخلاقی در بر ندارد.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچگونه تعارض منافع 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

^{۲۵} Erector Spinae Plane Block (ESPB)
^{۲۶} Fractional CO₂ Laser (Monalisa Touch®)
^{۲۷} Platelet-Rich Plasma (PRP)

عضلات کف لگن می‌شود [۱]. تزریق معمولاً در عضلات بالابرنده مقعد^{۲۴} یا عضلات سطحی‌تر مانند عضله پیاپی-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 [۷و۳].

• 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 تأثیر 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 [۲]. 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 [۳و۱۱و۱۲].

• درمان‌های مبتنی بر لیزر و تزریق پی‌آرپی (PRP)

در سال‌های اخیر، استفاده از تکنولوژی‌های بازسازی‌کننده مانند لیزر CO₂ فرکشنال^{۲۶} برای بهبود سلامت جنسی و درمان دردهای دخول مطرح شده است. این لیزر با تحریک کلاژن‌سازی و بهبود بافت واژن، به کاهش علائمی 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 [۸و۳].

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 علائم 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،

^{۲۲} Levator Ani Muscle
^{۲۳} Bulbospongiosus
^{۲۴} Substance P (SP)

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؛ دشتیان، 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.