

بازرسی میکروبی درمان قطعی سوزاک مزمن

نگارش:

دکتر میر دامادی

استاد کرسی سرم شناسی دانشکده پزشکی

یکی از بیماریهای میکروبی که بازرسی درمان آن هنوز هم بادشواری های چندی رو برو میباشد سوزاک مزمن است بنابراین پیش از ورود باصل موضوع باید پیشاپیش سوزاک مزمن تعریف گردد.

برخی از کارشناسان بیماریهای میز در راه را عقیده بر این است که هر سوزاک که بیش از دو ماه دوام داشته باشد و بازهم پس از این مدت ترشحات چرکی از مجرای روان باشد و در همان حال نفوذ و ریختن ادرار بی درد و زحمت انجام گیرد بایستی بدان مزمن گفته شود اما برخی دیگر از محققین را عقیده بر این است که هر گاه سوزاک را بحال خود بگذارند و بدون در نظر گرفتن مدت نتواند دوباره بحالت حاد و یا نیم حاد بازگشت کند باید آنرا مزمن بنامند.

از نظر آسیب شناسی اختلاف سوزاک مزمن و حاد در این است که برخلاف سوزاک حاد در موارد مزمن آسیب های مخاطی همه سطح مخاط مجرای ادرار را فرا گرفته است بلکه تقریباً در کلیه موارد آسیب های مخاطی بصورت پراکنده در قسمت های مختلف مجرا دیده میشود و حتی در جاهای آلوده گاه قسمتی از مخاط سالم نیز یافت میشود. از قسمتهای مختلف مجرا ناحیه بولب بیشتر آلوده است و پس از آن نوبت بناحیه پروستاتی می رسد. ناگفته نماند که آسیب های ناحیه اسفنجی مجرا غالباً همراه با آسیب های دو گانه یاد شده است.

پوشش مخاطی مجرا بر حسب قدمت و دوام مدت بیماری بیش و کم تغییراتی پیدا میکند بطوریکه در آغاز فقط اپیتلیوم استوانه ای که ممکن است دارای پنج تا شش ورقه باشد تی فیکاسیون پیدا کرده و بر عده قشرهای سلولی افزوده میشود و هر گاه

آسیب بیشتر باشد اپیتلیوم سنگ فرشی نیز همان تغییرات را بخود میگیرد. اگر آسیب‌ها باز هم از آن پیشرفت بیشتری داشته باشد اپیتلیوم شاخی شده و در واقع اپیتلیوم مخاطی حالت و چگونگی پوستی بخود میگیرد.

پوست و بافت اسفنجی زیر آن در آغاز دارای انفیلتراسیون لو کوسیتی و سلول‌های رویانی که مخصوص حالت حاد بیماری است میباشد و در مجاورت سلول‌های رویانی سلول‌های دوکی شکل ظاهر میشود که بتدریج پیشرفت کرده و فیبری میگردند اما در موارد مزمن مجموعه از سلول‌های انفیلتراسیون یافته پوست و بافت اسفنجی پوست بصورت توده‌ای از بافت‌های متراکم و سفت در می‌آید که همان حالت آغاز تنگی مجرای ادرار را تشکیل میدهد.

سوراخ‌های «مورگانی» و غده‌های «لیتر» خود بخود در این تغییرات دخالت دارند بطوریکه برخی از آنها بر اثر تصلب و سفتی مسدود گردیده و از میان می‌روند پاره‌ای دیگر بواسطه رشد و تکثیر سلول‌های اپیتلیال در پوش‌های حقیقی بوجود آورده و در نتیجه دهانه مجاری بسته میشود اما گاه و بیگاه مخصوصاً در مواقع تحریک ترشحات آنها در مجاری اصلی می‌ریزد.

بالاخره همین حالات تصلب و سفتی مزمن ممکن است کاملاً دهانه مجاری غده «لیتر» را بسته و آنها را بکیسه‌های واقعی تبدیل کند - مجرای خلفی نیز آسیب‌های اپیتلیومی و شاخی و پوستی و غده‌ای همانندی را پیدا می‌کند اما چون در این قسمت مجرا از بافت حقیقی و اسفنجی خبری نیست از این جهت تصلب خود بخود محدود بکوریون گردیده و در این قسمت ندرتاً بتنگی مجرا تبدیل میگردد.

در آزمایش میکروبی مستقیم ترشحات مجرا هر چند ممکن است ندرتاً گونو کوک دیده شود ولی این بشرطی است که پس از تحریکات عمومی و یام وضعی آزمایش‌های مکرر بعمل آید - بدیهی است برای اینکه بتوان میکروبو را از زوایای غده آما سیده مجرا بیرون کشید بایستی بوسیله فرو بردن میله‌های مخصوص اتساع مجرا (بنیکه) و مالش روی آنها چرک و ترشحات محتوی در غده آلوده اطراف مجرا را بدست آورد.

در موارد دیگر چرك دارای گونو كوك نیست اما میکروبهای مختلف مانند استافیلو كك - استرپتو كك - دیپلو كوك های گونو كك مانند و کولی باسیل و باسیل های دیفتری آسا در آن دیده میشود و بالاخره گاهی چرك ظاهراً دارای میکروبی نیست و یا آنکه تعداد میکروب بحدی کم است که عملاً نمیتوان چرك موجود را مرتبط با آن دانست .



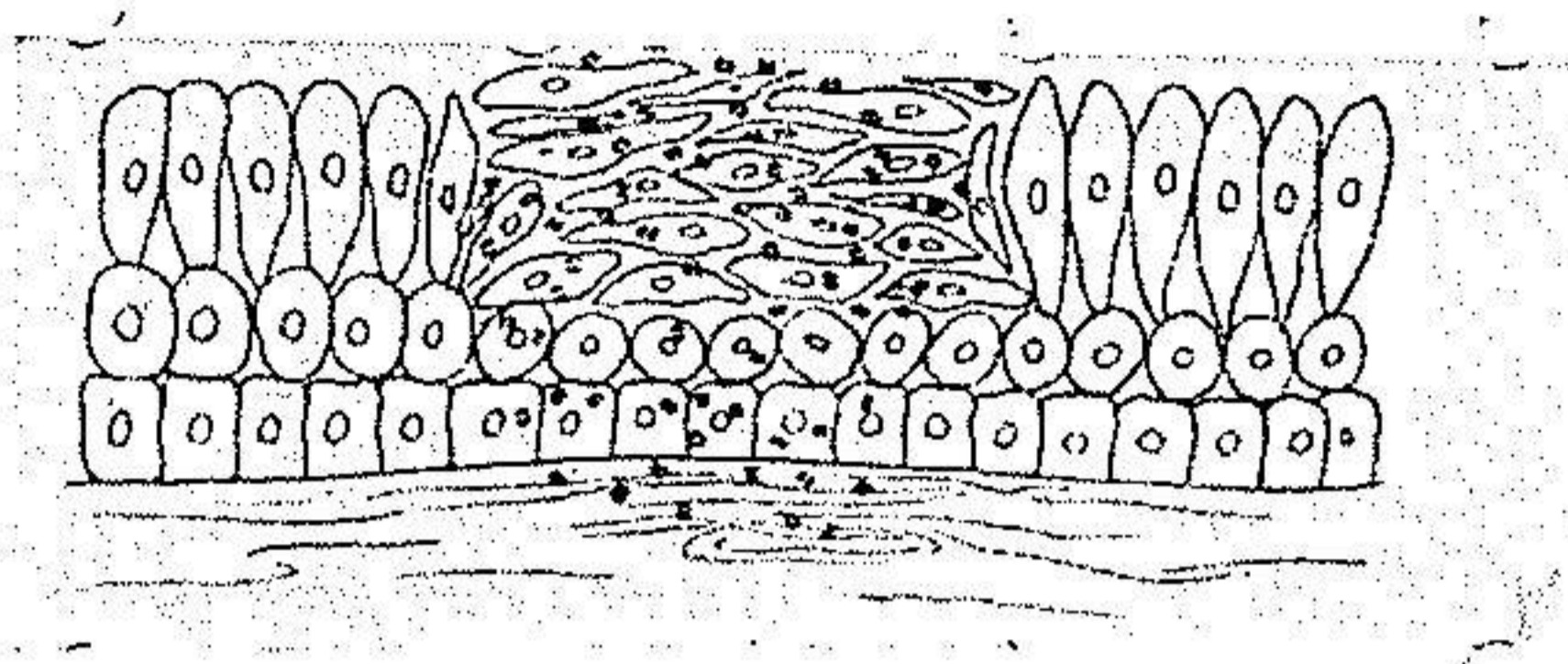
تصویر ۱ - برش مجرای ادرار دچار بسوزاك مزمن و قدیمی - اپی تلیوم در این برش سنگ فرشی استر افیکاسیون پیدا کرده و طبقه اسفنجی نیز تغییرات فیری بخود گرفته است

از نظر سلولی وضع سیتو لژی چرك مجرا و یارشته های ادراری باهم بکلی ممکن است متفاوت باشد بدین معنی که امتحان ترشح مجرا تعداد بسیار سلولهای مخاطی و شماره کمی گویچه های سفید چند هسته ای نشان دهد و این وضع سلولی همراه با عدم وجود گونو كوك یا میکرب دیگر بیماری سوزاك را درمان شده نشان میدهد در صورتیکه وضع سلولای رشته های ادراری که بیشتر حالت مرضی مجرای خلفی را مجسم میکند شماره بسیار گویچه های سفید چند هسته ای و کمی سلول نشان میدهد و این خود حتی بدون در نظر گرفتن نتیجه آزمایش منفی میکروبی بسیار مشکوک است زیرا هر چند برخی عوامل مکانیکی ممکن است سبب ادامه حالت تحریکی مجرا باشد ولی اینگونه عوامل تحریکی بسیار نادر است و از این جهت باید چنین نتیجه گرفت که تا موقعیکه وضع

سلولی ترشحات مجرا بحالت نزدیک طبیعی بازگشت نکرده باشد چنین مجرای مشکوک بداشتن گونو كك و یا میکرب بیماریزای دیگر میباشد .

بطوریکه پیش اشاره شد نتیجه آزمایش ترشحات مجرا و یارشته های ادراری غالباً از نظر گونو كوك منفی است و باید چندبار تکرار شود تا گاهی يك یا چند جفت

دیپلو کوک گرام منفی دیده شود و حتی در این صورت باز هم نمیتوان بگویند که کک بودن چنین دیپلو کک هائی اطمینان داشت زیرا هر دیپلو کک در حال تقسیم بصورت دیپلو کک



تصویر ۲- کانون اپی تلیوم مسطح آلوده بگویند کک در سوزاک مزمن

نمایان میگردد و مخصوصاً بهنگام رنگ آمیزی گرام هر گاه محللول بنفش ناسیان مانده و کهنه بکار رود هر میکروب گرام مثبت باسانی ممکن است گرام منفی نمایان گردد. نا گفته نماند که برخی از استرپتو کک های گرام منفی نیز وجود دارد که ممکن است گاهی با گونو کک اشتباه گردد.

بر حسب عقیده یکی از کارشناسان سوزاک مزمن آنست که در کانونهای تشریحی مادر زادی و یا کانونهای مرضی و یا کانون های وابسته بتروماتیسیم تغییراتی در اپیتلیوم طبیعی مجرا و یاغده های اطراف آن بر اثر بیماری و یا بدی درمان پیدا شود. همین کار شناس اظهار نظر کرده است که کانون های اپیتلیوم مسطح که غالب آنها خارج از مجرای ادرار میباشد در مردان کم است در صورتیکه درزنها طبیعی است و بهمین علت سوزاک مزمن در مردان کم است و درزنها عموماً میت دارد.

روش های مختلف بازرسی درمان قطعی سوزاک

۱- آزمایش ترشح مجرا ورشته های ادراری بطور مستقیم

۲- آزمایش غیر مستقیم و کشت رشته های ادراری

۳- کشت منی

۴- گونورا کسیون

۱- هر چند برخی از کارشناسان فرانسوی به نتایج آزمایش مستقیم ترشحات

ورشته‌های ادراری اهمیت بسیاری می‌دهند اما محققین آلمانی و آمریکائی را عقیده بر این است که کشت رشته‌های ادراری و بدست آوردن گونو کک کامل العیار تنها وسیله تشخیص سوزاک مزمن است و در این خصوص یکی از کارشناسان امور بهداشتی آمریکا چنین اظهار عقیده کرده است (کشت ترشحات و یارشته‌های ادراری هنوز هم بهترین و مطمئن‌ترین راه بازرسی درمان قطعی سوزاک می‌باشد) (۱)

آزمایش آگلو تیناسیون برای تشخیص افتراقی گونو کک چندان رضایتبخش نیست اما بر خلاف واکنش نبوت مکمل نه تنها برای تعیین هویت گونو کک بلکه همچنان برای تشخیص مبتلایان مفید است .

البته این آزمایش معمولاً پس از هفته دوم یا سوم منفی است و حتی در صورتیکه سوزاک منجر به عوارضی نگردیده باشد ممکن است همچنان منفی بماند اما غالباً پس از سه تا چهار هفته از تاریخ ابتلا مثبت میگردد و پس از درمان نیز ممکن است تا چند ماه واکنش خون بحالت مثبت باقی بماند. نا گفته نماند که نتایج غیر اختصاصی مثبت نیز ممکن است در انفکسیونهای وابسته به مننگو کوک یا برخی بیماریهای پوستی و یا آماس مجرا وابسته به میکروبهای دیگر و بالاخره در اشخاصی که واکنش ضد گونو کک بدانها سوزن زده شده است بدست آید .

تعداد موارد مثبت اختصاصی مخصوصاً در عوارض سوزاک بیشتر است و در برخی از آنها مانند آماس سوزاکی چشم - آماس بندها و آماس پاشام قلب (آندو-کاردیت) نتایج مثبت اختصاصی حتی بصدد درصد هم برسد. نا گفته نماند که نتیجه منفی هیچگاه دلیل قطعی بر درمان کامل بیماری نیست زیرا همان نتایج منفی ممکن است بر اثر اصلاح آنتی ژن مثبت گردد .

۱-- The culture remains the most efficient method for the determination of cure in this disease. Vondérlehr

۲-- Tetramcthyl - phenilene diamine

یکی از کارشناسان بنام « پرایس » تغییراتی در آنتیژن این واکنش داده و چنین معتقد گردیده است که تعداد موارد مثبت پس از هفته اول و دوم و سوم و چهارم و پنجم بترتیب به ۶۶-۷۰-۸۰ و صد در صد میرسد.

ناگفته نماند که همراه با هر آزمایش سرمی مربوط به گونو کک باید آزمایشی هم برای سیفیلیس بعمل آید و در صورتیکه نتیجه آزمایشهای وابسته سیفیلیس مثبت باشد نتیجه مثبت واکنش گونو کک را بی ارزش در نظر میگیرند.

نظر باینکه در بیشتر بیماران چه زن و چه مرد میکروبهای گونو کک مانند سایر عفیت در ترشحات مجرای ادرار یافت میشود که احیاناً ممکن است با گونو کک مشتبه گردد لذا در اینگونه موارد باید ترشحات را که روی تیغه شیشه‌ای گسترده شده است بدستور « لسی سین سکی » و « کیند بورگ » رنگ آمیزی افتر اقی نمایند.

با این رنگ آمیزی گونو کک قهوه‌ای رنگ میگردد در صورتیکه گویچه‌های سفید و سلولهای پوششی و میکروبهای مختلف گلیرنگ نمایان میگردند.

کشت باید هر چه زودتر پس از گرفتن چرک و ترشحات بر مواد غذائی متناسب بعمل آید و هر چند مواد غذائی بسیار مختلفی بدین نظر پیشنهاد شده و حتی ماده غذائی مربوط

به اداره مبارزه با بیماریهای آمیزشی آمریکا تا حدود ۹۵٪ نتیجه مثبت بدست میدهد، اما

نگارنده بر طبق تجربیات خود چنین دریافته است که آگار خون دار یا آگار غذائی

مخلوط با سرم انسان یا مایع آسیت یا ایدوسل از هر جهت برای کشت گونو کک شایسته

است بشرط آنکه پپتن ماده غذائی از جنس خوب و pH محیط غذائی درست برابر با

۷/۴ - سطح ماده غذائی مرطوب و فضای مجاور با سطح. ماده غذائی به نسبت ۱/۱۰

دارای گاز کربونیک و میزان گرمی جایگاه پرورش میکروب درست در ۳۷ سانتی

گراد باشد باشد

ماخذ و مدارك :

1. Traité d'anatomie topographique. P. Tillaux.
2. Diagnostique et traitement de la blennorrhagie L. Janet
3. Traité d'urologie G. Marion ouatriem édition.
4. Clinical Urology, Lowsley and Kirwin second edition.
5. Clinical Laboratory Methods and Diagnosis Gradwohl
6. Handbook of practical Bacteriology, Macky and McCartney
7. Experimentelle Bakteriologie und Infektionskrankheiten ,Kolle Hetsch 10 Auflage.