

بازرسی دیگر و بی درمان قطعی سوزاک هنوز هن

نگارش:

دکتر هیر دامادی

استاد کرسی سرم شناسی دانشکده بزشکی

یکی از بیماریهایی که بازرسی درمان آن هنوز هم بادشواری‌های چندی رو برو میباشد سوزاک مزم من است بنابراین پیش از ورود با صل موضوع باید پیشاپیش سوزاک مزم من تعریف گردد.

برخی از کارشناسان بیماریهای عیز در اهرا عقیده براین است که هر سوزاک که بیش از دو ماه دوام داشته باشد و باز هم پس از این مدت ترشحات چرکی از مجرزار و ان باشد و در همان حال نعوذ و ریختن ادرار بی درد و زحمت انجام گیرد بایستی بدان مزم من گفته شود اما برخی دیگر از محققین را عقیده براین است که هر گاه سوزاک را بحال خود بگذارند و بدون در نظر گرفتن مدت نتوانند دوباره به حالت حاد و یا نیم حاد باز گشت کنند باید آنرا مزم من بنامند.

از نظر آسیب‌شناسی اختلاف سوزاک مزم من و حاد در این است که برخلاف سوزاک حاد در موارد مزم من آسیب‌های مخاطی همه سطح مخاط مجري ادرار را فرانگرفته است بلکه تقریباً در کلیه موارد آسیب‌های مخاطی بصورت پراکنده در قسمت های مختلف مجررا دیده میشود و حتی در جاهای آلوده گاه قسمتی از مخاط سالم نیز یافت میشود. از قسمت‌های مختلف مجررا ناحیه بولب بیشتر آلوده است و پس از آن نوبت بناحیه پروستاتی مجررا می‌گیرد. ناگفته نمایند که آسیب‌های ناحیه اسفنجی مجررا غالباً همراه با آسیب‌های دو گانه یاد شده است.

پوشش مخاطی مجررا بر حسب قدمت و دوام مدت بیماری بیش و کم تغییراتی پیدا می‌کند بطوریکه در آغاز فقط اپیتلیوم استخوانهای که ممکن است دارای پنج تاشش 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.

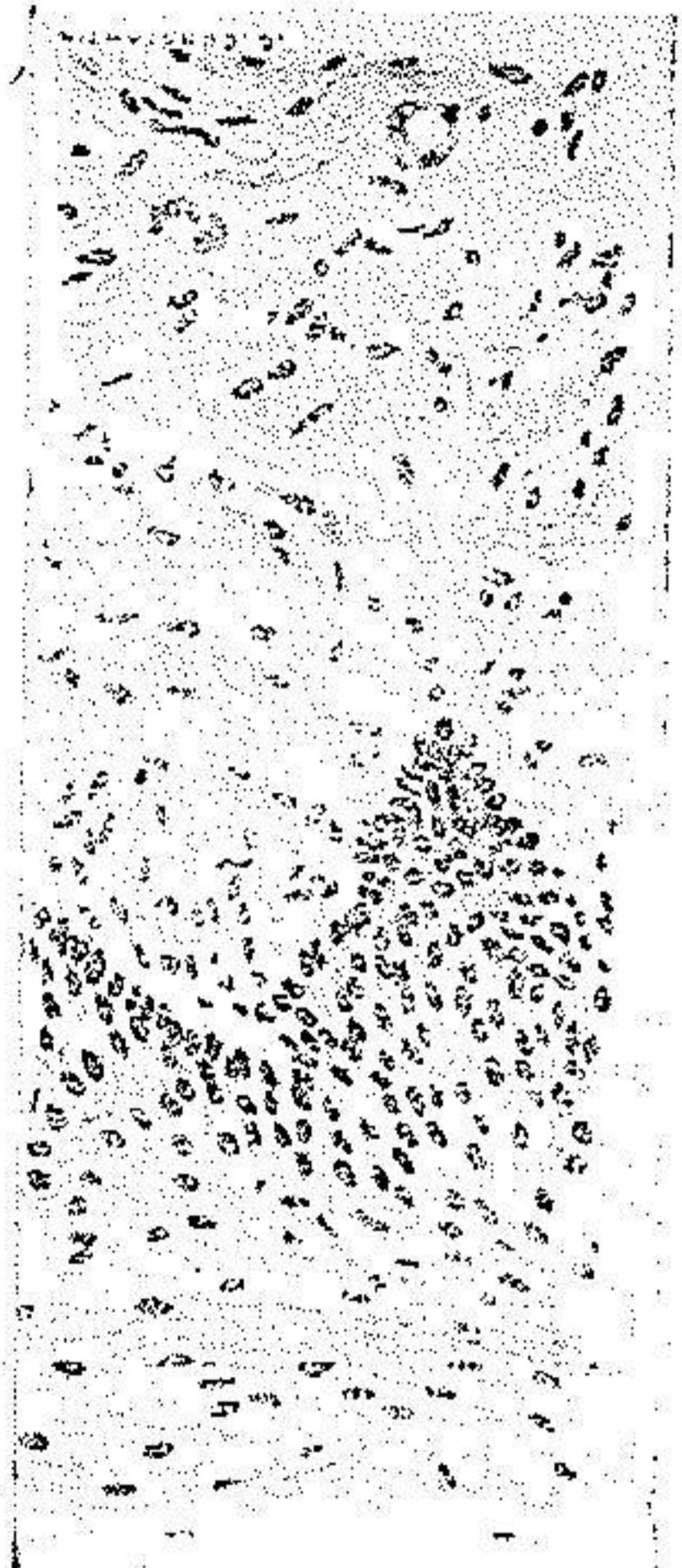
پوست و بافت اسفنجی زیر آن در آغاز دارای انفیلتر اسیون لو کوستی و سلول های رویانی که مخصوص حالت حاد بیماری است میباشد و در مجاورت سلولهای رویانی سلولهای دو کی شکل ظاهر میشود که بتدریج پیشرفت کرده و فیبری میگردند اما در مواد مزمن مجتمعه از سلولهای انفیلتر اسیون یافته پوست و بافت اسفنجی پوست بصورت توده‌ای از بافت های متراکم و سفت در میآید که همان حالت آغاز تئکنیکی مجرای ادرار را تشکیل میدهد.

سوراخ های «مور گانی» و عده‌های «لیتر» خود بخود دار این تغییرات دخالت دارند بطوریکه برخی از آنها بر اثر تصلب و سفتی مسدود گردیده و از میان میرونده باره ای دیگر بواسطه رشد و تکثیر سلولهای اپیتلیال در پوشش های حقیقی بوجود آورده و در نتیجه دهانه مجاری بسته میشود اما گاه و یگاه مخصوصاً در واقع تحریک ترشحات آنها در مجاری اصلی می‌ریزد.

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

در آزمایش میکرو بی مستقیم ترشحات مجرای اهر چندم ممکن است ندر تأثیرگذار کوک دیده شود ولی این بشرطی است که پس از تحریکات عده‌هایی و یا موضعی آزمایش های مکرر بعمل آید. بدینهی است برای اینکه بتوان میکروب را ازدواجی غدد آماسیده مجرایی رون کشید بایستی بوسیله فرو بردن عیله‌های مخصوص اتساع مجرای (بنیکه) و مالش روی آنها چرک و ترشحات محتوی در غدد آلوده اطراف مجرای را بدمست آورد.

در موارد دیگر چرک دارای گونوک نیست اما میکروبهای مختلف مانند استافیلوکک - استرپتوکک - دیپلومونک و کولی با سیل و باسیل های دیفتری آسا در آن دیده میشود و بالاخره گاهی چرک ظاهرآ دارای میکروبی نیست و یا آنکه تعداد میکروب بحدی کم است که عملاً نمیتوان چرک موجود را مرتبط با آن دانست.

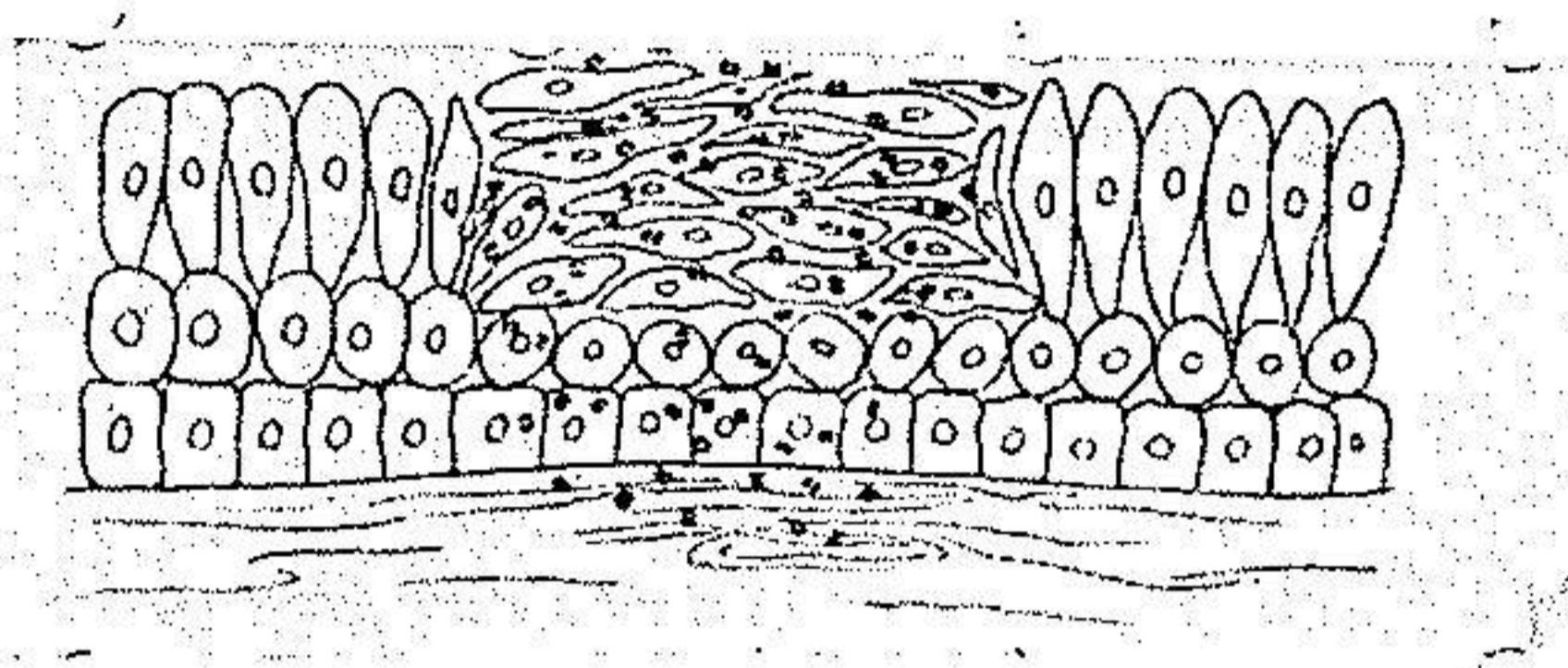


تصویر ۱ - برش مجرای ادرار دچار بسو Zak مزمن و قدیمی - ابی تلیوم در این برش سنگ فرشی استرافیکاسیون پیدا کرده و طبقه اسفنجی نیز تغییرات فیری بخود گرفته است

از نظر سلولی وضع سیتو لزی چرک مجرای ادراری باهم بکلی ممکن است متفاوت باشد بدین معنی که امتحان ترشح مجرای ادراد بسیار سلولهای مخاطی و شماره کمی گویچه های سفید چند هسته ای نشان دهد و این وضع سلولی همراه با عدم وجود گونوک یا میکروب دیگر بیماری سوزاک را درمان شده نشان میدهد در صورتی که وضع سلولی در شهه های ادراری که بیشتر حالت مرضی مجرای خلفیرا هجسم میکند شماره بسیار گویچه های سفید چند هسته ای و کمی سلول نشان میدهد و این خود حتی بدون در نظر کرفتن نتیجه آزمایش منفی میکروبی بسیار مشکوک است زیرا هر چند برخی عوامل مکانیکی ممکن است سبب ادامه حالت تحریکی مجرای باشد ولی این گونه عوامل تحریکی بسیار نادر است و از این جهت باید چنین نتیجه گرفت که تا موقعیکه وضع سلولی ترشحات مجرای بحال نگذشت باز گشت نکرده باشد چنین مجرایی مشکوک بداشتن گونوک و یا میکروب بیماری دیگر میباشد.

بطوریکه پیش اشاره شد نتیجه آزمایش ترشحات مجرای و بارشته های ادراری غالباً از نظر گونوک منفی است و باید چند بار تکرار شود تا گاهی یک یا چند جفت

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



تصویر ۲ - کانون ابی تلیوم مسطح آلوده بگونو کوک در سوزاک مزمن نمایان میگردد و مخصوصاً بهنگام رنگ آمیزی گرام هر گاه محلول بنفس ناسیان مانده و کهنه بکار رود هر میکروب گرام مشبت با آسانی ممکن است گرام منفی نمایان گردد. ناگفته‌های ماند که برخی از استرپتو کلک‌های 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 مادرزادی و یا کانونهای مرضی و یا کانونهای وابسته بتروماتیسم تغییراتی در اپیتلیوم طبیعی مجرأ و باغده‌های اطراف آن برانز بیماری و یا بدی درمان پیدا شود. همین کار شناس اظهار نظر کرده است که کانونهای اپیتلیوم مسطح که غالب آنها خارج از مجرای ادرار میباشد در مردان کم است در صورتی که در زنها طبیعی است و بهمین علت سوزاک مزمن در مردان کم است و در زنها عوامل میت دارد.

روش‌های مختلف بازرسی درمان قطعی سوزاک

۱- آزمایش ترشح مجرأ و رشته‌های ادراری بطور مستقیم

۲- آزمایش غیرمستقیم و کشت رشته‌های ادراری

۳- کشت منی

۴- گونوراکسیون

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

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

از مایش آگلوتیناسیون برای تشخیص افتراقی گونو کل چندان رضایت‌بخش نیست اما بر خلاف واکنش ثبوت مکمل نه تنها برای تعیین هویت گونو کل بلکه همچنان برای تشخیص مبتلایان مفید است.

البته این آزمایش معمولاً پس از هفته دوم یا سوم منفی است و حتی در صور تیکه سوزاک منجر به وارضی نگردیده باشد ممکن است همچنان منفی بماند اما غالباً پس از سه تا چهار هفته از تاریخ ابتلا مشیت میگردد و پس از درمان نیز ممکن است تا چند ماه واکنش خون بحالت مشیت باقی بماند ناگفته نماید که نتایج غیراختصاصی مشیت نیز ممکن است در انفسکسیونهای وابسته به تکوک کوک یا برخی بیماریهای پوستی و یا آماس مجرأ وابسته به میکروب‌های دیگر و بالاخره در اشخاصی که واکسن ضد گونو کل بدانه‌اسوزن زده شده است بدست آید.

تعداد موارد مشیت 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 مشیت اختصاصی حتی بصدر صد هم برسد. ناگفته نماید که نتیجه منفی هیچگاه دلیل قطعی بر درمان کامل بیماری نیست زیرا همان نتایج منفی ممکن است بر اثر اصلاح آنتی رن مشیت گردد.

- ۱— The culture remains the most efficient method for the determination of cure in this disease: Vondéslehr
- ۲— Tetramethyl - phenilene diamine

یکی از کارشناسان بنام «پرایس» تغییراتی در آنتیژن این واکنش داده و چندین معتقد گردیده است که تعداد موارد مشبت پس از هفته اول و دوم و سوم و چهارم و پنجم بتر تیپ به ۴۶-۷۰-۸۰ و صد درصد میرسد.

ناگفته نهاد که هر این باهر آزمایش سرمهی مر بو طبی گونو که باید آزمایشی هم برای سیفیلیس بعمل آید و در صورتی که نتیجه آزمایش‌های وابسته بسیفیلیس مشبت باشد نتیجه مشبت واکنش گونو کوک را بی ارزش در نظر می‌گیرند.

نظر باینکه در بیشتر بیماران چه زن و چه مرد میکروبهای گونو که مانند ساپروفیت در ترشحات مجرای ادرار یافت میشود که احیاناً ممکن است با گونو که مشتبه گردد از این گونه موارد باید ترشحات را که روی تیغهٔ شیشه‌ای گسترده شده است بدستور «لسی سین سکی» و «کیندبورگ» رنگ آمیزی افتراقی نمایند.

با این رنگ آمیزی گونو کلث قهوه‌ای رنگ میگردد در صورتی که گویچه‌های سفید و سلو لهای پوششی و میکروبهای مختلف گلیرنگ نمایان میگردند.

کشت باید هر چه زودتر پس از گرفتن چرك و ترشحات بر مواد غذائی مناسب بعمل آید و هر چند مواد غذائی بسیار مختلفی بین نظر پیشنهاد شده و حتی ماده غذائی مر بو ط به اداره مبارزه بایماراتی آمیزشی آمریکا تا حدود ۹۵٪ نتیجه مشبت بدست میدهد، اما

نگارنده بر طبق تجربیات خود چندین دریافته است که آگار خون دار یا آگار غذائی مخلوط با سرم انسان یا مایع آسیت یا میتوسل از هر جهت برای کشت گونو که شایسته است بشرط آنکه پستان ماده غذائی از جنس خوب و pH محیط غذائی درست برابر با

۷/۴ - سطح ماده غذائی مرطب و فضای مجاور باسطح. ماده غذائی به نسبت ۷/۳ دارای گاز کر بونیک و میزان گرمی جایگاه پرورش میکروب درست درست ۷ سانتی

گردد باشد باشد

ماخذ و مکارك:

1. Traité d'anatomie topographique. P. Tillaux.
2. Diagnostique et traitement de la blennorragie 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.