

عفونت‌های دستگاه ادراری

URINARY TRACT INFECTIONS - (UTI)

فاطمه محمودی دکتر
عضو هیات علمی گروه مامایی

پاتوفیزیولوژی (سازوکار بیماری)

اکثر عفونت‌های ادراری از طریق مسیر صعودی (ASCENDING ROUTE) رخ می‌دهند؛ یعنی باکتری‌های موجود در ناحیه تناسلی-مقعدی (معمولاً/شرشیا کلی یا E. COLI) به مجرای ادرار (URETHRA) وارد شده و به سمت مثانه (BLADDER) یا حتی کلیه‌ها حرکت می‌کنند.

- عفونت دستگاه ادراری تحتانی:
- سیستیت () : (Cystitis) التهاب مثانه. شایع‌ترین نوع UTI.
- اورتریت () : (Urethritis) التهاب مجرای ادرار (اغلب مرتبط با بیماری‌های مقاربتی).
- عفونت دستگاه ادراری فوقانی:
- پیلونفریت () : (Pyelonephritis) عفونت کلیه که وضعیت جدی‌تری است و می‌تواند باعث آسیب بافتی کلیه یا سپسیس (عفونت خون) شود.

- تظاهرات بالینی (علائم)
- سیستیت: دیس‌اورى (سوزش ادرار)، تکرر ادرار، فوریت در ادرار، هماچوری (وجود خون در ادرار) و گاهی درد سوپراپوبیک (ناحیه بالای مثانه).
- پیلونفریت: علاوه بر علائم فوق، بیمار معمولاً دچار تب، لرز، درد در ناحیه پهلو (Flank pain) و تهوع یا استفراغ می‌شود.
- . تشخیص
- تشخیص استاندارد طلایی شامل موارد زیر است:
- 1. آنالیز ادرار (Urinalysis): بررسی وجود گلبول‌های سفید (Pyuria)، نیتريت و استراز لکوسیتی که نشان‌دهنده فعالیت باکتریایی است.
- 2. کشت ادرار (Urine Culture): جهت شناسایی دقیق گونه باکتری و انجام آزمایش حساسیت دارویی (Antibiogram) برای تعیین موثرترین آنتی‌بیوتیک.
- ۵. درمان

عفونت های ادراری

باکتریوری بدون علامت

✓ رشد بیش از ۱۰,۰۰۰ ارگانیسم در هر **ml** بدون وجود علایم بالینی. البته درمان در مقادیر کمتر از ۱۰۰ به علت عوارض عفونت مفقی توصیه می شود

✓ درمان: رژیم های ۱۰ روزه در خانم باردار موفق تر از رژیمهای تک دوز و سه روزه می باشند. یک هفته پس از تکمیل درمان و در بیماران پرفطر ماهیانه تا انتهای بارداری با انجام **u/c** و **u/a** شرایط بیمار را ارزیابی کنید

✓ بیماران پرفطر شامل مبتلایان به **DM** و سیکل سل آنمی، پیوند کلیه، سنگ کلیه، سابقه عفونت کلیه و بیماری های زمینه ای می باشند.

-Tab Nitrofurantoin 100 mg/QID or HS

عفونت های ادراری

عفونت پایدار

- ✓ اگر در کشت ادراری که یک هفته پس از اتمام درمان انجام می شود مجدداً میکروارگانیزم رشد نماید و یا بیمار با همان میکروارگانیزم آلوده شود عفونت ادراری پایدار در نظر گرفته می شود که در این صورت بیمار باید بر اساس آنتی بیوگرام با آنتی بیوتیک مناسب به مدت ۲۱ روز تحت درمان قرار گیرد.
- ✓ عفونت راجعه: اگر کشت ادراری پس از درمان اولیه منفی شود ولی در آزمایشات ماهیانه مجدداً مثبت باشد بیمار با تشفیص عفونت راجعه به مدت ۱۰ روز تحت درمان آنتی بیوتیک قرار می گیرد.
- ✓ تمام بیمارانی که بیش از ۲ بار کشت ادراری مثبت در طی حاملگی دارند باید در تمام طول بارداری و تا ۶ هفته پس از زایمان درمان نگه دارند، روزانه دریافت کنند.

Tab Nitrofurantoin 100 mg/ HS

عفونت های ادراری

سایر رژیم های پیشنهاد شده برای درمان باکتریوری بدون علامت عبارتند از:

-Cap Amipicilin 250mg/QID

-Cap Amoxicilin 500mg/TDS

-Cap Cephalexin 500mg/QID

-Tab cefixim400/D

✓ توصیه می شود قرص نیتروفورانتوئین در ترمیستر اول و نزدیک ترم به ویژه در بیماران مبتلا به **G6PD** داده نشود

✓ از تجویز کوتریموکسازول گروه **C** در ترمیستر دوم و سوم حاملگی پرهیزید (آنتاگونیست اسید فولیک)

سیستیت

در صورت بروز علایم ادراری (تکرر ادرار، دیزوری، **urgency**، درد سوپراپوبیک هنگام ادرار کردن) همراه با پیوری و یا باکتریوری، سیستیت مطرح می شود، کلیه رژیم های سه روزه پاسخ موفق ۹۰ درصد در درمان سیستیت دارند.

توصیه می شود اگر میکروارگانیزم **ecoli** بود بیمار ۷-۳ روز با آنتی بیوتیک مناسب درمان شود. در غیر صورت طول مدت درمان ۱۴-۷ روز می باشد.

پیگیری بیمار مشابه باکتریوری بدون علامت است. (انجام **u/c** یک هفته پس از اتمام درمان و سپس ماهیانه)

نکته: در مواردی که **u/c** منفی است و در **u/a** تنها پیوری دیده می شود بهتر است بیمار با تشفیص اورتریت کلامیدیایی تحت درمان با اریترومايسين قرار بگیرد.

Tab Erythromycin 400mg/ QID

پیلونفریت:

عفونت سیستم ادراری فوقانی که با علایم درد پهلوی، تب، بی حالی، تهوع استفراغ، علایم ادراری و **CVPAT** مشخص می شود.
تمام بیماری مشکوک به پیلونفریت در حاملگی باید بستری شوند و آنتی بیوتیک وریدی دریافت کنند.

-Regular Diet

-check V/S q4h

-if oral Temperature / I/PO/q6h+ wet sponge

-check I/O, if U/O <50 cc /h

اطلاع دهید

Serm lactated Ringer 1 lit / KVO

Amp ceftriaxone 2 gr/ IV/state then 1 gr BD/slow infusion up to 24h After fever

در صورت وجود افتلال در **CXR** مشاوره عفونی انجام دهید.

می توان از رژیم آمپی سیلین + فنتامایسین هم استفاده کرد. به ویژه اگر بیماران دوران ۱-۲ روز قبل از زایمان خود را طی می کنند.

سفتریاکسون را نباید طی ۲ روز قبل از زایمان تجویز کرد.

پیلونفریت:

در صورت وجود افتلال الکترولیتی کاهش **NA** و افزایش **K** مشاوره داخلی انجام دهید و با استفاده از سرم **N/S** و ویال **KCL** افتلال الکترولیتی را اصلاح نمایید.

زمان تبدیل آنتی بیوتیک وریدی به فوراکی پس از قطع تب می باشد. رژیم غذایی را به مدت ۴ روز ادامه دهید

پیشگیری بیماران مشابه باکتریوری بدون علامت می باشد. (انجام **UC** یک هفته پس از اتمام درمان و ماهیانه)

-Tab Cefixim 400 mg/D

ارزیابی های سلامت جنین با توجه به **GA** بیمار به وسیله **NST** / سونوگرافی **BPP** / پک حرکات جنین انجام می شود

زخم های تناسلی

- ✓ در ایالات متحده شایعترین بیماریهای زخم تناسلی **HSV** و یا سیفلیس هستند
- ✓ درجه بعدی شیوع شانکروئید قرار دارد و به دنبال آن به ندرت لنفوگرانولوم ونروم و گرانولوم اینگوینال دیده می شود. در این بیماریها فطر عفونت **HIV** افزایش می یابد
- ✓ روند بررسی تمام زنان مبتلا به زخمهای تناسلی باید شامل تست سرولوژیک برای سیفلیس باشد
- ✓ زخم بدون درد و دارای مساسیت تاپیز که با لنفادنوپاتی اینگوینال همراه نیست، احتمالا مربوط به سیفلیس می باشد
- ✓ تست غیر تریپونمایی **RPR** یا تست **VDRL** و یکی از تست های تریپونمایی تاییدی مانند **FTA ABS** یا **TP MHA** باید برای تشفیص قریب به یقین سیفلیس به کار گرفته شوند.
- ✓ وزیکولهای گروهی در ترکیب با زخمهای کوچک به ویژه در صورت همراهی با سابقه این گونه ضایعات، تقریبا همیشه برای هرپس تناسلی جنبه تشفیصی دارد.

تب فال دستگاه تناسلی

✓ عامل تب فال دو نوع ویروس به نام های هرپس سیمپلکس تیپ یک و تیپ دو از خانواده **herpes virus** هستند

✓ واژینیت هرپسی از شایعترین بیماریهای مقاربتی بوده و در آن **HSV2** عامل ۸۰٪ می باشد.

✓ بیش از نیم از موارد عفونت اولیه بیماری بدون علامت می باشند

✓ ویروس هرپس پس از تماس مستقیم وارد درم و هیپودرم محل شده و از طریق اعصاب ناحیه به گانگلیون مربوطه رفته و

تا پایان عمر بیمار آنجا می ماند.

علائم بالینی عفونت HSV

- ✓ از نظر بالینی عفونت اولیه HSV1 و ۲ از یکدیگر غیر قابل افتراق می باشند
- ✓ دوره کمون بیماری ۱ تا ۴۵ روز و به طور متوسط ۵ روز می باشد
- ✓ علائم عمومی بیماری شامل تب، سردرد، ضعف و بی حالی، درد عضلانی و کمر درد است.
- ✓ یک تا دو روز قبل از بروز ضایعات ژنیتال علائم پیش در آمد به صورت درد و سوزش موضعی وجود دارد
- ✓ ضایعات ژنیتال به صورت وزیکول، پوستول و یا زخم های کوچک دردناک روی لبها، ماژور و مینور بروز می کنند
- ✓ تعداد کمی از بیماران ضایعات واژینال نیز دارند
- ✓ در ۷۵٪ موارد ترشح واژینال وجود دارد
- ✓ گرفتاری سرویکس در بیش از ۸۰٪ موارد وجود داشته
- ✓ و به صورت وزیکول و یا بافت نکروتیک آگروفیتیک همراه با ترشحات موکوس چرکی ظاهر می کند
- ✓ در صورت عدم بروز عفونت ثانویه ضایعات ظرف یک هفته بهبود می یابند و تا این زمان بیماری مسری است.

علائم بالینی عفونت HSV

- ✓ آذنی پائی دردناک اینگوینال معمولا دو طرفه
- ✓ تقریبا در اکثر بیماران طی هفته دوم تا سوم و سوزش ادرار وجود دارد
- ✓ ضایعات جلدی قارچ از دستگاه ژنیال در ۱۰٪ موارد با شیوع بیشتر در باسن و پوست مفصل ران وجود دارد
- ✓ علائم گرفتاری سیستم عصبی شایع بوده هرود یک سوم بیماران سردرد، سفتی گردن، ترس از نور و شواهد آزمایشگاهی منتزیت غیر عفونی در **csf** دیده می شود





1. تروما

2. تغییر وضعیت سیستم ایمنی

3. استرس های روحی روانی

همچنین مکرر تب خال تناسلی بسیار کوتاه بوده و ظرف ۷ تا ۱۰ روز بهبودی حاصل می شود.

تشخیص

✓ تشخیص تبخال بالینی بوده ولی در موارد مشکوک و لازم می توان از تست **Tzanck** تهیه لام از بستر ضایعه و رنگ آمیزی گیمسا و رایت و مشاهده سلولهای غول آسای چند هسته ای کمک گرفت (۷۵٪ موارد مثبت است)

✓ بهترین روش تایید تشخیص، شناسایی ویروس به طریق **ELISA** و یا کشت ویروس است

درمان

✓ اقدامات محافظتی و اولیه

✓ کلیه بیماران با تظاهرات سیستمیک و شدید بایستی در بیمارستان بستری شوند

✓ در صورت درد شدید می توان از یک بی حس کننده موضعی و یا ضد درد فوراکی کمک گرفت

✓ در صورت وجود عفونت ثانویه (وجود دلمه های زرد رنگ) استفاده از آنتی بیوتیک الزامی است

Cephalexin(or Erythromycin)250-500 mg qid for 3-5 days

❖ در صورت وجود قارش یا اضطراب می توان از آنتی هیستامین (هیدروکسی زین یا پرومتازین) کمک گرفت

❖ اجتناب از نزدیک مستقیم تا بهبودی کامل ضایعات

❖ پوشیدن لباس زیر نفی و رعایت موارد بهداشتی جهت انتشار و انتقال ویروس به نوامی دیگر بدن یا سایر افراد

درمان های اختصاصی

❖ اولین و اساسی ترین قط درمان، آسیکلوویر است هر چه در مراحل اولیه بیماری درمان شروع شود پاسخ به درمان بهتر خواهد بود. درمان فقط باعث تسریع در بهبودی و جلوگیری از عود حملات می شود. بر حسب نوع بالینی بیمار درمان کمی متفاوت است.

✓ عفونت اولیه:

Tab Acyclovir 200 mg po 5 times/day or 400mg po tid for 7-10 days

یا در موارد شدید بیماری:

Inj Acyclovir 5-10 mg/kg/IV infusion over 1 hour/q 8 h for 5-7 days

در موارد مقاوم به آسیکلوویر می توان از Famciclovir ۲۵۰ میلی گرم سه بار در روز استفاده نمود

انتشار و دفع ویروس حتی در مرحله ریسیون بیماری وجود دارد و لذا توصیه می شود همسر این بیمار ان زمان نزدیکی از کاندوم استفاده کنند

(LGV) لنفوگرانولوم ونرئوم

- . اتیولوژی و میکروبیولوژی
- عامل بیماری:
- **Chlamydia trachomatis serovars L1, L2, L2a, L2b, L3**
- ویژگی‌ها:
- باکتری گرم منفی اجباری داخل سلولی
- فاقد توانایی تولید ATP کافی
- دارای چرخه زندگی دو مرحله‌ای:
- Elementary Body (EB) → فرم عفونی
- Reticulate Body (RB) → فرم تکثیری

- ویژگی پاتولوژیک مهم: LGV
- نفوذ باکتری از اپیتلیوم به:
- ماکروفاژها
- عروق لنفاوی
- غدد لنفاوی منطقه‌ای
- که منجر به لنفانژیت و لنفادنیت شدید می‌شود: .
- واکنش التهابی شدید
- گرانولوم
- آبسه
- نکروز
- مرحله سوم: فیبروز مزمن

علائم

- LGV معمولاً در سه مرحله ظاهر می‌شود:
- مرحله اولیه
 - یک زخم کوچک، بدون درد یا برجستگی در محل ورود باکتری (اندام تناسلی، مقعد یا دهان)
 - این زخم ممکن است آنقدر خفیف باشد که فرد متوجه آن نشود.
- مرحله دوم
 - تورم و درد غدد لنفاوی، به‌ویژه در کشاله ران
 - تب، خستگی و درد عضلانی
 - در صورت درگیری مقعد: درد مقعد، ترشح، خونریزی، یبوست یا احساس نیاز مکرر به دفع
- مرحله پیشرفته (در صورت عدم درمان)
 - آسیب مزمن به بافت‌ها و سیستم لنفاوی
 - تورم شدید اندام تناسلی
- تنگی یا فیستول در ناحیه مقعد و رکتوم

لنفوگرانولوزیس و نرو

- ✓ یک عفونت مزمن بافت لنفاتیک بوده که به وسیله گونه های خاصی از کلامیدیا ایجاد میشود
- ✓ در مردان ۶ تا ۱۰ برابر شایعتر از زنان است
- ✓ در زنان سرویکس و ولو مغل های اصلی عفونت هستند اما ممکن است دیواره خلفی واژن رکتوم نیز درگیر شوند
- ✓ دوره کمون بیماری ۷ تا ۱۰ روز و به طور متوسط ۳ تا ۴ هفته می باشد
- ✓ بیماری با یک پاچند پایول یا وزیکول و یا اروزیون سطحی بدون درد و کمی فرو رفته ظاهر می کند
- ✓ در این مرحله اکثر بیماران متوجه بیماری خود نمی شوند و ضایعه ها خود به خود ظرف ۳ تا ۴ روز بهبود یافته و از بین می روند
- ✓ ولی میکروبها غدد لنفاوی ناحیه را آلوده کرده و موجب لنفادنیت دردناک همراه با موج و پسندگی به پوست می شود که به آنها خیالک گفته می شود
- ✓ لنفادنیت غالباً یک طرفه می باشد. در مورد ولو به دلیل درگیری غدد لنفاوی اینگوینال و فمورال ممکن است مسیر اینگوینال به صورت یک شیار (groove sign) دیده شود که پاتوگنومونیک بیماری است
- ✓ در مراحل پیشرفته بیماری آدنوپاتی سر باز کرده و زخم مشخص و ترشح دار ایجاد می شود

- لنفادنیت اینگوینال
- یافته کلاسیک:

• **Bubo**

- ویژگی‌ها: ----- درمان اسپیراسیون / عدم جراحی

• غدد لنفاوی دردناک

• بزرگ شده

• یک طرفه یا دو طرفه

• علامت مشهور:

• **Groove Sign**

- در اثر بزرگ شدن غدد لنفاوی بالا و پایین لیگامان اینگوینال، یک شیار در میان آنها ایجاد می‌شود.
- اگرچه اختصاصیت بالایی ندارد، اما از یافته‌های کلاسیک LGV محسوب می‌شود.

درمان

1. تبویز مسکن و رعایت نکات بهداشتی

2. در صورت وجود لنفادنوپاتی چرکی باید اقدام به آسپیراسیون آنها نموده ولی انسزیون و درناژ مطلقا ممنوع است

3. cap doxycycline 100mg po bid for 3-6 weeks

OR Tab sulfadiazine 2 gr Loading dose, then 1 gr po qid for 3-6 weeks

4. در صورت وجود تغییرات آنا تومیکی توان پس از اتمام درمان دارویی، اقدام به جراحی پلاستیکی کرد.

5. زوج بیمار نیز بهتر است تحت درمان ۳ هفته ای قرار گیرد.

Chancroid

67

✓ بیماری مقاربتی بوسیله باکتری گرم منفی دو کره ای بوده

✓ در مردان ۵ تا ۱۰ برابر شایعتر از زنان است

✓ بیماری پس از دوره کمون ۴ تا ۷ روزه با یک یا چند ضایعه پاپولی قرمز و دردناک ظاهر می

شود که به سرعت ظرف ۲-۳ روز به پوستول و در نهایت زخم تبدیل می شود

✓ بیماری بیشتر ژنیتال خارجی را درگیر می کند

✓ زخم شانکر وئید دارای ظاهری کثیف و آلوده بوده، کمی فرو رفته با حاشیه ای دنداندار و

دردناک بوده و فاقد سفتی زیر جلدی می باشد

✓ بروز **Kissing ulcer** یا زخم های مشابه در سطح مقابل وولو از دیگر ویژگی های این

زخم ها می باشد

✓ آدنوپاتی دردناک اینگوینال غالباً یکطرفه در نیمی از بیماران وجود دارد



اگرچه تشخیص غالباً به طریق بالینی و تاریفیه بیماری امکان پذیر است، اما از آنجائیکه در ۱۰ تا ۱۵٪ موارد بیماری به طور همزمان سیفلیس نیز وجود دارد باید در تمامی موارد بررسی میکروسکوپی و کشت از ترشحات زخم صورت گیرد و یک یا دو هفته بعد تست های سرولوژیک سیفلیس انجام شود



- ▶ یافته های آزمایشگاهی
- ▶ نمونه تهیه شده با سواب از قاعده زخم را روی لام کشیده و زیر میکروسکوپ توده در هم پیچیده ارگانیزم گرم منفی (شبه دسته ماهی ها) دیده می شود.
- ▶ تست سرولوژیک و کشت ندارد.

درمان

با توجه به قدرت سرایت بالای بیماری بایستی نکات بهداشتی رعایت شود. درمان اصلی بیماری یکی از داروهای اریترومايسين، آزیترومایسین یا سفتریاکسون است ولی می توان از آموکسی-کلاو، کوتریموکسازول و یا سپروفلوکساسین استفاده کرد.

Tab azithromycin 1gr po single dose

f.c.tab erythromycin 500mg po qid for 7-10 days

Inj ceftriaxone 250mg im single dose

Tab co-amoxiclav 625mg po tid for 7-10 days

Tab cotrimoxazole 960mg po bid for 7-10 days

شریک جنسی بیمار نیز در صورتی که در طی ۱۰ روز قبل از بروز ضایعه تماس جنسی داشته باشد بایستی درمان شود.

سیفیلیس

- سیفیلیس: یک عفونی منتقله از راه جنسی است.
- عامل ایجاد کننده: باکتری اسپیروکتی ترپونما پالیدم
- راه انتقال: از طریق خراشیدگی های مخاط واژن و سرویکس
- سیفیلیس شامل سه مرحله است:
- ✓ سفلیس اولیه
- ✓ سیفیلیس ثانویه
- ✓ سیفیلیس ثالثیه



سفلیس اولیه

۱۰ تا ۹۰ روز (متوسط ۲۱ روز) پس از تماس مستقیم با اسپیروکت، یک ضایعه در پوست به نام **شانکر** ظاهر می شود.

شانکر به صورت یک پاپول یا ندول شروع می شود، سپس دستخوش نکروز می شود و می شود سپس اروزئون پیدا کرده و زخم می شود.

شانکر ۳ mm تا ۲ cm است و حاشیه سفت و برآمده دارد.

این زخم منفرد و بدون درد است که کف آن آگزودای سروزی سفید زرد وجود دارد.

لنفادنوپاتی غیر چرکی نیز دیده می شود.

در ۷۵٪ موارد بدون درمان و بدون جا گذاشتن اسکار طی ۲-۸ هفته بهبود پیدا می کند.

سیفیلیس ثانویه:

- ▶ با انتشار خونی و لنفاوی اسپروکت رخ می دهد و اعضای متعدد بدن درگیر می کند.
- ▶ این مرحله ۴-۱۰ هفته پس از پیدایش شانکر بروز می کند و ۲-۱۰ هفته طول می کشد.
- ▶ این مرحله با علائم و نشانه های سیستمیک و جلدی مخاطی مشخص می شود.
- ▶ علائم عمومی مانند تب، احساس کسالت، سردرد، بی حالی، فارنژیت آدنویاتی، کاهش وزن شایع است
- ▶ در ۹۰ بیمار اختلالات درماتولوژیک دیده می شود که شامل راش های ماکولار منتشر، ضایعات بیضوی هیپرپیگمانته و قرینه (سیل مانند) در کف دست و کف پا، آلوپسی تکه ای (در ریش، موی سر و مژه ها) طاسی بیدخورده) است.
- ▶ کوندیلوما لاتا ضایعات مقعدی سفیدرنگ و مرطوب (زگیل مانند) بسیار عفونت زا و وجه مشخصه سیفیلیس است
- ▶ پاپول شکاف دار در گوشه های دهان



سیفیلیس نهفته:

- ▶ در صورتی که سیفیلیس اولیه و ثانویه درمان نشوند و تظاهرات بالینی آنها از بین رفته باشند وارد دوران نهفته می شود.
- ▶ در این مرحله نتایج سروولوژی مثبت است اما علائم بالینی دال بر بیماری فعال وجود ندارد.
- ▶ سیفیلیس نهفته دو حالت دارد:
- ▶ نهفته زودرس بیماری تحت بالینی است که در عرض ۱۲ ماه گذشته ایجاد شده است.
- ▶ نهفته دیررس اگر بیماری بعد از ۱۲ ماه تشخیص داده شده است یا مدت بیماری نامشخص است.

سیفیلیس ثالثیه:

- ▶ در این مرحله می تواند تمام اعضای بدن درگیر کند.
- ▶ آهسته پیشرونده است.
- ▶ تظاهرات بالینی زیادی ایجاد می کند.
- ▶ بیماری سیستمیک در ۲۵ درصد موارد درمان نشده یا درمان ناقص رخ می دهد.
- ▶ ۱-۱۰ سال پس از عفونت اولیه ایجاد می شود.
- ▶ درگیری قلبی - عروقی، درگیری دستگاه عصبی مرکزی همراه با گرانولوم سیستمیک (گوما) از شاه علائم این مرحله است.



▶ گوما ندول های گرانولوماتو جلدی هستند که در زیر جلد ایجاد می شود که بزرگ می شوند و زخم می شوند.

▶ این ضایعات کبد، استخوان ها و ارگان های دیگر را درگیر می کنند.

▶ گوما یک حالت التهابی مزمن در بدن است که فضا گیر است و باعث بد شکلی و اختلال عملکرد می گردند.

تشخیص

▶ مشاهده مستقیم تریپونما ها در میکروسکوپ زمینه تاریک حرکت چرخشی و مارپیچی و اسپروکت فنر مانند

آزمایش رآزین پلاسمایی سریع (RPR)

در اولین ویزیت بارداری

آزمایش VDRL

▶ آزمایش غربالگری که شامل تست های سرولوژیک

▶ این آزمایشات ۷ روز پس از ظهور شانکر مثبت می شود.

▶ بیماریهایی مانند سل، مالاریا و برخی بیماریهای بافت همبند (لوپوس) واکسیناسیون اخیر، بیماری تب دار، سوء مصرف داروهای داخل وریدی، افزایش سن، جذام و سرطان باعث مثبت کاذب این آزمایش ها می شود.

▶ تبدیل وضعیت سرمی در عرض ۳ هفته رخ می دهد اما تا ۶ هفته هم ممکن است طول بکشد.

جذب آنتی بادی تریپونمایی فلورسنت (FTA-ABS)

هماگلوتینیت تریپونما پالیدوم (TPHA)

▶ آزمایش اختصاصی

درمان

در مراحل ابتدایی و زودرس بیماری (مراحل اولیه، ثانویه و نهفته با مدت کمتر از یک سال) داروی انتخابی :

▶ بنزاتین پنی سیلین G ۲/۴ میلیون واحد عضلانی تک دوز (یکجا)

▶ در بیماری دیررس (با مدت بیشتر از یک سال) داروی انتخابی:

▶ بنزاتین پنی سیلین G 2/4 میلیون واحد یکبار در هفته به مدت ۳ هفته متوالی

برای افرادی که به پنی سیلین حساسیت دارند و حامله نیستند:

▶ داکسی سایکلین 100mg دو بار در روز برای ۲ هفته

▶ تتراسایکلین 500mg چهاربار در روز به مدت ۲ هفته

▶ نشانه موفقیت درمان افت عیار RPR است که باید ۱۲، ۶، ۳ ماه پس از کامل شدن درمان تکرار کرد.

به یاد داشته باشیم...

- ❖ انسان تنها میزبان شناخته شده تریپونما پالیدوم است
- ❖ انتقال از طریق بفت به راحتی و از طریق خون به ندرت رخ می دهد
- ❖ در سیفلیس شانکر همیشه بروز نمی کند
- ❖ دقت تشفیعی سیفلیس بر اساس شواهد بالینی در مرحله اول بیماری بوسیله افراد متخصص و با تجربه حداکثر ۸۰٪ می باشد
- ❖ حساسترین تست تشفیعی FTA-ABS می باشد
- ❖ در تماس های مشکوک بایستی VDRL هر ۱ ماه تا ۳ نوبت انجام شود.
- ❖ کلیه بیماران در مرحله دوم و سوم بایستی از نظر گرفتاری CNS بررسی شوند
- ❖ تمامی مبتلایان به سیفلیس بایستی از نظر آلودگی به HIV بررسی شوند.