

## عقونت درد یابت بخصوص عقونت کلیه

دکتر صادق پیروز عزیزی \*

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۶، صفحه ۴۶۳، ۱۳۴۹

کلیه و پاپیله‌ها محل‌هایی هستند که مرض از آنجا شروع می‌شود. پیلونفریت بتدریج به اطراف سرایت میکند بطوریکه بالاخره خود را به گلو مریولها میرساند و یک پیلیت ساده را به پیلونفریت مبدل میکند که خود گاهی توأم با اهیالینوز معمولی مبتلایان به مرض قند، بسرعت مسئله کلیه را بمقدرات بیمار حاکم می‌سازد.

– تشخیص عقونتها در اشخاص مبتلا به دیابت قندی با توجه به مسائل اساسی زیر آسان است :

- ۱- وقتیکه بیمار گرفتار لاغری وضعف و بی‌اشتهائی است یعنی موقعیکه نقصی در حالت عمومی خوب بیمار پیدا شود و در صورتیکه بیمار تب نیز داشته باشد، ضریب عقونت در بیمار دوچندان میگردد.
- ۲- وقتیکه توازن بیمار از لحاظ قند خون بهم بخورد و قند در ادرار پیدا شود یا مقدار قند موجود بیشتر شود .
- ۳- بیمار بدرمان مقاوم گردد و بخصوص به تجویز انسولین جواب مثبت ندهد .

در این احوال باید به دخالت عقونت در مبتلای به دیابت ظنین گردید . محل‌هایی را که در آن ممکن است عقونتی مستقر گردد از دندان گرفته تا پرستات و تخمدان زنها باید بازرسی کرد و از ریه‌ها رادیوگرافی بعمل آورد و بخصوص بول را باید تحت آزمایش دقیق و مکرر قرارداد . تعیین عده گلبولهای سفید فاسد و مجتمع یعنی چرک و مقدار سدیماناسیون ارتیروسیتها و ازدیاد گاما – گلوبولین برای اثبات موجودیت عقونت نهایت لزوم را دارد. نزد دیابتی در این موارد ریه و کلیه شدیداً مشکوکند . دندانها، سینوسها ، رکتوم ، صفاق، لگنچه، تخمدان زنان ، کیسه صفرا، دملهای اطراف ستون فقرات و پشت گلو ... و حتی مغز باید مورد توجه قرار گیرند .

همکاران محترم همانطور که میدانید و در تمام کتب یادآوری شده است ، ضریب عقونت در دیابت قندی بالا است . دیابت به عقونت کمک و عقونت نیز دیابت را شدیدتر از آنچه هست میکند ، بطوریکه یک عقونت ساده ممکن است برای بیماران خطرناک بشود .

مرض قند گاهی با عقونت بارز میشود و کورکهای نکسی همواره پزشک را به موجودیت دیابت مشکوک میسازد و در صورتیکه علامت واضحی از بیماری پیدا نشود پزشک به تستهای اختصاصی متوسل میشود : از قبیل هیپرگلیسمی ایجادی و هیپرگلیسمی بعد از تجویز کورتیزون و ... گاهی نیز عقونت است که بزنگی دیابتی خاتمه می‌بخشد .

شایعترین جرم‌هایی که در عقونت دیابتی‌ها دخالت دارند عبارتند از پیوژنها بخصوص استافیلوکوک، باسیل کخ، کلی باسیل، پیوسیانیک، بر تو اوس و پسدوموناس . مهم‌ترین آنها استافیلوکوک است که در پوست فولیکولیت و در کلیه دمل درست میکند و باسیل کخ که متوجه ریه و حتی کلیه‌ها میگردد . کلیه محل مناسبی برای تولید عقونت درد یابت میباشد .

پیلونفریتها ، در زنان آبستن و امراض دیگری که بر کلیه و حالب فشار وارد می‌آورد ، مانع جریان بول میگردد ، کودکان بعلت امراض ارثی گردنه مثانه و مردان مسن بعلت بزرگی پرستات از دیابتیهای دیگر بیشتر در معرض عقونتهای کلیوی قرار میگیرند . گاهی هم ممکن است با وجود واضح نبودن علائم دیابت قندی ، کلیه گرفتار شود .

اجرام از راه خون (راه نزولی) و یا از طریق مجاری بول (راه صعودی) به کلیه‌ها آزار میرسانند .

نفریت بینایی ، تورم لوله‌های درون کلیه (توبولیت) و اطراف

\* تهران - خیابان پهلوی.

اوروگرافی و پیلوگرافی ودقت در کار اسفنکتر گردنه مثانه، هم بدرد تشخیص پیلونفریت می خورد و هم اگر ضیقی در مجاری وجود داشته باشد و یا اگر برگشت ادرار بطرف کلیه ثابت شود و یا اگر پرستات بزرگ باشد این عوارض روشن و معلوم خواهد شد .

درمان بیماران را باید بادقت خاصی معمول داشت . در مرحله اول باید بیمار از لحاظ قند تحت درمان شدیدتری قرار گیرد و بحساب میزان شود، در پرهیز وی تجدید نظر بعمل آید و حتی از تجویز انسولین برای متعادل کردن وی استفاده گردد. و با مقدار انسولین آنقدر اضافه شود که گلیسمی وی بحدود متعارف برگردد. در مرحله بعد اگر ادرار قلیائی است اول باید آنرا ترش کرد و بعد آنتی بیوتیک مناسبی برای از بین بردن عفونت کلیه ها انتخاب نمود . متأسفانه آنتی بیوگرام در برگزیدن آنتی بیوتیک طریق صحیح را نشان نمیدهد و قاطع نیست .

بنظر اینجانب سولفامیدها و کلرامفنیکول در اغلب موارد مؤثر اند، ولی تتراسیکلین ها و کولی مایسین و غیره را بعضی در این اواخر توصیه کرده اند . در هر حال باید همیشه انتظار نکس بیماری را داشت و گول پاکشدن ادرار را از لوکوسیتها و میکربها نخورد و درمان را مدت کافی ادامه داد .

تشخیص پیلونفریت در ابتدای کار مشکل است ولی چون کیفیت شایعی است در کلیه موارد عفونت باید بفکر پیلونفریت بود. مثبت بودن کشت ادرار ، لکوسیتوری و باکتریوری سه علامت مهم گرفتاری عفونی کلیه ها میباشد. شمارش لوکوسیتها که به بتکار آدیس (Addis) توصیه شده است و در بول ۲۴ ساعته تعیین میشود و بنام شمارش آدیس معروف است ، علامت خوبی است. انگلیسیها لوکوسیتها را در ادرار يك ساعته و فرانسویها در دقیقه تعیین میکنند، در ایران رویه فرانسویها بنام دبی مینوت (Debit Minute) معروف شده است و البته فاقد معنی خاصی است و در صورتیکه بخواهیم این آزمایش را برویه فرانسویها بطور صحیح تقاضا کنیم بساید بگوئیم لوکوسیتوری در دقیقه و در صورتیکه مقدار لوکوسیتها از ۵۰۰۰ در دقیقه تجاوز کند حدس وجود پیلونفریت جایز است (بعضی این مقدار را هزار عدد تعیین کرده اند). باکتریوری بیش از صد هزار در میلی لیتر مرض محسوب میشود. بعضی از پزشکان این مقدار را ساده هزار تقلیل داده اند . از آنجائیکه پیلونفریت مرض صعب العلاجی است و در بیماران مبتلا به مرض قند اشکال درمان این نوع بیماری بمراتب زیادتر است، تقلیل باکتریوری به ده هزار در میلی لیتر بصلاح نزدیکتر است .