عفونت دردیابت بخصوص عفونت کلیه

دکترصادق پیروز عزیزی *

مجلهٔ علمی نظام پزشکی
شماره۶ ، صفحه۴۶۳، ۱۳۴۹

همکاران محترم همانطورکه میدانید ودرتمام کتب یادآوری شده است ،ضریب عفونت در دیابت قندی بالا است . دیابت به‌عفونت کمك و عفونت نیز دیـابت را شدیدتر از آنچه هست میکند ، بطوریکـه یك عفونت ساده ممکن است برای بیماران خطرناك بشود .

مرض قند گاهی باعفونت بارز میشود وکورکهای نکسی همواره پزشك را به‌موجودیت دیابت مشکوك میسازد ودرصورتیکه‌علامت واضحی از بیماری پیدا نشود پزشك به‌تستهای اختصاصی متوسل میشود : از قبیل هیپرگلیسمی ایجـادی و هیپرگلیسمی بعد از تجویز کورتیزون و... گاهی نیزعفونت است که بزندگی‌دیابتی خاتمه می‌بخشد .

شایعترین جرم‌هائی که درعفونت دیابتی‌ها دخالت دارند عبارتند ازپیوژنها بخصوص‌استافیلوکوك، باسیل کخ، کلی‌باسیل، پیوسیانیك، برتواوس وپسودوموناس . مهم‌ترین آنها استافیلوکوك است که درپوست فوللیکولیت ودر کلیه دمل درست میکند و باسیل کخ که متوجه ریه وحتی‌کلیه‌ها میگردد .کلیه محل مناسبی برای تولید عفونت دردیابت میباشد .

پیلونفریتها ، در زنان‌آبستن وامراض دیگری‌که برکلیه وحالب فشار وارد می‌آورد ، مانع جریان بول میگردد ، کودکان بعلت امراض ارثی گردنه مثانه و مردان مسن بعلت بزرگی پرستات ازدیابتیهای دیگر بیشتر درمعرض عفونتهای‌کلیوی‌قرارمیگیرند. گاهی هم ممکن است باوجود واضح نبودن علائم دیابت قندی ، کلیه گرفتار شود.

اجرام ازراه خون (راه نزولی) ویا از طریق مجاری بول (راه صعودی) به‌کلیه‌هـا آزار میرسانند .

نفریت بینابینی ، تورم لوله‌های درون‌کلیه (توبولیت) و اطراف کلیه وپاپیلها محلهائی‌هستند که مرض از آنجـا شروع می‌شود. پیلونفریت بتدریج به اطراف سرایت میکند بطوریکه بـالاخره خود را به‌گلومرولها میرساند ویك پیلیت ساده را به‌پیلونفریت مبدل میکندکه خودگاهی‌توأم باهیالینوز معمولی‌مبتلایان‌به‌مرض قند، بسرعت مسئله‌کلیه را بمقدرات بیمار حاکم می‌سازد.

ـ تشخیص‌عفونتها دراشخاص‌مبتلا به‌دیابت‌قندی باتوجه به‌مسائل اساسی زیر آسان است :

۱ـ وقتیکه بیمار گرفتار لاغری وضعف و بی‌اشتهـائی است یعنی موقعیکه نقصی‌درحالت عمومی‌خوب بیمار پیدا شود ودرصورتیکه بیمارتب نیزداشته‌باشد،ضریب عفونت در بیماردوچندان میگردد.

۲ـ وقتیکه توازن بیمار از لحـاظ قند خون بهم‌بخورد وقند در ادرار پیدا شود یامقدار قند موجود بیشتر شود .

۳ـ بیمار بدرمان مقاوم گردد وبخصوص به‌تجویزانسولین جواب مثبت ندهد .

دراین احوال باید به‌دخالت عفونت در مبتلای به‌دیـابت ظنین گردید . محلهائی راکه درآن ممکن است عفونتی مستقر گردد از دندان گرفته تاپرستات وتخمدان زنها باید بازرسی کرد واز ریه‌ها رادیوگرافی‌بعمل‌آورد وبخصوص بول راباید‌تحت‌آزمایش دقیق ومکرر قرارداد . تعیین عده‌گلبولهای سفید فاسد ومجتمع یعنی چرك ومقدار سدیمانتاسیون ارتیروسیتهـا وازدیاد گاما ـ گلوبولین برای اثبات موجودیت عفونت نهایت لزوم را دارد.

نزد دیابتی دراین موارد ریه وکلیه شدیداً مشکوکند . دندانها، سینوسها ، رکتوم ، صفاق، لگنچه، تخمدان زنان ،کیسه صفرا، دملهای اطراف ستون فقرات وپشت‌گلو ... وحتی‌مغز باید مورد توجه قرارگیرند .

---

* تهران ـ خیابان پهلوی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]

تشخیص پیلونفریت در ابتدای کارمشکل است ولی چون کیفیت شایعی است درکلیه موارد عفونت باید بفکر پیلونفریت بود. مثبت بودن کشت ادرار ، لکوسیتوری وباکتریوری سه‌علامت‌مهم گرفتاری عفونی کلیه‌ها میباشد. شمارش لوکوسیتها که به‌ابتکار آدیس (Addis) توصیه‌شده است ودربول ۲۴ ساعته تعیین‌میشود وبنام شمارش ادیس معروف‌است ، علامت خوبی است. انگلیسیها لوکوسیتهارا درادرار یك‌ساعته‌وفرانسویهادردقیقه تعیین‌میکنند، در ایران رویهٔ فرانسویها بنام دبی‌مینوت (Debit Minute) معروف شده است والبته فاقد معنی خاصی است و درصورتیکه بخواهیم این آزمایش را برویه فرانسویها بطور صحیح تقاضا کنیم باید بگوئیم لوکوسیتوری در دقیقه ودرصورتیکه مقدار لوکوسیتهااز ۵۰۰۰ دردقیقه تجاوزکند حدس وجود پیلونفریت جایز است (بعضی این مقدار را هزار عدد تعیین کرده‌اند). باکتریوری بیش ازصد هزار درمیلی لیتر مرض محسوب‌میشود. بعضی از پزشکان این مقدار را تا ده هزار تقلیل داده‌اند . از آنجائیکه پیلونفریت مرض صعب العلاجی است و در بیماران مبتلا به‌مرض قند اشکال درمان این نوع بیماری بمراتب زیادتر است، تقلیل باکتریوری به‌ده هزار درمیلی‌لیتر بصلاح نزدیك‌تر است .

اوروگرافی وپیلوگرافی ودقت در کار اسفنکتر گردنه مثانه، هم بدرد تشخیص پیلونفریت می‌خورد و هم اگر ضیقی در مجاری وجود داشته باشد ویااگر برگشت ادرار بطرف‌کلیه 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 قرارگیرد وبحساب میزان شود، درپرهیز وی‌تجدید نظر بعمل‌آید وحتی از تجویز انسولین‌برای متعادل کردن‌وی استفاده گردد. ویابمقدار انسولین آنقدراضافه شود که گلیسمی وی بحدود متعارف‌برگردد. درمرحله بعد اگر ادرار قلیائی است اول باید آنرا ترش کرد وبعدآنتی‌بیوتیك مناسبی برای ازبین بردن عفونت‌کلیه‌هاانتخاب نمود . متأسفانه آنتی‌بیوگرام دربرگزیدن آنتی‌بیوتیك طریق صحیح را نشان نمیدهد وقاطع نیست .

بنظراینجانب سولفامیدهاوکلرامفنیکول دراغلب موارد مؤثراند، ولی تتراسیکلین‌ها وکولی مایسین وغیره را بعضی دراین‌اواخر توصیه‌کرده‌اند . درهرحال باید همیشه‌انتظارنکس‌بیماری‌راداشت وگول پاك‌شدن ادرار را ازلوکوسیتها ومیکربها نخوردودرمان را مدت‌کافی ادامه داد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-15]