مکانیسم ایمونولوژی ـ تشخیص آزمایشگاهی و درمان نوین سیفیلیس

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۰۱ ، ۲۵۳۶

دکتر جواد اسکوئی*

راجع به سیفیلیس ، نشانه‌هـای بالینی، پیش‌گیری و درمـان آن مطالعات وتحقیقات بسیاری بعمل آمده وپیشرفتهای قابل توجهی نیز دراین زمینه نصیب دنیای‌پزشکی گردیده‌است ولی هنوز بحث دربارهٔ ایمونولوژی وسرشت ایمونولوژیائی‌تر پونما پالیدوم ادامه دارد و توافق‌کلی در این باب بدست نیامـده است. همچنین در مورد درمان مناسب و اتخـاذ رویه‌ای یکنواخت بـرای انجام آزمایش‌های مختلف خون ومایع‌نخاع بمنظور تشخیص دوره‌های مختلف سیفیلیس‌اختلاف‌نظر و بحث‌های‌فراوان وجود دارد. بهمین‌سبب سعی‌کافی‌بعمل‌آمده است تا دراین‌مقاله ضمن بررسی‌آخرین مطالعات و پدیده‌های بدست‌آمده دربارهٔ ایمونولوژی سیفیلیس ، تشخیص‌های آزمایشگاهی و آخرین تحولات درمانی سیفیلیس ، در نگاهی کـوتاه مورد مطالعه قرار گیرد .

ایمونولوژی سیفیلیس: (۱)

قبل از بحث در مورد مشخصات ایمونولـوژیائی سیفیلیس بطور خلاصه یادآوری میگردد که مفهوم ایمونولـوژیائی بر دو پایه مصونیت هومـورال(Humoral immunity) ومصونیت سلولی (Cellular Immunity) قراردارد.درمصونیت هومورال‌پادگن روی سطح سلولهای‌لنفوسیتی‌نوع «B» درمحل‌گیرنده پادگن‌عمل می‌کند وپس‌از آنکه‌افزایش‌سلولی‌بعمل‌آمد، پادتن (Antibody) ایجاد میگردد ودرنتیجه سنجش وارزیابی‌میزان پادتن درجریان گردش خون یکی ازبهترین راههای دست‌یابی به وجودمصونیت درعفونت‌های‌باکتریائی‌مانند پنوموکوکوس‌ها ومننگوکوکوس‌ها است. در مصونیت سلولی ، سلولهای لنفوسیتی نوع «T» دخالت دارند . بدینطریق بعد از آنکه در معرض ماکروفاژها قـرار گرفتند پادگن را دریافت میکنند و در این مرحله سلولهـای ایجاد شده ازقدرت بیشتری برای مقابله با پادگن برخوردارند و درنتیجه ماکروفاژها فعال‌میشوند و وارد عمل می‌گردند. این دسته ازسلولهارا میتوانیم‌درجریان‌عفونت‌های میکوباکتریوم‌های توبرکولوزی، قارچها و لیستریامونوسیتوژن پیداکنیم.

عوامل‌چندی وجود داردکه نشان‌میدهد مصونیت هومورال در عفونت‌های سیفیلیسی دارای نقش مؤثری هستند. در جـریان آزمایش‌های ترپونمی‌مانند FTA-ABS ویا TPI متوجه شده‌اند که در عفونت‌های T. Pallidum پادتن خاصی وجود دارد کـه یا روی سطح سلول می‌چسبد ویا آنکه آنرا فاقد حرکت میکند. در صورت صحت چنین پدیده‌ای، این سئوال پیش میآیدکـه آیا میتوان با انتقال سرم‌حیوان یا انسانی‌که خودبخود برای مرتبه دوم مبتلا به سیفیلیس شده است بحیوانات یا افراد سالم در آنان مصونیت اکتسابی بوجود آورد؟ برای پاسخ صحیح باین سئوال توسط عده‌ای از محققین آزمایشهای متفاوتی بعمل آمده است و مشاهده‌کرده‌اندکه با انتقال‌سرم این‌دسته ازمبتلایان‌به‌خرگوش، مقداری‌مصونیت درخرگوش بوجود می‌آیدکه اولا این مصونیت کاملا حیوان را ازابتلا بعفونت مصون‌نمی‌دارد، بلکه فقط ایجاد عفونت را برای مدتی به‌تأخیر میاندازد. ثانیاً سیفیلیس‌های‌اولیه و ثانویه باوجودیکه دارای این پادتن خاص هستند، با این‌حال به پیشرفت خود ادامه میدهند . ثالثاً برای آنکه خرگـوش را علیه ترپونما پالیدوم مقاوم‌کنیم مقدار خیلی زیادی از سرم مورد نیاز است.

* دانشکده پزشکی رازی دانشگاه تهران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

عده‌ای نیز با استناد به‌مدارك ودلائل‌متعدد عقیده دارند که‌مصونیت سلولی نیز در عفونت‌هـای سیفیلیسی نقشی بازی می‌کند ، زیرا اولا درجریان سیفیلیس‌های ثانوی قبل از آنکـه ازحالت مخفی بصورت‌آشکار تظاهر کند مقداری‌فعالیت مربوط به‌مصونیت‌سلولی در پادگن‌های ترپونمی بصورت هیپرسانسیتویتی تأخیری بوجود میآید. ثانیاً سیفیلیس در مرحله سوم یك تظاهر گـرانولوماتوزی است وشبیه سایر واکنش‌هائی است که درمصونیت‌های سلولی‌مانند سل یا قارچها می‌بینیم . ثالثاً مصونیت‌سازی علیه ترپونماپالیدوم احتیاج به تزریق‌های تکراری بمقدار زیاد (میکرب کشته شده و یا تلقیح ترپونم ضعیف شده) دارد.

نقش مصونیت سلولی در عفونت‌های سیفیلیسی اخیراً توسط دکتر Musher و سایر همکارانش درهوستون تجربه وثابت شده‌است. بطورخلاصه‌آنچه از تجربیات انجام شده بدست می‌آید این‌است که هردو مصونیت هومورال ومصونیت سلولی در سیفیلیس دخالت دارند .

تشخیص آزمایشگاهی:

آزمایشهای تشخیص سیفیلیس بدو دسته تـرپونمی و غیر ترپونمی تقسیم میشوند. مهمترین آزمـایش غیرترپونمی آزمایش VDRL است که ویژهٔ سیفیلیس نیست ومیتوان دربعضی بیماریهای کولاژن مانند لوپوس اریتماتو(۲) و یا بیماری جذام و یا مسمومیت‌های داروئی وهمچنین‌عفونت‌های تبزا آنرا مثبت یافت. با این‌حال آزمایشی است برای تعقیب بیمار بمنظور آگاهی کامل از نحوه درمان، بالاخص درسیفیلیس‌های زودرس ویا جهت ارزیابی ابتلاء مجدد به‌سیفیلیس .

آزمایشهای دیگرعبارتست از: آزمایش‌بامیکروسکپ Darkfield که در سیفیلیس‌های اولیه مؤثر ومفید است ولی باید همواره در نظرداشت انجام این‌آزمایش برای ضایعات دهانی سیفیلیس‌مجاز نمی‌باشد.آزمایش Kolmer وآزمایش Rapid Plasma Reagin (RPR) نیز در زمره آزمایشهای غیرترپـونمی هستندکه ممکن است دربعضی بیماریها مانند لوپوس‌اریتماتو(۳) و (۴) نیزمثبت باشند.

آزمایش‌های ترپونمی عبارتند از:

1. (Fluorescent Treponemal Antibody) FTA
2. (Treponema Pallidum Immobilization) TPI
3. (Reiter Protein Complement Fixation) RPCF
4. (Microhemagglutination Assay for T. Pallidum) MHATP (۵) و (۶)
5. (Direct Fluoresscent Antibody Test for T. Pallidum) DFATP

FTA-ABS در ده سال اخیر یکی از رایج‌ترین آزمایش‌های ترپونمی و کاملا اختصاصی‌تر از VDRL بـرای تشخیص قطعی سیفیلیس بشمار می‌رود. بعلاوه یکی از معیارهـای تعقیب بیمار و وقوف کامل از نتیجه درمان است . این آزمـایش معمولاً برای افرادی‌که مشکوك بابتلاء سیفیلیس میباشند باآنکه آزمایش غیر-ترپونمی مثبت داشته‌اند، توصیه میشود.

آزمایش FTA برای مایع نخاع را (Cerebrospinal FTA) CSF-FTA (۷) می‌نامند که بمنظور تشخیص سیفیلیس‌های عصبی توصیه می‌شود وبهتر از آزمایش مایع نخاع VDRL میباشد.

عده‌ای آزمایش FTA-ABS (IgM) را یکی ازبهترین ومؤثر-ترین آزمایشها بـرای تشخیص سیفیلیس مادرزادی میدانند ولی اخیراً توسط Kaufman و سایر همکارانش ثابت شده است‌که در این دسته از بیماران نیز آزمایش‌های VDRL و FTA-ABS بیشتر قابل اعتماد ومورد قبول میباشد زیرا تنها بالا بودن معیار FTA_ABS (IgM) درنوزادان مبتلا به‌سیفیلیس دلیل بالابودن IgM علیه ترپونماپالیدوم نمی‌باشد (۸) و (۹) بلکه چون IgM در نوزاد علیه IgG مادر فعالیت‌دارد، لذا میزان IgM بالامیرود وبهمین سبب توصیه میشود برای تشخیص سیفیلیس مادرزاد نیزاز آزمایشهای VDRL و FTA-ABS استفاده شود.

سایر آزمایش‌های ترپونمی بیشترجنبه تحقیقاتی و تجربی دارند و هنوز آزمایش FTA-ABS نه تنها عملی‌تر بلکـه از حساسیت بیشتری‌نسبت به‌سایرآزمایشهای‌ترپونمی برخورداراست، هرچند عده‌ای براین‌عقیده‌اندکه درآینده‌ای نزدیك‌آزمایش MHA-TP جانشین FTA-ABS خواهدشد.

چگونگی انتخاب آزمایش برای تشخیص سیفیلیس:

برای تشخیص سیفیلیس اولیه چنانچه‌درمان فوری موردنظر باشد آسانترین و عملی‌ترین آزمایش، آزمایش Darkfield است که براحتی میتوان درمطب آنرا انجام داد ودر صورت مثبت بودن جواب بدرمان اقدام‌کرد ومنتظر پاسخ آزمایشگاه نشد . بعلاوه در سیفیلیس‌های اولیه نیز میتـوان آزمایش‌های VDRL و FTA-ABS را نیز انجام داد (۱۰).

در مرحله دوم سیفیلیس، اگرضایعه سیفیلیسی دارای ترشح است مانند Condyloma lata، آزمایش Darkfield امکان‌پذیراست. همچنین‌میتوان این‌آزمایش را با آسپیراسیون یامکیدن ترشحات غدد لنفاوی (درصورت وجود آدنوپاتی) انجام دادکه درصورت مثبت بودن نتیجه برای تشخیص‌کافی خواهدبود ونیاز به‌تأیید از طریق آزمایشهای ترپونمی نیست . برای تشخیص مرحلـه سوم سیفیلیس آزمایشهـای FTA-ABS و MHA-TP توصیه میشود،

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

باتوجه بدین مطلب که برای تشخیص سیفیلیس عصبی بهترین طریق انجام آزمایش کمی VDRL همراه با آزمایشهای فرمول شمارش و تعیین میزان پروتئین تام میباشد، بدین معنی که اگر VDRL مثبت ومیزان پروتئین تام نیز بیشتر از ۴۰ میلی گرم درصد و سلولهای تك هسته‌ای در فرمول شمارش نیز بیشتر از ۵ عدد باشد، برای تشخیص قطعی مرحله سوم سیفیلیس کافی خواهد بود. بدیهی است که بالا بودن یکی از آنان ویا مثبت بودن VDRL تنها برای تشخیص قطعی کافی نخواهد بود. در سیفیلیس مادرزاد چنانچه ضایعه‌ای وجود داشته باشد آزمایش Darkfield از روی ضایعه پوست ونخاع بهترین وآسانترین طریق است ولی چنانچه ضایعه‌ای وجود نداشته باشد آزمایش VDRL در ماههای نخستین توصیه میشود. درسیفیلیس مادرزاد دیررس (بعد از دوسالگی) عیار VDRL معمولا پائین است وحتی گاهی اوقات منفی است. بنابراین برای تشخیص قطعی بهترین راه انجام آزمایش FTA-ABS می باشد.

بهرحال، درکلیه مراحل بالا باید درنظر داشت که نتیجه آزمایشهای غیرترپونمی قطعی نیست وبرای انجام دومین آزمایش و تأیید قطعی باید از آزمایشهای ترپونمی استمداد کرد. بطور کلی باید از بیماری که در نظر است برای سیفیلیس درمان شود قبلاً آزمایش کمی VDRL بعمل آید وپس از درمان بمدت دو سال درفواصل متعدد آزمایش VDRL بطور متناوب توصیه میشود. عیار این آزمایش معمولا پس از درمان کافی درسیفیلیس‌های اولیه یا ثانویه پائین میاید. Schroeter وهمکارانش مشاهده کرده‌اند در بیماران سیفیلیسی که درمان کافی داشته‌اند آزمایش خون آنان بعداز دوسال اگر سیفیلیس اولیه داشته‌اند ۹۷٪ واگر دچار سیفیلیس ثانویه بوده‌اند ۷۶٪ منفی بوده‌است. بنابراین اگر عیار VDRL ثابت ماند و یا آنکه بالاتر رفت دلیل بر آن است که یا درمان ناکافی داشته‌اند ویا دچار عفونت مجدد شده‌اند ویا آنکه نتیجه آزمایش در زمره نتایج مثبت کاذب است. در هرصورت بیمارانی که برای سیفیلیس مخفی یا دیررس درمان شده‌اند، چنانچه عیار سرمی آنان پائین نیامد دلیل بر آن است که احتیاج مجدد بدرمان دارند.

درمان سیفیلیس: (۱۱) و (۱۲)

تاکنون راههای درمانی گوناگون برای دوره‌های مختلف سیفیلیس توصیه شده وبمرحله اجرا درآمده است ولی ازبررسی کلی آنان ویا توجه به تجربیاتی که در دهه اخیر ازاجرای روشهای مختلف درمان حاصل گردیده‌است، اخیراً ازطرف مرکز بررسی بیماریها درآمریکا اتخاذ روش درمانی زیر در دوره های مختلف سیفیلیس بعنوان مؤثرترین ومناسبترین راه توصیه شده‌است. باتوجه به این مطلب که پنی‌سیلین هنوز داروی انتخابی درمان سیفیلیس است، باید قبل از تجویز آن مسأله حساسیت به پنی‌سیلین را از نظر دور نداشت. در صورت عدم وجود حساسیت، هیچ آنتی‌بیوتیکی را بقدرت پنی‌سیلین نمیتوان یافت و بعلاوه نباید هیچگاه کمتر از میزان توصیه شده ازآن استفاده کرد، حتی اگر درجریان درمان کلیه نشانه‌ها برطرف شود وآزمایش‌های سرم نیزمنفی باشد.

الف ـ درمان سیفیلیس زودرس (اولیه ـ ثانویه ـ مخفی وکمتر از یکسال) بشرح زیر است:

۱ـ بنزاتین پنی‌سیلین G ـ ۲/۴ میلیون واحد تزریق عضلانی در یك بار (۱/۲ میلیون واحد درهرسرین) ـ این دارو مؤثرترین درمان را دریك تزریق دارد.

۲ـ پروکائین پنی‌سیلین G جمعاً ۴/۸ میلیون واحد ـ هرروزیك تزریق ششصد هزار واحدداخل عضلانی بمدت هشت روزمتوالی.

۳ـ پروکائین پنی‌سیلین G (روغنی) با دو درصد مونواستئارات آلومینیوم جمعاً ۴/۸ میلیون واحد تزریق عضلانی، بدین ترتیب که در روز نخست ۲/۴ میلیون واحد تزریق میشود (بهتراست ۱/۲ میلیون واحد درهرسرین تزریق شود). سپس در روزهای دوم وسوم هرروز ۱/۲ میلیون واحد تزریق عضلانی بعمل میآید.

در بیمارانی که به پنی‌سیلین حساسیت دارند انتخاب یکی از دو طریق زیر توصیه میشود:

ـ تتراسیکلین (هیدروکلراید)ـ روزانه ۲ گرم بمدت ۱۵ روز، ۵۰۰ میلی گرم چهاربار در روزاز راه دهان (یکساعت قبل ازغذا یا دو ساعت بعد از غذا).

ـ اریترومایسین (استئارات ـ اتیل سوکسینات) روزانه ۲ گرم بمدت ۱۵ روز بدین ترتیب که ۵۰۰ میلی گرم هرشش ساعت یکبار در روز از راه دهان تجویز میشود.

ب ـ درسیفیلیسی که بیش ازیکسال (سیفیلیس مخفی بیش ازیکسال و دارای نشانه‌های عروقی قلبی، دیررس خوش خیم، نشانه‌های عصبی) دوره داشته‌است درمان تجویزی بشرح زیرخواهد بود:

۱ـ بنزاتین پنی‌سیلین G جمعاً ۷/۲ ملیون واحد، ۲/۴ میلیون واحد تزریق عضلانی هرهفته جمعاً بمدت سه‌هفته متوالی (۱/۲ میلیون واحد تزریق درهرسرین توصیه میشود).

۲ـ پروکائین پنی‌سیلین G ۹ میلیون واحد، جمعاً ششصدهزار واحد تزریق عضلانی در هرروز جمعاً بمدت ۱۵ روز.

درمان در بیمارانی که دارای حساسیت به پنی‌سیلین هستند بشرح زیر است:

۱ـ تتراسیکلین هیدروکلراید ـ ۵۰۰ میلی گرم چهاربار درروز بمدت سی‌روز متوالی (جمعاً ۶۰ گرم).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

۲ـ اریترومایسین (استئارات ـ اتیل‌سوکسینات یا Base) ـ جمعاً بمیزان ۶۰ گرم، ۵۰۰ میلی‌گرم هرشش ساعت یکبار بمدت سی روز.

بطور کلی در مورد درمان سیفیلیس‌های بیشتر از یکسال، خیلی کمتر از سیفیلیس‌های اولیه بحث وتحقیق شده‌است. مسلم آنکه سیفیلیس‌های باسابقه بیش ازیکسال بمیزان بیشتری بدرمان با آنتی بیوتیك احتیاج دارند. مشاهده شده است که تجویز بین ۶ تا ۹ میلیون واحد پنی‌سیلین تزریق عضلانی در ۹۰٪ بیماران با سیفیلیس عصبی نتیجه رضایت‌بخشی داشته است. بعضی پزشکان متخصص عقیده دارند باید بیمارانی را که سیفیلیس عصبی دارند ویا آنکه بدرمانهای اولیه جواب‌مثبت نداده‌اند وهنوز نشانه‌های سیفیلیس‌را دارند در بیمارستان بستری کرد و باتزریق‌داخل‌وریدی پنی‌سیلین G ـ کریستالیزه بمیزان ۱۲ تا ۲۴ میلیون واحدروزانه آنانرا درمان کرد بدین ترتیب که هرروز وهرچهار ساعت‌یکبار ۲ تا ۴ میلیون واحد تزریق وریدی بمدت ده روز بعمل‌آید.

فراموش نشودکه در بیماران مبتلا به سیفیلیسی که بیش ازیکسال دوره دارند قبل از درمان باید حتماً آزمایش مایع نخاع بعمل آید.

پـ سیفیلیس‌درجریان بارداری:

بهتراست ازتمام زنان باردار آزمایش سرولوژیائی غیرترپونمی مانند VDRL یا RPR قبل از زایمان بعمل آید، ولی برای تجسسات اولیه ومعمولی بهیچوجه آزمایش‌های ترپونمی مانند FTA_ABS توصیه‌نمیشود. بدیهی‌است‌که مانند بیماران‌معمولی مشکوك به سیفیلیس درجریان آزمایش غیرترپونمی بمنظورتأیید تشخیص برای دومین آزمایش، امتحان ترپونمی ضرور است. تا زمانی که آزمایش‌های ترپونمی‌غیرفعال نگردیده ونشانه‌های‌بالینی از بین نرفته‌اند، نباید درمان متوقف شود وهردو آزمایش کمی غیرترپونمی وترپونمی بایدحداقل بمدت چهارهفته متوالی تجدید و بررسی شود. درمان زنان باردار مبتلا بسیفیلیس درصورتیکه به پنی‌سیلین حساسیت نداشته باشند عیناً مانند بیماران غیرباردار میباشد، درغیراینصورت‌اریترومایسین(استئارات ـ اتیل‌سوکسینات ـ Base) به میزان بیماران غیرباردار توصیه میشود. بهیچوجه نباید اریترومایسین‌استولات (Estolate)و تتراسیکلین در زنان باردارمبتلا بسیفیلیس‌تجویز گردد زیرا دارای‌عوارض نامطلوب برای مادر و جنین میباشد. بهرحال، آزمایش حساس بودن به پنی‌سیلین در زنان باردار قبل از شروع بدرمان اریترومایسین لازم است.

چنانچه زن بارداری قبلا مبتلا بسیفیلیس شده واز درمان‌کافی‌نیز برخوردار گشته باشد، درجریان بارداری‌احتیاج بدرمان مجدد ندارد مگر آنکه نشانه‌های بالینی سیفیلیس دراو مشاهده گردد و یاآنکه داده‌های آزمایشگاهی مثبت دال برابتلاء مجدد بعفونت ویا بالارفتن عیار آزمایش کمی غیرترپونمی بمیزان چهاربرابر (Fourfold Titer) دراو بوجود آید.

زنان بارداری‌که برای سیفیلیس درمان شده‌اند باید همه ماهه مورد آزمایش سرولوژیائی غیر ترپونمی تا زمان زایمان قرار گیرند وچنانچه نشانه‌ای ازافزایش عیارآزمایشگاهی درآن پیدا شدباید درمان مجددبعمل‌آید وبعداز زایمان با اوهمانندبیماران غیرباردار عمل خواهد شد.

تـ سیفیلیس‌مادرزاد:

نوزادان مادرانی‌که در دوره بارداری مبتلا به سیفیلیس بوده‌اند باید بهنگام تولد مورد آزمایشهای لازم قرارگیرند. سپس در نوبت‌های متوالی این آزمایش‌ها تکرارگردد تا کاملا اطمینان حاصل‌شودکه نوزاد مبتلا بسیفیلیس‌نمیباشد. ولی باید همیشه‌این مطلب را درنظرداشت‌که اگر درمان مادر درهنگام بارداری ناکافی‌بوده ویا آنکه مادر باداروهائی غیراز پنی‌سیلین بحد کافی درمان شده ویا آنکه نحوه درمان مادر برای پزشك ناشناخته است، گرچه آزمایشهای مربوط در نوزاد منفی‌باشد، بایدکودك را مورد درمان قرارداد تا درنوبت‌های متوالی وماههای آینده جواب‌های منفی متوالی درکودك بدست آید. بطورکلی درمان سیفیلیس مادرزاد بشرح زیرخواهد بود:

۱ـ نوزادان با CSF غیرطبیعی

الف ـ پنی‌سیلین کریستالین G (Aqueous) ـ ۵۰۰۰۰ واحد برای هر کیلوگرم وزن تزریق داخل عضلانی یا وریدی روزانه بمدت دو روز.

بـ پنی‌سیلین پروکائین G (Aqueous) ـ ۵۰۰۰۰ واحدبرای هر کیلوگرم وزن داخل‌عضلانی روزانه حداقل‌بمدت ده روز.

۲ـ نوزادان با CSF طبیعی:

بنزاتین پنی‌سیلین G ـ ۵۰۰۰۰ واحد برای هر کیلوگرم وزن تزریق داخل عضلانی دریك مرحله.

سایر انواع آنتی‌بیوتیك‌ها در بیماران مبتلا به سیفیلیس مادرزاد (نوزادان) توصیه نمی‌شود.

نکته‌ای‌که یادآوری آن ضرور بنظر می‌رسد آنکه بعد از دوره نوزادی برای درمان سیفیلیس مادرزاد، درمورد بیماری‌که‌نسبت به پنی‌سیلین حساسیت دارد همان میزان بالغین توصیه میشود و هیچ نیازی بمیزان بیشتر ندارد ولی‌نباید به‌کودکان کمتر از ۸ سال تتراسیکلین تجویز شود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

ضمناً توصیه میگردد، تمام بیماران مبتلا بهسیفیلیس بعداز درمان تشویق‌شوندتا برای‌مراجعه مجدد وتجدیدآزمایشهای‌غیرترپونمی بعد از ۳ماه، ۶ماه و۱۲ماه اقدام لازم بعمل‌آورند و دربیمارانی که بیش‌ازیکسال‌دوره ابتلاء بهسیفیلیس‌داشته‌اند بایداین‌آزمایشها تا ۲۴ماه بعد از درمان نیز تجدید شود. بهخصوص این اقدامات در بیمارانی‌که با آنتی‌بیوتیکی غیراز پنی‌سیلین درمان شده‌اند، بهیچوجه نباید فراموش‌شود.

درمان مجدد درموارد زیرهمواره باید موردنظر باشد:

ـ نشانه‌های بالینی یا داده‌های آزمایشگاهی سیفیلیس مقاوم‌هستند یا آنکه برمی‌گردند.

ـ افزایش چهار برابر Fourfold درمیزان آزمایش‌های غیر-ترپونمی هنوز دست‌نخورده باقیمانده است.

ـ میزان بالای آزمایش ابتدائی غیرترپونمی در عرض یکسال Fourfold پائین نیامده باشد.

بدیهی است برای درمان این وضع از روش درمان بیمارانی که بیش‌ازیکسال بهسیفیلیس ابتلاء داشته‌اند استفاده میشود.

ث ـ درمان همه‌گیری:

افرادیکه درمقابله وتماس بابیماران سیفیلیسی بمدت سه‌ماه قرار داشته‌اند وهمچنین بقیه افرادی‌که در جریان همه‌گیری سیفیلیس درمعرض خطرابتلاء بهسیفیلیس‌هستند، باید همانند سیفیلیس اولیه «کمتر ازیکسال دوره» مورد درمان قرارگیرند.

REFERENCES :

1- Daniel, M., Musher et al: Immunologic Mechanisms of Infectious syphilis: Cutis 17: 739, 1976.

2- Shore, RN., Faricelli, JA: New findings on falspositive FTA _ ABS tests in Lupus erythematosus. Section on Dermatology, 123 rd. Annual Convention of the American Medical Association, Chicago 1974.

3- Cohen, AS et al: Preliminary criteria for the classification of systemic Lupus erythematosas. Bull Rheum Dis 21: 643, 1971.

4- Mckenna CH, et al: The fluorescent treponemal antibody absorbed (FTA_ABS) test heading phenomenon in connective tissue disease: Mayo Clin Proc. 48, 545, 1973.

5_ Iogan Le, Cox PM: Evaluation of a quantitative automated microhenagglutimation assay for antibodies to T_Pallidum. Amer. J Clin. Path 53: 163, 1970.

6_ Coffey, EM, et al: Evaluation of the qualitative and automated quantitative microhemagglutination assay for antibodies to T. Pallidum. Appl Microbiol 24: 26, 1972.

7- Duncan, WP, et al: Fluorescent antibody test for syphilis using cerebrospinal fluid test. Br J. Vener Dis 48: 97_101: 1972.

8_ Reiner, CB, et al. The specificity of fetal IgM antibody or anti_antibody. Ann. NY Acad Sci 254 : 77_93, 1975.

9_ Kaufman RE, et al : The ETA_ABS (IgM) test for neonatal congenital syphilis, a critical review, J. Am Vener Dis Assoc 1: 78_84, 1974.

10. Center for Disease Control: Current trends. Technical problems with the «FTA_ABS» test for syphillis_Virginia, Morbid Mostal Weakly 22(12) 107, 1973.

۱۱. دکتر هادی مرتضوی ـ درمان داروئی‌کوفت ـ خلاصه نوشته‌های پزشکی ـ شماره هفتم سال ۲۵۳۵.

12. Center for Disease Control, Current trends, New Treatment in infectious syphilis: 1976.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]