

عقونث درد ديابت بخصوص عقونث كلبيه

دكتور صادق پيروز عزیزی *

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۶، صفحه ۴۶۳، ۱۳۴۹

كلبيه و پاپيلها محلهاي هستند كه مرض از آنجا شروع مي شود. پيلو نفریت بتدریج به اطراف سرایت میکند بطوریکه بالاخره خود را به گلو مروهها میرساند و يك پیلیت ساده را به پیلو نفریت مبدل میکند که خود گاهی توأم با هیالینوز معمولی مبتلایان به مرض قند، بسرعت مسئله کلیه را بمقدرات بیمار حاکم می سازد.

– تشخیص عقونتها در اشخاص مبتلا به ديابت قندی باتوجه به مسائل اساسی زیر آسان است :

- ۱- وقتیکه بیمار گرفتار لاغری وضعف و بی اشتهائی است یعنی موقعیکه نقصی در حالت عمومی خوب بیمار پیدا شود و در صورتیکه بیمار تب نیز داشته باشد، ضریب عقونث 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 بدردمان مقاوم گردد و بخصوص به تجویز انسولین جواب مثبت ندهد .

در این احوال باید به دخالت عقونث در مبتلای به ديابت ظنین گردید . محلهاي راکه در آن ممکن است عقونثی 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 چرك و مقدار سدیمان تا سیون ارتیر و سیتها و ازدیاد گاما – گلوبولین برای اثبات موجودیت عقونث نهایت لزوم را دارد. نزد ديابتی 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 عقونث در ديابت قندی بالا است . ديابت به عقونث كمك و عقونث نیز ديابت را شدیدتر از آنچه هست میکند ، بطوریکه يك عقونث ساده ممکن است برای بیماران خطرناك بشود .

مرض قند گاهی با عقونث بارز میشود و کورکهای نکسی همواره پزشك را به موجودیت ديابت مشکوک میسازد و در صورتیکه علامت واضحی از بیماری پیدا نشود پزشك به تستهای اختصاصی متوسل میشود : از قبیل هیپر گلیسمی ایجادی و هیپر گلیسمی بعد از تجویز کورتیزون و ... گاهی نیز عقونث است که بزنگی ديابتی خاتمه می بخشد .

شایعترین جرمهایی که در عقونث ديابتی ها دخالت دارند عبارتند از پیوژنها بخصوص استافیلو کوك، باسیل کخ، کلی باسیل، پیوسیانیك، بر تو اوس و پسودوموناس . مهم ترین آنها استافیلو کوك 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 عقونث درد ديابت میباشد .

پیلو نفریتها ، در زنان آبستن و امراض دیگری که بر کلیه و حالب فشار وارد می آورد ، مانع جریان بول میگردد ، کودکان بعلت امراض ارثی گردنه مثانه و مردان مسن بعلت بزرگی پرستات از ديابتیهای دیگر بیشتر در معرض عقونتهای کلیوی قرار میگیرند. گاهی هم ممکن است با وجود واضح نبودن علائم ديابت 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.

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 کلیه‌ها می‌باشد. شمارش لوکوسیتها که به ابتکار 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 یک ساعته و فرانسویها در دقیقه تعیین می‌کنند، در ایران رویه فرانسویها بنام دبی‌مینوت (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 ۵۰۰ در دقیقه تجاوز کند حدس وجود پیلونفریت جایز است (بعضی این مقدار را هزار عدد تعیین کرده‌اند). باکتریوری بیش از صد هزار در میلی لیتر مرض محسوب می‌شود. بعضی از پزشکان این مقدار را ساده هزار تقلیل داده‌اند. از آنجائیکه پیلونفریت مرض صعب‌العلاجی است و در بیماران مبتلا به مرض قند اشکال درمان این نوع بیماری بمراتب زیاده‌تر است، تقلیل باکتریوری به ده هزار در میلی لیتر بصلاح نزدیک‌تر است.

اوروگرافی و پیلوگرافی ودقت در کار اسفنکتر گردنه مثانه، هم بدرد تشخیص پیلونفریت می‌خورد 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 کلیه‌ها 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 مؤثراند، ولی قتراسیکلین‌ها و کولی‌مایسین و غیره را بعضی در این اواخر توصیه کرده‌اند. 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.