

عفو نت در دیابت بخصوص عفو نت کلیه

دکتر صادق پروز عزیزی *

مجله علمی نظام پزشکی
شماره ۶ ، صفحه ۴۶۳۹، ۱۳۴۹

کلیه و پاپیلها محلهای هستند که مرض از آنجا شروع می‌شود. پیلونفریت بتدریج به اطراف سرایت می‌کند بطوریکه بالاخره خود را به گلومرولها میرساند و یک پیلیت ساده را به پیلونفریت مبدل می‌کند که خود گاهی توأم با هایالینوز عمومی مبتلایان به مرض قند، بسرعت مسئله کلیه را بمقدرات بیمار حاکم می‌سازد.

- تشخیص عفو نتها در اشخاص مبتلا به دیابت قندی با توجه به مسائل اساسی زیر آسان است :

۱- وقتیکه بیمار گرفتار لاغری و ضعف و بی اشتهایی است یعنی موقعیکه نقصی در حالت عمومی خوب بیمار پیدا شود و در صورتیکه بیمار تب نیز داشته باشد، ضرب عفو نت در بیمار دوچندان میگردد.
۲- وقتیکه توازن بیمار از لحاظ قند خون بهم بخورد و قند در ادرار پیدا شود یامقدار قند موجود بیشتر شود .

۳- بیمار بدремان مقاوم گردد و بخصوص به تجویز انسولین جواب مثبت ندهد .

در این احوال باید به دخالت عفو نت در مبتلای به دیابت ظنین گردید . محلهای را که در آن ممکن است عفو نتی مستقر گردد از دندان گرفته تا پرستات و تخمدان ذنها باید بازرسی کرد و از ریهها رادیو گرافی بعمل آورده و بخصوص بول را باید تحت آزمایش دقیق و مکرر قرارداد . تعیین عده گلبولهای سفید فاسد و مجتمع یعنی چرک و مقدار سدیمان تا سیون ارتیرو و سیتهما و از دیاد گاما - گلوبولین برای اثبات موجودیت عفو نت نهایت لزوم را دارد . نزد دیابتی در این موارد ریه و کلیه شدیداً مشکوکند . دندانها، سینوسها، رکتوم، صفاق، لگنجه، تخمدان زنان، کیسه صfra، دملهای اطراف ستون فقرات و پشت گلو ... و حتی مغز باید مورد توجه قرار گیرند .

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

مرض قند گاهی باعفو نت بارز میشود و کورکهای نکسی همواره پزشک را به مجموعه دیابت مشکوک میسازد و در صورتیکه علامت واضحی از بیماری پیدا نشود پزشک به تستهای اختصاصی متولی میشود : از قبیل هیپر گلیسمی ایجادی و هیپر گلیسمی بعد از تجویز کورتیزون و ... گاهی نیز عفو نت است که بزندگی دیابتی خاتمه می بخشد .

شایعترین جرم هائی که در عفو نت دیابتی ها دخالت دارند عبارتند از پیوژنها بخصوص استافیلو کوک، باسیل کنخ، کلی باسیل، پیوسیانیک، برتو اوس و پسودوموناس . مهم ترین آنها استافیلو کوک است که در پوست فوللیکولیت و در کلیه دمل درست میکند و باسیل کنخ که متوجه ریه و حتی کلیه ها میگردد . کلیه محل مناسبی برای تولید عفو نت در دیابت میباشد .

پیلونفریتها، در زنان آستن و امراض دیگری که بر کلیه و حالب فشار وارد می آورده، مانع جریان بول میگردد ، کودکان بعلت امراض ارثی گردنده مثانه و مردان مسن بعلت بزرگی پرستات از دیابتیهای دیگر بیشتر در معرض عفو نتها 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 مجرای بول (راه صعودی) به کلیه ها آزار میگیرند .

نفریت بینایی، تورم لوله های درون کلیه (توبولیت) و اطراف

* تهران - خیابان پهلوی .

اوروگرافی و پیلوگرافی ودقت در کار اسفنکتر گردنۀ مثا، هم بدرد تشخیص پیلونفریت می‌خورد و هم اگر ضيقی در مجاری وجود داشته باشد و یا اگر بن‌گشت ادرار بطرف کلیه ثابت شود و یا اگر پرستات بزرگ باشد این عوادض روش و معلوم خواهد شد.

درمان بیماران را باید باقت 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 اسفاده گردد. ویا مقدار انسولین آنقدر اضافه شود که گلیسمی وی به حدود متعارف بر گردد. در مرحله بعد اگر ادرار قلیائی است اول باید آنرا ترش کرد و بعد آنتی بیوتیک مناسبی برای ازبین بردن عفونت کلیه‌ها انتخاب نمود . هنافانه آنتی بیوگرام در بر گزیدن آنتی بیوتیک طریق صحیح را نشان نمیدهد و قاطع نیست .
بنظر اینجانب سولفامیدها و کلرامینیکول در غالب موارد مؤثر اند، ولی تراسیکلین‌ها و کولی مایسین وغیره را بعضی در این اوآخر توصیه کرده‌اند . در هر حال باید همیشه انتظار نکس بیماری را داشت و گول پاکشدن ادرار را ازلوکوسیتها و میکر بهما نخوردودرمان 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 ادار، لکوسیتوری و باکتریوری سه علامت مهم گرفتاری عفونی کلیه‌ها می‌باشد. شمارش لوکوسیتها که با 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 ادار یک ساعت و فرانسویها در دقیقه تعیین می‌کنند، در ایران رویه فرانسویها بنام دبی مینوت (Debit Minute) معروف شده است والبته فاقد معنی خاصی است و در صورتیکه بخواهیم این آزمایش را برویه فرانسویها بطور صحیح تقاضا کنیم باید بگوییم لوکوسیتوری در دقیقه و در صورتیکه مقدار لوکوسیتها از ۵۰۰۰ در دقیقه تجاوز کند حس 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 تا ده هزار تقلیل داده‌اند . از آنجائیکه پیلونفریت مرض صعب العلاجی است و در بیماران مبتلا به مرض قند اشکال درمان این نوع بیماری بمراتب زیادتر است، تقلیل باکتریوری بدده هزار در میلی لیتر بصلاح نزدیک تر است .