



بیماریهای منتقله از آمیزش جنسی

دکتر مجتبی سرکندی

کلیات (۱ و ۲)

برای شناسایی و معالجه صحیح بیماریهای منتقله از آمیزش جنسی، گرفتن تاریخچه از بیمار، کاری اساسی و ضروری محسوب می‌گردد اما مراکز کمی وجود دارند که بتوانند این فرآیند وقت‌گیر را انجام دهند. برقراری ارتباط درست با بیمار منجر به ایجاد محفلی دوستانه می‌گردد و بیمار می‌تواند به راحتی جزئیات زندگی جنسی خود را شرح دهد. در گرفتن تاریخچه بایستی به نکات ذیل توجه داشت:

■ نوع ارتباط جنسی مشخص می‌کند تا برای کشت میکروبی بایستی از کدام محل نمونه

بیماریهای منتقله از آمیزش جنسی (Sexually Transmitted Disease: STD) یکی از معضلات جوامع صنعتی و در حال توسعه کنونی به شمار می‌رود. تغییرات رفتاری در فعالیتهای جنسی باعث شیوع مجدد تمامی عفونت‌های آمیزشی گشته است. هزینه و وقت زیادی صرف تشخیص و درمان این بیماریها می‌گردد که با مراقبت و پیشگیری اندک و اصلاح رفتاری بسیار کاهش می‌یابد.

با این حال در شرایط حاضر، مطالعه این بیماریها ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مقاله بررسی این عفونت‌ها می‌باشد.

برداشت.

■ زمان و مکان آخرین ارتباط جنسی

■ نوع وسایلی که برای جلوگیری از بارداری یا STD استفاده می‌گردد (کاندوم، اسپرم کش، قرصهای ضدبارداری خوراکی و دیافراگم)

■ جزئیات ترشحات واژنی (رنگ، بو، مدت، وجود خون در آن و ...)، این ترشحات به خودی خود، هیچ نکته پاتولوژیک را مشخص نمی‌کنند زیرا، اولاً می‌توانند در اثر عوامل مختلف ایجاد گردند. ثانیاً ممکن است از واژن، دهانه رحم و یا قسمت‌های مختلف دستگاه تناسلی ترشح گردند.

■ وجود هر گونه علامتی (خارش، دیزوری، تکرر ادرار، بثورات، زخم، تومور، دردشکمی، تورم یا تب) و جزئیات آن (مدت، مشخصات، محل، تناوب، بیماری‌های STD قبلی و درمانش).

دیزوری ممکن است در اثر التهاب واژنی ناشی از تریکوموناس یا کاندیدا و یا عفونت‌های هرپسی باشد.

● **کلامیدیا تراکوماتیس در جوامع صنعتی و در حال توسعه، به عنوان شایع‌ترین عامل بیماری‌های منتقله از آمیزش جنسی شناخته می‌شود.** ●

اغلب زنانی که مبتلا به التهاب دهانه رحم ناشی از گونوکوک یا کلامیدیا هستند و از آن رنج می‌برند که این التهاب احتمالاً نشان دهنده عفونت همزمان پیشابراه با این میکروارگانیسم‌ها است. تکرر ادرار و هماچوری به ندرت با STD_s

جدول ۱- عوامل گوناگون ترشح واژنی	
عفونتها	تریکوموناس واژینالیس کاندیدا آلبیکانس واژینوزیس باکتریایی نیسریاگونورا
غیر عفونی	فیزیولوژیک تحریک شیمیایی (صابون‌های عطردار و...) آلرژی جسم خارجی (تامپون فراموش شده) واژینیت آتروفیک

دیده می‌شود. در بروز دردشکمی بایستی سریعاً بررسی‌های لازم برای وجود بیماری التهاب لگنی (Pelvic inflammatory Disease: PID) انجام گیرد. مقاربت دردناک (Dyspareunia) ممکن است در هر کدام از بیماری‌های منتقله از آمیزش جنسی دیده شود اما در التهاب مهبل - فرجی هرپسی بسیار شدید است. مقاربت دردناک عمیق اغلب با التهاب دهانه رحم و PID دیده می‌شود.

در برخورد با بیمار معمولاً دو اشتباه متداول مشاهده می‌گردد:

۱- فرد را در معرض خطر ابتلا به STD_s در نظر نمی‌گیرند.

۲- در مورد افراد مبتلا به STD_s، تنها یک نوع عفونت مورد بررسی قرار می‌گیرد که تفکری اشتباه است زیرا حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد زنان مبتلا به التهاب دهانه رحم ناشی از



معمولاً باعث ترشح بلغمی - چرکی (Mucopurulent) و دیزوری می‌شود. در مردان جوانی که از لحاظ جنسی فعال هستند، کلامیدیا تراکوماتیس را به عنوان عامل عمده اپیدیمیوتیک ذکر می‌کنند. محلی که در زنان بیشتر مورد تهاجم باکتری قرار می‌گیرد، دهانه رحم است که باعث التهاب مخاط داخل کردن رحم می‌شود و از داخل کردن رحم ترشح بلغمی - چرکی خارج می‌گردد.

● پس از کلامیدیا تراکوماتیس، نیسریاگونورا به عنوان علت شایع بیماری‌های منتقله از آمیزش جنسی در آمریکا می‌باشد و میزان وقوع آن ۲ میلیون مورد در سال برآورد می‌گردد. شیوع سوزاک در آمریکا در سالهای اخیر افزایش چشمگیری داشته است. ●

از هر ۶ زن که به لحاظ جنسی فعال باشد، یک نفر مبتلا به این عفونت است. در ۲۵٪ موارد سالپینژیت حاد (در آمریکا)، کلامیدیا تراکوماتیس را در لوله‌های فالوپ و آندومتر یوم یافته‌اند. برای درمان آن قبلاً ۲ گرم تتراسیکلین به مدت ۷ روز استفاده می‌شد اما توصیه‌های اخیر مرکز کنترل بیماریها (CDC) دال بر استفاده از داکسی‌سیکلین به میزان ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت یک هفته می‌باشد که به جای آن می‌توان از آزیترومایسین به صورت دوز منفرد خوراکی و به مقدار یک گرم

گونوکوک به طور همزمان مبتلا به عفونت کلامیدیا تراکوماتیس نیز می‌باشند. این در برخورد اشتباه باعث درمان ناقص، عود بیماری، رنج بیشتر بیمار و بالا رفتن هزینه‌های درمان می‌گردند.

کلامیدیا تراکوماتیس (۳)

کلامیدیاها باکتری‌های کوچکی هستند که فقط می‌توانند درون سلولهای میزبان رشد کنند. سروتیپ‌های گوناگون کلامیدیا تراکوماتیس باعث بیماری‌های غشاهای مخاطی مختلف مثل چشم (A, B, C)، دستگاه تناسلی (D - K) و ... می‌شوند. کلامیدیا تراکوماتیس، در جوامع صنعتی و در حال توسعه، به عنوان شایعترین عامل بیماری‌های منتقله از آمیزش جنسی شناخته می‌شود. برآورد کرده‌اند که در ایالات متحده آمریکا، هر سال بیش از سه میلیون آلودگی جدید به آن رخ می‌دهد. تشخیص کلامیدیا تراکوماتیس از سابقه و آزمایش بالینی دشوار است و غالباً بیماران برای ادامه درمان باز نمی‌گردند. به تازگی روش تست سریع برای تشخیص آن مورد بررسی قرار گرفت که میزان اختصاصی بودن، ارزش پیش‌آگهی مثبت و پیش‌آگهی منفی در آن بسیار زیاد و به ترتیب برابر ۹۹/۷، ۹۲/۶ و ۹۶/۴ درصد می‌باشد.

این باکتری در مردان به عنوان عامل ۲۵ تا ۵۰٪ موارد التهاب پیشابراه غیر گونوکوکی - (Non Gonococcal urethritis : NGU) شناخته می‌گردد. دوره نهفتگی ۲-۱ هفته دارد و



استفاده کرد.

جایگزین دیگر داکسیسیکلین، اوفلوکساسین به مقدار ۳۰۰ میلی‌گرم (خوراکی) دو بار در روز برای مدت ۷ روز می‌باشد اما اطلاعات ما در زمینه اثر بخشی طولانی مدت این دو داروی اخیر ناقص است. از سوی دیگر هر دوی این داروها بسیار گرانتر از داکسیسیکلین هستند با این حال دوز منفرد آزیترومایسین بسیار مطلوب می‌باشد. زیرا اجرای دستور دارویی را به ۱۰۰٪ می‌رساند (۴). برای خانم‌های باردار و اطفال زیر ۹ سال، مصرف اریترومایسین توصیه می‌گردد (۵).

جهت درمان اپیدیدیمیت ناشی از کلامیدیاتراکوماتیس یک بار استفاده از سفتریاکسون داخل عضلانی به میزان ۲۵۰ میلی‌گرم به علاوه مصرف داکسیسیکلین به مدت ۱۰ روز یا استفاده از اوفلوکساسین به مقدار ۳۰۰ میلی‌گرم (خوراکی) دو بار در روز به مدت ۱۰ روز درمان مناسبی است (۴).

نیسریاگونورا (۶)

پس از کلامیدیاتراکوماتیس، نیسریاگونورا به عنوان علت شایع بیماریهای منتقله از آمیزش جنسی در آمریکا می‌باشد و میزان وقوع آن ۲ میلیون مورد در سال برآورد می‌گردد. بین سالهای ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۳ نکر می‌گشت که میزان شیوع سوزاک در ایالت مینوسوتای آمریکا به طور متوسط هر سال ۸/۵٪ کاهش یافته است، اما طی سالهای ۱۹۹۲ و ۱۹۹۴ میزان افزایشی برابر

۳۲٪ دیده می‌شود و بر طبق اطلاعات موجود در سایر ایالات نیز افزایش مشابهی در میزان شیوع این بیماری مشاهده می‌گردد. بسیاری از صاحب‌نظران اعتقاد دارند که این افزایش با تغییرات در نحوه گزارش مورد یا شکست درمانی به علت وجود سوشهای مرتبط قابل توجه نیست.

سه عامل عمده در ایجاد عفونت واژنی در نوجوانان و بزرگسالان عبارت از: کانیدیا، تریکوموناس واژینالیس (تریکومونیاژیس) و واژینوزیس باکتریایی هستند. ۶۶

راه ورود میکروب در مردان از قسمت قدامی مخاط مجرای ادرار می‌باشد که باعث ایجاد التهاب پیشابراه می‌شود. دوره نهفتگی بیماری از یک روز تا چند هفته است (به طور متوسط ۳ تا ۵ روز). ۱۰٪ از مردان مبتلا ممکن است بدون علامت باشند. اولین علامت، احساس سوزش و تکرر ادرار است و پس از آن ترشح موکوئیدی بوجود می‌آید که به سرعت چرکی می‌شود. ترشح غلیظ، چسبنده و به رنگ زرد یا سبز مایل به زرد می‌باشد و دارای بوی زننده بوده و بر لباس زیر اثر می‌گذارد.

سوزاک در زنان ابتدا گردن رحم و سپس مجرای ادرار را آلوده می‌کند و به ندرت مخاط واژن آلوده می‌شود زیرا:

۱- جدار واژن در برابر عفونت مقاومت زیادی



۴۰۰ میلی گرم مصرف شود، که به دنبال هر کدام از آنها یک آنتی بیوتیک (معمولاً داکسی سیکلین) نیز بر علیه کلامیدیاتراکوماتیس استفاده می گردد. با تمامی رژیم های دارویی فوق، شکست در دارو درمانی بعید به نظر می رسد اما نتایج مثبت بعد از درمان که نشان دهنده عفونت مجدد است می تواند به دلایل:

- ۱- درمان ناکافی
- ۲- اجرای ضعیف دستورات دارویی
- ۳- نتایج مثبت کاذب باشد. از آنجایی که اخیراً تمایل زیادی به استفاده از فلوروکینولونها در درمان سوزاک به وجود آمده است، مصرف آن رو به تزاید گذاشت و این عامل باعث گشته تا مواردی از مقاومت میکروبی در *In vitro* نسبت به این دارو هادیده شود (۴).

بیماری التهابی لگنی (۷)

در ۱۵ تا ۲۰٪ از زنان مبتلا به سوزاک، بیماری التهابی لگنی به وجود می آید که باعث عفونت لوله های فالوپ گردیده و سالپنژیت ایجاد می کند. اسکارناشی از تشکیل آبسه یا عفونت لوله ها منجر به چسبندگی، انسداد و در نتیجه عقیمی و حاملگی خارج از رحم می گردد. از سوی دیگر، در هنگام انسداد لوله ها به علت خارج نشدن ترشحات آنها، باکتریهای دیگر، به خصوص بی هوازیها، باعث تشدید عفونت می گردند که ضایعات همراه با درد بوده و درمان آن مشکل است بیماری التهابی لگنی با باکتریهای کمانسال دیگر مانند مایکوپلازما هومینیس نیز

دارد.

۲- در سلولهای مخاط آن، مقدار زیادی گلیکوژن موجود است که سبب رشد و نمو لاکتوباسیل دودرلین (*L. doderlein*) و اسیدی شدن واکنش واژن می گردد و این محیط اسیدی اجازه رشد به میکروبیهای بیماریزا را نمی دهد.

دوره نهفتگی در زنان طولانی تر از مردان و به طور متوسط دو هفته می باشد. مهمترین علامات التهاب پیشابراه در زنان، احساس سوزش در هنگام ادرار و گاهی تکرر ادرار است. معمولاً مجرای ادرار متورم و قرمز است. در کسانی که به التهاب دهانه رحم مبتلا هستند، احتمال دارد گردن رحم قرمز بوده و دارای ترشح چرکی باشد یا اصلاً علامتی وجود نداشته باشد. گاهی اوقات دیسزوری، تکرر ادرار، حساسیت فرج، مقاربت دردناک و دیسمنوره دیده می شود.

مدتها قبل از داروهای سولفونامیدی برای درمان آن استفاده می گردید که به خاطر ایجاد مقاومت نسبتاً سریع به آن، پنی سیلین مورد استفاده قرار گرفت. اما بایستی دانست که شیوع زیاد عفونت همزمان کلامیدیاتراکوماتیس با نیسریاگونورا و ازدیاد مقاومت نیسریاگونورا به پنی سیلین ها و تتراسیکلین ها درمان را تا حدی پیچیده می کند. توصیه می کنند که تزریق یک بار سفتریاکسون به میزان ۱۲۵ میلی گرم (قبل از این میزان ۲۵۰ میلی گرم نکر می گشت) یا یک دوز خوراکی از سفیکسیم به مقدار ۴۰۰ میلی گرم، سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی گرم یا اوفلوکساسین



ایجاد می‌شود.

درمان ضد میکروبی باید هر چه سریعتر آغاز گردد. اگر نیاز به بستری شدن در بیمارستان وجود دارد، درمان باید قبل از انجام مراحل پذیرش صورت گیرد (مگر اینکه مراحل پذیرش چند ساعتی بیشتر طول نکشد) و نباید درمان را تا دسترسی به نتایج آزمایشات میکروب شناسی به تاخیر انداخت.

☞ هموفیلوس دوکری باعث ایجاد شانکروئید (شانکرنرم) می‌گردد این باکتری را برای اولین بار، دوکری در سال ۱۸۸۹ از ترشحات چرکی زخم مبتلایان به دست آورد. ۶۶

ضرورت بستری شدن در بیمارستان و انجام لاپاروسکوپی بایستی مورد ارزیابی واقع گردد. بستری شدن در شرایط ذیل ضروری است:

- عدم وجود قطعیت در تشخیص
- فوریت جراحی مثل آپاندیسیت یا آبستنی خارج رحمی
- مشکوک بودن به آبسه لگنی
- باردار بودن بیمار
- بیماری شدید، عدم اجرای دقیق دستورات دارویی یا وجود عوارض جانبی دارویی
- رژیم‌های قوی و متعدد دارویی برای درمان PID وجود دارد. دو رژیم توصیه شده عبارتند از:

سفوکسیتین به اضافه داکسی‌سیکلین و کلیندامایسین به علاوه جنتامایسین. اطلاعات بدست آمده نشان‌دهنده موثر بودن این داروها بر علیه کلامیدیاتراکوماتیس نیز هستند. با این حال، در حضور آبسه، برای PID راجعه، و برای PID پس از جراحی رژیم دوم (کلیندامایسین به علاوه جنتامایسین) انتخاب اول می‌باشد و در این حال بسیاری از پزشکان به رژیم، داکسی‌سیکلین را اضافه می‌کنند.

توصیه‌ها برای درمان بیماران بستری نشده مورد بحث و جدل است. رژیم توصیه گشته، دوز منفردی از یک داروی ضد میکروبی فعال بر علیه نیسریاگونورا و به دنبال آن مصرف داکسی‌سیکلین به مدت ۱۴ روز می‌باشد. در این جا به دلایلی که روشن نیست از سفتریاکسون داخل عضلانی به مقدار ۲۵۰ میلی‌گرم (در سوزاک ۱۲۵ میلی‌گرم است) یا سفوکسیتین به مقدار ۲ گرم داخل عضلانی همزمان با ۱ گرم پروبنسید خوراکی استفاده می‌شود. بسیاری از "متخصصان" علاقمند به درمان تهاجمی‌تری می‌باشند. رژیم دیگری که برای درمان توصیه می‌شود، مصرف اوفلوکساسین خوراکی به مقدار ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۱۴ روز به علاوه کلیندامایسین خوراکی به میزان ۴۵۰ میلی‌گرم چهار بار در روز یا مترونیدازول خوراکی به مقدار ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۱۴ روز می‌باشد (۴).

در درمان PID، مسائل بسیاری مورد بحث و تردید است. مثلاً معلوم نیست بستری شدن در



نیستاتین داخل واژنی کمتر موثر می باشد. درمان خوراکی با کتوکونازول تنها در موارد شدید یا موارد عود کننده مکرر یا مواردی که به درمان داخل واژنی پاسخ نمی دهند، صورت می پذیرد. نتایج چند بررسی نشان می دهد که دوز منحصر به فرد فلوکنازول در درمان واژینیت کاندیدیایی موثر است. در یک تجربه که در چند مرکز ایالت متحده به صورت راندوم انجام شد تاثیر درمان خوراکی منحصر به فرد فلوکنازول (۱۵۰ میلی گرم) و درمان ۷ روزه با قرصهای واژینال کلوتریمازول در ۳۵۸ زن مبتلا به واژینیت کاندیدیایی متوسط تا شدید مورد مقایسه قرار گرفت، زنان باردار مبتلا به دیابت یا HIV از بررسی حذف شدند. عکس العمل درمان نسبت به فلوکنازول و کلوتریمازول مشابه و بعد از ۱۴ روز، میزان درمان یا بهبودی بالینی به ترتیب ۹۴٪ و ۹۷٪ بود. در روز ۳۵، ۷۵٪ بیماران هر دو گروه از نظر بالینی درمان گشتند و در ۶۰٪ موارد، کشت کاندیدا منفی می باشد.

تعداد داروهای مورد استفاده داخل واژنی یا خوراکی برای معالجه عفونت ناشی از کاندیدا به سرعت رو به گسترش است. نیتروایمیدازولها برای درمان تریکومونیاژیس موثر می باشند. مطالعات نشان می دهند که اثر یک دوز خوراکی ۲ گرمی از مترونیدازول حداقل ۹۰٪ میزان معالجات دراز مدت می باشد. اگر چه نیتروایمیدازولهای دیگر مثل تینیدازول و اورنیدازول دارای نیمه عمر طولانی تری از مترونیدازول هستند، اثر بهتری نسبت به آن

بیمارستان به نفع بیمار است یا خیر؟ در سوئد ۸۰٪ زنان مبتلا به PID در بیمارستان بستری می گردند در حالیکه در آمریکا این میزان بسیار کمتر می باشد. از آنجایی که شواهد زیادی دال بر نقش مهم بیماری در پاسخ التهابی و گسترش طولانی مدت ضایعات وجود دارد، این پرسش که آیا درمان همزمان با داروهای ضدالتهابی بویژه در PID همراه با کلآمیدیاتراکوماتیس می تواند منفعتی داشته باشد، دارای پاسخ های ضد و نقیضی است، مطالعه ای در این زمینه نشان می دهد که داروهای ضدالتهابی می تواند پاسخ آنتی بادی ضدکلآمیدیا را کاهش دهد و بیان می دارد که اضافه کردن آن تاثیری ندارد و مطالعه دیگری اثر معنی دار ایوپروفن روی عفونت را علاوه بر اثر ضدالتهابی آن نشان می دهد (۴).

التهاب واژنی (۸)

سه عامل در ایجاد عفونت واژنی در نوجوانان و بزرگسالان عبارت از کاندیدا، تریکوموناس واژینالیس (تریکومونیاژیس) و واژینوزیس باکتریایی هستند.

اغلب عفونت های کاندیدیایی با کاندیدا آلبیکنس اتفاق می افتد که در قسمت پایین دستگاه ژنیتال زنان (۳۰ تا ۸۰٪ آنها) دیده می شود که علامتی ندارند.

درمان رایج برای عفونت های کاندیدیایی عبارتند از میکونازول، کلوتریمازول و بوتوکونازول داخل واژنی برای مدت ۲ تا ۷ روز،



ندارند (۴).

در مورد درمان تریکومونیاژیس با مترونیدازول در حاملگی اختلاف نظر وجود دارد. به طور کلی درمان در حاملگی فقط در مواردی لازم است که مادر عفونت علامت‌دار داشته باشد. در مورد درمان با مترونیدازول در سه ماهه اول حاملگی امکان تراژوژنیسیته می‌رود. بیماران با علامت کم یا بدون علامت در دوران حاملگی نباید درمان گردند و به جای آن در روز زایمان ۲ گرم مترونیدازول به بیمار داده می‌شود. سطح دارو در سرم و شیر مادر یکسان است، بنابراین بایستی شیردهی به مدت ۲۴ ساعت قطع گردد (۴).

معمولاً هموفیلوس درواژن وجود دارد، اگر تحت شرایطی تعداد آن بسیار زیاد شود به آن واژینوزیس باکتریایی می‌گویند. در زنان مبتلا به واژینوزیس باکتریایی، فلور طبیعی واژن که اکثراً از نوع لاکتوباسیل‌ها می‌باشند، جای خود را به گروهی از میکروارگانیسم‌ها مثل هموفیلوس واژینالیس و مایکوپلاسما می‌دهد (۸).

برای درمان واژینوزیس باکتریایی، رژیم درمانی توصیه شده، مترونیدازول خوراکی به مقدار ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای مدت ۷ روز می‌باشد و به عنوان جایگزین می‌توان از کلیندامایسین خوراکی به میزان ۳۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت ۷ روز به علاوه دوز منفرد مترونیدازول خوراکی به مقدار ۲ گرم، کرم کلیندامایسین ۲٪ داخل واژنی به میزان یک

اپلیکاتور برای مدت ۷ روز و ژل مترونیدازول ۰/۷۵٪ داخل واژنی دو بار در روز برای مدت ۵ روز استفاده کرد (۴). در ۳۰ تا ۴۵ درصد موارد، آمپی‌سیلین و آموکسی‌سیلین نیز درمان قطعی می‌باشد، لذا بهتر است در حاملگی از این دو داروی بی‌خطر استفاده شود (۵).

شانکروئید (۹)

هموفیلوس دوکری (*Haemophilus ducreyi*) باعث ایجاد شانکروئید (شانکرنرم) می‌گردد. این باکتری را برای اولین بار دوکری در سال ۱۸۸۹ از ترشحات چرکی زخم مبتلایان بدست آورد و توانست عفونت را با تلقیح مستقیم به ساعد شخصی دیگر منتقل نماید.

این باکتری انگل اجباری انسان است و از راه تماس مستقیم به انسان سرایت می‌کند. دوره نهفتگی بیماری ۳ تا ۵ روز است و پس از آن یک یا چند تاول در محل ورود میکروب ایجاد می‌شود که بیشتر در اندامهای تناسلی خارجی می‌باشد. این تاول‌ها پاره شده و به صورت زخمی با لبه‌های نامنظم در می‌آید. قاعده زخم مرطوب بوده و بوسیله ترشحات خاکستری رنگ ناشی از مواد نکروزی پوشیده شده‌است، در اطراف زخم تورم و قرمزی وجود دارد و برخلاف شانکرسیفلیسی قاعده زخم سفت نمی‌باشد، به همین دلیل آن را شانکرنرم می‌نامند. این ضایعات دردناک هستند و ممکن است زخمهای متعددی به علت خود تلقیحی به طور ثانوی بوجود آیند. شانکروئید ممکن است به



درمان جدید برای شانکروئید، استفاده از آزیترومایسین خوراکی به صورت دوز منفرد به مقدار ۱ گرم می‌باشد، قبلاً از سفتریاکسون داخل عضلانی به صورت تک تزریق به مقدار ۲۵۰ میلی‌گرم یا اریترومایسین خوراکی به مقدار پایه ۵۰۰ میلی‌گرم، ۴ بار در روز برای مدت یک هفته استفاده می‌گشت (۴).

درمانهای دیگر عبارت از سیپروفلوکساسین خوراکی به میزان ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۳ روز و آموکسی سیلین (۵۰۰ میلی‌گرم) کلارولونیک اسید (۱۲۵ میلی‌گرم) خوراکی سه بار در روز برای مدت یک هفته می‌باشد (۴).

تریپونما پالیدوم (۱۰)

برای اولین بار سیفلیس در پایان قرن پانزدهم در اروپا گزارش شد. در سال ۱۶۳۰ فراکاستوریوس (Fracastorius) پزشک و شاعر ایتالیایی در شعری به نام «سیفلیس یا بیماری فرانسوی» شرح حال چوپانی به اسم «سیفیلوس (Syphilus)» را بیان کرد که به نظر می‌رسد یک فرد مبتلا به این بیماری بود و از آن تاریخ تاکنون واژه سیفلیس برای این بیماری به کار برده شده است.

واسرمن، نیسر و بروک (Wasserman, Nisser & Bruck) در سال ۱۹۰۶ برای تشخیص آنتی‌بادی ضدسیفلیس از تست معروف خود استفاده کردند. در سال ۱۹۰۷ اریلیخ که روی ترکیبات آلی کار می‌کرد ماده «آرسفنامین» یا «سالوارسان» را سنتز کرد این ماده شیمیایی در

صورت‌های زیر دیده شود:

■ شانکروئید زودگذر

به صورت زخم سطحی کوچک بوده و پس از چهار تا شش روز بدون برجای گذاشتن اسکار به خودی خود بهبود می‌یابد.

■ شانکروئید خوره‌ای

(Phagedenic chancroid)

شانکروئید بسیار بزرگ بوده و به سرعت باعث انهدام بافت می‌گردد.

■ شانکروئید خرنده

(Serpiginous chancroid)

از ناحیه اصلی با گسترش و تلقیح خود به خودی به طرف ناحیه مغبنی یا ران انتشار می‌یابد. این ضایعات معمولاً سطحی بوده و به سرعت انتشار یافته و تمایل به بهبودی نشان نمی‌دهد و ممکن است ماهها یا سالها باقی بماند.

■ لنفادنیت مغبنی (Bubonic)

در بیش از ۵۰٪ بیماران مبتلا به شانکروئید، چند روز تا دو هفته پس از پیدایش ضایعه اول بوجود می‌آید. آدنوپاتی یک طرفه شایعتر است. خیارک نسبتاً بزرگ و به صورت یک توده یکنواخت، اریتماتو و کاملاً دردناک می‌باشد. چرکی شدن غدد لنفاوی در کمتر از ۵۰٪ بیماران دیده می‌شود. درد شایعترین شکایت بیمار می‌باشد.



خون سمی و بی‌ثبات بود، بعد از آن خود وی ماده "نتوآرسفنامین" را پیدا کرد که سمیت

99 در مراحل پایانی سیفلیس، پنی‌سیلین کمتر موثر است و آن هم به دلیل ضایعات مرمت‌ناپذیری است که قبلاً در بافت‌ها ایجاد شده است. 66

کمتری داشت. سازراس و لوادیتی (Sazeras & Levaditi) در سال ۱۹۲۱ برای درمان سیفلیس از بیسموت استفاده کردند (به صورت داخل عضلانی) و از آن به بعد تا کشف پنی‌سیلین، بیسموت همراه با نتوآرسفنامین داخل وریدی درمان انتخابی بیماری سیفلیس شناخته شد. بیماری سیفلیس را می‌توان به سه دوره اول، دوم و سوم تقسیم کرد که هر دوره دارای علائم خاص خود می‌باشند:

■ دوره اول یا دوره شانکر (Primary Syphilis)

در پایان دوره کمون در محل ورود تریپونما یک پاپول قرمز و کوچک ظاهر می‌شود که پس از چند روز مرکز آن نکروز پیدا می‌کند و به زخم سطحی که قاعده و اطراف آن سفت است و به نام شانکر سخت (Hard Chancre) موسوم می‌باشد، تبدیل می‌گردد. سیرشانکر کند بوده و از ۱۰ تا ۶۰ روز طول می‌کشد و خود به خود بهبود می‌یابد و ممکن است از خود اسکار آتروفیک باقی‌گذارد. شانکر معمولاً منفرد است و به ندرت

شانکرهای متعدد مشاهده می‌گردد.

۹۰٪ موارد شانکر در دستگاه تناسلی، در مردان در شیار تاجی (Coronal Sulcus)، حشفه (Glans) و پرپوس (Prepuce) و گاهی در داخل مجرای ادرار و در زنان، در قسمت خارجی دستگاه تناسلی با گردن رحم مشاهده می‌شود (۱۰).

علاوه بر شانکر در این دوره غدد لنفاوی ناحیه مربوطه متورم می‌شوند و ممکن است چندین ماه دوام بیاورند.

■ دوره دوم (Secondary Syphilis)

این دوره ۲ تا ۱۲ هفته پس از بروز شانکر شروع گشته و حدود ۶ ماه طول می‌کشد و علائم مهم آن عبارت از بثورات جلدی، ضایعات مخاطی، ریزش مو، ادنیت ژنرالیزه، ضعف، تب، گلودرد، مننژیت، هپاتیت، بزرگی طحال، نفروز، کراتیت و غیره می‌باشند. بثورات مشخص پوستی به نام روزئول (Roseole) خوانده می‌شوند و به صورت لکه‌های صورتی هستند که ۰/۵ تا ۱ سانتی‌متر قطر دارند، سفتی، خارش و درد نداشته و پوسته نیز نمی‌دهند. تریپونماها در دوره دوم سیفلیس به تدریج کاهش می‌یابند و عود ضایعات جلدی و مخاطی کمتر گشته، سپس بیماری از نظر بالینی وارد یک مرحله نهایی یا نهفته (Latent) می‌گردد. دوره نهایی نیز به دو قسمت تقسیم می‌شود: نهایی تازه (Early Latent) که تا دو سال پس از شروع بیماری می‌باشد و نهایی کهنه (Late Latent) که از دو سال پس از



ناپذیری می‌باشد که قبلاً در بافت‌ها ایجاد گشته است. علاوه بر آن، ذکر می‌کنند که پنی‌سیلین گاهی اوقات قادر به از بین بردن ترپونما در دستگاه CNS یا جایگاه‌های دیگر در مراحل پایانی سیفلیس نمی‌باشد (۴ و ۱۰).

منابع:

1. Romanowski B. Sexually transmitted diseases in women: Symptoms and examination. *Medicine International*. 1993; 21: 82 - 85
2. Waugh M. Sexually transmitted disease in men: symptoms and examination. *Medicine International*. 1993; 21: 94 - 97
3. Schachter J. Chlamydiae. In: Davis BD, Dulbecco R, Eisen HN, Ginsberg HS (eds). *Microbiology*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott co; 1990: 699 - 706
4. Bowie WR. Antibiotics and sexually transmitted disease. *Infections Clinics of North America*, 1994; 8: 841 - 858
5. Godley MJ. The management of sexually transmitted disease in pregnancy. *Medicine International*. 1993; 21(3): 74 - 81
6. Gotschlich EC. Neisseriae. In: Davis BD, Dulbecco R, Eisen HN, Ginsberg HS (eds). *Microbiology*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1990: 551 - 560
7. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Infectious Disease Clinics of North America*. 1994; 8: 821 - 840
8. Holmes KK, Handsfield HH. Sexually transmitted disease. *Ann Intern Med*. 1996; 125: 513 - 520
9. Morse SI, Anderson P. Haemophilus. In: Davis BD, Dulbecco R, Eisen HN, Ginsberg HS (eds). *Microbiology*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott co; 1990: 615 - 620
10. Baseman JB. The spirochetes. In: Davis BD, Dulbecco R, Eisen HN, Ginsberg HS (eds). *Microbiology*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1990: 673 - 680

شروع بیماری به بعد است (۱۰).

■ دوره سوم (Tertiary Syphilis)

چند سال پس از دوره دوم، بیماری وارد این دوره می‌گردد که با ضایعات گرانولوماتوز (گوم Gumma)، قلبی - عروقی، دستگاه عصبی، استخوانی، مفصلی و جلدی - مخاطی همراه می‌باشد. معمولاً ضایعات بدون درد است و سیر کند می‌دارند. گوم، ضایعه تومورمانندی می‌باشد که ۳ تا ۱۰ سال پس از شروع بیماری در بافت‌های مختلف به خصوص پوست، استخوان، کبد و ... به وجود می‌آید. این تومورها ابتدا سفت بوده و سپس نرم می‌شوند و پس از خروج مواد ژله‌ای سورخ گشته و باعث تغییر شکل محل گوم می‌گردند (۹).

ماهونی، آرنولد و هاریس (Mahoney, Arnold & Harris) اولین بار در سال ۱۹۴۳ برای درمان سیفلیس از پنی‌سیلین استفاده کردند و پنی‌سیلین جانشین آرسنیک، بیسموت و جیوه گشت. بیمارانی که در مراحل ابتدایی سیفلیس هستند با مصرف یک بار پنی‌سیلین G بنزاتین طولانی مدت که سطح سرمی کشنده ترپونما را برای مدت چند هفته حفظ می‌کند، درمان می‌شوند، به جای آن می‌توان از پنی‌سیلین پروکائین با روزانه یک تزریق برای مدت ۱۰ روز سود جست و فقط در موارد معدودی احتیاج به تکرار دوره درمان می‌باشد (۴ و ۱۰).

در مراحل پایانی بیماری، پنی‌سیلین کمتر موثر است و آن هم به دلایل ضایعات مرمت