

علاج التهاب الإحليل السيلاني الحاد عند الذكور

الدكتور أيمن حسين حرفوش*

(تاريخ الإيداع 10 / 6 / 2007. قبل للنشر في 23 / 8 / 2007)

□ الملخص □

شملت الدراسة خمسة وسبعين مريضاً مصاباً بالتهاب الإحليل السيلاني الحاد، والذين راجعوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية في الفترة الواقعة بين عامي 2005-2007، حيث تم عزل المكورات البنية عند جميع المرضى. قسم المرضى إلى ثلاث مجموعات، تضم كل مجموعة 25 مريضاً حيث أعطيت المجموعة الأولى عقار Pefloxacin 400/mg في اليوم الأول: 800/mg دفعة واحدة مساءً وبعدها 400/mg كل 12 ساعة لمدة أربعة أيام حيث حصل المرضى على 4000 /mg.

المجموعة الثانية عولجت على الشكل الآتي: تم إعطاء المرضى حقنتين عضليتين بفاصل زمني 48 ساعة من عقار Spectinomycin hydrochloride 2/g. مجموع ما حصل عليه المرضى 4/g.

المجموعة الثالثة: عولجت على الشكل الآتي: في البداية تم إعطاء المرضى حقنتين عضليتين بفاصل زمني 48 ساعة من عقار Spectinomycin hydrochloride 2/g، وبعدها تم إعطاء المرضى عقار Pefloxacin 400/mg بمعدل 400/mg كل 12 ساعة لمدة خمسة أيام حيث حصل المرضى على 4000/mg. إن أفضل النتائج تم الحصول عليها في المجموعة الثالثة حيث حصلنا على الشفاء التام عند جميع المرضى.

كلمات مفتاحية: التهاب الإحليل السيلاني.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب، جامعة تشرين/ سورية.

Treatment of Acute Gonococcal Urethritis in Men

Dr. Aiman Harfoush*

(Received 10 / 6 / 2007. Accepted 23/8/2007)

□ ABSTRACT □

The study covered seventy five patients of acute gonococcal urethritis. These patients have visited Al Assad University Hospital of Lattakia in 2005-2007. The gonococci were isolated in all patients.

The patients were divided into three groups. Each group consisted of 25 patients. The first group was given *Pefloxacin 400/mg*. On the first day, they were given 800 mg in the evening and 400 mg every 12 hours for four days. So the patients took 4000 mg. The second group was treated by giving the patients two muscle injections of *Spectinomycin hydrochloride 2/g*. The period between the two injections was 48 hours. The third group was treated as follows: first, the patients were given two muscle injections of *Spectinomycin hydrochloride 2/g*. The period between the two injections was 48 hours. Then, the patients were given *Pefloxacin 400/mg* every 12 hours for five days. So the patients took 4000mg.

The best results were obtained with the third group where all the patients completely recovered.

Keywords: Gonorrhoea, Urititis.

*Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

المقدمة:

Gonorrhoea: هو مرض إنتاني، ينتقل عن طريق الإتصال الجنسي، ويصيب بالدرجة الأولى الأغشية المخاطية للأعضاء التناسلية، وتسببه المكورات البنية Gonococcus. لقد تم اكتشاف المكورات البنية من قبل A. Neisser في عام 1879 حيث وجدها في المفرزات الإحليلية لمرضى السيلان. [1].

يتم انتقال العدوى عن طريق الإتصال الجنسي بشكل أساسي؛ وعند دخول المكورات البنية إلى الجسم، فإن جسم المصاب يقوم بتصنيع أجسام نوعية مضادة (Antibody)، ولكن هذا لا يعطي المريض مناعة من الإصابة بالسيلان البني عند اتصاله جنسياً بمریضة مصابة بهذا المرض، إذ أنه لا توجد مناعة ولادية لهذا المرض. من لحظة الإحتكاك مع المكورات البنية عن طريق الإتصال الجنسي إلى لحظة ظهور الأعراض السريرية، توجد فترة حضانة.

إن مدة فترة الحضانة في معظم الأحيان تتراوح ما بين 2 - 5 أيام. وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى: مقاومة الجسم، وإلى فوعة المكورات البنية [2 ; 3].

بحسب طول فترة المرض، وشدة الأعراض السريرية: يقسم التهاب الإحليل السيلاني إلى:

1- التهاب إحليل سيلاني حاد: عند وجود الأعراض السريرية لفترة أقل من شهرين.

2- التهاب إحليل سيلاني مزمن: عند وجود الأعراض السريرية لفترة أكثر من شهرين. [4; 5].

تبدأ الأعراض السريرية لإلتهاب الإحليل السيلاني بالشعور بعدم الإرتياح في الإحليل على شكل حكة، وخاصة عند احتباس البول لفترة من الزمن. تظهر بعدها مفرزات إحليلية لونها رمادي إلى أصفر (عبارة عن مزيج من الخلايا الظهارية والخلايا البيض)، ويوقت متأخر تصبح صفراء قيحية، مع احمرار ووذمة في صماخ الإحليل. إن جس الإحليل مؤلم، ويؤدي تمسيده إلى خروج المفرزات القيحية من صماخه.

عملية التبول مؤلمة بشدة، وهذا راجع إلى توسع الإحليل الملتهب تحت تأثير رشق البول. الدفعة الأولى من البول، تكون عكرة، وتظهر فيها الخيوط الإحليلية، وهي عبارة عن خيوط طويلة ذات لون لامع، تترسب في القاع عند التبول في وعاء. أما الدفعة الثانية من البول فتكون صافية. [6].

من أعراض وصول الإنتان إلى الإحليل الخلفي: وجود إحاحية بولية (في بعض الأحيان كل 15-20 دقيقة) مع الألم الشديد في نهاية التبول، ويصبح إنتصاب القضيب مؤلماً ومتكرراً والسائل المنوي في بعض الأحيان يكون ممزوجاً بالدم. وهذا يدل على إصابة الحويصلين المنويين.

المفرزات الإحليلية تصبح قليلة نظراً لأن القيح المطروح من الإحليل الخلفي، يصب في المثانة، ولذلك يصبح البول كله عكراً، وليس فقط في الدفعة الأولى منه. [7].

يتم وضع التشخيص الأكيد لإلتهاب الإحليل السيلاني الحاد بالدرجة الأولى عن طريق الفحص المجهرى المباشر للمفرزات الإحليلية، وذلك بتلوين المحضّر بطريقة غرام، أو أزرق الميتيلين. حيث تظهر المكورات البنية على الشكل الآتي:

1 - شكلها يشبه حبة البن.

2 - توضعها مزدوج.

3 - تتوضع بالدرجة الأولى داخل الخلية.

4 - تلويثها سالب الغرام.

إن زرع المفرزات الإحليلية يستطب بالدرجة الأولى عند الشك بوجود التهاب إحليل سيلاني مزمن، أوفي حالة عدم وجود مكورات بنية في الفحص المجهرى المباشر. [8 ; 9].

أهم مبادئ معالجة التهاب الإحليل السيلاني هي:

- 1 - التأكد من التشخيص ومن عدم وجود أمراض إحليلية أخرى.
- 2 - مشاركة المعالجة السببية والعرضية.
- 3- معالجة الحالات مع الأخذ بعين الإعتبار صعوبة الحالة المرضية، ووجود المضاعفات.
- 4 - التزام المريض التام أثناء المعالجة وبعدها بتعليمات الطبيب.
- 5 - انتقاء الصاد الحيوي المناسب لمعالجة هذا المرض، وإعطائه بجرعات كافية و منتظمة.
- 6- معالجة الشريك. [10].

أهمية البحث وأهدافه:

تكمن أهمية البحث في كون التهاب الإحليل السيلاني الحاد عند الذكور من الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس. وفي حال عدم تشخيصه وعلاجه في الوقت المناسب. من الممكن أن يؤدي إلى نقل المرض إلى الآخرين، وحدوث مضاعفات كثيرة وجديّة عند المريض. ولتزايد العدوى بهذا المرض في السنوات الأخيرة أيضاً وخاصةً بين الشباب. أما أهداف البحث فهي:

- 1- دراسة مدى فعالية الخطط العلاجية المقترحة في معالجة التهاب الإحليل السيلاني الحاد عند الذكور.
- 2 - وضع خطة علاجية متكاملة لمرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد عند الذكور.

طريقة البحث ومواده:

تم تشخيص المرض عن طريق القصة السريرية، والفحص السريري، والفحوص المخبرية.

خضع جميع المرضى لفحص سريري شامل مع فحص الأعضاء التناسلية بشكلٍ خاص ودقيق، وخاصةً القضيب والإحليل والموثة. وأجري لجميع المرضى الفحوص المخبرية التالية:

- 1- تحليل الدم: تعداد الكريات البيضاء + الصيغة + الخضاب.
- 2- تحليل البول العام والراسب.
- 3- فحص مجهرى مباشر مع التلوين بطريقة غرام للمفرزات الإحليلية.

لقد قمنا في الفترة الواقعة بين عامي 2005 - 2007 في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية بدراسة ومعالجة 75 مريضاً مصاباً بالتهاب إحليل سيلاني حاد. تراوحت أعمارهم ما بين 17 - 47 سنة.

في الجدول رقم (1) نورد توزيع المرضى حسب العمر.

الجدول رقم (1) توزيع مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد حسب العمر.

الفئة العمرية	أقل من 20 سنة	من 21-30 سنة	من 31-40 سنة	من 41-47 سنة
عدد المرضى	9	42	17	7

من الجدول رقم (1) نلاحظ أن أكبر عدد من المرضى كان من الفئة العمرية من 21 - 30 سنة حيث بلغت 42 مريضاً وبنسبة (56%) من عدد المرضى.
من مجموع المرضى البالغ 75 مريضاً وجد 12 مريضاً متزوجاً، و 63 مريضاً غير متزوج في الجدول رقم (2) نورد توزيع المرضى المتزوجين، وغير المتزوجين.

الجدول رقم (2) توزيع مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد، وذلك حسب الوضع العائلي

الوضع العائلي	المرضى المتزوجون	المرضى غير المتزوجين
عدد المرضى	12 (16%)	63 (84%)

من الجدول رقم (2) يتبين أن نسبة المرضى المتزوجين بلغت 16% والمرضى غير المتزوجين بلغت 84%.

النتائج والمناقشة:

فترة الحضانة عند المرضى تراوحت ما بين 2 - 8 أيام، وكانت بالمتوسط 3.45 يوماً. في الجدول رقم (3) نورد توزيع فترة الحضانة عند مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد بالأيام.

الجدول رقم (3) فترة الحضانة عند مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد بالأيام

الأيام	اليوم الثاني	اليوم الثالث	اليوم الرابع	اليوم الخامس	اليوم السادس	اليوم السابع	اليوم الثامن
عدد المرضى	12	38	15	4	3	1	2

من الجدول رقم (3) يتبين أن فترة الحضانة عند العدد الأكبر من المرضى 38 مريضاً (50.66%) كانت 3 أيام.

أهم الأعراض السريرية عند مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد موضوع دراستنا كانت على الشكل الآتي:

- 1 - وجود مفرزات إكليلية قيحية.
 - 2 - حكة في الإحليل.
 - 3 - احمرار ووذمة في صماخ الإحليل.
 - 4 - ألم في الإحليل عند جسسه.
 - 5 - حرقة بولية شديدة.
 - 6 - نبوال مع ألم شديد في نهاية التبول.
 - 7 - ألم أثناء انتصاب القضيب.
 - 8 - نادراً سائل منوي مدمى.
- في الجدول رقم (4) نورد تواتر الأعراض السريرية عند مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد.

الجدول رقم (4) تواتر الأعراض السريرية عند مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد.

الأعراض السريرية	وجود المفرزات الإحليلية القيحية	احمرار ووذمة في صماخ الإحليل	حكة في الإحليل	ألم في الإحليل عند جسسه	حرقة بولية شديدة	تبول مع ألم في نهاية التبول	ألم أثناء انتصاب القضيب	قذف مؤلم مع سائل منوي مدمى
عدد المرضى	75	72	68	60	63	45	13	2

من الجدول رقم (4) يظهر أن أكثر الأعراض السريرية تواتراً كان وجود المفرزات الإحليلية القيحية عند جميع المرضى، ومن ثم احمرار ووذمة في صماخ الإحليل عند 72 مريضاً، وحكة في القضيب عند 68 مريضاً، وحرقة بولية شديدة عند 63 مريضاً، وألم في الإحليل عند جسسه عند 60 مريضاً.

الفحوص المخبرية: تم إيجاد المكورات البنية Gonococcus عند كل المرضى وذلك بالفحص المجهرى المباشر لمفرزات الإحليل بعد تلوينها بطريقة غرام. وجدت بيلة قيحية تراوحت من 50 كرية إلى بيلة قيحية تملأ الساحة وذلك بفحص البول والراسب عند جميع المرضى. وجدنا عند ثلاثة مرضى فقط ارتفاع طفيف في عدد الكريات البيض على حساب العدلات وذلك بفحص الدم: تعداد الكريات البيض + الصيغة + الخضاب

طريقة المعالجة:

تم تقسيم المرضى إلى ثلاث مجموعات ضمت كل مجموعة 25 مريضاً. ووضعنا الخطة العلاجية على الشكل الآتي:

1 (المجموعة الأولى: تمت معالجة مرضى هذه المجموعة بإعطائهم عقار Pefloxacin 400/mg وذلك على الشكل الآتي:

في اليوم الأول: 800/mg دفعة واحدة مساءً، وفي الأيام من الثاني وحتى الخامس 400/mg كل 12 ساعة. وبذلك يصبح مجموع ما أخذه المرضى من الـ Pefloxacin 400/mg يساوي 4000/mg خلال كل فترة المعالجة.

2 (المجموعة الثانية: عولجت على الشكل الآتي: تم إعطاء المرضى حقنتين عضليتين بفاصل زمني 48 ساعة من عقار Spectinomycin hydrochloride 2/g.

3 (المجموعة الثالثة: عولجت على الشكل الآتي: في البداية تم إعطاء المرضى حقنتين عضليتين بفاصل زمني 48 ساعة من عقار Spectinomycin hydrochloride 2/g. وبعدها تم إعطاء المرضى عقار Pefloxacin 400/mg بمعدل 400/mg كل 12 ساعة لمدة خمسة أيام. كما تم إعطاء جميع المرضى معالجة عرضية مثل مضادات التشنج ومضادات الوذمة. إضافة إلى المعالجة السابقة قمنا بتوجيه المرضى إلى الآتي:

1 (الإكثار من شرب السوائل.

2 (عدم الممارسة الجنسية خلال فترة المعالجة، وقبل التأكد من خلو أجسامهم من المكورات البنية.

3 (تنظيف القضيب بالماء والصابون عدة مرات يومياً، وتغيير الملابس الداخلية يومياً، وعدم استخدامها من قبل الآخرين.

4 (ضرورة فحص الشريك من قبل طبيب اختصاصي للتأكد من خلوهن من المرض، وفي حال وجوده معالجتهن.

5 (عدم تناول الأطعمة الحارة أثناء فترة المعالجة.

تمت مراقبة جميع المرضى بعد عشرة أيام من المعالجة حيث وضعنا معايير للشفاء من هذا المرض تتضمن الآتي:

1 (عدم وجود أي من الأعراض السريرية الموصوفة سابقاً في الجدول رقم (4).

2 (عدم وجود المكورات البنية Gonococcus في المسحة المأخوذة من الإحليل أو في أي من المفرزات الموثية أو الإحليلية إن وجدت.

3 (عدم وجود أي تغيرات في فحص البول والراسب.

نتائج المعالجة موجودة في الجدول رقم (5)

الجدول رقم (5) نتائج معالجة مرضى التهاب الإحليل السيلاني الحاد بعد عشرة أيام من المعالجة

المجموعات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة
النتائج الإيجابية	7	16	25
النتائج السلبية	18	9	0

من الجدول رقم (5) يتبين أنه تم الحصول على نتائج إيجابية عند جميع مرضى المجموعة الثالثة ولذلك يمكننا القول أن الخطة العلاجية لهذه المجموعة فعالة ومجدية وأدت إلى زوال المرض وشفاء جميع مرضى هذه المجموعة. لقد ثبت لدينا أن المعالجة بالـ Pefloxacin 400/mg وحده لا تكفي لشفاء المرضى حيث حصلنا على نتائج إيجابية فقط عند 7 مرضى (28%) من أصل 25 مريضاً الذين عولجوا بهذه الطريقة في المجموعة الأولى. كما أن المعالجة بإعطاء المرضى حقنتين عضليتين من عقار Spectinomycin hydrochloride 2/g أدت إلى الحصول على نتائج إيجابية عند 16 مريضاً (64%) من أصل 25 مريضاً في المجموعة الثانية.

الاستنتاجات والتوصيات:

1 (إن معالجة التهاب الإحليل السيلاني الحاد بإعطاء المرضى حقنتين عضليتين يفصل بينهما 48 ساعة من عقار

Spectinomycin hydrochloride 2/g تليها معالجة بـ Pefloxacin 400 /mg حبة واحدة كل 12 ساعة

لمدة خمسة أيام يعتبر علاجاً فعالاً ويؤدي إلى الشفاء التام من هذا المرض.

2 (لم نشاهد أي مضاعفات من جراء المعالجة المذكورة.

3 (عدم الممارسة الجنسية أو الإثارة الجنسية أثناء المعالجة، وحتى التأكد من الشفاء التام.

4 (عدم المعالجة الذاتية (بأخذ الدواء عن طريق الصيدلي دون التأكد من التشخيص).

5 (عدم تناول الأطعمة الحارة وشرب المشروبات الكحولية أثناء فترة المعالجة.

المراجع:

- 1) SWANSON, J. *Studies on gonococcus infection*, j.exp. med; v.136, 2002, 1258-1272.
- 2) AYLAMAZIAN, E. *Sexually transmitted infections*: MOSCOW. 2006, 57-61.
- 3) BONEV, A. *Uritritis* – SOPHIA, 1999, 101-113.
- 4) MAVROV, U. *Sexual diseases*- MOSCOW, 2004, 365-369.
- 5) PAVLOV, C. *Skin diseases and sexually transmitted diseases*. MOSCOW, 1985, 336-339.
- 6) ALLEN, D. *Urology secrets*. Philadelphia, 2000, 282-283.
- 7) SOKOLOVSKY, E. *Manual for physicians*; MOSCOW, 2006, 139-149.
- 8) STARASTIN, V. *Methods of diagnosis of brown gonorrhoea*. RUSSIAN journal of skin diseases, n° 11. 2000, 41-43.
- 9) OVCHYNICOV, H. *Laboratory diagnosis of diseases sexually transferred*, M; 1999, 150-157.
- 10) TIKTINSKI, U. *The diseases of genital organs in men*, LENINGRAD, 1985, 41-43.