

## سیفیلیس

دکتر حسین حاتمی، دکتر ناصر سیمفروش

سیفیلیس، یکی از بیماری‌های مقاربتی است که به وسیله تریپونما پالیدوم، ایجاد می‌شود و در صورتی که درمان نشود در سیر طبیعی خود، از مراحل اول و دوم گذشته، وارد مرحله نهفتگی می‌گردد و پس از سال‌ها باعث گرفتاری پوستی، استخوانی، قلبی - عروقی و غیره، می‌شود. امروزه با توجه به اثرات متقابل سیفیلیس و عفونت ناشی از HIV و بخصوص نقش سیفیلیس در افزایش میزان بروز ایدز، بر اهمیت اپیدمیولوژی این بیماری افزوده شده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، همه ساله حدود ۱۱ میلیون مورد جدید سیفیلیس در سطح جهان، رخ می‌دهد و حدود ۱/۵ میلیون زن باردار نیز مبتلا می‌شوند و یک سوم آنان متحمل مرده زایی و سایر عوارض سیفیلیس می‌شوند. البته این ارقام در گزارش سال ۲۰۱۵ آن سازمان به نصف، کاهش یافته است.

### سبب شناسی

عامل بیماری، یکی از اسپیروکت‌ها به نام تریپونما پالیدوم است. هیچیک از تریپونماها را تا کنون نتوانسته‌اند در محیط‌های کشت، تکثیر نمایند.

### اپیدمیولوژی توصیفی و وقوع بیماری

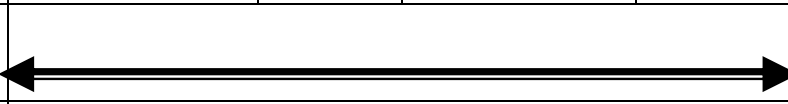
#### دوره نهفتگی

دوره کمون سیفیلیس، به طور متوسط در حدود ۳ هفته است ولی از ۱۰ تا ۹۰ روز نیز گزارش گردیده است. این دوره، تحت تاثیر تعداد تریپونم‌هایی است که وارد بدن می‌شوند به طوری که هرچه تعداد تریپونم‌ها کمتر باشد دوره کمون بیماری، طولانی تر خواهد بود.

#### سیر طبیعی

تریپونما پالیدوم، از طریق پوست آسیب دیده و مخاط‌های سالم، وارد بدن می‌شود و در عرض چند ساعت از طریق جریان خون و لنفاتیک‌ها، منتشر می‌گردد. پس از پایان دوره کمون، در محل ورود تریپونم در سطح بدن، پاپول کوچکی ظاهر می‌شود و بعداً سطح آن خوردگی پیدا کرده به صورت زخم مشخصی در می‌آید که شانکر نامیده می‌شود. این ضایعه، تمیز، بدون درد و فاقد ترشح بوده، اطراف آن سفت و برجسته است و همراه با آدنوپاتی بدون درد موضعی می‌باشد و پس از ۶-۲ هفته بهبود می‌یابد. البته در مبتلایان به عفونت ناشی از HIV شانکرهای متعددی ایجاد می‌شود و اسپیروکت‌های فراوانی در ضایعات یافت می‌گردد و شانکرها با سرعت کمتری بهبود

می‌یابند. حدود ۴-۶ هفته بعد از بهبودی شانکر، علایم مرحله دوم ظاهر می‌شود. البته گاهی ممکن است فاصله چندانی بین مرحله اول و دوم وجود نداشته باشد و ضایعات مرحله دوم زمانی بروز کند که هنوز آثار شانکر اولیه در بدن وجود دارد و از طرفی گاهی این فاصله تا چندین ماه به طول می‌انجامد ولی اغلب، در حدود ۴-۶ هفته می‌باشد. مشخص‌ترین علایم مرحله دوم سیفلیس، شامل بثورات پوستی قرینه بدون خارش و دردی است که در سطح بدن ظاهر می‌شود و همراه با علایم مخاطی و عمومی نظیر تب خفیف سردرد، کوفتگی، لنفادنوپاتی ژنرالیزه و گاهی گرفتاری احشایی می‌باشد. این مرحله نیز حدود ۲-۶ هفته به طول می‌انجامد و خودبخود بهبود یافته، بیماری وارد مرحله نهفتگی می‌شود ولی در همان ۱-۴ سال اول دوره نهفتگی در ۲۴٪ موارد ممکن است علایم مرحله دوم و ندرتاً شانکر مرحله اول، یک بار دیگر عود نماید و پس از بهبودی، مجدداً وارد مرحله نهفتگی گردد (شکل ۱).

سیفلیس نهفته		سیفلیس مرحله دوم	فاصله	سیفلیس مرحله اول	دوره نهفتگی
سال ها بعد	سال اوّل	۴-۶ هفته	۲-۶ هفته	۲-۶ هفته	۳ هفته
نهفتگی دیپرس	نهفتگی زودرس				
سیفلیس دیپرس		سیفلیس زودرس			

شکل ۱ - خلاصه سیر تریپونما پالیدوم در بدن انسان و ترمینولوژی مربوط به آن

سیفلیس زودرس به سیفلیس اولیه، مرحله دوم و سیفلیس نهفته زودرس، اتلاق می‌شود و سیفلیس دیپرس، همان نهفته دیپرس است. سیفلیس دیپرس، در سیر طبیعی خود ممکن است سه حالت پیدا کند:

۱. تا پایان عمر، بدون علامت باقی بماند

۲. خودبخود بهبود یابد

۳. با علایم سیفلیس مرحله سوم ظاهر شود.

علایم سیفلیس مرحله سوم در بین یک سوم بیماران مبتلا به سیفلیس نهفته دیپرس بروز می‌نماید. خوش خیم ترین ضایعات مرحله سوم، شامل گوم سیفلیسی است که بیشتر باعث گرفتاری پوستی مخاطی و استخوانی می‌شود. ولی در سال‌های اخیر، کاملاً نایاب شده و گزارش نگرديده است. در مراحل بعدی، ضایعات بدخیم قلبی - عروقی و سرانجام ضایعات عصبی سیفلیس، تظاهر می‌نماید و بسیاری از بیماران را از پا در می‌آورد. شیوع عوارض دیپرس سیفلیس درمان نشده در حال حاضر، نامعلوم است ولی به طور حتم خیلی کمتر از عصر قبل از پیدایش آنتی‌بیوتیک می‌باشد.

## انتشار جغرافیایی

### الف - وضعیت جهانی و منطقه‌ای بیماری

سیفیلیس، نظیر بسیاری از بیماری‌های مقاربتی دیگر، انتشار جهانی داشته و به هیچ محدوده جغرافیایی، نژادی و اقلیم خاصی محدود نمی‌باشد. شیوع سیفیلیس اولیه در بسیاری از کشورهای اروپایی و آمریکا، در دهه‌های اخیر رو به افزایش بوده، به طوری که در یکی از این کشورها موارد گزارش شده در سال ۱۹۵۶ بالغ بر ۶۵۷۶ مورد و در سال‌های اخیر در حدود ۲۴۰۰۰ مورد بوده است. در انگلستان نیز در سال ۱۹۷۱ تعداد بیماران گزارش شده، بالغ بر ۱۱۸۷ مورد و در سال ۱۹۷۸ بالغ بر ۱۴۴۷ مورد بوده و علت افزایش شیوع بیماری را افزایش شیوع همجنس‌بازی، ذکر کرده‌اند. ولی در اثر ترس از AIDS شیوع همجنس‌بازی و در نتیجه، شیوع سیفیلیس در منحرفین مورد بحث کاهش یافته است.

### ب - وضعیت بیماری در ایران

طبق مطالعاتی که در گروه‌های مختلف مردم ایران انجام شده است، شیوع سیفیلیس در سال‌های بعد از انقلاب، به شدت کاهش یافته است. به این مفهوم که طی سال‌های ۵۵-۱۳۵۳ بالغ بر ۰/۶٪ نمونه‌های خون بررسی شده به وسیله آزمون<sup>۱</sup> RPR مثبت بوده در حالی که این رقم در سال‌های ۶۶-۱۳۶۴ به ۰/۲ درصد کاهش یافته است.

### جدول ۱ - پیش‌آگهی سیفیلیس در مراحل مختلف

مرحله بیماری	پیش‌آگهی
سیفیلیس زودرس	بسیار خوب است و بهبودی کاملی حاصل خواهد شد.
سیفیلیس خوش‌خیم دیررس	مشروط بر این که منجر به بروز ضایعات مخربی نشده باشد، خوب است
سیفیلیس قلبی - عروقی	در آنورتیت غیر پیچیده، پیش‌آگهی بیماری بهتر است ولی در صورت بروز آسیب‌های آناتومی، عاقبت بیماری مطلوب نمی‌باشد. با این حال با توسل به اقدامات جراحی، می‌توان بر بقای مبتلایان، افزود و به طور کلی در غیاب نارسایی قلبی، این بیماران به مدت چندین سال زنده خواهند ماند.
نروسیفیلیس	در نروسیفیلیس بدون علامت و سیفیلیس مننگوواسکولر، پاسخ درمانی، عالی است. فلج عمومی <sup>۲</sup> در صورتی که در مراحل اولیه، درمان شود از پیش‌آگهی نسبتاً خوبی برخوردار خواهد بود و حتی برخی از بیماران، می‌توانند پس از بهبودی، به فعالیت‌های روزمره خود بپردازند ولی در صورتی که در مراحل پیشرفته مراجعه نمایند به علت وجود ضایعات غیرقابل برگشت مغزی، پیش‌آگهی بیماری چندان مطلوب نخواهد بود.
تابس دورسالیس	پیش‌آگهی قابل پیشگویی نمی‌باشد.

<sup>۱</sup> Rapid plasma reagin

<sup>۲</sup> General paralysis

## روند زمانی

بیماری معمولاً به صورت اسپورادیک، ایجاد می‌شود و روند فصلی یا تناوب دوره‌ای خاصی نیز ندارد.

## تأثیر سن، جنس و شغل و موقعیت اجتماعی

در سنین فعالیت جنسی، شایع‌تر است. به طوری که بیشتر موارد جدید سیفیلیس در سنین ۱۵-۳۹ سالگی بروز می‌نماید و بیشترین شیوع بیماری در بین هر دو جنس در سنین ۲۰-۲۴ سالگی است.

سایر سنین > ۱۵-۱۹ سالگی > ۲۵-۲۹ سالگی > ۲۰-۲۴ سالگی: میزان شیوع

سیفیلیس اولیه در زنان، از وضوح کمتری برخوردار است و طی دوران بارداری اغلب بدون علائم بالینی می‌باشد و به دلایل نامعلومی، سیفیلیس قلبی-عروقی و عصبی در مردان، شایع‌تر از زنان است. هرچه تعداد شرکای جنسی و دفعات مقاربت بیشتر باشد طبعاً امکان بروز بیماری نیز بیشتر خواهد بود. در بعضی از کشورهایی که همجنس‌بازی، شایع است نسبت ابتلا مردان به زنان در حدود ۳ به ۱ است و گاهی بیش از ۵۰٪ موارد بیماری در مردان هم‌جنس‌باز دیده می‌شود. بر طبق گزارش‌های موجود در سال ۱۹۷۵ در کشور آمریکا بیش از نیمی از مردان سفید پوست مبتلا به سیفیلیس عفونی، در گذشته‌ای نزدیک، سابقه حداقل یکبار تماس جنسی با هم‌جنس را ذکر نموده‌اند و حال آنکه این بیماری در همان سال تنها در بین ۲٪ زنان همجنس‌باز آن کشور، گزارش گردیده است. در کشور انگلستان نیز طی سال ۱۹۷۱ حدود ۵۰٪ موارد گزارش شده سیفیلیس مربوط به مردان همجنس‌باز بوده و در سال ۱۹۸۰ این رقم به ۵۸٪ افزایش یافته است.

## تأثیر عوامل مساعد کننده

این بیماری در هر طبقه و نژاد و گروهی دیده می‌شود ولی در بعضی از کشورهای پیشرفته در بین افراد کم‌سواد و بی‌بضاعت بیش از افراد متمول، بروز می‌نماید. سفید پوستان، بیش از سیاه پوستان به سیفیلیس عصبی و سیاهان بیش از سفید پوستان به شکل قلبی عروقی سیفیلیس، مبتلا می‌گردند. وقوع همزمان عفونت ناشی از HIV و سیفیلیس، سیر این بیماری را ممکن است تغییر دهد، به طوری که می‌تواند بر میزان بروز نروسیفیلیس بیفزاید و باعث تداوم تریپونماها در مایع مغزی-نخاعی بیماران گردد.

## حساسیت و مقاومت در مقابل بیماری

ایمنی طبیعی نسبت به سیفیلیس وجود ندارد و آلودگی انسان، باعث ایجاد مقاومت در مقابل تریپونما پالیدوم می‌گردد. البته ممکن است در اثر درمان سریع سیفیلیس مرحله اول و دوم، در مقابل این بیماری مصونیتی حاصل نشود. عفونت همزمان ناشی از ویروس عامل ایدز، ممکن است باعث کاهش پاسخ طبیعی میزبان نسبت به تریپونما پالیدوم گردد.

## میزان حملات ثانویه

حدود ۵۰-۳۰ درصد افرادی که با مبتلایان به سیفیلیس اولیه و ثانویه، در تماس می‌باشند مبتلا می‌گردند ولی به نظر می‌رسد خطر یک بار تماس با فرد مبتلا به سیفیلیس، چندان زیاد نباشد.

## منابع، مخازن، نحوه انتقال بیماری و دوره قابلیت سرایت

گرچه تروپونما پالیدوم پس از تلقیح به حیوانات نیز زنده می‌ماند ولی در واقع انسان تنها میزبان طبیعی آن است. تنها مخزن شناخته شده بیماری نیز افراد مبتلا به سیفیلیس مرحله اول و دوم و به‌ویژه زنان مبتلا به سیفیلیس بدون علامت بالینی هستند. بقای تروپونما پالیدوم در خارج بدن، بسیار ناچیز و انتقال آن به وسیله اشیاء نیز نادر است بنابراین لازمه ابتلاء به سیفیلیس، تماس مستقیم با ضایعات عفونی می‌باشد، البته سیفیلیس مادرزادی که طی آن بیماری از مادر به جنین منتقل می‌گردد از این قاعده، مستثنی است. این بیماری، از طریق تلقیح اتفاقی میکروارگانیسم و یا در اثر انتقال خون افراد مبتلا نیز منتقل می‌شود. تروپونماهای موجود در خون، تحت شرایط نگهداری در مراکز انتقال خون، در عرض ۴۸-۲۴ ساعت، حیات خود را از دست می‌دهند.

به طور خلاصه، راه‌های انتقال سیفیلیس عبارتست از:

۱. تماس مستقیم جنسی و غیرجنسی با ضایعات سیفیلیسی مرحله اول یا دوم
۲. تلقیح اتفاقی میکروارگانیسم به بدن
۳. انتقال خون مبتلایان به سیفیلیس
۴. انتقال از مادر به جنین
۵. انتقال به وسیله لوازم و اشیاء که بسیار نادر است.

این بیماری در کشورهای صنعتی، بیشتر از طریق تماس با همجنس و در کشورهای رو به توسعه، بیشتر از طریق جنس مخالف، انتقال می‌یابد.

دوره قابلیت سرایت سیفیلیس، نامشخص و متغیر می‌باشد. این بیماری طی مرحله اولیه، ثانویه و عود ضایعات پوستی - مخاطی، به دیگران منتقل می‌شود و بعضی از موارد آن ممکن است به مدت ۲-۴ سال به طور متناوب، مُسری گردد. احتمال انتقال سیفیلیس از مادر به جنین در سیفیلیس زودرس مادر بیشتر است ولی در مراحل بعدی نیز همواره این احتمال وجود دارد. شایان ذکر است که درمان کافی با پنی‌سیلین، در عرض ۴۸-۲۴ ساعت معمولاً قدرت آلوده‌کنندگی عامل سیفیلیس را از بین می‌برد.

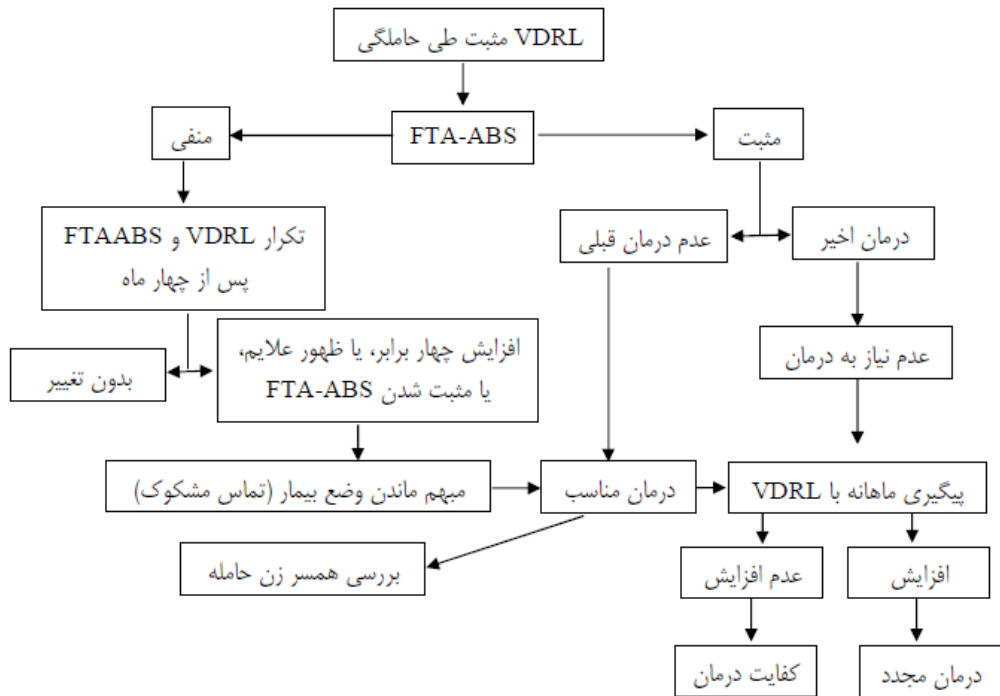
## پیشگیری و کنترل

### پیشگیری اولیه

با آموزش بهداشت، کنترل روسپیگری و فراهم کردن تسهیلاتی به منظور ازدواج به موقع جوانان می‌توان قدم‌های بزرگی در راه کنترل این بیماری برداشت. استفاده از کاندوم در موقع مقاربت و شستشوی آلت تناسلی با آب و

صابون پس از مقاربت می‌تواند کمک‌کننده باشد. به عقیده برخی از مولفین، اقداماتی نظیر دفع ادرار بلافاصله بعد از مقاربت و یا شستشوی ژنیتال‌ها، اقدامات بیهوده‌ای هستند.

سیفلیس مادرزادی علیرغم این که بیماری خطرناکی است ولی کاملاً قابل پیشگیری می‌باشد. طی بارداری به طور معمول، بایستی آزمون VDRL<sup>۱</sup> و یا RPR را در تمامی زنان باردار انجام داد و در صورتی که به دلایلی خطر بروز بیماری در آن‌ها زیاد باشد باید قبل از زایمان نیز مجدداً آزمون‌های فوق را تکرار نمود. در صورت مثبت بودن آزمون تاییدی FTA-ABS<sup>۲</sup>، مشروط بر این که زن باردار قبلاً درمان نشده باشد باید به درمان او با پنی‌سیلین یا اریترومیسین اقدام نمود. در صورتی که این بار VDRL مثبت ولی FTA-ABS منفی باشد می‌توان از شروع درمان، خودداری و به بررسی مجدد VDRL کمی و اندازه‌گیری مجدد FTA-ABS اقدام نمود و در صورتی که این بار تست VDRL به میزان چهار برابر یا بیشتر افزایش نشان دهد و یا این که علایم بالینی سیفلیس، ظاهر شود باید بیمار را درمان کنیم (الگوریتم ۱).



الگوریتم ۱- اقدامات لازم برای بروز سیفلیس مادرزادی طی بارداری

<sup>۱</sup> Venereal Disease Research Laboratory

<sup>۲</sup> Fluorescent treponemal antibody absorption

در صورت مبهم ماندن بیماری، پس از تکرار آزمایش‌های فوق، صلاح است جهت پیشگیری از بروز عفونت احتمالی در نوزاد، به درمان زنان باردار، اقدام نماییم. لازم به تاکید است که زنان باردار، در تمامی مراحل سیفیلیس، ممکن است جنین خود را آلوده کنند. یادآور می‌شود که پس از خاتمه درمان نیز بایستی، ماهی یک بار عیار کمی VDRL را مکرراً بررسی نموده در صورت افزایش چهار برابر، باز هم وی را مداوا کنیم زیرا ندرتاً ممکن است با شکست درمانی، مواجه شویم. همسر زن باردار مبتلا به سیفیلیس را نیز باید مورد بررسی قرار گیرد و اقدامات لازم در مورد وی اعمال شود. بدیهی است که در رابطه با سیفیلیس مادرزادی، بایستی تمامی اعضاء درجه یک خانواده بررسی شوند و در صورت لزوم، تحت پوشش درمانی، یا پیشگیری دارایی، قرار گیرند.

### پیشگیری ثانویه

در مورد درمان مناسب سیفیلیس، تنها به ذکر این نکته بسنده می‌شود که داروی انتخابی درمان مراحل مختلف این بیماری، پنی‌سیلین است و هنوز موارد مقاوم به این دارو گزارش نشده است ولی در صورت وجود حساسیت نسبت به پنی‌سیلین می‌توان از اریترومیسین یا تتراسیکلین، استفاده نمود. ابتلاء به سیفیلیس به هیچ وجه باعث ایجاد مصونیت قابل توجهی در بهبود یافتگان نمی‌شود و واکسن موثری جهت پیشگیری این بیماری وجود ندارد، بنابراین، به منظور کنترل دقیق سیفیلیس، علاوه بر درمان موارد تشخیص داده شده، بایستی اقدام به بیماریابی نمود.

یکی از عملی‌ترین روش‌های بیماریابی اینست که با همکاری بیماران، شریک یا شرکای جنسی آنان را نیز شناسایی کرده پس از بررسی‌های لازم به درمان یا کمپروپیلاکسی آنان اقدام نماییم. مثال زیر سهولت عمل و اهمیت مطلب را روشن‌تر می‌نماید: فرض می‌کنیم فرد مذکر A دچار سیفیلیس عفونی (مرحله اول یا دوم) باشد ضمن درمان وی می‌توان به کمک او فرد مونث B را که یار آمیزشی وی می‌باشد، شناسایی و درمان نمود و به کمک این فرد اخیر که احتمالاً حرفه‌ای نیز می‌باشد سایر یاران آمیزشی وی اعم از مذکر و مونث را یافت و گروه اخیر را مورد بررسی بالینی و آزمایشگاهی قرار داد و در صورتی که علائم مثبتی داشته باشند تحت درمان و اگر هیچ‌گونه علائم بالینی و آزمایشگاهی نداشته باشند، مشروط بر این که از حدود سه ماه قبل تاکنون با وی مقاربت نموده باشند، تحت کمپروپیلاکسی قرار داد. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که توسط هر بیماری که خود به درمانگاه مراجعه نماید می‌توان حداقل یک مورد دیگر را نیز شناسایی و درمان نمود و از انتقال بیماری به وسیله این افراد به دیگران پیشگیری کرد. بدیهی است که اگر فرد مذکر A پس از ابتلاء با فرد سالمی (نظیر همسر خود) مقاربت نماید ممکن است او را نیز دچار عفونت یا بیماری همراه با علائم بالینی بنماید و لذا این فرد اخیر را نیز بایستی تحت درمان یا پیشگیری دارویی قرار داد. بیماریابی سروایدمیولوژیک از طریق اجباری نمودن آزمون‌های VDRL و FTA-ABS در بعضی از موارد نظیر ازدواج، استخدام و بررسی سالیانه کارکنان موسسات و کارخانه‌ها نیز در جهت کنترل سیفیلیس، اقدام موثری است.

## کمپروویلاکسی در سیفلیس

کمپروویلاکسی در سیفلیس بدون علائم بالینی، حداقل به سه صورت ممکن است اجرا شود:

۱. طی دوره نهفتگی سیفلیس اولیه
۲. طی دوره نهفته بعد از فروکش علائم سیفلیس اولیه و ثانویه (فاصله بین مرحله اول و دوم و در سیفلیس نهفته زودرس و دیررس)
۳. در زنان مبتلا به سیفلیس مرحله اولی که شانکر سیفلیسی در معرض دید قرار ندارد.

## کمپروویلاکسی در سیفلیس دوره کمون

طی دوره کمون و حتی در ابتدای شروع سیفلیس اولیه، آزمون‌های سرولوژیک سیفلیس، منفی هستند و لذا ممکن است فردی آلوده باشد بدون این که دارای علائم بالینی یا آزمایشگاهی باشد. چنین افرادی باید تحت درمان پیشگیرنده یا همه‌گیری شناختی قرار گیرند. منتظر ماندن جهت بروز شانکر اولیه و یا وقوع تغییرات سرمی در این افراد، ممکن است باعث انتقال عفونت به افراد دیگر و عفونت جنینی در خانم‌های باردار شود. از طرفی یک تزریق عضلانی دو میلیون و چهار صد هزار واحدی پنی‌سیلین بنزاتین برای درمان، در این مرحله و جلوگیری از پیشرفت عفونت و ورود به مرحله بعدی، کافی خواهد بود و در مواردی که طی سه ماهه گذشته سابقه مقاربت مشکوک وجود داشته باشد قابل توصیه است.

## مقدار و نحوه تجویز داروها

پنی‌سیلین بنزاتین به مقدار ۲/۴ میلیون واحد عضلانی در یک نوبت و یا اریترومايسين یا تتراسیکلین به مقدار ۳۰-۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز، به مدت ۱۵ روز تجویز می‌شود. داکسی‌سیکلین به مقدار ۲۰۰ میلی گرم در روز به مدت ۱۵ روز نیز تقریباً به اندازه تتراسیکلین، موثر است و بهتر تحمل می‌شود ولی خیلی گران‌تر از تتراسیکلین است.

## پیگیری‌های بعدی

یک ماه پس از درمان، باید مجدداً آزمون‌های سرمی، مورد بررسی قرار گیرد. البته در صورت مثبت بودن، احتیاجی به درمان مجدد نمی‌باشد ولی در صورت افزایش عیار VDRL به میزان چهار برابر، بایستی اقدام به درمان مجدد نمود.

## کمپروویلاکسی در سیفلیس نهفته با مایع نخاع طبیعی

پنی‌سیلین بنزاتین به مقدار ۲/۴ میلیون واحد در هفته به مدت سه هفته (کلاً سه تزریق) و داروهای جانشین، شامل تتراسیکلین یا اریترومايسين به مقدار ۳۰ میلی گرم / کیلوگرم / روز به مدت ۳۰ روز و به صورت خوراکی و یا داکسی‌سیکلین به مقدار ۲۰۰ میلی گرم روزانه به مدت ۳۰ روز می‌باشد. البته احتمال اجرای رژیم‌های خوراکی،



کم است و بنابراین باید در بدو تجویز، اهمیت آن به بیماران گوشزد شود.

### کمپروویلاکسی در سیفیلیس نهفته با مایع نخاع غیر طبیعی

پروکائین پنی‌سیلین به مقدار ۲/۴۰۰۰۰ واحد / عضلانی / روز / ۱۰ روز به اضافه پروبنسید، به مقدار ۵۰۰ میلی گرم / ۶ ساعت / ۱۰ روز

### کمپروویلاکسی در نوزادان مشکوک به سیفیلیس مادرزادی

افرادی که به پنی‌سیلین حساسیت دارند و به سیفیلیس عصبی نهفته مبتلا می‌باشند باید یکی از رژیم‌های جانشین مورد اشاره را دریافت نمایند. البته میزان تاثیر این رژیم‌ها هنوز مشخص نمی‌باشد و به همین دلیل توصیه جدیدتر این است که حتی در چنین مواردی پس از حساسیت زدایی، از پنی‌سیلین، استفاده شود.

### پیگیری بعدی

طبق مطالعاتی که بر روی انسان و خرگوش، صورت گرفته است حتی پس از درمان موثر سیفیلیس می‌توان اشکال ماریچی تریپنوم را در عقده‌های لنفاوی مشاهده نمود. گاهی پس از درمان موثر، با تلقیح عصاره عقده‌های لنفاوی، مایع نخاع و یا مایعات چشمی، به خرگوش توانسته‌اند تریپنوم‌های زنده بیماری‌زا را به دست آورند. به هر حال این‌گونه موارد بسیار نادر است و نباید به مفهوم شکست درمانی، تلقی شود مگر این که پس از درمان موثر، میکروارگانسیم‌ها را در مایع نخاع بیابیم که در این صورت باید به بررسی بیشتری بپردازیم.

### شواهد شکست درمانی

۱. تداوم یا عود علائم بالینی سیفیلیس
۲. افزایش چهار برابر عیار VDRL
۳. در صورتی که در عرض ۱۲-۲۴ ماه پس از درمان موثر، کاهش چهار برابر در یکی از تست‌های غیر تریپنومی، ایجاد نشود.

کلیه بیماران مبتلا به سیفیلیس زودرس و مادرزادی را باید به فاصله ۳، ۶ و ۱۲ ماه بعد از درمان جهت بررسی عیار VDRL و معاینات بالینی ویزیت نمود و بیماران مبتلا به سیفیلیس نهفته دیررس نیز بایستی ۲۴ ماه بعد از درمان، مورد بررسی مجدد قرار گیرند. در عرض ۱۲ ماه پس از درمان سیفیلیس اولیه و ۲۴ ماه بعد از مداوای سیفیلیس مرحله دوم بایستی عیار VDRL طبیعی شود. البته در عده کمی از بیماران مبتلا به سیفیلیس زودرس، این تست کاملاً منفی نمی‌شود و تا مدتی با عیار پایین، مثبت باقی می‌ماند و حال آنکه در سیفیلیس دیررس، VDRL می‌تواند با شیوع بیشتری تا مدت‌های مدیدی با عیار پایین مثبت باقی بماند و لذا مثبت باقی ماندن این تست نباید باعث ایجاد نگرانی بشود و تنها افزایش عیار چهار برابر یا بیشتر آن به مفهوم شکست درمانی یا پیشگیرنده، بوده و لزوم درمان مجدد را مطرح می‌نماید. FTA-ABS معمولاً علیرغم درمان موثر بیماری برای

سال‌ها مثبت باقی می‌ماند و بررسی آن به منظور تعقیب نتیجه درمانی یا پیشگیری دارویی، بی‌نتیجه می‌باشد. لازم به تأکید است که در افرادی که دچار عفونت ناشی از HIV نیز می‌باشند بررسی VDRL به فاصله ۱، ۲، ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه بعد از درمان سیفلیس، توصیه شده است.

هرچه بیماری را در مرحله پایین‌تری درمان کنیم امکان منفی شدن VDRL در زمان مشخصی بیشتر خواهد بود و هرچه بیماری را در مراحل بالاتری درمان کنیم احتمال منفی شدن این آزمون، کمتر می‌شود. بنابراین، در بررسی‌های سرواپیدمیولوژیک، بایستی این حقایق را مدنظر، قرار دهیم. همچنین مبتلایان به سیفلیس عصبی را باید حداقل تا ۵ سال بعد از درمان، تحت پی‌گیری قرار داد و هر ۶ ماه یک بار مایع نخاع آن‌ها را آزمایش نمود. یادآور می‌شود که اولین اختلال مایع نخاع که اصلاح می‌شود، پلئوسیتوز است ولی تعداد سلول‌ها ممکن است به مدت ۱-۲ سال بعد هم غیرطبیعی باقی بماند. بعد از طبیعی شدن سلول مایع نخاع، نوبت طبیعی شدن پروتئین است که تدریجاً حاصل می‌شود و آخرین تستی که منفی می‌شود VDRL مایع نخاع است که گاهی تا سال‌ها بعد نیز مثبت باقی می‌ماند. طی پیگیری در صورتی که هر یک از سه عامل ذکر شده، افزایش یابد، باید به درمان مجدد اقدام نماییم.

عفونت همزمان ناشی از HIV و سیفلیس، پدیده شایعی است و بیماری سیفلیس در مبتلایان به عفونت ناشی از HIV معضلات خاصی را ایجاد می‌کند. به طوری که بر شدت و طول دوره بیماری می‌افزاید و علاوه بر تشدید گرفتاری ارگان‌های مختلف، موجب بروز بثورات آتیپیک پوستی نیز می‌شود و به نظر می‌رسد داروهای باکتری‌سیدی نظیر داکسی‌سیکلین و اریترومايسين در زمینه نقص ایمنی ناشی از ایدز، تأثیر مطلوبی بر ترپونماپالیدوم نداشته باشد. در این بیماران پاسخ سرولوژیک گمراه‌کننده‌ای حاصل می‌شود، به طوری که مثبت کاذب به بار می‌آید و یا علیرغم درمان مناسب، عیار رآژین‌ها افزایش می‌یابد و این حالت به‌ویژه در مراحل اولیه عفونت ناشی از HIV که تحریک سلول‌های B پلی‌کلونال شایع است یافت می‌گردد و همانگونه که اشاره شد ممکن است نتیجه منفی کاذب به بار آید. بنابراین، در زمینه عفونت ناشی از HIV با ظن قوی باید جهت اثبات یا نفی سیفلیس اقدام نمود.

### پیشگیری ثالثیه

فلج عمومی ناشی از سیفلیس را در صورتی که در مراحل اولیه، درمان کنیم از پیش‌آگهی نسبتاً خوبی برخوردار خواهد بود و برخی از بیماران، سلامتی از دست رفته خود را باز می‌یابند به طوری که می‌توانند مجدداً به فعالیت‌های روزمره خود ادامه دهند.

### سایر اقدامات کنترلی

اقداماتی که طی طغیان‌ها، همه‌گیری‌ها و پاندمی‌های بیماری باید انجام داد این بیماری به صورت همه‌گیر، ایجاد نمی‌شود. اقداماتی که طی بلایا باید انجام داد

طی حوادثی نظیر جنگ، زلزله و نظایر آن که منجر به بی خانمانی عده کثیری از مردم و اسکان آنها به صورت فشرده در اردوگاه‌های خاصی می‌شود، احتمال شیوع فحشاء را بایستی در نظر داشته و اقدامات پیشگیرنده‌ای صورت گیرد.

### منابع

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) Fact sheet N°110. Updated December 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. [Last accessed June, 2016].
2. Nasser Simfroosh. A decrease in the incidence of syphilis in IRAN and the effect of Islamic rules in controlling sexually transmitted diseases. Medical Journal of the Islamic Republic of IRAN 1988; 2:283-5.
3. Syphilis. Health Protection and Promotion Act: Ontario Regulation 559/91 – Specification of Reportable Diseases. Available from : [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/syphilis\\_chapter.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/syphilis_chapter.pdf) [Last accessed June, 2016].
4. Justin D. Radolf, Edmund C. Tramont, and Juan C. Salazar. Syphilis (*Treponema pallidum*). In: Mandell ,Douglas, Bennet's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8<sup>th</sup> ed., 2015, PP. 2684-2709.
5. Sheila A. Lukehart. Syphilis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine, 19<sup>th</sup> ed. 2015, pp. 1132-40.
6. Syphilis. In: Heymann DL, editor. Control of communicable diseases manual. 19<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2008. pp. 591-96.
7. Sexually Transmitted Diseases. In: K. Park, Park's Textbook of Preventive and Social Medicine, 20<sup>th</sup> edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, India, 2009, pp. 289-95.