



## Neisseria gonorrhoeae

Neisseria gonorrhoeae گونه (سوزاک) شایعترین بیماری منتقل شونده از راه جنسی پس از عفونت کلامیدیایی است. عامل آن نیسریا گنوره یا گنوکوک می‌باشد. نایسریا گنوره یک دیپلوکوک گرم منفی است که انتقال آن از طریق رابطه جنسی و مادر به جنین در هنگام تولد صورت می‌گیرد. Neisseria gonorrhoeae می‌تواند ملتحمه چشم را درگیر کند که شایعترین علت آن انتقال عمودی باکتری‌ها به چشم نوزادان در کانال زایمان است و متأسفانه یکی از علل اصلی نابینایی در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. علائم معمولاً ۲ تا ۵ روز پس از زایمان ظاهر می‌شوند و با آگزودای ملتحمه، قرمزی و ادم پلکها نمایان می‌شود. درمان نوزادان باید سیستماتیک انجام شود تا از بروز سپسیس گنوکوکی پیشگیری شود.

وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، رعایت نکردن موازین بهداشتی، رفتارهای پر خطر اجتماعی مانند شروع زودهنگام روابط جنسی (در سنین پایین، شرکای جنسی متعدد و ...) از مهم ترین عوامل در چرخه انتقال گنوره هستند. طبق بررسی های WHO در کشورهای در حال توسعه، میزان بروز و شیوع بیماری های آمیزشی حدود ۲۰ برابر کشورهای پیشرفته است، یکی از عوامل مهم در افزایش شیوع بیماری های آمیزشی نداشتن آگاهی در برقراری روابط جنسی سالم است. علائم سوزاک بدون درمان ممکن است هفته ها یا ماهها طول بکشد که می تواند ریسک عوارض را هم بالا ببرد.

### علائم بالینی:

#### در مردان:

- ترشحات پیشابراهی در ۹۰٪ مردان مشاهده می‌شود، که ابتدا به صورت کم و موکوسی بوده و بعد از ۱ تا ۲ روز کاملاً چرکی میشود.
- درد یا مشکل در ادرار کردن (دیزوری) در حدود ۵۰٪ از مردان مشاهده می‌شود. معمولاً این افراد تکرر ادرار یا فوریت در ادرار کردن ندارند.
- ۱۰ درصد مردان بدون علامت هستند.
- باکتری می‌تواند باعث التهاب حاد رکتوم شود که به صورت خارش آنوس، درد و اسپاسم اسفنکتر آنال، ترشحات چرکی یا خونریزی ظاهر می‌شود.
- عفونت حلقی در ۹۰٪ مردان بدون علامت است، اما ممکن است باعث التهاب آشکار حلق شود

در معاینه بالینی ترشحات موکوسی چرکی دیده می‌شود. حساسیت اپیدیدیم، تورم یا التهاب آلت نیز ممکن است مشاهده شود.



## در زنان:

- افزایش یا تغییر ترشحات واژینال در ۵۰٪ زنان.
  - درد یا مشکل در ادرار کردن. فوریت در دفع یا تکرر ادراری شایع نیست.
  - خونریزی داخلی که گاهی با مقاربت آغاز می‌شود (شایع نیست).
  - در صورت وجود عفونت بالارونده، درد لگنی یا شکمی، همراه با درد در هنگام مقاربت
  - گنوره رکتال خارش آنوس، درد و اسپاسم اسفنکتر آنال، ترشحات چرکی یا خونریزی را ممکن است در پی داشته باشد، اما شدت علائم نسبت به مردان کمتر است.
  - عفونت حلقی در ۹۰٪ زنان بدون علامت است، اما ممکن است باعث التهاب آشکار حلق شود.
- در معاینه بالینی زنان ترشحات چرکی از سرویکس وجود دارد. سرویکس شکننده بوده و به راحتی دچار خونریزی می‌شود. در صورت وجود بیماری التهاب لگن، حساسیت شکمی مشاهده می‌شود.

## شک به سوء استفاده جنسی:

کودک زیر ۱۳ سال، مگر اینکه شواهد آشکاری مبنی بر انتقال عفونت از مادر به کودک هنگام زایمان یا از طریق آلودگی خون وجود داشته باشد.

- افراد ۱۳ تا ۱۵ سال، مگر این که شواهد آشکاری مبنی بر انتقال عفونت از مادر به کودک هنگام زایمان یا از طریق آلودگی خون، یا اینکه عفونت از طریق رابطه توافقی با یک شریک جنسی کسب شده باشد.
- فرد جوان ۱۶ تا ۱۷ سال بوده و شواهد آشکاری هم مبنی بر آلودگی خون، یا کسب عفونت از طریق رابطه توافقی با یک شریک جنسی وجود ندارد و در مورد قدرت جسمانی و توان ذهنی بین فرد جوان و شریک جنسی او تفاوت بارزی وجود دارد.

## تشخیص

تشخیص گنوره با شناسایی نایسریا گنوره در کشت تأیید می‌شود که نیاز به تهیه نمونه از سرویکس دارد. همچنین ممکن است ابتدا تست‌های تقویت اسید نوکلئیک (که نیاز به نمونه ادرار ابتدای دفع دارند) استفاده شوند، هرچند معمولاً برای تأیید کشت لازم است.

کشت روی محیط تایلر-مارتین انجام می‌شود که در جمعیت‌های با شیوع کم عفونت این روش توصیه می‌شود. آزمون‌های هیبریدیژاسیون اسید نوکلئیک نمونه‌های سرویکس و NAAT روی نمونه‌های سرویکس یا ادرار نیز



مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ NAAT دارای بیشترین حساسیت است. کشت در دسترس‌ترین آزمون محسوب می‌شود و مزیت آن فراهم کردن اطلاعاتی درباره حساسیت میکروب به آنتی بیوتیک‌ها است.

برای کشت میتوان از سوآپ ترشحات پیشابراه در مردان و ترشحات اندوسرویکس در زنان استفاده کرد. از کشت نمونه حلق، رکتوم و ملتحمه نیز میتوان برای تشخیص استفاده نمود.

تکرار آزمایش در سه ماهه سوم بارداری برای بیمارانی که کماکان در معرض خطر قرار دارند، توصیه می‌شود.

## درمان

درمان گنوره اغلب با یک سفالوسپورین خط اول (سفیکسیم یا سفتریاکسون) انجام می‌شود. فقط در صورتی که معلوم شود ارگاناسم حساس است، فلوروکینولون (سیپروفلوکساسین یا اوفلوکساسین) می‌تواند جایگزین مناسبی باشد. گنوره حلقی نیز با سفتریاکسون درمان می‌شود. اگر تشخیص گنوره قطعی نشده باشد، تا زمان تأیید آزمایشگاهی به طور تجربی باید درمان انجام شود و میتوان از آزیترومایسین یا داکسی سایکلین برای درمان استفاده کرد. در مورد زنان باردار یا شیرده که گنوره دارند یا مشکوک به گنوره هستند درمان با سفالوسپورین‌ها توصیه می‌شود. تجویز فلوروکینولون (سیپروفلوکساسین یا اوفلوکساسین) در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود. شرکای جنسی نیز باید از نظر عفونت‌های منتقله از طریق جنسی غربالگری شده و تا زمان رسیدن نتایج آزمایش، به صورت تجربی برای گنوره درمان شوند. اجتناب از رابطه جنسی تا زمانی که فرد و شریک جنسی او درمان را کامل کرده باشند توصیه می‌شود.

<http://rasadmedlab.com>

گروه علمی شبکه آزمایشگاهی رصد ←