

سل دستگاه تناسلی و نسبت آن در بیماران بیمارستان جهان‌شاه صالح

دکتر یحیی بهجت‌نیا *

ضمن مطالعه و بررسی بیماران درمانگاه نازائی بیمارستان جهان‌شاه صالح و عده‌ای از بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان مزبور در چند سال اخیر متوجه شدیم که عده‌ای از بیماران نازا بخصوص آنهاییکه مدت نازائیشان طولانی است به‌سل دستگاه تناسلی مبتلی میباشند و این مطلب از لحاظ آسیب‌شناسی و رادیولوژی و در موارد نادر با آزمایش باکتریولوژی هم مورد تأیید قرار گرفت . بانوجه باین امر کمیته‌ای بنام کمیته بررسی سل دستگاه تناسلی با همکاری آقایان دکتر شهرزاد (رئیس بخش رادیولوژی) و دکتر کریمی‌نژاد (رئیس بخش آسیب‌شناسی) به‌سال ۱۳۴۸ در بیمارستان تشکیل شد و مطالعات گسترده‌ای را از لحاظ بالینی ، رادیولوژی ، آسیب‌شناسی و سایر کارهای آزمایشگاهی مربوط به سل ، شروع کردیم . ذیلاً چندکلمه‌ای درباره بیماری سل دستگاه تناسلی ذکر میگردد و سپس نتایج کارهای انجام شده را گزارش می‌کنیم .

این بیماری برای اولین بار در اواسط قرن هیجدهم و سینه مورگانسی Morgani شرح داده شد و در یک ربع قرن اخیر جنب توجه بیشتری نمود . طبق گزارشات مختلفه و فور آن پیش از آنستکه قبلاً تصور میشد و وقوف باین امر در اثر تحقیقات بیشتری در مورد بررسی بیماران نازا از قبیل بیوسی آندومتر کورتاژ تشخیص لاپاراسکوپی لاپاراتومی - آزمایش بافت‌شناسی و بوده است که منجر به کشف این بیماری میگردد . در واقع این آزمایشات نشان داده‌اند که سل دستگاه تناسلی اغلب اوقات بطور مخفی (Silent Cases) بروز مینماید و با علائم بالینی مشخصی توأم نیست و شاید نازائی تنها علامتی است که موجب مراجعه بیمار به پزشک میشود البته برای تشخیص این بیماری باید پزشک ب فکر وجود این بیماری باشد .

شیوع بیماری : اختلاف فاحشی از نقطه نظر جغرافیائی در وفور سل دستگاه تناسلی بچشم میخورد که متناسب با وفور سل عمومی بخصوص سل ریه در آن ناحیه است . این بیماری در هندوستان ، خاورمیانه و انگلستان

شایع‌تر از استرالیا و بعضی از ممالک اروپائی است . در امریکا نسبت آن کمتر از سایر نقاط دنیا است و ۸۰ درصد آن در سنین ۲۰ - ۴۰ سالگی اتفاق میافتد . وفور آن در بیماران نازا به نسبت ۵ - ۱۰ درصد است که در بعضی از ممالک مانند هندوستان این نسبت بیشتر و در ممالکی مثل آمریکا نسبت آن بسیار کم است .

علت بیماری : علت این بیماری باسیل کخ است که نوع انسانی و گاوی هر دو در انسان ایجاد بیماری دینماید اما نوع انسانی شایعتر است . این بیماری اکثراً ثانویه است باید توجه داشت که علل مستعدکننده مانند فقر غذائی و غیره نیز در بروز این کسالت تأثیر بسزا دارد .

راه سرایت : سرایت بیماری بطریق ذیل انجام میشود :

۱- سرایت مستقیم که اغلب لوله‌ها از راه صفاق آغشته میشوند .

۲- سرایت از راه خون که نسبتاً شایع است .

۳- راه لئفاوی : در مواردی اتفاق میافتد که سل در حفره شکمی است .

۴- راه تناسلی : سرایت سل اولیه دستگاه تناسلی از راه مقاربت نادر است .

علائم بالینی : اغلب علائم واضحی وجود ندارد و شاید نازائی تنها علامت بیماری باشد گاهی علائم بسیار خفیف و شروع آن بی‌سروصدا است . بطوریکه ذکر شد سل دستگاه تناسلی زن اکثراً ثانویه است و بعضی از پزشکان منکر نوع اولیه آن هستند .

نسبت شیوع بیماری در دستگاه تناسلی بقرار جدول شماره (۱) می‌باشد .

برای بررسی سل دستگاه تناسلی باید به نکات زیر توجه داشت یعنی بعبارت دیگر علائم بیماری بدین قرار است:

۱- نازائی و ناباروری : نازائی، اولین علت مراجعه اغلب بیماران است . بعد از رایج شدن تکه‌برداری آندومتری و کورتاژ در نزد زنان نازا جهت تعیین تخمک‌گذاری

جایول شماره ۱

عضو مبتلی	نسبت ابتلاء به سل
لوله	۹۰ - ۱۰۰ درصد
رحم	۵۰ - ۶۰ درصد
تخمدان	۲۰ - ۳۰ درصد
دهانه رحم	۵ - ۱۰ درصد
واژن و مهبل	۱ درصد

باشد فشار عمیق بر روی ناحیه شکم باعث درد مبهمی میشود . وجود این توده‌های نامنظم که بشکل غده‌های شکمی و لگنی تظاهر میکنند ، ممکنست سبب شود که پزشک شکم بیمار را با تشخیص کیست تخمدان یا هر غده دیگری باز نموده و در هنگام باز کردن شکم معلوم گردد که بیمار مبتلی به سل شکمی یا سل دستگاه تناسلی می‌باشد .

۲- علائم لگنی : در معاینه با دودست (از روی شکم و داخل واژن) ، ممکنست لوله‌ها و تخمدانها تغییری نکرده باشند . گاهی برعکس در محل قرار ضمائم رحمی توده‌هایی باندازه‌های مختلف حس میگردد که اندازه آن از يك لوله که کمی ضخیم و نامرتب باشد تا آبه بزرگ لوله‌ای تخمدانی تغییر میکند . معمولاً قوام این توده‌ها یکنواخت نبوده ممکنست سفت و موج باشند . توده‌های لوله‌ای تخمدانی که عامل آنها بیماری سل باشد حساسیتش کمتر از مواردی است که علت عفونی دیگری درکار باشد . چنانچه عارضه چرکی درکار باشد و یا عفونت ثانویه بسل اضافه شده باشد و یا سل مزمن بحالت اشتعال بروز نماید ، دردهای شدیدی احساس میگردد .

نکته مهم : وجود توده‌های لوله‌ای تخمدانی دوطرفه در دختران باکره که سابقه ابتلاء بسل ریوی یا سل نقطه دیگری از بدن را داشته باشند باید پزشک را قویاً بفکر سل دستگاه تناسلی اندازد .

آبستنی و سل دستگاه تناسلی : سل دستگاه تناسلی همیشه توأم با نازائی نیست اما حاملگی نادر است و اغلب منجر بسقط میگردد و یا بصورت حاملگی خارج از رحم تظاهر میکند . حاملگی خارج از رحم در بیماران مبتلی بسل دستگاه تناسلی از زمانیکه درمانهای ضد سانی معمول شده است رو بازپدید است و علت آن تغییرات مخاط لوله یا فیبروز جدار عضلانی است که موجب آبستنی داخل لوله میشود . سل لوله گاهی ضمن عمل آبستنی خارج از رحم کشف میگردد . لذا لازم است در تمام موارد آبستنی خارج از رحم آزمایش کامل و تهیه مقاطع متعدد از لوله بعمل آید .

نکته : گاهی اوقات ممکنست بیمار مبتلی به سل جدار لگن و گانگلیونهای آن باشد در صورتیکه دستگاه تناسلی از ابتلاء به این بیماری مصون مانده است که باین حالت سل دستگاه تناسلی اطلاق نمیگردد بلکه سل لگنی نامیده میشود . حاملگی در این قبیل بیماران شایعتر از مبتلایان به سل دستگاه تناسلی است .

روش‌های تشخیص آزمایشگاهی سل دستگاه

تناسلی

تشخیص سل دستگاه تناسلی ، اغلب کار آسانی نبوده و برای پی بردن بآن علاوه بر توجه به سابقه و علائم بیماری باید مطالب زیر را مورد بررسی قرار داد :

معلوم شد که سل دستگاه تناسلی در بعضی نقاط یکی از علل شایع نازائی است . علت نازائی اغلب انسداد لوله است و نازائی بعلت سل ممکنست اولیه یا ثانویه باشد .

۲- اختلالات قاعدگی : ممکنست قاعدگی مرتب باشد ۵۰ - ۸۵ درصد آزمایش آندومتر علائم ترشچی را نشان میدهد بنابراین سل سطحی آندومتر اختلالی در عمل واکنش آندومتر در برابر هورمونها ندارد . اختلالات قاعدگی در سل دستگاه تناسلی بقرار ذیل است :

الف - منوراژی و منومتروراژی : این علامت بیشتر در سل رحمی که از نوع Ulcerative باشد دیده میشود . ندرتاً خونریزی بعداز یائسگی به سل غیرمنتظره آندومتر مربوط است .

ب - آمنوره که علامت شایعی است و معمولاً منشاء رحمی دارد علت آن از بین رفتن مخاط و چسبندگی آندومتر میباشد (سندرم Netter) . بندرت ممکنست آمنوره بعلت تخریب کامل هردو تخمدان و یا به سبب ضعف عمومی بدن و بدی تغذیه باشد آمنوره معمولاً متعاقب الیگومنوره ایجاد میشود .

ج - قاعدگی دردناک یا دیسمنوره که ممکنست دوره‌ای باشد . توأم بودن دیسمنوره با بالا رفتن درجه حرارت شبانه را بعضی دلیل بر سالیپتیت سالی میداند .

علائم فیزیکی سل دستگاه تناسلی

علائم فیزیکی در تشخیص این بیماری مهم است باوجود این باید توجه داشت که ممکنست علائم غیرطبیعی زیادی مشاهده نشود و یا بعضی اوقات حداکثر يك عده علائم مبهم تظاهر مینماید که در سایر عفونتهای مزمن دستگاه تناسلی نیز شایع است . علائم فیزیکی سل دستگاه تناسلی درشکم ولگن تظاهر مینماید .

۱- علائم شکمی : در لمس شکم يك حالت خمیری شکل احساس میشود که بیشتر مربوط بمحل صفاق وروده‌ها میباشد وبطور موضعی یا عمومی باعث کشش جدار شکم بداخل میشود وتوده‌های نامرتبی که معمولاً بعلت چسبندگی زوده‌ها وصفاق باعضاء لگن ایجاد میشود که ممکنست بالمس کردن حس گردد . اگر سل لوله و تخمدان وجود داشته

هرکیلوگرم وزن بدن در روز با مقدار تقسیم شده (divided doses).

۳- ایزونیازید مشابهه طریقه دوم باضافه استرپتو- مایسین یک گرم در روز همه روزه .

۴- ایزونیازید مشابهه طریقه دوم باضافه استرپتو- مایسین روزی یک گرم هفته‌ای دو روز .

۵- ایزونیازید مانند طریقه دوم باضافه ۱۲ گرم پاس در روز با مقدار تقسیم شده .

۶- ایزونیازید مشابهه طریقه دوم باضافه ۱۲ گرم پاس و استرپتومایسین ۲-۱ گرم در روز .

۷- ریفامپیسین (Rifampicine) این دارو

یک ماده نیمه سنتتیک است که از ریفومایسین تهیه شده و آنتی‌بیوتیک قوی و فعالی است که بر روی B.K. اثر خوبی دارد و مقدار آن ۶۰۰ میلیگرم در روز یعنی دو کیسول ۳۰۰ میلیگرمی یکساعت قبل از صبحانه . این دارو در مواردی که باسیل کخ در برابر سایر داروهای ضد سلنی مقاوم شده باشد داروی مؤثری است ضمناً باید به عوارض کبدی آن توجه داشت .

۸- اتاه‌پیتول : این دارو از مشتقات

Ethylene Diamine است مقدار دارو ۱۵ - ۲۰

میلیگرم بازاء هرکیلو گرم وزن بدن میباشد و گروهی معتقدند دوماه درمان کافی است بخصوص اگر با ایزونیازید یا ریفامپیسین توأم باشد . ضمن مصرف این دارو باید بعوارض چشمی آن نیز توجه داشت .

سایر داروهای جدید ضد سلنی عبارتند از

viomycin , pyrazinamide , cycloserine ,

ethionamide , kanamycin و چند داروی دیگر .

موضوع دیگر مصرف کورتیکواستروئیدها توأم با

داروهای ضد سلنی است که بعضی معتقدند در درمان سل اثر خوبی دارد . باید توجه داشت که باوجود پیدایش داروهای جدید ضد سل هنوز سه داروی اصلی (استرپتومایسین - پاس و ایزونیازید) اهمیت خود را از دست ندادند و شاید از داروهای جدید مؤثرتر باشند .

II - درمان جراحی : باوجود روشهای درمانی

جدید و مؤثر طبی باید اذعان نمود که جراحی رل مهمی در درمان سل دستگاه تناسلی دارد . مواردی که باید بعمل جراحی متوسل شد عبارتند از :

۱- هرگاه توده‌ای با منشاء سلنی در لگن وجود داشته باشد که با درمان طبی از بین نرفته و حتی بزرگتر شود .

۲- دختر جوانیکه بعد از بهبودی با درمان طبی مجدداً بیماریش عود کرده باشد .

۳- تشخیص سل در زمان یائسگی یا بعد از آن .

۴- خونریزی شدید که برای بیمار ایجاد خطر کرده باشد .

۵- فیستول سلنی که به درمان جواب نداده باشد .

۱- امتحانات میکروپشناسی : این امتحان شامل-

خون قاعدگی - ترشحات دهانه رحم و نسج آندومتر است که هم بطور مستقیم و هم باطریقه کشت دادن انجام شود و در موارد لزوم از تلقیح مواد مذکور به‌خو کچه هندی نیز استفاده میشود .

۲- آزمایش بافت شناسی : که معمولاً از بیوپسی

آندومتر (تکه برداری) یا کورتاژ آندومتر استفاده میشود ضمناً از قطعات نسج که ضمن عمل جراحی برداشته میشود نیز آزمایش بعمل می‌آید که اغلب علائم مشخص سل که همان فولیکول سلنی یا علائم مشابه آن باشد ، ملاحظه میگردد .

۳- آزمایش پوستی با محلول رقیق توبرکولین ،

به نسبت $\frac{1}{100}$ و $\frac{1}{1000}$ انجام میشود .

۴- آزمایش تعیین سرعت رسوب گلبولی

(سدیمانتاسیون) که اغلب بالاتر از معمول است و البته این آزمایش اهمیت سابق خود را از دست داده است .

۵- آزمایش رادیوئری : این وسیله یکی از طرق

ارزنده جهت تشخیص سل دستگاه تناسلی محسوب میشود و مقاله‌ای در این باره با همکاری آقای دکتر شهرزاد بهنگارش در آمد که در شماره چهارم و پنجم سال دوم مجله دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ایران چاپ شده است .

۶- لاپاراسکوپی : که بوسیله آن محوطه داخل

شکم و لگن را میتوان ملاحظه نمود . با این آزمایش گاهی اوقات گرانولاسیونهای سلنی بوجود دیده میشود . (در باره این مطلب مقاله‌ای در دست تهیه می‌باشد) .

درمان سل دستگاه تناسلی

منظور از درمان سل دستگاه تناسلی اجرای دوهدف

است اول ریشه‌کن کردن بیماری سل که اهمیت زیادی دارد دوم درمان نازائی . گرچه رسیدن به هدف اول کار آسانی نیست و اجرای هدف دوم نیز کار بسیار مشکلی است . درمان سل دستگاه تناسلی شامل سه قسمت است .

I - درمان طبی

II - درمان جراحی

III - درمان موضعی

I - درمان طبی : بیماران مبتلی به سل دستگاه

تناسلی را باید بمدت ۱ تا ۲ سال تحت درمان داروئی قرار داد (بعقیده بعضی از پزشکان ممکنست درمان را تا مدت سه سال ادامه داد) و در صورت عدم موفقیت باید به درمان جراحی متوسل شد .

درمان داروئی بطور اختصار بقرار زیر است :

۱- استرپتومایسین یک گرم روزانه بطور تزریقی

داخل عضلانی هفته‌ای ۲ الی ۳ روز . پاس (P.A.S.) ۱۲ گرم در روز بمقدار تقسیم شده هرروز .

۲- ایزونیازید ۵ میلی‌گرم (گاهی بیشتر) برای

انستیتویاستور) فقط دومورد نتیجه مثبت بوده است. البته همکارانی که با این بیماری سروکار دارند توجه مینمایند که پیدا کردن باسیل کخ مشکل است و من راجع باین مطلب با آقای دکتر هالبرخت (Halbrecht) که یکی از متخصصین بنام سل دستگاه تناسلی بشمار می‌آیند حضوراً مذاکره کردم ایشان هم همین عقیده را دارند و اظهار دانستند که در بعضی موارد بعد از هشت بار کشت خون قاعدگی اگر نتیجه منفی بود آنوقت مورد قبول است.

برای انتخاب این‌گونه بیماران (که مشخصات آنها در جدول شماره ۲ منعکس است) اکثراً مواردی بوده‌اند که مدت نازائی آنها از ۴ سال زیادتر بوده و یا آنهایی را که بععل مختلفه از لحاظ بیماری سل مشکوک بودند بجای بیوپسی آندومتر برای تعیین تخمک‌گذاری از کورتاژ تشخیصی استفاده میکردیم. و بعد از دریافت نتایج آزمایشگاهی برگه مخصوص بیماران مبتلی بسل دستگاه تناسلی را برای بیمار تنظیم کرده (نمونه آن در آخر مقاله بچاپ رسیده است) و بیمار را تحت درمان قرار میدادیم معمولاً از سه نوع داروی اصلی یعنی استرپتومایسین - ایزونیازید و پاس با روشی که قبلاً ذکر شد استفاده میکردیم در دو مورد نیز از Rifampicine استفاده شد.

متأسفانه بعلت عدم مراجعه اغلب بیماران نتیجه درمان بدرستی معلوم نشد بطور کلی نتایج بررسی بقرار زیر است:

- ۱- در حدود ۵۰ درصد از بیماران بطور مرتب برای مدت دو سال تحت مداوا بوده‌اند.
- ۲- با مطالعه ما ده درصد از بیماران نازا مبتلی به سل دستگاه تناسلی بودند.
- ۳- کلیه بیماران ما بجز يك مورد اکثراً هر دو لوله و بندرت يك لوله رحمشان مسدود یا نفوذ آن فوق‌العاده کم بوده است (علت اصلی نازائی بیماران).

راجع به طرز عمل باید توجه داشت که عمل جراحی یا از نوع اساسی (Radical) است که در واقع تمام اعضای تناسلی داخلی را که بسل مبتلی شده خارج مینمایند و یا از نوع Partial یا نسبی است که فقط آن قسمت از دستگاه تناسلی داخلی که مبتلی است (مثلاً لوله یا تخمدان و غیره) را خارج مینمائیم. حتی در بعضی موارد لازمست که تخمدان را ضمن عمل دونهیمه کرد و چنانچه نسج داخلی آن مبتلا باشد باید آنرا خارج نمود.

III - درمان موضعی: درمان موضعی عبارتست از باز کردن لوله باطریقه تزریق داخل لوله‌ای (Hydrotubation) و موادی که تزریق میشوند عبارتند از: استرپتومایسین ۱ گرم (یا هر داروی ضد سالی دیگر مثلاً ایزونیازید ۳۰۰ میلیگرم) توأم با محلول کرتن و سرم فیزیولوژی بمقدار ۲۰ سانتیمتر مکعب که با هم مخلوط نموده و با هستگی در داخل لوله تزریق مینمائیم (مشابه با عمل هیستروسالپینگوگرافی) آمار نشان داده‌است که در حدود ۳۰ درصد موارد با این طریقه لوله‌ها باز میشوند.

نتایج کارهای انجام شده در بیمارستان جهان‌شاه صالح

برای این بررسی ما در بین ۴۰۰ بیمار نازا که عده قلیلی از آنها جزء بیماران خصوصی اینجانب و سایر همکاران بودند، تعداد ۴۰ بیمار مبتلی به سل دستگاه تناسلی داشته‌ایم که از نظر آسیب‌شناسی و رادیولوژی هم تأیید شده‌اند.

با وجود اینکه از نسج آندومتر - ترشحات دهانه رحم و خون قاعدگی آزمایش باکتریولوژی و حتی کشت و تلقیح بخوکچه هندی هم بعمل آمد (با همکاری

جدول شماره ۲ - بررسی ۴۰ مورد بیمار مبتلی بسل دستگاه تناسلی

سن بیمار	علت مراجعه	سابقه بیماری سل	وضع رگل بیمار	سدیمان‌تناسیون	آسیب شناسی	رادیولوژی	آزمایش باکتریولوژی
۱۶-۶۰ ساله	نازائی اولیه ۶۲/۵٪	۲۰٪	الیگومنوره ۳۵٪	۶۰٪	۹۰/۵٪	۹۷/۵٪	۵٪
اغلب ۲۰-۴۰	نازائی ثانویه ۱۲/۵٪		مرتب ۳۲/۵٪	بالا تر از طبیعی	نتیجه مثبت	نتیجه مثبت	نتیجه مثبت
	خونریزی ۷۵٪		آمنوره ۱۷/۵٪				
	غده شکم ۵٪		موراژی				
	حاملگی خارج از رحم ۵٪		ومنومتر و رازی ۱۵٪				
	زیر دل درد ۵٪						
	هماتوری دوره‌ای ۲/۵٪						

فرم تهیه شده

« بررسی سل دستگاه تناسلی زن »

شماره پرونده	تاریخ مراجعه	اهل شهر
نام خانوادگی	نام	نام پدر
سن	نژاد	شغل
نشانی کامل :		
۱- علت مراجعه :		
۲- سوابق شخصی : تغذیه	سابقه بیماری سل	
قاعدگی : شروع	فواصل	
مدت خونریزی و مقدار آن	مدت و شدت درد	
رابطه درد با خونریزی	دردهای بین دو قاعدگی	
قاعدگی غیر طبیعی :		
تاریخ آخرین قاعدگی	قاعدگی ماقبل آخر	
پاسخ اند و متروبه هورمون		
ترشح : مقدار	بو	خارش
نوع و شکل ظاهری		
وضع تاهل	مجرد	شوهردار
تاریخ ازدواج		
تاریخچه زایمان :		
نازائی : اولیه	ثانویه	مدت نازائی
۳- سوابق فامیلی : سل		
امراض مهم دیگر :		
۴- آزمایشات بالینی : مشاهده عمومی		
وزن	کیلو گرم قد	سائتیمتر درجه حرارت
قلب	فشارخون	نبض ریه
سایر اندامها :		
۵- آزمایش لگن : دستگاه تناسلی خارجی		
مهبلی	دهانه رحم	
رحم	ضمائم رحم	
۶- امتحانات آزمایشگاهی - فرمول شمارش		
هماتوکریت	سدیماتاسیون ساعت اول	دوم
تست تو بر کولین	کشت خون قاعدگی	تلقیح
آسیب شناسی : شماره آزمایش		
شرح و تشخیص	واژینال اسمیر	عضو مورد آزمایش
رادیولوژی : هیستروسالپینگوگرافی		
ریه	شکم	
۷- تشخیص و درمان های انجام شده قبلی :		
۸- تشخیص :		
۹- درمان و دستورات لازم :		
مراجعات بعدی		
تاریخ	شکایت عمده بیمار	
آزمایش بالینی		
امتحانات آزمایشگاهی		
نتیجه معالجه و تشخیص عارضه جدید		
درمان و دستورات لازمه		

۴- سه مورد از بیماران ما مبتلی به سندرم Netter بودند یعنی تمام آندومتر آنها چسبندگی داشت (لازم است فرق بین سندرم Netter و Ascherman را بخاطر داشت) .

۵- تقریباً کلیه بیمارانیکه تحت مداوا بودند ناراحتی هایشان از نقطه نظر علائم بالینی برطرف شد .

۶- حاملگی بعد از مداوا دیده نشد فقط يك مورد حاملگی خارج از رحم بعد از دو سال درمان مشاهده گردید .

۷- در هیستروسالپینگوگرافی که بعد از درمان داروئی بعمل آمده بود لوله ها باز نشده بودند . فقط در چند مورد نفوذ لوله ها بهتر شده و کمی ماده حاجب وارد پریتوتون شده بود . از ۱۰ مورد که تحت درمان با Hydrotubation قرار داشتند سه نفرشان لوله هایشان باز شد .

۸- اغلب مراجعین ما از شمال و شمال غربی ایران بودند .

در خاتمه باید توجه داشت که در ایران بعلاصدم مراجع اغلب بیماران برای درمان که واقعا مدت آن طولانی است مداوای سل دستگاه تناسلی مشکل است و شاید صلاح باشد بعد از ۶ - ۱۲ ماه درمان طبی اگر نتیجه حاصل نشد به درمان جراحی متوسل شد .

خلاصه

بیماری سل دستگاه تناسلی از لحاظ شیوع در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و متناسب با سل سایر نقاط بدن بخصوص ریه در آن منطقه است . مثلاً در هندوستان شایع است و در آمریکا و آلمان بندرت دیده میشود . در کشور ما بیشتر مبتلایان از قسمت شمال و شمال غربی مراجعه میکنند . در حدود ۵-۱۰ درصد از بیماران نازائی مبتلی سل دستگاه تناسلی میباشد و شاید نازائی عات مراجعه اغلب آنهاست . این بیماری به نسبت زیادی لوله ها را مبتلی میسازد . از لحاظ تشخیص قطعی آزمایشگاهی کشت نسج و خون قاعدگی بسیار مهم است که البته آسیب شناسی و رادیولوژی کمک بزرگی به تشخیص این بیماری مینمایند .

ما در بررسی خود ۴۰+ بیمار نازا را در نظر گرفتیم که ۴۰ نفر آنها مبتلی سل دستگاه تناسلی بودند .

SUMMARY

The incidence of genital tuberculosis is not the same in different parts of world. It depends on the incidence of tuberculosis of other organs specially lungs in the area. In India the incidence is very high, but in U.S.A. and Germany it is very low. In our country the patients refer mostly from the north and north-west.

5% to 10% of sterile patients have genital tuberculosis. Sterility is usually the main com-

plaint of these patients when they search medical advice. This disease affects the tubes easily.

In laboratory diagnosis the culture of the endometrial tissue and menstrual blood is very important. Pathology and Radiology help a great deal to make the correct diagnosis.

In our review we followed 400 sterile patients of whom 40 had genital tuberculosis (10%).

REFERENCES

1. Auerbach, O. : Tuberculosis of the female genital organs. *Surg. gynec., Obstet.* 75: 712, 1942.
2. Bugna, L. : New points of view concerning diagnosis and treatment of female genital tuberculosis. *Ann Obstet Gynec* 78:589, 1956.
3. Halbrecht, I. : Detection of latent genital tuberculosis by culture of menstrual discharge. *Lancet* 2:447, 1947.
4. Halbrecht, L. : Sterility from healed genital tuberculosis. *Inter. J. Fertil & Steril*, 4:50, 1959.
5. Halbrecht, L. : Cortisone in the treatment of tubal occlusion caused by healed genital tuberculosis. *Fertil and Steril*, 13:371, 1962.
6. Hok T. T., Loen, L. K., Tjiat, N. T., et al : Isolation of tubercle bacilli from endocervical mucous in infertile women. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 99:397, 1967.
7. Malkani, P. K. : Epidemiology of genital tuberculosis in India. In latent Female genital tuberculosis, E. T. Rippmann, R. S. Wenner (Eds), Karger, Basel, 1966. p. 26.
8. Schaefer, G. : Treatment of female genital Tuberculosis. *Amer. J. Obstet. Gynec*, 69: 1333, 1955.
9. Schaefer, G. : Antimicrobial treatment of tuberculous salpingitis. *Amer. J. Obstet, Gynec*, 77:996, 1959.
10. Schaefer, G., Birnbaum, S. J. : Diagnosis of female genital tuberculosis. *Obstet and Gynec*, 7:180, 1956.
11. Sharman, A. : Endometrial, T. tuberculosis in sterility. *Fertile and Sterile*, 3:144, 1952.
12. Sutherland, A. : Tuberculosis of the endometrium. A report of 250 cases with results of treatment. *Obstet and Gynec*, 11:527, 1958.
13. Trachuk, V. N., Volovich, L. Y., Sklyarchik, A. K. : Combined tuberculous infection of the reproductive and urinary tracts in women *Akush i Ginek*, 2:40, 1967; abstracted *J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth.*, 74:635, 1967.