سپتی‌سمی باکتروئید
مطالعات انجام شده در ۲۵ بیمار عفونی و جراحی

ترجمه و گردآوری دکتر هوشنگ باستی*

مجله علمی نظام‌پزشکی
شماره ۳ ، صفحهٔ ۲۲۸ ، ۱۳۴۹

پیدایش عفونت باکتروئید در بشر هنوز هم یك موضوع پیچیدهٔ کلینیکی وتجربی است و بیماری زائی این دسته نسبتاً مبهم باقی مانده است.

دسته میکروبهای باکتروئید میکروبهائی است گرم منفی، بدون اسپر، باتونه‌ای، با دوانتهای مدور و گرد که بی‌هوازی اجباری می‌باشد و رنگ اسید را بخود نمیگیرد. این میکروبها بطور معمول دردهان وواژن حیوانات زندگی میکنند ودرمدفوع انسان ممکن است بیشتراز اشریشیاکولی یافت شود.

در سال ۱۸۹۷ برای اولین بار ، ۳ دانشمند کارهای خود را درباره این میکرب ناشناخته گزارش دادند و اعلام داشتندکه باکتروئید ، عامل سببی پاره‌ای از ضایعات چرکی انسان است وحتی توانستند این میکرب را ازضایعات التهابی حادآپاندیس وسایراعضاء بدست‌آورند ونیز وجودآنرا درضایعات چرکی‌لگن زنان مشخص نمودند.

محققین بعدی، نقش‌این میکروب را درایجاد اشکال چرکی بسیار متنوع ازقبیل: اتیت مزمن وعفونتهای حلق ولوزه، آبسه‌های ریه، آمفیزم وآندوکاردیت باکتریال تحت حاد باثبات رساندند . در سال ۱۹۵۸ مقالاتی در مورد پیدایش نمونه‌هائی از عفونت باکتروئید درکولیت‌اولسراتیومزمن، آپاندیسیت، دیورتیکولیت، کوله‌سیستیت، پریتونیت، آبسه‌کبدی ومعالجات جراحی‌کارسینوم کولون انتشاریافت وبعلاوه گزارشهایی‌درموردپیدایش‌پیلونفریت وآبسه‌های سطحی‌وعمقی‌لگن، آندومتریت، استئومیلیت، زخمهای عفونی، منتژیت وآبسه‌های مغز براثر باکتروئید، منتشرشد.

عفونت باکتروئید در حیوانات وحشی و اهلی نیز دیده می‌شود و ۱۰ ـ ۲۰ در صد حیواناتی که گوشت آنها بمصرف انسان میرسد دارای آبسه‌های‌کبدی بعلت میکروبهای‌باکتروئید هستند.

اگرچه در کتاب باکتریولوژی Bergey در حدود ۳۰ نوع باکتروئید نام برده شده‌است ولی فقط دونوع آن ازنظرکلینیکی دارای اهمیت زیاد است‌که عبارتند از :

Bacteroide ـ Funduliformis که درپاره‌ای موارد بصورت فیلامانهای‌طویل‌درمیآیدو Bacteroide ـ Fragilis که کوچکتر ومنظم‌تراز نوع‌قبلی‌است. هردونوع‌این‌میکروب معمولا درضایعات گانگرنی‌ونکروتیك‌کثیف‌وناپاك‌یافت‌میشود. باکتروئیدفراژیلیس دارای حدت (ویرولانس) کمتروکمیاب‌تر ازنوع فوندولیفرمیس میباشد. آمارمربوط بکشت‌خون‌مثبت‌براثر باکتروئید، مختلف بوده و از ۱٪ تا ۴۲٪ گزارش شده و بیش از ۳۳۰ نمونه از عفونت باکتروئید درنشریات طبی جهان منتشرشده است. تنها Alaba ـ Medical Center ۲۵ مورد این‌باکتری‌امی‌را درعرض ۶سال گزارش داده‌است.

منظور این مقاله شرح اشکال میکربی و انواع بالینی وچگونگی درمان این ۲۵مریض‌میباشدکه اهمیت بیماری‌زائی باکتروئید را نشان میدهد.

طریقه‌کشت:

دم کرده مخلوطی از قلب و مغز برای جدا کردن موجودات بی‌هوازی ، در تمام موارد ، بکار میرود و در ته ظرف این موجودات را کشت میدهند وتمام این‌کشتها حداقل مدت سه‌هفته نگهداری میشود . تولیدگازهمراه با بوی بد ونامطبوع مشخص وجود فوندولیفرمیس است.

همانطور که در جدولها مشاهده میشود ، کشت خون سه نفر از

* مرکز پزشکی پهلوی ـ دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

بیماران (۳ـ۴ـ۱۰) دارای باکتروئید فوندولیفرمیس، و خون ۳ نفردیگر(۵ـ۱۲ـ۲۳) دارای باکتروئید فراژیلیس بوده‌است درحالیکه ۱۹ بیمار دیگر درهیچ دسته قرارنگرفته‌اند. همچنین در ۳ مورد کشت خون ، میکروآئروفیلیك یا استرپتوکوك آنائروبیك کـه اشتراك عادی با باکتروئیدها دارنـد و توسط دیگران‌هم تائید شده نشان داده‌است.(در بیماران۷ـ۱۰ـ۱۷). زمان لازم برای مثبت شدن کشت بین ۲تا۱۸ روز است (متوسط ۶ـ۱/۲ روز) و درمواردیکه سپتی‌سمی از نظر کلینیکی واضح ولی کشت منفی باشد بـاید بفکر سپتی‌سمی باکتروئید افتاد و اگر بخواهیم که سپتی‌سمی باکتروئیـد را باثبات برسانیم بایدکشت خون را حداقل مدت سه هفته نگهداری نمود و هرگاه مشکوك بآلودگی باشیم باید از تیترصعودی آگلوتینین که از مجاورت سرم بیمـار با میکروب باکتروئید حاصل میشود استفاده کرد. نظر ما راجع به تیتر این آگلوتینین در مورد مریض (۱۶) صدق میکند که کشت خون او از نظر باکتروئید در سه مورد مثبت بود ولی سرم اوآگلوتینین مشخصی تـا روز هفتم بیماری علیه باکتروئید دربر نداشت.

اطلاعات کلینیکی

جدول‌های صفحات ۲۳۲ تا ۲۳۶ وضع بالینی این عده بیماران را نشان میدهد . اغلب آنان قبل از عارضه کاملا سالم وجوانانی بسن۱۹ـ۳۸ساله بوده‌اند. ۲۴درصد بیماران۴۰ـ۶۰سال و۱۲ درصدآنها بیش‌از۶۰سال سن‌داشته‌اند و۱۶درصدبیماران درسنین شیرخواری تا ۵ سالگی بوده‌اند.

تبهای Hectic ، لرزشدید، عرق بلاانقطاع، لوکوسیتوزتاحدود ۳۰۰ر۵۸ درهرمیلیمترمکعب همراه‌نتروفیلهای‌نارس وکم‌خونی مختصردراغلب موارد موجود وجزء علائم مشخصه مرض میباشد. علائم کلینیکی برحسب منشأ سپتی‌سمی تغییرمیکند. نقاط شروع سپتی‌سمی‌عبارتنداز: دستگاه گوارش(۳۲٪ = ۸ بیمار)حلق ودهان (۲۰٪ = ۵ بیمار) لگن زن (۲۰٪ = ۵ بیمار) زخمهای دراثر خوابیدن و زخمهای عفونی (۱۶٪ = ۴ بیمار) وریه (۱۲٪ = ۳ بیمار) .

درسال ۱۹۳۶ Lemierre شرح‌حال مریض شماره ۵ را که منشأ مرض قسمت حلق و دهان بوده است شرح داد ونیزمتوجه شدکه جوانان بیشتر مبتلا میشوند وشروع مرض ازلوزه و دمل مجاور لوزه است بدین نحوکه تب Hectic و سختی عضلات ۴ـ۵ روز بعد ازگلودرد شروع‌می‌شود وهمراه آن تورم غدد لنفاوی گردن و ضایعات مفصلی و متاستازهـای دوردست مخصوصاً دریه خیلی شایع است و نیز یرقان ولکوسیتوز وکم‌خونی وجود دارد. همه بیماران ۱ تا ۵ این علائم را داشته‌انـد . ضایعـهٔ حلقی بصور مختلف بروزکرده وهیچ‌گاه بشکلی نبوده‌است که مشخص‌عفونت باکتروئید باشد . هرچند هم اتیت میانی ازنظر کلینیکی بطور واضح وجود نداشته باشد ولی اغلب اوقات گوش وماستوئید یکی ازمراکزاین عفونت است ، بعلاوه ۵ مورد مننژیت گزارش شده است که درنتیجه اتیت میانی و ماستوئیدیت بوده‌اند.

در بررسی ۱۱ بیمار دیگر کـه مبتلا بگرفتاری دستگاه عصبی مرکـزی بوده‌اند ملاحظه کرده‌اند کـه در ۹ نفـر از آنها محل اولیه عفونت از ناحیه گوش بوده است . ترمبوزسینوس لاتـرال و آمبولیهـای سپتیك از عوارض شایـع این بیمـاران است و اگر چه ترمبوفلبیت درکانون اولیـه و درمحلیکه متاستاز بوجودآمده است یکی ازعلائم مشخص سپتی‌سمی باکتروئیداست ولی دراین بیماران فقط ۳ نفـر باین عارضه دچار بوده‌انـد . گرفتاری مفاصل‌که معمولا یکی ازعوارض سپتی‌سمی باکتروئید است بیشتر درمفاصل بزرگ جایگزین شده و این علامت کاملا مشخص بیماری باکتروئید است. گرفتاری قوزك و آرنج راست بدون ضایعه استخوانی واضح در بیمار شماره ۴ پید اشده بود . در مریض شماره ۵ که بوسیلـه الکتروفورز وجود هموگلوبین S.C (Sicle Cell Anemia) در او بـاثبـات رسیده بـود استئومیلیت استخوان بازوی چپ نیزوجود داشت. دستگاه تنفسی در سه مـریض منشأ شروع سپتی سمی باکتروئید بوده است درحالیکه تعیین اینکه‌آیا عفونت ازراه قسمت‌های فوقانی‌دستگاه تنفس مستقیماً به ریه راه یافته ویا آمبولی باکتروئید از نقطـه دیگری به ریه مهاجرت‌کرده مشکل‌است. درهرحال چون علائم اولیه در ریه متمرکز بوده است ، این بیماران جزء مواردی که عفونت اولیه درریه‌بوده، بحساب‌آمده‌اند.

بیمارشماره ۶ نمونه‌ایست از مواردی‌که عفونت باکتروئید بریك عفونت قبلی اضافه شده است ، چون این مریض تا ۶ روز قبل از اینکه‌بیماری‌کنونی‌او بروزنماید باتشخیص پنومونی، باپنی‌سیلین واسترپتومایسین‌تحت معالجه قرارداشت.

بیمارشماره ۷ مبتلا بیك سپتی‌سمی‌استرپتوکوکال همراه باعفونت باکتروئید بوده است و رادیوگرافی ریه مریض آثارپنومونی و برونکوپنومونی واضح بادانه‌های پراکنده درهردو ریه را نشان می‌داد.

مریض شماره ۸ که مبتلا به لنفوسارکوم درمرحله لوسمی‌لنفوئید بود همراه با آن دچار هیدروتوراکس عودکننده گشت و مایعی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

کـه از پلـور مریض کشیده شد بسیار بد بـو بود ، و بعلاوه هم در خون مریض و هم دراین مایع ، باکتروئیـد رشد نمود وضمناً دربالای آمپیم پلور، گاز نیزمشاهده گردید. این علامت رادیوگرافی ، یعنی تجمع گاز و مایع با هم درحفره سینه بیمار الزاماً در اثر پنوموتراکس و یا معلول فیستول برونکوپلورال نیست بلکه ممکنست دراثر آمپیم باکتروئید و تجمع گاز بمقدار زیاد براثر این میکروب نیز باشد . همراه بودن گاز در بالای یك آمپیم پلورال وبوی بد چرك حتما باید فکر را متوجه عفونت باکتروئید یا استرپتوکك آنائروبیك و یا هردو بنماید. گرچه کلستریدیاها نیز ممکنست مقدارزیادی گازایجادکندولی تعفن آنها باین‌شدت نیست بعلاوه سپتی‌سمی آن‌فوق‌العاده مهاجم‌تروکشنده‌تر است وآنمی‌همولیتیك نیز اغلب اوقات همراه‌آن مشاهده میشود. در بیمـاران ۹ و ۱۰ و۱۱ همانطوریکه مشاهده میگردد عارضه آپاندیسیت بصورت آبسه، پیله‌فلبیت وپریتونیت میباشد .

درمورد مریض شماره ۱۰ که بیلیروبین او ۲۶ میلیگرم در صد سی‌سی بود، ابتدا تشخیص هپاتیت ویرال داده شد و بالا بودن S.G.O.T. (در حدود ۱۰۰۰ واحد) عاملی بود کـه بنفع تشخیص‌اولیه‌اقامه‌شدولی کشت خون مثبت باباسیل‌فوندولیفرمیس تشخیص را معین نمود . جالب توجه است که در حدود ۴۰٪ از۲۵ بیماردوردبحث، دچاریرقان بوده‌اند.

ازاین‌عده بیمار،در۵ نفرآنان سپتی‌سمی با منشأ روده‌ای مشاهده شده‌است.مریض‌شماره۱۳علائم یك‌عفونت شدید همراه بادردبالای ناف واستفراغ داشت.یبوست فوق‌العاده شدید ۹ روزه همراه‌تب هکتیك ولرز ویرقان دو روزه و متعـاقب آن پریتونیت منتشر وشوك وبالاخره مرگ پدیدآمد.کلیشه رادیوگرافی‌شکم، وجود گاز در داخل یك آبسه زیر دیافراگم را نشان میداد که مؤید میکروب‌آنائروبیك بعنوان عامل‌اصلی‌بود.پس‌ازباز کردن شکم، اسیت وآبسه بزرگ زیر دیافراگم و همچنین آبسه‌هـای متعدد کبدی‌که حاوی باکتروئید زیادی بود خالی شد .

سیر بیماری مریض شمارهٔ ۱۴ عبارت بود از کرامپهـای متعدد ومتناوب ، درد شکم همراه باتب وعرق ولرز بمدت ۱۶ مـاه . این علائم معمولا بایك درمان‌کوتـاه آنتی بیوتیکی آرام میشد وبهبود میبافت. باکتروئید فراژیلیس‌نزد ۵ مریض درکشت دیده شد درحالیکه این بیماران بنظرمیرسید بطورحاد مریض‌نیستند. همانطوریکه قبلا هم تذکر داده شد و در این نوع بیماران نیز باثبات رسیده‌است، باکتروئید فراژیلیس ویرولانس کمتری‌نسبت به‌فوندولیفرمیس دارد و ثابت شده است‌که باکتروئید فراژیلیس درعین حال‌که سپتی سمی شدید ایجاد میکند علائم کلینیکی آن خیلی خفیف میبـاشد (جدائی کلینیکی و پاراکلینیکی) ـ درهرصورت تاریخچه تبهـای عود کننده بمدت ۱۶ ماه دراین مریض گیج‌کننده بوده ولزوم دقت بیشتری را ایجاب می‌کرد . باید دانست‌که نظیر این چنین پدیده درسپتی‌سمی‌فوزوباکتریوم نیز،که ارتباط نزدیکی با باکتروئید دارد،دیده شده است .

بیمار شمـاره ۱۶ بـراثر ابتلای به کارسینوم‌کولون مورد عمل رزکسیون قرارگرفته و سپس بسبب سرایت چرك از محل بخیه عمل، دچار سپتی سمی شده است. این مریض علائم عادی لرز ، یرقان،شوك‌وآنمی‌را داشت وباوجودبیرون‌آوردن روده واستفاده ازآنتی بیوتیك وکلیه مصنوعی فوت‌کرد. علاوه براین،پنج‌مورد بیمار مبتلا بسپتی‌سمی بـاکتروئید فوندولی فرمیس شرح داده شده کـه براثر عمل جراحی روی روده بـزرگ مبتلا شده‌اند وبنظر میرسدکه سپتی‌سمی، همراه باعمل ویا دراثر عمل بوجود آمده‌است. در اتوپسی‌که ازپنج مریض فوق انجام‌شده، آبسه‌های متعددی در ریه وکبد بیماران پیداکرده‌اند وحتی پیله‌فلبیت در ۳ تن ازآنها وجود داشته است .

در سال ۱۹۵۶ از ۱۱۱ نمونـه ضایعـات چرکی شکم کـه مورد امتحان قـرار گرفته ، این نتیجه بدست آمده است : در ۱۱ مورد از ۱۳ مورد ابتـلای به آپـاندیسیت حـاد باکتروئید پیدا شده است ودر۱۶ مورد از ۳۴کشت که از مایع پریتونیت و آبسه‌های ثانوی در اثر عوارضی غیر از آپاندیسیت بوده‌است نیز باکتروئید دیده شده‌است وبعلاوه در۳۱مورد از۴۶ بیماریکه زخم‌های فیستولی شکم داشته‌اند نیز باکتروئید پیدا شده‌است. بنابراین‌آمارمذکوربطوروضوح نشان میدهدکه عفونت باکتروئید درحفره شکم، هم شایع است وهم خیلی‌مهم .

چهار بیمار (۲۲ـ۲۳ـ۲۴ـ ۲۵)، مبتلا بسپتی‌سمی باکتروئید از منشأ زخمهای عفونت یافته بوده‌اند . بیمار شمارهٔ ۲۲ مبتلا به فیستول کلیوی ـ لـگنچه‌ای ـ پوستی ، ثانوی بعلت یك زخم دراثر گلوله بوده‌است.وباکتروئید،هم درکشت خون وهم‌درکشت چرك این مریض دیده شد.دربیمارشماره ۲۳سپتی‌سمی‌متعاقب یك میخ گذاری درمفصل هانش‌که رعایت ضد عفونی نشده بود پیش آمده است. مریض شماره ۲۴ دراثرابتلاء به‌آرتریت روماتوئید سخت وخوابیدن متوالی دربستر وپیدایش زخم دچار سپتی سمی شده است ودربیمار شماره ۲۵ که دچار ترمبوز مغزی بوده است سپتی سمی باکتروئید پدیدآمده است .

درمان

درجدول‌های مربوطه انـواع درمان‌ها به‌تفصیل شرح داده شده است . رویهمرفته محل شروع عفونت باکتروئید ، شدت مرض وکسالتهائیکه همراه‌این‌عارضه پیدامیشود وهمچنین مراقبت‌های

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

لازم از بیماران که در مراحل مختلف کاملا متفاوت میباشد، از عواملی است که باید نسبت به آنها اظهار نظر کرد . نکته قابل توجه این است که در دو بیماریکه زخم براثر خوابیدن داشته‌اند نتیجه درمان باپلی میگزین B وپماد نئومایسین که داروهائی هستند که گفته میشود باکتروئید نسبت به‌آنها مقاومت دارد، رضایت بخش بوده‌است ونیز بیماریکه سپتی‌سمی باکتروئید درتعقیب رزکسیون سیگموئید داشته است قبل از عمل روده‌اش‌را توسط نئومایسین استریل کرده‌اند وعلاوه بر آن کشت‌خون بیمار ۲۲ از نظر باکتروئید مثبت بوده اگرچه به بیمار کانامایسین داده میشود . باید تأکید کرد که باکتروئید در روده حتی از باسیل‌های کولی‌فرم هم زیادتر است وضدعفونی کردن روده توسط نئومایسین وکانامایسین بطور منفرد فقط تعداد آنها را زیاد خواهد کرد . از مطالعات انجام شده این‌نتیجه بدست آمده که انواع باکتروئید همیشه نسبت به استرپتومایسین و نیز در اغلب موارد نسبت به‌پنی‌سیلین مقاوم است درصورتیکه این دو دارو، از جمله داروهائی هستند که اغلب قبل ازعمل مصرف می‌شوند و بطور مثال دو بیمار در این سری (۶ و۱۲) که به‌سپتی سمی باکتروئید مبتلا شده‌اند ، ابتلاء آنها مدت زمان کوتاهی پس از اتمام درمان توأم با پنی‌سیلین و استرپتومایسین بوده است و نیز ۴ بیمار دیگری هم که توأما ازاین دو دارو استفاده میکردند کشت خون مثبت داشتند و ۳ بیمار دیگر هم‌که بمقدار معمول پنی‌سیلین مصرف کردند کشت خون آنان مثبت بود .

رویهمرفته از ۱۰ بیماریکه کشت خون مثبت داشته‌اند و تحت معالجه با نیتروفورانتین بوده‌اند ۹ نفرشان نسبت به این دارو حساسیت نشان داده‌اند وفقط یك نفرآنهاکه بطور مداوم و از ۷ روزقبل ازبروز اولین علامت این‌عفونت تحت مداوای با داروی مذکوربود بازهم کشت خون مثبت داشت وبالاخره مرد . از ۱۶ کشت که درمقابل‌تتراسیکلین وکلرامفنیکل آزمایش‌حساسیت‌انجام شدتمامی‌آنها نسبت به‌تتراسیکلین‌حساسیت داشتند درحالیکه فقط ۱۳ نفرازآنها نسبت به‌کلرامفنیکل حساس بودند . بیمار شماره ۸که مبتلا به‌لنفوسارکوم بود در عین حال که روزانه دو گرم تتراسیکلین میخورد وهمراه باآن استروئیدهم مصرف میکرد در تمام‌مدت بیماری کشت‌خونش مثبت بود، بالاخره این بیمار تنها نسبت به‌سولفادیازین حساسیت‌نشان داد وشاید حساسیت کم‌مریض نسبت به‌تتراسیکلین مربوط به‌افزودن داروهای ضد اسیدی بوده باشدکه همراه بااستروئید به‌بیمارداده میشد .

بطور تجربی با تزریق داخل وریدی سوسپانسیون باکتروئید فوندولی‌فرمیس‌درخرگوش‌موفق به‌ایجادسپتی‌سمی‌شده‌اند ودرمان این‌خرگوشها باتزریق‌زیرجلدی سولفانیلامید باعث معالجه۷۵٪ آنهاگردید درحالیکه آنهائیکه درمان نشده بودند بدون استثنا مردند . نتیجه مطالعات راجع به‌درمان ومرگ ومیر در۱۵۰ بیماری‌که مبتلا به‌سپتی‌سمی‌باکتروئید بودند چنین ذکرشده‌است: بدون مصرف سولفانیلامید مرگ ومیر۸۱ درصد بوده‌است ، در- حالیکه درمان تنها باسولفانیلامید نتیجه را به ۶۴ درصدرسانده است ودرمان بامجموعه‌ای ازپنی‌سیلین واسترپتومایسین وسولفا- نیلامید فقط ۵۰درصد تلفات‌داشته‌است ونتیجه درمانی که‌امروزه باچندین‌آنتی‌بیوتیك‌انجام میشود فقط ۳۳درصد مرگ‌ومیر است.

نتیجه و خلاصه

بطورکلی از مطالعات باکتریولوژیك وکلینیك ودرمان این ۲۵ بیمار نتایج زیرحاصل میشود :

سپتی سمی‌باکتروئید معمولا در افراد جوان شایعتر است ولی‌در سنین خیلی پائین و بالا نیز دیده میشود . محل ورود میکرب خیلی گوناگون ومختلف است چنانکه دراین ۲۵ مریض از راه جهاز هاضمه ، حلق و مری ، لگن خانمها ، زخمهای براثر استراحت وبستری شدن وبالاخره ریه مشاهده گردید . افزودن سولفادیازین‌بیکی ازتتراسیکلین‌ها درعفونت وسپتی‌سمی باکتروئید دارای اثر فوق‌العاده است.

بطورکلی در موارد زیر همیشه باید بفکر این سپتی‌سمی بود :

۱ـ وجودباسیلهای گرم منفی‌باتونه‌ای باانتهای مدوردرچرکهای بدبوکه درمحیط کشت هوازی رشد نمیکنند .

۲ـ معمولا در سپتی سمی گرم منفی توأم با یرقان و در پاره‌ای موارد توأم باشوك که‌کشت مثبتی درفاصله۴۸ساعت نشان ندهد.

۳ـ درموارد ترومبوفلبیت وآمبولیهای سپتیك ریه .

۴ـ درکلیه‌آبسه‌های گازدار .

۵ـ هرنوع زخم آبسه‌ای یاپریتونیت که مبدأ آن روده‌ای یا واژینال باشد .

۶ـ درموارد بروزیك‌تب نامشخص‌وغیرمنتظره پس‌ازعمل‌جراحی دربیماریکه برای‌عمل‌جراحی کولون قبلا روده اورا با نئومایسین، کانامایسین، استرپتومایسین،وپنی‌سیلین آماده کرده وسپس او را عمل نموده‌اند .

REFERENCES

1_ J.A.M.A. Vol 210, No 11 December 1969.
2_ The Lancet No 7635 December 1969.
3_ The New England Journal of Medicine Vol. 282 No 9 February 1970.
4_ British Medical Journal No 5685 December 1969.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

شماره	سن	جنس	علائم بالینی	منشأ سپتی سمی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۲۱	۴۷	زن	بازکردن شکم برای آبسه‌های لوله‌های تخمدانی در ۲۸ روز قبل ـ منتقل شده به بیمارستان دانشگاهی بعلت لرزهای انترمیتانت ـ تب ـ تنگ نفس و سیانوز که فکر آمبولیهای متعدد ریوی میشد ـ تب هکتیک تا ۴۱° ـ مایع خونین در سینه راست ـ لیگاتور ورید اجوف تحتانی و ورید تخمدانی راست در روز پنجم و بهبود تدریجی.	آبسه‌های لوله تخمدانی	آمبولیهای سپتیک ریه ـ ترمبوفلبیت ناحیهٔ پلویس	گلبول سفید ۲۹/۰۰۰ P.M.N ٪۷۵ هماتوکریت ۴۳٪ ۲۰ـ۳۰ گلبول قرمز در ادرار	Penicillin Chloramphenicol Tetracyclin Erythromycin
۲۲	۳۸	مرد	شوک ۵ ساعت پس از زخم یك طپانچه برروی شکم که گلوله از قطب تحتانی کلیه چپ عبور کرده و از کبد و معده و روده گذشته بود ـ رزکسیونهای متعدد ـ آناستوموزهای متعدد و کولوستمی انجام شد ـ تب بدرجه کم و درناژ چرکی پهلوی چپ پس از عمل ـ وجود فیستول جلدی ـ کالیسی بوسیله پیلوگرام رتروگراد ـ درن در روز ۱۸ از جا بیرون آمد ـ حرارت ۳۹/۵° در روز نوزدهم ـ به آنتی بیوتیکها حساس .	فیستول جلدی ـ کالیسی	فیستول کالیسی ـ جلدی پیلونفریت	گلبول سفید ۴۴/۷۵۰ هماتوکریت ۳۲٪ ـ کشت ادرار با باکتروئید مثبت	Penicillin Streptomycin Kanamycin Sulfisoxasole
۲۳	۶۶	مرد	شکستگی سر استخوان ران در تعقیب حادثه عروقی مغز ـ میخ گذاری در روز دوازدهم شکستگی ـ پیدایش آبسه‌های زخمی ـ تب ۳۹/۵° ـ مرگ در روز هفتاد وچهارم پس از عمل.	زخم آبسه	حادثه عروقی مغزی ـ آبسه‌های زخمی	گلبول سفید هماتوکریت (نوشته نشده) FRAGILIS	Penicillin Nitrofurantoin
۲۴	۵۲	زن	آرتریت شدید ۲۰ ساله توأم با لاغری فوق‌العاده ـ زخم براثر استراحت در بستر ـ درمان شده با پماد پلی‌میگزین B	زخم براثر خوابیدن	زخم براثر استراحت در بستر	گلبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. ٪۷۴	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Polymyxin B پماد
۲۵	۸۷	مرد	پیدایش ناتوانی بعلت یك ضربه روحی شدید در دو ماه قبل ـ زخم بستر در یك ماه قبل ـ حرارت ۳۹ ـ فشار خون $\frac{۸}{۴}$ رالهای مرطوب در قاعده‌ی ریه راست ـ زخم بر اثر بستری بودن طولانی و درمان آن ـ آمبولیهای متعدد و توبرکولوز قلبی نیز مشاهده شد.	زخم براثر خوابیدن	زخم در بستر آمبولیهای ریوی شوك توبرکولوز	گلبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N. ٪۷۳ هموگلوبین ۷ گرم در صد cc	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Tetracyclin Neomycin پماد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

شماره	سن	جنس	منشأ سپتی‌سمی	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۶	۲ سال	مرد	ریه	ابتلاء به‌پنومونی برای چهارمین بار ـ کندانساسیون‌ریه‌چپ که باتجویز پنیسیلین واستر پتومایسین درمان شده ـ حرارت ۴۰° ـ استریدور ـ صدای‌خشن ـ بهبودی سریع ریه چپ ـ سرخك درنهمین روز.	پنومونی ریه‌چپ ـ سرخك	گلبول سفید ۱۲٫۴۰۰ P.M.N ٪۸۲ هماتوکریت ۳۴٪ رادیو ـ گرافی، پنومونی‌لوبرچپ.	Penicillin Benzatin-Penicillin Chloramphenicol Erythromycin
۷	۴۰	مرد	ریه	اسهال ، کم آبی بدن ، لاغری ، ـ در تاریخچه بیمار: سابقه الکلیسم ـ آسم، ورم لوزه، پنومونی، تشنج، گـال، اغماء ـ فشارخون ۶/۰ حرارت ۳۹٫۳ ـ یرقان ـ زخم‌های دهان، تنفس‌متعفن همراه‌رال ـ بزرگی کبد، Clubbing ـ تب ۱۷ روزه ـ ترومبوفلبیت ساق پای چپ در روزپنجم	پنومونی ـ ترومبوفلبیت یرقان ـ شوك اغماء	گلبول سفید ۹٫۲۰۰ P M N ٪۸۱ هموگلوبین ۹ گرم‌درصدcc بیلیروبین ۴ میلیگرم‌درصد اوره ۷۰ سانتیگرم درلیتر فسفاتاز آلکالن ۷٫۲ واحد Shinovara - Jones - Reinhardt در R.X نودول لوب میانی ریه راست، انفیلتراسیون لب تحتانی راست و اپانشمان. MICRO -AEROPHILLIC - STREPTO - COCUS	Penicillin Stereptomycin Chloramphenicol Sulfasoxasole Steroides
۸	۴۵	مرد	ریه	لنفوسارکم ۳ ساله ، در مرحله لوسمی لنفوسیتی ۶ ماه ـ درمان باتزریق‌داخل پلوری Chlorambucil و گازموتارد بمـدت ۸ ماه ـ اپانشمان‌هـای جنبی برگشت کننده ـ با تجویز استروئید وسیکلوفسفامید ـ بدون‌تب ـ دارای‌تنگ نفس ـ هیدروتوراکس‌چپ ـ آمفیزم ـ بزرگی طحال واسیت مختصر .	لنفوسارکم ـ آمفیزم	گلبول سفید ۱۷۰٫۰۰۰ ۹۵ عدد مونونوکلئر بـا اشکال بلاست هماتوکریت ۳۸٪ ـ مایع مثبت ازنظر باکتروئید در روزهشتم	Tetracyclin Sulfadiazin Steroid
۹	۲۴	مرد	آپاندیس	درد F.I.D. ـ بی اشتهـائی ، تهوع ، استفراغ، تب سه روزه، حرارت ۳۹° ـ شکم حاد جراحی ـ پس ازعمل تب ۴۰° وکول دوساك حساس و پر ـ آبسه‌های زخم در روز ۵ تخلیه شد.	آپاندیسیت آبسه زخمی	گلبول سفید ۱۵٫۷۰۰ P.M.N. ٪۸۳ هماتوکریت ۴۰ درصد ـ بیلیروبین ۶ میلیگرم‌درصد	Penicillin Streptomycin Chloramphenicol Tetracyclin Sulfadiazin
۱۰	۲۷	مرد	آپاندیس	درد قسمت فـوقـانی راست شکم و درد اپیگاستر ـ تهوع، استفراغ، لرزبمدت ۲ هفته، دردشدید شکم، یبوست، سکسکه، ادرارتیره ـ یرقان‌درروزچهارم ـ حرارت ۴۰٫۵° ـ حساسیت شکم بدون بزرگی کبد و طحال ـ لرز وتنگ نفس با یك روز درمان بهبود یافت ـ دوماه بعد در بازکردن شکم که بعلت مظنون بودن به سنگ کیسه صفرا بعمل آمد، آپاندیسیت کهنه‌ومزمن وجوشگاههای پیله‌فلبیتیك مشاهده شد .	آپاندیسیت پیله فلبیت یرقان	گلبول سفید ۲۴/۳۳۰ P.M.N ٪۲۸ هماتوکریت ۲۴درصد ـ بیلیروبین ۲۶ میلیگـرم S.G.O.T. بمقدار ۱۰۰۰ واحد FUNDOLIFORMIS MICRO AEROPHILLIC STREPTO - COCUS	Penicillin Streptomycin Tetracyclin

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

شماره	سن	جنس	منشأ سپتی سمی	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۱۱	۴ ۱/۲ سال	زن	آپاندیس	درد ناحیه ناف ، تمرکز در F.I.D. ـ بی‌اشتهـائی، استفراغ ، تب، حرارت ۴۰/۵° ـ شکم جراحی حاد ـ در لاپاراتومی(روزاول) آپاندیس‌سوراخ‌شده وپریتونیت ـ تبهای‌انترمیتانت تا ۳۹°، ثانویه نسبت به آبسه‌های زخمی پسودو موناس (ادامه۲۵ روز)	آپاندیسیت پریتونیت یرقان	گلبول سفید۱۱/۲۰۰ P.M.N.%۲۱ بیلیروبین۱/۲ میلی‌گرم درصد	Penicillin Streptomycin Tetracyclin Chloramphe ـ nicol
۱۲	۳۸	مرد	زخم	در روز۱۰ بستری شدن بیمارستان کله‌ـ سیستکتومی‌شد وکولوستومی بازبخارج ثانـویه نسبت بـه دیورتیکولیت زاویه اسپلنیك و آبسه‌های ۴ ماه قبل ـ با استرپتومایسین وپنیسیلین‌تب پائین آمد ـ آبسه‌های زخمی در روز ۵ تخلیه شد ـ فیستول روده‌ای در روز ۱۱ پس از عمل.	دیورتیکولیت کولوستومی آبسه‌های‌زخمی فیستول روده‌ای	گلبول سفید۱۷/۳۰۰ P.M N.%۴۷ هماتوکریت۳۹% آبسه ـ های زخمی حاوی باکتروئید. FRAGILIS	Penicillin Streptomycin Neomycin
۱۳	۴۲	مرد	جهاز هاضمه	درد بالای ناف ـ استفراغ ـ یبوست ۹ روزه ـ یرقان گذران ـ تب بالا، لرز بمـدت دو روز ـ پریتونیت منتشر و شوك ـ در لاپاراتومی ۸روز بعد، آبسه بزرگ سوب فرنیك و آبسه‌هـای کبدی تخلیه شد ـ فوت دریکساعت بعد.	آبسه‌های کبدی آبسه‌هـای سوب‌ـ فرنیك‌پریتونیت شوك ـ یرقان	گلبول سفید۵۸/۳۰۰ P.M N.%۹۰ هماتوکریت۳۳ـ۴۰درصد S.G.O.T ۲۰۰واحد.مایع اسیت و آبسه ها مثبت ازنظرباکتروئید درR.X هوا درزیردیافراگم	Penicillin Streptomycin Chloramphe-nicol Steroid
۱۴	۴۲	مرد	جهاز هاضمه	دردهای کرامپی‌انترمیتانت بالای‌پوبیس با تب، لـرز، عرق‌بمدت ۱۶ ماه، مدت ۲ـ۳ مـاه در این فاصله با یك تزریق بهبود یافته ـ در تاریخچه ۱۷ روز تب مقاوم ـ لرز، عرق، دردشکمی، نقصان وزن ، چهره زرد، ـ بهبودی واضح با آنتی‌بیوتیك.	یرقان	گلبول سفید۹/۷۵۰ P.M.N.%۸۵ هماتوکریت۴۸ـ۳۶درصد رادیوگرافی کیسه صفرا، پیلوگرافی، رادیوگرافی روده بـا تنقیه بـاریوم. رادیوگرافی قسمت‌فوقانی روده ومعده همه‌طبیعی FRAGILIS	Tetracyclin Sulfadiazin
۱۵	۱ ۱/۲ روز	زن	ـ تغذیه	زایمان طبیعی، پرستاری‌خوب، بدون‌تب ولی بایرقان‌ـ مدفوع آبکی سبزدرروز دوم ـ بیلی‌روبین (غیرمستقیم) ۱۹ میلی گـرم در cc۱۰۰ در روز سوم ولی بتدریج نقصان بیلی‌روبین با درمان.	آنمی‌همولیتیك یرقان آنتریت	گلبول سفید۹/۷۰۰ P.M.N.%۴۹ هماتوکریت۵۵ـ۴۹درصد کومبزمنفی - بیلی روبین ۱۹میلی گرم در۱۰۰ ـ کشت مدفوع طبیعی	Penicillin Streptomycin Chloramphe-nicol

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

شماره	سن	جنس	منشأ سپتی سمی	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم ازمایشگاهی	درمان
۱۶	۶۳	زن	نشت از زخیم کولون سیگموئید	آماده کردن روده مریض با نئومایسین بمدت ۵ روز ـ سپس برداشتن پلیپ کارسینوماتوز سیگموئید توأم با آناستوموز انتها به انتها ـ نتیجه حاصل : هیپوتانسیون، آنوری، تشنج و اغماء ـ حرارت ۴۰/۳° و فشار خون $\frac{۷}{۰}$ یرقان ـ فروتمان پریکاردیال شکم نرم و بدون فشار ـ درمان اورمی حاد و دیالیز بمدت ۷ روز ـ بازکردن مجدد شکم در روز ۸ ـ گانگرن کولون عرضی و پائین رو ـ تب ادامه یافت ـ حالت نیمه اغمائی و یرقان و آنوری ـ برای اتوپسی موافقت نشد.	پریتونیت آنوری شوک یرقان	گلبول سفید ۲۰/۷۰۰ P.M.N. ٪۸۲ هماتوکریت ۲۵ درصد ـ بیلیروبین ۴/۸ میلیگرم درصد	Penicillin Streptomycine Chloramphe-nicol
۱۷	۲۶	زن	سقط	خونریزی زیاد واژینال ـ کرامپهای شکمی ـ لرز، تب دوروزه ـ پیوسالپنکس که دریك ماه پیش درمان شده ـ دیلاتاسیون کول بوسیله جفت ـ بعداز تکمیل سقط حرارت به ۴۰ رسید ولی با آنتی-بیوتیك تخفیف یافت.	سقط	گلبول سفید ۱۹/۹۵۰ P.M.N. ٪۸۶ هماتوکریت ٪۲۴ ـ کشت کول رحم E. Coli MICRO-AEROPHILLIC - STREPTO-COCUS	Penicillin Streptomycin Tetracyclin
۱۸	۲۹	زن	سقط	حاملگی ۳ ماهه ـ خونریزی واژینال بمدت ۱۲ روز ـ خروج جسم جنین در ۴ روز قبل ـ لرز و تب بمدت ۱۲ ساعت ـ حرارت ۴۰ ـ شکم بدون دفاع ـ دهانه رحم یك سانتیمتر باز ـ نتیجه آن شوك و آمبولوس سپتیك ریه ـ سقط بوسیله دیلاتاسیون و کورتاژ تکمیل شد.	آمبولوس سپتیك ریه شوك	گلبول سفید ۱۳/۷۰۰ هماتوکریت ٪۳۳	Chloramphe-nicol Streptomycin Erythromycin Steroid
۱۹	۲۰	زن	سقط	سقط جنین سه ماهه در ۱۱ روز قبل با خونریزی واژینال ـ درد شکمی ـ استفراغ، لرز و تب بمدت ۳ روز ـ حرارت ۳۹ ـ پریتونیت منتشر ـ باقی بودن تب در تعقیب کولپوتومی پس از ۶ روز ـ بالاپاراتومی آبسه‌های پلویك تخلیه شد (روز ۱۳).	پریتونیت آبسه‌های لگن	گلبول سفید ۲۴/۳۵۰ P.M.N. ٪۲۸ هماتوکریت ٪۳۳ در کشت مایع کول دوساك رحم و صفاق باسیل با کتروئید Beta Streptococci رشد کرده است.	Penicillin Streptomycin Chloramphe-nicol Tetracyclin Erythromycin
۲۰	۴۶	زن	آندومتریت	کرامپهای زیرشکمی ـ استفراغ و لرز بمدت ۶ روز ـ ترمبوز مغزی، با فلج نیمه راست در ۳ ماه قبل ـ حرارت ۴۰/۵ ـ فشار خون $\frac{۸}{۶}$ ـ رحم بزرگ ـ ضمائم ولوله چپ پر ـ در ظرف ۸ ساعت تب بیمار قطع گردید.	ضایعه قلبی عروقی شوك	گلبول سفید ۶/۴۰۰ P.M.N ٪۷۷ هماتوکریت ٪۳۱	Penicillin Triple Sulfun-amid Oxytetracyclin

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]

شماره	سن	جنس	منشأ عفونی	علائم بالینی	تظاهرات بیماری	علائم آزمایشگاهی	درمان
۱	۱۹ سال	زن	حلق	گلودرد شدید، سردرد، خستگی، تهوع، تب‌ولرزدوروزه، حرارت°۳۸، اگزودای خاکستری رنگ در روی لوزه‌ها.	فارنژیت استرپتوکوکسی	گلبول سفید ۶/۲۰۰ ـ P.M.N%۶۲ هماتوکریت ۳۷٪	Benzatin-Penicillin
۲	۱ ۱/۲	زن	حلق	سرماخوردگی یک‌هفته‌ای ـ۳بار تشنج عمومی‌دوساعته ـ حرارت°۴۰، حلق‌دچار ضایعه ـ ریه سالم ـ بزرگی کبد	منتژیت ـ نارسائی قلب	گلبول سفید ۳۶/۸۰۰ P.M.N %۴۰ هموگلوبین۸ گرم۱۰۰cc ـ مایع نخاع ۱۱۰۰ گلبول‌سفید در۱۰۰۰ cc قند ۳۸ میلیگرم درصد ـ کشت منفی در۵ روز	Penicillin Chloramphenicol Sulfadiazin
۳	۲۳	مرد	حلق	گلودرد شدید، لرز، تب، بی‌اشتهائی، کم شدن وزن بمقدار ۱۰ کیلو در دو هفته ـ تب°۵/۳۹ـ فشارخون۹/۲ تنفس ۳/۶ متعفن ـ حساسیت قسمت فوقانی راست شکم ـ فارنژیت، ترومبوفلبیت ورید رانی راست ـ تب و لرز بمدت یکهفته ادامه یافته و سپس بهبود یافت.	ترمبوفلبیت ـشوک ـ یرقان	گلبول سفید ۳۰/۰۰۰ P.M.N %۹۵ هماتوکریت ۲۵٪ـ بیلی روبین۱/۸ میلی گرم در ۱۰۰cc ـ زمان پرو ـ ترومبین ۲۵ثانیه ـ کشت ادرار، حلق، مدفوع،مغز استخوان، مایع نخاع طبیعی FUNDOLIFORMIS	Penicillin Tetracyclin
۴	۲۰	مرد	حلق	گلودرد شدید، لرز، تب، بی‌اشتهائی، دردشکم، ادرارتیره، دردمفصل زانوی راست وآرنج به‌مدت ۵ روز ـ حرارت °۴۰، لوزه، نودول‌های گردنی و کبد بزرگ ـ تب۴۰درجه ولرزبمدت۴روز ادامه یافت.	پیوآرتریت ؟ ـ یرقان	گلبول سفید ۱۸/۷۰۰ P.M.N %۴۰ هماتوکریت ۳۸٪ ـ بیلی روبین m.g ۱۲/۲ درصد فسفاتازآلکالن۸/۷ واحد Shinowara Jones Reinhardt FUNDOLIFORMIS اوره‌خون۳۵سانتیگرم‌درلیتر	Penicillin Oxytetracyclin Sulfisoxazol
۵	۲۱	مرد	حلق	هموگلوبین S.C ـ تب با مبدأ نامشخص ـ حرارت°۵/۳۹ـ۳۸° بمدت ۳۹ روز ـ کنترل‌شده باسولفامیدبه‌مقدار ۱۰ـ۲۰ میلیگرم در ۱۰۰ cc خون ـ برخلاف میل‌پزشکان، بیمار بیمارستان‌را ترک‌کردولی‌معالجه باسولفامید راسه‌ماه تابهبود ادامه‌داد ـ بیمار۸ماه‌بعدباگلو درد، لرز، عرق، یرقان، دردبازوی چپ، حرارت °۵/۴۰مجدداً برگشت ـ کشت خون‌پس‌از۸روزمثبت‌ومعالجه‌شروع‌شد ـ باز هم بیمارستان را ترک ولی دو روز بعدمراجعه نمود باشکستگی پاتولوژیک بازوی چپ ثانویه نسبت به استئومیلیت باکتروئید ـ بهبودبدون عارضه.	S.C Hemoglobin استئومیلیت بازوی چپ ـ یرقان	گلبول سفید ۱۳/۷۰۰ P.M.N %۶۱ هموگلوبین۸ گرم درصدcc ـ بیلی‌روبین۲/۳ میلی گرم درصد ـ فسفاتازآلکالن ۸ واحد Bessey - Lowry FRAGILIS	Chlor tetracyclin Streptomycin Chloramphenicol Sulfadiazin

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-02]