

پلورزی دیافراگماتیک در تیفوئید

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۴۹ ، ۱۳۵۳

دکتر علیرضا یلدای * - دکتر مرتضی مشایخی - دکتر نصرت الله سلجوقی - دکتر ابراج فاتحی **

کامل همراه با جذب مایع پلور با تجویز کلر امفیکل ایجاد شده است.

شرح حال :

بیمار پسر بچه است ۱۴ ساله، شغل او چوپانی است ده روز قبل از بستری شدن دچار تب و لرز و درد شدید پهلوی چپ و تعریق فراوان میشود. درد پهلو با سرفه و تنفس شدت می یافته مدت پنج روز در خارج از بیمارستان، کلر امفینیل و متعاقب آن دو روز با کترین مصرف کرده است. علائم موقع بستری شدن عبارت بودند از تب با نوسانهای شدید بین ۳۷ و ۴۱ درجه سانتیگراد، عرق بسیار زیاد، درد پهلوی چپ روی خط زیر بغلی در محل دندانه آخر و نسج نرم زیر آن که با حر کت، سرفه و تنفس عمیق شدت پیدا میکرده است. تعداد تنفس ۲۸ در دقیقه و صداهای تنفسی در قاعده ریه چپ مختصری کاهش یافته بود. سمع قلب سوفل نداشت، تعداد ضربانات نبض ۱۰۰ در دقیقه، فشار خون ماکریما ۱۲۵ میلیمتر و می نیما ۸۰ میلیمتر جمیوه بود. شکم نفاخ و در لمس نتله در دنده نداشت. در لمس، رودمهها گارگویمان داشت. زبان در وسط سفید کنارها قرمز بود. طحال در سراسر دوره بیماری حس نشد. ۷ روز بعد از بستری شدن سرتاسر پای چپ دچار ترومبوفلبیت Thrombophlebitis گردید و ۹ روز بعداز بستری شدن قسمت تحتانی پای راست ترومبوفلبیت پیدا کرد. یک هفته بعداز بستری شدن از سینوس جنبی سمت چپ پونکسیون بعمل آمد سه سانتیمتر مکعب مایع سروخونی (Serosanguin) خارج گردید که در کشت این مایع سالمونولا تیفی (Salmonella typhi) رشد کرد.

یکی از شایعترین عفونتهای موجود در کشور ما که تقریباً در سرلوحة بیماریهای عفونی قرار گرفته و همه گیریهای بزرگ آنرا اکثر پزشکان کشور بخاطر دارند، عفونتهای سالمونلائی است که مخصوصاً در چند سال اخیر اشکالی از آن دیده میشود که سابقاً به چشم نامنوس بوده یا بعبارت دیگر میتوان گفت که در علامت سازی این عفونتها تا اندازه‌ای تغییر شکل پیدا شده. شاید همانطوری که باکتریها در موادهای مکرر با آنتی بیوتیکها تغییر ماهیت پیدا کرده و آنرا بصورت مقاومت نشان میدهند، عفونتهای سالمونلائی این تغییر ماهیت را بصورت تغییر شکل بیماری درآورده‌اند تا شناخته نشده و از گزند درمان مصون بمانند.

علائم و عوارض نادر تیفوئید متعدد بوده و گاهی آنچه که بصورت عارضه در دو سه هفته بعد از شروع بیماری انتظار پیدایش آن می‌رود در شروع بیماری موجب مراجعت بیمار به پزشک می‌گردد. عوارض نادری که نویسنده‌گان مقاله با آنها برخورد داشته‌اند اسپوندیلو-ارتریت بدون عیب هموگلوبین، خونرسی ته چشم و هپاتیت با ایکترولوکوسیتوز شدید در اثر سالمونولا تیفی، منزیت چرکی سالمونلائی باکشت مثبت مایع نخاع، سندروم انعقاد منتشر داخل رگی (D.I.C.) و همولیز بوده‌اند.

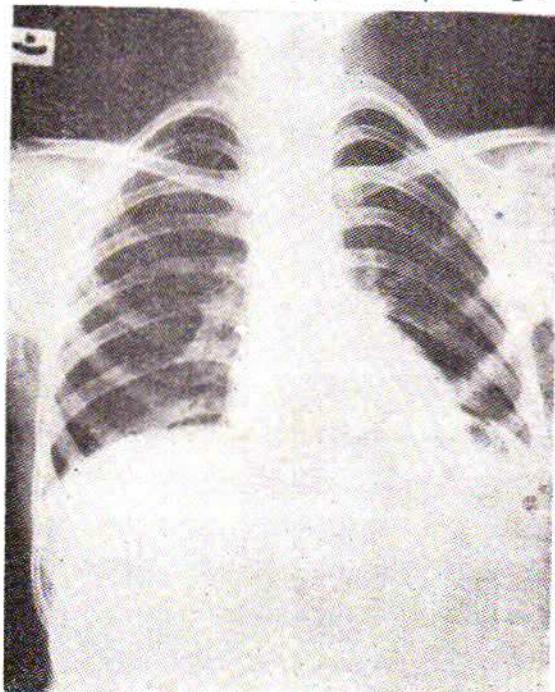
یکی از جالبترین عوارض آن پلورزی دیافراگماتیک با مایع سر و قیر ینو است که در پسر چهارده ساله مبتلا به تیفوئید دیده شده که در کشت مایع جنب سالمونولا تیفی رشد نموده و همچنین در جریان بستری بودن در بیمارستان، ترومبوفلبیت (Thrombophlebitis) ابتدا در اندام تحتانی چپ و سپس در پای راست پیدا شده و بهمود

* دانشکده پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

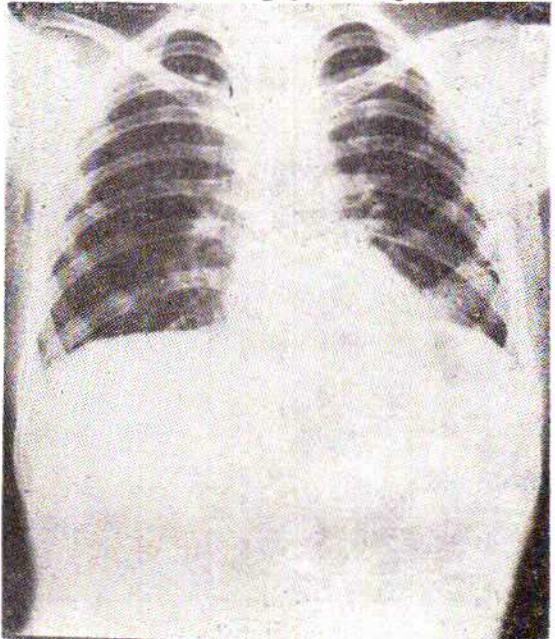
** بیمارستان شماره ۳ کمک - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

مجله نظام پزشکی

نوع دیگر مایع در پلورزی سالمونلائی مایع چرب کی است که اکثر آن بصورت پلورزی ماسیو بوده و سبب اشکال تنفس میگردد. سلوهای این مایع زیاد و اکثر آن پلی‌نوکلئر میباشند. در این نوع هم سالمونلای را میتوان از کشت مایع جنب بدست آورد. بعلت زیادی مایع پلور (Pleurotomy) و مؤثر نبودن درمان طبی در نوع چرب کی پلوروتومی (Pleurotomy) لازم است. موضوع قابل توجه عدم تأثیر پونکسیونهای مکرر و تزریق آنتی‌بیوتیک در پلور است زیرا این اقدامات تأثیری در بهبود پلورزی ندارد بلکه ارجح آنست که بیمار هرچه زودتر پلوروتومی شده و چرک داخل پلور تخالیه شود.



شکل ۱- رادیوگرافی قفسه صدری



شکل ۲- رادیوگرافی قفسه صدری سه روز بعد.

فرمول شمارش موقع بستری شدن، گلبول سفید ۷۶۰۰ عدد، سکماته ۰.۶٪، لنفوسيت ۳۴٪، هموگلوبين ۱۲/۵٪، هماتوکریت ۴۵٪ بود. شمارش‌های بعدی که سه و ده روز بعد از بستری شدن انجام شده در همان حدود بوده است. امتحان ویدال موقع بستری شدن و ده روز بعد و بیست روز بعد مثبت بود. سدیما تابسیون موقع بستری شدن ۱۰ و سه روز بعد و بیست روز بعد ۴۰ بود. کشت مدفوع و خون منفی بود که احتمالاً بعلت مصرف کلارامفنیکل و باکتریم قبل از بستری شدن در بیمارستان بوده رادیوگرافی سینه پنومونی لب تحتانی ریه چپ همراه بالا بودن دیافراگم چپ را نشان داد. الکتروفورز و ایمونو الکتروفورز طبیعی بودند. بیمار تحت درمان کلارامفنیکل بهبود کامل یافت فقط با مختصری ورم در ساق پای چپ مرخص گردید.

تفسیر: پلورزی از عوارض یا ارتفاعهای نسبتاً نادر عفونت‌های سالمونلائی میباشد که اکثرآ بصورت پلورزی سرفیرینو ندرتاً پلورزی چرب کی در هفته دوم و سوم بیماری خودنمایی میکند. این عارضه خفیف بوده بطوریکه در رادیوگرافی اتفاقی ریه بوجود آن پی برده میشود و زمانی عکس شدید میباشد که با درد قفسه سینه و اختلال تنفس و نشانه‌های مشخص وجود مایع در پلور تظاهر مینماید. از نظر محل گرفتاری در ریه بصورت لوکالیزه یا از نرالیزه و یا دیافراگماتیک میباشد. بر حسب تجربه ذوی‌سندگان مقاله این نوع پلورزی معمولاً یک طرفه میباشد و در مواقعي که مقدار مایع در پلور کم است بویژه در طرف چپ امکان دارد حتی با رادیوگرافی ریه هم مشخص نشود بدین جهت در صورتیکه درد سینه در طرف چپ همراه با ماتیته و کاهش صدایهای تنفسی باشد بهتر است پونکسیون پلور بعمل آید. شکل جالب پلورزی طرف چپ نوع دیافراگماتیک آن است که متاسفانه بعضی از رادیولوژیستهاهم به آن توجه نمیکنند. در این موارد از لحاظ رادیولوژی قطب بالا بودن دیافراگم چپ وجود دارد که در مقایسه با دیافراگم راست بعکس حالت طبیعی دو دیافراگم در یک سطح قرار گرفته و یا حتی طرف چپ بالاتر هم رفته است و این بالارفتگی را نباید بوجود گاز در معده نسبت داد. این نوع پلورزی دلیل مختلف میتواند داشته باشد ولی از نظر سبب شناسی عفونی باید به سل و تب مالت و سالمونلوز و عفونت کوکساکی Coxsackie توجه داشت. مایع پلورزی در عفونت سالمونلائی اکثر اسروفیرینو بوده که در آن سلول و آلبومین افزایش یافته و قند معمولاً کم شده است و در کشت این مایع در صورتیکه بیمار آنتی‌بیوتیک مصرف نکرده باشد سالمونلا رشد خواهد کرد.

آنژیم گلوکن - ۶ - فسفات دهیدروژنаз (G.6.P.D.) داشته‌اند. عارضه‌ای که در بیمار مورد بحث در این مقاله در هنگام استری بودن در بیمارستان پیدا شده تن و مبوقلبیت ورید رانی بوده است و در تیفوئید عموماً همین ورید گرفتار می‌شود (۴). این عارضه عموماً در امراض عفونی بعلت بی حرکتی و ذهیدراتاسیون و اثر مستقیم خود میکروب و یا اندوتلیوم عروق پیدا می‌شود و امکان دارد که در بیماران کم خون، هیپوکسی نیز عامل مؤثر باشد. این عارضه در گذشته که بیماران تیفوئیدی بعلت نبودن آنتی بیوتیک مؤثر مدت طولانی بستری می‌شدند و به ویژه بعلت عدم توجه به مسئله ذهیدراتاسیون بیشتر دیده می‌شد. پنج تا ده درصد (۷) و شاید بعضی از مرگ‌های ناگهانی را در بیماران حصبه‌ای میتوان در اثر آمبولی ریده با مبداء ورید رانی یا ورید صافن توجیه نمود. زمان بروز این عارضه در هفته سوم و چهارم بیماری است. موضوع مهم منع تجویز داروهای ضد انقاد به این بیماران است زیرا احتمال خونریزی را از زخم‌های روده بیشتر می‌کند. این عارضه خود بخود در عرض چند هفته بهبود می‌یابد و ندرتاً ممکن است انسداد وریدی دائمی باقی بماند.

از قلل بیماریز ائمی پیدایش پلورزی را در جریان تیفوئید بدوطریق باید دانست، یکی از راه خون در هنگام باکتری امی که سالمونلا به پلور می‌رسد و دیگری از طریق مجاورت با ضایعات پارانشیم ریوی که در مورد بیمار ما که ضایعات انفلتراتیو پارانشیم ریده داشت میتوان قبول کرد. البته لزومی ندارد که هر دو طریق ابتلاء را از یکدیگر مجزا کنیم زیرا گرفتاری ریده از هر دو راه توأم نیز امکان‌پذیر می‌باشد. چنان‌که ذکر شد گرفتاری ریده به صورت پنوموی بعکس برونشیت نادر است (۵۶ و ۱) بویژه امر و زه که با تشخیص زودرس و مصرف داروی مؤثر این عارضه بسیار کم شده است (۳). در مواردی که نویسندگان این مقاله دیده‌اند و در اشکال سخت و طول کشیده سالمونلاها بوده‌اند، باید دانست که گاهی اشکال و عوارض نادر در زمینه و شرایط مخصوصی بروز می‌کند چنان‌که گرفتاری ستون فقرات در تیفوئید (۱ و ۲ و ۵) اکثرآ در آنی داسی شکل گزارش شده ولی همیشه شرایط و زمینه مساعد کننده لازم نیست بطوریکه ما در چند مورد اسپوندیلو ارتریت (Spondilo artheritis) و استئوارتریت (Osteoartheritis) مفصل رانی لگنی داشته‌ایم که زمینه مساعد قبلی در آنها وجود نداشته است و همچنین پنج بیمار که در جریان تیفوئید دچار همولیز شده بودند تماماً کمبود

REFERENCES :

- 1- Textbook of Medicine, Cecil-Leob 1973, Vol. I, P. 575.
- 2- Harrison's Principles of internal Medicine, sixth Edition P. 812.
- 3- The Journal of the Egyption Public Health Association Vol. 46, No. 1, 2, 1970 P. 62, 68, 26.
- 4- Modern Practic in infectious Fever. H. Stanley Banks, Vol. I, P. 362.
- 5- Mojdehi's infectious Diseases Vol. I, P. 235, 236.
- 6- Textbook of Pediatrics Nelson, Ninth Edition, P. 584.
- 7- Pathology Anderson, Fifth Edition Vol. I, P. 221.