

مطالعه فیزیوپاتولوژیائی تب و بررسی ۱۵۹۰ مورد بیمار تبدار از دیدگاه بخش عفونی

مجله نظام پرشنگی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۳۹، ۲۵۳۶

دکتر ابوالقاسم رئیس‌سادات - دکتر مینو محرز - دکتر احمد‌هاشمی *

میتوان گفت که اصطلاح «لرز و تب» صحیح‌تر از «تب ولرز» است (۲۲). و از همین‌روست که احساس گرما و سرما نمودار فزونی یا کاهش درجه حرارت بدن نیست (۲۲).

با نوشته‌های چندی که در مورد پروستاگلاندین‌ها منتشر گردیده است، امروزه تیجه اثرات تب‌زای این ترشحات درونی را اثر پروستاگلاندین E میداند که ماده تب‌زای احتمالی با اثر مستقیم و یا غیر مستقیم بر هیپوتalamوس عنوان می‌گردد، زیرا با تزریق پروستاگلاندین E در هیپوتalamوس توانسته‌اند اثر تب‌زای آنرا نشان دهند و نیز نشان داده است که این پروستاگلاندین از مجموعه هشت دسته پروستاگلاندین‌ها، اثر مخالف با ترکیبات تب‌بر و ضد درد (مشا به اسید استیل سالیسیلیک و فناستین و غیره) دارد بطوریکه با ایجاد تب‌بیارده و سیله پروستاگلاندین E، مصرف ترکیبات نامبرده مشابه اسید استیل سالیسیلیک اثرات درد زا و تب‌زای پروستاگلاندین را مهار می‌کنند. اثر مهاری و معکوس پروستاگلاندین E بر ترکیبات مشابه آسپیرین و فناستین در زمان ومامائی نیز شناخته شده است (۲۵).

گفتن بالا این نکته را بخوبی روشن می‌سازد که هیپوتalamوس در شرایط عادی توانایی تنظیم درجه حرارت بدن را دارا می‌باشد و بنا بر این تب هنگامی پدیدار می‌شود که مرکز نامبرده در برابر عوامل گوناگون، کم توان گردیده، به بالا بودن درجه حرارت تا حدود معینی تن در داده و در عین حال به فعالیت خود ادامه می‌دهد. اما ممکن است اثر عوامل مهاجم درونی یا بیرونی تابان

مقدمه: تب عبارت از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن است که بعنوان نشانه‌یی شناخته شده در شرح حال بیماران سفرهای از حدود ۲۵۰۰ سال پیش بچشم می‌خورد (۲۴-۲۳-۲).

تا آغاز قرن هفدهم میلادی، پزشکان با ملامسه، تب بیماران را تعیین می‌کردند و از آن پس ابزارهای فیزیکی (گرماسنجها) بکار گرفته شد.

بطور کلی تب هنگامی پدیدار می‌شود که تمادل حرارت بدن در جهت افزایش تولید و یا کاهش دفع کالری دچار اختلال گردد (۲۳) و این خود راهنمایی خواهد بود تا با برخورد بایک شخص تبدار مسائل و شرایط محیطی و درونی اورادر نظر بگیریم [تب نوزادان در دستگاه‌های نگهداری نوزاد (انکوباتور) و تب اشخاص سالم در محیط‌های بسیار گرم و گرم‌مازدگی‌ها].

در مورد تنظیم درجه حرارت و پیدایش تب، آخرین نظریه‌ای نشسته قسمت قدامی هیپوتalamوس مرکز اصلی تنظیم درجه حرارت بدن است و این مرکز تحت تأثیر مواد تبزا که تصور می‌شود از فرآورده‌های میکروبی و بخصوص از سلولهای چند هسته‌ای و شاید لنفوسيتها ترشح می‌گردد، نخست خود متأثر می‌گردد و درجه حرارتیش بالا می‌رود و پس از آن با فرمان انتباش عضلانی (انتباش عضلات صاف و مخطط = لرز) و انتباش رگهای سطحی (جلوگیری از دفع حرارت) درجه حرارت قسمتهای دیگر بدن را با خود یکسان می‌سازد.

بالاخره با انساط رگهای سطحی، ایجاد عرق و دفع حرارت آغاز می‌گردد (مبازه درونی و طبیعی علیه تب). با این توضیح بخوبی

* دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

پیشنهاد نیمکردد و در این موارد اقدام به تجویز داروهای اضافی ضر به برپیکر اقتصادی بیمار و جامعه و اقدام به یک کار غیر منطقی و لطمہ بر شخصیت والا پزشک و با توجه به متابولیسم و چگونگی دفع داروها ، افزودن سر برای سنگین برباری است که تنها خسته و آزرده بیماران بدوش میکشدند (۱۳) .

تقسیم بندی تب : تبها را بر حسب علت ، مدت ، شرایط اقلیمی ، اپیدمیولوژی ، سن ، ضایعات بافت شناسی و بالاخره شدت و شکل تب تقسیم بندی میکنند که از نظر علمی شایسته ترین آنها تقسیم بندی بر حسب علت است (۲۴-۵) .

تبهای با خاستگاه نامعلوم F.U.O* را چنین تعریف کرده‌اند : این‌ها تبهایی هستند که مدت ادامه آنها یعنی ازمه هفت‌به بوده و با بررسیهای بالینی و آزمایشگاهی معمول واولیه ، علت آنها مشخص نگردیده است . بنظر میرسد که در این عنوان تجدید قدر کلی لازم است و عنوان «تب‌های طولانی با ظاهر ناشناخته» اصطلاح صحیحتری باشد زیرا در مرآکر مجهر و تحقیقی یعنی از ۵ تا ۸٪ موارد ، تب باعلت نامعلوم معنی و مفهومی ندارد ، حتی در مرآکری که کلیه تجهیزات و آخرین روش‌های علمی و عملی بکار گرفته نمی‌شود ، نسبت تبهایی که علت آن نامعلوم بماند رقمی یعنی از ۲۰٪ نخواهد بود (۲۴-۲۱-۱۸-۵) .

بررسی موارد :

عنوان نمونه تعداد بیمارانیکه در مدت یک‌سال (از اول فروردین ماه ۲۵۳۳ تا اول فروردین ماه ۲۵۳۴) در بخش‌های عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده‌اند ، مورد بررسی قرار گرفت . این تعداد شامل ۱۵۹۰ مورد بیمار است که جمماً ۷۱۷ مورد زن و ۸۷۳ مورد مرد بوده است . لازم بذکر است که بیش از ۹۸٪ بیمارانیکه در بخش عفونی بستری گردیده‌اند یا از تب شکایت داشته و یاده‌نگام بستری شدن این نشانه را داشته‌اند . جدولهای زیر نتیجه بررسیهای انجام شده روی این عدد از بیماران است .

جدول ۱ - تعداد کل بیماران بستری در بخش‌های عفونی
دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳ بر حسب سن و جنس

درصد	تعداد	جمع		بالای ۱۲ سال		نیز ۱۲ سال		سن
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۵/۰۹	۷۱۷	۳۵/۹۷	۵۷۲	۹/۱۲	۱۴۵			زن
۵۴/۹۱	۸۷۳	۴۲/۱۴	۶۸۶	۱۱/۲۶	۱۸۷			مرد
۱۰۰	۱۵۹۰	۷۹/۱۱	۱۲۵۸	۲۰/۸۸	۳۲۲			جمع

منبع اطلاعات : پروندهای موجود در بایگانی دانشکده پزشکی پهلوی .

* Fever with unknown origin

اندازه برسد که بکلی این مرکز را ناتوان سازد و همراه با دیگر دستگاه‌های بدن آنرا نیز فلنج سازد و از کار باز دارد (ایجاد تبهای بد خیم تا ۴۲/۵ درجه سانتیگراد بیالاکه ادامه آنها مغایر با زندگی انسان است) (۲۳) .

ناجا نخواهد بود که از متابولیسم بازال ، فعالیت عضلانی ، اثرات ترشحات درونی و هو رمو نها (بخوص تیر و یلد) ، اثر سپاتیک و اثر گرمای محیط و نیز مصرف مواد مؤثر بر سوخت و ساز بدن بعنوان عوامل ایجاد کننده حرارت ، واژتشمع ، تبخیر و القاء بعنوان عوامل دفع حرارت ، واژمنز تیره ، گردنهای سطحی ، واکنشهای مؤثر بر دستگاههای واژموتور ، پسودوموتور ، متابولیک و دستگاههای بازتاب بعنوان عوامل مؤثر در تنظیم حرارت و بالاخره از کبد بعنوان دستگاه دخالت کننده در همه این عوامل یاد کنیم (۲۳) .

یادآوری این نکته نیز لازم است که خرای و انهدام هر دسته از سلولهای بدن میتواند ساعث حرارت و موجب تب گردد (۲۴) . همراه با تب نشانهای دیگری مانند لرز ، سر درد ، درد پهلوها ، کمر درد ، دردهای عضلانی ، دردهای مفصلی ، هدیسان ، تنده ضربان قلب ، اختلالهای عملی کلیه ، تشنج و بالاخره پس از یک تا چند روز تب خال ممکن است ظاهر گردد که بعنوان «همراهان» تب از آنها یاد نمی‌شود . بر حسب شدت تب و نوع عوامل ایجاد کننده تب ، هر یک از این همراهان باشدتها و در مدهای مختلف می‌توانند خود نمائی کنند (۸) . بیمود نیست یادآور شویم که در تبهای ملایم ممکن است حجم خونی که در یک دقیقه از قلب خارج می‌شود افزایش یابد (واکنش مثبت در جهت رسانیدن اکسیژن بسلولهای بدن) ، لکن در حرارت عالی بالا (حدود ۴۰ درجه سانتی گراد به بالا) حجم خونی که در یک دقیقه از قلب خارج می‌شود کاسته خواهد گردید (اختلال پیشتر در رسانیدن اکسیژن به سلولها که در درجه حرارت بالاتر احتیاج به سوخت و ساز و اکسیژن پیشتر دارند و ایجاد حلقة میوب در بیماران ساختن بیمار تبدار) (۲۳) . در جریان کاهش حرارت بدن «هیپو ترمی» جریان خون کلیه کاهش می‌یابد (۲۸) . هر چند در مطالعه فیزیو-پاتولوژیائی تب سخن بدراز اکشیدلکن بدليل اهمیت مسئله تب و نیز از آنرو که در تعدادی از بیماران ، تب بعنوان تنها نشانه بیماریست ، بویژه از آن جهت که درجهان کتوئی هنوز بیماریهای عفونی با تبهای طولانی مساله مهم پزشکی و بهداشتی می‌باشد ، پیش از ارائه «روش بررسی» شایسته است یادآور گردد که بررسی ما در مورد تب نزد بیمارانیست که بعلت تبهای بالنسبه طولانی و یا بسبب و خامت بیماری در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده‌اند . تذکر این نکته حائز نهایت اهمیت است که اکثریت بیماران تبدار سرپائی بامدت بالنسبه کوتاه ، بیمارانی هستند که گرفتار عفو تبهای ویروسی می‌باشند و چنانکه در «بحث» نیز خواهد آمد برای این بیماران تاکنون هیچگونه درمان اساسی و عملی

غیر عفونی بیشتر از عفونی است. از علل این پیش آمد میتوان موارد زیر را در نظر گرفت:

- ۱- بیماریهای غیر عفونی تبدار معمولاً بخوش خیمی بیماریهای عفونی نیستند.
- ۲- در ۶۹ مورد مرگ و میر غیر عفونی تعدادی با کسالت غیر مشخص بستری گردیده و در گذشته اند که فاصله زمانی بستری شدن تا مرگ آنان بسیار کوتاه بوده و زمان برای بررسی و درمان بیماران کافی نبوده است.
- ۳- تعدادی از بیماران که بستری شدن آنها در بیمارستان جنبه فوریت داشته و در بخش عفونی بستری گردیده اند (رقمی کمتر از ۲٪)، عملاً با وحامت حال عمومی مراجعه نموده اند که پیش آگاهی خوبی نخواهد داشت. در آموزش بخش عفونی پیوسته برای نکته، تکیه میشود که: در بیماران غیر عفونی ممکن است سرگرمی با درمانهای عفونی موجب مرگ زودرس بیمار گردد.

جدول شماره ۳- تعداد موارد بیماری و تعداد مرگ و میر بیماران بستری در بخش عفونی بر حسب جنس و نوع بیماری در سال ۲۵۳۳

جمع		مرد		زن		جنس
تعداد مرگ و میر	تعداد	تعداد مرگ و میر	تعداد	تعداد مرگ و میر	تعداد	نوع بیماری
۱۱۰	۱۰۳۵	۵۵	۵۸۵	۵۵	۴۵۰	عفونی
۶۹	۵۵۵	۳۳	۲۸۸	۳۶	۲۶۷	غیر عفونی
۱۷۹	۱۵۹۰	۸۸	۸۷۳	۹۱	۷۱۷	جمع

* منبع اطلاعات: پرونده‌های موجود در بایگانی دانشکده پزشکی پهلوی.

بر حسب روز اشغال شده و سیله یک بیمار، مر بوط به بیماران مبتلا به استئومیلیت است (میانگین ۴۲/۵ روز) و کمترین تعداد مر بوط به مالاریا و گلودردهای چرکی میباشد (میانگین ۶/۷ روز). میانگین کل تخت بر حسب روز ۱۶/۷ است.

در جدول شماره ۴ تعداد مرگ و میر در هر بیماری عفونی گزارش گردیده است که بیشترین رقم مر بوط به سل و منثیت و کمترین رقم مر بوط به استئومیلیت و آندوکاردیت است.

و سیله باردیا گرام شماره ۱، درصد مرگ و میر در بیماریهای عفونی مورد بررسی قرار گرفته است.

چنانکه ملاحظه میشود بیشترین درصد مرگ و میر مر بوط به سپتی سیها است که ارقام نزدیک به آن کزان و دملها میباشد. کمترین درصد مرگ و میر مر بوط به حصبهها است که رقمی معادل ۱/۲۳ را نشان می‌دهد.

نتیجه: چنانکه در جدول شماره ۱ مشاهده میشود تعداد مراجعت مرد بطور کلی بیش از تعداد زنان میباشد (با فرآیش حدود ۲۲٪) و در سن زیر ۱۲ سال نیز تعداد بستری شدگان پسر بیش از دختران است که در بررسی ما تعداد مراجعت پسر مبتلا به بر نکوپنومونی بعداز سرخک بطور قابل ملاحظه بیش از دختران است. اما بطور قطع نمیتوان اظهار نظر کرد که آیا مسائل فرهنگی و اجتماعی مادر مورد اهمیت دادن به سلامت پسر فرزندان پس در این اختلاف حائز اهمیت است یا مسائل ناشناخته دیگری در این باره دخالت دارد.

در جدول شماره ۲ مشاهده میگردد که باز از ۱۰۳۵ بیمار عفونی، ۵۵۵ مورد بیمار غیر عفونی بستری شده اند (حدود ۲٪). مرگ و میر در بیماران عفونی ۱۱۰ و در غیر عفونی ۶۹ میباشد که نسبتی حدود ۱/۵ دارد، یعنی بطور مشخص نسبت مرگ و میر در بیماران

جدول شماره ۳- تعداد موارد بیماری و تعداد مرگ و میر بیماران بستری در بخش عفونی بر حسب جنس

در جدول شماره ۳ بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی بستری شده را بترتیب شیوه ملاحظه می‌کنیم. در این جدول همچنین تعداد تخت بر حسب روزهایی که هر دسته از بیماران، اشغال کرده اند. بررسی و گزارش گردیده است.

مسئله مهم در این جدول مقایسه تعداد بیماران در هر بیماری و تعداد تخت بر حسب روزهایی است که و سیله بیماران مختلف اشغال گردیده است. بعنوان مثال هر چند تعداد بیماران حصبه‌ی در مدت یکسال ۱۶۲ نفر و تعداد بیماران سلی بطور کلی ۱۲۳ نفر بوده است (اختلاف حدود ۳۰٪) اما تعداد تخت بر حسب روز در مورد بیماران مسلول بمراتب بیش از بیماران مبتلا به حصبه است (حدود دو برابر).

در این جدول همچنین مشاهده میگردد که بیشترین رقم تخت

جدول شماره ۳ - تعداد کل بیماران عفونی بسترهای و تعداد تخت روز اشغال شده بر حسب بیماریهای مختلف عفونی و جنس در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳

جمع		مرد		زن		جنس	
تعداد تخت روز	تعداد	تعداد تخت روز	تعداد	تعداد تخت روز	تعداد	نوع بیماری	
۲۵۸۱	۱۶۲	۱۵۴۰	۱۰۰	۱۰۴۱	۶۲	حصبه‌ها	
۴۱۲۴	۱۲۳	۲۴۱۷	۴۳	۲۷۰۷	۸۰	سل	
۱۹۷۶	۱۱۹	۱۱۲۵	۶۹	۸۵۱	۵۰	هپاتیت	
۱۶۳۹	۱۱۱	۹۵۶	۷۴	۶۸۳	۳۷	پنومونی	
۸۸۵	۱۰۴	۵۹۰	۷۸	۲۹۵	۲۸	* عفونتهای ویروسی دستگاه‌های مختلف	
۹۳۴	۶۶	۴۷۶	۳۸	۴۵۹	۲۸	منتشریت غیر سلی	
۳۷۶	۶۲	۱۶۰	۲۹	۲۱۶	۳۳	گلودرد چرکی	
۳۸۱	۴۸	۱۷۴	۲۰	۲۰۷	۲۸	اسهال واستفراغ	
۶۰۸	۴۶	۳۱۴	۲۳	۲۹۴	۲۳	دیفتری	
۶۵۳	۲۶	۳۷۱	۱۵	۲۸۲	۱۱	بروسلوز	
۵۴۷	۲۵	۳۲۲	۱۲	۲۲۵	۱۳	** سپتیسمی	
۳۱۷	۲۲	۲۱۳	۱۲	۱۰۴	۱۰	کزان	
۴۴۴	۲۰	۱۹۹	۸	۲۴۵	۱۲	عفونت ادراری	
۳۲۶	۲۰	۱۰۷	۱۲	۲۲۹	۸	F.U.O	
۲۰۴	۱۷	۷۵	۸	۱۲۹	۹	سیاه زخم	
۱۰۹	۱۶	۹۱	۱۳	۱۸	۳	مالاریا	
۳۲۷	۱۳	۱۱۴	۷	۲۱۳	۶	آنفالیت	
۱۵۶	۱۰	۱۴۰	۷	۱۶	۳	دمل	
۲۹۸	۷	۲۹۸	۷	۰	۰	استئومیلیت	
۱۶۳	۷	۱۰۴	۴	۵۹	۳	آندوکاردیت	
۱۰۵	۵	۶۸	۴	۳۲	۱	آمیبیاز	
۲۶	۳	۱۵	۲	۱۱	۱	بادرخ	
۵۳	۲	۲۰	۱	۲۳	۱	لارومهاجر احشائی	
۲۴	۱	۲۴	۱	۰	۰	توکسوپلاسموز	
۱۷۳۶۷	۱۰۳۵	۸۹۲۳	۵۸۵	۸۴۴۴	۴۵۰	جمع	

* با کمال تاسف امکانات تحقیقی و اثبات بیماریهای ویروسی از نظر کشت ویروس و یا سرولوژی غیر محدود بوده ، لکن در مورد این بیماران با نشانه‌های بالینی و نیز با توجه به سیم بیماری و پیدا نکردن باکتریها و قارچها و ضایعات آسیب‌شناسی منبوط به آنها و با توجه به نشانه‌های عفونی منتشر و خود بخود بهبود یافته ، تشخیص عفونتهای ویروسی مطرح گردیده است .

** در مورد تعیین انواع اجرام عامل سپتیسمی‌ها و دمل‌ها نیز تقسیم بندی کاملی ممکن نگردید و حتی در بعضی موارد متأسفانه از کشت دمل‌ها هم جرم مشخصی بدست نیامده است که بتوان تقسیم بندی دقیقی را عنوان کرد .

واجب میدانیم، «پرهیز از تجویز آنتی بیوتیک نزد بیماران تبدیل است که تشخیص آنان داده نشده است».

مراجعه به آمار و شرح حال بیمارانی که بیماری آنان بصورت دمل ظاهر کرده (مرگ و میر ۵۰٪، باردیاگرام شماره ۱۵) و یا شکل بدین خصوصی از عمول بخود گرفته است نشان میدهد که این عده، پیش از تشخیص بیماریشان آنتی بیوتیکهای نابجا، ناکافی و نامناسب مصرف کرده‌اند.

بخش عفونی در سال گذشته شاهد مرگ دو بیمار جوان بوده است که با عفونت ویروسی کم اهمیت برای آنان آنتی بیوتیک تجویز کرده بودند و مصرف آن موجب ضایعات پوستی و مخاطی منتشر باشکال گوناگون (شانگان استیونس جانسون) گردیده بود و کلیه اقدامات برای نجات آنها باشکست رو برو گردید. در مورد مصرف آنتی بیوتیک توجه به دو نکته زیر حائز نهایت اهمیت است:

- ۱- ممکن است بیمار از یک عارضه عفونی میکری بی رنج بپردازد اما پزشک بی آنکه تشخیص قطعی داده باشد با تجویز داروهای ضد میکری غیر انتخابی با اثر نسبی و ناکافی، خود بیمار را سرگرم اثرات ظاهری و نسبی دارو کند و در نتیجه شکل بدین خیم بیماری به سیر خود ادامه دهد (بعضی اشکال بدین خیم مalaria و نیز اشکال غیر مشخص سل).

۲- مصرف آنتی بیوتیک نامناسب، صرف نظر از دیگر عوارض، چهره واقعی بیماری را تغییر خواهد داد در نتیجه اگر چنین بیماری مورد مطالعه پزشک دانا و حاذقی هم قرار گیرد تا مدت‌ها از نظر تشخیص دچار اشکال خواهد بود (بیماران مبتلا به آندوکاردیت و منتریت‌ها از این دسته‌اند).

از این‌رو در مورد بیماران تبدیل بطور خلاصه روش زیر پیشنهاد میگردد:

چنین بیمارانی یاداری نشانهای مشخص عفونتهای باکتریائی خطرناک و پر عارضه میباشند (از قبیل سپتیسمی‌ها، منتریت، دیفتری و گلودردهای چرکی) و یا اینکه بیماری آنها مشخص نمی‌باشد. در مورد گروه اول مشاهده میگردد که جز در گلو دردهای چرکی که براحتی میتوان بهترین و مؤثرترین داروی انتخابی (پنی‌سیلین) را تجویز کرد، در دیگر موارد بمنظور درمان اساسی و موقوفیت آمیز بستری کردن بیماران در بیمارستان واجب بمنظور میرسد. در مورد دسته دوم تأخیر در تصمیم برای درمان هیچ‌گونه خطرات و عوارض عمده‌ای برای بیمار بیار نخواهد آورد، در حالیکه گذشت زمان برای حدود یک هفته و پیدایش نشانهای جدید و شکل گرفتن بیماری به تشخیص و درمان مناسب کمک مؤثر خواهد کرد و پس از گذشت این مدت بالنسبة کوتاه، پزشک میتواند

در این بررسی کوشش گردید توزیع فصلی بیماریهای عفونی مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرد.

جدول ۶- تعداد مرگ و میر در بیماریهای عفونی برحسب نوع بیماری، سن و جنس در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳

جمع	مرد		زن		جنس و سن
	۱۲ زیر سال	۱۲ بالای سال	۱۲ زیر سال	۱۲ بالای سال	
۱۵	۵	۲	۶	۲	سل
۱۵	۷	۴	۲	۲	منتریت غیرسلی
۱۴	۴	۱	۲	۲	سپتی سی
۱۴	۲	۶	۲	۴	پنومونی
۱۲	۶	۰	۴	۲	کزان
۱۰	۳	۱	۱	۵	دیفتری
۹	۴	۰	۱	۴	عفونت باعلت نامشخص
۷	۲	۱	۴	۰	هبابخت
۵	۲	۰	۱	۲	اسهال و استفراغ
۵	۲	۱	۲	۰	دمل
۲	۱	۰	۱	۰	تفقویت
۱	۰	۰	۱	۰	آندوکاردیت
۱	۱	۰	۰	۰	استئومیابت
۱۱۰	۳۹	۱۶	۲۲	۲۳	جمع

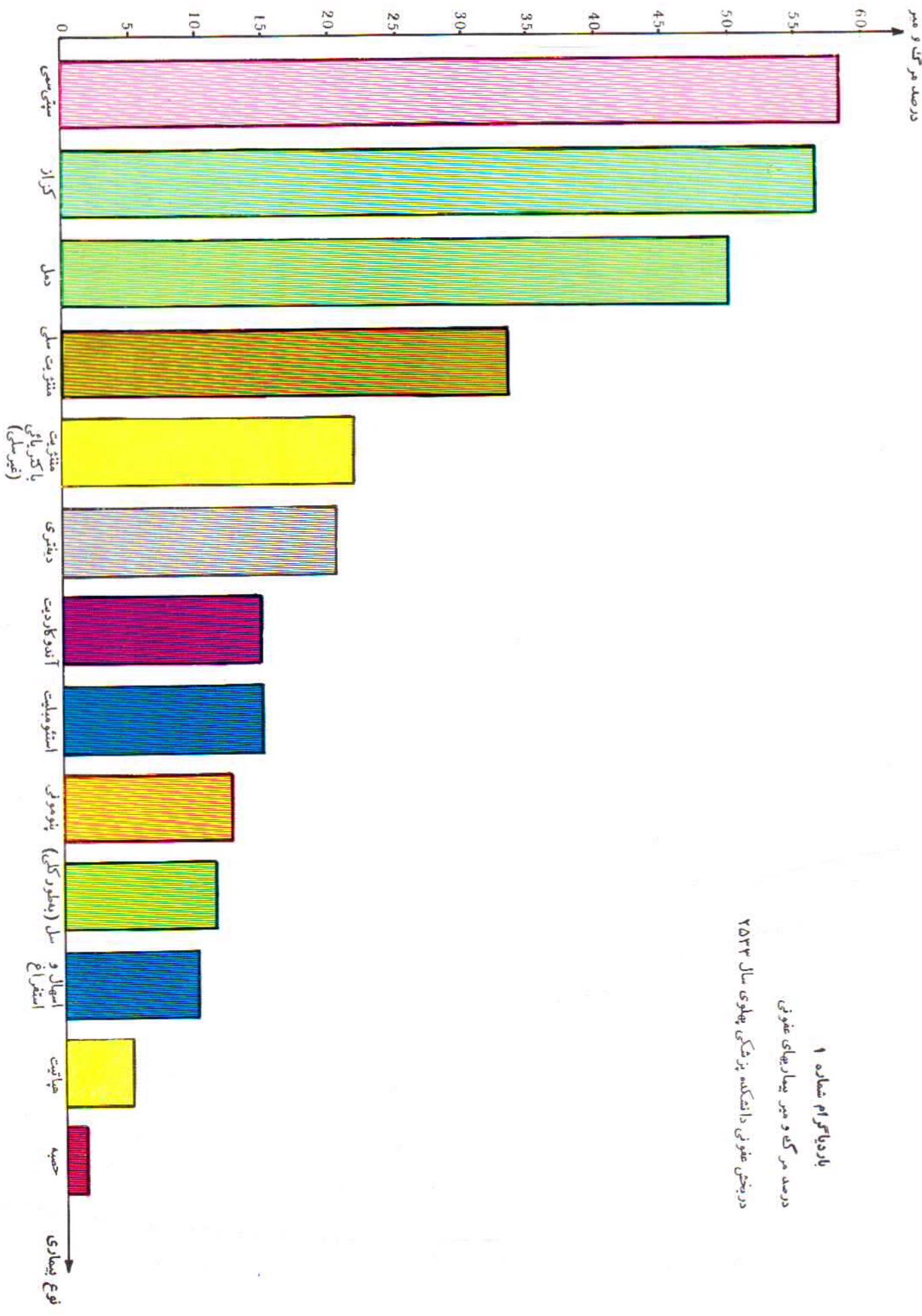
* منبع اطلاعات: پروندهای موجود در بایگانی دانشکده پزشکی پهلوی.

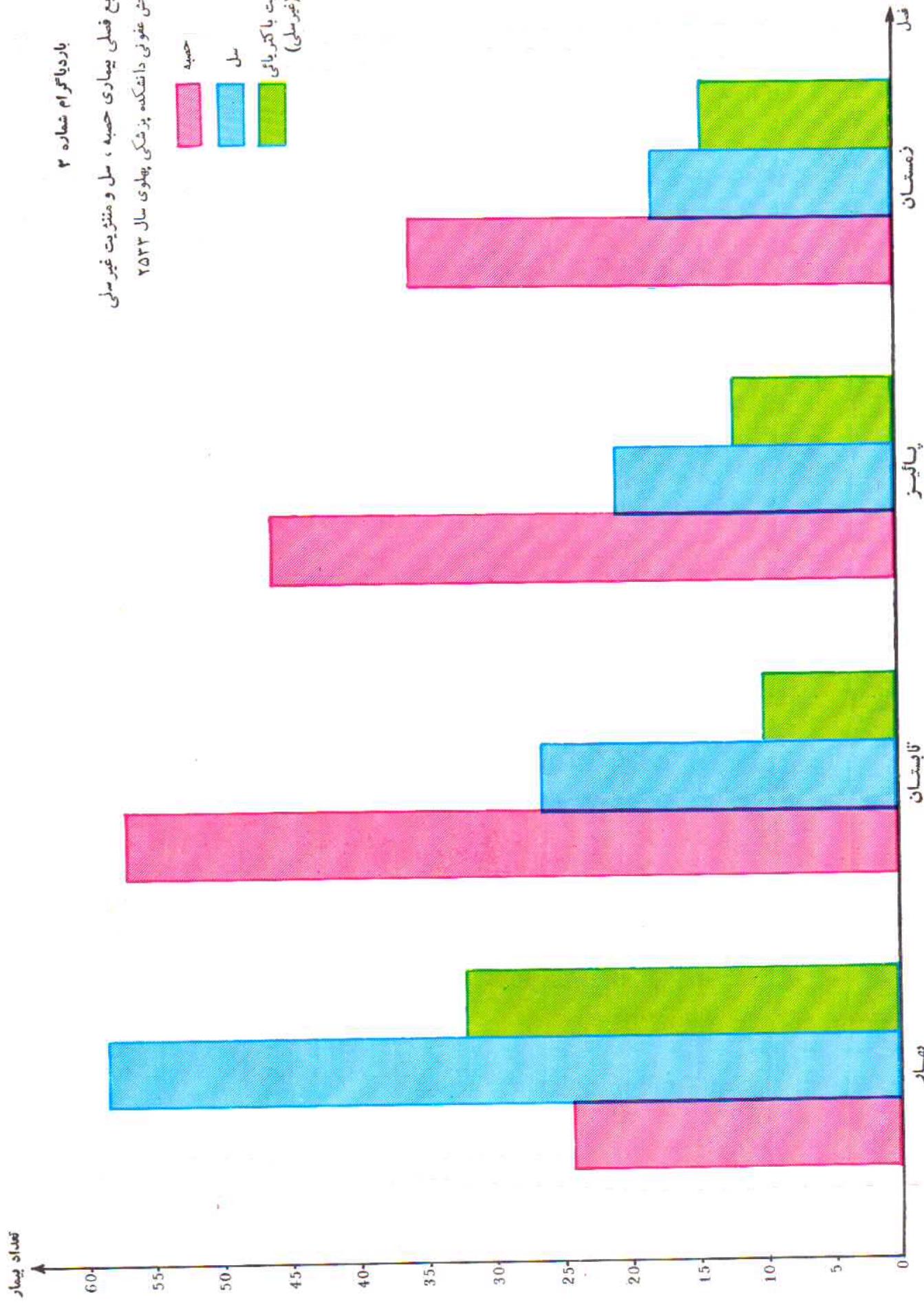
مهترین بیماریهای که اختلاف فصلی در آنها چشمگیر میباشد سه بیماری حصبی، منتریت و سل بطور کلی میباشد. در مورد بیماریهای دیگر یا اختلاف فصلی آنان قابل ملاحظه نبوده است و یا در بعضی، تعداد موارد در حدی نیست که از نظر آماری ارزش مقایسه‌ای و نتیجه گیری داشته باشد. باردیاگرام شماره ۲ توزیع فصلی بیماران حصبی، سلی و منتریتی را نشان میدهد. همانطور که مشاهده میگردد حصبه در فصل تابستان شایعتر از سایر فصول است و منتریت و سل در فصل بهار شیوع بیشتری داشته‌اند.

بحث:

آگاهی از فیزیولوژی تب و نیز آمار مانشان میدهد که پیدایش تب بمعنی وجود یک بیماری عفونی نیست، بعلاوه همچنانکه از آمار وجود لهای من بوط مشخص گردید، تعداد قابل توجهی از بیماران تبدیل بیماریشان غیر عفونی است (۲۴-۸).

در مورد تبهای باعلت عفونی نیز این نکته حائز اهمیت است که علت حدود ۹٪ از تبهای چندروزه را غفوت‌های ویروسی زود گذر تشکیل میدهد، از این‌رو مطلب نهایت مهمی که تکیه بر آن را





آمارهای دیگر نیز نشان میدهد که این بیماری با گذشت زمان موجب نقص عضوی گوناگون و از کار افتادگی افراد جوان و مشکلات اساسی جسمی و روانی میگردد. از نظر اقتصادی نیز قابل توجه است که بیماری سل حدود $\frac{1}{4}$ تعداد تخت روز اشغال شده وسیله بیماریهای عفونی را در بخش ما تشکیل میدهد، علاوه بر این همه کوشش و نیازمندی کسانی که سعی کرده‌اند خدماتی به‌اینگونه بیماران ارائه دهند، به در رفته است و موجب ۱۵ مورد مرگ افراد بالغه جوان و درسن فعالیت گردیده است.

مسئله‌یی که در این مورد در تجربیات بخش عفونی قابل توجه است شیوع منتشریت سل میباشد (۲۲ مورد در یکسال)، که در $\frac{1}{3}$ موارد بیماری‌شان منجر به مرگ گردیده است و پیداست که این نسبت مرگ و میر رقمی قابل توجه و تأسیف‌آور است. مشاهده ما از نظر فصلی چنین مینمایند که تعداد بستری شدگان مسلول در فصل بهار بطور چشمگیری بیش از سایر فصول است. زنان قالبیاف و مردانی که در ماههای پیش از عید، نگرانیها و فعالیت‌هایشان بیش از تحمل و وضع فیزیولوژیائی بدن آنهاست، رقم بیشتری از گرفتاری به‌این بیماری را بخصوص در فصل بهار تشکیل میدهند.

مضاراً براینکه شرایط زندگانی در زمستان و تجمع افراد زیاد یک خانواده در یک اطاق غیر بهداشتی زمینه انتقال این بیماری را از هر جهت فراهم می‌سازد و موارد ابتلاء پس از گذشت فصل سرما، مراجعت بیماران را به اکنیز پزشکی شهرها موجب می‌گردد. از سوی دیگر بیماران مسلول که در این بخش بستری شده‌اند بطور متوسط حدود یکماه از دوران کسالت‌شان با نشانه‌های بالینی مشخص می‌گذشته است و عواملی مانند نگرانیها، فعالیت‌های بیش از حد و عدم امکان استفاده از محیط طبیعی در بروز و یا شعله‌ور شدن این بیماری جالب توجه هستند. (نزد قالبیافان این بیماری بطور مشخص همراه با اختلال‌های استخوان سازی مشاهده می‌گردد).

در مورد هپاتیت ویروسی لازم بذکر است که هر چند موارد نادری از بیماری سیر بد خیم و برق آسا دارند، ولی استفاده از داروهای اضافی بخصوص آنتی‌بیوتیکها (که اکثر آنها متابولیسم کبدی دارند) در این بیماران سیر بیماری را نهایت خیم تر و ورکستگی سلوهای کبدی آنان را پیشرفت‌تر و زمینه را برای مرگ و فراموش می‌سازد.

باتوجه به آمار بیماران مبتلا به بروکوبنومونی بعد از سرخک ورق قابل توجه مرگ و میر آنها بازهم سخن از مسائل فرهنگی و

از آزمایش‌های ابتدائی مانند فرمول و شمارش خون، کشت خون، رادیوگرافی سینه، بررسی ادرار، بررسی آزمایش‌های کبدی و اندکی پس از آن از آزمایش‌های سرم شناسی بهره گیرد. (روشهای تحقیقی و درمانی در مورد یک بیمار تبدار در مقام‌های جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت).

با مشاهده به جدول شماره ۳، هر چند ممکن است ارقام این جدول نمودار کلی از بیماریهای عفونی کشور نباشد، لکن در هر حال نمودار تعداد و شیوع بیماریهای عفونی بستری شده در بخش عفونی میباشد. با توجه به اینکه تعدادی از بیماران سالمونلائی بطور سرپائی وسیله همکاران خارج از دانشگاه و تعدادی در درمانگاه‌های دانشگاهی مورد درمان قرار گیرند، در عین حال رقم ۱۶۲ تن بیمار سالمونلائی برای یکسال در بخش عفونی، هشداری است برای توجه به اهمیت بهداشتی این بیماری. عنایت به‌این نکته که بیش از $\frac{2}{3}$ بیماران بستری در بخش عفونی ساکنان مناطقی از تهران هستند که امکانات استفاده از آب لوله‌کشی را دارند (۱۰) لزوم مراقبتها بهداشتی اولیه بخوبی آشکار است و این مهم را نمیتوان موقیت آمیز عمل کرد مگر اینکه اولاً سازمان‌های اداره کننده بهداشتی کشور دست‌اندرکاران و توزیع کنندگان مواد غذایی را بنحو شایسته‌یی بازرسی و راهنمایی کنند و ثانیاً به مردم آموزش بهداشت داده شود (۲۷).

یادآوری این نکته لازم است که بیماران حصبه‌یی با نشانه‌های گوناگون شایع و حتی با نشانه‌های نهایت نادر ممکن است به پزشک مراجعت نمایند (۱۱-۱۰)، در عین حال نزد همه آنها تب نشانه‌یی ثابت و پایدار می‌باشد (۹). (تجویز داروهای تب بر نزد این دسته از بیماران ممکن است موجب واکنش شدید همراه با پائین افتادن فشارخون و درجه حرارت باشد و حتی این اختلال تا ۲۴ ساعت نیز ادامه یابد).

در مورد بیماران مبتلا به سل (بطور کلی) : ممکن است این بیماران باعقاره تب مراجعت کنند و یا در مواردی در تظاهرات بالینی آنان نشانه‌یی از تب مشخص وجود نداشته باشد (۲۰). میتوان گفت سل اکنون مهمترین مسئله بهداشتی، عفونی و درمانی کشورها می‌باشد زیرا این بیماری که با بیماری‌ای و تشخیص صحیح و بجا، بخوبی از نظر فردی و بهداشت اجتماعی قابل مهار کردن است، با کمال تأسف نه تنها درصد عمدی از مرگ و میر بیماریهای عفونی را موجب می‌گردد بلکه ضربه عمدی بر اقتصاد و سلامت جامعه وارد می‌سازد. زیرا علاوه بر آمار ما

آنتی بیوتیک در مورد بیماران نیکه تشخیص آنان مسجل نبوده است موجب ادامه بیماری و پیشرفت موزیا، و خطرناک کسالتان گردیده است، بازهم مطلبی که تکیه بر آنرا واجب میدانیم «پرهیز از تجویز آنتی بیوتیک نزد بیماران تبداری است که تشخیص بیماری آنان روش نشده است».

خلاصه :

تب عبارتست از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن یک شخص بمقدار حداقل نیم تایک، درجه سانتیگراد و بمدت حداقل ۲۴ تا ۴۸ ساعت.

عوامل بیماریزا و یا سلولهای بدن موادی تروش میکنند که بر همپو تالاموس تأثیر کرده موجب پیدایش تب میگردد. امروزه برای پرستاگلاندین‌ها در پیدایش تب نقش مؤثر و عمده‌یی قائلند.

تقسیم بندی‌های چندی در مورد تب عنوان گردیده است که بهترین آنها تقسیم بندی علته است.

شایسته است که بجای تبهای باعت نامعلوم، اصطلاح «تب‌های طولانی بظاهر ناشاخته» بکار برده شود.

از ۱۵۹۰ مورد بیمار بستری در بخش‌های عفونی نسبت مردان ۲۲٪ بیش از زنان بوده است.

حصبه و سل شایعترین ولارومهاجر و توکسوپلاسموز نادرترین موارد بیماریهای عفونی بستری در بخش بوده‌اند.

گسترائی درصد مرگ و میر در بیماریهای عفونی بترتیب عبارت بوده‌اند از: سپتی‌سمی، کزار، دمل و منتوزیت سلی.

سل و منتوزیت دربهار و حصبه در تابستان و پائیز گسترائی بیشتری داشته‌اند.

در بیمارانی که تب چند روزه داشته‌اند و علت آن مشخص نبوده است (احتمالاً ویروسی) تجویز آنتی بیوتیک نابجا سبب بروز عوارض خطرناک از جمله نشانگان (سندروم) استیونس جانسن گردیده است.

بهداشتی کشور اهمیت ویژه خودرا نمایان می‌سازد و شاید آموش بهداشت و آگاهی مردم به لزوم واکسیناسیون سرخ و چندی بیماری دیگر از خدمات عمده‌یی است که دست‌اندر کاران و مسئلان خدمات بهداشتی و درمانی مملکت میتوانند انجام دهند.

در اینجا از دو بیماری عفونی پر اهمیت دیگر که مرگ و میر آنها بیداد میکند یعنی از کزار دیفتری نیز باید نام برد، زیرا از پیدایش عوارض این دو بیماری با واکسیناسیون صحیح بخوبی میتوان جلوگیری کرد. در این‌مورد بخصوص به‌اهتمام پیشگیری کزار نزد بیمارانی که برای آنان اعمال جراحی شکم و نیز جراحی‌های دستگاه تناسلی انجام میگیرد میتوان پی‌برد و نیز لرروم توجه به اقدامات پیشگیری نزد بیمارانی که گرفتار زخم آلوهه میباشد تاکید میگردد (باتوجه به واکسیناسیونهای قبلی تصمیم گیری در تجدید واکسیناسیون و یا در صورت عدم پیش‌گیری قبلی تزریق واکسن و سرم باهم و ادامه واکسیناسیون).

در مورد دیفتری، بستری شدن ۴۶ مورد در مدت یکسال در بخش عفونی و مرگ ۱۰ تن نونهال، ارقامی رنج آور و متأثر کننده است و با توجه به اینکه با پیدایش ضایعات قلبی دیفتری بیش از ۹۵٪ موارد (۳)، سرنوشت بیماران را مرگ تشکیل میدهد، تکیه بر لزوم واکسیناسیون علیه این بیماری حائز اهمیت است. از دیگر بیماریهای عفونی شایع کشورمان، اشکال گوناگون بررسیز است که در بخش عفونی ملاحظه شده و مورد بررسی قرار گرفته است (۲۶-۷)، هرچند اشکال خطرناک و مرگزای این بیماری (آندوکاردیت بر وسلاگی) نزد بیماران ما وجود داشته است لکن خوشختانه در این بررسی در بیماران بر وسلاگی مرگ و میر وجود نداشته و حتی یک بیمار مبتلا به آندوکاردیت بر وسلاگی با تشخیص و درمان زودرس نجات یافته است (۶).
باملاحظه رقم مرگ و میر ۵۶٪ در سپتی‌سمی‌ها و نیز مرگ ۵۰٪ از بیمارانی که مبتلا به دمل بوده‌اند، با توجه به اینکه مصرف

منابع و مأخذ

الف: منابع فارسی

- ۱- دکتر اذانی، م - دکتر نصیرزاده، م - بررسی ضایعات قلب در حصبه سال ۱۳۵۴ تهران، ص ۲۸.
- ۲- دکتر باهر، غ - تب ۱۳۵۰ قم، ص ۱۵-۱۶.
- ۳- دکتر تقوقی، ن - دکتر یلدا، ع - بررسی بالینی واپسیمیولوژیائی دیفتری نزد بیماران بستری شده در بخش عفونی در مدت دو سال ۱۳۵۶ تهران، ص ۶۲.
- ۴- دکتر نمر، گ - دکتر باستی، ه - دمل هاستوئید در حصبه - مجله دانشکده پزشکی دانشگاه ملی.
- ۵- دکتر حسینی، م - دکتر یلدا، ع - بررسی تبهای ناشاخته در بیماران بستری شده در بخش‌های عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در مدت سه سال ۱۳۵۶ تهران، ص ۵-۱۰۸.

- ۶- دکتر رئیس سادات، الف - دکتر یلدما، ع - نگاهی بر آندوکاردیت‌ها و بیندهای بیمارانی که در مدت یکسال در بخش عفونی بستری گردیده‌اند ۱۳۵۴ تهران، ص ۲۶.
- ۷- دکتر زرگر وفا، الف - دکتر معین، م - بررسی علام آزمایشگاهی و نشانه‌های بالینی بروسلوز ۱۳۵۴ تهران، ص ۳۱.
- ۸- دکتر مژده‌ی، ن. م - بیماریهای عفونی، شرح و تفسیر امراض باکتریائی ۱۳۴۷ تهران، ص ۵۶-۵۵.
- ۹- دکتر محرز، م - دکتر یلدما، ع - بررسی بالینی اپیدیمیولوژیائی موارد بستری حسبه در شهر تهران ۱۳۵۲ اخیر تهران، ص ۱۹.
- ۱۰- دکتر محرز، م - دکتر ندیم، الف - بررسی اپیدیمیولوژیائی موارد بستری حسبه در شهر تهران ۱۳۵۳ تهران، ص ۳۸.
- ۱۱- دکتر یلدما، ع - دکتر مشایخی، م - دکتر سلجوچی، ن - دکتر فاتحی، الف - پلورزی دیافراگماتیک در حسبه . مجله نظام پزشکی شماره ۳، ص ۲۴۹، سال ۱۳۵۳.

REFERENCES :

- 12- Anderson Karl, E. Febrile illnesses resulting in hospital admission Am. J. Trop. Med. and Hyg. Vol 25, No. 1, P 115-121, 1976.
- 13- Appel Gerald, B.M.D. The nephrotoxicity of antimicrobial agents N.E.J.M. Vol 296, No 12, P 663-669, 1977.
- 14- Azizi, S.P. Mojdehi, N.M Contribution à l'étude d'endocardite en Iran Act. Med. Iran. Vol 3, No 1, P 1, 1959.
- 15- Berman, S.J. Epidemiology of the fever of unknown origin in south Vietnam. Am. J. Trop. Med. Hyg. Vol 2: 796-801, 1973.
- 16- Calant, M. Preferred skin temperature as a function of internal and mean skin temperature. J. Am. P. Vol 3: 699-703, 1972.
- 17- Cecil Loeb. Text book of medicine. Saunders Philadelphia. P 364, 1975.
- 18- Dudley Hart, F. Frech's index of differential diagnosis John Wright & Sons. London. 1973.
- 19- Feigin Ralph, D. Opportunistic infection in children. J. Ped. Vol 87, No 5, P 677-694, 1975.
- 20- Feingold, O. Alan Tuberculosis without fever. South. Med. J. Vol 68, No 6, P 751-753, 1975.
- 21- Gedden, A.M. Unexplained fever. B.M.J. vol 4, P: 397-398 1974.
- 22- George, D.M. Perceived intensity of peripheral thermal stimuli is independent of internal body temperature. J. Comp & Phys. Psych. Vol 90: 1976.
- 23- Gyton, A.C. Text book of medical physiology. Saunders. Phil. P: 955, 1976.
- 24- Harrison, T.R. Principles of internal medicine. McGraw Hill 53-62, 1977.
- 25- Horton, E.W. Prostaglandin: A short review Scot. Med. J. Vol 20, 155, 1975.
- 26- Mojdehi, N.M. Moin, M. Study of 72 cases of human brucellosis in Tehran. Act. Med. Iran. Vol 5, P 34-41, 1962.
- 27- Turner Anthony, C. The diarrrias of travel. B.J.H.M. Vol 1, P 25, 1977.
- 28- Withey, W.R. Distribution of blood flow in the hypothermic (27c) dog kidey Clin. Scien. & Mol. Med. Vol 51, No 6, P: 583-588, 1976.