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

مجلهٔ نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۳۹ ، ۲۵۳۶

دکتر ابوالقاسم رئیس‌سادات ـ دکتر مینومحرز ـ دکتر احمدهاشمی *

مقدمه : تب عبارت از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن‌است که بعنوان نشانه‌یی شناخته شده در شرح حال بیماران سقراط از حدود ۲۵۰۰ سال‌پیش بچشم میخورد (۲-۲۳-۲۴).

تا آغاز قرن هفدهم میلادی ، پزشکان باملامسه ، تب بیماران را تعیین می‌کردند واز آن پس ابزارهای فیزیکی (گرماسنجها) بکار گرفته شد .

بطورکلی تب هنگامی پدیدار میشود که تعادل حرارت بدن در جهت افزایش‌تولید ویاکاهش دفع‌کالری دچار اختلال گردد(۲۳) واین خود راهنمائی‌خواهد بود تا باپرخورد بایك شخص تبدار مسائل‌وشرایط محیطی ودرونی اورادر نظر بگیریم [تب‌نوزادان در دستگاه‌های نگهداری نوزاد (انکوباتور) وتب اشخاص سالم در محیطهای بسیارگرم وگرمازدگی‌ها].

درمورد تنظیم درجه حرارت وپیدایش تب، آخرین‌نظریه‌اینستکه قسمت قدامی هیپوتالاموس مرکز اصلی تنظیم درجه حرارت بدن است و این مرکز تحت تأثیر مواد تبزا که تصور میشود از فرآورده‌های میکربی وبخصوص از سلولهای چند هسته‌ای وشاید لنفوسیتها ترشح میگردند ، نخست خود متأثر می‌گردد و درجه حرارتش بالا میرود وپس از آن بافرمان انقباض عضلانی(انقباض عضلات صاف ومخطط = لرز) وانقباض رگهای سطحی(جلوگیری از دفع حرارت) درجه حرارت قسمتهای دیگر بدن را باخود یکسان میسازد .

بالاخره باانبساط رگهای سطحی، ایجاد عرق ودفع حرارت‌آغاز میگردد (مبارزه درونی و طبیعی علیه تب). با این توضیح بخوبی میتوان گفت‌که اصطلاح «لرز و تب» صحیح‌تر از «تب ولرز» است (۲۳). و از همین‌روست‌که احساس گرما و سرما نمودار فزونی یا کاهش درجه حرارت بدن نیست (۲۲).

با نوشته‌های چندی‌که در مورد پروستاگلاندین‌ها منتشر گردیده است ، امروزه نتیجه اثرات تبزای این ترشحات درونی رااثر پروستاگلاندین E میدانندکه ماده تب زای احتمالی بااثرمستقیم و یا غیر مستقیم برهیپوتالاموس عنوان میگردد ، زیرا با تزریق پروستاگلاندین E در هیپوتالاموس توانسته‌اند اثر تبزای آنرا نشان دهند و نیز نشان داده شده است‌که این پروستاگلاندین از مجموعه هشت دسته پروستاگلاندین‌ها ، اثر مخالف با ترکیبات تب‌بر وضد درد (مشابه اسید استیل سالیسیلیك وفناستین و غیره) دارد بطوریکه‌باایجاد تب‌ویادرد وسیله پروستاگلاندینE، مصرف ترکیبات نامبرده مشابه اسید استیل سالیسیلیك اثرات درد زا و تبزای پروستاگلاندین را مهار میکنند . اثر مهاری و معکوس پروستاگلاندین E برترکیبات مشابه آسپیرین وفناستین درزنان ومامائی نیز شناخته شده است (۲۵).

گفتار بالا این نکته را بخوبی روشن میسازدکه هیپوتالاموس‌در شرایط عادی توانائی تنظیم درجه حرارت بدن را دارا میباشد وبنابراین تب هنگامی پدیدار میشودکه مرکز نامبرده دربرابر عوامل‌گوناگون،کم توان‌گردیده ، به بالا بودن درجه حرارت تا حدود معینی تن در داده و در عین حال به فعالیت خود ادامه می‌دهد . اما ممکن‌است اثرعوامل مهاجم درونی یا بیرونی‌تابآن

* دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

اندازه برسد که بکلی این مرکز را ناتوان سازد وهمراه بادیگر دستگاه‌های بدن آنرا نیز فلج سازد واز کار باز دارد (ایجاد تبهای بدخیم تا ۴۲/۵ درجه سانتیگراد بیالاکه ادامه آنهامغایر با زندگی انسان‌است) (۲۳).

نابجا نخواهدبودکه از متابولیسم بازال ، فعالیت عضلانی،اثرات ترشحات درونی وهورمونها(بخصوص تیروئید)، اثرسمپاتیك واثر گرمای محیط ونیزمصرف مواد مؤثر برسوخت وساز بدن بعنوان عوامل‌ایجادکننده حرارت، وازتشعشع،تبخیروالقاء بعنوان‌عوامل دفع حرارت ، وازمغزتیره ،گیرنده‌های سطحی، واکنشهای مؤثر بردستگاههای وازوموتور، پسودوموتور ، متابولیك ودستگاههای بازتاب بعنوان عوامل مؤثر در تنظیم حرارت و بالاخره ازکبد بعنوان دستگاه دخالت‌کننده در همه این عوامل یادکنیم (۲۳).

یادآوری این نکته نیز لازم است‌که خرابی وانهدام هردسته از سلولهای بدن میتواند باعث حرارت وموجب تب گردد (۲۴). همراه باتب نشانه‌های دیگری مانند لرز ، سردرد ، درد پهلوها، کمردرد ، دردهای عضلانی ، دردهای مفصلی ، هذیان ، تندی ضربان قلب ، اختلالهای عملی کلیه ، تشنج و بالاخره پس از یك تاچند روز تبخال ممکن است ظاهر گرددکه بعنوان «همراهان» تب از آنها یاد میشود . برحسب شدت تب و نوع عامل ایجاد کننده‌ی تب ، هریك از این همراهان باشدتها ودرصدهای‌مختلف می‌توانند خود نمائی‌کنند (۸). بیمورد نیست یادآور شویم که‌در تبهای ملایم ممکن است حجم خونی که در یك دقیقه ازقلب‌خارج میشود افزایش یابد (واکنش مثبت در جهت رسانـدن اکسیژن بسلول‌های بـدن)، لکن درحرارت‌های بالا (حدود ۴۰ درجه سانتی‌گراد به بالا) حجم خونی که دریك دقیقـه از قلب خارج میشود کاسته خواهد گردید (اختلال بیشتر در رسانیدن اکسیژن به سلولها که در درجه حرارت بـالاتر احتیاج به سوخت وساز واکسیژن بیشتر دارند و ایجاد حلقه معیوب در بیمارتر ساختن بیمار تبدار) (۲۳). در جریان کاهش حرارت بدن«هیپوترمی» جریان خون‌کلیه کاهش مییابد (۲۸). هرچند در مطالعه فیزیو-پاتولوژیائی تب سخن بدرازا کشیدلکن بدلیل اهمیت مسأله تب ونیز از آنروکه در تعدادی از بیماران ، تب بعنوان تنها نشانه بیماریست، بویژه ازآن جهت که درجهان‌کنونی هنوز بیماریهای عفونی‌باتبهای طولانی مساله مهم پزشکی وبهداشتی میباشد، پیش از ارائه «روش بررسی» شایسته است یادآورگرددکه بررسی‌ما در مورد تب نزد بیمارانیست که بعلت تبهای بالنسبه طولانی ویا بسبب وخامت بیمـاری در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده‌اند . تذکر این نکته حائز نهایت اهمیت است‌که اکثریت بیماران‌تبدارسرپائی بامدت بالنسبه کوتاه، بیمارانی‌هستند که گرفتارعفونتهای ویروسی‌میباشندوچنانکه‌در «بحث» نیز خواهد آمد برای این بیماران تاکنون هیچگونه درمان اساسی وعملی پیشنهاد نمیگردد ودراین موارد اقدام به‌تجویز داروهای اضافی ضربه برپیکر اقتصادی بیمار وجامعه واقدام به‌یك‌کار غیرمنطقی ولطمه برشخصیت والای پزشك و باتوجه به‌متابولیسم وچگونگی دفع داروها ، افزودن سرباری سنگین برباری است‌که تنهـای خسته وآزرده بیماران بدوش میکشند (۱۳).

تقسیم‌بندی تب: تبها را برحسب علت ، مدت، شرایط اقلیمی، اپیدمیولوژی، سن، ضایعات بافت‌شناسی و بالاخره شدت وشکل تب تقسیم بندی میکنندکه از نظر علمی شایسته‌ترین آنها تقسیم‌بندی برحسب علت است (۵-۲۴).

تبهای باخاستگاه نامعلوم F.U.O* را چنین تعریف کرده‌اند : این‌ها تب‌هائی‌هستندکه مدت ادامه آنها بیش‌ازسه هفته بوده وبا بررسیهای‌بالینی وآزمایشگاهی‌معمول واولیه ، علت آنها مشخص نگردیده است . بنظر میرسد که در این عنوان تجدید نظر کلی لازم است و عنوان «تب‌های طولانی بظاهر نـاشناخته» اصطلاح صحیحتری باشد زیرا در مراکز مجهز وتحقیقی بیش از ۵ تـا ۸٪ موارد، تب باعلت نـامعلوم معنی ومفهومی ندارد ، حتی در مراکزی‌که‌کلیه تجهیزات وآخرین روش‌های علمی وعملی بکار گرفته نمیشود ، نسبت تبهائی‌که علت آن نـامعلوم بماند رقمی بیش‌از ۲۰٪ نخواهد بود (۵-۱۸-۲۱-۲۴).

بررسی موارد :

بعنوان نمونه تعدادبیمارانیکه درمدت یکسال(ازاول‌فروردین‌ماه ۲۵۳۳ تا اول فروردین‌ماه۲۵۳۴) دربخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده‌اند ، مورد بررسی قرارگرفت . این تعداد شامل ۱۵۹۰ مورد بیمار است که جمعاً ۷۱۷ مورد زن و۸۷۳ مورد مـرد بوده است . لازم بتذکر است‌که بیش از ۹۸٪ بیمارانیکه‌دربخش‌عفونی‌بستری گردیده‌اند یا ازتب شکایت داشته ویادرهنگام بستری شدن این‌نشانه را داشته‌اند. جدولهای زیر نتیجه بررسیهای انجام شده روی این عده از بیماران‌است.

جدول ۱- تعدادکل بیماران بستری دربخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی درسال ۲۵۳۳ برحسب‌سن‌وجنس

سن	زیر ۱۲ سال		بالای ۱۲ سال		جمع	
جنس	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زن	۱۴۵	۹/۱۲	۵۷۲	۳۵/۹۷	۷۱۷	۴۵/۰۹
مرد	۱۸۷	۱۱/۷۶	۶۸۶	۴۳/۱۴	۸۷۳	۵۴/۹۱
جمع	۳۳۲	۲۰/۸۸	۱۲۵۸	۷۹/۱۱	۱۵۹۰	۱۰۰

منبع‌اطلاعات : پرونده‌های موجود دربایگانی دانشکده پزشکی پهلوی.

* Fever with unknown origin

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

نتیجه : چنانکه درجدول شماره ۱ مشاهده میشود تعداد مراجعان مرد بطور کلی بیش از تعداد زنان میباشد (با افزایش حدود ۲۲٪) و درسن زیر ۱۲ سال نیز تعداد بستری شدگان پسر بیش از دختران است که در بررسی ما تعداد مراجعان پسر مبتلا به برنکوپنومونی بعداز سرخك 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 بیشتر فرزندان پسر در این اختلاف حائز اهمیت است یا مسائل ناشناخته دیگری در این باره دخالت دارد .

درجدول شماره ۲ مشاهده میگردد که از ۱۰۳۵ بیمار عفونی، ۵۵۵ مورد بیمار غیرعفونی بستری شده‌اند (حدود $\frac{۲}{۱}$). مرگ ومیر در بیماران عفونی ۱۱۰ ودرغیر عفونی ۶۹ میباشد که نسبتی حدود ($\frac{۱/۵}{۱}$) دارد ، یعنی بطور مشخص نسبت مرگ ومیر در بیماران غیر عفونی بیشتر از عفونی است . از علل این پیش آمد میتوان موارد زیر را در نظر گرفت :

۱- بیماریهای غیر عفونی تبدار معمولا به‌خوش خیمی بیماریهای عفونی نیستند .

۲- در ۶۹ مورد مرگ ومیر غیرعفونی تعدادی با کسالت غیرمشخص بستری گردیده ودر گذشته‌اند که فاصله زمانی بستری شدن تا مرگ آنان بسیار کوتاه بوده وزمان برای بررسی ودرمان بیماران کافی نبوده است .

۳- تعدادی از بیماران که بستری شدن آنها در بیمارستان جنبه فوریت داشته ودر بخش عفونی بستری گردیده‌اند (رقمی کمتر از ۲٪)، عملا باوخامت حال عمومی مراجعه نموده‌اند که پیش آگاهی خوبی نخواهند داشت . درآموزش بخش عفونی پیوسته براین نکته ، تکیه میشود که : در بیماران غیرعفونی ممکن است سرگرمی با درمانهای عفونی موجب مرگ زودرس بیمار گردد .

جدول شماره ۲- تعداد موارد بیماری و تعداد مرگ ومیر بیماران بستری در بخش عفونی برحسب جنس و نوع بیماری درسال ۲۵۳۳

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

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

درجدول شماره ۳ بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی بستری شده را بترتیب شیوع ملاحظه می‌کنیم . در این جدول همچنین تعداد تخت برحسب روزهائی که هردسته از بیماران ، اشغال کرده‌اند. بررسی و گزارش گردیده است .

مسأله مهم دراین جدول مقایسه تعداد بیماران در هر بیماری و تعداد تخت برحسب روزهائی است که وسیله بیماران مختلف اشغال گردیده است. بعنوان مثال هرچند تعداد بیماران حصبه‌یی در مدت یکسال ۱۶۲ نفر وتعداد بیماران سلی بطور کلی ۱۲۳ نفر بوده است (اختلاف حدود ۳۰٪) اما تعداد تخت برحسب روز درمورد بیماران مسلول بمراتب بیش از بیماران مبتلا به‌حصبه است (حدود دو برابر).

در این جدول همچنین مشاهده میگردد که بیشترین رقم تخت برحسب روز اشغال شده وسیله یك بیمار ، مربوط به بیماران مبتلا به‌استئومیلیت است (میانگین ۴۲/۵ روز) وکمترین تعداد مربوط به مالاریا و گلودردهای چرکی میباشد (میانگین ۶/۷ روز). میانگین کل تخت برحسب روز ۱۶/۷ است .

درجدول شماره ۴ تعداد مرگ ومیر درهر بیماری عفونی گزارش گردیده است که بیشترین رقم مربوط به‌سل ومننژیت وکمترین رقم مربوط به‌استئومیلیت وآندوکاردیت است .

وسیله باردیاگرام شماره ۱ ، درصد مرگ و میر در بیماریهای عفونی مورد بررسی قرار گرفته است .

چنانکه ملاحظه میشود بیشترین درصد مرگ ومیر مربوط به سپتی سمی‌ها است که ارقام نزدیك به‌آن کزاز و دمل‌ها میباشد . کمترین درصد مرگ ومیر مربوط به حصبه‌ها است که رقمی معادل ۱/۲۳٪ را نشان می‌دهد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

جدول شماره ۳- تعداد کل بیماران عفونی بستری وتعداد تخت روز اشغال شده بر حسب بیماریهای مختلف عفونی وجنس در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳

جنس	زن		مرد		جمع	
نوع بیماری	تعداد	تعداد تخت روز	تعداد	تعداد تخت روز	تعداد	تعداد تخت روز
حصبه‌ها	۶۲	۱۰۴۱	۱۰۰	۱۵۴۰	۱۶۲	۲۵۸۱
سل	۸۰	۲۷۰۷	۴۳	۲۴۱۷	۱۲۳	۴۱۲۴
هپاتیت	۵۰	۸۵۱	۶۹	۱۱۲۵	۱۱۹	۱۹۷۶
پنومونی	۳۷	۶۸۳	۷۴	۹۵۶	۱۱۱	۱۶۳۹
* عفونتهای ویروسی دستگاههای مختلف	۲۸	۲۹۵	۷۶	۵۹۰	۱۰۴	۸۸۵
منتژیت غیر سلی	۲۸	۴۵۹	۳۸	۴۷۶	۶۶	۹۳۴
گلودرد چرکی	۳۳	۲۱۶	۲۹	۱۶۰	۶۲	۳۷۶
اسهال واستفراغ	۲۸	۲۰۷	۲۰	۱۷۴	۴۸	۳۸۱
دیفتری	۲۳	۲۹۴	۲۳	۳۱۴	۴۶	۶۰۸
بروسلوز	۱۱	۲۸۲	۱۵	۳۷۱	۲۶	۶۵۳
** سپتی‌سمی	۱۳	۲۲۵	۱۲	۳۲۲	۲۵	۵۴۷
کزاز	۱۰	۱۰۴	۱۲	۲۱۳	۲۲	۳۱۷
عفونت ادراری	۱۲	۲۴۵	۸	۱۹۹	۲۰	۴۴۴
F.U.O	۸	۲۲۹	۱۲	۱۰۷	۲۰	۳۳۶
سیاه زخم	۹	۱۲۹	۸	۷۵	۱۷	۲۰۴
مالاریا	۳	۱۸	۱۳	۹۱	۱۶	۱۰۹
آنسفالیت	۶	۲۱۳	۷	۱۱۴	۱۳	۳۲۷
دمل	۳	۱۶	۷	۱۴۰	۱۰	۱۵۶
استئومیلیت	۰	۰	۷	۲۹۸	۷	۲۹۸
آندوکاردیت	۳	۵۹	۴	۱۰۴	۷	۱۶۳
آمیبیاز	۱	۳۷	۴	۶۸	۵	۱۰۵
بادسرخ	۱	۱۱	۲	۱۵	۳	۲۶
لارومهاجر احشائی	۱	۲۳	۱	۳۰	۲	۵۳
توکسوپلاسموز	۰	۰	۱	۲۴	۱	۲۴
جمع	۴۵۰	۸۴۴۴	۵۸۵	۸۹۲۳	۱۰۳۵	۱۷۳۶۷

* باکمال تاسف امکانات تحقیقی واثبات بیماریهای ویروسی از نظرکشت ویروس ویا سرولوژی غیر مقدور بوده ، لکن در مورد این بیماران بانشانه‌های بالینی ونیز باتوجه بسیر بیماری وپیدا نکردن باکتریها وقارچها وضایعات آسیب‌شناسی مربوط به‌آنها و باتوجه به‌نشانه‌های عفونی منتشر وخود بخود بهبود یافته ، تشخیص عفونتهای ویروسی مطرح گردیده است .

** در مورد تعیین انواع اجرام عامل سپتی‌سمی‌ها ودمل‌ها نیز تقسیم بندی کاملی ممکن نگردید وحتی دربعضی موارد متأسفانه ازکشت دمل‌ها همجرم مشخصی بدست نیامده است‌که بتوان تقسیم بندی دقیقی را عنوان‌کرد .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

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

جدول ۴ــ تعداد مرگ ومیر در بیماریهای عفونی برحسب نوع بیماری، سن وجنس در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳

جنس وسن / نوع بیماری	زن		مرد		جمع
	زیر ۱۲ سال	بالای ۱۲	زیر ۱۲ سال	بالای ۱۲	
سل	۲	۶	۲	۵	۱۵
منتژیت غیرسلی	۲	۲	۴	۷	۱۵
سپتی سمی	۲	۷	۱	۴	۱۴
پنومونی	۴	۲	۶	۲	۱۴
کزاز	۲	۴	۰	۶	۱۲
دیفتری	۵	۱	۱	۳	۱۰
عفونت باعلت نامشخص	۴	۱	۰	۴	۹
هپاتیت	۰	۴	۱	۲	۷
اسهال واستفراغ	۲	۱	۰	۲	۵
دمل	۰	۲	۱	۲	۵
تیفوئید	۰	۱	۰	۱	۲
آندوکاردیت	۰	۱	۰	۰	۱
استئومیلیت	۰	۰	۰	۱	۱
جمع	۲۳	۳۲	۱۶	۳۹	۱۱۰

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

مهمترین بیماریهائیکه اختلاف فصلی در آنها چشمگیر میباشدسه بیماری حصبه ، منتژیت وسل بطور کلی میباشد . در مورد بیماریهای دیگر یااختلاف فصلی آنان قابل‌ملاحظه نبوده‌است ویا در بعضی ، تعداد موارد در حدی نیست که از نظر آماری ارزش مقایسه‌ای ونتیجه گیری داشته باشد . باردیاگرام شماره۲ توزیع فصلی بیماران حصبه‌یی، سلی ومنتژیتی را نشان میدهد. همانطور که مشاهده میگردد حصبه در فصل تابستان شایعتر از سایر فصول‌است و منتژیت وسل در فصل بهار شیوع بیشتری داشته‌اند.

بحث :

آگاهی از فیزیوپاتولوژی تب ونیز آمار مانشان میدهد که پیدایش‌تب بمعنی‌وجود یك بیماری عفونی نیست ، بعلاوه‌همچنانکه از آمار وجدولهای مربوط مشخص گردید ، تعداد قابل توجهی از بیماران تبدار بیماریشان غیر عفونی است (۸ــ۲۴).

در مورد تبهای باعلت عفونی نیز این نکته حائز اهمیت است که علت حدود ۹۰٪ ازتبهای چندروزه را عفونتهای‌ویروسی‌زود گذر تشکیل میدهد ، از اینرومطلب نهایت مهمی که تکیه بر آن را واجب میدانیم ، «پرهیز از تجویز آنتی بیوتیك نزد بیماران تبداری است که تشخیص آنان داده نشده است.»

مراجعه به‌آمار و شرح‌حال بیمارانی‌که بیماری آنان بصورت دمل تظاهر کرده (مرگ ومیر ۵۰٪ ، باردیاگرام شماره۱)ویا شکل بدخیم‌تر از معمول بخودگرفته است نشان میدهد که این عده ، پیش از تشخیص بیماریشان آنتی بیوتیکهای نابجا، ناکافی ونامتناسب مصرف کرده‌اند .

بخش عفونی درسال گذشته شاهد مرگ دو بیمارجوان بوده است که با عفونت ویروسی کم اهمیت برای‌آنان آنتی‌بیوتیك تجویز کرده بودند ومصرف‌آن موجب ضایعات پوستی و مخاطی منتشر بااشکال گوناگون(نشانگان‌استیونس‌جانسون) گردیده بود و کلیه اقدامات برای نجات آنها باشکست روبرو گردید . در مورد مصرف آنتی‌بیوتیك توجه به‌دونکته‌زیرحائز نهایت اهمیت‌است:

۱ــ ممکن است بیمار از یك عارضه عفونی میکربی رنج ببرد اما پزشك بی‌آنکه تشخیص قطعی داده باشد باتجویز داروهای ضد میکربی غیرانتخابی بااثر نسبی وناکافی ، خود وبیمار را سرگرم‌اثرات ظاهری و نسبی داروکند ودر نتیجه شکل بدخیم بیماری به‌سیر خود ادامه دهد (بعضی اشکال بدخیم مالاریا ونیز اشکال غیر مشخص سل).

۲ــ مصرف آنتی‌بیوتیك نامتناسب، صرف نظر از دیگر عوارض، چهره واقعی بیماری را تغییر خواهد داد در نتیجه اگر چنین بیماری مورد مطالعهٔ پزشك دانا وحاذقی هم قرار گیرد تا مدتها از نظر تشخیص دچاراشکال‌خواهدبود(بیماران مبتلابه‌آندوکاردیت ومنتژیت‌ها از این دسته‌اند).

از اینرو در مورد بیماران تبدار بطور خلاصه روش زیرپیشنهاد میگردد :

چنین بیمارانی یادارای نشانه‌های مشخص عفونتهای باکتریائی خطرناك وپرعارضه میباشند(ازقبیل‌سپتی‌سمی‌ها، منتژیت، دیفتری وگلودردهای چرکی) ویا اینکه بیماری آنها مشخص نمی‌باشد. در مورد گروه اول مشاهده میگرددکه جز درگلو دردهای چرکی‌که براحتی میتوان بهترین ومؤثرترین داروی انتخابی (پنی‌سیلین)را تجویز کرد، دردیگر موارد بمنظور درمان‌اساسی وموفقیت‌آمیز بستری‌کردن بیماران دربیمارستان واجب بنظر میرسد . درمورد دسته دوم‌تأخیر درتصمیم برای درمان‌هیچگونه خطرات و عوارض عمده‌ای برای بیمار ببار نخواهد آورد ، درحالیکه‌گذشت زمان برای حدود یك هفته وپیدایش نشانه‌های جدید وشکل‌گرفتن بیماری به‌تشخیص ودرمان مناسب‌کمك‌مؤثر خواهدکرد وپس‌ازگذشت این‌مدت بالنسبه‌کوتاه، پزشك‌میتواند

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

باردیاگرام شماره ۱

درصد مرگ و میر بیماریهای عفونی

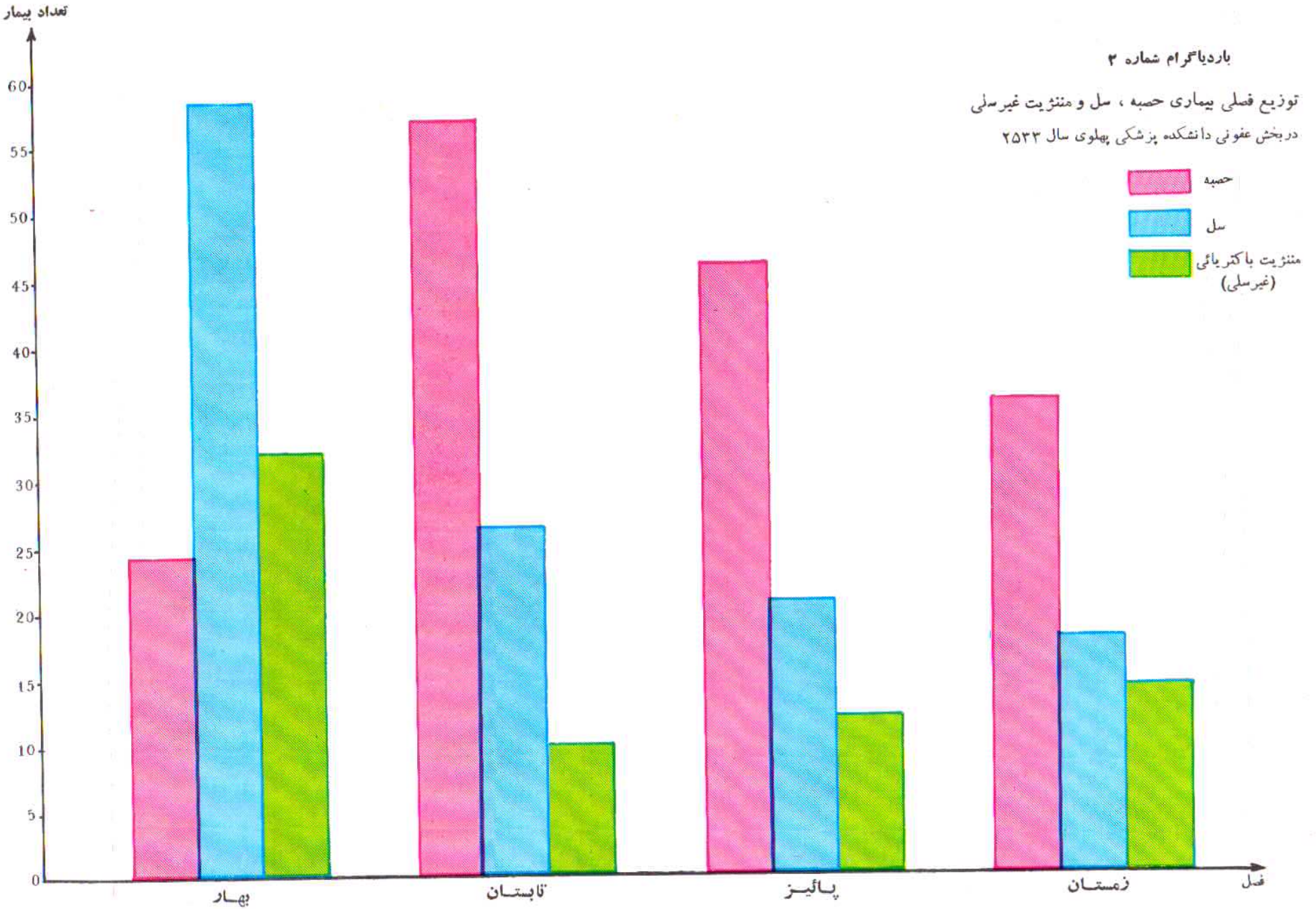
دربخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی سال ۲۵۳۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

باردیاگرام شماره ۳

توزیع فصلی بیماری حصبه ، سل و مننژیت غیرسلی
دربخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی سال ۲۵۳۳



ازآزمایشهای ابتدائی مانند فرمول وشمارش خون، کشت خون، رادیوگرافی سینه ، بررسی ادرار ، بررسی آزمایشهای کبدی واندکی پس از آن از آزمایش‌هـای سرم شناسی بهره گیرد . (روشهای تحقیقی ودرمانی در مورد یك بیمار تبدار درمقاله‌ای جداگانه مورد بحث قرارخواهدگرفت).

بامشاهده به‌جدول شماره ۳، هرچند ممکن‌است ارقام این‌جدول نمودارکلی از بیماریهای عفونی کشور نباشد ، لکن در هرحال نمودار تعداد و شیوع بیماریهـای عفونی بستری شده در بخش عفونی میباشد . باتوجه به‌اینکه تعدادی از بیماران سالمونلائی بطور سرپـائی وسیله همکاران خارج از دانشگـاه وتعدادی در درمانگاههای‌دانشگاهی مورد درمان قرارمیگیرند ، درعین‌حال رقم ۱۶۲ تن بیمار سالمونلائی برای یکسال در بخش عفونی ، هشداری است برای توجه به‌اهمیت بهداشتی این بیماری. عنایت به‌این نکته‌که بیش‌از $\frac{2}{3}$ بیماران بستری دربخش عفونی ساکنان مناطقی از تهران هستندکه امکانات استفاده از آب لوله‌کشی‌را دارند (۱۰) لزوم مراقبتهای بهداشتی اولیه بخوبی آشکار است واین مهم را نمیتوان موفقیت‌آمیز عمـل کرد مگر اینکـه اولا سازمان‌های اداره‌کننده بهداشتی‌کشور دست‌اندرکاران و توزیع کنندگان مواد غذائی‌را بنحو شایسته‌یی بازرسی وراهنمائی‌کنند وثانیاً به‌مردم آموزش بهداشت داده شود (۲۷).

یادآوری این نکته لازم است که بیماران حصبه‌یی بانشانه‌هـای گوناگون شایع وحتی بانشانه‌های نهایت نـادر ممکن است به پزشك مراجعه نمایند (۱-۴-۱۱)، در عین‌حـال نزد همه آنها تب نشانه‌یی ثابت و پایدار میباشد (۹). (تجویز داروهـای تب برنزد این دسته از بیمـاران ممکن است موجب واکنش شدید همراه باپائین افتادن فشارخون ودرجه حرارت باشد وحتی‌این اختلال تا ۲۴ ساعت نیز ادامه یابد).

درمورد بیماران‌مبتلا به‌سل(بطورکلی) : ممکن است‌این‌بیماران باعارضهٔ تب مراجعه‌کنند ویا در مواردی در تظاهرات بـالینی آنان نشانه‌یی از تب مشخص وجود نداشته باشد (۲۰). میتوان گفت سل اکنون مهمترین مسأله بهداشتی ، عفونی و درمـانی کشورما میباشد زیرا این بیماری‌که بایماریابی وتشخیص‌صحیح وبجا ، بخوبی ازنظر فردی وبهداشت اجتماعی قابل مهارکردن است ، بـاکمال تـأسف نه تنهـا درصد عمده‌یی از مرگ ومیر بیماریهای عفونی را موجب میگردد بلکـه ضربه عمده‌یی بر اقتصاد و سلامت جامعـه وارد می‌سازد . زیرا علاوه برآمار ما آمارهای دیگر نیز نشان میدهد که این بیماری باگذشت زمان موجب نقائص عضوی‌گونـاگون وازکار افتادگی افـراد جوان ومشکلات اساسی جسمی وروانی میگردد . از نظر اقتصادی نیز قابل توجه است‌که بیماری‌سل حدود $\frac{1}{3}$ تعداد تخت‌روز اشغال‌شده وسیله بیماریهـای عفونی را در بخش‌ما تشکیل میدهد ، بعلاوه نتیجه این همه‌کوشش و زحمت‌کسانی که سعی‌کرده‌اند خدماتی به‌اینگونه بیماران ارائه دهند، بهدررفته است وموجب ۱۵ مورد مرگ افراد بالنسبه جوان ودرسن فعالیت‌گردیده است .

مسأله‌یی‌که در این مورد در تجربیات بخش عفونی قابل توجه است شیوع مننژیت سلی میباشد (۳۲ مورد در یکسال)، کـه در $\frac{1}{3}$ موارد بیماریشان منجر به مرگ‌گردیده است و پیداست که این نسبت مرگ ومیررقمی قابل‌توجه وتأسف‌آوراست. مشاهده ما از نظر فصلی چنین مینمایاندکه تعداد بستری شدگان مسلول درفصل بهار بطور چشمگیری بیش از سایر فصول است . زنـان قالیباف و مردانی که در مـاههای پیش از عید ، نگرانیهـا و فعالیت‌هایشان بیش ازتحمل و وضع فیزیولوژیائی بدن‌آنهاست، رقم بیشتری ازگرفتاری به‌این بیماری را بخصوص درفصل بهار تشکیل میدهند .

مضافاً براینکه شرایط زندگانی درزمستان وتجمع افراد زیـاد یك‌خانواده دریك اطاق غیربهداشتی زمینه انتقال این بیماری‌را ازهرجهت فراهم میسازد وموارد ابتلاء پس ازگذشت فصل‌سرما، مراجعه بیمـاران را بمراکزپزشکی شهـرها موجب میگردد. از سوی دیگر بیمـاران مسلول‌که در این بخش بستری شده‌اند بطور متوسط حدود یکمـاه از دوران کسالتشان با نشانه‌هـای بالینی مشخص میگذشته است وعواملی مانند نگرانیها،فعالیتهای بیش از حد و عدم امکان استفاده از محیط طبیعی در بروز و یا شعله‌ور شدن این بیماری جـالب توجه هستند . (نزد قالیبافان این بیمـاری بطور مشخص همراه با اختلال‌های استخوان سازی مشاهده میگردد).

درمورد هپاتیت ویروسی لازم بتذکراست‌که هرچند مواردنادری از بیماری سیر بدخیم وبرق‌آسا دارند، ولی استفاده ازداروهای اضافی بخصوص آنتی‌بیوتیکها (که اکثر آنها متابولیسم کبدی دارند)دراین‌بیماران سیر بیماری را نهایت‌وخیم‌تر وورشکستگی سلولهای‌کبدی آنان را پیشرفته‌تر وزمینه را برای مرگ آنان فراهم‌تر میسازد .

باتوجه به‌آماربیماران مبتلابه‌برونکوپنومونی‌بعدازسرخك ورقم قابل توجه مرگ ومیر آنهـا بازهم سخن از مسائل فرهنگی و

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

بهداشتی کشور اهمیت ویژه خودرا نمایان میسازد وشاید آموزش بهداشت و آگاهی مردم به لزوم واکسیناسیون سرخك وچند بیماری دیگر از خدمات عمده‌یی است که دست اندر کاران و مسؤلان خدمات بهداشتی ودرمانی مملکت میتوانند انجام دهند .

در اینجا از دو بیماری عفونی پراهمیت دیگر که مرگ و میر آنها بیداد میکند یعنی از کزاز ودیفتری نیز باید نام برد، زیرا ازپیدایش وعوارض این‌دو بیماری با واکسیناسیون صحیح بخوبی میتوان جلوگیری کرد . در اینمورد بخصوص به‌اهمیت پیشگیری کزاز نزد بیمارانی که برای آنان اعمال جراحی شکم و نیز جراحیهای دستگاه تناسلی انجام میگیرد میتوان پی‌برد و نیز لزوم توجه به‌اقدامات پیشگیری نزد بیمارانی که گرفتار زخم آلوده میباشند تاکید میگردد (باتوجه به واکسیناسیونهای قبلی تصمیم گیری‌درتجدید واکسیناسیون ویا درصورت عدم پیش گیری قبلی تزریق واکسن وسرم باهم وادامه واکسیناسیون).

در مورد دیفتری ، بستری شدن ۴۶ مورد در مدت یکسال در بخش عفونی ومرگ ۱۰ تن نونهال، ارقامی رنج آور ومتأثر کننده است وباتوجه به‌اینکه باپیدایش ضایعات قلبی دیفتری بیش از ۹۵٪ موارد (۳)، سرنوشت بیماران را مرگ تشکیل‌میدهد، تکیه برلزوم واکسیناسیون علیه این بیماری حائزاهمیت است.
از دیگر بیماریهای عفونی شایع کشورمان ، اشکال گوناگون بروسلوز است که دربخش‌عفونی‌ملاحظه شده ومورد بررسی‌قرار گرفته است (۷-۲۶)، هرچند اشکال خطرناك و مرگ‌زای این بیماری (آندوکاردیت بروسلائی) (۱۴) نزد بیماران ما وجود داشته است لکن خوشبختانه دراین بررسی دربیماران‌بروسلائی مرگ ومیر وجود نداشته وحتی یك بیمار مبتلا به آندوکاردیت بروسلائی باتشخیص ودرمان زودرس نجات یافته است (۶).
باملاحظه رقم مرگ ومیر ۵۶٪ درسپتی سمی‌ها ونیز مرگ ۵۰٪ از بیمارانی که مبتلا به‌دمل بوده‌اند ، باتوجه به‌اینکه مصرف آنتی‌بیوتیك در مورد بیمارانیکه تشخیص آنان مسجل نبوده‌است موجب‌ادامه بیماری‌وپیشرفت موذیانه، وخطرناك کسالتشان گردیده است ، بازهم مطلبی که تکیه برآنرا واجب میدانیم «پرهیز از تجویز آنتی‌بیوتیك نزد بیماران تبداری است که تشخیص بیماری آنان روشن نشده است».

خلاصه :

تب عبارتست از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن یك شخص بمقدار حداقل نیم تایك درجه سانتیگراد وبمدت حداقل ۲۴ تا ۴۸ ساعت .

عوامل بیماریزا و یا سلولهای بدن موادی ترشح میکنند که برهیپوتالاموس تأثیر کرده موجب پیدایش تب میگردند. امروزه برای پروستاگلاندین‌ها در پیدایش تب نقش مؤثر وعمده‌یی قائلند .

تقسیم بندی‌های چندی درمورد تب عنوان گردیده است که بهترین آنها تقسیم بندی علتی است .

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

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

حصبه و سل شایعترین ولاروموهاجر و توکسوپلاسموز نادرترین موارد بیماریهای عفونی بستری دربخش بوده‌اند .

گسترائی درصد مرگ ومیر دربیماریهای عفونی بترتیب عبارت بوده‌اند از : سپتی‌سمی، کزاز ، دمل ومننژیت سلی .

سل ومننژیت دربهار وحصبه در تابستان و پائیز گسترائی‌بیشتری داشته‌اند .

در بیمارانی که تب چند روزه داشته‌اند و علت آن مشخص نبوده است(احتمالاویروسی) تجویز آنتی‌بیوتیك نابجا سبب بروزعوارض خطرناك ازجمله نشانگان (سندرم) استیونس‌جانسن گردیده‌است.

منابع و مآخذ

الف : منابع فارسی

۱ــ دکتر اذانی، م ـ دکتر نصیرزاده، م ـ بررسی ضایعات قلب درحصبه سال ۱۳۵۴ تهران، ص ۲۸.

۲ــ دکتر باهر، غ ـ تب ۱۳۵۰ قم، ص ۱۵ــ۱۶.

۳ــ دکترتقوی، ن ــ دکتر یلدا، ع ـ بررسی‌بالینی واپیدمیولوژیائی دیفتری نزد بیماران بستری‌شده دربخش عفونی درمدت دوسال ۱۳۵۴ تهران، ص ۶۲.

۴ــ دکتر ثمر، گ ـ دکترباستی، ه ـ دمل ماستوئید درحصبه ـ مجله دانشکده پزشکی دانشگاه ملی .

۵ــ دکترحسینی، م ــ دکتریلدا، ع ـ بررسی تبهای ناشناخته دربیماران بستری شده دربخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی درمدت سه سال ۲۵۳۶ تهران . ص ۵۱ــ۱۰۸.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

۶ـ دکتر رئیس‌سادات، الف ـ دکتر یلدا، ع ـ نگاهی بر آندوکاردیت‌ها وبررسی پرونده‌های بیمارانی‌که در مدت یکسال دربخش عفونی بستری گردیده‌اند ۱۳۵۴ تهران، ص۲۶.

۷ـ دکتر زرگروفا، الف ـ دکترمعین، م ـ بررسی علائم آزمایشگاهی ونشانه‌های بالینی بروسلوز ۱۳۵۴ تهران، ص ۳۱ .

۸ـ دکتر مژدهی، ن. م ـ بیماریهای عفونی، شرح وتفسیرامراض باکتریائی ۱۳۴۷ تهران، ص ۵۵ـ۵۶.

۹ـ دکتر محرز، م ـ دکتر یلدا، ع ـ بررسی بالینی واپیدمیولوژیائی حصبه درمرکز پزشکی پهلوی طی‌دوسال اخیر۱۳۵۲ تهران، ص۱۹.

۱۰ـ دکتر محرز، م ـ دکترندیم، الف ـ بررسی اپیدمیولوژیائی موارد بستری حصبه درشهر تهران ۱۳۵۳ تهران، ص ۳۸.

۱۱ـ دکتر یلدا، ع ـ دکتر مشایخی، م ـ دکتر سلجوقی، ن ـ دکترفاتحی، الف ـ پلورزی دیافراگماتیك در حصبه . مجله نظام پزشکی شماره ۳، ص۲۴۹، سال۱۳۵۳.

REFERENSES :

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_ Appele 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 Contribiution 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_ Georgle, 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 diarrhias 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]