پرسش ـ پاسخ

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۸۲ ، ۲۵۳۶

پرسش :

در صفحات ۳۹۴ـ۳۹۷ شماره ۵، سال پنجم دی ماه ۲۵۳۵ مقاله‌ای تحت عنوان «نوکاردیوز ومعرفی یك مورد» نوشته‌خانم دکتر گیتی ثمر وهمکاران‌چاپ وانتشار یافته بودکه لازم دانست نکات زیر را یادآور شود :

۱ـ از نظر تشخیص ، در مقاله اشاره شده است‌که :

«قلب دچار تاکیکاردی بود ولی سوفل درآن شنیده نمی‌شد . در معاینه شکم نفاخ همراه مقداری آسیت بود . کبد قابل لمس بود ولی طحال لمس نمی‌شد . درپاها خیز گوده‌گذار وجود داشت. تعداد ضربان نبض ۱۶۰ در دقیقه ، دفعات تنفس ۴۰ در دقیقه وفشارخون $\frac{۱۰۵}{۶۰}$...»

بامطالعه همین چند سطر از مقاله مسلم می‌شود که بیمار دچار نارسائی قلب راست بوده است وشواهد واضح آن‌کبد محتقن و بزرگ، اسیت‌وادم‌گوده‌گذار است. هیپوپروتئینمی کمترمیتواند آماس‌گوده‌گذار ایجاد نماید بلکه خیز حاصل ازهیپوپروتئینمی شل ، آبکی ودر روی سطوح استخوانی پیدا می‌شود و بخوبی گوده‌نمیگذارد . اگر گردن بیمارنیز معاینه شود سیاهرگ‌های گردن میتوانند وجود نارسائی قلب راست را مشخص سازند.در بافت‌کبدپس ازمرگ نیزضایعه مشخص نوکاردیوزیعنی گرانولوم وآبسه یافت نشده ولذا میتوان از وجود یك کبد قلبی در بیمار مطمئن بود .

۲ـ از نظر درمان درمقاله نوشته شده است‌که :

«بیمار باتشخیص قطعی نوکاردیوز مدت ۵۰ روز تحت درمان بامقدار روزانه ۴ گرم Sulfisoxasol قرارگرفت واین درمان تاحدودی باعث بهبود ضایعات ریه بیمار شد . ولی‌بعکس‌انتظار، آسیت وخیزپاها وتنگی نفس وضعف بیمار تدریجاً افزایش‌یافت، بیمارکه نزار شده بود سرانجام درگذشت . این امرشایدبدلیل تأخیر درتشخیص ودرمان دیررس ویا هیپوپروتئینمی وبیماری زمینه‌ای ناشناخته(ازجمله‌تئوپلاسم...)بوده باشد ویااینکه‌دراصل بیمار دچار Pulmonary Alveolar Proteinosis بوده‌که نوکاردیوز بآن اضافه شده ...»

مسلم است‌که هردو عامل یعنی تأخیر درتشخیص ودرمان‌دیررس وبخصوص ناکافی سبب شدکه بیمار نه‌بعلت آنکه «نزارشده بود» بلکه بانارسائی قلب وتنفس درگذشت .

البته اگر بیمار برای نارسائی قلب درمان شده‌است‌باید درمقاله از آن یاد می‌شد تا اثرآن برخوانندگان مجله روشن‌شودزیرا نوکاردیوزخوشبختانه بیماری شایعی نیست وتاآنجاکه نگارنده میداند تا سال ۱۹۶۴ تنها ۲۵۰ مورد آن گزارش شده است (نخستین موردگزارش شده درسال ۱۸۹۱ بوسیلهEppinger) و لذا آگاهی از چگونگی درمان‌های انجام شده ونتیجه‌آن برای خوانندگان ضروراست .

درباره آنتی‌بیوتیك عقیده همگان برآن‌است‌که سولفامید داروی انتخابی‌است‌چنانکه Seabury وPeabody نشان‌داده‌اندکسانیکه از نوکاردیوز نجات یافته‌اند باسولفامید درمان شده‌اند . این دومحقق نیزتوصیه‌کرده‌اندکه استرپتومایسین یایك آنتی‌بیوتیك وسیع‌الطیف دیگر نیز باید اضافه شود (۱).

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

درباره پنی‌سیلین نیز نظر موافق زیاد است چنانکه اکثر بیماران نجات‌یافته ازنوکاردیا، همزمان با درمان سولفامید تحت درمان با پنی‌سیلین هم قرار می‌گرفتند .

Pellegrino و Henderson بیماری‌رامعرفی کرده‌اند که به‌سولفامید و پنی‌سیلین جواب نداده است لیکن بـاتجویز ۵۰ میلیون واحد پنی‌سیلین وریدی روزانه همراه بابنمید بهبود یافته است (۲).

یك‌رژیم‌داروئی‌دیگر برای‌بیماران میتواند سولفامیدوتتراسیکلین باشد واگر مؤثر نیفتاد میتوان ازده‌میلیون‌واحد پنی‌سیلین‌روزانه استفاده کرد .

Braude میزان سولفامید مؤثررا دراین عارضه ۸ تا ۱۲ گرم روزانه میداند و مصرف‌آنتی‌بیوتیك دوم را نیز توصیه می‌کند .

از نظر مدت درمان باید گفت که در هرمورد درمان طولانی‌لازم است که‌حداقل‌آن یکماه است وگاهی ۳تا۱۲ ماه ممکنست‌ضرور باشد تا بهبودکامل حاصل شود .

بررسی‌های اخیر نیز نشانداده است که آنتی‌بیوتیك‌های رده دوم عبـارتند از سیکلوسریـن ، مینوسیکلین و مجموعـه‌ای از Trimethoprim و Sulfametoxasol ویااریترومایسین وآمپی سیلین (۳و۴) معمولا وقتی بیماری بـاانفیلترای وسیع ریه‌هـا ، آبسه‌های متعدد وخوردگی استخوان یاناسور قفسه سینه مشاهده میشود سه بیماری مطرح می‌گردد که عبارتنداز: سل، نوکاردیوز وآکتینومیکوز . ازآنجاکه خوشبختانه نوکاردیا معمولابصورت ساپروفیت در دستگـاه تنفسی فوقانی زنـدگی نمیکند (برخلاف اکتینومیسس که در دندان پوسیده ولوزه وغیره یافت میشود). پیداکـردن آن درخلط نشانه عفونت دستگاه تنفس است وبـاید بلافاصله درمـان را بـاسولفامید وپنی‌سیلین وریدی شروع کرد (پنی‌سیلین‌خود بهترین‌آنتی‌بیوتیك در درمان اکتینومیکوزاست) سپس بفکر آزمایش‌های زمـان‌گیر چون کشت خلط برای سل وتلقیح‌به‌خوکچه‌هندی وموش وجستجو برای بیماریهای زمینه‌ای چون پروتئینوز آلوئولر که در ۱۰٪ موارد بانوکاردیوزهمراه است (۵) یابیماریهای بدخیم وغیره افتاد .

از نظر بیماری زائی باید یـادآور شدکه نوکاردیا استروئیدس برای‌حیوانات آزمایشگاهی نتیجه مشخص ندارد وبخصوص‌تلقیح بحیوان اثرزیادی در تشخیص نخواهد داشت همچنانکه در این بیمار تزریق ژرمهای‌کشت شده بداخل صفاق و ماهیچه خوکچه هندی وچهار موش سفید نشان داد که در موش‌ها مطلقاً اختلالی ایجاد نکرد ودرخوکچه‌هندی‌باید دوهفته صبر کرد تاتب ولاغری حیوان را مشاهده‌کرد .

دکتر علی‌اکبر صحت

REFERENCES :

1- Peabody, J.W. & Seabury. J.H.: Actinomycosis & Nocardiosis. A review of basic differnces in therapy. Am. J. Med , 28: 99, 1960.

2- Pellegrino, E.D. & Henderson, R.R.: Response of pulmonary nocardiosis to treatment with massive doses of penicillin intravenously: Report of a successfully treated case with four year follow up observation together with review of the literature. Am. Rer. Resp. Dis., 84: 242, 1961.

3- Bach, M.C., et al.: Susceptibility of nocardia astroides to 45 antimicrobial agents. in vitro. Antimicrob. Agents chemothe., 3: 1, 1973.

4- Lerner, P.I. et al.: Antimicrobial susceptibility of nocardia species. Antimicrob. Agents chemothe. 4: 85, 1973.

5- Burbank, B. et al., Pulmonary alveolar proteinosis & nocardiosis. Am. J. Med., 28, 1002, 1960.

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

پاسخ

درجواب مطالب همکارمحترم آقای دکتر علی‌اکبرصحت به توضیحات زیر مبادرت میشود:

۱ـ با توجه به‌گرفتاری شدید ریه و اختلال عمل تنفس (دفعات تنفس ۴۰ در دقیقه) و عدم وجود نشانه‌های بالینی و پیرابالینی دال بر نارسائی قلب لذا تنها نمیتوان برمبنای تاکیکاردی و تاکی‌پنه مسئله نارسائی قلب را در بیمار موردقبول قرارداد وهپاتومگالی بیماررا بآن منسوب کرد زیراهمانطوریکه درمقاله ذکرشده‌است منفی بودن‌جواب نکروپسی‌بافت کبدنمیتواند گرفتاری کبد را به‌نوکاردیوز درنقاط دیگراین‌عضومنتفی‌سازد.

۲ـ درمان نوکاردیوز باتوجه به نوشته‌های موجود تااین زمان‌فقط استفاده ازسولفادیازین یاترکیبات مخلوط سولفامیدی است گرچه in vitro آنتی‌بیوتیکهای دیگر کم و بیش‌همانطوری که در مقاله اشاره شده در نوکاردیا مؤثرند ولی in vivo آثار درمان بارزی نداشته‌اند لذا هنوز هم سولفامید مقام اول خودرا دردرمان نوکاردیوز حفظ کرده است وبهمین علت در بیمارمورد بحث نیز بمحض تشخیص قطعی نوکاردیوز این دارو بمقدارکافی مورد تجویز قرارگرفت ولی با توجه به اینکه بیمار چهار ماه پس‌از آغاز بیماری به بیمارستان مراجعه‌کرده، بدیهی است‌که درطی این مدت بیماری وی پیشرفت کامل وگرفتاریهای متعدد دراو ایجادکرده بود، بطوریکه‌میتوان قبول کرد که نتیجه‌ابتلاء پرده صفاق ازنظربالینی بصورت آسیت در وی متظاهر شده بود. متأسفانه عدم‌امکان‌کالبدشکافی‌فرصت‌بررسی‌کامل ازجهت‌گرفتاری سایر اندامها و دسترسی به زمینهٔ مساعدی را که جهت ابتلاء به بیماری نقشی داشته‌اند (نئوپلاسم ـ توبرکولوز و غیره...) میسر نساخت.

در خاتمه مطالعه مبحث نوکاردیوز علاوه برآنچه قبلا در مآخذ مقاله ذکرشده است، مراجعه به منابع زیر توصیه میشود:

دکتر گیتی ثمر و همکاران

REFERENCES :

1- Conant. Manual of Clinical Mycology, 1971, P: 38-62.

2- Braude, Antimicrobial Drug Therapy, 1976, P: 50, 156_157.

3- Hoeprich, Infectious Diseases 1977. P: 356_364.

4- Zinsser, Microbiology, 1976. P: 554.

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