

پرسش - پاسخ

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۸۲ - ۲۵۳۶

بامقدار روزانه ۴ گرم Sulfisoxasol قرار گرفت و این درمان تاحدودی باعث بیبود ضایعات ریه بیمار شد . ولی بعکس انتظار، آسیت و خیز پاهای و تنگی نفس وضعف بیمار تدریجاً افزایش یافت، بیمار که نزار شده بود سرانجام درگذشت . این امر شاید بدليل تأخیر در تشخیص و درمان دیررس و یا هیپوپروتئینمی و بیماری زمینه‌ای ناشناخته (از جمله شوپلاسم...) بوده باشد و یا اینکه در اصل بیمار دچار Pulmonary Alveolar Proteinosis بوده که نوکاردیوز با آن اضافه شده ...

مسلم است که هر دو عامل یعنی تأخیر در تشخیص و درمان دیررس و بخصوص ناکافی سبب شد که بیمار نه بعلت آنکه «نزار شده بود» بلکه با نارسائی قلب و تنفس درگذشت .

البته اگر بیمار برای نارسائی قلب درمان شده است باید در مقاله از آن یاد می شد تا اثر آن بر خواهد گان مجله روشن شود زیرا نوکاردیوز خوشبختانه بیماری شایعی نیست و تا آن جا که نگارندۀ میداند تا سال ۱۹۶۴ تنها ۲۵۰ مورد آن گزارش شده است (نخستین مورد گزارش شده در سال ۱۸۹۱ بوسیله Eppinger) و لذا آگاهی از چگونگی درمان های انجام شده و تیجه آن برای خواهد گان ضرور است .

در باره آنکه یو تیک عقیده همگان بر آن است که سولفامید داروی انتخابی است چنان که Seabury و Peabody نشان داده اند کسانی که از نوکاردیوز نجات یافته اند با سولفامید درمان شده اند . این دو محقق نیز توصیه کرده اند که استرپتومایسین یا یک آنکه یو تیک وسیع الطیف دیگر نیز باید اضافه شود (۱) .

پرسش :

در صفحات ۳۹۷-۳۹۴ شماره ۵، سال پنجم دی ماه ۲۵۳۵ مقاله‌ای تحت عنوان «نوکاردیوز و معرفی یک مورد» نوشته خانم دکتر گیتی ثمر و همکاران چاپ و انتشار یافته بود که لازم دانست نکات زیر را یادآور شود :

۱- از نظر تشخیص ، در مقاله اشاره شده است که : «قلب دچار تاکیکاری بود ولی سوقل در آن شنیده نمی شد . در معاینه شکم نفاخ همراه مقداری آسیت بود . کبد قابل لمس بود ولی طحال لمس نمی شد . در پاهای خیز گوده گذار وجود داشت . تعداد ضربان بین ۱۶۰ در دقیقه ، دفعات تنفس ۴۰ در دقیقه و فشارخون $105/60$ »

با مطالعه همین چند سطر از مقاله مسلم می شود که بیمار دچار نارسائی قلب راست بوده است و شواهد واضح آن کبد محتنق و بزرگ ، آسیت و ادم گوده گذار است . هیپوپروتئینمی کمتر میتواند آماس گوده گذار ایجاد نماید بلکه خیز حاصل از هیپوپروتئینمی شل ، آبکی و در روی سطوح استخوانی پیدا می شود و بخوبی گوده نمیکندارد . اگر گردن بیمار نیز معاینه شود سیاهر گهه ای گردن میتواند وجود نارسائی قلب راست را مشخص سازند . در بافت کبد پس از مرگ نیز ضایعه مشخص نوکاردیوز یعنی گرانولوم و آبse یافت نشده ولذا میتوان از وجود یک کبد قلبی در بیمار مطمئن بود .

۲- از نظر درمان در مقاله نوشته شده است که : «بیمار با تشخیص قطعی نوکاردیوز مدت ۵۰ روز تحت درمان

میشود سه بیماری مطرح می‌گردد که عبارتند از: سل، نوکاردیوز و آکتینومیکوز. از آنجاکه خوبختانه نوکاردیا معمولاً بصورت سaprofیت در دستگاه تنفسی فوقانی زندگی نمیکند (برخلاف آکتینومیسین که در دندان پوسیده و لوزه وغیره یافت میشود).

پیدا کردن آن در خلط نشانه عفونت دستگاه تنفس است و باید بالا فاصله درمان را با سولفامید و پنی سیلین وریدی شروع کرد (پنی سیلین خود بهترین آنتی بیوتیک در درمان آکتینومیکوز است) سپس بفکر آزمایش های زمانگیر چون کشت خلط برای سل و تلقیح به خوکچه هندی و موش و جستجو برای بیماری های زمینه ای چون پروتئینوز آلوئول که در ۱۰٪ موارد با نوکاردیوز همراه است (۵) یا بیماری های بد خیم وغیره اقتاد.

از نظر بیماری ذاتی باید بیاد آور شد که نوکاردیا استروفیدس برای حیوانات آزمایشگاهی نتیجه مشخص ندارد و بخصوص تلقیح بحیوان اثر زیبادی در تشخیص نخواهد داشت همچنانکه در این بیمار تزریق ژرمهای کشت شده بداخل صفاق و ماهیچه خوکچه هندی و چهار موش سفید نشان داد که در موش ها مطلقاً اختلالی ایجاد نکرد و در خوکچه هندی باید دوهفته صبر کرد تا ب ولاغری حیوان را مشاهده کرد.

دکتر علی اکبر صحت

در باره پنی سیلین نیز نظر موافق زیاد است چنانکه اکثر بیماران نجات یافته از نوکاردیا، همزمان با درمان سولفامید تحت درمان با پنی سیلین هم قرار می‌گرفتند.

Henderson و Pellegrino بیماری را معرفی کرده اند که به سولفامید و پنی سیلین جواب نداده است لیکن با تجویز ۵۰ میلیون واحد پنی سیلین وریدی روزانه همراه با پنید بهبود یافته است (۲). یک رژیم داروئی دیگر برای بیماران میتواند سولفامید و ترا سیکلین باشد و اگر مؤثر نیفتاد میتوان از ده میلیون واحد پنی سیلین روزانه استفاده کرد.

Braude میزان سولفامید مؤثر را در این عارضه ۸ تا ۱۲ گرم روزانه میداند و مصرف آنتی بیوتیک دوم را نیز توصیه می کند. از نظر مدت درمان باید گفت که در هر مورد درمان طولانی لازم است که حداقل آن یکماه است و گاهی ۱۲ تا ۳ ماه ممکنست ضرور باشد تا بهبود کامل حاصل شود.

بررسی های اخیر نیز نشان داده است که آنتی بیوتیک های رده دوم عبارتند از سیکلوسرین، مینوسیکلین و مجموعه ای از Trimethoprim و سولفامetoxasol SulfaMetoxasol و با اریتروماسین و آمبی سیلین (۴۶۳) معمولاً وقتی بیماری با انفلترا ای وسیع ریهها، آبسه های متعدد و خورده گی استخوان یا ناسور قفسه سینه مشاهده

REFERENCES :

- 1- Peabody, J.W. & Seabury, J.H.: Actinomycosis & Nocardiosis. A review of basic differences 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. Rev. Resp. Dis., 84: 242, 1961.
- 3- Bach, M.C., et al.: Susceptibility of nocardia asteroides 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, J.B. et al., Pulmonary alveolar proteinosis & nocardiosis.[Am. J. Med., 28, 1002, 1960.

پاسخ

در درمان نوکاردیوز حفظ کرده است و بهمین علت در بیمار مورد بحث نیز بمحض تشخیص قطعی نوکاردیوز این دارو بمقدار کافی مورد تجویز قرار گرفت ولی با توجه به اینکه بیمار چهار ماه پس از آغاز بیماری به بیمارستان مراجعت کرده، بدیهی است که در طی این مدت بیماری وی پیشرفت کامل و گرفتاریهای متعدد در او ایجاد کرده بود، بطوریکه میتوان قبول کرد که نتیجه ابتلاء پرده صفاک از نظر بالینی بصورت آسیت در وی متضاهر شده بود. متأسفانه عدم امکان كالبدشکافی فرست بررسی کامل از جهت گرفتاری سایر اندامها و دسترسی به زمینه مساعدی را که جهت ابتلاء به بیماری نقشی داشته‌اند (ثوپلاسم - توبرکولوز وغیر...) میسر نساخت.

در خاتمه مطالعه مبحث نوکاردیوز علاوه بر آنچه قبل از مآخذ مقاله ذکر شده است، مراجعت به منابع زیر توصیه میشود:

دکتر گیتی ثمر و همکاران

در جواب مطالب همکار محترم آقای دکتر علی اکبر صحت به توضیحات زیر مبادرت میشود:

۱- با توجه به گرفتاری شدید ریه و اختلال عمل تنفس (دفعات تنفس ۴۰ در دقیقه) و عدم وجود نشانه‌های بالینی و پیرا بالینی دال بر نارسائی قلب لذا تهنا نمیتوان بر مبنای تاکیارادی و تاکی پنه مسئله نارسائی قلب را در بیمار موردنی بقول قرارداد و هپاتومگالی بیمار را با آن منسوب کرد زیرا همان نظروریکه در مقاله ذکر شده است منفی بودن جواب نکر و پسی بافت کبد نمیتواند گرفتاری کبد را به نوکاردیوز در نقاط دیگر این عضو منتقل نماید.

۲- درمان نوکاردیوز با توجه به نوشته‌های موجود تا این زمان فقط استفاده از سولفیدیازین یا ترکیبات مخلوط سولفامیدی است گرچه *in vitro* آنتی بیوتیکهای دیگر کم و بیش همان ظوری که در مقاله اشاره شده در نوکاردیا مؤثرند ولی *in vivo* آثار درمان بارزی نداشته‌اند لذا هنوز هم سولفامید مقام اول خود را

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- Zissler, Microbiology. 1976. P: 554.