

پرسش - پاسخ

مجله نظام پزشکی

سال ششم ، شماره ۲ ، صفحه ۱۸۲ ، ۲۵۳۶

پرسش :

در صفحات ۳۹۴-۳۹۷ 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 تاکیکاردی بود ولی سوفل در آن شنیده نمی‌شد . در معاینه شکم نفاخ همراه مقداری آسیت بود . کبد قابل لمس بود ولی طحال لمس نمی‌شد . درپاها خیز گوده گذار وجود داشت . تعداد ضربان نبض ۱۶۰ در دقیقه ، دفعات تنفس ۴۰ در دقیقه و فشارخون ۱۰۵/۶۰...»

بامطالعه همین چند سطر از مقاله مسلم می‌شود که بیمار دچار نارسائی قلب راست بوده است و شواهد واضح آن کبد محققن و بزرگ ، آسیت وادم گوده گذار است . هیپوپروتئینی کمتر می‌تواند آماس گوده گذار ایجاد نماید بلکه خیز حاصل از هیپوپروتئینی شل ، آبکی و در روی سطوح استخوانی پیدا می‌شود و بخوبی گوده نمی‌گذارد . اگر گردن بیمار نیز معاینه شود سیاهرگ‌های گردن می‌توانند وجود نارسائی قلب راست را مشخص سازند . در بافت کبد پس از مرگ نیز ضایعه مشخص نوکاردیوز یعنی گرانولوم و آسبه یافت نشده و لذا میتوان از وجود یک کبد قلبی در بیمار مطمئن بود .

۲- از نظر درمان درمقاله نوشته شده است که :

«بیمار باتشخیص قطعی نوکاردیوز مدت ۵۰ روز تحت درمان

بامقدار روزانه ۴ گرم Sulfisoxazol قرار گرفت و این درمان تا حدودی باعث بهبود ضایعات ریه بیمار شد . ولی بعکس انتظار ، آسیت و خیز پاها و تنگی نفس وضعف بیمار تدریجاً افزایش یافت ، بیمار که نزار شده بود سرانجام درگذشت . این امر شاید بدلیل تأخیر در تشخیص و درمان دیررس و یا هیپوپروتئینی و بیماری زمینه‌ای ناشناخته (از جمله تئوپلاسما...) بوده باشد و یا اینکه دراصل بیمار دچار Pulmonary Alveolar Proteinosis بوده که نوکاردیوز بآن 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 بانارسائی قلب و تنفس درگذشت .

البته اگر بیمار برای نارسائی قلب درمان شده است باید درمقاله از آن یاد می‌شد تا اثر آن بر خوانندگان مجله روشن شود زیرا نوکاردیوز خوشبختانه بیماری شایعی نیست و تا آنجا که نگارنده میدانند تا سال ۱۹۶۴ تنها ۲۵۰ مورد آن گزارش شده است (نخستین مورد گزارش شده در سال ۱۸۹۱ بوسیله Eppinger) و لذا آگاهی از چگونگی درمان‌های انجام شده و نتیجه آن برای خوانندگان ضرور است .

درباره آنتی‌بیوتیک عقیده همگان بر آن است که سولفامید داروی انتخابی است چنانکه Seabury و Peabody نشان داده اند کسانیکه از نوکاردیوز نجات یافته‌اند با سولفامید درمان شده‌اند . این دو محقق نیز توصیه کرده‌اند که استرپتومایسین یا یک آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف دیگر نیز باید اضافه شود (۱) .

میشود سه بیماری مطرح می‌گردد که عبارتند از: سل، نوکاردیوز و آکتینومیکوز. از آنجا که خوشبختانه نوکاردیا معمولاً بصورت ساپروفیت در دستگاه تنفسی فوقانی زندگی نمیکند (برخلاف اکتینومیس که در دندان پوسیده ولوزه و غیره یافت میشود).

پیدا کردن آن در خلط نشانه عفونت دستگاه تنفس است و باید بلافاصله درمان را با سولفامید و پنی‌سیلین وریدی شروع کرد (پنی‌سیلین خود بهترین آنتی‌بیوتیک در درمان اکتینومیکوز است) سپس بفرآیند آزمایش‌های زمان‌گیر چون کشت خلط برای سل و تلقیح به‌خو کچه‌هندی و موش و جستجو برای بیماری‌های زمینه‌ای چون پروتئینوز آل‌وولر که در ۱۰٪ موارد بانوکاردیوز همراه است (۵) یا بیماری‌های بدخیم و غیره افتاد.

از نظر بیماری زائی باید یادآور شد که نوکاردیا استروئیدس برای حیوانات آزمایشگاهی نتیجه مشخص ندارد و بخصوص تلقیح به‌حیوان اثر زیادی در تشخیص نخواهد داشت همچنانکه در این بیمار تزریق ژرمهای کشت شده بداخل صفاق و ماهیچه خو کچه‌هندی و چهار موش سفید نشان داد که در موش‌ها مطلقاً اختلالی ایجاد نکرد و در خو کچه‌هندی باید دوهفته صبر کرد تا تب ولاغری حیوان را مشاهده کرد.

دکتر علی اکبر صحت

درباره پنی‌سیلین نیز نظر موافق زیاد است چنانکه اکثر بیماران نجات یافته از نوکاردیا، همزمان با درمان سولفامید تحت درمان با پنی‌سیلین هم قرار می‌گرفتند.

Henderson و Pellegrino بیماری را معرفی کرده‌اند که به سولفامید و پنی‌سیلین جواب نداده است لیکن با تجویز ۵۰ میلیون واحد پنی‌سیلین وریدی روزانه همراه با بنمید بهبود یافته است (۲).

یک رژیم دارویی دیگر برای بیماران میتواند سولفامید و تراسیکلین باشد و اگر مؤثر نیفتاد میتوان از ده میلیون واحد پنی‌سیلین روزانه استفاده کرد.

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

بررسی‌های اخیر نیز نشان داده است که آنتی‌بیوتیک‌های رده دوم عبارتند از سیکلوسرین، مینوسیکلین و مجموعه‌ای از Trimethoprim و Sulfametoxazol یا اریتروماکسین و آمپی‌سیلین (۴ و ۳) معمولاً وقتی بیماری با آنفیلترای وسیع ریه‌ها، آبسه‌های متعدد و خوردگی استخوان یا ناسور قفسه سینه مشاهده

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.

پاسخ

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 تنها نمیتوان بر مبنای تاکی کاردی و تاکی پنه مسئله نارسائی قلب را در بیمار مورد قبول قرار داد و هپاتومگالی بیمار را بآن منسوب کرد زیرا همانطوریکه در مقاله ذکر شده است منفی بودن جواب نکر و پسی بافت کبد نمیتواند گرفتاری کبد را به نوکار دیوز در نقاط دیگر این عضو منفی سازد.

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

در درمان نوکار دیوز حفظ کرده است و بهمین علت در بیمار مورد بحث نیز بمحض تشخیص قطعی نوکار دیوز این دارو بمقدار کافی مورد تجویز قرار گرفت ولی با توجه به اینکه بیمار چهار ماه پس از آغاز بیماری به بیمارستان مراجعه 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 صفاق از نظر بالینی بصورت آسیت در وی متظاهر شده بود. متأسفانه عدم امکان کالبدشکافی فرصت بررسی کامل از جهت گرفتاری سایر اندامها و دسترسی به زمینه مساعدی را که جهت ابتلاء به بیماری نقشی داشته‌اند (نئوپلاسم - توبر کولوز و غیره...) میسر نساخت.

در خاتمه مطالعه مبحث نوکار دیوز علاوه بر آنچه قبلا در مآخذ مقاله ذکر شده 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- Hoeprieh, Infectious Diseases 1977. P: 356-364.
- 4- Zinsser, Microbiology, 1976. P: 554.