

پلورزی دیافراگماتیک در تیفوئید

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۳، صفحه ۲۴۹، ۱۳۵۳

دکتر علیرضا یلدا * دکتر مرتضی مشایخی - دکتر نصرت اله سلجوقی - دکتر ایرج فاتحی**

کامل همراه با جذب مایع پلور با تجویز کلرامفنیکل ایجاد شده است.

شرح حال:

بیمار پسر بچه ایست ۱۴ ساله، شغل او چوپانی است ده روز قبل از بستری شدن دچار تب و لرز و درد شدید پهلوئی چپ و تعریق فراوان میشود. درد پهلو با سرفه و تنفس شدت می یافته مدت پنج روز در خارج از بیمارستان، کلرامفنیل و متعاقب آن دو روز با کتریم Bactrim مصرف کرده است. علائم موقع بستری شدن عبارت بودند از تب با نوسانهای شدید بین ۳۷ و ۴۱ درجه سانتیگراد، عرق بسیار زیاد، درد پهلوئی چپ روی خط زیر بغلی در محل دنده آخر و نسج نرم زیر آن که با حرکت، سرفه و تنفس عمیق شدت پیدا میکرد. تعداد تنفس ۲۸ در دقیقه و صداهای تنفسی در قاعده ریه چپ مختصری کاهش یافته بود. سمع قلب سوفل نداشت، تعداد ضربانات نبض ۱۰۰ در دقیقه، فشار خون ماکزیمم ۱۲۵ میلیمتر و می نیمم ۸۰ میلیمتر جیوه بود. شکم نفاخ و در لمس نقطه دردناک نداشت. در لمس، روده ها گارگویمان داشت. زبان در وسط سفید کنارها قرمز بود. طحال در سرتاسر دوره بیماری حس نشد. ۷ روز بعد از بستری شدن سرتاسر پای چپ دچار ترومبوفلیت Thrombophlebitis گردید و ۹ روز بعد از بستری شدن قسمت تحتانی پای راست ترومبوفلیت پیدا کرد. یک هفته بعد از بستری شدن از سینوس جنبی سمت چپ پونکسیون بعمل آمد سه سانتی متر مکعب مایع سروخونی (Serosanguin) خارج گردید که در کشت این مایع سالمونلا تیفی (Salmonella typhi) رشد کرد.

یکی از شایعترین عفونتهای موجود در کشور ما که تقریباً در سرلوحه بیماریهای عفونی قرار گرفته و همه گیرهای بزرگ آنرا اکثر پزشکان کشور بخاطر دارند، عفونتهای سالمونلائی است که مخصوصاً در چند سال اخیر اشکالی از آن دیده میشود که سابقاً بچشم نامأنوس بوده یا به عبارت دیگر میتوان گفت که در علامت سازی این عفونتها تا اندازه ای تغییر شکل پیدا شده. شاید همانطوریکه باکتریها در مواجهه مکرر با آنتی بیوتیکها تغییر ماهیت پیدا کرده و آنرا بصورت مقاومت نشان میدهند، عفونتهای سالمونلائی این تغییر ماهیت را بصورت تغییر شکل بیماری در آورده اند تا شناخته نشده و از گزند درمان مصون بمانند.

علائم و عوارض نادر تیفوئید متعدد بوده و گاهی آنچه که بصورت عارضه در دوسه هفته بعد از شروع بیماری انتظار پیدایش آن میرود در شروع بیماری موجب مراجعه بیمار به پزشک میگردد. عوارض نادری که نویسندگان مقاله با آنها برخورد داشته اند اسپوندیلو-آرتریت بدون عیب هموگلوبین، خونریزی ته چشم و هپاتیت با ایکترولو کوسیتوز شدید در اثر سالمونلا تیفی، مننژیت چرکی سالمونلائی با کشت مثبت مایع نخاع، سندرم انعقاد منتشر داخل رگی (D.I.C.) و همولیز بوده اند.

یکی از جالبترین عوارض آن پلورزی دیافراگماتیک با مایع سرو فیلرینواست که در پسر چهارده ساله مبتلا به تیفوئید دیده شده که در کشت مایع جنب سالمونلا تیفی رشد نموده و همچنین در جریان بستری بودن در بیمارستان، ترومبوفلیت (Thrombophlebitis) ابتدا در اندام تحتانی چپ و سپس در پای راست پیدا شده و بهبود

* دانشکده پزشکی پهلوی، دانشگاه تهران.

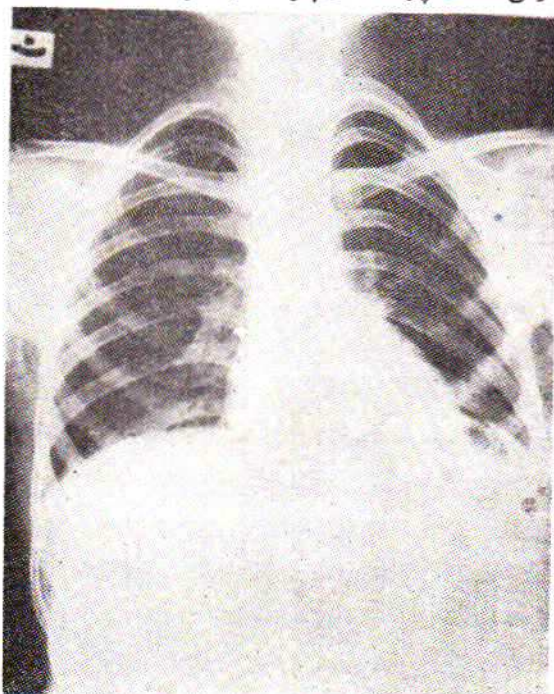
** بیمارستان شماره ۳ کمک - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

آزمایش ها :

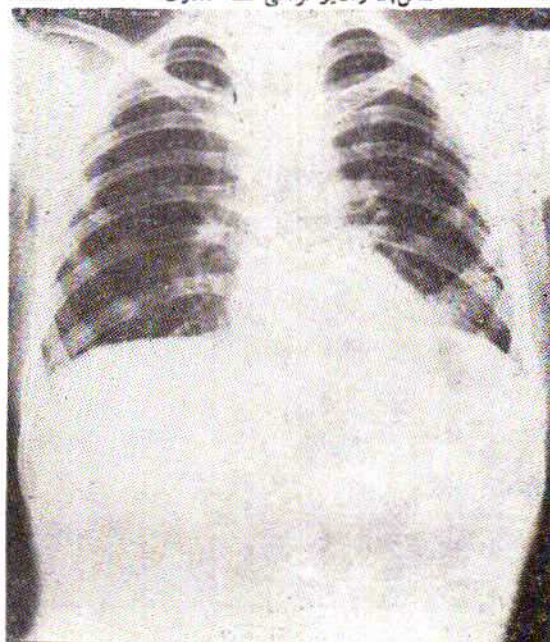
فرمول شمارش موقع بستری شدن، گلبول سفید ۷۶۰۰ عدد، سگماته ۶۰٪، لنفوسیت ۳۴٪، هموگلوبین ۱۲/۵٪، هماتوکریت ۴۵٪ بود. شمارشهای بعدی که سه و ده روز بعد از بستری شدن انجام شده در همان حدود بوده است. امتحان ویدال موقع بستری شدن و ده روز بعد و بیست روز بعد مثبت بود. سدیماتاسیون موقع بستری شدن ۱۰ و سه روز بعد و بیست روز بعد ۴۰ بود. کشت مدفوع و خون منفی بود که احتمالاً به علت مصرف کلرامفنیکل و باکتریم قبل از بستری شدن در بیمارستان بوده رادیوگرافی سینه پنومونی لب تحتانی ریه چپ همراه بالا بودن دیافراگم چپ را نشان داد. الکتروفورز و ایمونو الکتروفورز طبیعی بودند. بیمار تحت درمان کلرامفنیکل بهبود کامل یافت فقط با مختصری ورم در ساق پای چپ مرخص گردید.

تفسیر : پلورزی از عوارض یا از تظاهرات نسبتاً نادر عفونت های سالمونلائی میباشد که اکثراً به صورت پلورزی سروفیبرینو و ندرتاً پلورزی چرکی در هفته دوم و سوم بیماری خودنمایی میکند. این عارضه خفیف بوده بطوریکه در رادیوگرافی اتفاقی ریه بوجود آن پی برده میشود و زمانی بعکس شدید میباشد که با درد قفسه سینه و اختلال تنفس و نشانه های مشخص وجود مایع در پلور تظاهر مینماید. از نظر محل گرفتاری در ریه بصورت لوکالیزه یا ژنرالیزه و یا دیافراگماتیک میباشد. بر حسب تجربه نویسندگان مقاله این نوع پلورزی معمولاً یک طرفه میباشد و در مواقعی که مقدار مایع در پلور کم است بویژه در طرف چپ امکان دارد حتی با رادیوگرافی ریه هم مشخص نشود بدین جهت در صورتیکه درد سینه در طرف چپ همراه با ماتیت و کاهش صداهای تنفسی باشد بهتر است پونکسیون پلور بعمل آید. شکل جالب پلورزی طرف چپ نوع دیافراگماتیک آن است که متأسفانه بعضی از رادیولوژیست ها هم به آن توجه نمیکنند. در این موارد از لحاظ رادیولوژی فقط بالا بودن دیافراگم چپ وجود دارد که در مقایسه با دیافراگم راست به عکس حالت طبیعی دو دیافراگم در یک سطح قرار گرفته و یا حتی طرف چپ بالاتر هم رفته است و این بالا رفتگی را نباید بوجود گاز در معده نسبت داد. این نوع پلورزی دلیل مختلف میتواند داشته باشد ولی از نظر سبب شناسی عفونی باید به سل و تب مالت و سالمونلوز و عفونت کوکساکسی Cocksackie توجه داشت. مایع پلورزی در عفونت سالمونلائی اکثراً سروفیبرینو بوده که در آن سلول و آلبومین افزایش یافته و قند معمولاً کم شده است و در کشت این مایع در صورتیکه بیمار آنتی بیوتیک مصرف نکرده باشد سالمونلا رشد خواهد کرد.

نوع دیگر مایع در پلورزی سالمونلائی مایع چرکی است که اکثراً بصورت پلورزی ماسیو بوده و سبب اشکال تنفس میگردد. سلولهای این مایع زیاد و اکثراً پلی نوکلتر میباشد. در این نوع هم سالمونلا را میتوان از کشت مایع جنب بدست آورد. به علت زیادی مایع پلور و مؤثر نبودن درمان طبی در نوع چرکی پلوروتومی (Pleurotomy) لازم است. موضوع قابل توجه عدم تأثیر پونکسیونهای مکرر و تزریق آنتی بیوتیک در پلور است زیرا این اقدامات تأثیری در بهبود پلورزی ندارد بلکه ارجح آنست که بیمار هر چه زودتر پلوروتومی شده و چرک داخل پلور تخلیه شود.



شکل ۱- رادیوگرافی قفسه صدری



شکل ۲- رادیوگرافی قفسه صدری سه روز بعد.

آنزیم گلوکز ۶- فسفات دهیدروژناز (G.6.P.D.) داشته‌اند. عارضه‌ای که در بیمار مورد بحث در این مقاله در هنگام بستری بودن در بیمارستان پیدا شده ترومبوفلیت ورید رانی بوده است و در تیفوئید معمولاً همین ورید گرفتار می‌شود (۴). این عارضه معمولاً در امراض عفونی بعلت بی‌حرکتی و دزدیدراتاسیون و اثر مستقیم خود میکروب و یا اندوتوکسین آن بر اندوتلیوم عروق پیدامی‌شود و امکان دارد که در بیماران کم خون، هیپوکسی نیز عامل مؤثر باشد. این عارضه در گذشته که بیماران تیفوئیدی بعلت نبودن آنتی‌بیوتیک مؤثر مدت طولانی بستری می‌شدند و به ویژه بعلت عدم توجه به مسئله دزدیدراتاسیون بیشتر دیده می‌شد. پنج تا ده درصد (۷) و شاید بعضی از مرگهای ناگهانی را در بیماران حصبه‌ای می‌توان در اثر آمبولی ریه با مبداء ورید رانی یا ورید صافن توجیه نمود. زمان بروز این عارضه در هفته سوم و چهارم بیماری است. موضوع مهم منع تجویز داروهای ضد انعقاد به این بیماران است زیرا احتمال خونریزی را از زخمهای روده بیشتر می‌کند. این عارضه خود بخود در عرض چند هفته بهبود می‌یابد و ندرتاً ممکن است انسداد وریدی دائمی باقی بماند.

از نظر بیماریزایی پیدایش پلورزی را در جریان تیفوئید بدو طریق باید دانست، یکی از راه خون در هنگام باکتری‌امی که سالمونلا به پلور میرسد و دیگری از طریق مجاورت با ضایعات پارانشیم ریوی که در مورد بیمار ما که ضایعات انفیلتراتیو پارانشیم ریه داشت می‌توان قبول کرد. البته لزومی ندارد که هر دو طریق ابتلاء را از یکدیگر مجزا کنیم زیرا گرفتاری ریه از هر دو راه توأماً نیز امکان پذیر می‌باشد. چنانکه ذکر شد گرفتاری ریه به صورت پنومونی بعکس برونشیت نادر است (۵ و ۶ و ۷) بویژه امروزه که با تشخیص زودرس و مصرف داروی مؤثر این عارضه بسیار کم شده است (۳). در مواردی که نویسندگان این مقاله دیده‌اند و در اشکال سخت و طول کشیده سالمونلاها بوده‌اند، باید دانست که گاهی اشکال و عوارض نادر در زمینه و شرایط مخصوصی بروز می‌کند چنانکه گرفتاری ستون فقرات در تیفوئید (۱ و ۲ و ۵) اکثراً در آنمی داسی شکل گزارش شده ولی همیشه شرایط و زمینه مساعد کننده لازم نیست بطوریکه ما در چند مورد اسپوندیلوارتریت (Spondilo artheritis) و استئوارتریت (Osteoartheritis) مفصل رانی لگنی داشته‌ایم که زمینه مساعد قبلی در آنها وجود نداشته است و همچنین پنج بیمار که در جریان تیفوئید دچار همولیز شده بودند تماماً کمبود

REFERENCES :

- 1- Textbook of Medicine, Cecil-Leob 1973, Vol. I, P. 575.
- 2- Harrison's Principles of internal Medicine, sixth Edition P. 812.
- 3- The Journal of the Egyptian Public Health Association Vol. 46, No. 1,2, 1970 P. 62, 68, 26.
- 4- Modern Practic in infectious Fever. H. Stanley Banks, Vol. I, P. 362.
- 5- Mojdehi's infectious Diseases Vol. I, P. 235, 236.
- 6- Textbook of Pediatrics Nelson, Ninth Edition, P. 584.
- 7- Pathology Anderson, Fifth Edition Vol. I, P. 221.