

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

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۲، صفحه ۱۳۹، ۲۵۳۶

دکتر ابوالقاسم رئیس‌سادات - دکتر مینومحرز - دکتر احمد‌هاشمی \*

میتوان گفت که اصطلاح «لرز و تب» صحیح‌تر از «تب ولرز» است (۲۳). و از همین روست که احساس گرما و سرما نمودار فزونی یا کاهش درجه حرارت بدن نیست (۲۲).

با نوشته‌های چندی که در مورد پروستاگلاندین‌ها منتشر گردیده است، امروزه نتیجه اثرات تب‌زای این ترشحات درونی را اثر پروستاگلاندین E میدانند که ماده تب‌زای احتمالی با اثر مستقیم و یا غیر مستقیم بر هیپوتالاموس عنوان میگردد، زیرا با تزریق پروستاگلاندین E در هیپوتالاموس توانسته‌اند اثر تب‌زای آنرا نشان دهند و نیز نشان داده شده است که این پروستاگلاندین از مجموعه هشت دسته پروستاگلاندین‌ها، اثر مخالف با ترکیبات تب‌بر و ضد درد (مشابه اسید استیل سالیسیلیک و فناسین و غیره) دارد بطوریکه با ایجاد تب و با درد وسیله پروستاگلاندین E، مصرف ترکیبات نامبرده مشابه اسید استیل سالیسیلیک اثرات دردزا و تب‌زای پروستاگلاندین را مهار میکنند. اثر مهارى و معکوس پروستاگلاندین E بر ترکیبات مشابه آسپرین و فناسین در زنان و مامائی نیز شناخته شده است (۲۵).

گفتار بالا این نکته را بخوبی روشن میسازد که هیپوتالاموس در شرایط عادى توانائی تنظیم درجه حرارت بدن را دارا میباشد و بنا بر این تب هنگامی پدیدار میشود که مرکز نامبرده در برابر عوامل گوناگون، کم‌توان گردیده، به بالا بودن درجه حرارت تا حدود معینی تن در داده و در عین حال به فعالیت خود ادامه می‌دهد. اما ممکن است اثر عوامل مهاجم درونی یا بیرونی تا بدان

مقدمه: تب عبارت از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن است که بعنوان نشانه‌ی شناخته شده در شرح حال بیماران سقراط از حدود ۲۵۰۰ سال پیش بچشم میخورد (۲-۲۳-۲۴).

تا آغاز قرن هفدهم میلادی، پزشکان با ملامسه، تب بیماران را تعیین می‌کردند و از آن پس ابزارهای فیزیکی (گرماسنجها) بکار گرفته شد.

بطور کلی تب هنگامی پدیدار میشود که تعادل حرارت بدن در جهت افزایش تولید و یا کاهش دفع کالری دچار اختلال گردد (۲۳) و این خود راهنمایی خواهد بود تا با برخورد با یک شخص تب‌دار مسائل و شرایط محیطی و درونی او را در نظر بگیریم [تب‌نوزادان در دستگاه‌های نگهداری نوزاد (انکو باتور) و تب اشخاص سالم در محیط‌های بسیار گرم و گرم‌زدگی‌ها].

در مورد تنظیم درجه حرارت و پیدایش تب، آخرین نظریه اینست که قسمت قدامی هیپوتالاموس مرکز اصلی تنظیم درجه حرارت بدن است و این مرکز تحت تأثیر مواد تب‌زا که تصور میشود از فرآورده‌های میکروبی و بخصوص از سلولهای چند هسته‌ای و شاید لئوسیتها ترشح میگردند، نخست خود متأثر می‌گردد و درجه حرارتش بالا می‌رود و پس از آن با فرمان انقباض عضلانی (انقباض عضلات صاف و مخطط = لرز) و انقباض رگهای سطحی (جلوگیری از دفع حرارت) درجه حرارت قسمتهای دیگر بدن را با خود یکسان میسازد.

بالاخره با انبساط رگهای سطحی، ایجاد عرق و دفع حرارت آغاز میگردد (مبارزه درونی و طبیعی علیه تب). با این توضیح بخوبی

\* دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران.

پیشنهاد نمیگردد و در این موارد اقدام به تجویز داروهای اضافی ضربه بر پیکر اقتصادی بیمار و جامعه و اقدام به یک کار غیر منطقی و لطمه بر شخصیت و الای پزشک و با توجه به متابولیسم و چگونگی دفع داروها، افزودن سرباری سنگین بر بار بار است که تنهای خسته و آزرده بیماران بدوش میکشند (۱۳).

تقسیم بندی تب: تبها را بر حسب علت، مدت، شرایط اقلیمی، اپیدمیولوژی، سن، ضایعات بافت شناسی و بالاخره شدت و شکل تب تقسیم بندی میکنند که از نظر علمی شایسته ترین آنها تقسیم بندی بر حسب علت است (۵-۲۴).

تبهای باخاستگاه نامعلوم F.U.O\* را چنین تعریف کرده اند: اینها تبهایی هستند که مدت ادامه آنها بیش از سه هفته بوده و با بررسیهای بالینی و آزمایشگاهی معمول و اولیه، علت آنها مشخص نگردیده است. بنظر میرسد که در این عنوان تجدید نظر کلی لازم است و عنوان «تبهای طولانی بظاهر ناشناخته» اصطلاح صحیحتری باشد زیرا در مراکز مجهز و تحقیقی بیش از ۵ تا ۸٪ موارد، تب با علت نامعلوم معنی و مفهومی ندارد، حتی در مراکزی که کلیه تجهیزات و آخرین روشهای علمی و عملی بکار گرفته نمیشود، نسبت تبهایی که علت آن نامعلوم بماند رقمی بیش از ۲۰٪ نخواهد بود (۵-۱۸-۲۱-۲۴).

#### بررسی موارد:

بعنوان نمونه تعداد بیمارانی که در مدت یکسال (از اول فروردین ماه ۲۵۳۳ تا اول فروردین ماه ۲۵۳۴) در بخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده اند، مورد بررسی قرار گرفت. این تعداد شامل ۱۵۹۰ مورد بیمار است که جمعاً ۷۱۷ مورد زن و ۸۷۳ مورد مرد بوده است. لازم بتذکر است که بیش از ۹۸٪ بیمارانی که در بخش عفونی بستری گردیده اند یا از تب شکایت داشته و یا در هنگام بستری شدن این نشانه را داشته اند. جدولهای زیر نتیجه بررسیهای انجام شده روی این عده از بیماران است.

جدول ۱- تعداد کل بیهاران بستری در بخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳ بر حسب سن و جنس

سن	زیر ۱۲ سال		بالای ۱۲ سال		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
زن	۱۴۵	۹/۱۲	۵۷۲	۳۵/۹۷	۷۱۷
مرد	۱۸۷	۱۱/۲۶	۶۸۶	۴۳/۱۴	۸۷۳
جمع	۳۳۲	۲۰/۸۸	۱۲۵۸	۷۹/۱۱	۱۵۹۰

منبع اطلاعات: پروندههای موجود در بایگانی دانشکده پزشکی پهلوی.

#### \* Fever with unknown origin

اندازه برسد که بکلی این مرکز را ناتوان سازد و همراه با دیگر دستگاههای بدن آنرا نیز فلج سازد و از کار باز دارد (ایجاد تبهای بدخیم تا ۴۲/۵ درجه سانتیگراد بیالاکه ادامه آنها مغایر با زندگی انسان است) (۲۳).

ناجنا نخواهد بود که از متابولیسم بازال، فعالیت عضلانی، اثرات ترشحات درونی و هورمونها (بخصوص تیرئوئید)، اثر سمپاتیک و اثر گرمای محیط و نیز مصرف مواد مؤثر بر سوخت و ساز بدن بعنوان عوامل ایجاد کننده حرارت، و از تشمع، تبخیر و القاء بعنوان عوامل دفع حرارت، و از مغز تیره، گیرندههای سطحی، و اکنشههای مؤثر بر دستگاههای وازوموتور، پسودوموتور، متابولیک و دستگاههای بازتاب بعنوان عوامل مؤثر در تنظیم حرارت و بالاخره از کبد بعنوان دستگاه دخالت کننده در همه این عوامل یاد کنیم (۲۳). یادآوری این نکته نیز لازم است که خرابی و انهدام هر دسته از سلولهای بدن میتواند باعث حرارت و موجب تب گردد (۲۴). همراه با تب نشانههای دیگری مانند لرز، سردرد، درد پهلوها، کمردرد، دردهای عضلانی، دردهای مفصلی، هذیان، تندی ضربان قلب، اختلالاتی عملی کلیه، تشنج و بالاخره پس از یک تا چند روز تبخال ممکن است ظاهر گردد که بعنوان «همراهان» تب از آنها یاد میشود. بر حسب شدت تب و نوع عامل ایجاد کننده تب، هر یک از این همراهان باشدتها و درصدهای مختلف می توانند خود نمائی کنند (۸). بيمورد نیست یادآور شویم که در تبهای ملایم ممکن است حجم خونی که در یک دقیقه از قلب خارج میشود افزایش یابد (واکنش مثبت در جهت رساندن اکسیژن به سلولهای بدن)، لکن در حرارت های بالا (حدود ۴۰ درجه سانتیگراد به بالا) حجم خونی که در یک دقیقه از قلب خارج میشود کاسته خواهد گردید (اختلال بیشتر در رساندن اکسیژن به سلولها که در درجه حرارت بالاتر احتیاج به سوخت و ساز و اکسیژن بیشتر دارند و ایجاد حلقه معیوب در بیمار تر ساختن بیمار تبار) (۲۳). در جریان کاهش حرارت بدن «هیپوترمی» جریان خون کلیه کاهش مییابد (۲۸). هر چند در مطالعه فیزیو-پاتولوژیایی تب سخن بدرازا کشیدلکن بدلیل اهمیت مسأله تب و نیز از آنرو که در تعدادی از بیماران، تب بعنوان تنها نشانه بیمار است، بویژه از آن جهت که در جهان کنونی هنوز بیماریهای عفونی با تبهای طولانی مساله مهم پزشکی و بهداشتی می باشد، پیش از ارائه «روش بررسی» شایسته است یادآور گردد که بررسی ما در مورد تب نزد بیمارانیست که بعلمت تبهای بالنسبه طولانی و یا بسبب وخامت بيمارساری در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری گردیده اند. تذکر این نکته حائز نهایت اهمیت است که اکثریت بیماران تبار سر پائی بامدت بالنسبه کوتاه، بیمارانی هستند که گرفتار عفونتهای ویروسی میباشند و چنانکه در «بحث» نیز خواهد آمد برای این بیماران تاکنون هیچگونه درمان اساسی و عملی



غیر عفونی بیشتر از عفونی است. از علل این پیش آمد میتوان موارد زیر را در نظر گرفت:

۱- بیماریهای غیر عفونی تبار معمولاً به خوش خیمی بیماریهای عفونی نیستند.

۲- در ۶۹ مورد مرگ و میر غیر عفونی تعدادی با کسالت غیر مشخص بستری گردیده و در گذشته اند که فاصله زمانی بستری شدن تا مرگ آنان بسیار کوتاه بوده و زمان برای بررسی و درمان بیماران کافی نبوده است.

۳- تعدادی از بیماران که بستری شدن آنها در بیمارستان جنبه فوریت داشته و در بخش عفونی بستری گردیده اند (رقمی کمتر از ۲٪)، عملاً با وخامت حال عمومی مراجعه نموده اند که پیش آگاهی خوبی نخواهند داشت. در آموزش بخش عفونی پیوسته بر این نکته، تکیه میشود که: در بیماران غیر عفونی ممکن است سرگرمی با درماینهای عفونی موجب مرگ زودرس بیمار گردد.

نتیجه: چنانکه در جدول شماره ۱ مشاهده میشود تعداد مراجعان مرد بطور کلی بیش از تعداد زنان میباشد (با افزایش حدود ۲۲٪) و در سن زیر ۱۲ سال نیز تعداد بستری شدگان پسر بیش از دختران است که در بررسی ما تعداد مراجعان پسر مبتلا به برنکو پنومونی بعد از سرخک 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.

در جدول شماره ۲ مشاهده میگردد که بازاء ۱۰۳۵ بیمار عفونی، ۵۵۵ مورد بیمار غیر عفونی بستری شده اند (حدود ۲٪). مرگ و میر در بیماران عفونی ۱۱۰ و در غیر عفونی ۶۹ میباشد که نسبتی حدود (۱/۵) دارد، یعنی بطور مشخص نسبت مرگ و میر در بیماران

جدول شماره ۲- تعداد موارد بیماری و تعداد مرگ و میر بیماران بستری در بخش عفونی بر حسب جنس

و نوع بیماری در سال ۲۵۳۳

جنس	زن		مرد		جمع	
	تعداد	مرگ و میر	تعداد	مرگ و میر	تعداد	مرگ و میر
عفونی	۴۵۰	۵۵	۵۸۵	۵۵	۱۰۳۵	۱۱۰
غیر عفونی	۲۶۷	۳۶	۲۸۸	۳۳	۵۵۵	۶۹
جمع	۷۱۷	۹۱	۸۷۳	۸۸	۱۵۹۰	۱۷۹

\* منبع اطلاعات: پرونده های موجود در بایگانی دانشکده پزشکی بهلولی.

بر حسب روز اشغال شده وسیله یک بیمار، مربوط به بیماران مبتلا به استئومیلیت است (میانگین ۴۲/۵ روز) و کمترین تعداد مربوط به مالاریا و گلودردهای چرکی میباشد (میانگین ۶/۷ روز). میانگین کل تخت بر حسب روز ۱۶/۷ است.

در جدول شماره ۴ تعداد مرگ و میر در هر بیماری عفونی گزارش گردیده است که بیشترین رقم مربوط به سل و مننژیت و کمترین رقم مربوط به استئومیلیت و آندوکاردیت است.

وسيله باردیا گرام شماره ۱، درصد مرگ و میر در بیماریهای عفونی مورد بررسی قرار گرفته است.

چنانکه ملاحظه میشود بیشترین درصد مرگ و میر مربوط به سبتی سمیها است که ارقام نزدیک به آن کزاز و دملها میباشد. کمترین درصد مرگ و میر مربوط به حصهها است که رقمی معادل ۲۳/۱٪ را نشان می دهد.

در جدول شماره ۳ بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی بستری شده را بر تیب شیوع ملاحظه می کنیم. در این جدول همچنین تعداد تخت بر حسب روزهایی که هر دسته از بیماران، اشغال کرده اند. بررسی و گزارش گردیده است.

مسأله مهم در این جدول مقایسه تعداد بیماران در هر بیماری و تعداد تخت بر حسب روزهایی است که وسیله بیماران مختلف اشغال گردیده است. بعنوان مثال هر چند تعداد بیماران حصبهیی در مدت یکسال ۱۶۲ نفر و تعداد بیماران سلی بطور کلی ۱۲۳ نفر بوده است (اختلاف حدود ۳۰٪) اما تعداد تخت بر حسب روز در مورد بیماران مسلول بمراتب بیش از بیماران مبتلا به حصبه است (حدود دو برابر).

در این جدول همچنین مشاهده میگردد که بیشترین رقم تخت

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

جنس	زن		مرد		جمع
	تعداد	تعداد تخت روز	تعداد	تعداد تخت روز	
نوع بیماری					
حصه‌ها	۶۲	۱۰۴۱	۱۰۰	۱۵۴۰	۱۶۲
سل	۸۰	۲۷۰۷	۴۳	۲۴۱۷	۱۲۳
مپاتیت	۵۰	۸۵۱	۶۹	۱۱۲۵	۱۱۹
پنومونی	۳۷	۶۸۳	۷۴	۹۵۶	۱۱۱
* عفونتهای ویروسی دستگاههای مختلف	۲۸	۲۹۵	۷۶	۵۹۰	۱۰۴
مننژیت غیر سلی	۲۸	۴۵۹	۳۸	۴۷۶	۶۶
گلودرد چرکی	۲۳	۲۱۶	۲۹	۱۶۰	۶۲
اسهال و استفراغ	۲۸	۲۰۷	۲۰	۱۷۴	۴۸
دیفتری	۲۳	۲۹۴	۲۳	۳۱۴	۴۶
بروسلوز	۱۱	۲۸۲	۱۵	۳۷۱	۲۶
** سپتی سمی	۱۳	۲۲۵	۱۲	۳۲۲	۲۵
کزاز	۱۰	۱۰۴	۱۲	۲۱۳	۲۲
عفونت ادراری	۱۲	۲۴۵	۸	۱۹۹	۲۰
F.U.O	۸	۲۲۹	۱۲	۱۰۷	۲۰
سیاه زخم	۹	۱۲۹	۸	۷۵	۱۷
مالاریا	۳	۱۸	۱۳	۹۱	۱۶
آنسفالیت	۶	۲۱۳	۷	۱۱۴	۱۳
دمل	۳	۱۶	۷	۱۴۰	۱۰
استئومیلیت	۰	۰	۷	۲۹۸	۷
آندوکاردیت	۳	۵۹	۴	۱۰۴	۷
آمیبیاز	۱	۳۷	۴	۶۸	۵
بادسرخ	۱	۱۱	۲	۱۵	۳
لارومهاجر احشائی	۱	۲۳	۱	۳۰	۲
توکسوپلاسموز	۰	۰	۱	۲۴	۱
جمع	۴۵۰	۸۴۴۴	۵۸۵	۸۹۲۳	۱۰۳۵
					۱۷۳۶۷

\* باکمال تاسف امکانات تحقیقی و اثبات بیماریهای ویروسی از نظر کشت و ویروس و یا سرولوژی غیر مقدور بوده ، لکن در مورد این بیماران بانسانه‌های بالینی و نیز باتوجه به سیر بیماری و پیدا نکردن باکتریها وقارچها وضایعات آسیب‌شناسی مربوط به آنها و باتوجه به نشانه‌های عفونی منتشر و خود بخود بهبود یافته ، تشخیص عفونتهای ویروسی مطرح گردیده است .

\*\* در مورد تعیین انواع اجرام عامل سپتی‌سمی‌ها و دمل‌ها نیز تقسیم بندی کاملی ممکن نگردید و حتی در بعضی موارد متأسفانه از کشت دمل‌ها هم جرم مشخصی بدست نیامده است که بتوان تقسیم بندی دقیقی را عنوان کرد .



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

جدول ۴- تعداد مرگ و میر در بیماریهای عفونی بر حسب نوع بیماری، سن و جنس در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در سال ۲۵۳۳

جنس و سن	زن		مرد		جمع	نوع بیماری
	۱۲ سال	زیر ۱۲ سال	۱۲ سال	بالای ۱۲		
سل	۲	۶	۲	۵	۱۵	
مننژیت غیر سلی	۲	۲	۴	۷	۱۵	
سپتیسمی	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	
هیپاتیت	۰	۴	۱	۲	۷	
اسهال و استفراغ	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 بیماریهاییکه اختلاف فصلی در آنها چشمگیر میباشد بیماریهای حصبه، مننژیت و سل بطور کلی میباشد. در مورد بیماریهای دیگر یا اختلاف فصلی آنان قابل ملاحظه نبوده است و یا در بعضی، تعداد موارد در حدی نیست که از نظر آماری ارزش مقایسه‌ای و نتیجه‌گیری داشته باشد. باردیگرم شماره ۲ توزیع فصلی بیماران حصبه‌یی، سلی و مننژیتی را نشان میدهد. همانطور که مشاهده میگردد حصبه در فصل تابستان شایعتر از سایر فصول است و مننژیت و سل در فصل بهار شیوع بیشتری داشته‌اند.

#### بحث:

آگاهی از فیزیوپاتولوژی تب و نیز آمار ما نشان میدهد که پیدایش تب بمعنی وجود یک بیماری عفونی نیست، بعلاوه همچنانکه از آمار وجدولهای مربوط مشخص گردید، تعداد قابل توجهی از بیماران تبار بیمارشان غیر عفونی است (۸-۲۴).

در مورد تبهای باعلت عفونی نیز این نکته حائز اهمیت است که علت حدود ۹۰٪ از تبهای چندروزه را عفونتهای ویروسی زودگذر تشکیل میدهد، از اینرو مطلب نهایت مهمی که تکیه بر آن را

واجب میدانیم، «پرهیز از تجویز آنتی بیوتیک نزد بیماران تباری است که تشخیص آنان داده نشده است».

مراجعه به آمار و شرح حال بیمارانی که بیماری آنان بصورت دمل ظاهر کرده (مرگ و میر ۵۰٪، باردیگرم شماره ۱) و یا شکل بدخیم‌تر از معمول بخود گرفته است نشان میدهد که این عده، پیش از تشخیص بیماریشان آنتی بیوتیکهای نابجا، ناکافی و نامتناسب مصرف کرده‌اند.

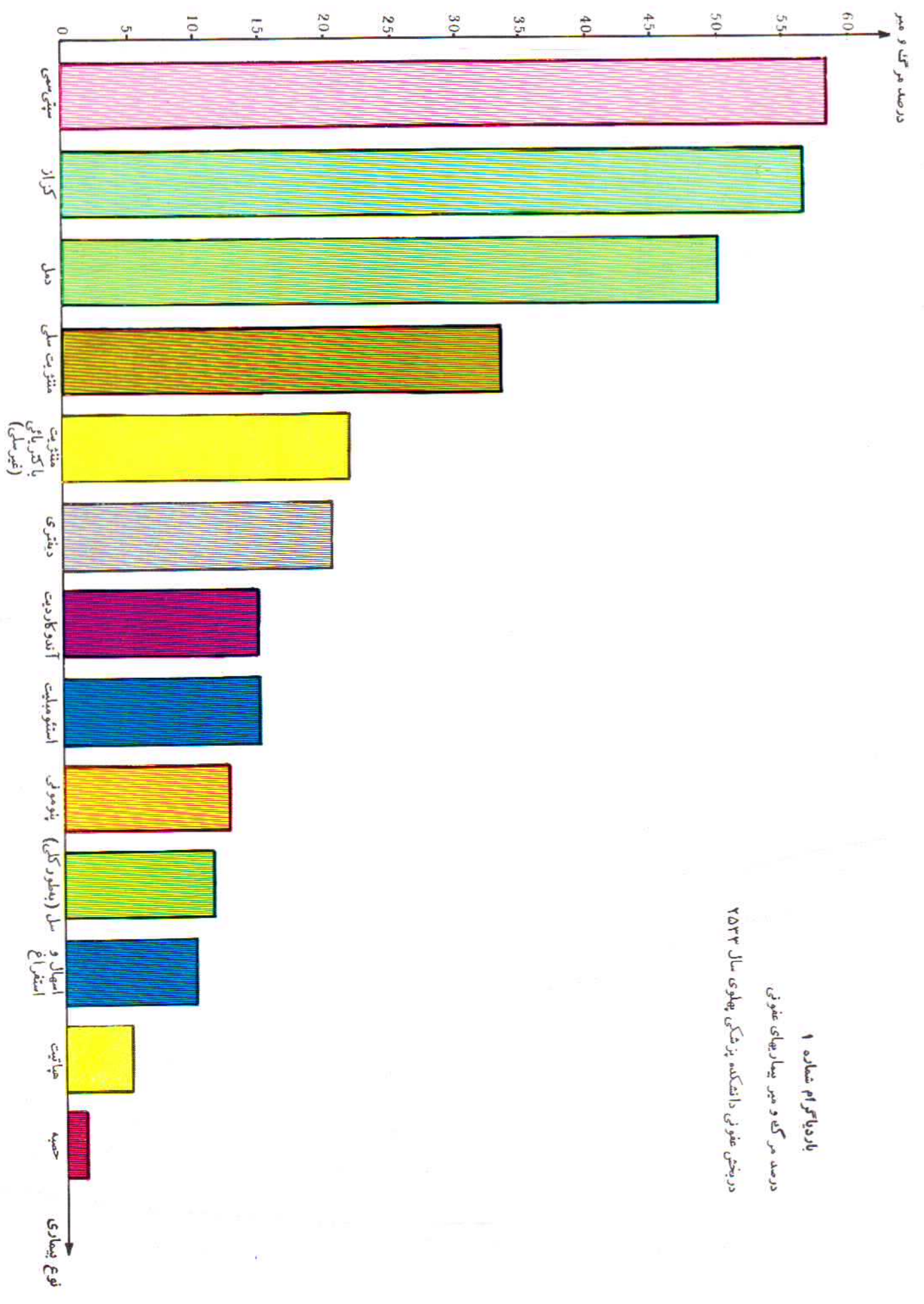
بخش عفونی در سال گذشته شاهد مرگ دو بیمار جوان بوده است که با عفونت ویروسی کم اهمیت برای آنان آنتی بیوتیک تجویز کرده بودند و مصرف آن موجب ضایعات پوستی و مخاطی منتشر با اشکال گوناگون (نشانگان استیونسن-جانسون) گردیده بود و کلیه اقدامات برای نجات آنها باشکست روبرو گردید. در مورد مصرف آنتی بیوتیک توجه به دو نکته زیر حائز نهایت اهمیت است: ۱- ممکن است بیمار از یک عارضه عفونی میکروبی رنج ببرد اما پزشک بی آنکه تشخیص قطعی داده باشد با تجویز داروهای ضد میکروبی غیرانتخابی با اثر نسبی و ناکافی، خود و بیمار را سرگرم اثرات ظاهری و نسبی دارو کند و در نتیجه شکل بدخیم بیماری بهسیر خود ادامه دهد (بعضی اشکال بدخیم مالاریا و نیز اشکال غیر مشخص سل).

۲- مصرف آنتی بیوتیک نامتناسب، صرف نظر از دیگر عوارض، چهره واقعی بیماری را تغییر خواهد داد در نتیجه اگر چنین بیماری مورد مطالعه پزشک دانا و حادقی هم قرار گیرد تا مدتها از نظر تشخیص دچار اشکال خواهد بود (بیماران مبتلا به آندوکاردیت و مننژیتها از این دسته‌اند).

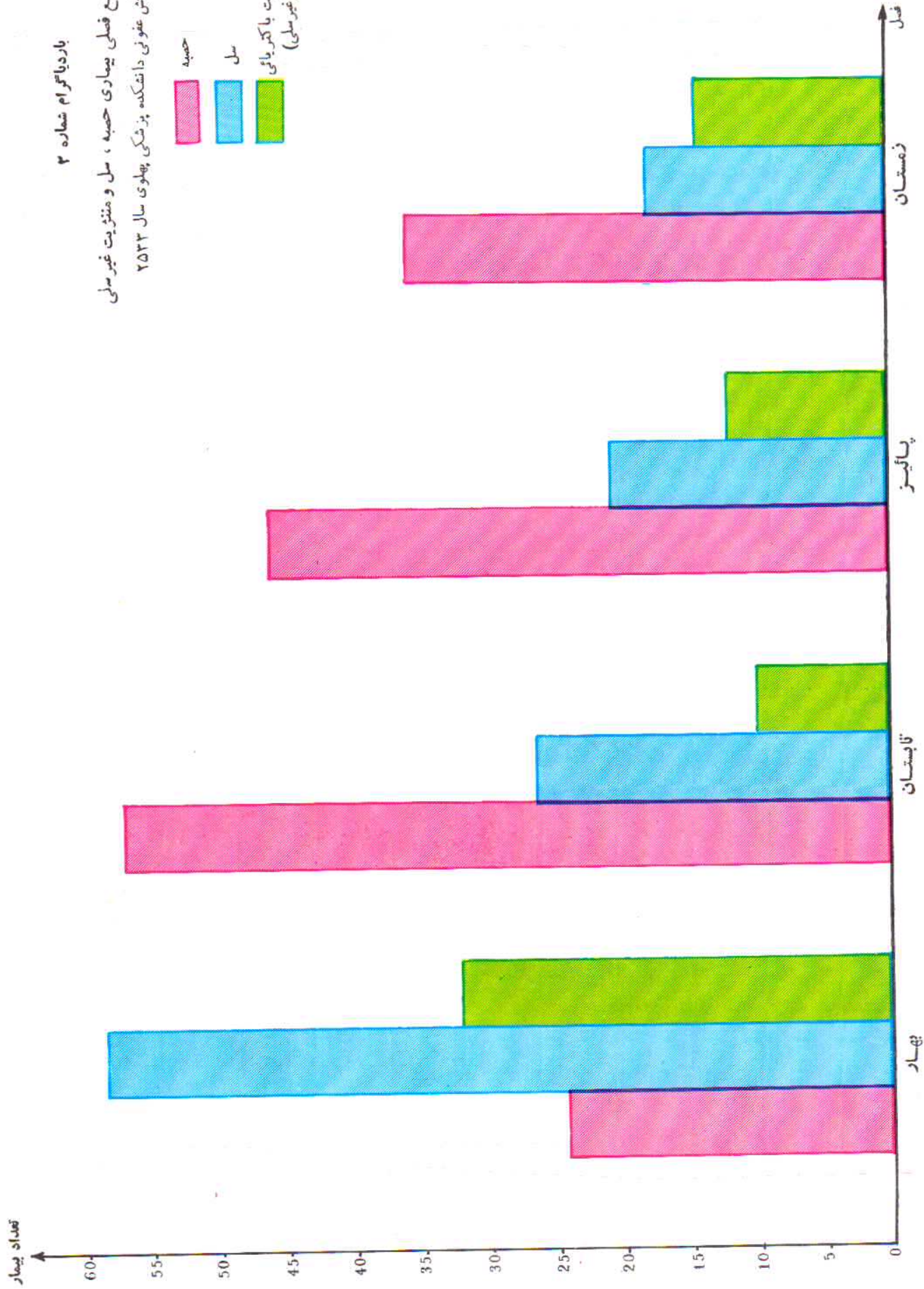
از اینرو در مورد بیماران تبار بطور خلاصه روش زیر پیشنهاد میگردد:

چنین بیمارانی یادارای نشانه‌های مشخص عفونتهای باکتریایی خطرناک و پرعارضه میباشند (از قبیل سپتیسمیها، مننژیت، دیفتری و گلودردهای چرکی) و یا اینکه بیماری آنها مشخص نمی‌باشد. در مورد گروه اول مشاهده میگردد که جز در گلو دردهای چرکی که براحتی میتوان بهترین و مؤثرترین داروی انتخابی (پنی‌سیلین) را تجویز کرد، در دیگر موارد بمنظور درمان اساسی و موفقیت آمیز بستری کردن بیماران در بیمارستان واجب بنظر میرسد. در مورد دسته دوم تأخیر در تصمیم برای درمان هیچگونه خطرات و عوارض عمده‌ای برای بیمار بیمار نخواهد آورد، در حالیکه گذشت زمان برای حدود یک هفته و پیدایش نشانه‌های جدید و شکل گرفتن بیماری به تشخیص و درمان مناسب کمک مؤثر خواهد کرد و پس از گذشت این مدت بالنسبه کوتاه، پزشک میتواند

باردیاگرام شماره ۱  
 درصد مرگ و میر بیمارهای عفونی  
 در بخش عفونی دانشکده پزشکی بهار سال ۲۵۳۳







از آزمایشهای ابتدائی مانند فرمول و شمارش خون، کشت خون، رادیوگرافی سینه، بررسی ادرار، بررسی آزمایشهای کبدی و اندکی پس از آن از آزمایشهای سرم شناسی بهره‌گیرند. (روشهای تحقیقی و درمانی در مورد یک بیمار تب‌دار در مقاله‌ای جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت).

با مشاهده به جدول شماره ۳، هر چند ممکن است ارقام این جدول نمودار کلی از بیماریهای عفونی کشور نباشد، لکن در هر حال نمودار تعداد و شیوع بیماریهای عفونی بستری شده در بخش عفونی میباشد. با توجه به اینکه تعدادی از بیماران سالمونلائی بطور سرپائی وسیله همکاران خارج از دانشگاه و تعدادی در درمانگاههای دانشگاهی مورد درمان قرار میگیرند، در عین حال رقم ۱۶۲ تن بیمار سالمونلائی برای یکسال در بخش عفونی، هشدار است برای توجه به اهمیت بهداشتی این بیماری. عنایت به این نکته که بیش از ۲/۳ بیماران بستری در بخش عفونی ساکنان مناطقی از تهران هستند که امکانات استفاده از آب لوله‌کشی را دارند (۱۰) لزوم مراقبتهای بهداشتی اولیه بخوبی آشکار است و این مهم را نمیتوان موفقیت آمیز عمل کرد مگر اینکه اولاً سازمانهای اداره کننده بهداشتی کشور دست اندرکاران و توزیع کنندگان مواد غذایی را بنحو شایسته‌ی بازرسی و راهنمایی کنند و ثانیاً به مردم آموزش بهداشت داده شود (۲۷).

یادآوری این نکته لازم است که بیماران حصبه‌ی بانثانه‌های گوناگون شایع و حتی بانثانه‌های نهایت نادر ممکن است به پزشک مراجعه نمایند (۱-۴-۱۱)، در عین حال نزد همه آنها تب نشانه‌ی ثابت و پایدار میباشد (۹). (تجویز داروهای تب برنزد این دسته از بیماران ممکن است موجب واکنش شدید همراه با پایین افتادن فشارخون و درجه حرارت باشد و حتی این اختلال تا ۲۴ ساعت نیز ادامه یابد).

در مورد بیماران مبتلا به سل (بطور کلی): ممکن است این بیماران با عارضه تب مراجعه کنند و یا در مواردی در تظاهرات بالینی آنان نشانه‌ی از تب مشخص وجود نداشته باشد (۲۰). میتوان گفت سل اکنون مهمترین مسأله بهداشتی، عفونی و دره‌سانی کشور ما میباشد زیرا این بیماری که با بیماری و تشخیص صحیح و بجا، بخوبی از نظر فردی و بهداشت اجتماعی قابل مهار کردن است، با کمال تأسف نه تنها درصد عمده‌ی از مرگ و میر بیماریهای عفونی را موجب می‌گردد بلکه ضربه عمده‌ی بر اقتصاد و سلامت جامعه وارد می‌سازد. زیرا علاوه بر آمار ما

آمارهای دیگر نیز نشان میدهد که این بیماری با گذشت زمان موجب نقائص عضوی گوناگون و از کار افتادگی افراد جوان و مشکلات اساسی جسمی و روانی میگردد. از نظر اقتصادی نیز قابل توجه است که بیماری سل حدود ۱/۴ تعداد تخت‌روز اشغال شده وسیله بیماریهای عفونی را در بخش ما تشکیل میدهد، بعلاوه نتیجه این همه کوشش و زحمت کسانی که سعی کرده‌اند خدماتی به اینگونه بیماران ارائه دهند، به دررفته است و موجب ۱۵ مورد مرگ افراد بالنسبه جوان و در سن فعالیت گردیده است.

مسأله‌ی که در این مورد در تجربیات بخش عفونی قابل توجه است شیوع مننژیت سلی میباشد (۳۲ مورد در یکسال)، که در موارد بیماریشان منجر به مرگ گردیده است و پیداست که این نسبت مرگ و میر رقمی قابل توجه و تأسف آوراست. مشاهده ما از نظر فصلی چنین مینمایاند که تعداد بستری شدگان مسلول در فصل بهار بطور چشمگیری بیش از سایر فصول است. زنان قالیباف و مردانی که در ماههای پیش از عید، نگرانیها و فعالیت‌هایشان بیش از تحمل و وضع فیزیولوژیایی بدن آنهاست، رقم بیشتری از گرفتاری به این بیماری را بخصوص در فصل بهار تشکیل میدهند.

مضافاً بر اینکه شرایط زندگانی در زمستان و تجمع افراد زیاد یک خانواده در یک اطای غیر بهداشتی زمینه انتقال این بیماری را از هر جهت فراهم می‌سازد و موارد ابتلاء پس از گذشت فصل سرما، مراجعه بیماران را بر اکثر پزشکی شهرها موجب میگردد. از سوی دیگر بیماران مسلول که در این بخش بستری شده‌اند بطور متوسط حدود یکماه از دوران کسالتشان با نشانه‌های بالینی مشخص میگذشته است و عواملی مانند نگرانیها، فعالیت‌های بیش از حد و عدم امکان استفاده از محیط طبیعی در بروز و یا شعله‌ور شدن این بیماری غالب توجه هستند. (نزد قالیبافان این بیماری بطور مشخص همراه با اختلال‌های استخوان سازی مشاهده میگردد).

در مورد هپاتیت و یروسی لازم بذکر است که هر چند موارد نادری از بیماری سیر بدخیم و برق‌آسا دارند، ولی استفاده از داروهای اضافی بخصوص آنتی‌بیوتیکها (که اکثر آنها متابولسم کبدی دارند) در این بیماران سیر بیماری را نهایت و خیم‌تر و ورشکستگی سلولهای کبدی آنان را پیشرفته‌تر و زمینه را برای مرگ آنان فراهم‌تر می‌سازد.

با توجه به آمار بیماران مبتلا به برنکوپنومونی بعد از سرخک و رقم قابل توجه مرگ و میر آنها بازهم سخن از مسائل فرهنگی و



آنتی بیوتیک در مورد بیمارانی که تشخیص آنان مسجل نبوده است موجب ادامه بیماری و پیشرفت موزیانه، و خطر ناک کسالتشان گردیده است، بازهم مطلبی که تکیه بر آنرا واجب میدانیم «پرهیز از تجویز آنتی بیوتیک نزد بیمارانی است که تشخیص بیماری آنان روشن نشده است».

#### خلاصه:

تب عبارتست از افزایش درجه حرارت طبیعی بدن يك شخص بمقدار حداقل نیم تا يك درجه سانتیگراد و بمدت حداقل ۲۴ تا ۴۸ ساعت.

عوامل بیماریزا و یا سلولهای بدن موادی ترشح میکنند که بر هیپوتالاموس تأثیر کرده موجب پیدایش تب میگردد. امروزه برای پرستارگان ندینها در پیدایش تب نقش مؤثر و عمدیهی قائلند.

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

شایسته است که بجای تبهای با علت 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 ولارومهاجر و توکسوپلاسموز نادرترین موارد بیماریهای عفونی بستری در بخش بوده اند.

گسترائی درصد مرگ و میر در بیماریهای عفونی بشرتیب عبارت بوده اند از: سپتیسمی، کزاز، دمل و مننژیت سلی.

سل و مننژیت در بهار و حصبه در تابستان و پائیز گسترائی بیشتری داشته اند.

در بیمارانی که تب چند روزه داشته اند و علت آن مشخص نبوده است (احتمالاً ویروسی) تجویز آنتی بیوتیک نا بجا سبب بروز عوارض خطر ناک از جمله نشانگان (سندرم) استیونس جانسن گردیده است.

بهداشتی کشور اهمیت ویژه خود را نمایان میسازد و شاید آموزش بهداشت و آگاهی مردم به لزوم واکسیناسیون سرخک و چند بیماری دیگر از خدمات عمدهیی است که دست اندر کاران و مسؤلان خدمات بهداشتی و درمانی مملکت میتوانند انجام دهند.

در اینجا از دو بیماری عفونی پراهمیت دیگر که مرگ و میر آنها بیداد میکند یعنی از کزاز و دیفتتری نیز باید نام برد، زیرا از پیدایش عوارض این دو بیماری با واکسیناسیون صحیح بخوبی میتوان جلوگیری کرد. در این مورد بخصوص به اهمیت پیشگیری کزاز نزد بیمارانی که برای آنان اعمال جراحی شکم و نیز جراحیهای دستگاه تناسلی انجام میگردد میتوان پی برد و نیز لزوم توجه به اقدامات پیشگیری نزد بیمارانی که گرفتار زخم آلوده میباشند تا کید میگردد (با توجه به واکسیناسیونهای قبلی تصمیم گیری در تجدید واکسیناسیون و یا در صورت عدم پیش گیری قبلی تزریق واکسن و سرم باهم و ادامه واکسیناسیون).

در مورد دیفتتری، بستری شدن ۴۶ مورد در مدت یکسال در بخش عفونی و مرگ ۱۰ تن نونال، ارقامی رنج آور و متأثر کننده است و با توجه به اینکه با پیدایش ضایعات قلبی دیفتتری بیش از ۹۵٪ موارد (۳)، سر نوشت بیمارانی را مرگ تشکیل میدهد، تکیه بر لزوم واکسیناسیون علیه این بیماری حائز اهمیت است. از دیگر بیماریهای عفونی شایع کشورمان، اشکال گوناگون برسلوز است که در بخش عفونی ملاحظه شده و مورد بررسی قرار گرفته است (۷-۲۶)، هر چند اشکال خطر ناک و مرگه زای این بیماری (آندوکاردیت بروسلائی) (۱۴) نزد بیمارانی ما وجود داشته است لکن خوشبختانه در این بررسی در بیمارانی بروسلائی مرگ و میر وجود نداشته و حتی يك بیمار مبتلا به آندوکاردیت بروسلائی با تشخیص و درمان زودرس نجات یافته است (۶). با ملاحظه رقم مرگ و میر ۵۶٪ در سپتیسمیها و نیز مرگ ۵۰٪ از بیمارانی که مبتلا به دمل بوده اند، با توجه به اینکه مصرف

## منابع و مأخذ

الف: منابع فارسی

- ۱- دکتر اذانی، م. - دکتر نصیرزاده، م. - بررسی ضایعات قلب در حصبه سال ۱۳۵۴ تهران، ص ۲۸.
- ۲- دکتر باهر، غ. - تب ۱۳۵۰ قم، ص ۱۵-۱۶.
- ۳- دکتر تقوی، ن. - دکتر یلدا، ع. - بررسی بالینی و اپیدمیولوژیایی دیفتتری نزد بیمارانی بستری شده در بخش عفونی در مدت دوسال ۱۳۵۴ تهران، ص ۶۲.
- ۴- دکتر ثمر، گ. - دکتر باستی، ه. - دمل ماستوئید در حصبه - مجله دانشکده پزشکی دانشگاه ملی.
- ۵- دکتر حسینی، م. - دکتر یلدا، ع. - بررسی تبهای ناشناخته در بیمارانی بستری شده در بخشهای عفونی دانشکده پزشکی پهلوی در مدت سه سال ۲۵۳۶ تهران، ص ۵۱-۱۰۸.

- ۶- دکتر رئیس سادات، الف - دکتر یلدا، ع - نکاهی بر آندوکاردیتها و بررسی پروندههای بیمارانی که در مدت یکسال در بخش عفونی بستری گردیده اند ۱۳۵۴ تهران، ص ۲۶.
- ۷- دکتر زرکروفا، الف - دکتر معین، م - بررسی علائم آزمایشگاهی و نشانههای بالینی بروسلوز ۱۳۵۴ تهران، ص ۳۱.
- ۸- دکتر مزدهی، ن. م - بیماریهای عفونی، شرح و تفسیر امراض باکتریایی ۱۳۴۷ تهران، ص ۵۵-۵۶.
- ۹- دکتر مجرز، م - دکتر یلدا، ع - بررسی بالینی و اپیدمیولوژیایی حصبه در مرکز پزشکی پهلوی طی دو سال اخیر ۱۳۵۲ تهران، ص ۱۹.
- ۱۰- دکتر مجرز، م - دکتر ندیم، الف - بررسی اپیدمیولوژیایی موارد بستری حصبه در شهر تهران ۱۳۵۳ تهران، ص ۳۸.
- ۱۱- دکتر یلدا، ع - دکتر مشایخی، م - دکتر سلجوقی، ن - دکتر فاتحی، الف - پلورزی دیافراگماتیک در حصبه . مجله نظام پزشکی شماره ۳، ص ۲۴۹، سال ۱۳۵۳.

## REFERENCES :

- 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- Appelle 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 Contribution 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 kidney Clin. Scien. & Mol. Med. Vol 51, No 6, P: 583-588, 1976.