

بیمار با تب صبحگاهی

دکتر علی اکبر حیدری^۱، دکتر محمدرضا سروقد^۲

۱ دانشیار، دکتری تخصصی بیماریهای عفونی، گروه بیماریهای عفونی، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ دانشیار، دکتری تخصصی بیماریهای عفونی، گروه بیماریهای عفونی، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسؤول: دکتر علی اکبر حیدری

نشانی: مشهد، میدان امام رضا (ع)، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)، مرکز تحقیقات کنترل عفونت و بهداشت دست -

تلفن: ۰۵۱۳۸۵۱۵۰۰۱

پست الکترونیک: HeydariAA@mums.ac.ir

خلاصه

پیوند کلیه بود که با طرح منتشر ندولار، در رادیوگرافی قفسه سینه بررسی شد. تشخیص سل منتشر با توجه و دقت به الگوی خاص تب و با یافتن باسیل سل، در نمونه لائوژ ریۀ وی ثابت شد.

امروزه غالباً پزشکان جنبه‌های تشخیصی و مهم الگوهای تب را نادیده می‌گیرند. این مقاله موردی از بیماری سل منتشر را در مردی ۶۴ ساله گزارش میکند که با شکایت از تب مراجعه کرد. وی بیمار

گزارش مورد

بیمار مردی ۶۴ ساله است که از تب صبحگاهی و تعریق زیاد شکایت می‌کند. طبق گزارش وی، علائم بیماری ۲۰ روز قبل از مراجعه، با سرفه آغاز و ۱۰ روز بعد از شروع سرفه، بیمار دچار تب و لرز شده است. تب در صبحگاه، شدیدتر و با تعریق و لرز همراه است؛ ولی عصر و شب، قطع می‌شود.

شکم، صدای روده شنیده نشد. بیمار بزرگی کبد و طحال نداشت. معاینه رکتوم نرمال و پروستات به اندازه معمولی بود. از نظر موتور و حس، امتحانهای عصبی در هر ۴ اندام، سالم و بدون اختلالات عصبی بود.

نتایج آزمایشگاهی

تعداد گلبولهای سفید خون ۱۳۰۰۰ در هر میلیترمکعب (نوتروفیل ۸۹ درصد، لنفوسیت ۱۰ درصد و مونوسیتها ۱ درصد)، تعداد پلاکت ۳۰۰۰۰۰ در هر میلیترمکعب، هموگلوبین ۱۲/۲ گرم در دسیلیتر و هماتوکریت ۳۷ درصد بود. سدیم سرم، پتاسیم، نیتروژن اوره خون و قند خون طبیعی بود. سرعت رسوب گلبولهای قرمز (ESR) معادل ۸۸ میلیمتر در ساعت و میزان سی. آر. پی به شدت مثبت بود. کشت خون و تست جلدی سل منفی بود. گرافی قفسه سینه (شکل ۱) الگوی ندولر دو طرفه را نشان داد.

در سابقه پزشکی بیمار، دیابت نوع ۲ و نارسایی مزمن کلیه و پیوند کلیه ۹ ماه قبل از بستری، مشهود است. بیمار اخیراً از سیکلوسپورین، پردنیزولون، ویتامین B1 کوتریموکسازول استفاده کرده؛ ولی الکل، تنباکو، مواد غیرقانونی و مواد مخدر تزریقی مصرف نکرده است. در زمان پذیرش بیمار، بعدازظهر، درجه حرارت وی ۳۷ درجه سانتی‌گراد، نبض ۸۸ ضربه در دقیقه، تعداد تنفس ۱۸ در دقیقه و فشار خون ۱۲۶/۷۸ میلیمتر جیوه بود. در معاینه فیزیکی، تغییر وضعیت ذهنی و سفتی گردن و زردی صلبیه مشاهده نشد؛ همچنین بیمار لنفادنوپاتی نداشت. صدای قلب نرمال و بدون سوفل بود. از ریه ها، صدای خس خس و در قاعده ریه‌ها، کراکل شنیده شد. در معاینه

تب، تب با منشأ ناشناخته (۲)، اختلال در عملکرد یک یا چند ارگان (۳،۴)، شوک سپتیک (۵) و سندرم زجر تنفسی (۶،۷) بروز کنند. علائم غیراختصاصی شامل تب و لاغری و ضعف است. تعریق شبانه شایع است و لرز هم گزارش شده است؛ هر چند در سل منتشر معمول نیست (۸،۹). مطالعات روی افراد با پیوند عضو که تعداد زیادی از آنها، تا ۶۳ درصد، به سل غیرریوی یا منتشر مبتلا می‌شوند، نشان می‌دهد ممکن است برخی از بیماران علامت بیماری نداشته باشند که در این حالت، عفونت به صورت اتفاقی تشخیص داده می‌شود. بیماری سل منتشر با شروع مزمن سرفه و تب و تعریق همراه است. کارآمدترین رویکرد تشخیصی بیماری با تب توجیه‌ناپذیر، تجزیه و تحلیل تاریخچه بیمار، معاینه فیزیکی، بررسی الگوی تب و آزمونهای آزمایشگاهی منتخب است.

در فقدان دیگر سرنخهای بالینی، الگوهای تب ممکن است در دستیابی به تشخیص کمک کنند. این اطلاعات را می‌توان در بالین بیمار به دست آورد. به عنوان مثال، اوج و افزایش دمای بدن در صبحگاه، (به جای افزایش معمول آن در بعدازظهر)، اگر ساختگی نباشد، ممکن است نشانی از پریارتیریت ندوزا یا سل منتشر یا باکتری می‌سالمونلا باشد (۱۰). سرفه مزمن همراه با تب و تعریق، نشانه سنتی بیماری سل است. در بیمار ما، الگوی معکوس تب در شبانه روز، با عفونت مایکوباکتریومی منتشر سازگار بود؛ بنابراین در این حالت غیرمعمول، علائم حیاتی و طرح تب مهمترین سرنخ تشخیصی بودند. این یافته‌ها همراه با نقص ایمنی بیمار منجر به تشخیص سل منتشر و جستجوی میکروبیولوژیک و سل ارزنی با اسمیر مثبت، در نمونه لاواژ برونکوالوئولار بیمار تایید شد.

جمع‌بندی

امروزه پزشکان جنبه‌های مهم الگوی تب را نادیده می‌گیرند و بر تست آزمایشگاهی تاکید می‌کنند. پزشکان باید سل منتشر را در بیمارانی که با تب و لرز و تعریق مراجعه می‌کنند، محتمل بدانند. یافته‌هایی مثل الگوی معکوس تب و نمای ندولر در گرافی قفسه سینه، این احتمال را قویتر می‌کند. پزشکان باید الگوهای تب را که سرنخها و نکته‌های تشخیصی مهمی را ارائه می‌دهند سریعاً ارزیابی کنند، تا بررسیها به موقع، برای رسیدن به یک تشخیص قطعی آغاز شود.

به دلیل اسمیر منفی خلط از نظر باسیل اسیدفست، اسمیر و لاواژ برونکوالوئولار تکرار شد و گزارش لاواژ برونکوالوئولار برای باسیل اسیدفست مثبت شد. کشت خلط طبق سیاستهای بهداشتی منطقه‌ای انجام نشد. درمان ضد سل آغاز شد که ۳ روز بعد از آن، تب کاهش و بیمار بدون عارضه بهبود یافت.

شکل ۱: درگیری ندولر منتشر دوطرفه در بیمار مبتلابه سل ارزنی



بحث

سل ارزنی، سل پیشرونده و انتشار خونی باسیل سل است. تشخیص سل منتشر همچنان دشوار و علائم بالینی سل ارزنی متنوع است. زمانی که الگوی ندولر ارزنی در گرافی قفسه سینه دیده شود، تشخیصهای افتراقی گسترده، و شامل بیماری عفونی و التهابی و نئوپلاستیک هستند.

تب یک علامت مفید، در تشخیص تعداد اندکی از بیماریها است؛ ولی وقتی تشخیصهای افتراقی، گسترده و مبهم هستند، علامت تشخیصی سودمندتری است (۱). در گزارش بیمار ما، معکوس بودن ریتم شبانه‌روزی تب، غیرمعمول بود؛ بنابراین ثبت دمای بدن بیمار و توجه به آن در تشخیص سل، از نوع منتشر مفید و لازم بود.

ممکن است سل ارزنی پس از استنشاق اولیه باسیل سل و به دنبال سل اولیه یا سالها بعد از عفونت اولیه رخ دهد. تظاهرات بالینی سل منتشر بسیار متغیر هستند و ممکن است به شکل اختلال رشد بدون

References

1. Cunha BA, Krakakis J, McDermott BP. Fever of unknown origin (FUO) caused by miliary tuberculosis: diagnostic significance of morning temperature spikes. Heart Lung. 2009; 38(1):77-82 .

2. Kim JH, Langston AA, Gallis HA. Miliary tuberculosis epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and outcome. *Rev Infect Dis.* 1990; 12(4):583-90 .
3. Asada Y, Hayashi T, Sumiyoshi A, Aburaya M, Shishime E. Miliary tuberculosis presenting as fever and jaundice with hepatic failure, *Hum. Pathol.* 1991; 22(1):92-4 .
4. Sydow M, Schauer A, Crozier TA, Burchardi H. Multiple organ failure in generalized disseminated tuberculosis. *Respir Med.* 1992; 86(6): 517-9 .
5. Ahuja SS, Ahuja SK, Phelps KR, Thelmo W, Hill AR. Hemodynamic confirmation of septic shock in disseminated tuberculosis. *Crit Care Med.* 1992; 20 (6):901-3 .
6. Kim JY, Park YB, Kim YS, Kang SB, Shin JW, Park IW, Choi BW. Miliary tuberculosis and adult respiratory distress syndrome. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(4):359-64 .
7. Mohan A, Sharma SK, Pande JN. Acute respiratory distress syndrome (ARDS) in military tuberculosis: a twelve year experience. *Indian J Chest Dis Allied Sci.* 1996; 38(3): 157-62 .
8. Harvey C, Eykyn S, Davidson C. Rigors in tuberculosis. *Postgrad Med J.* 1993; 69(815):724-5 .
9. Lowry KJ, Stephan KT, Davis CE. Miliary tuberculosis presenting with rigors and developing unusual cutaneous manifestations. *Cutis.* 1999; 64(1):23-8 .
10. Cunha BA. Fever of unknown origin in the elderly. *Geriatrics.* 1982; 37(6): 30-6. 39-40, 44