

بررسی تب روماتیسمی در بالغین خراسان

دکتر نیره سعادت^{*} - دکتر منیره آهنچیان

خلاصه

تب روماتیسمی حاد (ARF)^۱ یک بیماری التهابی سیستمیک است که به علت عفونت حلق با استرپتوکوک β همولی تیک گروه A رخ می دهد. این بیماری ویژه بچه ها و جوانان است اما در بالغین هم رخ می دهد. تب روماتیسمی حاد بیماری چند سیستمی است، قلب، مفاصل و سیستم عصبی مرکزی، پوست، کلیه ها، ریه ها، را درگیر می کند. برای درمان بیماری یک عامل تشخیصی واحد وجود ندارد و تشخیص تب روماتیسمی حاد نیازمند نتایج بالینی و آزمایشگاهی گوناگونی است. برای درمان بیماری گام اول ریشه کنی استرپتوکوکوس است که این کار از رجعت فارنژیت استرپتوکوکی و تب روماتیسمی حاد جلوگیری می کند. در این گزارش نتایج مطالعه دقیق تب روماتیسمی حاد در بزرگسالان خراسان، که قبلاً بررسی نشده است، ارائه می شود. این افراد که در مرکز پزشکی قائم (عج) مورد مطالعه قرار گرفتند جمعاً ۵۶ بیمار شامل ۳۹ نفر مذکر (۷۰٪) و ۱۷ نفر مؤنث (۳۰٪) هستند. بازه سنی ۵۰-۱۴ سال بود. خط مشی اصلی تشخیص معیارهای جونز تعیین شد. وجود کاردیت در این گروه ۴۰/۳ درصد مشخص شد. در تمام موارد کاردیت در سه هفته اول حمله بروز کرد. ۷۹۲/۹۸ بیماران آرتریت داشتند که بیشتر زانوها و مچ ها را درگیر کرده بود. مطالعه ما از نوع آینده نگر و برای بازه زمانی ۷۹-۷۶ انجام شد. نتایج به دست آمده در این مطالعه با یک مطالعه جامع یک کشور پیشرفته مقایسه شد.

واژه های کلیدی: تب روماتیسمی حاد- تب روماتیسمی در بالغین - معیارهای جونز

مقدمه

می شوند آن را با روماتیسم مرتبط ندانست (۳، ۴) و Cheadle (۶) در ۱۸۸۶ چیزی را توصیف نمود که ما هم اکنون آن را تب روماتیسمی حاد کامل می نامیم، شامل آرتریت، کاردیت - کره - اریتم - مارژیناتوم و ندولهای زیر جلدی است (۳). بیش از نیم قرن پیش مطالعات اولیه توسط Lancelfield استرپتوکوکهای بتا همولی تیک را به چند گروه تقسیم نمود (۷ و ۱). تب روماتیسمی

تب روماتیسمی حاد تاریخچه جذابی دارد. واژه (Acute articular rheumatism) را برای مشخص کردن تب روماتیسمی حاد از دیگر علل روماتیسم به کار رفته است. توماس سیدنهام (۱۶۲۴-۱۶۸۹) در انگلستان این بیماری را از نقرس متمایز ساخت. سیدنهام که کره حاد را توصیف نمود و هنوز تب روماتیسمی حاد به نام وی خوانده

^{*} دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان قائم

روش کار

تب روماتیسمی حاد به دنبال فارنزیت استرپتوکوکی هنوز در منطقه ما از شیوع نسبی برخوردار است. لیکن در بالغین غالباً مورد توجه قرار نمی گیرد. تحقیق جاری یک پژوهش آینده نگر است و در بخش داخلی بیمارستان قائم (عج) دانشگاه علوم پزشکی مشهد از آبانماه ۱۳۷۶ لغایت آبانماه ۱۳۷۹ ادامه داشته است. البته بیماران بیمارستانهای دیگر شامل امام رضا (ع) و منتصریه نیز جهت پیگیری به این بیمارستان ارجاع شدند. در مجموع ۵۶ بیمار شامل ۳۹ مرد (۷۰٪) و ۱۷ زن (۳۰٪) پذیرش شدند.

بیماران کمتر از ۱۴ سال از مطالعه ما مستثنا شدند. همچنین بیماران باید دارای ASO^۱ بیشتر از ۲۵۰ واحد Todd یا کشت حلق برای استرپتوکوک مثبت باشند که در مطالعه منظور شوند.

تشخیص بیماران بر اساس نشانه های تکمیل شده جونز و رد سایر بیماریهای مشابه قرار داشت. بیماری که دو معیار مازور یا یک معیار مازور و دو معیار مینور جونز داشته باشد تب روماتیسمی حاد تلقی می شود.

برای استخراج نتایج پرسشنامه کاملی طراحی گردید که بخشی از آن توسط بیمار و در صورت نداشتن سواد توسط محققین درج می گردید و بقیه اطلاعات پس از انجام آزمایشات لازم اضافه می شد. فرم دیگری (فرم جمع بندی) جهت درج نتیجه تشخیصهای هر یک از کتریهای جونز برای هر یک از بیماران پیش بینی شده بود که به تدریج تکمیل گردید.

حاد دهها سال است که با ترکیب علائم بالینی و آزمایشگاهی شناخته شده است (۱، ۲ و ۵). شیوع تب روماتیسمی حاد در حال حاضر که در اوایل قرن بیست و یکم به سر می بریم بسیار کمتر از شیوع آن در ۵۰ سال گذشته است. بروز تب روماتیسمی در کشورهای صنعتی جهان تا حدود زیادی کاهش یافته است (بویژه در بالغین) به طوری که بیماری نادری محسوب می شود. در کشورهای در حال توسعه که حدود ۶۵٪ جمعیت جهان را تشکیل می دهند عفونتهای استرپتوکوکی و تب روماتیسمی حاد از مشکلات بهداشتی با اهمیت به شمار می روند (۷ و ۸). تب روماتیسمی حاد دهها سال است که با ترکیب علائم بالینی و آزمایشگاهی شناخته شده است و یک نشانه و یا تست آزمایشگاهی مشخص برای تب روماتیسمی حاد وجود ندارد (۳ و ۴).

شیوع تب روماتیسمی بالغین در آمریکا بین ۱/۸۸-۰/۲ به ازاء هر یک صد هزار نفر می باشد و به دلیل شیوع آن در ۳ دهه اخیر تحقیقات متعدد بر روی بالغین انجام شده است (۹). مطالعات در ارتباط با تب روماتیسمی اطفال در بیشتر کشورها و همچنین ایران صورت گرفته است و در یک مطالعه که در دانشگاه مشهد انجام گرفته است شیوع ضایعات در بچه ها در مدارس مشهدی ۳ در هزار بوده است (۱۴). با توجه به اینکه مطالعه جامعی در مورد تب روماتیسمی بالغین در استان خراسان صورت پذیرفته است و اطلاعات جدیدی در این زمینه وجود ندارد و این مهمترین عامل انتخاب و انجام این پروژه تحقیقاتی بوده است.

1- Anti Sterptolysin O

نتایج

در این بررسی تعداد ۵۶ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند و همچنانکه از جدول شماره ۱ استنباط می شود از بین ۵۶ بیمار مورد مطالعه ما که در سنین ۵۰-۱۴ سال بوده اند بیشترین سن ابتلاء بین سنین ۱۸-۱۴ سال بوده است که حدود ۵۰٪ بیماران را تشکیل می دهند لازم به ذکر است که بیماری در محدود سنی ۴۰-۳۵ سال وجود نداشته است.

جدول ۱: توزیع بیماران در بازه های سنی

مختلف

۳۶- سال	۲۹-۳۵ سال	۲۴-۲۸ سال	۱۹-۲۳ سال	۱۴-۱۸ سال	
به بالا	سال	سال	سال	سال	
۳	۸	۸	۹	۲۸	تعداد بیماران
٪۵/۳	٪۱۴	٪۱۴	٪۱۶/۰۷	٪۵۰	درصد بیماران
۳	۶	۲	۹	۲۰	تعداد بیماران مرد
٪۵	٪۱۵	٪۵	٪۲۲/۵	٪۵۱/۲۸	درصد بیماران مرد
۱	۲	۶	۰	۸	تعداد بیماران زن
٪۵/۸	٪۱۱/۸	٪۳۵/۳	٪۰	٪۴۷	درصد بیماران زن

آن مهاجر (۲۸٪) ولی در تب روماتیسمی بالغین کیفیت اضافه شونده مشاهده می شد (۱۱). مچ پا و زانو شایعترین مفصل درگیر بودند آرتریت شایع ترین تظاهر مازور تب روماتیسمی حاد است. در مطالعه ما نیز بین ۵۲ نفر بیماری که پلی آرتریت داشته اند ۳۸ نفر گرفتاری مفصلی اضافه شونده داشته اند که حدود ۷۳/۰۷٪ موارد می شود. در اطفال بیشتر موارد گرفتاری مفاصل غیر قرینه بوده است ولی در بالغین به طور مشخصی سیمتربیک می باشد (۱۱). پلی آرتریت در بالغین با افزایش سن، زیاد می شود (۵ و ۷). تواسینوویت در بالغین شایع می باشد (۱۳) بیمار مورد مطالعه) و ممکن است که با عفونت گونوکوکی اشتباه شود (۱۱).

در مطالعات مختلفی که در نقاط مختلف جهان بر روی بیماران در سنین متفاوت انجام شده است همیشه درصدی از بیماران فارنژیت داشته اند و سابقه ای از گلو درد نمی دهند (۳ و ۴). که این درصد در مطالعات مختلف متفاوت بوده است در یک مطالعه ۳۰٪ و در مطالعه دیگر ۴۰٪ بوده است در مطالعه ما ۱۹٪ بیمارانی که از آنها شرح حال صحیح گرفته شده است، از نظر گلو درد منفی بوده اند.

بیشترین میزان وقوع تب روماتیسمی حاد بعد از گلودرد در طی هفته اول بعد از فارنژیت بوده است. پلی آرتریت شایعترین تظاهر بزرگ در بالغین بوده است در مطالعه ما ۹۲/۹۸٪ بوده است.

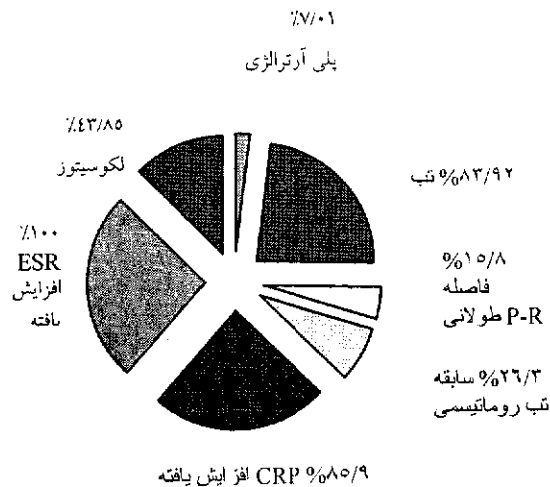
شیوع کاردیت در اطفال در مطالعات قدیمی تر ۵۰٪ بوده است (۸، ۲ و ۱۴) ولی در مطالعات اخیر افزایش داشته است، شیوع آن تا ۵۶٪ متغیر بوده

تشخیص بیماران بر اساس نشانه های تکمیل شده جونز قرار داشت (۱، ۲ و ۵). در ۱۹۴۴ دکتر T.Duckett Jones برای کمک به تشخیص این بیماری و به خصوص در جهت کاهش تشخیص بیماری انجام داد (۱۰). جدیدترین تصحیح در سال ۱۹۶۵ انجام شد (۳ و ۴). دیگر نیازمندیهای تشخیص این بیماری این است که بیمار باید حداقل ۲ معیار مازور و یا یک مازور به همراه دو مینور داشته باشد (۱، ۲، ۵ و ۱۳).

در بیشتر بیماران مورد مطالعه ما تورم مفصلی وجود داشت (۵۲ بیمار). فرم ابتلا در بچه ها فرم

پلی آرتراژی در مطالعات انجام شده در اطفال در صورت قطعی بودن تب روماتیسمی حاد به همان اندازه پلی آرتريت شایع می باشد. در مطالعه ما بر روی بالغین نیز پلی آرتراژی بسیار شایع بوده است. در اینجا پلی آرتراژی به عنوان یک معیار مینور در بیمارانی که مفاصل آنها پلی آرتريت نداشته اند در نظر گرفته شده است.

تب در مطالعات ما ۴۸ نفر (۸۳/۹۳٪) بود. لکوسیتوز ۴۳/۸۵٪ و ESR^۱ در ۹۰٪ موارد مثبت بود. CRP^۲ در کلیه این بیماران در مرحله حاد مثبت بود.

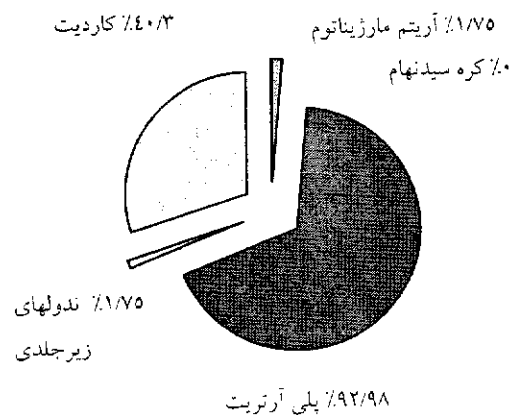


شکل ۲: نمودار درصد تظاهرات کوچک جونز در بیماران

در بیماران مورد مطالعه هنگام اولین حمله تب روماتیسمی بعد خانوار زیاد بود، به طوری که تعداد

است. در مطالعه ما وقوع کاردیت ۴۰/۳٪ بود و کاردیت در خانم ها بیشتر از آقایان وجود داشت. معیارهای تشخیص کاردیت: (الف) ظهور یا تغییر در خصوصیت سوفلهای ارگانیک قلب (ب) افزایش اندازه قلب که با رادیوگرافی نشان داده شود (پ) صدای افیوژن پریکارد (د) نشانه های نارسایی احتقانی قلب منظور شدند (۷، ۱، ۲، ۵ و ۹).

کره سیدنهام به دلیل اینکه تظاهراتی دیر رس می باشد و نیز این مسئله در صورتی که بیماری با کره سیدنهام به درمانگاه مراجعه نماید، بستری نمی گردد و تحت درمان سرپایی قرار می گیرد، در بیماران ما یک مورد وجود داشت. اریتم مارژیناتوم نیز یک مورد بود که همزمان با ابتلا به تب روماتیسمی حاد در روی بازو و ساعد راست تظاهر کرده بود. ندول زیرجلدی هم یک مورد در ناحیه اکستانسور آرنج راست واقع شده بود که در موقع مرخص کردن بیمار (یک هفته) همچنان وجود داشت.



شکل ۱: تظاهرات بزرگ جونز در بیماران

1- Erythrocyte Sedimentation Rate
2- C. Reactive Protein

محیطی ابتلا به تب روماتیسمی حاد در خراسان در سنین پایین تر رخ می دهد.

بحث

تب روماتیسمی در سراسر جهان رواج دارد ولی شیوع آن در برخی از جوامع بیشتر از بقیه است. این بیماری در میان افراد کم درآمد که معمولاً دچار بدی تغذیه هستند فراوانتر است. در یک مطالعه بر روی افراد مبتلا به تب روماتیسمی حاد کودکان گروه خونی A آسیب پذیر بوده اند (۳). انبوه جمعیت و فراوانی افراد خانوار، شاید به علت پراکندگی آسان عفونت استرپتوکوکی بیشتر دلیل انتشار بیماری می شود و از همین رو تب روماتیسمی در جامعه مرفه آشکارا کمتر بوده است (۳ و ۷).

به طور جداگانه بین هریک از متغیرها، با سواد بیمار هنگام اولین حمله تب روماتیسمی حاد ارتباط معنی داری وجود دارد. بدین صورت که بیشترین درصد گلو درد قبل از حمله مربوط به کسانی است که سطح سواد بالاتری داشته اند و این مطلب می تواند بیشتر ناشی از آگاهی و توجه بیشتر آنان باشد (۸). ممکن است حملات اولیه در دهه چهارم و پنجم اتفاق افتد (۱ و ۲).

این مطالعه نشان می دهد پلی آرتریت شایع ترین علامت بیماری است که با نتایج مطالعات دیگر سازگاری دارد (۳، ۴، ۷ و ۲). با افزایش تعداد اتاقهای محل سکونت بیماران به سه و بیشتر، درصد بالایی از آنان به وجود گلو درد قبل از اولین حمله تب روماتیسمی پی برده اند. این امر می تواند

ساکن در اتاق بیشتر از ۵ نفر بوده و بیشتر بیماران منزل و کلاس فاقد نور بوده است و در ۷۵٪ بیماران این محلها دارای رطوبت می باشد (۶ و ۱۳). عیار ASO از ۲۵۰ تا ۱۲۵۰ واحد Todd متفاوت بود و این بدان معنی است که عیار ASO همه بیماران مورد مطالعه ما مثبت بوده است. در ۲ بیمار کشت حلق برای استرپتوکوک مثبت بود. (جدول ۲) بیماران مورد مطالعه را از نظر تظاهرات جونز، سابقه فارنژیت و متوسط سن با متوسط ۳۳ ساله آمریکا (۹) مقایسه می کند.

جدول ۲. مقایسه تب روماتیسمی حاد بالغین

خراسان و آمریکا

آمریکا	خراسان	
٪۳۳	٪۴۰/۳	کاردیت
٪۹۲	٪۹۲/۹۸	پلی آرتریت
٪۰/۵	٪۱/۷۵	ندولهای زیرجلدی
٪۴/۷	٪۱/۷۵	آریتم مارژیناتوم
٪۰/۴	٪۰	کره سیدنهام
٪۷۷	٪۸۳/۹۲	تب
٪۳۲	٪۲۶/۳	سابقه تب روماتیسمی
٪۹۹/۵	٪۱۰۰	ERS افزایش یافته
٪۶۰	٪۸۱	سابقه فارنژیت
۳۰/۲	۲۲/۱	متوسط سن

با توجه به جدول ۲ متأسفانه در خراسان بر اثر درمانهای ناقص فارنژیت (با آنتی بیوتیک) کاردیت بیشتر دیده می شود. همچنین با توجه به شرایط

شده، پیشگیری از این بیماری و پیگیری جدی برنامه، سازمانهای مراقبت اولیه و پزشکان، شبکه بهداشتی و درمانی همکاری به وجود آید مسؤولان کشور به اهمیت کنترل این بیماری و ضرورت سرمایه گذاری در این راه توجه نمایند.

References:

- 1- Kaplan, E.L., Rheumatic Fever, In Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th ed., McGraw-Hill, 2001, 1340-43.
- 2- Kelley, Harris, Ruddy, Sledge, Textbook of Rheumatology, sixth ed., W.B. Saunders Co., 2001, 1529-40.
- 3- Homer, C., Shulman, S.T., Clinical aspects of acute Rheumatic fever, perspectives in pediatric Rheumatology-streptococcal infection and Rheumatic disease, Rheumatic Disease, part I, April 1991, 2-13.
- 4- Gibofsky, A., Khann, A., Elsasuh, A. and Zabriskie, J.B., The Genetics of Rheumatic Fever: Relationship to Streptococcal Infection and Autoimmune Disease. Part II Journal of Rheumatology (Supp. 30), August 1991, Vol. 18, 1-5.
- 5- Bisno, A. L., Rheumatic Fever, In Cecil Textbook of Medicine, W.B. Saunders Co., 21st ed., 2000, 1524-30.
- 6- Fink, C.W., The Role of the Streptococcal Reactive Arthritis and Childhood Polyarteritis Nodosa, Perspectives in Pediatric Rheumatology, 1991, Vol. 18, 14-20.
- 7- Schumacher, Tr. H., Klippel, J.H., Robinson, D.R., Primer on the Rheumatic Diseases, Ninth edition, The Arthritis Foundation, 1988, 156-60.
- 8- Gibofsfy, A., Kerwar, S., Zabriskie, J.B., Rheumatic Fever: The Relationship Between Host, Microbe, and Genetics, Rheumatic Disease Clinics of North America, 1998, Vol. 24, 237-259.

نشانگر این باشد که بهبود شرایط اقتصادی خانواده به افراد فرصت بیشتری جهت توجه به سلامتی می دهد.

بر اساس مطالعات قلبی میزان شیوع تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی رابطه ای به سن، جنس، شغل افراد، سواد بیماران، تعداد بچه ها، تعداد اتاقها، نور و رطوبتی بودن منازل و مدارس دارد (۳، ۱۲ و ۷) اما در مطالعه ما وابستگی به جنس تایید نشد ($p > 0.05$).

با مقایسه ای که با تب روماتیسمی بالغین آمریکا به عمل آمد مشخص شد که در خراسان کاردیت بیشتر دیده می شود که ناشی از درمانهای ناقص فארژیت (با آنتی بیوتیک) می باشد. همچنین شرایط محیطی خراسان سن ابتلا به تب روماتیسمی حاد را پایین آورده است.

تب روماتیسمی مسری نیست اما سرچشمه آن عفونت استرپتوکوکی گلو است. تشخیص و درمان این عفونت و پیشگیری از تب روماتیسمی ساده و ارزان است و نیاز به تکنولوژی پیشرفته ندارد (۱۳) ابتلاء به این بیماری و عود مکرر آن آزردهای دیرپایی را به خصوص در قلب ایجاد می کند که مستلزم مراقبتهای دراز مدت و اقدامات تشخیصی و جراحی پر هزینه ای است که با توجه به شیوع این بیماری در کشورمان. بار مالی سنگینی را بر افراد جامعه تحمیل می کند و از سوی دیگر از فعالیت بیماران در سنین کارآیی به میزان قابل توجهی می کاهد (۱۳ و ۱۴). با توجه به نکات یاد

- 9- Wallace, M. R., P. D. Grast, et al., The return of Acute Rheumatic Fever in Young Adults, JAMA, 1989, Vol. 262(18), 2557-61.
- 10- Kaplan, E., Berriox, X, Speth, J., Siefferman, T., Guzman, B., Quesny, F., Pharmacofinetiss of Benzathine Penicillin G: Serum levels during the 28 days after intramuscular injection of 1200000 units, Journal of Pediatrics, July 1989, 146-150.
- 11- Tyndall, A. G., Rheumatic Fever in Adults, in: J. H. Kippel, P. A. Dieppe, et al., Rheumatology, Second ed., Mosby-Harcourt Publisher Limited, 1998, 6_9.1-6_9.3.
- 12- Knauere, V., Berzing, D., and Ozela, D., Incidence of Rheumatic Fever in Children in Latvia, Annuals of the Rheumatic Disease, the EULAR Journal, 2000, 727.
- ۱۳ - محمد دانش پسژوه، تب روماتیسمی و روماتیسم قلبی، در: اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، دکتر فریدون عزیزی، نشر اشتیاق، ۱۳۷۹، ۴۷۵-۴۵۷.
- ۱۴ - فرید حسینی، رضا، پاتوفیزیولوژی بیماریهای روماتیسمی و خود ایمنی، چاپ سوم، موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۱