

بررسی میزان آندوکاردیت دریچه طبیعی در بیماران قلبی بستری در بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز

دکتر رضایت پرویزی^۱، دکتر سهراب نگارگر^۲، دکتر بهروز نقیلی^۳، دکتر عفت ترابی^۴

خلاصه

زمینه و اهداف: این بیماری به وسیله عفونت میکروبیال آندوتلیوم پوشاننده قلب ایجاد می شود. ضایعات اختصاصی آن و ژتاسیونهایی است که معمولاً بر روی دریچه ها و گاهی ممکن است در لایه های داخلی قلب نیز ظاهر گردد. مطالعات مختلف در کشورهای پیشرفته شیوع این بیماری را از ۱/۶ تا ۶ در هر ۱۰۰/۰۰۰ بیمار گزارش کرده اند.

روش بررسی: بررسی حاضر به طور گذشته نگر طی سالهای ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۸ در بیمارستان شهید مدنی تبریز انجام گرفته است. پرونده بیمارانی که فاقد معیارهای تشخیصی آندوکاردیت بوده و فقط بر مبنای علایم بالینی تشخیص داده شده بودند، کنار گذاشته شده و تعداد ۲۰ بیمار مبتلا به آندوکاردیت دریچه طبیعی قلب مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات، توسط پرسشنامه ای شامل بر اطلاعات دموگرافیک، آزمایشهای خون، نتایج پاتولوژیکی، نتایج اکوکاردیوگرافی و رادیولوژیکی، سندرمهای تب دار، استفاده از آنتی بیوتیک و علایم بیماری جمع آوری شده بود. داده های جمع آوری شده با استفاده از روشهای آمار توصیفی (نسبتها، درصدها و نمودارها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

یافته ها: بعد از اخذ آمار کامپیوتری از بخش مدارک پزشکی بیمارستان، ۲۰ بیمار مبتلا به آندوکاردیت دریچه طبیعی قلب با سن متوسط ۳۴ سال، شامل ۶۵ درصد زن و ۳۵ درصد مرد انتخاب شدند. تعداد ۱۷ نفر از بیماران کشتهای خونی کامل داشتند. ارگانیسهای حاصل از کشت خون آنها در مورد استافیلوکوک ارئوس کواگولاز مثبت به میزان ۱۱/۷۶ درصد و دو مورد استرپتوکوک بتا همولیتیک به میزان ۱۱/۷۲ درصد بوده است. در بررسی عوارض قلبی هیچ یک از بیماران دچار انفارکتوس میوکارد و آنژین نبودند. از ۲۰ مورد، ۶ مورد عارضه آمبولی، ۱۰ درصد اختلالات ریتمی و ۱۰ درصد بلوک قلبی داشتند. ۳ مورد دچار عارضه عصبی بودند و در یافته های رادیولوژیکی در ۹ مورد، موارد غیرطبیعی گزارش شده است. بیشترین روش درمان استفاده از آمپی سیلین و جنتامیسین بود. از ۲۰ بیمار ۱۱ مورد تحت عمل جراحی قرار گرفتند. حداقل زمان بستری ۶ و حداکثر ۹۴ روز بود. ۸۰ درصد بیماران بهبود یافته و ۲۰ درصد فوت کرده بودند. سه مورد از بیماران دچار آندوکاردیت بروسلائی بودند که با آزمایش راییت تشخیص داده شده بودند.

نتیجه گیری: تب روماتیسمال یک بیماری جهانی است که بیشترین شیوع آن در شرایط اقتصادی ضعیف، جمعیت بیش از حد و زندگی کردن در شرایط زیر استاندارد دیده می شود. چنین شرایطی سبب ترویج انتقال استرپتوکوکهای روماتوژنیک می شود که می توان با بهبود شرایط اقتصادی و کاهش تراکم جمعیت که فاکتور محیطی اساسی وابسته به ایجاد بیماری است و همچنین با استفاده از درمان ضد میکروبی ممکن است روند کاهش تب روماتیسمال را تسریع نمود.

کلید واژه ها: بیماران قلبی، آندوکاردیت، دریچه طبیعی

۱- استادیار جراحی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط

۲- استادیار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- استاد بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴- پزشک عمومی

مقدمه

شیوع آندوکاردیت عفونی به دلیل ناشناخته بودن این بیماری به طور دقیق شناخته نشده است. مطالعات متعدد در کشورهای پیشرفته شیوع این بیماری را از ۱/۶ تا ۶ در هر ۱۰۰/۰۰۰ بیمار گزارش کرده اند (۱). روی هم رفته شیوع آندوکاردیت عفونی در کل جمعیت تقریباً ۱/۷ تا ۴ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت است. در کودکان انسیدانس پایین تر است و با بیماریهای روماتیسم قلبی و زمینه ای مادرزادی قلبی همراه است (۲). آندوکاردیت دریچه طبیعی بیشتر در مردان و در سن بالای ۵۰ سال رخ می دهد و در کودکان نادر است. قریب ۶۰ تا ۸۰ درصد بیماران، ضایعه قلبی مساعد کننده دارند و ۲۵ درصد این ضایعه ناشی از بیماری روماتیسم قلبی می باشد و از نظر شیوع، دریچه میترال و سپس دریچه آئورت به ترتیب شایعترین محلهای درگیر هستند. دریچه تریکوسپید بندرت درگیر می شود ولی درگیری دریچه آئورت بدترین پیش آگهی را دارد. ۱۰ الی ۳۰ درصد علت زمینه ای این بیماری مربوط به پرولاپس دریچه میترال است (۳و۴). گرچه تقریباً تمام باکتریها می توانند سبب این بیماری شوند ولی از میان آنها استرپتوکوکها، آنتروکوکها و استافیلوکوکها علت اکثر آنها می باشند. همانطور که می دانیم تب روماتیسمال یک بیماری جهانی است که بیشترین شیوع آن در شرایط اقتصادی ضعیف، جمعیت بیش از حد و زندگی کردن در شرایط زیر استاندارد می باشد، که می توان با بهبود شرایط اقتصادی و کاهش تراکم جمعیت که فاکتور محیطی وابسته به ایجاد بیماری است، شاید با مطالعه و بررسی دقیق و بیشتر این بیماران بتوانیم از ایجاد این بیماری و متعاقب آن آندوکاردیت باکتریال پیشگیری نماییم.

مواد و روش تحقیق

بررسی حاضر یک مطالعه گذشته نگر است که بر روی ۲۰ بیمار که مبتلا به آندوکاردیت دریچه طبیعی بوده اند، در فاصله سالهای ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸ در بیمارستان شهید مدنی تبریز انجام شده است. برای این منظور با مراجعه به بایگانی، پرونده بیماران مربوط به ۵ سال مورد بررسی قرار گرفته است. روش کار بدین ترتیب بود که پرونده های بیماران که آندوکاردیت عفونی داشتند استخراج گردیده و از بین بیماران که فاقد معیارهای تشخیصی آندوکاردیت بوده و فقط بر مبنای علائم بالینی تشخیص داده شده بودند، پرونده هایشان کنار گذاشته شده و تعداد ۲۰ بیمار که تشخیص قطعی آندوکاردیت دریچه طبیعی داشتند، مورد بررسی

قرار گرفتند. در این مطالعه برای شناخت یک بیمار با عنوان آندوکاردیت عفونی معیارهایی که در نظر گرفته شده بود عبارت بودند از: معیارهای پاتولوژیک و معیارهای بالینی. معیارهای پاتولوژیک برای آندوکاردیت عفونی شامل میکروارگانسمهای شناخته شده به وسیله کشت یا مطالعات هیستولوژیک در وژتاسیون و ضایعات پاتولوژیک که به صورت وژتاسیون یا آبسه قلبی که سیتولوژی آن آندوکاردیت فعال را نشان بدهد، بودند و معیارهای بالینی مشتمل بر: دو معیار ماژور و یا یک ماژور و دومینور و یا ۵ مینور بود. معیارهای ماژور شامل کشتهای خون مثبت و اکوکاردیوگرافی مثبت و معیارهای مینور شامل زمینه مناسب قلبی سندرمهای تدار $<38^{\circ}\text{C}$ ، پدیده های عروقی نظیر آمبولی شریانی، انفارکتوس ریوی، آنوریسمهای مایکوتیک، خونریزی داخل مغزی و ملتحمه و ضایعات Janeway و پدیده های ایمونولوژیک و یافته های اکو، نه در حد معیار ماژور و سرولوژی مثبت را شامل می گردید. این بیماران از نظر سن، جنس، شغل، سابقه تب روماتیسمال، و زمینه بیماری قلبی، سابقه عمل جراحی مساعد کننده اخیر، سابقه استفاده از آنتی بیوتیک، علایم بیماری شامل تب، لرز، تعریق، ضعف، خستگی، سردرد، لتارژی، هذیان، بی اشتها، کاهش وزن، درد پشت، آرتراژی، میالژی، تنگی نفس، درد سینه، سکنه قلبی، درد شکم، سردی و احساس لرز در اندامها، آرتريت، سوفل قلبی، اسپلنومگالی، پتشی، ضایعات Janeway، کلابینگ انگشتان، علایم اورمی، عصبی، آمبولی اندامها و احشا، تغییرات Chest-X-Ray، یافته های مثبت اکوکاردیوگرافیک، عوارض آندوکاردیت، بررسیهای آزمایشگاهی خون و ادرار، فاکتورهای روماتوئید کشت خون، VDRL، کشت از نمونه وژتاسیون، کاتتراسیون، انجام عمل جراحی قلب، مواردی که نیاز به پروفیلاکسی داشتند و میزان مورتالیتیه مورد بررسی قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده با استفاده از روشهای آمار توصیفی (نسبتها، درصدها و نمودارها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

یافته ها

بررسی بیماران مبتلا به آندوکاردیت دریچه طبیعی طی سالهای ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۷۸ در بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز انجام گرفت. ۶۵ درصد بیماران زن و ۳۵ درصد مرد بودند. بیماران در گروههای سنی بین ۲۹-۱۰ ساله ۴۵ درصد، ۴۹-۳۰ ساله ۴۰ درصد و ۶۹-۵۰ ساله ۱۵ درصد قرار داشتند؛ از ۲۰ پرونده مورد

در جدول دو، یافته های فیزیکی مثبت نشان داده می شود. در بررسی عوارض قلبی هیچ یک از بیماران دچار عوارضی مثل انفارکتوس میوکارد و آنژین نبودند. از ۲۰ مورد بیمار، ۶ مورد دارای عارضه آمبولی بودند که شایعترین محل آمبولی اندامها بود. از نظر اختلالات هدایتی قلب ۱۰ درصد فیبریلاسیون دهلیزی، ۵ درصد بلوک درجه اول دهلیزی بطنی و ۵ درصد بلوک درجه دوم از نوع و نکه باخ داشتند. از ۲۰ مورد ۳ مورد دچار عارضه عصبی بودند.

جدول ۲، یافته های فیزیکی مثبت در ۲۰ بیمار

یافته های فیزیکی	تعداد	درصد
تب	۱۶	۸۰
ارتراژی	۷	۳۵
میالژی	۳	۱۵
ارتريت	۱	۵
سوفل قلبی	۲۰	۱۰۰
اسپلنومگالی	۹	۴۵
پتشی (پوست - چشم - مخاط)	۳	۱۵
ندولهای اوسلر	۱	۵
ضایعات Janeway	۱	۵
کلابینگ انگشتان	۸	۴۰
علائم اورمی	۱	۵
علائم آمبولی به اندامها و احشا	۳	۱۵
	۵	۲۵

در جدول ۳ نتایج آزمایشگاهی نشان داده می شود.

جدول ۳، یافته های آزمایشگاهی در ۲۰ بیمار تحت بررسی

تعداد بیماران	یافته مثبت	موارد مثبت	درصد
۱۷	آنمی	۱۴	۸۲/۳۵
۲۰	لوکوسیتوز	۵	۲۰
۱۸	پروتئینوری	۹	۵۰
۱۸	گلبول قرمز	۱	۵/۵
۱۸	هماچوری میکروسکوپی	۱۰	۵۵
۲۰	ESR بالا	۱۴	۷۰
۱۶	فاکتور روماتوئید	۴	۲۵
۷	VDRL	۱	۱۴/۲۸
۳	کاهش کمپلمان	۱	۳۳/۳

مطالعه ۳ مورد سابقه استفاده از آنتی بیوتیک قبل از بستری و کشت خون داشتند و ۴ بیمار، پنادور ماهانه به صورت پروفیلاکسی می گرفتند و نتیجه کشت آنها منفی بود. از ۲۰ بیماری که آندوکاردیت عفونی داشتند، در ۱۷ مورد کشت خون انجام شده بود که ۴ مورد مثبت و ۱۳ مورد کشت خون منفی داشتند. از ۲۰ بیمار ۲ مورد سابقه جراحی و یک مورد PTMC شده بود که بعد از عمل دچار تب و لرز شدید شده و با ESR بالا و ظهور وژتاسیون که تحت درمان آنتی بیوتیک قرار گرفته و معالجه شدند. ۹۵ درصد بیماران سابقه بیماری قلبی داشتند. شایعترین علائم بالینی یافته شده شامل تب، ضعف، سستی، تنگی نفس و لرز، بی اشتها و کاهش وزن بود (جدول ۱).

جدول ۱، علائم بالینی در ۲۰ بیمار مورد بررسی

علائم	تعداد	درصد
تب	۱۵	۷۵
لرز	۱۴	۷۰
تعریق	۸	۴۰
ضعف و خستگی	۱۵	۷۵
سردرد	۱۱	۵۵
لتارژی	۱	۵
دلیریوم	۱	۵
بی اشتها	۱۲	۶۰
کاهش وزن	۱۲	۶۰
درد پشت	۲	۱۰
آرتراژی	۷	۳۵
میالژی	۳	۱۵
تنگی نفس	۱۵	۷۵
درد سینه	۴	۲۰
سکته	۳	۱۵
درد شکم	۸	۴۰
سردی و احساس	۳	۱۵
درد در اندامها		
آرتراژی	۷	۳۵
میالژی	۳	۱۵

شواهد ضایعه ایمنولوژیک

در مورد یافته‌های رادیولوژیک، ۱۲ بیمار عکس سینه داشتند که ۳ مورد نرمال و در ۹ مورد، موارد غیر طبیعی گزارش شده است. اقدامات درمانی انجام شده در این بیماران در مواردی که علت ارگانیزم شناخته نشده بود، بیشترین روش درمانی استفاده از آمپی سیلین همراه با جنتامایسین بود. از ۲۰ بیماری که آندوکاردیت عفونی داشتند، ۱۱ مورد تحت عمل جراحی قرار گرفتند. حداقل زمان بستری ۶ و حداکثر ۹۴ روز بود. ۸۰ درصد بیماران بهبود یافته و ۲۰ درصد فوت شده‌اند.

از نظر بررسی سنی طبق مطالعات قبلی انجام شده، محدوده سنی بیماران مبتلا ۴۵ تا ۶۰ سال می‌باشد (۲) و بیماری بیشتر در سنین بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد (۳). در حالی که در مطالعه فعلی حداکثر شیوع سنی بین ۲۰ الی ۲۹ سال بوده است و فقط ۳ بیمار سن بالای ۵۰ سال داشتند و متوسط سن بیماران، ۳۴ سال بوده است. احتمالاً بالا بودن متوسط سن بیماران مربوط به کشورهای غربی بوده است. همچنین مطالعات قبلی نشان می‌دهد که جنسیت مرد ریسک بیشتر برای پذیرش آندوکاردیت دارد (۲ و ۳) و نسبت مردان مبتلا به زنان را ۱/۲ تا ۳ به ۱ ذکر کرده‌اند ولی در مطالعه ما از نظر شیوع جنسی ۱۳ نفر بیماران زن و ۷ نفر مرد بودند لذا این بررسی نشان می‌دهد که جنسیت مرد ریسک بیشتر برای پذیرش آندوکاردیت نیست. از نظر بیماریهای زمینه‌ای، قریب ۸۰ تا ۶۰ درصد بیماران ضایعه قلبی مساعد کننده دارند و بیماری روماتیسم قلبی علت ۲۵ درصد آنها است (۳). مطالعه انجام شده در آمریکا نشان می‌دهد که ۱۰ درصد کودکان ۲ الی ۱۵ ساله که دچار آندوکاردیت شده‌اند، سابقه تب روماتیسمال داشته‌اند و بیماران ۱۵ الی ۵۰ ساله و بالای ۵۰ سال که دچار آندوکاردیت شده‌اند ۱۰ تا ۱۵ درصدشان سابقه بیماری روماتیسم قلبی داشته‌اند (۱). همچنین مطالعات قبلی نشان می‌دهد که بیماریهای قلبی مادرزادی بجز پرولاپس میترال، در ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران مبتلا به آندوکاردیت از عوامل مساعد کننده هستند و پرولاپس میترال عامل زمینه‌ای در ۳۳ تا ۱۰ درصد موارد است و در ۴۰ تا ۲۰ درصد بیماران با آندوکاردیت عفونی هیچ بیماری زمینه‌ای یافت نمی‌شود (۳). در مطالعه دیگر در آمریکا، بررسی بیماران آندوکاردیت نشان می‌دهد که در کودکان زیر ۲ سال ۵۰ تا ۳۰ درصد و ۱۵ تا ۳ ساله ۸۰ تا ۷۰ درصد و ۵۰ تا ۱۵ درصدشان سابقه بیماری مادرزادی قلبی داشته‌اند. همچنین ۱۰ تا ۵ درصد بیماران

بحث

در مورد یافته‌های رادیولوژیک، ۱۲ بیمار عکس سینه داشتند که ۳ مورد نرمال و در ۹ مورد، موارد غیر طبیعی گزارش شده است. اقدامات درمانی انجام شده در این بیماران در مواردی که علت ارگانیزم شناخته نشده بود، بیشترین روش درمانی استفاده از آمپی سیلین همراه با جنتامایسین بود. از ۲۰ بیماری که آندوکاردیت عفونی داشتند، ۱۱ مورد تحت عمل جراحی قرار گرفتند. حداقل زمان بستری ۶ و حداکثر ۹۴ روز بود. ۸۰ درصد بیماران بهبود یافته و ۲۰ درصد فوت شده‌اند.

از نظر بررسی سنی طبق مطالعات قبلی انجام شده، محدوده سنی بیماران مبتلا ۴۵ تا ۶۰ سال می‌باشد (۲) و بیماری بیشتر در سنین بالای ۵۰ سال رخ می‌دهد (۳). در حالی که در مطالعه فعلی حداکثر شیوع سنی بین ۲۰ الی ۲۹ سال بوده است و فقط ۳ بیمار سن بالای ۵۰ سال داشتند و متوسط سن بیماران، ۳۴ سال بوده است. احتمالاً بالا بودن متوسط سن بیماران مربوط به کشورهای غربی بوده است. همچنین مطالعات قبلی نشان می‌دهد که جنسیت مرد ریسک بیشتر برای پذیرش آندوکاردیت دارد (۲ و ۳) و نسبت مردان مبتلا به زنان را ۱/۲ تا ۳ به ۱ ذکر کرده‌اند ولی در مطالعه ما از نظر شیوع جنسی ۱۳ نفر بیماران زن و ۷ نفر مرد بودند لذا این بررسی نشان می‌دهد که جنسیت مرد ریسک بیشتر برای پذیرش آندوکاردیت نیست. از نظر بیماریهای زمینه‌ای، قریب ۸۰ تا ۶۰ درصد بیماران ضایعه قلبی مساعد کننده دارند و بیماری روماتیسم قلبی علت ۲۵ درصد آنها است (۳). مطالعه انجام شده در آمریکا نشان می‌دهد که ۱۰ درصد کودکان ۲ الی ۱۵ ساله که دچار آندوکاردیت شده‌اند، سابقه تب روماتیسمال داشته‌اند و بیماران ۱۵ الی ۵۰ ساله و بالای ۵۰ سال که دچار آندوکاردیت شده‌اند ۱۰ تا ۱۵ درصدشان سابقه بیماری روماتیسم قلبی داشته‌اند (۱). همچنین مطالعات قبلی نشان می‌دهد که بیماریهای قلبی مادرزادی بجز پرولاپس میترال، در ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران مبتلا به آندوکاردیت از عوامل مساعد کننده هستند و پرولاپس میترال عامل زمینه‌ای در ۳۳ تا ۱۰ درصد موارد است و در ۴۰ تا ۲۰ درصد بیماران با آندوکاردیت عفونی هیچ بیماری زمینه‌ای یافت نمی‌شود (۳). در مطالعه دیگر در آمریکا، بررسی بیماران آندوکاردیت نشان می‌دهد که در کودکان زیر ۲ سال ۵۰ تا ۳۰ درصد و ۱۵ تا ۳ ساله ۸۰ تا ۷۰ درصد و ۵۰ تا ۱۵ درصدشان سابقه بیماری مادرزادی قلبی داشته‌اند. همچنین ۱۰ تا ۵ درصد بیماران

کشت خون منفی داشتند و از این تعداد که قبل از کشت خون آنتی بیوتیک دریافت کرده بودند، ۳ مورد مبتلا به آندوکاردیت بروسلائی بودند که با آزمایش رایب ثابت شده بود؛ کشت خون این افراد نیز منفی بود. علل کشت خون منفی در بقیه افراد احتمالاً به عواملی نظیر تکنیکهای ناکافی و یا آندوکاردیت قارچی می باشد. کشت خون در عفونتهای ناشی از هموفیلوس پاراآنفلانزا ممکن است منفی باشد. ۵۰ درصد بیماران با آندوکاردیت کاندیدیایی و تقریباً تمام اسپرژیلوس، هیستوپلاسما، یا آندوکاردیت C.burneti کشت خون منفی دارند. از سایر علل کشت خون منفی استفاده آنتی بیوتیک قبل از انجام کشت خون، تکنیکهای ضعیف باکتریولوژیک، ارگانیسیمهایی که نیاز به تجهیزات رشد مخصوص دارند، مانند بروسلا، باکتریهای بی هوازی و دور انداختن محیط کشت و عدم نگهداری آنها به مدت بیشتر می توان نام برد (۳و۴). گزارش شده است که ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران با آندوکاردیت عوارض سربروواسکولر داشته اند (۶). مطالعات قبلی در مورد آندوکاردیت نشان می دهد که از میان ۵۵ بیمار با عارضه عصبی آندوکاردیت، ۷۵ درصد از انفارکتوس و ۲۵ درصد از خونریزی رنج می برند. همچنین مطالعاتی که توسط Pelleerier و Peters dorf در ۱۲۵ مورد، در زمینه آمبولی صورت گرفت، ۸ مورد در طحال و ۸ مورد در اندامها را گزارش کردند (۱). بررسیهای قبلی همچنین نشان داده اند، آنوریسم مایکوتیک که در ۳ تا ۱۵ درصد بیماران آندوکاردیت عفونی گسترش می یابد، می تواند پاره شود و یا علایم یک توده در حال گسترش را از خود نشان بدهد. محلهای شایع شامل: سینوس والسالوا ۲۵ درصد، شریانهای احشایی ۲۴ درصد، اندامها ۲۲ درصد و شریانهای مغزی ۱۵ درصد می باشد (۱). مطالعه فعلی در مورد عوارض آندوکاردیت به شرح زیر می باشد: در مطالعه ما از میان ۲۰ مورد بررسی شده، ۳ مورد عارضه عصبی داشتند. از این ۳ مورد ۲ مورد احتمال خونریزی و یک مورد انفارکتوس در زمینه آمبولی سپتیک با توجه به سی تی اسکن و علایم بالینی داشتند. در مورد عارضه آمبولی، از ۲۰ بیمار مورد مطالعه، ۶ مورد دارای عارضه آمبولی بودند که محلهای آمبولی عبارت بودند از: در اندامها ۲۰ درصد، مغز ۵ درصد، طحال ۵ درصد. همانطور که ملاحظه می شود اندامها شایعترین محل آمبولی بودند. در مورد آنوریسم مایکوتیک، در مطالعه فعلی ۲ مورد احتمال آنوریسم مایکوتیک در شریانهای مغزی گزارش شده بود. بررسیهای قبلی نشان می دهد، آندوکاردیت باکتریال دریچه های قلب اغلب با آنتی بیوتیکها درمان می شوند؛ مشخصات میکرو اورگانیسیمهای مسؤول و محل دریچه هایی که درگیر هستند دو متغیری هستند که پیش آگهی درمان با آنتی بیوتیک را مشخص می نمایند. زمانی که

جدول ۴، اختلافات بین مطالعات فعلی و قبلی

پارامتر	مطالعات قبلی (%)	مطالعات فعلی (%)
تب	< ۹۵	۸۰
آرترارژی / میالژی	۲۵_۵۴	۵۵
سوفل قلبی	< ۸۵	۱۰۰
اسپلنومگالی	۲۰_۶۰	۴۵
پتشی	۲۰_۴۰	۱۵
ندولهای اسلر	۱۰_۲۵	۵
کلابینگ انگشتان	۱۰_۲۰	۴۰
علایم عصبی	۲۰_۴۰	۱۵
علایم آمبولی	۲۵_۴۵	۲۵

شایعترین علایم در مطالعه فعلی شامل: تب، ضعف و سستی و تنگی نفس و بعد از آنها لرز، بی اشتها و کاهش وزن می باشد (جدول ۴) که با علایم گفته شده در سسیل سازگاری دارد. در مطالعات قبلی نیز تب از شایعترین علایم بیماری است و بی اشتها، خستگی و ضعف از علایم مشخص بیماری می باشند. در بررسی یافته های فیزیکی در مقایسه با بررسیهای قبلی نتایج زیر به دست آمده است: شایعترین یافته فیزیکی در مطالعه فعلی، سوفل قلبی است که ۱۰۰ درصد بیماران سوفل داشتند. ولی در مطالعات قبلی نظیر آنچه در کتاب هاریسون ذکر شده، تب شایعترین می باشد و سوفل قلبی دومین یافته شایع می باشد. (۳) احتمالاً علت اینکه در بررسی ما تب شایعترین یافته نیست، به خاطر این است که در مطالعه ما ۴ مورد بیماری که از هنگام مراجعه اصلاً تب نداشتند، یک مورد، نارسایی کلیه داشت و دو مورد نارسایی قلبی تشدید یافته و یک مورد هم نارسایی قلبی و هم سن بالا داشت و این موضوع با مطلب گفته شده در هاریسون مطابقت دارد. همانطور که قبلاً گفته شده است، کشت خون مثبت یکی از دو معیار ماژور برای تشخیص آندوکاردیت است. در مطالعات انجام شده توسط Werner و Cobbs CG ، Kaye D ، Hook EW ، AS کشت خون در ۹۳ درصد بیماران مثبت گزارش شده بود (۱) و در مطالعات دیگر این میزان ۶۸ و ۷۰ درصد بود (۱و۵). بررسیهای متعدد در منابع دیگر، میزان کشت خون مثبت را ۹۹ درصد ذکر کرده اند، به شرطی که بیمار قبل از کشت خون، آنتی بیوتیکی دریافت نکرده باشد (۲). در مطالعه فعلی از تعداد ۲۰ بیماری که آندوکاردیت عفونی داشتند، در ۱۷ مورد کشت خون انجام گرفته بود که ۴ مورد کشت خون مثبت داشتند (۲۳/۵۲٪) و ۱۳ مورد

ارگان‌سیسهای مسؤول بیماری شناخته نشده اند درمان آزمایشی صورت گیرد (۱۷). در مطالعه ما در مواردی که ارگان‌سیسهای مسؤول بیماری شناخته نشده بود، بیشترین روش درمانی که به کار رفته بود، آمپی سیلین همراه با جنتامایسین بود. در مورد مدت درمان می توان گفت که پاسخ به درمان در مورد آندوکاردیت استافیلوکوک اورئوس متنوع است. تعدادی از بیماران بخصوص افراد جوان که از مواد مخدر تزریقی استفاده می کنند اغلب در عرض دو هفته درمان می شوند ولی بعضی از افراد به خاطر عوارضی مانند آبسه و یا سایر تظاهرات خارج قلبی ناشی از استافیلوکوک اورئوس به مدت ۱۰ الی ۱۴ روز تب دار باقی می مانند و در اغلب موارد، درمان به مدت ۴ هفته کافی است. ولی نباید این مسأله را به عنوان قانون کلی در نظر گرفت. به خاطر اینکه تعدادی از بیماران آندوکاردیت استافیلوکوک اورئوس دارند؛ طول دوره درمانشان شش هفته و یا طولانیتر است (۱). در مطالعه فعلی، دو مورد آندوکاردیت استافیلوکوکی وجود داشت که یک مورد در طی بستری بعد از ۶ روز درمان، ایست قلبی کرده و فوت نمود. مورد دوم حدود ۹۴ روز تحت درمان با سفازولین و جنتامایسین بود که با حال عمومی خوب مرخص شد. بررسیهای قبلی نشان داده اند که یک سوم بیماران آندوکاردیت عفونی نیاز به عمل جراحی دارند (۱). در مطالعه فعلی از میان ۲۰ بیمار که آندوکاردیت عفونی داشتند، ۱۱ مورد تحت عمل جراحی قلب قرار گرفتند. در سالهای اخیر عمل جراحی در درمان آندوکاردیت دریچه طبیعی (NVE) به طور فزاینده ای دارای اهمیت گردیده است (۵). طبق یافته های موجود در پرونده، دو مورد از آنها نارسایی شدید قلبی ناشی از اختلال کارکرد دریچه ای، دو مورد نیز طبق اکوکاردیوگرافی انجام شده وژتاسیون بزرگ همراه با آبسه دور دریچه ای که در یکی از این دو مورد اختلال هدایت بلوک درجه اول نیز وجود داشت و در حین عمل جراحی نیز آبسه دور دریچه ای قابل ملاحظه بود و یک مورد هم به خاطر عدم پاسخ به درمان، و وژتاسیون متعددی که داشت تحت عمل جراحی قلب قرار گرفتند. ۶ مورد هم باز به خاطر داشتن وژتاسیون بزرگ تحت عمل جراحی قرار گرفتند. میزان مرگ در اعمال جراحی قلب بعد از (NVE) کمتر از ۱۰ درصد می باشد (۵). از میان این ۱۱ بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفتند، ۲ مورد بعد از عمل فوت کردند. یکی از بیماران خانم ۷۰ ساله ای بود که بعد از عمل تب دار بوده و تاکی پنه و کاهش صدای ریوی داشت که در رادیوگرافی سینه انجام گرفته، پاراپنومونیک افوزیون در نیم سینه چپ داشت و tap مایع انجام شد و در کشت خون بعد از عمل باسیل گرم منفی

پسودومونا آئروژنز گزارش شده بود که در ۱۷ روز بعد از عمل به خاطر سپتی سمی و عوارض بعد عمل فوت کرد. مورد دوم بیمار ۴۷ ساله ای بود که به خاطر نارسایی قلبی - کلیوی وضعیت همودینامیک مختل داشت و بعد از عمل در وضعیت کمای عمیق بود که در مشاوره اعصاب Overdose داروهای بیهوشی و یا آمبولیزاسیون حین عمل را ذکر کردند و ۷ روز بعد عمل ارست قلبی کرد. همچنین در مطالعه ما از میان ۱۱ موردی که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، در ۷ مورد نمونه از وژتاسیون در حین عمل جهت کشت برداشته شده بود که ۶ مورد کشت منفی داشتند و یک مورد کوکسی گرم مثبت از نوع استرپتوکوک گزارش شده بود که در کشت خون این بیمار هم استرپتوکوک گزارش شده بود.

نتیجه گیری

مطالعه پرونده های بیماران تحت بررسی نشان می دهد که ۷۵ درصد بیماران، ضایعه قلبی مساعد کننده داشته و تب روماتیسمال قلبی شایعترین علت زمینه ای برای آندوکاردیت می باشد و همانطور که می دانیم تب روماتیسمال یک بیماری جهانی است که بیشترین شیوع آن در شرایط اقتصادی ضعیف، جمعیت بیش از حد و زندگی کردن در شرایط زیر استاندارد دیده می شود. چنین شرایطی سبب ترویج انتقال استرپتوکوکهای روماتوژنیک می شود که می توان با بهبود شرایط اقتصادی و کاهش تراکم جمعیت که فاکتور محیطی اساسی وابسته به ایجاد بیماری است، استفاده وسیع از درمان ضد میکروبی ممکن است روند کاهش تب روماتیسمال تسریع شود. با توجه به اینکه ارزیابی مطلوب، می تواند در فرصت مناسب با عمل جراحی و درمان عوارض بیماری حاصل شود و زمان مناسب برای جراحی در آندوکاردیت اساسی است، بایستی جراحی در مورد کسانی که نارسایی قلبی دارند و یا به درمان دارویی پاسخ نمی دهد، هر چه سریعتر اجرا شود تا از عوارض بیماری به موقع جلوگیری شود و نیز به خاطر اینکه بیماریهای عفونی از جمله بروسلا در ایران شایع است و سبب ایجاد آندوکاردیت در تعداد نسبتاً قابل توجهی می شود، بایستی از طریق ایمن سازی حیوانات و جوشاندن یا پاستوریزه کردن شیر و محصولات لبنی و به طور کلی با کنترل منبع عفونت از بیماری پیشگیری کنیم. همچنین از آنجا که پزشکان بیماران مبتلا به آندوکاردیت با کشت منفی، که به علت تماس محیطی ممکن است در معرض خطر ابتلا به عفونت بروسلائی باشند، بایستی آزمایشگاه باکتری شناسی را آگاه سازند تا کشت خون مدت طولانیتری نگهداری شده، در محیط مخصوص انجام گیرد و احتیاطات لازم در مورد خطرات زیستی به عمل آید و به طور کلی با

مجهزتر و دقت کاری بیشتر بهره مند شویم.

توجه به درصد بالای کشت خون منفی که یکی از معیارهای ماژور در تشخیص بیماری است، لازم است از تکنیکهای آزمایشگاهی

References:

1. Wayne R, Roberta A, Orouke, Roberte R, Schalandt Valentin Fuster. The heart 9th ed., New York, MCG-Hill Companies, 1998; P 2205
2. Burkea C, Vanessa M. Acute Infective Endocarditis. Clin North Am 1998; 10: 811
3. Bacher I, Wilson JD, Brunwald E. Harrison's Principles of Internal Medicine. 1988; P: 785
4. Thomas A, Bennett J, Cecil. Essentials of Medicine, 4th ed, Saunder Companies 1997; P: 717
5. Jauth F, Iradj Gandjbakch. Active native valve endocarditis, determinates of operative death and late mortality. Ann Thorac Surg 1997; 63: 1737 – 41
6. Eishi K, Kawazoe K, Kioth Y. Multicenter retrospective study in Japan: Surgical management of infective endocarditis associated with cerebral complications. J Thor Cardiovas Surg 1995; 110 (6): 1745 – 55
7. Tirone E, Bos J. Heart valve operations in patients with active infective endocarditis. Ann. Thorac Surg 1990; 49: 701 – 5