

۶۹۵۲

دانشگاه ملی

دانشکده پزشکی

پایان نامه :

جهت اخذ درجه دکتری برای پزشک

موضوع:

آندوکاردیت باکتریال

براهنمائی استاد ارجمند :

جناب آقای دکتر محمد دانش پزوه

نگارش :

محمد رضا شعبانی یزدی

سال تحصیلی ۳۷-۲۵۳۶

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو - ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم.

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه اساتید محترم تقدیم میدارم و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان و شرافت انجام دهم.

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شماری سلامت بیمارانم خواهد بود اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت.

شرافت و حیثیت پزشکی را از جان و دل حفظ خواهم کرد.

همکاران من برادران من خواهند بود.

دین ملیت نژاد عقاید سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تأثیری در وظایف

پزشکی من نسبت به بیمارانم نخواهد داشت من در هر حال به زندگی بشر

کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه معلومات پزشکیم را برخلاف

قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد.

آزادانه و به شرافت خود سوگند یاد میکنم آنچه را که قول داده‌ام انجام

دهم.....

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	تعریف
۲-۳	شیوع
۳-۶	تقسیمبندی
۶-۱۶	۱ تیولوژی
۱۶	عفونت مجدد
۱۶-۲۲	عوامل مساعدکننده
۲۲-۲۳	پاتولوژی
۲۲-۳۷	پاتوژنی
۳۷-۵۵	علائمبالینی
۵۵-۶۰	انواع آند وکاردیت د رشرایطخاص
۶۰-۶۵	صفاتانواعمختلف آند وکاردیتبحسبارگاننیمس مسئول
۶۵-۶۷	تشخیصبیماری
۶۷-۷۲	امتحاناتآزمایشگاهی
۷۲-۷۶	تشخیصافتراقی
۷۶-۱۱۶	درمانطبی آند وکاردیتباکتریال
۱۱۶-۱۲۰	درمانجراحی آند وکاردیت باکتریال
۱۲۰-۱۲۵	درمان پروفیلاکسی
۱۲۵-۱۲۸	پیش آگهی

تقدیم به :

استاد گرامی جناب آقای دکتر
محمد دانش پژوه پدري مهـربان
و استادی دلسوز برايـم هستنـد .

تقدیم به :

استادان گرامی دانشکده پزشکی ، که
افتخار شاگردیشان را دارم .

تعریف آندوکاردیت باکتریال

آندوکاردیت باکتریال بیماری است که بعلت انتشار عفونت از یک کانون عفونی بر روی پوشش داخلی قلب، (آندوکارد)، مخصوصاً آندوکارد - درچه ای و مجاورات نفاص مادرزادی و اکتسابی قلب و همچنین در روی آندوتلیوم عروق بزرگ خونی ایجاد میشود. این بیماری با باکتریسمی تب، اسپلنومگالی، تظاهرات آمبولیک و سوفل قلبی مشخص میشود.

باید دانست وجه تسمیه آندوکاردیت دقیق نمیشود زیرا محل - استقرار عفونت ممکن است در خارج از قلب و در محل کواکتاسیون آئورت یا فیستول شریانی وریدی باشد. در چنین مواردی بکار بردن ترم آندارتریست (endarteritis) مناسب میباشد.

همچنین بکار بردن کلمه باکتریال نیز نارساست زیرا پاره ای از ژرمهای بیماریزای غیرباکتریائی مانند قارچ، یاریکتوزیا، یا ارگانیسیمهای اسپیریلا نیز میتوانند بیماری مشابه ای ایجاد نمایند و لذا استعمال آندوکاردیت عفونی -

شیوع

شیوع آند و کاردیت باکتریال بطور دقیق گزارش نشده . گزارشاتی که از چندین مرکز بزرگ توسط (Kerr) و همکاران جمع آوری شده نشان میدهد که اختلاف شیوعی بین یک در هزار تا یک در شش هزار وجود

دارد (۱)

آند و کاردیت باکتریال ضایعه مهم و نسبتاً شایع قلبی است که از نظر کثرت وقوع، بعد از بیماریهای عروق کرونر، از یاد فشار خون و رماتیسم قلبی قرار دارد . کثرت وقوع این بیماری در جوامع مختلف تابعی از بیماری رماتیسم قلبی (کاردیت رماتیسمال) میباشد . زیرا معمولاً آند و کاردیت رماتیسمال یکی از عوامل مساعد کننده این بیماری بوده و آند و کاردیت باکتریال عارضه ثانوی نسبت به آن به شمار

میآید (۴)

طبق آمار گزارش شده ۱۰ تا ۲۵ درصد از بیماران مبتلاء به رماتیسم

قلبی به آند و کاردیت باکتریال مبتلا میگردند (۱-۴)

شیوع بیماری از نظر سن و جنس

بیماری قبل از بلوغ شایع نیست ولی در هر سنی ممکن است بروز کند. در مردها شیوع بیماری بیشتر است و مخصوصاً در سنین بالا، این ارجعیت با وضع بیشتری است.

فرم های بیماری آندوکاردیت باکتریال

آندوکاردیت باکتریال معمولاً " بدو شکل حاد و تحت حاد یا مزمن تقسیم میگردد. فرم تحت حاد و یا مزمن یا بیماری اسلر به مراتب بیشتر مشاهده میشود. قبل از اینکه درمان مناسبی برای بیماری پیدا شود تشخیص بالینی اشکال حاد و تحت حاد براساس طول زمان بیماری گذاشته میشود. بدین ترتیب در اشکالی که بیمار بیش از هشت هفته زنده میماند، فرم تحت حاد، و اشکالی که بیمار در طول هشت هفته از ابتلای به بیماری، در میگذشت، فرم حاد اطلاق میشود. این نوع تقسیم بندی که از روی مدت دوام زندگی بیمار گذاشته میشود دارای نارسائی هائمی میباشد. مثلاً در بسیاری از موارد زمان وقوع بیماری به اشکال مشخص میشود و از طرف دیگر ممکن است هر دو نوع حاد و تحت حاد از نظر

پاتولوژی و میکروبیولوژی و شکل بالینی دارای صفات مشترکی باشند .
با وجود این بعضی از موارد ، که بیماری بطور برق آسا مستقر شده
و سیری سریع دارد میتوان آن را بعنوان آندوکاردیت حاد شناخت . از طرف
دیگر باید در نظر داشت در بعضی موارد که بیماری ظاهراً " سیر آرامی
دارد ، ممکن است بطور ناگهانی بعلت آمبولی مغزی ، ناشی از اولسر -
اسیون دریچه ، بیمار را از پای در آورد و پیش بینی این اشکال بیماری
امکان ناپذیر است . (۱)

نوع میکرواورگانیزم مسئول بیماری نیز نمیتواند ممیز اشکال حاد یا تحت حاد
بیماری باشد ، زیرا گاهی اوقات اورگانیزمهایی که مسئول نوع حاد
بیماری میباشند نوع تحت حاد را به وجود آورده و اورگانیزم های همراه با آندوکارد -
دیت تحت حاد ، ممکن است نوع حاد بیماری را ظاهر سازند . بعبارت دیگر نمیتوان
شدت بیماری را از نوع اورگانیزم پیش گوئی نمود . ولی در اکثر موارد عفونتهایی
که به وسیله میکرواورگانیزم های ساپروفیت (که دارای پاتوژنی ناچیزی میباشند) ،

مسبب اشکال تحت حاد بیماری گردیده و اورگانیزم‌ها را می‌توان که پاتوژنیکی شدیدی دارند، ایجاد اشکال حاد بیماری را مینمایند.

با آنچه گذشت استنباط می‌گردد، که تشخیص فرم‌های حاد و تحت‌حاد بیماری از روی علائم کلینیک و علائم پاراکلینیک، (میکروبیولوژی)، هیچکدام به تنهایی شرط لازم و کافی نمیباشند. و از طرف دیگر چون افتراق شکل حاد و تحت‌حاد از نظر اقدامات درمانی و درپیش آگهی بسیار مهم است، به نظر میرسد بایستی با در نظر گرفتن ترکیبی از فاکتورهای فوق یک تفکیک کلی بین دو شکل بیماری در نظر گرفت. (۳)

بطور کلی پیش‌آگهی آندوکاردیت میکروبی حاد فوق‌العاده بد و پیشرفت آن سریع و کوتاه است و درمان فوری را بدون هیچگونه تأخیر لازم میسازد. بیمار مبتلا به آندوکاردیت حاد در صورت عدم درمان غالباً ظرف ۱-۲ هفته فوت - مینماید و بدین ترتیب مجالسی برای تأخیر در تشخیص و درمان وجود ندارد. (۱)

اتیولوژی

همانطور که گفته شد، عفونت حاد اغلب توسط میکرو اورگانیزم‌هایی که قدرت پاتوژنیکی و گسترش زیاد دارند به وجود می‌آید و حال آنکه عفونت — تحت حاد به وسیله میکرو اورگانیزم‌هایی که با ورسا پروفیت در بدن وجود دارند و در ضمن قدرت بیماری‌زایی کمی دارند، حاصل می‌شود. ولی این — قاعده کلی نیست چون گاهی اورگانیزم‌هایی که همراه با نوع حاد دیده می‌شود ممکن است نوع تحت حاد بیماری را به وجود آورند. و در مقابل اورگانیزم‌هایی که اکثراً همراه با آندوکاردیت تحت حاد دیده می‌شود ممکن است نوع حاد بیماری را ظاهر سازد.

باید دانست که میکرو اورگانیزم‌های ایجادکننده فرم حاد در کانون اولیه قدرت تخریبی نسبتاً شدیدی دارند. ولی میکرو اورگانیزم‌های مسئول فرم تحت حاد بیماری، در کانون اولیه عفونت، اثر کمی دارند.

طبق گزارش (thayer) در سال ۱۹۳۱ روی ۵۶۳ مورد آندوکاردیت

با کتریال شیوع عوامل میکروبی بشرح زیر می‌باشد. (۱)

از انواع تیپهای استرپتوککسی (ویریدانس و فکالیس) ۶۲/۵٪

پنوموککسی ۱۴/۷٪

استا فیلوککسی (سفید و طلائی) ۱۲/۵٪

گنوککسی ۶/۹٪

سایر عوامل ۳/۵٪

ولی بعد از درمان مناسبی که برای عفونتها، به وسیله آنتی بیوتیکها، اجرا میشود، در نسبت های فوق تغییرات زیادی ایجاد شده است. بدین ترتیب که استرپتوکک ویریدانس شیوع کمتری پیدا کرده و آنتروکک نسبت به گزارش سایر وقوع بیشتری پیدا نموده است. ولی این کثرت حدود ۱۵٪ ثابت مانده است. — همچنین عفونتهای استا فیلوککسی بتدریج زیاد شده، که این کثرت در موارد انواع مقادم به پنی سیلین چشم گیر تراست.

عفونت ناشی از قارچها و باکتریهای گرم منفی بیشتر دیده میشود.

از کثرت عفونتهای پنوموککسی و گنوککسی و هموفیلوس آنفلوانزا کاسته شده است.

ولی با تمام این احوال در طی این دوره تمام نویسندگان استریتوکک ویریدانس را در

صدر عامل آند و کاردیت باکتریال تحت حاد، قلم داده کرده اند . (۱)

بعد از این مقدمه به شرح هر یک از عوامل مسئول بیماری میپردازیم .

۱ - گروه باکتریهای استریتوککسی

استریتوککها را از روی نحوه اثرشان بر روی ژله خونگی طبقه بندی میکنند . در

مرحله اول بد و گروه بزرگ تقسیم میشوند . هوازی - و بی هوازی . گروه هوازی

خود شامل دو دسته بزرگ است .

الف - استریتوککهای همولیتیک یا بتا استریتوکک (که کلنی های حاصل در

اطرافشان ، منطقه روشنی که مشخص همولیز است وجود دارد)

ب - استریتوککهای غیر همولیتیک (که کلنی های حاصل در اطرافشان ،

منطقه مشخصی وجود ندارد ، که نشان دهنده این است که همولیز

صورت نگرفته است)

استریتوککهای غیر همولیتیک خود بد و نوع فرعی تقسیم میشوند .

۱- استریتوککهای سبز یا استریتوککهای ویریدانس یا گروه آلفا - که در اطراف

کلنی ها ، رنگ سبز ایجاد میشود . و انواع زیر را دارا میباشد . سالیواریوس

(چون دردها زیاد یافت میشود)

میتیس ، سانگویس و موتانز

۲- استرپتوککهای (anhemolytic) یا گروه گاما یا بی تفاوت که در محیط زله خوبی کلنی ها نه ایجاد همولیز کرده و نه رنگ سیاه ایجاد میکنند .

مثل آنتر و ککها

لانسیفیلد استرپتوککها را بر حسب آنتی ژن پلی ساکارید به گروههای -

Q , P , O , N , M , H , G , F , E , D , C , B , A , -

تقسیم بندی کرده است .

باید دانست که گروهی از استرپتوککها ، فاقد آنتی ژن فوق بوده و از تقسیم بندی فوق خارجند و بنام non groupable میگویند . مثل گروه استرپتوککهای ویریدانس این سر مختصری راجع به باکتریولوژی استرپتوککها بود . حال ببینیم عوامل ایجاد کننده آند و کاردیت باکتریال کدام است .

گروه A - (استرپتوکک پیوژن) که ایجاد کننده آند و کاردیت باکتریال فرم حاد میکند . این فرم استرپتوکک ، همولیتیک بوده و پیوژن میباشد . این گروه استرپتوککها جزء استرپتوککهای بتا یا همولیتیک میباشند .

گروه D - که اغلب ایجاد آند و کاردیت با کتریال فرم تحت حاد مینمایند .
۴ نوع استریتوکک در این گروه وجود دارند . نوع اول و دوم بنام فدا لیس و فسیوم
که سابقاً " بنام آنتروکک میگفتند . در طبیعت و در حفرات بدن بخصوص روده -
انسان بصورت ساپروفیت دیده میشود . که میتوانند عامل S.B. E باشند . د و
نوع دیگر بنامهای دورانس و بویس فقط در طبیعت وجود دارند . و آنها نیز
میتوانند عامل بیماری اسلر باشند .

این گروه جزء غیر همولیتیک و در دسته گاما قرار دارند . گاهی بندرت باعث همولیز
شده و در دسته بتا قرار میگیرند .

آند و کاردیت های آنتروکوکسی امروز شیوع آن روبه تزاید است ولی این کثرت در
حدود ۱۵٪ کل موارد آند و کاردیت باقی مانده است . بعضی از مصنفین استریتوکک
فکالیس را سومین عامل شیوع بعد از استریتوکک ویریدانس و استا فیلوکک ذکر
کرده اند . دابق مطالعات Dorney , Bridges ۱۳٪ و دابق مطالعات Morgan,
و Bland ۱۶٪ موارد را تشکیل میدهد . (۱)

چون آنتروککها به سولفامیدها و پنی سیلین و اغلب آنتی بتوتیکها مقاوم -
هستند تشخیص آنها ضروری است . و با در نظر گرفتن عوامل کلینیک و پاراکلینیک