

٧٥٢٣٥٥



واحد پزشکی تهران

پایان نامه:

جهت دریافت دکتری پزشکی

موضوع: بررسی علل آبسه‌های چرکی در بیماران بستری در بیمارستانهای تابعه  
دانشگاه آزاد اسلامی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمد کریم رحیمی

استاد مشاور:

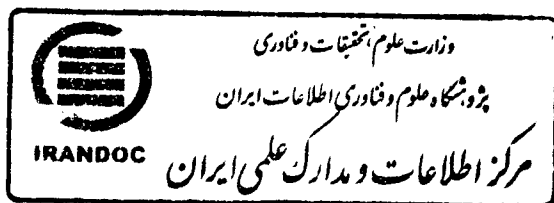
سرکار خانم پروانه عدیمی

نگارش:

راضیه ذاکر بیدندی

شماره پایان نامه: ۴۲۳۲

سال تحصیلی: ۱۳۸۹



ب

۱۵۶۸۴۵

۱۳۹۰/۲/۲۶

با سپاس فراوان از زحمات بی‌دریغ استاد ارجمند جناب آقای دکتر رحیمی

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

عنوان:

بررسی علل آبسه‌های چرکی در بیماران بستری در بیمارستانهای تابعه دانشگاه آزاد اسلامی

نام و نام خانوادگی دانشجو: راضیه ذاکریدهدندی

شماره دانشجویی: ۸۲۶۶۲۳۴۷

استاد راهنما: جناب آقای دکتر محمد کریم رحیمی

استاد مشاور: سرکار خاتم پروانه عدیمی

شماره پایان‌نامه: ۴۲۳۲

کد شناسایی پایان‌نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۷۲۰۲۲

تاریخ دفاع: ۸۹/۵/۲۰

## فهرست مطالب

۱	چکیده فارسی.....
۴	فصل اول: انواع آبسه و روشهای انجام کشت.....
۵	۱-۱ تاریخچه:.....
۵	۲-۱ تعریف آبسه : .....
۶	۳-۱ پاتوژنز و ایمنی :.....
۷	۴-۱ آبسه‌های پری‌تونال.....
۷	۱-۴-۱ اتیولوژی.....
۸	۲-۴-۱ یافته‌های باکتریولوژیک.....
۸	۳-۴-۱ پاتوژنز.....
۱۰	۴-۴-۱ تظاهرات بالینی.....
۱۱	۵-۴-۱ تشخیص.....
۱۲	۶-۴-۱ درمان آبسه‌های داخل صفاقی.....
۱۲	۷-۴-۱ آبسه‌های کبدی.....
۱۴	۸-۴-۱ درمان آبسه‌های کبدی.....

۱۵	.....	۹-۴-۱ میکروبیولوژی
۱۷	.....	۱۰-۴-۱ آبسه‌های طحالی
۱۸	.....	۱۱-۴-۱ درمان آبسه‌های طحالی
۱۹	.....	۱۲-۴-۱ آبسه‌های کلیوی و اطراف کلیه
۲۱	.....	۱۳-۴-۱ درمان آبسه‌های کلیوی و اطراف کلیوی
۲۱	.....	۱۴-۴-۱ آبسه پسواس
۲۲	.....	۱۵-۴-۱ درمان آبسه‌های پسواس
۲۲	.....	۵-۱ آبسه‌های ساب‌کوتانوس
۲۳	.....	۶-۱ آبسه‌های مغز:
۲۳	.....	۷-۱ آبسه‌های چرکی پیرامون دهان
۲۴	.....	۸-۱ کشت و روشهای انجام آن
۲۴	.....	۱-۸-۱ عوامل محیطی موثر بر رشد باکتری ها
۲۵	.....	۲-۸-۱ روش های کشت باکتری ها
۲۵	.....	۳-۸-۱ محیط کشت
۲۵	.....	۴-۸-۱ سیستم های کشت

۲۸	.....فصل دوم: بیان مسأله و اهداف
۳۱	.....فصل سوم: مواد و روشها
۳۲	.....۱-۳ جمعیت مورد مطالعه و معیارهای ورود و خروج
۳۲	.....۲-۳ متغیرها
۳۳	.....۳-۳ روش جمع‌آوری نمونه‌ها
۳۳	.....۴-۳ آنالیز داده‌ها
۳۴	.....فصل چهارم: یافته‌ها
۴۹	.....فصل پنجم: نتیجه‌گیری
۵۳	.....منابع
۵۷	.....Abstract



## فهرست جداول

- جدول ۱-۱ : میکروبیولوژی آبسه‌های کبدی..... ۱۶
- جدول ۱: توزیع فراوانی سن..... ۳۵
- جدول ۲: ارتباط بین محل عفونت و سن..... ۳۷
- جدول ۳: ارتباط میان محل عفونت و جنسیت بیماران..... ۳۸
- جدول ۴: توزیع فراوانی محل عفونت در بیماران..... ۳۹
- جدول ۵: توزیع فراوانی باکتری جدا شده از بیماران..... ۴۰
- جدول ۶: توزیع فراوانی سابقه بیماریهای قبلی..... ۴۱
- جدول ۷: ارتباط میان محل عفونت و سابقه بیماریهای قبلی بیماران..... ۴۲
- جدول ۸: ارتباط میان محل عفونت و باکتری جدا شده..... ۴۴
- جدول ۹: توزیع فراوانی سابقه عفونت قبلی بیماران..... ۴۵
- جدول ۱۰: توزیع فراوانی مدت زمان بستری..... ۴۶
- جدول ۱۱: توزیع فراوانی باکتری جدا شده..... ۴۷

## فهرست نمودارها

- نمودار ۱: توزیع فراوانی سن بیماران..... ۳۵
- نمودار ۲: توزیع فراوانی ارتباط سن بیمار و محل عفونت..... ۳۷
- نمودار ۳: ارتباط بین محل عفونت و جنسیت بیماران..... ۳۸
- نمودار ۴: توزیع فراوانی محل عفونت در بیماران..... ۳۹
- نمودار ۵: توزیع فراوانی باکتری جدا شده از بیماران..... ۴۰
- نمودار ۶: توزیع فراوانی سابقه بیماریهای قبلی..... ۴۱
- نمودار ۷: ارتباط میان محل عفونت و سابقه بیماریهای قبلی بیماران..... ۴۳
- نمودار ۸: ارتباط میان محل عفونت و باکتری جدا شده..... ۴۴
- نمودار ۹: توزیع فراوانی سابقه عفونت قبلی بیماران..... ۴۵
- نمودار ۱۰: توزیع فراوانی مدت زمان بستری..... ۴۶
- نمودار ۱۱: توزیع فراوانی باکتری جدا شده..... ۴۸

# چکیده فارسی

مقدمه: در این مطالعه به بررسی علل آبسه های چرکی در بیماران بستری در بیمارستانهای تابعه دانشگاه آزاد از دی ماه سال ۸۸ تا اردیبهشت سال ۸۹ به مدت شش ماه پرداختیم. هدف این پایان نامه شناخت ارگانیزم های شایع بوجود آورنده ی آبسه های چرکی در نقاط مختلف بدن است. طبق مطالعات قبلی استافیلوکوک طلایی شایع ترین ارگانیزم بوجود آورنده ی آبسه های چرکی بوده و بی هوازی ها نیز شایعترین ارگانیزم های موجود در آبسه های چرکی شکم و اطراف رکتوم معرفی شده اند.

روش مطالعه: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی- مقطعی است و روش نمونه گیری به روش آسان و ترتیبی از تمام بیماران مراجعه کننده با آبسه ی چرکی در نظر گرفته شد.

بیان مسأله: آبسه های چرکی یکی از علل مهم مرگ و میر در بیماری های عفونی هستند. تشخیص هر چه سریعتر، تخلیه ی آبسه و درمان با آنتی بیوتیک قبل از رسیدن جواب آزمایشگاه اهمیت زیادی دارد. یک نمونه که به طور مناسبی جمع آوری شده باشد، مهم ترین مرحله در تشخیص عفونت می باشد.

یافته ها: ۷۵% نمونه ها جواب کشت منفی داشتند که احتمالاً بدلیل مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک قبل از مراجعه به پزشک می باشد. در مورد آبسه های شکمی و اطراف رکتوم، E.coli و پسودوموناس شایعترین عامل هستند و در مورد آبسه های دهان و اطراف آن هوازیها و بی هوازیها شایعترینند. در مورد آبسه های subcutaneous نیز استافیلوکوک طلایی، E.coli و پسودوموناس مشاهده شد. آبسه ها در مردان نسبت به زنان شایعتر بود و ۶۰% موارد را شامل می شد. آبسه pre anal نیز شایعترین مکان بود که ۵۰% موارد را شامل می شد.

بطور کلی E.coli و پseudomonas شایعترین ارگانیس‌های موجودی بودند که در آبسه‌های شکمی و اطراف رکتوم مشاهده شد. در مورد آبسه‌های subcutaneous نیز استفاد و بی‌هوازیها بیشتر مشاهده شدند که می‌توان با شناخت ارگانیس‌م شایع و با انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب قبل از آماده شدن پاسخ کشت درمان مناسبتری را برای بیمار آغاز کرد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر علاوه بر کشت هوازی، کشت بی‌هوازی نیز انجام شود.

فصل اول:

انواع آبیسه و روشهای انجام  
کشت

## ۱-۱ تاریخچه:

در طول قرن‌ها، میکروب‌ها پا به پای بشر تکامل یافته و با هم زیسته اند. هر زمان میکروب‌های مهاجمی پدیدار شده و بسیاری از ابنای بشر را به کام مرگ فرستاده اند. گاهی نیز این عوامل میکروبی منجر به آماس حاد و تشکیل آبسه در نقاط مختلف بدن می‌شوند. آبسه فرآیندی است که میزبان به وسیله‌ی آن میکروب‌ها را به یک فضای بسته محدود می‌کند و بدین طریق مانع از انتشار بیشتر عفونت می‌شود.

## ۲-۱ تعریف آبسه:

آبسه در مواجهه با ورود ارگانیسم‌ها به بدن ایجاد می‌شود. آبسه یک پاسخ حفاظتی است که هدف آن نابود ساختن، رقیق ساختن و جداسازی عامل بیماری‌زاست که در آن خروج پلازما از رگها، تجمع نوتروفیل‌ها، مونوسیت‌ها، ریال پلاکت‌ها و فیبروسیت‌ها روی می‌دهد. آماس بافتی، تجمع گلبول‌های سفید و نکروز بافت موجب چرک و تشکیل آبسه خواهد شد. استافیلوکوک طلایی، شایع‌ترین عامل تشکیل آبسه‌های چرکی است و در هنگام نابودی دفاع فیزیکی پوست یا مخاط وارد بدن می‌شود و بیماری‌های متعددی را به‌وجود می‌آورد، که خصوصیت برجسته‌ی آن تشکیل آبسه در نقاط مختلف بدن مثل پوست، بافت‌های زیر جلدی، ریه‌ها، کلیه‌ها و سیستم اعصاب مرکزی است.

### ۳-۱ پاتوژنز و ایمنی :

اغلب توافق وجود ندارد که آیا آبسه، مشخص کننده‌ی وضعیت بیماری است یا پاسخ میزبان را مشخص می‌نماید. از یک جهت به‌نظر می‌رسد که هر دو مورد صحیح باشند، با اینکه آبسه عفونتی است که در آن ارگانیزم‌های زنده عفونی و PMN ها در یک کپسول فیبروزی محصور شده‌اند، اما همچنین فرآیندی است که میزبان به وسیله آن میکروب‌ها را به یک فضای محصور محدود می‌کند و بدین طریق مانع انتشار بیشتر عفونت می‌شود. در هر صورت، آبسه‌ها علائم قابل ملاحظه‌ای را ایجاد می‌کنند و بیماران مبتلا به آبسه ممکن است بسیار بد حال باشند.

آبسه در نقاط مختلف بدن می‌تواند خود را با تظاهرات مختلفی نشان دهد. بیماران مبتلا به آبسه ممکن است بسیار بد حال باشند. آبسه‌ها در مکان‌های مختلف بدن از جمله مغز، دهان و پیرامون دهان، کبد، شکم و ... ایجاد می‌شوند.

درمان اصلی آبسه‌ها، تعیین کانون ابتدایی عفونت، تجویز آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف با هدف ارگانیزم‌های دخیل در عفونت و انجام درناژ می‌باشد.

روش‌های تشخیصی مختلفی از جمله شرح حال، معاینه‌ی فیزیکی، سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن برای تشخیص آبسه وجود دارد.

آبسه‌ها اگر به خوبی تخلیه نشوند، آبسه بزرگ شده و باعث مرگ بافت بیش‌تری شده و سدهای طبیعی شکسته می‌شوند، برای مثال فیستول پوست تشکیل شده یا دیواره عروق سوراخ می‌شود.



## ۴-۱ آبسه‌های پریتونال

### ۱-۴-۱ اتیولوژی

آبسه‌های داخل صفاقی می‌توانند علل اولیه یا ثانویه داشته باشند. از بیماریهایی که منجر به بروز ثانویه آبسه‌های داخل صفاقی می‌شوند می‌توان آپاندیسیت، دیورتیکولیت، ضایعات مجاری صفراوی، پانکراتیت پپتیک اولسرپرفوره، بیمارهای التهابی روده، تروما و اعمال جراحی شکم را نام برد.

محل بروز آبسه‌ها معمولاً مرتبط با مکان عفونت اولیه و سیر درناژ صفاقی عضو مربوطه می‌باشد. بطور مثال آبسه‌های ناشی از آپاندیسیت در RLQ و آبسه‌های لگنی ناشی از دیورتیکولیت‌های کولون و آبسه‌های ناشی از پانکراتیت در lesser case بیشتر گزارش شده‌اند. در یک مطالعه بزرگ از ۱۹۴ آبسه‌ی داخل صفاقی، حدود ۴۴٪ در RLQ، ۱۴٪ در LLQ، ۱۴٪ در لگن و ۲۰٪ پری‌هپاتیک بودند.

در کودکان، آپاندیسیت عامل بیش از ۵۰٪ از موارد آبسه‌های ساب‌فرنیک می‌باشد. در بزرگسالان آبسه‌های پری‌هپاتیک ناشی از عوارض بعد از جراحی بیشتر از عفونت‌های داخل شکمی فراموش شده مانند آپاندیسیت یا پپتیک اولسرپرفوره دیده می‌شود. آبسه‌های ساب فرنیک به خصوص سمت چپ در مقایسه با سایر قسمت‌های داخل صفاقی درصد بیشتری را شامل می‌شوند.

اگر در بیماران مبتلا به پریتونیت درمان نشده، سپسیس گرم منفی روی ندهد یا روی دهد ولی مرگبار نباشد، تشکیل آبسه شایع خواهد بود. در مدل‌های آزمایشگاهی تشکیل آبسه، ارگانیس‌های مخلوط هوازی و بی‌هوازی در داخل صفاق کاشته می‌شوند. در صورتی‌که درمان مناسب علیه

هوازیها انجام نشود، آبسه‌های داخل شکمی در حیوان تشکیل می‌گردند. همانند موارد انسانی، این آبسه‌های آزمایشگاهی ممکن است حفره صفاقی را پر کنند، در زیر چادرینه یا مزانتر قرار گیرند، یا حتی در داخل یا بر روی احشایی نظیر کبد تشکیل شوند.

#### ۱-۴-۲ یافته‌های باکتریولوژیک

آبسه‌های داخل صفاقی، پلی میکروبیال است. در یک مطالعه‌ای که در آن از تکنیک‌های جداسازی بی‌هوازی‌ها استفاده شده بود، بی‌هوازی‌ها در ۶۰ تا ۷۰٪ موارد دیده شدند. در مطالعه دیگر در ۲۰ مورد از ۲۴ مورد، بی‌هوازیها گزارش شدند و باکترئوئید فراژیلیس شایعترین پاتوژن بود و کوکسی‌های بی‌هوازی و کلستریدیا در ۵۰٪ از بیماران یافت شدند. سایر باکتریهای دیده شده نیز شامل موارد ذیل بود:

*E coli, s.aureous, entro cocci* و کلیسیلا، گروه انتروباکتر، پروتئوس و پseudomonas.

#### ۱-۴-۳ پاتوژنز

آبسه‌های داخل صفاقی می‌توانند در نتیجه لوکالیزه شدن پریتونیت منتشر معمولاً در لگن، فضای پری هپاتیک و *paracolic gutlers* تشکیل شوند. همچنین آبسه‌ها می‌توانند در نتیجه بیماری ارگانها (مانند آبسه‌های آپاندیکولار یا کوله‌سیستیک) تشکیل شوند و یا بعد از زخمهای نافذ مانند انواع تروماها و یا بدنبال پروسیجرهای جراحی بوجود بیایند، این آبسه‌ها را که بدلائل ثانویه بوجود می‌آیند را آبسه‌های ثانویه می‌نامند و نسبت به آبسه‌های اولیه شایعترند. پاتوژنز آبسه‌های اولیه

ناشناخته می‌باشند و ظاهراً مشابه پریتونیت اولیه می‌باشند. تحقیقات آزمایشگاهی هم در توزیع عوامل ویروالانس باکتریال و هم سلول میزبان مسوول بیماری و بخصوص در مورد باکترئید فراژیلیس کمک کننده بودند، اگرچه این ارگانسیم فقط ۰,۵% از فلور طبیعی کولون را تشکیل می‌دهد، اما شایعترین ارگانسیم جداشده بی‌هوازی در عفونتهای داخل شکمی است، در آبسه‌ها بطور خاصی بارز بوده و شایعترین بی‌هوازی جداشده از جریان خون می‌باشد. بنابراین، بنظر می‌رسد که از نظر بالینی باکترئید فراژیلیس بطور منحصر بفردی ویرولان می‌باشد. بعلاوه، این ارگانسیم در مدل‌های جانوری عفونت داخل شکمی به تنهایی قادر به ایجاد آبسه است، در حالیکه اغلب گونه‌های باکترئید دیگر باید بصورت سینرژستیک با یک ارگانسیم اختیاری برای تشکیل آبسه فعالیت نمایند. یکی از چندین عامل ویروالانس شناسایی شده در این ارگانسیم که بسیار پراهمیت است کمپلکس پلی‌ساکارید کپسولی یافت شده بر روی سطح باکتری می‌باشد. این کمپلکس حداقل از ۸ پلی‌ساکارید سطحی مجزا تشکیل شده است. این پلی‌ساکاریدها پاسخی را در حفره صفاقی برمی‌انگیزند که باکتریها را به آبسه محدود می‌نماید.

با اینکه آنتی‌بادی‌های ضد این پلی‌ساکارید، پاکسازی باکترئید فراژیلیس را از جریان خون افزایش می‌دهند، اما سلولهای + T CD4 در ایمنی در برابر آبسه‌ها نقش پراهمیتی دارند و در اثر تحریک این سلولها IL-10 تولید می‌شود. IL-10 موجب تنظیم کاهشی پاسخ التهابی شده و به این ترتیب مانع تشکیل آبسه می‌گردد.

#### ۱-۴-۴ تظاهرات بالینی

۷۴٪ از آبسه‌ها داخل شکمی یا خلف صفاقی هستند و احشایی نمی‌باشند. اکثر آبسه‌های داخل صفاقی در نتیجه ورود مدفوع از یک منبع کولونی (نظیر اپاندیسیت ملتهب) ایجاد می‌شوند. همچنین آبسه‌ها ممکن است بواسطه فرایندهای دیگری تشکیل شوند. آنها معمولاً در عرض چند هفته پس از پریتونیت تشکیل می‌شوند و ممکن است در مناطق مختلفی، از چادرینه تا مزانتر، لگن تا عضله پسواس و فضای زیر دیافراگمی تا یکی از احشا نظیر کبد (خواه در سطح آن یا در داخل آن) تشکیل شوند. آبسه‌های دور آپاندیس و دیورتیکولی بطور شایعی روی می‌دهند. کمترین احتمال پارگی در آبسه‌های دیورتیکولی وجود دارند. عفونتهای دستگاه تناسلی مونث و پانکراتیت نیز از شایعترین علل تشکیل آبسه هستند. در آبسه‌های دستگاه تناسلی مونث خواه در نتیجه یک عفونت اولیه یا عفونتی که به لگن یا صفاق گسترش یابد، باکتری‌های فراژیلایس ارگانیزم غالب می‌باشد. باکتری‌های فراژیلایس به تعداد زیاد در فلور طبیعی واژن یافت نمی‌شود. این باکتری در بیماری التهابی لگن و اندومتری (بدون آبسه)، کمتر دیده می‌شود. در پانکراتیت که آزمایش‌های مخرب لوزالمعده نشن می‌یابند، التهاب غالب خواهد بود. بنابراین یافته‌های بالینی نظیر تب، لوکوسیتوز و حتی درد شکمی، پانکراتیت را از عوارضی مانند کیست کاذب لوزالمعده، آبسه لوزالمعده یا تجمع چرک در شکم متمایز نمی‌کنند. بویژه در پانکراتیت نکروران که احتمال بروز عفونت موضعی لوزالمعده به ۳۰٪ می‌رسد، اسپیراسیون سوزنی تحت هدایت CT باید بمنظور نمونه‌گیری از مایع برای کشت انجام شود. در بسیاری از مراکز آنتی‌بیوتیکها برای پیشگیری از عفونت در بیماران مبتلا به پانکراتیت نکروران تجویز می‌شوند. امی‌پنم پرمصرفترین دارو برای این منظور است،