

شرح حال و درمان يك بیمار مبتلای بگزاز

دکتر قوام پور

و

دکتر بیهوش ور

دستیار بخش واگیر

رئیس بخش وابسته دانشکده پزشکی

در بیمارستان پهلوی

بتول فرزند محمد شاه حسینی ۱۷ ساله در تاریخ ۳۳/۱/۱۰ بعلت کلید شدن دهان و سفتی عضلات بدن و اندامها به بیمارستان پهلوی بخش عفونی ۲ مراجعه و بستری گردید.

بیستروز قبل از این تاریخ موقعی که بیمار زیر کرسی خوابیده بوده بواسطه ایجاد حمله صرع پای راست او در آتش منقل افتاده و سوخته است. برای معالجه سوختگی پا به وسایل و داروهای خانگی کثیف متوسل میشوند. پانزده روز پس از سوختگی پا بیمار احساس ناراحتی و سفتی در عضلات خود نموده دهانش کلید میشود و تب عارض میگردد. در همین حال دست و پا و شکم و گردن نیز سفت و منقبض شده گاه بگاه انقباض عضلات شدت مییابد، با اینحال چهار روز در منزل مانده و برای او معالجات معمولی زنانه کرده اند و چون بهبودی نیافته به بیمارستان مراجعه نموده است.

در سابقه شخصی و خانوادگی بیمار نکته قابل توجه وجود حملات صرع است که از زمان کودکی شروع شده بگفته بیمار هر ماه یکی دو بار تکرار میشده است.

در معاینه که هنگام ورود بیمار به بیمارستان بعمل آمد علائم زیر جلب نظر مینمود:

تریسموس شدید بطوریکه حتی مایعات را نمیشد وارد دهان او کرد، انقباض شدید و سختی عضلات اعضای فوقانی و تحتانی و گردن و شکم بیمار، این سفتی عضلات بر اثر تحریکات خارجی (صدا و نور و غیره) بیشتر شده بشکل کریزهای کلونیک و

تونیک درمیآمد و رویه‌رفته بیمار وضع او پیستوتونوس (۱) داشت. قیافه بیمار بطور مخصوصی درهم کشیده و یکنواخت و بدون احساسات بود و با اصطلاح تبسم کلاسیک ساردونیک (۲) نشان میداد.

دستگاه قلب و عروق ضایعه نداشت، فشار خون $115/8$ بود، دستگاه تنفس بدون عارضه مرضی بود فقط هنگام تشدید حملات انقباضی تنگ نفس عارض بیمار میگشت زبان را بعلت تریموس نمیشد مشاهده کرد، یبوست و اولیگوری (۳) بعلت بیماری عفونی و عدم جذب غذا و مایعات وجود داشت.

تب در بدو ورود $39/5$ و نبض 140 در دقیقه بود.

باعلائم فوق: تریموس، تب شدید، نبض تند، انقباضات عضلانی توأم با کریزهای مشخص و بعلاوه مشاهده سوختگی پای راست که در ناحیه سطح پا و انگشتان پای راست واقع بود و حالت التهاب و عفونت در آن مشاهده میشد تشخیص بیماری کزاز محرزو با عارضه دیگری قابل اشتباه نبود. لهذا بلافاصله شروع بدرمان گردید. بدین ترتیب که همان روز اول $150/000$ واحد سرم آنتی تتانیک - $60/000$ واحد داخل عضله - $60/000$ واحد زیر جلد، و $10/000$ واحد در اطراف زخم سوختگی و $20/000$ واحد مخلوط با $200/CC$ سرم فیزیولوژیک قطره قطره داخل رگ تزریق گردید. پانسمان و ضد عفونی دقیق زخم سوختگی نیز بعمل آمد. بیمار در اطاقیکه با آویختن پرده سیاه تاریک شده بود در محیط ساکت و آرامی بستری گردید. برای تسکین تشنجات و انقباضات عضلانی شدید دستور تنقیه کلرال، هر دو ساعت یک گرم (12 گرم در 24 ساعت) داده شد. شربت تری برمور هر سه ساعت یکقاشق سوپخوری، تزریق کلریدرات در مرفین روزی 0.2 گرم در دو مرتبه و تزریق 0.2 گرم گاردنال سدیک هنگام شب دستور داده شد.

برای رفع عفونت و التهاب زخم سوختگی که مبدأ و محل ورود باسیل نیکالایر

۱ - opisthotonos

۲ - rire sardonique

۳ - oligurie

بوده است دستور تزریق ۸۰۰/۰۰۰ و احد پنی سیلین و نیم گرم استرپتومیسین در روز داده شد. برای جلوگیری از بی آب شدن بیمار (۱) و ضمناً جهت تغذیه او دستور تزریق روزی ۲ لیتر سرم گلو کزه ایزوتونیک داخل ورید داده شد و برای تکمیل تغذیه روزی دو مرتبه هر دفعه ۱۵۰ گرم شیر و يك زرده تخم مرغ بوسیله تنقیه وارد بدن میگردید. ویتامین ث و مقویات قلب تجویز گردید.

همان روز اول ورود به بیمارستان و مقارن با زرق سرم مقدار دو سانتیمتر مکعب آناتو کسین کزاز نیز زیر جلد تزریق گشت. از روز سوم مقدار پنی سیلین به ۴۰۰/۰۰۰ و احد در روز تقلیل داده شد. تنقیه کلرال بمقدار ده گرم در ۲۴ ساعت ادامه داده شد.

روز سوم ورود به بیمارستان کریزهای انقباضی بیمار بنحو قابل ملاحظه تخفیف یافت، تریسه و سوس بسیار کم شد، قیافه بیمار بازتر گشته در خارج از حملات تشنجی سفتی عضلات اعضای فوقانی و تحتانی و عضلات شکم نیز کمتر شده بود. پانسمان و ضد عفونی زخم سوختگی ادامه داشت. از روز ششم مرفین فقط روزی يك سانتی گرم تزریق میگشت.

در تاریخ ۳۳/۱/۱۶ هنگام معاینه شکم، برجستگی کروی شکلی در قسمت تحتانی شکم جلب نظر نمود. در ملاسه و دق برجستگی مثانه (۲) کاملاً مشخص بود. پس از سؤال از بیمار معلوم شد که از روز قبل ادرار نکرده است پس از سندانژ مثانه مقدار زیادی ادرار خارج گشت.

حال عمومی و انقباضات عضلانی بهمین ترتیب رو به بهبود بود. تب از روز نهم بستری شدن قطع گردید نبض آرام تر شد. تغذیه پس از سه روز اول از راه دهان انجام گرفت و از آن بی بعد فقط روزی نیم لیتر سرم گلو و کزه برای کمک به تغذیه ورهید راته (۳) شدن بیمار داخل ورید تزریق میگشت. تزریق آناتو کسین روزهای پنجم و نهم بستری شدن به ترتیب بمقادیر ۴ و ۶ سانتیمتر مکعب

تکرار گشت ، از روز ششم ترسیموس بکلی از بین رفت بطوریکه تغذیه از راه دهان کاملاً امکان پذیر گشت و بهمین دلیل تزریق سرم گلو گزه قطع گردید ، دست و پای بیمار کاملاً طبیعی و بدون انقباض غیر عادی بود فقط انقباض عضلات شکم هنوز مختصری باقی بود. قیافه بیمار نیز هنوز خطوط و چین های غیر طبیعی نشان میداد .

از ابتدای هفته سوم بستری شدن تزریق مرفین قطع و بجای آن روزی سه قرص لومینال پنج سانتی گرمی دستور داده شد .

تنقیه کلرال روزی ۶ گرم و شربت تری برمور هر چهار ساعت یکقاشق ادامه داده شد .

در معاینه روز های بعد حال عمومی و وضع سفتی عضلات بیمار مرتباً رو به بهبود بود . در معاینه که در تاریخ ۳۳/۲/۲ بعمل آمد فقط مختصری سفتی عضلات در جدار شکم مشاهده شد . زخم سوختگی پای بیمار التیام یافته فقط مختصری در ناحیه انگشتان پای راست باقی بود که آنهم در حال التیام بود . بیمار در تاریخ ۳۳/۲/۵ با حالت عمومی خوب و در حالیکه انقباضات غیر طبیعی عفونت بدن بکلی از بین رفته و زخم ها التیام کامل یافته بود مرخص گردید .

باید متذکر گردید که بیمار دو مرتبه در تاریخ ۳۳/۱/۳۰ و ۳۳/۲/۳ دچار حملات صرع گردید .

نتیجه :

۱- وجود حملات صرع در سابقه بیمار که در جریان یکی از این حملات بیمار دچار سوختگی پا شده و باسیل کزاز از راه زخم سوختگی وارد بدن گشته است . این امر هم از لحاظ اتیولوژی و ایجاد زخمی که راه ورود میکرب به بدن است و هم از لحاظ تشخیص افتراقی که ممکن است گاهی بواسطه اشتباه و غفلت بین حملات صرع و حملات انقباضی بیماری کزاز مطرح شود و خطری که در نتیجه اشتباه در تشخیص و عدم زرق سرم و آاناتو کسین بیمار را تهدید میکند حائز اهمیت است لیکن بااندکی دقت این دو عارضه بخوبی از یکدیگر تمیز داده میشود .

۲- بهبودی کامل حال بیمار با اینکه بیماری شکل سخت و خطرناکی را در این بیمار نشان میداد و از طرفی بهیچوجه امکان نداشت دوره نهفتگی مرض را تعیین و حساب کرد معذک بر اثر معالجه صحیح و مناسب بیمار شفای کامل پیدا کرد.

۳- طرز ساده و عملی معالجه که در هر نقطه و شهرستانی میتوان بدان عمل نمود: اساس درمان عبارتست از سرو آناتوکسینوترایی (۱) بدین ترتیب که روز اول لااقل ۱۵۰/۰۰۰ واحد سرم ضد تتانوز در يك و حله بایستی تزریق نمود و کافی است نصف این مقدار داخل عضله و بقیه را زیر جلد و مقداری هم در اطراف زخم و محل عفونت اولیه زرق نمود. تزریق داخل نخاعی لزومی ندارد تزریق داخل رگ نیز اغلب لازم نیست. مقدار سرم را تا ۴۰۰/۰۰۰ واحد میتوان تزریق کرد که بسته به شدت علائم بیماری است. تکرار زرق سرم در روزهای بعد لازم نیست. در همان روز اول که به تزریق سرم مبادرت میشود بایستی دو سائتیمتر مکعب آناتوکسین کزاز و بعداً نیز بفواصل چهار الی پنج روز $4/CC$ و $6/CC$ زیر جلد تزریق شود تا علاوه بر خنثی شدن اثر سم کزاز که در نتیجه زرق سرم (آنتی توکسین) حاصل میشود يك مصنوعیت و مقاومت مثبت و آکتیو نیز در حین معالجه و برای آینده بیمار در بدن ایجاد شود.

علاوه بر زرق سرم و آناتوکسین که اساس معالجه کزاز را تشکیل میدهد بایستی جهت تسکین و رفع تشنجات و کریزهای شدید انقباض عضلات متوسل بداروهای منوم و ضد تشنج از قبیل گاردنال (تزریقی و خوراکی) و برمورها و کلرال (از راه تنقیه و خوراکی) شد و حتی در موارد کریزهای سخت به زرق مرفین مبادرت گردد. برای تغذیه و رئیدراته کردن بیماران تزریق سرم گلوکز و فیزیولوژیک داخل رگ و در صورت امکان دادن مایعات فراوان از راه دهان و تنقیه های مواد غذایی لازم است بعمل آید. ویتامین ث و مقویات قلب نباید فراموش شود. تجویز آنتی بیوتیک ها و داروهای ضد عفونت برای معالجه زخم اولیه و پیش گیری از عفونت های بعدی لازم است. از زخم اولیه که محل ورود میکروب

بیماری بوده است بایستی که مال موافقت و دقت بعمل آید و مرتباً ضد عفونی و پانسمان بشود. بیمار بایستی در محل تاریک و آرام و بدون سروصدا بستری باشد پس از رفع تریسه و سوس بایستی هر چه زودتر بتغذیه کامل از راه دهان اقدام نمود. بایستی دقت کرد که عمل دفع ادرار و اجابت مزاج بطور طبیعی انجام گیرد.

۴- نکته که در این بیمار جلب توجه نمود احتباس ادراری بود که روز ششم بستری شدن ایجاد گردید در حالیکه احتباس ادرار در مرضای دچار به کزاز خیلی بندرت مشاهده میشود.