

# سل ارزنی<sup>۱</sup>

مترجم:

مینومیترا چهارزاد

کارشناس ارشد پرستاری اطفال

مربی دانشکده پرستاری و مامایی رشت

هیچ علامتی از عود مجدد از نظر بالینی یا رادیوگرافی ریه مشاهده نگردیده بود و بیمار نیز تا ماه قبل از بستری شدن مجدد، سالم بود، تا وقتی که در بندهای انتهایی انگشتان سوم و چهارم دست چپ وی درد ایجاد شد. از سه هفته پیش نیز دچار تب، عرق شبانه، ضعف، بی اشتها و سرفه گردید. ضمناً بیمار هیچگونه تماسی را با بیماران مبتلا به سل اظهار نمی دارد. در زمان بستری، درجه حرارت بیمار، ۳۸/۲ درجه سانتیگراد، نبض ۱۰۰ بار در دقیقه و تنفس ۲۴ بار در دقیقه و فشار خون ۱۱۰/۶۰ میلی متر جیوه بود. در معاینات بالینی، حساسیت و ورم در انگشتان مبتلا مشاهده شده هم چنین پاپولها و ندولهای متعدد زیر جلدی در کف دست، صورت، تنه، به صورت

این مقاله موردی از سل ارزنی را گزارش کرده که پس از بروز سل و ۲ ماه شیمی درمانی، با ضایعات پوستی، استئومیلیت انگشتان و التهاب پیشرونده و غیر معمول رباطها عارض گردیده است.

خانم ۲۴ ساله، عقب مانده ذهنی با علائم درد در سومین و چهارمین انگشت دست چپ در بیمارستان بستری گردید. این فرد چهار سال پیش باتشخیص سل ریوی و تجمع مایع در پریکارد در بیمارستان دیگری بستری شده و تحت درمان با داروهای ایزونیازید (INH) ۳۰۰ میلی گرم، ریفامپین (RMP) ۶۰۰ میلی گرم روزانه خوراکی و قرص اتامبوتول (EMB) ۱/۲ گرم روزانه بصورت خوراکی به مدت یکسال قرار گرفته بود.

به نظر می رسد که بیمار درمان را بطور کامل رعایت کرده باشد. در طی دو سال اول پس از درمان،

بین رفته بود. داروهای اتامبوتول و پرازینامید قطع گردید و بیمار مرخص شد. درمان نگهدارنده با ایزونازید و ریفامپین برای نه ماه دیگر ادامه یافت و پس از گذشت دو سال هیچ علامتی از عود مجدد بیماری مشاهده نشده است.

بیمار گزارش شده، دچار تظاهرات غیر معمول سل ارزنی بود. هیچ یک از ضایعات پوستی و استئومیلیت جزء علائم معمول و لیست شده در سل ارزنی نیستند. پس می توان نتیجه گرفت پس از شروع درمان دارویی در دو ماه اول، التهاب رباط ظاهر می شود. یعنی زمانیکه میزان واکنش های ایمنی سلولی در حد طبیعی بوده و هیچ گونه مقاومت دارویی ثابت شده ای نیز وجود ندارد. این پاسخ التهابی متناقض به درمان را می توان در سل داخل مغزی و سل لنفاوی نیز مشاهده کرد. اگر چه بر طبق اطلاعات ما التهاب متناقض پس از درمان در رباط قبلاً گزارش نشده است. در هر حال مکانیسم دقیق آن ناشناخته است، بنظر می رسد کاهش میزان باکتریهای بافتی، همزمان با افزایش تعداد لنفوسیت در محل التهاب، می تواند مسئول اصلاح واکنشهای ایمنی میزبان و ایجاد این حالت باشد. همانطوری که در این بیمار نشان داده شد درمان دارویی مناسب به تنهایی نمی تواند باعث بهبودی زودرس عوارض پیچیده خارج ریوی سل محسوب شود در چنین مواردی جهت بهبودی کامل ممکن است جراحی و بستری شدن طولانی بیمار لازم باشد.

پراکنده وجود داشت. کبد حدود ۴ سانتی متر زیر لبه دنده ها قابل لمس بود. فوندوسکوپ، ضایعات ناشی از سل را در کورویید چشم نشان می داد. یافته های رادیولوژی مبنی بر ارتشاح سلولهای میلیاری در هر دو ریه و نیز تخریب استخوانی در بندهای انتهایی انگشتان سوم و چهارم دست چپ بوده، اسکن هسته ای استخوان با گالیوم  $^{67}m$ ،  $^{99}m$  افزایش برداشت مواد رادیو اکتیو را در انگشتان مبتلا نشان داد. دیگر یافته های غیر طبیعی آزمایشگاهی شامل سدیمانتاسیون ۸۸ میلی متر در ساعت اول و هموگلوبین  $11/2$  گرم بر دسی لیتر و گلبولهای سفید  $10700$  میلی متر مکعب با نوتروفیل  $93\%$  بود. تست پوستی مانتو نیز مثبت بود. اسمیرهای نمونه گرفته شده از آسپیراسیون ضایعات پوستی، وجود باسیلهای اسید فاست را در رنگ آمیزی Zeh-neelsen نشان داد. آزمایش HIV نیز منفی بود. داروهای خوراکی ایزونازید  $300$  میلی گرم، ریفامپین  $600$  میلی گرم، اتامبوتول  $1/2$  گرم و پرازینامید  $1/2$  گرم روزانه یکبار تجویز شد. کشت نمونه ها، وجود باسیل سل را تأیید نمود که حساس به داروهای فوق بودند.

علیرغم بهبود تدریجی علائم بالینی پس از یک ماه درمان، سرانجام منجر به برداشتن استخوان نکروزه شد. دو ماه پس از شروع درمان، برجستگیهای قرمز رنگ در یک مسیر مشخص در انگشت سوم در قسمت کف دست راست مشاهده و ضایعه دردناک شده و محدودیت حرکتی را موجب گردید.

یافته های رادیولوژی واسکن طبیعی بود. جهت انجام کشت، رباط خم کننده انگشت سوم دست راست شکاف داده شده و ترشحات آن خارج گردید. نتیجه کشت وجود باسیل سل را تأیید نمود که به همان داروهای قبلی حساس بودند. میزان ایمنی سلولی بررسی شد نتیجه اینکه میزان کل زیر گروههای سلولی T8, T4, T طبیعی بود. سه ماه پس از شروع درمان، التهاب رباط التیام یافته و علائم پوستی ناشی از سل از

منبع: