

## تب راجعه در کودکان مرکز آموزشی ، درمانی قدس قزوین (۷۵-۱۳۷۲)

\* دکتر قسمت محمدزاده \* \* دکتر سید قاسم قویشی

### □ چکیده :

۲۵ بیمار مبتلا به برولیا (*Relapsing Fever*) که در طول چهار سال گذشته در مرکز آموزشی ، درمانی کودکان قدس بستری شده بودند از لحاظ جنس ، سن ، فصل ابتلا ، علت مراجعه ، علائم کلینیکی ، علائم پاراکلینیکی ، پاسخ به درمان ، میزان مرگ و میر مورد مطالعه قرار گرفتند. مطالعه به روش بررسی مدارک موجود در پرونده انجام شد. در این بررسی شیوع بیماری در جنس مذکر و مونث تفاوت مختصری داشت (پسرها ۵۲٪ و دخترها ۴۸٪) ، در فصول تابستان و پاییز بیماری به ترتیب شیوع بیشتری داشت. شایعترین علت مراجعه تب بالا بود که در ۹۶٪ بیماران وجود داشت. علامت شایع بعدی بی‌اشتهایی بود که در ۵۶٪ موارد دیده می‌شد و سپس به ترتیب لرز ، سردرد ، استفراغ ، درد شکم ، دردهای عضلانی و بی‌حالی جلب توجه می‌کرد. در معاینه بالینی اسپلنومگالی و هیپاتومگالی به ترتیب در ۳۶٪ و ۲۴٪ بیماران مشاهده شد. از لحاظ آزمایشگاهی در لام خون محیطی برولیا به صورت فنر دیده شد که با رنگ آمیزی گیمسا و رایت رنگ گرفت. لام مثبت در ۸۴٪ موارد و *ESR* بالا ، لکوسیتوز ، *HB* پایین نیز در تعدادی از بیماران وجود داشت.

### □ کلید واژه‌ها : تب راجعه

*Keywords : Relapsing Fever*

## □ مقدمه :

سرشماری تمام پرونده‌های موجود در بیمارستان که در سالهای ۷۵-۱۳۷۲ مربوط به بیماران تب راجعه بودند مورد مطالعه قرار گرفته است. در تمام بیماران معاینه کامل ارگانهای مختلف انجام و آزمایشات شامل *E.S.R, C.B.C*، کشت خون، کشت کامل ادرار، عکس ریه و در صورت لزوم تستهای کبدی انجام شده است. بعد از استخراج علائم و یافته‌ها از پرونده، جداول و منحنی‌های مورد نیاز با کمک کامپیوتر تهیه شده است.

یادآور می‌شود تشخیص این بیماری با علائم کلینیکی حدس زده می‌شود و با دیدن اسپروکت‌های فنر مانند در لام خون محیطی که به طریق گیمسا یا رایت رنگ آمیزی شده قطعی میگردد. (۱۴ و ۱۰) که در تمام پرونده‌های بیمارستانی بیماران مورد بررسی موجود می‌باشد.

## □ یافته‌ها :

در این بررسی تعداد افرادی که در طول چهار سال به علت برولیا در بیمارستان قدس بستری شده‌اند ۲۵ نفر بوده‌اند. (نوزادان بررسی نشده است) که در بین این افراد پسر و دختر اختلاف معنی داری از لحاظ شیوع نداشته‌اند. ۱۳ نفر پسر (۵۲٪) و ۱۲ نفر دختر (۴۸٪) دچار بیماری شده بودند که تقریباً نصف بیماران از روستاها و نصف دیگر از نقاط فقیرنشین شهر مراجعه کرده بودند.

در سال ۱۳۷۲ در تمامی پرونده‌های بیمارستان تشخیص برولیا وجود نداشت که این می‌تواند به علت مشکلات تشخیصی و عدم وجود امکانات کافی آزمایشگاهی باشد.

در سال ۷۳، ۴ نفر دچار برولیا بودند. در سال ۷۴، ۱۶ نفر و در سال ۷۵، ۵ نفر مبتلا به این بیماری در این بیمارستان بستری شده‌اند. شیوع نسبتاً زیاد بیماری در سال ۷۴ احتمالاً به علت مشکلات بهداشتی روستائیان بوده که در سال ۷۵ این تعداد کاهش قابل ملاحظه‌ای دارد. (نمودار شماره ۱)

اغلب بیماران در فصل تابستان و پاییز بستری شده‌اند. به طوری که از ۲۵ بیمار بستری شده ۱۳ نفر در تابستان، ۱۰ نفر در پاییز و تنها ۲ نفر در بهار بستری شده‌اند و در فصل زمستان نیز موردی وجود نداشته است. (نمودار شماره ۲)

از کل کودکان مبتلا به برولیا در بیمارستان کودکان قدس (۲۵ نفر) تنها یک مورد سن کمتر از یکسال داشته، ۷ نفر بین یک تا پنج سال، نه نفر بین پنج تا هشت سال و

تب راجعه یکی از بیماریهای عفونی غیرشایع است. عود حملات تب از مشخصات بیماری است و در فواصل تب، بیمار حال عمومی خوبی دارد (۲). عامل بیماری اسپروکتی است از خانواده برولیا که انتقال آن از طریق شپش (تب راجعه اپیدمیک) و کنه (تب راجعه آندمیک) می‌باشد. (۳) ماهیت و طبیعت دوره‌ای این بیماری به علت توانایی و قدرت برولیا در تعبیرات مداوم آنتی ژنیک است. در نخستین عود انواع متعدد اسپروکت وجود دارد که یکی از آنها غالب می‌شود ولی اسپروکتی را که در حمله اول می‌توان ایزوله کرد با انواعی که در حملات بعدی می‌توان جدا کرد از لحاظ آنتی ژنیک متفاوت می‌باشد. (۱ و ۳)

بیمارانی که از طریق شپش آلوده شده‌اند نسبت به آنهایی که از طریق کنه مبتلا شده‌اند دوره کمون، دوره رمسیون و تب طولانی‌تری دارند.

بیماری به صورت حملات تب بالا است که ۳ تا ۵ روز طول می‌کشد و در فاصله یک تا دو هفته تکرار می‌شود در فواصل بیماری، بیماری بدون علامت است. در انواع منتقل شده از شپش معمولاً یک عود دیده می‌شود و در نوع کنه‌ای دو تا شش عود حمله وجود دارد. (۳ و ۴ و ۶)

علائم دیگر شامل لرز، سردرد، ترس از نور، تهوع و استفراغ، دردهای عضلانی و مفاصل است که ممکن است همراه با تب وجود داشته باشد. دل درد، سرفه‌های خلط آور و دیسترس تنفسی گاهی وجود دارد. علائم خونریزی دهنده شامل اپی ستاکسی، هموپتزی، هماچوری، هماتمز در بعضی از بیماران دیده می‌شود. (۳ و ۱۴)

هپاتومگالی و حساسیت کسبد و اسپلنومگالی و لنف آدنوپاتی ممکن است وجود داشته باشد. ایکتر در ۵۰٪ موارد وجود دارد.

در انواع ناشی از انتقال کنه درگیری سیستم عصبی مرکزی بیشتر دیده می‌شود. میوکاردیت، هپاتیت و انعقاد داخل عروقی منتشر، نادر ولی خطرناک هستند.

بیشتر نویسندگان تتراسیکلین خوراکی یا تزریقی را داروی انتخابی می‌دانند. (۳ و ۱۴)

بعضی از کتابها کلرامفنیکل را داروی انتخابی می‌شمارند. (۱)

## □ روش بررسی :

روش بررسی در این مجموعه توصیفی بوده و به صورت

هیپوترمی، هیپوتانسیون، برادی کاردی، ضعف شدید عضلات و بی حالی و سستی عارض می‌شود. (۱ و ۳ و ۱۴) که در این بیماران ۴ مورد تعریق (۱۶٪) ۳۰ مورد ضعف عضلانی (۱۲٪) و ۴ مورد بی حالی و سستی (۱۶٪) دیده شد که در واقع نسبت به ماهیت بیماران حالت خفیف تری داشت. از تظاهرات خیلی نادر ولی بالقوه خطرناک بیماری که شامل میوکاردیت و هیاتیت و انعقاد منتشر داخل عروقی است خوشبختانه در بیماران مشاهده نگردید.

۵ مورد از بیماران به درجاتی از دل درد شکایت داشتند که در طول درمان بهبود کامل یافتند. از لحاظ آزمایشگاهی ۲۱ مورد (۸۴٪) در لام خون محیطی اسپروکت فنر مانند را داشتند و تشخیص قطعی شد. کشت خون مثبت وجود نداشت. در لام تهیه شده از مناطق دیگر ادرار و CSF موارد مثبت وجود نداشت. تشخیص ۴ مورد دیگر بیماری براساس اپی دمیولوژی و گرفتاری اعضای دیگر خانواده بوده است.

درمان انجام شده در کودکان زیر ۱۲ سال اریترومايسين بود که در ۸۰٪ موارد بیماری را درمان نموده است. یک مورد بچه بزرگتر از ۱۲ سال با تتراسیکلین درمان گردید و بقیه موارد به علت بد حالی نسبی از سفتی زوکسیم و آمپی سیلین و یا کلرامفنیکل استفاده نمودند.

#### □ بحث :

مطالعه بیماران بستری شده در مرکز آموزشی، درمانی کودکان قدس در طول چهار سال نشان داد که :

۱- اولاً بیماری تب راجعه علیرغم نادر بودنش باز هم گاهی در روستاها و مناطقی که از لحاظ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطح پایین قرار دارند دیده می‌شود که علت آن می‌تواند نداشتن خانه‌های مناسب، نداشتن اطلاعات کافی از لحاظ مبارزه با بندپایان و نداشتن امکانات کافی برای این مبارزه باشد.

۲- با علم به این حقیقت که هنوز بیماریهای نادری مثل تب راجعه ممکن است در جوامعی که از نظر اقتصادی و فرهنگی پایین هستند وجود داشته باشد و با علم به اینکه همیشه لازم نیست بیماری همه علائم را داشته باشد باید آمادگی تشخیص و درمان به موقع موارد مبتلا را داشته باشیم.

#### □ پیشنهادها :

از آنجائی که ازدحام جمعیت و هوای سرد و بهداشت

هفت بیمار بین هشت تا دوازده سال داشتند. بدین ترتیب ماکزیمم ابتلا در گروه سنی بین پنج تا ده سال بوده است هرچند در منابع مطالعاتی ما اشاره‌ای به سن کودک نمی‌شود. (۱ و ۲) (نمودار شماره ۳)

از کل بیماران مورد مطالعه ۵ نفر (۲۰٪) کمتر از پنج روز بستری شده و ۲۰ نفر (۸۰٪) بیشتر از ۵ روز بستری شده‌اند.

از لحاظ علائم کلینیکی به جز یک مورد همه بیماران موقع بستری تب بالا داشتند که احتمالاً به علت دیر مراجعه کردن بوده است. چون هر چقدر عودها تکرار شود تب کمتری ممکن است دیده شود. لرز و بی حالی به همراه تب که از علائم اصلی بیماری محسوب می‌شود. (۶) در این بیماران وجود داشت ولی شیوع آن کم بود که در مورد لرز ۸ نفر از ۲۵ نفر (۳۲٪) و در مورد بی حالی ۴ نفر از ۲۵ نفر یعنی (۱۶٪) موارد بوده است. (نمودار ۴ و ۵)

راش، آرتریت، سرفه، هپاتواسپلنومگالی و کنژنکتیویت و لنف آدنوپاتی علائمی هستند که در رده دوم شیوع در بیماران مبتلا به تب راجعه دیده می‌شود. (۶)

در بیماران، راش ماکولار وجود نداشت و دیسترس تنفسی نیز دیده نشد. سرفه در ۲ مورد (۸٪) و هپاتومگالی در ۶ مورد (۲۴٪) و اسپلنومگالی در ۹ مورد (۳۶٪) وجود داشته است. در مواردی کبد بزرگ بود ولی تستهای کبدی نرمال بودند و بیلی روبین بالا که در ۵۰٪ گرفتاری‌های کبدی دیده می‌شود (۳) در این بیماران نرمال بود. مواردی از کنژنکتیویت نیز در بیماران دیده نشد.

راش‌های ماکولار و پتشیال که در انتهای تب در مرحله اول بیماری بخصوص در آنهایی که ناشی از انتقال از طریق شپش است اغلب وجود دارد (۲۵٪) (۳). در این بیماران فقط در یک مورد پتشی دیده شد. از علائم خونریزی دهنده شامل اپی ستاکسی، هتامز، هموپتزی و هماچوری که گاهی برای بیماران ایجاد می‌شود در این بیماران تنها در ۴ مورد هماچوری و یک مورد اپی ستاکسی دیده شد که بدون عارضه‌ای در طول بستری خوب گردید.

علائم گرفتاری سیستم عصبی مرکزی هرچند که نادر است ولی گاهی می‌تواند به صورت تابلو اصلی عودهای دیررس خود را نشان دهد که به صورت استیوپور، لتارژی، منزیسم، تشنج، نوریت محیطی، علائم عصبی موضعی و فلج اعصاب جمجمه‌ای می‌باشد. خوشبختانه این علائم وجود نداشت و فقط در ۶ مورد بیماران، علائمی از سر درد وجود داشت.

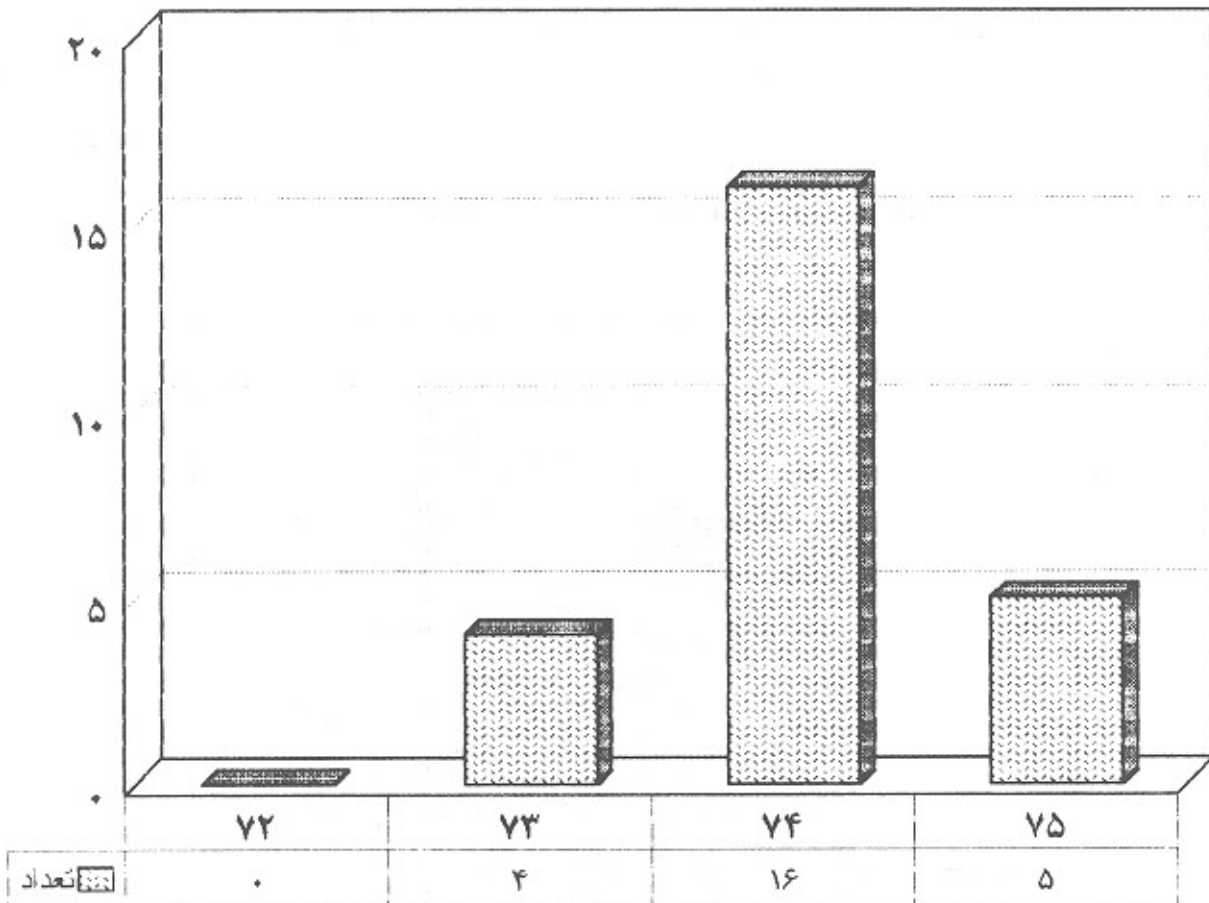
معمولاً در خاتمه کریز ۱۰-۴ روزه، تعریق شبانه،

یا پرمترین و غیره درمان شوند.  
 ۳- خانه‌ها با داروهای مناسبی جهت از بین بردن این حشرات ضد عفونی گردد.  
 ۴- در صورت دیده شدن مواردی از بیماری در بیمارستانها و درمانگاهها به مراکز بهداشتی جهت مبارزه وسیع‌تر اطلاع داده شود.

پایین مساعد کننده افزایش شپش می‌باشد و همچنین با توجه به اینکه کنه بیشتر در نقب و حفره و لانه موشها رشد و تکثیر می‌یابد لذا پیشنهاد می‌شود :  
 ۱- به وسیله مسئولین محترم بهداشتی منطقه ، آموزشهای لازم در جهت از بین بردن موشها به روستائیان داده شود.  
 ۲- همچنین چنانکه در مواردی ابتلا به شپش و کنه وجود داشته باشد با داروهای مناسبی مثل گامابنزن هگزاکلراید و

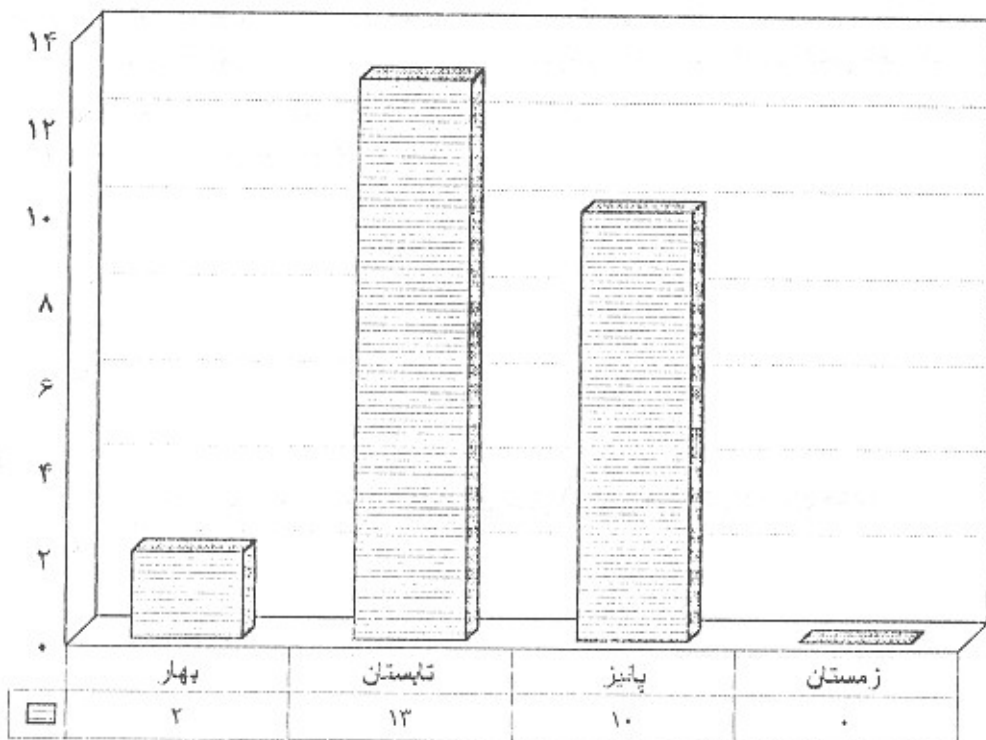
نمودار ۱ :

شیوع تب راجعه در سالهای مختلف در مرکز آموزشی ، درمانی کودکان قدس



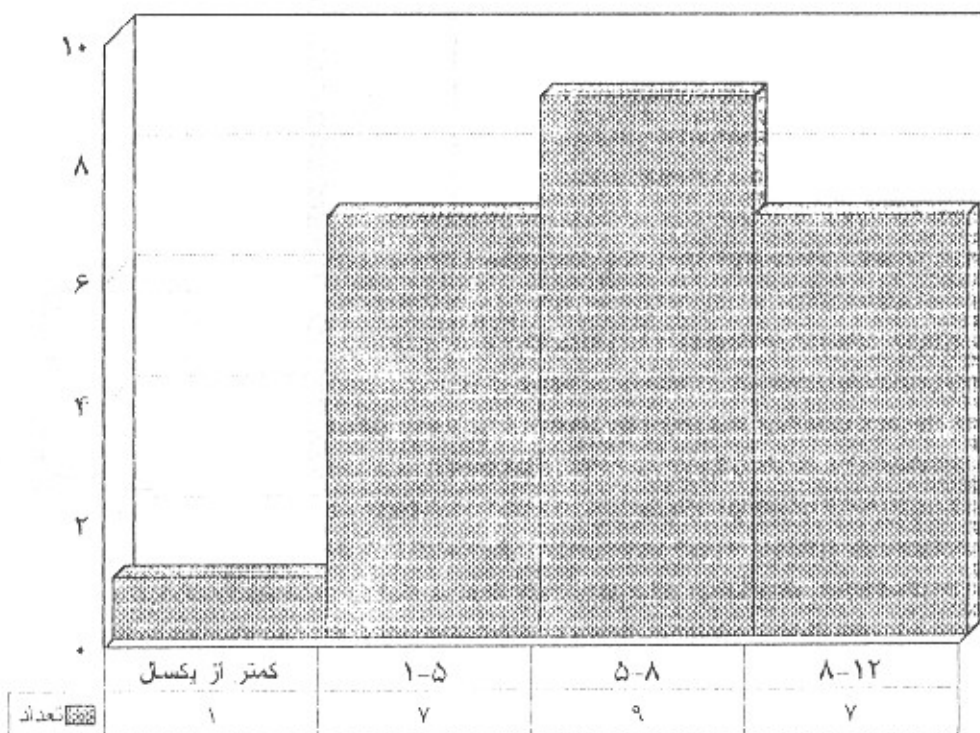
نمودار ۲ :

شیوع فصلی برولیا در مرکز آموزشی ، درمانی کودکان قدس



نمودار ۳ :

شیوع سنی برولیا در مرکز آموزشی ، درمانی کودکان قدس



## □ مراجع :

8. Kehl, K.S. *Relapsing fever Role of Borrelial Antigens. Clin. Microbiol News* 1985 ; 7 : 25 - 7
9. Barbour , A.G. and Hayes, S.F. *Biology Species. Microbiol Rev* 1986 ; 50 : 381 - 400 , 1986
10. Moses Grossman. *Relapsing Fever. Rudolph's Pediatrics* 1991 P 600.
11. Butler , T. *Relapsing fever : New Lessons about Antibiotic action. Ann Intern , Med.* 1985 ; 102 : 397 - 9
12. Bayu Teklu , Peterl. *Perinc. Harrison's Principles of Internal Medicine* 1994 P 743
13. Butler , T. , Jones , P.K. , Wallace , C.K *Borrelia Recurrentis Infection : Single - Dose Antibiotic Regimens and Management of the Jarisch - herxheimer reaction. J. Infect. Dis.* 1978 ; 137 : 573 - 7
14. A.G.M Campbell , Forfar and Arneil's *Textbook of Pediatrics* 1992 P 1378
1. Kenneth. M. Boyer *Relapsing Fever , Feigin Chemy. Textbook of Pediatric Infectious Disease* 1992 ; P 1058
2. Tessa Gardner M.D. *Lime Disease. in Remington - Klein Infectious Disease of fetus Newborn infant ,* 1995 ; P 475
3. Parvin Azimi *Spirochetel Infection , Nelson , Textbook of Pediatrics* 1996 ; P 861
4. Hyde , F.W. , johnson , R.C. *Genetic Relationship of lyme Disease Spirocheles to Borrelia , Treponema , and Leptospira SPP.J. Clin Microbiol* 1984 ; 20 : 151 - 4
5. Perine , P.L. , Krause , D.W. Awoke , S., etal. : *Single - dose doxycycline Treatment of louse borne relapsing fever and endemic typhus. Lancet* 1975 ; 2 : 742 - 4
6. Brian A. Leuer. Mary P. Glode John Ogle. *Current Pediatrics diagnosis and therapy* 1991 ; 894
7. *American college of obstetrics and Gynecology Lime. Disease During Pregnancy* 1992 ; 39 - 59