

بیمار با درد پهلوی چپ و سقط اخیر، گزارش یک خطای تشخیصی

علی شاهینی^۱، مهناز آریان^۲

^۱ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار بیماری‌های عفونی و گرمسیری، بیمارستان امام رضا(ع)، مشهد، ایران

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۱/۳؛ تاریخ پذیرش: ۹۹/۴/۹

بیمار خانم ۳۸ ساله با شکایت تب و لرز و درد شکم از ۱۰ روز قبل و سابقه سقط اخیر به همراه تهوع و استفراغ و عدم تحمل خوراکی با تشخیص اولیه عفونت‌های شکمی بستری می‌شود. سی تی اسکن شکم و لگن با تزریق ماده حاجب برای بیمار انجام شد.

کلمات کلیدی: تب و لرز، درد شکم، سقط

نویسنده مسئول:

استادیار بیماری‌های عفونی و گرمسیری، بیمارستان امام رضا(ع)، مشهد، ایران

۰۹۱۵۱۱۸۷۷۶۸
Email: arianm@mums.ac.ir

مقدمه

مسئله ایمنی و تشخیص صحیح بیماری از مهمترین اصول مراقبت های بهداشتی و درمانی است. اهمیت این موضوع با ارائه مقالات گزارش دهنده خطاهای پزشکی بیشتر جلب توجه می کند. به گونه ای که این موارد خطاهای پزشکی باعث نگرانی عمومی در مورد ایمنی ارائه خدمات درمانی شده است^۱

در حالی که مقالات تحقیقاتی قابل توجهی خطرات پیلونفریت را در طی بارداری گزارش کرده اند، اطلاعات محدودی در رابطه با پیلونفریت در زمان بعد از زایمان و دوره نفاس وجود دارد. به دلایل مختلفی خطرات موربیدیت ناشی از پیلونفریت در دوران نفاس قابل توجه می باشد. از آن جمله می توان به تغییرات فیزیولوژیک و هورمورال اشاره کرد. به طوری که توانایی سیستم ایمنی در حذف باکتری های دستگاه ادراری در طی بارداری و چند هفته بعد از آن و در دوران نفاس تحت تاثیر قرار می گیرد.

از دیگر موارد می توان به کاهش تون عضلانی حالب و افزایش پریستالتیسم ناشی از افزایش هورمون پروژسترون اشاره کرد. همچنین افزایش ظرفیت پرشدگی مثانه و تخلیه ناکامل مثانه از دیگر علل مرتبط با افزایش خطر عفونت های ادراری در زمان بارداری و بعد از آن می باشد^۲.

تشخیص و درمان به موقع بیماران مبتلا به پیلونفریت تاثیر قابل توجهی بر پیامد بیماری دارد. در این مقاله، یک مورد از خطای تشخیصی در بیمار مبتلا به پیلونفریت لوکالیزه در دوران نفاس گزارش شده است.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۷ ساله با شکایت تب و لرز و درد شکم به اورژانس مراجعه کرده است. سابقه سقط را با مصرف داروی میزوپروستول یک ماه قبل ذکر می کند. از عدم تحمل خوراکی، تهوع و استفراغ، دیزوری و تکرر ادراری شکایت دارد.

در معاینه فیزیکی، CVA تندرینس و درد شکمی در ناحیه Left Lower Quadrant یافت شد. در بررسی های آزمایشگاهی و آنالیز ادرار WBC=4-5 و نیتريت منفی بود. کشت خون بیمار منفی گزارش شد. ESR برابر ۱۲۱ بود. در CT اسکن شکم و لگن با و

بدون کنتراست وریدی نواحی هیپودنس با Enhancement در فاز پست کنتراست و تأخیری، کمتر از پارانشیم کلیه، به صورت Wedge shape با درگیری کورتکس قسمت میانی و فوقانی کلیه چپ دیده شد که مطرح کننده پیلونفریت لوکالیزه بود.

در ابتدا با توجه به درد شکم و سقط اخیر بیمار با اپروچ به عفونت های شکمی تحت درمان با آنتی بیوتیک آمپی سیلین-سولбакتام قرار گرفت و بعد از آن با توجه به جواب سی تی اسکن و شواهد پیلونفریت، آنتی بیوتیک بیمار به سفتریاکسون تغییر یافت. بعد از دریافت چهار روز درمان آنتی بیوتیک تزریقی با توجه به بهبودی حال عمومی و تحمل خوراکی با دستور دارویی قرص لووفلوکساسین ۷۵۰ میلی گرم برای ۱۰ روز مرخص شد.

بحث

درصد قابل توجهی از موارد ابتلا به پیلونفریت حاد مرتبط با بارداری و دوره نفاس، در طی سه هفته اول بعد از زایمان اتفاق می افتد. در این بیماران، تب از نشانه های قابل توجه در ارزیابی بیماری می باشد.^۳

مشخصه پیلونفریت، شروع ناگهانی تب و لرز، اورژانس در ادرار، دیزوری و تندرینس پهلوها می باشد. آزمایش های میکروسکوپی و ارزیابی ادرار نشان دهنده پیوری، همآچوری و باکتریوری است. در اکثر موارد تظاهرات کلینیکی در همراهی با تست های آزمایشگاهی جهت شروع درمان آنتی بیوتیکی مناسب کافی است. موارد غیر کمپلیکه پیلونفریت به صورت بهبود تظاهرات بالینی به درمان آنتی بیوتیکی پاسخ می دهند.

تصاویر رادیوگرافی کلیه از نظر عفونت های کلیوی اخیر و مکرر مورد ارزیابی قرار می گیرند.^۴

درمان

ارزیابی شدت بیماری، وضعیت کوموربیدیت های همراه و ارزیابی وضعیت اجتماعی بیمار کمک می کند که بیمار مبتلا به پیلونفریت را جهت درمان در سه گروه ترخیص، بستری در بیمارستان و تحت نظر در بخش اورژانس طبقه بندی کنیم. بیماران با وضعیت اجتماعی مناسب، بدون بیماری جدی همراه که تهوع

مختصر بدون استفراغ دارند، با درمان آنتی بیوتیک خوراکی مناسب می توانند ترخیص شوند. دسته دوم بیمارانی هستند که در بخش اورژانس تحت نظر قرار می گیرند تا درمان با آنتی بیوتیک وریدی، جایگزینی مایعات به صورت وریدی و سرم تراپی برای آن ها انجام گیرد. این روش درمانی برای بیمارانی مناسب است که در ابتدا تحمل خوراکی نداشته و به علت عدم حال عمومی مناسب و هیپولمی آن ها، قابل ترخیص نمی باشند. بدین ترتیب جهت تصمیم گیری بهتر از نظر ادامه درمان به صورت بستری یا ترخیص، برای به دست آوردن زمان بیشتر، مدتی تحت نظر قرار می گیرند. دسته سوم شامل بیمارانی است که می بایست بلافاصله در بیمارستان بستری شوند. این گروه مواردی را شامل می شود که حال عمومی بیمار بسیار بد و ناپایدار است و فاقد تحمل خوراکی و وضعیت اجتماعی مناسب هستند.

در مورد درمان پیلونفریت، سه اصل مراقبت حمایتی شامل سرم تراپی و مایع درمانی، تجویز آنتی بیوتیک مناسب و کنترل منبع عفونت باید رعایت شود. میزان تاثیر آنتی بیوتیک به کفایت غلظت آن در محل عفونت بستگی دارد؛ به همین دلیل باید در بافت کلیه، خون یا هر دو و نه تنها در ادرار، به غلظت مناسب برسد. نیتروفورانئوئین و فسفوماپسین خوراکی تنها در ادرار به غلظت مناسب می رسند، لذا در درمان پیلونفریت جایگاهی ندارند. فلوروکینولون ها و کوتریموکسازول، از آنتی بیوتیک های مناسب جهت درمان پیلونفریت هستند. بهترین درمان آنتی بیوتیک امپریکال بر اساس اطلاعات به دست آمده از الگوی مقاومت ارگانیزم ها در هر منطقه تعیین می شود؛ اما متأسفانه در بسیاری از موارد، دسترسی به آن غیر ممکن است؛ لذا توصیه کلی به فلوروکینولون ها و کوتریموکسازول غیرقابل اجرا می باشد. در هر حال برای بیماران گروه اول که قابل ترخیص می باشند، می توان فلوروکینولون و یا کوتریموکسازول را تجویز کرد؛ اما در صورت احتمال مقاومت آنتی بیوتیکی در منطقه می توان از یک عامل تزریقی وسیع الطیف مانند سفتریاکسون، جنتامایسین و یا آمیکاسین استفاده کرد. برای بیماران تحت نظر در بخش اورژانس و یا بستری در بیمارستان باید از

آنتی بیوتیک های تزریقی وسیع الطیف استفاده کرد. پیلونفریت در طی بارداری می تواند به سرعت منجر به عوارض تهدید کننده حیات در مادر و جنین شود؛ لذا در موارد پیلونفریت بارداری، به خصوص در سه ماهه سوم، بیمار باید به سرعت بستری شود و تحت درمان با آنتی بیوتیک تزریقی قرار گیرد. سپس بعد از پایدار شدن علائم و بهبود وضعیت تحمل خوراکی و حال عمومی، بیمار می تواند در منزل طول درمان را کامل کند. درمان آنتی بیوتیکی در بارداری می تواند عوارضی مانند توکسیسیته آمینوگلیکوزیدها برای جنین (در سه ماهه اول بارداری)، کوتریموکسازول (در نزدیکی ترم) و فلوروکینولون ها (در تمام طول بارداری) داشته باشد.^{۷۶}

نتیجه گیری

با توجه به موارد گفته شده، دقت به علائم بالینی در کنار تست های آزمایشگاهی به خصوص در بیمارانی که در ریسک عفونت های ادراری قرار دارند و یا در زمان بارداری و پست پارتوم می باشند، اهمیت ویژه ای دارد. بدین ترتیب با کاهش خطای تشخیصی و درمان به موقع پیلونفریت، از عوارض، موربیدیت و مرگ و میر مرتبط با آن کاسته می شود.

بیمار گزارش شده، یک مورد کلاسیک از تظاهرات پیلونفریت در دوران بعد از سقط است. میکروارگانیزم ها می توانند به صورت هماتوژن و یا بالارونده از مجاری تحتانی ادراری پیلونفریت را ایجاد کنند. لذا تصمیم گیری پزشک براساس آنالیز ادراری با گزارش نرمال، علاوه بر توجه به موارد مصرف آنتی بیوتیک قبل از تهیه نمونه ادراری، به تنهایی می تواند منجر به خطای تشخیصی و تأخیر در درمان موارد پیلونفریت لوکالیزه شود؛ در نتیجه منجر به موربیدیت و حتی مرگ و میر در این بیماران گردد. درمان پیلونفریت شامل درمان آنتی بیوتیکی امپریکال اولیه است که بعد از آن براساس جواب کشت ادرار و تست حساسیت آنتی میکروبیال می تواند تغییر یابد.^۸

References

1. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia* 1999 May;170(9):411-5.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999 Jul 1;126(1):66-75.
3. Martens MG. Pyelonephritis. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 1989 Jun;16(2):305-15.
4. McDonnold M, Friedman A, Raker C, Anderson B. Is postpartum pyelonephritis associated with the same maternal morbidity as antepartum pyelonephritis?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2012 Sep 1;25(9):1709-11.
5. Wicks JD, Thornbury JR. Acute renal infections in adults. *Radiologic clinics of North America* 1979 Aug;17(2):245.
6. Johnson JR, Russo TA. Acute pyelonephritis in adults. *New England Journal of Medicine* 2018 Jan 4;378(1):48-59.
7. Jolley JA, Wing DA. Pyelonephritis in pregnancy. *Drugs* 2010 Sep 1;70(13):1643-55.
8. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, Moran GJ, Nicolle LE, Raz R, Schaeffer AJ, Soper DE. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clinical infectious diseases* 2011 Mar 1;52(5):e103-20.

Ali Shahini¹, Mahnaz Arian^{2*}

¹Medical student, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

²Assistant professor in Infectious Disease, Department of Infectious Disease, Faculty of Medicine, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran

A Patient with Left Flank Pain and Recent Abortion, the Report of a Diagnostic Error

Received: 22 Mar 2020; Accepted: 29 Jun 2020

Abstract

The patient is a 38-year-old woman with a complaint of fever, chills, and abdominal pain for 10 days. She had a history of recent abortion with nausea and vomiting and oral intolerance. She was admitted with a diagnosis of abdominal infections. Abdominal and pelvic CT scan were performed by contrast injection.

Keywords: Fever and chills, Abdominal pain, Abortion

***Corresponding Author:**
Assistant professor in Infectious Disease, Department of Infectious Disease, Faculty of Medicine, Mashhad university of medical sciences, Mashhad, Iran

Tell: 09151187768
E-mail: arianm@mums.ac.ir