

مقاله اصلی

بررسی رویکردهای تشخیصی و درمانی به عفونتهای بافت نرم در بیماران مراجعه کننده به اورژانس و بخش عفونی بیمارستان امام رضا مشهد

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۲۰

خلاصه

مقدمه

عفونتهای پوستی و بافت نرم از علل مهم مراجعات سرپایی به کلینیکهای پزشکی و یا بیمارستان است. این عفونتها دارای طیف گسترده ای است و می تواند از یک عفونت سطحی که نیازمند زمان برای بهبودی است تا موارد شدید و خطرناک که بدون تشخیص سریع منجر به مرگ می شوند، متفاوت باشد. هدف از این مطالعه بررسی علائم، عوارض و درمانهای عفونتهای بافت نرم است.

روش کار

در یک پژوهش توصیفی تحلیلی مقطعی بیماران دچار عفونت بافت نرم مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در فاصله سالهای ۱۳۸۸-۱۳۹۱ که دارای معیارهای ورود بودند، بررسی شدند. پس از جمع آوری داده ها، با کمک نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای مجذور کای و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

طی مدت مطالعه ۳۰۰ بیمار با میانگین سنی بیماران $42/9 \pm 17/32$ سال و میانگین مدت بستری برابر $41 \pm 2/1$ روز بررسی شدند. شایعترین بیماری زمینه ای این بیماران اعتیاد تزریقی در ۸۵ بیمار (۲۸/۵٪) بود. در ۲۵۴ بیمار (۸۴/۶٪) تشخیص اولیه سلولیت بود. در ۵۶٪ بیماران از ابتدا تا انتهای دوره درمانی از یک رژیم آنتی بیوتیکی واحد استفاده شد. ۶٪ بیماران در نهایت فوت شدند.

نتیجه گیری

شایعترین عفونت بافت نرم در بیماران مورد بررسی سلولیت بود و در بیش از نیمی از بیماران با درمان آنتی بیوتیک امپیریکال پاسخ مناسب و بهبودی حاصل شد.

کلمات کلیدی: تشخیص، درمان، سلولیت، عفونت نسج نرم، معنادان تزریقی

بی نوشت: این کار تحقیقاتی با حمایت مرکز تحقیقات کنترل عفونت و بهداشت دست و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده است، فاقد تضاد منافع بوده ومنتج از پایان نامه تخصصی دکتریلدا یزدان پناه می باشد.

۱- محمدرضا سروقد
۲- یلدا یزدان پناه
۳- الهام پیش بین
۴- حمیدرضا نادری
۵- امین بجدی*

۱- دانشیار بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دستیار تخصصی بیماریهای عفونی، دانشگاه

علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار طب اورژانس، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- دانشیار بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵- استادیار بیماریهای عفونی، مرکز تحقیقات

کنترل عفونت و بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* مشهد- بیمارستان امام رضا، دفتر گروه

عفونی، مشهد، ایران

تلفن: ۹۱۵۵۱۵۰۶۷۶ - ۹۸+

email:bojdya@mums.ac.ir

مقدمه

عفونتهای پوستی و بافت نرم^۱ از علل مهم مراجعات سرپایی به کلینیکهای پزشکی و یا بیمارستان است. این عفونتها دارای طیف گسترده ای است و می تواند از یک عفونت سطحی که نیازمند زمان برای بهبودی است تا موارد شدید و خطرناک که بدون تشخیص سریع منجر به مرگ می شوند، متفاوت باشد (۱). عفونتهای بافت نرم دسته شایعی از عفونتها هستند که غالباً شدت خفیف تا متوسطی داشته و به سادگی قابل درمان هستند. تشخیص اتیولوژیک آنها غالباً مشکل بوده و در مواردی که بیمار علائم خفیف دارد غیرضروری است (۲). بررسی کلینیکی شدت عفونت بسیار مهم و تعیین کننده می باشد و نیاز به الگوریتمهای تشخیصی و درمانی مختلف برای هدایت پزشکان در رسیدن به تصمیم صحیح و مناسب کاملاً احساس می شود (۳).

انواع مختلف SSTIs در سال ۲۰۰۴ در آمریکا حدود ۸۵۰ هزار مورد از موارد بستری در بیمارستان را تشکیل می داد (۴). مطالعات مختلف موید این نکته است که تعداد موارد SSTIs در سالهای اخیر افزایش چشم گیری داشته است. یکی از دلایل این افزایش ممکن است بروز موارد بیشتری از عفونتهای ناشی از استافیلوکوک مقاوم به متی سیلین باشد. یکی دیگر از علل این افزایش ممکن است، افزایش موارد دیابت باشد. تحقیقات متعدد نشان می دهد که عفونتهای بافت نرم در اندام تحتانی بیماران دیابتی ۱/۵ برابر بیشتر از سایر بیماران رخ می دهد (۴). SSTIs می تواند با عوارض جدی همچون گانگرن بافتی، استئومیلیت، باکتری، سپسیس و مرگ همراه باشد. تشخیص با کمک معاینه فیزیکی و علائم بالینی داده می شود، کشت ترشحات و آسپیراسیون سوزنی در مواردی که کمک کننده هستند. بررسی های رادیولوژیک غالباً مورد نیاز نمی باشند ولی انجام رادیوگرافی ساده، سی تی اسکن، ام.آر.آی و سونوگرافی در موارد خاص به کار می روند. درمان بیماران با بی حرکت سازی عضو درگیر، کمپرس ولرم، بالا نگه داشتن عضو به همراه تجویز آنتی بیوتیک و مسکن انجام می گردد (۵). هدف از این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر مدیریت تشخیصی و درمانی عفونتهای بافت نرم در

جهت کمک به تشخیص هر چه سریعتر این دسته از عفونتها و اجتناب از اقدامات غیرضروری تشخیصی و نیز جلوگیری از به تأخیر افتادن اقدامات مناسب درمانی جراحی و غیرجراحی است.

روش کار

این پژوهش به صورت توصیفی مقطعی تحلیلی در طی دوره زمانی اسفند ۱۳۸۸ تا اسفند ۱۳۹۱ پس از کسب تاییدیه کمیته اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. در طی این مدت تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) مشهد که دچار نوعی عفونت بافت نرم بودند، به روش نمونه گیری غیراحتمالی مبتنی برهدف شناسایی و در صورت دارا بودن معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند. بیماران با عفونت پای دیابتی از مطالعه حذف شدند، زیرا این عفونتها طیف وسیعی را تشکیل می دهند و از نظر مدیریت تشخیصی و درمانی بررسی کاملی را می طلبد که در اکثر مطالعات به صورت جداگانه انجام شده است. در نهایت ۳۰۰ بیمار بین ۱۵ تا ۸۰ ساله در مطالعه باقی ماندند. بیماران بستری با عفونتهای بافت نرم در اورژانس و بخش عفونی بیمارستان امام رضا مورد بررسی قرار گرفتند. موارد عفونتهای پوست و بافت نرم با استفاده از معیارهای بین المللی طبقه بندی بیماریها^۲ در بخشهای اورژانس و داخلی - عفونی بیمارستان شناسایی و دسته بندی شدند.

این مطالعه از دو قسمت گذشته نگر و آینده نگر تشکیل شده که در قسمت گذشته نگر آن، اطلاعات موجود در پرونده های بیماران مبتلا به عفونت بافت نرم مورد بررسی قرار گرفته و پرسشنامه تدوین شده بر اساس این اطلاعات تکمیل شد. در قسمت آینده نگر مطالعه نیز بیماران بستری با عفونتهای بافت نرم در اورژانس و بخش عفونی بیمارستان امام رضا مورد بررسی قرار گرفته و روند تشخیص و درمان آنان در طی مدت بستری پیگیری شده و بر این اساس پرسشنامه مربوطه تکمیل گشت. آنتی بیوتیکهای تجویز شده در هر ویزیت و طول مدت آنتی بیوتیک تراپی در بیماران ثبت و بررسی گردید.

² International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9)

¹ Skin and soft tissue infections (SSTIs)

مورد (۳۲/۶٪) آنها جواب کشت نامشخص بود. در ۲۹ مورد (۲۸/۷٪) کشت منفی بود و در ۳۹ بیمار (۳۸/۶٪) کشت ترشحات مثبت گزارش شد. در جدول ۱ تشخیص اولیه و نهایی بیماران با هم مقایسه شده است. در ۱۴۹ بیمار تشخیص اولیه سلولیت و در ۱۰۵ مورد آبسه وجود داشت که در ۹۹٪ موارد سلولیت و در ۹۸٪ موارد آبسه این تشخیص در نهایت تایید شد. و ۳ بیمار (۱/۲٪) دچار فاشیت بودند که در تشخیص اولیه برایشان سلولیت یا آبسه مطرح شده بود. شایعترین نمای رادیوگرافیک بیماران (۵۷/۳٪)، وجود رادیوگرافی طبیعی بود، در ۲۴٪ بیماران تورم بافت نرم و در ۱۸/۵٪ بیماران گاز در بافت نرم مشاهده شد. شایعترین یافته سونوگرافیک بیماران (۴۵/۵٪) ادم بافت زیرجلدی بدون کالکشن بود. سونوگرافی در ۱۴/۵٪ بیماران طبیعی گزارش شد. در ۱۰۳ بیمار (۳۴/۳٪) کالکشن در سونوگرافی دیده شد. در ۶٪ بیماران (۱۸ نفر) شواهدی به نفع وجود گاز و نکروز در سونوگرافی رویت گردید. در ۲۴ بیمار MRI انجام شد که در ۱۷ نفر آنان (۷۰/۸٪) درگیری فاشیا مشاهده شد و در ۷ نفر دیگر (۲۹/۲٪) گزارش MRI طبیعی بود. در جدول ۲ فراوانی رژیم آنتی بیوتیکی بیماران نشان داده شده است.

جدول ۱- مقایسه تشخیص اولیه و نهایی در بیماران مورد مطالعه

مطالعه			
تشخیص اولیه		تشخیص نهایی	
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سلولیت	۱۴۹	۱۴۸	۴۹/۳٪
آبسه	۱۰۵	۱۰۳	۳۴/۴٪
فاشیت	۴۶	۴۹	۱۶/۳۰٪
کل	۳۰۰	۳۰۰	۱۰۰٪

جدول ۲- فراوانی رژیم آنتی بیوتیکی بیماران

رژیم آنتی بیوتیک	فراوانی	درصد
سفالوسپورین نسل اول	۱۷۲	۵۸/۳٪
سفالوسپورین نسل سوم + کلیندامایسین	۶۵	۲۱/۶٪
کینولون + کلیندامایسین	۱۵	۵/۴٪
سفالوسپورین نسل سوم + وانکومایسین	۱۷	۵/۶٪
کینولون + وانکومایسین	۶	۲/۱٪
کاربانم + وانکومایسین	۱۳	۴٪
سفالوسپورین نسل سوم	۱۰	۳٪
کل	۳۰۰	۱۰۰٪

پس از جمع‌آوری داده‌ها و پردازش اولیه آن‌ها، مشاهدات صورت گرفته و داده‌های جمع‌آوری شده در نرم افزار آماری SPSS ثبت شد و در دو بخش جداگانه مورد توصیف و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مرحله توصیف، ابتدا کلیه مشاهدات با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل جداول فراوانی، نمودارهای توزیع فراوانی و سایر شاخص‌های آماری توصیف شد و در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های آماری مختلف مانند تی و کای اسکوئر استفاده شد.

نتایج

طی مدت مطالعه ۳۰۰ بیمار بررسی شدند که از این تعداد ۱۸۰ نفر مرد (۶۰٪) و ۱۲۰ نفر زن (۴۰٪) بودند. طیف سنی بیماران ۱۵ - ۸۴ سال و میانگین سنی بیماران $42/9 \pm 17/32$ سال بود. مدت بستری بیماران بین ۱ تا ۱۱ روز متغیر بود و میانگین آن برابر با $4/1 \pm 2/41$ روز بود. ۲۰٪ بیماران نیاز به ۷ روز یا مدت بیشتری بستری در بیمارستان داشتند. ۴۵٪ بیماران بین ۳-۷ روز و ۳۵٪ آنان کمتر از ۳ روز بستری شدند.

۲۷۹ بیمار (۹۳٪) با عفونتهای بافت نرم بستری شدند. ۱۰۶ بیمار (۳۸٪) در بخشهای اورژانس بیمارستان و ۱۷۳ بیمار (۶۲٪) در بخش عفونی بستری شدند. ۷۶ بیمار (۲۵٪) بجز ابتلا به عفونت بافت نرم بیماری زمینه ای دیگری نداشتند و سالم بودند. شایعترین بیماری زمینه ای این بیماران اعتیاد تزریقی در ۸۵ بیمار (۲۸/۵٪) و ابتلا به بیماریهای قلبی در ۳۱ بیمار (۱۰/۵٪) بود. بیماری کبدی در ۶٪ بیماران و نارسایی کلیه در ۸٪ بیماران مشاهده شد، بدخیمی‌ها در ۲۲ بیمار (۷/۳٪) و دیابت در ۱۰ بیمار (۳/۲٪) وجود داشت. در ۱۱۶ بیمار (۳۸/۶٪) CBC طبیعی گزارش شد، لکوسیتوز به تنهایی یا همراه با سایر اختلالات در CBC مربوط به ۱۷۷ بیمار (۵۹٪) دیده شد. ترومبوسیتوپنی در ۲/۳٪ بیماران دچار عفونتهای بافت نرم دیده شد. کشت خون تنها در ۴۴ بیمار (۱۴/۶٪) انجام شد که در ۸۸/۶٪ آنان نتیجه این کشت منفی بود و تنها ۵ مورد (۱۱/۳٪) از این موارد و یا ۱/۶٪ از کل بیماران کشت خون مثبت داشتند که ۴ مورد استاف آرئوس و ۱ مورد استاف اپیدرمیدیس گزارش شد. ترشحات حاصل از درناژ در ۱۰۱ بیمار (۳۳/۶٪) برای کشت فرستاده شد که در ۳۳

جدول ۳- فراوانی انواع عوارض

نوع عارضه	تعداد	درصد
درگیری استخوان	۶	۱۲٪
ترومبوز ورید عمقی	۱۲	۲۴٪
باکتری	۸	۱۶٪
پنومونی	۱۴	۲۸٪
واکنش دارویی	۱۰	۲۰٪
کل	۵۰	۱۰۰٪

در ۱۷۲ بیمار (۵۸/۳٪) بیماران تحت درمان تک دارویی با یک سفالوسپورین نسل یک قرار گرفتند. در ۳٪ بیمار (۱۰ نفر) رژیم تک دارویی سفالوسپورین نسل سوم تجویز شد. در ۱۱۶ بیمار (۳۸/۶٪) نیاز به استفاده از رژیم ترکیبی بود. در ۵۶٪ بیمار از ابتدا تا انتهای دوره درمانی از یک رژیم آنتی بیوتیکی واحد استفاده شد، در ۳۹٪ بیمار رژیم آنتی بیوتیکی یک بار و در ۵٪ بیمار دو بار تغییر نمود. در ۱۳۱ بیمار (۴۳/۷٪) نیاز به اعمال جراحی نیز به وجود آمد. ۶۷ بیمار (۵۱٪) تحت درناژ و ۶۴ بیمار (۴۹٪) تحت درناژ و دبریدمان توام قرار گرفتند. ۶٪ بیمار (۱۸ نفر) در نهایت به علت ابتلا به عفونت شدید بافت نرم فوت نمودند. و ۲۸۲ نفر (۹۴٪) بهبود یافتند. ۵۰ بیمار (۱۶/۶٪) دچار عوارض ناشی از عفونت بافت نرم شدند که در جدول (۳) فراوانی انواع عوارض نشان داده شده است.

شایعترین عارضه همراه در بیمار مبتلا به عفونت بافت نرم در این مطالعه پنومونی (۲۸٪) و ترومبوز ورید عمقی (۲۴٪) بود. واکنش دارویی در ۲۰٪ موارد سبب عارضه گردید. سایر عوارض شامل درگیری استخوان (۱۲٪) و باکتری (۱۶٪) بود.

بحث

عفونتهای پوست و بافت نرم بیماری های شایعی در مراجعات سرپایی به کلینیک و یا بستری در بیمارستان ها را تشکیل می دهند. در یک طبقه بندی SSTIs به دو دسته اصلی عارضه دار و بدون عارضه تقسیم می شوند. ولی در حقیقت پروسه بیماری و خصوصیات بیمار راهنمای اصلی تعیین روش درمانی است، از این رو تشخیص سریع گستردگی عفونت، پیگیری دقیق بیمار و

نیز آشنایی با آنتی بیوتیکهای موثر در هر منطقه در مدیریت صحیح بیمار نقش اساسی دارد (۵).

در این مطالعه ۳۰۰ بیمار مبتلا به عفونتهای بافت نرم بررسی شدند. طیف سنی بیماران ۱۵ تا ۸۴ سال و میانگین سنی بیماران ۴۲/۹±۱۷/۳۲ سال بود. طیف مدت بستری بیماران بین ۱ - ۱۱ روز متغیر بود و میانگین آن برابر با ۴/۱±۲/۴۱ روز بود. شایعترین بیماری زمینه ای اعتیاد تزریقی در ۸۵ بیمار (۲۸/۵٪) بود و موارد ابتلا به بیماریهای قلبی در ۳۱ بیمار (۱۰/۵٪) بود. بیماری کبدی در ۶٪ بیمار نارسای کلیه در ۸٪ بیمار مشاهده شد، بدخیمی ها در ۲۲ بیمار (۷/۳٪) وجود داشتند. در مطالعه زرووس^۱ متوسط سنی ۵۴ سال بود و سلولیت در ۵۶٪ بیمار تشخیص داده شد و ۲٪ بیمار مبتلا به فاشییت بودند (۶). متوسط مدت بستری در بیمارستان در این مطالعه ۲/۱ روز بود. در مطالعه لیسکای^۲ ۱۰۳۳ بیمار بررسی شدند (۷). شیوع زخم پای دیابتیک ۲۷٪، عفونت محل برش جراحی ۳۲٪، آبسه های عمقی بافت نرم ۱۴٪ و سلولیت ۲۷٪ بود. متوسط سن این بیماران ۵۴ سال و ۵۴٪ بیمار مذکر بودند. متوسط مدت بستری بیماران ۷/۱ روز با طیف ۵/۸ تا ۸/۱ روز بود.

در مطالعه حاضر میانگین سنی بیماران حدود ۱۰ سال از مطالعات مشابه پایین تر بود و همین موضوع می تواند انواع عفونتهای بافت نرم و نیز علائم را تحت تاثیر قرار دهد. در سنین بالا بیماریهای زمینه ای و سرطان ها شایعتر هستند و منجر به درجاتی از نقص ایمنی می گردند که می تواند تابلوی عفونت را تغییر دهد. میانگین سنی پایینتر در مطالعه حاضر ممکن است به دلیل وجود معتادین تزریقی بیشتر و شیوع بیشتر این گروه در رده های سنی کمتر باشد از سو دیگر در کشور ما وجود بیماران معتاد تزریقی سبب شده است که انواع خاصی از SSTIs بیشتر دیده شوند و یا موضع خاصی بیشتر مستعد عفونت گردد.

در مطالعه حاضر انواع SSTIs بر اساس موضع عفونت طبقه بندی شده بود. همچنین عفونتهای محل برش جراحی و زخم پای دیابتی در این پژوهش لحاظ نشدند.

¹ Zervos

² Lipsky

به نظر می‌رسد بررسی‌های سونوگرافی به علت تهاجمی نبودن و نیز امکان انجام مداخلات درمانی مانند درناژ با توجه به نتیجه آن، در صورت نیاز می‌توانند در تشخیص و درمان عفونت‌های بافت نرم نقش موثری ایفا نمایند. ولی لازم است به منظور صرفه جویی در هزینه‌ها و کاهش زمان بستری از انجام آن در موارد غیرضروری اجتناب شود.

در مطالعه دکتر اسدی بررسی ۱۲۶ بیمار معنادار تریقی نشان داد که آبنه بافت نرم، پنومونی و سلولیت به ترتیب بیشترین فراوانی را در بین بیماریهای عفونی این افراد دارا بودند (۹). ۱۷/۷٪ بیماران در نهایت فوت شدند.

۱۷۲ بیمار (۵۸/۳٪) بیمار تحت درمان نک دارویی با یک سفالوسپورین نسل یک قرار گرفتند. در ۳٪ بیماران (۱۰ نفر) رژیم تک دارویی سفالوسپورین نسل سوم تجویز شد. در ۱۱۶ بیمار (۳۸/۶٪) نیاز به استفاده از رژیم ترکیبی بود. در ۵۶٪ بیماران از ابتدا تا انتهای دوره درمانی از یک رژیم آنتی بیوتیکی واحد استفاده شد، در ۳۹٪ بیماران رژیم آنتی بیوتیکی یک بار و در ۵٪ بیماران دو بار تغییر نمود. احتمالاً این درصد بالای تغییر رژیم آنتی بیوتیکی می‌تواند به دلیل افزایش شیوع عفونت با استافیلوکوک مقاوم به متی‌سیلین (MRSA)^۳ در جامعه باشد.

در ۱۳۱ بیمار (۴۳/۷٪) نیاز به اعمال جراحی نیز به وجود آمد. ۶۷ بیمار (۵۱٪) تحت درناژ و ۶۴ بیمار (۴۹٪) تحت درناژ و دریدمان توام قرار گرفتند. ۶۸٪ بیماران تنها به یک نوبت جراحی نیاز داشتند، در حالی که ۲۶٪ به دو نوبت و ۶٪ بیماران به سه بار جراحی نیاز پیدا کردند.

در مطالعه حاضر ۶٪ بیماران (۱۸ نفر) در نهایت به علت ابتلا به عفونت شدید بافت نرم فوت شدند. ۲۸۲ نفر (۹۴٪) بهبود یافتند. ۵۰ بیمار (۱۶/۶٪) دچار عوارض ناشی از عفونت بافت نرم شدند. شایعترین عارضه همراه در بیماران مبتلا به عفونت بافت نرم در این مطالعه پنومونی (۲۸٪) و ترومبوز ورید عمقی (۲۴٪) بود. واکنش دارویی در ۲۰٪ موارد سبب عارضه گردید. سایر عوارض شامل درگیری استخوان (۱۲٪) و باکتری می (۱۶٪) بود.

در ۱۴۹ بیمار تشخیص اولیه سلولیت و در ۱۰۵ مورد آبنه وجود داشت که در ۹۹٪ موارد سلولیت و در ۹۸٪ موارد آبنه این تشخیص در نهایت تایید شد. این نتایج مشابه مطالعه زارووس است (۶). ولی با نتایج مطالعه سوآیا^۱ با شیوع ۶۵٪ سلولیت و مطالعه لیسکای با شیوع ۲۷٪ سلولیت متفاوت است (۴).

این تفاوت ناشی از استفاده از سیستم تقسیم بندی مختلف در این مطالعات و طرح ما است، زیرا در مشهد ما بیماران را به سه دسته بزرگ و کلی سلولیت (ابتلا تمام لایه های پوست بدون درگیری فاشیا)، آبنه (وجود کالکشن و تجمع چرک) و فاشییت (درگیری فاشیا) تقسیم بندی کردیم، ولی در بسیاری از مطالعات دیگر آبنه سطحی، آبنه عمقی، فرونکول، امپتیگو و غیره در دسته بندی لحاظ شده اند. در این مطالعه در ۱۷۸ بیمار برای بررسی عفونت بافت نرم رادیوگرافی ساده انجام شد. شایعترین نمای رادیوگرافیک بیماران (۵۷/۳٪)، وجود رادیوگرافی طبیعی بود، در ۲۴٪ بیماران تورم بافت نرم و در ۱۸/۵٪ بیماران گاز در بافت نرم مشاهده شد. شایعترین یافته سونوگرافیک بیماران (۴۵/۵٪) ادم بافت زیرجلدی بدون کالکشن بود. سونوگرافی در ۱۴/۵٪ بیماران طبیعی گزارش شد. در ۱۰۳ بیمار (۳۴/۳٪) کالکشن در سونوگرافی دیده شد. در ۶٪ بیماران (۱۸ نفر) شواهدی به نفع وجود گاز و نکروز در سونوگرافی رویت گردید. در ۲۴ بیمار MRI انجام شد که در ۱۷ نفر آنان (۷۰/۸٪) درگیری فاشیا مشاهده شد و در ۷ نفر دیگر (۲۹/۲٪) گزارش MRI طبیعی بود.

در مطالعه ای تایال^۲ ذکر شده که سونوگرافی بافت نرم تصمیم گیری درمانی پزشکان را در ۵۰٪ از بیماران تغییر داده است (۸). سونوگرافی می‌تواند وجود آبنه و تجمع چرک را نشان دهد و از اقدامات تهاجمی غیرضروری جلوگیری کرده و نیاز به روش‌های تصویربرداری دیگر و یا مشاوره جراحی را مشخص نماید.

با توجه به ٪ بالای نمای رادیوگرافی طبیعی به نظر می‌رسد در بسیاری از موارد درخواست گرافی غیرضروری بوده است و بررسی شرح حال و انجام معاینات فیزیکی دقیق می‌تواند موارد انجام غیرضروری گرافی را کاهش دهد.

³ Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA)

¹ Suaya

² Tayal

نتیجه گیری

شایعترین عفونت بافت نرم در بیماران مورد بررسی سلولیت بود و در غالب بیماران با درمان آنتی بیوتیک امپیریکال و اقدامات جراحی مورد نیاز پاسخ مناسب و بهبودی حاصل شد. به نظر می رسد استفاده صحیح و به جا از اقدامات تشخیصی مانند رادیوگرافی و سونوگرافی و پرهیز از انجام غیرضروری این موارد و نیز بررسی میکروبیولوژیک دقیقتر در موارد لازم می تواند در بهبود روند تشخیص و درمان عفونت‌های بافت نرم نقش مؤثری ایفا کند. همچنین انجام هرچه سریعتر مشاوره های ارتوپدی و جراحی و عدم تأخیر در انجام اقدامات جراحی مانند درناژ و دبریدمان با توجه به اهمیت آن در عفونت بافت نرم، در بهبود سریعتر بیماران و کاهش مدت بستری کمک کننده خواهد بود.

تشکر و قدردانی

ضمن تشکر از آقای دکتر ایمان احدی اخلاقی جهت همکاری در تحلیل داده ها، از کلیه اساتید، رزیدنت ها و پرسنل بخش های اورژانس و عفونی بیمارستان امام رضا (ع) که در انجام این مطالعه نهایت همکاری را به عمل آوردند، قدردانی می گردد.

علت بالاتر بودن شاخص مرگ و میر در مطالعه اسدی زمینه اعتیاد تزریقی در بیماران و در نتیجه ابتلا به انواع شدیدتر عفونت با تغییر تابلوی کلینیک بیمار و به تعویق افتادن تشخیص و درمان صحیح بیماری است.

در مطالعه زاراووس ۱/۹٪ بیماران در نهایت فوت نمودند. که ممکن است ناشی از استفاده از مودالیت‌های تشخیصی بیشتر و مراجعه زودتر بیماران باشد (۶).

از آنجا که نمونه های ما از یک مرکز درمانی ارجاعی در استان خراسان رضوی جمع آوری شده است، بسیاری از بیماران پس از مراجعات مکرر به کلینیک‌های سرپایی و یا سایر بیمارستانها، به علت ازمان و عدم بهبود عفونت بافت نرم به این مرکز ارجاع شده و در نتیجه موارد شدیدتر و پرعارضه تری نسبت به جمعیت عادی جامعه را در برمی گیرند.

همچنین تأخیر در انجام مشاوره های درخواست شده و تأخیر در انجام اعمال جراحی مورد نیاز مانند دبریدمان ممکن است در افزایش موارد مرگ و میر در بیماران ما مؤثر باشد.

References:

1. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2010.
2. Meislin H, Guisto J. Marx: Rosen's Emergency Medicine. 7th ed. Mosby:Elsevier; 2009.
3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett ED, Dellinger P, Goldstein EJ, *et al*. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis 2005 Nov 15; 41(10):1373-1406.
4. Suaya JA, Eisenberg DF, Fang C, Miller LG. Skin and Soft Tissue Infections and Associated Complications among Commercially Insured Patients Aged 0-64 Years with and without Diabetes in the U.S. PLoS One 2013 Apr 10;8(4):e60057.
5. Rajan S. Skin and soft-tissue infections: classifying and treating a spectrum. Cleve Clin J Med 2012 Jan;79(1):57-66.
6. Zervos MJ, Freeman K, Vo L, Haque N, Pokharna H, Raut M, *et al*. Epidemiology and outcomes of complicated skin and soft tissue infections in hospitalized patients. J Clin Microbiol 2012 Feb; 50(2):238-245.
7. Lipsky BA, Moran GJ, Napolitano LM, Vo L, Nicholson S, Kim M. A prospective, multicenter, observational study of complicated skin and soft tissue infections in hospitalized patients: clinical characteristics, medical treatment, and outcomes. BMC Infect Dis 2012 Sep 25; 12:227.
8. Tayal VS, Hasan N, Norton HJ, Tomaszewski CA. The Effect of Soft-Tissue Ultrasound on the Management of Cellulitis in the Emergency Department. Aem 2006 April; 13(4):384-388.
9. Asadi S, Marjani M. The epidemiologic evaluation of infections in injection drug users in infectious disease wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2002-3. Iranian J Infec Dis 1383;9(25):53-61.