

- ۱۱۸ _____ لث اندوپاتی
- ۱۲۰ _____ لپنومگلی
- ۱۲۳ _____ لثی
- ۱۲۶ _____ لثی میکروستیک
- ۱۲۸ _____ لثی نرموستیک
- ۱۳۰ _____ لثی همولیتیک
- ۱۳۳ _____ لثی همولیتیک ایمون
- ۱۳۴ _____ لثی اپلاستیک
- ۱۳۶ _____ لثی ماکروستیک
- ۱۳۸ _____ کمبود ویتامین B۱۲
- ۱۴۰ _____ کمبود اسید فولیک
- ۱۴۲ _____ سندرم میلودیس بلاستیک
- ۱۴۴ _____ پلی سیمی
- ۱۴۸ _____ پان سیتونی
- ۱۵۰ _____ نوتروپنی
- ۱۵۲ _____ افزایش تعداد نوتروفیل (نوتروفیلی)
- ۱۵۶ _____ مونوسیتوز
- ۱۵۸ _____ لنفوسیتوز
- ۱۶۰ _____ تئوزینوفیلی
- ۱۶۴ _____ ترومبوسیتوز
- ۱۶۶ _____ ترومبوسیتونی
- ۱۷۰ _____ دیس پروتینمی

- ۵۲ _____ دیس فازی
- ۵۴ _____ درد شکمی
- ۷۲ _____ بزرگی کبد
- ۷۶ _____ لیت
- ۷۸ _____ ترانس آمینیت (افزایش آمینوترانسفرلرها)
- ۸۰ _____ آلکالن فسفاتاز افزایش یافته

۵ اختلالات کلیوی

- ۸۲ _____ اولیگوری
- ۸۴ _____ هماچوری
- ۸۶ _____ پروتینوری

۶ اختلالات الکترولیتی و اسید-باز

- ۸۸ _____ هیوناترمی
- ۸۸ _____ هیوناترمی
- ۹۰ _____ هیوکلمی
- ۹۲ _____ هیوکلمی
- ۹۴ _____ هیوکلسمی
- ۹۸ _____ هیوکلسمی
- ۱۰۰ _____ هیوکلسمی
- ۱۰۲ _____ هیوکلسمی
- ۱۰۴ _____ هیوکلسمی
- ۱۰۶ _____ هیومینیزمی
- ۱۰۸ _____ هیومینیزمی

- ۱۱۰ _____ لیلوز
- ۱۱۲ _____ الکلوز

۷ اختلالات هماتولوژیک

- ۱۱۴ _____ خون ریزی

۱ اختلالات عمومی

- ۱ _____ خستگی
- ۴ _____ تب با منشأ ناشناخته
- ۸ _____ کاهش وزن
- ۱۰ _____ افزایش وزن

۲ بیماری های تنفسی

- ۱۲ _____ سرفه
- ۱۴ _____ تنگی نفس
- ۱۶ _____ هموتیری
- ۱۸ _____ سیئوز
- ۲۰ _____ ایزون پنور
- ۲۲ _____ هیر کریس

۳ بیماری های قلبی - عروقی

- ۲۴ _____ درد قفسه صدری
- ۲۸ _____ هیپوتنسیون
- ۳۰ _____ سنکوپ
- ۳۲ _____ ادم
- ۳۴ _____ هیپرتنسیون
- ۳۸ _____ سوفل ها
- ۴۰ _____ کاردیومگالی

۴ بیماری های دستگاد کوارش

- ۴۲ _____ بوست
- ۴۴ _____ اسهال
- ۴۸ _____ خون ریزی گوارشی

۸ اختلالات نورولوژیک

- ۱۷۳ _____ سردرد
- ۱۷۶ _____ سرگیجه
- ۱۷۸ _____ دمانس
- ۱۸۰ _____ تغییرات سطح هوشیاری
- ۱۸۴ _____ تشنج

۹ اختلالات اندوکراین..... ۱۸۸

- ۱۸۸..... آمنوره
- ۱۹۲..... هیرسوتیسم
- ۱۹۶..... ندول تیروئید
- ۱۹۸..... تیروئید بزرگ
- ۲۰۰..... ناهنجاری تست‌های عملکرد تیروئید

- ۲۰۴..... هیپرلیپمی
- ۲۰۸..... هیپوگلیسمی

۱۰ اختلالات پوستی..... ۲۱۲

- ۲۱۲..... خارش
- ۲۱۶..... کهیر
- ۲۱۸..... پورپورا
- ۲۲۰..... آلوسپی

۱۱

اختلالات عضلانی- اسکلتی

- آرتریت و آرتروزها
- ضعف عضلانی
- کمردرد

نمایه

-

www.abadisteb.pub

اختلالات عمومی

۱

علائم و نشانه‌ها:

- خستگی
- تب با منشأ ناشناخته
- کاهش وزن
- ازدیاد وزن

علائم و نشانه‌ها:

خستگی

۱. خستگی یکی از شایع‌ترین شکایات جسمانی است و بیش از ۵۵٪ تمامی شکایات اصلی را در مراجعه به پزشکان تشکیل می‌دهد. اگرچه هر کسی در برخی مواقع در طی زندگی‌اش این احساس را پیدا می‌کند. علل خستگی اغلب عبارت است از استرس، فعالیت فراوان، شرایط ضعف فیزیکی یا خواب ناکافی. برخی مواقع ممکن است خستگی شدت یابد، زمانی که خستگی بیش از چند روز ادامه یابد یا عملکرد طبیعی فرد را در زندگی روزانه‌اش مختل کند، اختلال زمینه‌ای جدی‌تری ممکن است وجود داشته باشد و در نتیجه ارزیابی کامل ضروری است.

۲. داروها ممکن است با اثر مستقیم یا غیرمستقیم با تغییر الگوی طبیعی خواب یا متابولیسم، سبب بروز خستگی شوند. داروهایی که به‌طور بسیار شایعی با خستگی در ارتباط هستند عبارتند از: آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها، برخی آنتی‌هیستامین‌ها، اکثر بی‌حس‌کننده‌ها، تتراسیکلین، کلشی‌سین، استروئیدها، قرص‌های جلوگیری‌کننده از بارداری، داروهای ضد فشارخون با عملکرد مرکزی، بسیاری از - بلوکرها و برخی از

داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی. مسمومیت با دیزیتال‌ها یک علت مهم و شایع خستگی بوده و باید در هر بیماری که این دارو را دریافت می‌کند، مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. بسیاری از خواب‌آورها و مسکن‌ها و ضدافسردگی‌ها ممکن است سبب بروز، تداخل در مرحله حرکات سریع چشم در خواب (REM) شوند. الگوی غیرطبیعی خواب با وجود طبیعی‌بودن میزان ساعت خوابین یک علت شایع خستگی است.

۳. شرح حال طبی و معاینه بالینی سبب مشخص‌شدن بسیاری از علل خستگی می‌شود. اغلب، خستگی با استازگالیک، در هنگام بیداری بدتر بوده و با خوابیدن بهبودی پیدا می‌کند. خستگی، وحی و روانی، اغلب الگویی متضاد دارد. سه اوقات، هیچ علت خاصی در معاینه بدنی نمی‌شود. ارزیابی‌های بیشتر شامل استفاده از تست‌های آزمایشگاهی، مطالعات راداربرقنی، تکنیک‌های متعدد تصویربرداری و یک بررسی روحی روانی وسیع، ممکن است برای تعیین کردن علت خستگی ضروری باشند.

۴. خستگی اغلب همراه با عفونت‌ها روی می‌نماید. عفونت‌های حاد باکتریایی، بیشتر از طریق شرح حال بالینی و معاینه فیزیکی آشکار می‌شوند. تشخیص عفونت‌های مزمن ممکن است احتیاج به ارزیابی‌های وسیع بیشتری داشته باشند. این ارزیابی‌ها عبارتند از: کشت خون و سایر مطالعات بر روی ترشحات بدن از نظر باکتری، قارچ و ارگاناسم‌های اسید-فاست تصویربرداری ریه‌ها و بررسی مکان‌هایی که درد استخوانی وجود دارند

ممکن است کمک‌کننده باشند آزمایش مدفوع باید برای بیماری‌هایی که شرح حال مشکوک داشته یا تغییر در عادات رودهای را ذکر می‌کنند، انجام شود. سایر تکنیک‌های تصویربرداری نظیر اسکن استخوان، توموگرافی کامپیوتری (CT اسکن) یا MRI نیز ممکن است در جای خود کمک‌کننده باشند.

۵. خستگی، اغلب نشانه‌ای از یک بدخیمی پیشرفته یا end-stage است. یافته‌های غیرطبیعی در معاینه بالینی یا شرح حال همراه با احتمال بالای وجود بدخیمی، باید مستقیماً از نظر بدخیمی پنهان تحت ارزیابی قرار داده شوند. لوسمی و لنفوم بدخیمی‌هایی هستند که اغلب با خستگی همراهی دارند اگرچه خستگی ممکن است با هر بدخیمی همراهی داشته باشد.

۶. برخی کمبودهای تغذیه‌ای ممکن است سبب خستگی شوند. شایع‌ترین این کمبودها عبارتند از: کمبود پروتئین، کالری و ویتامین‌های خاص. اگرچه سوءتغذیه در کشورهای صنعتی شایع نیست، اما رژیم‌های غذایی نادرست، سندرم‌های سوءجذب و اختلالات خوردن، همگی ممکن است سبب بروز کمبودهای تغذیه‌ای قابل توجهی شوند.

۷. افسردگی، احتمالاً شایع‌ترین علت خستگی مزمن است. در افسردگی کلاسیک، خستگی اغلب با تغییرات رفتاری، بی‌اشتهایی و اختلال خوابیدن همراه است. افسردگی ممکن است از راه‌های زیرکانه‌ای خود را نمایان سازد و اغلب اوقات باید زمانی که هیچ علت واضحی برای خستگی پیدا نشود، مخصوصاً در افراد سالمند، افسردگی را

به عنوان یک علت در نظر گرفته شود.

۸. عفونت‌های ویروسی مزمن به عنوان علتی برای خستگی هنوز مورد بحث است. پس از عفونت اولیه ویروس‌های بسیاری به حالت نهفته در داخل بافت‌های مختلف بدن باقی می‌مانند. شایع‌ترین این ویروس‌ها عبارتند از: هریس ویروس‌ها، ویروس ایشین - بار و سینومگالوویروس. هر یک از این ویروس‌ها ممکن است مجدداً فعال شده و سبب بروز بیماری جدی در مریزانی دچار نقص سیستم ایمنی شوند. چندین

نوع از این ویروس‌ها به‌ویژه ویروس ایشین - بار، از بیماران مبتلا به شکایات سیستمیک متعدد نظیر خستگی و - جدا شده‌اند. شواهد اندکی در مورد ارتباط داشتن بیماری ویروسی مزمن یا خستگی در بیماران دچار نقص ایمنی وجود دارد.

۹. سندرم خستگی مزمن، نامی است که به مجموعه‌ای از نشانه‌ها از قبیل خستگی مزمن شدید، شکایات خفیف سیستمیک زایل‌فازنویت و گاهی میالژی اطلاق می‌شود. این ناخوشی، معمولاً زنان با سنین ۲۰ تا ۴۰ سال را متأثر

تشخیص‌های شایع پزشکی با ویژگی‌های عمومی

می‌سازد. این سندرم اغلب به‌طور تدریجی با زندگی پر استرس همراه می‌شود. در گذشته گمان می‌شد که بیماری ویروسی مزمن در بروز این سندرم دانه‌ها نقش دارند اما اکنون به نظر می‌رسد که استرس، نوعی از قهر زندگی جسمانی و احساس انرژی ممکن است به عنوان علت اصلی بسیاری از نشانه‌های همراه با آن مطرح باشند.

www.abadisteb.pub

تب با منشأ ناشناخته

۱. تنظیم درجه حرارت بدن بهترین نمایانگر سلامت عمومی است. اگرچه درجه حرارت طبیعی ممکن است از فردی به فرد دیگر تفاوت داشته باشد ولی انحراف از الگوی فردی معمولاً نشانه‌ای از بیماری است. وعده‌های غذایی حجیم، ورزش سنگین، تخمک‌گذاری و قاعدگی می‌توانند افزایش قابل توجهی در حرارت بدن ایجاد کنند ولی این افزایش‌ها کوتاه مدت بوده و الگوی قابل پیش‌بینی دارند. به‌طور کلی درجه حرارت دهانی بیش از 99°F یا درجه حرارت رکتال 100°F به‌عنوان تب تعریف می‌شود. تب اگر به تنهایی و کمتر از ۱ هفته باقی بماند معمولاً با برخی از عفونت‌ها مرتبط است و اگر به تنهایی و بیش از ۱ هفته باقی بماند با بیماری‌های مهمی در ارتباط است. اگر تب به مدت بیش از ۳ هفته باقی بماند و با افزایش روزانه تا حد بالاتر از 101°F همراه باشد و هیچ تشخیصی از شرح حال و معاینه بالینی روتین به دست نیاید به آن تب با منشأ ناشناخته (FUO) می‌گویند. در ۹۰٪ موارد FUO با عفونت‌های وخیم، بدخیمی‌ها و بیماری‌های کلاژن - واسکولار مرتبط است. ارزیابی‌های وسیعی برای رسیدن به تشخیص لازم است. رویکردهای متعددی برای ارزیابی FUO پیشنهاد شده است. این الگوریتم تنها یک الگو از این موارد را ارائه می‌کند.

۲. کشت خون، مایعات بدن، گلو یا مناطقی که غیرطبیعی به نظر می‌رسند، سنگ بنای ارزیابی FUO است. علاوه بر کشت‌های روتین باکتری، روش‌های ویژه برای کشت قارچی و باکتری‌های اسید - فاست باید در مورد مایعات یا بافت‌های خاص صورت گیرد. انتخاب محیط کشت صحیح و

روش‌های جمع‌آوری نمونه حیاتی هستند. ۳۰ تا ۳۵ درصد افراد FUO به علت عفونت‌های تشخیص داده نشده قبلی هستند.

۳. اندوکاردیت را باید همواره در بیماران مبتلا به FUO در ذهن داشته باشیم. بیمارانی که دچار ناهنجاری‌های دریچه‌ای قلب هستند و اخیراً تحت عمل‌هایی همراه با باکتری می‌مثل جراحی دندان‌پزشکی، شکمی یا زنان و دستگاه تناسلی قرار گرفته‌اند استعداد بیشتری برای آندوکاردیت دارند. استفاده‌کنندگان از داروهای ویدی نیز مستعد اندوکاردیت هستند که در اغلب اوقات عفونت، سمت راست قلب را درگیر می‌کند. باکتری مرتبط با اندوکاردیت، ممکن است به صورت متناوب بوده و کشت‌های خون متناوبی برای یافتن ارگانیزم لازم شود. بیشتر مطالعات نشان داده‌اند که ۶ نمونه کشت خون برای تشخیص ۹۰ درصد یا بیشتر از بیماران مبتلا به اندوکاردیت لازم است. کشت‌های خون از نقاط قاعده همواره باید در بیماران مبتلا به نقص ایمنی و استفاده‌کنندگان از داروهای ویدی صورت گیرد.

۴. توپرکلوز یکی از شایع‌ترین علل FUO بوده که مسئول ۵ تا ۱۵ درصد از تمام موارد شمار می‌رود. تب طولانی معمولاً به‌وسیله انتشار خارج ریوی بیماری ایجاد می‌شود. توپرکلوز منتشر در سیاه‌پوستان شایع‌تر از سفیدپوستان است. شایع‌ترین محل‌های خارج ریوی عفونت عبارتند از کبد، مغز استخوان و کلیه.

۵. لنفوم‌ها بدخیمی‌هایی هستند که بیش از سایر موارد با تب همراهی دارند این تومورها مسئول ۲۰ درصد FUO‌ها هستند.

تشخیص‌های شایع پزشکی با رویکرد الگوریتمی

۱. لنفوم غیرهوچکین بیشتر با تب ارتباط دارد. سایر علائم سیستمیک نیز همراه با تب در این بیماران وجود دارد. این علائم عبارتند از کاهش وزن، بی‌اشتهایی و تعریق شبانه. این علائم سیستمیک گروه B را در مرحله‌های درجه‌بندی لنفوم‌ها تشکیل می‌دهد. علائم گروه B با میزان بقای کوتاه‌تری همراه است.

۶. روش‌های متعددی برای یافتن آنتی‌بادی علیه ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) در خون در دسترس هستند. شایع‌ترین روش، آزمایش ایمونوسورینت متصل به آنزیم (ELISA) است. اگرچه این آزمون بسیار حساس است ولی ۱۰ الی ۱۵ درصد موارد مثبت کاذب است. آزمون‌های معمولاً وسترن‌بلات است باید برای تأیید مواجهه با HIV صورت گیرد. یافتن آنتی‌بادی علیه HIV تنها راه اثبات مواجهه با ویروس است ولی به نظر می‌رسد که اکثر افرادی که مواجهه داشته‌اند به سوی سندرم مهلک نقص ایمنی اکتسابی پیش خواهند رفت. (AIDS). در افراد پرخطر یا در مواردی که نتایج بینایی هستند یک آزمون واکنش زنجیره‌ای پلی‌مرز (PCR) یا اندازه‌گیری مقدار کلی ویروس ممکن است انجام گیرد.

۷. تب نوعی واکنش شایع آلرژیک به بسیاری از داروهاست. مکانیسم تب ممکن است مرتبط با واکنش کلاسیک بیماری سرم همراه باشد و یا فرم وابسته به ایمنی واسکولیت باشد. بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توانند تب نوع آلرژیک ایجاد کنند. سایر داروهای مرتبط با تب دارویی عبارتند از: الوپورینول، کانوپرول، هپارین، هیدرالازین، هیدانتوئین، پروکلیباید، پروپیل تیواوراسیل، کینین و کینیدین.

