

گزارش يك مورد از آندو كاردیت تحت حاد اوسلر همراه با پریكاردیت***

پریكاردیت نوع عفونی در جریان بیماری اوسلر فوق العاده نادر بوده و فقط تعداد معدودی از آن در دایرة المعارف گزارش شده است .
بیماری که در زیر بشرح حال او میپردازیم مورد نادری از بیماری اوسلر همراه با پریكاردیت شدید میباشد .

بیمار - ص جوانی . ۲ ساله ، شغل کارگر اهل همدان که بعلت تنگ نفس شدید ، درد ناحیه جلوی قلب و تب و لرز در تاریخ ۲/۵/۴۵ به بخش داخلی ما مراجعه نمود .
بیمار در سابقه خود تب و لرز دوساله با عرق فراوان و ضعف عمومی را متذکر شده بود ولی ناراحتی فعلی که بالرز فوق العاده شدید و تنگی نفس مزاحم آغاز شده بود فقط از چند روز قبل از بستری شدن تظاهر نمود . در سابقه خانوادگی نکته مهمی را ذکر نمی کرد ، سابقه ابتلاء به بیماری عفونی را بیاد نداشت .

در معاینه عمومی : بیمار جوانی لاغر ، کم خون و سختصری سیانوزه بنظر میرسید ، حالت عمومی بیمار نسبتاً خراب و دچار تنگی نفس شدید بود . در معاینه سرواندامها جز چند لکه پورپورائی در اندامها وزیر ملتحمه چشمها چیز دیگری مشاهده نگردید ، امتحان گوش و گلو و بینی کاملاً طبیعی بنظر میرسید .

در معاینه ریتمین : رالهای کریپتان در قاعده هر دو ریه وجود داشت ، و حرکات تنفس از نوع تاکی پنه بود .

در معاینه قلب : سوفل سیستولیک درجه ۳ از نوع ارگانیک بدون همراهی Thrill مشخص در ناحیه بیترال وجود داشت . در قاعده قاب رولمان دیاستولیک واضح همراه بادو - گانگی صدای دوم بگوش میرسید . در E.C.G. که بلافاصله بعمل آمده بود تا کیكاردی

* - رئیس بخش داخلی بیمارستان کمک شماره ۲

** - استادیار بخش داخلی بیمارستان کمک شماره ۲

*** - از کارهای تحقیقاتی بخش داخلی بیمارستان کمک شماره ۲

سینوزال همراه با انحراف محور قلب بطرف راست گزارش شد.

در ادیوگرافی ریتین و قلب: قلب از دو طرف بخصوص طرف راست بسط یافته و

قوس شریان ریوی مختصری برجسته تراز طبیعی بود.

در معاینه شکم: طحال ۳ بند انگشت بزرگ و نسبتاً نرم و دردناک؟ بنظر میرسید،

کبد ۲ بند انگشت بزرگ صاف و مختصری دردناک گزارش شد.

در معاینه اعضاء دیگر دستگاہ لنفاوی نکته مهمی ملاحظه نگردید. در معاینه انگشتان،

Clubbing of Fingers واضح وجود داشت.

در آزمایشهای پاراکلینیک: گلبول قرمز $3/500/000$ ، گلبول سفید 11600 ،

سگمانته 78% لنفوسیت 20% منوسیت 2% هموگلوبین 60% سدیماناسیون در ساعت اول

122 و در ساعت دوم 128 سیلینتر بود.

در آزمایش ادرار ۱۵ تا ۲۰ گلبول سفید همراه با ۱۰ - ۱۲ گلبول قرمز در هر میدان

میکروسکوپی گزارش شد. اوره خون 7 سانتی گرم و قند خون 1 گرم بود. امتحان کشت خون

در دو هنگام بعمل آمد، با راول نتیجه منفی و در کشت دوم وجود استرپتوکوک و ویریدنس

تأیید گردید.

بیمار با تشخیص آندوکاردیت تحت حاد اوسار که در زمینه ضایعات درجه ای قدیمی

سترال بروز کرده بود بلافاصله تحت درمان با پنی سیلین روزانه 3 سیلین واحد بصورت

تزریق داخل رگی همراه با استرپتومیسین داخل عضلانی، کورتون و دیژیتال قرار گرفت.

سه روز بعد از شروع درمان تب بیمار بکلی قطع گردید ولی ناراضی قلب بهیچ وجه با

دیژیتالیزاسیون بهبود نیافت. معاینه مجدد قلب وجود فروتمان شدید پریکارد را که تمام

قلب را فرا گرفته بود تأیید نمود E.C.G. مجدد فقط تاکیکاردی سینوزال همراه با انحراف

محور قلب را بطرف راست و مختصری منفی شدن را در اشتقاقهای جلوی راست نشان میداد.

درمان قبلی با همان شدت سابق همراه با کورتون و دیژیتال ادامه داده شد. بیمار

۴ روز بعد از پریکاردیت در حالیکه کاملاً بدون تب ولی دچار تنگی نفس شدید شده بود در

یک حالت کلاپسوس عمومی که بهیچ وجه با درمان Levophed و کورتون داخل رگی

جواب نمیداد در گذشت.

گزارش آسیب شناسی

قلب نسبتاً بزرگ بوزن 82 گرم، زرد رنگ و از ترشحات فیبرین مانند کاملاً پوشیده

بود. هردولایه پریکارد علائم پریکاردیت شدیدرا نشان میداد وبعلاوه درکیسه پریکارد مقدار کمی مایع چرکی مشاهده گردید که محتوی تعداد فراوانی گلبول سفیدواستریتوکوکبود. دریچه های آئورت وسیترال نارسا بوده وروی لبه آزاد آنها جوانه هائی مشاهده گردید که درآزمایش میکروسکوپی درآنها تعداد فراوانی پلاکت، گلبول سفیدوفیبرین ملاحظه شد. دربررسی سیوکارد، سیوکاردقوام شل داشته ودرآزمایش میکروسکوپی آن الیاف سیوکارد دچار دژنرانس همراه بانفیلاتراسیون سلولهای آماسی بودند.

طحال بوزن ۴۸ گرم دارای یک منطقه وسیع که در اثر انفارکتوس بوجود آمده بود ملاحظه گردید.

کبد بوزن ۲۳۰ گرم وسختتری محتقن بنظر میرسید.

کلیه ها بوزن ۵۲ گرم ودارای نقاط هموراژیک درسطح خود بودند.

ریه ها پرخون وبوزن ۱۷۰ گرم گزارش داده شد.

تشخیص آسیب شناسی ضایعات - پانکاردیت، ضایعات روماتیسمال قدیمی دریچه های آئورت وسیترال، پریکاردیت عفونی، انفارکتوس که تمامی آنها در اثر آندوکاردیت تحت حاد بوجود آمده بود گزارش شد.

خلاصه

پریکاردیت همراه با آندوکاردیت تحت حاد اوسلر فوق العاده نادر بوده و فقط تعداد معدودی از آن در دایرة المعارف گزارش شده است. بیماری که در فوق به ذکر آن پرداختیم یک مورد نادر از این بیماری میباشد که در بیمارستان کمک شماره ۲ در سرویس بیماریهای داخلی وقلب تحت مطالعه بالینی وآسیب شناسی قرار گرفته بود.