

# نامه دانشکده پزشکی

تهران ،  
تحت نظر هیئت تحریریه

دکتر کمال تهرانی ، دکتر حسین رضای ، دکتر محمد علی گل  
دکتر فرخنده سید ، دکتر جانشان صالح ، دکتر حسن براندی  
دکتر صادق پناه پور ، دکتر حسن منطقی ، دکتر محمد علی شادری  
دکتر محسن پریا ، دکتر شمس الدین بنیدی ، دکتر بابکیر دولتی  
رئیس هیئت تحریریه : دکتر جانشان صالح

مؤسس : دکتر نصرالله کاسمی ، صاحب امتیاز : دکتر محمد شهبازی  
میراث : دکتر حسن منطقی ، سردار اداری : حضرت آیت الله العظمی

شماره هشتم

اردیبهشت ماه ۱۳۴۰

سال هیجدهم

ازکارهای آندوسکوپیی بخش گوش و گلو  
و بینی بیمارستان امیراعلم

نگارش دکتر ناصر معین زاده  
رئیس درمانگاه آندوسکپی

## چند شرح حال از مناظر ریوی بیماری فیمپرو گیمه تیک

پانگراسی گه و وسیله برونگوسکپی کشف و معلوم گردیده است

مزمین ریوی اطفال پزشکسان غالباً از  
برونکولوژیست ها کمک گرفته و در این  
مورد بآنان مشورت مینمایند مثلاً برای  
درک مسائلی از قبیل وجود جسم خارجی  
یا وجود ترشحات غلیظ در برنش که  
موجب گرفتگی آن میگردد تنها وسیله  
برای تشخیص و درمان توسل به  
برونکوسکپی بوده که نتایج نیکوی آن  
کاملاً آشکار میباشد باید متذکر شد

اینجانب دکتر ناصر معین زاده در  
مدتی که در بیمارستان بنسیلوانیای آمریکا  
بعنوان رزیدنت کار میکردم مطالعاتی در  
زمینه این بیماری انجام داده و اینک  
فرصتی دست داد که نتیجه آنرا بضمیمه  
شرح حال چند بیمار مربوطه جهت  
استحضار همکاران گرامی برشته تحریر  
در آورم .  
برای کمک بدرمان بیماریهای

هائی از این واقعیت نشان داد و اخیراً  
 "Andreson" مطالعاتی در این  
 زمینه انجام داده است .

بنظر میرسد این ناخوشی  
 مادرزادی و فامیلی بوده و در این زمینه  
 مدارک زیادی موجود است که بیماری  
 فیبروکیستیک پانکراس در اغلب اعضاء  
 فامیل حتی در نسلهای مختلف مشاهده  
 شده و بهمین جهت است که باید نظریه ای  
 که بموجب آن عامل ارثی را در بروز  
 بیماری فیبروکیستیک پانکراس موثر  
 میدانند مورد توجه قرار داده شود یکی  
 از مهمترین مشخصات این بیماری عبارت  
 است از عدم یا نقصان آنزیم لوزالمعدی  
 که موجب اختلال در کیفیت گوارشی  
 گردیده و در نتیجه موادی مانند پروتئینی  
 نشاسته ای . چربی و ویتامین های محلول  
 در چربی کم جذب شده و مورد استفاده  
 قرارگیرد از نظر کلینیکی این ناخوشی  
 خیلی زود در کودکان ظاهر شده و وضع  
 این اطفال همیشه از نظر رژیم غذایی  
 قابل توجه میباشد در این مورد نمیتوانند  
 یک رژیم معمولی برای خود بدست آورند  
 زیرا همانطوریکه ذکر شد کمیت آنزیمهای  
 گوارشی آنها نقصان پیدا کرده و اطفال  
 باینکه اشتهای خوبی دارند معیناً مواد  
 غذایی کاملاً جذب نشده و موجب دفع  
 بیشتر مدفوع میگردد . در نتیجه این  
 بیماران استعداد زیادی در ابتلاء به  
 بیماری مکرر و پیشرونده دستگاه تنفسی  
 داشته بهمین جهت غالباً به بیماریهای  
 برنشیت مزمن برونکوپنمونی . برنشکتازی

که حالت فیزیولوژی عمومی بیماران از  
 او ان ناخوشی آنها بسیار مهم بوده و  
 تحقیقاً باید گفت که این حالات برای  
 کنترل ناخوشی در هر مرحله ای از  
 بیماری موثر میباشد بدین لحاظ است  
 که مثلاً در بیماران دیابتیک ملاحظه میشود  
 که واکنش آنان نسبت بعفونت ها با  
 یک شخص سالم با حالت فیزیولوژیکی  
 طبیعی کاملاً فرق داشته یا اینکه در مورد  
 وجود دیفتیری اثر ثمربخش تحریکات  
 مصنوعی انتی کور مخصوص دیفتیری را  
 کاملاً در مبارزه بر علیه بیماری بخوبی  
 مشاهده میگردد .

و آنها شواهدی از مفهوم واقعی  
 اورگانسیم و نحوه مبارزه و مقابله آنها  
 بعفونتها و همچنین اهمیت و ارزش  
 شرایط فیزیولوژیک میباشد .

توام بودن فاکتورهای مزاجی  
 موضعی نزد بیماران آلرژیک مبتلا  
 بعفونت های برنشی ریوی کاملاً واضح  
 گردیده و در این زمینه باید توجه داشت  
 که نقص اورگانسیم در ایجاد واکنش های  
 متغیر نسبت به عامل آلرژن میتواند  
 موجب گردد که این تغییرات در روی  
 عمل طبیعی ریه ها اثر نموده و بالنتیجه  
 مانند اورگان شوک ایجاد آسم برنشیک  
 نماید و همچنین باید یک قرابت و نزدیکی  
 از نظر اختلالات مزاجی نزد بیمارانی که  
 دچار عفونت های مزمن ریوی توام با  
 بیماری فیبروکیستیک پانکراس هستند  
 قائل شد "Landsteiner"

در سال ۱۹۰۵ برای اولین بار ابرو و اسپون

مبتلا میگردند و در آماری که در بیمارستان نیویورک سیتی از مرگ و میر کودکان ذکر گردیده ۳٪ آن مربوط به مبتلایان باین بیماری میباشد.

لانداشتینر و همکارانش حالت پاتولوژی این بیماری را بطور کامل نشان داده و همچنین وابستگی این پدیده را در میان اعضاء مختلف شرح داده اند از نظر پاتولوژی هنوز جای گفتگو باقی است.

فاربر در نتیجه امتحاناتی که در روی ۸۷ شیرخوار و کودک مبتلا به انسوفیزانس لوزالمعده پس از مرگ آنها نموده ملاحظه کرده است که در این بیماران مواد غلیظی در غده های موكوس برنش . تراشه . مری . دوازدهه . کیسه صفرا و غدد بزاقی و حتی در نسوج فرعی لوزالمعده ظاهر میگردد . بطوریکه ثابت مینماید لوزالمعده تنها عضوی نیست که باین عارضه دچار میشود این کیفیات یعنی تغییرات ترشچی و غلظت آن باعث گرفتگی مجاری ترشچی اعضاء و سبب اتساع آسینی ها یا نسوج موكوسی در اورگانهای مختلف بدن شده و در دستگاه تنفسی باعث گرفتگی تنفس میگردد و بالطبع از جمع شدن ترشحات غلیظ موكوسی که خود بنوبه خود در روی عمل اپی تلیوم مژه دار دستگاه تنفسی اثر گذارده و این خود باعث اشکال در دفع ترشحات میگردد و این محیط مساعد میتواند مانند یک دایره معیوب سبب و موجب گردد که میکربهایی مانند

استافیلوکک طلائی در این محیط رشد نماید و بدین طریق عفونت هم اضافه میشود فاربر همچنین یادآور شده است که حالات شبیه به سیاه سرفه در پیش اطفال باید بدقت مورد توجه قرار داده شود زیرا عامل این حالات همان جمع شدن ترشحات میباشد بنابراین علائم تنفسی مربوط است اولاً به گرفتگی مجرای تنفسی در اثر وجود ترشحات غلیظ ثانیاً از دست دادن عمل طبیعی اپی تلیوم مژه دار دستگاه تنفس و بالاخره وجود عفونتهای ثانوی بخصوص استافیلوکک و همچنین پیدایش تغییرات آناتومی مختلف در کانال آنتروبرونشیا نشان میدهد که سبب این تغییرات در حقیقت همان ویسکوزیته غیر طبیعی ترشحات میباشد .

فاربر - پیشنهاد نموده است که مشخصات فرآورده های موكوسی از نظر آنکه نقصان یا بی کیفیتی موسیناز لازم را جهت نگهداری موكوس را بما نشان میدهد اهمیت داشته و دانشمندی نظیر Glanzman تفحصاتی در این زمینه انجام داده اند بهمین نتایج رسیده اند البته اشخاصی نظیر آندرسون عقاید مخالفی در این مورد ابراز داشته که شایان دقت و توجه میباشد .

آندرسون معتقد است که غدد برنشیا از نظر تشریحی در بیشتر موارد طبیعی بوده و در حقیقت عفونت ریوی را در اثر اشکال در تغذیه که خود اختلال تغذیه نیز در اثر کمی یا فقدان

تشخیص صحیح بدهد بهمین دلیل وی در بیمارستان بستری گردید معایناتی که بعمل آمد سوء تغذیه کشیده شدن دنده‌های تحتانی بداخل و بالاخره رالهای در ناف ریه راست را نشان میداد.

معاینات . رادیو گرافی از سینه وجود توده محدودی در نیمه فوقانی ناحیه میاستن راست را نشان میداد و در امتحان برونکوسکپ ملاحظه گردید اولاً برنش‌ها پر خون بوده ثانیاً بجلو آمدن دیواره خلفی برنش کاملاً آشکار است در این معاینه مقدار زیادی چرک و همچنین مقدار معتدلی ترشحات چسبنده بطور واضح در ریه راست ملاحظه گردید .

این عدم هم‌آهنگی و ناسازگاری مابین علائم کلینیکی و معاینات برونکوسکپیک موجب دقت بیشتر برای پیدا نمودن عامل ایتولوژی ناخوشی گردید نکته جالب دیگر این بود که طفل در مدت توقف خود در بیمارستان با وجود آنکه کالری کافی بدن وی رسانده میشد نمیتوانست بوزن طبیعی خود برسد بنابراین لازم شد ترشحات دوازدهه‌ای وی مورد آزمایش قرار گیرد در نتیجه نشان داده شد که ترپسین کاملاً از بین رفته و آمیلازولپاز موجود است لکن غلظت آن کم و غیرطبیعی است و همچنین در آزمایش مدفوع مقدار زیادی چربی ملاحظه شد این تشخیص درست فیبرو کیستیک پانکراس احتمالاً میتواند بسیاری از اطفال را از عمل تراکتومی تفحصی و

کدورت کاسته ولی از نظر کلینیکی بهبودی در نزد کودک مشاهده نگردید و رادیوگرافی دیگری که در روز هجدهم از این طفل بعمل آمد نشان داده شد که وی دچار آمفیژم دو طرفه و انفیلتراسیون در قاعده ریه چپ و کدورت مثلثی شکل در قاعده ریه راست می‌باشد و تنگی نفس و گرفتگی تنفس روز بروز پیشرفت نموده و بسیار قابل ملاحظه میشود برونکوسکپی که در روز ۲۲ توقف در بیمارستان از طفل بعمل آمد عیناً همان مناظر مخصوص بیماری فیبروکیستیک ملاحظه گردید و طفل البته پس از انجام برونکوسکپی و بخصوص انجام آسپیراسیون در حین عمل بعلت برطرف نمودن ترشحات مزاحم حال نسبتاً خوبی داشت لکن پس از چند روز بعلت تراکم این ترشحات طفل رادریک کمبود تنفسی تلف نمود پس از مرگ در اتوپسی تشخیص قبلی طفل تأیید گردید .

مورد دوم - طفلی بنام ف - س دختر پنج ماهه در بیمارستان بستری گردید .

در تاریخچه‌ای که از والدین طفل گرفته شده بود نشان میداد که وی دو ماه قبل کاملاً خوب بوده و بعد از این مدت دچار ذات‌الریه میشود در تعقیب این بیماری او دچار سرفه‌های مبرم و مزاحم بوده که ناراحتی اصلی بیمار را در موقع قبول وی در بیمارستان تشکیل میداده پزشک خانوادگی از عکس‌هایی که از ریتین طفل گرفته شده بود نمیتوانست

شناسائی نجات دهد و آنان را برای یک درمان بهتر و عالی‌تری آماده نماید .

مورد سوم - پسری ۴۲ ماهه که تا سن ۶ ماهگی مرتب دچار عفونت‌های ریوی و خس‌خس کردن صدا بود و ۵ ماه قبل از قبول او در بیمارستان دچار حملات پاروکسیسم موقتی سرفه بود و در ماه قبل از ورود در بیمارستان مبتلا بسرماخوردگی شدید سینه همراه علائم فیزیکی ریوی بود که دلالت بر وجود برونکوپنومونی و سیاه‌سرفه میکرد ولی در معایناتی که از نظر میکربی بعمل آمد نتیجه منفی بود و بیمار از این ناخوشی بهیچوجه بهبودی نیافت و بیمار یکماه قبل از قبول در بیمارستان دچار سرفه‌های شدید و اختلال ریوی مهمی شده بود در موقع قبول وی کاملاً محتضر و مردنی بنظر میرسید در معاینات فیزیکی که از نظر بیمار بعمل آمد سیانوز شدید و تنگی نفس و آمفیزم سینه همراه کشش شدید گودیهای فوق استخوان جناغ سینه و اپی‌گاستر و بالاخره تنفس صدادار و خشن بارالهای مرطوب در سرتاسر ریتین تب و نفخ شکم و علائم زودرس شکست قلبی ملاحظه گردید در رادیوگرافی که از سینه بعمل آمده آمفیزم دو طرفی ریتین و مختصری بزرگی قلب را نشان میداد در برونکوسکپی که از این بیمار یکساعت پس از قبول در بیمارستان انجام گرفت ملاحظه گردید که درخت تراکتوبرانشیال پراز ترشحات ضخیم و چسبنده است و همین ترشحات

است که عملشان تقریباً مانند جسم خارجی میباشد که ایجاد گرفتگی و مانع در راه هوایی دستگاه تنفسی شده و دستگاه تراکتوبرانشیال تظاهراتی که در بالا شرح داده شد کاملاً نشان می دهد و برای تأیید تشخیص بیماری فیبروکیستیک میباید مقدار زیاد و غیرطبیعی چربی در مدفوع همراه با عدم وجود تریپسین در شیره دوازدهه باشد در امتحان کیفی که از ترشحات برنش بعمل آمد و در این طفل میکرب انفلوآنزا و همچنین استافیلوکوک همولیتیک طلائی و استافیلوکوک همولیتیک ملاحظه گردید که در نتیجه پیشنهاد شد که انوروسول با استرپتومایسین داده شود پس از شش هفته ترشحات برنش از نظر مقدار کاسته شده غلظت زیاد ترشحات برای مدت طولانی باقی ماند لکن ترشحات هنوز چسبنده بوده و در این موقع بود که هیالورونیداز برای رقیق کردن ترشحات بطریقه انوروسول همراه با قطع انوروسول استرپتومایسین در پیش طفل بکار برده شد در تعقیب این درمان ترشحات بسیار رقیق شده و تریپسین هم در شیره لوزالمعده پیدا شد لکن غلظت تریپسین ولیپاز و امیلاز هنوز بطور غیرطبیعی پائین بود باین طریق تا ۱۲ هفته برونکوسکپی برای آسپیراسیون ترشحات بیشتر لازم نشد امتحانات عملی که از قاب و ریتین بعمل آمد منفی بود در تعقیب این وضع او برای مدت ششماه آسوده شد لکن دوباره پس از این مدت