

مشاهدات بالینی

جانه ۴ شنبه سوم بهمن ماه بیمارستان پهلوی

آمیلوز و بحث درباره تشخیص آن

نگارش

مرتضوی

دکتر مبصری

دکتر حکیمیان

کارورز

دستیار

رئیس در مانگاه کرسی بالینی ۱

بیمارستان پهلوی

قبل از معرفی بیمار و تشخیص قاطع آن لازمست توضیح مختصری از کارهایی که چندی پیش درباره اینگونه بیماران در بخش پزشکی يك بیمارستان پهلوی بعمل آمده است داده شود. از مدتی قبل چون بنظر میرسید که مبتلایان به آمیلوز زیاد باشند و چه بسا بیمار اینکه مبتلا بکم خونی از طرفی و هیپاتواسپلنومگالی (۱) از طرف دیگر بودند و اغلب اینها در خارج بعنوان مالاریای مزمن تلقی میشدند ولی برخی مبتلا بآمیلوز بودند تصمیم گرفته شد که از کلیه بیماران مبتلا بآنمی و هیپاتواسپلنومگالی از لحاظ آمیلوز تحت بررسی قرار گیرند جهت اثبات این نظریه در درجه اول متوجه آزمایش قرمز کنگو (۲) شدیم.

تا کنون تعداد چهل بیمار مورد آزمایش قرار گرفته که در نزد ۹ نفر آنها آزمایش مثبت بود. جهت تحقیقات و مطالعات بیشتر و صحت آزمایش در نظر داشتیم که دفع ماده رنگی را از راه ادرار بررسی کنیم متأسفانه آزمایشگاه بما جواب دادند که معرفی وجود ندارد که بتواند دفع ماده رنگی را از ادرار تعیین نماید. از طرفی مطالعات منابع خارجی آزمایش قرمز کنگو را بعلمی جهت تشخیص آمیلوز يك آزمایش کامل و قاطع و دقیق نمیدانند و این نظریه نیز عملاً برای ما ثابت گردید: ابرواسیون زیر نظریه فوق را تأیید میکند.

زن بیماری ۲۵ ساله بعلمت تورم اندام تحتانی بما مراجعه کرد که مبتلا بکم خونی و هیپاتواسپلنومگالی آلبومینوری زیاد - پلی اورى - آسیت شکم و عکس برداری

۱ - hepato-spléno megalie

۲ - rouge de Congo

ریتین وجود کانونهای سلی را نشان داد. از لحاظ آمیلوز آزمایش قرمز کنگو بعمل آمد فقط در صدماده رنگی از جریان خون خارج گردید. بیمار بعلمت آنمی و ضایعات پیشرفته ریوی فوت نمود - اتوپسی بیمار در ژنر سانس آسیلوانید کلیه - کبد - طحال را نشان میداد اینک از جهت بررسی بیشتر متوسل بیونکسیون بیوپسی کبد شده ایم.

اینک شرح حال بیمار

خورشید نصرالله پنجاه ساله اهل رشت برای تورم پاها و ضعف و درد های طرف راست شکم بیمارانستان مراجعه کرده است.

سابقه بیماری - یکسال پیش مبتلا به اسهال خونی شده و پس از چند روز درمان بهبودی یافته و تقریباً چهار ماه بهبودی نسبی داشته و از آن پس مرتباً اجابت مزاج توأم با زور پیچ و بلغم بوده معمولاً سه ماه است که این عوارض بر طرف شده و تورم پاها شروع شده است.

بیمار از نفخ شدید شکم بی اشتتهائی و دردهای شکمی خصوصاً در طرف راست شکایت دارد.

سابقه خانوادگی - هشت فرزند سالم دارد سابقه سقط جنین ندارد.

معاینه دستگاهها

دستگاه گوارش - بسیار کم اشتها است کبد با اندازه يك كف دست بزرگ است کبدي نرم و درد فوق العاده ندارد و در لمس است که دردناک میشود. در لمس هیپو کندر چپ او مری بدست میخورد که صاف مدور و عمقی بوده و بالوتمان دارد و مشکوک بکلیه است در توشه رکتال ضایعه بنظر نرسید.

دستگاه گردش خون - صدا های قلب طبیعی است فشار خون $\frac{5}{4}$ - نبض

۹۶ در دقیقه

دستگاه تنفس - در رادیوسکپی ریتین دیافراگم طرف راست بالا آمده و در

ثلث داخلی بشکل کلاهکی نمودار است.

دستگاه اوروژنیتال - بیمار مبتلا به پلاکی اوری (۱) است بنا بر اظهار بیمار شبها ۳-۴ بار برای ادرار بیدار میشود روزها هم چهار بار ادرار میکند .
مقدار ادرار بتفاوت از 600 cc تا 1400 cc در شبانه روز است
بیمار ۱۲ سال است که قاعده نمیشود در توشه واژینال جسم رحم اندکی بنظر بزرگ است .

بطور خلاصه بیماری است لاغر - کم اشتها کبد بزرگ تو مرهپیو کندر چپ با سابقه اسهال خونی

آزمایشات پاراکلینیکی

شمارش گلبولی	۲۸۰۰۰۰۰
گویچه سفید	۸۶۰۰
سگمانته	۰/۷۲
یک هسته بزرگ	۰/۶
لنفوسیت	۰/۲۲

آزمایشات مکرر مدفوع - تخم کرم کیست امیب ندارد مقدار زیادی دانه - های هضم نشده دارد .

سدیم اتاسیون گلبولی ۱۶۵ میلیمتر در ساعت اول، اتوزینوفیل خون صد عدد در میلیمتر مکعب نسبت سرین بگلوبلین $\frac{۲۷}{۲۷}$ خلط اتوزینوفیل ندارد - ادرار ۵/۵ گرم آلومین دارد؛ خون ندارد؛ قند ندارد .

آزمایش کازونی منفی B.S.P ۵/۱ کلاسترول خون ۱/۳ گرم قند ۱ گرم در لیتر .
۱۷ ستروئید ادرار - ۱۲ میلیگرام پروتئین خون ۶۴ گرم تست های کبدی -
وان دنبرگ - تیمول سفالین کلاسترول طبیعی هستند آزمایش قرمز کنگو بعد از یک ساعت صد در صد ماده رنگی از جریان خون خارج گردیده است . پونکسیون بیوپسی کبد دژنرسانس آمیلوئید (۲)

۱ - pollakurie ۲ - Examen histologique du fragment -
preleve par Ponction hepaticque presente l'image d'une amylose
hepatique

معاینات پرآئوشناسی - پیلوگرافی در رادیوگرافی ساده سایه مظنون بسنگ دیده نمیشود، در میلوگرافی ماده حاجب در دو طرف در یک زمان ترشح شده لگنچه و کالیسها را نمایان ساخته است در طرف چپ کلیه بزرگتر و کالیس تحتانی پر نشده و لگنچه دارای شکل غیر منظم است. تغییرات مزبور مظنون بیک تومر قطب تحتانی کلیه چپ میباشد.

رادیوگرافی ریتین - در نسج ریه تغییرات مرضی مشهود نیست سایه قلب و مدیاستن طبیعی است سینوسهای جنبی آزاد میباشد.

پنمورتر و پریتوان - در پنمورتر و پریتوان تصویر کلیهها بخوبی نمایان گشته - در دو طرف بخصوص طرف چپ بزرگتر از طبیعی است و کمی پائین افتاده است - رادیوگرافی استخوانهای دراز - تغییرات استخوانی مشهود نیست.

رادیوگرافی معده و اثنی عشر - معده دارای شکل و اندازه طبیعی است - حرکات دودی قوی و تخلیه بدون اشکال انجام میگردد کنارهای معده صاف و هموار و چینهای غشاء مخاط منظم و مرتب بنظر میرسد در معده علامتی که دلالت بر قرحه یا ضایعه عضوی دیگری نماید مشهود نیست بولب اثنی عشر تغییر شکل نیافته و در آن علامتی که دلالت بر ضایعه عضوی کند مشاهده نمیشود.