

نامه ما مانده دانشکده پزشکی

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۲۸

سال هفتم

فکراتی چند در تشخیص لوسمی حاد

نگارش

دکتر قانع بصیری

دستیار بخش بیماریهای کودکان

دکتر محمد قریب

استاد کرسی بیماریهای کودکان
ورئیس بخش کودکان بیمارستان رازی

در بیماریها نیز مانند سایر چیزها بشر متابعت مد را میکند و هر چند صباحی توجه خاصی بیکدسته از امراض میشود. بیماریهای دستگاہ خون از این زمره است و امراضی که تا این سنوآت اخیر نادر تلقی میشد امروزه با بهبود و سائل تشخیص شایع قلم میرود زیاد شدن موارد مرض هچکین و تعداد بیشمار لوسمی حاد از این راه است و در طب اطفال این بیماری اخیراً بالخصوص اهمیت زیادی پیدا نموده است و با متداول شدن امتحان های خون و مغز استخوان مسلماً لوسمی حاد از جرگه بیماریهای استثنائی که شناختن آن ضرورت نداشته باشد خارج خواهد شد. منظور اینجانب از سخن رانی امروز نه تنها نشان دادن شیوع لوسمی حاد است بلکه منظره های غیرعادی و مختلفی که این بیماری پیدا میکند لازم است در ذهن طیب رسوخ کنند و در شرایطی که ذکر خواهد شد همیشه در فکر این مرض وحشت آور باید بود.

لوسمی حاد را بالخصوص در بخش کودکان باید تمرین نمود و شناخت چه مرض دوره کودکی است بین دوسالگی تا هشت سالگی و بعداً در حوالی بلوغ (۱۵ تا ۲۰ سال) اکثراً آنرا خواهید دید. شیرخواران یکساله و بزرگسالان از آن بالنسبه

مصونند و چنانکه لابد بشما گفته اند لوسمی های مزمن نزد کودکان بمراتب از لوسمی حاد نادرتر است .

از بابت تشخیص ما سه دسته مریض در نظر میاوریم : در مورد جمعی از بیماران علائم مرض طوری جمع و کامل است که اگر در بالین بیمار ب تشخیص قطعی لوسمی حاد ما نمی پردازیم لاقلاً میتوان گفت که مرض خونی و خیم در کار است . دسته دوم بیمارانی هستند که نشانه های اساسی و عمده را ندارند ولی یکی دو علامت بز شك بصیر را در صدد امتحان خون و قهراً تشخیص می اندازد و بالاخره نزد دسته سوم آثار کسالت بهیچوجه شبیه بعلائمی که در کتابها در باره این مرض مینویسند نیست لذا تشخیص حقیقی بمحظور برخورداره چه بسا معوق میماند .

۱ - برای دسته اول بهترین نمونه که دارای علائم کامل و جامع و لذا تشخیص آن بالنسبه سهل است شرح حال رمضان ۱۳ ساله میباشد که در ۱۹/۱۱/۱۳۲۱ در سرویس ما پذیرفته شد شروع کسالت ده روز قبل از ورود به بیمارستان رازی بوده است ولی در امتحال بالینی وجود علائم حلقی واضح بانضمام تورم غدد لنفاوی بدن و تب شدید و تریسموس و عظم طحال و کبد و پیدایش خونریزیهای مختلف (روی پوست و درون کلیه ها و زیر ملتحمه چشم) و بالطبع کم خونی فوق العاده مرض خونی و خیم را محتمل و فکر دیفتری را که با آن مریض بسرویس اعزام شده بود لغو کرد آزمایش خون علاوه بر آنمی (۲۶۰۰۰ر۲) عده گویچه های سفید را ۲۲۰۰۰ نشان داد و تعداد زیاد لکوبلاست حقیقت کسالت را روشن نمود .

بیماریکه تب زیاد کرده و در حلق نسوجی گندیده و مجروح گواه گلودرد مخصوص اولسرونکروتیک (۱) بوده رنگ پریده دلالت بر آنمی شدید میکند و دارای غددی متورم وطحالی بزرگ است بطور وضوح مرض خونی دارد و براحتی میتوان دیفتری و خیم و سکر بوت را کنار گذاشت .

در میان بیماریهای دستگاه خون ساز که بچنین وضع موحش منتهی میشود باید دانست علاوه بر لوسمی حاد دو بیماری بیش نیست : یکی آگرانولوسی توز دیگری «الوسی همویکرا (ژ۲)» است آزمایش خون برای شناختن لوسمی بهترین راه است

گواینکه شیوع ضایعات حاقی و خونریزی لثه و تورم شدید غدد افقوی و عظم طحال نیز برله این تشخیص است .

۲ - بیماران دسته اول سی درصد مبتلایان بلوسمی حاد را تشکیل میدهند در صورتیکه دسته دوم شامل بیش از چهل درصد مرضی است یعنی اکثر بیماران علائم کامل ندارند ولی در ضمن دوره مرض یکی از علائم مزبور موجود است و طبیب را بازمایش خون و امیدارد ولی معذالك اینجا تشخیص اکثراً دشوار است .

در همان ایام که رمضان سابق الذکر در بخش ما بستری بود و حال زارش ما را منقلب و نگران میداشت جوانی ۱۹ ساله بنام سیدحسین باز با تشخیص دیفتری بستری شد . وضع گلو که دارای غشاء کاذبی محدود بود و تورم غدد لنفاری یکطرفه و امتحان منفی آزمایشگاه بیشتر ما را متوجه گلو درد و نسان نمود و عمینکه چند روزی گذشت و بر تورم غدد گردن و کشاله ران کم خونی علاوه شد فکر جان گداز لوسمی در خاطرها آمد که بدبختانه امتحان خون (۱۵۸۰۰۰ گلبول سفید) آنرا ثابت نمود جزئیات فرمول خون در دست نیست و برضایت خود بیمار سرویس را ترك نمود و چند روز بعد بما خبر دادند که بیمار تلف شد .

هریک از علائم دسته قبل ممکن است اهمیت خاصی یافته اشکال بالینی متفاوتی بوجود آورد ولی مواد زیر را خوب بخاطر بسپرید تا گرفتار اشتباه نشوید :

الف - نشانه که در تشخیص این اشکال خفیف شایسته توجه است کم خونی است و قاعده کلی آن است که هر آنمی شدیدی باید طبیب را در صدد شناختن لوسمی حاد بیندازد خواه کم خونی با عظم طحال و گانگلیونها همراه باشد یا نباشد خواه تب و خونریزی مریض داشته یا بعکس فقط مبتلا بر نك پریدگی شدیدی باشد .

ب - نادراً خونریزی جلب توجه میکند و شرح حال مردی سی ساله را در جایی خوانده ام که پیشاب خونین داشته است و جراحان در پی علت آن کاوش بسیار نمودند تا سه ماه بعد علائم تکمیل شد و مرک فرا رسید .

اطبای اطفال توجه میکنند که در پورپوراهای توأم با خونریزی همیشه بفکر لوسمی حاد بدبختانه باید بود .

ج - گاهی بزرگ شدن گانگلیونها یا کبد و طحال طیب را بفکر امتحان خون انداخته تشخیص لوسمی را آشکار میسازد ملاحظه کرده‌اید که در مورد سید حسین مذکور همینطور شد و خوب است بدانید که اگر تورم گانگلیونها علامت شایعی است و بیش از سه ربع مرضی بدان مبتلی میشوند عظم طحال کمی کمتر دیده میشود (۱. موارد) و کبد فقط نزد قلبی از بیماران (کمتر از نصف) بزرگ میشود.

د - گاهی در مطلع بیماری یا در طول مرض دردهای شدید موجب گمراهی میشوند این درد در پاره از موارد فقط در حرکت یا در هنگام معاینه محسوس است ولی گاهی فوق العاده شدید بوده طاقت بیمار را طاق می‌نماید و طیب را در فکر تشخیص غلط تب مالت یا روماتیسم یا عوارض استخوانی مختلف می‌اندازد. پرفسور دبره که باین اشکال توجه فراوان نموده توصیه میکند که هرگاه کودک کمی خون و تب دار از درد دست و پاناله نمود از لوسمی حاد باید ترسید. رادیوگرافی این مرضی منظره خاصی دارد که توجه باین فیلمی که اخیراً در سرویس بشما نشان داده‌ام مرا مستغنی از تفصیل میسازد. استخوانهای این مریض کما اینکه از پنبه ساخته شده‌اند و نسج استخوانی که رقیق و معیوبست از ابعاد فقردهای کودک نیز کاسته شده است و کناره‌های استخوانی بی‌رنگ و کم‌رنگ بنظر می‌آید این کلیشه‌ها متعلق با سمعیل ۵ ساله است که همین روزها در بخش فوت نمود و شرح آنرا که حقیقه شنیدنی است بعداً بیان خواهم نمود.

۳ - بالاخره بدسته سوم می‌پردازیم که تشخیص کسالت آنان فی الواقع مشکل است علائم مرض یا خفیف و غیر عادی است یا بتدریج کامل میشود لذا مدتها تب بیمار بسرماخوردگی و یا تورم لوزه منسوب میشود. اگر گانگلیونهای گردن نیز تورمی دارند بزشک معالج برداشتن لوزه را بیش از پیش ضروری جلوه میدهد گاه بگاه ممکن است خونی از بینی یا لثه بیاید ولی بآن اهمیت لازم داده نمیشود اینجا باز کم‌خونی و پریدگی رنگ موجود و علامتی گرانبها است این کودک ۵-۶ ساله که خسته و رنجور بنظر آمده تا راه میرود تب میکند و حوالی پلکها و میچ پاها ورم کم رنگی دارد و بدون سبب از لثه یا بینی خونریزی میکند نگران باشید مبادا گرفتار سخت‌ترین

بیمارها باشد . بهمین لحاظ است که در منتشرات جدید همه جا میخوانید که مرض موسوم باوسمی حاد آن بیماری پرسروصدائی که قدما می پنداشته اند نیست و گاهی بصورت کسالت خفیفی بروز میکند که ماهها بطول می انجامد .

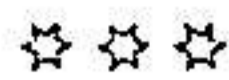
اسمعیل ۵ ساله آذربایجانی حقیقه گرفتار وضعی بود که مدتی طولانی ویرا رنج داد و ما نیز بزحمت بتشخیص حقیقی رسیدیم چه این طفل ۵ ماه قبل از ورود به بیمارستان مریض بنده بود و قریب یکماه نیز در بخش کودکان بیمارستان رازی ماند و هم از بابت طول کسالت و هم از جهت علام غیر عادی شرح حالش را خوب است بشنوید :

علت مراجعه فقط تب طولانی و درد اندام بوده است در تخت خویش بحال زاری خوابیده و کمترین حرکت و معاینه را دشوار نموده است و تماس با پا یا دست ناله حزین کودک را بلند میکند علائم جالب صرف نظر از این دردهای شدید و تب نامنظم يك رنگ پریدگی فوق العاده است که توأم باورم و پف آلودگی بوده موجب توجه بامراض گوناگون گشت و خصوصاً چون در کشت خون ملی توکک روئید فکر تب مالت قوت گرفت در خلال درمان باستریتومی سین و سولفادیازین چند پیش آمد قابل ذکر نمود : یکی اولاً روزی بامد فوع بیمار خون زیادی دفع کرد ثانیاً بتدریج طحال و کبد بزرگ شد ثالثاً دانه های خونریزی و پورپورا روی بدن ظاهر گشت رابعاً فرمول خون سیر زیر را نمود .

تاریخ آزمایش	عده گلبولهای سفید و قرمز .
۲۲/۵/۲۸	۱۷۰۰۰۰۰
۲۶/۶/۲۸	۱۰۰۰۰۰۰
۳/۶/۲۸	۱۰۰۰۰۰۰
۵/۶/۲۸	۲۳۲۰۰۰۰

و در امتحانهای اخیر قریب ۷۰ الی ۹۸ درصد گلبولهای سفید را که لکوپلاست تشکیل داده است لذا تشخیص اوسمی حاد درین شکل مخصوص بزحمت داده شد و اگر معنی و حقیقت کشت خون بر ما مجهول است تشخیص بطور قطع روشن شد و امتحان میکروسکپی که از طحال و کبد بعمل آمد ساختمان هر دو عضو را متلاشی نشان داد

و سلولهای از نوع لکوبلاست تمام‌نسوجرا پر نموده است.



درین اشکال غیرعادی اشتباهات فراوان است تب و کم خونی و عظم طحال را بمرض شایع و بی دلیل که مالاریا باشد نسبت میدهند باز بیمار کم خون و تب دار که از درد اندام خویش مینالد بیماری روماتیسم که شیوع آن باز محتاج اقامه برهان نیست ب فکر میآید. تبهای مختصر و طولانی را حمل بر تورم و ژناسیون و یا سل نباید نمود. درین اشکال باز برنک پریده و خونریزیهای بینی و آئه توجه بکنید سوزنی به عدد متورم گردن اگر فرو ببرید (پونکسیون) لکوبلاستها را خواهید یافت و یگانه وسیله تشخیص که در اشکال کامل و خصوصاً در این موارد گول زنده ضروری است توجه بامتحان خونست.

۱ - **گویچه های سرخ** - اولین علامت مهم که براه تشخیص لوسمی حاد است

کم خونی است و نبودن این نشانه موجب تزلزل تشخیص خواهد بود. عدد گلبولها اکثراً در حدود یک الی دو میلیون است و گلبولها تغییر رنگ و حجم داده در رنگ آمیزی اشکال عجیب میگیرند ولی ارزش گابولی معادل واحد مانده است.

۲ - **گویچه های سفید** - از قدیم الایام میدانند که علامت اساسی و جالب

این کسالت افزایش عده گلبولهای سفید است ولی معذک معتقد بودند که گاهی عدد گابولها تغییر فاحشی نمیکند «لوسمی آلوسمیک» و این لوسمی های بدون لوسمی را بسیار نادر میدانستند. امروز با بهبود وسائل تشخیص و کثرت مذاقه در بیماریهای خونی عقیده بر اینست که تنها نصف مرضی دسته نخستین را تشکیل میدهند و تشخیص بیماریشان بعلت زیاد شدن تعداد گلبولهای سفید سهل و ساده است بقیه که نصف دیگر مبتلایان بلوسمی حاد باشند در سرتاسر کسالت مهلك لکوپنی داشته اند و اعدادی در حدود یک هزار و دو هزار بسیار متداول است. راست است که در خلال بیماری اکثراً با دو سه اوج بیماری یعنی «پوسه لوسمیک (۱)» تعداد گلبولها زیاد شده و در جریان خون مقدار زیادی لکوبلاست نمایان میگردد ولی گاهی در

تمام طول مرض اکتوپنی پایدار بوده تنها قبل از مرگ تغییری در فرمول خون بروز می کند.

در دو سال قبل بیماری ببخش ما مراجعه نمود که این مشکلات را جمعاً داشت و شرح حال رقت آورش چنین بود:

عباس فرزند غلامحسین جوانی یازده ساله بود که برای تب و سردرد و سرگیجه در بخش کودکان در تاریخ ۱۸/۴/۲۶ بستری شد تا یکماه قبل جوانی زرنک و فعال بوده است ولی تدریجاً تبهای خفیف و کم خونی و سستی ویرا صدمه زده خونریزیهای مکرر بینی و بی اشتبائی بضعف و لاغری کمک بسیار نموده بود. در بدو ورود فقط آنمی جلب نظر نمود و طیش قلب و رخوت فوق العاده از آنراه توجیه شد گوا اینکه چند غده متورم در گردن و زیر بغل موجود بود و طحال کمی بزرگتر حس میشد اما فرمول خون همان آنمیرا نشان میداد (یک میلیون الی دو میلیون گلبول در شمارش های مختلف) و تعداد گلبولهای سفید ۲۲۰۰ الی چهار هزار - عناصر غیر عادی در خون بیمار نبود کوتی منفی مانده بود آزمایشهای متداول خون و پیشاب و امتحان بالینی از هیچ نظری کمک بتشخیص ننمود.

طفل تحت نظر بود تا بدبختانه بعلت سرایت در خود بیمارستان گرفتار آبله گشت و ببخش عفونی منتقل شد. درین هنگام پوسته لوسمیک گرد و در جریان خون ومغز استخوان لکوبلاستها نمایان گشتند. درین تاریخ فرمول چنین بود:

گویچه سرخ دو میلیون گویچه سفید بیست هزار و در هر صد لکوسیت ۲ سگمانته - ۲ لکوبلاست - ۷۷ منوسیت و ۱۹ لنفوسیت مشهود بود تدریجاً آنمی شدت کرد و تب بعد از بهبود بشورات جلدی از ۴۰ پائین تر نیامد و عوارض حلقی و دهانی بروز کرد در پرده جنب آثار ترشح مایع نمایان شد و در پونکسیون ۱۵۰ سانتی کوب مایع سرو هموراژیک کشیده شد و آخرین امتحان خون بیمار کلیه خصایص خونی مرض را داشت (۲۶/۷/۲۷)

۴۰۰۰۰۰	گویچه سفید
۴	سگمانته
۸۰	سول سوش (لکوبلاست)
۱۶	بک هسته

۳ - لکوبلاست - یافتن لکوبلاست در روی لام خون علامت مخصوص و قطعی لوسمی حاد است این سلول خونی بعلت نارس بودن دارای خصائصی است که بیان خواهد شد ولی تنها سلول نارس نیست بلکه ساختمان آن نیز معیوب و ناسالم است. هیکل آن بسیار درشت هم دارای هسته و هم دارای پرتوپلاسمی بیمار میباشد بعلاوه تناسب بین هسته و پرتوپلاسم آن از بین رفته چه هسته حجیم و ضمیمه دار آن که اکثراً بدو تقسیم شده است تمام سلول را پر نموده و از پرتوپلاسم یا مطلقاً خبری نیست یا بصورت دایره آبی دور هسته بزحمت نمایان است همچنین دارای حبابچه‌ها و اجسام فرعی مختلفی است که بیمار بودن پرتوپلاسم را تأیید میکند.

گرماتین غلیظ و خمیری و کلیوی شکل است.

این خواص ازین بیمار تا بیمار دیگر متفاوت است و از میان سلولهای خیلی خراب خون است لکوبلاستهای کوچکتر را (که اکثراً هسته آنها مانده است) یا شبیه سلول ریدر که هسته آن دارای تقسیمات چندی است نام ببریم ولی بهر حال بک نکته در آزمایش لام جلب نظر را براحتی مینماید و آن اینست که بین این سلولهای اولیه و گلبولهای سفید معمولی اشکالی که حد وسط و فاصل قلم میروند در خون دیده نمیشود و باین نشانه که با اسم « هیاتوس اوسمیک » معروف است متخصصین اهمیت زیاد میدهند.

عده لکوبلاستها نیز بسیار متغیر است گاهی ۹۸ درصد سلولهای سفید را تشکیل داده صفحه خون را پوشانده و تشخیص درین احوال بسیار آسان است ولی پاره از اوقات عده آن کم و در حدود ده الی بیست درصد بیش نیست یا بعلت تغییراتی که در منظره لکوبلاستهای نادر خون پیش آمده تشخیص دشوار است یا بالاخره در مواردی

که لکوپنی موجود است ممکن است لکوبلاست اصلاً دیده نشود و یگانه وسیله تشخیص آزمایش مغز استخوان است مگر امتحانات مکرر خون نزد همین بیماران مبتلا با لکوپنی بعداً پوسه افزایش لکوسیتها را نشان بدهد (لوسمی) و میدانیم که با ازدیاد تعداد گویچه های سفید همیشه طلوع یا افزایش لکوبلاستها نیز همراه است. با توجه بنکات فوق نتیجه مطالعه گلبولهای سفید ازین سه شق خارج نخواهد بود:

۱- در خون عده زیادی لکوسیت و لکوبلاست موجود است (لوسمی و لکوبلاستی)

۲- گلبولهای سفید عادی یا کمتر از معمول است ولی يك تا هفتاد درصد آنها لکوبلاست است (لکوپنی و لکوبلاستی)

۳- بالاخره نزد بعضی مرضی از عده لکوسیتها کاسته شده در خون هم لکوبلاست مشاهده نمیشود بعلاوه گرانولوسیتها نیز کمیابند (اگرانولوسی نوز) در اینموارد عدد پلاکتها نیز کمتر از اعداد عادی است. بعبارة اخری تمام سلولهای خون صدمه خورده اند و بیمار پانموسیتوپنی (۱) دارد.

۴- زمان انعقاد وسیلان - زمان سیلان معمولاً بیش از عادیست حتی اگر بیمار خونریزی هم ندارد ولی زمان انعقاد گواينکه نسبتاً کمتر تغییر می یابد ولی باز از معمول بیشتر است.

۵- امتحان مغز استخوان - هرگاه در بالین بیماری بلوسمی حاد توجه شد و امتحان خون لکوبلاست نشان نداد آزمایش مغز استخوان ضرورت دارد و کلید تشخیص بشمار میرود و از روزیکه این عمل ساده در دسترس پزشکان جهان قرار گرفته موارد غیر عادی این بیماری «کریپتولوسمی» روز بروز بیشتر گشته بسیاری از تشخیصهای معوق یا غیر ممکن را تسهیل نموده است و باید اعتراف نمود که همکار گرامی آقای دکتر پویا نیز با سوزن معجزه اسای خویش در اکثر مواردیکه فوقاً اشاره نمودیم کمک مؤثری فرموده اند که درین سخنرانی تشکر از مساعدت ایشان را واجب و لازم می بینیم.

در مغز استخوانها لکوبلاستهای فراوانی مشاهده خواهد شد (نودالی نود و پنج در صد) که صفحه خون را یکنواخت پوشانده است و اینجا باز بین این عناصر اولیه و سلولهای عادی خون هیاتوس سابق الذکر مرئی و قابل توجه است.

۶- پیریماری - چنانکه بیان شد علائم مختلفی باعث مراجعه بیماران است و در هر حال آزمایش خون طیب را بتشخیص نزدیک میکند: علامت ثابت گفتمیم کم خونی این کودکان است در بسیاری از فرمولها ملاحظه خواهید نمود که سلولهای يك هسته بیش از چند هسته هستند گویانکه باین نشانه بعضی اهمیت فوق العاده داده اند ولی باید دانست که تا ۵ - ۶ سالگی اطفال سالم نیز این فرمول معکوس را دارند ولی زیاد شدن عده گلبولهای سفید که تشخیص را بسیار سهل و راحت میکند در اقلیت بیماران دیده میشود و اکثریت لکوپنی دارند.

مجدداً یاد آوری میکنم که فرمول خون از آغاز مرض تا پایان آن یکسان نمی ماند و در طول مرض دوالی چهارپوسه (یا اوج) ذکر نموده اند که در اثر آن گلبولهای قرمز و گرانولوسیت ها تنزل فاحش نموده بعکس عده گلبولهای سفید و لکوبلاستها افزایش می یابد. فراموش نشود که این دو علامت اخیر (اوسمی و لکوبلاستی) ثابت نبوده پوسه های بیماری گاهی منحصر بشدت آنمی و منتهی بوضع شیهه با گرانولوسیتوز میشود و البته تشخیص این موارد مشکل است بعکس گاهی در همان آغاز مرض پوسه موجود است که تعداد لکوسیت ها را بالا برده و تا آخر بیماری بهمان وضع نگاه میدارد و بالاخره گاهی فرمول خون روزی اوسمی و زمانی لکوپنی نشان میدهد و نباید آنرا همیشه حمل بر بی لطفی آزمایشگاه نمود چه این فرمول مواج را امریکائیان دیده و وصف نموده اند.

باید ضمناً متذکر بود که در اشکالیکه سر تا سر لکوپنی موجود است مرض وخیمتر است و در کلیه موارد همینکه عده گلبولهای سفید تنزل سریعی نمود مرك بیمار را باید نزدیک دانست.

بالاخره چنانکه مشاهدات خود ما نیز بشما نشان دادند بعضی از بیماران گرفتار مرضی طولانی میگرددند و کسالتشان شدت و خفت پیدا میکند معمولاً بهبود

وضع مربوط به معالجاتی است که بکار میرود که مؤثرترین آنها انتقال خون است که در اثر آن تعداد گلبول قرمز بیشتر شده و عناصر سفید نیز تعدیل میشود.

در این سنوات اخیر تزریق خون را توأم با کشیدن خون بیمار نموده اند اگسانگینوترانسفوزیون (۱) و مثلاً نزد بیماری که ۱۳ کیلو وزن دارد قریب سه لیتر خون ازدهندگان مختلف جمع آوری نموده بکوردک مریض منتقل کرده اند و با تکرار این عمل نه تنها علائم بالینی رو به بهبود گرائیده بلکه معاینه خون و آزمایش مغز استخوان نیز اصلاح مرض خونی را ثابت نموده است و امیدوارند که روزی این وسیله بعلاج این مرض موثر منتهی گردد و در شرح حالیکه اخیراً « دکور » منتشر نموده بعد از تزریق ده لیتر خون مدت ۲۲ ماه بهبود مریض بطول انجامیده است.

چنانکه شنیدید مرض معروف بلوسمی حاد گاهی حدت سیر ندارد و ممکن است نادراً ۲ الی ۶ ماه طول بکشد. بعلاوه اوسمی بودن آن هم ثابت نیست و گفتیم که اکثریت بیماران در قسمت اعظم بیماری خویش لکوپنی دارند و بهمین علت امروزه بیشتر این مرض را بنام لوکوز حاد (۲) می نامند ولی اگر تغییرات چندی در اسم و تکمیلات زیادی در وسائل تشخیص آن داده اند همان مرض کشیف و کشنده قدیم الایام است که فقط ما امروز با تزریقات فراوان خون و یا زرق پنی سیلین و ویتامین ها میتوانیم با آن مبارزه نمائیم و هرک مبتلایان را بتعویق اندازیم.

BIBLIOGRAPHIE

1) P. Chevallier

Les Hemopathies Aigues

Cours à la Faculté de Medecine de Paris 1938 - 1939

2) Mallarmé

Leucoses humaines dite aigues Revue d' Hematologie 1947

3) M. Bessis et J. Bernard

Reflexions sur le Traitement des Leucoses Aigues par l' Exanguino - Transfusion Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. 31 oct 1947

مشاهداتی چند درباره کارو میستین (۱)

نگارش

نجم آبادی

استرن بیمارستانها

دکتر صادق پیروزعزیزی

-تاد کرسی بیماریهای درونی

با کشف کلرومیستین که از یک نوع قارچ بنام استرپتومیسس ونزوئلا (۲) بدست آمده است یک داروی آنتی بیوتیک بسیار قوی بعالم بشریت اهداء شده است این دارو اگر هم بین داروهای مشابه خود گل سرسبد نباشد از دیگران بمراتب قوی تر و مؤثرتر می باشد. مزیت این دارو به آنتی بیوتیک های معروف در این است که اولاً از راه دهان و درثانی در امراض ویروسی مؤثر میباشد.

ما پس از شرح مختصری از خواص و موارد استعمال دارو خلاصه نتایج خود را در صفحات بعد می نگاریم:

خواص کارو میستین - خواص کلرومیستین بطور اختصار بقرار زیر

است:

- ۱- بعلت متبلور و خالص بودن کمتر در معرض تغییرات شیمیائی واقع میشود.
- ۲- اولین داروی آنتی بیوتیک و ضد میکروبی است که بطور مصنوعی ساخته شده است.
- ۳- از لحاظ تحمل و اکنش هائی مانند تهوع و استفراغ و سردرد و بشورات جلدی و علائم روده ای کمتر دیده میشود.
- ۴- از راه دهان نیز مؤثر بوده و بسرعت غلظت آن در خون بالامیرود.
- ۵- بر حسب تجاربی که در اطفال و شیرخواران بعمل آمده جذب کلرومیستین از راه مقعد بشبوت رسیده است:

شرح مبسوط کلرو میستین مدون و قریباً دردانشکده بعنوان رساله پزشکی

معرفی خواهد شد.

۶ - چون متابولیسم کلرومیستین در بدن سریع میباشد لهذا اثر آن نیز فوری است .

۷ - کلرومیستین برای عده زیادی از میکروبها از قبیل ریکتزیاها ، ویروسها ، باسیلها ، استافیلوکوک ، استرپتوکوک ، گونوکوک ، بعضی از سالمونلا ، باسیل ابرت ، بروسلا مؤثر است و نیز برخی از میکروبها که در مقابل سایر مواد ضد میکروبی مقاوم اند در برابر کلرومیستین حساس بوده و از بین میروند .

۸ - کلرومیستین نسبت به تیفوس تسوتسوگاموشی (۱) اثر پرهوانتیف دارد

۹ - خوشبختانه کلرومیستین با سایر مواد ضد میکروبی مانند سولفامیدها و پنی سیلین و استرپتومیسین مغایرت نداشته و آنها را میتوان در آن واحد با هم استعمال کرد .

۱۰ - اثر آن در بیماریهای مقاربتی - گو اینکه کلرومیستین در سوزاک حاد مؤثر است ولی هنوز این مقام برای پنی سیلین محفوظ است تا اینکه تجارب آینده نتایج بهتری را آشکار سازد . در هر حال کلرومیستین را از این لحاظ باید در مواردی که در مقابل پنی سیلین مقاوم اند بکار برد . در روی اسپیروکتها نیز مؤثر بنظر میرسد .

مقدار و طرز تجویز: در تجارب وسیع بالینی که در بیماریهای حاد و مزمن در اشخاص بالغ بعمل آمده معلوم شده است که روزانه ۵۰ میلی گرم بر حسب کیلو وزن بدن (منقسم در دفعات متعدد و جداگانه) پس از چند روز علائم بیماری را بهبودی میبخشد .

و در دوره بی تبی و نقاهت روزانه فقط ۲۵ میلی گرم بر حسب کیلو کافی است .

معمولاً دوز توتال (۲) و کامل برای اغلب بیماریهای حاد ۱۰-۱۵ گرم و در موارد مزمن ۱۵ گرم و یا بیشتر است . فاصله بین دوزها نباید از ۸ ساعت بیشتر باشد و غلظت دارو در خون نیز نباید از ۱۰ گاما (۱) در سانتی متر مکعب کمتر باشد در بیشتر

عقوتها در اطفال ۱۰۰ میلی گرم بر حسب کیلو با فاصله‌های ۴-۶ ساعت تجویز میشود. منتهی در اطفال برای تغییر طعم و مزه دارو آنرا میتوان با شربت آلات یا عسل تجویز کرد و یا کپسول را باز کرد و در مقعد داخل کنند. بدون اینکه کمترین تحریکی را باعث شود و نیز ممکن است کلرومیستین را با آب مخلوط نمود و تنقیه کرد. معیذاً با مشاهداتی که در تهران بدست آمده است مقدار قطعی آنرا فعلاً نمیتوان تعیین کرد.

موارد استعمال و مقدار مصرف گلبرومی سنتین در بیماران ریوای دیختانسه

نام بیماری	مقدار مصرف اولیه	مقدار مصرف دفعات بعد	dose Total	ساعت قطع تب	مدت درمان
حصبه	۵۰ میلی گرم بر حسب کیلو در سه ساعت اول در سه دفعه	۲۵ گرم هر دو ساعت تا قطع تب و پس از آن ۲۵ گرم هر سه یا چهار ساعت مدت ۵ روز	۱۹/۱ گرم	۸۴ ساعت	۸ روز
تب مالت	۶۰ میلی گرم بر حسب کیلو در سه ساعت اول در سه دفعه	۲۵ گرم هر سه ساعت تا مدت ۷ روز	۱۷/۵ گرم	۵۸ ساعت	۷ روز
تیفوس اگزانتوماتیک	۶۰ میلی گرم بر حسب کیلو در سه ساعت اول در سه دفعه	۲۵ گرم هر سه ساعت تا قطع تب	-	۳۰ ساعت	۲ روز
تب های ارغوانی کوهپای روشوز	۶۰ میلی گرم بر حسب کیلو در سه ساعت اول در سه دفعه	۲۵ گرم هر سه ساعت تا قطع تب	-	۴۸ ساعت	۲ روز
تیفوس تسوتسو کاموشی	۵۰ میلی گرم بر حسب کیلو	۲۵ گرم هر ۲-۴ ساعت تا قطع تب	۶ گرم	۲۴ ساعت	۲ روز
پنومونی	۱۰۰ میلی گرم بر حسب کیلو روزانه در ۶ دفعه تا قطع آب	پس از قطع تب ۲۵ میلی گرم بر حسب کیلو وزن تا چند روز	-	۷۲-۹۶ ساعت	۷ روز
پنومونی اولیه غیر عادی	۵۰ گرم هر ۲-۳ ساعت تا مقدار ۳ گرم	۵۰ گرم هر شش ساعت تا قطع تب و پس از قطع تب نیز تا مدت ۳-۵ روز ادامه یابد	-	۳۶-۴۸ ساعت	۶ روز

مقدار مصرف ال و مقدار مصرف کلرو می ستین و بیماری درختان

نام بیماری	مقدار مصرف اولیه	مقدار مصرف دفعات بعد	dose Totale	ساعت قطع تب مدت درمان
سیاه سرفه	۲۵ گرم تا ۵۰ گرم هر ۴ ساعت مدت ۲-۳ روز تب و سرفه قطع میشود	همین مقدار تا مدت چند روز ادامه یابد	-	۷۲-۴۸ ساعت تب و سرفه قطع میشود
عفونت های کوکوسی و باسیلی مجاری ادرار	۲-۳ گرم روزانه در ۴ دفعه مدت ۱-۳ روز	هر ۶-۸ ساعت مقدار ۲۵ گرم مدت ۵-۷ روز	-	۲۴-۷۲ ساعت ادرار عاری از میکروب میشود
کولیت اولسروز	روزانه مقدار ۳ گرم در دفعات متعدد	روزانه ۳ گرم در دفعات متعدد	-	۲-۴ روز
دیسانتري باسیلر و تبه های روده ای	روزانه ۵۰-۷۵ میلی گرم بر حسب کیلو هر سه ساعت مدت ۲-۵ روز	-	-	۲-۵ روز
سوزاک	۶۰ میلی گرم بر حسب کیلو در سه ساعت اول	پس از آن هر ۸ ساعت ۱ گرم ۲-۳ روز	-	۲-۳ روز
نیکلا فاور	هر ۸-۳ ساعت گرم تا ۱۴ روز	-	-	۱۴
سیفیلیس	تجارت کلینیکی هنوز کافی نیست	-	-	-

اینک مشاهدات ما در تهران

کلرومی ستین در تهران در بیماریهای حصبه و شبه حصبه و تب مالت در بیست مورد بتوسط همکاران محترم و اینجانبان مصرف شده است این عده بیست بیمار کشت خون یا ویدال مثبت داشته اند و دارو بمقادیر کلاسیکی داده شده است و تب بیماران ۲ تا ۶ روز بعد قطع شده است.

ما شرح حال دو بیمار مبتلی به حصبه و یکنفر مبتلی به تب مالت و همچنین چند ملاحظه دیگر با اجازه همکاران محترم که معالجه بیمار بوده اند بعنوان مثال می آوریم.

عموماً پس از ۲۴ ساعت با وجود تب شدید حال عمومی بیماران خوب و رضایت بخش می شود و با قطع تب طحال بزرگتر شده و سر کشیده و حتی با دق مشخص نمیگردد و حتی نزدیک بیمار که ویدال به نسبت ۱/۸۰۰ مثبت بود این عکس العمل منفی شده است.

دارو در چند جا اسهال و سردرد و حتی نزدیک بیمار کوری گذران داده است و فقط در بیمار اخیر دارو ترك شده، بطور کلی می توان گفت کلرومی ستین عوارض نا چیزی دارد.

مشاهده اول: شرکت سهامی مدن نماینده پارك دویس در ایران مقداری کلرومی ستین بدانشکده پزشکی اهداء کرد و دانشکده ۸ شیشه از آنرا تحت نظر این جانبان به بیمارستان پهلوی فرستاد که مصرف شده و نتیجه آن بقرار زیر است:

در تاریخ ۱۴ شهریور ۱۳۲۸ بیماری بنام بتول خانم دختر عزت ۱۸ ساله خانه دار ساکن اکبر آباد باغ انار بعلمت تبی که از ۵ روز قبل بدان دچار شده مراجعه و در بخش پزشکی بیمارستان پهلوی بستری میگردد و چون تب دائم و اپیدمی تیفوئید در تهران وجود دارد با تشخیص حصبه عموکولتوری از نامبرده بعمل آمد (آزمایشگاه بیمارستان) که بعد از ۴۸ ساعت مثبت گردید و با سیل کشت در دانشکده

گرم منفی و ابرت شناخته شد، در باره این بیمار بنظر این جانبان استعمال دارو ارجح آمد زیرا بندرت در ابتدای بیماری و نزد افرادی که به بیمارستانها مراجعه میکنند حصیه مشخص میگردد لهذا در روز هشتم بیماری یعنی سه روز بعد از بستری شدن داروی ارسالی بطریق کلاسیکی تجویز گردید: ۱۲ کپسول ۲۵ سانتی گرمی کلرومیستین سه ساعت اول (هر ساعت ۴ کپسول) و بعد يك کپسول هر دو ساعت تا قطع تب و پس از آن يك کپسول هر سه ساعت تا ۵ روز پس از ۲۴ ساعت که از تجویز دارو گذشت حالت عمومی بیمار بهبودی حاصل و درجه حرارت از ۴۰ درجه سانتی گراد در رکتوم به ۳۹٫۲ تنزل کرد و بعد از ۷۲ ساعت درجه ۳۸٫۲ و بعد از ۹۶ ساعت یعنی ۴ روز بعد از تجویز دارو و لهذا در روز دوازدهم بیماری تب بیمار ساقط شد و اینک مدت ۱۵ روز است که درجه حرارت صعود نکرده است و حالت بیمار از هر حیت خوب است.

مشاهده دوم: آقای محمد - م - ۲۷ ساله شغل معلم بعالت تبی که ۵ روز

مرتب داشته است به بیمارستان رازی مراجعه کرده است. از این مرقع تمام علائم حصیه کم کم واضح میشود: وجود تاش (۱) و طحال بزرگ و علائم دیگر حصیه تردیدی در تشخیص باقی نمیگذارد بعلاوه در هفته دوم واکنش ویدال ۵/۳ مثبت میشود و بیمار تحت درمان بوده است و در اواخر هفته سوم تب به ۳۷٫۵ میرسد. در این موقع بخواهر بیمار او را بمنزلش میبرند. از آن بعد با اینکه کاملاً بی حرکت بود ولی دوباره تب بالا رفته و نوساناتی بین ۳۹ و ۴۰ میکند تا اینکه بد اینجانبان رجوع میکنند در این موقع بیمار مدت ۴۰ روز بود که تب هائی در حدود ۴۰ درجه داشت و امتحان ویدال در چند آزمایشگاه بعمل میآمد همگی ۱/۳۵ مثبت نشان میدهند و کلرومیستین مطابق دستور کلاسیکی (همانطور که در بیمار قبل ذکر شد) تجویز میشود و تب بیمار بعد از ۴ روز با نوسانات مرتبی قطع و حال عمومی خوب و بعد از يك هفته کسالتش بکلی مرتفع میشود.

قضیه عجیب اینست که ویدال بیمار که پس از یکماه از قطع تب بعمل آمده

منفی است.

مشاهده سوم: بیمار ح. ۰۰۰-۲۵ ساله بعلت تب طولانی (سه ماه) و عرق مفرط ورم خفیف - رایت مثبت در سه ماه قبل باین جانبان مراجعه رایت تجدید و همو کولتوری تقاضا شده بود که بروسلوز را تأیید کرد.

مداوا با استرپتومیسین و سولفادیازین تب را قطع کرد و پس از سه هفته آپیر کسی بیماری عود کرد و ایندفعه معالجه بالا و معالجات کلاسیکی دیگر مؤثر نیفتاد و تب روز بروز شدیدتر و حالت عمومی خراب تر میشد.

در ۲۰/۶/۲۸ کلرومی ستین تجویز و بعد از ۲۴ ساعت تب قطع شده و تا کنون بیماری عود نکرده است.

مشاهده چهارم - خانم نگار - اصغر - رخداری ۷ ساله وزن ۲۲ کیلو پزشک معالج آقای دکتر هادوی - آقای دکتر مهدوی. در ابتدای سرعت بالا رفته و در عرض ۲ روز به ۴۰ میرسد و در همین حدود نوسان میکند. کم کم تمام علائم حصبه ظاهر میشود. و فرمول لوکوسیترو شمارش گابولی (آزمایشگاه دکتر رحمتیان) تردیدی در تشخیص باقی نمیگذارد. در روز دوازدهم بیماری شروع به تجویز کلرومیستین میشود: ابتدا هر ۲۰ دقیقه یک کپسول ۲۵۰ گرمی تا شش کپسول داده و پس از آن هر سه ساعت یک کپسول تا قطع تب و بعد از قطع تب هر ۵ ساعت یک کپسول مدت دو روز ادامه میدهند پس از ۴ روز تب قطع و حال عمومی رو به بهبودی میرود.

مشاهده پنجم: آقای حسین مستشاری ۱۲ ساله وزن ۲۷ کیلو پزشک معالج آقای دکتر نیک روش.

بعلت تبی که از ۴ روز قبل بدان دچار شده بود مراجعه کرده است. در روز چهارم فرمول لوکوسیترو عمل میآید (آزمایشگاه دکتر کیاود کتر منوچهر معتمد) و بفکر حصبه میافتند. در روز هشتم بیماری کشت خون $\frac{1}{180}$ مثبت (آزمایشگاه دکتر سهراب) و پاراتیفوئید B نشان میدهد از آن ببعده شروع به تجویز کلرومیستین میشود: در دو ساعت اول ۵ کپسول پس از آن هر چهار ساعت یک کپسول (۲۵ سانتی گرمی) تا قطع تب و پس از قطع تب هر ۶ ساعت یک کپسول. تب بیمار بعد از ۳ روز قطع و حال عمومی خوب شد.

مشاهده ششم: آقای باقر نطق ۱۵ ساله وزن ۴۰ کیلو پزشك معالج آقای دکتر هاشمی نژاد.

امتحان ویدال مثبت و تشخیص تیفوئید داده شده بود. بیمار مدت ۶۰ روز تبهای نا مرتب بین ۴۰ و ۳۸ درجه میکرد که بهیچوسیله قطع نمیشد. پس از مشورت با اینجانبان امتحان ویدال بعمل آمد و با باسیل تیفیک مثبت بود (آزمایشگاه دکتر شاه بهرامی) و تجویز کلرومیستین بطور کلاسیکی شد و بعد از چهار روز تب بیمار قطع شد.

مشاهده هفتم: شمسی - اسداله ۵ ساله وزن ۱۵ کیلو پزشك معالج آقای دکتر سیادت از فرمول او کوسترو و شمارش گلوبولی بفریک حصبه میافتد. کشت خون ۱/۱۵۵ مثبت و تشخیص پاراتیفوئید B داده میشود بعد تجویز کلرومیستین بترتیب زیر میشود: دو ساعت اول ۴ کپسول پس از آن هر چهار ساعت يك کپسول تا قطع تب و پس از آن هر شش ساعت يك کپسول بعد از سه روز تب قطع و حال عمومی بسیار خوب میشود. در خاتمه متذکر می گردد که مقدار حقیقی دارو را در ایران در حصبه و تب هالت نمیتوان معلوم کرد و چه بسا بیمارانی دیده شده که کلرومیستین بمقادیر ناچیز تجویز و تب قطع گردیده است.

و قضیه که بنظر ما عجیب میآید منفی شدن ویدالهای مثبت است که مسئله ایمنی در حصبه را مسئله مشکلی میسازد و اینجانبان تصور می کنیم که شاید معالجه با کلرومیستین و داروهای مشابه وضعیت ایمنی بیمارها را تغیر داده باشد باین معنی که معالجات با انتی بیوتیک ها ایمنی را از بین برده و اشخاص را حاضر به ابتلاء مرض میسازد!!

Downloaded from tjms.ac.ir on 2024-09-27