

## يك مورد نقصان ویتامین ث

نقارش

دکتر جلال الهی

دستیار بخش پزشکی بیمارستان گوهرشاد

مشاهده زیر نمونه از کمی ویتامین ث است که از نظر شایان دقت بودن ذیلا نقل میشود :

شرح حال - زنی ۳۸ ساله بعلت استفراغ خونی که دو روز است بآن دچار شد در ۲۴ ژوئن ۱۹۴۶ به بیمارستان مراجعه و بستری شد. این زن تا کنون شوهر نکرده و شغل او هم کلفتی منزل است. مدت شش سال است دچار قرحه معده میباشد و تمام علائم کلینیکی آنرا ذکر و در خود احساس میکند نیمساعت پس از خوردن غذا درد ظاهر میشود که با خوردن گرد های قلیائی رفع آنرا میکرده است. از این رو از خوردن بیمناک بوده. این علائم دوره<sup>(۱)</sup> بود ولی در بیشتر این شش سال آنرا حس میکرده است. مطابق دستور پزشکان رژیم غذایی مبتلایان به قرحه معده را کاملاً مراعات میکرده و از خوردن میوه جات و سبزیها خود داری میکرده است در ۱۹۴۲ آزمایش معده و روده با برق بکلی منفی بوده و اثری از این قرحه فرضی دیده نشد و معده از هر حیث سالم بنظر رسید. سابقه دفع خون یا مدفوع یا استفراغ خونی را ابدأ ندارد، اجابت مزاج طبیعی و اختلالی در دستگاه تناسلی و ادراری دیده نشده فقط در ۱۹۲۸ یکی از کلیه های او را بعلت ابتلاء به سل برداشته بودند.

هموگلوبین خون ۳۳٪ یعنی ۴/۶ گرام بوده. بی حالی شدید کسه در اثر این خونروی دو روزه بود دو لیتر خون باو تزریق

شد، حالت عمومی کمی بهتر ولی مقدار هموگلوبین تغییر نکرد. باز مجدداً و بطور مکرر به بیمار خون تزریق میشد بطوریکه در ۳۶ ساعت اول مقدار آن به  $4/5$  لیتر رسید ولی مقدار هموگلوبین فقط  $3/3$  اضافه شد ۲۴ ساعت بعد ۳ لیتر دیگر وارد شد ولی متأسفانه این دفعه مقدار هموگلوبین به  $28/1$  تنزل کرد. در اول ژوئیه بیمار ۱۴ سانتیمتر مکعب خون استفراغ کرد، و چون وضعیت عمومی باز خوب نبود سه لیتر دیگر ترانسفوزین بعمل آمد و مقدار هموگلوبین به  $38/1$  ترقی کرد.

بیمار اکنون ده روز است بستری است و با وجود اینهمه تزریقات مکرر خون متأسفانه میشود گفت که مقدار هموگلوبین تغییر نکرده است در هیچکدام این تزریقات کوچکترین عکس العملی از قبیل لرز، هموگلوبینوری که بتوان آنرا بیک ناسازگاری خون نسبت داد پیدا نشد و از اینرو نمیتوان گفت که خون تزریق شده باعثی از بین رفته باشد مدفوع سیاه بوده ولی آسمانی نبود که فکر خونریزی شدید قرچه فرضی بشود. در این مدت ده روزه بیمار فقط ۱۴ سانتیمتر مکعب خون استفراغ کرده است. از نظر سابقه که شرح میداد کم خونی آنرا به خونریزی قرچه اثنی عشر آن می چسبانندیم که مقدار آن در هر مرتبه کافی برای استفراغ نیست.

بامشورت جراح که او هم تشخیص ما را درست دانست اقدام بعمل شده. پس از باز کردن شکم معده و روده کاملاً سالم و طبیعی بود و اثری از قرچه تازه یا قرچه قدیمی التیام یافته دیده نشد فقط در روده های بزرگ خونریزی وجود داشت. کیسه صفرا طبیعی و مختصر ادمی در مجاری زردابی دیده میشود. بنظر جراح یک عفونت استرپتوکوکوسی باعث این علائم شده و ادم و خونریزی بهمین علت است. کیسه صفرا برداشته شده و معالجه



باپنی سیلین شروع شد. تب  $38/8$  درجه ای که بیمار در تمام این مدت داشت و ما از نظر پیدا نکردن علامتی علت وجود خون در مدفوع میدانستیم قدری نظریه های جراح ما را تأیید کرد.

در ۴۸ ساعت اول پس از عمل بنظر می آمد که بیمار روبه بهبودی میرود، تب بتدریج شروع به پائین آمدن نمود و استفراغی پس از آن دیده نشد. ولی در روز سوم بیمار مقدار  $114$  سانتیمتر مکعب خون روشن کف آلود از دهان خارج کرد، چون پس از يك حمله، سرفه و بعلاوه عکس العمل آن قلیائی بوده بنظر آمد که این مرتبه بیمار این خون را از ریه خارج کرده است.

مقداری از آن جهت منظار الطیفی<sup>(۱)</sup> فرستاده شد وجود کسی هموگلوبین نظر ما را کاملاً تأیید کرد. دو روز دیگر با وجودیکه بیمار نه استفراغ خونی داشت و نه خون از ریه ها خارج کرده بوده بيك وضعیت بالینی خون ریزی حاد دچار شد، مقدار هموگلوبین به  $25\%$  یعنی  $3/4$  پائین آمد حالت عمومی خراب و نسبت به اطرافیان کاملاً بی توجه بود و از خود بیخبر گشت. ترانسفوزین دیگری بمقدار سه لیتر بعمل آمد، حال بیمار بهتر شد ولی هنوز علت اصلی کم خونی بر ما مجهول است. در عمل کردن شکم هیچگونه آثار زخم معده یا روده دیده نشد درمان کانون استریپتو کو کسی نتیجه منتظره را ندارد بعلاوه خون ریزی از ریه دلیلی نداشت از نظر علت های دیگر خون ریزی مخصوصاً اختلالات خونی آزمایش شد نتیجه بقرار زیر بود:

زمان سیلان ۶۶ دقیقه و زمان انعقاد آن ۵ دقیقه (بطریقه لوله های شعریه) گلوبولهای سرخ  $1/750/1000$  در میلیمتر مکعب، هموگلوبین  $25\%$

یا ۴/۹٪، گرام، اندیس کلوریمتریک ۱/۰۶، گلوبولهای سفید ۲۰/۹۰۰ (پولی نوکلتر سگمانته ۰.۷۲٪، پولی نوکلتر غیر سگمانته ۰.۹٪، ائوزینوفیلی ۰.۱٪، بازوفیل ۰.۲٪، لنفوسیت ۰.۱۴٪ و مونوسیتها ۰.۲٪) در برابر هر صد لوکوسیت هفت نورمو بلاست آخرین درجه وجود داشت قدری اجسام هاول جولی<sup>(۱)</sup> نیز دیده میشد (این اجسام عبارت از دانه‌های ریز گرد یا بیضی که در گلوبولها سرخ پس از رنگ کردن آن با گیمسابلرک سرخ یا آبی دیده میشود میباشد و بنظر می آید که تکه‌های هسته گلوبولهای سرخ هسته دار باشند.) انی زوسیتوز و پولی کروماتوز متوسطی نشان میداد، پلاکت‌های خونی ۱۵۴۱۰۰۰ در هر میلیمتر مکعب بود و چون این آزمایش خون به تنهایی نتوانست معمای ما را حل کند اقدام به پونکسیون استخوان جناق سینه شد در اینجا یک عکس العمل شدید نورمو بلاستیک دیده شد. این قسمتها بدقت مورد مطالعه قرار گرفت و چنین نتیجه گرفتیم که:

اولاً: پرهیز نخست چندین ساله، ثانیاً فقدان هر گونه ضایعه در معده ورودی، ثانیاً توأم بودن خون ریزی معده یاریه و رابعاً نتیجه آزمایش خون و پونکسیون استخوان سراغ نقصان ویتامین «ث» نزد این بیمار، هر چند که هیچگونه ضایعه در لته‌ها دیده نمیشد، برویم در ۱۵ ژوئیه چون راه دیگری نداشتیم از راه اضطرار هزار میلیگرم اسید اسکوریک داخل وریدی تزریق شد، نیمساعت پس از آن یک بهبودی خارق العاده در بیمار پیدا شد، بجای بی حالی، ضعف و گرفتگی، مریض روشن، سر حال و خوشحال بنظر آمد و واضحاً معلوم شد که فقدان این ماده مسئول تمام این علائم بود؛ از آن پس هر ساعت صد میلیگرم از راه دهان تجویز شد. از امروز صبح ادرار بیمار در شیشه که دارای اسید استیک بوده جمع و پس از ۲۴ ساعت ابدأ



در آن اسیداسکوربیک وجود نداشت، آزمایش بطریق کلوریمتریک انجام شد.

علامت هس<sup>(۱)</sup> مثبت بود در هر سانتیمتر مربع ۱۵ لکه پورپوریک دیده میشد. در ۱۸ ژوئیه با وجودیکه بیمار تا سه روز هر ساعت صد میلی گرام اسیداسکوربیک میخورد، علاوه بر مقدار تزریق داخل وریدی اولیه، فقط ۱۱/۲۵ میلی گرام در ۲۴ ساعت از این ماده در ادرار بود. هر چند که انساج از این ماده اشباع شده بودند چرا که مقداری از آن را برای اولین مرتبه دفع کرده بود معذالک بیمار مقادیری خیلی کم خون در روز استفراغ میکرد. هموگلوبین فقط به ۲۸٪ رسیده بود و باز ترانسفوزین ایجاب میکرد ۴ لیتر خون تجویز و نتیجه آزمایش مجدد خون چنین بود؛ گلوبولهای سرخ ۲۲۹۰۰۰۰ در هر میلیمتر مکعب، هموگلوبین ۳۴٪، نشانه رنگی ۰/۷۴ و خون دارای مقداری زیاد نورموبلاست شده بود که قبلاً وجود نداشت و علامت جواب دستگاه سازنده خون برابر اسیداسکوربیک بود. در ۲۰ ژوئیه چندین مرتبه استفراغ خونی تکرار شد و مجدداً درمان با ویتامین «ث» شروع شد در این دفعه فکر توأم بودن با فقدان ویتامین «پ» راهم نمودیم و ۱۵۰ میلیگرم از آن هر چهار ساعت از راه دهان اضافه کردیم استفراغ خونی بکلی قطع و خون ریزی روده‌ها از بین رفت.

نورموبلاست‌ها در خون از بین رفتند و رتیکولوسیت‌ها در ۲۴ ژوئیه به ۲۳٪ رسیده بودند.

برای اینکه دوره نقاهت زودتر سپری شود مقداری آهن بشکل سولفات دو فروسیرات دو فرامونیاکال تجویز شد چون تولید سوء

هاضمه نمود قطع گردید و آهن کولوئید از این پس داده شد که بیمار بخوبی آنرا تحمل نمود. از ۷ اگوست بیمار روزانه دوست میلی گرام اسید اسکوریک تا سه هفته میخورد و برای اولین دفعه جواب آزمایشگاه نشان داد که اشباع بحد کافی صورت گرفته است. و در اول سپتامبر مقدار آهن خونهم طبیعی شده بود در این موقع مختصر عفونتی در ادرار ظاهر شد که درمان گشت مقدار هموگلوبین در ۲۰ سپتامبر ۸۳٪ بود و دوره نقاهت بیمار بنظر تمام شده بود و یکماه بعد به ۸۹٪ رسیده بود.

**خلاصه:** تقریباً این موردی بود که خون ریزی از معده و ریه ها بعلت نقصان ویتامین (ث) و شاید ویتامین (پ) بود. چون بیمار چندین سال برای قرچه معده و روده معالجه میکرده و بالاخره حکایت کامل قرچه ای را که مینمود مانع از آن شد که يك حالت غیر عادی نقصان این ویتامین را در همان مراحل اول تشخیص بدهیم. (بریتیش مدیکال ژورنال ۱۷ می ۱۹۴۷ شماره ۴۵۰۶ صفحه ۶۷۹).