

تورم‌های ویروسی کبد

نگارش

دکتر محمد علی مولوی

رئیس درمانگاه عفونی بیمارستان پهلوی

التهاب پارانشیم کبد بتوسط ویروسهای یرقان زا (ویروس A و B) را

هپاتیت ویروسی میخوانند ما سه شکل مهم این التهاب کبدی را با اشکال بالینی متعدد هر یک توصیف خواهیم کرد :

- یرقان نزله و اشکال بالینی آن

- تورم کبد با منشاء سرمی (۱)

- صغرزرد حاد کبد

التهاب‌های ویروسی کبد را بیشتر در پائیز و زمستان بصورت اپیدمی‌های بزرگ

و کوچک مشاهده میکنند انسان مخزن ویروس میباشد و با انتقال از راه دستگاه گوارش صورت میپذیرد .

ویروس‌های مسئول - تحقیقات زیادی اخیراً درباره آنها بعمل آمده و توانسته‌اند

با نسبت‌های کم و بیش ویروس‌های مسئول را به پرندگان و حیوانات انتقال دهند (از ترشح حلق و بینی، صاف کردن مدفوع، شیره دوازدهه، ادرار)

دو نوع ویروس مسئول شناخته شده است ویروس A و ویروس B

(۱) ویروس A مسئول تورم اپیدمی کبد است که دوزنه نهفتگی آن ۲-۶ هفته

میباشد انتقال آن بخصوص از راه هاضمه بوده و بندرت از طریق حلق و بینی منتقل میگردد .

اندازه ویروس ۱۵ میلی میکرون و کوچکترین ویروسی است که تا کنون

شناخته شده است.

مخزن ویروس انسان است از راه مدفوع و خون و سایر ترشحات منتقل

میکند حاملین سالم نیز وجود دارد، آب، میوه، صدف‌ها، سبزیهای خام، شیر و

ظروف آشپزخانه میتواند ویروس را با افراد انتقال دهد .

ویروس در ۵۰ درجه یک ساعت مقاومت میکند در آب منهای ده درجه یکسال و نیم زنده میماند مقادیر معمولی کلر برای ضد عفونی کردن آب جهت از بین بردن آن کافی نیست .

ویروس B - مسئول هیپاتیت تلقیحی است فقط از راه تزریق (۱) قابل انتقال است. دوره کمون آن ۲-۵ ماه است در افراد در مان شده تا چند سال ممکن است حامل ویروس باشند اشخاص سالم ناقل هم وجود دارد. مقاومت آن بهتر از ویروس A بوده نسبت به مواد ضد عفونی کننده معمولی مقاوم است در حرارت جوش مدت ها زنده میماند در حرارت خشک ۱۶۰ درجه یک ساعت زنده میماند این اطلاعات از لحاظ پیش گیری اهمیت بسزائی دارد . در زمان فعلی امتحان بیولوژیکی مطمئنی برای تشخیص هیپاتیت های ویروسی در دسترس مانیست با وجود زحمات زیاد دانشمندان تستی از نظر آزمایشگاهی وجود ندارد تشخیص فقط از لحاظ بالینی میسر است بعلاوه جستجوی خود ویروسها که آنهم کار آسانی نیست .

از نظر اپیدمی شناسی : ویروس هیپاتیت A - ۹۳ درصد ایجاد اشکال خوش خیم بیماری میکنند . انتقال آن تقریبا در هر حال خود بخود و از راه هاضمه است . در پائیز و زمستان مرض شایع تر است برخی افراد و خانواده ها احساس ترند عارضه قبلی کبد نیز از نظر ابتلا دخالت دارد. دوره کمون تورم کبدی A ۲-۶ هفته است . اشکال شدید و خطرناک را در افراد خسته و اشخاصی که تغذیه کافی ندارند و در مبتلایان بعوارض روده ای مشاهده میکنیم . طرز انتقال در همه احوال غیر مستقیم و از مصرف مواد غذایی آلوده صورت میپذیرد (آب ، شیر ، کره ، مواد غذایی خام) . در یک اپیدمی که ۳۵۰ نفر دانش آموز مبتلا شده بودند آلودگی از راه آب چاه بوده است . سرایت مستقیم نادر است . مگس عمل مهمی در انتقال دارد . در محیط بیمارستان ظروف ، درجه حرارت ، لباسها و سایر وسایل بیمار میتواند باعث انتقال شود .

التهاب کبدی ویروسی B - انتقال در اینجا از راه تزریق است (سرنگ آلوده

واکسینوستیل و غیره) بر اثر تداوی و واکسیناسیون‌ها اپیدمیهای زیادی دیده شده است مانند تلقیح واکسن ضد تب زرد به هزاران سرباز آمریکائی تلقیح سرم ناقه بدان شجویان و غیره. دوره کمون مرض بین ۴۰ تا ۲۰۰ روز است هر چه دوره کمون کمتر باشد مرض وخیم تر است فصل تأثیری در ایجاد آن ندارد بیشتر سرنگ آلوده و سائل درمانی و تلقیح سرم و واکسن و غیره آنرا ایجاد میکنند. خطر مرض در نوزادان و پیران زیادتر است.

اشخاص ناقل سالم موجود است - در اینجا طرز انتقال فقط از خون و سرم انسان بانسان است خون افراد مبتلا ممکن است تا پنج سال بعد از بهبودی ناقل و حاوی ویروس باشد - مکانیسم انتقال از تزریقات خون و سرم، زرق داروها از راه ورید، داخل عضله و زیر جلد. مولاره وریبی (۱) ثابت کرده اند که دخول خون در موقع تزریقات در سرنگ و یا سر و زیت و یا در موقع فرمول شمارش و غیره و ویروس داخل ادوات پزشکی شده و ضد عفونی ناقص و بد سرنگ در تزریقات به بیماران دیگر مورث انتقال میگردد. در افرادی که با خون سروکار دارند (پزشکان و کارکنان آزمایشگاهها) ممکن است بعلمت تلقیح تصادفی مبتلا گردند. بر اثر تزریقات پلاسما که از مخلوط کردن سرم اشخاص مختلف حاصل شده خطر بیشتری وجود دارد. در تزریقات داروئی بیمارستانی نیز این انتقال شایع تر است (بعد از تزریق استرپتومیسین در حمایت مسلولین عده ای از بیماران مبتلا گردیده اند). با معلومات فوق ابتلاء دسته جمعی و بعد از تلقیحات و تزریقات گوناگون صورت میپذیرد.

خطر این تورم کبد بیشتر است انتقال تعداد زیادتر ویروس کنتامیناسیون - ماسیو (۲) از راه داخل ورید در اینجا دخیل است و در بیماران و افرادی که عارضه قبلی کبدی دارند مرض شدیدتر بروز میکند. مرکومیر در این هیپاتیت شایع تر است در مراکز انتقال خون و بانگ خون و غیره اپیدمی و انتشار زیادتر دیده میشود. این اطلاعات از لحاظ جلوگیری مرض مفید می افتد.

ویروس A را بنام SH و ویروس B را IH نیز مینامند. اینک بتوصیف

اشکال هپاتیت میپردازیم :

I. یرقان نزله یا هپاتیت خوش‌خیم ویروسی یرقان‌زا

این یرقان شایع‌ترین هپاتیت‌های ویروسی است و از لحاظ بالینی سه مرحله بدن قائل می‌شوند :

اول- مرحله قبل از یرقان : چهار تا هفت روز مدت آنست سه‌دسته علائم در این مرحله جالب است :

(۱) اختلالات هاضمه عبارتند از :

- بی‌اشتهایی شایع‌تر از همه است .

- تهوع گاهی مزاحم و بسیار لجوج است

- قی

- یبوست شایع است

- زبان باردار

- تقریباً در ثلث موارد درد شکم که محل آن در گودی بالای دل یا مجاور نافست .

اغلب درد در ناحیه کبد و کیسه صفرا است .

(۲) ناراحتی عمومی (۱) که مشخص است به :

- آستنی شدید که با تابلو بالینی مرض تناسبی ندارد .

- گاهی همراه دردهای منتشر، کوفتگی، سردرد شدید است .

(۳) علائم عفونی که چندان ثابت نیست : تب ملایم که با ظهور یرقان از

بین می‌رود .

- بندرت درد مفصلی یا بثورات ودانه‌های سرخکی شکل یا لکه‌های

اریتم - پاپولهای کپیری دیده می‌شود در این مرحله تشخیص بیماری خیلی مشکل است

مگر اینکه از شیوع مرض آگاه باشیم، عظم مختصر کبد و درد آن در ملامسه تا حدی

به پزشك بیدار كمك میکند بخصوص اور و بیلین ادر ادر این مرحله علامت نفیسی است.
دوم - دوران یرقان - این مرحله بطور متوسط ۱۵ تا ۳۰ روز طول میکشد
یرقان با زردی پوست و مخاطها و بیرنگ شدن مدفوع اعلام میشود.

(۱) یرقان بتدریج شدت مییابد تا حوالی روز دوازدهم بنهایت حدت خود
میرسد با زردی کامل پوست و مخاطات و تمام بدن ادرار کم شده و از ۵۰۰ cc در ۲۴
ساعت تجاوز نمیکند که از نظر سمیولژی مهم است. ادرار حاوی رنگدانه های زیادی
است ولی املاح صفراوی آن کم است. رنگ مدفوع روشن یاسفید بوده یا خاکستری
رنگست. با توباز دوازدهم مقدار کمی صفرا خارج میشود. خارش نادر بوده نبض
چندان کند نیست.

(۲) علائم روده - در این دوره کاملاً از بین رفته است ولی بار زبان تا حدی
باقیمانده است.

(۳) آستنی وجود دارد ولی بسیار خفیف تر از مرحله قبل از یرقان است.

(۴) درجه حرارت معمولاً طبیعی است.

(۵) کبد کمی بزرگ و مختصر دردناکست. طحال نیز گاهی عظیم یافته قابل
دق یا لمس میباشد.

(۶) بندرت مختصری خیز در قوزک پا و ساق دیده میشود.

(۷) این یرقان همراه علائم بیولوژیک است که برای تشخیص کامل مرض کمک خوبی
است و آزار سلولهای کبدی را نیز آشکار کرده برای درک پیش بینی کمک میکند
با تجدید امتحانات آزمایشگاهی بعداً میتوان سیر مرض را کنترل نمود.

الف) علائم خونشناسی:

- کم خونی سبک نرمو کرم با افزایش قطر متوسط گویچه های سرخ

لوکوسیتوز بین ۴۰۰۰ تا ۶۰۰۰ پلوی نوکلر نو تروفیل ۵۰ تا ۶۰ درصد لندالنفوسیتوز

مختصر وجود دارد.

- رسوب گویچه های سرخ (سدیمان توسیون) گاهی افزایش مییابد.

ب) اندازه گیری احتباس رنگدانه و املاح صفراوی: رنگدانه ها و املاح در

ادرار وجود دارند .

- در خون نیز اندازه گیری صفرا میسر است معمولاً کولامی اضافه شده به ۵۰۰ تا ۸۰۰ میلیگرم میرسد اگر با بهبودی مرض پائین نیاید پیش بینی وخامت مرض است .
- اوروبیلین ادرار افزایش مییابد .
- ج- اختلال تعادل آب و املاح : احتباس آب در همه حال تقریباً ثابت بوده و با علائم زیر مشخص میشود :
- کاهش ادرار ، امتحانات مختلف (دی اورز تحمیلی) که تجویز آب باعث افزایش ادرار نمیشود .
- افزایش وزن با وجود تغذیه کم
- اضافه شدن ادرار توأم با بهبودی مریض است .
- اندازه گیری مایع خارج سلولی احتباس داخل سلولی آب را هویدامی سازد .
- بعلاوه احتباس سدیم نیز در کار است و دفع سدیم کم میشود ولی پتاسیم بمقدار فراوان دفع میگردد .
- د- متابولیسم پروتیدی - از تمی طبیعی یا پائین تر از طبیعی است در ثلث موارد آلبومینوری خفیفی وجود دارد .
- پروتیدهای خون از نظر کیفی و کمی تغییر کرده است پروتیدهای کلی (۱) کمی افزایش یافته گلبولین طبیعی بوده یا کمی افزوده است . برعکس سرم آلبومین کمی کاسته شده است .
- فیبرینوژن خون مختصری کاهش یافته
- مقدار کلی پروترومبین حتی بعد از اشباع بتوسط ویتامین K کاهش نشان میدهد
- امتحانات رسوبی (فلو کولاسیون) یعنی سفالین ، کلسترول ، تیمول و غیره مختل شده و عدم تعادل پروتئین های پلاسمائی را نشان میدهد . این امتحانات پروتئین را با الکتروفورز میتوان سنجید .
- ه- متابولیسم چربی ها : کلسترول کلی طبیعی است و موقعی پائین میآید که

سلولهای کبیدی بسختی آزرده شده باشند برعکس کلاسترل استریفیه همواره و بطور زودرس کاهش مییابد.

و- امتحان دفع تحریکی صفراهمگی مختل شده اند بخصوص دفع برموسولفن فتالین مختل گردیده است.

ز- آزمایش دفع ادرار: - گالاکتوزوری تحریکی مختل شده است: مقدار گالاکتوز ادرار اول ۱۰-۷۰ گرم در لیتر است و سرعت در نمونه‌های بعدی از مقدار آن کم میشود.

امتحان هیپورین اوری تحریکی همچنین تغییر کرده یعنی دفع آسیدهیپوریک کم شده است.

ح- عمل آنزیمی کبد: - مقدار فسفاتازها معمولاً از طبیعی کمتر میشود.
- فعالیت کلین استرازی سرم مختصری کاهش یافته است تمام این امتحانات بطور مختلف مختل اند.

سوم- دوران نقاهت با رنگی شدن مدفوع و افزایش ادرار اعلام میشود مقدار ادرار به ۲-۳ لیتر در ۲۴ ساعت میرسد. این پلی‌اوری تا یک هفته ادامه دارد. یرقان بزودی تخفیف یافته و از بین میرود. ولی دوران نقاهت با وجود خوش‌خیمی ظاهری مرض طولانی است آستنی و حساسیت به سرما چندین هفته ادامه مییابد گاهی افزایش ادرار بعد از چندروز که یرقان از بین رفت ظاهر میشود (عدم تطابق بهبودی یرقان با افزایش ادرار) در این مرحله باید برخی از امتحانات را تجدید کرد بخصوص آزمایش‌های اعمال سلولهای کبیدی و آنها را با آزمایش‌های مرحله استقرار مقایسه نمود. امتحانات عملی معمولاً طبیعی شده ولی تست تیمول تا چندین هفته مختل میماند. گاهی با وجود علائم بالینی خوب اختلال اعمال کبیدی برقرار میماند چندین بار امتحانات را باید تجدید کرد و تداوی را تا موقعی باید ادامه داد که این آزمایشها کاملاً طبیعی بشوند.

چهارم - یادگارهای مرض استثنائی نیست:

دردهای زیردنده‌ای راست

- سوء هضم ثانوی

- عدم تحمل مواد غذایی

این اختلالات معمولاً وابسته بوزم کیسه و مجاری صفراوی است در این حال امتحانات عمل کبد و کنترل دقیق بیمار لازم است.

پنجم- اشکال بالینی :

(۱) اشکال علامتی یرقان نزله

الف- اشکال خفیف: بیماری با یرقان مختصر و اختلالات هاضمه و کمی ادرار شایع شروع شده بزودی بهبودی مییابد.

ب- بر حسب درجه حرارت: گاهی تبی وجود نداشته زمانی تب مختصری در تمام دوران بیماری موجود است.

ج- اشکال بدون یرقان: شروع مرض مانند یرقان معمولی است ولی مشی مرض عوض میشود (کوتاه) و یرقانی بوجود نمی آید.

در حقیقت امتحان بالینی کبد بزرگ نشان میدهد. آزمایشهای کبدی مختل شده اند. درجات مختلفی از شکل بدون یرقان نشان میدهد تشخیص در مرحله شیوع مرض (اپیدمی) آسانست ولی در مواقع معمولی دشوار میباشد.

د- اشکال دردناک

ه- اشکال ورم دار: گاهی خیز فراوانی عارض شده و ناراحتی بیمار مبتلارا زیادتر میکند (کارولی) در تمام موارد اعمال کلیوی طبیعی بوده است خیز زیاد در جریان یرقان عفونی اغلب محک و خامت بیماری است.

و- اشکال خارج کبدی: انتشار ویروس را در تمام اعضاء بدن نشان میدهد برخی از جایگزینی های آن شایع تر است:

- جایگزینی گوارش ویروس: التهاب دوازدهه را دیده اند (حتی در امتحانات

یافت شناسی)

علامت بالینی این ورم دوازدهه: - اشکال عبور سند لاستیکی (لوله این هرن) از پیلور (باب المعده).

- شیره دوازدهه آثار تورم را نشان میدهد.

- استاز دوازدهه را پرتو نگاری آشکار میسازد (در حالت هیپر کینزی و هیپوتونی)

این تورم دوازدهه بخوبی میتواند برخی از اختلالات دوره قبل از یرقان و برخی از یادگارهای التهاب ویروسی کبد را توجیه کند.

جایگزینی لوزالمعده باعث تورم این عضو (پانکراتیت) شده و ترشحات آنرا کم میکنند و در تو باژدوازدهه کاهش مقدار شیره خارجی را نشان میدهد (بخصوص لیمپاز لوزالمعده کم میشود) امتحان هیپر گلیسمی تحمیلی (پروو که) نشان میدهد منحنی افزایش قند (پارا دیابتی) ولی توأم شدن این علامت را با التهاب کبدی بایستی با احتیاط تلقی کرد.

برعکس جایگزینی های فوق ویروس A جایگزینی های دیگری موجود است که نادرتر است:

جایگزینی عصبی - غیر از سردرد معه ولی در جریان قبل از یرقان مننژیت با افزایش سلول و آلبومین بدون میکروب هم دیده میشود بطور استثناء ممکن است اختلالات روحی و ضایعات پراکنده در مراکز عصبی دیده شود.

جایگزینی تنفسی: نزله مجاری تنفسی فوقانی در مرحله استقرار مرض و پنوموپاتی های ویروسی با کانونهای پراکنده

۲- اشکال بیماری بر حسب سیر یرقان نزله

الف- یرقان اپیدمیک با عود ولی بدون افزایش تب:

- عود مرض ممکن است زودرس بوده و بلافاصله بعد از حمله ادراری باشد (ری و تارنیه)

- برعکس برگشت مرض ممکن است ۲-۳ هفته بعد از بهبودی باشد (شابرول).

ب- اشکال طولانی: یرقان نزله ای طولانی را ابتدا دیولافوا توصیف کرده

است در این شکل ختم مرض بموقع صورت نگرفته از ۲-۳ ماه و حتی بیشتر طول میکشد گاهی یرقان شدت یافته و رنگ سبز بخود میگیرد زمانی متناوباً شدت یافته و خفیف

میشود گاهی مواقع بروز یرقان تب مختصری بالا میرود. کبد بالنسبه بزرگ شده و سفت میگردد و زمانی عظمطحال مزید میگردد ممکن است لاغری شدیدی نیز عارض گردد.

در اینحال تا بلور مرض بسیار اغواء کننده است و ممکن است بفکر یرقان انسدادی یا سرطان لوزالمعده (با وجود عدم بزرگی کیسه صفرا و غیر قابل لمس بودن آن) یرقانی سنگی نیز بعلمت وجود تب و تغییرات یرقان قابل بحث است. امتحانات بیولوژیکی اغلب کمک زیادی نمی کند معذالك اغلب اختلال عمل کبد هویدا میگردد.

ولی ممکن است یرقان نزله ای بعلمت مکانیکی طولانی گردد در این حال اعمال سلولهای کبدی مختل گردیده و امتحانات آنرا نمایان میکند.

- با وجود افزایش عامل مکانیکی بطور ثانوی در یک یرقان ویروسی امتحانات رسوبی (فلو کولاسیون) منفی است.

- مقدار لیپیدهای خون در یرقان عفونی طولانی چندان بالانگیز نیست تا در سرطان لوزالمعده.

یرقان نزله طولانی در عرض دو تا چهار ماه بهبودی مییابد: گاهی خود بخود- زمانی با درآوردن کیسه صفرا یا تو باژهای مکرر با تزریق تروکلات دوسودوسولفات منیزی. ممکن است یرقان نزله منجر به آتروفی تحت حاد کبد شده یا مبدل به یرقان خطرناک مولد سیروز بشود تو باژ و زه کشی مجاری صفراوی در همه حال برای جلوگیری از این عوارض خطرناک مفید میباشد.

ج- اشکال تشدید یافته - ناگهان برخی از اشکال خطرناک شده منجر به صفر زرد و حاد کبد میشود چه در یرقانهای اپیدمیک چه در موارد انفرادی. خوشبختانه این تحول نادر بوده از ۱/ تا ۵/ درصد تجاوز نمیکند تنها علت مرگ و میر یرقان نزله عارضه فوق است.

از لحاظ بالینی: یرقان مرحله ابتدایی (دوران قبل از زردی) بطور معمولی طی میکند سپس یرقان با خواص معمولی تظاهر میکند این مرحله بینا از ده تا

بیشتر روز طول میکشد (بندرت بیش از ۲۵ روز طول میکشد) ناگهان منظره بیماری عوض میشود و آتروفی زرد تحت حاد یا یرقان مولد سیروز حاصل گردیده بعاقبت بدی منتهی میگردد.

صغرتحت حاد بعلائم زیر مشخص است: - یرقان ادامه یافته حالت عمومی تا حدی خوب است.

تب، هیپرلو کوسیتوز و پلینو کلتوز توأم میگردد.

- گاهی حملات دردناک شکم هویدا میگردد.

- زمانی خیز، خونریزی، آسیت بدون علائم فشارورید باب (هیپرتانسیون پرتال)

- بخصوص حجم کبد جالب نظر است یعنی ابتدا بزرگ بوده در عرض چندین هفته صغرمییابد طحال قابل لمس است.

امتحانات عمل کبد خیلی مختل گردیده است.

مرگ با حالت کاشکسی شدید در عرض یک تا دو ماه فرامیرسد.

امتحان بافت شناسی التهاب منتشر کبد را بامردگی (نکروز) درمرکز لوبولهای

کبد نشان میدهد.

- یرقان خطرناک طولانی مولد سیروز یا سیروز مرس - مارشان - مالروا (۱) تابلو

مرض تقریباً شبیه صغرتحت حاد کبد است ولی:

آسیت اغلب زیادتر بوده و جریان فرعی خون واضح و آشکار است.

آتروفی کبد ثابت نیست - سیرمرض آرام تر و ملایم تر است یعنی ممکن است چند

ماه تا یکسال و بیشتر هم طول بکشد.

پیش بینی سخت بوده ولی سیرمرض همواره مرگبار نیست. در بافت شناسی

تصلب و هیپرپلازی گرهی که قابل جبرانست دیده میشود تورم کبد جالب بوده نکروز

وجود ندارد برخی از انواع آن را ذکر کرده اند که بعد از بهبود ظاهری یرقان

بوجود آمده است.

II - التهاب تلقیحی کبد با هیپاتیت با مبنای سرم

تورم تلقیحی کبد (۱) بعد از تزریقات سرم خون و مواد داروئی ایجاد میشود لذا وسائل تزریق را باید مدت یکساعت در حرارت خشک ۱۶۰ درجه حرارت سترون ساخت. عامل اصلی آن ویروس B میباشد که توصیف شد.

مطالعه بالینی مرض

علائم بالینی و بیولوژیک این مرض نظیر التهاب کبد برانرو ویروس A یا یرقان نزله است و در موارد نادر که منجر بامتحان بافت‌شناسی شده همان ضایعات را آشکار میسازد که اشکال خطرناک یرقان نزله تنها اختلاف عبارت از طولانی بودن دوره نهفتگی مرض است که بطور متوسط ۴ تا ۲۰ روز و گاهی بیشتر است.

III - صفر زرد حاد کبد (۲)

علت - این مرض را نیز مربوط به ویروس B و A میدانند زیرا در اپیدمیهای هیپاتیت های عفونی زیاد دیده میشود و از لحاظ جغرافیائی انتشار آنها یکی ولی بنظر میرسد در ایجاد آن برخی عوامل هم دخیل باشد از قبیل نژاد و سرشت مخصوص، مسه و میت‌های مزمن قبلی، محرومیت از اغذیه، حاملگی و غیره.

علائم بالینی - (۱) شروع مرض: تب، لرز و کوفتگی علائم ابتدائی را تشکیل میدهند.

بزودی علائم و خامت تظاهر میکنند: تب ۳۹-۴۰ درجه، بهت، خشکی زبان شکم نفاخ و دردناک، اسهال - نبض سریع و ضعیف - گاهی پورپورا، رعاف و اریتم (۲) مرحله استقرار - با تظاهر یرقان اعلام میشود سه نوع علامت ممیز مرحله استقرار صفر زرد حاد کبد است.

یرقان: گاهی واضح و آشکار ولی اغلب چندان شدید نیست در ادرار فقط بیلیروبین وجود دارد. بتدریج که مرض پیشرفت میکند و خامت مییابد یرقان از بین میرود معذالك مدفوع کم رنگ تر میشود و این را فقدان صفرا (۳) مینامند.

۱ - h.d'inoculations

۲ - atrophie jaune aigue du foie

۳ - acholie

خونریزیها - پورپورا - اکیموزهای خود بخود و تحریکی ، خونریزی از لثه‌ها ، از معده (هماتمز) از روده‌ها (ملنا) و غیره .

خونریزی وابسته بدو عامل است : عروق و خون . تعیین زمان انعقاد و مقاومت موی رگها این امر را ثابت میکنند .

علائم عصبی - شدید است آشفتگی حافظه (کنفوزیون مانتال) ، هذیان ، اضطراب ، گاهی فراموشی و از حال رفتگی با مراحل تحریکی متناوب بالاخره مرحله اغما ، آخر بیماری .

علائم آزار مننژ در کار نیست ، مایع نخاع کاملا طبیعی است .

امتحان فیزیکی - امتحان روزانه کبد نشان میدهد که حجم آن بتدریج کاسته میشود گاهی با پرتو نگاری آنرا تأیید کرده‌اند . لمس ناحیه کبد دردناکست طحال معمولا عظم یافته است .

(۳) سیر بیماری - سرعت بطرف خرابی حالت عمومی و وخامت و مرگ میرود . حرارت ممکن است کاسته شده ولی نبض همچنان سریع بماند فشار خون پائین آمده ورقم حداکثر و حداقل بهم نزدیک میشود . ادرار کم میشود و حاوی مقدار کمی آلبومین است مرگ در عرض دو روز ممکن است فرارسد . بعد از تظاهر یرقان گاهی در حالت اغما ، کبدی (دراغما ، کبدی تنفس کوسه‌ول یا شین سٹک وجود دارد)

(۴) علائم بیولوژیک : تمام امتحانات شدت آزار کلی سلولهای کبد را آشکار میدارد و علائمی نظیر علائم در آوردن تجربی کبد را ایجاد میکنند .

یرقان : کولمی کمتر از یرقان نرله است کولالمی (۱) خیلی کم افزوده است .

متابولیسیم مواد آیدروکاربنه : بشدت بهم خورده است .

قند خون بسیار پائین آمده این امر در سایر بیماریهای کبد استثنائی است برعکس

گالاکتوزوری تحمیلی طبیعی است .

لیپیدها : خیلی کاسته شده است کلسترل تام و استرینیه خیلی کم شده است .

متابولیسیم پروتئیدها: پروتئین‌های تام پائین آمده و روزانه نسبت سرم آلبومین به گلبولین کم میشود.

فیبرین خون و پروترومبین بمقدار معتنا بهی کاسته میشود.

عمل مولد اوره: بسیار مختل شده است چنانکه شاهد آن کاهش اوره خون است که مخالف افزایش ازت ذخیره و آسیدهای آمینه در خون است.

آسیدوز: معمولاً تا بلومرض را تکمیل میکند و اختلال عمیق اعمال کبد را بحد کمال نشان میدهد.

سندرم‌های بیواثریک مطلقاً ثابت نبوده بلکه اغلب غیر متناسب (۱) است.

اشکال بالینی

(۱) صفراهای دردناک کبد: مشخص آن درد شدید پهلووی راست است (هیپوکندر راست) نظیر قولنج کبد و حتی بعضی از بیماران را بعنوان وجود سنگ صفرا تحت عمل جراحی قرار داده‌اند.

(۲) اشکال بر حسب زمینه مزاجی - آتروفی زرد معمولاً در افرادیکه قبلاً کبد آزرده دارند یا مبتلا به آلکل و سایر مسمومیتها هستند دیده میشود بیشتر در زنان آبستن (۶۰ درصد) بروز میکند.

آتروفی زرد حاد کبد در زنان آبستن باید از یرقانهای سمی بعلمت استعمال مواد بمنظور سقط جنین تفکیک کرد.

(۳) اشکال طولانی: بصورت آتروفی تحت حاد کبد در میآید (یرقان خطرناک مولد سیروز) تشخیص افتراقی آنها روی علائم ایندواست.

(IV) اشکال بالینی یرقانهای هفونی بر حسب زمینه مزاجی

سیروز الکلی - برخی از هیپاتیت‌های ویروسی تصادفی ممکن است در افراد مبتلا به سیروز بوجود آمده و ایجاد یرقان در آنان بکند این حالت را در انتقال خون به مبتلایان سیروز الکلی مشاهده کرده‌اند (درمان سیروز با خون)

آسیب شناسی پر قانهای عفونی

I) یرقان نزله‌ای یا شکل قابل درمان هپاتیت عفونی - بر اثر بزل بیوپسی کبد مطالعات دقیقی درباره بافت شناسی این مرض بعمل آمده است علائم بافتی در شکل یرقانی و غیر یرقانی کاملاً یکی است .

۱) در شروع مرض بزل بیوپسی کبد التهاب شدید وی رگهار ابا اکسوداسیون بینابینی (هپاتیت سیروز) نشان میدهد .

۲) روز دهم تا دوازدهم آزار دژنراتیو در سلولهای کبدی با درجات مختلف دیده میشود ضایعات بصورت جزایر کوچک در مراکز لبولها دیده میشود. ساختمان وضع قرار گرفتن رشته‌های سلولی (تراپیکولر) بهم خورده است و تشکیلات سلولی نامنظم گردیده است .

۳) چند روز بعد: نسج مزانشیمی کبد رشد و تاحدی ترمیم مییابد در این مرحله در مجاری کوچک صفراوی چوب پنبه‌هایی از سلولهای خراب شده و صفراوی غلیظ باعث انسداد این مجاری میگردد که بدان میتوان ترومبوز مجاری صفراوی نام نهاد .

۴) در حوالی سی و پنجمین روز سلولها بطور قابل ملاحظه‌ای مرمت مییابند.

II) در هپاتیت طولانی مجاری کوچک صفراوی بعلت هجوم صفرا اتساع مییابند.

III) در اشکال طولی علائم تشریحی همانست که ضمن علائم بالینی ذکر شد.

IV) در اشکال تشدید یافته ناگهانی آثار تشریحی نظیر آتروفی زرد حاد کبد

است . جدار کیسه صفرا در نصف موارد خیزدار است .

مجاری صفراوی آزاد است . نادر است که مجرای کلدوک بعلتی مسدود

شده باشد .

خیز و التهاب در کلدوک ، دوازدهه و سایر قسمت‌های روده‌ها دیده میشود . در

۳ موارد حجم طحال افزوده است .

V - هپاتیت بعلت ویروس B دارای ضایعات تشریحی نظیر هپاتیت A است .

VI - در صفرا زرد و حاد کبد - کبد کوچک شده و در داخل کپسول وسیعی

قرار گرفته است .

در مقطع صفر قرمز با رنگ قرمز عضلانی باقی‌مانده‌های صفر زرد زعفرانی، مجاری صفر اوی دست نخورده می‌باشند .

از نظر بافتی : نکروز وسیع دیده می‌شود ، سلول‌های کبد کاملاً از بین رفته و فساد چربی یافته‌اند حدود لب‌ها سالم است .

واکنش التهابی ماکروفاژی- گاهی نواحی مرمت یافته از سلول‌های هیپربلازی یافته دیده می‌شود .

طحال بزرگ شده است .

کلیه‌هاورم کرده و قوام نرمی پیدا کرده است .

پاتوژنی برقان دو جزایان هپاتیت های ویروسی

التهاب خود کبد یا ضایعات مجاری صفر اوی خارج کبدی را در ایجاد برقان مسئول دانسته‌اند .

(۱) عمل هپاتیت : آیا مکانیسمی که باعث آزار سلول‌های کبد گردیده می‌تواند موجب برقان گردد؟

کارلی توقف صفر ارا بعلت انسداد مجاری صفر اوی میداند و پس زدن صفر ا در خون را موجب برقان میداند .

فیسنژر تصور می‌کند که پاره شدن مجاری کوچک و انترستیسیل صفر اوی علت برقان است یعنی پاره شدن صف سلول‌های فساد یافته (۱) رابطه بین سلول‌های صفر اوی را با فضای ریز سلول‌های کوپفر باز کرده سپس با مویرگ‌های خونی مربوط می‌گردند .

ممکن است دو دلیل فوق با هم صادق باشند زیرا در زیر ریز بین وجود موانع مجاری کوچک را مشاهده می‌کنیم که احتمال دارد بطرف فضا‌های عروقی راه بیابد .

(۲) احتباس صفر ادر کلدوک - در برقان‌های طولانی است که این مانع در کلدوک دیده می‌شود در مقابل آزار کلدوک بدی انقباض یا دیسکینزی مجاری صفر اوی

و بخصوص اسفنکترادی هم عمل دارد .

التهاب دوازده می‌تواند همین عمل را ایجاد کند .

(۳) عمل ورم کبد و عوامل مکانیک مجاری صفرا - ویروس معه - و لا کبد و دستگاه هاضمه را توامان می‌آزارد. برخی از التهابهای کبد علت یرقان را تشکیل میدهد و اگر اسپاسم اسفنکترادی یا التهاب کلدوک اضافه شود باعث طولانی شدن یرقان شده و احتباس صفراوی بنوبه خود موجب شدت آزار سلولهای کبد خواهد شد.

تشخیصی افراتی - گاهی شکل خفیف اسپروکتوز یرقانی خونزا یا برخی گند خونی (پرفرنژانس ، استرپتوکوک همولیتیک ، گنوکوک یا مننگوکوک) یرقان پاراتیفوئید ، یرقان با منشاء سمی ، کوفت کبد و یرقان درمانی و غیره .

بهترین علائم نشانه‌های مراحل قبل از یرقانی است ولی برخی از عوامل تا بلو نظیر یرقانه‌های ویروسی دارند : - برخی از توکسی انفک-یونهای غذائی

پدیده‌های عدم تحمل

یرقانه‌های هیجانی (۱)

بایرقانه‌های انسدادی با سنگ وقتی با درد ، تب ، لرز و مختصر تغییر یرقان در کار باشد ولی مرحله قبل از یرقان نیست بعلاوه سابقه و سیر مرض مهم است .

یرقانه‌های طولانی : با سرطان سرلوزالمعده و بایرقانه‌های احتباس قابل بحث است زیرا ممکن است مرحله قبل از یرقان بدون توجه گذشته باشد. سرطان لوزالمعده میتواند با آستنی و اختلالات هاضمه توأم شود در یرقان طولانی کاهش ادرار از بین میرود کبد ممکن است زیاد بزرگ شود. لاغری ممکن است قابل ملاحظه باشد کیسه صفرا در سرطان در همه حال قابل لمس نیست. امتحان ترشحات لوزالمعده ممکن است گمراه کننده باشد یعنی ویروس آنرا آزرده و ترشحات را تغییر داده باشد . بزل بیوپسی در همه احوال مسئله را حل نمیکند تنها عمل جراحی و تفتیش اکتشافی کمک خواهد کرد و راد یومانومتری تا حدی علت طولانی شدن یرقانرا

آشکار می‌کند.

در تشخیص مثبت مرض: در ویروس سرنگ (SH) کمون خیلی طولانی‌تر از ویروس عفونی (IH) است و یروس‌ها را فعلاً نمیتوان بخوبی مجزا کرد و مورد مطالعه قرار داد فقط از لحاظ بالینی و تست‌های کبدی و بزل بیوپسی کمک می‌کند. در هپاتیت ویروسی ممکن است ذات‌الریه ویروسی نیز در ریه‌ها موجود باشد (RX کمک خواهد کرد) امتحان پول و پونل هم برای جستجوی مونونوکلئوز و تفکیک بیماری کمک می‌کند. امتحانات آگلوتیناسیون فعلاً قابل استفاده نیست.

درمان هپاتیت‌های عفونی

پیش‌گیری هپاتیت‌های ویروسی - جدا کردن بیماران چندان مهم نیست زیرا سرایت مرض قابل ملاحظه نمی‌باشد از طرفی مدت جدائی را نمیتوان معین کرد ممکن است بیمار مدتها بعد از بهبودی ناقل ویروس باشد فقط مسئله که مهم است این است که در صورتی در جریان ناخوشی احتیاجی به تزریقات باشد باید وسایل تزریق منحصر بخود بیمار باشد و برای دیگران بکار نرود.

در جریان واکنش‌های محصلین و سربازان و غیره این موضوع باید (سترون کردن و سائل) رعایت کردن حرارت خشک ۱۶۰ درجه مدت یکساعت برای این احتیاط کافی است.

اشکال مهم در این جا است که سرم ناقه‌پین یا خون آنان را نمیتوان سترون کرد (این افراد را در همه حال نمیتوان شناخت تا از خون آنها استفاده نشود) ولی از انتقال خون افراد یرقانی یا آنها یک‌تا که تا سه سال قبل مبتلا گردیده‌اند نباید مورد استفاده قرار بگیرد افزودن مواد شیمیایی یا صاف کردن سرم و خون نمری ندارد.

درمان یرقان کاتارال - حتی الامکان نباید دارو بکار برده شود استراحت در تخت خواب تا از بین رفتن کامل یرقان ضروری است غذای روزهای اول: کمپوت، فرنی شیر برنج، سوپ سبزی و غیره گاهی استفراغ مانع تغذیه است لذا بمقادیر کم آب میوه و شربت به لیمو با آب لیمو مفید است. از روز ششم میتوان مواد قندی زیاد، گوشت‌های

مختلف بی چربی، پوره سیب زمینی، مربا، گوشت‌های کباب‌شده، کمی ترچلو و بامختصری کره و غیره.

عصاره جگر، ویتامین‌های گروه B، تئوفیلین و آتروپین توأم با گلو کونات کلسیم (برای ضد اسپاسم مجاری صفراوی) مفیدند. از روز ۱-۲ استعمال این داروها به‌مورد خواهد بود.

آنتی بیوتیک‌ها جزئی‌ترین اثری نشان نمی‌دهند و اورئومیسین بهیچ وجه نتوانسته است طول مرض را کوتاه کرده یا از مزمن شدن آن جلوگیری نماید. برعکس در اشکال طولانی لوله گذاردن درد و از دهه (توباژ) اثرات خوبی دارد. از هفته سوم مرض هفته‌ای دو بار توباژ می‌کنند.

در اشکال یرقانی بعد از یک ماه شش بار توباژ برای بهبودی مرض و از بین بردن موانع مجاری صفراوی کمک شایانی می‌کند.

در اشکال مزمن برخی از مؤلفین اورئومیسین را مفید دانسته‌اند ولی ما آنرا تجویز نمی‌کنیم زیرا ممکن است فلور میکروبی روده را بهم‌زده ایجاد اسپهال و بائی شکل و غیره بکند بخصوص در جریان یرقان عمل فلور روده اهمیت بسزائی دارد. کورتیزن و متاکرتن برای جلوگیری از تصلب مفید است روزانه ۲۵ میلی گرم کورتیزن و ۳۰ میلی‌گرم متاکرتن را تا مدت ۱۵ روز می‌توان بکار برد این دارو برای بهبودی گاهی اثرات خوبی دارد.

البته ویتامین B و K وقتد زیاد و پروتید زیاد باید بکار برده شود عصاره جگر و گروه ویتامین B هم گاهی مفید است.

درمان یرقان‌های شدت یافته و وخیم - اسید گلو تامیک داروی بسیار خوبی است (بنظر برخی از مؤلفین) که بصورت تزریق داخل وریدی بمقدار ۲ گرم در روز بکار میرود اسید گلو تامیک بشکل املاح منیزی یا کالسیسم از وخامت مرض جلوگیری می‌کند و گاهی اثرات خوبی نشان میدهد. ملح سدیم اسید گلو تامیک باعث احتباس آب میشود. اسید گلو تامیک گاهی قادر است بیمار را از اغماء بهوش آورد. بنظر میرسد که اثر اسید گلو تامیک برای آنست که بدن قدرت دفاعی در مقابل مسمومیت از آمونیاک

که از اختلال عمل کبد (بواسطه اختلال ایجاد اوره) حاصل میشود دفاع کند بعلاوه
بمراکز مغزی قدرت آنرا میدهد که از آزرده‌گی در پناه بماند، زیرا آزارهای عصبی
غیر قابل جبران در یرقان خطرناک شایع است، تا کبد بتواند فعالیت خود را از
سر بگیرد.

در یرقان خطرناک تورمیسین یا ترامیسین و کرتیزن ویتامین B کمپلکس توأم
با اسید گلو تامیک مفید بنظر رسیده و در ترمیم ضایعات کبد تا حدی مؤثر است.
ولی باید دانست که خود تورمیسین در ایجاد استاتوز کبدی دخالت دارد و کرتیزن
باعث افزایش آب بدن میشود لذا متاکرتاندرالون (داروی جدید از مشتقات کرتیزن)
مفیدتر است.

پرفوزیون ویتامینها و سرم‌های قندی و پروتیدی جبران احتیاج غذایی را خواهد
کرد یک لیتر سرم هیپرتونیک قندی برای ایجاد هزار کالری کافی است.
پروتئین‌ها را بصورت سرم آلبومین یا پروتئولیز میتوان بکار برد ساده‌تر از
همه تزریق پلاسما است.

بهبتر است به بیمار از دهان چیزی تجویز نکنند مقدار دو لیتر سرم بصورت گوناگون
برای جبران مافات کافی است.

مخلوط با سرم ویتامین C و K و PP نیز میتواند بکار برد.
یادگارهای هپاتیت های عفونی: باقیماندن هپاتیت مختصر (۱) - افزایش
بیلی روبین خون - آلرژی دستگاہ گوارش - سندرمهای دردناک در کیسه صفرا
(سنگ یادیسکینزی و التهاب مجاری) - زمینه مزاجی آماده و اختلال دستگاہ نباتی
سنگ کیسه صفرا - سیروز - اختلال دوازدهه و لوزالمعده.

سیروز و آتروفی زرد حاد را معمولا در افرادی که آزرده‌گی قبلی کبد دارند
بیشتر مشاهده میکنیم.

یرقانهای خطرناک نوزادان بعلمت اختلال گروه خونی مادر و طفل و اختلالات
مادرزادی مجاری صفراوی است.

مأخذ

La Revue du Praticien 11 juillet 1955
journal d'Etudiant en Medecin 1954
Questions d'internat de Paris 1949