

## توده های ویروسی کبد نگارش

دکتر محمدعلی مولوی

رئیس درمانگاه عفونی بیمارستان بهلوی

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 هریک توصیف خواهیم کرد :

- یرقان نزله واشکال بالینی آن

- تورم کبد با منشاء سرمی (۱)

- صغیرزد حاد کبد

التهاب های ویروسی کبد را بیشتر در پائیزو زمستان بصورت اپیدمی های بزرگ و کوچک مشاهده میکنند انسان مخزن ویروس میباشد و با منتقال از راه دستگاه گوارش صورت میپذیرد .

ویروسهای مسئول - تحقیقات زیادی اخیراً درباره آنها بعمل آمده و توائسته اند با نسبتهای کم و بیش ویروسهای مسئول را به پرندگان و حیوانات منتقال دهنده ( از ترشح حلق و بینی ، صاف کردن مدفوع ، شیره دوازدهه ، ادرار )

دونوع ویروس مسئول شناخته شده است ویروس A و ویروس B

۱) ویروس A مسئول تورم اپیدمی کبد است که دوزه نهفتگی آن ۲-۶ هفته میباشد انتهای 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 تاکنون شناخته شده است.

مخزن ویروس انسان است از راه مدفوع و خون و سایر ترشحات منتقل میکنند حاملین سالم نیز وجود دارد ، آب ، میوه ، صدف ها ، سبزیهای خام ، شیر و

ظروف آشپزخانه میتواند ویروس را با فراد 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 هپاتیت تلقیحی است فقط از راه تزریق (۱) قابل انتقال است. دوره کمون آن ۲-۵ ماه است در افراد درمان شده تا چند سال ممکن است حامل ویروس باشند اشخاص سالم ناقل هم وجود دارد. مقاومت آن بهتر از ویروس A بوده نسبت به واد ضد عفونی کننده معمولی مقاوم است در حرارت چوش مدت هزار زنده میماند در حرارت خشک ۱۶۰ درجه یکساعت زنده میماند این اطلاعات از لحاظ پیش گیری اهمیت بسزائی دارد. در زمان فعلی امتحان بیولوژیکی مطمئنی برای تشخیص هیپاتیتهای ویروسی در دسترس نماییست با وجود زحمات زیاد دانشمندان تستی از نظر آزمایشگاهی وجود ندارد تشخیص فقط از لحاظ بالینی میسر است بعلاوه چستجوی خود ویروسها که آنهم کار آسانی نیست.

از نظر اپیدمی شناسی : ویروس هپاتیت A - ۹۳ درصد ایجاد اشکال خوش خیم بیماری میکند. 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 حساس ترند عارضه قبلی کبد نیز از نظر ابتلاء 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 مبتلا یان بعوارض روده ای مشاهده میکنیم. طرز انتقال در همه احوال غیر مستقیم و از مصرف مواد غذائی آلوه صورت می پذیرد (آب، شیر، کره، مواد غذائی خام). در یک اپیدمی که ۳۵۰ نفر داشت آموزه بتلا شده بودند آلوه گی 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 آلوه)

وا کسینوستیل وغیره) بر اثر تداوی و واکسیناسیونها اپیدمیهای زیادی دیده شده است مانند تلقیح واکسن ضد تب زرد به هزاران سر باز آمریکائی تلقیح سرم ناقه بدانشجویان وغیره. دوره کمون هر خوب بین ۴۰ تا ۳۰۰ روز است هرچه دوره کمون کمتر باشد هر خوب و خیلی تراست فصل تأثیری در ایجاد آن ندارد بیشتر سرنگ آلوده وسائل درمانی و تلقیح سرم و واکسن وغیره آنرا ایجاد میکند. خطر مرد 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 بھبودی ناقل و حاوی ویروس باشد - مکانیسم انتقال از تزریقات خون و سرم، زرق داروهای از راه ورید، داخل عضله و زیر جلد. مولارهوری (۱) ثابت کرده اند که دخول خون در موقع تزریقات در سرنگ و یا سروزیته و یا در موقع فرمول شمارش وغیره ویروس داخل ادوات پزشک 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 بعلم تلقیح تصادفی مبتلا گردند. بر اثر تزریقات پلاسم که از مخلوط کردن سرم اشخاص مختلف حاصل شده خطر بیشتری وجود دارد. در تزریقات داروئی بیمارستانی نیز این انتقال شایع تراست (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.

خطراین تورم کبد بیشتر است انتقال تعداد زیادتر ویروس کفتامیناسیون- ماسیو (۲) از راه داخل ورید در اینجا دخیل است و در بیماران و افرادی که عارضه قبلی کبدی دارند هر خوب شدیدتر بروز میکند. مرک و میر در این هپاتیت شایع تراست در مراکز انتقال خون و بانگ خون وغیره اپیدمی و انتشار زیادتر دیده میشود. این اطلاعات از لحاظ جلوگیری مرد مفید میافتد.

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

## اشکال هپاتیت میپردازیم :

## I. یرقان فزله یا هپاتیت خوش‌خیم و ویروسی یرقان‌زا

این یرقان شایع‌ترین هپاتیت‌های ویروسی است و از لحاظ بالینی سه مرحله

بدان قائل می‌شوند :

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

مرحله جالب است :

۱) اختلالات هاضمه عبارتند از :

- بی‌اشتهاهی شایع تراز همه است.

- تهوع گاهی مزاحم و بسیار لجوج است

- قی

- یبوست شایع است

- زبان باردار

- تقریبا در ثلث موارد درد شکم که محل آن در گودی بالای دل یا  
مجاور ناست.

اغلب درد در ناحیه کبد و کیسه صفر است.

۲) ناراحتی عمومی (۱) که مشخص است به :

- آستمنی 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 کهیری دیده می‌شود در این مرحله تشخیص بیماری خیلی مشکل است  
مگر اینکه از شیوه عرض آگاه باشیم، عظم مختصر کبد و درد آن در ملامسه تاحدی

به پزشک بیدار کمک می‌کند این خصوصیات اور ویلین ادرار در 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 می‌باید تا حدود روز دوازدهم بهایت حدت خود  
میرسد با زردی کامل پوست و مخاطات و تمام بدن ادرار کم شده و از  $500\text{--}2400$  در ساعت تعماز نمی‌کند که از نظر سیمیولژی مهم است. ادرار حاوی رنگدانه‌های زیادی است ولی املاح صفر اوی آن کم است. رنگ مدفوع روشن یا سفید بوده یا خاکستری رنگ است. با تو باز دوازده مقدار کمی صفرا خارج می‌شود. خارش نادر بوده نبض چندان کند نیست.

۲) علائم روده - در این دوره کاملاً ازین رفتہ است ولی بار زبان تا حدی باقیمانده است.

۳) آستنی وجود دارد ولی بسیار خفیفتر از مرحله قبل از یرقان است.

۴) درجه حرارت معمولاً طبیعی است.

۵) کبد کمی بزرگ و مختصر دردناک است. طحال نیز گاهی عظم یافته قابل دق یا لمس می‌باشد.

۶) بندرت مختصری خیز درقوذک پا و ساق دیده می‌شود.

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

#### الف) علائم خونشناسی:

- کم خونی سبک نرم و کرم با افزایش قطر متوسط گویچه‌های سرخ لو کوسیتوز بین  $4000\text{--}6000$  پلی نو کلرنو تروفیل  $50\text{--}60$  درصد لذالت فوسیتوز مختصر وجود دارد.

- رسوب گویچه‌های سرخ (سدیماتوسیون) گاهی افزایش می‌باید.

ب) اندازه گیری احتیاس رنگدانه و املاح صفر اوی: رنگدانه‌ها و املاح در

ادرار وجود دارد.

- در خون نیز اندازه گیری صفر امیسر است معمولاً کوامی اضافه شده به ۰۰۰ تا ۸۰۰ میلیگرم می‌رسد اگر با بهبودی مرض پائین نماید پیش بینی و خامت مرض است.
- اوروبیلین ادرار افزایش می‌نماید.

ج- اختلال تعادل آب و املاح: احتباس آب در همه حال تقریباً نابت بوده و با علائم زیر مشخص می‌شود:

- کاهش ادرار، امتحانات مختلف (دی اورز تهمیلی) 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 هویدامیسازد.

- بعلاوه احتباس سدیم نیز در کار است و دفع سدیم کم می‌شود ولی پتاسیم بمقدار فراوان دفع می‌گردد.

د- متابولیسم پروتئینی - از تمی طبیعی یا پائین تر از طبیعی است در نلت موارد آلبومینوری خفیفی وجود دارد.

- پروتیدهای خون از نظر کیفی و کمی تغییر کرده است پروتیدهای کلی (۱) کمی افزایش یافته گلوبولین طبیعی بوده یا کمی افزوده است. بر عکس سرم آلبومین کمی کاسته شده است.

- فیبرینوز خون مختصری کاهش یافته

- مقدار کلی پروتومیان حتی بعد از اشباع بتوسط ویتامین K کاهش نشان میدهد.

- امتحانات رسوی (فلوکولاسان) یعنی سفالین، کلسترول، تیمول و غیره مختل شده و عدم تعادل پروتئین‌های پلاسمائی را نشان میدهد. این امتحانات پروتئین را با الکتروفرز می‌توان سنجید.

- ه- متابولیسم چربی‌ها: کلسترول کلی طبیعی است و موقعی پائین می‌آید که

سلولهای کبدی بستختی آزرده شده باشند بر غکس کلسترول استریفیه همواره و بطور زودرس کاهش می‌یابد.

و- امتحان دفع تحریکی صفر اهمگی مختلف شده‌اند بخصوص دفع بر موسولفن فتالین مختلف گردیده است.

ز- آزمایش دفع ادرار: - گالاکتوزوری تحریکی مختلف شده است: مقدار گالاکتوز ادرار اول ۱۰-۷۰ گرم در لیتر است و بسرعت 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 مختلف‌اند.

سوم- دوران نقاوت با رنگی شدن مدفوع و افزایش ادرار اعلام می‌شود مقدار ادرار به ۲-۳ لیتر در ۴ ساعت میرسد. این پلی اوری تا یک هفته ادامه دارد. یرقان بزودی تخفیف یافته واز بین می‌رود. ولی دوران نقاوت با وجود خوش‌خیه‌ی ظاهری مرض طولانی است آستنی و حساسیت به سرما چندین هفته ادامه می‌یابد گاهی افزایش ادرار بعد از چند روز 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 کبدی و آنها را با آزمایش‌های مرحله استقرار مقایسه نمود. امتحانات عملی معمولاً طبیعی شده ولی تست تیمول تا چندین هفته مختلف می‌ماند. گاهی با وجود علائم بالینی خوب اختلال اعمال کبدی 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 زیر دنده‌ای راست

-سوء هضم ثانوی

-عدم تحمل مواد غذائی

این اختلالات معمولاً وابسته بورم کیسه و مجاری صفراء وی 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 میباشد.

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 مختلف شده‌اند. درجات مختلفی از شکل بدون یرقان نشان میدهد تشخیص در مرحله شیوع مرض (اپیدمی) آسان است ولی در موقع معمولی دشوار میباشد.

د- اشکال دردناک

ه- اشکال ورمدار: گاهی خیز فراوانی عارض شده و ناراحتی بیمار مبتلا را زیادتر میکند (کارولی) در تمام موارد اعمال کلیمی طبیعی بوده است خیز زیاد در چریان یرقان عفونی اغلب محک و خامت بیماری است.

و- اشکال خارج کبدی: انتشار ویروس را در تمام اعضاء بدن نشان میدهد برخی از جایگزینی‌های آن شایع‌تر است:

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

بافت‌شناسی)

علائم بالینی این ورم دوازدهه: - اشکال عبور سند لاستیکی (لوله‌این‌هرن) از پیلوو (باب المعدة).

-شیره دوازدهه آنار تورم را نشان میدهد.

-استاز دوازدهه را پر تو نگاری آشکار می‌سازد (در حالت هیپر کینزی و هیپو تونی) 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 (پانکر آتیت) شده و ترشحات آنرا کم می‌کند و در تو باز دوازدهه کاهش مقدار شیره خارجی را نشان میدهد (بخصوص ایپاز لوزالمعده کم می‌شود) امتحان هیپر گلیسمی تحملی (پروو که) نشان میدهد منحنی افزایش قند (پارادیابتی) ولی توأم شدن این علامت را با التهاب کبدی بایستی باحتیاط تلقی کرد.

بر عکس جایگزینی های فوق ویروس A جایگزینی های دیگری موجود است که نادرتر است:

**جایگزینی عصبی** - غیر از سردرد معمولی در جریان قبل از یرقان منتشریت با افزایش سلول و آلبومین بدون میکرب هم دیده می‌شود بطور استثناء ممکن است اختلالات روحی و ضایعات پراکنده در مرآکز عصبی دیده شود.

**جایگزینی تنفسی**: نزله مجاری تنفسی فوکانی در مرحله استقرار مرض و پنوموباتی های ویروسی با کانو نهایی پراکنده

## ۲- اشکال پواماری بحسب هیو یرقان نزله

الف- یرقان اپیدمیک با عود ولی بدون افزایش تب:

-عود مرض ممکن است زودرس بوده و بلا فاصله بعد از حمله ادراری باشد (دیگر و تاریخی)

-بر عکس برگشت مرض ممکن است ۲-۳ هفته بعد از بهبودی باشد (شاپرول).

ب- اشکال طولانی : یرقان نزله ای طولانی را بتدادی ولا فوا 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 در نگ سبز بخود می‌گیرد زمانی متناوب با شدت یافته و خفیف

میشود گاهی مواقع بروز یر قان تب مختصری بالامیرود. کبد بالتنسبه بزرگ شده و سفت میگردد و زمانی عظم طحال مزید میگردد ممکن است لاغری شدیدی نیز عارض گردد.

در اینحال تابلو در مرض بسیار اغواه کننده است و ممکن است بفکر یر قان انسدادی یا سرطان لوزالمعده (با وجود عدم بزرگی کیسه صفراء و غیرقابل امس بودن آن) یر قانی سنگی نیز بعلت وجود تب و تغییرات یر قان قابل بحث است. امتحانات بیولوژیکی اغلب کمک زیادی نمی کند معاذالک اغلب اختلال عمل کبد هویدا میگردد.

ولی ممکن است یر قان نزله‌ای بعلت مکانیکی طولانی گردد در این حال اعمال سلولهای کبدی مختلف گردیده و امتحانات آنرا نمایان میکند.

- با وجود افزایش عامل مکانیکی بطور نانوی در یک یر قان ویروسی امتحانات رسوی (فلوکولاسانیون) منفی است.

- مقدار لیپیدهای خون در یر قان عفونی طولانی چندان بالانیست تا در سرطان لوزالمعده.

یر قان نزله طولانی در عرض دو تا چهار ماه بهبودی میباشد: گاهی خودبخود-زمانی بادر آوردن کیسه صفراییا تو بازهای مکرر با تزریق تروکلات دوسود و سولفات منیزی. ممکن است یر قان نزله منجر به آتروفی تحت حاد کبد شده یا مبدل به یر قان خطرناک مولسیروز بشود تو باز وزه کشی مباری صفر اوی در همه حال برای جلوگیری از این عوارض خطرناک مفید میباشد.

ج- اشکال تشخیصی - ناگهان برخی از اشکال خطرناک شده منجر به صغری زرد و حاد کبد میشود چه در یر قانهای ایدمیک چه در موارد انفرادی. خوشبختانه این تحول نادر بوده از ۱٪ تا ۵٪ درصد تجاوز نمیکند تنها علمت مرگ و میر یر قان نزله عارضه فوق است.

از لحاظ بالینی: یر قان مرحله ابتدائی (دوران قبل از زردی) بطور معمولی طی میکند سپس یر قان با خواص معمولی تظاهر میکند این مرحله بینا بین از ده تا

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

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

تب، هیپرلو کوسیه و زوپلی نو کله وز توأم میگردد.

- گاهی حملات دردناک شکم هویتا میگردد.

- زمانی خیز، خونریزی، آسیت بدون علائم فشاروریدباب (هیپرتانسیون پر تال)

- بخصوص حجم کبد جالب نظر است یعنی ابتدا بزرگ بوده در عرض چندین هفتۀ صغر میباشد طحال قابل لمس است.

امتحانات عمل کبد خیلی مختل گردیده است.

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

امتحان بافت‌شناسی التهاب منتشر کیدرا با مردگی (نکروز) در مرکز لبو لهای کبد نشان میدهد.

- یرقان خطرناک طولانی مولد سیروز یا سیروز مرس-مارشان-مالرو(۱) تا بلو

مرض تقریباً شبیه صغر تحت حاد کبد است ولی:

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

آتروفی کبد نابت نیست - سیر مرض آرام تروملایم تراست یعنی ممکن است چند ماه تا یکسال و بیشتر هم طول بکشد.

پیش بینی سخت بوده ولی سیر مرض همراه مربار نیست. در بافت‌شناسی 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 هپاتیت با هبنای سرم

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

## مطالعه بالینی هر رض

علائم بالینی و بیولژیک این مرد نظیر التهاب کبد برآزو ویروس A یا یرقان نزله است و در موارد نادر که منجر بامتحان بافت‌شناسی شده‌همان ضایعات را آشکار می‌سازد که اشکال خطرناک یرقان نزله تنها اختلاف عبارت از طولانی بودن دوره نهفتگی مرد است که بطور متوسط ۴ تا ۲۰۰ روز و گاهی بیشتر است.

## III - صفر زرد حاد کبد (۲)

علم - این مرد را نیز مر بو طبه ویروس B و A میدانند زیرا در آپیدمیهای هپاتیت های عفونی زیاد دیده می‌شود و از لحاظ جغرافیائی انتشار آنها یکی ولی بنظر میرسد در ایجاد آن برخی عوامل هم‌دخیل باشد از قبیل نژاد و سرشت مخصوص، مسمومیت‌های مزمن قبلی، محرومیت از اغذیه، حاملگی وغیره.

علائم بالینی - ۱) شروع مرد : تب، لرز و کوفتگی علائم ابتدائی را تشکیل میدهد.

بزودی علائم و خامت ظاهر می‌کنند : تب ۳۹-۴۰ درجه، بہت خشکی زبان شکم نفاخ و دردناک، اسهال - نبض سریع وضعیف - گاهی پورپورا، رعاف واریتم (۲) مرحله استقرار - با ظاهر 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 بیلیرویین وجود دارد. بتدریج که مرد پیشرفت می‌کند و خامت می‌بند یرقان از یین می‌رود معذالت کم نگردد و می‌شود این را فقدان صفر (۳) مینامند.

**خونریزیها** - بورپورا - آکیمهوزهای خود بخود و تحریکی، خونریزی از لثه‌ها، از معده (هماتوز) از روده‌ها (ملنا) وغیره.

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

**علائم عصبی** - شدید است آشفتگی حافظه (کنفووزیون مافتا) هذیان، اضطراب، گاهی فراموشی و از حال رفتگی با مراحل تحریکی متفاوب بالاخره مرحله اغماء آخریه‌ماری.

علائم آزار منتشر کار نیست، مایع نخاع کاملاً طبیعی است.

**امتحان فیزیکی** - امتحان روزانه کبد نشان میدهد که حجم آن بتدريج کاسته می‌شود گاهی با پرتو نگاری آنرا تأیید کرده‌اند. این ناحیه کبد در دنار کست طحال معمولاً عظیم یافته است.

**۳) سیر بیماری** - بسرعت بطرف خرابی حالت عمومی و وحامت و مرگ می‌رود. حرارت ممکن است کاسته شده‌ولی ببعض همچنان سریع بهاند فشار خون پائین آمده و رقم جدا کثروحداقل بهم نزدیک می‌شود. ادرار کم می‌شود و حاوی مقدار کمی آلبومین است مرگ در عرض دوروز ممکن است فرارسد. بعداز ظاهر یرقان گاهی در حالت اغماء کبدی (در اغماء، کبدی تنفس کوسه‌ول یا شین ستک وجود دارد)

**۴) علامه یولزیک**: تمام امتحانات شدت آزار کلی سلولهای کبد را آشکار میدارد و علامه نظیر علامه در آوردن تجربی کبد را ایجاد می‌کند.

**يرقان**: کولهی کمتر از یرقان نزله است کولالهی (۱) خیلی کم افزوده است.

متابولیسم مواد آئیدروکاربون: بشدت بهم خورده است.

قندخون بسیار پائین آمده‌این امر در سایر بیماریهای کبد استثنایی است بر عکس گلاکتوزوری تخمیلی طبیعی است.

**لیپییدها**: خیلی کاسته شده است کلسترول تمام و استریفیه خیلی کم شده است.

**متاکولیسم پر و تیدها:** پروتئین‌های تام باعین آمده و وزانه نسبت سرم آلبومین به گلبولین کم می‌شود.

فیبرین خون و پروترومیین به مقدار معتمدناهی کاسته می‌شود.

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

**آسیدوز:** معهولاً تابلو مرض را تکمیل می‌کند و اختلال عصبی اعمال کبد را بعد کمال نشان میدهد.

سندرمهای بیواژیک مطلقاً نابت نبوده بلکه اغلب غیر متناسب (۱) است.

### اشکال بالینی

(۱) **صغرهای دردناک کبد:** مشخص آن درد شدید پهلوی راست است (هیپوکندر راست) نظیر قولنج کبد و حتی بعضی از بماران را بعنوان وجود سنگ صفرات تحت عمل جراحی فرارداده اند.

(۲) **اشکال بر حسب زمینه مزاجی - آتروفی زرد معهولاً در افرادی که قبلاً کبد آزرده دارند بایمیتلا به آلکل و سایر مسمومیتها هستند دیده می‌شود بیشتر در زنان آبستن (درصد ۶۰) بروز می‌کند.**

آتروفی زرد حاد کبد را در زنان آبستن باید از برقانهای سمی بعلم استعمال مواد بمنظور سقط جنین تفکیک کرد.

(۳) **اشکال طولانی:** بصورت آتروفی تحت حاد کبد در می‌آید (برقان خطرناک مولد سیروز) تشخیص افتراقی آنها روی علائم ایندو است.

(IV) **اشکال بالینی برقانهای غفوی بر حسب زمینه مزاجی سیروزالکلی** - برخی از هپاتیت‌های ویروسی تصادفی ممکن است در افراد مبتلا به سیروز بوجود آمده و ایجاد برقان در آنان بکند این حالت را در انتقال خون به مبتلا بیان سیروزالکلی مشاهده کرده‌اند (درمان سیروز با خون)

### آنچه مبتلا شدنی یا زانه‌ای عفونی

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

۱) در شروع مرض بزل بیوپسی کبد التهاب شدیده‌وی رگهار ابا اکسودازیون بینابینی (هپاتیت سیروز) نشان میدهد.

۲) روز دهم تا دوازدهم آزار دژ نرا ای و در سلوالهای کبدی با درجات مختلف دیده می‌شود ضایعات بصورت جزایر کوچکی در مرآکز لبو لهای دیده می‌شود. ساخته‌مان وضع قرار گرفتن رشته‌های سلوالی (ترابکولر) بهم خورده است و تشکیلات سلوالی نامنظم گردیده است.

۳) چند روز بعد: نسیج مزانشیمی کبد شدو تاحدی ترمیم می‌باشد در این مرحله در مجاري کوچک صفراءوی چوب پنبه‌هایی از سلوالهای خراب شده و صفراءی غلیظ باعث انسداد این مجاري می‌گردد که بدان میتوان تزویز می‌باشد.

۴) در حوالی سی و پنج میلی‌متر روز سلوالها بطور قابل ملاحظه‌ای هرمت می‌باشد.

۵) در هپاتیت طولانی مجاري کوچک صفراءوی بعلت هجوم صفراء اتساع می‌باشد.

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

IV) در اشکال تشدید یافته ناگهانی آثار تشریحی نظیر آتروفی زردحداد کبد است. جدار کیسه صفراء در نصف موادر خیز دارد.

مجاري صفراءوی آزاد است. نادر است که مجرای کلدوك بعلتی مسدود شده باشد.

خیز و التهاب در کلدوك، دوازده و سایر قسم‌تهای روده‌های دیده می‌شود. در

۳. موارد حجم طبعاً افزوده است.

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

VI - در صفر زرد و حاد کبد - کبد کوچک شده و در داخل کپسول و سیعی

قرار گرفته است.

در مقطع صغیر قرمز بار نگ کرمز عضلانی باقیه تهای سفر زرد زعفرانی، مجاري صفر اوی دست نخورده میباشدند.

از نظر بافتی: نکروزوسمیع دیده میشود، سلولهای کبد کاملا از بین رفته و فساد چربی یافته اند حدود لبولاها سالم است.

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

طحال بزرگ شده است.

کلیه هاورم کرده و قوام نرمی پیدا کرده است.

پاتوئی برقان دو جزیان هپاتیت های ویروسی التهاب خود کبد یا ضایعات مجاري صفر اوی خارج کبدی را در ایجاد یرقان مسئول دانسته اند.

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

کارلی توقف صفرارا بعلت انسداد مجاري صفر اوی میداند و پس زدن صفر در خون را موجد یرقان میداند.

فیسنژه تصور میکند که پاره شدن مجاري کوچک و انترستیسیل صفر اوی علت یرقان است یعنی پاره شدن صفحه سلولهای فساد یافته (۱) رابطه بین سلولهای صفر اوی را با فضای ریز سلولهای کوپفر باز کرده سپس با مویر گهای خونی هربوط میگرددند. ممکن است دو دلیل فوق باهم صادق باشند زیرا در زیر ریز بین وجود موائع مجاري کوچک را مشاهده میکنیم که احتمال دارد بطرف فضاهای عروقی راه بیابد.

۲) احتباس صغیر ادر کلدوك - در یرقانهای طولانی است که این مافع در کلدوك دیده میشود در مقابل آزار کلدوك بدی انقباض یادیسکینزی مجاري صفر اوی

وبخصوص اسفنگترادی هم عمل دارد.

التهاب دوازه میتواند همین عمل را بجای کند.

(۳) عمل ورم کبد و عوامل مکانیک مجاری صفراء - ویروس معه - ولا کبد و دستگاه هاضمه را توامان میآزاد. برخی از التهابهای کبد علت یرقان را تشکیل میدهد و اگر اسپاسم اسفتگترادی یا التهاب کلدون اضافه شود باعث طولانی شدن یرقان شده و احتباس صفراءوی بنوبه خود موجب شدت آزار سلولهای کبد خواهد شد. **فتشیجیس افتر ائری** - گاهی شکل خفیف اسپیرو کتوز یرقانی خونزا یا برخی گند خونی ( پرفرنژانس ، استرپتو کک همولیتیک ، گنو کک یا هننگو کک ) یرقان پاراتیفوئید ، یرقان با منشاء سمهی ، کوفت کبد و یرقان درمانی وغیره .

بهترین علائم نشانههای مرحله قبل از یرقانی است ولی برخی از عوامل تابلو نظیر یرقانهای ویروسی دارند : - برخی از توکسی انفکتیو نهای غذائی

پدیدههای عدم تحمل

یرقانهای هیجانی (۱)

با یرقانهای انسدادی باسنگ وقتی بادرد ، تب ، لرز و مختصر تغییر یرقان در کار باشد ولی مرحله قبل از یرقان نیست بعلاوه سابقه وسیر مرض مهم است .

**یرقانهای طولانی** : با سرطان سر اوزالمعده و با یرقانهای احتباس قابل بحث است زیرا ممکن است مرحله قبل از یرقان بدون توجه گذشته باشد . سرطان اوزالمعده 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 صفراء در سرطان در همه حال قابل لمس نیست . امتحان ترشحات اوزالمعده ممکن است گمراه کننده باشد یعنی ویروس آنرا آزده 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 رادیومانومتری تا حدی علت طولانی شدن یرقان را

آشکار می‌شوند.

در تشخیص مشتبه مرض: در ویروس سرناگ (SH) کمون خیلی طولانی تر از ویروس عفونی (IH) است و بروزهار افعاع لازمه نیست و بخوبی مجزا کرد و مورد مطالعه قرار داد فقط از لحاظ بالینی و تست‌های کبدی و بزل بیوپسی کمک می‌شوند.

در هپاتیت ویروسی ممکن است ذات‌الریه ویروسی نیز در ریه ها موجود باشد (RX) کمک خواهد کرد) امتحان بول و پونل‌هم برای جستجوی مواد نو کلئوز و تفکیک بیماری کمک می‌شوند. امتحانات آگلوتیناسیون فعال قابل استفاده نیست.

### درهای 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 وسائل تزریق منحصر بخود بیمار باشد و برای دیگران بکار نزود.

در جریان واکسیناسیون‌های محصلین و سربازان و غیره این موضوع باید (سترون کردن وسائل) رعایت کردن حرارت خشک ۱۶۰ درجه مدت یک ساعت برای این احتیاط کافی است.

اشکال مهم در این جاست که سرم ناقهین 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 یکی که تاسه سال قبل مبتلا گردیده‌اند نباید مورد استفاده قرار بگیرد افزودن مواد شیمیائی یا صاف کردن سرم و خون نهاد.

درمان یرقان کاتارال - حتی الامکان نباید دار و بکار برد و شود استراحت در تخته‌خواب تا از بین رفتن کامل یرقان ضروری است غذای روزهای اول: کمپوت، فرنی شیر برج، سوب سبزی و غیره گاهی استفراغ مانع تغذیه است لذا به مقدار کم آب می‌وه و شربت به لیمو با آب لیمو مفید است. از روز ششم می‌توان مواد قندی زیاد، گوشت‌های

مخالف بی چربی، پوره سیب زمینی، مر با، گوشت‌های کباب شده، کمی تر چلو با مختصه‌تری کره وغیره.

عصاره جگر، ویتامینهای گروه B، توفیلن و آتروپین توأم با گلوکونات کلسیم (برای ضد اسپاسم مجاری صفر اوی) مفیدند. از روز ۱۰-۱۲ استعمال این داروهای مورد خواهد بود.

آنچه بیوتیکها جزئی ترین اثری نشان نمیدهند اور او میسین بھیج وجه نتوانسته است طول مرض را کوتاه کرده یا از هزمنشدن آن جلوگیری نماید. بر عکس در اشکال طولانی لوله گذاردن دردوازده (توباز) اثرات خوبی دارد. از هفته سوم مرض هفتاهای دوبار تو باز می‌کنند.

در اشکال یرقانی بعد از یک ماه شش بار تو باز برای بهبودی مرض واژین بردن موانع مجاری صفر اوی کمک شایانی می‌کند.

در اشکال مزمن برخی از مؤلفین اور او میسین را مفید دانسته اند ولی ما آنرا تجویز نمی‌کنیم زیرا ممکن است فلور می‌کروایی روده را بهم زده ایجاد اسهال و بائی شکل وغیره بسکنده بخصوص در یرقان عمل فلور روده اهمیت بسزائی دارد.

کرتیزن و متاکرتن برای جلوگیری از تصلب مفید است روزانه ۷۵ میلی گرم کرتیزن و ۳۰ میلی گرم متاکرتن را تامدت ۱۵ روز می‌توان بکار برداشتن دارو برای بهبودی گاهی اثرات خوبی دارد.

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

در همان یرقانهای شدت یافته و وخیم - اسید گلو تامیک داروی بسیار خوبی است (بنظر برخی از مؤلفین) که بصورت تزریق داخل وریدی بمقدار ۲۰ گرم در روز بکار می‌رود اسید گلو تامیک بشکل املاح منیزی یا کالیسم از وحامت 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 بپوش آرد. بنظر میرسد که اثر اسید گلو تامیک برای آنست که بین 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 آزردگی درپناه بماند ، زیرا آزارهای عصبی غیر قابل جبران در یرقان خطرناک شایع است ، تا کبد بتواند فعالیت خود را از سر بگیرد .

در یرقان خطرناک اورمیسین یا ترامیسین و کرتیزن ویتامین B کمپلکس توأم با اسید گلوتامیک مفید بنظر رسیده و در ترمیم ضایعات کبد تاحدی مؤثر است . ولی باید دانست که خود اورمیسین در ایجاد استاتوز کبدی دخالت دارد و کرتیزن باعث افزایش آب بدن می‌شود لذا متأکر تان درالون (داروی جدید از مشتقهای کرتیزن) مفیدتر است .

پروفوژیون ویتامینها و سرم‌های قندی و پروتیدی جبران احتیاج غذائی را خواهد کرد یک لیتر سرم هیپرتونیک قندی برای ایجاد هزار کالری کافی است . پروتئین‌ها را بصورت سرم آلبومین پاپروتولیز می‌توان بکار برد ساده‌تر از همه تزریق پلاسمای است .

بهتر است به بیمار از دهان چیزی تجویز نکنند مقدار دلیلتر سرم بصور گوناگون برای جبران مافات کافی است .

مخلوط با سرم ویتامین C و K و PP نیز می‌توان بکار برد .

**یادگارهای هپاتیت های عفونی :** باقیماندن هپاتیت مختصر (۱) - افزایش بیلی رویین خون - آلرژی دستگاه گوارش - سندروم‌های دردناک در کیسه صفراء (سنگ) یا دیسکینزی والتهاب مجاری ) - زمینه مزاجی آماده و اختلال دستگاه نباتی سنگ کیسه صفراء - سیروز - اختلال دوازدهه و لوزالمعده .

سیروز و آتروفی زردحداد را معهولا در افرادی که آزردگی قبلی کبد دارند بیشتر مشاهده می‌کنیم .

یرقانهای خطرناک نوزادان بعلت اختلال گروه خونی مادر و طفل و اختلالات مادرزادی مجاری صفراءوی است .

## ماخوذ

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