

مطالعه بالینی ۶۰ مورد بیمار مبتلا بسندرم

خونریزی دهنده عفونی

در استان آذربایجان شرقی (ایران)

دکتر ولی الله آصفی*

تاریخچه بیماری در ایران: از سالها پیش، بیماری تب دار خونریزی دهنده در سه منطقه مشخص استان آذربایجان شرقی یعنی اردبیل، خلخال (هروآباد) و سراب مشاهده میشد و تنها گزارش های پراکنده را درباره وجود چنین بیماری در منطقه سراب میدیدیم [۱۸] [۱۹] [۲۰].

مشکل است تاریخ پیدایش و تظاهر این بیماری را بطور مشخص تعیین نمود، ولی قدر مسلم اینست که طبق شواهد مجلی و تحقیق و پرسش از معمرین قوم، این بیماری از سی سال قبل در مناطق مذکور وجود داشته است؛ بویژه اینکه مردم این نواحی نام سنتی مشخص و مستقلی را به بیماری داده و اسم با مسمای «حصبه قره میخ» (وجه تسمیه بیماری بعلت وجود تب و نشانه هایی شبیه حصبه و نقاط خونریزی پوستی برجسته شبیه سرمیخ سیاه) را انتخاب نموده اند. این نام بقدری متداول است که تقریباً تمام ساکنین با شنیدن آن، علائم مشخص بیماری را بخاطر می آورند [۱۸] [۱۹]. بنا بر حکایت و گفتارهای ساکنین محل، بیماری با اشکال مختلف خفیف و یا شدید و حاد تظاهر مینماید. مجلی ها بیماری را در اصل بنام حصبه میشناسند و عقیده دارند که برخی از اوقات و در موارد وخیم حصبه تبدیل به «قره میخ» میگردد. بعقیده آنها بیمارانی که دارای نشانه های خونریزی شدید از بینی، استفراغ خونی و یا خونناشی هستند، اغلب محکوم بمرگ حتمی میباشند [۱۸]. پزشکان قدیمی و سابقه دار نیز که سالهاست در این مناطق مشغول طبابت اند، بیماری را بهمان نام مجلی «حصبه قره میخ» میشناسند و بدرمانهای ضد انعقادی و ویتامین درمانی متوسل میشوند، ولی باتمام این کیفیات و اقدامات اشکال حاد و وخیم بیماری غالباً منجر بمرگ میشوند [۱۸] [۲۱]. البته لازم بیادآوری است که برای تحقیق درباره تاریخچه بیماری و درمانهای سنتی و مجلی باید اوقات بیشتری صرف نمود و با صبر و حوصله زیاد مسئله را مورد بررسی قرار داد.

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۳، صفحه ۱۸۲، ۱۳۵۳

همانطوریکه ذکر رسید اولگین موارد بیماری در منطقه سراب توسط امین الاشرافی گزارش شده است (۱۳۴۵). ما نیز اولین موارد بیماری را در سال ۱۳۴۹ در منطقه اردبیل و خلخال (هروآباد) مشاهده کردیم. بیمار پسری بود ۱۲ ساله که در حال اغماء کامل به بیمارستان انتقال یافته بود. تمام سطح بدن پوشیده از پورپوراهای برجسته و سیاه رنگ و لکه های خونریزی زیر پوستی بود. خونریزی از بینی و لثه ادامه داشت. صورت بیمار کبود و متورم بود. پلکها متورم و سیاه مایل به بنفش و کره های چشم برآمده، بطوریکه در نگاه سطحی، قیافه بیمار منظره ضربه جمجمه را در خاطر مجسم میساخت.

بنا باظهار پدر و اطرافیان، بیمار از چهار روز قبل پس از مراجعت از صحرا احساس سردرد، تب و دردهای عضلانی مینماید. سپس بیمار مبتلا بخونریزی شدید میگردد که با هیچ وسیله ای بند نیامده و بعد لکه های سیاه رنگ برجسته در سطح بدن ظاهر میشود. در معاینه سطح بدن نقاط برجسته همانند ساچمه بدست میخورد. بیمار هیچگونه رفلکسی نداشت و روز پنجم بیماری فوت شد [۱۸] [۲۱] [۲۴].

موقعیت جغرافیائی مناطق سه گانه:

۱- خلخال (هروآباد) از طرف شمال و باختر به بخش سنجید و از جنوب به بخش شاهرود و از خاور بکوههای طالش محدود میباشد. قسمتی از این منطقه جنگل است و هوای گرم و مرطوب دارد و در ۱۹۸ کیلومتری خاور شهرستان تبریز و ۵۶ کیلومتری جنوب شهرستان اردبیل واقع است.

مختصات جغرافیائی: طول ۴۸ درجه و ۳۱ دقیقه و ۴۰ ثانیه و عرض ۳۷ درجه و ۳۸ دقیقه و ۵۰ ثانیه.

۲- اردبیل از شمال بخابک شوروی، از خاور بکوههای طالش و دریای خزر، از باختر برشته کوه سیلان و رودخانه قره سو و از جنوب شهرستان خلخال (هروآباد) محدود است.

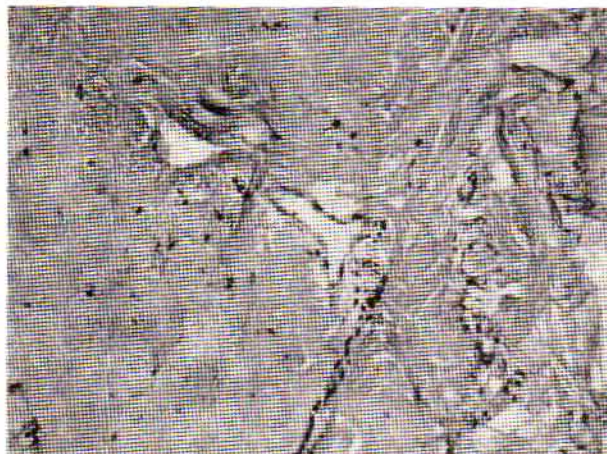
* انستیتو پاستور ایران (بخش تحقیقات بالینی).

عناصر طبیعی است و آمو زینوفیلی وجود ندارد. سدیماتاسیون ساعت اول ۲۰ میلی متر، همو گلوبین ۹ گرم درصد، هماتو کریت ۳۲٪، تعداد پلاکت ها ۱۲۰۰۰، زمان پروترمبین ۱۶ ثانیه (طبیعی ۱۴ ثانیه). کشت خون، مدفوع و ادرار منفی، آزمایش انگلی مدفوع منفی، رادیو گرافی قلب و ریه ها طبیعی است، در ادرار، بمقدار کم گلیور قرمز وجود داشت. گروه خونی B، Rh مثبت است.

درمان: تزریق یک لیتر خون هم گروه که روز اول در دو نوبت هر دفعه ۲۵۰۰ و روز دوم و سوم روزانه ۲۵۰۰۰ بعمل آمد. پس از تزریق ۵۰۰۰۰ خون، خونریزی از بینی و لثه ها قطع گردید. در روز سوم مراجعه، بیمار حالت طبیعی داشت. در مدت ده روز بستری در بیمارستان نقاط پورپورائی بتدریج کمرنگ تر گردید و در موقع ترک بیمارستان فقط لکه های زرد رنگ باقی مانده بود. در روز هفتم بستری شدن کلیه آزمایش ها بغیر از یک سدیماتاسیون بالا (۳۰ میلی متر در ساعت اول) طبیعی بودند. بیمار با حال عمومی خوب بیمارستان را ترک کرد (۱۸). (شکل شماره ۳ و ۴).



شکل ۱- منظره هیستوپاتولوژی ضایعات پوستی. بافت برداری از ضایعات پوست آرنج و ساق پا. اپیدرم نازک و تحت کش. خیمه شخص در درم همراه با اکمازی عروق لنفاوی.



شکل ۲- منظره هیستوپاتولوژی ضایعات پوستی. بدون ضایعات عروق خونی.

مختصات جغرافیائی: در طول ۴۸ درجه و ۱۷ دقیقه و ۴۰ ثانیه و عرض ۳۸ درجه و ۱۵ دقیقه واقع است. ارتفاع از سطح دریا ۱۱۰۰ متر است.

۳- سراب در ۱۲۴ کیلومتری جنوب خاوری شهرستان تبریز در منطقه کوهستانی و جلگه، مانند دهلیزی است که بین دو رشته کوه های سبلان از شمال و بزگوش از جنوب محدود میشود. قسمتی از روستاها در دامنه های کوه سبلان و قسمتی دیگر در جلگه واقع هستند. از شمال بکوه سبلان، از جنوب بکوه بزگوش، از خاور شهرستان اردبیل و از باختر به بخش آلان براغوش و بستان آباد محدود است. ارتفاع از سطح دریا ۱۷۰۰ متر است.

مطالعه ما از اواسط خرداد ماه ۱۳۵۰ شروع و تا آخر تیر ماه ۱۳۵۲ ادامه داشته است.

در طول این مدت مجموعاً شصت بیمار با نشانه های عفونی و سندرم خونریزی دهنده مورد بررسی قرار گرفته اند.

اکثر بیماران با علائم حاد خونریزی و پورپورا مراجعه کرده اند، که ضمن تحقیقات بعدی روشن گردید، بیماران دیگری نیز همزمان با آنها مبتلا به بیماری بوده اند ولی بعلت خفیف بودن علائم و بهبود خود بخود از مراجعه خودداری کرده اند [۱۹] [۱۸]. اینک برای روشن شدن مسئله چند شرح حال بعنوان نمونه ذکر میکنیم:

شرح حال بیمار شماره ۱:

ک. الف، ۱۰ ساله، پسر، ساکن روستای مهماندوست واقع در بین اردبیل و خلخال در تاریخ ۵۱/۵/۱۱ بعلت تب، سردرد، دردهای عضلانی و سندرم خونریزی دهنده مراجعه نموده است. در سابقه بیمار بجز ابتلاء به سرخک که بدون درمان و مراجعه پزشک بهبود یافته، نکته قابل توجهی وجود نداشته است. دارای دو خواهر و یک برادر میباشد که همه سالم اند، پدر و مادر بیمار نسبتی بایکدیگر ندارند. شروع کسالت از سه روز قبل، پس از مراجعت بیمار از صحرا، باتب و دردهای عضلانی بوده است. در روز سوم ابتلاء لکه های خونی در روی پوست شکم و ساق پاها ظاهر میگردد که همزمان با ظهور آنها بیمار مبتلا بخون دماغ و خونریزی مختصر از لثه ها بوده است. سپس خونریزی از بینی و لثه ها شدیدتر میگردد و بیمار را به بیمارستان میآورند.

در معاینه، بیماری است که از نظر رشد جسمانی خوب و بسوالات خوب جواب میدهد. خونریزی از بینی و لثه ها ادامه دارد. در سطح پوست شکم، دست و پا و صورت نقاط پورپورائی برجسته و سیاه رنگ و در سطوح اتکاء بدن خونمردگی هائی مشاهده میگردد. کبد و طحال قابل لمس نیست، آدنوپاتی ندارد. سدا های قلب طبیعی، برادیکاری وجود دارد. فشار خون $100/60$ ، تنفس طبیعی، درسمع قلب و ریه ها نکته قابل توجهی وجود ندارد. درجه حرارت بیمار 38°C ، ادرار پررنگ، در سطح پوست محل گزش حشره وجود ندارد. رفلکسها طبیعی است.

آزمایشها: تعداد گلبولهای سفید 6500 در هر میلی متر مکعب سایر

شرح حال بیمار شماره ۲:

س. الف، پسر ۱۴ ساله، برادر بیمار قبلی در تاریخ ۱۴/۵/۵۱ با علائم تب، دردهای عضلانی و خونریزی از بینی به بیمارستان آورده شد. در سابقه بیمار نکته قابل توجهی وجود نداشت. شروع بیماری دوازده روز پس از شروع بیماری برادر بزرگتر بوده است ولی چون غیاز تب و دردهای عضلانی نشانه دیگری نداشته است لذا از مراجعه به بیمارستان خودداری مینمایند. در تاریخ ۱۴/۵/۵۱ بیمار مبتلا بخون دماغ، خونریزی از لثه ها و لکه های پورپورائی میگردد و به بیمارستان منتقل میشود. علائم تقریباً شبیه علائم بیمار قبلی بوده است. ولی در مجموع حال عمومی بیمار بهتر از برادر و خونریزی نیز بشدت خونریزی او نبود.

آزمایش ها: هموگلوبین ۱۱ گرم درصد، هماتوکریت ۴۰٪، تعداد پلاکتها ۱۸۰۰۰، زمان پرترمین ۱۵ ثانیه، تعداد گلبولهای سفید ۷۰۰۰. کلیه آزمایش های دیگر منفی بودند. بیمار پس از دریافت دو شیشه خون ۲۵۰cc باحال عمومی خوب با برادرش از بیمارستان مرخص گردید (۱۷).

شرح حال بیمار شماره ۳:

ع. ک، پسر ۱۵ ساله، ساکن جین قشلاقی، در تاریخ ۲۸/۵/۵۱ بعلت تب، دردهای شدید عضلانی - مفصلی، بیحالی مفرط و خونریزی از بینی و دور لب و لثه ها و لکه های پورپورائی مراجعه نموده است.

درمان، بیماری است با رشد طبیعی، عضلات ورزیده و صورتی پر خون (پر خونی صورت از ناحیه گردن شروع و از سایر نقاط بدن کاملاً مشخص بود). علاوه بر وجود نقاط پورپورائی برجسته و سیاهرنگ که تمام سطح پوست بدن را پوشانده بود، خونریزی در ناحیه صلیبه چشم چپ بشکل مثلث و اناتم های برجسته در مخاط دهان و زبان وجود داشت. در قسمت داخلی ساق پای راست لکه پورپورائی واضح، که در مرکز سیاهرنگ تر بوده همراه باتورم مشاهده میشد. در لمس کبد و طحال طبیعی بودند، قلب و ریه ها طبیعی، برادیکاردی، فشار خون 80 mmHg ، خارش در بدن وجود نداشت. صورت پررنگ تر از بدن و پف آلود بود. آدنوپاتی نداشت.

شروع بیماری و سیر آن: بیمار بهنگام درو کردن گندم ناگهان احساس سوزش و درد در ناحیه از ساق پای راست مینماید، روز بعد بعلت تب، سردرد، دردهای عضلانی و مفصلی قادر بادامه کار نمیکرد، تا اینکه در روز چهارم بیماری نقاط پورپورائی در بدن ظاهر میشود و چون بیمار احساس جسم خارجی در کناره زبان مینموده پدر بزرگ بیمار با مشاهده چنین وضعی تشخیص «حبسه قره میخ» میدهد. سپس بیمار مبتلا بخونریزی شدید بینی و لثه ها و لبها میگردد و به بیمارستان منتقل میشود.

آزمایش ها: گلبول های سفید ۶۴۰۰ در هر میلی متر مکعب، سدیما تناسیون ۴۰ میلی متر در ساعت اول، هموگلوبین ۸ گرم درصد، هماتوکریت ۳۴٪، تعداد پلاکتها ۱۰۰۰۰، زمان پرترمین ۲۰ ثانیه، کشت خون و مدفوع و ادرار منفی، Rx قلب و ریه ها طبیعی.

درمان: بعلت موجود نبودن خون، در روز اول بستری شدن ۵۰۰cc هماکسل و ۵۰۰cc سرم گلوکز ۵٪ ایزوتونیک همراه با یک گرم ویتامین (C) تزریق گردید. ولی هیچگونه تأثیری در بند آوردن خونریزی نداشت. در روزهای بعد روزانه ۵۰۰cc خون هم گروه بمدت چهار روز به بیمار تزریق گردید و خونریزی بکلی قطع شد. بیمار بمدت ۱۵ روز در بیمارستان بستری شد و در این مدت لکه های پورپورائی برجسته، صاف هنوز باقی بودند. کلیه آزمایش ها غیاز سدیما تناسیون بالا (۳۰ میلی متر در ساعت اول) طبیعی بودند. بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید (۱۸). (شکل شماره ۵ و ۶)

شرح حال بیمار شماره ۴:

ج. خ، جوان ۱۸ ساله، دانش آموز، اهل یکی از روستاهای اطراف هشت پیر هم مرز خلخال (بین خلخال و هشت پیر).

شروع بیماری: در تاریخ ۱۸/۵/۵۲ بعلت احساس سردرد شدید، تب، خون دماغ و وجود پورپورا (بتعداد کم و پراکنده در سطح پوست شکم و پاها) بتهران منتقل و در بخش خون مرکز پزشکی پهلوی بستری میگردد. در بخش مذکور پس از انجام آزمایش های لازم بویژه از نظر لوسمی و منفی بودن آزمایش ها، با تشخیص سندرم همورائیک عفونی به بخش عفونی مرکز پزشکی پهلوی منتقل میگردد.

از نشانه های جالب و بارز بیماری در نزد این بیمار، مثل اکثر بیماران مورد مطالعه، وجود تب، سردرد، دردهای عضلانی، خون دماغ شدید همراه با خونریزی از لثه و پورپورای منتشر در تمام سطح پوست بدن و مخاط بوده است.

آزمایش ها: گلبول سفید ۷۴۰۰، سگمانته نوتروفیل ۶۳٪، لنفوسیت ۲۹٪، منوسیت ۷٪، اتوزینوفیل ۱٪، پلاکت ۸۰۰۰، هموگلوبین ۸/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۲۷٪، زمان پرترمین ۱۸ ثانیه (طبیعی ۱۴ ثانیه)، اندکس پرترمین ۴۷٪، کشت خون، مدفوع و ادرار از نظر باکتریولوژی منفی، آزمایش انگلی مدفوع و ادرار منفی، آزمایش خون از نظر انگل مالاریا منفی، مقدار فیبرینوژن ۹۵ میلی گرم درصد (طبیعی ۶۰۰ - ۴۵۰ میلی گرم درصد)، سرعت رسوب گلبولها ساعت اول ۱۵ میلی متر، وزن مخصوص ادرار ۱۰۲۶، آلبومین ترانس، گلبول سفید ۱-۲ عدد در هر میدان، گلبول قرمز ۱-۰، سلول اپی تلایل ۱-۲ عدد. آزمایش رایت، ویدال و کومیس رایت منفی، رادیوگرافی قلب و ریه ها طبیعی است.

بزل مغز استخوان (استخوان ایلیاک): سلولاریته طبیعی، نسبت سری میلوئید به ادریتروئید ۲/۵، سری میلوئید و ادریتروئید طبیعی است. مگاکاریوسیت ها افزایش یافته و در بین آنها اشکالی که پلاکت را نیستند فراوان دیده میشوند.

نتیجه: با توجه بمنظره خون محیطی (پلاکت ۸۰۰۰) و مغز استخوان، بیماری ترمبوسیتوپنی ایدیوپاتیک مطرح میگردد.

جدول ۱
وجود نشانه‌ها بر حسب تعداد بیماران

تعداد بیماران	نشانه‌ها	تعداد بیماران
۵۹	۳۷-۳۸/۵°C	درجه حرارت
۱	۳۹-۴۰°C	
۴۶	دردهای عضلانی	دردهای عضلانی
۲۲	پرخونی صورت	
۴۸	پورپورای اختصاصی	پورپورای اختصاصی
۲۳	انانتم	
۴۰	خون دماغ و خونریزی لثه	خون دماغ و خونریزی لثه
۶	خونریزی روده‌ای	
۱	خونشاشی	خونشاشی
۳	هماتمز	
۴	هموپتیزی	هموپتیزی
۱	خونریزی رحمی	
۱	خونریزی مغزی	خونریزی مغزی
۲	خونریزی صلبیه	
۱	لکوسیتوز	لکوسیتوز
۵۲	لکوپنی ۱۴۰۰-۳۵۰۰	
۵۶	ترومبوپنی ۱۸۰۰۰-۶۰۰۰۰	ترومبوپنی ۱۸۰۰۰-۶۰۰۰۰
۴۱	سر درد	
۱	طحال بزرگ	طحال بزرگ
۵۳	برادیکاردی	
۵۱	تقلیل فشار خون	تقلیل فشار خون
۲	اگزوفتالمی	
۴	عود	عود
۴	بدون تب	
۴	خارش بدن	خارش بدن
۳	مرگ ومیر	
۶۰	جمع	

بافت برداری ضایعات پوستی: دو قطعه پوست از ناحیه آرنج و ساق پا برداشت گردیده است. در آزمایش ریزینی، اپیدرم نازک و تحت کشش است. در دم خیز مشخصی همراه با اکتازی عروق لنفاوی وجود دارد. در پوست ساق پا نیز تغییرات فوق بنحو خفیف تری مشهود است. یافته‌های فوق احتمالاً مربوط به اریتم توکسیک و یا عفونی است. (شکل‌های شماره ۱ و ۲).

پس از تزریق خون نتیجه فرمول شمارش بیمار بقرار زیر بوده است: گلبول سفید ۱۱۴۰۰، سگمانته ۴۴٪، ائوزینوفیل ۶٪، منوسیت ۱٪، لنفوسیت ۴۴٪، منوسیت آتپیک ۱٪، میلو سیت ۱٪ و میلو بلاست ۱٪. پس از تزریق سه شیشه خون هم گروه تعداد پلاکنها در تاریخ ۵۲/۵/۳۰ یعنی ۹ روز پس از بستری شدن در بخش عفونی ۲۳۴۰۰۰ و کلیه آزمایش‌ها طبیعی بوده است. بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید (۱۸).

تفسیر: در این مطالعه مجموعاً ۶۰ بیمار، که نشان بین ۷-۴۵ سال بوده و از ۱۳ روستای نواحی اردبیل، خلخال و سراب مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از نظر گروه بندی سنی، ۱۱ تن در گروه سنی ۷-۱۴ سال، ۴۳ تن در گروه ۱۵-۲۰ سال و ۶ تن در گروه ۲۱-۴۵ سال قرار داشتند.

از نظر جنس، ۱۸ تن زن و ۴۲ تن مرد بوده‌اند. کلیه بیماران روستائین بوده و بیمار شهرنشین وجود نداشته است. در کلیه منازل مسکونی و محل‌های نگهداری حیوانات اهلی، کنه و پشه (بسته بنقاط مختلف) بطور وفور وجود داشته است.

بطوریکه جدول شماره ۱ نشان میدهد، در اکثر بیماران تب دیفازیک (دو مرحله‌ای) و بین ۳۸-۳۷ درجه سانتی گراد در نوسان بوده است. نشانه‌های بالینی مشترک در اکثر بیماران عبارت از: تب، دردهای عضلانی-مفصلی، سردرد و خواب آلودگی، نقاط خونریزی برجسته و سیاهرنگ، خونریزی از لثه و بینی، لکوپنی، ترمبوپنی، برادیکاردی و هیپوتانسیون میباشد (۱۸).

جدول ۲- تعداد بیماران بر حسب سن و جنس

سن	مذکر	مونث	جمع
۶-۱۰	-	-	-
۱۴-۷	۹	۲	۱۱
۲۰-۱۵	۲۹	۱۴	۴۳
۴۵-۲۱	۴	۲	۶
جمع	۴۲	۱۸	۶۰

در مجموع بیماران پرخونی صورت در ۲۲ مورد، خونریزی روده‌ای ۶ مورد، هماتوری واضح یک مورد، هموپتیزی ۳ مورد،

هماتم ۳ مورد، خونریزی رحمی یک مورد، خونریزی مغزی یک مورد، پرخونی و خونریزی صلبیه ۲ مورد و اگزوفتالمی (احتمالاً بر اثر خونریزی و ترمبوز در سینوس کاورنو) ۲ مورد بوده است. عود بیماری بندرت دیده میشود. در این مطالعه ۴ مورد مشکوک بوده است، زیرا در این چهار بیمار علائم خونریزی وجود نداشته و نیز نقاط پورپورائی کاملاً صاف و خارش دار و ریز و کوچکتر از بیماران دیگر بوده است. مرگ و میر بر اثر بیماری و خونریزی ۳ مورد بوده است.

بحث: با توجه به نشانه‌های بارز بیماری که در اکثر بیماران مورد مطالعه مشاهده گردیده است، میتوان علائم مذکور را در یک دسته علائم عفونی و خونریزی دهنده خلاصه نمود:

تب، دردهای عضلانی و مفصلی، سردرد و خواب آلودگی، پورپوراهای برجسته و سیاهرنگ، خونریزیهای مختلف مانند خونریزی از بینی، لثه‌ها و مخاط دهان، هِماتِم، هموپتیزی، خونریزی رحمی، لکوپنی، ترمبوسیتوپنی واضح و افزایش مگاکاریوسیت‌های نابالغ (که قادر به پلاکت سازی نیستند) که تا حد ایجاد پلاکت طبیعی رشد پیدا نکرده‌اند.

با در نظر گرفتن نشانه‌های فوق از یک طرف و فصلی و بومی بودن بیماری و محدود بودن آن در نواحی مشخص روستائین و وجود بند پائیان ناقل بطور وفور، و شیوع بیماری در فصل فعالیت بند پائیان و اشتغال ساکنین به دامداری و کشاورزی، میتوان یک بیماری ویروسی خونریزی دهنده را مطرح ساخت [۱] [۴] [۱۰] [۱۶] [۱۷]. در برابر وجود یک و یا چند نشانه از علائم فوق، بیماریهای متعدد و گوناگونی مورد بحث قرار میگیرد که ما به مهمترین آنها اشاره مینمائیم:

۱- مسئله‌ای که بیش از دیگر مسائل در بین پزشکان مقیم در نواحی مذکور و یا سایر ارباب فن شایع بوده و دائماً مورد بحث قرار گرفته عبارت از پدیده آلرژی و بویژه آلرژی در برابر داروها و یا سموم است و در تشخیص افتراقی بیماریهایی چون:

- اریتم گرهی.
- شکنندگی مویرگها، که یک بیماری خانوادگی و ارثی است،
- ترمبوسیتوپنی مزمن،
- لوسمی، کم خونی بیرمر، کم خونی آپلاستیک و درمان با اشعه،
- بیماری Moschowitz یا پورپورای ترمبوتیک ترمبوپنیک،
- بیماری Schonlein - Henoch [۲] [۲۳]،
- ترمبوپنی بعلت عفونت [۲] [۲۳]،

تب رزد، دانگ، تب پاپاتاسی، لبتوسپیروز غیر براقانی، تیفوس اپیدمیک و مودن، تبهای راجعه و آلوکیا (آنژین سپتیک) مسمومیت غذائی [۷] [۸] [۹] را نیز در نظر داشت. ولی رویهمرفته باید علل ترمبوسیتوپنی را که شامل علل مرکزی و محیطی میباشد در نظر گرفت و باین مسئله توجه داشت که اکنون علت عمده ترمبوسیتوپنی‌های ایدیوپاتیک را بیماریهای باکتریال و ویروال میدانند. نتیجه: در این بررسی با توجه به نشانه‌های بالینی و سندرم‌های

عفونی و خونریزی دهنده، فصلی بودن بیماری، محدود بودن آن در نواحی مشخص روستائی، وجود دام‌های اهلی و جوندگان وحشی، وجود بند پائیان، لکوپنی، ترمبوسیتوپنی، تقلیل میزان فیبرینوژن و دیگر علائم، میتوان سندرم مذکور را یک بیماری ویروسی از دسته تبهای خونریزی دهنده منسوب دانست [۱۰] [۱۱] [۱۳] [۱۴] [۱۵] [۲۲]. بیماری مورد بررسی، بعلت شیوع، خونریزیهای زیر پوستی و مخاطی و سایر خونریزیها مانند خون دماغ، خونریزی از لثه، هِماتِم، هموپتیزی، خونریزی رحمی و غیره، نبودن لنفادنوپاتی، شدت خونریزی، نبودن لنفوپنی و منوسیتوپنی و ضایعات پاتولوژیک بدون ضایعه جدار عروق، شباهت زیادی به تب خونریزی دهنده کریمه دارد [۷] [۸] [۹].

تشکر: در پایان از کمکها و راهنماییهای ارزنده آقایان دکتر صبار فرمانفرمائیان رئیس انستیتو پاستور ایران و دکتر رسول پورنکی رئیس بخش ویروس شناسی انستیتو پاستور ایران و همکاری آقایان دکتر علیرضا یلدا دانشیار بخش عفونی مرکز پزشکی پهلوی و دکتر شمس شریعت استاد آسیب شناسی دانشگاه تهران و کارمندان انستیتو پاستور ایران که در این مطالعه شرکت داشته‌اند تشکر و سپاسگزاری مینماید.

خلاصه:

اولین موارد بیماری در سال ۱۳۴۵ توسط دکتر امین الاشرافی (دانشگاه تبریز) مشاهده و گزارش گردیده است [۱۹]. ما اولین مورد بیماری را در ناحیه دیگری (اردبیل) با نشانه‌های تب، پورپوراهای برجسته و سیاهرنگ در تمام سطح بدن و مخاط دهان و لکه‌های خون مردگی، خونریزی از بینی و لثه‌ها، کبودی و تورم صورت و پلکها و اغماء کامل مشاهده کردیم (سال ۱۳۴۹) [۲۴]. از اواسط خرداد ماه ۱۳۵۰ تا آخر تیرماه ۱۳۵۲، این مطالعه در ۶۰ مورد بیماران مبتلا بسندرم خونریزی دهنده عفونی مورد بررسی بالینی قرار گرفت. موارد تحت بررسی از ساکنین روستاهای سه شهرستان اردبیل، خلخال (هر و آباد) و سراب بوده‌اند.

بیماری از سالها قبل در نواحی مذکور بومی بوده و بنام محلی «حصبه قره میخ» مشهور است [۱۸] [۱۹] [۲۰]. بیماران از سیزده روستا که برخی تابستانی گرم و مرطوب و بعضی دیگر هوایی معتدل دارند، مراجعه نموده‌اند. در اکثر روستاهای مذکور کنه بطور وفور در منازل مسکونی و محل نگهداری دامهای اهلی و پشه در مناطق گرم و مرطوب نیمه جنگلی و کنار رودخانه‌ها وجود دارد [۴] [۵] [۱۲] [۱۸] [۱۹].

نشانه‌های بالینی بارز و مشترک در اکثر بیماران عبارت از تب، دردهای عضلانی و مفصلی، سردرد، پورپورای برجسته سیاهرنگ منتشر در تمام سطح بدن و مخاط دهان، خونریزی از بینی و لثه‌ها، تقلیل فشارخون، لکوپنی نسبی و ترمبوسیتوپنی میباشد. در برخی از بیماران علاوه بر خونریزی از بینی و لثه‌ها، خونریزی‌های روده‌ای، ریوی، کلیوی، رحمی، صلبیه و نیز اگزوفتالمی وجود داشته است. بیماران که بعلتی در شروع بیماری مراجعه نکرده



بیمار شماره ۱: ک - ا، ۱۰ ساله، نقاط پورپورائی در ساق هر دو پا (شکل شماره ۴).



بیمار شماره ۱: ک - ا، ۱۰ ساله، نقاط پورپورائی مشخص در تمام سطح پوست بدن. (شکل شماره ۳)



بیمار شماره ۳: ع - ک، ۱۵ ساله، پورپوراهای پراکنده در سطح پوست بدن، صورت متورم و پررنگ تر از بدن. (شکل شماره ۶)



بیمار شماره ۳: ع - ک، ۱۵ ساله، خونریزی مثلثی شکل صلیبه، خونریزی از لثه ها، صورت پررنگ تر از بدن. (شکل شماره ۵)



بیمار شماره ۳: ع - ک، ۱۵ ساله، محل گزش حشره، اکیموز ناحیه گزش با مرکزی سیاه رنگ و متورم. (شکل شماره ۸)



بیمار شماره ۳: ع - ک، ۱۵ ساله، بیبود نسی پس از تزریق خون، نقاط پورپورائی کمتر رنگ تر همراه با خون مردگی ناحیه آرنج. (شکل شماره ۷)

با در نظر گرفتن اینکه تظاهرات بالینی بیماری در فصول معین و در نقاط مشخص و محدود بومی بوده و با توجه به نشانه‌هایی که ذکر شد، وجود یکنوع بیماری ویروسی، احتمالاً یکنوع آرو- ویروس که عامل انتقال آن کنه یا پشه یا شیر ناپاک و نجوشیده (بسته بنواحی مختلف) باشد، مطرح میگردد [۱].

بودند، در حال اغماء و بانسانه‌های خونریزی مغزی به بیمارستان منتقل شده‌اند که درمان در چنین بیمارانی مؤثر و مفید نبوده و فوت شده‌اند. بیمارانی که بموقع مراجعه کرده بودند، متناسب با حال عمومی با تزریق ۲۵۰ cc تا ۱/۵ لیتر خون تازه هم گروه، بهبود کامل پیدا نموده‌اند [۱۸].

REFERENCES :

- 1- BASTIN (R.), FROTTIER (J.) et VILDE (J. - L.). Maladies infectieuses et parasitaires. Arboviroses, 1971, Chapitre 63, PP. 173 - 178.
- 2- BERNARD (J.) et BERRIS (M.). Abrégé d'Hématologie. Syndromes hémorragiques, 1961, septième partie, PP. 251 - 273.
- 3- BOUNINE (C.). Les maladies infectieuses. Fièvres hémorragiques. 1969, Edition MOSCOU, PP. 233 - 237.
- 4- RICKENBACH (A.), GERMAIN (M.), EOZAN (J. - P.) et POIRIER (A.). Bull. Soc. Path. Exot. Recherches sur l'épidémiologie des arboviroses dans une région forestière du SUD-CAMEROUN. 1969, 62, PP. 266-275.
- 5- Vu-QUI - DAI et NGUYEN - THI KIM - THOA. Bull. Soc. Path. Exot. La fièvre hémorragique au VIETNAM en 1964 - 1965. Etude sérologique avec bref aperçu clinique et épidémiologique. 1967, 60, PP. 21 - 33.
- 6- SALAUN (J. J.), BROTTES (H.) et BRES (P.). Bull. Soc. Path. Exot. Arbovirus isolés au CAMEROUN à partir de fièvres exanthématiques. 1968, 61, PP. 301 - 309.
- 7- CHUMAKOV (M. P.). A New Viral Diseases Crimean - Hemorrhagic - Fever. 1946. MOSKVA.
- 8- CHUMAKOV (M. P.). Etiology, Epidemiology and Prevention of Hemorrhagic Fevers. 1949. MOSKVA.
- 9- CHUMAKOV (M. P.). Reports of a Study of Hemorrhagic Fevers. 1959. MOSKVA.
- 10- ARTHUR (D. R.). Ticks and Diseases 1962. PERGAMON, PRESS, LONDON.
- 11- GENTILINI (M.), DUFLO (B.) et CARBON (B.). Médecine Tropicale. Arboviroses. 1972, PP. 248 - 261.
- 12- GOLVAN (Y.J.). Elements de parasitologie Médicale. Les arboviroses ou Viroses transmissibles. 1969, PP. 409-450.
- 13- MANSON - BAHR (Ph.). Manson's Tropical Diseases, 1960, Fifteenth Edition, Chapit XXII. PP. 364-365.
- 14- O. M. S. Virus transmis par les arthropodes. Rapport d'un groupe d'étude. Ser. Rapp. Tech., 1961, PP. 219.
- 15- SAIDI (S.), CASALS (J.) and FAGHIH (M. A.). Antibodies against Crimean-Hemorrhagic-Fever-Congo (CHF - C) Virus in IRAN. Ninth international congress on Tropical Medecine and Malaria. ATHENS, 1973, Oct. 14 - 21.
- 16- SOHIER (R.). Diagnostic des maladies à virus. 1964.
- 17- ZHDANOV (V.M.), PYRIKOVA (A.P.) et FADEEVA (L.L.). Use of the haemagglutination inhibition Test in the Study of Strains of Neuroviruses. Bull. O. M. S. 1961, 24, PP. 743-748.
- 18- ASSEFI (V.). Etude clinique de 60 patients atteints d'un syndrome infectieux et hémorragique en AZERBAIDJAN l'Est (IRAN). Iranian J. publ. Hlth, Autumn 1974, Vol. 3, No. 3. PP. 140-146.

۱۹- دکتر تراب - امین الاشرافی، مجله دانشکده پزشکی تبریز، آذرماه ۱۳۴۵، سال ششم شماره اول.

۲۰- د د د د د اردیبهشت ماه ۱۳۴۹، سال هفتم، شماره چهارم.

۲۱- دکتر محمد ولی - صادقی، رساله M. P. H. دانشکده بهداشت تهران، بهمن ماه ۱۳۴۸.

۲۲- دکتر محمد میردامادی، کتاب ویروس‌شناسی انتشارات دانشگاه مشهد، ۱۳۴۶ شماره ۱۳.

۲۳- دکتر هوشنگ دولت آبادی، کتاب تشخیص افتراقی بیماریهای داخلی، چاپ اول ۱۳۵۰.

۲۴- دکتر ولی الله آصفی، یادداشتها و مصاحبه‌های شخصی.