

آمیبیاز، دمل آمیبی کبد و روشهای درمانی جدید *

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۳، صفحه ۲۳۳، ۱۳۵۰

دکتر نورالدین هادی - دکتر ریحان الله سرلتی - دکتر محسن نفیسی **

اشکال وخیم ومهلك دیده شده است . وجود اشکال بدون علامت آن یکی از مشکلات بهداشتی و درمانی در سرتاسر جهان محسوب میشود که نه تنها در مناطق گرم و معتدل بلکه در نواحی سرد هم از لحاظ پیش گیری و بهداشت مشکلات زیاده بوجود میآورد ، زیرا صرف نظر از مشکل تشخیص دیسانتری آمیبی در اشکال بدون علامت ، ناقلین سالم کیست آمیب فراوان دیده میشوند . اشکال دیگری از بیماری عبارتست از توکسمی ناشی از آمیب ، سپتیسمی آمیبی ، دمل آمیبی کبد ، آمیبیاز کبد و ریه ، دمل مغز ، آپاندیسیت آمیبی وغیره . در مناطق حاره آلودگی به آمیب غالباً با علائم بالینی شدید همراه است . در کشورهای اروپا و آمریکا و شاید بعضی از نقاط ایران بیشتر بشکل خفیف و یا اسهال زود گذر و در بعضی موارد بصورت یبوست تظاهر میکند . در کالبد گشایی بسیاری از ناقلین سالم که بامرض دیگری فوت کرده اند مناطق زخمی متعدد در روده بزرگ آنان دیده شده است . در بسیاری از موارد در ناقلین سالم تغییر ناگهانی از حالت بی آزار به حالت کاملاً بیماری زا در زمان بالنسبه کوتاهی دیده میشود . ثابت شده است که بسیاری از ناقلین بدون علامت وقتی به مناطق حاره میروند دچار شکل حاد بیماری میشوند . این موضوع موید وجود استعداد بیماریزائی نهفته انتمباهیستولیتیکا است که بعلت دخالت عوامل محیطی ناشناخته و یا تغییر گروه میکروبی روده و یا تغییر طرز تغذیه ، فعال میشود . برای جلوگیری از شیوع این بیماری و درمان آن همیشه باید بطور جدی اقدام کرد و دستورات زیر را بکار برد :

اول - در سر بازخانه ها ، اردوگاهها ، بیمارستان و آسایشگاهها

با وجود پیشرفتهائی که از لحاظ علوم پزشکی و بهداشت در جهان امروز مشاهده میشود هنوز آمیبیاز و عوارض گوناگون آن از بیماریهای شایع و صعب العلاج محسوب میگردد . شیوع این بیماری در کشورهای گرمسیر فوق العاده زیاد و در بعضی از مناطق تاحدود شصت درصد گزارش شده است ولی در مناطق معتدل و سردسیر کمتر و بین يك تاده درصد تخمین زده اند . در آماریکه اخیراً سازمان بهداشت جهانی منتشر کرده است بطور متوسط شیوع آمیبیاز را در جهان در حدود ده درصد گزارش میکند .

در کشور ما با وجود ترقی سطح بهداشت و استفاده از آب لوله کشی در غالب شهرها و آگاهی مردم به امور بهداشت و نظافت شخصی هنوز آمیبیاز و عوارض مختلف آن از بیماریهای شایع محسوب میشود . بر طبق گزارشهایی که از نقاط مختلف کشور از طرف سپاهیان بهداشت یا خادمین حقیقی سلامت مردم نقاط دور افتاده میرسد ، اسهال آمیبی حاد ، اسهال آمیبی مزمن ، آمیبیاز بدون علامت ، دمل آمیبی کبد و ریه و نقاط مختلف دیگر بدن از امراض شایع و بومی است که در بسیاری از موارد قدرت کار و فعالیت را از طبقه مردم زحمتکش سلب میکند .

آمیبیاز عفونت ناشی از يك حیوان تك یاخته ایست بنام انتامبا - هیستولیتیکا (*Entamoeba histolytica*) که پس از آلوده کردن انسان ایجاد بیماری و عوارض مختلف میکند . چون این انگل از راه خون در بدن تغییر مکان میدهد جایگزینی آن در نقاط مختلف و اعضاء گوناگون مثل کبد ، ریه ، مغز وغیره غالباً اتفاق می افتد . اشکال مختلف بیماری بسیار متنوع است و از شکل بدون علامت تا

* از کارهای بخش پزشکی يك مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران
** بخش پزشکی يك مرکز پزشکی پهلوی - دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

و بطور محک درمانی یکدوره درمان آزمایشی با امتین و یاداروهای دیگر ضد آمیبی بعمل آورد.

سوم - برای تشخیص آمیبیاز در درجه اول باید بفکر این بیماری بود و در مرحله دوم آزمایش مدفوع با کمال دقت و بدفعات متوالی، حداقل شش مرتبه، از لحاظ جستجوی آمیب و کیست آن بعمل آورد. رکتوسیگموئیدسکپی يك وسیله تشخیصی با ارزش است که در بسیاری از موارد زخمهای مخصوص آمیبی را نشان میدهد. در سالهای اخیر برای تشخیص دمل آمیبی کبد از وسائل دیگری استفاده میکنند که مهمترین آنها سنٹیلو گرافی کبد و لاپاروسکوپي است. بوسیله سنٹیلو گرافی جایگزینی بیماری در کبد و محل آن روشن میشود و بوسیله لاپاروسکوپي تشخیص سنٹیلو گرافی تأیید میگردد و جلوی چشم میتوان دمل را تخلیه کرده درمانهای لازم طبی را بعمل آورد. تشخیص اشکال گمراه کننده بیماری بسیار مشکل است ولی پی بردن به عوارض بیماری به سابقه ذهنی احتیاج دارد. در بعضی مواقع نباید منتظر بود که دمل آمیبی کبد در تعقیب اسهال خرونی واضح پیدا شود و یا نباید انتظار داشت که زخمهای مخصوص آمیبی در آزمایش رکتوسیگموئیدوسکپی مشاهده گردد. چه بسا اوقات اتفاق میافتد که بیمار سابقه اسهال خونی در گذشته دور یا نزدیک خود نشان نمیدهد و در رکتوسیگموئیدوسکپی مشکوک رود سالم است و جواب جستجوی آمیب و کیست آمیب در مدفوع منفی است و باین حال دمل کبد آمیبی واضح وجود دارد. چهارم - درمان آمیبیاز - موارد بسیار معدودی از بیماری گزارش شده که نسبت به درمان مقاوم بوده است، ولی هیچگونه مدرکی از وجود مقاومت طبیعی و یا اکتسابی عامل مولد آمیبیاز در مقابل داروهای ضد آمیب وجود نداشته است. اغلب درمانهای بی نتیجه در اثر اشتباه در تشخیص و یا انتخاب داروهای نامناسب و یا ناکافی و عدم رعایت اصول کلی درمان میباشد. اصول درمان متکی بر پایههای اساسی زیر است: انتخاب داروی مناسب و کافی و در صورت لزوم تکرار دورههای درمانی منظم و پیاپی، از بین بردن شرایط محیطی مناسب برای انگل، استفاده از رژیم غذایی صحیح، اصلاح سوء تغذیه، بالا بردن سطح معلومات و بهداشت بیماران.

هدف درمان از بین بردن آمیب و کیست آمیب در محیط و جدار روده و کبد و دیگر اعضاء و کلیه بافتهای بدن است.

گاهی آمیب بطور بی آزار در محیط روده بزرگ زندگی میکند ولی بدلائلی نامعلوم ناگهان به مخاط روده حمله کرده باعث ایجاد زخمهای متعدد و اسهال خونی میشود. يك اشکال عمده درمان

و بطور کلی در اجتماعات فشرده باید نظافت و بهداشت کامل مراعات شود و برای شناختن ناقلین سالم، آزمایش مکرر مدفوع از لحاظ جستجوی آمیب و کیست آمیب بعمل آید. آب آشامیدنی باید کاملاً ضد عفونی شود. سبزیهایی که در خاکهای آغشته به کودهای حیوانی رشد میکنند میتوانند منبع سرایت و آلودگی باشند. عاملین تهیه و پخش اغذیه اگر آلوده باشند ممکنست باعث انتقال عفونت شوند زیرا روی پوست دست افراد مبتلا، آمیب زنده و قابل زیست مشاهده شده است. حشرات بخصوص مگس و سوسك با منتقل ساختن کیست آمیب به غذاها و آب ممکنست باعث عفونت شوند. محیط آلوده که در بعضی شرایط و مناطق وجود دارد میتواند انتشار عفونت را تسهیل کند. بهمین دلیل در مطالعه و تحقیقاتی که در يك پرورشگاه بعمل آمده پنجاه و پنج درصد ساکنین آن آمیبیاز داشته اند. کیست آمیب در لباس زیر، خاک آلوده، کف اطاق، استخر شنا، شنهای زمین بازی و رختشویخانه دیده شده است. در بعضی خانوادهها آمیبیاز جنبه بومی دارد، چه در مطالعه ای که روی ۱۴۴ خانواده در يك منطقه آلوده انجام گرفته است، ۹۰٪ افراد آلودگی داشته اند. «خود آلاشی» (Auto infestation) اتفاق میافتد و میتوان آنرا یکی از عوامل مزمن کننده بیماری دانست. انقماهایستولیتیکا روی دست افراد آلوده با وجود شستشوی کامل دستها دیده شده است. شکل تروفوزوئید و فعال انگل بندرت سبب پخش و انتشار و سرایت میگردد زیرا کمتر از ۳۰ دقیقه در مدفوع تازه از بین میرود و تنها شکل کیستی آنست که در محیط خارج مدت طولانی مقاومت میکند. لهذا باید دقت صحیح در جمع آوری و بدور ریختن فضولات انسانی بعمل آید. اگر آبهای آشامیدنی آلوده شده باشند کلرزدن به آب کیستهای آمیب را از بین نمیرد و باید برای از بین بردن این کیستها دترژنهای دیگری بکار برد.

دوم - تظاهرات آمیبیاز به اشکال مختلف و گوناگون است. صرف نظر از شکل واضح بیماری که با اسهال خونی و علائم مشخص تظاهر میکند، اشکالی بصورت مسمومیت عفونی و یا سیتسمی دیده شده است. جایگزینی بیماری در کبد و ریه و اعضاء دیگر گاهی با علائم فیزیکی عمومی واضح همراه است و زمانی مخفی و پنهانی است و پس از آنکه دمل آمیبی رشد کافی پیدا کرد با عوارض شدید جلوه گر میشود. باید در نظر داشت که آمیبیاز يك بیماری بومی در کشور ماحسوب میشود. همیشه استادان با تجربه * توصیه میکنند که در مقابل هر بیماری که تب طولانی و نامشخص توأم با حساسیت و درد و یا بزرگی کبد و یا علائم ربوی دارد، باید بفکر آمیبیاز بود

* - مواردی از تظاهرات بالینی گمراه کننده آمیبیاز در خدمت استاد رجمند آقای دکتر صادق پیروزی دیده ایم که با توصیه و راهنمایی ایشان تنها با تجویز امتین درمان شده است.

کبد بمدت ۱۰ روز تجویز میگردد و بصورت خوراکی برای آمیب روده بکار برده میشود. برای از بین بردن آمیبهای موجود در روده باید از داروهای دیگری توأم باین دارو استفاده کرد.

۳- کلروکین - داروی مؤثری است در آمیبیاز کبد ولی به تجربه دیده شده که در دمل کبد در یک چهارم موارد عود بیماری اتفاق می افتد، در صورتیکه بعد از یک دوره درمان با آمین عود دمل کبد نادر است. لهذا توصیه میشود که کلروکین بعنوان یک داروی کمکی در دمل آمیبی کبد بکار برده شود. تراکم این دارو در کبد زیاد است ولی در مورد آمیبیاز روده اثر چندانی ندارد. دارو بمقدار ششصد میلی گرم در بدو امر و سیصد میلی گرم شش ساعت بعد سپس ۱۵۰ میلی گرم دومر تبه در روز بمدت دو هفته تجویز میشود. عوارضی در تعقیب مصرف این دارو گاهی دیده میشود که عبارتست از تهوع، استفراغ، بشورات جلدی، سردرد و تاری چشم.

۴- نیریدازول - یک داروی اختصاصی برای درمان شیتوزومیاز محسوب میشود و ضمناً در اشکال مختلف آمیبیاز هم مؤثر است. متأسفانه اگر ضایعات کبد پیشرفته باشد این دارو عوارضی بصورت سردرد، اغتشاش حواس، هذیان، تشنج و علائم مختلف دیگر ایجاد میکند لهذا امروزه کمتر مصرف میشود. مقدار دارو ۲۵ میلی گرام برای هر کیلو گرم وزن بدن بمدت پنج روز میباشد.

۵- مترونیدازول - دارویی است که برای درمان تریکوموناوز و یاردیا مصرف میشود و اخیراً ثابت شده است که داروی انتخابی برای درمان آمیبیاز است. این دارو نه تنها روی آمیب مهاجم انساج کاملاً مؤثر است بلکه بر آمیبیاز روده هم مؤثر میباشد و از آن گذشته تحمل دارو بسیار خوب و عوارض آن بسیار ناچیز است. بسبب عوارضی که آمین ایجاد میکند امروزه غالب متخصصین، این دارو را جانشین آمین کرده اند ولی باید دانست که قیمت دارو برای یک دوره درمان گران تمام میشود و هنوز در بسیاری از طبقات مردم کشور ما از آمین نمیتوان صرف نظر کرد. مطابق آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی، مترونیدازول داروی انتخابی (Drug of choice) آمیبیاز محسوب میشود و میتوان با آسودگی خاطر در بیماران سرپائی مصرف کرد و برای درمان آمیبیاز روده و انساج مختلف نتیجه درخشانی بدست آورد. این دارو به مقدار ۸۰ میلیگرم سه بار در روز بمدت ۵ روز بصورت خوراکی هم برای آمیبیاز روده هم برای دمل کبد و ریه تجویز میشود.

داروهای گروه دوم:

۱- آمین بیسموت آیواید (E.B.I.) - چون آمین تزریقی بر آمیب محیط روده اثر چندانی ندارد، درصدد پیدا کردن ترکیبات خوراکی آمین شدند. چند ترکیب غیر محلول و غیر قابل جذب آمین ساخته شده که بصورت خوراکی مصرف میشود و بطور موضعی

اینستکه داروهائی که آمیب مهاجم را در انساج بدن از بین میبرد نمیتواند همین اثر را بر آمیب جدار روده داشته باشد. لهذا احتمال عود بیماری بعد از درمان اسهال خونی و یا در کبد بصورت ایجاد دمل باقی میماند، روی این اصل معالجه بیماری باید همه جانبه باشد. داروهای متعددی در دسترس است که بدو گروه جداگانه تقسیم میشود:

اول - داروهای مؤثر بر آمیب مهاجم و آمیب بافتهای مختلف بدن مانند: امیتین Emetin، دهیدروامیتین Dehydroemetine، نیریدازول Niridazol، مترونیدازول Metronidazol و کلرو-کوئین Chloroquine.

دوم - داروهای مؤثر بر آمیب محیط روده مانند: (E.B.I) Emetine bismuthiodide، Diloxanide furoate، آنتی بیوتیکها، مشتقات کینولین و ترکیبات ارسنیکی.

داروهای گروه اول:

۱- امیتین - امیتین الکلوتیدایپیکا کوانا (Ipecacuanha) است و در پنجاه سال اخیر جان هر از آن بیمار را از خطر مرگ نجات داده است. امیتین آمیب انساج را از بین می برد ولی روی آمیب موجود در روده و کیست آن اثری ندارد. در بعضی از کشورها مثل امریکای شمالی از بکار بردن امیتین وحشت دارند و از عوارض آن بیمناکند. درست است که بیمارانی که تحت درمان امیتین قرار میگیرند باید بستری شده تحت نظر باشند، ولی تجربه بما ثابت کرده است که اگر جانب حزم و احتیاط مراعات شود عوارض و اثرات سمی آن فوق العاده زیاد نیست. تجویز این دارو در بیماران قلبی ممنوع است و از لحاظ پیش گیری عوارض قلبی عصبی، الکتروکاردیوگرافی و تجویز ویتامین های ب مرکب و امتحان رفلکس های عصبی و عضلانی توصیه میشود. هر آینه در الکتروکاردیوگرافی T منفی و یا افزایش فاصله PR دیده شود و یا رفلکس های عصبی عضلانی تغییر کنند باید تجویز دارو قطع شود.

مقدار تجویز امیتین روزانه یک میلیگرم برای هر کیلو گرم وزن بدن است و حداکثر ششصد میلی گرم و بطور متوسط چهل میلی گرم در روز، بمدت ۱۰ روز برای دمل کبد و ریه و بمدت سه تا پنج روز برای آمیبیاز روده بصورت تزریق عضلانی تجویز میشود. برای از بین بردن آمیب در محیط روده باید علاوه بر امیتین داروی دیگری بصورت خوراکی مانند اکسی تراسیکلین یا دیلو کسانید فوروایت به مقدار کافی مصرف کرد.

۲- دهیدروامیتین - در سال ۱۹۵۹ این دارو ساخته شده است و همان خواص امیتین را دارد با عوارض بسیار ناچیز، معهذا بهتر است در بیماران قلبی تجویز نشود. مقدار آن یک و نیم میلی گرم برای هر کیلو گرم وزن بدن است که بصورت تزریق عضلانی در مورد دمل آمیبی

بر آمیبیاز روده اثر کرده آنرا از بین میبرد. بهترین این ترکیبات امتین بیسموت ایوداید است که بمقدار شصت میلیگرم سه مرتبه در روز و بمدت ۱۰ روز مصرف میشود. ولی نظریه باینکه مقداری از امتین جذب میشود حالت تهوع و اسهال ایجاد میکند. این عوارض از اهمیت دارو کاسته است.

۲- آنتی بیوتیکها: آنتی بیوتیکهای متعددی وجود دارد که آمیب محیط روده را از بین میبرد مانند Parom- و Fumagillin که اولی خیلی سمی و دومی گرانقیمت است و مقرون به صرفه نیست. دیگر آنتی بیوتیکها با تغییر دادن محیط روده فعالیت دوام آمیب را در محیط روده از بین میبرند. تتراسیکلینها و خصوصاً اکسی تتراسیکلین برای این منظور بکار میرود بمقدار ۲۵۰ میلیگرم چهار مرتبه در روز و بمدت ۱۰ روز. پارومومیسین بمقدار ۵۰۰ میلیگرم چهار بار در روز و به مدت ۵ روز مصرف میشود. آنتی بیوتیکها بر آمیبیاز کبد هیچگونه تأثیری ندارد.

۳- دیلوکسانیدفوروایت: این دارو در آمیبیاز مزمن و آمیبیاز بدون علامت روده ای با ارزش است و مزایای آن ارزانی قیمت و عوارض ناچیز آن میباشد. در آمیبیاز حاد و دمل آمیبی کبد و ریه اثر این دارو زیاد درخشان نیست. میزان تجویز دارو ۵۰۰ میلیگرم در روز بمدت ۱۰ روز است.

۴- ترکیبات آرسنیکی: ترکیبات مختلفی بنامهای استارسول کاربارسون - گلیگو بیارسول توأم با دیگر داروها مصرف میشود. نظریه باینکه این داروها ایجاد عوارض پوستی و کبدی و مغز استخوانی میکند کمتر مصرف میشود. مقدار دارو ۲۵۰ میلیگرم سه بار در روز بمدت ۱۰ روز است.

۵- مشتقات کینولین: بعنوان داروی کمکی بصورت خوراکی و یا تنقیه در درمان آمیبیاز روده مصرف میشود. ترکیبات مختلفی ساخته شده است که مؤثرتر از همه دی ویدویدرو کسی کینولین ویدوکلر و اکسی کینولین میباشد. مقدار مصرف دارو یک قرص ۲۵۰ میلی گرم سه مرتبه در روز بمدت ۱۰ روز است. بطور کلی برای بدست آوردن نتیجه قطعی و درمان کامل بیماری روشهای درمانی ذیل پیشنهاد میشود:

شروع درمان آمیبیاز حاد با ۸۰۰ میلی گرام مترونیدازول سه مرتبه در روز که بمدت ۵ روز ادامه داده میشود. از این درمان در ۹۰٪ موارد نتیجه کامل بدست میآید. در صورتیکه آثاری از بیماری باقی باشد و یا در مدفوع آمیب و کیست آمیب در آزمایش مجدد دیده شود، از روشهای ذیل استفاده میشود.

روش اول - تجویز توأم داروهای زیر:

۱- تتراسیکلین، ۲۵۰ میلیگرم چهار بار در روز بمدت ۱۰ روز

۲- دیلوکسانیدفوروایت، نیم گرم سه بار در روز بمدت ۱۰ روز.
۳- کلروکوئین سولفات یادی فسفات، ۶۰۰ میلیگرم در دو امر و ۳۰۰ میلیگرم بفاصله ۶ ساعت و ۱۵۰ میلیگرم دو بار روزانه بمدت ۱۴ روز.

روش دوم - تجویز توأم داروهای زیر:

۱- دهیدروامتین، ۹۰ میلیگرم روزانه بمدت ۱۰ روز بصورت تزریق عضلانی.

۲- تتراسیکلین ۲۵۰ میلیگرم چهار بار در روز بمدت ۱۰ روز.

۳- دیلوکسانیدفوروایت، نیم گرم سه بار در روز بمدت ۱۰ روز. در این دوره درمان باید بیمار بستری شود و آزمایش مجدد مدفوع بعمل آید در صورت عدم نتیجه بفاصله یکماه یکدوره درمان با دیلوکسانید فوروایت را میتوان بمدت ۱۰ روز تکرار کرد. غالباً درصد درصد موارد از روشهای درمانی ذکر شده نتیجه قطعی حاصل میشود. در آخرین مجله ای که بدست ما رسیده است (۸) در تجویز و مقدار مصرف بعضی از داروها تغییراتی داده شده است مثلاً مترونیدازول را بمقدار ۷۵۰ میلیگرم سه مرتبه در روز بمدت ده روز توصیه میکنند ولی ما بیشتر از روشهای فوق استفاده کرده ایم. برای درمان آبسه آمیبی کبد و ریه در صورتیکه دمل خیلی بزرگ نشده باشد و بوسائلی بتوان محل دمل را تعیین کرد تخلیه دمل از راه پوست و درمان موضعی با آنتی بیوتیک و تزریق امتین در محل دمل توأم با درمانهای عمومی نتیجه درخشانی بدست میدهد. ولی اگر دمل کاملاً حجیم شده باطراف چسبندگی پیدا کرده و یا باعضاء مجاور نفوذ کرده باشد باید بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد و پس از تخلیه دمل درمانهای عمومی بعمل آید. ذیلاً گزارش دومورد دمل آمیبی کبد که سال گذشته در بخش پزشکی یک مرکز پزشکی پهلوی تحت معالجه قرار گرفته اند ذکر میشود. بیمار اول سه ماه پس از تشکیل دمل آمیبی کبد مراجعه کرد و دمل کبد قسمت عمده ای از این عضو حساس بدن را فرا گرفته بود و باطراف و اعضاء مجاور چسبندگی داشت، ناچار بیمار تحت عمل جراحی قرار میگرفت و دولیتر چرک و کولاتی از قطعه راست کبد خارج میگردد. پس از عمل، بعلت اختلال شدید اعمال کبد بواسطه الکلیسم مزمن و شوك عمل جراحی و بیهوشی و نکرروز سلولی، بیمار وارد اغماء کبدی شده میمیرد.

بیمار دوم بایک دمل منحصر و محدود قطعه راست کبد مراجعه میکنند و پس از سنتیلوگرافی و لاپاراسکوپ و تعیین محل جایگزینی دمل و درمان با مترونیدازول، تخلیه دمل از راه پوست بوسیله

لاپاروسکوپ جلوی چشم انجام میگیرد. سنتیلو گرافی و لاپاروسکوپی مجدد التیام دمل را تأیید مینماید. مدت چهار ماه بیمار تحت نظر بود و ثابت شد که درمان بیماری بطور کامل انجام گردیده است. اینک گزارش دومورد دمل آمیبی کبد و درمان آن را شرح میدهد. شرح حال بیمار اول - آقای ح - م - ج ۳۸ ساله شغل راننده، علت مراجعه - بیمار با زردی و درد ناحیه اپی گاستر در تاریخ ۱۲-۸-۱۳۴۹ به بخش پزشکی يك مرکز پزشکی پهلوی مراجعه میکند.

سابقه - دردهای ناحیه اپی گاستر از ۱۰ سال قبل - سابقه نوشیدن متناوب مشروبات الکلی و زردی و خونریزی نداشته است.

نحوه شروع بیماری - بیمار اظهار میدارد که در دو ماه قبل متعاقب يك جلسه عرق خوری فراوان درد شدیدی در ناحیه اپی گاستر ایجاد میشود که بطرف چپ و پشت و بالا انتشار داشته است. این درد بقدری شدید بوده که بیمار از خود بیخود میگردد. روز بعد احساس میکند که ناحیه اپی گاستر بزرگ و برجسته شده است. بیمار به پزشکان و بیمارستانهای متعدد مراجعه میکند ولی رویهمرفته نتیجه بدست نیامده است. همراه این برجستگی ناحیه اپی گاستر، درد، تب، لاغری شدید و بی اشتهائی نیز وجود داشته و اخیراً نیز زردی بآن اضافه شده است.

نشانه های بالینی - حال عمومی بیمار بسیار بد است و ضعف شدید دارد. قیافه بیمار حکایت از رنج زیاد و کم شدن زیاد وزن میکند. دستگاه قلب و عروق - صداهای قلب بسیار خفیف، فشار خون ۱۲۰/۸۵، نبض ۹۰، قرعه در دقیقه، حرارت ۳۷/۵.

دستگاه گوارش - بی اشتهائی موجود است. در مشاهده شکم، برجستگی بزرگی در ناحیه اپی گاستر و هیپو کندر راست وجود دارد. در این برجستگی ضربان موجود نیست. در لمس این ناحیه توده بسیار بزرگی کاملاً محدود و مشخص بدست میخورد که دردناک میباشد و این توده سبب شده که استر نوم بطرف بالا رانده شود. با تنفس حرکت نمیکند، ضربان نیز بدست نمیخورد. کبد بزرگ است و بنظر میرسد که باین توده ارتباط داشته باشد. مایع آزاد در شکم وجود ندارد. دستگاه لنفاوی - طحال بدست نمیخورد - غدد لنفاوی بزرگ وجود ندارد.

دستگاه ادراری، اعصاب، ارتباطات و عضلانی طبیعی است.

بررسی آزمایشگاهی - اوره خون ۵۴/۰، گرام همو گلوبین ۱۱ گرم درصد، هماتوکریت ۳۷٪، گلبول سفید ۱۶۱۵۰، ریتیکولوسیت ۸٪، سگمانته ۶۳٪، باتونه ۱۳٪، لنفوسیت ۱۹٪، مونوسیت ۳٪، ائوزینوفیل ۱٪، و بازوفیل ۱٪، کومبز مستقیم منفی است، گلبول های قرمز دارای شکل طبیعی و پلاکت طبیعی است. در پونکسیون

مغز استخوان، سلولاریته طبیعی است. نسبت میلیوئید به اریترئوئید ۲ به ۱ است. سری میلیوئید در حال رشد طبیعی و سری اریترئوئید نورمو بلاستیک و هیپر پلازی خفیف دارد. مگا کار یوسیت فراوان است، پلاسموسیت افزایش مختصر، ذخیره آهن افزایش زیادی دارد. قند خون ۲۲ گرم بعد از تزریق سرم قندی - رایت و ویدال منفی است، مقدار سدیم ۱۳۵۶ و پتاسیم ۴۳ میلی اکوی والانت در لیتر است. واندنبرگ تأخیری مثبت، بیلیروبین تام ۲۰ میلیگرم، مستقیم ۴ و غیر مستقیم ۱۶ میلیگرم در لیتر است. تیمول ۱۰ واحد، سفالین کلسترول + S.G.P.T. ۴۶ واحد در هر سانتی متر مکعب، ادرار طبیعی است، مدفوع خون ناپیدا + + دارد. در رادیو گرافی، دیافراگم طرف راست بالا و قلب و ریتین طبیعی است. رادیو گرافی ساده شکم منفی است.

در سنتیلو گرافی کبد - کبد بزرگ است و يك ناحیه وسیع در قسمت چپ قطعه راست کبد از ماده نشان دار پر نشده است، و در اسکن نیم رخ بنظر میرسد که این دمل در قسمت قدیمی قرار گرفته باشد. (سنتیلو گرافی اول و دوم).

شرح حال بیمار دوم: خانم ب - ط - ح ۴۵ ساله اهل اراک، شغل خانه دار. (عکس بیمار صفحه ۲۴۰)

علت مراجعه - بعلت درد ناحیه هیپو کندر راست در تاریخ اول دیماه ۱۳۴۹ در بخش پزشکی يك مرکز پزشکی پهلوی بستری شده است. سابقه مرضی - مدت چهار سال است که عادت ماهانه ندارد. چهار ماه قبل مبتلا به اسهال خونی شده که تحت نظر پزشک درمان میکرده است.

طرز شروع و مدت کسالت - از دو هفته قبل دردی در ناحیه هیپو کندر راست پیدا میکند که در ابتدا متناوب و مبهم و نامشخص بوده است. هنگام خوابیدن به پهلوی راست این درد تشدید مییافته است. همراه این ناراحتی بی اشتهائی، لاغری، نفخ شکم نیز اضافه شده است. این درد بستگی به نوع غذا نداشته است. بتدریج در شدت پیدا میکند و مانع از کار کردن بیمار میشود. چهار روز است که تب نیز عارض وی گشته است. زردی، خونریزی، اسهال، یبوست ندارد.

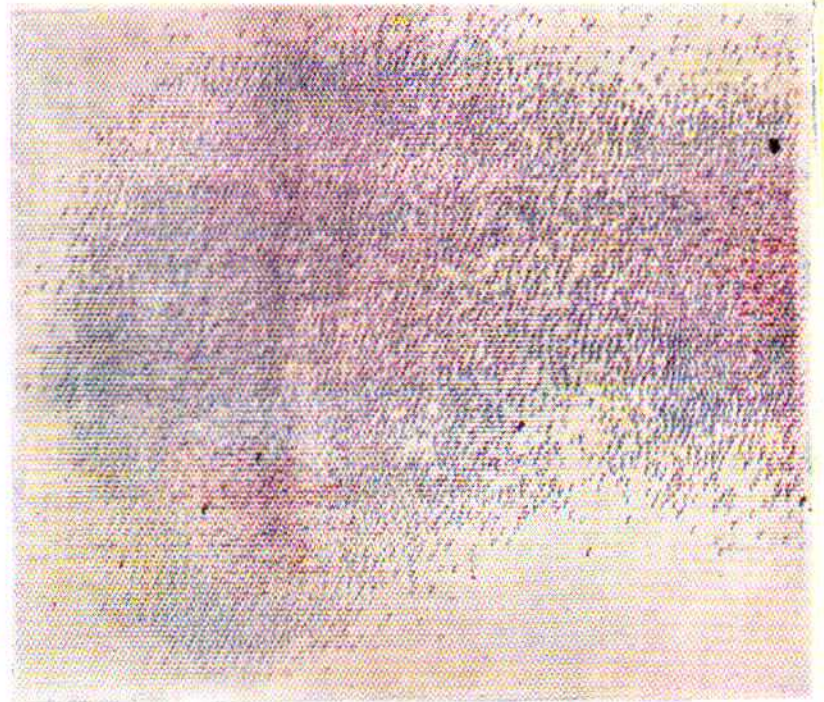
نشانه های بالینی - خانم نسبتاً لاغری است که از درد ناحیه هیپو کندر راست در هنگام نشستن شکایت دارد.

دستگاه قلب و عروق - صداهای قلب در چهار کانون طبیعی است فشار خون ۱۲۰/۸۰، ضربان نبض ۱۲۴ بار در دقیقه، حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد است.

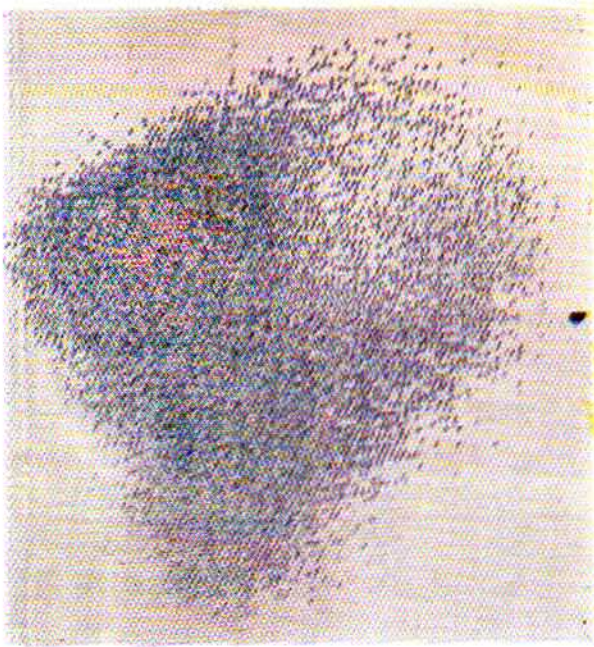
دستگاه تنفس - سرفه ندارد. در سمع ریتین صداهای غیر طبیعی مسموع نیست و فقط در قاعده ریه راست، ماتیته وجود دارد.



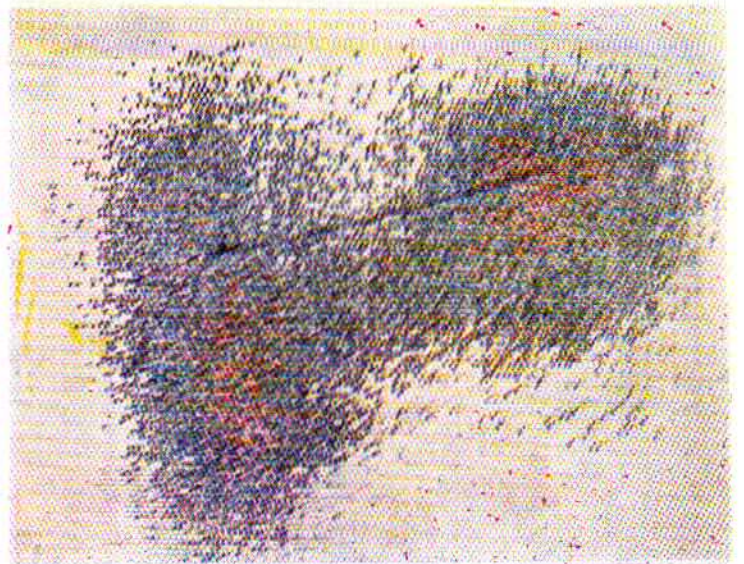
سنتیلوگرافی (۲)



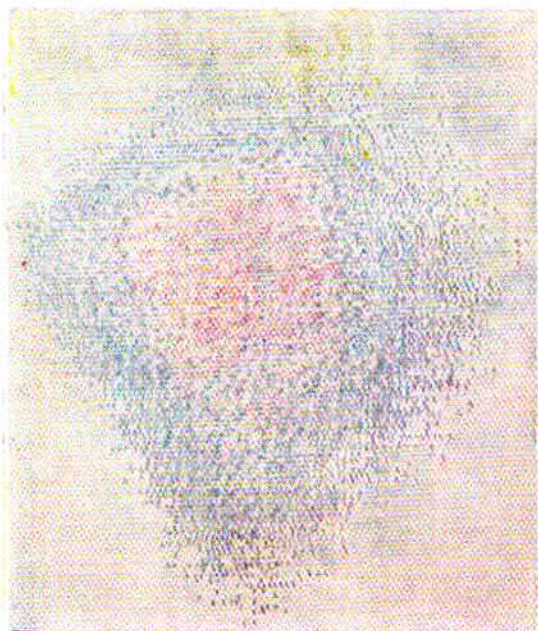
سنتیلوگرافی (۱)



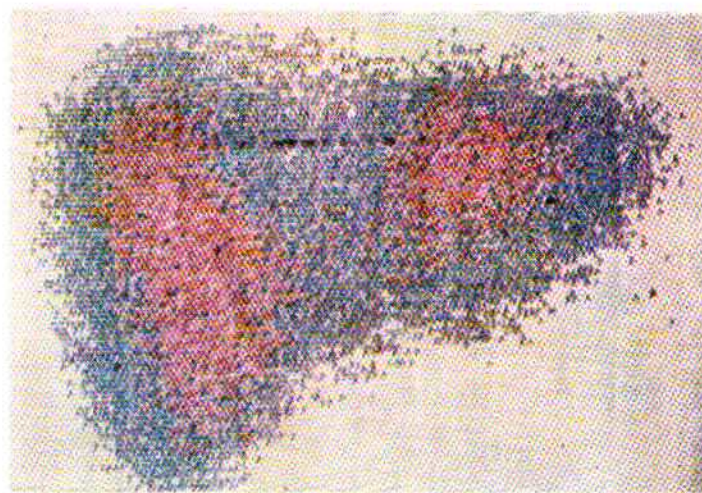
سنتیلوگرافی (۴)



سنتیلوگرافی (۳)



سنتیلوگرافی (۶)



سنتیلوگرافی (۵)



عکس لاپاروسکوپی



عکس بیمار دوم

بحث - از مطالب فوق میتوان نتیجه گرفت که :

۱- آمیبیاز یکی از بیماریهای انگلی بسیار شایع آدمیزاد است که در تمام نقاط زمین و از جمله کشور ما پیوسته باید مورد توجه متخصصان بهداشت و پزشکان قرار گیرد .

۲- ناقلان سالم چندین برابر بیمارانی هستند که آثار بیماری را از خود بروز میدهند . وجود آمیب در روده، تا شرایط بدنی و اقلیمی خاصی زمینه را مستعد نسازد، منشاء تظاهرات مرض نخواهد بود .

۳- اختلال کبدی آمیبیاز و بویژه دمل کبد یکی از عوارض بسیار شایع این بیماری انگلی است . اگر گفته شود دمل آمیبی کبد فراوانترین دملهای کبدی این مرزوبوم را تشکیل میدهد سخنی بگزارف گفته نشده است .

۴- امتین تا چند سال قبل داروی بی رقیب و بسیار نفیس بشمار میرفت و هم اکنون هم این مقام را تاحدودی حفظ کرده است .

۵- در سالهای اخیر تجویز مترونیدازول نیز در درمان این بیماری نتایج بسیار رضایت بخشی داشته است بطوریکه اگر عوارض قلبی و عصبی امتین را از یکسو و بیضرر بودن نسبی مترونیدازول را از سوی دیگر مورد سنجش قرار دهیم شاید بتوان ماده اخیر را داروی ممتاز و انتخابی آمیبیاز بشمار آوریم، ولی مامعتقدیم هنوز زمان آن فرانسیده که بتوان از درمان با امتین بطور قطع بی نیاز بود .

۶- دمل آمیبی کبد از بیماریهایی است که درمان آن در صلاحیت پزشکان بیماریهای داخلی است. تخلیه چرک و درمان طبی کافی بیش از ۹۰ درصد این دملها را از بین میبرد. عمل جراحی و بازکردن دمل فقط در موارد بسیار استثنائی مورد لزوم است .

۷- چه بسا سوء هضمهای بسیار طولانی و اختلالات کبد و تبهای بظاهر بی دلیل که بانسانههای مختصر کبدی همراه بوده فقط با تداوی ضد آمیبی درمان شده اند و ما خود نیز شاهد مواردی از آن بوده ایم .

دستگاه گوارش - اشتهای کم است، نفخ وجود دارد. کبد بزرگ و در لمس دردناک است، این بزرگی بیشتر در طرف چپ مشهود میباشد. اجابت مزاج طبیعی است. زردی وجود ندارد .

دستگاه لنفاوی - طحال بزرگ و غدد لنفاوی بزرگ وجود ندارد. بقیه دستگاههای بدن طبیعی میباشد .

بررسی آزمایشگاهی - سرعت سدیماتاسیون در ساعت اول ۱۰۴ و در ساعت دوم ۱۵۸ میلیمتر - گلبول سفید ۱۲۸۰۰، باتونه یک، سگمانته ۷۸، لئوسیت ۱۵ و منوسیت ۶ - هموگلوبین ۱۲۶۶ گرم، پلاکت طبیعی - قند خون ۱۰۶، اوره ۲۰ / ۰ گرم در لیتر، کلسترول ۱۰۴ گرم در لیتر - ادرار طبیعی است. در مدفوع تخم اسکاریس وجود دارد . رایت و ویدال منفی - مانتو مثبت - بیلیروبین تام ۰ / ۶ میلیگرم در ۱۰۰ سانتی متر مکعب - سفالین کلسترول + - کدورت تیمول ۷ واحد - سفاتازالکالین ۲۵ واحد کینک - آرمسترانگ، B.S.P. ۳۶٪ احتباس بعد از ۴۵ دقیقه. الکتروفوز پروتئینهای خون ۲۲٪ - آلومین ۶٪، آلفایک گلبولین ۶٪، آلفادو ۱۹٪، بتا گلبولین ۱۷٪ و گاما گلبولین ۳۶٪.

توشه رکتال طبیعی، رکتوسیکموئیدوسکی طبیعی است - با اشعه X قلب و ریتین طبیعی و رادیوگرافی ساده شکم منفی است.

در سنتیلوگرافی کبد، ناحیه وسیعی در قسمت فوقانی لب راست آن ماده نشانه دارا جذب نکرده است. (سنتیلوگرافی سوم و چهارم) در لاپاروسکوپی - کبد بزرگ و در قسمت فوقانی آن برجستگی قرمز رنگی مشهود است که با احتمال قوی دمل کبد میباشد .

(عکس لاپاروسکوپی صفحه ۲۴۰)

با بکار بردن مترانیدازول روزانه ۸۰۰ میلیگرم بمدت ۸ روز و خالی کردن دمل از راه پوست * بوسیله لاپاروسکوپ تب بیمار قطع گردید، درد ناحیه کبد از بین رفت و کوچکتر شد. طحال قابل لمس نبود . سرعت سدیماتاسیون بعد طبیعی رسید و شمارش گلبولهای سفید به ۶۰۰۰ تقلیل یافت و در سنتیلوگرافی (سنتیلوگرافی پنجم و ششم) مجدد لاپاروسکوپی مجدداً کبد کوچک شده و جای خالی محل دمل را در حال پر شدن و جذب نشان میدهد.

REFERENCES:

- 1- Seaton, D.R. Amoebicides, Pract. 1231: 16. 1971.
- 2- Wilmot, A.J. Treatment of intestinal amoebiasis. Pract. 1217: 638, 1969.
- 3- Mario, R. The Diagnosis and management of Parasitic diseases. Med. Clin. North Am 54, 306, 1963.
- 4- Steignan, F. The Treatment of Amoebiasis. Med. Clin. Nor. Am 48: 68_1964.
- 5- Who. Expert committee, Amoebiasis, World Health Organization. 421: 8, 30, 38. 1969.
- 6- Sodeman, W.A. Amoebiasis, Am. J. Dig. Dis. 1: 51. 1971.
- 7- Today, s drugs, April. B.M.J. 36-37, 1970.
- 8- P.E.C. Manson_Bahr M.D. and W.E. Ormerod D.M.D. Sc., Amoebic and Bacillary Dysentery; Pract. 207: 1238, 154-1971.

* مقدار ۳۰۰ سانتیمتر مکعب چرک شوکولانی جلوی چشم بوسیله لاپاروسکوپ از راه پوست از کبد خارج گردید.

توضیح - عکس بیمار مورد اشاره در صفحه ۲۲۷ و عکس لاپاروسکوپی مورد اشاره در صفحه ۲۴۰ در صفحه ۲۳۹ چاپ شده است