مطالعهٔ بالینی ۶۰ مورد بیمار مبتلا بسندرم خونریزی دهندهٔ عفونی
در استان آذربایجان شرقی (ایران)

دکتر ولی‌الله آصفی*

مجله نظام‌پزشکی
سال‌چهارم ، شماره ۳ ، صفحه۱۸۲، ۱۳۵۳

تاریخچه بیماری در ایران: از سالها پیش ، بیماری تب دار خونریزی دهنده درسه منطقهٔ مشخص‌استان‌آذربایجان شرقی‌یعنی اردبیل،خلخال(هروآباد)وسراب مشاهده‌میشد وتنهاگزارش‌های پراکنده را دربارهٔ وجود چنین بیماری درمنطقهٔ سراب میدیدیم [۱۸] [۱۹] [۲۰] .

مشکل است تاریخ پیدایش و تظاهر این بیماری را بطور مشخص تعیین نمود ، ولی قدر مسلم اینست‌که طبق شواهد محلی و تحقیق و پرسش از معمرین قوم، این بیماری‌از سی سال قبل در مناطق مذکوروجود داشته است؛ بویژه اینکه مردم این‌نواحی نام سنتی مشخص و مستقلی را به بیماری داده و اسم با مسمای «حصبهٔ قره میخ» (وجه تسمیهٔ بیماری بعلت وجود تب ونشانه‌هائی شبیه حصبه و نقاط خونریزی پوستی برجسته شبیه سرمیخ سیاه) را انتخاب نموده‌اند. این نام بقدری متداول است‌که تقریباً تمام ساکنین با شنیدن‌آن، علائم مشخص بیماری‌را بخاطرمیآورند [۱۸] [۱۹].

بنا برحکایت وگفتارهای ساکنین محل، بیماری باشکال مختلف خفیف ویا شدید وحاد تظاهر مینماید. محلی‌ها بیماری را دراصل بنام حصبه میشناسند و عقیده دارندکه برخی از اوقات ودرموارد وخیم حصبه‌تبدیل به «قره میخ» میگردد. بعقیدهٔ آنها بیمارانی‌که دارای نشانه‌های خونریزی شدید از بینی، استفراغ خونی ویا خونشاشی هستند ، اغلب محکوم بمرگ حتمی میباشند [۱۸] .

پزشکان قدیمی و سابقه‌دار نیز که سالهاست در این مناطق مشغول طبابت‌اند، بیماری‌را بهمان نام محلی «حصبهٔ قره میخ» میشناسند و بدرمانهای ضد انعقادی و ویتامین درمانی متوسل میشدند، ولی باتمام‌این‌کیفیات واقدامات اشکال حاد و وخیم‌بیماری غالباًمنجر بمرگ میشدند [۱۸] [۲۱]. البته لازم بیادآوری است‌که برای تحقیق دربارهٔ تاریخچهٔ بیماری و درمانهای سنتی و محلی باید اوقات بیشتری صرف نمود و با صبروحوصلهٔ زیاد مسئله را مورد بررسی قرارداد.

همانطوریکه ذکر ردید اولاگین موارد بیماری در منطقهٔ سراب توسط امین‌الاشرافی گزارش شده است (۱۳۴۵). ما نیز اولین موارد بیماری را در سال ۱۳۴۹ در منطقهٔ اردبیل و خلخال (هروآباد) مشاهده‌کردیم . بیمار پسری بود ۱۲ ساله‌که درحال اغماءکامل به بیمارستان انتقال یافته بود. تمام سطح بدن پوشیده از پورپوراهای برجسته و سیاه رنگ و لکه‌های خونریزی زیر پوستی بود. خونریزی از بینی ولثه ادامه داشت. صورت بیمار کبود و متورم بود. پلکها متورم و سیاه مایل به بنفش وکره‌های چشم برآمده، بطوریکه درنگاه سطحی، قیافهٔ بیمار منظرهٔ ضربهٔ جمجمه را درخاطر مجسم میساخت.

بنا باظهار پدر واطرافیان، بیمار از چهارروز قبل پس‌ازمراجعت از صحرا احساس سردرد، تب و دردهای عضلانی مینماید. سپس بیمارمبتلا بخونریزی شدید میگرددکه باهیچ‌وسیله‌ای بند نیامده و بعد لکه‌های سیاه رنگ برجسته در سطح بدن ظاهر میشود . در معاینهٔ سطح بدن نقاط برجسته همانند ساچمه بدست میخورد. بیمار هیچگونه رفلکسی نداشت و روز پنجم بیماری فوت شد [۱۸] [۲۱] [۲۴].

موقعیت جغرافیائی مناطق سه‌گانه:

۱ـ خلخال (هروآباد) ازطرف شمال و باختر به بخش سنجبد و از جنوب به بخش شاهرود و از خاور بکوههای طالش محدود میباشد. قسمتی از این منطقه جنگل است و هوای گرم ومرطوب دارد ودر ۱۹۸ کیلومتری خاورشهرستان تبریز و ۵۶ کیلومتری جنوب شهرستان اردبیل واقع است.

مختصات جغرافیائی: طول۴۸ درجه‌و۳۱ دقیقه و۴۰ ثانیه وعرض ۳۷ درجه و ۳۸ دقیقه و ۵۰ ثانیه .

۲ـ اردبیل از شمال بخاك شوروی ، از خاور بکوههای طالش و دریای خزر ، از باختر برشتهٔ کوه سبلان و رودخانهٔ قره سو و از جنوب بشهرستان خلخال (هروآباد) محدود است.

* انستیتو پاستور ایران (بخش تحقیقات بالینی).

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

۳ـ سراب در ۱۲۴ کیلومتری جنوب خاوری شهرستان تبریز در منطقهٔ کوهستانی و جلگه ، مانند دهلیزی است کـه بین دو رشته کوههای سبلان ازشمال وبزگوش ازجنوب محدودمیشود. قسمتی از روستاها دردامنه‌های کوه سبلان و قسمتی دیگر در جلگه واقع هستند. از شمال بکوه سبلان، از جنوب بکوه بزگوش، ازخاور بشهرستان اردبیل و ازباختر به بخش آلان براغوش وبستان آباد محدود است. ارتفاع ازسطح دریا ۱۷۰۰ متراست.

مطالعهٔ ما ازاواسط خردادماه ۱۳۵۰ شروع وتاآخرتیرماه ۱۳۵۲ ادامه داشته است.

در طول اینمدت مجموعاً شصت بیمار با نشانه‌های عفونی وسندرم خونریزی دهنده مورد بررسی قرار گرفته‌اند .

اکثر بیماران باعلائم حاد خونریزی وپورپورا مراجعه کرده‌اند، که ضمن تحقیقات بعدی روشن گردید، بیماران دیگری نیزهمزمان با آنهـا مبتلا به بیماری بوده‌اند ولی بعلت خفیف بودن علائم و بهبود خود بخود از مراجعه خـودداری کرده‌اند [۱۹] [۱۸] . اینك برای روشن‌شدن مسئله چندشرح حال بعنوان نمونه ذکر میکنیم:

شرح حال بیمار شماره ۱:

ك . الف، ۱۰ ساله، پسر، ساکن روستای مهماندوست واقع دربین اردبیل وخلخال درتاریخ ۵۱/۵/۱۱ بعلت تب، سردرد، دردهای عضلانی وسندرم خونریزی‌دهنده مراجعه نموده‌است. درسابقهٔ بیمار بجز ابتلاء بسرخك که بدون درمان ومراجعه بپزشك بهبودیافته، نکته قابل توجهی وجود نداشته است . دارای دو خـواهر و یك برادر میباشدکه همه سالم‌اند، پدرو 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 لکه‌های خونی در روی پوست شکم و ساق پاها ظاهر میگردد که همزمان باظهور آنهابیمار مبتلا بخون دماغ و خونریزی مختصر ازلثه‌ها بوده است. سپس خونریزی ازبینی ولثه‌ها شدیدترمیگردد و بیماررا به بیمارستان میآورند.

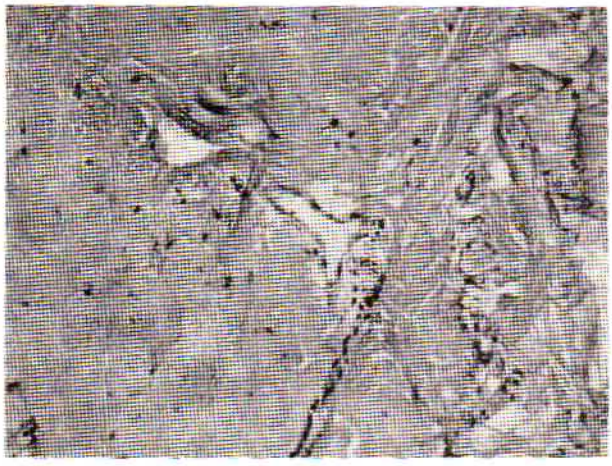
در معاینه، بیماری است که ازنظر رشد جسمانی خوب و بسوالات خوب جواب میدهد. خونریزی از بینی و لثه‌ها ادامه دارد. در سطح پوست شکم ، دست و پا و صورت نقاط پورپورائی برجسته و سیاه رنگ و در سطوح اتکاء بدن خونمردگی‌هـائی مشاهـده میگردد. کبد وطحال قابل لمس نیست، آدنوپاتی ندارد. صداهای قلب طبیعی، برادیکاردی وجود دارد. فشارخون $\frac{100}{50}$، تنفس طبیعی، درسمع قلب وریه‌ها نکتهٔ قابل‌توجهی وجود ندارد. درجهٔ حرارت بیمار $38^{\circ}c$، ادرار پررنگ ، در سطح پوست محل گزش حشره وجود ندارد. رفلکسها طبیعی است.

آزمایشها : تعداد گلبولهای سفید ۶۵۰۰ درهرمیلی‌مترمکعب سایر عناصر طبیعی است واثوزینوفیلی وجوددندارد. سدیمانتاسیون ساعت اول ۲۰ میلی‌متر، هموگلوبین ۹ گرم درصد، هماتوکریت ۳۲٪، تعداد پلاکت‌ها ۱۲۰۰۰، زمان پروترمبین ۱۶ ثانیه (طبیعی ۱۴ ثانیه). کشت خون، مدفوع و ادرار منفی، آزمایش انگلی مدفوع منفی، رادیوگرافی قلب وریه‌ها طبیعی است، در ادرار، بمقدارکم گلبول قرمز وجود داشت. گروه خونی Rh ,B مثبت است.

درمان: تزریق یك لیتر خون هم گروه که روز اول در دو نوبت هردفعه 250^{cc} وروز دوم وسوم روزانه 250^{cc} بعمل آمد. پس‌از تزریق 500^{cc} خون ، خونریزی از بینی و لثه‌ها قطع گردید. در روز سوم مراجعه، بیمارحالت طبیعی داشت . در مدت ده روز بستری در بیمارستان نقاط پورپورائی بتدریج کمرنگ‌تر گردید و در موقع ترك بیمارستان فقط لکه‌های زردرنگ باقی مانده بود. درروز هفتم بستری شدن کلیهٔ آزمایش‌ها بغیراز یك سدیمانتاسیون بالا (۳۰ میلی‌متر درساعت اول) طبیعی بودند. بیمار باحال عمومی خوب بیمارستان را ترك کرد (۱۸). (شکل شماره ۳ و ۴).



شکل ۱ـ منظرهٔ هیستوپاتولوژی ضایعات پوستی. بافت برداری ازضایعات پوست آرنج و ساق پا . اپیدرم نـازك و تحت‌کشش. خیزمشخص در درم همراه با انبساط عروق لنفاوی.



شکل ۲ـ منظرهٔ هیستوپاتولوژی ضایعات پوستی . بدون ضایعات عروق خونی.

شرح‌حال بیمارشماره ۲:

س. الف، پسر۹ ساله ، برادر بیمار قبلی در تاریخ ۵۱/۵/۱۴ با علائم تب، دردهای عضلانی و خونریزی از بینی به بیمارستان آورده‌شد. درسابقهٔ بیمار نکتهٔ قابل‌توجهی وجود نداشت. شروع بیماری دوروز پس‌از شروع بیماری برادربزرگتر بوده است ولی چون غیراز تب و دردهای عضلانی نشانهٔ دیگری نداشته است لذا ازمراجعه به‌بیمارستان‌خودداری مینمایند. درتاریخ ۵۱/۵/۱۴ بیمارمبتلا بخون دماغ، خونریزی ازلثه‌ها و لکه‌های پورپورائی میگردد و به‌بیمارستان منتقل میشود. علائم‌تقریباً شبیه علائم‌بیمار قبلی بوده است. ولی در مجموع حال عمومی بیمار بهتراز برادر و خونریزی نیز بشدت خونریزی او نبود.

آزمایش‌ها: هموگلوبین ۱۱ گرم‌درصد، هماتوکریت۴۰٪، تعداد پلاکتها ۱۸۰۰۰ ، زمان پرترمبین ۱۵ ثانیه ، تعدادگلبولهای سفید ۷۰۰۰. کلیهٔ آزمایش‌های دیگر منفی بودند . بیمار پس‌از دریافت دو شیشه خون ۲۵۰cc باحال عمومی خوب با برادرش از بیمارستان مرخص گردید (۱۷).

شرح حال بیمارشماره ۳ :

ع. ك، پسر۱۵ ساله، ساکن جین قشلاقی، درتاریخ ۵۱/۵/۲۸ بعلت تب ، دردهای شدید عضلانی ـ مفصلی ، بیحالی مفرط و خونریزی ازبینی و دور لب ولثه‌ها و لکه‌های پورپورائی‌مراجعه نموده است.

درمعاینه، بیماری است با رشد طبیعی ، عضلات ورزیده و صورتی پرخون (پرخونی صورت از ناحیهٔ گردن شروع و از سایر نقاط بدن‌کاملا مشخص بود) . علاوه بروجود نقاط پورپورائی برجسته و سیاهرنگ‌که تمام سطح‌پوست بدن را پوشانده بود، خونریزی در ناحیهٔ صلبیهٔ چشم چپ بشکل مثلث و اناتم‌های برجسته در مخاط دهان و زبان وجودداشت. در قسمت داخلی ساق پای‌راست لکه پورپورائی واضح، که در مرکز سیاهرنگ‌تر بوده همراه باتورم مشاهده میشد. درلمس کبد وطحال‌طبیعی بودند،قلب وریه‌ها طبیعی ، برادیکاردی ، فشار خون $\frac{80mm}{40}$ ، خارش دربدن وجود نداشت. صورت‌پررنگ‌ترازبدن وپف‌آلودبود. آدنوپاتی نداشت.

شروع بیماری و سیر آن: بیمار بهنگام دروکردن گندم ناگهان احساس سوزش و درد در ناحیهٔ از ساق پای راست مینماید ، روز بعد بعلت تب ، سردرد، دردهای عضلانی و مفصلی قادر بادامهٔ کار نمیگردد، تا اینکه درروز چهارم بیماری نقاط پورپورائی دربدن ظاهر میشود و چون بیمار احساس جسم خارجی درکنارهٔ زبان مینموده پدر بزرگ بیمار با مشاهدهٔ چنین وضعی تشخیص «حصبهٔ قره میخ» میدهد. سپس بیمار مبتلا بخونریزی شدید بینی ولثه‌ها و لبها میگردد و به‌بیمارستان منتقل میشود.

آزمایش‌ها: گلبول‌های سفید ۶۴۰۰ در هر میلی مترمکعب ، سدیمانتاسیون ۴۰میلی‌متردرساعت‌اول، هموگلوبین۸ گرم‌درصد، هماتوکریت ۳۴٪، تعداد پلاکتها۱۰۰۰۰، زمان پروترمبین۲۰ ثانیه، کشت خون ومدفوع وادرارمنفی، Rx قلب و ریه‌ها طبیعی.

درمان: بعلت موجودنبودن خون، درروزاول بستری شدن۵۰۰cc هماکسل و۵۰۰cc سرم‌گلوکزهٔ ایزوتونیك همراه بـا یك گرم ویتامین (C) تزریق گردید. ولی هیچگونه تأثیری در بند آوردن خونریزی نداشت. درروزهای بعد روزانه۵۰۰cc خون هم‌گروه بمدت‌چهار روز به‌بیمارتزریق گردید وخونریزی بکلی‌قطع شد. بیماربمدت ۱۵ روز دربیمارستان بستری شد ودراینمدت لکه‌های پورپورائی برجسته ، صاف هنوز باقی بودند . کلیهٔ آزمایش‌ها غیراز سدیمانتاسیون بالا (۳۰ میلی‌متر در ساعت اول) طبیعی بودند . بیمار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید (۱۸). (شکل شماره ۵ و ۶)

شرح حال بیمارشماره ۴ :

ج ـ خ ، جوان ۱۸ ساله ، دانش‌آموز، اهل یکی از روستاهای اطراف هشت‌پر هم مرز خلخال (بین خلخال و هشت‌پر).

شروع بیماری: درتاریخ ۵۲/۵/۱۸ بعلت‌احساس سردردشدید، تب، خون دماغ و وجود پورپورا (بتعدادکم و پراکنده در سطح پوست شکم و پاها) بتهران منتقل و دربخش خون مرکز پزشکی پهلوی بستری میگردد. در بخش مذکور پس‌ازانجام آزمایش‌های لازم بویژه از نظر لوسمی و منفی بودن آزمایش‌ها ، با تشخیص سندرم هموراژیك عفونی به بخش عفونی مرکز پزشکی پهلوی منتقل میگردد.

از نشانه‌های جالب و بارز بیماری در نزد این بیمار، مثل اکثر بیماران مورد مطالعه، وجود تب، سردرد، دردهای‌عضلانی، خون دماغ شدید همراه با خونریزی ازلثه و پورپورای منتشر در تمام سطح پوست بدن ومخاط بوده است.

آزمایش‌ها: گلبول سفید ۷۴۰۰ ، سگمانته نوتروفیل ۶۳٪ ، لنفوسیت ۲۹٪، منوسیت ۷٪ ، ائوزینوفیل ۱٪ ، پلاکت ۸۰۰۰، هموگلوبین۸/۵ گرم درصد، هماتوکریت ۲۷٪، زمان پرترمبین ۱۸ ثانیه (طبیعی۱۴ثانیه)، اندکس پرترمبین ۴۷٪، کشت‌خون، مدفوع وادرار ازنظر باکتریولوژی منفی، آزمایش انگلی‌مدفوع و ادرار منفی ، آزمایش خون از نظر انگل مالاریا منفی، مقدار فیبرینوژن ۹۵ میلی گرم درصد (طبیعی ۶۰۰ ـ ۴۵۰ میلی گرم درصد) ، سرعت رسوب گلبولها ساعت اول ۱۵ میلی‌متر ، وزن مخصوص ادرار ۱۰۲۶ ، آلبومین تراس، گلبول سفید ۲ـ۱ عدد درهرمیدان، گلبول قرمز ۱ـ۰ ، سلول اپی‌تلیال۲ـ۱عدد. آزمایش رایت ، ویدال وکومبس رایت منفی ، رادیوگرافی قلب و ریه‌ها طبیعی است.

بزل مغز استخوان (استخوان ایلیاك) : سلولاریته طبیعی ، نسبت سری میلوئید به‌اریتروئید $\frac{2/5}{1}$، سری میلوئید واریتروئید طبیعی است.مگاکاریوسیت‌ها افزایش‌یافته‌ودربین‌آنها اشکالی که‌پلاکت‌زا نیستند فراوان دیده میشوند.

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

جدول ۱
وجود نشانه‌ها برحسب تعداد بیماران

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

بافت‌برداری‌ضایعات‌پوستی: دوقطعه پوست ازناحیهٔ آرنج وساق‌پا برداشت گردیده است. درآزمایش ریزبینی ، اپیدرم نازك وتحت کشش است. در درم خیز مشخصی همراه بااکتازی عروق لنفاوی وجود دارد . درپوست ساق پا نیز تغییرات فوق بنحو خفیف‌تری مشهود است. یافته‌های فوق احتمالاً مربوط به اریتم‌توکسیك و یا عفونی است. (شکل‌های شماره ۱ و ۲).

پس از تزریق خون نتیجهٔ فرمول شمارش بیمار بقرار زیر بوده است: گلبول سفید ۱۱۴۰۰ ، سگمانته ۴۴٪، ائوزینوفیل ۶٪ ، منوسیت ۱٪، لنفوسیت ۴۴٪، منوسیت آتیپیك ۱٪، میلوسیت۱٪ و میلوبلاست ۱٪. پس‌ازتزریق سه‌شیشه خون هم گروه تعدادپلاکتها در تاریخ ۵۲/۵/۳۰ یعنی ۹ روز پس از بستری شدن در بخش عفونی ۲۳۴۰۰۰ وکلیهٔ آزمایش‌ها طبیعی بوده است. بیمـار با حال عمومی خوب از بیمارستان مرخص گردید (۱۸).

تفسیر : در این مطالعـه مجموعاً ۶۰ بیمـار ، که سنشان بین ۴۵-۷سال بوده و از۱۳روستای‌نواحی اردبیل، خلخال وسراب مراجعه نموده بودند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ازنظر گروه‌بندی سنی، ۱۱ تن درگروه سنی ۱۴-۷ سال، ۴۳ تن در گروه ۲۰-۱۵ سال و ۶ تن در گروه ۴۵-۲۱ سال قرار داشتند .

از نظر جنس ، ۱۸ تن زن و ۴۲ تن مرد بوده‌اند. کلیهٔ بیماران روستانشین بوده و بیمار شهرنشین وجـود نداشته است . درکلیهٔ منازل مسکونی و محل‌های نگهـداری حیوانات اهلی، کنه وپشه (بسته بنقاط مختلف) بطور وفور وجود داشته است.

بطوریکه جدول شماره ۱ نشان میدهد ، در اکثر بیمـاران تب دیفازیك (دو مرحله‌ای) و بین۳۸ ـ ۳۷ درجه سانتی‌گراد در نوسان بوده است. نشانه‌های‌بالینی مشترك دراکثر بیماران‌عبارت از: تب،دردهای عضلانی- مفصلی، سردرد وخواب‌آلودگی، نقاط خونریزی‌برجسته وسیاه‌رنگ، خونریزی ازلثه‌وبینی، لکوپنی، ترمبوپنی، برادیکاردی و هیپوتانسیون میباشد (۱۸).

جدول۲- تعدادبیماران برحسب سن وجنس

سن	مذکر	مونث	جمع
۶-۰	-	-	-
۱۴-۷	۹	۲	۱۱
۲۰-۱۵	۲۹	۱۴	۴۳
۴۵-۲۱	۴	۲	۶
جمع	۴۲	۱۸	۶۰

در مجموع بیمـاران پرخونی صورت در ۲۲ مورد ، خونریزی روده‌ای ۶ مورد، هماتوری واضح یك مورد، هموپتیزی ۳مورد،

هماتمز ۳ مورد، خونریزی رحمی یك مورد ، خونریزی مغزی یك‌مورد، پرخونی‌وخونریزی‌صلبیه۲مورد واگزوفتالمی(احتمالا براثرخونریزی و ترمبوز درسینوس‌کاورنو) ۲ مورد بوده است. عود بیماری بندرت دیده میشود. در این مطالعه ۴ مورد مشکوك بوده است، زیرا دراین چهاربیمار علائم‌خونریزی وجود نداشته و نیز نقاط پورپورائی کاملا صاف و خارش‌دار و ریز وکوچکتر ازبیماران دیگر بوده‌است. مرگ ومیر براثر بیماری وخونریزی ۳ مورد بوده است.

بحث : با توجه به نشانه‌های بارز بیماری کـه در اکثر بیماران مورد مطالعه مشاهـده گردیده است ، میتوان علائم مذکور را در یکدسته علائم عفونی و خونریزی دهنده خلاصه نمود:

تب،دردهای‌عضلانی‌ومفصلی، سردردوخواب‌آلودگی،پورپوراهای برجسته و سیاهرنگ ، خونریزیهای مختلف مانند خونـریزی از بینی، لثه‌ها و مخاط دهان ، هماتمز، هموپتیزی ، خونریزی رحمی، لکوپنی،ترمبوسیتوپنی‌واضح وافزایش مگاکاریوسیت‌های نابالغ (که قادر به پلاکت سازی نیستند) که تا حد ایجاد پلاکت طبیعی رشد پیدا نکرده‌اند.

با در نظر گرفتن نشانه‌های فوق ازیکطرف و فصلی و بومی‌بودن بیماری و محدود بودن آن درنواحی مشخص روستانشین و وجود بندپائیان ناقل بطور وفور ، و شیوع بیماری در فصل فعالیت بندپائیان واشتغال‌ساکنین‌به‌دامداری‌وکشاورزی، میتوان یك‌بیماری ویروسی‌خونریزی دهنده‌را مطرح ساخت [۱] [۴] [۱۰] [۱۶] [۱۷]. دربرابروجود یك ویا چندنشانه ازعلائم فوق، بیماریهای متعدد وگوناگونی مورد بحث قرارمیگیردکه ما به مهمترین‌آنها اشاره مینمائیم:

۱ـ مسئله‌ای‌که بیش‌ازدیگرمسائل دربین پزشکان مقیم درنواحی مذکور و یا سایر ارباب فن شایع بوده و دائماً مورد بحث قرار گرفته عبارت از پدیدهٔ آلرژی و بویژه‌آلرژی در برابر داروها ویا سموم است‌ودر تشخیص افتراقی بیماریهائی چون:

ـاریتم گرهی.

ـ شکنندگی مویرگها، که یك بیماری خانوادگی و ارثی است،

ـ ترمبوسیتوپنی مزمن،

ـ لوسمی، کم‌خونی بیرمر، کم‌خونی‌آپلاستیك و درمان با اشعه،

ـ بیماری Moschowitz یا پورپورای ترمبوتیك ترمبوپنیك ،

ـ بیماری Schonlein - Henoch [۲][۲۳]،

ـ ترمبوپنی بعلت عفونت [۲] [۲۳]،

تب رزد، دانگ ، تب پاپاتاسی، لپتوسپیروز غیریرقانی ، تیفوس اپیدمیك و مورن ، تبهـای راجعه و آلوکیا (آنژین سپتیك) مسمومیت غذائی [۷][۸][۹] را نیزدرنظرداشت. ولی‌رویهمرفته باید علل ترمبوسیتوپنی راکه شامل علل مرکزی ومحیطی میباشد در نظر گرفت و باین مسئله توجـه داشت کـه اکنون علت عمدهٔ ترمبوسیتوپنی‌های‌ایدیوپاتیك‌را بیماریهای‌باکتریال‌وویرال‌میدانند.

نتیجه: در این بررسی با توجه به نشانه‌هـای بالینی و سندرم‌های عفونی و خونریزی دهنده، فصلی بودن بیماری، محدود بودن آن در نواحی مشخص روستائی ، وجود دام‌هـای اهلی و جوندگان وحشی، وجود بند پائیان، لکوپنی، ترمبوسیتوپنی، تقلیل میزان فیبرینوژن و دیگر علائم ، میتوان سندرم مذکور را بیك بیماری ویروسی از دستهٔ تبهـای خونریزی دهنده منسوب دانست [۱۰] [۱۱] [۱۳] [۱۴] [۱۵] [۲۲] . بیماری مورد بررسی ، بعلت شیوع، خونریزیهای‌زیرپوستی ومخاطی وسایر خونریزیها مانند خون دماغ، خونریزی از لثه ، هماتمز، هموپتیزی ، خونریزی رحمی وغیره، نبودن لنفادنوپاتی، شدت‌خونریزی، نبودن‌لنفوپنی و منوسیتوپنی و ضایعات پاتولوژیك بدون ضایعهٔ جـدار عروق ، شباهت‌زیادی به‌تب خونریزی دهنده کریمه دارد [۷] [۸] [۹].

تشکر : درپایان ازکمکها وراهنمائیهای‌ارزندهٔ آقایان دکترصبار فرمانفرمائیان رئیس انستیتو پاستورایران و دکتررسول پورنکی رئیس بخش ویروس‌شناسی انستیتو پاستور ایـران و همکـاری آقایان دکتر علیرضا یلدا دانشیار بخش عفونی مرکز پزشکـی پهلوی و دکتر شمس شریعت استاد آسیب شناسی دانشگاه تهران وکارمندان انستیوپاستور ایران‌که دراین مطالعه شرکت داشته‌اند تشکر و سپاسگزاری‌مینماید.

خلاصه:

اولین موارد بیماری در سال ۱۳۴۵ توسط دکتر امین الاشرافی (دانشگاه‌تبریز) مشاهده وگزارش گردیده است [۱۹]. ما اولین مورد بیمـاری را در ناحیهٔ دیگری (اردبیل) با نشانه‌های تب ، پورپوراهای برجسته و سیاه‌رنگ درتمام سطح بدن ومخاط دهان ولکه‌های خونمردگی، خونریزی ازبینی و لثه‌ها، کبودی وتورم صورت وپلکها و اغماءکامل مشاهده کردیم (سال ۱۳۴۹) [۲۴]. از اواسط خرداد ماه ۱۳۵۰ تا آخر تیرماه ۱۳۵۲، این مطالعه در ۶۰ مورد بیماران مبتلا بسندرم خونریزی دهندهٔ عفونی مورد بررسی‌بالینی‌قرار گرفت. مواردتحت‌بررسی ازساکنین‌روستاهای سه شهرستان اردبیل، خلخال (هروآباد) و سراب بوده‌اند.

بیماری از سالها قبل در نواحی مـذکور بومی بوده و بنام محلی «حصبهٔ قره میخ» مشهور است [۱۸] [۱۹] [۲۰]. بیمـاران از سیزده روستا که برخی‌تابستانی گرم ومرطوب وبعضی دیگرهوائی معتدل دارند، مراجعه نموده‌اند. در اکثر روستاهای مذکورکنه بطور وفور در منازل مسکونی و محل نگهداری دامهای اهلی و پشه درمناطق گرم‌ومرطوب‌نیمه‌جنگلی‌وکناررودخانه‌هاوجود دارد [۴] [۵] [۱۲] [۱۸] [۱۹].

نشانه‌های بالینی بارز و مشترك در اکثر بیماران عبارت ازتب ، دردهای عضلانی و مفصلی، سردرد، پورپورای برجستهٔ سیاه‌رنگ منتشر درتمام سطح بدن ومخاط دهان، خونریزی ازبینی ولثه‌ها، تقلیل فشارخون، لکوپنی نسبی وترمبوسیتوپنی میباشد. دربرخی از بیماران علاوه برخونریزی از بینی و لثه‌ها، خونریزی‌هـای روده‌ای، ریوی، کلیوی ، رحمی ، صلبیه و نیز اگزفتالمی وجود داشته است . بیمارانی‌که بعللی در شروع بیماری مراجعه نکرده



بیمار شماره ۱ : ك ـ الف ، ۱۰ ساله. نقاط پورپورائی مشخص در تمام سطح پوست بدن. (شکل شماره ۳)



بیمارشماره ۱ : ك ـ الف ، ۱۰ساله ، نقاط پورپورائی درساق‌هردو پا (شکل‌شماره ۴).



بیمار شماره ۳ : ع ـ ك ، ۱۵ ساله . خونریزی مثلثی شکل صلیبه . خونریزی از لثه‌ها. صورت پررنگ‌تر از بدن.(شکل‌شماره ۵)



بیمار شماره ۳ : ع ـ ك ، ۱۵ساله. پورپوراهای پراکنده درسطح‌پوست بدن . صورت متورم و پررنگ‌تر از بدن. (شکل شماره ۶)



بیمار شماره ۳ : ع ـ ك ، ۱۵ ساله. بهبود نسبی پس از تزریق خون. نقاط پورپورائی‌کمرنگ‌تر همراه باخونمردگی ناحیهٔ آرنج. (شکل شماره ۷)



بیمار شماره ۳ : ع ـ ك ، ۱۵ساله. محل‌گزش‌حشره، اکیموز ناحیهٔ‌گزش با مرکزی سیاه رنگ ومتورم. (شکل شماره ۸)

بودند، درحال اغماء و بانشانه‌های 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 باحال عمومی با تزریق ۲۵۰cc تا ۱/۵ لیترخون تازه‌هم گروه، بهبودکامل پیدا نموده‌اند [۱۸].

با درنظر گرفتن اینکه تظاهرات بالینی بیماری در فصول معین و در نقاط مشخص و محدود بومی بوده و با توجه به نشانه‌هائی که که ذکرشد، وجود یکنوع بیماری‌ویروسی، احتمالاً یکنوع آربو-ویروس که عامل انتقال آن کنه یا پشه و یا شیر ناپاك و نجوشیده (بسته بنواحی مختلف) باشد، مطرح میگردد [۱].

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.), EOUZAN (J. - P.) et POIRIER (A.). Bull. Soc. Path. Exot. Recherches sur l'épidémiologie des arboviroses dans une règion 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 VETNAM en 1964 -1965. Etude sèrologique avec bref apercu 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.). Repports 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 internationl 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 _ امین‌الاشرافی، مجله دانشکده پزشکی تبریز، آذرماه ۱۳۴۵، سال ششم شماره اول.

۲۰_ « « « « « « 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 میرادامادی، کتاب ویروس‌شناسی انتشارات دانشگاه مشهد، ۱۳۴۶ شماره ۱۳.

۲۳_ دکتر هوشنگ دولت‌آبادی، کتاب تشخیص افتراقی بیماریهای داخلی، چاپ اول ۱۳۵۰.

۲۴_ دکتر ولی‌الله آصفی، یادداشتها ومصاحبه‌های شخصی.