

پزشک و پاسخ

مجله نظام پزشکی

سال چهارم، شماره ۱، صفحه ۸۳، ۱۳۵۳

آیا بهتر نبود مروری در نشریات جدید داخلی و خارجی (حدقل ۱۰۰ مقاله علمی درباره بیلازیوز ایران در مجلات معتبر جهانی و در ایران تاکنون چاپ و منتشر شده است) میشد و درمان بیماری بیشتر مورد مطالعه قرار میگرفت.

اینجانب در مورد آنکه در يك مجله علمی که در بیش از ۱۲ هزار نسخه منتشر میشود مطالب کلاسیک درباره بیماری، مانند تاریخچه و انتشار جغرافیائی و مورفولوژی و سیر تکامل و آسیب شناسی و بیماریزائی و علائم بالینی و عوارض و درمان که در کتب مختلف موجود است نباید دوباره نوشته شود اظهار نظر نمی نمایم زیرا این بستگی به خط مشی مجله دارد.

دکتر فریدون ارفع

پاسخ: در جواب ایرادهای همکار محترم آقای دکتر ارفع به توضیحات زیر مبادرت میشود:

اولا راجع به نادر بودن بیماری نزد اطفال باید توضیح داده شود که از سال ۱۳۳۷ که بیمارستان بهرامی تأسیس شده در بین ۱۶۰۰ طفل بستری فقط دو مورد بیلازیوز دیده شده و به همین دلیل بیماران ما جالب و نادر ذکر شده اند. مع الوصف در مقاله اشاره شده که در دنیا ۱۵۰ میلیون مورد بیلازیوز وجود دارد. ثانیاً ایراد ایشان راجع به تشخیص بیماری، در مورد بیمار ما موجه نیست چه خوب بود این بیمار را قبل از عمل ایشان میدیدند تا معلوم میشد آیا تشخیص بیلازیوز آسان بوده یا خیر؟ چون در آزمایش ادرار بیمار فقط ۲-۳ گویچه سرخ در هر میدان میکروسکوپی ادرار دیده شده ولی ادرار محتوی گویچه سفید فراوان، چرک و ۱/۵ گرم در لیتر آلبومین بوده است. در ادرار این بیمار، متصدی آزمایشگاه بیمارستان بهرامی که تشخیص بیمار دوم ما را تأیید کرده سیستم زوم ندیده است در نتیجه، ما در مقابل کودکی که با

پزشک: در صفحات ۴۹۸-۵۰۳ شماره تیرماه ۱۳۵۳ مجله نظام پزشکی ایران، مقاله ای تحت عنوان «گزارش دو مورد جالب بیلازیوز مثانه» چاپ و انتشار یافته بود که لازم دانست نکات زیر را یادآور شود:

اولاً، موارد بیلازیوز در جهان بحدی زیاد است (در حدود ۲۰ میلیون نفر از سکنه جهان بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی مبتلا به این بیماری میباشد) که نمیتوان آنرا به عنوان بیماری نادر بحساب آورد، بخصوص در معاودین ایرانی که از عراق مراجعه نموده اند، چه در آنجا در حدود يك میلیون نفر مبتلا وجود دارد و حداقل هر ماه يك بیمار از این دسته به بخش انگل شناسی دانشکده بهداشت مراجعه و تحت درمان قرار میگرفتند. در کشور ما نیز تا چند سال قبل بیش از ۵۰ هزار نفر در خوزستان مبتلا بوده اند.

ثانیاً، تشخیص بیلازیوز مثانه بحدی آسان است که لزوم اینهمه آزمایشها و حتی لاپاراتومی بیمار و برداشتن قسمت تحتانی حالب چپ با تشخیص احتمالی سل که بعداً معلوم میشود که شخص مبتلا به بیلازیوز بوده، مورد تردید است.

نکته دیگر در روش درمان بیمار پس از تشخیص بیلازیوز میباشد که بیمار مبتلا به این بیماری را که به آسانی با چند قرص آمپلیهار یا داروهای مشابه میتوان درمان نمود و تاکنون در حدود ۱۸ هزار نفر از مبتلایان را در جنوب ایران بدینوسیله درمان نموده اند تحت درمان با گلوکاتیم قرار داده اند و چون همانطور که پیش بینی می شده است این درمان بی اثر مانده، بیمار تحت درمان با فوآدین که داروی قدیمی و کم اثر برای درمان این بیماری است قرار گرفته که باز عود بیماری دیده شده است سپس با آنکه در متن مقاله به داروهای مختلف اشاره شده است در نتیجه مقاله مرقوم داشته اند که درمان اساسی آن با فوآدین است.

پیوری مراجعه کرده بود قرار گرفتیم و جهت شناختن علت این پیوری، اورو گرافی نمودیم که ضایعه انسدادی، در محل ورود حالب به مثانه در طرف چپ همراه با اتساع حالب و لگنچه را نشان داد. علت مطرح شدن سل نزد این بیمار (که بنظر اینجانب حتی قبل از عمل قابل طرح نبود چون معمولاً ضایعات سلی بیشتر در کلیه دیده میشود) مثبت بودن مانتو و آدنوپاتی مدیاستینال بوده است. با مشاهده هیدرونفروز، بیمار بدست همکاران بخش بیمارهای میزه راه بیمارستان پهلوی سپرده شد و در حین عمل توده تومورال در قسمت پائین حالب مشاهده شد که بعد از برداشتن آن، حالب را در مثانه پیوند کردند و در اینموقع بود که امتحان آسیب شناسی تشخیص بیلارزیوز را روشن کرد.

حق نیست که علم طب را فقط از دیدگاه میکروسکپ نگریسته و اینگونه مسائل، سهل انگاشته شود. اگر همکار محترم به نکاتی که راجع به انسداد مجاری ادراری در جریان بیلارزیوز، که در مقاله ذکر شده، تعمق میفرمودند متوجه میشدند که داروهای مختلف حتی آمبیلهار اثری روی ضایعات انسدادی ندارند و ما حتی اگر قبل از عمل به تشخیص بیلارزیوز رسیده بودیم چون انسداد باعث هیدرواورتروید رونفروز شده بود و خطر انهدام کلیه چپ در کار بود بازم بیمار را بدست جراح می سپردیم، چون بیلارزیوز ایجاد ضایعات فیبروز و اسکروز مینماید و در اینگونه ضایعات دارو بی اثر است و اما راجع به ذکر ایشان در روش درمان باید توضیح داد که در مقاله متذکر شده ایم که آمبیلهار داروی موثری است ولی اختلالات الکتروکاردیو گرافیک و الکترو آنسفالو گرافیک ایجاد میکند بعلاوه چون این دارو در اختیار ما نبوده ما از فوآدین استفاده کرده ایم و اگر بیمار ما با این دارو بهبود یافته آیا ایرادی وارد است ؟

در کتاب پاتولوژی مدیکال تألیف پرفسور هامبورژ و همکاران نتیجه درمان با فوآدین (آتیموآن سه ظرفیتی) ۹۹٫۶٪ ذکر شده است. اما اعتراض راجع به نوشتن تاریخچه و انتشار جغرافیائی و علائم بالینی و غیره باید توضیح داده شود که معمولاً در یک مقاله علمی در همه جای دنیا مختصری راجع به این علائم صحبت میشود بخصوص وقتی از مجله نظام پزشکی کلیه همکاران کشور استفاده میکنند تذکری راجع به علائم بالینی و جاب توجه آنها به بیماری، تصور نمیرود مبالغه تلقی گردد.

دکتر مسعود عزیزی و همکاران

پرسش : در شماره ششم سال سوم، صفحه ۵۰۴، مقاله بسیار سودمندی توسط همکاران عزیز آقای دکتر وهاب قطوره چی و آقای دکتر مهدی علیم مروستی تحت عنوان «تظاهرات غیر عادی

هیپرتیروئیدیسم» بچاپ رسیده است که از نظر اینجانب در آن قسمت که مربوط به تیروتو کسیکوز و انفارکتوس قلب است احتیاج به تذکر مختصری بشرح زیر دارد :

در مقاله اشاره که « چون غالباً فیبریلاسیون نداشته اند تیوری آمبولی در ایجاد انفارکتوس در این بیماران اهمیت ندارد. ضایعه مستقیم کرونرا برای توجیه علت انفارکتوس میوکارد نمیتوان رد کرد. بنظر نمی آید که تیروتو کسیکوز به تنهایی باعث انفارکتوس میوکارد باشد و بیشتر اثر تسهیل کننده دارد.»

اصولاً در بیماران مبتلا به تیروتو کسیکوز همچنانکه همکاران نیز اشاره نموده اند انفارکتوس میوکارد نادر است بطوریکه تا نوامبر ۱۹۷۳ تنها ۲۱ مورد گزارش شده که ۱۲ بیمار مرد و ۹ بیمار زن بوده است. زمان پیدایش انفارکتوس بین سه ماه تا ده سال بعد از پیدایش تیروتو کسیکوز و میزان کلسترول سرم تنها در یک بیمار ۶۶ ساله ۲۶۷ میلی گرم درصد و در بقیه طبیعی بوده است.

بسیاری از محققین معتقدند که هورمون تیروئید اثر ضد تشکیل آتروم دارد. این خاصیت باروشهای تجربی مختلف ثابت شده چنانکه در سگ با خوردن غذای غنی از لحاظ کلسترول نمیتوان آترواسکلروز ایجاد کرد مگر آنکه غده تیروئید را با خوردن تیواورا سیل بحیوان از کار بیاندازند. همچنین تجویز هورمون تیروئید به خرگوش هائیکه برای ایجاد آترواسکلروز به آنهاغذای پر کلسترول خوراندند انداز تشکیل آترواسکلروز جلوگیری میکند. در بیماران مبتلا به تیروتو کسیکوز بخصوص اگر کلسترول سرم طبیعی باشد وجود انفارکتوس قلب بسیار نادر و از افراد بدون تیروتو کسیکوز مسلماً کمتر است.

در یک مطالعه کالد شکافی از ۱۵ بیمار مبتلا به تیروتو کسیکوز در سنین ۷۱ و ۴۲ سالگی مشاهده شد که ضایعه اسکروز شرائین بسیار ناچیز بوده (Grything & Solivesen) و همچنین در اتوپسی ۹ بیمار از یک گروه ۱۵۰ نفری مبتلا به تیروتو کسیکوز نیز معلوم شد که تنها یک بیمار ۷۴ سال دچار تغییرات آترواسکلروز در شرائین قلب بوده است.

باین ترتیب ملاحظه میشود که اکثر اوقات ضایعه مستقیم کرونر دوائر آترواسکلروز باعث انفارکتوس نیست.

علل احتمالی انفارکتوس در این بیماران ترومبوآمبولی یا اثر مستقیم هورمون تیروئید است بخصوص در بیماران جوان و کسانی که کلسترول طبیعی دارند.

Gordon زن سی و پنج ساله مبتلا به تیروتو کسیکوز و انفارکتوس را گزارش نموده که بطور موقت دچار فیبریلاسیون بوده است لذا آریتمی بیماران ممکنست دائمی نباشد.

- 4- Somerville, W., Levine, S.A.: Angina pectoris & thyrotoxicosis, B.H.J., 12: 245, 1950.

دکتر علی اکبر صحت

پاسخ: از آقای دکتر صحت نهایت تشکر را داریم که مقاله ما را با دقت خاص مطالعه کرده و چنین نقدی عالمانه و ميسو ط بر نکته‌ای از آن مرقوم فرموده‌اند.

نهایت خوشبختی و نشان دهنده پيشرفت جامعه پزشکی ایران است که نویسنده مقاله از خواننده نکاتی چند بیاموزد.

از قدیم شناخته شده است که در بیماران هیپرتیروئید بعلت افزایش کار قلب و احتیاج بیشتر به اکسیژن (۱) و شاید اثرات مستقیم هورمون تیروئید (۲) آنژین صدری شایع است و همانطوریکه ما و آقای دکتر صحت اشاره کرده‌ایم انفارکتوس نادر است. (۳) در کتب کلاسیک نیز این مطالب تأکید شده‌است. (۴) شاید توأم بودن واقعی این دو بیماری بیشتر از ۲۱ مورد باشد زیرا عمل‌اشیوع واقعی گزارش نمیشود و مطالعات وسیع اپیدمیولوژیک و آماری انجام نشده است.

فرضیه کاهش آترواسکلروز در بیماران تیروئید کسک موقعی میتواند مورد قبول باشد که هیپرتیروئیدسم مدت‌های طولانی برقرار باشد چون برای بروز این کیفیت زمان لازم است. بادر نظر گرفتن تذکرات مفید آقای دکتر صحت و مطالب فوق شاید بتوان نتیجه گرفت که این مسئله احتیاج به بررسی و مطالعات بیشتر دارد.

REFERENCES:

- 1- Lev. N. M. and Hamburger W. W: Studies in thyroid heart disease, II, angina pectoris and hyperthyroidism Amer. H. J. 8: 109, 1932-1933
- 2- Levey G. S.: Catecholamine sensitivity; Thyroid hormone and the heart. Amer. J. of Med: 50: 413; 1971.
- 3- Burstein J. Lamberg B. A. and Eramaa, E.: Myocardial infarction in thyrotoxicosis. Acta. Medica. Scand, 166: 379; 379, 1960.
- 4- J. W. Hurst. R. B. Logue: The heart second edition McGraw Hill, and Company, 1970.

دکتر وهاب فطوره‌چی

پرسش: گزارش اولین مورد بیماری لیوئیدپروتئینوزیس (بیماری Urbach Wieth) در ایران، توسط اینجانبان ابتدا در تیرماه ۱۳۵۱ در کنفرانسهای هفتگی بیماریهی پوست بیمارستان شاهرضا و سپس در نخستین روزهای درماتولوژی ایران در ۵۳۳۶ در آمفی تاتر بیمارستان رازی مرکز پزشکی رازی دانشگاه تهران با حضور همکاران درماتولوژیست و پاتولوژیست با ارائه شرح حال و اسلاید و برشهای آسیب‌شناسی بیمار معرفی گردید.

Somerville معتقد است که هورمون تیروئید ممکن است مستقیماً بر شرائین اثر نموده و انسداد ایجاد نماید که بالاخره با انفارکتوس بیانجامد.

ممکنست هورمون تیروئید سبب شود که سه عامل مؤثر در میزان احتیاج قلب باکسیژن، یعنی تعداد ضربان قلب، قدرت انقباض و فشار خون بالا رود و باعث وسعت اندازه انفارکتوس گردد.

Maroko که در روی انفارکتوس قلب کارهای جالبی دارد با تجویز داروهای با اثر کرونوتروپ و اینوتروپ مثبت توانسته‌است اندازه انفارکتوس کوچک را وسیع سازد و یا برعکس با تجویز داروهای کاهش دهنده نیروی انقباضی و ضربان قلب از وسعت آن بکاهد. در بیماران مبتلا به تیروئید کسکوز با وجود ریتم سینوسی قلب، پیدایش انفارکتوس به ترومبوآمبولی نسبت داده میشود. بعنوان مثال بیمار سی‌ساله Kotler با عادت ماهانه طبیعی و عدم وجود فیبرینولاسیون دچار انفارکتوس و نارسائی میترال میشود. آرتریوگرافی کرونر در این بیمار کاملاً طبیعی و هیچگونه ضایعه انسدادی نشان نداد. علت احتمالی آرتریوگرام گرام طبیعی آنستکه بعد از مدتی لخته یا آمبولی شریانی با اصطلاح رکانالیزه میشود و جریان خود برقرار میگردد. در این مورد الکتروکاردیوگرام مشخص انفارکتوس، لیکن آرتریوگرام کرونر طبیعی است که نظایر آن در منابع پزشکی زیاد است.

از آنچه گفته شد چنین نتیجه میشود:

- ۱- بیماران مبتلا به تیروئید کسکوز بندرت دچار انفارکتوس قلبی میشوند بطوریکه تا نوامبر ۱۹۷۳ تنها ۲۱ مورد گزارش شده است.
- ۲- میزان کلسترول سرم در بیمار طبیعی یا کمتر از طبیعی است (سنتر کلسترول در تیروئید کسکوز بیش از عادی است لیکن دفع روده‌ای آن زیاد و از مقدار سنتر شده بیشتر است).
- ۳- هورمون تیروئید خاصیت ضد تشکیل آتروم دارد و لذا علت انسداد شریان کرونر و انفارکتوس احتمالاً پدیده ترومبوآمبولی یا اثر مستقیم هورمون تیروئید بر دیواره شریان یا هر دو میباشد.

REFERENCES:

- 1- Grything C. Salvesen, H.A.: Thyrotoxicosis & myocardial infarction, Acta Med. Scand, 156: 169, 1967.
- 2- Gordon, J. A., Lenkei, SC: Thyrotoxicosis Associated with myocardial infarction, Can. Med. Associ., 90: 1128, 1964.
- 3- Sandler, C., Wilson, C.: The nature and prognosis of heart dis. in thyrotoxicosis, Q.J. Med., 28: 347, 1959.

البته تشخیص بموقع و اقدام سریع درمانی است که میتواند بیمار را از مرگ حتمی نجات دهد و این وظیفه خطیر پزشک معالج، بخصوص در مورد مراجعین به اورژانسها و مراکز درمانی مسمومین است که علت اصلی عوارض گوارشی را بررسی و بغیر از درمان علامتی در پی درمان علتی نیز باشند. در اینجا به مورد است درباره بیماری که باینجانب مراجعه نمود چند کلمه ای ذکر شود:

بیمار مردیست کارگر، بی هیچگونه سابقه بیماری قبلی، که برای مدت سه هفته با علائم بی اشتها، تهوع و استفراغ تحت مداوای علامتی بوده و در مراجعه معلوم شد که او به خون بیش از ۳۰۰ میلیگرم در صد میلی لیتر است. روز بعد از مراجعه دیالیز صفاقی انجام شد و خوشبختانه از مرگ نجات یافت. لازم بذکر است که آزمایشهای تکمیلی نشان داد بیمار در مرحله انتهایی بیماری مزمن کلیوی است و دیالیز صفاقی بطور متناوب و منظم بیش از یکسال ادامه یافت. (شرح حال کامل بیمار در دست تهیه است و امید است بزودی از نظر همکاران بگذرد). نکته مهم اینکه درست یکی دو روز قبل از هر دیالیز بیمار از درد اپیگاستر، حالت تهوع، استفراغ و بی اشتها رنج میبرد. در خاتمه سؤالی که برای مطرح است اینکه بیماران نویسندگان محترم برای چه مدت تحت نظر ایشان بوده و بخصوص در مورد گروههای ۲ و ۳ تحت چه مدوائی بوده اند چون به نظر میرسد نگهداری بیماری با او ۳۰۰-۴۰۰ میلیگرم در صد بدون دیالیز یا پیوند کلیه، اگر غیر ممکن نباشد، نمیتواند برای مدتی ادامه یابد.

دکتر پرویز دامادزاده - اصفهان

پاسخ: قبل از هر چیز از توجه آن همکاران بجمده صمیمانه متشکریم و سؤالاتی که در مورد مقاله «تظاهرات گوارشی سندرم اورمی» فرموده اند گواهی بردقت و امان نظر ایشان است و همانطور که اشاره کرده اند و نیز در متن مقاله یادآور شده ایم عوارض گوارشی در سندرم اورمی شایع است و در گروه بیماران مورد بررسی ما ۷۷ درصد از تهوع و استفراغ، ۱۶ درصد از خونریزی گوارشی، ۲۲ درصد از سکسکه و ۱۱ درصد از اسهال در رنج بوده اند و بدیهی است درمان علتی بیش از درمان علامتی به حال بیماران مفید فایده خواهد بود. اما در مواردیکه امکان درمان علتی خواه بعلت وخامت حال بیمار خواه بعلت عدم امکانات تجهیزات پزشکی، موجود نباشد نباید پزشک از درمان علامتی کوتاهی نماید و بطور کلی تمام تمهیدات باید بر این اصل استوار باشد که درمان علامتی بمنظور آماده کردن و تسکین دادن بیمار برای انجام دادن اساسی یعنی دیالیز صفاقی یا بهتر همودیالیز باشد و بیماریکه ایشان داشته اند و نیز بیماران ما که همگی تحت درمان دیالیز صفاقی و در چند مورد همودیالیز قرار گرفته اند گواه بر این موضوع است. حداکثر مدت زمانی که بیماران ما تحت نظر قرار گرفته اند ۳ سال است که هنوز چند تن از این بیماران در قید حیات اند و امیدواریم بتوانیم مدت زمان طولانی تری این بیماران را نگهداریم. درمانی که ما برای این بیماران انجام میدهم دیالیز صفاقی و از یکسال پیش که امکاناتش فراهم شده همودیالیز متناوب دوبار در هفته است. دکتر محمدعلی راشد - دکتر بیژن نیک اختر

بیمار خانم ۲۳ ساله ایست که با علائم پوستی و مخاطی همراه با تغییر صدا از اوان کودکی، به بخش بیماریهای پوست بیمارستان شاهرضا مراجعه و در ۲۴/۳/۵۱ بیوپسیهای متعدد از پوست مخاط لب، سطح داخلی گونه و اپیکلوت، تشخیص بالینی را تأیید نمود. بنابراین گزارش دومورد معرفی شده توسط آقای دکتر همایون آرام و همکاران در مجله نظام پزشکی ایران (سال سوم، شماره ششم، اردیبهشت ماه ۵۳ «صفحه ۴۶۶-۴۶۲») بعد از گزارش ما میباشد که بدینوسیله توضیح داده میشود:

ضمناً یادآور میشود دومورد معرفی شده وسیله نویسندگان آن مقاله اولی در ۲۰/۴/۵۲ و دومی در اسفند ماه ۵۱ میباشد که هر دو بیمار پس از تاریخ تشخیص گزارش ما در مشهد بوده، بنابراین نمیتواند اولین مورد بیماری اورباخ - وایت تلقی شود.

مقاله مفصل گزارش بیمار ما در نامه دانشکده پزشکی مشهد در شماره مهرماه ۵۳ منتشر خواهد شد.

دکتر فضل اله صدر و همکاران

پاسخ: راجع به اولین مورد بیماری لیپوئید پرئیتینوزیس در ایران باطلاع میرساند که:

۱- عنوان مقاله اینجانب و همکاران که در شماره اردیبهشت ماه ۱۳۵۳ مجله نظام پزشکی ایران چاپ شده «گزارش اولین موارد لیپوئید پرئیتینوزیس در ایران» میباشد یعنی دومورد از این بیماری است که برای نخستین بار در یکی از مجلات پزشکی فارسی زبان چاپ گردیده است، همانطوریکه در مقاله مذکور یاد آور شده ایم این بیماری برای نخستین بار توسط Wieth Urbach در سال ۱۹۲۹ شرح داده شده سپس بیماران دیگری توسط سایرین از کشورهای مختلف گزارش شده است. بدیهی است که مواردی از این بیماری در کشور ما ایران نیز وجود داشته، که بعلت بسیاری بودن وعدم آشنایی با آن تشخیص داده نشده است و یا اگر تشخیص داده شده گزارش نگردیده است. آنچه مسلم است بر طبق مدارک موجود مقاله ما اولین گزارش مربوط باین بیماری در ادبیات پزشکی ایران میباشد بدین معنی که تا قبل از آن هیچگونه مقاله ای در این مورد در مجلات پزشکی ایران منتشر نشده و معرفی بیمار همکاران گرامی در تیرماه ۵۱ در کنفرانس هفتگی بیماریهای پوست بیمارستان شاهرضا و نیز در ۲۶/۳/۵۳ در آمفی تاتر بیمارستان رازی نمی تواند اولین گزارش بیماری فوق در نوشته های پزشکی ایران محسوب گردد.

۲- از اینکه آقایان دکتر صدر و دکتر علوی و دکتر مستوفی شرح حال بیمار خود را در شماره مهرماه ۵۳ نامه دانشکده پزشکی مشهد منتشر خواهند نمود بسیار خوشحال هستیم زیرا این گزارشها موجب آشنایی بیشتر جامعه پزشکی با چنین امراض نادر خواهد گردید و طبیعتاً گزارش آنان دومین گزارش این بیماری در ادبیات پزشکی ایران خواهد بود.

دکتر همایون آرام

پرسش: مقاله مستند و آموزنده آقای دکتر نیک اختر و همکاران مورد توجه بسیار قرار گرفت همانطور که ذکر شده ناراحتی های گوارشی در سندرم اورمی عارضه نسبتاً شایع و ضمناً خطرناک است.