

در معاینه قلب: سوفل سیستولیک آنورگانیک و تاکی کاردی سینوزال، در معاینه ریه و اندامها نکته جالبی وجود نداشت. در معاینه شکم، طحال مختصری بزرگ و کبد ۱ سانتیمتر بزرگ، با سطح صاف بدون درد بوده است. در کشاله ران، زیر بغل و ناحیه گردن آذونپاتی بدست نمیخورد.

آزمایشهای پاراکلینیک که در این تاریخ و روزهای بعد از بیمار بعمل آمد بشرح زیر گزارش شده است:

آزمایش ادرار: طبیعی - اوره خون ۲۷ سانتیگرم، قند خون ۹۷ سانتی گرم، در مدفوع تخم انگل و خون دیده نشد (آزمایش مدفوع از نظر تجسس تخم انگل سه بار تجدید شده بود). سدیماناسیون در ساعت اول ۵۶ و در ساعت دوم ۹۷ میلیمتر. گلبولهای قرمز ۲/۱۰۰/۰۰۰ گویچه های سفید ۶۸۰. هموگلوبین ۷/۵ گرم سیکروسیکروگرم $M.C.H = ۱۱$ و $M.C.V = ۱۱$ و $M.C.H.C = ۳۰\%$. هماتوکریت ۲۵٪. لنفوسیت ۳۷٪. پولی نوکلا ۶۰٪. در تاریخ ۱۰/۷/۴۵ از بیمار آزمایش پونکسیون مغز استخوان بعمل آمد که در آن تعداد فراوانی مگالوبلاست مشاهده نمودیم. آزمایش مجدد خون محیطی، تعداد معدودی از ماکروسیته را نمودار ساخت ولی عموم گلبولهای قرمز تقریباً هیپوکرم بوده اند. با تشخیص آنمی از نوع مگالوبلاستیک ماکروسیت، بمنظور تأیید کامل تشخیص ورد کلیه تشخیص های افتراقی از بیمار پونکسیون معده، مری، روده کوچک قولون و استخوانهای سرولگن و اندامها بعمل آمد که نتیجه آن منفی گزارش داده شد.

در تاریخ ۱۱/۷/۴۵ اندازه گیری اسیدیتته شیره معده بعمل آمد که بعد از تزریق هیستامین نیز مطلقاً اسیدیتته آزاد در معده وجود نداشت. اندازه گیری آهن سرم ۲ میلی گرم در لیتر گزارش شد. تعیین وجود آهن مغز استخوان نیز دوبار بعمل آمد که در هر دو دفعه آن بمقدار فوق العاده ناچیزی در مغز استخوان گزارش کردیم. آزمایش های کبیدی نیز همه منفی بودند. مقدار آلکالین فسفاتاز ۶ واحد بودانسکی، شمارش پلاکت ۲۱۰۰۰/۰۰۰ و شمارش رتیکیو-لوسیت ها ۱٪ تخمین زده شد. الکتروفورز سرم خون طبیعی و در گاستروسکوپی نواحی محدودی از مخاط معده آتروفیک بنظر رسید. با علائم بالینی و آزمایشگاهی فوق بیمار تحت درمان با ویتامین B_{۱۲} روزی ۱۰۰ گاما بمدت ۲ هفته بعد هفته ای ۲ تزریق قرار گرفت. شمارش رتیکیولوسیت ها با سرعت بالا رفت. در فرمول خون مجدد که از بیمار بعمل آمد گلبولهای قرمز ۳/۸۵۰/۰۰۰، گلبولهای سفید ۹۶۰۰، هموگلوبین ۹/۵ گرم، هماتوکریت ۳۳٪ و $M.C.V = ۸۵$ و $M.C.H = ۲۷$ و $M.C.H.C = ۳۲$ گزارش شد لنفوسیت ها ۲۸٪، سگمانته ۶۶٪، ائوزینوفیل ۴٪ و منوسیت ها ۲٪ در همین فرمول خون شمارش شدند.

در تاریخ ۴۵/۸/۳۰ بعد از درمان مقدماتی فوق، کلیه علائم بیماری از قبیل اسهال، سوزش دهان و معده، نفخ شکم، سوزش و گزگز پاها برطرف گردید. کبد و طحال بکلی کوچک شده، سوفل آنورگانیک ناحیه مزوکاردا قلب نیز برطرف گردید و بیمار با بهبودی کامل مرخص شد.

خلاصه

بیماری آنمی پرنیسیوز در ایران نسبتاً نادر میباشد. مورد گزارش شده در فوق یکی از موارد این بیماری نادر است و جالب اینکه در این بیمار، بیماری به فرم نسبتاً نادر خود یعنی آنمی پرنیسیوز با علائم آنمی هیپوکروم توأم با ماکروسیت‌های معدود در خون محیطی تظاهر نموده بود.

از آنجائیکه اسکان آزمایش Schilling بعلت فقدان B_{12} رادیوآکتیو میسر نبوده موفق به انجام آن نشدیم.

در خاتمه بر خود لازم میدانیم از همکاری آقای دکتر وزین و خانم دکتر آقائی در تهیه و تجسس آهن مغز استخوان و از آقای دکتر سرلتنی در انجام آزمایش گاستروسکوپی صمیمانه تشکر نمائیم.