

مشاهده يك مورد منونوكلئوز عفونی

نماریش

دکتر یحیی پویا

رئیس بخش دانشکده پزشکی تهران

احمد - ج کودک هفت ساله در تاریخ ۳۲/۶/۲۲ بعلت تب و آدنوپاتی ناحیه گردن و زیر بغل و عظم طحال و کبد و بی اشتهائی برای تشخیص بوسیله آقای دکتر وحیدی مازندرانی باینجانب معرفی گردید .
سابقه بیماریهای گذشته - بنا بگفته مادر در سالهای گذشته کودک دچار بیماریهای بشوری و اسهال و مالاریا بوده است .

سابقه بیماری کنونی - بنا باظر بار مادر در هیجده روز پیش از مراجعه ابتدا احساس سرما سرما نموده رفته رفته شادابی خود را از دست میدهد . تب بتدریج ظاهر و پس از چند روز بجهل درجه رسیده کودک بستری میگردد و باقی دکتر وحیدی در بابل مراجعه مینماید ایشان پس از معاینه تجویز کلر مایستین نمودند . چند روز بعد غدد لنفاوی بزرگ میشود و نظر بانکه در محل آزمایشگاه مجهزی برای تشخیص موجود نبوده بیمار را برای تشخیص بطهران اعزام میدارند .

در معاینه بیماری است ناتوان و تب دار (۳۹) در ملامسه غدد دو طرف گردن بزرگ باندازه فندق و بادام و در زیر دست متحرک و حساسند شماره آنها زیاد و مانند دانه های تسیح درد دو طرف گردن دیده میشود دهان بدبو مخاط لب پررنگ و لوزتین و پرده های آن متورم و قرمز رنگ . کودک در بلع دچار زحمت است غدد زیر بغل بزرگ و غدد کشاله رانهم بزرگ شده اند . طحال قابل لمس و کبد از زیر دنده های کاذب تجاوز می نماید بیمار دچار آنمی نیست و بخونریزی پوستی و مخاطی و احشائی دچار نمیشود: دستگاہ گردش خون وریتین و ادراری سالمند .

کلر مایستین تجویزی در او تأثیری نداشته پیوسته تب باقی و بیمار دچار اختلال دستگاہ گوارش است پس از معاینه آزمایشهای خونی انجام شد .

آزمایشهای خونی - در خون هماتوزن مالاریا دیده نشد شماره گلبول قرمز ۴۰۰۰۰ و سفید ۲۰۰۰۰ و پلاکت ۲۵۰۰۰ مدت انعقاد وسیلان و علامت بازوبند طبیعی است .

فرمول لو کوسیتز :

۱۱	پولی نو کلترو ترفیل
۰	پولی نو کلترا ئوزینوفیل
۸	لنفوسیت طبیعی
۱۰	منوسیت طبیعی
۱۲	منو نو کلتز طبیعی
۲۰	منو نو کلتز لنفوسیتوئید
۳۱	منو نو کلتز منوسیتوئید
۷	منو نو کلتز پلاسما سیتوئید
۱	منو نو کلتز او کو بلاستیک
۱۰۰	

منو نو کلتزها بطوریکه در فرمول اسم برده شده است از حیث شکل مختلفند برخی از آنها بزرگ و بعضی دیگر کوچکند از حیث رنگ پرتوپلازما بعضی دارای آبی پررنگ و برخی در اطراف غشاء پررنگ و در اطراف هسته بی رنگند. گاهی یک قسمت از سیتوپلازمای منو نو کلتزها پررنگ و قسمت دیگر کم رنگند. بعضی از منو نو کلتزها دارای گرانولاسیونهای آزورفیل درشت و برخی دیگر دارای دانه‌های کوچک غباری‌اند و بعضی هم دانه‌های آزورفیل ندارند.

هسته بعضی از منو نو کلتزها پررنگ و شباهت به هسته لنفوسیت دارد، هسته برخی در مرکز و دسته دیگر خارج از مرکز است. گرماتین بعضی از هسته‌ها شباهت به هسته منوسیت‌ها دارد یعنی مانند دندانه‌های شانه است منتها هسته منو نو کلتزها پررنگ‌تر است هسته پاره‌ای از منو نو کلتزها شباهت به هسته پلاسما سیت دارد پس منو نو کلتزها از حیث شکل غیر متجانس و پررنگ‌اند و اینوضع فقط در منو نو کلتز عفونی دیده میشود. واکنش ویدال و رایت منفی است.

واکنش پول - بونل - داویدسون (۱) از حیث کمیت و کیفیت مطابق صورت زیر مثبت است.

سرم خالص بیمار بر قتهای معینی در برابر گلبول قرمز

گوسفند ۰۰۰۱۱۱۱۲۲۲۲۲

سرم بیمار بعلاوه امولسیون کلیه خو کچه هندی در برابر گلبول قرمز

گوسفند ۰۰۰۰۰۱۱۱۲۲۲۲

سرم بیمار بعلاوه امولسیون گلبول قرمز گاو در برابر گلبول قرمز

گوسفند ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

پس بیمار بطور قطع دچار منو نو كلئوز عفونی است .

تشخیص افتراقی - لازمست منو نو كلئوز عفونی را از مالاریا و تب تیفوئید و تبهای بشوری و لوسمی لنفوئید و ناخوشی هوچکین و سل غددی و لوکوز حاد تمیز داد .

گاهی شکل بدون عظم غددی منو نو كلئوز عفونی ممکن است شباهت بمالاریا داشته باشد هماتوز نردر خون تشخیص را معین مینماید در تیفوئید لوکوپنی و منوسیتوز وجود دارد. همو کولتور و واکنش ویدال مثبت وسیله تشخیص است چون بعضی از اشکال منو نو كلئوز عفونی با تظاهرات پوستی همراه است بدینجهت باتبهای بشوری (مخملک و سرخچه و رو بول و حتی سیفیلیس قابل اشتباهست) واکنش داویدسن کمک بزرگی برای تشخیص است. اما در میان تبهای بشوری رو بول با منو نو كلئوز عفونی شباهت بسیار دارد چون در هر دو عظم غدد لنفاوی و لوکوسیتوز و منو نو كلئوز وجود دارد منتها در رو بول در خون عده زیادی پلاسموسیت حقیقی موجود است و همین وسیله تشخیص است. در لوسمی لنفوئید غالباً لوکوسیتز بیشتر از منو نو كلئوز عفونی است و سطح لام پوشیده از لنفوسیتهای طبیعی است در ناخوشی هوچکین غالباً لوکوسیتز و نو ترسیتوز و اتوزینوسیتوز وجود دارد. در سل غددی آنمی و بولی نو كلئوز و یا لنفوسیتز موجود و واکنش داویدسن منفی است. لوسمی حاد دارای نشانههای شدید بالینی مانند آنمی رنگ کاهی صورت و اندام و تب شدید و خونریزیهای مختلفه پوستی و مخاطی و احشائی و نشانههای شدید دهانی و حلقی در بیماران قابل توجه است و واکنش داویدسن

در لو کوز حاد منفی است .

تاریخچه بیماری، سرایت و عامل بیماری - فیفر اول کسی است که در سال ۱۸۸۹ منونو کلئز عفونی را بطور همه گیر در مدارس و آسایشگاههای اطفال و جوانان مشاهده نموده است و آنرا تب غددی نامید بعدها خون شناسان مدتی آنرا بالوسمی لنفوئیدوسل غددی ولو کوز حاد اشتباه میکردند تا آنکه در سال ۱۹۰۷ تورک در اثر اشتباه تشخیص منونو کلئز عفونی با لو کوز حاد توانست بعدها آنرا از لو کوز حاد جدا نموده بنام لنفوسیتز سوب لوسمی بنام دانشمندان انگلیسی آنرا منونو کلئز عفونی نامیدند .

شولتز خون شناس معروف آلمان آنرا آنزین منوسیتز نامید مدتها تب غددی و لنفوسیتز سوبلوسمیک و آنزین منوسیتز مورد جدال خون شناسان بود بعضی همه آنها را مرض واحد میدانستند با تظاهرات مختلف و برخی دیگر آنها را بیماریهای مختلفه فرض می نمودند تا آنکه در سال ۱۹۲۱ دانشمندان انگلیسی با مشاهدات متعدد ثابت نمودند همه آنها بیماری واحدی است و آنرا بنام منونو کلئز عفونی نامیدند. پرفسور شوالیه از روی آسیب شناسی آنرا آدنولنفوئیدیت حاد (۱) نامیده است شاید این اسم مناسب تر باشد .

منونو کلئز عفونی بیماری مسری و همه گیر است که مخصوص کودکان میباشد و اگر در آسایشگاهها و مدارس بروز نماید غالباً شماره زیادی از کودکان دچار بیماری میشوند و علت آنکه در ایران کمتر مشاهده میشود شاید بواسطه آنستکه در ایران آسایشگاههای شبانه روزی برای کودکان کمتر وجود دارد و شاید نقص آزمایشهای ماهم بی تأثیر نباشد یعنی ممکن است شایع باشد ولی بعنوان بیماریهای دیگر مانند گریپ و غیره تشخیص داده میشود و چون بیماری خوش فرجام است بدون جلب توجه میگردد .

تا کنون با تمام کوششهای لازمه میکرب آنرا نتوانسته اند کشف نمایند بنظر میرسد یکی از بیماریهای ویروسی باشد و بواسطه تزریق خون و یا امولسیون غدد

لنفای انسان بمیمون توانسته اند بیماری را با تمام نشانه ها در میمون تولید نمایند و در آزمایشگاه هم در ضمن تجسسات آزمایشگاهی بیماری بیکی از متصدیان آزمایشگاه سرایت نموده است .

اشکال بالینی و سیر بیماری - اشکال خفیف آن غالباً با سرماخوردگی اشتباه میشود و بدون تشخیص بر طرف میشود اشکال گوارشی و کبدی زیاد دیده میشود غالباً کودکان دچار یرقان میشوند و مدتی بعد بر طرف میشود ممکن است اگر دقت شود شکل کبدی منونوكلئوز عفونی باشد اشکال عصبی آن گاهی شدید و مدتی کودکان را دچار حمت میسازد مدت سیر بیماری در حدود پانزده روز تا يك ماهست گاهی عود بیماری وجود دارد. رویه مرفته منونوكلئوز عفونی بیماری خوش فرجامی است .

درمان - منونوكلئوز عفونی درمانی ندارد و بیماری با استراحت پس از پانزده روز الی يك ماه بر طرف میشود ولی چون بیمار ما از راه دور آمده بود و در مشاهدات جدید هم تجویز کورتن شده بود ما را بر آن داشت که به بیمار خود کورتن خوراکی بدهیم و چون در هورمونوترپی لازمست همیشه آنتی بیوتیک هم با آن ضمیمه شود بنابراین روزانه چهار قرص ۲۵ میلی گرامی کورتن و بعلاوه دو قرص ۵۰ میلی گرامی ترامیسین به بیمار تجویز گردید پس از دو روز تب قطع گردید و پس از چهار روز بزرگی غدد لنفاوی از بین رفت و دیگر بیماری عود ننموده است .