لوپوس اریتماتوز منتشر

نگارش
دکتر ابوتراب نفیسی

بیماری مزمنی است که اغلب عود کننده بوده ، ازمشخصات آن وجودعوارض جلدی همراه با اختلالات مزاجی واحشائی مختلف است استثنائاً ممکنست ضایعات جلدی مخصوص موجود نباشد .

بعضی انواع این بیماری را بنام های لیبمن ساکس(۱) یا اندوکاردیت زیگیلی غیرمعمول(۲) و سندروم سویر اوسبر(۳) نامیده اند .

۸۰ تا ۸۵ درصد مبتلایان زن و اغلب بین ۱۵ ــ ٤۰ ساله بوده اند علت معینی ندارد ولی اغلب پس از مجاورت ممتد با نور آفتاب و گاهی پس ازعفونت یا ضربه دیده شده .

از نظر پاتولوژی ضایعات مخصوص جلدی و عوارض سروزی و اندوکاردی که اغلب مخلوطی از دو نوع ضایعهٔ پرولیفراتیو واستحاله‌ای(٤) همراه با ارتشاح لوکوسیتی است و استحالهٔ فیبروز جدار شرائین و طحال و آفات عروق کلیوی وتغیرات فیبرینی شکل مادهٔ کلاژنی نسوج ملتحمه مجموعاً مختصات مرض را تشخیص میدهند ویکی از این آفات بتنهائی مشخص بیماری نیست .

از نظر بالینی

نشانه های بالینی نیز همانند عوارض پاتولژیك متغیر و اولین نشانه هائی که ممکنست بیمار از آنها شکایت داشته باشد عبارتند از تب ـ درد مفاصل و درد های جنبی ـ لاغری ـ تنگ نفس یا ارتوپنه ـ ضایعات مخصوص جلدی که از مشخص ترین نشانه های بیماری هستند اغلب چندین سال جلوتر از عوارض عمومی و گاهی دیرتر و زمانی بطور موقت همزمان باآنها خودنمائی میکند. هرچه

۱—Libman—Sacks disease ۲—Atypical endocarditis verrucosa
۳—Syndrom Sevear—Usber ٤—Degenera، proliferat

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

مرض روبجلو میرود نشانه های عمومی شدیدتر شده با وجود اینکه بهبودی ها و عود های ظاهری در سیر بیماری وجود دارد ولی رویهمرفته حالت نهائی بیمار مجموعاً بتدریج رو ببدی میرود .

در دورهٔ استقرار نشانه های زیر ممکنست کم وبیش خودنمائی کند .

۱ـعوارض جلدی ـ یك نوع قرمزی (اریتم) پوست است که دیر یا زود گونه ها و بینی را فراگرفته اغلب بشکل خفاش (۱) یا شب پره (۲) در میآید . ناحیه قرمز کمی برآمده وسفت ودورهٔ آن کاملا محدود وروی آنرا اغلب فلس‌های نقره فامی پوشانده که وقتی آنها را دور کنیم فولیکول های متسع شده قرمز نمایان میشود . درآفات‌قدیمی‌ترممکنست‌صغرپوست در مرکز ضایعه موجود باشد ، نظیر این گونه عوارض درنقاط دیگربدن‌نیزممکنست خودنمائی کند.دراینجا بایدیادآور شد که عوارض جلدی مانند این عارضه ممکنست در اشخاص کاملا سالم خود نمائی کند بدون اینکه همراه با اختلالات بدنی باشد و آنرا بنام لوپوس اریتماتوز دیسکوئید مزمن مینامند(۳) در این قبیل‌اشخاص بندرت ممکنست سالهاپس‌ازبروز عارضهٔ جلدی مذکور اختلالات عمومی لوپوس منتشر ظهور کند .

سندرم‌سیویراوسبر(٤) یك نوع‌لوپوس اریتماتوز منتشر بشمار میرود که در آن همراه با عوارض جلدی لوپوسی صورت پیش گفته ، ضایعات طاولی نقاط‌دیگر بدن کاملا شبیه به پامفیگوس موجود است .

بغیرازحفرهٔ شب پرهٔ شکل‌مذکوردراین‌بیماری (لوپوس‌منتشر) آفات‌مختلف جلدی‌دیگری‌ممکنست‌موجودباشد مانند مناطق‌محدود تلانژیکتازی،پیگمانتاسیون موضعی‌یامنتشر، پورپورا ، اکیموز ، خونریزی ، ندول‌های‌سفت درنوك‌انگشتان کثیر ـ اریتم مولتیفرم .

۲ـ عوارض مفصلی استخوانی ـ تقریباً همهٔ بیماران از دردهای مفصلی و احیانا قرمزی و تورم مفصل شکایت دارند ـ عوارض استخوانی نادر است ـ عوارض

---

۱ – Vespirillis ۲—butterfly ۳ – lupus erythem. discoïde chronique
٤ – Sevear-Usber

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

پیش گفته ممکنست دائمی یا موقتی باشد ولی اغلب متناوب است .

۳ـ ادم (خیز)ـ اغلب موجود و ممکنست پلك‌ها یا پاهارا فرا گیرد خیز موضعی یا عمومی است .

۴ـ عوارض سروزیـ مانند دردهای جنبی و حتی پلورزی خشک یا ترشحی و پریکاردیت و پریتونیت موضعی یاعمومی ، اغلب موجود است .

۵ـ علائم جهازهاضمهـ مانند تهوع ، استفراغ ، بی اشتهائی ، اتفاقاً اسهال که اغلب بدون نشانه های شکمی هستند اغلب موجود ـ گاهی نیز طحال کمی بزرگ میشود .

٦ـ علائم قلبی عروقی ـ اغلب موجود و ممکنست بصورت تنگ نفس و گاهی نارسائی قلب ـ فروتمان پریکارد ـ تاکی کاردی غیر متناسب با تب ، انمی، بزرگی قلب ، ریتم گالو و سوفل سیستولیك و استثنائاً دیاستولیك خودنمائی کند ـ سوفل دیاستولیك اغلب دلیل همراه بودن عوارض روماتسمی با بیماری یا بروز اندوکاردیت میکربی درطی بیماری است . اگرعوارض ریوی باانمی شدید همراه باشدممکنست سوفل گراهام استیل (۱) شنیده شود ـ پتشی (۲) های جلدی که مرکز آنها بیرنگ است بایابدون اندوکاردیت زیگیلی دیده میشود . اغلب بیماران بسرماحساس بوده وحتی نشانه های سندرم دیفوز دارند .

۷ـ سایر نشانه‌ها: عوارض مخاط ها ، خونریزی یا ترشح در شبکیهٔ چشم ـ اورمی و نشانه های بدکار کردن کلیه ، کبد یا ریه ، یاسلسله اعصاب مرکزی وحتی سردرد وهذیان و لرزش و تشنج شبیه به صرع .

۸ـ نشانه‌های رادیولژیك ـ مخصوص موجود نیست مگر آنهائیکه مربوط بعوارض پیش گفته باشد .

نشانه های لابراتواری

در امتحان خون معمولا یکی انمی نرموسیتیك که استثنائاً ممکنست سخت و

۱ـ Graham Steell ۲ـ Petechie

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

شدید باشد موجود ، شمارهٔ لو کوسیت‌ها اغلب کم ولو کوپنی موجود (۲تا ٤ هزار در میلیمتر مکعب) ولی استثنائاً ممکنست طبیعی و حتی زیادتر باشد ـ انواع لو کوسیت‌ها خیلی باطبیعی فرق نکرده‌اند . هماتوبلاست‌هااغلب کم شده‌اند. سرعت سدیمـا نتاسیون همیشه زیاد شده پروتئین کلی سرم طبیعی است ولی گلبولین آن افزایش یافته (مخصوصاً گاما گلبولین) ـ نشانه های فلوکولاسیون یا فیکساسیون کمپلمان غلیظ ممکنست‌در این بیماری دیده شود مثلا واسرمان خون متجاوزازیك چهارم این بیماران مثبت است البته این تغییرات ممکنست متناوب باشد .

ادرار اغلب حاوی آلبومین بوده (معمولا کم)، گلبول‌قرمز،سفید وسیلندرهای مختلف مخصوصاً مومی و چربی و خونی ممکنست با هم دیده شود که در سایر بیماریهای کلیه بندرت توأم دیده میشود . عمل کلیه اغلب مختل شده و تقلیل یافته است .

تغییرات الکتروکاردیوگرافی مربوط بضایعات قلبی وعروقی‌مشهودودر بیمار وجود دارد .

در مغز استخوان این بیماران لوکوسیت های پلی‌نوکلئر بسیار بزرگی ممکنست دیده شود که در سیتوپلاسم آنها قطعات مختلف هسته درمراحل متفاوت تقسیم وجود دارد و آنها را بنام سلولهای L. E. نامیده‌اند . (۱)

بعقیدهٔ اغلب مصنفین جدید وجود این قبیل سلولها درتشخیص این بیماری اهمیت بسیاری دارد وحتی در یکی از نمایشگاه‌های علمی که درانجمن سالیانه پزشکان امریکائی نشان دادند وموفق باخذ مدال علمی طلا هم شدند مصنف :

(Edmund L. Dubois, University of Southern California Schoolof Medicine, Los Angeles, Calif.)

دربارهٔ تشخیص لابراتواری این‌بیماری روشی‌ذکر کرده بودند که چون نسبةً آسان است وسائل مخصوصی لازم ندارد. طرز آزمایش را ذکر میکنیم :

۱ ـ $\frac{۱}{۲}$ cc ازپلاسمای شخص بیمار را برمیداریم .

۱—Lupus Erytheme

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

۲ – به 1^{cc} خون مغز استخوان استرنوم یا استخوان دیگر یا خون محیطی غلیظ شده میافزائیم.

۳ – آنها را مخلوط کرده و مدت نیمساعت صبر میکنم.

٤ – مخلوط را درلولهٔهماتوکریت(۱) میگذاریم.

٥ – مدت پنج دقیقه مخلوط را بسرعت ۲۰۰۰ rpm سانتریفوژ میکنیم.

٦ – طبقهٔ گلبول سفیدی را که روی لوله شناور است برداشته وآنرا روی لام میگسترانیم وبطریق معمولی رنگ کرده زیر میکرسکپ نگاه میکنیم.

۷ – درمواقعیکه مثبت باشد در ابتدا (یعنی ٥ – ٦ دقیقه اول) لوکوسیت‌ها دور هم جمع شده و بعداً (۱۲ – ۱٥ دقیقه بعد) سلولهای مخصوص L. E. خودنمائی میکنند.

بنظرمصنف مذکورعامل مسبب L. E. در قسمت گاماگلبولین خون موجود بوده ولی از نظر عمل باقسمتی از گلبولین خون که حاوی مواد مسبب ایمنی هستند تفاوت دارد. (چون میدانیم که آنتی کور(۲) هانیز در قسمت گاماگلبولین خون قرار دارند).

سه نکتهٔ دیگر که مصنف مذکوربدان توجه نموده بود یکی اینکه بسیاری از نشانه های مختلفی که به بیماری نسبت داده‌اند مربوط به‌اثرات معالجه‌است ودیگر اینکه در بسیاری از این بیماران باوجود استعمال مقادیر معتنابهی هورمون نریعنی تستوسترون هیچگونه نشانهٔ مردی (۳) ظاهر نشده مثل این که این بیماران در دورهٔ فعالیت بیماری قدرت تبدیل تستوسترون را بمادهٔ غیرفعال دیگری دارند ودر اصطلاح آنرا میتوانند متابولیزه کنند.

نکته سوم آنکه بسیاری ازتغییرات خونی این بیماری را مربوط به ازدیاد فعالیت طحال میداند(٤).

ازنظر تشخیص – البته نشانه های مختلف بیماری پزشک را در تشخیص

---

۱ – Hematocrit ۲ – Anti corps

۳ – Virilisme ٤ – Hypersplenisme

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

سر گردان میکند و گاهی اوقات تشخیص آن با سایر بیماریهای مشابه نسج مرتبط غیرممکن است ولی نفس این‌اختلاف علائم و سیرطولانی بیماری ومخصوصاًوجود واکنش L. E. در مغز استخوان بیماران ، لـو کوپنی ، البومینوری ، درد مفصل عوارض جلدی وغیره کمك بتشخیص‌است ، عوارضی که حتماً باید درآنها بفکراین بیماری بود عبارتند از :

۱ ـ ارتریت روماتوئید .

۲ ـ سیفیلیس .

۳ ـ البومینوری .

٤ ـ لوکوپنی نسبتاً دائمی .

٥ ـ حملات صرعی .

٦ ـ روماتیسم‌مفصلی ، اندوکاردیت میکربی ، اریتم های مختلف ، تب‌مالت عوارض سلی و قارچی مختلف ، لوسمی های الوسمیك و سارکوئیدوز وغیره نیز نیز نشانه هائی کم و بیش شبیه این بیماری دارند .

از نظر معالجه ـ تاحال داروی مخصوص مؤثری برای آن پیدا نشده

انتی بیوتیك ها و فلزات سنگین و هورمون ها و ویتامین ها در معالجهٔ این بیماری امتحان شده و هیچیك نتیجه قطعی نداده است سه داروئی که اخیراً بیشتر روی‌آن فعالیت شده دردرجهٔ اولACTHو کورتیزون ودردرجهٔ دوم‌تستوسترون و نیتروژن موستارد(۱) است .

درمجمع پزشکان امریکائی امسال یکی‌از مصنفین‌آماری نشان داد که قریب ۲۵۰ بیمار مبتلا به این بیماری را با تزریق داخل وریدی کورتیزون معالجه نموده و بعقیده او حالت عمومی بیماران با این دارو اغلب بهبودی یافته ولی‌ازعودبیماری جلوگیری نشده و حتی مانندکلیه مواردی که این داروها امتحـان میشود عوارض شدیدی ممکنست دردوره های بعدی بیماری در اثر دارو عارض شود . بعقیدهٔاغلب مصنفین بهتر است فقط در مواقعیکه حالت عمومی بیمـار اجازه میدهد و عوارض احشائی نه خیلی سبك ، نه خیلی شدیداست این داروها را امتحان نموده ودرهرحال

---

۱ – Nitrogen mustard

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

از امتحان داروهای محرك و اشعهٔ آفتاب و سایر اشعه و داروهای مولد آلرژی و حساسیت خودداری کرد .

مقدار ACTH یا کورتیزون که در این بیماری استعمال میشود در ابتدا باید زیاد ولااقل ۲۵ میلی گرم ACTH هر ٦ ساعت یا ۱۵/. تا ۲۰/. گرم کورتیزون در ۲٤ ساعت (که به ۲یا۳ مرتبه تقسیم شود) باشد پس‌ازیکی دو هفته که‌حالت‌عمومی بیمار روببهبودی گذارد و تب تخفیف یافت مقادیر بالا را هر۲ ــ ۳ روزیك مرتبه کم کرده و بعد بتدریج هرهفته یك مرتبه کم کرد ولی چون بـا قطع دارو اغلب عوارض بیماری عود میکند بهتر است تا مدت مدیدی داروهای فوق را بمقادیر کم مثلایك سانتی گرم ACTH دو مرتبه‌درروز یاه‌سانتی گرم کورتیزون یك مرتبه‌در روز یا یك در میان ادامه داد . البته با یك چنین درمان طولانی عوارض حاصله‌از استعمال هورمون های مزبور نیز قابل اهمیت‌اند از آنجمله است سندرم کوشینگ دیابت ، هیپوتانسیون ـ الکالوز ـ کم شدن پتاسیم خون تشنجات صرعی وجنون های موقتی وغیره بهمین‌جهة است که اینگونه بیماران را حتماً باید دربیمارستان بستری کرد و درمان نمود وحتماً رژیم غذائی کم نمك داد تا ازعوارض مربوط به‌تغییرات الکترولیتی خون تا اندازهٔ کاسته شود و درصورت لزوم وسائل لازم برای درمان عوارض ضروری در دسترس باشد .

۴ ـ اسکلرودرمی

اسکلروماادولتوروم(۱)یادرماتوسکلروزیس(۲) عبارت ازبیماری است که سبب تغییرات نسج کلاژن مخصوصـاً پوست و نسج زیر جلدی شده معمولا قرینه و قطعه قطعه است . استخوانها ، عضلات ، مخاطها ، قلب ، ریتین ، جهازهاضمه‌وسایر احشاء نیز مانند پوست ممکنست دچار تغییرات مذکور گردد .

ازنظر اتیولژی ـ بیشتر در اواسط عمر و در زنان دیده میشود ، عفونت ـ آلرژی و اختلالات غدد مترشح داخلی در تولید آن ممکنست مؤثر باشد ولی اثر هیچکدام قطعی نیست ـ نوع موضعی آنرا موریش (۳) نامند .

1—Scleroderma adultorume ۲—Dermatosclerosis

۳—morshea

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

از نظر پاتولوژی ـ اختلالات نسج کلاژن همیشه موجوداست ابتدا مادهٔ کلاژن بین‌سلولی متورم‌شده سپس سفت و کلفت میشود ـ تغییرات عروقی، نظیرد و بیماری پیش گفته، دراین بیمـاری نیز موجود و بعقیدهٔ بعضی ممکنست علت اصلی بیماری همین تغییرات خـونی بـاشد. بعضی نیز ازنظر شباهت این بیمـاری را نوعی از درماتومیوزیت دانسته‌اند و شاید هم چندان اشتباه نکرده‌باشند.

از نظر نشانه شناسی ـ تغییرات جلدی مشخص بیمـاری مراحل مختلفی می‌پیماید که اولین آنها پیدایش خیز سفتی در تمام بدن یا نقاط مختلف بدن است. پوست صاف و مومی بوده سخت و سفت است بطـوریکه نمیتوان آنـرا از نسوج زیرین جدا کرد. برخلاف حالت عادی که پوست از نسج زیرین جدا میشودو باصطلاح جاداراست. ضعف ولاغری و درد مفاصل نیزاغلب از نشانه‌هـای اولیه بیماری‌است. سندرم دینوواسکلرودا کیتلی(۱) وعسرالبلع (در نتیجه ابتلاء مری) ممکنست سالهاقبل از بروزعوارض جلدی خودنمائی کند. مرحلهٔ بعدی عوارض جلدی مرحلهٔ صغر واتروفی پوست است که پوست نـازك شده وصاف‌تر شده وکاملا به عضلات زیرین چسبیده است این عضلات نیز بنوبهٔ خود لاغـر و سفت شده‌اند. حرکات مفـاصل نیز بکلی محدودو بطور کلی بیمار بصورت یك مومیائی زنده درآمده‌است. گاهی نیزممکنست لکه‌های خرمـائی رنگ فراوانی درتمام بدن دیده‌شود و گاهی کلسیم درقسمت های مـئوف رسوب کند. کمی یا قطع عرق (۲) و سردی انگشتان و ریختن موی سر و ظهور زخم های بدون درد در دست و پا اغلب در این مرحله موجود و گاهی‌نیز تنگ نفس و کمبودی و خیز که شاید مربوط به تصلب منتشر ریتین و قلب بـاشد دیده میشود.

سیر بیماری اغلب مزمن و طولانی ومهلك است.

از نظر تشخیص ـ درمواردیکه علائم مشخص بیماری موجود باشد تشخیص اشکالی نخواهـد داشت ولی در اشکال غیر معمولـی ممکنست عـوارض انگشتان با بیماری رینو عـوارض مفصلی با آرتریت هـای مختلف عـوارض جلـدی و درد مفصل وتب بالوپوس اریتماتوز منتشر عوارض جلدی و عضلانی وغیره با درماتو-

۱—Sclerodactylie ۲—Anidrosis

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

میوزیت اشتباه شود و مخصوصاً در دو بیماری اخیر اغلب تشخیص مشکل خواهد بود . خیز بیماری وعوارض قلبی آن نیز ممکنست با میکزدم اشتباه شودمخصوصاً اگر اختلالات قلبی قبل از عوارض جلدی بروز کند ؛

از نظر معالجهـ علاج قطعی ندارد ـ موضعی مانند گرما ، استحمام،لوسیونهای نرم کننده (اسیدسالیسیك۱-۲/۰) و عمومی؛ مانند داروهای متسع کننده عـروق ، وبرداشتن کانگلیون های سمپاتیك وغیره ممکنست کم و بیش عوارض بیمـاری را تسکین‌دهند. کورتیزون وACTH اثرات مشهودی نداشته‌است. اسید پـارا امینو بنزوئیك نیز هنوز درحال تجربه است .

۴ـدرماتومیوزیت

بیماری غیرچرکی‌التهابی پوست ، نسج‌زیـرجلدی ، عضلات ونسوج ملتحمه بدن است که اغلب بطور ملایم و بیصدا شروع و بتدریج شدت می‌یـابد برحسب اینکه کدامیك از نسوج پیش گفته بیشتر مبتلا بـاشد بنامهای مختلف نـامیده شده مثلا :

Dermato myositis
Dermato-Myo-Neuritis
Dermato-Myo-Muco-Serositis
Poikilo dermatitis

وغیره

از نظار اتیولژی ــ مثل سه بیمـاری پیش گفته غیرمعلوم ــ مثلا عفونت ـ خستگی و سرما دربروز آن‌مؤثراست. اغلب‌بین۲۰ ــ ٤۰ ساله ودر زن ومردتقریباً یکسان است اگرچه درسنین مختلف هم دیده میشود .

از نظار پاتولژی ـ پوست اغلب سفت و کلفت و چسبیده بـه نسج زیرین ــ عضلات پریده رنگ یا زرد یا قرمز و متورم ممکنست نرم یا سفت باشد درامتحان با میکرسکپ درعضلات مبتلا التهاب دور عروقی و استحالهٔ پارانشیم نسج عضلانی و پوست موجود است. اختلال شرائین و سایر عـروق کمتر از بیماریهـای پیش گفته است .

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

از نظر نشانه شناسی ـ شروع بیماری ممکنست حاد یانیمه‌حاد یامزمن باشد. در اشکال‌حاد، بیماری با تب شدید ، ضعف و بیحالی ، ورم جلد یا بدون خیزضعف عضلانی ودرد شروع میشود، دراشکال نیمه‌حاد که‌شکل‌معمولی بیماری‌است.شروع، بیصداوملایم‌با کوفتگی‌عمومی،ضعف، تب‌خفیف، درماتیت‌ودردعضلانی‌شبیه‌میوزیت است‌وتاماهیهاممکنست‌فقط نشانه‌های‌درماتیت یامیوزیت‌بارزترین‌نشانهٔ بیماری‌باشد.

درماتیت اغلب بطور واضح مشهود و استثنائاً ممکنست موقتی باشد گاهی بصورت اریتم ساده یابدون خیز وزمانی شبیه پلاگر یااریتم سمی یا کثیر یاحساسیت به آفتاب یا نور وغیره باشد ، خیز دور پلك‌ها وصورت وعضلات مبتلا اغلب‌موجود وگاهی زودگذراست، زمانی‌نیزممکنست درماتیت‌بکلی‌خوب‌شده وپیگمانتاسیون جلدی بجاگذارد ولی پلك‌ها کمتر بدون خیز و قرمزی است ـ انگشتان دست نیز ممکنست دچار اریتم مزبور شود یا استثنائاً مانند بیماری رینو باشد .

عضلات مبتلا معمولا ضعیف، درلمس دردناك و سفت و متورم و در موقع انقباض نیز دردنا کند ولی در دوره های شدت بیماری درد عضلات نیز ممکنست خیلی شدت پیدا کند وحتی درمواقع استراحت هم بدون‌درد نباشد . سفتی عضلات و درد آنها در لمس دراین قبیل مواقع بشدت مشهود است بتدریج عضلات صغر یافته و تبدیل بنسج لیفی شده و بحالت کنترا کتور درمیآیند اما اختلالات مفصلی خیلی کم است .

دیگر از مهمترین نشانه های بیماری تب است که گاه ممکنست شدید ولی اغلب متوسط و درحدود ۳۸ ــ ۳۸/۵ است و باهرشدت بیماری ، تب نیز شدت پیدا میکند .

عسرالبلع درنتیجه ابتلاء جهاز هاضمه ، ائوزینو فیلی‌موقتی ، ازدیادوا کنش الکتریکی عضلات ، کم شدن رفلکس های وتری ، بزرگی سپرز ، بزرگی غدد لنفاوی ، اختلالات حسی و اختلال در دفع کراتین و کراتینین نیز ازجمله نشانه‌های بیماری ممکنست بشمار رود .

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

یکی‌ازاقسام این‌بیماری پلی‌میوزیت‌همورژیك(۱) است که در آن‌خونریزی درون عضلات و پوست موجود بوده درد و تب شدید وسیربیماری سریعتر واغلب با ورم کلیه واختلالات قلبی همراه است .

از عوارضی که ممکنست همراه بااین مرض یاعلت‌اینمرض‌بشمار آید سرطان قسمت‌های مختلف‌بدن است. بطوریکه آ. کورتیس(۲)وهمراهان درانجمن پزشکان نشان دادند کمی کمتر از نصف مبتلایان به درماتومیوزیت مبتلا بسرطان بوده اند و شاید اساساً این‌بیماری یکنوع عوارض آلرژیك مربوط به مادهٔ مخصوصی باشد که از متابولیسم‌سلول سرطانی بدست میآید .

از نظار تشخیص اغلت با بیوپسی قسمتی ازعضله یاپوست مبتلا تشخیص‌قطعی ممکنست ، تشخیص‌آن بااسکلر ودرمی اغلب مشکل است ولی در این بیماری اخیر سیربیماری معمولا مزمن‌تر، تب‌اغلب موجود نبوده ، سندرم رینو واسکلرودا کتیلی فراوان واختلالات‌عروقی و کلفت‌شدن جدارعروق بیشتراست ، درلوپوس‌اریتماتوز منتشردرماتیت اغلب درقسمتهای غیرمستور بدن موجود ، کمی گلبول‌های سفیدخون علائم‌کلیوی درد مفاصل ورم دهان و وجود L. E. در خون بیمار مشخص است ـ با تریشینوز نیز صرف نظر از علت بیماری فقط بیوپسی ممکنست کمك کند .

از نظر معالجه باز همان اشکال موجود است‌معالجات موضعی‌وادویهٔ مسکن مانند ترکیبات سالیسیله وحتی مرفین برای تسکین علائم مفیداست ـ گلی‌سین(٤) و پروستیگمین و ویتامین E ـ پیلوکارپین وافدرین معمولا بی‌نتیجه بوده‌است.املاح سدیم و پتاسیم‌اسید پـاراامینو بنزوئیك بمقدار ۸ ـ ۱۰ گرم در روز بطور تدریج مؤثر بوده است ـ کورتیزون و ACTH اغلب اثربهبودی موقتی دارد و نتیجهٔ‌قطعی ممتدی تاحال از استعمال آنها دیده نشده است .

۱—Polymyositis hemorragica ۲—A. Curtis

۳—Trichinose ٤—Glycine

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]

References

Author's name	Reference's Name
1- G. Baehr, Ch. Slocomb, A. Mc, Gehee Harvey	Text book of Medicine by Cecil and Loeb 8 th Edition 1951 p.488 to 493
2- Ar. C. Curtis, Hoy. C, Blaylock, R. Harrel, University Hospit, Ann Arbor,Michigan	An Exhibition on the Association of Dermatomyositis and Malignancy, in: 101 St. A.M.A. June 9-13, 1952
3- J. R. Haserick, A.C.Corcoran, Harriet Dustan and Lena A. Lewis,Cleveland Clinic,Cleveland	Special Exhibition on Systemic Lupus Erythematosus, in: 101 St. A. M. A. Chicago June 9-13 1952
4- Walter Bauer, Boston Massachusetts	A Lecture Given at 101 St. A. M. A, Chicago, ill, Session June 11 1952 on Collagen Diseases
5- James A. Evans, Boston Hyman J. Rubitsky, Roxbury, Mass; and Albert W. Perry, Victoria B. C,Canada	The Treatment of Diffuse Progressive Scleroderma in 101 St. Session of A.M.A. Chicago June 11-1952
6- B. V.Jager	Harrison Principal of Internal Medicine.2 d Edition 1951
7- L. J. Soeffer, Richard Bader, New York	Corticotropin and Cortison in Acute Diss. Lupus Erythem (Results of Long-Term) J.A.M.A. Jul. 13 p. 1002-1008
8-E. L. Dubois, Rob.R.Commons, P. Starr, Ch. S. Steiner, Dr. R. Morrison Los Angeles	Corticotraopin and Cortison Treat For Syst. Lup, Eryth. J.A.M.A. Jul. 13 p. 990-992

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-03-21]