

بیماریهای کودکان

از کارهای بخش کودکان بیمارستان رازی

لوسمی حاد

نگارش

آقای دکتر محمد بهشتی

رئیس بخش نشریات اداره کتابخانه و انتشارات
فنی دانشکده پزشکی

آقای دکتر محمد قریب

استاد بالینی بیماریهای کودکان در دانشکده پزشکی
رئیس بخش بیماریهای کودکان بیمارستان رازی

لوسمی حاد گواینکه بسیار شایع نیست ولی از بیماریهای فوق العاده نادر هم نمیشود. در تمام سنین عمر ممکن است مشهود گردد و خصوصاً نزد کودکان ده تا پانزده سال شیوع دارد. سال قبل در ظرف يك هفته دو نمونه آن در بخش کودکان بیمارستان رازی تحت نظر بود و دور نیست که خلاصه شرح آن دو و بیان موجزی از این بیماری وحشتناك سودمند باشد.

اولین بیمار رمضان نامی ۱۳ ساله که در تاریخ ۱۷ دیماه ۱۳۲۱ بستری شده است. ده روز قبل از ورود به بیمارستان که لتوی با گلودرد شروع گشته و چون معالجات جاری حالش را بهتر ننموده در بخش کودکان پذیرفته شده است. در ابتدای ناخوشی تب شدید و درد گلو و گوش عوارض اصلی بیماری بوده است. گسار بیگانه قی نیز مینموده است درد تنها در گلو مزاحم نبوده بلکه گردن و حتی ستون فقرات نیز درد میکرده و ناله کودکرا بلند مینموده است در روز ورود بخش کارورز نگهبان چون غشاء کاذب زیادی در گلوئی بیمار مشاهده مینماید او را بدیفتری بدفرجام (۱) مبتلی می پندارد و بی فوت وقت علاوه بر پاکیزه کردن دهان بزرق سرم ضد دیفتری (پانزده هزار واحد) و استعمال استریکنین مبادرت مینماید روز بعد یعنی در ۱۸ دیماه حال بیمار بدینمنوال بوده است :

اولاً - آواز بیمار از توی بینی (۲) است و آنچه می آشامد از بینی خارج میشود .

ثانیاً - امتحان حلق خالی از اشکال نیست زیرا بعلت تریسموس (۳) باز نمودن دهان بسختی انجام

میگیرد بعلاوه بوی عفونتی که از دهان خارج میشود امتحان کننده را آزار میدهد .
ضایعات گلو و دهان بدین وصف است از یکطرف ترشحات خون آلودی کنار دندانها و لثه‌ها را فرا
گرفته و از طرف دیگر روی لوزه راست غشاء کاذبی که در نك مشهور است که بچین قدامی رسیده و
تا نزدیکی زبان کوچک (۱) رفته است. این غشاء کاذب چسبیده و منظره گلو بسیار مخصوص است
بایمعی که لوزه خیلی بزرگ و متورم نیست بر سطح آن غشاء کاذب نسجی گندیده (۲) را میپوشاند و
چنانکه بعدا اشاره خواهد شد این منظره متعلق بلوسمی حاد است.

ثالثا - غدد لنفاوی گردن بسیار متورم و دردناک است و علاوه بر غدد زیر فك اسفل در تمام نواحی گردن (۳)
و همچنین زیر بغل طرف راست و بالای آرنج طرف چپ (۴) تمام غدد بزرگ و متحرک و دردناک است.
سپرز بسیار بزرگ و بقدریک کف دست از زیر دنده‌ها تجاوز نموده بر راحتی لمس میشود جگر با اندازه
دو انگشت بزرگتر از معمول و دردناک است .

رابعا - حال عمومی بیمار بد است .

حرارت بدن ۳۹٫۵ درجه قرعات نبض ۱۲۰ در دقیقه و فشار خون ۷۰/۱۰ و مقدار پیشاب بسیار کم
است و در اثر استعمال محلول بلودومتیلن در حلق آبی رنگ مییابد. در سطح بدن بخصوص
روی سینه و آرنجها دانه‌های پورپورا دیده میشود ولی در محل زرق‌ها کبودی و خون مردگی (۵)
ملاحظه نشده است .

در مقابل چنین بیمار و علائم وحشتناک بیماریش مقدم بر همه چیز بازمایشگاه
مراجعه شد تا نتیجه کشت ترشحات حلق را که شب قبل گرفته بودند استفسار نمایم. باسبیل
لوفلر رشد نموده است لذا بجز دیفتری بیماری دیگری را باید جستجو نمود باید اقرار
کرد وضع این بیمار با اندازه‌ای روشن و علائم بیماریش کامل بود که همان اولین امتحان
مارا بلوسمی حاد متوجه ساخت و اولین شمارش گلبول‌ها آنرا تأیید نمود چه عده گویچه‌های
سرخ ۲۰۶۰۰۰۰۰ و عده گویچه‌های سفید ۲۲۰۰۰۰ بود. فردای آنروز یعنی بیستم دیماه
حال بیمار بدتر و آثار عصبی که قبلا بهیچ نوع وجود نداشت بروز کرده بود التهاب و
هذیان زیاد بوده کودک دائما خود را از تخت پائین پرتاب مینمود. عوارض خون‌روی نیز بر
شدت خود افزوده و خون از بینی و لثه‌ها جاری بود. روی بدن و حتی نقاط چشم لکه‌های خونین
دیده میشد حرارت بدن ۴ درجه و ظرف پیشاب خون خالص بود امتحان خون چنین نتیجه داد.

گویچه سرخ ۲۰۱۰۰۰۰۰۰ گویچه سفید ۲۱۶۰۰۰۰

زمان سیلان ۲۱ دقیقه

زمان انعقاد ۲۰ »

خصائص و فرمول خون را بعداً ذکر خواهیم کرد. فعلاً بذکر این نکته اکتفاء مینمائیم که اگر بیماری رمضان از جهاتی کامل و دارای علائم روشن بود چنانکه امتحان بالینی تشخیص را اجازه میداد اما همیشه چنین نیست و بهترین گواه شرح بیمار دوم است که با آنکه در همان ایام در بخش بستری بود معذک تشخیص لوسمی حاد با اشکال درباره وی داده شد.

سید حسین بیمار است ۱۹ ساله يك هفته قبل از ورودی بخش کودکان بگلودرد مبتلی بوده است. بعد از ظهر که بیمار را کارورز نگهبان معاینه نموده است بعلت غشاء کاذب که روی بادامک چپ موجود بوده و بعلت تورم دژیه‌های طرف چپ احتیاطاً ده هزار واحد سرم ضد دیفتری زرق نموده است وضع این بیمار با مریض قبل بسیار متفاوتست. حال عمومی بسیار خوب و جواب سئوالات بهیچ وجه در ما تولید نگرانی ننمود و معذک تشخیص دیفتری را بعلت محدود فاندن ضایعات بلوزه چپ در ظرف ۸ روز و دردناک بودن عوارض و بوی عفونت دهان نفی کردیم و بیشتر بیمار را با تزئین و نسان مبتلی دانستیم بخصوص که در سه جلسه با چند روز فاصله زرق ده و بعداً بیست و بالاخره سی سانتیگرم تئوسالوارسان تب را از حوالی ۴۰ به ۳۸ درجه رسانده بود ولی حال عمومی خرابتر بود دژیه‌های کشاله‌ران و زیر بغل زیر نظر ما بزرگ شده بود بعلت داشتن رمضان در بخش نگران لوسمی حاد شدیم شکفت آنکه پاسخ آزمایشگاه با این اعداد نگرانی ما را تأیید کرد.

گویچه‌های سرخ ۱،۷۰۰،۰۰۰ و گویچه‌های سفید ۱۵۸،۰۰۰

تکرار میکنیم که این بیمار بهیچوجه خونروی نداشت و بزرگی جگر و سپرز هیچگاه در شرح حال وی یادداشت نشد هیچ نوع پورپورانداشت و هشت روز پس از بستری شدن در بخش هنگامیکه خانواده‌اش آتیه شوم مرض طفل را شناختند و از معالجه مایوس شدند بچه را بخانه خویش بردند. بعدها اطلاع یافتیم يك هفته بعد بیمار بیچاره از مرض شکفت آورش در گذشته است.

این بود شرح حال دو بیمار که گرچه هر دو مرض واحدی داشتند معذک از جهاتی متفاوت بودند. علائم مشترکشان بدین قرار بود: بیماری عفونی با تب شدید و علائم خونی دهشتناک مانند کم خونی شدید و زخم بادامکها و بزرگی دژیه‌ها و سپرز و جگر.

یگانه وسیله تشخیص قاطع لوسمی حاد امتحان خونست که علاوه بر زیاد شدن گویچه‌های سفید سلولهای بزرگت بازوفیلی با اسم سلولهای جنینی یا اندیفرانسیه دیده میشود.

مجدداً یاد آور میشویم که این بیماری را گرچه پیران و حتی شیر خواران ممکن است پیدا کنند ولی مرض بچه‌ها (خصوصاً پسر بچه‌ها) بین ۱۰ تا ۲۵ و ۳۰ سالست در سابقه و خانواده این بیماران پیشینه قابل ذکری یافت نمیشود. گرچه بتاثير كوفت مادرزاد و سل توجه شده است معذلك در همه حال این دو بیماری را مؤثر نیافته‌اند. سرایت آن نیز معلوم نیست از چه راه و تا چه اندازه است فقط در يك مورد پرستاری که مراقب حال بیداری مبتلی بلوسمی حاد بوده گرفتار این مرض میشود. از سرایت نمونه دیگری در دست نیست حتی عفونی بودن آن نیز مورد قبول همه پزشکان نمیباشد. بهر حال جریان بیماری شبیه به بیماریهای گذراست حتی آغاز آن گاهی سریع و بلکه ناگهانی است. بالرز شدید و تب فوق العاده بی ناراحتی قبل بیمار گرفتار این مرض مهلك میشود ولی عادة در ظرف یکی دو هفته بی اشتهائی و گلودرد و خستگی و لاغری با تبی مختصر آثار اولیه مرض است که تدریجاً با کم خونی توأم شده بیمار را بدوره استقرار مرض میرساند.

علائم ایندوره بسیار متنوع است و همگی نزد بیمار مشاهده نخواهند شد. بعلا وجود علائم مختلف در بیمار یا فقدان پاره‌ای از آنها مرض اشکال بالینی گوناگون پیدا میکند و چنانکه فوقاً اشاره شد بردشواری تشخیص میفزاید بهر جهت چند دسته علامتست که کم و بیش جلب توجه خواهد نمود.

اول علائم عفونی است که تقریباً در جمیع موارد وجود دارد. خستگی و کم خونی شدید این بیماران محتاج تکرار نیست. تب بین ۳۸ و ۴۰ درجه نوسان میکند عرق فراوان و اشتهای کم ممکن است بطرف سل جلب توجه نماید ولی پیدایش عوارض دهان و گلو این نظریه را رد میکند.

عوارض دهان و گلو - توجه باین عوارض بدو سبب حائز اهمیت بسیار است یکی بعلا اهمیت آنها در تشخیص لوسمی حاد دیگر باین علت که وجود آنها پزشك را گمراه و منحرف مینماید.

از وجود این عوارض نباید تعجب داشت زیرا عمل با دامکها بادریه های لنفاوی که در این بیماری عظم پیدامیکند یکی میباشد. بهر حال موجود بودن بلکه ثابت بودن این عوارض ما را بر آن میدارد از این عارضه بتفصیل یاد آور شویم. در وهله نخست تورم مخاط دهان (۱) جلب نظر میکند. تمام لثه‌ها خصوصاً در فك اسفل

و معمولاً در جوار دندانهای فاسد و معیوب متورم و برجسته و نرم شده است گاهی بافت آن گندیده بنظر آمده بوی عفنی از آن برمیخیزد و خون کثیفی از آن خارج شده بین دندانها منعقد میشود.

بعداً آنزین را لازم است مورد توجه قرار داد. بادامکها بسیار بزرگ است بزودی بر این آماس ساده ترشحات خاکستری رنگ افزوده شده سطح بادامک را قرچه ها میپوشاند بر این قرچهها (چنانکه دو بیمار ما نیز چنین بودند) غشاء کاذب خواهد بست. مسلم است که این غشاء کاذب با حال عمومی خراب و عفونت شدید دهان و تورم دژپیه ها در بادی امر فکر دیفتری بد فرجام در مغز تولید مینماید. ولی این غشاء کاذب بسط سریعی ندارد گاهی چندین روز در یکطرف میماند. قرچه ها گاهی بی دود است ولی ممکن است دردناک بوده حتی تریسموس تولید نماید بهر حال لازمه داشتن این قرچه ها و بافتهای فاسد در گلو عفونت شدید دهان و خشکی زبان و مستور بودن آن از ترشحات خون آلود و بالاخره زحمت شدید در موقع آشامیدن و بلع و حتی نفس کشیدن میباشد معذک باید دانست که عوارض دهان و گلو ممکن است خیلی دیر پیدا شود یا اصلاً بروز نماید بعبارة اخری گرچه از علائم بسیار مهم این بیماریست ولی استثنأً گاهی حلق سالم است.

بعد از علائم عفونی و آثار دهان و گلو دستگاه خونی را باید بدقت مورد آزمایش قرار داد چه ثابت ترین نشانه لوسمی حاد بزرگ شدن دژپیههاست خصوصاً در زیر فک و حوالی گردن. این انگلیونها گاهی خیلی درشت است اما اغلب حجم آنها از فندق تجاوز نمیکند. بهر جهت معمولاً بدون درد است و هیچگاه بچرک نمی نشیند. سپرز نیز گرچه هیچوقت بزرگی لوسمی میلوئید نمیرسد ولی همیشه بزرگ است در مواردیکه سیر مرض سریع است (مثل بیمار اولی) سپرز دردناک میباشد ولی جگر فقط در ثلث موارد عظم پیدا نموده سطح آن صاف و کم و بیش دردناک میباشد.

بر آثار عفونی و خونی مرض معمولاً خونرویهای بیشماری مزید میگردد. که وضع بیمار اثر خطرناکتر و رقت انگیزتر میسازد از تمام نقاط ممکن است خون بخارج سرباز کند خواه از راه مخاطها: شیوع رعاف و خونروی لتهها حتی هماتوری (بیسار اولی) خواه از راه احشاء. در چشم و بالخصوص در مغزولی در اکثر موارد خون در زیر پوست میریزد و تولید پورپورا میکند بقسمیکه پورپورا علامتی است بسیار شایع و بمجرد نگاه بسینه و اعضاء بیمار پزشکرا ممکن است بتشخیص متوجه سازد.

از ذکر علائم دیگر که در اکثر عفونت‌های سخت مشاهده میشود خود داری مینمائیم. این بیماران بطش قلب و تنگی نفس و سرفه و اسهال و خصوصاً استفراغ مبتلی هستند و با شدت و ضعف هر يك از این علائم و آثار بیماری شکل بالینی خاصی پیدا خواهد شد که شرح آن از حوصله این مختصر خارج است. کافی است که بخاطر بسپاریم که هیچیک از آثار ثابت نیست حتی ممکن است در سراسر مرض تب موجود نباشد یا یگانه علامت بیماری آنزینی باشد که تشخیص بالینی آن میسر نمیشود مگر با امتحان خون. همینکه پزشك باین بیماری ظنین شد لازم است با امتحان خون پردازد و خوشبختانه برخلاف دشواری تشخیص بالینی امتحان خون بزودی تشخیص صحیح را مقدور میسازد.

۱ - شمارش گویچه‌ها :

گویچه‌های سرخ کم و در حدود دو میلیون و حتی کمتر است. گویچه‌های سفید بالعکس زیاد شده و در حدود ۶۰ تا ۸۰ هزار است و از این بابت دو بیمار ما که یکی ۲۷۴ و دیگری ۱۵۸ هزار گویچه سفید داشتند مستثنی میباشند. ولی باید دانست که پزشکان بسیار متبحر و مورد اعتماد مشاهداتی منتشر نموده‌اند که لوسمی حاد در سراسر بیماری یادر بعضی از ایام آن بالکوپنی سیر نموده است و جود این لوسمی الوسمیک^(۱) که در حقیقت اپلاستیک^(۲) است از اهمیت شمارش گویچه‌ها کاسته است و باین لحاظ افزایش گویچه‌های سفید نیز از آثار ثابت این بیماری بشمار نمیرود.

۲ - فرمول لوکوسیتتر : معمولاً تشخیص لوسمی حاد در روی لام خون میشود و کیفیت گویچه‌های سفید بیش از تغییر کمیت آن بتشخیص کمک مینماید. در روی لام بایستی جستجوی زیاد نمود تا گویچه‌های چند هسته دانه دار^(۳) یافت معمولاً از همان نظر اول سلولهای درشت خاصی جلب توجه میکند که از نامهای گوناگون آن بذکر دو نام قناعت مینمائیم بعضی آنرا سلول رویانی^(۴) و دیگران اندیفرانسیه مینامند بهر حال سلول لیست بزرگ و مدور (۱۵ تا ۲۰ مو) دارای هسته‌ای حجیم که برخلاف هسته سلولهای عادی خون بزحمت رنگ میگیرد.

پرتوپلاسم نازک و حلقوی بعکس بارنگ آمیزی گیمسا آبی میشود. باین لحاظ است که باین سلول نگاتیف گویچه سفید نام گذارده اند. بهر حال سلولهای رویانی در اکثر موارد جانشین تمام سلولهای يك هسته بلکه جانشین کلیه لوکوستیهای خون گشته

و تشخیص لوسمی حاد روی عدد فوق العاده آن داده میشود. معمولاً ۵۰ درصد گویچه های سفید و گاهی ۹۰ درصد آنرا تشکیل میدهد.

منشاء این یاخته مورد بحث است و قدما مانند ارلیخ (۱) آنرا لمفوسیت بزرگی دانسته لوسمی حاد را در دسته لوسمیهای لمفوئید میگذارند ولی او برتن (۲) و دیگران اصل آنرا در مرکز استخوان دانسته لوسمی حاد را با لوسمی میلوئید میخسته می شمارند. کارشناسان جدید منشاء این سلول را در بافت های رتیکو آندوتلیال (۳) میدانند. بهر حال در روی لام خون گاهی میلووسیت نیز وجود دارد و آن گویچه ایست يك هسته درشت که هسته آن روشن و مدور و پرتوپلاسمش دارای دانه های بسیار است. ولی عده زیاد سلولهای جنینی یگانه علامت ثابت و دائمی لوسمی حاد میباشد.

تشخیص - آنچه در باب اشکال بالینی و تنوع نشانه ها بیان گردید اشکال تشخیص را در آغاز بیماری که برخی نشانه ها ناگهان خود نمائی میکند و اصخ میسازد. عوارض دهان و گلو را باید از گلودرد سخت و دیفتری و مخمک و گلودردهای آگرانوز- لوسیتوز و گلودرد نسان و التهابی مخاط دهان تشخیص داد. در مقابل بیماری که حال عمویش خراب و تب شدید دارد تب مطبقة و گرانولی و آماس بدفرجام درون شامه دل را نباید از نظر دور داشت.

هرگاه کم خونی بیمار جلب نظر نماید باید سندرهای کم خونی شدید از نوع پرنسیورا بنخاطر آورد اما در این کم خونی هیپر لکوسیتوز وجود نداشته و شماره یاخته های اندرینفرانسیه فراوان نمیشد ولی باید دانست که بین این دو بیماری حالات برزخی دیده میشود که تقسیم بندی آنها دشوار است.

اشکال نرف الدمی همراه با نشانه های بارز پورپورا را نباید با پورپورهای گندزا اشتباه کرد. در پورپورای گندزا که درمان پذیر است خون حاوی یاخته های سفید چند هسته ای متعدد بوده و واکنش مغز استخوان و منوسیتوز سبك است. یاخته های اندرینفرانسیه وجود ندارد. تشخیص مشکل بالینی لوسمی حاد را آزمایش خون آسان میسازد در تمام اشکال بالینی لکوسیتوز مهم و یاخته های فراوان اندرینفرانسیه با پرتوپلاسمی بازوفیل دیده میشود.

التهاب مخاط دهان همراه با خونرویهای گوشت دندان ممکن است بصورت

بیماری بارلو خود نمائی کند. وجود عوارض مجاور بندها و پیشینه خوراك ناقص و طبیعی بودن فرمول خون و درمان آزمایشی تشخیص بیماری بارلو را قطعی مینماید. درمان لوسمی حاد کاملاً علامتی است و متأسفانه هیچ نوع سلاح موثری برابر این بیماری مخوف در دست نداریم بعلاوه اغلب اوقات پزشك در مقابل سرعت سیر بیماری غافلگیر میشود.