

بررسیهای جدید درباره ماهیت کاردیت رماتیسمال

تظاهرات بالینی تب رماتیسمی

تظاهرات بالینی تب رماتیسمی را میتوان بسه گروه تقسیم نمود .

الف- علائمی که دال بر وجود عفونتی در بدن هستند و عبارتند از :

۱- تب که ممکن است وجود داشته باشد .

۲- بی‌اشتهایی- کم‌شن وزن .

۳- عرق .

۴- هیپرلکوسیتوز با پلی‌نوکلئر طبیعی و افزایش سدیمانتاسیون که بیشتر بعلت افزایش

فیبریژون خون و از مهم‌ترین علائم تب رماتیسمی است .

۵- آنمی نورموکروم که بعلت عفونت است .

ب - علائمی که نشان میدهند عفونت بوجود یک ضایعه آماسی رماتیسمی است :

۱- پلی‌آرتريت مهاجر که معمولاً مفاصل بزرگ را با درد، تورم و قرمزی گرفتار کرده ولی

ممکن است درد کم‌تر یا گردن هم داشته باشد و یافقط بصورت آرترالژی و یا ممکن است فقط یک مفصل را بگیرد .

۲- دلالتی که احتمال وجود تب رماتیسمی را زیاد میکند ولی این دلایل بتنهائی

و فی‌نفسه دال بر وجود تب رماتیسمی نیستند ولی در مجموعه هر یک سهمی در تشخیص دارند

(a) اریتم نوئو .

(b) اریتم مارژینه .

(c) پتشی در پوست و در روده که سبب درد شکم میشود .

(d) اریتم پلی‌سورف- همه این ضایعات جلدی تظاهرات آرتریک تب رماتیسمی هستند

(e) بالا بودن تیتراژ استرپتولیزین O که از . ۲ واحد (TODD) بالاتر و معمولاً بین

... تا ۱۲۰ واحد است. در ۸٪ موارد با الاستولی همراه با آنتی هیالورونیداز و آنتی فیبرینولیزین مجموعاً در ۹٪ موارد بالا هستند.

(f) C_i راکتیو پروتئین که بعلت وجود موکوپروتئین ها در خون است (۱۲) (۱۳).
 (g) ندول زیر جلدی رماتیسمی که در اطراف مفاصل روی غلاف عضلات دیده میشود متحرک است و بدون درد و در ۲٪ موارد پیدا میشود از علائم مهم تب رماتیسمی است.
 (h) علائم ریوی که عبارتند از پلورزی سرو فیبرینو که در ۱۰٪ موارد دیده میشود - و پنومونی که در ۱٪ تا ۲٪ دیده میشود.

(i) مقاومت به پارین .

(z) داء الرقص که سدیمان تاسیون طبیعی داشته و ۲٪ آنها عارضه قلبی میدهند .
 ج - علائمی که وجود کاردیت را نشان میدهد و طبیب باید بدنبال و جستجوی آنها برود تا از نظر مخفی نمانند.

۱- پریکاردیت در نوع خشک با فروتمان پریکارد و درد جلو قلب مشخص است. در نوع ترشچی با کری صداها - افزایش ساتیته قلب و در رادیوگرافی بزرگی سایه قلب با کناره های مستقیم مشخص است. سریش ممکن است دوچار تنگی نفس، فشار وریدی بالا و بزرگی کبد باشد و در رادیوگرافی سایه قلب بسرعت رو باز دیاد رود. پریکاردیت در ۱۰٪ موارد دیده میشود. بزرگی سایه قلب ممکن است مربوط به پریکاردیت یا میوکاردیت یا نارسائی قلب باشد. در نارسائی قلب که معمولاً چندماه بعد از حمله رماتیسم عارض میشود سدیمان تاسیون لکوسیتوز طبیعی و تب وجود ندارد و به دیژیتالین خوب جواب میدهد اما در پریکاردیت شروع زودرس است یعنی در جریان حمله رماتیسم. سدیمان تاسیون بالا هیپرنکوسیتوز و تب وجود دارند و به دیژیتالین خوب جواب نمیدهد. در الکترو کاردیوگرافی قطعه ST بالا رفته و موج T مسطح یا معکوس میشود (۵۰٪) - برای تشخیص قطعی پونکسیون پریکارد ممکن است لازم شود.

۲- علائم آندوکاردیت. سه دسته علائم همیشه باید مورد نظر باشند.

یکی تغییر صدا های قلب - دوم تغییر سوفل موجود در قلب - سوم پیداشدن صدا های جدید بنابراین علائم ذیل مهم هستند:

کشیده شدن صدای اول.

دو تا شدن صدای اول .

صدای سوم قلب .

ریتم گالو .

سوفل پانسیستولیک - سوفل درجه ۱ - و آن بعلت تاکی کاردی و تب بخصوص در قاعده قلب چیز مهمی نیست ولی سوفلهای درجه ۳ بالا بخصوص در میترال ارزش دارد .

ازسوفل های خشن میترال ۰.۴٪ بجای میمانند و ازسوفلهای خفیف آن فقط ۰.۹٪ باقی میماند .
دراینجا نبض مختصری جهنده است. ضربه نوك قلب ممکن است همپردیناسیک باشد. صدای
سوم قلب هم شنیده میشود و در رادیوگرافی اتساع شریان ریوی دیده میشود - سوفلهای
میترال درصورت تغییر از روزی بروز دیگر ارزش دارد .

سوفل سیستولیک میترال ممکن است در اثر اتساع بطن چپ در نتیجه کاردیت رماتیسمال
باشد در اینصورت ممکن است پس از مرحله حاد رماتیسم از بین برود .
سوفل های دیاستولیک :

در هر درجه ای که پیدا شوند اهمیت دارد . سوفل دیاستولیک میترال در مرحله حاد
سوفل خفیفی است که با قسمت پایویون گوشی در حالیکه مریض بپهلوی چپ خوابیده و نفس
خود را در حال زفیرنگه دارد بهتر شنیده میشود سوفلی است سید دیاستولیک که با سم سوفل
کری کومبس (Carey - Coombs) معروف است و دلیل قوی بر والوایت میباشد . این سوفل
در غالب سوارد ۰.۷٪ شنیده میشود (۴) و فقط در ۰.۲٪ سوارد باقی میماند و منجر به تنگی
میترال میشود .

سوفل دیاستولیک آنورت . سوفلی است با ارتفاع زیاد که از همان اول که پیدا شد برای
همیشه باقی میماند در حال نشسته و در زفیر که نفس نگه داشته شود شنیده میشود و همچنین
در انتهای دیاستول موقعیکه اختلاف فشار آنورت و بطن چپ جداگتر میرسد شنیده میشود .

۳- علائم میو کاردیت رماتیسمی :

لرزش و ضربان ناحیه پر کوردیال .

تغییر صداهای قلب - صدای اول خفه میشود .

تاکیکاردی و ریتم آمبریو کاردی پیدا میشود .

گالوی دیاستولیک در نارسائی بطن چپ .

گالوی پر سیستولیک در موقع طولانی شدن هدایت دهلیزی بطنی شنیده میشود .

بزرگی سریع قلب که بخصوص در رادیوگرافی مشخص میشود .

اختلال ریتم و تعداد ضربانات قلب - فیبریلاسیون و تاکیکاردی اوریکولر .

علائم : الکترو کاردیوگرافی .

زیاد شدن فاصله P-R که حداکثر آن ۰.۲۰ - ۰.۲۲ . ثانیه است و لو تعداد ضربان قلب

هرچه باشد بلوکهای ۱:۲ و ۳:۳ و فنومن ونکباخ - بلوکهای شاخه ای .

Interference beats که عبارت از موقعی است که ریتم ندال وجود داشته باشد

ولی گاهی ریتم سینوزال به گره دهلیزی بطنی رسیده بطن ها را متعجب کند .

تغییرات قطعه ST که معمولاً بالا میرود و موج T که مسطح یا معکوس میشود.
 QRS - ممکنست و لتاز کم باشد یا شکستگی در شاخه های R ایجاد شود.
 QTC - ممکنست طولانی شود و از ۴/۰ ثانیه به بالا ارزش دارد.
 P - ممکنست معکوس شود.

اختلال ریتم قلب - تاکیکاردی سینوسی - تاکیکاردی دهلیزی - برادیکاردی بندرت دیده میشود اکستراسیستول بطنی یا دهلیزی. فیبریلاسیون یا فلوتر دهلیزی. ریتم ندال.

خلاصه - هرگاه علائم گرفتاری سه پرده قلب پیدا شود و یا تپی غیرمنتظره در جریان درمان روماتیسمم تظاهر کند یا تاکیکاردی غیرمتناسب با تب ظاهر شود یا تغییر در صداهای موجود قلب پیدا شود باید ب فکر کاردیت روماتیسمال بود. ندول زیر جلدی روماتیسم مهم است و دلالت بر کاردیت دارد.

پروئوستیک - هرچه سن بیشتر باشد احتمال وجود کاردیت کمتر است و هرچه قلب در شیوع درمان عاری از علائم کاردیت باشد پروئوستیک بهتر است. مرگ و میر تب روماتیسمی در مرحله حاد ۱/۲٪ است. عرض معمولاً سه تا شش هفته طول میکشد ولی گاهی ممکن است تا شش ماه هم طول بکشد.

۱۰٪ - ۲۰٪ مریضها با ضایعه سزمن قلبی و فعالیت روماتیسمی باقی میمانند و این عده در طی ۲-۳ سال فوت میکنند. ۸٪ بسن جوانی میرسند و ۶۰٪ شان عمر نسبتاً طبیعی خواهند داشت و ۱۰٪ عمر محدود خواهند داشت. عود روماتیسم علامت بدی است و در ۸۰٪ موارد در اطفال کمتر از ۱ سال اتفاق میافتد.

کاردیت علامت بدی است و ندول زیر جلدی روماتیسم هم پروئوستیک بدی را نشان میدهد. بزرگی سریع قلب تأثیر بد دارد ولی داء الرقص تأثیر در پیش آگهی ندارد.

رویه هر هفته ۷٪ مریضهای روماتیسمی دچار ضایعه دریچه ای سزمن میشوند. از این عده ۹٪ تا ۱۰٪ شان بعد از ۲ سال بیبودی می یابند ولی از ۳٪ سالم در حدود ۲۳٪ تا ۴۰٪ شان با ضایعه دریچه ای برمیگردند. نتیجه نهائی همان ۷۰٪ تا ۷۰٪ است.

درمان - با گزارش مشترك آمریکا و انگلیس و کانادا (Joint Report 1965) (۲۱) وضع درمان از نظر دارو معلق مانده است چه گزارش آنها در طی یکسال و سه سال و ۱۰ سال مطالعه حاکی از اینست که تفاوتی بین آسپیرین و کورتیکواستروئیدها در درمان تب روماتیسمی و کاردیت روماتیسمال نیست اما آمارهای کوچک دیگر و تجارب دیگران بخلاف اینست. با معتقدیم که فعلاً باید متکی باصل اخیر بود تا مسئله روشن تر شود.

استراحت - استراحت مطلق تا موقعیکه تمام علائم بالینی از بین رفته و سدیماناسیون

تایکوفته بدون درمان طبیعی بماند. ممکن است از نسکناات عصبی برای جلوگیری و درمان نگرانی بیمار استفاده کرد.

دارو - سالیسیلات سنگه اولیه درمان است که معمولاً بصورت آسپیرین و بمقدار ۱۲ میلی گرم در کیلو گرم وزن بدن داده میشود - به دوزهای مکرر در روز.

مدت درمان تا موقعیکه تمام علائم بالینی از بین رفته و سدیماتاسیون طبیعی شود - این مدت معمولاً شش هفته طول میکشد ولی ممکن است تا ۷ ماه هم بکشد.

عوارض آسپیرین - ترش کردن - دلناوهماتمز - خونریزیهای دیگر بعلمت هیپوپروترومبینمی اسیدوز متابولیک - وزوز گوش بعلمت اثر روی عصب هشتم - هیپو گلیسمی و عرق کردن.

جوش شیرین نصف قاشق چای خوری بین دوزهای آسپیرین برای ترش کردن و اسیدوز مفید است. ویتامین K₁ بمقدار ده میلی گرم سه مرتبه در روز برای خونریزی و ضمناً قطع دارو در این مورد لازم است.

کرتیکواستروئیدها - با وجود شک در تأثیر آن (۲۱) تجویزش در کاردیت بنظر میرسد ضروری باشد و تا این تاریخ در تجویز آن در مورد کاردیت ها و فورمهای سخت رماتیسم علاقمند هستیم (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) و بنابراین در موارد ذیل بکار میرود -

۱- وجود هر علامتی دال بر کاردیت بخصوص در نزد اطفال.

۲- در فرمهای سخت تب رماتیسمی که با آسپیرین زود جواب نمیدهد (آسپیرین در ۲۴ تا ۷۲ ساعت اثر میکند).

۳- در فرمهاییکه از چندین هفته بیشتر دوام یابد.

بمقدار کرتیکواستروئید - پرد نیزولون ۱-۲ میلی گرم در کیلو گرم داده میشود و بتدریج کم میشود و بعد آسپیرین بتدریج بمریض تجویز میگردد بطوریکه در اواسط درمان مریض هم آسپیرین و استروئید مصرف میکند و بعداً که استروئید قطع شد فقط آسپیرین میخورد بمقتضای اینکه پدیده Rebound رخ ندهد.

پنی سیلین - فوق العاده اهمیت دارد زیرا تا موقعیکه استریتوکک در بدن وجود دارد آنتی کور ساخته میشود و احتمال ضایعات بیشتر است. در بدو ورود مریض رماتیسمی تا ۱۰ روز پنی سیلین تراپی میشود چه آنزین داشته باشد و چه نداشته باشد. مقدار ۶ هزار واحد روزانه و بعد ماهی یک آپول ۱/۲ سیلیون واحدی تزریق میشود تا بن ۱۲ سالگی برسد یا اینکه حداقل پنج سال تحت درمان پنی سیلین باشد. در صورتیکه وضع اقتصادی اجازه ندهد لازم است در فصول سرد پنی سیلین تزریق شود. در ایران طبق منحنی شماره ۲ در ماههای پائیز و زمستان باید پنی سیلین تجویز نمود.

مسئله دیگر موضوع گلودرد های معمولی بدون رماتیسم است که باید جدی تلقی شود و حتماً یک دوره درمان ۱۰ روزه بشود بطوریکه روزاول دومیسیون پنی سیلین و روز های بعد ۶۰۰ هزار واحد تزریقی یا ۲۰ میلی گرم خوراکی Broxil سه مرتبه در روز داده شود. با تزریق مکرر پنی سیلین تعداد بیماران رماتیسمی در خیلی از مسالک بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است بخصوص که وضع نفرت حاد هم همینطور است. جادارد که مسئله درمان گلودرد و توجه بعوارض آن درکشور ایران مورد توجه بیشتر دستگاه تبلیغات قرار گیرد که مردم را بیشتر از آن آگاه کنند.

آمیگداکتومی - در صورتیکه شخص عادی سالی چهار پنج مرتبه آنژین میکروبی بگیرد لازم است آمیگدا لکتومی شود. در نزد بیماران رماتیسمی زودتر از این باید اقدام برداشتن لوزه های چرکی یا آنژین های مکرر نمود.

Références

- 1- Arthritis, Hollander Collaborators, 6 th. ed., 1960
- 2- Murphy G. E. (1960), Medicine 39, 289-384.
- 3- Bernice G. wedum (1963), Annual of Rh. Disease 26, 127.
- 4- Paul wood, Diseases of The Heart and Circulation, 1656.
- 5- Glyn, hoewi (1952), J. Path. Bact. 64:329.
- 6- Movat (1957), Am. J. Med. Sc. 236:373.
- 7- Kaplan (1964), J. Exp. Med. 119:651-666.
- 8- Kaplan (1963), J. Immu. 90:595-600
- 9- Bound Immunoglobulin New. Eng. J. Med (1964), Sept. 24;637.
- 10- Kaplan (1961), J. Exp. Med. 113:1-16.
- 11- Kaplan (1957), Circulation, 16:621-630
- 12- Coburn et al (1953), Arch: Int. Med. 92:185.
- 13- Shelter et at (1954), Ann. Int. Med. 41;775.
- 14- Fearnley et al (1955), Anu. Rh. Disease 14:226.
- 15- Heart and antibodies (1964), J. Clin. Invest. 43:886,93.
- 16- Strept and Heart (1962), Rancet I, 706-710.
- 17- Treatment of Carditis (1964), Circulation 29;813-9.
- 18- Corticosteroid on Heart, (1964), Arch, Surg. Chicago 84:451-461
- 19- K. Mc Clean, Medical Treatment, 1961.
- 20- Ereidberg, Diseases of The Heart, 1955.
- 21- Joint Report on Rh. Fever, (1965), B. M. J. II, 607.