

پژوهشی در مورد ۲۷ بیمار مبتلا به یرقان

Investigation of 27 Cases with Jaundice

دکتر منوچهر رخسار *

دکتر هوشنگ ساغری *

Summary

27 Cases of jaundice were reviewed.

The main complain at the time of admission was jaundice (59%), abdominal pain (31%), itching and pruritis (22%), and vomiting (18%).

The main causes of jaundice were, acute infectious cholangitis, malignancies of the head of pancreas,

Carcinoma of the gall bladder and extra hepatic biliary canals.

۲۷ بیمار در طول ۱۱ ماه به ما مراجعه نمودند و تدریجا در بخش عفونی بستری شدند. بستری شدن این بیماران از آبان ماه ۱۳۵۵، بطور متوسط با ۲ بیمار در ماه شروع شد و تا شهریور ماه ۵۶ ادامه یافت. گزینش این بیماران برای مطالعه با حذف ایکترهای ناشی از هیپاتیت های ویرال حاد انجام گرفته است و جهت بررسی از کلیه امکانات آزمایشگاهی، اسکن کبدی و اسکن طحال، بونکسیون، سوسی کد.

بونکسیون مغز استخوان و در موارد ضروری از رادیوگرافی دستگاه گوارش و کولانتزیوگرافی هنگام عمل جراحی استفاده شده است. در بیماران فوق، بواسطه بالا بودن بیش از حد بیلیروبین خون، که گاهی معادل ۴۰ میلی گرم درصد نیز میشده است، انجام کولانتزیوگرافی پرکوتانه، بواسطه امکان ایجاد پریتونیت صفاوی بلافاصله قبل از عمل جراحی انجام شده است.

۲- اپیدمیولوژی و انسیدانس:

۲۷ بیمار در طی ۱۱ ماه از نظر جستجوی علت یرقان مورد بررسی قرار گرفتند؛ سن این افراد بین ۱۲ الی ۸۰ سال متغیر و سن متوسط مراجعین ۴۰ سال بود. اکثر نوع انسدادی در میان زنان بیشتر از مردان مشاهده گردید (تابلوی شماره ۲). بیشتر این بیماران ساکن تهران و حداقل زمان استقرار آنها در این شهر ۲۰ سال بوده است.

سایر بیماران بیشتر از ساکنین شهرهای شمالی ایران: زنجان، قزوین، رودسر، لنگرود، سراب و تبریز بوده اند.

از نظر تشخیص نهانی علت ایکتروانسیدانس آن نتایج زیر حاصل شده است (تابلوی شماره ۹). شایع ترین اتیولوژی ایکتروانسیدانس بیماران فوق کولائیت حاد بوده است (۱۸٪). سن متوسط این بیماران بین ۱۲ الی ۷۰ سال متغیر و تمامی آنها را جنس مذکر تشکیل داده است.

اتیولوژی این کولائیت بیشتر سالمونلاتیفی و یک مورد ناشی از کلی باسیل بوده است.

بعد از کولائیت، پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن (۱۱-۱۴٪) ایجاد کننده ایکتروانسیدانس بوده اند و نسبت مذکور به مؤنث تقریباً معادل نسبت ۱ به ۳ بوده است. در کوله سیستیت های حاد جنس مؤنث بالاترین رقم را نشان داده و بدخیمی های مجاری صفراوی - شامل سرطان سرپانکراس، کیسه صفرا، اسفنکتر اودی - بوده که جمعا ۵ مورد در عرض ۱۱ ماه مشاهده شد و تقریباً ۳٪ آمار فوق را تشکیل میدهد.

بعضی از شکلهای یرقان ناشی از هیاتیت سالمونلاتی، هیاتیت مالاریائی و لنفوسارکوم لنفوبلاستیک سیستم رتیکولو اندوتلیال - از آنجائی که با تشخیص اولیه هیاتیت ویرال به بخش عفونی معرفی شده بودند - قابل توجه هستند.

جالب اینجاست که در عرض ۱۱ ماه تنها ۶ مورد هیاتیت ویرال مشاهده شد که در این آمارگیری منظور نشده است و فقط یک مورد سابقه ایکتروانسیدانس ویرال و عود کننده، بعد از انجام پونکسیون کبد، با تشخیص هیاتیت فعال مزمن در این آمارگیری منظور شده است.

۲۷ مورد بیماران فوق به تب و در تمام طول سال مراجعه نمودند؛ درحالیکه مبتلایان به هیاتیت ویرال بیشتر در ماههای مرداد و شهریور مراجعه کردند و غالب آنها در محیط های بیمارستانی (سه مورد) و یا بعد از مسافرت به شهرهای شمالی و مشهد مبتلا به هیاتیت ویروسی شده اند.

یک مورد از بیماران مبتلا به کولائیت سالمونلاتی ۸ ماهه باردار بود که بعد از معالجه، زایمان طبیعی و در ترم انجام شد، و نوزاد کاملاً سالم و بدون ایکتروانسیدانس بدنیا آمد. کولائیت ها اصولاً در یک غالب فوق العاده حاد مراجعه و بستری شدند و از ۵ مورد سه مورد آنان فوت کردند، یک مورد کالبدگشائی شد که علت مرگ نارسائی تنفسی ناشی از خیز حاد ارتین بوده و مطلقاً ضایعه میوکارد و یا اندوکارد در کاز نبوده است.

از نظر اتیولوژی کنت خون این مریض از نظر سالمونلاتیفی مثبت بوده است (بیمار شماره ۲۷). سیروز صفراوی اولیه در ۲ مورد مشاهده گردید (بیماران شماره ۱ و ۱۳).

و یک مورد (بیمار شماره ۵) مبتلا به اسکروز کولائیت اولیه بود که در زیر عمل جراحی بطور کامل مشخص گردید. در این مورد کلیه مجاری صفراوی خارج کبدی و قسمتی از مجاری صفراوی داخل کبدی دچار اسکروز شدید بودند و هیچگونه سابقه عمل جراحی شکم و یا تروماتیسیم موجود نبوده پانکراس کاملاً طبیعی بود. سابقه مصرف دارویی مانند متی سرزیدوپروپرانولول نیز وجود نداشت.

از نظر سن و جنس: بدخیمی های مجاری صفراوی مانند: سرطان سرپانکراس و کارسینوم پایپلا اسفنکتر اودی فقط در زنها مشاهده شد، و سن این بیماران بین ۵۰ الی ۸۰ سال بود.

تومورکیسه صفرا به نسبت مساوی در زن و مرد در ۲ بیمار مشاهده گردید (بیماران ۱۹ و ۲۴). سن تقریبی آنها ۵۰ سال بود.

کوله سیستیت حاد تماماً در زنها بالای ۴۰ سال ولی کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن اکثراً در مردان مشاهده شد که سن متوسط آنها بین ۴۰ الی ۶۰ سال بود. در غالب موارد علت کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن در این بیماران وجود سنگ کیسه صفرا و یا مجاری صفراوی بوده که در لابراتوئی تشخیص داده شد.

اتیولوژی سایر موارد مشخص نمیباشد. در کوله سیستیت حاد در هیچیک از موارد سنگ مشاهده نشد.

نشانگان بالینی

علامت هنگام مراجعه: (تابلوی شماره ۲) تمامی بیماران در موقع مراجعه از نظر اوبزکتیو دچار ایکتروانسیدانس بوده اند ولی شکایت اولیه آنها همیشه وجود یرقان نبوده، بلکه فقط ۵۹ درصد بیماران (۱۶ نفر از ۲۷ نفر) بواسطه وجود یرقان مراجعه نموده بودند.

بعد از ایکتروانسیدانس علامت شایع هنگام مراجعه در مبتلایان به ایکتروانسیدانس درد شکم بوده (۳۷٪). وجود خارش و تب (۲۲٪) و استفراغ تنها (۱۸٪) شکایت اولیه بیماران را تشکیل میداد.

علامت استقرار (تابلوی شماره ۲۸ و ۲۹):

الف - تب و لرز: تب و لرز همه گیرترین علامت کولائیت و هیاتیت عفونی بوده و تقریباً همیشه لرز و تب توأماً وجود داشته اند. اغلب این بیماران فوق العاده بدحال و نشانگان گوارشی مانند استفراغ نزد ۸۰ درصد آنها وجود داشت.

در هیاتیت مالاریائی استفراغ به صورت دوره ای و بارزترین علامت همراه تب و لرز بوده که به داروهای ضد استفراغ پاسخ مناسبی نمی داده است. در یک مورد کارسینوم پایپلا اسفنکتر اودی و لنفوسارکوم لنفوبلاستیک، تب و لرز همراه با ایکتروانسیدانس وجود داشت. در ۶۵ درصد مبتلایان به کوله سیستیت حاد تب و لرز بارزترین علامت بود.

در سرطان سرپانکراس، پانکراتیت مزمن و کوله سیستیت مزمن، بین ۳۵ الی ۵۰ درصد موارد تب و لرز مشاهده شده است.

ب - ایکتروانسیدانس: در تمامی بیماران مشاهده شده، توأم بودن علامت سه گانه تب، لرز و ایکتروانسیدانس در صد کولائیت های عفونی، ۶۵ درصد کوله سیستیت های حاد، ۵۵ درصد پانکراتیت مزمن و سرطان سرپانکراس و بالاخره ۳۵ درصد کوله سیستیت های مزمن در ۲۷ بیمار مورد بحث دیده شده است.

ج - نشانگان گوارشی: (تابلوی شماره ۲۸)

۱- استفراغ: به نسبت ۸۰ درصد توأم با کولائیت عفونی و یا انگلی و در کوله سیستیت های حاد و مزمن تا ۶۵٪ دیده شده است. ۵۰ درصد از بدخیمی های موجود در مجاری صفراوی خارج کبدی، مانند سرطان سرپانکراس و تومورکیسه صفرا همراه با استفراغ بود.

۲- اسهال: بین ۳۰ الی ۴۰ درصد موارد هیاتیت های حاد عفونی و کولائیت توأم با اسهال بوده است.

۳- ملنا: در ۵۰٪ موارد تومور کیسه صفرا، ۴۰ درصد هیاتیت های سالمونلاتی و کولائیت وجود داشته است.

۴- درد ناحیه اپیگاسترو هیپوکوندر راست: در مبتلایان به پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن و تومور کیسه صفرا همه گیرترین علامت بوده و در میان مبتلایان به کوله سیستیت و کولائیت حاد فقط ۴۰ الی ۶۵ درصد درد اپیگاسترو یا هیپوکوندر راست مشاهده شد.

درد در غالب موارد بصورت خودبخود موجود بوده و با فشار دست در لمس شدت درد افزایش یافته است (تابلوی شماره ۳۱).

۵- کیسه صفرا قابل لمس و یا بزرگ: در تمامی مبتلایان به سرطان سرپانکراس و اسفنکتر اودی موجود بود و به ترتیب در کوله سیستیت حاد ۶۵٪، کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن ۳۰-۵۰٪ و کولائیت حاد ۲۰ درصد مشاهده گردید. (تابلوی شماره ۳۳).

۶- مایع آسیت: در مواردی که بیماری دارای سیرنا مطلوب بود دیده شده است و بطور کلی نصف مبتلایان به سیروز صفراوی اولیه - پانکراتیت مزمن و تومور کیسه صفرا بطور تدریجی با پیدایش مایع آسیت توأم شده است (تابلوی شماره ۳۲).

د - علامت خارش: در ۱۰۰ درصد موارد سرطان سرپانکراس سیروز صفراوی اولیه و اسکروز کولائیت و تومور اسفنکتر اودی موجود بود.

بعمل آمده است: ۱۲ مورد سرطان سربانکراس، ۴ مورد سرطان آمبول واتر و ۲ مورد اودیت حاد و پانکراتیت مزمن و سه مورد دیگر شامل سرطان های مجاری صفراوی خارج کبدی، ناحیه دئودنوم و یا سارکوم معده بوده است (۱). از نظر پیش آگهی ۹ درصد مرگ و میر در کار بود، ۱۴ درصد عوارض بعد از عمل و ۲۱ درصد بین ۵ الی ۱۰ سال هنوز زنده بوده اند. اسیدانس سرطان سربانکراس در طی ۴۰ سال اخیر در حال افزایش بوده است (۲). از نظر نشانگان پالینی، یرقان درصد سرطان سربانکراس موجود میباشد و در موارد سرطان آمبول واتر ۷۵ درصد یرقان وجود دارد. سایر علائم برحسب مقدار درصد شرح زیر میباشد:

سرطان سربانکراس	سرطان آمبول واتر
کاهش وزن ۶۵٪	۵۰٪
درد شکم ۶۵٪	۷۵٪
کیسه صفرا قابل لمس ۲۷٪	-
خون در مدفوع ۳۰٪	۷۵٪
بدست آمدن یک نشانه مهم در کیسه رادیوگرافی دستگاه گوارش	۲۵٪

انتخاب روش جراحی نوع ویل، به یک تیم جراحی حاد احتیاج دارد. میزان مرگ و میر این عمل در سابق حدود ۵۰ درصد (۵-۴۳) و بتدریج با افزایش تجربه به ۱۰ الی ۲۰ درصد و در حال حاضر با شرکت یک تیم ورزیده مرگ و میر این عمل به صفر رسیده است (۶). طول عمر بیماران بعد از عمل بطور متوسط یک سال و تا ۲۰ درصد ۵ سال میباشد (۸-۷).

در طی یک بررسی مشابه دیگر در سال ۱۹۷۵ روی ۱۳ مورد یرقان انسدادی، ۱۰ مورد بیماری بدخیم بوده که سه مورد آن سرطان سربانکراس و سه مورد سرطان آمبول واتر، ۲ مورد سرطان مجاری صفراوی خارج کبدی و ۲ مورد نیز سرطان دئودنوم بوده است (۹). نوسان سنی بین ۳۷ الی ۷۳ سال و سن متوسط ۴۵ سال بود؛ از نظر جنس ۱۰ مورد زن و ۳ مورد مرد بودند.

در مورد پانکراتیت های مزمن مهمترین عارضه خونریزی است که در اثر تخریب جداره عروق توسط انزیم های پانکراس و تشکیل میکروآنورسمها و بی نظمی عروقی است (۱۰ و ۱۱).

در طی یک بررسی روی ۱۲ بیمار مبتلا به پانکراتیت مزمن، ۸ مورد خونریزی دستگاه گوارش، ۴ مورد خونریزی داخل صفاق و یک مورد خونریزی داخل کیست مشاهده گردید (۱۲).

معمولا خونریزیهای خود بخودی بیشتر در کیستهای کاذب پانکراس و یا آبسه پانکراس اتفاق می افتد (۱۳-۱۴-۱۵). شریان طحالی بیشتر از همه در این خونریزی درگیر میشود (۱۶-۱۷-۱۸).

در مراحل بعدی شریانهای گاسترو دئودنال، پانکروتودونال و شریان گاستریک مسبب خونریزی هستند (۲۲-۱۰-۲۳). میزان مرگ و میر ناشی از خونریزی حدود ۲۸ درصد میباشد.

یکی از موارد تشخیص افتراقی در ایکترهای انسدادی بطور قطع بایستی عوامل فضا گیر کلیوی باشد؛ مانند هیدرونفروز کلیه راست و کیستهای کاذب در قطب فوقانی کلیه راست (۲۴-۲۵-۲۶).

در مورد کیستهای متعدد کلیه هرگز ایکتر ظاهر نخواهد شد، مگر اینکه با کیستهای متعدد مجاری صفراوی داخل کبدی نیز همراه باشد. شانس توام بودن ۵۰ درصد میباشد (۲۷)؛ وجود کیستهای داخل کبدی نیز به تنهایی برای ظاهر شدن یرقان کافی نیست، بلکه وجود سنگ داخل این مجاری و یا عوامل تومورال و بدخیم منجر به تظاهرات میگردد (۲۸).

تظاهرات بالینی شامل نشانگان گوارشی مانند احساس پری، درد ناحیه اپیگاستر، درد هیپوکوندر راست، ترش کردن غذا بوده، حال تهوع و استفراغ نیز گاهی دیده میشود که ناشی از فشار روی دئودنوم و ایجاد استاز میباشد (۲۸). مرگ و میر این بیماران ناشی از نارسائی کلیه است.

علامت خارش در ۵۰ درصد موارد نومور کیسه صفرا و ۲۵ الی ۳۰ درصد کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن دیده شده است (تابلوی شماره ۳۰).

ه - نشانگان تنفسی: تنها یک مورد از بیماران مبتلا به کولانژیت سالمونلائی (بیمار شماره ۲۲) با تنگ نفس شدید (تیب اسم پرونیسک) در تمام طول استقرار بیماری دارای علامت بارز تنفسی بود.

۴ - نشانگان پاراکلینیکی: (تابلوی شماره ۱۰ الی ۲۷) کلیه امتحانات پاراکلینیکی - شامل فرمول شمارش، دیفرانسیل سلولی، هموگلوبین، همتوکریت، سدیماتاسیون، شمارش بلاکت، کست خون، آنتی ژن استرالی، ویدال، الاین ترانسفراز، اسبایت، ترانسفراز، لاکتیک دی هیدروژناز، بیلروبین توتال و مستقیم، قند خون، اوره خون، آلکالن فسفاتاز و بوتین توتال، البومین، گلوبولین، امیلاز - بطور روتین مورد بررسی قرار گرفتند که در این میان فقط از سه نقطه نظر قابل مقایسه میباشد.

الف - شماره گویچه های سفید (تابلوی شماره ۳۴). لکوسیتوز بین ۷۵۰ الی ۱۹۸۰۰ در هر میلیمتر مکعب، قبل از شروع درمان در کولانژیت حاد دیده شد. این نسبت در کوله سیستیت حاد بین ۵۰۰۰ الی ۳۰۰۰ متغیر بوده است.

در بیماریهای مزمن مجاری صفراوی مانند: کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن و سیروز اولیه صفراوی، کولانژیت اسکروزه و همچنین بدخیمی های مجاری صفراوی، شمارش گویچه های سفید از حداکثر ۹۳۰۰ در هر میلیمتر مکعب تجاوز نکرده است. در یک مورد لنفوسارکوم سیسمن ریپتور، شمارش گویچه های سفید حداقل معادل ۱۶۰۰ در میلیمتر مکعب بوده است. ب - اندازه بیلروبین توتال در سرطان سربانکراس، سرطان کیسه صفراوی تلوم اسفنکترودی تا ۴۳ میلی گرم درصد نیز رسید که حداقل این نوسان ۲۱ میلی گرم درصد بود.

در پانکراتیت مزمن بالا بودن بیلروبین خون تا ۲۸/۵ میلیگرم درصد، از نشانگان رایج بوده و در سایر بیماریهای مزمن مانند سیروز صفراوی اولیه و کولانژیت اسکروزه این مقدار از حداکثر ۲۲ میلی گرم درصد تجاوز نکرده است.

در بیماریهای حاد مجاری صفراوی مانند هپاتیت سالمونلائی کوله سیستیت نوسان بیلروبین خون از حد ۱۰ میلی گرم درصد بالاتر نبوده است. (تابلوی شماره ۳۵).

ج - اندازه ترانس آمینازها بسیار متغیر بوده ولی بطور کلی در بیماریهای حاد و یا مزمن مجاری صفراوی خارج کبدی اندازه (SGPT) بستر از اندازه SGOT بوده است. حداکثر نوسان (SGOT) در کولانژیت ۶۵۰ واحد، در کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن تا ۹۷۵ واحد و در بدخیمی های مجاری صفراوی حداکثر تا ۱۷۵ واحد بالغ شده است.

د - آنتی ژن استرالی؛ بطور کلی در ۲ مورد از ۲۷ مورد بیمار تحت بررسی مثبت بوده است (۷٪).

۱ - در یک مورد کولانژیت حاد، (بیمار شماره ۲۶) آنتی ژن استرالی مثبت و در ضمن سروآگلوتیناسیون ویدال نیز از نظر آنتی ژن سوماتیک معادل ۱/۳۲۰ مثبت بوده است و بیمار با معالجه تیفوئید بهبودی یافت.

۲ - در یک مورد کوله سیستیت حاد (بیمار شماره ۴) آنتی ژن استرالی مثبت بوده است (کلیه بررسی های انجام شده از نظر آنتی ژن استرالی توسط انستیتو باستور ایران بعمل آمده است). سایر آزمونهای پاراکلینیکی، با توجه به تشخیص نهائی بیماران غیر قابل مقایسه بود فقط به ذکر آنها در جداول مربوطه اکتفا شده است.

پیش آگهی

بیچ بیمار از ۲۷ مورد تحت بررسی (۱۸ درصد) فوت نمودند که تنها ۳ مورد آن کولانژیت حاد (۱۱٪) (بیماران شماره ۹، ۲۰ و ۲۷) و یک مورد (بیمار شماره ۱۲) مبتلا به لنفوسارکوم بود، و مورد دیگر (بیمار شماره ۱۷) بواسطه کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن بواسطه کاشکسی شدید فوت شد.

ایتولوژی کولانژیت حاد در یک مورد سالمونلائی و در مورد دیگر کلی باسیل بوده که با کست خون مثبت مشخص شده است.

در یک مورد کولانژیت حاد (بیمار شماره ۲۷) علت مرگ در کاندیدگسائی خیز حاد ریه همراه با انفیلتراسیون شدید لکوسیتها و لاسموسیتها گزارش شده است.

در طی یک بررسی که در سال ۱۹۷۶ بروی ۲۱ مورد یرقان انسدادی

وجود آمدن نسانگان، تب، لرز و درد شدید هیپوکوندر راست از یک هفته الی دوماه بعد از تروماتسم های انفامی و تروماتسم های بعد از عمل جراحی طولانی و تصویر کبسه صفراوی اکسکلو در کوله سیستوگرافی میتواند دلیل برگانگرن کبسه صفرا باشد که انجام عمل جراحی اوررانس را در این موارد ایجاب مینماید (۳۲).

در موارد نانکراتیت، اتیولوژی بیماریهای مجاری صفرا در نانکراتیت حاد تشخیص اصلی است (۳۳-۳۴). در مورد نانکراتیت مزمن عامل الكل، از نظر اتیولوژی نقش اول را دارد، در طی یک تجربه بالینی بر روی ۶۰۰ بیمار متلا به نانکراتیت مزمن در دانشگاه میسگان ۱۴۹ مورد شمار مورد عمل جراحی فرار گرفتند. از ۱۴۹ مورد فوق، ۱۱۷ بیمار الكلنک بودند و فقط ۱۱ مورد سنگ کبسه صفرا موجود بوده است، که از نظر روهس کندکان در اتیولوژی نانکراتیت مزمن نقشی ندارد و طبق آمار بطور اتفاقی در اشخاص مزبور وجود داشته است. (۳۵).

۱۹ بیمار از گروه فوق تحت عمل نانکراتودونوسومی، ۴۰ الی ۸۰ درصد تحت عمل نانکراتومی سوپ توتال و ۸۰ الی ۹۵ درصد مورد عمل نانکراتومی دیستال فرار گرفتند. مرگ و میر این سماران در عرض ۴ سال حدود ۲۰ درصد بوده است (۳۶).

در مورد سرطان کبسه صفرا: حدود ۱ درصد موارد سرطان کبسه صفرا روی زمبه سنگ بوجود میاید (۲۹) و در ۶۸ درصد موارد سنگ کبسه صفرا توام با سرطان این عضو دیده میشود. در طی یک بررسی در بیمارستان دانشگاه فرودسی مشهد - در عرض ۴ سال - ۱۳ مورد سرطان کبسه صفرا از نوع ادنوکارسینوم کشف شده است (۳۰).

۸۵ درصد این بیماران سنی بیشتر از ۶۰ سال داشته اند و ۱۲ مورد از ۱۳ مورد فوق جنس مونث و در ۶۰ درصد آنها سنگ کبسه صفرا توام با سرطان این عضو دیده شده است.

از نظر نسانگان سوپرکلیف، وایرکتیف، در ۱۱ مورد بیماران فوق، دردهیوکوندر راست و بی اشتهائی فقط در ۸ مورد پرفان و در ۸ مورد نیز امکان لمس توده ای در هیپوکوندر راست موجود بود.

درد، تب و لرز و ایکترناوی کلاسیک کوله سیستیت های حاد میباشد. علاوه بر علت سنگ در اتیولوژی کوله سیستیت، بعضی عوامل انگلی مانند قاسیولا هانیکا را بایستی بعنوان تشخیص دستوماتوز مجاری صفراوی و کدی در نظر داشت (۳۱).

اتوزینوفیلی واضح و وجود تصویر لکه ای نامرتب در کوله سیستوگرافی و یافتن تخم انگل به مقدار فراوان در مدفوع برله تشخیص مناسبه به عنده بعضی از مولفین عدم وجود اتوزینوفیلی در دستوماتوز مجاری صفراوی دلیل بوجود آمدن در مجاری صفراوی است (۳۱).

«ادامه دارد»

REFERENCES

- Ruilova. La, Herskey. CD. 1976. Arch surgery. 111; 27-30.
- Silverberg, E. Holled. A. 1974. cancer statistics. Cancer. 24; 7-21.
- Feduska. NJ. et.al. 1971. Arch. surgery. 103; 330-34.
- Gildsorf. RB. 1973. Ann. surgery. 177; 332-37.
- Richards. AB. 1973. Ann. surgery. 177; 325-31.
- Astons. j. 1973. Arch. Surgery. 106; 813-17.
- Lansing. PB. 1972. Ann. surgery. 38; 79-86.
- Crile. G. 1970. Surgery. Gyn. Obs. 130; 1949-53.
- Bloom. P. 1975. Arch. Surgery. 110; 1455-57.
- Harris. RD. 1975. Radiology. 115; 17-20.
- Baijsen. E. 1972. Acta. Radiologica. 12; 34-40.
- Stanley. JC, Frey. CF, Miller. TA. et.al. 1976. Arch. Surgery. 111; 435-40.
- Caravati. CM, Ferederick. P. 1966. JAMA. 197; 144-48.
- Tomford. N.R. 1969. Am.J.Surgery. 118; 86-94.
- Miler. TA. Frey.F. 1976. Arch. Surgery. 111; 435-40.
- Anderson. MC. 1972, Am. D. Surgery. 123; 209-21.
- Lam. AY. Briker. RS. 1975. Am.J. Surgery. 129; 694-95.
- Sankaran.S. 1975. Brit.j. Surgery. 62; 37-44.
- Schecter. LM. 1974. Am.j.Surgery. 128; 301-305.
- Warshaw. AL. 1972. N.Eng.j. Med. 287; 72-75.
- Wolstenharme. JT. 1974. Am.j. Surgery. 127; 377-381.
- Dalton. we. 1970. Am, J. Surgery. 120. 106-107.
- Greenstein. A. 1971. Surgery. 69; 56-62.
- Javadpour. N, Ireland. GW, Hakim. A. et.al. 1970. Chicago Med. School. 29; 37-41.
- Boluuch. RL. 1974. Urology. 3; 759;- 61.
- Sanella. NA. 1976. Arch. Surgery. 111; 585-86.
- Howard RJ, Hunson. RF. 1976. Arch. Surgery. 111; 816-17.
- Jones. WL, Warren. KW, 1974. Brit.J.Surgery. 61; 118-23.
- Tanga. 1970. Surgery. 67; 418.
- Tavakoloizadeh. A, Amuzegar. M.H, Firuzkuhi. M.R. Ferdowsi. University. J. Med. 2535. No.4. 229-233.
- Miralai. H. 1352. j. Teheran University. j. No.3; 114-116.
- Annals. de 'chirurgie. 27. pp. 160. fev. 1973.
- Imri. cw. 1975. British. j. surgery. 62; 490.
- Trap. Nell. j. E. 1975. BMJ. 2; 179.
- Frey. cf, Child. cG. 1976. Ann. surgery. 184; 403.
- Remine. WH. pancreatitis. chap. 15. ed. EE. Gambid. st. Louis. cV. Mosby. 1973.

پژوهشی در مورد ۲۷ بیمار مبتلا به یرقان

Investigation of 27 Cases with Jaundice

دکتر منوچهر رخسار**

دکتر هوشنگ ساغری*

Summary

27 Cases of jaundice were reviewed.

The main complain at the time of admission was jaundice (59%), abdominal pain (31%), itching and pruritis (22%), and vomiting (18%).

The main causes of jaundice were, acute infectious cholangitis, malignancies of the head of pancreas,

Carcinoma of the gall bladder and extra hepatic biliary canals.

بونکسیون مغز استخوان و در موارد ضروری از رادیوگرافی دستگاه گوارش و کولانتزیوگرافی هنگام عمل جراحی استفاده شده است.
در بیماران فوق، بواسطه بالا بودن بیش از حد بیلیروبین خون، که گاهی معادل ۴۰ میلی گرم درصد نیز میشده است، انجام کولانتزیوگرافی پرکوتانه، بواسطه امکان ایجاد پرتونیت صفاوی بلافاصله قبل از عمل جراحی انجام شده است.

۱- روش بررسی:
۲۷ بیمار در طول ۱۱ ماه به ما مراجعه نمودند و تدریجا در بخش عفونی بستری شدند. بستری شدن این بیماران از آبان ماه ۱۳۵۵، بطور متوسط با ۲ بیمار در ماه شروع شد و تا شهریور ماه ۵۶ ادامه یافت.
گزینه این بیماران برای مطالعه با حذف ایکترهای ناشی از هیپاتیت های ویرال حاد انجام گرفته است و جهت بررسی از کلیه امکانات آزمایشگاهی، اسکن کبدی و اسکن طحال، بونکسیون، سوسی کد.

۲- اپیدمیولوژی و انسیدانس:

۲۷ بیمار در طی ۱۱ ماه از نظر جستجوی علت یرقان مورد بررسی قرار گرفتند؛ سن این افراد بین ۱۲ الی ۸۰ سال متغیر و سن متوسط مراجعین ۴۰ سال بود. اکثر نوع انسدادی در میان زنان بیشتر از مردان مشاهده گردید (تابلوی شماره ۲). بیشتر این بیماران ساکن تهران و حداقل زمان استقرار آنها در این شهر ۲۰ سال بوده است.

سایر بیماران بیشتر از ساکنین شهرهای شمالی ایران: زنجان، قزوین، رودسر، لنگرود، سراب و تبریز بوده اند.

از نظر تشخیص نهانی علت ایکتروانسیدانس آن نتایج زیر حاصل شده است (تابلوی شماره ۹). شایع ترین اتیولوژی ایکتروانسیدانس بیماران فوق کولائیت حاد بوده است (۱۸٪). سن متوسط این بیماران بین ۱۲ الی ۷۰ سال متغیر و تمامی آنها را جنس مذکر تشکیل داده است.

اتیولوژی این کولائیت بیشتر سالمونلاتیفی و یک مورد ناشی از کلی باسیل بوده است.

بعد از کولائیت، پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن (۱۱-۱۴٪) ایجاد کننده ایکتروانسیدانس بوده اند و نسبت مذکور به مؤنث تقریباً معادل نسبت ۱ به ۳ بوده است. در کوله سیستیت های حاد جنس مؤنث بالاترین رقم را نشان داده و بدخیمی های مجاری صفراوی - شامل سرطان سرپانکراس، کیسه صفرا، اسفنکتر اودی - بوده که جمعا ۵ مورد در عرض ۱۱ ماه مشاهده شد و تقریباً ۳٪ آمار فوق را تشکیل میدهد.

بعضی از شکلهای یرقان ناشی از هیاتیت سالمونلاتی، هیاتیت مالاریائی و لنفوسارکوم لنفوبلاستیک سیستم رتیکولو اندوتلیال - از آنجائی که با تشخیص اولیه هیاتیت ویرال به بخش عفونی معرفی شده بودند - قابل توجه هستند.

جالب اینجاست که در عرض ۱۱ ماه تنها ۶ مورد هیاتیت ویرال مشاهده شد که در این آمارگیری منظور نشده است و فقط یک مورد سابقه ایکتروانسیدانس ویرال و عود کننده، بعد از انجام پونکسیون کبد، با تشخیص هیاتیت فعال مزمن در این آمارگیری منظور شده است.

۲۷ مورد بیماران فوق به تناوب و در تمام طول سال مراجعه نمودند؛ درحالیکه مبتلایان به هیاتیت ویرال بیشتر در ماههای مرداد و شهریور مراجعه کردند و غالب آنها در محیطهای بیمارستانی (سه مورد) و یا بعد از مسافرت به شهرهای شمالی و مشهد مبتلا به هیاتیت ویروسی شده اند.

یک مورد از بیماران مبتلا به کولائیت سالمونلاتی ۸ ماهه باردار بود که بعد از معالجه، زایمان طبیعی و در ترم انجام شد، و نوزاد کاملاً سالم و بدون ایکتروانسیدانس بدنیا آمد. کولائیت ها اصولاً در یک غالب فوق العاده حاد مراجعه و بستری شدند و از ۵ مورد سه مورد آنان فوت کردند، یک مورد کالبدگشائی شد که علت مرگ نارسائی تنفسی ناشی از خیز حاد ارتین بوده و مطلقاً ضایعه میوکارد و یا اندوکارد در کاز نبوده است.

از نظر اتیولوژی کنت خون این مریض از نظر سالمونلاتیفی مثبت بوده است (بیمار شماره ۲۷). سیروز صفراوی اولیه در ۲ مورد مشاهده گردید (بیماران شماره ۱ و ۱۳).

و یک مورد (بیمار شماره ۵) مبتلا به اسکروز کولائیت اولیه بود که در زیر عمل جراحی بطور کامل مشخص گردید. در این مورد کلیه مجاری صفراوی خارج کبدی و قسمتی از مجاری صفراوی داخل کبدی دچار اسکروز شدید بودند و هیچگونه سابقه عمل جراحی شکم و یا تروماتیسیم موجود نبوده پانکراس کاملاً طبیعی بود. سابقه مصرف دارویی مانند متی سرزیدوپروپرانولول نیز وجود نداشت.

از نظر سن و جنس: بدخیمی های مجاری صفراوی مانند: سرطان سرپانکراس و کارسینوم پایپلا اسفنکتر اودی فقط در زنها مشاهده شد، و سن این بیماران بین ۵۰ الی ۸۰ سال بود.

تومورکیسه صفرا به نسبت مساوی در زن و مرد در ۲ بیمار مشاهده گردید (بیماران ۱۹ و ۲۴). سن تقریبی آنها ۵۰ سال بود.

کوله سیستیت حاد تماماً در زنها بالای ۴۰ سال ولی کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن اکثراً در مردان مشاهده شد که سن متوسط آنها بین ۴۰ الی ۶۰ سال بود. در غالب موارد علت کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن در این بیماران وجود سنگ کیسه صفرا و یا مجاری صفراوی بوده که در لابراتوومی تشخیص داده شد.

اتیولوژی سایر موارد مشخص نمیشد. در کوله سیستیت حاد در هیچیک از موارد سنگ مشاهده نشد.

نشانگان بالینی

علامت هنگام مراجعه: (تابلوی شماره ۲) تمامی بیماران در موقع مراجعه از نظر اوبزکتیو دچار ایکتروانسیدانس بوده اند ولی شکایت اولیه آنها همیشه وجود یرقان نبوده، بلکه فقط ۵۹ درصد بیماران (۱۶ نفر از ۲۷ نفر) بواسطه وجود یرقان مراجعه نموده بودند.

بعد از ایکتروانسیدانس علامت شایع هنگام مراجعه در مبتلایان به ایکتروانسیدانس درد شکم بوده (۳۷٪). وجود خارش و تب (۲۲٪) و استفراغ تنها (۱۸٪) شکایت اولیه بیماران را تشکیل میداد.

علامت استقرار (تابلوی شماره ۲۸ و ۲۹):

الف - تب و لرز: تب و لرز همه گیرترین علامت کولائیت و هیاتیت عفونی بوده و تقریباً همیشه لرز و تب توأماً وجود داشته اند. اغلب این بیماران فوق العاده بدحال و نشانگان گوارشی مانند استفراغ نزد ۸۰ درصد آنها وجود داشت.

در هیاتیت مالاریائی استفراغ به صورت دوره ای و بارزترین علامت همراه تب و لرز بوده که به داروهای ضد استفراغ پاسخ مناسبی نمی داده است. در یک مورد کارسینوم پایپلا اسفنکتر اودی و لنفوسارکوم لنفوبلاستیک، تب و لرز همراه با ایکتروانسیدانس وجود داشت. در ۶۵ درصد مبتلایان به کوله سیستیت حاد تب و لرز بارزترین علامت بود.

در سرطان سرپانکراس، پانکراتیت مزمن و کوله سیستیت مزمن، بین ۳۵ الی ۵۰ درصد موارد تب و لرز مشاهده شده است.

ب - ایکتروانسیدانس: در تمامی بیماران مشاهده شده، توأم بودن علامت سه گانه تب، لرز و ایکتروانسیدانس در صد کولائیت های عفونی، ۶۵ درصد کوله سیستیت های حاد، ۵۵ درصد پانکراتیت مزمن و سرطان سرپانکراس و بالاخره ۳۵ درصد کوله سیستیت های مزمن در ۲۷ بیمار مورد بحث دیده شده است.

ج - نشانگان گوارشی: (تابلوی شماره ۲۸)

۱- استفراغ: به نسبت ۸۰ درصد توأم با کولائیت عفونی و یا انگلی و در کوله سیستیت های حاد و مزمن تا ۶۵٪ دیده شده است. ۵۰ درصد از بدخیمی های موجود در مجاری صفراوی خارج کبدی، مانند سرطان سرپانکراس و تومورکیسه صفرا همراه با استفراغ بود.

۲- اسهال: بین ۳۰ الی ۴۰ درصد موارد هیاتیت های حاد عفونی و کولائیت توأم با اسهال بوده است.

۳- ملنا: در ۵۰٪ موارد تومور کیسه صفرا، ۴۰ درصد هیاتیت های سالمونلاتی و کولائیت وجود داشته است.

۴- درد ناحیه اپیگاسترو هیپوکوندر راست: در مبتلایان به پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن و تومور کیسه صفرا همه گیرترین علامت بوده و در میان مبتلایان به کوله سیستیت و کولائیت حاد فقط ۴۰ الی ۶۵ درصد درد اپیگاسترو یا هیپوکوندر راست مشاهده شد.

درد در غالب موارد بصورت خودبخود موجود بوده و با فشار دست در لمس شدت درد افزایش یافته است (تابلوی شماره ۳۱).

۵- کیسه صفرا قابل لمس و یا بزرگ: در تمامی مبتلایان به سرطان سرپانکراس و اسفنکتر اودی موجود بود و به ترتیب در کوله سیستیت حاد ۶۵٪، کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن ۳۰-۵۰٪ و کولائیت حاد ۲۰ درصد مشاهده گردید. (تابلوی شماره ۳۳).

۶- مایع آسیت: در مواردی که بیماری دارای سیرنا مطلوب بود دیده شده است و بطور کلی نصف مبتلایان به سیروز صفراوی اولیه - پانکراتیت مزمن و تومور کیسه صفرا بطور تدریجی با پیدایش مایع آسیت توأم شده است (تابلوی شماره ۳۲).

د - علامت خارش: در ۱۰۰ درصد موارد سرطان سرپانکراس سیروز صفراوی اولیه و اسکروز کولائیت و تومور اسفنکتر اودی موجود بود.

بعمل آمده است: ۱۲ مورد سرطان سربانکراس، ۴ مورد سرطان آمبول واتر و ۲ مورد اودیت حاد و پانکراتیت مزمن و سه مورد دیگر شامل سرطان های مجاری صفراوی خارج کبدی، ناحیه دئودنوم و یا سارکوم معده بوده است (۱). از نظر پیش آگهی ۹ درصد مرگ و میر در کار بود، ۱۴ درصد عوارض بعد از عمل و ۲۱ درصد بین ۵ الی ۱۰ سال هنوز زنده بوده اند. اسیدانس سرطان سربانکراس در طی ۴۰ سال اخیر در حال افزایش بوده است (۲). از نظر نشانگان پالینی، یرقان درصد سرطان سربانکراس موجود میباشد و در موارد سرطان آمبول واتر ۷۵ درصد یرقان وجود دارد. سایر علائم برحسب مقدار درصد شرح زیر میباشد:

سرطان سربانکراس	سرطان آمبول واتر
کاهش وزن ۶۵٪	۵۰٪
درد شکم ۶۵٪	۷۵٪
کیسه صفرا قابل لمس ۲۷٪	-
خون در مدفوع ۳۰٪	۷۵٪
بدست آمدن یک نشانه مهم در کلیسه رادیوگرافی دستگاه گوارش	۲۵٪

انتخاب روش جراحی نوع ویل، به یک تیم جراحی حاد احتیاج دارد. میزان مرگ و میر این عمل در سابق حدود ۵۰ درصد (۵-۴۳) و بتدریج با افزایش تجربه به ۱۰ الی ۲۰ درصد و در حال حاضر با شرکت یک تیم ورزیده مرگ و میر این عمل به صفر رسیده است (۶). طول عمر بیماران بعد از عمل بطور متوسط یک سال و تا ۲۰ درصد ۵ سال میباشد (۸-۷).

در طی یک بررسی مشابه دیگر در سال ۱۹۷۵ روی ۱۳ مورد یرقان انسدادی، ۱۰ مورد بیماری بدخیم بوده که سه مورد آن سرطان سربانکراس و سه مورد سرطان آمبول واتر، ۲ مورد سرطان مجاری صفراوی خارج کبدی و ۲ مورد نیز سرطان دئودنوم بوده است (۹). نوسان سنی بین ۳۷ الی ۷۳ سال و سن متوسط ۴۵ سال بود؛ از نظر جنس ۱۰ مورد زن و ۳ مورد مرد بودند.

در مورد پانکراتیت های مزمن مهمترین عارضه خونریزی است که در اثر تخریب جداره عروق توسط انزیم های پانکراس و تشکیل میکروآنورسمها و بی نظمی عروقی است (۱۰ و ۱۱). در طی یک بررسی روی ۱۲ بیمار مبتلا به پانکراتیت مزمن، ۸ مورد خونریزی دستگاه گوارش، ۴ مورد خونریزی داخل صفاق و یک مورد خونریزی داخل کیست مشاهده گردید (۱۲). معمولاً خونریزیهای خود بخودی بیشتر در کیستهای کاذب پانکراس و یا آبسه پانکراس اتفاق می افتد (۱۳-۱۴-۱۵). شریان طحالی بیشتر از همه در این خونریزی درگیر میشود (۱۶-۱۷-۱۸).

در مراحل بعدی شریانهای گاسترو دئودنال، پانکروتودونال و شریان گاستریک مسبب خونریزی هستند (۲۲-۱۰-۲۳). میزان مرگ و میر ناشی از خونریزی حدود ۲۸ درصد میباشد.

یکی از موارد تشخیص افتراقی در ایکترهای انسدادی بطور قطع بایستی عوامل فضا گیر کلیوی باشد؛ مانند هیدرونفروز کلیه راست و کیستهای کاذب در قطب فوقانی کلیه راست (۲۴-۲۵-۲۶).

در مورد کیستهای متعدد کلیه هرگز ایکتر ظاهر نخواهد شد، مگر اینکه با کیستهای متعدد مجاری صفراوی داخل کبدی نیز همراه باشد. شانس توام بودن ۵۰ درصد میباشد (۲۷)؛ وجود کیستهای داخل کبدی نیز به تنهایی برای ظاهر شدن یرقان کافی نیست، بلکه وجود سنگ داخل این مجاری و یا عوامل تومورال و بدخیم منجر به تظاهرات میگردد (۲۸).

تظاهرات بالینی شامل نشانگان گوارشی مانند احساس پری، درد ناحیه اپیگاستر، درد هیپوکوندر راست، ترش کردن غذا بوده، حال تهوع و استفراغ نیز گاهی دیده میشود که ناشی از فشار روی دئودنوم و ایجاد استاز میباشد (۲۸). مرگ و میر این بیماران ناشی از نارسائی کلیه است.

علامت خارش در ۵۰ درصد موارد نومور کیسه صفرا و ۲۵ الی ۳۰ درصد کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن دیده شده است (تابلوی شماره ۳۰).

ه - نشانگان تنفسی: تنها یک مورد از بیماران مبتلا به کولانژیت سالمونلائی (بیمار شماره ۲۲) با تنگ نفس شدید (تیب اسم پرونیسک) در تمام طول استقرار بیماری دارای علامت بارز تنفسی بود.

۴- نشانگان پاراکلینیک: (تابلوی شماره ۱۰ الی ۲۷) کلیه امتحانات پاراکلینیک - شامل فرمول شمارش، شمارش بلاکت، کست خون، آنتی ژن استرالی، همتوکریت، سدیماتاسیون، شمارش بلاکت، کست خون، آنتی ژن استرالی، ویدال، الاین ترانسفراز، اسبایتیت، ترانسفراز، لاکتیک دی هیدروژناز، بیلروبین توتال و مستقیم، قند خون، اوره خون، آلکالن فسفاتازبروتین توتال، البومین، گلوبولین، امیلاز - بطور روتین مورد بررسی قرار گرفتند که در این میان فقط از سه نقطه نظر قابل مقایسه میباشد.

الف - شماره گویچه های سفید (تابلوی شماره ۳۴). لکوسیتوز بین ۷۵۰ الی ۱۹۸۰۰ در هر میلیمتر مکعب، قبل از شروع درمان در کولانژیت حاد دیده شد. این نسبت در کوله سیستیت حاد بین ۵۰۰۰ الی ۳۰۰۰ متغیر بوده است.

در بیماریهای مزمن مجاری صفراوی مانند: کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن و سیروز اولیه صفراوی، کولانژیت اسکروزه و همچنین بدخیمی های مجاری صفراوی، شمارش گویچه های سفید از حداکثر ۹۳۰۰ در هر میلیمتر مکعب تجاوز نکرده است. در یک مورد لنفوسارکوم سیسمن ریکتور، شمارش گویچه های سفید حداقل معادل ۱۶۰۰ در میلیمتر مکعب بوده است. ب - اندازه بیلروبین توتال در سرطان سربانکراس، سرطان کیسه صفراوی تلوم اسفنگترودی تا ۴۳ میلی گرم درصد نیز رسید که حداقل این نوسان ۲۱ میلی گرم درصد بود.

در پانکراتیت مزمن بالا بودن بیلروبین خون تا ۲۸/۵ میلیگرم درصد، از نشانگان رایج بوده و در سایر بیماریهای مزمن مانند سیروز صفراوی اولیه و کولانژیت اسکروزه این مقدار از حداکثر ۲۲ میلی گرم درصد تجاوز نکرده است.

در بیماریهای حاد مجاری صفراوی مانند هپاتیت سالمونلائی کوله سیستیت نوسان بیلروبین خون از حد ۱۰ میلی گرم درصد بالاتر نبوده است. (تابلوی شماره ۳۵).

ج - اندازه ترانس آمینازها بسیار متغیر بوده ولی بطور کلی در بیماریهای حاد و یا مزمن مجاری صفراوی خارج کبدی اندازه (SGPT) بستر از اندازه SGOT بوده است. حداکثر نوسان (SGOT) در کولانژیت ۶۵۰ واحد، در کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن تا ۹۷۵ واحد و در بدخیمی های مجاری صفراوی حداکثر تا ۱۷۵ واحد بالغ شده است.

د - آنتی ژن استرالی؛ بطور کلی در ۲ مورد از ۲۷ مورد بیمار تحت بررسی مثبت بوده است (۷٪).

۱- در یک مورد کولانژیت حاد، (بیمار شماره ۲۶) آنتی ژن استرالی مثبت و در ضمن سروآگلوتیناسیون ویدال نیز از نظر آنتی ژن سوماتیک معادل ۱/۳۲۰ مثبت بوده است و بیمار با معالجه تیفوئید بهبودی یافت.

۲- در یک مورد کوله سیستیت حاد (بیمار شماره ۴) آنتی ژن استرالی مثبت بوده است (کلیه بررسی های انجام شده از نظر آنتی ژن استرالی توسط انستیتو باستور ایران بعمل آمده است). سایر آزمونهای پاراکلینیک، با توجه به تشخیص نهائی بیماران غیر قابل مقایسه بود فقط به ذکر آنها در جداول مربوطه اکتفا شده است.

پیش آگهی

بیچ بیمار از ۲۷ مورد تحت بررسی (۱۸ درصد) فوت نمودند که تنها ۳ مورد آن کولانژیت حاد (۱۱٪) (بیماران شماره ۹، ۲۰ و ۲۷) و یک مورد (بیمار شماره ۱۲) مبتلا به لنفوسارکوم بود، و مورد دیگر (بیمار شماره ۱۷) بواسطه کوله سیستیت و پانکراتیت مزمن بواسطه کاشکسی شدید فوت شد.

ایتولوژی کولانژیت حاد در یک مورد سالمونلائیفی و در مورد دیگر کلی باسیل بوده که با کست خون مثبت مشخص شده است.

در یک مورد کولانژیت حاد (بیمار شماره ۲۷) علت مرگ در کاندیدگسائی خیز حاد ریه همراه با انفیلتراسیون شدید لکوسیتها و لاسموسیتها گزارش شده است.

در طی یک بررسی که در سال ۱۹۷۶ بروی ۲۱ مورد یرقان انسدادی

تابلوی شماره (۱)

شماره	نام و نام خانوادگی	تاریخ بستری	سن	علت مراجعه	شغل	ساکن
۱	ف-ک	۵۵/۸/۱۱	۶۳	خارس شدید	بکا	تهران
۲	م-س	۵۵/۸/۲۳	۴۰	خارس شدید، برفان	خانه دار	تهران
۳	م-د	۵۵/۹/۲۱	۸۰	خارس شدید	خانه دار	تهران
۴	ز-ف	۵۵/۹/۳۰	۴۵	تهوع، استفراغ، تب ولرز	خانه دار	تهران
۵	م-ت	۵۵/۱۰/۸	۵۵	خارس شدید، برفان	خانه دار	تهران
۶	ع-س	۵۵/۱۰/۱۲	۵۵	تهوع، استفراغ	خانه دار	تهران
۷	ا-ع	۵۵/۱۰/۲۳	۵۰	دردسکم، تهوع، استفراغ	خانه دار	تهران
۸	د-ح	۵۵/۱۱/۴	۲۶	برفان دوره ای	دستفروش	تهران
۹	الف-س	۵۵/۱۱/۵	۶۵	برفان	-	تهران
۱۰	ف-ک	۵۵/۱۱/۸	۴۷	تب، لرز، استفراغ	خانه دار	تهران
۱۱	م-س	۵۵/۱۱/۲۶	۵۹	احساس سوزش شکم و سانه طرف راست	خانه دار	تهران
۱۲	ط-ح	۵۵/۱۱/۲۴	۲۴	برفان	خانه دار	تهران
۱۳	ت-ن	۵۵/۱۲/۲	۴۵	خارس شدید، برفان	قالیاف	کاشان
۱۴	ک-ب	۵۵/۱۲/۷	۴۰	درد شدید ناحیه ایگاسر	بنا	تهران
۱۵	ع-ع	۵۵/۱۲/۱۴	۴۲	برفان، دردسکم، استفراغ	نقاش	سراب
۱۶	ز-ق	۵۵/۱۲/۱۹	۶۰	برفان، دردسکم	خانه دار	تهران
۱۷	ط-م	۵۶/۱/۵	۵۰	برفان	خانه دار	تهران
۱۸	ع-گ	۵۶/۳/۴	۱۹	تب، اسهال، برفان	-	شمال ایران
۱۹	ر-ب	۵۶/۳/۱۸	۵۰	خارس شدید، برفان	کساورز	قزاقان قزوین
۲۰	ع-ک	۵۶/۳/۲۴	۷۰	دردسکم، برفان	-	تهران
۲۱	الف-م	۵۶/۴/۵	۵۰	تب شدید، درد ایگاسر	کساورز	رودسر
۲۲	الف-ر	۵۶/۴/۸	۲۱	تنگی نفس، تب و بیحالی	خانه دار	تهران
۲۳	ب-س	۵۶/۴/۲۵	۳۷	تب ولرز	خانه دار	تهران
۲۴	ص-م	۵۶/۵/۱۹	۴۵	دردسکم، برفان	خانه دار	بروجرد
۲۵	ف-ع	۵۶/۵/۲۳	۲۴	برفان، حال تهوع	-	زنجان
۲۶	ک-ب	۵۶/۵/۲۶	۱۲	برفان شدید، تب، دردسکم	محصل	تهران
۲۷	خ-م	۵۶/۶/۵	۱۸	برفان شدید	جوسکار	تهران

تابلوی شماره (۲)

نسبت درصد تعداد بیماران بستری بواسطه برفان

نسبت درصد	تعداد بیماران بستری بواسطه برفان	تشریحی	۱۲ سال — ۸۰ سال
۵۵	تعداد جنس مؤنث	از نظر تاریخ بستری	۵۵/۸/۱۱ - ۵۶/۶/۵ (۱۱ ماه)
۴۴	تعداد جنس مذکر		۱۵ نفر
۲۲	تعداد مراجعین با علامت خارش پوست		۱۲ نفر
۵۹	تعداد مراجعین با علامت برفان		۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۳۷	تعداد مراجعین با علامت درد شکم		۱۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۱۸	تعداد مراجعین با علامت استفراغ		۹ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۲۲	تعداد مراجعین با تب		۵ نفر (شکایت اولیه بیمار)
	سن متوسط مراجعین		۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
			۴۰ سال

(تابلوی شماره ۳) : علائم سالیسی موجود و تشخیصی مرض

شماره بیماران	تب	لرز	یرقان	خارش	استفراغ	سردرد	کمردرد	مدفوع سفید رنگ	کیسه صفرا قابل لمس	هیپاتومگالی	نوع طحال قابل لمس	علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
۱	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	مايع ۳ سیت	دپورتیک	-	-	سیروز صفراوی اولیه
۲	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	*	+	نوع پاپیلر کارسینوم مجرای اوری	
۳	-	-	+	++	-	-	-	+	-	+	-	*	+	سرطان سرباگراس کولسه سستیت مزمن ، سنگ کیسه صفرا	
۴	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	*	-	کوله سستیت حاد	
۵	-	-	+	++	-	-	-	+	-	+	-	-	+	اسکلروز پیشرونده اولیه مجرای صفراوی خارج و داخل کبدی	
۶	-	++	+	+	+	+	-	++	-	++	-	-	+	سرطان سرباگراس	
۷	-	++	+	-	+	-	-	+	-	-	درد شدید هیپو گوست راست	-*	-	کوله سستیت تحت حاد که تدریجاً آنژی بیوتیک پاسخ میت میدهد	

(بالوی شماره ۴ و دساله بالو شماره ۳) : علائم بالینی موجود و تشخیص مریض

شماره بیماران	ن	ل	برقان	خارش	اسهراغ	سردرد	کمر درد	مدفوع سفید رنگ	کیسه صفرا قابل لمس	هیاتومگالی	توکطحال قابل لمس	علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
۸	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	دردهای مفاصلی، درد شکم	گورتیکوئید برای	-	هیابتیت مریض فعال
۹	++	+	++	-	+	-	-	++	-	++	-	درد ناحیه اینگاستر	-	-	کولایت حاد، نالو لوزی با مطلقه عفونی
۱۰	+	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	درد همیوگنتر راست	-	+	کوله سیستیت حاد سنگ مجرای کولردوک، اودیت حاد، تعویذ و پارانیوئید
۱۱	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	احساس سوزش شدید، درد اینگاستر و ناله طرف راست	-	+	کسه صفوی، اسکروزه شده با وجود ۳۰ الی ۴۰ سنگ داخل کسه صفوی، اسکروز مجاری صفراوی خارج کندی با چند تیکول کند
۱۲	+	-	+	-	-	++	-	-	++	++	++	درد شدید قفسه صدی آئمی شدید	-	-	لنفوسارکوم لنفوسلستیک
۱۳	-	-	+	++	-	-	-	-	-	+	+	بمورد رانیت پروت	-	-	سروز صفراوی اولیه اسیب کندی (اسکروز کولایت سائوسه، سنگه محل کوله سیستیک مری ۴ سال قبل
۱۴	+	+	+	-	-	-	-	++	-	+	-	درد ناحیه اینگاستر، مانع آسیت تدریجی	-	+	اسکلروز پتروزه و کامل جسم تاکراس (تاکراس مری)، کولایت اسکروزه
۱۵	-	-	+	++	+	-	-	++	+	+	-	درد شدید ناحیه اینگاستر	+	+	کوله سیستیت مری، تاکراس مری با مریوز متثیر، مجرای کلردوک مسروره (بیمار ۲۵ ساله روزی ۲۰ سیگار میکند)
۱۶	+	+	+	++	+	-	-	++	++	-	-	درد ناحیه اینگاسرو همیوگنتر راست	+	+	سابعه مسارجون مریای و دیابت قندی کوله سیستیت مری، تاکراس مری

شماره بیماران	تب	لرر	یرقان	خارش	استفراغ	سردرد	کمر درد	مدفوع سفید رنگ	کیسه صفرا قابل لمس	هیپاتومگالی	نوک طحال قابل لمس	علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
۱۷	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	درد ناحیه اپیگاستر ، لاغری مفرط مایع آسیت	-	-	بیمار فوت نمود . در اکتوبری یا نوکریتیت مزمن و فیروز شدید و نکروز سربا نوکریس ، سیروز کبدی ، لعموآدنوپاتی پراکنده ، گوله سیستیت مزمن و سنگ کیسه صفرا دیده شد .
۱۸	+	+	++	-	+	++	+	-	-	+	+	اسهال کلرانی فرم میالوزی آرترا لژی	*	-	سیتی سسی گرام منفی ، کولانزیت حاد عفونی یا احتمال کولی باسیل
۱۹	-	-	+	++	-	-	-	+	-	+	-	درد ناحیه اپیگاستر ، ملنا و مایع آسیت	-	+	تومور کیسه صفرا یا استنار به محاسری کولونک و صفراوی مشترک (عدم وجود سنگ کیسه صفرا)
۲۰	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	درد ناحیه اپیگاستر و ملنا	*	-	کولانزیت حاد

(تابلوی شماره ۵)
علائم بالینی موجود و تشخیص مرض

تابلوی شماره (۱)

شماره	نام و نام خانوادگی	تاریخ بستری	سن	علت مراجعه	شغل	ساکن
۱	ف-ک	۵۵/۸/۱۱	۶۳	خارس شدید	بکا	تهران
۲	م-س	۵۵/۸/۲۳	۴۰	خارس شدید، برفان	خانه دار	تهران
۳	م-د	۵۵/۹/۲۱	۸۰	خارس شدید	خانه دار	تهران
۴	ز-ف	۵۵/۹/۳۰	۴۵	تهوع، استفراغ، تب ولرز	خانه دار	تهران
۵	م-ت	۵۵/۱۰/۸	۵۵	خارس شدید، برفان	خانه دار	تهران
۶	ع-س	۵۵/۱۰/۱۲	۵۵	تهوع، استفراغ	خانه دار	تهران
۷	ا-ع	۵۵/۱۰/۲۳	۵۰	دردسکم، تهوع، استفراغ	خانه دار	تهران
۸	د-ح	۵۵/۱۱/۴	۲۶	برفان دوره ای	دستفروش	تهران
۹	الف-س	۵۵/۱۱/۵	۶۵	برفان	-	تهران
۱۰	ف-ک	۵۵/۱۱/۸	۴۷	تب، لرز، استفراغ	خانه دار	تهران
۱۱	م-س	۵۵/۱۱/۲۶	۵۹	احساس سوزش شکم و سانه طرف راست	خانه دار	تهران
۱۲	ط-ح	۵۵/۱۱/۲۴	۲۴	برفان	خانه دار	تهران
۱۳	ت-ن	۵۵/۱۲/۲	۴۵	خارس شدید، برفان	قالیاف	کاشان
۱۴	ک-ب	۵۵/۱۲/۷	۴۰	درد شدید ناحیه اپیگاستر	بنا	تهران
۱۵	ع-ع	۵۵/۱۲/۱۴	۴۲	برفان، دردسکم، استفراغ	نقاش	سراب
۱۶	ز-ق	۵۵/۱۲/۱۹	۶۰	برفان، دردسکم	خانه دار	تهران
۱۷	ط-م	۵۶/۱/۵	۵۰	برفان	خانه دار	تهران
۱۸	ع-گ	۵۶/۳/۴	۱۹	تب، اسهال، برفان	-	شمال ایران
۱۹	ر-ب	۵۶/۳/۱۸	۵۰	خارس شدید، برفان	کساورز	قزاقان قزوین
۲۰	ع-ک	۵۶/۳/۲۴	۷۰	دردسکم، برفان	-	تهران
۲۱	الف-م	۵۶/۴/۵	۵۰	تب شدید، درد اپیگاستر	کساورز	رودسر
۲۲	الف-ر	۵۶/۴/۸	۲۱	تنگی نفس، تب و بیحالی	خانه دار	تهران
۲۳	ب-س	۵۶/۴/۲۵	۳۷	تب ولرز	خانه دار	تهران
۲۴	ص-م	۵۶/۵/۱۹	۴۵	دردسکم، برفان	خانه دار	بروجرد
۲۵	ف-ع	۵۶/۵/۲۳	۲۴	برفان، حال تهوع	-	زنجان
۲۶	ک-ب	۵۶/۵/۲۶	۱۲	برفان شدید، تب، دردسکم	محصل	تهران
۲۷	خ-م	۵۶/۶/۵	۱۸	برفان شدید	جوسکار	تهران

تابلوی شماره (۲)

نسبت درصد تعداد بیماران بستری بواسطه برفان

نسبت درصد	تعداد بیماران بستری بواسطه برفان	تشریحی	۱۲ سال — ۸۰ سال
۵۵	تعداد جنس مؤنث	از نظر تاریخ بستری	۵۵/۸/۱۱ - ۵۶/۶/۵ (۱۱ ماه)
۴۴	تعداد جنس مذکر		۱۵ نفر
۲۲	تعداد مراجعین با علامت خارش پوست		۱۲ نفر
۵۹	تعداد مراجعین با علامت برفان		۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۳۷	تعداد مراجعین با علامت درد شکم		۱۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۱۸	تعداد مراجعین با علامت استفراغ		۹ نفر (شکایت اولیه بیمار)
۲۲	تعداد مراجعین با تب		۵ نفر (شکایت اولیه بیمار)
	سن متوسط مراجعین		۶ نفر (شکایت اولیه بیمار)
			۴۰ سال

(تابلوی شماره ۳) : علائم سالیسی موجود و تشخیصی مرض

شماره بیماران	تب	لرز	یرقان	خارش	استفراغ	سردرد	کمردرد	مدفوع سفید رنگ	کیسه صفرا قابل لمس	هیپاتومگالی	نوع طحال قابل لمس	علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
۱	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	۱	دیرتیک	-	-	سیروز صفراوی اولیه
۲	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	۱	*-	+	+	نوع پاپیلر کارسینوم مجرای اوری
۳	-	-	+	++	-	-	-	+	-	+	۱	*-	+	+	سرطان سرباگراس کولسه سستیت مزمن ، سنگ کیسه صفرا
۴	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	۱	*-	-	-	کوله سستیت حاد
۵	-	-	+	++	-	-	-	+	-	+	۱	-	+	+	اسکلروز پیشرونده اولیه مجرای صفراوی خارج و داخل کبدی
۶	-	++	+	+	+	+	-	++	-	++	۱	-	+	+	سرطان سرباگراس
۷	-	++	+	-	+	-	-	+	-	+	۱	*-	-	-	کوله سستیت تحت حاد که تدریجاً آنژی بیوتیک پاسخ میت میدهد

درد شدید
هیپو
گوست
راست

(بالوی شماره ۴ و دساله بالو شماره ۳) : علائم بالینی موجود و تشخیص مریض

شماره بیماران	ن	ل	برقان	خارش	اسهراغ	سردرد	کمر درد	مدفوع سفید رنگ	کیسه صفرا قابل لمس	هیپاتومگالی	توکطحال قابل لمس	علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
۸	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	دردهای مفاصلی، درد شکم	گورتیکولبرای	-	هیپانیت مریض فعال
۹	++	+	++	-	+	-	-	++	-	++	-	درد ناحیه اپیگاستر	*	-	کولانژیت حاد، تالوکلوزی با مطلقه عفونی
۱۰	+	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	درد همیوگودر راست	*	+	کوله سیستیت حاد سنگ مجرای کولردوک، اودیت حاد، تعویذ و پارانیوئید
۱۱	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	احساس سوزش شدید، درد اپیگاسترونیسانه طرف راست	*	+	کسه صفوی، اسکروزوز شده با وجود ۳۰ الی ۴۰ سنگ داخل کسه صفوی، اسکروزوز مجاری صفراوی خارج کبدی با چند تیکول کمد
۱۲	+	-	+	-	-	++	-	-	++	++	++	درد شدید قفسه صدی آئمی شدید	۰	-	لنفوسارکوم لنفولاستیک
۱۳	-	-	+	++	-	-	-	-	+	+	+	بمودرمانیت پروتیت	گورتیکولبرای	-	سروز صفراوی اولیه اسیبونی کبدی (اسکروزوز گولانژیت ثانویه، سنگه محل کوله سیستیکوهی ۴ سال قبل
۱۳	(۱۱)	+	+	-	-	-	-	++	-	+	-	درد ناحیه اپیگاستر، مانع آسیت تدریجی	*	+	اسکلروزوز پیروزنده و کامل جسم تا کرایس (پانکراتیت مریض)، کولانژیت اسکروزوز
۱۵	-	-	+	++	+	-	-	++	+	+	-	درد شدید ناحیه اپیگاستر	-	+	کوله سیستیت مریض، پانکراتیت مریض با مریوز منتشر، مجرای کلدوک مسروره (بساله ۲۵ سال روزی ۲۰ سنگا ر میگذنده)
۱۶	+	+	+	++	+	-	-	++	++	-	-	درد ناحیه اپیگاسترو همیوگودر راست	+	+	سابعه مسارجون مریضی و دیابت قندی کوله سیستیت مریض، پانکراتیت مریض

تشخیص نهایی	درمان جراحی	درمان طبی ویژه	علائم دیگر	نوک طحال قابل لمس	هیپاتومگالی	کیسه صفرا قابل لمس	مدفوع سفید رنگ	کمر درد	سردرد	استفراغ	خارش	یرقان	لرر	تب	شماره بیماران
بیمار فوت نمود . در اکتوبری یا نوامبر ۱۹۱۷ مریز و فیروز شدید و نکره سر با نکره سر ، سیروز کبدی ، لعمه آدنوما تی پراگنده ، گوله سیستیت مزمن و سنگ کیسه صفرا دیده شد .	-	-	درد ناحیه اپیگاستر ، لاغری مفرط مایع آسیت	-	+	+	-	+	++	+	-	+	-	-	۱۷
سیتی سنی گرام منفی ، کولایت حاد عفونی یا احتمال کولی باسیل	-	*	اسهال کلرانی فرم میالوزی آرتراژی	+	+	-	-	+	+	+	-	++	+	+	۱۸
تومور کیسه صفرا یا استنار به محاسری کولوک و صفراوی مشترک (عدم وجود سنگ کیسه صفرا)	+	-	درد ناحیه اپیگاستر ، ملنا و مایع آسیت	-	+	-	+	-	-	-	++	+	-	-	۱۹
کولایت حاد	-	*	درد ناحیه اپیگاستر و ملنا	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	۲۰

(نابلوی شماره ۵)
علائم بالینی موجود و تشخیص مریز

شماره بیماران	لب	لرد	یرقان	خارش	استفراغ	سردرد	کمردرد	مدفوع سفیدرنگ	بوکطحال قابل لمس			علائم دیگر	درمان طبی ویژه	درمان جراحی	تشخیص نهایی
									هیپوتمگالی	کیسه صفرا قابل لمس	بوکطحال قابل لمس				
۲۱	++	+	++	-	+	+	-	++	-	+	-	تشنج کردن غذا ، درد اپاندیسیت	* -	+	کوله سیستیت مزمن ، تدریجاً امروزه به قطر ۱۰ سانتیمتر روی پانکراس ، امروز اسکلروزه گسسه صفرا
۲۲	++	+	++	-	++	+	-	-	-	+	-	تنگی بطنی بوع اسبابیک	-	-	سالمولاسی ، همانند تاگمت خون منبسط (همانند سالمولاسی)
۲۳	+	+	+	-	++	+	+	-	+	+	+	درد همیوگن در راست وایکسین ممالری آرتراالری ، اضطراب	+	-	مالاربا وراکن
۲۴	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	درد همیوگن در راست	-	+	کار سیموم کسسه صفرا
۲۵	-	-	+	-	۲+	۲+	+	-	-	-	-	اسهال آبی مایع ، دردهای شکم ، آبروزگی صدری ، آسسی ، آبروزگی	* -	-	همایب سانی از سالمولاسی با ستر ۲۳۰
۲۷	+	-	++	-	۱+	۱+	-	سوسپ	+	+	+	آسسی ، آبروزگی ، دستخوی و علائم آسفالورسانی هایبیک	* - آسسی سوسپیک برای	-	همایب سانی از سالمولاسی ، اکسیت جیون منت ، سگار دروازگوهی هایبیک صوت مسلمان
۲۶	-	-	+	-	۱+	۱+	-	-	-	+	-	جستگی مهره ، آبروزگی	-	-	همایب ویرال سبب آ

(سالی شماره ۴ و دنباله نابل شماره ۵) : علائم بالینی موجود و تشخیص مری

تابلوی شماره (۷)

شماره	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهائی
۱	۶۳	م	هیپاتیت	سیروز صفراوی اولیه
۲	۴۰	ز	هیپاتیت	کارسینوم پاپیلر مجرای اودی و اسفنگتراودی
۳	۸۰	ز	هیپاتیت	سرطان سرپانکراس، کوله سیستیت مزمن، سنگ کیسه صفرا
۴	۴۵	ز	هیپاتیت	کوله سیستیت حاد
۵	۵۵	ز	هیپاتیت	اسکلروز پیشرونده مجاری صفراوی خارج و داخل کبدی بصورت اولیه
۶	۵۵	ز	هیپاتیت	سرطان سرپانکراس
۷	۵۰	ز	هیپاتیت	کوله سیستیت تحت حاد
۸	۲۶	م	یرقان	هیپاتیت مزمن فعال، تشخیص با بیوپسی کبد و آنتی ژن استرالیا
۹	۶۵	م	یرقان	کولانژیت حاد
۱۰	۴۷	ز	هیپاتیت	کوله سیستیت حاد، سنگ مجرای کولدوک، اودیت حاد تیفوئید پاراب
۱۱	۵۹	ز	هیپاتیت	اسکلروز کیسه صفرا محتوی ۳۰ الی ۴۰ سنگ
۱۲	۲۴	ز	هیپاتیت	لنفوسارکوم لنفوبلاستیک سیستم رتیکولر
۱۳	۴۵	ز	هیپاتیت	اسکلروز، کولانژیت ثانویه نسبت به کوله سیستکتومی چهار سال قبل، سیروز صفراوی اولیه در بیوپسی کبد.



شماره	سن	جنس	تشخیص اولیه	تشخیص نهائی :-
۱۴	۴۰	م	هیپاتیت	اسکلروز کامل جسم پانکراس (پانکراتیت مزمن) ، کولانژیت اسکلروزه ،
۱۵	۴۲	م	هیپاتیت	کوله سیستیت مزمن ، پانکراتیت مزمن
۱۶	۶۰	ز	هیپاتیت	—
۱۷	۵۰	ز	هیپاتیت	پانکراتیت مزمن ، سیروز کبدی ، کوله سیستیت مزمن با سنگ تپسه صفرا
۱۸	۱۹	م	هیپاتیت	سپتی سمی گرام منفی ، کولانژیت حاد عفونی احتمالاتی فوئید
۱۹	۵۰	م	هیپاتیت	تومور کیسه صفرا با انتشار به مجاری صفراوی خارج کبدی
۲۰	۷۰	م	هیپاتیت	کولانژیت حاد
۲۱	۵۰	م	هیپاتیت	کوله سیستیت مزمن ؛ فیبروز اسکلروزه کامل کیسه صفرا ، ندول فیبروزه روی پانکراس
۲۲	۲۱	ز	هیپاتیت	هیپاتیت ناشی از سالمونلاتیفی باکشت خون مثبت
۲۳	۳۷	ز	هیپاتیت	مالاریا ویواکس
۲۴	۴۵	ز	ایکتر انسدادی	کارسینوم کیسه صفرا
۲۵	۲۴	م	هیپاتیت	هیپاتیت ویرال تیپ آ
۲۶	۱۲	م	هیپاتیت	هیپاتیت ناشی از سالمونلاتیفی
۲۷	۱۸	م	هیپاتیت فولمینان	هیپاتیت عفونی ناشی از سالمونلاتیفی باکشت خون مثبت

تابلوی شماره (۹)

شماره بیماران	نسبت جنس زن به مرد	سن نسبی	درصد	تشخیص نهایی
۲۷ و ۲۶، ۲۰، ۱۸، ۹	م	۱۲ - ۷۰ سال	۱۸	کولانژیت حاد
۲۱ و ۱۷، ۱۵، ۱۴	۳ به ۱	" ۵۰ - ۴۰	۱۴	پانکراتیت مزمن
۲۱، ۱۵، ۱۱	۲ به ۱	" ۶۰ - ۴۰	۱۱	کوله سیستیت مزمن
۱۰ و ۷، ۴	ز	" ۵۰ - ۴۰	۱۱	کوله سیستیت حاد
۲۷، ۲۶، ۲۲	۲ به ۱	" ۲۰ - ۱۲	۱۱	هپاتیت حاد سالمونلائی
۶ و ۳	ز	" ۸۰ - ۵۰	۷	سرطان سرپانکراس
۲۴ و ۱۹	۱	۵۰ سال	۷	تومور کیسه صفرا
۱۳ و ۱	۱	۴۰ - ۶۰ سال	۷	سیروز صفراوی اولیه*
۵	ز	۵۰ سال	۳	اسکلروز کولانژیت اولیه (مجاری خارج و داخل کبدی)
۱۳	ز	۴۵ سال	۳	اسکلروز کولانژیت ثانویه
۲	ز	۴۰ سال	۳	کارسینوم پایپلر اسفنگتراودی
۱۲	ز	۲۴ سال	۳	لنفوسارکوم لنفوبلاستیک سیستم رتیکولر
۸	م	۲۶ سال	۳	هپاتیت مزمن فعال
۲۳	ز	۳۷ سال	۳	هپاتیت مالاریائی

تابلوی شماره (۱۰): مقایسه آزمونهای پاراکلینیک در فرمهای کولانژیت حاد

شماره بیماران	فرمول شمارش	دیفرانسیل سلولی	هموگلوبین	هماتوکریت	سدیم اتاسیون	شمارش پلاکت
۹	۱۴۹۰۰	۸۴٪ سگمانه، ۷٪ لنفوسیت، ۸٪ ناول باند	۱۱/۵ گرم درصد	۳۴٪	۸۶ میلیمتر در ساعت	۲۳۵۰۰۰
۱۸	۱۹۸۰۰	۸۷٪ سگمانه، ۴٪ لنفوسیت، ۷٪ نوزوفیل	۱۱/۵ گرم درصد	۳۴٪	۷۰ میلیمتر در ساعت	۱۸۰۰۰۰
۲۰	۱۸۰۰۰	۹۳٪ سگمانه، ۷٪ لنفوسیت	۱۵ گرم درصد	۴۸٪	۵۷ میلیمتر در ساعت	-
۲۶	۷۵۰۰	۳۵٪ سگمانه، ۶۵٪ لنفوسیت	۱۳ گرم درصد	۳۸٪	-	-
۲۷	۱۵۳۰۰	۶۸٪ سگمانه، ۲۹٪ لنفوسیت	۶/۵ گرم درصد	۲۱٪	۱۰ میلیمتر در ساعت	-
۲۲	۱۲۸۰۰	۷۴٪ سگمانه، ۲۴٪ لنفوسیت	۷/۵ گرم درصد	۲۴٪	-	-

+ = بیماران فوت شده

تابلوی شماره (۱۱): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای کولائزیت حاد

شماره بیمار	کشت خون	آنتی ژن استراليا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلروبین توتال میلی گرم درصد	بیلروبین مستقیم میلی گرم درصد
۹	-	-	منفی	-	-	۲۸۰ واحد	۲۱/۵	۱۴/۵
۱۸	بعد از یک هفته منفی	-	-	۵۵	۴۲ واحد	-	۸	۵/۵
۲۰	کبی ناسیل	-	-	۳۳۰	۲۵۰	۶۰۰	۲۸/۱	۲۲/۱
۲۶	منفی	منفی	-	۱۹۰	۱۴۲	-	۴/۵	۴
۲۷	درد و نوبت مثبت (سالمونلاتیفی)	مثبت	۳۳۰	۶۵۰	۱۳۰	-	۱۲/۵	۱۰/۵
۲۷*	درد و نوبت مثبت (سالمونلاتیفی)	-	۳۳۰	۵۶	۴۰	-	۴/۹	۴
۲۲	در ۲ نوبت مثبت (سالمونلاتیفی)	منفی	منفی	-	-	-	-	-

تابلوی شماره (۱۲): سنجش آزمون پاراکلینیک در فرمهای کولائزیت حاد.

شماره بیمار	قند خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکالن فسفاتاز واحد**	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	آمیلاز خون واحد
۹	۹۸	۴۲	-	۵/۱	۲/۵	۲/۵	۶۰
۱۸	۷۹	۳۳	۲/۵	۶	۲/۵	۳/۵	-
۲۰	۹۶	۳۰۰-۵۰۰ (*)	۱۶	-	-	-	۶۰
۲۶	-	-	۲/۱	-	-	-	-
۲۷	-	-	-	-	-	-	-
۲۲	۸۴	۱۹	-	-	-	-	-

+ = بیمار فوت شده
 (*) بیمار دارای خونریزی گوارشی واضح بوده است

** = واحد بسی ولاری

تابلوی شماره (۱۳): مقایسه امتحانات پاراکلینیک در فرمهای پانکراتیت مزمن و کوله سیستیت مزمن

شماره بیمار	فرمول شمارش میلیمتر مکعب	دیفرانسیل سلولی، درصد	اندازه هموگلوبین، گرم درصد	هما توکریت درصد	سدیمنتاسیون میلیمتر در ساعت	شمارش بلاکت درصد
۱۴	۶۵۰۰	۷۹ سگمانه ۱۲ لنفوسیت	۱۲	۳۵	۲۸	-
۱۵	۵۰۱۰	۷۴ سگمانه ۱۶ لنفوسیت	۱۶	۴۸	-	۱۲۴۰۰۰
۱۷	۹۳۰۰	۶۵ سگمانه ۲۹ لنفوسیت	۹	۲۷	۹۵	-
۲۱	۶۶۰۰	۶۲ سگمانه ۳۵ لنفوسیت	۱۶/۵	۴۸	۸۴	-
۱۱	۸۴۵۰	۶۵ سگمانه ۲۳ لنفوسیت	۱۴	۴۰	۱۰۷	-

تابلوی شماره (۱۴): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای پانکراتیت مزمن و کوله سیستیت مزمن

شماره بیمار	کشت خون	آنتی ژن استراليا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلروبین توتال میلی گرم درصد	بیلروبین مستقیم میلی گرم %
۱۴	-	-	-	۷۲	۶۶	-	۱۸	۱۲
۱۵	-	منفی است	منفی	۱۱۸	۸۳	۲۸۰	۶/۵	۴/۵
۱۷	منفی است	-	-	۹۷۴	۱۱۲	۱۲۰۰	۲۸/۵	۱۷/۵
۲۱	منفی است	-	-	۹۲۰	۱۲۶	-	۲۸/۵	۲۰/۵
۱۱	-	-	-	۱۰۸	۴۰	-	۲/۵	۱/۲

تابلوی شماره (۱۵): مقایسه آزمونهای پاراکلینیک در فرمهای پانکراتیت مزمن و کوله سیستیت مزمن

شماره بیمار	قند خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکالن فسفاتاز واحد	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	آمیلاز خون، واحد
۱۴	-	-	۴۱*	-	-	-	۱۵۰
۱۵	-	۵۲	۷/۵**	۶	۳/۸	۲/۲	۶۰
۱۷	۱۲۲	۲۷	۱۷/۲*	۵/۹	۲/۲	۳/۷	۳۸
۲۱	۸۷	۲۷	۷/۵*	۶/۷	۳/۸	۲/۹	-
۱۱	۸۵	-	۱۸/۵*	۵/۵	۲/۵	۱/۵	۱۵۰

** = واحد بردانسی
 *** = واحد بسی ولاری

تابلوی شماره (۱۶) : مقایسه پاراکلینیک در فرمهای کوله سیستیت حاد

شماره بیمار	فرمول شمارش میلیمتر مکعب	دیفرانسیل سلولی درصد	هموگلوبین گرم درصد	هما توکریت درصد	سدیمنتاسیون میلیمتر در ساعت	شمارش پلاکت درصد
۴	۵۰۰۰	۶۷ سگمانته	-	-	-	-
۷	۱۳۰۰۰	۶۹ سگمانته ، ۲۱ لنفوسیت ، ۶ سلول باند	۱۲	۳۷	-	۳۰۰۰۰۰
۱۰	۶۷۵۰	۴۵ سگمانته ، ۳۴ لنفوسیت ، ۱۲ ائوزینوفیل ، ۷ سلول باند	۱۳	۳۸	۵۲	-

تابلوی شماره (۱۷) : مقایسه پاراکلینیک در فرمهای کوله سیستیت حاد

شماره بیمار	کست خون	آنتی ژن استراليا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلیروبین توتال میلی گرم درصد	بیلیروبین مستقیم میلی گرم درصد
۴	منفی است	مثبت است	-	-	۳۷۵	-	-	۱۶ بعد از درمان
۷	" "	" "	-	۱۴۵	۱۱۷	-	۷	۶ / ۵
۱۰	" "	" "	پاراب ۱ / ۳۰۰	-	-	-	۹	۶ / ۵

تابلوی شماره (۱۸) : مقایسه آزمونهای پاراکلینیک در فرمهای کوله سیستیت حاد

شماره بیمار	فند خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکان فسفاتاز واحد سی لاری	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	امیلاز خون، واحد
۴	-	-	۱۰/۵	-	-	-	۱۵۰
۷	-	-	۷	-	-	-	۱۰۰
۱۰	۸۷	۲۹	-	-	-	-	۱۸۰

تابلوی شماره (۱۹) : مقایسه پاراکلینیک در فرمهای هیاتیت سالمونلانی

شماره بیمار	فرمول شمارش میلیمتر مکعب	دیفرانسیل سلولی، درصد	هموگلوبین گرم درصد	هما توکریت درصد	سدیمنتاسیون میلیمتر در ساعت	شمارش پلاکت درصد
۲۲	۱۲۸۰۰	۷۴ سگمانته، ۲۴ لنفوسیت	۷/۲	۲۴٪	-	-
۲۶	۷۵۰۰	۳۵ سگمانته، ۶۵ لنفوسیت	۱۱/۵	۳۴/۵	-	-
۲۷	۱۵۳۰۰	۶۸ سگمانته، ۲۹ لنفوسیت، ۳ سلول باند	۶/۵	۲۱	-	-

تابلوی شماره (۲۰) : مقایسه پاراکلینیک در فرمهای هیاتیت سالمونلانی

شماره بیمار	کست خون	آنتی ژن استراليا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلیروبین توتال میلی گرم درصد	بیلیروبین مستقیم میلی گرم درصد
۲۲	منبت از نظر سالمونلانی بعد از یک هفته	-	-	۵۶	۴۰	-	۴/۹	۴
۲۶	-	-	۱/۳۲	۱۹۰	۱۴۲	-	۴/۵	۴
۲۷	کست خون از نظر سالمونلانی در دو بوبت منبت	-	-	۶۵۰	۱۳۰	-	-	-

تابلوی شماره (۲۱): مقایسه آزمایشهای پاراکلینیک در فرمهای هپاتیت سالمونلاتی

شماره بیمار	قد خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکانل فسفاتاز واحد	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	امیلاز خون واحد
۲۲	۸۴	۱۹	-	-	-	-	-
۲۶	-	-	-	-	-	-	-
۲۷	-	-	-	-	-	-	-

تابلوی شماره (۲۲): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای سرطان سرپانکراس، کیسه صفرا، مجاری صفراوی و لنفوسارکوم

شماره بیمار	فرمول شمارش، میلیتر مکعب	دیفراسیل سلولی درصد	هموگلوبین گرم درصد	هماتوکریت درصد	سدیماسیون، میلیتر در ساعت	سمازین بلاک درصد
۳	۷۷۰۰	۶۸ سگمانه، ۳۰ لنفوسیت	۱۳	-	-	-
۶	۷۴۰۰	۷۳ سگمانه	۱۴/۵	۳۷/۵	۷۰	-
۱۹	۷۳۰۰	۸۴ سگمانه، ۱۶ لنفوسیت	۱۰/۵	۳۰	-	-
۲۴	۱۶۰۰	۵۸ لنفوسیت	-	-	۱۳۲	-
۲	۷۴۰۰	۶۸ سگمانه	-	-	۸۵	-
۱۲	۳۱۵۰	۱۷ لنفوسیت	۱۰	۳۰	-	۷۴۰۰۰
		۶۰ لنفوسیت، ۱۰ سلول ماند				

تابلوی شماره (۲۳): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای سرطان سرپانکراس، کیسه صفرا، مجاری صفراوی و لنفوسارکوم

شماره بیمار	کشت خون	آنتی ژن استرالیا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلروبین توتال میلی گرم درصد	بیلروبین مستقیم میلی گرم درصد
۳	-	منفی است	-	-	-	-	۲۲/۵	۱۶
۶	-	-	-	۹۵	۹۰	۵۰۰	۲۲/۸	۱۷/۲
۱۹	-	-	-	۱۷۴	۱۷۰	-	۲۱/۵	۳۹/۸
۲۴	-	-	-	-	۵۹	-	بعد از ۹ روز از تاریخ بستری	۲۰
۲	-	-	منفی است	-	۱۰۸	۷۱۰	-	۸/۵
۱۲	منفی است	-	پارا	-	-	-	۵/۵	۴/۵

تابلوی شماره (۲۴): مقایسه پاراکلینیک فرمهای سرطان سرپانکراس، کیسه صفرا، مجاری صفراوی و لنفوسارکوم

شماره بیمار	قد خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکانل فسفاتاز	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	امیلاز خون واحد
۳	-	-	*۲۰/۵	۴/۹	۲/۵	۲/۱	۸۲
۶	-	-	*۱۳/۲	۷/۵	۳/۸	۳/۷	۱۰۰
۱۹	۷۶	۱۰۷	**۱۰	-	-	-	-
۲۴	۵۱	۲۴	*۲۴/۵	-	-	-	۶۰۰
۲	-	-	*۲۲/۵	-	-	-	-
۱۲	۱۰۵	۲۹	-	۶	۳/۹	۲/۱	-

* = واحد بوداسکی ** = واحد سی لاری

تابلوی شماره (۲۵): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای سیروز اولیه صفراوی و اسکروز کولانژیت

شماره بیمار	فرمول شمارش میلیتر مکعب	دیفراسیل سلولی درصد	هموگلوبین گرم درصد	هماتوکریت درصد	آلبومین گرم درصد	سدیماسیون، میلیتر در ساعت	بلاک درصد
۱	۷۲۰۰	۵۵ سگمانه، ۳۶ لنفوسیت	-	-	-	-	-
۵	۵۴۵۰	۶۶ سگمانه، ۱۹ لنفوسیت	-	-	-	-	-
۱۳	۶۳۰۰	۷۰ سگمانه، ۲۴ لنفوسیت، ۲ اورسوفیل	۱۳	۴۰	۶۸	-	-

تابلوی شماره (۲۶): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای سیروز اولیه صفراوی و اسکروز کولانژیت

شماره بیمار	کشت خون	آنتی ژن استرالیا	ویدال	SGOT	SGPT	LDH	بیلروبین توتال میلی گرم %	بیلروبین مستقیم میلی گرم %
۱	-	منفی است	منفی است	۱۱۵	۵۶	-	۲۴	۱۸
۵	-	-	-	-	۳۸	-	۲۰	۱۲/۵
۱۳	-	منفی است	منفی است	۶۲	۱۰۰	-	۱۰/۵	۶/۵

تابلوی شماره (۲۷): مقایسه پاراکلینیک در فرمهای سیروز اولیه صفراوی و اسکروز کولانژیت

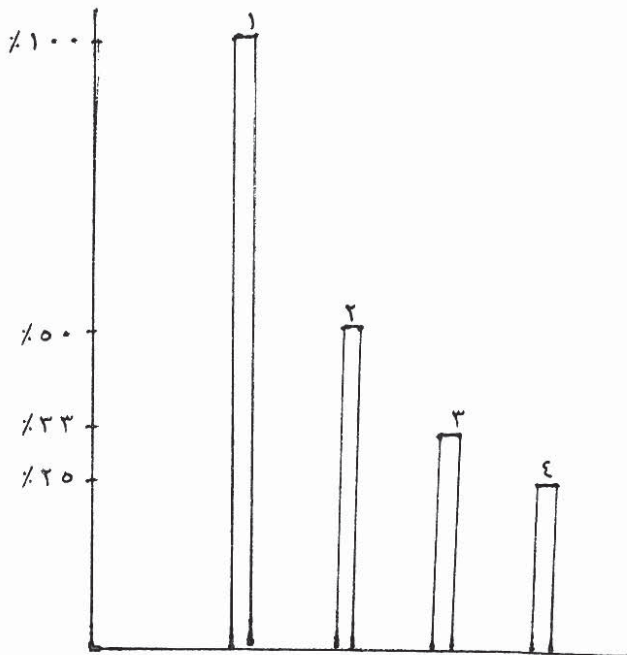
شماره بیمار	قد خون میلی گرم درصد	اوره خون میلی گرم درصد	آلکانل فسفاتاز واحد سی لاری	بروتین توتال گرم درصد	آلبومین گرم درصد	گلوبولین گرم درصد	امیلاز خون واحد
۱	۹۵	۳۵	۹/۵	۵/۵	۱/۵	۳/۵	۱۸۰
۵	-	-	۹/۵	-	-	-	-
۱۳	۸۲	۲۰	-	-	-	-	-

تابلوی شماره (۲۸): نسبت و درصد نشانگان بالینی مبتلایان به ایگر

نوع بیماری	تب و لرز	ایگر	خارش	استفراغ	کیسه صفرا بزرگ	هیپاتومگالی	آسیت	درد هیپوکوندر راست و ایگاستر	اسهال	ملنا	سرفه و تنگی نفس
کولانژیت حاد	۵/۵	۵/۵	-	۴/۵	۱/۵	۴/۵	-	۲/۵	۲/۵	۲/۵	-
	%۱۰۰	%۱۰۰	-	%۸۰	%۲۰	%۸۰	-	%۴۰	%۴۰	%۴۰	-
پانکراتیت مزمن	۲/۴	۴/۴	۱/۴	۱/۴	۲/۴	۴/۴	۲/۴	۴/۴	-	-	-
	%۵۰	%۱۰۰	%۲۵	%۲۵	%۵۰	%۱۰۰	%۵۰	%۱۰۰	-	-	-
کوله سیستیت مزمن	۱/۳	۳/۳	۱/۳	۲/۳	۱/۳	۲/۳	-	۳/۳	-	-	-
	%۳۳	%۱۰۰	%۳۳	%۶۵	%۳۳	%۶۵	-	%۱۰۰	-	-	-
کوله سیستیت حاد	۲/۳	۳/۳	-	۲/۳	۲/۳	-	-	۲/۳	-	-	-
	%۶۵	%۱۰۰	-	%۶۵	%۶۵	-	-	%۶۵	-	-	-
هیپاتیت سالمونلانی	۳/۳	۳/۳	-	۲/۳	-	۱/۳	-	-	۱/۳	۱/۳	۱/۳
	%۱۰۰	%۱۰۰	-	%۶۵	-	%۳۳	-	-	%۳۳	%۳۳	%۳۳
سرطان سرباگر اس	۱/۲	۲/۲	۲/۲	۱/۲	۲/۲	۲/۲	-	-	-	-	-
	%۵۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۵۰	%۱۰۰	%۱۰۰	-	-	-	-	-
تومور کیسه صفرا	-	۲/۴	۱/۲	۱/۲	-	۲/۲	۱/۲	۲/۲	-	۱/۲	-
	-	%۱۰۰	%۵۰	%۵۰	-	%۱۰۰	%۵۰	%۱۰۰	-	%۵۰	-
سیروز صفراوی اولیه	-	۲/۲	۲/۲	-	-	۱/۲	۱/۲	-	-	-	-
	-	%۱۰۰	%۱۰۰	-	-	%۵۰	%۵۰	-	-	-	-
اسکلروز کولانژیت ثانویه	-	۱/۱	۱/۱	-	۱/۱	۱/۱	-	-	-	-	-
	-	%۱۰۰	%۱۰۰	-	%۱۰۰	%۱۰۰	-	-	-	-	-
کارسینوم پاپیلر	-	۱/۱	۱/۱	-	-	۱/۱	-	-	-	-	-
	-	%۱۰۰	%۱۰۰	-	-	%۱۰۰	-	-	-	-	-
اسفنگتراودی	۱/۱	۱/۱	۱/۱	-	۱/۱	-	-	-	-	-	-
	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	-	%۱۰۰	-	-	-	-	-	-
لنفو سارکوم	۱/۱	۱/۱	-	-	-	۱/۱	-	-	-	-	-
	%۱۰۰	%۱۰۰	-	-	-	%۱۰۰	-	-	-	-	-
هیپاتیت مزمن فعال	-	۱/۱	-	-	-	۱/۱	-	۱/۱	-	-	-
	-	%۱۰۰	-	-	-	%۱۰۰	-	%۱۰۰	-	-	-
هیپاتیت مالاریائی	۱/۱	۱/۱	-	۱/۱	-	۱/۱	-	۱/۱	-	-	-
	%۱۰۰	%۱۰۰	-	%۱۰۰	-	%۱۰۰	-	%۱۰۰	-	-	-

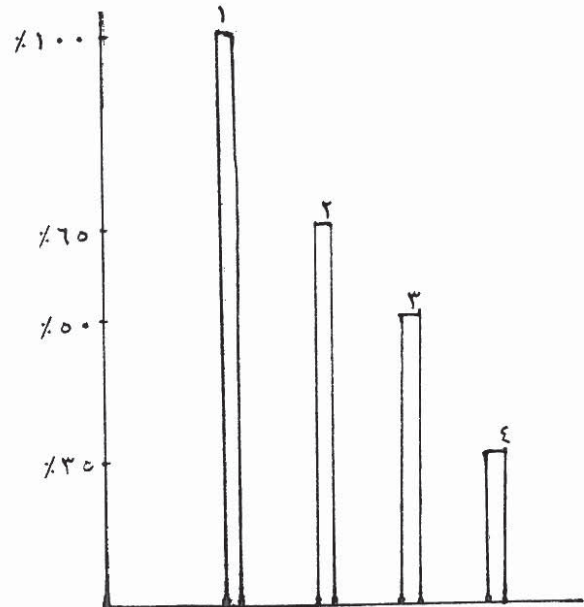
توضیح: نوک طحال و اسپانومگالی فقط در موارد مالاریا و یواکس (بیمار ۲۳)، هیپاتیت و کولانژیت سالمونلانی (بیمار ۲۷)، نفوسارکوم احشانی (بیمار ۱۲) و کولانژیت حاد عفونی دیده میشود.

تابلوی شماره ۳۰: نسبت وجود علامت خارش در ۲۷ بیمار با ایکتر



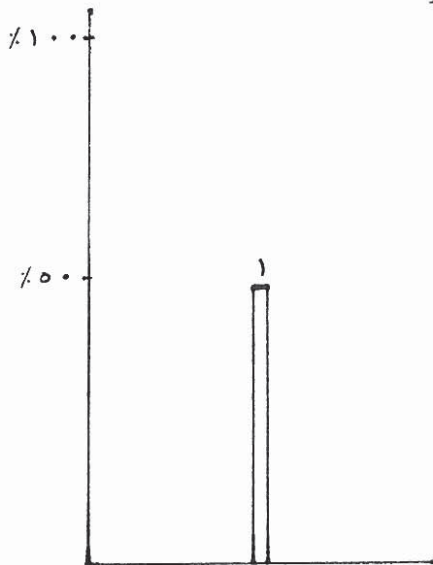
- ۱- سرطان سربانکراس، سیروز صفراوی اولیه، اسکروز کولانژیت اولیه و ثانویه، توموراسفنگتراودی.
- ۲- تومورکیسه صفرا.
- ۳- کوله سیستیت مزمن.
- ۴- پانکراتیت مزمن.

تابلوی شماره ۲۹: نسبت درصد تب و لرز در ۲۷ بیمار با ایکتر



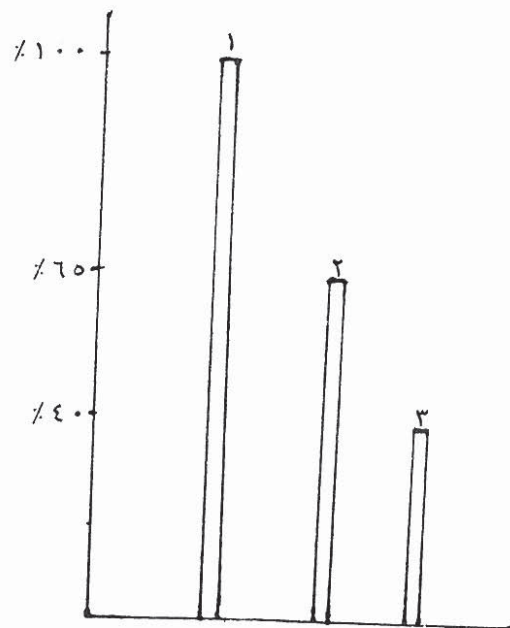
- ۱- کولانژیت حاد عفونی و سالمونلائی، هیاتیت مالاریائی، کارسینوم پاپیلراسفنگتراودی، لنفوسارکوم لنفوبلاستیک.
- ۲- کوله سیستیت حاد.
- ۳- سرطان سربانکراس، پانکراتیت مزمن.
- ۴- کوله سیستیت مزمن.

تابلوی شماره ۳۲: نسبت وجود مایع آسیت و پیدایش تدریجی آن در ۲۷ بیمار با ایکتر



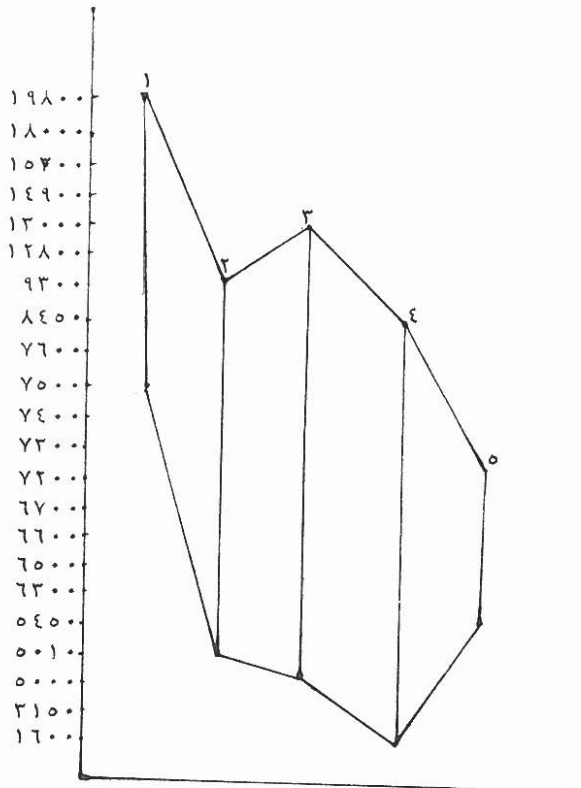
- ۱- سیروز صفراوی اولیه، پانکراتیت مزمن، تومورکیسه صفرا.

تابلوی شماره ۳۱: نسبت وجود درد اپیگاستر و هیپوکوندر راست در ۲۷ بیمار با ایکتر



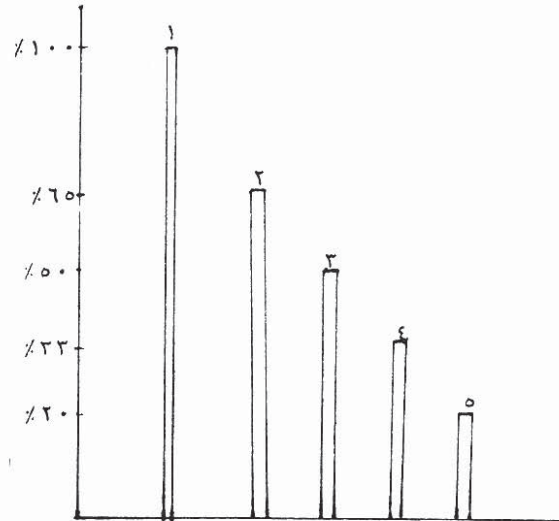
- ۱- پانکراتیت مزمن، کوله سیستیت مزمن، تومور کیسه صفرا، هانت مالاریائی، هیاتیت مزمن
- ۲- کوله سیستیت حاد
- ۳- کولانژیت حاد.

(تابلوی شماره ۲۴): مقایسه فرمول شمارش و حداقل و حداکثر نوسان آن در بیمار ۲۷ با ایزتر



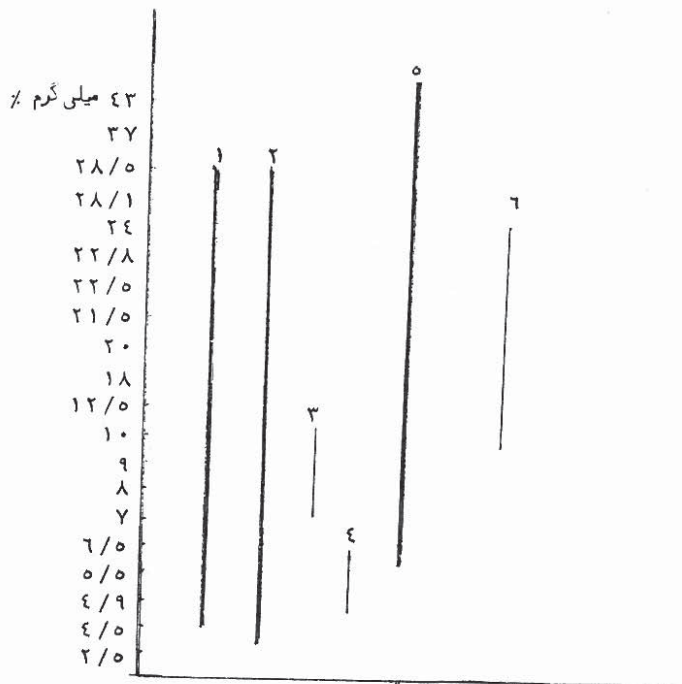
- ۱- کولانژیت حاد
- ۲- پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن
- ۳- کوله سیستیت حاد
- ۴- سرطان سربانکراس، سرطان کیسه صفرا، سرطان مجاری صفراوی خارج کبدی، لنفوسارکوم سیستم رتیکولر
- ۵- سروز اولیه صفراوی، اسکروز کولانژیت اولیه و ثانویه

(تابلوی شماره ۲۳): نسبت وجود علامت کیسه صفراوی بزرگ در بیمار ۲۷ با ایزتر



- ۱- سرطان سربانکراس، تومور اسفنکتر اودی، اسکروز کولانژیت اولیه
- ۲- کوله سیستیت حاد
- ۳- پانکراتیت مزمن
- ۴- کوله سیستیت مزمن
- ۵- کولانژیت حاد

(تابلوی شماره ۲۵): مقایسه مقدار بیلیروبین توتال در ۲۷ بیمار با ایزتر



- ۱- کولانژیت حاد (بیماران شماره ۲۲، ۱۸، ۲۷، ۹، ۲۵ و ۲۶)
- ۲- پانکراتیت و کوله سیستیت مزمن (بیماران شماره ۱۵، ۱۴، ۱۷، ۲۱ و ۱۱)
- ۳- کوله سیستیت حاد (بیماران شماره ۱۰ و ۷)
- ۴- هپاتیت سالمولانی (بیماران شماره ۱۹، ۱۲، ۶، ۳ و ۲۴)
- ۵- سرطان سربانکراس، سرطان کیسه صفرا، ایبیلیومای مجرای اودی، لنفوسارکوم لنفوبلاستیک سیستم رتیکولر
- ۶- سروز اولیه و کولانژیت اسکروزه اولیه و ثانویه (بیماران شماره ۲۴، ۱۳، ۵)

