مجله دانشکده پزشکی ــ دانشگاه ملی ایران
سال دوم ــ شماره پنجم صفحه ۳۹۲ ــ ۳۹۵

خلاصهٔ پایان نامه ها

داریوش گوران سوادکوهی
تاریخ دفاع ازرساله : ۳۱ر۵ر۵۱
استاد راهنما : دکتر محمد جعفریان
موضوع رساله : اسپاسم‌دوسلام

SALAAM CONVULSION

در دوره کارورزیم در بخش آقای دکتر محمد جعفریان استاد محترم در بیمارستان اطفال بیمه های اجتماعی شماره ٤ بادومورد ازنوع خاصی از تشنجات صرعی در شیرخواران و اطفال برخورد نمودم که بنام Salaam Convulsion یا Infantil Myoclonic Seizures یا بعبارت فارسی تشنجات میوکلونیك صرعی زودرس در شیرخواران و اطفال نامیده میشود .

نتایج حاصله ازنظر تشخیصی و درمانی این‌دومورد به‌نحو بارزی رضایتبخش بوده است بطوریکه دوبیمار یادشده ازنظر کلینیکی وازنظر الکتروانسفالوگرافی بهبودی حاصل نمودند . بطورکلی اسپاسم‌دوسلام یك‌نوع تشنج میوکلونیك صرعی درشیرخواران و اطفال میباشد که اولین‌بار توسط West در سال ۱۸٤۱ شرح داده است . مشخص این نوع‌صرع انقباض سریع و ناگهانی دستجاتی از عضلات است که بهمراه آن متعاقبا انبساط عضلات فوق‌الذکر دیده میشود واصطلاحا این حالت انبساط وانقباض عضلانی‌رابنام Myoclonus نامگذاری کرده‌اند .

علائم بالینی بیماری غالبا بین ۳ تا ۸ ماهگی دیده میشود و غالبا توسعه و پیشرفت وتظاهراتش قبل‌از شش‌ماهگی است ، ۹۰٪ این نوع صرع غالبا در سال اول زندگی حادث میشود و تاقبل‌از پیدایش علائم کلینیکی طفل از نظر رشد جسمانی و عقلانی طبیعی بوده است .

اتیولوژی این بیماری را ناشی ازعلل زیر میدانند :

صرف‌نظر ازیك علت ایدیوپاتیك که غالباً دربیش‌از ۵۰ درصد موارد باآن مواجه میشویم سایر علل ایجاد این بیماری عبارتند از :

۱ ــ بعد از ضربه : Post Tromatic مانند صدمه موقع زایمانی و آنوکسی وهماتوم زیر سخت شامه .

۲ ــ عفونتها : بعداز آنسفالیت‌ها و یا آنسفالیت همه‌جانبه تحت حاداسکلروزان .

۳ ــ علل متابولیکی :

Post-Degenerative مانند آمینواسیدیوری :

فنیل‌کتونیوری هیپوگلیسمی .

غیر طبیعی بودن پیری‌دوکسین

بیماریهای ذخیره‌ای لیپیدی : بیماری‌تای‌ساکس

بیماریهای ذخیره‌ای موکوپولی ساکاریدی

توبروزاسکلروز

بیماری استورج‌وبر

٤ ــ علل سمی

۵ ــ مالفورماسیونهای مغزی : مانند آژنزی‌مغزی، یرونسفالی را نیز ازعلل بیماری میدانند . بررسی الکترو ــ آنسفالوگرافیك دراین اختلال صرعی نشاندهنده یك‌پاترن الکتریك غیر طبیعی ویژه‌ای میباشد که بنام هیپس‌آرتیمی اسم‌گذاری شده است .

موجی باولتاژ بالا وناگهانی و آهسته (Spike) یعنی موج نوك‌تیزدرتمام نواحی دیده میشود . این‌دیس‌شارژ ــ های اسپایکی هرگز مرتب نبوده و همینطور اورگانیزه نمیباشند . این ترم (هیپس‌آرتیمی) قویاً یك‌ترم الکترو ــ آنسفالوگرافیك است . از خصوصیات این امواج آنست که لحظه به‌لحظه مکان و مدت تغییر مینمایند ، زمانی بنظر میرسد لوکالیزه باشند و دقیقه‌ای بعد چنین تصور میشودکه از کانونهای متعدد سرچشمه‌گرفته‌اند . گاهگاهی‌این‌اسپایك‌ها ژنرالیزه میشوند ولی هرگز به‌صورت یك نمودار ریتمیك باژنرالیزه‌بودن زیاد و فراوان که میتواند نشانه یك‌دیس‌شارژ صرع‌پتی‌مال باشد ، دیده نمیشود . این علائم الکتروآنسفالو ــ گرافیك غیرطبیعی دراین بیماران چه درخواب وچه در بیداری بوضوح دیده میشود .

درمان این بیماری صرف‌نظر ازیك درمان اورژانس تشنجها و درصورت امکان درمان اتیولوژیك بیماری درمانی اختصاصی است که درمورد این اختلال صرعی بکار میرود . داروهای بسیاری برروی این بیماران مطالعه شده است و

ازآنجمله مگادان ، دیازپام ، فنوباربیتال ، Acth وکورتیکو-استروئید ها .

امروزه توسط Acth وکورتیکواستروئیدها بااضافه نمودن دیازپام ودربعضی موارد لومینال توانسته‌اند به‌نتایج قابل ملاحظه‌ای در نزد این بیماران برسند . در دومورد که باآن برخورد نمودم بتوسط Acth وکورتیکواستروئیدها و لومینال نتایج ارزنده وقابل ملاحظه‌ای هم ازنظر کلینیك وهم‌ازنظر الکتروآنسفالوگرافیك بدست آمده است وحتی دریك مورد بعلت تشخیص زودرس و اقدام بدرمان فوری ازنظر کاربرد عقلانی نیز نتایج سودمندی درطفل عاید شده است .

پیش آگهی بیماری بستگی به‌سن بیمار واتیولوژی اختلال تشنجی و فاصله زمانی بین شروع تشنج و شروع درمان دارد که هرچه کمتر باشد این پیش‌آگهی بهتر خواهد بود ، ازنظر فیزیوپاتولوژی این بیماری را ناشی از یك اختلال درناحیه تحت قشری بصورت فعالیت نورونی غیر طبیعی میدانند که تظاهریست ازیك فنومن اولیه در ناحیه تحت قشری . علت عقب ماندگی این بیماران معلوم نیست ، شاید جدائی وسیعی از فعالیت نورونی مغزی بتواند این اختلال را در آنان توجیه نماید .

حسن محمدیان روشن

تاریخ دفاع ازرساله : ۲۲ر۹ر۵۱

استاد راهنما : دکتر هوشنگ ساغری

موضوع‌رساله : اشکال بالینی و طرق پیشگیری بیماری آبله

بیماری آبله ویروسی ومسری حاد بوده وبا علائم عمومی مقدماتی شبیه آنفلوآنزا شروع گردیده بتدریج‌آنانتم واگزانتم پیشرونده که به‌پوستول واسکار منتهی میشود ، بوجود میآید . این بیماری از زمانهای قبل وبعد از میلاد موجب تلفات سنگین شده و حتی درسال ۱۹۷۲ میلادی در مناطق آلوده آسیا و افریقا وشمال امریکا بیش‌از ۲۳ر۶۶۰ نفر به‌آبله دچار شدند .

عامل بیماری،ویروسهای Small و Alastrim می‌باشند که به‌ترتیب سبب بیماری شدید و خفیف درانسان میگردند . این ویروسها آجری شکل ، باندازه ۲۰۰ تا ۳۰۰ میکرون وقابل دید بامیکروسکپ الکترونیك میباشند .

سرایت بیماری معمولا ازطریق دستگاه تنفس بوده و دوره کمون بیماری بطور متوسط دوازده روز است . ویروسهای نامبرده بعداز ورود دربدن تکثیر یافته و ویرمی که پیدایش تب شناخته میگردد ــ بوجود میآید . سپس ویروسها مخاطها و پوست وارگانهای دیگر بدن را مورد حمله قرار داده و ایجاد انانتم واگزانتم نموده و سبب بزرگی کبد ، طحال و غدد لنفاوی ونیز خونریزی در پوست و اعضاء داخلی میشوند .

ویروسها باتجمع خود در نزدیك هسته و داخل‌هسته سلولهای اپی‌درم و مخاطی اجسام گازنیری مشهور ایجاد مینمایند .

اغلب بثورات هرمنطقه دریك مرحله پیشرفت بوده حالب نافی دارند و بیشتر انتهاها گرفتار میشوند . گاهی لزیونهای پوستی بهم تلاقی یافته و نوع وخیم بیماری بنام کنفلوئنت را بوجود میآورند . بیماری آبله‌ای ازچند روز پیش ازظهور بثورات تاپاك‌شدن لزیونهای پوستی منبع‌عفونت ویروس آبله میباشد . اشکال کلینیکی زیادی مانند نوع کلاسیك یاشدید ، نوع وخیم یاکنفلوئنت ، نوع خفیف یا الاستریم نوع سقطی یا Pre Eruptive ، نوع شبه آبله یاواریولوئید ، نوع شبه آبله مرغان یاواریسلوئید و مخصوصا دوفرم خونریزی دهنده که یکی درمرحله پرودرومال اتفاق افتاده که باصد درصد مرگ همراه بوده و دیگری درمراحل وزیکولاروپوستولار که بامرگ ومیر کمتر اتفاق افتاده ملاحظه میگردد .

در تشخیص افتراقی مراحل مختلف سیر بیماری‌آبله باید بیماریهای ویروسی دیگر ، بیماریهای باکتریال، سپتی-سمی بیماریهای خونریزی دهنده ، بثورات داروئی‌ولزیونهای پوستی باعلل دیگر رانفی ویا به‌ثبوت رسانید .

عوارض بیماری آبله عبارتند از عفونت اضافی باکتریال ، تهاجم عفونت ویروس آبله بارگانهای دیگر ، گانگرن پوست وجداشدگی یکپارچگی آن ، ریختن موها ، ابروها وناخنها ، آسیب گوش ، نارسائی‌قلب ، خونریزی‌پوستی واحشاء داخلی ، عوارض کلیوی ، ارکیت و سقط وناهنجاری جنین، آنسفالومیلیت‌مننگومیلیت، میلیت و آسیب‌بصل‌النخاع.

در درمان بیماری آبله باید کم‌وبیش از مواد و امور ذیل استمداد بجوئیم :

مایه کوبی ، آنتی‌هیستامین، مولتی ویتامین، سرم-تراپی جهت تعادل آب والکترولیت، آنتی‌بیوتیك تراپی در حدود روزهشتم بیماری، گاماگلوبولین ، سرم ناقه‌حیوانی و انسانی ، گوآگولان ، پلاسما، قطره‌وپمادچشمی ، کورتون، مسکن حمام در مراحل آخر بیماری و پرستاری و بهداشت بیمار در سراسر ایزولمان .

بطور خلاصه در پیشگیری از بیماری آبله بنکات زیر باید توجه خاص شود :

۱ ــ اعلام موارد بیماری، مناطق آلوده ومرگ‌ومیر به W.H.O. ومراکز بهداشتی اجباری است .

۲ ــ ایزوله نمودن بیمار مبتلا بآبله بمدت ۴۰ روز در بیمارستان .

۳ ــ ضد عفونی کردن راههای خروجی بدن ، وسایل و سرویسی که بیماران آبله‌ای درآن بستری هستند .

۴ ــ عدم ملاقات از بیماران آبله‌ای .

۵ ــ مایه‌کوبی عمومی در موارد اپیدمی .

۶ ــ استفاده ازماسك ، دستکش ، گان وجوراب چکمه‌ای توسط کلیه افرادیکه بابیماران سروکار دارند (پزشك ، پرستار ودیگر کارکنان سرویس) .

۷ ــ درنواحی آندمیك نوزادان باید مایه‌کوبی‌شوند درغیر اینصورت بآخر سال اول تولد بتاخیر میافتد .

۸ ــ مایه‌کوبی بزرگسالان هر ٦ تا ۱۲ ماه یکبار درنواحی آندمیك ودرنواحی دیگر هر ۳ تا ۵سال .

۹ ــ مایه آبله باید تازه و فعال باشد .

۱۰ ــ محل تلقیح بعداز یك هفته باید مشاهده‌گردد تا واکنش آن بررسی شده ، درصورت لزوم مایه کوبی تکرار شود .

۱۱ ــ چون مایه‌کوبی مصونیت نسبی میدهد مایه‌کوبی مجدد لازمست .

۱۲ ــ شخصی که در معرض بیماری قرار گرفته باید بلافاصله واکسینه شود .

۱۳ ــ زن حامله بجز درسه‌ماهه اول و دوماهه‌آخر حاملگی باید واکسینه گردد .

۱٤ ــ درموارد ممنوعیت مایه‌کوبی و بروزاپیدمی میتوان باواکسن ضعیف مایه‌کوبی نمود .

۱۵ ــ شخصی که درمعرض بیماری آبله قرارمیگیرد جهت پیشگیری از بیماری میتواند متی‌زازون مصرف نماید .

۱٦ ــ در درمان بیماری آبله و پیشگیری از آن واکسیناگاماگلوبولین موثر است .

۱۷ ــ به‌ممنوعیت مایه‌کوبی آبله باید توجه شود :

الف ــ بدی رشد وکودك بیمار .

ب ــ نارس‌ها تاششماه

ج ــ سه‌ماه اول ودوماه آخر حاملگی

د ــ بیماریهای عفونی

ه ــ بیماریهای نئوپلاستیك

و ــ دیس‌گاماگلوبولینمی

ز ــ اگزماودرماتیت های دیگر

ح ــ شخصی که اشعه یونیزه دریافت مینماید ویا بمدت طولانی کورتیکواستروئید مصرف میکند .

ط ــ بیماریهای حاد سلسله اعصاب .

ی ــ واکسیناسیون برعلیه بیماری دیگری توسط ویروس زنده تایکماه .

۱۸ ــ عوارض واکسیناسیون :

الف ــ واکسینیاگانگرنوزا

ب ــ اگزمای واکسیناسیون

ج ــ واکسینیای عمومی

د ــ آنسفالومیلیت

ه ــ اریتم مولتی‌فرم .

حمید حقیقت‌فرد

تاریخ دفاع از رساله : ٤ر۱۱ر۵۱

استاد راهنما ــ دکتر ارنواز

موضوع رساله : ارزش آنژیوکاردیوگرافی در تشخیص ناهنجاریهای مادرزادی شریان ریوی

بیماریهای مادرزادی قلب به‌سه‌دسته کلی طبقه‌بندی شده‌اند :

۱ ــ ناهنجاریهائی که بین قلب راست وچپ ارتباط هست مثل تترالوژی فالوویا A.S.D.

۲ ــ ناهنجاریهائی که ایجاد انسداد در برابرجریان خون میکنند مثل تنگی شریان ریوی .

۳ ــ ناهنجاریهائی که اثر مستقیمی روی جریان خون ندارند مثل ناهنجاری‌های قوس آئورت .

غالب این ناهنجاریها از روی سابقه ، علائم‌فیزیکی وامتحانات پاراکلینیکی چون رادیوگرافی والکتروکاردیوگرافی تشخیص داده میشود . لیکن چنانچه تشخیص قطعی وتعیین محل دقیق ضایعه موردلزوم باشد (بخصوص ازنظر عمل جراحی) از کاتتریزاسیون قلب ، انژیوکاردیوگرافی وائورتوگرافی‌استفاده میگردد . مطالبی‌که باید انژیوکاردیوگرافی روشن سازد شامل محل ومیزان تنگی ، اندازه ومحل ضایعه سپتوم درجه چرخش ائورت ونشان دادن شرائین سیستمیك وعروق ریوی است . هنگام مطرح شدن انجام این آزمایش باید موارد منع انجام آنرا ازقبیل حساسیت بیمار به ید که شرح داده شده است نیزدرنظرداشت .

ناهنجاریهای مادرزادی شریان ریوی بچهار دسته کلی تقسیم میشود :

۱ ــ استنوزشریان ریوی با مبداء آئورتی طبیعی .

۲ ــ اترزی شریان ریوی باسپتوم بطنی سالم .

۳ ــ استنوز یا اترزی شاخه‌های شریان ریوی .

٤ ــ استنوز شریان ریوی توام با نقص دیواره‌بین دوبطن و شنت راست به چپ .

(تترالوژی‌فالو) درنوع اول در حالتی‌که تنگی ازنوع دریچه‌ای باشد انژیوکاردیوگرام دریچه تنگ شده را بصورت مامبران برجسته‌ای نمایان میسازد که منفذ آن با جریان ماده حاجب مشخص‌شده وشبیه فواره بنظر میرسد . تنه اصلی شریان ریوی معمولا گشاد شده است . درصورتیکه تنگی ازنوع انفاندیبولار باشد معمولا انفاندیبولوم طبیعی گشاد شده شکل قیف بخود میگیرد .

دسته دوم (اترزی شریان ریوی) به‌تنهائی خیلی نادر بوده ومعمولا با مالفورماسیونهای دیگر قلبی همراه‌است. وضع گردش خون در این ناهنجاری مثل اترزی دریچه تریکوسپیداست . انژیوکاردیوگرافی دراین مواردگشادشدن منطقه انفاندیبولوم وسینوس بطن وهمچنین عدم پرشدن شریان ریوی را ازماده حاجب نشان داده است .

دسته سوم (استنوز یا اترزی شاخه‌های شریان‌ریوی) نیز بعنوان یك‌ناهنجاری‌مجزا نادربوده ومعمولا باناهنجاریهای دیگر قلبی همراه است . دومورد ازاین ناهنجاری شرح داده شده که دریك مورد استنوز در شاخه‌های شریان ریوی چپ وجود داشته ودرمورد دوم استنوزهای محیطی بطور دوطرفه دیده شده است . انژیوکاردیوگرافی نیز آسیبهای ذکر شده را نشان داده است .

در دسته چهارم (تترالوژی فالو) انژیوکاردیوگرام معمولا استنوزیااترزی‌انفاندیبولوم شریان ریوی ، جابجاشدگی آئورت . ارتباط بین دو بطن و هیپرتروفی بطن راست

را نمایان میسازد . جابجا شدگی آئورت درتصویر نیمرخ بهتر تشخیص داده میشود . برای تعیین درجه چرخش آئورت از ارتباطی که مبداء آئورت باسپتوم بین دوبطن پیدا میکند استفاده شده و ۵ درجه برای این جابجائی قائل شده‌اند که عبارتست از :

۱ ــ چرخش ناچیز

۲ ــ چرخش حدود ۲۵ درصد

۳ ــ چرخش حدود ۵۰ درصد

٤ ــ چرخش حدود ۷۵ درصد

۵ ــ جابجا شدگی کامل آئورت

در بررسی ناهنجاری این دسته باید به آناتومی شرائین سیستمیك نیز دقت نمود چون ازنظر عمل جراحی اهمیت زیادی دارد .