

تازه‌های پزشکی

دکتر ربیع سلیمی

اثر کوله سیستوکنین (C.C.K.) بروی حرکات کولون و علائم سندرم کولون تحریک پذیر :
Lancet 1 : 1, 1973

دردهای شکمی بخصوص پس از غذا یکی از علائم شایع مبتلایان به سندرم کولون تحریک پذیر است که در اکثریت قریب به اتفاق آنها جنبه فونکسیونل داشته و هنوز علتی برای آن یافت نشده است. Conell و همکاران دریافته‌اند که در این بیماران فشار داخل کولون نیز بطور غیر طبیعی افزایش می‌یابد.

از طرفی بسیاری از مواقع منشاء این دردها بعلت افزایش حرکات دودی در روده کوچک است. از آنجائیکه نقش مواد هورمنال لوله‌گوارش در مد نظر قرار گرفته، در این مقاله تزریق داخل وریدی C.C.K. در ۲۰ بیمار مبتلی به سندرم کولون تحریک پذیر انجام شده است. افزایش حرکات کولونی بخصوص در ۸ بیمار که از دردهای بعداز خوردن غذا شکایت داشتند بطور چشم‌گیری بوجود آمد که کاملاً شبیه دردهای قبلی بود. با توجه به این گفته‌ها مؤلف نتیجه گرفته است که بنظر میرسد به احتمال قریب به یقین دردهای فونکسیونل شکمی پس از غذا معلول تشدید حرکات روده‌ای تحت اثر C.C.K. باشد ولی اینکه واقعاً چه مکانیسمی موجب آن میشود هنوز بدرستی معلوم نیست. در هر حال نباید تأثیر عوامل دیگری مثل ورود ناگهانی مقادیر زیاد محتویات ایلئوم به سکوم را نیز نادیده انگاشت. نکته مجهول دیگر آنست که چرا بعضی از بیماران به يك مقدار معین از C.C.K. داخل وریدی شدت واکنش نشان داده و در گروهی دیگر با همان مقدار تغییری در حرکات روده‌ای و کولونی بوجود نمی‌آید.

مطالعات مورفولوژیک بروی پیدایش و انتشار ساختمانهای شبیه نوکلئوکاپسید ویروسی در بیماریهای کلاژن
Amer. J. Med. 53 : 148, 1972

ساختمانهای رشته‌ای شکل شبیه نوکلئوکاپسید ویروسهای نوع پارامیکسو و گروههای وابسته را در سلولهای آندوتلیال عروقی کلیه و پوست و لکوسیت‌های در گردش، در مبتلایان به لوپوس اریتماتو (۵۲ مورد) و اسکرودرما (۴ مورد) یافته‌اند. رشته‌های مذکور در سینیوم بیماران مبتلی به آرتریت روماتوئید (۴ مورد)، سلولهای آندوتلیال عروقی گلوومرول در سندرم Syogrem (سه مورد) و سلولهای عضلانی در پولی میوزیت (سه مورد) نیز قابل رویت بوده است.

این رشته‌ها در لوپوس نسبت به بیماریهای مذکور در فوق بر مراتب بیشتر بوده است. از این رو پیشنهاد شده که با برخورد در چنین حالاتی باید مسئله لوپوس را در صدر تابلوی تشخیص منظور نمود.

از طرف دیگر ساختمانهای شبیه نوکلئوکاپسید ویروسی در مبتلایان به لوپوسی که حاصل مصرف پروکائین آمید بوده یا سایر بیماریهای کلیوی که معلول بیماریهای کلاژن نیست یافت نشده است. ولی در بیماران مبتلی به لوپوس که بعلت نارسائی کلیوی تحت پیوند کلیه قرار گرفته‌اند ساختمانهای رشته‌ای شبیه ویروس در سلولهای آندوتلیال عروقی گلوومرولی کلیه پیوند شده نیز دیده شده است.

مطالعات مورفولوژیک نشان داده که مسیر تکاملی این رشته مانند میکسوپروسهاس و بدین ترتیب میتوان از هم‌اکنون امیدوار بود که با مطالعات پی‌گیر پاتوژنی بیماریهای کلاژن بر مبنای نقش ویروسی استوار گردد.

شیمیوتراپی سل بصورت دوبار در هفته - برنامه جدید درمانی:
JAMA 223 : 139, 1973

موفقیت در شیمیوتراپی ضد سل معلول سه عامل مهم، انتخاب داروی مناسب - کاربرد آن بمدت طولانی و شدت بیماری است. در حال حاضر با دردست داشتن داروهای ضد سلی مسئله درمانی نمیتواند از حیث نوع دارو مشکلی ایجاد کند، چه با آزمایشات مکرر و تحت نظر داشتن بیمار بخوبی میتوان نوع دارو را انتخاب کرد. آمار نشان داده است که میزان شیوع عود سل در کسانی که برای مدت کوتاهی درمان شده‌اند بسیار زیاد است.

با اتخاذ روش جدید درمانی بترتیبی که ذکر شد، نتایج جالب توجهی بدست آمده است.

مؤلف این مقاله ۱۰۰ بیمار مبتلی به سل را با ایزونیازید خوراکی بمقدار ۱۴ میلی‌گرم برای هر کیلو گرم وزن و تزریق داخل عضلانی سولفات استرپتومايسين بمیزان ۲۷ میلی‌گرم بازاء هر کیلو وزن دوبار در هفته و بمدت بطور متوسط ۱۳ ماه که قبلاً مدت یکسال در بیمارستان بوده‌اند تحت درمان قرار داده است. بیماران بطور مرتب تحت نظر قرار گرفتند و مشاهده شد که عود بیماری فقط در یک بیمار دیده شده و در همگی آنها تا ۲۲ ماه بعد هیچگونه علامتی که نشانه عود باشد دیده نشد.

درمان تب خال ساده وسیله اشعه فلورسانت:

JAMA 223 : 289, 1973

وجود تب خال عودکننده یکی از مشکلات و مسائل ناراحت کننده‌ای است که روشهای گوناگونی برای آن ابداع شده است. اخیراً بنابر مطالعه صورت گرفته در این مقاله با مصرف رنگهای هترومتري سيكلين بروی آنها و تاباندن اشعه فلورسانت نتایج جالبی گرفته شده است. در این مقاله روش اتخاذ شده بدین ترتیب است که ابتداء وزیکولهای تبخالی را ترکانده و پس از مالیدن رنگهای مذکور بروی آنها ناحیه مربوطه را بمدت ۱۵ دقیقه زیر اشعه فلورسانت قرار میدهند، بنابر آمار بدست آمده از این روش ۱۸ نفر از بیمارانی که دچار این ناراحتی بودند بنحو قابل ملاحظه‌ای از شر بیماری راحت شدند.

پس از پی‌گیری بیماران ۳۰-۱۸ ماه پس از درمان در ۸۵٪ از آنها متجاوز از ۵۰٪ از شدت عود بیماری کاسته شده و فقط ۱۱٪ تغییری در دفعات عود بوجود نیامده است.

سیتولوژی ترشحات معدی برای تشخیص سرطان:

Ann. Surfi. 176 : 721, 1972

استفاده از سیتولوژی محتویات معدی و جستجوی سلولهای سرطانی روش جدید و جالبی است که میتواند در بسیاری از موارد کمک کند. ارزش این روش گاهی تا ۷۲٪

پیدایش هیپرکالمی در طی شیمیوتراپی لنفوم بورکیت:

Lancet 1 : 10, 1973

هیپرکالمی ۴۸ ساعت پس از شروع شیمیوتراپی در ۵ بیمار از ۲۲ بیمار مبتلی به لنفوم بورکیت تحت درمان بوجود آمد که سبب مرگ دو نفر از آنها شد. مطالعات بالینی و تجربی بروی حیوانات نشان داده است که هیپرکالمی ایجادشده بعلت انهدام سریع تعداد زیادی از سلولهای تومرال است.

بیمارانی بیشتر در خطر این عارضه قرار دارند که دچار نارسائی کلیه شده باشند. در هر حال باتوجه دقیق به بیمار و سیر بیماری و علائم او در حین درمان مصرف مایعات و تنظیم الکتروولیت، استفاده از دیورتیک، کنترل اسیداوریک خون و کاهش مقدار داروی سیستموتوکسیک در شروع درمان و سائلی خواهند بود که به کمک آنها از شروع واحیاناً پیدایش این پدیده کشنده بخوبی میتوان جلوگیری نمود.

تظاهرات مختلف تومورهای اولیه قلب:

Amer. J. Med. 52 : 9, 1972

گرچه وجود تومورهای قلب را نادر میدانستند ولی در سالهای اخیر میزان شیوعش آنقدر هست که نز نظر توجه بدان کافی باشد. بنابر این همواره وجودش را باید پزشکان مختلف در بیماران قلبی در نظر داشته باشند تا به غلط از تشخیص دور نمانند.

در این مقاله نتیجه مطالعه‌ای که بروی ۱۳ بیمار با تومور اولیه قلب بدست آمده آنست که اکثریت این تومورها از نوع Myxoma و بقیه را تومورهای دیگر مثل فیبروم و یا ترانوم تشکیل داده است. خوشبختانه با وسائل تشخیص مجهزی چون آنژیوگرافی که امروزه در دست است میتوان بخوبی به وجودش پی برده و به درمانش همت گماشت. علائم بالینی مختلفی را که این تومورها بوجود می‌آورند بقرار زیرند:

- ۱ - تنگی میترال خالص یا همراه با نارسائی آن در میکسوم دهلیز چپ.
- ۲ - کاردیومیوپاتی.
- ۳ - آمبولیهای عمومی در نقاط مختلف بدن.
- ۴ - در میکروم بطن چپ علائمی شبیه

Hypertrophic Subaortic Stenosis.

۵ - وجود تومورها در طرف راست قلب علائمی مانند بیماریهای مادرزادی سیانوز دهنده قلب و یا تنگی شریان ریوی را بروز میدهند.

با آنژیوگرافی بخوبی میتوان بوجود این تومورها پی برده و با عمل جراحی آنها را خارج نمود.

با اثبات ابتلاء آنها به انفارکتوس میوکارد بکار گرفته شده‌اند. از بین آنها ۱۰۳ بیمار ۱۰ روز پس از ابتلاء و ۱۰۰ بیمار پس از شروع انفارکتوس براه افتادند. کلیه بیماران برای برآورد چگونگی حال عمومی و مقایسه علائم بالینی و آزمایشگاهی بمدت یکماه پس از راه افتادن نیز در بیمارستان نگاهداری شدند. در هیچ یک از دو گروه عارضه کشنده‌ای بوجود نیامده و پیشرفت بالینی و آزمایشگاهی نیز دچار اختلال نشد. نیمی از بیماران هر دو گروه تا ۱۵ سال بعد از ابتلاء بطور مرتب مورد بررسی بودند و در هیچ یک عارضه‌ای بروز نکرد.

با توجه به مطالعات مذکور در فوق مؤلفین مقاله چنین نتیجه گرفته‌اند که در صورت پیدائی انفارکتوس میوکارد بدون عارضه میتوان پس از ۹ روز بیمار را براه انداخت و بعد از هفته سوم او را روانه منزل نمود.

تخمین زده شده است. باید به خاطر سپرد که در موارد وجود ضایعات کوچک این آزمایش منفی است. این روش را میتوان در کسانی که مبتلی به آنمی پرنسیوز و گاستریت آتروفیک بوده و امکان پیدایش سرطان معده در آنها وجود دارد بطور روتین با رادیوگرافی توام نمود، چه در صورت همراهی این دو روش تشخیص ارزش آن به ۹۱٪ ارتقاء خواهد یافت.

زود براه انداختن بیمار پس از انفارکتوس میوکارد:

Brit. Med. J. 1 : 275, 1973

معمولاً بیماران مبتلی به انفارکتوس میوکارد مجبورند در حدود ۶ هفته در بستر استراحت کنند. در سالهای اخیر گروههای کوچکی از نظر زود براه افتادن مورد آزمایش قرار گرفته‌اند. در این بررسی در عرض سه سال ۲۰۳ بیمار