

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکترا از دانشگاه ملی ایران

موضوع:

"گلوپولونفریت حاد در کودکان"

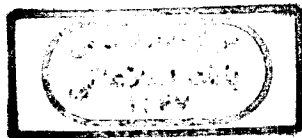
استاد ارجمند:

جناب آقای دکتر محمد جعفریان

نگارش:

الین دانیال زاده

سال تحصیلی ۴۱-۱۳۴۸



سوکند نام

"عم اکنون که حرفهء پر
 "می بندم که زندگیم را
 "احترام و تشکرات قلبی
 "پیشگاه اساتید محترم
 "خود را با وجدان و شرم
 "اولین وظیفهء من است
 "اسرار بیمارانم را همی
 "پزشکی را از زبان و دای
 "همکاران من برادران
 "سیاسی و موقعیت اجنبی
 "به بیمارانم نخواهند
 "من در ترحال به زند
 "داشت و هیچگاه مط
 "انسانی به کار نخواهم
 "آزادانه و بشفاف خو
 "دهم."

(بنام پروردگار بزرگ)

تقدیم با سپاس فراوان به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمد جعفریان

تقديم به :

شيفت محترم ژوری

تقديم به :

شمس-رم

تقدیم به :

روان شاد پدرم

ایکاش امروز زنده بودی پدر

” فهرست مندرجات ”

شماره صفحه	عنوان
۲	مقدمه - مطالعات کلینیکی - مقایسه آماری و شرح حالها .
۵۱	۱- پاتوژنی گلومرولونفریت
۵۲	نفریت تجربی
۵۹	آنتی ژنیسته و اتوانتی بادیها
۶۲	نفریت در اثر پروتئین ای ۱۵ خارجی
۶۵	جنبه ای میکروبیولوژیک نفریت
۷۱	چگونگی تخریب بافتها از طریق واکنشهای ایمنی
۷۵	فنون ایمنی در نفریت انسانی
۷۷	بحث
۸۰	۲- پاتولوژی کلیه در گلومرولونفریت حاد
۸۰	اصطلاحات
۸۱	آناتومی
۸۲	پاتولوژی گومرول
۸۷	پاتولوژی لوله ای
۹۱	پیشرفت گلومرولونفریت حاد
۹۷	گلومرولونفریت مزمن
۹۷	پیلونفریت مزمن سرزده
۱۰۱	۳- یافته ای بالینی در گلومرولونفریت حاد
۱۰۴	اپیدمیولوژی

" فهرست مندرجات "

شماره صفحه	عنوان
۱۰۵	شیوع بیماری
۱۰۷	ایمیونولوژی بالینی
۱۱۱	مشخصات دوره کمون
۱۱۲	تظاهرات بالینی
۱۲۲	اعمال کلیه و اختلالات الکترولیتی
۱۲۵	امتحانات پاراکلینیک
۱۳۱	عیستولوژی کلیه نسبت به سطح سیرالینی
۱۳۴	گومرولونفریت حاد بعلت عفونتهای دیگر
۱۳۸	سیرالینی و پیش آگهی
۱۴۲	بازگشت و عود بیماری
۱۴۴	تشخیص افتراقی
۱۵۰	پیش آگهی
۱۵۱	درمان
۱۶۳	۴- گومرولونفریت کانونی
۱۶۷	تاریخچه
۱۶۹	گومرولونفریت کانونی بعنوان عارضه بیماریهای دیگر
۱۷۱	مباحثه بیوپسی های کلیه در گومرولونفریت کانونی
۱۷۴	علائم بالینی

” فهرست مندرجات ”

شماره صفحه	عنوان
۱۰۵	شیوع بیماری
۱۰۷	ایمیونولوژی بالینی
۱۱۱	مشخصات دوره کمون
۱۱۲	تظاهرات بالینی
۱۲۲	اعمال کلیه و اختلالات الکترولیتی
۱۲۵	امتحانات پاراکلینیک
۱۳۱	نهیستولوژی کلیه نسبت به خط سیربالینی
۱۳۴	گلوومرولونفریت حاد بعلت عفونتهای دیگر
۱۳۸	سیربالینی و پیش آگهی
۱۴۲	بازگشت و عود بیماری
۱۴۴	تشخیص افتراقی
۱۵۰	پیش آگهی
۱۵۱	درمان
۱۶۳	۴- گلوومرولونفریت کانونی
۱۶۷	تاریخچه
۱۶۹	گلوومرولونفریت کانونی بعنوان عارضه بیماریهای دیگر
۱۷۱	مطالعه بیوپسی ساق کلیه در گلوومرولونفریت کانونی
۱۷۴	علائم بالینی

"فہرست مسائل"۔

<u>شماره صفحہ</u>	<u>عنوان</u>
۱۷۸	پاتولوژی
۱۷۸	درمان
۱۸۰	ماہیت گومرولونفریت کا نونی
۱۸۴	۵۔ خلاصہ
۱۸۵	۶۔ مدارک و منابع

.....

مقدمه :

زمانیکه دوره انترنی خود را در بخش اطفال بیمارستان شماره ۴ بیمه های اجتماعی تحت نظر جناب آقای دکتر جعفریان شروع کردم بعلت تنوع فراوان و وسعت مباحث بیماریهای اطفال تصمیم گرفتم پایان نامه تحصیلی خود را درباره گلومرولونفریت حاد و بیمارانی که در بخش بستری بودند به رشته تحریر درآورم.

ابتدا برای یافتن مطالب گلومرولونفریت حاد به کتاب نلسون اطفال و هاریسون داخلی مراجعه کردم ولی بالاخره در کتاب^{ey} Diseases of the Kidney توانستم تمام آنچه را که در کتب دیگر بطور پراکنده مشاهده کرده بودم یکجا پیدا کنم. بنابراین این کتاب را منبع اصلی مطالعه انتخاب کردم و در واقع ترجمه آن قسمت کتاب را ضمن ارائه چند مورد شرح حال بیمارانی که در مدت ۲ ماه انترنی خود شخصا معاینه نموده و یادرسیر بیماری آنها قرار داشته ام جهت پایان نامه تحصیلی خود ارائه دهم.

امیدوارم این پایان نامه نمایانگر تلاشی باشد تا دانشجویان دیگر بتوانند در خلال جدیدترین مطالعات درباره گلومرولونفریت حاد قرار گرفته و از این راهبخوانند در تشخیص درمان و پیشگیری گلومرولونفریت حاد نزد کودکان کوشش نمایند.

.....

" مطالعات کلینیکی "

موارد مطالعه و تحقیق شده در کلینیک، تماماً از لحاظ سیر بیماری و پیشرفت

از زمان بستری شدن بیماران، تحت کنترل قرار گرفته اند .

کلاپانزده پرونده مورد مطالعه قرار گرفت ، که در درجه اول تمام این پرونده -

ها از نظر یافته های بالینی و درمان با هم دیگر مقایسه کرده و سپس شرح حال چند

Case تیپ گلومرولونفریت حاد گزارش خواهد شد .

" مقایسه آماری "

در این قسمت بیماران از لحاظ یافته های بالینی (سن - جنس - اپیدمیو -

لوژی - شدت بیماری ابتلاء، فرمهای مختلف در سنین مختلف، علائم بالینی ، وجود

عوارض) و بالاخره درمان مورد بحث قرار میگیرند .

از لحاظ جنس :

نسبت ابتلاء در د و جنس ۸ مورد مذکر و ۷ مورد مؤنث بودند .

از لحاظ سن :

سن ابتلاء در افراد مؤنث بیشتر محدود به سنین ۷-۵ ساله بود و می بینیم که

نسبت سن خیلی بهم نزدیک است . فقط دو مورد ۵/۲-۴ ساله بودند، در حالیکه

در افراد مذکر سنین ابتلاء متفاوت است و از ۲ ماهه تا ۱۲ ساله متغیر میباشد

که در اینجانب نیز نصف افراد در گروه سنی ۷-۵ ساله قرار دارند .

بالاخره بدون در نظر گرفتن جنس از لحاظ سن :

۲ مورد : ۱۱-۱۲ سال داشتند .

۹ مورد : ۷-۵ سال داشتند .

۳ مورد : ۴-۲ ساله و یک مورد ۲۰ ماهه وجود داشت .

از لحاظ جغرافیائی

لا
بیشترین تعداد بیماران را در فصول پائیز و زمستان میتوان پیدا کرد. احتمالاً این بعلت از زیاد بیماریهای استریتوکوکوسی در این فصول است و عملاً نیز این نتیجه گیری طی دو سال خدمت نویسنده در دهات و شهرهای کوچک بدست آمده است .

از لحاظ شدت بیماری :

شدت بیماری در افراد مونث بیشتر از افراد مذکر است ، باین معنی که بیشتر فرمهای پیچیده گلومرولونفریت حاد در آنها دیده میشود ، در حالیکه در افراد مذکر فرمهای ساده احياناً با فشارخون mild بیشتر است و اصولاً شدت بیماری در همان سنین ۷-۵ ساله در هر دو جنس میباشد .

از لحاظ عفونت قبلی :

۸۰٪ موارد مبتلا به تونسیلیت بوده اند .
سه مورد R.I داشته اند .
يك مورد فارنژیترا نشان داد .
يك مورد از دو سال قبل سابقه آرترالژی داشته است .
سه مورد بدون داشتن يك عفونت واضح به گلومرولونفریت حاد دچار شده اند .
دوره کم-ون :

در همه این اطفال بین ۲-۷ روز متغیر بود يك مورد طفل ۵/۲ ساله ، ۱۵ روز بعد از يك U.R.I ظاهر شد .

علائم بالینی :

تمام بیماران با تابلوی ادم - هماتوری ماکروسکوپیك - الیگوری - ضعیف - بی اشتهائی ورنگ پریدگی مراجعه نمودند ، هفت نفر از آنها تب . ٤-٣٩ رانشان دادند ، که این تب با علائم احتقانی سیستم قلبی عروقی همراه بود . جالب است گفته شود که این ٧ مورد از لحاظ عفونت قلبی دچار تونسیلیت و یا R.I بوده اند ، و مورد فشارخون بالا دیده شده که يك مورد فشارخون تا ١٢٠/٨٠ رسیده و يك مورد mild بوده و این هر دو طفل مونث و در سنین ٥/٣-٦ بوده اند . در طفل ذکر شده در بالا که فشارخون خیلی بالا داشته غیر از تشدید صدای اول علائم احتقان سیستم قلبی عروقی مشاهده نشده ولی در نوع mild این علائم - بوضوح دیده شدند .

يك مورد مذکور ٦ ساله با آلבו مینوری - اورمی همراه با علائم احتقانی سیستم قلبی عروقی دیده شد . يك مورد مونث ٤ ساله با اورمی mild وجود داشت که علائم خفیف احتقانی سیستم قلبی عروقی را متظاهر نموده بود .

از لحاظ درمان :

تمام این اطفال استراحت مطلق داشتند ، با اندازه گیری فشارخون هر ٤ یا ٦ ساعت کنترل مایعات وارده به بدن و مقدار ادرار دفع شده در ٢٤ ساعت همراه با رژیم غذایی کم نمک یا بی نمک تحت مراقبت قرار گرفته اند .

تمام آنها تحت درمان اولیه با پنی سیلین ٤٠٠ هزار و در بعضی که پتاسیم خون زیاد بود با پنی سیلین کریستال سدیک ٢٠٠ هزار (بیشتر در افراد مبتلا به اورمی) به مدت ١٠ روز و حداکثر ١٥ روز قرار داشته اند .