

دانشگاه تهران

دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه تخصص

در رشته کودکان

موضوع:

" بررسی چند مورد توکسو پلاسماوز ... در زادی

در بخش اطفال مرکز پزشکی بهلولی "

براهنمائی استاد محترم:

جناب آقای دکتر حسن زمانی

نگارش:

دکتر زاله مشهور

سال تحصیلی ۱۳۵۲-۵۳

۱۰۸۲۹

فصل دوم به :

استاد محترم جناب آقای دکتر حسن زمانی
که شماره از راهنماییهای زینتشان
برخورد اربود نام .

۱۰۵۲۹

تقدیم به :

استاد محترم جناب آقای دکتر مرندیان
که جهت تهیه این پایان نامه از حاصل
زحماتشان برخوردار بودم .

فہرست مستند رجعات

<u>صفحہ</u>	<u>عنوان</u>
۱	مقدمہ
۲	شرح حال چند بیمار
۱۵	اہول۔ وژی
۱۷	اہید سیولوژی
۱۸	انتقال
۲۰	آسیب شناسی
۲۲	پاتوژنسی
۲۳	علائقہ بالینی
۲۹	اشکال بالینی
۳۷	تشخیص
۴۴	تشخیص افتراقی
۴۸	عوارض بیماری
۴۹	درمان
۵۱	پیشگیری
۵۳	بحث
۵۸	خلاصہ

بنام خدا

"مقدمه"

در زمان رژیم نازی خود در بخش اطفال مرکز پزشکی پهلوسوی،
با چند بیمار مبتلا به توکسو پلاسما مواجه گردیدم و از آنجا که بیماری نادر
و درصحن حال جالبی است و وجود آن باعث بسیاری از ناهنجارها و عقب-
ماندگیهای مغزی در اطفال مبتلا میگردد، لهذا برآن شد نام که پایان نامه
خود را در این خصوص برشته تحریر در آورم.

" شرح حال چند بیمار مبتلا به توکسوپلاسموز "

از هنگام جنگ دوم جهانی توکسوپلاسموز مادرزادی پوسیله
ترباد کلاسیک هیدروسفالی - کوریو رتینیت و کالسیفیکاسیون داخل
جمجمه شناخته شده است . ولی اکنون روشن شده است که این بیماری
همیشه شکل ترباد کلاسیک تظاهر نمیکند و بسیاری از موارد توکسوپلاسموز
پلاسموز مادرزادی با تظاهرات دیر رس گزارش شده است .

در زیر شرح حال دو بیمار را معرفی و مورد بحث قرار میدهم .
بیمار اول : ناصر مصلی شماره پرونده ۸۶۵۱ ، ۹ ساله .
که بعلمت عقبماندگی روانی و همی پلژی راست در تاریخ ۱۵/۶/۵۱
در بخش ۲ کودکان مرکز پزشکی پهلوی بستری شد .
در سابقه طولی و نکته مهم جلب نظر میکرد :

۱- سر طفل از دوران شهرخوارگی بزرگتر ازطبی بود و مراحل
مختلف تکامل روانی و حرکتی وی در مقایسه با اطفال دیگر خانواد
عقبافتادگی واضحی نشان میداد .

۲- در سن ۶ سالگی خیلی کم حرف میزد و ولی بطور طبیعی
راه میرفته . در این سن برای نخستین بار بطور ناگهانی دچار تشنج

خواب‌ناگودگی، بی‌توجهی با اطرافیان و بدنیال آن حالت‌افشا می‌شود که به گفته‌والدین با تب همراه بود ماست. این بیماری شش‌روز طول کشیده ولی بعد از بهبود یافتن کودک قادر بر امر رفتن نبود ماست.

بعد از مدت یکسال و نیم که بدفعات در بیمارستان‌های مختلف شهر تبریز بستری بوده توانائی را رفتن را بازی باید ولی پای راستش را بهنگام حرکت می‌کشید. بیمار هیچک از امراض طفونی دوران کودکی را نگرفته و هیچ نوع واکنشی با و تلقیح نشده بود. وی فرزند چهارم خانواده، ساکن اردبیل بوده و پدر و مادر و سه فرزند دیگر همگی سالم بودند. در اطفال بالینی کودک را از نظر جسمی و خصوصاً روانی عقب‌افتاده

بنظر می‌رسید. بطوریکه فقط قادر بر بادای چند کلمه ساده بود. وزن ۱۹ کیلوگرم (متوسط طبیعی برای این سن در حدود ۲۵ کیلوگرم) قد ۱۱۰ سانتیمتر (متوسط طبیعی در حدود ۱۲۵ سانتیمتر) دور سر ۵۷ سانتیمتر (متوسط طبیعی ۵۳ سانتیمتر) فشارخون $\frac{1}{25}$

میلیمتر جیوه‌نیم ۱۰۰ ضربان در دقیقه، قلب، ریتم، پوست، فمور، لنفاوی و شکم طبیعی بودند. در اندام تحتانی راسته پیر تروفوسیت‌ها ضلالت‌ها زکند و کاهش قدرت عضلانی خم‌کننده‌های پا با رفلکس‌های

وتری افراقی و پولی سینتیک و علامت باپنسکی مثبت همراهی بود .
در اندام فوقانی راست انگشتان و مع دست بعلمت هیپرتونی عضلات
خم کنند موفلج عضلات بازکننده انگشتان و دست حالت فلکسیون بخورد
گرفته بودند . رفلکسهای وتری تند و علامت هوفمن وجود داشت . فلج
صعب هفتطرف راست از نوع مرکزی بچشم میخورد و رفلکسهای پوستی شکمی
در طرف راست از بین رفته بودند . حرکات هر دو چشم طبیعی بود
و کدورتی در قرنیه وجود نداشت . در امتحان تمپشم که با فاصله یکماهونیم
دوبار تحت بیهوشی عمومی انجام گرفت عارضهای دید نمشد . راد یوگرافی
ساد مجمعه از روبرو و نیمرخ کالسیفیکاسیونهای خطی و دانهای پراکنده
و قرینه در دو طرفشان میداد . ستورها باز نبودند و تصاویر انگشتی
وجود نداشت .



کسیس اور جھوم ناصیہ



ہونڈوانسٹالوگرانی ناصیہ م

در آزمایش خون محیطی تعداد گلبولهای سفید ۵۹۰۰ در
میلیتر مگکب با ۵۹ درصد بولی نوکلئر نوتروفیل ۲ درصد لنوسیت
و ۴۲ درصد لنوسیت بود . هموگلوبین ۱۴/۶ گرم درصد ، همتوکریت
۴۵ درصد بود .

راد یوگرافی ریه‌ن طبیعی و ساد مشکم هیچگونه کالسیفیکاسیون
در ناحیه کبد نشان نمیداد . سرمت رسوب گلبولهای سرخ خون ۴۰/۸۰
میلیتر بود . پروتئین کل خون ۹ گرم درصد و در الکتروفورز پروتئین
های سرم آلبومین ۴۲٪ آلفا یک گلوبولین ۳٪ آلفا ۲ گلوبولین ۱۰٪ بتا
یک ۱۵٪ و گاما گلوبولین ها ۳۰٪ بودند . مایع خاخ افزایش پروتئین ها
و لنوسیتوز ضعیفشان میداد (جدول شماره یک) .

الکتروانسفالوگرافی در ۵۱/۸/۱۰ با در نظر گرفتن سن کودک
ریتمی کند تر از طبیعی داشت و وجود موجهای سوزنی متعدد در ناحیه
اکسی پیتال چپ همین کانون صرع زا در این ناحیه بود .

پنومو انسفالوگرافی اتساع طنابهای جانبی را بطیر قرینه نشان -

میداد و تجمع هوا در فضای زیر منکیوتیه حاکی از آتروفی مغز بود .

کالسیفیکاسیونهای خطی و دانه‌ای منتشر در اطراف بطن ها

دیده میشدند . تیتراژ آنتی کورهای ضد توکسو پلاسمای سرم با روش
ایمونو فلورسانس $\frac{1}{3200}$ بود . آنتی کور مزبور در خون مادر بیمار
یافت نشد و تست منفی بود . جستجوی انگل ، با روش تلقیح مایع نخاع به
موش که قبل از شروع درمان انجام گرفت نتیجه منفی داد .

درمان و سیر بیماری : بیمار با پریتامین (دارا پریم) به مقدار
یک میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن و سولفاد یازین ۲ گرم در روز به مدت
۴ هفته و پرد نیزولون به مقدار یک میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن
درمان شد . تحت این مداوا سرعت سوبگلوبولهای سرخ خون به ۲ و ۵
میلیتر رسید . الکترود فوریز پروتئامین های سرم گاهترو طبیعی شد . در
گاما گلوبولین هارا نشان میداد (آلبومین ۰۵ ، آلفا یک ۰۵ ، آلفا دو
۰۱۷ ، بتا یک ۰۱۵ ، گاما ۰۱۳) .

در مایع نخاع پروتئامینها تقلیل یافتند (جدول شماره یک) الکترود
انسفالوگرام فعالیت نمیکرده ها را کند تر از طبیعی و تقریباً نشان میداد ، امواج
سوزنی ناحیه اکسیپیتال چپ ناپدید شد بهبود همار آنتی کورهای ضد
توکسو پلاسمای سرم به $\frac{1}{1600}$ رسید بهبود . از ۱۰/۱۰/۵۱ الی
۱۲/۱۱/۵۱ بیمار بدون درمان در آسایشگاه بستری شد و بعد از انتقال

مجدد به بخش تحت درمان با اسپرامايسين بمقدار روزانه ۰.۵ ميلي گرم
برای هر کيلوگرم وزن بدن قرار گرفت. اين بار صرفه رسوبگلوپولهای سرخ
دو بار مالا رفته و به ۳۰ و ۸۵ رسیده بود. الکترو فورز پروتئين های
سرم نسبت به قبل تغيير چشمگیری نشان نمیداد.

در الکتروانسفالوگرام با زامواج سوزنی در ناحیه اکسپوئنتال
چپ کمی خفیفتر از ترا ساول دیده میشدند. عباراتی کوره های ضعیف
توکسولاسمای سرم تا $\frac{1}{800}$ پائین آمده بود. بیمار بنا به درخواست
والدین در تاریخ ۱۰/۱۲/۵۱ از بخش مرخص و توصیه شد که درمان با
اسپرامايسين را تا سه ماه ادامه دهد. در تمام مدت تبستری بودن بیمار
هیچگونه تغییری در وضع بالینی وی دیده نشد.

" جدول شماره يك تحفيير امتايخخاخ ناعرضهلی "

تاریخ	سلول در میلیمتر مکعب	پروتئین گرم در لیتر	قند گرم در لیتر	کلرور گرم در لیتر	کشت
۵۱/۶/۲۶	لنفوسیت ۳۰ پولی ۱۰	۱/۳۰			منفی
۵۱/۶/۳۰	ندارد	۱	۱/۱۰	۶/۸	میکروب منفی
۵۱/۷/۹	ندارد	۱/۲	۰/۶۰	۷/۵	میکروب معمولی منفی
۵۱/۷/۱۱	لنفوسیت ۱۰ پولی ۱۰	۱	۰/۵۰	۶/۴	-
۵۱/۸/۸	ندارد	۱	۰/۸۸	۵/۸	-
۵۱/۸/۲۲	ندارد	۰/۸۰	۰/۸۸	۶	-
۵۱/۹/۵	لنفوسیت ۲۰	۰/۷۰	۱	۵/۶	-
۵۱/۹/۲۲	ندارد	۰/۵۰	۰/۹۸	۷	-
۵۱/۱۱/۱۲	ندارد	۰/۷۰	۰/۴۰	۵/۹	-
۵۱/۱۲/۵	لنفوسیت ۱۰ پولی ۵	۱	۰/۳۸	۶	میکروب منفی

بیمار دوم - خاطر مرادی - شماره پرونده ۱۰۸۴۶ د غنچه

۱۵ ماهه ای بود که با تشخیص توکسوپلاسموز در تاریخ ۱۹/۹/۵۱ به

بخش کودکان پهلوی فرستاده و بستری گردید . پدر و مادر این طفل -

جوان و سالم بودند و بیماریها فرزند آنان بود .

در دوران حاملگی مادر ظاهراً هیچ بیماری مبتلا نشده بود .

زایمان بطور طبیعی در بیمارستان انجام گرفته و نوزاد ۳۵۰۰ گرم

وزن داشته و کاملاً طبیعی بنظر میرسید . تکامل حرکتی و روانی طفل

طبیعی بود . در یکماهگی لبخند میزد و در چهل روزگی قادر بنهنگاه

داشتن سر بود . در هفتماهگی بتنهائی نشست و در یازده ماهگی

را با افتاد ماست . واکنشهای سفکانه فلج کودکان آبله ، سرخک بموقع

تلقیح شده بود . از ماه اول زندگی حرکات غیر طبیعی چشم های طفل -

جلب توجه والدین را میکند و در سن پنج ماهگی بعلت تکد ورتی که در قرنیه

چشم راست او پیدا میشود ، توسط چشم پزشکی معاینه میشود و تشخیص -

ایریدوسیکلیت در چشم راست همراه چسبندگی پرووی عده سی کاتاراکت

و نیستاکمورافتی و دوران در اثر عدم بینائی مرکزی و کورپورتینیت -

چشم چپ با تیرگی و وجود رنگدانه های سیاه در ماکولای این چشم -

داده میشود . در این هنگام رادیوگرافی جمجمه طبیعی و کالسینیک -
سیمون نشان نمیداد . سرعت رسوب گلبولهای سرخ خون در ساعت اول و
دو به ترتیب ۶ و ۱۵ میلیمتر و امتحان در رار طبیعی بود . شش -
و فرمول گلبولی خون $4/390000$ اریتروسیت و 10800 گلبول سفید
با 22% نوتروفیل 58% لنفوسیت 2% منوسیت 8% ائوزینوفیل نشان
میداد . تست ایمنو فلورسانس توکسوپلازما $1/100$ مثبت بود . در ایمن
 400
تاریخ بیمار تحت درمانی قرار نمیگردد .

در شش ماهه دوم زندگی حرکات مداوم چشمها شدید تر میشود
و از یازده ماهگی یعنی همزمان با راه افتادن طفل اختلالات رفتاری بصورت
بیقراری تحریک پذیری شدید و کج خلقی بتدریج توجه پدر و مادر طفل
را بخود جلب میکند .

در سیزده ماهگی بیمار بعلمت بشواری عجلدی که از نوع اریتماتویا -
بولو و زیگولر بود . تحت معاینه قرار میگیرد . قلب ، استفراغ و تشنج
در این موقع وجود نداشته و امتحان صمدی نکه مرضی چشمگیری بدست
نمیدهد . ولی با در نظر گرفتن سابقه طفل پزشک متخصص پوست معاینه
مجدد چشم را توصیه میکند . این آزمایش در چهارده ماهگی انجام میگردد