

دراسة سببية لنقص الصفيحات الدموية خبرة مشفى الأسد الجامعي بين عامي 2002 – 2003

الدكتور ميخائيل جرجس *

الدكتور نافع دبرها **

لؤي نعيم علي ***

(قبل للنشر في 2004/3/11)

□ الملخص □

ضمت دراستنا حالات نقص الصفيحات الدموية التي دخلت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية " قسم الأمراض الباطنة " خلال العام 2003.

شملت الدراسة /100/ حالة نقص صفيحات دموية " عدد الصفحات أقل من 100 ألف صفحة/ملم³ " وكانت الغاية هي معرفة أهم الأسباب الشائعة في بلادنا التي تؤدي إلى نقص الصفيحات الدموية وتصنيفها حسب آلية النقص محيطية أو مركزية وتوزع هذا النقص حسب العمر والجنس وأهم المظاهر النزفية المترافقة مع هذا النقص وترافق نقص الصفيحات مع عناصر الدم الأخرى ، وأهمية تحديد حجم الصفيحات الوسطي MPV في معرفة السبب هل هو مركزي أم محيطي. لقد تم التوصل إلى التشخيص عبر وسائل استقصائية عديدة منها الاستجواب والفحص السريري والفحوص المخبرية الدموية والكيميائية وفحوصات أخرى حسب التوجه السريري، بالإضافة إلى عزل النقي وخزعة النقي والفحوص الشعاعية حيث تم التوصل إلى عدة نتائج أهمها:

1. كانت نسبة الإصابة عند الذكور أعلى بقليل من الإناث.
2. إن أصحاب الأعمار المتقدمة < 50 سنة هم المعرضون لنقص الصفيحات الدموية أكثر من غيرهم والسبب غالباً أمراض الدم الخبيثة الدموية أما الشباب وخاصة الإناث فالسبب غالباً ITP "فرقرية نقص الصفيحات المناعية الذاتية".
3. بالنسبة للآلية المرضية كان هناك رجحان بسيط للسبب المركزي.
4. أهم الأسباب المركزية لنقص الصفيحات الدموية كانت أمراض الدم الخبيثة أما بالنسبة للسبب المحيطي فكان ITP.
5. كانت معظم حالات نقص الصفيحات مشاركة لنقص عناصر الدم الأخرى.
6. ترافق النزف مع الحالات التي كان فيها عدد الصفيحات أقل من (50) ألف صفحة/ملم³.
7. كانت أهم المظاهر النزفية هي الفرقرية ثم الكدمات.
8. يمكن لتحديد حجم الصفيحات الوسطي MPV أن يكون مفيداً في تحديد سبب نقص الصفيحات سواء كان ناجماً عن نقص الإنتاج "MPV منخفضة" أو زيادة التحطم المحيطي "MPV طبيعي أو زائدة".

*أستاذ في علم الأمراض الدموية . قسم الأمراض الباطنة . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

** أستاذ مساعد في علم الأمراض الدموية . قسم الأمراض الباطنة . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

*** طالب دراسات عليا في الأمراض الباطنة . كلية الطب . جامعة تشرين . اللاذقية . سوريا .

Causal Study of Thrombocytopenia Experience of AL-ASSAD University Hospital between 2002-2003

Dr. Micheal Georgeos*
Dr. Nafi Dabberha**
Loei Ali***

(Accepted 11/3/2004)

□ ABSTRACT □

Our study included cases of thrombocytopenia which were admitted to Al-Assad University Hospital "Internal Medicine Department" during 2003.

The study included "100" cases of thrombocytopenia " less than 100000 platelets/mm³". The goal of the study was to know the most common causes in our country that lead to thrombocytopenia, and its classification according to the mechanism (central or peripheral) and distribution of these causes according to age and sex, and the most important bleeding manifestation associated with them, and the importance of determination of mean platelet volume "MPV" determining if the cause is central or peripheral.

The diagnosis has been done by several investigations such as History, clinical examination, hematological and chemical laboratory tests, and others tests according to clinical doubt. And bone marrow, bone biopsy. X-ray exam too.

Finally the most important results were:

1. The prevalence of incidence in male was higher than females.
2. People in their 50s are more liable to thrombocytopenia than young people especially females, the reason is usually ITP.
3. According to the mechanism of pathogenic, there was little dominance of central causes.
4. Most important causes of thrombocytopenia were malignant hemopathies, and for the peripheral causes were ITP.
5. The most cases of thrombocytopenia were associated with other cytopenias (low hemoglobin, low WBC).
6. Bleeding was found in were cause the number of platelets was less than $50 \times 10^3 / \text{mm}^3$.
7. The most important bleeding manifestation was purpura then ecchymoses.
8. The mean platelet volume "MPV" is useful in determining the cause of thrombocytopenia. Either due to decrease production. " Low MPV " or to increase peripheral destruction " normal or high MPV ".

* Professor Of Hematology, Internal Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia-Syria.

** Assistant Professor, Internal Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia-Syria.

*** Post Graduate Student Of Hematology, Internal Department, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia-Syria.

مقدمة:

تلعب الصفائح الدموية دوراً هاماً في إيقاف البدئي للنزف ، ويسبب شذوذ أحد عناصر الإرقاء هذه الصفائح تطاول في ازمة النزف ويؤدي إلى حالة مؤهبة للنزف.

والصفائح عبارة عن مكونات خلوية غير منواة تنتجها النواءات في نقي العظم.

تعيش الصفائح وسطياً جائلة في الدوران لمدة 7 . 10 أيام ، يعتبر الترومبوبويتين TPO الهرمون الرئيسي المتحكم بإنتاج الصفائح وترتيب مستويات TPO عكساً مع تعداد الصفائح وكتلة النواءات [1]، [2]. يحمل سطح الصفائح العديد من المستقبلات الضرورية لالتصاق العديد من البروتينات كما توجد مستقبلات للمقلدات المحرصة على تكس الصفائح كالثرومبين والكولاجين.

يشترك في عملية الإرقاء البدئي عامل فون ويلبراند والعامل VIII اللذان يساعدان الصفائح على الالتصاق وتحرير المواد المقبضة التي تزيد من شدة التكدس ويقاس هذا الإرقاء الأولي مخبرياً بزمن النزف الذي يعد مشعراً حساساً لكفاية وظيفة الصفائح ويقدر هذا الزمن بـ 3.5 . 9.5 دقيقة.

تعريف نقص الصفائح الدموية [3]:

يعرف نقص الصفائح الدموية بأنه انخفاض تعداد الصفائح إلى قيمة تقل عن 100000 صفيحة/ملم³ [1]، وبما أن إمكان الخطأ في تعداد الصفائح وارد فيجب إعادة عدّها مرة ثانية ثم التأكد من انخفاضها في اللطاخة الدموية ، يشاهد نقص الصفائح الكاذب بسبب تكتل الصفائح المحرض بـ EDTA وهو خطأ صناعي ويمكن نفيه بفحص عينة الدم المحيطي وإعادة تعداد الصفائح باستخدام عينة دموية مسحوبة على أنبوب يحوي سترات الصوديوم. ويعتبر نقص الصفائح الدموية السبب الأكثر شيوعاً للنزوف المرضية.

الآلية الإراضية لنقص الصفائح الدموية Clinical Hematologe [4] :

يمكن أن ينجم نقص الصفائح الدموية عن نقص إنتاج الصفائح، زيادة التخرّب المحيطي للصفائح أو التشطي ويتم التمييز بين هذه الأشكال بشكل موثوق بإجراء بزل نقي عظم وفحصه ، والذي يحوي في الحالة الطبيعية على 3 . 7 نواءات في حقل التكبير المنخفض.

إن عدد النواءات الطبيعي أو الزائد يشاهد في زيادة التخرّب المحيطي أو التشطي، ونقص عدد النواءات توجه نحو نقص إنتاج الصفائح المركزي.

1. الآلية المركزية "اضطراب إنتاج الصفائح الدموية":

أ. نقص عدد النواءات:

وراثي:

- فقر الدم اللاتنسجي لفانكوني.
- ندرة النواءات الولادي.
- عوز مكون الصفائح Thrombopoietine.

مكتسب:

- فقر الدم اللاتنسجي.
- ابيضاضات الدم.

- . ورم النقي العديد.
- . انتقالات ورمية للنقي.
- . تليف النقي.
- . سمية مباشرة على النواءات: الأدوية المضادة للانقسام . أدوية أخرى . كحول . حمات راشحة.

ب. خلل تكون الصفائح **Dysthrombopioese**:

- . عوز الفيتامين B₁₂ أو حمض الفوليك.
- . بيلة الهيموغلوبين الليلية الاشتدادية.
- . متلازمة Wiskott- Aldrich.
- . متلازمة May- Hegglin .

2. الآلية المحيطة فرط تخرب الصفائح الدموية:

أ. مناعية :

- . بالأضداد الذاتية: فرقية نقص الصفائح المناعية الذاتية . الذأب الحمامي المنتشر ، ابيضاض دم لمفاوي مزمن.
- . بالأضداد الغيرية: نقل الدم أو الصفائح المتكرر . عدم توافق الزمر بين الأم والجنين (زمرة PLA₁).
- . مناعية تحسسية دائية: كينين . كينيدين . سلفاميد . هيبارين . بنسولين .

ب. غير مناعية :

- . التخثر المنتشر ضمن الأوعية DIC .
- . فرقية نقص الصفائح الخثرية.
- . المتلازمة الانحلالية اليوريمائية.
- . صمامات القلب الصناعية والدوران خارج البدن.
- . تبديل الدم أو نقل الدم الكتلي .
- . وتتميز الحالات التي تحدث فيها زيادة تخرب الصفائح بأعمار قصيرة لهذه الصفائح وزيادة عدد النواءات النقية أي يكون عدد النواءات في نقي العظم طبيعياً أو زائداً.

3. التجمع الشاذ للصفائح [5] :

وهو يحدث عند حجز الصفائح بعيداً عن الدوران ، وإن حجز الصفائح في الطحال هو السبب الأكثر شيوعاً لتجمع الصفائح الشاذ "Splenic Platelet Sequestration" ففي الحالة الطبيعية يلتقط الطحال ثلث الصفائح ، وعند حدوث ضخامة طحالية فإن الطحال سوف يلتقط ويحتجز كميات أكبر من الصفائح وهذا يسبب اضطراب وخلل في توزع الصفائح الدموية، أما في حالات الضخامة الشديدة جداً للطحال فإن 90% من الصفائح يتم احتجازها فيه لكن الصفائح الموجودة في الدوران المحيطي تتمتع بمدة بقاء سوية ، وغالباً ما يحدث فرط الطحالية عند المصابين بتشع كبدى وفرط توتر بابي وبشكل أقل مرافق لضخامة الطحال الناجمة عن أسباب أخرى. وقد يشاهد فقر دم أو نقص كريات بيضاء مرافق لنقص الصفائح الدموية والذي نادراً ما يكون شديداً بحيث يؤدي إلى نزوف خطيرة.

التظاهرات السريرية لنقص الصفائح الدموية [3, 4]:

عندما يصبح تعداد الصفائح أقل من (100) ألف صفيحة / ملم³ فإن زمن النزف يبدأ بالتطاول ومعظم الأشخاص الذين يعانون من النمشات والفرطريات يتراوح تعداد الصفائح لديهم بين 20 . 50 ألف صفيحة/ملم³ ، وقد يحدث نزوف عفوية أكثر خطورة " مثل النزوف الهضمية ونزوف الجملة العصبية المركزية" عندما يصبح تعداد الصفحات أقل من 10000 صفيحة/ملم³.

فالتظاهرات النزفية تتعلق شدتها وغازتها بمقدار نقص الصفائح وطبيعة المرض الذي أدى إلى هذا النقص ولكن بشكل عام لا يوجد علاقة مطلقة بين عدد الصفائح والنزف، إلا أن المشاهدات السريرية تبين أن النزف قد يشاهد عندما ينخفض عدد الصفائح عن 20 ألف صفيحة/ملم³ ، ويكون غزيراً وهاماً عندما يكون أقل من 10 آلاف/ملم³. ونادراً عندما يكون العدد بين 40-80 ألف صفيحة/ملم³.

أهم التظاهرات النزفية الناجمة عن نقص الصفائح الدموية هي :

- **الفرطريات النمشية:** وتمثل الظاهرة الأساسية لنقص الصفائح الدموية وهي عبارة عن بقع حمراء عديدة يتراوح حجمها بين رأس الدبوس وحبّة العدس نلاحظها على الأغلب على الأطراف السفلية والمنطقة القطنية لدى طريحي الفراش.
- **الكدمات:** وهي أكبر حجماً من الفرطريات ، تأخذ قيمتها عندما تكون عفوية ومتعددة.
- **نزوف المخاطيات:** الرعاف . نزوف لثوية . نزوف هضمية خطيرة.
- **النزوف النسائية:** وهي ظاهرة ثابتة وقد تكون نزوف طمثية أو رحمية.
- **النزوف السحائية** ونزوف قعر العين وهي خطيرة ومهددة للحياة.
- **أعراض فقر الدم** الناجم عن النزوف في حال تكرارها وكثرتها.

التظاهرات المخبرية لنقص الصفائح الدموية [6, 7]:

زمن النزف: يعتبر قياس زمن النزف حالياً أفضل اختبار في الوسط الحي *Invivo* لتفاعل الصفائح مع جدار الوعاء، ويقوم هذا الاختبار فعالية الصفائح ويحتاج لشخص خبير لإجرائه. يتطاول زمن النزف في حال الإصابة بنقص الصفائح الدموية والزمن الطبيعي 3.5 . 9.5 دقيقة. وهناك عدة طرق لإجراء زن النزف منه *Ivy* و *Duke* ولكن أفضلها طريقة *Simplate* وهي جهاز صغير يتميز بإجراء شق في الجلد ذو عمق وطول محدد، ويحتاج لإجرائه إلى ميزان ضغط وورقة نشاف، والزمن الطبيعي فيه أقل من 10 دقائق.

دراسة الدم المحيطي: تهدف لإثبات نقص الصفائح من جهة ولدراسة عناصر الدم الأخرى بهدف وضع تشخيص أو توجيهه، ويتم عادة بالتعداد الآلي.

دراسة نقي العظم: غالباً ما يعتبر نقص الصفائح استنطاب لفحص نقي العظم الذي يظهر وجود أسلاف الصفائح المسماة بالخلايا النواءة *Megakaryocytes* حيث أن غياب الخلايا النواءة يدل على وجود اضطراب في إنتاج الصفائح أما وجود النواءات فيدل على تخرب محيطي للصفائح أو على النقاط وحجز الصفائح من قبل الطحال في حال وجود ضخامة طحالية مرافقة.

الدراسة المناعية تهدف لكشف عن الأضداد الذاتية للصفائح الدموية ومدى تركيزها.

أهمية البحث وأهدافه:

من خلال الممارسة السريرية وقراءة التعداد الآلي للدم لاحظنا أن نقص الصفيحات الدموية شائع نسبياً وهو يعكس وجود مرض مستبطن قد يكون خطيراً وهذا ما أثار الاهتمام بدراسة أسباب نقص الصفيحات الدموية حيث تهدف هذه الدراسة للوقوف على أهم الأسباب ، وتصنيفها تبعاً لآلية النقص والقيام بدراسة تحليلية لأسباب نقص الصفيحات المعزول والمترافق مع نقص عناصر الدم الأخرى ودراسة التظاهرات النزفية الأكثر شيوعاً وإيجاد العلاقة بين هذه التظاهرات وأهمية نقص عدد الصفيحات الدموية.

طريقة البحث:

تم إجراء دراسة مستقبلية لـ 100 مريض راجعوا مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية قسم الأمراض الباطنة لسبب نزفي أو غير نزفي وأبدى تعدد الدم الآلي الدموي لديهم نقص في الصفيحات الدموية أقل من 100 ألف صفيحة / ملم³ سواء كان نقص الصفيحات معزول ومترافق مع نقص عناصر الدم الأخرى.

تمت مقارنة المريض حسب القصة المرضية والفحص السريري والفحوص المخبرية الدموية والكيمائية والفحوص الشعاعية والفحوص النوعية وبزل النقي وخزعة النقي حسب التوجه السريري. وكان يعاد التحليل الدموي للتأكد من نقص الصفيحات الدموية أكثر من مرة.

وبالنسبة للمرضى المعالجين بالمعالجة الكيماوية كنا نطلب من المرضى التحليل الدموي السابق للتأكد من عدد الصفيحات الدموية قبل المعالجة، أما بالنسبة للمرضى الذين يوجد لديهم نقص صفيحات معزول دون وجود سبب واضح لذلك فكاننا نستكمل الدراسة بالتركيز على القصة الدوائية. الإصابة بالأمراض الحموية، وإجراء ANA لنفي الذآب الحمائي، وظائف الدرق، وظائف الكبد وتحليل البول في الراسب بالإضافة إلى الفحص الفيزيائي. أما المرضى الذين لديهم سبب نقص الصفيحات الدواء فكاننا نوصي المريض بالمراجعة بعد عدة أشهر للتأكد من عودة الصفيحات إلى قيمها الطبيعية بعد إيقاف الدواء.

النتائج والمناقشة:

سوف نستعرض نتائجنا حسب التسلسل التالي:

1. توزع المرض حسب الجنس:

الجدول رقم (1): يبين توزع المرضى حسب الجنس.

نسب الذكور/الإناث	عدد النساء	عدد الذكور	عدد الحالات
	47	53	
1/1.13	%47	%53	النسبة المئوية

يلاحظ من خلال الجدول رجحان بسيط لنسبة الذكور على الإناث.

2. توزع المرض حسب العمر :

تم تقسيم المرض إلى خمسة فئات عمرية:

الجدول رقم (2): يبين توزع المرضى حسب العمر.

التباين	الفئات العمرية
---------	----------------

المجموع	<60 سنة	59-50	49-40	39-30	29-15	
100	32	18	19	18	13	مجموع المرضى
53	23	12	7	7	4	عدد الذكور
%53	%71.88	%66.67	%36.84	%38.89	%30.77	نسبة الذكور
47	9	6	12	11	9	عدد الإناث
%47	%28.12	%33.33	%63.16	%61.11	%69.23	نسبة الإناث

نلاحظ من الجدول أن الأعمار المتقدمة < 50 سنة هم المعرضون لنقص الصفائح ولكن لا توجد دراسات تشير إلى شيوع نقص الصفائح عند فئة عمرية محددة وربما كان السبب في تعرض هذه المجموعة لنقص الصفائح الدموية هو كثرة الأمراض في هذه الفئة العمرية بالإضافة إلى شيوع أمراض الدم الخبيثة الأورام والمعالجات الدوائية.

3. آلية نقص الصفائح الدموية:

الجدول رقم (3): يبين آلية نقص الصفائح المركزية.

محيطية	مركزية	
49	51	عدد الحالات
%49	%51	النسبة المئوية

من خلال الجدول نلاحظ أن السبب المركزي في دراستنا أكثر بقليل من السبب المحيطي.

4. أهم الأسباب المركزية لنقص الصفائح الدموية:

الجدول رقم (4): يبين أهم الأسباب المركزية لنقص الصفائح الدموية.

المجموع	تليف النقي	انتقالات ورمية للنقي	عسر تصنع نقي العظم	تشبيط بالمعالجة الكيماوية	فقر دم عرطل	أمراض الدم الخبيثة	الأسباب المركزية
51	1	4	6	9	9	22	عدد الحالات
%100	%1.96	%7.84	%11.76	%17.65	%17.65	%43.14	النسبة المئوية

نلاحظ من الجدول أن أهم الأسباب المركزية لنقص الصفائح في دراستنا هو أمراض الدم الخبيثة "ابيضاض . لمفوما . MM" وهذا يقودنا إلى استنتاج بأن نقص الصفائح الدموية مؤشر مخبري هام لوجود أمراض الدم الخبيثة وخاصة بالأعمار المتقدمة.

5. أهم الأمراض الدموية الخبيثة التي سببت نقص الصفائح الدموية:

الجدول رقم (5): يبين أهم الأمراض الدموية الخبيثة التي سببت نقص صفائح دموية.

الأورام الدموية	ابيضاض لمفاوي	ابيضاض نقوي	ورم نقوي عديد	لمفوما	المجموع
عدد الحالات	9	6	4	3	22
النسبة المئوية	%40.91	%27.27	%18.18	%13.64	%100

من خلال الدراسة لاحظنا أن الالبيضايات شكلت السبب الأول للأمراض الدموية الخبيثة المسببة لنقص الصفائح الدموية حيث كان الالبيضايات النقوي من النوع الحاد أما الالبيضايات للمفاوي فكان من النوع المزمن.

6. أهم الأسباب المحيطة لنقص الصفائح الدموية:

الجدول رقم (6): يبين أهم الأسباب المحيطة لنقص الصفائح الدموية.

الأسباب المحيطة	ITP	ضخامة طحال	الخمج	الأدوية	أمراض جهازية مناعية ذاتية	DIC	نقل دم كتلي	متلازمة انحلالية يوريمائية	المجموع
عدد الحالات	19	9	7	4	4	3	2	1	49
النسبة المئوية	%38.78	%18.37	%14.29	%8.16	8.16	6.12	4.08	2.04	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن أهم الأسباب المحيطة لنقص الصفائح الدموية هي فرطية نقص الصفائح المناعي الذاتي وقد كان مرضى هذه المجموعة من الشباب وخاصة النساء أما بالنسبة للسبب الثاني فرط الطحالية فقد كان السبب في فرط الطحالية في جميع الحالات هو تشمع الكبد ، أما بالنسبة للأدوية فقد كانت الصادات والهيبارين هما السببان الرئيسان.

7. أسباب نقص الصفائح الدموية بشكل عام:

الجدول رقم (7): يبين أهم أسباب نقص الصفائح الدموية.

السبب الذي أدى إلى نقص الصفائح الدموية	عدد المرضى		النسبة المئوية	النسبة المئوية ♂/♀
	ذكور	إناث		
ITP	3	16	%19	5.3/1
أمراض دموية خبيثة	13	9	%22	1/1.4
فقر دم عرطل	5	4	%9	1/1.25
تنشط نقي بالمعالجة الكيماوية	6	3	%9	1/2
ضخامة طحال	6	3	%9	1/2
الخمج	5	2	%7	1/2.5

3/1	%4	4	3	1	أمراض جهازية مناعية ذاتية
1/2	%6	6	2	4	عسر تصنع نقي العظم
1/2	%3	3	1	2	DIC
1/3	%4	4	1	3	انتقالات ورمية لنقي العظم
-	%1	1	1	-	تليف نقي العظم
-	%1	1	1	-	متلازمة انحلالية يوريمائية
-	%2	2	-	2	نقل دم كتلي
1/3	%4	4	1	3	الأدوية
	%100	100	47	53	المجموع

من الجدول نلاحظ أن أهم أسباب نقص الصفيحات الدموية عند الذكور هو أمراض الدم الخبيثة أما عند الإناث فقد شكل ITP "فرقية نقص الصفيحات المناعة الذاتية" السبب الأكثر شيوعاً.

8. مشاركة نقص الصفيحات الدموية مع نقص عناصر الدم الأخرى:

الجدول رقم (8): يبين توزع المرضى حسب مشاركة نقص عناصر الدم الأخرى لنقص الصفيحات الدموية.

نقص صفيحات مرافق لنقص عناصر الدم الأخرى	نقص صفيحات معزول	
57	43	عدد الحالات
%57	%43	النسبة المئوية

من خلال الجدول نلاحظ أنه في دراستنا كان نقص الصفيحات المشارك لنقص عناصر الدم الأخرى الأكثر مشاهدة والسبب في ذلك حسب الدراسة أن حالات النقص المركزي أثرت على السلاسل الدموية الثلاث.

9. عدد حالات نقص الصفيحات الدموية التي تظاهرت بالنزف :

الجدول رقم (9): يبين عدد حالات نقص الصفيحات التي ترافقت بالنزف.

حالات لم ترافق مع النزف	حالات ترافقت مع النزف	
64	36	عدد الحالات
%64	%36	النسبة المئوية

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة لا بأس بها من نقص الصفيحات الدموية ترافقت مع النزف حيث شكلت تقريباً ثلث الحالات وهذا يدلنا على أن كل حالة نزف يجب أن يقع في الحسبان نقص الصفيحات كسبب له.

10. نوع التظاهرات النزفية:

الجدول رقم (10): يبين أهم التظاهرات النزفية السريرية الناجمة عن نقص الصفيحات الدموية.

نوع النزف	فرفريات	كدمات	نزوف مخاطية	نزوف جهازية	المجموع
عدد الحالات	15	9	5	7	36
النسبة المئوية	%41.67	%25	%13.89	%19.44	%100

نلاحظ من خلال الدراسة أن الفرفريات شكلت التظاهر السريري الأكثر شيوعاً ثم تأتي بعدها الكدمات أما النزوف الجهازية فقد كانت معظمها نزوف من الجهاز الهضمي ، لكن حسب الدراسة كان السبب بالإضافة لنقص الصفائح الدموية عوامل أخرى حيث كان معظم المرضى من مرضى التشمع وعند هؤلاء المرض قد لا يكون نقص الصفائح هو المسؤول فقط عن التظاهرات النزفية.

11. عدد الحالات التي ظهر فيه النزف تبعاً لآلية النقص "محيطي . مركزي":

الجدول رقم (11): يبين علاقة النزف مع الآلية المرضية لنقص الصفائح الدموية.

عدد الحالات	الآلية المركزية	الآلية المحيطية	المجموع
15	21	36	36
%41.67	%58.33	%100	%100

12. علاقة عدد الصفائح الدموية مع ظهور التظاهرات النزفية:

حيث تم تقسيم المرضى إلى ثلاث فئات حسب شدة النقص مع الصفائح الدموية.

الجدول رقم (12): يبين العلاقة بين عدد الصفائح وحدوث التظاهرات النزفية.

عدد الصفائح الدموية	1000 . 20 ألف	21 . 50 ألف	< 50 ألف صفيحة/ملم ³	المجموع
عدد الحالات	28	8	0	36
النسبة المئوية	%77.78	%22.22	0	%100

من خلال الدراسة تبين أن المرضى الذين كان تعداد الصفائح لديهم < 50 ألف صفيحة/ملم³ لم يصابوا بالنزف بينما ترافقت معظم الحالات التي قل عدد الصفائح الدموية فيها عن 50 ألف مع النزف وأغلبهم من المرضى الذين كان عدد الصفائح لديهم أقل من 20 ألف صفيحة/ملم³ وهذا ما يدل على أنه كلما كان نقص الصفائح شديداً كلما ازداد احتمال حدوث النزف.

13. الموجودات المخبرية :

1. تعداد الصفائح:

حيث تم تقسيم المرضى إلى ثلاث فئات حسب عدد الصفائح الدموية:

الجدول رقم (13): يبين توزيع لمرضى حسب عدد الصفائح الدموية.

تعداد الصفائح	عدد الحالات	النسبة المئوية
> 20 ألف صفيحة/ملم ³	30	%30
21 . 50 ألف صفيحة/ملم ³	26	%26
< 51 ألف صفيحة/ملم ³	44	%44
المجموع	100	%100

2. الخضاب وتعداد الصفيحات الدموية:

لا يعتبر حدوث فقر الدم نموذجياً عند المرضى المصابين بنقص الصفيحات الدموية إلا إذا كان هناك نزف شديد وقد قمنا بمعايرة الخضاب عند القبول وكانت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (14): يبين العلاقة بين نقص الصفيحات الدموية وحدث فقر الدم.

الخضاب	عدد الحالات	النسبة المئوية
> 13 غ %	76	76%
< 13 غ %	24	24%
المجموع	100	100%

فمن خلال الدراسة تبين أن معظم المرضى كان لديهم فقر دم والسبب في ذلك لا يعود للنزف وحده بل إلى الأسباب التي أدت إلى نقص الصفيحات الدموية أيضاً والتي أدت إلى نقص في عناصر الدم الأخرى وبالتالي انخفاض قيمة الخضاب.

4. حجم الصفيحات الوسطى MPV :

تم إجراء MPV لـ 55 مريضاً مصاباً بنقص الصفيحات الدموية مع العلم أن القيم الطبيعية لـ MPV هي 10.4 . 7.4 فمتولتر .

الجدول رقم (15): يبين قيم حجم الصفيحات الوسطى.

MPV	عدد الحالات	النسبة المئوية
طبيعي	28	62.22%
منخفض	17	37.78%
مرتفع	10	22.22%
لم يجرى	45	-

من خلال الدراسة نلاحظ أن لتحديد حجم الصفيحات الوسطى MPV دوراً مفيداً في تحديد سبب نقص الصفيحات الدموية سواء كان ناجماً عن نقص الإنتاج " MPV منخفضة" أو زيادة التحطم المحيطي " MPV طبيعية أو زائدة " لأن MPV كان منخفضاً لدى 17 حالة وكل هذه الحالات كان السبب في نقص الصفيحات مركزي بينما في الحالات التي كان فيها MPV طبيعي أو مرتفع كانت السبب محيطي ، حيث يعبر MPV عن إنتاج زائد للصفيحات.

المراجع:

.....

- [1] EMMONS RVB 1996 – Human thrombopoietin levels are high when thrombocytopenis is due to megakaryocyte deficiency and low when due to increased destruction. Blood U.S.A, Vol 87, p4068-4071.
- [2] KAUSHASKY K 1995 – Thrombopoietin: the primary regulator of platelet production. Blood U.S.A, Vol 86, p419.
- [3] BERNADETTE F, 1995 – Diagnostic hematology, Fifth edition – Saunders Company, U.S.A.
- [4] ANNE E, 1998 – Clinical Hematology, Second edition – Lippincott Company, U.S.A.
- [5] ROVO A 1999 – Splenectomy in idiopathic thrombocytopenia purpura effective, yes but for how long. Blood U.S.A, Vol 92, p177.
- [6] HARKER L 1972 – The bleeding time as a screening test for evaluation of platelet function. N England J Med. England, Vol. 155, p155.
- [7] Lind S 1991 – The bleeding time does not predict surgical bleeding. Blood U.S.A, Vol 77, p2547.