نگارش
کتر محمودی نیکخو
رئیس دمانته‌بخش پزشکی ۱ بیمارستان پهلوی

همانطور که از عنوان استنباط می‌شود، نفراتی های انترستیسیال مزمن یک نوع ضایعات‌تهابی مزمن در سیستم انترستیسیال کلیه است که غالباً در دنیای اختلالات و پی نظیم‌های مجاری دفعی ادراری بی‌قرار می‌گردد. نفوذ بیان‌های گلومرولی (۳) در اثر یک کانون عفونی در یک نقطه دور دست و بطور غیر مستقیم و بدون دخالت میکروبی تظاهراتی‌تهابی در کلیه هستند ولی نفراتی های انترستیسیال پدیده‌های اطفالی ناشی از تاثیر خود میکروبی در نسج کلیه می‌باشد.

برای اولین بار در سال ۱۹۱۲٠لوهل درآلمن و سالیمی (۵) در فرانسه باین بیماری پی پربردن ولی از سال ۱۹۲۳ که ابرلین (۶) آسیب شناسی آن را شرح داد و چگونگی بعضی بیماران آن را در کلیه توصیف کرده‌اند.

۱-Nephrites interstitielles chroniques ou ascendantes ۲-Service de Prof. HAMBURGER-Paris ۳-Nephropathies glomerulaires ۴-Lohlein ۵-Salimbeni ۶-Oberling ۷-Maladie de Bright
موجود در ادراز از یک هزار گلوبول سفید و یک هزار گلوبول قرمز در دقیقه تجاوز نمی‌کند در فریت‌های انترسیستیل تناها تعداد اکسیژن‌داری (گلوبول سفید) بالا و گلوبول قرمز در حدود طبیعی و یا مختصات افزایش یافته است و در گلوبول اکسیژن‌داری (بخصوص در گلوبول نفریت حاد) تعداد گلوبول های قرمز به نسبت قابل مشاهده بالای می‌رسد در نفریت‌های انترسیستیل تعداد گلوبول سفید در دقیقه در حدود ده هزار با یک هزار و گاهی صد هزار با پشتیبانی می‌شود بدبینه است که در موقعیت همانندی تعداد گلوبول قرمز و سفید هرره در ادرازیاد بوده و نسبت گلوبول قرمز گلوبول سفید خیلی زیادتر و تقریبا مثل نسبت‌اند در خون است.

۲- آسیدوز هیپرکلریمی - این نوع اختلال الکترولیتی منحصر به فریت انترسیستیل نیست و در نفریت‌های دیگر نیز وجود می‌آید ولی یک از همه آن‌ها در فریت انترسیستیل خواهم دید.

آسیدوز معمولی کلینیک تقریبا همیشه عبارت از اکسیژن‌داری میزان کلر و بکرنشات ها و افزایش میزان سولفات‌ها و فسفات‌ها است و در آسیدوز هیپرکلریمی میزان فسفات‌ها و سولفات‌ها در پروتئین‌های آسیابز شده به‌کار می‌رود کل در خون است که

بعضی مواقع بیمار فقط از آلبالومین اوری (8) یا همان‌واری (9) و یا ازدیاد فشار خون شکاکت دارد البته با غاهی نفرین‌سری (1) یا آلبالومین اوری زیاد و خیز فروان تنظیر می‌کند.

در مقابل چه علائمی باید به نفریت انترسیستیل نکرند؟

در برایر یک تابلوی نفوذپذیر مزمن بستری‌که باشد صورت نه می‌شود نظر طبی‌پز و وجود نفریت است و اکسیژن‌داری محسوس خواهد ساخت اکسیژن‌داری اوری آسیدوز هیپرکلریمی (12) و بالاخره سوپر ناراحتی های ادرازی (12)

۱- اکسیژن‌داری اوری - گاهی در ادراز چرخ وجود دارد و می‌کرما به سهولت می‌توان پیدا نمود و نفوذ‌کاری کامل‌یا روش‌است برای چنین تابلویی همیشه وجود ندارد و از این‌رو عناصر موجود در ادراز (14) برای تشخیص بیماری که گرفته می‌شود در روشی که بررسور هاموریزه و همکاران انتخاب نمودند عبارت از شمارش عناصر موجود در ادراز (منشور گلوبول سفید و گلوبول قرمز) در سه ساعت اولیه صحیح‌‌که بعد تعداد آن‌ها در دقت‌هی حساب می‌کنند (بیمار باید در حال استراحت باشد).

در حال سلامت شمارش عناصر

8- Albuminurie 9- Hematurie 10- Syndrome nephrotique
11- Leucocyturie 12- Acidose Hyperchlorémique 13- Antécédents urologiques
14- Numération des éléments figurés
نفویه‌های انترستیسیلی‌های مزمن

موجب تنزل آب‌های بیکرینات‌ها در خون شده و آسیدوز مزبور را بوجود می‌آورد. غالباً بعد از دلیل نزدیک‌بینی‌های خوردن میکسیم می‌باشد. خون ۱۴ میلی‌اکیوان (عدد معمولی بیکرینات‌ها ۱۵ میلی‌اکیوان) (بجای ۱۷ میلی‌اکیوان در حال سلامت) به پیمایش دیزنی‌قلیایی پایین است (وجود آسیدوز) کلر ۱۵۰ میلی‌اکیوان (بجای ۱۱۰ میلی‌اکیوان در حال سلامت) و میزان کلر در خون بالا رفته است.

نفوریه‌های نهایی در حال سلامت یک سدیم‌دار دوباره جذب کرده و بالا رفته می‌گردد. دامونیوم (۱۵) دفع میکسیم‌ایان عملی‌ها به‌هیچ‌کدام می‌رسد. قسمت انتهایی لوله (۱۷) است و این قسمت از لحاظ تشخیصی نزدیک کالیس‌ها و انتهای ایجاد کننده هم‌جوار مجاری دفعی ادراز است. موجب‌گیری اندازه و ادراز را در جریان یک فروپاتی‌ی مزمن می‌توان امتحان نمود؟ در غلبه‌های وجود نارسایی کلیه بروی دیفیلی کلیه و مجاری دفعی آن‌ها محدود می‌شود زیرا این امتحان‌ها بیضی ضروری به یک‌زمان کلیه راشد می‌دهد و با احتیاط و با در نظر گرفتن بعضی شرایط امتحان کلیه و مجاری آن را می‌توان عملی نمود. معمولاً در حال وجود دارد:

الف- نارسایی کلیه هنوز زیاد‌نیست

(اوره خون پالین‌تر از یک گرم در لیتر)

۱۵- Nephrone ۱۶- Chlorure d’monium ۱۷- Distal ۱۸- Colique nephritique
نیماییان نیمگردند و از طرف دیگر نسج آسیب دیده کلیه گاهی تحمیل دفع این ماده را ندارند و زیان مفرطی بدایان وارد شده و چه بسا در دنیاله آن نارسائی شدید و خم کلیه برقرار شد دراین مورد بجای اوروگرافی داخل وریدی اورتوپیلوگرافی صعودی (۲) توصیه می‌شود ولی متخصصین بیماری‌های کلیه از این عمل استقبال نموده و کمتر آترا بکارمی‌برند. برای این اعمال آن‌لئوسکپی و گذاشتن لوله در حال اختلاص بوده و این مداخلات برای اینگونه بیماران که دارای کلیه ناتوان و مستمدهستند عفونت‌های شدید کلیه را در دنیال داشته و نارسائی کلیه را زیاد تر خواهد کرد و حتی استعمال این بیوتک‌ها قبل از انجام این اعمال به‌عنوان پیش‌گیری از بروز عفونت جلوگیری نخواهد کرد. بدین‌هم‌ارادیگونه موارد برای پرسی کلیه و وضع مجاری آن چیزهای ویژه‌ای به آن زبان و در واقع کلیه‌ای و شبیه‌ای است.

اول لمس کلیه‌ها گاهی اوقات اطلاعات ذی‌کیه در لمس کلیه‌ها که کلیه‌ها که خواهد شد افزایش حجم یک یا دوکلیه ممکن است دال بر وجود بی‌نظمی و اختلال در مجاری ادرار باشد. در جریان نفیت انترسلیسل کلیه که کمی قابل لمس شود میتوان حدس تاکه هنوز در حال انجام کلیه‌ای شدید است و کلیه‌ای از درآمده باشد. بکار می‌برند. یک گرم در یک است و کلیه‌ای از درآمده باشد. بکار می‌برند.

بنا نارسائی کلیه شدید است (میزان اوره خون بالاتر از یک گرم در لیتر و کلیه‌ای اوره‌پلاسی از ۲۵ سانتی‌متر مکعب در دقیقه) در حالات اول که ضایعات کلیه شدید در نیمه و نارسائی زیادی در کار نیست بی‌پرواز و ساده ترین روش برای پرسی کلیه و مجاری ادرار اوروگرافی داخل وریدی است (۱۹) (اصولا توصیه می‌شود که برای انجام اوروگرافی داخل وریدی در جریان نفیت‌های مزمن اوره خون از ۷۵ گرم در لیتر متوسط‌تر نیست و میزان کلیه‌ای اوره کمتر از ۲۵ سانتی‌متر مکعب در دقیقه نباشد) بیده است وقتی باحدس وجود نفتی انتربستیل اوروگرافی‌ی انجام می‌شود. حتی المقدار از گرفتن کلیشه با فشار روی شکم و حالب‌ها نخودداری شود زیرا این عمل برای این نوع نفتی‌ها ممکن است به ضرورت نباشد.

۲۹- Clearance de l'Urée
۱۹- Urographie par voie veineuse
۲۱- Ureteropyelographie retrograde
دراری پارانشیم سالم بوده و امکان پرگشت به حال طبیعی را دارد و حال آنها کیفیت های کوچک و صفر یافته و غير قابل لمس مراحل پیشرفته مرضی هستند.

دوم و سوم: رادیوگرافی ساده از کلیه ها و درخور موارد رترپنوموپریتیوان (21) است در رادیوگرافی ساده گاهی سابقه سنگی مشاهده می‌شود که تا آن موقع کوچکترین علائم نداشته و نیز در انتخابی انلین نظاره پالینی سنگ کلیه است. 

چهارم: رادیوگرافی با ماده حلبی از مثانه و مجرای بول (22) عکس‌برداری از مثانه و مجرای بول فوقالعاده مهم و در عین حال بدول آزار و اضطراب آن باندوسکی نیازی نیست ماده حلبی را بوسیله یک سرته از مجرای پیش‌کش وارد‌مانند. و عکس برداری خواهند کرد بدقیسی تسمت‌های پایین دستگاه ادراری مورد بررسی قرار گرفته و چنانچه بی‌میزان خواهیم دید با این روش برگشت‌ادراار بحال و لگنده (23) مشاهده می‌شود و بوجود بیماری دهانه میانه (24) بدن‌سیطره می‌توان بی‌رطه. 

بیماری‌های مهم دستگاه ادراری مسبب نفریت انتخابی مزمن کدامند؟

21. Retropneumo peritone
22. Urethro-cystographie
23. Reflux uretero-vesicale
24. Maladie du Col vesicale
25. Lithiase urinaire
26. Les anomalies des bas urinaire
27. Les stenoses et compresses ureterales
مدت ده سال با تشخیص یک نریت مزمن معمولی تحت درمان های علوماتی و رژیم‌های سخت بود ولی بدیعت‌های تشخیص دیر شده بود و کلیه ها بکلی صغر یافته بودند و بیمار در یک تابلو تارسانتی کامل چله فوت نمود، امروز در بخش بیماری‌های کلیه بیمارستانی اداره و حداکثر یک رادیوگرافی ساده از دستگاه اداری بیمار مبتلا به نریت مزمن یک قانون کلی محسوب شده‌هست.

وقت نایاد فراموش گردید.

۲- بیماری قسمت پایین دستگاه اداری- ضیق مجاری بول غلاط و همگام مانند در یک بیمار دیگر این ناحیه درز حاد بود و در این بیمار دارای نارسانتی کلیه نسبت‌دار است در این بیمار، غلبه یک نریت اتربیسیل سل علاوه بر ضعایت موضعی سل در کلیه برقرار شده که نارسانتی کلیه زودرس را در نزد بیمار توجه می‌نماید.

۳- تنگی و فشار های به حالت تمام ناراحتی‌های مولده مورد نظر (۲) عاملی اعتیادی نگارند به حالت می‌پردازند، چنان‌که از خارج به حالت فشار می‌پردازند، در موضع عاملی راه حل‌گاهی اوقات فشار به حالت و لانگچه زیاد بوده و باعث توقف اداره در لانگچه و پیداش عفونت اداره و دنباله آن نریت‌اترستیسیل می‌باشد، پس این بیمار مبتلا به نریت اداری و در این نریت‌اترستیسیل پس از انتخاب به علائمی که ممکن است یک نوع ضایعات با علائم چربی می‌باشد، شدت نامعلومی در اطراف هر در حالت
شماره شم 

برای این بیماری همیشه بايد بفکر آن بود و علائم آن را تجسیم نمود و از نظر سبب شناسی نزد کودکان به بیماری دهانه مثانه و در چوانان به سبب و بیماری‌های دیگر مجازی ادرار و در خامه‌ها به حاملگی های مکرر و در اشخاص مسن به بیماری‌های پروستات توجه داشت و چنانچه نارسایی لیس بیمار اجازه میدارد یا تشخص تفسیر چنین بیماری‌های بی‌پرهیز (۴) که لیس نوع از لحاظ آسیب شناسی یک واکنش به تحریک به‌قوت شدید در بافت انترستیسیال کلیه با انفلترا سیون سلولی (۲۵) توازم بالاسکلروز (در مراحل پیش رفته) دیده می‌شود که معمولاً از لحاظ کالیسی ها شروع شده و به طرف قشر کلیه پش می‌رود علاوه بر آن صغر اوله ها و گلومرول ها در بعضی نقاط وجود دارد. درمان هنگامی که فرعت انت‌سریول مزمن منجر به نارسایی کلیوی مسلم به‌دیدار مانند نوع نارسایی مثل سایر نارسایی‌های کلیوی بطل شگرد است و بايد متذکر شد که تنظیم تعادل آبی و الکترولیتی نزد این نوع بیماران باید همواره بروز کرده و نسبت به تحلیل ملاحظه خواهد داد. برای اصلاح آسیدوز بهتر به‌کمک دواء دست و یا سیطرات دوسی کافی است و با این تداوی نارسایی کلیوی تا حدودی اصلاح شده و میزان اورخون تول می‌کند و لی انجه که در این نوع فرعت ها اهمیت بوجود آمد و موجب نفرت به حالت‌ها شود این بیماری برای اولین بار توسط پرفسور هامبورجز تنفیذ و گزارش شده ودرمان آن عمل جراحی و یا واشتی نسوج تصبی و جناب اطراف حالت است. بايد اذعان کرد كه گاهی اوقات هیچ نوع علیه برای پیدایش فرعت انت‌سریول نیت‌وارد که در اینجا می‌توان فکر کرد که میکروب از راه خون به‌کمپ سرای نتواند فرعت انت‌سریولی و موجب نفرت انت‌سریولی مزمن شده است افرادی که دچار بی‌نارسایی دائمی دارند و میکروب‌ها بی‌سیمی وارد خون شده و در کلیه موجب نفرت انت‌سریول خواهد شد. بايد دانست كه فرعت های انت‌سریولی از راه خونی (۲۱) غالباً حاد بوده و در جویان سپسی سمت (۳۲) هایر قرار می‌گردند و علائم آن منجر به آنوری (۳۲) و امریم تثبیت و گاهی همبستگی هم‌نورتی انت‌سریول هم‌نورتی پیش آن خیلی و خیلی قبل از پیدايش آن‌تی‌بی‌تی‌ک این بیماران غالباً محروم به‌کمک بودند ولی امریز با تشخیص زودرس و درمان آنتی‌بی‌تی‌ک گاهی اوقات بهبودی پر قرار می‌شود. 

تشخیص نفرت های انت‌سریولی

31- Nephrite interstitielle hematogène 32- Septicemie 33- Anurie et uremie34- Biopsie renale 35 - Infiltration Cellulaire
دارد توام نمودن درمان سببی به درمان علامتی فوق است با تجویز آنتی بیوتیک‌ها مخصوصا اگر بوسیله کشت ادرارو تهی آنتی بیوگرام انتخاب شده باشد عفونت ادراری از میان خواهد رفت و در بعضی موارد توام با آنتی بیوتیک‌ها از هورمون‌های کورتیکوپورالن با مقادیر کم و با اختیار میتوان کمک گرفت و بدان ترتیب تسهیلات در اصلاح پیدا های نهایی در نسب هم‌بند کلیه فراهم نمود و همیشه برای تشخیص و اصلاح وضع اولی عفونت ادراری باتخصصیین بیماری‌های مجاری ادراری مشورت نمود هرچه این مداخلات و تداوی درمانی زود شروع شود نتایج نیکتری در بر

Bibliographie

FISHBERG-Chronique pyelonephrities P. 642 1954
HAMBURGER(J) - Les nephrites interstitielles
   Pathologie médicale Tome II-1960
HAMBURGER(J) - Les nephrites ascendantes chroniques
   Documentation medicale No 25-1958
MILLIEZ(P.)- les nephrites ascendantes-Conférence Faculté
   de Medecine Paris, le 26 Nov. 1960