

نامه دانشکده پزشکی تهران

آذرماه ۱۳۴۴

شماره سوم از سال بیست و سوم

جستجوها و گردآوریهای علمی

دکتر ابوالقاسم پیرنیا

دکتر فریدون علیین

اهمیت و ارزش روشهای نوین تحقیقات پاراکلینیکی در تشخیص سل کلیه

در سل کلیه نیز مانند ضایعات سلی سایر دستگاهها، رسیدن به تشخیص قطعی با مسلم ساختن وجود باسیل کخ در ادرار میسر مییابد.

مشاهده باسیل کخ علاوه بر اینکه تشخیص احتمالی را قطعی میسازد طبیب را نیز آماده میکند که درمان ضد سلی را با اطمینان کامل شروع کند. درمانی که نتیجه آن درخشان و توأم با بهبودی میباشد. از طرف دیگر مسلم ساختن وجود باسیل کخ در ادرار در مراحل اولیه بیماری که علائم بالینی واضحی ندارد تنها بوسیله روشهای نوین پاراکلینیکی متدور مییابد این مطلب از نقطه نظر سیر بیماری و درمان اهمیت بسزائی دارد زیرا شانس موفقیت درمان در مراحل اولیه یعنی در مرحله معروف به مرحله پیش از اکسودا و در مرحله اکسودائی (Pre - Exudative State - Exudative State) خیلی بیش از مراحل پیشرفته یعنی مرحله

فیبروزآن (Fibrous State) میباشد. اینکه بترتیب اهمیت بزرگ روشهای مختلف نوین مسلم ساختن وجود باسیل کخ در ادرار و کلیه میپردازیم:

مجزا کردن باسیل کخ از ادرار - روشهای مختلفی در این خصوص ذکر شده است که عبارتند از:

الف - تجسس باسیل کخ در ادرار بطور مستقیم و بعد از هوموژنیزاسیون بوسیله رنگ آمیزی زیل نیلسن (Ziehl - Neelsen Method).

ب - کشت در محیط اختصاصی لونشتاین (Lowenstein - Jensen) و یا محیط (Petraghani) جهت نوع انسانی باسیل کخ و بررسی کشتهای غفته بهفته و مشاهده نتیجه که معمولاً و در اکثر موارد در هفته ششم تا هشتم معلوم میشود.

پ - تلقیح رسوب ادرار مشکوک به خو کچه هندی و نگهداری آن تا شش هفته جهت تشریح. از آنچه درباره نتیجه کشت گفته شد این نتیجه را میتوان گرفت که نگهداشتن بیمار ۸ الی ۱۰ هفته بی تشخیص و بی درمان مسئله ایست قابل بحث زیرا در زمانی که در بالا گفته شد ممکنست در عضو معیوب تغییرات آسیب شناسی پیش رفته ای بوجود آید بدین جهت باید اهمیت خاصی به تجسس مستقیم باسیل در ادرار داد و این کار مستلزم دقت بخصوصی میباشد که ما به پیروی از آن در بخشهای پزشکی رازی موفق بیافتن باسیل BK در ادرار تقریباً ۱۰ بیمار از ۹ مورد مشکوک به سل کلیه شدیم ولی ناگفته نماند که در روش دیگر با کتریولوژیائی یعنی کشت در محیطهای اختصاصی و تلقیح به خو کچه هندی نیز از لحاظ ارزش علمی و تشخیص در درجه اول اهمیت میباشد زیرا تنها مشاهده مستقیم باسیل کخ در ادرار کافی برای قطعی شناختن تشخیص نیست و اگر کشت ادرار و تشریح حیوان تلقیح شده از لحاظ باسیل کخ منفی باشد میتوان سل کلیه را رد کرد و اما طریقه جمع آوری ادرار خود موضوعی است بسیار مهم که بالاخص اهمیت آنرا ما در اینجا ذکر میکنیم زیرا اگر دقت کافی در آن نشود احتمال منفی بودن نتیجه بیشتر خواهد بود.

طریقه ای که ما در بخش پزشکی رازی از آن استفاده میکنیم بدینقرار است چنانچه بیمار قبلاً تحت درمان با داروهای ضد سل قرار گرفته باشد قطع درمان بمدت ۳ روز قبل از جمع آوری ادرار لازم است و برای اینکه در صبح روز آزمایش ادراری با وزن مخصوص بالا بدست آید کم کردن و حتی قطع مایعات از بعد از ظهر روز قبل توصیه میشود. صبح روز آزمایش قبل از گرفتن ادرار قسمت قدیمی سجرای ادرار و گلاند باید با آب و صابون تمیز شسته شود و اولین ادرار صبح در ظرفی بگنجایش ۰.۰۵ میلی لیتر جمع آوری بشود. توضیح آنکه ظرف شیشه ای

میشود و تولید این تغییرات در مثانه در تعقیب سل پرستات و کیسه‌های منی در درجه دوم اهمیت قرار دارد. در سیستوسکوپی به توبرکولها و زخمهای موجود در ته مثانه و سقف آن و اطراف دهانه اورترا باید اهمیت زیادی داده شود زیرا این زخمها معمولاً منشأ سلی دارند و چنانچه گفته شد اغلب در تعقیب سل کلیه ایجاد میشود.

پونکسیون بیوپسی کلیه - پونکسیون بیوپسی کلیه در تشخیص سل کلیه مطلبی است قابل بحث زیرا عده‌ای از متخصصین فن مخالف آن هستند ولی نباید فراموش کرد که در بعضی از موارد علائم فیزیکی و آزمایشگاهی هیچگونه کمکی به تشخیص بیماری نمیکند و تنها بوسیله پونکسیون بیوپسی کلیه ماهیت بیماری آشکار میشود. چنانکه در شماره ۲۴۹ Therapeutic Notes اکتبر ۱۹۶۴ سه مورد سل کلیه گزارش داده شده که تشخیص فقط بعد از پونکسیون بیوپسی کلیه داده شده است و هیچگونه عارضه‌ای بعد از پونکسیون دیده نشده از طرف دیگر با وجود درمان مؤثر سل، نباید از پونکسیون بیوپسی کلیه برای تشخیص سل کلیه ترسید.

اخیراً نوع جدید از پونکسیون بیوپسی پیشنهاد شده است و آن پونکسیون بیوپسی پروستات است که در تشخیص سل مجاری ادراری بکار برده میشود. چنانکه میدانیل سل پروستات شایع‌ترین عفونت مزمن در بین عفونتهای اختصاصی پروستات میباشد و از این راه بطور صعودی ممکن است کلیه نیز گرفتار شود. از طرف دیگر ممکن است بطور نزولی کلیه معیوب پروستات را گرفتار سازد بدینجهت در موارد مشکوک پونکسیون بیوپسی پروستات خالی از اهمیت نیست.

بالاخره در خاتمه جادارد که از آنورتوگرافی (Aortography) در تشخیص سل کلیه بحث شود زیرا اخیراً مواردی از هیپرتانسیون شریانی در تعقیب ضایعات سلی کلیه گزارش داده شده است که در اوروگرافی این بیماران هیچگونه ترشچی در طرف کلیه معیوب دیده نمیشود ولی در آنورتوگرافی انسداد شریان اصلی کلیه معیوب مشاهده شد که بعلت هیپرتروفی طبقه میانی جدار شریان (Medial Hypertrophy) و اسکروز طبقه زیر پرده توپوشی (Sub-intimal Sclerosis) بوجود آمده است.

ما در بخش پزشکی رازی یک مورد فشار خون شریانی در اثر ضایعات سلی کلیه با مشخصات فوق‌الذکر تشخیص دادیم که شرح آنرا در مقاله جداگانه‌ای منتشر خواهیم ساخت. اهمیت تشخیص این نوع بیماران در این است که با برداشتن کلیه معیوب و درمان ضد سلی فشار خون بیمار پائین آمده و محدود طبیعی خود میرسد.

مآخذ

- 1) The Diagnosis of Tuberculosis, Sheets 1964.
- 2) Therapeutic Notes No. 249 Oct. 1964.
- 3) Roentgen Diagnostics by H. R. Schinz.
- 4) A Survey of Tuberculosis of the Kidney 1952.
- 5) Feuillet Médicaux, Tuberculose Rénale.
- 9) The American Journal of Medicine 1965.
- 7) Unilateral Renal Tuberculosis Associated with Hypertension Ann. Int. Med., 15, 324.
- 8) Vascular Obstruction in Chronic Pyelonephritic Kidneys and its relation to hypertension lancet 1955.
- 9) Wilson : Arterial Lesions in Rabbits with Experimental Renal Hypertension 1948.
- 10) Wilson: Vancet, Renal Changes in Malignant Hypertension.
- 11) The Diagnosis of Tuberculosis, General observation Part I 1962.
- 12) Clinical Diagnosis by Laboratory Methods Todd - Sanford 1958.