

## دفع گلبول سفید از ادرار در نتیجه تزریق واکنش T.A.B. برای تشخیص پیلونفریت های مزمن .

دکتر حسن مافی \*

آزمایش اندازه گیری مقدار دفع گلبولهای سفید در ادرار در نتیجه تحریک واکنش در سال ۱۹۵۷ توسط هوکتون ۱ و پیرز ۲ انجام شد. هوکتون و پیرز از سال ۱۹۵۹ آنرا وسیله تشخیص بیماری پیلونفریت مزمن قرار دادند از آن پس ارزش این تجربه توسط مونت کومری ۳ و نورت ۴ و دیگران مورد بحث قرار گرفت . در سال ۱۹۶۲ بکاربردن پردنیزلون و تزریق واکنش T.A.B بطور متناوب بوسیله لیتل ۵ وارد نظر شرح داده شد. کاتز ۷ و آل ۸ در ۱۹۶۲ دو طریقۀ تحریک را باهم مقایسه کردند . لیتل وارد نظر بایردنیزلون بیشتر از واکنش T.A.B نتیجه مثبت بدست آوردند .

ما در اینجا تجربیات هوکتون و پیرز را که با واکنش تیفوئید و پاراتیفوئید A و B انجام گرفته است شرح داده نتیجه را با استعمال پردنیزلون مقایسه میکنیم.

این تجربه روی ۳۵ بیمار شامل پانزده مرد و بیست زن که سن آنها بین ده تا ۶۷ سال بود انجام گردید بین سنین ۵۰ و ۶۰ سال ۴۳٪ نتیجه مثبت گرفته شد. در این بیماران پانزده نفر بطور یقین مبتلا به پیلونفریت مزمن و شش نفر مبتلا به پیلونفریت مشکوک بودند و هشت نفر با علامت فشار خون و سه نفر با علامت نفروتیک و یک نفر با کلیه پلسی کیستیک و دو نفر با بیماری ایسکمی کلیه (نرسیدن خون به کلیه) اما بین این افراد بیماری که مبتلا به بیماری حاد کلیه و با اختلالات قسمت پائین مجاری ادرار باشد وجود نداشت . قبل از اینکه روش تحریک گلبولهای سفید در

\*دکتر رئیس درمانگاه بخش داخلی بیمارستان وزیری

- |             |           |                |
|-------------|-----------|----------------|
| 1- Houghton | 2 - Pears | 3- Montgomerie |
| 4- North    | 5- Little | 6- Wardener    |
| 7- Katz     | 8 - Al    |                |

ادرار برای تشخیص پیلونفریت بکار رود پیلونفریت کاملاً تشخیص داده نشده بود و مشکوک بنظر میرسید البته برای تشخیص پیلونفریت روشهایی بکار برده میشد و از این روشها نتایجی نیز بدست آمد ولی يك دستور و روش قطعی برای تشخیص پیلونفریت بدست نمیداد.

### نتیجه

در نوزده امتحان که بر روی بیمار مبتلا به پیلونفریت قطعی انجام گرفته است ده امتحان جواب مثبت داده است و از هشت امتحان که بر روی بیمار مبتلا به پیلونفریت مشکوک انجام شده چهار جواب مثبت بوده است اما جواب مثبت بیشتر وقتی گرفته میشود که واکنس T.A.B بعنوان آزمایش تحریکی بکار رفته باشد و در شانزده حالت که در آن هر دو روش باهم مقایسه شده اند يك جواب مثبت با T.A.B و يك جواب منفی با پردنیزلون بدست آمد و در بقیه که پانزده مورد بوده است هر دو روش ( یعنی تزریق واکنس T.A.B و استعمال پردنیزلون ) نتیجه رضایت بخش داده است. این نتایج که از واکنس T.A.B بدست میآید انسان را دچار تردید میکند که آیا این روش خوب است یا نه ؟

زیرا در نصف بیماران مبتلا به پیلونفریت جواب مثبت داده است .  
 بعضی علماء بوسیله واکنس T.A.B و بعضی با استعمال پردنیزلون و بعضی ها با بکار بردن لیوپولی ساکراید تصفیه شده میکربها که بصورت يك ماده چرکزا بکار برده شده است نتیجه مثبت گرفته اند. گرچه تزریق واکنس T.A.B سبب يك بیماری خفیف و موقت مانند تب و سردرد میشود که در طی بیست و چهار ساعت بهبودی حاصل میشود ولی با اینهمه نتیجه ای که از استعمال واکنس T.A.B بدست میآید از بکار بردن پردنیزلون رضایت بخش تر میباشد باین نکته باید توجه داشت که سایر بیماریهای کلیه که پیلونفریت مزمن نیستند باین آزمایش جواب مثبت نمیدهند یعنی این آزمایش مخصوص بیماری پیلونفریت مزمن است گرچه این آزمایشها وسیله تشخیص قطعی برای پیلونفریت مزمن نیست و از آزمایشهای دیگری مانند پیلوگرافی داخل وریدی و بیوپسی و آئورتوگرافی نیز استفاده میشود ولی بایستی قبول کرد که تزریق واکنس T.A.B يك عامل مهم تحریکی جهت پیدا شدن گلبول سفید در ادرار و تشخیص قطعی پیلونفریت میباشد .

### خلاصه

میتوان مطالب ذکر شده را چنین خلاصه کرد : میزان دفع گلبولهای سفید در ادرار در اثر تحریک در ۳۵ بیمار مبتلا به پیلونفریت مزمن همراه با فشارخون که با واکنس T.A.B و پردنیزلون

آزمایش شده است نتیجه مثبت و رضایتبخش بیشتر با واکن T.B.A بدست آمده است . البته باید باین نکته مهم توجه داشت که اگر جواب مثبت بود دلیل قطعی بر ییلونفریت است ولی اگر جواب منفی بود دلیل بر عدم وجود ییلونفریت نیست بعبارت بهتر ممکن است در حالیکه جواب منفی است ییلونفریت وجود داشته باشد .

## REFERENCES

- 1- Houghton A.J. Pears M.A. (1957) Brit. Med. j.P.622.
- 2- Hutt M.S.B. Chamers J.A. Macdonald J.S. de Wardener, H.E. - (1961) Lancet -i. 351
- 3- Katz, Y.J. Bourdo S.B. Moore B.S.(1962) ibid. P.1140-1144.
- 4- Leather H.M. Wills, M.R. Gault, H.M. (1963) Brit. Med. J.I. 92.
- 5- Little P.J. de Wardener H.E. (1963) Lancet p. 1145.
- 6- Montgomerie J.Z. North J.D.K. (1963) ibid. p. 690.
- 7- Pears M.A. , Houghton B.J. (1959) ibid, pp. 1167 .