

تجول در درمان سل ریوی

نکارش

محمد اسمعیل تشید

دالنجوی سال ششم پزشکی

ترقیات جدید در درمان سل ریوی بیشتر مرهون دو عامل میباشد:

اولا مبارزاتی که در سالهای اخیر بشدت برضد سل انجام گرفته اصولاً نوع ضایعات ریوی را دگرگون ساخته است از یکطرف اجرای کولاپسو تراپی خطر اجتماعی سل را تخفیف داده و از طرف دیگر امتحانات رادیولوژیک سیستماتیک که هر ششماه یکمرتبه بعمل میآید سل را در مراحل ابتدائی کشف مینماید مثلاً در هلند اکنون فقط دو گروه مسلولین وجود دارند: یکدسته از یونهای کاملاً محدود میباشند و همیشه در مرکز تصویرشان روشنی مشهود میافتد ثابت کرده اند که در این ضایعات همیشه اولسراسیون دیده نمیشود و بآنها توبرکولم (۱) میگویند. دسته دوم کاورنهای محصور در انساج سالم میباشد که غالباً هر دو در امتحان سیستماتیک کشف میشود واضح است که در این مرحله ضایعات بهترین نتایج درمانی را حائز میباشد.

موضوع دوم کشف استرپتومیسین در این هفت ساله اخیر میباشد که کمکهای ذیقیمتی مخصوصاً در قسمت جراحی سل ریوی نموده است. اما در زمینه کولاپسو تراپی هم در سالهای اخیر تحولی ایجاد گشته است که مدیون بمطالعه دقیق اعمال تنفسی (۲) در تمام بیماران قبل و بعد از جمیع عملیات کولاپسو تراپی میباشد. در یک آسایشگاه مدرن دو پزشک و یک شیمیست در بخش مجهزی بطور شبانه روزی مشغول اینکار میباشند مقدار هوای ذخیره (۳) روی صفحه ثبت میشود و درجه اشباع اکسی هموگلوبینه بتوسط سلول فتوالکتریک بایک صدم تقریباً اندازه گیری میشود باین طریق از یکطرف مقدار اکسیژن مصرف شده و از طرف دیگر ظرفیت حیاتی (۴) اندازه گیری میشود.

از چند سال قبل امتحان اسپرومتری برای هر کدام از ریتین بطور جداگانه

۱ — tuberculome

۲ — fonction respiratoire

۳ — air residuelle

۴ — Capacité vitale

بعمل میآید و میتوان معلوم کرد که هر کدام از ریتین چه مقدار عمل خود را انجام میدهد و در موقع فعالیت هر یک از ریتین آیا بتنهایی میتواند بار تنفسی بدن را تامین نماید؟ از همین راه توانسته اند مقدار فونکسیون ریوی که پس از اعمال کولاپسوترایی حذف میشود تعیین نموده و ارزش نهائی آنها را بسنجند.

پس از مقایسه این نتایج بالاخره واضح گردید که عالیتترین نتیجه در موردی بوده است که درمان کامل سل فقط بتوسط درمان آسایشگاهی (هوا- غذا- استراحت مطلق) عملی گردیده (گاهی استرپتومیسین) و میسر بوده است که نتیجه نهائی بدون توسل به کولاپسوترایی بدست آید خوشبختانه تعداد کنونی این بیماران نادر نیست و در شروع معالجه بایستی بتمام بیماران این شانس را داد. اجرای آن در انفیلتراسیونها اجباری است حتی در مورد کاورن ها هم گاهی نتیجه آن کامل است برعکس پنوموتراکس انتراپلورال از نظر ارزش تنفسی يك عمل خطرناکی در غالب موارد بوده است و ارزش تنفسی را بمیزان قابل توجهی کاسته است بدون اینکه در طی مدت پنوموتراکس عوارضی پیش آمده باشد (مجله توبر کولوز فرانسه شماره ۳، ۱۹۵۱ دکتر ژولی (۱) و فکر میکنند که فیبرهای الاستیک ریتین که در حال عادی ارزش تنفسی را حفظ مینمایند پس از رها نمودن پنوموتراکس چون در دوره کولاپسوس خود را با وضعیت جدیدی منطبق نموده بودند دیگر قادر نخواهند بود که کار خویش را انجام دهند.

در این جریان حملات ادم انفلاماسیون فیروز تازه ای میسازد که سیستم ارتجاعی ریه را در بیشتر موارد فلج مینماید. البته این لزیون ها از لحاظ هیستولوژیک و رادیولوژیک ممکن است خفیف جلوه نماید لیکن اثر آنها در ارزش تنفسی بینهایت شدید میباشد.

این پنوموتراکس در عمل کمتر مشاهده میشود و بیشتر اوقات عوارض آن خودنمایی مینماید در ۱۰۰ پنوموتراکس که فقط ۷۹ تای آنها کامل گردید ۵۲ مورد اپانشمان جنبی دیده شد که نه مورد آنها چرکی و دارای B.K بوده اند بعلاوه ۶ پرفوراسیون و چهار بیلاترالیزاسیون (۲) مشاهده گردید. (از آسایشگاه من بلان ۱۹۴۱-۱۹۴۹ پاسی)

پس از این عوارض سکل های رترا کیتل (۱) باقی میماند و همین ها هستند که بزرگترین دشمن ارزش تنفسی ریه ها میباشند. گاهی این ارزش بصفر میافتد پس از امتحانات جداگانه ریتین حتی گاهی دیده شده که ارزش تنفسی ریه طرف مقابل هم تخفیف می یابد بالاتر اینکه این ریه ها که در تحت کشش شدید واقع هستند بهترین محیط برای عود سل میباشد و در عمل هم بکرات عود سل در نواحی که سابقاً مریض بوده دیده میشود و در این موقع که اندیکاسیونهای جراحی گذارده میشود غالباً در طرف مقابل هم ضایعاتی پیدا شده و گاهی پنوموتراکس دو طرفی انجام شده و ارزش تنفسی آنقدر کم است که اجازه جراحی را نمیدهد.

گاهی این رترا کسیون (۲) در اثر ضایعات جنب نبوده در اثر ضایعات ریوی مثل کاورنهای نسبتاً بزرگ و آتلکتازی ضایعات سلی میباشد که همان معایب عوارض جنبی را از لحاظ ارزش تنفسی ایجاد مینماید.

پس از این ملاحظات بود که اندیکاسیونهای گوناگون و وسیع پنوموتراکس بکلی متروک شد زیرا بیشتر این اندیکاسیون ها روی تئوری اثر یولژیك-پنوموتراکس طرح شده بود لیکن امروز تنها اثر پنوموتراکس را بستن کاورن میدانند آنهم نه از راه فشردن ریه بلکه بوسیله پنوموتراکس هیپوتانسیف (۳) که فقط دتانت (۴) ریه را تأمین مینماید عملی میگردد.

هیچگاه برای يك ندول یا انفیلتر اقدام به پنوموتراکس نمیشود باین طریق ۹۰ درصد اندیکاسیونهای آن تقلیل یافت و جای خود را به کلاپسوترابی های جراحی که بر روی پلور آزاد بعمل میآید سپرد.

اکنون پنوموتراکس يك اندیکاسیون بیشتر ندارد و آن کاورنهای جدید کوچک محصور در انساج سالم در لب فوقانی میباشد که تقریباً فاقد کازئیفیکاسیون و اکسوداسیون باشد.

برای کامل کردن پنوموتراکس فقط عمل برید کتومی مجاز میباشد که در مدت زمان کمی قابل حصول باشد عمل دکولمان (۵) و هر گونه عمل دیگری که خطر عوارض

۱ — retractiles

۲ — r etraction

۳ — hypotensif

۴ — detente

۵ — Decolement

جنبی در برداشته باشد شایسته نیست بگفته اتین برنارد (۱) بهر قیمتی شده بایستی از عوارض جنبی جلوگیری نمود زیرا این عوارض قاعده ریه را که غالباً سالم بوده و دارای فونکسیون تنفسی مهمی است بواسطه بیحرکت کردن دیافراگم از کار میاندازد و همین عوارض است که شصت درصد اندیکاسیونهای اکسرس (۲) را تشکیل میدهند.

بهر حال ثابت شده است که پنوموتراکس فقط در اشکال ابتدائی و محدود سل قابل اجرا است این نوع سل ها غالباً علائم کلینیک نداشته و يك كشف رادیولوژیک می باشند که بطور سیستماتیک بعمل آمده باشد و در ممالک مرقی زیاد شده است. بعلاوه استعمال آنتی بیوتیک ها قبل از انجام پنوموتراکس در بعضی موارد پیشرفته ترطوری آنها را حاضر مینماید که مشمول اندیکاسیون پنوموتراکس میگردند. همچنین در قسمت جراحی سل ریوی هم تغییرات عمده ای داده شده است که منظور اصلی احترام به نسج سالم و بعمل آن و حصول سیکاتریزاسیون ضایعات ریوی است بقسمی که حذف فونکسیون ریوی بعد اقل باشد رئوس این تحول و ترقی بقرار زیر میباشد:

۱- عمل فرنیکواکسرس (۳) متروک و بجای آن فقط پارزی موقتی عصب داده میشود و باین ترتیب حرکت دیافراگم و تنفس قاعده ریه پس از بهبود زخمها از نو آغاز می گردد.

۲- پنوموتراکس اکسترا پلورال بواسطه محفوظ ماندن حرکات قاعدتین از پنوموتراکس انتراپلورال «فورلا فی فی» پیشی گرفته و موارد اندیکاسیون آن بیشتر شده است.

۳- تورا کوپلاستی های باقطع سیستماتیک ۶-۷ دنده برای بداخل انداختن استخوان کتف اکنون دیگر طرفداری ندارد.

ورود «بالهای لوسیت» (۴) باب نوینی برای انجام تورا کوپلاستیهای توپوگرافیک گشوده است همچنین در عملیات اکسترا پلورال و اکسترا پرئوست (۵) با گذاشتن این بالها

۱- Etienne Bernard

۲- Exerese

۳- Phrenicoexérèse

۴- بالهای کوچکی از رزین اکر یلیک میباشد که بدن نسبت بآنها واکنش جسم خارجی نشان نمیدهد.

۵- extra Perioste

انجام حداقل کولاپسوس لازم میسر گردیده به علاوه این حسن را دارد که استتیک (۱) بیمار دست نخورده و بجای ماندن دنده ها از فلوتمان مدیاستینال (۲) جلوگیری مینماید.

۴- عملیات اکسرس یا مهمترین پیشرفت جراحی برای تأمین اصل «حفظ ارزش عملی ریه ها» پس از ناکامیهای ابتدائی اکنون رونق آن در سل ریوی روز افزون میباشد عوارض مهلك آن تقریباً بصفر تقلیل یافته زیرا از یکطرف تکمیل تکنیک عمل از بروز عارضه صعب العلاج فیستول برنشیک پیش گیری میکند و از طرف دیگر ذخیره کافی استرپتومیسین برای این هنگام از معالجه ترس پراکنندگی های بعد از عمل را از بین برده است.

در این زمینه هم باید گفت که حذف کامل ریه کمتر و معمولاً موقعی انجام میشود که ارزش تنفسی آن ریه نزدیک بصفر شده باشد و بعکس رزکسیونهای محدود و دکورتیکاسیون (۳) خیلی زیاد انجام میشود.

بطور کلی گذشته از مواردیکه محل آناتومیک ضایعه اجرای کولاپسوتراپی مخصوصی را ایجاب مینماید اکنون در مقابل لزیونهای خیلی تازه و رتراکتیل کولاپسوس های گازی موقتی و در مقابل لزیونهای خیلی قدیمی (منتشر یا محدود) ایرتراکتیل (۴) عملیات اکسرس انجام میشود و مابین این دو گروه کولاپسوسهای دائمی «تورا کوپلاستی و اکسترپریوسته» اندیکاسیون می یابند.

در خاتمه باید اضافه نمود که عملیات در ناز و تامپوناژ انتراکاویتر بعلت اشکالات تکنیک و رضایتبخش نبودن نتایج آنها کاملاً محدود شده است.