

خواب کلیه در مدت چهارده سال

نگارش

اسمهیل مکی

کارورز بخش جراحی بیمارستان سینا

خواب کلیه موضوعی است بس شگفت آور مخصوصاً هنگامیکه مدت مدیدی ادامه داشته و بعد از آن بیداری بالنسبه قابل توجهی وجود داشته باشد. خیلی عجیب است که عضوی از اعضاء بدن مدتی طولانی بدون هیچگونه فعالیت و جنبشی بسر برده و بعداً پس از عمل جراحی از این خواب برخاسته و زندگی پُرسر و صدای خود را آغاز نماید.

چهارده سال مدتی است که اگر انگشتان آدمی ابداً حرکت ننمایند پس ازین مدت تغییر محسوسی در اسکلت آنها داده خواهد شد نمیگوئیم بکلی آتروفیه شده از بین میروند بلکه مدعی هستیم که پس از این مدت طویل لااقل اسکلت آن کوچکتر شده دیگر حرکات طبیعی خود را کاملاً دارا نمیباشد. درین مدت اگر چشمها بسته باشند و با نور تماس نداشته و انجام عمل ننمایند بدون شك از حساسیت آنها در مقابل اشعه کاسته خواهد شد. چهارده سال مدتی است که اگر شخص فقط گردن خود را دریاك وضع قرار داده و حرکات طرفی ننماید. سر انجام برای عقب و اطراف نگاه کردن ناگزیر خواهد بود باطراف خود کاملاً حرکت کند بعبارت الاخری شخص دچار تور تیکولی خواهد شد.

عین همین موضوع برای تمام اعضاء و جبهات قابل قبول است. هیچ شک نیست که اگر عضوی مدت طولانی بدون هیچ فعالیت و جنبشی بسر برود بعید بنظر میرسد که آخر الامر باز کار خود را از سر بگیرد.

ولی اینجاست که انسان باید قبول کند که کارهای پزشکی هیچوقت حساب $2 \times 2 = 4$ نخواهد بود. چه کلاسیك این است که اگر $\frac{2}{3}$ پارانشیم کلیه مدتی مئوف بوده بدون فعالیت باشد آن $\frac{1}{3}$ دیگر عمل اصلی خود را انجام خواهد داد البته بسیار اتفاق افتاده است که

در مواردیکه در سر راه ادرار در حالها مانعی اعم از سنگ و تومرها باشد که مانع جریان پیدا کردن ادرار شود ابتدا سبب اتساع لگنچه شده سپس يك بلوکاز در همان کلیه پیدا خواهد شد که ابتدا رفلکس واسپاسمودیک است ولی پس از مدتی بلوکاز کامل و حقیقی یعنی ارگانیک خواهد شد. شکی نیست که اگر مانع در اوایل کار برداشته شود باز عضو کار خود را انجام خواهد داد. در تمام مدت بلوکاز اگر مقدار اعمال کلیه را جستجو نمائیم صفر خواهد بود. و پس از رفع مانع فونکسون آن طبیعی یا نزدیک طبیعی خواهد شد.

اینک شرح حال بیمارانی داده میشود که اولی مدت چهارده سال و دومی شش سال تمام یکی از کلیه هایشان عمل نداشته و پس از آن در بخش جراحی بیمارستان سینا عمل شده اند و پس از عمل و آزمایش سپاراسیون پیشاب عمل کلیه آنها طبیعی شده است.

شرح حال بیمار شماره

بانو اختر - محمدتقی ۳۵ ساله. خانه دار. اهل تهران در تاریخ ۲۹/۱۰/۲۹ بعلت منومترورازی^(۱) و بی اختیاری ادرار و همچنین لاغری شدید و رنگ پریدگی بیمارستان سینا مراجعه و بستری شده است. در امتحاناتی که از بیمار بعمل آمد اولاً در توشه و اژینال يك توده تومرال تمام گلو و جسم رحم و تمام بن بست ها و قسمت قدامی واژن را گرفته بود بعلاوه بیمار مبتلا به بی اختیاری ادرار که اغلب هم هماتوریك بوده است بود. بیمار ضعیف و لاغر با منومترورازی و علائم فیزیك دیگر مشکوک به سرطان غیر قابل عمل تشخیص داده شد. تصمیم باویدمان لگن^(۲) گرفته شد. در تاریخ ۲۹/۱۱/۲۹ مطابق شرح زیر توسط آقای دکتر عدل عمل شده است.

شرح عمل: شکافی زیر ناف و بالای پوبیس در خط وسط داده شد بعد از باز نمودن صفاق و تجسس رحم و ضمائم آن و بواسطه چسبندگیهای زیادی که به مثانه و رکتوم داده بود ابتدا در قاعده رباط عریض یکی از حالبها پیدا شد و چون میبایستی سیستکتومی^(۳) شود حالب بریده شد و ضمائم رحمی را از بالا دگازه^(۴) نموده قطع کردند و در طرف

۱ - menometrorragie ۲ - évidemment du bassin

۳ - cystectomie ۴ - dégagé

چپ اثری از تخمدان نبود. سپس شریان هیپوگاستریک لیگاتور شد و مثانه از جلو دکوله^(۱) گردید و از عقب جدار واژن از رکتوم جدا شد گلو و جسم رحم و مثانه و قسمتی از انتهای تحتانی حالب چپ برداشته شد برای حالب راست اورتر و سیگموئید کتومی^(۲) شد. برای انجام این عمل در طرف دیگر در همان قسمت اثری از حالب نبود. پس از کاوش در بالاتر مشاهده شد که یکی از حالبها لیگاتور شده و انتهای تحتانی آنهم کمی اتساع یافته و شباهت به کیست پیدا کرده که پس از قطع کمی مایع شبیه بادرار چرکی از آن خارج شد و عیناً در اینطرف هم حالب به سیگموئید وصل شد و بعد لگن کوچک پریتونیزه^(۳) شد و یک مش بزرگ در دو گلاس و یک درن در بالا گذارده شد و شکم دو طبقه پیدا نمود در سه سطح باسیم فلزی دوخته شد. در این حال درد حالب سوند قرار داده از رکتوم خارج شدند.

بعداً معلوم شد بیمار در چهارده سال قبل مبتلا به کیست تخمدان طرف چپ بوده و در همانموقع توسط جراح عمل شده و شاید بعللی یکی از حالبهای بیمار هم در همانموقع قطع و لیگاتور شده بود و ناگزیر همان کلیه دیگر کار نکرده و تا هنگام عمل که قریب ۱۴ سال بوده است بدون هیچ ترشحاتی بسر میبرد.

وای بعد از عمل که هر دو سوند اورترال مرتباً بازرسی میشد. جریان ادرار هر دو سوند نوید بهبودی کلیه مؤفرا میداد. بعداً از هر دو کلیه آزمایش سپاراسیون پیشاب بشرح زیر بعمل آمده است:

کلیه چپ	کلیه راست
وزن مخصوص ادرار	مقدار ادرار کافی نبوده
کلرور	۹ گرم در لیتر
اوره	۱۷۰ گرم در لیتر
فسفات	۴۰ گرم در لیتر
مقدار برای امتحان کافی نبوده	۱۳۰ گرم در لیتر
	۳۷۰ گرم در لیتر
	۱۲۰ گرم در لیتر

با عمل فوق. کاشکسی بیمار رو بهبود نهاد رنگ و روی بیمار گلگون، خیز

۱ - decolé

۲ - urethrosygmoidectomy

۳ - peritonisé

اطراف چشم بر طرف، اشتهای بیمار طبیعی شد. خلاصه بیمار بی هیچ گونه ناراحتی مرخص شد ولی در ۱۵ فروردین ۱۳۳۰ بیمار با حالت خوب مراجعه کرد و فقط از این شکایت داشت که از واژن مدفوع دفع میکند. پس از تجسسات زیاد فیستولی مشاهده نشد و قرار شد برای معاینه دقیق بیمار بستری شود. در عین حال برای درک چگونگی کار کلیه صلاح دیده شد که یک پیلوگرافی از بیمار بشود. ولی متأسفانه کلیه طرف راست بیمار هیچ دفع نمیکرد و حتی با فشار هم قادر بدفع نبوده است. از آن بعد دو مرتبه بیمار با حالت عمومی خوب مراجعه ولی بواسطه اینکه ناراحتی ندارد تا بحال حاضر بستری شدن نگردیده است. در اینجا ناگزیر هستیم قبول کنیم باز چون سوتور حالبها پریتونیزه نبوده است نگرفته و دو مرتبه خوب ادرار در نه^(۱) نمیشود شاید اگر عمل ثانوی انجام شود و سوتور حالبها هم بگیرد این کیفیت پیش نیاید اما راجع باینکه چرا مدفوع از واژن خارج میشود باید دانست که همانطور که تذکر دادیم شکم دو طبقه پیدا نموده است که این پیوند در طبقه پائین یعنی خارج از صفاق انجام شده است و کافی است که این سوتور بگیرد و مقداری مدفوع از همان سوراخ در محوطه وسیعی که در قسمت تحتانی آن سوراخ واژن قرار دارد بریزد و از آنجا خارج شود.

شرح حال بیمار شماره ۴

فخری اهل رشت ۲۸ ساله. خانه دار در تاریخ ۱۲/۹/۲۹ بعلت درد پهلوئی شدید که گاهی تا پاها تیر میکشیده ولی درد همیشگی بوده است و همچنین با رنگ پریده و لاغری مفرط و تبهای نامنظم و وجود یک تومری در پهلوئی چپ بیمارستان مراجعه و بستری شده است. در رادیوگرافیهای متعددی که خود بیمار برداشته است فقط کلیه چپ بزرگتر از طبیعی بوده و عکس سنگی مشهود نبوده است. در پیلوگرافیهای هم که بیمار نموده است کلیه چپ ابتدا ترشح نداشته و هیچ دفع نموده است. (چون خود بیمار عکسها و سایر امتحانات را با خود برده و بیمارستان تحویل نداده در موقع انتشار این مقاله در دسترس نبود).

در تاریخ ۲۹/۱۰/۳۰ توسط آقای دکتر عدل عمل و شرح آن چنین است : شکافی در ناحیه کلیه داده شد و بعد بناحیه کلیه دسترسی پیدا نموده و چون کلیه دارای چسبندگیهای زیاد بود چسبندگیها قطع شد. ملاحظه گردید که دو حالب از کلیه خارج شده در پائین بهم مربوط میشود و تمام کلیه که شباهت بیک کیسه چرکی بزرگ پیدا کرده بود شکافته شد و چرک و ادرار خالی شد و یک سوند اورترال در آن قرار داده در خارج کلیه نیز درن قرار داده شد. طبقه عمقی باسیم فلزی و طبقه سطحی تر با کاتکوت و بعد پوست بانخ و اگراف دوخته شد. بعد از عمل مرتباً فشار خون در حدود $\frac{14}{8}$ و نبض تا روز هفتم میان ۱۲۰ و ۱۰۸ نوسان مینمود و فقط مدت دوررز در حدود 38° تب داشته است چون بیمار هیچگونه ناراحتی و دردی نداشته و ادرار او پس از روز دهم کاملاً صاف شده بود در تاریخ ۲۹/۱۱/۳۰ برای مرتبه دوم پیلوگرافی شد که هر دو کلیه خوب دفع نموده بودند و چون هیچ ناراحتی نداشت در تاریخ ۲۹/۱۱/۳۰ مرخص شد.

نتیجه - شرح حال دو بیماری که ذکر شد و همچنین ابروواسیونهای دیگر که بعداً تحت عنوان خواب کلیه در مجله دانشکده انتشار خواهد یافت این نتیجه را میدهد که دیگر فقط بعنوان اینکه بعد از یک پیلوگرافی و یا سپاراسیون ادرار اگر کلیه ای فونکسیون نداشت نباید فوراً تصمیم برداشتن کلیه نمود چه گاهی ممکن است که کار نکردن باو کاذب موقتی بوده و با رفع مانع عمل آن طبیعی خواهد شد بخصوص این موضوع را در سنگهای کلیه مخصوصاً اگر در پارانشیم کلیه باشند باید مراعات نمود. چه بفرض یک پیلوگرافی که عملی از کلیه نشان ندهد نباید تصمیم بخارج نمودن کلیه کرد. شاید یک نژروستومی باز سبب شود که عمل کلیه برگردد همینطور در مورد سنگها و تومرهای داخل و خارج حالب این موضوع باید رعایت شود. فقط در مورد تومرهای پیشرفته خود کلیه میشود گفت که هنوز همان برداشتن کلیه صلاح میباشد.

در خاتمه بخوانندگان عزیز وعده میدهد که یک عده دیگر مشاهدات خواب را در مجله دانشکده پزشکی در دسترس قرار دهد.