

تبیین و مقایسه تشخیص‌های افتراقی درد حاد پهلوی

محمد باقر مینایی^{الف}، سید امیرحسین لطیفی^{الف*}، اسماعیل ناظم^{الف}، محمد یوسف‌پور^ب،
فرشاد امینی بهبهانی^{الف}، شهرام گوران^ج

^{الف} دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
^ب مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
^ج مرکز تحقیقات اورولوژی بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: تشخیص افتراقی علل درد حاد پهلوی به عنوان یک شکایت بالینی شایع، طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها را در مطالعات جدید تشکیل می‌دهند. در طب سنتی ایران نیز مباحث گسترده‌ای درخصوص علل مختلف این شکایت و روش‌های درمان آن مطرح شده است. این مطالعه به بررسی و تبیین تشخیص افتراقی درد حاد پهلوی از دیدگاه طب سنتی ایران همراه با ارائه نتایج مطالعات جدید پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی از نوع کتابخانه‌ای بوده که با بررسی کتب مرجع طب سنتی و مطالعات مرتبط جدید انجام گرفته است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل محتوایی دیدگاه طب سنتی در برخورد با درد حاد پهلوی با تاکید بر آثار رازی و ابن سینا با نتایج مطالعات جدید در این زمینه مقایسه شده‌اند.

یافته‌ها: دسته‌بندی تشخیص‌های افتراقی از دیدگاه طب سنتی و طب جدید، نتایج حاصل از بررسی تطبیقی هر دو دیدگاه و ارائه فرضیه در خصوص قابلیت تاثیر متقابل هر دو مکتب طب بر توسعه و تکمیل الگوریتم‌های تشخیصی و درمانی کارآمد، یافته‌های این پژوهش را شامل می‌شوند.

نتیجه‌گیری: تثبیت جایگاه طب سنتی در عرصه سلامت مستلزم تبیین دقیق دیدگاه‌های تشخیصی و درمانی آن است. ارزیابی درد حاد پهلوی از دو منظر طب سنتی و مطالعات جدید نشان می‌دهد ریح کلیه با معیارهای تشخیصی و درمانی خاص خود مبتنی بر اصول و مبانی طب سنتی قابلیت مطالعات فراتر با هدف ارائه دیدگاه‌های نوین تشخیصی و درمانی را دارد.

کلید واژه‌ها: درد حاد پهلوی، ریح کلیه، طب سنتی ایران.

تاریخ دریافت: بهمن ۹۱
تاریخ پذیرش: آذر ۹۲

مقدمه:

درمانی برای کاهش عوارض خطرناک ضروری است (۲). هر چند طب سنتی ایران با پشتوانه تجربیات علمی و عملی چندین هزار ساله به عنوان یک رشته نوپا در جامعه دانشگاهی و عرصه سلامت کشور مطرح شده است اما نیازمند تبیین صحیح دیدگاه‌های تخصصی خود در امر تشخیص و درمان

درد حاد پهلوی یک شکایت شایع در اورژانس‌های عمومی و اورولوژی خصوصاً در مردان جوان است (۱). عوامل متعددی باعث بروز این شکایت دردناک می‌شوند و تشخیص افتراقی دقیق و سریع برای انجام به موقع مداخلات تشخیصی و

بیماری‌ها است. درد شکم و پهلوی یکی از گسترده‌ترین مباحث موجود در متون طب سنتی بوده و روش‌های ارزیابی دردهای پهلوی، تشخیص افتراقی و درمان‌های مرتبط با هر تشخیص ذکر شده است. شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی مناسب برای استدلال بر علائم خاص هر عضو و علائم عام نظیر نبض، براز، ادرار و تعریق در کنار توانمندی‌های فردی درمانگر، فرآیند تشخیصی طب سنتی را ترسیم می‌کنند. در سالهای اخیر Unenhanced Helical Computed Tomography (UHCT) به عنوان یک روش مطمئن، سریع و با دقت بالا برای ارزیابی درد حاد پهلوی مطرح است (۳). مطالعات جدید در خصوص ارزیابی این روش تشخیصی نشان می‌دهند که سنگهای ادراری شایع‌ترین علل انسداد حالب و بروز درد کولیکی پهلوی هستند که امروزه با دقت بالا توسط این روش قابل شناسایی هستند. طیف وسیعی از تشخیص‌های افتراقی تحت عنوان تشخیص‌های اتفاقی یا جایگزین نیز در حضور یا عدم حضور سنگ ادراری کشف می‌شوند و این یکی از مزیت‌های غیر قابل انکار این روش نسبت به روش‌های معمولی نظیر سونوگرافی یا ونوگرافی داخل وریدی (IVP) است. لذا از یک سو برای فهم صحیح مفاهیم طب سنتی تبیین دقیق اصول و مبانی این دانش کهن، ضرورتی اجتناب ناپذیر است و از سوی دیگر یافته‌های مطالعات جدید بر اساس اصول پزشکی مبتنی بر شواهد، گویای این مهم هستند که طب سنتی نمی‌تواند خود را از نتایج دقیق آنها در ارزیابی درد حاد پهلوی بی‌نیاز بداند. هدف از این مطالعه آن است که دیدگاه‌های طب سنتی ایران را در این رابطه با تاکید بر آثار رازی و ابن‌سینا ضمن رویکرد به نتایج مطالعات جدید در خصوص تشخیص افتراقی درد حاد پهلوی با استفاده روش‌های پاراکلینیک موجود مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

مواد و روش‌ها:

این مقاله حاصل قسمتی از یک تحقیق کیفی است که جامعه مورد مطالعه، حدود بیست کتاب مهم در طب سنتی ایران مانند قانون در طب، الحاوی، اکسیر اعظم، خلاصه الحکمه، الواح الصلحه، ذخیره خوارزمشاهی، جامع الشرحین،

تحفه سعدیه، و مفرح القلوب است. در این تحقیق محیط جمع‌آوری داده‌ها کتابخانه‌های مجهز به کتب مرجع خطی و چاپی طب سنتی و رایانه است. در بخش اول، کلیه مطالب مرتبط با درد پهلوی از دیدگاه طب سنتی با تاکید بر آثار رازی و ابن‌سینا با هدف جمع‌بندی و دسته‌بندی مطالب و توضیح مطالب فقط با استفاده از خود کتب، از کتب نمونه پژوهش شناسایی و جمع‌آوری شده و از آنها فیش‌برداری انجام گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفته است. در بخش دوم اصول تشخیصی از بررسی دستجات فیش‌ها استخراج شده است یعنی با مراجعه به فیش‌ها، خصوصیات و ویژگی‌های مشترک استخراج شده و بعد از تجزیه و تحلیل به عنوان یک قاعده در یک فیش جداگانه ثبت شده است. در بخش سوم، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به شکل آنالیز محتوا (content analysis) فیش‌ها در کنار هم قرار گرفته و از داخل هر فیش جانمایه (theme) آن استخراج و مجموع این جانمایه یا درونمایه‌ها که مربوط به فیش‌های یک دسته هستند در کنار هم قرار گرفته و یک فیش جدید را تشکیل می‌دهند. به همین روش ضمن مرور بر مطالعات طب رایج بیماری درد حاد پهلوی از نظر اقدامات تشخیصی و تشخیص‌های افتراقی و دسته‌بندی آنها بررسی شد. در نهایت با جمع‌بندی این جانمایه‌ها اصول صحیح مربوط به تشخیص افتراقی درد حاد پهلوی با هدف تدوین اصول تشخیص افتراقی درد حاد پهلوی و ترسیم این اطلاعات بصورت جداول کاربردی در رابطه با تشخیص افتراقی درد حاد پهلوی و ارائه تفاوت دیدگاه نهایی استخراج شدند.

یافته‌ها:

ارزیابی درد حاد پهلوی از دیدگاه رازی :

بیماریهای کلیه و مثانه در سطح گسترده‌ای توسط رازی شرح داده شده‌اند و توضیحات این طبیب برجسته ایرانی درخصوص تشکیل، تشخیص و درمان سنگهای ادراری تفاوت قابل ملاحظه‌ای با دیدگاههای طب کلاسیک ندارد (۴). رازی در متن تجارب بالینی خود در بیمارستان با یک تفکر نقادانه اقوال اطباء مطرح قبل از زمان خود را نقد کرده، نظریه و

دیدگاه خود را بر اساس شواهد مستند بالینی ارائه می‌کند. ابزارهای رازی در راستای تشخیص بیماری‌ها و تفکیک علل مختلف آن را شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق تشکیل می‌دهند (۵). بررسی ظرف شیشه‌ای (قاروره) حاوی ادرار صبحگاهی بیماران جزو لاینفک معاینات خصوصاً در بیماری‌های کلیه و مثانه است. رازی با همین بضاعت در کتاب «ما الفارق» به تفکیک و تشخیص افتراقی بیماری‌ها در شکایت‌های بالینی مختلف می‌پردازد که یکی از جالب‌ترین موارد آن ارزیابی درد کلیه تحت عنوان «وجع الکلی» است. در این کتاب که به صورت پرسش و پاسخ تدوین شده است در پاسخ به این پرسش که «فرق بین درد کلیه ناشی از سنگ با درد ناشی اجتماع مائیت و ورم و درد ناشی از ریح چیست؟» چنین اشاره می‌کند:

«درد ناشی از اجتماع مائیت در کلیه‌ها همراه با احساس نقل و سنگینی است و در موضع کلیه بیمار احساس خضخضه (تلاطم و به هم خوردن) آب می‌کند. قبل از بروز درد احتباس ادرار روی می‌دهد و علائم ورم و سنگ وجود ندارد. درد ناشی از ورم کلیه بر احتباس ادرار تقدم دارد و همراه با احساس سنگینی و کشیدگی است و همراه با آن علائم و شواهد ورم گرم نظیر تب، تشنگی، حرارت موضع و یا علائم ورم سرد نظیر تمدد و سنگینی و سردی موضع ورم و بهبودی با گرمی بخش‌ها وجود دارد. در درد ناشی از سنگ قبل از بروز درد ادرار شفاف‌تر و روشن‌تر شده و در رسوب آن شن ریزه وجود دارد و ادرار به سختی خارج می‌شود. درد ناشی از ریح فاقد احساس سنگینی است و با گرمی بخش‌ها بهبودی می‌یابد (۶).

ورم در طب سنتی ایران:

ورم در متون طب سنتی ایران درحقیقت توصیف پاتولوژیک یک بیماری بر اساس شواهد بالینی است. ورم یک بیماری مرکب است که در آن سوء مزاج یا همان اختلال در عملکرد فیزیولوژیک عضو همراه با تفرق اتصال در اجزاء و بافت‌های آن و در نهایت سوء هیات ترکیب بروز می‌کند. اسباب ایجاد کننده ورم از نظر ماده و هیات عضو متورم طبقه بندی می‌شوند. مواد ایجاد کننده اورام را اخلاط اربعه غیر

طبیعی از نظر کیفیت و کمیت (دم، بلغم، سودا، صفرا) همراه با مائیت به عنوان مواد ذی قوام و ریح به عنوان ماده غیر ذی قوام تشکیل می‌دهند. هیات عضو شامل خصوصیات عضو از نظر قوت و ضعف، تخلخل و تکاثف و وضع عضو بر چگونگی بروز ورم و نوع آن موثرند. از نظر جایگاه آناتومیک و تظاهرات بالینی اورام به دو دسته ظاهری و باطنی تقسیم می‌شوند که هر کدام بر اساس ماده ایجاد کننده، چگونگی شروع، سیر بیماری و علائم همراه به دو دسته کلی اورام سرد و اورام گرم طبقه‌بندی می‌شوند (۷). ورم گرم شروع حاد و سیر پیشرونده داشته و همراه با علائم پر سر و صدا نظیر تب، تشنگی و احساس حرارت موضع در معاینه است و می‌تواند به تشکیل آبسه منجر شود. ورم سرد شروع تدریجی داشته و حتی می‌تواند به جای مانده از یک ورم گرم قبلی باشد. علائم همراه آن مگر در انتهای بیماری خیلی پر سرو صدا نبوده و بیشتر با سختی و صلابت موضع ورم و ایجاد درد همراه با احساس سنگینی و تمدد خصوصاً در مراحل پیشرفته بیماری همراه است. اورام ظاهری با حس و مشاهده قابل ارزیابی هستند ولی برای تشخیص اورام باطنی استدلال بر علائم همراه نظیر تب، تعیین مشخصات کامل و دقیق درد، شدت اختلال در افعال و عملکرد فیزیولوژیک عضو از نظر کمی و کیفی ضرورت دارد.

توصیف درد در طب سنتی ایران:

توصیف کامل درد در مکتب طب سنتی جایگاه ویژه دارد. اندامهایی نظیر کلیه، ریه و طحال به خودی خود فاقد گیرنده‌های حسی هستند ولی غشاء پوشاننده آنها شدیداً حساس است. در صورت درگیری غشاء درد های شدید و ناخس (درد خنجری) ایجاد می‌شود ولی در صورت درگیری خود عضو بیشتر احساس درد سنگین گزارش می‌شود. به دلیل آمیختگی غشاء و بافت اعضای نظیر عروق در صورت ورم عروق کلیوی نیز مقداری درد ناخس ولی با احساس عمیق‌تر (درد غا ثر) احساس می‌شود هر چند درد با احساس سنگینی غالب‌تر است. در معاینه فیزیکی، رازی در کتاب الحاوی برای تشخیص توده‌های کلیه نظیر آبسه روش جالبی دارد (۵). او بیماران را به پشت یا پهلوها می‌ خواباند و احساس آویختن چیزی سنگین را سوال می‌کند تا با توجه به کشش غیر طبیعی رباط‌ها و

غشاءهای نگهدارنده کلیه‌ها در صورت وجود آبسه یا توده وجود آنها را تشخیص دهد. با توجه به این دیدگاه طب سنتی اورام کلیه بر اساس محل درگیری اناتومیک در سه گروه غشایی، لحمی (گوشتی) و عروقی قرار می‌گیرند (۶). ورم‌های گرم غشایی با درد شدید خنجری، تب و حرارت موضع همراه هستند ولی احتباس ادراری وجود ندارد. در ورم گوشت کلیه درد شروع تدریجی دارد و همراه با احساس سنگینی و تمدد (کشیدگی) است و کاهش مقدار ادرار و حتی احتباس آن روی می‌دهد. در اورام عروقی کلیه ابتدا احتباس کامل ادرار اتفاق می‌افتد و درد ایجاد شده شامل احساس سنگینی همراه با احساس درد خنجری در عمق کلیه‌ها است. هرچند شدت درد خنجری درگیری غشایی ندارد. بنابراین ورم طیف وسیعی از بیماری‌ها شامل توده‌ها و تومورها اعم از خوش‌خیم یا بدخیم، عفونت و التهاب را شامل می‌شود. به این ترتیب می‌توانیم پیلونفریت حاد که همراه با درد شدید، تب و تشنگی، شروع ناگهانی و حاد است و در آن احتباس روی نمی‌دهد را یک ورم گرم با درگیری غشای کلیه در نظر بگیریم. به همین صورت طیف وسیعی از نفریت‌ها و گلومرولونفریت‌ها ورم‌های لحم یا گوشت کلیه و بیماری‌های رنواسکولار را ورم‌های عروقی کلیه در نظر بگیریم. آنچه را که رازی تحت عنوان اجتماع مائیت ذکر می‌کند و قبل از بروز درد انسداد ادراری روی می‌دهد و فاقد علائم سنگ یا ورم کلیه است در دسته بیماری‌های انسدادی مجاری ادراری که منجر به هیدرونفروز یا هیدروویوتر می‌شود قرار می‌گیرد.

قولنج در طب سنتی:

همچنانکه رازی به تفکیک علل کلیوی درد های کولیکی پهلوی غیر مرتبط با سنگ می‌پردازد، دردهای کولیکی ناشی از علل خارج کلیوی را تحت عنوان قولنج مد نظر قرار می‌دهد. قولنج نیز مشابه ورم طیف وسیعی از بیماری‌ها را در طب سنتی شامل می‌شود. از نظر طب سنتی این بیماری در حقیقت درد شدید روده در ناحیه کولون است و به دنبال آن انسداد روده روی می‌دهد. در صورتی که بیماری در خود کولون ایجاد شود آن را قولنج ذاتی و در صورتی که منشأ بیماری غیر از کولون نظیر کلیه، مثانه، کبد و طحال و رحم بوده ولی تظاهرات قولنج

را داشته باشد آن را قولنج عرضی یا مشارکتی می‌نامند (جدول شماره ۱).

اصول تشخیص افتراقی علل مختلف قولنج به تفصیل در متون طب سنتی بحث شده است. یکی از مهمترین تشخیص‌های افتراقی آن، درد کلیه است. علائم همراه درد های کولیکی شامل تهوع، استفراغ و انسداد روده در قولنج شدیدتر و مداوم‌تر و در درد کلیه خفیف‌تر است. از نظر محل درد، درد کلیه در جایگاه کلیه بوده و از آن فراتر نمی‌رود و ابتدا از بالای تهی‌گاه یا خاصره آغاز شده و اندک اندک به پائین میل کرده تا ارام گیرد و مایل به پشت است. درد در قولنج در ناحیه راست شکم بیشتر بوده و به ناحیه معده، کبد و طحال تصاعد می‌یابد و نسبت به درد کلیوی موضع بیشتری از شکم را در بر می‌گیرد، انسداد شدید مدفوع اتفاق می‌افتد به گونه‌ای که مدفوع و ریح به هیچ عنوان خارج نمی‌شود؛ اما ادرار بسیاری از بیمار دفع می‌شود. درد کلیه به صورت درد دائمی در ناحیه خود کلیه و شبیه به فرو رفتن سوزن است و به طرف پایین گسترش می‌یابد و در بیضه همان سمت بیمار احساس درد می‌کند. دفع ادرار کاهش می‌یابد و در آن رسوب رملی بسیار همراه با سوزش مجرای ادراری و الت تناسلی وجود دارد که نشانه وجود سنگ در کلیه‌ها است. رازی در ارزیابی نهائی درد حاد پهلوی و به دنبال رد سایر علل افتراقی به گروه دیگری از علل اشاره می‌کند که ریح کلیه نامیده می‌شود. از دیدگاه او درد ناشی از ریح غلیظ کلیه فاقد علائم ذکر شده برای سنگ، ورم و یا قولنج است و درد آن با بهبود وضعیت هضم بهبودی می‌یابد. نقش فیزیولوژیک ریح در بدن انسان کمک به قوه دفعه در دفع مواد زائد از بدن در ارگان‌های مربوطه است و این در صورتی به بهترین حالت تحقق می‌یابد که ریح تولید شده از نظر کمیت و کیفیت معتدل باشد و به همین دلیل رازی ریح غلیظ کلیه را عامل ایجاد درد در آن می‌داند. درد ناشی از ریح غیر طبیعی با احساس کشیدگی (تمدد) گزارش می‌شود و فاقد احساس سنگینی است اما مهم‌ترین مشخصه درد ریچی قابلیت انتقال و جابه جایی است. درد ناشی از ریح کلیه با گرم کردن موضع درد، هنگام گرسنگی، بهبود وضعیت هضم غذا و پرهیز از غذاهای نفاخ بهبودی می‌یابد (۸).

ارزیابی درد حاد پهلوی در مطالعات جدید:

انسداد و التهاب دو مکانیسم پاتولوژیک اصلی در بروز دردهای حاد پهلوی به شمار می‌روند (۲). علل متعدد این دو فرآیند پاتولوژیک در دو گروه داخل دستگاه ادراری و خارج آن قابل طبقه‌بندی هستند. در ارزیابی درد حاد پهلوی یک روش تشخیصی ایده‌آل در ابتدا باید وجود یا عدم وجود انسداد را مشخص کرده و در صورت تایید علت آن را گزارش کند. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که روش UHCT به دلیل دسترسی مناسب، صرف زمان کمتر، صرفه اقتصادی، دقت بالا، عدم نیاز به تزریق ماده حاجب، حساسیت بالا برای تشخیص سنگهای ریز و رادیولوژیک و تعیین دقیق محل و اندازه سنگ به عنوان روش تشخیصی انتخاب اول مطرح است. حساسیت حدود ۹۶٪، ویژگی حدود ۹۷٪ و دقت ۹۷٪ روش UHCT در تشخیص سنگهای ادراری در بسیاری از مطالعات مربوطه تایید شده است (۹). از مزیت‌های خوب این روش تشخیص علائم ثانویه انسداد شامل نفرومگالی، دیلاتاسیون سیستم جمع کننده و perinephric fat stranding است که با ارزش پیشگویی مثبت بالا حدود ۹۶٪ بر وجود انسداد و حضور احتمالی سنگ کلیه و یا سایر تشخیص‌های افتراقی نظیر پیلونفریت و یا ترومبوز شریان کلیوی دلالت می‌کند (۱۰). این قابلیت در شناسایی سنگهای ریز کم‌تر از ۴ میلی‌متر که به آسانی دفع می‌شوند اهمیت فوق‌العاده می‌یابد. سنگهای ادراری حالب شایع‌ترین یافته تشخیصی توسط روش UHCT در بیماران دچار درد کولیکی پهلوی هستند. درصد شیوع یافته‌های تشخیصی اتفاقی یا جایگزین از ۱۲٪ تا ۱۵٪ متغیر است (۱۱، ۱). هر چند در تعدادی از بیماران این یافته‌ها توجیه کننده علائم موجود نیستند؛ اما به لحاظ اهمیت بالینی از نقاط قوت این روش تشخیصی به شمار می‌روند. یافته‌های غیر مرتبط با سنگ موجود در دستگاه ادراری و همچنین یافته‌های غیر مرتبط با سنگ موجود در خارج از دستگاه ادراری در (جدول شماره ۲) آورده شده‌اند. شایع‌ترین تشخیص افتراقی گزارش شده دردهای کولیکی غیر مرتبط با سنگ در دستگاه ادراری پیلونفریت و در خارج دستگاه ادراری آپاندیسیت از گروه علل التهابی و توده‌های تخمدان از گروه توده‌ها و تومورها هستند.

جدول شماره ۱: علل درد حاد پهلوی غیر مرتبط با سنگ در طب سنتی ایران (۱۷).

علل دستگاه ادراری غیر مرتبط با سنگ	ورم	غشایی	ورم حادث از: خون غلیظ، خون رقیق تیز صفراوی، صفراوی صرف، بلغم عفنی، خون و بلغم عفنی در غشای پوشاننده کلیه یا در علائق (لیگامان‌های نگهدارنده) کلیه متصل به پشت بعضی از آن به طرف امعاء، قرچه و جرب غشاء کلیه، قرچه حالبین، دبيله و خراج (ابسه)، اورام مثانه
		گوشت کلیه	مواد اورام حار، ورم بارد بلغمی، ورم سوداوی در جرم گرده یا درباطن به جانب تجويف یا به جانب غشاء پوشاننده، قرچه گوشت کلیه، تاكل (خوردگی) لحم کلیه
		عروقی	استسقا در ورم عروق مابین گرده وجگر (اسیت)، بول الدم (هماچوری)، جمود الدم فی المثانه (هماتوم)، قرچه مجرای مابین گرده و کبد، قرچه از انفجار عروق
احتباس مائیت	ریح		عسر البول از روئیدن گوشت یا ثلول، اثر فشاری ورم صلب رحم، روده، ناف وکنج ران، ارتفاع خصیه (بالا رفتن بیضه) به مشارکت، تنگی مجرای بول از قروح، زوال فقرات
			ریح کلیه، ریح مثانه، ریح بیضه‌ها، ریح البواسیر
علل خارج دستگاه ادراری	قولنج	ذاتی یا حقیقی	سبب در خود کولون است: ناشی از سوء مزاج ساذج یا مادی یا سده (ورمی، بلغمی، ریخی، التوایی وفتقی، ثقلی، دیدانی (انگل))
		عرضی یا مشارکتی	در غیر قولون باشد: اورام کبد، اورام طحال، اورام رحم

افزون بر این درصد قابل توجهی از بیماران (۲۰ تا ۴۰٪) هم در ارزیابی اولیه با روش‌های مختلف تصویربرداری نظیر سونوگرافی و یا پیلوگرافی داخل وریدی با ماده حاجب (IVP) و هم در روش UHCT و هم در پیگیری‌های تائیدی و تشخیصی بعدی بدون تشخیص خاصی کلینیک را ترک می‌کنند تا بهبودی خود به خودی علائم و یا عود مجدد دردهای کولیکی را تجربه کنند (۱۲). در مطالعه Mazen Sudah و همکاران علاوه بر انجام روش تشخیصی UHCT از روش MR-UROGERAPHY نیز استفاده کردند که مجموع نتایج حاصله حکایت از این دارد که در ۲۱٪ از بیماران دارای درد حاد پهلوی علت درد نامشخص باقی مانده و در پیگیری‌های بعدی درد ناپدید شده بود (۱۳). هر چند در مطالعات بررسی شده، بیماران دارای درد های کولیکی در مطالعه مربوطه وارد شده و بیماران دارای دردهای غیر اختصاصی و غیر کولیکی پهلوی از مطالعه خارج شده بودند اما Chen و همکاران در یک ابتکار جالب بیماران دارای هر دو حالت فوق را جداگانه در مطالعه وارد کرده و نتایج را مقایسه کردند. در بیماران بررسی شده با دردهای کولیکی، سنگ حالب در ۳۶٪ تشخیص‌های غیر مرتبط با سنگ در ۲۵٪ و فقدان تشخیص خاص در ۱۶٪ موارد گزارش شد. در مقایسه بیماران دارای دردهای غیر کولیکی غیر اختصاصی به ترتیب ۸٪ سنگ حالب، ۵۶٪ تشخیص‌های غیر مرتبط با سنگ و ۶٪ فاقد تشخیص خاص گزارش شدند (۱۴، ۱۵، ۱۶). (جدول شماره ۳)

بحث و نتیجه‌گیری:

تحلیل محتوایی دیدگاه طب سنتی در برخورد با درد حاد پهلوی و دسته‌بندی آنها در این مطالعه همراه با ارائه جدول نشان داد که یک رویکرد علمی و مبتنی بر اصول در متون طب سنتی در ارزیابی درد حاد پهلوی حاکم است و برداشت‌ها، تجارب شخصی، درمان‌های اتفاقی و مداخلات عامیانه، خارج از چارچوب این قواعد متقن، مورد پذیرش به عنوان دانش طب سنتی نیست. تسلط کامل یک درمانگر طب سنتی بر مفاهیم پایه نظیر ورم، قولنج و ریح در ارزیابی درد حاد پهلوی از دیدگاه طب سنتی ضرورت دارد. هر چند امروزه کاربرد این

اصطلاحات به معدودی از علائم و نشانه‌های غیر اختصاصی و شاید غیر مرتبط محدود گشته است و حتی موضوع ریح به عنوان یک مفهوم فیزیوپاتولوژیک بنیادی در طب سنتی به کاربرد عامیانه یا افواهی آن بسنده شده است اما مطالعه اخیر ضمن تاکید بر طیف گسترده کاربرد این مفاهیم نشان می‌دهد که ریح کلیه یکی از چهار گروه اصلی طبقه‌بندی طب سنتی از علل درد پهلوی را به خود اختصاص می‌دهد. طبقه‌بندی دقیق علل افتراقی درد حاد پهلوی در طب سنتی در این مطالعه گویای تجزیه و تحلیل علائم و نشانه‌ها و یافته‌های حاصل معاینات بالینی در استدلال بر نوع بیماری است و تحقق این مهم بدون قدرت استدلال قیاسی بالا همراه با تجربه طولانی تا دستیابی به یک شم بالینی قوی میسر نیست. توجه جدی دیدگاه طب سنتی بر اصل مشارکت آناتومیک و فیزیولوژیک بین اعضای مختلف بدن، برای استدلال عمیق‌تر بر علائم و نشانه‌ها در این مطالعه نمایان‌تر می‌شود. توجه مطالعات جدید بر تشخیص هر چه دقیق‌تر سنگ‌های ادراری خصوصاً از طریق استدلال بر شواهد ثانویه انسداد، توجه به نتایج یافته‌های پاراکلینیک با توجه به علائم بالینی نظیر تفکیک بیماران مورد مطالعه بر اساس درد های کولیکی و درد های غیر اختصاصی غیر کولیکی از نکات جالب توجه این مطالعه بودند.

مجموع درون‌مایه‌های اصلی و فرعی حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که:

۱. دسته‌بندی مباحث طب سنتی با توجه به پراکندگی نسبی مطالب در مقایسه با متون طبیبی جدید در تطبیق دقیق‌تر دیدگاه‌های آن با سایر مکاتب طبیبی نقش موثری ایفا می‌کند. ارائه دیدگاه‌های مختلف طبیبی در کنار هر مبحث به غنای علمی یافته‌ها و استنتاج و استنباط عمیق‌تر خواهد افزود.

۲. تحلیل محتوایی مفاهیم کلیدی طب سنتی از طریق شناخت و آگاهی مطلوب نسبت به اصول و مبانی مندرج در متون معتبر طب سنتی اهمیت فوق‌العاده دارد.

۳. تبیین دقیق علائم و نشانه‌ها عامل کلیدی در ترسیم یک الگوریتم تشخیصی کارآمد و کم اشتباه در طب سنتی است و به نظر می‌رسد نه تنها در سایه فناوری‌های مدرن تشخیصی از ارزش آنها کاسته نشده باشد؛ بلکه کاربرد دقیق آنها می‌تواند دقت ارزیابی‌های تشخیصی طب جدید را افزایش دهد.

۴. تبیین اصل مشارکت طب سنتی را در تشخیص افتراقی علل بیماری، پیش‌آگهی و پیگیری فرآیند درمان متمایز می‌کند. برآورد شیوع تشخیص‌های افتراقی درد حاد کلیه در مطالعات جدید و ارزیابی آن بر اساس دیدگاه طب سنتی می‌تواند در توسعه و تعمیق دیدگاه مشارکت بین اعضاء موثر باشد.

۵. مهارت‌های فردی درمانگر طب سنتی در تشخیص افتراقی بیماری‌ها اهمیت دارد. درونمایه «هنر تشخیصی» یا «شم بالینی» که در متون طب کهن به حدس صناعی تعبیر شده است در کنار تجربه و قیاس جزو اصول لاینفک

تشخیصی در طب سنتی بوده و شایسته مطالعات بیشتر است.

۶. خدمات متقابل دیدگاه طب سنتی و مطالعات جدید می‌تواند به نقطه عطفی در ارتقای سلامت جامعه تبدیل شود. پیشرفت تکنیک‌های پاراکلینیک دقت تشخیصی بیماری‌ها را افزایش داده است و در تشخیص افتراقی شکایات شایع نظیر درد حاد پهلوی جامعه پزشکی را از تکلفات بسیاری رهائی بخشیده است. نتایج مطالعات جدید می‌تواند بر اساس دیدگاه طب سنتی تحلیل شود و دیدگاه‌های ویژه طب سنتی نظیر ریح کلیه موضوع مطالعات جدید قرار گیرد.

References:

1. Ather, M. Hammad, et al. "Alternate and incidental diagnoses on noncontrast-enhanced spiral computed tomography for acute flank pain." *Urology journal* 6.1 (2009): 14-18
2. Campbell, S. C., A. C. Novic, and R. M. Bukowski. Physiology of Penile Erection and Pathophysiology of Erectile Dysfunction ". *Campbell-Walsh Urology*. 2 (2012)
3. Yousef, A., & Seifelnasr, M. (2012). The value of unenhanced multi-detector computed tomography versus three-dimensional ultrasound in evaluating patients with impaired renal function and hematuria. *African Journal of Urology*.
4. Ashtiyani, S. C., Shamsi, M., Cyrus, A., Bastani, B., & Tabatabayei, S. M. (2011). A Critical Review of the Works of Pioneer Physicians on Kidney Diseases in Ancient Iran. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 5(5).
5. Rhazes (Al-Rāzī) M. *Al-hāwī fi al-Tibb*. Beirut: Dār Al-Ehyā' Al-Torās Al-Arabi;2002. p..
6. Rhazes (Al-Rāzī) M. *Al-faregh- ow- Al-forough Bin-Al-Amraz*. Halab: 1978.
7. Avicenna (Ibn Sīnā) H. *Canon of Medicine (Al-Qanun fi al-Tibb)*. Part III. Beirut:
8. Alamy Le- *Al-Matbooat institute*; 2005. p. 52–3.
9. Rhazes (Al-Rāzī) M. *Al-ghulang*. Book 1. Halab: Manshurat-Jamee-Halab Al-Torās Al-Arabi;1983.
10. Niemann T, Kollmann T, Bongartz G. Diagnostic Performance of Low-
11. Dose CT for the Detection of Urolithiasis: A Meta-Analysis. *Am J Roentgenol*, (2008); 191: 396–401.
12. Pfister, S. A., Deckart, A., Laschke, S., Dellas, S., Otto, U., Buitrago, C., ... & Gasser, T. C. (2003). Unenhanced helical computed tomography vs intravenous urography in patients with acute flank pain: accuracy and economic impact in a randomized prospective trial. *European radiology*, 13(11), 2513-2520.
13. Nadeem, Mehwash, et al. "Rationale use of unenhanced multi-detector CT (CT KUB) in evaluation of suspected renal colic." *International Journal of Surgery* (2012).
14. Khan, Nadir, et al. "Has the significance of incidental findings on unenhanced computed tomography for urolithiasis been overestimated? A retrospective review of over 800 patients." *Arab Journal of Urology* 10.2 (2012): 149-154.
15. Sudah, Mazen, et al. "Patients with acute flank pain: comparison of MR urography with unenhanced helical CT1." *Radiology* 223.1 (2002): 98-105.
16. Chen MY, Zagoria RJ. Can noncontrast helical computed tomography replace intravenous urography for evaluation of patients with acute urinary tract colic? *J Emerg Med* 1999; 17: 299–303.
17. Smith, R. C., Dalrymple, N. C., & Neitlich, J. (1998). Noncontrast helical CT in the evaluation of acute flank pain. *Abdominal imaging*, 23(1), 10-16.
18. Mc Laughlin, P. D., Crush, L., Maher, M. M., & O'Connor, O. J. (2012). Recent Developments in Computed Tomography for Urolithiasis: Diagnosis and Characterization. *Advances in urology*, 2012.
19. Nazem-Jahan M.A. *Exir-Azam*. Book 3. Research Institute for Islamic and Complementary Medicine (RICM).Iran University of Medical science.2008