



فوریت‌های اورولوژی

ترجمه: دکتر ثریا منتظری

آبسه دور پیشابراه (Periurethral) چگونه تشخیص داده می‌شود؟
چه موقع پیلونفریت (Pyelonephritis) معمولی به صورت یک فوریت پزشکی مطرح می‌شود؟

دلایل احتمالی احتباس ادراری حاد (Acute urinary retention) چه می‌باشد؟
سئوالات فوق و سایر مواردی که لازم است به طور سریع تشخیص داده شده و درمان شوند در این مقاله به عنوان فوریت‌های دستگاه ادراری فوقانی بحث شده‌اند.

بسیاری از فوریت‌های اورولوژی می‌توانند در ابتدا توسط مراقبت‌های اولیه پزشکی به خوبی درمان شوند. شناخت علائم و نشانه‌های چنین مواردی مانند بررسی مناسب بیمار و درمان آن، از عوامل اصلی بدست آوردن یک نتیجه موفقیت‌آمیز می‌باشد. این مقاله فوریت‌های کلیه، حالب (میزنای)، مثانه، پروستات و پیشابراه (میزراه) را شرح می‌دهد.

قولنج کلیوی

انسداد حاد مجاری ادراری فوقانی، یک علامت پیچیده مشخص ایجاد می‌نماید. توصیف کلاسیک قولنج کلیوی عبارت است از: درد متناوب شدید پهلو که از ناحیه گوشه دنده‌ها سرچشمه گرفته و به قسمت های قدامی عضلات زیرین شکم و کشاله ران کشیده می‌شود. قولنج کلیوی می‌تواند سبب درد ناحیه بیضه یا لب‌های دستگاه تناسلی خانم‌ها شود که با تهوع و استفراغ همراه است. قولنج کلیوی مخصوصاً وقتی همراه هماتوری باشد، حاکی از وجود سنگ مجاری ادراری در طول مسیر حالب می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱- ترکیب سنگهای مجاری ادراری
اکزالات کلسیم
فسفات کلسیم
بلورهای خالص آمونیومنیتریم فسفات
اسیداوریک
سیستین

سایر دلایل قولنج کلیوی شامل تجمع زواید مرده برآمدگی‌های هرم‌های مالپیکی کلیه، لخته‌های خون ناشی از خونریزی قسمت فوقانی مجاری ادراری و تجمع قبارچی می‌باشند. برای بدست آوردن سوابق بیمار سئوالات باید هر نوع بیماری قبلی مربوط به سنگ کلیه را

شامل شود. در اغلب بیمارانی که قبلاً حملات درد مربوط به سنگهای کلیوی را نداشته‌اند، دیده شده که یک سابقه خانوادگی از بیماریهای مربوط به سنگ را داشته‌اند. عمل جراحی قبلی کلیه یا شکم می‌تواند به شرایط ساختمانی یا متابولیکی که ساخته شدن سنگ را تقویت می‌کند، ارتباط پیدا کند.

● قولنج کلیوی عبارتست از درد متناوب شدید پهلو که از ناحیه گوشه دنده‌ها سرچشمه گرفته و به قسمت‌های قدامی عضلات زیرین شکم و کشاله ران کشیده می‌شود. ●

آزمایشات بدنی باید در ناحیه پهلو، شکم و لگن متمرکز شود. اعضای تناسلی خارجی باید به دقت مورد آزمایش قرار گیرند به خاطر اینکه بیماریهای حاد ناشی از پوست بیضه و یا لب‌های دستگاه تناسلی زن گاهگاهی ایجاد درد شبیه به قولنج کلیوی می‌نمایند.

زونا می‌تواند با درد شدید منتشر در ناحیه‌ای از پوست کمر همراه باشد که کاملاً به درد قولنج کلیه شباهت دارد، مخصوصاً وقتی که بثورات تاولی شکل مربوط به زونا ظاهر نشده باشد. نشست خون یا پاره شدن نسوج جدار آنوریسم آئورتی شکمی می‌تواند درد شدیدی در پشت یا پهلو تولید کند که دردهای قولنج کلیوی را تقلید می‌نماید. امتحان آزمایشگاهی حداقل باید شامل تجزیه ادرار، کشت ادرار و اندازه‌گیری کراتینین سرم باشد.

عکسبرداری مجاری ادراری با ماده حاجب از راه وریدی (IVP) بهترین آزمایش رادیولوژی برای ارزیابی مجاری ادراری فوقانی در بیمارانی است که میزان کراتینین سرم آنها طبیعی بوده و سابقه افزایش حساسیت به ماده حاجب نیز نداشته باشند. یافته‌های پیلوگرافیک کلاسیک مربوط به انسداد حاد شامل تاخیر در ظهور یک کلیه، یک حالب و لگنچه کلیوی متسع می‌باشد. بیشتر سنگهای مجاری ادراری نسبت به اشعه حاجب بوده و می‌توانند به آسانی روی فیلم‌های ساده شکم که قبل از تزریق مواد حاجب گرفته شده باشند، ظاهر شوند. در بیمارانی که افزایش حساسیت به ماده حاجب داشته و سطح کراتینین بالایی دارند، احتمال شفاف بودن سنگها نسبت به اشعه (سنگهای اسیداوریک یا سیستین) باید مورد توجه قرار گیرد. این موارد می‌تواند در اولتراسون (Ultrasound)، CT اسکن از شکم و لگن یا سیستوسکوپی (Cystoscopy) همراه با اورتروپیلوگرافی رتروگراد (Retrograde Ureteropyelography) مشخص شود.

در صورتی که قطر سنگهای کلیه بزرگتر از ۵ میلی‌متر باشد، شانس عبور خود به خود آنها از مجاری ادراری کاهش می‌یابد. بیماران مبتلا به سنگهای کوچکتر که دستورات را خوب اجرا می‌کنند، می‌توانند به صورت سرپایی معاینه و تحت نظر قرار گیرند و در این موارد مسکن‌های خوراکی و مایعات باید تجویز شود. بیماران باید تمام ادرار دفع شده را صاف کرده و هر نوع سنگ دفع شده را جمع‌آوری کنند. وجود هر عامل پیچیده‌ای (مانند عفونت، تب، وجود یک کلیه، درد مقاوم، استفراغ، سابقه جراحی

مجاری ادراری) منجر به انجام یک مشاوره اورولوژی فوری می‌شود تا بتوان به وسیله سیستوسکوپی یک فنر درون حالب بیمار کار گذاشت. در صورت ناموفق بودن این کار، باره دادن کلیه به خارج از راه یک لوله زیرجلدی، تخلیه کافی مایعات از کلیه مسدود شده برقرار می‌گردد تا بعداً جراحی قطعی بتواند انجام شود.

پیلونفریت و آبسه کلیوی

در مقابل درد شدید و متناوب قولنج کلیوی، درد پیلونفریت (التهاب کلیه و لگنچه آن) به طور مشخص کند و ثابت بوده و همراه با تب، لرز، تهوع، استفراغ و گاهی اوقات به صورت تحریک در دفع ادرار تظاهر می‌کند. معمولاً عفونت حاد مجاری ادراری فوقانی در نتیجه بالارفتن عفونت از مجاری ادراری تحتانی می‌باشد ولی گاهیگاهی از طریق جریان خون نیز عارض می‌شود. ارگانیزم‌های مسئول بیماری، اعضای گروه انتروباکتریاسه Enterobacteriaceae و معمولترین آنهاگونه‌ها کلبسیلا پنومونیا و پروتئوس می‌باشند.

● زونا می‌تواند با درد شدید منتشر در ناحیه‌ای از پوست کمر همراه باشد که کاملاً به درد قولنج کلیه شباهت دارد، خصوصاً وقتی که بثورات تاولی شکل مربوط به زونا ظاهر نشده باشد. 66

اگر چه پیلونفریت حاد به صورت یک فوریت اورولوژی مطرح نمی‌شود، ولی

عوارض آن می‌تواند سبب عفونت حاد شود که یک وضعیت اضطراری را باعث گردد. وقتی پیلونفریت معمولی به آنتی‌بیوتیک درمانی داخل وریدی سنتی به سرعت جواب نمی‌دهد، بررسی عکسبرداری باید انجام شود.

✎ اگر چه پیلونفریت حاد به صورت یک فوریت اورولوژی مطرح نمی‌شود، ولی عوارض آن می‌تواند سبب عفونت حادی شود که یک وضعیت اضطراری را باعث گردد.

پیلونفریت حاد موضعی یا مربوط به نفرون‌های یک لوب کلیه، عفونتی است که یک قسمت از کلیه را گرفتار می‌سازد. در CT اسکن یا IVP، ضایعه به صورت التهاب موضعی در یک ناحیه از کلیه ظاهر شده و شبیه یک توده جامد کلیوی می‌باشد. درمان حمله‌ای با مخلوطی از آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی و مراقبت دقیق از بیمار، مناسب می‌باشد.

آبسه کلیوی ممکن است قسمتی از یک کلیه یا تمام کلیه را گرفتار نماید. آبسه داخل کلیه درون پارانشیم قرار می‌گیرد و به وسیله کپسول کلیه محدود می‌شود. آبسه اطراف کلیوی، خارج از کپسول کلیه است ولی توسط نیام دور کلیه احاطه می‌شود. وجود یک ضایعه التهابی پیچیده پر از مایع در CT اسکن، تشخیص آبسه کلیه را تایید می‌کند. درمان شامل آنتی‌بیوتیک‌های داخل وریدی و یا تخلیه از راه زیرجلدی یا کلیه‌باز می‌باشد. در موارد مقاوم ممکن است برداشتن

کلیه نیاز باشد.

پیلونفریت همراه با آمفیزم Emphysema، یک عارضه نادر ولی جدی ناشی از پیلونفریت حاد می‌باشد که در بیماران دیابتی زمانی اتفاق می‌افتد که باکتریهای تخمیر کننده لاکتوز مانند اشرشیا کلی در منطقه نکروزه پارانشیم کلیه، تولید گاز نمایند. این گاز به صورت خالهای رنگی در پارانشیم کلیه یا فضای اطراف دور کلیه در رادیوگرافی ساده کلیه دیده می‌شود. وجود گاز در بافت کلیه می‌تواند توسط توموگرام ساده، اسکن اولتراسون یا CT اسکن نشان داده شود. رویهم رفته میزان مرگ و میر در آمفیزم پیلونفریت حدود ۴۰٪ است.

در هر بیمار دیابتی مبتلا به پیلونفریت حاد که به آنتی‌بیوتیک درمانی جواب نمی‌دهد یا فردی که علائم بالینی او بدتر شده است، این تشخیص باید مورد توجه قرار گیرد. درمان حمایت شونده شامل پوشش آنتی‌بیوتیک مناسب و تخلیه مواد عفونی از کلیه مبتلا می‌باشد. در هر بیماری که به سرعت به تخلیه مواد عفونی کلیه جواب ندهد، برداشتن کلیه مجاز است.

احتباس ادراری حاد

این حالت به صورت عدم توانایی ناگهانی تخلیه ادرار مشخص می‌شود. معمولترین آن در نتیجه انسداد راه خروجی مثانه می‌باشد ولی هم چنین ممکن است در نتیجه نارسایی عضله دفع کننده ادرار یا ترکیبی از هر دو مورد باشد. انسداد راه خروجی مثانه که ایجاد احتباس ادراری می‌کند، می‌تواند در نتیجه هیپرتروفی خوش خیم پروستات،

سرطان پروستات یا التهاب حاد پروستات ایجاد شود. سنگهای بزرگ مثانه و لخته‌های خون علل کمتر شایعی برای احتباس ادرار هستند. نارسایی عضله دفع کننده ادرار می‌تواند در بیماران مبتلا به آسیب حاد طناب نخاعی، بیماران مسن، بیمارانی که چندین نوع دارو مصرف می‌کنند و بیماران مبتلا به موارد مختلف که ایجاد نارسایی نورولوژی می‌نمایند، دیده شود (جدول ۲).

جدول ۲ - علل رایج نارسایی اعصاب مثانه

آسیب طناب نخاعی
افزایش فعالیت عضله دفع کننده ادرار یا نقص انقباض آن
مولتیپل اسکلروز
بیماری پارکینسون
سکته مغزی
آسیب‌های بسته مغزی
فتق دیسک
دیابت شیرین
زوال عقلی
میاستنی گراو (ضعف عضلانی)
تومور مغزی

در گرفتن سابقه بیمار، هر نوع گرفتاری قبلی پروستات یا بیماریهای پیشابراه باید مورد توجه قرار گیرد. اغلب بیماران سابقه‌ای از وقفه مزمن در دفع ادرار، کاهش قدرت جریان ادرار، احساس تخلیه ناقص مثانه یا ادرار شبانه را دارا هستند. اطلاعات در مورد علائم یا تشخیص نورولوژی و مصرف داروهای زمان

حاضر نیز لازم می‌باشد.

در معاینات بدنی، مثانه متورم اغلب قابل لمس و حساس است و امتداد آن از طرف سر به طرف ناف دیده می‌شود. اعضای دستگاه تناسلی معمولاً طبیعی هستند ولی آلت تناسلی و مخصوصاً پیشابراه برای وجود هر نوع تنگی پیشابراه که ممکن است با لمس کردن آشکار شود، باید با دقت معاینه شوند. وقتی دلیل احتباس ادراری حاد، هیپرتروفی خوش خیم پروستات، سرطان یا التهاب حاد پروستات باشد، معاینه از راه مقعد نشان می‌دهد که پروستات، بزرگ و اغلب گره‌دار است. در بیماران مبتلا به التهاب حاد پروستات، دستکاری پروستات باید به حداقل برسد به خاطر اینکه معاینه شدید یک پروستات عفونی می‌تواند تولید باکتری می‌نماید.

نارسایی حاد کلیوی ممکن است در بیماران مبتلا به احتباس ادراری حاد توسعه پیدا کند، بنابراین اندازه‌گیری میزان الکتروولیت و کراتینین سرم و نیتروژن اوره ضروری است. شمارش کامل گلبولهای خون و تجزیه ادرار نیز باید انجام شود. بررسی مجاری ادراری فوقانی برای تعیین هیدرونفروز باید با احتیاط انجام شود ولی به خاطر بهبودی انسداد مجاری ادراری تحتانی، نباید در درمان تاخیر شود.

درمان احتباس ادراری حاد، تخلیه سریع ادرار است که توسط قرار دادن یک سوند فولی انجام می‌شود. استفاده از سوند ۲۰F یا بزرگتر با نوک کج عبور سوند را در بیماران مبتلا به بزرگی لوب میانی پروستات، هم چنان که در

هیپر تروفی خوش خیم پروستات دیده می شود، تسهیل می کند. گاهی یک سوند پیشابراه نمی تواند به آسانی در محل مناسب قرار داده شود که مستلزم مشاوره اورولوژی می باشد. تنگی های پیشابراه را که باعث احتباس ادراری حاد شده است، می توان توسط یک بوژی نازک کنترل کرد که به دنبال آن اتساع مجرا و قرار دادن سوند در آن انجام می شود. وقتی که سوند پیشابراهی نمی تواند عبور کند، یک سوند در بالای استخوان عانه باید قرار داده شود. این کار می تواند به صورت زیرجلدی در بخش اورژانس انجام شود به شرطی که مثانه به آسانی قابل لمس بوده و بیمار سابقه جراحی قسمت تحتانی شکم را نداشته باشد. در بیمارانی که سابقه جراحی بخش تحتانی شکم را داشته اند، قرار دادن یک لوله باز فوق عانه ای باید در اطاق عمل انجام شود.

99 بیماران مبتلا به التهاب حاد پروستات با علائم اختلال در ادرار کردن، تب و لرز مراجعه می کنند و پروستات در معاینه با انگشت فوق العاده حساس است. 66

احتباس ادراری حاد در بیماران مبتلا به آسیب های طناب نخاعی می تواند عوارض سیستمیک جدی باقی گذارد. اختلال در رفلکس های اعصاب خودکار - یک پاسخ غیرعادی به تحریک زیان آور، مانند انقباض مثانه، توسط سیستم اعصاب مرکزی - عموماً در بیمارانی اتفاق می افتد که ضایعات آنها بالاتر از قسمت میانی قفسه سینه (T₆) می باشد.

این پاسخ غیرعادی باعث افزایش جریان خروجی سمپاتیک و افزایش واضح فشارخون می شود که می تواند به سکتة مغزی و مرگ منجر شود.

التهاب و آبسه پروستات

بیماران مبتلا به التهاب حاد پروستات با علائم اختلال در ادرار کردن، تب و لرز مراجعه می کنند و پروستات در معاینه با انگشت فوق العاده حساس است.

بیماران مبتلا به آبسه پروستات معمولاً با علائم مشابه مراجعه می کنند ولی شکایت از انسداد جریان ادرار اغلب برجسته تر است و در معاینه، پروستات خیلی حساس و موج است. آبسه پروستات می تواند به خوبی باعث ایجاد احتباس ادراری حاد گردد. در معاینه بیمار مبتلا به عفونت پروستات باید مراقبت شود زیرا معاینه شدید می تواند تولید باکتری می و سپتی سمی کند.

در بیماران مبتلا به التهاب حاد پروستات بهتر است با گذاردن سوند فوق عانه ای تخلیه ترشحات انجام و بیماری کنترل شود: آبسه پروستات را با شکاف فوری در روی مجرای ادرار و عبور سوند تا داخل پروستات، انجام می دهند تا چرک و ترشحات تخلیه شوند و با دادن آنتی بیوتیک های وسیع الطیف، درمان را کامل می کنند. به طور موقت تخلیه توسط سوند فوق عانه ای نیز مورد نیاز می باشد.

تنگی پیشابراه

تنگی پیشابراه ناشی از یک Scar (جای زخم)

محیطی مخاط پیشابراه است که ممکن است اطراف جسم اسفنجی را فراگیرد و به صورت یک ناحیه موضعی واحد و یا تقریباً تمام پیشابراه را گرفتار سازد. تنگی‌ها می‌توانند نتیجه یک حادثه قبلی مخاط پیشابراه ناشی از ضربه خارجی، عفونتهای سوزاکی یا دستکاری قبلی (مانند قرار دادن سوند فولی یا سیستوسکوپی) باشند ولی مواجه شدن با یک بیمار بدون سابقه قبلی، امری غیر معمول نمی‌باشد.

کنترل کوتاه مدت این عارضه شامل برداشتن فشار مثانه به طور موقتی می‌باشد تا زمانی که درمان قطعی بتواند ادامه یابد. کنترل مناسب این بیماری شامل اتساع پیشابراه، بازکردن پیشابراه داخلی به خارج به واسطه سیستوسکوپی و ترمیم جراحی باز یا بدون بازسازی یک قطعه از بافت موضعی می‌باشد.

آبسه اطراف پیشابراه

این مورد یک اورژانس واقعی است و ممکن است همراه با علائم مشخص التهاب پیشابراه باشد و یا نباشد. حساس شدن آلت تناسلی و یا خودنمایی توده‌ی مواجی در خط میانی پوست بیضه دیده می‌شود و بیمار ممکن است از اختلال در ادرار کردن، تکرر ادرار یا تخلیه مواد چرکی از آلت تناسلی شکایت داشته باشد. در معاینه فیزیکی آلت، یک ناحیه مواج در نزدیک پیشابراه می‌تواند لمس شود، اگر چه ممکن است تشخیص آن به خاطر التهاب و سفتی ضایعه، کاری مشکل باشد.

یک عکس روتروگراف پیشابراه برای هر دو

مورد به تایید تشخیص کمک کرده و ضمناً هر نوع از تنگی‌های همراه با پیشابراه را روشن می‌سازد. درمان شامل تخلیه فوری جراحی توسط سوند و جدا کردن مواد زائد و خارج

احتباس ادراری حاد به صورت عدم توانایی ناگهانی در تخلیه ادرار مشخص می‌شود. ۶۶

کردن آنها و تجویز آنستی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف می‌باشد. تخلیه مثانه با استفاده از سوند فوق عانه‌ای لازم است زیرا نسوج نکروزه و منهدم شده زیاد بوده و به دنبال آن تخلیه مواد زائد و خراب شده پیشابراه نیز انجام می‌پذیرد. زمانی که تشخیص آبسه دور پیشابراه تایید شده باشد، مشاوره اورولوژی ضروری است.

خلاصه

به طور خلاصه، در زمانی ارزیابی فوری نیاز است که بیماران با علائم قولنج کلیوی، احتباس ادراری حاد، التهاب پروستات، پیلونفریت و سایر فوریت‌های اورولوژی مراجعه نمایند. مراقبت‌های اولیه پزشکان نقش مهمی را در شروع بررسی و درمان دارند. زمانی که تشخیص معین شد، مشاوره اورولوژی ممکن است برای درمان قطعی، لازم باشد.

منبع:

Samm B.J. Dmochowski R.R. Urologic emergencies. Post Gra. Med. 1996, 100: 177 - 184