

امراض یورولوژی

پوهنځی د ډاکټور غلام سخي حسيني

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University
پوهنتون طبي کابل

Funded by: DAAD
Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Urologic Diseases

Asst. Prof. Dr. Ghulam Sakhi Hassani

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنتون طبي کابل

امراض يورولوژی



پوهنمیل دوکتور غلام سخی حسنی

۱۳۹۱

امراض يورولوژی

Urologic Diseases

پوهنمیل دوکتور غلام سخی حسنی



Kabul Medical University

AFGHANIC

Asst. Prof. Dr. Ghulam Sakhi Hassani

Urologic Diseases

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پوهنتون طبي کابل

امراض يورولوژی

پوهنممل دوکتور غلام سخی حسنی

۱۳۹۱

نام کتاب	امراض یورولوژی
مؤلف	پوهنمل دوکتور غلام سخی حسنی
ناشر	پوهنتون طبی کابل
ویب سایت	www. kmu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر، کابل، افغانستان
تیراژ	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
داونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه وزارت خارجه فدرالی آلمان تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط موسسه افغانیک انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنخی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
 داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل
 دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
 ایمیل: textbooks@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراي نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200111



پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب برای کسب علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی بوده که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت سننردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید محترم موسسات تحصیلات عالی کشور قلبا اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با تقبل زحمات در جریان سالهای متممادی با تالیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را ادا نموده اند. از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه نمایند، تا بعد از چاپ در دسترس محصلین گرامی قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را آماده نماید.

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم پوهنخی های طب کشور را مهیا ساخته اند صمیمانه تشکر مینمایم.

امیدوارم که این کار سودمند ادامه یافته و به سایر بخش ها نیز گسترش یابد.

با احترام

پوهاند دوکتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپترهای استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردند.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب پوهنتون های کشور را آغاز نمودیم و تا اکنون ۲۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشند. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

استادان و محصلین پوهنځی های طب با مشکلات زیاد مواجه اند. تدریس به میتود کهنه، عدم دسترسی به معلومات و مواد جدید درسی و استفاده از کتب و چپترهای که به کیفیت بسیار پایین در بازار دریافت میگردند از جمله مشکلات عمده در این راستا میباشند. باید آن عده از کتاب هاییکه توسط استادان تحریر گردیده اند جمع آوری و چاپ گردند. با در نظر داشت حالت بحرانی کشور جنگ زده، ما به دوکتوران ماهر و ورزیده نیاز داریم تا بتوانند در بهبود و ارتقای تحصیلات طبی و صحت عامه در کشور سهم فعال بگیرند. از اینرو باید توجه زیاد تر برای پوهنځی های طب جلب گردد.

تا به حال ما به تعداد ۲۰ عنوان کتب مختلف طبی برای پوهنځی های طب ننگرهار، خوست، هرات، کندهار، بلخ هرات و کابل را چاپ نموده ایم و پروسه چاپ ۵۰ عنوان دیگر جریان دارد که یک نمونه آن همین کتابی است که فعلا در دسترس شما قرار دارد. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای پوهنځی های طب کشور توزیع گردیده اند.

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها، استادان محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجینیری، زراعت و سایر بخش ها) و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم و کتب مورد نیاز پوهنتون ها و پوهنځی های مختلف را چاپ نماییم.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه قرار ذیل اند:

۱ چاپ کتب درسی طبی

کتابی که در اختیار شما است، نمونه از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم و نیاز است تا برای موسسات تحصیلات عالی کشور سالانه به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

در جریان سال ۲۰۱۰ توانستیم در تمام صنوف درسی پوهنځی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجکتورها را نصب نماییم. برای ایجاد محیط مناسب درسی باید تلاش گردد که تمام اطاق های درسی و کنفرانس و لابراتوارها مجهز به مولتی میدیا، پروجکتور و سایر وسایل سمعی و بصری گردند.

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنج های آینده) پوهنځی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیارهای بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنخی های طب قرار داده شود.

۵. لابراتوارها

در پوهنخی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارهای فعال وجود داشته باشد.

۶. شفاخانه های کدري

هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدري باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای تریننگ عملی محصلین طب آماده گردد.

۷. پلان ستراتیژیک

بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنخی طب در چوکات پلان ستراتیژیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتیژیک پوهنخی باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

از محصلین عزیز نیز خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) اظهار سپاس و امتنان مینماییم که تا اکنون چاپ ۹۰ عنوان کتب طبی درسی را به عهده گرفته که از آن جمله پروسه چاپ ۵۰ عنوان آن جریان دارد. از پوهنخی طب پوهنتون ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنخی مذکور دوکتور زلمی توریال، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکي چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

بطور خاص از دفاتر جی آی زیت (GIZ) و CIM (Center for International Migration and Development) یا مرکز برای پناهنده گی بین المللی و انکشاف که برای من امکانات کاری را طی دو سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته، است اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور عبید الله عبید وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابری معین علمی وزارت، محترم پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، روسای محترم پوهنتون ها، پوهنخی های طب و استادان گرامی تشکر مینمایم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هر کدام دوکتور محمد یوسف مبارک، عبد المنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله و همت الله نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نمودند.

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۲۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

مقدمه

از آنجاییکه امراض یورولوژی یکی از پرابلیم های عمده طبابت را در تمام جهان تشکیل میدهد اگر در موقع مناسب تشخیص و تداوی نگردد در یک تعداد واقعات سبب اختلالات وخیم نه تنها در سیستم بولی و تناسلی گردیده بلکه سایر اعضای انسانها را نیز متاثر ساخته و حتی سبب مرگ میگردد. فلهمذا شناختن این امراض، تشخیص و تداوی آن فوق العاده مهم است.

منابع مختلف در باره امراض یورولوژی موجود است که یکی از این منابع کتاب معتبر *Bailey&love's short practice of surgery* میباشد که در قسمت شناسائی امراض یورولوژی تشخیص، تداوی و اختلالات آن بحث مینماید که در تمام دنیا مدار اعتبار میباشد.

به این جانب وظیفه سپرده شده تا جهت ترفیح علمی به رتبه پوهندوی فصل های از کتاب متذکره که بخش امراض یورولوژی شامل فصل های ۷۴-۷۹ (از صفحه ۱۲۹۴ الی ۱۴۱۶) جلد ۲، چاپ ۲۴ میباشد ترجمه نمایم که برای اعضای دیپارتمنت و سایر هم مسلکان ارزشمند خواهد بود.

اینک به یاری خداوند متعال و راهنمایی استاد راهنما محترم پوهاند دوکتور مهر محمد(عجازی) ترجمه بخش های متذکره تکمیل گردیده.

با احترام

پوهنمل دوکتور غلام سخی(حسینی)

فهرست عناوین

صفحه	عناوین
۱	فصل ۷۴- اعراض بولی، تحقیق طرق بولی و انیوری
۱	- اهداف مطالعه
۱	- اعراض بولی
۴	- تغییرات وظایف مثانه
۵	- بررسی طرق بولی
۷	- تست های وظیفوی
۸	- معاینات تصویری
۱۵	- انیوری
۲۶	فصل ۷۵- کلیه ها و حالب ها
۲۶	- اهداف مطالعه
۲۶	- امبریولوژی
۲۷	- آناتومی جراحی
۲۷	- انومالی های ولادی کلیه
۳۸	- انومالی های ولادی حویضه و حالب
۴۳	- جراحات کلیه
۴۷	- جراحات حالب
۵۱	- هایدرونفروزس

۵۸	- سنگ های کلیه
۷۴	- سنگ های حالب
۸۱	- انتانات کلیوی
۹۹	- تومور های کلیه
۱۱۱	فصل ۷۶- مثانه
۱۱۱	- اهداف مطالعه
۱۱۱	- انا تومی جراحی مثانه
۱۱۴	- انومالی ولادی مثانه
۱۱۷	- تر ضیضات مثانه
۱۲۱	- احتباس ادرار
۱۳۲	- عدم اقتدار ادرار
۱۴۹	- سنگ های مثانه
۱۵۷	- اجسام اجنبی مثانه
۱۵۸	- دایور تیکول مثانه
۱۶۴	- فیستول های بولی
۱۷۱	- انتانات طرق بولی سفلی و التهاب مثانه
۱۷۶	- انتانات وصفی طرق بولی سفلی
۱۸۵	- تومور های مثانه
۱۸۶	- کانسر مثانه
۲۰۳	- دایورژن بولی داخلی و خارجی

۲۱۱	فصل ۷۷- پروستات و حویصل منوی
۲۱۱	- اهداف مطالعه
۲۱۱	- امبریولوژی و آناتومی جراحی
۲۱۳	- فزیولوژی غده پروستات
۲۱۵	- ضخامه سلیم پروستات
۲۴۰	- بندش جریان خروجی مثانه
۲۴۲	- سنگ های پروستات
۲۴۳	- کارسنومای پروستات
۲۵۹	- التهاب پروستات
۲۶۲	- توپر کلوز پروستات و حویصلات منوی
۲۶۲	- سیستم حویصل منوی
۲۶۵	فصل ۷۸- احلیل و قضیب
۲۶۵	- اهداف مطالعه
۲۶۵	- انومالی های احلیل مذکر
۲۷۰	- جروح احلیل مذکر
۲۷۷	- التهابات احلیل
۲۸۱	- تضیق احلیل
۲۹۳	- احلیل مونث
۲۹۳	- انومالی های احلیل مونث
۲۹۶	- قضیب
۲۹۶	- فیموزیس

۲۹۶	- ختنه
۲۹۹	- جروحات قضیب
۳۰۰	- کسر قضیب
۳۰۱	- پارافیموزیس
۳۰۲	- مرض پیرونی
۳۰۳	- پریاپیزم دوامدار
۳۰۶	- کارسینومای قضیب
۳۰۷	- انتقال جنسی انتانات تناسلی
۳۱۰	فصل ۷۹- خصییه و سفن
۳۱۰	- نزول ناتام خصییه
۳۱۷	- جروحات خصییه
۳۱۸	- تدور خصییه
۳۲۲	- واریکوسیل
۳۲۴	- هایدروسل
۳۲۹	- هیما توسل
۳۳۰	- سیست های بریخ
۳۳۲	- التهاب خصییه و بریخ
۳۳۶	- تومور های خصییه
۳۴۵	- آفات سفن
۳۴۹	- عقامت در نزد مردها
۳۵۱	- وازکتومی

فصل ۷۴

اعراض بولی، تحقیق طرق بولی و انیوریا

اهداف مطالعه

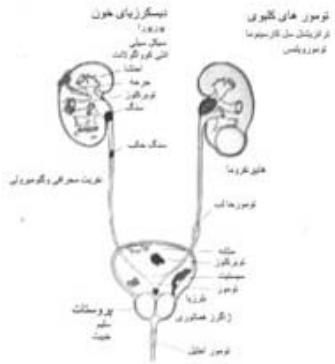
- قادر شویم تا اعراض عمده امراض یورولوژی را فهرست نماییم.
- قادر بودن به تهیه فهرست معمولترین معاینات تشخیصیه در تشوشات یورولوژی.
- شناسائی اعراض امراض بولی.

اعراض بولی

هیماتوری

موجودیت خون در ادرار بنام هیماتوری یاد گردیده که غیر نارمل بوده و ممکن یگانه دلیل مرض طرق بولی باشد (شکل ۷۴.۱).

موجودیت مقدار کم خون یا هیماتوری میکروسکوپییک برای تلوین ادرار ممکن ناکافی باشد که توسط تست دیپ ستیک که جزء از معاینات روتین صحی میباشد مشخص میگردد.



شکل ۷۴.۱ اسباب معمول هیماتوری

موجودیت هیموراژی در داخل طرق بولی یا میکروسکوپییک هیماتوری برای ادرار رنگ سرخ و یا خفیف نصولاری میدهد و ممکن با ادرار علقات خون خارج گردد.

تست های مثبت کاذب در ادرار که تغییر رنگ داشته باشد ممکن است به اثر مصرف نمودن لبلبو و یا

یک تعداد ادویه جات مانند *Furadantin, pyridium, dinddev*

و غیره بوجود آمده و باید از هیماتوری تفریق گردد. زیرا در اینصورت حجرات سرخ خون در معاینه میکروسکوپییک ادرار موجود نیست. هیماتوری ممکن متقطع و یا دائمی باشد ظاهر شدن خون در شروع ادرار علایم آفت در طرق بولی سفلی بوده و زمانیکه در تمام جریان ادرار خون موجود باشد زیادتیر اسباب آن در طرق بولی علوی قرار دارد.

ترمینال هیماتوری

هیماتوری زیادتر در ختم ادرار برای آفات تخریشی شدید مثانه وصفی بوده که به اثر سنگ و یا انتان بوجود می آید. اگر مریض همراه با هیماتوری درد داشته باشد اوصاف درد برای دریافت منبع خونریزی کمک مینماید و معمولاً در هیماتوری درد موجود نیست.

هیچ یک از تغییرات و اوصاف فوق الذکر برای تشخیص اسباب خونریزی کافی نبوده و تمام مریضان دارای هیماتوری حتی مریضان که ادویه ضد تحثر اخذ مینمایند ایجاب تحقیقات زیاد را می نماید. چانس دریافت اسباب یورولوژیک در مریضان کمتر از چهل ساله دارای هیماتوری میکروسکوپیکی ضعیف بوده در هر صورت خونریزی طرق بولی ممکن است از اثر نفروپاتی مخفی بوده باید این مریضان از نظر فرط فشار خون معاینه گردند.

چوکات ۷۴.۱

هیماتوری

- هیماتوری چه به شکل میکروسکوپیکی و یا میکروسکوپیکی باشد همیشه غیر نورمال محسوب میگردد.

- از اثر آفت در هر قسمت طریق بولی بوجود آمده میتواند.

- موارد ذیل تحقیق گردد.

- اخذ نمونه قسمت وسط ادرار برای معاینه سائیتولوژی
- یوروگرافی داخل وریدی و یا التراسوند طرق بولی
- سیستوسکوپی با سیستوسکوپ فبروآپتیک و یا نوع سخت
- انتانات طرق بولی که بخصوص در خانم های جوان معمول است

درد (چوکات ۷۴.۲ و ۷۴.۳)

درد کلیوی

التهابات و بندش حاد جریان ادرار در حوضه کلیه سبب درد های وصفی، شدید و طاقت فرسا در ناحیه کلیوی شده و احتمالاً از سبب کشش کپسول کلیه بوجود می آید. به هر صورت سنگ کلیوی فوق العاده خورد و یا در جایی موقعیت داشته باشد که سبب بندش گردد میتواند در عدم موجودیت انتان نیز سبب درد گردد هم چنین کتلات که به آهستگی نشو و نمو می نماید مانند تومور ها و کیست ها تا زمانیکه بسیار بزرگ نشود سبب درد نمیگردد.

زمانیکه عامل حادثه التهابات باشد ممکن باعث حساسیت عمیق ناحیه کلیوی و بعضاً تشنج عکسوی عضله پسواس سبب قبض غیر ارادی مفصل حرقفی فخذی گردد.

چوکات ۷۴.۲

درد های طرق بولی علوی

- درد وصفی، ثابت و پاره کننده زمانی بوجود می آید که بندش حاد در حویضه کلیه موجود باشد.
- از اثر بندش حاد غالب توسط سنگ درد شدید کولیکی، پاره شونده و قطع کننده بوجود می آید.
- درد ها به طرف ناحیه مغربی، شفتان کبیر و سفن انتشار مینماید.

چوکات ۷۴.۳

درد های طرق بولی سفلی

- بقسم ناراحتی فوق عانی احساس شده که با پر شدن مثانه زیادتر میگردد.
- اگر درد از سبب التهاب مثانه بوجود آید وصفی بوده به قسم سوزش در زمان تبول در احلیل احساس میگردد.
- زمانیکه آفت در مثانه موجود باشد میتواند در نزد مرد ها به نهایت حشفه انتشار نماید.

قلنج حالی

یک درد فوق العاده شدید که در ناحیه قطنی احساس شده و انتشار آن به حفره حرقفی و ناحیه تناسلی طرف ماوف میباشد مریض فوق العاده نا آرام بوده بدور خود میپیچد وصف آن پاره شونده و غیر قابل تحمل بوده به طرف خلف نیز انتشار دارد. فرق آن با درد هائیکه از سبب پریتونیت بوجود می آید اینست که درد اخیرالذکر با حرکات تشدید می یابد.

قلنج حالی معمولاً ازسبب عبور سنگ ازحالب بوجود آمده لاکن علقات خون یا پارچه های نیکروتیک پاپیلا نیز سبب درد مشابه می گردد. موقعیت درد تا حدودی پیشرفت سنگ حالب را نشان میدهد، درد ناحیه مغربی نشان دهنده موجودیت سنگ در قسمت حالب دیستل میباشد. با مقایسه درد شدید حساسیت موضعی بسیار کم میباشد.

درد مثانه

به شکل ناراحتی فوق عانی احساس گردیده که با پر شدن مثانه توسط ادرار تشدید می یابد در مرد ها درد به طرف نهایت قضیب انتشار داشته که زیادتر از اثر تخریش قسمت تریگون مثانه بوجود می آید. التهابات حاد مثانه سبب درد فوق العاده شدید و ناآرام کننده در ختم تبول شده که این عرض توسط عالم لیتوتومیست سابقه شناخته شده که بنام سترانگوری یاد نموده.

درد عجانی

بقسم درد نافذه (سوراخ کننده) در رگتم و عجان احساس شده که بعضی اوقات همراه با ناراحتی ناحیه مغبنی می باشد مریض ناراحت و افسرده بوده و درد فوق العاده شدید است. درد حوصلی بعضاً از اثر پروستاتیت مزمن پروستاتودینیا یا سندروم درد مزمن پروستات بوجود آمده لکن این درد ها میتواند در مرد ها و خانم ها به ملاحظه برسد. مریضی خوب نبوده زیرا تداوی موفقانه آن مشکل است یکی از طبیعت آن این است که با سندروم های درد مزمن سفن همراه می باشد.

درد احلیل

به قسم سوزش خصوصاً در اثنای تخلیه ادرار در قضیب و یا شفتان احساس میشود.

تغییرات وظایف مثانه (چوکات ۷۴.۴)

مثانه نورمال دارای دو مرحله مشخص وظیفوی می باشد. در هنگام پر شدن مثانه بقسم یک مخزن ذخیره‌ی عمل نموده و ادرار را تا شروع مرحله تخلیوی جمع مینماید. تقلص نامناسب عضلات مثانه در زمان مملو شدن بقسم ارجنسی احساس شده و شخص باید ادرار نماید.

ممکن مریض فریکونسی و تمایل به عدم اقتدار داشته باشد. ممکن از اثر ادرار شبانه تشوشات خواب به مشاهده برسد عدم ثبات در هر دو جنس با اسباب نا معلوم ویا از سبب بندش خروجی مثانه در مردها از سبب ضخامه پروستات به مشاهده برسد. زمانیکه این نائباتی عضلات مثانه اسباب عصبی داشته باشد به قسم هایپرفلکسیا میباشد.

اعراض تشوشات تخلیوی زیادتر از اثر بندش مقابل جریان ادرار بوجود می آید لکن عدم کفایه عضلات مثانه و یا اتونی آن نیز اعراض مشابه فوق را دارد و مریضان تاخیر در شروع تبول داشته و جریان ادرار متغییر یا آهسته میباشد. جریان ضعیف ادرار با بلند رفتن فشار بهتر میگردد.

زمانیکه عملیه تبول تکمیل گردید مریضان احساس بقایای ادرار را در مثانه نموده و کوشش میکنند تا دوباره ادرار نمایند (Pis en deux).

با گذشت زمان بصورت مزمن مثانه توسعه نموده قابلیت موثریت ذخیره‌ی نمی داشته باشد. ادرار خود سرانه خارج گردیده و خصوصاً از طرف شب در زمان خواب به مشاهده میرسد (احتباس مزمن با اوورفلو).

چوکات ۷۴.۴

تغییرات وظیفوی مثانه

- تشوشات وظایف ذخیروی مثانه سبب ارجنسی و فریکونسی ادرار گردیده که اغلباً روز و شب به مشاهده می رسد.
- عدم کفایه وظیفوی ذخیروی مثانه معمولاً زیادتر از سبب بندش در قسمت مدخل خروجی مثانه (مثلاً از سبب ضخامه پروستات) بوجود می آید لکن از اثر ضعیفی عضلات مثانه نیز میتواند حادثه فوق به ملاحظه برسد.
- احتباس مزمن ادرار به قسم مرطوب نمودن بستر تظاهر مینماید.

بررسی طرق بولی

به استثنای کتلات کلیوی، سفن و یا حساسیت ناحیه یک مثانه قابل جس و یا یک پروستات که در معاینه مقعدی غیر نورمال جس میگردد دیگر امراض طرق بولی مانند امراض سایر جهازات به تاریخچه و بررسی ضرورت دارد.

ادرار (چوکات ۷۴.۵)

اشباع شدن دیپستیک همراه با مواد کیمیای که سبب تغییر رنگ در موجودیت خون، پروتین و یا نایتريت (مولتی ستیکس و لابسیتیکس) میگردد یک راه مناسب معاینه ادرار برای ابنارملتی ها میباشد. این ها می تواند بقسم تعبیر میخانیکی نتیجه ارقام را برای دوکتور واضح سازد وقتی که ادرار از نظر میکروسکوپی پاک و تست دیپستیک منفی باشد چانس یافتن تغییرات در معاینه میکروسکوپی و کلچر قسمت متوسط ادرار کمتر میباشد در حقیقت بعضی لابراتوار های باکتریولوژیکی نیز نمیتواند درین حالت نتیجه قناعت بخش بدهد.

موجودیت نایتروجن و پروتین (این ها محصولات فعال عضویت در ادرار می باشد) شواهد مشابه به انتان را نشان میدهد. اهمیت هیماتوری میکروسکوپی در فوق تذکر داده شد. بعضی دیپستیک ها نشاندهنده PH و کثافت مخصوصه ادرار میباشد.

چوکات ۷۴.۵

معاینات میکروسکوپی، سائیتولوژیک، باکتریولوژیک و بیوشیمیک ادرار

- دریافت تغییرات در تست مولتی ستیکس باید در معاینه میکروسکوپی و کلچر ادرار تایید گردد.
- موجودیت اضافه تر از صد هزار اورگانیزم در یک ملی لیتر ادرار انتان طرق بولی پنداشته میشود. زمانیکه تومور های ترانزیشنل مثانه خفیف قابل تفریق بوده معاینات سائیتولوژیک ادرار میتواند غیر نورمال باشد.

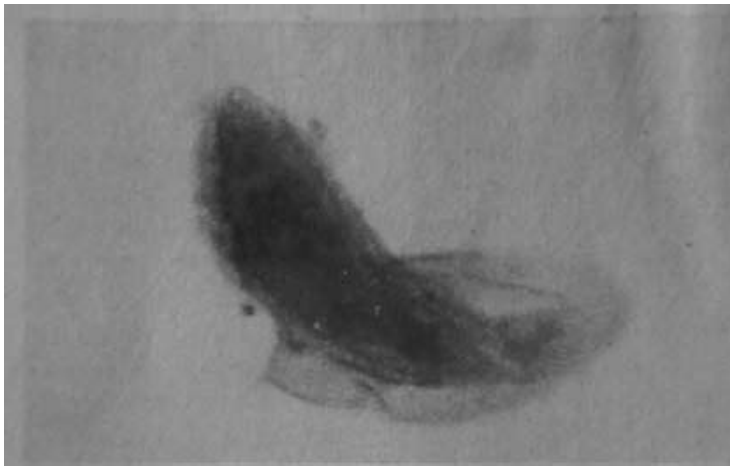
میکروسکوپی یک معاینه اساسی برای دریافت و تایید حجرات سفید ادرار بوده و ممکن است باکتری ها نیز درین معاینه قابل مشاهده باشد.

موجودیت کست های پروتین به امراض دلالت میکند که پرانشیم کلیه را متاثر می سازد و تغییر شکل حجرات سرخ خون در معاینات میکروسکوپییک تایید میگردد.

تخمه شیستوزومیا منظره خاص دارد(شکل ۷۴.۲). سبزیجات و فایبرهای گوشت زمانی در ادرار به مشاهده می رسد که فستول بین امعا و طرق بولی موجود باشد.

معاینات سایتولوژیک در ترسبات ادراری حساس و وصفی برای ترانزیشنل سل کارسینوما خفیف قابل تفریق که در هر قسمت از طرق بولی موقعیت داشته باشد میباشد.

تست BTA-Bard برای کشف اتنی جن تومور مثانه در ادرار بوده که با دریافت آن معاینات کیمیاوی جدید سایتولوژیک میتواند تکمیل گردد اما در ۵۰٪ واقعات تومورهای خوب تفریق شده نتیجه منفی میباشد.



شکل ۷۴.۲ تخمه شیستوزومیا

اخذ قسمت متوسط ادرار برای کلچر باکتریولوژیک جهت دریافت پتوجن های بولی اهمیت استندرد دارد. موجودیت یک صد هزار پتوجن در یک ملی لیتر ادرار نشان دهنده انتان طرق بولی میباشد. اگر حجرات قیچی در ادرار موجود باشد نتیجه کلچر منفی راپور داده شود ضرورت میشود تا تست های دیگر جهت دریافت اورگانیزم های مقاوم اجرا گردد. از ترسب چندین نمونه ادرار بعد از سنترفیوژ در وسط Lownstien jenson کلچر شده تا توپرکلوز طرق بولی کشف گردد. کلامیدیا یکی دیگر از پتوجن معمول بولی است که در کلچر روتین ممکن دریافت نگردد.

معاینات بیوشمیک برای دریافت موجودیت غیر نورمال الکترولیت ها، گلوکوز، بیلیروبین، هیموگلوبین و میوگلوبین در ادرار ضروری میباشد. تجزیه و معاینه نمونه ادرار ۲۴ ساعته از نظر تغییرات کمی خصوصاً در بررسی سنگ های بولی از سبب اطراح غیر نورمال کلسیم اوکسالات، یوریک اسید و دیگر محصولات میتابولیزم فوق العاده مهم است.

تست های وظیفوی کلیه (چوکات ۷۴.۶)

در کلیه وظایف ذخیره‌ی وسیع موجود بوده زمانی عدم کفایه کلیه اشکار می گردد که وظایف کلیوی اضافه تر از ۷۰٪ تنقیص یابد. این حالت به تعقیب تخریبات شدید کلیوی قبل از این که تشوشات دموی که سویه آن توسط افرازات کلیوی کنترل می‌گردد بوجود می آید. این آفت سه جز عمده دارد.

تنقیص جریان پلازما، تخریبات گلوبولینی و تشوشات وظایف توبولی. در فرط فشار خون شدید و یا تضیق شریان کلیوی جریان پلازما مختل می گردد. در گلوبولونفریت و یا نکروز حاد قشری گلوبولین ها صدمه میبندد در حالیکه در پیلونفریت وظایف توبولی شدیداً متاثر می گردد. در نفروپاتی بندشی فشار عقبی بالای پرانشیم کلیه سبب هر سه نوع تشوشات فوق الذکر می‌گردد.

سویه یوریک خون و کریاتینین سیروم توسط فکتور های مختلف متاثر می‌گردد لکن از نظر عملی هردوی آن یکجا رهنمای کلینیکی خوب برای تمام وظایف کلیوی میباشد.

کلیرانس کریاتینین ارزش نسبتاً خوب برای فلتریشن گلوبولینی داشته اما خالی از اشتباهات نیست.

ارزیابی بسیار دقیق برای وظایف گلوبولینی تعیین اندازه Chromium-۵۱, Ethyldiam inetetrate
acetic acid میباشد. جراحان همیشه برای تحقیقات بیشتر جهت وظایف توبولی و جریان خون کلیه ها باهمکاران نفرولوژیست خود مشوره مینمایند.

کثافت مخصوصه ادرار زمانی ثابت و پایان باقی می ماند که قدرت غلظت سازی کلیه از سبب تشوشات وظیفوی توبول ها تنقیص یابد. تخمین ضایعات سودیم، بیتا ۲ میکروگلوبولین و یا انزایم های توبولی نشاندهنده ماوفیت وظیفوی کلیه میباشد. N-acetylc - glucosamine

چوکات ۷۴.۶

تست های وظیفوی کلیه

- بلند بودن سویه یوریا و کریاتینین معمولاً شواهد تشوشات وظایف کلیوی می باشد.
- برای تعیین تنقیص ارزیابی مغلق و پیچیده کلیوی ضرورت است.

معاینات تصویری

رادیوگرافی ساده بطنی نشاندهنده کلیه‌ها، حالب‌ها و مثانه بوده و معلومات ارزشمند میدهد. با یک فیلم که بصورت مناسب اجرا شده باشد میتوانیم کبد را در قسمت راست و جوف هوای معده را در چپ مشاهده نمایم مگر اینکه *Situs inversus* موجود باشد با دیدن فقرات و ساختمانهای عظمی ممکن *Spina bifida, Scoliosis* امراض استحالوی فقرات، میتاستازها، کسور و التهاب مفاصل آشکار گردد ممکن است تمام آنها ارتباط تشخیصیه در مورد امراض یورولوژیک داشته باشد. سایه انساج نرم کلیه و شحم محیط آن که قسمت کمتر یا زیاد عضله پسواس را می پوشاند به شکل شفاف به مشاهده می رسد. مثانه مملو اغلباً به شکل غبارآلود که در ساحه حوصله موقعیت دارد دیده میشود. سنگ های بولی زیادتر شعاع اکس را جذب نموده در ساحه سایه کلیه‌ها و در امتداد مسیر حالب‌ها قابل مشاهده میباشد که بصورت نورمال قسمت نوک نتوات مستعرض فقرات و عبور از مفصل عجزی قبل از اینکه به طرف انسی به شکل چنگک تغییر مینماید به طرف قاعده *Ischial spine* حرقفی بالای مثانه سیر میکند قابل مشاهده میباشد.

سنگ های که حاوی کمتر کلسیم باشد و بالای ساختمان های عظمی قرار بگیرد در فیلم ساده به مشکل به مشاهده میرسد. فلیبولیت حوصلی معمولاً بسیار مشابه به سنگ های ثلث سفلی حالب دیده می شود. سنگ های یوریک اسید اکثراً رادیولوسنت میباشد.

چوکات ۷۴.۷

فلم ساده بطنی (رادیوگرافی بطن به وضعیت استاده)

- بیشترین سنگ های بولی رادیواوپک میباشد.
- سنگ های یوریک اسید وصفی رادیولوسنت است.

یوروگرافی داخل وریدی (اشکال ۷۴.۳، ۷۴.۸)

رینوگرافی اطراحی یک معاینه اساسی برای تحقیقات طرق بولی بعد از معرفی مواد کانتراست در سال ۱۹۳۰ به شمار میرود. این یک ماده عضوی کیمیای که اتوم آیودین در آن ضمیمه بوده و شعاع اکس را جذب میکند معمولاً در ورید ساعد زرق میگردد و مواد مذکور از طریق جریان دموی به گلوبیروول‌ها رسیده و توسط توبول‌ها جذب نمی گردد در نتیجه به سرعت از طریق پرانشیم بداخل ادرار عبور می نماید و مقابل شعاع خیال میدهد. با وجودیکه یک تصاویر عالی طرق بولی بدست می آید بعضی اوقات استعمال آن محدود می باشد زیرا یک تعداد مریضان مقابل آیودین عکس العمل شدید انافیلاکتیک نشان داده که خطر حیاتی دارد مریضان که تاریخچه حساسیت و اکزیما دارند زیادتر آسیب پذیر میباشد.

این عملیه ممکن نزد یک تعداد کم مریضان سبب عکس العمل فوق العاده شدید گردد.

آماده گی برای یوروگرافی داخل وریدی و فلم ساده بطنی

معمولاً برای مریضان مسهلات توصیه میگردد تا امعای مریضان از مواد غایطه و گازات پاک گردد در غیر آن ممکن اناتومی طرق بولی واضح معلوم نگردد. مایعات نسبتاً محدود توصیه میگردد لاکن دیهایدیریشن خطرناک بوده ممکن رسوب مواد کانترست سبب عدم کفایه حاد کلیه گردد (شکل ۷۴.۳).



شکل ۷۴.۳ یوروگرام نورمال داخل وریدی نشان دهنده حدود کلیه ها و قنات جمع کننده بوده و مواد کثیفه به وضاحت در حالب ها دیده میشود.

تکنیک

مریض باید در زرق قطرات اولی مواد کثیفه تحت مراقبت جدی قرار داشته باشد اولین رادیوگرافی در جریان چند دقیقه زرق مواد کثیفه اخذ و پرانشیم کلیه توسط مواد کثیفه مکدر شده که بنام نفروگرام یاد میگردد.

نفروگرام موخر یک طرفه نشان دهنده نقص وظیفوی کلیه بوده و مغشوش بودن حدود کلیوی و یا عدم کفایه وظیفوی یک قسمت کلیه نشان دهنده ماوفیت همان ساحه کلیه میباشد.

بعد از دقایق کم مواد کانترست به سیستم جمع کننده اطراح شده سبب مکدر شدن کلیس ها و حویضه میگردد فلم های موخر نشان دهنده حالب ها بوده و در ختم معاینه از مریض تقاضا میگردد که ادرار نماید تا در باره ساحه مثانه معلومات مفصل دریافت گردد.

یوروگرام داخل وریدی ارزش خاص برای اثبات کردن تومور های طرق بولی و موجودیت سنگ داشته که بعضی اوقات توسط التراسوند مشکل است که معلومات مفید ارایه نماید همچنین برای دریافت تغییرات اناتومی مفید بوده زیرا در معاینه التراسوند تغییرات اناتومیک بدرستی تعبیر شده نمیتواند.

چنانچه التراسونوگرافی و دیگر اشکال تصاویر مغلق و پیچیده استتبابات یوروگرام را کمتر میسازد بندش طرق بولی علوی و تشوشتات در عبور مواد کثیفه در ادرار کلیه غیر فعال را در یوروگرام استتدر نشان میدهد. درین حالت رادیوگرافی های اضافی چندین ساعت بعد از زرق مواد کثیفه ممکن نشان دهنده مکدریت مبهم توسع سیستم بولی باشد. تغیر شکل کلیس ها و یا حدود کلیه توسط تومور ها و یا

توموگرافی کمپیوتری سیست ها یکسان میباشد. در هر کدام از این حالات معلومات بیشتر را میتوان توسط التراسونوگرافی بدست آورد.

چوکات ۷۴.۹

التراسوند

این معاینه میتواند معلومات وسیع و مشابه اناتومیکی بدون خطرات یوروگرام داخل وریدی ارایه نماید.

ریتروگراد یوریتیروگرافی

یک کتیتر نازک حالی را از طریق سیستوسکوپ داخل فوچه حالی کرده میتوانیم (شکل ۷۴.۴). مواد کثیفه از طریق این کتیتر زرق گردیده و اناتومی طرق بولی علوی را برای ما آشکار میسازد. این عملیه ارزش خاص در مورد آفات داخل لومین (شکل ۷۴.۵) و یا نقص وظیفوی کلیوی (در بندش جنکشن حویضی حالی) قبل از جراحی دارد. وقتی که تومور ترانزیشنل دریافت شد میتوانیم برش بیوپسی و نمونه ادرار را به قسم اسپریشن از طرق بولی علوی اخذ و یوریتیروپیلوگرافی و یا ریتروگراد را تحت انستزی انجام دهیم.

ریتروگراد از طریق انستزی احلیل توسط سیستوسکوپ انحنای پذیر اجرا شده میتواند. داخل شدن انتان در قسمت که دریناژ ناکافی داشته باشد خطرات جدی سیپتیسیمیا را بار می آورد در صورتیکه تاخیر در اصلاح بندش از نظر جراحی وجود داشته باشد باید کلیه به اثر عملیه نفروستومی از طریق جلدی و یا تطبیق ستینت دریناژ گردد (شکل ۷۴.۴).



شکل ۷۴.۴ منظره سیستوسکوپی یک کتیتر حالی که به داخل فوچه حالی چپ میگردد نشان میدهد.

انتی گراد پیلوگرافی

پنکچر قسمت متوسع کلیه از طریق جلدی توسط رادیولوژیست مجرب یک عملیه معقول و پسندیده است.

تطبیق نفروستومی تیوپ جهت دریناژ کلیه متن بندشی و یا نفرولیتوتومی از طریق جلدی استنباب بسیار معمول میباشد. در پیلوگرافی انتی گراد مواد کثیفه که از طریق نفروستوم داخل میگردد نزد مریضانیکه ثلث سفلی حالب بندش داشته باشد و ریتروگراد اجرا شده نتواند ارزشمند است.

ارتیروگرافی تفریقی دیجیتل (DSA)

نسبت معاینات پیشرفته و تصاویر دقیق را دیولوژیک فعلاً ضرورت به Translumbal aortography دیده نمیشود.

تصاویر قناعت بخش اوعیه کلیوی را میتوان توسط D.S.A بعد از زرق و ریدی مواد کانتراست انجام دهیم. معلومات بسیار دقیق بواسطه تطبیق کنتیر نازک داخل شریان فخذی و زرق مواد کانتراست به تخنیک Seldinger حاصل می گردد. ارتیروگرافی ندرتاً برای معلومات اوعیه توموری در یک هایپرنفروما استفاده میگردد (شکل ۷۴.۶).

لاکن Flush venogram زمانی با ارزش است که CT انتشار تومور را به اوعیه کلیوی و ورید اجوف نشان دهد.



شکل ۷۴.۵ نشان دهنده ریتروگراد یوریتیروگرام قنات جمع کننده میباشد و یک ضیاع امتلا در حویضه کلیه از سبب سنگ یوریک اسید معلوم میشود.

سیستوگرافی

فعلاً زیاد معمول بوده و یک جز عمده ویدیو یورودینامیک میباشد (به فصل ۷۶ مراجعه شود). لکن رول ارزیابی رفلوکس حالبی آن در اطفال فعلاً توسط معاینات رادیوایزوتوپ اسکن و التراسونوگرافی دینامیک متروک گردیده است.

یوریتیروگرافی

یوریتیروگرافی صاعده برای واضح ساختن ساحه تضیق احلیل (شکل ۷۴.۷) موجودیت راهای کاذب و دیورتیکول مترافقه آن اجرا میگردد. با یوریتیروگرام می توان ساحه ترضیض احلیل را تعین نموده اما خطر جدی از سبب داخل شدن مواد کثیفه به داخل دوران خون بوجود آمده می تواند Lipiodo در یک

تعداد واقعات خطر امبولی شحمی را داشته و نباید استفاده گردد.

مرگ به تعقیب استفاده محلول باریوم بوجود آمده میتواند.

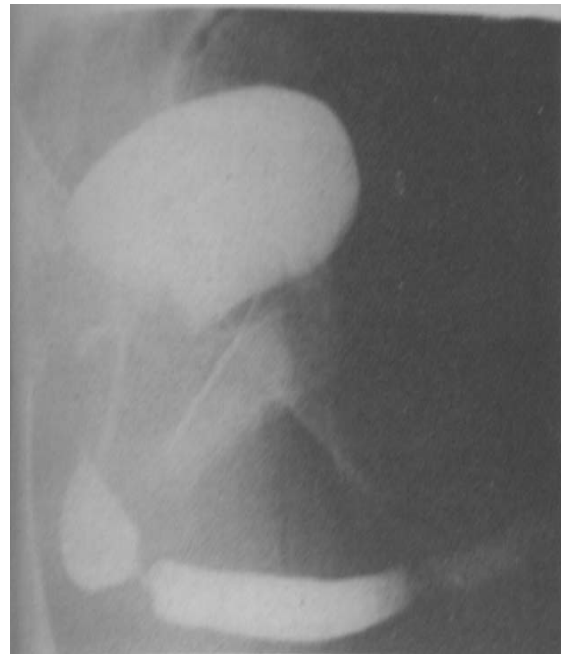
Umbradil viscous-V یک رادیواوپک gel منحل در آب بوده که حاوی انستیتیک لیگنوکائین موضعی میباشد. میتوان آنرا به آهستگی زرق نموده و بصورت مصون از وسایل Knutssons حتی اگر یوروتیلیوم تخریب گردد استفاده میشود.

وینوگرافی

چون کارسینومای کلیه از ورید کلیوی به ورید اجوف انتشار مینماید جهت تشخیص آن معمولاً میتوانیم از التراسوند استفاده نماییم و وینوگرافی برای این منظور کمتر استفاده میگردد.



شکل ۷۴.۶ نشان دهنده ارتیروگرام کلیوی بوده که اوعیه غیرنورمال را در کانسر کلیه نشان میدهد.



شکل ۷۴.۷ نشان دهنده یوریتروگرام صاعده و تضیق شدید احلیل بصلی بوده و بالاتر از تضیق حدود احلیل پروستاتیک و مثانه میباشد.

التراسونوگرافی

نسبت ریزولوژن بلند این تکنیک تصویری بصورت وسیع در یورولوژی استفاده می گردد و توسط آن اندازه کلیه، ضخامت قشر و درجه هایدرونفروز را بدرستی معاینه و تعیین نموده میتوانیم.

کتلات داخل کلیوی، جدار نازک سیست ساده و یا کتله جامد و کامپلکس (احتمالاً توموری) را میتوان تشخیص کرد. مقدار ادرار قبل و بعد از تبول را در مثانه محاسبه و حتی ضیاع امتلا را در مثانه دریافت نموده میتوانیم. محتویات سفن را بدرستی مشاهده کرده میتوانیم. تنها ثلث سفلی حالب را از سبب قطر باریک و نزدیک بودن آن به عظام بزرگ حوصله و فقرات نمیتوان بدرستی معاینه کرد.

التراسونوگرافی از طریق مقعدی

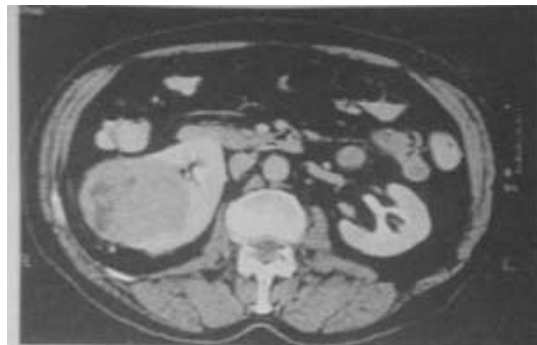
در صورت مشکوک بودن به کانسر پروستات یکی از معاینات مهم و روتین بوده زمانی که مشکوک به تغییر شکل و حدود پروستات باشیم این معاینه اجرا میشود. هرگاه شکل کارسینوما و ضخامه سلیم پروستات مطلقاً وصفی نباشد و متخصص التراسوند مجرب تشخیص نتواند باید از بیوپسی از طریق مقعدی با سوزن کوچک استفاده گردد.

توموگرافی کمپیوتری

توموگرافی کمپیوتری زیادتر برای ارزیابی ساختمانهای خلف پریتنوی با ارزش است (شکل ۷۴.۸). در کارسینوما کلیه ممکن علایم ذیل به مشاهده برسد.

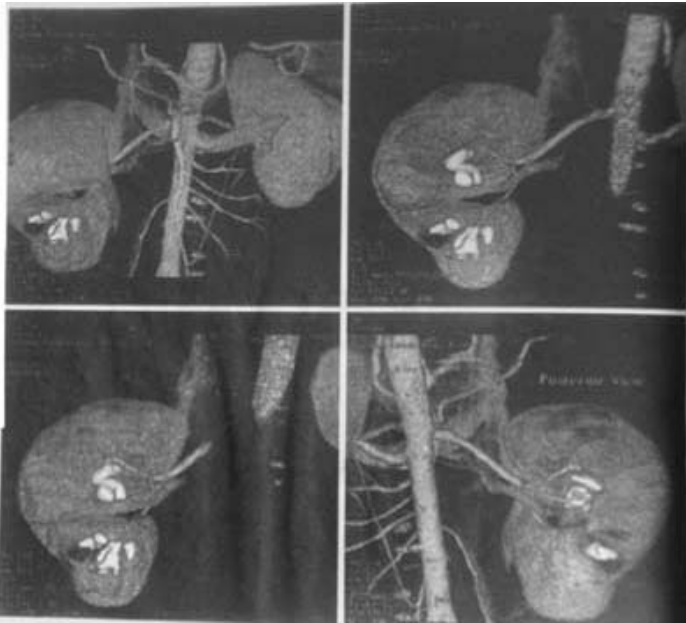
- اندازه، موقعیت تومور و درجه انتشار تومور به انساج مجاور.
- نشان دهنده عقدات لمفاوی ضخاموی در قسمت سینوس کلیه.
- انتشار تومور به ورید کلیوی و ورید اجوف.

توموگرافی کمپیوتری معلومات دقیق در مراحل ابتدائی و تعقیبیه کانسر خصیه در مردها و بوجود آمدن کتلات عقدات لمفاوی خلف پریتنوی که پیشرفت مرض را نشان میدهد ارایه مینماید. همچنین میتوان از آن جهت تعیین درجه کانسر پروستات و مثانه استفاده کرد اما در این مورد ارزش کمتر واضح دارد (شکل ۷۴.۸).



شکل ۷۴.۸ نشان دهنده توموگرافی کمپیوتری کارسینوما کلیه راست میباشد.

توموگرافی اطراحی الکترونیک دارای بار مثبت و تصویر انعکاسی مقناطیسی این تخنیک تصاویر عالی طرق بولی و معلومات خوبی در باره وظایف طرق بولی داده میتواند. اگر بصورت وسیع قابل دسترس باشد جای بسیاری از معاینات روتین تصویری را خواهد گرفت.



شکل ۷۴.۹ سیتی اسکن حلزونی نشان دهنده سنگ کلیه راست میباشد.

اسکنینگ رادیوایزوتوپ

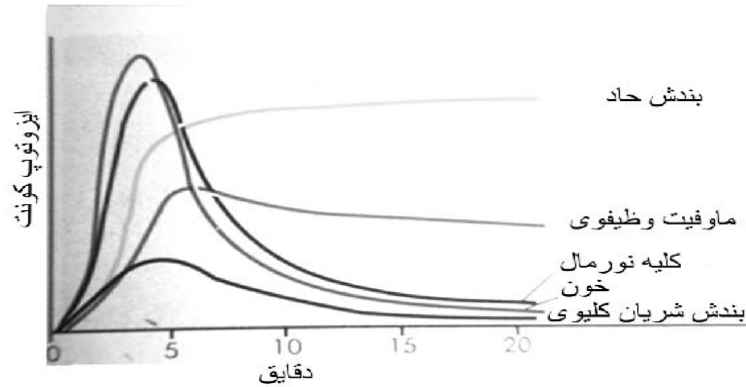
این معاینه معلومات خاص در باره وظایف انفرادی واحد های کلیوی میدهد. Diethylene triamine penta acetic acid (DTPA) اثر مشابه اینولین در کلیه داشته که از طریق گلوپیرول ها فلتر گردیده و توسط توبول ها جذب نمی گردد. استعمال کمره گاما، اندازه DTPA همراه Technitium-99m در اثنای انتقال از کلیه ها بصورت منفرد وظایف کلیوی و تظاهرات دینامیکی را آشکار میسازد. یک 99m TC_DTPA scan در تشخیص توسع سیستم جمع کننده ارزش خاص از اثر بندش دارد.

اگر جریان ادرار توسط دیوریتیک تنبه گردد مواد رادیواکتیف در کلیه ها باقی می ماند. مواد دیگر مانند (Hippuran MAG-3, DMSA) توسط رادیوایزوتوپ مناسب اندازه شده و برای وظایف کلیوی استعمال میگردد (شکل ۷۴.۱۰).

ایزوتوپ اسکنینگ عظام برای دریافت مرحله کانسر های پروستات و کلیه زمانی که به اسکلت میتاستاز داده باشد اساسی شمرده میشود.

اندوسکوپی

تفتیش بصری موثر طرق بولی سفلی زمانی میسر شد که مولف Nitze در سال ۱۸۸۷ سیستم اسکوپ را اختراع کرد. پیشرفت های سریع بعدی به تعقیب اندوسکوپی یورولوژیک با معرفی وسایل فبروآپتیک میله عدسیه تیلیسکوپ توسط Hopkins اختراع گردید که بعداً زمینه برای انکشاف اندوسکوپی های متعدد میسر شد. یورولوژیست ها قادر به دید بصری تشخیص و تداوی امراض طرق بولی علوی و سفلی گردیدند. بلاخره در اوایل سال ۱۹۸۰ سیستم اسکوپ فبروسکوپیک انحنای پذیر با قطر کوچک معرفی گردید که اجازه تشخیص ساده مانند سستویوریتروسکوپی، بیوپسی مثانه، ریتروگراد یوریتروگرافی که تحت انستزی موضعی احلیل که کمتر سبب درد میشود برای مریض اجرا گردید (شکل ۷۴.۱۰).



شکل ۷۴.۱۰ رینوگرام رادیوایزوتوپ

چوکات ۷۴.۱۰

معاینات تشخیصیه

- معاینات تشخیصیه مثانه تحت استیزی موضعی بدون درد با استفاده از سیستم اسکوپ انحنایپذیر انجام شده میتواند.

انیوری

انیوری عبارت از عدم تولید ادرار بصورت تام است. اولیگوری زمانی گفته میشود که کمتر از ۳۰۰ میلی لیتر ادرار در روز اطراح گردد. ادامه وظایف کلیوی و تولید ادرار ارتباط به جریان دموی کلیوی همراه با خون اکسیجینی شده دارد. تنقیص جریان دموی کلیه و کم شدن اکسیجن خون سبب تشوشات وظایف کلیوی میگردد. اگر این هر دو حالت همراه باشد خطر عدم کفایه حاد کلیه بیشتر میگردد.

چوکات ۷۴.۱۱

تشخیص انیوری

- قبل از گذاشتن تشخیص انیوری نظارت گردد که مثانه خالی باشد.
- التراسوند مثانه اجرا گردد.

عدم کفایه کلیه عمده تا به انواع ذیل تصنیف میگردد.

- ماقبل الکلیوی
- کلیوی
- مابعد الکلیوی یا بندیشی

ماقبل الکلیوی : اسباب این نوع عدم کفایه شامل:

- هایپوولیمیا
- ضیاع خون
- سپسیس
- شاک قلبی
- انستیزی
- هایپوکسی

هایپوولیمیا

این حالت در نتیجه اخذ کم مایعات و یا ضیاع فوق العاده آب عضویت بوجود می آید. دیهایدریشن، استفراغات دوامدار، اسهالات و دیگر تشوشات جهاز هضمی که مایعات ضایع گردد، سوختگی ها، عرق زیاد اسباب معمولی هایپوولیمی می باشد.

ضیاع خون

ضیاع خون از سبب ترخیصات ویا جراحی معمولاً بوجود آمده، لاکن ضیاع حاد خون از جهاز هضمی و یا ولادت همراه با خونریزی ممکن است سبب تشوشات کلیوی از باعث هایپوولیمی گردد.

انتانات

میکروب های گرام منفی که منشه آن در طرق بولی باشد بصورت وصفی سبب عمده باکتری میک شاک می باشد. انتانات طرق صفراوی نسبت به انتانات دیگر ساحه قوی تر بوده خصوصاً نزد اشخاص که قوه دفاعی شان پایانتتر باشد مترافق با عدم کفایه حاد کلیه میباشد.

شاک قلبی

اریتمی حاد که بعد از احتشای میوکارد بوجود می آید، تامپوناد قلبی و امبولی ریوی در نتیجه سبب تنقیص دهانه قلبی و اغلباً کمی اکسیجن خون میگردد.

انستیزی

تفریط فشار خون یکی از خطرات انستیزی اپی دورال و نخاعی میباشد.

هایپوکسی

هایپوکسی دوامدار از هر سبب که باشد گاه گاهی سبب عدم کفایه کلیه شده میتواند.

کلیوی

اسباب کلیوی عدم کفایه کلیه شامل:

- ادویه جات
- تسممات
- مواد کانترست
- اکلمپسیا
- میوگلوبین یوری
- نقل الدم خون که مطابقت نداشته باشد
- علقات داخل وعایی منتشر

در مریضان که مصاب گلوبیرونفریت باشند اولیگوپوری غیر معمول است. لکن این مریضان زیادتر تمایل به تخریب سریع پرانشیم کلیوی دارند و وظایف کلیوی آنها مختل میگردد

ادویه جات

ادویه های مانند امینوگلوکوزوئیدها، سفالوسپورین ها و دیورتیک ها خصوصاً اگر یکجا استفاده گردد نفروتوکسیک می باشد. معمولاً در مریضانیکه وظایف کلیوی شان قبلاً توسط انتانات و تشوشات دورانی به خطر مواجه بوده باشد عدم کفایه کلیه بوجود می آید. استفاده دوامدار ادویه جات غیر استیروئیدی ضد التهاب (NSAIDs) سبب نفریت بین الخلالی مزمن و نکروز پایبلا گردیده وهم چنین جریان پلازما کلیوی را کم نموده و خاصیت نفروتوکسیک دارند.

انزایم های نهی کننده انجیوتانسین که برای جلوگیری فرط فشار خون استفاده میگردد میتواند سبب کم شدن سریع فلتريشن گلوبیرولی گردیده و زیاد تر مریضان که جریان دموی کلیوی کمتر دارند مساعد میباشند.

تسممات

یک تعداد مواد مسموم کننده نفروتوکسیک نیز میباشد.

مواد کانترست

با وجود وظایف نورمال کلیوی در مریضان مصاب دیهایدریشن حتی مدرن ترین مواد کانترست سبب عدم کفایه کلیه میگردد.

اکلمپسیا

آخرین معلومات در باره پری اکلمپسیا نشان میدهد که عدم کفایه کلیه از اثر توکسیمیا حاملگی وفرط فشار خون غیر قابل کنترل بوجود می آید.

میوگلوبین یوری

موجودیت میوگلوبین در ادرار مترافق با کرش سندروم بعد از ترضیض وسیع وحتى جروحات کمتر شدید به مشاهده میرسد خصوصاً اگر ساحه نسجی پارچه پارچه شده باشد و یا شخص به زمین سقوط کرده باشد سندروم فوق بوجود می آید.

نقل الدم عدم تطابق گروپ خون

سبب عدم کفایه کلیه همراه با میوگلوبین یوری میگردد.

علاقات منتشر داخل وعائی

معمولاً به تعقیب انتانات شدید و یا نقل الدم کتلوی و میتواند بعد از ولادت نیز بوجود آید.

بندشی

عوامل بندشی عدم کفایه حاد کلیه عبارت اند از :

- سنگ ها
- آفات خبیثه حوصلی
- جراحی
- فبروز خلف پریتنوانی
- بلرزیازیس
- کرسنل یوری

سنگ ها

امراض سنگ های کلیوی احتمالاً اسباب عمده بندش حاد بوده که سبب انیوری میگردد. مریضانیکه کولیک کلیوی داشته و اغلباً بعد از عملیات جراحی سنگ های بندشی کلیوی که کلیه مقابل غیر فعال باشد زمینه مساعد برای عدم کفایه کلیه می باشد.

کانسر های حوصلی

کارسینوما هائیکه از مثانه، رکت، پروستات، عنق رحم و تخمدان ها منشه می گیرند می تواند سبب بندش یکطرفه و یا دو طرفه حالب گردد تاریخچه هیماتوری، خونریزی مهبل و مقعدی علامه تشخیصیه می باشد و یک کتله بزرگ حوصلی معمولاً با معاینه دو دسته نزد مریضان قابل جس می باشد.

جراحی

در عملیات های خلف پریوانی و حوصلی حالب ها آسیب پذیر می باشند اما با اهتمامات مناسب از این جروحات جلوگیری شده میتواند. که البته جروحات حالب غیر معمول بوده و مجروح شدن هر دو حالب نیز از امکان دور نیست.

فیروز خلف پریوانی

برای مطالعه مشرح آن به فصل ۷۵ در قسمت کلیه و حالب ها مراجعه گردد.

بلرزا

شستوزیمیاژیس می تواند سبب فیروز و بندش حالبی گردد و ممکن مسؤل تحول و انکشاف اسکواموز سل کارسینوما در مثانه باشد.

کریستال یوری

کریستل یوری سبب بندش طرق بولی گردیده خصوصاً اگر مریض با ادویه سلفونامید ها تداوی شود. این حالت فعلاً نادر است هر چند کریستل یوری نوع یوریک اسید نزد مریضانیکه شیموتراپی از سبب لوکیمیا و یا لمفوما می شوند زیاد میگردد در غیر آن به قسم وقایوی باید الوپورینول اخذ نمایند.

منظره های کلینیکی

جوابات سوالات ذیل ممکن نشاندهنده اسباب احتمالی تنقیص ادرار باشد.

- آیا ادرار تولید می‌گردد؟ در کتیترایزیشن مثانه معلوم می‌گردد که آیا ادرار در داخل مثانه موجود است و یا خیر.
- اگر ادرار موجود است کثافت مخصوصه، معاینه برای معلوم نمودن کاست (که دلالت به اسباب کلیوی مینماید)، تست برای میوگلوبین یوری، و ارسال ادرار برای کلچر و انتی بیوگرام و معاینات میکروسکوپی انجام گیرد.
- آیا سبب واضح قبل الکلوی موجود است؟ با معاینه کلینیکی این سوال جواب داده میشود. ارزیابی علایم حیاتی مریض، معاینه بلانس مایعات و جدول برای اندازه گیری غلظت اکسیجن شریانی که در آن درج می‌گردد.
- آیا بندش حالبی موجود است؟ هایدرونفروز ممکن در بندش حاد معلوم نشود لکن معاینه التراسوند معمولاً درجه توسع حالب را نشان میدهد برای دریافت وموجودیت سنگ فلم ساده بطنی اخذ گردد.
- کدام نوع ادویه را در این اواخر اخذ نموده؟ ادویه جات که سبب ماوفیت کلیوی میشود تا زمانیکه استتباب حیاتی نداشته باشد نباید استفاده گردد.
- آیا عدم کفایه مزمن کلیه در حالت پیشرفت است؟ موجودیت کلیه های کوچک در سونوگرافی، انیمی نورموکروم و فرط فشار خون نشان دهنده پیشرفت حالت مزمن بوده حتی اگر در سابقه خویش مریض عدم کفایه کلیه را سپری هم نکرده باشد.

اهتمامات و تداوی

عدم کفایه کلیه که از سبب نکروز حاد توبولی بوجود می‌آید در سه مرحله مشخص سیر میکند.

- اولیگوبوری
- مرحله دیوریز
- صحت یابی

اهتمامات ابتدائی عبارت از احیای دوباره حجم دورانی ضایع شده و اصلاح هایپوکسی انساج می باشد. بسیاری این مریضان ضرورت دارند تا دریک مرکز اختصاصی تداوی گردند حد اقل ارزیابی و تعیین فشار ورید مرکزی توسط Pulse oximeter از جمله معاینات اساسی میباشد.

نزد مریضانیکه سپسیس و هایپوولیمیا دارند با توصیه موثریت قلبی دوپامین بهتر گردیده و جریان دموی کلیه ها بهبود می یابد. اگر تولید ادرار اصلاح نگردید میتوانیم فروسماید توصیه نمایم که البته همیشه موفقیت آمیز نبوده و خود این دوا نفروتوکسیک میباشد. مانیتول را میتوانیم به قسم دیوریتیک اوسموتیک و ازدیاد کننده حجم پلازما استفاده نماییم اما متوجه باشیم که حجم دورانی فوق العاده زیاد نگردد. هدف عمده عبارت از نایل شدن به فشار خون مناسب و فشار ورید مرکزی در حدود ۷ تا ۹ سانتی متر آب

میباشد. اکسیجن ۱۰۰٪ ضرورت است تا فشار اکسیجن ادامه یابد. اگر این اهمات موفقانه نباشد نکرز حاد توبولی بوجود می آید.

از توصیه مقدار زیاد مایعات باید جلوگیری و اندازه اخذ شده مایعات محدود گردد مایعات توصیه شده با مایعات که بصورت غیر محسوس (۵۰۰الی ۸۰۰ ملی لیتر در ۲۴ ساعت) از عضویت خارج میگردد که ارتباط به شرایط محیط و ماحول دارد جمع گردد.

ضیاع مایعات از سبب استفراغات، اسهالات، خارج شدن محتوی معده از طریق تیوپ انفی و یا موجودیت فیستول ها اندازه گیری و دوباره تامین گردد.

اسیدوز هایپرکلیمیک از اوصاف تشوشات میتابولیک در مرحله اولیگوریک عدم کفایه کلیه میباشد. اصلاح اسیدوز میتابولیک با تطبیق داخل وریدی بای کاربونیت تجربوی بوده لکن همیشه توصیه نمیگردد. بلند رفتن پتاشیم تحدید حیاتی داشته که ضرورت به مداخله موثر در این حالت میباشد. اعماله کلسیم ریزونیوم آسانترین وسیله اصلاح بوده آیون ریزین از طریق فمی توصیه میگردد لکن خوش مزه نیست. در صورت که تبادل آیون ها درست صورت نگیرد تطبیق داخل وریدی دکستروز و انسولین به احتیاط توصیه گردد. کمک زیادتر را متخصص کلیوی انجام داده میتواند.

چوکات ۷۴.۱۲

اهتمات و سهم گیری مشترک با نفرولوژیست

■ خواستن مساعدت از نفرولوژیست در مرحله ابتدائی در قسمت اهمات عدم کفایه کلیه ضروری است.

مرحله دیورتیک در روز های هشتم ودهم بوقوع رسیده و ممکن تا شش هفته ادامه یابد. فلتریشن گلو میرولی دوباره شروع گردیده لکن وظایف توبولی دیرتر اصلاح میگردد. ضیاع زیاد سودیم وپوتاشیم ممکن بوقوع برسد تجویز مایعات و الکترولیت ها ضروری بوده بصورت دقیق باید محاسبه گردد. در بسیاری مریضان به تعقیب مرحله دیورتیک مرحله شفایابی بوجود می آید و بعضاً هیچ بهبودی بوجود نیامده ضرورت می شود تا بخاطر بقایای حیات مریض تعویض کلیه انجام گیرد. فکتور های که بالای نتایج عدم کفایه کلیه تاثیر دارد شامل تهویه مصنوعی و تقویه اینوتروپیک میباشد در صورت موجودیت یرقان خطر حیاتی موجود است.

تقویه غذائی

بسیاری از این مریضان قادر به خوردن از طریق فمی نیست، اگر از طریق فمی غیر ممکن باشد از طریق وریدی تغذیه شروع گردیده و کوشش شود تا سیستم دورانی زیاد نگردد.

انتان

نزد این مریضان خطرات انتانات عمومی زیاد میگردد. سوب از گلو و بینی مریض اخذ نمونه بلغم و ادرار در صورتیکه امکان داشته باشد جهت کلچر ارسال گردد. در صورتیکه انتی بیوتیک توصیه گردد باید نفروتوکسیک نباشد.

اهتمامات عمومی نرسنگ

ثبت دقیق بلانس مایعات و توجه اساسی در قسمت اهتمامات در این مریضان موفقانه میباشد. مریضان که وضعیت شان وخیم بوده و به حالت کوماتوز قرار داشته باشند باید بصورت منظم معاینه و از ساحات که تحت فشار قرار دارند جلوگیری گردد.

فیزیوتراپی

فیزیوتراپی صدر و نهاییات در قسمت صحت یابی کمک مینماید.

محافظت کلیوی

مریضانی که در مرحله انیوریک و اولیگوپوریک قرار داشته همراه با آن علایم یوریمیا (دلبدی، تقلص عضلات، تخرشیت و تشوشات شعوری) و هایپرکلیمیا غیر قابل کنترل موجود باشد تعویض کلیه نزد شان اجرا گردد.

چوکات ۷۴.۱۳

تهدید حیاتی هایپرکلیمیا

▪ در عدم کفایه حاد کلیه علایم هایپرکلیمیا خطر حیاتی داشته و باید در مرحله ابتدائی اصلاح گردد.

دیالیز پریتوانی

دانسته شود که آیا مریض درین اواخر جراحی بطنی نگردیده دیالیز پریتوانی توسط داخل نمودن کتیتر تحت انسیتیزی موضعی از طریق منفذ که در جدار بطن ایجاد میگردد اجرا شده که کمی پایانتز از سره در خط متوسط گذاشته می شود. مایع معقم دیالیز بداخل جوف پریتوان گردیده در آنجا تبادل آن با مایعات خارج حجروی صورت گرفته و پریتوان بحیث غشای دیالیز عمل میکند. بعد از مدت زمانی مایع به سیستم بسته دریناژ داخل میشود و بصورت دوره ئی این عمل تکرار میگردد.

اتفاقاً وقتی که انیوری دوام نماید ضرورت میگردد تا کتیتر بالون دار داخل گردد. دیالیز پریتوانی به صورت دوامدار و سراپا انجام میگردد. نقص دیالیز پریتوانی عاجل درین است که تشوشات میتابولیک به آهستگی

اصلاح گردیده خصوصاً در هایپرکلیمیا این حالت به ملاحظه میرسد و قدرت نفوذیه میکروبهها بدخل پیرتوان زیاد میگردد.

هیمودیالیز

در یک تعداد کم واقعات عملیه هیمودیالیز ممکن محافظه کننده حیات باشد. کتیتر که دارای دو لومن باشد بالای Guidewire تطبیق و در یکی از آورده بزرگ (ثباتی، تحت الترقوی و یا فخذی) داخل میگردد. بین عملیه های دیالیز طرق باز نگهداشته شده توسط محلول هیپارین مملو میگردد. هیمودیالیز سبب نتیجه سریع اصلاح تشوشات میتابولیزم گردیده و هم چنین میتواند بی ثباتی در تمام مایعات به مشاهده برسد. نقص دیگر آن اینست که هیپارینازیشن ضرورت بوده و نتایج نا مطلوب در نزد مریضان که درین اواخر نزد شان پروسیجر جراحی اجرا شده دارد.

هیموفلتریشن

مانند هیمودیالیز بوده و ضرورت به ماثین خارج بدنی دارد که تشوشات هیمودینامیک را کمتر داشته و میتواند اهمیت فوق العاده در مریضان وخیم و حاد داشته باشد.

عدم کفایه کلیوی بندشی

زمانی که مریض ضرورت به رفع بندش توسط عملیه جراحی قسمت طرق بولی علوی داشته باشد تداوی آن دریناژ کلیه ماوف بوده که از طریق جلدی نفروستومی ویا از طریق داخل ستینت تطبیق میگردد.

چوکات ۷۴.۱۴

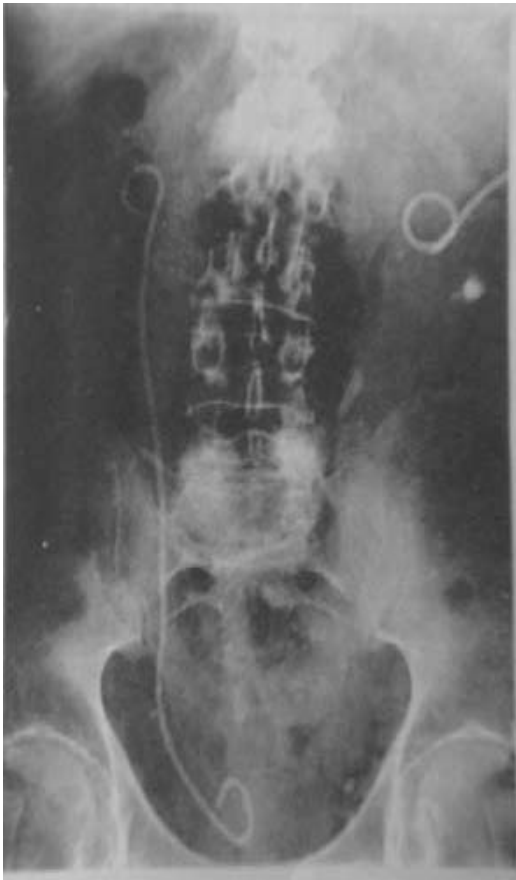
کتیترایزیشن و ستینت ها

- تطبیق کتیتر احلیلی و یا فوق عانی سبب رفع بندش مثانه میگردد.
- ستینت بندش حالبی را رفع نموده که میتوانیم از طریق جلدی ویا سیستوسکوپی تطبیق نماییم.

نفروستومی از طریق جلدی

تحت رهنمائی التراسوند و انستیزی موضعی یک سوزن خوب که دارای قطر مناسب باشد از طریق ناحیه فلانک بدخل پرائشیم کلیه و بعداً در قسمت متوسع سیستم جمع کننده کلیه که بندش دارد شده و مواد کانترست از طریق سوزن زرق گردیده و ساختمان کلیه معلوم میگردد. یک سیم داخل سوزن گردیده و آهسته آهسته توسع اجرا میگردد تا زمانیکه یک نفروستوم تیوپ مناسب تطبیق شده بتواند

(شکل ۷۴.۱۱) که سبب دریناژ ادرار و قیج گردد که بعداً ادرار و قیج غلیظ نگردد تیوپ بصورت مناسب تثبیت گردیده تا دریناژ ادامه یابد و وظایف کلیوی اصلاح گردد.



شکل بش ۷۴.۱۱ نشان دهنده نفروستومی تیوپ پگتیل در کلیه چپ از باعث سنگ و در حال راست J-stent را بعد از پاک ساختن کلیه از سنگ نشان میدهد.

تطبیق J-stent

دریناژ از حال به مثانه با تطبیق ستینت نوع پیگتیل و با ستینت نوع جی تامین شده میتواند. این عملیه با انجام ریتروگراد یوریتیروگرام تحت کنترل فلوروسکوپ اجرا شده تا تصاویر حال دیده شود. این عملیه اکثراً اسباب بندش را واضح میسازد. یک Guidewire از طریق فوچه حالی که بالای آن کتیتر تطبیق میشود و الی قسمت حویضه داخل میگردد. ازین طریق ستینت نوع J-shape, Pigtail در حویضه بالاتر از بندش تطبیق گردیده که دوباره خود بخود خارج نمی شود. ستینت ها از طریق سیستوسکوپ فبروآپتیک تحت انستزی موضعی احلیل تطبیق و برای چندین ماه گذاشته میشود. ستینت ها جسم اجنبی بوده و تمایل به منتن شدن و ترسب مواد بالای آن میداشته باشد. در تطبیق ستینت باید دقیق باشیم زیرا اهمیت حیاتی دارد. در صورت که J-Stent از طریق سیستوسکوپی تطبیق شده نتواند باید از طریق نفروستومی تطبیق گردد.

جراحی باز

زمانی که میتود های کمتر شدید که در فوق ذکر گردید قابل اجرا باشد جراحی باز نادراً اجرا میشود. تطبیق ریتروگراد نفروستوم از طریق شق حویضی تطبیق میگردد که بسیاری اوقات تطبیق آن مشکل میباشد که به طریق کورکورانه داخل پرانشیم گردیده حتی اگر حویضه و کلیس ها متوسع هم باشد. برای مطالعه بیشتر

Campbell, M.E., Walsh, P.C., Retik, A.B. and Vaughan, E.D. (eds) (2002) Campbell's Urology, 8th edn. W.B. Saunders, Philadelphia.

Tanagho, E.A. and McAnish, J.W. (eds) (2002) Smith's General Urology, 15th edn. McGraw-Hill/Appleton & Lange, New York.

Weiss, G., Weiss, R.M. and O'Reilly, P.H. (eds) (2001) Comprehensive Urology. Elsevier Science, Amsterdam.

فصل ۷۵

کلیه ها و حالب ها

اهداف مطالعه

- تهیه توانستن فهرست انواع انومالی های ولادی طرق بولی علوی.
- شناخت انواع عمده امراض (سیستیک) کلیه.
- قادر بودن به تشریح و گرفتن اهمتامات در ترخیصات باز و بسته کلیه و حالب.
- فهمیدن اسباب، ارائه و گرفتن اهمتامات جراحی انسداد(بندش های) طرق بولی علوی.
- تا بتوانیم انواع عمده (اساسی) سنگ های کلیه و اسباب تشکل آنرا بدانیم.
- آگاهی از اهمتامات جراحی و تداوی های مدرن سنگ های طرق بولی.
- قادر شویم تا اسباب انتانات را معرفی و اهمتامات انتانات طرق بولی را تشریح نماییم.
- دریافت و شناسایی انواع عمده نیوپلازم کلیوی اعراض و علایم که با آن همراه میباشد.
- تا بتوانیم اهمتامات جراحی تومورهای طرق بولی علوی را تشریح نماییم.

امبریولوژی

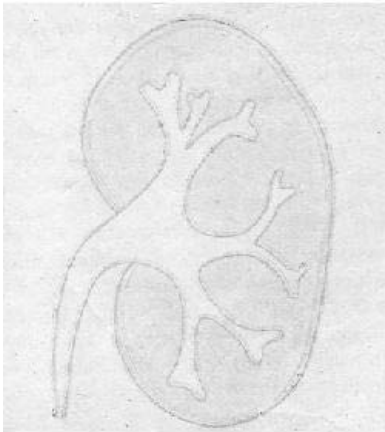
یک جوانه از قسمت سفلی ترین قنات میزونفریک (Wolffian) درخلف پریتون در ناحیه سکرال نشو و نما می کند. ساقه این جوانه سبب تشکل حالب، قسمت متوسع نهایت علوی آن و حویضه کلیه می شود. از ماه های ششم تا به ماه های هشتم حویضه ابتدایی به تدریج انشعاب نموده کلیس ها و بعد از چندین تقسیمات بعدی قنات جمع کننده را می سازد.

پرانشیم کلیوی از میتانفروز منشأ میگیرد که آخرین سلسله کتله کلیوی امبریولوژیک میباشد. میزونفروز جانشین پرونفرز ابتدایی شده که به نوبه خود توسط میتانفروز اشغال میگردد. پیوستگی اجزای گلوبیرولی وقنات نفریک در داخل میتانفروز ساخته شده که از این طریق ارتباط آن با قنات جمع کننده تأمین میگردد.

در بین هفته های پنجم تا هشتم انکشاف جنینی هر کلیه به خلف و علوی بطن صعود نموده تا به جای اصلی خویش (ناحیه قطنی) برسد. در عین وقت کلیه تدور نموده طوریکه حویضه به انسی شده و بر عکس حرکت قبلی خویش قرار می گیرد در انسان ها فصیصات کلیوی جنینی معمولاً از بین رفته لوبول ها با نشو و نما قشر و کپسول کلیه در بعضی پستانداران مانند گاو و خرس به قسم لوبول ها باقی می ماند.

اناتومی جراحی

پرانشیم هر کلیه معمولاً به هفت کلیس در یناژ میگردد که سه کلیس علوی دو کلیس متوسط و دو کلیس سفلی میباشد (شکل ۷۵.۱). هرکدام از این سه سگمنت نشان دهنده واحد مشخص اناتومیکی و فیزیولوژیکی جریان دموی مشخص خود میباشد.



شکل ۷۵.۱ تنظیم کلیس های کلیه

انومالی های ولادی کلیه جدول (۷۵.۱) و چوکات (۷۵.۱)

عدم موجودیت یک کلیه

اپلازی یک کلیه معمولاً بصورت اتفاقی توسط CTScan، یوروگرافی داخل وریدی و معاینات اولتراسوند کشف میگردد. اگر قنات میزونفزیک به جوانه تبدیل نشود غالب ممکن بوجود نیاید در سسیستوسکوپی فوحه غالب همان طرف معلوم نمیگردد. بعضی اوقات ممکن غالب و حویضه کلیه موجود باشد. ولی کلیه معدوم باشد

در این حالات کلیه یک طرفه مقابل هایپرتروفیک می باشد. عدم موجودیت و یا اتروفیک شدید کلیه در ۱:۱۴۰۰ واقع انفرادی به مشاهده میرسد .

جدول ۷۵.۱ تشوشات ولادی کلیه و حالب

اپلازی کلیه	
اختفایی کلیه	کلیه حوصلی
	کلیه نعل اسپ مانند
	کراست دیستوییا
	مرض پولی کیستیک اطفال
	مرض سیست های متعدد یکطرفه
اوعیه اضافی کلیوی	شرایین و اورده متعدد کلیوی
تضاعف	تضاعف کلیه
	تضاعف حویضه کلیه
	تضاعف کلیه و حالب
دیگر	حالب خلف ورید اجوف
	حالب بزرگ ولادی

چوکات ۷۵.۱

تشوشات ولادی کلیه

- نسبتاً غیر معمول بوده(شیوع آن کمتر از ۱ در ۱۰۰۰ است).
 - معمولاً بدون عرض بوده اغلباً بصورت تصادفی کشف میگردد.
- در صورت نفریکتومی در تمام مریضان احتمال تشوشات ولادی کلیه مقابل مد نظر گرفته شود.

اختفای کلیه

بصورت تقریبی در انسان ها در ۱:۱۰۰۰ به مشاهده رسیده و کلیه ها صعود نمی کند. اختفای کلیه معمولاً در ناحیه لبه حوصلی به مشاهده میرسد و به دلایل نامعلوم این انومالی زیادتر در کلیه چپ به مشاهده میرسد. کلیه طرف مقابل معمولاً در ساحه نورمال خود موقعیت دارد. اختفای کلیه پرابلم های تشخیصی را زمانیکه امراض حاد کلیوی بوجود می آید بار می آورد و جراح از آن آگاه نبوده و سعی می ورزد تا کتله حوصلی نامعلوم را بیرون نماید.

کلیه نعل اسپ مانند

اگر تقسیمات جوانه های میزونفریک بسیار انسی باشد سبب التصاقات هردو کلیه میگردد و ساختمان که در خط متوسط قرار میگیرد مانع صعود کلیه ها میشود در نتیجه یک جوهره کلیه اکتوپیک که معمولاً در قطب های سفلی باهم چسپیده در قسمت قدام فقره چهارم قطنی موقعیت میگیرد. کلیه نعل اسپ مانند در هر یک هزار انسان که نزد شان نیکروسکوپی اجرا شده به ملاحظه رسیده که زیادتر در مردها تصادف میگردد. التصاق قطب علوی هر دو کلیه غیر معمول است.

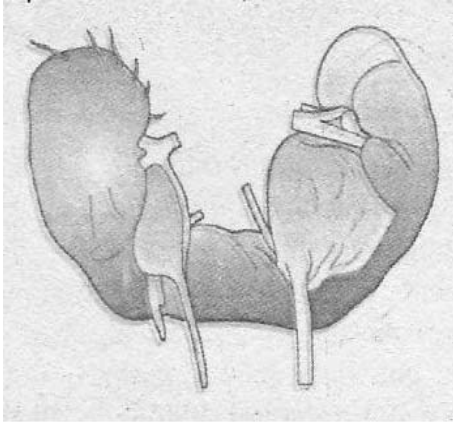
منظره کلینیکی

کلیه های نعل اسپ مانند زمینه مساعد برای امراض بوده زیرا حالب ها از قسمت مضیق به قسم انگولیشن می گذرد (شکل ۷۵.۲). این حالت سبب رکودت در جریان ادرار گردیده در نتیجه انتان و نفرولیتیزیس بوجود می آید. معمولاً در اینجا بندش جنگشن حویضی حالبی حقیقی به قسم یک انومالی با آن همراه می باشد. موجودیت یک کتله ثابت در تحت سره غیر معمول بوده و کلیه نعل اسپ معمولاً توسط معاینات رادیولوژیکی تشخیص میگردد.

اغلباً تظاهرات آن در یوروگرام دیده میشود که کلیس های قطب سفلی در هردو طرف به طرف خط متوسط مواجه می باشد. بسیار به ندرت تمام ویا تقریباً تمام کلیس ها حفظ می باشد (شکل ۷۵.۳).

حالب ها وصفی شکل گلدان انحنای دار را بخود می گیرد. اگر چه کلیه نعل اسپ مانند برای حاملگی مضاد استتباب نیست ولی اختلالات بولی زیاد تر به مشاهده می رسد.

دور ساختن مزیق از همدیگر صرف در اثنایکه عملیات بالای انیوریزم ابهر صورت میگیرد اجرا شده میتواند اگرچه انساج کلیوی نسبت به کلیه های نورمال پرائشیم و اوعیه کمتر دارند باید در قسمت اوعیه آن فوق العاده محتاط بود که زیادتر شکل حلقوی دارند و از اوعیه مجاور بزرگ منشه میگیرد.



شکل ۷۵.۲ کلیه نعل اسپ مانند. حالب ها از قدام

قطب سفلی به هم چسپیده میگذرد.

چوکات ۷۵.۲

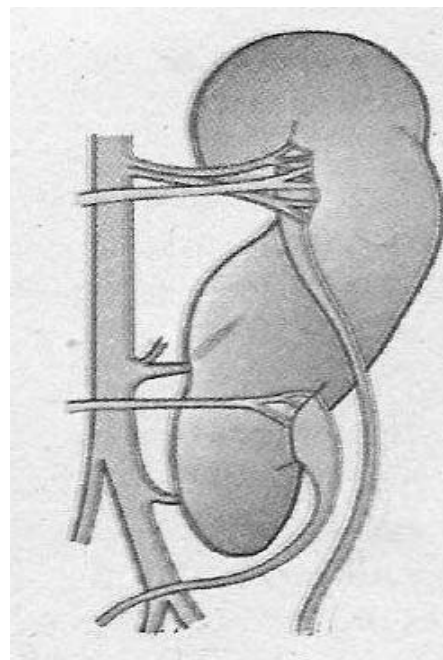
کلیه نعل اسپ مانند

- کلیه نعل اسپ مانند شکل وصفی دارد که در یوروگرام معلوم می شود و زیادتر تمایل به بندش حویضی حالبی انتان و تشکل سنگ دارند.
- در صورتیکه تشخیص نشود در زمان جراحی از نظر تشخیص معشوش میباشند.

پیوست یکطرفه

التصاق یک طرفه (crossed dystopia) نادر است لکن در یوروگرام منظره آن واضح میگردد. هردو کلیه معمولاً در یک طرف ناحیه قطنی باهم پیوست میباشند. حالب کلیه که در سفلی موقعیت دارد خط متوسط را عبور کرده و بعداً به طرف مقابل در داخل مثانه میگردد حویضه هردو کلیه میتواند یکی بالای

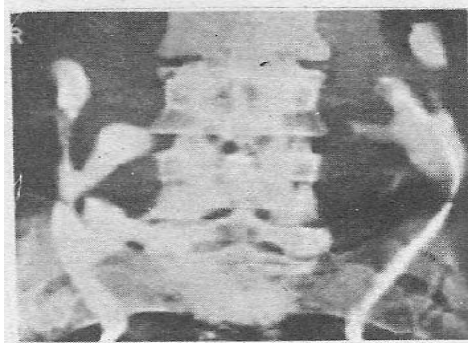
دیگر به طرف انسی پرانشیم قرار گیرد(کلیه یکطرفه طویل) و یا حویضه کلیه مقابل به طرف وحشی قرار گیرد(کلیه یک طرفه S مانند)(شکل ۷۵.۴).



مانند یکطرفه کلیه ها شکل ۷۵.۴ فوزیون

کلیه های کستیک ولادی (کلیه های پولی سیستیک)(شکل ۷۵.۳)

کلیه های پولی سیستیک ارثی بوده و می تواند توسط اتوزومل متبارز یکی از والدین انتقال کند. از نظر مشوره ارثیت مهم است که خطرات ارثی میتواند در نزد نوزادان که در جن ها اثر داشته فوق العاده بلند باشد. این مرض تا دهه دوم و سوم زنده گی معمولاً کشف نمی گردد. قبل از سن ۳۰ سالگی کدام علایم کلینیکی ندارد.



شکل ۷۵.۳ یوروگرام کلیه نعل اسپ مانند. تمام کلیس ها به طرف ستون فقرات موقعیت دارد.

مرض پولی کیستیک کلیه

- یکی از اسباب مهم مرحله نهایی عدم کفایه کلیه در کاهلان می باشد
- علامه اتوزومل متبازر ارثیت می باشد
- میتواند در سنین متوسط کشنده باشد

پتالوژی

کلیه ها فوق العاده بزرگ می شود سیست ها بقسم تجمع حباب ها در زیر کپسول دیده میشود . در معاینات هستولوژی پرانشیم کلیوی به شکل غربال مانند معلوم شده و سیست ها دارای اندازه های مختلف بوده و حاوی مایع شفاف غلیظ نضواری و یا خون علقه شده می باشد. در ۱۸٪ واقعات امراض سیستیک ولادی کبد نیز موجود می باشد هم چنین پانقراس و شش ها گاهی مأوف می باشد. اسباب تمام سیست های کلیه بدرستی معلوم نبوده اگر چه تیوری های مختلف درباره آن موجود است.

تظاهرات کلینیکی در کاهلان

این مرض کمی بیشتر در خانم ها نسبت به مردها معمول است.

شش علایم کلینیکی ذیل قابل ذکر است:

- کتله بطنی غیر منظم در قسمت کوادرات علوی
- درد ناحیه قطنی
- هیماتوری
- انتان
- فرطه فشار خون
- یوریمیا

کلیه بزرگ

بر آمده گی بزرگ دوطرفه که در معاینات عادی روزمره دریافت می گردد میتواند مغشوش کننده باشد. در لپراتومی و معاینات تصویری بطنی کمتر آشکار میگردد. پندیده گی یکطرفه کلیه که کدام یکی نسبت به دیگر از کلیه سیست های بزرگ دارند و ممکن با امراض سستیک توموری کلیه اشتباه گردد.

درد

درد گنگ ناحیه قطنی که ممکن است از اثر وزن کلیه بالای سوپ و یا کشش کپسول کلیه توسط سیست ها بوجود آید. ممکن در داخل سیست هیموراژی بوجود آمده و سبب درد فوق العاده شدید گردد مانند اینکه سنگ از یک کلیه مرضی عبور نماید.

هیماتوری

پاره شدن سیست بدخل حویضه سبب هیماتوری گردیده که درجه متوسط داشته و چند روز دوام مینماید و بعد از مدت دوباره بوجود می آید. هیماتوری کتلوی غیر معمول است.

انتان

پیلونفریت در نزد مریضان مصاب سیست های ولادی کلیه معمول است. که به احتمال زیاد از اثر رکودت ادرار بوجود آید.

فرط فشار خون

در مریضانیکه مصاب پولی سیستیک کلیه می باشند بعد از سن بیست سالگی در هفتادو پنج فیصد فرط فشار خون به مشاهده می رسد. جلوگیری از این نوع فرط فشار خون واضح نیست ممکن است فشار خون از سبب فکتور های جینیتیکی که جدا از جین های ولادی کلیه های پولی کستیک می باشد ارتباط داشته باشد.

یوریمیا

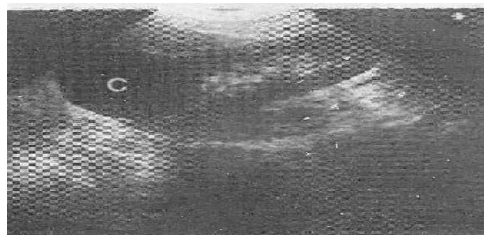
این مریضان مقدار زیاد ادرار اطراح مینمایند که دارای کثافت مخصوصه (پایان تراز ۱۰۱۰) دارای مقدار کم البومین بوده اما حجرات و کاست در آن موجود نیست. عدم کفایه مزمن کلیه از سبب جابجا شدن تدریجی سیست ها به جای انساج وظیفوی کلیوی بوجود می آید. مریضان از بی اشتهاهی، سردردی، درد های مبهم و ناراحتی بطنی شکمی می باشند. چون اعراض غیروصفی میباشد تشخیص ممکن اشتباه گردد تازمانیکه گیچی، دلبدی، استفراغات و معاینات بیوشیمیک غیر نورمال به ملاحظه برسد تشخیص ممکن اشتباه گردد. انیمی شدید درین مرض معمول است. علایم مرحله نهایی عدم کفایه کلیه اغلباً بصورت آنی در سنین متوسط زندگی به ملاحظه می رسد و مریضان بدون تعویض کلیه ودیالیز به زندگی شان ادامه داده نمی توانند.

تصاویر

اولتراسوند و توموگرافی کمپیوتری سیست های متعدد را در هر دو کلیه و بعضی اوقات سیست ها را در کبد و دیگر اعضا نشان می دهد. موجودیت علقات خون و بقایایی سیست هیتیروجینیسیتی سیست ادینوکارسینوما را تقلید مینماید. توسط کانتراست سیست ساده (کسبی) معمولاً یک عدد دارای جدار نازک و محتوی Homogenous به مشاهده میرسد (شکل ۷۵.۵). هر گاه تشخیص مشکوک باشد معاینات سائتولوژیکی اجرا شود. محتوی سیست به اثر اسپیریشن توسط سوزن اخذ می گردد کلیه های پولی کسبیتیک دارای منظره خاص در یوروگرافی داخل وریدی می باشد کلیه ها در تمام ساحات خویش بزرگ می باشند حویضه کلیه ها فشرده شده و طویل می گردد.

کلیس ها در بالای سیست وسیع گردیده و اغلباً باریک شده مانند پاهای جولا ویا شکل زنگوله را بخود می

گیرد (شکل ۷۵.۶).



شکل ۷۵.۵ سیست ساده قطب سفلی در سونوگرافی سکن طولانی در

کلیه دیده میشود.



شکل ۷۵.۴ کلیه پولی کیستیک: منظره یوروگرافیک. در محور طولانی کلیه کلیس ها به قسم زنگوله در بالای سیست ها به مشاهده میرسد.

تداوی

زمانیکه عدم کفایه کلیه تاسس نمود رژیم غذایی که حاوی کم پروتین باشد توصیه گردیده و ضرورت به تعویض کلیه را به تعویق می اندازد انتان، کم خونی و تشوشات میتابولیزم کلسیم ضرورت به تداوی مناسب داشته و ایجاب می نماید که توسط نیفرولوژیست اهتمامات صورت گیرد.

تداوی جراحی آن عبارت از باز نمودن سیست بوده (عملیه Roving) که نادراً توصیه شده و پرنشیم کلیه از تحت فشار سیست آزاد می گردد. و کمتر جراحان به آن موافق است بخاطر جلوگیری از درد می توانیم عملیه لپروسکوپییک اجرا نماییم سیست های متعدد سبب بوجود آمدن کلیه بزرگ و قابل جس می گردد. (به شکل یک کتله بطنی) و پرنشیم کلیوی را تخریب می کند درد، هیماتوری، انتانات و فرط فشار خون معمولاً به مشاهده می رسد. از بین بردن سقف سیست فعلاً کمتر اجرا می شود این مریضان بالاخره ضرورت به تعویض کلیه دارند

پولی سیستیک اطفال

یک مرض وخیم و بسیار نادر است کلیه ها بزرگ بوده و ممکن مانع ولادت طفل گردد. بسیاری از این اطفال مرده بدنیا می آیند و یک تعداد زیاد شان از سبب عدم کفایه کلیه در مراحل ابتدائی زندگی می میرند یک حالت ارثی بوده که مرض اتوزومال غیر متباز می باشد.

مرض مولتی سیستیک یکطرفه

این مرض زیادتر معمول است. به شکل یک کتله غیر فعال در ناحیه فلانک ظاهر می گردد استکشاف و کشیدن آن بهترین انتخاب تداوی است باید این کتله از تومور ولمس، نیوروبلاستوما، وهایدرونفروز ولادی که نادر است تشخیص تفریقی گردد.

سیست ساده کلیه (سیست منفرد) (شکل ۷۵.۵) و (چوکات ۷۵.۴)

اصطلاح منفرد این است که این سیست از سیست های ولادی کلیه ها فرق می گردد که اضافه تر از یک سیست در یک یا هر دو کلیه به ملاحظه می رسد سیست ساده غالباً بصورت تصادفی در قسمت علوی بطن تظاهر می نماید نادراً دارای اعراض می باشد. کتله قابل جس و درد از سبب خونریزی داخل سیست و انتان نسبتاً غیر معمول است که بوجود آید نادراً سیست در قسمت سره کلیه که بنام سیست محیطه حویضی یاد می گردد بوجود آمده که بالای جنکشن حویضی حالبی فشار وارد کرده و سبب اعراض بندشی میگردد.

زمانیکه ضیاع امتلا در یوروگرافی داخل وریدی کشف می گردد خصوصیت اصلی و ساختمان سیست ساده ممکن است توسط معاینه التراسوند و توموگرافی کمپیوتری تعیین گردد سوراخ نمودن سیست از طریق جلدی و اخذ محتوی آن برای معاینات سایتولوژیک با وسایل مدرن تصویری کمتر ضرورت می گردد.

چوکات ۷۵.۴

سیست های ساده کلیه

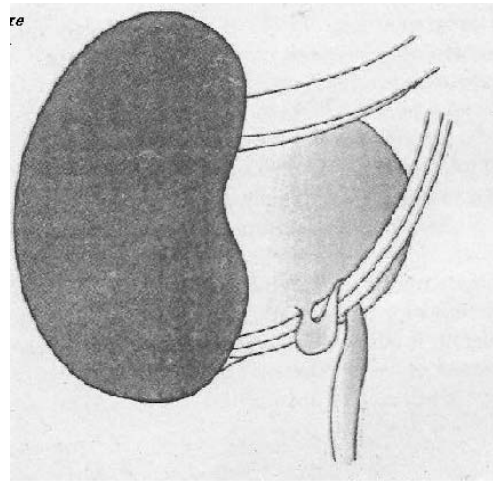
- معمول است
- متعدد است
- با التراسوند تشخیص می‌گردد
- نادراً به تداوی ضرورت دارد
- زمانی تداوی شود که سبب بندش گردد.

تشخیص تفریقی

در ساحات پرورش گوسفندان سیست هیداتیک معمول است. اگر در طرف راست باشد با سیست هیداتیک کبد مغالطه شده می تواند گاهی اوقات مریضان از خارج شدن ریچر سیست های دختری از طریق ادرار شاکی است. در کشیدن سیست باید از طریقه کشیدن سیست هیداتیک کبد پیروی گردد. Scalics باید توسط زرق Scolicide ها مانند محلول فارملین قبل از اینکه سیست دست زده شود کشته شوند اگر سیست فوق العاده بزرگ باشد نفریکتومی طریقه مصون می باشد.

اوعیه غیر معمول کلیوی

دو یا سه شریان کلیوی در طرف چپ زیاد تر معمول است. در عملیات های خلف پریتوانی خصوصاً بالای کلیه این انومالی فوق العاده مهم است. شراییین در انتهای آن وظیفوی می باشد. فلهدا شعبات شریان اضافی یا ابیرانت در قطب سفلی کلیه اگر قطع گردد سگمنت که توسط شعبات شریان مذکور اروا می گردد معروض به احتشای پرانشیم کلیوی سگمنت مذکور میشود. وریدهای کلیوی با کانترست دیده میشود که دارای شعبات جانبی وسیع میباشد اگر ورید قطع گردد کدام ماوفیت برای کلیه بوجود نمی آید. اوعیه ابیرانت ممکن سبب هایدرونفروز نباشد اگرچه حویضه هایدرونفروتیک ممکن است در بین اوعیه متبازر گردد که منظره خاص میداشته باشد (شکل ۷-۷۵).



شکل ۷۵.۷ شریان اضافی ابیرانت کلیوی همراه با هایدرونفروزس. برآمده گی حویضه متوسع بالای اوعيه.

انومالی های ولادی حویضه کلیه و حالب

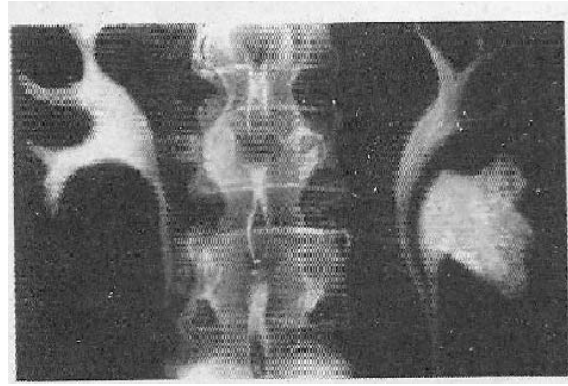
تضاعف حویضه کلیه (چوکات ۷۵.۵)

انومالی ولادی حویضه (شکل ۷۵.۸) معمولترین انومالی ولادی طرق بولی علوی بوده و در ۴٪ مریضان به مشاهده میرسد معمولاً یکطرفه بوده و زیادتر در کلیه چپ معمول میباشد. حویضه کلیه علوی نسبتاً خورد بوده و کلیس های علوی را تخلیه می کند. حویضه کلیه سفلی بزرگتر بوده و کلیس های متوسط و سفلی را تخلیه می کند.

چوکات ۷۵.۵

تضاعف کلیه ها و حالب ها

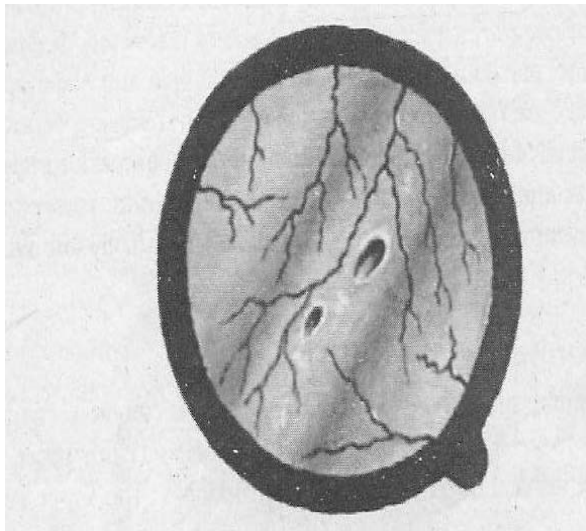
- نسبتاً معمول بوده اغلباً بدون اعراض و بی ضرر میباشد.
- ممکن همراه با تشوشات انکشافی یکی و یا هر دو حویضه باشد.
- ممکن همراه با انومالی داخل شدن حالب به مثانه بوده و سبب عدم اقتدار ادرار و یا رفلوکس گردد.



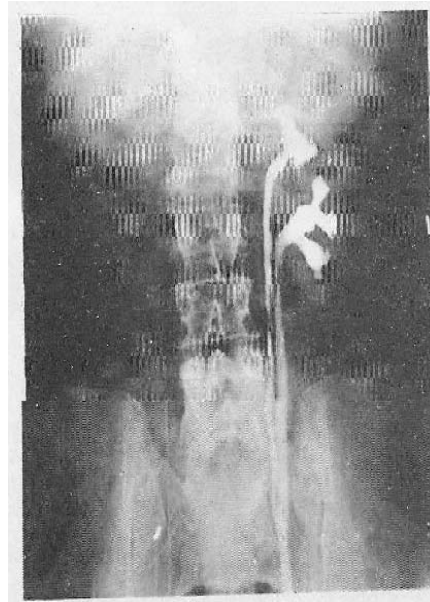
شکل ۷۵.۸ یوروگرام نشان دهنده تضاعف حویضه کلیه چپ میباشد.

تضاعف حالب (شکل ۷۵.۷)

تضاعف حالبی در ۳٪ یوروگرام اطراحی دریافت می گردد. این حالب ها اغلباً قبل از اینکه به مثانه برسند معمولاً در ثلث سفلی باهم یکجایی گردد و حاوی یک فوچه حالبی مشترک می باشند. معمولاً کمتر بصورت جداگانه در مثانه باز میگردد که در این حالت حالب که از حویضه علوی منشه میگیرد پایانتز و انسی تر از دیگر خود موقعیت دارد (اشکال ۷۵.۹ و ۷۵.۱۰).



شکل ۷۵.۱۰ تضاعف حالب تام در سیستوسکوپی دو فوچه حالبی به مشاهده میرسد. فوچه حالبی سفلی و انسی به حویضه کلیوی علوی ارتباط دارد.



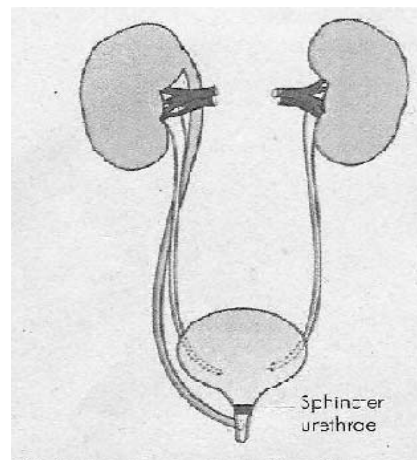
شکل ۷۵.۹ یوریتیروگرام نشان دهنده تضاعف حالب در کلیه چپ میباشد.

تظاهرات کلینیکی

تضاعف حویضه وحالب اغلباً بصورت تصادفی باتصاویر کلیوی کشف می گردد، اما انتانات تشکل سنگ و بندش جنکشن حویضی حالبی زیادتر نسبت به کلیه های نورمال معمول است. یکی از قسمت های آن ممکن Dysplastic و غیرفعال باشد. در صورتیکه هر دو حالب بصورت جداگانه در مثانه باز گردد فوچه حالبی سفلی از نظر وظیفوی و موقعیت غیر نورمال می باشد.

عدم کفایه مکانیزم و الف در جنکشن مثانی حالبی سبب بوجود آمدن رفلوکس می گردد اگر انتان به آن همراه شود پرائشیم کلیوی، حالب و حویضه مأوف میگردد. حالب اکتوییک ثانوی نادراً بازگردیده سبب اعراض مغشوش کننده می شود.

در خانم ها حالب اکتوییک می تواند در احلیل پایانترازمعصره، (شکل ۱۱-۷۵) ویادر مهبل بازگردد. تشخیص اغلباً به اساس تاریخچه مریضی و یوروگرام اطراحی گذاشته می شود. در دختران و یا خانم ها که مدت مدیدی را ذکر می کنند که هم مستقل ادراری نمایند وهم ادرار بصورت قطرات خارج می گردد احتمال حالب اکتوییک نزدشان می رود فوچه حالبی اغلباً دریافت شده نمی تواند زیرا توسط و الف محافظه (احاطه) می گردد درینصورت زرق داخل وریدی اندیگوکارمین و یا دیگر زرقیات که ادرار رنگه میگردد به تشخیص کمک می نماید و ادرار از فوچه حالبی خارج می شود. در مریضان مرد بالاتر از معصره احلیلی خارجی باز می گردد که اقتدار ادرار نزد شان موجود است.



شکل ۷۵.۱۱ در خانم ها یک فوچه حالبی ممکن پایانترازمعصره بوده و سبب عدم اقتدار دائمی ادرار میگردد.

بازشدن فوحه حالبی در قسمت زروه تریگون، در احلیل خلفی، در حویصلات منوی ویا در قنات دافقه اگر به ملاحظه برسد از نظر وظیفوی غیرنورمال بوده و معمولترین اختلاط آن ها انتان می باشد.

تداوی

تضاعف بدون اعراض کلیوی یک حالت بدون ضرر بوده وکدام تداوی را ایجاب نمی کند. اگر یک قسمت آن شدیداً مرضی و یا اتروفیک باشد معمولاً نفریکتومی قسمی آسان و موثر است. یک حالب اکتوییک درخانم ها که ادرار شان خود سرانه باشد هایدرونفروتیک و انتان مزمن پرانشیم موجود باشد بهتر است قطع گردد. ندرتاً عدم اقتدار را می توانیم توسط محافظه وظایف کلیوی وغرس نمودن حالب اکتوییک را در مثانه ویا یکجا نمودن آن را با حالب همجوار تداوی نماییم.

میگایوریتیر ولادی

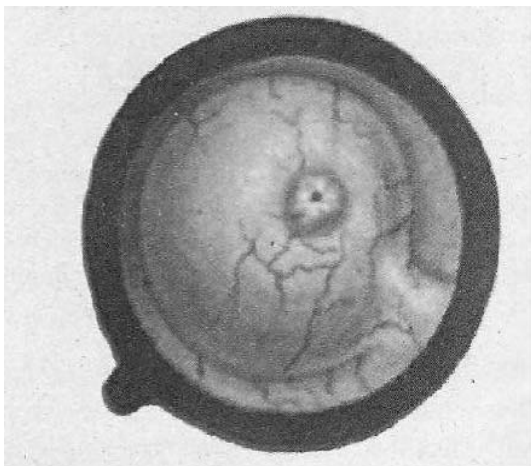
یک انومالی نادر وغیرمعمول بوده و ممکن دوطرفه باشد واغلباً با انومالی های دیگر همراه می باشد. بندش وظیفوی نهایت سفلی حالب به تدریج سبب توسع گردیده وزمینه را برای انتان مساعد می سازد. فوحه حالبی نورمال به نظر می رسد و کتیتیر حالبی را می توانیم به آسانی داخل نمایم اکثراً رفلوکس به مشاهده نمی رسد. در صورت که فوحه حالبی بصورت اندوسکوپیک باز و دریناژ نماید رفلوکس درین حالت غیرقابل جلوگیری است. منظور از تداوی جراحی عبارت از تغییر شکل حالب ماوف وغرس دوباره آن در مثانه و جلوگیری از رفلوکس است.

حالب خلف ورید اجوف

حالب راست به جای اینکه از قسمت راست ورید اجوف سفلی عبور کند از خلف آن عبور مینماید. اگر سبب اعراض بندشی گردد حالب قطع گردیده وبعد دوباره در قدام ورید اجوف سفلی به صورت منحرف و طولانی بدون اینکه تحت فشار قرار گیرد مفاغمه داده میشود. قسمت حالب که درخلف ورید اجوف سفلی قرار میگیرد ندرتاً فبروتیک می باشد که باید ساحه فبروتیک قطع گردد.

یوریتیروسل

عبارت از توسع سیستیک قسمت انترامورال حالب است که به اثر اتریزی فوچه حالبی بوجود می آید. اگرچه از زمان طفولیت موجود بوده اغلباً این حالت الی زمان کاهلی بدون تشخیص باقی می ماند. در یوروگرافی راس مار افعی برای تشخیص مرض که وصفی می باشد به مشاهده می رسد (شکل ۷۵-۱۲). معمولاً جدار سیستیک متشکل از یوروتلیوم بوده و زمانی تشخیص می گردد که سیستوسکوپی اجرا شود. سیست شفاف بزرگ که مانع جریان ادرار از حالب میگردد به مشاهده می رسد (شکل ۷۵-۱۳). تا زمانیکه اعراض اتناتی، وتشکل سنگ به مشاهده نرسد، از تداوی پرهیز میگردد. این مریضی زیادتیر درخانم ها معمول بوده غالباً سیست سبب بندش عنق مثانه شده و بداخل فوچه احلیلی داخل میگردد. بخاطر رفع اعراض یوریتیروسل قطع آن توسط دیاترمی اندوسکوپیک اجرا می گردد. اگرچه سیستوگرام ادراری توصیه میگردد تا رفلوکس ادرار بعد از عملیات کشف گردد. درحالت پیشرفته زمانیکه پیونفروز یا هایدرونفروز یکطرفه بوجود آمده باشد بهترین عملیه نفریکتومی می باشد(اشکال ۷۵.۱۲ و ۷۵.۱۳).



شکل ۷۵.۱۳ منظره یوریتیروسیل در سیستوسکوپی.



شکل ۷۵.۱۲ یوریتیروسیل به شکل راس مار افعی دیده میشود.

جروحات کلیه

درزندگی ملکی اغلباً جروحات کلیه از سبب سقوط از ارتفاع یا ضربات ناحیه قطنی وجروحات شدید بطنی خصوصاً در حادثات ترافیکی بوجود می آید. هیماتوری از سبب ترخیصات جزیی زیادتر در کلیه های بو جود می آید که قبل از ترخیص مصاب تشوشات مانند هایدرونفروز، سنگ ویا توبرکلوز باشد. درجات جروحات مختلف به اشکال متعدد بوده که از هیماتوم خورد تحت کپسول تا پاره شدن مکمل که تمام ضخامت کلیه را دربر میگیرد به مشاهده میرسد (شکل ۷۵.۱۴). ممکن کلیه بصورت قسمی ویا تام از سوبق وعائی جدا شده ویک قطب کلیه جدا گردد.

چوکات ۷۵.۶

هیمورازی

■ هیمورازی که خطر حیاتی داشته باشد در جروحات شدید باز ویا بسته کلیه به مشاهده می رسد.

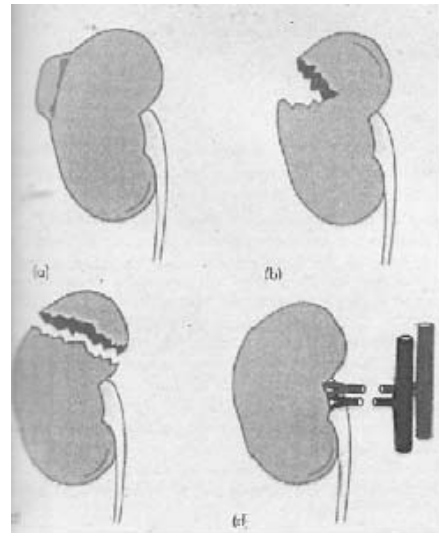
جروحات بسته کلیه تقریباً همیشه خارج پریتوانی بوده و در اطفال جوان که شحم خارج پریتوانی بسیار داشته باشند بصورت استثنائی به مشاهده میرسد. پریتوان مجاورت بسیار نزدیک با کلیه دارد ممکن همراه با کپسول کلیه پاره شود و سبب داخل شدن خون و ادرار بداخل جوف پریتوان گردد.

نظواهرات کلینکی (چوکات ۷۵.۷)

کوفتگی انساج سطحی ممکن نشاندهنده شدت ترخیص بوده مگر اغلباً معدوم می باشد. ممکن درد وحساسیت موضعی موجود باشد.

هیماتوری

علامه اساسی در ترخیصات کلیه می باشد و ممکن تاچند ساعت بعد از ترخیص به مشاهده نرسد. خون ریزی شدید ممکن توأم با علقه باشد و سبب حملات کولیکی گردد (شکل ۷۵.۱۴).



شکل ۷۵.۱۴ انواع ترخیص بسته کلیه. الف (هیماتوم تحت کپسول)، ب (پاره شده گی)، ج (جدا شدن یک قطب کلیه)، د (قطع شدن سویق کلیه).

چوکات ۷۵.۷

تظاهرات کلینیکی ترخیصات بسته کلیه

- ممکن است خراشیده گی خارجی موجود نباشد.
- هیماتوری یک علامه ترخیص کلیوی بوده که باید اهتمامات مناسب و بررسی علایم حیاتی مریض بصورت عاجل صورت گیرد.
- هیماتوری موخر ممکن چند یوم بعد از ترخیص بوجود آید.

هیماتوری شدید موخر

هیماتوری آنی و وافر ممکن بعد از سه یوم الی سه هفته بعد از ترخیص نزد مریضانیکه رو به بهبودی اند از اثر بیجا شدن علقات خون به وجود آید.

انتفاخ بطنی

انتفاخ بطنی ۲۴-۴۸ ساعت بعد از ترضیض بوجود آمده که احتمالاً از سبب هیماتوم خلف پریتهوانی و موافیت اعصاب حشوی بوجود آید.

اهتمامات و تدوای

در ترضیضات بسته کلیه معمولاً تداوی محافظوی موفقانه بوده لکن بدون تاخیر اهتمامات مناسب اتخاذ گردد. احتمال جروحات اعضای دیگر باید از ابتدا مد نظر باشد.

۱- تعیین گروپ خون و کراسماچ برای نقل الدم و در حالت که شاک هایپوولمیک و یا خونریزی ادامه داشته باشد اجرا شده و رید مریض باید باز گردد.

۲- مریض بستر گردیده و محدود به بستر باشد یعنی حرکت نکند وقتی که هیماتوری ماکروسکوپیک موجود باشد حرکات فزیک حد اقل یک هفته بعد از پاک شدن ادرار اجازه داده میشود.

۳- مورفین به قسم انالجزیک و سیداتیف توصیه گردد.

۴- ساعت وار (هریک ساعت بعد) فشار خون و نبض تعیین گردد.

۵- جهت جلوگیری از متتن شدن هیماتوم انتی بیوتیک توصیه گردد.

۶- نمونه ادرار اخذ و معاینه گردد تا هیماتوری تعیین و ثبت چارت گردد.

۷- یوروگرافی داخل وریدی عاجلاً اجرا گردد. الف- ارزیابی ترضیض کلیه ب - معلوم گردد که کلیه مقابل نورمال است یا خیر.

جراحی استیکشافی

در ترضیضات بسته کلیه در ۱۰٪ واقعات ایجاب جراحی استیکشافی را می نماید آن هم در صورتیکه خونریزی ادامه یابد و یا کتله که در ناحیه قطنی بوجود آمده بتدریج بزرگ گردد. هدف از جراحی توقف خونریزی و در صورت امکان حفظ انساج کلیوی میباشد. آرتیروگرام کلیوی قبل از عملیات انجام گیرد تا ساحات خون دهنده دریافت و پروسیجر عملیاتی را تعیین کرده بتوانیم. هم چنین چانس دارد که اوعیه خون دهنده واضح گردد و رادیولوژیست ماهر قادر به امبولایزیشن اوعیه باشد بهتر است.

طریق مداخله به کلیه باید از طریق بطنی باشد تا فهمیده شود که دیگر اعضای داخل بطنی ماوف است یا خیر. خطر آزاد شدن و تامپوناد هیماتوم محیط کلیوی مدنظر باشد اگر آزاد گردد هیماتوری غیرقابل کنترل بوجود می آید که باید جراح بصورت تام آماده گی برای این حالت داشته باشد.

زمانیکه کلیه انشقاق نموده باشد ویا از قسمت سوپیک کنده شده باشد غیر قابل علاج بوده یگانه تداوی آن نفریکتومی است. پاره شده گی کوچک را بالای اسپانژ هیموستاتیک ویا پارچه جداشده عضله ترمیم نماییم. درز یا پاره شده گی منفرد اگر بزرگ باشد نفروستومی تیوب از طریق ساحه ماوفه داخل کلیه گردیده ونسج کلیه در اطراف آن ترمیم میگردد اگر پاره شده گی محدود به یک قطب کلیه باشد باید نفریکتومی قسمی اجرا گردد.

اگر مریض یک کلیه داشته باشد استیکشاف وکلیه ترمیم گردد در غیر آن جرحه بصورت محکم توسط گاز تامپون گردیده و خون ریزی توقف نموده یکتعداد وظایف کلیوی انجام می یابد وقتی کلیه بهبود یابد تامپون برطرف میگردد.

چوکات ۷۵.۸

تداوی جراحی ترخیصات بسته کلیه

- استیکشاف کلیه امکان دارد با خونریزی شدید همراه باشد زیرا هیماتوم به شکل تامپوناد سبب توقف خونریزی گردیده و وقتی که بر طرف گردد خونریزی غیر قابل کنترل بوجود خواهد آمد.
- در صورت که نفریکتومی اجرا گردد باید کلیه مقابل از نظر وظیفوی وموجودیت بررسی شود.

جروحات متعدد

در حالات که ریچر کلیوی همراه با ماوفیت کبد، طحال و تثقب احشایی بطنی باشد و فیات بلند می باشد .

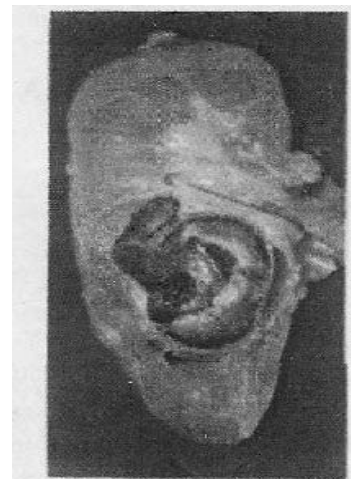
اختلاطات

هیماتوری شدید سبب احتباس علقات خون و بندش در قسمت خروجی مثانه میگردد و ضرورت می شود که مثانه بعد از تطبیق کتیتر ویا سیستوسکوپ لواژ وشسته شود.

هایدرورنفروز کازب محیط کلیوی ممکن در جریان چند هفته در نتیجه انشقاق تام قشر کلیه و بندش حالب از سبب سکار بوجود آید.

فرط فشار خون از اثر فبروز کلیوی ممکن در ماهای سوم و یا بعد تر از اثر ترضیض کلیوی بوخود آید. اغلباً با تداوی طبی جواب نداده ممکن است که نفریکتومی ضرورت گردد.

انیوریزم شریان کلیوی (شکل ۷۵.۱۵) نادر است لکن در مریضان که مصاب تراوما شدید کلیوی باشند به ملاحظه می رسد. در این صورت درد در ناحیه قطنی، پندیده گی بدون حساسیت موضعی در صورتی که انیوریزم بزرگ باشد به ملاحظه میرسد. احتقان پرانشیم کلیوی سبب هیماتوری متقطع میگردد. اورتوگرافی معاینه تشخیصی بوده و انشقاق انیوریزم شریان کلیوی کشنده می باشد که اکسیزیون و یا نفریکتومی عاجل استطباب دارد.



شکل ۷۵.۱۵ انیوریزم شریان کلیوی که حاوی ترومبوز صفيحوی میباشد.

جروح حالب

انشقاق حالب

در فرط وسعت (هایپراکستینشن) ستون فقرات انشقاق حالب نادر است. تشخیص تا زمانیکه کتله ناحیه قطنی و یا حرقفی همراه با تنقیص ادرار مشاهده نشود مشکل است. در یوروگرافی داخل وریدی خروج و یا انتشار مواد کثیفه از حالب به طرف محیط آن به مشاهده میرسد .

جروحات یک یا هر دو حالب در اثنای عملیات حوصلی

این حالت اغلباً در اثنای عملیات هستریکتومی بطنی و یا مهبلی به وقوع میرسد. شناسایی حالب مشکل است که قطع، بسته، جدا و یا کرش گردد. کتیترایزشن حالبی قبل از عملیات از این حادثه جلوگیری نموده می تواند زیرا به آسانی حالب دیده شده و جس میگردد.

شناسای جروحات در اثنای عملیات (چوکات ۷۵.۹)

تمادی حالب به مثانه را باید توسط میتودهاییکه در زیر شرح می گردد اجرا نماییم قبل از اینکه وضعیت عمومی مریض وخیم گردد بهترین طریقه عبارت از آزاد ساختن قسمت پروکسیمال حالب از گره می باشد. اگر دو یوم بعد از حادثه تشخیص میگردد درینصورت نفروستومی موقتی اجرا و بعدتر حالب ترمیم گردد.

چوکات ۷۵.۹

جروحات حالب در اثنای عملیات

- زیادتترین جروحات حالب در عملیات های هستریکتومی و عملیات های حوصلی بوقوع میرسد.
- کتیترایزشن حالبی قبل از عملیات از جروحات و ترضیض حالب جلوگیری نموده می تواند که به آسانی در جریان عملیات حالب قابل تشخیص می باشد.
- اگر جرحه حالب در زمان عملیات تشخیص شود باید فوراً ترمیم گردد.

جروحات حالب که در جریان عملیات تشخیص نمی گردد

جروحات یکطرفه

در اینجا سه احتمال موجود است.

- بدون اعراض، بسته شدن تام حالب به آسانی سبب اتروفی بدون اعراض کلیه هیمان طرف میگردد. اگر کلیه مقابل وظیفه داشته باشد جروحات ممکن از نظر دور بماند تا نزد مریض معاینات تصویری یورولوژیک بعدها انجام گیرد.

- درد ناحیه قطنی و تب ممکن همراه با پیونفروز و انتان از اثر بندش حالب بوجود آید. در یوروگرافی داخل وریدی کلیه غیر فعال بوده درین حالت اهمات عاجل عبارت از تطبیق نفروستومی از طریق جلدی و رفع بندش است.

- فستول بولی از طریق جرحه مهبل و یا بطنی بوجود می آید یوروگرام انتشار مواد کثیفه را با و یا بدون بندش (دریک یا هردو حالب) نشان می دهد. نفروستومی موقتی تطبیق گردیده و ترمیم تا زمانی به تعویق می افتد که اذیما و التهاب ناحیه رفع گردد.

تاخیر عنونی در ترمیم نزد مریض عدم اقتدار ادرار روحاً زجر دهنده میباشد. اگر جراح دارای تجربه کافی باشد مریض آماده گردد ترمیم ابتدایی فعلاً زیادتر مورد قبول است.

جروحات دو طرفه

بسته شدن هر دو حالب سبب انیوریا میگردد. کتیتز حالبی ممکن داخل شده نتواند و وابستگی به رفع بندش بصورت عاجل دارد.

ترمیم جروحات حالب (جدول ۷۵.۲ و چوکات ۷۵.۱۰)

اگر ساحه قطع شده طولانی نباشد هردو نهایت به هم تفهم داده شده و بدون کشش ترمیم می گردد که قبل از آن ستینت pigtail تطبیق و ترمیم بالای آن صورت می گیرد. (Pigtail کتیتز یک تیوب پلاستیکی است که هر دو نهایت آن دارای حلقه می باشد کتیتز از طریق سیم راهنما تطبیق گردیده نهایت آن مستقیم می گردد وقتی که سیم راهنما کشیده می شود نهایت کتیتز دوباره شکل حلقه را بخود میگیرد).

بعضی اوقات ممکن است در صورت بندش قسمی حالب از طریق اندوسکوپي آن را داخل حالب نمایم بدون اینکه عملیه جراحی صورت گیرد.

اگر ترضیض در قسمت بسیار سفلی باشد می توانیم از مثانه فلف اخذ و حالب در آن دوباره غرس گردد.

اگر ناحیه قطع شده طولانی باشد ممکن است که ایجاب متحرک و بیجا ساختن کلیه را نماید.

در عملیات **Boaris** (شکل ۱۶. ۷۵) یک فلپ به شکل تیوپ از مئانه ساخته شده و قسمت سفلی حالب در آن جابجا می گردد.

جدول (۷۵.۲) طریقه تداوی ترخیصات حالب

در صورتیکه قسمت ضایع شده طولانی نباشد به قسم قاشق مانند و نهایت به نهایت بدون کشش تفمم داده شود.
اگر قسمت ضایع شده حالب کمتر طولانی باشد کلیه از جایش بیجا شده مئانه به علوی کش شده و عملیه **Boari** اجرا گردد.

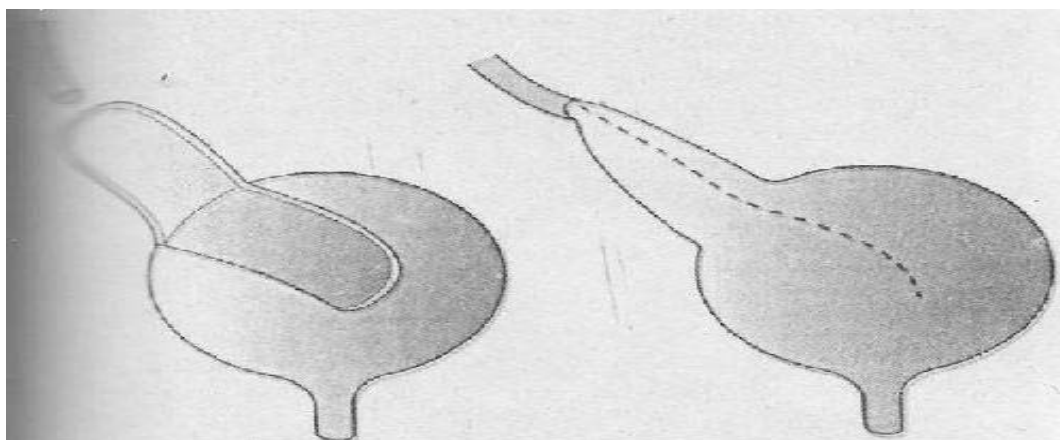
اگر ساحه زیاد حالب از بین رفته باشد به حالب طرف مقابل تفمم داده شود.
حالب در لوپ معانی و یا ایندکس آزاد شده جابجا شده در غیر آن نفریکتومی اجرا شود.

چوکات ۷۵.۱۰

ترمیم حالب مجروح

زمانیکه ترخیص عملیاتی حالب بعد از عملیات دریافت می گردد

- ضروریست که ترمیم را به تاخیر اندازیم
- تخنیک های متعدد است که باید به صورت درست توسط یورولوژیست با تجربه انجام گیرد.



شکل ۷۵.۱۶ عملیه **Boari**: از جدار مئانه یک پارچه به قسم یک تیوپ ساخته شده در بین ساحه قطع شده حالب جابجا می گردد.

امکان دارد حالب بصورت نهایت به پهلو به حالب مقابل تفمم داده شود. نقص این عملیه در آن است که جرحه یکطرفه به جرحه دو طرفه تبدیل میگردد. بعضاً وقتیکه انساج کلیه محافظه میگردد جابجا ساختن حالب به سگمنت الیوم ضرورت میشود. نفریکتومی وقتی اجرا میشود که وضعیت عمومی مریض وخیم باشد و کلیه مقابل وظیفه نورمال داشته باشد.

هایدرونفروزس

هایدرونفروز عبارت از توسع اسپیتیک (غیر انتانی) کلیه بوده که از سبب بندش تام و یا قسمی جریان ادرار بوجود می آید.

هایدرونفروز یک طرفه

هایدرونفروز یک طرفه (جدول ۷۵.۳) از سبب بندش حالب بوجود آمده و حالب بالاتر از مانعه متوسع میباشد.

هایدرونفروز دو طرفه

اکثراً از سبب بندش احلیل بوجود می آید و میتواند توسط یکی از آفت فوق الذکر دوطرفه نیز بوجود آید. وقتی که از سبب بندش طرق بولی سفلی بوجود آید ممکن از باعث اسباب ذیل باشد.

۱- ولادی

الف. تضیق ولادی فوحه خارجی احلیل و نادراً فیموزیس

ب. والف ولادی احلیل خلفی در طبقه ذکور و یا شخی عنق مئانه بصورت ولادی

۲- کسبی

الف. ادینوم و کانسر پروستات و یا سکلیروز عنق مئانه بعد از عملیات

ب. تضیق التهابی و ترضیضی احلیل و فیموزیس

بندش احلیلی سبب هایپرتروفی عضلات مئانه می گردد. که می تواند سبب بندش حالبی انترامورال و متباقی قسمت های حالب گردد.

جدول ۷۵.۳ اسباب بندش یکطرفه حالبی

بندش اکسترا مورال

تومور اعضای مجاور مانند کارسینوما ی عنق رحم ، پروستات ، رکتوم ، کولون و چکم عامل آن شده میتواند.

فبروز خلف پری توانی ادیوپاتیک

حالب خلف ورید اجوف

بندش انترامورال

تضیق ولادی و تنگی فزیولوژیک جنکشن حویضی حالبی که سبب بندش جنکشن مذکور می گردد .

یوریتیروسل و فوحه حالبی کوچک ولادی

تضیقات التهابی به تعقیب کشیدن سنگ از حالب و ترمیم حالب ماوف و ماوفیت حالب از سبب انتان

توبرکلوز.

نیوپلازم حالب و یا کانسر مئانه که فوحه حالبی را اشغال نماید.

بندش انترالومینال

سنگ های حویضه و حالب

پارچه های پایپلا و نکروز پایپلا (خصوصاً در مریضان دیابت ، استفاده زیاد از انالجزیک ها و آنهایی که

مریضی **sikle cell** دارند بندش حالب را بوجود آورد میتواند).

پتالوژی

در کلیه که حویضه خارج کلیوی باشد ابتدا توسع تنها بالای حویضه اثر دارد هایدرونفروز حویضی اگر

بندش اصلاح نگردد به تدریج کلیس ها توسع نموده به اثر فشار اتروفی کلیه بوجود آمده و به مرور زمان

پرانشیم تخریب میگردد.

در کلیه های که بصورت متبازر حویضه داخل کلیوی دارند تخریب پرانشیم کلیوی سریع تر بوجود می آید. به اثر تخریب شدن هایدرونفروز دوامدار دارای جدار نازک، کیسه های دارای فصیصات که دارای حدود واضح و مایع که دارای **Specific Gravity** پایان است میباشد.

تظاهرات کلینیکی

هایدرونفروز یکطرفه (چوکات ۷۵.۱۱)

تناسب زن و مرد در هایدرونفروز یک طرفه (زیادترین سبب آنرا بندش جنکشن حویضی حالبی و یا سنگ) ۱:۲ است و زیادتر در راست به مشاهده میرسد. تظاهرات آن قرارذیل است.

۱. درد خفیف، مخفی و یا گنگ در ناحیه قطنی بوجود می آید. اکثراً احساس گرنگی و کشش که با گرفتن مایعات زیاد بوجود آمده و شدیدتر میگردد. در صورتیکه عامل بندش جنکشن حویضی حالبی باشد کلیه بزرگ و قابل جس میگردد.
۲. حملات کولیک حاد میتواند بدون کتله و یا پندیده گی قابل جس به ملاحظه برسد.
۳. هایدرونفروز متقطع. بعد از حملات کولیکی حاد درد و پندیده گی در ناحیه قطنی بوجود می آید. بعد از چند ساعت مقدار زیاد ادرار خارج میگردد درد آرام شده و پندیده گی رفع میگردد (Dietls crises).

چوکات ۷۵.۱۱

بندش جنکشن حویضی حالبی ادیوپاتیک

- ممکن بدون اعراض باشد
- ممکن درد ناحیه قطنی بصورت متقطع موجود باشد و با گرفتن مایعات تشدید شود.

هایدرونفروز دو طرفه

از باعث بندش طرق بولی سفلی

بصورت استثنایی درد گنگ ناحیه قطنی موجود بوده که کمتر توجه به آن صورت میگیرد. اعراض بندش قسمت خروجی مثانه متباز میباشد. کلیه قابل جس نمی باشد و قبل از آن که کلیه بزرگ گردد عدم کفایه کلیه بوجود می آید.

از باعث بندش دو طرفه طرق بولی علوی

بندش دو طرفه با مقایسه بندش یک طرفه کمتر به مشاهده میرسد و بندش دو طرفه زیادتر از سبب فبروز خلف پریتوانی بوجود می آید. اگر بندش دو طرفه باشد اعراض میتواند در یک طرف به مشاهده برسد.

از باعث حاملگی

توسع حالب ها و حویضه کلیه در ابتدای حاملگی و زیادتر تا هفته بیستم حاملگی به مشاهده میرسد. این حالت از سبب بلند رفتن سویه پروجیسترون در دوران و تاثیرات آن بالای عضلات ملسا حالب ها بوده و یک حالت نورمال در حاملگی میباشد و حالب ها بعد از سپری شدن دوازده هفته بعد از ختم حاملگی به حالت نورمال بر میگردد. اهمیت آن در این است که درین حالت امکان مداخله انتانات درد های بطنی در زمان حاملگی موجود بوده و باید به بندش حالب ها عطف گردد.

چوکات ۷۵.۱۳

توسع حالب در حاملگی

▪ توسع فیزیولوژیک حالب در حاملگی معمول است

تصاویر (چوکات ۷۵.۱۳) رادیولوژی

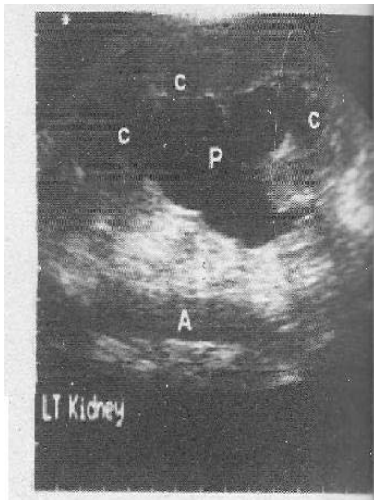
Scanning U/S (شکل ۷۵.۱۳) اهمیت کمتر برای دریافت هایدرونفروز داشته و به صورت منظم در

زمان حاملگی جهت دریافت بندش جنگشن حویضی حالبی استفاده میگردد.

یوروگرافی داخل وریدی بسیار کمک کننده بوده نتایج وظیفوی را در بندش کلیوی نشان میدهد .

حویضه خارج کلیوی متوسع و کلیس های کوچک شکل نورمال قدح مانند را از دست داده به شکل یکجا معلوم میگردد. در حالت پیشرفته حاشیه نازک در اطراف کلیس های متوسع و پرائشیم در نفروگرام ضعیف معلوم میگردد و شکل ظاهری حباب صابون را وانمود میسازد. اگر سرحد بندش مشکوک باشد ۲۴ ساعت بعد از زرق مواد کتیفه رادیوگرافی اخذ گردد کمک مینماید. مواد کتیفه به آهستگی نفوذ کرده و قسمت متوسع بالاتر از مانعه را مملو میسازد .

تست ایزوتوپ رینوگرافی فوق العاده کمک کننده بوده قسمت متوسع سیستم کلیسی و حویضی را از سبب بندش نشان میدهد. یکماده { معمولاً Diethylentriamin penta aciticacid (DTPA) } و MAG-3 { که توسط گلو میرول ها فلتر گردیده و جذب نمیشود از طریق وریدی زرق میگردد. ماده DTPA که توسط Technitium 99m نشانی گردیده که یک انتشار دهنده شعاع گاما میباشد. و عبور 99m TC نشانی شده DTPA از طریق کلیه ها توسط کامره گاما تعقیب میگردد 99m TC-DTPA به سرعت از کلیه نورمال پاک میگردد اما اگر حالب بندش داشته باشد و جریان ادرار حتی با فروسیماید اگر زیاد هم گردد این مشعر در حویضه کلیه پاک نمیشود.



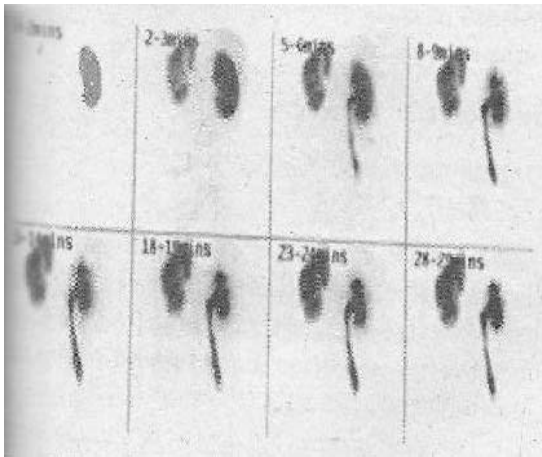
شکل ۷۵.۱۷ سونوگرافی کلیه های درونفروتیک. C(کلیس)، P(حویضه)، A(شریان).

اغلباً از تست Whitaker استفاده میگردد. منفذ از طریق جلدی بداخل کلیه اجرا شده و مایع را از این طریق داخل کلیه مینماییم در حالت نورمال اگر فشار تعیین گردد فشار ثابت میباشد در حالتی که بندش موجود باشد فشار داخل حویضه بلند میگردد. پیلوگرافی ریتروگرا (شکل ۷۵.۱۹) ندرتاً توصیه میگردد اما به خوبی ساحه بندش را نشان میدهد که فعلاً قبل از عملیات اجرا میگردد .

چوکات ۷۵.۱۳

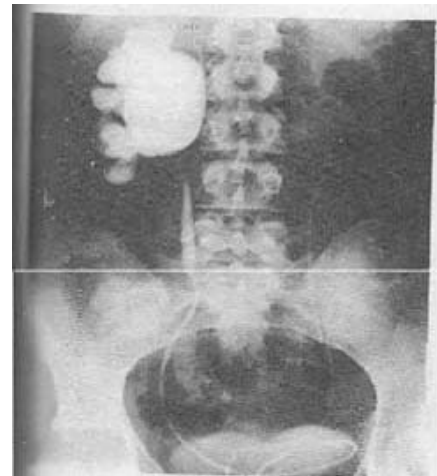
تصاویر

- بندش حالب سبب هایدرونفروز گردیده ، بهترین وسیله تشخیصیه **u/s Scan** و ایزوتوب رینوگرافی میباشد .
- در یک کلیه مصاب بندش اگر رینوگرام اضافه از بیست فیصد وظایف کلیوی را نشان دهد کلیه باید محافظه گردد.



شکل ۷۵.۱۸ رینوگرام MAG^3 نشان دهنده موجودیت

مشعر در کلیه چپ بوده که با توصیه فیروسیماید نیز اطراح نگر دیده.



شکل ۷۵.۱۹ ریتروگراڈ یوریتروپیلوگرام نشان دهنده هایدرونفروز همراه با حویضه فوق العاده متوسع (کلیس های کلب مانند).

تداوی

استطباب عملیات ارتباط به درد کلیوی، پیشرفت هایدرونفروز ، شواهد آفت پرانشیم کلیوی و انتان دارد. هدف عمده محافظت انساج کلیوی می باشد. نفریکتومی زمانی صورت میگیرد که پرانشیم کلیوی فوق

العاده تخریب شده باشد، در حالت خفیف چندین معاینه سونوگرافی اجرا گردد اگر هایدرونفروز در حال پیشرفت باشد عملیات انجام گیرد.

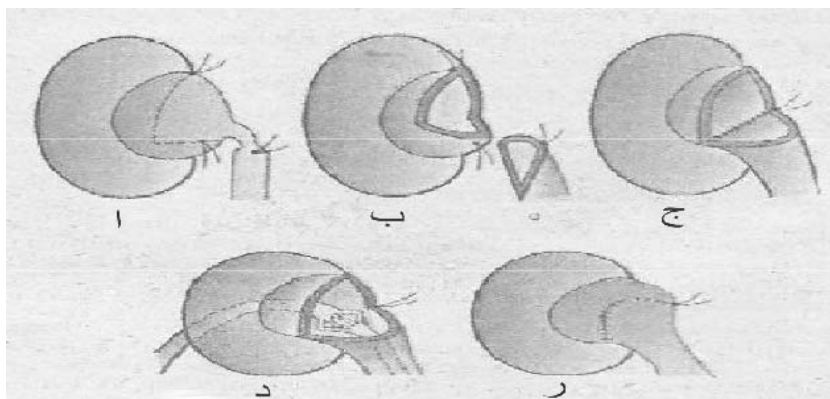
پیلوپلاستی

عملیه Anderson – hynes (شکل ۷۵.۲۰) در حالتی که بندش جنکشن حویضی حالبی موجود باشد مناسب بوده که پرانشیم کلیوی و ضخامه نسج کلیوی باقی مانده باشد. کلیه ماوف دریافت و ثلث علوی حالب به احتیاط آزاد شده و رید که بالای حویضه قرار دارد دور شده اگر شریان باشد محافظه میگردد زیرا اگر قطع گردد سازه که توسط آن اروا میگردد معروض به احتشا میگردد. تفمم در قدام شریان مذکور اجرا و خیاطه های از مواد دوخت قابل رشف استفاده میشود تا در آینده از تشکل سنگ در خیاطه جلوگیری گردد. معمولاً بخاطر محافظه سازه تفمم داده شده از نفروستومی و یا ستینت حالبی استفاده میگردد.

پیلولایز اندوسکوپیک

از بین بردن جنکشن حالبی حویضی توسط بالون مخصوص است که از طریق حالب عبور داده میشود و بالون متوسع میگردد. تحت نظر و کنترل رادیوگرافی برای تداوی بندش نامعلوم (ادیوپاتیک) جنکشن مذکور استفاده میشود. استفاده دوامدار از این تخنیک و یا دیگر تخنیک های کوچک هنوز مورد بحث است.

شکل ۷۵.۲۰ پیلوپلاستی به میتود Aderson Hynes



سنگ های کلیوی (چوکات ۷۵.۱۴)

اسباب

یک موضوع مغلق بوده یک تعداد پیشنهادات به شکل خلاصه و یکتعداد نظریات در باره آن ذکر میگردد.

چوکات ۷۵.۱۴

سنگ های کلیوی

- معمول است
- ممکن از نظر کلینیکی بدون اعراض بوده و حتی اگر سنگ بزرگ هم باشد.
- معمولا در رادیوگرافی ساده بطنی قابل رویت می باشد.
- اگر سنگ از یوریک اسید ساخته شده باشد ممکن در رادیوگرافی معلوم نگردد.

تغذی

کمبود ویتامین A سبب **desquamation** اپتیل می گردد. در حجرات یک نوه ساخته شده در اطراف آن سنگ تشکل میکند. نظربه مطالعات که صورت گرفته در جاهایکه رژیم غذایی غیر مناسب عادت دارند از رژیم غذایی نامناسب رنج میبرند به مشاهده میرسد. مکانیزم آن معلوم نیست و اما این مکانیزم معلوم است که رژیم نامناسب نسبت به دیگر فکتور در بوجود آوردن سنگ های مئانه زیادتر رول دارد .

تغیرات نمک ها و کولوئید های ادرار

دیهایدریشن سبب زیاد شدن غلظت نمک های ادرار گردیده و تمایل آنها را به ترسب زیاد میسازد. هرگاه تنقص کولوئید های ادرار بوجود آید باعث جذب نمکیات و یا میوکوپروتین شده سبب یکجا شدن کلسیم گردیده که غیر منحل میباشد و در نتیجه منجر به تشکل سنگ می گردد.

تنقیص سیترات در ادرار

موجودیت سیترات در ادرار ۳۰۰ تا ۹۰۰ ملی گرام در ۲۴ ساعت (۱.۶ تا ۴.۷ ملی مول) بوده که به شکل سیتریک اسید میباشد و کلسیم فوسفات در آن حل میگردد در غیر آن کلسیم فاسفات بصورت نسبی غیر قابل حل میباشد. اطراح سیترات در ادرار تحت کنترل هورمون بوده و در زمان عادت ماهوار تنقیص میابد.

انتان کلیوی

انتان در تشکل سنگ مساعدت میکند از نظر کلینیکی و تجربوی تشکل سنگ در ادرار منتن معمولاً زیادتر توسط ستریتوکوک ها ستافیلوکوک خصوصاً پروتئوس ها که سبب تجزیه یوریا میگردد بوجود می آید. انتانات که زیادتر در نوه سنگ به مشاهده رسیده عبارت از **Ecoli** و استافیلوکوک می باشد.

دریناژ ناکافی ادرار و رکودت ادرار

زمانیکه ادرار به درستی تخلیه نگردد زمینه مساعد برای تشکل سنگ بوجود می آید.

عدم تحرکیت دوامدار

عدم تحرکیت دوامدار از هر سبب که باشد مانند پاراپلیژی زمینه مساعد برای کم ساختن کلسیم از اسکلیت بوده و زیاد شدن کلسیم در ادرار زمینه را برای تشکل سنگ های کلسیم فاسفات مساعد میسازد.

فرط فعالیت غدوات پاراتیروئید

این مرض سبب هایپرکلسیمیا شده و هایپرکلسیوری همراه با سنگ های رادیواپیک بوده در ۵٪ و یا کمتر آن به مشاهده میرسد. در واقعات که سنگهای متعدد و نکس کننده باشد توسط تحقیقات مناسب رفع شده میتواند.

فرط فعالیت غدوات پارا تیروئید سبب فرط اطراح کلسیم در ادرار گردیده و مقدار زیاد کلسیم را از طریق ادرار معدوم مینماید "این مریضان اسکلیت خود را در ادرار خود خارج میسازند" در صورت که پارا تیروئید ادینوما داشته باشد باید قبل از تداوی سنگ های بولی ادینوما شان کشیده شود.

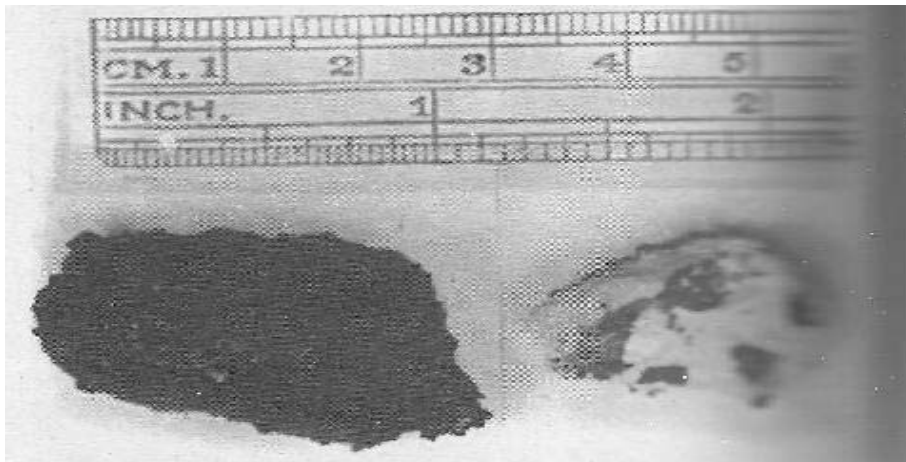
پلک رندل، سنگ های میکروسکوپیک

مولف رندل عقیده دارد که آفت ابتدایی برای یکتعداد سنگ های کلیوی یک شاریده گی در قسمت زروه پایپلا بوجود می آید. جابجا شدن کلسیم درین شاریده گی سبب تولید آفت گردیده که بنام پلک رندل یادمیگردد. بعد ها نشان داده شد که ذرات بسیار خورد سنگ بصورت منظم در پارانشیم کلیه بوجود میاید و فرضیه (**carrs**) اینست که این پارچه های خورد سنگ توسط لmf به ساحه تحت اندوتیل منتقل شده و در آنجا ذخیره میگردد. تفرح اپیتلیم زمینه را برای سنگ های بولی تشکیل میدهد. اهمیت پلک رندل و میکروولیت کارس در بسیاری مریضان که سنگ دارند قابل مباحثه است .

انواع سنگ های کلیه

سنگ های اگزالات (کلسیم اگزالات) (شکل ۷۵.۲۱)

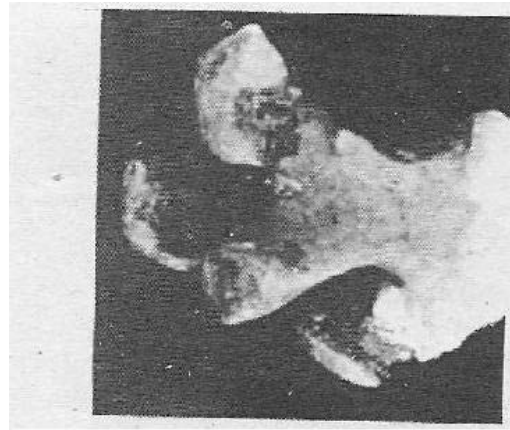
سنگ های کلسیم اگزالات از نظر شکل غیر منظم بوده و سطح آن توسط بارزه ها پوشانیده شده که سبب خونریزی میگردد. از سبب تغییر صباغات خون سطح آنها بدون رنگ می باشد. سنگ های کلسیم اگزالات **monohydrate** و بسیار سخت و شعاع ایکس را خوب جذب نموده و به آسانی در رادیوگرافی معلوم میشود.



شکل ۷۵.۲۱ سنگ های اگزالات. کلانترین آن از کلیه راست کشیده شده که با تماس خون رنگ آن تغییر نموده.

سنگ های فوسفات

سنگ های فوسفات { معمولاً کلسیم فوسفات ، بعضاً میتواند همراه با امونیم و مگنیزیم فسفات (struvite) باشد}. که لشم و خفیف سفید رنگ (شکل ۷۵.۲۲) میباشد. این سنگ ها زیادتراً در محیط قلوئی تشکل میکنند. اگر اورگانیزم ها خصوصاً پروتیوس که سبب تجزیه یوریا به امونیم میگردد در تشکل سنگ نیز رول بازی مینماید سنگ بزرگ گردیده تمام کلیس ها را اشغال مینماید که سبب تشکل سنگ بنام شاخ گوزن مانند میگردد (شکل ۷۵.۲۲). حتی سنگ بزرگ شاخدار تا زمانیکه هیماتوری، انتان مقاوم و یا عدم کفایه کلیه بوجود نیاید سالها بدون اعراض میباشد. چون اینها بزرگ میباشد فلهدا در رادیو گرافی بخوبی معلوم میشود .



شکل ۷۵.۲۲ سنگ شاخ گوزن مانند

سنگ های یوریک اسید و سنگ های یورات

این سنگ ها سخت، لشم و اغلباً متعدد هستند. رنگ آنها مختلف بوده زرد، نصواری، قرمز بعضی اوقات جذاب و دارای نمایش چندین وجهی میباشد. سنگ های خالص یوریک اسید رادیولوسنت بوده در یوروگرافی داخل وریدی به قسم ضیاع امتلا معلوم میگردد که این نوع علامه بعضاً با نومور های ترانزیشنل طرق بولی علوی مغالطه شده میتواند. در ساحه عمل بسیاری از سنگ های یوریک اسید حاوی مقدار کلسیم بوده که سایه خفیف در رادیوگرافی نشان میدهد. بعضی اوقات در اطفال سنگ های مختلط

سودیم یورات و امونیم بمشاهده میرسد. اینها زرد رنگ، نرم و شکنند میباشد. تا زمانیکه با کلسیم مخلوط نباشد رادیولوسنت میباشد.

سنگ های سیستین

اینها غیر معمول است. در طرق بولی زمانی به ملاحظه میرسد که خطا های میتابولیکی ولادی موجود بوده مریض سیستین یوری میداشته باشند. کرستل های سیستین شش گوشه، سفید، شفاف و صرف در ادرار اسیدی به مشاهده میرسد. اغلباً متعدد بوده و ممکن سبب تشکل کاست در حویضه و کلیس ها گردد. اینها در زمان خارج ساختن گلابی و یا زرد بوده وقتی که به تماس هوا می آید کم رنگ و سبز گونه میگردد. این سنگ ها رادیواویک بوده از اینکه در محتوی خود سلفر دارد بسیار سخت میباشد.

سنگ های زانتین

اینها فوق العاده نادر بوده لشم ، مدور ، رنگ خشت پخته(خشت سرخ) داشته اگر قطع گردد دارای صفیحات میباشد.

تظاهرات کلینیکی

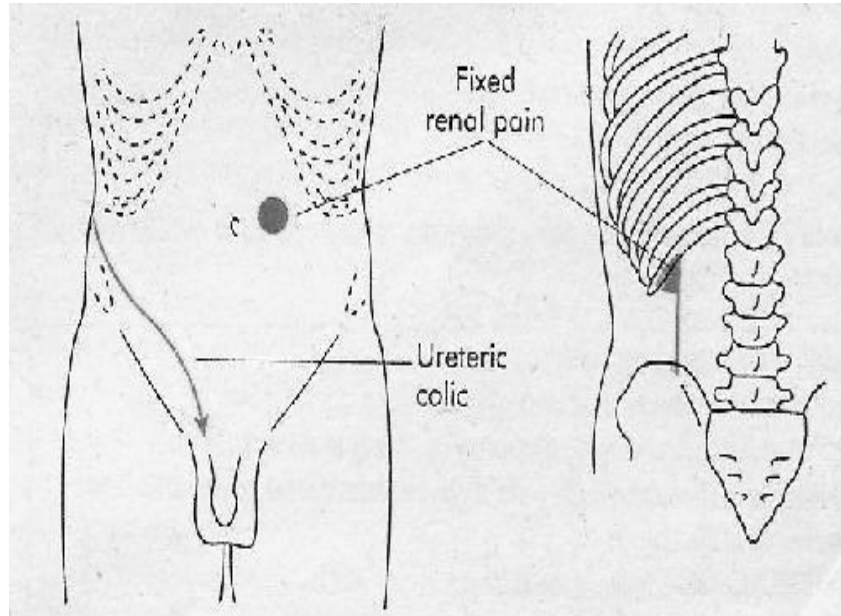
سنگ های کلیوی بسیار معمول است. در ۵۰٪ مریضان دارای سنین ۳۰الی ۵۰ سالگی بوده تناسب مرد و زن ۴:۳ است. اعراض متغییر بوده و تشخیص تا زمانیکه سنگ در رادیو گرافی معلوم نگردد مبهم باقی میماند.

سنگ های خاموش

یک تعداد سنگ ها حتی سنگ های مرجان مانند در حالیکه تخریب پرانشیم کلیه در حالت پیشرفت میباشد برای مدت مدیدی اعراض ندارد. اگر سنگ دو طرفه باشد یوریمیا شواهد اولی بوده در حالیکه انتانات ثانوی در ابتدا سبب اعراض میشود .

درد

در ۷۵٪ واقعات درد یکی از اعراض سنگ های بولی میباشد. درد ثابت خلفاً در زاویه کلیوی (شکل ۷۵.۲۳) و قداماً در هایپوکاندر و یا در هر دو ساحه احساس میگردد. ممکن به اثر حرکت زیاد گردیده مخصوصاً زمانیکه به زینه بالا شود.



شکل ۷۵.۲۳ انتشار معمول درد کلیوی

کولیک حالبی فوق العاده شدید بوده که از ناحیه قطنی به طرف ناحیه مغبنی انتشار داشته به طور وصفی دفعتاً شروع گردیده مریض به اطراف خود دور میخورد و کوشش میکند وضعییت آرام بخش را به خود بگیرد که بی فایده میباشد. **Strangury** و خروج دردناک ادرار و قطرات کم ادرار زمانیکه سنگ در ناحیه انترامورال حالب قرار داشته باشد بوجود می آید. حمله درد ندرتاً اضافه تر از هشت ساعت دوام می نماید. همراه با تب نبوده اگر چه نبض سریع از اثر عکسه جوابیه مقابل درد میباشد. کولیک حالبی اغلباً از اثر داخل شدن سنگ در حالب به وجود آمده و ممکن در اثر توقیح سنگ در جنکشن حویضی حالبی نیز به وجود آید. شدت کولیک ارتباط به جسامت سنگ نمی داشته باشد (چوکات ۷۵.۱۵).

چوکات (۷۵.۱۵)

کولیک حالبی

- درد فوق العاده شدید بوده که میتواند دوامدار باشد.
- زمانیکه سنگ در حال پیشرفت به طرف سفلی حالب باشد انتشار آن به ناحیه مغبنی، قصبی، سفن و شفتان میباشد.
- شدت درد ارتباط به جسامت سنگ ندارد.
- درد تقریباً ثابت بوده و همراه با هیماتوری متغییر میباشد.
- ممکن علایم فیزیکی بسیار کم باشد.

معاینات بطنی

در اثنای حملات کولیکی شخی عضلات وحشی جدار بطن موجود بوده و قاعده تا در عضلات مستقیمه بطنی شخی موجود نمی باشد. قرع بالای ناحیه کلیوی سبب درد خنجری گردیده حساسیت و تقلصیت با جس عمیق موجود است. در ناحیه فلانک کتله قابل جس از سبب هایدرونفروز و یا پیونفروز نادراً به مشاهده میرسد.

هیماتوری

هیماتوری بعضی اوقات یک عرض رهنمای کننده سنگ ها بوده و ندرتاً یگانه عرض است. مقدار خونریزی معمولاً کم است.

پیوری

در موجودیت سنگ خصوصاً در کلیه های که معروض به بندش است احتمالاً انتان به ملاحظه می رسد. فشار بالای سیستم جمع کننده متوسع بوجود آمده و اورگانیزم ها بداخل سیستم دورانی شده و

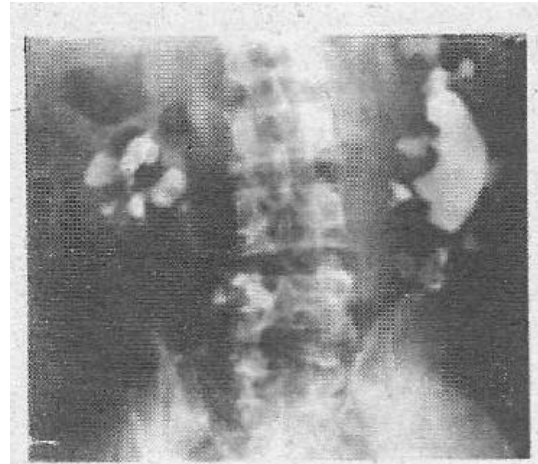
سیپتیسیمیا که خطر حیاتی دارد سریعاً پشرفت میکند. تاثیرات میخانیکی سنگ ها سبب تخریب یوروتیلیم گردیده حتی بدون موجودیت انتان سبب پیوری میگردد.

تحقیقات امراض سنگ های بولی مشکوک

رادیوگرافی

در صورتیکه امعاء خالی باشد مسهلات و سبزیجات برای مریض قبلاً توصیه گردد دیدن سنگ های بولی آسانتر است. در فلم ساده بطنی باید کلیه ها، حالب ها و مثانه به مشاهده برسد و زمانیکه سنگ شاخه دار باشد در قسمت تشخیص سنگ کدام شک موجود نیست (شکل ۷۵.۲۴).

یک کثافت ثابت در زمان تنفس که به موقعیت طرق بولی ارتباط داشته باشد شباهت به سنگ دارد. بعضی اوقات کثافت مشکوک در قسمت قدام جسم فقرات و در رادیوگرافی جنبی خارج از طرق بولی به مشاهده میرسد (جدول ۷۵.۴) مانند عقدات میزانتیر کلسیفی که کثافت ها داخل جهاز هضمی میباشد.



شکل ۷۵.۲۴ رادیوگرافی ساده بطنی نشان دهنده شکل مکمل سنگ شاخ گوزن میباشد.

یوروگرافی اطراحی

یوروگرافی اطراحی مهمترین معاینه برای تشخیص موجودیت سنگ است که نشاندهنده موقعیت سنگ بوده و معلومات مفید راجع به وظایف کلیوی مقابل میدهد.

Ultrasound scanning

این معاینه ارزش فوق العاده در موقعیت سنگ و تداوی آن توسط لیتوتریپسی دارد. (پایان را مشاهده نمایید).

تداوی جراحی سنگ های بولی

اهتمامات محافظوی

سنگ های که کوچکتر از پنج ملی متر باشد در صورتیکه جابجا توقف ننماید احتمال زیاد می رود که بصورت خود بخودی خارج گردد. هر نوع مداخله جراحی در این مریضان سبب اختلالات گردیده در صورتیکه ضرورت نباشد اجتناب گردد. سنگ های خورد ممکن به اثر بندش کلیس سبب اعراض شده و یا زمینه را برای انتان مساعد سازد. به هر صورت اکثراً محافظه کارانه تداوی شده تا خارج گردد (چوکات ۷۵.۱۶). جدول (۷۵.۴) کثافت های که در فلم ساده بطنی بمشاهده می رسد امکان دارد با سنگ های کلیوی مغالطه شود.

عقدات لمفاوی کلسیفاید میزانتتر .

سنگ های صفراوی یا کلسیفاید اپندکس.

تابلیت و یا اجسام اجنبی در طرق هضمی (مانند Navidrex).

فلیبولیت ها و کلسیفاید جدار آورده خصوصاً در حوصله.

Ossifid نوک ضلع دوازده.

کلسیفاید در کلیه توبر کلوزیک.

کلسیفاید غده ادرینال.

چوکات ۷۵.۱۶

اهتمامات برای سنگ های کوچک

▪ خوردتر از پنج ملی متر بصورت خود به خودی از طرق بولی خارج می گردد و تداوی محافظوی

اجرا شود.

▪ موجودیت انتان از اثر بندش توسط سنگ های طرق بولی علوی حتی اگر سنگ کوچک هم باشد

استطباب عملیه جراحی گذاشته می شود زیرا خطر حیاتی را برای مریض بار می آورد.

تداوی قبل از عملیات

در صورتیکه انتان موجود باشد انتی بیوتیک مناسب شروع گردیده در زمان عملیات و بعد از عملیات نیز ادامه یابد.

عملیات برای سنگ

در ممالک پیشرفته جراحی باز برای سنگ های کلیه کمتر معمول است اکثریت سنگ ها توسط یورولوژیست تداوی گردیده با میتودها و طریقه های مخصوص که برای مریض ترخیصی نباشد اجرا میشود. جراحی باز هنوز هم در حالات که متخصص مجرب به دسترس نباشد و یا تخنیک های جدید سنگ واضح نباشد استفاده میگردد. میتود های ذیل را میتوانیم مد نظر داشته باشیم.

میتودهای عصری برای کشیدن سنگ

سنگ های کلیه (چوکات ۷۵.۱۷)

کشیدن سنگ کلیه از طریق جلدی (شکل ۷۵.۲۵)

ساختن یک منفذ در ناحیه جلد قطنی و ارتباط دادن آن به نسج کلیوی و سیستم کلیسی کلیه میباشد که توسط سوزن مخصوص اجرا میشود.

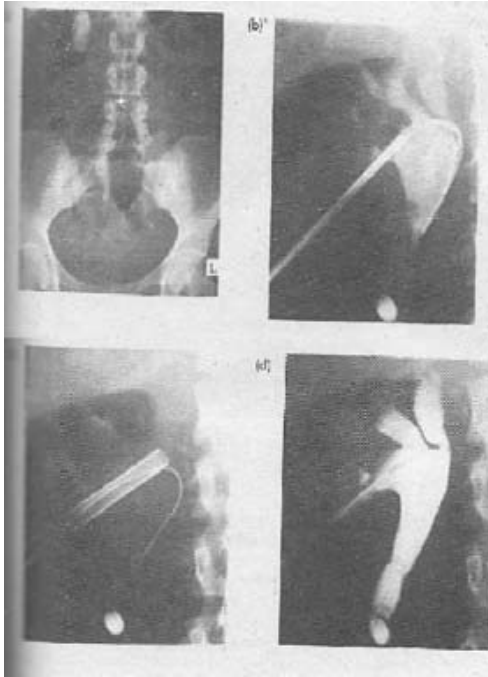
یک سیم به شکل راهنما داخل سوزن گردیده که به تدریج سوراخ مذکور بزرگ میشود تا زمانیکه یک مجرا برای نفروسکوپ ساخته شده که از طریق آن سنگ دیده می شود. سنگ های خورد تحت نظر دید قپیده شده و از طریق مجرای ساخته شده خارج می گردد. سنگ های بزرگتر به پارچه های کوچکتر تبدیل و توسط پروپ التراسوند یا الکتروهایدرولیک به صورت پارچه ها کشیده می شود.

در صورت امکان هدف از این میتود عبارت از کشیدن تمام پارچه های سنگ است ممکن این عملیه وقت زیادی را دربر گیرد خصوصاً اگر سنگ های بزرگ موجود باشد. زمانیکه عملیه ختم گردید یک نفروستوم تیوپ داخل کلیه گذاشته می شود زمینه کم ساختن فشار کلیوی را مساعد می سازد اگر پارچه های کوچک سنگ باقی مانده باشد عملیه تکرار شده می تواند. طریقه فوق الذکر بعضی اوقات می تواند مشترکاً با

ESWL در تداوی سنگ های مرجان مانند استفاده گردد. جراح قسمت مرکزی سنگ مذکور را کشیده

و پارچه های دیگر را می تواند توسط **EWSL** تداوی کند.

شکل ۷۵.۲۵ کشیدن سنگ کلیوی از طریق جلدی.



الف) سنگ حویضه کلیه راست، ب) جابجا ساختن کنول

تحت کنترل رادیولوژیکی و داخل حویضه کلیه از طریق

یک بالون کتیتر که از مهاجرت پارچه شدن سنگ در

قسمت علوی حالب جلوگیری میکند، ج) سنگ توسط

لیتوتریپسی تماسی به صورت موفقانه پارچه پارچه شده

به صورت موفقانه کلیه شستشو میگردد، د) یک

نفروستوگرام که سالم بودن حویضه کلیه را تأیید میکند.

اختلالات این میتود عبارت اند از:

۱- خونریزی از ساحه سوراخ شده پرانشیم کلیه میتواند زیاد و غیر قابل کنترل باشد.

۲- سوراخ شدن سیستم کلیسی حویضی و خارج شدن ادرار و مایع لواژ (که ممکن سلین باشد).

۳- پاره شدن کولون و یا جوف پلورا در هنگام ساختن مسیر از طریق جلدی .

Spiral C.T.

یک میتود انتخابی برای تشخیص عاجل سنگ های حالبی می باشد. یک میتود انکشافی بوده و در حال

پیشرفت است.

چوکات ۷۵.۱۷

کشیدن سنگ کلیه

▪ بسیاری از سنگ های کلیوی را می توانیم به تکنیک های غیر ترضیضی در صورتیکه وسایل در دسترس

قرار داشته باشد خارج نماییم.

شاک موج لیتوتریپسی خارج جسمی (ESWL)

با انکشاف لیتوتریپتورها تدابیر برای سنگ های کلیه انقلاب بوجود آمده که برای اولین بار در جرمنی توسط کمپنی **dornier** ساخته شده ماشین های زیاد با دیزاین های مختلف فعلاً قابل دسترس می باشد.

سنگ های طرق بولی ساختمان کرستالی دارد اگر این سنگ ها توسط شعاع با انرژی مؤثر بمبارد گردد به پارچه های خورد تبدیل می شود. ساده ترین قواعد آن ماشین **dornier** اصلی میباشد. که در آن امواج شاک توسط دیسچارج برقی که از یک آئینه بیضوی فوکس میگردد تولید می شود. مریض تحت کنترل رادیوگرافی قرار داشته تا سنگ تحت شعاع بسیار قوی و مؤثر باشد. این شعاع از طریق آئینه متذکره متمرکزی گردد. این امواج شوکی از طریق هوا ضعیف تر انتقال نموده و باید مریض و امواج شوکی تولید شده در حمام آبی شناور باشد.

ماشین عصری **ESWL** حمام آبی ندارد مایع محدود به طرق است که امواج شوکی از آن جریان دارد و به کلیه میرسد. خانه های **Piezoelectric** تهویوی سبب تولید امواج شوکی میگردد. تصاویر التراسوند نسبت به رادیوگرافی خوبتر کمک مینماید.

(شکل ۷۵.۲۶) این دستگاه به قسمت های مختلف تقسیم شده که انکشاف میکند. ماشین کمتر قوی و کمتر مؤثر در شکستادن سنگ بوده و چندین بار باید از آن استفاده گردد تا سبب پاک شدن سنگ شود. شاک های ضعیف دارای ضربه ضعیف بوده و به هر صورت این عملیه را میتوانیم بدون انیستیزی عمومی اجرا نماییم .

زمانیکه **ESWL** موفقانه اجرا شود پارچه های سنگ به سفلی حالب عبور مینماید. کولیک حالبی بعد از **ESWL** معمول است و باید برای مریض انالجزیک مناسب توصیه گردد مخصوصاً از ادویه جات غیر ستروئیدی و ضد التهابی مانند: دیکلوفیناک تجویز گردد.

اگر سنگ بزرگ باشد، پارچه بزرگ آن در حالب باقیمانده سبب بندش حالب می گردد. بخاطر جلوگیری از این حادثه ستینت حالبی تطبیق میگردد و سنگ های کوچک کلیه از طریق ستینت خارج می شود. نادراً پارچه ها متوقف شده در حالب را توسط یوریتروسکوپ بیرون کرده می توانیم (درپایان ذکر شده).

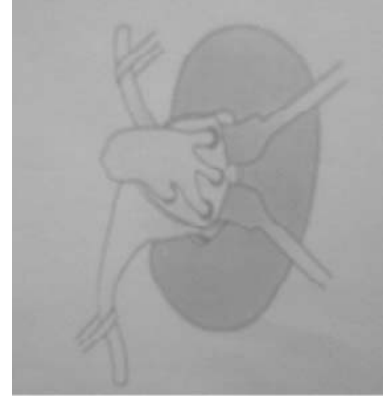
برعلاوه درد و بند ماندن سنگ درحالب انتانات نیز یکی از اختلالات این عملیه می باشد. بسیاری سنگ ها باکتری دارد زمانیکه سنگ شکستانده شود آنها آزاد میگردد. بهتر است که قبل از این عملیه انتی بیوتیک وقایوی توصیه گردد. درحالت بندشی جهت رهایی ساحه بندشی از تحت فشار ستینت و یا نفروستوم از طریق جلدی تطبیق شود. پاک شدن کلیه از سنگ ارتباط به قوام و موقعیت سنگ دارد. اکثراً اوکسالات و فوسفات خوب پارچه پارچه می گردد و اگر درحویضه موجود باشد در جریان چند روز صاف و پاک می گردد. نتایج سنگ های سخت خصوصاً سنگ های سیستین کمتر قناعت بخش است. زمانیکه سنگ های کلیس تدای می گردد باید برای مریض فهمانده شود که امکان دارد پاک شدن کلیه از سنگ ماه ها را دربر گیرد. در طولانی مدت علاقمندی زیاد مریضان نظر به نتایج خوب این عملیه زیاد گردیده. احتمالاً یک تعداد سنگ ها دوباره بوجود می آید. خصوصاً سنگ هاییکه به پارچه های خورد تبدیل میگردد بعد از تدای باقی می ماند امکان آفت دراز مدت کلیوی غیر معمول میباشد.



شکل ۷۵.۲۶ امواج شاکی لیتوتریپسی ایکستراکورپورال. الف (مریض بالای التراسوند لیتوتریپتر قرار دارند)، ب (قرار گرفتن برای کنترل التراسوند).

جراحی باز سنگ های کلیه (شکل ۷۵.۲۷)

عملیات برای سنگ های کلیه معمولاً از طریق ناحیه قطنی صورت میگیرد. تا زمانیکه کلیه متحرک نگردد و ساحه سوپیک وعای بخوبی تحت کنترل نباشد تمام پروسیجرها مشکل است.



شکل ۷۵.۲۷ جراحی باز سنگ کلیه

در اطراف قسمت علوی حالب یک Sling (تسمه) تطبیق می شود تا سنگ به سفلی مهاجرت نکند.

پیلولیتوتومی

پیلولیتوتومی زمانی استنباب گذاشته می شود که سنگ در حویضه باشد زمانیکه جدار حویضه کلیه از انساج مجاور و شحم آن تسلیخ گردید شق بالای محور طولانی حویضه بالای سنگ اجرا میگردد. سنگ توسط فورسپس سنگ صفا کشیده میشود. کوشش گردد که سنگ نشکند در غیر آن باز یافتن پارچه های آن مشکل میباشد. پارچه های سنگ در کلیس های محیطی می تواند توسط رادیوگرافی در زمان عملیات و یا با جس مستقیم و یا نفروسکوپ دریافت گردد. اگر انتان موجود نباشد جرحه حویضه را بصورت متقطع توسط مواد دوخت قابل رشف ترمیم می نماییم . اگر عفونت زیاد باشد بهتر است نفروستومی تطبیق گردد.

Extended pyelolithotomy (پیلولیتوتومی تمدیدی)

این عملیه طوریبست که شق بین سینوس کلیوی و جدار سیستم جمع کننده به طرف خلف کلیه تمادی می یابد. اوعیه بزرگ مجروح نمی گردد و اجازه می دهد تا به سیستم کلیسی شق تمدید گردد که برای کشیدن سنگهای بزرگ مرجان مانند کمک می نماید و سنگ بصورت مکمل کشیده می شود.

نفرولیتوتومی

اگر سنگ بزرگ که شاخه های آن به کلیس ها داخل شده باشد شق پیرانشیم کلیوی اجرا تا سنگ کشیده شده و کلیه پاک گردد. این عملیه زمانی ضرورت میشود که قبلاً مریض عملیات شده باشد و التصاقات در ناحیه حویضه کلیه موجود باشد و مداخله از طریق حویضه مشکل باشد اجرا می گردد. سوپق کلیه بصورت موقتی کلمپ شده تا خونریزی از انساج کلیه کمتر گردد. شق ها قسماً خلفی و موازی به قسمت متباز و سرحد محدبیت کلیه اجرا میشود در جائیکه شعبات نهائی شریان قدامی و خلفی باهم تفهم مینماید (Brodels line).

از سرد ساختن کلیه توسط بسته یخ، و یا به شکل حلقه یخ که زمان زیادتر کلیه را به اسکمی معروض نموده بدون اینکه آفت دایمی برای کلیه بوجود آید نیز درین عملیه استفاده میگردد. تمام شق ها را به

احتیاط تام توسط سوچرهای هیموستاتیک ترمیم نموده و مریض بعد از عملیات نیز از نظر خونریزی عکس العملی تحت مشاهده قرار گیرد.

بعضی اوقات که سنگ در سفلی ترین کلیس موقعیت داشته باشد و آفت انتانی انساج مجاور را ماوف ساخته باشد نفریکتومی قسمی ترجیح داده می شود. نفریکتومی زمانی استطباب گذاشته میشود که به اثر بندش کلیه تخریب شده و انتان با سنگ همراه باشد. خصوصاً در حالات که پیلونفریت زانتوگرانولوماتوز موجود باشد که به التهاب کتلوی سنگ ارتباط داشته باشد باید به احتیاط کشیده شود زیرا که با اعضای مجاور مانند کولون التصاق دارد.

تداوی سنگ های دو طرفه کلیوی

معمولاً کلیه که دارای وظیفه خوبتر باشد در ابتدأ تداوی شده و کلیه مقابل بعد از دو تا سه ماه عملیات گردد. استثناً اگر یکی از این کلیه ها بسیار دردناک باشد که نشاندهنده بندش است و یا در یکی از آنها پیونفروز موجود باشد باید دریناژ توسط نفروستومی از طریق جلدی اجرا گردد. در حالات سنگ های مرجان مانند بدون اعراض دو طرفه در نزد اشخاص مسن و ضعیف بهتر است عملیات نگردد. مریض تشویق گردد تا مقدار زیاد مایعات اخذ نماید.

جلوگیری از نکس سنگ های کلیوی

Frere jacques لیتوتومیست (سنگ شناس) مشهور در قرون وسطا اظهار نمود(من سنگ را کشیدم اما خداوند مریض را تداوی کند). وقتی که سنگ کلیوی کشیده شد مراحل جلوگیری نکس آن باید مد نظر گرفته شود. نزد مریضانیکه که کلیه های شان سنگ ساز باشد باید تحقیق شود تا فکتورهای میتابولیکی رد گردد. معمولاً نزد مریضان که سنگ کوچک و منفرد داشته باشند کمتر عملیات انجام میگردد. تمام مریضانیکه سنگ دارند ادرار شان باید از نظر انتان معاینه گردد. تحقیقات ذیل برای سنگ های دو طرفه و نکس کننده موثر است.

• تعیین کلسیم سیروم در حالت فاقگی سه مراتبه اجرا شده تا فرط فعالیت غداوت پاراتیروئید

تائید و یا رد گردد.

- تعیین یوریک اسید سیروم.
 - یورات و کلسیم فوسفات در ادرار ۲۴ ساعته تعیین، همچنین ادرار از نظر سیستین معاینه گردد.
 - تجزیه هر نوع سنگ که خارج می‌گردد اجرا شود.
- توصیه رژیم غذایی برای اشخاص که رژیم نورمال غذایی دارند جهت جلوگیری از نکس سنگ معمولاً مفید نیست. آنهایی که مقدار زیاد محصولات شیری مصرف میکنند (سنگ های کلسیم دارند). توت زمینی، آلو، رواش، اسفناج، مارچوبه نزد مریضان که سنگ های کلسیم دارند کمتر توصیه می‌گردد.
- مریضانیکه مصاب Hyperuricaemia می باشند باید از گوشت سرخ شده، ماهی، شکمبه که غنی از پیورین می باشد استفاده نه نمایند با Allopurinol تداوی گردند.
- تخم، گوشت ماهی و پروتین ها در مریضان که سیستن یوری داشته باشند محدود گردد.
- هیپوکرات گفته بود که موثرترین رژیم غذایی برای مریضان اخذ مقدار زیاد مایعات میباشد و ادرار شان را باید رقیق نگهدارند.
- تداوی دوائی آنقدر موثر نبوده در تعداد کمی مریضان که مصاب هایپرکلسیمیوریا ادیوپاتیک باشند موثریت دارد.
- Bendro flumethiazide پنج ملی گرام و رژیم غذائی محدود کلسیم توصیه گردیده تا مقدار کلسیم ادرار را تنقیص دهد (چوکات ۷۵.۱۸).

سنگ های حالب

تقریباً تمام سنگ های که در حالب به ملاحظه می رسد ابتدا در کلیه ساخته می شود. بسیاری سنگ های کوچک و منفرد بصورت خود بخودی از حالب خارج می‌گردد.

تظاهرات کلینکی (چوکات ۷۵.۱۸)

موجودیت سنگ و پایان آمدن آن در حالب اغلباً سبب کولیک حالبی متقطع می‌گردد.

چوکات ۷۵.۱۸

تشکل سنگ های نکس کننده

- تشکل سنگ دوباره در اشخاصیکه قبلاً سنگ داشته اند زیادتر معمول است.
- هرگاه سنگها از سبب تشوشات بیوشیمیکی خاص بوجود آید اخذ مایعات زیاد جهت جلوگیری از نکس سنگ و تنقیص وقوعات آن فوق العاده کمک می نماید .

قلنج حالی

سنگ های قسمت علوی حالب اعراض مشابه به سنگ که سبب بندش جنکشن حویضی حالی میشود دارد. زمانی که سنگ به طرف سفلی حالب پیش میرود انتشار درد به طرف ناحیه مغبنی، اعضای تناسلی خارجی، قسمت علوی ران ها بوده و فوق العاده شدید میباشد. در مرد ها از سبب سپازم عضلات کریماستر و حساسیت آن ممکن تا چند روز بعد از ختم کولیک درد ادامه یابد. زمانیکه سنگ در قسمت انترامورال حالب باشد درد الی نوک قضیب انتشار نموده و در هر دو جنس تبول دردناک میباشد.

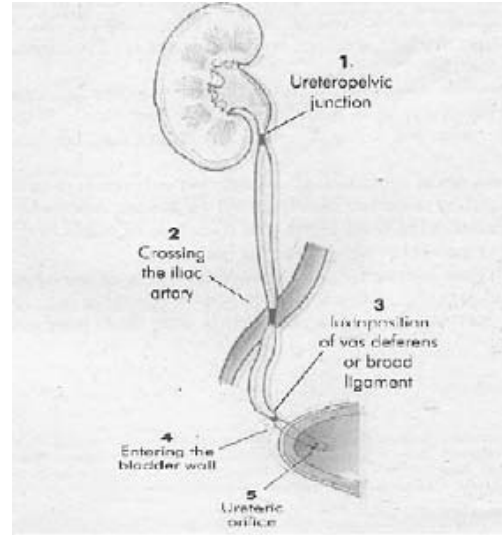
Impaction (سنگ چسپیده در حالب)

بسیاری سنگ ها بصورت خودبخودی از طریق حالب خارج میگردد لکن پنج ساحه متضیقه اناتومیکی در حالب موجود است که ممکن در آن ساحات سنگ توقف نماید (شکل ۷۵.۲۸).

زمانیکه سبب بندش گردد کولیک ها زیادتر به شکل درد ثابت و گنگ احساس شده که اغلباً در ناحیه حفره حرقفی احساس میگردد درد با حرکات زیاد و با استراحت آرام میگردد. توسع حویضه از سبب بندش ممکن سبب درد و ناراحتی ناحیه قطنی گردد. با گذشت زمان سنگ در جدار حالب جابجا گردیده از سبب فشار ایسکیمی ممکن تخریش و اذیما بوجود آید. تثقب حالب و ترشح ادرار خارج از مجرای حالب از جمله اختلاطات نادر میباشد.

درد شدید کلیوی یک یا دو روز دوام نموده و بعداً آرام میگردد که نشاندهنده بندش تام حالب توسط سنگ میباشد.

اگر یوروگرافی داخل وریدی و معاینه اولتراسوند اجرا گردد و نشاندهنده آن باشد که بندش یک الی دو هفته دوام نموده سنگ باید کشیده شود زیرا توسع دوامدار کلیوی بالاخره سبب اتروفی پرانشیم کلیه گردد.



شکل ۷۵.۲۸ تضیقات نورمال اناتومیک حالب (۱-۵)

هیماتوری

تقریباً هر حمله کولیک حالبی همراه با هیماتوری میکروسکوپی می باشد که ممکن برای یگروز و یا زیادتر دوام نماید. خونریزی فوق العاده شدید غیر معمول است و اگر موجود باشد نشاندهنده آنست که کولیک به اثر عبور علقات خون از حالب بوجود می آید.

معاینات بطنی

حساسیت و شخی در امتداد حالب بالای یکی از قسمت های مذکور موجود است اگر کولیک طرف راست باشد که باید با اپاندیسیت حاد و کولیسستیت حاد تشخیص تفریقی گردد. موجودیت هیماتوری اپندیسیت را رد کرده نمی تواند زیرا اپندکس التهابی موقعیت نزدیک به حالب دارد می تواند سبب یوریتیریت موضعی شده در نتیجه یک تعداد حجرات سرخ در ادرار ظاهر گردد. مریضان با کولیک حاد معمولاً درد فوق العاده شدید داشته و اعراض سیستیمیک کمتر دارند.

(Imaging) تصویر برداری

اکثریت سنگ های بولی رادیواپیک بوده که در رادیوگرافی ساده بطن قابل مشاهده میباشد. سنگ های بسیار خورد در امتداد حالب به مشاهده نرسیده و یا ممکن به اثر سایه محتوی امعا و یا نزدیک عظام مغشوش گردد. یوروگرافی داخل وریدی اجرا و مریض که درد داشته باشد تشخیص تأیید میگردد. در زمان کولیک و یا بعد از کولیک امکان دارد ادرار از طرف ماوف کم و یا هیچ اطراح نگردد. اتفاقاً ترشح ادرار مواد کثیفه سیستم متوسع شده بملاحظه میرسد. رادیوگرافی موخر تا ۳۶ ساعت بعد از زرق مواد کثیفه ممکن نشاندهنده توسع حالب بالاتر از سنگ باشد. یک سنگ رادیولوسنت یوریک اسید ممکن به قسم ضیاع امتلا در داخل مواد کثیفه معلوم گردد.

کسانیکه از انالجزیک ها زیاد استفاده میکنند ندرتاً اعراض دارند و یوروگرام کولیک کلیوی را رد مینماید و در صورتیکه در زمان حمله درد یوروگرام نورمال باشد مریض کولیک ندارد.

سیستوسکوپي طور روزمره اجرا نميگردد زمانیکه سنگ در ثلث سفلی حالب موجود باشد اگر سیستوسکوپي اجرا شود اذیما، کبودی، پیتیشیا یوروتیلیوم در دورادور فوحه حالبی به ملاحظه میرسد. ممکن سنگ در فوحه حالبی قابل دید باشد و میتواند عبور سنگ را از فوحه حالبی به داخل مثانه مساعد سازد. ریتروگراد یوریتروگرافی معمولاً به قسم فوری و مقدماتی انجام میگردد و سنگ بقسم اندوسکوپیک کشیده میشود لکن استفاده از آن اگر تشخیص مشکوک باشد بعد از یوروگرافی داخل وریدی انجام میگردد.

تداوی**درد**

ادویه ضد التهاب غیر ستیروئیدی مانند Diclofinac واندومیتاسین جای اوپیوم (اوپیات) را در تداوی خط اول کولیک کلیوی گرفته است. برای رخاوت عضلات ملسا ارزش پروپانتلین مورد مناقشه است.

خارج نمودن سنگ (جدول ۷۵.۵)

برای سنگ های کوچک توقع تداوی مناسب آنست که بصورت بالنفسیهیی خارج گردد. ممکن این پروسه تداوی ماه ها را دربرگیرد تا مریض برای مدت طولانی از حملات متکرر رنج نبرد، پیشرفت سنگ را در حالب توسط معاینات رادیولوژیک تعقیب کرده که هرشش الی هشت هفته تکرار گردد.

جدول ۷۵.۵ استطبانات جراحی برای کشیدن سنگ از حالب.

تکرار حملات درد و حرکت نکردن سنگ .

سنگ به مرور زمان بزرگ گردد.

بندش تام کلیه.

ادرار متتن گردد.

سنگ به اندازه بزرگ باشد که امکان خروج آن نباشد.

سنگ سبب بندش در یک کلیه واحد و یا در هر دو کلیه عامل بندش باشد.

کشیدن سنگ به طریقه اندوسکوپیک

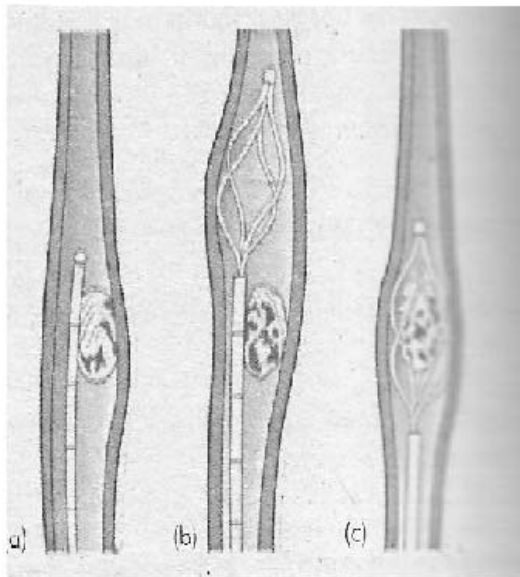
Dormia basket استفاده از سیم سبد تحت نظر تصاویر بوده که جای آنرا فعلاً تخنیک یوریتیروسکوپیی اشغال نموده و زمانیکه وسایل ضروری و متخصص رشته موجود نباشد عملیه مفید است. خطر عمده آن جروح حالب بوده و تحت کنترل رادیوگرافی صرف سنگ های خورد که پنج الی شش سانتی متر بالاتر از فوحه حالبی قرار داشته باشد این عملیه اجرا می گردد (شکل ۷۵.۲۹).

سنگ اغلباً در ساحه انترامورال حالب موقعییت میگیرد میاتوتومی حالبی اجرا میگردد بصورت احتیاط شق اندوسکوپیک که به وسیله چاقو دیاترمی فوحه حالبی بزرگ ساخته می شود تا سنگ خارج گردد. این عملیه ممکن سبب رفلوکس ادرار گردد اما نادراً به ملاحظه می رسد.

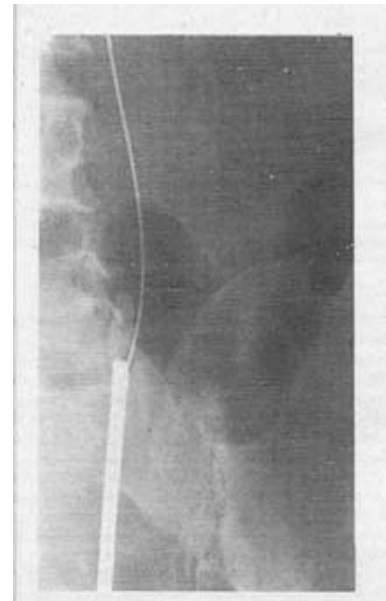
کشیدن سنگ توسط یوریتروسکوپ

یوریتروسکوپ یک اندوسکوپ طویل است که از طریق احلیل به مثانه و بعداً بداخل حالب می‌گردد (شکل ۷۵.۳۰). از این طریق برای سنگ های حالب که در داخل حالب بند مانده Impact (چسبیده) باشد استفاده می‌گردد.

سنگ های که توسط باسکت و یا اندوسکوپ گرفته شده نمی تواند تحت نظر مستقیم با استعمال الکتروهایدرولیک پارچه پارچه شده و ضربه توسط لیتوتریپتر لایزری وارد گردیده و بعداً کشیده میشود.



شکل ۷۵.۲۹ گرفتن سنگ توسط باسکت دورمیا: الف (باسکت بالاتر از سنگ عبور داده میشود)، ب (باسکت باز میشود)، ج (سنگ گرفته شده کشیده میشود)



شکل ۷۵.۳۰ یوریتروسکوپ، رادیوگرافی نشان دهنده یوریتروسکوپ و سیم رهنمائی کننده در قسمت سفلی حالب میباشد.

Push bang سنگ هاییکه در قسمت متوسط و یا علوی حالب قرار دارد توسط کتیرحالی اغلباً دوباره بداخل کلیه رانده می شود. تغییر موقعیت سنگ در کلیه مصون است و **J-stent** تطبیق گردد و بعداً مریض برای **E S W L** فرستاده شود. یوریتروسکوپ انحناپذیر فبرواپتیک بعضی اوقات در سنگ های خورد که در کلیه بوجود می آید استفاده می‌گردد.

Lithotripsy insitu

سنگ در یکی از قسمت های حالب که توسط سیستم تصویری لیتوتریپتر تثبیت میگردد میتوانیم به قسم **Insitu** به پارچه های خورد تبدیل نماییم. این نوع تداوی برای سنگ هاییکه برای مدت طولانی در حالب بند مانده و یا سبب بندش تام شده باشد مناسب نیست.

جراحی باز

یوریتیرولیتوتومی

برای تعیین موقعیت سنگ فوراً قبل از عملیه جراحی باز رادیوگرافی اخذ گردد. شق عملیاتی باید مناسب به موقعیت سنگ اجرا گردد. سنگ هاییکه درثلث علوی حالب موقعیت دارند طریق رسیده گی به آن مانند سنگ های حویضه بوده که شق مستعرض و کوادرانت علوی ناحیه قطنی اجرا میگردد. برای سنگ های قسمت متوسطه حالب از طریق قطع عضلات حفره حرقفی شق اجرا میگردد. و برای سنگ های ثلث سفلی بهترین شق نوع **Pfannenstiel** میباشد. برای سنگ های که فوق العاده نزدیک به مثانه باشد بسته کردن و دور ساختن سوپق وعائی مثانی بهتر است. حالب در خلف پریتون دریافت بالاتر و پایانتر از سنگ **Sling** (مهارج) میگردد تا از مهاجرت سنگ از ناحیه عملیاتی مانع گردد. شق حالب بصورت طولانی مستقیماً بالای سنگ اجرا شده و بعداً التصاقات آن به قسم کند تسلیخ و توسط فورسیپس سنگ خارج میگردد. کتیتر نرم از طریق همین جرحه به علوی و سفلی حالب داخل میگردد تا از باز بودن حالب مطمئن شویم شق حالب توسط مواد دوخت قابل رشف به قسم متقطع ترمیم و دریناژ ناحیه برای مدت یک یا چند روز جهت لیکاژ ادرار اجرا میگردد.

فبروز خلف پريتوانی اديوپاتیک

در این حالت یک یا هردو حالب به اثر پیشرفت فبروز احاطه می‌گردد که نادر می‌باشد. دلیل آن معلوم نیست اگر چه در بعضی اوقات ارتباط دوائی میداشته باشد.

تصاویر کلینیکی مشابه به اثر لیکاز انیوریزم ابهر و ارتشاح آفات خبیث خلف پريتوانی نیز بوجود آمده میتواند. مریضان از درد ناحیه ظهري که ماه ها دوام نموده و تخفیف نمی یابد شاکمی می باشند. حملات انیوری و عدم کفایه کلیه به اثر معاینات که صورت میگیرد آشکار گردیده و هایدرونفروز دریافت میشود. یوروگرافی اطراحی بصورت وصفی بیجا شده گی حالب بند شده را به طرف خط متوسط نشان داده و توموگرافی کمپیوتری وسیله تشخیصیه خوب میباشد. Sedimentation به صورت واضح بلند میباشد.

تداوی

امکان دارد ستینت حالبی تطبیق و الی زمانیکه وظایف کلیوی نورمال گردد گذاشته شود. در غیر آن نفروستومی از طریق جلدی تطبیق شده تا کلیه که مصاب بندش است دریناژ گردد. بعضی مریضان ضرورت به دیالیزو تعویض کلیه میداشته باشند. بعضی ها چنین ادعا دارند که باید این مریضان محافظ کارانه با ستروئیدها با دوز بلند تداوی گردند. تداوی جراحی شامل تسلیخ محتاطانه حالب از انساج مجاور یوریتیرولایز می باشد. پیچاندن ثرب کبیر در اطراف حالب آزاد شده سبب بندش دوباره میگردد.

انتانات کلیه (جدول ۷۵.۶)

اسباب

انتانات از طرق ذیل به کلیه میرسد.

- انتانات هیماتوجن از محل ابتدائی تانسلیها، کریس دندانها و یا انتانات جلدی خصوصاً از کاربونکل و دُمل به کلیه میرسد. توبرکلوز کلیه از طریق دموی از عقدات لمفاوی ناحیه عنق، صدر و بطن به کلیه میرسد.

- طریق صاعده زیاد ترین طرق سرایت را تشکیل میدهد اکثراً زمانی بوجود می آید که رفلکس مثانی حالبی موجود باشد. رکودت ادرار در موجودیت سنگ ها معمولترین فکتور مساعد کننده می باشد.

باکتریولوژی

عامل مرض اکثراً E.coli و دیگر گرام منفی ها می باشد. زمانیکه سترپتوکوک فیکالایس موجود باشد اکثراً با دیگر میکروب ها همراه می باشد. در موجودیت E.coli و سترپتوکوک ها ادرار اسیدی میباشد. انواع پروتیوس ها، و ستافیلوکوک ها سبب تجزیه یوریا گردیده و امونیا را میسازد که سبب ادرار قلوی و تشکل سنگ میشود.

جدول ۷۵.۶ انتان کلیوی

پیلونفریت حاد
در طفولیت
در حاملگی
همراه با بندش بولی
پیلونفریت مزمن
رفلوکس نفروپاتی
پایونفروز
آبسی کلیه
آبسی محیط کلیه

پیلونفریت حاد

پیلونفریت حاد زیاد تر در خانم ها معمول بوده خصوصاً در زمان طفولیت، بلوغ، بعد از مقاربت جنسی (به قسم یک اختلاط سیستیت ماه عسل) در زمان حاملگی و در اثنای مینوپوز به ملاحظه میرسد زیادتر در راست بوده و اغلباً دو طرفه میباشد.

تظاهرات کلینیکی

ممکن اعراض مخبره مانند سردردی، بی حالی، دلبدی موجود بوده و حملات درد معمولاً آنی بوده اغلباً با لرزه و یا شخی عضلات و استفراغات همراه می باشد. درد شدید ناحیه فالانک اپی کاندریم موجود است. در یک تعداد کم واقعات درد مشابه قلنج کلیوی می باشد. حرارت عضویت به ۳۸.۸-۳۹.۵ بلند رفته و بصورت تدریجی پایان می آید. اعراض سیستیت بعد از حمله با ارجنسی بوده، فریکونسی و دیسیوری سوزاننده موجود میباشد.

در معاینه حساسیت در هایپوکاندریم و ناحیه قطنی به ملاحظه می رسد. ندرتاً در حالات پیلونفریت شدید دو طرفه خصوصاً که همراه با بندش باشد تشوشات وظایف کلیوی ممکن سبب یوریمیا گردد (چوکات ۷۵.۱۹).

چوکات ۷۵.۱۹

تظاهرات کلینیکی انتانات کلیوی

- زیاد تر در خانم ها معمول است
- اغلباً با سیتی سیمیا همراه بوده سبب لرزه و تب میگردد
- مترافق با پیوری بوده و نادراً هیماتوری به مشاهده میرسد
- در ابتدا باید با انتی بیوتیک وسیع الساحه زرقی تداوی شروع گردد
- در صورتیکه بندش کلیوی موجود باشد بی نهایت خطرناک است

معاینات باکتریولوژیک ادرار

قسمت متوسط ادرار را در یک ظرف معقم جمع آوری نموده و ادرار سنترفیوژ شده و قسمت رسوبی آن بصورت میکروسکوپیکی مطالعه گردد. در شروع پیلونفریت حاد معمولاً یک مقدار کم قیح و زیاد باکتری موجود میباشد. ظاهراً ماکروسکوپیکی ادرار پاک بوده که به تشخیص غلط رهنمائی می نماید. زمانیکه انتان تاسس نماید در آن وقت ادرار مکدر و مملو از قیح می باشد. کلچر و انتی بیوگرام عامل مرض را واضح نموده و تداوی زرقی با انتی بیوتیک وسیع الساحه قبل از نتیجه کلچر توصیه گردد.

حالات وخیم

درینصورت لرزه تکرار گردیده و بعضی اوقات بدون آنکه نبض سریع گردد حرارت تا به ۴۰ سانتی گرید بلند می رود. درینصورت استفراغات، تعرق و تشنگی موجود بوده و مریض احساس ترس می نماید اگر نمونه خون خصوصاً در زمان لرزه اخذ گردد کلچر خون معمولاً مثبت می باشد.

تشخیص تفریقی

زمانیکه اعراض و علایم وصفی باشد تشخیص آسان است. در حالات که مریض سینه بغل، اپندیسیت حاد و یا کولیسیتیت حاد داشته باشد تشخیص مشکل است. باید پیلونفریت حاد از اپندیسیت حاد عاجلاً تشخیص تفریقی گردد و ساحه درد و موجویت ساحه پریتونیزم معمولاً برای تشخیص مرض دومی کمک می کند.

یک رادیوگرافی ساده بطن ممکن حدود کلیه را پندیده نشان دهد و اگر انتان شدید باشد سونولوژیست ماهر می تواند تظاهرات وصفی پیلونفریت حاد را تشخیص نماید.

حالات خاص (واقعات خاص)

پیلونفریت حاملگی

پیلونفریت حاملگی در خانم‌ها در ماه‌های چهارم الی ششم حاملگی رخ داده و زیادتر نزد خانم‌های که در تاریخچه خود انتان متکرر بولی را حکایه میکنند به مشاهده میرسد. در ده فیصد واقعات مرض فوق العاده شدید سیر داشته بعضاً سبب سقط و یا ولادت قبل الميعاد میگردد.

انتان بولی در طفولیت

تشخیص انتان در طفولیت فوق العاده مهم بوده زیرا خطر برای وظایف کلیه که در حالت نشو و نما می باشد دارد. در اطفال جوان ممکن اعراض کمتر باشد و ادرار طفل متن بوده مریضان که از نظر حرکتی غیر فعال و بی اشتها بوده و از تب نامعلوم شاکی باشند سپسیس بولی نزد آنها از تصور دور نیست. ممکن درد و ناراحتی فوق العاده در زمان تبول موجود باشد و اطفال بزرگتر امکان دارد از درد ناحیه قطنی که بعداً با فریکونسی و عدم اقتدار شبانه همراه میباشد حکایه نمایند. در ۵۰ فیصد واقعات اطفال مصاب به انتان طرق بولی آفات اناتومیکی میداشته باشند. زمانیکه تشخیص به اساس معاینات تأیید گردید اخذ نمونه ادرار به طریقه درست و یا از طریق فوق عانی توسط سوزن ادرار اخذ و معاینات اساسی یورولوژی انجام گیرد. در ۳۵٪ اطفال انتان متکرر طرق بولی کشف میگردد در یک تعداد مریضان رفلوکس از اثر فشار بلند مثانه‌های نیوروجنیک بوجود می آید که بصورت متقطع بوده می تواند و زمانیکه انتان فعال موجود باشد زیادتر میگردد. آفت کلیوی از اثر یکجا بودن انتان همراه با رفلوکس در مراحل ابتدائی زندگی به مشاهده میرسد. در انگلستان رفلوکس نفروپاتی اسباب معمول مرحله نهائی عدم کفایه کلیه میباشد. زمانیکه تشخیص توسط Micturating cystography تأیید گردید ادرار متن را می توان توسط انتی بیوتک مناسب از بین برد. انتاناتی که از اثر رفلوکس بوجود می آید تداوی دوامدار با انتی بیوتیک مناسب میتوان اجرا و از انتانات متکرر جلوگیری نمود.

عملیه غرس دوباره زمانی اجرا میگردد که تداوی محافظ کارانه موفقانه نباشد. و غرس دوباره در این مریضان که رفلوکس دارند اغلباً بدون نتیجه می باشد.

▪ در صورت تثبیت انتان طرق بولی اطفال باید به یورولوژیست اطفال رجعت داده شود.

پیلونفریت حاد همراه با احتباس ادرار

پیلونفریت حاد یکی از اختلاط غیر معمول احتباس مزمن ادرار است. اغلباً انتانات در اثنای تطبیق سامان آلات، تطبیق غیرمعمم کتیر و شرایط که توسط یک جراح کلیه مراعات می گردد اگر مدنظر گرفته نشود انتان داخل طرق بولی میگردد. مریضان که علایم بقایای ادرار بعد از تبول دارند باید به صورت وقایوی انتی بوتیک توصیه گردد تا عملیه های طریق احلیلی را تحت پوشش قرار دهد.

تداوی

تداوی پیلونفریت حاد باید سریع، مناسب و دوامدار باشد. تحقیقات مکمل برای رد نمودن انومالی های طرق بولی اجرا و هر چه زودتر حملات پیلونفریت تحت کنترل آورده شود. مثل اینکه در بستر خوابیده باشد مریض باید احساس راحتی نماید. در مدت که مریض برای نتیجه کلچر و انتی بیوگرام انتظار می کشد درین دوره انتی بیوتیک های وسیع الساحه مانند اموکسی سیلین ویا جنتامایسین (در صورت ضرورت داخل وریدی) توصیه گردد. اگر ادرار اسیدی باشد که زیادتر در انتانات مانند Coliform معمول است قلوئی ساختن ادرار توسط پوتاسیم سیترات ممکن است که مانع نشوونمای انتانات مذکور گردیده و مریض از سوزش ادرار رهائی یابد.

زمانیکه درد شدید باشد و ادویه انالجزیک غیر ستروئیدی ضد التهاب موثر نباشد از مورفین استفاده گردد. مریضان تشویق گردد تا مقدار زیاد مایعات اخذ نمائند و اگر دلبدی و استفراغ موجود باشد از طریق وریدی برای مریضان مایعات توصیه میگردد.

اکثر انتانات بولی که خارج از شفاخانه کسب میگردد زیاد تر مقابل ادویه جات مانند Trimethoprim و اموکسی سیلین حساس اند. انتانات که از شفاخانه سرایت میکند مقابل بسیاری از انتی بیوتیک مقاوم اند و

ضرورت می شود که تا از انتی بیوتیک های خط دوم و قیمتی استفاده گردد. جنتامایسین و کاربنی سیلین برای تداوی انتان طرق بولی مناسب میباشد انتانات که دارای مقاومت بلند میباشد مانند *Proteus spp* *Pseudomonas*, *Pyocyanus*, *Klebsiella spp* سپروفلوکساسین خاصاً مفید است. در مریضان که سیپتیسیمیا ندارند باوجود توصیه انتی بوتیک های عصری انتانات نکس مینمایند که در این مریضان انومالی ها، سنگ ها، احتباس ادرار و ریفلوکس مثانی حالبی موجود میباشد.

پیلونفریت مزمن

پیلونفریت مزمن اغلباً با ریفلوکس مثانی حالبی همراه بوده که میتوان آنرا ریفلوکس نوروباتی نامید. سبب عمده عدم کفایه کلیه را تشکیل داده و از سبب عدم کفایه کلیه مرگ فرا میرسد.

پتالوزی

از نظر پتالوزی التهاب بین الخلالی و ندبه پرائشیم کلیوی با انتشار ساحوی بمشاهده میرسد. در تبول های کلیوی ساحات سخت و تخریبی بوجود آمده که اتروفیک و متوسع میشوند. اما ساختمان گلوبول ها تا مرحله نهائی مرض نورمال باقی می مانند.

تظاهرات کلینیکی (چوکات ۷۵.۲۱)

پیلونفریت مزمن در خانم ها سه مراتبه زیادتیر نسبت به مردها معمول است. که ۳/۲ خانم ها پایانتر از چهل سالگی و ۶۰٪ مرد ها بالاتر از چهل سالگی به مرض فوق مبتلا میگرددند. اعراض غیر معمول بوده اما امکان دارد که این مریضان تا مرحله پیشرفته عدم کفایه کلیه بدون عرض باشند.

درد قطنی

درد گنگ و غیر وصفی در ۶۰٪ واقعات به مشاهده میرسد. ازدیاد فریکونسی و دیزیوری معمول است. در ۴۰٪ واقعات فرط فشار خون پیشرونده و خبیث که به آهستگی شروع و پیشرفت می نماید که نشاندهنده مریضی دوامدار می باشد به مشاهده میرسد. اعراض اساسی آن بی حالی، کسالت، بی اشتها، دلبدی،

سرردی بوده که در ۳۰٪ واقعات پرابلم عمده را تشکیل میدهد. اسباب حقیقی اعراض غیر وصفی ممکن سالها از نظر دور بماند.

چوکات ۷۵.۲۱

پیلونفریت مزمن

- اسباب معمول مرحله نهائی عدم کفایه کلیه میباشد
- اغلباً با رفلوکس حالبی همراه میباشد
- ممکن از نظر کلینیکی بدون عرض باشد
- سبب پیشرفت ندبه کلیوی میگردد

حملات تب به درجه پایان اغلباً ایجاب تحقیقات طرق بولی را مینماید که حالت فوق را واضح سازد. انیمی نورموکرومیک آفت کلیوی را واضح نموده و ندرتاً به مشاهده میرسد.

تحقیقات

زمانی که گلو میرول ها نسبتاً خوب می باشد پروتین یوری کمتر نسبت به گلو میرولونفریت به مشاهده میرسد. (کمتر از ۳ گرام روزانه). کاست ها معمولاً موجود نبوده لکن حجرات سفید فوق العاده زیاد است. معاینات باکتریولوژیک ادرار معمولاً موجودیت E-coli، ستریپتوکوک فیکالیس، انواع پروتئوس و یا انواع پسودوموناس را نشان میدهد.

تداوی

ممکن تداوی مشکل باشد و هدف عمده عبارت از رفع ساختن فکتور های مساعد کننده مانند بندش یا سنگ ها و تداوی انتانات با انتی بیوتیک مناسب بوده اغلباً کورس تداوی تکرار میگردد. متأسفانه یکبار که پرانشیم مصاب ندبه گردید زمینه مساعد برای انتانات هیماتوجن و انتان دوباره شده بعضی اوقات انتانات مختلف مقاوم بوجود می آید که نتیجه انتی بیوتیک صرف به صورت موقتی سودمند بوده و آفت کلیوی معمولاً رو به پیشرفت می باشد.

تداوی جراحی

زمانی استتباب دارد که آفت صرف در یک کلیه محدود باشد. که غیر معمول بوده لکن درین حالت نفریکتومی و یا نفریکتومی قسمی ممکن اعراض انتانی را متوقف سازد و فرط فشار خون را آسانتر کنترل نماید. یک تعداد مریضان در مرحله اخیر عدم کفایه کلیه ضرورت به تعویض کلیه میداشته باشند.

پایونفروزی

کلیه به کیسه های متعدد که حاوی قیح و ادررا قیحی است تبدیل میگردد. پیونفروز می تواند از سبب منتن شدن هایدرونفروز به تعقیب پیلونفریت حاد و معمولاً یکی از اختلالات سنگ های کلیه بوده و معمولاً یکطرفه می باشد.

تظاهرات کلینیکی

اعراض سه پایه کلاسیک آن انیمیا، تب و پندیده گی ناحیه قطنی می باشد. زمانیکه پیونفروز از باعث هایدرونفروز منتن بوجود آید کلیه فوق العاده بزرگ و نزد مریض تب بلند که همراه با لرزه می باشد به مشاهده میرسد و ممکن اعراض التهاب مثانه متبازر باشد.

تحقیقات (معاینات)

رادیوگرافی ساده ممکن نشاندهنده سنگ بوده و با التراسوند توسع کلیس ها و حویضه را نشان میدهد. یوروگرافی داخل وریدی ممکن وظیفه ضعیف و علایم هایدرونفروز را در طرف ماوفه نشان دهد.

تداوی

پیونفروز یک واقعه عاجل جراحی بوده مریض توسط آفت دایمی کلیوی تحدید گردیده و سیپتیسیمیا کشنده میباشد انتی بیوتیک زرقی باید فوراً تطبیق و کلیه دریناژ گردد. اگر قیح فوق العاده سخت باشد باید از طریق نفروستومی بزرگ جلدی اسپریشن گردد ویا نفروستومی باز ضرورت گردد. در واقعات که

سنگ موجود باشد باید سنگ کشیده شود. نفریکتومی زمانی اجرا میگردد که کلیه به اثر بندش دوامدار فوق العاده تخریب شده باشد و کلیه طرف مقابل وظیفه نورمال داشته باشد.

کاربونکل کلیوی

آبسی در پرانشیم کلیوی از سبب انتشار انتان هیماتوجن خصوصاً Coliform و یا Staphylococ aureus که در هر جای عضویت محراق آن موجود باشد تشکل مینماید. نادراً این حالت نتیجه انتان هیماتوما به تعقیب ترضیض کلیه می باشد. کاربونکل کلیوی زیاد تر نزد مریضان دیابتیک، استفاده کننده گان نا مناسب ادویه وریدی، آنهائیکه از سبب امراض مزمن کمتر فعال اند و معافیت پایان دارند به مشاهده میرسد.

تداوی

پرانشیم کلیوی حاوی کتله نکروتیک داخل کپسول می باشد .

علائم کلینیکی

پندیده گی در ناحیه قطنی که بخوبی سرحد آن تعیین شده نمی تواند، تب دوامدار، لوکوسیتوز و علائم که آبسی پیرینفریک را تقلید می نماید موجود است. در مراحل ابتدائی قیح و باکتری درادارار موجود نبوده و ممکن یکروز یا بعدتر از آن به مشاهده برسد. یوروگرافی نشاندهنده ساحه اشغال شده کلیه توسط کاربونکل میباشد که با ادینوکارسینوما کلیه در التراسوند و توموگرافی کمپیوتری مغالطه شده میتواند(شکل ۷۵.۳۱).



شکل ۷۵.۳۱ اسکن التراسوند طولانی از طریق قطب علوی کلیه چپ کاربونکل کلیه را نشان میدهد، و حدود آن توسط طحال تعیین میگردد.

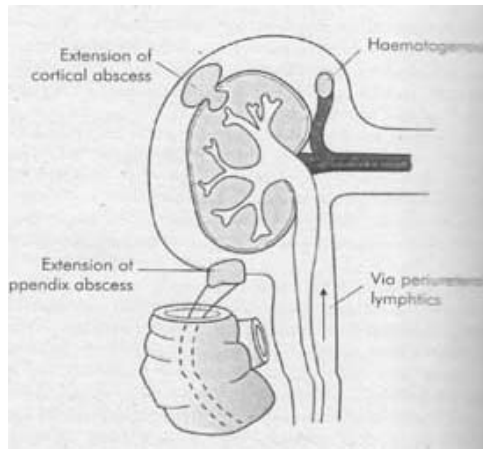
S=طحال

بتالوزی

صرف با تداوی انتی بیوتیک از بین رفتن آن غیر معمول است باز نمودن آبسی توسط شق ضروری بوده در صورت که قیح فوق العاده غلیظ باشد آسپریشن از طریق جلدی اجرا گردد.

آبسی محیط کلیوی

اسباب عمده آبسی محیط کلیوی در شکل ۷۵.۳۲ نشان داده شده. اسباب دیگر آن انتانات، هیماتومای محیط کلیوی و خارج شدن قیح پیونفروز و یا کاربونکل که تداوی نگردیده میباشد آبسی محیط کلیوی نوع میکوباکتریل از سبب انتشار عامل مرض از فقرات توبرکلوزیک مجاور بوجود می آید.



شکل ۷۵.۳۲ منابع آبسی محیط کلیوی

تظاهرات کلینیکی

اعراض و علایم کلاسیک آبسی محیط کلیوی، تب شدید، حساسیت بطنی، و پُری ناحیه قطنی میباشد (شکل ۷۵.۳۳). در صورتیکه انتان از قسمت سفلی شحم محیط کلیوی شروع به فعالیت نماید علایم موضعی در مراحل ابتدائی مرض ظاهر میگردد. حادثه انتانی در قسمت قطب علوی توسط اضلاع سفلی پوشانیده شده و علایم آن در ناحیه قطنی کمتر به مشاهده میرسد. از نظر لابراتواری حجرات سفید خون بلند بوده اما در معاینه ادرار قیح و باکتری به ملاحظه نمیرسد.



شکل ۷۵.۳۳ آبسی بزرگ محیط کلیوی

چوکات ۷۵.۲۲

اهتمامات آبسی محیط کلیه

▪ در صورتیکه تجمع قیح در داخل و اطراف کلیه با نفروستومی جلدی اسپریشن شده نتواند باید توسط عملیه جراحی دریناژ گردد.

در رادیوگرافی ساده بطن خیال عضله پسواس مغشوش میگردد. در اینجا ممکن یک انحنا عکس العملی که با یک مقعریت به طرف جوف آبسی همراه میباشد بلند بودن و حرکات محدود دیافراگم در طرف ماوفه دیافراگم بلند موقعیت داشته و حرکات آن به مشاهده می رسد. ممکن سنگ موجود باشد معاینه التراسوند و توموگرافی کمپیوتری در تشخیص مرض ارزشمند است.

تداوی

در صورتیکه تخلیه قیح از طریق جلدی توسط سوزن امکان نداشته باشد دریناژ باز ضرورت میشود شق ناحیه قطنی اجرا و انتی بیوتیک توصیه میگردد.

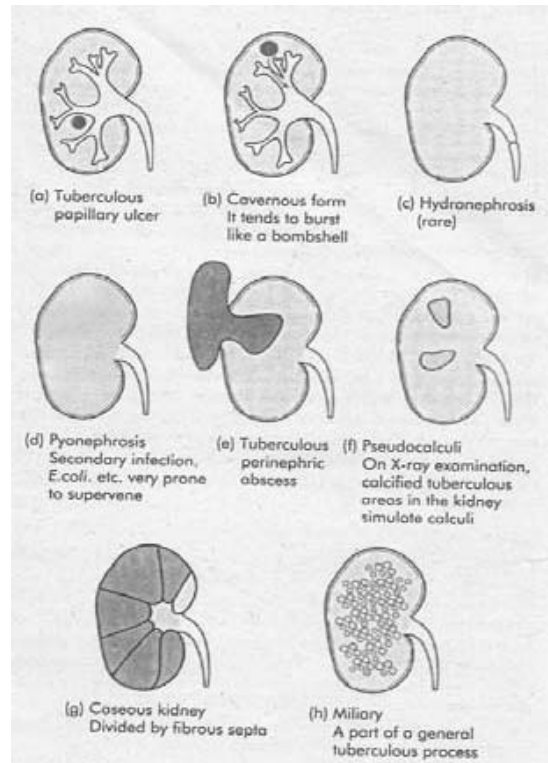
شق ناحیه باید به اندازه کافی بزرگ باشد که جراح بتواند جوف های آبسی را باز و همچنین اگر آبسی قشری بدون ریچر موجود باشد به درستی دریناژ کرده بتواند. نمونه قیح برای کلچر ارسال و جرحه در اطراف تیوپ درن بسته گردد.

توبرکلوز کلیه (چوکات ۷۵.۲۳)

اسباب و پتالوزی

توبرکلوز طرق بولی از اتانات هیماتوجن که از محراق دورتر از طرق بولی موجود است و اکثراً دریافت منشه آن غیر ممکن بوده و اغلباً آفت به یک کلیه محدود می ماند. یک گروپ گرانولومای توبرکلوز با هم پیوسته در پایرامید کلیوی قرار گرفته که سبب تشکل قرحه میشود. مایکوباکتری و حجرات قیحی بدخل ادرار میگردد. در صورتیکه تداوی نگردهد ساحه ماوفه بزرگ و آبسی توبرکلوزیک در پرانشیم کلیوی تشکل

میکنند. عنق های کلیس ها و حویضه کلیوی از اثر فبروز متضیق گردیده انتان را محدود نموده و در نتیجه پیونفروز توبرکلوزیک بوجود می آید که بعضی اوقات در یک قطب کلیه جابجا میگردد. پیشرفت پیونفروز و یا آبسی توبرکلوزیک کلیوی سبب بوجود آمدن آبسی محیط کلیه گردیده و بتدریج کلیه به مواد کزیبوز (Putty kidney) تبدیل شده وممکن کلسیفاید گردد که بنام کلیه سمنتی یاد میشود. در هر مرحله مرض رادیوگرافی ساده یکساحه کلسیفی(سنگ های کاذب) را نشان میدهد. ماوف شدن هر دو کلیه مصاب توبرکلوز کمتر معمول است که می تواند از اثر انتشار عمومی انتان جاورسی به وجود آید(شکل ۷۵.۳۴). توبرکلوز کلیه اغلباً با توبرکلوز مثانه و شکل وصفی گرانولوما در جدار مثانه به مشاهده میرسد. در مردها التهاب بربخ و خصیه توبرکلوزیک بدون انتان واضح مثانه ممکن به مشاهده برسد.



شکل ۷۵.۳۴ اشکال آفت در توبرکلوز کلیوی

توبرکلوز کلیوی

- زمانیکه اعراض مثانی با تداوی انتی بیوتیک بهبودی نیابد پیوری معقم موجود باشد باید توبرکلوز طرق بولی مد نظر باشد.
- التهاب مزمن سبب ندبه در تمام طرق بولی گردیده که ممکن بعد از تداوی توبرکلوز نیز باقی بماند.
- سبب بندش در سراسر طرق بولی شده می تواند.

تظاهرات کلینیکی

توبرکلوز کلیوی معمولاً در سنین ۲۰-۴۰ سالگی به ملاحظه رسیده و دو مراتبه در مردها نسبت به خانم ها بیشتر به مشاهده میرسد کلیه راست نسبتاً زیادتر نظر به کلیه چپ ماوف میگردد. فریکونسی ادرار اغلباً ابتدائی ترین عرض بوده و ممکن یگانه عرض باشد. مریضان از آن در جریان ماه ها شاکمی بوده و به تدریج زیاد گردیده فریکونسی روزانه و شبانه به مشاهده میرسد. پیوری معقم در مراحل ابتدائی ادرار کم رنگ و خفیف شفاف بوده و کلچر روزمره ادرار منفی می باشد.

درد

تبول دردناک در مراحل ابتدائی سیستیت توبرکلوزیک به مشاهده میرسد. در ابتدا درد ناحیه فوق عانه موجود بوده اگر ادرار به تاخیر انداخته شود بعداً سوزش ادرار به آن همراه میگردد. وقتی که انتان ثانوی اضافه گردد درد فوق العاده شدید که انتشار آن تا به نوک قضیب در مرد ها و در خانم ها به شفتان میباشد و اغلباً درد کلیوی کم بوده ممکن درد گنگ ناحیه قطنی موجود باشد.

هیماتوری

در پنج فیصد واقعات هیماتوری اولین عرض بوده از سبب تفرح پایلا کلیوی بوجود می آید تشخیص آفت توبرکلوز کلیوی از نظر رادیولوژی مشکل بوده و هم چنین در کلچر ادرار میکوباکتریوم تجرید شده نمیتواند زمانیکه حملات مرض تشدید گردد چند ماه بعدتر اعراض بوجود می آید. یک کلیه توبرکلوزیک ازیمائی، شکنند و زیادتراً آسیب پذیر نسبت به کلیه نورمال می باشد. اعراض اساسی معمولاً در توبرکلوز باختن وزن تب خفیف شبانه می باشد. تب بلند زمانی به مشاهده میرسد که انتانات ثانوی ضمیمه شده باشد و یا شکل منتشر توبرکلوز مانند توبرکلوز جاورسی بوجود آید.

در معاینات

کلیه توبرکلوزیک معمولاً قابل جس نمیباشد. پروستات، حویصلات منوی و محتویات سفن باید از نظر ضخامه و نودول ها معاینه گردد.

معاینات

معاینات باکتریولوژیک

برای معاینات باکتریولوژیکی حد اقل سه مراتبه ادرار صبحانه برای معاینه میکروسکوپیکی و کلچر قبل از شروع شیموتیراپی وصفی ارسال گردد. رنگ آمیزی برای سیدیمنت همراه با Ziel-Neelsen اغلباً نشاندهنده اسید فست باسیل بوده لکن برای اثبات میکوباکتری پتالوژیکی باید مدت زیاد انتظار کشیده شود. و کلچر در وسط Lowen Stein Jensen اجرا گردد. در صورتیکه منظره کلینیکی متقاعد کننده باشد تداوی ضد توبرکلوز شروع گردد و نتایج کلچر بعد از سپری شدن شش هفته پیش بینی میگردد.

رادیوگرافی

یک فلم ساده بطنی ممکن آفات کلسیفی را طوریکه قبلاً ذکر گردید نشان دهد.

یوروگرافی داخل وریدی

در مراحل بسیار ابتدائی مرض قطع واضح حدود نورمال پایبلا ممکن به اثر موجودیت قرحه ناحیه غیر مشخص را نشان دهد. بعدتر ممکن علایم تضیق کلیس ها به مشاهده برسد (شکل ۷۵.۳۵). و یا هایدرونفروز از سبب تضیق حویضه و یا دریناژ ناکافی ادرار از طریق حالب متضیق کلیه ماوفه دیده شود. که زیادتیر این علامه توسط ریتروگراڈ یوریتیروگرافی به آسانی واضح میگردد (شکل ۷۵.۳۶).

آبسی توبرکلوزیک بقسم فضائیکه توسط آفت اشغال شده تظاهر می نماید که سبب وسیع شدن کلیس های مجاور میگردد. مثانه متقلص معلوم شده جدار آن غیر منظم و یا ضخیم میگردد. در مراحل اخیر ممکن توسع حالب مقابل از سبب بندش جاییکه حالب از یک جدار ضخیم و ازیمائی مثانه عبور مینماید به مشاهده برسد.

سیستوسکوپی

سیستوسکوپی یک معاینه روزمره در مریضان توبرکلوز نمیباشد لکن اغلباً بخاطر دریافت هیماتوری و اعراض مثانی اجرا میشود. در مراحل ابتدائی مرض کدام علایم واضح به مشاهده نمی رسد لکن در مراحل بعدی دیده می شود که یوروتیلیوم مثانه توسط خوشه های گرانولوما خصوصاً که در اطراف فوحه حالبی تزئین گردیده اشغال شده. توبرکل ها ممکن با هم یکجا شده سبب بوجود آمدن قرحه توبرکلوزیک گردد. وقتی که فبروز جدار مثانه بوجود آمد ظرفیت مثانه کم میگردد. تقلص حالب فبروتیک سبب کشش فوحات حالبی گردیده وبه علوی بیجا میشود فوحه آن بصورت وسیع باز شده که بنام فوحه حالبی Golf hole یاد میگردد.



شکل ۷۵.۳۵ یوروگرام داخل وریدی نشان دهنده آفت موضعی توبرکلوز همراه با هایدروکلیکوز میباشد. شفایابی آن با تداوی محافظوی میباشد.

شکل ۷۵.۳۶ ریتروگراد یوریتیروگرام نشان دهنده توبرکلوز پیشرفته کلیه راست میباشد که تضیقات



متعدد حالی و تخریبات واضح در کلیه به مشاهده میرسد.

رادیوگرافی صدر

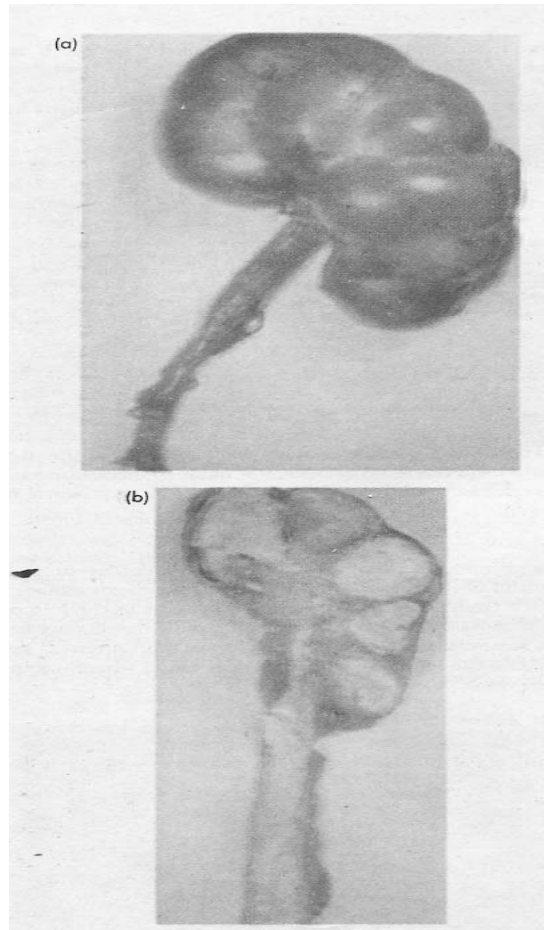
رادیوگرافی صدر اجرا شده تا آفت فعال ریوی رد گردد.

تداوی

شیموتراپی ضد توبرکلوز بهترین اهتمامات بوده که توسط دکتور مجرب ادویه عصری و جدید رژیم دوائی با در نظر داشت عوارض جانبی توصیه میگردد. جراح باید مطمئن شود که وضعیت طرق بولی در جریان هفته های اول بهبود یافته بخاطریکه تضیقات حویضه و حالب ممکن بعد از تداوی نیز ادامه یابد در صورت که نکس نکند و مریض کورس شیموتراپی مکمل را تعقیب نماید انذار توبرکلوز کلیوی خوب است.

تداوی جراحی

تداوی جراحی حتی الامکان محافظوی باشد هدف آن عبارت از دور نمودن محراق های بزرگ انتان که با تداوی طبی مشکل است و اصلاح بندش که به اثر فبروزیس به وجود آمده است میباشد. مساعدترین زمان برای جراحی بین هفته های ۶-۱۲ شروع تداوی شیموتراپی ضد توبرکلوز میباشد. جراح به گنجینه های از پروسیجرها ضرورت دارد که با اثرات توبرکلوز بولی انجام دهد. در بندش کلیس های قطب سفلی ممکن به قسمت علوی حالب دریناژ گردد. حویضه متضیقه به پیالوپلاستی ضرورت دارد تضیق و کوتاه بودن حالب ممکن به عملیه Boari و یا استفاده از امعا صورت گیرد که ارتباط به وسعت و سویه فبروز دارد در صورتیکه کلیه غیر فعال باشد. بهترین عملیه عبارت از نفرویوریتیریکتومی میباشد (شکل ۷۵.۳۷). مثانه متقلص که بصورت دوامدار وظیفه اجرا نتواند ضرورت به سیستوپلاستی دارد که مثانه جدید از لوپ امعا ساخته میشود.



شکل ۷۵.۳۷ (الف و ب) نمونه نوروبلاستوما کلیه تخریب شده از سبب پیونفروز توبرکلوزیک میباشد.

تومور های کلیه جدول (۷۵.۷)

تومور های سلیم

ادینوما

ادینوما های قشری نخود مانند اتفاقاً بعد از فوت اشخاص توسط معاینات کشف شده و یا بصورت تصادفی در اثنای معاینات رادیولوژیکی تشخیص میگردد. اینها بدون عرض بوده طوریکه تعریف میگردد سلیم میباشد.

انجیوما سبب هیما توری فراوان گردیده که اغلباً در کاهلان جوان به مشاهده می رسد. بدون انجیوگرافی کلیوی ساحه خوندهنده به مشکل تعیین میگردد.

انجیومیولایپوما

یک تومور غیر معمول بوده که اغلباً همراه با Tuberos Sclerosis میباشد. حاوی زیاد شحم بوده یک منظره خاص در توموگرافی کمپیوتری نشان میدهد.

ندرتاً عناصر خبیث موجود بوده که در چهارم حصه آن به مشاهده رسیده و سبب میتاستاز میگردد.

جدول ۷۵.۷ تومور های کلیه

تومور های سلیم
ادینوما
انجیوما
انجیومیولایپوما
تومور های خبیث
ویلمس تومور (نفروبلاستوما اطفال)
گراوتس تومور (ادینوکارسینوما، هایپر نفروما)
ترانزیشنل سل کارسینوما حویضه کلیه و قنات جمع کننده
سکواموس سل کارسینوما حویضه کلیه

تومور های خبیث

تومورهای سلیم کلیه نادر است بهترین قواعد آنست که تمام تومورهای کلیه از نظر کلینیکی به قسم تومور های خبیث تداوی گردد. این ها بین سنین ۷- ۴۰ سالگی غیرمعمول است .

نیوپلازم کلیوی در اطفال

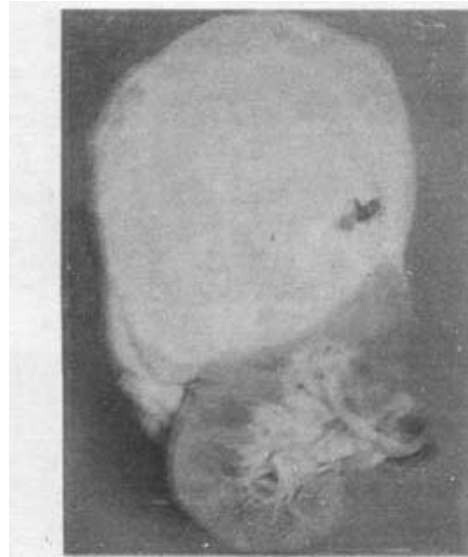
نفروبلستوما یا تومور ویلمس (چوکات ۷۵.۲۴ و شکل ۷۵.۳۸)

یک تومور مختلط اپیتل و نسج منظم بوده که از نسج نفروجنیک جنینی منشه میگیرد. تومور معمولاً در جریان چارسال اول حیات طفل کشف میگردد. این ها معمولاً در یک یا هر دو قطب یک کلیه میباشد ندرتا این تومور دو طرفه بوده که پرابلم کلینیکی را در قبال دارد.

چوکات ۷۵.۲۴

تومور ویلمس یا نفروبلستوما

- معمولاً در چارسال اول حیات تظاهر می نماید.
- بصورت وصفی با کتله و هیماتوری مترافقی می باشد.
- به ریه ها میتاستاز میدهد.
- بهترین تدایوی توسط متخصص اطفال و بخش انکولوژی اجرا میگردد.



شکل ۷۵.۳۸ تومور ویلمس

پتالوژی

سطح قطع شده تومور خاکی و یا گلابی رنگ سفید میباشد. این تومور سریعاً نمو نموده و از نظر قوام نرم و شکنند می باشد. از نظر میکروسکوپییک تومور متشکل از حجرات اپیتیل و نسج منظم بوده ندرتا حاوی

جزایر عظمی، غضروف و فایبر عضلی می باشد. بعضی از عناصر درین حجرات مختلط ممکن مقابل رادیوترابی کمتر نسبت به دیگران حساس باشد.

تظاهرات کلینیکی

به شکل یک تومور بطنی که به سرعت بزرگ میگردد ظاهر شده که وضعیت عمومی طفل را به مرور زمان خراب میسازد. در مقایسه با یک مریض لاغر کتله فوق العاده بزرگ میباشد. تب در نصف مریضان به مشاهده میرسد وقتی که تومور کشیده شود تب از بین میرود. هیماتوری، دلادت به انتشار تومور به حویضه کلیه مینماید که عواقب خوب ندارد. تصاویر در اولتراسوند، یوروگرافی، توموگرافی کمپوتوری کتله جامد که یک قسمت کلیه را اشغال کرده تأیید میگردد. میتاستاز در مراحل ابتدائی بوقوع میرسد که عمدتاً از طریق وریدی به ریتان انتشار مینماید. در کبد و عظام نادراً میتاستاز داده اما در دماغ میتاستاز زیادتر می باشد. انتشار از طریق لمفاوی غیر معمول است. میتاستاز در عظام در تشخیص نیوروبلاستوما واضح بوده و تومورهای دیگر کلیوی در طفولیت تداوی آن مشابه به تداوی تومور ویلمس میباشد.

تداوی

بهتر است این اطفال در سرویس تخصصی تحت تداوی قرار گیرند. هر قدر زودتر نفریکتومی اجرا شود بهتر است و بعداً با تداوی شعاعی همراه ویا بدون شیموترابی تعقیب گردد. نفریکتومی قسمی وقتی اجرا شود که تومور در هر دو کلیه موجود باشد.

انذار

پایانتر از یکساله در ۸۰٪ واقعات دوام حیات پنج سال است لکن در اطفال بزرگتر انذار خرابتر است نکس مرض معمولاً در جریان یکسال بوقوع میرسد و طفل تا ۱۸ ماه ویا زیادتر از آن با تداوی امکان دارد زنده بماند.

تومور های کلیه کاهل

(چوکات ۷۵.۲۵) هایپرنفروما یا تومور گراویتس

این تومور ادينوکارسینوماي کلیوی بوده که زیاد ترين تومور کلیه (۷۵٪) را تشکیل میدهد. از حجرات توبولر کلیوی منشه میگیرد. ازینکه کارسینوما از ادينوما که قبلاً موجود بوده منشه بگیرد قابل مناقشه است.

پتالوژی

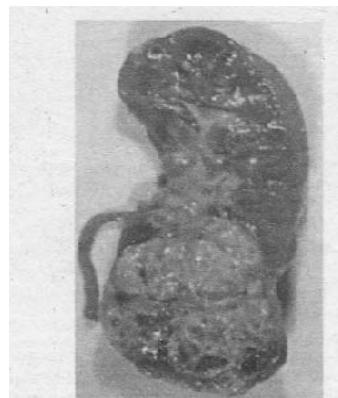
بصورت متوسط تومورها کروی بوده اغلباً قطب های کلیه را اشغال نموده و زیادتر در قطب علوی به مشاهده میرسد. معمولاً کمتر در حویضه بوجود می آید.

چوکات ۷۵.۲۵

ادینو کارسینوماي کلیه

- اغلباً با هیما توری تظاهر مینماید.
- ممکن با تب همراه بوده که منشه آن معلوم نیست هایپرکلسمیا ، پولی سائیمیا و دیگر علایم Paraneoplastic و کمخونی مترافق باشد.
- میتاستاز آن از طریق خون به عظام ، کبد ریه (Cannonball ثانوی) میباشد.
- ورید کلیوی توسط تومور اشغال گردیده که ممکن در اثنای نفریکتوی امبولی سیستم ریوی بوجود آید.

سطح قطع شده تومور معمولاً زرد و یا خفیف سفید است نیمه شفاف بوده ساحات هیموراژی در آن دیده میشود (شکل ۷۵.۳۹). اغلباً توسط حجابات فبروتیک تومور به فصیصات تقسیم گردیده و بعضی از آنها سیستیک میباشد. تومور های بزرگتر ساختمان غیر منظم داشته و همراه با مرکز هیموراژیک و نکروتیک میباشد.



شکل ۷۵.۳۹ ادینوکارسینومای کلیه

ساختمان میکروسکوپی یک تومور زیادترین نمونه ساحات جامد حجرات Polyhedral و مکعبی بوده که با تلون درست به مشاهده میرسد. حجرات دارای هسته های کوچک و مدور که سایتوپلازم شان حاوی زیاد شحم، کولسترول و گلیکوژن میباشد. نادراً حجرات به قسم سیست های پاپیلری و یا توبولی دیده میشود که حجرات گرانولر (تیره) و بعضی اوقات حجرات شفاف و تاریک کمتر معمول است در تومور به مشاهده میرسد. در تمام حالات ستروما کم بوده لاکن دارای زیاد اوعیه بزرگ میباشد.

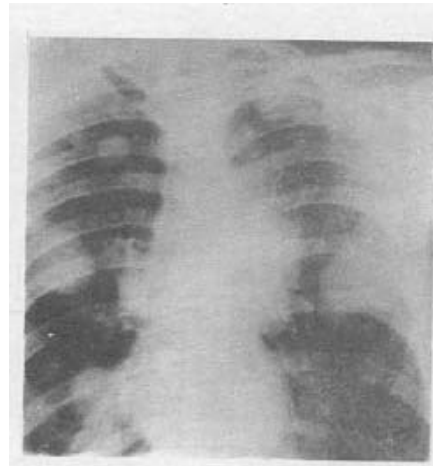
انتشار

تومور تمایل زیاد دارد که به داخل ورید کلیوی نشو و نما نماید. پارچه های نشوونما کرده بداخل دوران گردیده و بالاخره به شش ها و در جای که نشوونما میکند به شکل cannonball ثانوی جابجا میگردد (شکل ۷۵.۴۰).

میتاستاز درعظام نیز رخ میدهد و بصورت ثانوی در ریه ها و استخوان های طویله جابجا گردیده که این انتشار امکان دارد سالها را در بر بگیرد و یگانه علایم میتاستاز بعیده باشد. میتاستاز وعائی فوق العاده زیاد است. اگر تومور خارج از کپسول کلیوی گردد درینصورت از طریق لمفاوی در ناحیه سویق کلیوی وبه عقدات لمفاوی محیط ابهر انتشار میکند.

تظاهرات کلینیکی

هایپرنفروما در مردها نسبت به خانمها دو مراتبه بیشتر دیده میشود. هیماتوری معمولاً یکی از اعراض آن بوده که بعضاً از سبب علقات با کولیک همراه میباشد. ممکن یک احساس گنگ و ناراحتی بطنی و کتله ناحیه قطنی قابل جس باشد. در مردها بوجود آمدن سریع واریکوسل از سبب فشار بالای ورید کلیوی چپ بوجود می آید بخاطریکه ورید خصیه چپ در جائیکه با ورید کلیوی چپ یکجا میگردد بندش بوجود می آید.



شکل ۷۵.۴۰ کانوبال ثانوی از سبب هایپرنفروما

تظاهرات غیر وصفی

در ۲۵٪ واقعات اعراض موضعی موجود نمیشد. مریض از اعراض ثانوی تومور مانند دردهای عظمی، بزرگ شدن عظام طویل (شکل ۷۵.۴۱)، کسرهای پتالوژیک، سرفه های دوامدار و یا هیموپتیزی شاکی میباشد. ندرتاً تب دوامدار (۳۷.۸ تا ۳۸.۹) یگانه عرض میباشد. شواهد انتانی به مشاهده نمیرسد. موجودیت تب دوامدار بعد از نفریکتومی نشاندهنده میتاستاز میباشد. یکتعداد کم مریضان با اعراض کلاسیک مانند انیمیا مراجعه می نمایند.

در ۴٪ واقعات از سبب تولید اریتروپویتین توسط حجرات توموری پولی سایتیمیا به ملاحظه میرسد. در پولی سایتیمیا ESR همیشه بلند بوده همیشه بلند بوده یک الی دو ملی متر در سایتیمیاویرا بلند دریافت میگردد.

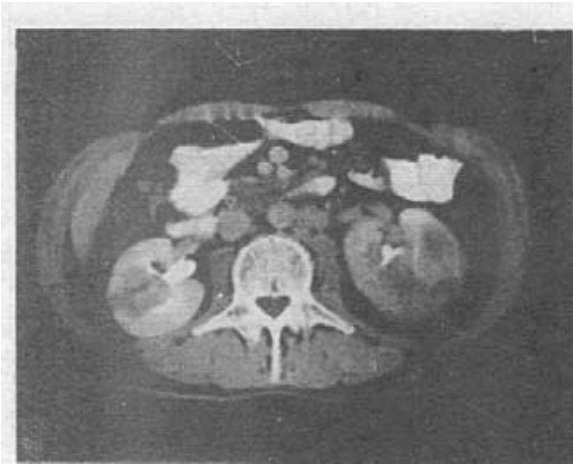
معاینات خون بعد از نفریکتومی حتی اگر میتاستاز هم موجود باشد به حالت نورمال برمیگردد. دیگر هورمون ها مانند رینین و کلسی تونین ممکن توسط حجرات توموری تولید گردد. هایپرکلسیمیا معمول است سندروم نفروتیک نادراً درین مریضان راپور داده میشود.



شکل ۷۵.۴۱ ارتیروگرام نشان دهنده اوعیه زیاد در فخذ از اثر میتاستاز ادینوکارسینوما میباشد.

معاینات

یوروگرافی داخل وریدی یکی از معاینات عمده برای دریافت هیماتوری میباشد. رادیوگرافی ساده بطنی ممکن Calcification را در تومور نشان دهد و حدود کلیوی غیر نورمال معلوم گردد که در نفروگرام تأیید میگردد کلیس ها کش شده و تخریب شده به مشاهده میرسد. و باید فهمیده شود که کلیه مقابل وظیفه اجرا مینماید یا خیر یک بار که کتله در کلیه بوجود آید جهت دانستن کتله جامد و یا سیستیک Scan اجرا شود. اولتراسوند عصری و جدید معلومات خوب در این مورد میدهد سی تی نشاندهنده انتشار آفت به عقدات لمفاوی سوبق و اشغال ورید کلیوی میباشد (شکل ۴۳-۷۵). از زمان که سی تی قابل دسترس است انجیوگرافی کلیوی کمتر استفاده میگردد که قبل از عملیات امبولایزیشن تومور کلیوی را نشان میدهد. ندرتاً Cavagram ارزشمند است که نشاندهنده اشغال ورید اجوف سفلی توسط تومور بوده که از طریق ورید کلیوی مصاب میگردد. رادیوگرافی صدر برای میتاستاز ثانوی در ریه ها اساسی میباشد. در ایزوتوپ اسکن عظام میتاستاز را در اسکلت نشان میدهد.



شکل ۷۵.۴۳ سی تی اسکن نشان دهنده دو طرفه
ادینوکارسینومای کلیه میباشد.



شکل ۷۵.۴۲ یوروگرام داخل وریدی در هایپرنفرومای کلیه چپ.
که عرض آن هیما توری بدون درد بوده. کلیس های علوی توسط تومور بیجا شده.

تداوی

اگر تومور محدود به کلیه باشد تداوی آن عبارت از نفریکتومی و کشیدن شحم محیط کلیوی میباشد. نفریکتومی را میتوان از طریق ناحیه قطنی و یا شق مستعرض و یا منحرف علوی بطنی اجرا نماییم. طریقه بطنی ارزشمند بوده زیرا میتوانیم ورید اجوف سفلی و قسمت سویق کلیه را به درستی تفتیش و مشاهده نماییم قبل از اینکه کلیه متحرک گردد در ابتدا سویق وعائی بسته گردیده زیرا امکان آن میرود که حجرات سرطانی داخل دوارن گردد. در مرحله اولی شریان کلیوی بسته گردد که البته از قدام مشکل است زیرا شریان در خلف ورید قرار دارد با بسته نمودن شریان کلیوی امکان خونریزی کمتر میرود. ورید به آهستگی جس شده که تشخیص گردد آیا در داخل لومن آن تومور موجود است یا نیست اگر خالی بود باید بسته گردد بعداً شریان کلیوی بسته و کلیه آزاد گردد.

خطرات خونریزی زمانی موجود است که اوعیه اضافی نیز کلیه را اروا نماید که باید مد نظر گرفته شود. حالب دریافت گردیده و از قسمت سفلی ترین بسته شود.

اگر ورید کلیوی و یا ورید اجوف سفلی اشغال شده باشد باید جراح متوجه ورید اجوف باشد اگر در صدر انتشار داشته باشد تیم جراحی قلبی باید خواسته شود و Bypass اجرا گردد و تومور از راست قلب اگر ضرورت باشد کشیده شود.

ادینوکارسینوما مقابل شعاع و شیموترایی حساسی نمی باشد درینصورت Cytokin و Interlukin استفاده میگردد.

انذار

با کشیدن بزرگترین تومور مریض صحت یاب میگردد. در ۷۰٪ واقعات قابل عملیات مریضان بعد از سه سال و ۶۰٪ بعد از پنج سال خوب میباشند. اشغال ورید کلیوی و شاخه های آن به قسم ماکروسکوپیک، انتشار آن، هجوم تومور خارج از کپسول و به عقدات لمفاوی انذار خراب دارد.

(شکل ۷۵.۴۴ Tumour of the renal pelvis- Papillary transitional cell)

مشابه به تومور های مثانه بوده و کمتر معمول است. تمایل زیاد دارد که به پرانشیم نفوذ نموده و دورتر میتاستاز بدهد که دارای محراقات متعدد باشد. تومور انتشار به لومن طرق بولی دارد به همین سبب تومور های متعدد حالبی بوجود میآید لکن تمایل زیادتر دارد تا به تمام قسمت های یوروتیلیوم انتشار یابد و سبب میتاپلازیا گردد. اینکه سبب آن کیمیاوی و یا ویروسی باشد در بسیاری حالات اسباب مرض معلوم نیست.



شکل ۷۵.۴۴ تومور حویضه کلیه نوع پاپیلری ترانزیشنل سل

اوصاف کلینیکی

هیما توری عرض معمول بوده که نسبت آن مریضان قبل ازینکه تومور قابل جس گردد به جستجوی دریافت کمک میباشند. چه تومور خوب قابل تفریق باشد و یا خفیف تفریق شده باشد معاینه ادرار برای دریافت حجات کانسری اجرامیگردد.

بعضی از شواهد برای خفیف تفریق شده موجود است که بهتر است یک کورس کوتاه مدت رادیوتیراپی قبل از جراحی توصیه گردد. بخاطر همین مهم است که این حجات دریافت گردد که نمونه بقسم بورس ویا توسط کنتیر که به داخل حالب تطبیق و تحت کنترل رادیولوژی اخذ گردد.

یوروگرافی داخل وریدی معمولاً نشاندهنده تومور میباشند (شکل ۷۵.۴۵). در صورتیکه در یورگرام معلوم نگردد ریتروگراد پیلوگرافی به تشخیص کمک میکند.



شکل ۷۵.۴۵ یوروگرام داخل وریدی یک ضیاع امتلا در حویضه کلیه چپ از سبب ترانزیشنل سل کارسینوما میباشند.

تداوی

تداوی کلاسیک آن نفروپورتیریکتومی است. حالب از قسمت جدار مئانه قطع میشود اگر این عملیه توسط جراحی باز صورت گیرد شق دیگر جهت نفریکتومی اجرا میگردد و یا درعوض فوحه حالبی بصورت وسیع توسط ریزیکتوسکوپ باز میگردد و کلیه توسط تسلیخ کند از شق قسمت علوی بطن کشیده میشود. اشخاص بی تجربه نباید این عمل را اجرا نمایند بعضی از یورولوگ ها عقیده دارند که تومور

ترانزیشنل خوب تفریق شده طرق بولی علوی مانند تومور های سطحی مثانه بصورت محافظ کارانه تداوی گردد. بهر حال قطع آن از طریق جلدی هنوز تحت مناقشه است باید طوری عمل گردد که از نشوونما تومور و غرس شدن آن در مسیر منفذ جلدی جلوگیری گردد.

Squamous cell Carcinoma of the renal pelvis

یک تومور نادر است که اغلباً همراه با التهاب مزمن و لوکوپلاکیا از سبب موجودیت سنگ می باشد. تومور مقابل شعاع حساس است اگر در مراحل ابتدائی سبب میتاستاز گردد انذار خراب دارد.

Transitional cell tumour of the ureter

این تومورها نادر بوده و مشابه به تومور حویضه است و تداوی آن نفروپوریتریکتومی میباشد نصف این مریضان که تومور طروق بولی علوی دارند در بعضی مراحل تومور مثانه نیز میداشته باشند این مریضان سیستمسکویی منظم و یوروگرافی ضرورت دارند تا نکس مرض کشف گردد.

بالکان نفروپاتی

وقوعات زیاد تومورحجرات ترانزیشنل طرق بولی علوی در ساحات دهاقین نشین یوگوسلاویا به مشاهده میرسد. این ها هم وقوعات زیاد داشته که شکل نفروپاتی ابتدائی دارد. اسباب اصلی مرض معلوم نیست ممکن ارتباط به مصرف محصولات دانه دار که در محیط مرطوب ذخیره میگردد داشته باشد در آنهایکه زمینه مساعد بالکان نفروپاتی دارد تومور انکشاف میکند تداوی محافظ کارانه اجرا گردد و بهر صورت تشوشات وظایف کلیوی را بار می آورد.

نفریکتومی در امراض سلیم

فعالاً نفریکتومی نادراً برای امراض سلیم کلیوی اجرا میگردد لکن نزد مریضانی که کلیه اتروفیک و یا Dysplastic و یا کلیه که سبب فرط فشار گردد نفریکتومی اجرا میشود. کلیه غیر فعال از سبب بندش دوامدار یا سنگ زمینه مساعد برای اتان وحتى خباثت میباشد باید نفریکتومی اجرا گردد بخاطریکه اینها در یوروگرام بدرستی دیده نمیشود بهتر است که نفریکتومی ساده اجرا شود.

در این نوع نفریکتومی کلیه تسلیخ گردیده بایک پلان مناسب بین کپسول و شحم که کلیه را پوشش نموده اجرا میگردد اگر این پلان اجرا شده نتوانست و مریض ندبه سابقه عملیاتی داشته باشد درایتصورت نفریکتومی تحت کپسولی مصون است نفریکتومی لپروسکوپییک بعضی اوقات که کلیه های کوچک از سبب امراض سلیم تخریب شده باشد امکان دارد لکن مهارت زیاد کار دارد. و ارزش این تداوی تحت مناقشه است.

فرط فشار خون و آفت کلیوی یکطرفه

اسکیمی پیرانشیم کلیوی سبب آزاد شدن مواد که سبب بلند رفتن فشار خون میگردد میشود. اگر آفت کلیوی در اثنای تحقیقات فرط فشار خون کشف میگردد نفریکتومی سبب تفریط فشار نميگردد درینصورت باید تداوی دوائی توصیه گردد.

برای مطالعه بیشتر

Campbell, M.E., Walsh, P.C., Retik, A.B. and Vaughan, E.D. (eds) (2002)

Campbell's Urology, 8th edn. W.B. Saunders, Philadelphia.

Tanagho, E.A. and McAnish, J.W. (eds) (2002) Smith's General Urology, 15th

edn. McGraw-Hill/Appleton & Lange, New York.

Weiss, G., Weiss, R.M. and O'Reilly, P.H. (eds) (2001) Comprehensive Urology.

Elsevier Science, Amsterdam.

فصل ۷۶

مثانه

اهداف مطالعه

- ارزیابی ارتباط آناتومی جراحی، اروا و تعصیب مثانه با تشوشات وظیفوی وتاسس مرض.
- تا بتوانیم ترضیضات مثانه را تصنیف بندی نموده، عدم اقتدار بولی و بوجود آمدن فیستول های بولی، قواعد و اهتمامات جراحی را دراین حالات دریافت نمائیم.
- دانستن اسباب معمولی احتباس حاد و مزمن ادرار و دانستن اهتمامات مثانه مریضان بعد از احتباس و مریضان مصاب به جروحات نخاعی.
- بتوانیم کانسره‌های مثانه را تصنیف بندی واز تفاوت میان آفات سطحی وتهاجمی آگاهی داشته باشیم.
- دانستن انتخاب تداوی بین امراض سطحی و تهاجمی و آگاهی در باره انواع مختلف تامین جریان ادرار به صورت غیر طبیعی.

آناتومی جراحی مثانه

مثانه توسط اپیتلیم انتقالی احاطه گردیده و یک نسج منظم را پوشانیده که بنام قمیص بالخاصه یاد میگردد. در کانسر مثانه حجرات توموری به قمیص بالخاصه انتشار می نماید که غنی از ضفیره های اوعیه لمفاتیکی بوده که میتواند به عضله دیتروزور انتشار کرده و تهاجمی گردد.

رشته های ملسا عضلات دیتروزور با هم آمیخته بوده و به فاصله های معین طبقاتی قرار نگرفته اند. وقتی که دیتروزور ضخامه میکند سبب بندش ناحیه خروجی مثانه میگردد. تشوشات عصبی مثانه و یا بی ثبات بودن دیتروزور، رشته های طبقه داخلی توسط یوروتیلیوم پوشانیده شده برجستگی آن از نظر اندوسکوپیک و رادیولوژیک به شکل تراپیکولیشن معلوم میگردد. سرحد تریگون جدا بوده و یک طبقه نازک عضله ملسا

که با اپیتلیوم بسیار صمیمی التصاق دارد به قسم یک پوشش در اطراف قسمت سفلی هردوحالب و بداخل احلیل پروکسیمال عبور می نماید.

در اطراف عنق مثانه در مردها عضلات معصره داخلی است که در وظایف جنسی رول عمده داشته و توسط رشته های الف ادرینرژیک تعصیب گردیده و از دفع معکوس جلوگیری مینماید. معصره احلیلی دیستل به شکل کتله نعل اسپ عضلات مخطط بوده که قدامتر و به فاصله دورتر از پروستات و یا در خانم ها در ۲/۳ احلیل پروکسیمال موقیعت دارد. معصره دیستل سوماتیک، عضلات مخطط کاملاً از زمین حوصله فرق دارد و توسط شعبات عصبی S2-S4 از Pudental منشه گرفته و همچنین اعصاب سوماتیک که از ضفیره سفلی هایپوگستریک مستقیماً میگذرد تعصیب میگردد.

صفاقات و وسایط تثبیتیه مثانه

چندین ساحه صفاقی که حوصله را احاطه نموده از نظر جراحی اهمیت زیاد دارد. خلفاً در اینجا تراکم صفاق داخلی حوصلی موجود است که با صفاق وحشی رکتیم تمادی دارد. اینها به انسی به طرف احلیل پیش رفته با صفاق که پروستات را احاطه نموده یکجا میگردد. این وریقات در زمان سیستیکتومی جذری دور ساخته میشود. در قدام وتر های Puboprostatic به خوبی مشخص میگردد. که تراکم قسمت قدام صفاق Endo Pelvic بوده که فوق العاده اهمیت جراحی دارد. هر کدام آنها از قسمت قدام پروستات تا به پریوست عانه تمادی دارد این ها در قسمت وحشی کامپلکس وریدی ظهیری قضیب قرار داشته و قسمت عمیقه آن التصاق صمیمی با اورده بزرگ دارد. وقتی که اینها دور میگردد بسیار مهم است که به طرف وحشی نگهداشته شود و بسیار نزدیک به عانه قرار دارد.

Urachus و شرابین از بین رفته هایپوگستریک همراه با التوات پریتوانی یکجا این ساختمان را میپوشاند که بنام وتر کازب مثانه یاد میگردد. تراکم صفاق در اطراف او عیه دموی مثانه را عبور کرده و به قسم سوپق های او عیه علوی و سفلی ساخته می شود.

شرابین

شریان سفلی و علوی مثانه از جزع شریان حرقفی باطن منشه میگیرد شعبات شرابین Obturator, Gluteal (در خانم ها شرابین رحمی و مهبلی) نیز در اروا مثانه سهم میگیرد.

آورده

آورده در سفلی و وحشی مثانه سبب تشکل ضفیره گردیده، در مردها ضفیره پروستاتیک بزرگ بوده که با ضفیره مثانی تمادی دارد و به ورید حرقفی باطن تخلیه میگردد.

سیستم لمفاوی

مجموع اوعیه است که به عقدات لمفاوی تخلیه شده که به امتداد اوعیه حرقفی باطن قرار گرفته که بعداً به زنجیر لمفاوی حرقفی باطن و Obturator تخلیه میگردد. بعضی لف ها به عقدات لمفاوی به عقدات عبور مینماید که خلف تر از شریان حرقفی ظاهر که بالای صفاق سکرال قرار دارد میریزد.

تعصیب (شکل ۷۶.۱)

اعصابیکه در تبول رول دارد قرار ذیل است.

پاراسمپاتیک Input

این نوع تعصیب یک جز فوق الهاده مهم بوده که از قسمت قدامی دوم، سوم و چهارم سگمنت عجزی (عمدتاً S₂, S₃) منشه میگیرد. این رشته ها از طریق عصب حشوی حوصلی عبور کرده به قسمت سفلی ضفیره هایپوگستریک میرسد که از آنجا به مثانه تقسیم میگردد ضفیره حوصلی درهنگام قطع رکتیم به آسانی متضرر شده که به تعقیب آن تشوشات تبول و فعالیت جنسی بوقوع می رسد.

اعصاب سمپاتیک

این اعصاب از یازدهم صدری تا به سگمنت فقره دوم قطنی منشه میگیرد. این رشته ها از طریق عصب هایپوگستریک پیریسکرال و زنجیرسمپاتیک به ضفیره سفلی هایپوگستریک رسیده که در قسمت وحشی رکتیم قرار دارد و از ان جا به مثانه سیر می نماید.

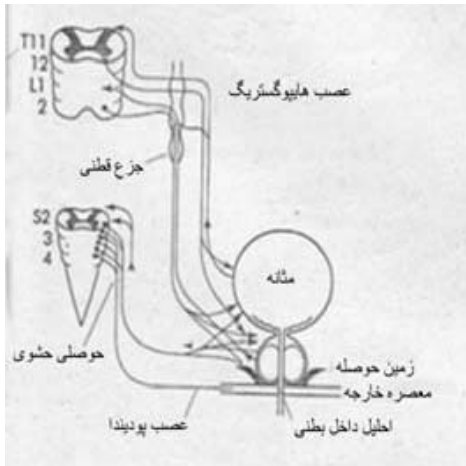
تعصیب سوماتیک

تعصیب سوماتیک مخانیکیت معصره بعیده از طریق اعصاب pudendus و همچنین رشته های آن از طریق ضفیره هایپوگستریک سفلی بدون اینکه Synaps کند به معصره بعیده میرسد.

اعصاب سمپاتیک سبب انتقال تنبهات موصله دردناک به تعقیب فرط توسع قسمت غور مئانه میگردد. دیگر موصله ها از غشای مخاطی که مسول تماس حرارت، درد و همچنین از عضلات دیتروزور و قمیص بالخاصه که مسول معلومات کشیش ناحیه از طریق اعصاب هایپوگستریک سفلی به رشته خلفی S2الی S4 میباشد به این موصله میرود. رشته های موصله از طریق پاراسمپاتیک حوصلی عبور مینماید. تبول نورمال در بصله و دماغ متوسط هیماهنگ گردیده که تقلصات عضلات دیتروزور به اساس نهی میکانیزم معصره خارجی تعیین میگردد.

انقطاع این مسیربامحافظت وظایف سکرال نخاع که از آنجا در نتیجه تقلص دیتروزور مشابهت داشته لکن مقویت فعال میخانیکیت معصره خارجی در زمان تخلیه نرم نمیردد که بنام Detrusor-

sphincter dyssnergia یاد میگردد.



شکل ۷۶.۱ کنترل عصبی مئانه. تبول قسماً عکسوی و قسماً عمل اختیاری است.

نقصان ولادی مئانه

مئانه ایکتوپیک (اکستروفی مئانه) (چوکات ۷۶.۱)

فکر میگردد که از سبب انکشاف نامکمل جدار قدامی بطن پایانتر از سره بوده که مترافق با انکشاف نامکمل جدار قدامی مئانه میباشد از سبب پاره شدن موخرغشای Cloacal بوجود می آید موجودیت

غشای مذکور از میزانشیمل متوسط جلوگیری میکند و سبب دور ماندن جدار قدامی بطن و معلوم شدن جدار خلفی مثانه در سطح خارجی میگردد.

چوکات ۷۶.۱

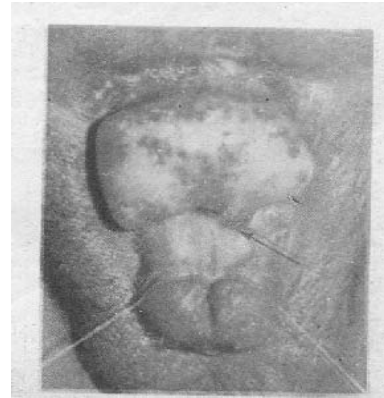
مثانه اکتوپیک

- به آسانی در زمان ولادت تشخیص میگردد.
- بر علاوه اکستروفی مثانه قضیب اپی سپادیک در مردها و در خانم ها بذر دو شفه بوده و احلیل باز میباشد.
- در نزد نوزاد غشای مخاطی مثانه بخاطر جلوگیری از ترخیصات باید توسط نازک مثانه ممکن توسط Saran wrap و یا Clingfilm پوشانیده شود.
- در مراحل ابتدای ارزیابی و تحت انستزی عمومی معاینه شده و این حالت در مرکز مجهز انجام گیرد.
- هدف از جراحی بسته کردن حلقه عظمی حوصلی، مثانه، احلیل خلفی و جدار بطن میباشد.
- اختلاط موخر عملیات عبارت از ظرفیت ناکافی مثانه بوده که بعدها ضرورت به دوباره ساختن و توسعه مثانه ضرورت میگردد.

علائم کلینیکی مثانه اکتوپیک

این انومالی در هر ۵۰۰۰۰ ولادت یک واقعه (تناسب مرد و زن ۱:۴ است). تظاهرات کلینیکی آن طوردیل میباشد.

- شکل ظاهری آن وصفی بوده (شکل ۷۶.۲) و نسبت فشار احشاه در خلف آن منظره وصفی میداشته باشد.
- کنارهای جدار بطن را میتوان جس کرد.
- سره موجود نیست.



شکل ۷۶.۲ مثانه اکتوپیک در یک مرد. قطرات ادرار از فوچه

حالبی چپ دیده میشود. تاج قضیب توسط رشته‌ها متکمش است.

در مرد ها قضیب کاملاً ایپی سپادیاتیک وسیعتر و کوتاه تر نسبت بحالت نورمال است و ممکن همراه با فتق دوطرفه مغبنی باشد. غده پروستات و حویصلات منوی بسیار ابتدایی، خصیه ها نورمال و اکثراً نزول کرده می باشد. در خانم ها بذر دو شفه و شفتان قداماً از هم جدا بوده و فوچه مهبلی معلوم میگردد. در هر دوجنس عظام عانه از هم جدا بوده که با یک وتر قوی باهم ارتباط دارد (شکل ۷۶.۳). این دیفیکت عظمی مشکلات ولادت را بار نیاورده و ولادت نورمال صورت میگیرد. خط ایبظ نیز وسیع می باشد. شکل نا مکمل ایپی سپادیازقضیبی و یا ایپی سپادیاز زنانه به ندرت به مشاهده میرسد. عظام عانه با هم منطبق نبوده اعضای تناسلی خارجی تقریباً نورمال است اگر چه در خانم ها بذر دو پله ئی میباشد.

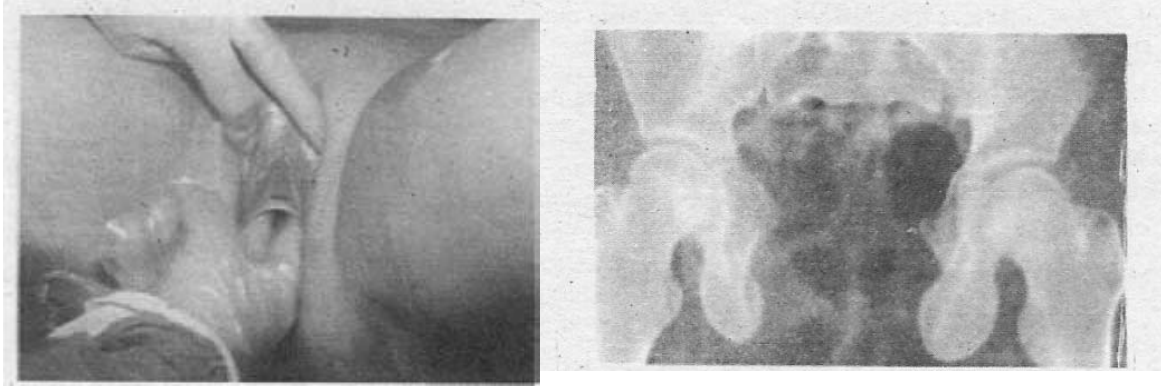
تداوی

بسته کردن مثانه، جدار بطن و Iliac osteotomy از جمله تداوی میباشد. در سال اول زنده گی مثانه بعد از Osteotomy هردو عظم حرقفی کمی جنبی تر از مفصل حرقفی عجزی بسته میشود. بعد تر ساختن عنق مثانه و معصره ضرور است. در بعضی مریضان مثانه ساخته شده کوچک بوده ایجاب متوسع ساختن را مینماید. انتخاب تداوی دیگر عبارت از تامین جریان ادرار از طریق غیر طبیعی بوده که در صورت ظرفیت ناکافی مثانه اجرا میشود. که میتوانیم تفمم یوریتیروسگموئید و یا ساختن Iliac conduit، colonic conduit و یا Content diversion اجرا نماییم اختلاط دوامدار اغلباً بعد از یوریتیروسگموئیدستومی به مشاهده میرسد که شامل اختلالات ذیل میباشد.

۱: تضییق ساحه مفاغمه داده شده بوده که با هایدرونفروز دو طرفه و انتان همراه میباشد.

Hyper chloraemic acidosis :۲

۳: ازدیاد خطرات (۲۰ مرتبه زیادت) تشکل تومور(ادینوما ، ادنیوکارسینوما) در ساحه تفمم حالی کولونی میباشد.



شکل ۷۶.۴ اپی اسپیدیازیس زنانه نقصان

شکل ۷۶.۳ جدا بودن عانه در مثانه اکتوپیک

معصره و بذر مضاعف

ترضیضات مثانه (چوکات ۷۶.۲)

انشقاق مثانه

انشقاق مثانه داخل پریتوانی (۲۰٪) و یا خارج پریتوانی (۸۰٪) می باشد(شکل ۷۶.۶ و ۷۶.۵).
انشقاق داخل پریتوانی مثانه به اثرافتیدن یا لگد و یا افتیدن بالای یک مثانه متوسع و مملو بوجود می آید.
درمرد ها نسبت به خانم ها زیادت به وقوع رسیده معمولاً در اشخاصیکه بیر مینوشند به مشاهده میرسد.
نادراً در اثر عملیه جراحی بوجود می آید.

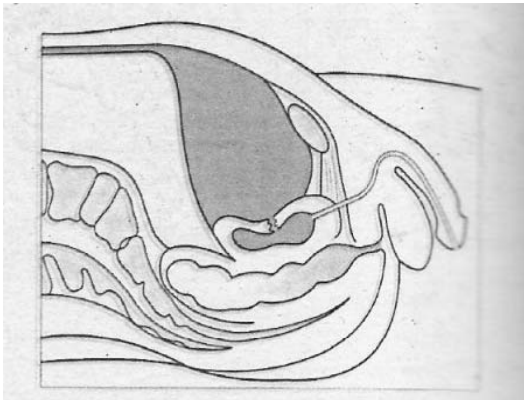
انشقاق خارج پریتوانی معمولاً از سبب کسر حوصله، یا بصورت ثانوی از اثر تراوماى شدید و یا جراحی بوجود می آید. هیماتوری شدید ممکن است به مشاهده برسد و یا معدوم باشد میتواند میکروسکوپیک هیماتوری موجود باشد. در حالات تراوما مشکل است تشخیص تفریقی گردد که آیا پریتوانی است و یا خارج پریتوانی (Chap 78).

انشقاق داخل پربتوانی با درد آنی و شدید در ناحیه هایپوگستریگ شروع شده که اغلباً با Syncope همراه میباشد. شاک بعدتر رفع شده و بطن به تدریج متوسع میگردد درین وقت شخص تمایل به ادرار کردن ندارد. پربتونیت دفعتاً تاسس نمی کند خصوصاً اگر ادرار پاک باشد درجات مختلف شخی بطنی در معاینات دریافت میگردد.

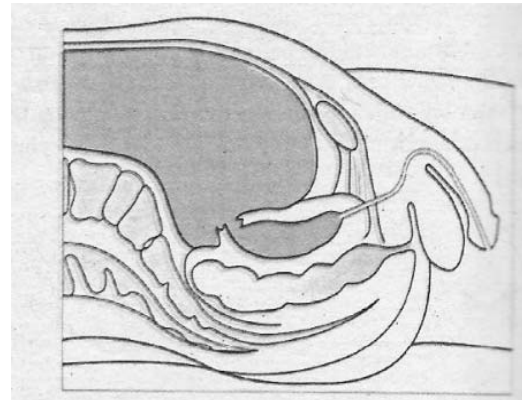
چوکات ۷۶.۲

ترضیض مثانه

- به دونوع خارج پربتوانی و داخل پربتوانی تصنیف بندی میگردد.
- اگر آفت عظام حوصلی مترافق با هیما توری باشد باید به انشقاق مثانه مشکوک باشییم.
- تشخیص آن با ریتروگرا د سیستوگرام میشود.



شکل ۷۶.۶ اکستراوازیشن خارج پربتوانی ادرار

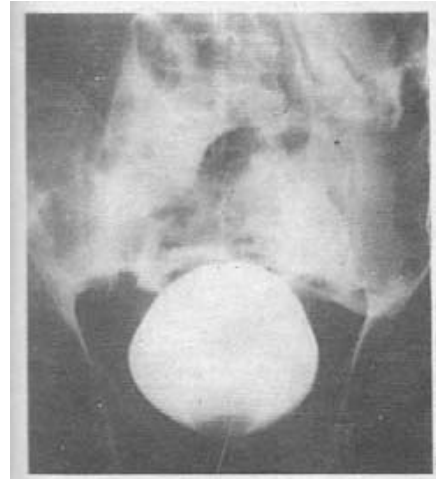


شکل ۷۶.۵ اکستراوازیشن ادرار داخل پربتوانی ادرار

معاینات

رادیوگرافی ساده بطن به وضعیت ایستاده در انشقاق داخل پربتوانی ممکن منظره شیشه مدور مایع را در قسمت سفلی بطن نشان دهد. یوروگرافی داخل وریدی لیکاژ مواد کتیفه را از مثانه نشان میدهد. تخلیه مایع پربتوانی در صورتیکه امکانات معاینات رادیولوژی موجود نباشد نیز با ارزش است. در صورتیکه در تشخیص مشکوک باشییم سیستوگرافی ریتروگرا د که یک عملیه مصؤن است انجام داده میتوانیم و به تشخیص کمک مینمایید. با اهتمامات درست آسیپسی یک کتیترنمبر ۱۴ داخل مثانه کرده

معمولاً ادرار خون آلود خارج می‌گردد. یک محلول ۶۰ سی سی Hypaque و یا Conry ۳۵٪ (۱۲۰ سی سی محلول معقم ایزوتونیک سلین داخل مثانه تطبیق و رادیوگرافی اخذ می‌گردد) (شکل ۷۶.۷). مهم است که تصویر مثانه به تعقیب دریناژ مواد کانترست گرفته شود زیرا مثانه پر سبب معدوم شدن ارتشاح خفیف می‌گردد.



شکل ۷۶.۷ سیستوگرام یک مریض سقوط بالای بطن و بوجود آمدن درد بطن. لیکاژ کانترست به داخل جوف پریتون دیده می‌شود.

تداوی انشقاق داخل پریتوانی مثانه (چوکات ۷۶.۳)

هدف عمده تداوی عبارت از دریناژ کافی مثانه است. تداوی مناسب عبارت از اجرای لپراتومی خط متوسط تحت سروی میباشد و ادرار توسط سکشن کشیده میشود و بعد از آن مریض به وضعییت Trendelenburg قرار می‌گیرد. حاشیه پاره شده گی که معمولاً در خلف قسمت غور مثانه موقعییت میداشته باشد منظم گردیده و به یک طبقه توسط مواد دوخت قابل رشف مانند Poly glactine 910 ترمیم می‌گردد. عملیات با اجرا نمودن سیستوستومی و تطبیق کتیتر احلیلی مثانی تکمیل شده و جوف بطن توسط سیروم سلین گرم و فراوان شستشو می‌گردد. بسیار نادر است که انشقاق مثانه از یک ساحه توموری مشکوک بوجود آید و در این صورت بهتر است که قبل از ترمیم ناحیه بیوپسی اخذ گردد.

اهتمامات تراومای مثانه

- تداوی تراومای مثانه ارتباط به نوع جرحه دارد.
- در جروحات خارج پریتنوانی مثانه برای ده یوم کتیتر داخل مثانه گذاشته شود.
- در جروحات داخل پریتنوانی مثانه لپراتومی اجرا جوف بطن لواژ پریتنوان و مثانه ترمیم و مثانه از طریق فوق عانی دریناژ گردد.

جروحات مثانه در جریان عملیات

جروحات مثانه در عملیات های ذیل احتمالاً بوقوع رسیده میتواند.

۱. در هر نیوتومی فتق مغربی و فخذی

۲. هستریکتومی چه از طریق بطنی و یا مهبلی اجرا گردد

۳. ایکسیزیون رکتوم

در دو عملیه آخر مثانه قبل از عملیات کتیترایز گردد تا خطرات به حد اقل برسد.

اگر جرحه در زمان عملیات تشخیص گردد مثانه ترمیم و کتیتر احلیلی مثانی برای مدت هفت یوم تطبیق شود. اگر در زمان عملیات تشخیص نگردد تداوی آن مانند انشقاق مثانه که در فوق ذکر گردید میباشد. زمانیکه تنقب مثانه به صورت تصادفی در جریان عملیه اندوسکوپیک ریزیکشن تومور مثانه بوجود آید و یا تنقب کپسول پروستات در زمان قطع پروستات از طریق احلیل رخ دهد تنقبات اکثراً خارج پریتنوانی میباشد. اگر در زمان عملیه تشخیص میگردد دریناژ مثانه بایک کتیتر بزرگ احلیلی مثانی اجرا و انتی بیوتیک مناسب توصیه میگردد اگر با وجود آن هم کتله ازسبب ترشح ادراار موجود باشد کتیتر خورد در خارج پریتنوان نزدیک مثانه جهت دریناژ گذاشته میشود. لپراتومی وقتی اجرا میگردد که انشقاق داخل پریتنوانی از سبب ریزیکشن یک تومور بزرگ مثانی در قسمت غور مثانه از طریق احلیلی بوجود آید.

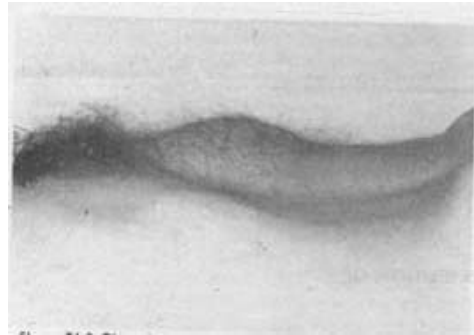
احتباس ادرار

احتباس ادرار چه حاد و چه مزمن باشد بالاخره سبب احتباس همراه با Overflow می‌گردد (در فصل ۷۷ در مبحث پروستات و حویصلات منوی مطالعه می‌گردد).

تظاهرات کلینیکی

احتباس حاد ادرار دارای تظاهرات کلینیکی ذیل می‌باشد.

- از مدت چندین ساعت ادرار خارج نمی‌گردد.
- مثانه قابل دید بوده با جس حساس و باقرع اصمیت می‌داشته باشد (شکل ۷۶.۸).
- نادراً پرولپس دیسک فقری سبب ماوفیت زنب الفرس گردیده که یکی از دلایل را تشکیل می‌دهد که با تعیین عکسه در اطراف سفلی و حسیت ناحیه عجان تشخیص می‌گردد.



شکل ۷۶.۸ موجودیت مثانه متوسع در نزد یک مرد همراه با احتباس ادرار.

تداوی

در بسیاری مریضان تداوی صحیح و درست عبارت از داخل نمودن کتیر احلیلی نازک (نمبر چهارده gauge فرانسوی که محیط آن به ملی متر تعیین گردیده) می‌باشد. و اهماتات یورولوژیکی بعداً مد نظر گرفته شود.

هرگاه نزد مریض احتباس ادرار بعد از عملیات بوجود آید اگر مرد و یا زن باشد آرام و در حمام گرم نگهداشته شود ممکن ادرار کرده بتواند. اگر مریض تاریخچه درست بندش ناحیه عنق مثانه را حکایه

میکنند در این صورت کوشش شود تا اهتمامات محافظوی با شرایط خاص اسپسی و انتی اسپسی تطبیق گردد (اشکال ۷۶.۹ و ۷۶.۱۲).

به تعقیب شستن دست ها تا آرنج دستکش معقم پوشیده شود. اعضای تناسلی خارجی توسط محلول انتی سپتیک صابونی پاک گردد. تیوپ که دارای ژیل لیدوکائین است داخل احلیل کرده و به مریض گفته شود که احساس پری ناحیه احلیل را مینماید و یا خفیف احساس درد مینماید اگر ژیل به آهستگی و یا تیوپ پلاستیک داخل احلیل گردد دردناک نخواهد بود احلیل مساز داده شده تا احلیل خلفی، معصره احلیلی و احلیل پروستاتیک انستزی اخذ نماید و کلمپ قضیبی برای ده دقیقه در قضیب تطبیق گردد. فولی کتیتر کوچک (۱۲ و یا F۱۴) اخذ و کتیتر بالون دار به بسیار آهستگی داخل احلیل میگردد در مریضان زنانه شفتان از هم دور ساخته شده توسط انگشت اشاره و با مراعات شرایط اسپسی و انتی اسپسی کتیتر تطبیق شود تا از ملوث شدن جلوگیری گردد.

چوکات ۷۶.۴

زیادترین عامل احتباس حاد ادرار

در مرد ها

- بندش در قسمت خروجی مثانه
- تضیق احلیل
- به تعقیب عملیات
- التهاب حاد احلیل و یا پروستات
- فیموزیس

در خانم ها

- رحم *Retroverted gravid*
- *Multiple sclerosis*

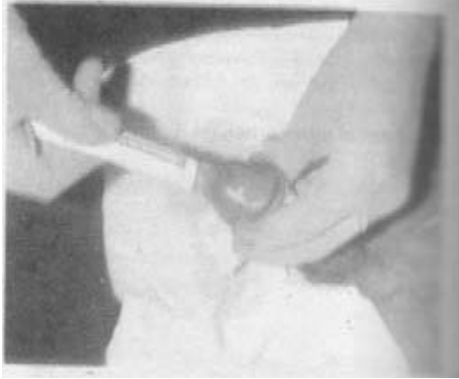
اسباب دیگر

- انستزی نخاعی

در هر دو جنس

- علقات خون در مثانه
- سنگ های احلیل
- *Feecal impaction*
- درد مقعدی (هیموروئیدیکتومی)

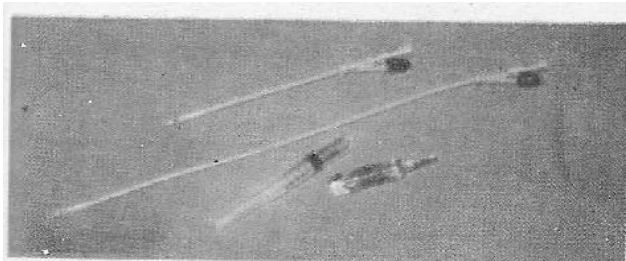
- انشقاق احلیل
- نیوروجنیک (امراض و ترخیصات نخاع)
- تداوی شدید با انالجزیک بسیار قوی به تعقیب عملیات
- تشوشات عضلات ملسا همراه با پیشرفت سن
- یک تعداد اویه جات



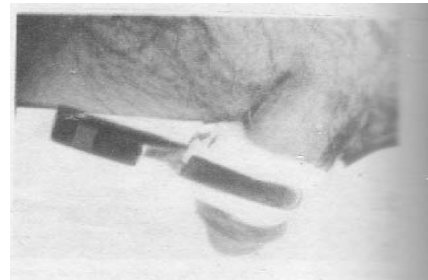
شکل ۷۶.۱۰ داخل نمودن مواد انسیتیک قبل از داخل نمودن کتیتیر.



شکل ۷۶.۹ پاک نمودن قضیب قبل از کتیتیر ایزشن



شکل ۷۶.۱۲ انتخاب کتیتیر های سلیکان



شکل ۷۶.۱۱ استعمال کلمپ قضیبی تا زمان که مواد انسیتیک به درستی در داخل احلیل تاثیر نماید قبل از اینکه کتیتیر داخل گردد.

اگر تضیق سبب احتباس نشده باشد کتیتیر بصورت نورمال و آزاد داخل ممانه شده میتواند. زمانیکه ادرار از طریق کتیتیر خارج گردید باید چند سانتی دیگر هم در داخل ممانه پیش رانده شود قبل از اینکه بالون

کتیتر مملو از مایع می‌گردد تا از مملو نمودن بالون کتیتر در احلیل پروستاتیک جلوگیری گردد و ضرورت به فشار ندارد (چوکات ۷۶.۵).

ندر تأفص متوسط بزرگ و بندشی پروستات مانع دخول کتیتر عادی بداخل مثانه می‌گردد درین صورت میتوانیم کتیتر های Coude را بدون مشکلات داخل مثانه نماییم. بعد از تطبیق آن اجازه تخلیه مثانه داده شده و فولی کتیتر به سستم بسته دریناژ ارتباط داده می‌شود. در مردها به اثر تخنیک نامناسب انستزی نادرست در ترخیص احلیل و تضیق احلیل کتیتر تطبیق شده نمیتواند اسباب معمولی اینست که مواد انیستیتیک مدت دوامدار در احلیل باقی نمانند. اگر با کوشش های مناسب کتیتر داخل مثانه نگردید پلان بعدی نظر به حالت مریض اتخاذ می‌گردد.

چوکات ۷۶.۵

کتیترایزیشن برای احتباس حاد ادرار

بعد از کتیترایزیشن نکات مهم ذیل مدنظر باشد

- ثبت و تعیین مقدار ادراریکه خارج می‌گردد
- بعد از چند دقیقه پروسیجر تطبیق شده و معاینه بطنی مریضان اجرا شده تا پتالوژی داخل بطنی تأیید و یا رد گردد و در حالات مانند انشقاق انیوریزم ابهر، کولیک حالبی دایورتیکول متتن کولون با احتباس حاد ادرار و درد قسمت های سفلی بطن مغالطه شده میتواند.

پنکچر فوق عانی

این عملیه توسط کتیتر های تجارتهی قابل دسترس مانند cystofix و یا Addacath کتیتر های هستند زمانیکه مثانه قابل جس باشد به آسانی تطبیق می‌گردد.

اگر این وسایل به دسترس نباشد سوزن هاییکه توسط آن پونکسیون قطنی اجرا میشود و یا

Abboath برای رفع

احتباس حاد ادرار زمانیکه کتیترایزیشن امکان نداشته باشد استفاده میشود. به هر حال اگر مثانه دوباره مملو شود احتمال لیکاژ ادرار در محیط مثانه نیز میرود.

بهترین پلان آنست که بعد از انیستزی جلدی ناحیه فوق عانه، صفاق و ساحه خلف عانه توسط Lignocain ۰.۵٪ کتیتر داخل مئانه تطبیق شود. جابجای شدن درست سوزن در داخل مئانه بعد از اسپریشن مئانه تأیید میگردد.

بعداً سوزن با سوراخ بزرگتر تطبیق شده کتیتر نرم و نازک بعد از طریق سوزن فوق الذکر داخل مئانه Cystofic تطبیق میگردد در اخیر جهت جابجا ماندن سوزن توسط خیاطه ها تثبیت میگردد. انتخاب دیگر آنست که تروکار و کنول های فوق عانه که پلاستیکی و قابل کشیدن میباشد و فولی کتیتر نمبر ۱۲ را میتوان از طریق آن به داخل مئانه تطبیق نماییم. در بالون آن مایع داخل سازیم و کتیتر پلاستیکی را دوباره از Addacath دور نماییم.

در شروع اگر از طریق سوزن دارای قطر خورد ادرار را اسپری نتوانیم کوشش نگردد تا تروکار فوق عانی تطبیق شود. اگر این وسایل به دسترس نباشد کتیتر را میتوانیم بعد انیستیزی موضعی و شق جلدی از طریق فوق عانی مستقیماً تحت نظر تطبیق نماییم اگر تطبیق کتیتر از طریق جلدی اجرا شود عملیه آخیرالذکر اجرا نمیکردد.

Instrumentation احلیلی در مریضانیکه مصاب تضیق احلیل باشند یورولوژیست با تجربه میتواند احلیل را توسع دهد و در عملیاتخانه یوریتیروسکوپي اجرا نماید و ساحه متضيقه را با دید واضح قطع نموده و بعداً کتیتر تطبیق نماید.

احتباس مزمن

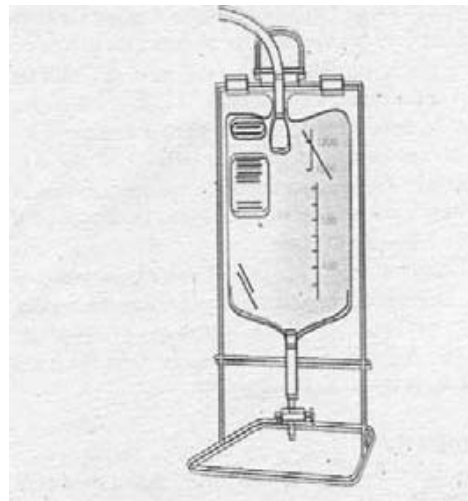
فرق احتباس مزمن از احتباس حاد آن است که توسع مئانه در شکل مزمن اکثراً بدون درد میباشد. در این مریضان خطرات توسع طرق بولی علوی میرود زیرا فشار داخلی مئانه بصورت دوامدار بلند میباشد. احتباس مزمن نزد مردها که از سبب بندش قسمت خروجی مئانه بوجود آمده باشد هر چه عاجلتر باید پروستاتیکتومی گردد. نزد آن های که کریاتین سیروم شان اضافه تر از ۲۰۰ میلی مول باشد خطرات بوجود آمدن دیوریز بعد از بندش و بعد از کتیترایزیشن ضرورت به اهتمامات مناسب دارد و ضایعات ادرار توسط تطبیق سیروم فزیولوژیک وریدی جبران گردد همچنین خطر هیماتوری نزد این مریضان از سبب تقلص آنی طرق بولی موجود است. کم ساختن فشار به صورت متقطع از هیماتوری جلوگیری نمی تواند.

احتباس همراه با Overflow

درینصورت مریضان قدرت کنترل ادرار خویش را ندارند، مقدار های کم ادرار وقتاً فوقتاً به صورت خود سرانه از مثانه متوسع خارج گردیده که این حالت به تعقیب احتباس حاد و یا مزمن بوجود می آید. احتباس همراه با عدم اقتدار Overflow در ضخامه پروستات بوجود می آید. قواعد عمومی در این حالت تداوی را ایجاب مینماید که در احتباس حاد اجرا میگردد.

تطبیق نمودن کتیرها و سیستم بسته دریناژ کتیر

وقوعات انتانات صاعده به تعقیب کتیرایزیشن که به سستم بسته ارتباط داده شود کمتر میگردد کتیر(احلیلی، فوق عانی و یا عجانی) توسط تیوپ معقم به خریطه معقم ارتباط داده میشود. و شستشو زمانی صورت گیرد که صرف علقات خون سبب بندش گردد(شکل ۷۶.۱۳). زمانی که کتیر پنج یوم و یا زیاد تر تطبیق گردد احتمال التهاب احلیل و باکتریوریا می رود. تبدیل کتیر درصورت که التهاب احلیل موجود باشد خطرات فوق العاده زیاد دارد مانند انتان شدید، انتشار انتان از احلیل قدیمی به احلیل خلفی و از آنجا به قسمت های دیگر سیستم بولی و تناسلی و بدون تذکر خطرات باکتریما و سپتی سیمیا و تشکل آ بسی در هر جا امکان دارد. در چنین مریضان تبدیل کتیر باید بعد از توصیه انتی بیوتیک مناسب به صورت وقایوی تطبیق گردد.



شکل ۷۶.۱۳ خریطه ساده عصری برای تداوم دریناژ مثانه (نرس که خریطه را تخلیه مینماید باید دستکش پوشیده و از ملوث شدن دست با اورگانیزم ها جلوگیری نماید).

اشکال خاص احتباس ادرار

احتباس ادرار بعد از عملیات

احتباس ادرار میتواند بعد از هر عملیات جراحی به وقوع برسد لکن زیاد تر بعد از عملیات های کانال مقعدی و ناحیه عجان بوجود می آید. بعد از عملیات های احشای حوصلی احتباس ادرار زیاد معمول است (بعضی اوقات نظر به ماوفیت ضفیره های اتونومیک حوصلی و اسباب غیر وصفی) جهت جلوگیری از آن قبل از عملیات و یا در ختم عملیات کتیر تطبیق گردد.

زمانیکه مریض شخص مسن باشد بندش از سبب پروستات تا این زمان مخفی بوده باید در این مورد مشکوک باشیم بسیاری مریضان که بالای بستر نشسته و یا خوابیده باشد ادرار نمی توانند. مریضان که زیاد آرام بخش میگیرند احتباس ادرار نزد مریضان که مثانه فوق العاده متوسع دارند احتمال دارد از نظر بماند که به اثر تشوشات و ظیفوی دوامدار بوجود می آید. که خاصتاً زیادتر بعد از دوباره جابجا ساختن مفصل حرقفی فخذی در مریضان مسن که درینصورت ممکن این مریضان تمایل به ادرار کردن نداشته باشند.

تداوی

اولتر از همه باید مطمئن شویم که مریض طور خاص آماده شود (محرمانه آماده شود) در صورتیکه مریض مرد باشد زمانیکه تکیه کند، اجازه داده شود که در کنار بستر بنشیند اغلباً قادر به تخلیه مثانه میگردند. آواز جریان آب نیز برای مریض کمک میکند هرگاه شرایط اجازه دهد حمام گرم نیز مفید است اگر با وجود کوشش های فوق و مناسب ادرار نتوانست موقتاً کتیرایز گردد.

احتباس حاد ادرار از سبب ادویه جات

یک تعداد ادویه جات سبب تحریک احتباس و یا زمینه را برای احتباس مساعد میسازد. انتی هستامینیک ها ادویه ضد فشار خون، انتی کولینرجیک ، مشتقات ترای سکلیک ضد افسرده گی ممکن مسؤل بوجود آمدن احتباس حاد ادرار باشد.

اهتمامات برای مثانه های نیوروپاتیک (چوکات ۷۶.۶)

فوراً بعد از ترضیض نخاع شک نخاعی بوقوع می رسد که ممکن است روز ها، هفته ها و حتی ماه ها فلج دیتروزور دوام نماید مثانه متوسع گردیده و عدم اقتدار تبول Overflow رخ میدهد. که این حالت باعث ماوف شدن عضلات دیتروزور گردیده سبب بوجود آمدن انتان و عدم کفایه کلیه میگردد. اهتمامات ذیل مدنظر گرفته شود.

۱- مثانه باید خالی نگهداشته شود چه به شکل متقطع کتیرایزیشن با شرایط آسپسی و انتی سپسی روزانه دو تا سه بار و یا تطبیق کتیر احلیل مثانی که به صورت دوامدار مثانه دریناژ گردد و مطمئن شویم که مریض به اندازه کافی (سه لیتر روزانه) ادرار دارد تا انتان کم گردد. استعمال متقطع کتیر نزد مریضانیکه جروحات نخاعی دارند سود مند است بعد از فعال شدن مریض هرچه زودتر کشیده شود.

چوکات ۷۶.۶

اهتمامات برای مریضان جروحات نخاعی

- مطمئن باشیم تا مثانه مریض در جریان شک نخاعی خالی باشد.
- مقدار زیاد مایعات توصیه گردد تا مریض دیوریز کافی داشته باشد.
- هر چه زودتر برای مریض کتیرایزیشن اجرا شود.
- زمانیکه مریض بهبود یابد باید از نظر یورودینامیک طرق بولی سفلی تحت مراقبت قرار گیرد.

۲- سویه علوی آفت نیورولوژیک با معدوم بودن سویه حرکی و حسی تعیین میگردد. نکروز اسکمیک کورد ممکن تا فواصل نامعین پایانتز از سویه جرحه کورد وسعت پیدا کند. اگر حسیت پایانتز از سویه علوی

کورد تنقص یابد جرحه نخاع ممکن بوده و صحت یابی مشکل است. در آفت نامکمل وظایف مثانه و سوماتیک بهبود می یابد.

۳- تظاهر رفلکس سالم مقعدی بصلی کلهفی نشاندهنده سالم بودن نخاع سکرال و سالم بودن اعصاب میباشد. درین حالت رفلکس های تقلص مثانه بهبودی را نشان میدهد. اگر چه برای تخلیه مکمل مثانه ناکافی است اگر این رفلکس ها معدوم باشد و بصورت دوامدار حسیت ناحیه عجان تنقص یافته باشد نشاندهنده آنست که نخاع عجزی و یا زنب الفرس ماف می باشد. در این صورت میتواند یک مثانه بدون تقلص بوجود آید و در آفت زنب الفرس میتواند تنقص حسی یا حرکی و یا هر دوی آن موجود باشد.

۴- ارزیابی مکمل یورودینامیک وظایف کلیوی زمانی تحت مطالعه قرار گیرد که جرحه تثبیت گردد(به پایان مراجعه شود). مطالعات یورودینامیک اجازه میدهد تا بررسی درست فعالیت دیتروزور، معصره و حسیت را بدانیم. از جوانب مختلف وظایف مثانه را که شامل تخلیه مکمل مثانه، ظرفیت مثانه، فشار در زمان مملو شدن و اقتدار که ارتباط به وضعییت و سویه آفت نیورولوژیک می باشد بررسی نماییم. بسیار انواع مختلف تشوشات وظیفوی مثانه بوقوع رسیده میتواند. نتایج این مطالعات قدرت تصمیم گیری را به ما میدهد تا اهتمامات بیشتر برای مثانه مدنظر داشته باشیم هدف اولی جلوگیری از آفت طرق بولی علوی به اثر تنبه و تخلیه درست مثانه بوده تا از انتان جلوگیری گردد وضعییت های بعدی یگانه نشان دهنده وصفی مثانه میباشد.

آفت کورد بالاتر از سیگمنت T10

آفت معمولاً در نیورون حرکی علوی مثانی با سالم بودن تمام رفلکس ها جدا از کنترل و نهی می باشد. اینگونه مریضان معروض به خطر تشوشات رفلکس خودکار میباشد.

تخلیه

مثانه معمولاً به حالت تقلص قرار دارد لکن از سبب هیماهنگی نهی میکانیزم معصره دیستل بوجود نمی آید (Detrusor sphincter dysnergia) تقلصات اکثراً دارای فشار بلند و غیر موثر برای تخلیه مکمل مثانه میباشد. درین مریضان عنق مثانه نورمال بوده و باز میباشد. اگر بدون تداوی گذاشته شود طرق بولی

علوی از اثر فشار بلند و مژمن داخل مثنای متضرر گردیده در نتیجه هایدرونفرز و عدم کفایه کلیه بوجود می آید.

ظرفیت

ظرفیت بعد از چند سال تنقص می یابد که همراه با وجود آمدن ترابیکولیشن و تظاهرات وصفی (fir tree) در مثنای به مشاهده میرسد. فشار داخل مثنای زیاد گردیده و نشاندهنده وصفی مرحله ازدیاد تقلصات مثنای و تخلیه مقابل مخانیکیت معصره سپاستیک می باشد.

کنترول

مریضان در اثنای مرحله تقلص فشار بلند عدم اقتدار داشته بخاطریکه مقاومت معصره دفعتاً معدوم میگردد و سبب لیکاز ادرار میشود.

تداوی این مریضان ارتباط با ارزیابی یورودینامیک دارد. مواظبت دوامدار را ایجاب مینماید تا از هایدرونفرز جلوگیری گردد. چندین یوروگرافی داخل ویدی ویا التراسوند Scan اجرا گردد. تعقیب منظم تحقیقات یورودینامیک ضرور است. در مریضانیکه مثنای به صورت مکمل تخلیه شده و ظرفیت مناسب دارد طرق بولی علوی خوب باشد اهتمامات دریناژ ویا کاندن مدنظر باشد. در مریضانیکه مثنای به صورت نامکمل تخلیه میگردد و ظرفیت مثنای خوب دارد باید مثنای به صورت متقطع توسط کتیتر معقم تخلیه گردد. مریضانیکه مثنای شان نامکمل تخلیه میگردد، ظرفیت کم دارد و توسع طرق بولی علوی موجود است ایجاب مینماید که قطع معصره تداوی اضافی اندوسکوپیک و دریناژ توسط کاندن در مرد ها اجرا نماییم که مثنای با فشار پایان بصورت مکمل تخلیه گردد ساختن دوباره مثنای اجرا و از سگمنت معانی استفاده گردد و معصره مناسب مصنوعی ساخته شود. که ارتباط به فعال بودن مریض و سرویس که در آن این امکانات میسر باشد دارد.

آفات که جریان خروجی سمپاتیک T11, T12, L1, L2 را در بر میگیرد

این مریضان معمولاً مشابهت به گروپ فوق الذکر دارد ممکن مقاومت قسمت خروجی مثانه زیاد باشد.

الفا ادرینرژیک بلاکرها ممکن کمک نماید.

آفات مرکز عجزی S2, S3, S4 و آفات زنب الفرس

این اساساً نیورون سفلی حرکی مثانه می باشد.

تخلیه

دیتروزور به حالت متقلص قرار دارد بخاطریکه آفات در تعصیب پاراسمپاتیک میباشد. فشار داخل بطن و فشار بالای مثانه از طریق جدار بطن سبب تخلیه مثانه در یک تعداد مریضان میگردد. درین اواخر اهتمامات عمده عبارت از تطبیق متقطع کتیتر پاک بوده که توسط مولف Lapidès معرفی گردیده خود مریضان آنرا بخوبی تطبیق مینمایند. کتیتر هر دو الی سه ساعت تطبیق و مطمئن شود که مثانه بصورت مکمل تخلیه گردیده در صورتیکه T11 و T12 سالم باشد. بعضی مریضان ممکن پری مثانه را از طریق اعصاب هایپوگستریک احساس نمایند.

ظرفیت

ممکن ظرفیت مثانه خوب باشد لکن این مریضان فشار بلند دوامدار و مقویت بلند مثانه داشته که در زمان پر شدن مثانه به ملاحظه میرسد. بدین معنی که اگر تخلیه مثانه نامکمل باشد خطر برای طرق بولی علوی میباشد. عنق مثانه معمولاً باز بوده مخانیکیت معصره دیستل ممکن فلج باشد لکن مقاومت ثابت احلیلی مانع تخلیه مثانه شده و به اثر زور زدن تخلیه میگردد رفلوکس مثانی حالی معمول بوده و آفت طرق بولی علوی اغلباً از نظر دور میماند.

کنترول

مریضان که تخلیه مثانه خودرا بصورت کافی انجام داده میتواند بدین معنی که CISC (استعمال کتیتر تخلیوی توسط خود مریض) مناسب بوده و اقتدار دارند.

احتباس دوامدار ادرار به تعقیب قطع رکنم و هستریکتومی جذری

در ۱۰ الی ۱۵ فیصد مریضان که قطع جذری رکنم از سبب کانسر اجرا می شود ظرفیره هایپوگستریک سفلی ماف شده در مردها سبب امپوتانس و تشوشات وظیفوی مئانه میگردد. این نوع تشوشات وظیفوی مئانه مشابهت به آفت زنب الفرس دارد لکن فشار در زمان پرشدن مئانه تمایل به زیاد شدن دارد که سبب زیاد شدن عدم اقتدار و متضرر شدن طرق بولی علوی میگردد. احتباس ادرار بعد از عملیات در دیگر مریضان از سبب بندش در قسمت خروجی (عنق مئانه) بوجود می آید. بهترین پلان تداوی عبارت از تطبیق فولی کتیتر نمبر چارده سلیکان است تا زمانیکه مریض بهبود یابد و بعداً تحقیقات یورودینامیک اجرا و تشخیص تفریقی بین دو حالت فوق الذکر گردد. تداوی با CISC گردد در غیر آن تداوی این مریضان پروستاتیکتومی از طریق احلیل میباشد.

عدم اقتدار ادرار

روی هم رفته عدم اقتدار ادرار نزد ۵٪ مرد ها و ۲۰٪ خانم ها بصورت دراماتیک در جامعه فقیر به ملاحظه میرسد. در حدود ۴۰٪ خانم ها بالاتر از ۶۰ سالگی و ۵۰٪ نزد مریضان روانی عدم اقتدار منظم به ملاحظه میرسد.

پرابلم صحی ارتباط به عدم اقتدار شامل شاریده گی جلدی افسرده گی، از دست دادن احترام بخود، تنقیص فعالیت جنسی و تأثیرات بالای کیفیت زنده گی آنها میباشد. اقتدار بولی نورمال ارتباط به فکتور های متعدد دارد.

این ها شامل تحرکیت نورمال، وظایف نورمال دماغی، درک و تصور اجتماعی و تطابق با جامعه، حسیت نورمال مئانه، تقلص نورمال دیتروزور، تخلیه خوب مئانه و نورمال ساختن مخانیکیت معصره که رخاوت مناسب در اثنای تقلصات اختیاری دیتروزور که مئانه منظم تخلیه گردد ظرفیت خوب مئانه با فشار کمتر در اثنای پرشدن مئانه شود. این یک موازنه خوب و واضح نبوده فکتورهای متعدد سبب عدم اقتدار ادرار میگردد.

تشخیص عدم اقتدار بولی

تحقیقات ذیل را ایجاب مینماید.

- تاریخچه دقیق، معاینات فیزیکی و چارت تخلیه مکمل تکرر تبول.
 - تست های یورودینامیک در بسیاری مریضان و در تمام مریضان که مداخله جراحی نزد شان اجرا میگردد.
 - کلچر ادرار برای رد انتان و تعیین سویه کریاتنین سیروم.
- اگر چه معاینه التراسوند تشریحات مکمل را ارایه میکند در حالات انتخابی یوروگرافی داخل وریدی در صورت فیستول های بولی مشکوک باید اجرا شود.

تست های یورودینامیک

کلید عملی برای اهتمامات تشوشات وظیفوی طرق بولی سفلی تحقیقات یورودینامیک می باشد. پرنسیب اساسی آن است که پر شدن و خالی شدن مثانه بصورت مصنوعی تنبه و فشار مثانه تعیین گردد. برای مریض توصیه میگردد که با مثانه پر در جای خلوت ادرار خود را تخلیه و حد اعظمی جریان ادرار را اندازه نماید(شکل ۷۶.۱۴).

بعد از تخلیه کردن، بقیه ادرار توسط اولتراسوند تعیین میگردد که آیا مثانه بصورت مکمل تخلیه میگردد یا خیر. تست های یورودینامیک شامل شرایط اسپتیک، داخل نمودن یکجوره کتیتر کوچک بداخل مثانه و یا کتیتر که دارای دو لومن باشد که ازین طریق می توانیم مثانه را توسط سیروم سلین و یا مواد کانترست مملو نماییم که در هر دقیقه به مقدار پنجاه ملی لیتر داخل میگردد. فشار دوامدار داخل مثانه از طریق ترانسدوسیت بوده بدست آمدن فشار حقیقی دیتروزور و چینل فشار دومی ایجاب مینماید که فشار داخل بطن بصورت دوامدار تعیین شده که توسط بالون داخل رکتوم و یا داخل مهبل تعیین میگردد. تا زمانی مایع داخل مثانه مینماییم که مریض خودش احساس پری مثانه را نماید تصاویر رادیولوژیکی گرفته شده و ارزیابی میگردد. بسته شدن عنق مثانه لیکاز ادرار در اثنای زور زدن یا درمرحله فشار دیتروزور (عدم

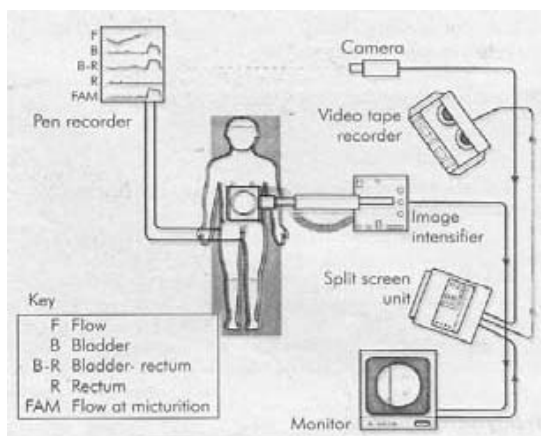
ثبات دیتروزور را نشان میدهد. از مریض تقاضا میگردد که در ختم پر شدن مثانه کتیتر را کشیده و ادرار نماید (چوکات ۷۶.۸ و شکل ۷۶.۱۵). مثانه نورمال توسط ۴۰۰ - ۵۰۰ ملی لیتر سیروم سلین مملو گردیده و در درجه حرارت اطاق در هر ۵۰ ملی لیتر فی دقیقه تعیین میگردد فشار داخل مثانه کمتر از ۱۵ سانتی متر آب بوده و ازدیاد کسب مینماید.

بر علاوه فشار زیاد دیده نمی شود و فشار تخلیوی از ۶۰ سانتی متر آب در مردها و در حدود ۴۰ سانتی متر آب در خانم ها نباید بلند گردد. و مقدار جریان ادرار بین ۲۰ الی ۲۵ ملی لیتر در هر ثانیه میباشد.

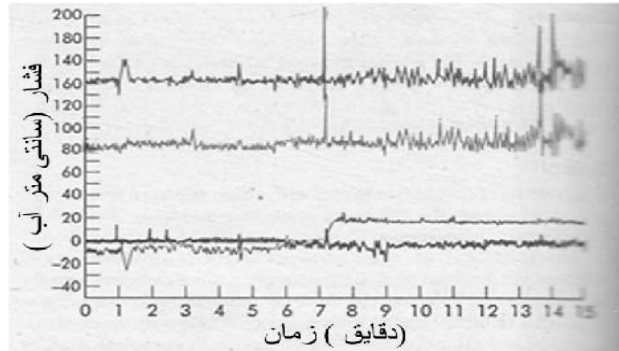
چوکات ۷۶.۸

موارد استعمال تست های یورودینامیک

- برای تشخیص اصلی عدم اقتدار نوع فشار (از سبب ضعیفی معصره) عدم ثبات دیتروزور در خانم ها (شکل ۷۶.۱۵).
- تصنیف بندی تشوشات وظیفوی مثانه نیوروجنیک.
- برای تشخیص بندش جریان قسمت خروجی مثانه از عدم ثبات دیتروزور در مردها.
- تحقیقات در باره عدم اقتدار.



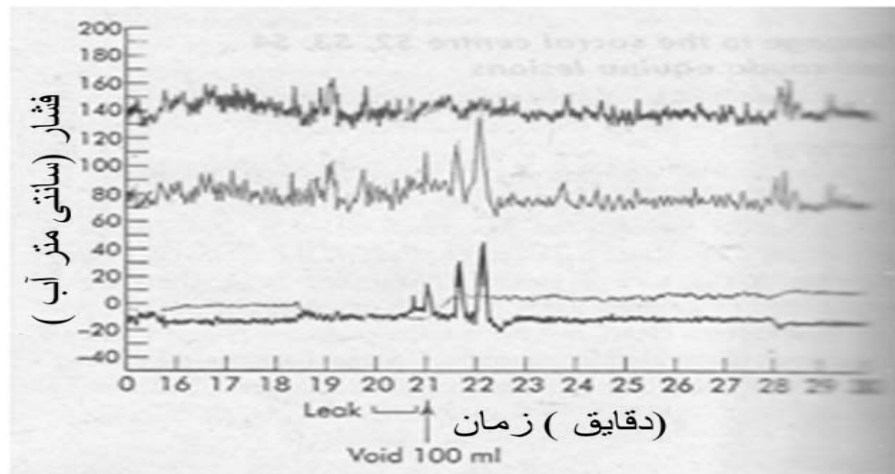
شکل ۷۶.۱۴ مطالعه یورودینامیک



شکل ۷۶.۱۵ در یک شعبه سراپا فایل یورودینامیک جزئی است فشار مقعدی سرخ، فشار مثانه آبی و علامه دیتروزور خفیف سیاه رنگ و نارنجی خفیف الکترونیک لیکاز ادرار را ثبت مینماید. و سرفه سبب عدم اقتدار حقیقی نوع استرس میباشد.

تغییرات معمول که در جریان تست های یورودینامیک در عدم اقتدار دریافت میگردد

زیاد شدن مرحله سبب احساس ارجنسی و عدم اقتدار ادرار عاجل (عدم ثبات دیتروزور شکل ۷۶.۱۶) میباشد. این تغییرات در مریضانی یافت میگردد که دارای انواع تشوشات وظیفوی مثانه نیوروجنیک در Multiple Sclerosis به وقوع میرسد یا در مرض پارکینسون و یا به تعقیب ضربه و جرحه نخاع باشد در آن هایپر رفلکسیا دیتروزور به مشاهده میرسد.

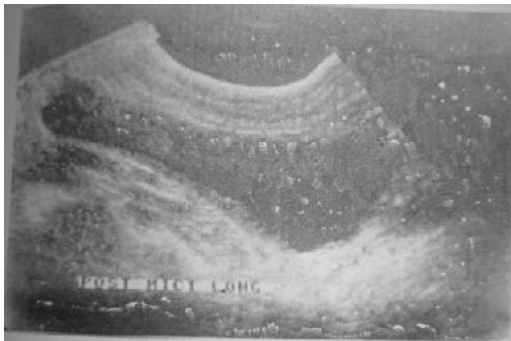


شکل ۷۶.۱۶ فایل طبیعی یورودینامیک جزئی به شکل سراپا. فشار مقعدی به رنگ سرخ، فشار مثانی به رنگ آبی، تفریق دیتروزور به رنگ سیاه، نارنجی خفیف نتیجه الکترونیک که لیکاز ادرار را نشان میدهد. مرحله فعالیت عدم ثبات دیتروزور در عدم اقتدار ارجنسی نشان میدهد.

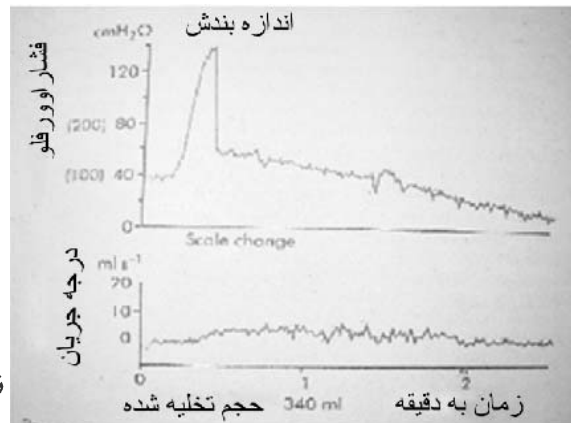
بر علاوه در حدود ۵۰٪ مردها همراه با بندش قسمت خروجی مثانه عدم ثبات دیتروزور دارند و عدم ثبات در نصف مردها توسط پروستاتکتومی اصلاح میگردد. عدم ثبات دیتروزور نامعلوم باید از عدم اقتدار حقیقی ادرار نوع ستیریس در خانم ها قبل از اینکه عملیه بالای عنق مثانه اجرا گردد تشخیص تفریقی گردد. عدم اقتدار حقیقی ستیریس لیکاژ ادرار در اثنای بلند رفتن فشار داخل مثانه زمانیکه فشار داخل بطن بتدریج بلند می‌رود بوجود آمده و نه از سبب ازدیاد فشار حقیقی دیتروزور (شکل ۷۶.۱۵) که از سبب ضعیفی معصره بوجود می‌آید.

احتباس مزمن ادرار همراه با عدم اقتدار (Overflow) به اساس مقدار زیاد بقایای ادرار در مثانه تشخیص میگردد معمولاً همراه با فشار بلند که در زمان مملو شدن مثانه بوجود می‌آید به ملاحظه می‌رسد (شکل ۷۶.۱۷).

بندش در قسمت خروجی مثانه همراه با فشار تخلیوی بلند اغلباً اضافه تر از ۹۰ سانتی متر آب (شکل ۷۶.۱۸) میباشد. تشوشات نیوروجنیک ممکن کشف گردد.



شکل ۷۶.۱۷ اسکن التراسوند نشان دهنده مقدار زیاد بقایای ادرار میباشد.



شکل ۷۶.۱۸ یورودینامیک معمول نشان دهنده فشار دیتروزور در هنگام تخلیه میباشد در اینجا تغییرات فشار بسیار بلند به مشاهده رسیده فشار تخلیوی ازدیاد همراه با جریان کم بوده که بندش خروجی مثانه را نشان میدهد.

اسباب عدم اقتدار

تصنيف بندی های مختلف برای اسباب عدم اقتدار موجود است یک میتود خوب وظيفوی طور ذیل میباشد:

- کنترل پرابلم های اجتماعی مریضانیکه مرض **Alzheimers**، پارکینسون، تشوشات عقلي دارند اغلباً عدم اقتدار ادرار دارند که به شکل مشترک هایپرفلکسیا غیر قابل کنترل و تصور نادرست از اجتماع دارند.
- پرابلم های ذخیروی. مریضان که ظرفیت مثانه شان کم باشد از سبب فبروز، توبرکلوز ویا سیستیت بین الخلالی میتواند عدم اقتدار ادرار داشته باشند. هم چنین ظرفیت کوچک وظيفوی مثانه از سبب عدم ثبات شدید ادیوپاتیک دیتروزور، تشوشات وظيفوی مثانه عصبی یا انتان بولی نیز سبب عدم اقتدار ادرار میگردد.
- تشوشات شدید تخلیوی. مریضانیکه احتباس مزمن ادرار و یا بعضی انواع تشوشات مثانه عصبی دارند اغلباً مثانه کوچک وظيفوی همراه با فرط فعالیت دیتروزور سبب عدم اقتدار ادرار گردیده بر علاوه آن مقدار زیاد بقایای ادرار موجود میباشد.
- ضعیفی معصره. مریضانیکه عدم اقتدار حقیقی ادرار از سبب ولادت های دوامدار قبلی ماوفیت ثانوی معصره خارجی بعد از پروستاتیکتومی تشوشات مثانه عصبی دارند اغلباً ماوفیت معصروی داشته سبب عدم اقتدار ادرار نوع ستیریس میگردد. اسباب ولادی مانند اپی سپادیاز و ضعیفی معصره دارند.
- فیستولا. لیکاز از فیستول و یا تضاعف طرق بولی علوی همراه با حالب اکتویک. اسباب معمولی را میتوانیم در مرد ها و خانم ها تصنیف بندی نماییم.

مرد

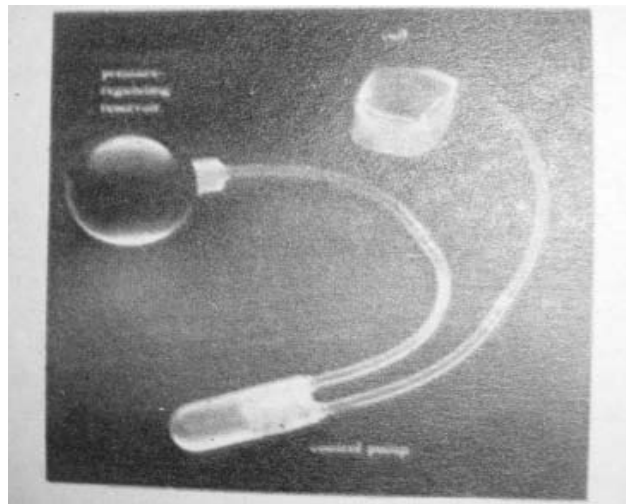
احتباس مزمن ادرار باOverflow

این حالت معمولاً از سبب ضخامه پروستات، کارسینومای پروستات تضیق احلیل و در مرد های جوانتر هایپرتروفی عنق مثانه میباشد. کلید تشخیصیه نظر به تاریخچه دوامدار مرض مانند تاخیر در شروع تبول،

جریان ضعیف ادرار، ادرار شبانه و روزانه (عدم اقتدار قطره قطره ادرار) همراه با دریافت یک مثانه متوسع میباشد. با معاینه مثانه متوسع به مشاهده میرسد در ساحه فوق عانه مثانه متوسع و دردناک قابل جس میباشد که میتوانیم توسط معاینه اولتراسوند بقایای ادرار را تعیین نماییم.

بعد از پروستاتیکتومی

عدم اقتدار ادرار بعد از کشیدن پروستات ممکن نتیجه جروحات (یا ترضیض) مخانیکیت معصره خارجی که در اثنای عملیه جراحی سهواً در اثنای جراحی ترضیضی میگردد ارزیابی یورودینامیک ضعیفی معصره را نشان میدهد و تداوی آن تطبیق معصره مصنوعی میباشد (شکل ۷۶.۱۹). اسباب دیگر آن عدم ثبات ادیوپاتیک دیتروزور میباشد گرچه این مریضان علایم تخریشی را قبل از پروستاتیکتومی میداشته باشند به این معنی که قبل از عملیات باید معاینات یورودینامیک اجرا گردد.



شکل ۷۶.۱۹ معصره بولی مصنوعی که توسط سیستم طبی امریکا ساخته شده.

زن

عدم اقتدار ستیرس

معمولترین اسباب لیکاژ ادرار در خانم ها عبارت از عدم اقتدار حقیقی است. در بعضی از قسمت های دنیا فیستول های مثانی احلیلی نسبت غفلت در پروسه ولادی بسیار معمول است. عدم اقتدار حقیقی ادرار

بصورت ثانوی از اثر ضعیفی میخانیکیت معصره دیستل که مترافق با رخاوت زمین حوصله میباشد زیادتر در خانم های که ولادت های متعدد و یا مشکل داشته باشند و فورسپس نزد آنها تطبیق گردیده به ملاحظه میرسد. میتوان نزد خانم های جوان نورمال که مقاربت های جنسی بیش از حد و مشکل انجام داده باشند و یا در مریضان که اپی سپادیاز دارند به ملاحظه میرسد.

اعراض کلاسیکی آن عبارت از ضیاع ادرار در زمان سرفه کردن، خنده کردن، عطسه زدن و تغییر آنی وضعییت جسمی میباشد. اعراض ممکن با دوره عادت ماهوار تغییر یابد. مقدار ضیاع حجم ادرار را میتوانیم در اثنای تمرین تست نماییم طوریکه مریض بالای یک چوکی مخصوص نشسته مقدار ۳۰۰ سی سی مایع داخل مثانه تطبیق گردد در عدم اقتدار حقیقی به مقدار ۱۰-۵۰ سی سی ضایع میگردد. فریکونسی و ارجنسی موجود میباشد به هر صورت این مریضان باید سعی نمایند با تخلیه مکرر ادرار از عدم اقتدار جلوگیری نمایند.

عدم ثبات عضله دیتروزور هم تقلید عدم اقتدار حقیقی را مینماید و میتواند با آن همراه باشد. این مهم است که تشخیص درست قبل از عملیات توسط اهتمامات یورودینامیک گذاشته شود و در خانم ها که عدم ثبات دیتروزور دارند نتایج خوب ندارد. بلکه در یک تعداد کم اقتدار نوع ستیرس با توصیه تمرینات حوصلی کنترل شده میتواند به هر حال اگر این عملیه ناکام گردید بعداً جراحی توصیه می گردد بهترین عملیه ستنرد *Burch colposuspension* می باشد.

چوکات ۷۶.۹

مداخله جراحی در عدم اقتدار ادرار نوع ستیرس

▪ *Burch colposuspension* بهترین تدای میباشد (ستندرد طلائی) درین اواخر از نوار هایی که از طریق مهبلی استعمال میگردد معرفی گردیده نتیجه آن قناعت بخش است و به جای تخنیک اولی استفاده میگردد.

این عملیه را طوری انجام میدهیم که مریض به وضعییت *Lloyd Davies* قرار گیرد و شق *Pfannenstiel* جراحی میگردد. صفاق مهبلی زمانی دریافت میگردد که مثانه از مهبل جدا و شق گردد و سه

خیاطه در هر طرف در صفاق مهبل و وتر iliopubic تطبیق و کتیتر فوق عانی تطبیق میشود درین عملیه سیستموسل های خورد اصلاح میگردد مشکلات تخلیوی متکرر به مشاهده رسیده اما موقتی میباشد. برای خانم های که ظرفیت زیاد مثانه و فشار تخلیوی پایان دارند آگاهی داده شود ممکن اختلالات بوجود آید که بصورت پربودیک ضرورت به CISC گردد این عملیه در عدم اقتدار حقیقی فوق العاده موفقانه است. که نتیجه آن در یک سال ۹۰٪ و در پنج سال دیگر ۸۰٪ خوب باقی میماند. تخنیک های متعدد در قسمت معلق نگهداشتن عنق مثانه را میتوان از طریق مهبل توسط Stamy تشریح گردیده اجرا نمود. این عملیه باقی ماندن در داخل شفاخانه و مصابیت بعد از عملیات را کم مینماید موفقیت آن برای مدت دوامدار مانند عملیه باز جراحی نمیباشد. درین اواخر نوار های از طریق مهبل توصیه میگردد. Tape (میش مصنوعی پولی پرولین) در قسمت متوسط احلیل از طریق دو شق فوق عانی تطبیق گردیده و تار دوخته شده در سرحد جلد قطع میگردد. Sling در اطراف احلیل بدون فشار تطبیق شده تا سبب بندش احلیل نگردد و این عملیه را میتوانیم به شکل یک پروسیجر روزانه تحت انستزی موضعی انجام دهیم. نتیجه آن بسیار قناعت بخش بوده و اختلالات آن نادر است. واقعات عدم ثبات دیتروزور و بندش عنق مثانه کمتر از ۵٪ میباشد و اختلالات جدی آن شایستگی احلیل می باشد. در راپور نتایج پنج سال این عملیه دیده شده که نتیجه اقتدار آن مانند Colposuspension میباشد.

مشترک در هر دو جنس

فرطه فعالیت دیتروزور نا معلوم

این حالت بسیار معمول است. ازدیاد فشار مرحلوی داخل مثانه ممکن در اثنای پر شدن در حالت نورمال مشاهده شده در غیر آن مریضان ادیوپاتیک و یا مثانه نیوروجنیک (خصوصاً در هایپر رفلکسیا دیتروزور) و یا بندش قسمت خروجی مثانه دارند. فرط فعالیت ادیوپاتیک دیتروزور ممکن بدون اعراض باشد و معمولاً سبب فریکونسی، ارجنسی، یا عدم اقتدار، ادرار شبانه و یا عدم اقتدار شبانه (انیوریز) که ارتباط به شدت عدم ثبات دیتروزور دارد که باید از عدم اقتدار حقیقی و بندش خروجی مثانه از اثر Colposuspension و پروستاتیکتومی در مریضان عدم ثبات دیتروزور نامعلوم فرق گردد.

بسیاری یورولوژیست ها می‌خواهند انتان، توبرکلوز و کارسینومای انسایچو را رد نمایند که توسط کلچر ادرار، معاینات سایتولوژیک، سیستوسکوپی و معاینات یورودینامیک تأیید می‌گردد.

هدف عمده تداوی استعمال ادویه جات انتی کولینرجیک (پروپانتیلین اوکسی بیوتونین و امی تریپتیلین) است.

اعراض شدید و مقاوم مقابل تداوی محافظوی است در حالات بسیار پیشرفته که خطر حیاتی داشته باشد تداوی جدی را مانند entero Cystoplasty ضرورت دارد.

سالخورده یا کهولت

در هر دو جنس در کهولت می‌تواند در نتیجه تشوشات عضلات ملسا و همراه با ظرفیت کم وظیفوی مثانه فرط فعالیت دیتروزور تشوشات تخلیوی طرق بولی سفلی بوجود آید.

ولادی

اسباب ولادی آن شامل مثانه مخفی و ایپی سپدیاس شدید می‌باشد. باز شدن مخفی فوحه یک حالب پایانتز از معصره و یا هردو حالب داخل مهبل در خانم‌ها سبب عدم اقتدار تام می‌گردد.

ترضیض

ترضیضات چی از اثر جراحی حوصله و یا کسر حوصله ممکن سبب قطع شدن سیستم عصبی مثانه یا احلیل و یا تشکل فیستول گردد.

انتان

انتانات طرق بولی سفلی عادی خصوصاً در خانم‌ها کافی است که سبب بوجود آمدن عدم اقتدار ادرار گردد. تاریخچه تکرر تبول احساس سوزش و تب به تشخیص کمک میکند. مثانه ممکن در فوق عانه و یا از طریق مهبل حساس بوده و جس گردد اعراض معمولاً به اثر توصیه یک دوره تداوی با انتی بیوتیک‌ها خاموش می‌گردد انتانات متکرر طرق بولی ایجاب تحقیقات بیشتر را می‌نماید تا تشخیص واضح گردد.

نیوپلازی

پیشرفت کانسر به صورت موضعی در حوصله، مخصوصاً کانسر عنق رحم در خانم‌ها و کانسر پروستات در مرد‌ها در نتیجه انتشار مستقیم به میکانیزم معصره سبب عدم اقتدار شده ندرتاً در نزد خانم‌ها سبب تشکل فیستول میگردد.

اسباب دیگر

عدم اقتدار عصبی المنشه

در سکشن گذشته مطالعه گردیده. اسباب معمولی آن شامل:

- Myelodysplasia
- Multiple sclerosis
- جروحات نخاعی
- تشوشات دماغی (تشوشات اوعیه دماغی) و Dementia
- (paralysis agitant) پارکینسون

این حالات همراه با تشوشات عصبی وظیفوی مثانه و با کم شدن تحرکیت همراه میباشد.

معاینات دقیق تمام طرق بولی همیشه ضرورت بوده، تداوی دقیق را ایجاب می نماید و همچنین اقتدار ادرار مد نظر گرفته شود تا از هایدرونفروز و فشار داخل مثانه جلوگیری گردد.

هدف عمده اهتمامات ارزیابی یورودینامیک تخلیه شدن مثانه، عدم اقتدار ادرار و خطرات طرق بولی علوی است. ارزیابی طرق علوی بصورت متداوم، معاینات منظم التراسوند، ارزیابی مریضان از نظر تحرکیت، آگاه و فعال ساختن مریض رول حیاتی دارد.

فکتورهای مهم ارزیابی یورودینامیک شامل:

- تخلیه مثانه
- اقتدار ادرار
- ظرفیت و فشار مثانه در اثنای مملو شدن

طریقه ستندرد در تشوشات تخلیه مثانه استعمال CISC است. ندرتاً در مریضان غیر متحرک، مسن، کتیتر احلیلی مثانی ویا کتیتر فوق عانی و ساختن مثانه از ایوم و تأمین جریان غیر طبعی ادرار و یا انجام دادن قطع معصره اندوسکوپیک و استعمال کاندوم مد نظر باشد.

مریضان که ظرفیت وظیفوی کوچک مثانی دارند (کمتر از ۱۵۰ سی سی) و بلند رفتن فشار مثانه در اثنای مملو شدن (اضافه تر از ۲۵ سانتی متر آب) و بقایای زیاد حجم ادرار یک خطر برای پیشرفت توسع طرق بولی علوی میباشد که ممکن قبلاً عملیه اندوسکوپیک قطع معصره نزد شان صورت گرفته باشد. به هر حال تغییرات زیاد در اهتمامات و باید مریضان خوب متحرک گردند که تشوشات تخلیه مثانه با خطرات بلند مثانه موجود میباشد. این چنین تداوی ها اغلباً شامل دوباره ساختن مثانه که فشار بلند داشته باشند به یک مثانه که دارای فشار پایان باشد از سگمنت امعاً استفاده میگردد که همراه با جراحی معصره مصنوعی Colposuspension میباشد این تداوی ها ضرورت به انجام CISC نزد مریضان میگردد.

ظرفیت کوچک مثانه

ظرفیت مثانه در چندین حالت تنقص می یابد که میتواند سبب تکرر تبول، خروج ادرار به شکل قطرات و عدم اقتدار ادرار گردد که میتواند بعد از توبرکلوز، رادیوتیراپی و سیستیت بین الخلالی بوجود آید. رادیوتیراپی نزد مریضان مصاب کانسر حوصله میتواند سبب چنین مشکل گردد.

ادویه جات که سبب عدم اقتدار ادرار میگردد

اساساً عضلات دیتروزور تحت کنترل پاراسمپاتیکیک Post ganglionic بوده و سیستم نیوروترانسمیتر آن عمدتاً کولینرجیک می باشد. مطالعات اخیر موجودیت رشته های الفا ادرینرجیک را در ساحه عنق مثانه و یک تعداد نیوروپیتیدها که وظایف شان هنوز معلوم نیست در سراسر مثانه وجود دارد به اثبات رسانیده است. یک تعداد ادویه جات (ادویه اتی کولینرجیک، مشتقات تراسیکلیک، ضد افسرده گی ها، لیتیوم و بعضی ادویه جات ضد فشار خون) سبب احتباس ادرار و به عدم اقتدار Overflow منتج میگردد. ادویه جات که سبب عوارض جانبی خارج اهرامی میگردد ممکن سبب تکرر تبول وعدم اقتدار گردد طور مثال فینوتیازین.

قطرات دوامدار ادرار همراه با تبول نورمال در حالات است که فیستول حالبی و یا حالب اکتوبیکک پایانتر از معصره احلیلی یا در خانم در مهبل باز گردد تاریخچه دقیق در تشخیص کمک مینماید. یوروگرافی داخل وریدی، اولتراسوند، Scan نشاندهنده سگمنت در قطب علوی میباشد که کمتر وظیفه اجرا میکند که این سگمنت ها زیادتر معروض به انتان میباشد تداوی آن قطع حالب اضافی و نظر به ضرورت قطع سگمنت کلیه که به حالب موصوف ارتباط دارد میباشد تشخیص فیستول حالبی مشکل بوده و میتواند توسط ریتروگرا دی یوریتیروگرافی تشخیص گردد.

Nocturnal Enuresis (مرطوب نمودن بستر از طرف شب)

این یک حالت است که در اطفال جوان و کاهلان به مشاهده میرسد البته زمانی که اطفال از طرف شب خشک باشند متغیر است در یک تعداد اطفال صرف اقتدار ادرار ناوقت تر بوقوع میرسد و در یک تعداد تا زمان بلوغ به مشاهده میرسد که بدو نوع تصنیف بندی میگردد ابتدائی و ثانوی.

در نوع ابتدائی درنزد مریضان که از طرف شب بستر را مرطوب مینمایند اعراض روزانه نمی داشته باشند اغلباً برای مدت خشک میباشد بلاخره اکثریت مطلق این مریضان اقتدار ادرار کسب مینمایند. برخورد مناسب با این اطفال ضروری است. اغلباً از سستم معاوضوی که بنام چارت ستاره است استفاده میگردد بهبود می یابند. برعلاوه استعمال DDAVP (انالوگ وازوپرسیپین) که باعث غلظت ادرار در شب گردیده و سبب تنقیص عدم اقتدار شبانه میگردد. دیگر تداوی شامل امی تریپتیلین و زنگ که سبب بیدار شدن طفل میگردد (حد اقل برای والدین) عدم اقتدار تنقیص میدهد.

در نوع ثانوی مریضان اعراض روزانه فریکونسی ارجنسی و عدم اقتدار عاجل ادرار میداشته باشند. اساساً مریضان عدم ثبات نا معلوم دیتروزور داشته تداوی آن مشابه عدم اقتدار ادرار اشخاص کاهل میباشد.

تداوی های عدم اقتدار

تداوی ها در پایان ذکر گردیده. اهتمامات ارتباط به تشخیص درست دارد. تداوی نظر به عامل مرض ارتباط دارد. اهداف تداوی عبارت از خشک نگهداشتن و دور نگهداشتن از بد بوئی کم ساختن تخریشات جلدی محافظه کلیه ها از انتان و تاثیرات فشار عقبی بالای کلیه ها میباشد.

اهتمامات و تدای

پرابلم های وظیفوی اجتماعی

تدای مریضان مصاب امراض Alzheimers ، پارکینسون و تأخر عقلی با احتشای متعدد مشکل است. اغلباً این مریضان با Toileting (شستشو و نظافت) منظم بهبود می یابند. ادویه جات انتی کولینرژیک سبب مغشوش شدن تدای در نزد مریضان گردیده و اغلباً این مریضان ایجاب تطبیق کتیترا را مینمایند.

پرابلم های ذخیروی

مریضانیکه دارای ظرفیت کوچک مثانه از سبب فیروز باشند ایجاب Augmentation cystoplasty را می نمایند. مریضانیکه دارای ظرفیت وظیفوی کوچک مثانی از سبب فرط فعالیت دیتروزور در نتیجه مثانه نیوروژنیک و یا عدم ثبات نا معلوم باشند کوشش میگردد از ادویه انتی کولینرژیک استفاده گردد لکن در حالات شدید خصوصاً مریضان نیوروپاتی با خطرات زیاد توسع طرق بولی علوی باشند تعویض مثانه و سیستیکتومی (قسمت بالاتر از تریگون و توبول ساختن و استفاده از سگمنت Ilio Caecal) و یا Augmentation Cystoplasty (پلاستی معائی مثانی) ممکن ضرورت گردد. این عملیه بعد از ارزیابی دقیق و اشخاصیکه با چنین پرابلم سروکار داشته باشند صورت گیرد. مریضان که فوق العاده مصاب MS باشند ایجاب لوله ایلومی و تحرکیت را مینمایند.

تشوشات تخلیوی مثانه

مریضانیکه بندش عنق مثانه و عدم اقتدار ادرار داشته باشند بعد از پروستاتکتومی نتیجه درست میدهد بعد از مراحل ابتدائی کتیترازیشن مثانه و هم چنین طرق بولی علوی اصلاح میگردد. مریضانیکه مصاب به تشوشات تخلیوی از سبب تشوشات وظیفوی مثانی عصبی باشند باید در قدم اول تدای شان با CISC اجرا گردد.

مريضانيکه عدم اقتدار حقيقي نوع ستيريس از سبب پروسه ولادت طولاني قبلي داشته باشند بايد تمرينات زمين حوصلي و يا Colposuspension نزد شان صورت گيرد. آنهايکيه عدم اقتدار بعد از پروستاتکتومی و يا تشوشات وظيفوی عصبی مثانه داشته باشند بايد از معصره مصنوعي در صورتیکه فعال و متحرک گردند نزد شان استفاده گردد(شکل ۷۶.۱۹). ليکاژ از فيستول و يا تضاعف طرق علوی با حالب اکتوپیک اين حالت ضرورت به اصلاح جراحی مناسب دارد. نتيجه تداوی در خانم ها معمولاً رضایت بخش نيست در کهن سالان، مريضان غير متحرک ويا مريضان دارای تشوشات دماغي تطبيق دوامدار کتيتر معمولاً قناعت بخش است. اگر چه در یک تعداد واقعات دايورژن از طريق لوله ايليومی ضرورت ميگردد. در مرد ها تطبيق کاندوم ممکن قناعت بخش باشد و از تطبيق کتيتر جلوگیری گردد.

تداوی های جراحی بسیار بزرگ

انواع مختلف دايورژن بولي

این تداوی ها ممکن است در مراحل آخری عدم اقتدار در صورتیکه دیگر راه علاج موجود نباشد استفاده گردد.

پروسه تعویض مثانه

هدف این عملیات بوجود آوردن فشار پایان و ظرفیت وسیع ذخیروی میباشد و این حالت را میتوانیم با استفاده از سگمنت امعاً که دارای اوعیه سوپیک دار باشد استفاده نماییم (اشکال ۷۶.۲۰-۷۶.۲۲) که بعداً امعا دیتوبولرایزد میگردد از قسمت سرحد قدام میزانتريک توسط سوچر به قسم یک صفحه اجرا میشود. که بعد از تغییر شکل بداخل ساختمان معصره میگردد. این ذخیره(مخزن) را با مثانه تفهم داده که در قسمت غور مثانه بالاتر از تريگون یکجا میگردد. این مثانه جدید(شکل ۷۶.۲۳) ضرورت به CISC دارد و در بالاتر از ۳۰٪ واقعات اجرا میگردد. در ابتدا این عملیه توسط Bramble برای تداوی انیوری شبانه

تشریح گردیده و فعلاً زیادت در تداوی عدم ثبات نامعلوم دیتروزور استفاده میگردد که شامل جدا ساختن سگمنت ایوم در حدود ۱۶ سانتی متر ساحه که دارای اوعیه است میباشد.



شکل ۷۶.۲۰ سگمنت ایوسیکل اوعیه دار که دیتوبولرایز میشود.

شکل ۷۶.۲۱ سگمنت ایوسیکل مفاغمه داده شده در تریگون سیستیکتومی تام. حالب چپ به طریقه کیمی غرس و مفاغمه داده شده.



شکل ۷۶.۲۲ ظرفیت ذخیروی ایوسیکل نزد یک مریض ضرورت به تعویض مئانه دارد این سگمنت ها باید برای تعویض مکمل مئانه صورت گیرد تعویض مئانه و ساختن دایورژن اقتداری به نوع متروفانوف میکانیزم ضد عدم اقتدار.

شکل ۷۶.۲۳ مریض مصاب اسپینابفیدا که نزدش دایورژن بولی با تعویض مئانه با استفاده از ایوسیکل استفاده شده اگرچه تطبیق کتپتر پاک جهت تخلیه ادرار خود شخص ضروری است و مریض اقتدار دارد.

بعد از جدا کردن سرحد وجه انتی میزانتریک به مثانه باز شده سوچر میگردد. مثانه به شکل مدور از قسمت عنق از ساعت ۳ و ۹ به شکل پلان کروئال جدا میگردد (شکل ۲۴-۷۶). این عملیه را هم میتوان در Augmentation نزد مریضان مثانه نیوروجنیک اجرا کرد و مثانه قبل از عملیات باید دارای ظرفیت (در حدود سه صد سی سی باشد).



شکل ۷۶.۲۴ سیستوپلاستی کلمپ به میتود کلمپ اجرا شده فوحت حالبی همراه با بار بین الحالبی دیده میشود. دیفیکت باید توسط سگمنت دیتوپولرایزد پر گردد تا توسع مثانه اجرا شود.

تطبیق یا نصب معصره مصنوعی بولی

شکل ۷۶.۱۹ را مشاهده نمایید.

خلاصه

تداوی عدم اقتدار ادرار را طور ذیل خلاصه نموده میتوانیم :

- ۱- تدابیر برای جمع اوری: کاندوم خارجی قضیب داخل نمودن و یا کنترل کتیتر.
- ۲- ادویه جات: کم ساختن فشار ناحیه عنق مثانه مانند الفا ادرینرژیک بلاکر تاثیر مختلط بالای عنق مثانه و سستم عصبی مرکزی (مانند ادویه ترای سکلیک) نهی ساختن فعالیت مثانه (ادویه انتی کولینرژیک).
- ۳- تطبیق متقطع کتیتر توسط خود شخص تا تخلیه شدن مثانه را اصلاح نماید.

۴- زیاد ساختن قسمت خروجی مثانه: فزیوتیراپی زمین حوصله، بلند بردن مقاومت Colpususpension، پارچه های سلیکان و یا کولاجن محیط احلیلی و معصره مصنوعی مثانه.

۵- از بین بردن سستم عصبی مثانه : عملیه قطع عصب(سبب نهی فعالیت مثانه، قطع به محور طولانی مثانه و اصلاح وظیفوی ظرفیت مثانه).

۶- بزرگ ساختن مثانه: پلاستی معائی، تعویض ظرفیت مثانه همراه با سگمنت توبول معائی (امعاً باز میگردد که از حالت تیوپ بر آید).

۷- تغییر مسیر ادراری: لوله ایلیومی، تغییر مسیر ادرار به شکل اقتداری .

سنگ های مثانه (چوکات ۱۰.۷۶)

تعریف

سنگ های ابتدائی مثانه یگانه سنگ های است که در ادرار معقم بوجود می آید ، که اغلباً منشه آن در کلیه بوده از آنجا به حالب و از طریق حالب به مثانه آمده و در مثانه بزرگ میگردد.

چوکات ۱۰.۷۶

سنگ های مثانه

- اغلباً سبب انتان ثانوی، بندش مجرای مثانی تخلیه ناکافی مثانه گردیده که زیادتر در مردها به مشاهده میرسد.
- توسط رادیوگرافی ساده، معاینه التراسوند ویا یوروگرافی داخل وریدی تشخیص میگردد.
- طریقه رسیدن به آن از طریق احلیلی، فوق عانی و یا عملیه باز جراحی میباشد.
- گر چه سابق به شکل کور کورانه لیتوتریسی اجرا میگردد اما امروز با دید مستقیم به طریقه های مختلف لیتوتریت نوری، التراسوند لیتوتریت و یا گرفتن سنگ (قییدن) الکتروهایدرولیک اجرا میگردد.
- فکتورهای مساعد کننده تشکل سنگ باید رفع گردد.

سنگ های ثانوی مئانه در موجودیت انتان، بندش در جریان خروجی مئانه تخلیه ناکافی مئانه و یا اجسام اجنبی مانند خیاطه های غیر قابل رشف پارچه فلز و پارچه کتیتر بوجود می آید.

وقوعات

تا قرن بیستم سنگ های مئانه در میان فقرا شیوع زیادتر داشت و وقوعات زیاد آن در سن طفولیت و بلوغ به مشاهده میرسید. نظر به اصلاح رژیم غذائی خصوصاً از دیاد تناسب پروتین و کاربوهایدریت سنگ های ابتدائی مئانه ندرتاً در جوامع غربی خصوصاً بین اطفال به مشاهده میرسد.

ترکیب و تظاهرات سیستوسکوپیک

اکثریت سنگ های مئانه مختلط بوده لکن منظره آنها متغیر میباشد.

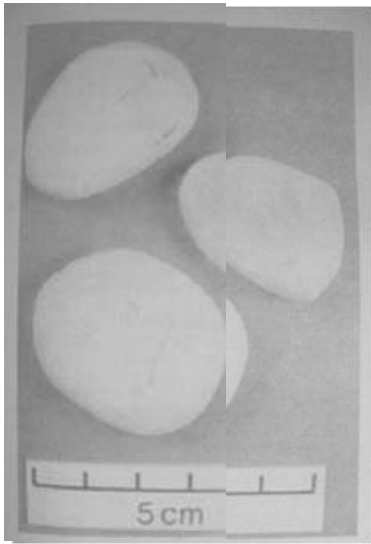
سنگ های اوگزالات سنگ های ابتدائی بوده و به آهستگی بزرگ میگردد. معمولاً به اندازه متوسط و یکعدد میباشد. سطح آن غیر منظم (مانند توت زمینی) بعضی اوقات خاردار و براق میباشد (شکل ۷۶.۲۵). اگر چه کلسیم اوگزالات سفید میباشد و از سبب که در ترکیب آن صباغات دموی نیز شامل میگردد سنگ ها معمولاً نضواری تیره و یا سیاه رنگ میباشد.

یوریک اسید و سنگ های یورات مدور و بیضوی شکل بوده کمتر لشم از نظر رنگ متغیر از زرد خاسف تا به نضواری روشن میباشد ممکن یکعدد و یا چندین عدد باشد (شکل ۷۶.۲۶). که زیادتر نزد مریضان مصاب نقرص، الیوستومی و یا بندش عنق مئانه داشته باشند بملاحظه میرسد.

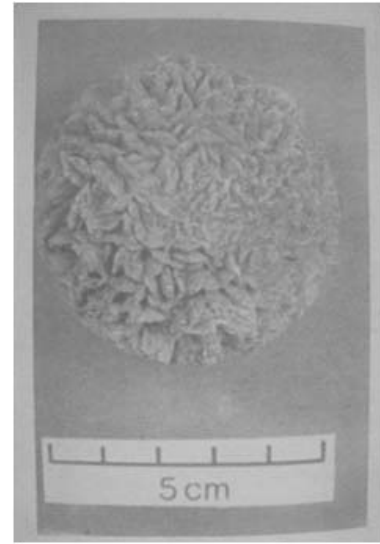
سنگ های سیستین در حالات سیستین یوری به مشاهده میرسد و از سبب که دارای سلفر زیاد میباشد رادیوپایک است.

سنگ های تربیل فوسفات از امونیم، مگنیزیم، و کلسیم فوسفات ترکیب گردیده در ادرار که توسط میکروب های که سبب تجزیه یوریا میگردد منتن شده باشد به مشاهده میرسد و به سرعت بزرگ میگردد. در یک تعداد واقعات به قسم یک هسته سنگ که زیادتر جسم اجنبی که در اطراف آن سنگ تشکل میکند دیده میشود (اشکال ۷۶.۲۷ و ۷۶.۲۸). در دیگر واقعات هسته آن متشکل از اپیتلیوم دی سکواموز و باکتری ساخته شده که منتن بوده سفید رنگ و قوام تباشیری دارد.

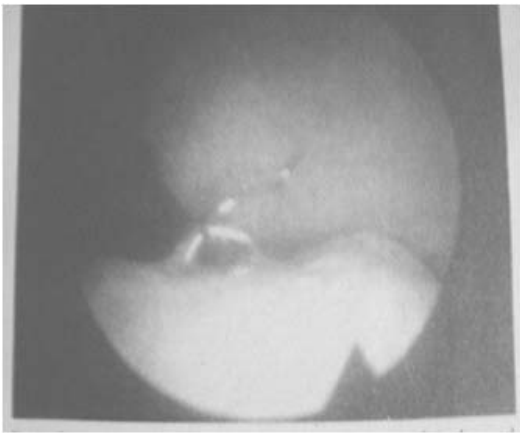
سنگ مئانه معمولاً آزاد بوده و در مئانه حرکت میکند و در سفلی ترین محل خروجی مئانه در حالات ایستاده و نشسته نظر به قوه جاذبه موقعیت میگیرد. در حالات خوابیده و در سستوسکوپي سنگ موقعیت خلف تریگون را بخود میگیرد ندرتاً یک قسمت ویا تمام سنگ در داخل دایورتیکول جابجا میگردد که ممکن در آنجا از نظر دور بماند.



شکل ۷۶.۲۶ سنگ های یوریک اسید.



شکل ۷۶.۲۵ یک سنگ سخت مئانه لشم نوع



شکل ۷۶.۲۸ سنگ یوریک اسید که بالای استیپل فلزی که در توسع کولونیک مئانه تشکل کرده.



شکل ۷۶.۲۷ سنگ که در سلینگ مهبلی تشکل کرده که بدخل مئانه نفوذ کرده.

تظاهرات کلینیکی

مرد ها هشت مرتبه زیاد تر نسبت به خانم ها به این مرض مبتلا میگردند. سنگ ها می تواند بدون اعراض باشند و بصورت تصادفی در سیستم اسکوپیی که قبل از پروستاتکتومی اجرا میگردد کشف شود.

اعراض

تکررتبول مقدم ترین عرض بوده و اغلباً از طرف روز به مشاهده میرسد. احساس تخلیه نامکمل مثانه موجود می باشد.

ادرار دردناک اغلباً نزد مریضان موجود میباشد که سنگ های اوگزالات خاردار داشته باشند. درد زیاد تر در ختم تبول بوجود آمده و تا نوک قضیب و یا شفتان کبیر انتشار دارد. بسیار نادر به طرف عجان و ناحیه فوق عانی انتشار میکند درد با حرکت شدیدتر میگردد. پسران جوان از درد فریاد نموده و قضیب خود را کش میکنند که زیادتیر در ختم تبول به مشاهده رسیده و مشعر برای سنگ مثانه میباشد. وصف هیماتوری آن طوریبست که در ختم تبول چند قطره خون روشن خارج میگردد که از سبب تخریش شدن اوعیه تریگون بوجود آمده یکی از اسباب درد به شمار میرود.

قطع جریان ادرار از سبب بسته شدن میاتوس داخلی توسط سنگ بوجود آمده که ممکن سبب احتباس حاد ادرار گردد و ندرتاً در کاهلان به مشاهده میرسد. اعراض انتان بولی نزد مریض ممکن به مشاهده برسد. انتان بولی معمولاً سبب اعراض میگردد.

معاینات

معاینات مهبلی و مقعدی معمولاً نورمال است و بعضاً سنگ بزرگ در خانم ها با معاینه مهبلی قابل جس میباشد .

در معاینات ادرار معمولاً هیماتوری میکروسکوپیک به مشاهده رسیده قیح و یا کریستال های وصفی سنگ ها طور مثال پاکت مانند در سنگ های اکسالات، و یا هیموار شش ضلعی در سنگ های سیستین به مشاهده میرسد.

در اکثریت مریضان در رادیوگرافی ساده سنگ ها قابل دید میباشد(شکل ۷۶.۲۹). اگر سنگ ها رادیولوسینت باشد یک ضیاع امتلا در یوروگرافی داخل وریدی به مشاهده میرسد. رادیوگرافی طرق بولی باید اجرا گردد تا سنگ های بولی علوی از نظر نماند.



شکل ۷۶.۲۹ سنگ مثانه که در رادیوگرافی معلوم میشود.

سیستوسکوپی یک معاینه اساسی بوده زیرا در بسیاری از سنگها در حال حاضر میتوان مداخله اندوسکوپیک نمود. به تنهایی میتوان یک پوش سیستوسکوپ را داخل مثانه نموده و صدای مخصوص سنگ (Click) اغلباً اگر سنگ آزاد و متحرک باشد به اثر تماس با سامان احساس میگردد. تمام مثانه توسط سیستوسکوپ تفتیش گردد التهاب ناحیوی و یا عمومی در تمام مثانه ممکن به مشاهده برسد. در نزد مردها اگر بندش در عنق مثانه موجود باشد مداخله برای سنگ و قطع عنق در یک وقت اجرا شده میتواند.

تداوی

در بسیاری مریضان باید دلیل بوجود آمدن سنگ که شامل بندش عنق مثانه، انتانات، و تخلیه نامکمل مثانه نزد مریضان مصاب به تشوشات وظیفوی عصبی مثانه دریافت و تداوی گردد میباشد. در بسیاری مریضان تداوی سنگ ها را میتوان به شکل اندوسکوپیک اجرا کرد.

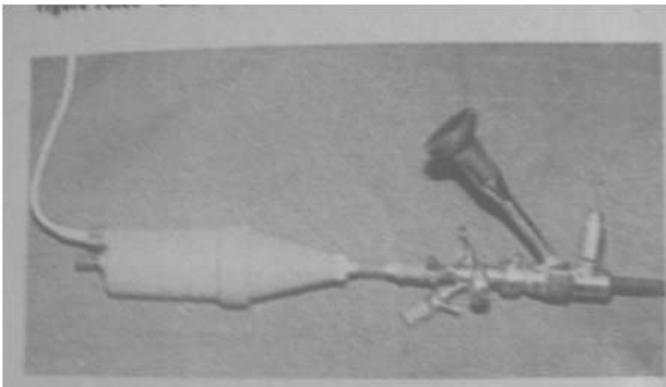
Litholapexy (شکستادن سنگ)

از نظر تاریخی لیتوتریت کورکورانه (شکل ۷۶.۳۰) در مراحل ابتدائی یک تخنیک ضعیف تهاجمی بود. میتود های دیگر شامل لیتوتریت نوری و پروب های الکتروهایدرولیک و یا پروب التراسوند (شکل ۷۶.۳۱) میباشد. وسایل دیگر شامل سوراخ نمودن سنگ میباشد که درین صورت سنگ به پارچه های کوچک تبدیل شده و بعداً توسط Ellik خارج میگردد.

مضاد استتباب لیتولاپیکسی در حالات ذیل میباشد.



شکل ۷۶.۳۰ لیتوتریت که جهت خورد ساختن سنگ های مثانه بکار میرود. 'Blind'



شکل ۷۶.۳۱ پروب التراسوند اندوسکوپیک که جهت پارچه نمودن سنگ های مثانه و کلیه به کار میرود.

- احلیلی
- تضیق احلیل که به اندازه کافی متوسع نگردهد.
- زمانیکه سن مریض کمتر از ده سال باشد.
- مثانه
- مثانه فوق العاده منقلص .
- خصوصیت سنگ
- سنگ بسیار بزرگ .

تخنیک

مریض باید قبل از عملیات انتی بیوتیک مناسب اخذ نماید. مفاد زیاد لیتوتریت کور در اینست که سخت و محکم است سنگ های سخت تر را میتوان توسط آن پارچه پارچه نمود بعداً لیتوتریت نوری استفاده گردد. توسط سیستم اسکوپیک لیتوتریت سنگ سوراخ و پارچه پارچه شده و تحت نظر مستقیم میتوانیم سنگ را محکم بگیریم.

در زمان انجام این عملیه مثانه توسط سیروم فزیولوژیک در حدود ۲۰۰-۳۰۰ سی سی مملو گردیده سامان معه آن داخل مثانه گردیده و قسمت Jaw آن بسته گردیده Obturator در قسمت سفلی قرار میگردد. بعد از شستشوی مثانه و داخل نمودن تیلیسکوپ سنگ دیده میشود. پل دیستل بالای نقطه مرکزی سنگ به قسم چنگ تئیت گردیده و سنگ محکم گرفته میشود. بعداً تیلیسکوپ به آهستگی کشیده میشود تا از خرابی نوری جلوگیری گردد. بیچ آن به آهستگی دور داده میشود تا سنگ شکستنده شود. توتیه های بزرگ به اثر مانورهای مجدد باید به پارچه های کوچک تبدیل میگردد. Jaw باید بسته شود لیتوتریت تدور داده میشود تا وقتیکه Jaw به علوی موقعیت بگیرد.

بعد از کشیدن تیلیسکوپ و تطبیق سیروم فزیولوژیک زمانیکه پارچه های کوچک سنگ خارج میگردد سامان کشیده میشود بعداً از Ellik استفاده میگردد تا مطمئن شویم که تمام پارچه های سنگ خارج گردیده.

Mechano hydraulic lithotripsy (شکستادن سنگ به میتود میکانوهایدرولیک)

لیتوکلاست انرژی تولید میکند که به اثرمیخانیکیت خاص توسط گلوله فلز بطرف اطاق بسته شده در قسمت نهایت پروکسیمال پروب اندوسکوپیک فیر میگردد. هم چنین یک منبع تولید انرژی در بین دو جوهر الکتروکانسانتربیک تولید میگردد. وقتی متکرراً عمل فوق انجام میگردد سنگ به پارچه های کوچک تبدیل میشود پروب ها بدو یا سه اندازه بوده که بزرگترین آن ۹F است که برای سنگ های مثانه استفاده میگردد. در زمان سیستمسکوپیی پروب نزدیک سنگ گردیده لکن دورتر از نهایت تیلیسکوپ فیر میگردد. مهم است که در زمان شیلیک الکتروود غشائی مخاطی و جدار مثانه ترضیضی نگردد.

تخلیه پارچه های سنگ طوری اجرا میگردد که دوصد سی سی مایع داخل مثانه گردیده تخلیه کننده از مایع مملو میگردد و به شیت سیستمسکوپ وصل میشود. بالون آن به آهستگی فشار داده شده و بعداً گذاشته میشود تا دوباره متوسع گردد. مایع که خارج میگردد همراه با پارچه های سنگ میباشد در داخل ساختمان receptacle شسته فرو میرود. بصورت متناوب در عین زمان Bulb فشار داده میشود و اسپریشن ادامه می یابد تا آخرین پارچه های سنگ خارج گردد. Beak یا نوک کنولا به راست و چپ دور داده میشود و سکشن درهمین وضعیت ها اجرا میگردد. کنترل میگردد تا آخرین پارچه های سنگ در مثانه نماند و بعداً فولی کتیترا احلیلی مثانی تطبیق و بعد از بیست و چهار ساعت کشیده میشود.

Suprapubic lithotomy (کشیدن سنگ از طریق فوق عانی)

میتود دیگر لیتولاپکسی کشیدن سنگ از طریق شق فوق عانی میباشد. بعد از کشیدن آن مثانه ترمیم و فولی کتیترا احلیلی مثانی تطبیق میگردد.

Suprapubic litholapaxy از طریق جلدی

امکاندارد که یک سوزن داخل مثانه گردد و بعداً Guidwire داخل آن میشود و مانند نفرولیتوتومی از طریق جلدی فلز توسع دهنده Alken بالای Guidwire عبور داده میشود تا مجرا بزرگ گردد. یک پوشی

Amplatz داخل می‌گردد و نفروسکوپ دارای مجرای بزرگ تطبیق شده می‌تواند در صورتیکه شکستادن سنگ از طریق احلیل که دارای مجرای تنگ می‌باشد اجرا شده نتواند این طریقۀ بهترین می‌باشد.

(Extracoporal Shockwave Lithotripsy) ESWL

این عملیه در سنگ های مثانه استفاده میشود و اگر سنگ فوق العاده بزرگ باشد ترجیح داده میشود که شکستادن سنگ به شکل اندوسکوپیک اجرا گردد.

کشیدن فولی کتیتز محبوس شده

محبوس ماندن فولی کتیتز در داخل مثانه غیر معمول نبوده و به مشاهده میرسد که از اثر مجرائی که برای بالون می‌باشد بسته شده و بسیاری اوقات در نهایت دور و نزدیک بالون این حادثه بوجود می‌آید. بهترین طریقۀ عبارت از پر نمودن بالون توسط بیست ملی لیتر آب بوده که بعداً بالون به اثر تطبیق یک سوزن نخاعی تحت نظر اولتراسوند انفجار داده میشود از مایعات که سبب حل شدن بالون میگردد مانند ایتز که پارچه های آن در داخل مثانه باقی بماند استفاده نمیگردد. به هر حال وقتیکه بالون انفجار نماید بعداً سیستم اسکوپیی اجرا میگردد تا مطمئن شویم که پارچه های بالون بداخل باقی نمانده و در آن سنگ تشکل نکند.

اجسام اجنبی مثانه

اجسام اجنبی معمولی در مثانه عبارت از پارچه های بالون فولی کتیتز است (در فوق ذکر گردید). اشکال مختلف اجسام اجنبی که از مثانه کشیده شده حیران کننده میباشد طور مثال چوبک آرایش دست و ناخن، گره مو، سنجاق مو، موم، شمع. بعضاً اجسام اجنبی از طریق جدار مثانه داخل میگردد مثلاً در عملیات حوصلی خارج مثانه که سوچرهای غیر قابل رشف استفاده میشود و توسط سیستم اسکوپیی تشخیص میگردد در صورتیکه جسم اجنبی رادیوآپیک باشد در رادیوگرافی تشخیص میشود.

اختلالات اجسام اجنبی شامل:

- اتنان طروق بولی سفلی
- تثقب جدار مئانه
- سنگ مئانه

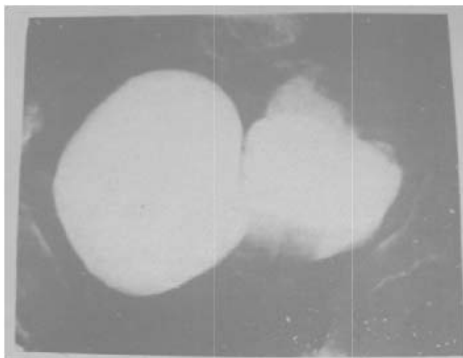
تداوی

اجسام اجنبی کوچک را میتوان توسط سیستموسکوپ از طریق احلیل خارج کرد، بعضاً ضرورت میگذرد که از فوق عانی از طریق جلدی سیستموسکوپ داخل مئانه گردیده و جسم اجنبی کشیده میشود.

دایورتیکول مئانه (چوکات ۷۶.۱۱)

تعریف

در حالت نورمال فشار داخل مئانه در اثنای تخلیه در حدود ۳۵-۵۰ سانتی متر آب می باشد. زمانی که فشار مئانه بلندتر از ۱۵۰ سانتی متر آب میشود مئانه هایپرتروفیک کوشش میکند تا ادرار از مانعه که موجود است عبور دهد. این فشار سبب میگردد که غشای مخاطی در بین بندل عضلات هایپرتروفیک و طبقه داخلی فرو رفته و به شکل برآمده گی تبارز می نماید سبب تشکل خریطه های کوچک و متعدد میگردد. یک و یا زیادتر معمولاً یک کیسه کوچک در داخل تمام ضخامت مئانه فشرده شده و دایورتیکول ساخته میشود (شکل ۷۶.۳۲). دایورتیکول های ولادی از سبب نقصان در نشو و نمو مئانه بوجود می آید.



شکل ۷۶.۳۲ در سیستموگرام دایورتیکول کلان مئانه به

مشاهده میرسد.

- دایورتیکول مثانه زیادتر به قسم تصادفی توسط سیستوسکوپ و یا تصاویر طرق بولی تشخیص میگردد.
- تا زمانیکه دایورتیکول سبب اعراض نگردد ایجاب دایورتیکولیکتومی را نمیکند.

اسباب دایورتیکول

دایورتیکول ولادی

نادر است. این دایورتیکول در قسمت خط متوسط قدامی علوی موقیعت داشته که به اثر بسته نشدن نهایت Urachus بوجود می آید. همراه با مثانه تخلیه میگردد و اعراض ندارد. موقیعت دیگر آن در قسمت قاعده مثانه بوده که می تواند بدون بندش بوجود آید و ممکن ضرورت به قطع داشته باشد زیرا خطر انتان مزمن و یا تشکل سنگ در نزد کاهلان میرود.

Pulsion Diverticulum (دایورتیکول تپله شده)

عامل سببی آن زیادتر بندش طرق بولی سفلی میباشد.

پنالوزی

معمولاً دهن دایورتیکول در قسمت علوی و دور تر از فوحه حالی قرار دارد. استثنائاً در نزدیک خط متوسطه در خلف حاشیه فاصله بین هر دو فوحه حالی قرار میگردد. اندازه آن مختلف بوده به ۲-۵ سانتی متر و ممکن بزرگتر از آن باشد. دایورتیکول توسط غشائی مخاطی پوشیده شده و جدار آن حاوی نسج فبروز میباشد (در مقایسه با دایورتیکول کشیشی).

دایورتیکول بزرگ به طرف سفلی وسعت یافته و بعضاً سبب بندش حالب گردیده ممکن این حادثه از سبب التهاب محیط دایورتیکول بوجود آید.

اختلالات

در نزد اکثر مریضان از سبب بندش عنق مثانه دایورتیکول کوچک بوجود آمده که بعد از قطع و برداشتن غده پروستات برطرف میگردد که بدون اعراض میباشد موجودیت دایورتیکول Per se ایجاب قطع باز و یا تداوی جراحی را نمیکند.

نکس انتان بولی

یک کیسه که بصورت مکمل تخلیه نگردد بقایای ادرار یا رکودت آن مشابه در یک حوض میباشد، یکبار که متن گردید انتان دوامدار میماند در حالات طولانی التهاب محیط دایورتیکول سبب التصاقات محکم بین دایورتیکول و ساختمانهای محیط آن میگردد. Squamous Cell metaplasia و لوکوپلاکیا از جمله اختلالات نادر آن میباشد.

سنگ مثانه

سنگ مثانه از سبب انتان و رکودت ادرار بوجود می آید بعضاً سنگ از دایورتیکول بداخل مثانه متبازر میگردد.

هایدرونفروز و هایدرویوریتز

بسیار نادر است که از اثر التهاب محیط دایورتیکول و فبروز بوجود می آید.

نیوپلازم

نیوپلازم که از دایورتیکول منشه میگیرد غیر معمول است (کمتر از ۵٪). انزار آن مربوط درجه تومور میباشد (به پایان متوجه باشید).

تظاهرات کلینیکی

دایورتیکول غیر متن مثانه سبب کدام اعراض نمی گردد. مریضان را تقریباً همیشه مرد ها تشکیل میدهد (۹۵٪) که بالاتر از پنجاه سال عمر دارند.

کدام اعراض پتوگنومیک موجود نیست. مریضان بندش طرق بولی سفلی، انتان متکرر بولی و پیلونفریت دارند. هیماتوری (از سبب انتان، سنگ و یا تومور) یگانه عرض بوده و در ۳۰٪ مریضان به مشاهده میرسد. در نزد یک تعداد کم مریضان تبول دو مرتبه و به سرعت پی در پی بوجود می آید (تبول دومی بعد از تغیر وضعییت بوجود می آید).

سیستوسکوپی

یک وسیله خوب برای کشف دایورتیکول میباشد اغلباً فوحت حالی به شکل واضح قطع شده در حدود پنج ملی متر قطر دارد دیده میشود عمق آن سیاه و غیر شفاف میباشد (شکل ۷۶.۳۳). توسع غیر کافی مثانه و دهن دایورتیکول توسط اپیتلیم به طرف داخل چین خورده گی دارد بسته معلوم میشود (شکل ۷۶.۳۴). برای دریافت دایورتیکول ضرور است تا مثانه فوق العاده متوسع گردد.

یوروگرافی داخل وریدی

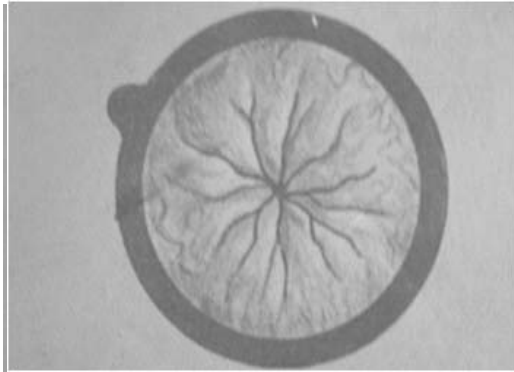
این عملیه معلومات در باره اندازه دایورتیکول میدهد.

ریتروگراڈ سیستوگرافی

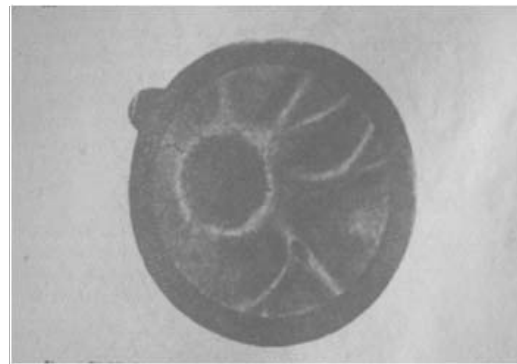
این عملیه تنها در اثنای تحقیقات ویدیویورودینامیک که برای تحقیق و بررسی تشوشات تخلیوی مثانه صورت میگیرد انجام میشود. این معاینه همچنین معلومات در باره دایورتیکول و اوصاف تخلیوی مثانه میدهد.

Ultrasonography

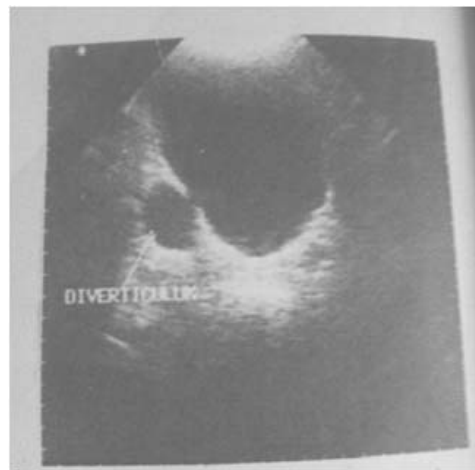
دایورتیکول مثانه با اولتراسوند که برای تعیین مقدار بقایائی ادرار بعد از تبول اجرا میگردد کشف میشود (شکل ۷۶.۳۵).



شکل ۷۶.۳۴ منظره داخل مثانه در زمان که بصورت ناکافی متوسع باشد.



شکل ۷۶.۳۳ منظره سیستوسکوپییک فوچه دایور تیکول و تراپیکولیشن مثانه.



شکل ۷۶.۳۵ دایور تیکول مثانه در معاینه التراسوند

استطبات برای عملیات

عملیات صرف برای تداوی اختلاطات انجام میگردد. در صورتیکه دایورتیکول خورد همراه با بندش بولی سفلی باشد عملیات و در غیر آن دلیل برای قطع دایورتیکول وجود ندارد. حتی دایورتیکول بزرگ که سبب اختلاطات و انتانات نشده باشد به تداوی ضرورت ندارد.

تداوی قبل از عملیات

زمانیکه ادرار متن باشد انتی بیوتیک مناسب قبل از عملیات توصیه گردد. در صورت که موجودیت انتان واضح و احتباس ادرار موجود باشد ضرورت است که بصورت متقطع فولی کتیر احلیل مثانی تطبیق گردد تا انتان از بین برود.

عملیات مشترک خارج مثانی و داخل مثانی برداشتن دایورتیکول

یک عملیات ستندرد است. سیستم اسکوپبی اجرا، ستینت حالی در طرف ماوف تطبیق گردد. ماوف شدن و یا از بین رفتن اوعیه حالب از جمله اختلالات جدی است. جدار قدامی مثانه از طریق شق فوق عانی دریافت، پریوان بالا رانده شده، دایورتیکول از ساختمان های مجاور جدا شده تا زمانیکه حفره ظاهر گردد. بعداً مثانه از قسمت متوسط آن شق و دایورتیکول مثانه توسط گاز پک میگردد. عنق دایورتیکول معمولاً از حالب جدا شده وقتی کیسه از مثانه که التصاق صمیمی دارد آزاد گردید بعداً توسط چاقو دیاترمی جدامیگردد.

ساحه ماوفه توسط مواد دوخت دو صفر قابل رشف به یک پلان ترمیم می گردد هم چنین کتیتر فوق عانی تطبیق و در خارج مثانه درن گذاشته میشود.

در میتود دیگر اگر کیسه شدیداً التصاق داشته باشد یک شق در قسمت پایان مثانه نزدیک به کنار فوحه دایورتیکول اجرا و بعداً دایورتیکول همراه با کنار فبروتیک آن آزاد ساخته میشود. شق مثانه ترمیم دایورتیکول برداشته شده و درن برای دو تا سه روز گذاشته میشود. مجرای فبروتیک بعد از کشیدن درن ترمیم میگردد در صورتیکه بندش عنق مثانه موجود باشد پروستاتیکتومی و دایورتیکولیکتومی در عین زمان اجرا میگردد.

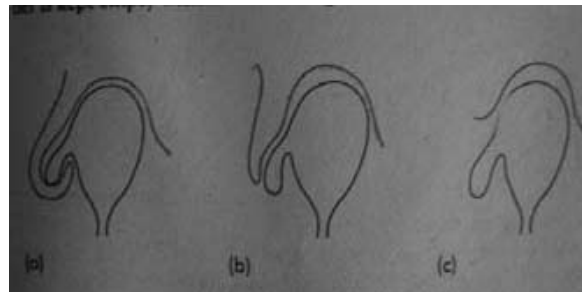
فتق مثانی

عبارت از خروج مثانه از طریق قنات مغبنی و یا فخذی بوده که در ۱.۵٪ واقعات به مشاهده میرسد و توسط عملیات اصلاح میگردد (شکل ۷۶.۳۶).

شکل ۷۶.۳۶ الف) داخل پریوانی) ب) محیط

پریوانی) ج) خارج پریوانی و فتق مثانه که به

کیسه فتقیه ارتباط دارد).

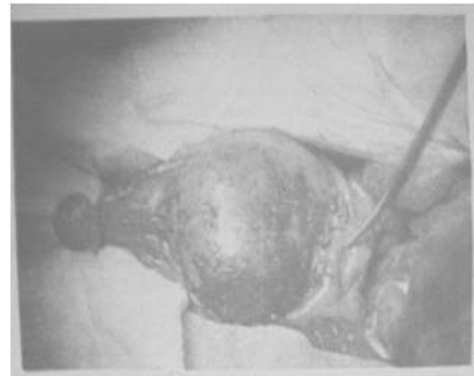


فیستول های بولی (چوکات ۷۶.۱۲)

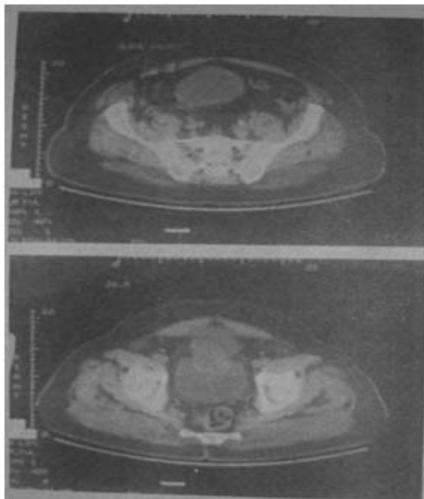
فیستول های بولی ولادی

اسباب فیستول های ولادی شامل:

- مثانه اکتوپیک
- Patent urachus - موجودیت لیکاز بولی از سره که در زمان ولادت به مشاهده میرسد بزودی تشخیص میگردد. در دوره کاهلی انتانات در سیست یوراک ممکن سبب بوجود آمدن فیستول و ادینوکارسینوما گردد (اشکال ۷۶.۳۷ و ۷۶.۳۸). در صورتیکه بندش طرق بولی سفلی موجود نباشد تداوی آن قطع مجرای یوراک و ترمیم مثانه میباشد.
- مترافق با Imperforated anus میباشد.



شکل ۷۶.۳۷ نشان دهنده عملیات سیست یوراک بوده که سبب تشکل ادینوکارسینوما شده. سیستیکتومی قسمی که مترافق با برداشتن مکمل بقایای یوراک میباشد.



شکل ۷۶.۳۸ سیستی اسکن مریض که در

شکل ۷۶.۳۷ میباشد که سیست بزرگ یوراک

در قسمت غور مثانه به مشاهده میرسد.

فیستول های بولی تراوماتیک

در جروح نافذ و یا مثقوبه آفت در زمان عملیات تشخیص نمیگردد و یا اینکه ترمیم ضعیف و ساحه نکروری بدون اوعیه به تعقیب عملیات همراه با رادیوتیراپی ممکن سبب بوجود آمدن فیستول گردد. هم چنین احتباس علقات خون بعد از پروستاتیکتومی از طریق مثانی و یا دایورتیکولیکتومی سبب پاره شدن جرحه مثانی فیستول موقتی بوجود آمده درینصورت کتیر احلیلی مثانی تطبیق و مئانه خالی نگهداشته شده و ترمیم آن بزودی صورت میگیرد.

چوکات ۷۶.۱۲

فیستول ها

- فیستول عبارت از ارتباط بین دو سطح پوشیده اپیتلیم است.
- اکثریت فیستول های مثانی مهبل می باشد که به اثر عملیات های نسائی بوجود می آید در حدود ۱۰٪ فیستول های حالبی مهبل می باشد .
- تست سه سوب در تشخیص ساحه فیستول کمک مینماید به هر حال IVP همراه با واژینوسکوپی، سیستوسکوپی و یا یوروگرافی داخل وریدی تشخیص میگردد در صورت ضرورت ریتروگرا د یوریتیروگرافی اجرا میشود.
- نداوی محافظوی کمتر موفقانه است. طرق رسیده گی برای فیستول ها که موقعیت علوی دارد از طریق بطنی و فیستول های که موقعیت سفلی دارد از طریق مهبلی موفقانه عملیات میگردد.
- اساسات عملیات را دید خوب ساحه، قطع خوب ساحه ماوفه و ترمیم ساحه بدون کشیش و ساحه اناتومیک که دارای اوعیه باشد تشکیل میدهد.
- فیستول که از سبب شعاع، کانسرها و انتان بوجود آمده باشد دارای چندین مجرا میباشند.
- فیستول های دوامدار در جلد نشاندهنده بندش دورتر و یا انتان مزمن مانند توبرکلوز و یا جسم اجنبی مانند سنگ و یا خیاطه های غیر قابل رشف میباشند.

فیستول های مثانی مهبلی

یک حالت است که بزودی سبب از بین رفتن روحیه مریض و قطع روابط مریض از اجتماع شده در ممالک که تداوی جراحی مناسب قابل دسترس نیست به مشاهده می‌رسد.

اسباب

اسباب فیستول های مثانی مهبلی متعدد است.

- ولادی. غفلت در ولادت و طولانی شدن زمان ولادت.
- نسائی. در بر داشتن رحم و Colporaphy قدامی اختلاط عمده آنها فیستول های مثانی مهبلی میباشد.
- رادیوتیراپی. اسباب عمده آن رادیوتیراپی کانسرومنق رحم است که اشعه لایزر خارج از عنق رحم بالای اعضای حوصلی تأثیر میگذارد.
- ارتشاح مستقیم تومور. بصورت استثنائی کارسینومای عنق رحم تفرح نموده از طریق فورنکس قدامی در مثانه نفوذ مینماید.

زمانیکه جرحه مثانه شناسائی و تشخیص گردد باید ترمیم شود. لیکاز ادرار غیر معمول بوده زمانیکه آفت مد نظر گرفته نشود فرار ادرار بزودی به مشاهده می‌رسد. به هر حال اکثر فیستول های مثانی مهبلی نتیجه نکروز اسکیمیک جدار مثانه از سبب فشار دوامدار رأس جنین در حادثات ولادی میباشد. در واقعات نسائی اسکیمی از سبب محکم گرفتن جدار مثانه توسط هیموستات میباشد که شامل سوچر نمودن جدار مثانه و یا شاید حتی از سبب هیماتوم و یا اذیما بوجود آید. لیکاز از سبب نکروز اسکیمیک انساج ندرتاً قبل از هفت روز بعد از عملیات به مشاهده می‌رسد. در فیستول های مشکل و مغلق به تعقیب تداوی رادیوم کارسینومای عنق رحم ممکن از سبب نکروز غیر وعائی و سالها بعد از تداوی آفت بوجود آید.

تظاهرات کلینیکی

در موجودیت لیکاژ ادرار از مهبل بلاخره تخریش در اعضای تناسلی خارجی بوجود می آید. معاینه مهبل توسط انگشت و دریافت یک ساحه ارتشاحی و سخت در جدار قدامی مهبل جس میگردد. و یا در قبه مهبل در مریضان که فیستول بعد از هیستریکتومی بوجود می آید با داخل نمودن سپیکولوم در مهبل فرار ادرار از ساحه قدامی مهبل به ملاحظه میرسد. یک پروب خمیده را از مهبل به مثانه داخل نموده میتوانیم ممکن سیستوسکوپی از سبب مثانه متقلص به اثر التهاب مثانه و فرار ادرار از مثانه مشکل باشد. به هر حال نوک پروب از قسمت ساحه ارتشاحی عبور داده شده و دیده میشود که نسج گرانولیشن موجود است. تشخیص تفریقی بین فیستول مثانی مهبل و فیستول حالبی مثانی را میتوان با گذاشتن یک سوب در داخل مهبل و محلول متلین بلو در احلیل زرق میگردد در صورتیکه فیستول مثانی مهبل موجود باشد به اثر زرق محلول رنگه میشود. در صورت شرایط مناسب تصاویر اکسری فیستول را واضح میسازد. سیستوسکوپی و کیتیرایزیشن دوطرفه حالبی اجرا و ساختمان اناتومیکی واضح میگردد. فیستول مثانی مهبل در فصل ۷۵ مورد بحث قرار گرفته است.

یوروگرافی داخل وریدی باید اجرا شود تا موجودیت فیستول مثانی حالبی رد گردد. فیستول حالبی مهبل همراه با فیستول مثانی مهبل در ۱۰٪ واقعات به مشاهده میرسد. معمولاً یوروگرافی داخل وریدی نشاندهنده توسع طرق بولی علوی از سبب بندش قسمی میباشد.

تداوی

فیستول مثانی مهبل بصورت اتفاقی با دریناژ مثانه از طریق احلیل اهمامات به تعقیب هستریکتومی موفقانه میباشد. به هر حال اکثریت فیستول ها ایجاب تداوی جراحی را مینماید. James Marion sims در سال ۱۸۵۲ تکنیک طریق مهبل را تشریح نمود که قواعد اساسی و موفقیت آمیز در ترمیم جرحه قطع انساج مرضی، آماده ساختن و تازه کردن حاشیه، ترمیم بدون کشیش و دریناژ مثانه میباشد. فیستول های که موقعیت پایان دارند (بایانتر از تریگون) بهترین طریقه تداوی جراحی از طریق مهبل است. فیستول توقیع و حاشیه آن تسلیخ و تازه میگردد. مثانه توسط خیاطه قابل رشف ترمیم و بعداً مهبل

توسط لایه جداگانه ترمیم میگردد. کتیتر احلیلی حد اقل برای مدت ده یوم داخل مئانه گذاشته میشود. برای فیستول های بالاتر از تریگون طریقه ترمیم از طریق مهبلی فوق العاده مشکل است این مریضان همیشه باید قبل از عملیات سیستوسکوپى شده و یوریتروگرام دو طرفه اجرا گردد.

برای فیستولهای علوی طریقه مئانی بسیار موفقانه میباشد شق Pfannenstiel اجرا و مئانه از پریتون تسلیخ و خلفاً در خط متوسط تا پایانتر از سرحد فیستول تسلیخ اجرا میگردد بعداً مئانه از مهبل جدا گردیده و بعضاً ضرورت میشود تا به احتیاط تام از رکتیم نیز جدا گردد. مهبل بعداً توسط دو صفر پولی گلوپکون ۹۱۰ ترمیم و ثرب پایانتر آورده شده در بین مئانه و مهبل قرار داده میشود. ثرب بسیار نظیف ترمیم شده و بعداً مئانه بسته میشود. کتیتر احلیلی و فوق عانی برای ۱۰-۱۴ روز گذاشته میشود. در مریضان که فیستول حالبی مهبلی داشته باشند شق Pfannenstiel اجرا و از طریق خلف پریتون مداخله میگردد التصاقات دور ساخته شود و معمولاً حالب بالاتر از سرحد جرحه دریافت شده میتواند.

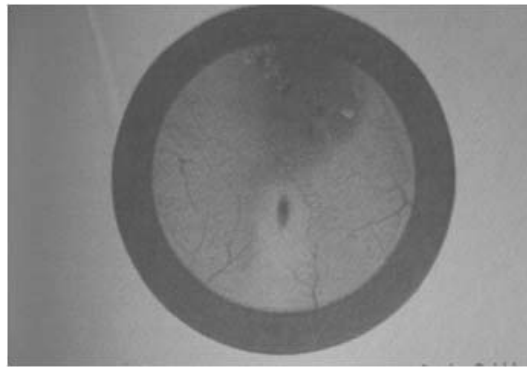
انساج فبروتیک و حالب متضیقه دور ساخته شده و بعداً حالب در مئانه دوباره غرس میگردد. نظر به ساحه ضایع شده حالب غرس دوباره با پروسیجر همراه Psoashitch امکان دارد اجرا شود اگر فاصله دور باشد از Boari flap از جدار قدامی مئانه استفاده شده و حالب در عمق فلپ مذکور غرس می گردد. قواعد اساسی آنست که غرس حالبی نباید تحت فشار و کشیش قرار داشته باشد نتایج آن اگر خوب نباشد مریضان نا آرام و مایوس گردیده و نتایج خراب آن جنجال برانگیز میباشد .

فیستول حویضه کلیوی به امعا و یا جلد

توبرکلوز کلیه ممکن از سبب تجبن و مجرای مزمن به دیودینوم، کولون، جلد، به حفره حرقفی و یا در زاویه ضلعی فقری میتواند ارتباط یابد. همچنین پیونفروز ممکن بصورت خودبخودی بداخل امعا و یا جلد باز گردد. در قرحات اثنا عشر حویضه کلیه راست و در مرض Crohns' حویضه یا حالب را دربر میگردد و یا پیلونفریت زانتوگرانولوماتوز ممکن سبب فیستول گردد.

فیستول هایکه از سبب انتان بوجود می آید

معمولترین اسباب آن دایورتیکولیت کولون میباشد و یا ممکن به تعقیب مرض 'Crohns، آبسی اپندکس و یا انتانات حوصلی که مشترک با سلپانجیت حاد و یا از اثر عملیات و یا رادیوتیراپی حوصله بوجود آید. در آغاز ممکن واضح نباشد و به شکل انتان عادی تداوی گردد. تشخیص آن مشکل است اما در سیستم اسکوپیک یک ساحه اذیمائی در قسمت چپ برجستگی معلوم میشود و ممکن حبابات گاز به مشاهده برسد (شکل ۳۹-۷۶). سیستموگرام فیستول را واضح میسازد به هر حال مجرای فیستول همیشه ثابت و باز نیست و تست ممکن منفی باشد. عماله با کاترست کمک کننده بوده نه تنها فیستول معلوم گردیده بلکه میتواند عامل آن نیز دریافت گردد خارج شدن گاز از احلیل نشاندهنده فیستول معائی بولی بوده (در مریضان دیابت در نتیجه انتان طرق بولی سبب تولید گاز شده باید رد گردد).



شکل ۷۶.۳۹ منظره سیستموسکوپیک فیستول مهبلی معائی. حبابات گاز که از فوچه فیستول خارج میگردد معلوم میشود.

تداوی

در بسیاری مریضان بعد از استطباب در صورتیکه جراح کولونی با تجربه باشد در یک مرحله عملیات و بهبودی حاصل میگردد. در بعضی حالات یک کولوستومی غیر فعال بالاتر از فیستول در مرحله اول اجرا گردیده تا حادثه التهابی در جریان دو الی سه ماه خاموش گردد. در لپراتومی ارتباط آنها از هم جدا میگردد فیستول مثانه ترمیم و توسط ثرب پوشانیده میشود. قسمت ماوفه امعاً قطع شده بسیار مهم است که مطمئن باشیم که کولون چپ در صورت ضرورت فلیکسور طحالی خوب متحرک شده و بدون کشیش و

ساحه انستوموز خوب وعائی باشد. مثانه توسط کتیتر احلیلی دریناژ گردد. کولوستومی بعد از چندین هفته ترمیم شود و عماله باریوم اجرا گردد تا لیکاز موجود نباشد.

واقعات از سبب کارسینوما

تومور معمولاً بصورت موضعی پیشرفت نموده به مرور زمان فیستول بین امعاً و مثانه بوجود می آید ممکن قابل عملیات باشد.

فیستول احلیلی

فیستول احلیلی بالاتر از تضیق بوجود می آید، بوجود آمدن آ بسی محیط احلیل و باز شدن آن بداخل احلیل سبب ارتشاح ادرار به محیط احلیل و ناگهان درعجان و سفن باز گردیده ادرار و انتان دونیم سانتی متر بالاتر از ران و جدار سفلی بطن انتشار میکند. سیلولیت منتشر و نکروز انساج(که ممکن به طرف Fourniers گانگرن پیشرفت نماید). توسط شق های سفنی و مغبنی دریناژ گردد و سیستوستومی اجرا شود.

فیستول های نیوپلازیک

تومور های مثانه ندرتاً به طرف جدار بطن سریع انکشاف مینماید و قبل از تداوی بعدی در ابتدا سیستوستومی اجرا گردد تداوی شعاعی به مقدار کم از خطرات غرس شدن حجرات کانسر در جرحه جلوگیری مینماید. تنها تداوی محافظوی در بسیاری حالات توصیه میگردد.

ماوف شدن مثانه توسط تومور عنق رحم، رحم، کولون و رکتیم سبب بوجود آمدن فیستول شده ممکن لمفوسرکومای امعاً رقیقه نیز سبب فیستول گردد.

کارسینوما پروستات ندرتاً سبب بوجود آمدن فیستول رکتیم میگردد. تداوی در بسیاری این حالات مشکل و دوامدار است در بسیاری اوقات محافظوی میباشد. ندرتاً مریضان علاقه به انجام دادن تغیر مسیر جریان ادرار ندارند همچنین عملیه کمتر ترضیضی تطبیق ستینت میباشد که نزد مریض اعراض تخفیف می یابد.

انتان طرق بولی سفلی و التهاب مثانه (چوکات ۷۶.۱۳)

انتان مثانه سبب اعراض فریکونسی، ارجنسی، ناراحتی فوق عانی، دیزیوری، ادرار تیره و بویناک میگردد، این اعراض معمولاً بنام التهاب مثانه یاد میگردد انتان طرق بولی سفلی زیادتر در نزد خانم ها نسبت به مردها خصوصاً در سنین پایانتز از پنجاه سالگی به مشاهده میرسد.

چوکات ۷۶.۱۳

انتان طرق بولی در کاهلان

- تجرید انتان در کاهلان نادر نبوده و زیادتر در خانم ها به مشاهده میرسد.
- انتانات متکرر و یا اختلاطی تداوی انتی بیوتیک مناسب و معاینات لازمه را ایجاب مینماید.
- معاینات جهت رد ساختن اسباب مساعد کننده شامل معاینات میکروسکوپیک، کلچر، تصویر برداری و سیستم اسکوپیی طرق بولی علوی میباشد.
- میکوباکتریوم توبرکلوز و نایسیریا گونوری زمانی مشکوک میباشد که حجرات قیچی در ادرار موجود اما کلچر منفی میباشد.
- کانسر خصوصاً *Carsinoma insitu* در نقاب انتان ممکن به قسم سیستمیت باکتریال تشخیص گردد.

تجرید انتان (انتان تجرید شده)

انتانات تجرید شده زیادتر در خانمها به مشاهده رسیده که ندرتاً سبب اختلالات، خطر سیپسیس و یا آفات انساج میگردد.

انتانات متکرر

انتانات متکرر عوامل مساعد کننده و یا در نتیجه مقاومت میکروب به مقابل تداوی با انتی بیوتیک بوجود می آید. در خانمهای صحتمند انتان بعد از مقاربت جنسی کدام تظاهرات غیر نورمال و تشوشات طرق بولی را بار نمی آورد. تکرار حملات انتان در خانمها و یا حمله واحد در یک مرد یا اطفال در هر سنی که

باشد بوجود آمده میتواند. باید تحقیقات در باره اجرا و عوامل مساعد کننده آن تداوی گردد در بعضی اوقات سبب آن دریافت شده نمیتواند. باکتر یوری بدون اعراض (تقریباً در ۵-۱۰٪ واقعات) خصوصاً در خانمها معاینات برای دریافت عامل مرض ممکن ناکام باشد.

انتان در نزد مردها

اگر چه در خانمها نسبت به مردهای کاهل زیادتر معمول است اما وقوعات انتان در اطفال ذکور از سبب ابنارملیتی های طرق بولی زیاد به مشاهده میرسد. اختلالات و انتان نکس کننده در نزد مردها به اثر تداوی با انتی بیوتیک مناسب و رفع ساختن زمینه های مساعد کننده از بین میرود.

انتانات در حاملگی

باکتری یوری بدون اعراض در خانمهای حامله دو برابر نسبت به خانمهای غیرحامله به مشاهده میرسد. انتانات غیر اختلاطی عادی را میتوانیم بعد از معاینات و کلچر ادرار با سیفالوسپورین و یا امپی سیلین تداوی نمود. تظاهرات پیلونفریت و یا انتان اختلاطی با مشاهده دقیق و تجویز انتی بیوتیک وریدی تداوی شده میتواند.

عوامل مساعد کننده انتان طرق بولی

فکتورهای مساعد کننده انتانات طرق بولی شامل:

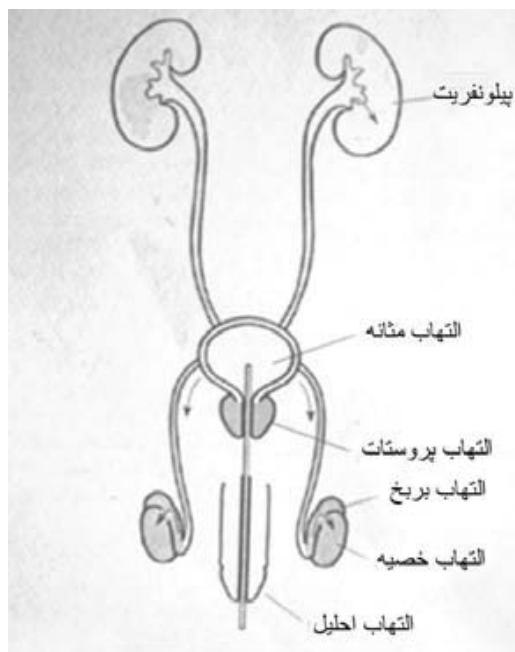
- تخلیه ناکافی مثانه که بصورت ثانوی از سبب بندش درقسمت خروجی مثانه بوجود می آید مانند ادینوم پروستات، تضیق احلیل، تضیق میاتوس، دایورتیکول مثانه، مثانه نیوروجنیک تشوشات وظیفوی مثانه و عدم معاوضوی عضلات دیتروزور.
- موجودیت سنگ، اجسام اجنبی و نیوپلازم.
- تخلیه ناکافی طرق بولی علوی از باعث توسع حالب که مترافق با حمل و یا رفلوکس مثانی حالبی میباشد. در طفولیت، هدف عمده تداوی رفلوکس مثانی حالبی تداوی با انتی بیوتیک بوده آنهایکه

نزد شان با تداوی طبی انتانات متکرر و یا توسع طرق بولی شدید به ملاحظه برسد باید عملیات گردند.

- تنقص اوستیروجن که مقاومت موضعی را پایان می آورد.
- مرض شکر.
- تشکل کولونی های E.Coli در ناحیه جلد عجان بالای مالیکول ها فشار وارد کرده و زمینه را برای جا گزین شدن آنها به غشای مخاطی مساعد میسازد.
- پایان آورنده سیستم معافیتی.

طرق سرایت انتان

انتانات صاعده از احلیل معمولترین طرق سرایت میکروبها می باشد میکروبهای که در امعا موجود است سبب متن شدن اعضای تناسلی خارجی زنانه گردیده و از آنجا به مثانه میرسد زیرا که احلیل در خانمها کوتاه میباشد. تطبیق سامان آلات در احلیل ممکن سبب انتان بولی در هر دو جنس شود خصوصاً مثانه های که بقایای ادرار داشته باشد این حادثه صورت می گیرد و اورگانیزم از احلیل به مثانه داخل میگردد طوریکه در شکل ۷۶.۴+ مشاهده میشود.



شکل ۷۶.۴+ اختلالات که به تعقیب تبدیل کتیتر احلیلی در موجودیت التهاب احلیل بوجود می آید.

از طرق دیگر سرایت کمتر معمول است که شامل طرق نازله از کلیه (توبرکلوز)، انتشار دموی، لمفاوی و انتشار از اعضای مجاور (تیوپ فالویان، مهبل و یا امعاء).

باکتریولوژی

فکتور ویرولانسی میکروب قابلیت پتوجنیک میکروب رول عمده را در بوجود آمدن مرض در نزد میزبان دارد. موجودیت برجستگی (ساختمان چوب مانند) که از غشای بیرونی متباز میگرد سبب زیاد شدن التصاقات میشود. شکل برجستگی ها ساحه منتن و پتوجن نشاندهنده باکتری هایست که ویرولانسی میکروب ها تصنیف بندی و شناسائی میگرد معمولترین عامل مرض *E- coli* بوده و همچنین *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus faecalis*, *Protus mirabilis* نیز عامل مرض را تشکیل میدهد.

انتان با دیگر اورگانیزم بصورت مختلط نزد میزبان که مصاب تشوشات عصبی مثانی و یا نزد میزبانیکه بصورت دوامدار کتیر موجود باشد بمشاهده میرسد. اورگانیزم ها شامل *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, *Pseudomonase* و انواع مختلف سترپیتوکوک میباشد. انتان توبرکلوز کمتر به ملاحظه میرسد.

موجودیت حجات قیحی بدون انتان ایجاب معاینه تکراری را برای دریافت مایکوباکتریم توبرکلوز *Neisseria gonorrhoeae* مینماید.

اگر این احتمالات رفع گردید سیستیت غیر باکتریائی *renal Papillary necrosis, carcinoma insitu* سنگ و یا تداوی نامکمل انتان طرق بولی مد نظر باشد.

تظاهرات کلینیکی

اعراض

شدت اعراض بسیار متغیر میباشد.

فریکونسی

تبول عاجل در اثنای شب و روز مشاهده شده که ممکن در هر چند دقیقه بوقوع برسد و سبب عدم اقتدار ادرار گردد.

درد

دردها متغیر بوده از خفیف الی شدید میباشد ممکن در فوق عانی و یا در نوک قضیب، در شفتان کبیر و یا در عجان انتشار داشته باشد.

هیماتوری

خارج شدن چند قطره خون یا ادرار خوندار و یا خون زیادتر اکثراً در ختم تبول به مشاهده میرسد. کمتر معمول است که تمام ادرار خون آلود باشد.

پیوری

معمولاً موجود است.

معاینات

در معاینه فیزیکی حساسیت در ناحیه مثانه موجود بوده و نمونه ادرار در شروع و یا در وسط تبول جمع آوری گردد. در نزد مردها خصوصاً در پروستاتیت حاد در شروع ادرار ساختمان های تار مانند به مشاهده میرسد. قسمت متوسط ادرار از نظر میکروسکوپی مطالعه، کلچر و انتی بیوگرام اجرا گردد.

تداوی

تداوی باید هرچه عاجل اقدام گردد در صورتیکه راپور باکتریولوژی در دسترس قرار داشته باشد تغییر داده شود. مریض باید مایعات وافر بنوشد انتی بیوتیک مناسب مانند ترای میتوپریم و یا یکی از

quinolonos خط اول شروع گردد در صورتیکه اموکسی سیلین در تداوی موفق نباشد باید فکتور های مساعد کننده انتان تحقیق و بررسی گردد.

معاینات

سیستوسکوپی

در مرحله حاد استطباب ندارد.

تحقیقات و مطالعات دیگر

بعد از مرحله حاد معاینات شامل مقدار جریان ادرار و بقایای ادرار بعد از تبول میباشد.

یوروگرافی داخل وریدی معمولاً یکجا با سیستوسکوپی اجرا شود در حالات مشکل ممکن به تحقیقات یورویدینامیک ضرورت گردد.

انتانات وصفی طرق بولی سفلی

التهاب حاد مثانه غیر باکتریائی (التهاب حاد مثانه هیموراژیک)

نزد مریضان اعراض شدید انتان طرق بولی به مشاهده میرسد قیح در ادرار موجود بوده لیکن کدام اورگانیزم در کلچر نمی روید بعضی اوقات همراه با یوریتیریت غیر باکتریائی بوده و معمولاً بعد از مقاربت جنسی کسب میگردد. باید توبرکلوز و کارسینوما *Insitu* رد گردد. اسباب اساسی اورگانیزم ها ممکن مایکوپلازم و *Herpes Simplex* باشد.

فریکونسی دیزیوری سندروم (سندروم احلیلی)

زیادتر در خانمها معمول است که شامل اعراض انتان بولی بوده لکن کلچر ادرار منفی و قیح موجود نیست *Carcinoma insitu* ، توبرکلوز و سیستیت بین الخلالی باید رد گردد.

کدام علایم غیر نورمال در این مریضان دریافت نمیگردد و بسیاری یورولوژیست ها برای مریضان چنین توصیه مینمایند که با اهتمامات تطابق کنند از پوشیدن زیرپوشی پخته یی، صابون های عادی استفاده

کنند. اهمتومات از نظر نظافت و حفظ الصحه عجانى بعد از مقاربت جنسى را در نظر بگيرند. تداوى ديگر شامل سيستوسكوپى و توسع احليل است گرچه نتيجه آن مشكوك است.

انتان توبركلوز بولى

انتان توبركلوزيك طرق بولى انتان ثانوى توبركلوز كليوى ميباشد. در مراحل ابتدائى توبركلوز با سيستوسكوپى در مئانه در اطراف فوحه حالبى و تريگون تغييرات به مشاهده ميرسد. در ابتدائى ترين مرحله شواهد خسافت(بدون رنگ) در غشاي مخاطى از سبب اذيمائى تحت المخاط ديده شده و در نتيجه توبركل ها به مشاهده رسيده در صورت كه دوامدار باشد فبروز بوجود آمده و ظرفيت مئانه بسيار تنقيص مى يابد(شكل ۷۶.۴۱).



شكل ۷۶.۴۱ ريتروگراد سيستوگرافى نشان دهنده مئانه فوق العاده متقلص(انگشتانه مانند) كه در التهاب مئانه از سبب توبركلوز بوجود مى آيد ميباشد.

تداوى

انتان توبركلوز به مقابل ادويه ضد توبركلوز بسيار سريع جواب ميدهد لاکن ندرتاً در حالات تغييرات پيشرفته كليوى تا زمانيكه كلييه و حالب كشيده نشود بهبودى نمى يابد . اگر ظرفيت مئانه كم گردد مريضان اعراض شديد طرق بولى علوى را از سبب توسع حالب و فشار بلند مئانه همراه با رفلوكس حالبى

مثانی میداشته باشند. این مریضان بعد از تداوی مناسب شیموترایی در **Bladder augmentation** بسیار نتیجه خوب دارد و غرس دوباره حالب ممکن در مثانه ضرورت گردد.

Bladder augmentation by ileocystoplasty و یا سیکوپلاستی

ساحه فیروتیک بالاتر از تریگون مثانه کشیده شده و مثانه توسط قطعه از امعاء ساخته میشود. که شامل یک قسمت سالم چکم و یا **detubularized** یک قسمت ایلوم و یا ایلوسیکل میباشد. بعد از آماده ساختن امعاء قبل از عملیه یک قسمت از امعاء که اوعیه کافی داشته باشد که توسط عملیه **Transillumination** تعیین میگردد ارتباط آن با قطع میزانتیری و قسمت سالم تمادی امعاء دوباره نفم داده میشود. سگمنت امعاء بصورت طولانی باز شده و خیاطه گذاری به شکل U اجرا گردیده که بعداً به قسمت تریگون مثانه نفم داده میشود. در غیر آن به عوض ایلوم از سگمنت سالم چکم استفاده میگردد (اشکال ۷۶.۲۰ و ۷۶.۲۳).

(Hunner's ulcer) Interstitial Cystitis

بصورت پراکتیکی این مرض صرف در خانم ها به ملاحظه میرسد. اعراض زیادتر نزد مریضانیکه چهل ساله هستند به ملاحظه رسیده و سبب تشوشات روحی میگردد.

اسباب

اسباب آن نا معلوم بوده زمانی که **Guy Hunner** در سال ۱۹۱۴ آن را تشریح نموده که به شکل انتان طرق بولی عادی ظاهر نمیگردد لکن شامل التهاب مزمن تمام مثانه (التهاب تمام مثانه) بوده بعضاً با ارتشاح لمفوسیت و مکروفاژ همراه میباشد.

پتالوزی

از اثر **Pancystitis** فیروز عضلات مثانه بوجود می آید و سبب تقلص مثانه و اتروفی ساحه غیر وعائی اپیتلیوم میگردد. تقرح غشائی مخاطی درغور مثانه بوجود می آید. در حالات شدید ظرفیت مثانه تا ۳۰-۶۰

ملی لیتر تنقیص می یابد. خطوط وصفی قرحه خوندهنده از اثر جدا شدن غشائی مخاطی در زمان سیستموسکوپی از باعث توسع مثانه قابل مشاهده میباشد.

از نظر میکروسکوپی التهاب در تمام جدار مثانه همراه با گرانولیشن انساج تحت مخاط در تحت قرحه به مشاهده میرسد عضلات هایپرتروفی نموده و پریتوان مجاور آن فوق العاده ضخیم میگردد. التهاب ممکن تریگون، احلیل و در حالات شدید پریتوان را نیز دربر گیرد. ارتشاح حجرات Mast به ملاحظه رسیده لکن درین حالت وصفی نمی باشد.

تظاهرات کلینیکی

اعراض ابتدائی عبارت از ازدیاد فریکونسی و درد که با تبول کم شده و با توسع زیاد مثانه و تکان خوردن تشدید می یابد که از جمله اعراض وصفی می باشد. در بسیاری مریضان پایوری و انتان بولی موجود نمی باشد همچنین هیماتوری به مشاهده میرسد.

سیستوسکوپی

قرحه وصفی در غور مثانه دریافت میگردد بعضاً امکان دارد موجود نباشد. زمانیکه مثانه از تحت فشار رهائی می یابد این ساحه به آسانی خون دهنده میباشد.

تداوی

تظاهرات در مثانه مصاب سیستیت بین الخلالی شباهت به کارسینوما *Insitu* دارد درینصورت در تشخیص امکان مغالطه موجود میباشد. بسیار مهم است که سایتولوژی بولی و بیوپسی مخاط اخذ گردد تا امراض نیوپلازیک رد گردد. تداوی مشکل بوده و قناعت بخش نیست. توسع هایدروستاتیک تحت انستزی ممکن برای ماه ها مریض را از مشکلات نجات دهد. دیاترمی خفیف و سوختاندن قرحه ممکن کمک نماید دریک تعداد مریضان زرق داخل مثانی دی میتایل سلفوکسید سبب بهبودی میگردد. یک تعداد ادویه دیگر مانند هیپارین که داخل مثانه تطبیق میگردد هم چنین اخذ رانیتیدین و ستروئید از طریق فمی نیز کمک نموده میتواند مریضان که اعراض شدید داشته باشند باید تعویض مثانه و سیستموستومی نزد

شان اجرا گردد. مریضانی که التهاب شدید تریگون و احلیل داشته باشند عملیات فوق الذکر سبب بهبودی نمیگردد. باید نزد مریض یکی از انواع دایورژن صورت گیرد.

Alkaline encrusting cystitis

این مرض نادر بوده و از باعث اورگانیزم هایکه سبب تجزیه یوریا میشود و باعث Encrustation فوسفاتیک بالای غشائی مخاطی مثانه نزد خانم های مسن میگردد. اعراض انتان مزمن طرق بولی و در رادیوگرافی حدود مثانه معلوم میگردد. این ترسبات را میتوانیم توسط شستشوی مثانه خارج نمائیم و انتان با انتی بیوتیک مناسب تداوی گردد.

Cystitis cystica (التهاب مثانه به شکل سیستیک)

در حالت نورمال در غشای مخاطی مثانه غداوات موجود نیست. در اثر التهاب مزمن اپیتلیوم به قسم جوانه به وجود می آید در نتیجه سیست های کوچک که مملو از مایع شفاف بوده و زیادتر در ناحیه تریگون موجود میباشد به ملاحظه میرسد.

در نزد این مریضان فریکونسی و سوزش ادرار به قسم نکس کننده بملاحظه میرسد بسیار نادر درین ساحه ادینوکارسینومای مثانه و میتاپلازیای غدوی بوجود می آید لاکن بدون شک این مرض معمولاً بی ضرر است.

شیستوزومیازیس مثانه

تقسیمات جغرافیای

یک مرض اندیمیک است که در بسیاری از قسمت های افریقا، اسرائیل، سوریه، عربستان سعودی، ایران، عراق، در سراسر ساحل دریاچه بزرگ چین به مشاهده میرسد. ساکنین دره نیل از قرن ها از آن رنج میبرند. باطلاق ها و آبهای تازه که آهسته جریان دارد زمینه مساعد برای زنده گی حلزون (Bulinus truncates خصوصاً آب تازه وسط خوب برای میزبان است.

طرق سرایت انتان

مرض زمانی کسب می‌گردد که در آب منتن حمام گردد. آب باز آزاد دم دو شاخه جنین تریماتود شیستوزوما هیماتوبیوم (Cercariae) در جلد نفوذ میکند. دم آن از بین رفته داخل اوعیه دموی میشود. در تمام عضویت حمله ور گردیده لاکن در کبد رشد و نشو نما نموده در حجرات سرخ زنده گی می نمایند. و به شکل مذکر و مونث نشو نما کرده مونث آن طویل، لشم(نرم)، سلندری و دو چوشک ضعیف قدامی دارد. نوع مذکر عربض کوتاه تر(طول آن یازده ملی متر) سیپر دار و دارای چوشک قوی در یکی از نهایت خود میباشد و به پختگی جنسی میرسد و نماتودها کبد را ترک کرده داخل ورید باب میشود. نوع مذکر داخل قنات gyenecophoric گردیده که در داخل آن نوع مونث میباشد و هر دو جوهره به طرف پیشتر کانال راه پیدا کرده و به ورید مساریقوی سفلی می رسد.

شیستوزومیا هیماتوبیوم زیادتر میل به ظفیره وریدی مثانی دارد که در آنجا از طریق سیستم ارتباطی و تفمات سیستم ورید باب می رسد. زمانیکه انتان به مثانه رسید نوع مونث جلوتر میرود تا زمانیکه داخل آورده کوچک تحت مخاط گردد که بصورت مکمل آن را مسدود میکند. نوع مونث شروع به تخم گذاری میکند و به شکل زنجیر در حدود بیست عدد تخم میسازد هر تخمه مونث دارای خار در نهایت خود بوده در داخل جدار اوعیه نفوذ کرده روزانه به صد ها تخم را اطراح میکند اگر تخم به آب تازه رسید فشار از موتیک پایان سبب داخل شدن آب در آن گردیده و انفجار میکند و سیلیا پدیدار میگردد. در صورت زنده ماندن در جریان ۳۶ ساعت به میزبان دیگر نفوذ میکند. در داخل حلزون کبدی میراسیدیوم بزرگ گردیده و به هزاران سیست دختری تبدیل میگردد و بقسم یک ست آزاد در داخل حلزون مرده میباشد. در یک میراسیدیوم مجرد هزارن سیر کاریا دوران زنده گی را تکمیل میسازد.

تظاهرات کلینکی

بعد از نفوذ در جلد ساحه وخذه شده یورتی کاریا برای پنج یوم ممکن دوام نماید که بنام swimmer itch نیز یاد میگردد. بعد از دوره تفریخ که در حدود چهار الی دوازده هفته را دربر میگیرد تب بلند شبانه، عرق و نفس تنگی همراه با لوکوسیتوز و ایزونوفیلیا به مشاهده میرسد. حرارت به وقوع میرسد. معمولاً

یک دوره بدون اعراض چندین ماه قبل از آنکه تخمه‌ها آزاد گردد به مشاهده می‌رسد. اعراض و علایم ابتدائی متقطع هیماتوری نهائی بدون درد نزد مریض بوقوع می‌رسد. مردها سه مرتبه زیادتر نسبت به خانمها مصاب می‌گردند. مریضان در مرحله نهائی نزد داکتر مراجعه می‌نمایند.

معاینات ادرار

چند ملی لیتر آخیری ادرار (صبحانه) بقسم نمونه اخذ و در کانتینر خشک سنترفیوژ می‌گردد. روزهای متواتر این عمل باید انجام گیرد لکن نتیجه منفی موجودیت بیلر زیازیس را رد کرده نمیتواند خصوصاً نزد کسانیکه بصورت موقت در ساحه بیلرزیال زنده گی کرده در صورتیکه شیسستوزومیازیس مشکوک باشد اما در معاینه ادرار و مواد غایطه منفی باشد برای کشف انتی بادی توسط انزایم ELISA شیسستوزیمیای مانسونی کاهل از انتی جن میکروزومال میتوانیم انجام بدهیم.

تست یک ماه بعد از متن شدن برای *S. haematobium* و *S. Mansoni* مثبت و وصفی میباشد.

سیستوسکوپی

نظر به مدت که مرض بدون تداوی باقی می‌ماند ارتباط دارد سیستوسکوپی ممکن یک و یا چندین معلومات ذیل را بدهد.

۱: توبرکل‌های کاذب بلرزیال مقدمترین تظاهرات وصفی میباشد. توبرکل‌های کاذب بزرگتر، بسیار متباز و فوق العاده متعدد، بیشتر زرد رنگ و بیشتر گروپ‌های قابل تفریق (شکل ۷۶.۴۲) نسبت به شکل توبرکلوز میباشد.

۲: نودول‌های بلرزیال (شکل ۷۶.۴۳) از اثر اتصال توبرکل‌ها و موجودیت انتان ثانوی، این‌ها بزرگتر و خاکی‌تر نسبت به اول میباشد.

۳: کتله‌های ریگی از اثر کلسفی شدن تخمه‌های مرده همراه با استحاله حجرات اپیتل بالائی را میپوشاند در شروع در اطراف یک یا هر دو فوحه حالی (شکل ۷۶.۴۴) بوجود می‌آید. در رادیوگرافی ساده Calcification قابل مشاهده می‌باشد.

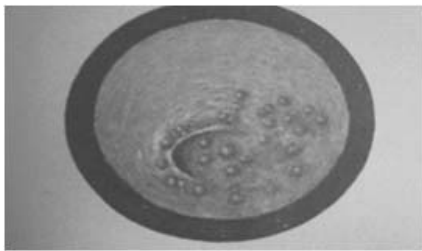
۴: تفرح از اثر جدا شدن و خراب شدن غشای مخاطی که حاوی تخمه های مرده و چیزیکه زیادتر معمول است پاپیلوما بیلرزیاس میباشد بوجود می آید. قرحه سطحی است (شکل ۷۶.۴۵) به آسانی خوندهنده بوده که زیادتر قرحه در جدار خلفی موقعیت دارد.

۵: عمدتاً فبروز از سبب انتان ثانوی بوجود می آید ظرفیت مثانه تنقیص یافته و ممکن شخی در عنق مثانه بوجود آید.

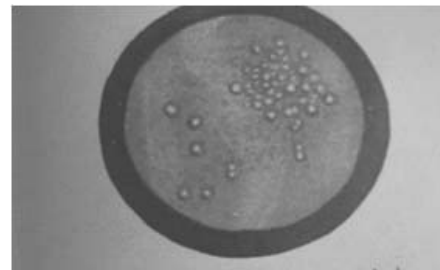
۶: گرانولوما های کتله بیلرزیاس از اثر تجمع نودول ها بوجود می آید این ها دارای قاعده وسیع و نرم بوده به تماس به آسانی خوندهنده است.

۷: پاپیلوما از آن تشخیص تفریقی میگردد زیرا دارای ساقه باریک برخلاف نمبر ششم میباشد (شکل ۷۶.۴۶) از نظر اندازه مختلف ممکن یکعدد و یا متعدد باشد.

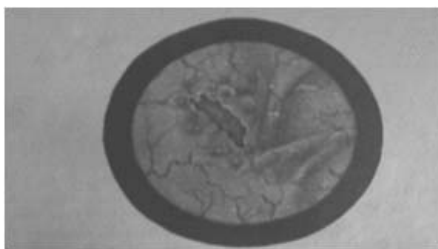
۸: کارسینوما نتیجه معمول نهایی انتان وسیع بیلرزیاس مثانه میباشد که سالها سکواموز سل کارسینوما بدون تداوی از نظر مانده باشد. معمولاً درین مرض کارسینوما بوجود می آید لکن در پاپیلوما بوجود نمی آید بلکه در یک قرحه S.C.C از سبب میتاپلازیا بوجود می آید. معمولاً پیشرفت نموده ممکن سیستیکتومی جذری را ایجاب کند (در بخش کانسر مثانه مراجعه شود).



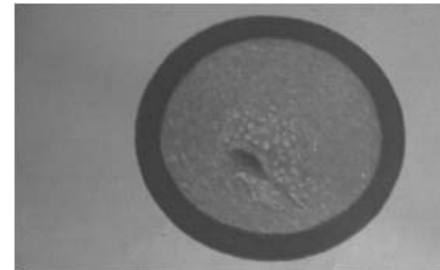
شکل ۷۶.۴۳ نودول های بلهرزیال



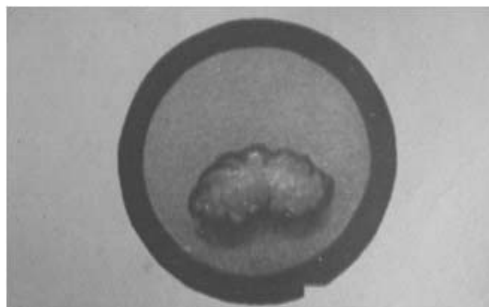
شکل ۷۶.۴۲ توبرکل های بلهرزیال



شکل ۷۶.۴۵ قرحه بلهرزیال



شکل ۷۶.۴۴ ساحه ریگی متفاوت



شکل ۷۶.۴۶ پاپیلوما ی بلهرزیال

تداوی

ادویه جات موثر و مصون برای تداوی بیلرزیاس قابل دسترس میباشد. ادویه انتخابی عبارت از Praziquantel ۲۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن به سه دوز (جمعاً ۶۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) هر چهار ساعت توصیه میگردد. Oxamniquine در انتانات تحدید کننده S-Mansoni در بعضی ساحات که Praziquantel کمتر موثر است استفاده میگردد. بخاطر از بین رفتن و خارج شدن تخمه ها و کشته شدن آنها ماه ها ضرورت است حتی بعد از چندین کورس تداوی و شفایابی آفت مئانه، کرم های زنده بیلرزیاس در نکروسکوپی در سیستم باب به ملاحظه میرسد. بر علاوه تداوی عمومی شفایابی قرچه و گرانولوما بیلرزیاس با کواگولیشن دیاترمی خفیف تسریع می یابد. کارسینوما پاپیلوما ی بیلرزیاس به تداوی طبی جواب نمیدهد ضرورت به تداوی جراحی را مانند پاپیلوما و کارسینوما ی که بدون بیلرزیاس باشد ایجاب مینماید.

اختلالات دیگر شامل:

- سستیت باکتریال ثانوی معمولاً موجود است که ایجاب تداوی را می نماید.
- سنگ بولی خصوصاً سنگ های مئانه و حالب زیادتر در مئانه های که آفات بیلرزیاس موجود باشد به مشاهده میرسد.
- تضیق حالبی که زیادتر در قسمت دیستل بوجود می آید بعضاً با توسع حالبی بهبود می یابد اما بعضی اوقات غرس دوباره حالب ماوف ضرورت میشود.
- التهابات غده پروستات و حویصلات منوی.

- فیروز مئانه و عنق مئانه (شکل ۷۶.۴۷) مانند آفات که منشه غیر بیلرز یازیس داشته باشند تداوی میگردد.
- تضیق احلیل بیلرز یازیس اغلباً با فیستول احلیلی همراه می باشد درین صورت فیستول قطع و یورویتروپلاستی انجام گیرد.



شکل ۷۶.۴۷ انقباض مئانه بلهرزیال

تومور های مئانه

۹۵٪ تومور های مئانه منشه حجرات اپیتیم ترانزیشنال دارد (چوکات ۷۶.۱۴) و متباقی نیوپلازم های مئانه (انجیوما، میوما، فیروما و سرکوما) از نسج منظم منشه میگیرد و یا نادراً pheochromocytomas Extra adrenal میباشد. بصورت ثانوی زیادتر اعضای مجاور خصوصاً سگموئید، رکت، پروستات، رحم و تخمدان ها هم چنین تومور برانش ها به مئانه میتاستاز مینماید.

چوکات ۷۶.۱۴

ترانزیشنل سیل کارسینومای مئانه

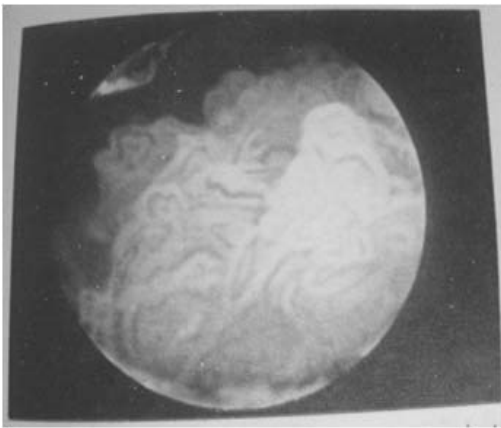
- چهارمین و معمولترین کانسر غیر جلدی در مرد هاست (زن ۳:۱ مرد) میباشد.
- در جامعه غربی زیادتر ارتباط با سگرت کشیدن دارد.
- زیادتر همراه با انتان S.H (بیلرز یال کانسر مئانه) در ساحات که پرازیت اندیمیک است به مشاهده میرسد.

پتالوژی

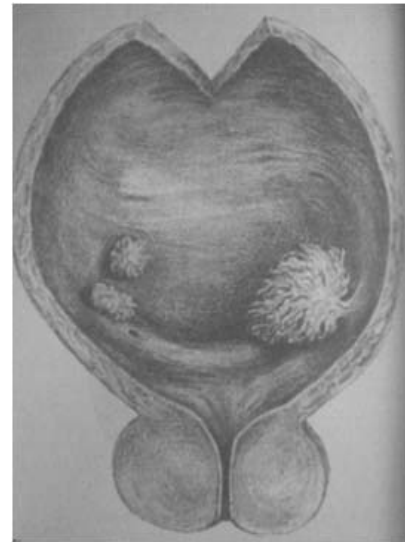
تومور های پاپیلری سلیم

بسیاری از هستوپتالوژیست ها ممکن پاپیلوما ی سلیم را تشخیص نتوانند بسیاری از آنها فقط خوبتر تفریق شده نوع کانسر سطحی مثانه میباشد.

پاپیلوما دارای یک ساقه همراه با اوعیه مرکزی داخلی و رشته ها(دارای خانه های کوچک) که مشابهت به بحر سرخ و شقایق(اشکال ۷۶.۴۸ و ۷۶.۴۹) دارد دیده میشود. در پاپیلوما برعکس حالت فوق بوده حجرات تکثری در تحت غشائی مخاطی نفوذ کرده فلهدذا آفت توسط یوریتیلیوم ملسا پوشانیده شده که سلیم می باشد .



شکل ۷۶.۴۹ فوتوگراف اندوسکوپیک تومور مثانه



پی تی ۱.

شکل ۷۶.۴۸ تومور پاپیلری همراه با غرس دخترتی (Kiss کانسر).

کار سینومای مثانه

انواع هستولوژیک کانسر مثانه شامل ترانزیشنل، سکواموزا و ادینوکارسینوما(شکل مختلط نظر به میتاپلازیا در T.C.C) می باشد. اضافه تر از ۹۰٪ آن از حجرات انتقالی منشه میگیرد. صرف نظر از اینکه در ساحات که بیلرز یاس اندیمیک است کارسینومای سکواموزا غیر معمول است (تقریباً ۵٪). ادینوکارسینومای

ابتدائی که از بقایای یوراک و یا از ساحه میتاپلازیا غدوی منشه میگیرد یک تا دو فیصد واقعات را تشکیل میدهد.

کارسینومای حجرات ترانزیشنل (چوکات ۷۶.۱۴)

اسباب

اضافه تر از ۴۰٪ عامل اصلی واقعات کانسری را اشخاص که سگرت می کشند تشکیل میدهند. شغل های که مواجه به کارسینوجن یوروتلیال می باشد زیادتر در ممالک پیشرفته به ملاحظه میرسد. اولین شک و تردید راجع به اسباب کیمیاوی کانسر های مثانه توسط مولف Rehn در سال ۱۹۸۵ زمانی مطرح گردید که چندین واقعه تومورهای مثانه در نزد کارگران که در فابریکه انیلین کار میکردند ثبت نمود. مولف Hueper توانست نشان دهد که 2-naphthylamine - ۲ در نزد سگها کارسینوجن است. در نتیجه تحقیقات به ملاحظه رسید که مواد ذیل کارسینوجن می باشد.

• 2-naphthylamine

• 4-aminobiphenyl

• Benzidine

• Chlornaphazine

• 4-chloro-o-toluidine

• -Toluidine

• (2-choloraniline) 4,4-methylinebis

• Mathyline dianiline

• Benzidine-derived azodyes

شغل های که راپور داده شده در ازدیاد خطرات کانسر های مثانه شامل میباشد قرار ذیل است:

• کارگران نساجی

• کارگران رنگ

• کارگران تایر رابر و طناب سیمی

- کارگران پترول
- کارگر چرم
- تولیدات بوت و پاک کننده آن
- رنگمالان
- سلمانی ها
- درایور لاری
- کارگران کتان نخ
- کارگران کیمیاوی
- کارگران فاضل آب Rodnet extermination

کanser های مئانه را میتوان بقسم امراض صنعتی شناسائی کرد نمبر (۳۹) در سال ۱۹۵۳ و کارگران دیگر از آن مصؤن میباشدند.

بعضی بولی مورفیزم ارثی Transferase glutathione – N- acetyltransferase و به بعضی سایتوکروم P450 S مانند (CYP2 D6)سبب ازدیاد خطرات kansر مئانه شغلی میگردد. در ساحات که شیسئتوزومیا هیمائوبیوم به شکل اندیمیک میباشد زیادتر معمول است و به شکل اسکواموزا میباشد. نفروپاتی بالکان همراه با ازدیاد تومور های یوروتیلیل طرق بولی علوی میباشد(چپتر ۷۵).

واقعات سلسله ارثی واضحا در بوجود آمدن kansر مئانه رول دارد که درین فصل از آن صرف نظر میگردد. فعالیت متبارز عمل انکوژنیک ras, C- reb B-2 در kansر مئانه راپور داده شده و غیر فعال شدن جلوگیری کننده جین ها مانند P16 و P53 و جن رتینوبلاستوما به مشاهده میرسد. فعالیت دیگر جن های مسؤل برای تغییرات فینوتایپ در حجرات kansری به مشاهده میرسد. این ها شامل فعالیت انزایم های میگردد که ممکن سبب از بین بردن غشائی قاعدوی گردد مانند میتالوپروتیناز(سترومیلایزین، کولاجناس و الاستاز) و انزایم لایوزومی مانند Cathepsine و دیگر فعال کننده های پلازمینوجن بولی مانند فکتور انجیوجینیک، فکتور نشوونما وعائی اندوتلیال (V.E.G.F) و دیگر فکتور های نشو ونمای

پیتید مانند فکتور نشوونمای ایپدرمال و رسپتورهای آن رول عمده بازی می نماید. این تغییرات در چندین نوع تومورها به شمول کانسر پروستات معمول میباشد.

تعیین مراحل و طبقه بندی تومورها

نظریه مطالعه خصوصیت پتالوژیکی حجرات کانسری ترانزیشنل مثانه نشاندهنده سه گروپ ذیل میباشد. تهاجم عمیق (T) از نظر تصنیف بندی T،WHO به درجات ۱-۱۱-۱۱۱ بوده که از نظر پلان تداوی و انزار مرض قابل اهمیت میباشد (چوکات ۷۶.۱۵).

- در عضلات تهاجم نکرده (PTa) (شکل ۷۶.۴۹) و pT1 تقریباً در ۷۰٪ واقعات جدید میباشد. این تومورها می تواند یکعدد و یا چندین عدد باشد. معاینات هستولوژیک تهاجم قمیص بالخاصه را نشان داده لکن در عضلات انتشار نمی داشته باشد. (PTa) پایپلری مجرد وقتی که تشخیص گردد انزار بسیار خوب دارد.
- در ۲۵٪ واقعات به عضله انتشار دارد این تومورها انزار خرابتر نسبت به تومورهایکه بصورت موضعی و یا دور انتشار داشته باشد دارد.

چوکات ۷۶.۱۵

تعیین مراحل کانسر مثانه

- سیستوسکوپی و قطع تومور همراه با جدا کردن قاعده تومور ارزیابی صحیح برای عضلات مثانه است.
- معاینه دو دسته بعد از قطع تومور باید اجرا گردد.
- تصاویر طرق بولی علوی توسط یوروگرافی داخل وریدی مهم است. تومورگرافی کمپیوتری برای دریافت مراحل انتشار مرض و عقداستاز باید انجام گیرد.
- در حالت ابتدائی کارسینوما غیر مهاجم Insitu هیموار (Primary CIS) در ۵٪ واقعات جدید به مشاهده می رسد. در صورتیکه تشخیص و تداوی جدی اجرا نگردد انزار مرض خوب نمیشد.

کانسرهای سطحی مثانه (PTa, PT1) (چوکات ۷۶.۱۶)

اینها معمولاً تومورهای پاپیلری هستند که به شکل Exophytic بداخل لومن مثانه (اشکال ۷۶.۴۸ و ۷۶.۴۹) نشو و نمو میکنند. اینها ممکن یکعدد و یا چندین عدد باشد و ممکن به شکل سوئیک دار از یک ساقه دارای قاعده باریک باشد. اگر این تومورهای کمتر تفریق شده باشد زیادتر جامد و دارای قاعده وسیع میباشد مخاطی که در اطراف تومور موقعیت دارد زیادتر اذیمائی بوده دارای منظره خشین اوعیه دموی متوسع است. این ساحه حاوی تغییرات Insitu است (CIS).

بعضی مریضان کانسر مثانه انتان بولی دارند گرچه زیادتر این ها انتشار به عضله میداشته باشند. ندرتاً نمک های کلسیم در بالای تومورها جابجا میگردد و به آنها شکل قشردار را میدهد. یوروتیلیوم در هر قسمت مثانه که موجود باشد زیادتر اذیمائی و مخمل مانند معلوم میگردد. که این نشاندهنده عمومی و تغییرات ساحوی همراه با موجودیت انتشار وسیع کارسینومای Insitu میباشد. زیادتر از نظر ساحه تومورهای سطحی در ناحیه تریگون و جدارهای جنبی مثانه تشکل میکند.

بعد از تداوی اساسی توسط قطع اندوسکوپیک مکمل از طریق اخلیلی TURT مریضان PTa و PT1 ممکن دو پرابلم به وقوع برسد.

- تومورهای منفرد و متعدد پنجاه تا هفتاد فیصد دوباره نکس نموده و می تواند یک مراتبه و یا چندین مراتبه نکس نماید. معمولاً نکس تومورها مشابه به درجه تومور ابتدائی میباشد. درجات بلند تومورهای متعدد همراه با کارسینومای انسایچو مشابه به نکس مرض انکشاف مینماید.
- تقریباً ۱۵٪ تومورهای نکس کننده درعضلات مثانه انتشار میکند این چنین پیشرفت به درجات بلند همراه با امراض متعدد ابتدائی و کارسینومای انسایچو مترافق با خطرات میباشد. فعلاً بسیاری یورولوژیست ها موجودیت PT1 G3 تومور ها را استطبای تداوی جذری پیشنهاد مینمایند.
- این خصوصیت اجازه می دهد که نزد مریض سیستمسکوپي اجرا شود. فکتورهاییکه سبب نکس و پیشرفت مرض میگردد قرار ذیل است:
- درجه بلند تومور

- PT1 مرض
- همراه با کارسینوما انسایچو
- تومور های متعدد ابتدائی
- مرض نکس کننده در اولین مطالعه سیستموسکوپی

چوکات ۷۶.۱۶

تومور های سطحی مثانه

- به عضله دیتروزور انتشار نمیکنند لکن در قمیص با الخاصه انتشار میکنند.
- انتشار به قمیص با الخاصه (T1) فکتور علایم خطر به پیشرفت و انتشار مرض است. خصوصاً اگر همراه با درجه بلند مرض و کارسینوما *Insitu* باشد.
- از وقوع نکس مرض توسط شیموتراپی و امیونوتیراپی داخل مثانه میتوان جلوگیری کرد. در امراض دارای خطرات زیاد اهتمامات خوب با تطبیق B.C.G و امیونوتیراپی بعد از تداوی جذری در صورتیکه مرض دوام نماید گرفته میشود.

مریضانیکه دارای تومور منفرد درجه ۱ و یا درجه ۲ PTA بدون اینکه همراه با CIS باشد در جریان شش دوباره تداوی شده باشد نتایج خوب دارد.

ترانزیشنل سل کارسینوما که به عضله تهاجم مینماید (چوکات ۷۶.۱۷)

تومورهای که انتشار به عضله داشته باشد تقریباً همیشه جامد است (شکل ۷۶.۵۰). گرچه ممکن سطحی و کمتر انبوه باشد. این تومور ها اغلباً بزرگ و دارای قاعده وسیع می باشد غیر منظم بد شکل بعضاً به شکل تفریحی بداخل مثانه تظاهر مینماید. وقوعات میتاستاز انتشار از طریق لمفاوی به حوصله، به شکل هیما توجن به ریتان، کبد و عظام زیادتر معمول است و در ۳۰-۵۰٪ علت مرگ میباشد.

کارسینوما انسایچو

منظره هستولوژیکی حجرات غیر منظم همراه با هسته های بزرگ و شواهد میتوتیک بلند که جای حجرات منظم یوروتیلیوم را اشغال مینماید به قسم کارسینوما *Insitu* شناخته میشود. میتواند به

تنهای (کارسینوما انسایجو ابتدائی) یا همراه با تومور جدید (همراه با کارسینوما انسایجو) و یا بعدتر در
مریضانیکه قبلاً تومور داشته اند کارسینوما انسایجو ثانوی به مشاهده برسد.



شکل ۷۶.۵۰ نمونه سیستیکتومی جذری نشان دهنده کانسر جامد همراه با کشیدن مثانه و پروستات را نشان
میدهد.

این تغییرات به شکل ماکروسکوپیک در زمان سیستوسکوپی به مشاهده میرسد. اگر چه اغلباً بعداً از اخذ
بیوپسی و مطالعه میکروسکوپیک تشخیص گذاشته می شود. یکجا بودن کارسینوما *In situ* و پایپلری
چانس پیشرفت و نکس مرض را وانمود می سازد. که ممکن سبب اعراض شدید مانند سوزش ادرار، درد
فوق عانی، تکررتبول (نام قدیمی آن سیستیت خبیث) میباشند.

چوکات ۷۶.۱۷

کانسر مهاجم مثانه

- کانسر مهاجم مثانه باید از نظر درجه توسط جس دو دسته کتله قبل و بعد از عملیات تحت
انستزی تعیین گردد.
- توموگرافی کمپیوتری باید اجرا شود تا اشغال عقدا ت لمفاوی و انتشار دورتر معلوم شود.
- تداوی ابتدائی شامل تداوی جذری مانند سیستیکتومی جذری و تسلیخ عقدا ت لمفاوی میباشند.
- *Neoadjuvant Cisplatine* ساس تداوی شیموتیرایی را تشکیل داده دوام حیات را
بیشتر میسازد.
- رادیوتیرایی بیم خارجی یک انتخاب مناسب برای مریضان است که از سیستیکتومی جلوگیری میکند.
- پیشرفت موضعی مرض ممکن توسط رادیوتیرایی و یا شیموتیرایی درجه پایین شده و قادر به
سیستوسکوپی سلواژ میگردد.

تجارب سراسر دنیا درین حالت نشاندهنده آنست که کارسینوما انسایچو فوق العاده خبیث میباشد. ۵۰٪ مریضان ممکن از سبب کانسر مثانه فوت نمایند.

سکواموز سل کارسینومای خالص (خاص) مثانه

این تومور ها تمایل زیاد به شکل کتله جامد داشته تقریباً همیشه به عضله انتشار میکند. معمولترین مرض شایع در مناطق اندیمیک بلرزیاس است. و ممکن همراه با تخریشات مزمن باشد که از سبب سنگ مثانه بوجود می آید و در نتیجه سبب میتاپلازیا میشود.

ادینوکارسینوما خالص

تقریباً یک الی دو فیصد کانسر مثانه را تشکیل میدهد معمولاً در قسمت غور مثانه موقعیت داشته و از بقایای یوراک منشه میگیرد.

بعضاً ادینوکارسینومای ابتدائی در قسمت دیگر مثانه احتمالاً از ناحیه میتاپلازیا غدوی منشه میگیرد و ایجاب می نماید که این تومور ها از کانسر های ثانوی مثانه تفریق گردد.

اوصاف کلینیکی

هیما توری بدون درد معمولترین عرض کانسر مثانه است تا زمانیکه آفات دیگر رد گردد و بقسم یک مشعر ملاحظه گردد. هیما توری در یک یا هردو حالت بوجود می آید بخاطریکه ادرار مریض یک مراتبه پاک می باشد همچنین مریضان این عرض را برای داکتر عمومی اظهار نمی توانند. بعد از سپری شدن چندین ماه مریض متوجه آن میگردد. خونریزی اگر زیاد شدید گردد سبب تشکل علقه در مثانه گردیده در نتیجه احتباس بوجود می آید. بسیار کم دیده میشود که خونریزی بسیار فراوان باشد و بصورت عاجل داخل شفاخانه و نقل الدم ضرورت شود. ندرتاً تومور سویقدار ویا علقه خون سبب بندش عنق مثانه شده و سبب احتباس ادرار میگردد انتانات متکرر طرق بولی بوجود می آید خصوصاً در نزد خانمهای که در دهه اواخر زنده گی قرار داشته باشند شک و تردید بوجود می آید. درد ثابت در حوصله معمولاً نشاندهنده انتشار تومور خارج از مثانه میباشد. همچنین بعضاً تکرر تبول و ناراحتی همراه با تبول می باشد. درد ناحیه

قطنی و یا پیلونفریت نشاندهنده بندش حالب و هایدرونفروز است. تظاهرات بعدی ماوفیت عصب بوده سبب انتشار درد به طرف فوق عانی ناحیه مغبنی، عجان، مقعد و رانها میگردد. مهم اینست که مریض مکمل ارزیابی گردد. بسیاری مریضان مردان مسن میباشند خصوصاً که مدت طولانی سگرت کشیده باشند از آفات بندشی طرق تنفسی و یا امراض قلبی رنج میبرند. انیستیزی آنها مناسب است یا خیر که باید مدنظر باشد.

معاینات

ادرار

کلچر ادرار و معاینه سایتولوژی برای دریافت حجرات کانسری اجرا شود. این یک معاینه خوب برای مریضانیکه هیما توری داشته باشند نیست خصوصاً آنهایکه تومور درجه پایان داشته باشند حجرات خبیث ممکن تا زمانیکه بعد از شستن داخل مثانه نمونه اخذ نشود دریافت نمیگردد. نتیجه مثبت کاذب زیادتر و معمولاً در امراض سنگ مثانه به مشاهده میرسد. تست های جدید و پیشرفته که به اساس موجودیت انتی جن می باشد مانند مترکس هسته پروتین (NMP22) وسیله خوب برای تومور های جدید و نکس کننده میباشند.

خون

معاینه هیموگلوبین، الکترولیت سیروم و یوریا اجرا گردد.

یوروگرافی داخل وریدی

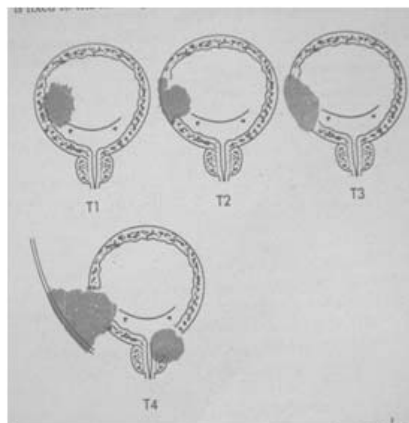
این معاینه نزد مریضانیکه هیما توری داشته باشند اجرا گردد. گگاهی فلم ابتدائی نشاندهنده یکساحه ضعیف قشر نیوپلازم در مثانه میباشند. معمولترین علامه رادیولوژیک ضیاع امتلا میباشند. گاهی غیرمنظم بودن جدار مثانه نشاندهنده موجودیت تومور مهاجم می باشد (شکل ۷۶.۵۲). زمانیکه تومور در قسمت انترامورال حالب انتشار و نمو کرده باشد و یا مستقیماً به جدار حالب انتشار کرده باشد هایدرونفروز بوجود می آید Ultrasound Scanning در صورت اجرا می شود که کلیه غیر فعال باشد.

سیستویوریتروسکوپی

سیستویوریتروسکوپی معاینه عمده تشخیصیه بوده که باید همیشه نزد مریضان که هیماتوری داشته باشند اجرا گردد. که این عملیه را میتوانیم توسط سیستوسکوپ قوام سخت و یا فبرواوپتیک تحت انیستیزی موضعی انجام دهیم. احلیل از شروع آن بعد از داخل نمودن سیستوسکوپ تفتش (یوریتروسکوپی) گردد مثانه بعداً به شکل سیستمیک معاینه شود (سیستوسکوپی).

معاینه دو دسته

معاینه دو دسته نزد این مریضان که انستزی عمومی و یا به حالت نرمی تام قرار داشته باشند قبل از عملیه جراحی اندوسکوپییک تومور اجرا میشود (شکل ۷۶.۵۱). مثانه باید خالی باشد و جس دو دسته در مردها یک انگشت اشاره داخل رکتیم و در خانم ها در داخل مهبل میگردد. و چهار انگشت دست چپ از قدام بطن در ناحیه فوق عانی به سفلی فشار داده میشود. ممکن با قوام نرم لاکن متحرک و ضخیم قبل از قطع جس گردد. تومور سطحی بسیار بزرگ ساقه دار معمولاً توسط معاینه دو دسته قابل جس نبوده و حتی بعد از انیستیزی نیز قابل جس نمی باشد.



شکل ۷۶.۵۱ ارزیابی کلینکی مرحله پیشرفت تومور مثانه توسط جس دو دسته.

زمانیکه به عضلات انتشار کرده باشد تشخیص تفریقی بین T3, T2 صورت میگیرد. در مراحل آخر درجه سوم T3 کتله با جس دو دسته تعیین شده میتواند. زمانیکه به پروستات در مردها و به مهبل در خانم ها انتشار کرده باشد T4 a و هرگاه تومور در جدار جنبی حوصله تثبیت گردیده باشد T4 b میباشد.



شکل ۷۶.۵۲ یوروگرام داخل وریدی نشان دهنده ضیاع امتلا در ساحه فوحه حالی راست.

تداوی کانسر های مثانه

تومور های غیر تهاجمی

جراحی اندوسکوپیک

بیوپسی کوچک از قسمت علوی تومور پاپیلری قابل قبول نبوده اگر احتمال نکس بعدی موجود باشد کواگولیشن احتراقی گردد. تومور باید به احتیاط با استفاده از ریزیکتوسکوپ قطع گردد. قسمت قاعده تومور باید بصورت جداگانه برای معاینات هستولوژیکی ارسال گردد. بیوپسی های کوچک از نزدیک و دور آفت ابتدائی اخذ گردد تا کارسینومای انسایچو غیر مشکوک تشخیص گردد. بعد از کشیدن تومور دو پارچه نسجی از قسمت قاعده تومور اخذ و به پتالوژی ارسال گردد که آیا به عضله و یا قمیص با الخاصه انتشار کرده و یا خیر. قسمت قاعده کواگولی گردد و هیموستاز صورت گیرد. که ممکن تثقب مثانه را نشان دهد که این شکل ظاهر آن زرد کم رنگ شحم Glistening حادثه ممکن قبل از قطع اندوسکوپیک مکمل بوقوع برسد و باید قطع کردن آن احتیاط انجام گیرد و کتیتر مثانی برای مدت چند یوم تطبیق گردد درین

صورت این عملیه دو هفته بعد تر انجام میگردد. و جس دودسته بعد از هر پروسیجر اندوسکوپیک اجرا گردد.

مریضانیکه تومور سخت یا جامد دارند به اندازه کافی نسج قطع گردیده و جهت معاینه هستولوژیک و درجه تومور ارسال گردد. این مریضان معمولاً بعضی تداوی های دیگر را نیز ضرورت دارند که شباهت به قطع Debulking این تومور ها قبل از رادیوتیراپی کمک کننده میباشد.

به تعقیب این پروسیجر کیتیر برای شستشو تطبیق و برای ۴۸ ساعت جهت جلوگیری از احتباس ادرار داخل مثانه گذاشته میشود همچنین داخل نمودن یک دوز میتومایسین (سی) در مثانه (چهل ملی گرام در شصت ملی لیتر مایع) قبل از کشیدن کیتیر داخل مثانه تطبیق و سبب تنقیص خطرات نکس کانسر در مریضان PT1 و PTa میگردد.

تعقیب مریضان

بسیاری یورولوژیست ها موافقه دارند در صورتیکه مریضان با تومور واحد درجه کم یا PTa باشند بصورت مصون می توان تداوی ریزیکشن اجرا و بعداً مریضان توسط سیستمسکوپیی های منظم تعقیب گردند. تداوی مریضانیکه تومور متعدد دارای درجه کم و یا متوسط PTa باشند می توان یا تنها ریزیکشن و ریزیکشن و شش هفته شیموتیراپی داخل مثانی با میتومایسین سی، doxo rubicin و یا Epirubicin تعقیب گردند.

تداوی PT1 مشکل است. در حدود ۳۰٪ تومور ها در ریزیکشن اول دارای درجه پایان است به همین دلیل سیستمسکوپیی تکراری و ریزیکشن قاعده در جریان شش هفته صورت گیرد. بسیاری یورولوژیست ها به شمول یورولوژیست های اروپایی و امریکای شمالی سیستمسکوپیی فوری مریضان درجه بلند PT1 را می نمایند خصوصاً که آنها متعدد و همراه با CIS باشند بخاطریکه ۳۰-۵۰٪ خطرات پیشرفت مرض به عضله می باشد. متباقی چنین مریضانیکه توسط ریزیکشن اندوسکوپیک، تداوی توسط امینوتیراپی بی سی جی داخل مثانی تداوی گردند و کدام شواهد که پیشرفت خطرات مرض را تخفیف بدهد موجود نیست.

بهترین تداوی موثر برای تومور واحد (Solitary) درجه متوسط (PT۱هنوز نامعلوم است). ریزیکشن اندوسکوپیک و تداوی BCG داخل مثانی و ریزیکشن دوباره در جریان شش هفته انجام گیرد. اجرای سیستم اسکوپ تعقیبیه ضروری است این عملیه را میتواند تحت انستزی موضعی و یا عمومی در صورتیکه یورولوژیست احساس نماید که نکس موجود است توسط سیستم اسکوپ انحنایزیر اجرا نماید. باید هر سه ماه در جریان یک سال و در فواصل بین سیستم اسکوپیه نظر به موجودیت و یا عدم موجودیت مرض صورت میگیرد. در ۳۰٪ مریضان ممکن نکس مرض هیچ به مشاهده نرسد و بعد از دو سال مثانه پاک گردد. ارزیابی سالانه مریضان کافی است. نزد مریضانیکه تومورهای متعدد و نکس کننده دارند ایجاب سیستم اسکوپیه های متکرر را به صورت وقفوی می نمایند و ساحه که نمو مینماید قطع گردد. این مریضان به خطرات پیشرفت مرض معروض میباشند زمانیکه تداوی شیموتیراپی داخل مثانی اجرا شود نکس مرض را تنقیص می دهد اما تنقیص پیشرفت مرض به مشاهده نرسیده است.

شیموتیراپی و امینوتیراپی داخل مثانی

از مستحضرات مختلف استفاده میگردد که شامل Thiotepe (ممکن جذب گردد از سبب وزن پایان دارد سبب dyscrasia خون میگردد) میتومایسین سی Epirobicin و Doxorubicin میباشد این ها تاثیرات مساوی داشته و ارزانتترین می باشد. غیر از Thiotepe در متباقی ادویه نزد مریضان تطبیق کتیتر مثانی بوده که برای مدت یک ساعت گذاشته میشود. مریضان از یک پهلو به پهلو دیگر دور می خورند و کوشش نمایند تا آخرین مرحله ادرار خود را نگهداری کنند. معمولاً در این مریضان هفته وار برای شش هفته ادویه تطبیق و بعد دوباره سیستم اسکوپیه اجرا میگردد.

بی سی جی بصورت متکرر در این اواخر داخل مثانی به قسم امینوتیراپی استفاده میگردد. اینها دارای خطرات ناحیوی مانند التهاب مثانه و عوارض جانبی عمومی شامل BCGosis سیستمیک میباشد. ممکن است نسبت به شیموتیراپی داخل مثانه زیادتر موثر و تداوی انتخابی برای کارسینومای انسایچو باشد. بصورت مسلسل دوز تعقیبیه Booster بر علاوه دوز تداوی بی سی جی شش هفته کورس ابتدائی تجویز گردد.

قطع توسط جراحی باز

بصورت عموم از آن اجتناب می‌گردد. اگر سهواً مثانه که حاوی تومور باشد تومور توسط سوزن دیاترمی کشیده میشود و قاعده آن کواگولی گردیده و مثانه بسته میشود رادیوتیراپی بعد از عملیات چانس غرس شدن تومور را در جرحه تنقیص میدهد.

تومور های مهاجم

تداوی کانسر جهت جلوگیری از تهاجم به عضله یک موضوع قابل بحث است هر نوع تداوی که انتخاب گردد در کمتر مراکز ادامه حیات اضافه از پنج سال ۵۰٪ فیصد است. پیشرفت های تداوی جراحی ابتدائی در اکثر مراکز به ملاحظه میرسد. استفاده سیستمیک شیموتیراپی به شکل مرکب از Cisplatin، میتوترکسیت (Methotrexate)، doxorubicin (adriamycin) و Vinblastine(M-VAC) و یا Cisplatin همراه Gemcitabin قبل از Neoadjuvant سیستمیکتومی جذری با ارزش دریافت گردیده. تداوی شیموتیراپی (کمک کننده جدید) همراه با سیستمیکتومی شباهت به تداوی طلائی استندرد برای کانسر مثانه میباشد. شواهد جاری شیموتیراپی کمک کننده به حیات تقریباً ۵-۷٪ زیادتیر ادامه میدهد.

رادیوتیراپی

تداوی با اکسری بیم عمیق خارجی

شعاع خارجی رادیوتیراپی با سرعت و قوه بلند عمل میکند 60 Gy رادیوتیراپی جذری اضافه از ۴-۶ هفته در ۴۰-۵۰٪ نتیجه خوب میدهد.

متأسفانه یک تعداد مریضان مقابل شعاع نتیجه خوب نداده و قسمی میباشد. در Pta ویا PT1 تومور در مثانه باقی مانده و سبب نکس مرض میگردد. نزد مریضانیکه بقایای مرض بعد از رادیوتیراپی به مشاهده میرسد در صورتیکه به عمل جراحی مناسب باشند برای سلواژ سیستمیکتومی معرفی میگردند.

طرفداران رادیوتیراپی چنین ادعا می کنند که از کشیدن مثانه جلوگیری گردد و به مریضان فرصت داده میشود که اقتدار ادارار داشته باشند. رادیوتیراپی همیشه بدون اختلاط نیست در جریان تداوی ممکن

فریکونسی ادرار و اسهال به ملاحظه برسد. اختلالات بعدی آن مثانه متقلص و فیروتیک خواهد بود. بخاطر دلایل تسکین درد درین صورت ضرورت به کشیدن مثانه خواهد شد. اختلالات موخر ماوف شدن رکتیم است خصوصاً اگر از ساحه جنبی شعاع تطبیق گردد که غیر معمول میباشد.

رادیوتیراپی موضعی

برای آفات خورد تهاجمی، رادیوتیراپی موضعی با جابجا نمودن سیم تتالیوم رادیواکتیف 182 ta و یا سیم ایریدیوم و غرس دانه های طلائی (Au 198) میباشد که امروز کمتر استفاده میگردد.

جراحی

سیستیکتومی قسمی

این عملیه محدود به تداوی ادینوکارسینومای های خورد مثانه می باشد.

سیستیکتومی جذری و کشیدن عقدات لمفاوی حوصلی

یک تداوی ستندرد برای تداوی PT2 و PT3 موضعی بوده که بدون شواهد انتشار ثانوی باشد و یا کارسینومای انسایچو که با بی سی جی جواب ندهد.

قبل از در نظر گرفتن جراحی جذری که مثانه کشیده شود مهم است شواهد موجود باشد که معالجه جراحی قابل دسترس است یا خیر. CT.Scan حوصلی ممکن درجه پیشرفت تومور را نشان دهد اگر درین اواخر عملیات انجام شده باشد اگر چه شواهد میتاستاز بزرگ حوصلی حرقفی و یا عقدات مجاور ابهر و یا کبد باشد تغییرات در تصمیم گیری سیستیکتومی بوجود می آورد. اسکن عظمی (تیکنیشیوم ۹۹) Tc۹۹n در تشخیص میتاستاز عظمی کمک میکند.

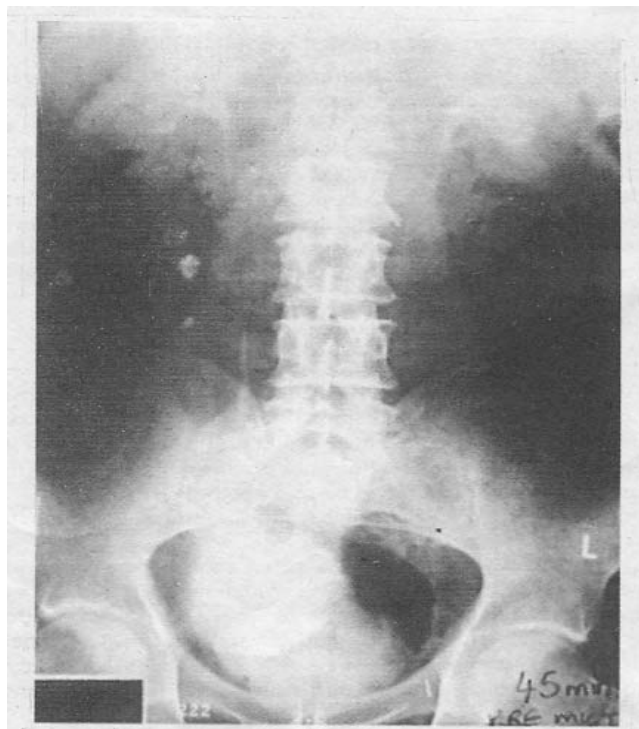
عملیات

دریناژ معاوضوی ادرار بعد از کشیدن مثانه ضرورت است. عملیه ستندرد عبارت از انجام دادن لوله ایلومی میباشد.

برای مردها باید فهیمانده شود که به تعقیب عملیات عدم اقتدار جنسی از بین رفتن انتعاذ بوجود می آید و هم چنین تغیر مسیر ادرار که شامل اقتدار ادرار و یا تعویض مثانه انجام میگردد همچنین قسمت ناحیه

کشیده شده امعا مریضان باید توسط دکتور معالج مراقبت گردد. و ممکن از خریطه های مختلف الیوستومی استفاده و بدرستی استعمال شود تا از تخریش جلدی و بالاخره لیکاز بولی الیوستومی جلوگیری گردد.

تصمیم در باره اینکه در مردها احلیل کشیده شود(نظر به اینکه خطرات نکس در احلیل میباشد یا خیر) کشیدن احلیل معمولاً در نزد مریضان با کارسینومای انسایچو ابتدائی استطباب گذاشته میشود. و یا در حالاتیکه تومور به ستروما پروستات انتشار کرده باشد. بسیاری جراحان بعد از برداشتن مثانه تعویض آن را پیشنهاد مینمایند (شکل ۷۶.۵۳).

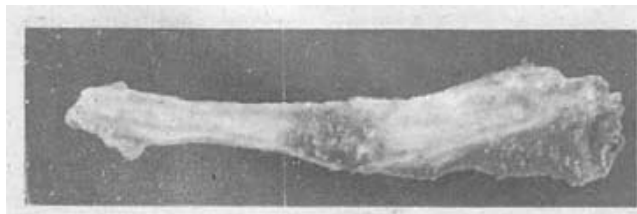


شکل ۷۶.۵۳ یوروگرام داخل وریدی ۶ ماه بعد از سیستم پروستاتیکتومی جذری برای پی تی ۲ کانسر مثانه. مثانه توسط قطعه از امعا به قسم دیتوبولرایزد تعویض گردیده. مریض مکمل اقتدار ادرار داشته و تخلیه ادرار را به اثر فشار بطنی انجام میدهد.

قبل از عملیات با استفاده از اعماله زیاد فوسفات صبح روز که عملیات اجرا میشود رگتم باید تخلیه گردد. مریضان بصورت وقایوی باید انتی بیوتیک های مانند میترونیدازول، سیفوروکسین، اموکسی سلین میباشد و با مقدار کم هیپارین اخذ نمایند.

بطن از طریق شق طولانی خط متوسط پایانتز از سره الی ارتفاق عانه باز گردیده کبد و خلف پریتون از سبب علایم میتاستاز تفتیش شده و قابلیت عملیات مثانه تعیین میگردد. دو طرفه عقدات لمفاوی حوصلی (کشیدن عقدات حرقفی ظاهر، باطن و حفره Obturator) کشیده شود اوعیه که به طرف مثانه از جدار می آید بسته میگردد که شامل اوعیه Obliterated Hypogastric، شریان علوی مثانه، ورید متوسط مثانی، شریان و ورید سفلی مثانی می باشد. بعداً حالب جدا میگردد. وتر که از ساحه Pararectal به قسمت خلف مثانه می آید جدا گردیده و بسته میشود. جدار خلف تر از صفاق Denonvilliers باز میگردد بعداً صفاق حوصلی هردو طرفه و وتر عانی پروستاتیک جدا میگردد. یک لیگاتور بین کامپلکس وریدی ظهری و احلیل عبور داده میشود و بصورت جداگانه بسته میشود. احلیل آزاد گردیده و جدا میشود. وتر وحشی پروستات جدا گردیده و مثانه کشیده میشود. در خانم ها رحم و جدار قدامی مهبل کشیده میشود برای مریضان اناث باید از کم شدن وظیفوی تخمدان ها و رحم قبل از عملیات فهمانده شود.

لوپ جدا شده ایلوم بعداً آماده شده با میزانتری آن و تمادی امعای رقیقه حفظ گردد. حالب ها بعداً در امعا غرس و ایلوستومی ساخته میشود. اهمامات فوق العاده زیاد گرفته میشود که تمام ساحات باز مساریقه دوخته شود بخاطریکه از فتق داخلی جلوگیری گردد اگر مثانه بصورت Ortho topically تعویض گردد مخزن از لوپ معائی ساخته میشود (معمولاً از قطعه ایلوسیکال و یا الیوم) و بعد از غرس هردو حالب با احلیل تفمم داده میشود و فیات عملیاتی سیستیکتومی کمتر از ۲ فیصد به مشاهده رسیده است. اختلاطات موخر شامل نکس تومور احلیل (۵-۸٪) که در موجودیت تومور های متعدد زیادتر به مشاهده میرسد و کارسینومای انسایچو مخصوصاً تهاجم آن به ستروما پروستات به ملاحظه میرسد (شکل ۷۶.۵۴).



شکل ۷۶.۵۴ نمونه قطع احلیل از مریض که در سابق سیستیکتومی جذری شده و نشان دهنده تشکل تومور ترانزیشنل سل در احلیل میباشد.

لوکوپلاکیا

یک نوع سکواموزا میتاپلازیا مثانه میباشد تولید بیش از حد کیراتین سبب خروج کتلات کوچک سفید رنگ در ادرار میگردد. تداوی آن مشکل است. ساحات موضعی را میتوان بصورت اندوسکوپیک قطع نمود. لوکوپلاکیا منتشر مثانه قبل الکانسری بوده و نتیجه آن کانسر مثانی سکواموزا میباشد. سیستم اسکوپیی درست و دقیق باید اجرا گردد. ممکن ضرورت به سیستمیکتومی گردد.

اندومیتریوزیس

اندومیتریوزیس در داخل جدار مثانه نادر بوده لکن ساختمان تومور وعائی مانند و یا شکل تومور دارای رنگ چاکلیتی و یا سیست آبی رنگ را دارد. کتله بزرگ گردیده و در زمان عادت ماهوار سبب خونریزی میگردد. در صورتیکه تداوی طبی بدون نتیجه باشد از danazol و یا ضد آزاد کننده آن LH (LHRH) باید استفاده گردد. تداوی بعدی سیستمیکتومی قسمی و یا قطع اندوسکوپیک تمام ضخامت جدار مثانه میباشد. نظر به ساحه موقعیت آن این حالت میتواند زیادتر منتشر گردد. اندومیتریوزیس سبب تضیق حالب میگردد.

دایورژن بولی داخلی و خارجی

درین فصل یک تعداد قواعد مهم درباره این موضوع بوده که شامل استتبابات، میتود و پرابلم های بعدی و شرح بعضی عملیات ها میباشد.

استتبابات

تأمین جریان ادرار از طریق غیر طبیعی تدابیر موقتی و یا دائمی برای رفع ساختن بندش ناحیه دیستل میباشد و وقتی اجرا میشود که مثانه کشیده شده باشد، مثانه وظایف عصبی خود را از دست داده باشد، فیستول های غیر قابل معالجه و یا بندش های غیر قابل رفع باشد.

میتودهای تأمین جریان ادرار از طریق غیر طبیعی

میتود موقتی عبارت از استفاده مواد مصنوعی که کتیرها زیادتر معمول میباشد در مریضان مسن که به پروستاتیکتومی آماده نیست و یا نزد مریضان که در مرحله اخیر کانسر پروستات قرار دارند تطبیق کتیر

سلیکاندار میتود خوب دریناژ بوده که بعد از هر سه ماه فولی کتیتر تبدیل میگردد و کتیتر برای مدت طولانی استفاده میشود غیر از طریق احلیلی طریقه دیگر عبارت از تطبیق کتیتر از فوق عانی داخل مئانه میباشد. استعمال دوامدار کتیتر سبب انتان ثانوی و باکتری یوریا میگردد. بندش حالی را میتوان با تطبیق ستینت Double-J رفع نمود. مدت ۴-۵ ماه گذاشته میشود معمولاً بعد از هر سه ماه تبدیل میگردد. در حالاتیکه تطبیق داخلی ستینت از طریق حالب امکان پذیر نباشد نفروستومی تیوپ از طریق جلدی با استفاده از تصویر فلوروسکوپ و اولتراسوند تطبیق میگردد.

دایورژن بولی دائمی

دایورژن خارجی

لوله ایلومی

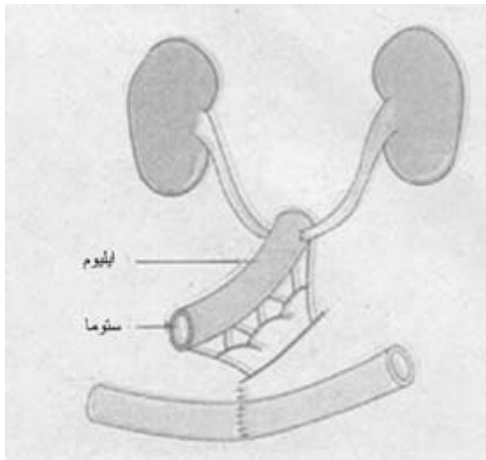
دایورژن بولی دائمی زیادتر معمول است که به شکل دایورژن کاندویت در هردو حالت اجرا میگردد. در قطعه ایلوم کوتاه جدا شده غرس میگردد (شکل a ۷۶.۵۵).

و یا معمولاً کمتر در کولون غرس میگردد. کاندویت به طرف جلد چپه شده و ادرار به طرف استوما جلدی رفته در بگ ایلویستومی جمع میگردد. این شکل دایورژن خوب اساسی بوده و اختلالات آن کمتر از ۱۰٪ میباشد. اختلاط عمدتاً آن تضیق حالی ایلومی می باشد و این اختلاط را میتوان با Spatulation

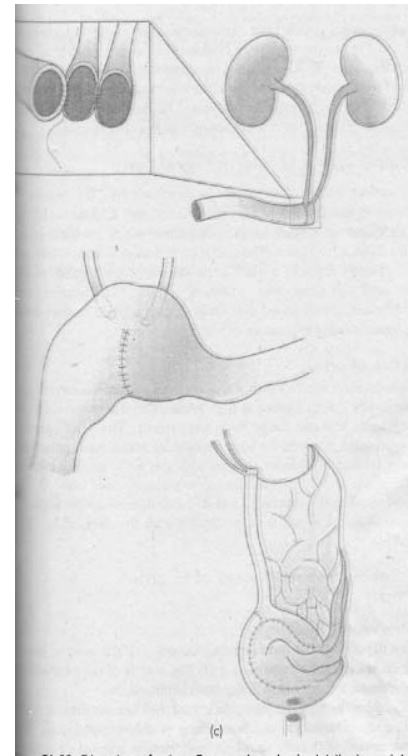
حالب دیستل و تفمم نهایت به نهایت که در شکل Wallace ۷۶.۵۵a تشریح گردیده جلوگیری کرد.

تضیق در ساحه ایلومی جلدی کمتر به ملاحظه میرسد پرستالتیک کوتاه کاندویت بقایای ادرار را تنقیص داده و خطر انتانات و جذب دوباره ادرار را کم میسازد. در بعضی حالات که ساحه حوصلی به تشعشع معروض میگردد قسمت سفلی حالب سالم نمیباشد. جدا نمودن بلند حالب و داخل نمودن آن به لوپ ایلوم بالاتر از ریشه(ساقه) میزانتری انجام گیرد خوب میباشد(شکل ۷۶-۵۶).

ساحه استوما ایلوم قبل از عملیات باید تعیین گردد. در قسمت مراقبت از کولوستومی با داکتر معالج باید مشوره صورت گیرد.



شکل ۷۶.۵۶ یوریتیروایلیوستومی



شکل ۷۶.۵۵ دایورژن ادرار. میتود های مناسب الف)لوله ایلیومی، حالب ها به داخل آن به قسم پهلوی به پهلوی مفاغمه داده شده) ب)یوریتیروسگموئیدوستومی) ج)مثانه جدید ایلیومی با انتی رفلوکس).

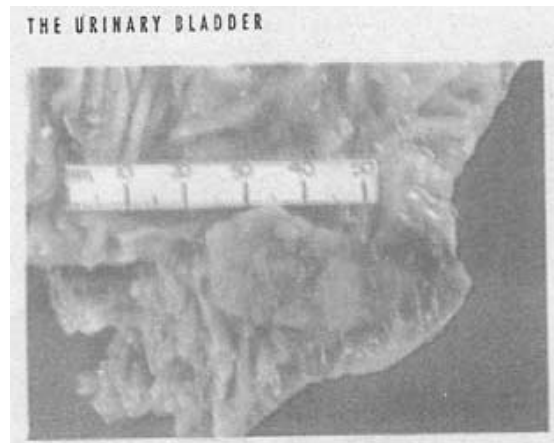
تشریح عملیاتی

یک حلقه ایلیوم به طول تقریباً ۱۵-۲۰ سانتی متر و ۳۰ سانتی متر دورتر از دسام ایوسیکال با اوعیه سالم آن آزاد میگردد. حالب چپ از عقب میزوی رکتوم آورده میشود. حالب ها به ایلیوم و یا نهایت به پهلوی و یا نهایت به نهایت تفمم داده میشود و بعداً قسمت نهایت قاشق مانند گردیده و به شکل صفحه در می آید(Wallace). نهایت دیستل امعای رقیقه از طریق شق ساحه که قبلاً تعیین شده خارج میگردد. حلقه جلدی ساخته شده و شحم دور میگردد شق دقیق صفاق اجرا شده و عضلات دور میگردد. ستوما در حدود دو الی سه سانتی متر طول میداشته باشد. در ابتدا ستوما سرچپه میگردد که چار خیاطه از طریق جلد اجرا میشود لوپ ایلیوم از طریق دریچه عبور داده شده و لبه ایلیوم قطع میگردد.

دایورژن بولی داخلی

کولون و رکتوم

دایورژن ادرار در داخل رکتوم سودمند بوده به خاطریکه برای جمع شدن ادرار به وسایل جمع کننده ضرورت ندارد. واضح است که باید معصره مقعدی سالم باشد قبل از اجرای یوریتروسگموئیدوستومی باید مریضان معاینه گردند که حد اقل ۲۰۰ ملی لیتر مایع را در رکتوم خود کنترل کرده بتواند. و نقص این عملیه در آنست که طرق کلیه ها بصورت دوامدار به انتان غایطی مواجه میباشند. و این حالت را میتوان توسط عملیه ضد رفلوکس تنقیص داد. دایورژن های متعدد قابل اجرا است. دو نوع عمده یوریتروسگموئیدوستومی که اجرا میشود ساختن یک نوع Cul du sac دارای فشار پایان ذخیروی در سگموئید بوده که حالب در آن غرس میگردد (شکل b ۷۶.۵۵). سبب تنقیص رفلوکس گردیده و محتوی امعاء اگر چه به تماس ادرار بوده که مستقیماً به داخل رکتوم میشود. در مدت طولانی کانسر در ساحه جنکشن حالبی کولونی دوامدار بوجود می آید (شکل ۷۶.۵۷).



شکل ۷۶.۵۷ نمونه قطع قدامی ریکتوم در یک مریض ۱۸ ساله که سابقاً تحت عملیه یوریتروسگموئیدوستومی بخاطر اکستروفی مثانه قرار گرفته.

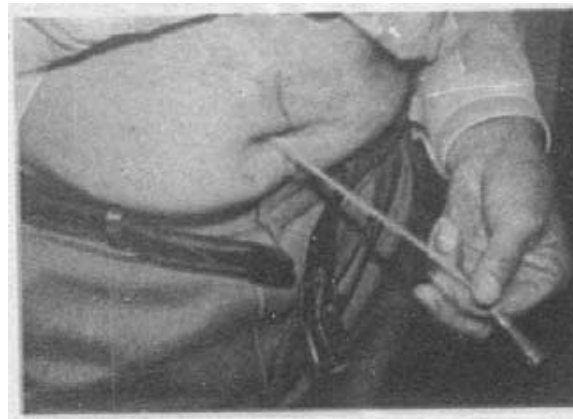
دوباره ساختن مثانه

در دهه گذشته تخنیک های مختلف برای دوباره ساختن مثانه از لوپ های معائی بدون دیتوبلرایزد به شکل کروی ساخته میشد که شامل الیوم، الیوم و سیکم و یا کولون سگموئید (شکل ۷۶.۵۵) بوده و حالب بعداً دوباره غرس میگردد در مخزن ساخته شده انتی رفلوکس اجرا و همین مخزن بعداً در نزد مردها در احلیل غشائی تفمم داده میشد (اشکال ۷۶.۵۳ - ۷۶.۲۳ و ۷۶-۲۰). در حدود سی فیصد مریضان مثانه نوساخته را مکمل تخلیه نمیتوانند و ایجاب میکند که داخل نمودن کتیتر معقم توسط مریض در مثانه اجرا گردد. نتایج آن در مریضان جوان تر که انتخاب میگردد بعد از سیستیکتومی جذری خوب است.

دایورژن بولی اقتداری

عمل مشابه برای ساختن دایورژن اقتداری استفاده میگردد. یک مخزن ادرار ساخته شده طوری که در بالا تشریح داده شد و حالب ها به آن ارتباط داده میشود. مخانیکیت اقتداری ساخته شده و بعداً مخزن را به جلد ارتباط میدهد. امکان اختلاطات در این عملیه موجود است. مخانیکیت اقتدار را میتوانیم توسط Invaginated لوپ ایلوم در سه قطار تقویه و Staple نماییم.

(Kock Pouch) و یا از اپندکس طریقه انتی رفلوکس که در تحت مخاط تیوپ غرس میگردد (Mitrofanof) (شکل ۷۶.۵۷). و یا از ایلوم به قسم طولانی میتوانیم تیوب بسازیم (مشابه به اندازه اپندکس) بعد از قطع انتی میزانتر ایلوم و جابجا نمودن حالب در تونل تحت مخاط انتی رفلوکس اجرا میگردد. یک عملیات مغلق بوده و اختلاطات بعد از عملیات زیاد میباشد.



(شکل ۷۶.۵۸)

شکل ۷۶.۵۸ یک مریض که پی تی ۳ الف کانسر مثانه داشته قبلاً سیسوپروستاتیکتومی و قطع احلیل نزدش صورت گرفته. دیتوبولرایزد قطعه چیکم در تحت مخاط تونل بخاطر ذخیره میکانیزم اقتدار اجرا شده. و اپندکس به طرف سره کشیده شده و هر ۴ تا ۶ ساعت بعد ذخیره آن تخلیه میگردد.

افزایش و تعویض مثانه

مریضانیکه از سبب توبرکلوز و یا آفات عصبی مثانه دارای مثانه متقلص و ظرفیت کوچک باشند افزایش مثانه اجرا میگردد. از تخنیک مشابه مانند تعویض مثانه میتوانیم استفاده نماییم. از امعاً که دیتوبولرایزد گردیده باشد یک جیب کروی الشكل ساخته میشود بعداً می توانیم آن را به تریگون و یا عنق مثانه ارتباط داده و بعداً سیستیکتومی جذری اجرا میگردد (اشکال ۲۳-۷۶ و ۷۶.۲۰). حالب ها دوباره غرس میگردد میکانیزم اقتداری در مریضان دارای مثانه عصبی شامل معصره مصنوعی و یا در خانم ها Colpo suspension میباشد.

اختلالات دایورژن داخلی

تضیق

برای اولین بار یوریتیروسگموئیدوستومی توسط Chaput (۱۸۹۴) اجرا گردید. بعداً تغییرات دیگر توسط Coffey و grey Turner در آن آورده شد. در این میتودها حالب ها بصورت منحرف قطع و توسط خیاطه بطرف امعا کش میشود و قسمت نهاییات آنها به جدار امعا خیاطه نمیگردد. تضیق معمول بوده Nesbit و Cordonnier، Lead better و تضیقات را شناسائی کرده که میتواند با مفاغمه مخاط به مخاط از آن جلوگیری گردد.

رفلوکس ادرار

بلند بودن فشار داخل امعاً سبب رفلوکس ادرار گردیده که فوق العاده متن بوده و به فشار بلند به طرف کلیه ها پیش میرود و در مدت طولانی سبب ماوفیت کلیوی میگردد. پرنسیب اساسی آن است که مخزن دارای فشار پایان برای هر دو نوع مثانه جدید و یوریتیروسگموئیدوستومی Mainz-۲ بوده که سبب

تنقیص حادثه فوق می‌گردد. بر علاوه یک میکانیزم ساختمان ممانه جدید اجرا میشود. که ساختن مفاغمه حالب ها ۲۰ سانتی متر غیر دیتوبولرایزد امعای رقیقه ساخته شده که در آن اقتدار مدنظر گرفته میشود(شکل ۷۶.۵۵c).

نتایج متابولیک دایورژن داخلی

جذب نمک ها

جذب نمک ها ارتباط به فکتورهای ذیل دارد.

۱- ساحه امعاً که به تماس ادرار میباشد. ۲- مدت زمان یا طولانی بودن تماس ادرار با اپیتلیوم امعاً. تغییرات بیوشمیک مترافق با دایورژن ادرار و جذب دوباره کلوراید و یوریا میباشد و تنقیص سریع وظایف توبولی نسبت ماوفیت وظایف طولانی از باعث پیلونفریت بوجود می آید.

اسهال و کم شدن پوتاشیم از طریق غشای مخاطی ضیاع پوتاشیم را زیادتیر میسازد. تغییرات وصفی هایپرکلوریمیک اسیدوز با تنقیص پوتاشیم زیادتیر در دایورژن یوریتیروسیگموئیدوستومی نسبت به ممانه جدید کولونی و ایلومی به مشاهده میرسد. زمانیکه تشدید شد اشتهای مریضان کم گردیده ضعیفی، تشنگی و اسهال به وقوع رسیده و بعداً کوما فرا میرسد. اسیدوز ضعیف برای مدت طولانی سبب نرمی استخوان میگردد. درد های عظمی و کسرهای پتالوژیک بوقوع میرسد. ماوفیت کلیوی از سبب پیلونفریت و جذب دوباره از غشای مخاطی بعد از تشکیل کاندویت ایلومی و کولونی بوجود می آید دایورژن اقتداری با تعویض اورتوتوییک بوجود می آید. بطور خاص بصورت استثنائی نزد مریضان عدم کفایه کلیوی و تخلیه ناکافی مخزن ادرار به ملاحظه میرسد. تشوشات سؤجذب در ایلوم نهائی و امعاً رقیقه به ملاحظه رسیده و ضایعات ایلوم نهائی سبب تنقیص ویتامین ب ۱۲ میگردد.

تداوی

برای مریضان تعلیم داده شود تا رکتیم و یا مخزن اقتداری را هر سه ساعت روزانه تخلیه نمایند. در مریضان که عملیه یوریتیروسیگموئیدوستومی اجرا شده نزد شان اسیدوز به مشاهده میرسد تیوپ مقعدی از

طرف شب تطبیق میشود تا ادرار بصورت دوامدار تخلیه گردد. مریضان باید مخلوط پوتاشیم سترات و سودیم بیکاربونات ۲گرم روز سه مراتبه و یا به شکل تابلیت و یا کرسنال آن استفاده نمایند. معاینات منظم سیروم از نظر بیوشمی به شمول کلسیم اجرا گردد. بوجود آمدن اسیدوز هایپرکلوریمیک معمولاً همراه با دیهایدریشن به ملاحظه میرسد که از طریق وریدی سلین توصیه شود. برای مریضان مقدار کم سودیم بای کاربونات توصیه شده تا PH اصلاح گردد در حالیکه شدید باشد پوتاشیم از طریق وریدی توصیه گردد. انتی بیوتیک سیستمیک همراه با تداوی فوق الذکر توصیه میگردد.

خطرات خبثت

خطرات بوجود آمدن کانسر در مریضانیکه امعاء برای ساختن دوباره طرق بولی استفاده میگردد به ملاحظه میرسد. زمانیکه ادرار با مواد غایطه مخلوط نشود وقوعات خبثت کم است و ممکن بعد از ۱۵-۱۸ سال بمشاهده برسد. خطرات زیاد نزد مریضانیکه یوریتیروسگموئیدوستومی گردیده که ادرار با مواد غایطه مخلوط میگردد به وقوع میرسد.

بوجود آوردن مخزن سگموئید که در آن حالب غرس میگردد این حادثه را تنقیص میدهد.

فصل ۷۷

پروستات و حویصلات منوی

اهداف مطالعه

- دانستن ارتباط ساختمان اناتومیکی، وظایف بیوشیمیکی، پیشرفت و تداوی آفات خبیث و ضخامه سلیم پروستات.
- فهمیدن ترمینولوژی که اعراض طرق بولی سفلی را توضیح مینماید و دانستن اسباب آن و هم انتخاب تداوی لازمه و قابل دسترس.
- باید بدانیم که کدام معاینات جهت تشخیص کارسینومای پروستات مناسب و لازم است.
- دانستن مراحل کلینیکی کانسر پروستات و باید بدانیم چگونه در کدام مراحل تصمیم گیری بهترین پروسیجر انتخاب گردد.

امبریولوژی

یک تعداد جوانه های اپیتلیل سخت از احلیل ابتدائی منشا گرفته که در طی هفته ها در داخل این جوانه های متذکره کانال ها تشکل مینماید. نسج میزانشیم اطراف این جوانه ها نسج منظم و عضلی غده را ساخته و رول مهم در تفریق پذیری غده دارد.

در جنس مونث توبول های Skene's که در اطراف احلیل باز میگردند معادل غده پروستات در نزد مردها میباشد.

اناتومی جراحی

McNeal غده پروستات را به زون های مختلف تقسیمات نموده است که عبارت اند از زون محیطی که عمدتاً در خلف غده قرار داشته و اکثراً کانسره های غده پروستات از آن منشا میگیرد. زون مرکزی که در

خلف لومن احلیل و بالاتر از قنات های دافقه که غده پروستات را عبور مینماید موقعیت دارد (شکل ۷۷.۱). همچنین زون انتقالی در محیط احلیل قرار داشته که اکثریت ضخامه سلیم پروستات از آن منشه میگیرد. حجرات عضله ملسا در تمام قسمت های غده پروستات دریافت گردیده اما در قسمت علوی غده و عنق مثانه یک عضله معصروی جداگانه قرار داشته که یک وظیفه فعالیت جنسی دارد و در هنگام دفع بسته میگردد. قطع این معصره در جریان پروستاتیکتومی باعث دفع معکوس میگردد. عضله مخطط معصروی، مخطط بعیده احلیلی در محل اتصال احلیل پروستاتیک و احلیل غشائی قرار دارد، این عضله ساختمان نعل اسب مانند را داشته که به شکل برجسته موقعیت قدامی داشته و از عضلات زمین حوصله کاملاً مجزا قرار دارد (شکل ۷۷.۱).

زون محیطی که توسط اپیتل استوانه ئی فرش گردیده اند در بین استرومای Fibromuscular قرار داشته و قنات های این غدوات طویل و منشعب میباشد در میزابه خلفی وحشی در دورادور Veramontanum باز میگردد. غدوات زون مرکزی و انتقالی بدون تشعب بوده و کوتاه تر میباشد. تمام این قنات ها (زون های سه گانه) Utricle Prostatic قنات مشترک دافقه در احلیل پروستاتیک باز میگردد. به همین دلیل ریشه کن ساختن انتان احلیل پروستاتیک مشکل میباشد.

از زون انتقالی محیط احلیل ضخامه سلیم پروستات منشا گرفته در جریان ضخامه زون محیطی را فشرده که در نتیجه آنرا به کپسول کاذب تبدیل مینماید. همچنان یک کپسول اناتومیک فبروزی حقیقی خارجی موجود بوده که در خارج تر از آن ضخامه صفاق اندوپیلویک قرار داشته که بنام Periprostatic Sheath of endopelvic fascia یاد میگردد. در بین کپسول اناتومیک و شیت پروستاتیک ضفیره وریدی فراوان قرار دارد Prostatic Sheath همراه با Denonvillier fascia (صفاق محکمی که پروستات و پوش های آنرا از ریکتوم جدا میسازد) مجاورت دارد. بندل های وعائی عصبی که مسول تعصیب خودکار اجسام قضیب میباشد، با وجه خلفی وحشی کپسول پروستات در ارتباط نزدیک بوده در جریان پروسیجرهای مانند پروستاتیکتومی جذری، سیستوپروستاتیکتومی با حرارت بلند غیرعمدی در ساحات مربوطه این اعصاب در معرض ماوفیت قرار داشته و بعد از عمل جراحی قطع پروستات از طریق احلیل باعث بوجود آمدن تشوشات انتعازی و ناتوانی جنسی میگردد.

فزیولوژی

غده پروستات یک وظیفه جنسی داشته اما اهمیت افرازات آن در قسمت باروری انسان هنوز واضح نیست. در شخص کاهل نورمال بعد از کشیدن هردو خصیه به اتروفی معروض میگردد که توسط عالم بنام John hunter واضح گردیده است.

تأثیرات هورمونهای سیستمیک (اندوکرین)

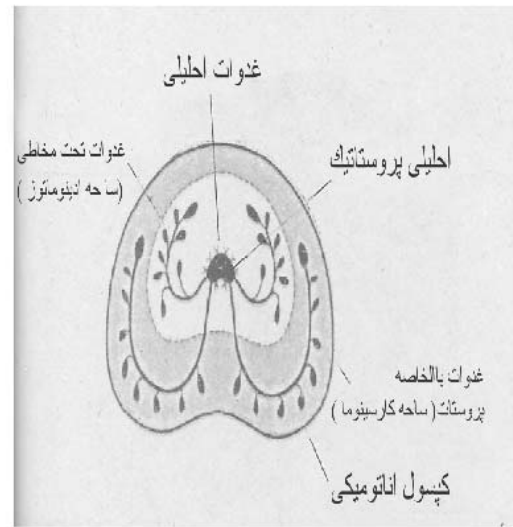
و فکتورهای رشد موضعی (پاراکترین و اوتوکترین) (چوکات ۷۷.۱)

رشد غده پروستات تحت تاثیر یک تعداد زیاد هورمون های موضعی و عمومی بوده که وظیفه واقعی این هورمون ها تا هنوز معین نمی باشد. هورمون عمده که بالای غده پروستات تاثیر دارد عبارت از تیستوستیرون میباشد که از حجرات لایدیگ تحت تاثیر LH (لیوتی نایزینگ هورمون) که از فص قدامی غده نخامیه افراز میگردد میباشد.

(چوکات ۷۷.۱)

هورمون های اندروجنیک

- هورمون های اندروجنیک که نشو و نما پروستات را سبب میگردد از چندین منبع منشا میگیرد.
- قسمت زیاد تیستوستیرون (۹۰٪) توسط حجرات لایدیگ خصیه تحت کنترل LH که از فص قدامی غده نخامیه افراز میگردد ساخته میشود.
- ۵-۱۰٪ تیستوستیرون باقی مانده اندروجن متابولیز شده ادرینال میباشد.
- تیستوستیرون به اثر انزایم پنج الفا ریدکتاز به دای هایدروتیستوستیرون (DHT) تبدیل گردیده که به غلظت بلند در پروستات و جلد اطراف تناسلی دریافت میگردد.
- DHT پنج مراتبه نسبت به تیستوستیرون قویتر میباشد.



شکل ۷۷.۱ دیاگرام سحمی پروستات در جنب اخلیل که ساحه مختلف را نظر به نظریه مکنیل نشان می دهد. از ساحه انتقالی ضخامه سلیم پروستات منشه میگیرد.

شکل ۷۷.۲ قسمت مستعرض پروستات. زون محیطی که کانسر پروستات زیادتر از آن منشه میگیرد. ساحه ایدینوماتوز سبب فشرده شدن قسمت مرکزی و انتقالی میگردد.

LH تحت کنترل LHRH قرار دارد. LHRH، half-life کوتاه داشته و به قسم ریتمیک افراز میگردد در صورت که این هورمون بصورت دوامدار افراز گردد اخذه های خویش را غیر حساس میسازد که همین اساس تداوی هورمونی کانسر پروستات را تشکیل میدهد.

Testosterone توسط انزایم 1.5α Reductase به 1.5 dihydrotestosterone (DHT) تبدیل میگردد. که این انزایم به غلظت بلند در غده پروستات و جلد نواحی تناسلی دریافت میگردد سایر اندروجن ها از قشر فوق الکلیه افراز گردیده و تاثیرات جزئی دارند.

Oosterogenic steroid ها نیز از قشر فوق الکلیه افراز گردیده و در نزد اشخاص مسن مذکر رول مهم دربرهم زدن توازن DHT و Local Peptide growth factor داشته بناً خطر BPH را در نزد چنین اشخاص بلند میبرد.

زمانیکه سوبه استروجن سیروم بلند میروود بالای هایپوتلموس تاثیر نموده افرازات LHRH را تنقیص داده و در نتیجه سوبه تستوستیرون سیروم تنقیص می یابد.

بناً سوبه فارمکولوژیکی استروجن باعث کاهش سوبه تیستوستیرون، اتروفی خصیه و پروستات میگردد.

یک تعداد پپتید های موضعی فعال که توسط اپیتلیوم و حجرات ستروما میزانشیمال غده پروستات افراز میگردد مقابل هورمون های استروئید جواب میدهد. اینها شامل فکتورهای نشوونمائی اپیدرمی، فکتورهای نشوونما مشابه اینسولین، فکتور نشوونمائی اساسی فیروبلاست و تبدیل نمودن فکتور های نشوونمائی (الفا و بیتا) میباشد. این ها بدون شک در نشوونمای نورمال و غیر نورمال غده پروستات رول داشته لکن تا هنوز وظایف آنها واضح نیست.

ارزیابی و افرازات انتی جن وصفی پروستات و اسیدفوسفاتاز

انتی جن وصفی پروستات (PSA) عبارت از گلایکوپروتئین امینواسید پروتياز است وظیفه آن عبارت از تمیيع نمودن مایع منوی بوده لکن یک مشعر امراض پروستات میباشد. حدود نورمال بلند این ماده 4nmol/ml بوده و سویه آن در مردان مصاب کانسر میتاستاتیک پروستات اضافه تر از 30nmol/ml میباشد که بعد از قطع موفقانه اندروجن سویه آن تنقیص می یابد.

نزد اشخاصیکه کانسر محدود در غده پروستات باشد سویه PSA شان کمتر از 15nmol/ml میباشد با وجود این یک علامه قابل اعتبار آفات پیشرفته میباشد. لکن در تشخیص تفریقی بین ضخامه سلیم پروستات و شروع کانسر پروستات یک تست حساس و وصفی نمی باشد زیرا که PSA در هر دو آفت بین ۴-۱۲ nmol/ml میباشد اندازه گیری PSA جای تعیین سویه اسیدفوسفاتاز را گرفته است.

ضخامه سلیم پروستات

(BPH)

اسباب ضخامه سلیم پروستات

هورمون ها

سویه تیستوستیرون با پیشرفت سن به آهستگی و لکن بصورت قابل ملاحظه تنقیص مییابد در حالیکه اوستیروجنیک های ستروئیدی بصورت مساویانه تنقیص نمی یابد. بر اساس همین فرضیه غده پروستات از باعث تاثیرات اوستیروجنیک ضخامه مینماید. احتمالاً افرازات Peptide growth Factor در انکشاف ضخامه سلیم پروستات رول دارد.

پتالوزی

ضخامه سلیم پروستات اپیتل غدوی و هم سترومای نسج منظم را بدرجات مختلف متأثر مسازد. ضخامه سلیم پروستات بصورت وصفی گروپ غدوات تحت المخاطی زون انتقالی را مصاب ساخته و باعث ضخامه نودولیر میگردد تغییرات آن مانند دیسپلازیا ثدیه میباشد. بالاخره این رشد بیش از حد باعث فشرده شدن غدوات زون محیطی گردیده و آنرا به یک کپسول کاذب تبدیل و یک منظره فص جنبی ضخامه سلیم پروستات ایجاد میگردد. ضخامه سلیم پروستات غدوات زون مرکزی تحت عنق را متأثر میسازد باعث انکشاف فص متوسط شده در داخل معصره داخلی مثانی متبازز میگردد (شکل ۷۷.۳) بعضی اوقات هر دو لوپ جنبی نیز بداخل مثانه متبازز میشود. در این صورت اگر این ضخامه از جوانب و خلف دیده شود میاتوس داخلی مثانه توسط پروستات احاطه گردیده به شکل گریبان معلوم میشود.

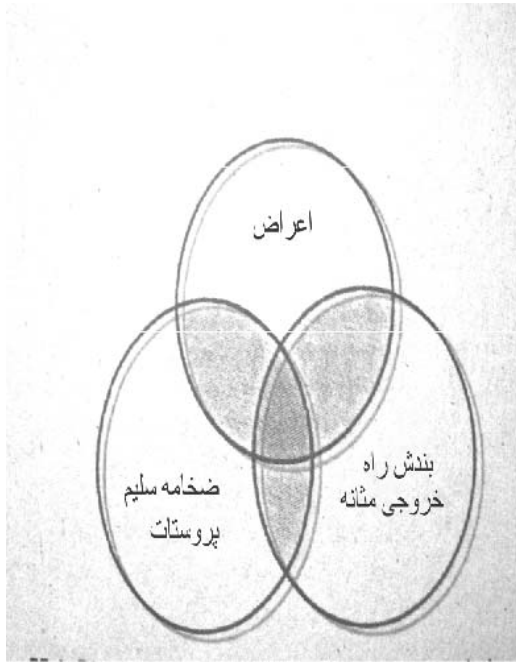
(چوکات ۷۷.۲)

ضخامه سلیم پروستات

- در مردها بالاتر از پنجاه سالگی بوقوع رسیده و در سن شصت سالگی ۵۰٪ مریضان شواهد هیستولوژیکی ضخامه سلیم پروستات را دارند.
- اعراض معمولی بولی سفلی را در مردان تشکیل داده و زیادترین سبب بندش عنق مثانی در مردان بالاتر از ۷۰ ساله میباشد.

اثرات ضخامه سلیم پروستات

بهتر است که فهمیده شود چه ارتباط بین ضخامه اناتومیک پروستات، اعراض پروستاتیزم و علایم یورودینامیک بندش خروجی مثانه مغلق و پیچیده وجود دارد. از نظر پتوفیزیولوژیک بندش جریان ادرار مثانه قسماً از باعث افزایش مقویت عضلات ملسا که تحت کنترل اعصاب ادرینرژیک میباشد بوجود میآید. از نگاه اناتومیک ضخامه سلیم پروستات دارای تاثیرات ذیل میباشد (چوکات ۷۷.۳) (شکل ۷۷.۳).



شکل ۷۷.۴ دیاگرام نشان دهنده ارتباط بین اعراض پروستاتیزم، هایپرپلازی غده پروستات و به صورت دینامیکی بندش خروجی مئانه میباشد.

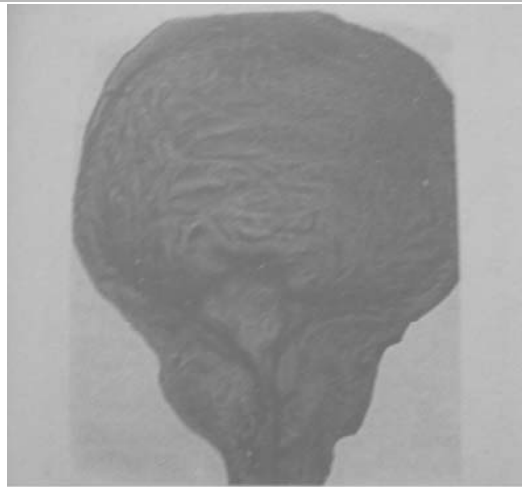


شکل ۷۷.۳ دیاگرام مرحله نهائی بندش خروجی مئانه که از سبب ضخامه سلیم پروستات بوده تراپیکولیشن مئانه همراه با هایپروتروفی عضلات ملسا و فبروز به مشاهده میرسد.

- *احلیل*. احلیل پروستاتیک طویل گردیده که در بعضی اوقات طول آن دو برابر حالت نورمال میگردد لکن از نظر انا تومیک متضیق نمیگردد. انحنای نورمال خلفی تا حدی زیاد شده که جهت تخلیه مئانه به سند منحنی ضرورت میگردد. در صورتیکه یک فص جنبی ضخامه نماید تغییر شکل در احلیل پروستاتیک بوجود می آید.
- *مئانه*. در صورتیکه ضخامه سلیم پروستات باعث بندش جریان خروجی مئانه گردیده باشد عضلات مئانه هایپرتروفی نموده تا اینکه بندش را رفع نماید و بصورت **Trabeculated** (رشته ای) در می آیند (شکل ۷۷.۵). ضخامه سلیم پروستات برجسته همراه با افزایش جریان خون بوده و در نتیجه ورید های قاعده مئانی باعث ایجاد هیماتوری میگردد.

اثرات ضخامه سلیم پروستات

- بدون اعراض بدون بندش قسمت خروجی مثانه میباشد
- بدون اعراض لاکن شواهد یورودینامیک قسمت خروجی مثانه موجود است
- اعراض طرق بولی سفلی بدون شواهد بندش خروجی مثانه به مشاهده میرسد
- اعراض طرق بولی سفلی و شواهد خروجی مثانه به مشاهده میرسد
- دیگر (احتباس حاد و مزمن ادرار و هیماتوری انتان بولی و تشکل سنگ) بوقوع رسیده میتواند



شکل ۷۷.۵ تراپیکولیشن مثانه از باعث بندش توسط پروستات. وقت که از داخل دیده شود رشته های فایبر عضلی دیده میشود. بین این بندل های هایپرتروفیک فرورفته گی های سطحی و هم چنین سکولیشن دیده میشود بعضی اوقات این سکول ها دو یا زیادتر بوده رو به کلان شدن رفته سبب تشکل دایورتیکول میگردد.

اعراض طرق بولی سفلی

با پیشرفت سن در هر دو جنس اعراض غیر وصفی تشوش وظیفوی مثانی زیادتر معمول بوده و این اعراض احتمالاً از باعث برهم خوردن وظیفه عضله ملسا و هیماهنگی عصبی مثانی ایجاد میگردد. تمام اعراض تشوش تخلیوی نزد اشخاص مسن که باعث بندش راه خروجی مثانه میگردد به ضخامه سلیم پروستات ارتباط نمی داشته باشد. یورلوژیست ها اصطلاح اعراض طرق بولی سفلی یا اعراض طرق بولی

سفلی را نسبت به پروستاتیزم ترجیح می‌دهند. حالات ذیل با بندش راه خروجی مثانه مترافق بوده که باعث مشکل در تشخیص و پیش بینی نتایج تداوی می‌گردند.

- فرط فعالیت ادیوپاتیک عضلات دیتروزور (فصل ۷۶)؛
 - تشوش وظیفوی عصبی مثانه در نتیجه امراض چون دیابت، سکته دماغی مرض Alzheimer's و یا مرض پارکینسون (فصل ۷۶)؛
 - استحاله عضلات ملسا مثانه که باعث تشوش تخلیه مثانه و عدم ثبات عضلات دیتروزور گردد؛
 - بندش راه خروجی مثانه از باعث ضخامه سلیم پروستات.
- اعراض طرق بولی سفلی قرار ذیل توضیح می‌گردند:

- تخلیوی
- Hesitancy (در صورت پر بودن بیش از حد مثانه بوجود آمده و یک عرض وخیم می‌باشد)؛
- جریان ضعیف ادرار (که با ایجاد فشار بهبود نمی یابد)؛
- جریان متناوب ادرار شروع و توقف؛
- قطره قطره خارج شدن ادرار (به شمول قطره قطره شدن بعد از تبول)؛
- احساس تخلیه نامکمل مثانه؛
- احتمالات نزدیک به احتباس ادرار؛
- ذخیروی
- تکرر تبول
- ادرار شبانه
- ارجنسی
- عدم اقتدار عاجل ادرار
- مرطوب نمودن بستر از طرف شب

اعراض طرق بولی سفلی توسط دیاگرام اندازه میگردد به هر حال بعضی اعراض تصویر درست پتوفیزیولوژیک را نمی دهد. طور مثال یک مرد با عدم ثبات دیتروزور مقدار کم ادرار اطراح می نماید و احساس تبول در کمتر از ۱۰۰ سی سی با جریان پایان می باشد.

اعراض شدید تخریشی معمولاً همراه با عدم ثبات دیتروزور می باشد. قطرات ادرار بعد از تبول در نتیجه بندش خروجی مثانی نبوده و بعد از پروستاتیکتومی اصلاح نمی گردد.

(BOO) Bladder Outflow Obstruction

بندش راه خروجی مثانه

درین حالت در نزد مریض جریان ادرار ضعیف بوده در حالیکه فشار تخلیوی بلند میباشد یا اینکه با وجود فشار بلند تخلیوی سرعت جریان ادرار ضعیف میباشد. درین حالت اعراض غیر وصفی موجود بوده که از باعث عدم ثبات عضلات دیتروزور، تشوش وظیفوی، نیورولوژیک و تقلص ضعیف مثانی بوجود میآید. حتی قله که پایانتز از ۱۰-۱۲ ملی متر فی ثانیه باشد تشخیص مغلق نبوده بر علاوه بندش راه خروجی مثانه تقلص ضعیف دیتروزور و یا حجم کتله تخلیوی (نظر به عدم ثبات) میتواند دلیل آن باشد.

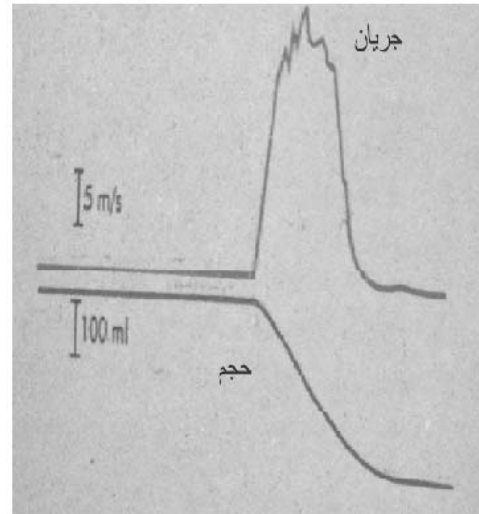
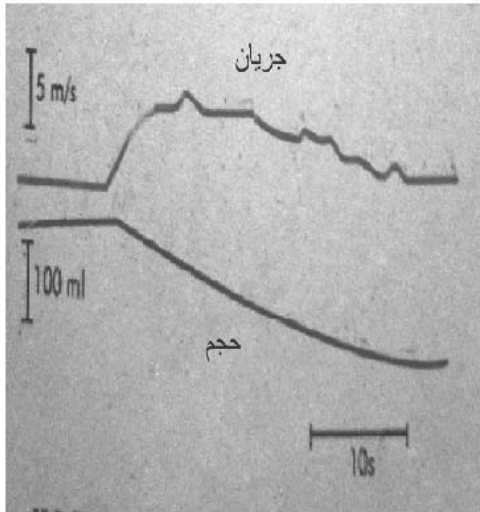
بندش خروجی جریان ادرار از باعث حالات ذیل بوجود میآید:

- ضخامه پروستات
- تضیق عنق مثانه
- کانسر غده پروستات
- تضیق احلیل
- بندش های وظیفوی ناشی از آفات عصبی

اثرات مقدم BOO بالای مثانه قرار ذیل میباشد:

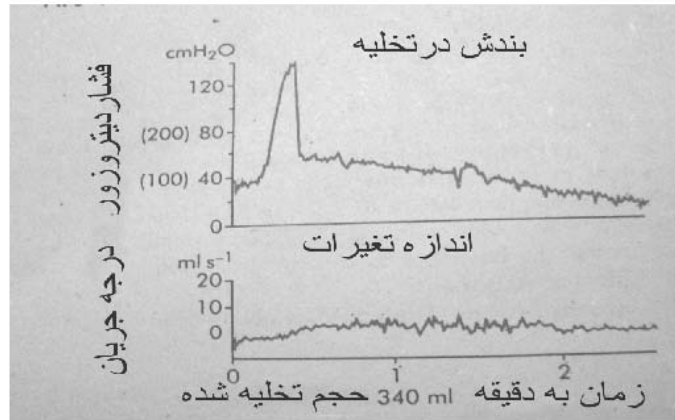
- تنقیص سرعت جریان ادرار } برای حجم تخلیه شده اضافه تر از ۲۰۰ ملی لیتر و قسمت بالای جریان اضافه تر از ۱۵ ملی لیتر نورمال است (شکل ۶-۷۷). یکی از آن ۱۰-۱۵ ملی لیتر در فی ثانیه مساوی و کمتر از ۱۰ ملی لیتر فی ثانیه پایان میباشد (شکل ۷-۷۷).

- افزایش فشار تخلیه ادرار { فشار بلندتر از ۸۰ سانتی متر آب میباشد (شکل ۸-۷۷) فشار بین ۶۰ و ۸۰ سانتی متر آب قابل تردید بوده و فشار پایانتز از ۶۰ سانتی متر آب نورمال است }.



شکل ۷۷.۶ درجه نورمال جریان. مقدار حجم خارج شده اضافه تر از ۳۵۰ سی سی و حد اعظمی جریان اضافه تر از ۵۰ سی سی در یک ثانیه میباشد. تنقیص جریان از سبب تضیق احلیل بندش قسمت خروجی مثانه و یا ضعیفی دیتروزور باشد.

شکل ۷۷.۷ دیاگرام درجه پایان نسبتاً تخلیه کم در حدود ۲۰۰ سی سی لاکن تنقیص جریان را نشان میدهد. که ممکن این تنقیص جریان از سبب تضیق احلیل بندش قسمت خروجی مثانه و یا ضعیفی دیتروزور باشد.



شکل ۷۷.۸ یورودینامیک مرسوم نشان دهنده فشار دیتروزور در زمان تخلیه میباشد در اینجا تغییرات فشار بسیار بلند میباشد. فشار تخلیوی همراه با درجه پایان جریان میباشد که برای بندش خروجی مثانه تشخیصیه میباشد.

اثرات طولیل‌المدت بندش راه خروجی مثانه قرار ذیل میباشد:

۱- مثانه در یک حالت عدم معاوضوی قرار گرفته فلهدذا موثریت تقلصات عضله دیتروزور کاهش یافته و نزد مریض بقیه ادرار بوجود می آید.

۲- مثانه در هنگام پرشدن بیشتر تخریش گردیده و ظرفیت وظیفوی مثانه تنقیص مییاید. این کاهش ظرفیت از باعث فرط فعالیت عضلات دیتروزور وهم از باعث تشوش وظیفوی عصبی یا پیشرفت سن و یا هم به صورت نامعلوم بوجود می آید.

در پهلوی اعراض، اختلاطات بندش راه خروجی مثانه قرار ذیل میباشد:

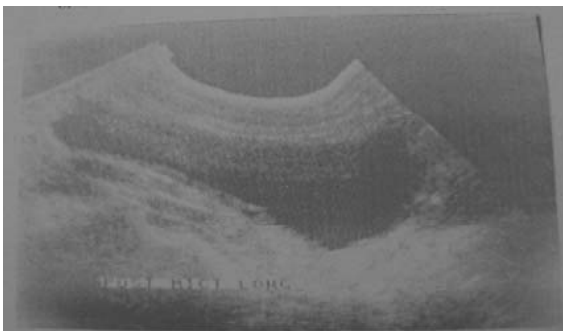
۱- احتباس حاد ادرار بعضاً اولین عرض بندش راه خروجی مثانه میباشد. به تاخیر انداختن تبول یک فکتور مساعد کننده معمول احتباس ادرار میباشد. نوشیدن بیش از حد بیر و محکوم بودن به بستر از باعث امراض یا عملیات اسباب دیگر احتباس ادرار میباشد.

۲- احتباس مزمن ادرار در نزد مریضانیکه بقیه ادرار از ۲۵۰ سی سی زیادتر باشد، از باعث ایجاد فشار حجم زیاد ادرار بالایی و فشار بالای جدار مثانه بیشتر ایجاد میگردد(شکل ۹-۷۷).

این حالت را بنام فشار بلند احتباس مزمن یاد میکند. افزایش فشار داخلی باعث بندش وظیفوی طرق بولی علوی گردیده و در نتیجه در نزد شخص هایدرونفروزس دو طرفه بوجود می آید و به اثر انتان طرق بولی علوی و تخریب وظیفه کلیه تاسس مینماید(شکل ۱۰-۷۷).

چنین مریضان با اعراض مانند عدم اقتدار overflow, مرطوب نمودن بستر از طرف شب و عدم کفایه کلیوی مراجعه مینمایند. موجودیت چنین اعراض در نزد مریض توجه داکتر را به موجودیت احتباس ادرار

جلب مینماید(شکل ۱۱-۷۷).



شکل ۷۷.۹ التراسونوگرام نشان دهنده مقدار زیاد بقایای ادرار بعد از تبول میباشد.



شکل ۷۷.۱۰ یوروگرام داخل وریدی یک مریض با اعراض بندشی خروجی و مقدار متوسط بقایای ادرار بعد از تبول میباشد. مریض که تحت مداوی قرار نگرفته.



شکل ۷۷.۱۱ یوروگرام داخل وریدی از عین مریض شکل ۷۷.۱۰ که بعد از چند سال نزدش اجرا شده. نزد مریض احتباس مزمن ادرار و آفت کلیوی از سبب توسع طرق بولی علوی بوجود آمده.

۳- ضعیف شدن وظیفه تخلیوی مثانه. اگر مثانه به مرحله عدم معاوضوی داخل گردیده و نزد مریض بقیه ادرار بوجود آمده انتان و سنگ های طرق بولی تاسس مینماید.

۴- هیماتوری. ممکن یک اختلاط ضخامه سلیم پروستات باشد. اسباب دیگر هیماتوری با اجرای معاینات از قبیل معاینات کلچر ادرار، سیستوسکوپی و یوروگرام داخل وریدی و معاینات سائیتولوژیک ادرار رد گردد.

۵- درد عرض بندش راه خروجی مثانه نبوده در صورت موجودیت آن به طرف احتباس ادرار، انتان بولی، سنگ ها، کانسر پروستات و کانسر مثانه فکر گردد.

ارزیابی مریضان مصاب اعراض طرق بولی سفلی (چوکات ۷۷.۴)

تاریخچه

منحنی خطوط اوراق اعراض مانند درجه اعراض بین المللی پروستات (IPSS) است که معلومات درباره شدت اعراض میباشد. به تعقیب مداخله جراحی IPSS شامل ارزیابی کیفیت زنده گی و انعکاس دهنده

زحمات مریض از اثر اعراض میباشد. برعلاوه IPSS تکرر حجم روزانه تکمیل که با مواظبت در کلینیک مقدار مایع که اخذ مینماید تغییرات روزانه خروج ادرار، حجم پایان و تکرر تخلیوی را نشان میدهد این ارزیابی روزانه طرق بولی سفلی میتواند به اثر تاریخچه کلینیکی تعیین گردد.

(چوکات ۴-۷۷)

معاینات و تحقیقات طرق بولی سفلی در نزد مرد

معاینات اساسی

- معاینات ادرار توسط دیپستیک برای خون، گلوکوز و پروتئین
- کلچر ادرار برای انتان
- کریاتینین سیروم
- جریان و اندازه بقایای ادرار

معاینات اضافی

- تعیین انتی جن وصفی پروستات
- مطالعه فشار و جریان ادرار

معاینات بطنی معمولاً نورمال است

در نزد مریضان احتباس مزمن ادرار توسع مثانه را میتوان با مانوره های فیزیکی جس، قرع تفتیش و تشخیص کرد که میزابه مستعرض فوق العانی در جریان تفتیش قابل دید نمی باشد. در معاینات عمومی فیزیکی علایم ماوفیت، مزمن کلیوی، کم خونی و دیهیدریشن دریافت میگردد. بخاطر رد کردن تضیق فوحه خارجی احلیل(میاتوس) باید تفتیش گردد. و بریخ جهت دریافت علایم التهابی جس گردد.

معاینات مقعدی

در حالات ضخامه سلیم پروستات سطح خلفی غده پروستات لشم، محدب و الاستیکی بوده لکن عناصر فبروزی باعث سخت شدن قوام پروستات میگردد. مخاط رکتوم بالای غده پروستات متحرک می باشد.

بقیه ادرار به شکل تورم و متموج در بالای غده پروستات احساس می‌گردد. قابل یادآوری است که در صورت موجودیت بقیه ادرار قابل ملاحظه غده پروستات به طرف سفلی رانده شده و نسبت به حالت نورمال بزرگتر اندازه می‌گردد.

معاینات عصبی

جهت رد نمودن آفات عصبی باید این معاینه اجرا گردد. یک تعداد امراض عصبی مانند Parkinson, Servical Spondylosis, disease, tabes dorsalis, مرض شکر و سایر حالات عصبی بندش غده پروستات را تقلید مینماید.

در صورت مشکوک بودن همچو حالات معاینات Pressur Flow Urodynamic باید اجرا گردد تا نزد مریض بندش راه خروجی مثانه تشخیص گردد. معاینه حسیت ناحیه عجان و مقویت معصره مقعدی در واضح شدن آفات زنب الفرس S۲-S۴ موثر میباشد.

Serum Prostate – Specific antigen

مشکلات در اینجا در واضح نبودن کشف به موقع و تداوی جذری کانسر پروستات بوده که باید در مبحث کانسر پروستات مطالعه گردد یقیناً باید مردها در باره این نوع تست آگاهی داشته باشند. در صورتیکه خطرات بیوپسی کانسر پروستات و خطرات کشف کانسر را نفهمیم مشکل است تداوی نماییم. بعد از مشوره مناسب تعیین انتی جن وصفی پروستات مفید میباشد. در مردهایکه تشخیص به موقع کانسر پروستات اجرا شود باید تداوی مناسب انتخاب (در نزد مردان پایانتر از ۶۰ ساله و یا آنهایکه تاریخچه فامیلی مثبت داشته باشند اینها باید تداوی جذری گردند) باید نزد شان انتی جن وصفی پروستات تعیین گردد. اگر اضافه تر از ۴nmoll باشد بعداً التراسونوگرافی از طریق مقعدی همراه با بیوپسی های متعدد از طریق مقعدی اجرا گردد. اگر معاینه مقعدی کاملاً نورمال نشان داده و در باره کانسر مشکوک نباشیم و تغییرات در رژیم تداوی به موقع کانسر پروستات گذاشته شود در این حالت باید به صورت روزمره انتی جن وصفی پروستات تعیین گردیده و در مردهای که بندش راه خروجی مثانه غیر اختلاطی موجود باشد تشخیص گردد.

تعیین اندازه جریان ادرار

برای این حالت دو یا سه تخلیه ادرار ثبت گردد و مقدار حجم تخلیه شده باید اضافه تر از ۱۵۰-۲۰۰ سی سی باشد. معمولاً معنی آنرا میدهد که مقدار جریان ادرار از نظر کلینیکی وصفی میباشد. تاریخچه وصفی مقدار جریان کمتر از ۱۰ ملی لیتر فی ثانیه {برای مقدار خارج شدن حجم اضافه تر از ۲۰۰ ملی لیتر(شکل ۷-۷۷)} ممکن برای یورولوژیست ها کافی باشد که توصیه نمایند. معمولاً مقدار جریان همراه با معاینه التراسوند بقایای ادرار بعد از تبول اندازه گردد.

در اینجا مقدار جریان مبهم میباشد و ماشین باید دقیقاً اندازه گیری کند. مریض باید اضافه تر از ۱۵۰ ملی لیتر تخلیه نماید و دو یا سه نمونه ضرورت است که اندازه گیری گردد. تنقیص مقدار جریان و علایم پروستاتیزم ممکن در حالات ذیل دیده شود:

- بندش راه خروجی مثانه ;
- مقدار تخلیه کم (برای مردها در حالات عدم ثبات دیتروزور میباشد) ;
- مردان همراه با تقلص ضعیف مثانه (فشار پایان جریان تخلیه) .

مطالعه فشار و جریان یورودینامیک (شکل ۸-۷۷)

مطالعه مشرح در فصل ۷۶ ذکر گردیده. که در مریضان ذیل باید انجام گیرد:

- مردان مشکوک همراه با آفات عصبی(پارکینسون، دیمینسیا، دیابت دوامدار، Strokes سابقه و اسکلیروز متعدد) ;
- مردانیکه تاریخچه واضح اعراض تخریشی و آنهاییکه بصورت دوامدار فریکونسی و ارجنسی داشته باشند ;
- مردانیکه تاریخچه مشکوک و مقدار جریان نزدیک به نورمال و یا اضافه تر از ۱۵ ملی لیتر فی ثانیه داشته باشند ;
- مریضان همراه با جریان ضعیف ادرار (بخاطریکه حجم کم تخلیه دارند).

معاینات خون

کریاتنین سیروم، الکترولیت ها و هیموگلوبین باید تعیین گردد.

معاینه ادرار

ادرار مریض از نظر موجودیت خون و گلوکوز معاینه گردد. و یک نمونه از وسط ادرار جهت معاینات باکتریولوژیک ارسال و در صورت احتمال موجودیت کانسر انسایچو معاینات سایتولوژیک اجرا گردد.

معاینات تصویری طرق بولی علوی

بسیاری یورولوژیست ها در نزد مریضان که اعراض واضح دارند معاینات تصویری طرق بولی علوی را ضروری میدانند اما در صورت موجودیت بندش، انتان و هیماچوریا باید طرق بولی علوی معاینه تصویری گردد.

سیستویوریتروسکوپی

احلیل، پروستات و اپیتل مثانه باید فوراً قبل از عمل جراحی پروستاتیکومی باز و یا بسته تفتیش گردد تا تضیق احلیل، کارسینومای مثانه و سنگ های مثانه رد گردد. چه اینکه عمل جراحی قابل اجرا باشد. قبل از تصمیم گرفتن به پروستاتیکتومی باید همیشه سیستوسکوپی اجرا گردد. تفتیش مستقیم پروستات یک مشعر ضعیف بندش راه خروجی مثانه بوده ضرورت به عملیه جراحی دارد.

Transrectal US scan (التراسوند اسکن طریق مقعدی)

این معاینه در تشخیص مقدم کانسر پروستات مفید بوده و به طور روزمره اجرا نمیگردد. تعیین دقیق اندازه پروستات از طریق بطنی و التراسوند از طریق مقعدی نیز امکان پذیر است.

مراقبت مریضان ضخامه سلیم پروستات و یا بندش راه خروجی مثانه (چوکات ۷۷.۵)

استطبابات تداوی پروستاتیکتومی عبارت اند از:

۱- احتباس حاد ادرار (به فصل ۷۶ مراجعه شود) در نزد اشخاص مناسب که سایر اسباب دیگر احتباس (ادویه جات، قبضیت، عملیات اخیر و غیره) نزد شان موجود نباشد ۲۵٪ واقعات عملیه جراحی پروستات را تشکیل میدهد.

(چوکات ۷۷.۵)

انتخاب تداوی اعراض طرق بولی سفلی از سبب ضخامه سلیم پروستات

- تداوی محافظوی شامل کم ساختن مایعات و کم گرفتن کافین و انتظار کشیدن میباشد.
- تداوی با ادویه جات الفابلاکر در نزد مریضان دارای پروستات بزرگ و نهی کننده پنج الفا ریدکتاز.
- اهتمامات مداخله شامل قطع پروستات از طریق احلیل که تداوی طلائی استندرد بوده و برای غده پروستات بزرگ تداوی باز اجرا میگردد.

۲- احتباس مزمن و ماوفیت کلیوی: موجودیت بقیه ادرار ۲۰۰ ملی لیتر و یا اضافه تر از آن هایدرونفروزس و هایدروویوریتور در معاینات یوروگرافی، بلند بودن سویه یوریا خون و تظاهرات یوریمیک (۱۵٪ عملیه جراحی را تشکیل میدهد).

۳- اختلالات بندش راه خروجی مثانه: شکل سنگ ها، انتانات و دایورتیکول.

۴- هیموراژی: بعضی اوقات جهت کنترل خونریزی های وریدی از آورده ریچر شده بالائی پروستات نیاز به عمل جراحی پروستاتیکتومی میباشد.

۵- Prostatectomy انتخابی برای اعراض تسدید: ۶۰٪ واقعات پروستاتیکتومی را تشکیل میدهد. مشکلات تبول با دفعات شبانه و روزانه و تاخیر در شروع ادرار و جریان ضعیف ادرار اعراضی اند که پروستاتیکتومی توصیه میگردد. فریکونسی ادرار یگانه عرض جهت تداوی جراحی پروستاتیکتومی نمیشد. پیشرفت بندش جریان ادرار بصورت طبیعی متغیر است ندرتاً بعد از ده سال خرابتر میگردد.

اعراض شدید مانند سرعت پایین جریان ادرار $10 \text{ mls}^{-1} <$ و افزایش بقیه ادرار (۱۰۰-۲۵۰ ml) (استطببات عمده عمل جراحی را تشکیل میدهد. تداوی قطعی جراحی و غیرجراحی مربوط به مشوره دقیق بین مریض و داکتر میباشد.

احتباسی حاد ادرار

تداوی مریضان احتباسی حاد ادرار در فصل ۷۶ ذکر گردیده است. زمانیکه مثانه ذریعه کتیتز تخلیه گردید ارزیابی مریض جهت آمادگی به عمل جراحی تعیین میگردد. در صورتیکه احتباس از باعث ادویه و یا قبضیت باشد و یا اینکه تشوش روحی و یا عقلی دارند احتباس شان ذریعه تطبیق ستینت پروستاتیک و یا هم کتیتزیشن تداوی میگردد.

مشکلات خاص در تداوی احتباسی مزمن (به فصل ۷۶ مراجعه شود)

مریضانیکه اعراض مترافقه انتان در نزد شان موجود نباشد و هم وظیفه کلیه ها نورمال باشد قبل از عمل جراحی باز به کتیتزیشن نیاز ندارند. اما برای مریضان یوریمیک جهت اعاده دوباره و ثابت شدن وظایف کلیه های شان کتیتزیشن حتمی میباشد.

بعضی اوقات از باعث کولاپس مثانه و طرق علوی بولی بعد از تطبیق کتیتز در مریضان هیماچوریا رخ میدهد که در طی یکی دو روز خاموش میگردد.

مریضان یوریمیک همراه با احتباس مزمن اغلباً در زمان ورود شان به شفاخانه مصاب دیهایدریشن میباشدند. از باعث ایجاد فشار بالای تیوبول های بعیده کلیه قدرت جذب دوباره آب و نمک درین تیوبول ها از بین میرود. بعد از برطرف شدن فشار مزمن بالای تیوبول ها کلیه یک مقدار زیاد آب و نمک از طریق تیوبول ها خارج میگردد که بنام دیوریز بعد از بندش یاد میگردد. بنابراین دلیل برای مریضان چارت مقدار مایعات اخذ شده، اندازه گیری یومیه وزن مریض و تعیین الکترولیت ها و کریاتینین در نزد مریضان ضروری میباشد.

در صورتیکه مریض نتواند مقدار مایعات ضایع شده را دوباره از طریق فمی اخذ نماید برای شان مایعات از طریق وریدی توصیه گردد. بعد از اعاده مایعات نزد چنین مریضان به نسبت کم خونی در صورت که هیموگلوبین کمتر از ۹ گرام باشد نزد شان نقل الدم گردد.

استطبانات برای تداوی انتخابی در مردها با اعراض طرق بولی سفلی از سبب ادینوم پروستات

به تعقیب اهتمامات مناسب (ارزیابی مریضان در سکشن مردها با اعراض طرق بولی سفلی) به سوالهای ذیل باید جواب داده شود.

۱- آیا بندش جریان مثانی موجود است؟ در بسیاری وقایع دریافت اعراض مهم باید توسط منحنی رسم گردد. در ادینوم پروستات به اثر دریافت حد اعظمی جریان کمتر از ۱۰-۱۲ ملی لیتر فی ثانیه برای تخلیه خوب (اضافت از ۲۰۰ ملی لیتر) کفایت میکند و برای تشخیص بندش راه خروجی مثانه مناسب میباشد. در بعضی مردها خصوصاً در آنهایکه اعراض تخریشی، امراض مشکوک عصبی و یا اندازه جریان نادرست تخنیکی ضرورت است که فشار جریان مطالعه و انجام گیرد.

۲- چقدر اعراض شدید است و خطرات تخلیوی موجود نیست؟ اعراض شدید و مقدار زیاد بقایای ادرار معمولاً ضرورت به تداوی دارد. مردهائیکه اعراض خفیف دارند جریان خوب اضافه تر از ۱۵ ملی لیتر فی ثانیه و مثانه خوب تخلیه میگردد (بقایای ادرار کمتر از ۱۰۰ سی سی) ممکن به صورت مصوّن اهتمامات گرفته شده این مریضان نادراً اعراض و اختلالات شدید مانند احتباس ادرار دوامدار میداشته باشند.

۳- آیا مریض برای تداوی جراحی مناسب است؟

۴- کدام تداوی ها قابل دسترس است، نتیجه آن و عوارض جانبی تداوی قضاوت گردد؟

تداوی

تعقیب مریضان برای تداوی انتخابی (به استثنائی احتباس حاد و مزمن ادرار).

تداوی محافظه کارانه

تداوی محافظه کارانه در نزد آن مریضانی صورت میگیرد که اعراض شان خفیف بوده و سرعت جریان ادرار خوب دارند ($> 10 \text{ mls}^{-1}$).

مثانه بصورت درست تخلیه می‌گردد بقیه ادرار ($100 \text{ ml} <$). مشوره در مورد فواید واضرار عمل جراحی صورت بگیرد.

بعد از تشخیص دقیق برای مدت شش ماه انتظار کشیده شود و مریض دوباره ارزیابی گردیده اعراض مریض، سرعت جریان ادرار و معاینات تصویری (التراسوند) کمک کننده می‌باشد. محدود ساختن مایعات از طرف عصر و یا شام و هم استعمال Propantheline جهت از بین بردن اعراض تخریشی مثانه موثر می‌باشد.

ادویه جات

مریضانیکه از باعث تشوشات فعالیت های جنسی بعد از قطع پروستات از طریق احلیل تشویش میداشته باشند توصیه ادویه نزد شان موثر واقع می‌گردد.

در بندش راه خروجی مثانه دو گروپ ادویه جات استعمال می‌گردد.

مستحضرات بلاک کننده الفا ادرینر جیک که مانع تقلص عضلات ملسا پروستات می‌گردد.

نهی کننده های پنج الفا ریدکتاز که مانع تبدیل شدن تیستوستیرون به دای هایدروتیستوستیرون گردیده (اندروجن موثر می‌باشد).

اگر این ادویه برای مدت یک سال توصیه شود در ۲۵٪ واقعات غده پروستات انقباض مینماید، هر دو گروپ دوائی موثر می‌باشد. اما الفا بلاکر به سرعت عمل مینماید. گرچه نهی کننده های پنج الفا ریدکتاز کمتر موثر و عوارض جانبی محدود دارند باید حد اقل برای شش ماه گرفته شود و موثریت شان در مریضان که غده پروستات شان بزرگتر از ۵۰ گرام باشد زیاد است.

تداوی دوائی باعث بهبود سرعت جریان ادرار و هم بهبودی اعراض می‌گردد. قیمت این ادویه جات به تناسب موثریت آنها زیاد می‌باشد و یک تعداد افرادیکه این ادویه را میگیرند سرانجام عمل قطع پروستات از طریق احلیل نزد شان اجرا می‌گردد و نزد مریضانیکه از عمل جراحی خودداری می نمایند ویک مدت انتظار میشکند استطباب جراحی نزد شان گذاشته میشود.

تداوی جراحی

صرف نظر از این که استتباب عملیه جراحی در فوق ذکر گردید دلیل تداوی جراحی قطع پروستات از طریق احلیل عبارت از اعراض شدید و سرعت جریان پایین ادرار کمتر از ۱۲ ملی لیتر فی ثانیه میباشد. نقطه مهم عبارت از ارزیابی دقیق اعراض و مشوره در مورد عوارض جانبی و نتایج آن باید قبل از اجرای عمل جراحی صورت گیرد.

مشوره با مریضانیکه تحت عمل پروستاتیکتومی قرار میگیرند

با مریضان در مورد نکات ذیل مشوره صورت گیرد:

- ۱- دقتی معکوس. در ۶۵٪ مریضان بعد از پروستاتیکتومی به مشاهده میرسد.
- ۲- تشوشات انتعازی. در ۵٪ مریضان که معمولاً قوه مردی ضعیف دارند به مشاهده میرسند.
- ۳- درجه موفقیت. روی هم رفته مردهاییکه احتباس حاد و مزمن دارند باید از نقطه نظر اعراض باید دقیق معاینه گردند.

۹۰٪ مریضانیکه از اثر اعراض شدید تحت عمل جراحی انتخابی قرار میگیرند جریان ادرار شان از نظر یورودینامیکی و بندش راه خروجی مثانه مطالعه میگردد. صرف ۶۵٪ مریضان که اعراض خفیف یا تقلص ضعیف مثانه دارند اعراض نسبتاً خوب دارند. مردانیکه عدم ثبات دیتروزور دارند با قطع پروستات از طریق احلیل نتیجه خوب نمیدهد. به همین دلیل شدت اعراض قبل از عمل جراحی تثبیت گردد.

- ۴- خطر عملیات دوباره. در حدود ۱۵٪ مریضانیکه قطع پروستات از طریق احلیل میشوند بعد از ۸-۱۰ سال به عمل جراحی دوباره نیازمند میگردند.

۵- درجه وفیات. بعد از قطع پروستات از طریق احلیل وفیات کمتر از ۵٪ میباشد. سیسیس شدید در ۶٪ و هیمماچوری شدید در ۳٪ واقعات به مشاهده میرسد که ایجاب اضافه تر از دو واحد خون را مینماید که به مریض تطبیق گردد. بعد از مرخص شدن مریض از شفاخانه ۱۵-۲۰٪ مریضان جهت از بین رفتن اعراض انتانی طرق بولی به تداوی ضد مکروبی نیاز دارند. فکتورهای خطر برای ایجاد اختلالات عبارت از

موجودیت احتباسی در زمان داخل شدن به شفاخانه، کانسر پروستات ماوفیت کلیوی و سن پیشرفته میباشد.

میتود های عمل جراحی پروستاتیکتومی

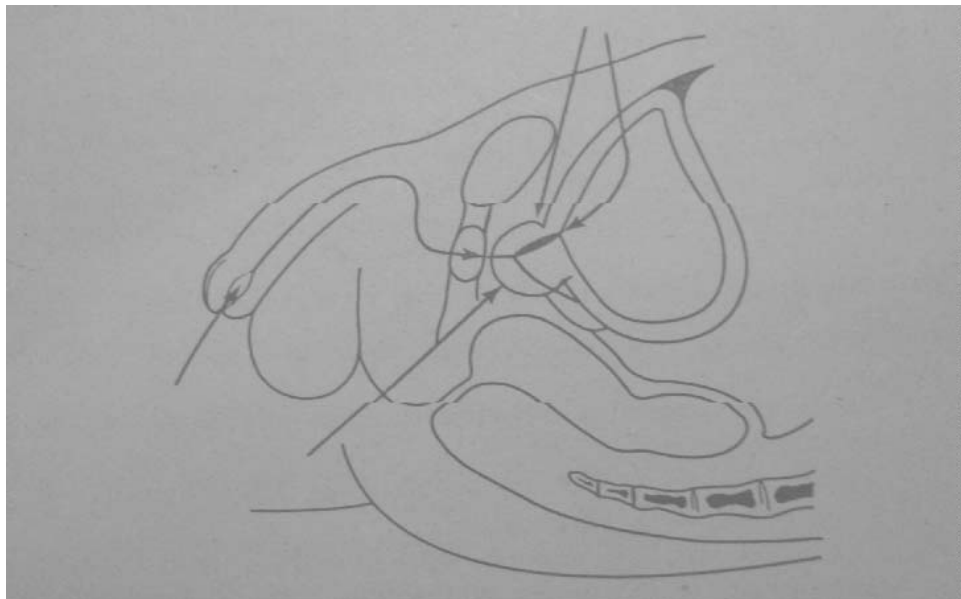
از طریق ذیل میتوان به پروستات مداخله نمود:

۱- قطع پروستات از طریق احلیل

۲- پروستاتیکتومی از طریق خلف عانی

۳- پروستاتیکتومی از طریق مثانی

۴- عجان (شکل ۱۲-۷۷). وازیکتومی ابتدائی فعلاً استفاده نمیگردد.



شکل ۷۷.۱۲ طرق جراحی پروستات

قطع پروستات از طریق احلیل (TURP)

این عملیه جاگزین سایر پروسیجر های عملیاتی گردیده و در صورتیکه آفات مترافقه مانند دایورتیکول و سنگ مثانه موجود نباشد ۹۵٪ مریضان توسط یورولوژیست های که درین عملیه تخصص دارند عملیات میگردند، آخرین سامان آلات توسط McCarthy دیزاین گردیده تحت کنترل ویدیو استفاده میشود.

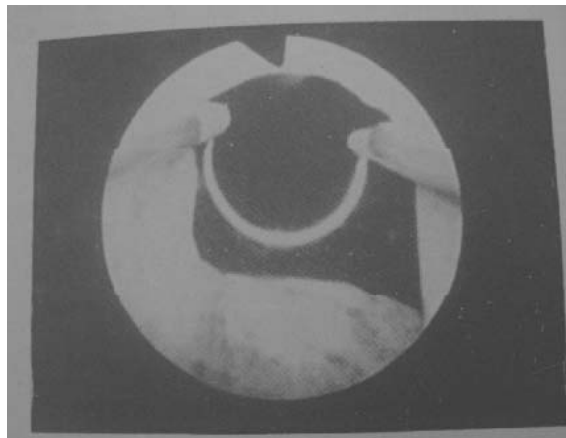
شاید بزرگترین پیشرفت در تاریخ عملیه طریق احلیلی یوریترال توسط سیستم عدسیه سخت توسط پروفیسور هارلوت هاپکنس ساخته شده میباشد. این عدسیه ها توسط منبع نوری فایبروآبوتیک واضح ساخته شده و اجازه دید را در ساحات مختلف کاری میدهد.

قبل از اجرای عمل جراحی مریضانیکه کتیتر مثانی، انتان و یا هم احتباس مزمن داشته باشند انتی بیوتیک تیرایی گردند البته انتی بیوتیک های وسیع الساحه مانند Amoxicillin + Cefuroxime بصورت وریدی وقایوی در شروع انستزی تطبیق میگردد.

ساختمان های نسجی از قسمت عنق مثانه الی Verumontanum قطع گردیده (شکل ۷۷.۱۳). نقاط نرفی باید دقیقاً کواگولی گردد و با استفاده از Verumontanum به حیث یک رهنما از صدمه معصره خارجی جلوگیری گردد.

بعداً پارچه ها توسط Evacuator نوع Ellik کشیده شود با استفاده از Isotonic glycine ۱,۵٪ جهت شستشوی مثانه و جلوگیری از هایپونتریمی استفاده میگردد.

در ختم پروسیجر هیموستاز دقیق اجرا گردیده و جهت جلوگیری از تشکل علقات کتیتر سه راهه داخل مثانه و لواژ توسط سیروم سلین صورت میگردد و تا زمانیکه رنگ مایع شستشو گلابی خاسف گردد ادامه داده میشود و کتیتر در روز دوم و یا سوم بعد از عمل جراحی خارج میگردد.



شکل ۷۷.۱۳ فوتوگرافی اندوسکوپیک پروستاتیکتومی از طریق احلیل.

پروستاتیکتومی خلف عانی (طریقه Milline)

ابتدا شق Pfannenstiel فوق عانی اجرا گردیده که شامل پوش عضله مستقیمه بطنی، عضلات مستقیمه بطنی از همدیگر دور گردیده تا منظره وصفی مثانه که دارای بندل الیاف عضلی نصولاری رنگ خاسف بانسج سست شحمی و اوعیه آن میباشد واضح گردد. در حالیکه مریض به وضعیت Trendelenburg قرار داشته جراح مثانه و پروستات را از وجه خلفی عظم عانه دور میسازد. ازین فضای ایجاد شده کپسول قدامی پروستات توسط دیاترمی پایانتز از عنق مثانه با استفاده از suture ligature نرف اوعیه وریدی پروستات توقف داده میشود. ادینوم پروستات باز گردیده و توسط انگشت خلع V مانند در فص خلفی اجرا گردیده تا از تضیق ثانوی عنق جلوگیری گردد. جوف پروستات واضح بوده خونریزی توسط دیاترمی کنترل شده و بعداً کپسول غده پروستات بالای فولی کتیتز ترمیم میگردد.

پروستاتیکتومی از طریق مثانی (میتود Freyers')

درین عملیات مثانه باز گردیده و غده پروستات توسط انگشت که داخل احلیل میشود Enucleation میگردد انگشت بطرف قدام به طرف عظم عانه رانده شده تا لوب های جنبی جدا گردند. بعداً انگشت دربین ادینوم و کپسول کاذب داخل میگردد. در عملیه Freyer's Operation در سال (۱۹۰۱) مثانه باز گذاشته میشد و توسط یک تیوپ فوق عانی ۱۶ ملی متر دریناژ میگردد تا ادرار و خون بتواند آزادانه تخلیه و یا دریناژ گردد.

Harris در سال ۱۹۳۴ جهت کنترل شرائین پروستات خیاطه های جنبی را پیشنهاد نموده، جدار مثانه را ترمیم و جرحه را دریناژ کرد.

پروستاتیکتومی عجانی (طریقه Young)

این روش جهت تداوی پروستات فعلاً متروک گردیده است.

بعد از تداوی

اکثر یورولوژیست ها مثانه را با سیروم فزیولوژیک از طریق کتیر سه راهه برای مدت ۲۴ ساعت و یا بیشتر از آن شستشو مینمایند.

اختلالات

موضعی

خونریزی خطر بزرگ به تعقیب پروستاتیکتومی که به هر طریقه عملیات گردد میباشد. باید محتاط بود که نقاط خونریزی شریانی بعد از عملیه قطع پروستات از طریق احلیل بهتر دیده میشود باید توسط دیاترمی توقف داده شود. و در اطاق ریکوری به درستی چک گردیده و مثانه بصورت کافی دریناژ گردد اگر بصورت کافی دریناژ نگردد کتیر توسط علقات مسدود میگردد. مثانه باید بصورت درست شستشو گردد و شرایط اسپیدی مراعات گردد. کتیر باید توسط جراح تبدیل گردد بسیار به ندرت اتفاق می افتد که مریض دوباره به عملیات خانه انتقال داده میشود. خونریزی های ثانوی ممکن بعد از مرخص شدن مریض از بستر بوقوع برسد. بناً به تمام مریضان راجع به این احتمال اطلاع داده شده و در صورت وقوع همچو حالات باید استراحت نموده و مقادیر زیاد مایعات اخذ نمایند. این خونریزی ها اکثراً کم بوده در صورتیکه احتباس علقه رخ دهد ضرور است تا مریض دوباره داخل بستر شود و یک کتیر داخل مثانه شده و مثانه شستشو گردد. پاره شدن مثانه و یا کپسول پروستات در زمان قطع پروستات از طریق احلیل ممکن به وقوع برسد که معمولاً از باعث تجربه ناکافی جراح، بزرگ بودن غده پروستات و یا ضیاع شدید خون بوجود آید. اگر ساحت دید از باعث نرف شدید مغشوش گردد خونریزی با تدابیر درست توقف داده شده و عمل جراحی ختم میگردد. در صورتیکه پاره شدگی وسیع و ارتشاح زیاد باشد باید یک درن در فوق عانه گذاشته شود. تثقب ریکتم نادر میباشد.

سیسیسی

باکتری‌میما حتی نزد مریضانیکه ادرار شان معقم باشد معمول بوده اضافه تر از ۵۰٪ نزد مریضانیکه ادرار شان متن می‌باشد، احتباس مزمن و یا اینکه به صورت طولانی نزد شان کتیتر تطبیق شده باشد باکتری‌میما به مشاهده می‌رسد. سپیتسیمیما نزد این مریضان فوراً بعد از عملیات و یا زمانیکه فولی کتیتر شان کشیده شود به وقوع رسیده می‌تواند. نزد مریضانیکه خطر چنین اختلاط موجود باشد انتی بیوتیک وقایوی نزد شان تطبیق می‌گردد.

در صورتیکه قبل از عمل جراحی برای چندین روز کتیتر نزد مریضان موجود باشد انتان جرحه بعد از پروستاتیکتومی باز معمول می‌باشد.

اگر بعد از عملیه جراحی لرزه نزد مریض به مشاهده برسد موجودیت انتان را نشان می‌دهد. در صورتیکه این حالت بدون تشخیص و تداوی باقی بماند سپیتسیمیما پیشرفت نموده و نزد مریض شاک پیشرفته و تفریط فشار خون به وقوع می‌رسد. در چنین حالات باید ابتدا کلچر خون اجرا و انتی بیوتیک مانند اموکسی سیلین همراه با سیفوروکسیم از طریق وریدی تجویز گردد.

عدم اقتدار ادرار

در صورت تخریب معصره خارجی این اختلاط حتمی می‌باشد. در صورت عدم کفایه عنق مثانه موجودیت معصره بعیده جهت حفظ اقتدار ادرار کافی می‌باشد. ماوفیت معصره بعیده در عملیات های باز پروستات و قطع پروستات از طریق احلیل در صورتیکه قطع از *Verumontanum* تجاوز نماید به وجود می آید. در صورتیکه فزیوتراپی زمین حوصلی موثر نباشد تداوی قناعت بخش عبارت از تثبیت معصره بولی مصنوعی می‌باشد. مریضانی که عدم ثبات عضلات دیتروزور مثانی دارند در تاسس این اختلاط ذیدخل می‌باشد. توصیه *Anticholenergic* ها و یا *Imipramine* مفید واقع می‌گردد.

Impotence و Retrograde Ejaculation (دفع معکوس و امپوتانس)

به مبحث قبلی مراجعه شود.

تضیق احلیل

این اختلاط از باعث تطبیق طولانی کتیترها، تطبیق نادرست و غیر ضروری کتیتربهای دارای قطر کلان و تطبیق ریزیکتوسکوپ برای مدت طولانی بوجود می‌آید. این نوع تضیقات در داخل میاتوس و یا احلیل بصلی به مشاهده می‌رسد. در مراحل ابتدائی تضیق با توسع دادن ساده بهبودی حاصل نموده اما تضیقات مزمن ناحیه فبروتیک باید توسط یوریتروتوم قطع گردد. استفاده از یوریتروتومی نوع Otis قبل از اجرای قطع پروستات از طریق احلیل واقعات تضیق احلیل را بعد از جراحی تنقیص می‌دهد.

کانترکچر عنق مثانه

بعضاً تضیقات فبروتیک عنق مثانه متعاقب ریزیکشن پروستات کوچک بوجود می‌آید. که ممکن است دلیل آن استعمال زیاد دیاترمی کوواگولانت باشد. شق نمودن نسج ندبی از طریق احلیل ضروری می‌باشد.

عملیات دوباره

حالا فهمیده شده که بعد از مدت ۸ سال ۱۵-۱۸٪ مکرراً تحت عمل جراحی قطع پروستات از طریق احلیل قرار می‌گیرند (در حالیکه این حالت در عمل جراحی باز پروستات به ۵٪ می‌رسد) که ممکن است از سبب تکنیک نامکمل و اجرای نادرست عملیه فوق به وقوع برسد.

اختلاطات عمومی

واقعات مرگ و میر ناشی از عمل جراحی پروستات به ۰,۲-۰,۳٪ می‌رسد. نزد اشخاص بسیار مسن و اشخاص مصاب کانسر پروستات که به شکل واقعه عاجل احتباس حاد و یا مزمن داخل بستر می‌گردند و پروستات شان فوق العاده بزرگ است یک ماه بعد از عملیات ۱٪ راپور داده شده.

اختلاطات قلبی و عائی

آتلیکتاز ریوی، پنومونیا، احتشای قلبی، عدم کفایه احتقانی قلب، ترومبوزهای آورده عمیقه همه اختلاطات کشنده ئی می‌باشند که نزد اشخاص مسن، ضعیف و ناتوان به مشاهده می‌رسد.

Water Intoxication (تسمم با آب)

جذب آب بداخل دوران در زمان قطع پروستات از طریق احلیل سبب بوجود آمدن عدم کفایه احتقانی قلب، هایپونتریملیا، هیمولایزس میگردد. همراه با این حالت اکثراً نزد مریضان گیچی و سایر حادثات عصبی دیده میشود که Stroke را تمثیل مینماید. بعد از بوجود آمدن و استفاده Isotonic glycin جهت قطع و استعمال Isotonic Saline جهت شستشوی مثانه فیصدی این اختلاط تنقیص یافته است. تداوی آن شامل محدود ساختن مایعات میباشد.

التهاب عانه

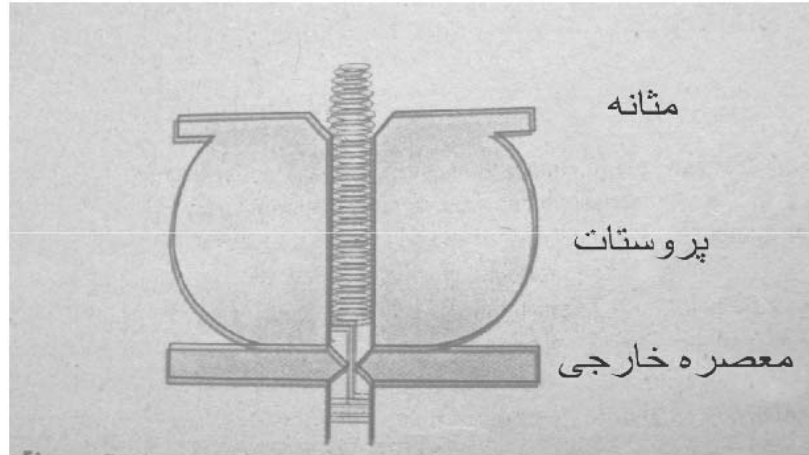
این حالت نادر میباشد.

تداوی های عصری

به صورت عموم تداوی های جدید کمتر ترضیضی جای متوسط را در بین تداوی دوائی و قطع پروستات از طریق احلیل را اشغال نموده در دهه اخیر تکنالوژی های جدید غیر ترضیضی برای پروستاتیکتومی پیشنهاد گردیده تخنیک برداشتن نسج با استعمال هایپرترمی و انرژی لیزر هر دو وفیات کمتر دارد و بسیاری اوقات میتوانیم نزد مریضان خارج بستر این عملیه را اجرا نماییم. بسیاری از راپور تداوی کمتر موفقانه بوده و در مدت کوتاه استفاده گردیده. تعقیب دوامدار به صورت انتخابی کنترل و به اثبات رسانده که تخنیک کمتر سودمند بوده درین اواخر لایزر هولمیوم با حالت جامد لایزر برای کشیدن ادینوم پروستات استفاده میگردد. این طریقه شامل قطع از قسمت پروستات با استعمال لایزر قطع کننده که بعداً پارچه های قطع شده پروستات خارج میگردد پارچه هائیکه داخل مثانه می افتد کشیده میشود. ماوفیت در این طریقه پایان بوده در کوتاه مدت نتایج آن قناعت بخش بوده ایجاب تعقیب دوامدار مریضان را امینماید تا تعیین گردد که تداوی رول مهم داشته و بندش قسمت خروجی مثانه مد نظر گرفته شود.

Intraurethral stents (ستینت داخل ادرلی) (شکل ۷۷.۱۴)

این آله برای مریضان که احتباس و یا آنهاییکه برای عملیات مناسب نمیباشند سودمند بوده (نظر به تصنیف بندی اتحادیه انستزیست های امریکا درجه ۴) که این حالت بسیار نادر میباشد.



شکل ۷۷.۱۴ دیاگرام نشان دهنده یک نوع ستینت انسایچو پروستات میباشد.

بندش راه خروجی مثانه از باعث پتالوژی های عنق مثانه

اسباب

این حالت اکثراً در نزد مردها به ملاحظه رسیده اما در نزد اطفال هردو جنس و خانم ها نیز به مشاهده می رسد این حالت ممکن است از باعث هایپرتروفی عضلی و یا فبروز انساج در عنق مثانه بعد از عمل جراحی قطع پروستات از طریق ادرلی بوجود آید.

سندروم کلینیکی از باعث هایپرتروفی و یا Dyssynergia عضلی

مولف Marion یک تعداد واقعات را تشریح نمود که در آن هایپرتروفی عضلی معصره داخلی در نزد یک شخص جوان سبب بوجود آمدن دایورتیکول مثانی و یا هایدرونفروز گردیده بود (Marrison's disease یا پروستاتیزم بدون پروستات) چنین فکر میگردد که تقلصات Dyssenergic عضلات عنق مثانه باعث بندش راه خروجی مثانه میگردد.

از سبب فیروز

اعراض مشابه به ضخامه پروستات بوده اما در نتیجه ایجاد ندبه بعد از عمل جراحی قطع پروستات از طریق احلیل بوجود می آید.

تداوی

تداوی این مریضان مربوط به تشخیص دقیق میباشد بنابراین نزد چنین مریضان معاینات یورودینامیک اجرا گردیده که فشار تخلیوی بلند و سرعت جریان ادرار کم را نشان میدهد.

ادویه جات

موجودیت آخذه های الفا ادرینرژیک در ناحیه عنق مثانه و احلیل پروستاتیک باعث بر طرف شدن بندش راه خروجی مثانه توسط ادویه میگردد.

ادویه جات بلاک کننده الفا

Alfuzocine 2,5 mg bd to tid

1 mg Duxazocine الی ۸mg

Indoramine 20 mg bd (دوز اعظمی 100 mg روزانه به دوز های کسری)

Prazocine 500 mg bd دوز تعقیبیه 2 ملی گرام روزانه

Terazocine 1 mg (الی 10 mg روزانه)

باعث استرخا عنق مثانه میگردد. از تفریط فشار باید به مریضان بعد از تداوی اطلاع داده شود.

شق از طریق احلیل (Trans Urethral Insision)

این یک عمل جراحی انتخابی برای عملیات عنق مثانه میباشد. بعضی اوقات از باعث جدا شدن ناکافی الیاف عضلی عنق مثانه اعراض دوباره بوجود آمده میتواند.

سنگ های پروستات

سنگ های پروستات دو نوع میباشد. داخل المنشا که بسیار معمول بوده و خارج المنشا که نادر میباشد. سنگ های خارج المنشا پروستات عبارت از سنگهای طرق بولی علوی (معمولاً حالبی) بوده که در احلیل پروستاتیک توقف مینماید. سنگهای داخل المنشا پروستات متشکل از کلسیم فاسفات همراه با ۲۰٪ مواد عضوی میباشد.

تظاهرات کلینیکی

سنگ های پروستات معمولاً بدون عرض بوده در اثنای پروستاتیکتومی همراه با کارسینومای پروستات و یا التهاب مزمن پروستات تشخیص میگردد. در حالاتیکه با انتان پروستاتیک مزمن همراه باشد مترافق با فیروز و نودول بوده که تشخیص تفریقی آن با کانسر مثانه مشکل است. در معاینات التراسوند و رادیوگرافی ها این سنگ ها اکثراً شکل نعل اسپ مانند و یا دایروی معلوم میگردد (شکل ۷۷.۱۵).



شکل ۷۷.۱۵ سنگ های داخل المنشه پروستاتیک

تداوی

معمولاً به تداوی ضرورت ندارد.

اقدامات محافظوی

انتانات مزمن مترافقه پروستات توسط Ciprofloxacin و یا Trimetoprim تداوی میگردد.

قطع از طریق احلیلی

درین صورت سنگ های کوچک پروستات آزاد شده و انساج پروستات شق میگردد بعداً از طریق احلیل خارج میشود.

کورپورا امیلاسیا

اجسام نازک کلسیفی ورقی بوده که در قسمت اسناخ غدوی پروستات در مردهای مسن و شادی ها به ملاحظه میرسد لکن در پروستات حیوانات کمتر انکشاف یافته نسبت به شادی ها کمتر به ملاحظه میرسد. کورپورا امیلاسیا ممکن پیش قدم سنگ های داخل المنشا پروستات باشد.

کارسینوما پروستات

این تومور معمولترین تومور خبیث در نزد مریضان بالاتر از سن ۶۵ ساله میباشد. در انگلاند و والس در سال ۲۰۰۰ به تعداد ۲۱۰۰۰ مرد راجستر گردیده که از آن جمله ۹۰۰۰ آن فوت نموده. نظر به احصایه که در ایالات متحده امریکا در ۲۶۰۰۰۰ مریض ۳۵۰۰۰ معروض به کانسر پروستات بوده در صورت که معاینات هستولوژیکی در مریضان فوت شده از پروستات اخذ گردد دیده میشود که محراقات میکروسکوپی کانسر پروستات با پیشرفت سن زیادتر به مشاهده میرسد.

این محراقات کانسر پروستات در بوجود آمدن سیر کلینیکی و امراض میتاستاتیک متغیر میباشد. در حدود ۱۰-۱۵٪ مریضان جوانتر کانسر بوجود آمده که تاریخچه فامیلی مرض را داشته اند لکن اسباب آن

واضح نیست. در سراسر جهان تعداد محراقات میکروسکوپی کانسر پروستات ثابت بوده لکن شواهد کلینیکی مرض در مردان جاپانی و چینی کمتر میباشد. کانسر پروستات معمولاً از زون محیطی منشأ میگیرد (شکل ۷۷.۲)، درین صورت پروستاتیکتومی ضخامه سلیم پروستات از کارسینوما جلوگیری کرده نمیتواند.

انواع کانسر پروستات

کارسینوما مخفی پروستات

مقطع های مسلسل بصورت روتین در نیکروسکوپی پروستات نشان میدهد که کانسر پروستات در ۲۵٪ مردان که بین سنین ۵۰-۶۵ سال قرار دارند به مشاهده میرسد. وقوعات کانسر پروستات در سنین بالاتر از ۸۰ سال این رقم به ۷۰٪ میرسد. بسیاری از این کانسرها کوچک بوده و برای سالیان دراز مخفی می ماند کانسر های پروستات به انواع ذیل وجود دارند:

- **microscopic latent cancer** (در اتوپسی و Cystoprostatectomy دیده میشود)
- **Tumour Found incidentaly During TURP(T1 a and T1b) or screen by PSA assessment**
- **early locaized Prostate Cancer(T2)**
- **advanced local Prostate Cancer(T3, T4)**
- **Metestatic disease** (شواهد کلینیکی T2, T3, ویا T4 ویا بصورت آشکارا غده سلیم T1, T2, T3, T4)

شکل مخفی کانسر پروستات)

قابل ذکر است که تنها دو گروپ اخیر اعراض داده و چنین تومورها غیر قابل تداوی میباشدند. تنها در تداوی تومورها به صورت تصادفی تومور بعد از تداوی مرض بوجود می آید. پرابلم های زیاد در چنین تومور ها این است که هیچگاه با سن مریض پیشرفت نمی کند. ازینرو کانسر پروستات یک پرابلم عمده میباشد (چوکات ۶-۷۷).

کشف کانسر پروستات

- وقوعات آن رو به افزایش بوده و تعیین انتی جن وصفی پروستات مشعر خوب برای کشف مرض در مراحل ابتدائی میباشد.
- تا هنوز واضح نیست که یک پروگرام پوشش ملی برای کانسر پروستات مد نظر گرفته میشود یا خیر.
- قبل از اینکه انتی جن وصفی پروستات انجام گیرد در قسمت تحقیق و تداوی با مریضان مشوره صورت گیرد.

معاینات برای کانسر پروستات

در حدود ۲-۴٪ کانسر های پروستات با تعیین انتی جن وصفی پروستات دریافت میگردد و تقریباً ۳۰٪ مریضان که انتی جن وصفی پروستات بلند دارند توسط بیوپسی تأیید میگردد. متأسفانه در ۲۰٪ مردان در حالیکه علایم کلینیکی کانسر را دارند انتی جن وصفی پروستات شان نورمال است. بناً موثریت انتی جن وصفی پروستات جهت تعیین و دریافت کانسر پروستات مورد سوال است. در حال حاضر در اروپا معاینات کلینیکی انجام شده و حایز اهمیت میباشد.

منظره هستولوژیک

ساختمان های غده پروستات از Acini و قنات ها تشکل یافته است بناً منظره هستولوژیک غده پروستات عبارت از Adinocarcinoma میباشد. غدوات پروستات توسط طبقات از حجرات Myoepithial احاطه گردیده اند.

اولین تغییرات هستولوژیک عبارت از معدوم شدن غشائی قاعدوی بوده و غدوات به قسم انبوه معلوم میشود. حجرات غیر قابل تفریق گردیده طبقات جامد حجرات کانسری قابل دید میگردد.

کانسرهای پروستات را از روی درجه تفریق پذیری غدوی تقسیم بندی نموده اند. Gleason کانسر پروستات هیتیروجینیسیتهی در داخل نسج داشته و در بین دو ساحه هستولوژیک پروستات تغییرات ۱ و ۵ دارد. تصنیف گلیسون بین ۲ تا ۱۰ نظر به کانسر پروستات نشاندهنده انتشار و انزار مرض میباشد.

انتشار موضعی

تومورها ابتدا بطرف علوی انتشار نموده تا به حویصلات منوی، عنق مثانه، ناحیه تریگون و بعداً دورتر انتشار نموده و میکانیزم معصره بعیده را ماوف میسازد. انتشار علوی بیشتر باعث بندش یک یا هردو نهایت سفلی حالب گردیده که در صورت بندش هر دو فوحه حالبی انیوری نزد مریض بوجود میآید. به اثر ارتشاح تومور در اطراف رکتیم تضیق بوجود آمده اما انتشار مستقیم به رکتیم نادر میباشد.

انتشار دموی

انتشار تومور از طرق جریان خون بخصوص به عظام صورت میگیرد. در حقیقت ناحیه معمول برای انتشار کانسر پروستات عظام اسکلتی بوده به تعقیب آن ثدیه، کلیه، برانش ها و غده تایراید میباشد. عظامیکه بیشتر مورد تهاجم کانسر پروستات قرار میگیرند عبارت اند از عظام حوصلی و فقرات قطنی سفلی بوده، قفس ضلعی، عظام قحفی، راس عظم فخذ، نواحی دیگر میتاستاز های عظمی کانسر پروستات میباشد.

انتشار لمفاوی

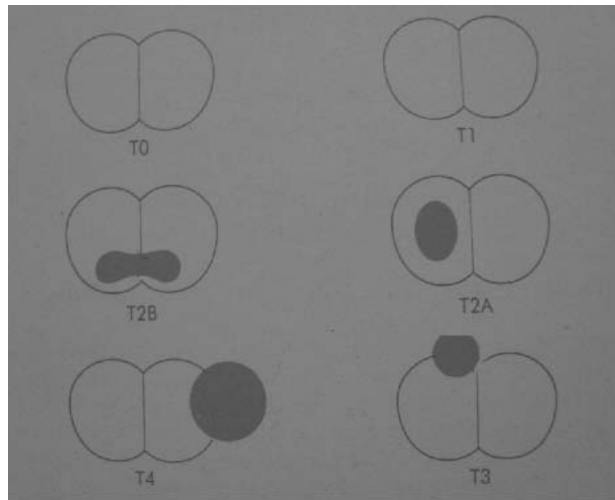
انتشار لمفاوی قرار ذیل بوجود می آید.

۱- اوعیه لمفاوی که از Obturator و یا از دو کنار رکتیم عبور نموده و به عقدات لمفاوی کنار ورید حرقفی باطنی که در نزدیک سکروم ختم میگردد.

۲- از طریق اوعیه لمفاوی که از بالای حویصلات منوی عبور نموده در یک فاصله کوتاه قنات منوی را تعقیب نموده و در اوعیه لمفاوی حرقفی ظاهر تخلیه میگردد. عقدات لمفاوی خلف پریتون، منصف و بعضاً عقدات فوق الترقوی میتوانند مصاب گردد.

تعیین مراحل تومور به سیستم TNM (شکل ۷۷.۱۶ و چوکات ۷-۷۷)

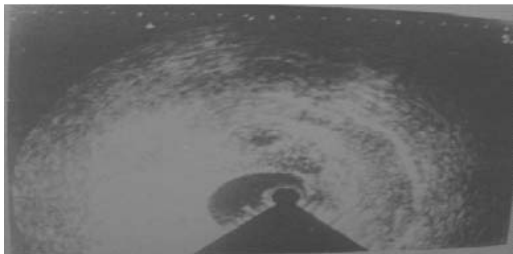
۱- T1 a، T1 b و T1 c. این تومور ها بعد از اجرای عمل جراحی پروستات و معاینات هستولوژیک در نمونه غده پروستات بصورت تصادفی دریافت میگردد. T1 a در کمتر از ۵٪ نمونه های اخذ شده دریافت میگردد. این تومور اکثراً خوب و به اندازه متوسط قابل تفریق میباشند. T1 b در بیشتر از ۵٪ نمونه ها دریافت گردیده. T1 c غیر قابل جس بوده و انتی جن وصفی پروستات بلند دریافت میگردد.



شکل ۷۷.۱۶ مراحل سیستم تی ان ام برای کانسر پروستات.

۲- T2 a درینصورت در معاینات داخل مقعدی تومور بشکل نودول مشکوک در کپسول پروستات محدود بوده که یک لوب را اشغال مینماید (شکل ۱۷-۷۷). T2 b تومور هر دو لوب پروستات را دربر میگیرد.
 ۳- تومور در مرحله T3 از کپسول عبور مینماید (T3 a یکطرفه یا دو طرفه بوده. T3 b به حویصلات منوی انتشار مینماید).

۴- T4 تومور یست که به اعضای مجاور تثبیت و همچنین به حویصلات منوی جدار حوصله و رکت انتشار دارد.



شکل ۷۷.۱۷ التراسوند اسکن طریق مقعدی در یک نودول

T2 در پروستات.

(چوکات ۷۷.۷)

تاریخچه طبیعی کانسر پروستات
ارتباط به درجه و مرحله مرض دارد.

 T_1 و T_2

- خوب قابل تفریق T_1a کانسر پروستات در مراحل ابتدائی بعد از ۸ سال $10-14\%$ است و تفریق پذیری آن 20% است.
- برای T_1b و T_2 اضافه تراز 35% است.

 T_3 و T_4 (MO)

- در حدود 50% بعد از ۳ الی ۵ سال به عظام میتاستاز میدهد.

 M_1

- بقایائی حیات در مردها همراه با میتاستاز مرض در حدود سه سال است.

لوچه کلینیکی (چوکات ۷۷.۸)

تنها امراض پیشرفته باعث تولید اعراض گردیده. مرض در حالات پیشرفته نیز میتواند غیر عرضی باشد.

اعراض پیشرفته مرض عبارت اند از:

- بندش راه خروجی ادرار
- درد حوصلی و هیماتوری
- التهاب مفاصل، درد عظام، پانسایتو پینیا، کم خونی، بی حالی
- عدم کفایه کلیه
- حتی میتاستاز موضعی مرض بدون عرض بوده و بصورت تصادفی در تحقیقات دیگر امراض دریافت میگردد.

در مراحل ابتدائی کانسر پروستات بدون عرض بوده و ممکن دریافت گردد:

- بعضاً آفت بصورت تصادفی بعد از عمل TURP برای BPH کشف میگردد (T_۱);
- بعضاً کانسر پروستات بشکل یک نودول در معاینات مقعدی دریافت میگردد (T_۲)

(چوکات ۷۷.۸)

تظاهرات کانسر پروستات در نزد مردها

- اکثر این مردها بدون عرض بوده و توسط تعیین انتی جن وصفی پروستات کشف میگردد.
- کانسر در این مردها اعراض سیستم بولی سفلی داشته و یا از سبب اعراض میتاستاتیک کشف میگردد.

معاینه مقعدی

توسط این معاینه نودول ها در غده پروستات و حتی امراض پیشرفته قابل دریافت میباشد. معاینه التراسوند مقعدی برای تعیین درجه موضعی همراه با بیوپسی توسط سوزن اجرا میگردد (شکل ۷۷.۱۸). ارتشاح غیر منظم بخصوص سختی سنگ مانند در یک قسمت و یا در تمام غده دلالت به کانسر مینماید که میزابه غیر قابل تعیین میباشد. انتشار کانسر بخارج کپسول از غده به طرف قاعده مثانه، حویصلات منوی تشخیصیه بوده بصورت برآمدگی خارج از کپسول تغییر شکل دریافت میگردد (شکل ۷۷.۲۰).

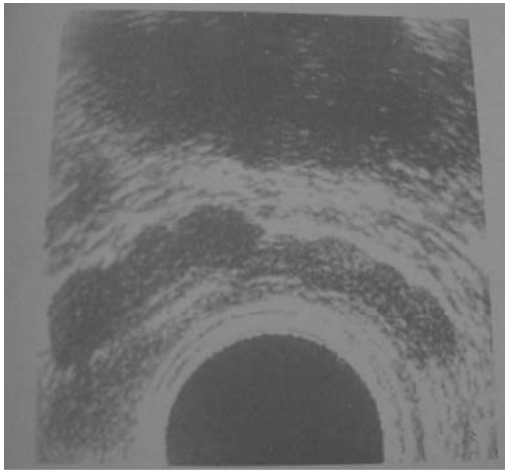
بیوپسی پروستات

در صورت مشکوک به کانسر، انتی جن وصفی پروستات بلند، علایم موضعی و بیوپسی از طریق مقعدی با استفاده از وسایل مخصوص (تفنگ اتومات) بیوپسی اجرا میشود. بین ۶ الی ۱۰ بیوپسی از نقاط مشکوک و نواحی مختلف گرفته میشود به نسبت خطر انتان انتی بیوتیک وقایوی باید تجویز گردد. در صورت موجودیت اعراض مترافقه بندش راه خروجی مثانه باید:

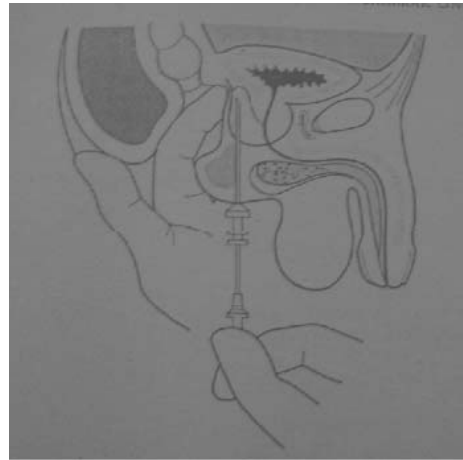
- قطع پروستات از طریق احلیل اجرا گردد تا بهبودی عرض حاصل گردیده و هم سمپل گرفته میشود.
- بیوپسی از طریق مقعدی اجرا گردد. در صورت که تشخیص مثبت باشد و انتشار موضعی پیشرفته موجود باشد تداوی هورمونی بصورت عرضی نتیجه خوب داده و ضرورت به عملیات نمیگردد.

تست های عمومی خون

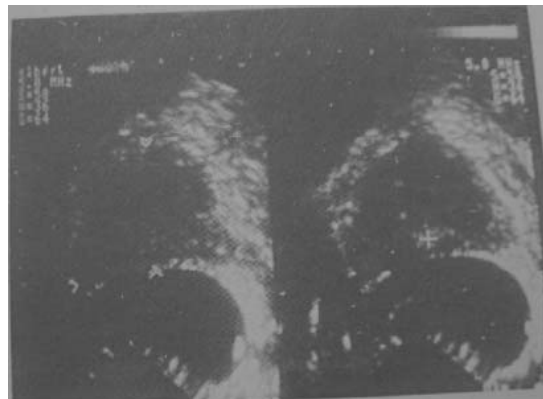
در مراحل مقدم این معاینات نارمل بوده اما در امراض میتاستاتیک بصورت ثانوی از باعث تهاجم مخ عظم نزد مریض کم خونی Leukoerythroblasti بصورت ثانوی از باعث عدم کفایه کلیوی کم خونی موجود میباشد. ممکن thrombocytopenia و تشوشات علقات داخل وعائی منتشر همراه با تنقیص تولید فبرینوجین باشد.



شکل ۷۷.۱۹ التراسوند اسکن از طریق مقعدی نشان دهنده حویصلات منوی نورمال میباشد.



شکل ۷۷.۱۸ اخذ نمونه نسج پروستات توسط بیوپسی با سوزن.



شکل ۷۷.۲۰ التراسوند اسکن طریق مقعدی نشان دهنده وسعت کانسر پروستات T۳ میباشد.

تست های وظایف کبدی

در صورت میتاستاز های کبدی تست ها غیرنورمال بوده و سوبه الکلین فوسفاتاز از باعث مصابیت کبد و انتانات ثانوی بلند میباشد. که این حالت را میتوان توسط تعیین ایزوآنزایم و یا گاماگلوتامیل ترانسفیراس تشخیص تفریقی کرد.

انتهی جن وصفی پروستات

تعیین این مارکر جهت ارزیابی پیشرفت مرض موثر میباشد. اما در تشخیص مقدم کانسر پروستات یک تست برای ارزیابی و تعقیب امراض پیشرفته مفید بوده لکن در مراحل ابتدائی کانسر موضعی پروستات غیر محسوس و غیر وصفی میباشد. در صورتیکه $PSA > 10 \text{ nmol ml}$ باشد دلالت به کانسر نموده و بلندتر از 35 ng/ml تشخیص آفت پیشرفته را تأیید مینماید. نارمل شدن انتهی جن وصفی پروستات به تعقیب قطع تداوی هورمونی یک علامه خوب انزار مرض میباشد.

اسید فوسفاتاز

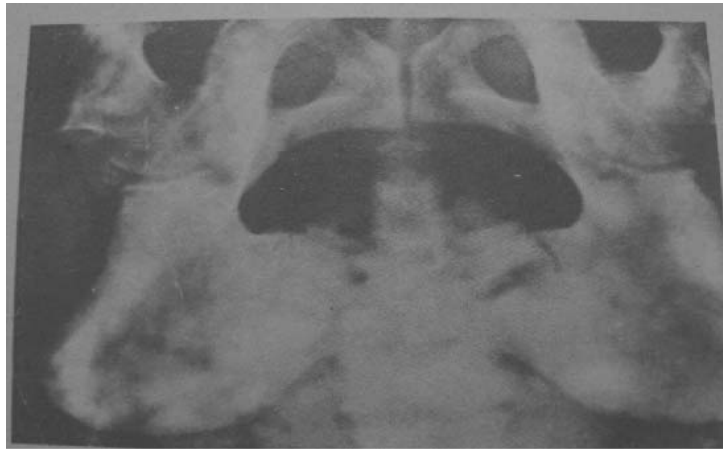
تعیین انتهی جن وصفی پروستات جای این تست را گرفته است.

معاینات رادیولوژیکی

رادیوگرافی صدری نشان دهنده میتاستاز های صدری و یا ضلعی میباشد. رادیوگرافی بطنی میتاستاز های وصفی سکلیروتیک فقرات قطنی و عظام حوصلی را نشان میدهد (شکل ۷۷.۲۱). تغییرات عظمی به شکل متکائف و خشین بوده با تغییرات Paget's disease عظام مغالطه میگردد. با وجود این همه میتاستاز اوستیولایتیک در کانسر پروستات معمول بوده و به شکل سکلیروتیک میباشد. با معاینات یوروگرافی اطراحی و التراسونوگرافی معلومات در مورد طرق بولی علوی حاصل میگردد.

التراسونوگرافی

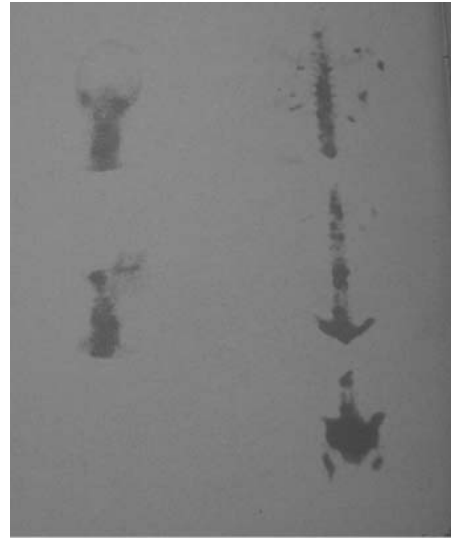
التراسوند از طریق مقعدی میتود خوب در مرحله موضعی مرض میباشد. این معاینه باید قبل از کشف تومور اجرا گردد. مرض موضعی (T_۲) ممکن تشخیص گردد. با معاینه سونوگرافی از طریق مقعدی (شکل ۷۷.۱۷) که باید با معاینه مقعدی مقایسه شده و بسیاری تومورها ممکن اشتباه گردد و این مشکل یگانه پرابلم در مرحله ابتدائی کانسر میباشد. در مقایسه با کانسر ندیه با ماموگرافی ۷۰-۸۰٪ تومورها تشخیص میگردد. این معاینه همراه با معاینه مقعدی و تعیین انتی جن وصفی پروستات ممکن تنها ۳۰-۵۰٪ کانسر شناخته شده که در اوتوپسی مطالعه میگردد (اگر چه کانسر علایم زیاد داشته و بزرگتر میباشد).



شکل ۷۷.۲۱ میتاستاز عظمی در عظام حوصله از سبب کانسر پروستات.

اسکن عظمی

زمانیکه تشخیص گذاشته شد در صورتیکه انتی جن وصفی پروستات اضافه تر از 20nmol ml باشد این عملیه به شکل پروسیجر مرحلوی استفاده میشود. اگر انتی جن وصفی پروستات کمتر از 20 nmol ml باشد این عملیه صرف با استتبابات کلینیکی اجرا میشود. این عملیه را میتوانیم توسط زرق تیکنیسیوم 99m اجرا نموده که توسط استعمال کمره گاما کنترل میگردد که این معاینه در میتاستازها بسیار تشخیصی نسبت به مطالعه اسکلیت بوده لکن در حالات که ارتراتیس و استیومیالایتیس و یا کسرهای در حال شفایابی باشد مثبت کاذب میباشد(شکل ۷۷-۲۲).



شکل ۷۷.۲۲ اسکن عظمی نشان دهنده لکه های متباز در نزد یک مرد از سبب کانسر پروستات.

لمف آنجیوگرافی

از مدت ها است که استفاده نمیگردد. اگر معلومات دقیق ضرورت باشد بعداً لمف ادینومیکتومی حوصلی را میتوانیم توسط جراحی لپروسکوپییک انجام دهیم.

Bone marrow aspiration (اسپریشن مخ عظم)

بعضی اوقات این معاینه حجرات کانسری میتاستاتیک را واضح میسازد.

تداوی کارسینومای پروستات (چوکات ۹-۷۷)

مراحل مقدم مرض

تداوی طبی تنها در نزد مریضان که در مراحل مقدم قرار داشته باشند اجرا میگردد ($T_1 a, T_1 b, T_1 c$ و T_2). $T_1 a$ در جریان عملیه قطع پروستات از طریق احلیل به صورت تصادفی دریافت میگردد. آفت کوچک و خوب قابل تفریق میباشد این مرحله اغلباً ذریعه سروی فعال و هر سه الی شش ماه بعد تعیین انتی جن

وصفی پروستات و معاینه مقعدی ارزیابی گردد. و در صورت شواهد پیشرفت مرض تداوی در نظر گرفته میشود. در مراحل T_{1b}، T_{1c} و T₂ سن مریض و حالت عمومی آن در نظر گرفته میشود تداوی آفت در مراحل پیشرفته تنها تداوی محافظه کارانه میباشد (چوکات ۹-۷۷).

(چوکات ۹-۷۷)

تداوی و مرحله مرض

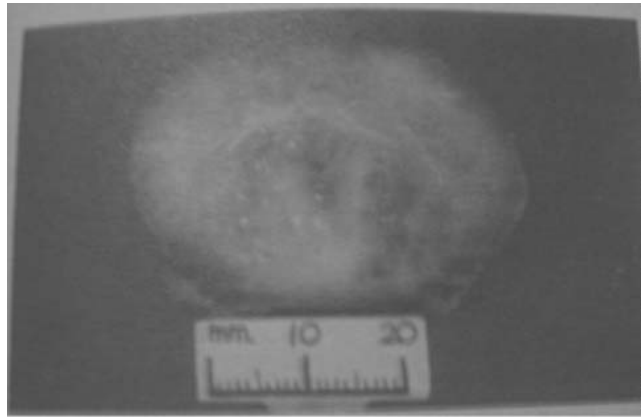
- انتخاب تداوی برای کانسر پروستات مربوط به مرحله مرض، توقع حیاتی مریض و میل مریض میباشد.
- انتی جن وصفی پروستات، معاینه مقعدی توسط انگشت، بیوپسی درجه گلیسون بخاطر پیش بینی مراحل پتالوژی اجرا میشود.
- کانسر های موضعی را میتوان توسط پروستاتیکتومی جذری، تداوی با شعاع و سروی مناسب انجام داد.
- تداوی حالات پیشرفته محافظوی و هورمونی بوده که در خط اول تداوی میباشد.

پروستاتیکتومی جذری

در مریضان که آفت موضعی T₁ و T₂ داشته باشند مناسب بوده و مردانیکه توقع حیاتی شان بالاتر از ده سال باشد قابل اجرا میباشد. جهت رد نمودن آفت میتاستاتیک ضرورت به Scan Bone و رادیوگرافی صدر بوده انتی جن وصفی پروستات سیروم کمتر از ۲۰ nml ml باشد یک عملیات بزرگ توسط جراح با تجربه در صورتیکه چانس تداوی موجود باشد اجرا میشود. این عمل باعث ایجاد عدم اقتدار جنسی به درجات بلند شده و باعث عدم اقتدار بولی نوع Stress شدید کمتر از ۲٪ میگردد که ایجاب استعمال معصره بولی مصنوعی را مینماید.

در این پروسیجر عملیاتی بر علاوه حویصلات منوی غده پروستات الی معصره خارجی کشیده میشود. عنق مثانه دوباره ترمیم گردیده و با احلیل تفهم داده میشود. در شکل اصلاح شده این عمل جراحی که توسط پروفیسور Patrick Walsh در شفاخانه Johns Hopkins در بالتیمور بصورت موفقانه اجرا گردیده در مرحله ابتدائی مرض محافظه بندل های وعائی عصبی در خلف پروستات قرار دارد اجرا شده و باعث حفظ

وظایف انتعازی در ۶۰-۷۰٪ واقعات می‌گردد. در این اواخر طریقه پروستاتیکتومی جذری توسط تجربه بالای تخنیک رباتی تقویه گردیده (شکل ۲۳-۷۷).



شکل ۷۷.۲۳ نمونه پروستاتیکتومی جذری در کانسر پروستات T₂a. انتی جن وصفی پروستات قبل از عملیات ۶۰ ساله بعد از عملیات سویه آن غیر قابل تعیین در ۸ سال. مریض بصورت تام اقتدار ادرار دارد.

رادیوتیراپی جذری برای کانسر ابتدائی پروستات

تنها حدود غده پروستات تحت اشعه قرار داده شده و از معروض شدن انساج مجاور به شعاع جلوگیری می‌گردد. بقایائی حیات در T₁ و T₂ بعد از این نوع تداوی از تداوی جذری تفاوت ندارد. اما در ۳۰٪ مریضان بعد از تداوی بقایائی توموری در غده باقی میماند.

مریضانیکه آفات پیشرفته موضعی دارند (T₃) لاکن بسیاری از یورولوژیست ها چنین مریضان را توسط تداوی قطع هورمونی تداوی مینمایند. تداوی درین مریضان باید در فواصل ۴-۶ هفته اجرا گردد. بعضی اختلالات موضعی غیر قابل جلوگیری مانند تخریش مثانی، ارجنسی، فریکونسی ادرار، عدم اقتدار ادرار عاجل و همچنین رکتیم را ماف ساخته با اسهالات بعضاً پروکتیت موخر از سبب تشعشع بوجود می آید. تشوشات انتعازی در پروستاتیکتومی جذری در ۳۰٪ واقعات به مشاهده می‌رسد.

Brachytherapy

با رهنمائی التراسوند مقعدی دانه های رادیواکتیف بصورت دائمی در داخل پروستات غرس میگردد. با پروگرام کمپیوتری تقلص غده پروستات تعیین میگردد. تحت انستزی نزد مریض به وضعیت لیتوتومی دانه های رادیواکتیف سوزن ها از طریق عجانی داخل میگردد. معمولاً رادیوایزوتوپ های ایودین ۱۲۵ و $^{103}\text{Palladium}$ استفاده میگردد. این ایزوتوپ ها تشعشعات محدود داشته به اعضای مجاور انتشار نمی کند. این تداوی بصورت وسیع در تومور های دارای درجه پایان استفاده میگردد فکتور عمده آن عبارت از تنقیص دادن اختلاطات قبل از عملیات و پایان آوردن وفيات میباشد.

امراض پیشرفته

راجع به زمان تداوی قطع هورمونی مریضانیکه آفات پیشرفته موضعی و یا میتاستاتیک دارند مناقشات جریان دارد چندین انتخاب جهت تداوی همچو مریضان موجود است. شروع تداوی و قطع هورمونی در آغاز تشخیص آفات و ارزیابی مکرر مریض بوده و تداوی فعال مرض را با موجودیت اعراض آن حفظ مینماید. در فشرده گی نخاع فقرات مریضانیکه آفات غیر قابل تفریق دارند بناً تداوی قطع هورمونی درین مریضان زمان بروز اختلاطات را بتأخیر میاندازد. و همچنان مریضانیکه اعراض موضعی و یا هم عمومی دارند **Androgen deprivation therapy** نزد شان اجرا میگردد.

کشیدن خصیه

در تداوی امراض پیشرفته موضعی (T_3 ، T_4) و یا آفات میتاستاتیک جهت قطع اندروجن اورشیدیکتومی اجرا میگردد. با اجرای کشیدن خصیه مکمل ویا تحت کپسولی منبع اصلی اندروجن کاملاً از بین میرود که در سال ۱۹۴۱ توسط عالم **Charles Huggins** کانسر پروستات پیشنهاد گردیده که نتیجه مثبت داده و جایزه نوبل را بدست آورد.

Medical Castration (کستراشن طبی)

از زمان کشف Stilboestrol بدین سو شکل طبی قطع هورومونی بوجود آمده است.

در ابتدا علاقمندی زیاد مریضان برای این تداوی وجود داشت و Hanvan (Phosphorylated) Diethylstilbestrol از طریق وریدی تجویز هر دو تداوی جهت کم ساختن کانسر پروستات موثر اند اما با اختلالات ترومبوتیک و مرگ ومیر قلبی وعائی مترافق میباشد. حتی با تطبیق Stilboestrol یک ملی گرام روزانه سه بار اختلالات ممکن بوقوع برسد.

سایر هورمون های که در تداوی استعمال میگردند عبارت اند از Provera و Progestogen میباشدند. تداوی معمول دیگر جهت کاهش دادن تستوستیرون به اندازه اورشیدیکتومی مورد استعمال LHRH agonists میباشد. در ابتدا این مواد سبب تنبه آخذه ها LHRH هایپوتالاموس گردیده به نسبت موجودیت دوامدار شان تنبه آخذه ها تنقیص یافته و سرانجام تولید تستوستیرون از باعث نهی تولید LH تنقیص می یابد. در مدت ده روز اول سویه تستوستیرون تنقیص یافته که در این مدت برای مریضان Bicalutamide – Flutamide ویا Cetroterone Acitate تجویز میگردد. LHRH agonist در فواصل ماهوار و هر سه ماه بعد تجویز میگردد.

دیگر تداوی های که سبب بلاک آخذه های اندروجن در این اواخر استفاده میگردد سیپروتیرون اسیتاد میباشد. تاثیرات پروجستوجینیک Flutamide و Bicalutamide ضد اندروجن خالص می باشد. به صورت عموم ضد اندروجن مونوتیراپی فمی تاثیرات خوب مانند LHRH agonist و یا مشابه اورشیدیکتومی دارد.

بلاک کردن مکمل اندروجن

در مریضان که کانسر پیشرفته پروستات داشته باشند نتیجه آن عبارت از توقع بلند حیاتی میباشد تنقیص افرازات تستوستیرون توسط اورشیدیکتومی ویا استعمال LHRH و بعداً نهی تاثیرات سترئوئید های اندروجنیک ادرینل همراه با بلاکاد توسط فلوتامید، بایکلوتامید و سیپروتیرون اسیتات میباشد مطالعات اخیر به صورت نمونه ای موثریت راپور اولی را تأیید میکند.

رادیوتیراپی عمومی

برای میتاستاز های عرضی بهترین تداوی میباشد. و سبب بهبودی درد در نزد مریضانیکه اعراض شان با تداوی هورمونی عود می نماید شده که برای مدت شش ماه دوام می نماید. زمانیکه چندین نواحی اشغال شده باشد $^{89}\text{Strontium}$ استعمال میگردد این ماده در عظام جابجا گردیده و سبب تداوی شعاعی تومورهای میتاستاتیک عظمی میگردد. سایتوتوکسیک برای تداوی اشخاص مسن مایوس کننده بوده زیرا نسبت التصاقات توموری این مریضان مقابل آن حساس نمی باشد.

خلاصه تداوی

- ۱- $T1a$ و $T1b$ به صورت تصادفی تشخیص میگردد. دریک مردیکه $70+$ سال عمر داشته باشد تداوی محافظوی بهترین طریقه میباشد. تداوی جراحی جذری ممکن که در سنین پایانتز از آن استفاده گردد اگرچه درین گروپ مریضان هم تداوی محافظوی بعد از مشوره خطرات و فواید آن اجرا میگردد.
- ۲- $T1c$ و $T2$ موضعی. در جوانتر و مردهای پایانتز از $70+$ ساله پروستاتیکتومی جذری و یا رادیوتیراپی جذری صورت میگیرد. اما در مریضان که سن پیشرفته داشته باشند انتظار کشیده میشود درین مریضان که بندش داشته باشند قطع از طریق احلیل با و یا بدون تداوی هورمونی استتباب گذاشته میشود. سودمندی تداوی جذری نسبت به طریق محافظوی 25% بهتر میباشد و پیشرفت میتاستاتیک مرض حد اعظمی بعد از $10+$ سال صورت میگیرد.
- ۳- $T3$ و $T4$ که پیشرفت موضعی داشته باشد. این مریضان شواهد خطر پیشرفت مرض را دارد. قطع وقت تر اندروجن در صورتیکه تعقیب آن امکان نداشته باشد خوب است برای فعالیت های جنسی طرق محافظوی دقیق با قطع اندروجن زمانی آغاز میگردد که اعراض آن پیشرفت نماید.
- ۴- امراض میتاستاتیک. وقتی که میتاستاز پیشرفت نموده باشد انزار ضعیف دارد برای مریضان که اعراض داشته باشند بهتر است که اندروجن قطع گردد در $2/3$ مریضان اعراض تخفیف می یابد. برای مریضانیکه میتاستاز عرضی داشته باشند زمان تداوی آن کمتر واضح است. در تداوی کانسر قواعد سریع

و کمتر مشکل بوده لاکن جراح باید از اختلالات زیادتر جلوگیری نموده نسبت به این که سبب آنرا کانسر تشکیل دهد جلوگیری نماید.

التهاب پروستات

در شکل حاد و مزمن آن معمولاً حویصلات منوی و احلیل خلفی ماوف میگردد.

التهاب حاد پروستات

اسباب

التهاب حاد پروستات معمول بوده و ندرتاً تشخیص میگردد. اورگانیزم معمول این آفت E Coli بوده لاکن *Staphylococcus aureus – Albus– Streptococc Fecalis* بوده و *N.Gonorrhoea* نیز باعث مرض میگردد. انتان از یک محراق دور از طریق دموی و یا ممکن به صورت ثانوی از انتان حاد بولی بوجود آید.

لوحه کلینیکی

تظاهرات عمومی باعث مخفی ساختن علایم و اعراض موضعی میگردد. مریض احساس ناخوشی، خنک، لرزه و درد تمام عضویت به خصوص درد ناحیه ظهری کمتر داشته و ممکن به تشخیص غلط انفلوانزا تدوای گردد. درجه حرارت ممکن ۳۹ درجه سانتی گراد باشد. درد در هنگام تبول معمول است. در نمونه اول ادرار رشته ها دریافت شده که باید کلچر اجرا گردد. احساس گرنگی ناحیه عجان، تخریش مقعدی و درد در هنگام تغوط ممکن بوجود آید. افرازات احلیل نادر بوده زمانیکه انتان مثانه را اشغال نماید فریکونسی نیز بوجود می آید. در معاینات مقعدی نزد مریض پروستات حساس ممکن یک فص نسبت به فص دیگر بزرگتر بوده و حویصلات منوی معمولاً مصاب میگردد. یک آبسی متموج نیز غیرمعمول میباشد.

تداوی

تداوی جدی و طولیل‌المدت اجرا گردد در غیر آن انتان مقاوم‌گریده و حملات متکرر بوقوع میرسد. تداوی طولانی با ادویه ضد میکروبی که نفوذ خوب بداخل غده پروستات داشته باشد آغاز میگردد (Trimethoprim or Ciprofloxacin).

آبسی پروستات

برعلاوه اعراض و علایم فوق‌الذکر آبسی پروستات باتب که بصورت صعودی سیر مینماید و همراه با لرزه یکجا میباشد. ادویه ضد میکروبی لوحه کلینیکی را تغیر میدهد. موجودیت درد مقعدی و تغوط کاذب باعث مغالطه این آفت با آبسی‌های انوریکتل میگردد. در صورتیکه معاینه مقعدی اجرا گردد غده پروستات متوسع، گرم، بسیار حساس و متموج میباشد. احتباس ادرار در چنین واقعات بوقوع رسیده میتواند. بهترین تداوی آن عبارت از کتیترازیشن فوق‌عانی میباشد.

تداوی

بدون تاخیر آبسی تخلیه گردد.

۱- قطع آبسی از طریق احلیل با از بین بردن سطح آن تخلیه میگردد.

۲- در واقعات انتشار آبسی در محیط پروستات مداخله از طریق عجان صورت میگردد.

پروستاتیت مزمن

برای بسیاری یورولوژیستها تشخیص پروستاتیت مزمن و Prostatodynia بسیارمشکل میباشد. چونکه این مریضان با درد ناحیه عجان، درد خصیه و پروستات با فعالیت‌های جنسی شاکی میباشند. تشوش وظیفوی روحی جنسی در نزد چنین مریضان ممکن مشکل اساسی باشد. تشخیص پروستاتیت مزمن بر اساس شواهد ذیل صورت میگردد.

- موجودیت رشته های نخ مانند در ادرار.
- موجودیت حجرات قیچی همراه یا بدون باکتریها در نمونه های ادرار بعد از مساز پروستات در عدم موجودیت انتان بولی.

اسباب

ممکن این حالت از باعث اختلاط تداوی ناکافی التهاب حاد پروستات بوجود آید. زمانیکه افرازات پروستات حجرات قیچی موجود باشد دریافت انتان مسول مشکل است اورگانیزم های دیگر مانند کلامیدیا ممکن باعث آفت گردد.

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی کاملاً متفاوت میباشد. تنها مریضانیکه در نزد شان اعراض ذیل وجود دارد تشخیص پروستاتیت مزمن گذاشته میشود.

- التهاب احلیل خلفی
- درد پروستات و درد ناحیه محیط تناسلی همراه با تب متقطع.
- موجودیت قیج و یا باکتری در افرازات پروستات.

تشخیص

تست سه ظرف حایز اهمیت است. در صورتیکه در ظرف اول ادرار حاوی نخ های پروستاتیک باشد التهاب پروستات وجود دارد. در معاینه مقعدی پروستات ممکن نارمل بوده و یا اینکه نرم، باطلاق مانند و حساس میباشد. مایع پروستاتیک که بعد از مساز بدست می آید حجرات قیچی و یا باکتریها را نشان میدهد.

یوریتروسکوپی

التهاب احلیل پروستاتیک را نشان میدهد. و موجودیت افرازات قیح از قنات های پروستات به مشاهده میرسد. Verumontanum اذیمائی و متوسع به نظر میرسد. در نزد بسیاری مریضان تمام علایم فوق نارمل است.

تداوی

تداوی ضد مکرربی تنها بر اساس تست های حساسیتی آغاز گردد. Trimethoprim به داخل غده خوب نفوذ نموده در صورت که عامل مرض تریکوموناز و یا انیوروب ها باشد با تطبیق Flagyl نتیجه فوری حاصل میگردد.

(Metronedazal 200 mg tID. for ۷ day for Both Parteners)

در صورت کلامیدیا انتی بیوتیک انتخابی آن Doxycycline میباشد. نتیجه مساز پروستات برای قطع انتان هنوز معلوم نیست.

Prostatodynia

با موجودیت درد ناحیه محیط تناسلی در عدم موجودیت شواهد التهاب پروستات تشخیص صورت میگیرد. آیا اینکه این سندروم با پروستاتیت ارتباط دارد یا خیر معین نمی باشد.

توبرکلوز پروستات و حویصلات منوی

توبرکلوز پروستات و حویصلات منوی نادر بوده و مترافق با توبرکلوز کلیوی میباشد. در ۳۰٪ واقعات یک تاریخچه توبرکلوز ریوی در جریان ۵ سال قبل از به وجود آمدن توبرکلوز تناسلی میباشد. توبرکلوز یک یا هر دو حویصل منوی ممکن در زمان معاینه مریضان مصاب توبرکلوز مزمن بریخ بدون اعراض که به طرف تناسلی داخلی انتشار مینماید دریافت میگردد. در معاینه مقعدی حویصل ماوف نودولر میباشد. زمانیکه پروستات ماوف میگردد معاینه مقعدی نودول ها را در یک یا هر دو لوب واضح میسازد مریضان توبرکلوز پروستات معمولاً با اعراض ذیل همراه میباشد:

- افرازات احلیلی
- دقق دردناک بعضی اوقات موجودیت خون در زمان دقق
- درد خفیف ناحیه عجان
- عقامت
- دیسیوری
- تشکل اُبسی

انواع خاص تحقیقی

رادیوگرافی بعضی اوقات نشاندهنده ساحات کلسیفی در پروستات و یا حویصلات منوی میباشد. معاینات باکتریولوژیکی مایع منوی کلچر مثبت توبرکل باسیل را نشان میدهد.

تداوی

به صورت عموم تداوی آن تداوی توبرکلوز است. اگر اُبسی پروستات تشکل نماید از طریق احلیل باید دریناژ گردد.

حویصلات منوی

التهاب حاد حویصلات منوی

التهاب حاد حویصلات منوی همراه با پروستاتیت میباشد. قبل از تداوی با انتی بیوتیک التهاب حویصلات منوی از سبب گونوری و گونوکوک زیادتر به مشاهده میرسید.

التهاب مزمن حویصلات منوی

التهاب مزمن حویصلات منوی معمولاً همراه با هیموسپرمیا و درد در زمان مقاربت جنسی میباشد. معاینه التراسوند از طریق مقعدی توسع حویصل منوی و غلظت مایع مکدر را در حویصل منوی نشان میدهد. تداوی آن مانند پروستاتیت مزمن میباشد.

توبر کلوز حویصلات منوی

تظاهرات کلینیکی و تداوی آن در فوق ذکر گردیده.

دایورتیکول حویصل منوی

دایورتیکول حویصل منوی نادر میباشد. در این حالت کلیه هیمان طرف معدوم و دایورتیکول به شکل یک جوانه حالی تظاهر مینماید که این حالت نشاندهنده انتان دوامدار میباشد.

سیست حویصل منوی

سیست حویصل منوی غیرمعمول بوده و نادراً ضرورت به تداوی دارد در صورتیکه بزرگ و اعراض داشته باشد میتوان آنرا از طریق تسلیخ کشید و یک شق مشابه به پروستاتیکتومی عجانی اجرا میگردد.

فصل ۷۸

احلیل و قضیب

اهداف مطالعه

- شناسائی انومالی ولادی معمول احلیل.
- دانستن اهمتامات ترضیض و تضیق احلیل.
- شناسائی امراض معمول قضیب و پرنسیب تداوی جراحی آنها.

احلیل مذکر

تشوшат ولادی احلیل

معمولترین انومالی های ولادی احلیل مذکر عبارتند از:

- تضیق میاتوس (تضیق فوحه خارجی احلیل)
- تضیق ولادی احلیل
- دسامات ولادی
- هایپوسپادیاز
- اپی سپادیاز

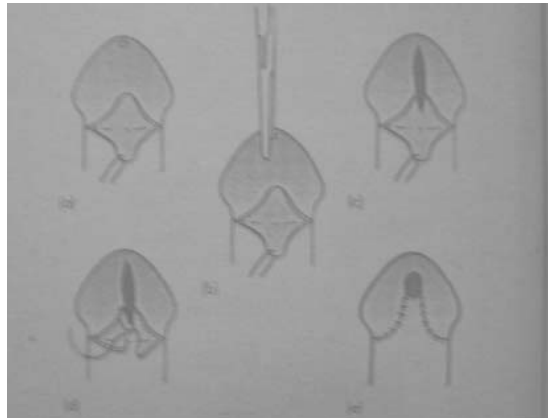
تضیق فوحه خارجی احلیل

فوحه خارجی احلیل تضیق ولادی داشته و در حالت نورمال متضیق ترین ساحه احلیل در مردها بوده که مترافق با فیموزس میباشد. اگر فوحه میاتوس به اندازه سر سنجاق کوچک باشد احتباس مزمن ادرار بوجود آمده که باعث ایجاد فشار به طرف علوی گردیده و در نتیجه به عدم کفایه کلیه می انجامد.

در حالتیکه اندازه تضیق کمتر باشد جریان نورمال کاهش یافته و یا ادرار به صورت پاشان و یا قطره قطره خارج می گردد. در حالتیکه این انومالی باعث ایجاد اعراض گردیده باشد توسع ناحیه متضیقه و یا میاتومی استتباب دارد و این پروسیجرها در حالاتی عملی میگردد که تضیق به اندازه ئی باشد که مانع دریناژ آزاد افرازات در نزد مریضان مصاب التهاب احلیل گردیده و یا هم ضرورت به داخل ساختن وسایل اندوسکوپییک از طریق احلیل باشد.

میاتومی

این عمل طوری اجرا میگردد که ابتدا یک پروب نرم در احلیل قدیمی گذاشته شده بعداً ناحیه متضیقه آن شق میگردد. حوافی قطع شده یوروتیلیوم و جلد توسط مواد دوخت قابل جذب با هم دوخته میشود. در صورتی که تضیق دوباره تاسس نماید در این حالت جهت وسیع شدن میاتوس یک فلپ جلدی به شکل میاتوپلاستی اجرا میگردد (شکل ۷۸.۱).



شکل ۷۸.۱ (a-e) میاتوپلاستی. تضیق میاتوس شق شده و یک فلپ جلد قضیب گذاشته شده و میاتوس به شکل کیف مانند باز میباشد.

تضیق ولادی احلیل

این حالت نادر بوده و بعضی اوقات همراه با تضاعف احلیل یکجا دیده میشود. معمولاً اعراض آن تا زمان بلوغ به تاخیر افتاده که درین صورت چنین گمان میرود که تضیق از سبب جروحات ناشناخته در احلیل

بصلی در زمان طفولیت بوجود آمده است. تداوی توسط قطع احلیل Optical و یا توسع معمولاً موثر میباشند.

دسامات ولادی احلیل خلفی (چوکات ۷۸.۱)

عبارت از التوای متناظر یوروتیلیوم بوده که باعث بندش در احلیل پسران میگردد. این ها معمولاً کمی دورتر از Verumontanum و یا هم در داخل احلیل پروستاتیک دریافت میگردند. این ساختمان به شکل فلپ دسام عمل مینماید. با وجود اینکه ادرار جریان نورمال نمی داشته باشد اما کتیتر فولی بدون مشکل از احلیل عبور مینماید. توسع طرق بولی ناشی از دسام احلیل قبل از تولد توسط معاینه التراسوند تشخیص میگردد. بعضی اوقات دسام بصورت نامکمل بوده و مریضان الی زمان بلوغ و یا کهولت غیرعرضی میمانند در چنین حالت احلیل پروستاتیک بصورت واضح متوسع گردیده و در بین آن دایورتیکول و کیسه کوچک موجود می باشد. مشاهده دسام در یوریتروسکوپی مشکل میباشد زیرا که جریان مایع ورق دسام را به حالت باز نگه میدارد. در صورتیکه مثانه توسط مواد کانتراست مملو باشد در جریان سیستوگرام تخلیوی توسع احلیل علوی تر از دسام قابل دید میباشد.

(چوکات ۱-۷۸)

دسامات ولادی احلیل

- دسامات ولادی احلیل سبب بندش ادرار در پسران جوان میگردد.

تداوی

قبل از اینکه نزد مریض قطع دسام توسط ریزیکتوسکوپ اطفال از طریق احلیل صورت گیرد نزد مریض یک کتیتر از طریق فوق عانه داخل مثانه گذاشته میشود تا اینکه تاثیرات عدم کفایه کلیوی ناشی از ایجاد فشار بالای کلیه ها برطرف گردد.

هایپوسپادیا (چوکات ۷۸.۲)

هایپوسپادیا از جمله معمولترین سؤ شکل های ولادی احلیل بوده یک واقعه آن در هر ۳۵۰ طفل مذکر به ملاحظه میرسد. درین انومالی فوحه خارجی احلیل در وجه بطنی قضیب و یا هم در عجان باز میگردد.

هایپوسپادیا از نظر موقعیت فوحه خارجی احلیل چنین تصنیف بندی گردیده است.

- *Glandular Hypospadias*. معمولترین شکل انومالی بوده که نیاز به تداوی ندارد. موقعیت

نورمال فوحه توسط یک حفره کوچک بسته مشخص میگردد اما بعضی اوقات این حفره بسته توسط کانال به فوحه اکتوپیک ارتباط میداشته باشد.

- *Coronal Hypospadias*. درین شکل انومالی فوحه خارجی احلیل در محل اتصال جسم

قضیب با راس قضیب موقعیت دارد.

- *Penile & Penoscrotal Hypospadias*. درین حالت فوحه احلیل در وجه بطنی جسم قضیب

موقعیت دارد (شکل ۷۸.۲).

- *Perineal Hypospadias*. این نوع خرابترین شکل انومالی میباشد. سفن از وسط دو قسمت

گردیده و فوحه خارجی احلیل در بین هر دو نیم سفن موقعیت دارد. با این شکل انومالی عدم

نزول خصیه نیز همراه بوده که تعیین جنسیت طفل مشکل میباشد.

در اشکال شدیدتر هایپوسپادیا احلیل و جسم اسفنجی در قسمت بعیده فوحه خارجی احلیل موجود نمی

باشد. عدم موجودیت این ساختمان ها به شکل تناب فیروزی دیده شده که باعث انحنای قضیب به طرف

سفلی میگردد. به هر اندازه که فوحه احلیل از موقعیت نورمال خود دور قرار داشته باشد به همان اندازه

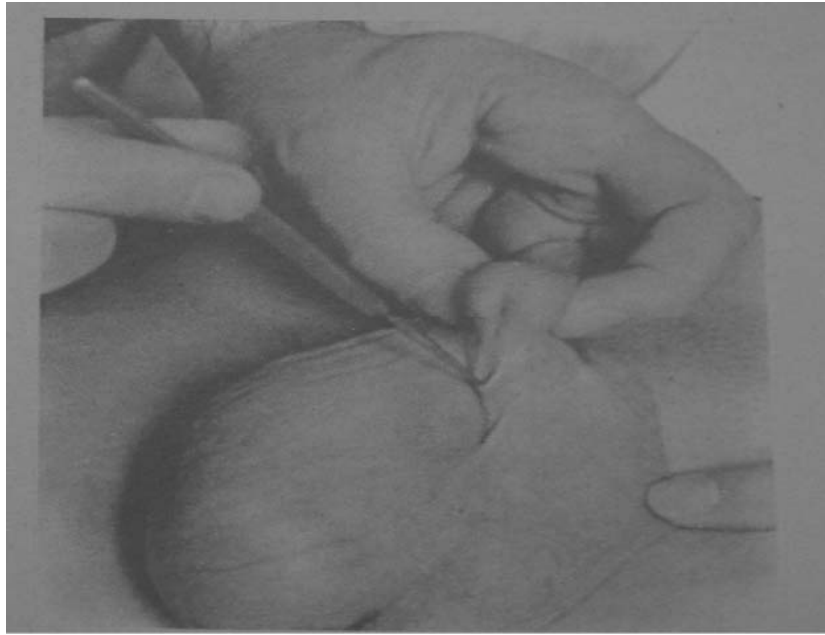
انحنای قضیب بیشتر میباشد.

(چوکات ۷۸.۲)

هایپوسپادیا

▪ باید از ختنه جلوگیری گردد زیرا برای عملیه های بعدی و اصلاح انومالی از پریپوس استفاده

میگردد.



شکل ۷۸.۲ هایپوسپیدیاز قضیبی. مریض از ساحه که توسط پروب نشان داده شده ادرار مینماید.

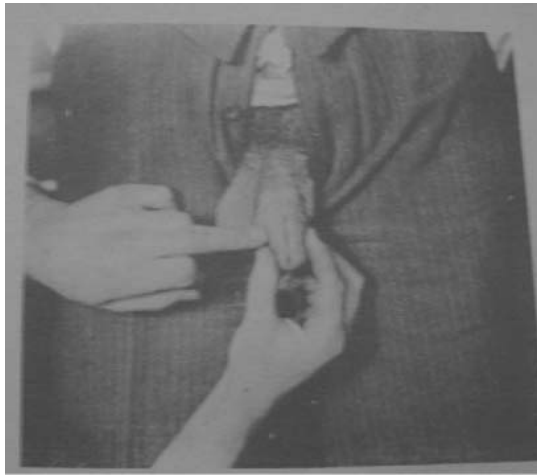
تداوی

شکل glandular هایپوسپادیاز به تداوی ضرورت ندارد مگر اینکه سبب تضییق شده باشد که درین صورت در نزد مریض میاتوتومی اجرا میگردد.

در سایر اشکال هایپوسپادیاز به دلیل وجاحت و یا هم بهبود فعالیت های جنسی عمل جراحی استتباب دارد. انواع متعدد پروسیجر های جراحی جهت اصلاح نمودن کوردی و رساندن احلیل به یک فوحه در انتهای قضیب تشریح گردیده است در اکثر این پروسیجر های جراحی از جلد غلفه استفاده میگردد بناً نزد چنین مریضان تا زمان ترمیم این انومالی از اجرای ختنه اجتناب گردد. عملیات های جراحی توسط متخصصین بخش یورولوژی اطفال قابل اجرا میباشد.

اپی سپادیاز

این انومالی نادر بوده و واقعات در نزد پسران $1/3000$ و در جنس مونث $1/40000$ میباشد. این شکل انومالی که فوحه احلیل در وجه ظهری قضیب بوده مترافق با انحناى ظهري می باشد (شکل ۷۸.۳). اپی سپادیاز نوع مکمل با اختفای مثانی و دیگر نواقص انکشافی همراه میباشد.



شکل ۷۸.۳ اپی اسپدiaz حشفوی

جروح احلیل مذکر

انشقاق احلیل بصلی

انشقاق احلیل بصلی معمولترین جرحه احلیل میباشد. در نزد چین مریشان تاریخچه افتیدن بالای ناحیه عجان، در قایق رانی، سقوط بالای جسم اجنبی به شکل زین اسپ، در بین کارگران در داربست ها، افتیدن بالای اجسام کروی که پاها از هم دور باشند و همچنین در جمناستیک ها بوجود می آید.

تظاهرات کلینیکی

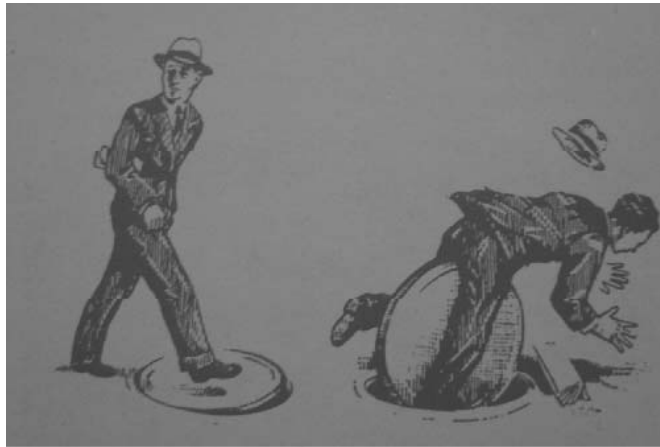
علائم سه گانه انشقاق احلیل بصلی عبارت از احتباس ادرار، هیماتوم ناحیه عجان و آمدن خون از فوحه خارجی احلیل میباشد (چوکات ۷۸.۳).

(چوکات ۷۸.۳)

جروح احلیل

به تعقیب ترخیص کند ناحیه عجان و در حالات ذیل مشکوک به ترخیص احلیل میشویم که

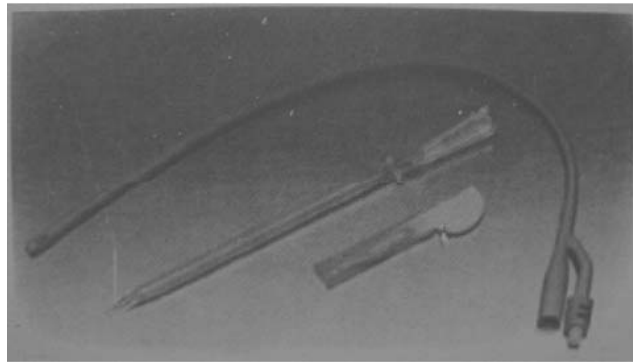
- زمانیکه احتباس ادرار بوجود آید.
- پندیده گی وسیع ناحیه عجان موجود باشد.
- موجودیت خون در فوحه خارجی احلیل.



شکل ۷۸.۴ نوع تصادف که سبب انشقاق احلیل بصلی میشود.

ارزیابی ابتدائی و تداوی

مریضان از درد شاکی بوده بناً درد توسط ادویه انلجریک مناسب آرام گردد. در صورت مشکوک بودن به انشقاق احلیل مریض باید از تبول نهی گردد. در صورت پر بودن مثانه پنکچر جلدی ناحیه فوق عانی نزد مریض اجرا و یک کتیتر نرم جهت تخلیه مثانه تطبیق گردد (شکل ۷۸.۵). با اجرای این عمل احتمال ارتشاح ادرار کم شده و معاینات دقیق اجرا شود تا وسعت جرحه احلیل تعیین گردد. در صورتیکه مریض قبل از معاینه تبول نموده باشد و هم تراوش ادرار موجود نباشد. این بدین معنی است که انشقاق احلیل نامکمل بوده و ضرورت به داخل ساختن کتیتر نمیباشد. در هر حالت تطبیق یک دوره انتی بیوتیک وقایوی ضرور پنداشته میشود.



شکل ۷۸.۵ وسایل برای دریناژ فوق عانی مثانه از طریق جلدی.

تداوی

تداوی ابتدائی جرحه احلیل بصلی مورد مناقشه بوده اما توافق نظر موجود است که کتیترازیشن غیر ضروری احلیل سبب می‌گردد که یک پاره گی قسمی به یک قطع تام احلیل مبدل گردد.

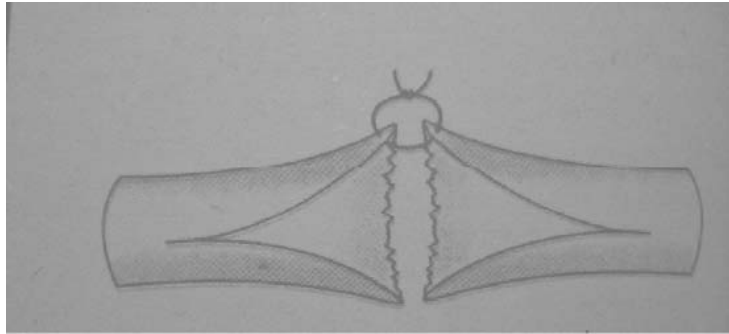
تداوی ابتدائی فوق الذکر اکثراً نزد آن مریضانیکه بعد از حادثه مصاب احتباس گردد و مخصوصاً که خونریزی از فوحه احلیل موجود باشد استطباب دارد. با اجرای معاینات یوریتروگرافی صاعده و سیستوسکوپی معلومات بیشتر در مورد جروحات بدست می‌آید. در صورتیکه زمینه برای اجرای یک سیستوستومی فوق عانی ممکن نباشد بناً یک کتیتر نرم با قطر کوچک از طریق احلیل بدون تحمیل فشار داخل گردد که در نزد چندی از مریضان این عمل از اجرای سیستوستومی فوق عانی باز جلوگیری مینماید. در صورت که با اجرای معاینات قطع مکمل احلیل واضح گردد کتیتر فوق عانی تا زمان ترمیم جرحه احلیل گذاشته میشود. بعضی از جراحان طرفدار ترمیم باز مقدم احلیل و قطع قطعه ترضیضی و تفمم نهایت به نهایت میباشند (شکل ۷۸.۶).

تعداد دیگر از جراحان قبل از اقدام به جراحی مدت طولانی انتظار کشیده و کوشش مینمایند تا یوریتروسکوپ را داخل احلیل نمایند و از این طریق یک کتیتر را در احلیل تطبیق و در جریان مرحله التیام حوافی احلیل تا حد ممکن با هم نزدیک گردد.

(چوکات ۷۸.۴)

ترضیض احلیل

■ در صورتیکه علایم تراوما احلیل مشکوک باشد بهتر است که در ابتدا که یک کتیتر فوق عانی داخل مثانه گذاشته شده و بعداً به یورولوژیست رجعت داده شود.



شکل ۷۸.۶ ترمیم باز انشقاق احلیل بصلی.

اختلالات

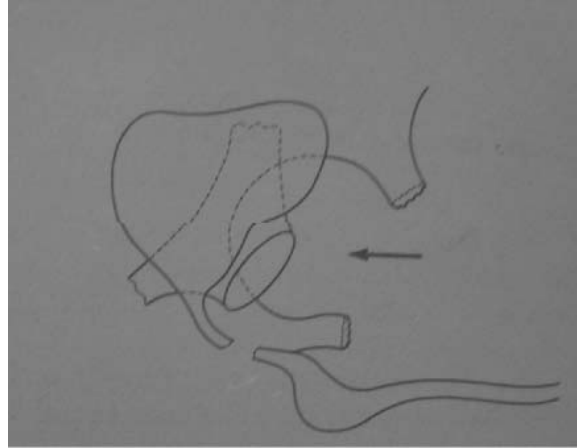
در صورتیکه انشقاق احلیل تام باشد و مریض کوشش نماید که تبول نماید ارتشاح تحت جلدی ادرار بوجود می آید. اختلاط معمول ترضیض احلیل تضیق میباشد. در صورتیکه پاره گی قسمی، مکمل و یا کیودی محیط احلیل به مشاهده برسد تضیق بوجود آمده و انتان نیز در تاسس تضیق رول دارد.

انشقاق احلیل غشائی

انشقاق داخل حوصلی احلیل غشائی در نزدیک زروه پروستات بوجود می آید (شکل ۷۸.۶). مانند انشقاق خارج پریتوانی مثانه که میتواند از باعث جروحات نافذه بوده اما در زندگی ملکی در کسر حوصله بوجود می آید. در واقعات سقوط از ارتفاع بالای یک پا و یا عانه و یا **Ischial Rami** ، حادثات ترافیکی کسر عظام حوصلی بوجود می آید درین حالت مفصل حرقفی فخذی بیجا گردیده قسمیکه نصف حوصله و **Ischiopubis Ramus** به طرف علوی بیجا میگردد.

این عمل باعث ایجاد فشار کشیشی بالای پروستات گردیده که توسط اربطه ها با وجه خلفی عظم عانه ارتباط دارد. درین نوع جرحه نهاییات پاره شده احلیل وسیعاً از هم دور میگردد. در یک شکل دیگر کسر حوصلی از باعث وارد شدن ضربه مستقیم از قدام حوصله مریض بصورت قدامی خلفی فشرده میگردد. کسر نوع پروانه مانند **Pubis Rami** در هر طرف ایجاد میگردد.

زمانیکه قوه فشار دهنده برطرف گردد پارچه عظم عانه دوباره در موقعیت اصلی قرار گرفته و نهاییات پاره شده احلیل باهم نزدیک میگردند. در ۱۰-۱۵٪ واقعات کسرهای حوصلی و جروحات احلیل بصورت مترافق واقع میگردند (چوکات ۷۸.۵).



شکل ۷۸.۷ انشقاق داخل حوصلی احلیل و بیجا شدن مثانه.

(چوکات ۷۸.۵)

جروحات طرق بولی سفلی در ترخیص حوصله

زمانیکه طرق بولی سفلی مجروح گردد مریض از ترخیصات متعدد رنج میبرد.

▪ تداوی قطعی را میتوان بعد از تطبیق کتیر فوق عانی انجام داد.

▪ در حالات که شواهد انشقاق داخل پریتنونی مثانه موجود باشد ایجاب تحقیق را مینماید.

تظاهرات کلینیکی

معمولترین اسباب کسرهای حوصلی عبارت از واقعات ترافیکی جاده ها، تصادمات شدید و سقوط از ارتفاع میباشد. در این حالات ترخیصات متعدد جروحات قحف، صدر، بطن و کسور عظام طویله به مشاهده میرسد. اغلباً مراقبت و اهتمامات در این جروحات زنده نگهداشتن مریض، احیای مجدد مناسب قبل از سایر تداوی های مریض لازمی میباشد. اهتمامات جروحات احلیل برای یک مدت کوتاه عبارت از تطبیق کتیر فوق عانی بوده که باید هرچه زودتر اجرا شود. نوع جرحه احلیل با اجرای رادیوگرافی ساده تشخیص میگردد. در صورتیکه عظم عانه بیجا شدگی زیاد داشته باشد قطع وسیع احلیل بوجود می آید.

در صورت بیجا شدگی پروستات به نسبت موقعیت علوی آن رسیدن به غده و یا هم واضح شدن آن با معاینه مقعدی ناممکن می‌باشد. در صورت مشکوک بودن نزد مریض باید یوریتروگرام صاعده اجرا گردد. انشقاق داخل و یا خارج پریتنانی مثانه نیز میتواند همراه باشد. در جروحات داخل پریتنانی مثانه نزد مریض التهاب پریتنان بوجود آمده که در صورت مشکوک بودن حتی جروحات که استتباب نداشته باشد نزد مریض باید لپراتومی استکشافی اجرا و مثانه ترمیم گردد. انشقاق خارج پریتنانی مثانه باعث ایجاد اعراض مانند انشقاق احلیل غشائی میگردد که تشخیص تفریقی شان از هم مشکل می‌باشد. در نزد مریض درد، کبودی و اصمیت توسط قرع بالاتر از سره موجود می‌باشد. در صورت انشقاق قابل ملاحظه مثانه ترمیم گردد. یک کتیتراز فوق عانه داخل مثانه گذاشته شده و ساحه خلف پریتنانی دریناژ گردد (چوکات ۷۸.۵).

اختلاطات

تضییق. اختلاط عمده ترضیض احلیل تضییق می‌باشد. در صورتیکه جرحه بسیار شدید و نهایات قطع شده احلیل از هم بسیار دور باشند تداوی تضییق بسیار مشکل است. بنابر همین نگرانی بعضی از جراحان تاکید مینمایند اینکه تداوی عاجل نزد مریض اجرا گردیده و مریض آماده انتقال به عملیات خانه شود. اکثر جراحان اورتوپیدی با استفاده از تثبیت خارجی پارچه های بیجاشده حوصلی را ارجاع مینمایند. در بعضی اوقات توسط یوریتروسکوپ نرم و یا سخت مجرا از طریق ناحیه متضییقه دریافت شده و فولی کتیتر باید تطبیق گردد. در حالیکه سایر جراحان طرفدار سپری شدن مدت طویل بین بهبودی مریض و مداخله جراحی بالای جرحه احلیل می‌باشند. اگر حوافی احلیل خوب باشد تضییق ایجاد شده قطع احلیل نوع Optical قابل تداوی می باشد. و یک تعداد زیاد ازین مریضان به یوریتروپلاستی وسیع نیاز میداشته باشند. بعضی اوقات نهایات احلیل ازهم بسیار فاصله داشته و در ساحه احلیل نسج فبروز وسیع و یا Calcification موجود می‌باشد.

بعضی اوقات چنان فاصله در بین نهایات قطع شده احلیل موجود می‌باشد که با قطع عظم عانه نهایات به هم نزدیک آورده میشوند. تداوی تضییق احلیل توسط متخصص ماهر یورولوژی باید اجرا گردد.

عدم اقتدار بولی. در صورتیکه معصره خارجی احلیل تخریب شده باشد عدم اقتدار بولی نزد مریض بوجود می آید. مانوره های جراحی بعدی مانند پروستاتیکتومی که باعث تخریب عنق مثانه میگردد سبب عدم اقتدار بولی شده میتواند.

عدم اقتدار جنسی بعد از کسر حوصله همراه با انشقاق احلیل تشوشات انتعازی معمولاً بوقوع میرسد. چنین تصور میشود که این عمل از باعث مافیت اعصاب قضیب بوجود می آید. چنین مریضان با زرق پروستاگلاندین، Vacuum device ادویه فمی مانند Sildenafil بهبود می یابند.

ارتشاح ادرار

از باعث انشقاق مکمل احلیل بصلی و یاهم از باعث ریچر آبسی احلیل ارتشاح سطحی ادرار بوجود می آید. ادرار خارج شده از باعث اتصال صفاق Scarpa در تحت وتر مغبنی و اتصال صفاق colles' در وتر Triangular در نقطه قدامی قسمت وسط عجان محدود میماند. صفاق Ext. spermatic مانع دخول ادرار در کانال مغبنی میگردد.

ادرار خارج شده در جدار قدامی بطن در تحت طبقه عمیق صفاق سطحی و در داخل سفن و قضیب باقی میماند تداوی آن تخلیه فوری ادرار از مثانه توسط سیستوستومی میباشد. این عمل از ارتشاح بیشتر جلوگیری مینماید.

در انشقاق های خارج پریتوانی مثانه و یا انشقاق داخل حوصلی احلیل ارتشاح ادرار بوجود می آید. همچنان در مافیت حالب ها، تثقب کپسول پروستات و یا مثانه در عملیه قطع پروستات از طریق احلیل نیز ارتشاح ادرار به مشاهده میرسد. ادرار در طبقات صفاق مثانی و نسج خلف پریتوان تراوش مینماید. تداوی توسط سیستوستومی فوق عانی و دریناژ مسافه خلف عانه صورت میگردد.

التهاب احلیل

التهاب احلیل شامل :

- قرحه میاتوس
 - التهاب احلیل
 - التهاب احلیل گونوریائی
 - التهاب احلیل غیر وصفی
 - مرض Reiter's
- میباشد.

قرحه میاتوس احلیل

قرحه میاتوس در نزد پسران ختنه شده معمول می‌باشد. این حادثه بزودی متعاقب عمل جراحی و یا هم دو سال بعد از ختنه بوجود می‌آید. عامل تنبه کننده عبارت از عدم محافظه توسط جلد غلفه می‌باشد. به اثر تماس لباس و التهاب در ماتیت امونیاکی از جمله فکتور های شامل در آن می‌باشد. بسته نمودن شریان فرینولوم باعث devascularisation ساحه شده و ممکن سبب قرحه میاتوس گردد. قرحه باعث ایجاد Scab (ارچق) سطحی گردیده و سبب بندش میاتوس میشود و طفل تنها با پاره شدن ارچق میتواند تبول نماید. از سبب درد ایجاد شده طفل فریاد کشیده و یک مقدار کم خون از احلیل خارج میگردد. این آفت سبب فبروز گردیده باعث تضیق کسبی سر سنجاق مانند میاتوس میگردد.

نداوی

اهتمامات موضعی جهت نرم ساختن ارچق و قلوئی ساختن ادرار اغلباً موثر می‌باشد. یک تعداد از مریضان ضرورت به میاتوتومی میداشته باشند.

التهاب احلیل گونوریائی

گونوریا یک مرض ساری بوده که از طریق مقاربت جنسی انتقال نموده و عامل آن نایسیریا گونوریا میباشد که یک دپلوکوک گرام منفی کلیه مانند میباشد در نزد مردها باعث التهاب احلیل قدامی در نزد خانم ها سبب التهاب احلیل و عنق رحم گردیده ناحیه Orophrrranx ، رکتوم و قنات مقعدی را در هر دو جنس بخصوص در نزد مردها متن می سازد. گونوریا در نزد مردها ده روز بعد از معروض شدن شخص به انتان به شکل ناراحتی و افرازات احلیل تظاهر مینماید. بعضی اوقات دیسبوری به شکل سوزنده موجود میباشد. در بعضی از افراد بجز از افرازات خفیف دیگر اعراض موجود نمیشد.

معاینات

در تلوین گرام در نمونه های احلیل چرک و گونوکوک ها موجود میباشد. خارج شدن چرک در قسمت اول جریان ادرار در تست دوگیلاس، در گیلاس اول بشکل غبار آلود تظاهر مینماید. تداوی مرض تا زمان رسیدن نتیجه کلچر احلیل در صورتیکه منظره کلینیکی وصفی باشد به تعویق انداخته نشود.

اختلالات

در بریتانیا اختلالات مرض نادر بوده و تداوی موثر از آن جلوگیری می نماید. اختلالات موضعی شامل اپیدیدیموآورشیبت حاد، تضیق احلیل، التهاب احلیل خلفی، التهاب پروستات حاد و مزمن، التهاب حاد خصیه، سپتیسیمیا، التهاب گونوریائی مفصلی، آبسی محیط احلیل، اریدوسکلیت و اندوکاردایتیس میباشد.

تداوی

تداوی مرض توسط انتی بیوتیک ها بخصوص Ciprofloxacin و Penicillin صورت میگردد. غلظت موثر دوا توسط Probenecide افزایش یافته و برای تداوی انواع مقاوم انتان به دوز بلند دوا ضرورت میباشد. انواع مقاوم مولد Beta lactamase در انگلستان نادر بوده که باهر مقدار دوائی Penicillin پاسخ نمی دهند. مریضان مصاب به این اورگانیزم و آنهائیکه در مقابل Penicillin حساس اند توسط

دوای خط دوم مانند Kanamycin باید مداوی گردند. جهت کنترل انتشار مرض Contact Tracing (تعقیب اشخاص تماس گیرنده) ضروری پنداشته میشود.

گونوریا در نزد خانم ها ابتدا اساساً احلیل و عنق رحم را مایع ساخته و اغلباً بدون عرض میباشد. تنها نظر به کلینیک مرض هرگز تشخیص نمیگردد. تقریباً ۳/۴ تمام مریضان جنس مونث ابتدا از باعث Contact Tracing مواظبت میگرددند. اعراض مرض که در نزد ۵۰٪ یا اغلباً کمتر مریضان موجود بوده دیسیوری خفیف و افرازات احلیلی خفیف که مریض متوجه آن نمیگردد میباشد.

در صورتیکه تیوبول های Skene's با Milking در مقابل Post Pubis Ramus تخلیه گردند در میاتوس احلیل دانه های چرک ظاهر میگردد. ممکن احمرار و شاریدگی عنق همراه با پلک های مخاطی قیحی باشد اما از باعث مترافق بودن Trichomonal Vaginitis افرازات مهبلی فراوان موجود میباشد.

اختلالات

پروکتیت گونوریائی کمتر از ۶۰-۷۰٪ واقعات رخ داده اکثراً غیرعرضی میباشد. ۱۰٪ مریضان مصاب Salpingitis بوده در صورتیکه دوطرفه باشد به عقامت می انجامد.

گونوریا در نزد جدید/الولاده ها

این آفت نادر بوده و سبب مهم کوری را تشکیل میدهد.

التهاب غیر وصفی احلیل (التهاب احلیل غیر گونوریائی)

یک شکل از التهاب احلیل بوده زمانیکه گونوریا و سایر اشکال التهاب احلیل رد گردد تشخیص میشود در حال حاضر ۴۰٪ واقعات این آفت از باعث Chlamydia trachomatis و یک تعداد دیگر از سبب Ureaplasma Urealytica بوجود می آید. در ۵۰٪ واقعات عامل سببی مرض شناخته نشده.

تظاهرات کلینیکی

دیسیوری و افرازات مخاطی قیحی احلیل تا شش هفته بعد از مقاربت جنسی بوجود می آید. ادرار مریض با چشم اکثراً شفاف بوده اما میتواند که رشته و یا حجرات قیحی داشته باشد. التهاب بریخ در بعضی

اوقات بوجود آمده تضيقات احليل نیز ندرتاً به مشاهده میرسد. در نزد خانمها این حالت به یک urethrotrigonitis تظاهر نموده و تشخیص آن بسیار مشکل میباشد.

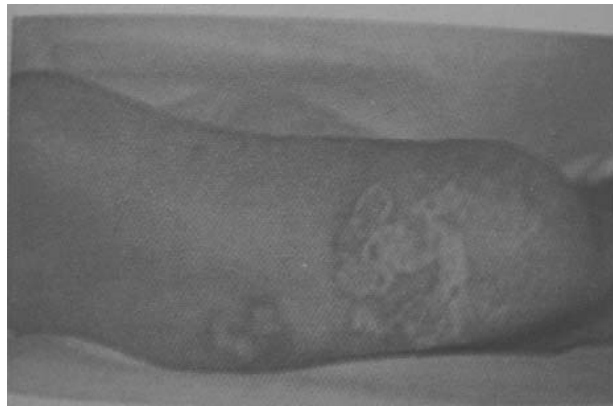
تداوی

تداوی با Oxytetracyclin و یا Doxycyclin معمولاً موثر میباشد اما عود مرض خصوصاً نزد مردها و آنهائیکه غده پروستات شان به قسم ذخیره گاه انتان باشد معمول میباشد. تداوی هر دو همتای جنسی مهم میباشد که غیر آن احتمال تکرر انتان موجود میباشد.

مرض Reiter's

این مرض در انگلستان اکثراً از طریق جنسی سرایت نموده در سایر مناطق منشه دیزانتریک دارد. در حالات التهاب احليل تحت الحاد

۴-۶ هفته بعد از تماس نزد مریض افرازات لزوجی شفاف عاری از انتان بوجود می آید. بعد از سپری شدن چند یوم در ابتدا Conjunctivitis یکطرفه و بعداً Conjunctivitis دو طرفه در ۵۰٪ مریضان به مشاهده میرسد. در واقعات بسیار شدید Anterior Uveitis موجود میباشد. اکثراً در مدت ده روز الی دو هفته التهاب مفاصل بصورت ناگهانی بوجود می آید. سایر تظاهرات مترافقه عبارت از Keratoderma blennorrhagicum بوده که متشکل از نودول ها، ویزیکول ها و پوستول ها بوده که اکثراً در کف پا دیده می شوند (شکل ۷۸.۸).



شکل ۷۸.۸ مرض ریتر - کیراتودرما بیلینورژیکوم پاشنه.

تشخیص تفریقی

اساساً تشخیص تفریقی مرض باید از گونوریا صورت گیرد که با اجرا کلچر خون این تشخیص تفریقی واضح میگردد. در نزد مریضان التهاب مفصل و التهاب احلیل خفیف بوده و دوره تفریح نسبت به گونوریا طویل میباشد.

انذار

Urethritis و Conjunctivitis اکثراً در ظرف چند هفته خاموش گردیده لکن Arthritis برای مدت چند ماه دوام مینماید. Sever anterior Uveitis و حملات متکرر انذار خراب مرض را نشان میدهد.

تداوی

اختلالات بصری توسط شست و شوی و با تاریک نگهداشتن چشم تداوی میگردد. برای تداوی Iritis ادویه که تاثیرات توسع دادن چشم را داشته باشند (Mydriatic) و استیروئید های موضعی استطباب دارد. کنترل سایر اعراض مرض مشکل بوده و مریضان مصاب حالت شدید مرض تحت کنترل متخصص و ادویه جات بولی تناسلی قرار داده شوند.

تضیق احلیل

اسباب تضیق احلیل

اسباب تضیق احلیل قرار ذیل اند:

- التهابی
- متعاقب گونوریا
- ولادی
- ترضیضی
- ناشی از تطبیق سامان و وسایل
- معاینات اندوسکوپی احلیل

- داخل نمودن کتیتر احلیلی

• تضیقات ایجاد شده بعد از عمل جراحی

— پروستاتیکتومی باز

— قطع قضیب

تضیق احلیل بعد از گونوریا

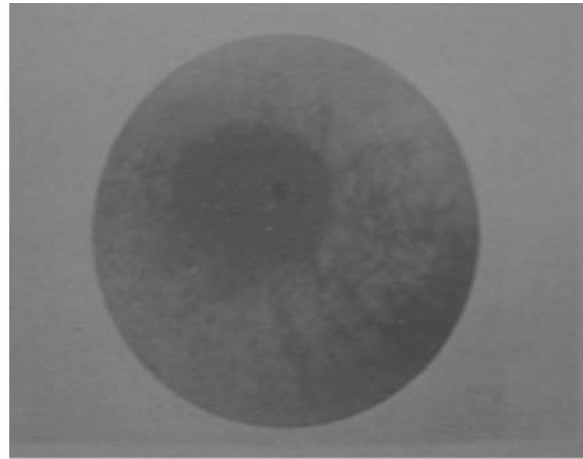
از زمان بوجود آمدن ادویه ضد میکروبی موثر برای تداوی گونوریا واقعات این نوع تضیقات کاهش یافته است. این تضیقات اکثراً در ناحیه احلیل بصلی واقع شده تضیقات در قسمت خلف فوچه خارجی احلیل بوجود می آید.

پتالوژی بعد از تداوی ناکافی گونوریا در غدوات محیط احلیل انتان باقی می ماند. این انتان تداوی نشده مخفی منتشر گردیده و باعث التهاب محیط احلیل میگردد. که این حادثه التهابی با تشکل نسج فیروز التیام یافته و باعث ایجاد تضیق میگردد. بسیاری از تضیقات در جریان یک سال بعد از انتان بوجود آمده اما ممکن است که تا سپری شدن ۱۰-۱۵ سال باعث ایجاد مشکل در تبول نگردد.

تظاهرات کلینیکی اعراض ابتدائی آفت عبارت از اعراض بندشی بوده که شامل فشار وارد کردن جهت تخلیه ادرار و جریان ضعیف بولی میباشد. نسبت جوان بودن مریض اعراض بندشی ناشی از تضیق را از اعراض بندشی ناشی از ضخامه پروستات که اکثراً در نزد مردان بیشتر از ۵۰ ساله بوجود می آید تفریق گردد.

همین که جریان ادرار ضعیف گردید زمان تبول طولانی شده و هنگام تمام شدن تخلیه ادرار بصورت قطره-قطره خارج میگردد. این نوع آمدن ادرار در ختم تبول ناشی از چکیدن ادرار از ناحیه متوسع قسمت قریبه احلیل میباشد. افزایش در تکرر تبول در شب و روز نیز معمول بوده که این حالت از باعث تخلیه نامکمل مثانه، انتان مثانی و یا هم از باعث هر دو حالت بوجود می آید. زمانیکه تضیق تاسس نماید میتوانیم در مسیر احلیل نسج سکار را جس نماییم. اگر تضیق به اندازه کافی تنگ باشد نزد مریض احتباس حاد ادرار بوجود می آید. که درین حالت کوشش های غیر ماهرانه باعث ایجاد راه کاذب احلیلی در هنگام

تطبیق کتیترهای احلیلی مثنائی میگردد. اگر نزد مریض از باعث تضییق احتباس بوجود آمده باشد درین حالت احلیل به اندازه تنگ میباشد که نمیتوان به آسانی یک کتیتر را حتی با سایز کوچک داخل ممانه نمود. در معاینات یوریتروسکوپی ناحیه متضییق به شکل ندبه حلقوی دیده میشود اگر نزد مریض تطبیق غیرماهرانه کتیتر اجرا و باعث ایجاد راه کاذب شده باشد فوحه راه کاذب نیز با یوریتروسکوپی قابل دید میباشد (شکل ۹-۷۸). توسط معاینات یوریتروگرافی و استعمال gel منحل در آب که حاوی مواد Contrast باشد وسعت و درجه تضییق را نشان داده و هم داخل نشدن مواد کانترست به آن طرف تضییق را نشان داده که دلالت به کامل بودن تضییق ناحیه را می نماید (اشکال ۱۰-۷۸ و ۱۱-۷۸).



شکل ۷۸.۹ منظره یوریتروسکوپیک تضییق احلیل

شکل ۷۸.۱۰ یوریتروگرام صاعده نشان دهنده تضییق احلیل غشایی به

تعقیب کسر حوصله



شکل ۷۸.۱۱ تضییق گونوریائی احلیل بصلی. داخل شدن مواد کتیفه در اورده قضیبی

تضیق ولادی

از این موضوع قبلاً بحث بعمل آمده.

تضیق ترضیضی

این نوع تضیق به تعقیب انشقاق احلیل غشائی که از نظر دور مانده باشد و یا تداوی نشده باشد بوجود آمده که بعضی اوقات به صورت مکمل تمادی احلیل از بین می‌رود. نزد مریضان تضیقات ترضیضی یوریتروپلاستی ساحه مناسب از طریق عانه ضروری می‌باشد.

تضیق بعد از تطبیق وسایل و سامان آلات

این نوع تضیق که به تعقیب پروسیجرهای اندوسکوپیی و یا تطبیق سندها بوجود می‌آید هر قسمت از حلیل را مصاب ساخته می‌تواند. بعضی از جراحان جهت جلوگیری از این اختلاط قبل از اجرای توسع وقایوی از طریق احلیلی و یا یوریتروتومی را پیشنهاد مینمایند. بعضی از واقعات این نوع تضیق ناشی از حساسیت در مقابل مواد کیمیای کثیر و اکثریت واقعات از باعث ترضیض، انتان و نکروز ناشی از فشار بصورت مشترک بوجود می‌آید.

تضیقات بعد از عمل جراحی

این نوع تضیق در حدود ۴٪ بعد از پروستاتیکتومی بدون درنظرداشت میتود جراحی بوجود می‌آید. این نوع تضیقات اکثراً در قسمت قریبه احلیل پروستاتیک بوجود آمده که به قسم تضیق عنق مثانه شناخته شده است. در صورتیکه این نوع تضیق با توسع احلیل برطرف شده نتواند نزد مریض قطع از طریق احلیلی و شق ناحیه متضیقه اجرا میگردد. تضیقات بعد از عملیات بصورت اختلاط امپوتیشن قضیب نیز بوجود می‌آید.

اختلالات تضیق احلیل

اختلالات تضیق احلیل عبارت اند از:

- احتباس ادرار
- دایورتیکول احلیل
- آپسی های محیط احلیل
- فیستول های احلیل
- فتق، بواسیر و پروپس ریکتوم ناشی از فشار بلند بطنی در هنگام تخلیه ادرار

تداوی تضیق احلیل

تضیق احلیل توسط روش های ذیل تداوی میگردد:

- توسع

Gum-Elastic bougie —

Filiform & Follower —

— سند فلزی

Self dilatation with Nelaton catheter —

- یوریتروتومی

internal visual urethrotomy —

- یوریتروپلاستی

— قطع و تفمم نهایت احلیل به احلیل

Patch- urethroplasty —

تداوی عنعنوی تضیقات احلیل عبارت از توسع دادن متناوب ناحیه متضیقه میباشد. تحت شرایط آسپتیک احلیل توسط توسع دهنده های سایز های مختلف توسع داده میشود که اندازه های شان به تدریج بزرگ و بزرگتر میگردد. این پروسیجر تحت انستزی موضعی ژیل لیدوکائین با احتیاط و نرمی اجرا گردد.

ضرر اساسی توسع احلیل این است که این پروسیجر تحت نظر مستقیم اجرا شده نتوانسته که همیشه خطر بوجود آمدن راه های کاذب وجود دارد که باعث خراب شدن تضیق میگردد. این اختلاط بیشتر زمانی واقع میگردد که جراح بدون تجربه و یا هم با انحنای های احلیل شخص مریض آشنائی نداشته باشد. تطبیق سامان آلات طرق بولی و سایر پروسیجرها خطر اتان و سپتیسیمیا متعاقب این پروسیجر بوجود آمده میتواند. توسع هنوز هم در نزد مریضانیکه مسن و طول تضیق احلیل شان کوتاه بوده و به فواصل متعدد اجرا میگردد.

نزد چنین مریضان توسع احلیل نسبت به پروسیجرهای مغلق ترجیح داده میشود. بعضی از مریضان میتوانند با داخل نمودن Nelaton catheter در احلیل بصورت خود بخودی نزد خویش توسع اجرا نمایند.

چوکات ۷۸.۶

توسع احليلی

▪ در صورتیکه توسع احلیل به درستی انجام نگیرد سبب تضیق احلیل و موقوفیت اضافی احلیل میگردد.

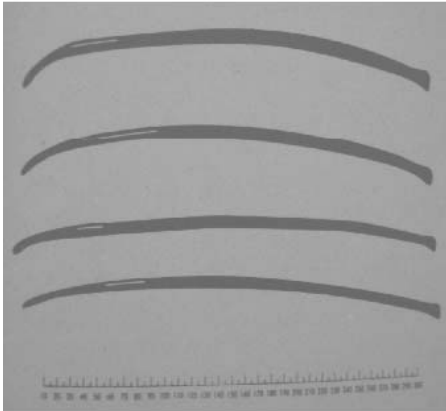
سامان آلات

از قرن هاست که جراحان تضیق را تداوی مینمایند. انواع سامان آلات مختلف جهت توسع در موزیم جراحی موجود است که بالای هر کدام نام مخترع آن نوشته شده است. تضیق ساده توسط سندهای فلزی و یا توسط Gum-elastic bougies تداوی میگرددند (اشکال ۷۸.۱۲ و ۷۸.۱۳).

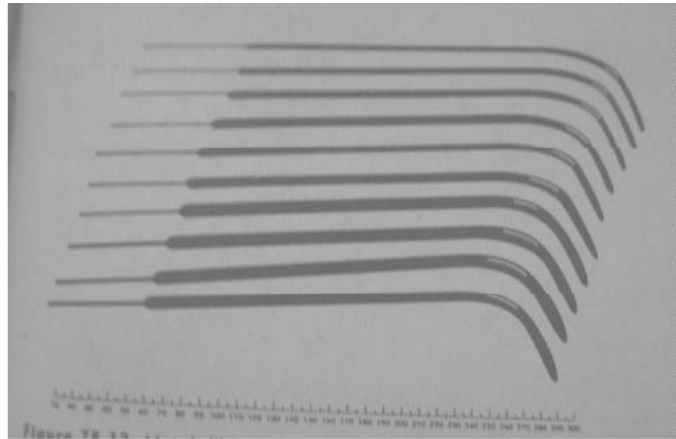
این سامان آلات باید با احتیاط کامل استعمال شوند در غیر آن ممکن به بسیار ساده گی سبب ایجاد راه کاذب گردد. Filiform ها رشته های gum-elastic بوده که از طریق لومن یا مجرای احلیل متضیق داخل میگردد. بهتر است این عمل تحت نظر مستقیم با استفاده از یوریتروسکوپ اجرا شود (شکل ۷۸.۱۴).

زمانیکه مجرای تضیق توسط نوک Filiform تعیین گردید نهایت دیگر توسط پیچ به Filiform دیگر وصل میگردد. زمانیکه Follower در داخل لومن احلیل پیش رانده میشود Filiform آنرا در داخل لومن رهنمائی مینماید. وقتی که ناحیه متضیق توسط Follower های سایز مختلف توسع داده شد از توسع

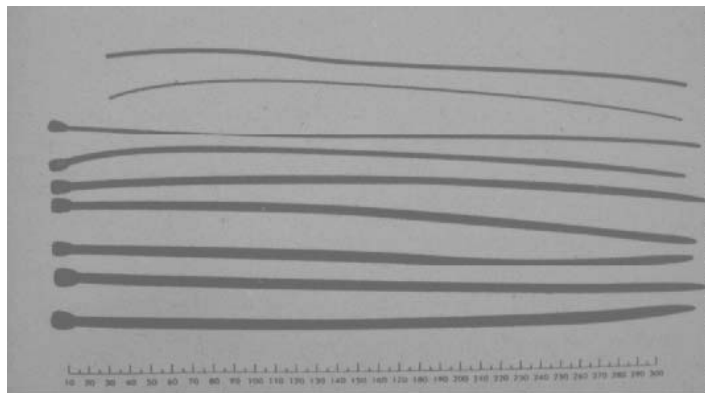
دهنده فلزی بطور مصئون استفاده شده میتواند. نزد مریضانیکه یک بار Optical Urethrotomy اجرا گردیده باشد برایشان تفهیم میگردد که با استفاده از کتیر سایز مناسب به صورت منظم خود مریض عمل توسع دادن را اجرا و بدین طریقه ناحیه متضیق را باز نگهدارد.



شکل ۷۸.۱۳ بوژ های گم الاستیک



شکل ۷۸.۱۲ توسع دهنده های فلزی (Sounds)



شکل ۷۸.۱۴ بوژ های نخ مانند همراه با تعقیب کننده های آن

نداوی جراحی

با استفاده از Optical Urethrotome نزد مریض یوریتروتومی داخلی اجرا میگردد. ذریعه یک کارد کوچک که از طریق Rigid Urethroscope داخل احلیل میشود ناحیه متضیق تحت نظر دید مستقیم

قطع می‌گردد. لومن احلیل را سست ساخته تا بتواند یک Guided wire در شروع عملیه از طریق ناحیه متضیق عبور نماید. ناحیه متضیق معمولاً در ساعت دوازده بجه قطع می‌گردد.

احتیاط زیاد صورت گیرد که قطع عمیق ناحیه اجرا نگردد تا اوعیه جسم اسفنجی که در محیط احلیل قرار دارد مجروح نگردد. اگر یک قطع کافی نباشد قطع دیگر اجرا گردد تا یک مدخل آزاد از طریق قطع تضیق احلیل ایجاد گردد. بعد از پروسیجر بسیاری از جراحان برای مدت ۱-۲ روز یک کتیتر گذاشته لاکن گذاشتن کتیتر بالای پروسیجر جراحی موثریت ندارد. در نزد ۵۰٪ از مریضان تضیق احلیل غیر اختلاطی یوریتروتومی واحد سبب بهبودی دایمی مریض می‌گردد.

بقیه مریضان به تداوی های بیشتر یوریتروتومی، توسع و یوریتروپلاستی ضرورت میداشته باشند. اختلاطات مهم عبارت از انتان و نرف میباشد. بعضی اوقات چنین هم واقع شده میتواند که در اثنای قطع نمودن تضیق شدید از مسیر اصلی منحرف گردد. بخصوص در اثنای توسع ناحیه راه های کاذب قبلی ایجاد شده باشد. در چنین حالات جهت یافتن لومن حقیقی احلیل باید یک guide wire عبور داده شود (چوکات ۷-۷۸).

چوکات ۷۸.۷

Endoscopic incision (شق اندوسکوپی)

- ۵۰٪ تضیق احلیل ساده توسط این عمل اجرا می‌گردد.
- ممکن ادامه آن توسط خود مریض به صورت منقطع اصلاح گردد.

یوریتروپلاستی

ساده ترین میتود یوریتروپلاستی این است که ساحه متضیق احلیل را قطع نموده و نهایات قطع شده با هم دوباره تفمم داده شود (شکل ۷۸.۶). این پروسیجر تنها در واقعات تضیق احلیل که طول کوتاه داشته باشد قابل تطبیق میباشد. ناحیه ترمیم شده احلیل باید تحت کشیش قرار نگیرد. در صورتیکه تفمم نهایت به نهایت ناممکن باشد پروسیجرهای جراحی پلاستیک مختلف وجود دارد که یک قسمت و یا تمام جدار ناحیه متضیق احلیل را با استفاده از پیوند های جلدی تعویض نماییم.

در پروسیجر جراحی Orandy-Blandy یک Myocutanous Patch از جلد ناحیه عجان و عضله دارتوس استفاده میگردد. مولف Turner-Warwick طرفدار گرفتن جلد قضیب میباشد. مخاط جوف فم نیز مورد استفاده قرار میگیرد که به آسانی حاصل شده مفیدیت آن در این است که در شرایط خشک و مرطوب رشد مینماید (شکل ۱۵-۷۸).

یوریتروپلاستی زمانی استتباب دارد که با استفاده از میتود های ساده اعراض مریض برطرف نگردد. این عملیه زمانی مورد نیاز شدید میباشد که تضیق در نتیجه ترضیض شدید حوصله بوجود آمده باشد و احلیل در بین فبروز سخت قرار داشته باشد. زمان التیام طولانی بوده و ایجاب مینماید که مریض مدت زیاد در شفاخانه بستر باشد.

دایورنیکول احلیل مذکر یا جوف احلیلی

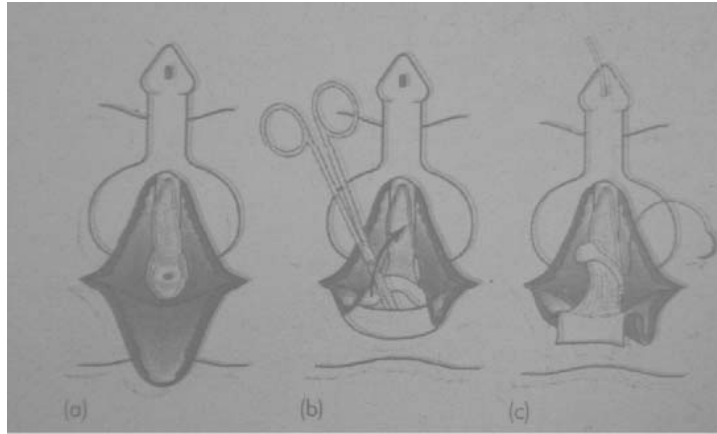
معمولاً ولادی بوده و به شکل تضاعف نامکمل احلیل تظاهر مینماید واقعات کسبی این حالت غیر معمول است. بعضی اوقات از باعث بلند رفتن فشار داخل احلیل در خلف ناحیه متضیق بوجود می آید. سایر حادثات آن از باعث موجودیت طولانی جسم اجنبی و یا سنگ های احلیل بوجود می آید.

آبسی محیط احلیلی

آبسی محیط احلیل میتواند به شکل قضیبی، بصلی و مزمن باشد.

آبسی محیط احلیلی قضیبی

آبسی های محیط احلیلی قضیبی به قسم یک انتان حاد گونوکوکل از یکی از غدوات Litre منشه میگیرد. ارتشاح دردناک و حساس که در نوک قضیب قابل جس و افرازات خارجی موجود است اغلباً یک فستول باقی میماند.



شکل ۷۸.۱۵ پلاک یوریتروپلاستی سويفدار به میتود اوراندی و بلندی. الف) یک شق U مانند در ناحیه عجان اجرا و فلپ ساخته میشود. ساحه متضيقه احليل قطع میگردد) ب) یک پلاک جلدی که در تحت عضله دارتوس قرار دارد به شکل U فلپ ساخته میشود) ج) پلاک در ساحه وسیع تضيق ترمیم میگردد).
تامین جریان خون پلاک از عضله دارتوس می آید.

تداوی

یوریتروتومی قدامی سبب جاری شدن آبسی بداخل احليل میگردد. وقتیکه آبسی در خلف تضيق قرار داشته باید آبسی به طرف خارج باز گردد.

آبسی محیط احليل بصلی

این شکل آبسی عبارت از سلولایت منتشر از باعث انتانات *Streptococce* و اورگانیزم های غیرهوازی بوجود می آید ممکن همراه با تضيق احليل باشد یا نباشد و ارتشاح ادرار معمول میباشد.

تظاهرات کلینیکی

درد ناحیه عجان همراه باتب، لرزه و نبض سریع نزد مریض موجود میباشد. حساسیت و تورم بصورت فوری از ناحیه عجان به قضیب و جدار قدامی بطن انتشار مینماید.

تداوی

تطبیق انتی بیوتیک مناسب ضروری بوده و تجمع قیح باید تخلیه گردد و با تطبیق کتیتر مثانی از طریق فوق عانه احلیل استراحت داده شود.

آبسی محیط احلیلی مزمن

این نوع آبسی بعضی اوقات از باعث تضیق مزمن احلیل بوجود می آید (شکل ۷۸.۱۶). محراقات متعدد قیحی باید تخلیه و تضیق بصورت مناسب تداوی گردد. فستول های احلیل میتواند بصورت خودبخودی و یا هم در اثر شق آبسی بوجود آید.



شکل ۷۸.۱۶ آبسی مزمن محیط احلیلی

فیستول احلیلی

معمولترین سبب فستول عبارت از انفجار و یا شق آبسی محیط احلیل میباشد. اگر آبسی از خلف تضیق منشه گرفته باشد فوحات متعدد موجود میباشد (عجان آپاش مانند). فستول میتواند متعاقب یوریتروپلاستی بوجود آید در صورت که یک قسمت پیوند نکروز نماید.

تداوی

اگر تضییق تداوی گردد بعضی فستول ها به صورت خود بخودی التیام مینمایند و بعضی اوقات یوریتروپلاستی ضرورت میگردد.

سنگ احلیل

سنگ های احلیل اساساً در خلف ناحیه متضییق احلیل و یا در دایورتیکول متن احلیل تشکیل مینمایند. بصورت عموم سنگ های احلیل منشه کلیوی داشته که از مثانه عبور نموده و در احلیل جابجا میگردد.

تظاهرات کلینیکی

سنگ های مهاجرتی باعث ایجاد درد آنی احلیل بعد از یک حمله کولیک حالبی میگردد. بندش جریان ادرار نزد شخص موجود بوده در صورت کوچک بودن سنگ فشار پرتاب ادرار سبب خارج شدن سنگ از فوحه خارجی احلیل میگردد. سنگ های بزرگتر در احلیل متوقف گردیده توسط وسایل اندوسکوپی کشیده شود. بعضی اوقات سنگ بشکل کتله سخت در احلیل قابل جس بوده در صورت مشکوک بودن توسط یوریتروسکوپی تشخیص تائید میگردد.

سنگ های که داخل احلیل تشکیل مینمایند کمتر سبب ایجاد اعراض گردیده در جریان توسع دادن احلیل و یا یوریتروسکوپی دریافت میگردد.

تداوی

سنگ های احلیل پروستاتیک دوباره بداخل مثانه رانده شده و مانند سنگهای مثانی توسط لیتوپکسی و یا سیستوستومی فوق عانی تداوی میگردند. سنگ هائیکه در قسمت بعیده احلیل قرار دارند. توسط Basketing تحت نظر دید مستقیم و یا با استفاده از Lithrotriper در موقعیت شان پارچه میگردد. و گاهی اوقات جهت کشیدن سنگ به میاتوتومی ضرورت میباشد.

تومور های احلیل

پولیپها معمولاً در ناحیه احلیل پروستاتیک دریافت گردیده که از باعث انتان مزمن بوجود می آید. ذخهای تناسلی که بصورت کسبی از باعث انتان ساری مقاربتی بوجود می آید در احلیل قدامی به مشاهده رسیده و به جلد حشفه انتشار می نماید. از باعث انتشار انجیوما احلیل نادراً سبب نرف های احلیلی میگردد. کارسینوما احلیل نسبتاً نادر است. محراق های متعدد کانسر های حجرات انتقالی مثانه بعضاً همراه با تومور های پروستات و احلیل میباشد. اگر چه این تومور ها معمولاً سطحی بوده و توسط laser و diathermy موضعی تخریب شده میتواند. طوریکه معلوم میشود تمایل دارد تا انتشار دورتر داشته باشد.

Squamus Carcinoma میتواند در ساحه Squamus Metaplasia سبب تضیق احلیل شود. انداز مرض با وجود تداوی جراحی جذری ضعیف میباشد. خارج شدن خون از احلیل در عدم موجودیت انتان احتمال نشان دهنده تومور احلیل میباشد.

احلیل مونث

غیر نورمال بودن احلیل مونث شامل:

- پرولاپس
- تضیق
- دایورتیکول
- Caruncle
- Papiloma acuminata
- کارسینوما

میباشد.

پروپس

پروپس در اواخر عمر بوجود آمده معمولاً بدون عرض است پروپس احلیل هم چنین درابنارملتی های ولادی به مشاهده میرسد وقتی سبب ناراحتی گردد به درجات مختلف درجه بندی میشود.

تضیق

در خانم ها غیر معمول بوده لکن به تعقیب التهاب احلیل و زیادتر از اثر ترخیصات احلیل در زمان ولادت های مشکل به مشاهده میرسد. معمولاً احتباس ادرار مزمن یکی از نتایج آن میباشد. تضیقات حقیقی احلیل در خانمها به توسع دادن نتایج خوب میدهد و نباید با سپازم عضلات احلیل که از اثر اسباب نا معلوم بوجود می آید مغالطه گردد که سبب احتباس ادرار در خانم ها شده مخصوصاً زمانی که عملیه جراحی نزد شان صورت گیرد. حالت که توسط مولف Kirby و Fowler تشریح گردیده مترافق با یک انومالی افزایات میوتونیک در معصره احلیلی بوده که میتوان آن را توسط الکترومیوگرام کشف کرد. نزد مریضان بعد از توسع احلیل نیز احتباس باقی مانده ایجاب مینماید که به صورت متقطع خود مریض کنتیرایشن اجرا نماید.

دایورتیکول (یوریتروسل)

دایورتیکول در خانمها نسبت به مردها زیادتر معمول است. بعضی آنها ولادی و یک تعداد آن کسبی بوده که به اثر تمزق غدوات احلیلی متوسع ویا جروحات احلیل در اثنای ولادت بوجود می آید. ادرار در داخل دایورتیکول منتن گردیده سبب درد موضعی و تکرر التهاب مثانه میشود. زمانی که در ناحیه مهبل توسط انگشت فشار داده شود ادرار قیحی از احلیل خارج می گردد. قطع دایورتیکول از طریق جدار قدامی مهبل موثر است لکن احتیاط تام صورت گیرد تا معصره احلیلی ماوف نگردد.

Caruncle

زیادتر در خانمهای مسن معمول است. قوام نرم داشته، از نظر شکل مانند توت زمینی، کتله ساقه دار گرانولاماتوز به اندازه یک نخود در جدار خلفی نزدیک فوچه خارجی احلیل موقعیت میداشته باشد. شامل انساج منظم فوق العاده وعائی و ارتشاح حجرات قیحی میباشد.

تظاهرات کلینیکی

تکرر تبول و درد بعد از تبول موجود میباشد. بعضاً خونریزی به مشاهده میرسد. پرولپس احلیلی کمتر حساس بوده و ساقه ندارد.

تداوی

قطع و کوواگولیشن با دیاترمی از قسمت ساقه آن میباشد. برای مریضان انتی بیوتیک توصیه شده تا التهاب مزمن احلیل تداوی گردد.

Papilloma acuminata

این مرض شباهت به زخ که در قضیب بعد از امراض انتقالی جنسی به مشاهده میرسد داشته و به عین طریقه تداوی میگردد. در زنان افریقائی این مرض معمول بوده و ممکن نشوونما نموده بسیار بزرگ شده و در زمان ولادت مانع ولادت نورمال گردیده در نتیجه ضرورت به **Caesarian Section** دارد (Bowesman).

کارسینوما احلیل

دو مراتبه در خانمها نسبت به مردها بیشتر به مشاهده میرسد چه یک کرونگول میتواند طور مشکوک باخباثت اشتباه گردد لکن کرونگول و تومور به هم نزدیک قرار دارد. پندیده گی خبیث نسبت به شکل سلیم سخت تر میباشد. تداوی با رادیوتیراپی و یا جراحی جذری بعضاً غیر موثر بوده به هر حال انذار خراب دارد.

قضیب

Phimosis (فیموزیسی)

بعضی اوقات ولادی بوده به آسانی تشخیص می‌گردد التصاقات فزیولوژیک بین غلفه و حشفه تا سن شش سالگی و یا بعد تر از آن ادامه داشته و تشخیص غلط گذاشته میشود ممکن غلفه از بالای حشفه کش شده نتواند. با قات کردن غلفه به خلف طبقه داخلی آن معلوم و فوحه خارجی احلیل به مشاهده میرسد. این حالت را نباید به فیموزس حقیقی در نزد اطفال خورد اشتباه کرد در اخیرالذکر ندبه موجود بوده و بدون فیسیور به خلف کش نمیشود. درین حالت سوراخ غلفه فوق العاده تنگ بوده که سبب بندش ادرار می‌گردد. مشکلات تبول و فشار ادرار به عقب سبب بقایای ادرار گردیده بالای حالبها و کلیه فشار وارد میکند که در اتریزی میاتوس زیادتر معمول است. در اواخر زنده گی فیموزس از اثر التهاب حشفه Balanitis Xerotica obliterans بوجود می‌آید که در این صورت غلفه فوق العاده ضخیم گردیده و کش نمی‌گردد. پاک نگهداشتن قضیب و درست مراعات نمودن حفظ الصحه مشکل گردیده و زمینه برای کارسینوما مساعد میگردد.

تداوی آن ختنه میباشد.

ختنه (چوکات ۷۸.۸)

به صورت آشکارا ختنه در بین مردم یهود رایج نبوده اینها عملاً از Babylonians و یا احتمالاً از قبیله های افریقائی ناوقتتر آموخته اند. در افریقائی جنوبی اضافه تر از ۵۰۰۰ سال ختنه رایج بوده.

چوکات ۷۸.۸

ختنه

- زیادتر به خاطر رسوم و عنعنات اجرا میگردد.
- زمانیکه التصاقات ولادی بین حشفه و غلفه دوامدار باشد کشش نورمال بوده استطباب برای ختنه موجود نیست.
- ختنه زمان استطباب دارد که فیموزس حقیقی همراه با التهاب غلفه و حشفه و بندش جریان ادرار موجود باشد.

استطیبات

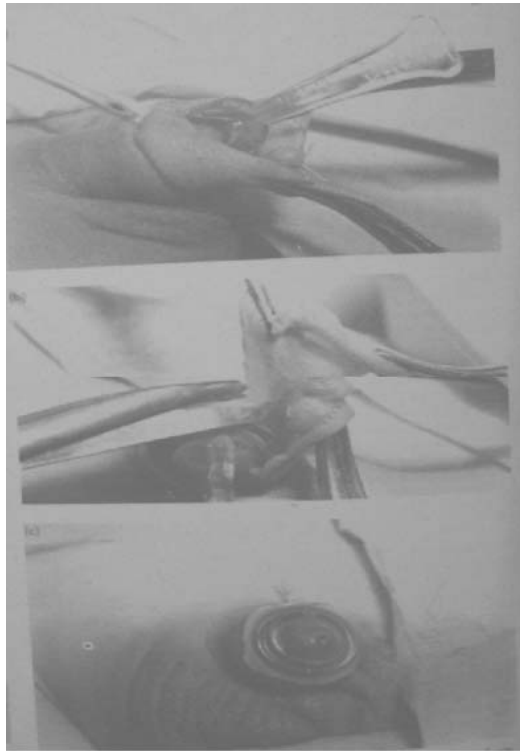
در کودکان و اطفال جوان ختنه معمولاً به خاطر دلایل مذهبی و اجتماعی به اثر تقاضای والدین شان صورت میگیرد. گاهی فیموزس حقیقی با التهاب متکرر حشفه همراه میباشد. نظر به معلومات فوق در سال های اول زندگی غلفه طویل و با حشفه چسپیده میباشد. با رهنمائی غلط توسط والدین کوشش میشود تا با فشار حشفه را بیرون نماید. نکس التهاب غلفه و حشفه و فیموزس بخاطر مقاربت جنسی ختنه استطیاب دارد.

در کاهلان به خاطر کش نشدن به خلف حشفه بخاطر جدا ساختن و محکم بودن فرینولوم، التهاب حشفه قبل از رادیوتیراپی برای کارسینومای قضیب ختنه استطیاب دارد.

تکنیک در نزد اطفال

بسیاری ها پیشنهاد مینمایند که کلمپ و یا فورسپس عظمی به طول غلفه از قسمت دیستل به طرف حشفه تطبیق شده و بصورت کورکورانه جدا ساختن غلفه نباید اجرا گردد. در نزد اطفال خورد ممکن قطع قضیب بصورت قسمی و یا تام درین تخنیک صورت گیرد. بهتر است که تحت نظر دید واضح مانند کاهلان ختنه اجرا گردد.

Hollister) Plastibel (طوریکه در شکل ۷۸.۱۷ نشان داده شده حلقه بین پنج الی هشت روز بعد از عملیات جدا ساخته میشود.



شکل ۷۸.۱۷ وسیله پلاستییل (هول استر برای ختنه اطفال) الف) جلد قسمت قدامی آزاد و به عقیب کش میگردد) ب) بعداً پلاستییل به طرف حشفه لغزانده میشود و جلد لایگیت شده و قسمت اضافی قطع میگردد) ج) عملیه تکمیل شده را نشان میدهد).

تخنیک در کاهلان و سن بلوغ

در بالغان و کاهلان میتود ذیل ترجیح داده میشود. غلفه توسط پنس هموستات گرفته شده و به ملایمت کش میشود. و یک شق دایروی در سوبه تاج حشفه اجرا میگردد بعداً غلفه از خط متوسط ظهری شق تا به یک سانتی متر تاج غلفه ادامه می یابد. این شق جلد غلفه را به دو قسمت تقسیم مینماید که در خط متوسط قدامی به هم ارتباط دارد. وقتیکه قسمت سطحی زیرین غلفه از حشفه جدا ساخته شد طبقه داخلی هر فلپ غلفه نیز شق دایروی دومی اجرا میگردد در حدود نیم سانتی متر طبقه داخلی دورتر از تاج غلفه در قسمت دیستل قطع می گردد. قسمت نسج منضم باقی مانده نیز قطع شده و عملیه تکمیل میگردد (شکل ۷۸.۱۸).

از دیاترمی مونوپولار در این عملیه اجتناب گردد زیرا در اطفال کوچک خطرات کوواگولیشن مسیر اوعیه در قسمت جذر قضیب میباشد. هموستاز در ختنه مهم است به هر صورت اوعیه توسط دیاترمی بای پولار

هموستاز و یا توسط کت گوت بسته شود. جای قطع شده جلد توسط کت گوت سوچر و تمام طبقات آن به هم نزدیک و یا سوچر ماتریس با فرینولوم یکجا دوخته میشود(شکل ۷۸.۱۹ و چوکات ۷۸.۹).

چوکات ۷۸.۹

آگاهی

▪ هیچگاه مونوپولار دیاترمی در ختنه استفاده نگردد.

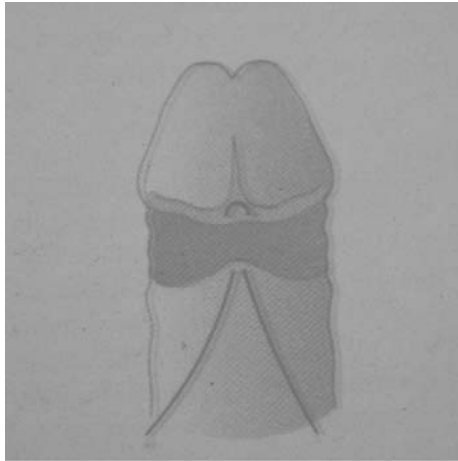
سنگ های غلفه

در اواخر زنده گی از اثر التهاب غلفه به قسم مزمن التصاقات بین غلفه و حشفه بوجود آمده و فوحه خربطه غلفه بسته میگردد. سنگ غلفه در نتیجه سخت شدن سمیگما، نمک های بولی و یا هردوی آن بوجود می آید.

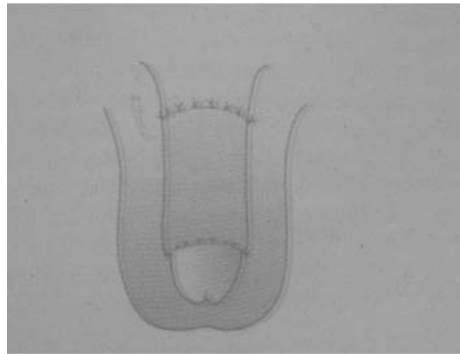
جروحات

کنده شدن جلد قضیب

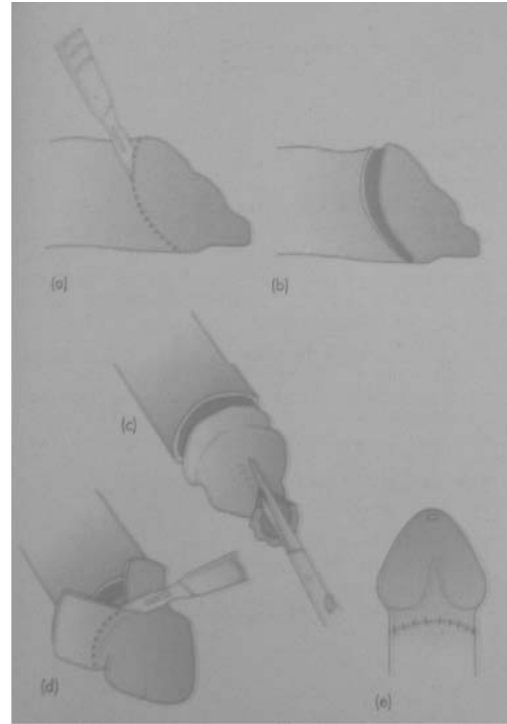
گره خوردن لباس به اثر دور خوردن ماشین آلات اسباب معمول را تشکیل میدهد. ترمیم موثر توسط فروبردن قضیب به سفن و آزاد ساختن آن در زمان ترمیم جراحی پلاستیک میباشد (شکل ۷۸.۲۰). غلفه نیز در زمان بسته شدن زنجیرک(جیر) پتلون و یا دور خوردن شلوار در معرض خطر قرار داشته و سبب جرحه شده میتواند .



شکل ۷۸.۱۹ خیاطه فرینولومی شکل U مانند (Four in one)



شکل ۷۸.۲۰ پوشاندن قضیب به اثر دفن نمودن آن در تونل سفنی



شکل ۷۸.۱۸ مراحل ختنه (a-e)

کسر قضیب

کسر قضیب از جمله واقعات غیر معمول بوده و معمولاً در زمانیکه قضیب به حالت انتعاز به طرف سفلی قاط گردد که زیادتر در اثنای مقاربت های جنسی فوق العاده هیجانی به وقوع میرسد و ارتشاح خون سبب بزرگ شدن و ازیما قضیب می گردد. در مراحل ابتدائی شق و دریناژ هماتوم و دوختن ساحه پاره شده جسم کهنهی نتیجه خوب بدست می آید.

مختنق شدن قضييب

مختنق شدن قضييب از اثر حلقه که بالای آن جابجا میگردد و معمولاً برای مقاصد جنسی که سبب رکودت وریدی گردیده و از خارج شدن آن جلوگیری مینماید بوجود می آید. اسپریشن جسم کهفی کمک می کند اما اکثراً قضييب توسط حلقه قطع میگردد.

پارافیموزس

زمانیکه غلفه سخت و به خلف حشفه کش میگردد بعضی اوقات مشکل است که دوباره حلقه به جای اصلی اش برگردد در نتیجه پارافیموزس بوجود می آید. درین حالت برگشت وریدی و لمفاوی از حشفه و قسمت دیستل غلفه به بندش معروض گردیده پندیده گی بوجود می آید و سبب میشود که با فشار حلقه بندشی غلفه فشار زیادتر گردد. مانور دستی ملایم و زرق محلول هیالورونیداز با نورمال سلین ممکن سبب تنقیص پندیده گی گردد. در صورتیکه مانور دستی کمک نه نماید تداوی این مریضان ختنه میباشد در واقعه عاجل تحت انستزی موضعی یک شق در قسمت ظهري غلفه کافی میباشد.

التهابات

Balanoposthitis (التهاب غلفه و حشفه)

التهاب غلفه بنام Posthitis و التهاب حشفه بنام Balanitis یاد شده به نسبت روبرو قرار گرفتن هر دو ساختمان در التهاب هر دو شامل میباشد که بنابرین بنام balanoposthitis یاد می گردد. درین حالات جلد مانند lichen planus و Psoriasis بالای قضييب اثر کرده در آنجا جابجا میگردد عکس العمل فرط حساسیت دوائی ممکن جلد قضييب را متاثر سازد. در واقعات خفیف یگانه عرض عبارت از خارش و بعضی افرازات میباشد. التهاب بسیار شدید حشفه و غلفه قیح داشته احمراری و خشک میباشد. التهاب حشفه و غلفه با کانسر قضييب، دیابت و فیموزس همراه میباشد انتانات مونیلیا زیادتر در تحت غلفه به مشاهده میرسد. تداوی آن انتی بیوتیک وسیع الساحه و اهمتامات حفظ الصحوی ناحیه میباشد.

دیگر ابنار ملتی ها

Chordee

Chordee (French=cord) خمیده گی ثابت قضیب به اثر هایپوسپادیاز و یا بسیار نادراً از باعث التهاب مزمن احلیل بوجود می آید. انتعاز غیر طبیعی بوده و مقاربت جنسی شاید غیر ممکن باشد. تداوی آن همیشه جراحی است.

مرض Peyronies (چوکات ۷۸.۱۰)

یک مرض نسبتاً غیر معمول بوده که سبب تغییر شکل در قضیب انتعازی میگردد. با معاینه پلک سخت فبروز که معمولاً قابل جس بوده در وریده یک یا هر دو جسم کهنی میباشد. این پلک ها ممکن کلسیفی باشد (شکل ۷۸.۲۱).



شکل ۷۸.۲۱ کلسیفیکشن قضیب در مرض پیرونی

موجودیت پلک در ساحه الستکی جسم کهنی سبب میگردد که قضیب در وقت انتعاز انحنای نموده و زیادتر به صورت دراماتیک به طرف پلک این خمیده گی رخ میدهد. عامل مرض معلوم نیست ممکن به تعقیب تراومای همراه با کانترکچر *dupuytren's* باشد. تداوی آن مشکل است. در یک تعداد واقعات به پیشرفت خود ادامه میدهد یک تعداد دیگر آن بعد از ۳-۵ سال معدوم میگردد یک تعداد مختلف ادویه جات پیشنهاد گردیده مشکل است قضاوت گردد که حالات مزمن بهبودی می یابد. وقتی تغییر شکل قضیب سبب پریشانی گردد ممکن به اثر مواد دوخت غیر قابل رشف در طرف مقابل پلک در جسم کهنی قضیب راست گردد این عملیه الستیسیتی ناحیه را که توسط پلک به وجود آمده به توازن نگاه میدارد (عملیه Nesbitt's).

چوکات ۷۸.۱+

مرض پیرونی

- تداوی طبی اغلباً غیر موثر است.
- مرض بصورت وصفی منحصر به خود است.
- زمانیکه مشکلات جنسی را بار آورد تداوی جراحی صورت میگیرد.

پریاپیزم دوامدار (چوکات ۷۸.۱۱)

قضیب به حالت انتعاز باقی مانده و دردناک میگردد. یک انتعاز پتالوژیک است که جسم اسفنجی و حشفه در آن شامل نمیشد. این حالت معمولاً از اثر اختلالات تشوشات خون مانند مرض Sickle cell و یا لوکیمیا بوجود می آید. به هر حال بعضی اوقات به تعقیب تداوی زرق پاپاورین و یا حتی زور آزمائی غیر نورمال درغیر آن در فعالیت جنسی نورمال امکان دارد بوجود آید. به تناسب کم از اثر امراض خبیث در جسم کهفی و یا حوصلی به مشاهده میرسد. نادراً پریاپیزم نتیجه آفات Spinal cord میباشد.

چوکات ۷۸.۱۱

پریاپیزم دوامدار

- پریاپیزم دوامدار همراه با تشوشات انتعازی ایجاب عملیه جراحی دیکامپریشن و یا بوجود آوردن شنت را مینماید.

تداوی

اسباب ذکر شده باید رفع گردد مریض باید نزد متخصص یورولوژی برای کمک فرستاده شود. اگر اسپریشن خون آمیخته شده جسم کهفی موفقانه نباشد و قضیب خورد نگردد، زرق میتارامینول و یا ادرینالین ۱/۱۰۰۰۰۰۰ محلول ادرینالین غیر موثر باشد ضرورت میگردد که قضیب از تحت فشار به اثر مفاغمه بین جسم اسفنجی و یک جسم کهفی از تحت فشار رها گردد. در آینده وظیفه انتعاز نورمال و ضعیف میباشد.

کارسینوما (چوکات ۷۸.۱۲)

اسباب

ختنه زودتر بعد از تولد سبب تکمیل شدن تقریبی ماوفیت مقابل کارسینوما می‌گردد. ختنه ناوقت‌تر تاثیرات فوق را ندارد. مسلمانان بین سنین ۴-۹ سالگی ختنه مینمایند و در معرض خطر کارسینوما قرار دارند. التهاب مزمن غلفه و حشفه به قسم فکتور کمک کننده عمل میکند حالات ذیل بقسم مرحله مقدم کارسینوما میباشد.

- لوکوپلاکی حشفه مشابه به لوکوپلاکی زبان میباشد.
- زخ تناسلی دوامدار ممکن به قسم نادر محل تغییرات خباثت باشد.
- مرض Paget's قضیب.

چوکات ۷۸.۱۲

کارسینوما قضیب

- نسبتاً غیر معمول است.
- بزرگ شدن عقدهات لمفاوی سطحی مغبنی ممکن از سبب انتشار کانسر و یا اتان باشد.
- تداوی آن ممکن با جراحی و رادیوتیراپی صورت گیرد.

مرض Paget's قضیب (ایریتروپلازیا Querat)

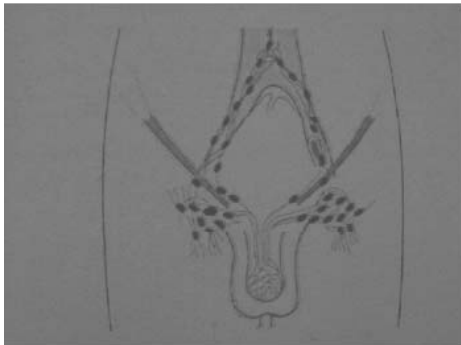
مرض Paget's قضیب یک خامی دوامدار حشفه به تعقیب التهاب دوامدار حشفه توسط کانسر اجسام قضیب تعقیب می‌گردد (James Paget's). در صورتیکه آفت از بین نرود تداوی آن ختنه و قطع نمودن میباشد.

پتالوزی

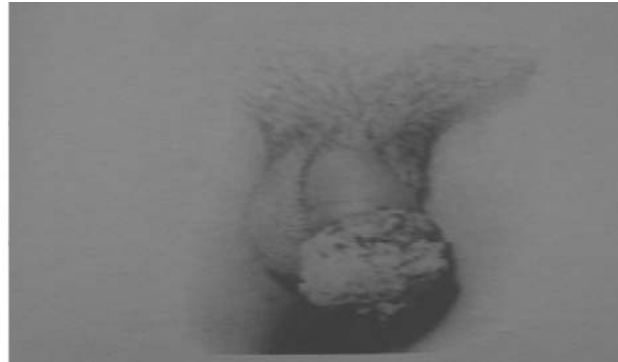
کارسینومای قضييب ممکن هموار و ارتشاحی و یا پاپیلری باشد (شکل ۷۸.۲۲). به قسم لوکوپلیکیا شروع نموده در اخیر به شکل پاپیلوم میباشد. نشوونمای موضعی برای سالها و ماه ها ادامه می یابد. مقدم ترین انتشار لمفاوی آن به عقدات لمفاوی مغبنی و بعداً به عقدات لمفاوی حرقفی میباشد. زمانیکه نشوونما به مانعه قسمی پوش صفاق جسم کھفی سریعاً انتشار کرده و عقدات لمفاوی حرقفی معمولاً اشغال میگردد (شکل ۷۸-۲۳). میتاستاز بعیده کمتر بوجود می آید.

تظاهرات کلینیکی

چهل فیصد مریضان پایانتر از ۴۰ سال عمر دارند. اعراض مقدم آن ناراحتی خفیف افرازات رقیق که اغلباً از نظر دور می ماند و مرض به آهستگی پیش میرود. با گذشت زمان نشو و نما نموده که اغلباً بزرگ میگردد، انتان ثانوی که سبب افرازات قیحی خراب خوندار می گردد مریضان مراجعه مینمایند. درد اندک و یا هیچ موجود نمی باشد ۶۰٪ مریضان با ضخامه عقدات لمفاوی مغبنی مراجعه مینمایند لکن نصف مریضان سیسیسیس دارند. عقدات لمفاوی مغبنی بزرگ عکس العملی به مشاهده میرسد. بسیاری اوقات غلفه غیر قابل کشیش گردیده که باید دورساخته شود. بیوپسی اخذ تا تشخیص برویت آن وضع گردد. بدون تداوی تمام حشفه توسط کتله به قسم فنگس تهاجمی اشغال می گردد. بعداً عقدات لمفاوی شاریده گی جلد مغبنی را بوجود آورده مرگ مریضان از اثر اشغال شریان فخذی و یا حرقفی ظاهر با خونریزی فراوان فرا میرسد.



شکل ۷۸.۲۳ دریناژ لمفاوی قضييب. لمف سطحی به مغبنی، لمف عمیق به عقدات لمفاوی حرقف



شکل ۷۸.۲۲ کارسینومای قضييب

تداوی

در صورت تومور خورد باشد رادیوتیراپی موثر بوده (در ۶۰-۷۰٪ توقع زندگی پنج سال است) بعد از ختنه تداوی اجرا شود که ممکن سیم تتالیوم رادیواکتفی غرس گردد امواج رادیواکتفی از خارج به قضیب تطبیق میگردد.

زمانیکه ارتشاح صورت گرفته و تداوی شعاعی ناکام باشد جراحی برای تومورهای اناپلاستیک استفاده میگردد. در صورت که تومور در قسمت دیستال و حدود آن واضح باشد قطع قسمی اجرا میشود. درحالات پیشرفته که ارتشاح و یا آفت اناپلاستیک موجود باشد قطع تام قضیب صورت میگردد. تداوی آفات مترافقه مانند بزرگ شدن عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی بعد از تداوی آفت اولی حد اقل سه هفته به تاخیر انداخته میشود. بزرگ شدن از سبب اتان ممکن معمولاً نشاندهنده علایم خاموش شونده بعد از تداوی با انتی بیوتیک باشد.

Block dissection زمانی استطباب گذاشته میشود که با بیوپسی توسط سوزن از ناحیه تومور به پیشرفت خود ادامه دهد که توقع حیاتی از ۵ سال ۳۵٪ تنقیص می یابد در صورتیکه جراحی عقدات غیر ممکن باشد بصورت عموم رادیوتیراپی تنقیص موقتی بهبودی را نشان دهد.

Buschke lowen stein tumour

یک تومور غیر معمول بوده و منظره هستولوژیکی کارسینومای زخ دار را دارا می باشد. بصورت موضعی مخرب و تهاجمی بوده اما به عقدات انتشار نکرده و میتاستاز نمیدهد تداوی آن جراحی و قطع نمودن آنست.

کارسینومای ثانوی قضیب

کارسینومای ثانوی قضیب نادر بوده و از اثر انتشار کانسر های ابتدائی پروستات، مثانه و رکتوم بوجود می آید.

انتقال جنسی انتانات تناسلی

genital herpes

این مرض از سبب *herpes virus hominis* (HPV Type 2 ندرتاً Type 1) از طریق جنسی بوجود می آید. حملات مکرر +۵٪ و یا زیادتر به وقوع میرسد. درد به امتداد عصب حسی انتشار یافته معمولاً عصب Genitofemoral که با اندفاعات در جریان دو روز خصوصاً درحالات شدید در اطراف مقعد تعقیب میگردد. یک تعداد وزیکول های شفاف که سریعاً شاربیده گی در آن دیده شده قرحات سطحی زرد رنگ یا سرخ رنگ بوجود می آید. در خانمها این قرحات اغلباً در زمان حمله در ران ها انتشار میکند. مابوف شدن احلیل سبب احتباس ادرار شده که ممکن تا ۱۴ روز دوام کند (در صورتیکه رادیوکولیت S۳ و S4 باشد). Acyclovir در تداوی این مرض موثریت داشته لکن از نکس مرض جلوگیری نمی تواند. طفل که از مادر دارای انتان فعال بدنیا می آید از سبب انتان عمومی هرپس در زمان نوزادی زیادتر مساعد به مرگ میباشد. Caesarean Section درین حالات مدنظر گرفته شود درینصورت خطرات رو به افزایش کارسینوما عنق رحم موجود است که باید در طول حیات خانم سالانه معاینات سائیتولوژی اجرا گردد.

Lymphogranuloma Venereum

از جمله امراض انتقالی جنسی حاروی بوده و عامل آن *Chlamydia (Chlamydia A)* trachomatis انواع L1-L3 میباشد.

آفت ابتدائی بدون درد، زودگذر، معه پاپول و یا قرحه ناحیه تناسلی بوده که اغلباً توسط مریضان ذکر نمیگردد. عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی دردناک بزرگ در هر دو جنس در بین دوهفته الی چهار ماه متن شده بوجود می آید. کتله عقدات یکجا بالاتر و پایانتر از وتر مغبنی به مشاهده رسیده که علامه جدول را وانمود میسازد.

قسمت سطحی جلد احمراری و ممکن تموج موجود باشد. در خانم ها ممکن سبب پروکتیت شده و اگر تداوی نگردد تضیق رکتیم بوجود می آید. بندش لمفاوی سبب ازیمای لمفاوی در ناحیه عجان شده که بعضاً در طرف سفلی به مشاهده میرسد. التهاب احلیل و تضیقات احلیل در مردها به وجود می آید. زمانیکه

کلامیدیا A از ساحه ماوفه تجرید گردد و در معاینات معافیتی انتی بادی ضد عامل مرض دریافت گردد تشخیص قطعی گذاشته میشود تداوی مرکب انتی بوتیک ها شامل سلفونامید، اوکسی تتراسکلین و اریترومایسین میباشد. عقدهات لمفاوی بزرگ التهابی چندین جوفی شق نگردد. اسپریشن برای تسکین درد قابل اجرا میباشد.

Granuloma inguinal

یک مریضی مزمن تقرحی حاروی بوده که به آهستگی پیشرفت مینماید ناحیه جنسی و انساج اطراف را متاثر ساخته بعضاً در هر نقطه عضویت بوجود آمده میتواند. مرض معمولاً از طریق جنسی سرایت نموده زیادتیر بین مردمان که از نظر اقتصادی محروم باشد به ملاحظه میرسد. دوره تفریح بسیار متغییر بوده لکن اکثراً بین ۷-۳۰ روز میباشد.

سیر کلینیکی

یک وزیکول بدون درد و یا پاپول ارتشاحی زیادتیر در اعضای تناسلی خارجی و بعضاً می تواند در هر قسمت جلد به مشاهده برسد به تدریج شاریده گی بوجود آمده قرحه وسیع همراه با احمرار شدید دارای قاعده گرانولوماتوز میباشد. آفت مزمن زیادتیر نضواری رنگ خصوصاً در قسمت کنارها و ممکن بعد از گذشت ماه ها، سالها به خباثت تحول کند. اگر به ساحه تقرحی تماس صورت گیرد ممکن خوندهنده بوده و بدون درد باشد بدون تداوی شفایابی قسمی بوده و معمولاً کیلوئید بوجود می آید. تشخیص آن توسط معاینه میکروسکوپییک به اساس مواد که از حاشیه قرحه اخذ میگردد گذاشته میشود که نشاندهنده میله کوتاه گرام منفی که در داخل سایتوپلازم حجرات بزرگ یک هسته ئی میباشد. تداوی آن اوکسی تتراسکلین، سترپتومایسین و کوتری موکساسول میباشد.

Condyloma acuminata (زخ های تناسلی)

عامل این مرض انتان پاپیلومای وایرس انسانی بوده و از طریق جنسی سرایت میکند. زخ معمولی جلدی میتواند در ناحیه تناسلی به اثر تماس مستقیم با انگشت ماوف گردد. لکن این ها رطوبت کمتر داشته نرم

و کمتر سویقدار در ناحیه تناسلی بوده و متغیر می باشد. آفت زیادتر در تحت غلفه معمول بوده در میزابه تاجی به مشاهده رسیده اما می تواند در هر ساحه و حتی در نزدیک فوحه خارجی احلیل بوجود آید(شکل ۷۸.۲۴). در خانمها زخ تناسلی زیادتر معمول است که در ساحه Vulva و میتواند در مهبل و عنق رحم نیز انتشار نماید. زخ های عجانی معمول است.



شکل ۷۸.۲۴ ذخ های قضیب

امراض مترافقه که از طریق جنسی سرایت میکند باید در خانمها از کاندیدیاز، انتانات تریکوموناز در مردها سفلیس و گونوریا تشخیص تفریقی گردد. زخ های تناسلی ممکن اختلاط انتانات H.I.V باشد. تداوی آن کیمیاوی و یا فزیکمی میباشد Podophylin ۲۵٪ در الکول اغلباً به صورت موضعی موثر است. در زمان تطبیق احتیاط صورت گیرد تا انساج محیط آن متضرر نگردیده و بعد از هر شش ساعت شسته شود. اگر میتود کیمیاوی موفقانه نبود زخ را میتوان توسط کرایوسرجری، Electrosurgery و یا Laser قطع نمود. ختنه بعضی اوقات زمانی مشوره داده میشود که آفت برجسته در تحت جلد غلفه موجود باشد.

فصل ۷۹

خصیه و سفن

اهداف مطالعه

- دانستن انواع عمده نزول نامکمل خصیه و استتبابات عمده برای مداخله جراحی.
- فهمیدن این که چرا تدور خصیه یک واقعه عاجل یورولوژی میباشد.
- فهمیدن قواعد و اساسات اهمات جراحی واریکوسل، هایدروسل و کتلات سیستیک خصیه و بربخ.
- دانستن تصنیف بندی تومورهای خصیه و اهمات آن .
- دانستن و انتخاب طریقه تداوی مردان عقیم.

تعریف

نزول ناتام خصیه

خصیه در یکی از قسمت های مسیر نزول خود قبل از اینکه به سفن برسد توقف میکند.

خصیه مخفی

خصیه در خارج مسیر نزول خود موقعیت میگیرد.

انکشاف خصیه

خصیه از التوای تناسلی نزدیک به میزونفروز (جسم Wolffian) انکشاف میکند در اوایل حیات داخل

رحمی در خلف پریتون پایانتر از کلیه های در حال انکشاف موقعیت میگیرد.

خصیه ابتدائی به جدار خلفی بطن توسط میزورشیزم وصل میباشد و ساقه عصبی و عائی از سگمنت سفلی

ترین صدری منشه میگیرد. میزونفروز تقریباً در هفته ده هم حیات داخل رحمی شروع به غایب شدن می

کند. لکن یک تعداد توبول ها آن همراه با ret testes یکجا شده Vasa efferentia را میسازد. قنات

Wolffian سبب بوجود آمدن بربخ و قنات ناقله میگردد. در عین زمان عملیه انکشافی مقدماتی gubernaculum بقسم التوای پریتون که آن را میتوان علامه اتصال بین قنات بربخ و Phallus (عضویکه بعد از آن قضیب و بذر منشه میگیرد). Processus Vaginalis بقسم یک فرورفتگی پریتون در جریان هفته ده هم و جلوتر از خصیه و مهاجرت آن از طریق جدار بطن به سفن پایان میگردد. انکشاف تام گوبرناکولوم حاوی رشته های عضلی است که تا هنوز در باره حقیقت آن که به قسم پایان آورنده خصیه عمل میکند واضح نیست. HCG مادری نشو و نموی خصیه را تنبه کرده و ممکن سبب تنبه مهاجرت آن نیز گردد. انکشاف نا مکمل خصیه ها سبب نزول ناکافی آن میگردد.

اناتومی مقایسوی

اکثراً بیجا موقعیت گرفتن خصیه (جابجا شدن ناقص) که در انسان انومالی میباشد در سایر حیوانات موقعیت بیجای خصیه نورمال میباشد مثلاً در فیل ها و نهنگ ها خصیه ها تمام حیات شان در داخل بطن می باشد. یک تعداد جانوران که به خواب زمستانی می روند مانند خارپشت، کورموش زیر زمینی و خفاش کانال مغبنی شان باز میباشد و خصیه ها در زمان نسل گیری (تخمه گذاری) به سفن پایان شده و آماده میباشد.

نزول ناتام خصیه

وقوعات

مولف Scorer جمعیت ۲۰۰۰ نفری اطفال نو تولد را تحت مطالعه قرار داده در اطفال که با میعاد نورمال تولد گردیده در ۴٪ و در اطفال قبل الميعاد ۳۰٪ بمشاهده رسیده. در ۵۰٪ نزول نامکمل خصیه در ماه های اول حیات داخل رحمی به سفن پایان میگردد لکن بعد از آن نزول مکمل غیر معمول است. در اطفال بزرگتر و سن بلوغ در حدود ۲٪ به مشاهده میرسد. اعضای تناسلی تمام اطفال مذکر در زمان ولادت باید معاینه گردد بعضی اوقات اطفال الی سن مکتب از نظر دور میمانند. در واقعات کم موجودیت فتق، درد خصیه و یا تدور خصیه توجه را به انومالی جلب مینماید. یک معاینه دیگر در ۱۰۰۰۰۰ سرباز یا کارمند جنگ

دوم جهانی اجرا گردیده وقوعات نزول ناتام خصیه در حدود ۰.۲۸٪ نشان داده در ۱۰٪ یکطرفه بوده و تاریخچه فامیلی داشته باشند.

پتالوژی

نزول ناتام خصیه ها اغلباً تا سن ۶ سالگی نورمال بوده لکن در سن بلوغ خصیه نرم با مقایسه خصیه طرف مقابل کمتر انکشاف یافته میباشد. از نظر هستولوژی عناصر اپیتیلیل زیادتر ناپخته میباشد و در سن ۱۶ سالگی تغییرات ساختمانی غیر قابل برگشت به وقوع میرسد که عملیه سپرماتوجنیز توقف و تولید اندروجن محدود و نصف نورمال میگردد. در خصیه که نزول ناتام داشته باشد و پایان آوردن در سفن قبل از بلوغ اغلباً انکشاف و وظایف آن قناعت بخش میباشد.

چوکات ۷۹.۱

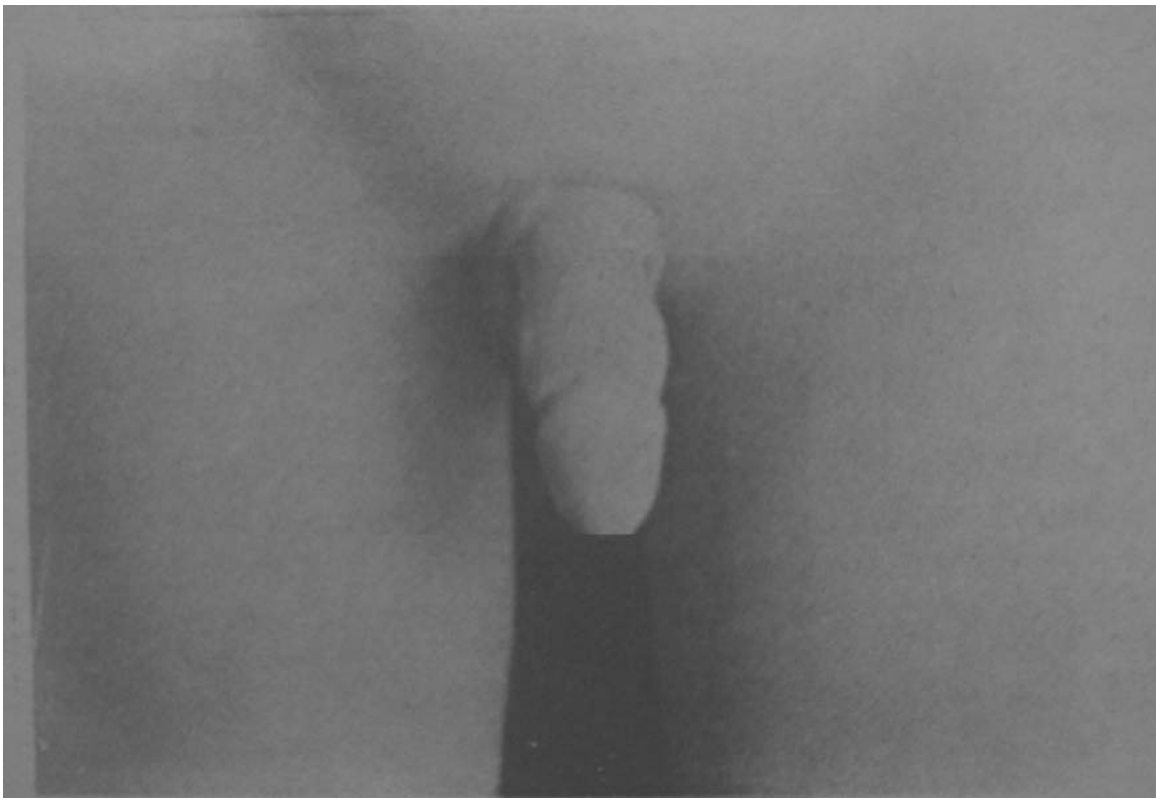
عدم نزول خصیه

- خصیه در سفن موجود نیست و بعد از ماه اول حیات خارج رحمی پایان می آید.
- در یک خصیه نزول ناتام در اطفال که به بلوغ میرسد تمایل به اتروفی دارد.

نظواهرات کلینیکی

در حالات یکطرفه ۵۰٪ در راست و ۳۰٪ واقعات در چپ میباشد و دوطرفه ۲۰٪ میباشد. اوصاف جنسی ثانوی نورمال بوده لکن دیگر انومالی های سیستم بولی و تناسلی ممکن به ملاحظه برسد.

- خصیه ها ممکن داخل بطن باشد و یا در خارج پریتون قرار داشته معمولاً کمی بالاتر از فوچه داخلی قنات مغبنی موقعیت می گیرد.
- در قنات مغبنی که ممکن قابل جس باشد و یا نباشد (زمانیکه هر دو خصیه قابل جس نباشد درینصورت بنام Cryptorchidism (خصیه های مخفی) یاد میگردد (شکل ۷۹.۱).
- در قسمت قنات مغبنی سطحی که در این صورت باید از خصیه های ریتکتایل که زیاد معمول است فرق گردد که در عین جا به مشاهده میرسد.



شکل ۷۹.۱ کریپت اورشید در نزد یک پسر دوازده ساله سفن متقلص و بدون انکشاف. در حالات خصیه ریتراکتایل سفن نسبتاً انکشاف نموده میباشد.

در اثنای طفولیت خصیه ها متحرک و رفلکس کریماستیر بسیار فعال است. در بعضی از بچه ها به اثر تنبه جلد سفن و یا ران خصیه ها در قنات سطحی مغبنی ویا کانال مغبنی ناپدید میگردد. و به ساده گی گفته میشود که خصیه ها در جای نورمال در داخل سفن به مشاهده نمیرسد. در خصیه های ریتراکتایل سفن انکشاف یافته بوده در حالیکه در خصیه های نزول ناتام سفن انکشاف یافته نیست.

بعد از یک مدت زمان که عضله کریماستیر رخاوت می کند خصیه ها به شکل پندیده معلوم گردیده و زمانیکه با سفن تماس گردد دوباره معدوم میگردد.

خصیه های ریتراکتایل از قنات مغبنی تا قاعده سفن به شکل دوشیدن آورده میشود و خصیه های عدم نزول تام را میتوان بدین طریق معلوم نمود، در کودکی ۸۰٪ واقعات که خصیه آشکار نباشد شکل ریتراکتایل است. اینها نورمال بوده و کدام تداوی را ایجاب نمیکند (چوکات ۷۹.۲).

خطرات نزول ناتام خصیه

- عقامت در صورتیکه دو طرفه باشد.
- درد از سبب ترخیصات.

چوکات ۷۹.۲

خصیه ریتراکتایل

▪ خصیه های ریتراکتایل نسبت به نزول ناتام زیادتر به مشاهده میرسد و کدام تداوی را ایجاب نمیکند.

▪ اغلباً با فتق مغربی غیر مستقیم همراه میباشد و در اشخاص مسن مکرراً فتق سبب اعراض میگردد.

▪ تدور

▪ اپیدیدیمواورشیت در خصیه های با نزول ناکافی بسیار به ندرت به ملاحظه میرسد لکن در آنهائیکه در طرف راست این حادثه باشد علایم و اعراض اپندیسیت را تقلید میکند.

▪ اتروفی خصیه در قنات مغربی قبل از بلوغ به ملاحظه رسیده و ممکن از سبب ترخیصات متکرر کوچک بوجود آید.

▪ معروض شدن به خباثت تمام انواع تومورهای خبیث درین انومالی زیادتر بوده و حتی اگر به طریقه جراحی اصلاح گردد ۳۵ مراتبه چانس تومورها نسبت به خصیه که در موقعیت اصلی اش قرار داشته باشد زیادتر است.

با اورشیدوپیکسی خصیه زمینه تومور ها کمتر نمیگردد به هر حال اصلاح و تشخیص به وقت را ایجاب میکند.

▪ منجر شدن به امراض خبیث ضرورت به اورشیدوپیکسی ندارد لکن تشخیص به وقت آسانتر است.

تداوی جراحی

در صورتیکه طفل بسیار خورد باشد توسط متخصص و شخص با مهارت جراح اطفال باید عملیات گردد. و معمولاً اورشیدوپیکسی را قبل از دوسالگی انجام نمی دهند باید سرویس انیستیزی مصئون قابل دسترس باشد. به هر حال خصیه ها باید قبل از اینکه طفل به مکتب برود پایان آورده شود بهتر است تا اینکه طفل خود را خشک نگهدارد و جرحه را بدرستی مراقبت بتوانیم و طفل نیکر بپوشد در صورتیکه Cryptorchidism موجود باشد باید در یک وقت یکطرف عملیات گردد.

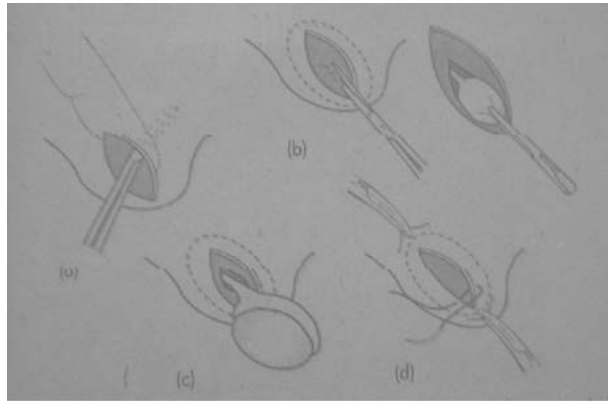
اورشیدوپیکسی (چوکات ۷۹.۳)

Orchidopexy (Orchiopexy) شامل ابتدا آزاد ساختن (متحرک ساختن) خصیه و کورد و ثانیاً جابجا نمودن آن در سفن میباشد عملیه به اثر یک شق کوچک در ناحیه مغبنی بالای قنات مغبنی عمیق اجرا می شود. قنات مغبنی بعد از دور ساختن (شق نمودن) صفاق عضله منحرفه خارجی که به امتداد رشته های آن اجرا می گردد معلوم میشود.

متحرک ساختن از جدا نمودن کیسه فتقیه غیر مستقیم مغبنی شروع گردیده که بسیاری اوقات به طور ثابت در قدام کورد موقعیت دارد. کیسه شفاف (نازک) و شکنند بوده وبه آهستگی میتوانیم به طرف جنبی (وحشی) و آزاد نمودن رشته های صفاق را تا قسمت عنق کیسه تسلیخ و دور نمایم. رشته های صفاق را دور ساخته که به اوعیه سپرماتیک چسپیده گی دارد و از پریتوان جدا ساخته شود و به اندازه مناسب آزاد و طویل گردد تا بتوانیم خصیه را در سفن بدون کدام کشش تثبیت نماییم.

با دور ساختن عضله کریماستیر که تا حدودی کورد را می پوشاند کورد زیادتر طویل می گردد لکن در اینجا خطرات ترضیض اوعیه نازک و شریان خصیوی میباشد سفن خالی توسط انگشت از طریق جرحه ناحیه مغبنی متوسع ساخته شده و بصورت کافی جا برای خصیه ساخته شود.

تثبیت خصیه در سفن به میتودهای مختلف اجرا میگردد. در بعضی حالات کافی است بصورت ساده در قسمت غور سفن توسط خیاطه قابل رشف گذاشته شود. زیادتر معمول است که برای خصیه یک خالیگاه در بین جلد سفن و عضله دارتوس ساخته شود (شکل ۷۹.۲). بعضاً به جای خالیگاه دارتوس از طریق حجاب سفنی به شکل عملیه Ombredannes اجرا میگردد.



شکل ۷۹.۲ خصیه آزاد شده و در ساختمان حفره مانند بین عضلی دارتوس و جلد قرار داده میشود.

مشکلات در پایان آوردن خصیه به سفلی

بعضی اوقات در دو مرحله عملیه اجرا و موفقانه میباشد؛ خصیه تا حد ممکن متحرک ساخته شده و توسط خیاطه تثبیت میگردد. و بعد از شش ماه متحرک شدن آن تکمیل میگردد. اورشیدیکتومی زمانی صورت می گیرد که خصیه مقابل نورمال باشد. خصیه که نزول ناتمام دارد بعد از بلوغ اتروفیک میگردد. تداوی هورمونی با H.C.G زمانی موثر است که نزد مریض های یوگونا دیزم موجود باشد.

اختفای خصیه

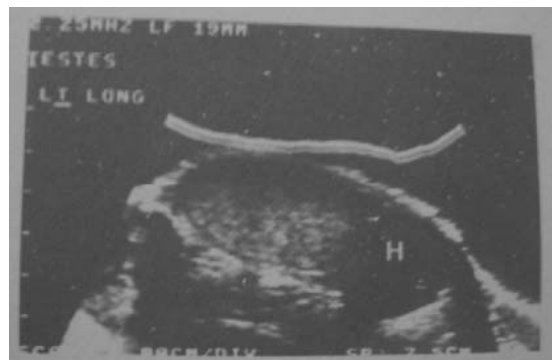
ساحات اختفای خصیه عبارتند از:

- در حلقه مغبنی سطحی
- در عجان
- در قسمت جذر قضیب
- در مثلث فخذی

یک خصیه اکتوپیک معمولاً خوب انکشاف یافته بوده و عمدتاً مستعید برای ترضیضات میباشد.

جروحات خصیه

انشقاق خصیه توسط ضربه غیر معمول است زیرا خصیه در داخل سفن فوق العاده متحرک است. لاکن کانتوزیون، ضربات شدید و انشقاق همراه با تجمع خون در اطراف خصیه بوده و معمولاً بدون استکشاف واضح شده نمیتواند. تجمع خون یا هیماتوسل (شکل ۷۹.۳) را میتوان دریناژ نمود و **Tonica** **Albugenia** بعد از تخلیه هیماتوم ترمیم میگردد. در حالات ترضیض شدید خصیه باید کشیده شود.



شکل ۷۹.۳ اسکن طولانی خصیه همراه با هیماتوسل در قطب سفلی

بیجا شدن ترضیضی اغلباً بعد از ترضیض بوجود می آید خصیه بیجا شده معمولاً در یک طرف خصیه مخفی بوده که میتوانیم به اثر مانور خاص و قبل از اینکه توسط فیروز تثبیت گردد درموقعیت اصلی اش رجعت دهیم (چوکات ۷۹.۴).

چوکات ۷۹.۴

ترضیض سفن

- استکشاف سفن، تخلیه هیما توم و ترمیم خصیه زمانی که پندیده گی شدید بعد از ترضیض سفن موجود باشد مد نظر گرفته میشود.

عدم موجودیت خصیه

عدم موجودیت خصیه حالتیست که خصیه انکشاف داشته لکن قبل از تولد معدوم میگردد دلیل عمده درین حالت تدور قبل از تولد میباشد. اجینیری حقیقی خصیه بسیار نادر است. در لپراسکوپیی تشخیص می گردد که آیا خصیه موجود نیست و یا خصیه داخل بطنی نزول نکرده.

تدور خصیه (چوکات ۷۹.۵)

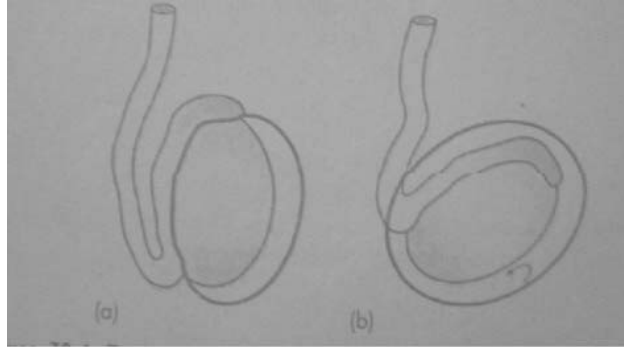
فکتور های مساعد کننده

- تدور خصیه (تدور سپرماتیک کورد) غیر معمول بوده زیرا خصیه نورمال و خصیه که مکمل نزول کرده شده باشد خوب تثبیت بوده و تدور نمی کند. برای تدور خصیه چندین فکتور های غیر نورمال باید موجود باشد.
- معکوس قرار گرفتن خصیه یکی از فکتورهای مساعد کننده میباشد خصیه تدور میکند زیرا سرچپه و یا مستعرض قرار دارد.
 - بلند موقعیت داشتن وریشه واجینال سبب آویزان شدن خصیه میگردد که به شکل زبانه زنگ (شکل ۷۹.۴). بسیار به ندرت تدور خارج از وریشه واجینال به وقوع میرسد.

چوکات ۷۹.۵

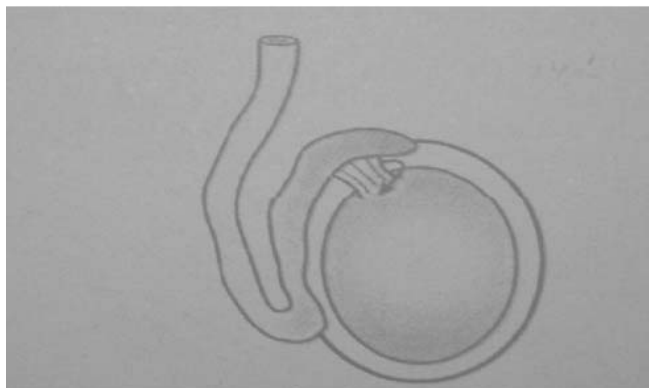
تدور خصیه

- جستجو شود تدور رفع و یگانه تداوی تدور خصیه تثبیت آن میباشد.
- با مریض صحبت گردد و رضایت مریض برای اورشیدیکتومی قبل از عملیات اخذ گردد.
- اگر انومالی دو طرفه باشد طرف مقابل نیز تثبیت گردد.



شکل ۷۹.۴ تدور خصیه الف (اتچمنت نورمال) ب (اتچمنت غیر نورمال علوی که زمینه مساعد برای تدور خصیه میباشد) مانند زنگوله.

- جدا بودن اپیدیدیم از خصیه به تدور خصیه بدون تدور کورد کمک مینماید و تدور محدود به ساقه می باشد که خصیه و بربخ را به هم ارتباط میدهد (شکل ۷۹.۵). در حالت نورمال زمانیکه تقلص شدید عضلات جدار بطن بوجود می آید عضلات کریماستیر نیز تقلص میکند. تماس حلزونی عضلات کریماستیر مناسب برای تدور در اطراف محور عمودی میباشد زمانیکه یکی از اینارملتی های فوق الذکر موجود باشد. زور زدن در اثنای تغوط، بلند نمودن وزن سنگین و مقاربت جنسی تماماً فکتورهای سهم گیرنده میباشد. غیر از آن تدور میتواند بالنفسهی در خواب نیز بوقوع برسد.



شکل ۷۹.۵ تدور خصیه. مجزا بودن خصیه از بربخ. تدور در بین ساقه آنها بوجود می آید.

تظاهرات کلینیکی

تدور خصیه زیادتر در سنین ده الی بیست و پنج سالگی و در واقعات کم در طفولیت نیز به وقوع می رسد. اعراض مغایر درجه تدور میباشد. معمولاً زیادتر درد شدید فوق العاده در ناحیه مغبنی و سفلی بطن بوده و مریض استفراغ میداشته باشد. تشخیص تدور خصیه با نزول تام معمولاً آسان بوده خصیه بلند موقعیت داشته و کورد با جس حساس و تدور آن بالاتر از خصیه فهمیده میشود. در التهاب خصیه از سبب کله چرک کورد ضخیم نمی باشد. شروع احمرار جلد سفن بعد از شش ساعت و هم چنین تب خفیف ممکن تشخیص را با اپیدیدیمواورشیت در اشخاص مسن مغشوش سازد لکن درینصورت التهاب احلیل موجود میباشد. با بلند نگهداشتن خصیه در التهاب خصیه و بریخ درد تنقیص و در تدور خصیه شدت کسب میکند بسیار نادراً فتق مختنق مغبنی میتواند از اثر تحت فشار قرار دادن اوعیه پام پنیفورم و کورد همین درد ها را تقلید کند. اولتراسوند داپلر ممکن عدم موجودیت تامین کننده خون خصیه متاثر شده را تأیید کند انجام دادن این تست ممکن وقت اضافی باشد در صورتیکه تشخیص مشکوک باشد سفن بدون معطلی باز گردد.

تقریباً همیشه مشکل است که تدور خصیه نزول نکرده و یا ناتام نزول کرده را بدون عملیات تشخیص نمود. در نصف سفن ازیمائی و خالی و موجودیت کتله حساس در فئات مغبنی خصیه تدور کرده را واضح میسازد.

تداوی

در ساعات اول ممکن است که با مانور به ملایمت تدور رفع گردد. در صورتیکه مانور موفقانه باشد درد آرام و خصیه مصون میماند به هر حال باید عملیه جراحی جهت تثبیت خصیه در ابتدا اجرا تا از خطرات تدور دوباره جلوگیری گردد.

عملیه جراحی تدور خصیه را از طریق شق سفن می توان انجام داد. در صورتیکه خصیه حیاتییت داشته باشد و تدور نکرده باشد به خاطر جلوگیری از تدور عملیه تثبیت بین وریقه واجینال و وریقه *Albugenia* توسط خیاطه های غیر قابل رشف انجام میگردد. خصیه طرف مقابل نیز تثبیت گردد زیرا تغییرات اناتومیک

بعضی اوقات دو طرفه بوده که مسول تدور میباشد. در صورت که احتشا مکمل باشد باید خصیه کشیده شود با مریض مشوره گردد که بعدها در صورت مناسب بودن به جای خصیه پروستیتیک جابجای میگردد. در صورتیکه واضح گردد تدور خصیه از مدت چندین روز است باید عملیات صورت گیرد زیرا بهبودی حاصل نمیکردد خصیه ماوف سخت و چوب مانند و به قسم نودول فبروز اتروفی میکند و خصیه مقابل هر چه زودتر تثبیت گردد.

تدور اپندکس خصیوی بعضی اوقات با التهاب حاد خصیه و بربخ اشتباه میگردد و تشخیص تفریقی آن با تدور حقیقی مشکل میباشد. ساختمان هائیکه زیادتر معمول مساعد به تدور میباشد اپندکس خصیه (hydatid خصیه و سویقدار Morgagni) لاکن دیگر ساختمان های کوچک که به خصیه و بربخ ارتباط دارد هم ممکن است تدور نماید. عمل فوری با بسته و قطع نمودن اپندکس تدور شده تداوی آن میباشد.

ازیمائی نا معلوم سفن یکحالت است که کنجکاوی دقیق را ایجاب میکند که در سنین ۴-۱۲ سالگی رخ میدهد که باید از تدور تشخیص تفریقی گردد. سفن فوق العاده پندیده گی داشته اما بسیار خفیف درد و حساسیت دارد. پندیده گی به قضیب، ناحیه مغبنی و عجان انتشار میکند که یکحادثه الرژیک میباشد بعضا ایزونوفیلی به مشاهده میرسد پندیده گی بعد از یک روز و یا زیادتر خاموش گردیده و مریض صحت یاب میگردد (شکل ۷۹.۶).



شکل ۷۹.۶ ازیمای سفن

واریکوسل (چوکات ۷۹.۶)

واریکوسل عبارت از توسع وریدهای که خون خصیه را انتقال می‌دهد میباشد.

چوکات ۷۹.۶

واریکوسل

▪ عبارت از یک حالت معمول است که با وجود تداوی جراحی معمولاً تمایل به نکس دارد گفته میشود مترافق با *Subfertility* بوده لکن این ادعا هنوز مورد مناقشه است.

اناتومی جراحی

اورده خصیه و بربخ سبب تشکل ضفیره برجسته شده که بنام ضفیره *Pampiniform* یاد میگردد. اورده بعد از عبور قنات مغبنی کمتر شده در قسمت حلقه مغبنی اینها با هم یکجا گردیده یک یا دو ورید خصیوی را ساخته شده و به طرف خلف پریتون به علوی سیر میکنند ورید خصیوی چپ به ورید کلیوی چپ و ورید خصیوی راست به ورید اجوف سفلی پایانتز از ورید کلیوی راست تخلیه میگردد. ورید های خصیوی در قسمت نهایت خود والو دارند لکن بعضی اوقات والو موجود نمیشد. به جای آن اوعیه جانبی دیگر است که اورده از خصیه به اوعیه کریماستیر برگشت نموده و عمدتاً به ورید اپی گستریک سفلی تخلیه میگردد.

اسباب

اکثراً واریکوسل در بلوغ و یا قبل از کاهلی به مشاهده رسیده و در طرف چپ ۹۵٪ دیده میشود. در بسیاری حالات توسع اورده کریماستیر بوده و نه قسمت از اورده ضفیره *Pampiniform*. بندش در ورید خصیوی چپ به اثر تومور کلیه چپ و گاهی بعد از نفریکتومی سبب بوجود آمدن واریکوسل در سنین متوسط و یا بعدتر میگردد. صفات مشخصه واریکوسل اینست که در وضعیت خوابیده فشار آن کم نمیکردد.

تظاهرات کلینیکی

واریکوسل زیادتر در اقلیم گرم عمومیت داشته و پرابلم زیادتر را میسازد. در تمام قسمت های دنیا مردان لاغر، قد بلند و سفن آویزان زیادتر متاثر میگردند آنهائیکه قد کوتاه و شحمی هستند ندرتاً مصاب میگردند. معمولاً واریکوسل سبب اعراض نگردیده و ممکن یک درد گنگ، کشش شونده و ناراحت کننده در صورتیکه خصیه مریض توسط زیرپوشی بلند نگهداشته نشود گردد. سفن طرف ماوف نسبت به نورمال آویزان و یا پایانتر است (شکل ۷-۷۹). زمانیکه مریض به حالت ایستاده باشد با جس ضفیره وریکوز بقسم خریطه مملو از کرم احساس میگردد و با سرفه تکان می خورد. در صورتیکه مریض استراحت کند وریکوز نسبت قوه جاذبه معدوم و خصیه نورمال جس میگردد. در حالاتیکه مرض دوامدار موجود باشد خصیه متاثر گردیده خوردتر، نرمتر نسبت بحالت نورمال نظر به اینکه اتروفی مینماید جس میگردد. بصورت وسیع عقیده بر اینست که واریکوسل سبب عقامت گردیده لاکن شواهد احصایوی این ادعا را بصورت قاطع تائید نمی کند.



شکل ۷۹.۷ وریکوسل پیشرفته همراه با سفن کشاله شده. نوت: فتق مغبنی چپ

واریکوسل و سپرماتوجینیز

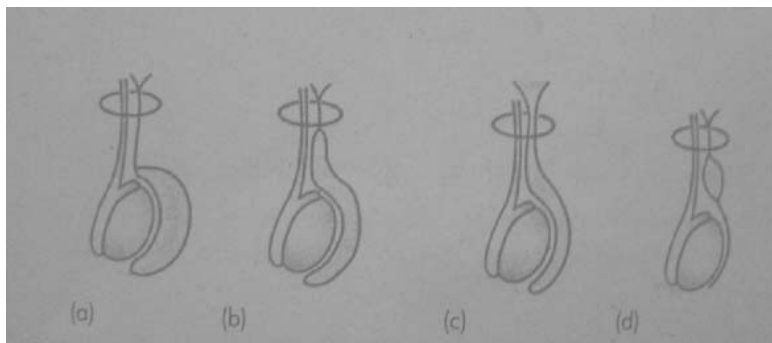
روی هم رفته امکانات اسباب عقامت ابتدائی، اولیگوسپرمیا مشکل است زیرا واریکوسل نسبتاً معمول است بعضی از آنها با اولیگوسپرمیا واریکوسل میداشته باشند و عامل عقامت را واریکوسل میدانند. عقیده بر اینست که موجودیت واریکوسل یکطرفه تا اندازه مداخله در قسمت کنترل حرارت نورمال خصیه داشته که دونیم درجه سانتی گرید پایاتر نسبت به حرارت رکتوم میباشد. متاسفانه شواهد کم موجود است که از نظر کیفیت مایع منوی و یا درجه القاح بعد از واریکوسیلیکتومی بهبودی حاصل گردد.

تداوی

در مریضانیکه اعراض ندارند عملیات اجرا نمیگردد. ساده ترین عملیه جراحی بسته نمودن ورید خصیوی بالاتر از وتر مغبنی میباشد. که در آنجا ضفیره وریدی پامپینوفورم به یکی و یا دو ورید تبدیل می گردد. در این اواخر این عملیه به صورت لپروسکوویک صورت میگیرد. به هر حال در صورت شرایط مناسب امبولایزیشن ورید خصیوی تحت کنترل رادیوگرافی شاید تداوی انتخابی باشد. به علت موجودیت آورده جانبی امکان نکس دوباره مرض بعد از هر نوع عملیات معمول میباشد.

هایدروسل

تجمع غیر نورمال مایع سیروزیتی در بعضی قسمت های *Processus Vaginalis* بوده و معمولاً در *Tunica* میباشد. چهار نوع هایدروسل وجود دارد (شکل ۸-۷۹). هایدروسل های کسبی ابتدائی و یا ادیوپاتیک ثانوی که از اثر امراض خصیه بوجود می آید.



شکل ۷۹.۸ (الف) هایدروسل واجینل (بسیار معمول). (ب) هایدروسل طفلی. (ج) هایدروسل ولادی. (د) هایدروسل حبل منوی.

اسباب

هایدروسل از چهار طریق بوجود می آید.

- افزایشات بیش از حد در داخل کیسه مانند هایدروسل ثانوی.
 - تنقیص در جذب مایع هایدروسل ابتدائی بوده که دلیل آن معلوم نیست.
 - از اثر مداخله دریناژ لمفاوی ساختمان های سفنی.
 - در اشکال فتق های ولادی که به جوف پریتون ارتباط داشته باشد.
- مایع هایدروسل رنگ گاهی داشته و معقم بوده که حاوی البومین و فبرینوجن است. در صورتیکه مایع مذکور در داخل ظرف دریناژ گردد علقه نمیکند و زمانی علقه میکند که با مقدار کم خون همراه شود و یا در صورتیکه با انساج ماوف در تماس باشد. در حالات دوامدار بعضی اوقات از اثر موجودیت کولسترول رنگ درخشان داشته و ممکن بعضی اوقات حاوی کرستل‌های های تایروزین باشد.

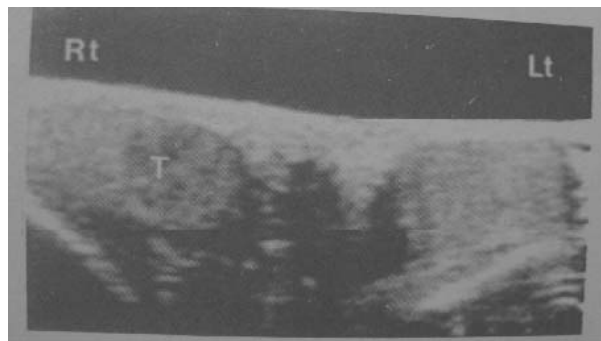
تظاهرات کلینیکی

هایدروسل تقریباً همیشه واضح بوده در معاینه پندیده گی سفن به مشاهده میرسد. هایدروسل ابتدائی واجینال در سن متوسط و بعدتر زندگی زیاد معمول است اما میتواند در طفولیت نیز به مشاهده برسد. خصوصاً در مناطق گم سیر به ملاحظه میرسد. چون پندیده گی بدون درد میباشد قبل از اینکه مریض نزد داکتر جهت تداوی مراجعه نماید فوق العاده بزرگ می گردد. خصیه ممکن در بین هایدروسل نرم قابل جس باشد لکن معاینه اولتراسوند جهت دیدن خصیه در صورتیکه کیسه هایدروسل ضخیم باشد حتمی است. باید آگاهی داشته باشیم که هایدروسل حاد در نزد شخص جوان احتمالاً در تومور خصیه بوجود می آید (جدول ۷-۷۹ و شکل ۹-۷۹).

تومور خبیث خصیوی و هایدروسل

▪ تومور های خصیوی مهم بوده اسباب غیر معمول هایدروسل میباشد که میتوان توسط معاینات اولتراسوند سفن آن را تشخیص نمائیم.

تقریباً ۵٪ فتق های مغبنی همراه با هایدروسل و جینل طرف ماوف میباشد. هایدروسل طفلی حتمی نیست که در اطفال به مشاهده برسد. وریقه پروسیوس و جینل به طرف حلقه مغبنی متوسع بوده لاکن ارتباط همراهی جوف پریتوان ندارد.



شکل ۷۹.۹ التراسوند اسکن مستعرض هردو خصیه در اینجا کتله که کوچک دارای حدود واضح در خصیه راست موجود است که تیراتوما خصیه میباشد.

در هایدروسل ولادی پروسیوس و جینال ارتباط با جوف کبیر پریتوان دارد ارتباط معمولاً بسیار کوچک بوده اجازه تفتق محتوی داخل بطنی را میدهد با فشار انگشت معمولاً هایدروسل تخلیه نمیگردد. اما مایع هایدروسل زمانیکه طفل به وضعیت خوابیده قرار میگیرد بداخل جوف بطن دریناژ میگردد. حین و حتی حین پریتونیت توبرکلوزیک ممکن در صورت که پندیده گی دو طرفه باشد به ملاحظه برسد.

هایدروسل آنکیستی کورد یک پندیده گی تخم مانند لشم در نزدیک حبل منوی قرار داشته که ممکن است با فتق مغبنی مغالطه گردد. پندیده گی به سفلی حرکت کرده در صورتیکه خصیه به آهستگی پایان کش شود کمتر متحرک میباشد.

هایدروسل قنات Nuck حالت مشابه دارد. در نزد خانمها بوجود آمده سیست با رباط مدور ارتباط دارد. برخلاف هایدروسل حبل منوی هایدروسل قنات Nuck قسمی در داخل قنات مغبنی میباشد.

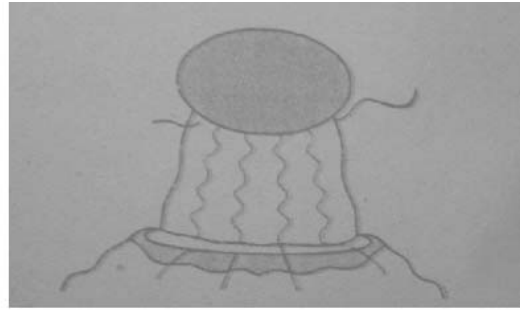
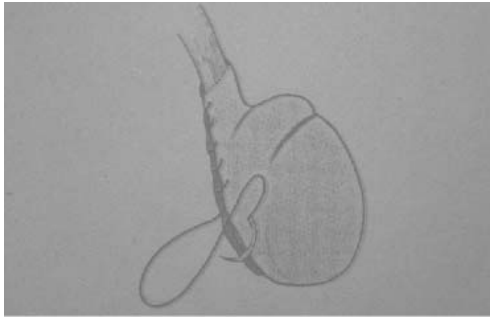
اختلالات هایدروسل

- ریچر معمولاً به اثر تراوما ویا ممکن بصورت خودبخودی بوجود آید در حالات نادر مایع با تداوی جذب میگردد.
- تفتق خریطه هایدروسل از طریق عضله دارتوس بعضی اوقات در صورت دوامدار بودن مرض بوقوع میرسد.
- تبدیل شدن به هیماتوسل که به اثر ترضیض و یا بصورت خودبخودی بوجود می آید.
- کیسه ممکن کلسینی گردد.

تداوی

پروسیجرهای عملیاتی مختلف موجود است. هایدروسل ولادی یک شکل خاص فتق مغبنی غیر مستقیم بوده در صورتیکه خودبخودی بهبودی نیابد تداوی آن هر نیوتومی میباشد. کیسه نازک هایدروسل طفلی باید قطع گردد.

هایدروسل کسبی اغلباً جدار ضخیم میداشته باشد. در صورتیکه اهماتامات برای جلوگیری از خونریزی گرفته نشود و بعد از قطع قسمی جدار خونریزی از کنار های آن و اگر دریناژ هم گردد سبب هیماتوم وسیع سفن شده میتواند. برای هایدروسل هائیکه جدار نازک داشته باشد مناسب میباشد (شکل ۱۰-۷۹). درین صورت تسلیخ اندک اجرا شده و خطر بوجود آمدن هیماتوما نیز تنقیص می یابد (عملیه Lord's). چپه نمودن کیسه و جابجا نمودن خصیه در قنات توسط تسلیخ کند در پلان صفاقی سفن عملیه دیگر است که بنام طریقه Jaboulay's یاد میگردد (شکل ۱۱-۷۹).



شکل ۷۹.۱۰ عملیه لارد. یک تعداد خیاط های قابل جذب متقطع که سبب چین دادن وریقه وچینل است میشود. وقتی که این ها بسته میشود تونیکا به شکل غنچه معلوم شد با خصیه در تماس میباشد شکل ۷۹.۱۱ عملیه ژابولی. خریطه هایدروسل چپه شده در خلف حبل منوی دوخته میشود.

دریناژ هایدروسل از طریق کنولا ساده بوده اما نکس دوباره آن در جریان هفته ها و یا بعدتر به مشاهده میرسد. این عملیه برای اشخاص بسیار مسن و ناتوان که حتی تحت انستزی موضعی تحمل عملیات را نداشته باشند اجرا میگردد. زرق مواد سکلیروزانت مانند تتراسیکلین بعضی اوقات موثر بوده سبب درد زیاد میگردد.

هایدروسل ثانوی اغلباً با التهاب خصیه و بربخ همراه میباشد همچنین در تدور خصیه و بعضی تومورهای خصیه به ملاحظه میرسد. هایدروسل ثانوی معمولاً نرم و اندازه متوسط دارد خصیه قابل جس است. اگر به تومور مشکوک باشیم نباید هایدروسل تخلیه گردد زیرا خطر غرس شدن حجرات سرطانی در مسیر سوزن میباشد. هایدروسل ثانوی بعد از رفع آفت ابتدائی معدوم میگردد.

هایدروسل بعد از هر نیویلاستی

این نوع هایدروسل یکی از اختلالات نادر ترمیم فتق مغبنی می باشد این حالت ممکن از سبب قطع دریناژ لمفاوی اعضای سفنی بوجود آید.

هایدروسل کیسه فتقیه

زمانیکه عنق همراه با ثرب به اثر التصاقات تحت فشار قرار میگردد بوجود می آید.

هایدروسل فیلاریائی و شیلوسیل

هایدروسل فیلاریائی و شیلوسیل در بعضی ممالک حاره ئی که در آنجا پرازیت *Wucheria bancrofti*

بصورت اندیمیک می باشد

۸۰٪ هایدروسل را تشکیل میدهد. هایدروسل فیلاریائی به تعقیب حملات مکرر التهاب فیلاریائی بربخ و خصیه بوجود می آید. اندازه آن مختلف بوده به آهستگی و یا به بسیار سرعت بزرگ می گردد. بعضاً حاوی شحم مایع بوده دارای مقدار زیاد کولسترول میباشد. که از سبب ریچر وریس لمفاوی بوده که لمف به داخل هایدروسل میگردد. کرم های بالغ در بربخ بعد از کشیدن یا در نیکروپسی دریافت میگردد. در لمفوسل دوامدار التصاقات شدید بین سفن و محتوی آن بوجود می آید. فلاریال ایلیفنتیازیس ناگهان در بعضی واقعات بمشاهده میرسد. تداوی آن استراحت و اسپریشن است. در زیادتز واقعات مزمن بوده تداوی آن قطع کیسه میباشد.

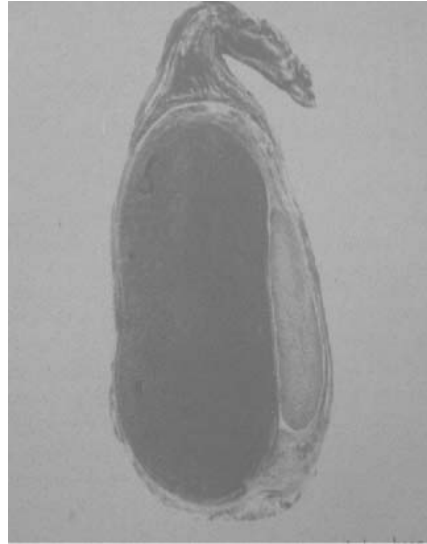
هیما توسل

هیما توسل معمولاً نتیجه انشقاق اوعیه خورد درائئای کشیدن هایدروسل میباشد. دوباره پرشدن خریطه همراه با درد، حساسیت و یا معدوم شدن *Transillumination* کدام شک را در باره تشخیص باقی نمیگذارد. خونریزی حاد بداخل ورینه واجینال بعضی اوقات نتیجه ترضیض خصیوی بوده بدون استکشاف مشکل است که انشقاق خصیه تشخیص گردد. اگر هیما توسل دریناژ نگرده معمولاً علقه میکند.

هیما توسل علقه شده

ممکن بصورت خودبخودی خون به آهستگی در بین ورینه واجینال نفوذ کند. معمولاً بدون درد بوده و با گذشت زمان مریض در جستجوی صحت خود میشود. مشکل است تا مطمئن گردیم که پندیده گی از سبب ترضیض خصیوی بوده و یا عامل آن تومور خصیه میباشد. در صورتیکه خصیه سالم نباشد تداوی آن اورشیدیکتومی است. تا زمانیکه کتله باز نگرده معمولاً تشخیص غیرممکن است. خصیه اغلباً فشرده شده و نسبتاً بی کاره است (شکل ۱۲-۷۹).

شکل ۷۹.۱۲ هیماتوسل دوامدار. خصیه به اثر فشار هموار گردیده.



سیست های که به بربخ ارتباط دارد (چوکات ۷۹.۸)

سیست های بربخ

اینها مملو از مایع شفاف کرسطالی بوده (برخلاف مایع آب مانند سپرمتوسل و یا مایع کاهی کم رنگ در هایدروسل) میباشد.

اینها زیاد معمول بوده معمولاً چندین عدد و بسیار بزرگ میباشد. اینها استحاله سیستیک را در بربخ

نشان میدهد.پ

چوکات ۷۹.۸

سیست های بربخ

- با جس از خصیه مجزا میباشد.
- با اولتراسوند تشخیص شده بصورت محافظوی تداوی گردیده زمانیکه فوق العاده بزرگ و سبب اعراض شود تداوی جراحی اجرا میگردد.

تظاهرات کلینیکی

سیست های بربخ معمولاً در سنین متوسط به مشاهده میرسد و اغلباً دو طرفه میباشد. مجموعه خوشه سیست ها دارای جدار نازک با جس بقسم خوشه انگور نازک می باشد مایع فوق العاده شفاف و با Transillumination درخشان میباشد. سیست های بربخ همیشه مجزا از خصیه جس میگردد که یک علامه تشخیصیه می باشد.

تداوی

آسپیریشن سودمند نبوده زیرا سیست دارای اجواف متعدد میباشد در صورتیکه مریض را ناراحت کند باید عملیات گردد. برای مریض آگاهی داده شود که امکان دارد با خارج شدن سپرم از خصیه در ساحه همراه باشد.

سیست های اپندکسی خصیوی

معمولاً یکطرفه بوده به شکل یک کتله کروی قابل جس میباشد که در قسمت قطب علوی موقعیت دارد. این چنین سیست ها زیادتر تمایل به تدور دارد و در صورتیکه سبب اعراض گردد کشیده شود.

سپر ماتوسل

سیست احتباسی یک جوفی بوده که معمولاً یکطرفه میباشد که از بعضی قسمت سیستم ارتباطی سپرم در بربخ منشه میگیرد.

تظاهرات کلینیکی

تقریباً همیشه در قسمت راس بربخ بالا و در خلف قطب علوی خصیه موقعیت دارد. معمولاً لشم و نرم تر نسبت به آفات سیستیک سفن میباشد. لکن از نظر Transillumination مشابهت به آنها دارد. محتوی آن سپر ماتوزوا شباهت واضح آب مانند دارد. سپر ماتوسل معمولاً خورد و غیر بندشی میباشد. بسیار به ندرت به اندازه کافی بزرگ می گردد تا شخص فکر کند که سه خصیه دارد.

تداوی

سپرماتوسل خورد کدام تداوی خاص ضرورت ندارد اگر بزرگ شود اسپری و یا از طریق سفن قطع میگردد.

التهاب خصیه و بربخ (چوکات ۷۹.۹)

شکل حاد مرض

التهاب محدود در بربخ اپیدیدیمیت میباشد زمانیکه التهاب در جسم خصیه انتشار میکند در این حالت بنام اپیدیدیمواورشیت یاد میگردد.

چوکات ۷۹.۹

التهاب خصیه و بربخ

- ممکن بصورت ثانوی از انتان طرق بولی و التهاب احلیل بوجود آید.
- یکی از اختلالات کنتراپزیشن و یا تطبیق وسایل در طرق بولی باشد.
- یک تداوی جدی را با تطبیق انتی بیوتیک زرقی ایجاب میکند.

طرق سرایت انتان

انتان به Globus minus از مجرای قنات منوی، انتان ابتدائی احلیل، پروستات و حویصلات منوی میرسد. در مردها از اثر بندش جریان ادرار اپیدیدیمیت میتواند از سبب انتان ثانوی بولی بوجود آید بلند رفتن فشار در احلیل پروستاتیک سبب رفلوکس ادرار متنن به قنات منوی می گردد. التهاب غیر انتانی بربخ بعضی اوقات از اثر اسباب مشابه وقتی مثانه پر باشد جهد و شدیداً زور زده شود ادرار به داخل قنات میگردد. در نزد مردان جوان بصورت معمول انتانات انتقالی جنسی مانند کلامیدیا سبب اپیدیدیمیت میگردد.

لاکن اپیدیدیمیت گونوکوکل هنوز شایع است. هر دو میتواند همراه با التهاب احلیل باشد. انتانات هیماتوجن که سبب التهاب بربخ میگردد کمتر معمول بوده لکن در صورت مشکوک بودن به انتانات مانند *E. Coli*، ستریپتوکوک، ستافیلوکوک و یا پروتیوس در صورتیکه شواهد انتان بولی موجود نباشد فکر گردد.

تظاهرات کلینیکی

اعراض ابتدائی التهاب بربخ مانند پروستاتیت حاد میباشد چند یوم بعدتر درد ناحیه مغبنی و بلند رفتن تب از حملات التهاب حاد بربخ میباشد بربخ و خصیه پندیده گی داشته به سرعت بزرگ گردیده و فوق العاده حساس و دردناک میگردد. جدار سفن در ابتدا احمراری، ازیمائی، جلا دار ممکن با بربخ التصاق نماید علایم بهبودی با چملوک شدن جلد سفن ممکن شش تا هشت هفته را در برگیرد. بعضاً انتان به طرف تشکل آبسی سیر کرده و افرازات قیحی از طریق جلد سفن به مشاهده میرسد. التهاب حاد بربخ و خصیه میتواند بعد از هر عملیه تطبیق سامان از طریق احلیل بوجود آید. زیادتر به صورت خاص زمانیکه کتیترا احلیلی تطبیق میگردد و انتان پروستات به آن همراه باشد واقعات التهاب بربخ بعد از عملیات که یک اختلاط جدی پروستاتیکتومی میباشد بعد از تطبیق سیستم بسته دریناز بسیار تخفیف یافته مراقبت کتیترا و استعمال انتی بیوتیک وقت تر و مناسب از آن جلوگیری مینماید.

التهاب توبرکلوزیک بربخ

زمانی در باره آن فکر گردد که التهاب با انتی بیوتیک خاموش نگردیده و قنات منوی ضخیم باشد. التهاب حاد بربخ از سبب کله چرک در ۱۸٪ مردهائیکه از کله چرک رنج میبرند بمشاهده میرسد معمولاً پندیده گی غده پروتید رنگ پریده و خاسف میباشد. اختلاط عمده آن اتروفی خصیه است در صورتیکه دو طرفه باشد عقامت را بار می آورد (که زیاد معمول نیست). اتروفی قسمی معمولاً همراه با درد دوامدار خصیه میباشد التهاب بربخ نوع کله چرک بعضی اوقات خصوصاً در اطفال بدون التهاب غده پروتید به مشاهده میرسد. خصیه و بربخ ممکن از سبب انتانات دیگر مانند انتیرو وایروس، بروسیلا و لمفوگرانولوما وینیریوم متنن گردد.

تداوی

در صورتیکه اعراض شدید باشد مریض باید استراحت بستر باشد دوکسی سیکلین صد ملی گرام روزانه در نزد مریضان که کیلامیدیا داشته باشند موثر میباشد. در صورتیکه یک اورگانیزم از ادرار تجرید گردد تداوی با انتی بیوتیک انتخابی آن آسان است. در غیر آن تداوی با انتی بیوتیک وسیع الساحه که بالای میکروب های طرق بولی تاثیر داشته باشد انتخاب میگردد. مریضان باید مقدار زیاد مایعات اخذ نمایند. اهمامات موضعی میتواند درد را تنقیص دهد. بلند نگهداشتن سفن با بنداز که توسط Sling (تسمه) پلاستر در بین رانها تماس داشته باشد ساخته می شود. عضو ماوفه در بین بالشتک که از پخته ساخته میشود در بین بنداز به حالت استراحت قرار داده میشود. انتی بیوتیک تا دو هفته ادامه داده شده و یا تا زمانیکه التهاب خاموش گردد. در صورت که تقیح کند دریناژ گردد. برای مریض آگاهی داده شود که احتمال دارد خصیه اتروفی کند.

امراض مزمن

التهاب خصیه و بربخ مزمن توبرکلوزیک معمولاً بصورت خاموشانه سیر میکند.

اسباب

در اکثریت واقعات ابتدا Globus ماوف گردیده و نشان دهنده آن است که به صورت ریتروگراد انتان از محراق توبرکلوزیک حویصل منوی میرسد.

تظاهرات کلینیکی

بصورت وصفی پندیده گی مجزا و سخت در قطب سفلی بربخ بوجود آمده و کمتر درد دارد. مرض پیشرفت کرده و تمام بربخ سخت و نامنظم گردیده و در خلف آن خصیه نورمال جس می گردد. در ۳۰٪ واقعات هایدروسل ثانوی نرم به وجود آمده بعضی اوصاف دیگر عبارت از دانه های تسبیح مانند توبرکل تحت اپیتیلیل میباشد. قنات منوی پندیده و ارتشاحی جس می گردد. در واقعات که از نظر دور بماند آ بسی بارد توبرکلوزیک تشکل کرده که ممکن قیح خارج گردد. جسم خصیه ممکن بعد از چندین سال ماوف شود و اغلباً بربخ مقابل نیز مصون نمی ماند.

در ۲/۳ واقعات شواهد توبرکلوز کلیه و یا امراض قبلی به مشاهده می رسد و متباقی مریضان صحتمند معلوم میشوند. نزد مریضان اپیدیدیمواورشیت مزمن باید ادرار و منی بصورت متکرر از نظر باسیل توبرکلوز معاینه گردد. یوروگرافی داخل وریدی و رادیوگرافی صدر باید انجام گیرد.

تداوی

هرگاه التهاب بربخ ثانوی باشد زمانی از بین میرود که محراق ابتدائی توبرکلوز تداوی گردد. تداوی با ادویه ضد توبرکلوز در سیستم تناسلی کمتر موثر است. در صورتیکه در جریان دوماه بهبودی حاصل نگردد اورشیدیکتومی و اپیدیدیمیکتومی توصیه میگردد. دوره مکمل شیموتیراپی ضد توبرکلوز حتی اگر کدام محراق توبرکلوز در دیگر ساحه هم موجود نباشد نزد مریضان توصیه میگردد.

اپیدیدیمواورشیت مزمن غیر توبرکلوزیک به تعقیب تداوی ناکافی شکل حاد مرض بوجود می آید. تشخیص تفریقی آن با شکل توبرکلوزیک مشکل است اما در این شکل پندیده گی بزرگتر و لشم تر میباشد. مهم است که تضیق احلیل که سبب رفلوکس ادرار به قنات منوی میگردد باید رد گردد. در صورتیکه بجای آن امراض گرانولوماتوز مانند سرکویدوز باشد تشخیص تفریقی و تداوی با انتی بیوتیک آغاز میگردد. اورشیدیکتومی و اپیدیدیمیکتومی زمانی توصیه می گردد که با تداوی محافظ کارانه در جریان چهار الی شش هفته بهبودی حاصل نگردد.

التهاب خصیه

نوع سفلیتیک جسم خصیه را ماوف ساخته و فعلاً غیر معمول است و سه نوع آن موجود است:

- اورشیت دوطرفه نشاندهنده سفلیس ولادی است.
- فبروز بین الخلالی سبب تخریب بدون درد خصیه میگردد.
- گوما خصیه به شکل پندیده گی یکطرفه بدون درد بوده که به تدریج نشو و نما میکند به قسم سختی و سنگینی احساس گردیده مشکل است که بدون عملیه جراحی آن را از تومور خصیه تشخیص تفریقی کرد.

اورشید جزامی در ۲۵٪ مردان مصاب جذام سبب اتروفی خصیه میگردد.

تومور های خصیه

دریناژ لمفاوی خصیه به مسیر کورد بوده در لمف نودهای قرب ابهری نزدیک منشه اوعیه گوناد ختم میگردد. لمف قسمت انسی خصیه به امتداد شریان قنات سیر داشته و در عقدهات ناحیه تشعب شریانی حرقفی مشترک تخلیه می گردد. عقدهات لمفاوی قرب ابهری مقابل نیز بعضی اوقات توسط انتشار تومور اشغال میگردد لکن عقدهات لمفاوی مغبنی زمانی ماوف میگردد که سفن اشغال شده باشد.

تقریباً ۹۹٪ تومورهای خصیه خبیث میباشد و اگر چه ۱-۲٪ تومورهای خبیث را در نزد مردها تشکیل میدهد اینها یکی از کانسر بسیار معمول در نزد مردان جوان میباشد. نزول معیوبه خصیه بدون شک فکتور مساعد کننده به خبائت می باشد باید دقیق بود علی الرغم آن معمولاً خصیه قابل جس میباشد. بعضاً تومور خصیه تا زمانیکه میتاستاز ندهد تشخیص نمیگردد. باید تبلیغات صورت گیرد تا به صورت منظم معاینه خصیوی توسط خود شخص صورت گیرد تا زودتر تومور تشخیص گردد. تا هنوز خانم ها نیز موفق نگردیده اند تا عمل مشابه را جهت کشف کتله ثدیه خود انجام دهند (شکل ۱۰-۷۹).

تومور های خصیه نظر به تبارزیت حجات تصنیف بندی میگردد:

- سیمینوما (۴۰٪)
- تیراتوما (۳۲٪)
- مرکب از هر دو نوع فوق (۱۴٪)
- تومورهای بین الخلالی (۱.۵٪)
- لمفوما ۷٪
- دیگر انواع تومورها (۵.۵٪)

تیراتوما زیادتر در اشخاص جوان تر به مشاهده میرسد وقوعات زیاد آن بین سنین ۲۵-۳۵ ساله میباشد در حالیکه سیمینوما در بین سنین ۳۵-۴۵ سال میباشد. سیمینوما قبل از بلوغ ندرتاً به مشاهده میرسد.

چوکات + ۷۹.۱

تومورهای خصیه

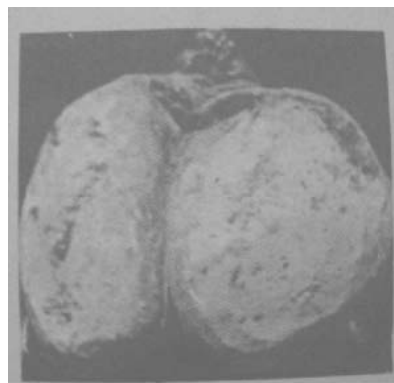
- کتله سفنی که بصورت جداگانه از خصیه جس نگردد ممکن تومور خبیث خصیه باشد.
- انتشار لمفاوی تومور خصیه به خلف پریتون در عقدهات لمفاوی داخل صدر میباشد.
- میتاستاز ریوی نشاندهنده تومور تیراتوما میباشد.

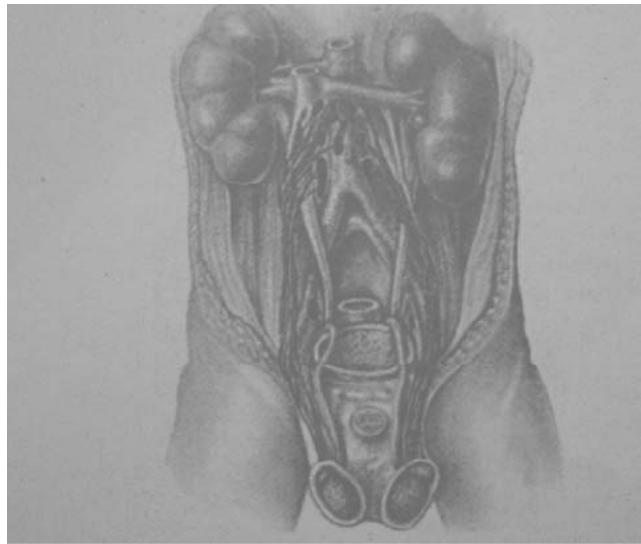
سیمینوما

این تومور انساج خصیوی مجاور را فشرده و نشو و نما میکند (شکل ۷۹.۱۳). خصیه بزرگ، سخت و لشم می باشد. قطع شده خصیه متجانس رنگ سرخ گلابی کهنه مانند دارد. بعضاً حجابات فبروتیک نمای فصیعی را نشان می دهد تومور به سرعت نشو و نما نموده قوام مختلف داشته و ساحات نکروزی در آن به مشاهده میرسد.

در معاینات هستولوژیکی این تومور دارای کمی حجرات بیضوی مانند سایتوپلازم بزرگ و روشن هسته مدور و هسته های کوچک متبازر اسیدوفیل میباشد. حجرات بصورت منظم داخل پوشش بوده توسط سترومای فبروز نازک از هم جدا گردیده به ملاحظه میرسد. از توبول های Seminiferous منشه می گیرد حجرات شباهت به سپرما توسیت ها دارد. ارتشاح فعال تومور همراه با لمفوسیت ها نشاندهنده عکس العمل خوب میزبان بوده و انذار خرابتر دارد.

این تومور انتشار لمفاوی داشته (شکل ۷۹.۱۴) و از طریق دمووی غیر معمول است.



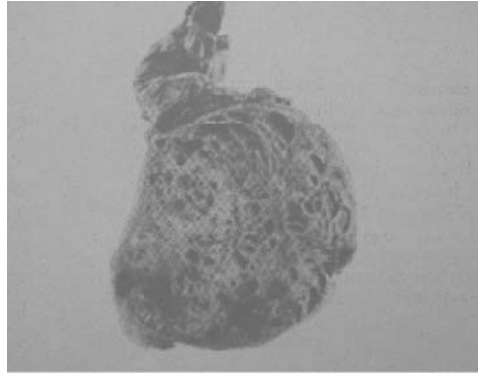


شکل ۷۹.۱۴ دریناز لمفاوی خصیه ها به عقدات لمفاوی جنب ابهر

تیراتوما

این تومور از rete testis منشه گرفته اغلباً حاوی حجرات مختلف میباشد. که یکی یا چندین عدد آن متباز می باشد. تومور کوچک بوده به اندازه با دام زمینی و یا بزرگ مانند نارگل میباشد بصورت یک نواخت بزرگ و تومور توسط سطح تونیکا واجینال پوشیده شده فلهدا تمام ساحه خصیه اشغال گردیده گرچه سطح تومور خفیف غیر منظم است.

تغییرات معمول در آن زرد رنگ، همراه با ساحات سیستیک حاوی مایع جیلاتینی (شکل ۱۵-۷۹) میباشد
غدوات غضروفی اغلباً در آن موجود است.



شکل ۷۹.۱۵ تیراتومای خصیه - ساحات جامد و سیستیک

هستولوژی

این تومور توسط مولف Panel به اشکال ذیل تصنیف بندی گردیده:

- تیراتومای قابل تفریق (غیر معمول) از نظر هستولوژی اجزای خباثت غیرقابل شناخت بوده اما سلیم نیز فکر نمیشود زیرا این نشو و نما میتاستاتیک میباشد. بهترین شناخت انواع مختلف درموئید سیست میباشد که دارای غضروف، عضلات و هم چنین عناصر غدوی میباشد.
- تیراتومای خبیث میانه، تیراتوکارسینوما A و B-MT₁ (زیادتر معمول است) خباثت بطور قطعی بوده و اجزای آن نا مکمل قابل تفریق میباشد. بعضی انساج پخته در نوع A بوده و در نوع B نمی باشد.
- **Malignant Teratoma anaplastic (MTA)** کارسینومای جنینی متشکل از حجرات اناپلاستیک بوده و منشه جنینی دارد. احتمالاً حجرات از کیسه زرد منشه گرفته اکثراً مسول بلند رفتن سوبیه الفا فیتوپروتین میباشد همیشه مقابل شعاع حساس نیست.
- **Malignant Teratoma Trophoblastic (MTT)** (غیر معمول) در بین دیگر حجرات حاوی حجرات Syncytial همراه با مو و یا سایتوتروفوبلاست حلیموی (کوریوکارسینوما) میباشد. اغلباً H.C.G تولید میکند. بزودی از طریق لمفاوی و دموی انتشار کرده یکی از خبیث ترین تومور ها شناخته شده است.

تومور های بین الخلالی

این تومور از حجرات سرتولی و یا لایدیک منشه میگیرد. تومور حجرات لایدیک مردانه و تومور حجرات سرتولی زنانه میباشد. تومور قبل از بلوغ اندروجن افراز میکند و سبب انکشاف جنسی قبل از وقت و نشو و نما بیش از حد عضلی می گردد. بعد از اورشیدیکتومی تنقیص اعراض ممکن نامکمل باشد زیرا هایپرتروفی خصیه مقابل موجود است.

تومور بعد از بلوغ معمولاً از حجرات سرتولی منشه میگیرد مترافق با افرازات هورمون زنانه بوده و مریض را به طرف بزرگ شدن ثدیه، تنقیص اشتهای جنسی و آسپریمیا میکشانند. طوریکه معمول است تومور سلیم بوده و با کشیدن خصیه تداوی میگردد.

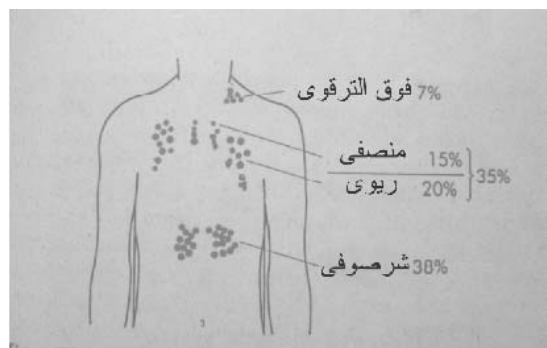
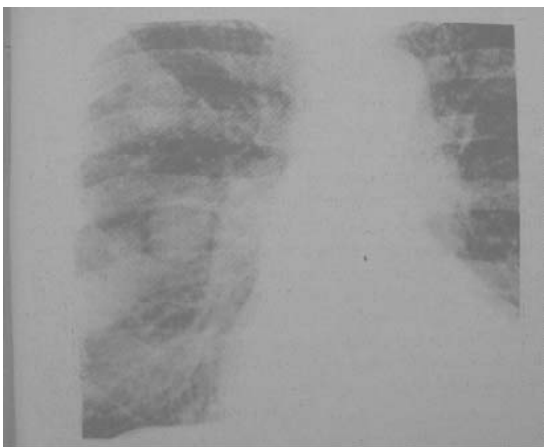
تظاهرات کلینیکی

مریض ممکن بعد از مشاهده نمودن کتله خصیوی برای چندین ماه در جستجوی مشوره نباشد بعضی اوقات احساس سنگینی وقتی بوجود می آید که خصیه دو یا سه برابر اندازه نورمال گردد لکن تنها در حدود سی فیصد مریضان درد میداشته باشند. و تاریخچه ترضیض ساحه ماوفه را اضافه از ده فیصد مریضان حکایه می کند. بصورت عموم تأیید میگردد که بزرگی خصیه صرف توجه را جلب مینماید لکن اساس نیوپلازم را تشکیل نمیدهد.

با معاینه خصیه بزرگ، لشم، سخت و سنگین است بعد ها یک و یا چندین ساحه متبارز ممکن قابل جس گردد. در خصیه دیگر حسیت مکمل بزودی از بین میرود اما باید به اثبات برسانیم و از انتشار مرض ترس داشته باشیم. ده فیصد مریضان هایدروسل ثانوی خفیف داشته که معمولاً تومور را تحت پوشش قرار داده نمی تواند. بریخ در ابتدا نورمال بوده لکن به مرور زمان جس آن مشکل گردیده و منظم جس نمیگردد و یا در ساحه توموری شرکت نکند ضخیم شدن سپرماتیک کورد بعدتر از سبب هایپرتروفی کریماستیر و بزرگ شدن اوعیه خصیوی به ملاحظه میرسد. قنات منوی هیچگاه ضخیم نمیگردد در معاینه مقعدی حویصالات منوی و پروستات نورمال جس میگردد (جدول ۱۰-۷۹).

ساختمان های جدید ثانوی در خلف پریتون مخصوصاً کمی بالاتر از سره ساحه طرف ماوفه ممکن قابل جس باشند. و ممکن کبد بزرگ باشد گاهی یک عقده بزرگ فوق ترقوی علایم آشکار کننده تومور خصیه میباشد (شکل ۷۹.۱۶).

وقتیکه تومور ابتدائی از نوع تیراتوما باشد در رادیوگرافی صدر اغلباً میتاستازهای ریوی را نشان میدهد (شکل ۷۹-۱۷).



شکل ۷۹.۱۶ توزیع میتاستاز تیراتومای خصیه

شکل ۷۹.۱۷ میتاستاز کانونبال کارسینومای خصیه

بعضاً اعراض امراض میتاستاتیک متبازر میباشد. امراض داخل بطن ممکن سبب درد های بطنی و ناحیه قطنی گردیده و ممکن کتله در ناحیه شرسوفی قابل دریافت باشد. میتاستاز های ریوی معمولاً خاموش میباشد لکن میتواند سبب درد صدري، عسرت تنفس و هیموپتیزی در مراحل بعدتر مرض گردد. از تومور ابتدای ممکن مریض آگاه نباشد و برعلاوه آن بسیار کم غیر قابل ملاحظه باشد و صرف توسط اولتراسوند و یا عملیات کشف گردد.

اشکال غیر وصفی ممکن التهاب خصیه و بربخ را تقلید نماید در این صورت ممکن انتان بولی موجود باشد باید تمام پندیده گی های مشکوک خصیه را تداوی کرد در صورت که با انتی بیوتیک بهبودی نیابد احتمالاً مشکوک بودن تومور خصیه زیادتر میگردد. ندرتاً مریضان با درد شدید و بزرگ شدن آنی خصیه ازسبب

هیپوراژی داخلی تومور مراجعه مینمایند. بین یک الی پنج فیصد مریضان ثدیه بزرگ دارند (عمدتاً در تیراتوما). تومورهای که به شکل سریع سیر دارند یک تومور وحشی است که در جریان چند هفته سبب مرگ میگردد.

کمتر تومورهای تیراتوما به آهستگی پیشرفت میکند که مترافق با بزرگ شدن خصیه بوده اضافه تر از ۲-۳ سال را در بر میگیرد.

تداوی تومور های خصیه (چوکات ۷۹.۱۱)

درجه بندی اولین قدم اساسی بوده و در پلان تداوی قرار دارد.

خون برای رادیوآمینواسی جمع آوری گردیده و مشعرهای تومور مانند HCG، الفا فیتوپروتین و اسیتات دی هایدروجنیناز میباشد. سویه آنها را در خون تعیین و به اساس آن تداوی کنترل میگردد.

چوکات ۷۹.۱۱

مشعر تومور های خصیه و انداز آن

- تومور مارکرها به تشخیص و تداوی تعقیبیه موثر بوده و کمک میکند.
- زمانیکه تداوی مریضان با شیموتیرایی یکجا صورت گیرد انداز خوب دارد.

- رادیوگرافی صدر ممکن نشان دهنده تغییرات ریوی باشد یا نباشد.
- اورشیدیکتومی اساسی بوده که تومور ابتدائی برداشته شده معلومات در باره نوع هستولوژیک تومور حاصل میگردد.
- توموگرافی کمپیوتری MRI برای کشف تغییرات داخل بطنی و داخل صدري ثانوی و کشف موثریت تداوی بسیار مهم است.

استکشاف سفن و اورشیدیکتومی برای تومور های مشکوک خصیوی

قنات سپرما تیک با دور ساختن صفاق عضله منحرفه خارجی از طریق شق ناحیه مغبنی واضح میگردد. توسط یک کلمپ نرم قنات سپرما تیک محکم گردیده تا از انتشار حجرات خبیث جلوگیری شود خصیه آزاد گردیده و از طریق جرحه بیرون کشیده میشود. اگر درین مرحله به تشخیص مشکوک باشییم خصیه باید از قسمت محدب قدامی آن شق شده تا ساختمان های داخلی آن معاینه گردد در صورت که تومور مشکوک باشد بعد از Frozen section کورد باید Double ligate در سویه حلقه مغبنی قطع شده و خصیه کشیده شود.

درجه بندی تومور های خصیوی

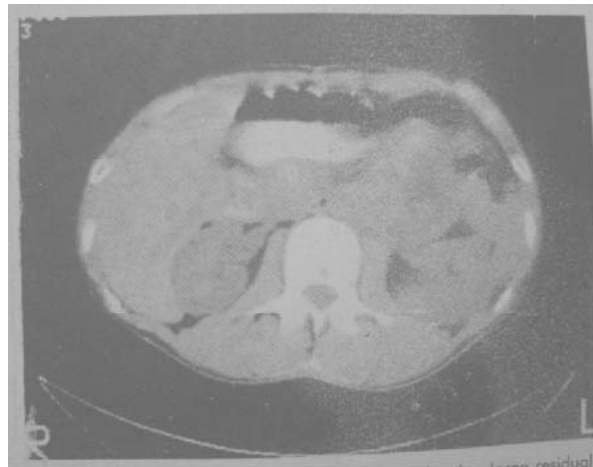
درجه بندی آن قرار ذیل است:

- Stage ۱: صرف در خصیه بوده و انتشار ندارد.
- Stage ۲: نودول ها پایانتز از دیافراگم است.
- Stage ۳: نودول بالاتر از دیافراگم است.
- Stage ۴: میتاستاز کبدی و ریوی موجود است.

اهتمامات به اساس درجه بندی و تشخیص هستولوژیکی (بعد از اورشیدیکتومی)

سیمیونما به مقابل شعاع حساس بوده درجه اول و دوم آن با شعاع نتیجه عالی میدهد. درین اواخر نشان داده شده که تومور فوق العاده مقابل Cisplatin حساس بوده خصوصاً در مریضان میتاستاتیک که قبلاً استفاده شده باشد. دانشمندان طور نظر میدهند که درجه اول باید قبلاً با شیموتیراپی تداوی گردند. تیراتوما ها کمتر مقابل شعاع حساس بوده درجه اول را میتوان با مشاهده تومور مارکر و سویه آن در سیروم خون و با تکرار توموگرافی کامپیوتری تداوی نمود تیراتوما در مرحله دو الی چهار توسط شیموتیراپی تداوی میگردد. از Vincristine, Bleomycin, methotraxate, Cisplatin به قسم Combination نتیجه خوب بدست می آید. آنهائیکه ادعا دارند که ممد شیموتیراپی در مرحله اول

تیراتوما نتیجه خوب میدهد و ادعا دارند که در جریان سروی طولانی که انجام شده وقایه موثر بوده و مشکلات کمتر دارد. بعضی اوقات برداشتن و قطع نمودن عقدهات لمفاوی خلف پریتهوانی که بعد از شیموتراپی باقی میماند ضرورت میگرددد(شکل ۱۸-۷۹). انساج که کشیده میشود ممکن صرف انساج نکروتیک باشد لکن محراق های پخته تیراتوما و یا خباثت فعال را در بعضی از مریضان نشان دهد. در صورتیکه تومور بزرگ باشد عملیات انجام گیرد. دقق معکوس و جریان سمپاتیک عنق مئانه باید محافظه گردد.



شکل ۷۹.۱۸ اسکن توموگرافی کمپیوتری نشان دهنده بقایای بزرگ کتله خلف پریتهوانی بعد از شیموتراپی میباشد.

انذار

انذار تومورهای خصیوی ارتباط به نوع هستولوژیک و درجه نشو و نمای آن ها دارد.

سیمینوما

در صورتیکه میتاستاز موجود نباشد ۹۵٪ مریضان بعد از کشیدن خصیه با شیموتیراپی و یا رادیوتیراپی برای مدت پنج سال زنده می مانند. در صورتیکه میتاستاز موجود باشد این توقع حیاتی به ۷۵٪ پایان می آید.

تیراتوما

توقع حیاتی در زیادتر از ۸۵٪ مریضان که در مرحله اول و دوم قرار دارند میباشد. در مریضان که در مرحله سوم و چهارم قرار دارند توقع حیاتی در ۶۰٪ پنج سال بوده که با شیموتیراپی این توقع حیاتی بهتر تر میگردد.

تومورهای خصیه در نزد اطفال

اینها معمولاً تیراتومای Anaplastic میباشد که قبل از سن سه سالگی بوقوع رسیده و اغلباً به زودی کشنده میباشد.

تومورهای بربخ

این تومورها میتواند سلیم باشد مانند میزوتیلیوما و یا خبیث باشد مانند سرکوماه و یا کانسره‌های ثانوی اینها فوق العاده نادر بوده اما در مریضانیکه کتلالت غیر سستیک داشته باشد به تومور فکر گردد.

سفن

Prepenile scrotum

یک حالت ولادی فوق العاده نادر است که سفن به Monspubis اویزان بوده در قدام قضیب قرار دارد.

ازیمای سفن ادیوپاتیک

قبلاً تشریح شده.

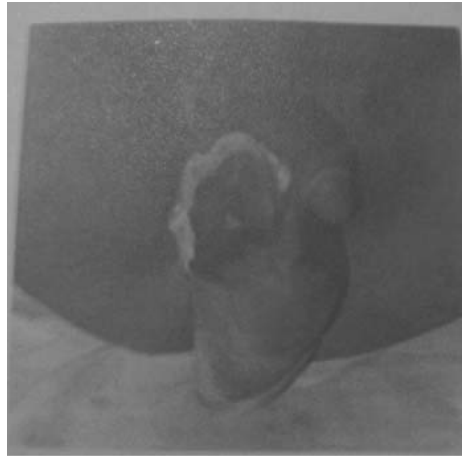
گانگرین ادیوپاتیک سفن

که بنام سندروم فورنر (Fournier's gangrene) نیز یاد می گردد غیر معمول بوده و مریضی خطرناک است (شکل ۷۹.۱۹). عبارت از آفت وعائی بوده که منشه میکروبی دارد و دارای اوصاف ذیل میباشد.

- دفعتاً التهاب سفن بوجود می آید.
- گانگرین سریع سیر نموده و محتوی سفن به بیرون به مشاهده میرسد.

• در نصف مریضان اسباب واضح معلوم نیست.

این مرض به تعقیب عملیه های کوچک در ناحیه عجان شاریده گی، خراشیده گی توسع احلیل زرقیات برای هیموروئید و یا باز نمودن ابسی محیط احلیل بوجود می آید. سترپتوکوک هیمولایتیک (بعضی اوقات میکروآیروفیلیک) همراه با دیگر میکروب ها مانند ستافیلوکوک، *E.Coli*، *Clostridium welchii* یک التهاب سریع انساج تحت الجلدی که سبب بندش التهابی شیربانچه های جلدی سفن میگردد بوجود می آید (گانگرین جدار بطن).



شکل ۷۹.۱۹ فورنیر گانگرین

تظاهرات کلینیکی

درد آنی سفن، حالت عمومی خراب، خنافت و تب میباشد. درابتدا صرف تنها سفن ماوف بوده لکن اگر کنترل نگردد سلولیت تمام طبقات سفن را ماوف میسازد خصیه ها معلوم میگردد اما سالم میباشد.

تداوی

میکروبیولوژیست ماهر توصیه میکند ممکن عامل مرض معلوم گردد. این اورگانیزم ها زیاد به مقابل جنتامایسین، سفالوسپورین حساس بوده و تا زمان که نتیجه باکتریولوژیک بدسترس قرار گیرد استفاده شود.

اکسیژون وسیع دریناز کافی برداشتن انساج نیکروتیک از انتشار مرض جلوگیری میکند بسیاری مریضان با وجود تداوی فعال و مناسب میمیرند (چوکات ۷۹.۱۲).

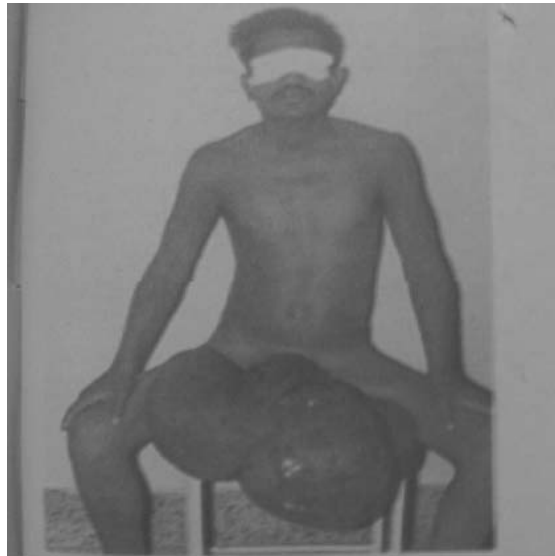
چوکات ۷۹.۱۲

فورنر گانگرین

■ گانگرین نا معلوم سفن (فورنر گانگرین) در صورتیکه مریض زنده بماند تداوی به موقع و مناسب شروع میگردد.

Filarial elephantiasis of the scrotum (ایلیفنتیاز فیلاریائی سفن)

این مرض از سبب بندش لمفاوی حوصلی توسط *W.bancrofti* همراه با انتان اضافی و لمفانجیت بوجود می آید. در حالات دومدار پندیده گی های فوق العاده بزرگ سفن که قضیب در آن مدفون میگردد (شکل ۲۰-۷۹) به مشاهده میرسد. درین حالت تداوی طبی وجود ندارد پرنسیپ تداوی جراحی آن عبارت از ساختن طرق لمفاوی جدید به وسیله جراحی پلاستیک میباشد در حالت بسیار پیشرفته قطع جلد مافه همراه با غرس خصیه ها در رآن ها و گرافت جلدی قضیب یگانه تداوی جراحی میباشد.



شکل ۲۰-۷۹ مدفون شدن قضیب در الیفنتیاز سفن

Non filarial elephantiasis

این مرض از فبروز لمفاوی *Lympho Granuloma venereum* بوجود می آید.

سیست های دهنیه

این مرض در جلد سفن معمول بوده اینها معمولاً کوچک و متعدد میباشد (شکل ۲۱-۷۹).



شکل ۲۱-۷۹ سیست های سی بسی سفن

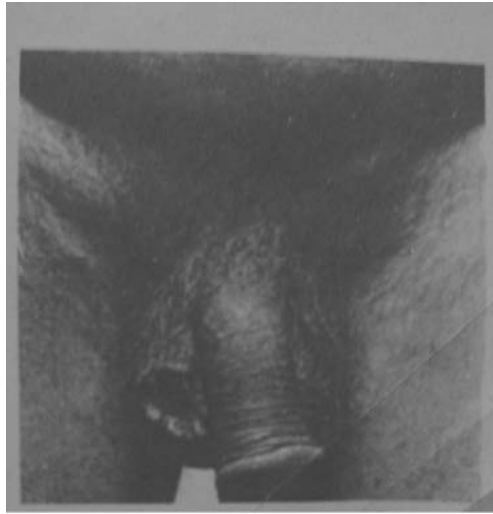
کارسینومای سفن

در قرن نهم ایتلیم سکواموزا سفن کانسر *Chimney Sweeps* (بخاری پاک کن) بوده و توسط *Percival Pott* تشریح گردید. با میکانیزه شدن صنعت پخته، چرب کننده های ناپاک روغنیات از ماشین های نخ تابی و غوط ورت شدن دو شاخه ماشین و اصلاح پتلون ها حتی زیاد کارسینوجن نسبت به دوده آن میباشد. امروز کانسرهای نادر در کارگران قیرسازی و رست سازی به مشاهده میرسد لکن در بسیاری

واقعات فکتورهای عامل مرض معلوم نیست. این قابل تبصره است که کانسره‌های غیر مشابه سفن در هند و کشورهای آسیائی تقریباً غیر شناسای میباشند به مشاهده میرسد.

تظاهرات کلینیکی

نشو و نما بقسم یک زخ یا قرحه به مشاهده رسیده (شکل ۲۲-۷۹) با پیشرفت مرض خصیه‌ها نیز ماوف میگردد.



شکل ۷۹.۲۹ کارسینومای سفن همراه با بزرگ بودن عقدات لمفاوی مغبنی

تداوی

ساحه ماوفه تا قسمت جلد سالم قطع میگردد اگر عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی بزرگ شده باشد با انتی بیوتیک بهبود نیافته تسلیخ باید دو طرفه تا به عقدات خارجی ناحیه مغبنی صورت گیرد.

عقامت نزد مردها (چوکات ۷۹.۱۳)

عدم کفایه خصیوی

مایع منوی میتواند که سپرم در آن موجود نباشد (Azoospermia) سپرم کم باشد (Oligo Spermia) و یا فوق العاده سپرم غیر نورمال موجود باشد. اسباب آن احتمالاً تشوشات وظیفوی خصیوی بعد از انتان کله چرک، مواجه شدن به ترضیضات، تشعشعات بوده لکن زیادتر اوقات اسباب آن نا معلوم است. میکانیزم فیدبک هورمون گونادوتروفین معروض به تشوش گردیده و یا اگر خصیه اتروفی داشته باشد سویه L.H و F.S.H ممکن بلند باشد. در یک تعداد مریضان Azoospermia بیوپسی خصیه عدم کفایه درنشو و نمای سپرم را نشان می دهد کوشش میگردد تا بصورت جدی تداوی گردد اما نتایج مایوس کننده است.

چوکات ۷۹.۱۳

عقامت نزد مردها

- اتروفی خصیه همراه با بلند بودن سویه گونادوتروفین در خون میباشد.
- بیوپسی خصیه یا آزوسپرمیا از سبب بندش و یا عدم کفایه در پخته شدن سپرم را نشان میدهد.
- اگر سپرم جمع آوری گردد میتوانیم زرق سپرم Intracytoplasmic را اجرا نماییم عقامت در حدود ۳۰٪ پایان می آید.

بندش

Azoospermia میتواند از سبب بندش در مسیر سپرماتوزوا از خصیه به بربخ و قنات منوی بوجود آید. ممکن بیوپسی خصیه سپرماتوجنیز فعال را نشان دهد. در صورتیکه ساحه بندش به اثر وازوگرافی تثبیت گردد میتواند Bypass اجرا شود. متاسفانه حتی با بهترین دست ها که این عملیه صورت میگیرد نتیجه کم دارد. در بعضی زوج ها اسباب آن امینولوژیک بوده و یا توده سپرم معروض به سیروم و مخاط عنق میباشد.

Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) یک انقلاب را برای اهتمامات و تداوی فکتور عقامت بوجود آورد. سپرماتوزوا بعد از دفق جمع آوری گردیده و یا به اثر اسپریشن از بریخ و یا حتی به اثر بیوپسی خصیه که می تواند بصورت **Invitro** در تخم اخذ شده مادر زرق گردد. در چهار تا شش مرحله حجرات جنین در رحم مادر انتقال داده شود.

قطع قنات منوی برای عقیم ساختن (چوکات ۷۹.۱۴)

این عملیه تقریباً در تمام دنیا معمول است که آن را میتوان بعد از مشوره زوجین انجام داد. هر دو جنس باید بدانند که با این عملیه برای مدت دایمی عقیم میگردند. اینها میتوانند مقاربت های جنسی نورمال خود را با استفاده از ادویه ضد حاملگی انجام دهند تا زمانیکه مایع منوی معاینه گردد که سپرم در آن موجود نیست و ۱۲-۱۶ هفته بعد از عمل باید مایع منوی معاینه گردد. اینها باید بدانند که بعضی اوقات دوباره ساخته شدن کانال بالنفسهی امکان دارد بوجود آید که عقامت را اصلاح کند که غیر قابل توقع میباشد.

وازیکتومی بصورت آسان بدون درد تحت انستزی موضعی انجام میگردد قطع قنات توسط یک یا دو شق متوسطه سفن

دو طرفه اجرا میگردد. برای طب عدلی ضرور است که باید قنات به آنها نشان داده شود (قطعه که قطع میگردد). با دوباره داخل نمودن در سفن ساحات قطع شده و نهاییات از هم دور میباشند که متصل شدن آنها را ناممکن میسازد. اصلاح دوباره وازوستومی حتی با تخنیک های پیشرفته موفقانه نیست بخاطریکه انتی بادی مقابل سپرم ها تشکل میکند. هر گاه سه الی چهار سال بعد از وازیکتومی عملیات اجرا گردد موفقیت ممکن ۶۰-۸۰٪ باشد.

چوکات ۷۹.۱۴

وازیکتومی

▪ مشوره با زوجین صورت گیرد زیرا این عمل بصورت دایمی سبب عقامت میگردد
Reconaliation و درد های مزمن سفن امکان دارد بعد از عملیات بوجود آید.

برای مطالعه بیشتر

Campbell, M.E., Walsh, P.C., Retik, A.B. and Vaughan, E.D. (eds) (2002)

Campbell's Urology, 8th edn. W.B. Saunders, Philadelphia.

Tanagho, E.A. and McAnish, J.W. (eds) (2002) Smith's General Urology, 15th

edn. McGraw-Hill/Appleton & Lange, New York.

Weiss, G., Weiss, R.M. and O'Reilly, P.H. (eds) (2001) Comprehensive Urology.

Elsevier Science, Amsterdam.

و من الله توفيق

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,
Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Tural from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Abstract

The urologic diseases translated from the Baily&Loves Short Practice of Surgery (Chapters 74-79). It is the first translation of the urologic diseases from English to Dari in our country and I think it is useful for all of the surgical practitioners.



بیوگرافی پوهندوی دوکتور غلام سخی (حسنی)

این جانب غلام سخی ولد ابوالحسن در سال ۱۳۴۰ هجری شمسی در ولایت ولسوالی جغتو قریه کهنه ده ترکان چشم به جهان گشوده ام. دوره متوسطه را در مکتب ترکان و دوره لیسه را در لیسه سنائی مرکز ولایت غزنی سپری نموده و در سال ۱۳۵۷ بعد از سپری نمودن امتحان کاندکور شامل فاکولته طب معالجوی کابل شده و در سال ۱۳۶۴ از فاکولته متذکره فارغ و در سال ۱۳۷۴ بعد از سپری نمودن امتحان کدر علمی بحیث استاد در دیپارتمنت یورولوژی پوهنتون طبی کابل مقرر و تا حال ایفای وظیفه مینمایم و در سال ۱۳۹۱ به رتبه پوهندوی ترفیع نموده ام.

Book Name Urologic Diseases
Author Asst. Prof. Dr. Ghulam Sakhi Hassani
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.
Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.
Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200111