

مقاله بازآموزی

بر اساس تصویب دفتر بازآموزی جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله ۲ امتیاز به پزشکان عمومی، متخصصین جراحی کلیه و مجاری ادراری تناسلی، جراحی عمومی امتیاز بازآموزی تعلق می گیرد.

اورژانسهای دستگاه ادراری تناسلی تحتانی Emergency in Lower genitourinary tract

نویسندگان: دکتر سید محمد کاظم آقامیرا^۱، دکتر حسن توکلی^۲،
دکتر سیدعلاء الدین عسگری^۳، دکتر عباس فهیمی^۴

خلاصه

نیاز فوری به اقدامات پزشکی هر طبیبی را بر آن می دارد که اورژانس را بطور علمی بشناسد تا آسایش در طبابت و اطمینان در بهبودی بیمار مهیا گردد. این مقاله بر اساس آخرین مطالب کتب مرجع و مقالات از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۲ میلادی تنظیم شده است و واژگان کلیدی اورژانس در بیضه، آلت، مثانه و پروستات مورد توجه قرار گرفته است. در این مقالات اذعان گردیده که اگر به تورشن بیضه یا معاینه و شرح حال مشکوک می شویم و در صورت شک باید بیمار در ۴-۶ ساعت اولیه تحت عمل جراحی قرار گیرد و در تورشن آپاندیکس بیضه عمل جراحی نیاز نمی باشد. آبیسه بیضه را باید با درناژ و آنتی بیوتیک درمان کرد و اپیدیدیمیت حاد را در صورتیکه در سنین فعالیت جنسی باشد با داکسی سایکلین و سفتریاکسون و در غیر اینصورت بر اساس نوع میکروب در ادرار درمان می کنیم. فموزیس را با آنتی بیوتیک کنترل می کنیم و با کنترل آن، ختذ راه حل بعدی بیماری فوق است پارافموزیس نیز کاندید Dorsal slit می گردد. خونریزی به دنبال ختذ را با باز کردن مجدد و بستن و رید دورسال آلت می توان درمان نمود و قطع آلت را باید ظرف ۸ ساعت آناستوموز کرد و در پریاپیسم Low flow بایستی شستشو ولین اقدام درمانی باشد و در ذوع High flow شریان چودندال داخلی را باید بست در پارگی مجرای خلقی سیستومی گذاشته و ۴-۶ ماه بعد مراحل دیگر درمان را انجام می دهیم. پارگی مجرای قدامی و مثانه را سریعاً جراحی نموده و در سیستیت حاد درمان سه روز در خانها پیشنهاد شده است.

مقدمه:

در هر قسمت از رشته پزشکی حوادثی رخ می دهد که نیاز فوری برای نجات عضو و یا اعضای فرد مصدوم ضروری است و فاکتور زمان برای حیات بخشیدن به عضو مصدوم نقش اصلی و اساسی را بازی می کند. رشته ارولوزی از قاعده کلی فوق مستثنی نمی باشد. بر اساس آمار و تحقیقات، برای نجات بسیاری از اعضا زمان مشخصی اعلام شده است. بعنوان مثال برای حفظ بیضه، ۶ ساعت و آلت تناسلی، ۸ ساعت. اما سؤال پزشک از اینجا شروع می شود! تا چه محدوده

۱ و ۲- عضو هیئت علمی دانشگاه ع پ تهران - بیمارستان سینا

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه ع پ مازندران

۴- پزشک عمومی فارغ التحصیل دانشگاه ع پ شهید بهشتی

زمانی را باید اورژانس فرض کنیم؟ به هر حال پزشک اورژانس بایستی کمتر از ۲۴ ساعت در نجات عضو و یا بیمار اقدام نماید و این اقدامات باید متکی به کتب علمی باشد تا آرامش پزشک در درمان بیماران موفقیت او را افزایش دهد. گرچه اورولوژی رشته ای آرام است ولی بیش از ۵۰ مورد اورژانس را در خود جای داده است و بدین جهت اطبای ما باید روش برخورد با اورژانسهای آن را (حداقل شایعترین آنها) را بیاموزند تا بیماران از این آموخته ها سود برند.

الف) محتویات اسکروتوم و اورژانسهای شایع آن

۱) چرخش بیضه: Testicular Torsion

الف- ۱) تعریف: چرخش بیضه راست را در جهت عقربه های ساعت و نیز بیضه چپ را برخلاف عقربه های ساعت به حول محور عمودی کورد؛ «تورشن بیضه» گویند.

ب- ۱) علائم بالینی: بیمار با سن ۱۸-۱۲ سالگی با درد ناگهانی بیضه بخصوص در هنگام خواب مراجعه می نماید و در معاینه محتویات اسکروتوم، کورد کوتاه شده و بیضه به شکل افقی قرار گرفته است و با بالا گرفتن بیضه درد بیمار افزایش می یابد. در نوزاد تحریک پذیری، بی اشتها، سفت شدن و بزرگ شدن بیضه و عدم عبور نور از

داخل محتویات اسکروتوم (با چراغ قوه) از علائم اولیه این بیماری تلقی می شود و گاه پرستار بخش نوزادان به شما اطلاع می دهد بیضه نوزاد از بدو تولد سفت و بزرگ است.

ج- ۱) روش برخورد:

- بالجین

۱- آزمایش کامل ادرار جهت رد عفونت اپیدیدیم یا بیضه
۲- سونوگرافی از بیضه ها جهت رد تشخیصهای مطرح دیگر از جمله: فتق استرانگوله، هماتوسل، هیدروسل، تومور بیضه، ادم اسکروتال ایدیوپاتیک
۳- سونوگرافی داپلر برای رد تشخیص اپسیدیمیت از تورشن (در صورت دسترسی به آن)

۴- در صورت ادامه شک به تشخیص اولیه از بهترین تست تشخیصی یعنی؛ «اسکن Tc99 Porechnetate»؛ استفاده می شود. ممکن است شما در مرکزی باشید که نتوانید از سونوگرافی داپلر و اسکن استفاده کنید در این صورت مجاز خواهید بود اسکروتوم بیمار را با شک به تورشن باز کنید.

- نوزادان

۱- آزمایش ادرار

۲- سونوگرافی از بیضه برای رد تشخیصهای دیگر از جمله: هماتوم بیضه، تومور بیضه، اپیدیدیمیت، آدرنال یا طحال اکتوپیک، تورشن آپاندیکس بیضه. توجه داشته باشید که توده سفت و

بزرگ در اسکروتوم یک نوزاد، تورشن بیضه محسوب می شود تا خلاف آن ثابت گردد.

د- ۱) روش درمان

در بالغین می توانید ۲۰-۱۰ میلی گرم لیدوکائین ۱٪ بداخل کورد تزریق نموده و سپس بیضه چپ را در جهت عقربه های ساعت و بیضه راست را برخلاف عقربه های ساعت بچرخانید این کار را یکبار انجام دهید و اگر موفق نبودید بیمار را تحت عمل جراحی قرار دهید. زمان طلایی برای نجات بیضه در این بیماران ۶-۴ ساعت است و تمامی روند تشخیص و درمان را باید در این زمان محدود انجام دهید. اگر بیمار شما نوزاد است و به چرخش یکطرفه بیضه او اطمینان دارید یک یا دو ماه بعد بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته و بیضه بیمار را خارج شود. ولی اگر تورشن دوطرفه باشد حتماً اسکروتوم باز و بیضه ها به اسکروتوم متصل شوند.

۲) چرخش آپاندیکس بیضه
Torsion of the Testicular Appendage:

الف- ۲) تعریف: در قسمت فوقانی بیضه زائده ای کوچک باندازه ۳-۲ میلی متر وجود دارد و باقیمانده دستگاه مولر در دوران جنینی است. این زائده ممکن است به هر دلیلی (که دلیل آن مشخص نیست) بچرخد. چرخش

آپاندیکس بیضه معمولاً در سنین نوجوانی رخ می دهد.

ب-۲) علائم:

۱- ایجاد درد در بالای بیضه و گاه تمامی بیضه

۲- لمس توده ای کوچک در پل فوقانی بیضه، وقتی پوست اسکروتوم را

روی توده همراه با فشار می کشیم نقطه ای آبی رنگ و کبود در زیر پوست دیده

می شود که اصطلاحاً به آن Blue dot گویند.

۳- برخی مواقع علائم بیمار بسیار شدید است و با درد پائین شکم، تهوع و استفراغ (بصورت حاد و یا تدریجی)

مراجعه می کند.

۴- هیدروسل واکنشی

ج-۲) روش برخورد: ابتدا ۲۰-۱۰ میلی گرم لیدوکائین ۱٪ به داخل کورد

تزریق می کنیم و بیمار را تحت معاینه قرار می دهیم از آنجائیکه عفونت اپیدیدیم یا بیضه از تشخیص افتراقی های این بیماری

تلقی می شوند انجام آزمایش کامل ادرار ضروری بنظر می رسد و در ادامه اگر باز

هم به تشخیص خود شک دارید از سونوگرافی داپلر و یا اسکن بیضه استفاده

کنید.

د-۲) روش درمان: بیمار را تحت نظر بگیرید و توصیه کنید استراحت کند و مسکن لازم را تجویز نمائید. معمولاً

علائم بیمار ظرف ۷-۵ روز برطرف

می شود و اگر در همان ابتدا شک به تورشن بیضه دارید! حتماً بیمار را ظرف ۴-۶ ساعت اول تحت عمل جراحی قرار

دهید اگر در حین عمل، بیضه را سالم یافتید و آپاندیکس بیضه چرخیده بود آنرا خارج کنید.

می شود و اگر در همان ابتدا شک به تورشن بیضه دارید! حتماً بیمار را ظرف ۴-۶ ساعت اول تحت عمل جراحی قرار

دهید اگر در حین عمل، بیضه را سالم یافتید و آپاندیکس بیضه چرخیده بود آنرا خارج کنید.

۳) آبنسه بیضه: Testicular Abscess

الف-۳) تعریف: تجمع ترشحات چرکی را در داخل بیضه، آبنسه بیضه گویند

ب-۳) علائم: ۱) سابقه اپیدیدیموارکیت حاد با پوست اسکروتوم خشک، ورقه ورقه و نازک ۲) بیمار با

سابقه اپیدیدیموارکیت حاد که علیرغم ۱۰-۱۴ روز درمان مناسب بهبودی نسبی

و کامل حاصل نشده است و نیز بتدریج توده نرمی در بیضه ایجاد می شود. ۳) قبلاً بیمار به اپیدیدیموارکیت حاد یا مزمن

مبتلا گردیده و ممکن است این بیماری همراه با درناژ چرکی از محل اسکروتوم

باشد.

ج-۳) روش برخورد: ۱) اولتراسونوگرافی: تصویری با اکوژنیسته مخلوط (Mix) و یا توده هیپوآکو

(Hypoecho) همراه با هیدروسل واکنشی دیده می شود. ۲) در اولتراسونوگرافی داپلر عروق اطراف توده

افزایش یافته است.

د-۳) روش درمان: ۱) تزریق ۲۰ سی سی لیدوکائین ۱٪ به داخل کورد ۲)

استراحت مطلق ۳) آنتی بیوتیک مناسب با توجه به شیوع سوش میکروبی در آن سن ۴) برقراری درناژ مناسب برای خروج چرک ۵) در صورت از بین رفتن بیضه به دنبال عفونت چرکی، خارج کردن بیضه همراه با آنتی بیوتیک مناسب ضروری به نظر می رسد.

۴) قطع بیضه: Testis Amputation

الف-۴) تعریف: قطع شریان و ورید اسپرماتیک

ب-۴) علائم: ۱) پارگی اسکروتوم و خروج کامل بیضه ۲) پارگی اسکروتوم و تغییر رنگ بیضه

ج-۴) روش برخورد: روش برخورد: ۱) در صورتیکه در معاینات بالینی خروج بیضه و قطع آن مشخص باشد نیاز به استفاده از پاراکلینیک نمی باشد. ۲) در صورتیکه تغییر رنگ بیضه دیده شود و قطع شدگی کامل نباشد اولتراسونوگرافی داپلر کمک کننده خواهد بود.

د-۴) روش درمان: قسمت قطع شده و محل تروما را با نرمال سالین، شستشو دهید. عضو قطع شده را در نرمال سالین سرد و یا کیسه استریل محتوی یخ قرار دهید و خونریزی قسمت پروگزیمال ناحیه قطع شده را کنترل نمایید و ظرف کمتر از ۸ ساعت آناستوموز شریان و ورید اسپرماتیک را انجام دهید در این زمان بیمار را به ارولوژیست معرفی کرده تا این

استراحت مطلق ۳) آنتی بیوتیک مناسب با توجه به شیوع سوش میکروبی در آن سن ۴) برقراری درناژ مناسب برای خروج چرک ۵) در صورت از بین رفتن بیضه به دنبال عفونت چرکی، خارج کردن بیضه همراه با آنتی بیوتیک مناسب ضروری به نظر می رسد.

۴) قطع بیضه: Testis Amputation

الف-۴) تعریف: قطع شریان و ورید اسپرماتیک

ب-۴) علائم: ۱) پارگی اسکروتوم و خروج کامل بیضه ۲) پارگی اسکروتوم و تغییر رنگ بیضه

ج-۴) روش برخورد: روش برخورد: ۱) در صورتیکه در معاینات بالینی خروج بیضه و قطع آن مشخص باشد نیاز به استفاده از پاراکلینیک نمی باشد. ۲) در صورتیکه تغییر رنگ بیضه دیده شود و قطع شدگی کامل نباشد اولتراسونوگرافی داپلر کمک کننده خواهد بود.

د-۴) روش درمان: قسمت قطع شده و محل تروما را با نرمال سالین، شستشو دهید. عضو قطع شده را در نرمال سالین سرد و یا کیسه استریل محتوی یخ قرار دهید و خونریزی قسمت پروگزیمال ناحیه قطع شده را کنترل نمایید و ظرف کمتر از ۸ ساعت آناستوموز شریان و ورید اسپرماتیک را انجام دهید در این زمان بیمار را به ارولوژیست معرفی کرده تا این

۴) قطع بیضه: Testis Amputation

الف-۴) تعریف: قطع شریان و ورید اسپرماتیک

ب-۴) علائم: ۱) پارگی اسکروتوم و خروج کامل بیضه ۲) پارگی اسکروتوم و تغییر رنگ بیضه

ج-۴) روش برخورد: روش برخورد: ۱) در صورتیکه در معاینات بالینی خروج بیضه و قطع آن مشخص باشد نیاز به استفاده از پاراکلینیک نمی باشد. ۲) در صورتیکه تغییر رنگ بیضه دیده شود و قطع شدگی کامل نباشد اولتراسونوگرافی داپلر کمک کننده خواهد بود.

د-۴) روش درمان: قسمت قطع شده و محل تروما را با نرمال سالین، شستشو دهید. عضو قطع شده را در نرمال سالین سرد و یا کیسه استریل محتوی یخ قرار دهید و خونریزی قسمت پروگزیمال ناحیه قطع شده را کنترل نمایید و ظرف کمتر از ۸ ساعت آناستوموز شریان و ورید اسپرماتیک را انجام دهید در این زمان بیمار را به ارولوژیست معرفی کرده تا این

۴) قطع بیضه: Testis Amputation

الف-۴) تعریف: قطع شریان و ورید اسپرماتیک

ب-۴) علائم: ۱) پارگی اسکروتوم و خروج کامل بیضه ۲) پارگی اسکروتوم و تغییر رنگ بیضه

ج-۴) روش برخورد: روش برخورد: ۱) در صورتیکه در معاینات بالینی خروج بیضه و قطع آن مشخص باشد نیاز به استفاده از پاراکلینیک نمی باشد. ۲) در صورتیکه تغییر رنگ بیضه دیده شود و قطع شدگی کامل نباشد اولتراسونوگرافی داپلر کمک کننده خواهد بود.

د-۴) روش درمان: قسمت قطع شده و محل تروما را با نرمال سالین، شستشو دهید. عضو قطع شده را در نرمال سالین سرد و یا کیسه استریل محتوی یخ قرار دهید و خونریزی قسمت پروگزیمال ناحیه قطع شده را کنترل نمایید و ظرف کمتر از ۸ ساعت آناستوموز شریان و ورید اسپرماتیک را انجام دهید در این زمان بیمار را به ارولوژیست معرفی کرده تا این

۴) قطع بیضه: Testis Amputation

الف-۴) تعریف: قطع شریان و ورید اسپرماتیک

ب-۴) علائم: ۱) پارگی اسکروتوم و خروج کامل بیضه ۲) پارگی اسکروتوم و تغییر رنگ بیضه

کار توسط او یا جراح عروق انجام شود در مجموع مهمترین عامل در نتیجه درمان، سعی در زنده نگه داشتن قسمت قطع شده می باشد. با این روش می توان اسپرماتوزنریس را حفظ نمود. (۵)

(۵) پارگی بیضه: Rupture of the Testis

الف (۵) تعریف: پارگی تونیکا آلبوژینه به دنبال ترومای ضربه ای (Blunt) یا سوراخ کننده (Penetrating)

ب- (۵) علائم: (۱) بزرگ شدن بیش از ۲/۵ برابر اسکروتوم که معاینه بیضه را با مشکل مواجه سازد. (۲) بزرگ شدن تدریجی اسکروتوم علی‌رغم درمان نگهدارنده.

ج- (۵) روش برخورد: ۱- سونوگرافی از بیضه و دیدن پارگی آن (۲) اسکن ایزوتوپ و پخش شدن ماده ایزوتوپ در فضای اسکروتوم. این دو روش تصویربرداری در تشخیص پارگی بیضه مفید است ولی نبایستی باعث تأخیر در عمل جراحی بیمار شود. ضمناً باید توجه داشت که حساسیت سونوگرافی در تشخیص پارگی بیضه ۶۴٪ و ویژگی آن ۷۵٪ است.

(۳) MRI

د- (۵) روش درمان: در صورتیکه شک به پارگی بیضه دارید عمل جراحی را بدون

تأمل انجام دهید و پس از بازکردن اسکروتوم پارانثیم نکروتیک بیضه و آنچه را که از بیضه خارج شده خارج کنید و بیضه را با نرمال سالین شسته و سپس تونیکا را با نخ قابل جذب بدوزید و بیمار را تحت پوشش آنتی بیوتیک وسیع الطیف قرار دهید بندرت پارگی بیضه منجر به خارج کردن آن می شود.

۶) التهاب حاد اپیدیدیم و بیضه Acute Epididymitis:

الف- (۶) تعریف: التهاب، درد و تورم اپیدیدیم که زمان شروع آن کمتر از ۶ هفته باشد.

ب- (۶) علائم: (۱) التهاب و تورم در اپیدیدیم که بتدریج پیشرفت نموده و تنه و سر اپیدیدیم و سپس بیضه را نیز درگیر می کند. (۲) کورد معمولاً متورم و دردناک است (۳) بیمار معمولاً سابقه نزدیکی مشکوک را در چند ماهه اخیر ذکر می کند (اگر در سن فعالیت جنسی است)

ج- (۶) روش برخورد: (۱) حتماً تشخیص تورشن را در بیمار کمتر از ۳۵ سال مورد توجه قرار دهید. اگر کشت و آزمایش وسط ادرار و یا ترشحات داخل مجرا مثبت باشد و یا علائم یورتریت در بیمار فوق دیده شود بعید است که بیمار دچار تورشن بیضه شده باشد. اگر کشت و آزمایش ادرار عفونی نبود و مشکوک به چرخش بیضه بودید از داپلر سونوگرافی و یا اسکن رادیونوکلئید استفاده کنید. (۲۰)

حتماً ارتباط جنسی مشکوک را از بیمار سؤال کنید. (۳) به بیمار استراحت کامل دهید. (۴) برای درناژ لنفاتیکی مطلوب و کاهش درد، اسکروتوم بیمار بالا نگه داشته شود.

د- (۶) روش درمان: (۱) در صورتیکه اپیدیدیمیت به دنبال باکتریوری ایجاد شده باشد آنتی بیوتیک هائی همچون کوتریموکسازل یا سیپروفلوکساسین تجویز کنید. (۲) در صورتیکه نزدیکی مشکوک عامل اپیدیدیمیت باشد سفتریاکسون با دوز ۱۲۵ میلی گرم به همراه داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی گرم دو بار در روز به مدت ۱۰ روز توصیه می شود. (۲)

ب) آلت، مجرا و اورژانسهای شایع آنها

۱- فموزیس (۷): Phemosis

الف- (۱) تعریف: چسبندگی پره پوس به گلانز پس از سن چهار سالگی

ب- (۱) علائم: (۱) تورم بدون درد پره پوس در پسرها تا سن چهار سالگی به شکلی که پره پوس به ناحیه کرونا بر نمی گردد

۲) چسبندگی و تورم پره پوس همراه با انسداد مسیر ادرار.

ج- (۱) روش برخورد: معاینه بالینی و تشخیص فیموزیس

د- (۱) روش درمان: (۱) تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف برای کنترل

عفونت (۲) در صورت وجود انسداد ادرار کمی ژل لیدوکائین به پره پوس بمالید و رتراکشن پره پوس را انجام دهید. (۳) Dorsal Slit (برش پره پوس تا ناحیه کرونا در قسمت دورسال در شرایطی که تورم شدید پره پوس و انسداد ادرار از علائم اصلی بیمار باشد. (۴) زمانی که عفونت پره پوس کنترل شد ختنه توصیه می شود.

(۲) پارافموزیس (۱) Paraphimosis:

الف- (۲) تعریف: عقب رفتن پره پوس و گیر افتادن آن در پشت گلانز که متعاقب آن تورم گلانز ایجاد می گردد.

ب- (۲) علائم: اگر تورم گلانز طولانی شود در مراحل انتهایی نکروز گلانز دیده می شود.

ج- (۲) روش برخورد: معاینه بالینی و تشخیص پارافموزیس

د- (۲) روش درمان: در بچه ها ۵ دقیقه گلانز را فشار دهید و سپس پره پوس را روی گلانز بکشید اگر مشکل بیمار برطرف نشد Dorsal Slit انجام دهید (در بزرگسالان از این روش به عنوان درمان اولیه استفاده می شود) و سپس بیمار را تحت درمان با آنتی بیوتیک وسیع الطیف قرار دهید و بعد از کنترل عفونت بیمار را ختنه کنید.

۳) خونریزی بعد از ختنه: Bleeding After Circumcision

الف - (۳) تعریف: بیمار ختنه شده با

خونریزی فعال و آهسته ای از روی باندهای بسته شده به درمانگاه آورده می شود

ب- (۳): علائم خونریزی فعال از محل باندهای بسته شده روی آلت با سابقه ختنه

ج- (۳) روش برخورد: (۱) پرسیدن تاریخچه ختنه و خونریزیهای قبلی و زمان ختنه و سن بیمار (۲) فرستادن PT, PTT, CBC diff به آزمایشگاه

د- (۳) روش درمان: (۱) باز کردن باندها و شستشوی محل و بی حس کردن آلت، (۲) اگر بیمار در روز اول زندگی ختنه شده است و ورید فعالی که خونریزی بیمار را توجیه کند دیده نمی شود تزریق ویتامین K را توصیه می کنیم و سپس پانسمان فشاری روی زخم بمدت ۴۸ ساعت ببندید و آزمایش های بیمار را کنترل کنید. (۲) اگر ورید دورسال آلت خونریزی می دهد آنرا ببندید و سپس آلت را پانسمان کنید. (۳) آنتی بیوتیک مناسب تجویز نمایید. (۴) اگر از لبه زخم خونریزی وجود دارد اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰۰۰ را روی لبه پوست بریزید و بمدت ۴۸ ساعت آلت بیمار را تحت پانسمان فشاری قرار دهید.

۴- قطع آلت: penile Amputation

الف- (۴) تعریف: قطع کامل و یا ناقص آلت در اثر خودزنی، انفجار، دیگرزنی و یا پس از ختنه

ب- (۴) علائم: بیمار با قطع کامل آلت و یا تغییر رنگ قسمت دیستال قطع شدگی مراجعه می کند و خونریزی از ناحیه پارگی را می بینید و بیمار یا قادر به ادرار کردن نمی باشد و یا از محل پارگی ادرار می کند.

ج- (۴) روش برخورد: (۱) مهمترین کار تسریع در حفظ قسمت قطع شده می باشد قسمت قطع شده را با نرمال سالین شستشو دهید و سپس آنرا در نرمال سالین سرد یا کیسه یخ نگهداری کنید. (۲) کمتر از ۸ ساعت بیمار را به اورولوژیست معرفی کنید تا آناستوموز آلت انجام شود. (۳) تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف (۴) خونریزی قسمت پروگزیمال را کنترل کنید.

د- (۴) روش درمان: (۱) آناستوموز ورید دورسال عمقی با میکروسکوپ و اگر میسر نشد دو قسمت دیستال و پروگزیمال آلت را مطابق با ارتباطات آناتومیک به هم متصل کنید (کورپوس اسپونژیوزوم درناژ وریدی قسمت دیستال را انجام خواهد داد). (۲) در صورتیکه مجرا قطع شده باشد آنرا آناستوموز نمایید و سپس سوند مجرا را به مدت ۱۴-۱۰ روز نگه دارید.

۵- نعوظ دردناک: Priapism

الف- (۵) تعریف: نعوظ دردناک آلت بدون خواست و تمایل جنسی که با ارگاسم از بین نمی رود

ب- (۵) علائم بالینی: (۱) نعوظ بیشتر

از ۶ ساعت طول کشیده و آلت دردناک است (به خاطر داشته باشید در بیشتر مواقع پریاپیسم از نوع High Flow بدون درد است). (۲) گلائز در نعوظ شرکت نداشته و شل است. (۳) با ایجاد ارگاسم آلت شل نمی شود.

ج-۵) روش برخورد: (۱) ABG از خون داخل آلت بگیرید که با این روش نوع پریاپیسم را یعنی Low Flow (اگر وضعیت گازهای خون مشابه خون وریدی باشد) و High Flow (اگر وضعیت گازهای خون مشابه خون شریانی باشد) تشخیص می دهید. (۲) مدت زمان پریاپیسم را به دقت پرسید. بیمار سابقه بیماری قلبی دارد یا خیر؟ و علت پریاپیسم را به دقت بررسی و تحقیق کنید.

د-۵) روش درمان: در نوع Low Flow که زمان مراجعه بیمار کمتر از ۳۶ ساعت است با گذاشتن آنژیوتکت شماره ۲۱ داخل کاورنوز شستشوی را شروع کنید و اگر بهبودی حاصل نشد ۵۰۰-۲۵۰ میکروگرم فنیل افرین هر ۵ دقیقه یکبار (۱۰ بار) به داخل کاورنوم تزریق کنید. اگر باز درمان موفق نبود شانت اسپونژیوکاورنوم آخرین راه درمان است. و در صورتیکه ۳۶ ساعت از زمان ابتلاء گذشته باشد پس از شستشو ابتدایی و عدم موفقیت درمان فوق شانت اسپونژیوکاورنوم توصیه می شود. و در نوع High Flow ابتدا روی آلت کیسه یخ گذاشته و اگر این درمان موفق نبود

شریان پودندال داخلی را با روش آمبولیزاسیون می بندیم و در صورتیکه درمان موفق نبود بستن شریان پودندال داخلی با جراحی توصیه می شود. باید توجه داشت که از آلفا آگونیستها در بیماران قلبی استفاده نشود و در بیمارانی که استفاده از داروها (پاپاورین) باعث پریاپیسم شده است کاربرد اپی نفرین و یا فنیل افرین به داخل کاورنوز اولین اقدام درمانی است.

۶) شکستگی آلت: Penis Fracture
الف-۶) تعریف: پارگی تونیکا آلبوژینه به دلیل خم شدن ناگهانی آلت در حالت نعوظ
ب-۶) علائم: اکیموز شدید آلت همراه با سابقه خم شدن ناگهانی آلت به شکلی که آلت از حالت نعوظ خارج شده و بیمار صدای ترق و تروق را ذکر می کند و به دنبال آن، نعوظ ممکن نخواهد بود.

ج-۶) روش برخورد: (۱) سر ماتوس را از نظر وجود خون بررسی نموده و اگر خون مشاهده کردید پارگی مجرا حتمی است و قبل از عمل، اورتروگرافی رتروگرید ضروری بنظر می رسد (۲) کیسه یخ را روی آلت قرار داده تا از درد بیمار کاسته شده و هماتوم موضعی توسعه نیابد.

د-۶) روش درمان: جراحی و ترمیم تونیکا آلبوژینه درمان اصلی محسوب می شود و در صورت پارگی مجرا، ترمیم موضعی مجرا و سپس گذاشتن سوند به

مدت ۱۴-۱۰ روز توصیه می شود.

۷- پارگی مجرا: Urethra Rupture

الف-۷) تعریف: قطع مجرای ادرار به دنبال ترومای Blunt یا Penetrating که بیمار قادر به ادرار کردن نمی باشد.
ب-۷) علائم: (۱) بیمار با شکستگی لگن مراجعه کرده و به سختی ادرار می کند و یا بدنبال تروما در نوك ماتوس خون دیده شده و یا خونریزی مشخص از مجرا را می بینیم. (۲) تجمع هماتوم یا مایع در ناحیه پرینه، اسکروتوم و یا آلت به دنبال تروما همراه با اشکال در ادرار کردن.

ج-۷) روش برخورد:
الف) پارگی مجرای خلفی: (۱) توصیه کنید بیمار ادرار نکند تا ارزیابی بیشتری انجام شود (۲) یورترتوگرافی رتروگرید انجام دهید.

د-۷) روش درمان: (۱) در صورت اکستراواژیشن ادرار سیستوستومی بگذارید (۲) هر ۲ هفته یکبار سیستوستومی را تعویض کنید. (۳) ۶-۴ ماه بعد، ترمیم مجرا انجام می شود. (۴) در بچه ها وزیکوستومی را بجای سیستوستومی توصیه می کنیم.

ب) پارگی مجرای قدامی: ترمیم فوری انجام می شود و بمدت ۱۰-۷ روز سوند مجرا گذاشته می شود.

۹) عفونت مجرا: Urethritis

الف-۸) تعریف: التهاب مخاط مجرا
ب-۸) علائم: بیمار در سن فعالیت

جنسی بوده و با خروج ترشح چرکی از مجرا مراجعه می کند و بیمار سوزش مجرا در هنگام ادرار کردن را ذکر می کند و نیز سابقه نزدیکی مشکوک اخیر از علائم مهم بیماری می باشد.

ج-۸) روش برخورد: (۱) تهیه نمونه صبحگاهی از داخل مجرا. (۲) تهیه نمونه از دهان (در کسانیکه سابقه نزدیکی از راه دهان را ذکر می کنند). (۳) بیمار را حتماً از نظر ایدز بررسی کنید.

د-۸) روش درمان: (۱) سفتریآکسون Ceftriaxone ۱۲۵ میلی گرم عضلانی یک بار، همراه با داکسی سیکلین ۱۰۰ میلی گرم دو بار در روز بمدت ۷ روز (۲) شریک جنسی و یا همسر وی حتماً درمان شود. (۳) کشت و اسمیر مجدد از داخل مجرا ۴-۵ روز بعد از اتمام درمان انجام شود.

پروستات و اورژانسهای شایع آن:

۱- پروستاتیت حاد باکتریال:

Acute Bacterjal Prostatitis

الف-۱) تعریف: التهاب عفونی پروستات

ب-۱) علائم: علائم تحریکی ادرار (سوزش ادرار، تکرار ادرار، احساس فوریت در دفع ادرار، ناکچوری) به همراه تب و لرز شدید و درد ناحیه پرینه و پائین کمر و همچنین ضعف و درد مفاصل، و نیز این امکان وجود دارد که بیمار با علائم انسدادی حتی بصورت احتباس ادرار

مراجعه نماید و علائم فوق معمولاً در سنین ۴۰-۲۰ سال دیده می شود

ج-۱) روش برخورد: (۱) از ماساژ پروستات پرهیز کنید ولی اجازه دارید به آرامی و از راه رکتوم پروستات را تحت معاینه قرار داده تا گرما و تندرین پروستات و نامنظمی آن را حس نمائید.

۲) کشت و آزمایش ادرار و خون انجام شود (۳) بیمار را حتماً بستری کنید. (۴) سونوگرافی از پروستات برای رد کردن آبسه پروستات ضروری است.

د-۱) روش درمان: (۱) آنتی بیوتیک وریدی (کوتریموکسازول وریدی یا داروی جایگزین آن، آمپی سیلین همراه با جنتامایسین) برای بیمار شروع کنید تا کشت ادرار آماده شود (۲) آنتی بیوتیک وریدی را در صورت حساسیت میکروب به آن تا قطع تب ادامه دهید. (۳) داروی خوراکی را از روز بعد از قطع تب بمدت ۳۰ روز ادامه دهید (کوتریموکسازول و یا سپروفلوکساسین). (۴) ضد تب و ضد درد و مسهل برای بیمار استفاده کنید. (۵) از دستکاری مجرا بپرهیزید و در صورت احتباس ادراری از سیستمی استفاده کنید. (۶) به بیمار استراحت کامل را توصیه کنید.

۲- آبسه پروستات: Prostate

Abscess

الف-۲) تعریف: تجمع چرک در داخل غده پروستات

ب-۲) علائم: علائم تحریکی ادرار

(سوزش ادرار، تکرار ادرار، احساس فوریت در دفع ادرار) تب و لرز شدید، وجود خون در ادرار، ترشح از مجرا و درد پائین کمر در سنین ۵۰-۳۰ سالگی و بزرگی پروستات در معاینه همراه با تندرین و نرمی آن توده.

ج-۲) روش برخورد: (۱) بیمار بستری شود. (۲) سونوگرافی از پروستات انجام شود. (۳) معاینه پروستات را به آرامی انجام دهید. (۴) کشت و آزمایش ادرار و خون انجام شود.

د-۲) روش درمان: (۱) درناژ چرک از طریق مجرا با شکاف روی پروستات و یا از طریق رکتوم و گاه از طریق پرینه (۱۰) (۲) تجویز آنتی بیوتیک مناسب (E Coli شایعترین سوش است). (۳) فرستادن چرک تخلیه شده به آزمایشگاه و آنتی بیوگرام (۴) کنترل عامل زمینه ساز آبسه پروستات (دیابت، وجود کاتتر دائم در مجرا و...) (۵) اگر بیمار قادر به ادرار کردن نمی باشد و یا قبلاً سوند مجرا داشته، سوند بیمار را خارج و سیستمی گذاشته شود. (۶) ادامه درمان تا قطع تب و سپس درمان خوراکی بمدت ۴ هفته از زمان شروع درمان.

مثانه و اورژانسهای آن:

۱) پارگی مثانه: Bladder

Rupture

الف-۱) تعریف: باز شدن دیواره

مثانه به داخل حفره پریتون و یا خارج آن و

- یا بصورت ترکیبی (۳ ب-۱) علائم: (۱) بیماری که ترومای ضربه ای (Blunt) یا سوراخ کننده (Penetrating) به پائین شکم وی وارد شده و قادر به ادرار کردن نمی باشد. (۲) بیماری که شکستگی لگن داشته و قادر به ادرار کردن نمی باشد. (۳) یک توده قابل لمس در پائین شکم بعد از تروما. (۴) زخم گلوله در بالای سمفیز پوبیس. (۵) ترومای به پائین شکم و دیستانسیون شکم و درد در ناحیه شانه ها
- ج-۱) روش برخورد: (۱) درمان شوک و هموراژی. (۲) U/A (اگر خون در سر مه آ دیده شود نباید بیمار ادرار کند). (۳) اگر خون سر ماتوس وجود نداشته باشد سوندی را وارد مثانه کرده و با ۳۰۰ سی سی سی مایع (در بالغین) همراه با ماده حاجب (با رقت ۳۰-۱۵٪) سیستوگرام انجام می دهیم و سه عکس رادیولوژی گرفته، ۱- قدامی - خلفی ۲- از کنار یا مایل ۳- پس از ادرار کردن (۴) اگر مجرا تروماتیزه شده باشد از طریق سیستوستومی سیستوگرام می کنیم. (۵) عکس ساده شکم جهت بررسی شکستگی لگن. (۶) IVP
- د-۱) روش درمان: (۱) پارگی به داخل پریتون: ترمیم فوری جراحی. (۲) پارگی به خارج پریتون: در صورتی که بزرگ باشد ترمیم فوری جراحی و اگر کوچک باشد سونداژ بیمار بمدت ۱۰-۷ روز.
- ۲) سیستیت حاد بدون عارضه: Uncomplicated Acute Cystitis
- الف-۲) تعریف: التهاب مخاط مثانه به دلیل عفونت و یا مواد شیمیایی و یا بعلت ناشناخته.
- ب-۲) علائم: (۱) علائم تحریکی (سوزش در ادرار، تکرر ادرار، احساس اورژانس در دفع ادرار) گاه تب و لرز که معمولاً در سنین ۳۰-۱۰ سالگی ایجاد می شود و در مردها کمتر شایع است. (۲) درد سوپراپوبیک و یا پایین شکم و تندر نس آن ناحیه از علائم بیماری است. (۳) بیمار در هر بار ادرار کردن مقدار کمی ادرار می کند. (۴) وجود خون در ادرار.
- ج-۲) روش برخورد: (۱) در آزمایش کامل ادرار باکتریوری، پیوری و هماچوری دیده می شود و در کشت ادرار بیشتر از ۱۰ CFU/ml میکروب دیده می شود. در عمل، کشت (باستثنای مردان) ضروری نیست و با همان آزمایش ادرار اولیه بیمار را درمان کنید^۱. (۲) سؤال در رابطه با ترشح از واژن، مجرا، سابقه نزدیکی مشکوک، آلرژی، تماس با مواد شیمیایی، تروما که هر کدام می توانند علائم سیستیت را تقلید کنند پرسیده شود.
- د-۲) روش درمان: (۱) درمان سه روزه آنتی بیوتیک در خانمها (۱۱)
- (کوتریموکسازول یا جتاما یسین یا سپروفلوکساسین) و درمان هفت روزه در آقایان. البته در موارد ذیل درمان ۷ روزه ضروری است:
- (۱) بیماری که علائم آن بیشتر از ۷ روز طول کشیده باشد و به ما مراجعه کرده است. (۲) بیماری که اخیراً سابقه عفونت دستگاه ادراری را ذکر نماید. (۳) سن بالای ۶۵ سال (۴) حاملگی، در موارد فوق الذکر کشت ادرار قبل از شروع درمان ضروری است.
- (۲) تجویز مایعات
- (۳) تجویز آنتی کولینرژیک (پروپانتیلین - اکسی بوتینین)
- (۴) تجویز فنازوپریدین در صورت وجود سوزش ادرار.

References:

- 1- *Campbell's urology* 2002 Walsh, Retiok-Vaugan Wein, seventh editor
- 2) *Smiths general urology* 2000
- 3) *Clinical manual of urology* (1995)Philip M, Alan J)
- 4) Holland JM, Graham JB Ignoff JM: *conservative management of twisted testicular appendages* j.uor 1981;125:2B
- 5) Altarac S: *A case of testicle reimplantation* J.urol 1993;50: 1507 -1508
- 6) Altarac S: *management of 55 cases of testicular trauma ear urol.* 1994; 25:119-123.
- 7) Mackinely GA; *save the prepuse: painless separation of adhesion in the out patient clinic Bri. med.j* 1998 297:590.
- 8) Mc Robert JW Champman WH, Ansen Js: *primary anastomosis of the traumatically penis: case report and summary of the literture* J urol. 1968:100-751.
- 9) Mears EM Jr: *prostatic abcess.* J urol 1986 D: 136:1281.
- 10) Osterberg E berg H, Hallancler Ho, et al. *efficacy of single-dose versus seven-day trimethoprim treatment of cystitis in women A randomized double-blind.* T infect Dis 1990; 161:942.