

گزارش موارد قو لنج کلیوی (رنال کولیک) به مدت ۵۷ ماه در شهرستان بندرانزلی

(۱) دکتر علی روشنی - (۲) دکتر رحیم توکل نیا

خلاصه:

در یک بررسی گذشته نگر با استفاده از پرونده بیماران بستری در بخش اورژانس بیمارستان شهید دکتر بهشتی بندرانزلی نتایج زیر بدست آمد.

طی ۵۷ ماه ۸۷۲ نفر (۳/۳ درصد کل بیماران بستری) با تشخیص کولیک کلیوی بستری شدند. ۶۹٪ بیماران مذکر و ۳۱٪ مونث بودند. بیشترین شیوع سنی در ۲۰-۴۹ سالگی بود.

بروز علائم در ماههای اردیبهشت، خرداد و تیر شایعتر بوده و پیک مراجعه بیماران طی ۲۴ ساعت از ۱۲ نیمه شب تا ۱۲ ظهر روز بعد بود. شایعترین علت بستری بیماران عدم پاسخ به

ضددردهای معمول و نیاز به مصرف مواد مخدر برای تسکین درد بود. از ۶۲۱ بیماری که آزمایش کامل ادرار در پرونده موجود بود ۸۴٪ هماچوری داشتند و از ۴۱۸ بیماری که نتیجه

K.U.B در پرونده ثبت شده بود فقط در ۳۷٪ موارد یکه مشکوک دیده شد. ۱۲ بیمار (۱/۵٪) در طی بستری تشخیصشان تغییر کرد که آپاندیسیت تشخیص نهایی در ۷ مورد بود. ۸۶۱

بیمار باقیمانده بطور متوسط ۱/۵ روز بستری شدند و ۹۲٪ بدلیل بهبود سمپتومهای دفع سنگ مرخص شده و ۸٪ نیازمند دخالت ارولوژیست شدند.

بنابراین اگر افراد بستری شده را نمونه ای از کل مبتلایان به سنگهای ادراری بدانیم، می توان نتیجه گرفت که شیوع سنی و جنسی سنگهای ادراری در این منطقه مشابه به سایر نقاط دنیا

بوده، K.U.B کمک چندانی به تشخیص نکرده و بهتر است فقط در مواردی که شک تشخیصی وجود دارد انجام شود. بسیاری از بیماران بستری در صورت وجود امکانات مثل داروی مخدر

، بطور سرپائی قابل درمان بوده و هزینه قابل توجهی به بیمار و سیستم بهداشتی و درمانی کشور تحمیل نخواهد شد.

مقدمه:

رنال کولیک یک اورژانس ارولوژیک بوده و معمولاً بیماران را با درد شدید و ناگهانی به نزد پزشک می کشاند و اغلب بیماران در درمانگاههای اورژانس توسط پزشکان

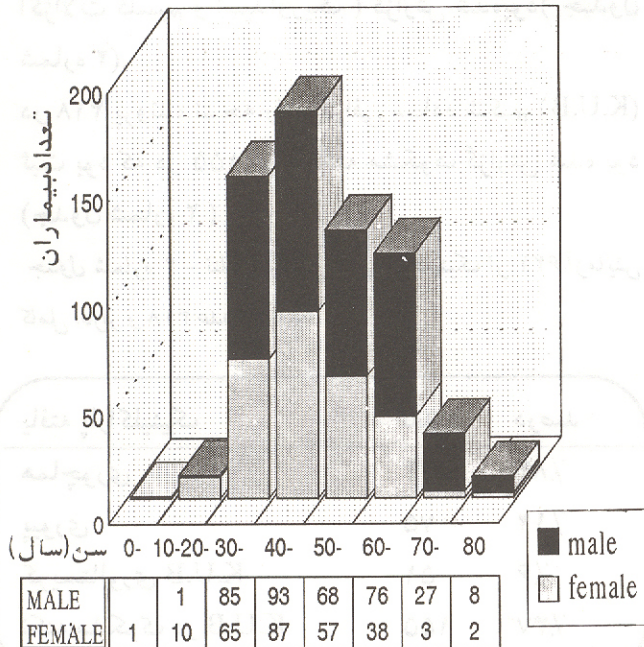
سنگهای ادراری یکی از شایعترین بیماریهای انسان با شیوع حدود ۵-۱۰٪ بوده ورنال کولیک علامت شایع ابتلا به سنگ ادراری است که ناشی از عبور سنگ از حالب میباشد.

۱- استادیار رشته ارولوژی-دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان - دانشکده پزشکی - رشت

۲- رزیدنت ارولوژی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

۷ مورد از ۱۲ نفر بود.

بیشترین شیوع سنی در سنین ۳۰ - ۳۹ سالگی (بطور
تجمعی ۲۰ - ۴۹ سالگی) بود . جوانترین بیمار زیر ۱۰
سال و مسن ترین بیمار بالای ۷۰ سال سن داشته است
(نمودار شماره ۱) .



نمودار شماره ۱ - شیوع سنی بیماران مبتلا به رنال کولیک به تفکیک جنسیت

علت اصلی بستری بیماران عدم پاسخ به درمانهای
سرپائی و مسکن های معمول و در مرحله بعد علائم
گوارشی شدید بود . بطوریکه حدود ۴۶٪ بیماران نیازمند
مصرف مواد مخدر برای تسکین درد شدند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - علل بستری بیماران در بیمارستان

علل بستری بیماران	تعداد	درصد
عدم پاسخ به داروهای سرپایی	۵۹۲	۶۹٪
نیاز به مواد مخدر	۳۹۷	۴۶٪
سمپتومهای گوارشی شدید	۱۸۴	۲۱٪
شک به سایر بیماریها	۴۳	۵٪
سایر علل	۴۲	۵٪

عمومی تحت درمان قرار می گیرند . در مطالعه حاضر
ضمن بررسی های آماری براساس پرونده بیماران بستری
در یکی از بیمارستانهای ارجاعی استان گیلان (بخش
اورژانس بیمارستان شهید دکتر بهشتی بندرانزلی ، سعی
شده است نکات مهم در برخورد با این بیماران مورد توجه
قرار گیرد .

وسایل و روش کار :

پرونده ۲۶۲۷۷ بیماری که در طی ۵۷ ماه (از اول
تیر ماه ۱۳۶۹ لغایت اسفند ۱۳۷۳) در بخش اورژانس
بیمارستان شهید دکتر بهشتی بندرانزلی پذیرفته شده
بودند ، بررسی گردید .

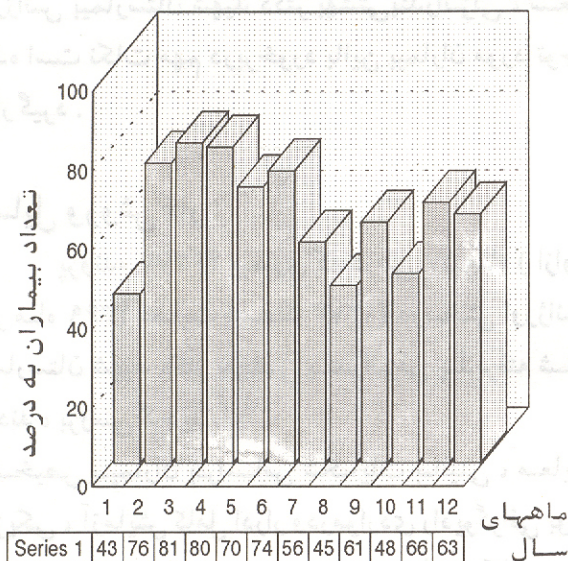
تشخیص بیماران براساس شکایات بالینی ، معاینه
فیزیکی ، آزمایش کامل ادرار و در مواردی رادیوگرافی بوده
و براساس نکات موجود در پرونده که توسط پزشکان بخش
اورژانس ثبت شده بودند ، نکاتی مانند علت بستری و سیر
بیمار نیز استخراج شد . ۱۲ بیمار در طی بستری
تشخیصشان تغییر کرد که از مطالعه کنار گذاشته شدند . از
۸۶۱ بیمار باقیمانده افرادی که دلیل رفع علائم یا دفع سنگ
مرخص شدند . بهبود یافته تلقی شده و بیمارانی که نیازمند
اقدامات اضافی و دخالت ارولوژیست گردیدند ، در دسته
جداگانه ای قرار گرفتند .

نتایج حاصل :

از ۲۶۲۷۷ بیمار بستری شده ۸۷۳ نفر با تشخیص
رنال کولیک بستری شده بودند که ۳/۳٪ از کل بیماران
راتشکیل می داده اند . ۱۲ بیمار در حین بستری
تشخیصشان تغییر کرد (۱/۵٪) و ۸۶۱ نفر با تشخیص
سنگ ادراری تحت درمان قرار گرفتند . از این عده ۵۹۴ نفر
مذکر و ۲۶۷ نفر مونث بودند .

تشخیص نهایی در ۱۲ بیماری که ابتدا با تشخیص رنال
کولیت بستری شده بودند . آپاندیسیت تشخیص نهایی در

براساس ماههای سال بیشترین درصد بستری مربوط به ماههای اردیبهشت، خرداد و تیر و کمترین موارد بستری مربوط به آبان ماه بود (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۲ - فراوانی نسبی بیماران مطالعه شده به تفکیک ماههای سال

مدت بستری بیماران از چند ساعت تا ۴ روز (بطور متوسط ۱/۵ روز) بوده ، ۹۲٪ بیماران به دلیل رفع علائم یادفع سنگ مرخص شدند و ۸٪ بیماران نیازمند دخالت ارجولوژیست گردیدند .

بحث :

رنال کولیک علامت مشخصه حضور سنگ در دستگاه ادراری فوقانی بوده و به عنوان یکی از شایعترین اورژانسهای ارجولوژیکی می تواند ناشی از عبور سنگ ، لخته خون ، پاپیلای نکروزه و امثال آن از حالب باشد (۱). در این مطالعه ۳/۳٪ از کل افراد بستری در بخش اورژانس مبتلا به رنال کولیک بوده اند ، اما با دقت در این امر که درصد بالایی از مبتلایان به رنال کولیک بطور سرپائی درمان می شوند ، می توان به شیوع و اهمیت این بیماری پی برد . یک حمله شدید در شب یا ساعات اولیه صبح بروز می کند .

در ۶۲۱ پرونده نتیجه آزمایش کامل ادرار موجود در ۵۲۴ نفر (حدود ۸۴٪) هماچوری (بیش از ۲ گلبول قرمز در هر میدان میکروسکوپی) گزارش شده بود. در ۱۲٪ موارد پیوری (بیش از ۵ گلبول سفید در هر میدان میکروسکوپی) و در ۶٪ موارد کریستالوری (بیشتر اگزالات کلسیم و اسیداوریک) گزارش شده بود (جدول شماره ۲).

در ۴۱۸ پرونده نتیجه رادیوگرافی ساده شکم (K.U.B) ثبت بود که در ۱۵۵ مورد نکته مشکوک گزارش شده بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - نتایج بررسی های پاراکلینیک از ۶۲۱ آزمایش کامل ادرار و ۴۱۸ عدد K.U.B

یافته پاراکلینیک	تعداد	درصد
هماچوری	۵۲۴	۸۴٪
پیوری	۷۵	۱۲٪
کریستالوری K.U.B	۵۱	۶٪
نکته مشکوک در K.U.B	۱۵۵	۳۷٪

بیشترین مراجعه بیماران از ساعت ۶ صبح الی ۱۲ ظهر (بطور تجمعی از ۱۲ نیمه شب تا ۱۲ ظهر روز بعد) و کمترین موارد از ساعت ۱۲ ظهر الی ۶ عصر بود . (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ - توزیع بیماران مراجعه کننده به رنال کولیک به تفکیک زمان مراجعه و بستری

ساعات مراجعه و بستری بیماران	تعداد	درصد
۶ صبح الی ۱۲ ظهر	۲۴۹	۲۹
۱۲ ظهر الی ۶ عصر	۱۵۲	۱۷/۵
۶ عصر الی ۱۲ شب	۲۴۳	۲۸
۱۲ شب الی ۶ صبح	۲۱۷	۲۵/۵
جمع	۸۶۱	۱۰۰

حمله حاد بوده و معمولاً افرادی رامبتلامی سازد که در حال استراحت یا کارهای بدون حرکت می‌باشند (۱). در بررسی موجود نیز بیشترین موارد در ساعات ۶ صبح الی ۱۲ ظهر پذیرش شده بودند.

سنگ‌هایی که انسداد نسبی ایجاد کرده و بطور مداوم حرکت می‌کنند بیشترین درد را بوجود می‌آورند درد معمولاً "شدید بوده و در C.V.A شروع می‌شود و بسته به محل سنگ ممکن است به بیضه تا تخمدان یا کوادرانهای تحتانی شکم انتشار یافته، با علائم تحریکی ادرار مثل تکرر و سوزش ادرار یا گوارشی مثل تهوع و استفراغ همراه باشد. گاهی علائم گوارشی غالب بوده و بدلیل ممانعت از مصرف مواد و داروهای خوراکی یا خسته کردن (exhaust) بیمار لزوم بستری را ایجاب می‌کند (۱) در بررسی موجود نیز شایعترین عوامل بستری عبارت بودند از: شدت درد که به درمانهای معمول در درمانگاه سرپائی پاسخ نداده بودند و علائم گوارشی شدید.

در مطالعه آقای Higgins اعلام شده است که فقط ۵۶٪ بیماران تاریخچه حملات توام با درد شدید را مطرح می‌سازد و در بقیه موارد بدلیل انتشار درد به نقاط معمول مثل ران و زانو یا درد ثابت در منطقه روی سنگ، امکان اشتباهات تشخیصی وجود دارد.

در مطالعه حاضر ۱۲ بیمار (۱/۵) در طی بستری تشخیصشان تغییر کرد که می‌تواند ناشی از تشابه علائم بوده باشد، اما مشخص نیست که چه تعداد از بیماران با تشخیصهای دیگر بستری شده و نهایتاً تشخیص سنگهای ادراری گذاشته شده است.

شیوع سنگهای ادراری در آقایان سه برابر خانم‌ها اعلام شده و بیشترین شیوع در دهه‌های سوم تا پنجم عمر دیده می‌شود (۵۱).

در بررسی حاضر ۶۹٪ افراد بستری شده مرد و ۳۱٪ زن بودند که این اختلاف می‌تواند از شیوع بیشتر سنگ در آقایان ناشی شده باشد. بیشترین شیوع سنگ نیز در این

مطالعه در سنین ۲۰ تا ۴۹ سالگی بوده است.

بر اساس آمارهای کلاسیک بیشترین شیوع سنگهای علامت دار ۱ - ۲ ماه پس از حصول حداکثر دمای متوسط سالانه منطقه دیده می‌شود. اما در این بررسی بیشترین شیوع بستری بیماران بدلیل سنگهای ادراری در ماههای اردیبهشت، خرداد و تیر بوده است و برعکس آبان ماه که ۱ - ۲ ماه پس از حداکثر دمای منطقه است کمترین موارد بستری را داشته است.

برای تأیید یارد این نتیجه لازم است بررسی‌های دقیق‌تر با در نظر گرفتن کل بیمارانی که وجود سنگهای ادراری در آنان تشخیص داده می‌شود (از جمله بیماران سرپائی) انجام گیرد.

برای تشخیص بیماران مبتلا به سنگهای ادراری آزمایش کامل ادرار یک ابزار اساسی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که حدود ۹۰٪ افراد با سنگهای ادراری هم‌چوری دارند که در این مطالعه نیز ۸۴٪ هم‌چوری داشتند که اختلاف آماری قابل توجهی نیست. هر چند پیوری متوسط ممکن است حتی بدون وجود عفونت همراه با سنگهای ادراری دیده شود، اما وقتی پیوری شدید باشد باید بررسی از نظر عفونت ادراری انجام گیرد. در مطالعه حاضر هر چند در ۱۲٪ بیماران پیوری گزارش شده بود اما چون نتیجه کشت ادرار در دسترس نیست، ارزش آن نیز مشخص نمی‌باشد. گفته شده است که کریستالوری از همان نوع که سنگ را ایجاد کرده است در حدود ۸٪ موارد در فاز حاد سنگ ادراری و ۲٪ افراد عادی دیده می‌شود (۳). بنابراین مشاهده کریستالوری ممکن است در تشخیص نوع نهایی سنگ بیمار مفید باشد. در مطالعه حاضر کریستالوری در ۶٪ بیماران گزارش شده است اما چون نوع سنگ در بیماران با گزارش کریستالوری مشخص نشده است، ارزش کریستالوری در تشخیص نوع سنگ بیمار قابل ارزیابی نیست.

آقای Peterson با بررسی روی ۱۰۰ بیمار نتیجه‌گیری کرد

و شیوع هماچوری مشابه نتایج و آمارکتب مرجع است ، اما فصل بروز بیشتر موارد سنگهای ادراری اختلاف قابل توجهی بانتایج بررسی های موجود درکتب مرجع دارد . بنابراین لازم است بررسی های کاملتر بادر نظر گرفتن کل بیمارانیکه به مراکز درمانی مراجعه می کنند و نهایتاً تشخیص سنگ ادراری گذاشته می شود ، انجام گیرد تا صحت نتایج فوق مشخص گردد. در این مطالعه شایعترین عامل بستری بیمارانی که عدم پاسخ به داروهای موجود در درمانگاه سرپائی و نیاز به مصرف مواد مخدر بوده است ، بطوریکه ۴۶٪ بیمارانی که بامصرف آنها بهبود یافته اند . از طرف دیگر بیمارانی بطور متوسط ۱/۵ روز بستری شدند. یک بررسی ساده نشان خواهد داد که در صورت در دسترس بودن مواد مخدر در درمانگاه سرپائی چه هزینه ای ازدوش بیمار و بیمارستان برداشته خواهد شد . در همین رابطه مشاهده شده که فقط در ۳۷٪ بیمارانی که K.U.B به تأیید تشخیص کمک کرده است و در عین حال نیاز به بررسی های کامل تر مثل IVU رازبین نمی برد . بنابراین شاید بتوان بامحدود کردن موارد K.U.B به بیمارانی که شک تشخیص وجود دارد ، هزینه ای رازدوش بیمار و بار کاری رازبخش رادیولوژی بیمارستان برداشت.

در خاتمه لازم به یادآوری است که بهبود علائم و یاحتی دفع سنگ دلیل بر رفع قطعی مشکلات بیمار نیست و تمام بیمارانی که بایست برای انجام بررسی ها و اقدامات تکمیلی به متخصص رولوزی ارجاع گردند.

که حدود ۹۶٪ سنگهای ادراری در بررسی رادیوگرافیک قابل تشخیص اند و فقط حدود ۴٪ غیر قابل مشاهده می باشند (۱). اما در بررسی حاضر K.U.B فقط در ۳۷٪ بیمارانی که دانسته مشکوک به سنگ را نشان داده است که می تواند ناشی از عدم آمادگی بیمار یا کوچک بودن دانسته ها بوده باشد .

در رابطه با سرنوشت سنگهای حالب ، بررسی ها نشان داده اند که ۶۰ - ۹۰٪ سنگهای کوچکتر از ۴ میلی متر حدود ۳۳ - ۵۰٪ سنگهای ۴ - ۶ میلی متر و حدود ۱۰٪ سنگهای بزرگتر از ۶ میلی متر خود بخود دفع خواهند شد (۴ و ۱). بطور معمول در برخورد با بیماری که بارنال کولیک مراجعه می کند ، اقدام اولیه شامل تسکین درد و سپس کمک به دفع احتمالی سنگ می باشد . برای تصمیم گیری در مورد دخالت جراحی برای خارج کردن سنگ عواملی از قبیل سن ، شغل ، وضعیت اقتصادی مدت باقی ماندن سنگ در یک محل از حالب ، محل سنگ ، اندازه سنگ ، وجود یا عدم وجود عفونت همراه وضعیت کلیه مقابل مطرح است . در بررسی حاضر ۹۲٪ بیمارانی که بدنال دفع سنگ یارفع علائم ترخیص شدند و فقط ۸٪ بیمارانی که نیازمند اقدامات اضافی و دخالت رولوزیست گردیدند .

نتیجه گیری :

بررسی حاضر یک مطالعه گذشته نگراست و با استفاده از پرونده بستری بیمارانی که نشان داد که بعضی از جنبه های مربوط به سنگهای ادراری مثل شیوع سنی ، شیوع جنسی و بیشترین زمان بروز حملات طی ۲۴ ساعت

REFERENCES:

1-Drach G.W.Campbell's urology,Saunders,6th ed.,London ,Saunders Co., 1992 ,P:2085

-2150

A Report of Renal Colic Cases in a Period of 57 months in Bandar-Anzali

Roushani A, MD

Tavakkoliniya R., MD

ABSTRACT:

In a prospective review ,26277 records of patients hospitalized in emergency ward of Shahid Behesht Anzali, were investigated. 873 cases (3.3% had been hospitalized with the diagnosis of renal Colic .Diagnosis of 12 patients was changed and acute appendicitis was the most common cause of misdiagnosis.

Results :69% of patients were male and 31% were female .Peak of patients' age was 20-49.The most common reason for hospitalization was requirement to narcotics . Presentation was more common in April, May and June ,and from 12 MN to the day after .

84% of patients had hematuria and 37 % had suspected finding on their K.U.B. 92% of patients were improved or their stones were extracted and in 8% urologic intervention were undergone .

Conclusion : Age and sexual distribution of renal colic was similar to results of other investigations but seasonal distribution was approximately opposite.Usage of K.U.B is limited and it is better to be obtained only for doubtful cases.

Availability of narcotics in outpatient wards may decrease expense and workload for both patients and health care units.