

## سنگ کلیه و حالب

۱- بیماران با سنگ حالب معمولا با کولیک کلیوی حاد ثانویه به انسداد جریان ادراری مراجعه می‌کنند. درد معمولا شدید و افزایش یابنده است. تب علامت سپسیس ادراری است و باید بعنوان یک اورژانس طبی درمان شود.

شکایات شایع در سنگهای مسدود کننده کلیه شامل درد کولیکی پهلو و هماچوری است که اغلب با تهوع و استفراغ همراه می‌شود. اگر سنگ در حالب به سمت پایین برود، درد می‌تواند در قسمت تحتانی همان سمت شکم متمرکز شود. سنگی که در قسمت دیستال و داخل جداری حالب فشرده شده باشد می‌تواند درد ارجاعی به ناحیه اینگوینال و پری آنال ایجاد کند. در معاینه فیزیکی حساسیت زاویه دنده ای- مهره ای یافت می‌شود. هماچوری می‌تواند میکروسکوپی یا انبوه باشد. با این وجود، ۱۵٪ موارد سنگ کلیه حاد بدون هماچوری تظاهر می‌یابند. بیماران با عفونت مجاری ادراری افزوده شده، با تب و علائم آزاردهنده ادراری تظاهر می‌کنند. بیمارانی با سیستم ادراری عفونی و سنگ کاملا فشرده شده ممکن است با علائم سپسیس تظاهر کنند. (شوارتز)

۲- در صورتیکه بیمار کاملا هیدراته باشد ۸۰ درصد سنگهایی که قطر آنها کمتر از ۵ میلی متر است خود بخود رد می‌شوند. در صورتی که فقط ۱۰ درصد سنگهایی با قطر بیش از ۱۰ میلی متر خود بخود رد می‌شوند. اگر در هر زمانی در این فاصله بیمار تب دار شود، باید انسداد سیستم ادراری بیمار با یکی از روشها سریعاً برطرف شود تا از ایجاد شوک سپتیک تهدید کننده حیات جلوگیری شود. اگر بیمار تهوع و

- استفراغ دارد و امکان هیدراته کردن بیمار وجود ندارد یا در صورتی که که درد غیر قابل تسکین است نیز باید انسداد با جراحی برطرف شود.
- ۳- ۱۰ درصد از سنگها در رادیوگرافی شفاف هستند و معمولاً شامل اسید اوریک می‌باشند. کسانیکه سنگ اسید اوریکی دارند معمولاً pH ادراری زیر ۶ دارند و این سنگها با قلیایی کردن ادرار حل می‌شوند. قلیایی کردن در بهترین حالت بوسیله داروهای خوراکی بویژه بی‌کربنات سدیم و سیترات پتاسیم انجام می‌شود.
- ۴- حالب پروگزیمال از کلیه تا قسمت بالایی لگن استخوانی ادامه دارد. حالب میانی از آن محل تا پایان لبه تحتانی لگن استخوانی ادامه دارد و حالب دیستال تا تریگون مثانه ادامه می‌یابد.
- ۵- سنگهای ناحیه حالب پروگزیمال بوسیله سنگ شکنی از خارج بدن (ESWL) <sup>۱</sup> درمان می‌شوند.
- ۶- بیمارانی که تب و سنگ حالب دارند باید بستری شوند و شدیداً هیدراته شوند و از نزدیک مانیتور شوند و بعد از انجام کشت خون و ادرار باید با داروهای ضد میکروبی وسیع الطیف که هوازیها و بی‌هوازیها را می‌پوشانند، تحت درمان قرار گیرند.
- ۷- سنگهای پل تحتانی کوچکتر از 1 cm در بیشترین قطر خود و پل فوقانی کلیه و کالیس میانی کوچکتر از 2 cm در بیشترین قطر خود معمولاً بوسیله ESWL بخوبی درمان می‌شوند.
- ۸- سنگهای پل تحتانی بزرگتر از 1 cm و همه سنگهای با قطر بزرگتر از 2 cm بوسیله شکستن سنگهای کلیه از راه پوست <sup>۲</sup> درمان می‌شوند.
- ۹- بیمارانی بدون سنگ لگنچه، دیورتیکول، یا انسداد شدید می‌توانند بوسیله ESWL درمان شوند. معمولاً چند روش درمانی مورد نیاز است.
- ۱۰- سنگهای شاخ گوزنی <sup>۳</sup> بزرگ و سنگهایی با ایجاد اسکار در لگنچه معمولاً بوسیله جراحی باز و برداشتن سنگ درمان می‌شوند.
- ۱۱- سنگهای شاخ گوزنی همراه با کارکرد بسیار ضعیف کلیه (پاکسازی کراتینین کمتر از 15 cc/min) معمولاً نیاز به برداشت کلیه دارند.
- ۱۲- اگرچه سنگهای موجود در حالب دیستال بوسیله ESWL درمان می‌شوند، سنگهای موجود در لگن استخوانی به سختی مشاهده شده و هدف قرار داده می‌شوند و ممکن است نیاز به برداشت اورتروسکوپی داشته باشند.
- ۱۳- نفروستومی از راه پوست با راهنمایی رادیوگرافی ممکن است برای انجام تخلیه لازم باشد. اگر این کار موفقیت آمیز نباشد سیستوسکوپی با جایگذاری استنت حالب در جهت معکوس برای برطرف کردن انسداد لازم است.

1 Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy

2 Percutaneous Nephrolithotripsy

3 Stag horn

۱۴- بیماران با سنگ‌های بزرگتر از 2 cm ممکن است نیاز به هر دو مداخله ESWL و نفرولیتوتریپسی از راه پوست داشته باشند.

# ترومبوز ورید عمقی

