تنگی مجرا

Urinary stenosis

کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵

ماهیت بیماری:

مجرای خروجی ادرار معمولا به اندازه کافی پهن است تا ادرار به راحتی از آن عبور کند و از بدن خارج شود. اما زمانی که مجرای ادراری تنگ میشود جریان ادرار محدود میشود و عارضه ای به اسم تنگی مجرا یا گرفتگی مجرای ادرار ایجاد میشود. تنگی مجرای ادراری در مردان شیوع بالاتری دارد. آسیب مجرا باعث ایجاد اسکار و فیبروز در مجرا و نهایتا تنگی در آن میشود. سابقا دلیل عمده تنگی مجرا یورتریت گنوکوکی بود ولی با پیدایش درمان های جدید و به موقع، این علت ناشایع بوده و امروزه علت اصلی تنگی مجرا تروماهای مجرا میباشد. درصد قابل توجهی از تنگی های مجرا امروزه اتروژنیک و ثانویه به ترومای سونداژ است. لذا عدم استفاده از زور در سوندگذاری توصیه میشود.

عوامل مستعد کننده:

آسیب و پاره شدن مجرا باعث مواجه شدن اسپژونپیوزا با ادرار و نشت ادرار به داخل آن خواهد شد. ادرار و عفونت به دنبال آن، باعث تحریک فرایند فیبروز و ایجاد تنگی مجرا خواهد شد.

دلایل اصلی ایجاد تنگی مجرا:

۱. **مادرزادی** : بسیار نادر بوده ولی رخ میدهد و از نظر جنین شناسی علت ایجاد آن را پارگی ناکامل پرده کلواک میدانند. اغلب نرم بوده و همراه اسپونژیوفیبروز نیستند.

۲. **التهابی** : به علت یورتریت های گنوکوکی و غیر گنوکوکی ایجاد میشود. عفونت هایی که به موقع و به طور کامل درمان شوند هرگز باعث تنگی نمیشوند ولی عدم درمان آن منجر به التهاب شدید مجرا و اسپونژیوزای زیر آن خواهد شدکه خصوصا در نواحی مجرای بولبار باعث ایجاد تنگی خواهد شد. اغلب متعدد و طولانی هستند.

۳. **ایسکمیک** : تنگی به دنبال جراحی قلبی عروقی وسیع تا ۲۲درصد گزارش شده است. شایع ترین محل ایجاد تنگی در این موارد مجرای پنایل است. استفاده از دایورشن سوپراپوبیک و سوند های سیلیکون با کالیبر کوچک در کاهش میزان تنگی مؤثر بوده است.

٤. **تروماتیک** : انواع تروما ها در ایجاد تنگی مجرا دخیل هستند:

- ✓ **ترومای بلانت به پرینه** : در این تروما ها مجرا بین سمفیز پوبیس و نیروی خارجی له می شود. اغلب شدت تروما به حدی نیست که پارگی کامل ایجاد کند و ارتباط مجرا برقرار است.
- ✓ **ترومای نافذ** : میتواند در اثر اشیاء برنده مانند چاقو و یا گلوله باشد. گلوله های کم سرعت تخریب کمی ایجاد میکنند و در خیلی از اوقات به شکل اولیه میتوان زخم را دبریدمان و ترمیم کرد. ولی در مورد گلوله های با سرعت بالا شدت نکروز و تخریب زیادتر از آنچه به نظر میرسد است و در روزهای آینده شکل واقعی خود را نشان خواهد داد. لذا توصیه به ترمیم تاخیری میشود.
- ✓ **ترومای ایاتروژنیک** : شایع ترین دلیل ترومای مجرا، ترومای ایاتروژنیک است که در اثر سونداژ یا وارد کردن وسایل میباشد.
- ✓ **شکستگی لگن** : شایع ترین آن تصادفات اتومبیل است. شکستگی لگن در ۱۰ درصد موارد با تنگی مجرا همراه است. در موارد پارگی نسبی تعبیه کاتتر فولی و درناژ ادرار در موارد زیادی باعث بهبود بیمار شده و در درصد کمی تنگی در آینده ایجاد میشود که نیاز به درمان دارد.
- ✓ **جراحی پروستات** : حین جراحی احتمال آسیب به مجرا وجود دارد.
- ✓ **تشعشع و پرتودرمانی** : در برخی موارد باعث ایجاد تنگی در مجرا میشود.
- ✓ نومور در نزدیکی مجرا.

واحد آموزش

	تنگی مجرا **Urinary stenosis**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

✓ **بیماری های مقاربتی** مانند سوزاک یا کالمیدیا و یا زگیل تناسلی که در موارد نادر باعث تنگی مجرا میشود.

✓ **ختنه اشتباه** : باعث تنگی نوک مجرا میشود و معمولا در کودکان ادرار به خوبی تخلیه نمیشود.) ختنه کردن پسربچه ها بخصوص در دوران طفولیت و قنداق کردن و عدم رعایت موازین بهداشتی است.

علائم و نشانه ها:

علائم شامل علائم انسدادی ادراری هستند، در افراد مسن باید به بزرگی خوش خیم پروستات نیز فکر کرد. تشخیص افتراقی آن با گرافی رتروگرید مجرا و یورتروسیستوسکوپی انجام میشود. اغلب فرایند ایجاد تنگی آهسته بوده و علائم به شکل تدریجی ایجاد میشوند.

علائم شامل:

۱. کاهش جریان ادرار یا کاهش حجم ادرار یا ادرار باریک و قطره قطره
۲. کرر ادرار و نیاز فوری به تخلیه ادرار(بی اختیاری فوریتی)
۳. درد یا سوزش هنگام ادرار
٤. بی اختیاری ادراری(ناتوانی در کنترل ادرار)
٥. درد در کمر، لگن و پایین شکم
٦. درد و ادم آلت تناسلی در مردان
۷. احتباس ادرار : این عارضه بسیار جدی و نیاز به عملکرد اورژانسی دارد
۸. تیره شدن ادرار
۹. ترشح خونی از مجرا
۱۰. ا پیدیدیمیت مکرر
۱۱. ترشح چرکی از مجرا
۱۲. عفونت ادراری راجعه و به ندرت عفونت و آبسه های اطراف مجرا و فیستول به پوست

روش های تشخیصی:

۱) **معاینه توسط پزشک** : در معاینه ممکن است ترشحاتی در مجرا دیده شود. اگر عفونت وجود داشته باشد معمولا غدد لنفاوی اطراف مثل کشاله ران بزرگ هستند و شاید در معاینه حساس باشند. گاهی احساس سفتی در ناحیه تنگ شده و قرمزی یا تورم نیز دیده میشود. بیماران به دلیل اینکه نمیتوانند مثانه خود را خالی کنند، مثانه ای متسع و دردناک دارند.

۲) **اورتروگرافی رتروگرید** : بهترین وسیله تشخیص در تنگی مجرا است. با اورتروگرافی میتوان محل، اندازه و تعداد تنگی ها را مشخص کرد با عبور ماده حاجب به سمت پروگزیمال تنگی میتوان آناتومی آنجا را مشاهده کرد. در صورت انسداد با قطع کامل ادرار برای این منظور از آنته گرید سیستواورتروگرافی از طریق سوپرا پوبیک سیستوستومی که قبال تعبیه شده است میتوان استفاده کرد.

۳) **سونوگرافی** : جهت تعیین طول تنگی، میزان و عمق فیبروز منتشر شده کاربرد دارد.

۴) **MRI :در** بررسی تنگی مجرا نتایج خوبی داشته است.

۵) **سیستوسکوپی** : **قطعی ترین** روش تشخیصی استفاده از روشی به نام سیستوسکوپی است. این روش سرپایی است و با استفاده از دوربین مجرا به طور کامل دیده میشود. اما روشهای دیگری مانند رادیوگرافی از مجرا، اندازه گیری جریان ادرار با استفاده از رایانه نیز به

کار می آید. همچنین از همه بیماران آزمایش کشت ادرار از نظر وجود عفونتهای ادراری و عفونت های منتقله از راه جنسی نیز درخواست میشود.

درمان:

روش های درمانی برای تنگی مجرا بسیار متعدد و متنوع هستند. برای انتخاب روش درمانی باید به عوامل متعددی توجه کرد که میتوان از جمله آن به موارد زیر اشاره کرد:

۱. محل تنگی
۲. تعداد تنگی
۳. طول تنگی
٤. اتیولوژی تنگی
٥. وجود همزمان دیورتیکول،فیستول و..

➢ روشهای درمانی تنگی مجرا:

- روش های آندوسکوپیک
- روش های آناستوموتیک
- روش های جایگزین مجرا(یورتروپلاستی جایگزینی)

✓ روشهای آندوسکوپیک:

در مواردی که تنگی سطحی و بدون فیبروز عمقی است اتساع مجرا وتنگی میتواند باعث بهبود تنگی شود. در مواردی که اسکار عمقی وجود دارد از اورتروتومی داخلی استفاده میشود. هدف این روش در واقع شکستن حلقه فیبروز با این امید است که در محل آن بافت اپی تلیال طبیعی جایگزین شود. البته این هدف در موادی حاصل نشده و مجددا اسکار رشد و حلقه کامل میشود به تازگی توجه بیشتری به گذاشتن استنت های دائمی داخل مجرا برای درمان تنگی شده است.

۱) **دیلاتاسیون مجرا :** اگرچه اتساع برای مجرا برای اغلب موارد تنگی قابل انجام است ولی در بسیاری از این موارد این درمان مناسب و مفید نیست. از این جمله تنگی هایی است که به اتساع مکرر(بیش از دوبار درسال)نیاز دارند که در این مواقع بهتر است از روش های دیگر استفاده شود. تنگی های طولانی برای دیلاتاسیون بسیار مشکل بوده و امکان ایجاد تنگی شدیدتر زیاد است. تنگی هایی که با انسداد کامل همراه است کاندید مناسبی برای دیلاتاسیون نیستند.

عوارض دیلاتاسیون مجرا:

- پرفوراسیون
- ایجاد مسیر فالس
- هماچوری
- باکتریمی

۲) **اورتروتومی داخلی :** فلسفه انجام اورتروتومی و بریدن اسکار تنگی، پاره کردن حلقه تنگی است به این امید که در محل شکاف، اپی تلیوم رشد و مانع اتصال مجدد و تشکیل حلقه تنگی شود. البته این مسئله همیشه اتفاق نیوفتاده و در موارد زیادی مجددا تنگی عود میکند. هیچ روشی که بتوان به شکل ۱۰۰ درصد احتمال عود را پیش بینی کرد وجود ندارد. سونداژ طولانی، سونداژ متناوب و غیره

برای جلوگیری از عود تنگی در مواردی به همراه یورتروتومی استفاده میشوند. اگر تنگی عود کند انجام دوباره اورتروتومی و دیلاتاسیون دارای ارزش محدود خواهد بود. یک روش منطقی برای درمان به این صورت است که تنگی ها برای اولین بار با یکی از دو روش اورتروتومی یا دیلاتاسیون درمان شوند و در صورت عود زودرس بهتر است در مرحله بعدی از یورتروپلاستی استفاده شود. در صورت عدم تمایل بیمار و یا نامناسب بودن وضع بیمار برای جراحی میتوان از سونداژ و دیلاتاسیون متناوب توسط خود بیمار برای کاهش میزان عود و نیاز به اورتروتومی استفاده کرد.

۳) **استنت های مجرا** : گذاشتن استنت دائم داخل مجرا برای درمان تنگی امروزه شایع شده است. استنت ها فقط در تنگی های مجرای بولبار که شدید نبوده و کوتاه باشند قابل استفاده هستند. میزان موفقیت این روش در گزارش های اخیردر حدود ۵۰ درصد بوده و کمتر از جراحی باز است. هنوز درمان استاندار تنگی مجرا که به روش های اورتوتورومی و دیلاتاسیون جواب نمیدهد یورتروپلاستی است. استنت در افراد جوان، در بیماران با اسپوژیوفیبروز زیاد و در مجرای پنایل توصیه نمیشود.

✓ روش های آناستوموتیک:

بهترین روش برای درمان تنگی مجرا بریدن و خارج کردن بخش تنگ مجرا و آناستوموز مجدد مجرا است. انجام آناستوموز انتها به انتها در تنگی های مجرای پنایل کنترااندیکه است. در مجرای بولبار حداکثر طولی از تنگی که با این روش قابل اصالح است ۲ سانتی متر میباشد و در تنگی های حاصل از شکستگی لگن که ناحیه ممبرانوس است صرف نظر از محل و طول آن انجام آناستوموز انتها به انتها موفق و امکان پذیر است.

✓ یورتروپالستی جایگزین:

در مواقعی که انجام یورتروپلاستی آناستوموتیک میسر نباشد از روش های یورتروپلاستی جایگزین استفاده میشود. مشکل این روشها عود تنگی در گذشت زمان است که در طول ۴سال میزان موفقیت به حدود ۶۰درصد میرسد. در حالی که در روش آناستوموتیک عود تنگی عمدتا در سال اول پس از جراحی است. هیچ بافتی که کاملا ایده آل برای جایگزینی باشد وجود ندارد. پوست ناحیه آلت یک بافت جایگزین ایده آل محسوب میشود. زیرا در مقابل رطوبت مقاوم بوده، مو ندارد و جمع نمیشود. ولی در بیمارانی که سابقه جراحی دارند اغلب پوست خوب و کافی وجود ندارد. پوست اسکروتوم مناسب نیست زیرا موی فراوان دارد و در مواجهه با ادرار دچار واکنش التهابی شده و تنگ میشود. مخاط مثانه و مخاط حفره دهان نیز به تازگی بسیار مورد استفاده قرار گرفته اند. به دست آوردن مخاط مثانه مشکل بوده و نیاز به جراحی دارد ولی مخاط بوکال به راحتی قابل دسترسی است و هر دو بافت در مقابل آب مقاوم هستند. گرافت های پره پوس ومخاط بوکال در مطالعات نتایج خوبی داشته و با فلاپ ها قابل مقایسه هستند ولی در موارد تنگی طولاتی یا مواقعی که بستر مناسب برای خون رسانی به گرافت وجود ندارد فلاپ ها ارجحیت واضح دارند.استفاده از گرافت مخاط دهان بهDorsal onlayصورت برای ترمیم مجرای قدامی در بالغین میتوان استفاده نمود.

	تنگی مجرا **Urinary stenosis**	
کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵		

➢ انواع روشهای جراحی باز در درمان تنگی مجراهای مختلف:

۱)تنگی مئاتوس:

تقریبا نادر است ولی میتواند تمامی سنین را در مردان درگیر کند. در کودکان به دنبال ختنه ایجاد میشود و اغلب با دیلاتاسیون یا مئاتوتومی درمان میشود. در مردان بالغ به دنبال دستکاری های آندوسکوپیک مانند TURP رخ میدهد. این تنگی ها هم به دنبال دیلاتاسیون های متناوب توسط بیمار درمان میشوند. شایع ترین علت تنگی مئاتوس در بالغین اسکلروزیس است. تنگی میتواند در مجرای پنایل و گاه تا مجرای بولبار گسترش پیدا کند. این تنگی معمولا عود خواهد داشت. بهترین درمان در این بیماران برداشتن مجرای تنگ شده و جایگزین کردن آن با مخاط بوکال است.

۲) تنگی مجرای پنایل:

علل ایجاد آن لیکن اسکلروزیس، ترومای ایاتروژنیک، سونداژ تروماتیزه، عفونت والتهاب میباشد. اورتروتومی و دیلاتاسیون اغلب راحت است ولی موثر نیست. بهترین روش جراحی یورتروپلاستی جایگزین است.

۳) تنگی مجرای بولبار:

این تنگی ثانویه به التهاب، عفونت و یا ترومای زینی به مجرا است. برای تنگی های کوتاهتر از ۲ سانتی متر روش آناستوموتیک و تنگی بیشتر از روش یورتروپلاستی جایگزین مانند گرافت مخاط دهان استفاده میشود.

۴) تنگی مجرای خلفی:

اغلب به دلیل شکستگی لگن ایجاد میشود و شایعترین علت شکستگی لگن تصادف با اتومبیل است. البته گاهی تنگی ثانویه به پروستاتکتومی ساده و یا رادیکال پروستاتکتومی است. در صورت نیاز به جراحی به دالیل دیگر مثل پارگی همزمان رکتوم یا پارگی گردن مثانه همراه با مجرا، توصیه به ترمیم اولیه مجرا به همراه تخلیه هماتوم است. درمان کالسیک شامل گذاشتن سیستوستومی سوپراپوبیک سپس درمان تاخیری به شکل جراحی باز ۳ تا ۶ ماه پس از تروما میباشد. این روش درمان با ۹۵ درصد موفقیت درمان همراه است.

داروهای مصرفی:

درمان دارویی ندارد. بعد از عمل جراحی آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک توصیه میشود.

فعالیت مجاز و غیر مجاز:

هیچ محدودیتی در فعالیت و ورزش برای این بیماران قبل یا بعد از عمل جراحی وجود ندارد فقط در ۲روز اول بعد از جراحی از ورزشهای سنگین و بسیار شدید خودداری کنید. حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی به مدت ۵ روز در هفته داشته باشند، میتوانید بیشتر از پیاده روی استفاده کنند.

رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

رژیم غذایی در بیماران با تنگی مجرا جهت پیشگیری عفونت ادراری کاربرد دارد:

۱. د ر طول روز، زیاد مایعات بنوشند. از مصرف نوشیدنی های شیرین و آب میوه های شیرین شده پرهیز کنند. میزان توصیه شده ۶تا ۸ لیوان آب تصفیه شده در روز است.
۲. سعی کنند مصرف آلرژن ها، نگه دارنده ها و افزودنی های غذایی را کاهش دهند.
۳. مواد غذایی حاوی آنتی اکسیدان مثل میوه هایی چون زغال اخته، گیلاس و سبزیجاتی مانند کدو حلوایی و گوجه فرنگی را بیشتر مصرف کنند.

واحد آموزش

٤. مواد غذایی حاوی فیبر مثل لوبیا، جو، ریشه سبزیجات مثل سیب زمینی و دانه پسیلیوم را بیشتر مصرف کنند

٥. روغن های پخت و پز سالم مثل روغن زیتون یا روغن سبزیجات را مصرف نمایند.

٦. مصرف اسیدهای چرب ترانس را در رژیم غذایی خود کاهش دهند یا در صورت امکان آن ها را حذف کنند؛ این نوع اسیدهای چرب معمولا در مواد غذایی پخته شده در صنایع غذایی مثل کلوچه ها، کراکرها، سیب زمینی سرخ کرده، مواد غذایی فرآوری شده و مارگارین، وجود دارند.

۷. گوشت قرمز را کمتر استفاده کنند و بیشتر از ماهی ها، سویا و لوبیا ها به عنوان منبع پروتئین استفاده کنند.

۸. از مصرف قهوه و سایر محرک ها مانند الکل و تنباکو پرهیز نمایند.

۹. مکمل های پیشنهادی : مصرف روزانه مولتی ویتامین شامل آنتی اکسیدان هایی چون ویتامین های C، A، Eو ب کمپلکس و ریز مغذی هایی چون منیزیم، کلسیم، روی و سلنیوم .مصرف روزانه ویتامین C یا منابع غذایی آن به عنوان یک آنتی اکسیدان و تقویت کننده سیستم ایمنی

ویتامین C رشد باکتری اشریشیاکلی را که مهم ترین عامل ایجاد عفونت مجاری ادراری است، مهار میکند. به علاوه مکمل یاری با ویتامینC، منجر به افزایش اسیدیته ادرار میگردد که محیطی نا امن برای رشد باکتری ها است؛ در تحقیقی در میان زنان بارداری که مکمل ویتامین Cدریافت میکردند، نشان داده شد که ابتلا به عفونت مجاری ادراری در آن ها ۵۶ درصد کمتر از گروهی است که مکمل دریافت نکرده اند.

۱۰. مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ مثل روغن ماهی و یا کپسول امگا ۳ که به کاهش التهاب کمک میکنند و سالمت عمومی را بهبود میبخشند هم مفید است. ماهی ها نیز منابع خوبی هستند.

۱۱. عصاره گریپ فروت به دلیل خاصیت ضد باکتری، ضد قارچ و فعالیت ضد ویروسی مفید است.

۱۲. مصرف چای سبز به علت خاصیت آنتی آکسیدانی، ضد سرطانی و اثرات ایمنی توصیه میشود.

آموزش های خود مراقبتی:

۱. **تمیز کردن سوراخ خروجی مجرای ادرار :** جهت حفظ بهداشت سوراخ خروجی مجرای ادرار رعایت بهداشت فردی روزانه در همه موارد الزامی است. استفاده ازآب و صابون میتواند به طور مؤثری سبب تمیزی سوراخ خروجی مجرای ادراری شود. به هرحال در رابطه با بیماران ختنه نشده آموزش کافی در مورد شستشوی پوست اضافی داده شود. زیرا این افراد بیشتر در معرض عفونت ثانوی هستند. توصیه میشود که شستشوی روزانه مجرای خروجی ادرار با آب و صابون کافی است. به بیمار آموزش دهیم از کرم آنتی بیوتیک موضعی دور تا دور ناحیه ورودی سوند و سوراخ خروجی مجرای ادرار استفاده کند تا باکتریوری را کاهش میدهد.

۲. **مراقبت از سوند مجرا :** بلافاصله قبل و بعد از تماس و دستکاری سوند و سیستم دفع ادراری دستها را به روش بهداشتی شستشو دهید. در زمان جابجایی سیستم دفع ادراری حتماً از دستکش یکبار مصرف استفاده نمایید. جهت پیشگیری از انسداد راه خروجی ادرار، سوند و لوله جمع کننده نبایستی تا شوند و این لوله در تمام زمان استفاده جهت تسهیل خروج ادرار با نیروی جاذبه بایستی پایین تر از سطح مثانه قرار گرفته و به هیچ عنوان کیسه ادراری نبایستی روی کف اتاق قرار داده شود. جریان خروجی ادرار را همیشه باز نگه دارید. کیسه ادراری را طبق برنامه منظم با استفاده از ظرف اختصاصی برای هر بیمار تخلیه نمایید؛ از پاشیده شدن ادرار در محیط جلوگیری نمایید و از تماس مجرای خروجی ادرار ته کیسه ادراری با ظروف غیراستریل اجتناب نمایید.

تنگی مجرا

Urinary stenosis

کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵

۳. **مراقبت از سوند فوق عانه ای** : همیشه از تمیز بودن دستهایتان قبل از انجام هر مداخلهای مطمئن شوید و از تجهیزات حفاظتی مانند دستکش استفاده نمایید. محل سوند فوق عانه ای بایستی روزانه با آب و صابون تمیز شود. تمیز کردن اضافی به دلیل احتمال افزایش عفونتهای ثانوی ضروری نمیباشد. محل سیستوستومی را از نظر نشانه های عفونت (قرمزی والتهاب وداشتن ترشح اضافی) بررسی نمایید. عوامل ضدمیکروبی به طور معمول و یا به عنوان درمان پروفیلاکسی جهت پیشگیری از عفونت در ناحیه سیستوستومی نباید استفاده شوند. بهتر است از پانسمان استفاده نشود، اما چنانچه پانسمان ترشح داشت بایستی در تعویض پانسمان از روش آسپتیک جهت پیشگیری از انتقال عفونت استفاده شود. (تعویض پانسمان در نزدیک ترین مرکز درمانی انجام شود) در صورت امکان و آموزش کافی، بیماران بایستی تشویق شوند تا پانسمان را خودشان انجام دهند.

٤. برای کشیدن سوند ادراری فقط به توصیه پزشک و زمان مقرر شده توسط پزشک توجه کنید. خروج سوند یا توسط پزشک خودتان ودر مطب انجام شود و یا حتما به یک مرکز درمانی مراجعه کنید. هرگز خودتان سوند ادراری را بیرون نکشید زیرا باعث پارگی مجرای ادراری و خونریزی میشوید.

٥. مصرف فراوان مایعات به ویژه آب بسیار توصیه میشود تا جایی که رنگ ادرار بی رنگ و سفید شود؛ این کار از بروز عفونت پیشگیری می کند. توجه کنید که رنگ ادرار نباید زرد پررنگ باشد.

٦. تعویض سوندهای ادراری به جاماندنی یا کیسه های تخلیه ادراری در زمانهای معین شده بطور معمول توصیه نمیشود. ترجیحاً تعویض سوند و کیسه های تخلیه ای ادراری بایستی براساس کاربردهای بالینی انجام شود مانند عفونت، انسداد یا هنگامی که سیستم بسته به خطر بیافتد.

۷. در بعضی از بیماران حین ترخیص سوند فولی کشیده میشود و باید آموزش سونداژ متناوب توسط خود بیمار(CIC)به وسیله پرستارداده شود:

الف : هنگام آموزش به بیمار برای سوندگذاری به وسیله خود (به وسیله سوند نلاتون)، پرستار باید از روش استریل استفاده نماید تا میزان خطر آلودگی از خود به بیمار را به حداقل برساند با این حال بیمار میتواند در منزل از روش تمیز(غیر استریل)استفاده کند .برای تمیز کردن لوله ادراری در منزل از صابون های ضد باکتری مایع یا محلول پوویدون- آیودان یا بتادین استفاده شود.

ب : در آموزش به بیمار پرستار باید بر اهمیت کاتتریزاسیون متناوب و تخلیه مثانه در زمان های توصیه شده تاکید نماید. میانگین برنامه کاتتریزاسیون متناوب تمیز روزانه هر ۴ تا ۶ ساعت و نیز دقیقا زمان پیش از خواب میباشد .

ج : مثانه در فواصل معین لمس شود تا میزان اتساع مشخص گردد .د : در صورت ادرار کردن رفلکسی، اگر میزان ادرار باقیمانده پس از تخلیه رفلکسی کمتر از ۱۰۰سی سی باشد، سونداژ متناوب به روش تمیز قطع شود

ح : در صورت استفاده از سونداژ متناوب به روش تمیز باید از وارد کردن نیروی بیش از حد بر ضد عضله منقبض شده، جلوگیری به عمل آید. لغزنده نگه داشتن سوراخ خروجی ادرار هنگام سونداژ باعث اجتناب از آسیب و تنگی این ناحیه میشود. آغشته نکردن سوند به مواد لغزنده کننده مانند ژل در هنگام سونداژ متناوب تمیز نیز میتواند از عواملی باشد که در تشدید تنگی مجرای ادرار یا ایجاد دوباره آن موثر است.

واحد آموزش

تنگی مجرا

Urinary stenosis

کد سند:EDNO۰۰۱ تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۷ شماره ویرایش:۰۰ شماره بازنگری:۰۰ تاریخ بازنگری۱۴۰۳/۰۸/۰۵

پیشگیری از تنگی مجرا در نوزادان پسر : برای جلوگیری از ایجاد تنگی مجرا در پسران سن ختنه را بعد از سه ماهگی در نظر بگیرند. اکنون در اتاقهای زایمان نوزاد را ختنه میکنند که از سوی اساتید ارولوژی توصیه نمیشود. از طرفی برخی خانوادهها کودک را محکم میپوشانند و این موجب ضربه های مکانیکی در او میشود. از طرفی مواد جاذب پوشک چسبندگی مجرا را در پی داشته که گاهی نیاز به عمل جراحی دارد. چسبندگی مجرا در روزهای اول با پماد قابل درمان است اما چنانچه بافت ضخیم شود تنها با روشهای جراحی قابل درمان است .بنابراین به والدین آموزش دهیم پس از ختنه تا یک ماه نوک مجرای ادرار کودک را چرب نگه دارند و پوشک او را شل ببندند این موجب میشود احتمال تنگی مجرا کاهش یابد و چنانچه کودک دچار التهاب شد در نزدیکترین زمان به پزشک مراجعه کند. همچنین رعایت بهداشت ختنه و توجه به نحوه جریان ادرار برای چند ماه ضروری به نظر میرسد و چنانچه ادرار کودک سوزنی و با پرش زیاد همراه بود به پزشک مراجعه کنند.

منابع:

۱. ارولوژی عمومی، تالیف دکتر ناصر سیم فروش(استاد ممتاز ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، دکتر اکبر نورعلیزاده و دکتر محمدحسین سلطانی)دانشیاران ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید پزشکی)و با همکاری اعضای هیئت علمی منتخب سراسر کشور. ۱۳۹۹

۲. .گایدلاین ارولوژی، تالیف دکتر کامران احمدی . ۱۳۹۵

۳. .برونر سودارث کلیه و مجاری ادراری(پرستاری داخلی جراحی) ترجمه مریم حضرتی و زهرا نسایه)اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز(ویرایش صدیقه سالمی)هیئت عملی دانشگاه علوم پزشکی تهران).۲۰۱۴

٤. www.elmnet.ir.

٥. WWW.MEDSCAPE.COM

واحد آموزش