

❖ تعریف:

رفلاکس وزیکویورتال عبارت است از جریان غیرطبیعی ادرار از مثانه به سمت دستگاه ادراری فوقانی (حالب و کلیه). دستگاه ادراری شامل دو کلیه، دو حالب، یک مثانه و یک مجرای مثانه است. ادرار توسط کلیه ها تولید شده و از طریق لوله های باریکی به تام حالب به مثانه انتقال می یابد. سپس ادرار درون عضوی بادکنکی شکل عضلانی، به نام مثانه ذخیره میشود. به دنبال پر شدن از ادرار، مثانه به مقز پیام ارسال میکند. سپس مقز تصمیم میگیرد چه زمان ادرار کردن شروع شود. در هنگام ادرار کردن، ادرار از طریق مجرای تخلیه میگردد. در این حین درجه ادراری شل و سپس مثانه منقبض میشود. در رفلاکس وزیکویورتال، ادرار از مثانه به داخل حالب یا کلیه برگشت میکند. رفلاکس وزیکویورتال میتواند یک یا دوطرفه باشد. رفلاکس میتواند در حین ذخیره ادرار در مثانه یا در حین تخلیه آن از مثانه رخ دهد. شیوع برگشت ادرار از مثانه به کلیه ۱،۸-۰،۴٪ کودکان سالم میباشد. رفلاکس شایع ترین تاهنجاری ادراری در کودکان است. رفلاکس در سنین پایین تر شایع تر است. در دوران شیرخواری رفلاکس در پسرها و پس از آن در دخترها شایع تر است. در صورت ابتلا یک کودک احتمال ابتلا کودک ٪ بعدی در آن خانواده ۳۵٪ است. رفلاکس به باکتری اجازه میدهد از مثانه به کلیه برسد. ادرار بطور طبیعی استریل است. رفلاکس زماتی مشکل ساز است که ادرار درون مثانه عفونی باشد.



❖ علت:

رفلاکس وزیکویورتال میتواند اولیه یا ثانویه باشد. رفلاکس در اکثر موارد اولیه است. در افراد ترمال حالب به صورت مایل وارد مثانه شده، و مسافتی را به شکل مایل زیر مخاط مثانه طی میکند.

طی میکند. بعلاوه اتصالات عضلانی در پشت حالب نقش تکیه گاه دارد. ترکیب این عوامل موجب پیدایش اثر دریچه مانند شده، که سوراخ حالب را در حالت ذخیره یا تخلیه ادرار مینماید. رفلاکس وزیکویورتال اولیه ناشی از نقص اساسی در عملکرد مکانیسم ضد رفلاکس محل اتصال حالب به مثانه است؛ درحالیکه رفلاکس وزیکویورتال ثانویه به دنبال درهم شکستن مکانیسم ضد رفلاکس ترمال محل اتصال حالب به مثانه میباشد. اختلال کارکرد مثانه اغلب علت ریشه ای رفلاکس وزیکویورتال ثانویه است. دریچه مجرای خلفی، تنگی مجرای مثانه عصبی از سایر علل رفلاکس وزیکویورتال ثانویه میباشد.



❖ علایم، عوارض و تشخیص:

در اکثر موارد کودک مبتلا به رفلاکس علائمی ندارد. علایم عفونت ادراری شایع ترین شکل موارد علامت دار میباشد. در صورت بروز عفونت ادراری تب دار، ممکن است جای زخم در کلیه پدید آید. اسکار در کلیه به توبه خود میتواند منجر به پرفشاری خون، دفع پروتئین از کلیه و در نهایت تارسایی کلیه شود. هرچند در اکثر موارد عفونت ادراری تب دار بدون عوارض درازمدت بهبود می یابد. رفلاکس به کمک عکس (رادیوگرافی) مثانه در حال ادرار کردن یا اسکن مثانه تشخیص داده میشود. بهتر است قبل از عکس یا اسکن مثانه پسرها ختنه شده باشند؛ و کشت ادرار میباید منفی باشد. دوز آنتی بیوتیک از ۲ روز قبل از انجام عکس یا اسکن مثانه تا یک هفته بعد افزایش یافته تا خطر پیدایش عفونت ادراری به حداقل رسد.



❖ اقدامات درمانی:

هدف از درمان رفلاکس، پیشگیری از عفونت و آسیب کلیه است. استاندارد درمان رفلاکس وزیکویورتال، درمان فوری عفونت ادراری و آنتی بیوتیک پیشگیرانه درازمدت در راستای جلوگیری از عفونتهای ادراری بعدی است. عوارض آنتی بیوتیک پیشگیرانه درازمدت شامل تهوع، استفراغ، درد شکم، و افزایش مقاومت تسبب به آنتی بیوتیک میباشد. توصیه میشود کودکی که آموزش ادرار کردن دیده است؛ هر ۲-۳ ساعت یکبار ادرار کند. پیوست میباشد اصلاح گردد. تغذیه نقش در پیشگیری از عفونت ادراری ندارد. به جز در شیرخواراتی که از شیر مادر تغذیه میکنند احتمال عفونت ادراری کمتر است. کشت ادرار هر سه ماه تکرار میشود. ارزیابی های رادیولوژیک به صورت دوره ای انجام میگردد. کشت ادرار هر سه ماه و یا در صورت بروز علائم تکرار میشود. ارزیابی های رادیولوژیک به صورت دوره ای انجام میگردد.

❖ ضرورت های جراحی عبارتند از:

۱- عفونت ادراری تب دار-۲- پیدایش اسکار کلیوی ۳- عدم پاسخ به آنتی بیوتیک درمانی پیشگیرانه ۴- رفلاکس با شدت بالا-۵- عدم بهبود رفلاکس با گذشت زمان ۶- فقدان رشد کلیه ۷- آزرگی به آنتی بیوتیک های پیشگیرانه متعدد ۸- تعابیل به ختم آنتی بیوتیک پیشگیرانه. جراحی موجب کاهش میزان انتقال عفونت از مثانه به کلیه میشود. جراحی اتدوسکوپی و جراحی باز تحت بیهوشی عمومی انجام میشود. میزان موفقیت در جراحی اتدوسکوپی، ۸۵٪-۸۰٪ و جراحی باز ۹۰٪-۸۵٪ میباشد.



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

بیمارستان سیدالشهدا (ع)

واحد آموزشی به بیمار

برگشت ادرار از مثانه به کلیه

(ریفلاکس وزیکوپورترال)



ادرازرگدن پس از خروج سوند میبایست با پزشک خود تماس بگیرید. عوارض کوتاه مدت جراحی باز شامل عفونت و خوتریزی است. عوارض درازمدت جراحی باز، ریفلاکس وزیکوپورترال، ریفلاکس وزیکوپورترال در سمت مقابل، و تنگی حالب است. انجام جراحی باز در سنین زیر ۲ سال به صلاح نبوده و زیر سن یک سال معنویت مطلق دارد. سوتوگرافی یک ماه پس از عمل انجام میشود. در موارد ریفلاکس وزیکوپورترال ثانویه، عامل ایجاد کننده میباید برطرف شود. جراحی باز در این موارد به عنوان خط اول درمان توصیه نمیشود.

❖ پیگیری:

توصیه به کنترل سالیانه فشارخون، قند، وزن، آزمایش ادرار، و سوتوگرافی میگردد. در صورت اختلال رشد گازهای خوتی و اوره و کراتینین تیز چک شود پیگیری تصویری با سوتوگرافی بوده و درغیاب عفونت ادراری تبار تباری به عکس یا اسکن مثانه بعدی تمیباشد. اولین سوتوگرافی ۲ هفته پس از جراحی و سپس هر ۵ ماه میباش. آنتی بیوتیک با دوز پیشگیری شبانه تا سن ۳ سالگی یا ۶ ماه پس از جراحی توصیه میشود. آنتی بیوتیک پیشنهادی سفالکسین با دوز ۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن هر شب میباشد کودک می باید هر ۲-۳ ساعت ادرار کند. توصیه به رعایت بهداشت میشود



در جراحی اتدوسکوپیک به صورت بسته و به شکل تزریق ژل در محل ورود حالب به مثانه انجام میشود مدت زمان جراحی اتدوسکوپیک حدود تیم ساعت میباش. به دنبال تزریق ژل، سوخا حالب برجسته شده، به تحوی مایع از برگشت ادرار از مثانه به کلیه میشود. مدت زمان جراحی اتدوسکوپیک کوتاه است و برای بیمار موقتاً سوند گذاشته میشود. درد خفیف در هنگام ادرار کردن به دنبال عمل یک یافته ترعال است و بیمار میتواند در همان روز در صورت صلاحدید جراح از بیمارستان مرخص شود و سپس به مدت یکسال از آنتی بیوتیک خوراکی به عنوان پیشگیری استفاده نماید. در صورت تب، درد شدید و استفراغ میبایست با پزشک خود تماس بگیرید. مهمترین عارضه جراحی اتدوسکوپیک اتسداد است که در ۵٪-۱۱٪ موارد دیده شده و اتسداد در ۸۰٪ موارد گذرا است. در موارد اتسداد پایدار ابتدا ۶ هفته سوند درحالب گذاشته شده و در صورت عدم پاسخ جراحی باز انجام میپذیرد.

جراحی باز نیازمند ایجاد برش جراحی زیر شکم است. مدت زمان جراحی باز حدود ۳-۲ ساعت میباش. کودک چند روز بستری میباش؛ و در این مدت سوند خواهد داشت. به دنبال جراحی باز فعالیت ۴-۶ هفته محدود میشود. به طور شایع پس از عمل باز کودک شفا علایمی نظیر اسپاسم مثانه، ادرار خوتی، تکرر ادرار و حملات بی اختیاری ادرار خواهد داشت. در برخی موارد این علایم ۳-۲ روز طول میکشد. به کودک خود اطمینان دهید کنترل ادرار ادرار پس از اتمام مثانه باز میگردد

در صورت تب، خوتریزی بیش از حد از محل برش جراحی، درد شدید، عدم تحمل مایعات، استفراغ مداوم و تاوتاتی در

منبع:

۱. پرستاری داخلی و جراحی بروتر و سودارث

۲. پرستاری مارلو

مرد آورنده

سرکار خانم آزاده خسروانبان

سال ۱۳۹۹

