

معاینات بالینی در بیماران نفرولوژی

تهیه کننده: سمیه دیناری - پرستار

معاينات بالینی



اندام های مورد بررسی در معاینه ی بالینی بیماران نفرولوژی

- شکم
- ناحیه ی سوپراپوبیک
- ژنیتال
- زاویه ی دنده ای مهره ای (**CVA – COSTOVERTEBRAL ANGEL**)

لمس کلیه

Assessment of the Abdomen

Palpation -- Kidney -- Bimanual Technique



- Place one hand on the costovertebral angle of the back and the other hand just below the costal margin
- Increase pressure during inspiration then have patient hold breath

- عدم امکان لمس کلیه ها در حالت عادی
- امکان لمس کلیه (به صورت یک جسم کروی نرم و صاف) –
پل تحتانی کلیه راست
- آسان تر بودن معاینه ی کلیه ی راست به علت پایین تر بودن آن نسبت به کلیه ی چپ
- دشوار بودن لمس در بیماران چاق
- امکان لمس کلیه (افراد لاغر – خانم – سمت راست)

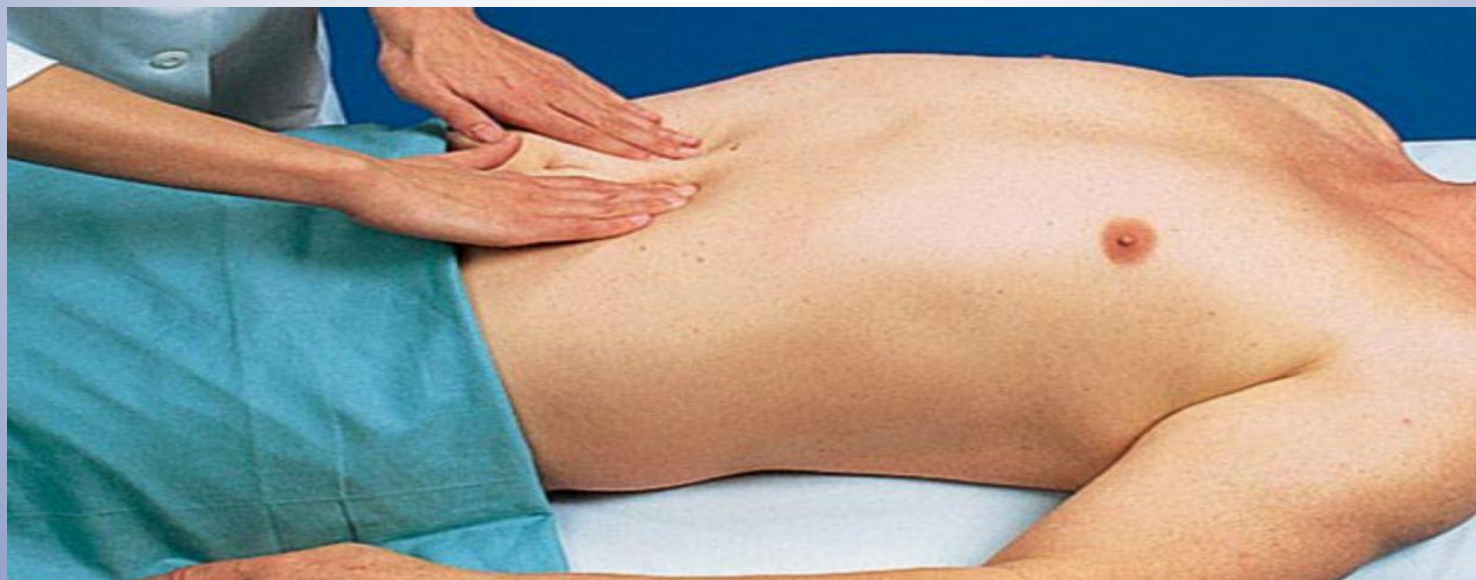


○ ایجاد تندرنس در زاویه ی دنده ای مهره ای در اختلالات کلیوی (بین لبه ی تحتانی دنده ۱۲ و ستون مهره ها)

○ بررسی یک چهارم فوقانی راست و چپ شکم از لحاظ شنیدن صدای سوفل (شنیدن صدای مرمر ضعیف در این ناحیه : نشان دهنده ی انسداد شریان کلیه و یا آنوریسم آئورت)

بررسی شکم

○ بررسی شکم از لحاظ وجود آسیت و تجمع مایع در حفره یا فضای پریتوئن (نشان دهنده اختلالات کلیوی و کبدی)



بررسی ادم و تغییرات وزن



- معمولا افزایش وزن با ادم همراه می باشد. (یک کیلوگرم افزایش وزن برابر با تجمع یک لیتر مایع)
- ادم بیشتر در ناحیه ی **صورت، مچ پا و اسکروتوم** (نشان دهنده ی احتباس مایعات)

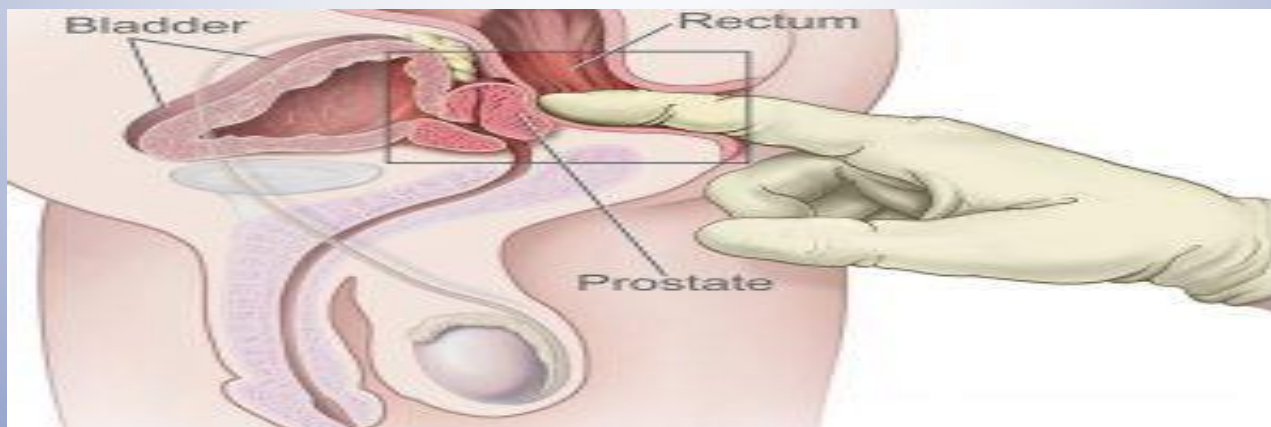
بررسی مثانه



- لمس مثانه فقط زمانی قابل انجام است که مثانه کمی متسع شده باشد در این حالت مثانه به شکل یک توده صاف و ثابت در پایین شکم و معمولاً در خط مرکزی لمس می گردد.
- جهت کنترل ادرار باقیمانده ی مثانه باید پس از دفع ادرار دق شود. برای دق مثانه باید ابتدا دق کردن از خط مرکزی بالای ناف شروع و به سمت پایین ادامه یابد.
- هنگام دق راس مثانه صدا از تیمپان به دال تغییر می یابد.
- سمع صدای دال در مثانه حین دق بعد از دفع ادرار : نشان دهنده تخلیه ناقص مثانه

معاینه پروستات

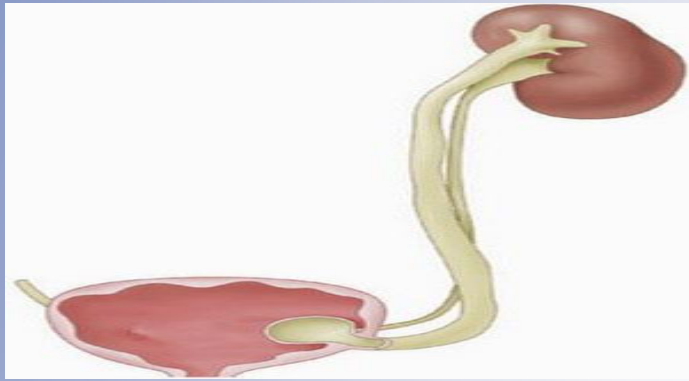
- در مردان سالمند اشکال در دفع ادرار: بعلت **BPH** یا پروستاتیت
- معاینه ی انگشتی و لمس غده پروستات از طریق رکتال (علائم و نشانه های سرطان پروستات شبیه به BPH است)
- معاینه در مردان بالای ۴۰ سال - **بصورت سالانه**
- انجام آزمایش خون برای تشخیص آنتی ژن پروستات یا PSA - **به صورت سالانه**



- بررسی ناحیه ی اینگوائینال: (بزرگی غدد لنفاوی - هرنی)
- اینگوائینال یا فمورال - واریکوسل)
- بررسی یورترا: باید از لحاظ دیورتیکول
- بررسی واژن: نیز از جهت کفایت تاثیر استروژن و انواع فتق

Terminology

11

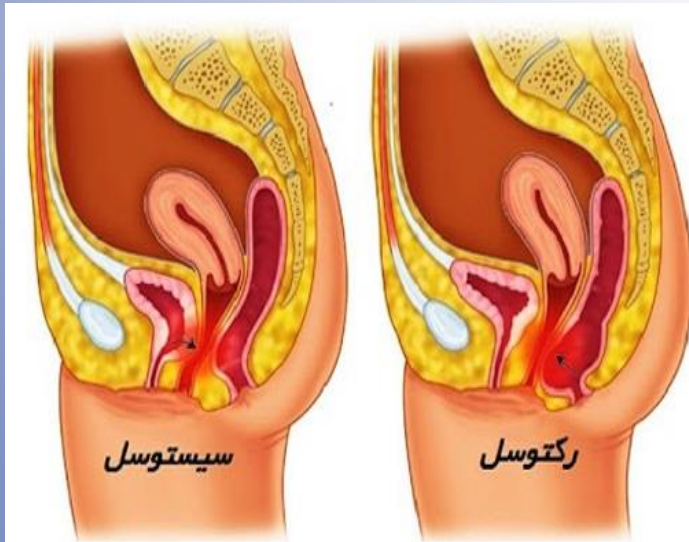


یور تروسل:

برآمده شدن دیواره قدامی یورترا به داخل واژن

سیستوسل:

برآمدگی دیواره مثانه به داخل واژن



رکتوسل:

برآمدگی رکتوم به داخل واژن

بررسی نورولوژیکی

رفلکس تاندون عمقی زانو:

DTR(Deep Tandon Reflex)

○ جهت بررسی کیفیت و تقارن مورد معاینه قرار گیرد. این معاینه برای پی بردن به مشکلات نورولوژیکی که می تواند منجر به اختلالات مثانه گردد بسیار حائز اهمیت می باشد.

ناحیه ی ساکروم :

- بررسی رفلکس بولبوکاورنو
- بررسی پوستی (حس ناحیه پرینه)
- به قسمت های تحتانی عصب دهی می کند حاوی اعصاب محیطی است که مسئول کنترل ادرار می باشد.



تست های تشخیصی



آنالیز کامل ادرار و کشت ادرار

○ آنالیز ادرار - یکی از تست های بررسی وضعیت کلیه

○ کشت ادرار - بررسی وجود باکتری در ادرار

اجزای مورد بررسی در آزمایش ادرار

- رنگ ادرار
- بررسی شفافیت و بوی ادرار
- بررسی PH و وزن مخصوص
- بررسی پروتئین، گلوکوز و اجسام کتون در ادرار (پروتئین اوری، گلوکوزوری و کتونوری)
- آزمایش میکروسکوپی رسوبات ادراری (پس از سانتریفوژ کردن آن برای تشخیص گلبول های قرمز (هماچوری) گلبول های سفید و کست ها (سیلندوری)، کریستال ها (کریستالوری) و چرک و پیوری و باکتریوری)

هماچوری

ظاهر شدن بیش از ۳ گلبول قرمز در یک زمینه ی میکروسکوپی پر قدرت که می تواند که می تواند در اثر هر نوع آنومالی در هر جای دستگاه ادراری تناسلی ایجاد گردد.

شایع ترین علل هماچوری:

- عفونت حاد مانند سیستیت یا عفونت مثانه
- یورتريت یا عفونت یورتروپروستاتیت
- سنگ های کلیوی
- نئوپلازی

سایر علل عبارتند از:

- اختلالات سیستمیک نظیر اختلالات خونی
- ضایعات بدخیمی
- استفاده از داروها مانند وارفارین و هپارین

پروتئینوری

- ممکن است یک یافته خوش خیم یا یک علامت تشخیصی از بیماری بدخیم باشد.
- گاهی دفع بیش از ۱۵۰ میلی گرم پروتئین در روز از طریق ادرار بخصوص آلبومین و پروتئین tamm-horsfall نرمال تلقی شده و نیاز به پیگیری بیشتر ندارد.
- بخاطر اینکه آزمایش ساده ادرار فقط غلظت پروتئین کمتر از ۳۰ میلی گرم/دسی لیتر را اندازه گیری می نماید لذا این نوع تست جهت تشخیص نفروپاتی دیابتی استفاده نمی شود و ارزش تشخیصی ندارد.

علل پروتئین اوری

علل شایع و خوش خیم پروتئین اوری موقت:

- تب
- ورزش سنگین
- ایستادن به مدت طولانی

علل پروتئین اوری دائم:

بیماری گلومرولی ، بدخیمی ها ، اختلالات کلاژنی و دیابت، هیپرتیروئیدیسم، نارسایی قلبی ، تماس با فلزات سنگین، استفاده از داروهای نظیر NSAID (ضد التهاب غیر استروئیدی) داروهای مهار کننده ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین

سونوگرافی

در مواردی نظیر:

- تکرر ادرار
- عدم دفع ادرار پس از خارج کردن سوند
- اندازه گیری میزان ادرار باقی مانده پس از دفع ادرار
- ناتوانی در دفع ادرار پس از عمل جراحی

MRI & CT scan

تصاویر مقطعی از کلیه و مجاری ادراری

اندیکاسیون ها:

- توده های ادراری تناسلی
- سنگ های کلیوی
- عفونت های مزمن کلیه
- ترومای کلیه و دستگاه ادراری بیماری های متاستاتیک
- آنومالی های بافت نرم

اسکن هسته ای

از طریق تزریق یک ماده رادیوایزوتوپ بررسی انجام می شود.

اسکن رادیو دارویی تکنسیوم

- اطلاعاتی در رابطه با پرفیوژن کلیه در اختیار قرار می دهد.

اسکن ید رادیواکتیو

- اطلاعاتی در رابطه با عملکرد کلیه نظیر GFR، همچنین برای ارزیابی نارسایی حاد و مزمن کلیه، توده های کلیه و جریان خون کلیه قبل و پس از پیوند کلیه مورد استفاده قرار می گیرد.

VCUG

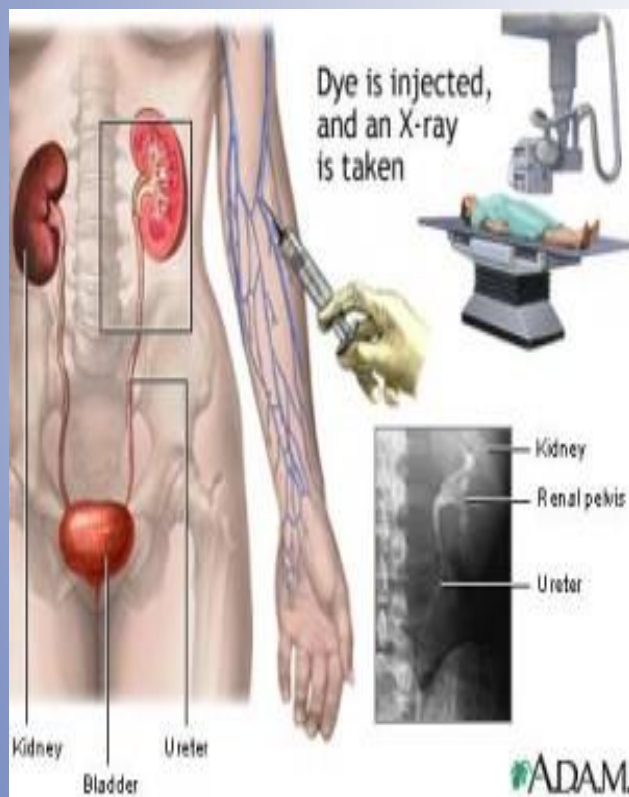
(Voiding CystourethroGram)

- جهت تشخیص ریفلاکس و در صورت شک به مثانه ی نوروژنیک انجام می شود.
- ماده ی حاجب از طریق سوند ادراری به داخل مثانه تزریق می شود و اگر از داخل مثانه به حالب برگردد نشان دهنده ی ریفلاکس است و در گرافی مشخص می شود.

اوروگرافی وریدی

(Intra Venous Pyelography) IVP

○ هنگام بررسی اولیه هر مشکل اورولوژیک به خصوص ضایعات کلیه و حالب انجام می شود.



روش انجام :

– ماده حاجب به صورت وریدی تزریق می شود هنگامی که ماده حاجب از سیستم ادراری فوقانی و تحتانی عبور می کند از کلیه ها، حالب، مثانه توسط اشعه X گرافی تهیه می شود.

پیلوگرافی انفوزیون قطره ای

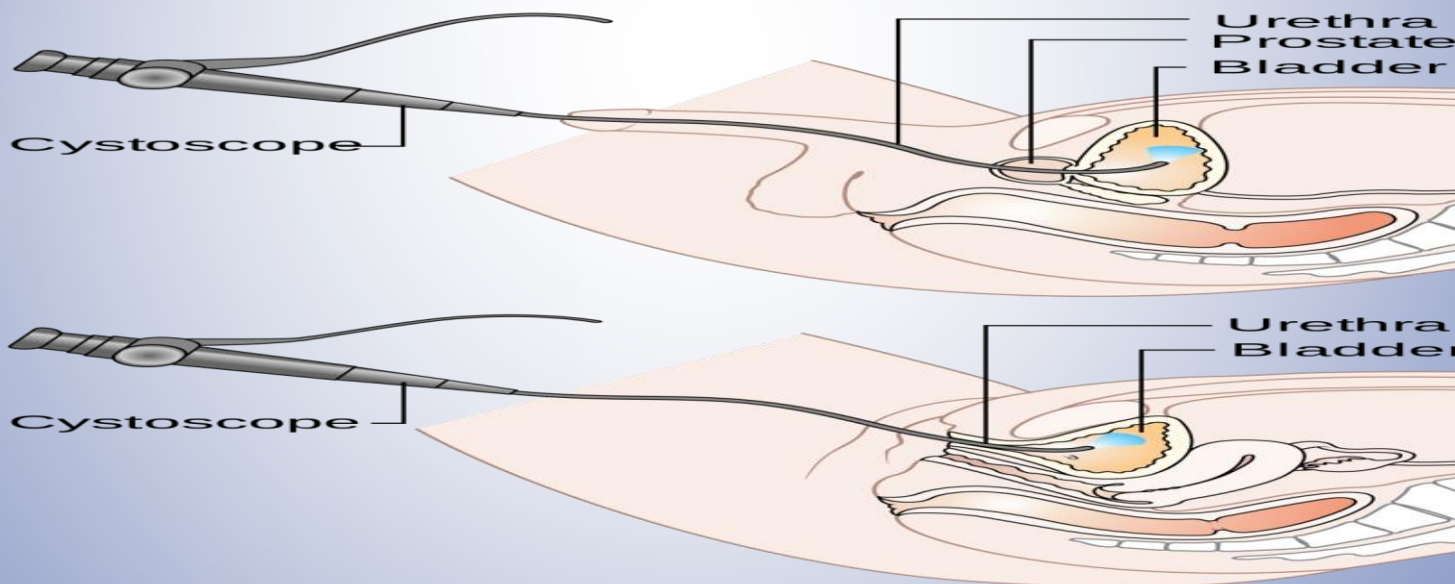
مقدار زیادی ماده حاجب به منظور ایجاد کدورت در پارانشیم کلیوی و پرشدن کامل مجاری ادراری انفوزیون می گردد.

روش انجام:

- آنته گرید (نفرستوگرام)
- رتروگرید (کاتتر حالی)

سیستوسکوپی

○ بررسی مثانه و سوراخ های حالب



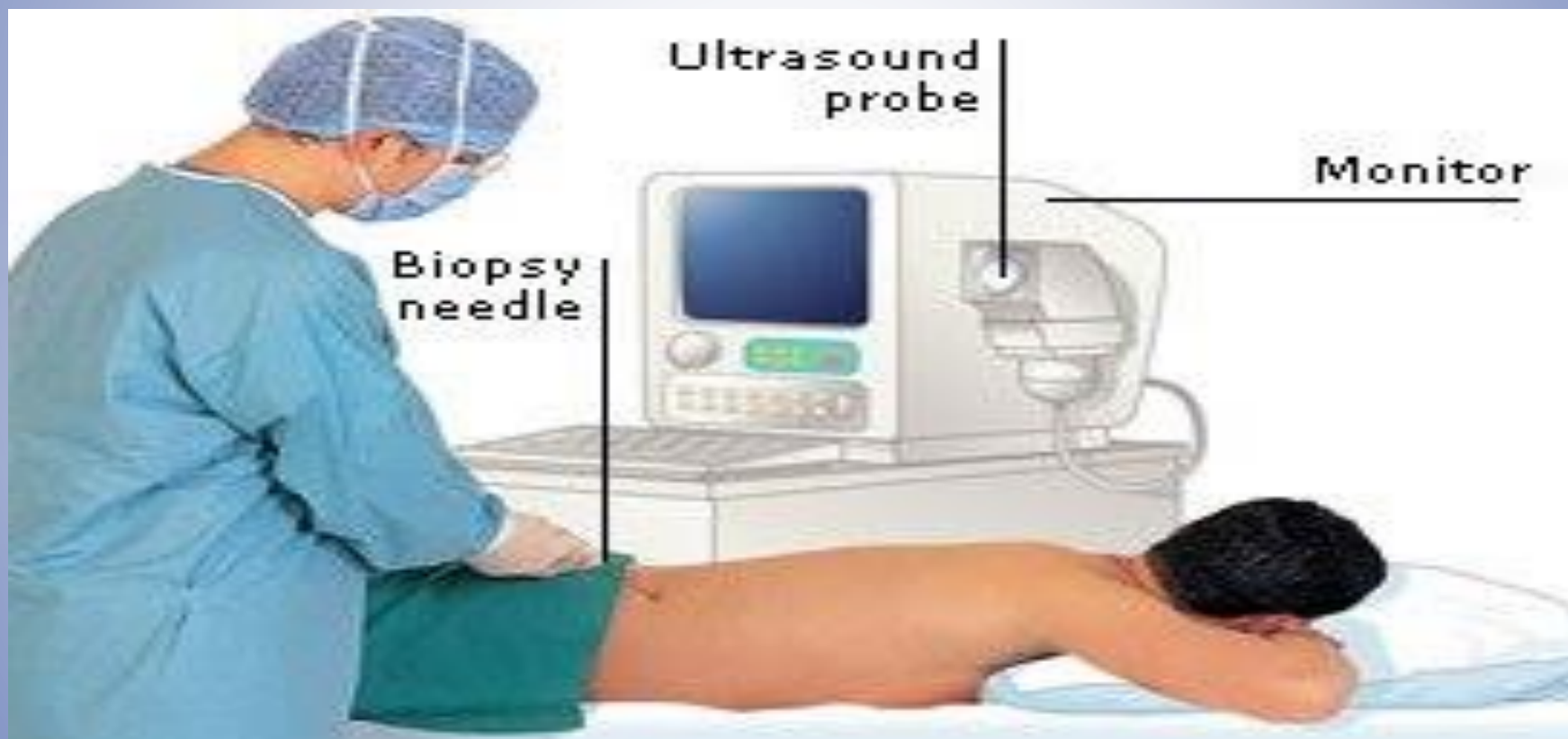
بیوپسی کلیه و حالب با استفاده از پنس

- در مواردی که یافته های غیر طبیعی رادیوگرافی در حالب یا لگنچه کلیوی احتمال وجود تومور، سنگ، لخته خون یا جسم زاید رامطرح می سازد کاربرد دارد.
- ابتدا یک معاینه ی سیستوسکوپی انجام می شود سپس یک سیستوسکوپ از طریق یورترا گذاشته شده و سپس با استفاده از برس بیوپسی که از داخل سیستوسکوپ عبور داده می شود نمونه تهیه می گردد و نمونه به پاتولوژی ارسال می شود.

عوارض:

- هماچوری طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول.

بیوپسی کلیه



روش اجرا

- از طریق سوزن بیوپسی که مستقیماً از راه پوست وارد می شود و یا از خلال یک برش جراحی باز که در ناحیه ی فلانک ایجاد می گردد قسمت کوچکی از قشر کلیه برش داده می شود .
- قبل از انجام بیوپسی برای شناسایی خطرات احتمالی خونریزی بعد از عمل باید آزمایشات انعقادی انجام شود.
- سوزن بیوپسی فقط در داخل کیسول کلیه و در ربع خارجی کلیه قرار می گیرد .
- محل سوزن بوسیله ی فلوروسکوپی یا اولتراسوند مشخص می شود.
- در بیوپسی باز یک برش کوچک در بالای کلیه ها ایجاد می شود و مشاهده مستقیم کلیه را امکان پذیر می سازد.

موارد کاربرد

جهت تشخیص و ارزیابی بیماری‌هایی نظیر:

○ نارسایی حاد کلیه بدون علت قابل توجه

○ پروتئین اوری و هماچوری مداوم

○ رد پیوند

○ گلومرولوپاتی

کنتراندیکاسیون ها

- احتمال خونریزی
- هایپرتانسیون غیر قابل کنترل
- داشتن تنها یک کلیه
- چاقی مرضی

آمادگی های قبل از بیوپسی

- ناشتا بودن ۶-۸ ساعت قبل از انجام نمونه برداری
- گرفتن IV Line مناسب
- گرفتن نمونه ادرار برای مقایسه با نمونه ی بعد از بیوپسی
- آموزش نحوه انجام پروسیجر جهت کاهش اضطراب و افزایش همکاری بیمار

روش انجام پروسیجر

- قراردادن بیمار در پوزیشن پرون
- آموزش نفس عمیق و نگه داشتن آن به بیمار در هنگام فرو کردن سوزن)
جهت جلوگیری از حرکت کلیه ها)
- قرار دادن یک کیسه شن زیر شکم بیمار
- بی حسی موضع ورود سوزن با لیدوکائین

بیوپسی کلیه پیوندی

- قرار گرفتن بیمار در پوزیشن خوابیده به پشت
- بعد از بیوپسی: قراردادن کیسه شن روی شکم بیمار
- بقیه مراحل مانند بیوپسی کلیه خود فرد

مراقبت های بعد از بیوپسی

- استراحت مطلق به مدت ۲۴ ساعت
- وجود کیسه شن به مدت ۲ ساعت
- ناشتا بودن تا ۴ ساعت
- کنترل هماچوری
- چک هموگلوبین هر ۸ ساعت



THANK
YOU