

برخورد با بیمار مبتلا به هماتوری

Approach to the Patient with Hematuria



Katayoon Samadi; MD
E-mail: kt_samadi@yahoo.com

دکتر کتایون صمدی

فوق تخصص نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

How to cite this article: Samadi K. Approach to the Patients with Hematuria. J Mashhad Med Counc. 2016;20(1):24-5.

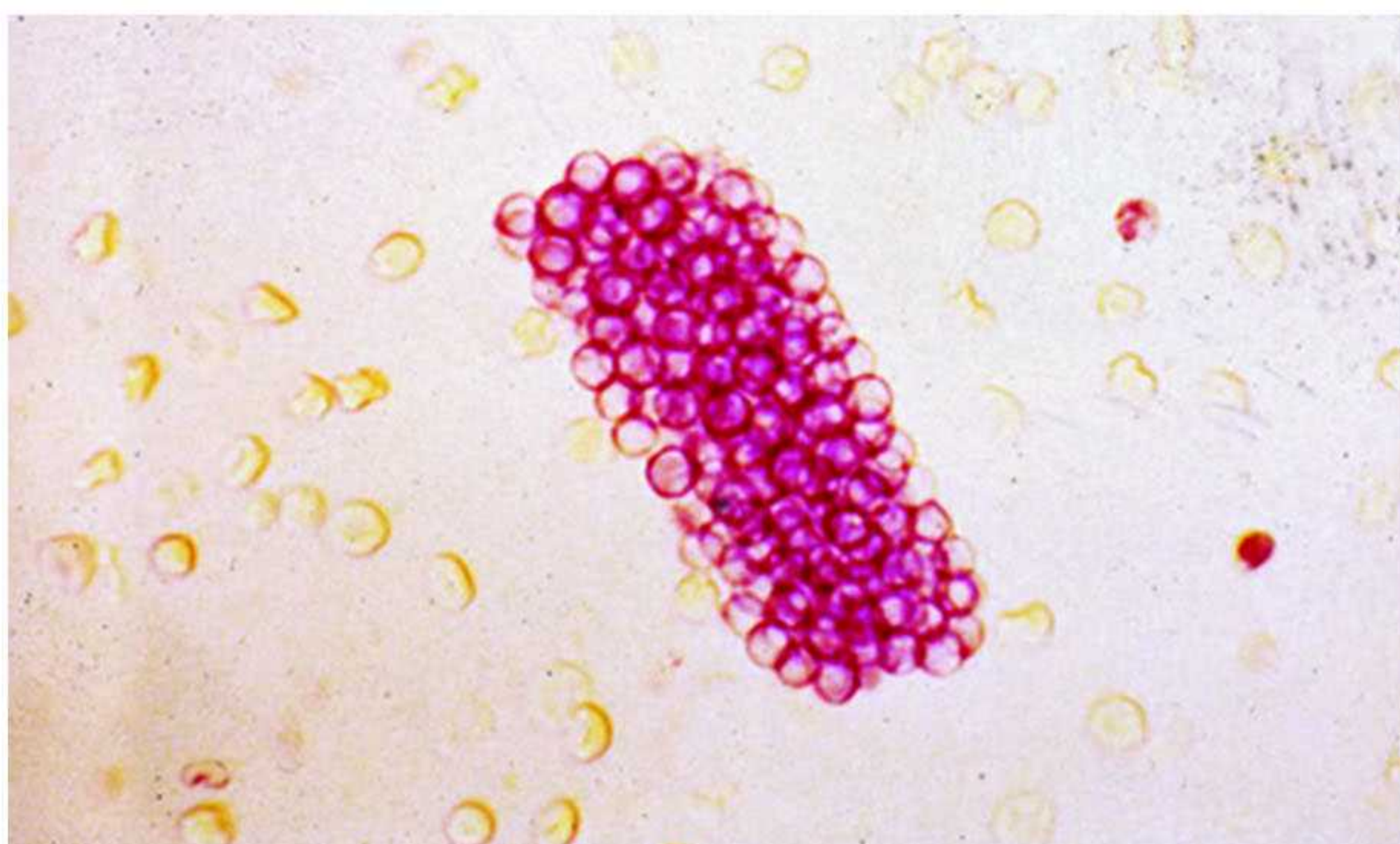
به وجود بیش از ۲ تا ۵ گلبول قرمز در هر HPF در دو آزمایش از سه آزمایش ادرار (Urine Analysis) هماتوری گفته می‌شود و یکی از علائم شایع بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری است. هماتوری به دو دسته کلی تقسیم می‌شود؛ (۱) هماتوری میکروسکوپی که تعداد گلبول قرمز به اندازه‌ای کم است که رنگ ادرار تغییر نمی‌کند و فقط با میکروسکوپ تشخیص داده می‌شود، (۲) هماتوری ماکروسکوپی (Gross Hematuria) که ادرار قرمز یا قهوه‌ای رنگ می‌شود. لازم به ذکر است که برای قرمز شدن ادرار وجود حداقل یک سی‌سی خون در یک لیتر ادرار لازم است. اگر چه هماتوری در اغلب موارد اهمیتی ندارد ولی می‌تواند علامت یک بیماری جدی باشد و هرگز نباید مورد غفلت واقع شود.

اتیولوژی: از علل شایع هماتوری ماکروسکوپی می‌توان به سنگ‌ها، نئوپلاسم‌ها، توپرکولوز پروستاتیت اشاره کرد. این نکته حائز اهمیت است که منشأ هماتوری پایدار یا قابل توجه (بیش از ۱۰۰ گلبول قرمز در یک نمونه ادرار یا هماتوری ماکروسکوپی و یا دفع لخته) حاکی از ضایعات قابل توجه اورولوژیک یا کلیوی در ۹/۱٪ موارد می‌باشد. از علل هماتوری که فقط در یک نمونه ادرار شناسایی شود (هماتوری ایزوله) می‌توان به بیماری ویروسی، آلرژی، ورزش، ترومای خفیف و عادت ماهیانه در خانم‌ها اشاره کرد. بیماری‌های گلوмерولی و نیز همه علل ذکر شده برای هماتوری ماکروسکوپی، می‌توانند از عوامل ایجاد هماتوری میکروسکوپی باشند. باید به این نکته توجه داشت که گلبول قرمز با منشأ گلومرولی، در بررسی با میکروسکوپ فاز کنتراست، دیسمورفیک می‌باشد. هماتوری به همراه پیوری و باکتریوری نشانه عفونت است. هیپرکلسیوری و هیپریوریکوزاوری در ۶۰٪-۵۰٪ موارد منجر به هماتوری می‌شود.

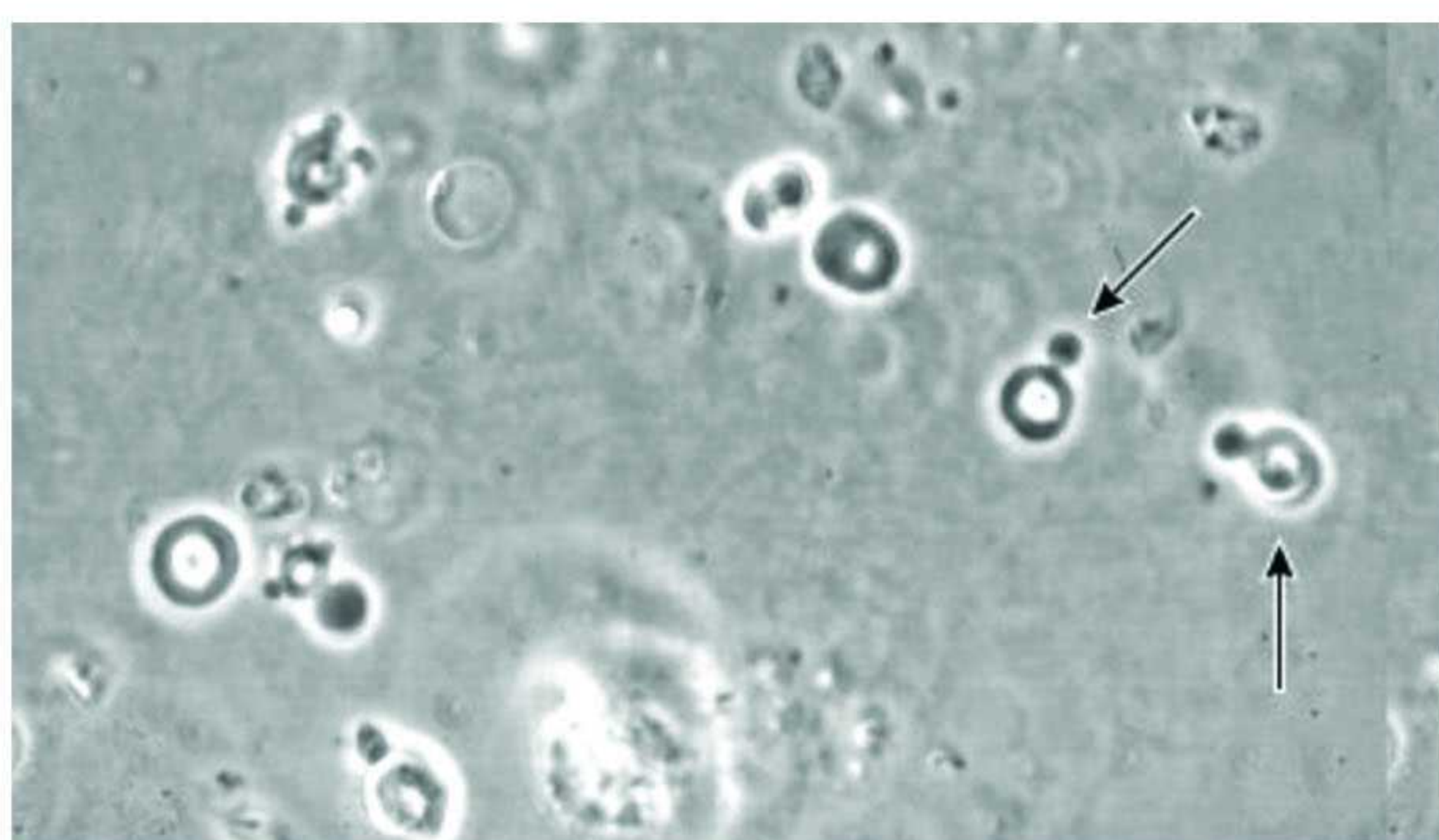
نکات مورد توجه در شرح حال بیمار: در صورت شناسایی هماتوری در آزمایش، توجه به موارد زیر حائز اهمیت می‌باشد: ۱- سن؛ هماتوری در سن بیشتر از ۴۰ سال باید به عنوان علامت بدخیم در نظر گرفته شود مگر خلاف آن ثابت شود. همچنین، در افراد جوان تومور ویلمز شایع‌تر است. ۲- نژاد؛ کانسر مثانه به عنوان علت هماتوری در مردان سفید پوست شایع‌تر است. ۳- جنسیت؛ هماتوری به علت عفونت ادراری در خانم‌ها شایع‌تر از آقایان است و منشأ هماتوری در یک مرد مسن می‌تواند پروستات باشد. هماتوری ماکروسکوپی یک سیکنیک در یک خانم که با عادت ماهانه همزمان باشد، احتمال اندومتریت مجاری ادراری تناسلی را بالا می‌برد. ۴- معاینه فیزیکی بیمار؛ تب، دیزوری، درد فلانک و یا سابقه قبلی این علائم همراه با هماتوری نشاندهنده عفونت، سنگ یا بدخیمی است. درد کولیکی، انسداد حالب ناشی از سنگ، لخته خون یا پاپی کننده شده را نشان می‌دهد. ۵- وراثت؛ در یک فرد با سابقه خانوادگی نارسایی کلیه تشخیص‌هایی مانند کلیه پلی کیستیک یا بیماری آلپورت باید مد نظر باشد. ۶- مسافرت؛ سفر به مناطق اندمیک احتمال شیستوزومیازیس یا توپرکلوزیس را افزایش می‌دهد. ۷- عوامل شغلی؛ تماس شغلی با رنگ‌های آنیلین، آمینها و آمیدهای آروماتیک سبب کانسر مثانه می‌شود. ۸- شرح حال دارویی؛ سابقه مصرف سیکلوفسفامید، میتوتان یا رادیاسیون به لگن ریسک بدخیمی‌های اوروتلیال را افزایش می‌دهد. ۹- سایر علل؛ اگرچه خونریزی بدون توجیه می‌تواند در بیمار مبتلا به اختلالات انعقادی ارثی، اکتسابی یا در بیمار تحت درمان با آنتی‌کواگولانها رخ دهد، وجود سایر علل هماتوری را نیز باید در نظر گرفت.

علائم و نشانه‌ها: با توجه به علت زمینه‌ای هماتوری، علائم متفاوت است. به عنوان مثال؛ هماتوری به علت سنگ کلیه یا مثانه می‌تواند همراه با درد در پهلو (فلانک) یا قسمت تحتانی شکم (سوپراپوبیک) و علائم تحریکی مانند سوزش ادرار، تکرر ادرار و فوریت در دفع ادرار باشد و هماتوری به علت عفونت مجاری ادراری، سوزش ادرار و علائم تحریکی دارد.

ارزیابی بیمار مبتلا به هماتوری: در صورتی که در تست نواری ادرار هماتوری شناسایی شود، در ابتدا باید مواردی که باعث مثبت شدن هماتوری به صورت کاذب می‌شوند را در نظر گرفت. برای مثال؛ وجود هموگلوبین (ناشی از همولیز)، میوگلوبین (ناشی از رابدومیولیز) و محلول هیپوکلریت که جهت ضد عفونی به کار می‌رود، می‌تواند باعث مثبت کاذب شدن تست شود. بنابراین در صورت مثبت شدن تست باید بررسی میکروسکوپی بر روی نمونه ادرار انجام شود و وجود گلبول قرمز تأیید شود که معمولاً در یک آزمایش ادرار استاندارد نتیجه



تصویر ۲. تصویر میکروسکوپ نوری از یک RBC Cast

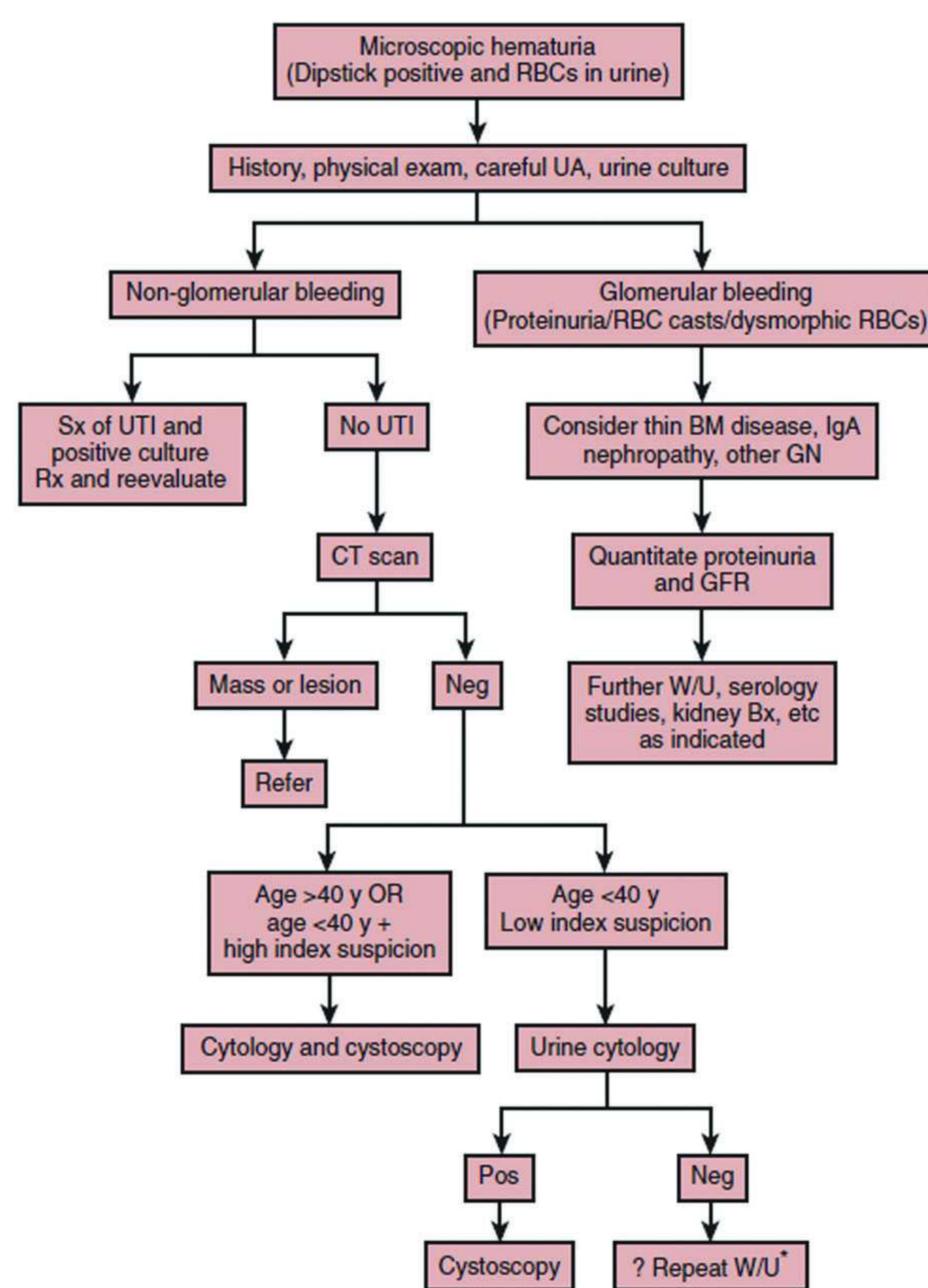


تصویر ۳. میکروسکوپ فاز کنتراست از RBC دیسمورفیک

شود و بیمار مبتلا به عفونت ادراری نیز نباشد، در اقدام بعدی می‌توان CT اسکن یا سونوگرافی برای بیمار انجام داد. در صورت مشاهده نکته پاتولوژیک مانند توده و... بیمار باید به اورولوژیست مراجعه کنند. چنانچه تصویر برداری نرمال باشد، به منظور ادامه بررسی‌ها بیماران به دو دسته تقسیم می‌شوند. (۱) بیمارانی که سن بیشتر از ۴۰ سال دارند و یا با خطر بالا ارزیابی می‌شوند (مانند بیمارانی که سیگار مصرف می‌کنند یا کسانی که با مواد سرطانزا مثل سیکلوفسفامید مواجهه بوده‌اند) که این افراد باید برای انجام سیستوسکوپی به اورولوژیست مراجعه کنند. (۲) بیمارانی هستند که کمتر از ۴۰ سال سن دارند و با خطر بالا ارزیابی نمی‌شوند. در این گروه از بیماران، سیتولوژی ادرار بررسی می‌شود که در صورت وجود نکته پاتولوژیک (وجود سلول‌های غیر نرمال) این گروه نیز کاندید سیستوسکوپی هستند. بیمارانی که دارای سیتولوژی نرمال هستند، می‌توانند به صورت دوره‌ای مورد معاینه قرار گیرند و در صورت به‌وجود آمدن علائم خطر، اقدامات بیشتر مانند سیستوسکوپی انجام شود.

بررسی میکروسکوپی همزمان نیز گزارش می‌شود.

همانگونه که در تصویر شماره ۱ مشاهده می‌شود؛ پس از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی، برای بیماری که با شکایت قرمز یا قهوه‌ای رنگ شدن ادرار مراجعه می‌کند و در آزمایش ادرار هماچوری تأیید شده است، اولین قدم شناسایی و رد علل گلوبروولی می‌باشد. بدین منظور باید ادرار بیمار از نظر وجود RBC Cast و RBC دیسمورفیک بررسی شود (تصویر شماره ۲ و ۳). در صورتی که نتیجه مثبت باشد بیمار با احتمال بیماری گلوبروولی کاندید بیوپسی کلیه خواهد بود و لازم است توسط یک نفرولوژیست مورد معاینه قرار گیرد. همچنین، بررسی عفونت مجاری ادراری توسط کشت ادرار نیز ضروری می‌باشد. در صورت مثبت بودن کشت ادرار، باید درمان با آنتی‌بیوتیک مناسب برای بیمار انجام شود و پس از برطرف شدن عفونت مجاری ادراری، تکرار آزمایش ادرار پس از ۶ هفته لازم است. اگر ادرار بیمار از نظر وجود RBC Cast و RBC دیسمورفیک منفی گزارش



تصویر ۱. الگوریتم برخورد با یک بیمار مبتلا به هماچوری

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

کد مقاله: ۷۰۰۸

References

1-Tool MW, Chertow GM, Marsden PA, Skoracki K, Yu AS, Brenner BM. Brenner and Rector's the Kidney.9th ed.United States: Philadelphia, PA : Elsevier; 2012.

2-Kasper DL, Fauci AS, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal medicine.19th ed. United States of America: McGraw-Hill Education; 2012.