

روش جدید درمان هیپرپلازی پروستات

سادات ذکائی یزدی *

□ چکیده:

هیپرپلازی پروستات از اختلالات شایع ادراری است که اکثریت مردان بالای ۴۰ سال را گرفتار کرده و آنها را مجبور به پی‌گیری و درمان می‌کند. راههای مختلفی برای درمان این بیماران وجود دارد که بهترین آن برداشت از پروستات از راه مجرای ادرار می‌باشد که درمان طلائی نامگذاری شده است. در عین حال انجمن کمک به بیماران پروستاتی پیشنهاد می‌کند با توجه به اینکه برای انجام این درمان تحت بیهوشی یا بیحسی نخاعی، کلیه آمادگی‌های قبل از عمل باید صورت گیرد، لازم است حداقل بیمار ۵ روز بستری باشد که ممکن است عوارضی را دنبال داشته باشد. بیماران بهتر است قبل از اینکه به این عمل رضایت دهند سایر روشهای درمانی (استفاده از گرما و لیزر) را امتحان کنند. در این دو روش بیمار بدون بیهوشی و بطور سرپائی تحت درمان قرار می‌گیرد. عوارض آن کم و گذراست و می‌تواند زندگی عادی خود را به سرعت از سرگیرد.

□ **کلید واژه‌ها:** هیپرپلازی خوش خیم پروستات، برداشت از پروستات از راه مجرای ادرار، برش پروستات از راه مجرای ادرار.

* - کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران

□ درمان هیپرپلازی خوش خیم پروستات

قرنهاست که هیپرپلازی خوش خیم پروستات (*Benign Prostatic Hyperplasia*) را بعنوان یکی از عوامل اختلالات ادراری می‌شناسند. ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح در مصر به این بیماری اشاره شده و ۱۰۰۰ سال بعد بقراط در مورد آن توضیحاتی داده است. امروزه اکثریت مردان بالای ۴۵ سال هیپرپلازی پروستات را تجربه می‌کنند. اگر چه این بیماری تهدیدکننده زندگی آنها نیست ولی در طی سالها و بتدریج با فشار به مجرای ادراری می‌تواند باعث انسداد مجرای ادرار و قطع جریان ادرار شود و بیمار را مجبور به پیگیری و درمان کند.

تا چندی قبل عمل جراحی تنها راه درمان هیپرپلازی خوش خیم پروستات بوده و در دهه اخیر تمایل شدید در جهت احیاء روشهایی غیر جراحی بوجود آمده است. استفاده از درمان دارویی، درمان جراحی، گشاد کردن با استفاده از بالون و هیپرترمی، روشهای درمان هیپرپلازی محسوب می‌شوند. در روش گشاد کردن پروستات با استفاده از بالون از راه پیشابراه یک بالون ۳۰ میلی‌لیتری به جهت گشاد کردن پروستات تا فشار ۱۴ اتمسفر استفاده می‌شود. این فشار به مدت ۱۵ دقیقه ثابت نگه داشته می‌شود. مکانیسم آن فشرده شدن غده، کشیدگی کپسول و تخریب عضلات صافی است که باعث تنگی مجرا شده‌اند. باید متذکر شد که درمانهای جراحی شامل برداشت از پروستات از راه مجرای ادرار برش پروستات از راه مجرای ادرار (*TURP*) و (*TUIP*) و پروستاتکتومی باز می‌باشد. تکنیک عمل پروستاتکتومی از راه پیشابراه (*TURP*) اولین بار

توسط *Nesbit* تشریح شد برش پروستات از راه پیشابراه (*TUIP*) اولین بار توسط *Ahmed Orandi* به عنوان جانشین *TURP* در سال ۱۹۷۳ توضیح داده شد. در بیمارانی اندیکاسیون دارد که دچار علائم انسدادی بوده ولی پروستات کوچک یا طبیعی است و *TURP* برای آنها سنگین بنظر می‌آید (۱).

شایع‌ترین تکنیک در ایالت متحده انجام *TURP* بوده و تقریباً سالانه ۳۵۰۰۰۰ جراحی با این روش انجام می‌شود. در انگلیس هر ساله بیش از ۳۰۰۰۰ پروستاتکتومی به روش *TUR* انجام می‌شود و درمان طلائی نامیده شده است. جهت انجام *TURP* بررسی‌های مهم شامل ارزیابی علائم، ادرار باقیمانده، ابعاد پروستات، انجام *KUB* برای رد یا وجود سنگ، آزمایشات خونی (سیلان و انعقاد و فرمول شمارش) اندازه‌گیری کراتینین، اوره و الکترولیتها، انجام عکسبرداری از قفسه سینه و الکتروکاردیوگرافی ضروری است و در صورت وجود مشکلات طبی دیگر که شایع‌ترین آنها عبارتند از: بیماریهای قلبی (۲۴/۹ درصد)، بیماریهای تنفسی (۱۴/۵ درصد)، بیماریهای گوارشی (۱۳/۲ درصد) و بیماریهای کلیوی (۹/۸ درصد)، انجام بررسی‌های لازم اندیکاسیون خواهد داشت. داروهایی نظیر آسپرین و ضدالتهاب باید ده روز قبل از عمل قطع شوند. عمل تحت بیهوشی عمومی یا بیحسی نخاعی صورت می‌گیرد بیش از ۵ روز بیمار باید بستری باشد. سند و سرم شستشو دارد، ادرار خونی است و تا زمانی که خونریزی قطع شود و بیمار بتواند ادرار کند باید در بیمارستان بماند.

با امواج الکترومغناطیسی (Trans urethral Radio frequency) می‌باشد که تأثیر آن با کارآزمایی بالینی به اثبات رسیده و مزایایی نسبت به عمل جراحی سنتی دارد و در درمان هیپرپلازی متوسط تا شدید بکار می‌رود. دومین روش استفاده از لیزر از طریق مجرای ادرار است که روشی مطمئن، مناسب و مؤثر در درمان هیپرپلازی انسدادی است. هر دو روش درمان در یک جلسه بدون بیهوشی و بطور سرپائی صورت می‌گیرد. مرگ و میر آن صفر و عوارض آن کم و گذراست. جدی‌ترین آن در روش دوم احتباس حاد ادراری است که با سندگذاری اصلاح می‌شود. هیچیک از درمانها ناتوانی جنسی و بی‌اختیاری ادرار ایجاد نمی‌کند. هر دو عمل حدود یک ساعت طول می‌کشد. و اکثر بیماران فوراً به منزل می‌روند و می‌توانند زندگی خود را از سر بگیرند. اگر با استفاده از این روشها درمان موفقیت‌آمیز نبود می‌توان سایر روشهای درمانی را امتحان نمود (۳۰۲).

عوارض TURP در مجموع تقریباً ۱۸ درصد می‌باشد. مرگ و میر در حال حاضر ناچیز و حدود ۲/۰ درصد است. عوارض فوری TURP به اندازه بزرگی غده، زمان برداشت آن و تکنیک کار ارتباط دارد. ایجاد سندرم TURP عارضه‌ای است که بعلت استفاده از مایع شستشو با فشار زیاد اتفاق می‌افتد و باعث سندروم هیپوناترمی رقیق (dilution Hyponatremia Syndrome) و در نتیجه ادم مغزی و تشنج می‌شود. در طی عمل جراحی، نیز جذب مایع شستشوی گلیسین می‌تواند اتفاق افتد که بعلت سوراخ شدن کیسول یا کم شدن فشار مثانه می‌باشد و سبب گیجی، تورم اندامها، آسیب به کلیه و قلب و در موارد شدید باعث مرگ می‌شود.

عوارض فوری دیگر شامل ناتوانی در ادرار کردن (۶/۵ درصد)، خونریزی بعد از عمل (۴ درصد) و تجمع لخته (۳ درصد) و عفونت دستگاه ادراری هستند. عوارض دیررس TURP شامل ناتوانی جنسی (۴/۵ تا ۳۰ درصد) بی‌اختیاری ادرار و تنگی دهانه مثانه و نیاز به TURP مجدد در عرض ۵ سال می‌باشد. بطوریکه پزشکان معتقدند در ۲۵ درصد موارد درمان موفقیت‌آمیز نیست و بسیاری از بیماران از اینکه عمل رضایت بخش نبوده عصبی هستند و در بسیاری از موارد در یک حالت بدتر از آنچه قبل از عمل بودند قرار می‌گیرند (۱۰۲).

انجمن کمک به بیماران پروستاتی (PHA) پیشنهاد می‌کند که بیماران قبل از اینکه به عمل جراحی TURP رضایت دهند باید سایر روشهای درمانی را امتحان کنند و دو روش را پیشنهاد می‌کند. اولین روش استفاده از گرما

منابع:

3. Walsh, Retik, Stamey, Vaughan Campbell's urology . W.B.saunders, 1992.

- ۱- امیل. ا. تاناکو، جک و. مک آنینج. ارولوژی عمومی اسمیت ترجمه حمید جزایری، عبدالعلی شهراسبی، داراب مهربان. تهران انتشارات آینده سازان ۱۳۷۱.
2. Philip, Dunn. A cut too faro, Nursing times, May 1997, 93(21).