





دانشگاه آزاد اسلامی
واحد پزشکی تهران

پایان نامه :

جهت دریافت دکترای پزشکی

موضوع :

مقایسه تأثیر تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین در دفع

سنگ های حالب در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان

امیرالمومنین در طی سالهای ۸۹-۹۰

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر کرامت دهقانی

نگارش:

منا اکبری فرد

شماره پایان نامه : ۴۹۷۰

تابستان ۱۳۹۰



Islamic Azad University

Tehran Medical Branch

Thesis:

For Doctorate of Medicine

Subject:

**Comparative effect of tamsulosin alone and combined with
indomethacin in treatment of ureteral stones, Urology Clinic of
Amiralmomenin Hospital, 2010-2011**

Thesis Adviser:

Dr. Keramat Dehghani

Written by:

Mona Akbari Fard

Summer 2011

No. 4970

تقدیم به

پدر و مادر مهربانم

که ثانیه ای با آنها بودن را با دنیایی عوض نخواهم کرد.

تقدیم به استاد بسیار گرانقدرم،

جناب آقای دکتر کرامت دهقانی

به خاطر تمام آنچه در محضر ایشان آموختم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده فارسی
۲	فصل اول: کلیات تحقیق
۳	• مقدمه و بیان اهمیت مسئله
۵	• اهداف
۶	• سوالات
۶	• فرضیات
۷	• تعریف واژه ها
۸	فصل دوم: مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه تحقیق
۱۱	• انواع سنگ های ادراری
۱۲	• علائم و نشانه ها
۱۴	• تشخیص های افتراقی
۱۴	• تشخیص
۱۴	• درمان
۱۵	• پیشگیری
۱۸	فصل سوم: روش اجرای تحقیق
۱۹	• نوع مطالعه
۱۹	• جمعیت مورد مطالعه
۱۹	• حجم نمونه و چگونگی محاسبه آن
۱۹	• روش نمونه گیری
۱۹	• معیارهای ورود به مطالعه
۲۰	• معیارهای خروج از مطالعه
۲۰	• روش انجام مطالعه
۲۱	• نحوه جمع آوری داده ها
۲۱	• ابزار گرد آوری داده ها
۲۱	• تجزیه و تحلیل داده ها
۲۱	• ملاحظات اخلاقی
۲۲	فصل چهارم: یافته ها
۳۶	فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات
۴۰	فهرست منابع
۴۲	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۳	جدول ۱- توزیع فراوانی سن و سایز سنگ در بیماران
۲۴	جدول ۲- توزیع فراوانی جنسیت در بیماران
۲۵	جدول ۳- توزیع فراوانی سمت درگیری در بیماران
۲۶	جدول ۴- توزیع فراوانی محل سنگ در بیماران
۲۷	جدول ۵- توزیع فراوانی موفقیت درمانی در بیماران
۲۸	جدول ۶- توزیع فراوانی عوارض دارویی در بیماران

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۲۹	نمودار ۱- توزیع فراوانی سن در بیماران
۳۰	نمودار ۲- توزیع فراوانی سایز سنگ در بیماران
۳۱	نمودار ۳- توزیع فراوانی جنسیت در بیماران
۳۲	نمودار ۴- توزیع فراوانی سمت درگیری در بیماران
۳۳	نمودار ۵- توزیع فراوانی محل سنگ در بیماران
۳۴	نمودار ۶- توزیع فراوانی موفقیت درمانی در بیماران
۳۵	نمودار ۷- توزیع فراوانی عوارض دارویی در بیماران

مقایسه تأثیر تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین در دفع

سنگ های حالب در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان

امیرالمومنین در طی سالهای ۸۹-۹۰

دانشجو: منا اکبری فرد استاد راهنما: جناب آقای دکتر کرامت دهقانی

تاریخ دفاع: شماره پایان نامه: ۴۹۷۰ کد شناسایی پایان نامه: ۱۳۶۱۰۱۰۱۸۹۲۱۳۰

هدف: این مطالعه به منظور مقایسه تأثیر تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین در دفع سنگ های حالب در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان امیرالمومنین در طی سالهای ۸۹-۹۰ انجام شده است.

روش مطالعه: ۱۵۸ فرد مبتلا به سنگ حالب به طور تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند که یک گروه ۷۹ نفره تامسولوسین و یک گروه ۷۹ نفره تامسولوسین همراه با ایندومتاسین دریافت نمودند و میزان باقی ماندن سنگ در حالب در دو گروه تعیین و مقایسه شد.

یافته ها: در ۸۸/۶ درصد در گروه تامسولوسین همراه با ایندومتاسین و در ۷۳/۴ درصد در گروه تامسولوسین به تنهایی موفقیت در دفع سنگ مشاهده شد که اختلاف آماری معناداری را بین دو گروه نشان می داد ($P=0.015$). ۶/۳ درصد در گروه درمان ترکیبی و ۳/۸ درصد در گروه درمان Single دچار عوارض دارویی شدند که اختلاف آماری معناداری را نشان نمی داد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: در مجموع بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و مقایسه آنها با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه چنین استنباط می شود که استفاده از درمان ترکیبی تامسولوسین همراه با ایندومتاسین سبب دفع بیشتر سنگ های ادراری در قیاس با تامسولوسین تنها می شود؛ ولی عوارض دارویی را افزایش چندانی نمی دهد.

واژه های کلیدی: سنگ ادراری، تامسولوسین، ایندومتاسین



مقدمه و بیان مسأله:

سنگ های ادراری از جمله مشکلات شایع در بین مراجعین به بخش های اورژانس و متخصصین اورولوژی محسوب می گردند که به طور متوسط در ۱۰۵ نفر از هر صد هزار نفر جمعیت عمومی رخ داده و سبب هزینه های بهداشتی - درمانی سنگین و غیبت از کار می گردند که این مشکلات به ویژه در مورد سنگ های حالب و نیز سنگ های با اندازه بزرگ بیشتر به چشم می خورند (۱). این مسائل دست به دست هم داده و سبب کاهش قابل ملاحظه ای در کیفیت زندگی مبتلایان به سنگ های ادراری می شوند (۲).

به همین دلیل درمان سنگ های ادراری از اهمیت به سزایی برخوردار است و امروزه از روش های جراحی متعددی مانند سنگ شکن، لیزر و جراحی باز جهت درمان این بیماری استفاده می شود که هر یک مزایا و معایب خاص خود را دارند (۳). هرچند که موفقیت اعمال جراحی مذکور به فاکتورهای متعددی از جمله اندازه سنگ، مدت عمل و مدت اقامت در بیمارستان بستگی دارد؛ اما در کل هرچه میزان از بین رفتن کامل سنگ بیشتر باشد، نتایج عمل جراحی نیز موفقیت آمیزتر خواهد بود (۴). با این وجود به ویژه در مورد سنگ های حالب این احتمال وجود دارد که سنگ پس از درمان در مجرا باقی مانده و دفع نشود که در چنین مواردی سعی می شود با استفاده از مصرف زیادتر مایعات و تجویز درمان های طبی روند دفع سنگ را تسریع نمود (۵).

در این زمینه از شیوه های درمانی مختلفی استفاده می شود که استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) و مهارکننده های آلفا آدرنورسپتور از جمله این درمان ها

می باشد. هر چند استفاده از هر یک از این شیوه های درمانی فی نفسه اثربخشی خوبی دارند؛ اما ممکن است با تجویز همزمان آنها نتایج بهتری به دست آید. بر همین اساس در این مطالعه به مقایسه تأثیر تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین در دفع سنگ های حالب در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان امیرالمومنین در طی سالهای ۸۹-۹۰ پرداختیم.

اهداف

هدف کلی

مقایسه تأثیر تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین در دفع سنگ های حالب در

بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اورولوژی بیمارستان امیرالمومنین در طی سالهای ۸۹-۹۰

اهداف ویژه/فرعی

- ۱- تعیین توزیع فراوانی سن در بیماران
- ۲- تعیین توزیع فراوانی سایز سنگ در بیماران
- ۳- تعیین توزیع فراوانی جنسیت در بیماران
- ۴- تعیین توزیع فراوانی سمت درگیری در بیماران
- ۵- تعیین توزیع فراوانی محل سنگ در بیماران
- ۶- تعیین توزیع فراوانی موفقیت درمانی در بیماران
- ۷- تعیین توزیع فراوانی عوارض دارویی در بیماران

اهداف کاربردی

ارائه راهکارهایی مناسب جهت درمان موثرتر و بهتر سنگ های ادراری همراه با حداقل عوارض

درمانی

سوالات

- ۱- توزیع فراوانی سن در بیماران چگونه است؟
- ۲- توزیع فراوانی سایز سنگ در بیماران چگونه است؟
- ۳- توزیع فراوانی جنسیت در بیماران چگونه است؟
- ۴- توزیع فراوانی سمت درگیری در بیماران چگونه است؟
- ۵- توزیع فراوانی محل سنگ در بیماران چگونه است؟
- ۶- توزیع فراوانی موفقیت درمانی در بیماران چگونه است؟
- ۷- توزیع فراوانی عوارض دارویی در بیماران چگونه است؟

فرضیات

- ۱- توزیع فراوانی موفقیت درمانی در بیماران تحت درمان با تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین متفاوت است.
- ۲- توزیع فراوانی عوارض دارویی در بیماران تحت درمان با تامسولوسین به تنهایی و تامسولوسین همراه با ایندومتاسین متفاوت است.

تعریف واژه ها

- تامسولوسین:

دارویی از خانواده بلوک کننده های گیرنده آلفاآدرنرژیک

- ایندومتاسین:

دارویی از خانواده داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)

فصل دوم

مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه تحقیق

بررسی متون

بعد از عفونت های ادراری و اختلالات پروستات، تشکیل سنگ های ادراری سومین مشکل شایع دستگاه ادراری محسوب می شود. شیوع سنگ سازی در کودکان در هر دو جنس مساوی است، ولی در سن ۵۰-۳۰ سالگی که دوران حداکثر شیوع آن می باشد، در آقایان نسبت به خانم ها سه برابر شایع تر است. تشکیل سنگ های ادراری بر اساس اشباع بیش از حد ادرار بوده و خود به PH ادرار، قدرت یونی، غلظت مواد محلول و تشکیل کمپلکس بستگی دارد. PH ادرار به طور فیزیولوژیک در طی زمان های مختلف، دستخوش تغییر می شود. به عنوان مثال، ادرار صبحگاهی نسبتاً اسیدی است و معمولاً به دنبال دریافت وعده های غذایی، ماهیت قلیایی پیدا می کند. با افزایش غلظت مواد محلول و نیز کاهش حجم ادرار، احتمال رسوب مواد افزایش می یابد. در رابطه با تشکیل سنگ، تئوری های مختلفی مطرح است که هیچ یک به طور کامل مورد تائید نیستند (۶).

سنگ ها عمدتاً متشکل از اجزاء کریستالی بوده و حدود ۱۰-۲۰٪ وزن آنها را نیز جزء ماتریکس یا زمینه ای تشکیل می دهد. یون اصلی در کریستال های ادراری، کلسیم است. بیش از ۹۵٪ کلسیمی که به داخل مجاری ادراری فیلتره می شود، باز جذب شده و تنها کمتر از ۲٪ آن به داخل ادرار ترشح می شود. بعضی دیورتیک ها (داروهای مدر)، باعث کاهش دفع کلسیم می شوند (۷).

یون اگزالات، یک محصول زائد و ماحصل متابولیسم طبیعی است. ۱۵-۱۰٪ اگزالات موجود در ادرار، از رژیم غذایی منشاء می‌گیرد. افزایش اگزالات دفعی در ادرار، ریسک تشکیل سنگ های کلسیمی را بالا می‌برد. بیماران مبتلا به اختلالات روده ای، به دلیل بالا رفتن مقدار جذب اگزالات، ریسک سنگ سازی بیشتری دارند. فسفات جزء اصلی سنگ های فسفات آمونیوم و فسفات کلسیم است. دفع ادراری فسفات نیز در بزرگسالان طبیعی وابسته به مقدار فسفات موجود در رژیم غذایی به خصوص گوشت، لبنیات و گیاهان است. اسیداوریک هم به عنوان یک ماحصل فرعی متابولیسم، می‌تواند منجر به تشکیل سنگ شود. کریستال ها و سنگ های خالص اسید اوریکی، به طور تیپیک رادیو لوسنت می‌باشند. سدیم، خود به عنوان یکی از اجزاء اصلی سنگ های ادراری شناسایی نشده است، ولی نقش مهمی در کریستالیزه شدن نمک های کلسیمی در ادرار دارد. مصرف زیاد سدیم، دفع کلسیم ادراری را افزایش داده و PH ادرار را اسیدی می‌کند. می‌توان با کاهش بیکربنات سدیم موجود در رژیم غذایی، از میزان سنگ های راجعه کلسیمی کاست. سیترات یک فاکتور مهار کننده مهم است که کمبود آن معمولاً با تشکیل سنگ های کلسیمی همراهی دارد. هورمون استروژن، دفع ادراری سیترات را افزایش می‌دهد و ممکن است عاملی در جهت توجیه علت بروز کمتر سنگ در زنان بخصوص در دوره بارداری باشد (پس از ۵۰ سالگی، شیوع سنگ های ادراری در خانم ها بیشتر است) (۶ و ۷).

انواع سنگ های ادراری

- شایع ترین انواع، سنگ های کلسیمی هستند. حدود ۸۵-۸۰٪ سنگ ها حاوی کلسیم می باشند. در هر بیمار مبتلا به سنگ منفرد کلسیمی، باید ارزیابی کامل بیمار از نظر بررسی و تشخیص هیپرکلسیوری، صورت گیرد. هیپرکلسیوری، افزایش اسید اوریک و اگزالات و نیز کاهش سیترات دفعی ادرار، از علل تشکیل سنگ های کلسیمی هستند. تقریباً در یک سوم بیمارانی که تحت ارزیابی کامل متابولیک قرار می گیرند، هیچ نقص قابل شناسایی وجود ندارد.
- دسته دوم سنگ ها، سنگ های استروویت (Struvite) یا عفونی می باشند. در اکثر موارد، این سنگ ها در خانم ها یافت شده و می توانند به سرعت عود کنند. غالباً این سنگ ها به صورت شاخ گوزنی دیده می شوند. باید در زنان مبتلا به عفونت های راجعه ادراری که مکرراً علیرغم درمان آنتی بیوتیکی مناسب ادامه می یابد، توسط رادیوگرافی ساده یا سونوگرافی کلیه ها، احتمال وجود سنگ های شاخ گوزنی را بررسی نمود. بدون خارج کردن این سنگ ها، امکان درمان عفونت های حاصله وجود ندارد.
- سنگ های اسید اوریکی کمتر از ۵٪ سنگ های ادراری را تشکیل داده و معمولاً در مردان مشاهده می شوند. در بیماران مبتلا به نقرس، افرادی که کاهش وزن سریع داشته و یا در کسانی که به دلیل بدخیمی، داروهای شیمی درمانی دریافت می کنند، میزان بروز سنگ های اسید اوریکی زیاد است (۷).

- از سایر سنگ ها می توان انواع سیستئینی و گزانتینی را نام برد که به دنبال نقائص مادرزادی متابولیسم، ایجاد می شوند. همچنین انواع نادر به صورت سنگ های سیلیکاتی نیز وجود داشته که معمولاً به دنبال طولانی مدت آنتی اسیدهای حاوی سیلیکا رخ می دهند و یا سنگهای تریامتری که با مصرف داروهای ضد فشار خون حاوی تریامترن مرتبط هستند (۷).

علائم و نشانه ها

- درد: اکثر قریب به اتفاق سنگ های ادراری با شروع حاد درد به دلیل انسداد و اتساع ناگهانی سیستم ادراری فوقانی تظاهر پیدا می کنند. براساس اندازه و محل سنگ، شدت انسداد و حاد بودن آن، میزان درد از فردی به فرد دیگر متغیر است. معمولاً شروع درد، ناگهانی و شدید است به گونه ای که ممکنست بیمار را از خواب بیدار کند. ماهیت درد عمدتاً به صورت کولیکی و ناشی از اتساع و کشیدگی متناوب مجاری جمع کننده یا حالب می باشد. مکانیسم اصلی ایجاد کولیک کلیوی، انسداد ادراری است. بیماران معمولاً بیقرار بوده و برای کاستن از درد، وضعیت های نامعمول به خود می گیرند. عموماً سنگ ها ابتدا در قسمت های فوقانی سیستم ادراری تولید شده و سپس به سمت قسمت های تحتانی حرکت می کنند. براساس محل آناتومیک قرار گیری سنگ، علایم و نشانه ها مختلف است. در کل، سنگ های غیر مسدود کننده، به صورت دوره ای سبب درد عمقی و مبهم در پهلو یا پشت می شوند. سنگ های کالیس معمولاً کوچک و متعدد هستند و می توانند خود به خود