

الفحص السريري للجهاز
البولي التناسلي

د. عمار الراعي

01

14/6/2020

RB Medicine Surgical Skills | المهارات الجراحية والإسعافية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يعود إليكم فريق المهارات الجراحية بالمحاضرة الأولى من قسم الدكتور عمار الراعي لتتكلّم بها عن فحص الجهاز البولي التناسلي، بسم الله نبدأ ^_^

مقدمة

❖ لا يختلف الفحص السريري للجهاز البولي التناسلي عن الفحص السريري لأي جهاز آخر، حيث نقوم باتباع المنهجية ذاتها وفق الشكل الآتي:

- ✍ الاستجواب.
- ✍ التأمل.
- ✍ الجس السطحي والعميق.
- ✓ القرع والإصغاء.
- ✓ الفحوص المتممة المخبرية والشعاعية.

سنقوم الآن بدراسة كل خطوة من الفحص السريري بالتفصيل..

الاستجواب

✍ يتضمن الاستجواب معلومات عامة وأساسية عن المريض وهي:

1. الهوية الشخصية:

- ★ الاسم.
- ★ العمر.
- ★ الحالة الأسرية والاجتماعية (متزوج، عازب، هل يوجد أولاد...).
- ★ العادات (التدخين، الكحول..).



2. الشكاوى الرئيسية:

- ★ تتلخص الشكاوى الرئيسية في العرض الذي دفع المريض إلى مراجعة الطبيب، وهي **عَرَضٌ وحيد فقط** وتكون جميع الأعراض الأخرى أعراضاً مرافقة.
- ★ **أهم الشكاوى الرئيسية¹**: عقم، مشكلة انتصاب، بيلة دموية، آلام قولنجية أو تبدل لون البول.

3. القصة المرضية:

- ★ هي **تفاصيل** الشكاوى الرئيسية.
- ★ **مثال**: لا نكتفي بقول ألم بطني بل يجب الاستفسار عن طبيعة الألم، مكانه ومرافقاته..

4. السوابق:

- ★ **السوابق المرضية والجراحية**: كأذيات الحبل المنوي، خصية هاجرة..
- ★ **السوابق العائلية**: حيث تلعب الوراثة دوراً هاماً في بعض الأمراض كالبولال الليلي، الحصيات، الكلية متعددة الكيسات..
- ★ **السوابق الدوائية والتحسسية**.

يجب على الطبيب التركيز على بناء الثقة مع المريض لتجاوز حالة الخجل المترافقة مع الشكاوى البولية التناسلية وضرورة احترام مشاعر المريض وخصوصيته.

بعد الانتهاء من الاستجواب نقوم باستعراض الجهاز البولي التناسلي وسندرس كلاً من الفحص السريري للجهازين البولي والتناسلي على حدٍ..

الفحص السريري للجهاز البولي

- ★ يعتبر الجهاز البولي جهازاً حساساً، وبالتالي يجب تهيئة المريض نفسياً وشرح الإجراء الذي سنقوم به.
- ★ **إن الجهاز البولي جهاز عقيم** لذلك يجب مراعاة شروط العقامة عند فحصه.
- ★ تقع كلاً من الكليتين والحالبين (أعضاء الجهاز البولي الداخلية) **خلف** البريتوان مما يجعل **فحصهما السريري صعباً**، لذلك من الممكن وجود مشاكل كبيرة في الكليتين دون أن تظهر بالفحص السريري.

¹ قد تكون الشكاوى الرئيسية ناجمة عن الجهاز البولي أو التناسلي.

✱ يتضمن الفحص السريري للجهاز البولي:

- ✓ فحص الكليتين.
- ✓ فحص المثانة.
- ✓ فحص الحالبين.
- ✓ فحص الإحليل.

فحص الكليتين

✱ يتضمن فحص الكليتين كلاً من التأمل، الجس، القرع، الإصغاء والرج القطني.

التأمل

♣ يتم إجراء التأمل في وضعيتي الوقوف والاضطجاع:

1. في وضعية الوقوف:

- ✱ يُطلب من المريض كشف منطقة الخصرة من الجهتين ونقوم بملاحظة ما يلي:
 - ✓ تبارز واضح أو عدم تناظر في الزاوية الضلعية الفقرية.
 - ✓ جنف (انحناء) باتجاه المنطقة المصابة والذي يُشاهد في الآلام القولنجية الكلوية.
 - ✓ انتباج مع تورم واحمرار بالجلد في حال وجود خراج حول الكلية.
 - ✓ آفة حلئية جلدية Zona.

ملاحظة هامة:

- قد يشكو المريض من ألم في الخصرة يمتد إلى الأمام بشكل دائري فيشك الطبيب بأنه ألم قولنجي كلوي وحالبي، ولكن بعد التأمل الصحيح للمنطقة نلاحظ وجود حبوب وحويصلات واحمرار في المنطقة فنجزم بأنه زنار النار أو الحلا النطاقي Zona.

2. في وضعية الاضطجاع:

- ✱ يُطلب من المريض ثني الركبتين لإرخاء عضلات البطن ونقوم بملاحظة ما يلي:
 - ✓ تناظر أقسام البطن: فقد نلاحظ وجود ضخامة² كما في الكلية متعددة الكيسات التي تسبب ضخامة تصل إلى الحفرة الحرقفية.
 - ✓ تنفس البطن: يصبح البطن غير متنفس عند تخريش البريتوان.

² باعتبار أن الكليتين أعضاء خلف البريتوان فمن الصعب ملاحظة وجود ضخامات إلا إذا كانت كبيرة جداً كما في الكلية متعددة الكيسات التي قد تصل إلى الحوض.

✓ دوران جانبي.

✓ تغير طبيعة الجلد: وجود احمرار، وذمة أو تسمك ولا سيما في منطقة الخصرة.

✓ وجود فزر حملية أو ندبات جراحية سابقة: كندبات لعملية استئصال كلية أو عملية حصيات كلوية.

الجس

♣ إن الكلية اليمنى أخفض من اليسرى بسبب وجود الفص الأيمن للكبد.

♣ لا يمكن جس الكليتين في الحالة الطبيعية، ولكن نستطيع جس الكلية المتضخمة.

من الممكن جس القطب السفلي للكلية اليمنى عند الأشخاص ذوي البنية العضلية الضعيفة (النساء النحيلات) وذلك في نهاية شهيق عميق. (هام)

♣ طريقة جس الكليتين:

← يأخذ المريض وضعية الاستلقاء الظهرى مع ثني الفخذين.

← يضع الطبيب إحدى اليدين مبسوطةً على الناحية القطنية مع وضع نهاية الأصابع على الزاوية الضلعية القطنية³.

← يضع الطبيب اليد الأخرى على البطن أسفل الحافة الضلعية مع ضغط جدار البطن للأعلى والخلف.

← يطلب الطبيب من المريض أخذ شهيق عميق ونقوم عندها بمحاولة جس الكلية.



طريقة جس الكلية

القرع

♣ يفيد القرع في تشخيص ضخامات الكلية، فإذا كانت الكلية متضخمة ولكنها غير مجسوسة

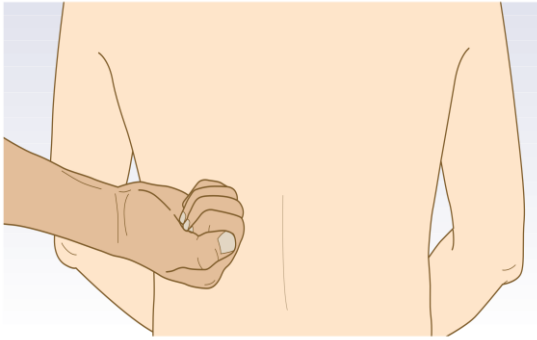
نقوم بالقرع من أجل الكشف عن أصمية الكلية.

³ مكان التقاء الضلع 12 مع الكتلة القطنية العجزية.

الإصغاء

- ♣ يفيد الإصغاء في سماع **نفخة تضيق الشريان الكلوي** لدى مريض فرط التوتر الشرياني.
- ♣ يتم وضع السماعة على المراقين (جانبي السرة)، أو قد يتم السماع في الحفرة الحرقفية في حال كانت الكلية مزروعة.

الرج القطني



طريقة الرج القطني

- ♣ هو رج الناحية القطنية وحشي الكتلة العجزية بواسطة الحافة الزندية ليد الطبيب بشكل خفيف.
- ♣ يتم الرج القطني من أجل **تحري الارتكاس الألمي** (ألم مضمي).
- ♣ تدل إيجابية الرج القطني على **وجود آفة كلوية** مثل القولنج الكلوي، حصاة، التهاب كلية، خراج بالكلية أو ألم بالخاصرة.

فحص الحالبين

- ✍ يقع الحالبان **خلف** البريتوان لذلك لا يمكن تأمل أي تغير فيهما **مهما كانت درجة تضخمهما**.
- ✍ لا يمكن جس الحالبين ولا قرعهما.
- ✍ يمكن إجراء **الجس العميق** في نقاط معينة تدعى **النقاط الحالبية**.

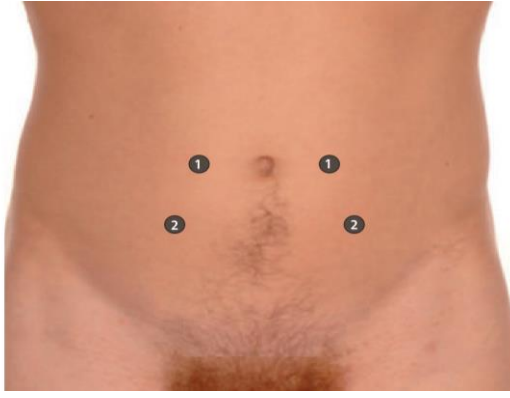
1. النقطة الحالبية العلوية:

- ✍ تقع وحشي السرة ب 5 سم (إصبعين تقريباً) في الجهتين.
- ✍ يدل وجود ألم في هذه النقطة على وجود مشكلة في الحويضة أو الثلث العلوي من الحالب كحصاة حالب علوية مثلاً.

2. النقطة الحالبية المتوسطة:

- ✍ تقع عند تلاقي الثلث المتوسط مع الثلثين الوحشيين للخط الواصل بين الشوكين الحرقفيين الأماميين العلويين⁴.

⁴ أي نرسم خط بين الشوكين الحرقفيين العلويين الأماميين ونقسمه إلى ثلاثة أقسام ونقوم بالجس عند نقطتي التقسيم.



النقطتان الحاليتان العلوية (1)
والمتوسطة (2)

3. النقطة الحالبية السفلية:

- ✦ يتم تحري هذه النقطة إما عن طريق المس الشرجي أو المس المهبلي⁵.
- ✦ يدل وجود الألم في هذه النقطة على وجود مشكلة في الثلث الأخير من الحالب.

فحص المثانة

- ✦ تعتبر المثانة العضو الوحيد من الجهاز البولي الذي يوجد له علامات بالفحص السريري.
- ✦ يتضمن فحص المثانة كلاً من التأمل، الجس، القرع والمس الشرجي أو المهبلي المشترك مع جس البطن.

التأمل

- ✦ يتم رؤية المثانة بشكل تبارز كروي في الناحية الخلفية في حال:
 - ✓ أسر بولي وامتلاء المثانة بسبب وجود عائق يمنع تفريغها.
 - ✓ الأطفال الذين يعانون من انقلاب مثاني خارجي⁶.
 - ✓ الأطفال الذين يعانون من متلازمة برون بيلي Prune Belly.

متلازمة برون بيلي Prune Belly Syndrome:

- ✦ داء خلقي ينجم عنه غياب عضلات جدار البطن وعضلية جدار المثانة والحالبين ويترافق مع:
 - ✓ مثانة عرطلة ضعيفة الحركة.
 - ✓ حالب عرطل.
 - ✓ خصية هاجرة (عدم نزول الخصيتين).



⁵ يتم إجراء المس المهبلي لدى النساء المتزوجات حصراً.

⁶ عيب خلقي نادر تكون فيه المثانة خارج الجنين.

الجس

- ❖ لا يمكن جس المثانة الفارغة لأنها تكون ضمن الحوض.
- ❖ تتشكل **الكرة المثانية** عند امتلاء المثانة **بشكل مرضي** كما في الأسر البولي الحاد، ضخامة بروستات، خضوع المريض لعمل جراحي، تناول المريض لأدوية الزكام أو انسداد الإحليل.

يمكن جس كرة مثانية مؤلمة متوترة في حالة الانسداد الحاد، أما في حالة الإزمان يرتخي جدار المثانة ولا يمكن جس الكرة المثانية.



الكرة المثانية

القرع (هام)

- ❖ نلجأ إلى القرع من أجل تحري **المثانة الممتلئة غير المجسوسة** كما في حالة الانسداد المزمن لمجرى البول⁷ حيث يصبح هناك ارتخاء في جدار المثانة فلا يمكن جس الكرة المثانية عندها.
- ❖ تظهر المثانة الممتلئة غير المجسوسة بالقرع **كمنطقة أصمية**.
- ❖ يتم القرع من المنطقة الطبلية باتجاه المنطقة الأصمية أي **من السرة باتجاه العانة**.

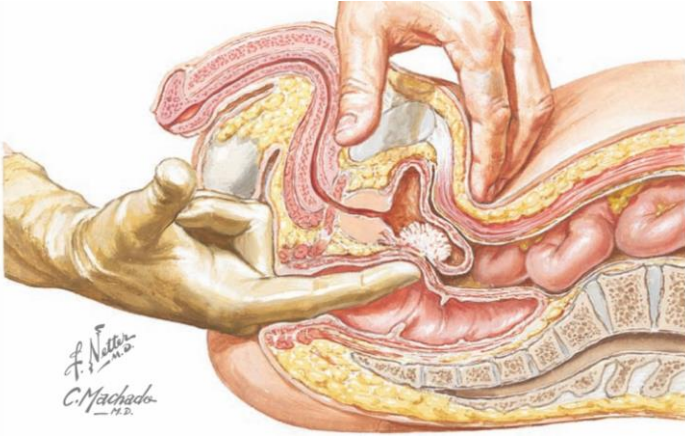
المس الشرجي أو المهبلي المشترك بجس البطن

- ❖ نقوم به من أجل تحديد درجة **ارتشاح الورم المثاني في جدار المثانة** أو في الأعضاء المجاورة.

طريقة الإجراء:

- ✓ يتم وضع إحدى اليدين في الشرج أو المهبل (لدى المتزوجات).
- ✓ يتم وضع اليد الأخرى على جدار البطن بين السرة والعانة.
- ✓ نحاول حصر كتلة ورم المثانة أو ورم الرحم وتقدير حجم الورم، ارتشاحه وحركته.
- ❖ تم الاستعاضة عن هذا الإجراء بالإيكو أو الطبقي المحوري.

⁷ كما في تضخم البروستات أو المثانة العصبية الرخوة.



صورة توضح المس الشرجي
لدى ذكر

فحص الإحليل

يتم فحص الإحليل أثناء فحص الأعضاء التناسلية.

بعد الانتهاء من الحديث عن الفحص السريري للجهاز البولي سننتقل لدراسة الفحص السريري للجهاز التناسلي عند كلٍ من الذكر والأنثى على حدٍ...

الفحص السريري للجهاز التناسلي الذكري

تذكرة تشرحية⁸

- ❖ يتألف الجهاز التناسلي الذكري من:
 - ✓ الخصيتين Testis.
 - ✓ البربخين Epididymis.
 - ✓ الأسهرين Vas Deferens.
- ❖ يُلحق بالجهاز التناسلي الذكري:
 - ✓ البروستات Prostate.
 - ✓ القضيب Penis.
- ✓ الحويصلين المنويين Seminal Vesicles.
- ✓ القنوات الدافقتين Ejaculatory Ducts.
- ✓ الغدتين البصليتين الإحليليتين.

الخصية Testis:

- ★ غدة **مختلطة** الإفراز تقوم بإفراز كلاً من النطاف والهرمونات الذكرية.
- ★ تتخلق الخصية في الناحية القطنية وتهاجر **قبل** الولادة لتسكن كيس الصفن.
- ★ تكون **الخصية اليسرى أخفض من اليمنى** وذلك لأن الخصية اليسرى تهاجر أولاً.

⁸ ذكر الدكتور معلومات تشرحية بسيطة لذلك أوردنا تذكرة من تشرح الحوض من أجل الفهم وشمولية الأفكار.

★ نتيجة تأخر هجرة الخصية اليمنى فإنها الأكثر عرضة للإصابة بالفتاقات بسبب تأخر انغلاق القناة الإربية اليمنى.

★ تحاط الخصية بالغلاظة الغمدية الخصوية المؤلفة من طبقتين، طبقة حشوية ملاصقة للخصية وطبقة جدارية، ويقع بين الطبقتين جوف يحوي سائل مصلي.

البربخ Epididymis:

- ★ يقع البربخ فوق وخلف الخصية، ويقع الأسهر على جانبه الإنسي.
- ★ يتألف البربخ من رأس في الأعلى، جسم وذيل في الأسفل يتمادى مع الأسهر.
- ★ إن قوام البربخ الطبيعي طري، لذلك فإن أي قساوة فيه تكون مؤشراً على التهاب بربخ حاد.

الأسهر (القناة الناقلة للنطاف) Vas Deferens:

- ★ قناة عضلية بقطر 2 مم.
- ★ يقوم الأسهر بنقل النطاف من ذيل البربخ إلى القناة الدافقة، وهو من محتويات الحبل المنوي في القناة الإربية.
- ★ يقع الأسهر إنسي الحويصل المنوي حيث ينضم إلى قناة هذا الحويصل قرب قاعدة البروستات لتشكل القناة الدافقة.

محتويات الحبل المنوي Spermatic Cord:

- الأسهر، وهو الوحيد الذي يمكن جسده من عناصر الحبل المنوي في الحالة الطبيعية.
- الشريان الأسهري والشريان الخصوي.
- الأوردة الخصوية (الضفيرة المحلاقية الوريدية).
- الأوعية للمفاوية الخصوية.
- الفرع التناسلي من العصب التناسلي الفخذي الذي يعصب العضلة المشمرية.
- أعصاب ذاتية.

القناة الدافقة Ejaculatory Duct:

- ★ تتشكل من اتحاد الأسهر وقناة الحويصل المنوي.
- ★ تدخل قاعدة البروستات وتنفث ضمن الإحليل الموثي.



الحويطان المنويان Seminal Vesicles:

★ عضوان مفصصان طول كل منهما 5 سم، يتوضعان على الوجه الخلفي للمثانة.

البروستات Prostate:

★ عضو غدي ليفي يحيط بالإحليل الموثي، يقع تحت المثانة وأمام المستقيم وخلف العانة.
★ له شكل هرم مقلوب حيث تتجه قاعدته للأعلى وذروته للأسفل.

القضيب Penis:

★ يتألف القضيب من:

- ✓ جذر القضيب: يتشكل من ساقا القضيب ووصلته.
- ✓ جسم القضيب: يتشكل من الجسمين الكهفيين⁹ والجسم الإسفنجي.
- ✓ الحشفة: هي امتداد للجسم الإسفنجي، تغطيها القلفة التي يتم إزالتها بالختان.

ينفتح الإحليل قرب ذروة الحشفة الحرة ويشكل الفتحة الإحليلية الخارجية.

كيس الصفن Scrotum:

★ جيب جلدي خارج البطن يحتوي على الخصية، البربخ والقسم السفلي من الحبل المنوي.
سنقوم الآن بدراسة الفحص السريري لكل من الأعضاء التناسلية الذكورية بالتفصيل...

الفحص السريري للقضيب

❖ يتضمن الفحص السريري للقضيب كلاً من التأمل والجس.

تأمل القضيب

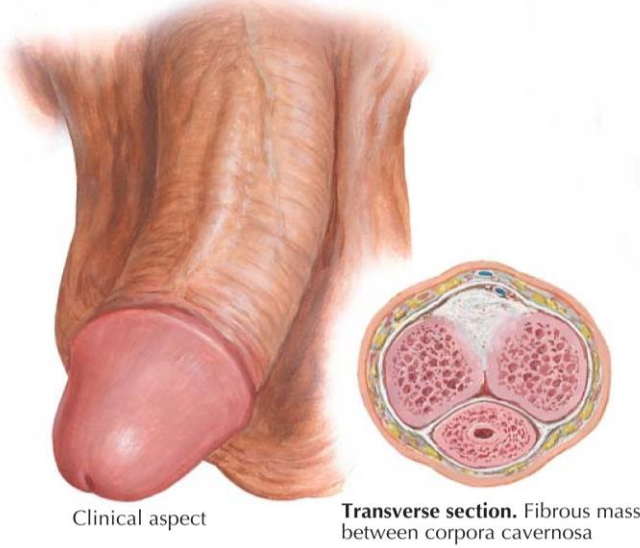
1. شكل وحجم وطول القضيب:

- ☒ إن أصغر طول طبيعي للقضيب هو 8 سم، ولا يوجد رقم محدد للطول الطبيعي الأكبر.
- ☒ نلاحظ وجود ثآليل أو قرحات على جسم القضيب تكون دليل وجود أمراض جنسية.
- ☒ عندما نلاحظ وجود التواءات أو انحناءات فقد تكون مؤشراً على الإصابة بداء بيروني.

⁹ هما امتداد لساقا القضيب.

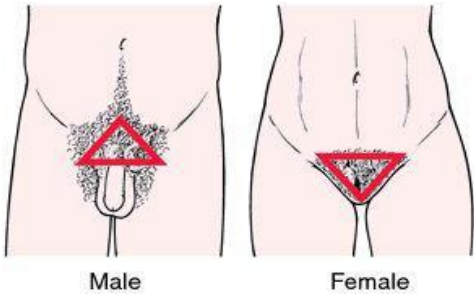
داء بيروني Pyronie Disease:

- هو وجود صفيحة متليفة على الجسمين الكهفيين مما يمنع عبور الدم بشكل كافٍ إلى القضيب عند الانتصاب، يؤدي ذلك إلى انحراف وتزوي القضيب الذي يعيق العلاقة الجنسية في مراحله المتقدمة لذلك يتم استئصالها جراحياً.



الصفيحة المتليفة في داء بيروني

2. توزع الأشعار:



- وذلك من أجل التمييز بين التوزع الذكوري والأنثوي لشعر العانة.
- يأخذ التوزع الذكوري لشعر العانة مثلثاً قاعدته للأسفل أما التوزع الأنثوي فيأخذ شكل مثلث قاعدته للأعلى.

3. فوهة صماخ الإحليل¹⁰:

- قطر الفوهة:** قد تكون فوهة صماخ الإحليل متضيقة دبوسية الشكل فيجد المريض صعوبة أثناء التبول، قد تؤدي هذه الحالة إلى ارتخاء مثاني، جزر مثاني حالبي أو قصور كلوي في الحالات المتقدمة.
- توضع الفوهة:** قد تكون الفوهة في غير مكانها الطبيعي كما في حالة الإحليل التحتي والفوقي.
- وجود نز من فوهة الصماخ وتحديد طبيعته.**

¹⁰ نقوم بفحص الفوهة من خلال الضغط على الحشفة بين السبابة والإبهام، وعند غير المختونين نقوم بفحص القلفة وملاحظة أفتاتها ثم إعادتها إلى الخلف لفحص الحشفة.

الإحليل الفوقي والإحليل التحتي:

- الإحليل الفوقي Epispadias: تتوضع فوهة صماخ الإحليل إلى الأعلى من مكانها الطبيعي فقد تكون على الحشفة، جسم القضيب أو قرب العانة.
- الإحليل التحتي Hypospadias: تتوضع فوهة صماخ الإحليل إلى الأسفل من مكانها الطبيعي ولها عدة درجات فقد تكون حشفية متقدمة، في جسم القضيب أو في كيس الصفن.
- في كلا الحالتين يجب عدم إجراء الختان لأن للقلفة دور هام في تطعيم الإحليل وإصلاح الحالة.



فوهة صماخ إحليل متضيقة



فوهة صماخ إحليل طبيعية



إحليل فوقي



إحليل تحتي حشفي متقدم

جس القضيب¹¹

1. جس الجسمين الكهفيين:

☒ قد يُلاحظ أثناء الجس توضع لويحات متليفة على جدارهما سببها داء بيروني.

¹¹ يتم الجس بين السبابة والإبهام.

2. جس الجسم الإسفنجي (الوجه السفلي للقضيب):

- ✗ يمر الإحليل الموثي عبر الجسم الإسفنجي لذلك يفيد جسّه في تحديد فيما إذا كان الإحليل مصاب بأفة أو متصلب.
- ✗ قد يُلاحظ عند الجس وجود حصاة إحليلية وصلت إلى هذه المنطقة بعد عملية تفتيت حصي.
- ✗ قد يشعر المريض بألم على مسار الإحليل مما يدل على التهاب الغدد حول الإحليل.
- ✗ قد تخرج مفرزات من القضيب عند جسّه تكون دليل التهابات في القضيب.

الفحص السريري لكيس الصفن

- ❖ يتم فحص الصفن بوضعيتي الوقوف والاستلقاء وذلك لوجود آفات تظهر في الوقوف وتغيب في الاستلقاء¹² كالفتق ودوالي الحبل المنوي. (هام)
- ❖ يشمل فحص الصفن كلاً من التأمل والجس.
- ❖ يتم أولاً فحص جلد الصفن ثم محتوياته.

التأمل

1. حجم الصفن وتناظر نصفيه:

- ✗ ضمور الخصية: قد ينجم عن خصية هاجرة، خصية منتبذة أو خصية ضامرة.
- ✗ ضخامة (انتباخ) أحد النصفين: قد تنجم عن فتق إربي، دوالي الحبل المنوي، قيلة أو ورم.

2. اللون وثنيات جلد الصفن:

- ✗ اللون: يشير احمرار الصفن إلى وجود التهاب.
- ✗ غياب ثنيات الصفن: يدل على وجود شيء غير طبيعي يوتر الجلد كقيلة، كتلة، ورم أو التهاب.

الجس

- ✱ نتحرى سماكة جلد الصفن وارتشاحاته حيث تزداد سماكة جلد الصفن في الالتهابات.
- ✱ نتحرى وجود توذم وحرارة موضعية حيث تنجم عن الالتهابات.
- ✱ نقوم بجس محتويات كيس الصفن (الخصية، البربخ والحبل المنوي) كلاً على حدى.



¹² إن جميع ضخامات الصفن التي تظهر بالوقوف وتغيب بالاضطجاع هي من منشأ بطني.

1. جس الخصيتين:

- ✗ يتم جس الخصيتين بين الإبهام والسبابة بشكل لطيف وهادئ لأنها مؤلمة¹³ ونتحرى عن:
- ✗ **الأبعاد**¹⁴: تتراوح أبعاد الخصية الطبيعية بين 5 سم طولاً، 3 سم سماكة، 2 سم عرضاً و 12 مل (12 سم³) حجماً.
- ✗ **القوام**: إن الخصية بيضوية الشكل، ذات جدار أملس، مرنة ومتجانسة القوام.

2. جس البربخ:

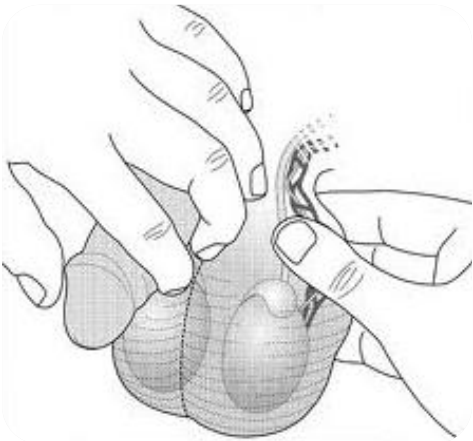
- ✗ إن قوام البربخ الطبيعي **طري وغير مؤلم** إلا بالحالات الالتهابية حيث يصبح قاس ومؤلماً جداً.

3. جس الحبل المنوي:

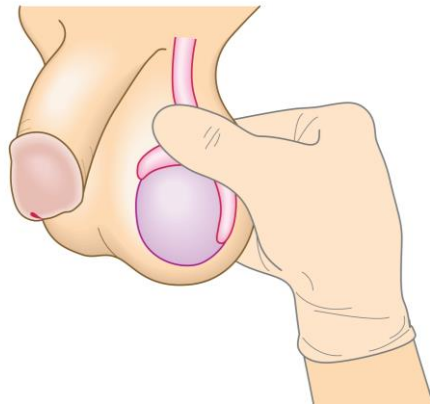
- ✗ يُجس الحبل المنوي عند جذر الصفن بين السبابة والإبهام، حيث نقوم بدرجة الحبل المنوي بين الإصبعين.

- ✗ إن الأسهر هو **العضو الوحيد** من محتويات الحبل المنوي الذي يمكن جسّه فنشعر به كحبل اسطواني بقطر 2 مم على **الوجه الخلفي للحبل المنوي**، أما الشرايين والأوردة الموجودة في الحبل المنوي فلا نستطيع جسها باستثناء **الأوردة الملتوية في حالة الدوالي** من الدرجة الثانية، الثالثة أو الرابعة في **وضعية الوقوف**.

- ✗ نستفيد من معرفة التوضع التشريحي للأسهر ضمن الحبل المنوي في **عمليات الإخصاء**، حيث يكفي القيام بتخدير موضعي في منطقة جذر الصفن ثم الدخول وقطع الأسهر أو ربطه¹⁵.



طريقة جس الحبل المنوي



طريقة جس البربخ



طريقة جس الخصية

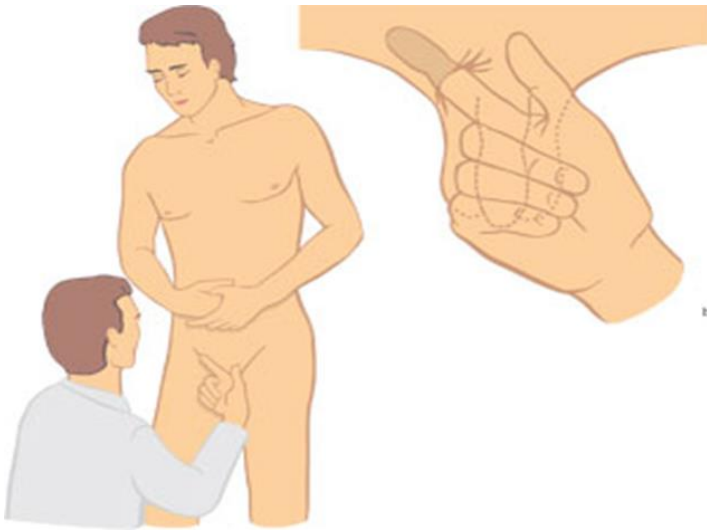
¹³ لذلك عند جس عقدة غير مؤلمة نتوجه نحو الخبثة.

¹⁴ تعتبر الخصية ضامرة عندما يكون حجمها أقل من 3 مل.

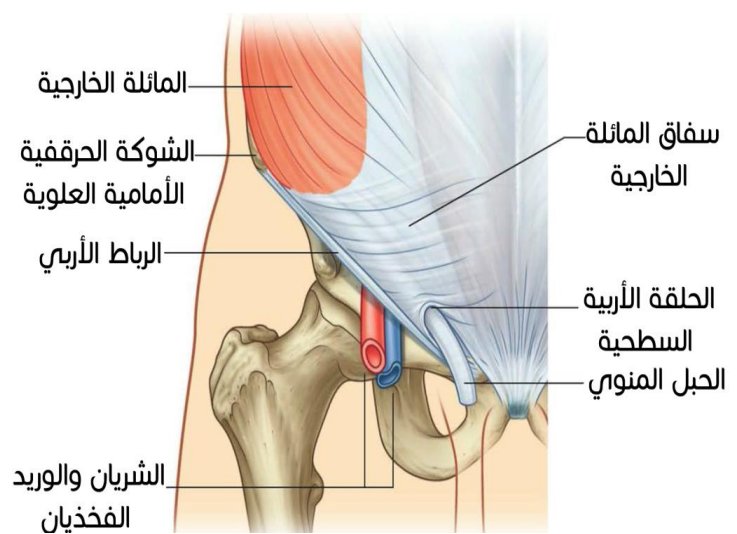
¹⁵ يتم ربط الأسهر في حالة الرغبة بالعقم المؤقت.

الفحص السريري للقناة الإربية

- ❖ هي قناة افتراضية أسفل البطن لها فوهتان:
 - ✓ **الفوهة الباطنة:** هي فتحة اللفافة المعترضة.
 - ✓ **الفوهة الظاهرة:** هي ارتكاز صفاق العضلة المنحرفة الظاهرة.
- ❖ يمر من القناة الإربية:
 - ✓ **عند الذكور:** الحبل المنوي من داخل البطن وحتى الخصية.
 - ✓ **عند الإناث:** الرباط المدور من الرحم إلى الشفر الكبير.
- ❖ حدود هذه القناة:
 - ✓ **من الأسفل:** الرباط الإربي.
 - ✓ **من الأعلى (السقف):** العضلتان المنحرفة الباطنة والمعترضة البطنية.
 - ✓ **من الخلف:** اللفافة المعترضة.
 - ✓ **من الأمام:** صفاق المنحرفة الظاهرة.
- ❖ يتم فحص القناة الإربية إما بالخنصر أو السبابة، حيث يتم إدخال الإصبع عبر الفوهة الإربية الظاهرة ونطلب من المريض **السعال** أثناء الفحص.
- ❖ إن لفحص القناة الإربية دوراً مهماً في **كشف الفتوق الصغيرة** والتمييز بين الفتق الإربي المباشر وغير المباشر وذلك من خلال:
 - ✓ **الفتق غير المباشر:** الشعور بمسّ رأس الإصبع للأمعاء.
 - ✓ **الفتق المباشر:** الشعور بمسّ ياطن الإصبع للأمعاء.



طريقة فحص القناة الإربية



القناة الإربية

سنقوم الآن بدراسة بعض الحالات السريرية المتعلقة بكيس الصفن والقناة الإربية...

حالات سريرية في كيس الصفن والقناة الإربية

1. اختفاء الخصية *Cryptorchidism*:

✘ تكون الخصية في بعض الأحيان **خارج** كيس الصفن وهنا يجب تمييز ثلاث حالات:

1. الخصية النطاطة Retractable Testis:

✘ تكون الخصية **معلّقة في الجزء العلوي للصفن** وفي المغبن.

✘ **السبب:** تؤدي زيادة المقوية العضلية للعضلة المشمرية وقصر طول الحبل المنوي إلى شد

الخصية إلى الأعلى خارج كيس الصفن.

✘ يبقى **كيس الصفن متبجاً وأملساً** على الرغم من عدم وجود خصية ضمنه.

2. الخصية الهاجرة (غير تامة النزول) Undescended Testis:

✘ تكون الخصية **متوضعة في مكان ما من خط مسيرها الطبيعي** أثناء هجرتها.

✘ قد تكون الخصية موجودة في إحدى الأماكن التالية: (هام)

✓ داخل البطن وخلف البريتوان فوق الحلقة الإربية الباطنة.

✓ في القناة الإربية وهو المكان الأشيع.

✓ عند الحلقة الإربية الظاهرة.

✓ في القسم العلوي من الصفن أو فوق كيس الصفن.

✘ يجب إعادة الخصية الهاجرة إلى مكانها الطبيعي لتجنب حدوث مشاكل أهمها التخرب بالحرارة

والعقم، ويتم إعادتها بإحدى الطرق الآتية:

✓ ننتظر حوالي ستة أشهر لعلّها تكمل مسيرها بشكل طبيعي.

✓ في حال لم تصل إلى الصفن نقوم بتحريض هجرتها **هرمونياً**.

✓ في حال فشل التحريض الهرموني نقوم بإجراء **عمل جراحي**.

الخصية النطاطة والخصية الهاجرة:

■ نميّز الخصية النطاطة عن الهاجرة المتوضعة في القسم العلوي من الصفن من خلال إمساك الخصية عند جذر الصفن وشدّها للأسفل حوالي دقيقة ثم إفلاتها، فإذا عادت إلى الأعلى مباشرة فهي هاجرة أما إذا بقيت في مكانها فهي نطاطة.

3. الخصية المنتبذة (الضالة) Ectopic Testis:

- ✗ تكون الخصية في مكان خارج خط مسارها الطبيعي، وغالباً ما تكون مشوّهة ولا يمكن إعادتها إلى مكانها الطبيعي لذلك نلجأ إلى استئصالها.
- ✗ قد تكون الخصية موجودة في إحدى الأماكن التالية: (هام)
 - ✓ عند الحلقة الإربية السطحية أمام صفاق المنحرفة الظاهرة.
 - ✓ في العجان.
 - ✓ عند جذر القضيب على الخط المتوسط.
 - ✓ في جذر الفخذ عند المثلث الفخذي.

يكون الصفن متطور وطبيعي في الخصية النطاطة وضاير في الهاجرة والمنتبذة¹⁶.

2. دوالي الحبل المنوي (Seminal Cord Varicocele):

- ✗ هي توسع غير طبيعي في الضفيرة الدوالية ضمن الحبل المنوي.
- ✗ تكون الدوالي أكثر شيوعاً في الخصية اليسرى، لأن الوريد الخصوي الأيسر يصب بشكل عمودي في الوريد الكلوي الأيسر وهو مكان انصباب لا يحوي صمام بشكل طبيعي وبالتالي قد ينزل دم الكلية عن طريق الوريد الخصوي الأيسر، أما الوريد الخصوي الأيمن فيصب بشكل مائل في الوريد الأجوف السفلي وبالتالي يكون أقل احتمالاً للإصابة بالدوالي.
- ✗ يتم فحص الدوالي في وضعية الوقوف، ونقوم بتمييز 4 درجات:

1. الدرجة الأولى:

- ✗ دوالي صغيرة الحجم.
- ✗ يتم جسّها في وضعية الوقوف أثناء مناورة فالسالفا¹⁷.

2. الدرجة الثانية:

- ✗ دوالي متوسطة الحجم.
- ✗ لا يمكن رؤيتها.
- ✗ يتم جسّها في وضعية الوقوف دون مناورة فالسالفا.

¹⁶ هام جداً.

¹⁷ تذكر، مناورة فالسالفا Valsalva maneuver: يُطلب من المريض أن يأخذ شهيقاً عميقاً، يتلوّه زفير قسري (كأنه ينفخ بالون)، ثم يقوم بإغلاق المزمار بعد ذلك، إضافة للضغط وكأنه يتغوّط.

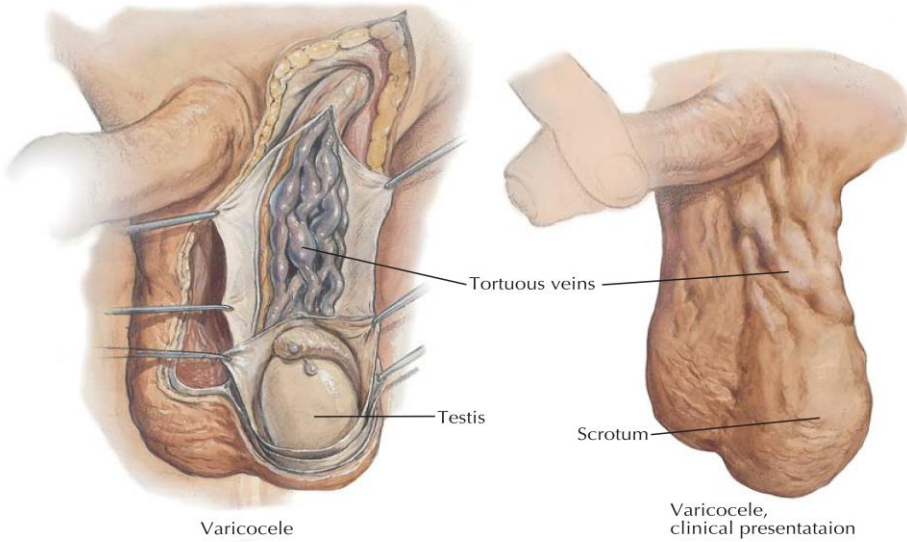
3. الدرجة الثالثة:

- ☒ دوالي كبيرة الحجم.
- ☒ يمكن ملاحظتها بالتأمل في وضعية الوقوف دون مناورة فالسالفا.

4. الدرجة الرابعة:

- ☒ دوالي كبيرة الحجم تترافق مع ضمور الخصية.
- ☒ يمكن ملاحظتها بالتأمل.

يتم علاج الدوالي بربط الأوردة المنتبجة ويجب هنا ربط كل وريد متوسع لوحده وليس ربط جميع الأوردة بشكل كتلي كي لا نقوم بربط الشريان الخصوي الموجود ضمن الحبل المنوي والذي يؤدي إلى انقطاع تروية الخصية وتموتها.



دوالي الحبل المنوي والأوردة المتوسعة والمتعرجة

3. الفتوق الإربية¹⁸ :Inguinal Hernia

☒ هو تبارز أو مرور جزء من البريتوان عبر جزء ضعيف من جدار البطن عند المنطقة الإربية وله نوعان:

1. الفتق الإربي غير المباشر:

- ☒ أشيع من الفتق المباشر ويكون خليقي المنشأ ناجم عن بقاء جزء من أو كامل الناتئ الغمدي الجنيني مفتوحاً.
- ☒ يدخل الكيس البريتواني المتبارز إلى القناة الإربية عبر الحلقة الإربية العميقة.

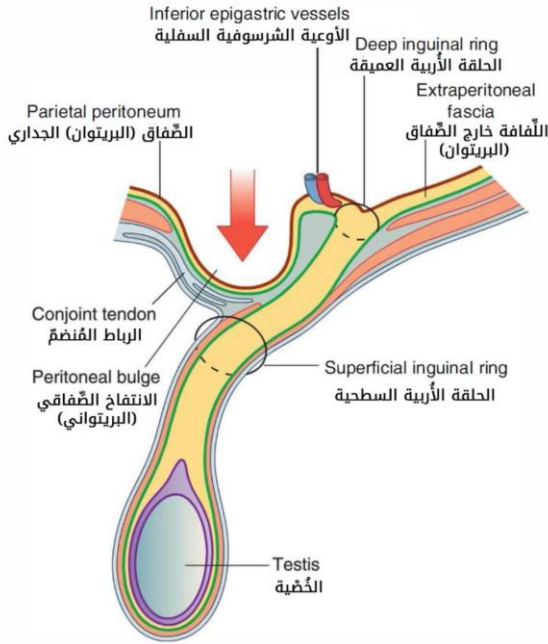
¹⁸ تكون الفتوق الإربية أكثر شيوعاً في الجانب الأيمن.

توضيح أرسيزي:

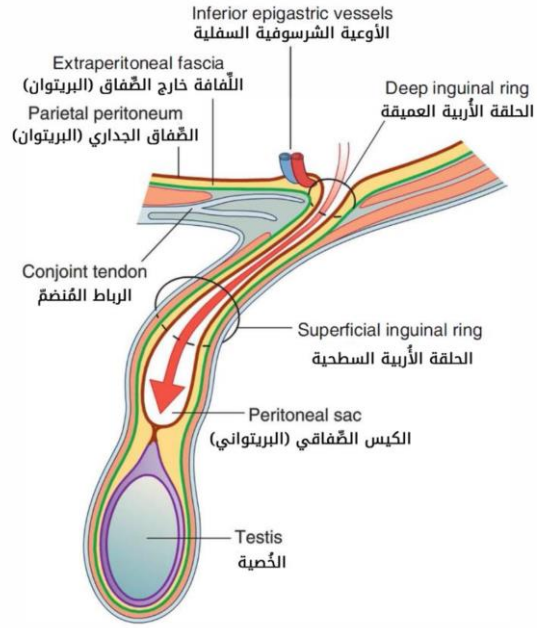
- عند مرور الخصية من خلال الحلقة الإربية الباطنة يعطي البريتوان غطاءً للخصية هو الغلالة الغمدية الخصوية، ويبقى اتصال بين هذه الغلالة والبريتوان هو الناتئ الغمدي الجنيني (القناة القميصية الغلافية).
- يُغلق الناتئ الغمدي بشكل طبيعي بعد نزول الخصية بشكل كامل ولكن يؤدي فشل الانغلاق الجنيني إلى الفتق الإربي غير المباشر والقيلات المائية¹⁹.

2. الفتق الإربي المباشر:

- ⊗ يكون **مكتسباً** عادةً وينجم عن ضعف عضلية البطن.
- ⊗ يدخل الكيس البريتواني المتبارز إلى النهاية الإنسية للقناة الإربية عبر الجدار الضعيف للقناة الإربية (إلى الخلف من الحلقة الإربية السطحية).



الفتق الإربي المباشر



الفتق الإربي غير المباشر

4. القيلة المائية (Hydrocele):

- ⊗ تحاط الخصية بغلالة غمدية ذات طبقتين بينهما جوف يحوي سائل.
- ⊗ **القيلة المائية**: هي **تجمع لسائل مصلي** في الجوف الواقع بين الطبقة الحشوية والجدارية بكمية **أكبر** من الطبيعي.

19 سندررها في الفقرة التالية.

✘ **السبب:** ذكرنا سابقاً وجود اتصال بين الغلالة الغمدية الخصوية والبريتوان وهي القناة القميصية الغلافية والتي تغلق بشكل طبيعي بعد نزول الخصية، حيث يؤدي عدم انغلاق هذه القناة من إحدى الجوانب إلى القيلة.

✘ للقيلة المائية أنواع عديدة:

1. القيلة الخصوية المتصلة Communicating Hydrocele:

✘ تحدث عند تضييق القناة القميصية الغلافية دون أن تغلق بشكل كامل.

✘ لا ينفذ من القناة جزء من الأمعاء ولكن يتسرب سائل من البريتوان (أي يحدث قيلة ولا يحدث فتق).

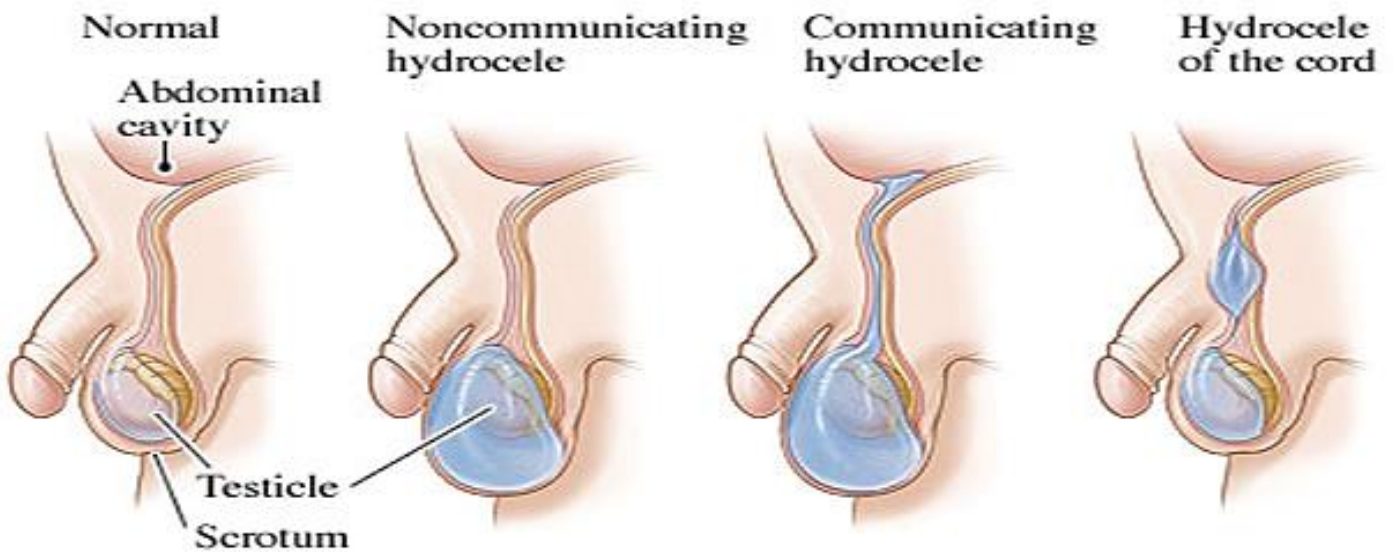
2. القيلة الخصوية المنفصلة Noncommunicating Hydrocele:

✘ تحدث عند انغلاق القناة القميصية الغلافية من الأعلى وبقائها مفتوحة من الأسفل.

3. قيلة الحبل المنوي Hydrocele of the cord:

✘ تحدث عند انغلاق القناة القميصية الغلافية من الأعلى والأسفل وبقائها مفتوحة من المنتصف.

- قد يعبر جزء من الأمعاء عبر القناة القميصية الغلافية في حال كانت فتحتها كبيرة فنصبح أمام حالة فتق.
- يعتبر الإيكو دوبلر الفحص الأهم في تشخيص القيلة.



أنواع القيلات المائية

5. الصفن الحاد:²⁰

✗ هو تورّم وانتباج مؤلم مع احمرار في الصفن، ويشاهد في الحالات التالية:



- ✓ رضوض الخصية.
- ✓ التهاب خصية أو بربخ.
- ✓ انفثال زائدة خصوية أو بربخية.
- ✓ انفثال الخصية.
- ✓ انفثال إربي مختنق (غاصص).

وستكلم عن حالتين من السابق ذكرهم بالتفصيل...

1. الفتق الإربي المختنق (الغاصص) Strangulated Hernia:

✗ هو خروج جزء من الأمعاء من مكانها الطبيعي عبر منطقة الفتق الضيقة مما يؤدي إلى توذم

الأمعاء وزيادة حجمها.

✗ تضغط فتحة الفتق على العروة المعوية مؤدية إلى انقطاع ترويتها وكأنها تخنقها لذلك سمي بالفتق المختنق.

✗ لا تعود العرى المعوية إلى مكانها الطبيعي عند الاستلقاء في حالة الفتق المختنق على عكس الفتوق الإربية الأخرى.

2. انفثال الخصية Torsion of Testicle:

✗ يحدث انفثال الخصية بشكل أساسي لدى الشباب في سن 20-30 سنة.

✗ تنتج الخصية مسببة قيلة، احمرار وألم مبرح ومفاجئ حيث تعتبر هذه الحالة إسعافية.

✗ يجب التدخل الجراحي خلال 6 ساعات لإعادة الخصية إلى وضعها الطبيعي ونتبع الخطوات التالية:

← نفتح كيس الصفن من المنتصف ونخرج كلا الخصيتين حيث تكون الخصية المفتولة بلون أسود بسبب انقطاع ترويتها.

← نقوم بقتل الخصية عكس جهة انفثالها مع إضافة سيروم ملحي ساخن وليدوكائين الذي يعمل كموسع وعائي ومنتظر قليلاً.

²⁰ هام جداً.

- ❑ في حال بقاء لون الخصية أسود نقوم باستئصالها نظراً لتموتها، أما إذا عادت إلى اللون الوردي فنبقئها ونقوم بتثبيتها.
- ❑ يتم تثبيت الخصية من خلال تقطيعها بكيس الصفن، وعند حدوث أي انفصال في إحدى الخصيتين يتم تثبيت الخصية الأخرى السليمة احتياطاً وخوفاً من انفصال مستقبلتي.
- ❑ يجب الانتباه عند إعادة الخصية على بقاء المعالم التشريحية بالوضع الصحيح كبقاء الأسهر إنسي البربخ.

يعتبر الإيكو دوبلر الطريقة الأفضل في تشخيص الصفن الحاد، حيث يُظهر انقطاع التروية عن الخصية في حالات الانفصال على عكس التهابات البربخ والخصية التي تزداد فيها التروية.



خصية يسرى مفتولة ذات لون أسود نتيجة انقطاع ترويتها

في نهاية حديثنا عن الفحص السريري لكيس الصفن والقناة الإربية سندرس أهم ما نستطيع من خلاله التمييز بين انتباجات الخصية المختلفة...

تمييز مصدر الانتباج في كيس الصفن:

1. عن طريق الجس:

- ❑ عند وجود انتباج في الصفن فمن المهم التمييز فيما إذا كان سببه بطنياً (فتق أو دوالي) أو من الصفن نفسه (ورم أو قيلة).
- ❑ نطلب من المريض الاستلقاء، ففي حال زوال الانتباج فإنه من مصدر علوي بطني وهاجر إلى الصفن.



- ✗ في حال عدم زوال الانتباج نقوم بجس الحبل المنوي فوق الخصيتين عند جذر الصفن، ونميز:
 - ↳ عدم القدرة على الجس: الانتباج علوي المنشأ كفتق مختنق مثلاً.
 - ↳ القدرة على الجس: الانتباج صفني المنشأ كقيلة أو ورم مثلاً.

تكون القيلة الخصوية المنفصلة متوترة قاسية أما الفتق يكون طري.

2. اختبار الشفوف الضوئي Transillumination:

- ✗ يفيد اختبار الشفوف الضوئي في معرفة سبب الانتباج فيما إذا كان قيلة، ورم أم فتق.
 - ✗ نقوم بتسليط ضوء على كيس الصفن ونميز:
 - ↳ التورم الصفني غير حاجب للضوء: نكون أمام حالة قيلة خصوية أي أن الاختبار إيجابي.
 - ↳ التورم الصفني حاجب للضوء: نكون أمام حالة ورم خصية، ورم دموي أو فتق أي أن الاختبار سلبي.
- نكمل الآن الفحص السريري لبقية أعضاء الجهاز التناسلي الذكري...

فحص البروستات

❖ يتم فحص البروستات من خلال المس الشرجي ونقوم بالتحري عن:

1. الحجم والحدود:

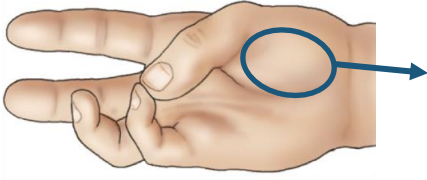
- ✗ يبلغ طول البروستات 3-4 سم، حدودها واضحة كما أنها تتبارز بنحو نصف سم عن جدار المستقيم.

2. القوام:

- ✗ إن قوام الغدة مطاطي ومثابه لقوام الغدة الدرقية وقوام إلية اليد المتقلصة بعد مقابلة الإبهام بالخنصر.
- ✗ نتوجه نحو الخبثة عند جس قساوة موضعة أو منتشرة أو عقيدة متمادية مع سطح البروستات وغير متبارزة.

3. الحركة والتناظر:

- ✗ إن غدة البروستات الطبيعية متجانسة ومتحركة أثناء الجس.
- ✗ تثبتت البروستات في حالة الأورام الخبيثة.



يشبه قوام البروستات قوام إية اليد عند القيام بمقابلة الأبهام والخنصر

المس الشرجي

1. الإجراءات التي تتطلب المس الشرجي:

- فحص البروستات.
- فحص البطن.
- فحص الجهاز البولي.
- الفتوق.
- انسداد الأمعاء.
- ضخامة البروستات.

2. الوضعية:

- وضعية الاضطجاع الجانبي مع عطف الفخذين على الجذع.
- وضعية السجود.
- الوضعية النسائية (الاستلقاء الظهرى مع عطف ومباعدة الفخذين).

3. الطريقة:

- يتم المس الشرجي باستخدام سبابة اليد اليمنى بعد ارتداء قفاز مطاطي ووضع مادة مزلقة.
- يتم تحريّ مختلف جدران المستقيم بالوجه الراحي للإصبع.

4. أهم ما يمكن تحريه:

- قوام البروستات، حركتها، حجمها وتناظرها²¹.
- وجود بوليب داخلي أو ورم ضمن المستقيم.
- لا يمكن جسّ البواسير بالمسّ الشرجي حيث يكون ملمسها كملمس الثنيات المخاطية الطبيعية لباطن المستقيم، ولكننا نستطيع تحريها من خلال وجود دم على إصبع الفاحص.
- الانتباه لمقوية المصرة الشرجية وهي مماثلة لمقوية المصرة المثانية.
- في نهاية الإجراء نقوم بتمسيد البروستات لإخراج جميع المفرزات وفحصها وهذا يفيد في تشخيص التهاب البروستات المزمن، أما التمسيد في التهاب البروستات الحاد فهو مضاد استطباب.

²¹ حيث أن أهم ما يمكن تحريه بالهس الشرجي عند الذكور هو البروستات أما عند الإناث فهو عنق الرحم.

ملاحظات:

- في حال شعور المريض بألم عند توجيه الإصبع نحو اليمين أثناء المس الشرجي يكون ذلك مؤشراً نحو زائدة حوضية.
- في حال وجود ألم شديد أثناء محاولة إدخال الإصبع فهذا يوجّهنا نحو شق شرجي.
- يعتبر النزف إحدى استجابات المس الشرجي من أجل معرفة سبب النزف والذي قد يكون إما ورم في المستقيم أو بواسير.

فحص الحويصلان المنويان

- ❖ لا يمكن جس الحويصلان المنويان أثناء المس الشرجي إلا في حالات الضخامة والارتشاح الالتهابي أو الورمي وهذا يدل على مرحلة متقدمة من السرطان البروستاتي.
- بعد الانتهاء من الجهاز التناسلي الذكري نتقل لدراسة الجهاز التناسلي الأنثوي...

الفحص السريري للجهاز التناسلي الأنثوي

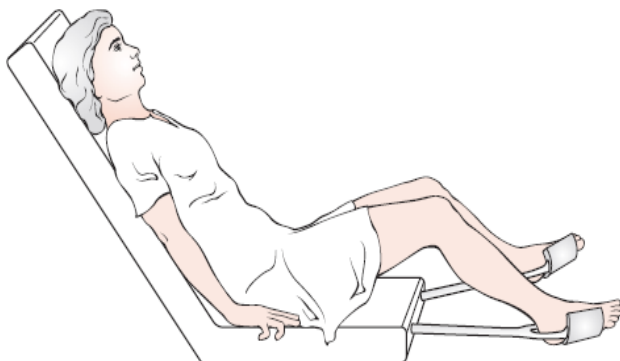
يشمل الفحص النسائي كلاً مما يلي:

- ◀ تأمل الأعضاء التناسلية الأنثوية الظاهرة.
- ◀ المس المهبلي.
- ◀ المس الشرجي المشترك بالمس الشرجي.
- ◀ تنظير المهبل.
- ◀ المس المهبلي المشترك بالمس الشرجي.
- ◀ المس الشرجي المشترك بجس البطن.
- ◀ تنظير المهبل.

إن وضعية الفحص السريري الصحيحة هي **الوضعية النسائية** حيث تستلقي المريضة على ظهرها مع رفع الطرفين السفليين على مسند خاص مع عطف الفخذين على الجذع وإبعاد الركبتين.

نطلب من المريضة **إفراغ المثانة** قبل الفحص السريري.

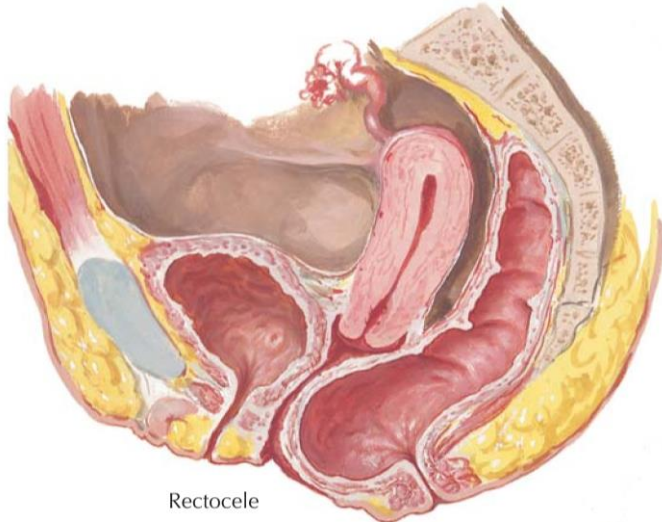
من الأفضل تواجد ممرضة أو إحدى أقارب المريضة في حال كان الطبيب ذكراً.



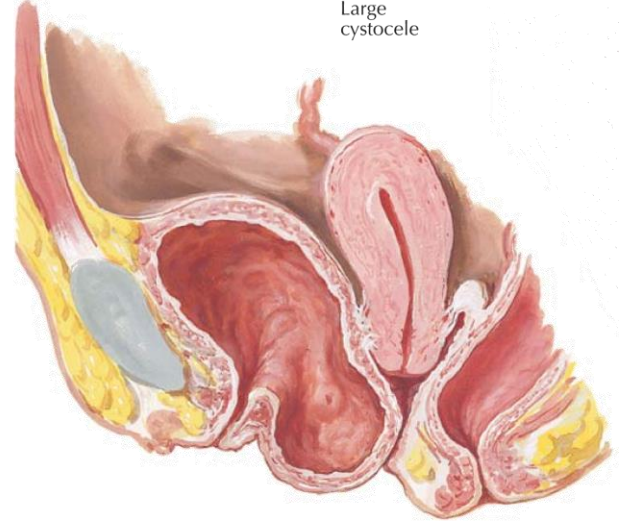
الوضعية النسائية

تأمل الأعضاء التناسلية الظاهرة

- ✱ نتأمل الأعضاء الظاهرة من أجل ملاحظة وجود التهابات، أورام، ثآليل، نواسير، ندبات أو خروج مفرزات من الأعضاء التناسلية.
- ✱ تأمل الأشعار ونمط توزعها حيث يأخذ شعر العانة عند الإناث شكل مثلث قاعدته للأعلى.
- ✱ نطلب من المريضة السعال وذلك من أجل ملاحظة:
- ✱ حدوث هبوط في جدار المهبل الأمامي وبالتالي ظهور القبيلة المثانية²² Cystocele.
- ✱ حدوث هبوط في جدار المهبل الخلفي وبالتالي ظهور القبيلة المستقيمة²³ Rectocele.
- ✱ إظهار السلس الجهدي²⁴ (خروج بول عند السعال) في حال وجوده.



القبيلة المستقيمة



القبيلة المثانية

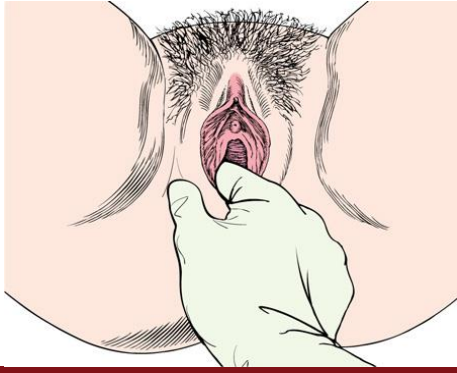
جس غدة بارتولان (الغدة الدهليزية الكبيرة)

- ✱ نضع السبابة عند الحافة الخلفية لدهليز المهبل والإبهام على القسم الخلفي من الشفر الكبير.
- ✱ نتحرى وجود تورم، إيلام أو خروج مفرزات من فوهة الغدة كالقيح مثلاً.

²² حالة مرضية تحدث عندما تبدأ المثانة بالميلان نحو الخلف والضغط على الجدار الأمامي للمهبل حيث تبدأ المثانة بالانحناء تجاه الخلف دافعة الجدار الأمامي للمهبل نحو الخارج.

²³ تحدث القبيلة المستقيمة نتيجة تمزق في الحاجز المستقيمي المهبلي حيث تبرز أنسجة المستقيم من خلال هذا القطع في المهبل كفتق.

²⁴ السلس الجهدي هو تسرب البول عند القيام بجهد كالسعال أو العطاس أو الضحك وهو شائع عند النساء اللواتي أجريهن عدة ولادات طبيعية أدت إلى ضعف أرضية الحوض.



طريقة جس غدة بارتولان

المس المهبل

✳ يتم المس المهبل في الوضعية النسائية لدى المتزوجات فقط.

1. الطريقة:



✳ يتم المس المهبل بواسطة سبابة ووسطى

اليد اليمنى بعد ارتداء القفاز ووضع المزلق، مع تباعد الإبهام وطوي الخنصر والبنصر.

✳ يتم تباعد الشفرين الصغيرين بواسطة إبهام

وسبابة اليد اليسرى ثم إدخال الإصبعين في حالة الإطباق التام الواحدة فوق الأخرى بشكل مستقيم.

2. نتحرى عن:

✳ عنق الرحم، حجمه، موقعه، اتجاهه، قوامه وحركته حيث يشير الألم عند تحريك عنق الرحم إلى

آفة حوضية التهابية.

✳ الارتوج المهبلي الأمامية، الخلفية والجانبية وهل مؤلمة، فارغة أم ممتلئة.

✳ نتحرى أيضاً عن الداء الحوضي الالتهابي PID.

المس المهبل المشترك بجس البطن

✳ يستخدم هذا الإجراء من أجل التعرف على الرحم وملاحقاته حيث يتم تقدير حجم الرحم، قوامه، شكله وحركته.

✳ يتم إدخال الإصبعين الماسيين في المهبل حتى أقصى حد ونضع ذروة السبابة والوسطى خلف عنق الرحم بصورة أفقية، وباليدين الأخرى نقوم بجس عميق للناحية الخلفية (منتصف المسافة بين السرة وارتفاع العانة) ونحاول حصر الرحم بين الإصبعين الماسيين واليد الجاسة.

المس المهبلي المشترك بالمس الشرجي

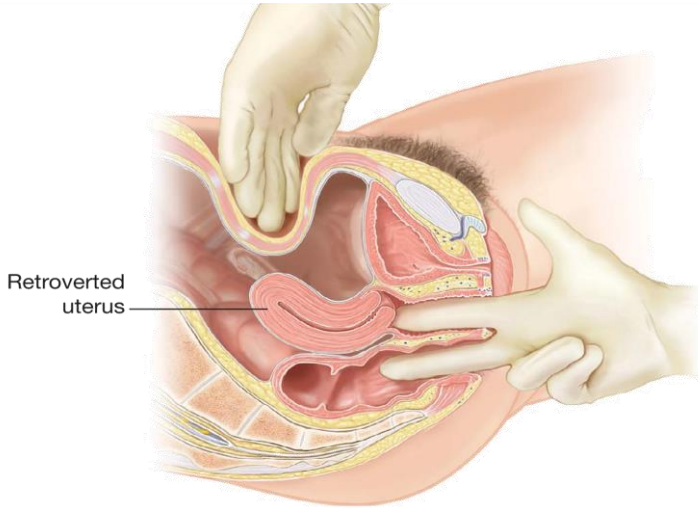
- ✳ يتم إما بوضع السبابة اليمنى في المهبل والوسطى اليمنى في الشرج، أو وضع السبابة اليمنى في الشرج والسبابة اليسرى في المهبل.
- ✳ يساعد هذا المس في إعطاء معلومات عن رتج دوغلاس فيما إذا كان فارغاً أو ممتلئاً كما يفيد في كشف الأورام خلف الرحم.

المس الشرجي المشترك بجس البطن

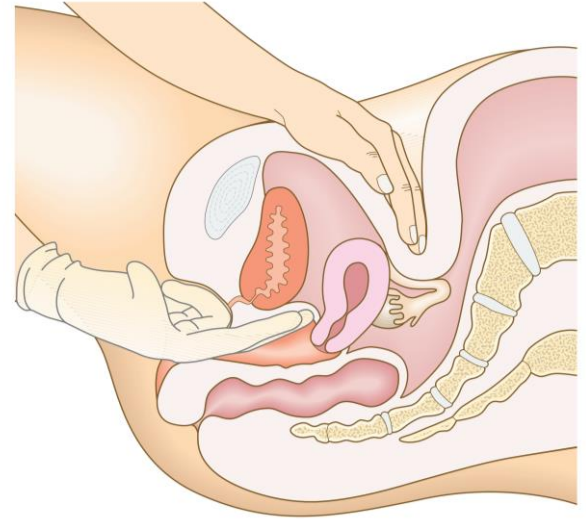
- ✳ يتم هذا المس من أجل فحص الرحم والملحقات لدى العذراوات.

تنظير المهبل Colposcopy

- ✳ يتم التنظير بواسطة منظار المهبل ويفيد في رؤية جدران المهبل، قبة المهبل وعنق الرحم.
- ✳ يمكن أخذ لطاخة مهبلية أو خزعة من عنق الرحم أو المهبل للفحص النسيجي.



المس المهبلي المشترك بالمس الشرجي



المس المهبلي المشترك بجس البطن

وإلى هنا نصل إلى نهاية محاضرتنا *_ *_
لا تنسوننا من صالح الدعاء...

