

دليل منظمة الصحة العالمية
لالأسلوب المعياري
لاستقصاء وتشخيص
العقم عند الزوجين

باتريك راو ، وفرانك كُمهاير
وتيموثي هارغريف ، وهيلدر ميلوز



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

يعرض هذا الكتاب الوجيز أسلوباً معيارياً لاستقصاء العقم ، ويقدم دلائل إرشادية واضحة وسلسلة من الخطوات المنطقية الكفيلة التي تقود الاختصاصي السريري أو الطبيب إلى تشخيص سريع ودقيق للسبب الكامن وراء العقم ، كما يقترح أسلوباً موحداً للمعالجة من شأنه أن يؤدي إلى تقديم الرعاية اللازمة للزوجين المقيمين بمزيد من الفعالية والمنهجية ، والاقتصاد في التكاليف . أما الموجات الشخصية ، التي يمكن استئصالها فترسم طريقاً واضحاً لتشخيص السبب الكامن للعقم ، بينما يقدم النص شرحاً وافياً للاختبارات السريرية الأساسية . ويجز الكتاب التائج المستخلصة من دراسة شملت أكثر من 9000 من الأزواج والزوجات المصابين بالعقم وتم فيها استقصاء حالاتهم في إطار برنامج المنظمة الذي يهدف إلى معالجة الشوادر النفسي الواسع الانتشار الذي يسبّب العقم . والمأمول أن يكون الأسلوب المروض في هذا الكتاب نطرة على الطريق إلى سواجهة هذه المشكلة الهامة .

مؤلفات أخرى تهم القارئ في هذا المجال ، قامت بشرتها دار جامعة كمبردج
للنشر :

**WHO Laboratory Manual for the Examination of Human
Semen and Sperm-Cervical Mucus Interaction.** Third Edition
1992

Donor Insemination Ed. C.L.R. Barratt & I. D. Cooke 1993.

**دليل منظمة الصحة العالمية
لأسلوب المعياري لاستقصاء
وتشخيص العقم عند الزوجين**

دليل منظمة الصحة العالمية لالأسلوب المعياري لاستقصاء وتشخيص العقم عند الزوجين

باتريك راو

بكالوريس الطب والجراحة ، زميل الكلية الملكية لأطباء التوليد وأمراض النساء
منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا

فرانك كُهمير

الخصاسي الصحي العمومي أكاديمية تريكنهورس
جنت ، بلجيكا

تيموثي هيرغريف

ماجيستر في العلوم وزميل الكلية الملكية للجراحين ، جامعة إنجلترا
إنجلترا ، إنجلترا

هيذر ميلوز

عضو الكلية الملكية لأطباء التوليد وأمراض النساء . مستشفى باليستر
وركسموب ، المملكة المتحدة

صدرت الطبعة العربية عن
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
القاهرة ، مصر



2001

صدرت الطبعة الإنكليزية
عن دار جامعة كمبردج للنشر
بتكليف من منظمة الصحة العالمية

**WHO manual for the standardized investigation and diagnosis
of the infertile couple**

بيانات الفهرسة لثاء النشر

دليل منظمة الصحة العالمية للأسلوب المعياري لاستقصاء وتشخيص العقم عند الزوجين / باتريك راو
(وأخرون)

ص. 85

صدرت الطبعة الإنكليزية في عام 1993 ISBN 0521431360

١ . العقم - تشخيص ٢ . العقم - علاج
أ . منظمة الصحة العالمية ،
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط : مترجم أ . راو ، باتريك ب . كمبير ، فرانك
ج . هارغريف ، تيموثي د . ميلور ، هيذر

ISBN 92-9021-248-9 (تصنیف المکتبة الطبیة القومیة WP 570)

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئياً أو كلياً . وتوجه الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد إلى السيد مدير الإدارة العامة ، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط ، شارع عبد الرزاق الشنحري ، مدينة نصر ، القاهرة ١١٣٧١ ، جمهورية مصر العربية ، الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغيرات تطرأ على النصوص ، وعن الخطط الخاصة بالطبعات الجديدة ، وعن الترجمات والطبعات المكررة المتوافرة .

منظمة الصحة العالمية، 2001

تمنع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المخصوص عليها في البروتوكول الثاني للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية ، نكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة . وإن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة ، وطريقة عرض المادة التي تشمل عليها ، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أي رأي لامانة منظمة الصحة العالمية ، بشأن الوضع القانوني لأى قدر ، أو مقاطعة ، أو مدينة ، أو منظمة ، أو لسلطات أى منها ، أو بشأن تعين حدود أى منها أو تخومها .

ثم إن ذكر شركات بعينها ، أو متوجات جهة صانعة معينة ، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تنصها بالتركيبة أو الترسوسيّة . تفضيلاً لها على سالم يرد ذكرُ من الشركات أو المترجلات ذات الطبيعة المماثلة .

المحتوى

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | المقدمة |
| 6 | الروح |
| 6 | المقدمة |
| 6 | أخذ القصة السريرية والسوابق |
| 15 | التقييم السريري لخصوصية الذكر |
| 15 | الفحص العام |
| 21 | خليل المني |
| 22 | الاستقصاءات المخبرية الأخرى |
| 25 | الاستقصاءات التنبؤية الإضافية |
| 34 | المعايير الموضوعية لفئات التشخيص في مجال المعالجة المبسطة للعمق عند الذكر |
| 35 | خلل الرؤية الجنسية أو الدفقية أو كليهما |
| 41 | الروحة |
| 41 | المقدمة |
| 42 | أخذ القصة السريرية والسوابق |
| 52 | التقييم السريري لخصوصية الآثني |
| 52 | الفحص العام |
| 54 | الاستقصاءات |
| 59 | الاستنتاجات |
| 66 | المعايير الموضوعية لفئات التشخيص في مجال المعالجة المبسطة للعمق عند الآثني |
| 66 | الشخصيات التي تشير إلى نمط الحيض |
| 67 | الشخصيات الأخرى |
| 69 | مؤلفات يقترح مطالعتها |
| 70 | اللاحق |

المقدمة

العقم مشكلة تصيب الرجال والنساء في جميع أنحاء العالم . وعلى الرغم من أن تقديرات انتشارها ليست دقيقة جداً ، وتختلف من إقليم إلى آخر ، يمكن القول أن حوالي 8% من الأزواج والزوجات يعانون شكلاً من أشكال العقم خلال المرحلة الأخجية من حياتهم وإذا عُمِّلنا هذا على سكان العالم فهذا يعني احتمال وجود ما بين 50 و 80 مليون نسمة تأثي من مشكلة تتعلق بالخصوصية مما يسبب معاناة شخصية لهم ، ويؤدي إلى تمزيق الأواصر العائلية ، ويقدر أن هناك حوالي مليوني حالة عقم جديدة تحدث سنويًا والأعداد تزداد على نحو مطرد ، وعلى سبيل المقارنة ، تطرأ سنويًا حوالي 5,9 مليون حالة سرطان جديدة و 100 مليون حالة مalaria جديدة ؛ إلا أن حالات العقم هذه تمثل ، على الرغم من قلتها النسبية . عبئاً كبيراً على الموارد الصحية الوطنية .

وقد أصبحت مشكلة العقم أكثر إلحاحاً بسبب التغيرات التي طرأت على الأنماط السكانية في البلدان المتقدمة على مدى الأعوام الخمسين الماضية ، وبوجه خاص على مدى الأعوام العشرين المنصرمة في بعض البلدان النامية ، كما أخذ إدراكيها يزداد بسرعة . أما في سائر البلدان النامية التي لم يحدث فيها الانتقال السكاني (الديمغرافي) من حالة ارتفاع معدلات المواليد ووفيات الرسخ إلى سالة الأسر الصنفية وازدياد فرص تمسُّن العصمة ، والتنمية المتاحة للوحدة الأسرية أصغر ، فإن مشكلة العقم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بدخول خدمات منع الحمل ودرجة مقبولية هذه الخدمات .

وعلى الرغم من خطوات التقدم التي حظيت بقسط وافر من الإعلان عنها ، والتي تحققت في مجال معالجة العقم ، كالإخصاب في الزجاج (في المختبر IVF) ونقل الأعراس داخل البوء GIFT ، ينبغي التأكيد على أن هذه التواهي تتعلق بمعالجة العقم عند الأشخاص ، وذلك على الرغم من تحديد اللجوء إلى الإخصاب في الزجاج (في المختبر) لمعالجة أسباب العقم عند الذكر ، ومنها قلة النطاف oligozoospermia وبطء تحرُّكها ، والعوامل المناعية . والأهم من ذلك أن دور الأمراض المنقولية جنسياً في إحداث العقم

في الذكور والإناث لم يحظ بالاهتمام الكافي . وكثيراً ما يحدث الماء الالتهابي الحوضي (PID) (التهاب البوق والمبيض) نتيجة للعوامل المرضية المقوله جنسياً . وتعتبر عاقبها المتمثلة في انسداد البوق والتوصيات مسؤولة عن حوالي 50% من حالات العقم لدى الإناث في بعض مناطق العالم ، وفي عدوى الغدد الإضافية فقد النطاف azoospermia الانسادي عند الذكور في حوالي ما بين 8% و12% من الأزواج المصابين بالعقم . ولا توافر حالياً إلا القليل من المعلومات حول معدل انتشار الأمراض المقوله جنسياً في مجتمعات معينة ، وإن كان قد تبين في الولايات المتحدة الأمريكية أن ما بين 40% و50% من المصابات بالمرض الالتهابي الحوضي الشريط يظهر نتيجة إيجابية للمكورات البينية بباطن عنق الرحم ، وهو ما أثبتته المزارع المخبرية ، وأن ما بين 20% و51% من حالات المرض الالتهابي الحوضي في السويد وفنلندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية تعاني صاحباتها من عدوى المذثرة التراخومية Chlamydia trachomatis .

ويختلف الأسلوب السريري لاستقصاء العقم ومعالجته اختلافاً كبيراً بين العيادات ، تبعاً لمدى إمكانية الحصول على التسهيلات الازمة مثل تغطير بوف البطن ، الدراسة بالموسيات فوق الصوتية والمقاييس الهرمونية ، مما تنتج عنه وجود عدد لا حصر له من التصنيفات الممكنة للعقيمين ، وحدوث مشكلات تتعلق باختلاف التعليم لنتائج الاستقصاءات أو المعالجة من عيادة إلى أخرى ، وعلى سبيل المثال ، بينما يعذر من المسلم به وجود حالات تعاني الزوجة فيها من الالإياضة anovulation أو عدم انتظام الإياضة irregular ovulation ، وهما حالستان تكون كل منهما مصحوبة بفرط الأشعار hirsutism أو تعدد كيسات المبيض ، ولم تتفق الآراء بعد على تعريف عملي لتلارمة تعدد كيسات المبيض هذه .

وقد كان من المسلم به على مدى الأعوام القليلة الماضية أن التوعية تشكل جزءاً هاماً من عناصر معالجة الزوجين العقيمين . فالقلق والشعور بالقصور ، وحتى الشعور بالذنب نتيجة للعجز عن الحمل تسبب للزوجين كرباً يمكن إلى حد معين ، التخفيف من حداه بالتوعية . ومن المفترض أن يوجد ، في الأحوال المثلية ، اختصاصي في حل المسألة في كل حالة لمعالجة العقم ، فإذا لم يكن ذلك ممكناً أو عملياً ، في سيكون للممرضات ذوات الاهتمام الخاص بالعقم والمعرفة باستقصائه ومعالجته دور بالغ الفائدة . ويجب تخصيص وقت للتحدث مع الزوجين وتوفير ما يلزم لهما من مساندة ومعلومات .

وهنالك مجالات مشابهة مثيرة للجدل حول العقم عند الذكر ، ومثال ذلك عدم وضوح الدور الذي تلعبه العوامل البينية في ضعافة خصوبة الذكر . ولابد ، لكي تكون لأي تصنيف قيمته من أن يكون محدد تحديداً دقيقاً ومحبلاً من الناحية الأخلاقية ، كما يتطلب التصنيف موافقاً متواسطاً

يجمع بين الدقة والجدوى السريرية وبين الجهد المبذول والتكلفة المطلوبة . على أن المدى الذي يجب أن يبلغه استقصاء كلا الزوجين يختلف باختلاف الأوضاع السريرية .

ونظراً لغموض تعاريف الضوابط المستخدمة للوصول إلى تشخيصات معينة ، وعدم تسجيل سوابق المرض والمعالجة ، والنتائج السريرية والمخبرية ، بصورة معيارية ولتفسيرها ، تفسيرات مختلفة ، فإن المعطيات المجموعة حول العقم تتفاوت من حيث موثوقتها واتساقها . وكثيراً ما تكون المعلومات المجموعة زائدة عن الحاجة وعديمة الصلة بالتشخيص والمعالجة الملائمة ، وقد تكون ، في حالات أخرى ، غير كافية ، ويهاب إلى ذلك ، أنها قد تختلف من مريض إلى آخر ، حتى في داخل المركز الواحد . وكما أن عدم الاتساق هنا ، ومدى استقصاء الزوجين ، وانتقاء الطرف العقيم المرشح للمعالجة ، و اختيار المعالجة ، والتدبير العلاجي ، والرصد والمتابعة ، كل هذه أمور قلماً تسمح بإجراء مقارنة مجذبة بين المعطيات الواردة من المراكز المختلفة .

وهناك عدد كبير من التغيرات المتعلقة بالموضوع ، ترتبط كلها بالمشكلة أو المشكلات التي تسبب العقم ومن ثم ترتبط ارتباطاً مباشراً بذبحي المعاينة اللاحقة أو إخفاقةها . ولابد من مراعاة هذه التغيرات عند محاولة الوصول إلى التشخيص الصحيح ، و عند إعداد الدراسات لتقدير الإجراءات الشخصية والمداواة الملائمة لمعالجة العقم .

ولا يخفى أن البحوث النسقة المتعددة المراكز ، والتي تستخدم فيها إجراءات معيارية موحدة ، ساعدت على إيصالح كثير من الفحصايا ، وعلى زيادة الدقة التشخيصية وزيادة فعالية المعالجة اللاحقة ، والحد من المخاطر وخفض التكلفة . ثم إن أمثل هذه البحوث توفر الأساس اللازم للتقسيم العقلاني للإجراءات والمعالجات التي لم يجر التوصل إلى إجماع حولها .

وقد كان هذا هو الأسلوب الذي تبنته برنامج المنظمة الخاصة للبحوث والتنمية والتدريب على البحث في مجال الإنجاب البشري في عام 1978 عندما تم إنشاء فريق عمل لتشخيص العقم ومعالجته وكان من بين أغراضه تسييم رايبار بروتوكول سيناري (سردد) لاستقصاء العقم في الزوجين يكفل التوصل إلى مجموعة من التشخيصات ذات التحديد الجيد . وقد تم اختبار هذا البروتوكول وصحائف تجميم المعطيات الملحقة به ، في 33 مركزاً ، وفي 25 بلداً ، بين عامي 1980 و 1986 . ثم تلا ذلك تبسيط ومراجعة البروتوكول ونماذجه وإجراء مزيد من الاختبارات عليها . وتتوافر معطيات عن أكثر من 9000 من الأزواج العقيمين ، تم عرضها في العديد من المؤتمرات ، وإيرادها في بعض المنشورات .

و تستند التصنيفات التشخيصية للذكور والإثاث إلى المعالجة اللاحقة . ومثال ذلك متلازمة تعدد كيسات المبيض ، التي لا يوجد تصنيف تشخيصي

المقدمة

لها ، بل يتم إدراج المراجعة * في إحدى فئات الأضطرابات الإيابية ovulatory disturbances تمايل سائر أنماط الأضطرابات الإيابية مثل تحرُّض الإيابنة .

وفي حالة الذكر ، يتوقف الوصول إلى تشخيص عدوى الغدد الإضافية الذكورية على وجود مجموعة من العوامل تتعلق بالسوابق المرضية والعلاجة والأعراض والعوامل السريرية المخبرية . ومع التسليم بأن هذا التعريف العملي لهذه العدوى قد لا يتطابق مع عدد من التعريفات الأخرى لعدوى الجهاز التناسلي عند الذكر ، التي يمكن أن تكون مستندة إلى النتائج المخبرية أو السريرية وحدها ، يظل هذا التعريف بمثابة حلًا وسطًا . وقد يكون من الممكن تبسيط ترابط هذا التشخيص عندما يتوافر مزيج من المارمادات حول دور العدوى المزمنة أو الاستجابة الالتهابية في حدوث العقم عند الذكر .

وتقوم سُبُل تشخيص العقم عند الأنثى على افتراض أن التشخيص الذي يشير إلى « عدم وجود سبب ظاهر » ، لا يمكن الوصول إليه إلا إذا أمكن الوقوف على انتظام حدوث الإيابنة وانسلاك البوق (أي افتتاحه) ، وهو ما يتطلب إثباته تنظير جوف البطن وإمهاء البوق ، حيث أظهرت دراسات عديدة ، بما فيها الدراسات التي أجريت برعاية منظمة الصحة العالمية ، أن تنظير جوف البطن هو « المعيار النهي » للتقييم الدقيق لانسلاك البوق . وعلى ذلك ، فما لم يتم إجراء هذا التقطير ، يستحيل تشخيص الحالة بأنها « غير ذات سبب ظاهر » .

وتمثل الإجراءات التشخيصية المخبرية إحدى المقومات الأساسية لاستقصاء العقم في الزوجين . ولا بد لكل مختبر من وضع مجموعة تخصه من القيم الظامانية للمقاييس الهرمونية hormon assays ، ولا سيما البرولاكتين والهرمون المنبه للجُرِّب (FSH) ، وتحاليل follicle stimulating hormone (FSH) التي .

كما أن المشاركة في مشروع لمراقبة الجودة الداخلية والخارجية مسألة أساسية بالنسبة للتقييم المعياري (الموحد) وسوف تضمن مقارنة أوسع نطاقاً بين المراكز .

وسوف يلاحظ القارئ أننا قد أدرجنا تشخيصات معينة تظل مشاركاً للجدل ، مثل « النتائج غير الطبيعية للاختبار التالي للجماع » ، بينما أغفلنا ذكر تشخيصات أخرى ، ولا يعني ذلك أننا نقر التشخيصات المذكورة ، وإنما تصدنا إلى بيان أوجه الخلاف الحقيقة القائمة بين مجموعات الخبراء الذين ساهموا في إعداد هذا الاستقصاء المعياري (الموحد) لزوجين العقيمين . وهدفنا أن يصبح هذا الكتاب المرجع المعياري لأطباء أمراض النساء ،

* تفضل استعمال لفظ « المراجع » بمعنى الزبون بدل لفظة « المريض » ، إذ لا يصح أن يكون كل من يراجع المرفق الصحي مريضاً .

المقدمة

وأخصاصي طب الذكورة وجراحى الجهاز البولى وأخصاصي الغدد الصم والبيولوجيين وسائر العلماء الذين يقومون بشكل مباشر أو غير مباشر بتقديم الرعاية للزوجين العقيمين ، والذين يوفرون لهم هذا الكتاب قاعدة صلبة يرتكزون عليها في مباشرة هذه المجموعة اليقيرة من الاستقصاءات الأساسية والمثل التي لابد من أدانها ، والاطلاع على الطريقة التي ينبغي اتباعها في تفسير نتائج هذه الاستقصاءات في إطار نظام منطقي يؤدي إلى تشخيصات معقولة .

ويتعين لأى دراسة علاجية استطلاعية تتعلق بالأرواح المصابة بعقم جزئي أن تتضمن الحد الأدنى من الاستقصاءات والتصنيفات المعروضة في هذا الكتاب ليكون من الممكن تحقيق النتائج المرجوة في أعداد كافية من المرضى . وعندئذ لا يكون علينا إلا أن نشير إلى فشل التشخيص المذكور لتحديد الفتنة قيد الدراسة تحديداً واضحاً ، وذلك على غرار الكتاب الصادر تحت عنوان « دليل منظمة الصحة العالمية المخبري لفحص التفاعل بين المنى والنطفة وبين مخاط عنق الرحم في الإنسان » . ولا ريب في أن الاستقصاء المعياري المقترن لا يخلو من بعض أوجه القصور ، والتي عمدنا مع ذلك إلى إبرادها في الكتاب لكي تكون إجراءات التشخيص المخبري للعقم في الزوجين أكثر عملية وأكثر توجهاً نحو المعاينة .

1

الزوج

المقدمة

جرت العادة على اعتبار المرأة هي المسؤولة عن عدم حملها ، استناداً إلى منطق مغلظ مؤدّاه أن المرأة التي لا تحمل لابد أن تكون هي الطرف غير القادر على الحمل (وليس الرجل) . واحق أنه قد تبيّن أن قدرة الذكر على الإنجاب تتسم بالقصور في 50% على الأقل من حالات العقم في الزوجين . وقد فقرت هذه النسبة بالاستناد إلى الدراسة المشار إليها في المقدمة العامة . ومن ثم يُنصح بإجراء تقييم لكلٍّ من الزوجين على حدة عند حضورهما للاستشارة بشأن العقم ، وأن تبدأ عملية استقصاء حالة الزوجين بهذا التقييم . الواقع ، بأن استقصاء حالة الزوج عملية سهلة وقليلة التكلفة وغير مؤلمة ، كما أنها تكفل ، بسرعة ، تحديد الفتنة التشخيصية على التحوّل الوارد في الجدول 1 - 1 .

وبينيعي أحد المعلومات من المراجع ، وإجراء الفحص السريري اللازم والاستقصاءات المخبرية المطلوبة بالرجوع إلى خريطة المجريات الخاصة بالذكور (انظر الصفحة 32) . علمًا بأنه يمكن أن تكون هناك عدة تشخيصات سببية للحالة الواحدة . ويستهدف تحديد الفتنة التشخيصية الاستراتيجيات العلاجية لا الصنف الفرعي التفصيلي الأكاديمي ، من دون أن يؤثر ذلك بشكل مباشر في المعالجة السريرية .

أخذ القصة السريرية والسابق

السبب الرئيسي لأخذ المعلومات من المريض هو أنه يسهم في تشخيص ربع حالات العقم ، ويساعد على تحديد نذر المرض ، كما يؤثّر في القرارات التي تُتخذ بشأن المعالجة .

ونظراً لأن التعرف على السوابق المرضية والعلاجية الكاملة يستغرق بعض الوقت ، ولسهولة نسيان التفاصيل ، فقد وضعت المنظمة مشروعًا يمثل في مقابلة شخصية منتظمة مع المراجع تكفل الحصول على جميع المعلومات المناسبة وتحقق الاستغلال الأمثل لمنصر الوقت (انظر النموذج الوارد في الصفحة 28) . وقد ترى بعض العيادات أن من المفيد إرسال استبيان للمراجع قبل الزيارة الأولى ، إلا أن ذلك قد لا يكون ملائماً في جميع البلدان .

أحد القصص السريرية والسباق

الجدول 1 - فئات المشخصين عند الذكور

خلل الوظيفة الجنسية أو الدقيقة أو كليهما
سبب مناعي
عدم وجود سبب واضح
اضطرابات بلازمية منوية مستفردة
سبب علاجي المنشأ
سبب مجموعي
شذوذات خلقية
تلف خصوي مكتسب
فيلاة دوالية
عدوى في الغدد الإضافية الذكرية
سبب صماوي

مله النطاف المنوية المجهولة السبب
وهن النطاف المجهول السبب
إمساخ النطاف المنوية teratozoospermia المجهول السبب
فقد النطاف الانسلاادي
فقد النطاف المجهول السبب

وينبغي مقابلة الزوجين معاً لأخذ المعلومات منهمما للتعرف على سوابق المرض والمعالجة لديهما . وأن يتم إجراء الفحص البدني إن أمكن لكل منها في حجرة منفصلة ، لكي تتح لك كل منها فرصة الإدلاء بأي معلومات حساسة عن سوابق المرض قد لا يكون الطرف الآخر متبيهاً إليها ، كسبق الإصابة بمرض منقول جنسياً ، مثلاً أو سبق الحمل من زوج سابق .

ويوضح النص التالي تعريفات المنظمة التي تُستخدم أثناء الاستقصاء المعياري لحالة الزوج ، مع التعليق ، حيثما يكون ملائماً ، على الدلالة السريرية أو التعليمية لكل مفردة .

يُعرَّف العقم بأنه عدم الحمل بعد 12 شهراً على الأقل من الجماع مع عدم استخدام موائع للحمل .

العقم

ويكون إذا لم يسبق للرجل أبداً أن تسبّب في حمل امرأة .

العقم الأولي عند الذكور

ويكون إذا سبق للرجل أن تسبّب في حمل امرأة ، سواءً أكانت هي قريته الحالية أم لا ، وبصرف النظر عن نتيجة الحمل . وعموماً ، فالرجال ذوي العقم الثانوي تتح لهم فرصة أفضل للتتمتع بالخصوصية في المستقبل ، بالإضافة إلى ضعف احتمالات الوصول إلى تشخيصات معينة ، كالاضطرابات الخلقية ، أو الضعاقة الوخيمة في إنتاج النطاف مع اقتران ذلك بفقد النطاف أو فَرَط قلة النطاف .

الزوج

الجدول 1 - 2 مدة العقم الالإرادي عند الزوجين العقيمين بحسب الإقليم الجغرافي

| | نسبة المئوية للأزواج | | | | | مدة العقم الالإرادي بالسنوات |
|----|----------------------|------------------|-------------|---------|-------------------|------------------------------|
| | آسيا | أمريكا اللاتينية | شرق المتوسط | أفريقيا | الأقاليم المتقدمة | |
| 24 | 35 | 34 | 30 | 46 | 2 > | |
| 22 | 29 | 31 | 33 | 29 | 4 - 2,5 | |
| 26 | 24 | 22 | 21 | 18 | 7,5 - 4,5 | |
| 28 | 12 | 13 | 16 | 7 | 8 < | |

هي عدد الشهور التي يمارس الزوجان فيها الاتصال الجنسي (الجماع) من دون استخدام أي وسيلة لمنع الحمل . وتكون أهمية ذلك في أنه يقدم معلومات تنطوي على ثذر خاصة بدى خصوبة الزوجين في المستقبل . فإذا لم تتجاوز مدة العقم ثلاث سنوات تقريباً كانت فرصة الحمل التلقائي في المستقبل أكبر ، أما إذا كانت مدة العقم الالإرادي أطول فيرجح وجود مشكلة بيولوجية وخيمة .

وتبرز أهمية مدة العقم عند إعداد دراسات العقم السريرية والعملية أو الإبلاغ عنها وكثيراً ما يفسر معدل الحمل التلقائي في التجارب السريرية غير المضبوطة بالشاهد تفسيراً خاطئاً على أنه نتيجة للمعالجة .

وعلى العموم يتوزع الزوجان في البلدان المتقدمة إلى طلب المشورة الطبية بعد مدة عقم أقصر (الجدول 1 - 2) . ولا تنتهي مدة العقم الالإرادي عمّا إذا كانت المشكلة في الزوج أم في الزوجة .

وفي حالات العقم الثانيي ، ينبغي ملاحظة الأشهر التي مضت على آخر إخصاب . وفي حالة الرجال ذوي العقم الثانوي تم ملاحظة ذلك بالإضافة إلى مدة العقم ، إذ أن طول الفترات التي تمضي على آخر إخصاب ، قد يشخص على أنه مرتبط بزيادة احتمالات وجود اضطرابات مكينة .

تمتاز معرفة الاستقصاءات السابقة بأهميتها لأنها قد تغنى عن إعادة الاستقصاء . وينبغي ملاحظة تفاصيل المعالجة السابقة والمعلومات المتوافرة عمّا إذا كان وصف العلاج صحيحاً وما إذا كان تعاطي العلاج صحيحاً أيضاً ، مع ملاحظة نتائج العلاج .

نذكر فيما يلي الأمراض المجموعة systemic diseases التي أفادت التقارير أن لها تأثيراً في الخصوبة .

السكري والمرض العصبي قد يسببان عنانة (العجز عن الانتصاب)

مدة العقم الالإرادي

استقصاءات العقم
والمعالجات السابقة له

سواء الإصابة بأمراض
قد يكون تأثيرها ضار
على الخصوبة

أخذ القصة السريرية والسوابق

واضطرابات الدفق (القذف) ، كما قد يسبّب ضعف الإنطاف وضعف وظيفة الغدد الجنسية الإضافية .

أما **السل** ، فقد يسبّب التهاب البريغ والبروستاتة المصحوب بضعف انتقال النطاف ومرض الجهاز التنفسى المزمن الذي يشمل توسيع القصبات والتهاب الجيوب **sinusitis bronchiectasis** المزمن والتهاب القصبات **bronchitis** المزمن . وتتعرّض هذه الحالات أحياناً باضطرابات أهداب النطاف ، مثل متلازمة الأهداب العديمة الحركة **cilia immotile syndrome** ، أو الاضطراب الإفرازي في البريغ ، كما في حالة الإصابة بمتلازمة يونغ **Young's syndrome** ، التي قد تصيب أيضاً الرجال الذين يعانون من داء البنكرياس الكيسي الليفي ، مما يزيد من احتمالات إصابتهم بخلل التكرون **dysgenesis** أو غياب الأشهر **vae deferens** وينبغي تسجيل سائر الأمراض غير التنسالية التي يشتبه القائم بالاستقصاء بعلاقتها بعمق المراجع ، كالفشل الكلوي ، والداء الكبدى ، وغير ذلك من الأضطرابات الاستقلالية غير الشائعة .

كما يُسجل التهاب الخصية **orchitis** المرتبط بالتهاب الغدة النكفية (النكاف) المعدى باعتباره سبباً يمكن أن يؤدي إلى ضعف الخصوية المكتب ، لا باعتباره مرضًا مجمومعياً .

ويراعى تسجيل وقائع معاشرة المسكرات ، على حدة ، على الرغم من أن هذه المعاشرة تسبب مرضًا مجمومعياً **systemic disease** في أعضاء عديدة ، بما فيها الكبد ، وربما الخصية بشكل غير مباشر .

قد تؤدي الحمى المرتفعة (الحرارة) التي تتجاوز 38°C إلى كبت الإنطاف **spermatogenesis** حوالي ستة أشهر . وينبغي تسجيل التفاصيل المتعلقة بالمرض أو الحالة المسببة لفترط الحرارة ، ومدتها ، ومعالجتها . فمثلاً ، قد يكون التأثير الضار لهجمة التزلة الوافية (الأنفلونزا) أخف من التأثير الضار الذي يعقب الإصابة بنوبة وخيمة من نوب الملاريا .

الحمى المرتفعة (الحرارة)

وقد تسبّب بعض العلاجات الطبية ضعف الإنطاف مؤقتاً أو بصفة دائمة . ويوحد الجدول 1 - 3 بعض الأدوية التي قد تؤثر على الخصوية . وفي حالة سبق المعالجة بأحد هذه الأدوية يجب مراعاة ما إذا كان وقف تعاطي الدواء مأموماً أو ما إذا كانت هناك مستحضرات بديلة ليس لها آثار ضارة بالوظيفة الجنسية أو بجودة المنى (كأن تتم الاستعاضة عن سلفاسالازين بحمض الأسيتيل ساليسيليك - 5 في معالجة الرجال المصابين بداء كروون **Crohn's disease**) .

المعالجات الطبية

المعالجة الكيميائية للسرطان

قد يصاب الشبان بسرطان الخصية ، وداء هودجكين **Hodgkin's disease** ، وأورام لقنية لا هودجكينية ، وابيضاض الدم **leukaemia** ، وقد

الزوج

المدول 1 - 3 بعض الأدوية التي قد يكون لها أثر جانبي على خصوبة الذكر

| اسم الدواء | علاقته بخصوصية الذكر |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| المعالجة الكيميائية للسرطان | انظر النص |
| المعالجات الهرمونية | الجرعات العالية من الستيرويدات القشرية الأندروجينات ومضادات الأندروجين ، والأدوية، البروجستيرونية المفعول ، والإستروجينيات ، وناهضات (شواد) الهرمون المطلق للهرمون الملوطن LHRH agonists . فمثلاً ، قد يقوم الرياضيون والشبان الذين يتدرّبون على رفع الأثقال بتناول ستيرويدات ابتنائية anabolic steroids وهذه الستيرويدات يمكن أن توفر في الارتجاع feedback المُتّجه إلى الغدة النخامية ، مما يقلّل من إفراز موجهة الغدد التناسلية gonadotrophin وضمور الخصيّن ضموراً يزول في العادة بزوال مسيبه . |
| سيمييتيدين | قد يشترك مع عوامل أخرى في تثبيط تأثير الأندروجين على المباقة receptor |
| سلفاسالازين | يقتل من جودة النطاف عن طريق التسميم المباشر . |
| سيبرونولاتون | قد ينهاض فعل الأندروجين في بعض السجح . |
| ثروفوراتونين | يقتل من جودة النطاف عن طريق التسميم المباشر . |
| نيرادوزول | عامل مضاد للبلهارسيات يبطّل الإنطاف في الغدد التناسلية gonads في اللهارسما schistosome ، وقد يسبب خموداً مؤقاً في خصوبة الرجل . |
| كولشيدين | أنادت التقارير أيضاً أنه يتسبّب في خمود الخصوبة عن طريق التسميم المباشر للإنطاف . |

ملاحظة :

هناك أدوية أخرى لها تأثير معرقل للوظيفة الإنجابية ، منها بعض خافضات ضغط الدم والمهدّئات ، التي تعرقل القدرة على الانصاب .

يضرّ المرض أو معالجته بالخصوصية . والاحتمال الأغلب هو أن يسبّب تشريع الناحية التناسلية توقفاً في الإنطاف لا سيل إلى علاجه ، مؤدياً إلى العقم . وفي صدد المعالجات الكيميائية للسرطان يُذكَر ، أن العوامل المُؤلكلة عادةً تسبّب ضرراً لا يزول . وينبغي ، كلما أمكن ، حفظ المي بالجميد cryopreservation قبل المعالجة .

ويتشتّر سرطان الخصية في بعض البلدان ، ويلاحظ أن الرجال الذين سبقت معالجتهم كيميائياً من السرطان يتّرددون بصورة متزايدة على عيادات معالجة العقم . ويعاني بعض هؤلاء من أسباب تجعلهم مستعدّين للإصابة

أخذ القصة السريرية والوايت

بحالات خبيثة في الخصية مثل استيقاف الخصية testicular maldevelopment وقد يكتشف عرضًا أثناء الفحص البدني وجود ورم في الخصية . كما تفيد بعض التقارير باقتران العقم بوجود سرطانة carcinoma laeve في الخصية .

قد يحدث خمود مؤقت في الخصوية عقب أي إجراء جراحي ، ولا سيما في الحالات التي يستخدم فيها التخدير العام . وقد تؤثر الإجراءات الجراحية التالية تأثيراً مباشراً على المخصوصية . فـ قد يحدث دفق (قذف) رجوعي retrograde بعد معالجة صمامات الإحليل في سن الرضاع ، أو بعد استئصال البروستاتة بسبب التهابها مزمناً ، أو بعد شق عن المثانة لمعالجة انسداد مجرى البول .

وقد يتبع عن إصلاح تضيق الإحليل urethral stricture تجمُع دفقة المني في قطعة segment رخوة من الإحليل وتلوثها بالبول . وقد يحدث اضطراب دُفقي (قذفي) بعد إجراء جراحة استئنافية reconstructive surgery لمعالحة المبال التحتاني hypospadias ، والمبال الفوقاني epispadias ، واكتشاف الحويصلة المنوية vesicular extrophy . وقد يؤدي إصلاح الفتق إلى تلف الأسهور المصحوب بانسداد مضادة للنطاف antisperm antibodies مناعي مصحوب بانتاج أضداد مضادة للنطاف . وقد يحدث ذلك أيضاً بعد استئصال الأدمة hydrocelectomy ، أو أي جراحة تناسلية أو أربية inguinal أخرى . ويعتبر استئصال الأسهور vasectomy أكثر أسباب الانسداد الجراحي شيوعاً ، وهو يؤدي أيضاً إلى إنتاج أضداد مضادة للنطاف . كما أن قطع الودي القطني lumbar sympathetic قد يعقب استئصال العقدة الل膺ية أو إجراء جراحة خطيرة خلف الصفاك ، مما يؤدي إلى حدوث كلٍّ من الاضطراب الدافي الرجوعي وانعدام الدفق (انعدام القذف) .

وتتبّع سلاسلة تاريخ إجراء الجراحة وأي مضاعفات تالية لها ، مع مراعاة تسجيل جراحات القيلة الدوالية varicocèle أو التواء الخصية testicular torsion ، أو استيقاف الخصية ، كلٌّ على حدة . وتتبّع ملاحظة الجراحات الأخرى في حالة اشتياه القائم بالاستقصاء في علاقتها بالعمق .

الوايت الجراحية

ينبغي سؤال المريض عما إذا كان قد سبق له أن أصيب بعسر التبول ، أو النجيج الإحليلي urethral discharge ، أو البيلة القيحية pyuria ، أو البيلة الدموية haematuria أو كثرة البول ، وغيرها . وينبغي تسجيل عدد مرات حدوث أي من هذه الحالات وكيفية معالجتها . فقصور المعالجة أو تعاقب النوايب قد يكون مرتبطاً بحدوث عدوى الغدد الإضافية .

عدوى السبيل البولي

ينبغي جمع معلومات عن سبق الإصابة بالآفريغوني (الزهري) ، وداء السيلان ، والمتدرة chlamydia أو غيرها من الأمراض المقلولة جنسياً ، مثل الورم الحبيبي اللمفوي الزهري lymphogranuloma venereum ، أو المفطورة

الأمراض المقلولة جنسياً

الزوج

non-specific urethritis أو التهاب الأحليل اللاتوعي mycoplasma وتبغى ملاحظة عدد النوب والهجمات ، وعدد الشهور التي مضت منذ آخر هجمة ، وكيفية معالجتها . والماضيون بهذا المرض أكثر تعرضاً للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) ومن ثم يتبعغي اتخاذ الاحتياطات المناسبة عند تداول العينات .

ونورد فيما يلي الطرق التي يمكن بها للأمراض المنقوله جنسياً أن تضعف خصوبة الذكر :

• تسبب آفات lesions التهايسة بالبربخ epididymis تؤدي إلى فقد النطاف المنوية الانسدادي - obstructive azoospermia

• حفظ إنتاج الأصداد antisperm antibody المضادة للنطاف

• تسبب التهاب الأحليل والتضيقas الإحليلية urethral strictures ، واضطراب الدفق (القذف) .

وهناك إدراك متزايد لكون المثلثة chlamydia سبباً شائعاً لالتهاب البربخ . ومن الصعب اكتشاف الكائنات التي المسبب لها ، ويؤكد يكون من المؤكد أن المعدلات المبلغ عن وقوعها هي أقل من المعاملات الفعلية ، نظراً للصعوبات المتعلقة بطرائق الاستعراف identification المخبرية .

التهاب البربخ

يعجز معظم المرضى عن التمييز بين التهاب البربخ والتهاب الخصية . وينبغي أن يحاول الاختصاصي السريري العيير بين رضسين سريريين رئيسيين ، هما الألم الصفياني pain scrotal المتمحتم generalized الحاد ، والوخيم الذي يدل على التهاب البربخ والخصية معاً ، والألم المتكرر المتواضع localized الذي يدل على التهاب البربخ المزمن .

الأمراض التي يحصل أن تكون سبباً لتلف الخصية

التهاب الخصية المصحوب بالنكاف

يرتبط التهاب الخصية التقليدي بالتهاب الندة النكفية (النكاف) وإن كان يمكن أن ينشأ عن حالات أخرى للعدوى الفيروسية ، مثل الكوكساكي

الآلم الصفياني pain scrotal المتمحتم generalized الحاد ، والوخيم الذي يدل على التهاب البربخ والخصية معاً ، والألم المتكرر المتواضع localized الذي يدل على التهاب البربخ المزمن .

إصابة الخصية

قلماً يحدث العقم بسبب الرضح trauma الخصوي الثنائي (رضح الخصيتين) . أما سبق إصابة الصفن scrotum إصابة طفيفة فأمر شائع ، وإن كان من غير المحتمل أن يكون لهذه الإصابة دور حام في إحداث مشكلات تتعلق بالخصوصية . وينبغي تسجيل هذه الإصابة إذا كانت مصحوبة بعلامات تدل على تلف الأنسجة كاللورم الدموي الصفياني ، أو تدمي المثانة haematospermia ، أو البيلة الدموية haematuria ، ومثل ضمور الخصية التالي لهذه الإصابة دليلاً قوياً على علاقة العارض الرضحي traumatic

أخذ القصة السريرية والسوابق

incident بالعقم . أما الإصابة الوخيمة فقد يكون لها ، حتى عندما تكون أحادية unilateral ، أي مقصورة على إحدى الخصيتين ، دور هام ، إذ إنها قد تسبب افتتاح الحال الدموي الخصوي blood-testis barrier ، فتبدأ عندئذ إنتاج أضداد مضادة للنطاف .

التواء الخصية testicular torsion سبب نادر نسبياً من أسباب العقم . ويمكن تفويت المشكلات اللاحقة المتعلقة بالخصوصية بالمعالجة المبكرة (عملية جراحية خلال ست ساعات من بدء ظهور الأعراض) ، أو ثبيت الخصية بالجانب المقابل . وينبغي الاشتباه دائمًا بحدوث هذا اللتواء في حالة إصابة الصبية قبل البلوغ والراهقين بتورم مؤلم حاد في الصفن .

التواء الخصية

يتطلب التعرف على سوابق الإصابة بالقليلة الدوالية varicocele توافق تفاصيل حول طريقة المعالجة ، بما في ذلك الطريقة الجراحية أو طريقة الإصمام embolization ، والمضاعفات الممكنة ، والسن التي أجريت فيها المعالجة . وينبغي تسجيل أي استقصاءات تكون قد أحيرت لتقدير نجاحها من الناحية التقنية . وينبغي أن لا ينظر إلى سبق الإصابة بالقليلة الدوالية على أنه سبب الشذوذ في نوعية المنى ، إذا استمر هذا الشذوذ مدة عامين أو أكثر عقب المعالجة الفعالة .

سبق الإصابة بالقليلة الدوالية

ينبغي سؤال المريض عما إذا كانت كلتا خصيته موجودتين في الصفن منذ ولاده ، فإذا لم يكن الأمر كذلك ، فينبغي تسجيل التفاصيل المتعلقة بين المريض ، وطريقة المعالجة و نتيجتها ، والمضاعفات الممكن حدوثها . مع أن استيقاف الخصيتين أمر مرتبط بالعقم ، وأن ضعف الخصوية في حالات استيقاف إحدى الخصيتين من الأمور الشائعة . وقد تقي المعالجة قبل البلوغ من الإصابة بالعقم فيما بعد .

استيقاف الخصية

وهناك احتمال خطير حدوث تغيرٌ خبيث في حالة استيقاف الخصية ، وينطبق هذا بشكل خاص على حالةبقاء الخصيتين داخل البطن . وقد يستمر هذا الاحتمال ، قائماً حتى بعد نقل الخصبة إلى الصفن ، كما أن هذا الاحتمال لدى من كانت إحدى خصيتهما مختفية يكون قائماً في الخصية المقابلة ، وينبغي أن يؤخذ هذا في الحسبان عند المعالجة . وقد تكون الخصيتان كموشتين ، أي قابلتين للانكماس ، أو متبدلتين ، أو مسترققين .

الخصيتان الكموشتان

يجب التفريق بين هذه الحالة وبين الاستيقاف . ففي الحالة الأولى ترقد الخصيتان بشكل طبيعي في الصفن ، إلا أن كلاً منها قد تتكمش بحيث تصل إلى الحلقة الارببية ، مع حدوث ما يُسمى مععكسات المشمرة cremasteric reflexes وأكثر ما يلاحظ حدوث مععكس المشمرة هذا في

الزوج

الأطفال في سن الخامسة وال السادسة ، ولكن يمكن أن يحدث بشكل واضح في البالغين ، ولا يزال دور كمosityة الخصيتين في إحداث العقم موضع جدال . وليس من الواجب تسجيل هذه الحالة باعتبارها من حالات استيقاف الخصية .

الخصيتان المتبدلتان

تعتبر الخصيتان متبدلتين عندما تتحرفان عن السبيل المعتمد لنزولهما . و يتمثل أكثر أنماط انتشار الخصيتين شيئاً في كمون الخصية داخل الجيبة الاربة السطحية superficial inguinal pouch ، و قلما توجد الخصيتان في مواضع أخرى ، مثل النفق الفخذي femoral canal ، أو الناحية المائية pubic region ، أو في الجانب المقابل من الصفن .

نزول الخصيتين الناقص

قد تستوقف الخصيتان عند أي نقطة على السبيل المعتمد لنزولهما ، بين جدار البطن الخلفي والحلقة الاربية الخارجية . وقد توجد خصيتان ، لا يحسن بهما باللمس ، في النفق الاربي inguinal canal أو داخل البطن . أما الانعدام الكامل للخصيتين فنادر ولكن يمكن التمييز بينه وبين وجود الخصيتين داخل البطن بإجراء مقاييس هرمونية .

هناك عوامل بيئية ومهنية معينة يشتبه في تأثيرها على الانطفاف السوي normal spermatogenesis . ولا يعترف إلا القليل نسبياً من المعلومات عن بيئه العمل وما يمكن أن يكون لها من تأثيرات على خصوبة الذكور ؛ فالبيئات الشديدة الحرارة قد تؤدي إلى خمود الانطفاف . والتعرض المزمن للغازات الثقيلة ، كالرصاص والثاكاديميوم ، والزتيق أو غيرها من المواد كالمبيدات ، وثنائي سلفات الكربون قد يضعف الخصوبة .

وقد يؤثر الإفراط في تعاطي المسكرات على الانطفاف ويضعف الوظيفة الجنسية بتشييطه التخليل الحيوي للستوستيرون .

ولا يعرف مدى تأثير تدخين التبغ على خصوبة الذكر ، كما أن المعلومات التي تشتمل عليها المراجع الطبية في هذا الصدد ، مقتضبة .

وهناك تقارير تفيد بوجود ارتباط بين تدخين المخيش وبين انخفاض الخصوبة . وكثيراً ما يصاب الرجال الذين يدمون المخدرات الأفيونية بهجمات معددة من الإنفلونزا . وتسوء حالهم الصحية العامة ، ويصعب معرفة ما إذا كان أي ضرر يلحق بخصوبتهم هو نتيجة مباشرة لتعاطيهم للمخدرات أو لإهمالهم صحتهم .

العوامل الأخرى التي يمكن أن يكون لها تأثير ضار على الخصوبة

يعاني حوالي 2% من الأزواج صعوبات في الجماع أو الدفق (القذف) تسبب العقم . وقد تكون هذه الصعوبات مرتبطة بمرض واضح ، مثل الشلل النصفي السفلي paraplegia أو غيره من الاضطرابات العصبية المكتسبة . على أن أحد المعلومات من المريض لا يكشف دائماً عن وجود هذه المشكلات ، قد لا تكتشف إلا أثناء إجراء الاستقصاءات الطبية ، وذلك بسبب عجز الرجل أو عدم رغبته في تقديم عينة من المنى لتحليلها ، أو

الوظيفة الجنسية والدفقية (القذفية)

أخذ القصة السريرية والسابق

بسبب اكتشاف أن غشاء بكارة الزوجة لم يُمس ، أو لاحتمال نتيجة غير سوية الاختبار التالي للجماع من دون سبب واضح .

وإذا كان متوسط معدل الجماع بالمهبل مرتين أو أقل شهرياً فينفي تسجيل ذلك على أنه غير كاف . وقد يكون سبباً لعقم الزوجين . على أن بعض الأزواج والزوجات يرتكزن على دور خصوصية معروفة ، وقد يتافق تقدير توقيت الإياغة مع قلة حدوث الاتصال الجنسي ، وفي هذه الحالة يعتبر معدل الاتصال الجنسي كافياً رغم اختفائه . وتعتبر درجة التصاب التصريح كافية في استقصاءات العقم إذا كان يسمح بالاتصال الجنسي المهبلي . ويطلب الأمر إجراء مزيد من الاستقصاءات لاستعراف الآلية (الآليات) السببية المحتملة للعنة .

ويشترط لاعتبار الدفق كافياً أن يحدث داخل المهبل . أما حالات عدم الدفق ، والدفق المبكر أي الدفق الذي يحدث قبل الإيلاج ، والدفق خارج المهبل ، أي الدفق المرتبط بفرط المبال التحتاني ، والدفق الرجوعي ، فينفي تسجيلها باعتبارها دفقاً قاصراً . ومن الضروري إجراء مزيد من الاستقصاءات للمرضى المصابين باضطرابات الدفق لاكتشاف السبب المحتمل على غرار ما يجري في حالة الرجال المصابين بالعنانة .

وأما العقم الناتج بصفة أساسية عن المشكلات النفسية (السيكولوجية) فغير شائع الحدوث . على أن المشكلات السيكولوجية يجري بحثها عادة بعد استقصاءات العقم المطلوبة . وقد يتبع عنها خلل وظيفي جنسي أو دفعي . وتمثل التوعية أحد الجوانب الهامة لمعالجة حالة الزوجين اللذين يعانيان من مشكلة تتعلق بالخصوصية .

يجب فحص الرجل في حجرة دافئة (20 - 24° م) وعلى انفراد . فعلى الرغم من أن من المقيد إجراء فحص المقابلة مع الزوجين معاً ، قد يكون هناك بعض الأسئلة التي يفضل توجيهها عندما يكون الرجل وحده ، مثل السؤال عن سبق ممارسة العملية الجنسية مع آخريات وحالات الحمل التي تنتج عنها ، والأمراض المنقولة جنسياً ، وغيرها . ويمكن انتهاز فرصة إجراء الفحص لتوجيه هذه الأسئلة (انظر النموذج في آخر هذا الفصل) .

التقييم السريري
لخصوصية الذكر
الفحص البدني

الفحص العام

ينبغي إجراء فحص بدني عام لاكتشاف الشذوذات التي لها علاقة بالخصوصية ، ويشمل هذا الفحص الجهاز الاستقلالي ، والصماوي ، والقلبي الرعائى ، والتتنفسى ، والهضمى ، والعصبي ، وقد يدلقياس الطول والوزن ، وأحياناً ضغط الدم ، على طبيعة المرض المجرم . وقد تبين وجود ارتباط بين فرط الوزن الشديد وصغر حجم الخصيتين مما يشير إلى ضعف الإطاف (منظمة الصحة العالمية 1987) - نحو مزيد من الم موضوعية في مجال تشخيص ومعالجة العقم عند الذكر - المجلة الدولية لطب الذكورة - ملحق 7 ، 19 - 20) .

أنا في متلازمة كلينفالتر فكثيراً ما تكون الأطراف طويلة طولاً لا يتناسب مع طول الجذع .

الزوج

وتشمل علامات نقص الأندروجينية سوء تمثيل المخصاص الجنسية الثانية. ويشكل توزع شعر الجسم دليلاً على إنتاج الأندروجين . ويُمكن التأكيد من ذلك بالاستفسار عن عدد مرات العلاقة . وبالاستناد إلى الأصل العربي (الإثني) للمريض قد تدل فلة مرات العلاقة على الانخفاض النسبي لإنتاج الأندروجين . وينبغي تقسيم أي اضطرابات في التطور الجنسي الثاني إلى مراحل تبعاً لسلسلة تطور البلوغ الذي وضعه تانر (تار 1962 ، Tanner J.M.) في كتاب : *النمو في مرحلة المراهقة ، الطبعة الثانية ، أكسفورد ، Blackwell العلمية* (انظر الملحق 3) .

ينبغي معابدة الثديين وجهمها للتتأكد من وجود نسيج غدي أو عدم وجوده . وأفضل طريقة لإجراء هذه المعابدة هي أن يضع المريض بيده خلف رأسه حتى يسمح لعضلات الصدر بالتمدد . وفي العادة يحدث ظاهرة تتدى الرجل في الصبيحة في سن البلوغ من دون أن يكون ذلك مصحوباً باضطراب هرموني واضح . وقد يستمر أحياناً بعد البلوغ . وتعتبر هذه الحالة تقليدياً جزءاً من متلازمة كلينفالتر . كما أنها قد تحدث نتيجة للتعرض للإستروجين ، أو لأدوية مثل الديجيتال والسيرونولاكتون ، وغيرها .
ومن الأسباب النادرة الأخرى لحدوث هذه الحالة وجود درم ، سفر للإستروجين بالغدة الكظرية أو المختبرين .

تلدي الرجل

كما ينبع معابدة القضيب وجهه للتكلشف عن إصابته بمتلازمة أو ندوب جراحية أو رضحية أو لويحات صلبة أو غيرها من الأمراض ، وينبغي حسر القلفة عند ظهور أي تضيق بها . وينبغي استعراوف الصمامات الإحليلي الظاهر . ولا تكون هناك علاقة بين المبال التحتاني والمبال الفوقاني وبين العقم إلا إذا كان التي يدفع خارج المهبل . وقد تدل الندوب الناتجة عن حرارة سابقة على وجود تضيقات إحليلية قد يتبع عنها هي نفسها خلل في الدفق . وقد تسبب اللويحات الناجمة عن مرض بيروني تشوه القضيب في حالة الاتصال ، على نحو يمكن أن يعوق الاتصال الجنسي المهبلي .

ومن الشكاوى الشائعة الاعتقاد بأن صغر حجم القضيب لا يحقق الغرض من الاتصال الجنسي . والحق أن قيامه القضيب الصغرى أمر نادر جداً ومن المستبعد جداً أن يكون سبباً للعقم .

وفي العادة تعتبر طمانة المريض من قبل الطبيب القائم بالفحص هي كل العلاج المطلوب .

وينبغي ملاحظة ما إذا كان هناك أي تقرح أو تمجيع إحليلي ، وإجراء مزيد من الاستقصاءات في حالة وجود مثل هذا التقرح أو التمجيع ، وذلك حتى يمكن استعراوف الأمراض المقوولة جنسياً (انظر دليل منظمة الصحة العالمية المخبري لشخص التأثير بين المني والطعام وبين سخاط عن الرسم في الإنسان (مطبعة جامعة كمبردج للنشر ، الطبعة الثالثة ، 1992) .

فحص الفحص

يتحدد موضع المختبرين على أفضل وجه عندما يكون المريض واقفاً ، وتكون خصيتيه مجسوستين وفي أسفل الصفن . ويتم تصنيف أي شذوذ في موضع المختبرين على النحو التالي :

فحص الخصية

التقييم السريري لخصوية الرجل

- في موقع مرتفع من الصفن أي عند عنق الصفن .
- أربستان : أي واقutan داخل القناة الأربية .
- متبدتان : أي خارج مسار النزول المعتمد ، وفي معظم الأحوال في الجيبة الأربية السطحية ، كما تكونان ، في حالات أقل ، في الفخذ أو فوق مستوى العادة .
- غير مجوستين أي إما داخل البطن أو منعدمان .

وينبغي ملاحظة وضعية الخصية ومحورها في حالة وقوف الرجل ، وفي العادة تكون الخصية راقدة في الصفن في وضع عمودي على البربخ ، خلفه أو تاشفة له . وقد تكمن الخصيتان داخل القناة الأربية بصورة شاذة ، ولاسيما إذا حدث ذلك الانكماش أثناء الاتصال الجنسي على نحو سبب الملا للمريض . وعلى كل حال فقد لا يكون لذلك علاقة بالخصوصية . والخصوصية ذات الوضع الأفقي أكثر عرضة لللوي . فإذا ذكر المريض بهذه الحالة أنه يسبق له الشعور بالمتقطع ، ولاسيما إذا كانت الخصيتان صغيرتين أو كان تركيز المني متخفضاً فمن الواجب النظر في تشتيتها .

وتم تقدير حجم الخصيتين بأن تكون المريض في وضع الاستلقاء تقادياً لخطر حدوث غشي . ويشد جلد الصفن على الخصية مع عزل حواوتها عن البربخ . ويقارن حجم كل خصية بالشكل المناسب لها بمقاييس برادر الخصوي . وقد تكون هناك علاقة بين المجموعة الآتية (العرقية) والحجم السوي للخصوصية ، ولكن هذا الحجم يتوقف في الغالب على قامة المريض . ويرجع معظم حجم الخصية إلى كتلة النسبات الناقلة للمني . وهناك علاقة متبادلة قوية بين إجمالي الحجم الخصوي الذي هو حاصل جمع حجم الخصيتين اليسرى واليمنى إلى عدد النطاف في كل دقة (منظمة الصحة العالمية 1987) - نحو مزيد من الموضوعية في تشخيص ومعالجة العقم عند الذكر - **المجلة الدولية لطب الذكور ، الملحق 7 ، 19 - 24 .**

ويدل كون حجم الخصية في الرجل القواربي أقل من 15 مل على تلف الظهارة الناقلة للمني في هذه الخصية . وفي العادة يتسم الرجال المصابون بمتلازمة كلينفلتر بصغر أحجام خصاهم بحيث لا يتعدى حجم الخصية 3 مل ، كما أن المرضى بقصور النسدة التناسلية الناتم عن نقص مرجهة الغدد التناسلية يتسمون بصغر أحجام خصاهم ، إلا أن هذا الحجم يتراوح بين 5 مل و12 مل . وقد يدل الحجم الخصوي السوي في المصاب بفقد الإنطاف على انسداد مجرى النطاف المنوية ، كما يمكن أن يدل فرط ضخامة الخصية وعدم تناظرها على وجود ورم خصوي . أما المُخصى الضخمة المتانتزة وهي الحالة التي تعرف أيضاً باسم خشونة الخصية فإن العثور عليها في بعض الأحيان أمر عادي لا يدل على شذوذ ما . وقد تكون الإصابة بأدمة سبياً في خطأ تقدير حجم الخصيتين .

ويجب أن يُقدر التمامُكُ الخصوي عن طريق الضغط برفق على الخصيتين . في العادة يكون ثابثُهما مطاطياً . ويُكاد ثابثُ الخصيتين يكون مرتبطاً دائرياً بقسط الإنطاف . وأحياناً يبين أن خصية المريض ملبة و ذات

الزوج

حجم سوي أو كبيرة الحجم مع احتمال وجود ورم خصوي . فإذا كانت الخصيتان صلبيتين وصغريتين يشتبه في إصابة الربيض بمتلازمة كلينفلتر ، بينما تكون الخصيتان عادة صغيرتين ليترين في حالة الإصابة بقصور القنديمة الناجم عن نقص من مرجعه الفتق .

فحص البربخ

يكون البربخ السوي مجسوساً ذا شكل خارجي منتظم وطري القوام بشكل واضح لا يسبب الألم عند جسه برقق . وقد يدل وجود عقد مؤلمة على التهاب البربخ أو وجود أورام حبيبة نطاافية . فإذا وجدت هذه العقد على رأس البربخ دل ذلك على الإصابة بالمتلازمة . وقد يدل تورم الناحية الذئبية أو تقدماً أو تورماً وتعقدماً معاً إما على الإصابة بعدوى بالملعوبات البشية أو على التهاب أو عدوى بعوامل مرضية بولية شائعة مثل الإشريكية القولونية أو المقلوبة أو الكلبسيلة . كما توجد الأورام الحبيبة النطاافية في الناحية الذئبية نتيجة لاستصال الأسهير في وقت سابق . وقد يكون وجود تشوهات كيسية راجعاً أو غير راجع إلى وجود انسداد ما . وينبغي مراعاة مailyi أثناء جسم البربخ :

- هل البربخ مجسوس (قابل للجسم) ؟
 - هل علاقة البربخ التشريحية بالخصية علاقة سوية ، أي هل يرقد البربخ بالقرب من الخصية ، وهل هو فوقها أم خلفها أم تحتها ؟
 - هل هناك أي كيسات أو باحات ماءية أو غيرة رذاذية ، أو غير ذلك ، من الشذوذات ، وإذا كان الحال كذلك فهل توجد هذه الباحات الشاذة في الرأس أم الجسم أم الذيل ؟
 - هل يسبب الجسم برقق آلاماً ؟
- وقد يفيد الفحص باللوجات فوق الصوتية في إثبات وجود شذوذات أساسية في البربخ ، ولكن ذلك يتطلب توافر المعيار الملائم كما يتوقف على براعة التفسير .

فحص الأسهيرين

ينبغي جس كلا الأسهيرين . في العادة يتبع من جسهما أنهما بنبيان تحيلتان أنيبوستان تمران بين الأصابع الفاخصة . على أن الإخصائي السريري قد لا يلاحظ أحياناً انعدام كلا الأسهيرين ، ومن المستحسن أن يعاد فحص جميع الرجال المصابين بفقد النطاف المنوية ، وخصوصاً إذا كان حجم الخصيتين عاديًّا وحجم الدفقة منخفضاً . أما انعدام أحد الأسهيرين فأندر حدوثاً بكثير وقد يكون مرتبطاً بانعدام الككلية على نفس الجانب .

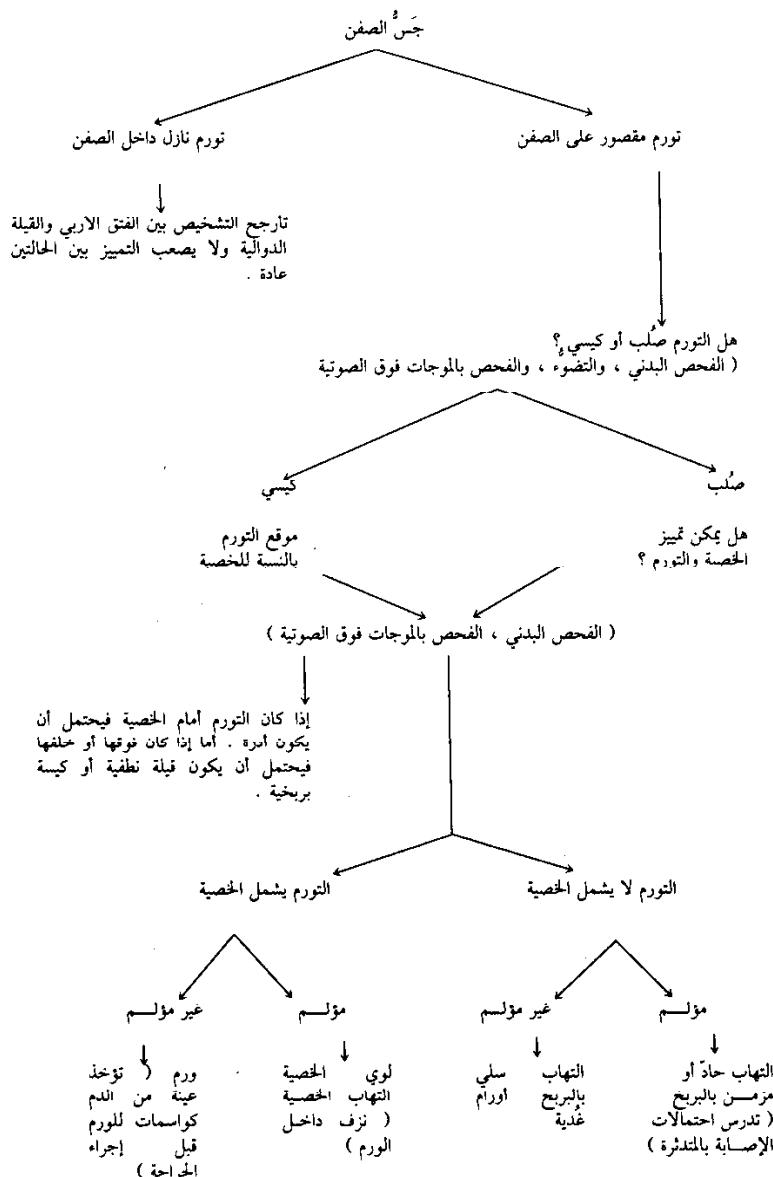
فإذا كان الأسهير موجوداً فمن الواجب ملاحظة ما إذا كان سرياً أو سميكاً أو عقدياً أو مسبياً للالم عند الضغط عليه ، نظراً لأن ذلك قد يدل على وجود التهاب .

تورم الصفن

بين الشكل 1 - 1 مخططاً للتشخيص السريري لتورمات الصفن . ولقطع

التقييم السريري لخصوصية الرجل

الشكل 1 - 1 حوارزمية فحص بورم الصفن



الزوج

الشك باليقين فإن أفضل اختيار إضافي هو الفحص بالموجات فوق الصوتية .

وقد تكون هناك علاقة بين تورم الصفن والفتق الثلقي المصحوب باستدامة النائي الغضدي نظراً لاحتمال ارتباط هذا الفتق بتلافي الحصتين .

وقد تكون هناك علاقة بين العقم وبين الفتق في حالة ارتباطه بتضاؤل حجم الحصتين ونوعية غير طبيعية للمني .

وقد تؤثر الأدمة الكبيرة على الخصوبة ولكن هذا الأمر موضع خلاف .

ويجب ألا يغيب عن الازهان أن الأدمة تكون أحياناً رد فعل لتورم الحصتين الكامن .

القيلة الدوالية

ينبغي أن تكون درجة حرارة غرفة الفحص حوالي 20 إلى 22° م نظراً لأنكماش الصفن وصعوبة عملية الجس إذا قلت درجة الحرارة عن ذلك .

ويجب أن يكون المريض واقفاً أثناء فحص الصفن وجسه .

ويمكن تصفيف القيلات الدوالية في الأقسام التالية :

• **الدرجة الثالثة** : عندما تكون الضفيرة الوريدية المتمددة بارزة بشكل ظاهر من خلال جلد الصفن وبهاء المجرى .

• **الدرجة الثانية** : عندما يكون التمدد الوريدي داخل الصفن سهل الجس ولكنه غير مرئي .

• **الدرجة الأولى** : عندما لا يكون هناك تمدد وريدي مرئي أو مجوس إلا في حالة ممارسة المريض مناورة فلسالها *Valsalva manoeuvre* .

• **الدرجة دون السريرية** : عندما لا تكون هناك قيلة دوالية سريرية في حين يظهر لدى التخطيط الحراري للصفن أو تخطيط الصدى بطرقة دوبлер وجود درجة غير طبيعية .

ويعتبر دور القيلة الدوالية في التسبب في حدوث العقم عند الذكر مثيراً للجدل ، إلا أن تحليل معطيات المنظمة يظهر بوضوح أن لوجودها علاقة بالنتائج غير الطبيعية للمني ، وصغر حجم الحصتين وانحطاط وطيفة خلايا ليدفع . كما أن الرجال المصابين بهذه القيلة أكثر تعرضاً للإصابة بعدوى الغدد الإضافية المصاحبة وأمراض البربخ أو للعامل المناعي ويراعى عند إجراء الاستقصاء المعياري ، عدم التسلیم بكون القيلة الدوالية سبباً للعقم إلا إذا ارتبطت بوجود نتائج غير طبيعية في تحليل المني .

يجب الاهتمام بفحص المريض للتأكد من وجود ندوب أورية قد تدل على سبق إجراء جراحية لمعالجة تلافي الحصتين أو على سبق إصابة الأشهر أثناء إجراء عملية لمعالجة الفتق . وقد تصعب رؤية مثل هذه الندوب بسبب تغطية شعر العانة لها . كما أن وجود ندوب في الباحة الأذية قد يدل على الإصابة

فحص الأربين

التقييم السريري لخصوصية الرجل

بعدوى سابقة أو حالية بالسل أو بورم حبيبي لدى متقول جنباً . وينبغي تسجيل أي ضخامة مرضية بالعقد اللمفية الأذيرية ، إن وجدت .

يمكن الاستعنة عن هذا الشخص إذا لم يتبين من خلالأخذ المعلومات من المريض أو من علاماته البدنية أو بوله أو تحليل المني ما يدل على أنه قد يكون مصاباً بأي مرض في الغدد الجنسية الإضافية .

ويتم فحص غدة البروستاتة عن طريق فحص المستقيم ويفضل إجراء هذا الفحص والمريض معتمد على ركبتيه ومرفقيه . وينبغي إجراء الجس بدءاً بقفف البروستاتة وانتهاءً بذنبها ومن الجزء الوحشى إلى الجزء الإنسى . وتميز البروستاتة السوية باللين وانتظام الشكل وعدم حدوث ألم عند الضغط الخفيف . وينبغي استعراض التلم (الأختودود) المركزي بسهولة . وقد يدل التورم اللين المؤلم على الالتهاب . وكثيراً ما يتخذ الشعور بالالم شكل إحساس بالحرقة يتشر على طول إحليل القضيب . ويجب التمييز بين هذا الإحساس والإحساس العام المزعج الذي يصفه المريض عادة . وقد تدل القساوة الشديدة في البروستاتة على وجود ثرو خبيث ، إلا أنه نادر الحدوث جداً في الرجال الذين يحضرن طلباً للمشورة بسبب العقم .

ولا تكون الحويصلات المئوية مجوسية في العادة . فإذا كانت مجوسية أو مؤلمة عند الضغط ، أو مجوسية ومؤلمة معاً ، فإن هذا يدل في العادة على التهابها . وعلى العموم يتزافق التهاب الحويصلات المئوية بالتهاب البروستاتة . كما أن بعض الرجال الذين تظهر عليهم الخصائص المميزة لفقد النطاف المئوية الانسدادي يكتونون مصابين بتشوهات كيسية في الحويصلات المئوية ، بينما يمكن أن يكون سواهم مصابين فقد تكون النطاف . وأفضل طريقة لاكتشاف هذه الحالات غير الطبيعية هي تخطيط الفحص بالموجات فوق الصوتية ، ويفضل إجراء ذلك باستخدام مسار مستقيم .

فحص غدة البروستاتة

لابد في جميع الأحوال ، عند استقصاء حالة الزوجين ، من إجراء تحليل واحد على الأقل لدى الزوج ، حتى لو ظهر من الاختبار التالي للجماع عدم وجود نتائج غير طبيعية . ويتضمن هذا التحاليل تقييم حصانص النطاف المئوية والبلازما المئوية ، ويجب إجراؤه على النحو المبين في دليل منظمة الصحة العالمية المخبري لفحص التأثير بين المني والنطاف وبين مخاط عنق الرحم في الإنسان (مطبعة جامعة كمبريدج للنشر ، الطبعة الثالثة ، 1992) .

تحليل المني

ويقوم تصنيف المني على التسميات التالية :

سواء النطاف : الدفقة سوية كما هو محدد في صفحة 33 .
قلة النطاف : أذ يكون تركيز النطاف أقل من 20 مليوناً لكل مل .
وهن النطاف : النطاف التي تقدم إلى الأمام نسبتها أقل من 50% .
(الفستان أ ، ب) ، أو كون نسبة النطاف التي تتحرك حرفة الفتنة أقل من 25% .

امساح النطاف : وهو أن تكون نسبة النطاف ذات الرؤوس السوية .
الشكل (head morphology) سوية أقل من 30% .

الزوج

قلة وهن وامساخ وتعني اضطراب واختلاط جميع التغيرات الثلاثة
النطاف : (يبور أيضاً استخدام توليفة من سابقتين لمنظرين فقط) .

فقد النطاف : عدم احتواء الدفقة على أي نظاف منوية .
انعدام النسي : انعدام الدفقات .

فيما تبين من التحليل الأول أن المني سوي فلا ضرورة لإعادة التحليل .
وفي حالة إصابة الرجل الصغير الخصيدين بفقد النطاف مع وجود علامات في
الماضي أو علامات بدنة تدل على وجود شذوذات خلقية ، فلا ضرورة
لإعادة التحليل أيضاً . وإنما يجب إعادة التحليل في سائر الظروف التي
تدرج تحت تصنيف المني غير السوي . فإذا كانت نتيجة التحليل الثاني
مختلفة اختلافاً يبينا عن نتيجة التحليل الأول كان من الضروري فحص عينات
إضافية من المني على فترات أطول قبل تقرير المعالجة الازمة .

الاستقصاءات المخبرية الأخرى

قد يكون من المستطب إجراء التعرى بتحليل الدم لاكتشاف أمراض مجموعية
معينة يمكن أن تؤثر على الخصوبة . ويمكن أن يشمل هذا التحليل تقدير
تركيز الهيموغلوبين وتعداد كريات الدم الحمر والبيض ، وقياس سرعة
الثشف ، واختبار وظيفة الككعية والكبد ، واختبار تركيز الحديد في المصل ،
وانتهاراته . أنه رى بيروة . إيجاد رأوها على : « انج الف حصن البدنى أو أخذ
المعلومات من المريض ، وعلى الوضع في تلك الناحية .

ويعiken ، في الحالات التي تستدعي ذلك ، إجراء اختبارات نوعية
للبحث عن الغلوبولينات المناعية من الصنف N ، M المضادة للمتدثرة الخنزير
للكشف عن سبق العدوى ، وأخذ عينة من طليعة البول للكشف عن
مستضد المتدثرة كعلامة على العدوى الحالية . وينبغي إجراء اختبارات نوعية
بصورة انتقائية للكشف عن الأضداد المضادة لفيروس العوز المناعي البشري ،
وذلك في ضوء ما يتم الكشف عنه أخذ السيرة والسابق من المريض والشخص
البدنى .

ويتوافق الكثير من الاختبارات للكشف عن الأضداد المضادة للنطاف المنوية
الموجودة في المصل ، ومعايرتها ، ويمثل التفاعل المختلط اللامباشر ضد
الغلوبيلين واختبار الآلئي المناعية اللامباشر أصلحها لأغراض التحرى .

ويعiken أن يشمل تحليل البول أي قياس شبه كمي للغلوكوز والبروتين
(الآلبيون) ، والكريات البيض وكريات الدم الحمر ، بالفحص المجهري .
كما ينبغي تقدير البيلة الجرثومية الكبيرة باستخدام واسمات كيميائية حيوية أو
بتقنيات الزرع .

ويتم الحصول على السائل البروستاتي عن طريق تدليك غدة البروستاتة
برفق أثناء فحص المستقيم . ويفحص هذا السائل إما على حالته (طارجاً)
بطريقة تبادل الصفحات أو إضافة الساحة الصافية بحيث تكون المكافحة خارج
البؤرة ، أو عن طريق أخذ لطاخة منه على شريحة وتلوينه بلون غيمزاً ،

التقييم السريري لخصوصية الرجل

ويحتوي السائل البروستاتي السوي على أقل من خمس من كريات الدم البيض لكل ساحة تكبير عال (بالتكبير 400 مرة) . أما السائل البروستاتي غير الطبيعي فيحتوي على أكثر من عشرة من عشرة من كريات الدم البيض لكل ساحة تكبير عال . وتفتقر هذه الكريات عادةً في شكل أنلام (خطوط) مخاطية مصاحبة للخلايا البروستاتية التي قد تكون متذكرة . ويعتبر وجود ما بين خمس كريات وعشر لكل ساحة من دون وجود أنلام مخاطية أمراً مشكوكاً في أهميته .

فإذا تعدد الحصول على سائل التصوير البروستاتي بعد تدليك البروستاتة، وهو أمر شبه شائع المحدث ، يضم تحليل المليارات العشرة الأولى من البول جرثومياً وخليوياً . ويعتبر وجود أكثر من خمس من كريات الدم البيض أو ثلاثة أو أكثر من كريات الدم الحمر لكل ساحة تكبير عال في فحالة البول نتائج غير طبيعية لها دلالتها .

ويمثل اكتشاف وجود هذه النتائج غير الطبيعية في البول الناتج بعد تدليك البروستاتة أو في سائل التصوير البروستاتي جزءاً لا يتجزأ من إجراء أكثر تعقيداً لتشخيص عندي العدد الإضافية عند الذكر ، يتضمن معطيات مأخوذة من المعلومات التي يدللي بها المريض ، والفحوص الديني ، وتحليل المني (صفحة 30) . ولا يكفي مجرد وجود كريات الدم البيض ليكون دليلاً يستوجب قبول هذا التشخيص . ويعتبر وجود النطاف المنوية في سائل التصوير البروستاتي أو في البول الناتج بعد تدليك البروستاتة حالة شائعة إلى حد ما وليس علة سريرية .

ينبغي أن ينصرف الذهن في حالة الإصابة بانعدام المني أو انخفاض حجم الدقفات إلى احتمال الإصابة بدفع رجوعي (جزئي) وهو أحد أشكال عدم كفاية الدفع . وينبغي أن يطلب إلى المريض تحقيق الإرهاز (هزة الجماع) إما عن طريق الاتصال الجنسي (الجماع) أو الاستمناء ، ثم التبول بعد ذلك ، فإذا جاء ظهور البول متغيراً بسبب وجود كثير من النطاف المنوية التي قد تكون متحركة ، كان ذلك دليلاً قوياً على كون الدفع الرجوعي هو الشخص وأنه الصحيح .

البول التالي للإرهاز
(هزة الجماع)

يجب إجراء عمليات تحديد الهرمونات بطريقة انتقائية ؛ والحق أنَّ من النادر ما يقتضي التصنيف التشخيصي إجراء هذه العمليات . ويجب أن يستعمل إجراؤها على استخدام طرق معيرة جيداً ، كما يجب تفسيرها ضمن حدود المدى السوي الذي حدده المختبر القائم بالمقارنة للرجال البالغين الأسوية الذين ثبتت خصوبتهم .

عمليات تحديد مستويات
الهرمون

ويجري قياس الهرمون المُبيِّن للجريب (follicle stimulating hormone FSH) في المصل من أجل التفرقة بين قصوى بفرط موجة الغدد التناسلية وقصور الغدد التناسلية بسواء أو بنقص موجة الغدد التناسلية . ولا ينبغي إجراء هذا القياس إلا في حالة الرجال الصابرين بفقد النطاف أو بقلة النطاف الونحمة (ندرة النطاف) الذين يكون تركيز النطاف لديهم أقل من خمسة ملليلتر لكل مل ، وتكون أحجام خصائمه سوية أو دون السوية بقليل .

الزوج

وفي حالة عدم وجود أسباب أخرى مسلم بها لضعف الإنفاف ، يمكن أن يدل التركيز السوي للهرمون المنبه للجريب في المصل على انسداد كلٍ أو جزئي لمجرى النطاف . على أنه لا يمكن استبعاد أن يكون سبب هذه الحالات هو توقف النضج أثناء الإنفاف *spermatogenesis* .

ويدل ارتفاع تركيز هذا الهرمون على وجود عيب وخيم في الإنفاف مثل متلازمة وجود فقط خلايا سرتولي أو توقف النضج في مرحلة مبكرة مثل توقف النضج مع وجود بزارات النطاف *spermatogonia* فقط أو خلايا نطفية أولية فقط . ويدل ارتفاع مستوى الهرمون المنبه للجريب في المصل لدى الرجال ذوي الخصي الصغيرة أو ذات الحجم الصغيرة إلى حد ما مع وجود علامات على نقص الأندروجينية على فشل خصوي أولي وخيم يضعف الإنفاف كما يضعف خلايا ليديج . أما إذا لم يكن مستوى هذا الهرمون مرتفعاً في مولاء الرجال فقد يكون قصور القندية راجعاً إلى خلل وظائي نخامي *hypothalamo-pituitary failure* أو إلى ورم نخامي .

ولا يستلزم التصنيف التشخيصي معايرة الهرمون المنبه للجريب في المصل عند المرضى الذين ترجع إصابتهم بالعقم وقد النطاف المتواه أو فلتتها إلى سبب يمكن إثباته . على أن معايرة هذا الهرمون قد يعطي معلومات عن مآل الحالات ، نظراً لأن الرجال المصاين ، مثلاً ، بقيلة دوالية مصحوبة بقلة النطاف المتواه وارتفاع مستوى الهرمون المنبه للجريب في المصل ، تتضائل أمامهم فرص استعادتهم للخصوبة بعد إصلاح هذه القيلة . ولا يجدي تقسيم تركيز هذا الهرمون في المصل في حالة المرضى الذين يزيد تركيز النطاف المتواه لديهم على خمسة ملايين لكل ميلي لتر مع كون أحجام خصائمه سوية .

ولا ضرورة لقياس تركيز الهرمون الملوتن (LH) *luteinizing hormone* في المصل في إطار الاستقصاء الروتيني للعقم عند الذكر . ويمكن تشخيص حالات قصور الغدد التناسلية بنقص موجهة الغدد التناسلية بالإضافة إلى انخفاض تركيز التستوستيرون في البلازما وبقاء مستوى الهرمون المنبه للجريب في المصل سوياً أو انخفضه ، فإذا كان نقص الأندروجينية السريرية راجعاً في المقام الأول إلى الخصيدين فيكون مستوى هذا الهرمون مرتفعاً .

ويرى بعض الباحثين أن ارتفاع النسبة بين الهرمون الملوتن والتستوستيرون بعد دليلاً على مقاومة خلايا ليديج ، ونذيراً دالاً على ضعف الخصوبة ، ولكن لم تثبت صحة هذا الرأي بعد .

ويجب قياس تركيز التستوستيرون في البلازما في حالة الرجال الذين تظهر عليهم علامات سريرية تدل على نقص الأندروجينية ولا يكون مستوى الهرمون المنبه للجريب لديهم مرتفعاً . وفي هذه الحالات يدل انخفاض تركيز التستوستيرون على قصور الغدد التناسلية بنقص موجهة الغدد التناسلية العائد إلى النخامي أو الوطاء . وقد يفيد قياس التستوستيرون من أجل المعالجة السريرية بتحكيم الأندروجين في حالة الرجال الذين تظهر عليهم علامات سريرية تدل على نقص الأندروجينية ، إلا أنه غير ضروري لإجراء التصنيف التشخيصي .

كما ينبغي قياس مستوى التستوستيرون في حالة الرجال الذين يعانون من عدم كفاية النعوظ نظراً لأن هذا النقص قد يكون ناتجاً عن قلة إنتاج الأندروجين .

التقييم السريري لخصوصية الرجل

ويتم قياس البرولاكتين في حالة الرجال المصابين بخلل وظيفي جنسي ، بما في ذلك نقص الشهوة الجنسية libido أو ضعف التعرُّف أو الذين تظهر عليهم علامات نقص الأندروجينية وانخفاض مستوى تركيز التستوستيرون وعدم ارتفاع مستوى الهرمون المنبه للجريب . ويجب إعادة تقييم مستويات الهرمون لدى جميع المرضى الذين ترتفع لديهم قيمة البرولاكتين . وقد يكون من المفيدأخذ ثلاث أو أربع من عينات الدم بفواصل 15 دقيقة بين العينة والأخرى بابرة شائكة بشكل متكرر وتسجل أدنى القيم . وقد يزيد مجرد الضغط البسيط المؤقت على ثقب الوريد من مستوى البرولاكتين في المصل .

فإذا ظل مستوى البرولاكتين عند إعادة القياس مرتفعاً ، ينبغي سؤال المريض عما إذا كان يتعاطى مهدئات tranquilizers أو سلبيرايد sulpride أو غير ذلك من الأدوية التي يمكن أن تزيد من تركيز البرولاكتين . كما ينبغي تقييم الوظيفة الدرقية تظراً لاحتمال ارتباط فرط برولاكتين الدم بقصور الدرقة . وفي الحالات التي يتواتر فيها ارتفاع تركيزات البرولاكتين باشكال لا يمكن إرجاعها في العادة إلى سبب آخر ، ينبغي تصوير الناحية الوطانية التخامية للكشف عن احتمالات الإصابة بورم قد يتخطى شكل الورم البرولاكتيني prolactinoma أو ورم الناحية الوطانية مثل الورم الفحفي البلعومي ، أو الورم الذي يسبب انضغاط الساقية التخامية .

ولا يستلزم التصنيف التشخيصي تقييم طلائع الأندروجين التي يكون منشؤها الكظر أو الحصتين ، أو مستقلبات الأندروجين مثل 5 - ألفا - ديهيدرو تيستوستيرون أو الإستراديلول . وقد تجري بعض المختبرات هذه القياسات على سبيل التجربة ، إلا أن مغزاها السريري أمر مشكلاً فيه ويمكن وصف قياس الإستراديلول لمعالجة بعض الرجال المصابين بالتدلي الذي يمكن أن يكون راجعاً إلى أورام كظرية أو خصوية .

ينبغي إجراء تحطيط حراري للصفن جمجمي المرضى الذين لديهم نفاف غير طبيعية ، الذين لا يظهرون من فحص الجهاز البولي التناصلي لديهم وجود علامات سريرية غير طبيعية . وذلك للكشف عن احتمالات الإصابة بقيقة دولالية دون السريرية . ويجري هذا التحطيط بإيقاف المريض عارياً مدة حوالي خمس دقائق في غرفة لا تتعدي درجة الحرارة فيها 22° م وذلك تحقيقاً للمساواة الحرارية بجلد الصفن ، ثم يقزم القائم بالاستقصاء أثناء وقوف المريض بجذب الصفن إلى الأمام بكلتا يديه ويوضع عليه شريطًا مرنًا يحتوي على بلورات سائلة حساسة للحرارة يعكس تغير لونها درجة حرارة الجلد الصنعي للصفن .

ولا تتعدي درجة حرارة جلد الصفن لدى الرجل السوي 33° م . وفي حالة الامتناء الرجوعي للضفيرة العمنية الشكل داخل الصفن ترتفع درجة حرارة جلد الصفن الذي يعلو هذه الضفيرة . ويستدل على ذلك من تغير لون البثورات السائلة بما يدل على تجاوز درجة الحرارة 33° م . ويجب تسجيل أي زيادة واضحة متناظرة أو لا متناظرة في درجة الحرارة . وإجراء مزيد من الاستقصاءات لإثبات وجود قيلة دولالية دون سريرية . وقد يعطي التحطيط الحراري نتائج إيجابية خطأة في حالة زيادة درجة حرارة الصفن بسبب مرض جلد الصفن أو التهاب البنى التخمية ، ولا سيما البرين . فإذا كانت نتيجة التحطيط الحراري للصفن سوية كان عدم وجود قيلة دولالية أمراً شبه مؤكداً .

الاستقصاءات التقنية الإضافية

الزوج

ويكمن ، بالإضافة إلى التخطيط الحراري إجراء تخطيط الصدئ بطريقة دوببلر الفاقع الصوت ، ولا سيما في الحالات التي تكون فيها نتائج التخطيط الحراري مشيرة للأشتباه . ويجب إجراء التخطيط الفاقع الصوت والمريض في وضعية الاستلقاء نظراً لوجود الشريان المخصوصي في الجبل المنوي . ويطلب من المريض أداء مناورة فلسلاقاً بأن يضع يده على قمة المفتاح ويفتح فيها من دون أن يسمح للهواء بالإفلات . وقد تختلف نسبات الشريان المخصوصي أثناء المناورة ، ولكن لا يتضرر أن يحدث جزر للدم . وبعد إنهاء المناورة قد يحدث دفق وردي زائد . وتميز الإصابة النموذجية بالقلبة الدوالية بحدوث جزر وردي أثناء المناورة ، وحدث دفق وردي شديد بعدها .

ويطلب تخطيط الصدئ بطريقة دوببلر مشاركة كافية من المريض وخبرة واسعة من القائم بالاستقصاء . وكثيراً ما يعطي هذا الاستقصاء نتائج إيجابية خطأة وذلك بسبب إساءة تفسير تقلص وارتفاع العضلات المشعرة ، مثلًا . وقد تكون النتيجة سلبية بسبب عدم كفأة الزيادة في الضغط الصدرى أثناء إجراء مناورة فلسلاقاً .

بالنسبة للمرضى الذين تظهر عليهم بوضوح علامات فرط برولاكتين الدم أو عوز موجهة الغدد التناسلية ينبغي تصوير الناحية الوطنية النخامية وتقدير ساحات الرؤبة . ويمكن في هذه الحالة إجراء استقصاءات إضافية مثل اختبار الهرمون المطلق للهرمون الملوتون LHRH وسائل اختبارات الوظيفة الوطنية النخامية .

وتجرى الخزعة الخصوية في حالة المرضى المصابين بفقد النطاف المجهول الأسباب الذين تكون أحجام خصامن سوية ويكون تركيز الهرمون المنبه للجريب FSH في المصل لديهم سوياً . ولا يجور إبراء هذا الخزع إلا عند توافر طرق جراحية مجهرية كافية لمعالجة الانسداد المحتعمل في مجرى النبي . ويفضل بعض اختصاصي الجراحة المجهرية تحبّب إجراء عمليات الاختراع حتّمية عرض الإجراء الجراحي المجهرى لما يسبّب الخطأ . ويبغي أن يرسم كل مركز سياسة الخاصة بعد مشاوراة اختصاصي الجراحة المجهرية . وينبغي عدم ثبيت السیچ الخصوي في مجلول الغور ملدهيد حتى لا يتحول ذلك دون التقييم النسيجي والخلوي الكافيين . وأكثر الحالات المستخدمة شيوعاً هي محاليل بوين Bouin أو ستيف Steive . وينبغي أن يتم تصنيف النسجيات الهستولوجيا الخصوية من أجل إجراء التصنيف التشخيصي على النحو التالي:

• وجود النطاف في النسجيات الناقلة للمني ، في حالة وجود طيف من السلائل المتسمة منطقة الكاملة في معظم النسجيات الناقلة للمني .

• عدم وجود نطاف ، في حالة عدم اكتساب الإطاف بسبب توقف الخلايا الجنسية المنتشة الذي يعرف باسم توقف التضخج ، في مستويات أرومة النطفة أو الخلية النطفية أو بزرة النطفة .

وليس من المفروض أن يكشف التشخيص عن الإصابة بمتلازمة خلايا سرتولي فقط أو التكك الرجالي للنسجيات الناقلة للمني وذلك لارتفاع مستوى تركيز الهرمون المنبه للجريب في المصل لدى مولاً، المرضى ، ومن ثم فلن يحتاج هؤلاء إلى إجراء الخزعة المخصوصية .

كما يفترض عدم وجود فحوص هستولوجيا غير متقدة وذلك لأن هؤلاء المرضى يتسمون ، من بين ما يتسمون به ، بصغر حجم المخصى ، ومن ثم فلن تكون المعايير الالازمة لإجراء الخزعة المخصوصية متوفرة لديهم .

التقييم السريري لخصوصية الرجل

التفاصيل الطبية المتعلقة بالزوج

الزوج

| اليوم | الشهر | السنة |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |

تاريخأخذ المعلومات من المريض

| اليوم | الشهر | السنة |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |

تاريخ الميلاد

سوابق المخصوصة

العقم

- أولي
 ثانوي

شهرًا

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

مدة العقم

استقصاء (أو استقصاءات)
و/أو معالجات العقم السابقة

- لا نعم *

* يرجى إضافة أي معلومات أخرى متوافرة .

الزوج

الباتنولوجيا أو المعالجة (أو المعالجات) ذات التأثير المحتمل في المخصوصية

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> السركري <input type="checkbox"/> مرض الجهاز التنفسى المزمن <input type="checkbox"/> أمراض أخرى * | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | * يرجى إضافة أي معلومات أخرى متوافرة |
| | | | | | | سوابق المرض |
| | | | | | | سوابق المعالجة الطبية |
| | | | | | | حمى مرتفعة خلال الأشهر الستة السابقة |
| | | | | | | السوابق الجراحية |
| | | | | | | سوابق الإصابة بعدوى بولية |
| | | | | | | سوابق الإصابة بمرض منقول جنسياً |
| | | | | | | سوابق الإصابة بالتهاب الرئتين |
| | | | | | | سوابق الإصابة |
| | | | | | | بمراضيات يتحمل أن |
| | | | | | | تسبب تلف المخصوصين |
| | | | | | | سوابق معالجة التهاب الرئتين الدوائية |
| | | | | | | سوابق الإصابة استيقاف المخصوصين |
| | | | | | | معالجة استيقاف المخصوصين |
| | | | | | | السن عند المعالجة |
| الجانب : الآمين - الآيسر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> التهاب الحصبة : الكافى <input type="checkbox"/> التهاب الحصبة لاسباب أخرى * <input type="checkbox"/> الإصابة * <input type="checkbox"/> لوي الحصبة * <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> لا يوجد | <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |

العامل الأخرى التي يتحمل أن تؤثر على المخصوصية

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> أخرى * | <input type="checkbox"/> الحرارة <input type="checkbox"/> عوامل سامة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | عوامل بيئية أو مهنية |
| | | | | | | أو عوامل بيئية أو مهنية معاً |
| | | | | | | الإسراف في تعاطي الحموم |
| | | | | | | تعاطي المخدرات |

معلومات إضافية

التقييم السريري لخصوصية الرجل

الوظيفة الجنسية والدفقية

متوسط تواتر الاتصال الجنسي في الشهر غير كاف سوي غير كاف*

النوع سوي سوي غير كاف*

الفحص البدني العام

الطول بالستيمترات

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

+ شاذ
نقص الأندروجينية
مرحلة ثانier

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

سوي سوي لا يوجد

ضغط الدم (مم زئيفي)

الشخص البدني العام

علامات الذكورة

ثدي الرجل (الثدي)

فحص الجهاز البولي التناصلي

القضيب

مبال مخاني ندوب سوي
 أعراض أخرى* لوريحات

الجانب : الأيمن - اليسير

 غير محسوستين
 شاذة *

اليمنى

مجسوستان
 طبيعي ، لكنهما

اليسرى

المخصبات

الموقع

الحجم بالملليمتر

 متغّلظ
 مؤلم
 كيسي

سريتان ، كلتاهما

البربخان

 غير محسوس
 متغّلظ

سريان

الأسهران

 غير محسوس
 أدرة

لا يوجد

تورم الصفن

 فتق

لا يوجد

القيلة الدوالية

 الدرجة الثالثة
 الدرجة الثانية

لا يوجد

 الدرجة الأولى
 دون السريرية

الزوج

فحص الجهاز البولي التناسلي (تابع)

فحص الأربين

اعتلال عقدي اتفي
ندوب النهاية
ندوب جراحية
فتق

- سري

مؤلمة
حالات أخرى

تورم لين
تورم صلب
مجوسة
غير طبيعي *

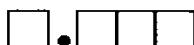
سوبي

فحص المستقيم
- البروستاتة

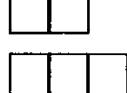
- الحويصلات المزوية
التخطيط الحراري بالتماس

تحليل الثاني

| السنة | الشهر | اليوم |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |



لم يتم
[إجراؤه]



لم يتم
[إجراؤه]



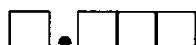
لا يوجد نعم



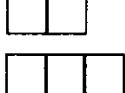
سويان غير طبيعي

تحليل الأول

| السنة | الشهر | اليوم |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |



لم يتم
[إجراؤه]



لم يتم
[إجراؤه]



لا يوجد نعم



سويان غير طبيعي

تحليل المني

التاريخ

مدة الامتناع (بالأيام)

تحليل النطاف المزوية

التركيز (10⁶/ملي لتر)
النسبة المئوية للتحرك

(ا) تقدم سريع في خطوط مستقيمة

(ب) تقدم بطيء أو لا يتخذ شكل خطوط مستقيمة

(ج) تحرك لا تقدمي

(د) لا تحرك

الحيوية (النسبة المئوية للنطاف الحية)

المورفولوجيا (النسبة المئوية للأشكال السوية)

اختبار الآلائي المناعي أو اختبار تفاعل أضداد MAR % (إيجابي) الفلوبولين المختلطة

التراس

تحليل البلازما المزوية

الحجم (بالملي لتر)

المظهر والتماسك

التقييم السريري لخصوصية الرجل

**تحليل المني (تابع)
الباءاء H**

الكيمياء الحيوية

كريات الدم البيض (١٠^٦ / مل)

الخلايا المدورة الأخرى (١٠^٦ / مل)

الزرع

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير طبيعين <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير طبيعين <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |
| <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> سلي |

تصنيف المني

نطاف منوية مكسوة بالأضداد

مني سوي

نطاف سوية مع تراص ،

بلازمـا منوية غير طبيعـة أو كريـات الدـم البيـض

امـسـاخـ النـطـاف

قلـةـ النـطـاف

فقدـ النـطـاف

انـعدـامـ المـني

اختبارات إضافية

السائل البروستاتي أو
البول التالي لتدليل البروستات
البول التالي لزعة المجماع

التحري عن الدم والبول

مستوى تركيز الهرمون المنبه للجريب في
الإيلازـماـ (وحدة دولـية / لـ)

تركيز الاستروستيرونـ فيـ البـلاـزـماـ
(غـولـهـ / لـ)

البرولاكتـينـ (ـميـليـ وـحدـةـ / لـ)

نتـيـجةـ إـعادـةـ قـيـاسـ الـبرـولاـكتـينـ
(ـميـليـ وـحدـةـ / لـ)

النـسـطـ الـنـورـيـ لـ الـكـرـيـاتـ الـبـيـضـ

المـزـعـةـ الـخـصـورـةـ

تطـبـيـطـ الصـدـىـ بـطـرـيـقـ دـوـبـلـرـ

الـسـرـجـ الـتـرـكـيـ

استـصـاصـاتـ أـخـرىـ

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه * <input type="checkbox"/> غير طبيعي * <input type="checkbox"/> توجد نطاف | <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> غياب النطاف | <input type="checkbox"/> نطاف سوية <input type="checkbox"/> غير طبيعي * <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> نطاف سوية <input type="checkbox"/> غير طبيعي * <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض | <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سري <input type="checkbox"/> لا توجد نطاف منوية <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> غير طبيعي * | <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |
| <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سري <input type="checkbox"/> لا توجد نطاف منوية <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> غير طبيعي * | <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |
| <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سري <input type="checkbox"/> لا توجد نطاف منوية <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> غير طبيعي * | <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |
| <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سري <input type="checkbox"/> لا توجد نطاف منوية <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> غير طبيعي * | <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |
| <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> غير طبيعي <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه | <input type="checkbox"/> سلي | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> مرتفع | <input type="checkbox"/> سري <input type="checkbox"/> لا توجد نطاف منوية <input type="checkbox"/> سوي <input type="checkbox"/> منخفض <input type="checkbox"/> غير طبيعي * | <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه |

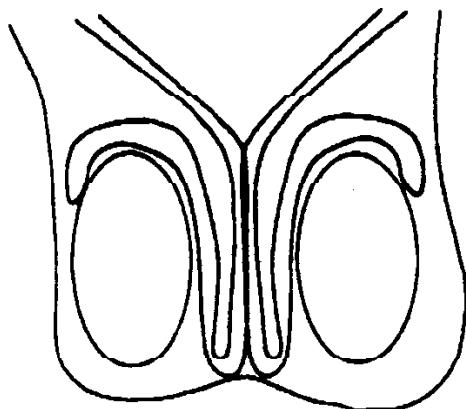
الزوج

اختبارات إضافية (تابع)

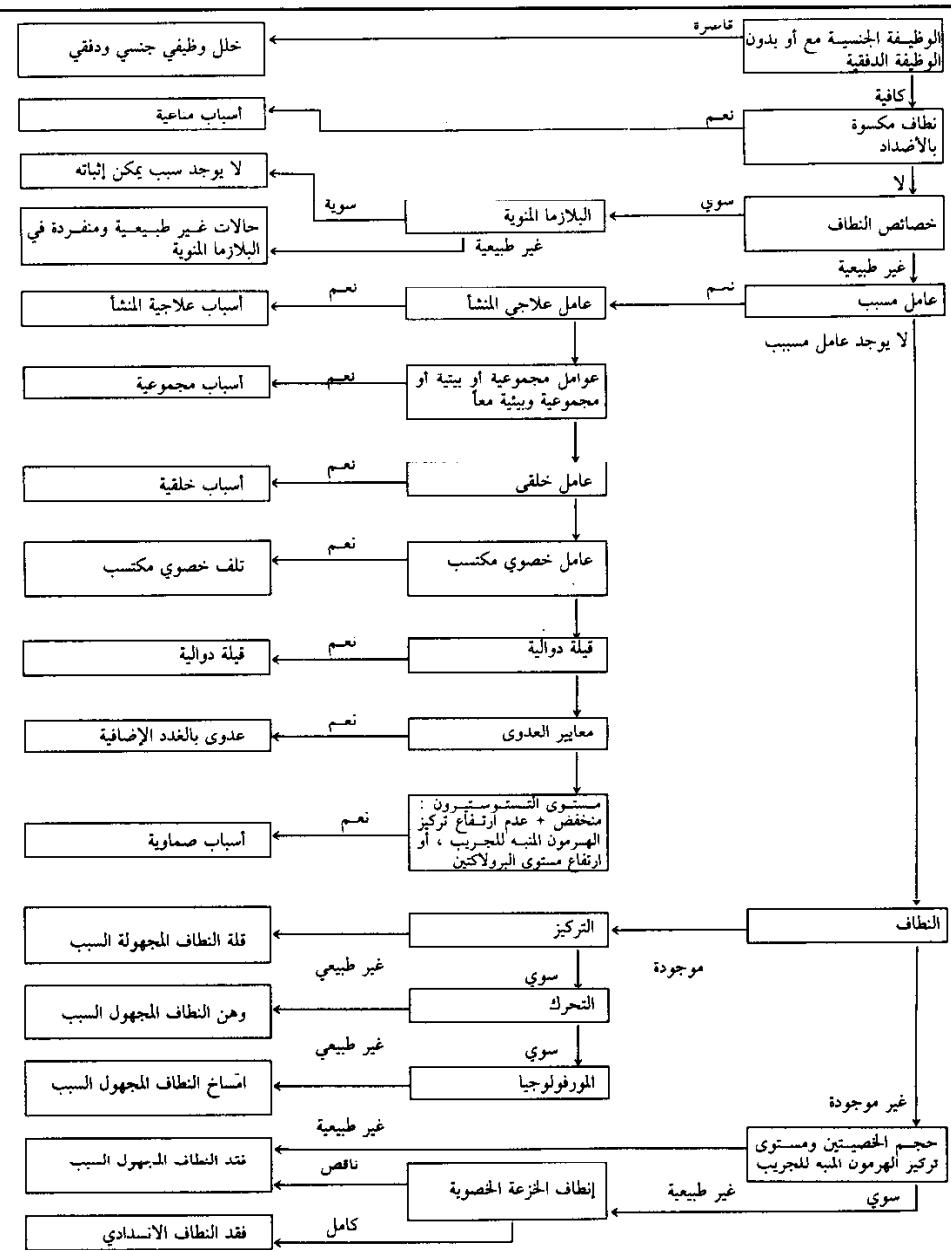
التشخيص

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> قيلة دولية | <input type="checkbox"/> خلل وظيفي جنسي مع أو بدون خلل دفعي |
| <input type="checkbox"/> عدوى الغدد الإضافية عند الذكر | <input type="checkbox"/> أسباب مناعية |
| <input type="checkbox"/> أسباب صماءة | <input type="checkbox"/> لا يوجد سبب يمكن إثباته |
| <input type="checkbox"/> فلة النطاف المجهولة السبب | <input type="checkbox"/> حالة غير طبيعية ومتغيرة في البلارما المنوية |
| <input type="checkbox"/> وهن النطاف المجهول السبب | <input type="checkbox"/> أسباب علاجية المنشأ |
| <input type="checkbox"/> انساخ النطاف المجهول السبب | <input type="checkbox"/> أسباب مجموعية |
| <input type="checkbox"/> فقد النطاف المجهول السبب | <input type="checkbox"/> شذوذات خلقية |
| <input type="checkbox"/> فقد النطاف المجهول السبب | <input type="checkbox"/> تلف خصوي مكتسب |

معلومات أخرى



التقييم السريري لخصوصية الرجل



المعايير الموضوعية

أجري ، بالاستناد إلى التعريفات العملية المذكورة آفأ ، تقييم ن כדי لإجراء استقصاء وتشخيص العقم عند الجنسين ، مع إيلاء اهتمام خاص لعلاقة مختلف سوابق المرض والمعالجة والعلامات السريرية المختلفة بتشخيص ومعالجة المريض بالعقم ، كما تم تصحیح السیل والتعريفات التشخيصية .

وي ينبغي ، عند اللزوم ، تحليل عيتيں من المي وفقاً للإجراءات المذكورة في دليل منظمة الصحة العالمية المخبري لفحص التأثير بين المي والنظفة وبين مخاطر عنق الرحم في الإنسان (طبعة جامعة كمبريدج للنشر ، الطبعة الثالثة، 1992) ، وتصنيف كل من العيتيں على حدة داخل إحدى الفئات التصاني الواردة أدناه ، وتستخدم المي التي تتعلى أعلى سرتبة لتحديد فئة تصنيف مني المريض .

المعايير الموضوعية
لثبات التشخيص في
مجال المعالجة البسطة
للعقم عند الذكر

اختبار فناعل أصداد الغلوبولين المختلطة MAR أو اختبار الالائى المناعية IB : < 10% من النطاف المنوية المتحركة مكسوة بالأصداد .

النطاف المنوية
المكسورة بالأصداد

النطاف
توكين النطاف المنوية : ≤ 20.0 مليون / ميلي لتر
وتحركها : ≤ 25% درجة تحركها A ، < 50% درجة تحركها B + A
والمورفولوجيا : ≤ 30% ذات رؤوس سوية الشكل .
واختبار فناعل أصداد الغلوبولين المختلطة MAR أو الالائى المناعية IB : ≥ 10% من النطاف المتحركة مكسوة بالأصداد ولا يوجد تراص .

النطاف منوية
سوية مع بلازما منوية
سوية

البلازما المنوية
الحجم : ≤ 2,0 مل
والملتهن والتماسك : سويان
والباهاه pH : من 7,2 وحتى 7,8 .
والكيمياء الحيوية : سوية
وكريات الدم البيض : أقل من مليون / مل
والزرع : سلبي ، أي أقل من 1000 جرثومة لكل مل .

النطاف سوية ومتراصة ،
أو مصحوحة ببلازما منوية
غير سوية أو كريات دم
بيض

النطاف المنوية
كامذكورة تحت بند « مني سوي » والتراص = نعم
بلازما منوية
أو الحجم : > 2,0 مل
أو الملتهن أو التمسك أو كلاهما معاً : غير طبيعي
أو الباهاه pH : أقل من 7,2 أو الباهاه pH أكثر من 7,8
أو الكيمياء الحيوية : غير طبيعية
أو كريات الدم البيض : < مليون / مل
أو الزرع : إيجابي ، أي أكثر من 1000 جرثومة لكل مل .

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| الزوج | أمساك النطاف |
| النطاف | |
| تركيز النطاف : $\leq 20,0$ مليونا / مل وتحركها : $\leq 25\%$ درجة تحركها A (تقدم سريع في خطوط مستقيمة) وشكلياؤها : $\leq 30\%$ ذات رؤوس سوية الشكل | |
| النطاف | وهن النطاف |
| تركيزها : $\leq 20,0$ مليونا / مل وتحركها : $> 25\%$ درجة تحركها A | |
| النطاف | قلة النطاف |
| تركيزها : $> 20,0$ مليونا / مل | |
| النطاف | فقد النطاف |
| تركيزها 0.0 / مل وبالرما منوية حجمها : < 0.0 مل | |
| بالرما منوية حجمها : 0.0 مل | العدام المني |
| ويؤخذ التصنيف الشامل للمني باغماره التصنف الأعلى ، نسبة للع Sutton حيث تتباوا « النطاف المنوية المكسوة بالأضداد » أعلى المراتب ويتباوا « انعدام المني » أدنى المراتب . | |
| بالاستناد إلى تصنيف المريض ، وسوابقه المرضية والعلاجية الكاملة ، والفحص البدني والاختبارات التشخيصية الإضافية تحدد لسمير مريض إحدى فئات التشخيص المذكورة أدناه طبقاً لخريطة المجريات flowchart (انظر صفحة 32) ويوصى بالتوصل إلى بروتوكول تشخيصي كامل لكل مريض على حدة عن طريق وضع علامات أمام اللام المكتوب بالخريطة . ويجوز أن يوجد للحالة الواحدة أكثر من تشخيص سبي . | |
| خلل الوظيفة الجنسية أو الدققة أو كليهما الخلل الوظيفي الجنسي أي الأسباب البدنية والنفسية الجنسية لعدم كفاية التمعظ أو عدم كفاية توافر الجماع أو كليهما . | |
| اضطراب الدفق | |
| حدوث الجماع بصورة سوية دون حدوث دفق (العدام الدفق) أو حدوث الدفق خارج المهل لأسباب وظيفية أو تشريحية (مثل الميال التحتاني) . | |
| الدفق الرجوعي | |
| شكل نوعي من أشكال اضطراب الدفق يتمثل في دفق المني داخل المثانة البولية لا خارج الجسم . وفي هذه الحالة يشكو المريض من انعدام | |

المعايير الموضوعية

التي ويكون البول التالي للإرجاز (لهزة الجماع) محتوياً على نطاف منوية .

ويشترط في كل التخسيصات الأخرى كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .

ويتم تشخيصه عندما يتبيّن أن نسبة النطاف المتحركة المكسوة بالأضداد أكثر من 10% في عينة واحدة على الأقل من المي ، وينبغي تأكيد هذا التشخيص باختبارات إضافية .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- وجود نطاف مكسوة بالأضداد .

وبعد هذا التشخيص صحيحاً في حالة كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية وتصنيف المي باعتباره سرياً .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- المي السري .

وتشمل هذه الحالات غير الطبيعية سواء النطاف المنوية مع وجود نتائج غير طبيعية في التركيب الفيزيائي أو الكيميائي الحيوي أو الحرثومي للبلا، ما المنوية ، أو زيادة عدد كريات الدم البيض أو التراص مع سلبية نتيجة اختبار اللائئي المباذعية IB أو اختبار تفاعل أضداد الغلوبولين المختلطة MAR في حالة المرضي ذوي النطاف المنوية السوية . ولا تتحقق لدى هؤلاء المرضى المعايير الالزامية لتشخيص عدوى الغدد الإضافية عند الذكر ، أو أي مرضيات أخرى . ولا يعرف مدى دور هذه النتائج غير الطبيعية في تسبّب العقم .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- سواء النطاف المنوية .
- البلازمـا المنوية غير السوية أو التراص أو وجود كريات دم بيض .

ولا يتم إجراء كل التخسيصات السمية التالية إلا في حالة تصنيف المي تحت فئة « فقد النطاف » أو « النطاف الشاذة » .

يكون تشخيص السبب بأنه علاجي المنشأ في حالة اعتبار شذوذ النطاف راجعاً إلى أسباب طيبة أو جراحية .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

السبب المناعي

علم وجود سبب يمكن إثباته

حالات غير طبيعية ومنزلة في البلارما المنوية

الأسباب العلاجية المنشأ

الزوج

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- النطاف غير سوية .
- سوابق المعالجة الطبية التي يمكن أن يكون لها تأثير ضار على الخصوبة .
- أو سوابق إجراء جراحة يمكن أن يكون لها تأثير ضار على الخصوبة .

أسباب مجموعية

ينبغي تسجيل هذه الأسباب في حالة اعتبار النطاف غير الطبيعية ذات صلة بمرض مجموعي أو بالإفراط في تناول الكحول ، أو عوامل بيئية أو بالإصابة بحمى مرتفعة حديثاً ، أو إذا كان المريض مصاباً بمتلازمة فقد حركة الأهداب (وهن النطاف مع تحرك تقدمي بنسبة أقل من 10% وسوابق الإصابة بمرض الجهاز التنفسى العلوي المزمن) .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- النطاف غير السوية .
- سبق الإصابة بمرض مجموعي منفرد أو متزون بإحدى الحالات التالية :
- الإصابة بحمى مرتفعة خلال الأشهر الستة الأخيرة .
- توافر عوامل بيئية أو مهنية أو بيئية ومهنية معاً .
- الإسراف في معايرة الحرير .
- إدمان المخدرات .

الأضطرابات الخلقية

وتشمل سبق الإصابة تبدل خصوي . وبذذرات النمط النمووي وفقد النطاف المنوية بسبب عدم التخلق الخلقي للحوصلات المنوية والأسهرين أو كليهما ، أو وجود بینات سريرية تدل على هذه الإصابة . ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدفقية .
- النطاف غير السوية .
- سبق الإصابة باستيقاف خصوي منفرد أو متزون بإحدى الحالات التالية :
- شذوذ موضع الخصيتين مع قابليةهما للجنس .
- غياب سوابق الإصابة بتلف خصوي مع عدم قابلية الخصيتين للجنس .
- غياب سوابق إجراء جراحة لاستصال الخصية .
- فقد النطاف مع سوء حجم الخصيتين .
- كون حجم الدفق < 2 مل والباهام $pII \geq$ من السوي أو عدم قابلية أي من الأسهرين للجنس .
- وشذوذ النمط النمووي للكريات البض .

التلف الخصوي المكتسب

ينبغي تسجيل هذا التشخيص عند اعتبار سبب النطاف غير السوية راجعاً إلى التهاب النكفيه المصحوب بالتهاب الخصية أو إلى مرضيات يمكن أن تسبب

المعايير الموضوعية

تلفاً خصوياً يتبع عنه نقص الحجم الخصوي عن 15 مل ، أو عدم قابلية إحدى الخصيتيين أو كليتهما للجس . ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدقيقة .
- النطاف غير السوية .
- الإصابة بمرض يمكن أن يسبب تلف الخصيتيين .
- كون حجم إحدى الخصيتيين أقل من 15 ملي لتر أو غير محسوبة .
- أو سبق الإصابة بمرض يمكن أن يسبب تلفاً خصوياً مصحوباً بالتهاب الخصية النكافي .

القيلة الدوالية

يشترط لاعتبار هذا الشخص سبباً للعقم أن يكون مرتبطة باضطراب يكشف عنه تحليل المني . ولا تعتبر هذه القيلة سبباً للعقم إذا ثبتت من التحليل أن مني المصاب بها سوي ، ومن ثم يصنف المريض على أنه حالٍ من الانزعاجات التي يمكن إثباتها .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدقيقة .
- النطاف غير السوية .
- وجود قيلة دوالية محسوبة أو دون السريرية .

علوى الغدد الإضافية الذكورية

يتم التشخيص بهذه العدوى في حالة إصابة المريض بقلة أو وهن أو امساخ النطاف المنوية وتحقيقه للمعايير التالية :

أ- السوابق المرضية والعلاجية والعلامات البدنية

- سوابق الإصابة بعدوى بولية منفردة أو مقرونة بإحدى الحالات التالية :
- التهاب البربخ .
- المرض المتقول جنسياً .
- تجلط البربخ أو إبلامه .
- تغلوظ الأسهر .
- نتيجة فحص المستقيم غير سوية .

ب- السائل البروستاتي

شذوذ السائل الناتج عن تميد البروستاتة أو شذوذ البول بعد تدليك البروستاتة ، أو كلاهما معاً .

ج- العلامات المتعلقة بالدفقات

- | | |
|---|------------------------------------------------------|
| 1 | زيادة عدد كريات الدم البيض على مليون في كل ملليمتر . |
| 2 | نمو عدد كبير من الجراثيم المعرضة نتيجة للزرع . |

الزوج

3 مظاهر البلازمـا المـنوية أو لـزوجـتها غير سـوية أو شـذـوذـها ولـزوجـتها مـعـاً غـير سـوية مع أو بـدون الـبـاهـاء pH ، أو نـاتـاجـ غير سـوية في الفـحـصـ الكـيـمـيـاـئـيـ الحـيـويـ .

وينبغـي وجود أيـ من التـولـيفـاتـ التـالـيةـ :

- سـوابـقـ الإـصـابـةـ أوـ العـلـامـةـ الـبدـنـيةـ معـ العـلـامـةـ الـبـرـوـسـتـاتـيـةـ .
- أوـ سـوابـقـ الإـصـابـةـ ، أوـ العـلـامـةـ الـبدـنـيةـ معـ العـلـامـةـ الـدـفـقـيـةـ .
- أوـ العـلـامـةـ الـبـرـوـسـتـاتـيـةـ معـ عـلـامـةـ دـفـقـيـةـ .
- أوـ عـلـامـاتـانـ دـفـقـيـاتـ علىـ الأـقـلـ فيـ كـلـ دـفـقـةـ ،
- أيـ :
- عـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ أـ وـعـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ بـ .
- أوـ عـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ أـ وـعـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ جـ .
- أوـ عـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ بـ وـعـلـامـةـ منـ المـجـمـوعـةـ جـ .
- أوـ عـلـامـاتـانـ منـ المـجـمـوعـةـ جـ فيـ كـلـ دـفـقـةـ .

أـلـبـابـ مـسـارـيـةـ

قدـ تـظـهـرـ عـلـىـ الـرـضـيـ الذـينـ تـرـجـعـ إـسـابـيـهـمـ بـالـعـقـمـ إـلـىـ أـسـابـ صـنـاوـيـةـ عـلـامـاتـ قـصـورـ الغـدـدـ التـانـاسـيـلـيـ ، إـلـاـ إـذـ الشـخـصـ لاـ يـكـونـ بـهـذـهـ الـأـسـابـ إـلـاـ فـيـ الـحـالـاتـ الـتـيـ لـاـ يـرـتفـعـ فـيـهـاـ مـسـتـوـيـ الـهـرـمـونـ الـتـهـيـ لـلـجـرـيـبـ فـيـ الـمـصـلـ معـ كـوـنـ مـسـتـوـيـ تـرـكـيزـ الـسـتـوـسـتـيـرـوـنـ فـيـ الـبـلـازـمـ مـنـخـضـاـ أوـ الـتـيـ يـتـكـرـرـ فـيـهـاـ اـرـتـقـاعـ قـيمـ الـبـرـوـلاـكتـينـ .ـ وـيـنـبغـيـ إـجـراءـ مـزـيدـ مـنـ الـاستـقـصـاءـاتـ لـاـكـشـافـ السـبـبـ عـلـىـ وـجـهـ التـحـديـدـ (ـ مـثـلـ فـحـصـ السـاحـةـ الـبـصـرـيـةـ ،ـ وـتـصـوـرـ السـرـجـ التـرـكـيـ ،ـ وـاخـبـارـ الـهـرـمـونـ الـطـلـقـ لـلـهـرـمـونـ الـمـلـوـقـ LHRHـ وـالـهـرـمـونـ الـمـلـطـلـقـ لـوـجـهـ الـدـرـقـ TRHـ)ـ .ـ

وـيـشـرـطـ لـصـحةـ هـذـاـ الشـخـصـ ماـ يـلـيـ :

- كـفـاـيـةـ الـوـظـيـفـةـ الـجـنـسـيـةـ وـالـدـفـقـيـةـ .
- النـطـافـ غـيرـ سـوـيـةـ .

انـخـفـاضـ مـسـتـوـيـ الـسـتـوـسـتـيـرـوـنـ فـيـ الـبـلـازـمـ مـعـ دـمـ اـرـتـقـاعـ مـسـتـوـيـ الـهـرـمـونـ الـتـهـيـ لـلـجـرـيـبـ فـيـ الـمـصـلـ ،ـ مـقـتـرـنـ أوـ مـنـفـرـدـ بـهـ يـلـيـ :

- تـكـرـرـ اـرـتـقـاعـ قـيمـ الـبـرـوـلاـكتـينـ .

لاـ يـجـوزـ إـعـطـاءـ تـشـخـيـصـاتـ وـصـفـيـةـ إـذـاـ لمـ يـكـنـ مـنـ الـمـكـنـ تـطـيـقـ أيـ مـنـ التـشـخـيـصـاتـ السـالـفـةـ الـذـكـرـ وـيـشـرـطـ أـنـ يـكـونـ الـتـيـ مـصـنـفـاـ تـحـتـ فـتـةـ :

قلـةـ ،ـ أـوـ وـهـنـ ،ـ أـوـ اـسـاخـ ،ـ أـوـ فـقـدـ النـطـافـ .

قلـةـ النـطـافـ الـمـجمـوـلةـ السـبـبـ

يـقـلـ هـذـاـ الشـخـصـ إـذـاـ كـانـ تـرـكـيزـ النـطـافـ أـقـلـ مـنـ 20ـ مـلـيـلـترـ وـأـكـثـرـ مـنـ صـفـرـ .

وـيـشـرـطـ لـصـحةـ هـذـاـ الشـخـصـ ماـ يـلـيـ :

- كـفـاـيـةـ الـوـظـيـفـةـ الـجـنـسـيـةـ وـالـدـفـقـيـةـ .
- النـطـافـ غـيرـ سـوـيـةـ بـقـلـلـهـاـ .
- عدمـ اـنـطـبـاقـ أيـ مـنـ التـشـخـيـصـاتـ الـأـخـرـىـ .

المعايير الموضوعية

يتطلب هذا التشخيص أن يكون تركيز النطفة سوياً مع انخفاض معدل التحرك (نسبة النطاف التي تقدم في خطوط مستقيمة سريعة أقل من 25%) .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدقيقة .
- النطاف غير السوية بوهنتها .
- عدم انطباق أي من التشخيصات الأخرى .

يتطلب هذا التشخيص أن يكون تركيز النطفة وحركتها سوياً مع انخفاض معدل المورفولوجيا السوية (نسبة الأشكال السوية الرؤوس أقل من 50%) .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الرؤية الجسدية والأذقية .
- النطاف غير السوية بamasخها .
- عدم انطباق أي من التشخيصات الأخرى .

يكون التشخيص بهذا الاضطراب إذا صفت حالة المريض على أنها حالة فقد للنطاف ، وأظهرت خرعة الخصوبة وجود طيف كامل من سلسلة النطاف في معظم النسبات الناقلة للمني . ولما كان إجراء الخرعة الكلوية مقصورة على المرضى الذين تكون أحجام خصاومهم سوية ويكون مستوى الهرمون المنبه للجريب لديهم سوياً ، فلابد من أن يتواافق هذان الشرطان أيضاً بالنسبة للتشخيص .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدقيقة .
- فقد النطاف .
- اختواء الخرعة الخصوبية على نطاف .
- أن يكون الحجم الخصوي الكلي ≥ 30 مل .
- أن يكون مستوى الهرمون المنبه للجريب في البلازما سوياً .
- عدم انطباق أي تشخيص آخر .

يكون التشخيص بهذا الاضطراب عندما يكون فقد المريض للنطاف مجهول المنشأ ، أي عندما لا يكون مؤهلاً لإجراء الخرعة الخصوبية بسبب صغر حجم خصاوميه أو ارتفاع مستوى تركيز الهرمون المنبه للجريب لديه ، أو عندما يكشف إجراء الخرعة الكلوية عن عدم وجود نطاف في النسبات الناقلة للمني .

ويشترط لصحة هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية الوظيفة الجنسية والدقيقة .
- فقد النطاف مع أو بدون :
- ارتفاع مستوى تركيز الهرمون المنبه للجريب في المصل .
- أن يكون الحجم الخصوي الكلي > 30 مل .
- أو عدم وجود نطاف في الخرعة الخصوبية .
- عدم انطباق أي تشخيص آخر .

ومن النطاف المجهولة السبب

أمراض النطاف المجهولة السبب

قلة النطاف الانسدادي

قلة النطاف المجهول السبب

الزوجة

المقدمة

عندما يرغب زوجان في استقصاء أسباب العقم لديهما تكون الزوجة عادة هي التي تحال إلى الطبيب ، وكثيراً ما تحضر إلى العيادة من دون أن يكون معها زوجها ، ويتم تسجيل سوابقها المرضية والعلاجية والفحوص التي أجريت لها قبل بدء الاستقصاءات التمهيدية . وعلى كل حال ينبغي الترتيب لمقابلة الزوجين معاً ، ويفضلي أن يتم ذلك في الموعد التالي وذلك نظراً لأن أهمية إشراك الزوج في استقصاءات أسباب العقم في مرحلة مبكرة . وتتيح مقابلة الزوجة على انفراد الفرصة لتوجيهه أسئلة تتعلق بحالات الحمل السابقة ، وسوابق الإصابة بأحد الأمراض المنقوله جنسياً ، وسوابق استخدام موائع الحمل ، وهي أسئلة قد تكون الزوجة أكثر استعداداً للإجابة عنها بصدق في غياب زوجها .

ويمكن استكمال أخذ المعلومات من الزوجة وفهمها فيزيارة الأزلى (انظر صفة 59) فإذا كان قد سبق استقصاء حالة الزوجين في مكان آخر ، فلا داعي لإعادة إجراء الاستقصاء ، ويكتفى بالاطلاع على التأثير السابقة وتسجيلها . وبعد استكمال الاستقصاءات تدرج حالة الزوجة في واحدة أو أكثر من فئات التشخيص الجيدة التحديد البالغ عددها 22 والتي يمكن أن تقوم العلاجة على أساسها (الجدول 2 - 1) .

ومن الممكن ، بل وليس من النادر ، أن يكون للمربيضة الواحدة أكثر من تشخيص ، وبالتالي يمكن تشخيص الحالة بأنها انسداد البوق وانعدام الإباضة معاً . ولا معنى لمعاجلة اعدام الإباضة من دون أن يكون قد ثبت أن بوقى المريضة منفتحان . ويختلف الترتيب المنطقي للاستقصاء في كل مريضة تبعاً لسوابقها المرضية والعلاجية . وعلى سبيل المثال تبلغ نسبة انتشار المرض البوقى في حالة العقم الأولي في البلدان المتقدمة أكثر من 20% ، ولكنها تتضاعف إلى 40% تقريباً في حالة سوابق إصابة المريضة بأحد الأمراض المنقوله جنسياً . وفي هذه الحالة الأخيرة من المريضات يكون تظير جوف البطن هو طريقة الاستقصاء التي تُحظى بالأولوية . أما في أفريقيا فيبلغ نسبة انتشار المرض البوقى في المريضات المصبات بعقم ثانوي 55% ، وترتفع هذه النسبة إلى 65% في حالة سوابق الإصابة بأحد هذه الأمراض ، وبذلك تتضح أهمية استقصاء حالة البوق سواء أكان من المعلوم أن المريضة سبق أن

أخذ القصة السريرية والسوابق

الجدول 2 - 1 الفئات التشخيصية للأئتي

| | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | خلل وظيفي جنسي |
| 2 | فرط برولاكتين الدم |
| 3 | آفات عضوية بالمنطقة الوطائية النخامية |
| 4 | ضهي ¹ (انعدام الطمث) مصحوب بارتفاع مستوى تركيز الهرمون المبه للجريب |
| 5 | ضهي مع كفاية مستوى الإستروجين الداخلي المنشا |
| 6 | ضهي مع انخفاض مستوى الإستروجين الداخلي المنشا |
| 7 | قلة الطمث |
| 8 | عدم انتظام الحيض أو الإباضة ، أو كليهما |
| 9 | انعدام مع انتظام الدورات |
| 10 | شذوذات خلقية |
| 11 | انسداد بوقى ثانوى (انسداد البوقين) |
| 12 | التصاقات خوضية |
| 13 | انتباذ بطاني رحمى |
| 14 | آفات رحمية أو عنقية مكتسبة |
| 15 | آفات بوقية مكتسبة |
| 16 | آفات ميopicية مكتسبة |
| 17 | سل ناسلي |
| 18 | أسباب علاجية المنشا |
| 19 | أسباب مجموعية |
| 20 | تشخيص غير مؤكدة (لم يتم تنظير جوف البطن) |
| 21 | نتيجة الاختبار التالى للجماع غير سوية |
| 22 | عدم وجود سبب يمكن إثباته |

أصبحت بأحد هذه الأمراض أم لا . ومع ذلك فلا بد في نهاية الأمر من استقصاء حالة كل مريضة استقصاء شاملًا بغية التوصل إلى تشخيص صحيح أو تشخيصات صحيحة . ويمكن مراقبة تطور عملية الاستقصاء إذا وضعت نسخة من خريطة المجريات في سجل الملاحظات الخاصة بالمريض (انظر صفحة 65) .

يُعرف العقم بأنه العجز عن المسجل بعد عام من الاتصال الجنسي المنتظم دون اتخاذ وسائل مانعة .

والعقم الأولي عند الآئتي هو عدم سبق الحمل . أما العقم الثانوي عند الآئتي فهو سبق الحمل سواء عن طريق نفس الزوج أو زوج آخر .

ومن المقبول أن يبدأ الاستقصاء بعد عام ، ولكن ينبغي استقصاء حالة المريضات المصابات بضهي أولي وضهي ثانوي طريل الأسد من دون أن تكون هناك ضرورة لانتظار مرور 12 شهراً .

ويتم إثبات مجموع حالات الحمل السابقة وحميلتها ، بما في ذلك حالات الإجهاض ، والإسقاط ، والانتباذ ، وحالات الحمل الرحمي ، ثم تسجيل تفاصيل كل حالة .

أخذ القصة السريرية والسوابق

سبق الخصوبة

الزوجة

وتمرّف الولادة القابلة للحياة بأنها ولادة رضيع يولد متّاً أو حجاً بعد إتمام الأسبوع العشرين من الحمل أو ولادة رضيع يزن أكثر من 500 غرام .

والاجهاض التلقائي هو فقد حمل ثبت حدوثه بالفحص بالموجات فوق الصوتية أو الفحص العياني أو الكيميائي الحيوي أو النسيجي قبل إتمام الأسبوع العشرين بعد بداية دور الحيض الأخير أو في حاله كون وزن الجنين أقل من 500 غ أو بجتماع الحالتين معاً .

وبينغى أن تتضمن المعلومات عن الإجهاض المعرض تفاصيل الحمل ، وما إذا كان شرعاً أو غير شرعي ، وطريقة إنهائه ، والمضاعفات التالية له سبب التأكيد بوجه خاص على احتمالات حدوث إنegan حوضى . ويزداد خطر حدوث انسداد بوقى ثانٍي بزيادة عدد حالات الإجهاض السابقة . ويتضاعف هذا الخطر تقريراً بحدوث حالة إجهاض واحدة ، ولكنه يتضاعف ثلاثة أضعاف تقريراً بعد ثلاث حالات أو أكثر . ويسبب المرض الحوضي الالهابي حدوث مضاعفات في حوالي 10% من حالات الإجهاض الانتخابية . ومهما قلنا فلن تكون فعالين في تقدير مدى مساهمة المثلثة المفترضة في حدوث الإننان التالي للإجهاض . وتقدر احتمالات حدوث المرض الحوضي الالهابي التالي للإجهاض بما يزيد بمقدار ثلاثة إلى ست مرات في النساء المصابات بعدوى عنقية لم تعالج ، بالمتلازمة الحوضية ، عنها في النساء غير المصابات بهذه العدوى ، كما تصاب بحوالي 20% من النساء المصابات بهذه العدوى ، بمرض حوضي النهائي تال للإجهاض .

ويجب تسجيل سوابق الحمل المتبدّل بما في ذلك تفاصيل العملية الجراحية التي أجريت ، لأن هذه التفاصيل سوف تمس الحاجة إليها لتوقع حدوث مضاعفات في حوالي 10% من حالات الإجهاض الانتخابية . ومهما قلنا فلن تكون فعالين في تقدير مدى مساهمة المثلثة المفترضة في حدوث الإننان التالي للإجهاض . وتقدر احتمالات حدوث المرض الحوضي الالهابي التالي للإجهاض بما يزيد بمقدار ثلاثة إلى ست مرات في النساء المصابات بعدوى عنقية لم تعالج ، بالمتلازمة الحوضية ، عنها في النساء غير المصابات بهذه العدوى ، كما تصاب حوالي 20% من النساء المصابات بهذه العدوى ، بمرض حوضي النهائي تال للإجهاض .

ويجب تسجيل سوابق الحمل المتبدّل بما في ذلك تفاصيل العملية الجراحية التي أجريت ، لأن هذه التفاصيل سوف تمس الحاجة إليها لتفسير نتائج اختبارات افتتاح البوق . وتبلغ نسبة حالات الحمل المتبدّل 10 - 15% من مجموع حالات الحمل في النساء اللواتي سبق أن حدث لديهن حمل بوقى ، وهي نسبة أكبر بأربعين مرة من النسبة الإجمالية لخطر حدوث حمل متبدّل .

فإذا كان قد سبق للمربيضة أن حملت حملًا رحويًا فينبغي التأكد من المتابعة الكافية لموجةه الـقند المشيمائية البشرية (hCG) ، وذلك للحد من خطر تجاهل حدوث سرطانة مشيمائية قبل تشخيص حدوث حمل آخر أو المساعدة على حدوثه . وفي العادة تستمر المتابعة باستخدام مستويات موجةه الـقند المشيمائية البشرية في البول مدة عامين بعد تفريغ الرحمي العدارية . وينبغي ثني المرأة ثانيةً صارماً عن الحمل إلى أن تظل هذه المستويات سوية على

أخذ القصة السريرية والسوابق

مدى عام على الأقل ، فإذا حدث الحمل قبل مضي العامين المخصصين للمتابعة بأكملها ، فينبعي استئناف هذه المتابعة بعد الولادة أو الإجهاض على أن تستمر مدة عامين آخرين .

ويتم تسجيل عدد أولاد الزوجة الحالية الأحياء بما في ذلك عدد الأولاد الأحياء لكل من الزوجين ، وذلك في إطار استقصاء حالة الزوجين ومدى رغبتهما في استمرار الاستقصاء . وقد تبين من الاستقصاءات التي أجريت لأكثر من 9000 زوج وزوجة خلال دراسة أجرتها المنظمة بين عامي 1980 و1986 . أن نسبة من أثروا الاستقصاء من الأزواج والزوجات المصاين بعقم أولي كانت 64% في حين كانت هذه النسبة أقل بين الأزواج والزوجات المصاين بعقم ثانوي .

ويجب تحديد المضاعفات التالية للوضع أو الإجهاض في آخر حمل ، نظراً لأن خطر تعرض المريضات المصاين بهذه المضاعفات لالنسداد البوقي الثنائي أكبر من الخطر الذي تتعرض له المريضات الالاتي لم يسبق لها أن أصبن بمضاعفات تالية للحمل . ففي الدراسة التي أجرتها المنظمة وأشير إليها في المقدمة ، أبلغت 3,1% من المريضات عن حدوث مضاعفات فورية تالية للإجهاض أو الوضع وكان أكثر من 75% منها متعلقاً بعدوى حوضية . ومن الأمور ذات الدلالة أيضاً سبق إجراء عمليات التجريف المتكررة التي يمكن أن تسبب التصاقات داخل الرحم (متلازمة آشرمان) .

ويتم تسجيل مدة العقم بالشهر ، وهي تمثل مجموع الأشهر المتواالية التي كان يتم فيها اتصال جنسي دون اتخاذ وسائل مانعة للحمل بعد أن يُطرح منه عدد الأشهر التي استخدمت فيها مواعيد الحمل ، مع مراعاة استساب مدد الانفصال أو الانتفاض عن الاتصال الجنسي .

ومن المهم معرفة ذلك عند توعية الزوجين لأن من غير المحتمل حدوث حمل تلقائي في حالة زيادة مدة العقم على ثلاث سنوات ، مما يجعل الاستقصاء والمعالجة ضروريتين لزيادة فرص الإنجاب . وقد كشفت الدراسة التي أجرتها المنظمة عن أن 8,9% من الأزواج والزوجات حققوا الحمل خلال مدة الاستقصاء . وكان هؤلاء الأزواج والزوجات ، كما يمكن أن يتوقع المرء ، أصغر سنًا من سائر الأزواج والزوجات ، كما كانت مدة عقمهم أقصر .

ينبغي ملاحظة وسيلة (أو وسائل) تطليم الخصوبة التي تكون قد استخدمت في أي وقت مضى في حالة الزوجة المصابة بعقم أولي ، أو التي تكون قد استخدمت منذ آخر حمل ، في حالة المرأة ذات العقم الثنائي .

ويبلغ الكثير من الدراسات الوبائية عن زيادة مخاطر الإصابة بمرض حوضي التهابي وبالتالي يعرض بوقى في حالة المريضات الالاتي يستخدمن اللولب (جهاز وحىي مانع للحمل) . وقد تبين أن استخدام أي نوع من أنواع اللولب في الماضي كان يؤدي إلى زيادة خطر حدوث العقم البوقي عنها في حالة عدم سبق استخدامه على الإطلاق بنسبة 2,6 ، وإن كان يظهر أن استخدام اللولب النحاسية يقلل من خطر الإصابة بالعقم البوقي ويظهر

سوابق استخدام موائع الحمل

الزوجة

من المقارنة بين عدد مستخدمات وسائل من الحمل الفموية وعدد مستخدمات اللوالب أن هناك مزوفاً عن استخدام اللوالب ، وذلك لأن لوسائل من الحمل الفموية تأثيراً واقياً من المرض الحوضي الالتهابي . وقد تبين من كثير من الدراسات أن تشخيص المرض الحوضي الالتهابي كان سريرياً أكثر من كونه موضوعياً كما كان الأطباء أكثر ميلاً إلى تشخيص هذا المرض عند معالجة المريضات اللائي يستخدمن اللوالب وظهور عليهن أعراض في أسفل البطن مما كانوا عليه في حالة المريضات اللائي لا يستخدمنها . ويفتهر أن تعدد شركاء المغارفات الجنسية ومعدل وقوع المرض المقول جنسياً يمثلان عاملين ترتبط بحدوث العقم البوقي في وقت لاحق أو ثق بكثير من عامل الترابط في حالة استخدام اللوالب .

وقد يحدث تأثر الإياضة بمجرد وقف استخدام مانع الحمل المأخوذ بالفم أو بطريق الحقن . وقد أظهرت دراسة قارنت بين مستخدمات مواعظ الحمل المأخوذة بالفم ومستخدمات الحواجز الانثوية تقارب المعدلات التراكمية في 30 شهراً من النساء متعددات الولادة 42 شهراً في النساء العديمات الولادة . ولمنع الحمل بالوسائل الفموية تأثير واق من المرض الحوضي الالتهابي بالملchorات البنية ، ويعتقد أن هذا التأثير يرجع إلى تكافؤ مخاطر عنق الرحم على نحو يشكل حاجزاً يحول دون حدوث عدوى صاعدة ، إلا أن هذه الوسائل قد لا تسمى من الإصابة بالتهاب البرق ، بغير المكررات البنية (كمالتدرة مثلاً) .

ينبغي الاستفسار عن استقصاءات العقم السابقة والطريقة التي عولج بها ، وذلك بتوصيل أي معلومات متوافرة وتسجيلها تجنبًا لإعادة إجرائها بلا داع وتوفيرًا للفقات لا ضرورة لها .

قد يسبب المرض المجهومي ضعفًا عاماً يساهم في حدوث العقم ، أو قد يكون له تأثيراً ضاراً على التسمية . ويرتبط السكري والمرض الدرقي بالتم ارتباطاً تقليدياً ، إلا أن السيطرة المُحَكَّمة على السكري والمعالجة الكافية للمرض الدرقي تقضيان عادة على دور هذين المرضين في حدوث العقم . وترتبط سوابق الإصابة بالسل بتشخصين تلف البوء . وينبغي تسجيل وتحديد الإصابة السابقة بأي مرض آخر قد يكون له تأثير ضار على الخصوبة .

قد تلحق بعض المعالجات الطبية الضرر بعملية الإياضة بصفة مؤقتة أو دائمة . ومن أسباب العقم العلاجية المنشأ العوامل السامة للخلايا ، وتشعيب البطن ، إلا أنها أسباب غير شائعة في المجموعة العمرية للنساء اللائي في سن الإنجاب التي يحتمل أن يتمثل أكثر دواعي استخدام هذه المعالجات انتشاراً فيها في معالجة الأورام اللمفية . وينبغي تسجيل سوابق استخدام الستيرويدات الجنسية وخصوصاً إذا كانت قد استخدمت لمعالجة اضطرابات الحيض مثل عسر الطمث أو غزارته . وقد لا تكون المريضة مدركة لتأثير هذه الستيرويدات على الخصوبة . ويجب ملاحظة استخدام الأدوية التي يمكن أن تسبب فرط برولاكتين الدم مثل الفينوثيازين (الجدول 2 - 2) .

سوابق استقصاء العقم

سوابق الإصابة بمرض مجموعي

المعالجة الطبية السابقة

أخذ القصة السريرية والسباق

الجدول 2 - 2 بعض الأدوية العلاجية التي قد يكون لها تأثير جانبي يضر بخصوصية الأنسى

| نوع الأدوية | علاقتها بخصوصية الأنسى |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| الماء والسوائل | المعالجة بالأدوية السامة للخلايا المستخدمة لمعالجة الخبائث |
| المضادات الحيوانية | تسبب في العادة ضئلي وانعدام الإباضة قد يزولان عند وقف المعالجة . |
| المضادات الحيوانية | موانع الحمل الفموية ، والأدوية البروجستيرونية المفعول ، والإستروجينات المأخوذة لضبط الدورة ، أو لمعالجة غزارة الطمث أو التوتر النفسي السابق للحيض قد تؤثر على مخاطر عن الرسم ، أو الإباضة ، أو الانفاس . |
| المضادات الحيوانية | الأدوية المساعدة للذهان |
| المضادات الحيوانية | الأدوية المساعدة للأكتاب |
| المضادات الحيوانية | الأدوية المساعدة لضغط الدم |
| المضادات الحيوانية | أدوية معالجة الأعراض المعدية |
| المضادات الحيوانية | المرور (أعراض الجهاز الهضمي) |
| المضادات الحيوانية | ويينغي تسجيل أي أدوية طيبة تستخدم في الوقت الراهن ومدة التعرض لها ، أما الأدوية السابقة فيينغي تجنب تسجيلها بالاعتماد على ذاكرة المريض وذلك خصية عدم تذكر لها على وجه الدقة ، كما أن من المحتل أن لا تكون هذه الأدوية قد ساهمت في حدوث العقم . وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة عدم وجود ارتباط واضح بين الاستخدام الطبي للأدوية وحدوث العقم . |

قد يساهم أي شكل من أشكال الجراحة البطنية في حدوث العقم . وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة أن استعمال الزائدة كان أكثر أنماط العمليات الجراحية البطنية شيوعاً إذ انفتح أنها أجريت لـ 11,2% من المرضيات ، ووصفت بأن « لها مضاعفات » في 15% منها ، تقريراً ، حيث تبين سوابق إصابتها بما يدل على التهاب الصفاق . وكان معدل وقوع

السباق الجراحية

الزوجة

الانسداد البوقي الثاني بين هؤلاء المريضات ، كما يمكن أن يتوقع المرء ، أعلى منه بين المريضات اللايبي لم تغير لهن عملية استئصال الرائدة . وكان وجود التصاقات حوضية أكثر توافراً بدرجة ملموسة بين المريضات اللايبي سبق إجراء هذه العملية لهن منه بين غيرهن ، بصرف النظر عما إذا كان هذا الاستئصال يعتبر « ذات مضاعفات » أم لا .

كما تتطوّي العمليات النسائية مثل تعليق الرحم البطني واستئصال كيسات المبيض والاستئصال الإسفيني ، تتطوّي كلها على معالجة النسج على نحو يؤهّب لتشكل الالتصاقات ويزيد من احتمالات حدوث خلل وظيفي بوقتي . كما أن المريضات اللايبي أجريت لهن عملية لإعادة الخصوبة وفتشلن في المسيل يمكن أن تظهر عليهن علامات المتم الذي يمكن أن يكون راجياً إلى البوّق وإن كان من الواجب البحث عن عوامل أخرى لاستبعاد تشخيص المزيد من الحالات التي يمكن أن يكون لها دور في إصابتهن بالعقم ، مثل تشخيص حالة الإباضة وتخليل مني الزوج . ومن الأسباب النادرة للعقم الناتج عن الجراحة ، والمسجلة رغم ندرتها هذه ، استئصال التخامي أو إزالة ورم غدي تخامي .

يجب سؤال المريضة عما إذا كان قد سبق لها أن أصبت بمرض حوضي التهابي منذ آخر حمل ، أو إذا كانت قد أصبت بهذا المرض على الإطلاق ، في حالة إصابتها بعقم أولي . وقد سبق ذكر المرض الحوضي الالتهابي وعلاقته بانهاء الحمل . وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة أن 11,7 % من المريضات ذكرن سبق إصابتهم بهذا المرض . وتبين أن جميع أشكال المرض البوقي بما في ذلك الانسداد الأحادي والثنائي ، والالتصاقات حول البوّق والالتصاقات المحيّية كانت أكثر شيوعاً في هؤلاء المريضات منها في غيرهن . ولم تسجل الدراسة مجموع العوارض وإن كان التحليل قد كشف عن أن التلف البوقي لم يكن أكثر شيوعاً بين المريضات اللايبي أكثر من عارضة منه بين اللواتي أصبن بعارضه واحدة فحسب .

كما أظهرت دراسة سابقة وجود علاقة مباشرة بين حالات المرض الحوضي الالتهابي الحاد المشخصة بتقطير جوف البطن ، وحدوث العقم . وأن خطر حدوث حمل متبدّل عقب الإصابة بالتهاب بوقتي حاد يزداد بمقدار عشرة أمثال ما هو عليه قبل هذه الإصابة . وأظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة انخفاضاً كبيراً في معدل وقوع الحمل التلقائي قبل إقام استقصاء العقم في المريضات اللايبي سبعة إصاباتهن بالمرض الحوضي الالتهابي ، وذلك بالمقارنة مع المريضات اللايبي لم يسبق لهن أن أصبن بهذه المرض (مقابل 12,8 %) .

سبت النتائج بأهمية تسجيل سوابق الإصابة بالمرض الحوضي الالتهابي التي حدثت، منذ آخر حمل أو التي حدثت على الإطلاق في حالة الإصابة بعقم أولي . ولا يجوز أن توجه إلى الزوجة ، في حضور زوجها ، أسئلة تتعلق بالأمراض المقولبة جنسياً . إذ لم يعترف سوى 3,7 % من النساء اللايبي شملتهن الدراسة التي أجرتها المنظمة بأنهن كن يعالجن في الماضي من أحد الأمراض المقولبة جنسياً . وكان نصف هذه الحالات تقريباً راجعاً إلى

سوابق الإصابة بالمرض الحوضي الالتهابي

سوابق الإصابة بالأمراض المقولبة جنسياً

أخذ القصة السريرية والسوابق

الجدول 2 - 3 النسبة المئوية للإناث اللواتي تم تشخيص حالاتهن على أن لها صلة بالالتهاب

| | |
|----------------------------------|-------|
| عدم وجود سوابق لدى أي من الزوجين | %26.6 |
| سوابق إصابة الزوجة فقط | %48.5 |
| سوابق إصابة الزوج فقط | %41.7 |
| سوابق إصابة الزوجين | %59.4 |

ملاحظة :

سوابق إصابة الزوج = مرض منتقل جنسياً

سوابق إصابة الزوجة = مرض منتقل جنسياً أو مرض حوضي التهابي ، أو كلاهما

السيلان ، في حين كان النصف الآخر راجعاً إلى أمراض غير محددة أو غير معروفة ، وكانت حالات عدوى المتدثرة تشكل نسبة مرتفعة منها . وقد ازداد معدل وقوع عدوى المتدثرة ازيداً كبيراً على مدى الأعوام القليلة الماضية وباتت إلى جانب السيلان السبب الرئيسي الثاني للمرض الحوضي الالتهابي العدوى التنسالية في أوروبا وأمريكا الشمالية . وترجع هذه الزيادة جزئياً إلى تحسن طرق التشخيص ، ولكنها ترجع أيضاً إلى الزيادة المطلقة في عدد الحالات . أمّا في البلدان الاستثنافية فكان معدل وقوع المتدثرة ومعدل وقوع المرض الحوضي الالتهابي بالملкорات البينة ، منذ 20 سنة ، متباوين تقريباً ، أما الآن فترجع نسبة 90% من الحالات إلى المتدثرة ، ونسبة 10% منها إلى السيلان . وأماماً في إنكلترا ، حيث تفوم جميع عيادات الأمراض التنسالية البولية بإرسال إحصائيات عن المرض المنتقل جنسياً إلى وزارة الصحة ، فكانت حالات العدوى التنسالية الانفعية (التي تمثل المتدثرة الحشرية غالبيتها) أكثر شيوعاً بقدر ضعفين ونصف الضعف في عام 1986 منها في عام 1976 .

ومن المحتمل أن يكون تغير نمط المرض المنتقل جنسياً في العالم الغربي راجعاً إلى الوعي بوجود المعالجة وتوافرها ، مما أدى إلى تزايد عدد الذكور والإإناث الساعين للحصول على معالجة الأعراض الدالة على الإصابة بعدوى تنسالية . وهو أمر قد يكون له تأثير محدود على انتشار العدوى التنسالية بالمتقدمة ، إلا أن حوالي ثلث النساء المصابات بهذه العدوى خاليات من الأعراض .

وتوضح معطيات المنظمة الواردة بالجدول 2 - 3 أهمية العرف على سوابق المرض المنتقل جنسياً في الذكر أو الأنثى فيما يتعلق بإجراء تشخيص ذي صلة بالعدوى .

ويتبين من تحليل الحالات التي كانت مصابة بمرض بوقى يؤدي إلى تشخيص ذي صلة بالعدوى أن سوابق إصابة أي من الزوجين بالمرض المنتقل جنسياً لم يكن معروفاً في أكثر من 25% من الأزواج والزوجات ، إلا أن معدل وقوع هذا المرض يرتفع ارتفاعاً كبيراً بوجود سوابق إصابة أحد الزوجين أو كليهما به .

وقد يكون المرض المنتقل جنسياً مصحوباً أو غير مصحوب بنجاح مهملي كرية الرائحة ، ولكن يشفي ، إذا ثبت الفحص وجود هذا النجيف ،

الزوجة

تسجيل غطه واجراء الاستقصاءات الازمة عليه بما في ذلك اختبارات التأكيد من الإصابة بالمتقدرة المفرطة ، والنيسرية البشية أو سدم الإصابة بها .
وليس للمفطورة دور حاسم في حدوث العقم سواء عند الرجل أو المرأة . ولا يستلزم التصنيف التشخيصي اكتشاف وجودها .

ينبغي التدقيق في سؤال المرأة عن أي سابقة لحدوث إفراز من أي من الملتحمن . ويتم التتحقق من طبيعة المفرز المأخوذ إذا أخذنا في الاعتبار أن المفرز المشوب بالدم يمكن أن يكون دلالة على مرض عضوي بالثدي أكثر منه تماماً في النساء الصغيرات . وطبعاً لمطاعيم المنظمة فقد أبلغت حوالي 10% من النساء عن إصابتهن بشر اللثتين ولكن 20% فقط متنهن كن مصابات بفرط برولاكتين الدم .

سوابق حدوث سائر الأعراض

قد تساهم معرفة عوامل معينة مثل دين الزوجين ، في استئصاء العقم ومعالجته بعد ذلك . وقد تقتصر القيدية أو الأخلاقية الانصاف الجنسي على أوقات معينة من الدورة مما قد يكون سبباً للعقم لدى النساء اللائي يطولن مدة الدورة لديهن أكثر من العادي . وعلى الرغم من أن بعض الديانات تحرم الاستمناء فهناك رغبات ذكرية بلاستيكية جماع التي ينبغي توفيرها للمحتاجين إليها من الأزواج والزوجات لتحكمهم من تحليل المني . ويجب عدم استخدام الرجالات الذكرية المادية شخصية تأثيرها على ميراثه النطاف المنوية ، كما أن الإخصاب في الزجاج غير مقبول بالنسبة لبعض المجتمعات .

العوامل الأخرى التي يمكن أن تضر بالخصوبة

وقد كان استئصاء العوامل **البيئية والمهنية** فيما يتعلق بالإيجاب مرئياً على آثار هذه العوامل على الإنطاف وعلى المضفة والجبن ، وكان قليل التركيز على آثارها في خصوبة الأئذن . ولما كانت الدراسات التي أحريت ذات طبيعة وبائية لا سريرية في العادة ، فقد كانت التعرفيات التي وضعتها لفunas التشخيص المستخدمة لوصف حالة العقم عند المريضة ناقصة إلى التحديد الدقيق .

وكثيراً ما يؤدي التدريب البدني المكثف والتمرين المجهد إلى إصابة المرأة بانعدام إياضية وانقطاع الحيض . و يحدث ذلك بشكل خاص لعداءات المسافات الطويلة والراقصات المحترفات ، البالإثنى يكشف الاستئصاء عن إصابتها بانخفاض مستوى الهرمون المنبه للحيض ، والهرمون الملوّن ، مع انخفاض مستويات الإستروجين .

كما يعين مواجهة المشكلة المتمثلة في إزالة آثار التدخين ، والكحول ، والتنفسية . فقد يكون هناك ارتباط بين التدخين والمشكلات الجنينية ، كما قد يكون هناك ارتباط بين الكحول والأداء الإيجابي .

وقد أفادت التقارير أن التعرض للمواد الواردة في الجدول 2 - 4 سبب اضطرابات حيوانية منها تغير جريان الحيض واحتلاله ، 11 دورة على نحو قد يؤثر على الإباضة .

الجدول 2 - 3 الموارد التي يمكن أن تسبب اضطراب الحيض

| |
|-------------------------------------------------------------------------|
| الأصباغ العضوية / أصباغ النيلين |
| البترول ، والطolloين ، والزيلين |
| النفط (مناعة الأذنية) |
| النفط ، والهيدروكربونات المكلورة (صناعة المطاط) |
| الورنيش السيليكوني العضوي (صناعة العوازل الكهربائية) |
| الزيت المدنى ، وزيوت العفص ، وألياف البريليايد (مناعة المسروقات) |
| التيتين والبيوريا ، والفورملنديهيد (الفورمول) ، وتللاي الكلورو أثيلين |
| أكسيد الأثيلين والرثيق غير العضوي |

وقد يكون لسبق إدمان المخدرات وتعاطيها علاقة بالعقم ، إذ يغير تعاطي كميات كافية من الهرمون نمط الحيض لدى المدمنات موسِّعاً بذلك إلى إعاقة الحصوية . وقد يستمر هذا التأثير بعد الإقلاع عن الإيمان . ومن الضوري إجراء مزيد من البحوث المستقبلية ذات التفاصيل السريرية في مجال الآثار البيئية والمهنية المحمولة على حصوية الأنثى .

يبني توخي الدقة إلى أقصى حد ممكن في توثيق سوابق الحيض وذلك عن طريق الإنتم بالتعريفات .

ويجب تدوين من بده الحيض نظراً لارتباط تأخر بدء الحيض بالأضطرابات الإياسية ، فإذا لم يسبق أن حدث للمرأة حبيب تلقائي فهي مصابة بضھي أولى . أما الضھي الثاني فيُعرَف بأنه غباب الحبيب مدة تزيد على ستة أشهر . وقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة أن 42.4% من مصابات بضھي ثانوي . ويتم تسجيل دورة الحبيب على أنها مستقطمة إذا تراوح طول دورة الحبيب بين 25 و 35 يوماً ، ويتم تدوين متوسط طول الدورة وكمية الحبيب المطروح . فإذا تجاوز طول الدورة هذه الحدود كان نمط الحبيب غير صوي وهذا يحدد أطول دورة وأقصر دورة تحدثان خلال الأشهر الستة الأخيرة ، ثم يتم إدراج حالة المرأة ضمن إحدى فئات الحبيب التالية :

• الحبيب المنتظم

قلة الطمث (نزف حيسي تلقائي يحدث على فترات تراوح بين 36 يوماً و 6 أشهر)

سوابق الحبيب والإياسة

-

-

-

-

تعدد الحبيب (دورات ثابتة طول كل منها أقل من 25 يوماً) .

الحبيب غير المنتظم (في حالة عدم ثبات الحبيب مع وجود أي نمط حيسي آخر) .

و يتم ملاحظة مدى حدوث عسر الطمث أو عدم حدوثه ، فقد تكون طبيعته أو وخامته دليلاً على الإصابة بمرض كامن . وعدم حدوث الم أو حدوث الم ضئيل للغاية أثناء أدوار الحبيب أمر عادي ، إلا أن عسر الطمث الملحوظ أو زيادة الألم قد يكونان علامات على الإصابة بمرض حوضي مثل الانبهاد البطاني الرحمي أو المرض الحوضي الالتهابي .

الزوجة

ويكفي أن يكون تسجيل تاريخ اليوم الأول من دور الحيض الأخير مفيدة في تفسير نتائج الاستقصاءات اللاحقة ، بشرط أن تُجرى هذه الاستقصاءات في تلك الدورة وأن تتم أيضاً ملاحظة الدورة المقبلة .

سوابق الجماع

يتفاوت معدل تكرار الجماع المبلي تفاوتاً كبيراً إلا أن تحديد مدى كفاية التواتر العادي يتوقف على معرفة الزوجين بدور الخصوبة من ناحية ، وعلى انتظام دورات الحيض والإيابضة من ناحية أخرى . ويشتمل العامل المتعلق بالعقم في توقيت الاتصال الجنسي لا في التواتر المطلق لحدوث هذا الاتصال .

ويعتبر حدوث الاتصال الجنسي أكثر من مرتين في الشهر كافياً في حالة قدرة الزوجين على توقيت هذا الاتصال بحيث يحدث خلال دور الخصوبة . أما في حالة عدم انتظام دورات الحيض أو إذا كان الزوجان يعتقدان أن يتضاديا الكرب النفسي الناجم عن ممارسة هذا الاتصال وفق جدول زمني ثابت ، فإن حدوث هذا الاتصال مرتين في الأسبوع قد يكون كافياً . ويكتفى أن تعطي لوحات درجات حرارة الجسم الأساسية مؤشراً تافعاً ورخيصاً على احتمالات حدوث الإيابضة . ويتمأخذ درجة الحرارة بوضع ميزان حرارة طبي تحت اللسان فور الاستيقاظ في الصباح ، وتعين درجة الحرارة على لوحة (الملحق ١) طيلة دورة الحيض . وسوف تظهر اللوحة أثناء دورات الإيابضة نظماً ذا مرحلتين ، مع حدوث الإيابضة قبل ارتفاع درجة الحرارة في النصف الثاني من الدورة ، ويعتقد أن هذا الارتفاع ناجم عن انتشار البروجستيرون مع الدورة الدموية .

فإذا ، ظهر على اللوحات أن درجات حرارة الجسم الأساسية ذات مرحلتين بصورة منتظمة فهي تشير إلى وقت الإيابضة على وجه التقريب وعندئذ يمكن أن تكون مفيدة ، في ترشيد تواتر الجماع وتوقيته . وليس من المستحسن على العموم تسجيل التسجيل المطول للدرجات حرارة الجسم الأساسية ، بسبب العبء التفيلي الذي تلقيه هذه المدowمة على كاهل الزوجين وعلى العلاقة بينهما . ولا يمكن تشخيص الإيابضة باستخدام اللوحات ذات المرحلتين ، وعلى العكس من ذلك ، فإن اللوحات ذات المرحلة الواحدة لا تدل دائماً على عدم حدوث الإيابضة .

وقبيل الإيابضة مباشرة تحدث زيادة مفاجئة في الهرمون الملوثن LH يساعد قياسها على التكهن بوقت الإيابضة . وتوافر عتائد لرصد مستويات هذا الهرمون في البول ، ولكن لا يجوز التشجيع على استخدامها بانتظام وذلك تقليدياً للضغط النفسي الناجم عن توقيت الجماع بالإضافة إلى التكلفة المادية للعائد .

ويم تسجيل حدوث حسر الجماع وتحديد ما إذا كان سطحياً أو عميقاً . فقد يكون حسر الجماع السطحي أو العميق سبباً في تقليل مرات الجماع ، وذلك بالإضافة إلى كونه عَرَضاً يشير إلى وجود مرض حوضي . وقد يكون حسر الجماع ناجماً عن التهاب الفرج والمبيل ، كما أن وجود الألم العميق يعتبر علامة على الإصابة بانتبذ بطاني رحمي ، أو مرض حوضي التهابي .

التقييم السريري لخصوصية الأنثى

التقييم السريري
لخصوصية الأنثى
الشخص البدنى

ينبغي فحص الزوجة في غياب زوجها ، حتى في حالة مقابلة الزوجين معاً؛ فإن ذلك يتبع فرصة مثالية لضمان وصوح الإجابة عن أسئلة قد تكون الزوجة راغبة في كتمانها عن زوجها .

الفحص العام

يتم تسجيل طول المريضة وزنها حتى يتسمى حساب مناسب لكتلة الجسم أو الوزن مقسوماً على (الطول)² بالكيلوغرام² (الملحق 2) . والمناطق السوي للمجموعة الأنثوية (العرقية) التي تنتهي إليها المريضة قبل استخلاص نتائج معينة وثمة ارتباط بين الوزن المطلق والاضطرابات الإيابية ، ولكن هناك أيضاً فروقاً جغرافية يجب مراعاتها . وعلى سبيل المثال فقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة أن 24% من المريضات في البلدان المتقدمة كانت إياضتهن مسيطرة على الرغم من وراثتهن الراد ، ولكن 35% من المريضات المصابات باضطرابات إيابية كمن مفرطات الوزن . وفي منطقة شرق المتوسط بلغت نسبة النساء اللاتي يعتبرن مفرطات الوزن 74% ، ولكن النسبة المئوية للمربيضات المفرطات الوزن المصابات باضطراب الإيابية كانت تمايل النسبة المئوية للمربيضات المفرطات الوزن ذوات الإيابنة السوية وفي جميع الأقاليم الجغرافية كانت فئة الطمث الالإيابنية أكثر شيوعاً بين النساء الناهضات الوزن .

والوزن المغير ينطوي على دلالة أكبر من دلالة الوزن المطلق . فقد أظهرت الدراسة التي أجرتها المنظمة أن زيادة أو نقص وزن الجسم بنسبة 10% كانت مرتبطة في العام الماضي بحدوث اضطرابات حيبية ولا إيابية ، وأن حدوث قلة الطمث والضعي المصحوبين بانخفاض مستوى الإستروجين زاد بين المريضات ذوات الوزن المتغير بأكثر من 10% في العام الماضي .

ويم إجراء الفحص البدني الشامل للكشف عن وجود اضطراب قلي وعائي أو تنفسي ، أو معدني معوي ، أو في الجهاز البولي قد يساهم في حدوث العقم . ويستهدف الفحص النوعي البحث عن علامات قد تدل على احتمال الإصابة بشذوذات صماء أو نسائية .

وي ينبغي تسجيل ضغط الدم ، فإذا كان عالياً كان من الواجب استقصاؤه ومعالجته قبل بدء معالجة العقم .

ويتم تقييم شكل الجسم والقامة لاسيما في حالات الضھي الأولى حيث يدل قصر القامة مع الرقبة الوراء على الإصابة بممتلازمة تيرنر ، كما أن طول القامة يمثل عادة إحدى علامات الاستثنات الخصوصي .

كما يتم فحص وتقييم الخصائص الجنسية الثانية أي توزع الشعر ونمو الشدين ، وينبغي تسجيلها وتحديد ما إذا كانت سوية أو غير سوية ، وملاحظة تفاصيل الحالة غير سوية إن وجدت .

ويعكس التوزع السوي لشعر الاختلافات الأنثوية (العرقية) والمالية الكبيرة . فإذا ظهر أن جسم المرأة ذو شعر زائد تُقدر درجاته طبقاً للنظام

الزوجة

الذي وضعه فيريمان وغالوي (الملحق 3) لتقدير درجات الزيت في النساء . وتخالف مواضع نمو الشعر من مريضة لأخرى فمثلاً قد تتميز إحدى المريضات بنمو الشعر على وجهها في حين تميز أخرى بفروط نمو الشعر على أسفل البطن والفخذين . ويتم تسجيل سعة مواضع تقسم كل منها إلى أربع درجات . ويدل إحراز أكثر من 6 درجات . (في حالة مريضات الجنس القوقازي) على شذوذ توزع الشعر الذي قد يكون مرتبطة بفرط الأندروجينية الذي يمكن أن يكون منشؤه الكظر أو المبيض وهي ظاهرة يجب استقصاؤها . وقد تختلف المجموعات السكانية ذات الأصول الآتية (العرقية) المختلفة ، من حيث المد الأعلى لسوء توزع الشعر ، وينبغي أن يقتصر كل مركز بتقدير هذا المد .

ومن غير المحتمل أن يكون نمو الثديين غير سوي في المريضات اللائي يأتين الحيض غير الطبيعي ولكن وجود هذا الشذوذ في المريضات المصابة بضھي أولى قد يدل على نقص الإستروجينية . وتتيح المعاينة التفصيلية للثديين والهالة والخلمة تسجيل مرحلة تائز (الملحق 4) .

ويمكن أن يحدث ثرالب عن طريق ضغط الهالة برفق بين السباينة والإبهام . وينبغي أن يثبت من فحص النجيج تحت المجهر وجود كريات دهنية ، وإلا وجب النظر في احتمالات وجود مرض ثديي عصوي واستبعادها .

ثبت معاينة البطن ما إذا كان هناك ندوب متخلفة عن جراحة أو استئصادات سابقة ، وتحسم أي تعارض مع سوابق المريضة المرضية والعلاجية . وينبغي أن يتحقق الجنس استبعاد وجود أي ضخامة بالأعضاء يمكن أن تدل على الإصابة بمرض مجموعي وأن يستبعد وجود أي كتلة ضخمة بارزة من المرض .

فحص البطن

ينبغي إجراء فحص الحوض لجميع المريضات ، ومعاينة الأعضاء التناسلية الخارجية . ويلاحظ ما إذا كان هناك التهاب بالفرج . وتمثل زيادة طول البظر عن 2 سم أو زيادة قطر حشفته عن 1 سم شذوذًا يدل على الاسترجال . وفي حالات نادرة قد يتبين أن المريضة المصابة بضھي أولى والتي تكون خصائصها الجنسية الشانوية سوية ذات غشاء بكارة أرتق أو عديمة المهلب ولكن من المستبعد إلى أقصى الحدود أن لا يكون قد سبق تشخيص هذه الحالة في مريضة تشكو من العقم نظرًا لاستحالة حدوث الجماع .

ومن الاكتشافات النادرة الأخرى صlamah غشاء البكارة ، وهو أمر يمكن أن يكون راجحًا إلى عدم معرفة الطريقة السوية للجماع المهبلي أو يدل على وجود صعوبات جنسية . ويجب في كلتا الحالتين التلطف في، إيصال جوانب المشكلة .

• ويتم تصنيف الأعضاء الجنسية الداخلية بما في ذلك المهلب ، وعنق الرحم والمبيضان باعتبارها إما سوية أو غير سوية .

فحص الحوض

التقييم السريري لخصوصية الأنثى

وتنتمي معايير المهلب وملحوظة وجود أي مفرزات . وفي حالة الاشتياه في وجود عدوى ينبغي إرسال المسحات للفحص الجرثومي . وينبغي فحص عنق الرحم وأخذ لطاخة عنقية ما لم يكن الفحص قد كشف عن عدم وجود أي حالة غير سوية على مدى السالدين الأخيرين . وينبغي استقصاء أي إفراز قيحي بالفحص الجرثومي المناسب . وينتمي فحص الرحم باليدين لتقدير حجمه ونماسته ووضعيته وتغيره . ويدل تحرك الرحم على عدم وجود حالة غير سوية . وفي غالبية الحالات يكون الرحم منتقلًا إلى الأمام . وفي حوالي 15% من النساء يكون الرحم عادة منتقلًا إلى الخلف ولكنه يمكن أن ينقلب إلى الأمام بالضغط برفق على القبو الخلفي ، فإذا كان الرحم منتقلًا إلى الخلف بشكل ثابت دل ذلك على وجود مرض حوضي مثل المرض الحوضي الالتهابي أو الانتباذ البطاني الرحمي ، اللذين قد يسبب أي منهما حدوث التصاقات . فإذا كان هناك ألم في الرحم فقد يكون المرض نشطاً وهذا ينبغي إجراء تنظير لجوف البطن لتشخيص السبب ليكون من الممكن اعطاء المريضة العلاجة المناسبة .

ويختتم الفحص باليدين بمحس القبوين لتحسس أي تضخم مجموعي أو مبisteri . وفيما عدا المريضات الشديدات الهازل والرخواة يكون الميopian السُّويَّا الحجم غير محسوسين عادة .

وت分成 النتائج غير السوية التي يتم اكتشافها داخل السبيل التناسلي إلى شذوذات خلقية ، مثل ازدواج الجهاز التناسلي أو انعدام أي جزء من أجزاءه ، وشذوذات مكتسبة ، مثل الأورام العضلية الليفية ، أو الكيسات المبيضية ، أو الانقلاب الرحمي الخلفي الثابت (انقلاب الرحم إلى الخلف بصورة ثابتة) .

الاستقصاءات

يستلزم التوصل إلى تشخيص معن إجراء استقصاءات صماوية على المريضة لإثبات حدوث الإباضة أو لإثبات طبيعة الخلل الوظيفي الإباضي في حالة عدم حدوثها . ومن الضروري إجراء تنظير لجوف البطن لتقدير حالة الأعضاء الحوضية ومدى افتتاح البوقين . والحق أن تحديد نوع الاستقصاء سوف يتوقف على سوابق المريضة والعلاجية وعلى فحصها . وتعتبر ضرورة إجراء تنظير لجوف البطن في حالة وجود سوابق الإصابة بمرض حوضي التهابي أكثر إلحاحاً منها في حالة الإصابة بالفهي الثاني التي تستلزم الحصول على شاكلة كاملة (complete profile) للحالة الهرمونية للمريضة . ولابد ، حتى في حالة إصابة المريضة بانسداد بوقى ثانى ، من إثبات حالتها بالنسبة للإباضة . وينبغي إجراء استقصاءات التحرى المخبرية لتكمة الفحص العام واستبعاد احتمالات الإصابة بمرض عام مثل فقر الدم ، والسكري والأمراض الكلوية . وتنصمن هذه الاستقصاءات تحليل الدم لتقدير نسبة الهيموغلوبين ، وتعديل كريات الدم البيض ، وقياس سرعة تثقل (ترسيب) الكريات الحمر . وينبغي أن يتضمن تحليل البول إجراء قياسات كمية للغلوكوز ، والبروتين ، والكريات البيض ، وكريات الدم الحمر والتأكد من وجود بيلة جرثومية يعتقد بها . كما ينبغي التأكد من وجود

الزوجة

أصداد الحمراء (الحصة الألمانية) حتى يمكن تطعيم المريضة عند اللزوم قبل حدوث الحمل .

يجب أن يضع كل مختبر لنفسه القيم السوية و مجالاته لجميع الهرمونات ذات الصلة مع العلم بأن المستويات المطلقة سوف تختلف بين المختبرات . والمستويات الواردة بالتص معتبرة بصفة عامة ولكن يجب التأكيد منها بالاتصال بالمخبر الذي توجه إليه إلى إرسال العينات إليه .

الإباضة والشاكلة
الصماوية

ينبغي إجراء تقدير للبرولاكتين لكل امرأة ، ويجب عدمأخذ عينة الدم عقب فحص الحوض أو الثديين ولا في الصباح الباكر حين يكون من الممكن أن تعطي ذروة الزيادة الليلية نتيجةً عالية رائفة . وينبغي إعادة إجراء تقدير مستوى البرولاكتين خلال شهر في حالة ارتفاع مستوى ، وقد يكون من المفيد أخذ ثلاث عينات أو أربع بزيارة مستعدية وتسجيل أدنى قيمة له . وفي حالة الارتفاع المتكرر ينبغي إجراء مزيد من الاستقصاءات للتأكد من وجود ورم نخامي أو عدمه وذلك عن طريق تصوير الناحية الوطاية التخامية . ويمثل فرط برولاكتين الدم أحد أسباب الصفه الثاني أو عدم انتظام الحضن . وقد تبين من المعاواة التي أجرتها المنظمة أن 23% من المريضات المصابة بصفه ثانوي، كن مصابيات بفرط برولاكتين الدم . ويجب قياس الوظيفة الدرقية للمريضات المصابة بفرط برولاكتين الدم وذلك لاحتمال ارتباط فرط برولاكتين الدم بقصور الدرقية .

وقد يسبب فرط برولاكتين الدم ثرّ اللبن ، إذ إن حوالي ربع المريضات اللائي ذكرن أنه سبق أن حدث لهن نجيج بالحلمة كن مصابيات بفرط برولاكتين الدم ؛ على أن ثرّ اللبن قد يحدث أيضاً في الحالات التي تكون فيها مستويات البرولاكتين سوية ، وفي هذه الحالة يكون الحد من هذا الثر ممكناً .

البرولاكتين

ينبغي ملاحظة الوظيفة الدرقية لا في المريضات بفرط برولاكتين الدم فقط ، بل في المريضات المصابة بالصفه ، أو قلة الطهـ ، أو تعدد الحيض أيضاً ، وذلك لاحتمال ارتباط أيٌ من هذه الحالات بقصور أو فرط الدرقية مما يؤدي وبالتالي إلى حدوث العقم .

المرض الدرقي

ستلتزم معالجة المريضات بالصفه الأولى والثانوي تقدير تركيز الإستراديل في البلازما أو المصل لتقدير مستويات الإستروجين الداخلي المنشـ . فإذا كان مستوى هذا الهرمون أقل من 100 بيمول/لتر (بيكرمول = 10^{-12} مول) عـ هذا المستوى منخفضاً . للكشف عن مدى كفاية الإستروجين يلزم إجراء اختبار انسحاب البروجستون . وتوصف للمريضة جرعة مقدارها 15 مغ يومياً من أقراص أسيتات (خلات) الميدروكسي بروجستيرون أو أقراص

الصفه

التقييم السريري لخصوصية الأنثى

البروجستيرون مدة خمسة أيام . وتكون النتيجة إيجابية إذا حدث نزف مهيلي خلال أسبوع مما يدل على دوران الإستروجين بدرجة كافية لإحداث تكاثر بطانة الرحم . وتسجل النتيجة باعتبارها سلبية إذا لم يحدث نزف عقب المعالجة بالبروجستون ، إذ يدل ذلك على قصور دوران الاستراديل . فإذا كان مستوى الاستراديل منخفضاً ، أو كانت نتيجة اختبار انسحاب البروجستون سلبية وجب تحديد مستوى تركيز الهرمون المنبه للجريب في البلازما . ويجب أن يجري للمريضات المصابات بضمئي أولى مصحوب بارتفاع مستويات الهرمون المذكور اختبار للنطاف النموي للكريات اليهض للكشف عن احتمالات وجود صبغيات سوية . وقد ثبت من الدراسة التي أجرتها المنظمة أن أربع مريضات فقط كن مصابات بشذوذ النطاف النموي . أما في حالة المريضات المصابات بضمئي ثانوي فإن ارتفاع مستويات الهرمون المذكور رائج في مسحيات الاستراديل الـ17ـأـدـيـلـاـ على فشل ميسيي أولي لا عكس يؤدي وبالتالي إلى حالة تالية للإياس . وقد تحدث إياضة للمريضات اللائي يكون مستوى الإستروجين لديهن منخفضاً ومستوى الهرمون المذكور سوية . استجابة للمعالجة بمحوجة القند ، أو المعالجة التأببية بالهرمون المطلق للهرمون الملوثن .

حالة الإياسة

عندما تحدث الإياسة يتميز الجريب ويتحول إلى الجسم الأصفر الذي يفرز البروجستيرون . ولا ترتفع مستويات البروجستيرون إلا عقب هذا التحول . وقلما يحدث هذا التحول في جريب غير متمزق . ويدل تقدير مستوى البروجستيرون في البلازما أو المصل على حدوث الإياسة إذا تجاوز هذا المستوى 18 نومول/لتر بين اليوم العشرين واليوم الرابع والعشرين من الدورة التي مدتها 28 يوماً . وفي حالة المريضات اللائي تكون مدة الدورة لديهن أطول من ذلك ، ينبغي قياس مستوى البروجستيرون مرتين أسبوعياً ابتداءً من اليوم الرابع عشر حتى بدء الدورة ، وذلك للكشف عن تأخر ارتفاع هذا المستوى . ويجب إجراء تقدير مستوى البروجستيرون لدى كل مريضة . فإذا أشارت معالم أخرى إلى حدوث إياسة وكان مستوى البروجستيرون أقل من 18 نومول/لتر ، فمن الواجب إعادة تقدير هذا المستوى في دورة تالية .

ويمكن الإطلاع على لوحة تسجيل نتائج الاختبارات الصماوية في الملحق 1 . وقد عرضنا في موضع سابق للوحات درجة حرارة الجسم الأساسية باعتبارها إحدى طرق تقييم حدوث الإياسة وتوقيتها .

ومن السهل الحصول على البيانات بالمجات فوق الصوتية على حدوث الإياسة عن طريق التفريض التسليلي في الميسيين لقياس غلو الجريبات وملاحظة اليوم الذي تتمزق فيه . ويعد التخطيط بالمجات فوق الصوتية للميسيين حالياً إجراءً سريعاً وسهلاً من ابتكار المسائر الصدودية (فوق الصوتية) المهمية . ويمكن تسجيل النتائج على اللوحة الواردة بالملحق 1 .

ويمثل إجراء خزعة بطانة الرحم طريقة أخرى للحصول على دليل يشير إلى حدوث إياسة محتملة . ويؤكد أحداً عينة في الطور الأصغرى من الدورة الذي تقوم فيه بطانة الرحم بالإفراز ، لونته الجريب التي تحدث عادةً

الزوجة

عَبَابُ الإِبَاضَةِ وَالَّتِي يَمْكُنُ مَعَ ذَلِكَ أَنْ تَحْدُثَ فِي حَالَةِ عَدَمِ اِنْطَلَاقِ الْبَيْضَهِ . وَيَمْكُنُ الْحَصُولُ عَلَى خَرْزَعَهُ مِنْ بَطَانَهُ الرَّحْمِ ضَمِنَ إِجْرَاءَتِ مَعَالَجَهِ مَرِيضَاتِ الْأَقْسَامِ الْخَارِجِيَّهِ ، أَوْ أَنْتَهَ تَنْظِيرُ جَوْفِ الْبَطْنِ ، وَذَلِكَ كَإِجْرَاءِ اِخْتِيَارِيِّ . وَتَحْقِيقًا لِاتِّسَاقِ التَّسَابِعِ يَنْبَغِي أَحَدُ الْخَرْزَعَهُ فِي نَفْسِ الْيَوْمِ الَّذِي يَجْرِي فِيهِ قِيَاسُ مَسْتَوِيِّ الْبِرْوَجِسْتِيُّونَ فِي الْبِلَازْمَا . وَيَنْبَغِي عَدَمِ اِسْتِخْلَاصِ تَسَابِعِ نَهَائِيَّهُ بِخَصْصَوْصِ حَالَهُ الْإِبَاضَةِ لِلْمَرِيضَهِ الَّتِي تَعَانِي مِنْ عَدَمِ اِنْتَظَامِ الْحِضْلِ إِلَّا بَعْدِ دَرَاسَهُ ثَلَاثَ دُورَاتٍ مُتَوَالِيَّهُ . وَيُشَرَّطُ لِاِتِّفَاضِ حَدَوثِ الْإِبَاضَهِ أَنْ تَصُلُّ مَسْتَوِيَّاتُ الْبِرْوَجِسْتِيُّونَ فِي الْبِلَازْمَا إِلَى أَكْثَرِ مِنْ 18 نَانُومُولُ/لَترَ ، وَلَا مَانِعُ مِنِ الْإِسْتِئْنَاسِ بِتَسَابِعِ الْأَخْبَارَاتِ الْأُخْرَى . وَسُوءُ اِقْتِصَرِ الْأَمْرِ عَلَى قِيَاسِ مَسْتَوِيَّاتِ الْبِرْهَ حَسْتِرِهِنَّ أَوْ عَزَّ مَعَالَمِ أَخْرَى ، فَمِنْ الْوَاحِدِ إِدْرَاجُ حَالَهُ الْمَرِيضَهِ ضَمِنَ وَاحِدَهُ مِنِ الْفَئَاتِ الْثَلَاثِ التَّالِيَّهُ :

- إِبَاضَهُ ثَابِتَهُ .
- اِنْدَلَامُ إِبَاضَهُ ثَابِتَهُ .
- حَالَهُ غَيْرُ ثَابِتَهُ (تَذَبَّبُ) (قَدْ يَحْدُثُ عَدَمُ الثَّبَاتِ عِنْدِ تَعَارُضِ تَسَابِعِ الْأَخْبَارَيْنِ أَوْ أَكْثَرِ بَيْنِ الدُورَاتِ أَوْ دَاخِلِ الدُورَهُ الْوَاحِدَهُ) .

السُّلُّ الْمُوْرُضِي

فِي حَالَهُ الْأَشْتِيَاهِ بِالْإِبَاضَهِ بِسُلُّ الْبَطَانَهُ الرَّحْمِيَّهِ ، وَلَاسِيمًا فِي الْمَنَاطِقِ التِي لَا يَزَالُ هَذَا الْمَرِضُ مُتَوَطِّنًا فِيهَا ، يَجْبُ زَرْعُ خَرْزَعَهُ مِنْ بَطَانَهُ الرَّحْمِ سَابِقَهُ لِلْحِضْلِ أَوْ زَرْعُ سَائلِ الْحِضْلِ عَنْ طَرِيقِ تَلْقِيَهُ قَبِيَّهُ أَوْ مَزْرَعَهُ جَرْثُومِيَّهُ .

اسْتِقْصَاهُ الرَّحْمِ وَالْبَوْقِ وَالسُّفَاقِ

يَنْبَغِي اِسْتِقْصَاهُ اِنْفَتَاحَ الْبَوْقِ عَنْ طَرِيقِ تَنْظِيرٍ جَوْفِ الْبَطْنِ إِمَاهَهُ الْبَوْقِ بِالصَّبِيَّعِ أَوْ عَنْ طَرِيقِ تَصْوِيرِ الرَّحْمِ وَالْبَوْقِ الَّذِي يَمْكُنُ بِهِ يَمْكُنُ إِجْرَاؤُهُ ضَمِنَ اِسْتِقْصَاهُاتِ مَرِيضَاتِ الْأَقْسَامِ الْخَارِجِيَّهِ ، وَهُوَ يَصُورُ إِطَارَ جَوْفِ الرَّحْمِ عَلَى نَحْوِ يَتَبَعُّجِ تَشْخِيَصِ الشَّذَوَذَاتِ الْخَلْقِيَّهُ الْمُوْجُودَهُ فِي مُثَلِّ التَّشَوُهَاتِ الْخَلْقِيَّهُ لِلْجَهَارِ الْمُولَريِّ ، أَوِ التَّشَوُهَاتِ الْمُكْتَسَبَهُ مُثَلِّ الْأَوْرَامِ الْعَضْلِيَّهُ الْيَلِيَّهُ تَحْتَ الْمَخَاطِيَّهُ أَوِ الْالْتَصَافَاتِ الْمُوْجُودَهُ دَاخِلِ الرَّحْمِ . وَيَمْكُنُ تَشْخِيَصُ بَعْضِ هَذِهِ الْحَالَاتِ أَوِ الْأَشْتِيَاهِ فِيهَا عَلَى الْأَقْلِ ، عَنْ طَرِيقِ الْفَحْصِ بِالْمُلَوَّجَاتِ فَوقِ الصَّوْتِيَّهُ الَّذِي يَتَسَمُّ بِهِ أَقْلٌ بَعْضًا . وَلَا يَزَالُ هَنَاكِ مَجَالُ اِنْصَوْرِيِّ الرَّحْمِ وَالْبَوْقِ فِي الْحَالَاتِ الَّتِي تَسْتَلزمُ إِجْرَاءَ تَشْخِيَصٍ حَاسِمٍ . وَيَجْرِي تَصْوِيرُ الرَّحْمِ عَنْ طَرِيقِ قَبِيَّهُ صَغِيرَهُ وَأَثَاءَ زَرْقَهَا يَتَمُّ التَّحْريُّ عَنْهَا بِالْأَشْعَهَهُ السَّيِّنهُ . وَيَحْتَفَظُ بِأَفْلَامِ الْأَشْعَهَهُ السَّيِّنهُ الْمُمَلَّهَهُ لِهَذِهِ الْعَمَلِيَّهُ كَسْجَلٌ دَائِمٌ . وَيَتَمُّ تَصْوِيرُ إِطَارِ جَوْفِ الرَّحْمِ ثُمَّ الْلَمعَهُ الْبَوْقِيَّهُ ، فَإِذَا كَانَ الْبَوْقَانِ مُفْتَحِينِ شَوَهَهُتِ الصَّبِيَّعَهُ وَهِيَ تَسْكُبُ دَاخِلَ جَوْفِ السُّفَاقِ . وَأَنْتَهَ تَنْظِيرُ جَوْفِ الْبَطْنِ يَعْمَلُ زَرْعَ سَبْعِ التَّسْلِيَّنِ الْأَذْرَقِ الْمُنَفَّعِ خَلَالِ عَنْقِ الرَّحْمِ بِاِسْتِخْدَامِ قَنَاءِ سَبِّا كَمَانَ أَوْ أَداَهُ شَابِيهَهُ . وَيَمْكُنُ مَشَاهَهَهُ اِسْتِمَارَهُ اِنْسَكَابَ الصَّبِيَّعِ خَارِجَ الْبَوْقِنِ أَوْ تَضْخِيمَهُ لَهُما فِي حَالَهُ وَجُودِ إِحْصَارِ خَمَلِيٍّ . وَقَدْ يَلَاحِظُ تَأْخِرُ الْاِمْتَلاءِ وَالْاِنْسَكَابِ أَوْ مَشَاهَهَهُ دَلِيلٌ عَلَى تَضْيِيقِ قَلْفَهُ الْبَوْقِ فِي حَالَهُ وَجُودِ تَلْفِ خَمَلِيٍّ مِنْ دُونِ وَجُودِ اِنْسَدادِ . وَتَمَثُلُ مَزِيَّهُ مَخْطَطَ (صُورَهُ) الرَّحْمِ وَالْبَوْقِ فِي أَنَّهُ يَتَعَجَّلُ اِسْتِعْرَافُ مَوْضِعِ

التقييم السريري لخصوصية الأنثى

الإحصار في حالة وجود انسداد بوفى ، بالإضافة إلى استعراض معدار التلف البوقي إلى حد ما ، عن طريق توضيح قطر لمعة البوق ، ومن مزايا مخطط الرحم أنه يكشف أيضاً عن انتقال البوق بسبب الكيسات المبيضية ، كما يدل الصبغ في فجوات معينة على وجود التصاقات حوضية . ويتم تسجيل مدى افتتاح كل من البوقين الأيمن والأيسر على حدة كما تذكر الأضطرابات الموجودة بالتحديد . ويعطي تنظير جوف البطن معلومات أكثر تفصيلاً عن المرضيات الموجودة داخل الصفاق . ولا يمكن تشخيص الانتباد البطاني الرحمي إلا بالمعاينة المباشرة لأعضاء الحوض عند تنظير جوف البطن أو فتح البطن . وقد يشتبه من السوابق المرضية ، أو من تصوير الرحم والبوق بوجود التصاقات حوضية ولكن لا يمكن توكيد وجود هذه الالتصاقات وتقييمها إلا بالروية المباشرة التي يبيحها تنظير جوف البطن .

ويمكن تسجيل نتائج تنظير جوف البطن بطريقة مريحة باستخدام لوحة تسجيل تنظير جوف البطن (الملحق 5) . ويمكن ملاحظة ظهر المخواض على الرسم البياني ، أما الشذوذات فموصوفة في النص .

ويتبين معاينة الرحم بحثاً عن الآفات الخلقية أو المكتسبة ، وملاحظة الشذوذات الخلقية المتعلقة بالشكل والحجم ، وتسجيل الأورام المائية المزجرة مع ذكر التفاصيل المتعلقة بوضعيتها وحجمها ، وكذلك تسجيل الالتصاقات الموجودة مع تقييم الشذوذ إن وجد . ويتم بالتحديد بيان وضعية أي تصبغ أو تليف أو تعقد أو توسع أو انتباد بطاني رحمي . وتم ملاحظة الكيسات الخملية الموجودة ، ووصف أي التصاقات قبل زرقة الصبغ . وفي حالة عدم انسكاب الصبغ يتم تقييم موضع الإحصار . وفي حالة عدم دخول الصبغ في البوق يكون وجود الإحصار القرني أو الإحصار داخل الجدار أمراً مؤكداً، أما في حالة دخول الصبغ في البوق وعدم انسكابه داخل الصفاق فيتم وصف مكان الإحصار ، وتسجيل مدى توسيع البوق ، إن كان ذلك ملائماً .

ويتم تسجيل حالة المبيضين كل على حدة ، فإذا كانت رؤيتهم ممكنة يتم تقييم حجمها ويلاحظ وجود الجسم الأصفر ، وتم تسجيل ما إذا كان المبيض يتحرك تحركاً سرياً ، أو ما إذا كان ثابتاً أو مفرط التحرك ، كما يتم تقسيم الانتباد البطاني الرحمي إلى الدرجات الآتية : صغير (أصغر من 1 سم) ومتوسط (1 - 3 سم) وكبير (أكبر من 3 سم) وواسع النطاق (متشر) . ويتم تسجيل وجود أي سائل موجود في جيحة دوغلاس وطبيعته وأي مرضيات أخرى موجودة على سطح الصفاق مثل الانتباد البطاني الرحمي . ويتم تسجيل ملخص للنتائج وتخصص للمرضية إحدى الفئات

التشخصية المناسبة التالية :

- **التصاقات حوضية**
- **شذوذات خلقية**
- **شذوذات مبيضية مكتسبة**
- **شذوذات برومية مكتسبة أخرى أو شذوذات رحمة بما في ذلك الأورام الليفيه**
- **والانتباد البطاني الرحمي**

الزوجة

ولا يمكن إثبات صحة تشخيص الانتباذ البطاني الرحمي إلا بانتظير جوف البطن أو فتح البطن ، ومن المحتمل أن تكون السوابق المرضية والعلاجة أو الفحص قد أثارت اشتباهًا سريريًّا بالإصابة بهذه الحالة ، ولكن هذا الاشتباه قد يوجد أيضًا في حالة عدم وجود علامات أو أعراض عدا العقم . وينبغي تصنيف الانتباذ البطاني الرحمي طبقًا للتصنيف المقترن الذي وضعته الجمعية الأمريكية للخصوصية (الملحق ٥) . ويتم تحديد درجة هذا الانتباذ ونطاق حجم كل منها على نحو يؤدي إلى وضع حالة المريضة داخل واحدة من ست فئات ، حسب وخامة المرض .

الاختبار التالي للجماع (PCT)

لقد تعمدنا إرجاء مناقشة الاختبار التالي للجماع (PCT) إلى آخر الكتاب . وهو اختبار مشير للجدل إلا أنه يظل يلعب دورًا في استقصاء العقم . ففي حالة الاشتباه بوجود خلل وظيفي جنسي سوف يثبت هذا الاختبار ما إذا كان الدفع قد حدث داخل المهبل . وقد تبين من معطيات المنظمة أن ١٤% من الأزواج والزوجات قد شخصت حالاتهم على أنها خلل وظيفي جنسي ، وإن لم يكن هذا التشخيص قد تم عن طريق هذا الاختبار بالضرورة . وحيثما لا يكون العقم عند الذكر أو الأنثى راجعًا إلى سبب يمكن إثباته ، فإن هذا الاختبار قد يدل أيضًا على خلل في التفاعل المتبادل بين المني ومحاط عنق الرحم يتحمل أن يساهم في حدوثه .

ويمكن الاطلاع على تفاصيل الاختبار التالي للجماع واختبارات التفاعل بين النطفة والمحاط وكيفية احتساب درجات محاط عنق الرحم في دليل منظمة الصحة العالمية المخبري لفحص التفاعل بين المني والنطفة وبين محاط عنق الرحم في الإنسان (دار جامعة كمبرidge للنشر ، الطبعة الثالثة ، ١٩٩٢) .

ويمكن تسجيل درجات تقدير محاط عنق الرحم باستخدام اللوحة الواردة في الملحق ١ .

الاستنتاجات

ينبغي ، بعد إتمام الاستقصاءات ، وضع حالة المرأة في واحدة أو أكثر من فئات التشخيص الائتين والعشرتين . ويمكن تقسيم هذه الفئات إلى أربع مجموعات عامة . ولا يخفي أنه يمكن أن يكون للمرأة الواحدة أكثر من تشخيص ، ومن المهم أن ندرك أن تشخيص الحالة على أنها راجعة إلى سبب لا يمكن إثباته يتطلب إجراء تنظير لجوف البطن حتى لو كانت نتيجة تصوير الرحم والبوق سوية . فإذا تعدد تنظير جوف البطن أو فتح البطن لا يجوز أن تشخص الحالة إلا على أنها « راجعة إلى سبب لم يتم الكشف عنه » وذلك نظرًا لعدم تشخيص الانتباذ البطاني الرحمي من دون النظر المباشر لاعضاء الحوض .

التقييم السريري لخصوصية الأنثى

التفاصيل الطبية المتعلقة بالزوجة

الزوجة

| اليوم | الشهر | السنة |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |

تارikhأخذ المعلومات من المريضة

| اليوم | الشهر | السنة |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |

تارikhالولاد

سوابق المخصوصة

- أولي
- ثانوي

نعم

لا يوجد

عدد حالات الحمل السابقة وحصيلتها

الزبحة (أو الزيجات) السابقة

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(ا) ولادة قابلة للنجاة

(ب) إجهاض، نفاثان

(ج) إجهاض محترم *

(د) حمل متعدد *

(هـ) حمل رجولي *

عند أولاد الزوجة

لحالية الآباء

المصادفات التالية للوضع

أو الإجهاض في الحمل الآخر

منه العقم

* نعم

لا

أشهد



لوباب نعم الحمل
الهرموني

* امرأة

* نعم

سوابق المستخدمة لتنظيم المخصوصة

منذ الحمل الآخر ، أو المستخدمة

على الإطلاق في حالة العقم الأولي

استئصال (أو استئصالات) و/أو معالجة

(أو علاجات) العقم السابقة

لا

سوابق الإصابة بالأمراض التي يمكن ان تضر بالخصوصية

السل السكري مرض الدرقية

لا

سوابق السابقة الطبية

السوابق الخرجية

* استئصال الرائدة غير المصحوب بمضاعفات *

لا

* استئصال الرائدة المصحوب بمضاعفات *

لا

مرض نسائي امرأة أخرى

لا

* نعم

مجموع

السيان المذكرة

لا

* امرأة أخرى

سوابق الإصابة بمرض حوضي النهائي منذ

الحمل الآخر ، أو الإصراخ التي حدثت

على الإطلاق في حالة العقم الأولي

سوابق الإصابة بالأمراض المفرطة جنسياً

منذ الحمل الآخر أو التي حدثت على

الإطلاق في حالة العقم الأولي

الزوجة

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> مفرط أو غير سوي*</p> <p>* <input type="checkbox"/> نعم</p> | <p><input type="checkbox"/> لا أو سوي</p> | <p>سوابق انفراج متززرات من المهل منذ المهل الاخير او المهل الذي حدث على الاطلاق في حالة المقم الاولى</p> <p>سوابق حدوث تغيب من الخلدة</p> |
| <p>سوابق الاصابة بالأمراض التي يمكن ان تضر بالخصوبة</p> | | |
| <p>* <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>* <input type="checkbox"/> نعم</p> | <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> | <p>عوامل بيئية او مهنية</p> <p>الإسراف في تعاطي الكحول او المخدرات</p> |

* يرجى إضافة أي معلومات أخرى متوازنة

التقييم السريري لخصوبة الأنثى

| متوسط المحيض والاباضة | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شهري اولي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> غير سوي <input type="checkbox"/> أتمض دوره <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | لا <input type="checkbox"/> متوسط (٢٥ إلى ٣٥ يوما) <input type="checkbox"/> في الوسط <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | الإنحدار الاصغر <input type="checkbox"/> الشهرين التاليين <input type="checkbox"/> انقطاع المحيض <input type="checkbox"/> طول مدورة الدورة (بال أيام) <input type="checkbox"/> | |
| أطول دورة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> غير سوي * <input type="checkbox"/> للة العطس <input type="checkbox"/> شهرين تاليين <input type="checkbox"/> تعدد المحيض <input type="checkbox"/> غير منتظم <input type="checkbox"/> | سوي <input type="checkbox"/> حسن منتظم <input type="checkbox"/> | التزف المحيضي <input type="checkbox"/> نفقة المحيض <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> مترقب <input type="checkbox"/> ملحوظ | لا يوجد او ضئيل <input type="checkbox"/> | اليوم الأول من آخر دور حضي <input type="checkbox"/> للذالي <input type="checkbox"/> | عمر الطشت <input type="checkbox"/> |
| متوسط الجماع | | | |
| لا <input type="checkbox"/> غير كاف * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> عميق | نعم <input type="checkbox"/> كاف <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | معرفة دور الحصوية واستخدامه <input type="checkbox"/> معدل الاتصال الجنسي <input type="checkbox"/> المهملي في الشهر <input type="checkbox"/> عمر الجماع <input type="checkbox"/> | |
| الفحص البشري | | | |
| لا <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> غير سوي * <input type="checkbox"/> جوز فربيان وغالوري <input type="checkbox"/> مرحلة ثان <input type="checkbox"/> نعم * <input type="checkbox"/> | الطoron (باستيمترات) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> الوزن (بالكيلوغرامات) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | الوزن الطبيعي بالنسبة للطoron <input type="checkbox"/> تغير الجسم بنسبة تزيد على 10% في العام السنة <input type="checkbox"/> ابساطي <input type="checkbox"/> تقاضي <input type="checkbox"/> ضغط الدم (ميلنتر رباعي) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| غير سوي * <input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> شذوذات مكتسبة <input type="checkbox"/> شذوذات خلقية <input type="checkbox"/> | سوية <input type="checkbox"/> مترقب <input type="checkbox"/> سوية <input type="checkbox"/> | الفحص البشري العام <input type="checkbox"/> توهج الشمر <input type="checkbox"/> نمو الثديين <input type="checkbox"/> ثرالبين <input type="checkbox"/> | الاعضاء التناسلية الخارجية <input type="checkbox"/> غشاء البكاره <input type="checkbox"/> الاعضاء التناسلية الداخلية <input type="checkbox"/> |

الزوجة

مجمل دراسة الإباضة والدراما الصماماوية

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مرتفع <input checked="" type="checkbox"/> لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> مرتفع <input checked="" type="checkbox"/> غير سوي * <input checked="" type="checkbox"/> غير موثقين * | <input type="checkbox"/> مرتفع <input checked="" type="checkbox"/> غير موثقين * | <input type="checkbox"/> مرتفع <input checked="" type="checkbox"/> المصور العذرية <input checked="" type="checkbox"/> فرط الدرقة | <input type="checkbox"/> سوي <input checked="" type="checkbox"/> سوي <input checked="" type="checkbox"/> سوي <input checked="" type="checkbox"/> سوي <input checked="" type="checkbox"/> سوية | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | | | | البرولاكتين (ميلي وحدة / لتر) |
| | | | | | إعادة قياس مستوى البرولاكتين (ميلي وحدة / لتر) (الذي قيمته) |
| | | | | | السرج التركى الساخان العصريتان الوظيفة الدرقية |
| | | | | | الاسترواديول (نانومول / لتر) |
| | | | | | اختبار انسحاب البروجسترون مستوى البرومون المتبقي للحرب في الالراما (وحدة درجة / لتر) البروجسترون > نانوجول ١/٢٠ إعادة قياس مستوى البروجسترون (نانومول / لتر) |
| | | | | | المرحات، الأعراضة المفردة |
| | | | | | الإذانة فوق الصورية على حدود الإباضة خرحة بطانة الرحم التنبيح البطاني الرحمي أو زرع سائل البطين للتأكد من وجود البطل نتائج الحال الإباضية |
| | | | | | البروقستون الطبقة الناطئ الرحمي |
| | | | | | الختام المقترن خلودت الإباضة |
| | | | | | جوف الرحم (من الصورة الظلية لباطن الرحم) |
| | | | | | اختبار افتتاح الرحم (أ) البروق الأيسر (ب) البروق الain |
| | | | | | نظير جوف البطن |
| | | | | | انتباذه بطاني رحمي (تصنيف الجمعية الأمريكية للخصوصية) |

استقصادات الرحم والبوق والصفاق

| | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> شذوذات مكتسبة * <input type="checkbox"/> شذوذات خلقية * | <input type="checkbox"/> سوي <input checked="" type="checkbox"/> سوي | <input type="checkbox"/> جوف الرحم (من الصورة الظلية لباطن الرحم) |
| | | | اختبار افتتاح الرحم (أ) البروق الأيسر (ب) البروق الain |
| | | | نظير جوف البطن |
| | | | شذوذات بسيطة مكتسبة * |
| | | | شذوذات بوقية مكتسبة أخرى |
| | | | شذوذات بوقية مكتسبة |
| | | | انتباذه بطاني رحمي (تصنيف الجمعية الأمريكية للخصوصية) |

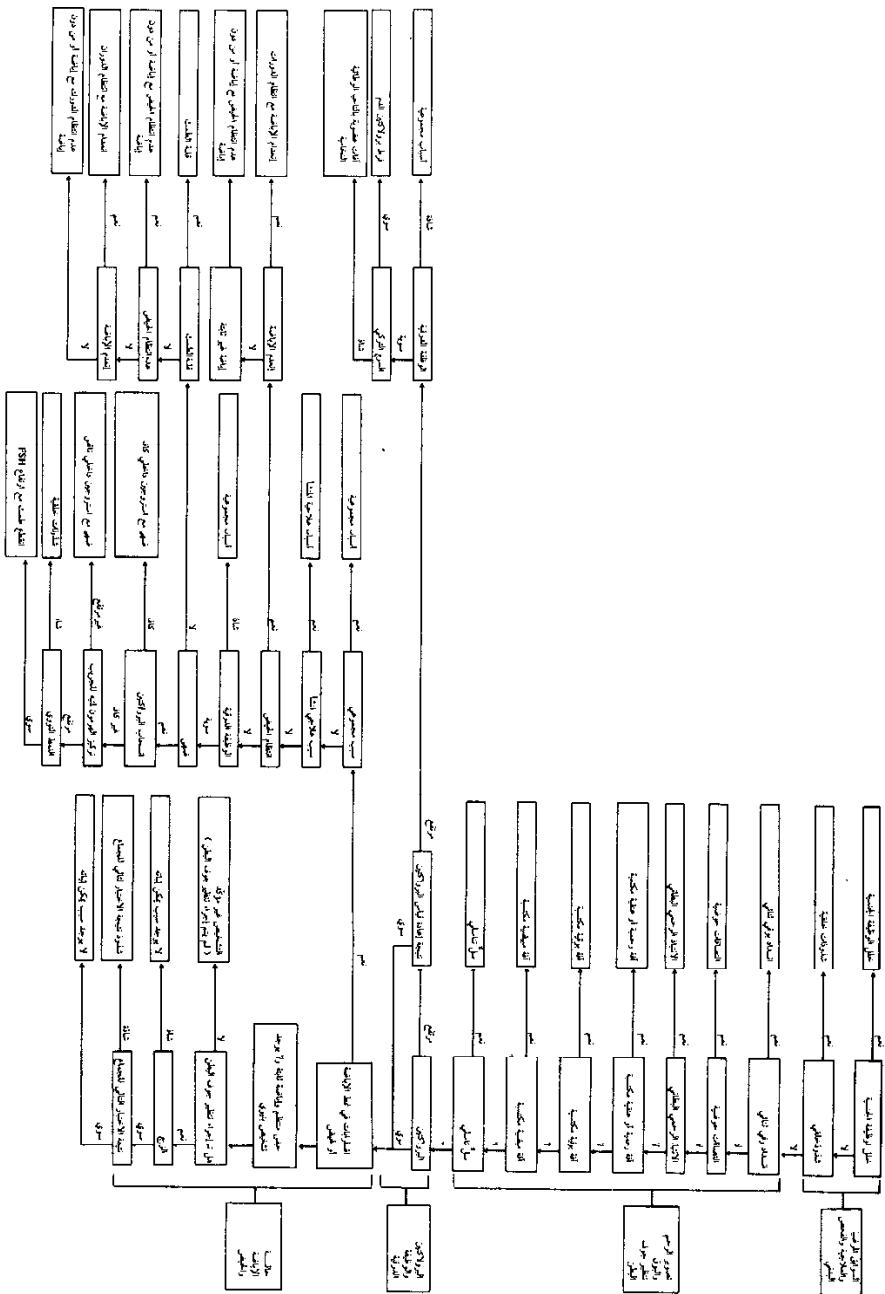
التقييم السريري لخصوصية الأنثى

| استئصالات عامة | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|--------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> | غير سوي * | <input type="checkbox"/> | سوى | <input type="checkbox"/> | خمرى الدم والبول | |
| لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> | سلبي | <input type="checkbox"/> | إيجابي | <input type="checkbox"/> | أصداد المخبراء (المصبة الالكترونية) | |
| الاستئصالات الأخرى ذاتصلة | | | | | | | |
| لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> | غير سوي * | <input type="checkbox"/> | سوى | <input type="checkbox"/> | الاختبار التالي للجماع | |
| لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> | غير سوي * | <input type="checkbox"/> | سوى | <input type="checkbox"/> | النطع الوردي للكريات البيض | |
| لم يتم إجراءه | <input type="checkbox"/> | غير سوية * | <input type="checkbox"/> | سوية | <input type="checkbox"/> | الاستئصالات الإضافية | |
| تشخيص الأش | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> الصفات حوضية <input type="checkbox"/> انتباذ بطاني رحمي <input type="checkbox"/> أفات رحمية أو عنقية مكعبة | <input type="checkbox"/> خلل وظيفي جنسي <input type="checkbox"/> فرط برولاكتين الدم <input type="checkbox"/> أفات حوضية بالناشية الوطائية التخامية | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> أفات بوقية مكعبة <input type="checkbox"/> أفات ميغانية مكعبة <input type="checkbox"/> سل تناسلي <input type="checkbox"/> أسباب علاجية المشا <input type="checkbox"/> أسباب مجتمعية | <input type="checkbox"/> ضئى مع ارتفاع مستوى ترکيز الهرمون المبه للجريب <input type="checkbox"/> ضئى مع كافية مستوى الإستروجين الداخلي المشا <input type="checkbox"/> ضئى مع انخفاض مستوى الإستروجين الداخلي المشا | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> نتيجة الاختبار التالي للجماع غير سوية <input type="checkbox"/> لا يوجد سبب يمكن إثباته <input type="checkbox"/> الشخص لم يثبت (لم يتم اجراء تظاهر بجوف البطن) | <input type="checkbox"/> غلة الحليب <input type="checkbox"/> عدم انتظام المبيض أو الإياغة أو كلامها <input type="checkbox"/> انعدام الإياغة مع دورات منتظمة <input type="checkbox"/> متغيرات حلقة <input type="checkbox"/> انسداد بوقى ثانى | | | | | | |

.....
.....
.....

اسم المسؤول عن الاستئصال
التاريخ

لوحة عمليات التحفيظ الورقة



الزوجة

بناءً علىأخذ المعلومات الكاملة من المريضه والفحص البدني ، والاختبارات التشخيصية الإضافية بما في ذلك معرفة تصنيف الزوج ، تخصص الزوجة فتة أو أكثر من فئات التشخيص المحددة أدناه طبقاً لخريطة المجريات (انظر صفحة 63) . ومن الواضح أنه يمكن أن تخصص الزوجة أكثر من فتة إذا كانت تعانى مثلاً من انعدام الإباضة مع إصابتها بالتصاقات حوضية .

المعايير الموضوعية
لفئات التشخيص في
مجال المعالجة المبسطة
للعقم عند الأنثى

تكون فتة التشخيص بهذه الصفة إذا كان توادر الجماع متخفضاً (مرتين فأقل في الشهر) مع عدم معرفة دور الحضوبية ، أو في حالة سلامه غشاء البكارة أو غشاء البكارة اللامشقرب .

الخلل الوظيفي الجنسي

تكون فتة التشخيص بهذه الصفة في حالة عدم وجود آفات يمكن إلابتها في الناحية الوطائية الخاممه لدى مريضة تعاني من ارتفاع متكرر في مستويات البرولاكتين في المصل ، وغير مصابة بقصور الدرقية .

فرط برولاكتين الدم

تكون فتة التشخيص بهذه الصفة في حالة نتيجة اختبار السرج التركي غير سوية . وقد تأخذ هذه الآثار شكل أورام في الناحية الخاممه إما في النساء نفسها ، بما في ذلك الورم البرولاكتيني ، أو خارج الناحية الخاممه تؤدي إلى انضغاط ، مثل الورم السحاقي أو الورم القحفى البلعومى .

آفات عضوية في الناحية
الوطائية الخاممه

قد يقترن بالضھي الأولى أو الثانوي ويدل على فشل ميامي مادام النط التوروي سوياً .

ضھي مصحوب بارتفاع
مستوى ترکيز الهرمون
المتب للعرب

ينبغي عدم إجراء أي من التشخيصات الخمسة التالية إلا في حالة عدم وجود تشخيص سببي يرتبط باضطرابات في الإباضة ، ويشرط لصحة هذه التشخيصات ما يلي :

التشخيصات التي تشير
إلى نفع المرض

- عدم وجود سوابق المعالجة الطبية .
- عدم وجود مرض مجموعى .
- عدم وجود عوامل بيئية أو مهنية .
- عدم تعاطي الخمرة أو المخدرات .
- أن تكون مستويات البرولاكتين سوية .

-
-
-
-
-

يمكن أن يحدث هذا في حالة الضھي الأولى أو الثانوي شرطية ما يلي :
أن تكون نتيجة اختبار انسحاب البروجستون إيجابية أو
أن يكون مستوى الإستراديوول سوياً .

ضھي مصحوب بانخفاض
مستوى الإستروجين
الداخلي المثا

-
-

المعايير الموضوعية

يمكن تشخيص هذه الحالة في حالة الضمئي الأولي أو الثاني على أن يتوافر ما يلي :

- أن تكون نتيجة اختبار انسحاب البروجستون سلبية ، وفي حالة عدم إجراء هذا الاختبار يشترط ما يلي :
- انخفاض مستوى الإستراديول
- أن يكون مستوى تركيز الهرمون المنبه للحريب سورياً
- أن تكون الوظيفة الدرقية سوية .

- صفر مصحوب بانخفاض مستوى الإستروجين
- الداخلي المنشا
 - قلة الطمث
 - عدم انظام الحيض أو الإياءة أو كليهما
 - انعدام الآباء المصحورة بدورات متقطعة
 - انسداد بولي ثانوي
 - الصياغات حوضية
 - إنتباذ رحمي بالطني

ينطبق هذا التشخيص في حالة حدوث نزف حيضي تلقائي على فترات تتراوح بين 36 يوماً أو 6 أشهر ، على ألا تكون المريضة دائمة في أي فئة أخرى .

وبنفي تصنيف المريضات اللايبي يشتبه في إصابتهن بمتلازمة تعدد إلkipas الميسيبة ، تبعاً لنمط الحيض لديهن ، وذلك نظراً لعدم وجود معايير ثابتة لتشخيص هذه المتلازمة حالياً .

يتطلب هذا التشخيص توافر أحد الشروط التالية :

- عدم انظام فتة الحيض (أي عدم انتمامه إلى فتة ثابتة)
- عدم ثبات حالة الإياءة على الرغم من انظام الحيض أو تعدده .
- تعدد الحيض مع الانتهاء إلى نتيجة مفادها أن حالة الإياءة هي إياءة ثابتة .

يتطلب هذا التشخيص انظام الحيض أو تعلمه مع ثبات اندام الإياءة .

وتشمل شذوذات النمط النموي وشذوذات الأعضاء التناسلية الداخلية ، التي تُلاحظ أثناء فحص الحوض ، أو تنظير جوف البطن.

تكون فتة التشخيص بهذه الصفة عندما يثبت من التصوير الشعاعي لجوف الرحم أو من تنظير جوف البطن انداد كلا البوقين .

قد يشير التصوير الشعاعي لجوف الرحم إلى هذا التشخيص ولكن يجب توكيدہ بتنظير جوف البطن .

يشترط لتشخيص الحالة على هذا النحو التثبت منها بتنظير جوف البطن ، وعندئذ تقسم إلى مراحل وفقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للخصوبة (الملحق 6) .

الزوجة

قد تجم هذه الآفات نتيجة للعدوى أو التحريف ، أو تكون علامة على انتقال الرحم عقب العملية القيصرية أو استصال الورم العضلي . وقد تحدث آفات عنق الرحم نتيجة الكي الكهربائي ، أو المجزعة المخروطية أو الخلقية ، أو البتر . وعليه يتطلب هذا التشخيص توافر أحد الشروط التالية :

- وجود شذوذات مكسبة بالأعضاء التناسلية الداخلية .
- وجود شذوذات مكسبة بجوف الرحم .
- وجود شذوذات رحمة مكسبة يكشف عنها تنظير جوف البطن .

آفات رحمة أو عنقية مكتسبة

تمثل هذه الشذوذات في وجود انسداد أحادي ، أو وجود شذوذات بوقية أخرى غير مصحوبة بانسداد قد يتم تشخيصها بالتصوير الشعاعي لجوف الرحم أو بتغيير جوف البطن .

شذوذات بوقية مكتسبة

قد يستدل على وجود هذه الآفات بالفحص باليدين (أو الفحص بالملوحات فوق الصوتية) ، ولكن يجب توكيد وجودها بتغيير جوف البطن . وتشمل هذه الآفات الكيسات الميسيبة وتعدد كيسات الميسيبات .

آفات ميسيبة مكتسبة

ينبغي تسجيل هذه الحالة عند تركيز التشخيص بتلقيح قيمة أو زرع نسج خزرعة بطانة الرحم أو سائل الحيض .

سل تاسلي

وتشمل المعالجة الطبية (الدوائية) التي تتبع عنها اضطرابات في الإيابضة وعليه يشترط لهذا التشخيص ما يلي :

- أن تكون نتيجة تقييم حالة الإيابضة هي حدوث انسداد الإيابضة بشكل ثابت أو حدوث إيابضة بشكل غير ثابت مع وجود سوابق للمعالجة الطبية .

أسباب علاجية المشا

يتم تسجيل التشخيص على هذا النحو في حالة توافر أحد الظروف التالية :

- شذوذ الوظيفة الدرقية (قصور أو فرط الدرقية) .
- أن تكون نتيجة تقييم حالة الإيابضة هي حدوث الإيابضة بشكل ثابت أو عدم ثبات الحالة مع سبق الإصابة بمرض مجموعي .
- وجود عوامل بيئية أو مهنية .
- تعاطي الكحول أو المخدرات .

أسباب مجتمعية

يسجل التشخيص على هذا النحو إذا كانت نتائج سائر الاستقصاءات سوية ، من دون أن يكون قد تم إجراء تنظير جوف البطن .
ويشترط لهذا التشخيص ما يلي :

- كثافة توافر الاتصال الجنسي .
- انظام حدوث الحيض .

عدم توكيد صحة التشخيص (عدم تنظير جوف البطن)

المعايير الموضوعية

- توکید حدوث الإباضة بشكل ثابت .
- مستوى البرولاكتين سوي .
- الأعضاء التناسلية الداخلية سوية .
- جوف الرحم سوي .
- افتتاح كلاً البوقين .
- عدم إجراء تنظير جوف البطن .

لا يتم التشخيص على هذا النحو إلا في حالة عدم وجود شذوذات في الرجل أو المرأة . ويشترط لانطباق هذا التشخيص ما يلي :

- كفاية تواتر الاتصال الجنسي المهيلي .
- انتظام حدوث الحيض .
- توکید حدوث الإباضة بشكل ثابت .
- مستوى البرولاكتين سوي .
- الأعضاء التناسلية الداخلية سوية .
- جوف الرحم سوي .
- افتتاح كلاً البوقين .
- نتيجة تنظير جوف البطن سوية .
- أن يكون تشخيص حالة الزوج هو « عدم وجود سبب يمكن إثباته » .
- وجود شذوذ في نتيجة الاختبار التالي للجماع .

لا يكون التشخيص على هذا النحو إلا في حالة انطباق جميع المعايير السالفة الذكر باستثناء نتيجة الاختبار التالي للجماع غير سوية .

شذوذ نتيجة الاختبار
التالي للجماع

عدم وجود سبب للعقم
يمكن إثباته

Behrman, S.J. & Kistner, R.W. (1988). *Progress in Infertility*. Little, Brown & Company, Boston, 3rd edn.

Yen, S.S.C. & Jaffe, R. B. (1991). *Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology and Clinical Management*. W.B. Saunders, 3rd edn.

مؤلفات يُقترح مطالعتها

الملاحق 1

الشكل 1 - 1 (ا) درجة حرارة الجسم الأساسية
 (ب) حرز مخاط عن الرحم ،
 (ج) قطر الجريب ،
 (د) المطبات الصماءية .

(ا) درجة حرارة الجسم الأساسية

| التاريخ | النوع |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30. 29. 28. 27. 26. 25. 24. 23. 22. 21. 20. 19. 18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11. 10. 9. 8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1. | أ. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. |

(ب) حرز مخاط عن الرحم

| نوع المخاط | النوع |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30. 29. 28. 27. 26. 25. 24. 23. 22. 21. 20. 19. 18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11. 10. 9. 8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1. | أ. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. |

(ج) قطر الجريب (بالليمترات)

| نوع المخاط | النوع |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30. 29. 28. 27. 26. 25. 24. 23. 22. 21. 20. 19. 18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11. 10. 9. 8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1. | أ. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. |

(د) المطبات الصماءية

| نوع المخاط | النوع |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30. 29. 28. 27. 26. 25. 24. 23. 22. 21. 20. 19. 18. 17. 16. 15. 14. 13. 12. 11. 10. 9. 8. 7. 6. 5. 4. 3. 2. 1. | أ. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. |

الملحق 2 . مناسب كتلة الجسم

مُنْسَب كَتْلَة الْجَسْمِ

لِلنِّسَاءِ الْبَرِطُونِيَّاتِ

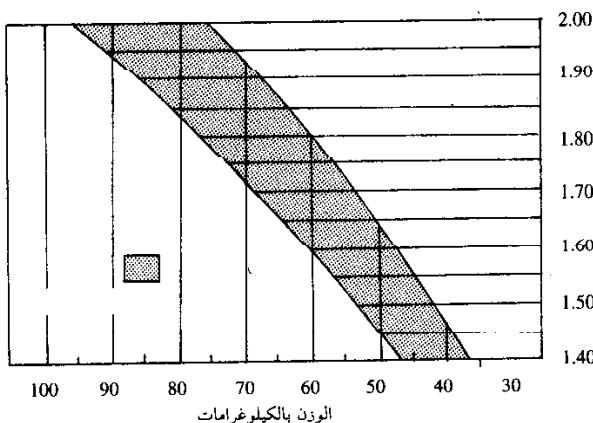
(تراعي الفروق بين المجموعات الأثنية * العرقية)

الأوزان السوية والأطوال التي تناسب معها

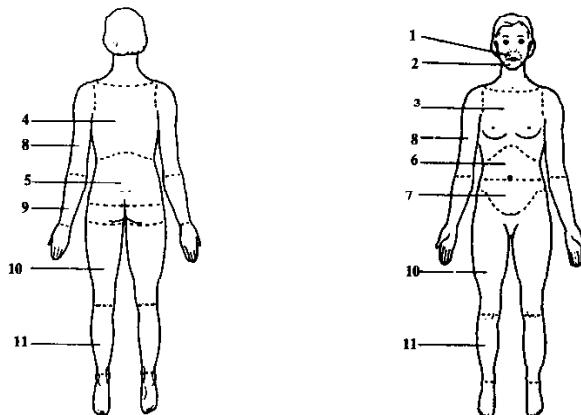
بني على أساس : $19 \leq \frac{\text{وزن}}{\text{(الطول)}^2} \leq 24$ (الوزن بالكيلوغرامات والطول بالأمتار)

الشكل ٢ - ١ مُنْسَب كَتْلَة الْجَسْمِ
الْبَرِطُونِيَّاتِ (مع مراعاة الفروق بين
المجموعات الأثنية * العرقية) مطبقاً
على مجموعة الأوزان السوية والأطوال
التي تناسب معها .

الطول بالأمتار



المبحث 3 . حرز فيريمان وغالوري لفرط التشعر عند النساء : تقييم سريري لنمو شعر الجسم في النساء



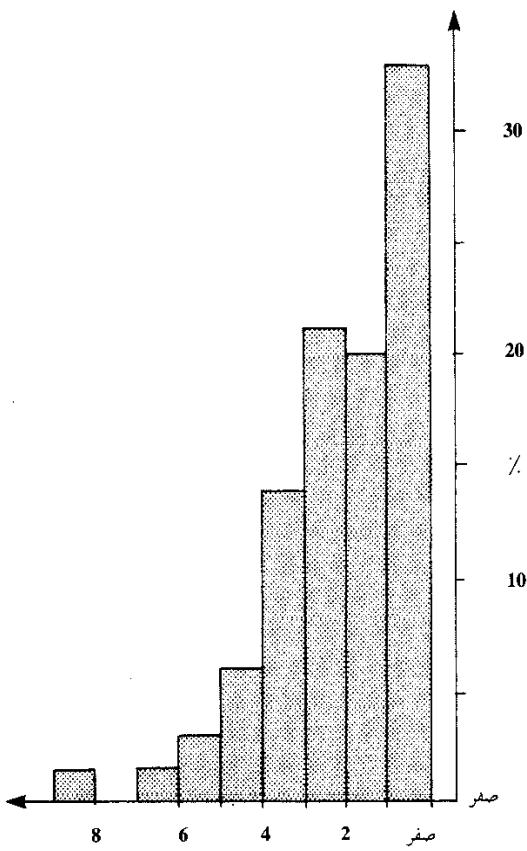
الشكل ٣١ - ١ الدرء المنشطة لراش
فو الشعر : (أ) منظر أمامي ، (ب) منظر
خلفي .

الجدول 31-1 - تعريف درجات نمو الشعر (الدرءية سهر في جميع المواقع تبني صدر ووجه شعر نهائى) .

| التعريف | الدرجة | الموضع |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| بعض شعرات بالحافة المخارجية شارب صغير بالحافة المخارجية شارب يتوسط الحافة المخارجية شارب يمتد حتى الخط الناصف بعض شعرات متقارنة | 1 2 3 4 1 | الذراع ٢٢.٦ (الذراع) |
| شعرات متقارنة مع ترتيبات صغيرة غشاء كامل خفيث ومتقل | 2 | الذقن |
| شعرات حول الالفة بالإضافة إلى شعر في الخط الناصف الدماغ هذه المتاطق مع غشاء يشمل ثلاثة أرباع الباحة | 4, 3 1 2 3 4 | الصدر ٣ |
| غشاء كامل بعض شعرات متقارنة | 1 2 | أعلى الطور ٤ |
| شعرات أكثر قليلاً، متقارنة أيضاً غشاء كامل خفيث ومتقل | 4, 3 4, 3 | أعلى البطن ٥ |
| خمسة شعر عمودية مع بعض الاستدادات الجانبية غشاء يشمل ثلاثة أرباع الباحة (المطلة) | 1 2 3 4 | أسفل الظهر |
| غشاء كامل بعض شعرات في الخط الناصف | 1 2 | أعلى البطن ٦ |
| شعرات أكثر قليلاً ، في الخط الناصف غشاء تنصفي ومتقل | 4, 3 4, 3 | أسفل البطن ٧ |
| بعض شعرات في الخط الناصف شريط الشعر في الخط الناصف يشكل حزام شريط شعر في الخط الناصف يشكل حزام غير ملتف يأخذ شكل المحرف ٧ شريط شعر في الخط الناصف يشكل حزام | 1 2 3 4 | الذراع ٨ |
| غير ملتف لا يدخل أكثر من ربع سطح الطرف أكثر من ذلك ، مع بقاء النطعية دائمة غشاء كامل خفيث ومتقل كما هو الحال بالنسبة للذراع | 1 2 4, 3 ١ و ٢ و ٣ و ٤ | النخاع ٩ |

ملحق 3

الشكل ١ - ٢ - حرز فيريان وغالوري عند
نماء الجنس القوقازي السويات.



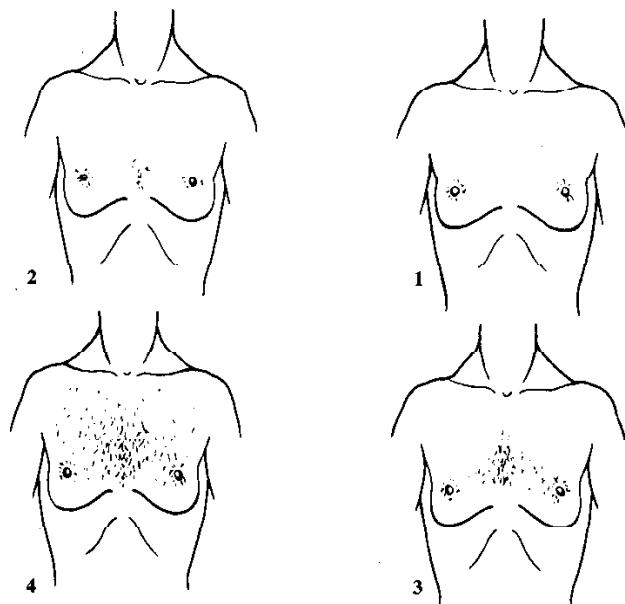
الحرز الهرموني للشعر

الشكل : الحرز الهرموني للشعر عند نماء الجنس القوقازي السويات .

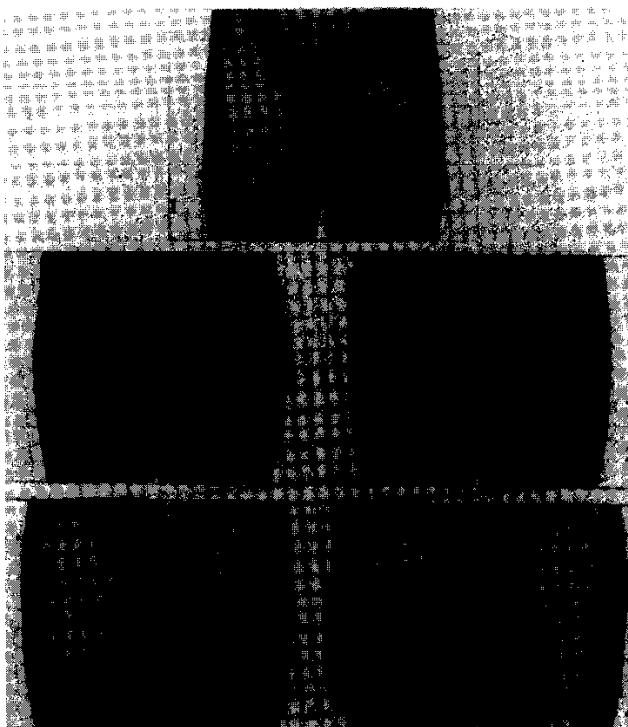
ملاحظة : لا يشمل حرز فيريان و غالوري الهرموني لقياس فرط التشر تقييم الشعر النابت على الساعدتين وأسفل الساقين (الموضوعان ٩ و ١١ ، الشكل ١ - ٣) .

الملحق 3

الشكل ١ - ٣ - درجات نمو الشعر -
واجهة الصدر .



الملحق 3



الشكل 3 - 4 معاير النضج التناسلي (نضج الأعضاء الجنسية) في الأولاد .

المراحل 1 . قبل المراهقة . حجم وشكل الخصيدين والصفن والقضيب يتألان حجم وشكل الخصيدين والصفن والقضيب في مرحلة الطفولة المبكرة .

المراحلة 2 . تضخم طفيف في الصفن والخصيدين . واحمرار في جلد الصفن وتغير في تسيجه ، مع زيادة ضئيلة في حجم القضيب أو عدم زيادة حجمه في هذه المرحلة .

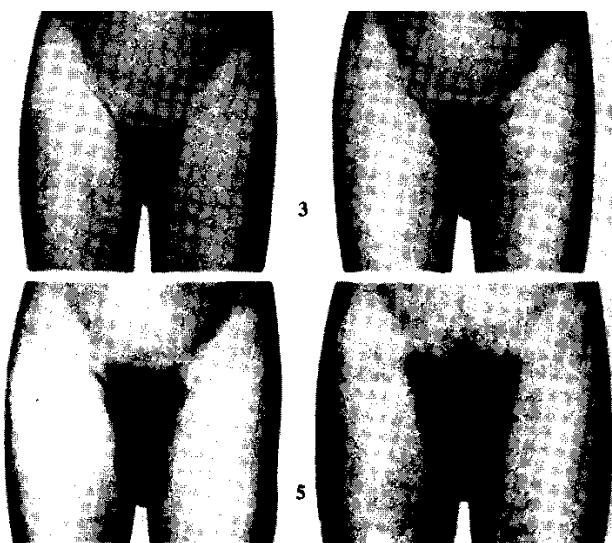
المراحلة 3 . زيادة طفيفة في حجم القضيب تذكر في زيادة في الطول في البداية ، مع استمرار الزيادة في حجم الخصيدين والصفن عما عليه في المراحلة 2 .

المراحلة 4 . زيادة حجم القضيب مع زيادة في عرض وغو الحشفة . واستمرار الزيادة في حجم الخصيدين والصفن عما كان عليه في المراحلة 3 . وزيادة قامة جلد الصفن عما كان عليه في المراحل السابقة .

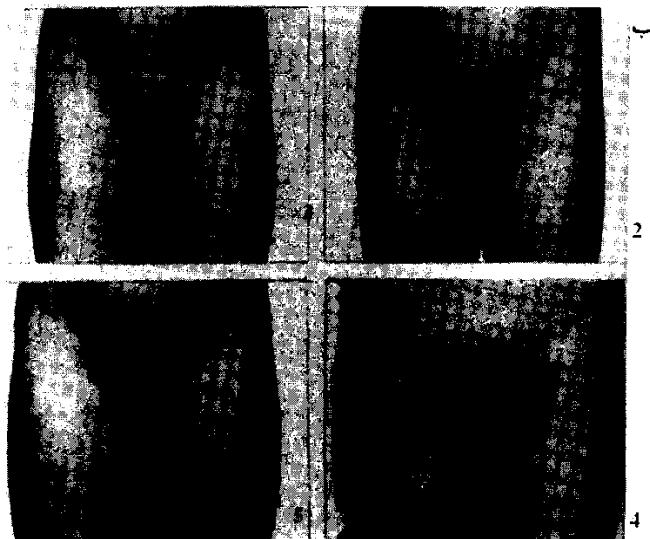
المراحلة 5 . الأعضاء السائلية هي أعضاء البالغين من حيث الحجم والشكل .

تم استنساخها بتصريح من تاير (1962) .
غاردنر . الامراض المسموية والهزلية الماقوطة .
 والمراهقة الطبيعية الثانية . شركة سوندرز ،
 فيلادلفيا : في التمو في مرحلة المراهقة ،
 الطبعة الثانية باكسفورد منشورات دار بلاكويار
 العلمية .

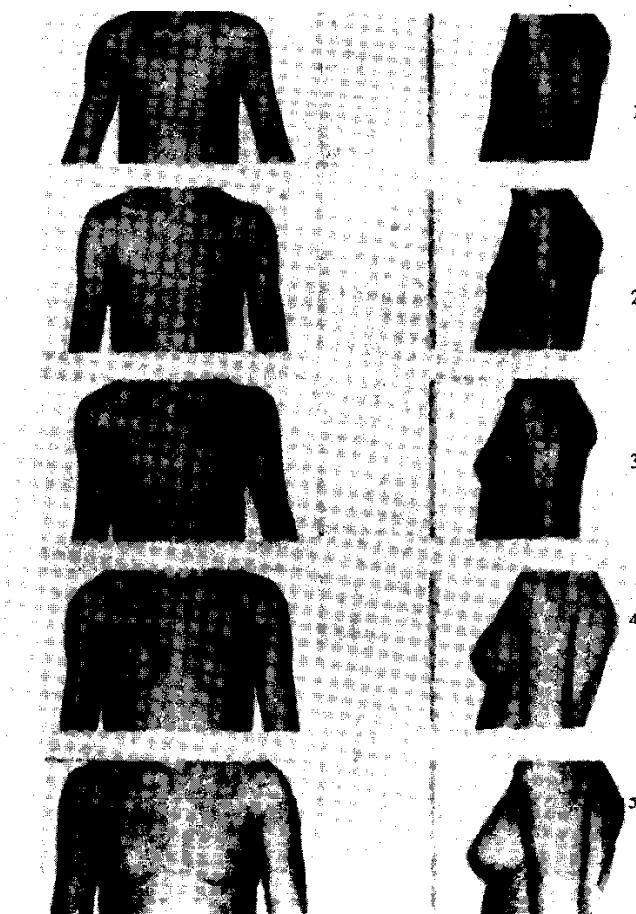
الملحق 3



- الشكل 3 - 5 معايير تقدير درجات نمو شعر العانة في (أ) الصبية (ب) الفتيات .
- المرحلة 1 . قل المراهقة . الزغب الذي يعلو منطقة العانة ليس أكثر غواً من الرغب الذي يكسو جدار البطن أي لا وجود لشعر عانة .
- المرحلة 2 . قل بسيط لشعر طويل زغبي منتصب قليلا ، مسترسل أو متجمد قليلا ، معظمه عند قاعدة القضيب أو على طول الشفرين .
- المرحلة 3 . الشعر أكثر قامة وخشونة وتجعداً إلى حد كبير ، ويتشكل قليلا فوق مؤصل منطقة العانة .
- المرحلة 4 . الشعر الآن من السطح البالغ ، إلا أنه ما يزال لا يغطي إلا مساحة أصغر كثيراً من المساحة التي يغطيها هذا الشعر عند البالغين ، ولا يمتد إلى سطح الفخذين الإنساني .
- المرحلة 5 . الشعر من النطع البالغ كما وكيفما ، سترون ذي خط افتدي (أو من النطع الإثني) المعروف تقليديا ، وممتد إلى سطح الفخذين الإنساني ، ولكنه لا يصل إلى أعلى الخط الأرض أو إلى أي مكان آخر في أعلى قاعدة المثلث المقلوب .

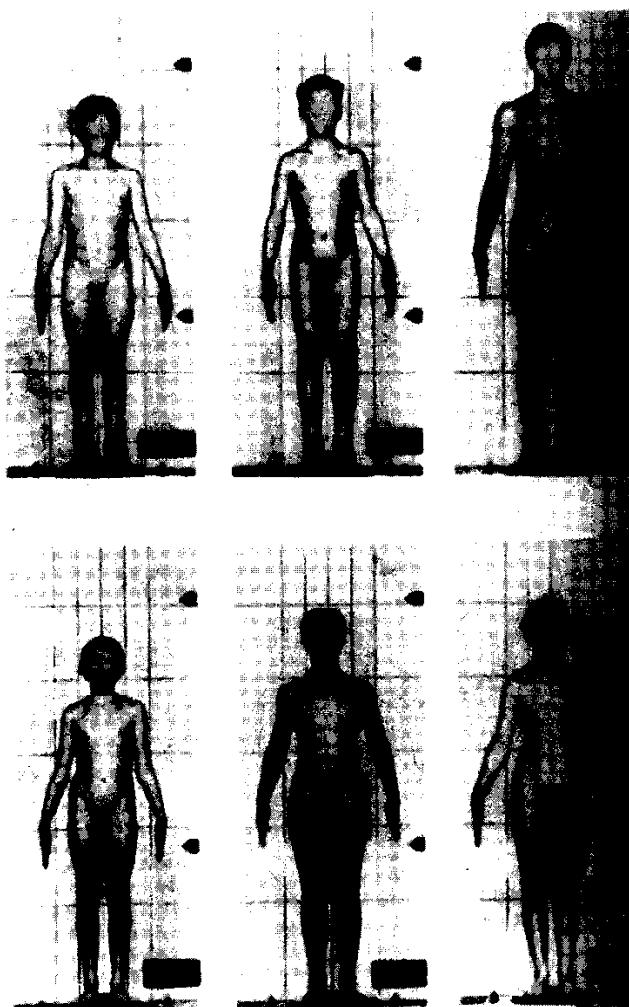


الملحق 3



الشكل 3 - ٦ معايير تدريب درجات نمو الثديين (نقلًا عن نادر 1962) .
المرحلة ١ . قبل المراهقة . ارتفاع
المقنة فقط .
المرحلة ٣ . ارتفاع وقصنم الثدي والهالة
معا بدرجة أكبر مما في المرحلة ٢ ، مع
عدم انفصال حياطهما .
المرحلة ٤ . الهالة والثدي يكتسبان تلاً يبرز
فوق حياط الثدي .
المرحلة ٥ . مرحلة النضج . يبروز الخلة
فقط مع تراجع الهالة إلى الحافة العامة
لثدي .

الملحق 4 . مرحلة البلوغ بحسب تانر



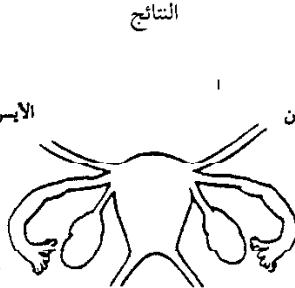
الشكل ٤١ - ١ الدرجات المختلفة للمراعنة في نفس العمر الزمني . النصف الأعلى : ثلاثة صبية عمر كل منها $\frac{3}{4}$ ١٤ سنة .
النصف الأسفل : ثلاث فتيات عمر كل منها $\frac{3}{4}$ ١٢ سنة .

الملحق 5 . لوحة تسجيل نتائج تنظير جوف البطن

..... تاريخ الميلاد / /
..... رقم بالمستشفى

اسم المريضة
اسم الجراح
القنية المستخدمة

| الجانب اليسرى | النتائج | الجانب اليمين | ..... |
|-----------------------------|---------|-----------------------------|--------------|
| ..... | اليسرى | ..... | المبيض |
| ..... | اليمين | ..... | ..... |
| ..... | البوق | ..... | البوق |
| | | | |
| جريان الملون نعم / لا | ..... | جريان الملون نعم / لا | ..... |
| تعليق ..... | ..... | تعليق ..... | ..... |
| | | | |



..... انتباذ البطانة الرحمية نعم / لا
العليقات
.....

..... التصنيف
الأدلة على الإصابة بالمرض الحوضي الالتهابي أو الاتصالات أو غيرها من الأمراض ،
.....

التشخيص بتنظير جوف البطن

..... التقييم

الملاحق 6 . تصنیف الحجمیة الأمریکیة للخصوبه المتقاع لانتباد البطانة الرحمیة

الماء

اسم المريض

المراحل الأولى (ضئيل) 1 - 5

المراحل الثانية (خفيف) 6 - 15 تغير جوف البطن - فتح البطن - تصوير البطن

المراحل الثالثة (متوسط) 16 - 40 المعاناة الموصى بها

المراحل الرابعة (خم) > 40

المجموع نثر المرض

الشكل ٦ - ١ (ا) يستخدم في حالة سوء شلود الوقن والمبيضين .

(ب) يستخدم في حالة الوقن أو المبيضين النير طبيعين .

| | | انتباد البطانة الرحمية | | |
|------|----|------------------------|---------------------|-------------------------|
| | | < 3 سم | > 3 سم | نوع |
| 4 | 2 | 1 | 1 | سطحى |
| 6 | 2 | 2 | 2 | عميق |
| 4 | 2 | 1 | 1 | الأيمن : سطحى |
| 20 | 16 | 4 | 4 | الأيمين : عميق |
| 4 | 2 | 1 | 1 | اليسير : سطحى |
| 20 | 16 | 4 | 4 | اليسير : عميق |
| كامل | 40 | جزئي | 4 | خلقى |
| | | | | رميم |
| | | | | إنسداد |
| | | التصاقات | | |
| | | $\frac{2}{3}$ إحاطة | $\frac{2}{3}$ إحاطة | |
| 4 | 2 | 1 | 1 | الأيمين : رقيق (مناف) |
| 16 | 8 | 4 | 4 | كثيف |
| 4 | 2 | 1 | 1 | الأيسر : رقيق |
| 16 | 8 | 4 | 4 | كثيف |
| 4 | 2 | 1 | 1 | الأيمين . رقيق (شفاف) |
| 16 | 8 | 4 | 4 | كثيف |
| 4 | 2 | 1 | 1 | اليسير : رقيق |
| 16 | 8 | 4 | 4 | كثيف |

في حالة التطويق الكامل للطرف المخمل للوقن تغير النقط المخصصة إلى 16 .

انتباد البطانة الرحمية الإضافي المرغيات المرتبطة به

(ب) يستخدم في حالة الوقن أو المبيضين الغير سوريين

(ا) يستخدم في حالة الوقن والمبيضين السوريين



نقل عن: الجمعية الأمريكية للخصوبة : تصنیف الجمعية الأمريكية للخصوبة المتقاع لانتباد البطانة الرحمية (1995) الفصویة والعلم : 43 : 351 . تم استنساخ بتصريح من الناشر ، الجمعية الأمريكية للخصوبة - برمنغهام ، ألاباما - الولايات المتحدة الأمريكية .

يقترح هذا الكتاب الموجز أسلوباً موحداً لاستقصاء العقم ، ويقدم دلائل إرشادية واضحة وسلسلة منطقية من الخطوات الكفيلة بهداية الإخصائين السريري أو الطبيب إلى تشخيص سريع ودقيق للسبب الأساسي للعقم . كما يقترح أسلوباً موحداً للمعالجة من شأنه أن يؤدي إلى تقديم الرعاية الالزمة للزوجين المصابين بالعقم بمزيد من الكفاية والمنهجية ، وبتكلفة أقل .

وتقدم اللوحات الشخصية التي يمكن استنساخ صور ضوئية منها طريقة واضحة لتشخيص السبب الأساسي للعقم ، في حين يقدم النص شرحاً وافياً للاختبارات السريرية الأساسية . ويوجز الكتاب النتائج المستخلصة من دراسة شملت أكثر من 9000 من الأزواج والروجات المصابين بالعقم الذين تم استقصاؤهم في إطار برنامج المنظمة الرامي إلى مواجهة انتشار هذه الظاهرة وما تسببه لضحاياها من معاناة . والمرجو أن يساهم هذا الأسلوب في مواجهة هذه المشكلة الهامة .

ISBN 0521431360

السعر: ستة دولارات أمريكية