



ارزیابی بیماران ارولوژی

دکتر محمد اصل زارع - دکتر سید علیرضا غریفی

را ایجاد می‌کند که پارانشیم عضو درگیر شود که ثانویه به ادم و اتساع کپسول عضو است. التهاب مخاطی بیشتر احساس ناراحتی و علائم تحریکی ایجاد می‌نماید. تومورها درد ندارند مگر این که باعث ایجاد انسداد شوند و یا به اعصاب مجاور دست‌اندازی کنند، بنابراین درد یافته دیررس تومورهای سیستم ادراری تناسلی است.

درد کلیه معمولاً در ناحیه زاویه دنده‌ای-مهره‌ای (CV angle) و لترال به عضلات ساکرواسپاینال احساس می‌شود و می‌تواند به بالای شکم و یا بیضه و لایبیا تیر بکشد. درد ناشی از التهاب معمولاً ثابت است ولی درد ناشی از انسداد ماهیت کولیکی دارد که این مسأله به علت پریتستالیتسم حالب است.

دردهای کلیوی ممکن است همراه علائم گوارشی نیز باشد که این امر به علت تحریک رفلکسی گانگلیون سلیاک و نیز مجاورت کلیه با اعضاء دستگاه گوارش است. لذا افتراق دردهای کلیوی از پاتولوژی‌های داخل شکم حائز اهمیت است. دردهای داخل پریتونن برخلاف دردهای کلیوی معمولاً ثابت هستند و باعث می‌شوند بیمار بی حرکت بماند تا درد کمتر شود.

دردهای رادیکولار ریشه‌های عصبی T₁₀-T₁₂ نیز می‌تواند علائم مشابه بدهد ولی کولیکی نبوده و با تغییر وضعیت تغییر می‌کند.

درد حالبی معمولاً حاد و ثانویه به انسداد است؛ علت این امر اتساع، هایپرپریتستالیتسم و اسپاسم عضلات صاف حالب است. درد حالب میانی راست به ناحیه مک بورنی و در طرف چپ به LLQ تیر می‌کشد. همچنین ممکن است درد به اسکروتوم در مردان و لایبیا در زنان گسترش یابد. درد حالب تحتانی با علائم تحریکی همراه است و در مردان می‌تواند در طول مجرا تا نوک آلت گسترش یابد.

در تمامی گروه‌های سنی (پری‌ناتال، کودکان، بالغین، جوان، بالغین و پیران) بیماری‌های ارولوژی می‌تواند وجود داشته باشد. ارولوژیست‌ها باید توانایی انجام ارزیابی اولیه، تشخیص و آماده‌سازی درمان طبی و جراحی را برای همه بیماری‌های سیستم ادراری تناسلی داشته باشند. ارزیابی بیماران ارولوژی شامل سه بخش اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی و انجام مطالعات آزمایشگاهی است که در این فصل به آنها می‌پردازیم.

شرح حال

شرح حال اساس ارزیابی بیمار ارولوژیک است. اضطراب، تفاوت زبان، زمینه فرهنگی و تحصیلات از موانع اخذ یک شرح حال کامل از بیمار می‌باشد. لذا ارولوژیست باید بیمار را به سمت سؤالات اختصاصی هدایت کند. در اولین برخورد ایجاد آرامش، دلسوزی و پنداری صحیح از طرف پزشک باعث ایجاد ارتباط دوطرفه می‌شود. زمان مناسب به بیمار باید داده شود. پزشک باید با دقت و بدون حواس‌پرتی به حرف‌های بیمار گوش فرا دهد. هر شرح حال با اخذ شکایت اصلی بیمار شروع می‌گردد. جزئیات شکایت اصلی در قسمت بیماری فعلی (present illness) شرح داده می‌شود. سپس سابقه بیماری‌های طبی قبلی (past medical history) و سابقه فامیلی (familial history) عنوان می‌گردد. در ادامه شکایت‌های شایع بیماران ارولوژی مورد بحث قرار می‌گیرد.

درد

درد در سیستم ادراری تناسلی در اثر التهاب یا انسداد رخ می‌دهد. التهاب سیستم ادراری تناسلی هنگامی حداکثر درد

منشأ آن حائز اهمیت است. هماچوری ابتدایی (initial) از منشأ مجرا است. هماچوری انتهایی (terminal) ناشی از التهابی بودن مثانه یا مجرای پروستاتی است و هماچوری در تمام طول ادرار (total) از منشأ مثانه و بالاتر است. هماچوری به ویژه در بزرگسالان نیازمند ارزیابی ارولوژیک سریع است و انجام سیستم اسکوپي در اولین فرصت توصیه می شود. نکته مهم این است که شایع ترین علت هماچوری گروس در افراد بالای ۵۰ سال سرطان مثانه است.

علائم سیستم ادراری تحتانی (LUTS)

الف) علائم تحریکی

فرکوئنسی: تعداد نرمال دفعات ادرار ۵-۶ بار در روز و هر بار حدود ۳۰۰ سی سی است. تکرر ادرار به دنبال افزایش تولید ادرار یا کاهش گنجایش مثانه رخ می دهد. افزایش تولید ادرار در دیابت قندی، دیابت بی مزه و مصرف زیاد مایعات دیده می شود. کاهش گنجایش مثانه در موارد انسداد خروجی مثانه به همراه کاهش کمپلیانس، افزایش باقی مانده ادراری، مثانه نوروژنیک، فشار از بیرون به مثانه و اضطراب دیده می شود. ناکچوری: در حالت عادی فرد نباید بیش از ۲ بار در شب ادرار کند و بیش از آن ناکچوری است. علل آن مشابه علل فرکوئنسی است. وجود فرکوئنسی بدون ناکچوری به دنبال علل سایکوزنیک (اضطراب) و ناکچوری بدون فرکوئنسی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب یا ادم محیطی دیده می شود. توانایی تغلیظ ادرار با افزایش سن کاهش می یابد لذا دفعات ادرار در شب در سالمندان افزایش می یابد.

دیزوری: سوزش ادرار معمولاً ناشی از التهاب است و عمدتاً به نوک مجرا تیر می کشد. چنانچه در ابتدای ادرار حس شود نشانه پاتولوژی مجرا و در صورتی که در انتهای ادرار باشد (استرانگوری) بیان گر پاتولوژی مثانه است. دیزوری معمولاً با فرکوئنسی و اورجنسی (فوریت ادرار) همراهی دارد.

ب) علائم انسدادی

کاهش فشار ادرار: به دنبال انسداد خروجی مثانه و معمولاً ناشی از BPH یا تنگی مجرا ایجاد می شود. پیدایش آن تدریجی است و بیمار معمولاً کاهش فشار و کالیبر ادرار را حس نمی کند. تأخیر در شروع ادرار (hesitancy): در حالت عادی فرد باید چند ثانیه پس از شل شدن اسفنکتر ادرار کند ولی در انسداد خروجی مثانه تأخیر دیده می شود.

چنانچه پاتولوژی در حالب به آرامی ایجاد شود و یا با انسداد خفیف همراه باشد، به ندرت باعث درد می شود (تومورهای حالب و سنگ های کوچک).

درد مثانه ناشی از اتساع بیش از حد مثانه ثانویه به انسداد احتباس حاد و یا التهاب است. اتساع تدریجی مثانه (مثلاً در مثانه نوروژنیک ناشی از دیابت) حتی در حجم های بالا هم درد نمی دهد. التهاب مثانه درد سوپراپوبیک متناوب می دهد که با پر شدن مثانه تشدید و با تخلیه آن بهبود می یابد. در بیماران مبتلا به سیستیت گاهی درد تیز و برنده سوپراپوبیک در انتهای ادرار کردن ایجاد می شود که استرانگوری (Strangury) نامیده می شود. دردهای ثابت سوپراپوبیک که با علائم ادراری تحتانی (LUTS) ارتباط ندارد، منشأ ارولوژیک ندارد.

درد پروستات معمولاً لوکالیزه نیست و بیمار از دردهای تحتانی شکمی، اینگوینال، پریئنال، لومبوساکرال و یا رکتال شاکی است. این درد معمولاً همراه علائم تحریکی ادراری است و در موارد شدید می تواند احتباس ناگهانی ادرار بدهد. درد آلت در حالت غیرنعوظ (Flaccid) معمولاً ناشی از التهاب در مثانه یا مجراست که عمدتاً در نوک مثلاً حس می شود. درد پنیس نعوظ یافته معمولاً ناشی از بیماری پیرونی یا پریاپیسم است.

دردهای اسکروتنال می تواند اولیه یا ارجاعی باشد. دردهای اولیه معمولاً ثانویه به اپیدیدیمیت حاد، تورشن بیضه و التهاب های پوستی است. دردهای مزمن اسکروتنال معمولاً به دنبال بیماری های غیرالتهابی مثل هیدروسل یا واریکوسل است. دردهای کلیوی، خلف صفاق و نیز درد فتق اینگوینال می تواند به بیضه تیر بکشد.

هماچوری

هماچوری می تواند میکروسکوپي ($>3\text{RBC/HPF}$) و یا واضح (Gross) باشد. در هماچوری گروس احتمال پیدا کردن یک پاتولوژی مهم بسیار بیشتر از نوع میکروسکوپي است. همچنین وجود لخته احتمال پاتولوژی مهم تری را مطرح می سازد. لخته های بی شکل از منشأ مثانه یا مجرای پروستاتی هستند ولی انواع کرمی شکل به ویژه در همراهی با درد نشان دهنده منشأ سیستم ادراری فوقانی است. هماچوری همراه درد معمولاً از منشأ فوقانی و به دلیل انسداد ناشی از لخته است. هماچوری از منشأ مثانه بدون درد است مگر این که همراه التهاب (مثلاً سیستیت) باشد. زمان هماچوری نیز در تعیین

علائم تحریکی شایع‌تر است و بیمار عمدتاً با ناکچوری مراجعه می‌کند.

همچنین وجود علائم تحریکی در بیماران، ممکن است به‌علی به‌جز انسداد مانند کارسینومای درجای درجه بالای مثانه و نیز بیماری‌های عصبی مانند CVA، دیابت و پارکینسون ایجاد شود.

جهت ارزیابی شدت علائم در بیماران مبتلا به LUTS و نیز پیگیری درمان ایشان جدولی به نام IPSS طراحی شده که دارای ۷ معیار است و هر معیار از ۰-۵ درجه‌بندی می‌شود. امتیاز مجموع ۰-۷ علائم خفیف، ۸-۱۹ متوسط و ۲۰-۳۵ علائم شدید را نشان می‌دهد (جدول ۲-۱).

ادرار کردن متناوب (intermittency): قطع و وصل شدن ادرار معمولاً در BPH و ناشی از فشار لوب‌های لترال پروستات است.

قطره‌قطره شدن انتهای ادرار (post void dribbling): ادرار قطره‌قطره در انتهای ادرار ناشی از باقی ماندن مقدار کمی ادرار در مجرای بولبار یا پروستاتیک است که در حالت طبیعی بداخل مثانه دوشیده می‌شود. این علامت معمولاً جزء علائم اولیه BPH است.

زورزدن (straining): در حالت عادی استفاده از عضلات شکم و مانور والسالوا به‌جز در انتهای ادرار نیاز نیست. استفاده از فشار شکمی برای ادرار از علائم انسداد خروجی مثانه است. در بیمار مبتلا به BPH به‌علت کاهش کمپلایانس مثانه،

جدول ۲-۱. امتیازبندی بین‌المللی علائم پروستات.

نشانه‌های ادراری	وجود ندارد	کمتر از یک‌بار	در پنج‌بار	کمتر از نیمی از اوقات	نیمی از اوقات	بیش از نیمی از اوقات	تقریباً همیشه
۱. تخلیه ناکامل: در یک ماه گذشته چند بار احساس عدم تخلیه کامل ادرار را داشته‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۲. تکرر: در خلال یک ماه گذشته طی دو ساعت پس از ادرار کردن چند بار نیاز به تخلیه مجدد ادرار داشته‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۳. قطع و وصل جریان ادرار: در یک ماه گذشته حین ادرار کردن اغلب ادرار شما متوقف شده و مجدداً جریان می‌یابد؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۴. احساس فوریت: در یک ماه گذشته آیا در اغلب مواقع نگه داشتن ادرار برای شما مشکل بوده است؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۵. کاهش جریان: آیا در یک ماه گذشته جریان ادرار شما ضعیف‌تر از گذشته شده است؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۶. زور زدن: در یک ماه گذشته برای شروع جریان ادرار مجبور به اعمال فشار و زور بوده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۷. شب ادراری: در یک ماه گذشته چقدر بار از خواب بیدار می‌شدید تا ادرار را تخلیه کنید؟	۰	۱	۲	۳	۴	۵	

اختلال جنسی در مردان

در ارزیابی بیمار مبتلا به اختلال عملکرد جنسی، تعیین دقیق نوع عارضه حائز اهمیت است. انواع مختلف اختلالان جنسی شامل موارد زیر است:

۱. کاهش تمایل جنسی (loss of libido): می تواند به علت کاهش آندروژن ها یا افسردگی و سایر اختلالات سیستمیک باشد. جهت رد علل اندوکراین، اندازه گیری تستوسترون و در صورت اختلال آن، ارزیابی گنادوتروپین ها و پرولاکتین توصیه می شود.

۲. ناتوانی جنسی (Impotence): به عدم توانایی به دست آوردن یا حفظ نعوظ مناسب جهت مقاربت اشاره دارد و می تواند علل ارگانیک یا سایکولوژیک داشته باشد. شروع ناگهانی ناتوانی جنسی در شرایط خاص و بروز به دنبال استرس های روحی به نفع علل سایکولوژیک است. همچنین در این موارد برخلاف علل ارگانیک بیمار دارای نعوظ صبحگاهی (NPT) است.

۳. عدم انزال (Failure to Ejaculate): علل آن شامل کمبود آندروژن ها، اختلال سمپاتیک (به دنبال سمپاتکتومی یا RPLND)، داروها (به ویژه آنتاگونیست های آلفا آدرنرژیک) و عمل جراحی گردن مثانه یا پروستات (به ویژه در TURP) و نیز دیابت است.

۴. فقدان ارگاسم (absence of orgasm): این حالت معمولاً به علل روانی یا مصرف داروها جهت بیماری های روانی رخ می دهد. گاهی اوقات ممکن است به دلیل کاهش عصبدهی آلت هم رخ دهد که عمدتاً در بیماران دیابتی دیده می شود.

۵. انزال زودرس (premature ejaculation): شکایتی کاملاً ذهنی (subjective) است. در حالت معمول انزال مردان در فاصله ۲ دقیقه پس از شروع تماس جنسی (intercourse) رخ می دهد و بنابراین بسیاری از افرادی که با این شکایت مراجعه می کنند معمولاً انزال طبیعی دارند.

علت عمده انزال زودرس روانی است و با مشاوره و تغییر تکنیک نزدیکی برطرف می گردد. در کنار آن استفاده از داروهای SSRI مانند سرترالین یا فلوکستین نیز می تواند مفید باشد.

بی اختیاری ادرار

خروج ادرار بدون اراده و اختیار را بی اختیاری ادرار گویند که شامل انواع زیر است:

۱. بی اختیاری واقعی یا مداوم (Continuous): بیمار در این حالت در تمام شبانه روز بی اختیار است. شایع ترین علت آن فیستول و شایع ترین نوع فیستول، وریکوواژینال است که عمدتاً به دلیل جراحی های ژنیکولوژیک، تروماهای زایمانی و رادیاسیون ایجاد می شود. علت شایع بعدی حالب اکتوپیک است که در زنان منجر به بی اختیاری می شود ولی در آقایان بی اختیاری نمی دهد، چون همواره به پروگزیمال اسفنگتر منتهی می شود.

۲. بی اختیاری استرسی (stress): بی اختیاری به دنبال سرفه، عطسه یا هر فعالیتی که فشار شکمی را افزایش دهد رخ می دهد. در زنان شایع تر است و به دنبال زایمان، منوپوز و به علت کاهش حمایت واژینال قدامی و تضعیف بافت لگنی رخ می دهد. در مردان عمدتاً به دنبال رادیکال پروستاتکتومی و آسیب اسفنگتر خارجی مجرا ایجاد می شود. درمان این نوع عمدتاً جراحی است.

۳. بی اختیاری فوریتی (Urge): به بی اختیاری به دنبال احساس فوریت ادرار گفته می شود. عمدتاً در بیماران مبتلا به سیستیت، مثانه نوروژنیک و انسداد خروجی مثانه به همراه کاهش کمپلیانس دیده می شود و درمان آن عمدتاً طبی است.

۴. بی اختیاری متناقض یا سرریز (Overflow): در موارد انسداد مزمن، افزایش میزان باقی مانده ادراری مثانه به وجود می آید که منجر به خروج ادرار به صورت قطره قطره و به ویژه در شب می شود. تشخیص این نوع بی اختیاری به راحتی میسر نیست لذا در تمام بیماران مبتلا به بی اختیاری باید حجم باقی مانده ادراری اندازه گیری شود.

شب ادراری (enuresis)

بی اختیاری در حین خواب را شب ادراری گویند. شب ادراری تا ۳ سالگی طبیعی محسوب می شود ولی می تواند تا ۱۵٪ در بچه های ۵ ساله و حدود ۱٪ در ۱۵ سالگی رخ دهد. بچه های بالای ۵ سال نیازمند ارزیابی ارولوژیک هستند.