



100  
حالة



# في الجراحة

إعداد وترجمة:

أطباء رفعة كلية الطب البشري لعام ٢٠٢٤ م.

## ترجمة وتدقيق:

أحمد عاصم محمد ديب حنورة

حنان هيثم أحمد

عبد القادر مصطفى الشيخ

لواظ محمد المحمود

محمد محمد سراج علي

محمود حسام خناس

محمود عبد الحافظ الحمود

مصطفى احمد الحمادي

مصطفى رضا هلال

مصعب هيثم يوسف

معاذ عدنان خطاب

معمر محمود البركات

وسام صديق اليوسف

ياسمين محمد شمة

جمع وتنسيق: أحمد عاصم محمد ديب حنورة

الإشراف العلمي: د. واصل محمود الجرك

# إهداء . . .

إليك أيها الطبيب الساعي في طريق العلم والمعرفة....

إليك يا طالب الطب....

إلى صاحبات القلب الطيب واليد الحانية منبع التفاؤل ومصدر السعادة أمهاتنا المربيّات....

إلى آبائنا الذين ضحّوا من أجلنا وبذلوا الغالي والنّفيس من أجل أن نصل لما وصلنا إليه....

إلى شموع دربنا وسبب استمرارنا إلى أهلنا وعائلاتنا....

إلى شهداء ثورتنا الذين بذلوا أعلى ما يملكون ليُحکم بالعدل وتُبنى صروح العلم في أرضنا....

إلى شموع المعرفة معلّمينا الذين أناروا لنا دروبنا ووثقوا بما عندنا من قدرات وبما لدينا من

إمكانيّات فزرعوا فينا قيم العلم ومناهجه....

إلى أساتذة كليّة الطبّ البشريّ في جامعة حلب الحرّة....

إلى عميد الكليّة الدكتور مازن السّعود وإلى الطّبيب القدوة الدكتور وسيم زكريّا....

إلى أصدقائنا وزملائنا في الكليات والفروع العلميّة الأخرى....

إلى كل مهتم وقارئ في العلوم الطبيّة وباحث عن وسائل ليستثمرها نهدي هذا الكتاب إليك....



## فهرس المحتويات

1	أولاً: الجراحة العامة والكولونات
43	ثانياً: جراحة الجهاز الهضمي العلوي
81	ثالثاً: الصدر والغدد
93	رابعاً: جراحة الأوعية
125	خامساً: الجراحة البولية
143	سادساً: الجراحة العظمية
179	سابعاً: أذن، أنف وحنجرة
189	ثامناً: الجراحة العصبية
197	تاسعاً: التخدير
207	عاشراً: الاختلاطات بعد العمل الجراحي

## حالة 1: كتلة في الناحية الإربية

## القصة السريرية

جاءت امرأة بعمر 51 سنة إلى قسم الإسعاف بألم في الناحية الإربية، لديها توسع خفيف أسفل البطن وتقيأت مرتين في طريقها إلى المشفى، هناك خروج لبعض الغازات لكنها لم تتغوط من البارحة، من ناحية أخرى المريضة بصحة جيدة وغير مدخنة وتعيش مع زوجها وأربعة اولاد.

## الفحص السريري

حالتها العامة غير جيدة، الضغط 106\70 مم ز، معدل النبض 108 بالدقيقة، حرارتها مرتفعة 38°، والبطن ممضة خاصة في الحفرة الحرقفية اليمنى، وهناك توسع أسفل البطن وتورم خفيف في الناحية الإربية اليمنى يبدأ في أسفل ووحشي الحدة العانية، الكتلة غير ردودة، لا يوجد دفع بالسعال، لم يظهر المس الشرجي شيئاً مميزاً والحركات الحوية مشتدة.

## الاستقصاءات

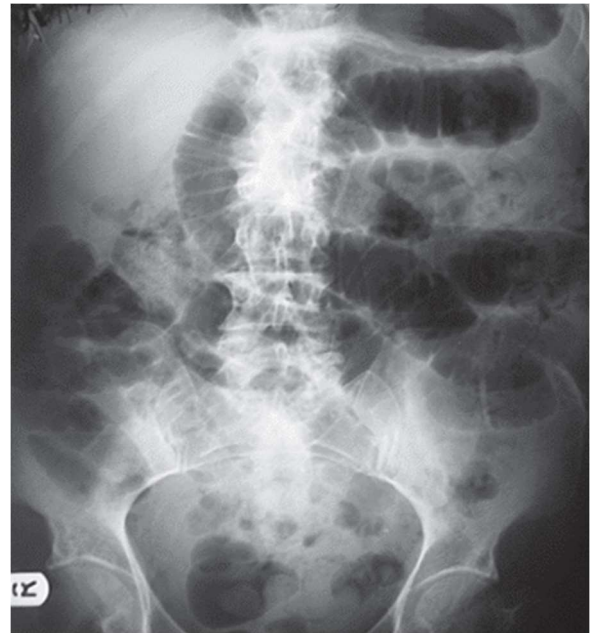


		Normal
Haemoglobin	14.1 g/dL	11.5–16.0 g/dL
White cell count	$18.0 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$361 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$
Sodium	133 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	3.3 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L
Urea	6.1 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	63 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$
Amylase	75 IU/L	0–99 IU/L

An X-ray of the abdomen is performed and is shown in Fig. 1.1.

## الأسئلة

- ما هو سبب ما يظهر في الصورة الشعاعية؟
- ما هو هذا التورم؟
- ماهي المجاورات التشريحية؟
- ما هي المعالجة البدئية في هذه الحالة؟
- ما هو التشخيص التفريقي لكتلة في الناحية الإربية؟



الشكل 1.1 صورة شعاعية للبطن.

## جواب 1

لدى هذه السيدة فتق فحذي أيمن، يتوضع عنق الفتق الفحذي أسفل ووحشي الحدبة العانية وهذا يميزه عن الفتق الإربي الذي يتوضع أعلى وأنسي الحدبة العانية، تبدي الصورة الشعاعية توسع في الأمعاء الدقيقة بسبب الانسداد الناجم عن احتجاز الأمعاء الدقيقة في كيس الفتق، إن ارتفاع عدد الكريات البيض والترفع الحروري ووجود الممض قد يدل على اختناق محتويات الفتق، الحواف المثنية للفتق الفحذية تجعل الاختناق أكثر احتمالاً مما هو في الفتق الإربية.

## ! مجاورات القناة الفحذية

- في الأمام: الرباط الإربي
- في الخلف: الشعبة العلوية لعظم العانة والعضلة العانية
- في الأنسي: جسم عظم العانة، القسم العاني من الرباط الإربي
- في الوحشي: الوريد الفحذي

يجب أن تبقى المريضة على حمية مطلقة عن طريق الفم NPO، والبدء بالسوائل الوريدية والصادات ووضع أنبوب أنفي معدي NGT وأخذ دم لمصالبته. يجب إبلاغ غرفة العمليات وإجراء الجراحة الإسعافية للمريضة لرد وإصلاح الفتق مع معاينة حذرة لمحتويات كيس الفتق واستئصال الأمعاء إذا كانت متموتة.

## ! التشخيص التفريقي لكتلة في الناحية الإربية

- فتق إربي
- فتق فحذي
- قيلة حبل منوي
- قيلة قناة Nuck
- شحموم الحبل المنوي
- الخصية المستوقفة (النطاطة)
- الخصية الهاجرة
- دوالي الوريد الصافن
- أم الدم الفحذية الحرقفية
- عقد لمفية
- خراج العضلة البسواس

## النقاط الأساسية

- الفتق الفحذي على خطورة عالية للاختناق.
- إذا كان الاختناق متوقع فإن الإصلاح الجراحي الإسعافي مستطاب.

## حالة 2: ألم الحفرة الحرقفية اليمنى

## القصة السريرية

جاء شاب يبلغ من العمر 19 سنة بقصة ألم بطني منذ يومين، بدأ الألم في منتصف البطن وأصبح الآن مستمراً وانتقل إلى الحفرة الحرقفية اليمنى، تقيأ طعاماً لمرتين في اليوم، لديه فقدان شهية ووهن عام ولا يوجد نزف مستقيمي مرافق.

## الفحص السريري

حرارة المريض 37.8°م، معدل النبض 110 بالدقيقة، بفحص البطن كان لديه مضمض موضع ودفاع في الحفرة الحرقفية اليمنى، تحليل البول ضمن الطبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$19 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	136 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.5 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive Protein	20 mg/L	<5 mg/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو التشخيص التفريقي لهذه الحالة؟
- كيف تدبر هذا المريض؟
- ما هي الاختلاطات التي قد تنجم عن أي تداخل جراحي يمكن أن يكون مستتباً؟

## جواب 2

القصة والموجودات في الفحص السريري ترجح بقوة التهاب زائدة دودية حاد.

## ! التشخيص التفريقي لالتهاب الزائدة الحاد

- التهاب العقد المسارية
- خراج العضلة القطنية
- رتج ميكل
- داء كرون
- الألم البطني غير النوعي
- وبالإضافة إلى ذلك عند الإناث:
- تمزق كيسة مبيض
- انفثال مبيض
- الحمل الهاجر (كل الإناث يجب أن يجري لهن اختبار حمل)

العلاج استئصال الزائدة الدودية، وتزويد المريض بالسوائل الوريدية قبل العمل الجراحي وإعطاء المسكنات، كما يجب إعطاء الصادات إذا كان التشخيص واضحاً وتم اتخاذ القرار بإجراء الجراحة، يجب إجراء الجراحة فوراً عند المريض الذي يبدي علامات التهاب بريتان لتجنب السمية الجهازية.

يمكن استئصال الزائدة بالجراحة المفتوحة أو تنظيرياً.

## ! الاختلاطات

- إنتان الجرح: يمكن الحد منه بالتغطية بالصادات واسعة الطيف
- التجمعات داخل البطن والخراجات الحوضية
- العلوص (انسداد الأمعاء المديد)
- التنوسر بين جذمور الزائدة والجرح
- الخثار الوريدي العميق، الصمة الرئوية، ذات الرئة والانخماص
- الاختلاطات المتأخرة: فتق اندحاق، انسداد التصاقي

## النقاط الأساسية

- إن وجدت الزائدة طبيعية أثناء العمل الجراحي يجب أن تستقصي الأمعاء الدقيقة لتحري وجود رتج ميكل.

## حالة 3: تمدد البطن بعد خلع الورك

## القصة السريرية

طلب منك معاينة رجل يبلغ من العمر 72 سنة في جناح العظمية أجري له رأب مفصلي نصفي لوركه الأيمن قبل 6 أيام، تحسن المريض بشكل جيد في البداية لكن تطور لديه الآن توسع بطن مهم، إذ إنه لم يتغوط أو يخرج غازات منذ 4 أيام، قصته المرضية السابقة تضمن معالجة لسرطان خلايا انتقالية في المثانة واستئصال زائدة دودية، كما أن لديه فتقاً حجابياً، وأقلع عن التدخين منذ 6 أشهر.

## الفحص السريري

الضغط الدموي 88\114 مم ز، معدل النبض 98 ن/د، البطن متوسعة بشكل ملحوظ مع مضض معمم خفيف، وهناك طفلية بالقرع مع سماع بعض الأصوات المعوية بالإصغاء، لا يوجد فتوق، المستقيم فارغ بالمس الشرجي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	10.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$12.6 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$422 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	131 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.7 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
An X-ray of the abdomen is performed and is shown in Fig. 3.1.			

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي المظاهر في الصورة البسيطة التي توجه نحو التشخيص؟
- كيف يتم تدبير المريض في البداية؟
- ما هي الأسباب الشائعة لهذا المرض؟



الشكل 1.3 صورة شعاعية للبطن.

## جواب 3

لدى المريض انسداد أمعاء غليظة، عندما لا يكون هناك سبب ميكانيكي للانسداد تشير الحالة إلى انسداد كاذب، ما زالت الآلية المرضية لهذه الحالة غير واضحة، لكن يرجح أن تكون الحركة الكولونية الشاذة عامل أساسي، بصورة البطن البسيطة يظهر الغاز خلال الكولون نزولاً إلى المستقيم جاعلاً السبب الميكانيكي غير وارد، إذا كان التشخيص غير واضح فإن التصوير الهضمي السفلي الظليل يجب أن يجرى لاستبعاد السبب الميكانيكي.

يميل الانسداد الكاذب لأن يحدث في المرضى بعد التعرض للرضوض، الإنتان الشديد أو الجراحة العظمية أو القلبية الصدرية أو الحوضية، يتضمن السبب الجهازي الخمج والشذوذات الاستقلابية والأدوية، تضمن الموجودات السريرية المميزة للحالة التوسع البطني، الغثيان، الإقياء، الإمساك التام، الألم البطني والأصوات المعوية عالية النغمة، الترفع الحروري مع علامات التهاب بريتان يقترح إقفاراً معوياً (نقص تروية) وبأن الانتقاب وشيك الحدوث، هذا ما يرجح حدوثه في الأعور نتيجة قابلية جدار الأمعاء للتمدد في منطقة النقطة، يجب فحص المريض بحذر من أجل المضض في الحفرة الحرقفية اليمنى، تقدر أبعاد الأعور عن طريق الصورة، فإذا كانت أكثر من 10 سم فهناك خطورة حقيقية لحدوث الانتقاب.

تتضمن المعالجة المحافظة إبقاء المريض على حمية فموية مطلقة NPO وإعطاء السوائل الوريدية وتركيب أنبوب أنفي معدي NGT لتخفيف الضغط، ممكن وضع أنبوب لتصريف الغازات بتنظير السيني الصلب لتفريغ البطن من بعض التمدد، يمكن تخفيف الضغط بشكل أكثر فعالية بتنظير الكولونات، يجب تصحيح اضطرابات السوائل والشوارد وإيقاف الأدوية المحرصة للحركة الكولونية كالأفيونات.

## النقاط الأساسية



- معدل الوفيات الإجمالي في الانسداد الكاذب الذي يدبر بشكل محافظ حوالي 15%.
- يرتفع هذا الرقم إلى 30% في المرضى الذي يتطلب وضعهم الجراحة وإلى أكثر من 50-90% ممن لديهم التهاب بريتان برازي.

## حالة 4: ألم حول الشرج

## القصة السريرية

حضر رجل بعمر 28 سنة إلى قسم الإسعاف يشكو من ألم في منطقة الشرج وأسفل الظهر الـ 36 الساعة الماضية، حاول أخذ مسكنات بسيطة دون فائدة، تطور الألم نحو الأسوأ، ويحس المريض الآن بالانزعاج عند المشي والجلوس، وهو سليم جسدياً، يدخن 10 سجائر في اليوم.

## الفحص السريري

بيدي تأمل منطقة الشرج تورماً بقطر 3.3 سم على حافة الشرج، التورم دافئ وممض بشدة وتمموج، لا يوجد أية شذوذات أخرى واضحة.

## الأسئلة

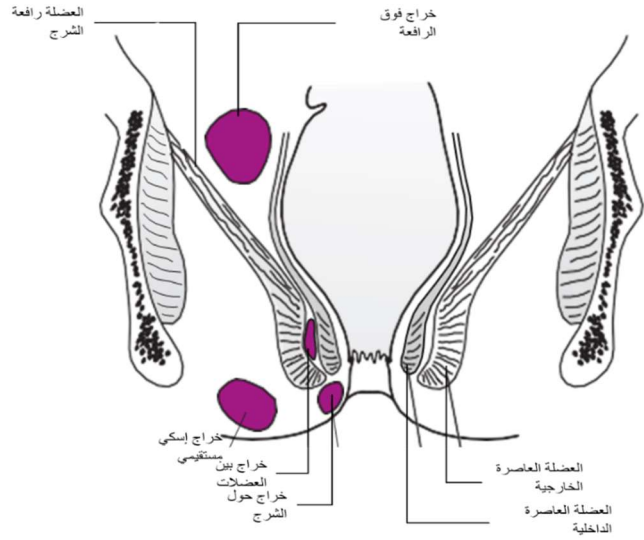
- ما هو التشخيص؟
- ما هي العوامل المسببة المترافقة مع هذه الحالة؟
- كيف تصنف هذه الآفات تشريحياً؟
- ما هي المعالجة المطلوبة؟

## جواب 4

لدى المريض خراج حول الشرج، تميل العضويات المسببة لأن تكون إما من الأمعاء (العصوانيات الهشة، الإشريكية الكولونية، المكورات المعوية) أو من الجلد (المكورات العنقودية المذهبة)، تنشأ الخراجات الشرجية المستقيمية من الإنتان الناشئ في الظهارة الغدية المبطنة للقناة الشرجية، كما يمكن أن تغزى المصرة الشرجية الداخلية بمستخفيات مورغاغني التي تخترق المصرة الداخلية إلى المسافة بين المصرتين، حالما يعبر الإنتان إلى المسافة بين المصرتين يمكنه الانتشار إلى المسافات حول المستقيم المجاورة.

## ! تصنيف الخراجات الشرجية

الشكل 1.4 رسم تخطيطي يوضح تشريح الخراجات الشرجية.



## ! العوامل المسببة للخراجات الشرجية المستقيمية

- مجهول السبب (الغالبية العظمى)
- داء كرون
- السرطانة الشرجية المستقيمية
- الشق الشرجي
- رض أو جراحة على الشرج
- الخراجات الحوضية يمكن أن تنشأ عن داء الأمعاء الالتهابي أو التهاب الرتوج

يجب أن يتم فحص المريض تحت التخدير بتنظير الكولون السيني لفحص المخاطية المعوية، يجب معالجة الخراج بالشق والتفجير وإرسال القيح للزرع، العضويات الجلدية أقل ترافقاً مع النواسير من العضويات المعوية، تحدث النواسير الشرجية المستقيمية في 30-60% من مرضى الخراجات الشرجية المستقيمية، يجب الانتباه إلى وجود الناسور في وقت الشق والتفجير وإحضار المريض حالما يتم معالجة الإنتان.

## ! النقاط الأساسية

- تحدث النواسير الشرجية في 30-60% من مرضى الخراجات الشرجية المستقيمية.
- يجب أن يجرى تنظير الكولون السيني والمستقيم أثناء الجراحة لكشف الآلية المرضية الكامنة.

## حالة 5: شامة مشتبهاة

## القصة السريرية

راجع رجل قوقازي بعمر 36 سنة طبيبه بتغير في شكل شامة عنده وازدياد حجمها خلال الشهر الماضي، الكتلة حاكة لكن لا يوجد تغير في اللون ولا يوجد نزف، لا يوجد قصة عائلية ذات صلة بالموضوع، وهو من جهة أخرى سليم وليس لديه مشاكل أخرى، كجزء من عمله أمضى نصف السنة في كاليفورنيا، يدخن 5 سجائر في اليوم.

## الفحص السريري

بدا وضعه جيداً، شوهدت عدة شامات على العنق والجذع بدت كلها سليمة ما عدا تلك التي شكى منها وراجع من أجلها، تتوضع هذه الشامة على الجانب الأيسر من الجذع ولونها أسود وتقيس من 1-1.5 سم، الأفة غير ممضة سطحها غير منتظم نوعاً ما، تحيط بها هالة وردية اللون، ولا يوجد تضخم في العقد اللمفية الناحية، فحص البطن والصدر والفحص العصبي ضمن الطبيعي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي المعالجة المفضلة؟
- ما أهمية فحص البطن والصدر والفحص العصبي في هكذا مرضى؟
- ما هي عوامل الخطر لهذه الحالات؟
- ما هي العوامل في القصة لدى هؤلاء المرضى التي تثير اهتمامك؟

## جواب 5

لدى المريض ميلانوما خبيثة حتى يثبت العكس، يجب أخذ خزعة استئصالية بحواف واضحة 1-3 مم بكامل سماكة الجلد، تقم بعدها من قبل أخصائي التشريح المرضي النسيجي، إذا أثبت تشخيص الميلانوما الخبيثة يجب تقييم سماكة الورم (حسب تصنيف بريسلو) والمستوى التشريحي الذي وصل إليه الغزو (حسب تصنيف كلارك)، فكلهما يقدم معلومات إنذارية هامة، العلاج المرجح جراحي مع استئصال موضعي واسع، يجب أخذ حواف أمان 1 سم في الأافات غير المجسوسة و2 سم في الأافات المجسوسة.

عند فحص المرضى بشامات مشتبهة يجب البحث عن ضخامة العقد اللمفية إذ أنه مؤشر لانتشار الميلانوما الخبيثة، في هذه الحالات يجب أن تتضمن المعالجة تجريف العقد اللمفية مع أو بدون المعالجة الشعاعية بالإضافة إلى الاستئصال الجراحي البدئي، في حالات النقائل تشاهد الميلانوما الخبيثة في الرئتين والكبد والدماغ.

## عوامل الخطر للميلانوما الخبيثة

- التعرض للشمس خاصة المتقطع
- الجلد الأشقر، العيون الزرقاء، الشعر الأشقر أو الأحمر
- متلازمة الوحمة عسيرة التصنع
- المهق
- جفاف الجلد المصطبغ
- الوحمة المشعرة العرطلة الخلقية
- نمش هيتشبينسون
- ميلانوما خبيثة سابقة
- قصة عائلية

## العوامل في القصة التي تقترح تغييراً خبيثاً في الوحمة

- تغير في السطح
- الحكّة
- الزيادة في الحجم أو الشكل أو السماكة
- النزف أو التقرح
- الهالة البنية أو الوردية (تنتشر إلى الجلد المحيط) أو عقيدات كويكبية (سوائل)
- ضخامة عقد لمفية موضعية

## النقاط الأساسية

- يجب فحص المرضى دائماً لكشف ضخامة عقد لمفية.
- كل النماذج يجب أن ترسل من أجل فحص نسيجي عاجل.

## حالة 6: ألم وتوسع بطني وإقياء

## القصة السريرية

حضر رجل بعمر 54 سنة إلى قسم الإسعاف بقصة توسع بطني منذ 4 أيام وألم بطني مركزي ماغص وإقياء وإمساك، بالاستجواب الدقيق يقول إنه أخرج بعض الغازات البارحة لكن لا شيء اليوم، تم إجراء استئصال كولون أيمن منذ سنتين بسبب سرطانة كولون، يعيش مع زوجته ولا يوجد قصة حساسية معروفة عنده.

## الفحص السريري

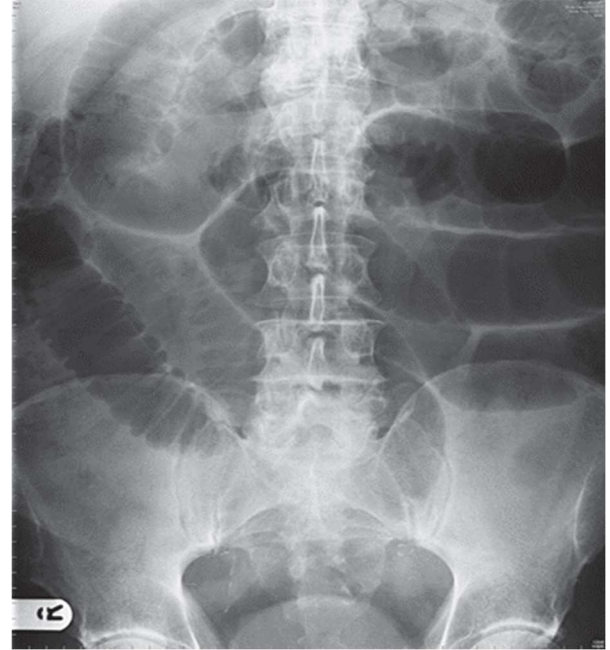
ضغط الدم ودرجة الحرارة كانت عنده ضمن الحدود الطبيعية، النبض منتظم بشكل منتظم بمعدل 90 د، لدى المريض توسع بطني واضح، لكن البطن ممضة بشكل خفيف بالمركز، فوهات الفتق واضحة، لا يوجد إيلام فطني والمستقيم فارغ بالمس الشرجي، الحركات الحوية مشتدة وعالية النغمة، فحص الصدر أظهر نقصاً في جريان الهواء في القاعدتين.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$10.6 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$435 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	136 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.7 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	77 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	

An X-ray of the abdomen is performed and is shown in Fig. 6.1.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي المظاهر في الصورة البسيطة التي توجه نحو التشخيص؟
- كيف يتم تدبير المريض بالبداية؟
- ما هي الأسباب الشائعة لهذه الحالة؟



الشكل 1.6 صورة شعاعية للبطن.

## جواب 6

التشخيص هو انسداد أمعاء دقيقة، والاحتمال الأرجح في هذه الحالة أن يكون الانسداد ثانوياً لالتصاقات من جراحته السابقة على البطن، لكنها يمكن أن تكون أيضاً ناتجة عن نكس الورم نفسه، تتضمن المظاهر النموذجية في الصورة البسيطة عرى معوية متوسعة مليئة بالغازات وسويات سائلة غازية، تتميز الأمعاء الدقيقة عن الغليظة بمجموعاتها الصمامية (شعاعياً على كامل قطر الأمعاء بشكل عرضاني)، في الأمعاء الغليظة طيات قبيبية لكنها لا تتوضع على كامل قطر الأمعاء العرضي، تتوضع عرى الأمعاء الدقيقة عادة مركزياً وتتوضع عرى الأمعاء الغليظة محيطياً، إذا تطورت للمريض علامات خمج أو تهيج برتوان يجب أن يؤخذ بالحسبان اختناق الأمعاء، وإذا حدث هذا يحتاج المريض لإنعاش وفتح بطن، وإذا كانت حالة المريض المشخص له انسداد ناتج عن الالتصاقات جيدة يكون التدبير كالتالي:

## ! التدبير البدني

- إبقاء المريض على حمية مطلقة عن طريق الفم
- في انسداد الأمعاء الدقيقة هناك فقد سوائل هام والإنعاش بالسوائل الوريدية ضروري
- متابعة دائمة
- قسطرة بولية لمراقبة توازن السوائل
- فكر جدياً بفتح خط وريدي مركزي لمراقبة توازن السوائل في المريض المصدوم
- أدخل أنبوب أنفي معدي NGT وقم برشف جيد
- خذ بالحسبان نقل المريض لوحدة العناية المشددة لتحسين وضعه قبل الجراحة إن تطلب ذلك

## ! أسباب انسداد الأمعاء الدقيقة

- تشيع الالتصاقات بعد جراحة بطنية أو نسائية سابقة
- الفتق الغاصص سواء كان إريبياً أو فخذياً أو جانب السرة أو اندحاقياً أو فتق سبيغل
- العلوص (انسداد الأمعاء) الناتج عن حصاة صفراوية
- متلازمة الأمعاء الهیوجة IBS
- التهاب الأمعاء الشعاعي
- الانغلاف

## النقطة الأساسية

- تخفيف الضغط باكراً بالأنبوب الأنفي المعدي يخفف التوسع البطني ويمنع حدوث الإقياء في انسداد الأمعاء الدقيقة.

## حالة 7: نزف عبر المستقيم

## القصة السريرية

جاء رجل أعمال ياباني بعمر الـ 62 سنة إلى قسم الإسعاف بنزف مستقيمي أحمر فاتح مهم في الساعات الست الماضية، ليس لديه ألم بطني أو إقياءات، لا يوجد تغير في عادات التغوط، شهيته جيدة وصرح بأنه لا يعاني من فقد وزن مؤخراً، على الرغم من أنه عاش باليابان لخمس عشرة سنة فإن التنظير الهضمي العلوي عنده طبيعي رغم وجود قصة عائلية مؤكدة لسرطانة معدية، آخر تنظير أجري منذ شهرين وكان طبيعياً، شخص له مؤخراً ارتفاع ضغط خفيف، موضوع على جرعة 2.5 ملغ من دواء بندروفلوميثازيد (مدر بولي وخافض ضغط) مرة يومياً ويدخن 10 سجائر باليوم.

## الفحص السريري

المريض شاحب ومتعرق، ضغطه الدموي 60/94 مم ز، ونبضه خيبي بمعدل 118/د، ودرجة حرارته طبيعية، بطنه لينه دون دليل على وجود توسع، باقي فحصه طبيعي، بالمس الشرجي هناك دم متغير ممزوج مع البراز وهناك بعض الخثرات الدموية على كف الفاحص، التنظير السيني الصلب لم يكن ناجحاً بسبب وجود الدم والبراز.

	الاستقصاءات	
	<i>Normal</i>	
Haemoglobin	7.4 g/dL	11.5–16.0 g/dL
WCC	$13.6 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$
Platelets	$404 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$
Sodium	134 mmol/L	135–145 mmol/L
Potassium	4.8 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L
Urea	8.6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L
Creatinine	115 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$
International normalized ratio (INR)	1.2 IU	1 IU

## الأسئلة

- ما هو التدبير الفوري؟
- ما هو التشخيص التفريقي؟
- إذا لم يتوقف النزف ماهي الاستقصاءات الأخرى المطلوبة؟
- ما هي استطببات التداخل الجراحي؟

التدبير الفوري يهدف إلى تحقيق توازن السوائل بوضع قنيتين كبيرتي اللمعة في الحفرة المرفقية الأمامية، يجب أخذ عينة دم لإجراء تعداد دم كامل CBC، اختبارات التخثر، وظائف الكلية، ومصالبة أربع وحدات دم على الأقل، يجب البدء بالسوائل الوريدية وتركيب قسطرة بولية لمراقبة الصادر البولي على مدار الساعة، يجب أن يراقب المريض عن قرب حتى يستقر وضعه بمتابعات نظامية، يجب أن تؤخذ مراقبة الخط الوريد المركزي بالحسبان وقد يكون نقل المريض إلى وحدة العناية المشددة ضرورياً.

## ! التشخيص التفريقي

- داء التروج
- الداء المعوي الالتهابي
- خلل التنسج الوعائي
- التهاب الكولون الخمجي: كامبيلوباكتر، سالمونيلا، الإشريكية الكولونية، والمطثيات
- التهاب الكولون الإقفاري كالاكتشاء المساريقي والانصمام
- التهاب الكولون الشعاعي
- البواسير
- الأورام
- رتج ميكل

يتم السيطرة على النزف غالباً بالعلاج المحافظ، وإذا استمر النزف يجب إجراء تنظيف هضمي علوي أولاً لنفي أي سبب معدي معوي علوي للنزف، يمكن بعدها إجراء تنظيف للكولونات لتقييم فيما إذا كان مصدر النزف هو الأمعاء الغليظة، لسوء الحظ تكون الرؤية غالباً ضعيفة بسبب وجود النزف، إذا كان بالإمكان تقييم المنطقة القريبة من الأمعاء المتأثرة يسمح هذا بتخطيط أفضل للتدخل الجراحي.

إذا كان النزف مفاجئاً تماماً فإن تصوير الأوعية المساريقية يجب أن يؤخذ يعين الاعتبار لرسمها تشريحياً وتمييز الأوعية النازفة منها، إذ يمكن أن يجرى التصميم الانتقائي لوقف النزف في حالات معينة، بهذه الطريقة يمكن تحديد أماكن النزف فقط إذا كان فقد الدم أكثر من 1 مل/د، إذا كان مصدر النزف غير معروف وفشلت كل التدابير يمكن أن يحتاج المريض استئصال كولون تحت تام.

## النقطة الأساسية

- يجب إعادة تحليل الخضاب بعد 12 ساعة إذ يمكن أن يكون فقر الدم غير واضحاً في العينة البدئية.

## حالة 8: تورم في الناحية الإربية

## القصة السريرية

أحيل مهندس حاسوب بعمر 38 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية يشكو من ألم في الناحية الإربية اليمنى طوال الأشهر القليلة الماضية وألمه يزيد على الجهد، كما لوحظ تورماً متقطعاً، وهو من جهة أخرى بحالة جيدة ولديه قصة عائلية إيجابية لسرطانة معوية، كما أنه يدخن 25 سيجارة في اليوم ويشرب 10 وحدات من الكحول كل أسبوع.

## الفحص السريري

حرارة المريض مرتفعة مع ضغط ونبض طبيعيين، البطن طبيعية عياناً لكن هناك مضمض خفيف في الناحية الإربية اليمنى، وعند وقوف المريض شوهد تورم في الناحية الإربية اليمنى ويصبح أوضح عندما يسعل المريض، جس الناحية الإربية الأخرى (اليسرى) وفحص الصفن ضمن الطبيعي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الحدود التشريحية؟
- ما هي الاختلالات المرافقة لهذه الحالة؟
- كيف يجب أن يعالج المريض؟

## جواب 8

لدى المريض غالباً فتق إربي، الحدود التشريحية للقناة الإربية هي:

- أمامياً: العضلة المائلة الظاهرة والمائلة الباطنة في الثلث الوحشي
- خلفياً: اللقافة المستعرضة والوتر المشترك (مدمجة مع المرتكزات العانية للعضلات المائلة الباطنة و صفاق المعترضة البطنية إلى الوتر المشترك)
- السقف: الألياف المقوسة للعضلات المائلة الباطنة والمعرضة البطنية
- الأرضية: الرباط الإربي.

تشيع الفتوق الإربية عند الذكور وفي الأيمن، تصادف أكياس الفتوق الإربية غير المباشرة إلى الوحشي من الأوعية الشرسوفية السفلية في الحلقة الإربية العميقة، في حين تصادف الفتوق الإربية المباشرة إلى الأنسي من الأوعية الشرسوفية السفلية كنتيجة لضعف في الجدار الخلفي، هنا الاختلاف بين النوعين يمكن حسمه فقط وقت الجراحة، مفتاح التمييز بين الفتوق الإربية والفخذية هو نقطة رد الفتق، فالفتوق الفخذية ترد أسفل ووحشي الارتفاق العاني والفتوق الإربية فوق وأنسي الارتفاق العاني.

## ! اختلاطات الفتوق الإربية

- الاحتباس أو الغصص (عدم إمكانية الرد)
- انسداد الأمعاء
- الاختناق
- الرد دفعة واحدة: رد الفتق عبر جدار البطن دون دفع محتوياته من الأمعاء خارج كيس الفتق

يجب أن يجرى للمريض إصلاح جراحي للفتق، وهذا يمكن أن يتم بالطريق المفتوح (جراحة تقليدية) أو بالتنظير وكلاهما يتضمن رد الفتق ووضع رقعة (شبكة) لمنع النزف.

## النقاط الأساسية

- يجب إصلاح الفتوق غير المباشرة والمباشرة العرضية لتجنب خطر الاختناق في المستقبل.
- يجب إصلاح الفتوق غير الردودة فوراً لتجنب اختناقها.
- لا تحتاج الفتوق المباشرة غير العرضية سهلة الرد للإصلاح دائماً وخصوصاً في المرضى المسنين مع مشاكل مرضية مرافقة مهمة.

## حالة 9: التشخيص التفريقي للألم البطني السفلي

## القصة السريرية

حضرت سيدة بعمر 22 سنة إلى قسم الإسعاف تشكو من ألم شديد أسفل البطن ازداد بشكل منتظم خلال الـ ٢٤ ساعة الماضية وأيقظها من نومها، الألم مستمر والمسكنات البسيطة لم تجد نفعاً، تقيأت لمرة واحدة في قسم الإسعاف، دورتها الطمثية منتظمة وهي الآن في اليوم 12 منها، لا يوجد قصة إيجابية لمفرزات مهبلية أو أعراض بولية، ليس لديها أولاد ولم يجرى لها أية جراحة سابقة، لكن لديها قصة لمرض منتقل بالجنس منذ سنتين عولج بالصادات، لا يوجد قصة لمشاكل طبية متعلقة بأعراضها أو أية مشاكل أخرى، وليس لديها حساسية لمادة معينة كما أنها غير مدخنة.

## الفحص السريري

ضغطها الدموي 72/110 مم. ز ومعدل نبضها 110/د ودرجة حرارتها 38.2° م، هناك مضمض أسفل البطن أكثر وضوحاً في الحفرة الحرقفية اليمنى مع مضمض راجع خفيف، لا يوجد كتل مجسوسة والخاصرة غير ممضة، المس الشرجي طبيعي، والمس المشترك بالجنس عبر المهبل أظهر مضمضا فوق الملحقات اليمنى.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.7 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$16.6 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$367 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	139 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.1 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	74 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive Protein (CRP)	145 mg/L	<5 mg/L	
Urine dipstick: NAD (nothing abnormal detected)			
Urinary $\beta$ human chorionic gonadotrophin (HCG): negative			

## الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يكون التدبير البدئي للمريض؟
- إذا لم تكن متأكدًا من التشخيص كيف تتصرف؟

التشخيصان التفريقيان الأساسيان هما الداء الحوضي الالتهابي والتهاب الزائدة الحاد، الفتاة الشابة مع ألم حفرة حرقفية يميني صعبة التشخيص غالباً، التشخيص التفريقي الأخرى لألم الحفرة الحرقفية اليمنى المشابهة لالتهاب الزائدة مبينة في الجدول أدناه.

! التشخيص التفريقي	
• نسائية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الداء الحوضي الالتهابي (التهاب البوق، التهاب المبيض والبوق، الخراج المبيضي البوقي، التهاب باطن الرحم ومتلازمة فيتز هغ كورتس (Fitz Hugh Curtis)</li> <li>• تمزق كيسة مبيض</li> <li>• انفصال المبيض</li> <li>• نزف أو تمزق كتلة مبيض</li> </ul>
• جراحية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• داء كرون</li> <li>• التهاب العقد المساريقية</li> <li>• التهاب المعدة والأمعاء</li> <li>• التهاب الرتوج (أعوري أو يساري التوضع مع كولون سيني لين مركزي التوضع أو إلى يمين الخط المتوسط)</li> <li>• التهاب رتج ميكل</li> <li>• التهاب المرارة الحاد</li> </ul>
• بولية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التهاب الكلية والحويضة الحاد</li> <li>• القولنج الحالبي</li> </ul>

ارتفاع تعداد الكريات البيض، ارتفاع البروتين الارتكاسي C (CRP) والمضض في الحفرة الحرقفية اليمنى يجعل التهاب الزائدة التشخيص الأكثر احتمالاً لدى المريض.

في الحالات المؤكدة التشخيص لالتهاب الزائدة الدودية يجب أن يؤخذ المريض إلى غرفة العمليات لاستئصال الزائدة، أما إذا كان التشخيص المحتمل نسائياً يجب مراجعة المريضة لطبيب نسائية لإجراء ايكو عبر المهبل ومسحات من أعلى المهبل، في حين يمكن إجراء تنظير بطن استقصائي إذا كان التشخيص مشتبها واستئصال الزائدة الدودية تنظيرياً إذا كانت غير طبيعية.

🔑 النقطة الأساسية	
•	يجب أن تؤخذ قصة كاملة في المريضات الإناث المصابات بألم بطني سفلي.

## حالة 10: شذوذ أمعاء دقيقة

## القصة السريرية

أحضر صبي بعمر 14 سنة إلى قسم الإسعاف بقصة ألم بطني متزايد منذ 24 ساعة، الألم موضع في الحفرة الحرقفية اليمنى وتم وضع تشخيص التهاب زائدة دودية حاد. أثناء العملية وجدت الزائدة الدودية طبيعية وتم مصادفة الشذوذ الموضح بالشكل 1.10 في عروة من الأمعاء الدقيقة.



الشكل 1.10 صورة أثناء الجراحة للأمعاء الدقيقة.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي مميزات هذا الشذوذ؟
- كيف يتظاهر هذا الشذوذ؟
- كيف نتعامل مع هذه الموجودات أثناء الجراحة؟

تبين الصورة رتج ميكل المتوضع مقابل حافة مساريقا قطعة اللفائفي، وهو بقايا القناة السرية المساريقية. قاعدة الاثنين "2" في رتج ميكل: شيوعه لدى 2% من السكان، طوله 2 إنش يتوضع على بعد قدمين من الدسام اللفائفي الأعوري. يمكن أن يبطن رتج ميكل بمخاطية معوية أو كولونية أو معدية، ويمكن أن يحوي نسيجاً معثكليا هاجرا. يمكن أن يتظاهر المرض بـ:

- التهاب أو انتقاب الرتج مسبباً ألماً بطنياً و التهاب بريتوان مشابهاً لالتهاب الزائدة.
- نزف مستقيمي من قرحة هضمية نتيجة إفراز الحمض من المخاطية المعدية الهاجرة.
- انسداد معوي من انغلاق أو اختباس الأمعاء في الشريط المساريقي للرتج أو في الشريط الليفي الذي يمكن أن يصل بين قمة الرتج والسرة أو جدار البطن الأمامي.

كما يمكن أن تنمو الأورام داخل رتج ميكل.

يجب استئصال الرتج بقطع شدي للأمعاء الدقيقة، لا يجب استئصال الرتج غير العرضي الذي يصادف أثناء فتح البطن لكن يجب إعلام المريض بوجود الرتج.



- يجب إخبار المرضى في حال مصادفة رتج ميكل لا عرضي أثناء الجراحة.

## حالة 11: كتلة مستقيم

## القصة السريرية

تم مشاهدة رجل بعمر 70 عام في العيادة الجراحية الخارجية يشكو من قصة براز ليين منذ 3 أشهر، كان في الحالة الطبيعية يتغوط مرة واحدة في اليوم، ترافق الخروج مع مرور خثرات دموية ودم طازج ممزوج مع البراز، الشهية كانت طبيعية لكنه قال بأنه فقد 12.7 كغ من الوزن، القصة السابقة من ناحية أخرى لا تحوي شيئاً مهماً، توفي والده بسرطان بعمر 45 سنة لكنه غير متأكد من مكان الورم.

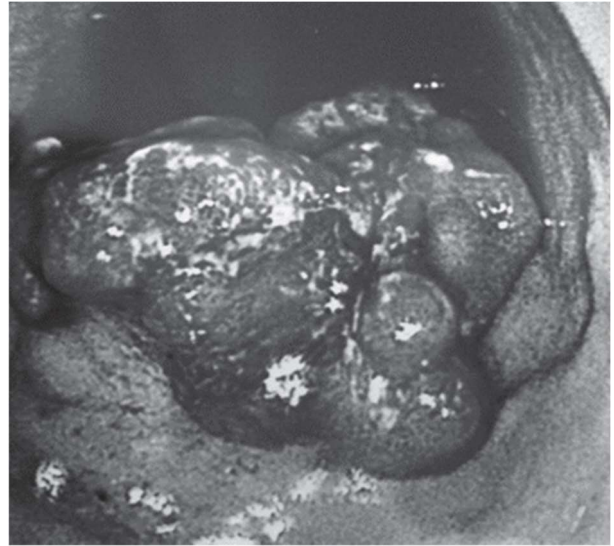
## الفحص السريري

لا يوجد شحوب أو ضخامة عقد لمفية، البطن لينة غير ممضة ولا يوجد كتل مجسوسة، المس الشرجي ضمن الطبيعي.

## الاستقصاءات



التنظير السيني الصلب، كتلة متوضعة على بعد حوالي 11 سم من حافة الشرج. 1.11



الشكل 1.11 الأفة كما تبدو بتنظير السيني

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يجب أن يستقصى المريض؟
- ما هي خيارات المعالجة؟
- ما هي الأعراض المقلقة في قصة المريض؟

شوهدت كتلة لاطئة تشغل حوالي نصف محيط جدار الأمعاء، يجب أخذ خزعة من الأفة أثناء تنظير السيني لتأكيد تشخيص سرطان المستقيم.

يجب إجراء اختبارات دموية متضمنة تعداد الدم الكامل CBC، وظائف الكبد والواسمات الهرمونية (كالمستضد السرطاني المضغي CEA)، يجب إجراء تنظير كولونات على وجه السرعة لتحديد فيما إذا كان هناك سرطانات متزامنة مع الورم (5%) أو بوليبيات متزامنة (75%) في باقي الأمعاء الغليظة.

يجب تصنيف الورم بوساطة طبقي محوري CT للصدر والبطن لتحري نقائل صدرية أو منصفية أو نقائل داخل البطن، كما يستعمل التصوير بالرنين المغناطيسي MRI للحوض لتحديد عمق غزو الورم لجدار المستقيم وأي نقائل للعقد اللمفية في نواحي البطن المختلفة، بالنسبة للأورام المتوضعة فوق حافة الشرج بحوالي 5 سم يجب إجراء استئصال أمامي مع أو بدون فغر كولون مؤقت غير وظيفي، أما إذا كان الورم على بعد أقل من 5 سم من حافة الشرج فإن الاستئصال البطني العجاني للشرج والمستقيم ربما يكون مطلوب مع فغر كولون انتهائي دائم.

وبالنسبة للأورام المخترقة لجدار المستقيم تفيد المعالجة الشعاعية قبل الجراحة، ومؤخراً لاقت المعالجة الكيماوية الشعاعية المشتركة تأييداً لمعالجة بعض الأورام.

#### النقطة الأساسية

الأعراض التالية تتطلب تقييماً فورياً للكولون والمستقيم:

- نزف مستقيمي مع تغير في عادات التغوط إلى براز لين و/أو كثرة مرات التغوط بشكل مستمر لمدة 6 أسابيع.
- المرضى فوق 60 سنة مع تغير في عادات التغوط كما ذكر أنفا بدون نزف مستقيمي بشكل مستمر لمدة 6 أسابيع.
- المرضى فوق 60 سنة مع نزف مستقيمي دائم بدون أعراض شرجية.
- كتلة مجسوسة بشكل واضح أسفل البطن.
- كتلة مستقيم مجسوسة بشكل واضح (غير حوضية).
- فقر دم بعوز الحديد بدون سبب واضح أقل من 10 غ/دل في النساء بعد سن اليأس وأقل من 11 غ/دل في كل الرجال.

## حالة 12: استقصاء فقر الدم

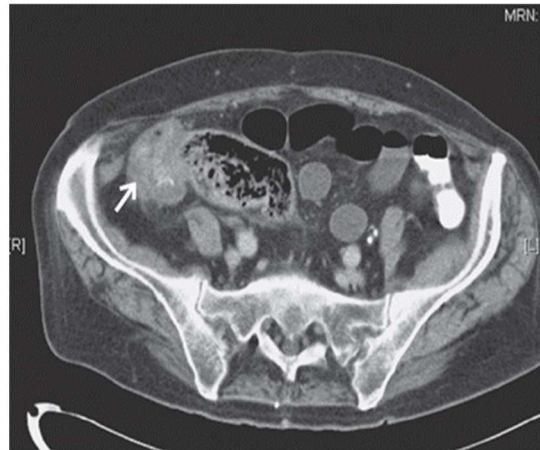
## القصة السريرية

أحيل رجل بعمر 68 سنة من قبل طبيبه العام بقصة ميل للنوم وزلة تنفسية عند المشي منذ 6 أسابيع، وهو منقطع عن الأكل وفقد 12.7 كغ من وزنه على مدى الشهرين الماضيين ونفى وجود أي نزف مستقيمي أو تغير في عادات التغوط، وكان والده قد توفي بعمر 58 سنة بورم في الكولون، وهو من جهة أخرى بصحة جيدة وغير موضوع على علاج معين، أحاله طبيبه العام إلى عيادة أمراض الكولون والمستقيم بعد رؤية نتائج تحاليله الدموية وقصته العائلية الإيجابية القوية لسرطان الكولون والمستقيم، كما طلب إجراء تنظير هضمي علوي وكان طبيعياً.

## الفحص السريري

بالفحص كانت الملحمة شاحبة وبدا المريض مدنفأً، لا يرقان أو ضخامة عقد لمفية، إصغاء الصدر وأصوات القلب ضمن الطبيعي، بفحص البطن هناك امتلاء، في الحفرة الحرقفية اليمنى، لا يوجد ضخامة كبدية مرافقة، المس الشرجي والتنظير السيني حتى 18 سم ضمن الطبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	7.4 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	70 fL	76–96 fL	
White cell count	$6 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	132 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.8 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	16 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	$6.2 \mu\text{mol/L}$	$44–80 \mu\text{mol/L}$	
A computerized tomography (CT) of the abdomen and pelvis (Fig. 12.1) and a colonoscopy are organized.			



الشكل 1.12 طبقي محوري للبطن.

## الأسئلة

- كيف يجب استقصاء فقر الدم صغير الخلايا؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً في هذه الحالة؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى المطلوبة لهذا المريض؟
- ما هي المعالجة المناسبة؟

## جواب 12

يجب أولاً تأكيد فقر الدم بعوز الحديد بانخفاض فيرتين المصل أو بصغر حجم الكريات الحمر أو نقص الصباغ، يجب بعدها إجراء فحص بول لكشف البيلة الدموية، المس الشرجي، كما يجب أن يستقصى المريض لنفي الداء الزلاقي، ويجب إجراء تنظير هضمي علوي OGD وتنظير كولونات لنفي الخبائث، إن أحد أهم أسباب فقر الدم بعوز الحديد هو بعض المعالجات كالأسبرين أو مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية الأخرى.

أظهرت صورة الطبقي المحوري CT ورماً أعورياً، الذي يمكن أن يتظاهر بشكل مخاتل أو أن يتظاهر بفقر الدم بعوز الحديد فقط، يجب أن تضم الاستقصاءات الأخرى اختبارات وظائف الكبد ومستوى الواسم الورمي المستضد السرطاني المضغي (CEA)، تبين صورة الطبقي المحوري CT للصدر والبطن والحوض طبيعة الكتلة أو أية نقائل ورمية، ويعطي تنظير الكولونات تشخيصاً نسيجياً ويستبعد أية أورام في الأمعاء الغليظة في وقت لاحق.

بغياب النقائل الورمية يجب أن يخضع المريض إلى استئصال كولون أيمن، والمعالجة الكيميائية المساعدة يمكن أن تكون مستطبة وهذا يعتمد على عمق الورم المستأصل وإصابة العقد اللمفية الموضعية، فإذا كان هناك نقائل فإن الاستئصال التلطيفي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار في مرضى فقر الدم والأعراض الانسدادية.

## النقطة الأساسية



- يجب معايرة فيرتين المصل في مرضى فقر الدم صغير الخلايا.

## حالة 13: توسع بطني وألم

## القصة السريرية

أحيل رجل بعمر 70 سنة إلى قسم الإسعاف من قبل التمريض يشكو من ألم بطني حاد متقطع، ولم يفرغ أمعائه منذ 5 أيام، وعانى سابقاً من احتشاء كبير واحتاج إلى عناية تمريضية مستمرة، ولديه قصة إمساك مزمن، تتضمن قصته المرضية السابقة الداء الرئوي الانسدادي المزمن COPD وموضوع من أجله على معالجة انشاقية نظامية، ولديه حساسية للبنسلين وهو مدخن سابق.

## الفحص السريري

ضغط الدم 74/110 مم. ز ومعدل النبض 112 د/، درجة الحرارة 37.8° م، هناك توسع بطني مشاهد مع مضمض أوضح ما يلاحظ في الجانب الأيسر، البطن متبيلة بالفرع والمستقيم فارغ بالمس الشرجي، وهناك نفخة انقباضية ناعمة ووزيز تنفسي منتشر بإصغاء الصدر.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور بسيطة للبطن وبدت كما في الشكل. 1.13



الشكل 1.13 صورة شعاعية بسيطة للبطن.

## الأسئلة

- ماذا يظهر بصورة البطن البسيطة؟
- ماهي الاستقصاءات الشعاعية الأخرى التي يمكن أن تستخدم إذا كان التشخيص مشتبهاً؟
- كيف يجب أن يتم تدبير المريض؟
- ما هو تفسير التشريح المرضي؟

## جواب 13

ظهر الصورة البسيطة انفتال الكولون السيني، الكولون السيني يبدو عيانياً متوسعاً وله شكل أنبوبي بشكل حرف U مقلوب، جدار الأمعاء المصابة متوذم عادة ويمكن أن يظهر على الصورة البسيطة بشكل خط أبيض مركزي، ومن جهة أخرى فإن العرى المتوسعة للأمعاء القريبة تعطي علامة حبة البن "Coffee Bean"، الصورة البسيطة مشخصة في 70% من المرضى.

إذا كان هناك شك حول التشخيص ربما يكون التصوير الظليل بمادة منحلّة بالماء مساعداً في إظهار علامة منقار الطير "Bird's Beak" الكلاسيكية موضحاً اللعنة المستدقة للكولون.

## علاج انفتال السيني

- ابق المريض على حمية مطلقة عن طريق الفم NPO
- مراقبة توازن السوائل
- تحاليل الدم البروتينية والتصالب
- إجراء صورة بسيطة للبطن والصدر
- تخفيف الضغط بالتنظير السيني الصلب وإدخال أنبوب لتصريف الغازات حالما يتم تأكيد التشخيص بصورة البطن البسيطة

يجب أن يوضع أنبوب تصريف الغازات في اليسار لمدة 48 ساعة تقريباً، وهو غالباً تدبير مؤقت فقط، يمكن أن يستعمل تنظير الكولونات لتخفيف ضغط الأمعاء وربما يرتد الانغلاف، ربما يتطلب الأمر فتح بطن ملحاً إذا كان تخفيف الضغط غير ممكن أو في حال انتقاب أو تموت متوقع (حرارة، ارتفاع البيض، تهيج البريتوان، غاز حر تحت الحجاب الحاجز بصورة الصدر)، ملاءمة المريض للجراحة، الإنذار ونوعية الحياة يجب أن تؤخذ بالحسبان قبل القيام بفتح البطن، فربما يكون من المناسب استعمال المعالجة المحافظة وحدها في بعض المرضى.

يؤهب لانفتال السيني على المدى الطويل تضيق الكولون الأوسط والإمساك المزمن والحمية الغنية بالأطعمة صعبة الهضم، يمكن أن يؤدي دوران الأمعاء إلى الانسداد والإقفار المعوي، السيني هو الجزء الأشيع الذي يحدث فيه الانفتال من باقي الكولون، بالإضافة إلى أن الأعور والزاوية الطحالية أماكن محتملة.

## النقطة الأساسية

- في حال تهيج أو تهوي البريتوان يجب أن يوضع فتح البطن العاجل للمريض بالحسبان.

## حالة 14: ألم شرجي

## القصة السريرية

جاء مريض بعمر 32 سنة إلى العيادة الخارجية لأمراض الكولون والمستقيم بقصة ألم أثناء التغوط منذ 8 أسابيع، يستمر الألم حول الشرج ساعة بعد مرور البراز، المريض يعاني من إمساك مسبقاً لكن الآن ازداد سوءاً بسبب عدم رغبته بالتغوط بسبب الألم، كما لاحظ في فترات متقطعة وجود كمية قليلة من دم طازج على ورق الحمام بعد تنظيف نفسه بعد التغوط، لا يوجد لديه قصة عائلية لمتلازمة الأمعاء الهيجية "IBS" أو لسرطان الكولون، وهو من جهة أخرى بصحة جيدة وغير موضوع على معالجة معينة.

## الفحص السريري

المريض بصحة جيدة بدون وجود دليل على شحوب أو يرقان أو ضخامة عقد لمفية، فحص البطن لم يكن موجهاً، فحص منطقة الشرج أظهر آفة خطية صغيرة في الجلد في موضع الساعة السادسة، يمكن الاستغناء عن المس الشرجي لأنه يسبب انزعاجاً للمريض.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الموجودات النموذجية بالفحص؟
- ما هو التشخيص التفريقي؟
- ما هي المعالجة المفضلة؟

## جواب 14

التشخيص الأكثر احتمالاً هو الشق الشرجي وهذا المصطلح يشير إلى تمزق طولي في شق الشرج في الثلث القاصي للقناة الشرجية، يظهر الفحص في الحالات النموذجية تمزقاً خطياً على الخط المتوسط ومن الخلف، الشقوق الأمامية أشيع عند الإناث، تترافق الشقوق المزمنة مع زائد جلدية (الحلمات الحارسة) وربما تظهر الألياف الظاهرة للمصرة الشرجية الداخلية في قاعدتها، تشيع الشقوق الشرجية في مرضى داء كرون ومرضى التهاب الكولون التقرحي.

## ! التشخيص التفريقية

- ورم دموي في العجان
- خراج شرجي مستقيمي
- السرطانة الشرجية المستقيمة
- الثآليل الشرجية
- الحلأ الشرجي

أكثر من نصف الشقوق الشرجية الحادة تشفى بالعلاج المحافظ الذي يتضمن المليينات، حمية غنية بالألياف، الفواكه والإكثار من السوائل للتأكد من أن البراز أصبح ليناً، المخدرات الموضعية كالليدوكائين يمكن أن تستخدم للتخلص من الألم، قد تستجيب الشقوق غير الشافية على مرهم من الغليسيريل ثلاثي النترات "Glyceroltrilate" موضعياً بتركيز 0.2%، قد يسبب هذا المرهم الصداع والدوخة لذا فهو غير مناسب لجميع المرضى، تعتمد بعض المراكز الآن الحقن المباشر للسم البوتوليني في المصرة الشرجية للتخلص من التشنج وتعزيز الشفاء، ويبدو أن خزع المصرة الوحشي هو العلاج الشافي للغالبية العظمى من الشقوق خلال بضعة أسابيع، لكنه يترافق مع خطر قليل للسلس البرازي ويتطلب تخديراً عاماً.

## النقطة الأساسية

- المليينات، الحمية الغنية بالألياف، الفواكه والإكثار من السوائل هي أسس العلاج المحافظ الفعال للشقوق الشرجية.

## حالة 15: إمساك تام

## القصة السريرية

جاء رجل بعمر 70 سنة بقصة ألم ماغص أسفل البطن منذ 4 أيام، ويعاني من إقياء على مدى اليومين الماضيين وكان آخر تغوط له منذ 3 أيام، لم يكن قادر على تصريف الغازات خلال الـ 24 ساعة الماضية، كما أنه فقد 12.7 كغ من وزنه في العام الماضي، لكنه من جهة أخرى بصحة جيدة دون شكايات مرضية سابقة، يعيش حالياً بمفرده حياة نشيطة فهو يسير مع كلبه يومياً.

## الفحص السريري

لا يوجد لدى المريض ترفع حروري ومعدل النبض عنده 100/د وضغطه الدموي 100/50 مم ز، فحص الجهازين القلبي الوعائي والتنفسي غير موجه، البطن متوسعة ومتطبلة بالقرع مع مضمض أسفل البطن، أصوات الأمعاء حادة "Tinkling"، فوهة الفتق فارغة والمستقيم فارغ بالمس الشرجي.

## الاستقصاءات



أجريت صورة بسيطة للبطن وبدت كما في الشكل. 1.15



الشكل 1.15 صورة بسيطة للبطن.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الأسباب المحتملة؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى المطلوبة؟

تبين الصورة البسيطة للبطن انسداد أمعاء غليظة، يتظاهر انسداد الأمعاء الغليظة بشكل تقليدي بالم أسفل البطن وتوسع بطني وإمساك تام، الإقياء عرض متأخر.

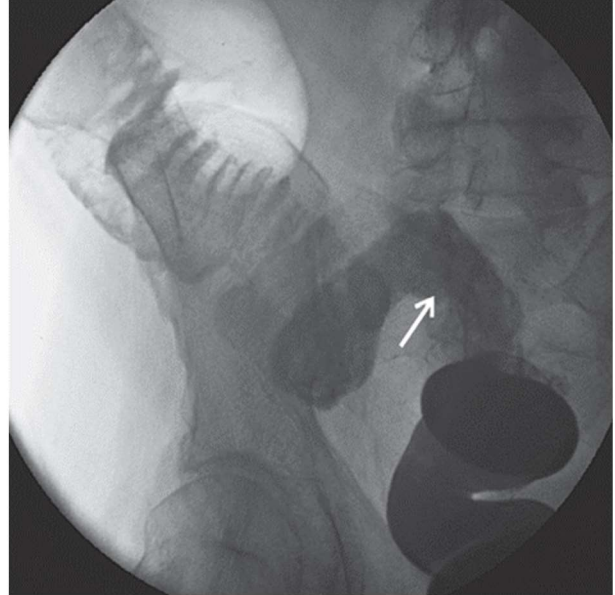
أسباب انسداد الأمعاء الغليظة الأشيع مبينة فيما يلي:

- السرطانة: حوالي 15% من السرطانات الكولونية المستقيمة تتظاهر بشكل انسداد، وحوالي 25% تكون قد أعطت نقائل بعيدة وقت التظاهر.
- التهاب الرتوج: يمكن أن تؤدي النوب المتكررة من التهاب الرتوج إلى تليف وتضييق لمعة الكولون.
- الانفتال: يحدث انفتال السيني نموذجياً في الأشخاص المسنين مع قصة إمساك وكيس أثناء التغوط، ويشاهد انفتال الأعور في المرضى الأصغر سناً ويترافق مع الشذوذ الخلقي في البريتوان الذي يسبب تثبيتاً غير كاف للأعور.
- الانغلاف: أشيع ما يشاهد الانغلاف عند الأطفال، أما عند الكبار فحوالي 70% من الانغلافات يكون سببها الأورام.
- الانسداد الكولوني الكاذب: يشاهد الانسداد الكاذب أو متلازمة أوجيلفي "Ogilvie" على الأغلب في المرضى المسنين مع مراضى شديدة أو مزمنة.

في حوالي 20% من المرضى يكون الصمام اللفائفي الأعوري وظيفياً مؤدياً إلى إغلاق الأمعاء (العروة المغلقة) ما يمنع انخفاض الضغط في الأمعاء الدقيقة، تتوسع الأمعاء الغليظة تدريجياً مع توسع أعظمي يحدث في الأعور، التوسع العياني أكثر من 10 سم مع مضض فوق منطقة الأعور يشكل علامة لانثقاب وشيك ويتطلب تدخلاً جراحياً عاجلاً، تخفيف الضغط داخل الأمعاء الغليظة بفتح العروة الكولونية هو الإجراء الأكثر أمناً الذي يجري في مثل هذه الحالة، تستعمل بعض المراكز الآن قنيات كولونية لتحرير الانسداد لكنها غير متوفرة في كل المراكز، يمكن التخطيط لإجراء تداخلات جراحية أخرى بعد التحري الأمثل وإجراء الصور المطلوبة.

يمكن أن تستعمل الحقنة الشرجية الطليئة لتحديد مستوى الانسداد إذا كان تاماً، إذا كان المريض مستقراً ومتوقع أن يكون عنده ورم يجب أن يتم تصنيف الورم عنده بصورة الطبقي المحوري.

توضح حقنة البارיום التضييق في الوصل السيني المستقيمي الثانوي للورم (السهم في الشكل 2.15).



**الشكل 2.15** حقنة البارיום توضح التضييق في الوصل السيني المستقيمي (السهم).

النقطة الأساسية



أسباب انسداد الأمعاء الغليظة:

- السرطانة
- التهاب الرتوج
- الانفتال
- الانغلاف
- الانسداد الكولوني الكاذب

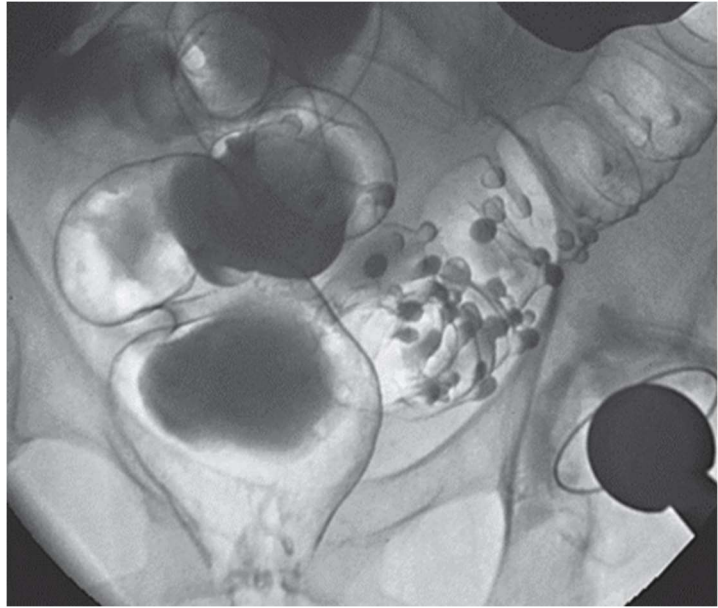
## حالة 16: ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى

## القصة السريرية

تم رؤية امرأة تبلغ من العمر 66 عاماً في قسم الطوارئ تشكو من ألم في الحفرة الحرقفية اليسرى منذ 5 أيام ولقد تقيأت لمرة واحدة فقط ولم تتقيأ بعدها وعادة تعاني من إمساك وألم مستمر وشديد مع عدم وجود أي عوامل تخفيف وكان لديها قصة سابقة واحدة قبل عام والتي تم علاجها بالصادات الحيوية وتم فحصها عند ظهور الأعراض عليها ولقد هدأت بعدها ولم نصل إلى تشخيص واضح.

## الفحص السريري

تبدو المريضة متوردة وأغشية المخاطية لديها جافة وتعاني من حمى عند درجة حرارة 37.9 درجة مئوية والنبض لديه 100/دقيقة مع ضغط دم 70/110 مم. ز وعند فحص البطن لقد تبين أنه لين والصفاق الحفرة الحرقفية اليسرى أيضاً وعند فحص المستقيم تبين أنه يحتوي على براز لين القوام. يظهر الصورة السابقة منذ عام في الشكل 1.16.



الشكل 1.16 صورة سابقة

## الأسئلة

- ما هي الصورة أعلاها وماذا تظهر؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو العلاج الذي ستبدأ به؟
- ما هي المضاعفات المحتملة؟
- كيف يمكن للمريض منع حدوث المزيد من النوبات؟

## جواب 16

الدراسة الموضحة في حقنة شرجية البارיום أن هناك رتوج متعددة من القولون السيني يوجه لمرض الرتج. الرتوج هي جيوب خارجية من الغشاء المخاطي إلى جانب الشريطية القولونية، عند نقطة دخول الأوعية الدموية المغذية. مرض الرتج شائع جداً، حيث يصاب به أكثر من 60% من السكان بعمر 80 سنة. وهو أكثر شيوعاً في البلدان المتقدمة بسبب الأنظمة الغذائية منخفضة الألياف يؤدي البراز قليل الحجم إلى زيادة تقطع القولون أثناء الدفع، مما يسبب زيادة الضغط داخل اللمعة وتشكيل الرتج. توجد بشكل شائع في القولون السيني (95-98% من الرتوج)، ولكن قد يحدث ذلك في أي جزء من الأمعاء.

غالبية المرضى الذين يعانون من الرتوج يبقون بدون أعراض 15% يشكون من مغص في البطن دون التهاب (داء الرتج)، ويتطور 5% التهاب الرتج الحاد. يؤدي انحسار المواد البرازية في عنق الرتج إلى بقاء البكتيريا. ثم تتكاثر البكتيريا في التجويف المغلق مما يؤدي إلى الالتهاب. مرض الرتج هو أيضاً سبب شائع لحدوث نزيف في الجهاز الهضمي وذلك الأوعية الدموية الصغيرة والتي تمتد فوق قبة الرتوج يمكن أن تمزق مما يسبب النزيف.

يجب أن تشمل الاختبارات الأولية تحليل البول واختبارات الدم وزرع الدم والأشعة السينية للبطن. يجب أن يبدأ العلاج بالاعطاء السوائل الوريدية والتسكين والأكسجين والمضادات الحيوية واسعة الطيف والوقاية من التشنج. المريض يجب مراقبتها عن كثب. المرضى الذين لا يتحسنون بعد 24-48 من العلاج بالمضادات الحيوية يتطلب مزيداً من الاستقصاء باستخدام التصوير المقطعي المحوسب (CT) لنفي وجود خراج رتجي في البطن والمرضى الذين لديهم ثقب رتجي المشتبه به قد يتطلب فتح البطن. ستؤكد حقنة البارיום الشرجية تشخيص مرض الرتج، لكن لا ينبغي إجراء ذلك في الحالات الحادة. تجرى مرة واحدة حادة بعد حل المشكلة، يجب أن يبدأ المريض في اتباع نظام غذائي عالي الألياف لتقليل حدوث المزيد من الهجمات.

## ! التشخيص التفريقية

- التهاب الرتج
- خراج بيريكولك
- تضيق القولون
- الناسور: المهبل، المثانة، الجلد
- التهاب الصفاق الجرثومي: ثانوي لتمزق الخراج حول القولون
- التهاب الصفاق البرازي: بسبب ثقب الرتج

## 🔑 النقطة الأساسية

- يعاني أكثر من 60% من السكان من مرض الرتج عند عمر 80 عامًا.
- غالبية حالات التهاب الرتج سوف تستقر مع العلاج المحافظ.

## حالة 17: نزيف مستقيمي أحمر فاتح

### القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 43 عامًا إلى العيادة الخارجية الجراحية ويشكو من نزيف متقطع في المستقيم خلال الشهرين الماضيين. الدم دائما أحمر فاتح ومنفصل عن البراز ويقطر في الوعاء. كما يشكو من حكة حول فتحة الشرج. لا يوجد تاريخ طبي سابق آخر جدير بالملاحظة.

### الفحص السريري

فحص البطن غير ملحوظ. يظهر فحص المستقيم وتنظير المستقيم البواسير الداخلية في موضعي الساعة 3 و7.

### الأسئلة

- ما هي التشخيصات التفريقية؟
- ما هي الفحوصات الأخرى المطلوبة؟
- كيف يمكنك تصنيف البواسير؟
- ما هو علاج البواسير؟

## جواب 17

السبب الأكثر احتمالاً للنزيف في المستقيم هو البواسير. البواسير عبارة عن وسائد وعائية محتقنة تحتوي على أوردة متوسعة وشرابين صغيرة. أنها تنشأ من النسيج الضام في القناة الشرجية ويوصف بشكل كلاسيكي بأنه يقع في القنوات 3 و7 ومواضع الساعة 11. يؤدي اتباع نظام غذائي منخفض الألياف إلى إجهاد التغوط، مما يسبب احتقان الأنسجة. وهذا يؤدي إلى تضخم الوسائد وهبوطها. يمكن أيضاً أن يسبب الحمل والتوتر المرتفع بشكل غير طبيعي في العضلة المعصرة الداخلية مشاكل البواسير.

## ! التشخيص التفريقي

- شق الشرجي
- ورم دموي حول الشرج
- السرطان
- ورم شرجي
- مرض التهاب الأمعاء

التنظير السيني إلزامي لاستبعاد أمراض المستقيم حتى التقاطع المستقيمي السيني. إذا كان هناك أي شك حول سبب النزيف، خاصة عند المرضى الأكبر سناً، فيجب إجراء تنظير سيني مرن أو تنظير كولون كامل. يمكن تصنيف البواسير على النحو التالي:

- بواسير الدرجة الأولى: تبقى في المستقيم
- البواسير من الدرجة الثانية: تهبط عبر فتحة الشرج عند التغوط ولكنها تتراجع بطريقة عفوية
- البواسير من الدرجة الثالثة: هبوط مستمر ويمكن رده يدوياً
- البواسير من الدرجة الرابعة: هبوط مستمر ولا يمكن أن يتراجع.

ينبغي نصح المرضى بتناول الكثير من السوائل والفواكه والألياف والملينات للحفاظ على قوام لين للبراز وتجنب الإجهاد. تشمل العلاجات حقن الفينول في الغشاء المخاطي فوق البواسير و/أو ربط الشريط المطاطي. قد تتطلب البواسير الكبيرة من الدرجة الثانية والثالثة استئصال البواسير الجراحي.

## النقطة الأساسية

- 80% من مرضى البواسير لن يحتاجوا إلى تدخل جراحي.

## حالة 18: التغير في عادة الأمعاء

## القصة السريرية

يطلب منك رؤية خباز متقاعد يبلغ من العمر 69 عامًا في العيادة الخارجية. خلال الأسابيع السبعة الماضية كان يتبرز بشكل متكرر (3-4 مرات في اليوم). الحركات هي أكثر مرونة من المعتاد، ولكنها لا تحتوي على دم. ولقد فقد ما يقارب 6 كغ من وزنه في الستة أشهر الماضية. يتضمن التاريخ الماضي كسرًا في عظم الفخذ منذ 8 سنوات واستئصال الزائدة الدودية في سن 20 سنة. كانت والدته تعاني من التهاب الكولون التقرحي. إنه نشيط للغاية ولاعب غولف متحمس.

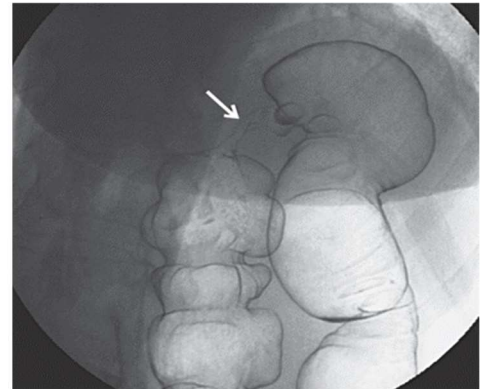
## الفحص السريري

درجة الحرارة 36.5 درجة مئوية، ومعدل النبض 69/دقيقة وضغط الدم 85/150 مم.ز.

البطن لين وغير مؤلم ولا يحتوي على كتل أو تضخم عضوي. فحص المستقيم الرقمي غير ملحوظ والتنظير السيني الصلب حتى 20 سم لا يُظهر أي خلل.

مطلوب إجراء استقصاءات عاجلة كما هو موضح أدناه.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$4.1 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$220 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	141 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.6 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	7.1 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	53 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	1 mg/L	<5 mg/L	
Carcinoembryonic antigen	550 ng/mL	<2.5 ng/mL	
A barium enema is performed (fig. 18.1).			



الشكل 1.18 حقنة الباريوم الشرجية.

الأسئلة

- ماذا تظهر حقنة الباريوم الشرجية في الشكل 1.18؟
- ما هو الاستقصاء المطلوب لتحديد مرحلة ما قبل الجراحة بشكل مناسب؟
- كيف يمكن تحديد مرحلة الورم بعد الفحص النسيجي للمستأصل من العينة؟
- ما هي مجموعات المرضى المعرضة لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم؟

## جواب 18

الصورة الموضحة هي حقنة شرجية من الباربيوم في مريض يعاني من ورم في الثنية الطحالية (السهم). المظهر نموذجي لتضيق تجويف الكولون الناجم يسمى "أفة قلب التفاح".

من شأن تنظير الكولون أن يساعد في تحديد الأمراض داخل الكولون وسيسمح ذلك بإجراء خزعة لتوفير تشخيص الأنسجة. يمكن أيضاً فحص الكولون بحثاً عن الأورام متزامنة (توجد في 3 في المائة). مطلوب بعد ذلك إجراء فحص التصوير المقطعي المحوسب (CT) للصدر والبطن والحوض لتحديد مرحلة الورم وتحديد قابلية الجراحة. بمجرد استئصال الورم يتم تصنيف الورم حسب تصنيف دوكس.

## ! تصنيف دوكس للتصنيف المرضي لسرطان الكولون والمستقيم

- أ: سرطان لا يخترق العضلة المخصوصة
- ب: سرطان يخترق العضلة المخصوصة ولكن لا يؤثر على العقد اللمفاوية المحلية
- ج: سرطان يشمل العقد اللمفاوية المحلية
- د: سرطان ذو نقائل بعيدة
- البقاء على قيد الحياة لمدة خمس سنوات: 90% و70% و30% للمراحل أ، ب، ج على التوالي

يعد سرطان الكولون والمستقيم ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعاً الذي يسبب الوفاة في المملكة المتحدة، مع عدد حالات مشخصة تتجاوز 19000 حالة جديدة كل عام ويعتقد أن معظم أنواع السرطان تنشأ من أورام غدية موجودة مسبقاً. يمكن أن تظهر الآفات في الجانب الأيمن مع فقر الدم الناجم عن نقص الحديد أو فقدان الوزن أو كتلة الحفرة الحرقفية اليمنى. تظهر الآفات في الجانب الأيسر مع تغيرات في عادة الأمعاء أو نزيف في المستقيم، أو كحالة طارئة مع انسداد أو ثقب. يتم إعطاء العلاج الشعاعي المساعد لسرطان المستقيم إما قبل أو بعد الجراحة لمنع نكس المرض موضعياً. العلاج الكيماوي المساعد يحسن البقاء على قيد الحياة في الأورام الموضحة المتقدمة.

## ! المرضى المعرضون لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم

- المرضى الذين لديهم قصة عائلية
- داء البوليبات العائلي
- الأورام الحميدة الغدية المتفرقة
- مرض التهاب الأمعاء

## النقاط الأساسية

- يعد سرطان الكولون والمستقيم ثاني أكثر الأورام الخبيثة شيوعاً في المملكة المتحدة.
- يستخدم تصنيف دوكس لتحديد مرحلة الورم بعد الاستئصال.

## حالة 19: براز لين وفقدان وزن وألم حرقفي ايمن

## القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 33 سنة إلى العيادة الخارجية الجراحية يشكو من زيادة في تكرار البراز (حتى 5 مرات في اليوم) خلال الأشهر الأربعة الماضية. برازه أكثر مرونة من المعتاد وأحياناً يحتوي على مخاط. كانت شهيته طبيعية، لكنه فقد نصف وزنه. ويصف أيضاً حدوث آلام مغمص متقطعة في أسفل البطن في معظم الأيام ويرتاح عندما تخرج امعائه. بخلاف ذلك فهو بصحة جيدة وليس له تاريخ سفر خارجي مؤخرًا. توفي والده في عمر 50 عامًا بسبب ورم في القولون.

## الفحص السريري

درجة الحرارة 37.5 درجة مئوية، ومعدل النبض 90 / دقيقة، وضغط الدم 70/130 ملم.ز. الجانب الأيمن من البطن مؤلم للجس العميق. لا توجد كتل واضحة. فحص المستقيم كان طبيعي. بالتنظير السيني وجدت ظهارة طبيعية لمسافة 15 سم من حافة الشرج.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	10.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$6.0 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$232 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	145 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.0 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	79 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	98 mg/L	<5 mg/L	

تم إجراء تنظير القولون وكشف عن الأورور الحمامي المحقون وأطراف الغشاء المخاطي للفائفي. تم أخذ خزعة وتبين أنها تظهر ورمًا حبيبيًا غير مغلف مع التهاب عبر جدار الغشاء المخاطي للأمعاء وتجمعات لمفاوية متعددة في الأمعاء في الطبقة تحت المصلية.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي المظاهر المعوية الأخرى للمرض المحتملة؟
- ما هي المظاهر خارج الأمعاء لهذا المرض؟
- كيف يتم علاج هذه الحالة طبيًا؟
- ما هي مؤشرات لعملية جراحية؟

## جواب 19

زيادة تكرار البراز وفقدان الشهية والحمى المنخفضة الدرجة وألم في البطن وفقر الدم يشير إلى مرض التهاب الأمعاء. النتائج النسيجية مميزة لعلاج كرون.

## ! اختلاطات داء كرون

- انتقاب الأمعاء المصابة
- تضيق الأمعاء مما يسبب انسداد جزئي/كامل
- الناسور: على سبيل المثال. المعوي المعوي، المعوي المثاني، المعوي الحالب، المعوي الجلدي
- نزيف لا يمكن السيطرة عليه (نادر)

## ! المظاهر خارج المعوية لداء كرون

- التهاب الملتحمة والتهاب القرحة
- تليف الكبد
- سرطان القنوات الصفراوية
- الأقينية الصفراوية المصلب الابتدائي
- حصيات كلوية وحصيات مرارية
- الحمى العقدية
- تقيج الجلد الغنغريني
- صدفية
- التهاب الفقار اللاصق

الأدوية القوية المضادة للالتهابات هي الدعامة الأساسية للعلاج الطبي. الكورتيكوستيرويدات هي تستخدم عن طريق الفم أو الوريد. إذا كان المرض يؤثر فقط على القولون البعيد، يمكن استخدام الستيرويدات الموضعية (تحميلة/حقنة شرجية). يتم استخدام مشتقات حمض الساليسيليك (مثل السلفاسالازين). للسيطرة على المرض وتقليل جرعة الستيرويدات اللازمة للحفاظ عليه من الهجمات. تشمل الأدوية الأخرى المستخدمة الأجسام المضادة ألفا لعامل نخر الورم (مثل إنفليكسيماب). مثبطات المناعة (مثل الميثوتريكسيت والأزوثيوبرين). العلاج بالميترونيدازول يمكن أن يساعد أيضًا في السيطرة على الأعراض.

## ! مؤشرات لضرورة إجراء عمل جراحي

- انتقاب الأمعاء
- نزيف حاد
- توسع الكولون
- عدم الاستجابة للعلاج الطبي
- النواسير المعقدة
- تضيق الأمعاء وانسدادها
- الفشل في النمو عند الأطفال

## النقاط الأساسية

- يمكن أن يؤثر داء كرون على أي جزء من الأمعاء من الفم إلى فتحة الشرج.
- يجب أن يكون العلاج الأولي لداء كرون غير المصحوب بمضاعفات طبية.

## حالة 20: براز لين وفقدان وزن وألم حرقفي ايمن

## القصة السريرية

جاءت سيدة تبلغ من العمر 40 سنة إلى قسم الطوارئ تشكو من نزيف حاد في المستقيم منذ شهرين، والخروج يصل إلى ست مرات يوميًا وتشنجات وآلام في أسفل البطن. لقد فقدت قرابة 13 كغ من وزنها. أنهت دورة علاج الأوجمنتين لعلاج التهاب في الصدر منذ أسبوعين. وأجرت عملية استئصال الزائدة الدودية في سن 16 عامًا لا يوجد تاريخ سابق آخر للملاحظة. لقد زارت تايلاند في عطلة عائلية منذ 3 أسابيع.

## الفحص السريري

درجة الحرارة 37.5 درجة مئوية، ومعدل النبض 98/دقيقة، وضغط الدم 70/140 ملم.ز. لا يوجد اعتلال عقد لمفية. البطن لين في الجس في الجس العميق للحفرة الحرقفية اليسرى. يُظهر فحص المستقيم برازًا لينًا مع كمية صغيرة من دم أحمر فاتح ومخاط مختلط. التنظير السيني الصلب حتى 20 سم من حافة الشرج يكشف عن غشاء مخاطي للمستقيم ذو لون أحمر فاتح وهش. تم أخذ خزعة.

		الاستقصاءات	Q
		Normal	
Haemoglobin	13.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$5.9 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$302 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	147 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.8 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6.9 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	50 $\mu$ mol/L	44–80 $\mu$ mol/L	
Amylase	68 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	32 IU/L	5–35 IU/L	
Alkaline phosphatase (ALP)	74 IU/L	35–110 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	42 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	37 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	16 mmol/L	3–17 mmol/L	
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	49 mm/h	1–13 mm/h	

## الأسئلة

- ما هي التشخيص التفريقية التي قد تأخذها بعين الاعتبار؟
- تشير الخزعة إلى التهاب الكولون التقرحي. ما هي النتائج النسيجية النموذجية؟
- كيف ينبغي علاج المريض بشكل عاجل؟
- ما هو احتمال حدوث تغيرات خبيثة مرتبطة بهذه الحالة؟

## ! التشخيص التفريقي الرئيسي للمريض الذي لديه هذه القصة والأعراض

- أمراض الأمعاء الالتهابية: داء كرون أو التهاب الكولون التقرحي
- الإسهال المعدي: الشيغيلا والسالمونيلا والبريسيبيا والعطيفة
- التهاب الكولون الغشائي الكاذب: ثانوي لاستخدام المضادات الحيوية

وبالنظر إلى تاريخ المريض، ينبغي أخذ خزعة من الغشاء المخاطي للمستقيم وعينة من البراز مرسل. يمكن لعلم الأحياء الدقيقة تحليل العينة بحثاً عن سبب معدي أو اختبار المطيئة الصعبة في حالات التهاب القولون الغشائي الكاذب.

يحدث التهاب الكولون التقرحي بشكل أكثر شيوعاً بين سن 15 و40 عاماً، وعادةً ما يصيب المستقيم ثم يتقدم للأقسام الدانية من الأمعاء. التغيرات النسيجية النموذجية وتشمل التسلل مع الخلايا الالتهابية الحادة والمزمنة التي تقتصر على الغشاء المخاطي (على عكس داء كرون حيث تكون التغيرات عبر الجدارية). في الحالات الشديدة يوجد التشققات والالتهابات عبر الجدارية، مما يجعل من الصعب التمييز بين داء كرون من التهاب الكولون التقرحي على أساس الأنسجة.

يهدف العلاج إلى السيطرة على الالتهاب وتقليل الأعراض. في حالات التهاب الكولون الحاد، قد يتم تقديم الدعم الغذائي وتصحيح اضطرابات الشوارد تكون مطلوبة أيضاً. يمكن استخدام الكورتيكوستيروئيدات للتخفيف من الهجمات، كما يمكن استخدام مشتقات حمض الساليسيليك للحفاظ عليه من الهجمات - ويمكن إعطاؤها على شكل حقن شرجية أو تحاميل عندما يشمل المرض المستقيم فقط. إذا كان الإسهال يمثل مشكلة بشكل خاص، يمكن أخذ الأدوية -مثل فوسفات الكودايين ولوبيراميد- بعين الاعتبار.

تكون احتمالية حدوث تغير خبيث مرتفعة نسبياً في حالة التهاب الكولون التقرحي طويل الأمد، وتبلغ نسبة الخطر لدى المرضى الذين يعانون من التهاب البنكرياس حوالي 3% بعد 10 سنوات. يزداد خطر الإصابة بخلل التنسج المخاطي مع مرور الوقت، ويجب أن تبدأ المراقبة بعد 7 سنوات. يتم إجراء تنظير الكولون والخزعة كل 2-3 سنوات. إذا تم الكشف عن خلل التنسج، يجب أن يخضع المريض لاستئصال الكولون الكلي مع فغر اللفائفي النهائي.

## النقاط الأساسية

- يحمل التهاب الكولون التقرحي طويل الأمد خطراً بنسبة 3% للإصابة بتغير خبيث بعد 10 سنوات.
- يتم إجراء تنظير الكولون والخزعة كل 2-3 سنوات.



## القصة السريرية

أحضرت امرأة تبلغ من العمر 44 عامًا إلى قسم الطوارئ ولديها ألم البطن المستمر وإقياء منذ يوم واحد. جاء الألم فجأة بعد وقت قصير من تناولها وجبة المساء. وأعقب ذلك نوبات متقطعة من القيء الصفراوي. لديها مرض السكري وتشعر بالقلق بشأن نسبة السكر في الدم لديها لأنها لم تتمكن من تناول نظام غذائي طبيعي منذ بدء الألم. وأمعاءها سالكة بشكل طبيعي ولا تعاني من أي أعراض بولية.

## الفحص السريري

تعاني المريضة من الحمى ودرجة الحرارة 38 درجة مئوية ومعدل النبض 116/دقيقة. ليس لديها يرقان سريري. وبفحص البطن تبيّن وجود ألم فيها الربع العلوي الأيمن، والذي يتفاقم بوضع إصبعين تحت طرف الغضروف الضلعي التاسع أثناء الشهيق. مع وجود كتلة طرية واضحة في الربع العلوي الأيمن. البول سلبي وفحص المستقيم طبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		Normal	
Haemoglobin	11.7 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	81 fL	76–96 fL	
White cell count	$18 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$312 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	135 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	4 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	69 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	69 IU/dL	0-100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	67 IU/L	5-35 IU/L	
Alkaline phosphatase (ALP)	76 IU/L	35-110 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	50 IU/L	11-51 IU/L	
Albumin	42 g/L	35-50 g/L	
Bilirubin	25 mmol/L	3-17 mmol/L	
Blood glucose	27 mmol/L	3.5-5.5 mmol/L	

## الأسئلة

- ماذا تظهر العلامة عند فحص البطن؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو الخط الأول في العلاج؟
- ماذا تصف لعلاج ارتفاع نسبة السكر في الدم؟
- ما هي المضاعفات المحددة التي تتعرض لها هذا المريضة؟

العلامة الناتجة بالفحص هي علامة مورفي، والتي توصف بالألم تحت طرف الغضروف الضلعي التاسع الذي يمنع الشهيق. توجد كتلة واضحة، ناجمة عن الالتهاب والترب الملتصق، فيما يصل إلى 40% من المرضى الذين يعانون من التهاب المرارة ينبغي طلب إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية على البطن، والذي يجب أن يؤكد وجود جدار مرارة سميك مع وجود سائل حر محيط به، مما يدعم التشخيص. 15% من المرضى التهاب المرارة الحاد قد يكون أيضا لديهم يرقان.

غالبية نوبات التهاب المرارة الحاد تستقر مع المسكنات والمضادات الحيوية. يجب السيطرة على مرض السكري لدى هذا المريضة بحقن الأنسولين حتى تستأنف نظامها الغذائي الطبيعي.

للمرضى الذين يعانون من نوبات متكررة أو إذا فشلنا في السيطرة على الأعراض على الرغم من العلاج المحافظ، فإن العديد من المراكز تقوم الآن بإجراء عملية جراحية إسعافية. إذا لم يكن ذلك مناسباً، فيمكن إجراء عملية استئصال المرارة انتقائية بفاصل زمني حوالي 6 أسابيع، بعد أن يكون الالتهاب قد استقر.

يمكن أن يؤدي التهاب المرارة الحاد إلى تراكم الصفراء داخل تجويف المرارة المصابة، مما يؤدي إلى تجمع القيح فيها. يمكن أيضاً أن تصاب المرارة بالغرغرينا، مما يؤدي إلى ثقبها.

يكون المرضى في خطر أكبر للانتقال إذا كانوا يعانون من مرض السكري أو نقص المناعة أو السمنة أو لديهم اعتلال الهيموجلوبين. يمكن إجراء تخفيف الضغط الأولي تحت التصوير الشعاعي الموجه أو عن طريق تصويب الإبرة الموجهة بالمنظار أثناء العملية. في حالة المرضى المسنين الذين يعانون التهاب المرارة يجب علاجهم بشكل هجومي بالمضادات الحيوية وتخفيف الضغط المبكر، لأن الإنتان الناتج يمكن أن يهدد الحياة.

## النقطة الأساسية



- غالبية نوبات التهاب المرارة الحاد تستقر بشكل متحفظ مع التسكين والمضادات الحيوية.

## حالة 22: ألم شرسوفي وإقياء

## القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 50 عاماً إلى قسم الطوارئ وهو يعاني من إقياء والألم شرسوفي الذي يمتد إلى الظهر. كان الألم بداية تدريجياً ثم اختفى آخر يومين. وينفي أي علامات سابقة. وهو لا يتناول أي دواء منتظم، ولكن يعترف بشرب ما يزيد عن ثمانى عب من الجعة يومياً. إنه مدخن شره لكنه ينفي أي استخدام للمخدرات. إنه بلا مأوى ويربط شربه بكثرة بالاكتئاب.

## الفحص السريري

المريض متعرق ومضطرب. ويقول إنه غير قادر على الاستلقاء، أثناء الفحص يتقيأ باستمرار. يبلغ ضغط دمه 80/150 ملم. ز. ومعدل نبضه 120/دقيقة. يكشف جس بطنه عن وجود ألم في المنطقة الشرسوفية. البطن غير منتفخ ولديه أصوات أمعاء طبيعية. فحص المستقيم غير ملحوظ.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	102 fL	76–96 fL	
White cell count	$13.3 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$310 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	132 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	4672 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	212 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	25 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3–17 mmol/L	
Glucose	5 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	
Lactate dehydrogenase (LDH)	84 IU/L	70–250 IU/L	
Total serum calcium	2–3.5 mmol/L	2.12–2.65 mmol/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو التشخيص التفريقي المهم الذي ينبغي استبعاده؟
- ما هي أسبابه؟
- ما هي الأسباب الأخرى لارتفاع هذه المؤشرات في المصل لهذه الحالة؟
- كيف ستتعامل مع هذه الحالة؟
- أعط أربع مضاعفات محتملة.

النتيجة غير الطبيعية الأكثر وضوحًا هي ارتفاع الأميلاز، مما يعطي تشخيصًا لالتهاب البنكرياس الحاد. قد تشير القصة وكثرة الخلايا الكبيرة إلى أن هذا يرجع إلى مسببات مرضية كحولية، لكنه من المهم إجراء الموجات فوق الصوتية على البطن لاستبعاد حصيات المرارة كسبب. عادة ما يكون الألم شديدًا وينتشر إلى الظهر، وذلك بسبب وضع البنكرياس خلف الصفاق. الإقياء هو أيضًا سمة شائعة، نتيجة ركود المعدة الناجم في هذه الحالة. لا علاقة لشدة الهجوم بارتفاع الأميلاز في المصل. 20% من حالات التهاب البنكرياس يكون مستوى الأميلاز فيها طبيعيًا، خاصة عندما يكون هناك مسببات مرضية كحولية.

من المهم استبعاد وجود قرحة هضمية متقوية لدى هذا المريض. يجب أن يتم ذلك مع إجراء صورة شعاعية للصدر بوضعية الوقوف، والتي من شأنها أن تظهر هواءً حرًا تحت الحجاب الحاجز في 90% من الحالات. يمكن أن يرتفع مستوى الأميلاز في الدم لدى المريض المصاب بانتقاب المعدة بسبب الامتصاص الجهازى لإنزيمات البنكرياس من تجويف البطن. ارتفاع الأميلاز إلى أكثر من 1000 IU/dL عادة ما يكون مشخصًا لالتهاب البنكرياس الحاد.

تستخدم معايير رانسون لتقييم شدة التهاب البنكرياس الكحولي، ولكنها تستغرق 48 ساعة قبل النتيجة. يسجل كل معيار يتم استيفاءه نقطة ويشير المجموع إلى مدى خطورته.

• عند القبول:

- العمر < 55 سنة
- $WCC > 16 \times 10^9/L$
- $LDH > 600 IU/L$
- $AST > 120 IU/L$
- $Glucose > 10 mmol/L$
- $Fluid sequestration > 6 L$

• خلال 48 ساعة:

- Hematocrit fall > 10 per cent
- Urea rise > 0.9 mmol/L
- Calcium < 2 mmol/L
- $Po_2 < 60 mmHg$
- Base deficit > 4

وتستند تقديرات معدل الوفيات إلى عدد النقاط المسجلة: 0-2 = 2%، 3-4 = 15%، 5-6 = 40%، >7 = 100%

! أسباب التهاب البنكرياس الحاد

- شائع (80%): حصيات المرارة والكحول.
- نادر (20%): مجهول السبب، عدوى (النكاف، فيروس كوكساجي B)، علاجي المنشأ (تصوير البنكرياس والقنوات الصفراوية بالمنظار [ERCP] والصدمات النفسية، وأورام المجل أو البنكرياس، والأدوية (السالييلات، الأزوثوبرين، السيميدين)، الشذوذات الهيكلية البنكرياسية (انقسام البنكرياس)، التمثيل الغذائي (فرط ثلاثي غليسريد الدم، ارتفاع الكالسيوم، انخفاض حرارة الجسم).

أسباب ارتفاع أميلاز الدم !
<ul style="list-style-type: none"> <li>• انتقاب قرحة هضمية</li> <li>• الاحتشاء المساريقي</li> <li>• التهاب المرارة</li> <li>• التهاب الصفاق المعمم</li> <li>• الانسداد المعوي</li> <li>• تمزق الحمل الهاجر</li> <li>• الحمض الكيتوني السكري</li> <li>• الفشل الكبدي</li> <li>• انتقاب الأمعاء</li> <li>• الفشل الكلوي</li> <li>• تمزق أم دم الأبهري البطني</li> </ul>

الهدف من العلاج هو وقف تطور الالتهاب الموضعي إلى التهاب جهازى، والذي يمكن أن يؤدي إلى فشل العديد من الأعضاء. غالبا ما يحتاج المرضى إلى التمريض في وحدة العناية المركزة أو الاعتماد العالي وهي يتطلب إنعاش سريعا بالسوائل. وقسطرة بولية ومراقبة الضغط الوريدي المركزي. ينصح بعض المتخصصين بالتغذية المعوية المبكرة. إذا كان هناك دليل على الإنتان، فيجب أن يتلقى المريض مضادات حيوية واسعة الطيف قد يُظهر التصوير بالموجات فوق الصوتية وجود حصيات في المرارة أو انسداد القنوات الصفراوية أو كيسة كاذبة.

يُستخدم الطبقي المحوري لتأكيد التشخيص بعد أيام قليلة من ظهور، ويمكن استخدامه لتقييم نخر البنكرياس.

مضاعفات التهاب البنكرياس !												
<table border="0"> <thead> <tr> <th>موضعة</th> <th>جهازية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>كيسة بنكرياسية كاذبة</td> <td>الفشل الكلوي</td> </tr> <tr> <td>تشكل خراج</td> <td>توقف التنفس</td> </tr> <tr> <td>انسداد القنوات الصفراوية</td> <td>الصدمة الانتانية</td> </tr> <tr> <td>تشكل ناسور</td> <td>اضطراب الشوارد</td> </tr> <tr> <td>تخثر الدم</td> <td>فشل الأعضاء المتعدد والموت</td> </tr> </tbody> </table>	موضعة	جهازية	كيسة بنكرياسية كاذبة	الفشل الكلوي	تشكل خراج	توقف التنفس	انسداد القنوات الصفراوية	الصدمة الانتانية	تشكل ناسور	اضطراب الشوارد	تخثر الدم	فشل الأعضاء المتعدد والموت
موضعة	جهازية											
كيسة بنكرياسية كاذبة	الفشل الكلوي											
تشكل خراج	توقف التنفس											
انسداد القنوات الصفراوية	الصدمة الانتانية											
تشكل ناسور	اضطراب الشوارد											
تخثر الدم	فشل الأعضاء المتعدد والموت											

النقاط الأساسية
<ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم استخدام معايير رانسون لتقييم شدة التهاب البنكرياس الكحولي الحاد.</li> <li>• ينبغي علاج المرضى بطريقة هجومية وقد يحتاجون إلى العلاج في وحدة تعتمد على درجة عالية من المراقبة أو في العناية المركزة.</li> </ul>

## حالة 23: الحمى والألم واليرقان

## القصة السريرية

طلب منك كطبيب عام مشاهدة نتائج تحليل الدم لرجل يبلغ من العمر 87 عاماً، الذي تم إدخاله في ذلك الصباح بشك التهاب الزائدة الدودية. كان المريض غير متوجه ولا يستطيع إعطاء قصة دقيقة. ارتفعت درجة حرارته مساءً وكان لديه ألم متزايد في أيمن البطن.

## الفحص السريري

يوضح جدول المراقبة أن درجة حرارته 38 درجة مئوية ولديه تسرع قلب 120/د، يلاحظ عنده اصفرار وشحوب في لون الجلد والصلابة، وكشف فحص البطن أن المضض الأعظمي في الحفرة الحرقفية اليمنى. لا يوجد كتل مجسوسة أو فتق في البطن. يظهر فحص المستقيم وجود براز طبيعي دون كتل مستقيمية مجسوسة. صورة البطن مستلقياً التي أجريت ذلك الصباح كانت طبيعية.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	15 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	82 fL	76–96 fL	
White cell count	$21 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$344 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	136 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.5 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu$ mol/L	44–80 $\mu$ mol/L	
Amylase	69 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	68 IU/L	5–35 IU/L	
Alkaline phosphatase (ALP)	442 IU/L	35–110 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	121 IU/L	11–51 IU/L	
Bilirubin	92 mmol/L	3–17 mmol/L	
Albumin	42 g/L	35–50 g/L	
Blood glucose	4.0 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	
C-reactive protein (CRP)	212 mg/L	0–6 mg/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الخصائص الكلاسيكية التي تشير إلى ذلك؟
- ما هي الأسباب الأكثر شيوعاً؟
- ما هي العضوية المسببة الأكثر شيوعاً؟
- كيف ينبغي تدبير المريض؟
- ما هي الاستقصاءات التي ينبغي إجراؤها؟

## جواب 23

تعرف الأعراض المجتمعة من الألم واليرقان والحمى باسم ثلاثي شاركوت الصفراوي وهي مميزة لالتهاب الطرق الصفراوية الصاعد. حصيات الطرق الصفراوية هي السبب الأكثر شيوعاً لالتهاب الطرق الصفراوية الصاعد، يليها تصوير البنكرياس والقنوات الصفراوية الراجع بالتنظير (ERCP) والأورام. العضويات المسببة الأكثر شيوعاً هي الإشريكية القولونية E coli، الكلبسيلا، الإمعانيات، المكورات المعوية، والمكورات العقدية المجموعة D.

## ! أسباب التهاب الطرق الصفراوية الصاعد

- التحصي الصفراوي
- ERCP
- الأورام: سرطان البنكرياس، حول مجل فاتر، سرطان القنوات الصفراوية

يحتاج المريض إلى إعطاء السوائل عن طريق الوريد وقسطرة بولية، مع قياسات دقيقة للنتاج البولي كل ساعة، ينبغي أخذ عينة دم للزرع في وقتين مختلفين على الأقل من موقعين مختلفين، ويجب البدء بالمضادات الحيوية واسعة الطيف. تعتبر الاستقصاءات الشعاعية ضرورية لتأكيد وجود وسبب انسداد القنوات الصفراوية وتساعد أيضاً في استبعاد الحالات الأخرى. التصوير بالإيكو هو الاستقصاء البدني الأكثر استخداماً في هذه الحالة. قد لا يمكن رؤية حصيات الصفراوية مباشرة عن طريق الإيكو أو الطبقي المحوري (CT)، لذا فإن تشخيص الانسداد يتم بقياس قطر القناة الجامعة (CBD). الحد الأعلى لقياس قطر القناة الجامعة الطبيعي هو 5 مم. إذا كان أكبر من 7 ملم يشير إلى وجود انسداد، على الرغم من أن قطر القناة الجامعة يزداد عند كبار السن وبعد استئصال المرارة. إذا تم التأكد من وجود انسداد في (CBD) فيجب إجراء ERCP. يمكن بعد ذلك إزالة الانسداد عن طريق إزالة الحصيات أو إدخال قنية صفراوية.

## النقاط الأساسية

- الألم والحمى واليرقان هي الصفات الكلاسيكية لالتهاب الطرق الصفراوية الصاعد.
- الحصيات الصفراوية هي السبب الأكثر شيوعاً.

## حالة 24: ألم شرسوفي مفاجئ

## القصة السريرية

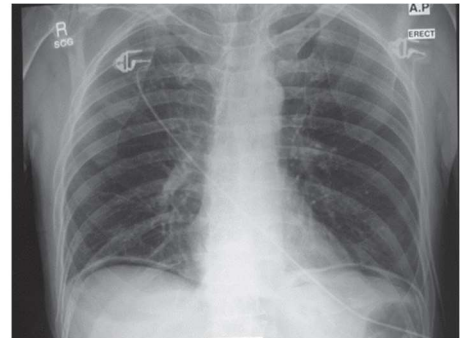
جاء رجل أعمال يبلغ من العمر 41 عاماً إلى قسم الطوارئ مصاباً بألم شرسوفي وإقياء. بدأ الألم فجأة قبل ساعتين، تلاها 3-4 نوبات من الإقياء الصفراوي. ما عدا ذلك فإنه بصحة جيدة ولا مشاكل لديه. وهو مدخن ويشرب 40-60 وحدة من الكحول في الأسبوع.

## الفحص السريري

كان المريض متعرقاً ولا يتحسن إلا إذا استلقى. ضغط دمه هو 90/170 ملم. ز، النبض 110 د ودرجة الحرارة 37.5 درجة مئوية. هناك مضمض وصلابة بجس أعلى البطن.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$13.2 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.5 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	250 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	242 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	45 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3–17 mmol/L	
Glucose	5 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	
Lactate dehydrogenase (LDH)	84 IU/L	70–250 IU/L	
Total serum calcium	2.35 mmol/L	2.12–2.65 mmol/L	

Figure 24.1 shows an erect chest X-ray



الشكل 1.24 صورة شعاعية للصدر  
بوضعية الوقوف.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- كيف يجب علاج هذا المريض؟
- كيف ينبغي التعامل مع هذا المريض بعد الخروج من المستشفى؟

تُظهر الأشعة السينية وجود غازات حرة داخل البريتوان أسفل الحجاب الحاجز، بما يتوافق مع انتقاب الحشا داخل البطن. السبب الأشيع للانتقاب هو القرحة الهضمية. القرحة الموجودة على جدار العفج الأمامي تنتقِب إلى جوف البطن مما يؤدي إلى خروج غازات حرة داخل البريتوان. تتآكل القرحة على الوجه الخلفي حتى تصل إلى الشريان المعدي العفجي مسببة نزفاً على الأغلب.

### ! الأسباب الشائعة لاسترواح البريتوان

- تمزق حشا اجوف: انتقاب قرحة هضمية أو داء الرتوج، التهاب الكولون والامعاء النخري، تضخم الكولون السمي، داء المعوي الالتهابي
- العدوى: إنتان جوف البريتوان بالعضويات المكونة للغاز و/أو تمزق الخراج المجاور
- عوامل علاجية المنشأ: جراحة بطنية منذ فترة قريبة، ورض البطن، وتسريب من مفاغرة جراحية، وسوء توضع مفجر الصدر، انتقاب اثناء تنظيف البطن

من المهم التأكد من أن الصورة البسيطة للصدر يتم أخذها في وضعية الوقوف. ومع ذلك، فإن 10% من الثقوب لا تظهر وجود غاز حر عند تصوير الصدر بالأشعة السينية أثناء الوقوف. يمكن أخذ صورة جانبية بوضعية الاستلقاء إذا كان التشخيص غير واضح. إذا كان هناك أي شك في التشخيص، فقد تؤكد الصورة الظليلة بمادة منحلة بالماء أو تصوير الطبقي المحوري (CT) وجود ثقب.

يحتاج المريض إلى إنعاش سريع للسوائل، مع مراقبة الضغط الوريدي المركزي وقياس الصادر البولي كل ساعة. وينبغي أيضاً إجراء التنبيب الأنفي المعدي والصادات الحيوية واسعة الطيف وتسكين الألم. يحتاج معظم المرضى إلى إجراء عملية جراحية بعد الإنعاش المناسب. يمكن أن يؤخذ التدبير المحافظ بعين الاعتبار في حال وجود امراض مرافقة مهمة. بعد العملية الجراحية، يجب أن يتلقى المرضى علاجاً لاستئصال الملثوية البوابية ويجب أن يستمروا في استخدام مثبت مضخة البروتون.

الوارد الكحولي الأسبوعي المستحسن هو أقل من 28 وحدة في الأسبوع للذكور وأقل من 21 وحدة للإناث (والأفضل هو التوقف عن تناول الكحول لكلا الجنسين). سيحتاج إلى متابعة مع طبيبه العام للمساعدة في تعديل نمط حياته لمنع النكس.

### النقطة الأساسية

- لا يظهر استرواح البريتوان عند تصوير الصدر بالأشعة السينية بوضعية الوقوف في 10% من الحالات.

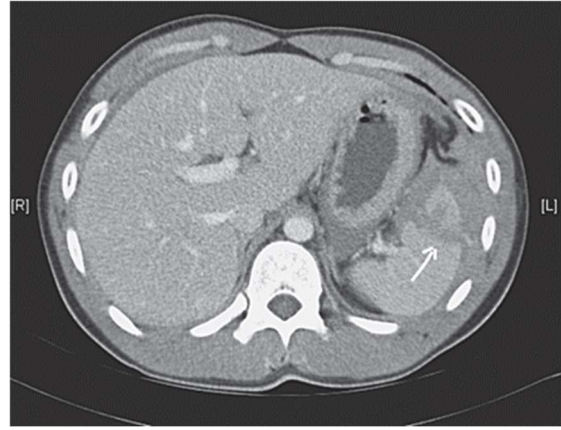
## حالة 25: رض البطن

## القصة السريرية

يتم استدعاؤك بشكل عاجل إلى غرفة الإنعاش من أجل متابعة حادث. فتاة تبلغ من العمر 18 عاماً سقطت من على حصانها. وأثناء سقوطها ركلها الحصان، وهي الآن تشكو من ألم بطني معمم وألم في ذروة الكتف الأيسر.

## الفحص السريري

الصدر طبيعي بالفحص والاصغاء. اشباع الأوكسجين 100% (على أوكسجين 24%). في البداية، كان معدل نبضها 110/د و ضغط الدم 60/84 ملم زئبقي. كانت بحالة نعاس إلى حد ما وأعطيت 14 نقطة بالنسبة لسلم غلاسكو للسبات. عند فحص البطن، يوجد سحجة على الجانب الأيسر تحت الحافة الضلعية مع ألم في الربع العلوي الأيسر. ولا يوجد أي دليل على وجود أي إصابات أخرى وتحليل البول طبيعي يعطى المريض 2 لتر من السوائل الوريدية فيتحسن ضغط الدم إلى 90/130 ملم زئبقي. وبما أن حالة المريض أصبحت الآن مستقرة، يتم إجراء فحص طبقي محوري CT للصدر والبطن. تظهر الصورة المقطعية في الشكل 1.25.



الشكل 1.25 طبقي محوري للبطن.

عند العودة إلى قسم الإسعاف أصبحت المريضة متهيجة بشكل أكبر. وأخبرتكم الممرضة أن ضغط دمها الآن 60/80 ملم. ز ومعدل النبض 130/د.

## الأسئلة

- ماذا يظهر التصوير المقطعي؟
- هل هناك أي استقصاءات بديلة للتصوير المقطعي؟
- ما هي المتطلبات الخاصة التي ربما تحتاجها المريضة بعد العملية الجراحية؟

نرجح أن يكون لدى المريضة تمزق في محفظة الطحال مما أدى إلى نزيف داخل البريتوان. يُظهر التصوير الطبقي المحوري الطحال المتهشم مع وجود ورم دموي حوله. يُعرف ألم ذروة الكتف الموصوف بعلامة كيهير، ويشير إلى وجود دم في جوف البريتوان مما يسبب تخريش للحجاب الحاجز. يجب على المرضى غير المستقرين المشتبه في إصابتهم بأذية الطحال ونزيف داخل البطن أن يخضعوا لعملية فتح البطن استقصائي وإصلاح الطحال أو استئصاله.

يجب اعتبار الرض الكليل مع وجود دليل على عدم استقرار هيموديناميكي الذي لا يستجيب لتعويض السوائل بمثابة أذية للأعضاء الصلبة (الطحال) مهددة للحياة. هؤلاء المرضى الذين يستجيبون لدفعة بدئية من السوائل، مجرد حدوث النكس عندهم مع انخفاض ضغط الدم وزيادة تسرع القلب يرجح أيضا أن يكون لديهم أذية عضو صلب مع نزيف متطور. وإن نقلهم إلى جهاز الطبقي المحوري خطيرًا للغاية بالنسبة للمريض غير المستقر.

تساعد تقنية التصوير بالإيكو المركزة على البطن (FAST) في تشخيص وجود أو عدم وجود الدم في جوف البريتوان. قد يكون غسل البريتوان التشخيصي وسيلة إضافية قيمة إذا سمح الوقت وكانت هناك أدبيات أخرى متعددة.

بالنسبة لمريض الصدمة المستقر هيموديناميكياً، يعتبر الطبقي المحوري طريقة مثالية غير غازية لتقييم الطحال. يتم تحديد قرار التدخل الجراحي حسب درجة الأذية والظروف المرضية الحالية والسابقة للمريض. ويفضل إذا أمكن إصلاح التمزقات الطحالية الصغيرة. هؤلاء المرضى الذين يجرى لهم استئصال طحال معرضون لخطر الإصابة بإنتان دم مدى الحياة ويجب أن يتلقوا تمنيعاً ضد المكورات الرئوية والمستدمية والمكورات السحائية.

#### النقاط الأساسية



- العلاج المحافظ للطحال الرضي قدر الإمكان.
- يحتاج المرضى بعد استئصال الطحال إلى صادات وقائية مدى الحياة.

## حالة 26: تضخم الكبد

## القصة السريرية

قام طبيب عام بإحالة امرأة تبلغ من العمر 87 عاماً إلى قسم العيادات الخارجية الجراحية، تعاني المريضة منذ 6 أسابيع من آلام مستمرة في الجانب الأيمن من البطن والتي تنتشر للأعلى تحت الأضلاع إلى كتفها الأيمن. لا توجد عوامل مخيفة أو مفاقمة للأعراض. المريضة سليمة وبصحة جيدة حتى السنوات الأربعة الماضية، عندما خضعت لعملية استئصال الكولون الأيمن بسبب إصابتها بسرطان غدي أعوري درجة B حسب تصنيف ديوك. لم تتلق أي معالجة كيميائية شعاعية بعد العملية الجراحية ولم يكن هناك دليل على وجود نقائل ورمية عند إجراء العملية. عانت مؤخراً من نقص وزن وشعور بالتعب. لم تصف أي تغيير حديث في عادات التغوط أو نزيف المستقيم.

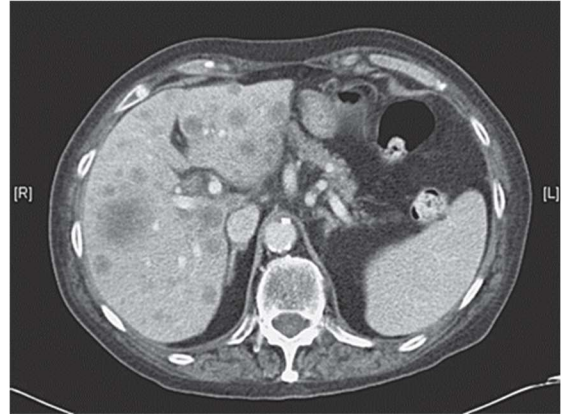
## الفحص السريري

لا يوجد شحوب أو يرقان أو تبقراط أو ضخامة عقد لمفية. الصدر صافي وأصوات القلب طبيعية. يكشف فحص البطن عن وجود حدود كبدية غير منتظمة واضحة بحوالي 3 سم تحت الحافة الضلعية. لا توجد كتل مجسوسة أخرى في البطن وفحص المستقيم كان طبيعي.

## الاستقصاءات



وبالنظر إلى قصة هذه المريضة، يتم إجراء تصوير طبقي محوري للبطن الشكل. 1.26.



الشكل 1.26 طبقي محوري للبطن.

## الأسئلة

- ماذا يظهر الطبقي المحوري؟
- ما هو الاستقصاء الذي يؤكد التشخيص لدى هذا المريضة؟
- أعط 6 أسباب أخرى لتضخم الكبد.
- ما هي الخيارات لتدبير هذا المريض؟

## جواب 26

يظهر تصوير الطبقي المحوري ترسبات انتقالية داخل الكبد. من المحتمل أن تكون هذه النقائل ناكسة بعد استئصال الكولون السابق. ستؤكد الخزعة الموجهة بالتصوير الطبقي المحوري المنشأ المحتمل لهذه الأفات.

أسباب ضخامة الكبد !
ضخامة معممة لمساء
• التهاب الكبد
• قصور القلب الاحتقاني
• تشمع صغير العقد
• انسداد وريد الباب (متلازمة بود كيارى)
• الداء النشواني
• ضخامة معممة خشنة
• نقائل ثانوية
• تشمع كبير العقد
• تورم موضعي
• سرطان الخلية الكبدية
• فص ريدل
• الكيسة المائية
• خراج الكبد

قد يُظهر تصوير الطبقي المحوري نكس الأورام الخبيثة في الأمعاء. يمكن أن ترتفع قيم الواسمات الورمية، وقد تحدد الخزعة الموجهة بالطبقي المحوري للنقائل الكبدية مصدر النكس. من المهم إجراء تعداد دم كامل لأنها كانت تشعر بالتعب مؤخرًا وقد تكون مصابة بفقر الدم. يجب إعادة المريضة إلى العيادة مع استقصاءاتها لمناقشة خيارات التدبير طول الأمد. إن عدد النقائل في الكبد وتوزعها يجعل الاستئصال الموضعي غير ممكن. يمكن مناقشة العلاج الكيميائي، ولكن قد لا يكون مناسبًا لهذه المريضة. إذ لا يتوقع أن يؤدي ذلك إلى إطالة عمر المريضة بشكل جدي، بل قد يؤدي إلى تفاقم نوعية حياتها. العامل الأكثر أهمية هو السيطرة على ألم المريض. يجب أن يشرف على تدبيرها فريق الرعاية التلطيفية.

النقطة الأساسية
• تعتمد امكانية استئصال النقائل الكبدية جراحيا حسب عددها وتوزيعها التشريحي.

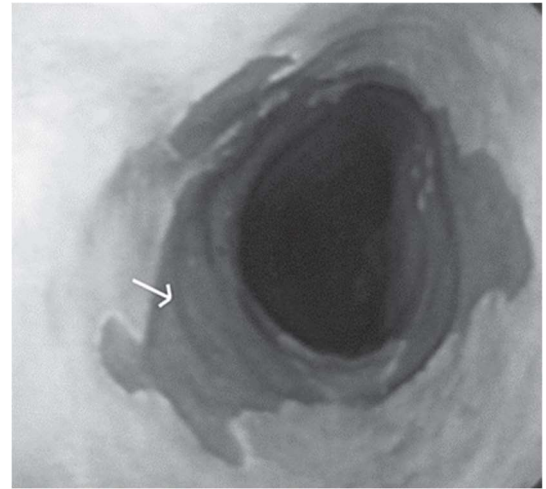
## حالة 27: قلس مريئي معدي طويل الأمد

## القصة السريرية

أحيل مريض سكري متقاعد يبلغ من العمر 60 عامًا إلى وحدة التنظير الهضمي من قبل طبيبه العام. يعاني من حرقة الفؤاد منذ 5 سنوات ويشكو الآن من صعوبة في البلع. يقول إنه يجب عليه أن يمضغ طعامه أكثر مما اعتاد عليه ويجد من الصعب أكل اللحم. وعلى الرغم من ذلك، لا يوجد أي نقص في الوزن ويشعر أنه بحالة جيدة. يفضل النبيذ الأحمر ويشرب كأسين كل مساء. وهو مدخن بكثرة منذ حوالي 40 سنة. لم يقم بزيارة طبيبه العام من قبل، لأنه كان يعتقد أن الحرقة ربما كانت بسبب التدخين. وهو الآن يشعر بالقلق حول الصعوبة التي يواجهها في البلع.

## الفحص السريري

لا توجد علامات جسدية غير طبيعية عند الفحص الكامل. تم إجراء تنظير هضمي علوي (OGD) وتم أخذ صورة (الشكل 1.27).



الشكل 1.27 المريء البعيد بالتنظير.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.9 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$10 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$252 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	

## الأسئلة

- ماذا يظهر هذا الاستقصاء؟
- ما هي التغيرات النسيجية في الجزء السفلي من المريء؟
- ما هي الأسباب المحتملة لعسر البلع لدى هذا المريض؟
- هل يحتاج المريض إلى أي متابعة؟

كشفت التنظير أنه نتيجة للجزر الحمضي لفترة طويلة، فإن المخاطية الرصفية الطبيعية للمري أصابها تغيرات حؤلية أدت إلى الهجرة الذيلية للوصل الرصفي العمودي (السهم في الشكل 1.27) ويُعرف هذا باسم مريء باريت.

تقريباً ثلث المرضى الذين يعانون من مريء باريت يصابون بتضيق هضمي. عادة ما تظهر التضيقات الهضمية مع بداية تدريجية لعسر بلع للمواد الصلبة، ومن الممكن أن تكون كذلك سبب الأعراض الأخيرة لهذا المريض. قد تتحسن أعراض حرقة المعدة والقلس إذا تطور التضيق وتوفر حاجزاً أمام المزيد من نوبات القلس. المعالجة يجب أن تبدأ عن طريق التوسيع، يليه العلاج الطبي أو الجراحي لمرض القلس الكامن. حتى الدرجات الصغيرة من توسيع اللمعة يمكن أن تؤدي إلى تحسناً مهماً في الأعراض. مثبطات مضخة البروتون فعالة في الحد من نكس التضيق وعلاج مريء باريت. إذا تطلب الأمر إلى توسيعاً متكرراً على الرغم من تثبيط الحمض، يجب أخذ الجراحة بعين الاعتبار.

الحؤول المعوي للعشاء المخاطي للمريء البعيد يمكن أن يتطور إلى عسر تصنع وسرطان غدي. ويزداد خطر الإصابة بالسرطان بنسبة تصل إلى 30 مرة لدى المرضى الذين يعانون من مريء باريت. إذا تم العثور على مريء باريت بالتنظير الداخلي، فالمريض ينبغي أن يبدأ بمعالجة مثبتة للحمض مدى الحياة. ويجب على المريض بعد ذلك إجراء تنظير للمراقبة للكشف عن عسر التصنع قبل التطور إلى سرطانة.

! أسباب عسرة التصنع		
ضمن اللمعة جسم أجنبي الأغشية المرينية	داخل الجدار التهاب المري التضيق اضطرابات الحركة اللاإرتخانية، الشلل البصلي الخبثاة تصلب الجلد	خارج الجدار العقد الليمفاوية تضخم الغدة الدرقية تضخم الأذينة اليسرى سرطان الرئة أم دم صدرية جيب بلعومي

النقاط الأساسية
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ما يصل إلى 10% من المرضى الذين يعانون من جزر المعدي المريئي منذ فترة طويلة يصابون بتضيق هضمي.</li> <li>• إذا تم العثور على مريء باريت بالتنظير، فيجب أن يكون لدى المريض انتظام المراقبة بالتنظير لفحص عسر التصنع.</li> </ul>

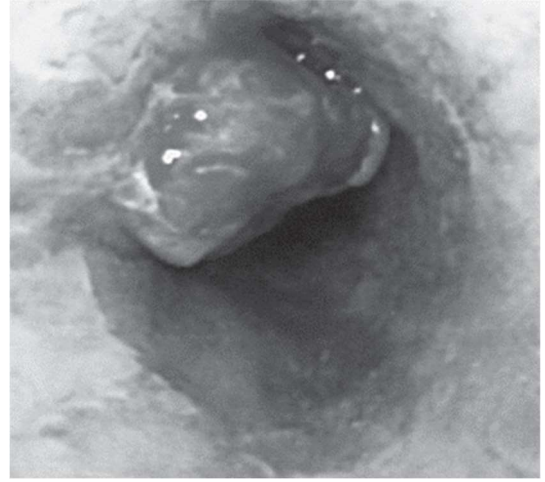
## حالة 28: صعوبة في البلع

## القصة السريرية

تم إدخال رجل يبلغ من العمر 79 عاماً من وحدة التنظير بعد إجراء تنظير هضمي علوي. جاء في البداية إلى طبيبه العام وهو يعاني من صعوبة متزايدة في البلع. خلال الأشهر الماضية كان يحتاج حمية من أطعمة طرية وهو الآن بالكاد قادر على تحمل السوائل الخفيفة فقط. ترافقت هذه الأعراض بفقدان الوزن بمقدار 6.35 كغ خلال الشهر الماضي. إنه مدخن بكثرة ويتناول نصف زجاجة من الكحول كل مساء. ليس لديه قصة مرضية سابقة ذات صلة.

## الفحص السريري

المريض ذو هيئة مدنفة. النتيجة بالتنظير في الشكل 1.28.



الشكل 1.28 المري البعيد بالتنظير.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$7.2 \times 10^9/L$	$4.0\text{--}11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$360 \times 10^9/L$	$150\text{--}400 \times 10^9/L$	
Sodium	142 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.3 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	4 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	

## الأسئلة

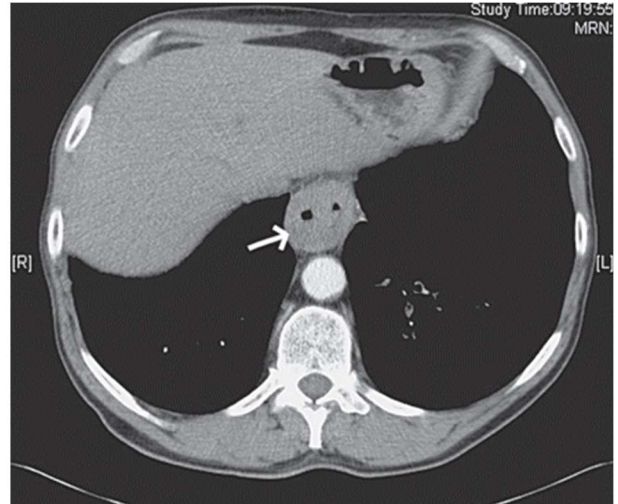
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي عوامل الخطر؟
- كيف تصنف مراحل المريض؟
- ما هي الخيارات العلاجية؟

عانى هذا المريض من سرطان المريء. وعادة ما يصيب المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و70 عاماً، وترتفع نسبة الإصابة به عند الذكور. في جميع أنحاء العالم، يمثل سرطان الخلايا الحرشفية ما يصل إلى 90% من جميع حالات سرطان المريء. في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أكثر من نصف الحالات الجديدة هي الآن سرطانات غدية. ويعتقد أن هذا بسبب زيادة حدوث حؤول باريت، كنتيجة للجزر المريئي المعدي. عسر البلع هي العرض الأكثر تظاهراً وتترافق غالباً مع نقص وزن. كما يمكن أن يأتي المرضى بقصة نرف أو أعراض تنفسية نتيجة الاستنشاق أو تنوسر الورم إلى السبيل التنفسي.

### عوامل الخطر بالنسبة لسرطانة المري

- الكحول والتدخين
- النيترزامينات والأفلاتوكسينات
- نقص الفيتامينات A و C
- اللارتخائية
- الداء الزلاقي
- الثفان
- مريء باريت: سرطان غدي

يجب تصنيف مراحل الورم بواسطة التصوير الطبقي المحوري (CT) للصدر والبطن (الشكل 2.28). إذا كشفت النقاثل، فلا يلزم إجراء مزيد من التقييم لقابلية الجراحة. إذا كان المريض قابل لإجراء عملية جراحية فيجب تقييم عمق الورم والعقدة اللمفاوية المصابة عن طريق الإيكو عبر التنظير. ما يقرب من 40% من المرضى قابلون للاستئصال الجراحي. يجب أن يهدف الإجراء الجراحي إلى إزالة الورم بشكل كامل (كبير وصغير) وإزالة العقدة اللمفاوية الناحية. تعد الحواف الاستئصالية الواضحة وحالة العقد اللمفاوية مشعرات إنذارية هامة. أدى العلاج الكيميائي أو الشعاعي بعد العملية الجراحية للمرضى الذين لديهم عقدة إيجابية إلى تحسين معدل البقاء. المعالجة المتممة البدئية لخفض مرحلة الورم قبل الاستئصال الجراحي تجرى الآن في العديد من المراكز وما زالت قيد الدراسة.



**الشكل 2.28** الطبقي المحوري يُظهر سماكة المريء نتيجة لسرطان المريء (السهم). لا توجد نقاثل في الكبد.

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أورام غير قابلة للاستئصال، فإن الهدف هو التخلص من عسر البلع بأقل خطورة ممكنة. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق التوسيع المتكرر أو بحرق الورم باستخدام الليزر. يمكن للعلاج الإشعاعي أيضاً تقليل الألم وتحسين صعوبات البلع. يزداد حالياً عدد المرضى الذين يعالجون بوضع قنيات قابلة للتمدد الذاتي بالتنظير أو بمساعدة الأشعة.

جراحة الجهاز الهضمي العلوي  
تتضمن اختلاطات القنيات الانتقاب المريئي والهجرة وسد اللمعة في منطقة الورم.

#### النقاط الأساسية



- حالات الإصابة بالسرطانة الغدية المريئية في ازدياد.
- استخدام قنيات المريء يحسن تسكين الألم لدى المرضى غير القابلين للاستئصال الجراحي.

## حالة 29: يرقان غير المؤلم

## القصة السريرية

تم إدخال رجل يبلغ من العمر 73 عاماً من العيادات الخارجية الجراحية. طلب منك فحص المريض وبدء استقصائه. خلال الأشهر الثلاثة الماضية، لاحظ تدريجياً تغير لون الجلد للأصفر ولم يعاني من أي آلام في البطن. انخفضت شهيته بشكل ملحوظ ووجد أن ملابسه أصبحت فضفاضة. وقد لاحظ أيضاً أن بوله أصبح غامقاً وأن برازه أصبح شاحباً ويصعب غسله. يستمتع بشرب الويسكي من حين لآخر في المنزل في المساء ويقوم بتدخين 10 سجائر يوميا منذ أن كان مراهقاً وهو لا يتناول أي دواء بشكل منتظم.

## الفحص السريري

يبدو المريض ناقص الوزن ولديه يرقان واضح في الجلد والصلبة. أصوات القلب طبيعية مع ضغط دم 64/136 ملم زئبق والنبض 86/د. حرارته طبيعية وإصغاء الصدر طبيعي. البطن لين مع وجود كتلة ملساء في الربع العلوي الأيمن تتحرك مع التنفس.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$12 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$260 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.3 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	65 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	32 IU/dL	0–100 IU/dL	
Alkaline phosphate (ALP)	229 IU/L	35–110 IU/L	
Aspartate transaminase (AST)	96 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	63 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	46 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	82 mmol/L	3–17 mmol/L	
Glucose	5 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	

## الأسئلة

- ما هو سبب شحوب لون البراز؟
- ما هو قانون كورفوازييه؟
- ما هي الاستقصاءات الإضافية المطلوبة لوضع التشخيص؟
- كيف ينبغي التعامل مع هذا المريض؟

السبب الأكثر احتمالاً عند هذا المريض هو سرطانة البنكرياس. أبلغ المريض عن وجود براز شاحب، وهو ما يتوافق مع الإسهال الدهني الناجم عن عدم القدرة على امتصاص الدهون من الجهاز الهضمي مما يؤدي إلى زيادة الدهون في البراز. ينص قانون كورفوازييه على أن المرارة المجسوسة مع وجود اليرقان لا يرجح أن يكون ثانوياً لوجود حصيات صفراوية. يؤدي وجود حصيات صفراوية إلى تقلص وتليف المرارة وعادة ما يترافق بالألم. يظهر سرطان البنكرياس بشكل كلاسيكي مع اليرقان غير المؤلم الناتج عن انسداد القنوات الصفراوية في رأس البنكرياس ويترافق بتوسع المرارة. يمكن أن يتظاهر مرضى سرطانة البنكرياس بألم شرسوفي، ينتشر إلى الظهر، وإقياء بسبب الانسداد العفجي.

تعتمد قابلية استئصال الورم على حجم الورم، وما إذا كان الورم يغزو الشريان المساريقي العلوي أو الوريد البابي، وعلى وجود الحبن أو وجود نقائل إلى عقد لمفية أو بريتانوية أو كبدية. غالباً ما يفشل كل من فحص الإيكو والطبقي المحوري في اكتشاف النقائل الصغيرة الأقل من (2 سم)، لذلك يتم استخدام تنظير البطن لتحديد أمراض الكبد أو البريتوان. يكتشف تنظير البطن النقائل في حوالي ربع المرضى الذين تكون نتائجهم سلبية بعد الاستقصاءات الإعتيادية.

15% من الأورام فقط تكون قابلة للاستئصال عن طريق استئصال البنكرياس والعفج (عملية ويبيل). وتفيد التقارير أن معدل الوفيات الجراحية أقل من 5%، مع معدل البقاء لمدة 5 سنوات ما يقرب من 35%. يعاني المرضى من ارتفاع معدل الإصابة بالأمراض بعد العملية الجراحية، حيث تصبح نسبة كبيرة منهم مصابين بالسكري أو يحتاجون إلى تعويض وظيفة البنكرياس.

غالبية المرضى غير مناسبين للجراحة. يحتاج هؤلاء المرضى إلى تنظير الطرق الصفراوية للتخلص من انسداد القناة الصفراوية. يمكن التخلص من انسداد العفج بإجراء مجازة (فغر المعدة والصائم).

## النقطة الأساسية

- فقط حوالي 15% من أورام البنكرياس الخبيثة قابلة للجراحة.

## حالة 30: ألم بطني متقطع

## القصة السريرية

أحيلت امرأة بعمر 50 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية من قبل طبيبها العام، كانت تشكو من هجمات متقطعة من ألم بطني خلال الأشهر الستة الماضية، الألم ثابت مترافق مع غثيان وبسغرق ساعتين عند حدوثه عادة، كما لاحظت أن الأطعمة المقالية تحرض الهجمات، وذكر طبيبها العام في إحالته أن مشعر كتلة الجسم عندها 38 لكنها تحاول إنقاص وزنها بجدية، ليس لديها سوابق مرضية وبدأت مؤخراً بمعالجة معيضة للهرمون HRT.

## الفحص السريري

ليس لدى المريضة ترفع حروري ومعدل النبض 80/د، لا يوجد يرقان أو ضخامة عقد لمفية مجسوسة، بجس البطن هناك مضمض خفيف في الربع العلوي الأيمن، المس الشرجي وتحليل البول ضمن الطبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	80 fL	76–96 fL	
White cell count	$11.0 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$315 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	77 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	72 IU/dL	0–100 IU/dL	
Alkaline phosphate (ALP)	69 IU/L	35–110 IU/L	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	45 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	45 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3–17 mmol/L	

## الأسئلة

- ما هو الاستقصاء الشعاعي الذي يجب أن يطلب وماذا يمكن أن يظهر؟
- ما هي النصائح التي تقدمها للمريضة؟
- ما هي الخطوات التالية في تدبير هذه المريضة؟

تقترح القصة تشخيص التهاب المرارة مزمن أو قولنج مراري، يجب إجراء إيكو للبطن الذي قد يبين وجود حصيات صفراوية متناسبة مع تسمك جدار المرارة (السهم في الشكل 1.30).



**الشكل 1.30** التصوير بالإيكو يبين حصيات متعددة في المرارة (السهم).

تشاهد الحصيات الصفراوية عند نسبة تصل إلى 10% من الإناث في الأربعينات من أعمارهن وتكون أقل شيوعاً عند الذكور، ويعتقد بأنها أشيع نموذجياً عند "الشقر Fair، البدينين Fat، الولودات Fertile، بعمر الأربعين Forty"، لكن في الحقيقة يمكن أن تحدث عند أي شخص، بسبب انحشار الحصى الصفراوية في مخرج المرارة تقلص العضلات الملساء للمرارة الذي يسبب بدوره ألماً مستمراً غالباً وربما ينتشر إلى القطب السفلي للوح الكتف الأيمن.

القولنج المراري هو العرض الذي يراجع به أكثر من 80% من مرضى الحصيات الصفراوية، وأكثر من ثلثي هؤلاء المرضى تتعرض لديهم نوبة ثانية خلال سنتين، إذا استمر الألم أو ارتفعت حرارة المريض ربما يكون لدى المريض التهاب مرارة متروك، وهذا يحدث عندما تبقى الحصيات الصفراوية منحشرة في مخرج المرارة مؤدية إلى التهاب في جدار المرارة.

ينصح المرضى في البداية بتجنب الوجبات الغنية بالدسم بالرغم من ضعف الدليل على أن هذا يحد من الهجمات التالية، كما ينصح باستئصال المرارة بالتنظير عند المرضى الذين لديهم أعراض مستمرة.

يمكن أن يعالج مرضى الحصيات الصفراوية الكولسترولية بحمض الأرسوديوكسي كولييك Ursodeoxycholic، يساعد هذا العقار في حل الحصيات الصفراوية ويستغرق ذوبانها نموذجياً بين 6-18 شهراً وينجح هذا في الحصيات الصغيرة والمكونة فقط من الكولسترول، ويبقى المرضى معرضين لنكس الحصيات خلال 5-10 سنوات تالية للمعالجة.

#### النقاط الأساسية

- توجد الحصيات الصفراوية عند 10% من الإناث في الأربعينات من العمر.
- تبقى معظم الحصيات الصفراوية لا عرضية.

## حالة 31: تخليط بعد العمل الجراحي

## القصة السريرية

كطبيب عام طلب منك إعادة فحص امرأة بعمر 75 سنة أصيبت بتخليط في الجناح، أجري لها منذ 5 أيام رتق (إصلاح) فتق فخذي إسعافي، سارت الأمور أثناء الجراحة بشكل جيد ومن دون أية اختلاطات، تتضمن سوابقها المرضية التهاب مفصل تنكسي في ركبته اليمنى والتي كانت تأخذ من أجله الديكلوفيناك، المريضة غير مدخنة وتشرب وحدتين من الكحول في الأسبوع، وتعيش لوحدها بدون دعم من الخدمات الاجتماعية.

## الفحص السريري

المريضة غير متوجهة في الزمان والمكان والأشخاص، كما يلاحظ أنها شاحبة وأن لديها تسرع تنفس، ضغطها الدموي 70/90 مم ز ومعدل النبض 110/د، إصغاء الصدر طبيعي عندها وإشباع الأوكسجين 97%، لاحظت بجس البطن مضطاً مبهماً في أعلى البطن، أصوات الأمعاء طبيعية وتحليل البول طبيعي، مكان الجرح واضح وليس هناك دليل على وجود ورم دموي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin (Hb)	6.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$9 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	132 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.5 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	16 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	79 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
وأظهر تخطيط القلب الكهربائي ECG تسرع قلب جيبي.			

## الأسئلة

- ماهي الأسباب الأشيع للتخليط بعد العمل الجراحي؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً عند هذه المريضة؟
- ما هي الأسباب الأشيع؟
- ما هي الفحوص السريرية الأخرى التي يجب أن تقوم بها لتساعدك في تأكيد السبب؟
- كيف تدبر هذه المريضة؟

يشيع التخليط بعد العمل الجراحي في مريض الجراحة، تتضمن الأسباب الإنتان (السبيل البولي، الصدر، إنتان الجرح)، احتشاء العضلة القلبية، الصمة الرئوية، تعاطي الأفيونات ومتلازمة الانسحاب الكحولي، السبب الأرجح للتخليط في هذه الحالة هو فقد الدم الحاد، تسبب كل من الشدة بسبب جراحها الإسعافية الأخيرة والمعالجة بمضادات الالتهاب الالاستيروئيدية نزفاً هضمياً علوياً.

يعتبر المس الشرجي جزءاً هاماً من التقييم السريري، ظهور التغوط الزفتي على كف الفاحص يشير إلى مصدر علوي هضمي للنزف، التغوط الزفتي هو براز غير طبيعي قطراني داكن يسببه فعل الحمض المعدي في الدم، يدل فقر الدم سوي الكريات (الخضاب 6.2 غ/دل) على أن نزفاً حاداً كبير الكمية قد حدث، ويدل ارتفاع البولة (16 ممول/ل) على امتصاص البروتينات من الدم في السبيل الهضمي، يقترح هبوط الضغط الانقباضي إلى 90 مم ز وتسرع القلب وجود صدمة نقص الحجم عند المريضة ويتطلب إنعاشاً سريعاً بالسوائل.

### ! أسباب النزف الهضمي العلوي

- القرحة المعدية والقرحة العفجية
- التهاب المعدة والتسحجات المعدية
- تمزق مالوري وايس
- التهاب العفج
- دوالي المريء
- خباثات السبيل الهضمي
- الأدوية (مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية، الستيروئيدات)

### ! التدبير الإسعافي للنزف الهضمي (بالترتيب)

- تأمين الطريق الهوائي والتزويد بالأوكسجين بتدفق عالٍ.
- إدخال قنيتين كبيرتي اللمعة (14\_16 G) وإجراء تعداد دم كامل CBC، وظائف كلية، وظائف كبد، التخثر ومصالبة 4\_6 وحدات دم.
- تعويض السوائل، نقل وحدة دم.
- تركيب قنطرة بولية وخط وريدي مركزي CV line مع مراقبة دقيقة لتوازن السوائل.
- نقل المريض إلى مستوى عناية مناسب كوحدة العناية المركزة ICU.
- التحضير لإجراء تنظير هضمي طارئ: خلال أقل من 24 ساعة إذا كان الوضع مستقراً، فوري إذا كان الوضع غير مستقر بالرغم من الإنعاش المناسب بالسوائل.
- إذا شككت بنزف من الدوالي (علامات داء كبدي مزمن أو نزف دوالي سابق) أجر التنظير الهضمي خلال 4 ساعات
- ابدأ بإعطاء جرعة وريدية عالية من مثبطات مضخة البروتون

### النقاط الأساسية

- يجب إعطاء مضادات الالتهاب الالاستيروئيدية بحذر عند المسنين.
- يجب إعادة التنظير الهضمي عند مرضى القرحات الهضمية النازفة للتأكد من شفاء القرحة واستبعاد الخباثات الكامنة.

## حالة 32: تخليط بعد العمل الجراحي

## القصة السريرية

أحيل رجل بعمر 50 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية بقصة ألم شرسوفي منذ 6 أشهر، ونقص وزن وتبدل في عادات التغوط، يتظاهر الألم الشرسوفي عنده خلال اليوم كله ولا يخف بتناول الطعام، ولاحظ زيادة في عدد مرات التغوط وأن برازه كبير الكمية وشاحب وكريه الرائحة، أصبحت شهيته ناقصة خلال الشهرين الماضيين وفقد 6.35 كغ من وزنه، تتضمن سوابقه المرضية معالجة الإدمان على الكحول، وما زال يشرب 10 وحدات من الكحول في اليوم على الأقل ويدخن بكثرة، طلب له طبيبه العام قبل إحالته تنظيراً هضمياً علوياً وإيكو للبطن وكلاهما كان طبيعياً.

## الفحص السريري

المريض شاحب نحيف سيء المظهر، لا يوجد يرقان أو ضخامة عقد لمفية فوق الترقوة، البطن لينة غير ممضة ولا يوجد كتل مجسوسة أو ضخامات حشوية، أجري للمريض مسبقاً صورة بطن مستلقياً مبينة في الشكل 1.32.



الشكل 1.32 صورة بطن مستلقياً.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	108 fL	76–96 fL	
White cell count	$10 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$210 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.6 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	112 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	222 IU/dL	0-100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5-35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	235 IU/L	11-51 IU/L	
Albumin	32 g/L	35-50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3-17 mmol/L	
Glucose	12 mmol/L	3.5-5.5 mmol/L	
Total serum calcium	2.36 mmol/L	2.12-2.65 mmol/L	

## الأسئلة

- ماذا تبين صورة الأشعة البسيطة؟
- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الأسباب الأشيع؟
- ما هي الاستقصاءات المطلوبة لتأكيد التشخيص؟
- كيف يدبر هذا المريض؟

لدى المريض التهاب بنكرياس مزمن، تبين صورة الأشعة البسيطة تكلسات بنكرياسية (السهم في الشكل 2.32).



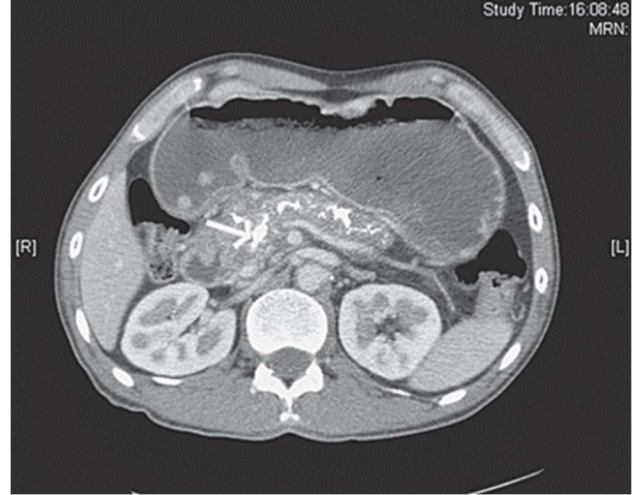
**الشكل 2.32** صورة بطن مستلقياً (يشير السهم إلى تكلسات بنكرياسية).

التهاب البنكرياس المزمن التهاب غير عكوس يسبب تليفاً وتكلساً في البنكرياس، يتظاهر المرض عادة بألم بطني مزمن وبمستويات طبيعية أو مرتفعة بشكل معتدل لإنزيمات البنكرياس، ربما يفقد البنكرياس وظيفته الصموية والإفرازية مؤدياً إلى الإصابة بالسكري والإسهال الدهني.

#### أسباب التهاب البنكرياس المزمن !

- الاعتماد على الكحول: السبب الأكثر شيوعاً.
- مجهول السبب: حوالي 30%.
- التحصي الصفراوي: يشكل السبب الأشيع لالتهاب البنكرياس الحاد، لكنه يترافق بالتهاب بنكرياس مزمن في أقل من 25% من الحالات.
- تضيقات القناة البنكرياسية.
- رض البنكرياس.
- التهاب البنكرياس الوراثي: يبدو أن الطفرات في مورثة مولد الترسين الشاردي الموجب على الصبغي 7 تشكل 60\_70% من حالات التهاب البنكرياس المزمن.
- التهاب البنكرياس الناكس.
- التليف الكيسي: اضطراب مورثي جسمي مقهور يشاهد في نسبة قليلة من مرضى التهاب البنكرياس المزمن.
- أسباب خلقية: انقسام البنكرياس يمكن أن يسبب التهاب بنكرياس بالرغم من أن هذا نادر.
- اضطرابات المناعة الذاتية: متلازمة جوغر، التشمع الصفراوي البدئي والحمض الأنبوبي الكلوي.
- حالات أخرى: ارتفاع شحوم الدم، فرط نشاط الدريقات، كما يمكن أن تسبب اليوريميا التهاب بنكرياس مزمن.

ربما تكون الدراسات التشخيصية طبيعية في المراحل المبكرة من التهاب البنكرياس المزمن، يمكن كشف التغيرات الالتهابية فقط بالفحص النسيجي للخزعة، العمر الأساسي لبدء التظاهر 40 سنة، مع رجحان لإصابة الذكور بنسبة 4:1. تلاحظ التكتلات البنكرياسية في حوالي ثلث الصور الشعاعية المأخوذة بوضعية الاستلقاء لمرضى التهاب البنكرياس المزمن (السهم في الشكل 2.32)، يعطي التصوير الراجع للطرق الصفراوية والبنكرياسية بالتنظير ERCP الرؤية الأوضح لأقنية البنكرياس ويعتبر أساساً في تشخيص التهاب البنكرياس المزمن، إلا أنه يعجز عن تقييم لحمة البنكرياس، كما يمكن أن يصادف التهاب بنكرياس مزمن مثبت نسيجياً رغم سلبية التصوير الراجع للطرق الصفراوية والبنكرياسية بالتنظير ERCP. يعطي تصوير الطرق الصفراوية والبنكرياسية بالرنين المغناطيسي MRCP معلومات عن لحمة البنكرياس والأحشاء البطنية المجاورة، كما يمكن أن تعطي اختبارات وظائف البنكرياس معلومات مفيدة بقياس تريبسين المصل ومستويات الدهون في البراز.



**الشكل 3.32** طبقي محوري يبين تغيرات متناسبة مع التهاب بنكرياس مزمن.

يجب أن تبدأ المعالجة بحمية منخفضة الدهون والامتناع عن الكحول، ربما يحد إعطاء الإنزيمات البنكرياسية من الإسهال الدهني، إذا لم تنجح المعالجة المحافظة الاعتيادية وأصبح الألم عند المريض شديداً معنداً يجب أخذ حصار العقد البطنية (الزلاقية) بعين الاعتبار، تترافق الجراحة بمرضاة ووفيات مهمتين لكنها تفيد في التخلص من الأعراض في حوالي 75% من المرضى، ولا تفيد في عودة الوظيفة الصماوية والإفرازية الطبيعية للبنكرياس، يمكن إجراء مجازة للألفا السادة (فغر صائمي بنكرياسي) أو إزالة الغدة المتأذية (استئصال العفج والبنكرياس أو استئصال البنكرياس القاصي).

#### النقاط الأساسية

- 30% من حالات التهاب البنكرياس المزمن مجهولة السبب.
- يزيد التهاب البنكرياس المزمن خطر الإصابة بسرطانة البنكرياس.

## حالة 33: ألم بطني ويرقان

## القصة السريرية

أحال طبيب عام امرأة بعمر 64 سنة إلى فريق الجراحة العامة، تشكو المريضة من ألم في الجزء العلوي للبطن وحكة معممة، كما لاحظت أختها اصفراراً في جلدها، بدأت الأعراض منذ حوالي أسبوع وتطورت تدريجياً نحو الأسوأ، قالت في استجواب لاحق أن لون البول أصبح غامقاً والبراز شاحباً طوال الأيام القليلة الماضية، المريضة سابقاً صحتها جيدة ولا تشرب الكحول وأنكرت أي قصة سفر خارجي مؤخراً.

## الفحص السريري

لدى المريض لون يرقاني سريرياً ومضض في الربع العلوي الأيمن للبطن، الكبد غير متضخم والمس الشرجي يبين برازاً شاحباً على كف الفاحص، درجة حرارتها 37 م°، الضغط الدموي 80/130 مم ز ومعدل النبض 72/د، تم كشف البيليروبين في البول.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	80 fL	76–96 fL	
White cell count	$11.5 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$315 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu$ mol/L	44–80 $\mu$ mol/L	
Amylase	72 IU/dL	0–100 IU/dL	
Alkaline phosphatase (ALP)	556 IU/L	35–110 IU/L	
Aspartate transaminase (AST)	45 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	127 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	38 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	122 mmol/L	3–17 mmol/L	

## الأسئلة

- ماذا تبين نتائج تحاليل الدم؟
- ما هي أسباب هذه الحالة؟
- ما هي خيارات التشخيص والمعالجة؟

لدى المريضة يرقان (البيليروبين 122 ممول/ل) ونسبة الفوسفاتاز القلوية إلى الأسبارتات ترانسأميناز ALP/AST المرتفعة تقترح أن يكون السبب انسدادياً، سبب البراز الشاحب أن البيليروبين المقترن يفشل في العبور من الكبد إلى السبيل الهضمي، فيفرز البيليروبين المقترن بعدها إلى البول معطياً إياه مظهراً غامقاً، يغيب البيليروبين في البول الطبيعي ووجوده يؤكد ارتفاع البيليروبين المقترن.

### جدول 1.33 أسباب اليرقان الانسدادي

شائعة	أقل شيوعاً	نادرة
حصيات القناة الجامعة سرطانة رأس البنكرياس عقد لمفية كبدية بابية خبيثة	سرطانة مجل فاطر التهاب البنكرياس أمراض كبدية ثانوية	تضيقات علاجية المنشأ سليمة والرض التهاب الطرق الصفراوية الناكس متلازمة ميريزي التهاب الطرق الصفراوية المصلب سرطانة الطرق الصفراوية الرتق الصفراوي الكيسات الصفراوية

تهدف الاستقصاءات إلى التفريق بين اليرقان الانسدادي واليرقان الخلوي الكبدية، في اليرقان الانسدادي تبين نتائج التحاليل الدموية نموذجياً ارتفاع البيليروبين المقترن (أكبر من 35 ممول/ل) وارتفاع النسبة ALP/GGT مقارنة بالنسبة AST/ALT، الإيكو هو الاستقصاء الأول ويكشف الحصيات المرارية بسهولة (حساسية أكبر من 90%)، لكن حصيات القناة الجامعة CBD كثيراً ما تغيب بالإيكو (حساسية أقل من 40%)، يمكن أن يمنع وجود الغاز في العفج ظهور حصيات القناة الجامعة بالإيكو، على أية حال فإن توسع القناة الجامعة (أكبر من 8 مم) مشخص لأكثر من 90% من حالات انسداد القناة الجامعة، هذا وإن اختبارات وظائف الكبد وقياس قطر القناة الجامعة مؤشران على أرجحية وجود حصيات القناة الجامعة.

بالاعتماد على هذه الموجودات سيجرى للمريضة استئصال المرارة بالتنظير، أو إذا كان هناك خطورة عالية لوجود حصاة أو حصيات القناة الجامعة سيتم إجراء تصوير راجع للطرق الصفراوية والبنكرياسية بالتنظير ERCP لتنظيف القناة الجامعة قبل الجراحة، يستخدم التصوير الراجع للطرق الصفراوية والبنكرياسية بالتنظير ERCP لتصوير الجهاز الصفراوي إذا كان من المتوقع اللجوء إلى التداخل العلاجي، تتضمن الاختلاطات التهاب البنكرياس (أقل من 1%)، الانتقاب، التهاب البريتوان الصفراوي، الخمج والنزف، تمتلك التقنيات الأحدث كالتصوير بالإيكو عبر التنظير وتصوير الطرق الصفراوية والبنكرياسية بالرنين المغناطيسي MRCP حساسية أعلى ونوعية أكبر لكشف حصيات القناة الجامعة (85\_100%)، لكنها غير متاحة في كل الحالات، كما أن هذه التقنيات مشخصة فقط بالرغم من أن خطورتها أقل من التصوير الراجع للطرق الصفراوية والبنكرياسية بالتنظير ERCP، يؤيد بعض الجراحين الآن أيضاً تصوير الألفية الصفراوية أو التصوير بالإيكو داخل العمل الجراحي مستغنين عن الحاجة للتصوير قبل العمل الجراحي في حالات محددة.

#### النقاط الأساسية

- إذا كان البيليروبين والفوسفاتاز القلوية مرتفعان وقطر القناة الجامعة أكبر من 12 مم فإن خطر وجود حصيات قناة جامعة أكبر من 90%.
- إذا كان كل من البيليروبين، والفوسفاتاز القلوية وقياس قطر القناة الجامعة طبيعياً فإن خطر وجود حصيات قناة جامعة حوالي 0.5%.

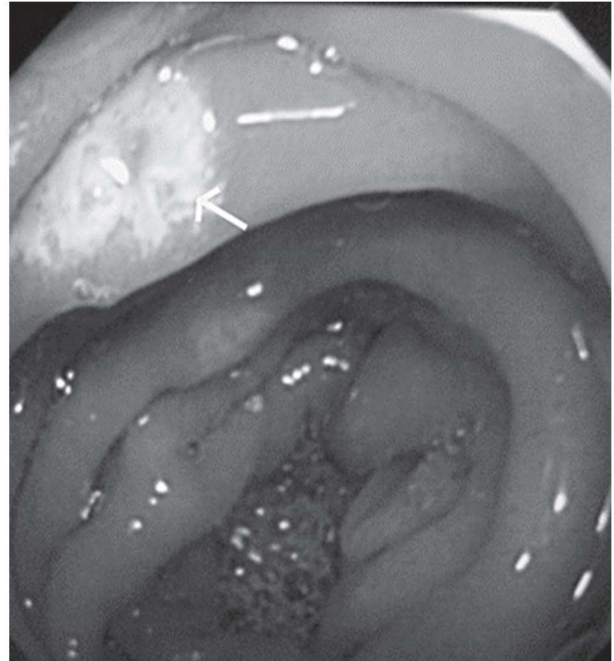
## حالة 34: ألم بعد الطعام

## القصة السريرية

توجه رجل بعمر 62 سنة الى وحدة التنظير الهضمي من اجل اجراء تنظير هضمي علوي، حسب إحالة طبيبه العام فإنه يعاني من ألم شرسوفي طوال الأشهر الستة الماضية، يحدث الألم بعد الطعام بحوالي ساعة ويترافق مع غثيان وتجشؤ، يخف الألم قليلاً باستعمال مثبطات مضخة البروتون PPIs، لكن الاعراض لم تستقر تماماً بالرغم من أخذ شوط علاجي لمدة شهرين، قيم التحاليل الدموية التي طلبها الطبيب العام مبينة في الاسفل.

## الفحص السريري

الفحص العام طبيعي، تم أخذ صورة أثناء التنظير تظهر في الشكل 1.34.



الشكل 1.34 الموجودات بالتنظير.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.9 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$10 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$252 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu$ mol/L	44–80 $\mu$ mol/L	
Amylase	32 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	46 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	46 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3–17 mmol/L	
Glucose	5 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي أشيع عضوية مسببة؟
- ما هي العوامل الأخرى التي يعتقد أنها مهمة؟
- ما هي الاختبارات التي يمكن إجراؤها لكشف هذه العضوية؟
- ما هي العلاجات المتاحة حالياً؟

يبين الشكل 1.34 تقرحاً هضماً (السهم)، القرحة الهضمية هي تخرب في المخاطية بحجم أكبر أو يساوي 3 مم في المعدة أو العفج، الألم الشرسوفي هو العرض الأكثر شيوعاً ويحدث غالباً بعد الوجبات ب 1-3 ساعات، كما يمكن أن يحدث ليلاً ويخف بتناول الطعام ومضادات الحموضة، الغثيان شائع وربما يحدث الإقياء، إذا كان هناك انسداد مخرج معدة جزئي أو تام، ربما يتظاهر المرضى أيضاً بإقياء دموي أو بتغوط زفتي بسبب النزف الهضمي، لا تترافق الأعراض مع الموجودات السريرية بشكل جيد، فقط في 20-25% من المرضى الذين عندهم أعراض ترجح وجود تقرح هضمي يصادف عندهم تقرح هضمي.

معروف الآن أن الملتوية البوابية *Helicobacter pylori* عامل مشارك هام في تطور التقرح الهضمي، وهي جرثومة مسوية حلزونية سلبية الغرام توجد في حوالي 90% من مرضى القرحة العفجية و70% من مرضى القرحة المعدية و60% من مرضى سرطانة المعدة، إنتاج المخاط الطبيعي من المخاطية والبيكربونات والبروستاغلاندينات هي عوامل مهمة في منع حدوث التقرح، واضطراب هذا الحاجز الفيزيولوجي يمكن ان يسبب التقرح، وهذا يمكن ان يكون عائداً إلى عوامل مثل التدخين، مضادات الالتهاب الستيروئيدية NSAIDs، الايتانول، الحموض الصفراوية، الاسبرين، الستيروئيدات والشدة.

يمكن ان تكتشف الملتوية البوابية بالخزعات المأخوذة بالتنظير الهضمي العلوي باستخدام اختبار اليورياز السريع او بالاختبارات المصلية للدم أو باختبار قياس البولة (اليوريا) في التنفس.

تشفى أغلب التقرحات بعد شهرين من العلاج بمثبطات مضخة البروتون، هنالك نسبة نكس ضئيلة بالمعالجة المحافظة طويلة الأمد، إذا تم كشف الملتوية البوابية يجب أن يوضع المريض على معالجة ثلاثية تتألف من الاموكسسلين وميترونيدازول وأوميبرازول لمدة اسبوعين.

يجب أن ينصح المرضى بإيقاف التدخين، وتجنب استخدام مضادات الالتهاب الستيروئيدية NSAIDs والأسبرين، وعدم الإفراط في تناول الكحول وتجنب الشدة.

#### النقاط الأساسية

- تشفى معظم القرحات الهضمية بعد شهرين من المعالجة بجرعة عالية من مثبطات مضخة البروتون.
- تصادف الملتوية البوابية في 90% من القرحات الهضمية.

## حالة 35: كتلة في الربع العلوي الأيسر

## القصة السريرية

أحال طبيب عام رجلاً بعمر 63 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية، أتى المريض إلى طبيبه العام بعد أن أصبح ميالاً إلى النوم ولديه زلة تنفسية على الجهود الخفيفة، جس الطبيب العام الكتلة في الربع العلوي الأيسر ولاحظ كدمات متعددة على الذراعين العلويين والصدر، أنكر المريض تعرضه لأي أذية مؤخراً.

## الفحص السريري

بالفحص هنالك ضخامة عقد لمفية مجسوسة، شحوب أو يرقان، إصغاء الصدر وأصوات القلب ضمن الطبيعي، ضغطه الدموي 70\136 مم ز ومعدل النبض 78د، بفحص البطن هنالك كتلة بالربع العلوي الأيسر، لا يمكن جس الحافة العلوية للكتلة وتم جس ثلمة على الجانب الأنسي، الكتلة غير نابضة وصماء بالقرع، لم تجس كتل أخرى وباقي الفحص طبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$4.2 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$110 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
International normalized ratio (INR)	1.0	0.9–1.2	
Activated partial thromboplastin time (APTT)	32 s	29–41 s	
Examination of the blood film showed teardrop-shaped red blood cells.			

## الأسئلة

- ماذا يمكن أن تكون هذه الكتلة؟
- ما نتيجة تحليل الوظائف الحيوية؟
- ما هي أسباب الضخامة؟
- ما هي الحالة التي يمكن أن تكون لدى هذا المريض؟
- كيف يمكن أن يتم إثبات التشخيص؟
- ما هي خيارات المعالجة؟

## جواب 35

يكون الطحال الطبيعي غير مجسوس ويقيس حوالي 11 سم طوياً، يتضخم الطحال كلاسيكياً نحو الحفرة الحرقفية اليمنى، وله ثلثة مجسوسة ويعطي أصمية بالقرع، لا يمكن جس الحافة العلوية للطحال وهذا ما يميزه عن الكتل الكلوية، يعد الطحال مسؤولاً عن اصطناع الغلوبولينات المناعية والتخلص من العضويات الدقيقة والمستضدات وخلايا الدم الحمراء الشاذة من الدوران، تنشأ ضخامة الطحال عادة عن فرط نشاط وظائفه الطبيعية.

! أسباب ضخامة الطحال	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• انتانية:</li> <li>• حادة: الانتان الدموي. التهاب شغاف القلب الانتاني، الحمى التيفية، داء وحيدات النوى الخمجي</li> <li>• مزمنة: السل، التهاب الكبد، الحمى المالطية، الايدز</li> <li>• الطفيلية: الملاريا، كالا أزار (داء الليشمانيات)، داء البلهارسيات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرط توتر وريد الباب</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• الانتهاية:</li> <li>• التهاب المفاصل الرثياني</li> <li>• الساركويد</li> <li>• الذئبة الحمامية الجهازية SLE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• متنوعة:</li> <li>• أدواء الخزن</li> <li>• الداء النشواني</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• دموية:</li> <li>• الابيضاض</li> <li>• اللمفوما</li> <li>• انحلال الدم (التلاسيما، فقر الدم المنجلي)</li> <li>• اضطرابات النقي التكاثرية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أسباب الضخامة الطحالية الشديدة:</li> <li>• تليف النقي</li> <li>• الابيضاض النقوي المزمن</li> <li>• الملاريا المزمنة</li> <li>• كالا أزار</li> </ul>

يرجى فحص اللطاخة الدموية أن لدى هذا المريض تليف نقي Myelofibrosis، هنالك تندب مترقي في نقي العظم يؤدي الى تشكيل الدم في أماكن خارج النقي كالكبد والطحال مسبباً ضخامة في هذه الأعضاء والسبب غير معروف، يتطور الاضطراب عادة ببطء في المرضى بعمر فوق 50 سنة، يؤدي تليف النقي الى قصور مترقي لنقي العظم مع فقر دم شديد، يوضع التشخيص بفحص اللطاخة الدموية التي تظهر خلايا دم حمراء بشكل قطرة الدم Teardrop، وبخزعة نقي العظم.

لا توجد معالجة نوعية لتليف النقي البدئي، يجب نقل الدم واعطاء الارثيوبويتين لتصحيح فقر الدم، وربما يساعد استئصال الطحال إذا كان حجم الضخامة الطحالية بسبب نقص صفيحات، يمكن أن يجرى استئصال الطحال بالشق تحت الحافة الضلعية أو تنظيرياً، يجب اجراء مصلية للدم قبل التداخل وطلب وحدات صفيحات إذا كان تعدادها منخفضاً، هؤلاء المرضى الذين يجرى لهم استئصال طحال لديهم خطر الانتان الدموي مدى الحياة ويجب ان يتلقوا تمنيعاً ضد المكورات الرئوية والمستدميات النزلية والمكورات السحائية.

النقاط الأساسية
<p>مميزات الطحال بالفحص السريري هي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا يمكن الوصول للحافة العلوية</li> <li>• الحافة السفلية مثلومة</li> <li>• أصمية بالقرع</li> <li>• يتضخم باتجاه الحفرة الحرقفية اليمنى</li> </ul>

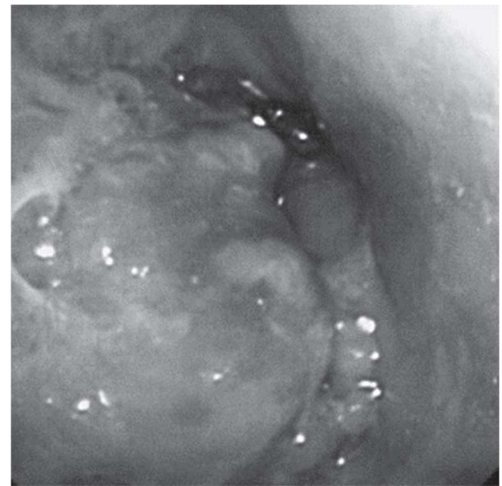
## حالة 36: آفة مكتشفة بالتنظير المعدة

## القصة السريرية

أحال طبيب عام رجلاً بعمر 56 سنة لإجراء تنظير هضمي علوي، جاء المريض إلى الطبيب منذ شهرين بحس انزعاج في الشرسوف ونفخة، وصفت له مثبطات مضخة البروتون PPIs وفشلت في تحسين الأعراض عنده، لا توجد قصة جزر معدي مريئي أو حصيات مرارية عنده، كما أنه غير موضوع على معالجة معينة، يدخن 20 سيجارة في اليوم، وطلب طبيبه بعض الفحوصات الدموية ونتائجها مبينة في الأسفل.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	9.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	69 fL	76–96 fL	
White cell count	$10.2 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$252 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	59 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Amylase	78 IU/dL	0–100 IU/dL	
Aspartate transaminase (AST)	30 IU/L	5–35 IU/L	
Gamma-glutamyl transferase (GGT)	23 IU/L	11–51 IU/L	
Albumin	45 g/L	35–50 g/L	
Bilirubin	12 mmol/L	3–17 mmol/L	
Glucose	5.0 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	

نتيجة التنظير الهضمي مبينة في الشكل 1.36.



الشكل 1.36 الآفة المكتشفة بالتنظير الهضمي.

الأسئلة

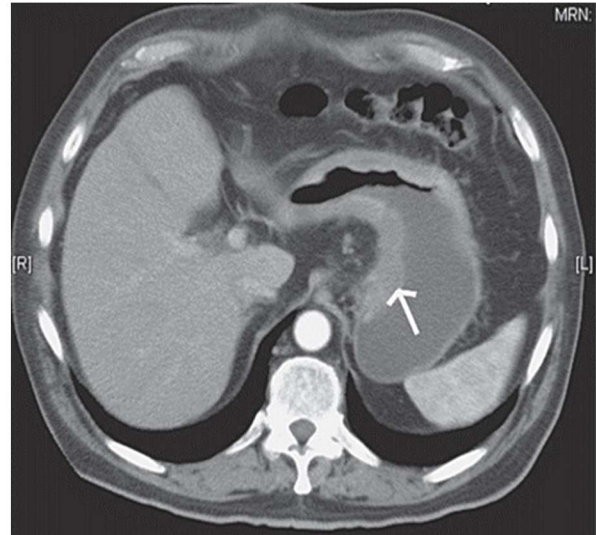
- ماذا يبيّن التنظير الهضمي؟
- ماذا تبيّن نتائج التحاليل الدموية؟
- ما هي عوامل الخطر لهذا التشخيص؟
- كيف تحدد مراحل المرض عند هذا المريض؟
- ما هي خيارات المعالجة؟

يبيّن تنظير المعدة ورماً معدياً ، تبين التحاليل الدموية فقر دم صغير الخلايا كنتيجة لفقد الدم المزمن من الورم ، يجب أن يؤخذ لهذا المريض عدة خزعات بالتنظير الهضمي ونحتاج الآن لتحديد مرحلة الورم، تعتبر سرطانة المعدة ثاني أشيع سبب للسرطانات في العالم، الأغلبية هي سرطانات غدية Adenocarcinomas والباقي لمفومات Lymphomas أو أورام لحمية Stromal أو أورام غدية عصبية Neuroendocrine، الحدوث الأعظمي في آسيا الشرقية والحدوث الأقل في أوروبا الغربية، يعتقد بأن الحمية نوعية الطعام والخمج بالملتوية البوابية هما العاملان البينيان الأكثر أهمية في تطوّر سرطانة المعدة، إذ يُشكّ بأن الحمية الغنية بالخضروات المختلفة والسّمك المملح واللحوم المدخنة تؤهب لسرطانة المعدة، تساهم هذه العوامل في امراضية التهاب المعدة الضموري قبل الناضح وهي حالة سابقة لتشكل الخباثة، تعد الخضروات والفواكه عوامل وقائية.

### عوامل الخطر للخباثة المعدية

- عوز فيتامين C
- الخمج بالملتوية البوابية
- نقص غاما غلوبولين الدم
- فقر الدم الخبيث
- بعد استئصال المعدة

تتظاهر السرطانة المعدية نموذجياً بشكل متأخر وتترافق مع إنذار سيء، ربما يبيّن الفحص السريري ضخامة عقد لمفية فوق الترقوة أو ضخامة كبدية كدلائل على وجود نقائل، يسمح التصوير بالإيكو عبر التنظير بتقييم عمق الورم واصابة العقد اللمفية، كما يسمح الطبقي المحوري CT بتقييم انتشار الورم إلى العقد اللمفية ومدى انتشار النقائل (الشكل 2.36).



**الشكل 2.36** الطبقي المحوري يبيّن ثخانة في جدار المعدة (السهم) كنتيجة لسرطانة معدية، لا تشاهد نقائل كبدية.

يفيد تنظير البطن في تحديد وجود أية انزراعات بريتنائية غير مكتشفة بطرق التصوير الاعتيادية، ربما تكون الاورام الغازية Antral Tumors مناسبة لاستئصال المعدة الجزئي، إذا كان الورم على بعد 5 سم من الوصل المعدي المرئي يحتاج المريض إلى استئصال معدة تام.

وبالنسبة للأورام الأقل من 1 سم حجماً تقوم بعض المراكز الآن بإجراء استئصال للمخاطية بالتنظير، وإذا كان الورم ممتداً إلى الطبقة تحت المخاطية فإنَّ المريض يُعتبر غير مناسب لمثل هذا الاجراء، نتائج المعالجة الكيميائية المساعدة مخيبة للآمال، مع تحسّن قليل في البقيا بعد الاستئصال الجراحي، هذا وما زالت المعالجة الكيميائية البدئية Neoadjuvant Chemotherapy قيد التقييم.

النقاط الأساسية	
• غالباً ما تتظاهر السرطانة الغدية المعدية متأخرة بمرحلة النقائل.	
• الاستئصال الجراحي غير ممكن في أغلبية المرضى.	

## حالة 37: تقييم كتلة الثدي

## القصة السريرية

جاءت امرأة تبلغ من العمر 47 عاماً إلى عيادة أمراض الثدي تشكو من كتلة مؤلمة في ثديها الأيسر. لم تلاحظ أي إفرازات من الحلمة، أو تغيرات جلدية أو تغير في شكل الثدي، تم تشخيص إصابة والدتها بسرطان الثدي عندما كانت في الـ 50 من عمرها. مرت بتجربة طلاق مؤخراً وليس لديها أطفال. وهي غير مدخنة وصحتها جيدة.

## الفحص السريري

وجدت كتلة غير منتظمة بحجم 4 سم قريبة من الحلمة في الثدي الأيسر. الكتلة قاسية القوام وممضعة قليلاً عند الجس. متحركة قليلاً بدون تغير في لون الجلد المغطي للمنطقة. كما أنها غير مثبتة بالعمق. هناك عقد لمفاوية إبطية يسرى مجسوسة ومتحركة. الثدي الأيمن والإبط طبيعيان.

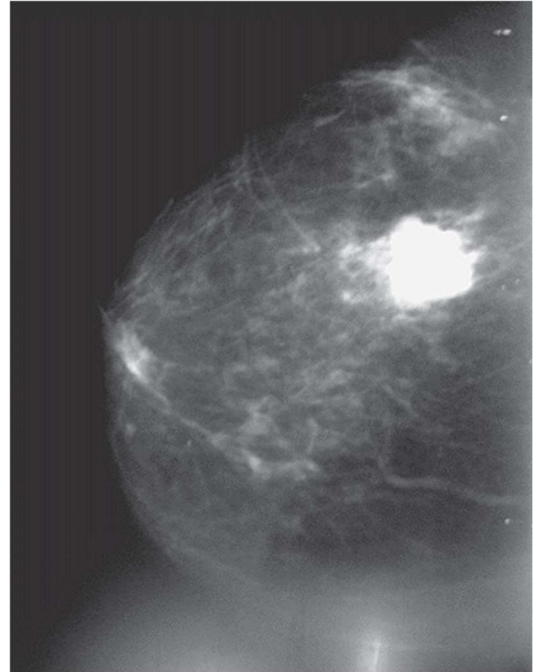
## الاستقصاءات



صورة الثدي الشعاعية (ماموغرام) تظهر في الشكل 1.37.

## الأسئلة

- كيف ينبغي تقييم الكتلة؟
- ماهي عوامل الخطر لتطور سرطان الثدي؟
- لأي فئة عمرية تقترح المملكة المتحدة UK برنامج المسح الاستقصائي لسرطان الثدي؟
- ما هي خزعة العقدة اللمفاوية الحارسة؟



الشكل 1.37 ماموغرام للثدي الأيسر.

سرطان الثدي هو الشكل الأكثر شيوعاً للسرطان بين النساء.

يجب على أي امرأة تعاني من كتلة في الثدي أن تخضع لتقييم ثلاثي:

- تقييم سريري (القصة / الفحص)
- التصوير الشعاعي للثدي و/أو إيكو
- الرشافة الخلوية بالإبرة الدقيقة أو الخزعة اللبية.

معدل الإصابة يزداد مع تقدم العمر، ولكن في سن الصهي معدل الإصابة ينخفض.

تتضمن عوامل الخطر للإصابة بسرطان الثدي ما يلي:

- التعرض للإستروجين غير المعاكس بالبروجسترون
- النساء قليلة عدد الولادات
- طفرات في مورثة سرطان الثدي BRCA1 وBRCA2
- البلوغ المبكر وسن اليأس المتأخر
- القصة العائلية
- الدهون الغذائية المشبعة
- فرط تصنع حميد لا نموذجي سابق.

تم إنشاء برنامج فحص الثدي من قبل وزارة الصحة في عام 1988 ويتم تقديمه للنساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين 50 و70 عاماً. يؤخذ لكل النساء الآن صورتان رأسية وجانبية عند كل مسح، وهذا ما أنقص معدل الوفيات في الفئة العمرية 55-69 سنة.

ربما تكون الجراحة شافية عند المريضات اللاتي لم يتحول المرض عندهن الى مرض جهازى، وتتضمن الخيارات المعالجة استئصال الثدي والجراحة المحافظة للثدي للاستئصال الواسع أو استئصال ربع من الأرباع الأربعة، تعتبر حالة العقد اللمفية الإبطية مؤشراً انذارياً جيداً لسرطان الثدي ومساعداً في تقرير طرق العلاج اللاحقة، بالنسبة للإبط فإن التدبير ما زال موضع خلاف، تضم الخيارات أخذ العقد الإبطية كعينة، التجريف أو خزعة العقد الحارسة، وخزعة العقد الحارسة بديل لأخذ العينة أو التجريف وتعطي معلومات عن حالة الورم المحتمل في العقد اللمفية الإبطية الأخرى، تشمل التقنية حقن النظير المشع القاعدي للتكنيسيوم في الثدي غالباً بالمشاركة مع الصباغ، يتم كشف العقد الحارسة باستخدام الغاما كاميرا أو بالرؤية المباشرة عند التسليخ (الصباغ عادة أزرق) قبل الاستئصال.

## حالة 38: الفحص الذاتي لكتلة الثدي

## القصة السريرية

تم تحويل امرأة تبلغ من العمر 33 عاماً إلى عيادة الثدي بعد أن لاحظت وجود كتلة غير مؤلمة في ثديها الأيمن أثناء فحصها الذاتي. لم تخبر عن أي إفرازات مرتبطة بالحلمة أو تغيرات في الجلد وهي حالياً في منتصف الدورة الشهرية. لديها ابنة تبلغ من العمر 3 سنوات ليس لديها تاريخ عائلي للإصابة بأمراض الثدي. تدخن 15 سيجارة في اليوم.

## الفحص السريري

عند فحص الثدي الأيمن، وجدت كتلة بحجم 3 سم في الربع العلوي الوحشي. مطاطية القوام، متحركة وغير متوترة. لا توجد تغييرات جلدية. لا يوجد دليل على اعتلال عقد لمفية في الإبطين أو الحفرة فوق الترقوة. الثدي الأيسر طبيعي وفحص البطن \*غير عادي\*.

## الأسئلة

- ما هي التشخيص المحتملة؟
- ما هو التشخيص المحتمل للمريضة؟
- كيف نؤكد هذا التشخيص؟
- كيف يجب علاج المريضة؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو ورم غدي ليفي حميد. يتم مشاهدتها بشكل شائع بين عمر 15 و35 عاماً. العنصر الليفي هو المسيطر، تميل للنمو بشكل بطيء ويمكن أن تنمو في بعض الأحيان إلى أكبر من 5 سم، حيث يطلق عليها اسم الورم الغدي الليفي العرطل. غالباً ما تكون الأورام متعددة وثنائية وغالباً تدعى بـ "فئران الثدي" لأنها متحركة جداً. عند الفحص تميل إلى أن تكون كروية وملساء وبعض الأحيان مفصصة مع قوام مطاطي. يتضمن التشخيص التفريقي الداء الكيسي الليفي (تغير في الحجم مع الدورة الطمثية وغالباً ما تكون مترافقة بمضض خفيف)، أو كيسات الثدي (ملساء ومحددة القوام بشكل جيد مثل الورم الغدي الليفي ولكنه صلب على عكس القوام المطاطي) أو سرطان الثدي (غير منتظم، سطح وشكل غير واضح مع قوام قاس).

يجب أن يتم تأكيد التشخيص من خلال فحص الخلايا بالإبرة الدقيقة (FNAC) أو خزعة استئصالية. إذا تم إجراء FNAC، فإن خيارات العلاج تتضمن الاستئصال الموضعي الواسع أو المراقبة، حسب رغبة المريضة. تحدث التغييرات الخبيثة بنسبة 1 في 1000 حالة.

## النقطة الأساسية

- ينبغي تأكيد تشخيص الورم الغدي الليفي السليم بالتقييم الثلاثي.

## حالة 39: انتان الثدي

## القصة السريرية

جاءت امرأة تبلغ من العمر 26 عامًا بعد الولادة بخمسة أسابيع بألم في الثدي الأيمن وحمى. وهي مرضعة لابنها. على مدار الأسابيع الثلاثة الماضية، قامت بمراجعة طبيبها العام مرتين مصابة بالتهاب الثدي وتم وصف المضادات الحيوية لها. الألم يزداد سوءاً والآن تحس أنها غير مرتاحة. وهي بصحة ولياقة بدنية طبيعية. لا تتناول أي أدوية منتظمة ولديها حساسية على البنسلين.

## الفحص السريري

درجة حرارتها 37.9 درجة مئوية ومعدل النبض 92/دقيقة. بالفحص هناك منطقة محددة ممضة قريبة من هالة الثدي الأيمن محيطها حمامي، وهناك تضخم عقد لمفية في الإبط الأيمن.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.3 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76-96 fL	
White cell count	$16.8 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Neutrophils	$12.8 \times 10^9/L$	$1.7-6.1 \times 10^9/L$	
Platelets	$345 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الاستقصاءات التي يجب أن تحضر لإجرائها؟
- ما هي الخيارات العلاجية، وما هي الاعتبارات الأخرى التي يجب عليك مراعاتها عند وصف الدواء؟
- ما هي النصائح الأخرى التي يمكنك تقديمها لها فيما يتعلق بالرضاعة الطبيعية؟

لدى هذه المريضة خراج ثدي نفاسي. يحدث التهاب الثدي بشكل متكرر عند الإناث المرضعات. ويكون الإنتان أشيع في الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة. ويحدث بسبب دخول العضويات عبر الجلد المرضوض والحلمات المنتشقة. وعادة ما يتم علاجه بالمضادات الحيوية، ونصح الأمهات بعصر الثدي باستمرار لمساعدة التصريف من الأقينية اللبنية. في بعض الأحيان يمكن أن يتطور الإنتان ويؤدي إلى تشكل خراج ثدي، العضويات الأشيع هي المكورات العنقودية المذهبة والأنواع المختلفة للمكورات العقدية.

تحدث خراجات الثدي غير المرضع بشكل أشيع بعمر حوالي 30 سنة وتترافق غالباً بتوسع أقينية الثدي، تصادف الخراجات حول الهالة مترافقة مع التدخين، في حين أن الخراجات الثانوية أشيع عند النساء المثبطات مناعياً كالثدي يتناولن الستيروئيدات أو المصابات بالسكري، يجب أن تضم الاستقصاءات في هذه الحالة الزرع الجرثومية الهوائية واللاهوائية المأخوذة من الخراج ويتم هذا عادة بالرشف بالإبرة الدقيقة بالإيكونو.

تتم المعالجة إما بالرشف المتكرر بالإبرة أو الشق والتفجير، كما يجب الاستمرار بالمضادات الحيوية ويستحسن الفلوكلوكساسيللين (أو الإريثرومايسين إذا كان المريض متحسناً للبنسلين) لكن اختيار الصاد يجب أن يتم في ضوء نتائج زرع الدم، يوصف الأموكسيسيكلاف (أو غمنتين) في خراجات الثدي غير المرضع حيث يمكن أن تكون اللاهوائيات والمكورات المعوية هي السبب. كما يجب وصف المسكنات المناسبة، يتحتم عليك تذكر فيما إذا كانت هذه المريضة مرضعاً ويجب مراجعة المرجع الدوائي الوطني البريطاني (BNF) قبل وصف الدواء للتأكد من عدم وجود مضاد استطباب.

#### النقطة الأساسية



- من المهم بعد المعالجة ملاحظة بقاء التهاب أو كتلة، ويجب بعدها حساب احتمالية سرطان الثدي بطرق التصوير الأخرى وأخذ عينات نسيجية.

## حالة 40: تورم في العنق

## القصة السريرية

أُحيلت امرأة بعمر 45 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية بعد أن لاحظ طبيبها العام تورما في عنقها. بالاستجواب قالت المريضة بأنها فقدت حوالي 6.35 كغ من وزنها خلال الأشهر الثلاثة الماضية بالرغم من زيادة شهيتها كما اشتكت من إحساسها الدائم بالحرارة ونومها فوق أغطية السرير ليلا، وحركة أمعائها كسولة.

## الفحص السريري

المريضة نحيلة متهيجة ويلاحظ لديها رعاش ناعم أثناء الراحة، وتشعر بسخونة في جسمها، معدل النبض أثناء الراحة 110 د/د. الضغط الدموي 90/150 مم ز، بفحص العنق هناك ضخامة ملساء متوسطة الحجم متحركة أثناء البلع في الغدة الدرقية، كما أن هناك جحوظ في العينين وانكماش في الأجنان، حدة إبصارها وحركات عينيها طبيعية. لا توجد ضخامة عقد لمفية مرافقة. أصوات القلب وإصغاء الصدر ضمن الطبيعي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	77 fL	76-96 fL	
White cell count	$10.4 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$250 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.7 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	79 $\mu$ mol/L	44-80 $\mu$ mol/L	
Thyroid-stimulating Hormone (TSH)	0.01 mu/L	0.5-5.7 mu/L	
Tri-iodothyronine (T <sub>3</sub> )	17 pmol/L	2.5-5.3 pmol/L	
Thyroxine (T <sub>4</sub> )	42 pmol/L	9-22 pmol/L	

## الأسئلة

- ما هي أسباب الضخامة الدرقية؟
- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي خيارات المعالجة؟

الدراق أو ضخامة الغدة الدرقية هو كبر في حجم الغدة الدرقية يمكن أن يكون منتشرراً ومتعدد العقد.

### أسباب الضخامة الدرقية

- الضخامة المنتشرة:
  - فيزيولوجية: الحمل والولادة
  - مناعية ذاتية: داء غريف وداء هاشيموتو
  - التهابية: داء ديكورفان وداء ريدل
  - عوز اليود: الضخامة الغروانية والضخامة البسيطة
  - دوائية: كارببمازول والبروبيل ثوراسيل
  - اللمفوما
- الضخامة وحيدة/متعددة العقد:
  - الدرق متعدد العقيدات
  - الكيسات
  - الأورام: الغدومات والسرطانات الغدية
  - متفرقات: الغروانية (الساكروئيد) والسل

لدى هذه المريضة فرط نشاط درق ثانوي لداء غريف، مستويات الهرمون المنبه للدرق TSH مثبطة وهناك ارتفاع ثلاثي في يود الثيرونين الحر FT4 والتيروكسين T4 يتطور داء غريف على الأغلب عند النساء بعمر 30-50 سنة ويسببه أضراراً منبهة جائلة في الدوران إلى المستقبلات الدرقية تسمى بالمنبهات الدرقية مديدة المفعول LATS، يتظاهر المرضى غالباً بعدة أعراض تتضمن الخفقان، القلق، العطش، التعرق، نقص الوزن، عدم تحمل الحرارة، زيادة عدد مرات التغوط، حوالي 25-30% من مرضى داء غريف لديهم دليل سريري لاعتلال بصري، وهذه غالباً تحدث فقط في داء غريف (توجد قليلاً جداً في قصور الدرق) وهي أيضاً ناتجة عن أذية بالأضرار الذاتية مؤدية إلى تورم في النسيج الشحمي للحجاج والنسيج الضام، كما يتظاهر مرضى داء غريف غالباً بعيارات منخفضة من الأجسام المضادة الصبغية والأجسام المضادة للغلوبولين الدرقي.

يعالج الآن العديد من المرضى باليود المشع، تستخدم المعالجة المضادة للدرقية بالكارببمازول أو البروبيل ثوراسيل للتأكد من ضبط فرط نشاط الدرقية وتؤثر عن طريق تثبيط إنتاج الهرمون الدرقي. كما يمكن استعمال حاصرات بيتا منذ البداية للتحكم بالأعراض، تستطب الجراحة عند مرضى الضخامة الدرقية الكبيرة والمرضى الناكسين والمرضى غير القادرين على المعالجة باليود المشع (المريضات اللاتي يخططن للحمل)، تحمل الجراحة خطورة لإصابة العصب الحنجري الراجع (1%) ونقص الكالسيوم (1%) وقصور الدرق (10%).

### النقاط الأساسية

- الأجسام مضادة للمستقبلات الدرقية تسبب داء غريف.
- حتى 30% من مرضى داء غريف عندهم علامات عينية.

## حالة 41: تورم في العنق

## القصة السريرية

أحيلت امرأة بعمر 40 سنة إلى العيادة الجراحية الخارجية بكتلة غير مؤلمة في العنق، لاحظت المريضة الكتلة منذ اسبوعين عند نظرها في المرآة ولم تلاحظ أي كتل أخرى ولم تشك من أعراض أخرى، لا يوجد تغير في الوزن أو تبدل في عادات التغوط.

## الفحص السريري

يبين تورماً معزولاً يقاس 2×2 سم أيسر الخط المتوسط في العنق فوق عويكشة القص، التورم مكتنز ناعم ومثبت مع الجوار ويتحرك أثناء البلع لكنه لا يتحرك أثناء دفع اللسان خارج الفم لا يوجد عقد لمفية مجسوسة مرافقة ولم يظهر الفحص العام أي تغيرات أخرى.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	77 fL	76-96 fL	
White cell count	$10.4 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.7 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	71 $\mu$ mol/L	44-80 $\mu$ mol/L	
Thyroid-stimulating Hormone (TSH)	0.62 mu/L	0.5-5.7 mu/L	
Tri-iodothyronine (T <sub>3</sub> )	3.4 pmol/L	2.5-5.3 pmol/L	
Free Thyroxine (T <sub>4</sub> )	19 pmol/L	9-22 pmol/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي لكتلة في المثلث الأمامي للعنق؟
- ما هو المنشأ المحتمل لهذه الكتلة؟
- ما هي الخطوات التي ستخذها في تقييم هذه الكتلة؟
- ما هي العوامل التي تقترح الخباثة؟
- ما هي الأنماط الشائعة للخباثة بالنسبة لهذه الكتلة؟

## ! التشخيص التفريقي للمثلث الأمامي للعنق

- تورم متعدد: عقد لمفاوية
- تورم وحيد: السؤال هل هو متحرك أثناء البلع؟
  - إذا كان الجواب نعم:
    - تورم درقي المنشأ
    - كيسة درقية لسانية (تتحرك عند دفع اللسان الى الأمام)
- إذا كان الجواب لا:
  - غدة لعابية
  - كيسة جلدانية
  - ورم جسم سباتي
  - عقدة لمفية
  - كيسة غلصمية
  - خراج بارد (سلي)

الفحص السريري يشير إلى أن التورم هو عقيدة درقية مجسوسة، أغلب المرضى يكونون بحالة سواء درقي سريرياً ووظائف الدرق عندهم طبيعية. وظائف الدرق غير الطبيعية ترجح السلامة.

تشمل العوامل التي تزيد الشك بالخبثاء:

- العمر الأصغر من 20 عاماً والأكبر من 70 عاماً
- الذكورة
- الأفات حديثة الظهور والنمو السريع وازدياد الحجم
- العقيدة المكتنزة الصلبة أو غير متحركة
- ظهور ضخامة عقد لمفية رقبية
- أعراض مترافقة عسرة بلع أو عسر تصويت
- قصة تشيع رقبى
- قصة سابقة لسرطانة درقية أو قصة عائلية إيجابية.

أقل من 20% من العقيدات الدرقية تكون خبيثة، العديد من العقيدات الدرقية المعزولة سائدة في الضخامة الدرقية متعددة العقيدات والتي تحمل 5% خطر خبثاء.

يستخدم الإيكو للتمييز بين العقيدات الصلبة والكيسية إضافة للتفريق بين العقيدة الوحيدة والمتعددة في الضخامة الدرقية متعددة العقيدات، تملك رشافة الإبرة الدقيقة FNA حساسية ونوعية عالية لتمييز الكتل الدرقية السليمة من الخبيثة، تعجز رشافة الإبرة الدقيقة بشكل رئيسي عن تمييز الغدوم الجريبي السليم عن السرطانة الجريبية الخبيثة، إذا تم تشخيص الورم الجريبي برشافة الإبرة الدقيقة FNA يجب استئصال الآفة بأكملها لمنع الخبثاء، يفيد المسح بالنظائر المشعة في تقييم العقدة الدرقية وظيفياً التي يمكن أن تصنف إلى باردة وحارة.

تكون معظم العقيدات الدرقية باردة مع خطر تسرطن يبلغ حوالي 20%.

## جدول 1.41 أنماط سرطان الدرق

النمط	الشيوع	العمر (بالسنوات)	السلوك	الإنداز
الحليمي	70%	40-20	نمو بطيء، وانتشار لمفاوي للعقد	جيد، البقيا ~ 80% لـ 10 سنوات
الجريبي	20%	50-35	انتشار دموي ويعطي نقائل للرئة والعظام	جيد، البقيا ~ 60% لـ 10 سنوات
الكشمية/اللامتمايزة	>5%	70-60	عدواني، وانتشاره موضعي	سيء، البقيا ~ 10% لـ 10 سنوات
اللبّي	5%	عائلي	من الخلايا C المجاورة للجريب، مرتبط بمتلازمة أورام الغدد الصم المتعدد (MEN)	

## النقاط الأساسية

- أقل من 20% من العقيدات الدرقية خبيثة.
- يجب استئصال الغدومات الجريبية لمنع تحولها إلى خباثة.



## حالة 42: كتلة نابضة في البطن

## القصة المرضية

حضر رجل يبلغ من العمر 62 سنة إلى قسم الإسعاف بقصة ألم لمدة ساعة في القسم الأيسر من البطن، الألم بدأ فجأة عندما نهض عن الكرسي، حالياً الألم بدأ بالانتشار إلى الظهر.

سوابقه المرضية تتضمن ارتفاع توتر شرياني، خناق صدري مستقر.

يقضي حياته مع زوجته وأحياناً مستقلاً عنها.

## الفحص السريري

المريض شاحب، متعرق وبارد. النبض 100/الدقيقة، والضغط 50/90 ملم زئبقي، أصوات القلب طبيعية والصدر صافي بالإصغاء. فحص البطن أظهر كتلة كبيرة ممضة في منطقة الشرسوف، الكتلة نابضة ويزداد حجمها مع الوقت، النبض المحيطي مجسوس ومتناظر في كلا الطرفين، لا يوجد علامات عصبية موضعية.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	9.3 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$5 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	143 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	4.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	20 mg/L	<5 mg/L	
Amylase	22 IU/dL	0–100 IU/dL	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي الأشيع لهذه الحالة؟
- ما هي الأمور الواجب القيام بها في التدبير المباشر لهذا المريض؟
- ما هو الإنذار؟

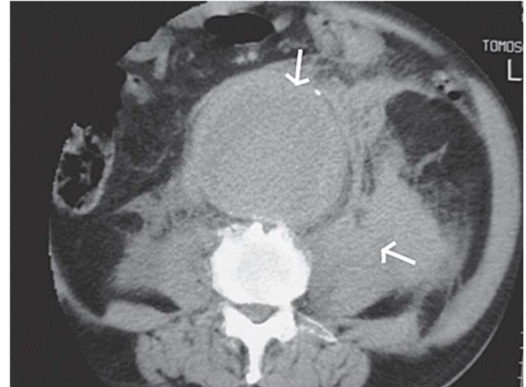
التشخيص التفريقي الأشيع هو تمزق أم دم في الشريان الأبهر البطني. تظهر الأم دم الأبهرية كزيادة في قطر الشريان الأبهر أكثر من 50 بالمئة من قطره الطبيعي (<3 سم). يزداد قطر الأم دم 10% تقريباً كل سنة، مع زيادة توسع الأم دم يزداد خطر التمزق:

**حجم الأم دم ونسبة الخطورة للتمزق:**

- 5 – 5.9 سم ~ خطر التمزق خلال خمس سنوات 25%
- 6 – 6.9 سم ~ خطر التمزق خلال خمس سنوات 35%
- أكثر من 7 سم ~ خطر التمزق خلال خمس سنوات 75%

تمزق الأم دم (الشكل 1.42) ممكن أن تترافق مع ألم بطني منتشر إلى الظهر أو المغين أو الحفرة الحرقفية. لا يمكن كشف الكتلة النابضة المتوسعة في كل الحالات وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار التهاب البنكرياس الحاد والاحتشاء المساريقي. يجب البدء بالدعم الوريدي بسرعة باستخدام وريدين وقناطر وريدية بقياس كبير بالإضافة لطلب 10 وحدات من الدم والبلازما الطازجة أو المجمدة والصفائح. يجب أيضاً تركيب قنطرة بولية وإجراء تخطيط كهربائي للقلب. من المهم ألا يتم إنعاش المريض بشكل هجومي لأن ارتفاع ضغط الدم لديه قد يؤدي إلى نزيف ثانوي مميت أيضاً. يجب أن يؤخذ المريض بشكل مباشر إلى قاعة العمليات من أجل تجهيزه للجراحة. يتم وضع ملقط خاص بالأوعية على الشريان الأبهر أعلى مكان النزف وإزالة الأم دم واستبدال مكانها بطعم. بعض المراكز حالياً تقوم بتركيب دعامة داخل الأم دم المتمزقة وذلك عند مريض مستقر بما فيه الكفاية ليمسح لهم بإجراء تصوير طبقي محوري قبل العمل الجراحي.

معدل الوفيات في تمزق أمهات الدم مرتفع، النزف وفشل الأعضاء المتعدد واحتشاء العضلة القلبية والحوادث الوعائية الدماغية هي المسبب الأساسي للوفاة.



**الشكل 1.42** التصوير الطبقي المحوسب للبطن يظهر تمزق أم دم في الشريان الأبهر البطني (السهم العلوي)

والورم الدموي خلف البريتوان (السهم السفلي).

## حالة 43: صداع، خمول، تشوش رؤية

## القصة المرضية

راجع رجل يبلغ من العمر 76 سنة بشكوى صداع وتشوش رؤية منذ يومين مع خمول وضعف عام خلال الأربعة أيام الماضية، عند سؤال المرض تبين أنه يشعر بألم عندما يقوم بتسريح شعره وذلك في الجانب الموافق لمكان الصداع. طبيبه كان قد وضعه على الستاتين من أجل ضبط مستوى الكوليسترول، بالإضافة إلى بندروفلوميثازيد 2.5 ملغ مرة واحدة في اليوم لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني.

## الفحص السريري

الفحص السريري العام كان طبيعياً، ضغط الدم 86/136 مم. ز، النبض 78 نبضة في الدقيقة.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76–96 fL	
White cell count	$9 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$355 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	100 mm/h	10–20 mm/h	
Sodium	132 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.1 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	69 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Glucose	6 mmol/L	3.5–5.5 mmol/L	

## الأسئلة

- ما التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما الذي يجب أن يتضمنه التدبير الأولي؟

التشخيص الأكثر احتمالاً هو التهاب الشريان الصدغي.

تشيع هذه الحالة بين كبار السن وغالباً ما يكون تشخيصه سريرياً، يتميز بالأعراض أحادية الجانب (الأعراض ثنائية الجانب نادرة).  
يتركز الألم بشكل رئيسي في المنطقة الصدغية وقد يترافق مع اضطراب بصري.

بالجس: الشريان الصدغي مؤلم مع حرارة موضعية وعدم القدرة على جس نبض الشريان، كما قد يتوسع الشريان المصاب وتزداد ثخانتته مما يسمح بدرجة الشريان بين أصابع اليد وعظام الجمجمة.

قد يحدث عرج في الفك السفلي عند 65% من المرضى، تشمل الأعراض الجهازية فقدان شهية مع فقدان وزن وحمى وتعرق.

تتجاوز قيمة سرعة التثقل 100 ملم/ ساعة.

تكمن أهمية سرعة وضع التشخيص من أنه في حال عدم البدء بجرعة عالية من الستيروئيد الفموي فإن المريض قد يفقد بصره بشكل نهائي في الجانب الموافق للإصابة. العلاج بالستيروئيد الفموي غالباً ما يحسن الأعراض خلال 48 ساعة وهذه الاستجابة تدعم التشخيص بشكل أكبر، مدة العلاج 12-18 شهر.

تأكيد التشخيص يكون بخزعة الشريان الصدغي، ومن الأفضل أن يتم ذلك خلال أسبوعين من بدء العلاج، من المهم معرفة ان سلبية الخزعة لا تنفي التشخيص بما ان المناطق في الشريان الصدغي المتأثرة بالالتهاب قد لا تكون متواصلة ويمكن ان تكون الإصابة قافية.

#### النقطة الأساسية



- تكمن أهمية سرعة وضع التشخيص من أنه في حال عدم البدء بجرعة عالية من الستيروئيد الفموي فإن المريض قد يفقد بصره بشكل نهائي في الجانب الموافق للإصابة.

## حالة 44: ضعف عابر في الذراع

## القصة المرضية

حضر رجل بعمر 71 سنة إلى الإسعاف بقصة ضعف وخدر ونمل بذراعه الأيسر، بدأت الأعراض فجأة بعد أن قضى ساعتين من العمل في الحديقة، بصره لم يكن متأثراً ويقول بأن الألم زال حالياً، لم يحدث لديه أي أعراض مشابهة من قبل وليس لديه قصة رض على الرأس أو الرقبة، يتناول حالياً دواء لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني، وهو مدخن طيلة حياته.

## الفحص السريري

ضغط الدم 90/130 مم. ز، نبضه منتظم 90 نبضة/د، أصوات القلب طبيعية وإصغاء الصدر صافي، فحص البطن طبيعي، الفحص العصبي لم يظهر أي عجز، يُسمع لغط في الشرياني السباتي الأيمن.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ماهي عوامل الخطر؟
- كيف يجب فحص المريض؟
- ما هي اختلاطات الجراحة؟

النسبة الإقفارية العابرة تشير إلى عجز عصبي بؤري والذي يستمر لأقل من 24 ساعة، بينما السكتة الدماغية تظهر كعجز عصبي يستمر لأكثر من 24 ساعة، 80% من الحوادث الوعائية الدماغية سببها الصمات وغالبية الاحتشاءات تكون في المناطق الموعاة من الشريان السباتي.

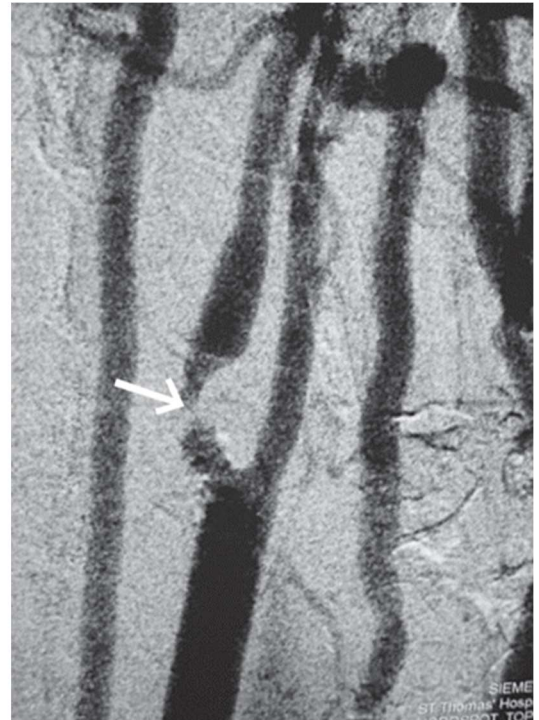
### عوامل الخطورة

- ارتفاع التوتر الشرياني
- التدخين
- الداء السكري
- الرجفان الأذيني
- ارتفاع الكوليسترول

يجب أن يخضع المريض للفحوصات التالية:

- تعداد دم كامل، سرعة تنفث الكريات الحمر ESR
- تخطيط قلب كهربائي
- تصوير الشريان السباتي، والذي يمكن أن يتم عن طريق:
  - تصوير بالأموح فوق الصوتية المزدوج: هذه التقنية بين الصورة بالأموح فوق الصوتية ثنائية الأبعاد مع الدوبلر، لتحديد موقع ودرجة التضيق، وهو الاستقصاء المفضل في أغلب المراكز
  - تصوير الأوعية: قنطرة الشريان هي المعيار الذهبي، لكنه إجراء غازي ويرتبط بنسبة خطر 1-2% لحدوث سكتة دماغية
  - التصوير الظليل ثلاثي الأبعاد أصبح مستخدماً في بعض المراكز
  - تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي
  - التصوير المقطعي المحوسب CT الحلزوني للأوعية
- التصوير المقطعي المحوسب للرأس: لتحديد منطقة الاحتشاء ونفي النزف في الحالات الحادة.

يعتبر تضيق الشريان السباتي بنسبة 70% استطباً لاستئصال بطانة الشريان السباتي لدى مرضى النسبة الدماغية (الشكل 1.44).



**الشكل 1.44** تضيق في الشريان السباتي الباطن (السهم) على التصوير الظليل.

## مخاطر الجراحة



- تشكل ورم دموي في العنق 5%
- إصابة الأعصاب الرقبية والفحفية 7%: تحت اللساني، المبهم، الحنجري الراجع، العصب الفكي السفلي الهامشي، الأعصاب الرقبية المعرضة
- سكتة دماغية 2%
- أم دم كاذبة: نادراً
- إنتان الدعامة الصناعية: نادراً
- الموت: 1%

## النقاط الأساسية



- الأعراض في النشبة الإقفارية العابرة تكون لأقل من 24 ساعة.
- التضيق العرضي في الشريان السباتي وبنسبة أكبر من 70% هو استطباب لاستئصال بطانة الشريان.

## حالة 45: ألم بطني مع حمض استقلابي

## القصة المرضية

جاء رجل بعمر 65 سنة إلى الإسعاف بقصة ألم بطني معمم من 8 ساعات، في وقت مبكر من اليوم ذاته كان قد مرّر بعض الدم الأحمر الحديث مع البراز، سوابقه المرضية: سكري، ارتفاع توتر شرياني، رجفان أذيني، حالياً لا يتلقى أي علاج مضاد للتخثر من أجل الرجفان الأذيني، بالإضافة إلى كونه مدخن 20 سيجارة في اليوم.

## الفحص السريري

استلقى المريض بصعوبة على السرير، حرارته 37.5 درجة مع نبض غير منتظم بسرعة 110 نبضة/د. ضغط الدم 50/90 مم. ز، فحص البطن أظهر مضمض معمم مع غياب أصوات الأمعاء، فحص المستقيم أظهر براز لين القوام ممزوج بدم حديث.

		الاستقصاءات	Q
			<i>Normal</i>
Haemoglobin	12.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76-96 fL	
White cell count	$13.2 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$252 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	138 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	3.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	72 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	36 mg/L	<5 mg/L	
Amylase	126 IU/dL	0-100 IU/dL	
PH	7.29	7.36-7.44	
Partial pressure of CO <sub>2</sub> (pco <sub>2</sub> )	3.5 kPa	4.7-5.9 kPa	
Partial pressure of O <sub>2</sub> (po <sub>2</sub> )	8.9 kPa	11-13 kPa	
Base excess	-6.5	± 2	
Lactate	9.4	<2 mmol/L	

## الأسئلة

- ماذا يظهر تحليل غازات الدم الشرياني؟
- ما التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما التشخيص التفريقي؟
- ما الاستقصاءات الأخرى التي يمكن أن تطلبها؟
- ما هو تدبير هذه الحالة؟

## جواب 45

غازات الدم الشرياني تُظهر حمض استقلابي (انخفاض درجة pH الدم، الأسس السلبية، ارتفاع اللاكتات) مع معاوضة تنفسية جزئية (انخفاض الضغط الجزئي لغاز ثنائي أكسيد الكربون)، التشخيص الأكثر احتمالاً هو احتشاء مساريقي تالٍ لخثرة في الشريان المساريقي العلوي أو صمة. يعد الرجفان الأذيني عامل خطر للصمات.

## ! التشخيص التفريقية

- التهاب بنكرياس
- تمزق أم دم في الأبهري البطني
- انتقاب حشاً أجوف

ممكناً أن تتضمن الاستقصاءات ما يلي:

- أميلاز الدم والمصل بشكل روتيني لنفي التهاب البنكرياس
- تخطيط القلب الكهربائي
- صورة صدر بسيطة: قد تُظهر هواء حر أسفل الحجاب الحاجز
- صورة بطن بسيطة: بشكل نموذجي (دون غازات)
- تصوير مقطعي محوسب للبطن: ليس دائماً مشخصاً للإقفار المعوي لكنه يمكن أن يساعد في نفي أم دم الأبهري البطني.

الإذار سيء في هذه الحالة، حيث تقل نسبة البقاء على قيد الحياة عن 20%، يجب إنعاش المريض بالسوائل الوريدية والصادات واسعة الطيف، يجب بعدها أن يخضع المريض لعملية فتح بطن إسعافية من أجل استئصال أي قطعة متموتة من الأمعاء، إن إعادة التوعية عن طريق إزالة الصمة أو المجازة يحسن من عيوشية الأمعاء دون شك ويسمح بإجراء مفاغرة بدئية، وعلى خلاف ذلك يجب فغر كلا نهايتي الأمعاء عبر جدار البطن الأمامي على الوسط الخارجي.

## النقاط الأساسية

- الرجفان الأذيني يزيد من خطر الخثار الشرياني.
- هناك حاجة لإعادة فتح البطن بعد 24 ساعة، لنفي أي إقفار معوي إضافي.

## حالة 46: ألم في الأصابع

## القصة المرضية

جاءت امرأة بعمر 30 سنة إلى العيادة الجراحية بشكوى ألم في الأصابع، لاحظت هذا الألم خاصة في فصل الشتاء عندما يكون الجو بارداً، عندما تكون في الخارج فإن أصابعها تصبح بيضاء اللون ثم زرقاء ثم حمراء ويبدأ عندها الشعور بالوخز والخدر في الأصابع، المريضة مدخنة بمعدل 10 سيجارة في اليوم وتتناول أتينولول لعلاج ارتفاع التوتر الشرياني.

## الفحص السريري

تظهر الأصابع بلون أحمر والجلد فوقها جاف، فحص الرقبة طبيعي، والنبض مجسوس في كامل الطرف العلوي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- هل يمكنك شرح تسلسل التغيرات اللونية الحاصلة؟
- ما هي العوامل البيئية التي قد تؤدي إلى تفاقم الحالة؟
- ما هي الاستقصاءات التي ستجريها؟
- ما هو تدبير الذي تقترحه؟

## جواب 46

المریضة تعاني من ظاهرة رينو، عندما يحدث هذا الاضطراب دون سبب معروف فإنه يدعى داء رينو أو رينو البدئي، أما عند وجود سبب محتمل للحالة فتدعى عندها ظاهرة رينو.

غالبية المرضى (90%) هم من الإناث، ويمكن أن يصل معدل الانتشار إلى 20% من عموم السكان، يمكن أن يؤثر داء رينو على اليدين والقدمين وحتى طرف الأنف. يؤدي تشنج الشرايين الإصبغية إلى حدوث الشحوب فيها وتراكم الدم غير المؤكسج وهو ما يسبب ظهور اللون الأزرق، وأخيراً تصبح الأصابع حمراء اللون بسبب عودة احتقان أو تبغ الدم فيها. أما شعور الوخز والخدر فهو بسبب تراكم المستقلبات.

## ! أسباب ظاهرة رينو

- الذئبة الحمامية الجهازية
- التصلب الجهازي
- التهاب المفاصل الرثياني
- الراصات الباردة RH
- كثرة الحمر البدئية
- مانعات الحمل الفموية
- حاصرات بيتا: مثل الأتينولول في هذه الحالة
- المهنة (الاهتزازات)
- الضلع الرقبية

تشمل الاختبارات من أجل استبعاد السبب المحتمل ما يلي: تعداد الدم الكامل، اليوريا، الشوارد، الغلوبولينات القوية، سرعة التثفل، الأضداد الرثيانية، أضداد النوى، أضداد الميتوكوندريا، يمكن استخدام التصوير بالدوبلر من أجل تقييم التروية الشريانية للطرف.

من المهم الحفاظ على دفاء الأطراف وتجنب التعرض للبرد عن طريق لبس القفازات/الجوارب أو الانتقال إلى مناخ أكثر دفئاً إن أمكن.

يجب إيقاف الأدوية (مثل حاصرات بيتا ومانعات الحمل) التي تؤدي إلى تفاقم الحالة، يجب أيضاً إيقاف التدخين، أظهر استخدام حاصرات الكلس (مثل النيفيديبين) ومضادات 5-ألفا هيدروكسي تريبتامين بعض التحسن.

## النقطة الأساسية

- يجب استبعاد الأدوية كمسبب محتمل لظاهرة رينو.

## حالة 47: قدم سكرية

## القصة المرضية

وصلت امرأة تبلغ من العمر 54 عامًا إلى قسم الطوارئ مصابة بالسكري وتعتمد على الأنسولين بشكوى ألم متزايد في القدم اليمنى خلال الأسبوع الماضي. الألم يصبح أسوأ في الليل وتشعر بالارتياح بتعليق ساقتها على جانب السرير. في الأيام القليلة الماضية لاحظت تورمًا واحمرارًا وتغيرًا في اللون فوق قاعدة إصبع القدم الكبير. تمت إعادة تقييم العلاج للسيطرة على مستوى الجلوكوز مؤخرًا من قبل ممرضة الممارسة العامة بالإضافة لضبط نظام الأنسولين الخاص بها.

## الفحص السريري

المريضة تعاني من الحمى، ونبضها 86/دقيقة، وضغط الدم لديها 60/130 ملم زئبق، ومستوى الجلوكوز في الدم لديها 13.2 ملليمول/لتر في اختبار Boehringer Mannheim النبض الفخذي مجسوس في الطرفين. لم يمكن جس النبض المأبضي أو الظنبوبي الخلفي أو في شريان ظهر القدم في كلا الطرفين. إصبع القدم الكبير حمامي مع وجود تورم كبير متموج عند القاعدة.



الشكل 1.47 صورة شعاعية للقدم.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية للقدم وتظهر بالشكل 1.47.

## الأسئلة

- لماذا توحى الظاهر السريرية السابقة؟
- ماذا تظهر الصورة الشعاعية البسيطة؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى التي تحتاجها؟
- ما هو تدبير الحالة؟

## جواب 47

تعاني المريضة من داء الأوعية المحيطي مع ضعف في السيطرة على مرض السكري. يصف الفحص التورم والمنطقة الحمامية فوق قاعدة المشط الأول، مما قد يشير إلى وجود تجمع قيحي. يجب إجراء فحص كامل للأوعية الدموية وقياس مؤشرات الكاحل-العضد. يجب فحص جميع مناطق القدم، وخاصة بين أصابع القدم والكعب، للتأكد من عدم وجود مناطق أخرى بها تقرح، كما يجب فحص القدم للتأكد من وجود اعتلال الأعصاب السكري.

يجب أن تشمل الاستقصاءات ما يلي:

- تعداد الدم الكامل
- وظيفة الكلى والبروتين المتفاعل C
- نسبة السكر في الدم
- صورة شعاعية بسيطة للقدم

يجب أن تبدأ المريضة بتناول المضادات الحيوية واسعة الطيف عن طريق الوريد ومقياس الأنسولين المنحني. الأولوية هي تصريف القيح وتنضير الأنسجة المتخرقة. تشير تغيرات الأشعة السينية (نقص الكثافة العظمية، انحلال العظم، التنشطي والارتفاع السمحاق) إلى وجود ذات عظم ونقي (الشكل 2.47). سيحتاج هذا أيضاً إلى التنضير لأجل ضبط العدوى.



**الشكل 2.47** ذات عظم ونقي في المفصل المشطي السلامي للإصبع الكبير (الأول)

يجب بعد ذلك إجراء تصوير للأوعية الدموية للتأكد مما إذا كانت مهددة بنقص تروية وما إذا كان هناك حاجة إلى إجراء لإعادة التوعية.

## النقطة الأساسية



- القدم السكرية معرضة للإصابة بنقص التروية (نقص تروية بعيد) والاعتلال العصبي (الحسي والحركي واللاإرادي) كما أنها أكثر عرضة للإصابة بالأخماج والعدوى.

## حالة 48: ألم ذراع مفاجئ

## القصة المرضية

وصلت سيدة تبلغ من العمر 59 عامًا إلى قسم الطوارئ وهي تعاني من ألم ووخز في الذراع الأيمن. حدث الألم في الصباح بينما كانت تنتزه مع الكلب. ظهر الألم بشكل مفاجئ وتحسن منذ وصولها إلى القسم. ليس هناك قصة رض ولم تتعرض لنوبات سابقة. وهي الآن قادرة على تحريك أصابعها، لكنها تقول إنها تشعر بالخدر. يتضمن تاريخها الطبي السابق نوبات متقطعة من خفقان القلب والتي تنتظر رؤية طبيب القلب بسببها.

## الفحص السريري

تبدو اليد اليمنى شاحبة وباردة باللمس. غياب النبض الزندي والكعبري. لا يوجد أي ألم في العضلات في الساعد ولديها نطاق كامل من الحركة الفاعلة. نقص حس بشكل خفيف.

## الاستقصاءات



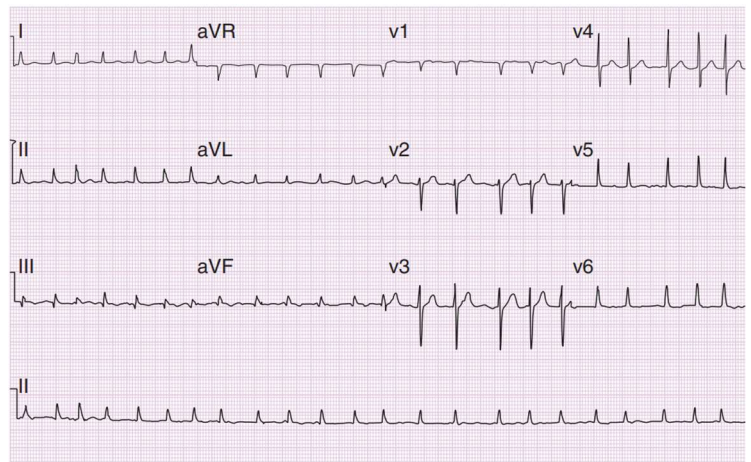
تم إجراء تصوير ظليل للأوعية (الشكل 1.48) وتخطيط قلب كهربائي (الشكل 2.48)

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو السبب المحتمل؟
- ما هي الأسباب المحتملة الأخرى للحالة؟
- ما هي الاستقصاءات المطلوبة وما هو تدبير الحالة؟



الشكل 1.48 تصوير أوعية ظليل للطرف العلوي الأيمن



الشكل 2.48 تخطيط قلب كهربائي

هذه الحالة هي إقفار حاد بالطرف تالٍ لصمة شريانية (السهم في الشكل 3.48).



**الشكل 3.48** تصوير الشرايين يظهر انسداد الشريان العضدي

من المحتمل أن تكون الصمة قد نشأت من الأذين الأيسر لأن المريض يعاني من رجفان أذيني (كما هو موضح في مخطط كهربية القلب).

#### المسببات المرضية تشمل:

- اضطرابات النظم: عادة الرجفان الأذيني
- أمهات الدم
- حالة التخثر الناجمة عن الورم الخبيث الأساسي
- فرط الخثارية
- الأورام المخاطية الأذينية.

#### تهدف الاستقصاءات إلى تحديد أسباب الانسداد وتحضير المريض لقاعة العمليات:

- تعداد الدم الكامل (كثرة الحمر)
- زمن التخثر
- زمرة الدم وتأمين وحدات دم
- تخطيط القلب (اضطراب نظم)
- صورة صدر بسيطة (الأورام الخبيثة الكامنة).

يجب إعطاء المريض الهيبارين وإنعاشه بالسوائل الوريدية والمسكنات. يعد فقدان الإحساس والشلل في الطرف المصاب (علامات نقص التروية المتقدم) من المؤشرات الهامة للاستئصال العاجل للصمة. يتم إجراء تصوير القلب بالأموح فوق الصوتية بعد العملية الجراحية إذا لم تكشف الاستقصاءات السابقة للعملية الجراحية عن سبب واضح للانسداد. يمكن لهذا الفحص الكشف عن خثرة القلب أو الورم العضلي الأذيني.

النقاط الأساسية	
علامات نقص التروية الحاد للطرف – 6p	
• ألم - pain	
• ضعف النبض - pulseless	
• شحوب - pallor	
• خدر ونمل - paresthesia	
• برودة الطرف - perishingly cold	
• شلل - paralysis	

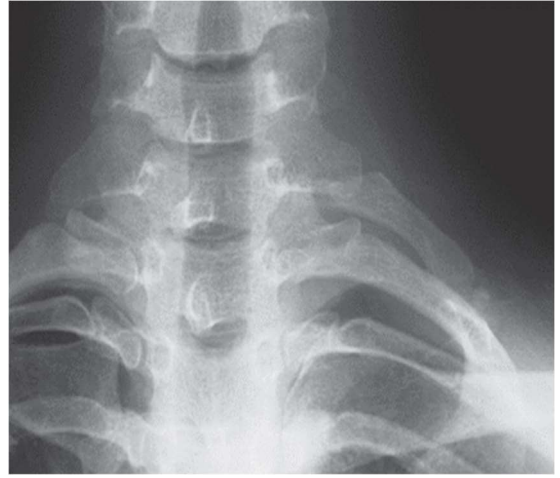
## حالة 49: خدر وألم اليد

## القصة المرضية

حضرت امرأة تبلغ من العمر 43 عامًا إلى عيادة الأوعية الدموية بشكوى من عرج متقطع وخدر في يدها اليسرى. لاحظت صباح اليوم بقعة سوداء على طرف إبهامها وسبابتها. هي مدخنة بشراهة وتتناول أدوية لارتفاع ضغط الدم.

## الفحص السريري

عند الفحص، كانت اليد دافئة ومتعرقه بشكل جيد، والنبض في الشريان الكعبري مجسوس. اختبار آلن (Allen's test) طبيعي ولا يوجد عوز عصبي في الطرف العلوي. يمكن الشعور بورم عظمي صلب في منطقة الحفرة فوق الترقوة. ليس له نبض ولا يتحرك. تُظهر الصورة الشعاعية البسيطة لمنطقة مدخل الصدر في الشكل 1.49.



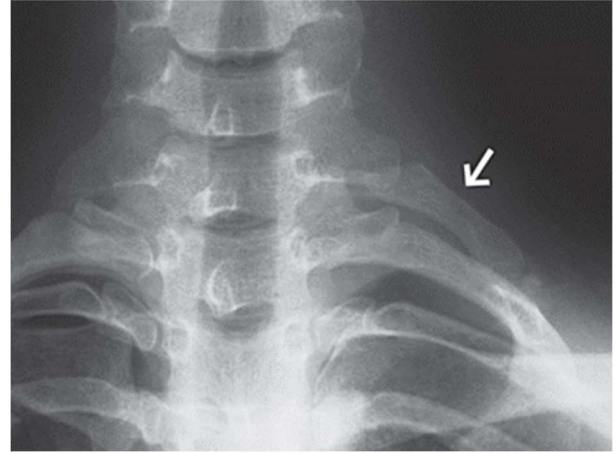
الشكل 1.49 صورة أمامية خلفية للعمود الرقبي

## الأسئلة

- ما هو الشذوذ المرئي في الصورة الشعاعية؟
- ما هو معدل حدوثه في عموم السكان؟
- ما هو معدل انتشاره؟ وكيف يمكن تفسير الأعراض والعلامات؟
- ما هو التشخيص التفريقي؟
- ما هي التحاليل الإضافية التي يمكن أن تكون مفيدة؟

## جواب 49

تُظهر الأشعة السينية ضلعًا رقبيًا (السهم في الشكل 2.49).



الشكل 2.49 صورة شعاعية توضح ضلع رقبية (السهم)

تبلغ نسبة الإصابة بالضلع الرقبية حوالي 0.4% من عموم السكان. يمر الشريان تحت الترقوة فوق الضلع ويمكن أن تضغط عليه. يعد تشكل الأم دم في مكان الضغط المطبق على الشريان من المضاعفات النادرة. كما يمكن للخرثرة الموجودة داخل كيس الأم دم أن تصل إلى الشرايين الإصبعية ويمكن أن تسبب الغرغرينا في أطراف الأصابع أو حتى احتشاء الأصابع. يمكن أن يحدث أيضًا تجلط الدم وانسداد الشريان تحت الترقوة. تمتد الضفيرة العضدية بمحاذاة الضلع الرقبية، ويمكن أن يؤدي ضغط جذر العصب T1 إلى الخدر والمذل والضعف. يمكن تخفيف الأعراض عن طريق الاستئصال الجراحي للضلع.

يمكن لمتلازمة مخرج الصدر أن تحدث بسبب:

- انفتاح النواة اللبية في العمود الرقبية
- أورام نخاع الشوكي
- أورام العمود الرقبية
- هشاشة العظام في الكتف
- متلازمة النفق الرسغي والتهاب العصب الزندي.

نطلب تخطيط القلب الكهربائي لاستبعاد الانصمام الثانوي الناجم عن اللانظميات مثل الرجفان الأذيني. يمكن كشف أم الدم في الشريان تحت الترقوة عن طريق التصوير بالأشعة فوق الصوتية والدوبلر أو عن طريق تصوير الأوعية، كما يمكن تقييم الدوران البعيد أيضًا.

## النقطة الأساسية



- تبلغ نسبة الإصابة بالضلع الرقبية حوالي 0.4% من عموم السكان.
- يمكن تخفيف الأعراض عن طريق الاستئصال الجراحي للضلع الرقبية.

## حالة 50: ألم الربلة عند المشي

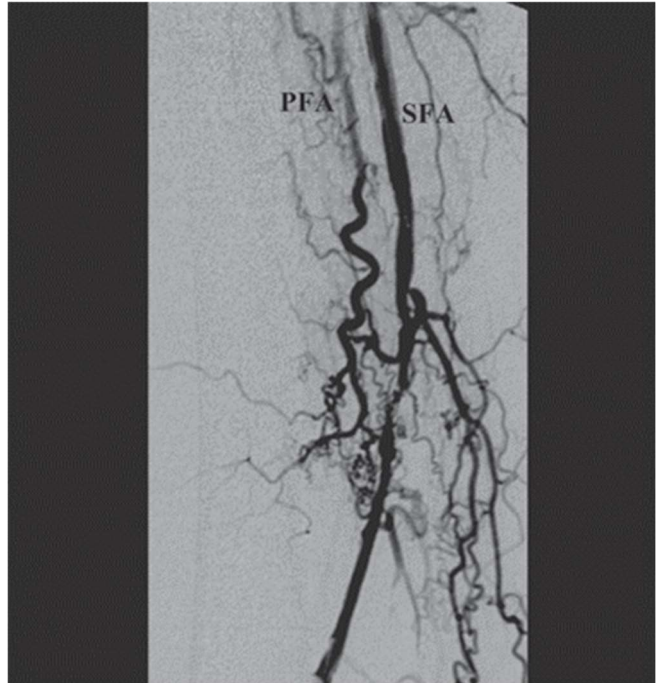
## القصة المرضية

راجع رجل يبلغ من العمر 69 عامًا عيادة الأوعية الدموية يشتكي من عرج متقطع في الطرف السفلي الأيمن عند المشي لمسافة 150 مترًا. الألم يزداد سوءًا عند المشي على المنحدر ويتلاشى بسرعة عند الراحة. يتكرر الألم بعد المشي لنفس المسافة. لا توجد سوابق مرضية أو جراحية.

## الفحص السريري

لا توجد تغيرات في الجلد في الساق اليمنى. نبض الشريان الفخذي الأيمن موجودة ولكن النبض المأبضي ونبض شرايين ظهر القدم والظنبوبي الخلفي الأيمن غير موجود. يمكن سماع صوت لغط فوق نفق العضلة المقربة اليمنى. لا يوجد تضخم في الشريان الأبهر البطني وبقية الفحص طبيعي.

تم إجراء تصوير الأوعية الدموية وهو موضح في الشكل 1.50.



**الشكل 1.50** تصوير أوعية ظليل للطرف السفلي الأيمن.

الشريان الفخذي العميق، والشريان الفخذي السطحي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي التشخيص التفريقية لهذا الحالة؟
- ما هي النقاط الأخرى المهمة للتوجه من القصة؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى المطلوبة؟
- ما هو العلاج الذي توصي به لهذا الرجل؟

## جواب 50

التشخيص الأكثر احتمالاً هو العرج المتقطع. يُظهر التصوير الظليل انضغاطاً في الشريان الفخذي السطحي في قناة العضلة المقربة (مشار إليها بالسهم في الشكل 2.50).



**الشكل 2.50** تصوير الأوعية الدموية يكشف عن تضيق في الشريان الفخذي في القناة المقربة (السهم).

## التشخيص التفريقية:

- اضطراب في ضيق النخاع الشوكي
- شلل وريدي
- ضغط جذر العصب
- كيس بيكر

يجب سؤال المريض عن عوامل الخطر لمرض تصلب الشرايين بما في ذلك التدخين، والسكري، والتاريخ العائلي، وتاريخ الأمراض القلبية، وارتفاع الكوليسترول في الدم، وارتفاع مستوى الهيموسيتين، وارتفاع ضغط الدم. يجب إجراء التحاليل اللازمة بما في ذلك مؤشر ضغط الكاحلي-العضدي (ABPI): وعادة ما يكون أقل من 0.9 في حالة العرج المتقطع. ومع ذلك، قد يؤدي التصلب التكلسي (عادة في حالات مرضى السكري) إلى قياس ABPI بشكل خاطئ عالي أو طبيعي. تشمل الاختبارات الأخرى قياس مستوى السكر في الدم والدهون. ستتطور الحالة فقط في واحد من كل أربعة مرضى يعانون من العرج المتقطع، وبالتالي، ما لم يكن المرض مُعيقاً للغاية بالنسبة للمريض، فإن العلاج يكون محافظاً.

يجب أن يشمل ذلك تخفيض خطر حدوث أمراض قلبية ووعائية من خلال الوقاية الثانوية:

- التوقف عن التدخين
- استخدام الستاتينات
- استخدام أدوية مضادة للصفائح
- السيطرة على ضغط الدم
- السيطرة الجيدة على السكري.

تبين دور التمارين الرياضية المنتظمة زيادة المسافة التي يمكن قطعها بدون حدوث الألم. في الحالات التي تتطلب التدخل، يُعتبر توسيع الأوعية ووضع تحويلة جراحياً. يكون للتوسيع الأوعية نتائج أفضل في حالة الانضغاطات الواحدة والقصيرة في الشرايين الحرقفية الأمامية أو الظهر.

## النقطة الأساسية

- يجب التعامل مع عوامل الخطر كجزء من العلاج الأولي.
- يجب تشجيع المرضى على ممارسة التمارين الرياضية.

## حالة 51: قرحة في الساق

## القصة المرضية

جاء رجل يبلغ من العمر 50 عامًا إلى عيادة الأوعية الدموية بقرحة على الجزء السفلي من الساق اليسرى. ظهرت قبل 3 أشهر بعد إصابة طفيفة في الساق ازداد حجمها تدريجياً. لا توجد أي سوابق طبية أخرى ذات أهمية.

## الفحص السريري

يوجد قرحة، كما هو موضح في الشكل 1.51، مع نضحة وتخثر في القاعدة. يوجد تصبغ داكن حولها. يظهر فحص بقية الساق وجود توسع وريدي على امتداد الوريد الصافن الكبير.



الشكل 1.51 قرحة في الساق.

## الأسئلة

- ما هو تعريف القرحة؟
- ما هي أسباب القرحة؟
- ما الذي يجب أن يشمل الفحص والاستقصاء لقرحة الساق السفلية؟
- ما هو علاج قرحة الوريد؟
- كيف ينبغي علاج المريض بعد شفاء القرحة؟

## جواب 51

تعريف القرحة هو تآكل سطح الطبقة الظهارية. يعاني هذا المريض من قرحة وريدية. توجد القرحة في المنطقة الانسية لمفصل الكاحل. تميل حواف القرحة ويحتوي القاع على نسيج طبيعي. تدعم التغيرات في الجلد المحيط الأسباب الوريدية للقرحة.

## ! أسباب القرحة في الساق

- وريدية
- شريانية
- مختلطة وريدية/شريانية
- سكري: قد تكون التغيرات الأساسية عصبية/شريانية أو مزيج من الاثنين
- الداء الرثياني
- صلابة الجلد
- الداء المنجلي
- التهاب لفافة نخري

أثناء الفحص، يجب أن يتم الشعور بالنبض المحيطي وقياس ضغط الدم باستخدام جهاز الدوبلر. تشمل التحاليل الفحص الكامل للدم وسرعة التثفل وفحوص الأضداد الذاتية (إذا كان هناك احتمالية لوجود الرثياني) ومستويات الجلوكوز في الدم.

العلاج الأساسي للقرحة الوريدية هو تطبيق ضغط الساق باستخدام رباطات متعددة الطبقات تُضاف إلى الساق السفلية. يتم فحص القرحة أسبوعياً للتأكد من تحسنها ويتم إعادة وضع الرباطات. يمكن أن يستفيد من تنظيف القرحة جراحياً وتطبيق زرعة جلد شبكية. قد يتطور التحول السرطاني (قرحة مارجولين) في قرحة وريدية طويلة الأمد غير متعافية. بمجرد شفاء القرحة، يجب تقييم الأوردة السطحية والعميقة في الساق باستخدام الايكو الدوبلر المزدوج. يجب أن يُنظر في إجراء جراحة الوريد الصافن إذا كان هناك دليل على انسداد الوريد الصافن-الفخذي أو الصافن-المأبضي مع وجود أوردة عميقة سليمة. يمكن أن يمنع ذلك حدوث عودة القرحة. يجب على المرضى الذين لا يخضعون للجراحة ارتداء جوارب ضاغطة مدرجة لمنع حدوث عودة للقرحة.

## النقاط الأساسية

- يجب علاج القرحة الوريدية بضغط الرباطات.
- يجب أخذ الحيطة في المرضى الذين يعانون من تصلب الشرايين المحيطية.

## حالة 52: قرحة مثقوبة

## القصة المرضية

جاء سباك متقاعد يبلغ من العمر 69 عامًا إلى قسم الطوارئ يشكو من جرح مؤلم وغير قابل للشفاء في أسفل ساقه اليمنى. لقد اصطدمت ساقه بعربة سوبر ماركت منذ 4 أسابيع، وازداد حجم الجرح منذ ذلك الحين. على مدى الأشهر الستة الماضية كان يعاني من الألم في ساقه بعد المشي حوالي 10 متر. وهو يتناول دواءً لعلاج ارتفاع الكوليسترول وارتفاع ضغط الدم. كان يعاني من احتشاء عضلة القلب منذ 5 سنوات. يدخن 25 سيجارة كل يوم.

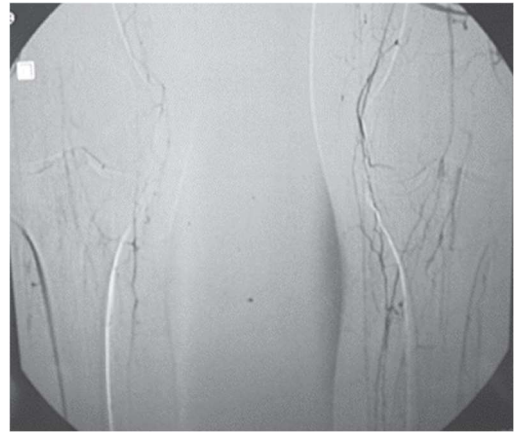
## الفحص السريري

توجد قرحة مثقوبة مقاس 4×5 سم على الجانب الوحشي من أسفل الساق اليمنى مع بعض الحمى المحيطة بها. بالإضافة إلى وجود قرحة صغيرة بين إصبع القدم الثالث والرابع. تبدو القدم اليمنى أكثر برودة من اليسرى، لكن عودة الشعيرات الدموية غير متناقصة. نطاق الحركة كامل في القدم اليمنى والإحساس سليم. النبض الفخذي مجسوس في كلا الجانبين، ولكن النبض المأبضي أو ظهر القدم أو نبض الظنبوبي الخلفي على كلا الجانبين غير مجسوس.

## الاستقصاءات



يتم إجراء تصوير الأوعية الدموية ويظهر في الشكل (الشكل 1.52)



الشكل 1.52

## الأسئلة

- ما هي الفاعلية المحتملة للتقترح؟
- ماذا يكشف تصوير الأوعية الدموية؟
- ما هي الاستقصاءات الأخرى التي يجب إجراؤها؟
- ما هي خيارات العلاج؟

كان الطرف إقفارياً مع تموت الأنسجة نتيجة لقصور الشرايين. السبب الأكثر شيوعاً لنقص التروية هو تصلب الشرايين. يكشف تصوير الأوعية الدموية لهذا المريض أن جميع الأوعية الرئيسية في كلا الساقين مسدودة من مستوى الشريان المأبضي إلى الأسفل. يظهر دوران جانبي صغير متعدد على كلا الجانبين.

يجب أن تشمل الاستقصاءات ما يلي:

- مؤشر الضغط الكاحلي العضدي: ويرتبط بحدة الأعراض ولكنه قد يكون غير دقيق عند مرضى السكري:
  - 1.0: عادي
  - 0.9-0.5: العرج
  - >0.4: ألم الراحة
  - >0.2: خطر فقدان الأطراف
- اختبارات الدم بما في ذلك تعداد الدم الكامل واليوريا والشوارد وعيار سكر الدم
- ECG
- تصوير الأوعية: يمكن استخدام تصوير الأوعية داخل الشرايين لتحديد التضيقات وعلاج تلك القابلة للربط الوعائي. يعد التصوير المقطعي المحوسب وتصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي من طرق التصوير البديلة.

من المهم التمييز بين التقرح الشرياني والتقرح الوريدي، حيث أن استخدام الضغط لعلاج النوع الأول من القرحة مضاد استقلاب. المرضى الذين يعانون من فقدان الأنسجة يحتاجون إلى التدخل. تكون التضيقات القصيرة والمفردة في الأوعية الموجودة فوق الرباط الإربي قابلة للقسطرة. تحت الرباط الإربي النتائج ليست جيدة وقد لا تتم خدمة المريض عن طريق الجراحة الالتفافية. وبالمثل، من الأفضل علاج التضيقات المتعددة والتضيقات الطويلة (<10 سم) عن طريق المجازة. قد تظهر الاستقصاءات أن التضيقات قابلة إما للربط الوعائي أو الجراحة الالتفافية (أي عدم وجود وعاء بعيد مناسب للتجاوز)، وفي هذه الحالة قد يكون البتر الأولي هو النتيجة النهائية.

#### النقاط الأساسية

ولا ينبغي إهمال العلاجات الطبية. وتشمل هذه:

- السيطرة على الألم: غالباً ما يكون التسكين بالمركبات الأفيونية مطلوباً
- العوامل المضادة للصفائح: على سبيل المثال، الأسبرين، كلوبيدوغريل
- عوامل خفض الدهون: على سبيل المثال. الستاتينات
- مضادات التخثر: على سبيل المثال. الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي/غير المجزأ.

## حالة 53: ألم عند الراحة في الطرف السفلي

## القصة المرضية

أحضر رجل يبلغ من العمر 70 عامًا إلى قسم الطوارئ يشكو من ألم خفيف في ظهر القدم اليمنى منذ 6 أسابيع. ويزداد الألم ليلاً، حيث يوقظه من النوم، ويخف برفع ساقه على حافة السرير. طوال الأسبوع الماضي كان ينام على كرسي لتخفيف الألم. سوابقه المرضية ارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول في الدم. السوابق الجراحية تشمل تطعيم مجازة الشريان التاجي منذ 6 سنوات. يعيش مع زوجته ويتمتع بالاستقلال التام.

## الفحص السريري

القدم اليمنى حمراء ومنتفخة. وإصبع القدم الصغير الأيمن داكن. القدم اليمنى أكثر برودة من القدم اليسرى، مع تأخر زمن ملء الشعيرات الدموية. نبض الشريان الفخذي مجسوس في الطرفين. النبض مجسوس في الساق اليسرى، لكن النبض تحت عظم الفخذ غير مجسوس في الساق اليمنى. يبلغ مؤشر الضغط الكاحلي العضدي 0.9 على اليسار و 0.35 على اليمين.

يتم قبول المريض لإجراء تصوير الأوعية بشكل عاجل (الشكل 1.53).

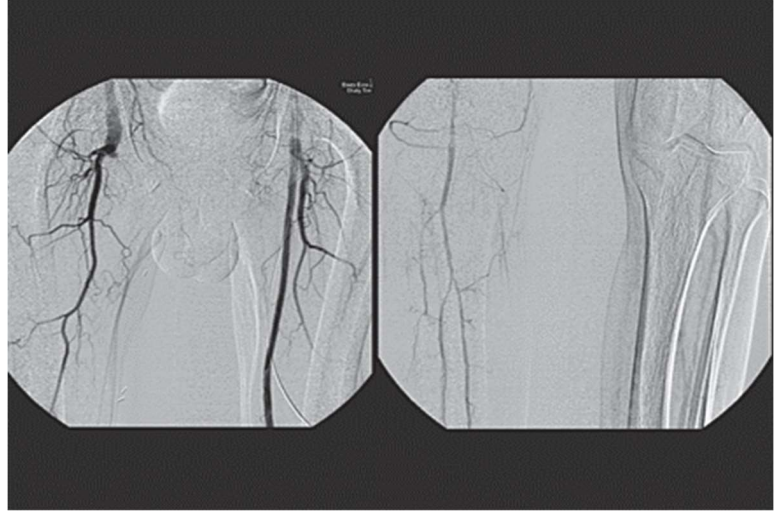


الشكل 1.53 صورة وعائية للطرف السفلي الأيمن.

## الأسئلة

- كيف تفسر الأعراض والعلامات؟
- تم اتخاذ قرار بإجراء إعادة بناء الشرايين - ما هي خيارات التطعيم - ما هي المواد المستخدمة؟
- ما هي مضاعفات الجراحة؟

الألم في القدم الذي يزداد سوء في الليل ويخف بالجهد هو موجه نحو آلام الراحة الإقفارية وهو نتيجة لضعف تروية الأنسجة ونقص الأكسجة. وهو ما يشير اليه المؤشر الكاحلي العضدي البالغ 0.35. يشير تغير لون إصبع القدم إلى الغرغرينا الوشيكية. يكشف تصوير الأوعية انسداد الشريان الفخذي السطحي على اليمين (الشكل 2.53). يتم إصلاح الشريان المأبضي على مستوى الركبة عبر الدوران الجانبي. يجب أن يؤخذ هذا المريض في الاعتبار لإجراء عملية تحويل الاوعية الفخذية والمأبضية.



**الشكل 2.53** تصوير الشرايين الظليل يُظهر انسداد الشريان الفخذي السطحي الأيمن وإصلاح الشريان المأبضي عند الركبة (الأسهم).

يجب أولاً إدخال المريض إلى المستشفى وتسكين الألم باستخدام المسكنات الأفيونية ويجب علاجه بالهيبارين منخفض الوزن الجزيئي أو غير المجزأ حتى ظهور نتائج التحليل والعلاج.

المادة المفضلة للتطعيم في التحويلة هي الوريد الذاتي. يُستخدم الوريد الصافن الطويل على نطاق واسع، لكن الذراع الوريدي للوريد الصافن القصير هي خيارات أخرى إذا كان الوريد الصافن الطويل قد تم استخدامه بالفعل (على سبيل المثال، مجازة سابقة، أو تطعيم الشريان التاجي) أو غير كافية. تشمل الخيارات الأخرى طعوم الوريد السري أو الطعوم الاصطناعية (على سبيل المثال الداكرون، بولي تترافلوروايثيلين). إن سالكية الطعوم الاصطناعية على المدى الطويل تكون أقل جودة مقارنة مع الوريد ذاتي المنشأ.

### مضاعفات جراحة المجازة



- **مبكرة:**
  - نزيف
  - التخثر بالتطعيم
  - متلازمة المقصورة
  - جلطة الأوردة العميقة / الصمة الرئوية
  - المضاعفات القلبية التنفسية
- **متأخرة:**
  - ضيق/انسداد المجازة
  - تأخر التئام الجروح
  - إنتان الطعوم
  - تمدد الأوعية الدموية الكاذب التفاعري
  - فقدان الأطراف

### النقاط الأساسية



- يشير ألم الراحة إلى عدم كفاية تروية الأنسجة.
- مطلوب استقصاءات سريعة وعلاج لإنقاذ الطرف.

## حالة 54: تورم الأطراف بعد العملية الجراحية

## القصة المرضية

أثناء الزيارة للجناح وجدت امرأة تبلغ من العمر 68 عامًا. كان لديها استئصال لورم في المستقيم منذ 5 أيام. تم تجاوز العملية بنجاح بدأت تأكل وتشرب وفتحت أمعائها اليوم. لقد قمت بفحصها حيث أنها تشتكي من ألم وتورم في ساقها اليسرى. لا يوجد شكاية سابقة في الساق.

## الفحص السريري

درجة حرارتها 37.5 درجة مئوية ومعدل نبضها 99/دقيقة. البطن لينة ومنتفسة. الساق اليسرى متورمة حتى منتصف الفخذ، والجلد حمامي، الريلة دافئة والجلد رقيق عند الجس. النبض في القدم مجسوس.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.5 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$16.7 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$360 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	143 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.6 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	9.5 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	71 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	100 mg/L	<5 mg/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي التشخيص التفريقية؟
- ما هو الاستقصاء الذي ينبغي إجراؤه بعد ذلك؟
- ما هي عوامل الخطر المرتبطة بهذه الحالة؟
- كيف ينبغي علاج هذه الحالة؟
- ما هي العواقب طويلة المدى لهذه الحالة؟

## جواب 54

التشخيص الأكثر احتمالاً هو الخثار الوريدي العميق (DVT). من المعروف أن الفحص السريري غير كافي للتشخيص، حيث تختلف درجة التورم والألم ويمكن أن يكون المرضى بدون أعراض.

## ! التشخيص التفريقي

- التهاب النسيج الخلوي
- التهاب الأوعية اللمفية
- إصابة الأنسجة الرخوة
- الوذمة اللمفية
- ورم دموي
- قصور الشرايين
- تمزق كيس بيكر

عادة ما يتم استخدام اختبار D-dimer الطبيعي (منتجات تحلل الفيبرين) لاستبعاد تشخيص الإصابة بال DVT، ولكنه غير مفيد في هذه الحالة لأن الجراحة الأخيرة تعني أنه سيكون إيجابي بغض النظر. من الأفضل تأكيد التشخيص باستخدام الايكو دوبلر للأوردة العميقة.

## ! عوامل الخطر للخثار الوريدي العميق

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| • العمر                | • كسور الأطراف السفلية      |
| • الراحة في الفراش     | • أمراض الدم                |
| • الحمل                | • كثرة الصفيحات الدموية     |
| • مانعات الحمل الفموية | • احمرار الدم               |
| • العمليات الكبيرة     | • عوز البروتين S            |
| • أسباب دوائية         | • عوز البروتين C            |
| • صدمة كبيرة           | • عوز مضاد الثرومبين الثالث |
| • الحروق               | • العامل الخامس ليدين       |

مضادات التخثر هي حجر الأساس بالعلاج، وتستخدم لمنع انتشار الخثرة وتقليل خطر الصمة الرئوية. يبدأ العلاج بالهيبارين منخفض الوزن الجزيئي والوارفارين في نفس الوقت. يتم إيقاف الهيبارين عندما تصبح النسب طبيعية. لا تعالج بعض الجامعات الإصابة بال DVT في ربة الساق بسبب انخفاض خطر الإصابة بالصمة الرئوية.

يمكن أن يؤدي الخثار الوريدي العميق إلى ارتفاع الضغط الوريدي، وتشمل العواقب طويلة المدى متلازمة ما بعد التخثر التي تتكون من آلام في الساق، وتورم، وتصلب النسيج الشحمي والتقرح.

## النقاط الأساسية

- يجب أن يبدأ العلاج بمجرد تشخيص الإصابة بالخثار الوريدي العميق سريريًا.
- يتم تأكيد التشخيص بالإيكو.

## حالة 55: فحص الطرف المتورم

## القصة المرضية

راجعت امرأة قوقازية تبلغ من العمر 43 عامًا العيادة الجراحية وهي تعاني من تورم في الساق اليمنى. ظهرت هذه الحالة لأول مرة منذ 3 أسابيع، ثم تزايدت تدريجيًا بحيث تجد صعوبة في ارتداء حذاءها. بخلاف ذلك فهي بدون أعراض. لا يوجد سوابق مرضية في الطرف. وبصرف النظر عن استئصال اللوزتين عندما كانت طفلة، لا يوجد سوابق جراحية. وهي تتناول مانعات الحمل الفموية.

## الفحص السريري

يوجد تورم أحادي الجانب في أسفل الساق اليمنى من القدم إلى ما فوق الركبة مباشرةً (الشكل 1.55). لا يوجد حمى متعلقة بالحالة ولا علامات وريدية. تظهر الوذمة عند الضغط على الجلد. النبض في الساق مجسوس. واستعراض الأجهزة الأخرى طبيعي.



الشكل 1.55 تورم أحادي الجانب في الساق اليمنى.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي لتورم الساق؟
- ما هي الاستقصاءات المطلوبة؟
- ما هما التشخيصان الأكثر احتمالاً لدى هذه المريضة؟
- ما هي خيارات العلاج؟

## الأسباب الشائعة للوذمة أحادية الجانب هي:

- مرض وريدي مزمن (مثل متلازمة ما بعد الاحتشاء)
- التخثر الوريدي العميق الحاد
- الانضغاط الخارجي (مثل الحمل والورم والتليف خلف الصفاق)
- الوذمة اللمفاوية
- متلازمة كليبل ترينوناوي
- الوذمة الشحمية
- الإهمال.

عادةً ما يحدث توذم متناظر ثنائي الجانب في الأطراف بسبب عوامل جهازية مثل:

- قصور القلب
- القصور الكلوي
- تليف الكبد
- نقص بروتينات الدم
- الوذمة الوعائية الوراثية.

تشمل الاستقصاءات ما يلي:

- فحوصات الدم: CBC، اليوريا والشوارد، وظائف الكبد، الألبومين
- ECG/ايكو قلب
- ايكو بطن
- ايكو دوبلر للأوردة العميقة والسطحية في حالة الاشتباه في وجود سبب وريدي
- التصوير اللمفاوي النظائري
- تصوير الأوعية اللمفاوية المتباين، إذا كان تشخيص الوذمة اللمفية صعباً.

التشخيص الأكثر احتمالاً هو إما DVT أو الوذمة اللمفية. الوذمة اللمفية إما أولية أو ثانوية. وتشمل الأسباب الثانوية ما يلي:

- الاستئصال الجراحي للعقد اللمفاوية الموضعية
- العلاج الشعاعي للعقد اللمفاوية الموضعية
- ورم يغزو الأوعية اللمفاوية
- الصدمات
- داء الفيل
- الوذمة اللمفية الأثرية: يقوم المريض بربط رباط حول الطرف.

في حالة الوذمة اللمفية، يتم علاج الغالبية العظمى من المرضى (90%) بشكل محافظ. يتم إخراج السائل الخلالي من الطرف باستخدام أجهزة الضغط الهوائي المتقطعة. يتم الحفاظ على الضغط باستخدام جوارب مرنة. وقد يكون تدليك الساق مفيداً أيضاً. يُنصح المرضى برفع الساق عندما يكون ذلك ممكناً واليقظة لعلامات التهاب النسيج الخلوي التي يجب علاجها على الفور. المدرات ليست مفيدة. يتم إجراء عمليات تفريغ الأطراف (مثل تصغير تشارلز وهومان) فقط لعدد قليل مختار من المرضى الذين يعانون من ضعف وظيفة الطرف أو أولئك الذين يعانون من هجمات متكررة من التهاب النسيج الخلوي الحاد.

## النقطة الأساسية

- يتم علاج غالبية مرضى الوذمة اللمفية بشكل محافظ.

## حالة 56: الدوالي

## القصة المرضية

طلب منك فحص مصففة شعر تبلغ من العمر 47 عامًا في عيادة الأوعية الدموية. لقد كانت تشتكي من الشعور بألم في الساق اليمنى عند الوقوف لفترة طويلة، وملاحظة وجود أوردة منتفخة وقبيحة المنظر في تلك الساق طوال العامين الماضيين. خلال الأشهر الثلاثة الماضية كانت تعاني أيضًا من حكة في الجلد أسفل الركبة مباشرة مع وجود رقعة حمراء في تلك المنطقة. وهي تتناول أدوية ضغط مع عدم وجود سوابق واضحة. ولديها طفلان.

## الفحص السريري

يمكن الشعور بالوريد المنتفخ في الجانب الإنسي من منتصف الفخذ وصولاً إلى الركبة. هناك العديد من الدوالي حول وتحت الركبة. توجد رقعة حمامية من الجلد يبلغ قطرها حوالي 3 سم وتغطي إحدى الدوالي الموجودة أسفل الركبة. يوجد نفخة واضحة عند التفرع الصافن الفخذي عندما تسعل المريضة. نبض القدم مجسوس بقوة.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي المعلومات التي يقدمها اختبار Trendelenburg؟
- ما هي أهمية الرقعة الحمامية على الجلد؟
- ما هي دراسات التصوير التي قد تفكر فيها؟
- ما هي المضاعفات المحتملة إذا تركت دون علاج؟

## جواب 56

تعاني هذه المريضة من دوالي في فروع الوريد الصافن الطويل، وهي حالة شائعة وأكثر شيوعاً عند النساء. يتضمن العمل كمصففة شعر الوقوف لفترات طويلة، مما يزيد من الضغط الهيدروستاتيكي الوريدي مما يؤدي إلى تمدد الأوردة وعدم كفاءة الصمام الثانوي داخل الجهاز الوريدي السطحي.

يمكن أن يؤكد اختبار Trendelenburg القصور في الأوردة السطحية بدلاً من القصور في الأوردة العميقة وتحديد نقطة عدم القصور على طول الجهاز الوريدي السطحي. يتم رفع الساق لطي جميع الأوردة ويتم الضغط على الوريد الصافن الطويل الموجود أسفل الوصل الصافن الفخذي مباشرة. ثم يقف المريض، وإذا ظلت الدوالي البعيدة فارغة، فقد تم تحديد نقطة الارتجاع من الجهاز العميق إلى الجهاز السطحي. إذا امتلأت الدوالي يتم تكرار الإجراء وهذه المرة يتم الضغط على نقطة أقل حتى يتم تحديد نقطة الارتجاع.

تمثل البقعة الحمامية والحكة أكزيما الدوالي وهي مؤشر للتدخل الجراحي.

يحدد التصوير جميع مناطق الارتجاع والانسداد داخل الجهاز الوريدي السطحي والعميق.

أصبح الايكو دوبلر الآن طريقة التصوير القياسية لهذا الغرض. تشمل البدائل تصوير الدوالي/تصوير الأوردة والتصوير بالرنين المغناطيسي.

## ! اختلالات الدوالي

- الألم
- تورم الساق
- النزيف
- الأكزيما
- تقرح الجلد

## 🔑 النقاط الأساسية

- يمكن منع المزيد من التغيرات الجلدية من خلال التصحيح الجراحي للأوردة السطحية.
- يجب تجنب إجراء العمليات الجراحية على الجهاز الوريدي السطحي عند المرضى الذين يعانون من عدم كفاءة الجهاز الوريدي العميق.



## حالة 57: ألم الخصية

## القصة السريرية

حضر طفل يبلغ من العمر 16 عاما إلى قسم الطوارئ ويشكو من ظهور مفاجئ لألم في الخصية اليمنى. أيقظه الألم من نومه واستمر خلال الثلاث ساعات الماضية. تقول والدته أنه تقيأ مرة واحدة. ولديه قصة سابقة مماثلة قبل عام، ولكن في تلك المرة هدأ الألم بسرعة. الطفل مصاب بالربو ويستخدم بخاخ السالبوتامول.

## الفحص السريري

عند الفحص، يبدو نصف كيس الصفن الأيسر طبيعيا ولكن الجانب الأيمن منتفخ بشكل حاد وألم عند الجس. الخصية مرتفعة مقارنة بالجانب الآخر ولها وضع أفقي غير طبيعي. البطن لينة وغير طرية. ضغطه الدموي 84/130 ملم زئبق ومعدل النبض 110/دقيقة. المنعكس المشمري غائب.

## الاستقصاءات



تحليل البول سلبي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما الذي يجب عليك مراعاته كنتشخيص تفريري؟
- ما هو التدبير اللازم في هذه الحالة؟

هذا الطفل لديه انفتال خصية حتى يثبت العكس. من المحتمل أنه تعرض قبل عام لنوبة من الانفتال المتقطع مع عودة الانفتال تلقائياً. انفتال الخصية هو في الواقع انفتال في الحبل المنوي وليس في الخصية. يؤدي هذا إلى نقص في تروية الخصية والذي يمكن أن يحدث خلال 4-6 ساعات من انفتال الحبل المنوي. يمكن أن تختلف الأعراض وتتضمن ألم مبهم في الخصرة أو الفخذ بالإضافة إلى علامات وأعراض على كيس الصفن.

قد يكون في القصة نشاط بدني مفرط أو رض. وهو أكثر شيوعاً بين مرحلة الطفولة المتأخرة (ما بعد البلوغ) والبلوغ المبكر. في الحالة الطبيعية، تغلف الغلالة المهبلية جسم الخصية وجزءاً فقط من البربخ (الذي يكون ثابتاً عادةً)، وتكون الخصية غير قادرة على الانفتال.

في حالات الانفتال، هناك كمية غير طبيعية من المساحة الحرة بين الطبقات الجدارية والحشوية للغلالة المهبلية والتي تشمل الخصية والبربخ والحبل المنوي لمسافة متغيرة. تسمح هذه المساحة الحرة للخصية والبربخ شديدة الحركة بالارتفاع في كيس الصفن والانفتال. وهذا يفسر التوضع الأفقي غير الطبيعي للخصية ("تشوه الجرس"). إذا تأخر ظهور الأعراض، قد تتطور إلى قيلة مائية حادة مما يجعل الفحص صعباً، وقد يظهر كيس الصفن حمامياً.

يعد التداخل الجراحي ضرورياً إذا تم أخذ الانفتال في الاعتبار. غالباً ما يكون تحليل البول سلبياً ويجب إجراء التشخيص سريريًا.

#### ! التشخيص التفريقي

- انفتال الخصية والزائدة الخصوية
- انفتال البربخ والزائدة البربخية
- التهاب البربخ والخصية
- القيلة المائية المصابة
- تمزق الخصية
- الفتق الإربي المختنق
- نزيف ضمن ورم

في انفتال الزائدة البربخية، عادة ما يكون الألم موضعياً فوق القطب العلوي للخصية وقد يكون مصحوباً بعلامة "النقطة الزرقاء"، التي تمثل نخرًا في الزائدة. قد تكون القيلة المائية طرية إذا كانت كبيرة وتعطي شفافية ضوئية. إذا اشتبه بإصابة المريض بالتهاب الخصية والبربخ، فيجب فحص البول بحثاً عن العدوى. قد تكون هناك أيضاً قصة من إفرازات مجرى البول أو أعراض بولية مثل زيادة مرات التبول أو عسر البول.

#### 🔑 النقاط الأساسية

- في حالة الاشتباه في انفتال الخصية، يجب إجراء التداخل الجراحي في أقرب وقت ممكن.
- يحدث تموت خصية غير عكوس بعد حوالي 6 ساعات.

## حالة 58: ألم في الخاصرة اليسرى

## القصة السريرية

جاءت امرأة تبلغ من العمر 33 عامًا وتعمل في مكتب إلى قسم الطوارئ تشكو من آلام شديدة في الجانب الأيسر من البطن. أيقظها الألم في الساعات الأولى من الصباح واستمر طوال اليوم. إنها غير قادرة على البقاء ساكنة وقد تقيأت مادة صفراوية في خمس مرات. ولم تبلغ عن أي إسهال أو نزيف في المستقيم. القصة الطبية السابقة تشمل استئصال الزائدة الدودية ومتلازمة القولون العصبي. لقد أجرت مؤخرًا تنظيفًا للقولون وكان طبيعيًا. إنها تتناول الميبفيرين لعلاج متلازمة القولون العصبي وأقرص الفيتامينات المتعددة. وهي تدخن 15 سيجارة في اليوم.

## الفحص السريري

عند الفحص كانت درجة الحرارة 37 درجة مئوية، وضغط الدم 88/125 ملم زئبقي ومعدل النبض 96/دقيقة. هناك ألم ملحوظ في الخاصرة اليسرى، لكن بقية البطن غير مؤلمة. أصوات القلب طبيعية والصدر واضح.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.6 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$12.8 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$254 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Sodium	141 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.2 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	62 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Urinalysis:			
Protein: negative			
Nitrites: negative			
Leucocytes: +1			
Blood: +4			
Glucose: negative			
Human chorionic gonadotrophin: negative			

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هو الاستقصاء الذي ترغب في القيام به لتأكيد التشخيص؟
- ما هي مؤشرات قبول هذا المريض؟
- ما هي التدابير الأولية؟

إن الجمع بين آلام الخاصرة اليسرى والبييلة الدموية المجهرية، في غياب الصفاق البطني، يشير إلى تشخيص قولنج الكلوي / الحالبية. في 10-15% من حالات القولنج الكلوي، يكون تحليل البول عبر الشرائط سلبيًا للدم.

يشمل التشخيص التفريقي التهاب الحويضة والكلية والتهاب الرتج وانسداد الأمعاء والقرحة الهضمية والأمراض النسائية مثل الحمل خارج الرحم أو تمزق كيسة مبيضية أو خراج حول المبيض. بالإضافة إلى ما سبق، على الجانب الأيمن، يجب أيضًا مراعاة التهاب الزائدة الدودية والقولنج المراري. في المرضى الأكبر سنًا، من المهم استبعاد تمزق ام دم ابهر بطني.

يحدث ألم القولنج الكلوي بسبب انتفاخ الحالب أو اسر البول لسبب انسدادى قد يمتد الألم من الخاصرة إلى الفخذ وحتى نهاية القضيب عند الذكور وإلى الشفرين عند الإناث. قد تؤدي الحصيات أيضًا إلى تهيج المثانة، مما يسبب إلحاح بولي، تعدد بيلات وصعوبة في بدأ التبول.

ما يقارب 90% من الحصيات ظليلة للأشعة ويمكن رؤيتها على صورة الجهاز البولي البسيطة، قم يتم تشويش رؤية أو حتى حجب الحصيات بغازات الأمعاء.

قد تكون الصورة الظليلة مستطبة من أجل تأكيد التشخيص أو تحديد مستوى الانسداد، يتم أخذ صور الجهاز البولي البسيطة بعد الحقن في الدقيقة الخامسة والدقيقة ٢٠، مع صورة بعد إفراغ المثانة وعادة تكون بعد ساعة.

قد نحتاج لإجراء صورة KUB متأخرة من أجل تحديد مستوى الانسداد في حال لم يظهر في تسلسل الصور السابق.

الإجراء البديل عن الصورة الظليلة هو التصوير المقطعي المحوسب CT وهو أكثر حساسية في الكشف عن جميع حصيات الجهاز البولي (عدا حصيات الاندينافير)، كما له فائدة إضافية في إمكانية الكشف عن إمراضيات أخرى.

#### مؤشرات لقبول المريض في المشفى ما يلي:

- الانسداد الكامل: أحادي/ثنائي
- ألم لا يمكن السيطرة عليه بالمسكنات البسيطة
- دليل على الإنتان، على سبيل المثال. الحمى، ارتفاع عدد الخلايا البيضاء أو علامات وأعراض الصدمة الإنتانية
- حصيات في كلية منفردة
- اضطراب وظيفة الكليتين.



**الشكل 1.58** حصاة في الوصل الحالبية المثاني الأيسر أدت لارتسام عمود من المادة الظليلة، الصورة مأخوذة بعد ساعة من الحقن وبعد التبول.

المسكن المفضل هو ديكلوفيناك عبر المستقيم، على الرغم من ذلك قد نحتاج إلى المسكنات الأفيونية في بعض الحالات. يجب إعطاء السوائل وعند الشك بالإنتان يجب إضافة صادات حيوية مع تغطية جيدة للجراثيم سلبية الغرام.

الصورة الظليلة في الشكل 1.58 هي صورة مأخوذة بعد التبول، يظهر ارتسام عمود من المادة الظليلة وتوقفه بمستوى الوصل الحالبى المثاني مما يشير إلى مستوى الانسداد.

## النقاط الأساسية

- البيلة الدموية موجودة في 90% من حالات الحصيات الكلوية.
- ما يقارب 90% من الحصيات ظليلة للأشعة البسيطة.

## حالة 59: أعراض المسالك البولية السفلية

## القصة السريرية

تمت إحالة رجل يبلغ من العمر 71 عامًا إلى العيادة الخارجية لجراحة المسالك البولية ولديه قصة تكرار التبول والتبول أثناء الليل وبعض السلس بعد التبول. لديه إلحاح بولي في بعض الأحيان. يعاني من هشاشة العظام في وركه الأيسر ويستخدم عصا للمشي. يعاني من الذبحة الصدرية وارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول في الدم. وهو مدخن سابق ويعيش مع زوجته. أصيب شقيقه الأصغر بسرطان البروستات وخضع لعملية استئصال جذري للبروستات عن عمر يناهز 65 عامًا. إنه حريص على إجراء اختبار مستضد البروستات النوعي (PSA) لأنه قلق بشأن سرطان البروستات.

## الفحص السريري

فحص البطن غير موجه. وفحص المثانة ليس واضح والأعضاء التناسلية طبيعية مع عدم وجود دليل على تضيق الصماخ الإحليلي أو تضيق القلفة. يؤكد المس عبر الشرج وجود تضخم معتدل في غدة البروستات.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$6.6 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$376 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	138 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.1 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	4.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	79 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
PSA: 6.1 ng/mL			
International Prostate Symptom Score (IPSS) score: 21			
Urinalysis: NAD (nothing abnormal detected)			
Flow rate:			
Voided volume	212 mL		
$Q_{\text{max}}$ (maximal flow rate)	12 mL/s		
Post-void residual volume	91 mL		

## الأسئلة

- ما هي أسباب ارتفاع مستوى PSA؟
- كيف تصنف الأعراض التي يعاني منها هذا المريض؟
- ما هو التشخيص المحتمل لهذا المريض؟
- ما العلاج الذي توصي به؟

المستضد الخاص بالبروستات هو إنزيم بروتين سكري تنتجه غدة البروستات. وظيفتها هي تسهيل القذف ومساعدة الحيوانات المنوية على الحركة. بالنسبة للرجال الذين لا تظهر عليهم أعراض، تكون الاستشارة المناسبة مطلوبة قبل إجراء اختبار PSA الدم. قد يكون سبب ارتفاع PSA هو تضخم البروستات الحميد (BPH)، أو التهاب البروستات، أو عدوى المسالك البولية، أو احتباس البول، أو استخدام الأجهزة (مثل الفطرطة)، أو الخزعة، أو استئصال البروستات عبر الإحليل (TURP) أو سرطان البروستات. إن فحص سرطان البروستات ليس له فائدة مثبتة حاليًا، على الرغم من أن العديد من التجارب تحقق في قيمته في الوقت الحاضر. تختلف قيم PSA مع تقدم العمر، مما يعكس تأثير تضخم البروستات الحميد على غدة البروستات.

#### الجدول 1.59 قيم PSA

العمر	PSA ng/mL
الكل	4>
49-40	2.5>
59-50	3.5>
69-60	4.5>
>70	6.5>

يعاني هذا المريض من أعراض المسالك البولية السفلية (LUTS) والتي تنقسم بشكل كلاسيكي إلى مجموعتين:

- انسدادية: ضعف مجرى البول، التردد، سلسل انتهازي، التقطع، الشعور بعدم اكتمال إفراغ المثانة
- تخريشية: إلحاح بولي، تكرار التبول، والتبول أثناء الليل، وسلس البول.

قد يعاني المرضى الذين يعانون من انسداد عنق المثانة من أعراض الانسداد بمفردها أو بالتزامن مع أعراض تخريشية.

الأعراض التخريشية هي أعراض ثانوية للانسداد مما يؤدي إلى تغيرات في المثانة مما يسبب فرط نشاط المثانة. في هذه الحالة يكون لدى المريض LUTS ثانوي لتضخم البروستات الحميد. إن تنظيم PSA لـ LUTS وحده أمر معقول، ولكن في هذه الحالة يكون لدى المريض عوامل خطر أخرى مثل التاريخ العائلي وعمره. تشمل الأسباب الأخرى لتقييم ارتفاع PSA الدم المس الشرجي غير الطبيعي والام الظهر المستمرة وفقدان الوزن غير المبرر ومراقبة سرطان البروستات.

يمكن قياس LUTS الأساسي باستخدام درجة أعراض البروستات الدولية (IPSS؛ النطاق من 0 إلى 35)، وهو استبيان مؤشر الأعراض. وهذا مفيد في مراقبة الاستجابة للعلاج. وفي هذه الحالة لديه أعراض معتدلة. تشمل العوامل الأخرى التي تشير إلى تشخيص تضخم البروستات الحميد انخفاض معدل التدفق الأقصى (طبيعي عند الذكور < 30 مل / ثانية، والإناث < 40 مل / ثانية) وارتفاع الحجم المتبقي بعد التبول، مما يشير إلى عدم إفراغ المثانة بشكل كامل (عامل آخر. سمة من سمات عرقلة تدفق المثانة كبيرة).

تشمل خيارات العلاج (المراقبة الدورية، وتقديم المشورة بشأن تعديل نمط الحياة)، والعلاج الطبي (حاصرات ألفا و/أو مثبطات انزيم 5 ألفا ريدوكتاز) والجراحة عبر التنظير (TURP).

#### النقاط الأساسية

- قد يرتفع مستوى PSA في الدم في الأمراض الحميدة.
- يجب استشارة المرضى قبل إجراء اختبار PSA.


## حالة 60: ألم في الجانب الأيمن مع أعراض بولية

## القصة السريرية

حضرت سيدة تبلغ من العمر 28 عامًا إلى قسم الطوارئ وتشكو من ألم في الجانب الأيمن من البطن خلال الأيام العشرة الماضية. لقد رأت في البداية طبيبها العام وكانت لديها نفس المشكلة قبل حوالي أسبوع ووصف لها المضادات الحيوية. تحسنت أعراضها في البداية ولكنها تفاقمت الآن. لقد عانت من صعوبات في المنزل اليوم وقام شريكها القلق بتنظيم دخولها إلى المستشفى. لقد تقيأت مرة واحدة. يتضمن تاريخها المرضي السابق استئصال الزائدة الدودية ونوبة من الداء الحوضي الالتهابي. وهي مدخنة. ولا يوجد تاريخ للإصابة بالإسهال، لكن المريضة تعاني من بعض الألم أثناء التبول ولديها إفرازات مهبلية واضحة.

## الفحص السريري

درجة حرارتها 38.7 درجة مئوية، وضغط الدم 76/129 ملم زئبق، ومعدل نبضها 115/دقيقة. هناك ألم في الجانب الأيمن من البطن والخاصرة اليمنى. أما بقية البطن فهي غير ملحوظة. أصوات القلب طبيعية، وعند قرع الصدر يبدو هناك أصمية في القرع وانخفاض في دخول الهواء إلى المنطقة السفلية اليمنى.

		الاستقصاءات	
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.4 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$18.8 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$254 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	140 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.4 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.1 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
Urinalysis:			
Protein:	+1		
Leucocytes:	+2		
Nitrites:	+ve		
Blood:	+1		

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً وما هي الحالات الأخرى التي يجب وضعها كتشخيص تفرقية؟
- ما هي الاستقصاءات اللازمة؟
- ما هي التدابير الأولية؟

## جواب 60

يبدو أن هذه المريضة تعاني من التهاب حويضة وكلية حاد في الجانب الأيمن، بناءً على ارتفاع عدد خلايا الدم البيضاء ودرجة الحرارة وتحليل البول وألم الجانب الأيمن. ومع ذلك، من المهم النظر في سبب أمراض النساء بالنظر إلى تاريخها السابق، ولكن في هذه الحالة يشير اختبار الشرائط الايجابي إلى أمراض في المسالك البولية. تشمل الحالات الأخرى التي يجب أخذها في الاعتبار التهاب الزائدة الدودية (ولكن في هذه الحالة تمت إزالة الزائدة الدودية بالفعل)، و التهاب المرارة الحاد، والالتهاب الرئوي القاعدي الأيمن، والتهاب البنكرياس. في مريض مسن، ينبغي النظر في التهاب الرتج للألم في الجانب الأيسر.

التهاب الحويضة والكلية الحاد هو رد فعل التهابي حاد يشمل البرانشيم الكلوي ونظام التجميع. تعد الإشريكية القولونية أكثر الجراثيم المسببة للعدوى شيوعاً وتمثل حوالي 80% من الحالات. عادة ما تصعد العدوى من المسالك البولية البعيدة والمثانة، وفي حالات أقل شيوعاً تأتي عبر مجرى الدم. وقد تكون ثنائية الجانب.

! الأسباب المؤهبة
• انسداد المسالك البولية
• الحصيات الكلوية
• السكري
• الحمل
• التشنجات التشنجية الخلقية/ مثل تضيق الوصل الحويضي الحالب
• القلس المثاني الحالب
• المثانة العصبية
• تثبيط المناعة
• القثطرة البولية طويلة الأمد

تشمل الاستقصاءات الأولية شرائط البول، تحليل عينة منتصف التبول، زرع الدم، وتعداد الدم الكامل واليورينا والشوارد. يساعد التصوير الشعاعي البسيط للكلية والحالب والمثانة في تقييم حصيات المسالك البولية. يوفر فحص الكلى بالموجات فوق الصوتية معلومات عن حصيات الكلى وما إذا كان هناك موه الكلية نتيجة لانسداد الجهاز البولي. يجب أن يبدأ المريض بتناول المضادات الحيوية عن طريق الوريد مع تغطية جيدة سلبية الجرام وإيجابية الجرام. في الحالات الأقل شدة يمكن أن تتم المعالجة في العيادة الخارجية مع دورة طويلة من المضادات الحيوية عن طريق الفم.

🔑 النقاط الأساسية
• تعتبر الإشريكية القولونية أكثر الكائنات المعدية شيوعاً.
• العدوى المتكررة تتطلب مزيداً من الاستقصاء.

## حالة 61: كتلة كلوية

## القصة السريرية

جاء رجل يبلغ من العمر 61 عامًا إلى طبيبه العام وهو يشكو من آلام متقطعة في الخصرة اليسرى لمدة شهرين. تم إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية للمسالك البولية، حيث أظهر وجود كتلة مركزية كبيرة في الكلية اليسرى. يتضمن تاريخه الطبي السابق تشخيصًا حديثًا لارتفاع ضغط الدم وقصور الغدة الدرقية ومرض السكري غير المعتمد على الأنسولين. وهو يتناول حاليًا هرمون الغدة الدرقية 100 ميكروغرام، وبنديروفلوازاييد 2.5 ملغم، والميتفورمين 850 ملغم يوميًا. يعيش بمفرده ويشرب 5-10 وحدات من الكحول أسبوعيًا. وهو مدخن مدى الحياة.

## الفحص السريري

درجة حرارته 37 درجة مئوية، وضغط دمه 99/165 ملم زئبق، ونبضه 84/دقيقة. أصوات القلب طبيعية وصدره واضح. لديه بطن لين غير مؤلم مع عدم وجود كتل واضحة. مع وجود دوالي في الجانب الأيسر. المس الشرجي غير محدد.

## الاستقصاءات



تحليل البول:

الدم: ++

الكريات البيض: سلبية

البروتين: سلبي

الجلوكوز: +

الموجات فوق الصوتية للمسالك البولية: توجد كتلة مركزية صلبة بقياس 3.6 سم في الكلية اليسرى. تبدو الكلية اليمنى طبيعية. لا يوجد أي توسع في الحويضة أو حصيات على أي من الجانبين. لم تكن المثانة ممتلئة وبالتالي كان من الصعب فحصها.

## الأسئلة

- ما هو الاستقصاء المطلوب الآن؟
- هل يمكنك توضيح سبب إصابة المريض بدوالي الخصية؟
- هل تعلم بوجود حالة وراثية قد تجعل الأفراد عرضة للإصابة بسرطان الخلية الكلوية؟
- لماذا قد يعاني المريض من ارتفاع ضغط الدم؟

## جواب 61

المريض وجد لديه كتلة كلوية بالفحص بالموجات فوق الصوتية. التشخيص الأكثر احتمالاً هو سرطان الخلية الكلوية ويحتاج المريض الآن إلى تصوير مقطعي محوسب (CT) للبطن والحوض لتأكيد من التشخيص وتحديد مرحلة المرض.

يجب أيضاً إجراء صورة بسيطة للصدر للكشف عن النقائل في الصدر (إذا لم يتم إجراء طبقي محوري بنفس الوقت).

حوالي الربع إلى الثلث من المرضى الذين يعانون من سرطان الخلية الكلوية لديهم نقائل عند التشخيص. يتم التصريف الوريدي من الخصية (الصفيرة البرمائية الشكل) إلى الأوردة التناسلية (الخصية). على اليسار، يصب الوريد القندي للغدد التناسلية في الوريد الكلوي الأيسر وعلى اليمين يصرف الوريد مباشرة إلى الوريد الأوجف السفلي. الأورام التي تمتد إلى الوريد الكلوي الأيسر سوف تعيق التصريف الوريدي من الخصية اليسرى، مما يؤدي إلى دوالي الخصية في الجانب الأيسر.

الشذوذ الجيني الأكثر شيوعاً المرتبط بسرطان الخلية الكلوية هو متلازمة فون هيل لينداو. هذا مرض جسدي سائد يتميز بورم القواتم وأكياس في البنكرياس والكلية والورم الأرومي الوعائي المخيخي وتطور سرطان الخلايا الكلوية الذي غالباً ما يكون ثنائياً. من الضروري المتابعة مدى الحياة واستخدام جراحة محافظة على الكلى في ضوء الطبيعة المتكررة للمرض.

تشمل العوامل المسببة الأخرى غير الوراثية المرتبطة بسرطان الخلايا الكلوية ما يلي:

- التدخين
- التشريحية: كلية حذوة الحصان، الداء الكلوي عديد الكيسات، الكيسة الكلوية
- ارتفاع التوتر الشرياني
- السمنة
- بيئية: التعرض للكاديوم، الأسبستوس، الفيناسيتين (مسكن)
- الطبقة الاجتماعية المتدنية

يحدث الثلاثي الكلاسيكي المتمثل في آلام الخاصرة والكتلة والبيبة الدموية في حوالي 10% من المرضى فقط. والأكثر شيوعاً أن إحدى هذه الميزات تظهر بمعزل عن غيرها. وتشمل العروض الأخرى دوالي الخصية في الجانب الأيسر (5%) ومتلازمة الأبعاد الورمية (10-40%).

## ! متلازمات الأبعاد الورمية

- الغدد الصماء (إنتاج هرمون خارج الرحم):
  - إريثروبويتين: كثرة الحمر
  - الرينين: ارتفاع ضغط الدم
  - الأنسولين: نقص السكر في الدم
  - هرمون قشر الكظر (ACTH): متلازمة كوشينغ
  - هرمون الغدة الدرقية: فرط كالسيوم الدم
  - الغدد التناسلية: التثدي، انقطاع الطمث، انخفاض الرغبة الجنسية، الصلع
- أمراض الدم: فقر الدم
- التمثيل الغذائي: الحمى

## 🔑 النقاط الأساسية

- يحدث الثلاثي الكلاسيكي المتمثل في آلام الخاصرة والكتلة والبيبة الدموية فقط في نسبة صغيرة من المرضى.
- قد يصاب المرضى بمتلازمة الأبعاد الورمية.


## حالة 62: بيلة دموية

## القصة السريرية

حضرت امرأة تبلغ من العمر 60 عامًا إلى قسم الطوارئ وتشكو من وجود دم في البول منذ ثلاثة أسابيع. وقد لاحظت أيضًا مرور بعض خثرات الدم الصغيرة. كان لديها تبول متقطع خلال الـ 24 ساعة الماضية وتشكو من ألم في المنطقة فوق العانة عند التبول. وكانت تشكو من تكرار التبول وإلحاح بولي خلال الأشهر الستة الماضية. تدخن 10 سجائر يوميًا وتتناول الوارفارين لعلاج الرجفان الأذيني.

## الفحص السريري

عند فحص البطن يوجد ألم بسيط فوق العانة، ومثانة واضحة. أما بقية الفحص فلا بأس به. معدل نبضها 100/دقيقة وضغط الدم 70/105 ملم زئبقي.

		الاستقصاءات	
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	8.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$13.6 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$400 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	134 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	4.8 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	6.7 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	92 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	
International normalized ratio (INR)	2.2 IU	1 IU	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي وما هو التشخيص الأكثر أهمية الذي يجب استبعاده عند هذه المرأة؟
- ما هي العوامل ذات الصلة في أخذ القصة في هذه الحالة؟
- ما هي التدابير الأولية عند هذه المرأة؟

يمكن تصنيف البيلة الدموية إما على أنها عيانية (صريحة) أو مجهرية (يتم اكتشافها من خلال اختبار شرائط البول).

### أسباب البيلة الدموية

- الكلى: الأورام (حميدة، مثل ورم شحمي وعائي؛ خبيثة، مثل سرطان الخلايا الكلوية)، الكلى المتعدد الكيسات، الحصيات، التهاب الحويضة والكلية، السل، التهاب كبيبات الكلى أو اعتلال الكلية بالغلوبيولين المناعي (IgA)
- الحالب: سرطان الخلايا الانتقالية أو الحصيات
- المثانة: الأورام، على سبيل المثال: سرطان الخلايا الانتقالية، سرطان الخلايا الحرشفية، الحصيات، الأسباب الالتهابية أو المعدية - التهاب المثانة، داء البلهارسيات
- البروستات: التهاب البروستات أو السرطان أو تضخم البروستات الحميد
- مجرى البول: الأورام، على سبيل المثال. سرطان الخلايا الانتقالية، التهاب الإحليل، الحصيات أو الاجسام الأجنبية
- أخرى: مضادات التخثر، أجهزة المسالك البولية، تشوهات التخثر، رض على المسالك البولية، قصور القلب الأيمن أو تخثر الوريد الكلي
- أسباب نادرة: ممارسة التمارين الرياضية الشاقة، التهاب الشغاف البكتيري أو الانسداد.

في هذه الحالة، التشخيص الأكثر احتمالاً هو سرطان الخلايا الانتقالية في المثانة.

عند أخذ التاريخ من المهم استخلاص ما يلي:

- مجهرية أو عيانية، مدة البول الدموي
- العمر: السرطانات أكثر شيوعاً مع تقدم العمر
- الجنس: الإناث أكثر عرضة للإصابة بالتهابات المسالك البولية
- الموقع: أثناء التبول، هل كانت البيلة الدموية موجودة دائماً (تدل على أمراض الكلى أو الحالب أو المثانة) أم أنها كانت موجودة في البداية فقط (تشير إلى أمراض نهاية السبيل البولي) أو موجودة في نهاية التبول (الإحليل الخلفي، عنق المثانة)؟
- الألم: يرتبط في كثير من الأحيان بالعدوى/التهاب/الحصيات، بينما الأورام الخبيثة تميل إلى أن يكون غير مؤلمة
- يرتبط بأعراض المسالك البولية السفلية (تخريشية / انسدادية)، والتي ستكون مفيدة في تحديد المسببات المرضية
- تاريخ الصدمة
- السفر إلى الخارج، على سبيل المثال السباحة في بحيرات أفريقيا ومصر ومخاطرها داء البلهارسيات
- تاريخ جراحة/جراحة المسالك البولية السابقة
- الأدوية، على سبيل المثال مضادات التخثر
- التاريخ العائلي
- التاريخ المهني، على سبيل المثال المخاطر المهنية للمطاط/الصبغ هي عوامل خطر لتطوير سرطان المثانة الانتقالي بسبب التعرض للمواد الكيميائية مثل نفتالين
- حالة التدخين: زيادة خطر الإصابة بسرطان المثانة بشكل عام، على سبيل المثال. فقدان الوزن، وانخفاض الشهية.

يجب إنعاش المريضة بالسوائل الوريدية وإجراء اختبار تصالب دموي. إن INR البالغ 2.2 يقع في النطاق العلاجي للرجفان الأذيني، ولكن من غير المرجح أن يكون السبب الوحيد لنزيفها. يمكن أن يؤدي منع تخثر الدم في كثير من الأحيان إلى كشف أمراض أخرى في المسالك البولية. يمكن أن تسبب جلطات الدم انسداد مجرى البول، لذا يجب إدخال قسطرة ثلاثية الاتجاه وغسل المثانة في البداية. وتستمر الاماهة حتى تبدأ البيلة الدموية في الاستقرار. يجب مراقبة الهيموجلوبين ونقل المريض عند الضرورة. ينبغي إرسال عينة منتصف التبول لإجراء الزرع والتحسس للمضادات الحيوية. ويجب أيضًا إرسال تحليل خلايا البول للكشف عن وجود خلايا غير طبيعية في البول.

بمجرد استقرار البيلة الدموية وتوقف الاماهة. سيحتاج المريض إلى تصوير المسالك البولية بالموجات فوق الصوتية لتصوير المسالك العلوية وتنظير المثانة المرنة عندما يكون البول صافياً. إذا كانت نتيجة هذين الاختبارين الأخيرين سلبية، فيجب إجراء تصوير للجهاز البولي عن طريق الوريد لاستبعاد أمراض الحالب.

#### النقاط الأساسية

- المرضى الذين يعانون من بيلة دموية صريحة وبيلة دموية مجهريّة مستمرة يحتاجون إلى إجراء فحص بالتنظير الخلوي وتصوير الجهاز العلوي.
- المرضى الذين يتناولون مضادات تخثر الدم عن طريق الفم والذين يصابون ببيلة دموية ما زالوا بحاجة إلى استقصاءات.

## حالة 63: صعوبة في التبول

## القصة السريرية

جاء رجل يبلغ من العمر 81 عاما إلى قسم الطوارئ يشكو من صعوبة في التبول. عند استجوابه، أبلغ عن صعوبة في تفريغ البول خلال الستة أشهر الماضية مع زيادة التبول أثناء الليل. هناك تاريخ حديث من التبول اللاإرادي. ليس لديه ألم. يتغوط 3-4 مرات في الأسبوع وكانت آخر مرة له منذ يومين. وهو يتناول الأنسولين لعلاج مرض السكري من النوع الأول. كما أنه يتناول الأسبرين 75 ملغ وسيمفاستاتين 20 ملغ. يعيش بمفرده ويتحرك جيدا باستخدام عصا المشي. وهو غير مدخن ويتناول الويسكي بين الحين والآخر في الليل لمساعدته على النوم.

## الفحص السريري

عند فحص البطن، توجد كتلة واضحة فوق العانة، وهي ليست قاسية وصامتة للقرع. أما بقية البطن والأعضاء التناسلية فهي غير ملحوظة. يكشف فحص المستقيم الرقمي عن تضخم ناعم الملمس لغدة البروستات.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Sodium	134 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	5.1 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	20.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
creatinine	334 µmol/L	44–80 µmol/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- لماذا يشكو مؤخرا من تبول لا إرادي؟
- كيف ينبغي علاج المريض؟
- ما هي ميزات فحص المستقيم الرقمي التي تجعلك في سرطان البروستات؟

يعاني هذا المريض من احتباس بولي مزمن ثانوي نتيجة تضخم البروستات. عادة ما يتم التمييز بين الاحتباس الحاد والمزمن من خلال وجود أو عدم وجود الألم. يكون الاحتباس الحاد مؤلماً، على عكس الاحتباس المزمن، لأن المثانة تستوعب الزيادة في الحجم بمرور الوقت. يرتبط التاريخ الحديث للتبول اللاإرادي بصورة احتباس مزمن مع السلس البولي بالإفاضة والذي يحدث عادة في الليل.

يجب إدخال قسطرة لمجرى البول وتسجيل لون البول وحجمه المتبقي في الملاحظات. في حالات الاحتباس المزمن تكون الكمية المتبقية في أغلب الأحيان مرتفعة (>2 لتر). يجب مراقبة كمية البول المطروحة، حيث قد تتطور حالة المريض إلى إدرار بولي. إذا كان حجم البول أكبر من 250 مل/ساعة فمن الضروري استبدال السوائل عن طريق الوريد بمحلول ملحي طبيعي بنسبة 0.9% لتجنب نقص حجم الدم. يجب اختبار البول وإرساله للفحص المجهرى والزرع. إذا كانت النتيجة إيجابية للعدوى، فيجب البدء بالمضادات الحيوية.

لا بد من مراقبة وظائف الكلى لتقييم الاستجابة للعلاج، وإذا لم تتحسن مبكراً يوصى بالتشاور المبكر مع أخصائي الكلى. يمكن أن يؤدي الإمساك أو انتان المسالك البولية إلى تفاقم المشكلة ويجب علاجها وفقاً لذلك. غالباً ما يكون لدى المريض تاريخ من أعراض المسالك البولية السفلية، والتي تكون في هذه الحالة معيقة ومهيجة بطبيعتها.

يجب إجراء فحص المستقيم الرقمي للمرضى الذين يعانون من الاحتباس، مع ملاحظة النقاط التالية:

- المظهر الخارجي لفتحة الشرج
- كتل المستقيم
- قوام البروستات
- وجود التلم المتوسط
- وجود عقيدات داخل البروستات
- ثبات غدة البروستات
- الحجم المقدر لغدة البروستات
- انقباض فتحة الشرج.

تشمل السمات التي تشير إلى سرطان البروستات: الغدة الصلبة، وفقدان المحيط الطبيعي (البروستات الصخرية)، وفقدان التلم الناصف، والعقيدات المجسوسة، والغدة الثابتة. في حالات تضخم البروستات الحميد، تبدو البروستات متضخمة وناعمة كما في هذه الحالة.

#### النقاط الأساسية

- يتم التمييز بين الاحتباس الحاد والاحتباس المزمن بوجود الألم.
- العوامل المسببة: مثل الإمساك، وانتان المسالك البولية، والإفراط في تناول الكحول، يجب التحقق منها عند أخذ القصة.

## حالة 64: كتلة خصية

## القصة السريرية

يعاني سمسار البورصة البالغ من العمر 31 عاما من وجود كتلة في خصيته اليمنى. يخبرك أنه لا يرتاح أثناء المشي، ويصف الإحساس بالسحب. كما أنه يشكو من الشعور العام "بالإرهاق" لكنه يعزو ذلك إلى التوتر في العمل، ويعاني من سعال حاد الطبع. وهو يدخن 20 سيجارة يوميا.

## الفحص السريري

يتم الشعور بوجود كتلة واضحة بحجم 3 سم في الجانب السفلي من الخصية اليمنى. يمكن جس بقية الخصية والبربخ بشكل منفصل، والكتلة ثابتة وغير قاسية عند الجس. فحص البطن غير ملحوظ.

## الاستقصاءات



تحليل بول: طبيعي

## الأسئلة

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- ما هي الاستقصاءات الضرورية؟
- كيف يمكنك التمييز بين تورمات الصفن المختلفة؟

التشخيص المحتمل هو ورم في الخصية. 90% من أورام الخصية هي أورام الخلايا المنتشرة وتنقسم إلى أورام منوية وأورام الخلايا المنتشرة غير المنوية (NSGCT).

عوامل الخطورة	!
<ul style="list-style-type: none"> <li>العمر: شائع بين 20 والـ 40 سنة</li> <li>الخصية الهاجرة</li> <li>العرق: أكثر شيوعاً عن القوقازيون</li> <li>ورم سابق في الخصية</li> <li>قصة عائلية</li> <li>متلازمة كلاينفلتر</li> </ul>	

يجب أن تؤخذ شكوى المريض من السعال على محمل الجد، حيث من الممكن أن تنتقل النقائل إلى الرئتين في أورام الخصية. يجب إجراء فحص بدني كامل للمريض حيث أن هناك احتمالية لوجود مواضع ثانوية في الصدر والدماغ. الانتشار اللمفاوي إلى العقد الليمفاوية المجاورة للأبهر في البطن بدلاً من العقد الأربية في الفخذ، والذي يحدث فقط إذا تأكل الورم وشمل جلد الصفن.

يتم تأكيد التشخيص باستخدام الموجات فوق الصوتية في الصفن واسمات الورم في المصل. يرتفع مستوى ألفا فيتو بروتين في (NSGCT). تكون الوحدة الفرعية بيتا من موجهة الغدد التناسلية المشيمية ( $\beta$ -HCG) مرتفعة في (NSGCT) وفي حوالي 20% من الأورام المنوية. يمكن أن يرتفع اللاكتات دي هيدروجيناز في حالة النقائل أو الأورام الضخمة. كل هذه العلامات مفيدة في مراقبة تطور المرض ونكسه بعد العلاجات المختلفة. مطلوب إجراء تصوير مقطعي محوسب للصدر والبطن لأغراض تحديد المرحلة.

عند فحص كتلة في كيس الصفن، من المهم تحديد ما إذا كان بإمكانك تجاوز الورم للأعلى. إذا لم تتمكن من تجاوز الورم، فقد يكون فقاً. يجب عليك بعد ذلك أن تسأل نفسك الأسئلة التالية:

- هل يمكن الشعور بالخصية والبربخ؟
  - هل الورم متحرك؟
  - هل الورم لين؟
  - الكتلة غير محصورة في كيس الصفن (لا يمكن الوصول إلى ما فوق الكتلة):
    - الفتق الإربي الصفني: غير قادر على تجاوز الورم، ينبض مع السعال، لا يتحرك، يمكن أن تشعر بالخصية بشكل منفصل.
    - قيلة مائية متصلة عند الأطفال: غير قادر على تجاوز الورم، لا ينبض مع السعال، متحرك، ولا يمكن أن تشعر بالخصية بشكل منفصل.
  - كتلة محصورة في كيس الصفن (يمكن الوصول إلى ما فوق الكتلة):
    - قيلة مائية مهبلية: لا يمكن الشعور بالخصية والبربخ بسهولة، الورم متحرك.
    - قيلة دموية، صمغ السفلس، ورم: لا يمكن التعرف على الخصية بسهولة، كتلة غير متحركة.
    - كيس البربخ: كتلة تنشأ من البربخ والتي يمكن الشعور بها ويمكن تحديدها بسهولة، الورم متحرك.
    - الانتان، على سبيل المثال التهاب البربخ والخصية أو السل أو الورم: لا يمكن تحديد الخصية وغير متحركة.
- ترتبط الحالات الالتهابية الحادة مثل التهاب البربخ والخصية والقيلة الدموية الحادة بإيلاام شديد وحمامي في الجلد المغطى.

#### النقاط الأساسية

- الفحص المنهجي أمر بالغ الأهمية في التمييز بين أسباب تورم كيس الصفن.

## حالة 65: السقوط على يد ممدودة

## القصة السريرية

تم إحضار امرأة تبلغ من العمر 76 عاما إلى قسم الطوارئ بعد سقوطها على الجليد. تذكر أنها انزلقت ومدت يدها اليمنى "لتحمي نفسها من السقوط". تصف ألما شديدا حول معصمها الأيمن. ولحسن الحظ كانت إصابته الأخرى الوحيدة خدش صغير في جبهتها. وتقول بأنها أصيبت بنوبة قلبية في الستينات من عمرها. تأخذ أتينولول ورامبيريل وسيمفاساتين والأسبرين. ولديها قصة ارتفاع توتر شرياني أساسي واستأصلت الرحم بعمر الـ 40 سنة بسبب غزارة الطمث. وهي المعيل الوحيد لزوجها الذي يعاني من سكتة دماغية منذ سنتين وهو طريح الفراش وهي حريصة على العودة للمنزل لرعايته.

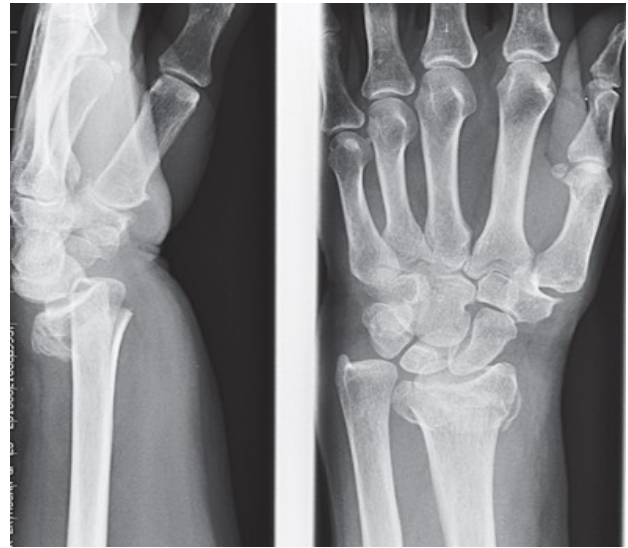
## الفحص السريري

علامتها الحيوية مستقرة. لديها تشوه واضح في معصمها الأيمن. وأيضا لديها كدمات واضحة. لا يوجد عجز وعائي عصبي بعيد.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية أمامية-خلفية وجانبية لمعصمها وتظهر بالشكل. 1.65



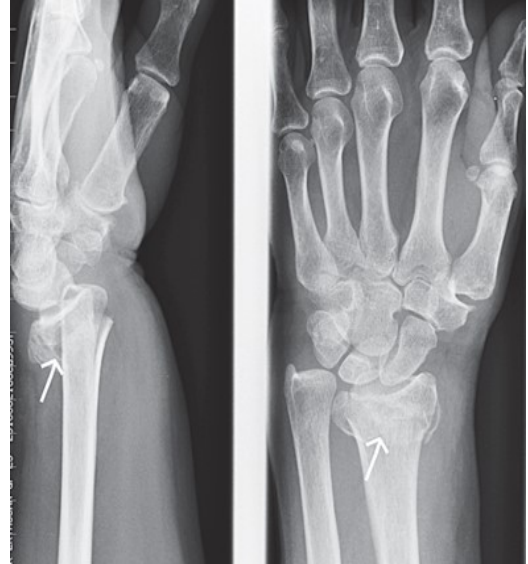
الشكل 1.65 صورة شعاعية للمعصم الأيمن

## الأسئلة

- ما هي الإصابة التي تعرضت لها المرأة؟
- كيف يجب أن تعالج؟
- هل هناك أي اعتبارات أخرى قبل تخريج المرأة إلى المنزل؟

لدى هذه المرأة كسر كوليس. هذا المصطلح غالبا ما يطلق على أي كسر شعاعي بعيد. التعريف الصحيح لهذه الإصابة تم وصفه من أبراهام كوليس في 1814 الذي وصف كسرا منخفض الطاقة خارج المفصل في نصف القطر البعيد الذي يحدث عند المسنين. تم توضيح الآلية النموذجية للكسر في هذا السيناريو وهي السقوط على يد ممدودة مما يؤدي إلى التمدد القسري للمعصم.

القسم البعيد ذو زوايا الظهرية ومُزاح، يعطي مظهر "تشوه شوكة العشاء" (الأسهم في الشكل 2.65).



الشكل 2.65 كسر كوليس (أمامية-خلفية وجانبية)

من المهم مع جميع الإصابات تقييم التوعية والتعصيب البعيد.

في هذه الإصابة ليس شائعا ظهور أعراض مرتبطة بانضغاط العصب الناصف.

كسر كوليس يعالج بالرد المغلق والتثبيت. وقد تم وصف عدد من التقنيات لذلك. يمكن توفير التسكين المناسب عبر حقن الليدوكائين موضعيا في موقع الكسر أو استخدام ما يسمى كتلة الورم الدموي، أو التخدير الناحي والأخير هو الأفضل لأنه يوفر تحكما أفضل بالألم ويسمح بإعادة أكثر دقة للكسر ونتائج وظيفية أفضل.

لتحقيق الالتحام للكسر يتم تشكيل الجزء البعيد بشكل زاوية ظهرية لفصله عن موقع الكسر. يتم بعد ذلك تطبيق الجر الطولي أثناء محاولة التعامل مع تلك القطعة في الاتجاه البعيد والراحي، وبالتالي استعادة الوضع الطبيعي والطول للكعبرة. يتم تطبيق اللوح الخلفي مع تثبيت المعصم في ثني طفيف وانحراف زندي. يجب إجراء صورة شعاعية للتأكد من وجود التحام مناسب للكسر. ويجب إعادة المريضة إلى عيادة الكسور في غضون أيام قليلة لإكمال الجبيرة والتأكد من أن الكسر لم ينزلق من موضعه.

توضح هذه الحالة أيضا العواقب الثانوية لإصابة أحد الأطراف بشكل كبير. ومن غير المرجح أن تتمكن هذه المرأة من التعامل مع زوجها العاجز في المنزل. تتمتع معظم المستشفيات والممارسين العاميين بإمكانية الوصول إلى "فريق الاستجابة السريعة"، وهو فريق مناسب بشكل مثالي لتقديم دعم مجتمعي إضافي وتمريضي وعلاج طبيعي لفترات قصيرة المدى.

#### النقطة الأساسية

- يجب فحص التوعية والتعصيب في جميع الكسور.

## حالة 66: آلام الركبة المزمنة

## القصة السريرية

جاءت امرأة تبلغ من العمر 67 عامًا إلى طبيبها العام بقصة ألم تدريجي في ركبته اليسرى لمدة ثلاثة أشهر، احتاجت خلالها إلى زيادة جرعة من المسكنات للسيطرة على الألم. يزداد الألم سوءًا خلال اليوم خاصة عند النشاط الزائد، وغالبًا ما يبقها مستيقظة أثناء الليل. لا يوجد قصة رض وتنفى أي أعراض في المفاصل الأخرى. فيما عدا ذلك فهي بصحة جيدة ولا تتناول أي دواء غير المسكنات.

## الفحص السريري

أظهر فحص ركبته اليسرى وجود تورم معتدل مع انصباب واضح ومجسوس. الجانب الإنسي من المفصل مؤلم. نطاق الحركات المنفصلة علاوة على الألم فهو يساوي ٧٥ درجة، ويمكن الشعور بالفرقة. والركبة مستقرة. يتمتع كل من مفاصل الورك والكاحل بنطاق حركة كامل خالٍ من الألم، وكان فحص الظهر طبيعي.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية للركبة وتظهر بالشكل 1.66.

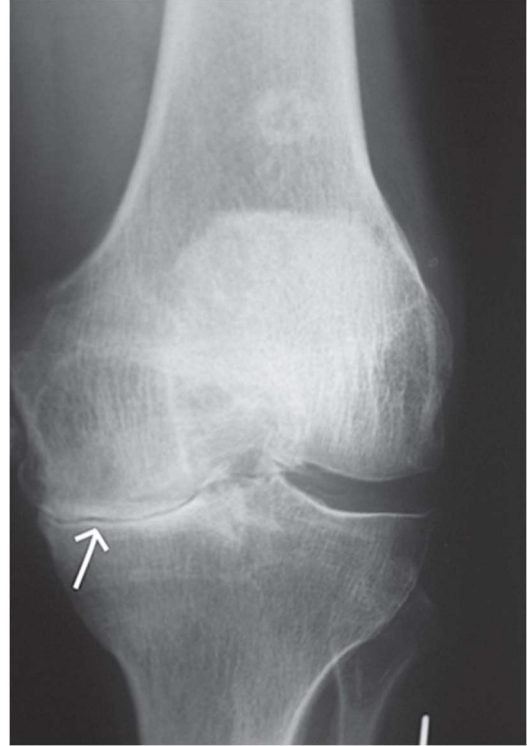


الشكل 1.66 صورة شعاعية للركبة اليسرى.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الموجودات الشعاعية النوعية في هذه الحالة؟
- ما هي خيارات العلاج؟

توضح الصورة الأمامية الخلفية (AP) للركبة فصال عظمي (الشكل 2.66).



الشكل 2.66 الفصال العظمي في الركبة اليسرى (AP).

السمات الشعاعية المميزة للفصال العظمي في أي مفصل هي:

- انقراض المسافة المفصالية
- المناقير العظمية
- تكوين كيسات تحت الغضروف
- التصلب حول المفصل.

في هذه الصورة الشعاعية هناك انقراض في المسافة المفصالية على الجانب الإنسي مع تصلب حول المفصل (السهم في الشكل 2.66).

الفصال العظمي الأولي هو حالة تنكسية شائعة تؤثر في الغالب على كبار السن. وتؤثر الحالة عادةً على المفاصل الحاملة للوزن، مثل الركبة والورك والعمود الفقري الرقبي والطني والكاحل. المواقع الشائعة الأخرى هي المفاصل السلامية البعيدة لليدين.

تعتبر العلامات الشعاعية للفصال العظمي شائعة، حيث يظهر 80% من الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 80 عامًا بعض العلامات على الفصال. ومع ذلك فإن الأعراض لا تتعلق بالنتيجة الشعاعية. يظل عدد كبير من الأفراد غير عرضيين على الرغم من أن الصور الشعاعية تظهر إصابة واسعة في المفصل.

الأعراض الأكثر شيوعًا هي الألم وانخفاض القدرة على الحركة وتشوه المفصل المصاب. يتم التشخيص بناءً على مجموعة من الأعراض السريرية والعلامات الشعاعية. من المهم عند تقييم المريض فحص المفاصل العلوية والسفلية حيث يجب أخذ شكاية الألم بعين الاعتبار. تضيق اختبارات الدم قيمة قليلة إذا كانت القصة نموذجية.

تدبير الحالة واسع الخيارات وتتقاطع العديد من التخصصات في ذلك. يجب أخذ التداخل الجراحي بعين الاعتبار إذا فشل العلاج المحافظ وكان المرض معيق بشكل كبير لنوعية حياة المريض.

- العلاج الفيزيائي: تمارين تقوية العضلات، أدوات مساعدة على المشي.
- العلاج المهني: مساند لليدين (الدرابزين)، مصاعد سلالم، أدوات المطبخ المساعدة.
- العلاج الطبي (غير الجراحي): المسكنات البسيطة، مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية.
- العلاج الطبي (الغازي): حقن ستيروئيد داخل المفصل، حقن الهياالورونيك.
- العلاج الجراحي: تنظيف المفصل، تصحيح جراحي، تقويم أو رأب المفصل.

## النقاط الأساسية



- يؤثر الفصال العظمي بالمقام الأول على المفاصل التي تحمل الوزن.
- تتطلب المعالجة فريق متعدد التخصصات.

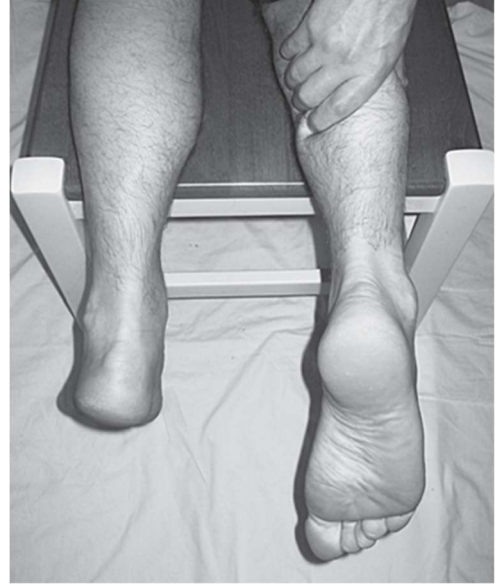
## حالة 67: ألم الربلة المفاجئ

## القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 31 عاما إلى قسم الطوارئ يشكو من ألم يؤثر على ربلة الساق اليسرى. كان يلعب السكواش عندما شعر فجأة كما لو أنه تعرض لضربة على كاحله من الخلف. هناك صوت طقطقة عالي يصاحب الألم.

## الفحص السريري

لا يكشف فحص القدم اليسرى والكاحل عن أي تشوه واضح. يوجد ألم في الربلة والقسم الخلفي من الكاحل. النطاق السلبي للحركة موجود لمفاصل القدم والكاحل والركبة. نبض القدم طبيعي والفحص العصبي غير ملحوظ.



الشكل 1.67

## الأسئلة

- ما هو الاختبار السريري الذي تم تطبيقه على الساق الطبيعية في الشكل 1.67؟
- ما هو التشخيص المحتمل لهذا المريض؟
- ما هو الاستقصاء الذي يمكن إجراؤه إذا كان التشخيص موضع شك؟

الاختبار السريري الذي يتم تطبيقه هو "اختبار سيمونديز". وهو يصف غياب عطف أخص الكاحل عند عصر ربله الساق. توضح هذه الصورة عطف أخصي طبيعي عند عصر ربله الساق اليمنى.

فشل العطف الأخصي يعنى تمزق وتر العقب لدى المريض.

تعد قصة الألم المفاجئ الذي يصيب ربله الساق أثناء النشاط الرياضي أمرا نموذجيا. قد تتضمن نتائج الفحص الأخرى وجود فجوة واضحة في وتر العقب وعدم القدرة على عطف الكاحل بشكل فعال (أي أن المريض غير قادر على الوقوف على أطراف أصابع القدم). قد تكون الميزة الأخيرة مضللة حيث أن العاطفات العميقة للقدم يمكن أن تعوض هذه الحركة.

يمكن أن يؤكد الفحص بالموجات فوق الصوتية وجود فجوة في وتر العقب عندما يكون التشخيص موضع شك. يمكن أيضا استخدام فحوصات الموجات فوق الصوتية التسلسلية لتقييم شفاء الوتر. هناك جدل حول أفضل طريقة لعلاج هذه الإصابة.

يتضمن العلاج غير الجراحي تثبيت الساق في جبس باريسي مع عطف القدم في البداية بشكل كامل. وفي حين أن هذه الطريقة تجنب مخاطر الجراحة، إلا أنها تؤخر إعادة التأهيل الوظيفي وتؤدي إلى زيادة خطر إعادة تمزق الوتر.

يمكن إصلاح الوتر جراحيا والذي يُعتقد أنه يؤدي إلى إصلاح أقوى للوتر. قد يكون هذا أكثر ملاءمة للمرضى الذين يحتاجون إلى مستوى أكبر من النشاط الرياضي.

#### النقاط الأساسية



- يمكن أن تستخدم الموجات فوق الصوتية لتحديد ضرر وتر آشيل.
- اختبار سيمونديز مشخص لتمزق وتر آشيل.

## حالة 68: إصابة الركبة اليسرى

## القصة السريرية

تم إحضار امرأة تبلغ من العمر 22 عاماً إلى قسم الطوارئ بواسطة سيارة الإسعاف. تقول صديقتها أنهما كانتا تشربان بالخارج وأنها سقطت من جدار ارتفاعه 4 أقدام وهبطت مباشرة على ركبتها اليسرى. تورمت ركبتها على الفور ولم تحاول المشي منذ الإصابة. لياقتها طبيعية وبصحة جيدة. وهي تتناول حبوب منع الحمل المركبة، وتدخن ما بين 10-20 سيجارة يوميا، وتعمل في أحد المتاجر الكبرى.

## الفحص السريري

ملاحظاتها طبيعية. لا يوجد دليل على إصابة في الرأس. ركبتها اليسرى متورمة بشكل كبير، وهناك أدلة على وجود كدمات. الجلد سليم. الخطوط المفصالية الإنسية والوحشية ليست مؤلمة. المريضة غير قادرة على بسط الركبة بشكل فعال. بخلاف ذلك تبدو الركبة مستقرة. مفاصل الورك والكاحل غير ملحوظة، النبض والإحساس بالقدم طبيعي.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية للركبة اليسرى وتظهر بالشكل 1.68 و 2.68.



الشكل 2.68 صورة شعاعية للركبة اليسرى.



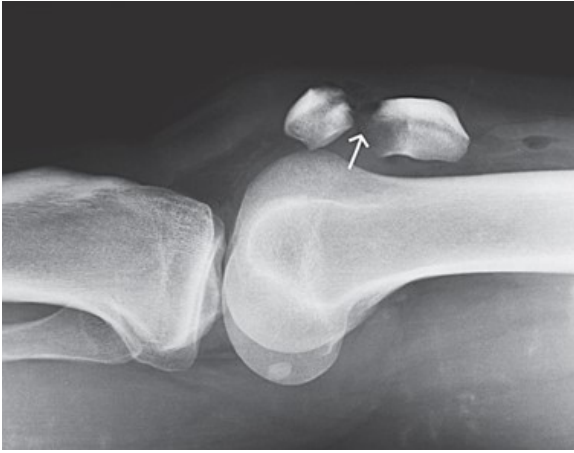
الشكل 1.68 صورة شعاعية للركبة اليسرى.

## الأسئلة

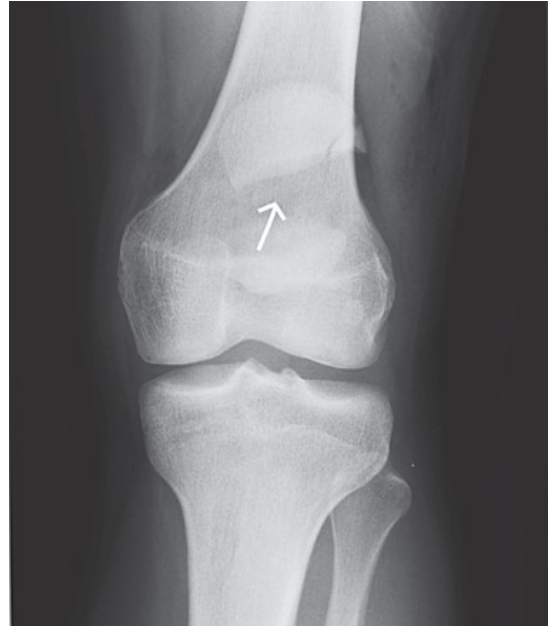
- ما هي الإصابة التي تعرضت لها المرأة؟
- كيف يجب علاجها؟

## جواب 68

الصورة الشعاعية تظهر وجود كسر في الرضفة (الأسهم في الشكل 3.68 و4.68).



الشكل 3.68 كسر الرضفة (جانبيه)



الشكل 3.68 كسر الرضفة (أمامية-خلفية)

عادة ما يحدث هذا النوع من الكسور نتيجة لصدمة مباشرة في الركبة. ومع ذلك، من الممكن التعرض لإصابة مماثلة من خلال آلية غير مباشرة، مثل القفز القوي الذي يؤدي إلى ثني سريع للركبة مقابل عضلة رباعية الرؤوس منقبضة تماما. تميل الإصابة غير المباشرة إلى تقليل إزاحة الكسر وتفتيته.

الرضفة عبارة عن عظم سمسماني كبير. الحد العلوي متصل بوتر العضلة الرباعية الرؤوس والقطب السفلي متصل بوتر الرضفة الذي يدخل في الحديبة الظنبوبية. ومن أجل بسط الركبة بشكل فعال يجب أن تظل الوحدة بأكملها في حالة استمرارية. لذلك، من المهم جدا عند فحص إصابات الركبة التأكد من سلامة الآلية الباسطة من خلال الشعور بأي فجوة واضحة وحدث المريض على بسط الركبة بشكل فعال.

يمكن علاج كسور الرضفة بشكل متحفظ أو جراحي.

في حالة تعطل الآلية الباسطة و/أو وجود فجوة أكبر من 3 مم في موقع الكسر يكون التثبيت الجراحي ضروريا. إذا كانت الآلية الباسطة سليمة وكانت هناك فجوة صغيرة في موقع الكسر وهي أكثر شيوعا في الإصابات غير المباشرة، فإن الجبس الأسطواني من قالب باريس سيكون أكثر ملاءمة.

ومن الجدير بالذكر أن الرضفة المضاعفة تحدث لدى 1% من السكان، ومن السائع أن يتم تشخيص المرضى بشكل خاطئ على أنهم مصابون بكسر في الرضفة. يتم دعم تشخيص كسر الرضفة إذا كانت هناك آلية معقولة للإصابة وكانت نتائج الفحص المناسب موجودة.

## النقطة الأساسية

- تحدث الرضفة المضاعفة لدى 1% من السكان، ويمكن أن يحدث الخلط بينها وبين كسر رضفة.

## حالة 69: أذية الكتف الأيمن

## القصة السريرية

تم إحضار امرأة تبلغ من العمر 23 عاماً إلى قسم الطوارئ بعد أن سقطت على منحدر تزلج جاف. إنها تمسك بذراعها الأيمن وتتردد بشدة في تحريك كتفها. خضعت سابقاً لعملية استئصال الزائدة الدودية ومن المعروف في سجلها أنها أصيبت بنوبات خفيفة من الربو. وهي تتناول السالبوتامول والبيكلوميثازون بانتظام، كما أنها تعاني من حساسية تجاه البنسلين. تعيش مع والديها وتعمل في مجال الكمبيوتر.

## الفحص السريري

يظهر كتفها تشوها واضحا ويبدو "مربعاً"، والذراع مبعدة قليلاً ويتم تدويرها للخارج. كل من الحركة الفعالة والمنفصلة للكتف تسبب الألم. النبض الكعبري وزمن إعادة ملء الشعيرات الدموية طبيعيان.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية للكتف، وتظهر بالشكل 1.69.



الشكل 1.69 صورة شعاعية للكتف الأيمن.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي نتائج الفحوص الأساسية الأخرى التي لم يتم التركيز عليها؟
- كيف يجب علاج هذه الإصابة؟

## جواب 69

تعاني هذه المريضة من خلع أمامي في كتفها الأيمن. يعد خلع الكتف من أكثر خلوع المفاصل شيوعاً، حيث تمثل ما يقرب من نصف حالات الخلع.

المفصل الحفاني العضدي عبارة عن مفصل كروي ومقبس متعدد المحاور، وبالتالي يمكن أن ينخلع في أي اتجاه. ومع ذلك، في معظم الحالات (90-98%) يكون أمامي.

ويعد الخلع الخلفي أقل شيوعاً وعادة ما يكون ثانوياً إما لنوبة صرع أو صدمة كهربائية.

من أجل تأكيد التشخيص، ينبغي إجراء التقييم الشعاعي. المناظر المستخدمة بشكل شائع هي المنظور الأمامي الخلفي مع المنظور الإبطي أو الكتفي. النقطة المهمة هي فحص المفصل بمنظورين مختلفين.

يتمتع المنظر الإبطي بميزة إظهار التجويف الحفاني، والذي قد يكشف أي كسر مرتبط.

يجب إجراء تقييم لكل من الوظيفة الوعائية والعصبية البعيدة لدى أي مريض يعاني من إصابة شديدة في الطرف. العلاقة الوثيقة بين مفصل الكتف والصفيرة العضدية تجعل إصابة العصب أكثر احتمالاً. الأعصاب الكعبري والإبطي هي الأكثر خطورة للإصابة.

تصل نسبة حدوث حالات إصابة العصب الإبطي في خلع الكتف الأمامي إلى 10%. يوفر العصب الإبطي الإحساس للجانب الوحشي من الجزء العلوي من الذراع، "منطقة شارة الفوج".

يمكن استبدال معظم حالات خلع الكتف الأمامي بالرد المغلق. مفتاح الرد الناجح هو ضمان التسكين المناسب. سيؤدي ذلك إلى استرخاء عضلات الكتف التي عادة ما تكون في حالة تشنج تقاوم أي حركة للمفصل. بعد الرد الناجح يجب أن يكون المريض قادراً على لمس طرف الكتف المقابل. ينبغي دعم الكتف بحامل ذراع، مع تأكيد شعاعي للرد.

## النقاط الأساسية

- يجب إجراء فحص عصبي شامل قبل رد أي خلع مفصل.
- يجب فحص الصور الشعاعية بعناية لكشف أي كسر مرتبط.
- يعد التسكين المناسب أمراً بالغ الأهمية خلال عملية الرد.

## حالة 70: السقوط عند كبار السن

## القصة السريرية

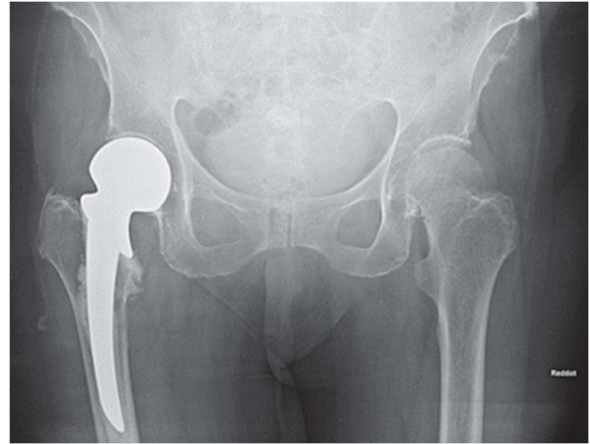
تم إحضار امرأة تبلغ من العمر 78 عاماً إلى قسم الطوارئ بعد سقوطها في المنزل. وهي تشكو من ألم شديد يؤثر على الساق والفخذ الأيسر، ولا تستطيع النهوض منذ سقوطها. وبعد مزيد من الاستجواب كانت المريضة تعالج بالستيرويدات من ألم العضلات الروماتيزمي على مدار الـ 12 شهرًا الماضية وكانت قد تعرضت لإصابة في الورك الأيمن منذ 5 سنوات دواءها الآخر الوحيد هو رامبيريل لارتفاع ضغط الدم الأساسي تعيش بشكل مستقل في منزل مكون من ثلاث غرف نوم وطابقين، وقد تزلت منذ 4 سنوات. لديها ابن داعم يزورها عادة مرة واحدة في الأسبوع.

## الفحص السريري

تشعر المريضة الآن بالارتياح بعد إعطائها كبريتات المورفين عن طريق الوريد. تبدو ساقها اليسرى أقصر من ساقها اليمنى ومدورة للخارج. إنها غير قادرة على رفع ساقها بشكل فعال وأي محاولة لتحريكها بشكل سلبي تؤدي إلى الألم. النبض والإحساس في القدم طبيعيان.

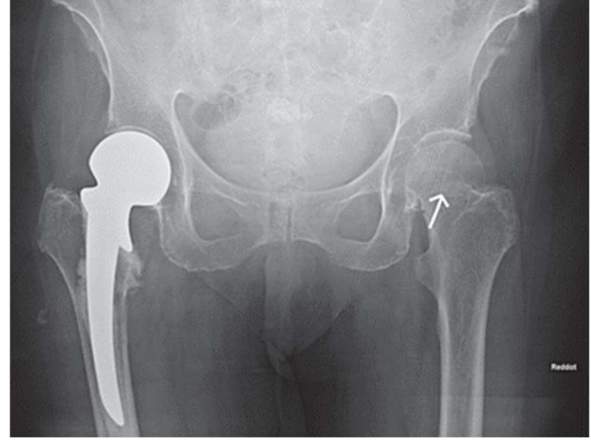
## الأسئلة

- ما هو التشخيص المبين في الشكل. 1.70 وماذا يظهر؟
- ماهي المعلومات الأخرى ذات الصلة التي ترغب في استخلاصها من التاريخ المرضي؟
- ما هو العلاج والتدبير الإضافي لهذه المريضة؟
- لماذا يعد التاريخ الاجتماعي مهم لهذه المريضة بشكل خاص؟



الشكل 1.70 صورة شعاعية للحوض.

عانت هذه المرأة من كسر في عظم الفخذ (داخل المحفظة). تظهر الصورة الشعاعية أيضا وركا اصطناعيا على الجانب الأيمن، بعد إصابة سابقة مماثلة (السهم في الشكل 2.70).



الشكل 2.70 كسر عنق الفخذ في اليسار (أمامية-خلفية).

يعد كسر عنق عظم الفخذ إصابة شائعة نسبيا بعد السقوط لدى كبار السن. يتضاعف معدل كسور الورك كل عقد بدءا من العام الخمسين من العمر. هناك رجحان للإناث بنسبة ثلاثة إلى واحد. هذه المرأة معرضة لخطر كبير بشكل خاص بسبب استخدامها للستيروئيد على المدى الطويل. لقد أصبحت الآن توصية كتيب الوصفات الوطني البريطاني (BNF) أن المرضى الذين يتناولون المنشطات على المدى الطويل يجب أن يحصلوا على علاج مصاحب للوقاية من هشاشة العظام هناك نوعان مختلفان من كسور عنق عظم الفخذ داخل المحفظة وخارج المحفظة.

الكسور النازحة التي تكون داخل المحفظة تعطل إمداد الدم داخل العظم؛ ويأتي ما تبقى من إمدادات الدم من الأوعية الشبكية ومن شريان العضلة المدورة. هذا عادة لا يكون كافيا لتوفير ما يكفي من التغذية للسماح بشفاء الكسر، مما يؤدي إلى نخر لا وعائي لرأس الفخذ. في هذه الحالة لا يكون الكسر قابلا للتثبيت وبدلا من ذلك تتم إزالة الرأس وعنق الفخذ القريب واستبدالهما بعملية تقويم مفاصل نصفية. الكسور خارج المحفظة لا تؤثر على إمداد الدم إلى رأس الفخذ، لذلك يمكن علاجها عن طريق التثبيت أي برغي الورك الديناميكي.

بغض النظر عن نوع الكسر يظل العلاج الأولي كما هو وهو ينطوي على توفير تسكين مناسب، عادة بشكل مورفين في الوريد. يعد الإنعاش بالسوائل عن طريق الوريد أمرا ضروريا لأن هؤلاء المرضى ربما كانوا عاجزين لبعض الوقت وسيعانون من فقدان الدم بشكل ثانوي بسبب الكسر. وبما أن هؤلاء المرضى من المحتمل أن يحتاجوا إلى عملية جراحية، فإنهم يحتاجون إلى متابعة كاملة للتعافي ويشمل ذلك اختبارات الدم (وظيفة الكلى، وتعداد الدم الكامل وفصيلة الدم وحفظها) وتخطيط قلب وصورة صدر إذا لزم الأمر سريريا.

كجزء من التقييم الأولي، من المهم أخذ القصة بشكل كامل ودقيق مع التركيز على آلية الإصابة. من غير الصحيح افتراض أن جميع حالات السقوط ميكانيكية فمن الشائع أن نجد أن سبب السقوط هو في الواقع انتان في المسالك البولية أو الصدر أو حتى احتشاء عضلة القلب الصامت. التاريخ الاجتماعي للمريض مهم جدا أيضا. تعتبر تدخلات أخصائي العلاج الطبيعي والمعالجين المهنيين ضرورية لضمان وجود حزمة رعاية اجتماعية كافية للخروج من المشفى.

#### النقاط الأساسية

- تصنف كسور عنق الفخذ إما داخل المحفظة أو خارج المحفظة.
- يعتمد العلاج الجراحي على نوع الكسر المحدث.

## حالة 71: ألم الورك الأيسر

## القصة السريرية

جاءت امرأة تبلغ من العمر 67 عاماً لرؤيتك في العيادة الخارجية لجراحة العظام تشكو من ألم في الفخذ الأيسر. كان الألم موجوداً خلال الأشهر الـ 12 الماضية وأصبح أسوأ تدريجياً استجابت في البداية للإيبوبروفين والباراسيتامول، لكن الألم الآن يبقيها مستيقظة في الليل. وخلال فترة زمنية مماثلة كان هناك انخفاض في القدرة على الحركة وهي الآن تستخدم العصا عند الخروج. لم يكن هناك قصة رض ولا توجد أعراض عصبية. ولقد خضعت لعملية استئصال الثدي بسبب سرطان الثدي منذ 15 عاماً. إنها تأخذ عقار تاموكسيفين وأوميبرازول.

## الفحص السريري

تعاني من زيادة الوزن حيث يبلغ مؤشر كتلة الجسم لها (BMI=31) وهي تمشي فقط بعد أخذن المسكنات ولديها ايجابية اختبار تراندلبروغ. لا يوجد تشوه واضح في الأطراف السفلية وأطوال الساق الحقيقية متساوية. هناك تقييد لجميع حركات الورك الأيسر، وخاصة الدوران الداخلي والخارجي. وفحص ظهرها وركبتها غير ملحوظة. النبض مجسوس في القدم والاحساس في الساق طبيعي.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية للحوض، وتظهر بالشكل 1.71.



الشكل 1.71 صورة شعاعية للحوض.

## الأسئلة

- ماذا تظهر الصورة الشعاعية؟
- ما هو اختبار تراندلبروغ الإيجابي؟
- ما هي خيارات علاج الحالة؟

تعاني هذه المرأة من التهاب المفاصل التنكسي (الفصال العظمي) في مفصل الورك الأيسر. ولديها انقراص المسافة المفصالية وتصلبات حول المفصل في مفصل الورك الأيسر (الشكل 2.71).



**الشكل 2.71** التهاب مفصل الورك التنكسي (أمامية-خلفية).

التهاب المفاصل التنكسي (الفصال العظمي) هي السبب الأكثر شيوعاً لضمور المفاصل. الأقل شيوعاً هو التهاب المفاصل التنكسي الثانوي حيث توجد مجموعة متنوعة من العوامل المسببة المختلفة بما في ذلك الخلع التنموي (الخلقي) للورك وانزلاق عظم الفخذ العلوي وتآكل العظم والرضوض.

يشعر المرضى عادة بالألم في الفخذ قد يمتد إلى الركبة وعادة ما يحدث بعد فترات من النشاط. ومع تقدم الحالة يصبح الألم أكثر ثباتاً ويمكن أن يسبب اضطراباً في النوم. قد تشمل الأعراض الأخرى صعوبة الحركة والرج.

يفحص اختبار تراندلبروغ قوة ووظيفة عضلات الورك المبعدة. يجب على الفاحص إجراء الاختبار عن طريق جعل المريض يقف أولاً على الساق السليمة ثم يثني الساق الأخرى عند الركبة. ويتكرر هذا بالنسبة للساق المصابة. في الحالة الطبيعية يظل الحوض مستقراً بواسطة الألوية الوسطى التي تعمل كمبعدة في الساق الداعمة. تظهر النتيجة الإيجابية عندما يكون المريض يعاني من ضعف أو خلل ميكانيكي في الألوية الوسطى. وينتج عن هذا "ترهل" الحوض للأسفل على الجانب المقابل. في هذه الحالة عندما وقفت المريضة على ساقها اليسرى أدى ضعف الألوية الوسطى في هذا الجانب إلى هبوط الجانب الأيمن من الحوض للأسفل تظهر مشية تراندلبروغ نفس آلية المبعدة الضعيفة. عادة عند المشي تعمل العضلات المبعدة للورك على رفع الحوض والساق الأخر أثناء مرحلة التراجع. إذا كانت العضلات المبعدة لا تعمل فإن الحوض سوف يميل نحو الأسفل نحو القدم المرفوعة.

#### ! الموجودات السريرية المكررة المشاهدة في الداء التنكسي (الفصال العظمي)

- يتم تثبيت الساق المصابة بوضع التقريب وفي حالة دوران خارجي
- اختبار توماس إيجابي: يوضح تشوه الثني الثابت
- تقييد حركات مفصل الورك
- الفحص الطبيعي للركبة والظهر

تشير الأعراض المتقدمة والألم الذي تعاني منه هذه المرأة أثناء الليل إلى أنها ستستفيد من عملية استبدال مفصل الورك.

#### النقاط الأساسية

- يتم استخدام اختبار تراندلبروغ لتحديد قوة ووظيفة عضلات الورك المبعدة.

## حالة 72: تقييم إصابات الكاحل

## القصة السريرية

أحضر رجل ابنه البالغ من العمر 17 عاماً إلى قسم الطوارئ بعد أن سقط من لوح التزلج الخاص به منذ الظهرية. وهو يشكو من تورم وألم في كاحله، ولا يستطيع تحمل وزنه بالكامل على ساقه اليمنى. وغير ذلك فهو نشط وبصحة جيدة. آخر مرة أكل كانت شطيرة منذ 7 ساعات.

## الفحص السريري

تم تقييمه من قبل ضابط الطوارئ، الذي ذكر أنه يحتاج إجراء أشعة سينية بناءً على قواعد أوتاوا.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية، وتظهر بالشكل 1.72.



الشكل 1.72 صورة شعاعية للكاحل.

## الأسئلة

- ما هي قواعد أوتاوا؟
- ماذا تظهر الصورة الشعاعية؟
- ما هو التدبير الأولي؟

تم تطوير قواعد أوتواو لمساعدة الأطباء على اتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت إصابة الكاحل (أو منتصف القدم) تتطلب تقييماً شعاعياً:

- ألم عظمي عند الحافة الخلفية أو البعيدة 6 سم أو الطرف الأنسي أو الجانبي للكعب
- ألم عظمي عند قاعدة مشط القدم الخامس (في حالة إصابات القدم)
- ألم عظمي في العظم الزورقي (في حالة إصابات القدم)
- عدم القدرة على تحمل الوزن مباشرة بعد الإصابة والمشى أربع خطوات في قسم الطوارئ.

يجب أن يتم تصوير جميع الإصابات العظمية المشتبه بها بالأشعة السينية في وضعيتين مختلفتين على الأقل (عادة أمامية خلفية-وجانبية) لإظهار ما إذا كان هناك كسر.

لتقييم إصابات الكاحل يتم إجراء صور بوضعية مورتييس وصور جانبية.

في هذه الحالة يكون المريض قد تعرض لكسر في الكعب الأنسي (الأسهم في الشكل. 2.72).



الشكل 2.72 الكعب الأنسي المكسور.

المبادئ الأولية لعلاج أي كسر مغلق هي نفسها.

بعد تشخيص كسر الكاحل، يجب تثبيت الكسر. عادة ما يتضمن ذلك تطبيق "جبيرة خلفية" (جص من قالب باريس عبارة عن أسطوانة نصف مكتملة مما يعني أن أي تورم ناتج غير مقيد). من المهم أن يتم تزويد المريض بالمسكنات الكافية.

إن عملية تثبيت الكسر سوف تقلل من حركة الكسر وبالتالي تساعد في السيطرة على الألم. سيسمح التثبيت أيضا برفع الكاحل والساق لتقليل التورم. المراحل التالية في التدبير هي تقريب الكسر وتثبيتته. في هذه الحالة سوف يحتاج الكاحل إلى التثبيت الجراحي. من المحتمل أن يتم تنفيذ ذلك بسرعة لأن المريض قد صام لأكثر من 6 ساعات. ومع ذلك إذا كان الكاحل متورماً للغاية وكان هناك قلق من تعرض الأنسجة الرخوة للخطر فتستطيع تأجيل العملية لعدة أيام.

#### النقاط الأساسية

- يمكن استخدام قواعد أوتواو لتحديد ما إذا كان التقييم الشعاعي لإصابة الكاحل مطلوباً أم لا.

## حالة 73: ركلة متورمة ومؤلمة

## القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 63 عاما مصاب بداء السكري المعتمد على الأنسولين إلى قسم الطوارئ يشكو من ألم يؤثر على ركبته اليمنى. لا يوجد لديه تاريخ لرضوض كبيرة وبعد مزيد من الاستجواب لاحظ أثناء عمله في الزراعة قبل أيام قليلة أنه أصيب بخدش صغير في الجلد في تلك المنطقة.

## الفحص السريري

كان يعاني من الحمى (درجة الحرارة 37.8 درجة مئوية)، وضغط الدم لديه 86/160 ملم زئبق. ومعدل نبضه 96/دقيقة. يكشف فحص ركبته اليمنى عن مفصل أحمر منتفخ حساس وألمس. تؤدي محاولة تحريك ركبته بشكل نشط وسليبي إلى حدوث ألم شديد. لا يوجد أي خلل يمكن العثور عليه بفحص الكاحل والورك الأيمن.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.2 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76-96 fL	
White cell count (WCC)	$15.6 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$289 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Erythrocyte sedimentation rate	34 mm/h	10-20 mm/h	
Sodium	135 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	44-80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein	145 mg/L	<5 mg/L	

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالا؟
- ما الذي يجب أن يتضمنه التدبير الأولي؟

هذا الرجل يعاني من التهاب المفاصل الإنتاني في الركبة اليمنى. يمكن أن يرتبط الاحمرار والتورم الموضعي بأي التهاب مفاصل أحادي التهابي، لكن التهاب المفاصل الإنتاني هو تشخيص تفريقي مهم يقترحه هنا التاريخ المرضي ونتائج الفحص واختبارات الدم. يمكن أن يؤثر التهاب المفاصل الإنتاني على أي مفصل. والمفاصل الأكثر إصابة هي الركبة 50% من الحالات يليها الورك 20% والكتف 8% والكاحل 7% والمعصم 7%.

المكورات العنقودية المذهبة هي السبب في الغالبية العظمى من حالات التهاب المفاصل البكتيري الحاد لدى البالغين. وتمثل أنواع المكورات العقدية، مثل المكورات العقدية الخضراء، والمكورات العقدية الرئوية، والمكورات العقدية من المجموعة ب، 20% من الحالات وتشارك العصيات الهوائية سلبية الغرام في 20-25% من الحالات.

قد تغزو الكائنات الحية المفصل عن طريق الغزو المباشر، أو تنتشر من الأنسجة المصابة المجاورة، أو عن طريق مجرى الدم، وهو الطريق الأكثر شيوعاً.

بعد الاستقرار الأولي للمريض (قد يكون مريضاً مع ظهور علامات الصدمة الإنتانية)، يجب سحب المفصل. يجب إرسال السائل المبزول إلى المختبر لإجراء فحص مجهري للبحث عن خلايا القيح ودليل على وجود عدوى بكتيرية. وينبغي أيضاً فحص السائل باستخدام الفحص المجهري المستقطب للبحث عن وجود بلورات. هذا من أجل استبعاد التشخيص التفريقي للاعتلال المفصلي البلوري (النقرس أو النقرس الكاذب).

اختبارات الدم يمكن أن تكون مفيدة لأنها تشير إلى وجود العدوى (ارتفاع WCC وعلامات الالتهاب). بالإضافة إلى ذلك، يجب إرسال مزارع الدم لأنها قد تعزل الكائن المسبب للمرض. يجب أن يكون علاج المفصل الإنتاني سريعاً وفعالاً. يجب أن يخضع المفصل لغسيل شامل يليه التثبيت.

ينبغي إعطاء جرعة عالية من المضادات الحيوية التجريبية عن طريق الوريد حتى تتوفر لكي تقضي على الجراثيم الحساسة. النتيجة الرئيسية للعدوى البكتيرية هي تلف الغضروف المفصلي. قد يكون هذا نتيجة للخصائص المرضية للكائن المعدي أو الاستجابة المناعية للمضيف. التأخر في التشخيص والعلاج سيؤدي إلى ضعف أداء المفصل.

## النقاط الأساسية

- المكورات العنقودية المذهبة هي المسبب الأكثر شيوعاً وينبغي العلاج الفوري للحالة لمنع حدوث ضرر دائم للمفصل.

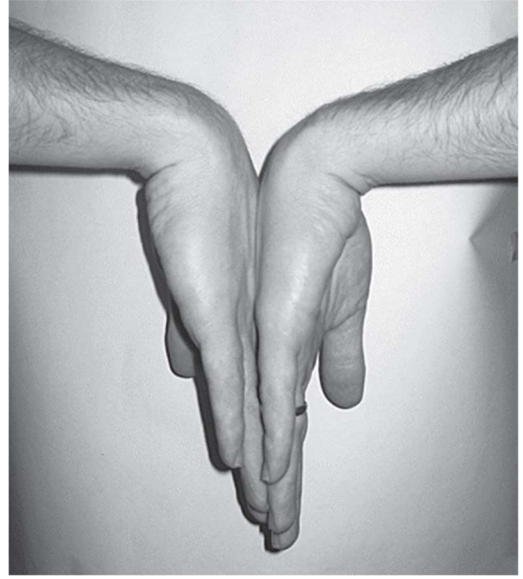
## حالة 74: ألم اليدين

## القصة السريرية

زارت امرأة تبلغ من العمر 32 عاماً وهي حامل في الأسبوع 36 طبيبها العام وتشكو من ألم يؤثر على كلتا يديها تطور الألم خلال الأسبوعين الماضيين ويزداد سوءاً في الليل. كما تصف أيضاً الإحساس بالوخز، خاصة في أصابع السبابة والوسطى. ومن أجل تخفيف الألم، تقوم المريضة بهز يديها لتنشيط الدورة الدموية. لا يوجد تاريخ لأي إصابة في الرقبة، والألم يمتد فقط إلى المرفقين.

## الفحص السريري

لا يظهر الفحص أي خلل في اليدين حيث النبض الكعبري والتروية الشعرية طبيعيين.



الشكل 1.74

## الأسئلة

- ما هو الاختبار الموضح في الشكل السابق؟
- ما هو الاختبار السريري الإضافي الذي يمكن إجراءه لدعم التشخيص؟
- ما هو السبب المتوقع لمشكلة هذا المريض؟
- كيف يمكن تدبيرها بشكل أفضل؟

هذه المرأة تعاني من متلازمة النفق الرسغي هذه الحالة إلى ضغط العصب المتوسط أثناء دخوله إلى اليد من خلال "نفق" يتكون من القيد المثني. أي انخفاض في هذه المساحة المحدودة يؤدي إلى الألم والوخز على طول مسار العصب الناصف. يحتوي العصب الناصف على وظائف حسية وحركية حيث يوفر الاحساس بالجانب الراحي من الإبهام والسبابة والأصبع الوسطى ونصف البنصر. وهذا يؤدي إلى الإحساس بوخز الذي يؤثر على جزء فقط من اليد. يتم إمداد المحرك بالعضلات، "LOAF" أي العضلات الجانبية القطنية، والعضلات المعاكسة لإبهام اليد، والعضلة المبعدة لإبهام اليد القصيرة، والعضلة القابضة لإبهام اليد القصيرة. إذا كان المريض يعاني من متلازمة النفق الرسغي الشديدة أو الطويلة الأمد، فسوف يشكو من الضعف وقد تكون هناك علامات على هزال العضلات فوق بروز الرافعة.

تتضمن الاختبارات المستخدمة لدعم تشخيص متلازمة النفق الرسغي محاولة الضغط بشكل أكبر على العصب المتوسط لمعرفة ما إذا كان من الممكن تكرار أعراض المريض الاختبار الموضح في الشكل 1.74 هو اختبار فالين، والذي يتضمن وضع المعصم في أقصى قدر من الانثناء لمدة دقيقة واحدة. الاختبار البديل هو اختبار تينيل، حيث ينقر الفاحص على الجانب الراحي من الرسغ، من أجل معرفة ما إذا كان الوخز/التميل يحدث في التوزيع الناصف للأعصاب.

من المهم، عند فحص مريض يشتبه في إصابته بمتلازمة النفق الرسغي يجب فحص الرقبة والكتف والإبط بعناية. تشير أعراض الألم وتشوش الحس القريب من النفق الرسغي، أي هبوط القرص العنقي، وكتلة العقدة الليمفاوية إلى وجود اعتلال عصبي انحباسي، وقد يكون مصدر الضغط العصبي هي العقد الإبطية التي تضغط على الضفيرة العضدية. عندما يكون التشخيص غير مؤكد، يمكن إجراء الاختبارات الفيزيولوجية الكهربائية مخطط كهربائية العضل (EMGs) لتحديد ما إذا كان العصب الناصف مضغوطاً وعلى أي مستوى.

#### ! أسباب متلازمة النفق الرسغي

- مجهول السبب
- التهاب المفاصل الرثياني
- كسر في المعصم
- قصور الغدة الدرقية
- الحمل
- القصور الكلوي

قد تكون جوائز المعصم هي العلاج الأنسب لهذه المريضة وهي حامل، فمن المرجح أن تتحسن أعراضها بعد الولادة. تشمل العلاجات البديلة حقن الستيروئيد حول النفق الرسغي لتقليل أي تورم والتهاب مصاحب. العلاج النهائي هو تحرير النفق الرسغي والذي يمكن أن يتم إما بالمنظار أو كإجراء مفتوح يجب أن تتحسن أعراض هذه المريضة بعد ولادة طفلها.

#### 🔑 النقطة الأساسية

- يمكن استخدام دراسات تخطيط كهربائية العضل (EMG) لتأكيد تشخيص متلازمة النفق الرسغي.

## حالة 75: الألم غير المتناسب

## القصة السريرية

تم استدعاؤك إلى جناح الجراحة العظمية لرؤية رجل يبلغ من العمر 42 عاماً تم إدخاله إلى المستشفى في وقت سابق من اليوم بعد تعرضه لحادث دراجة نارية. لقد أصيب بكسر مغلق في قصبه الساق والشظية وتم علاجه بلوح خلفي تحسباً لإجراء عملية جراحية غداً. أفاد طاقم التمريض أنه يشكو من الألم على الرغم من تلقيه 20 ملغ من المورفين الوريدي. بخلاف ذلك فهو لائق وبصحة جيدة. وهو يدخن 20 سيجارة يوميا ويستهلك في المتوسط 40 وحدة من الكحول أسبوعياً.

## الفحص السريري

يشعر المريض بعدم الراحة الواضحة. يبلغ ضغط دمه 90/160 ملم زئبقي ومعدل النبض 100/دقيقة. لاتزال الساق المصابة ملفوفة بضمادة من الكريب تغطي اللوحة الخلفية وكما يمكن الشعور بنبض أسفل القدم بشكل طبيعي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الذي يجب مراعاته؟
- ماهي الاختبارات التي يمكن إجراؤها بجانب السريري لتأكيد التشخيص؟
- ما هي الخطوات الأولية في تدبير هذه الحالة؟

يحتاج هذا المريض إلى تقييم عاجل لأنه ربما أصيب بمتلازمة الحجرات.

حيث يوجد داخل الأطراف عدد من الأجزاء الليفية العضلية تتكون هذه العضلات من ألياف موجودة داخل بنية ذات حجم ثابت نسبياً، تحدها طبقات ليفية وعظام. بعد الصدمة يزداد الضغط في حجرة الليف العضلي. قد يتجاوز هذا الضغط الشعري الوريدي، مما يؤدي إلى فقدان التدفق الوريدي من الحجرة. يؤدي الفشل في إزالة المستقلبات أيضاً إلى تراكم السوائل نتيجة التناضح. إذا تركت دون علاج، فإن الضغط سوف يتجاوز في نهاية المطاف الضغط الشرياني، مما يؤدي إلى نقص تروية الأنسجة بشكل كبير حيث الضرر لا يمكن إصلاحه بعد 4-6 ساعات.

تعد كسور الظنوب السبب الأكثر شيوعاً لمتلازمة الحيز الحادة، والتي يعتقد أنها تؤدي إلى حدوث ما يصل إلى 20% من هذه الإصابات. والدليل في هذا المريض هو حقيقة أنه لا يزال يعاني من ألم شديد على الرغم من المسكنات الأفيونية في الوريد. قد يكون من الصعب تحديد الوصف الكلاسيكي لـ "الألم الذي لا يتناسب مع الإصابة" إذا كان الطبيب عديم الخبرة. يعد التمدد السلبي للعضلات في الحيز المصاب اختباراً مفيداً جداً بجانب السرير. في هذه الحالة، إذا كان التمدد السلبي لأصابع القدم يسبب الألم، فإن هذا يشير إلى زيادة الضغط في الجزء الخلفي من الساق. يمكن أيضاً قياس ضغوط الحجرة مباشرة باستخدام قسطرة شقوية.

يجب أن يكون الطرف مكشوفاً بشكل كامل على الرغم من أن اللوحة الخلفية ليست جبيرة كاملة ولكن الضمادات التي تغلفها قد تؤدي لاستمرار الانسداد. حيث العلاج النهائي هو بضع اللفافة لتخفيف الضغط على الأجزاء الليفية العضلية ذات الصلة.



- يجب التعامل مع متلازمة الحجرات المشتبه بها على الفور لتجنب الإصابة الدائمة بتلف العضلات.

## حالة 76: تشوه ركبة الرياضي

## القصة السريرية

تم إحضار فتاة تبلغ من العمر 16 عاماً إلى قسم الطوارئ بواسطة سيارة الإسعاف وهي تشكو من ألم في الركبة اليسرى. كانت تمارس رياضة الجمباز في المدرسة وتذكر أنه حدث الالتواء ثم شعرت بالألم شديد حول ركبتها. تاريخها الطبي السابق غير عادي. لديها حساسية من البنسلين. أفادت والدتها أن المريضة وشقيقتها لديهم دخول سابق "مفصلاً مزدوجاً".

## الفحص السريري

إنها تحمل ركبتها اليسرى المتورمة في وضع مثني. هناك تشوه واضح مع انتفاخ بارز في الجانب الجانبي للركبة. إنها مترددة جداً في تحريك ركبتها بنشاط. حالة الأوعية الدموية العصبية البعيدة طبيعية.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الإجراءات التي يمكن إجراؤها لتخفيف الألم وتصحيح التشوه؟
- ما هي الإجراءات الإضافية لتدبير الإصابة؟

تعاني المريضة من خلع رضفة الرضفة. تكون الإصابة أكثر شيوعاً عند المراهقات وفي المرضى الذين يعانون من تراخي المفاصل. يمكن للمرء أيضاً أن يكون لديه استعداد تشريحي للخلع: اللقمة الفخذية الجانبية الصغيرة نسبياً، أو أرواح الجين ('الركبتين المطرقتين')، أو الرضفة ألتا (الرضفة المرتفعة) أو ضعف عضلات الفخذ الرباعية.

موجودات الفحص إن نتائج الفحص المتمثلة في ثني الركبة المنتفخة وانتفاخ كبير جانبيا (خلع الرضفة وسطياً نادر) يجب أن يدفع الطبيب إلى إجراء التشخيص. لا يلزم إجراء أشعة سينية أولية لأنه من المهم رد الرضفة المخلوعة في أسرع وقت ممكن.

يتم تحقيق ذلك من خلال جعل المريض يستلقي على ظهره مع ثني الورك يجب بعد ذلك تمديد الركبة بشكل سلبي بينما يتم تطبيق الضغط الإنسي على الرضفة بعد الرد يجب إجراء صورة شعاعية بوضعية جانبية أمامية وخلفية وأن نحصل على منظر أفقي للرضفة على الرغم من الأذية على مستوى هياكل الأنسجة الرخوة المتوسطة للركبة إلا أن هناك 5% من الحالات مرافقة للكسر العظمي الغضروفي.

كما يفيد التصوير الشعاعي العادي في كشف التشوهات التشريحية التي تكون كعوامل خطورة لخلع الرضفة ونظراً لأن هذه هي الإصابة الأولى من خلع الرضفة الجانبية المؤلم، دون أي كسر مرتبط بها، فيجب علاجها بشكل محافظ حيث يجب تثبيت الركبة بشكل ممتد، للسماح للرباط الفخذي الرضفي الإنسي بالشفاء.

يعد العلاج الطبيعي ضرورياً لبناء قوة العضلات وزيادة ثبات المفصل الرضفي الفخذي. ولسوء الحظ، فإن ما يصل إلى 50% من المرضى سيعانون من نوبات متكررة من عدم الاستقرار في رضفة الركبة، الأمر الذي سيتطلب التدخل الجراحي.

## النقاط الأساسية



- يعد خلع الرضفة أكثر شيوعاً عند المراهقات.
- كذلك سيعاني أكثر من 50% من المرضى من أعراض متكررة قد تتطلب التدخل الجراحي.

## حالة 77: ركبة لاعب كرة القدم

## القصة السريرية

وصل عامل بناء يبلغ من العمر 34 عاماً إلى قسم الطوارئ بعد أن أصيب في ركبته اليسرى في ظهر ذلك اليوم أثناء لعب كرة القدم. يصف كيف تم تعرضه للإصابة حيث شعر بالتواء ركبته إلى الداخل. مباشرة بعد الإصابة بدأت ركبته تتورم ولم يتمكن من مواصلة اللعب. وهو الآن لا يتمتع سوى بحركة محدودة في ركبته ولا يستطيع المشي وما عدا ذلك فهو لائق وبصحة جيدة ولا يتناول أي دواء بشكل منتظم. لديه زوجة وطفلان ويدخن 20 سيجارة يومياً. متوسط تناوله للكحول هو 34 وحدة في الاسبوع.

## الفحص السريري

تم تثبيت الركبة بزواية 30 درجة تقريباً وهناك تورم وانصباب واضح وعند الجس يحدث مضمض موضع على الخط المفصلي الظنوبي الفخذي الانسي و لا يمكن تمديد الركبة بشكل كامل سواء بشكل سلبي أو نشط وكذلك يبدو الاستقرار الرباطي للركبة طبيعياً. والفحص العصبي الوعائي ضمن الطبيعي.

## الأسئلة

- ماهي الإصابة المحتملة؟
- ماهي الأسباب الأخرى للنزف المفصلي؟
- كيف ينبغي التعامل مع هذا المريض؟

تعرض هذا الرجل لإصابة في الغضروف المفصلي. تؤدي معظم إصابات الركبة إلى تورم يتطور على مدار ساعات وليس دقائق. يشير تاريخ التورم الفوري في الركبة إلى وجود داء مفصلي. (يمكن تأكيد ذلك بسهولة عن طريق سحب بضع مليلترات من السائل من المفصلي باستخدام تقنية معقمة).

### ! أسباب النزف الدموي المفصلي

- التمزق الصليبي الأمامي في 75٪ من الحالات
- تمزق الغضروف المفصلي
- الكسر
- داء المفصل الدموي التلقائي (الهيموفيليا)

من المؤلف أن نتعرض للإصابة الصليبية والغضروف الهلالي بوقت واحد. من الناحية العملية، ثبات الرباط في الركبة المصابة بشكل حاد وإجراء تشخيص نهائي من خلال الفحص السريري وحده. ومع ذلك، في هذه الحالة، تشير نتائج الركبة "المقفل"، وحقبة أنه لا يوجد قصور في الرباط، إلى إصابة هلالية معزولة. السبب الكلاسيكي للركبة "المنغلقة" بشكل حاد هو "تمزق الغضروف المفصلي". يشير هذا إلى تمزق طولي كامل السماكة في الغضروف المفصلي. يمكن أن تنقلب السديلة التي تم إنشاؤها إلى المفصل الموجود على الجانب الآخر من اللقمة الفخذية، مما يمنع الامتداد الكامل للركبة.

يتم إمداد الغضروف المفصلي بالدم في محيطه أي "المنطقة الحمراء" أما الجزء الداخلي "الأبيض" فهو غير وعائي. وتتعلق أهمية ذلك بموقع التمزق في الغضروف المفصلي؛ إذا اقتصررت الإصابة على المنطقة الحمراء، فهناك إمكانية للإصلاح والشفاء اللاحق. في هذا السيناريو، ينبغي نقل المريض إلى غرفة العمليات لإجراء تنظير المفصل. بالإضافة إلى السماح بـ "فتح" الركبة، فإن ذلك سيوفر تشخيصاً نهائياً، مع إمكانية إصلاح تمزق الغضروف المفصلي.

### النقاط الأساسية

- يشير وجود تورم فوري عقب الإصابة في الركبة إلى الإصابة بالنزف المفصلي
- يمكن أن يكون سبب الركبة المقفلة هو تمزق الغضروف المفصلي.

## حالة 78: الطرف المولم في مرض الخلية المنجلية

## القصة السريرية

حضر صبي يبلغ من العمر 15 عاماً مصاب بفقر الدم المنجلي إلى قسم الطوارئ مع ألم في ساقه اليمنى. تفاقم الألم خلال الأيام الأربعة الماضية وهو الآن بالكاد قادر على المشي. لديه حمى وخمول مصاحبان. لا توجد قصة رض وهو يتناول البنسلين الوقائي.

## الفحص السريري

درجة حرارته 37.8°C ومعدل النبض 114/دقيقة. نسبة تشبع الأكسجين لديه هي 91% على هواء الغرفة. يبدو متوعكاً ويعاني من ألم شديد. لا يوجد أي خلل واضح في ساقه اليمنى. لديه ليونة شديدة في فخذه الأيمن. حركات وركه وركبته طبيعية. الفحص الوعائي العصبي لطرفه غير ملحوظ.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	6.3 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76-96 fL	
White cell count (WCC)	$15.6 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$289 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	89 mm/h	10-20 mm/h	
Sodium	137 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	9.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	44-80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein (CRP)	137 mg/L	<5 mg/L	

## الأسئلة

- ما هو سبب الألم؟
- كيف ينبغي علاج هذا المريض بشكل حاد؟
- ما هو التشخيص التفريقي لدى مريض فقر الدم المنجلي؟

فقر الدم المنجلي هو مرض وراثي جسي متنتحي ينتج عن استبدال حمض الجلوتاميك بحمض الفالين في الموضع 6 من جين بيتاجلوبين، مما يؤدي إلى إنتاج شكل معيب من الهيموجلوبين، الهيموجلوبين (S) HbS. تؤدي إزالة الأكسجين من HbS إلى تشويه خلايا الدم الحمراء إلى الشكل المنجلي الكلاسيكي. الخلايا المنجلية أقل تشوها بكثير من الخلايا الحمراء الطبيعية ويمكن أن تعيق دوران الأوعية الدقيقة. وهذا يؤدي إلى نقص الأكسجة في الأنسجة، مما يسبب المزيد من التمنجل.

يجب علاج المرضى الذين يعانون من نوبة منجلية باستخدام الأكسجين عالي التدفق والتسكين بالأفيونات والإنعاش بالسوائل. إذا كان يُعتقد أن العامل المسبب هو العدوى، فيجب البدء بتناول المضادات الحيوية عن طريق الوريد.

### ! مسببات أزمة الخلية المنجلية

- الجفاف
- النزيف
- العدوى
- نقص الأكسجة
- التعرض للبرد
- المخدرات والكحول
- الحمل والإجهاد

تعد آلام الأطراف والظهر من الأعراض الشائعة لمرضى الخلايا المنجلية. يعتبر التهاب العظم والنقي تشخيص تفريقي، على الرغم من أن احتشاء العظام الناتج عن الأزمة المنجلية أكثر شيوعاً بـ 50 مرة.

الحالتان لهما أعراض مشابهة مع ميزات مشتركة:

- الألم
- الحمى
- الليونة
- الالتهاب
- ارتفاع المشعرات الالتهابية (CRP, ESR and WCC).

تكون الصور الشعاعية ذات استخدام محدود في المرحلة الحادة من التهاب العظم والنقي، حيث لا يصبح تدمير العظام ورد الفعل السمحاقى واضحا إلا بعد مرور 10 أيام على الأقل. الاستقصاء الأكثر حساسية هو فحص العظام بالتكنيسيوم والذي يُقال إنه يكشف عن علامات التهاب العظم والنقي بعد 3 أيام. يعد التصوير بالرنين المغناطيسي مفيداً في كشف الخراجات، الشظايا العظمية والنواسير.

توفر رشفة العظم بالإبرة الدقيقة تشخيصاً نهائياً ويمكنها عزل العضيات المسببة للمرض. العضيات الأكثر شيوعاً هي المكورات العنقودية الذهبية. في مرضى فقر الدم المنجلي تظل هذه العضية المحتملة، ولكن يتم أيضاً عزل السالمونيلا والإمعاية بشكل شائع.

### النقاط الأساسية

- قد لا تظهر الأدلة الشعاعية لالتهاب العظم والنقي إلا بعد الأيام العشرة الأولى.
- ينبغي علاج أزمة الخلايا المنجلية في البداية باستخدام المسكنات والأكسجين والسوائل.

## حالة 79: إصابات الرقبة

## القصة السريرية

تم إحضار رجل يبلغ من العمر 27 عاماً إلى قسم الطوارئ بواسطة سيارة الإسعاف. لقد كان يلعب مهاجماً في مباراة للرجبي عندما انهار التجمع فجأة. وبعد إزالة التجمع، وجد واعياً على الأرض وغير قادر على تحريك ذراعيه أو ساقيه. ليس لديه قصة مرضية كبيرة في الماضي. لا يدخن ولا يشرب الكحول. يعمل بشكل طبيعي كمدير مصرف.

## الفحص السريري

المريض في حالة تأهب ويتحدث. إنه مستلقي على لوح العمود الفقري ورقبته مثبتة في طوق صلب. الصدر صافي مع أصوات تنفس جيدة في الرئتين. يبلغ ضغط دمه 42/92 ملم زئبقي ومعدل نبضه 62/دقيقة. أطرافه دافئة وبطنه لينة. يؤكد فحص جهازه العصبي الارتخاء الكامل لذراعيه وساقيه. ليس لديه أي إحساس من الكتفين إلى الأسفل، والمنعكسات غائبة.



الشكل 1.79 منظر وحشي للعمود الرقبي.

## الأسئلة

- ماذا يظهر التصوير؟
- ما هو التشخيص؟
- ما هو تفسير العلامات الحيوية للمريض؟

أصيب هذا الرجل بكسر في العمود الفقري العنقي وإصابة في الحبل الشوكي. الفحص الموضح عبارة عن صورة شعاعية جانبية للعمود الفقري الرقبي وتوضح خلع الكسر عند مستوى C5/C6 (السهم في الشكل 2.79).



الشكل 2.79 خلع كسر في مستوى C5/C6 (السهم)

بالإضافة إلى ذلك، تظهر على هذا المريض علامات الصدمة الشوكية العصبية. يحدث هذا بسبب عدم الاستقرار الحركي الوعائي وفقدان الجملة الودية نتيجة لتلف في الحبل الشوكي. إنه يعاني من انخفاض ضغط الدم ومن بطء القلب المتناقض، والذي لا ينبغي الخلط بينه وبين صدمة نقص حجم الدم التي يحدث بها انخفاض ضغط الدم وسرعة القلب.

يمكن أن يؤدي النوع "الارتجاجي" من إصابة النخاع الشوكي إلى شلل رخو عابر، "صدمة العمود الفقري"، والذي قد يتعافى خلال 24-72 ساعة ولكن قد يستغرق أسابيع. أي تحسن في المنعكسات القطعية له تأثير كبير على الإنذار، وينطبق عليه مصطلح "إصابة الحبل الشوكي غير الكاملة".

إذا لم يكن هناك عودة في الوظيفة الحركية أو الحسية إلى ما دون مستوى الإصابة، فهذه إصابة "كاملة" ولا يمكن توقع المزيد من التحسن.

تعتبر إصابات الرقبة عرضاً شائعاً لقسم الطوارئ. وينبغي أن تؤخذ جميعها على محمل الجد وأن يتم تقييمها بشكل مناسب. هناك عدد من الإرشادات (قواعد المجموعة الكندية الوطنية لاستخدام التصوير الشعاعي للنخاع الشوكي في الطوارئ NEXUS) التي تم وضعها لمساعدة الأطباء على استبعاد حدوث إصابة كبيرة.

تشير قواعد NEXUS إلى أنه يمكن أن تكون قادرا على "مسح" العمود الفقري العنقي سريريا، بحيث تستوفي الشروط التالية:

- مستوى وعي طبيعي (مقياس غلاسكو 15)
- لا يوجد دليل على التسمم
- لا يوجد إصابة مشتتة للانتباه
- لا يوجد توتر في الخط الأوسط الخلفي للعمود الفقري العنقي
- لا يوجد عجز عصبي بؤري

عند فحص مريض يشتبه في إصابته بالعمود الفقري الرقبي، فإن الإجراء الأول هو صورة شعاعية بسيطة للعمود الفقري العنقي. كجزء من بروتوكول الصدمة والحياة المتقدم (ATLS)، يتم إجراء صورة جانبية للعمود الفقري العنقي. سيؤدي هذا إلى كشف 85% من إصابات العمود الفقري العنقي وبالتالي فهو مفيد كاختبار تحري وفحص. ينبغي أيضا الحصول على صور أمامية-خلفية وشن المحور.

ومع ذلك، فإن التصوير الشعاعي العادي ليس معصوما من الخطأ، وعندما لا يزال هناك شك سريري في إصابة العمود الفقري العنقي، فيجب إجراء فحص التصوير المقطعي المحوسب (CT).

#### النقاط الأساسية

- يجب تثبيت جميع إصابات العمود الفقري المشتبه بها قبل التقييم السريري. تليها الاستقصاءات الشعاعية إذا لزم الأمر.
- الصور الشعاعية البسيطة لا تستبعد جميع الكسور. إذا كان هناك شك فيجب الحصول على الطبقي المحوري.

## حالة 80: عرج عند طفل

## القصة السريرية

أحضر صبي يبلغ من العمر 13 عاماً إلى طبيبه العام بقصة ألم في الفخذ الأيسر من 8 أسابيع. خلال الأيام القليلة الماضية، ازداد الوضع سوءاً والآن يشكو من الألم في الفخذ وقد تطور إلى عرج واضح. إنه غير متأكد، لكن أعراضه المتفاقمة ربما تزامنت مع سقوطه أثناء لعب كرة القدم. إنه يشعر بصحة جيدة ولا يعاني من أي آلام في ظهره أو أي أعراض عصبية. تاريخه الطبي السابق غير ملحوظ ولا يتناول أي دواء بشكل منتظم.

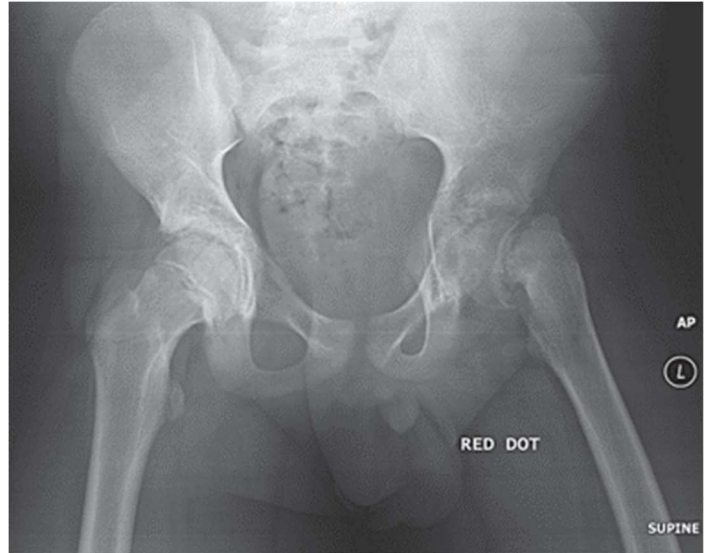
## الفحص السريري

نبضه وضغط دمه ضمن المعدل الطبيعي ولديه حمى. وزنه زائد ومؤشر كتلة جسمه 33. فحص بطنه طبيعي ولا توجد تشوهات يمكن اكتشافها في الظهر أو الركبة اليسرى. ساقه بوضعية دوران خارجي طفيف. حركة التباعد والدوران الداخلي مقيدة. عندما يعطف وركه، يضطر إلى تدوير ساقه نحو الخارج. لا يوجد عجز وعائي عصبي بعيد.

## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية وتظهر بالشكل 1.80.



الشكل 1.80 صورة شعاعية للحوض.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي الصور الشعاعية التي يجب طلبها؟
- ما هي الأسباب الأخرى لعرج الطفل؟

يعاني هذا الصبي من انزلاق المشاش الفخذي (الحاد على مزمن) (الأسهم في الشكل 2.80).



**الشكل 2.80** انزلاق المشاش الفخذي في الورك الأيسر.

يشير هذا إلى ضعف أو كسر في صفيحة النمو القريبة للمشاش الفخذي. يؤدي استمرار ضغوط القص على الورك إلى تحرك المشاش للخلف والأنسي. تصل هذه الحالة إلى ذروتها عند الأولاد المراهقين. هناك عدد من عوامل الخطر بما في ذلك السمنة، قصور الغدة الدرقية والفشل الكلوي.

هناك ثلاثة أنواع مختلفة موصوفة:

- الانزلاق الحاد: عادة ثانويا لصدمة شديدة.
- الانزلاق المزمن: الأكثر شيوعا (60%) يتظاهر مع أعراض لأكثر من 3 أسابيع.
- حاد على مزمن: مدة الأعراض أكثر من 3 أسابيع مع تدهور مفاجئ.

يعد هذا السيناريو أيضا مثالا ممتازا لشعار أطباء العظام المتمثل في فحص "المفصل الموجود فوق وتحت" الأصل المشتبه به لسبب المرض. يعاني ما يصل إلى نصف المرضى الذين يعانون من انزلاق المشاش الفخذي المزمن من الألم في الفخذ أو الركبة. في هذه الحالة، أحد الأدلة المهمة في الفحص هو اكتشاف الدوران الخارجي الإلزامي عند عطف الورك.

توضح الصورة الأمامية-الخلفية علامة تريثوان. عندما يتم رسم خط (خط كلاين) على طول السطح العلوي لعنق الفخذ، فإنه يجب أن يمر عبر جزء من رأس الفخذ. إذا ظل الخط أعلى من رأس الفخذ، فإن ذلك يسمى علامة تريثوان. بشكل طبيعي يطلب صورة وحشية-بوضعية الضفدع للمساعدة في التشخيص. على الرغم من أنه يجب توخي الحذر في الحالات الحادة لأن ذلك قد يؤدي إلى تفاقم الانزلاق. ومن الجدير بالذكر أيضا أنه عندما يتم تشخيص إصابة المريض بانخفاض رأس الفخذ المنزلق، يجب إجراء صورة شعاعية للورك المقابل حيث يكون ثنائيا في ثلث المرضى.

في أي عمر، ينبغي دائما أن يؤخذ العرج عند الطفل على محمل الجد. النقاط العامة التي يجب ملاحظتها هي: إذا كان الطفل يعاني من الحمى أو الدعث، فيجب أخذ تشخيص التهاب المفاصل الإنتاني أو التهاب العظم والنقي بعين الاعتبار. في حالة الطفل السليم، يمكن أن تحدث الصدمات والأورام في جميع الفئات العمرية. إذا كان الطفل رضيعا فيجب على الطبيب أن يفكر في خلل التنسج الوركي، بينما في الفئة العمرية من 4 إلى 10 سنوات، ينبغي للطبيب أن يفكر في مرض بيرتس.

#### النقطة الأساسية

- يجب أن تكون المفاصل الموجودة أعلى وأسفل مصدر الألم المفترض أن تفحص دائما.

## حالة 81: الرضوض العظمية

## القصة السريرية

تم إحضار رجل بعمر 23 عاما إلى قسم الطوارئ بسيارة إسعاف بعد سقوطه من دراجته النارية. كان يسير بسرعة 45 ميلا في الساعة تقريبا واصطدم بسيارة متوقفة. تم استدعاء فريق الرضوض وأنت عضو جراحة العظام في فريق الرضوض. لا توجد قصة أخرى متاحة وهو يعاني من ألم شديد.

## الفحص السريري

نبض المريض 100\دقيقة، وضغط الدم 88\142 ملم زئبقي، وتشبع الأكسجين لديه 97% في هواء الغرفة. نتائجه على مقياس غلاسكو كانت 15 من 15. وهو مثبت على لوح العمود الفقري.

أكمل فريق الصدمة التقييم الأولي للمريض. تم الانتهاء من المسح الأولي ولا توجد إصابة كبيرة في الصدر أو البطن أو الحوض. بفحص الساق اليسرى، وجد تشوه واضح. وساقه بزاوية 45 درجة. يوجد جرح قطره 3 سم، ويبرز من خلاله العظم. نبض قدمه طبيعي. والإحساس البعيد سليم.

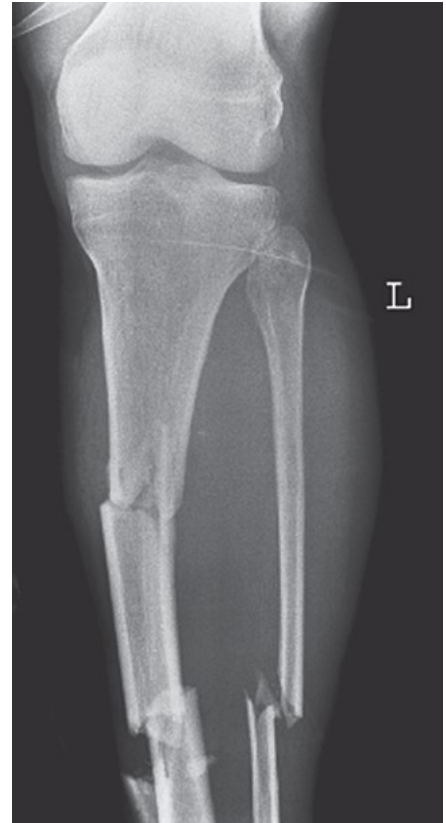
## الاستقصاءات



تم إجراء صور شعاعية وتظهر بالشكل. 1.81

## الأسئلة

- ما هي مبادئ التقييم الأولي لمريض الرض؟
- ما الذي تتضمنه سلسلة الأشعة السينية الخاصة بالرضوض؟
- ما هي المعالجة الأولية لتلك الإصابة في ساق المريض؟



الشكل 1.81 صورة شعاعية للساق اليسرى.

لدى معظم أقسام الطوارئ بروتوكول للتعامل مع المرضى الذين تعرضوا لصدمات خطيرة، والذي يدور حول إرشادات الصدمة ودعم الحياة المتقدم (ATLS). يتضمن ذلك مسحا أولي يهتم بتشخيص وعلاج الإصابات التي تهدد الحياة بسرعة وفعالية. يتبع التقييم نهج "ABCDE":

- A: مجرى الهواء مع حماية العمود الفقري العنقي
- B: التنفس والتهوية
- C: التروية مع التحكم في النزيف
- D: الإعاقة - الحالة العصبية
- E: التعرض/التحكم البيئي.

تتكون سلسلة الصور الشعاعية للصدمة عادة من صورة أمامية خلفية للصدر (AP)، وصورة أمامية خلفية للحوض، وصورة شعاعية جانبية للعمود الفقري. يهدف هذا المزيج من الأشعة السينية إلى اكتشاف الإصابات الكبيرة مثل تدمي الصدر أو كسر الحوض.

عند الانتهاء من المسح الأولي وبدء عملية الإنعاش، يتم إجراء مسح ثانوي. هذا فحص "من الرأس إلى أخمص القدمين" لتحديد أي إصابات أخرى.

في هذه الحالة يكون المريض قد تعرض لكسر ظنبوبي "مفتوح" أو "مركب". على الرغم من أن هذا لا يشكل تهديدا للحياة، إلا أنه من المهم التعامل معه على الفور. لا تزال المبادئ الطبيعية عند التعامل مع أي كسر سارية، أي التسكين والتثبيت والرفع والرد والإصلاح.

يجب تصوير الجرح وتغطيته بشاش مبلل بمحلول مطهر. وهذا يجنبنا ضرورة إعادة الفحوصات المتكررة التي من شأنها أن تزيد من خطر العدوى قبل الوصول إلى غرفة العمليات. ينبغي البدء في إعطاء المضادات الحيوية واسعة النطاق عن طريق الوريد في أقرب وقت ممكن، مثل سيفوروكسيم وميترونيدازول. وبالمثل ينبغي النظر في العلاج الوقائي للكزاز وإعطاءه إذا لزم الأمر. إذا كان المريض مستقرا، فيجب نقله إلى غرفة العمليات لتنظيف الجرح وغسله.

#### النقطة الأساسية

- ينبغي اتباع بروتوكول ATLS حتى في حالة وجود تشوه واضح في الأطراف، لضمان عدم تفويت أي إصابة قد تهدد الحياة.

## حالة 82: التهاب الحلق

## القصة السريرية

جاء رجل يبلغ من العمر 28 عام الى قسم الطوارئ يشكو من التهاب في الحلق، لقد تزايد الألم خلال الأيام القليلة الماضية، ويجد الآن صعوبة في فتح فمه.

هو الآن متوقف عن الأكل ولا يستطيع تناول سوى كميات قليلة من السوائل، راجع قبل يومين طبيبه العام الذي وصف له بعض المضادات الحيوية الفموية ومسكنات كوصفة لالتهاب اللوزات الخفيف، المريض لديه الربو.

## الفحص السريري

يبدو غير مرتاح ويواجه صعوبة في الكلام نتيجة الألم، ضغط الدم مستقر، ولكن درجة حرارته تساوي  $39^{\circ}\text{C}$  ومعدل ضربات القلب 115 ن/د ودرجة الأكسجة 98% في هواء الغرفة، تبين بفحص الفم بواسطة خافض اللسان تورم اللوزة في جانب واحد من الناحية اليسرى مع "انتفاخ" توذم منتشر أعلى وجانبي اللوزتين، مع انحراف اللهاة للجهة الأخرى نتيجة لذلك.

يوجد بعض النتحات على سطح اللوزة اليسرى مع وجود عقدة لمفية واضحة ذات اتجاهين على اليسار، أما بقية الفحص فلا بأس به.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	14.8 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$18.0 \times 10^9/\text{L}$	$4.0\text{--}11.0 \times 10^9/\text{L}$	
Platelets	$301 \times 10^9/\text{L}$	$150\text{--}400 \times 10^9/\text{L}$	

## الأسئلة

- ما التشخيص؟
- ما التدبير الأولي؟
- ما التشخيص التفريقية؟

## جواب 82

يعاني المريض من خراج في الجانب الأيسر أو خراج حول اللوزة، يحدث عادة بين اللوزتين الحنكيتين وعضلات البلعوم، يتطور عن التهاب لوزات حاد غير معالج أو معالج بشكل غير فعال، تم وصف الأعراض من قبل المريض بشكل نموذجي، ولكن بالإضافة إلى ذلك قد يشكو المريض من الصداع والألم المنتشر إلى الأذن أو الرقبة.

يعد الشعور بالوهن والتجفاف والضعف من السمات الشائعة، غالباً ما تُظهر الزروع المأخوذة من الرشافات جراثيم هوائية ولا هوائية مختلطة وأشيعها المكورات العقدية المقيحة.

يتضمن التدبير الأولي ما يلي:

- التسكين
- إعطاء سوائل وريدية من أجل التجفاف
- إعطاء صادات واسعة الطيف
- إعطاء الستيروئيدات وريدياً إذا كانت الحالة العامة سيئة أو وجود خطر أذية المجرى الهوائي
- شفط الخراج بالإبرة.

## التشخيص التفريقي

- التهاب صفاق اللوزة
- التهاب بلعوم/خراج بلعوم
- عدوى سنية
- داء فرط وحيديات النوى الخمجي
- أم دم في الشريان السباتي الباطن
- أسباب أخرى لتورمات بجانب البلعوم: عدوى انتانية - كتل على حساب الغدد اللعابية - حصيات

## النقطة الرئيسية

- على الرغم من ندرته، يمكن للمرضى اللذين يعانون من "خراج كوزي" أن يصابوا بمشاكل تنفسية حادة تستدعي تقييماً سريعاً من قبل أخصائي ENT و/أو أخصائي التخدير.

## حالة 83: الرعاف

## القصة السريرية

امرأة تبلغ من العمر 71 عامًا؛ جاءت إلى قسم الطوارئ مصابة بنزيف حاد في الأنف. بدأ النزيف قبل ساعة ويسبب للمريضة الكثير من الازعاج. من غير المعروف أنها تعاني من أي اعتلالات نزيفية. لديها سوابق مرضية تشمل ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية وارتفاع الكولسترول في الدم. إنها تتناول الأسبرين 75 ملغ، وبنديروفلوازيد 2.5 ملغ، وأحادي نيترات إيزوسوربيد 30 ملغ، وسيمفاستاتين 40 ملغ ليلاً. ليس لديها أي حساسية معروفة وهي مدخنة سابقة.

## الفحص السريري

يبلغ ضغط دمها 103/172 ملم زئبقي ومعدل نبضها 91/دقيقة. يبدو البلعوم طبيعيًا، مع عدم وجود دليل على نزيف الدم في البلعوم الخلفي. فحص تجويف الأنف باستخدام منظار ومنبع للضوء يشير إلى وجود نقطة نزيف من فتحة الأنف اليسرى. لا توجد كتل مرئية ولا يوجد اعتلال عقد لمفية واضح في العنق. فحوصات القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي طبيعية.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.3 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
White cell count	$8.0 \times 10^9/L$	$4.0–11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$209 \times 10^9/L$	$150–400 \times 10^9/L$	
Coagulation profile: normal			

## الأسئلة

- كيف يتم تصنيف الرعاف؟
- ما هي منطقة لينتل؟
- ما هي المسببات المرضية؟
- ما هو التدبير الأساسي للرعاف؟

يتم تعريف الرعاف على أنه نزيف حاد من تجويف الأنف أو البلعوم الأنفي. إنها تصنف إلى الأمامي (تجويف الأنف الأمامي) أو الخلفي (تجويف الأنف الخلفي والبلعوم الأنفي). النزيف الأمامي أكثر شيوعاً. وهو شائع في أشهر الشتاء.

عندما تكون عدوى الجهاز التنفسي العلوي أكثر تكراراً، تشير منطقة لينتل إلى ضفيرة كيسيلباخ، وهي شبكة من الأوعية الدموية في الجزء الأمامي من الحاجز الأنفي (الأوعية المغذية من الشرايين الشفوية العلوية والحنكية الكبرى والشرايين الغربالية الأمامية). هذه هي النقطة الأكثر شيوعاً للنزيف في تجويف الأنف الأمامي. يميل النزيف الخلفي إلى الحدوث من فروع الشريان الوتدي الحنكي في التجويف الأنفي الخلفي أو البلعوم الأنفي.

### أسباب ضخامة الطحال !

موضعي:	جهازية:
<ul style="list-style-type: none"> <li>● مجهول السبب</li> <li>● رض موضعي، مثال: كسر عظام الأنف - ادخال الاصبع بالأنف</li> <li>● علاجي المنشأ، مثال: التنبيب البلعومي الأنفي التنبيب الأنفي المعدي</li> <li>● العدوى/الالتهاب، مثال: عدوى الجهاز التنفسي العلوي - التهاب الجيوب الأنفية - التهاب الأنف</li> <li>● التنشؤ</li> <li>● ثقب او انحراف حاجزي</li> <li>● الشذوذات الوعائية، مثال: تشوه شرياني وريدي، توسع الشعريات</li> <li>● جسم غريب</li> <li>● المهيجات، مثال: المواد الكيميائية والسجائر.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ارتفاع ضغط الدم</li> <li>● اضطرابات النزيف، مثال: الناعور، اعتلال الصفائح الوظيفي، نقص الصفائح</li> <li>● سرطان الدم</li> <li>● أمراض الكبد، على سبيل المثال. التليف الكبدي</li> <li>● الأدوية، على سبيل المثال. مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، والأسبرين، الهيبارين، الوارفارين</li> </ul>

التدبير الأساسي يشمل:

- تقييم مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية للمريض. قد يحدث رعاف شديد تتطلب التنبيب الرغامي. وهذا نادر للغاية.
- الضغط اليدوي على تجويف الأنف (الجزء الغضروفي من الأنف) عن طريق مطالبة المريض بإمساك أنفه ومواصلة الضغط لمدة 10 دقائق في محاولة لوقف النزيف. ضع المريض في وضع مستقيم واطلب منه أن ينحني للأمام فوق وعاء لمحاولة تجنب ابتلاع الدم.
- المراقبة المنتظمة
- إمكانية فتح طريق وريدي والبدء في إعطاء السوائل الوريدية للمرضى الذين يعانون من نزيف حاد
- سحب الدم لتقدير الهيموجلوبين، وعوامل التخثر، والمطابقة في حالات النزيف الشديد
- يمكن تحسين منطقة الرؤية عن طريق وضع ضمادات مبللة بمقبض وعائي او مخدر موضعي في الأنف. قد يساعد هذا في تحديد موقع النزيف
- إذا تم تحديد موقع النزيف، يمكن وضع مقبض نترات الفضة على نقطة النزيف لمحاولة كي النزيف بعد إعطاء مخدر موضعي
- إذا لم تنجح الإجراءات المذكورة أعلاه، يجب تعبئة الجزء الأمامي من الأنف بسدادات أنفية. يتم تكديس كلا الجانبين، حتى في حالة النزيف من جانب واحد، حيث يوفر ذلك دكاً أفضل. ينبغي طلب مراجعة عاجلة لأخصائي الأذن والأنف والحنجرة في حالة استمرار النزيف.

النقاط الأساسية

- يمكن أن يكون الرعاف مهدداً للحياة.
- إذا فشلت التدابير الأولية في السيطرة على النزيف، فيجب البحث عن أخصائي الأنف والأذن والحنجرة.

## حالة 84: الصرير

### القصة السريرية

تم احضار طفلة تبلغ من العمر 18 شهرًا إلى قسم الطوارئ من قبل والديها، حيث يشعان بالقلق من تنفسها المزعج. كانت تعاني من سعال خفيف خلال الـ 24 ساعة الماضية وكانت درجة حرارتها مرتفعة. تتابع اخذ لقاحاتها بانتظام ولم تواجه أي مشاكل في النمو. لا يوجد قصة أخرى ذي صلة.

### الفحص السريري

تبلغ نسبة الأكسجة 94% في المائة في الهواء. الطفلة مضطربة وتبكي بصوت أجش. هناك صرير مسموع في الراحة. تعاني الطفلة من حمى منخفضة الدرجة مع زيادة طفيفة في معدل التنفس. لا يوجد دليل على زرقة. سماع الصدر أمر صعب ولكن هناك ضجيج شهيق مسموع.

### الأسئلة

- ما هو التشخيص التفريقي؟
- كيف يمكنك تعريف الصرير؟
- ما هي أسباب الصرير؟

## جواب 84

في هذه الحالة، التشخيصان الأكثر احتمالاً هما الخانوق (التهاب الحنجرة والرغامى والشعب الهوائية الحاد) أو التهاب لسان المزمار الحاد. يظهر التهاب الحنجرة والرغامى والشعب الهوائية في مرحلة الطفولة وعادةً ما يسبقه عدوى في الجهاز التنفسي العلوي. يصاب الطفل بالضيق والهياج والصرير. الصرير هو نتيجة وذمة تحت المزمار والتي سرعان ما تنتشر إلى القصبة الهوائية والشعب الهوائية. عادة ما يكون سببه عدوى فيروسية (بارا انفلونزا)، وغالبًا ما تستجيب الحالات الخفيفة من الخانوق للستيروئيدات عن طريق الفم. قد تتطلب الحالات الشديدة دعم التنفس الصناعي بالإضافة إلى رذاذ الأدرينالين والستيروئيدات الاستنشاقية أو الوريدية.

يعد التهاب لسان المزمار الحاد حالة طوارئ مطلقة وعادةً ما يحدث بسبب المستدمية النزلية. هناك تورم كبير وأي محاولة لفحص الحلق قد تؤدي إلى انسداد مجرى الهواء. وهو أمر نادر الحدوث لدى الأطفال هذه الأيام لأنهم يتلقون التطعيم ضد المستدمية النزلية من النوع B (Hib) كجزء من برنامج اللقاح الروتيني الخاص بهم. عند البالغين فإنه يميل إلى التسبب في التهاب فوق المزمار. إنه يتطور بسرعة ويمكن أن يؤدي إلى انسداد مجرى الهواء بالكامل. يجب أن يجلس المريض في وضع مستقيم وتأمين مجرى الهواء بأنبوب القصبة الهوائية، من قبل أخصائي التخدير.

يتم تعريف الصرير على أنه ضجيج عالي النبرة ناتج عن تدفق الهواء المضطرب في الحنجرة أو القصبة الهوائية نتيجة لتضييق مجرى الهواء

## المسببات المرضية للصرير

- حديثي الولادة:
  - تليين الحنجرة / تليين القصبة الهوائية
  - آفة أو شلل بالحبل الصوتية، على سبيل المثال، رض عصبي أثناء الولادة أو الجراحة.
  - التضييق الحنجري الرغامى الخلقى
  - ورم وعائي مجرى الهواء
- التهاب بلعوم/خراج بلعوم
  - التهاب لسان المزمار الحاد
  - ورم وعائي بمجرى الهواء
  - جسم غريب
  - رض
  - ضغط على مجرى الهواء، على سبيل المثال: آفة درقية
- الكبار:
  - شلل الحبال الصوتية الناتج عن جراحة الغدة الدرقية أو الصدر
  - التهاب لسان المزمار الحاد / التهاب فوق المزمار
  - سرطان الحنجرة
  - التضييق الحنجري الرغامى التالي للتنبيب الرغامى أو استنشاق حراري
  - استنشاق جسم غريب
  - رض على الرقبة من الامام
  - ضغط مجرى الهواء بسبب آفة درقية

## النقاط الأساسية

- يعتبر الصرير علامة مشؤومة ويجب أن تؤخذ على محمل الجد.
- العلاج عاجل ويجب معالجة المريض في المكان المناسب، على سبيل المثال: غرفة العمليات.
- اطلب مساعدة أخصائي الأذن والأنف والحنجرة والتخدير مبكرًا.

## حالة 85: ضعف الوجه

## القصة السريرية

حضر رجل يبلغ من العمر 42 عامًا إلى قسم الطوارئ ويشكو من ضعف في جانب واحد من وجهه. خلال اليومين الماضيين، لاحظ تغيرًا في الإحساس بالتنزوق وألمًا في الأذن وحولها على نفس الجانب. لا يوجد قصة رض. لم يلاحظ أي إفرازات من الأذن ولا يوجد ضعف في الأطراف. وهو معروف بأنه مصاب بالربو ويعاني من الاكتئاب.

لقد أفلح مؤخرًا عن التدخين وقضى عدة أسابيع في الهند في إجازة مع زوجته. وهو يستخدم حاليًا أجهزة الاستنشاق السالبتامول والبيكوتيد ويتناول الباروكستين 20 ملغ. ليس لديه قصة تحسسية.

## الفحص السريري

فحوصات القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والبطن طبيعية. مشيته وتوازنه طبيعيان. الأطراف العلوية والسفلية طبيعية من الناحية العصبية. عند فحص الوجه نلاحظ بعض عدم التناسق، والذي يكون أكثر وضوحاً عندما نطلب من المريض أن يبتسم. عندما نطلب منه أن يظهر أسنانه، يتدلى الجانب الأيمن من الوجه. عند رفع الحاجب يفقد تجاعيد الوجه اليمنى من الجبهة ويجد صعوبة في إغلاق عينه اليمنى. أما بقية الأعصاب القحفية فتظهر سليمة وفحص الأذن طبيعي. لا يوجد أي دليل على وجود رض والغدد اللعابية تبدو طبيعية.

## الأسئلة

- ما هو العصب الذي تأثر؟
- هل يمثل هذا آفة في العصبون الحركي العلوي أو السفلي؟
- ما هو التشخيص التفريقي؟
- ما هو العلاج في هذه الحالة؟

## جواب 85

يعاني المريض من شلل العصب الوجهي الأيمن في العصبون المحرك السفلي. الشلل الجزئي لعضلات الوجه يجعل من الصعب على المريض أن يغمض عينه على هذا الجانب ويتدلى الفم عند الابتسام. يتم فقدان تجاعيد الجبين أيضاً عندما يرفع المريض حاجبيه ويحدث فقدان الطية الأنفية الشفوية.

كان من الممكن أن يحافظ شلل الوجه على عضلات الوجه العلوية إذا كان المريض يعاني من آفة عصبية حركية عليا (UMN)، أي آفة قريبة من نواة الوجه الموجودة في الجسر. تتلقى عضلات الوجه العلوية تعصيباً قشرياً ثنائي الجانب، وبالتالي وظيفتها يتم الحفاظ عليها من خلال إمداد العصب المقابل السليم في آفة UMN.

## ! التشخيص التفريقي

- آفة العصب الحركي العلوي:
  - حادث وعائي دماغي
  - ورم دماغي
  - التصلب المتعدد
  - الأمراض العصبية الحركية
- آفة العصب الحركي السفلي:
  - مجهول السبب: شلل بيل
  - متلازمة رامزي هانت، أي إصابة العصب الوجهي بالهربس النطاقي
  - التهاب الأذن الوسطى الحاد
  - ورم صغراوي
  - رض، على سبيل المثال: كسر العظم الصدغي او عمل جراحي
  - كتلة نكفية، على سبيل المثال: سرطان
  - ورم الزاوية المخيخية الجسرية، على سبيل المثال: ورم العصب السمعي

يتم تشخيص شلل بيل عند استبعاد أمراض الخلايا العصبية الحركية السفلية الأخرى. وهو التشخيص الأرجح في هذه الحالة. يُعتقد أن المسببات المرضية فيروسية وثنائية لالتهاب داخل العصب الوجهي.

- العلاج الأولي هو: الستيروئيدات، على سبيل المثال: بريدنيزولون خلال 48 ساعة من ظهور الأعراض
- فكر في العلاج المضاد للفيروسات، على سبيل المثال: أسيكلوفير
- حماية العين حيث أن المريض لن يتمكن من الرمش.

## النقطة الأساسية

- تبقى الجبهة سليمة في آفات العصبون المحرك العلوي.



## حالة 86: صداع صاعق

## القصة السريرية

امرأة تبلغ من العمر 56 عامًا تم إحضارها إلى قسم الطوارئ بواسطة زوجها. وكانت قد اشتكت في البداية من صداع شديد قبل أن تنهار فاقدًا للوعي على الأرض في المنزل. ليس لديها سوابق مرضية ولكنها تدخن 30 سيجارة يوميًا. وقد استعادت الآن وعيها وتشكو من تصلب الرقبة. تم إجراء تقييم أولي باستخدام النظام الموضح أدناه.

## الفحص السريري

فتح العين	الحركة	الكلام
<input type="checkbox"/> 1 لا شيء	<input type="checkbox"/> 1 لا شيء	<input type="checkbox"/> 1 لا شيء
<input type="checkbox"/> 2 للألم	<input type="checkbox"/> 2 بسط للألم	<input type="checkbox"/> 2 أصوات غير مفهومة
<input checked="" type="checkbox"/> 3 للكلام	<input type="checkbox"/> 3 عطف للألم	<input type="checkbox"/> 3. الكلمات غير مترابطة
<input type="checkbox"/> 4 عفوية	<input type="checkbox"/> 4 ينسحب من الألم	<input checked="" type="checkbox"/> 4 مشوش
	<input type="checkbox"/> 5 موضعي للألم	<input type="checkbox"/> 5 متوجه
	<input checked="" type="checkbox"/> 6 يطبع الأوامر	

النتيجة 15\13

## الأسئلة

- ما هو النظام الذي تم استخدامه لتقييم المريض؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي الأسباب الكامنة المحتملة؟

يتكون سلم غلاسكو للغيبوبة (GCS) من ثلاثة معايير: الأوامر اللفظية، وفتح العين، والاستجابات الحركية. يتم تقييم المريض بناءً على استجابته "الأفضل". يتم جمع الدرجات لإعطاء قيمة إجمالية من 3 (كونها الأسوأ) إلى 15 (كونها الأفضل). في هذه الحالة يكون GCS هو 13. في حين أن النتيجة مفيدة من حيث القيمة المطلقة، مثل تعريف الغيبوبة (8 GCS)، فإن القيمة الرئيسية لـ GCS هي القدرة على مراقبة الحالة العصبية المستمرة للمريض من خلال التقييم المتكرر كل 15 دقيقة. إن الانخفاض درجتين أو أكثر يستوجب مراجعة عاجلة للمريض، لأن هذا يشير إلى احتمال حدوث تدهور كبير في حالته.

التشخيص الأكثر احتمالاً في هذه الحالة هو نزيف تحت العنكبوتية. تتمثل الأعراض الكلاسيكية في صداع شديد يشبه "قصف الرعد" يؤثر على الجزء الخلفي من الرأس ويصل إلى الحد الأقصى خلال ثوانٍ قليلة.

### ! أسباب النزيف في الحيز تحت العنكبوتية

- 85 في المائة: أمهات دم كيسية في الأوعية الدموية الدماغية - أمهات دم توتية التهاب بلعوم/خراج بلعوم.
- 15 في المائة: نزيف تحت العنكبوتية غير متعلق بأمهات الدم: داء فرط وحيدات النوى الخمجي.
  - تسليخ الشرايين
  - تشوه شرياني وريدي
  - ورم
  - تعاطي الكوكايين
  - رض
  - أم دم إنتانية

يتضمن التدبير الأولي الحفاظ على حيويات المريض مستقرة وعمل ما يلي:

- تحاليل الدم: تعداد الدم الكامل، وظائف الكلى، فحص زمرة وزمن نرف وتخثر.
- التصوير المقطعي المحوسب (CT) للدماغ: للبحث عن أدلة وجود نزف تحت العنكبوتية واستسقاء الرأس.
- البزل القطني: إذا لم يُظهر التصوير المقطعي أي أمراض، فيجب إرسال السائل الشوكي الدماغي للتحليل الطيفي للبحث عن وجود أوكسي هيموجلوبين والبيليروبين.

يشمل التشخيص التفريقي النوبات الإقفارية العابرة أو الصداع النصفي أو الصرع. يجب إحالة المرضى الذين تأكدت إصابتهم بنزيف تحت العنكبوتية إلى وحدة جراحة الأعصاب لإجراء مزيد من التقييم (تصوير الأوعية الدماغية) والعلاج (تصميم الوعاء).

### النقاط الأساسية

- تتراوح درجة غلاسكو للغيبوبة من 3 إلى 15.
- إن الانخفاض بمقدار نقطتين أو أكثر يستوجب إعادة التقييم الفوري.

## حالة 87: تخطيط بعد السقوط

## القصة السريرية

طلب منك معاينة رجل يبلغ من العمر 78 عاماً في جناح المراقبة. تم قبوله في الليلة السابقة وهو يعاني من الاضطراب. في وقت سابق من المساء زاره أحد الأصدقاء وأبلغه أنه سقط منذ أكثر من 3 أسابيع وأنه أصبح مضطرباً وأحرق بشكل متزايد. يأخذ حاصرات الكالسيوم لارتفاع ضغط الدم الأساسي والأسبرين منذ نوبة قلبية سابقة. يعيش بمفرده وهو مستقل ويهتم بنفسه. إنه غير مدخن، ولكن كانت هناك مخاوف بشأن زيادة تناوله للكحول بعد وفاة زوجته قبل 5 سنوات.

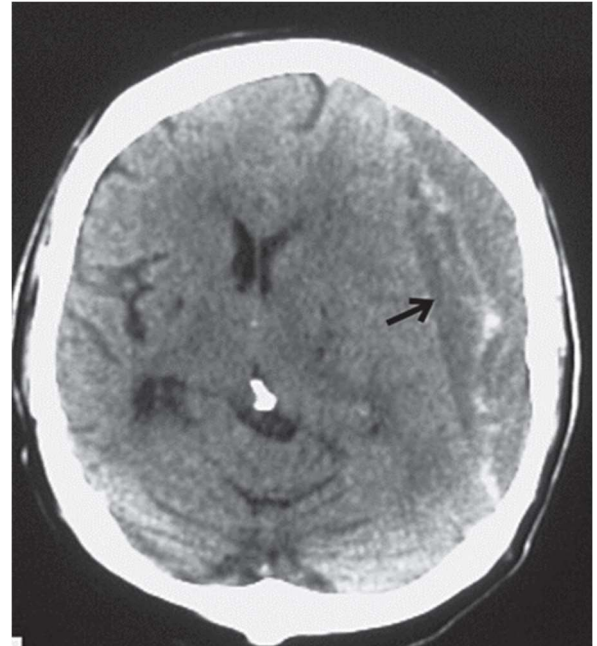
## الفحص السريري

درجة حرارته طبيعية ومعدل نبضه 78/دقيقة وضغط دمه 86/136 ملم زئبق. يبدو الجهاز القلبي والجهاز التنفسي والبطن طبيعية. فهو غير متوجه للزمان والمكان والأشخاص. حذقاته متماتلة ومتفاعلة. باقي فحوصات الأعصاب القحفية والأعصاب المحيطية طبيعية.

## الاستقصاءات



انظر الشكل 1.87.



الشكل 1.87 تصوير الرأس

## الأسئلة

- ما هو الاستقصاء المستخدم وما هو التشخيص؟
- ما هي العوامل في القصة المرضية الموجهة لهذا التشخيص؟

يعاني هذا الرجل من ورم دموي مزمن تحت الجافية (CSDH) يظهر في التصوير المقطعي المحوسب (CT) (السهم في الشكل 87.1). هذه الحالة شائعة عند الرجال أكثر من النساء. تشمل عوامل الخطر إدمان الكحول المزمن والصرع والعلاج المضاد للتخثر (بما في ذلك الأسبرين) ونقص الصفائح.

يرتبط CSDH عادةً بالضمور الدماغي. يُعتقد أن الأوردة الجسرية القشرية تتعرض لتوتر أكبر حيث ينكمش الدماغ تدريجياً بعيداً عن الجمجمة. تعرض لإصابة في الرأس في الأسابيع السابقة. يمكن أن تؤدي الصدمة البسيطة إلى تمزق أحد الأوردة القشرية. غالباً ما يسمح النزيف البطيء من الجهاز الوريدي منخفض الضغط بتكوين ورم دموي كبير قبل ظهور العلامات السريرية.

ولسوء الحظ، فإن التشخيص الخاطئ الأولي أمر شائع جداً. قبل ظهور التصوير المقطعي،

كان CSDH معروفاً باسم "المقلد الكبير" لأنه غالباً ما كان يتم الخلط بينه وبين الخرف أو النوبات الإقفارية العابرة أو السكتات الدماغية.

تتغير نتائج التصوير المقطعي للأورام الدموية تحت الجافية مع مرور الوقت. في الأسبوع الأول، يكون الدم شديد الكثافة مقارنةً بأنسجة المخ. وفي الأسبوعين الثاني والثالث يظهر الورم الدموي متساوي الكثافة مقارنةً بأنسجة المخ، وبعد الأسبوع الثالث يظهر الدم. نقص الكثافة مقارنةً بأنسجة المخ.

ينطبق المصطلح المزمن على الأورام الدموية تحت الجافية التي يزيد عمرها عن 21 يوماً. عندما لا يكون هناك تاريخ واضح لإصابة في الرأس (25-50 في المائة من المرضى)، يمكن إثبات التشخيص شعاعياً وفقاً لمظاهر الطبقي المحوري للدم.

بمجرد إثبات التشخيص، يمكن تصريف الدم المائع عبر ثقب أو اثنين من فتحات الثقب. حتى بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أمراض شديدة مرافقة، لا يُمنع التدخل الجراحي حيث يمكن إجراء هذا الإجراء تحت التخدير الموضعي. سيعود 80% من المرضى إلى نمط حياتهم السابق.

#### النقاط الأساسية

- يمكن أن تكون العلامات السريرية للورم الدموي تحت الجافية المزمن خفية. في المرضى الملتبسين مع القصة السريرية.
- يجب الاشتباه بورم دموي تحت الجافية مزمن بعد قصة سقوط.

## حالة 88: رض على الرأس

## القصة السريرية

تم إحضار شاب يبلغ من العمر 17 عامًا إلى قسم الطوارئ بواسطة سيارة إسعاف. كان يلعب الهوكي وضربته كرة الهوكي على رأسه قبل نصف ساعة تقريباً من دخوله. وفقد وعيه لفترة وجيزة، لكنه تمكن من المشي من مكان الحادث. وهو مضطرب قليلاً ويشكو من صداع شديد وتقيأ أربع مرات.

## الفحص السريري

معدل نبضه 63 ن/دقيقة وضغط دمه 110/170 ملم زئبق. أثناء الفحص، يشعر بالنعاس وتنخفض درجة غلاسكو للغيوبية (GCS) إلى 15/3. لديه "تورم عدسي" فوق الصدغ الأيمن. توسع في حدقة عينه اليمنى.

## الاستقصاءات



يظهر فحص التصوير المقطعي المحوسب (CT) للرأس في الشكل 1.88.



الشكل 1.88 فحص التصوير المقطعي المحوسب للرأس

## الأسئلة

- ما هو التشخيص؟
- ما هي دلالة علاماته الحيوية؟
- كيف ينبغي تدبير هذا المريض؟

هذا الشاب تعرض لنزيف فوق الجافية. الضربة المباشرة للمنطقة الجدارية الصدغية هي السبب الأكثر شيوعاً للورم الدموي فوق الجافية. عادة ما يكون النزيف من أصل شرياني. في 85% من الحالات يكون هناك كسر في الجمجمة يتسبب في أذية الشريان السحائي الأوسط. فقط 20% من المرضى لديهم أعراض نموذجية في الفترة الممتدة بين لحظة الرض والتدهور العصبي التالي للحادثة الرضية.

يشير تناذر كوشينغ إلى وجود ارتفاع ضغط الدم مع بقاء القلب المرتبط به الناتج عن ارتفاع الضغط داخل الجمجمة. يمكن اعتبار الجمجمة بمثابة صندوق مغلق لا مجال للتوسع فيه، لذلك عندما يكون هناك نزيف شرياني، فإن الضغط داخل "الصندوق" يزداد بسرعة. يُظهر التصوير المقطعي ظهور فرط الكثافة (الأبيض) للورم الدموي الحاد (السهم في الشكل 2.88). يقع موقع الورم الدموي في الحيز "المتوقع" بين الجمجمة الأم الجافية. يؤدي تمدد الدم إلى إنتاج كتلة محدبة ذات حواف ناعمة تظهر في الصورة التي تضغط على أنسجة المخ.



**الشكل 2.88** التصوير المقطعي المحوسب يُظهر ورماً دمويًا خارج الجافية (السهم).

أدى الضغط الناتج إلى تغيير خط الوسط وضغط جوف البطنين. لا يمكن تحمل الزيادات الإضافية في الضغط إلا عن طريق انفتاق جذع الدماغ إلى الأسفل من خلال الثقبة العظمى. يُعتقد أن نقص تروية جذع الدماغ الناتج يؤدي إلى "تناذر كوشينغ".

تمثل هذه الحالة حالة طوارئ جراحية عصبية. بدون تخفيف الضغط بشكل عاجل سيموت المريض. على عكس النزف تحت الجافية المزمن، والذي يمكن علاجه عن طريق التصريف من خلال ثقب بور، فإن الورم الدموي الشرياني الحاد الأكثر كثافة يتطلب ثقب القحف من أجل إخلاءه. تشير الدرجة في مقياس غلاسكو 15/3 إلى أنه من غير المرجح أن يكون هذا المريض قادرًا على الحفاظ على مجرى الهواء الخاص به وسيحتاج بالتأكيد إلى التنبيب والتهوية قبل التصوير المقطعي.

#### النقاط الأساسية

- 20% فقط من المرضى لديهم فترة الوضوح تظهر فيها الأعراض بشكل نموذجي.
- تحدث الأورام الدموية فوق الجافية في أغلب الأحيان بسبب أذية الشريان السحائي الأوسط.

## حالة 89: آلام أسفل الظهر

## القصة السريرية

رجل يبلغ من العمر 40 عامًا راجع طبيبه العام وهو يعاني من آلام أسفل الظهر وألم يمتد إلى أسفل ساقه اليمنى. بدأ الألم عندما كان يرفع خزانة الملابس في غرفة النوم. منذ ذلك الحين، لاحظ أيضاً أن قدمه تبدو "غريبة"، ويلتقطها في كل مرة يصعد فيها الدرج. عند الاستجواب المباشر، قال إنه يشعر بالانتفاخ قليلاً ولم يتبول منذ الصباح. هو عادة لائق وبصحة جيدة. ولا يتناول أي دواء بشكل منتظم. يدخن 5 سيجار يوميا ويشرب 30 وحدة من الكحول أسبوعياً. وهو متزوج ويعمل مهندساً إنشائياً.

## الفحص السريري

علاماته الحيوية طبيعية. يكشف فحص البطن عن وجود كتلة واضحة في المنطقة فوق العانة. فحص العمود الفقري القطني أمر طبيعي. يوجد ضعف بالقوة في ساقه، مع ضعف عطف ظهري للكاحل والإبهام الطويل الباسط. أبدى نقص حسي بالوخز على الجانب الجانبي من قدمه اليمنى. الإحساس حول العجان غير طبيعي. لديه المنعكس الكاحلي غائب على اليمين. يكشف فحص المستقيم الرقمي عن انخفاض في قوة الشرج. نبض القدم مجسوس.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي المراحل الأولية في تدبير هذا الرجل؟
- ما الاستقصاء الذي ينبغي إجراءه؟

هذا الرجل مصاب بمتلازمة ذيل الفرس.

يستدق الحبل الشوكي وينتهي عند المستوى بين الفقرتين القطنيتين الأولى والثانية عند الشخص البالغ العادي. يُطلق على الجزء البعيد من الحبل الشوكي اسم المخروط النخاعي، ويستمر طرفه المستدق ليشكل الخيط المنتهائي. بعيداً عن نهاية الحبل الشوكي توجد جذور الأعصاب، والتي لها مظهر ذيل الحصان، ومن هنا جاء المصطلح اللاتيني "ذيل الفرس".

تحدث متلازمة ذيل الفرس عندما يكون هناك ضغط على جذور الأعصاب عند هذا المستوى. هناك عدد من الأسباب بما في ذلك الإصابات المؤلمة، وتضييق العمود الفقري، والأورام الشوكية، والأورام الشحمية، والأورام البطانية العصبية، والحالات الالتهابية، والعدوى. ومع ذلك، كما في هذه الحالة، فإن السبب المحتمل هو فتق القرص الفقري، وهو المسؤول عن ما يصل إلى 15 في المائة من الحالات. أكثر من 90% من حالات فتق القرص تحدث عند مستويات L4-L5 أو L5-S1.

السمات المهمة في هذه الحالة هي وجود علامات وأعراض الجهاز البولي التناسلي. الكتلة الواضحة فوق العانة هي المثانة، حيث أصيب باحتباس البول. إن الإحساس الغير الطبيعي حول العجان، والذي يوصف عادة باسم "الخدر الشرجي"، وهو مرضي. يعد فحص المستقيم الرقمي مفيداً في تحديد فاعلية الشرج ويستخدم أيضاً لتحديد مدى شدة الناقلية العصبية.

يجب أن يكون من الممكن تحديد مستوى الناقلية العصبية بدقة عن طريق الفحص العصبي التفصيلي (الجدول 89.1). يتم إجراء فحص عاجل بالرنين المغناطيسي (MRI) للعمود الفقري القطني لإعطاء معلومات مفصلة فيما يتعلق بالموقع الدقيق وطبيعة علم الأمراض. يجب إحالة المريض على وجه السرعة إلى مركز العمود الفقري بمجرد تأكيد التشخيص.

### جدول 1.89 ملخص الموجودات السريرية في الأذيات العصبية في الطرفين السفليين

المنعكسات المتأثرة	العجز الحركي	العجز العصبي	الجذر العصبي
	عطف الورك	أمامي ووحشي الفخذ	L2
الداغصي	ضعف عضلة مربعة الرؤوس الفخذية	أنسي الفخذ والركبة	L3
الداغصي	بسطة الركبة	أنسي الربلة والكعب	L4
الكاحلي	بسطة ابهام القدم	وحشي الربلة وظهر القدم	L5
الكاحلي	بسطة ابهام القدم	وحشي القدم	S1-S2
الشرجي	المعصرات	منطقة السرج	S3-S4

#### النقاط الأساسية

- 90% من حالات فتق القرص تحدث عند مستويات (L4-L5/L5-S1).
- يجب إجراء فحص عاجل بالرنين المغناطيسي للعمود الفقري لأي مريض يعاني من آلام الظهر وعلامات أو أعراض الجهاز البولي التناسلي.

## حالة 90: جراحة اليوم الواحد

## القصة السريرية

راجع رجل يبلغ من العمر 56 عامًا عيادة الجراحة العامة بقصة فتق إربي في الجانب الأيمن. لقد طلب إجراء عملية جراحية بنفس اليوم. المريض لديه مرض سكري نمط 2 وارتفاع ضغط الدم. ليس لديه سوابق مرضية من احتشاء عضلة قلبية أو ذبحة صدرية.

هو يعيش في منزل يحتاج صعود 10 درجات للوصول إليه ويمكنه الصعود بسهولة دون ضيق في النفس المريض يتناول ميتفورمين عيار 500 ملغ لمرض السكري وأتينولول 50 ملغ لارتفاع ضغط الدم بشكل يومي وهو غير مدخن ويشرب أقل من 12 وحدة من الكحول أسبوعيًا. وقد عاش مع زوجته حياة هادئة.

## الفحص السريري

ضغط الدم 80/130 ملم زئبق ومعدل النبض 88/دقيقة. مؤشر كتلة جسمه (BMI) هو 28 وسكر الدم العشوائي 6 مليمول/لتر. الصدر بالإصغاء واضح وطبيعي وأصوات القلب طبيعية. يكشف فحص البطن وجود فتق إربي أيمن غير قابل للرد بسهولة.

## الأسئلة

- ما هي الحقائق الهامة في المرضى التي يتم أخذها في عين الاعتبار لإجراء جراحة اليوم الواحد؟
- ما هو وضع حالة المريض بالنسبة للجمعية الأمريكية لأطباء التخدير؟
- لماذا تعتبر الظروف الاجتماعية للمريض مهمة؟
- ما هي نصيحتك بشأن الميتفورمين قبل الجراحة؟

تعتمد معايير اختيار الجراحة باليوم الواحد على الإرشادات والتوصيات المنشورة، والتي تختلف من مشفى لآخر.

يجب أن يكون للإجراء الجراحي وقت محدد للقيام به مقدر بأقل من ساعة واحدة مع الحد الأدنى المتوقع من فقدان الدم. العمليات التي تؤدي إلى ألم شديد بعد العملية الجراحية أو غثيان غير مناسبة لحالات اليوم الواحد. العمليات التي تؤدي إلى فقدان الاستقلالية أو القدرة على الذهاب إلى الحمام غير مناسبة. يجب التقليل من خطر حدوث مضاعفات بهدف التقليل من مدة بقاء المريض داخل المستشفى.

لتحديد مدى جاهزية المريض لإجراء الجراحة، يقوم أطباء التخدير بتقييم الحالة البدنية باستخدام تصنيف جمعية أطباء التخدير الأمريكية (ASA):

- الفئة 1: المرضى الذين لا يعانون من أمراض عضوية أو فيزيولوجية أو كيميائية حيوية أو نفسية مزعجة
- الفئة 2: المرضى الذين يعانون من مرض جهازى خفيف ولكن ليس لديهم أي تحدد وظيفي، على سبيل المثال السيطرة على مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم
- الفئة 3: المرضى الذين يعانون من أمراض جهازية معتدلة مع تحدد وظيفة
- الفئة 4: مرض جهازى شديد يشكل تهديدا مستمرا للحياة
- الفئة 5: مريض محتضر، من غير المتوقع أن يبقى على قيد الحياة لمدة 24 ساعة

يجب أن يكون تصنيف المرضى درجة أولى أو ثانية بشكل مثالي، ولكن بعض المراكز تقبل درجة ثالثة اعتمادًا على المرض. هذا المريض على وجه الخصوص لديه ASA درجة ثانية، لأنه يعاني من مرض جهازى يتم التحكم فيه بشكل جيد مع عدم وجود تحدد وظيفي. لا توجد قيود مطلقة على العمر، يتم الاختيار بشكل أساسي على الحالة البدنية. يجب أن يكون المريض قادرًا على صعود السلالم ويجب أن يكون مؤشر كتلة الجسم أصغر من 35. المرضى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم غير المنضبط والصرع وقصور القلب أو الارتجاع المعدي الشديد غير مناسبين للعمل الجراحي.

يجب أيضًا استيفاء المعايير الاجتماعية قبل أن يتمكن المرضى من حضور الجراحة النهارية:

- ينبغي مرافقة المريض خلال أول 24-48 ساعة بعد الجراحة
- ينبغي توفير مرافق لنقل المريض إلى المنزل
- يجب أن يتمتع المريض أو مقدم الرعاية بإمكانية الوصول إلى هاتف خاص
- يجب ألا تتجاوز مدة السفر إلى المنزل 1.5 ساعة.

يجب إيقاف الميتفورمين لمدة تصل إلى 48 ساعة قبل الجراحة. الحمض اللبني هو أحد المضاعفات الاستقلابية النادرة والخطيرة التي يمكن أن تحدث بسبب تراكم الميتفورمين، خاصة في المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي.

#### النقاط الأساسية

- يتم استخدام نظام ASA لتقييم مدى جاهزية المريض لإجراء الجراحة.
- ينبغي تقييم المرضى رسميًا للتأكد من مدى ملاءمتهم للجراحة النهارية.

## حالة 91: مضادات التخثر

## القصة السريرية

حضرت امرأة تبلغ من العمر 64 عامًا إلى عيادة التقييم من أجل القبول الجراحي، من المقرر أن يتم قبولها في غضون أسبوعين لإصلاح الفتق جراحياً. وفي قصتها المرضية تعاني من الرجفان الأذيني وتعالج بالوارفارين. وتعاني أيضاً من تفاقم الداء الرئوي الانسداد المزمن (COPD) بالفترة الأخيرة وقد وصف لها الطبيب العام المضادات الحيوية ودورة علاجية من البرينيدنيزولون لمدة أسبوع (30 ملغ). ومن المقرر أن يتم الانتهاء من العلاج في بضعة أيام، وقد رآها طبيب التخدير بالفعل للقيام بالمزيد من الاستقصاءات التنفسية.

## الفحص السريري

المرأة نحيلة ويوجد ندبة سابقة لفتح البطن على الخط المتوسط. أصوات الصدر واضحة وطبيعية وأصوات القلب طبيعية. بفحص البطن تبين وجود عيب كبير في الخط المتوسط لجدار البطن. الفتق قابل للرد بسهولة وغير مؤلم.

## الأسئلة

- كيف ينبغي التعامل مع الأدوية المضادة للتخثر قبل الجراحة؟
- هل الشوط العلاجي بالستيرونيدات ذا صلة؟

من المهم تحديد مدى خطورة إصابة المريضة بالصمة الخثرية قبل التوقف عن تناول مضادات تخثر الدم. يجب على المرضى الذين لديهم خطر منخفض للإصابة بتخثر الدم إيقاف تناول الوارفارين قبل 4-5 أيام من الجراحة. يجب إعطاء جرعة من الوارفارين قبل الجراحة لتؤمن الحماية للمريضة لفترة آمنة بعد الإجراء، اعتماداً على العملية.

المرضى الذين لديهم صمامات صناعية، ورجفان أذيني مع مشكلة بالصمام التاجي والمرضى الذين لديهم سوابق جلطات الدموية يعتبرون مؤهين بشكل كبير لحدوث تخثر الدم لديهم. هؤلاء المرضى يجب أن يتم إعطاؤهم الهيبارين قبل الجراحة. يجب التوقف عن إعطاء الهيبارين قبل الجراحة مباشرة وإعادة إعطاؤه بعد الجراحة. يجب الاستمرار بإعطاء الهيبارين ريثما يتم إعادة إعطاء الوارفارين والوصول إلى مستواه العلاجي. تعاني هذه المريضة من الرجفان الأذيني، مع عدم وجود عوامل خطر أخرى، لذلك يعتبر خطر تخثر الدم منخفض. ومن المهم أيضاً السؤال عما إذا كانت المريضة تتناول أي دواء آخر قد يؤثر على تخثر الدم.

يجب إيقاف الأدوية التالية في الوقت المحدد قبل الجراحة:

- كلوبيدوغريل: 7 أيام
- ايبوبروفين: يومين
- الأسبرين: 7 إلى 10 أيام
- سيلوستازول: 5 أيام

في الفرد الطبيعي هناك إفراز يومي للكورتيزول، ويزداد إفرازه استجابةً للمرض أو الجراحة. يعاني المرضى الذين يتناولون الأدوية الستيرويدية من تثبيط المحور النخامي الكظري، مما يؤدي إلى ضعف الاستجابة للشدات. ويمكن أن يؤدي إلى انخفاض ضغط الدم واعتلال القلب والأوعية الدموية بعد عملية جراحية كبرى.

- الحالات المرضية التالية ينبغي النظر في استبدال الستيرويدات لديهم عند الخضوع لعملية جراحية: المرضى الذين يتناولون الستيرويدات القشرية على المدى الطويل بجرعة تزيد عن 10 ملغ بريدنيزولون يومياً (أو ما يعادلها)
- المرضى الذين تناولوا الستيرويدات القشرية بجرعة تزيد عن 10 ملغ يومياً، في الأشهر الثلاثة الأخيرة (وبالتالي سيتطلب المريض في هذه الحالة العلاج ببدائل الستيرويدات)
- المرضى الذين يتناولون جرعات عالية من الستيرويدات القشرية عن طريق الاستنشاق (مثل بيكلوميثازون 1.5 ملغ/يوم).

يحتاج المرضى الذين يخضعون لإجراءات بسيطة، مثل إصلاح الفتق الإربي، إلى جرعة من الهيدروكورتيزون عند التحريض ويحتاج المرضى المقبولون لإجراء عملية معتدلة الشدة، مثل استئصال المرارة بالمنظار، إلى جرعات إضافية من الهيدروكورتيزون كل 8 ساعات لمدة 24-48 ساعة بعد العملية الجراحية ويحتاج المرضى الذين يخضعون لإجراء جراحي كبير إلى ستيرويدات وريدية لمدة يومين على الأقل بعد الجراحة.

#### النقاط الأساسية

- يجب إيقاف مضادات تخثر الدم قبل الجراحة.
- قد يحتاج المرضى الذين يتناولون المنشطات إلى استبدال الستيرويدات في الفترة المحيطة بالجراحة وبعدها.

## حالة 92: الجاهزية للجراحة - مرض القلب

## القصة السريرية

في عيادة التقييم ما قبل الجراحة، طُلب منك أن تأخذ القصة رجل يبلغ من العمر 76 عامًا لاستبدال مفصل الورك بالكامل. وقد تم وضعه على قائمة الانتظار من قبل المستشار قبل 3 أشهر. وهو يمشي حالياً بمساعدة عكازين ويستيقظ ليلاً من الألم في فخذه الأيمن. منذ الاستشارة الأولى، كان المريض يعاني من نوبات متقطعة من ضيق صدر والدوخة الناتجة عن المجهود. تهدأ الأعراض مع الراحة وترتبط بالألم في الذراع اليسرى. تمت رؤيته في قسم الطوارئ في الأسبوع الماضي بعد تعرضه لحادثة سقوط وقيل له إنه ربما يكون قد أصيب بنوبة قلبية. وهو الآن ينتظر رؤية طبيبه العام لمزيد من المعلومات والاستقصاءات. ليس لديه تاريخ سابق لأمراض قلبية، وكان حتى وقت قريب قادر على تسلق 12 خطوة إلى شقته دون ضيق في التنفس. وهو يتناول حالياً الأسبرين، والذي كان بدأها طبيب قسم الطوارئ بعد انهياره. لا يدخن ويشرب مشروب كحولي في بعض الأحيان.

## الفحص السريري

يبلغ ضغط دم المريض 106/186 ملم زئبق ومعدل النبض 84/دقيقة. بالإصغاء أصوات الصدر واضحة طبيعية، ولكن يوجد نفخة انقباضية فوق الحافة القصية اليمنى والذي ينتشر للرقبة. يُظهر فحص الورك الأيمن دوراناً داخلياً محدوداً، مقارنةً بالجانب الأيسر.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	82 fL	76-96 fL	
White cell count	$10.2 \times 10^9/L$	$4.0-11.0 \times 10^9/L$	
Platelets	$250 \times 10^9/L$	$150-400 \times 10^9/L$	
Sodium	138 mmol/L	135–145 mmol/L	
Potassium	3.6 mmol/L	3.5–5.0 mmol/L	
Urea	5.2 mmol/L	2.5–6.7 mmol/L	
Creatinine	76 $\mu\text{mol/L}$	44–80 $\mu\text{mol/L}$	

## الأسئلة

- ما هي المخاوف لديك بشأن مدى جاهزية هذا المريض لإجراء عملية جراحية؟
- ما هي الفحوصات التي ينبغي طلبها قبل الشروع في الجراحة؟
- هل هناك حاجة إلى استشارة أي اختصاصيين آخرين بشأن رعاية هذا المريض قبل الجراحة؟

لدى المريض دليل سريري على وجود مرض قلبي خطير وهناك خطر كبير للغاية لإجراء عملية جراحية اختيارية. وقد أظهر التاريخ المرضي والفحص عدد من عوامل الخطر الهامة:

- ارتفاع ضغط الدم: وهو ارتفاع ضغط الدم الذي يترافق مع زيادة الإصابة بنقص التروية وضعف البطين الأيسر وعدم انتظام ضربات القلب والسكتة الدماغية خلال فترة ما حول الجراحة. يجب أن يكون ضغط الدم الانقباضي لدى المرضى أقل من 140 ملم زئبقي وضغط الدم الانبساطي أقل من 90 ملم زئبقي قبل إجراء الجراحة ويجب إحالة هذا المريض إلى طبيبه العام أو إلى أخصائي الأدوية الخافضة للضغط.
- مرض نقص تروية القلب: من المهم تحديد ما إذا كان هذا المريض يعاني من نوبة قلبية في الأسبوع الماضي. بتخطيط القلب الكهربائي أو تروبونين T يؤخذ خلال 12 ساعة بعد الانهيار وقد يقدم دليلاً على احتشاء العضلة القلبية. المرضى الذين حدث لديهم احتشاء عضلة قلبية خلال 3 أشهر يكون هناك خطر بنسبة 30 بالمائة أن يحدث لديهم احتشاء الموت القلبي إذا قاموا بإجراء عمل جراحي. وينخفض الخطر إلى 5 في المئة بعد 6 أشهر. المريض يبدو أيضاً أنه يعاني من الذبحة الصدرية، الأمر الذي يحتاج إلى مزيد من الاستقصاءات من قبل طبيب القلب قبل الجراحة. المرضى الذين يعانون من المتلازمة الإكليلية الحادة يحملون خطر كبير للإصابة باحتشاء عضلة القلب خلال الفترة المحيطة بالعملية الجراحية وقد يستفيد من إجراء إعادة التوعية.
- تضيق الأبهر: النفخة الانقباضية التي تشيع في الشريان السباتي قد تكون بسبب تضيق الأبهر. يؤدي تضيق الأبهر إلى زيادة الحمل على البطين الأيسر، مما يؤدي إلى تضخم البطين وتوسعه والشلل في نهاية المطاف. يمكن تقييم خطورة مرض الصمامات عن طريق تخطيط صدى القلب. قد يحتاج المريض إلى استبدال صمام قبل استبدال مفصل الورك إذا كان هناك دليل على وجود تضيق محكم في الصمام الأبهر. إذا تركت دون تشخيص فإنها ترتبط بزيادة قدرها 10 أضعاف لاحتمال الوفاة المحيطة بالجراحة. من غير المرجح أن يؤدي ارتفاع ضغط الدم لدى هذا المريض إلى تضيق كبير.

#### النقطة الأساسية



- المرضى الذين يخضعون لعمل جراحي خلال 3 أشهر من احتشاء عضلة القلب لديهم خطر الإصابة مرة أخرى بالاحتشاء بنسبة 30%.

## حالة 93: اللياقة للجراحة - تقييم الجهاز التنفسي

### القصة السريرية

تم إدخال رجل يبلغ من العمر 66 عاما إلى المستشفى لإجراء عملية استئصال اختيارية لمنطقة البطن والعجان بسبب ورم سرطاني في المستقيم.

يعاني من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، ويدخن 15 سيجارة يوميا، وبصرف النظر عن ارتفاع ضغط الدم الخفيف لا يوجد دليل على وجود أمراض القلب، يستخدم أجهزة الاستنشاق يوميا ويأخذ الثيوفيلين والأملوديبين عن طريق الفم، يبلغ معدل تحميله للتمرين 30 ياردة، وقد دخل المستشفى مرتين بسبب مشاكل في التنفس، ولم يطلب قط الدخول إلى وحدة العناية المركزة، وهو لا يحتاج للأوكسجين المنزلي في الوقت الحاضر، توفي والده بسرطان الرئة، يعيش حاليا وحده.

### الفحص السريري

ضغط دمه 92/146 مم زئبق، ومعدل النبض 88/دقيقة، وتشبع الأوكسجين 93% في الهواء، أصوات القلب طبيعية، عند سماع الصدر يكون هناك دخول هواء معتدل مع بعض الصفير المتفرق، أما بقية الفحص فلا بأس به.

### الأسئلة

- ما هي الاختبارات التي قد تفكر في تنظيمها بالإضافة إلى اختبارات الدم الروتينية ومخطط كهربية القلب؟
- ما هي المشاكل المحتملة التي يواجهها المرضى الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) بشكل كبير في فترة ما بعد الجراحة؟
- ما هي النصيحة التي تقدمها له فيما يتعلق بعادة التدخين؟

سيحتاج هذا المريض إلى صورة أشعة سينية حديثة للصدر، واختبار غازات الدم الشرياني الأساسي، وبعض اختبارات وظائف الجهاز التنفسي الأساسية، مثل قياس التنفس، قياس التنفس: هو قياس موقت لأحجام الرئة الديناميكية أثناء الزفير القسري، ويستخدم لتحديد سعة الرئة وتحديد مدى سرعة إفراغ الرئتين. القياسات التي يتم إجراؤها عادة هي: السعة الحيوية القسرية وحجم الزفير القسري في ثانية واحدة ونسبة هذين الحجمين (FEV1/FVC)، وتشير نسبة 70% إلى وجود خلل في التهوية الانسدادية، مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن. المرضى الذين يعانون من أمراض الشعب الهوائية المقيدة، مثل مرض الرئة الخلالي أو الجنف الحجابي، لديهم أحجام أصغر وتميل إلى أن تكون لديهم نسبة 80%. يواجه المرضى الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن صعوبة في إزالة الإفرازات من الرئتين خلال فترة ما بعد الجراحة، كما أنهم أكثر عرضة لخطر الانخماص القاعدي وأكثر عرضة للإصابة بالتهابات الصدر. هذه العوامل مجتمعة مع آلام ما بعد الجراحة (خاصة في جراحة الصدر أو البطن الكبرى) تجعلهم عرضة لمضاعفات الجهاز التنفسي. يعد التشاور مع أخصائي العلاج الطبيعي في الصدر قبل الجراحة لتعليم تمارين التنفس وفي فترة ما بعد الجراحة من أجل تحسين وظيفة الجهاز التنفسي أمرًا ضروريًا، يعد التسكين الكافي أمرًا ضروريًا بعد العملية الجراحية وغالبًا ما يتطلب استخدام الجافية. وينبغي أيضًا تعليم المرضى كيفية الإمساك بشقوقهم لمنع الألم عند أخذ نفس عميق أو السعال.

### ملخص المضاعفات الأكثر شيوعًا لدى المصابين بأمراض الجهاز التنفسي قبل الجراحة

- الانخماص
- تشنج قصبي
- عدوى الصدر
- نقص الأكسجة
- الانسداد الرئوي
- فشل الجهاز التنفسي

ويجب بذل كل جهد لإقناع المرضى الذين يدخنون بالإقلاع عن التدخين قبل الجراحة، سيستفيد المصابون بأمراض الرئة إذا تم ذلك قبل 6 أسابيع على الأقل من العملية، وسلاحظ انخفاض في فرط إفراز المخاط وتضيق مجرى الهواء الصغير، وتحسين في تصفية الإفرازات من القصبة الهوائية والشعب الهوائية. وينبغي أيضًا تشجيع المرضى الذين يعانون من أمراض القلب على التوقف عن التدخين قبل الجراحة، لأن زيادة مستويات أول أكسيد الكربون وتأثيرات النيكوتين (زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم النظامي) تؤدي إلى زيادة الضغط القلبي أثناء الجراحة. يمكن تحسين ذلك بشكل ملحوظ إذا تم التوقف عن التدخين قبل 24 ساعة من الجراحة، وذلك بسبب قصر عمر النصف للنيكوتين وأول أكسيد الكربون.

#### النقاط الأساسية

- المرضى الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن هم أكثر عرضة للانخماص القاعدي والتهابات الصدر.
- ينبغي تشجيع المرضى على الإقلاع عن التدخين قبل 6 أسابيع على الأقل من الجراحة.

## حالة 94: اللياقة للجراحة - مرضى السكري

## القصة السريرية

طلب عمل مراجعة لمرضى رجل يبلغ من العمر 56 عاما قبل أن يخضع لعملية استئصال ورم المثانة عبر الإحليل (TURBT). يعاني من مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين، وقد أصيب باحتشاء عضلة القلب منذ 7 سنوات، تشمل أدويته الحالية ميتفورمين 500 ملغ، وجليكلازيد 80 ملغ، والأسبرين 75 ملغ، وليسينوبريل 20 ملغ، وجافيسكون PRN، ليس لديه حساسية معروفة، توقف عن التدخين بعد إصابته باحتشاء عضلة القلب.

## الفحص السريري

طبيعي، يبدو المريض مرتاحا، أصوات القلب طبيعية والصدر واضح، البطن ناعم وغير مؤلم والأعضاء التناسلية طبيعية.

## الأسئلة

- ما هي التحقيقات المناسبة قبل الجراحة؟
- ما هي أنواع المضاعفات التي تصيب عادة مرضى السكري؟
- أين يجب وضع المريض على قائمة العمليات؟
- ما هو النظام الذي توصي به للحفاظ على التحكم الجيد في نسبة السكر في الدم في الفترة المحيطة بالجراحة وبعدها؟

يجب أن يكون لدى المريض تعداد دم كامل واليوريا والكهارل والهيموجلوبين A1c كمؤشر للتحكم السابق في نسبة السكر في الدم عند تقييم المرضى الذين يعانون من مرض السكري في التقييم المسبق، يجب إجراء فحص كامل للقلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والبطن والعصبية. يجب فحص الأطراف السفلية بحثًا عن الاعتلال العصبي المحيطي والتقرح. وينبغي أيضًا جس النبضات المحيطية بحثًا عن دليل على وجود أمراض الأوعية الدموية الطرفية. يجب إجراء تنظير قاع العين لتقييم شبكية العين، ويجب تسجيل قياس ضغط الدم في وضعي الاستلقاء والوقوف لتقييم الاعتلال العصبي اللاإرادي. يجب إجراء مخطط كهربية القلب للكشف عن أمراض القلب.

المرضى الذين يعانون من مرض السكري لديهم خطر متزايد لحدوث مضاعفات ما بعد الجراحة بسبب وجود أمراض الأوعية الدموية الدقيقة والكبيرة:

- تصلب الشرايين: أمراض القلب الإقفارية/ أمراض الأوعية الدموية الطرفية/ الأوعية الدماغية
- اعتلال الكلية: قصور كلوي
- اعتلال الشبكية: ضعف حدة البصر
- الاعتلال العصبي اللاإرادي: خزل المعدة، انخفاض قوة المثانة
- الاعتلال العصبي المحيطي: تقرح الطرف السفلي، العدوى، الغرغرينا، سوء التئام الجروح
- زيادة خطر العدوى.

يعد التحكم الدقيق في نسبة السكر في الدم (6-10) مليمول / لتر، والوقاية من نقص السكر في الدم أمرًا بالغ الأهمية في الوقاية من المضاعفات المحيطة بالجراحة وبعدها. يجب وضع المريض المصاب بالسكري أو لآ في قائمة العمليات لتجنب الصيام لفترات طويلة. بالنسبة للمرضى الذين يعانون من مرض السكري المعتمد على الأنسولين، يتم إعطاء نظام "مقياس متدرج" للأنسولين بمعدل معين وفقًا لمستوى السكر في الدم.

المرضى الذين يعانون من مرض السكري الخاضع للتحكم في النظام الغذائي والذين يخضعون لعملية جراحية بسيطة لا يحتاجون إلى علاج محدد. أولئك الذين يخضعون لعملية جراحية بسيطة والذين يتم التحكم عندهم في مرض السكري عن طريق أدوية سكر الدم الفموية يجب عليهم حذف أدويتهم قبل الجراحة لمنع نقص السكر في الدم أو الحمض اللبني، ويجب أن يبدأوا بالأدوية مرة أخرى بمجرد تناول الطعام والشراب بشكل صحيح بعد الجراحة. أولئك الذين سيخضعون لعملية جراحية كبرى ولكن من المتوقع أن يكونوا قادرين على تناول الطعام والشراب في وقت قريب نسبيًا بعد العمل الجراحي يمكنهم تجربة إغفال أدويتهم في صباح يوم الجراحة ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم عن كثب.

إذا كان مستوى الجلوكوز في الدم أكبر من 12 مليمول / لتر قبل الجراحة، أو عندما يكون من غير المحتمل أن تبدأ التغذية بعد فترة وجيزة من الجراحة، فيجب التحريض على نظام الأنسولين "المتدرج". سيتناول بعض المرضى الكلوربروبراميد، وهو سلفونيل يوريا طويل المفعول للسيطرة على مرض السكري. يجب إيقاف ذلك لمدة 48 ساعة قبل الجراحة لمنع نقص السكر في الدم في الفترة المحيطة بالجراحة وبعدها.

#### النقاط الأساسية

- يجب وضع المرضى المعتمدين على الأنسولين على "المقياس المتدرج" قبل الصيام.
- يجب إيقاف أدوية خفض سكر الدم الفموية قبل الجراحة.

## القصة السريرية

مريض خضع لعملية فتح بطن طارئة بسبب التهاب الصفاق البرازي قبل 5 أيام، خضع لعملية هارتمان لعلاج التهاب الرتج السيني المثقوب.

وهو حاليا موضوع على المنفسة وقد أصيب بذات رئة مكتسبة من المستشفى، ومن المحتمل أن يحتاج إلى التنفس الصناعي في العناية المركزة لعدة أيام، ويشعر الموظفون بالقلق لأنه لم يتلق أي تغذية منذ إجراء العمل الجراحي له.

## الأسئلة

- ما الطريقتان الرئيسيتان لتوفير التغذية اللتان قد تفكر فيهما؟
- ما هي طرق التدبير لكل نوع؟
- ما هي مميزات وعيوب كل نوع؟
- ما هو إجراء هارتمان؟
- ما هي طريقة التغذية الأكثر ملاءمة لهذا المريض؟

بدايةً يؤدي سوء التغذية إلى تأخر التئام الجروح، وانخفاض قدرة التنفس، وانخفاض المناعة، وزيادة خطر الإصابة بالعدوى. يجب تقييم الحالة الغذائية للمريض يوميًا.

الطريقتان الرئيسيتان للتغذية هما إما الطريق المعوي، أو عن طريق الحقن.

التغذية المعوية تتم عن طريق القناة الهضمية، وهي أقل تكلفة وترتبط بمضاعفات أقل من التغذية عن طريق الحقن، وهي تحفز الأمعاء وتشجع إنتاج العوامل المخاطية التي تحافظ على الحاجز الفيزيولوجي الطبيعي للانتقال البكتيري.

يمكن للمرضى الذين يمكنهم تناول الطعام عن طريق الفم أن يتناولوا نظامهم الغذائي مكملًا بالمشروبات المغذية، إذا كان المرضى غير قادرين على التغذية عن طريق الفم، فيجب النظر في التغذية بالأنبوب الأنفي المعدي، وهذه هي الطريقة الأكثر استخدامًا.

يمكن وضع أطراف الأنبوب في الاثني عشر أو في الصائم في حالة وجود أمراض في الجزء القريب من الجهاز الهضمي.

على المدى الطويل يمكن أن تكون التغذية المعوية عن طريق فغر المعدة أو فغر الصائم، ويمكن وضعها إما بالمنظار أو شعاعيا أو في وقت الجراحة. من عيوبه أن أنابيب التغذية يمكن أن تصبح مسدودة أو مزاحة، مما يؤدي إلى التهاب الصفاق.

يجب استخدام الطريق الوريدي فقط في حالة عدم القدرة على تناول العناصر الغذائية أو هضمها أو امتصاصها أو دفعها عبر الجهاز الهضمي. يمكن استخدام التغذية الوريدية إما عن طريق وريد محيطي أو مركزي، يمكن أن تسبب التغذية الوريدية المحيطية بالتهاب الوريد الخثاري بسبب طبيعة التغذية المفرطة الحركة.

يجب أن يتم توصيل التغذية الوريدية المركزية عبر وريد مركزي كبير مثل الوريد تحت الترقوة أو الوريد الوداجي. يحمل إدخال خط مركزي خطرًا كبيرًا لحدوث مضاعفات، مثل استرواح الصدر والورم الدموي وإصابة الأعصاب والتخثر. الإنتان هو أكثر المضاعفات خطورة للتغذية الوريدية المركزية.

تتعلق المضاعفات الخطيرة الأخرى بالاضطراب الأيضي الذي يحدث لدى ما يصل إلى 5% من المرضى الذين يتلقون التغذية الوريدية.

يعد إجراء هارتمان طريقة آمنة لإزالة جزء متموت من الأمعاء الغليظة.

بعد الاستئصال، يتم إغلاق الجزء البعيد من الأمعاء وتركه في مكانه، ويتم جلب النهاية القريبة إلى الجلد كنهاية فغر القولون. لا يوجد مفاغرة، مما يسمح ببدء التغذية المعوية مبكرًا.

#### النقاط الأساسية

- يفضل التغذية المعوية على التغذية الوريدية.
- يجب تقييم الحالة التغذوية للمريض بشكل يومي.

## حالة 96: الحمى بعد العمل الجراحي

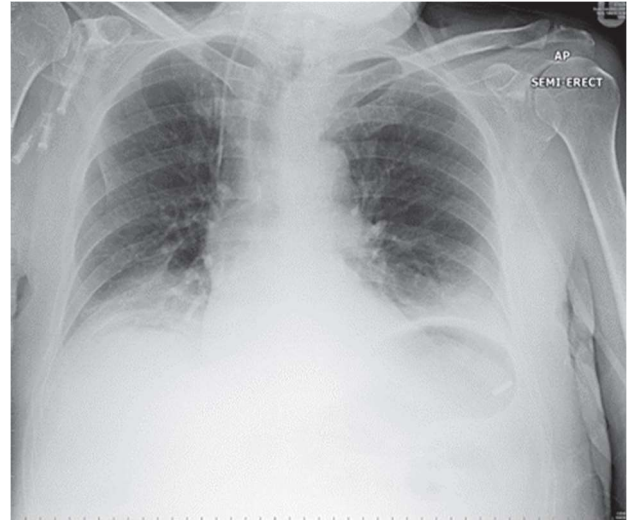
## القصة السريرية

طلب من الطبيب المناوب تقييم مريض يبلغ من العمر 86 عاما في الجناح، وذلك بعد يوم واحد من إصلاح القرحة الهضمية المنتقبة. الممرضة تشعر بالقلق بسبب ارتفاع درجة حرارة المريض، تشير تقرير العمل الجراحي إلى وجود حد أدنى من التلوث البريتواني أثناء العملية. أعطي حقنة مورفين، لكن آلامه لم تتم السيطرة عليها بشكل جيد. وُضع له قسطرة بولية بعد العملية، ومقدار البول الخارج يعتبر جيد. كانت حالته الصحية جيدة قبل الجراحة، لكنه كان مدخنا شرها.

## الفحص السريري

ضغط الدم عنده 90/130 مم زئبق، معدل النبض 110/دقيقة، معدل التنفس 30/دقيقة، درجة الحرارة 38 درجة مئوية. كانت نسبة تشبعه 99% عند 24% من الأوكسجين. فحص الصدر أظهر خراخر قاعدية خشنة على الجانبين وأصوات باهتة في قواعد الرئتين. يكشف فحص البطن عن وجود ألم حول مكان العملية، وكان تحليل البول سلبي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	10.5 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	80 fL	76-96 fL	
White cell count	$12.2 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$250 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.6 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	52 $\mu\text{mol/L}$	44-80 $\mu\text{mol/L}$	



الشكل 1.96 صورة الصدر الشعاعية البسيطة

## الأسئلة

- ما هو السبب المحتمل للحمى لدى هذا المريض؟
- ما هي عوامل الخطر لدى المريض؟
- كيف ينبغي علاج المريض؟

تُظهر الأشعة السينية للصدر انخفاضاً في حجم الرئة على الجانبين، وكثافة قاعدية. يعاني المريض من انخماص قاعدي نتيجة لانخماص النسيج الرئوي، وإن عدم قدرة المريض على السعال أدى إلى تراكم مفرزات الشعب الهوائية في الرئتين. ونتيجة لذلك، هناك انسداد وانخماص أجزاء من الرئة، تتعرض الرئة المنخماصة لخطر الإصابة بعدوى ثانوية عن طريق الكائنات الحية المستنشفة، مما يؤدي إلى الالتهاب الرئوي.

بعد الانخماص أكثر شيوعاً في المرضى الذين يعانون من أمراض الرئة الموجودة مسبقاً، والمرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة، والمدخنين الشراهين. المرضى الذين خضعوا لجراحة الصدر أو الجزء العلوي من البطن يصبح توسع الصدر لديهم محدود بسبب الألم، مما يجعلهم أكثر عرضة لانخماص الفص القاعدي، لدى المريض في هذه الحالة عدد من عوامل الخطر لتطوير الانخماص القاعدي، إنه مدخن شره ولديه شق في خط الوسط العلوي مع عدم القدرة على تحمل الألم بعد العمل الجراحي.

عادة ما يصاب المرضى الذين يعانون من الانخماص القاعدي بالحمى بعد حوالي 48 ساعة، مع عدم انتظام دقات القلب وتسرع التنفس. يكشف الفحص عن التنفس القصبي وانخفاض دخول الهواء بالجانبين مع أصمية عند القرع. تُظهر الأشعة السينية للصدر التصلب والانخماص في المناطق المصابة. يجب أن يُعالج المريض بشكل هجومي بالعلاج الطبيعي للصدر لمنع الالتهاب الرئوي. تساعد وضعية المريض واستخدام البخاخات المنتظمة والتنفس العميق على إزالة الإفرازات والحفاظ على توسع الرئتين بشكل كامل.

من خلال العمليات الاختيارية، يمكن تحديد هؤلاء المرضى قبل الجراحة. قد يساعد التخدير فوق الجافية الصدري والبخاخات المنتظمة والعلاج الطبيعي للصدر على منع انخماص الرئة القاعدية.

## النقاط الأساسية

- يجب تحديد المرضى المعرضين لخطر حدوث مضاعفات في الجهاز التنفسي قبل الجراحة.
- السيطرة الجيدة على الألم والعلاج الطبيعي للصدر سيساعد على منع الانخماص القاعدي.

## حالة 97: انخفاض النتاج البولي

## القصة السريرية

رجل يبلغ من العمر 86 عاما وقد خضع لعملية استئصال النصف الأيمن من القولون بسبب سرطان الأعور قبل يومين. قبل الجراحة، كان يتناول أدوية خافضة للضغط ولم يتم استئصالها. خلال النهار، كان النتاج البولي ضعيفا حيث تم إخراج إجمالي 75 مل خلال الـ 8 ساعات الماضية. لقد تناول كمية قليلة جدا من السوائل عن طريق الفم خلال النهار. زال التخدير عنه في وقت سابق مساء ذلك اليوم وبدأ في تناول (NSAIDs) لتخفيف الألم.

## الفحص السريري

المريض واعى ومتوجه في الزمان والمكان والاشخاص. ولديه حمى، وضغط الدم لديه 70/110 ملم زئبقي، والنبض 110/دقيقة. صدره واضح وأصوات القلب طبيعية. وكان بطنه مؤلما حول مكان العملية، ولكنه بخلاف ذلك لين وغير ممض. أصوات أمعائه طبيعية وسالكة منذ العملية.

## الاستقصاءات



أجريت له اختبارات الدم بعد العمل الجراحي في اليوم الأول وكانت طبيعية، ولم تكن اختبارات الدم متاحة منذ ذلك اليوم.

## الأسئلة

- ما هو الحد الأدنى الطبيعي من كمية البول المتوقعة عند رجل وزنه 70 كغ؟
- ما هي أسباب الفشل الكلوي الحاد؟
- ما هو النهج الذي ستتبعه في التعامل مع هذا المريض؟
- ما هي التغيرات البيوكيميائية التي قد تلاحظها في حالة الفشل الكلوي الحاد؟

يجب أن يكون إنتاج البول أكبر من 0.5 مل/كجم/ساعة. يمكن تقسيم مسببات الفشل الكلوي الحاد إلى ثلاث فئات رئيسية:

- ما قبل الكلوية: ينخفض الرشح الكبيبي بسبب ضعف التروية الكلوية، يحدث هذا عادة بسبب نقص حجم الدم نتيجة لفقدان الدم الحاد أو نضوب السوائل أو انخفاض ضغط الدم تكون الوظيفة الأنبوبية والكبيبية للمريض طبيعية، لذا يجب استعادة وظيفة الكلى باستبدال السوائل المناسبة.
- الكلوي: ويكون ذلك نتيجة تلف الكبيبة أو النبيب مباشرة. إن استخدام الأدوية مثل مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية أو عوامل التباين أو أمينوغليكوزيدات، كلها لها آثار سامة كلوية مباشرة. يمكن أن يحدث النخر الأنبوبي الحاد نتيجة لنقص تدفق الدم لفترة طويلة، سواء في الفترة المحيطة بالجراحة أو بعد العمل الجراحي. مرض الكلى الموجود مسبقاً مثل اعتلال الكلية السكري أو التهاب كبيبات الكلى يجعل المرضى أكثر عرضة لإصابة كلوية أخطر.
- ما بعد الكلوي: يمكن أن يكون ذلك ببساطة نتيجة لانسداد القسطرة. يجب دائماً التحقق من ذلك كسبب لانقطاع البول الكامل لدى مريض مهين سابقاً. يمكن أن تؤدي الحصيات والجلطات الدموية وربط الحالب وتضخم البروستات أيضاً إلى عرقلة تدفق البول.

من المحتمل أن يعاني هذا المريض من الجفاف نتيجة لقلة تناوله عن طريق الفم منذ إجراء العملية.

أولاً، قم بفحص القسطرة عن طريق غسلها وتحسس البطن بحثاً عن المثانة الممتلئة. ثم احسب توازن السوائل لديه منذ العملية. تحقق من وجود أي دليل على الإنتان. مع ضغط دمه الحالي لا يحتاج إلى إعادة تناول الأدوية الخافضة للضغط. من المهم الحفاظ على ضغط دم جيد لضمان التروية الكلوية الكافية. يجب إيقاف مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لأن لها تأثيراً مباشراً على الكلى مما قد يؤدي إلى تفاقم وظائف الكلى.

قم بفحص المريض بحثاً عن أي دليل على زيادة السوائل وتحقق من قصة مشاكل كلوية سابقة أو أمراض القلب والأوعية الدموية. في البداية، ينبغي إعطاء المريض تحديداً السوائل. يجب أن يؤدي التسريب البلعي بمقدار 250 مل إلى تحسن في إنتاج البول إذا كان السبب هو ما قبل كلوي. إذا لم يلاحظ أي تحسن بعد محاولتين، فيجب النظر في نقل المريض إلى وحدة ذات اعتمادية عالية ومراقبة الضغط الوريدي المركزي.

#### ! التغيرات البيوكيميائية في الفشل الكلوي الحاد

- نقص صوديوم الدم
- فرط بوتاسيوم الدم
- نقص كلس الدم
- الحمض الاستقلابي

#### 🔑 النقطة الأساسية

- يجب أن يكون الناتج البول أكبر من 0.5 مل/كغ/ساعة.

## حالة 98: الإقياء وانتفاخ البطن

## القصة السريرية

شاب متواجد في الجناح يبلغ من العمر 20 عاماً يعاني من الإقياء المستمر هذا المريض كان لديه عملية فتح بطن قبل 3 أيام، وقد وصف الطبيب لهذا المريض في وقت سابق مضادات الإقياء، دون إجراء تقييم كامل. أصيب المريض بالحزن الشديد، والممرضة المسؤولة تشعر بالقلق من تدهور حالته المفاجئ. عند النظر في إضبارة المريض وجدنا أنه خضع لعملية فتح بطن عادية بسبب الصدمة. تم فحص الأمعاء الدقيقة والغليظة بعناية ولم يتم العثور على أية إصابة. تعافى المريض بشكل جيد وتم نقله إلى السوائل الحرة في وقت سابق من اليوم. كان لديه أنبوب أنفي معدي وتم نزعها بعد العملية، وتمت إزالة القسطرة البولية.

## الفحص السريري

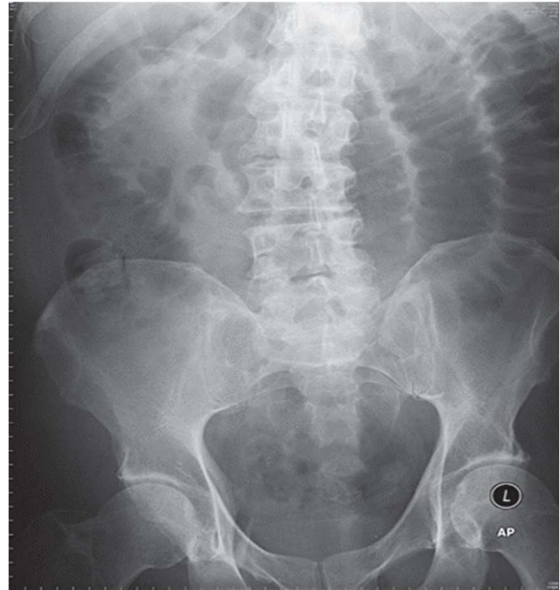
المريض يتقلب في السرير بعد أن تقيأ للتو. ضغط الدم عنده 75/120 ملم زئبقي، ومعدل النبض 110/دقيقة. لديه شق في الخط المتوسط من البطن مغطى بضمادة جافة. البطن منتفخ وطبلي. عند الجس يكون مؤلماً حول الشق فقط. لا توجد أصوات في الأمعاء عند الإصغاء.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	12.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	82 fL	76-96 fL	
White cell count	$10.2 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$253 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Sodium	132 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	2.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.0 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	54 $\mu\text{mol/L}$	44-80 $\mu\text{mol/L}$	

صورة البطن البسيطة تظهر في الشكل (1.98)

## الأسئلة

- ماذا يظهر في الصورة الشعاعية للبطن؟
- ما هي الأسباب الأكثر شيوعاً؟
- ما هو السبب الأكثر احتمالاً عند المريض؟
- كيف يمكنك التعامل مع المريض؟



الشكل 1.98 صورة بطن البسيطة.

عند تقييم مريض ما بعد العمل الجراحي في الجناح، من المهم قراءة إضبارة العملية بالإضافة إلى إجراء تقييم جسدي، وينبغي توثيق النتائج أو الصعوبات غير المتوقعة أثناء الإجراء، وهذا قد يساعد في اتخاذ قراراتك السريري. هذا المريض يعاني من العلوص الشللي بعد العمل الجراحي. العلوص هو حدث فيزيولوجي طبيعي بعد جراحة البطن. عادة ما يتم الشفاء منه تلقائياً خلال 2-3 أيام من الإجراء. يتم تعريف العلوص الشللي على أنه علوص في الأمعاء يستمر لأكثر من 3 أيام بعد الجراحة. هذا المريض لم تعد أمعاؤه إلى وظيفتها الطبيعية بحلول اليوم الثالث وبدأ تناول السوائل الحرة في ذلك الصباح، وأدى ذلك إلى الإقياء المستمر وعدم الراحة في البطن.

يجب وضع أنبوب أنفي معدي لتخفيف الضغط على الأمعاء، وإدخال قسطرة بولية لمراقبة إخراج البول. يمكن استخدام (NSAIDs) بدلا من المواد الأفيونية لتخفيف الألم، لأنها لا تؤثر على حركة الأمعاء.

السبب الأكثر شيوعاً للعلوص هو عملية داخل البطن. هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي إلى إطالة أمد العلوص ويجب البحث عنها وتصحيحها إن أمكن. هذا المريض يعاني من نقص بوتاسيوم الدم، نقص صوديوم الدم، نقص مغنيزيوم الدم، فقر الدم ويجب تصحيحه.

### أسباب العلوص !

- الإنتان: التهاب داخل البطن والتهاب الصفاق
- الأدوية: المواد الأفيونية، ومضادات الحموضة
- التمثيل الغذائي: نقص بوتاسيوم الدم، نقص صوديوم الدم، نقص مغنيزيوم الدم، فقر الدم
- احتشاء عضلة القلب
- الالتهاب الرئوي
- إصابة الرأس وإجراءات الجراحة العصبية
- الأورام الدموية خلف الصفاق

بالنسبة للمرضى الذين يعانون من العلوص المطول، يجب استبعاد الانسداد الميكانيكي عن طريق متابعة الأمعاء الدقيقة أو التصوير المقطعي المحوسب. قبل إجراء المزيد من التحقيقات، يجب تصحيح الإنتان الكامن أو اضطرابات الشوارد. يجب أيضا إيقاف الأدوية التي تسبب العلوص (مثل المواد الأفيونية).

### النقاط الأساسية

- يجب أن يختفي العلوص بعد العمل الجراحي بحوالي 2-3 أيام.
- تعد اضطرابات الشوارد سبب شائع للعلوص الشللي أثناء فترة ما بعد الجراحة.

## حالة 99: زلة تنفسية مفاجئة

## القصة السريرية

طلب منك مراجعة امرأة تبلغ من العمر 66 عامًا في جناح العظمية، والتي أصبحت تعاني من ضيق شديد في التنفس. لقد مرت 7 أيام بعد إجراء عملية رأب مفصلي نصفى برأس الفخذ وكان تعافيا بطيئاً. عند وضع قناع الأكسجين للمريضة تتحسن وتشعر براحة أكبر. لا تزال تشكو من الألم عند التنفس العميق وتجد صعوبة في التحدث بجمل كاملة. لا تعاني من أي مرض معروف في القلب والأوعية الدموية، ولكنها تعاني من زيادة الوزن، وهي مدخنة سابقة.

## الفحص السريري

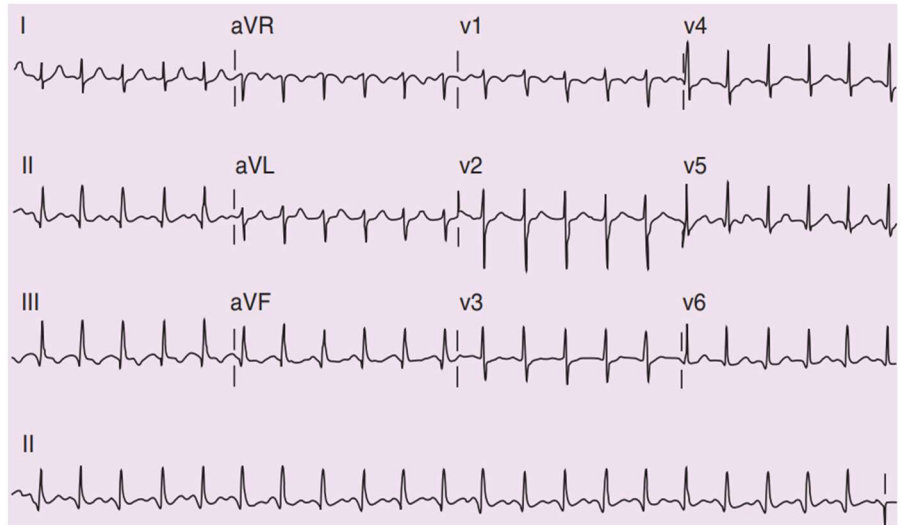
تعاني المريضة من تسرع التنفس بمعدل تنفس 35/دقيقة، وتشبع الأكسجين 92% عند 35% أكسجين. حرارتها مرتفعة، وضغط دم لديها 80/100 ملم زئبقي، ومعدل النبض 120/دقيقة. دخول الهواء عبر الصدر جيد، وفحص البطن سليم.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	13.0 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	84 fL	76-96 fL	
White cell count	$11.2 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$235 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Sodium	135 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	4.0 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	6.0 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	55 $\mu$ mol/L	44-80 $\mu$ mol/L	
PH	7.38	7.36-7.44	
Partial pressure of CO <sub>2</sub> (PCO <sub>2</sub> )	3.8 kPa	4.7-5.9 kPa	
Partial pressure of O <sub>2</sub> (PO <sub>2</sub> )	6.6 kPa	11-13 kPa	
Base excess	-1.1	$\pm 2$ )	
Lactate	1.0	<2 mmol/L	

الشكل (1.99) يظهر تخطيط القلب الكهربائي.

## الأسئلة

- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- ما هي عوامل الخطر؟
- كيف تتعامل مع المريض؟
- ما هي الاستقصاءات التي من شأنها أن تؤكد تشخيصك؟



الشكل 1.99 ECG

تعاني المريضة من صمة الرئوية (PE). إن ضيق التنفس المفاجئ وألم الصدر الجنبى والجراحة الأخيرة للأطراف السفلية وانخفاض مستوى الأكسجين يدعم هذا التشخيص. يُظهر مخطط كهربية القلب (ECG) شذوذاً في (S1 Q3 T3) والذي يتوافق مع إجهاد القلب الأيمن الناتج عن صمة انسدادية كبيرة. هذه التغييرات في تخطيط كهربية القلب لا ترى دائماً، وأكثر النتائج شيوعاً هي إما تخطيط كهربية القلب الطبيعي أو عدم انتظام دقات القلب الجببي.

### عوامل الخطر للصمة الرئوية

- الجراحة والرضوض
- حالات فرط تخثر الدم
- الحمل
- وسائل منع الحمل عن طريق الفم وبدائل هرمون الاستروجين
- الأورام الخبيثة
- السكتة الدماغية
- القسرة الوريدية الساكنة
- القصة العائلية للجلطات الدموية الوريدية
- قصور القلب الاحتقاني
- السمنة

يزداد خطر الإصابة بالصمة الرئوية عند الراحة في الفراش لفترة طويلة أو عدم الحركة. تنشأ الصمات الرئوية عادة من الخثرات الدموية الناشئة في الجهاز الوريدي العميق في الأطراف السفلية، ولكن قد تنشأ في أوردة الحوض أو الكلى أو الطرف العلوي أو غرف القلب اليمنى. يجب وضع المريض على الأكسجين عالي التدفق، ينبغي أن تؤخذ غازات الدم الشرياني. مطلوب تصوير الصدر بالأشعة السينية لاستبعاد الأمراض الأخرى. إذا كان الشك السريري مرتفعاً، فيجب منع تخثر الدم لدى المريض باستخدام الهيبارين منخفض الوزن الجزيئي حتى يتم تأكيد التشخيص إما عن طريق فحص (V/Q) (التهوية والتروية)، أو تصوير الأوعية الرئوية المقطعية. قد يؤكد الفحص المزدوج للأطراف السفلية منشأ الصمة. يجب بعد ذلك أن يبدأ المريض بتناول الوارفارين على المدى الطويل بشرط عدم وجود موانع.

### النقاط الأساسية

- يحتاج جميع مرضى الجراحة إلى الهيبارين الوقائي لمنع خثار الأوردة العميقة.
- في حالة الاشتباه في وجود (PE) يجب البدء في منع تخثر الدم قبل التأكد من الإصابة.

## حالة 100: الإلتان بعد العمل الجراحي

## القصة السريرية

طلب منك مراجعة رجل يبلغ من العمر 67 عاما في جناح العظمية، وكان قد خضع لعملية استبدال مفصل الركبة منذ 4 أيام. أفاد طاقم التمريض أنه أصيب بارتفاع في درجة الحرارة خلال الـ 24 ساعة الماضية. لقد كان تعافيه جيدا بعد العمل الجراحي، وتمت إزالة القسطرة البولية منذ 48 ساعة، لا يوجد لديه أي أعراض في الصدر. يأكل ويشرب ويفتح أمعائه بشكل طبيعي، وقد تبول منذ ساعتين. تشمل سوابقه المرضية ارتفاع ضغط الدم والاكنتاب. يأخذ رامبيريل 5 ملغ، وسيمفاساتين 40 ملغ، وسيرترالين 50 ملغ. حتى قبل 3 سنوات كان يدخن 20 سيجارة في اليوم. لا يشرب الكحول، وهو متزوج ومحاسب متقاعد.

## الفحص السريري

درجة حرارة المريض 37.8 درجة مئوية، ومعدل نبضه 92/دقيقة، وضغط دمه 82/114 ملم زئبق، تشبع الأكسجين لديه يصل إلى 96% في هواء الغرفة. المريض مرتاح في السرير ولكن تبدو بشرته متوهجة. وهو متوجه إلى الزمان والمكان والأشخاص. الفحص القلبي التنفسي وفحوصات البطن سليمة. ليس لديه تورم أو ألم في ريلة الساق. يبدو الجرح جافًا وتتمتع الركبة بمظهر نموذجي بعد العمل الجراحي.

		الاستقصاءات	Q
		<i>Normal</i>	
Haemoglobin	11.8 g/dL	11.5–16.0 g/dL	
Mean cell volume	86 fL	76-96 fL	
White cell count (WCC)	$15.6 \times 10^9 /L$	$4.0-11.0 \times 10^9 /L$	
Platelets	$289 \times 10^9 /L$	$150-400 \times 10^9 /L$	
Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	34 mm/h	10-20 mm/h	
Sodium	135 mmol/L	135-145 mmol/L	
Potassium	3.9 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L	
Urea	5.1 mmol/L	2.5-6.7 mmol/L	
Creatinine	78 $\mu\text{mol/L}$	44-80 $\mu\text{mol/L}$	
C-reactive protein (CRP)	88 mg/L	<5 mg/L	
D-dimer: Positive			
<i>Urinalysis</i>			
WCC: +++			
Protein: ++			
Nitrite: Positive			
Blood: +			
تخطيط القلب الكهربائي (ECG): طبيعي.			

## الأسئلة

- ما هي الاختبارات التي تعد أساس الفحص الإلتاني؟
- ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً؟
- كيف ينبغي علاجه؟

من الشائع جدًا أن يتم استدعاءك لرؤية مريض بعد العمل الجراحي يعاني من ارتفاع في درجة الحرارة. في أول 24 ساعة بعد العملية قد يحدث ارتفاع في درجة الحرارة نتيجة تحرر الوسائط الالتهابية من الأنسجة المصابة. درجات الحرارة التي تحدث بعد 24 ساعة هي عادة بسبب الالتهاب الرئوي، أو عدوى المسالك البولية، أو عدوى الجروح، أو تجلط الأوردة العميقة، أو الانسداد الرئوي، أو انسداد الأمعاء، أو العلوص المعوي. مع الأخذ بعين الاعتبار أنه يجب بعد الانتهاء من أخذ القصة الكاملة والفحص، يجب إجراء "فحص إبتائي".

### الفحص الإبتائي

- إرسال مقياس البول والبول لإجراء الفحص المجهرى والزرع والحساسية
- زرع الدم
- زرع البلغم
- مسحة من الجرح – إذا كان ذلك مناسباً
- صورة شعاعية بسيطة للصدر.

الاختبارات المفيدة الأخرى التي يجب إجراؤها أيضا هي:

- تعداد دم كامل، اليوريا والشوارد، CRP
- تخطيط القلب: مفيد لاستبعاد السبب القلبي.
- غازات الدم الشرياني: إذا كان هناك إبتان أو نقص أكسجة.

في هذه الحالة يكون المريض قد أصيب بالتهاب في المسالك البولية؛ القرائن في السيناريو هي قصة القسطرة السابقة ومقياس البول الإيجابي لكل من النتريت وخلايا الدم البيضاء. يجب تفسير اختبار D-dimer بحذر لأنه يرتفع دائما بعد الجراحة. وبالمثل، نظراً لافتقارهما إلى النوعية، فإن CRP و RSE لهما قيمة محدودة.

يجب أن يبدأ العلاج بالمضادات الحيوية التجريبية بعد إرسال البول للزرع والحساسية. يمكن أن يؤدي وجود تجرثم الدم إلى عدوى مدمرة محتملة للركبة الاصطناعية، لذلك يوجد لدى هذا المريض سبب مهم لإعطاء الجرعات الأولية من المضادات الحيوية عن طريق الوريد، لضمان الوصول إلى مستويات الأنسجة العالية بسرعة.

### النقاط الأساسية

- يجب إجراء فحص إبتائي للتأكد من سبب الحمى بعد العمل الجراحي.

تَمَّ بِعَوْنِ اللَّهِ

بتاریخ 01/02/2024

